

# الرعاية الصحية للمريض العقلي بين المؤسسة الاستشفائية والأسرة

دراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية للأمراض العقلية  
- عين عباس -

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث LMD في علم اجتماع الصحة والمرض

إشراف الأستاذ الدكتور:

عبد الحميد بوقصاص

إعداد الطالبة:

نجاة حداد

رئيساً	جامعة باجي مختار عنابة	أستاذ التعليم العالي	أ.د. بو بكر بوخريسة
مشرفاً ومقرراً	جامعة باجي مختار عنابة	أستاذ التعليم العالي	أ.د. عبد الحميد بوقصاص
مناقشاً	جامعة 20 أوت 1955 سكيكدة	أستاذ التعليم العالي	أ.د سليمان بومدين
مناقشاً	جامعة عبد الحميد مهري قسنطينة 2	أستاذ التعليم العالي	أ.د يوسف عنصر
مناقشاً	جامعة باجي مختار عنابة	أستاذ محاضر (أ)	د. فريدة سعدي

UNIVERSITÉ BADJI MOKHTAR-ANNABA  
FACULTE SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES  
DES LETTRES ET  
DEPARTEMENT DESOCIOLOGIE



جامعة باجي مختار - عنابة  
كلية الآداب والعلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم الاجتماع  
تخصص علم اجتماع الصحة والمرض

# Soins de Santé de Malade Mental entre l'Hôpital et la Famille

Etude empirique al' hôpital psychiatrique - Ain Abessa-

Thèse présenté en vue de l'obtention du diplôme du doctorat 3eme cycle

Option :sociologie de la santé et la maladie

Directeur de thèse :

Pr. Bouguessas Abdelhamid

Présenter de l'étudiante :

Haddad Nadjet

## Jury de Soutenance

Non et prénom	Grade scientifique	Université	Qualité
Boukhriça Boubaker	Professeur d'enseignement supérieur	Université Badji-Mokhtar-ANNABA	Président
Bouguessas Abdelhamid	Professeur d'enseignement supérieur	Université Badji- Mokhtar-ANNABA	Encadreur
Boumediene Slimane	Professeur d'enseignement supérieur	Université 20 août 1955-SKIKDA-	Examineur
Anser Yousef	Professeur d'enseignement supérieur	Université Abdelhamid Mahri CONSTANTINE-2	Examineur
Saïdi Farida	Maitre conférence A	Université Badji- Mokhtar-ANNABA-	Examineur

# شكر وتقدير

الحمد والشكر لله. وحده العلي القدير الذي أعانني ووفقتني على انجاز هذا العمل .

يسرني عند نهاية هذا البحث أن أوجه شكري و تقديري الخالصين

للأستاذ الدكتور: بوقصاص عبد الحميد .

على ما بذله معي في سبيل تنويري وترشيدي إلى المنهج السديد والذي كان بمثابة الوالد في تعامله.

وكذا أتقدم بالشكر الجزيل لكل من قدم لي يد المساعدة من قريب أو من بعيد ولو بالكلمة الطيبة.

ولكل من أسدى لي النصح والمشورة في عملي المتواضع .

نجاة حداد

## مقدمة:

يقاس تقدم المجتمعات وتحضرها بمدى اهتمامها وعنايتها بتربية الأجيال بكافة فئاتهم، وعلى نحو خاص بذوي الاحتياجات الخاصة ، منهم فئات المرض جسدياً ، نفسياً ، ع قلياً أو اجتماعياً ، ويتجلى ذلك في مدى العناية التي توليها لهؤلاء المرضى وتوفير إمكانيات النمو الشامل لهم من جميع النواحي ، مما يساعد في إعدادهم لحياة شخصية ، واجتماعية . إذ يحتاج المرضى العقليون إلى أسلوب خاص للتعامل معهم ومناهج محددة لمساعدتهم وتقديم يد العون لهم .

وبعد المرضى عقلياً في مقدمة تلك الفئات التي تحتاج إلى رعاية وتدريب وتأهيل يؤدي إلى زيادة تركيزهم ، وتدعيم كفاءتهم وتقويم سلوكهم من أجل التمهيد لعودتهم مرة أخرى للتفاعل مع أقرانهم العاديين واندماجهم في المجتمع ، فهم مرضى لهم خصائص تختلف عن أنواع الأمراض الأخرى متمثلة في : قلة التفاعل الاجتماعي والتواصل اللغوي بالإضافة إلى الانعزالية التي يعانون منها .

وتعتبر الرعاية الاجتماعية بصفة عامة والرعاية الصحية بصفة خاصة من المهن الإنسانية التي تهتم بتأدية الخدمات سواء كانت مباشرة أو غير مباشرة وذلك في نطاق تعاونها مع مهن أخرى لمساعدة الأنساق الاجتماعية للوصول إلى مستويات الرفاهية الاجتماعية ، ولكي تحقق هذه الرعاية أهدافها لا بد من استعمال طرقها المختلفة حتى تتمكن من تقديم المساعدة لهؤلاء المرضى وأسرههم ، صحياً ، نفسياً ، اجتماعياً ، وتنمية مآلداهم من قدرات وإمكانيات ، وتحقيق الاستقلالية الذاتية ، لكن الوصول إلى تحقيق هذه الأهداف مع هؤلاء ميدانياً يتطلب جهوداً متضافرة من الأخصائيين في هذا المجال ، إستراتيجية وخطة عمل مدروسة ذات أهداف قريبة وبعيدة المدى تتوافق مع الواقع المجتمعي والإمكانيات المتاحة .

غير أن دور الخدمة الاجتماعية لا يقتصر على المرضى العقليين فقط ولكنها تسعى إلى مد يد العون لأسرههم وتقديم البرامج الإرشادية والتدريبية ذات علاقة باحتياجات هؤلاء المرضى وذلك في مرحلة مبكرة عقب اكتشاف المرض من أجل التعامل معه بطريقة صحيحة وعلمية.

لقد أصبح تطور الخدمات الصحية وفعاليتها مرتبط بمدى مشاركة الأسرة حيث تعتبر هذه الأخيرة مصدراً للدعم الطبيعي لكل أفراد المجتمع ، وأن قوتها ومشاركتها تنعكس بالإيجاب على خصائص المرضى عقلياً إذ بإمكان الأسرة إحداث التغيير الإيجابي في تحسين نمو الفرد فيما لو دربت على المهارات والأساليب الملائمة.

إن المبدأ الأساسي في تقديم خدمات الرعاية الصحية قائم على بناء علاقة فعالة بين الأسرة والمؤسسات الاجتماعية التي تقدم هذه الخدمات لمريضهم ، والعمل معا على توفير الرعاية الشاملة لتحقيق التكامل المنهجي بين الأسرة والمؤسسة المتخصصة التي يتلقى داخلها المريض هذه الرعاية من خلال الاعتماد على الخدمات الصحية وطرقها المختلفة لتمكينه من التكيف مع المحيط الذي يعيش فيه.

أمام هذا الطرح كان اهتمامنا بموضوع كهذا من خلال البحث و بالتطرق إلى أهم جوانبه ، حيث استهلنا دراستنا بمقدمة لنختتم في الأخير بخاتمة وجاءت فصول الدراسة على النحو التالي:

الفصل الأول: خصص للتأسيس المنهجي للدراسة والذي يحتوي على الإشكالية التي يقوم عليها البحث ، ثم تحديد الدوافع التي قادتنا إلى اختيار هذا الموضوع والأهمية العلمية والعملية لهذه الأخيرة لتأتي بعد ذلك الأهداف التي تنطلق منها إضافة إلى إدراج المفاهيم ذات الصلة بالموضوع ، مستندين على الدراسات السابقة التي تناولت موضوع الرعاية الصحية للمريض العقلي بين كل من المؤسسة الاستشفائية والأسرة.

أما الفصل الثاني: لقد خصص هذا الفصل لإعطاء نظرة عامة عن الرعاية الصحية في الجزائر من خلال سياقها التاريخي والمراحل التي مرت بها دون نسيان أهمية هذه الرعاية وخصائصها لتتطرق بعد ذلك للنظام الصحي الجزائري وذلك للوقوف على السياسة الصحية المنتهجة من طرف الدولة اتجاه المرضى عقليا .

يلي هذا الفصل مباشرة الفصل الثالث : والذي يعتبر مدخل مفاهيمي للمرض العقلي حيث يتناول تطور المرض العقلي عبر العصور بالإضافة إلى التصورات المجتمعية لهذا المرض عند كل من العالم الغربي والعربي وكيفية التعامل معه زيادةً إلى ذلك الوقوف على نسبة انتشاره في الجزائر ، ومعرفة خصائصه وأعراضه، والأساليب العلاجية من أجل التكفل الأمثل بهذه الفئة من المجتمع الجزائري .

ليأتي الفصل الرابع: والذي يتناول مؤسسات الرعاية الصحية والمتمثلة في كل من المؤسسة الاستشفائية والفريق المعالج وإستراتيجية التكفل بالمريض والأسرة من خلال الوقوف على أثر وجود مريض عقلي داخل الأسرة وكذا خصائصها واحتياجاتها، ودورها اتجاه المريض من خلال إستراتيجية الإرشاد الأسري والوقوف على المشاكل الناجمة لوجود مريض عقلي داخل هذه الأخيرة ليأتي دور الرعاية الصحية في مواجهة تلك الصعوبات المترتبة عن ذلك بالإضافة إلى مجموعة من التعليمات لنجاح وفعالية دور الأسرة.

وختام هندسة الفصول كما تصورناه هو الفصل الخامس : ويتعلق هذا الفصل بتفريغ بيانات أدوات الدراسة وجدولتها من خلال تحليل البيانات الميدانية وتفسيرها وما يمكن أن نستخلصه من نتائج، إضافة إلى مناقشة هذه الأخيرة في ضوء التساؤلات و الدراسات السابقة وأخيرا تم التوصل إلى النتائج النهائية للدراسة وأخيرا نقترح مجموعة من التحديات الواجب تجاوزها من أجل التكفل الأمثل بهذه الشريحة من المجتمع.

**وفي الاخير يجب أن نبه إلى بعض الصعوبات والعوائق التي واجهتنا في إعداد هذه الدراسة والتي**

لا يكاد يخلو أي بحث من البحوث الاجتماعية منها، وهذا أمر طبيعي لا بد من تجاوزه بشتى الطرائق والوسائل إن أمكن ، حتى لا يتوقف مسار البحث نذكر منها مايلي:

- صعوبة المادة العلمية لموضوع الدراسة حيث أن المرض العقلي مشكلة متعددة الجوانب والزوايا ، فهي تشتمل على شق طبي، تربوي، نفسي واجتماعي. وقد حاولنا التغلب على ذلك من خلال دراسات أكاديمية للمرض العقلي بشكل خاص، حتى تتمكن من إلقاء الضوء على كافة أبعاد مشكلة المرض ، إذ تتبنى الرأي القائل بأنه على الباحث الاجتماعي الذي يرغب في دراسة إحدى المشكلات الطبية أن تكون له خلفية علمية مناسبة وتخصص أكاديمي يمكنه تناول مشكلة البحث بموضوعية بعيداً عن التحيز والانطباعات الشخصية .

- نظراً للضغوطات الاجتماعية والنفسية التي تعيشها أسر المرضى العقلين ونقص معارفهم ومعلوماتهم عن المرض وقلة اطلاعهم على ذلك شكل صعوبة في عملية التأقلم معهم من خلال الحوار حول ذلك. الأمر الذي يتطلب منا كباحثين بذل قصارى جهدنا للوصول إلى الحقائق والأهداف المنشودة.

- تبقى إشكالية الإحصائيات غير الدقيقة تثير الغموض بشكل كبير حول أعداد المرضى العقلين في الجزائر، وترجع ذلك إلى عدة عوامل ذاتية وموضوعية حيث توجد العديد من الأسر التي لا تعلن عن وجود مريض عقلي لديها، كما أن تضارب المصالح بين الوزارة الوصية (وزارة التضامن) ، وزارة الصحة ، وزارة العمل والضمان الاجتماعي من جهة والجمعيات من جهة أخرى يجعل كل طرف يعطي أرقاماً مغايرة لأرقام الطرف الآخر.

- ومن الواجب التنويه هنا إلى أن أي مجال علمي له مصطلحاته العلمية الخاصة به والتي يجب تحديد مفهوم المستخدم في هذا المجال وأن يقتصر مفهومها على مفهوم محدد وكذلك يجب التمييز بين استعمال المصطلح في المجال العلمي عن استعماله الشائع وهذا ليس بالأمر السهل دوماً في مجال العلوم الإنسانية وخصوصاً علم الاجتماع الطبي ، حيث يكون للمصطلح الواحد في اللغة الأجنبية عدد من الترجمات العربية والتي قد تكون أحياناً مترادفة ومتطابقة في المعنى إلى حد ما وقد تكون مختلفة اختلافاً واضحاً و محيراً. كما أن المصطلح الواحد في اللغة الأصل الإنجليزية يعبر عن أكثر من مفهوم طبي محدد وذلك لاختلاف المدارس التي تستعمل هذا المصطلح فكل مدرسة تحاول أن تضع لنفسها تعريفات ومصطلحات تختلف قليلاً أو كثيراً عن المصطلحات الأخرى.

# الفصل الأول:

## الإشكالية وتحديد المفاهيم

تمهيد

1- الإشكالية

2- أهمية الدراسة وأسباب اختيار الموضوع

أ- أهمية الدراسة

ب- أسباب اختيار الموضوع

3- أهداف الدراسة

4- تحديد المفاهيم

4-1 المرض

4-2 الصحة

4-3 الرعاية الصحية

4-5 المؤسسة الاستشفائية المتخصصة

4-6 الأسرة

5- الدراسات السابقة.

خلاصة

### تمهيد:

إن كل دراسة تنطلق من تصور نظري يحدد للباحث معالم بحثه، ويعد البناء التصوري للموضوع المنطلق الأساسي لهذه البداية النظرية ولكافة الخطوات اللاحقة، وفي هذا الصدد اتبعنا مسلكاً خاصاً في إعداد هذا الفصل ابتداءً من تحديد وصياغة الإشكالية وختمناها بمجموعة من الأسئلة، ثم تعرضنا إلى أهمية الدراسة ودواعي اختيار الموضوع بالإضافة إلى مجموعة من الدراسات ذات صلة بالبحث والتي أفادت الباحثة وجنبتها الانطلاق الغامض في الدراسة .

## 1- الإشكالية :

إن الرفاهية الاجتماعية في أي مجتمع من المجتمعات ترتبط أشد الارتباط بمدى ما يوجهه المجتمع من رعاية واهتمام لأفراده، حيث أصبح تطور الأمم يقاس بتفوقها في النواحي الاجتماعية والثقافية والتعليمية والصحية ، وتعد صحة الفرد من المقومات الأساسية للمجتمع فهي مطلب من مطالب الحياة وهي أيضاً ضرورة من ضروريات التنمية، فالإنسان الذي تتوفر له صحة نفسية، جسدية وعقلية هو الإنسان الأقدر على العمل والإنتاج وتحقيق أهداف التنمية.

غير أن المجتمعات لا تخلو من وجود أمراض عديدة و مختلفة منها ما هو عضوي كالإيدز والسرطان وما هو نفسي كالقلق والاكتئاب و منها ما هو عقلي، ولعل المرض العقلي من أشد الأمراض خطورة لكونه يتسم بالحساسية المجتمعية حيث يرتبط بالمعتقدات الاجتماعية والثقافية للمجتمعات<sup>1</sup>، كما يعد مشكل من مشاكل الصحة العمومية خصوصاً خلال السنوات الأخيرة أين عرف انتشاراً واضحاً إذ صنفته منظمة الصحة العالمية كثاني مرض يهدد البشرية إلى سنة 2020، والجزائر كغيرها من بلدان العالم عرفت زيادة واضحة وملموسة حيث قدرت بعض إحصائيات المختصين أن عدد المرضى العقلين في الجزائر ما يقارب مليون ونصف مليون مريض<sup>2</sup> والعدد مرشح للارتفاع بحكم توفر الجزائر على أرضية مناسبة لانتشاره.

إن العقل والجسم عبارة عن وحدة متكاملة لا يمكن عزل عناصرها الواحد عن الآخر، و استناداً إلى هذه الحقيقة يحتاج المريض إلى رعاية طبية تكفل معالجة المرض وتحرير الجسم من الآلام وإيقاف حالة التدهور الفيزيولوجي التي يتعرض لها، ويحتاج كذلك إلى رعاية نفسية تطرد عنه المخاوف وحالات القلق والتوتر نتيجة مرضه وتدهور حالته الصحية ، وأخيراً يحتاج إلى رعاية صحية تمكنه من إشغال دوره من جديد كمريض في المجتمع وتقوي علاقته بأسرته وقت مرضه ومع أعضاء الفريق الصحي في المؤسسة الاستشفائية وتعيد تأهيله وإدماجه في المجتمع.

<sup>1</sup>-Roger Bastide ,sociologie des maladie mentale ,Flammarion ,France,1965,p6.

<sup>2</sup>-الحاج شيخ سمية ، التصورات الاجتماعية للمرض العقلي لدى الأطباء، رسالة لنيل الماجستير، إشراف بوسنة عبد الوافي زهير، جامعة محمد خيضر بسكرة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، قسم العلوم الاجتماعية،2012- 2013، ص4.

لقد تطورت النظرة المجتمعية للمرضى العقليين عبر مراحل تدرجت من سوء الفهم المقترن إّما باستخدام العنف أو الازدراء، ومن الإبعاد إلى العزل داخل الملاجئ والمؤسسات الإيوائية بدافع الشفقة عليهم لإشباع احتياجاتهم الأولية إلى الاعتراف بحقوقهم في الرعاية الصحية والاجتماعية والتعليمية ومن ثم تبني فلسفة جديدة أساسها التكامل والاندماج، والمناداة بأن يتاح لهؤلاء مجموعة من فرص الحياة اليومية الطبيعية مما يتاح للعاديين، حتى يشاركوا في أنشطتها بما يسمح لهم بتنمية واستثمار ما لديهم من استعدادات فعلية لأقصى مايمكن الوصول إليه، في ظل أوضاع بيئية تتسم بأقل قدر ممكن من القيود والمحددات النفسية والاجتماعية، ويعكس هذا التحول في الفلسفة والنظرة المجتمعية للمرض العقلي إدراكاً عميقاً بأن المجتمع عندما يهمل هؤلاء الأفراد فلن يؤدي ذلك إلّا إلى تفاقم مشكلاتهم ومضاعفة مرضهم وآثاره الجانبية فيصبحون عالة على مجتمعهم وعلى أسرهم.

تعتبر إذن الرعاية الصحية إحدى مجالات الرعاية الاجتماعية التي توليها المجتمعات اهتماماً كبيراً من أجل التكفل بالمرضى العقليين، ليأتي دور خدمات الرعاية الصحية لتقديم الخدمات والمساعدة لتلك الفئة حيث تعد الخدمة الصحية من المهن الإنسانية التي تهتم بتأدية تلك الخدمات سواء كانت مباشرة أو غير مباشرة، وذلك في نطاق تعاونها مع مهن أخرى لمساعدة الأنساق الاجتماعية للوصول إلى مستويات الرفاهية الاجتماعية.

لعل احتضان الأسرة لمرضى عقلي يحدث غالباً ردود انفعالية مختلفة للأسرة، تتباين هذه الردود تبعاً لشدة المرض ومدى استمراره مع المريض مما يعيق من قدرتها على رعاية هذا المريض والعناية به، إذ سرعان ما يبدأ لديها الإحساس بالصدمة والتي يترتب عليه الشعور بالأسى والحزن، ومن هنا يأتي الدور الذي تلعبه المؤسسات المعنية بتقديم الرعاية الصحية والخدمات لهذه الفئة من أجل تقديم المساعدة للأسر على التكيف وتقبل الوضع والتعامل معه بطريقة صحيحة، هذه الرعاية لا تقتصر على المريض العقلي فقط ولكن تسعى إلى تقديم مد يد العون لأسرته وتقديم البرامج الإرشادية والتدريبية ذات علاقة باحتياجاته في مرحلة مبكرة إثر اكتشاف المرض.

إذ نجد أن تطور خدمات الرعاية الصحية وفعاليتها مرتبط بمدى مشاركة الأسرة والتي تعد هذه مصدراً للدعم الطبيعي لكل مريض، وأن قوتها تنعكس بالضرورة على إحداث التغيير الإيجابي في التعامل مع المريض العقلي، الذي عادةً ما تكون حالته تتطلب العطف والجو النفسي المريح الذي من شأنه أن يجعله يشعر بأن حالته يمكن أن تكون سوية نفسياً واجتماعياً، لو تلقت الارشادات الخاصة واكتسبت المهارات والأساليب العلمية الملائمة للتكفل بهذا المريض .

إن المبدأ الأساسي في تقديم الرعاية الصحية للمريض العقلي قائم على بناء علاقة فعالة بين الأسرة والمؤسسات الصحية أين تقدم الخدمات لمريضهم، و العمل على توفير الرعاية الشاملة لتحقيق التكامل السليم بين الأسرة والمؤسسة الاستشفائية التي يتلقى داخلها المريض الرعاية من خلال الاعتماد على مجموعة من خدمات الرعاية الصحية وطرقها المختلفة لتمكينه من التكيف مع المحيط الذي يعيش فيه. وللوقوف على نوعية هذه الرعاية التي تقدم للمرضى العقليين في المؤسسات المتخصصة و مدى مشاركة الأسرة في هذه العملية بغية تحقيق التكامل في الأدوار التي تلعبها كل من المؤسسات الصحية من جهة والأسرة كنظام متكامل من جهة أخرى تحاول هذه الدراسة الإجابة على السؤال التالي:

ما طبيعة الرعاية الصحية المقدمة للمريض العقلي بين المؤسسة الاستشفائية المتخصصة والأسرة ؟

وتندرج تحت السؤال الرئيسي الأسئلة الفرعية التالية:

1) ما طبيعة الرعاية التي تقدم للمريض العقلي داخل المؤسسة الاستشفائية المتخصصة ؟

2) ما طبيعة الرعاية التي تقدم للمريض العقلي داخل الأسرة؟

3) هل يوجد تكامل في الأدوار بين المؤسسة الاستشفائية المتخصصة والأسرة ؟

## 2- أهمية الدراسة وأسباب اختيار الموضوع :

إنّ اختيار موضوع الدراسة لا يكون صدفةً أو مجرد اختياراً عشوائياً دون وجود أي من الدوافع والاهتمامات، هذه الأخيرة تكون نتيجة انشغال الباحثين بالموضوع لأهميته أو قلة الدراسات فيه وعليه جاءت أهمية دراستنا وأسبابها على النحو التالي:

**2-1- أهمية الدراسة :** تتمثل أهمية الدراسة في أنها تتناول أحد الأمراض التي بدأت في الانتشار والذي يعرف بالمرض العقلي، حيث يزداد معدل الإصابة بهذا المرض زيادة تدفع للقلق ، أين أصبح المرض العقلي موضع اهتمام ورعاية الكثير من الدول على المستوى الدولي، إلا أنّ الاهتمام على المستوى الوطني لم يتناسب مع انتشار هذه الظاهرة و زيادة معدلاتها، ومن هنا كان لهذه الدراسة أهمية نظرية وأخرى تطبيقية :

### أ-أهمية نظرية :

• تسعى الدراسة الحالية إلى زيادة رصيد المعلومات والحقائق عن المرضى العقليين، سواء في عملية التعرف عليهم أو كيفية تقديم الخدمات المناسبة لهم والطرق المستخدمة، مما يتيح فهم أفضل لطبيعة هذا المرض الذي لا يزال يحتاج إلى إجراء العديد من الدراسات والبحوث.

• تهتم هذه الدراسة بتناول المرض العقلي وهو أحد الأمراض التي انصب عليها الاهتمام حديثاً ، والتي لم نجد -في حدود علمنا وما اطلعنا عليه من دراسات -سوى دراسات قليلة في الأدبيات العربية التي اهتمت بهذه الفئة من المرضى، وهو ما يشير إلى الحاجة لمزيد من الدراسات للتعرف على خصائص هذا المرض والتعرف على أهم الوسائل التي تساهم في التخفيف من حدته والحد من جوانب القصور لديهم.

### ب-أهمية عملية :

• من الشواهد الامبيريقية الهامة التي تدل أيضاً على أهمية الدراسة الإحصائيات الخاصة بأعداد المرضى العقليين على المستويات الدولية والمحلية التي تبرهن على اتساع نطاق الظاهرة موضوع الدراسة على كافة المستويات . حيث تعد الإحصائيات من أهم الشواهد الإمبريقية للتدليل على أهمية الدراسة الراهنة<sup>1</sup>.

• -الوقوف على طبيعة ونوعية الخدمات المقدمة لهذه الفئة وتأثيرها في عملية التكفل بمؤلاء المرضى.

<sup>1</sup> - أحمد الهاجري عبد الهادي، علي عبد الرزاق إبراهيم، المدخل إلى المناهج وتصميم البحوث الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2002، ص230.

- تفعيل دور الأسرة ومحاولة تغيير النظرة لهذا الدور من كونها متلقية للخدمات إلى عضو مشارك في تقديم الخدمات للمرض العقلي .
- الوقوف على العراقيل التي تعيق خدمات الرعاية الصحية للمريض العقلي ومحاولة تذليل تلك الصعاب وتجاوزها.

ب-أسباب اختيار الموضوع : من أسباب اختيار الموضوع:

### ➤ أسباب موضوعية :

- حداثة الموضوع : يتميز الموضوع بالجدية والحداثة النسبية باعتباره مجال جديد يحتاج إلى دراسة أكثر توسعاً و تعمقاً للمعرفة والكشف عن جوانبه وأبعاده.
- إن الخوض في موضوع المرض العقلي أصبح ضرورة حياتية نظراً لانتشاره الكبير في العالم، إضافة إلى غموض المفهوم لكثير من الناس بجميع طبقاتهم الاجتماعية والثقافية، هذا بالإضافة إلى الآثار الاجتماعية المترتبة عن هذا المرض، حيث تتأثر أسرة المريض وتعرض لضغوط مختلفة لذلك فهي تحتاج إلى دعم المجتمع بكل فئاته وكافة مؤسساته حتى تتمكن من مواجهة الواقع لتجاوز المشكلات والعقبات المصاحبة لهذا المرض.

### ➤ أسباب ذاتية :

- إن عالم المرض العقلي عالم غريب ومخير، ونحن في ساحة المرض ومن نعمل معهم دائماً نحتاج إلى أن نطور من أدائنا، كما نكون بحاجة ماسة إلى أي معلومة جديدة لتحسين وتطوير أداءنا الوظيفي والمهني نحو هذه الفئة، والأبحاث تجري على قدم وساق في تفعيل دور الرعاية الصحية محاولة تقديم الأفضل لهذه الشريحة من أفراد المجتمع .
- من خلال احتكاكنا بالعديد من أسر المرضى العقلين واطلاعنا على العديد من الدراسات والمراجع التي تناولت هذه الفئة لاحظنا وجود أسئلة تتكرر في كل مرة عند أسر هذه الفئة كمستقبل المريض ومساعدته ، الجهات التي يمكنها تقديم يد المساعدة بطرائق علمية ومفيدة، وهنا يأتي دور خدمات الرعاية الصحية في إعادة تأهيل المريض من أجل تحقيق الاستقلالية الذاتية وتخفيف العبء على أسرته.
- من هذا المنطلق فإن اختيارنا لهذا الموضوع ينبع من اقتناع بضرورة وجود دراسات تلقي الضوء على الخدمات الصحية التي تقدم للمرضى العقلين ودور أسرهم اتجاه هؤلاء المرضى.

### 3 - أهداف الدراسة :

لكل دراسة هدف حتى تكون ذات قيمة علمية أو إضافات جديدة أو إثراء للمعرفة العلمية يسعى الباحث إلى تحقيقه وهذا هو الهدف العلمي، ومن أهم أهداف هذه الدراسة أنها تسعى لإحداث التكامل الوظيفي والمنهجي بين الأسرة والمؤسسة التي يتلقى داخلها المريض الرعاية من خلال الاعتماد على الخدمة الصحية وطرقها المختلفة، و لتمكينه من التكيف مع المحيط الذي يعيش فيه، وتنبتق من هذا الهدف بعض الأهداف الفرعية التي تتلخص فيما يلي:

- الوقوف على طبيعة خدمات الرعاية الصحية المقدمة للمرضى في ضوء احتياجاتهم بغية تطويرها وتحقيق نجاعة وفعالية هذه الخدمات من أجل تأهيل هؤلاء وإعادة إدماجهم في المجتمع.
- محاولة معرفة جوانب ومجالات الممارسة المهنية للخدمة الصحية في الميدان وما يمكن أن تقدمه من خدمات في المجال الأسري، الاجتماعي، الصحي والنفسي.
- الاطلاع على مستوى فاعلية و تقييم الخدمات الصحية من أجل وضع الخطط والبرامج التي من شأنها رفع مستوى الخدمات وتفعيلها، بالإضافة إلى تدارك أوجه النقص والتقصير بغية تقديم المعلومات الضرورية للقائمين على هذه الخدمات لوضع الحلول المناسبة .
- تهدف هذه الدراسة إلى تغيير فكر الأسرة على أنها مجرد متلقية للتعليمات والتوجيهات إلى فكرة المشاركة الأسرية الفعلية وتوحيد طرق التعامل مع المريض العقلي، لأنّ الأسرة والمؤسسة الاستشفائية كل منهما يكمل الآخر إذ توجد بينهما حلقات وصل ويجمعهما هدف مشترك : التكفل بالمريض العقلي.
- التعرف على احتياجات ومشاكل هذه الأسر وأدوارها و وظائفها اتجاه المريض العقلي، ومن هنا فإنّ وحدة الدراسة هي الأسرة والمؤسسة الاستشفائية كوحدة تكاملية لأنّ المريض -بشكل عام والمريض العقلي - بشكل خاص- لا يعيش بمعزل عن الأسرة.
- الخروج بمجموعة من التوصيات التي يمكن أن تساعد الممارسين المتخصصين، التربويين، الأخصائيين الاجتماعيين وأولياء الأمور في مواجهة المشكلات التي يعاني منها المريض العقلي.

### 4- تحديد المفاهيم :

لكل حقل معرفي مفاهيمه ومصطلحاته وهذه المفاهيم تمثل وسائل الاتصال والتواصل بين العلماء والباحثين، بحيث تعد المدخل الأساسي لأي بحث ودون تحديدها يستحيل على الدراسة استيعابها وفهم مضمونها

، لذلك كان لابد من تحديد أهم المفاهيم الواردة في بحثنا قصد حصر المضامين الأساسية لها حتى يمكن إعطاء صورة واضحة ذات رؤى مختلفة :

4-1- المرض : يعتبر المرض من الموضوعات التي اهتمت به العديد من التخصصات لذلك تعددت

الزوايا المختلفة لتعريف المرض حسب اهتمام وتخصص المجال العلمي ونعرض بعض منها:

حيث يعرف المرض بأنه: "الحالة التي يحدث فيها الخلل إما من الناحية العضوية أو العقلية أو الاجتماعية للفرد ومن شأنه إعاقة قدرة الفرد على مواجهة أقل الحاجات اللازمة لأداء وظيفة مناسبة"<sup>1</sup>.

كما عرفه البعض بأنه: "حالة من الاضطراب والخلل لدى الإنسان في أحد جوانب شخصيته أو أكثر تدفعه إلى عدم التوافق مع نفسه أو مع الحياة الاجتماعية، وينعكس أثرها على الجوانب الأخرى وتعيقه عن التكيف وتدفعه إلى البحث عن الأساليب العلاجية المتعددة لإعادة التوافق نفسياً وعقلياً واجتماعياً وجسماً"<sup>2</sup>.

والمرض كذلك هو انحراف الصحة بسبب عجز الجسم عن استخدام وسائل دفاعه العضوية ضد السموم أو عدم القدرة على حل الصراعات السيكولوجية"<sup>3</sup>.

لقد تناولت هذه التعاريف تعريف المرض بمجموعة من العناصر إذ أنه حالة من الاضطراب أو حالة من الخلل التي تعبر عن نقص في إحدى المكونات، أو عجز في إحدى الوظائف المرتبطة بجوانب الشخصية مما ينعكس سلباً على تكيف المريض مع مرضه، ويدفعه إلى طلب المساعدة عن طريق أساليب علاجية تقدم من طرف مختصين.

من خلال التعاريف السابقة يمكن صياغة التعريف الإجرائي على النحو التالي: المرض هو انحراف أو اختلال في أحد عوامل الصحة النفسية و الجسمية والعقلية أو النفسية، والمرض عملية منذ بدء السبب وحتى ظهور المضاعفات وقد يكون هذا التطور جاداً وسريعاً، وقد يكون بطيئاً ومزمناً، ويمكن أن يكون

<sup>1</sup>- عبد الحميد الشاعر وآخرون، الاجتماع الطبي، دار اليازوري العلمية، عمان ، ط2، 2003، ص15.

<sup>2</sup>- عبد المنصف حسن علي رشوان، الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي، ط1، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2007، ص16.

<sup>3</sup>- أحمد زكي بدوي، معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، مكتبة لبنان، الإسكندرية، 1988، ص207.

المرض عاماً يصيب أكثر من عضو واحد أو يكون موضعياً تقتصر الإصابة على عضو واحد أو جزء من العضو.

4-2- الصحة: اختلف العلماء في تحديد مفهوم الصحة ويمكن عرض بعضها على النحو التالي:

عرفت منظمة الصحة العالمية مفهوم الصحة على أنه: "حالة السلامة والكفاية البدنية والعقلية والاجتماعية الكاملة، وليست مجرد خلو من الأمراض أو العجز"<sup>1</sup>. إذا نظرنا إلى هذا المفهوم فإننا نجد:

- أن الصحة لا تخلو من الأمراض.
- التكامل بين الجوانب النفسية والاجتماعية .
- انتقاص أي عنصر من هذه العناصر ينتج عنه عدم اكتمال الصحة .
- نسبية الصحة فلا يمكن تحديدها تحديداً مطلقاً يميز بين ما هو مثاليا وما دون ذلك.

ويعرفها نيومان بأنها: " عبارة عن حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم، وأن حالة التوازن هذه تنتج عن تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها الجسم، كما أن تكيف الجسم عملية ايجابية تقوم بها قوة الجسم للمحافظة على توازنه"<sup>2</sup>.

ويعرفها حسن علي رشوان بأنها: "حالة السواد للإنسان والاكتمال البنائي في الجوانب الجسمانية والنفسية والعقلية، وحسن الأداء الوظيفي في صورة اتزان ديناميكي يحقق السلامة والنمو من الأمراض وأنواع العجز والإصابات مما يمكنه من التعامل الايجابي في الحياة"<sup>3</sup>.

من العرض السابق يتضح أن الصحة يمكن بلورتها في أنها حالة كاملة من السلامة في ضوء المعايير القياسية لها حيث تتضمن كافة الجوانب الشخصية سواء العقلية منها أو النفسية، اجتماعية كانت أو جسمية، فهي أكبر من كونها خلواً من الأمراض والعجز والضعف والسلامة من العيوب، بل هي حالة

<sup>1</sup>-سلوى عثمان الصديقي، مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية من منظور الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر 2002، ص25.

<sup>2</sup>-عبد الحميد الشاعر وآخرون، مرجع سابق، ص 62.

<sup>3</sup>-عبد المنصف حسن علي رشوان، مرجع سابق، ص 37.

الاكتمال البنائي في جوانب الشخصية التي تحقق الأداء الوظيفي للإنسان في صورة تفاعلية متزنة وتمكنه من التعامل الايجابي في الحياة.

#### 4-3- الرعاية الصحية :

تعريف يوسف أبو الرب: "الرعاية الصحية هي مجموع الخدمات والإجراءات الوقائية التي تقدمها مديرية الرعاية الصحية الأساسية والمؤسسات التابعة لها لجميع أفراد المجتمع عامة بهدف رفع المستوى الصحي للمجتمع والحيلولة دون حدوث الأمراض وانتشارها"<sup>1</sup>.

التعريف الإجرائي: وتشير الرعاية الصحية إلى كافة العوامل السياسية والاقتصادية والاجتماعية والبيئية التي تؤثر على صحة الفرد بجانب الرعاية الطبية ، وبالتالي تتضمن الرعاية الصحية كل الجهود التي تبذلها النظم الاجتماعية المختلفة للحفاظ على الصحة والوقاية من المرض.

#### 4-4- المرض العقلي:

يعرفه وكفيلد **Wakefiled** بأنه: "قصور أو اختلال وظيفي مؤذ أو ضار"<sup>2</sup>

في حين نجد محمد عاطف غيث في مفهوم هذا المرض بالقول أنه: "اضطراب نفسي اجتماعي غير عضوي، يكون فيه الفرد عاجزاً عن حماية ذاته او كيانه بصورة لا تمكنه من المشاركة في الحياة الاجتماعية العادية"<sup>3</sup>. كما عرفه آخرون بأنه: "اضطراب كامل في الشخصية بأكملها يبدو في صورة اختلال قوى في القوى العقلية، بحيث لا يستطيع الفرد التوافق مع البيئة المحيطة به، كما أن المريض ينفصل تماماً عن الواقع"<sup>4</sup>.

كما عرف مصطفى فهمي المرض العقلي: "يتناول كافة الاضطرابات الانفعالية والسلوكية والذهنية والشخصية بصفة عامة، وتعكس حالات الشذوذ وانعدام التوافق"<sup>5</sup>.

<sup>1</sup>-عبد الحميد الشاعر وآخرون ، علم الاجتماع الطبي، مرجع سابق، ص83.

<sup>2</sup>-محمد السيد عبد الرحمان، علم الأمراض النفسية والعصبية، دار قباء للطباعة والنشر، القاهرة، مصر، 2000، ص20.

<sup>3</sup>-محمد عاطف غيث، قاموس علم اجتماع، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1997، ص 499.

<sup>4</sup>-محمود عبد الحليم منسى وآخرون، الصحة النفسية وعلم النفس الاجتماعي، والتربية الصحية، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية، مصر، ص90.

<sup>5</sup>-عطوف محمود ياسين، علم النفس العيادي الإكلينيكي، ط1، دا العلم للملايين، بيروت، لبنان، 1981، ص281.

من خلال التعاريف السابقة يمكن القول أن المرض العقلي: عبارة عن اضطراب شديد يمس مراكز القوى العقلية التي يحدث فيها اختلال، ويصيب تكامل الشخصية ويؤثر في العلاقات الاجتماعية، ويتساوى عند الكثير من العامة لفظ الجنون مع الأمراض العقلية، وهذا خطأ واضح لأن كلمة الجنون ليس لها دلالة طبية واضحة، ولا يوجد أي مرض في الطب النفسي و العقلي يسمى الجنون وهي كلمة عامة تشير إلى الاضطراب الذي يحدث للفرد بعيدا عن المألوف وعن تقاليد المجتمع.

#### 4-5- المؤسسة الصحية: هناك عدة تعاريف للمؤسسة الصحية :

تعريف إقبال إبراهيم مخلوف:هي: "كل وحدة أو تنظيم مستقل لخدمات علاجية، خدمات وقائية أو إنشائية، وينطوي تحت المؤسسات العلاجية: المستشفيات العامة و العيادات والمستشفيات التخصصية والمستوصفات، كما ينطوي تحت المؤسسات الوقائية : مكاتب الصحة، ومراكز رعاية الطفل أو الطفولة والأمومة والصحة المدرسية، وكل نشاطات مصلحة الطب الوقائي ومكاتب التثقيف الصحي"<sup>1</sup>.

وتعرف المؤسسة الصحية بأنها "كل مؤسسة تتكون من مجموعة من الأقسام المتخصصة لكل قسم رئيسه وأعضائه وميزانيته، تشرف عليه المؤسسة ويتبع إدارتها ، وكل قسم من هذه الأقسام له جهوده وخدماته التي تناسب تخصصاته، وهدفها الأساسي هو حصول المرضى على الخدمات العلاجية بصورة تتماشى مع حالاتهم المرضية والاستفادة منها أكبر استفادة ممكنة"<sup>2</sup>.

كما عرفت منظمة الصحة العالمية المؤسسة الاستشفائية على أنها: "جزء متكامل من النظام الصحي ووظيفتها توفير العناية الصحية الكاملة لجميع أفراد المجتمع، سواء كانت علاجية أو وقائية، كما أنها مركز لتدريب العاملين في الحقل الطبي والصحي وكذلك مركز للأبحاث الطبية والاجتماعية"<sup>3</sup>

يتضح من خلال التعريفان الأوليان أن المؤسسة الصحية عبارة عن نظام كلي تتألف من مجموعة من الأنظمة الفرعية المتكاملة، في حين نجد تعريف منظمة الصحة العالمية أشمل من التعاريف السابقة وعليه

<sup>1</sup>-إقبال إبراهيم مخلوف، العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية، اتجاهات تطبيقية، دار المعرة الجامعية ، الإسكندرية، 1991، ص129.

<sup>2</sup>-محمود سلامة غباري، أدوار الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، 2003، ص34.

<sup>3</sup>- دريدي حلام، دور استخدام نماذج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية (دراسة حالة المؤسسة العمومية للصحة لجوارية بسكرة(رزيق يونس)، مذكرة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية و التسيير، جامعة محمد خيضر بسكرة، 2013/2014، ص20.

يمكن تعريف المؤسسة الصحية بأنها: كل هيئة طبية تستهدف تقديم رعاية صحية للأفراد سواء كانت هذه الرعاية رعاية علاجية أو وقائية أو إنشائية، وسواء كانت خدمة عامة أو متخصصة يقيمون في بيئة جغرافية معينة، تقدم هذه الخدمات للمريض العقلي وذلك لاحتوائها على مجموعة من الفاعلين ذوي كفاءة علمية ومهنية تسمح لهم بتقديم الرعاية الصحية.

**4-6- الأسرة:** يصعب على الباحث السوسولوجي أن يجد في أدبيات علم الاجتماع تعريفاً واضحاً واحداً لمفهوم الأسرة يتفق عليه علماء الاجتماع لذلك يلحظ تعريفات عديدة ومتنوعة تناولت الأسرة من جوانب مختلفة. إذ عرف كنجزلي ديفيز **Kingsley Davis** الأسرة كما يلي: "جماعة من الأفراد تربطهم روابط دموية واجتماعية متماسكة"<sup>1</sup>.

إنّ هذا التعريف تجاهل إمكانية انضمام بعض الأفراد إلى الأسرة عن طريق التبني وتمتعهم بحقوق كاملة دون وجود رابطة دموية في بعض المجتمعات.

ويعرفها ميتشيل بأنها: "جماعة من الأفراد تربطهم روابط قوية ناتجة عن صلات زواج، الدم، التبني، وهذه الجماعة تعيش في دار واحدة، وتربط أعضائها الأب الأم الأبناء علاقات متماسكة أساسها المصالح والأهداف المشتركة"<sup>2</sup>.

من خلال هذا التعريف يمكن استخلاص خصائص الأسرة:

- عبارة عن مجموعة من الأفراد يرتبطون برباط الزواج ورباط الدم فالزوجان يرتبطان برباط الزواج والأبناء ووالديهم يرتبطون برباط الدم.
- أنهم جميعاً يسكنون في مسكن واحد ويشتركون في ثقافة واحدة.
- إنّ أفراد الأسرة يرتبطون مع بعضهم البعض ويتفاعلون فيما يتعلق بأدوارهم الاجتماعية كأزواج ووالدين وأبناء.

كما عرفها مصطفى بوتفنوش كونهما "تتكون من الثنائي الزواجي (الزوج والزوجة) وأبنائهما، تقوم بينهما علاقات الترابط والتفاعل في إطار ثقافة مشتركة"<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>-ميتشل دينكن، معجم علم الاجتماع، ترجمة ومراجعة أحسان محمد الحسن، ط2، دار الطليعة، بيروت، لبنان، 1996، ص98.

<sup>2</sup>-المرجع السابق، ص97.

ركز هذا التعريف على الوحدات البنائية المكونة للأسرة إذ أشار الباحث إلى كون الأسرة وحدة بنائية اجتماعية فهي البيئة الطبيعية التي ينشأ فيها الفرد وينمو، كما أنها تتأثر بتغيرات المجتمع، غير أن هذا التعريف تجاهل الدور الذي يمكن أن تؤديه الأسرة .

من خلال التعاريف السابقة يتضح أن هناك من عرف الأسرة من خلال عناصرها البيولوجية، عناصرها الاجتماعية و الثقافية التي تختلف عبر المكان والزمان، ومن عرفها من حيث طبيعة العلاقات القائمة بين مختلف الأفراد التي تشكل أدوار اجتماعية كذلك ماهية الوظائف التي تؤديها الأسرة لأفرادها والوظائف المجتمعية التي تمارسها بوصفها مؤسسة اجتماعية .

وعليه يمكن القول أن الأسرة هي مؤسسة اجتماعية أساسية ونظام اجتماعي ذو وحدة بنائية داخل المجتمع فهي الحاضنة الأولى للفرد التي يلبي فيها حاجاته الأساسية من رعاية وأمن واهتمام، ويضمن استمرارها الوظائف التي تؤديها للفرد والمجتمع من خلال التفاعل الاجتماعي بين أفرادها الذين يشغلون أدوراً اجتماعية يحددها المجتمع.

**6- الدراسات السابقة:** إن الاهتمام بالدراسات السابقة من رأي الباحثين يجعل الباحث يتجنب الانطلاق الغامض في بحثه<sup>2</sup>، ومن هذا المنطلق كان من الضروري علينا أن نقوم بإطلاع على الدراسات المشابهة التي تتصل بموضوع الدراسة أو تهتم بمشكلة فرعية من المشكلات التي تثيرها الدراسة الحالية، وذلك لتحديد الإسهام الذي يمكن أن تضيفه الدراسة الراهنة، وذلك على أساس أنّ كل دراسة تبدأ من حيث انتهت إليه الدراسات الأخرى، كما تكون نتائجها بمثابة نقطة بداية لدراسات أخرى تتبعها.

وعلى هذا الأساس فإننا نتناول بعض الدراسات التي تتصل بموضوع الدراسة وتساهم في توضيح جوانبها، كما تجدر الإشارة إلى أنه من خلال بحثنا و محاولة وصولنا إلى دراسات محلية حول الموضوع فلم نعثر على أي دراسة تناولت موضوع المرض العقلي بصفة عامة ومن منظور سوسولوجي -في حدود علمنا- .وقد يرجع ذلك إلى سيادة الاعتقاد القائل بأن المرض العقلي من اختصاص الطب وعلم النفس لوحدهما.

<sup>1</sup>-مصطفى بوتفوشة، العائلة الجزائرية التطور والخصائص الحديثة، ترجمة دمري أحمد، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1984، ص38.  
<sup>2</sup>- مورييس أنجرس، منهجية البحث في العلوم الاجتماعية، تدريبات علمية، ترجمة صحراوي وآخرون، دار القصبية، الجزائر، 2004، ص 131.

## الدراسة الأولى: استيفان بنديك 1982: بعنوان الإنسان والجنون -مذكرات طبيب

**أمراض عقلية-<sup>1</sup>**: وهي عبارة عن كتاب مذكرات لطبيب أمراض عقلية مارس مهنة الطب العقلي في مستشفى أمراض عقلية ببريطانيا لمدة ثلاث سنوات أين عايش حياة المرضى اليومية، حيث وصف الحالة الكارثية التي كان عليها المستشفى، فهي تشبه حياة المستعمرات سواء من حيث البنية أو سوء المعاملة التي يتلقاها المرضى من طرف الفريق الممارس، وتناولت الدراسة نوعاً من العلاجات الذي يستعمل في علاج هكذا نوع من المرض وهو العلاج بالعمل وشملت الدراسة سبعون مريض من الرجال وإحدى عشرة امرأة تتنوع حالات المرض بتنوع الأمراض العقلية، إذ يسرد لنا الباحث الحالة التي كان عليها هؤلاء المرضى منذ وصوله إلى المستشفى في الدقائق الأولى بدءاً من بعد المستشفى الذي يقع في منطقة منعزلة في وسط الحقول.

هذا ويتحدث عن المعاملة التي يتلقاها المرضى والتي تتغير من مريض لآخر بالإضافة إلى طريقة الاستقبال التي استقبلوه بها المرضى الراغبين في الرجوع إلى منازلهم في أقرب وقت ممكن والذين انتظروهم لمدة طويلة. هذا وأكد على أن الفريق الممارس لم يكن مؤهلاً للقيام برعاية هذا النوع من المرضى ووجود نقص في عدد هؤلاء والذي لا يلبى حاجات المرضى الكثيرة، فكان لابد من تكوين هؤلاء المرضى للتعامل الجيد مع المرضى و أوضح لهم خصوصيته . لم تكن معاناة هؤلاء المرضى في المستشفى فقط وإنما كانت من طرف الهيئات الإدارية المسؤولة عن ذلك (البلدية) ، حيث كانوا يستغلون هؤلاء المرضى للعمل في المزارع الحكومية وفي الأماكن التي يعجز الأفراد الأسوياء على القيام بتلك المهام بنسبة 100%.

بدأ في تطبيق العلاج المناسب للمرضى كل حسب حاجاته وبطريقة فردية وأول ما قام به هو شعار "عليك أن تعرف كيف تعامل المريض" أي تعرف متى يجب أن تحضنه ومتى يجب أن تؤنبه، ومتى يجب الاطراد ومتى يجب أن يوقف المريض عند حده. هذا مع عدم تعليقه لآمال كبيرة على النتائج العلاجية للعمل ولكن قناعته بحقيقة مؤداها أن المرضى يتحسنون بشكل عام ويشفى البعض منهم.

رغم وجود الكثير من الطرق العلاجية التي كانت تستعمل كالعلاج بالصدمات الكهربائية والعلاج بالحقن والأقراص، إلا أن الطبيب فضل استعمال العلاج بالعمل الذي يبدأ بغاية العمل وتنمية لمشاعر الانتماء وهذا من خلال الإمكانيات المتوفرة، لذا كان عليه تقسيم العمل بين المرضى حسب قدراتهم و تبعاً لفصول السنة

<sup>1</sup> -استيفان بنديك، الإنسان والجنون -مذكرات طبيب أمراض عقلية-ترجمة قدرى حنفي ولطفي فطيم لطفي فطيم، دار الطليعة للطباعة والنشر، بيروت، 1982 .

من خلال القيام بعمليات التدريب لمدة ثلاث أشهر لكل فئة من المرضى ثم إرسالهم إلى مزارع لكسب القليل من المال أين أصبح هناك عدد من المرضى يعتمدون على أنفسهم. كل ذلك من أجل توفير المال لثيابهم حيث كان الكثير من المرضى يرفضون ارتداء ملابس المستشفى. ولكن المشكلة التي واجهها هذا الطبيب هي أن العلاج بالعمل للمرضى المثقفين بمثابة منغص مستمر فلم تكن هناك مهنة أو تسليية لائقة بهم فلم يكن هناك سوى مكتبة صغيرة ورقعة شطرنج ورايو مما جعله يفكر في أمسية أدبية لهؤلاء المرضى.

وجاءت نتائج هذا العلاج والذي دام لثلاث سنوات كالآتي:

➤ 25% من المرضى قد غادروا المستشفى وتحسنوا.

➤ 78% أدوا أعمالهم بكفاءة

➤ 82% من المرضى يشعرون بالسعادة.

➤ 70 مرض عادوا إلى المنزل في ظرف عامين.

غير أن هذا النجاح الذي تم تحقيقه في المستشفى لم يدم طويلاً نظراً لانتكاسة العديد من المرضى وعودتهم للمستشفى في حالة متدهورة حيث تباينت المعاملة الأسرية للمريض العقلي، فهناك من وضع المريض على قضيب السكة الحديدية للتخلص منه، وهناك من قام بطرده أو الخصام مع زوجة الأب وآخرون ينامون مع الحيوانات .

وهناك آباء يبذلون أقصى ما في وسعهم من أجل أبنائهم ولم يديروا لهم ظهورهم بل على العكس كانوا يفضلون بأن يعودوا بهم إلى منازلهم بأسرع وقت، رغم أن أولادهم من أشد حالات المرض. في حين وجد آباء يرفضون عودة أبنائهم إلى المنزل حين يشفون، وكانوا يرضون ويبتهجون لأن أولادهم يتقدمون ويرغبون في إبقائهم في المستشفى وهنا وقف على السؤال التالي : 'ما هي العلاقة بين الأسرة والمجتمع وبين الجنون؟'.

**تقييم الدراسة وتوظيفها:** إن هذه دراسة متخصصة في تقديم الخدمات الاجتماعية الصحية للمريض

العقلي لأنها تناولت برامج المهارة الاجتماعية والعلاج بالعمل من أجل تأهيل المرضى العقليين على الاستقلالية والاعتماد على أنفسهم، من خلال مشاركة وتدعيم الفريق الممارس لهذه النشاطات ويظهر لنا جلياً الدور السليبي للأسرة في متابعة عملية العلاج والذي أدى بالكثير من المرضى إلى الانتكاسة وعودتهم إلى المستشفى في حالة متدهورة. .

نتائج هذه الدراسة تتشابه كثيراً عن مؤشرات الموضوع الذي نحن بصدد البحث فيه من حيث الموضوع و الأهداف التي نسعى وهي طبيعة العلاقة القائمة بين الأسرة والمختصين من أجل فاعلية الرعاية الصحية المقدمة للمريض العقلي، كما أوضحت الدراسة للباحثة العديد من الجوانب سواء ما تعلق بأدوات الدراسة كملاحظة سلوك المريض والوقوف على الحياة اليومية للمريض العقلي داخل المستشفى بكثير من التفاصيل.

## الدراسة الثانية: **2007-2006 Beauchamp Jean-François** بعنوان "التمثيل

### الاجتماعي للمرض العقلي من طرف الفريق المعالج والأسرة العلاجية." <sup>1</sup>

أجريت هذه الدراسة بباريس والتي تناولت النظرة المجتمعية للمريض العقلي من وجهة الفريق الممارس لعملية التكفل بالمريض داخل المستشفى والأسرة العلاجية التي تقوم بعملية المتابعة المنزلية، والنظرة الدونية لمستشفى الأمراض العقلية التي ينظر لها رغم وجودها منذ أزيد من أربعين سنة.

هدفت هذه الدراسة إلى إلقاء الضوء على التصورات الاجتماعية للمرض العقلي للفريق الممارس والأسرة وانقسمت إلى مبحثين : الأول نظري تناول التصورات الاجتماعية للمريض العقلي و المبحث الثاني تناول الأسرة كفاعل في عملية التكفل بالمريض العقلي مع التعاون بالمؤسسة الاستشفائية و الطبيب المعالج حتى يكون هناك أثر إيجابي و تطور ملحوظ على صحة المريض، وتتمحور سؤال الدراسة على الدور الذي يمكن أن يلعبه كل من الفريق المعالج والأسرة والمجتمع كالتالي: ما هو دور كل من الفريق المعالج والأسرة والمجتمع لتحفيز الحوار الفعال من أجل تكييف وتأهيل المريض العقلي؟ وتناول السؤال العام تأثير التصورات المجتمعية على ممارس الصحة العقلية والأسرة في إطار الأسرة العلاجية وتتفرع عن هذا السؤال أسئلة فرعية:

- ما هي تصورات الفريق الممارس والأسرة المستقبلية العلاجية من أجل تكوين إطار عام على حياة المريض.
- ما هي تصورات العائلة للجنون من أجل استقلالية المريض.
- ما طبيعة العلاقة بين الأسرة والمؤسسة والتصور المجتمعي للفاعلين.

<sup>1</sup> -Beauchamp Jean-François : «la représentation sociale de la maladie mentale, chez les soignants et les familles d'accueil thérapeutique ,IFCS Henry Dunant , 2006-2007.

خصص الجانب النظري للتطور التاريخي للصحة العقلية والتكفل بالمرضى العقليين، الزيارات المنزلية والتناوب لرعاية المريض العقلي إضافة إلى الخصائص النظرية للتصورات المجتمعية للصحة والمريض، في حين تناول الجانب الميداني التنظيم الصحي والاجتماعي والسياسة الصحية التي تعتمد على تخفيض عدد الأسرة في المستشفيات العقلية بالإضافة إلى العائلة والجنون. وتم جمع البيانات بواسطة استبيان وزع على كل من أفراد أسر المرضى و الفريق الممارس (الأطباء، الأخصائيون النفسيون، الممرضون، إيطارات الصحة) وجاءت النتائج على النحو التالي:

#### أ- بالنسبة للممارسين:

يؤكد الممارسون على دور الأسرة في متابعة عملية التكفل بالمريض العقلي عند خروجه من المستشفى وهذا يعتمد على استطاعتها لاستقباله وعلى طبيعة الاستقبال التي تختلف من أسرة إلى أخرى دون تجاهل الاعتقادات السوسيوثقافية للمرض العقلي.

إن الجانب العاطفي للأسرة اتجاه المريض ونظرة الشفقة له قد يعيق عملية التكفل مما يؤدي عدم الاستقلالية للمريض وبقائه في تبعية لأفراد أسرته، مع العلم أن عدد أفراد الأسرة يؤثر على العملية العلاجية مما ينتج عنه صعوبة تناول الأدوية و العدوانية التي تكون في كثير من الأحيان من طرف المريض اتجاه أفراد أسرته.

**ب- بالنسبة للأسرة:** إذا كان الفريق الممارس يرى أن دور الأسرة ضروري خاصة في الجوانب العاطفية التي تسمح باحتواء المريض في أسرته وتقبله لا نظرة الشفقة، إلا أن الأسرة ترى عكس ذلك فهي تجد صعوبة في التكفل بالمريض ، وأن أفضل مكان هو المستشفى لكون هذه العملية صعبة ومرهقة وتثقل عاتقها على القيام بواجباتها اتجاه باقي أفراد الأسرة، وكذلك صعوبة التعامل مع المريض في حالات الانفعال والهيجان.

زيادة على ذلك فالعديد من الأسر تلح على التوعية والإرشاد الخاصة بالمرض وذلك من أجل تغيير تلك التصورات السلبية حول المرض العقلي من خلال تطوير الذهنيات المجتمعية.

**تقييم الدراسة وتوظيفها:** عند تحليل الدراسة من الناحية النظرية والميدانية وضحت العديد من التوجيهات التي يجب مراعاتها ، سواء فيما تعلق بطبيعة الخدمات والبرامج التي تقدمها المؤسسة الاستشفائية أو تقنيات العمل مع الأسرة في تدعيم دورها وتعاملها السليم مع المريض العقلي، كما تم

الاستفادة منها في بناء أسئلة الاستمارة مع الممارسين من خلال الممارسة المهنية في مجالات الصحة العقلية.

الدراسة الثالثة: دراسة **DariaM. Gianella** بعنوان "الصحة العمومية والثقافة الأسرية للصحة العقلية - تعزيز وصول المراهقين للرعاية الصحية العقلية في سويسرا"<sup>1</sup>. 2009.

تعرض هذه الدراسة قضية مهمة وهي مشكلة الصحة العقلية في سويسرا حيث وجد أن نسبة 20% من أفراد هذا المجتمع يعانون من الأمراض العقلية، وركزت الدراسة على الأطفال والمراهقين غير الخاضعين لعملية العلاج والرعاية الصحية أو المتأخرين في عملية الالتحاق بمراكز الصحة العقلية وما يخلفه ذلك من آثار بليغة على المراهق وأسرته .

تتحور هدف الدراسة حول محاولة فهم دور الأسرة ومايمكنها تقديمه للمراهق المريض عقلياً وللصحة العقلية بصفة عامة. كما عملت هذه الأخيرة على الوقوف على المعوقات التي تعيق عملية الرعاية الصحية للمريض العقلي على أكمل وجه من خلال مختلف التصورات المجتمعية للمرض من طرف المراهق والأسرة معتمدةً على العناصر التالية:

- تعدد الثقافات الموجودة في سويسرا.
- اختلاف التصورات التي تختلف بين الجنسين.
- اختلاف التصورات التي تختلف حسب السن
- الخبرة العلاجية التي تعتمد على مدة العلاج التي يقضيها المريض في إطار النظام الصحي المتبع في الصحة العقلية.

شملت الدراسة 101 مراهق مريض وتراوح أعمارهم بين عشر سنوات وستة عشر سنة وأسرهم من المجتمع الكلي للدراسة وذلك لأسباب تتعلق بالحالة الصحية للمريض والظروف الخاصة لأسرهم، حيث تمت

<sup>1</sup> Daria M. Gianella , -Santé publique et culture familiale de la santé mentale : Favoriser l'accès des adolescents au soin de la santé mentale en suisse, thèse doctorat , faculté des lettres, département de psychologie clinique , 2009.

معالجة البيانات المتحصل عليها بطريقة كمية بالنسبة للمراهقين المرضى أين وزعت عليهم استمارات في حين كانت هناك معالجة البيانات المتحصل عليها من طرف أسر المراهقين المرضى عقلياً كينياً والتي تناولت المحاور التالية:

- ✓ التصورات المجتمعية للصحة العقلية والمرضى العقلي من وجهة نظر المراهق.
- ✓ ما هي الثقافة الأسرية للصحة العقلية والمرضى العقلي.
- ✓ هل أولياء المراهقين المرضى عقلياً على دراية بالعلاقة والجو الأسريين وتأثيرها على الرعاية الصحية للمرضى العقليين .

وجاءت نتائج الدراسة على النحو التالي:

- وجود اختلاف كبير في التصورات المجتمعية للصحة العقلية والتي تختلف من منطقة جغرافية إلى أخرى.
- اختلاف نظرة المراهق والأسرة للصحة العقلية حسب مدة العلاج، إذ نجد اختلاف في وجهات النظر بين عالج لمدة قصيرة ومن دام علاجه مدة طويلة من الزمن.
- اختلاف في وجهات النظر للصحة العقلية بين كل من الأسرة والمراهقين المرضى حسب الجنس.
- الثقافة الأسرية للصحة العقلية هي الأخرى اختلفت وبشكل كبير.
- تم الوقوف على المعوقات التي تعيق نظام الصحة العقلية والتي توجد عند كل من الفرد والأسرة والمجتمع.

### تقييم الدراسة وتوظيفها: لقد أفادت هذه الدراسة في الوقوف على العديد من التصورات للمراهقين

المرضى عقلياً من وجهة نظر آبائهم الذين يتعايشون معهم بصفة مستمرة، بالإضافة مستوى الثقافة الصحية التي يمتلكونها اتجاه المرض العقلي والوقوف على المخاوف والقلق الذي يعيشونه عند تشخيص المراهق بأنه يعاني من المرض العقلي مع إخفاء بعض الخصائص التي تظهر عند ابنهم على المختصين خوفاً من التشخيص وهروباً من الواقع المؤلم حيث يكون هناك تفاوت في الإجابات بين الآباء والأمهات.

سمحت لنا هذه الدراسة بمعرفة الجوانب السلبية للأسرة عند تشخيص المرض العقلي، وبالتالي الدور الذي يلعبه فريق العمل في تقبل الأسرة للخبر والذي ليس من السهل عليهم تقبل ذلك الأمر، لكن يجب أن تقدم الأسرة المساعدة للمريض و تدعمه في تحطيم هذه الصدمة، وهنا يأتي دور الخدمة الاجتماعية للجماعة من

أجل التكفل بالأسرة هذه الأخيرة التي تتعامل مع مريضها العقلي وتساعد على تجاوز الكثير من العقبات التي تواجهه، سواء كانت هذه العراقيل من المريض نفسه أو من البيئة الاجتماعية التي ينتمي إليها.

❖ **تعقيب على الدراسات السابقة:** بعد أن عرضنا الدراسات المتاحة لنا والتي تتصل بالدراسة الراهنة بطريقة مباشرة أو غير مباشرة، متناولة الجوانب المنهجية لهذه الدراسات مما أفادتنا بشكل كبير في إثراء الإطار النظري وتحديد الإجراءات المنهجية للدراسة الحالية سواء تعلق الأمر بتوضيح علاقة الارتباط بين الأسرة ودورها في العملية العلاجية، أو المؤسسات الصحية المتخصصة التي تسهر على تقديم الرعاية الصحية للمريض العقلي وأسرته، كما ساهمت في تقديم تصور واضح لمشكلة الدراسة وإطارها النظري في عدة نقاط منها:

● التعرف على المداخل المناسبة لدراسة المرض، تحديد المصطلحات والمفاهيم العلمية والإجرائية للدراسة الراهنة، وذلك من خلال التعرف على أهداف الدراسة وتساؤلاتها والمناهج الملائمة للدراسة وأدواتها المنهجية التي تتناسب مع هذا النوع من الدراسة، بالإضافة إلى صياغة الجانب الميداني للدراسة الراهنة عند صياغة استمارة المقابلة، دليل المقابلة، حيث تم مراعاة اشتغال أدوات الدراسة على الموضوعات التي من شأنها أن تلقي الضوء على أبعاد ومشكلة الدراسة

يتضح من خلال هذه الدراسات أنها أجنبية عن بيئتنا كمجتمع جزائري له خصوصيته ومميزاته، لذلك جاءت هذه الدراسة تلقي الضوء على واقع الرعاية الصحية المقدمة للمريض العقلي وأسرته في مجتمعنا الذي يتزايد فيه عدد المصابين بالمرض بوتيرة سريعة. كما تستعرض هذه الأخيرة الرعاية الصحية والخدمات الصحية المقدمة للمريض العقلي وأسرته استعراضاً مستقلاً، حيث وردت بعض الإشارات إلى تلك الخدمات عرضاً ضمناً في الدراسات المشابهة، إلا أن هذه الدراسة تناولت موضوع الرعاية الصحية لهؤلاء تناولاً مباشراً ومقصوداً لذاته.

خلاصة:

إن تناول موضوع الرعاية الصحية للمريض عقلياً افتراض واقعا منهجيا، تم الانتقال من حقيقة اجتماعية إلى إعادة بنائه من ناحية سوسولوجية وهذه السيرورة كانت قصد الوقوف على الواقع الفعلي الذي يجري فيه التداخل بين السياسات الحكومية ممثلة بالخصوص في المؤسسات القائمة في المجتمع وبين الأسر والفاعلين الاجتماعيين.

## الفصل الثاني:

### الرعاية الصحية والنظام الصحي في الجزائر تمهيد

تمهيد

#### أولا : الرعاية الصحية

- 1- نبذة تاريخية عن الرعاية الصحية
- 2- واقع الصحة العقلية في الجزائر
- 3- خدمات الرعاية الصحية
- 4 - أهمية خدمات الرعاية الصحية
- 5 - مستويات الرعاية الصحية
- 6- تصنيف الخدمات الصحية حسب المنظمات الدولية.
- 7 - أهمية تصنيف الخدمات الصحية . .

#### ثانيا النظام الصحي:

- 1- دراسة التنظيم الصحي في الجزائر.
- 2- إصلاح النظام الصحي في الجزائر.
- 3- أهداف مشروع الإصلاح وملفاته .

خلاصة

### تمهيد:

تعتبر الرعاية الصحية ضرورة أساسية ومطلب ملح بل إنها عنصر لاغنى عنه لبقاء الإنسان، وتحقيق النمو وكذا الاستمتاع بالحياة، إذ أصبح ينظر لها على أنها حق لكل فرد في مجتمعه، ومن ثم فإنها تستمد شرعيتها من حقيقة أنها تشبع إحدى الحاجات الإنسانية الأساسية.

ويعتبر العنصر البشري من أهم موارد المجتمع الذي يجب الاهتمام به ورعايته، حتى يتمكن من أداء دوره ومساهمته الفعالة في الأنشطة التنموية في المجتمع وعليه فإن أي نجاح لأي جهد تنموي يعتمد في المقام الأول على السلامة الجسدية والعقلية والنفسية للإنسان حتى يمكن توظيفه واستثماره، لذلك تهتم العديد من الدول بتدعيم الخطط الموجهة نحو برامج الرعاية الصحية لكافة أفراد مجتمعاتها، كما توفر هذه الرعاية وفقاً لظروفها الاقتصادية والاجتماعية ولا سيما الفئات غير قادرة على دفع قيمة الخدمات الصحية المقدمة.

## أولاً: الرعاية الصحية

1. نبذة تاريخية عن الرعاية الصحية: عرف الإنسان الرعاية الصحية منذ أن عرف الاستقرار، حيث ارتبطت بظهور الفكر الاجتماعي بصفة عامة إذ نجد في الفكر المصري القديم، الصيني والهندي قبل أن تظهر عند فلاسفة اليونان القدمى، اعتماداً على اتجاهات هي التي حددت ملامح التفكير الاجتماعي القديم الذي جعل الاهتمام بالمرضى والمعوقين يأخذ مكاناً متميزاً بين مختلف الاهتمامات المجتمعية الأخرى التي تناول مختلف نواحي الحياة، أين اتخذ هذا الاهتمام أشكالاً مختلفة سواء كان ذلك بالمغالاة في إغداء العطاء والخدمات لهم أو تقريباً من المعبود. ويدخل هذا فيما يمكن أن يطلق عليه مصطلح "الرعاية الطبية" وقد مرت هذه الرعاية بمراحل مختلفة وتعددت أساليب العطف على المريض، وفي الحقيقة إنّ هذه الرعاية لم تأخذ الصورة الواعية التي هي عليها الآن في كل الحقب التاريخية الحديثة ولكنها حال شاهد على انتباه المجتمع إلى أن المرض والعائق مسائل لا تهتم من يصاب بها وحده بل تعني من حوله أيضاً.

### 1-1- الرعاية الصحية عند الإغريق: اعتبر الإغريق أن الإنسان مكون من نفس وجسد، حيث

يتكون الجسد من أصول الكون الأربعة : من ماء وتراب ، هواء ونار، وأرجعوا الاضطرابات العقلية التي تصيب الإنسان إلى وجود خلل في إحدى الوظائف العضوية في جسمه، وهذا ما شكل النظرة المادية السائدة في ذلك الوقت، ومن هذا قسم الإغريق الناس إلى أربعة أنماط مزاجية هي<sup>1</sup>:

- المزاج الناري: ويتصف صاحبه بالشجاعة والطموح والانفعال، حيث يتغلب عليه إفرازات الصفراء في الكبد ويكون عرضة للإصابة بالهوس.
- المزاج الترابي: ويتصف به الشخص المتشائم المنقبض، كثير التأمل تغلب عليه إفرازات الطحال ويكون أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب.
- المزاج المائي: تغلب على صاحبه إفرازات اللمف في المخ، ويوصف بأنه بليد، خامل، ويكون عرضة للصرع.

<sup>1</sup>-معصومة سهيل المطيري، الصحة النفسية مفهومها، ونظرياتها، الطبعة الأولى، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، الكويت، 2005، ص53.

- المزاج الهوائي: ويكون لدى الشخص الذي يغلب عليه تدفق الدم في القلب، يتصف بالمرح، حاد الطباع، عرضة للقلق والهذيان.

ومن هذه الأنماط استلهم هيبوقراط (Hypocrate) نظرية الأمزجة الأربعة (البلمغ ، الصفراء، الدم والسوداء)<sup>1</sup>. واعتبر أن الاضطراب فيها هو بالأساس المرض بصفة عامة والمرض العقلي خصوصاً، إضافةً إلى ذلك اعتبر المخ هو عضو العقل أين يتركز النشاط العقلي المعرفي، كما لاحظ دور الوراثة والاستعداد وعلاقتها بالاضطرابات العقلية، وقسم أبو قراط الأمراض العقلية منها: الهوس، الهستيريا والصرع.

### 1-2- الرعاية الصحية عند الرومان :

لقد كانت الرعاية الصحية تقدم في المعابد للمرضى مجاناً خاصة للمرضى غير القادرين على تكاليف العلاج، حيث يتحمل القادرون تكاليف علاجهم ورعايتهم صحياً على نفقتهم الخاصة ، أو تتكفل المعابد بذلك في كافة أنحاء الإمبراطورية من أجل تخليص المرضى من الضغط والعواطف والوصول للسعادة الكاملة.

### 1-3-الرعاية الصحية في العصور الوسطى في أوروبا: تعتبر هذه العصور عصوراً مظلمة

بالنسبة لعلاج المرضى عقلياً، فقد عادت طرق العلاج إلى سابق عهدها في العصور القديمة، كما أن في هذه العصور حدثت نكسة وعاد الفكر الخرافي وانتشرت الشعوذة، وعادت فكرة الأرواح الشريرة ، مما جعلهم يعزلون مرضى العقول خلف القضبان، كما كانوا يتخذون أساليب تتسم بالقسوة في معاملتهم فهم يلجؤون إلى أمور مثل التشويه أو الحرق أو الإغراق أو الشنق. في حين كان العلاج يتم على ربط المريض بالسلاسل وتجويعه وضربه بحجة أن هذه الطريقة تعيد الذاكرة للمريض<sup>2</sup>.

### 1-4-الرعاية الصحية عند العرب المسلمين: عرف الأطباء المسلمون المرض النفسي،

وكانت المستشفيات تضم أجنحة للأمراض العقلية والعصبية، ووضع بعض الأطباء المسلمون رسائل في الأمراض النفسية فابن عمران وضع كتاب "الميلخولوي"، وكتب ابن الهيثم عن تأثير الموسيقى في الإنسان والحيوان، ويعتبر الرازي رائداً للطب النفسي فهو أول من أدخل عبارة العلاج النفسي، كذلك تناول الرازي في كثير مؤلفاته موضوع أحوال النفس مثل النوم الفرح السرو، ليأتي بعده ابن سينا الذي استطاع أن يكتشف الصلة بين

<sup>1</sup>- عبد الفتاح عثمان، خدمة الفرد في المجالات النوعية، مكتبة الانجلو مصرية، القاهرة، 1980، ص138.

<sup>2</sup>- حامد عبد السلام زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، القاهرة، 1998، ص97.

الجسم والنفس وأورد في كتابه القانون قصة طريفة عن شاب قريب لأحد الحكام مرض بشدة واستطاع ابن سيئاء بحس نبض المريض أن يتعرف على أنّ الشاب عاشق لفتاة معينة وعالج مرض الشاب<sup>1</sup>. كما يرى الغزالي أن الإنسان مكون من البدن الذي ينتمي إلى عالم الأرض والفساد والفناء ، والنفس هي الجوهر الذي يجمع بين عالمين عالم العقل وعالم الحس<sup>2</sup>.

لقد ازدهرت في العالم العربي والإسلامي علوم الطب وشيدت العديد من المستشفيات التي تعنى بالمرضى عقلياً، ففي عام 707 ميلادي شيد الخليفة الأموي عبد الملك بن مروان أول مستشفى للأمراض العقلية بدمشق وزوده بكافة الوسائل والمعدات والأطباء لتشييد بعد ذلك العديد منها في كل من بغداد، الجزيرة العربية، مصر، المغرب وغرناطة والتي تزيد عن 32 مستشفى، وهي مجرد نماذج لما وصل إليه المسلمون العرب من إنجازات ومساهمات في علاج الأمراض العقلية والنفسية<sup>3</sup>.

### 1-5- الرعاية الصحية والمجتمع الحديث: لقد تغيرت الأفكار القديمة حول المريض العقلي

وأصبح ينظر له على أساس حالة مرضية يمكن أن تعالج، كما شرع في تحسين ظروف الإقامة لهؤلاء، حيث قام فيليب بينال P. Pinel بفك السلاسل عن المرضى بمستشفى بيستر Bicetre وهياً لهم إقامة صحية جيدة مع استعمال الملاحظات السريرية والجذور النفسية للمرض العقلي<sup>4</sup>. ليأتي بعده طبيب الأمراض العقلية الفرنسي Esquirol ويرفع شعار رفع القيود عن المرضى العقلين والاحتجاز داخل المعازل وذلك من خلال التقرير الذي ذكره عن ظروف هذه الملاجئ ومما ذكره: " .. لقد رأيتهم- أي المجانين- عرايا، وتغطي أجسادهم الخرق البالية،.. ينامون على أكوام من القش، تقيهم من برودة بلاط هذه الغرفة الرطبة.. وكانوا محرومين من الهواء النقي والماء الذي يروي ظمأهم، بل إنهم قد حرّموا من أشد الأشياء ضرورة للحياة"<sup>5</sup>، كما أنكر باراسيلسوس Paracelsus علم التنجيم واعترف أن وراء الأمراض العقلية أسباباً سيكولوجية ووضع نظرية المغناطيسية الجسمية وهي بداية للتنويم الإيحائي الذي شاع على يد Charcot الذي تتلمذ على يديه سيجموند فرويد وكان بداية لمدرسة التحليل النفسي التي تأسست فيما بعد. كما قام كراپلين E. Kraepelin بوضع تصنيف

<sup>1</sup> - ماهر عبد القادر، محاضرات في تاريخ العلوم عند العرب، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 198، ص 66.

<sup>2</sup> - معصومة سهيل المطري، مرجع سابق، ص 57.

<sup>3</sup> - عطوف محمود ياسين، أسس الطب النفسي الحديث، منشورات بحسون الثقافية، بيروت، 1988، ص 68.

<sup>4</sup> - Bensmail-B ; La Psychiatrie Aujourd' hui ; OPU, Alger, 1994, p40.

<sup>5</sup> - عطوف محمود ياسين، مرجع سبق ذكره، ص 43.

للأمراض العقلية أسبابها وأعراضها وطرق علاجها لتأتي بعده تصنيفات متعددة وتطوره نظراً لتطور العلوم الطبية بصفة عامة.

إن التقدم الهائل الذي أحرزته العلوم الطبية انعكس على الصحة العقلية خاصة بعد إدخالها كعنصر مهم في مفهوم الصحة من طرف منظمة الصحة العالمية حيث تضاعفت الدراسات والبحوث التي تهتم بالأمراض العقلية من خلال التعرف على أسبابها وطرق علاجها، كما شرعت العديد من دول العالم من وضع سياسة يغلب عليها الطابع الإنساني لمستشفيات الأمراض العقلية ومساهمتها في إعادة إدماج المريض العقلي داخل المجتمع الذي يعيش فيه. وفي هذا المجال أصدرت الجمعية العامة للأمم المتحدة عام 1971 إعلاناً عالمياً حول حقوق المريض العقلي تلتزم به الدول وتقوم بتجسيده على أرض الواقع.

### 2-واقع الصحة العقلية في الجزائر: إن الحديث عن الصحة العقلية بالجزائر يدفعنا بالضرورة إلى

الحديث عن الطب العقلي والسياسة الصحية واتجاهاتها. وترجع جذور الطب العقلي في الجزائر إلى مرحلة ما قبل الاستعمار فهي على غرار دول العالم العربي والإسلامي ورثت معرفة الطب العقلي من بعض العلماء مثل أحمد بن الجزار وإسحاق ابن عمران وثقافة مؤسساتية للتكفل بالمرضى عقلياً مع تشييد مستشفيات للمعتوهين. كما تجدر الإشارة إلى وجود العديد من الأطباء الذين اهتموا بدراسة هذا النوع من الأمراض منذ القرن الحادي عشر منهم : علي ابن محمد، عبد الرزاق الجزائري .

أما في الفترة الاستعمارية فإن الطب العقلي الفرنسي قد أعطى صورة سلبية لأهالي شمال إفريقيا، ومن أبرز منظري هذا الاتجاه أنطوان بورو Antoine Porot الذي وصف الجزائري ب "معتوه عاجز" واضعاً تفسيراً لذلك بحجة أن الجهاز العصبي للأهالي الجزائريين غير متطور لدرجة القيام بعمليات تفكير منطقية. وبقيت هذه النظرة الإحتقارية إلى غاية التحاق الطبيب العقلي فرانس فانون F.Fanon بصفوف جبهة التحرير والذي وضع أسس الطب العقلي في الجزائر وتعارض مع الطب الاستعماري حيث قام بأنسنة مصالح مستشفى البلدية وذلك بفتح أبواب الحجرات المعزولة التي يحجز فيها المرضى وفتح مسجد وكون نادي لكرة القدم.

وعند الاستقلال (1962-1972) ورثت الجزائر مصلحة الطب العقلي بمصطفى باشا وملحقتين بسور الغزلان والشلف، مستشفى F.Fanon بالبليدة، مستشفى وهران، قسنطينة و مستشفى سيدي الشحمي يشرف عليهم أطباء ثلاثة أطباء جزائريين تكونوا بالخارج بالإضافة إلى أطباء أجانب مثل البولونيين،

البلغار والسوفييات. ونظرا للنقص الفادح في عدد هؤلاء كان لابد من تكوين أطباء عقليين في الجزائر حيث تخرجت أول دفعة عام 1971، بالإضافة إلى تنظيم قطاعات الطب العقلي مع وحدات الاستعجال إضافة إلى إصدار أول قانون للصحة العقلية والانطلاق في بناء مستشفيات للطب العقلي بطاقة استيعاب 250 سرير.

ورغم أن بناء الطب العقلي كان في برنامج الجزائر المستقلة إلا أن الاستثمار في قطاع الصحة تقلص في أواخر الثمانينات، نظراً للتغيرات التي عرفتها البلاد بفعل التمدن، النزوح الريفي، البطالة التزايد، الديموغرافي والتغير في التركيبة الاجتماعية كل هذا أدى إلى تنامي المشاكل النفسية والصراعات الداخلية للأفراد. مما أثر على الطب العقلي الجزائري الذي كان موجود من الناحية المؤسساتية كما أن ضعفه انعكس على التكفل الأمثل بالمرضى العقليين. إضافة إلى الأزمة الأمنية التي عاشتها الجزائر وفقدانها للاستقرار والسلام الاجتماعيين وما خلفته من مصدومين جراء العنف حيث بينت نتائج البحث الذي قامت به الجمعية الجزائرية للبحث في علم النفس بالشراكة مع المنظمة النفسية الاجتماعية عبر الثقافات أن أكثر الاضطرابات انتشاراً هي ارتباط ما بعد الصدمة<sup>1</sup>.

### 3-خدمات الرعاية الصحية: إن خدمات الرعاية الصحية لا تقتصر على المرضى الذين تظهر

عليهم الأعراض المرضية بما يعرف بخدمات التشخيص والعلاج، بل تشمل الخدمات الصحية الشخصية بالكامل، بداية من الخدمات المتعلقة بترقية الصحة، الوقاية من الأمراض والكشف المبكر عنها، العمل على تشخيصها وعلاجها وصولاً إلى الخدمات المتعلقة بإعادة التأهيل الاجتماعي والمهني للمرض.

ومنه نقول أن الرعاية الطبية هي برنامج للخدمات والمطلوب منها توفير كافة المستلزمات الطبية الضرورية من أجل تحسين وصيانة الصحة الجسدية والعقلية والاجتماعية بما فيها توفير العلاج للمجتمع مع مراعاة الجانب المادي والاجتماعي للأفراد.

والجدير بالذكر أن مفهوم الرعاية الطبية يشتمل على كافة الخدمات الصحية التي تتعلق بصحة الفرد من خدمات وقائية، خدمات التشخيص والعلاج، إضافة إلى خدمات التأهيل، ومنه يتضح بأن مفهوم الرعاية الصحية أوسع من مفهوم رعاية المرضى ويختلف من حيث مجال التركيز والاهتمام، بمعنى أن رعاية المرض تركز على

<sup>1</sup>-Psychologie , Evénements traumatiques et santé mentale Résultats d'une étude épidémiologique, Edition SARP,N° :9 ;2001,p6 .

المريض أساسا في حين أن الرعاية الصحية تركز على المريض وغير المريض، أي أنها تشمل مدى واسع من الخدمات التي تقوم بعرضها موجزا<sup>1</sup>:

**3-1- خدمات الارتقاء بالصحة:** تركز هذه الخدمات على صحة الفرد من خلال عوامل غير طبية، تأخذ في الحسبان أهمية الغذاء الصحي، أهمية ممارسة الرياضة، الراحة والنظافة الشخصية، السلوك الصحي السليم للفرد لمحاولة امتناعه على العادات السيئة والضارة بالصحة كالتدخين وتناول المشروبات الكحولية. إن هذه الخدمات تشكل جزءا من الخدمات الوقائية وأن مواقف الفرد وسلوكياته تتأثر بالبيئة الثقافية التي يكتسبها الفرد من الأسرة، المدرسة والمجتمع، إضافة إلى تأثرها بوسائل الإعلام التي يمكنها أن تساهم إلى حد كبير في بناء سلوك حضاري وصحي لدى الفرد بزيادة وعيه عن طريق برامج التثقيف التي تهدف إلى الارتقاء بالصحة.

### 3-2- الخدمات الوقائية: ويمكن تصنيفها إلى ثلاث مستويات:

**أ- المستوى الأول:** ويتعلق بخدمات الوقاية الأولية، وهي محددة ومباشرة يجري تخطيطها وتقديمها لوقاية الأفراد من مرض معين، كما هو معروف بجملات التطعيم الجماعية أو الموجهة لمجموعة معينة من السكان وتدخل خدمات حفظ الصحة المشار إليها ضمن خدمات الوقاية الأولية.

**ب- المستوى الثاني:** يتعلق بخدمات الوقاية الثانوية التي تشمل التشخيص والكشف المبكر للأمراض قبل استفحالها، هذه الخدمات تقوم بها المستشفيات والمراكز الصحية، فهي تشمل المسح الشامل أو عينات من الأفراد في المجتمع لديهم القابلية للإصابة بهذه الأمراض المعدية.

**ج- المستوى الثالث:** يتعلق الأمر بخدمات الوقاية من الدرجة الثالثة، وهي خدمات متخصصة تهدف إلى إعادة تأهيل المرضى وضحايا الحوادث المهنية والاجتماعية لتمكينهم من ممارسة حياتهم بشكل طبيعي.

### 3-3- الخدمات العلاجية: تنقسم هذه الخدمات بدورها إلى قسمين:

<sup>1</sup> -- جيلالي أمير، محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الإستشفائية الجزائرية، رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، 2008-2009، ص. 124

أ- خدمات الرعاية الطبية المقدمة للمرضى من خلال العيادات الخارجية: بالمستشفيات أو تلك المقدمة في المراكز والمستوصفات وقاعات العلاج.

ب- خدمات الرعاية الطبية المقدمة للمرضى الداخليين: أي المقيمين والتي يمكن تصنيفها إلى ثلاث مستويات:

➤ **خدمات الرعاية الأولية:** التي تقدم عن طريق الأطباء العامون والمراكز الطبية الملحقة بالمستشفيات العيادات الخارجية ، حيث تشكل هذه الخدمات نقطة وصل بين المرضى والنظام الصحي حيث يتم تحويل الحالات المرضية التي تتطلب عناية ورعاية من مستوى أعلى.

➤ **خدمات الدرجة الثانية:** وهي الخدمات التي يتم تقديمه عن طريق الأخصائيين من خلال العيادات الخارجية أو العيادات الداخلية للمستشفى .

➤ **خدمات الدرجة الثالثة:** وهي خدمات متخصصة وفي غاية التطور ويتم تقديمها من خلال المراكز والمستشفيات المتخصصة وعادة يتم تقديم هذه الخدمات على المستوى الجهوي أو الوطني، كما هو معمول به في الجزائر مثل مراكز السرطان

3-4- **خدمات التأهيل والرعاية الطويلة الأجل:** تشمل خدمات الرعاية الطبية وإعادة التأهيل للمرضى والمصابين بالحوادث والتي تتطلب عملية تأهيلهم حياة طبيعية في فترة زمنية طويلة، ويتم تقديم هذه الخدمات في من قبل مراكز التأهيل المتخصصة ووحدات الرعاية اللاحقة بالمستشفيات

4- **أهمية خدمات الرعاية الصحية:** تعد الخدمات الصحية أكثر أنواع الخدمات تكلفة حيث يبلغ حجم الإنفاق العالمي على الخدمات الصحية سنويا تريليوني دولار<sup>1</sup>، فهي ذات أهمية لكونها تتعلق بصحة الفرد والمجتمع ، وتمثل إحدى معايير قياس مدى تقدم الشعوب في مجال العناية والرعاية الصحية ، فالقطاع الصحي يحتل دورا مهما لأنه ذا علاقة بحياة الإنسان بصورة مباشرة ويساهم في رفاهية المجتمع واستقراره، لأن الجميع يحتاج بشكل أو بآخر في الحياة اليومية إلى جملة من الخدمات الصحية، للتأكد من سلامة وخلو جسمه ومحيطه من مختلف الملوثات من جهة وعدم الإصابة بالعدوى والأمراض من جهة أخرى، وذلك من خلال طرق

<sup>1</sup> - عبد إله سعاتي، بدائل تمويل الخدمات الصحية في دول الخليج، مجلة صحة الخليج، المكتب التنفيذي لمجلس وزراء الصحة لدول مجلس التعاون ، العدد39، ربيع الاول1420، ص22.

الوقاية والعلاج وغيرها. ومن أجل تحقيق المردود الايجابي لخدمات الرعاية الصحية المقدمة للفرد والمجتمع تلك الخدمات التي تعمل على تخفيض المعدلات المذكورة أدناه وتحسين نوعية الصحة والحياة في المجتمع وهي<sup>1</sup>:

1. معدل الوفيات الخام (وفيات السكان من كل الأعمار).
2. معدل الوفيات العام للأمهات الناتجة عن الحمل والولادة.
3. معدل الوفيات بين الأطفال والرضع.
4. معدل الوفيات من الأمراض النوعية.(حوادث السير الحرائق).
5. المعدلات العامة للإصابة والانتشار بالأمراض الحادة والمزمنة
6. المعدلات العامة للأمراض النوعية (الدرن والسرطان مثلا).
7. معدل العجز والإعاقة بين السكان .
8. معدل الانحراف والجريمة في المجتمع.
9. معدلات الطلاق والإهمال وتفكك الأسر
10. الإدمان على التدخين والمخدرات.
11. معدل انتشار الأمية بين السكان.
12. معدل انتشار الفقر.

وعليه فإن خدمات الرعاية الصحية تعمل على:

- ✓ معدلات المواليد والخصوبة.
- ✓ زيادة معدلات توقع الحياة(طول العمر المتوقع)<sup>2</sup>.

## 5- مستويات الرعاية الصحية: إن تنظيم خدمات الرعاية الطبية يختلف حسب نوع النظام

الصحي وتبعاً للخدمات المقدمة، حسب درجة تعقيدها وحاجة الفرد المحددة أثناء الدخول للنظام الصحي ونظام تحويل المرضى من مستوى إلى آخر، وهنا نشير إلى أربعة مستويات أساسية للرعاية الطبية<sup>3</sup>:

<sup>1</sup>-فضيلة صدراتي، واقع الصحة المدرسية في الجزائر من وجهة نظر الفاعلين في القطاع، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد خيضر-بسكرة - 2014، ص267.

<sup>2</sup>- طريبة محمد عصام ، شادي أبو خضرا، أساسيات علم الاجتماع الطبي ،دار حمو رابي للنشر والتوزيع، عمان ، الاردن،2009، ص 106

<sup>3</sup>- جيلالي أمير، مرجع سبق ذكره، ص124،125.

**1- خدمات الرعاية الأولية:** وتتم هذه الخدمات في الغالب بواسطة أطباء عامون في المراكز الصحية والمستوصفات والعيادات وقاعات العلاج، حيث يقوم الطبيب العام بتقييم الحالات المرضية وعلاجها بالقدر الذي ينسجم مع معارفه ومهاراته وخبراته وفق اللوائح التي تبين له حدود ممارسته، ومن ثم يقوم بتحويل الحالات المرضية التي تتطلب خدمات ورعاية في مستوى أعلى من قدراته أو تخصصه، وفي هذه الحالة يعتبر الطبيب مسؤولاً عن التنسيق بين عملية المعالجة لهذه الحالات والمستويات الأعلى، ويعتبر هذا المستوى ذو أهمية كبيرة نظراً لكون أغلبية الحالات المرضية لا تتطلب خدمات الأطباء الأخصائيين، وبالتالي تعمل على تقليل عدد المرضى وتخفيف الازدحام على العيادات المتخصصة التي هي موجودة في المستوى الثاني.

**2- خدمات الرعاية الثانوية:** والتي تعتبر من الخدمات المتوسطة أو ما يعرف بخدمات الاختصاص مثل الجراحة العامة وأخصائي أمراض النساء والتوليد، أخصائي أطفال أطباء مخبر التحليل والأشعة بالإضافة إلى العلاج الطبيعي، حيث يتم التعامل مع الحالات المرضية التي يحولها الأطباء العامون في المستوى الأول السالف الذكر، ويجري تقديم خدمات الرعاية الطبية من خلال العيادات الخارجية أو في الأقسام الداخلية للمستشفى.

**3- خدمات الرعاية الثلاثية:** وهي الخدمات التي تكون على درجة عالية من التخصص الدقيق كجراحة الأعصاب وجراحة القلب، وعادة يتم التعامل مع الحالات المحولة من قبل الأطباء المتخصصين في الرعاية الثانوية.

**4- خدمات الرعاية الوطنية أو الخدمات الممتازة:** تشمل خدمات كبار الأطباء والمستشارين من ذوي التخصصات العالية ذات الخبرات العلمية والمهارات المتميزة بالتوجهات العلمية والبحثية، وعادة ما يتم توفير مثل هذه التخصصات في مراكز صحية على المستوى الوطني أو الجهوي كمركز جراحة الأعصاب بالجزائر العاصمة.

وتجدر الإشارة إلى أن هذه المؤسسات المستويات الأربع تشكل البرنامج المنظم للرعاية الصحية "إلا إن البعض يضيف مستوى آخر وهو مستوى العناية الذاتية"<sup>1</sup>. وهذا يعني ببساطة أن الفرد يقوم برعاية نفسه دون التفكير في اللجوء إلى خدمات الطبيب في الحالات المرضية البسيطة التي تواجهه كأن يلجأ إلى التداوي بالأعشاب أو خدمات الصيدلة لشراء بعض الأدوية البسيطة والتي في متناول الجميع كان يأخذ محلول عند إصابته بالزكام أو

<sup>1</sup>- فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، 2008، ص73.

قرص براسيتامول عند إصابته بصداع في الرأس ، ولعل هذه الخدمات الموجودة في كل المجتمعات فهي تمتص جزء كبير من الطلب على الخدمات الصحية.

### 6- تصنيف الخدمات الصحية حسب المنظمات الدولية: يستعمل التصنيف الدولي

للخدمات الصحية حسب المنظمة العالمية للصحة بدقة عالية، لكون هذه الخدمات قابلة للتطبيق بشكل واسع ليس في الدول المتقدمة فقط بل حتى في الدول التي تتميز بالمداخيل الضعيفة أو المتوسطة، تستعمل هذه التصنيفات من أجل التحسين في الحالة الصحية وتوفير المعلومات الصحية السليمة التي تسمح بإجراء المقارنة في البيانات بين مختلف الدول، وتشمل هذه التصنيفات ما يلي:

#### 1- تصنيف الوقاية والخدمات الصحية العمومية: ويشمل هذا التصنيف:

- صحة الأمومة الطفولة ، وتتضمن صحة الأم والرضع والأطفال قبل وبعد الولادة.
- خدمات الصحة المدرسية التي تهدف إلى تعزيز الصحة عند أطفال المدارس.
- الوقاية من الأمراض السارية والأمراض غير السارية.
- التعليم الطبي.
- الرعاية الصحية المهنية والتي تقدم للعمال في أماكن عملهم من خلال الفحص الطبية.
- البحث والتنمية الصحية والصحة البيئية.

#### 2- تصنيف الوظائف الصحية العمومية الأساسية: تركز على الأعمال المبكرة للوظائف

الصحية من خلال:

- الوقاية والترصد للأمراض السارية وغير السارية.
- مراقبة حالة المرض من خلال تقييم الاحتياجات السكانية للصحة ومعرفة فعالية الوظائف الصحية.
- تعزيز الصحة من خلال تقديم المعلومات وضع الصحة في المواقع الاجتماعية المختلفة.
- الصحة المهنية ويتعلق الأمر بوضع معايير للمحافظة على سلامة المهنيين.
- حماية البيئة عن طريق حماية الماء الصالح للشرب، حفظ جودة وسلامة الأغذية مكافحة المواد الضارة والنفايات ومعالجتها.

- تشريع الصحة العمومية وتنظيمها عن طريق الفحوص الصحية توثيقها.
- التدابير الصحية العمومية من خلال التعاون الدولي في مجال الصحة.
- خدمات صحية عمومية خاصة والتي تتعلق بالصحة المدرسية وخدمات الكوارث الطبيعية.
- الرعاية الشخصية للسكان والتي تخص الرعاية الخاصة لذوي الإصابات الخطيرة.

### 3- تصنيف مقدمي الرعاية الصحية: يركز هذا التصنيف على نظام التصنيف الدولي لتصنيف

لخدمات الصحة الخاص بمقدمي الرعاية الصحية والمتعلق ب:

- المستشفيات: من حيث الملكية سواء كانت عامة أ خاصة، أو من حيث التخصص تخصصي أو  
جامعية.
- مرافق التمريض والإيواء: يقصد بها جميع المرافق المتعلقة بالرعاية الاجتماعية للمتخلفين  
عقلياً، المسنين، والمرافق الخاصة بالصحة النفسية.
- مقدمي الرعاية الصحية المتنقلة (الاستعجالات).
- البيع بالتجزئة للبضائع الطبية كالنظارات الطبية، المواد الصيدلانية والأجهزة الطبية المساعدة.
- المؤسسات المساعدة على تقديم الخدمات المتعلقة بالبحوث الطبية والتعليم والتدريب.

### 7 - أهمية تصنيف الخدمات الصحية: تقوم الباحثة باستعراض الخدمات الصحية في المؤسسة

الاجتماعية من حيث أنواعها وأهدافها وترتكز الدراسة على تحليل أنواع هذه الخدمات، وإذا أردنا معرفة موقع هذه الخدمات ومدى ترابطها مع المجتمع الصحي، نجد أنها تنحصر حول نقطتين أساسيتين: هما العملاء (المرضى) ومقدموها من الطاقم طبي وشبه الطبي والفنيين الذين لم علاقة بالتحليل والأشعة .

### أ- التصنيف حسب المستفيدين للخدمات: وهي تنقسم بدورها إلى الخدمات الصحية العامة

والخدمات الصحية الفردية حيث:

❖ خدمات الصحة العامة: ويقصد بها تلك الخدمات التي تقدم لكافة السكان وتتضمن:

✓ خدمات تحسين الصحة وتهدف للارتقاء بالمستوى الصحي عن طريق الحفاظ على صحة وسلامة الجسم والعقل للمجتمع بواسطة الرقابة المستمرة للتغذية، تهيئة وسائل التربية الصحية، وخدمات الفحص الدوري من أجل الاكتشاف المبكر لمشاكل الأمراض المزمنة.

✓ خدمات الأمراض المعدية والمتنقلة ومكافحة الأمراض الطفيلية.

✓ خدمات التوعية والترشيد الصحي التي تهدف إلى إعلام السكان بخطورة الأمراض وما يجب إتباعه من نصائح.

✓ خدمات صحة البيئة وتهدف إلى رفع المستوى الصحي للبيئة من خلال مكافح الحشرات الضارة وتوفير المياه الصالحة للشرب وحماية البيئة من التلوث والقيام بتهيئة العمران.

✓ الخدمات التعليمية والثقافية للصحة العامة .

وتعتبر البرامج والسياسات للتخطيط بالنسبة للدول هي الأساس في تخطيط ورقابة الخدمات الصحية حيث تعتمد على الإحصائيات الخاصة بالوفيات والأمراض، إضافة إلى البيانات المتعلقة بكفاءة استخدام الموارد ومدى الاستفادة من الأطباء والمستشفيات ومعلومات أخرى حول احتياجات السكان للرعاية الصحية والتي تعتمد عليها لتحديد نوعية الخدمات الصحية المطلوبة في منطقة معينة وبطبيعة الحال حسب الحالات الصحية لكل منطقة. وفي نفس الوقت فهي تستفيد من الإحصائيات الموجودة في المستشفيات والرقابة لبعض الأمراض إذ تعتبر المصدر الوحيد عند جمع البيانات الدقيقة للحالات المرضية وطرق تشخيصها.

❖ **خدمات الصحة الفردية:** والتي تقدم لشخص معين وتقدم عادة من طرف اختصاصي وتشمل:

✓ الوقاية من الحوادث والأخطار المهنية .

✓ خدمات ترشيد الفرد نحو استعمال بعض الأغذية لمنع ظهور أمراض سوء التغذية والحد منها.

✓ خدمات العلاج والتشخيص.

✓ خدمات التأهيل الطبي وتشمل الإنعاش والنقاهاة

✓ خدمات البحث والتكوين.

من العرض السابق نجد أن المؤسسة الاستشفائية تحقق الهدف العام وتعمل على الحصول على أفضل وضع صحي للسكان من خلال الخدمات الصحية التي تقدمها .

**ب- التصنيف طبقاً للجهات التي تقدم الخدمات: وتنقسم إلى:**

- ❖ **خدمات القطاع العام:** والتي تعود ملكيتها للدولة وتقدم خدمات مجانية لكل أفراد المجتمع بدون استثناء والذي يدار من طرف وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات والتي تضم المستشفيات الجامعية، المراكز الصحية، قاعات العلاج المختلفة والعيادات المتعددة الخدمات، المستشفيات المتخصصة.
- ❖ **خدمات القطاع الحكومي:** والتي تدار بواسطة الوزارات وتقدم الخدمات لموظفيها وعائلاتهم كالمستشفيات التابعة لوزارة الدفاع الوطني والمتمثلة في المستشفى المركزي العسكري بالإضافة إلى وحداته الجهوية زيادة إلى إمكانية استفادته من خدمات المستشفيات والعيادات التابعة لوزارة الصحة.
- ❖ **خدمات العلاج الخاص:** تقدم هذه الخدمات بواسطة أفراد (الأطباء) أو الهيئات الخاصة التي تمتلك عيادات خاصة وتقدم خدماتها من خلال التحاليل الطبية والإيواء والتشخيص إلا أن أهدافها تختلف عن ما هو في القطاع العام.

**ثانياً: النظام الصحي:**

يعمل النظام الصحي على تقديم خدمات صحية باختلاف مستوياتها من أجل تلبية الحاجيات الصحية وتعزيزها وما يترتب عنها من نشاطات فردية وجماعية قصد الحفاظ على الصحة واستردادها بعد حدوث الأمراض، والجزائر كغيرها تسعى إلى تحقيق هذه الرعاية الصحية على أكمل وجه من خلال وضع استراتيجية واضحة المعالم وإتباع نظام صحي مناسب لتحقيق الأهداف المرجوة .

**1- دراسة التنظيم الصحي في الجزائر:** شهدت الجزائر منذ بداية الثمانينات تقدماً ملحوظاً ومستمراً للارتقاء بالحالة الصحية للفرد حيث تحسنت بعض المؤشرات الصحية كتراجع معدل الوفيات وارتفاع مستوى العمر للأطفال الرضع غير أن هذه الأساليب التي استعملت قبل سنة 2002 لم تحقق الأهداف المسطرة، لكنها سرعان ما تداركت الوضع وأعدت النظر في السياسة الصحية وذلك بإصدار مشروع إصلاح الهياكل الصحية لتقديم الخدمات بمستوى يتطلع له أفراد المجتمع وإتاحة الموارد اللازمة للقطاع، وبهذا شهد القطاع نقلة نوعية في سبيل الارتقاء بالخدمات التي يقدمها.

## 1-1- تطور النظام الصحي في الجزائر: لقد عرف هذا النظام مراحل تاريخية مختلفة منذ

الاستقلال إلى يومنا هذا:

أولاً: المرحلة ما بين 1962-1973: عرف قطاع الصحة خلال الحقبة الممتدة من الاستقلال إلى غاية منتصف السبعينات تطورات كبيرة من حيث عدد المستخدمين والهياكل القاعدية، لكن بمستوى بطيء مقارنة بالتطور السكاني الذي عرفته البلاد وكذا بجملة من القوانين والنصوص لتوحيد النظام الموروث عن المستعمر أهمها<sup>1</sup>:

- العمل على إيجاد صيغة وطنية للنظام الصحي وبدأت بتوحيد الهيئات المشرفة على الصحة.
- تجسيد عدة برامج صحية موجهة لحماية الطبقة المحرومة من الشكاوي ومن الأمراض المستعصية.
- تم فرض التطعيم الإجباري لكل الأطفال وإطلاق الحملات التطوعية للتلقيح ضد السل 1969-1970 و ضد الشلل 1973\_1974 وهذا في إطار برنامج وضع بالتنسيق مع منظمة الصحة العالمية. وتزامناً مع بداية المخطط الوطني من جهة وبداية نشاط المعهد الوطني للصحة العمومية الذي أنشأ عام 1966 لتنظيم مهنة الطب والصيدلة لوحظ تحسن في الخدمات الصحية مع تطور التكوين الطبي والشبه الطبي مع إنشاء الهياكل القاعدية بين 1967 و 1969.

ثانياً: المرحلة 1974\_1989: ما ميز هذه المرحلة بدء العمل وفق مرسوم هيكلية النظام الصحي المؤرخ عام 1973 وتم بموجبه تقسيم البلاد إلى قطاعات صحية موجودة على مستوى كل دائرة وتضم نظاماً استشفائياً ووحدات صحية جوارية ملحققة بها إدارياً كما تم اعتماد عدة إجراءات قانونية أهمها<sup>2</sup>:

- تقرير مجانية العلاج في الهياكل الصحية العمومية من خلال تطبيق المرسوم التشريعي 65\_73<sup>3</sup> المؤرخ في 21 ديسمبر 1973 والقاضي بتطبيق مجانية العلاج لكل مواطن مهما كانت مداخله ووضعته الاجتماعية وقد شرع في تنفيذ هذا القانون منذ مطلع 1974.

<sup>1</sup> - République .Algérienne .Démocratique et Populaire ;ministère de la santé ;séminaire sur la santé ;l'expérience algérienne ;Alger ;1985 ;p55..

<sup>2</sup>

<sup>3</sup> - الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ، العدد 104، الأمر 65\_73 المؤرخ في ديسمبر 1973 المتعلق بإنشاء الطب المجاني في القطاعات الصحية.

● إصلاح النظام التربوي وبالخصوص الدراسات الطبية مما يسمح بوجود عدد معتبر من الممارسين الطبيين في كل التخصصات.

### ثالثاً: المرحلة من 1990-2004:

تميزت هذه المرحلة بتراكم المشاكل التي تطورت منذ نهاية الثمانينات والتي أدت إلى إعادة هيكلة تدريجية للنظام الصحي الذي يجب أن يدمج ضمن المخطط الخماسي للتنمية الاقتصادية والاجتماعية من خلال:

1. مشروع الجهوية الصحية الذي شرع فيه في الثمانينات كإطار للوساطة والتحكيم لتجسيد القطاعية، اللامركزية وتحقيق تنمية صحية واجتماعية متوازنة.
2. انشاء ووضع حيز التطبيق هيكل الدعم لنشاط وزارة الصحة وحتى يتحقق هذا الهدف يجب التركيز على:<sup>1</sup>

- المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية مكلف بالمراقبة القبلية لكل دواء قبل إدخاله السوق.
- الصيدلية المركزية للمستشفيات المكلفة بضمان تمويل الهياكل الصحية بالمنتجات الصيدلانية.
- الوكالة الوطنية للدعم والمكلفة بوضع السياسة الوطنية للدعم 1995.
- الوكالة الوطنية للتوثيق الصحي المكلفة بتطوير التوثيق والمعلومة والاتصال.
- المركز الوطني لليقظة الصيدلانية ويقظة العتاد المكلف بمراقبة الآثار المترتبة على استهلاك الأدوية واستعمال المعدات الطبية.

### 2- إصلاح النظام الصحي في الجزائر: بتاريخ 5 أوت 2002 تم رسمياً إنشاء المجلس الوطني

للإصلاح من طرف وزارة الصحة وكانت من أهم الأسباب الرامية لهذا الإصلاح<sup>2</sup>:

1. ندرة الموارد المالية: رغم الجهود المبذولة من طرف الدولة لزيادة ميزانية المؤسسات الصحية خاصة في السنوات الأخيرة، لكن مع ذلك بقيت هناك صعوبات محسوسة ساهمت في تدهور الخدمات الصحية.

<sup>1</sup>- حاروش نور الدين ، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية ، الطبعة الأولى ، دار كتامة للطبع والنشر ، الجزائر، 2008، ص150\_151.

<sup>2</sup>- عدمان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية ، رسالة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير ، جامعة الجزائر، 2008\_2009، ص205، 206.

2. التفاوت بين العرض والطلب على الخدمات الصحية: إن زيادة عدد السكان وظهور الأمراض أدخل بالتوازن بين العرض والطلب وهو ما جعل المؤسسات الصحية عاجزة عن التكفل بحاجات المرضى.
3. التكيف مع المعطيات الاقتصادية الوطنية والعالمية: إذ يندرج ملف إصلاح المنظومة الصحية ضمن السيورة الكلية التي تقود إلى إصلاح دولة وذلك نتيجة للتحويلات السياسية الاقتصادية والاجتماعية التي يعرفها العالم ككل.

### 3- أهداف مشروع الإصلاح و ملفاته:

توصل المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات إلى تحديد ستة ملفات تشكل العمود الفقير لمقترحات الإصلاح نعرضها على النحو التالي<sup>1</sup>:

1. ملف الاحتياجات الصحية والطلب على العلاج: مني هذا الملف بأولوية خاصة إذ وانطلاقاً منه تم توضيح وصياغة أهداف لإصلاح المستشفى في إطار النظام الوطني للصحة، كما تمحور حول دراسة كيفية التنسيق بين النظام الوطني للصحة والمنظومة الاستشفائية الفرعية.
2. ملف الهياكل الاستشفائية: تمحور حول صلاح الهياكل الصحية بإدراج جملة من الأهداف أهمها<sup>2</sup>:
  - ✓ الحرص على تنظيم المحكم للمؤسسات العمومية والخاصة على حد سواء من خلال إدخال أدوات التخطيط والضبط المالي.
  - ✓ مشاركة المواطنين في ضبط العلاج مع أخذ حقوقه وواجباته بعين الاعتبار.
  - ✓ تعزيز رقابة الدولة على مؤسسات العلاج العمومية والخاصة.
  - ✓ المساهمة الفعالة للمريض ولجمعيات المرضى من خلال الإدلاء بأرائهم حول توزيع شبكة العلاج وجودة علاجها.

3. ملف الموارد البشرية: اهتم بعنصر أساسي في النظام الصحي وهو المستخدمين من خلال السهر على أحوالهم الشخصية ، شروط وظروف عملهم ، أجورهم، ترقيةهم في المسار المهني وتكوينهم.

4. ملف الموارد المادية: ارتكز هذا الملف على ضرورة إدماج الوسائل المادية الضرورية لتنظيم العلاج الذي يستدعي توازناً بين الوسائل ومستوى النشاط وبين تسلسل العلاج وقياس النتائج، والهدف هنا إعطاء كل الوسائل

<sup>1</sup> - Les 6 dossiers de la réforme hospitalière .<http://www.sante maghreb.com /actualites/0703/0703-27.htm>

<sup>2</sup> - جيلالي أمير ، مرجع سبق ذكره، ص180.

اللازمة لشبكة العلاج على أن تكون موزعة بعقلانية وتعتبر الجوانب المرتبطة بالصيانة المعايير التقنية الخاصة بالأمن والتنوعية عناصر مكملة لهذا الملف.

5. **ملف التمويل:** اهتم بطريقة توسيع المستشفيات وضرورة إعادة النظر في التنظيم من ناحية السير المالي، إضافةً إلى السهر على تكييف القوانين الأساسية التي تدير المؤسسات الصحية حالياً مع تعديلات الجارية خاصةً في مجال التقويم القائم على التعاقد في النشاطات وحول الشروط الواجبة لتخصيص الميزانيات والفواتير بطريقة تسعى لتحقيق المساواة في الحصول على العلاج بالنسبة لكافة المرضى.

6. **ملف إشراك القطاعات:** على اعتبار أن نشاط وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات مرتبط إلى حد بعيد بنشاطات الكثير من القطاعات كالقطاع المالي والعمال والضمان الاجتماعي والتعليم العالي وغيرها، فإنه يجب ضمان الانسجام بين الصحة والسياسة العمومية الأخرى من خلال إدراج النشاطات القطاعية ذات الصلة بالصحة ضمن الإستراتيجية العامة للوزارة.

### خلاصة:

نظراً لكون الصحة قطاعاً حيوياً وله دور بارز في التنمية لا بد من توفر برنامج صحي طموح والذي لا يتحقق إلا من خلال استراتيجية واضحة ، تسعى من خلالها المجتمعات إلى معرفة مدى استخدام الموارد المتاحة سواء كانت المادية أو البشرية ، وذلك من أجل تحسين نوعية خدمات الرعاية الصحية وتطورها مع مراعاة طبيعة هذه الخدمات وتناسبها واحتياجات أفراد المجتمع وتوزيعها بشكل عادل على مستحقيها.

# الفصل الثالث:

## مدخل مفاهيمي للمرض العقلي

### تمهيد

- 1- لمحة تاريخية عن المرض العقلي
- 2- النظرة السوسيوولوجية للمرض العقلي
- 3- انتشار المرض العقلي
- 4- بعض المفاهيم المتداخلة مع مفهوم المرض العقلي
- 5- الخصائص العامة للمرض العقلي
- 6- أسباب المرض العقلي
- 7- تصنيف الأمراض العقلية
- 8 أساليب وطرق العلاج
- 9- طرق استشفاء المرضى
- 10- مبادئ حماية الأشخاص المصابين بمرض عقلي وتحسين العناية بالصحة العقلية.

### خلاصة

### تمهيد:

يتناول هذا الفصل المرض العقلي من خلال دراسة أبعاده المختلفة سواء البعد الطبي أو النفسي أو الاجتماعي وذلك بالتطرق إلى النظرة المجتمعية للمريض العقلي عبر أزمنة غابرة وفي مجتمعات مختلفة كما يتطرق إلى الأسباب المؤدية للإصابة بالمرض، هذه الأخيرة التي ترتبط ارتباطا وثيقا بالطرق المتبعة للعملية العلاجية من أجل التكفل الأفضل بالمريض عقليا.

1- لمحة تاريخية عن المرض العقلي: إن تاريخ الإنسانية مع المرض العقلي نجده منذ القدم، حيث توجد أدلة كثيرة تشير إلى معاناة البشرية من الاضطرابات العقلية منذ العصور الأولى، ولعل مايدل على ذلك الآثار والرسومات القديمة ومحاوله فك طلاسمها ، حيث اعتقد في البداية بوجود أرواح طيبة وأخرى شريرة لابد من طردها أو معالجتها، وهنا لابد من القيام بعملية الترنبة Terpaning إذ من خلالها يمكن إحداث ثقب في جمجمة الفرد المصاب ولعل هذا الثقب يسمح بمغادرة تلك الأرواح الشريرة للجسد المصاب. غير أن نظرة المجتمع لتلك الاضطرابات وتفسيره لها وطرق علاجه للمصابين قد تغيرت على مر العصور.

### أ- المرحلة السحرية (مرحلة الشعوب القديمة) :

في هذه المرحلة سادت لدى الشعوب القديمة فكرة مفادها أن الأرواح الشريرة والجن المحبوسة داخل الإنسان هي المسؤولة عن المرض العقلي والنفسي لذا لابد من علاجها وإخراجها من الجسد الذي توجد فيه.

ففي الصين القديمة (حوالي 2006 ق.م) كان هناك بعض أشكال العلاج كالإيمان وتحويل الاهتمامات وتغيير البيئة طرق مناسبة لعلاج الاضطراب العقلي وفي عام 114 ق.م أنشئت مؤسسات للجنون تعالج المرضى.

وفي الهند وجدت مؤلفات الهنود حوالي 600 ق.م تحتوي أوصافاً تفصيلية لبعض أشكال المرض العقلي والصرع مع توصيات بإتباع الشفقة في العلاج<sup>1</sup>.

أما في مصر القديمة فكانت الفكرة السائدة أن الأمراض تنشأ من غضب آلهتهم أو من تأثير أرواح الموتى وتقمصها لجسم المريض وامتلاكه، وأن هذه الأرواح بعد دخولها الجسم منها ما يصيب العظم، منها من يفتك بالأمعاء أو يعيش في لحمه أو عقله ومنها ما يشرب دم المريض، ومن هنا وجد إتقان طقوس السحر حتى يمكن التعامل معها وطردها من طرف الكهنة والسحرة باستعمال التعاويذ والرقى ثم يشرع بعد ذلك في استعمال الدواء والغذاء لمعالجة الأضرار الحسية<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>- رياض نايل العاسمي، علم الأمراض النفسية، ط1، دار الإصدار العلمي، عمان، الاردن، 2016، ص54.  
<sup>2</sup>- أشرف محمد عبد الغني، المدخل إلى الصحة النفسية، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، 2001، ص297.

### ب-المرحلة الطبيعية- الطبية (اليونان): يعتبر جالينوس وهيبوقراط -460ق.م - من المع

أطباء اليونان الذين درسوا ووصفوا مرض الصرع وأطلقوا عليه إسم المرض المقدس، كما أسسوا الاتجاه العضوي الطبي في تفسير المرض العقلي والنفسي.

كما وضع هيبوقراط نظريته التي تحدث فيها عن الأخلط الأربعة: الدم والبلغم والصفراء ، حيث اعتبر الأمراض العقلية أمراض دماغية ناتجة عن عدم التوازن في الأخلط الأربعة للجسم<sup>1</sup>.

وجاء في كتاب الجمهورية لأفلاطون نصيحة بأن لا يظهر أي مصاب بمرض عقلي في طرقات المدينة بل يقوم أقاربه بملاحظته في المنزل بقدر إمكانهم، وتقديم وسائل التسلية والترفيه للمريض المصاب بالاكنتاب وعلاجه بوسائل رياضية البدنية والموسيقى والقراءة، كما أوصى لبعض المرضى بالغذاء الجيد والحمامات الدافئة<sup>2</sup>. ومن هنا يؤكد اليونان على أن لا علاقة للجن أو الأرواح الشريرة في الاضطرابات العقلية والنفسية وأن المسؤول على الاختلالات الوظيفية الجسمية .

### ج- مرحلة العصر الأوروبي الوسيط ( المرحلة الكنائسية): لقد سادت قسوة بالغة في

معاملة المرضى عقليا في العصور الوسطى كالبحت عنهم وقتلهم على أنهم سحرة أو أفراد تقمصتهم الشياطين ، ورغم حركة الإصلاح الديني إلا أن الأمر سار من سيئ إلى أسوأ لاتفاق كل من المستشفيات والكاثوليك على تحطيم كل من استحوذ عليه الشيطان<sup>3</sup>.

ومع اقتراب هذه العصور من نهايتها بدأت تظهر تدريجيا ما يعرف بعصر النهضة حيث ظهرت فئة من العلماء تلح على العودة إلى المنطق والملاحظة الدقيقة ونبذ كل ماهو سحري أو ميتافيزيقي، وظل الأمر يتقدم حيناً ويتقهقر حيناً آخر حتى القرن الثامن عشر وأوائل القرن التاسع عشر أين ظهر الاهتمام بالعلاج من خلال تقديم نظريات حول أسباب هذا المرض، حيث اعتقد الناس في وجود أسباب جسمية يمكن أن تؤدي إلى أنواع مختلفة من الاضطرابات العقلية. فقد اشتهر الطبيب العقلي الألماني إميل كريبلين من خلال تأليف كتابه في الطب العقلي Psychiatrie عام 1893 حيث صنف هذا الكتاب أمراضاً عقلية مختلفة طبقاً لأنماطها النوعية من

<sup>1</sup>- [www.arabpsy.com/Archives/OP/OP.Ammar.psyhistory.htm](http://www.arabpsy.com/Archives/OP/OP.Ammar.psyhistory.htm).

<sup>2</sup>سلوى عثمان الصديقي والسيد رمضان، الصحة العامة والرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2004، ص16.

<sup>3</sup>- سعد جلال، في الصحة العقلية : الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية، ط2 ، الإسكندرية، 1986، ص40.

السلوكات غير السوية<sup>1</sup>. في حين تغيرت فلسفة العلاج العقلي تدريجياً وبيطء إلى أن ظهر قانون الصحة في بريطانيا عام 1959<sup>2</sup>.

وهنا تجدر الإشارة بأن العرب قد سبقوا غيرهم بعدة قرون في معالجة المرضى عقلياً، واتبعوا أساليب فريدة وعلمية، إذ كان يتم عزل المرضى في دور خاصة في بداية الأمر، إلا أنه بعد تشييد البيمارستانات الكبيرة خصص في كل بيرومارستان قسم خاص بمؤلاء المرضى، وأصبحوا محط رعاية واهتمام الحكام والأمراء كما يشرف عليهم أطباء حاذقون لهم علم بنفسيات المرضى ويساعدتهم الأعوان والخدم. كما اشتهر العديد من العلماء العرب والمسلمين في هذا المجال الذين وضعوا رسائل في الأمراض العقلية ومنهم الرازي حيث قال: "على الطبيب أن يمني مريضه بالشفاء حتى ولو كان ميؤوساً منه فإن مزاج الجسم ناتج من مزاج النفس"<sup>3</sup>، وابن سينا الذي وصف الكآبة والقلق والميلانخوليا ووصف الميولات الانتحارية والانفعالات وتأثيرها على الجسم.

**2- النظرة السوسولوجية للمرض العقلي:** من أجل الوقوف على كيفية النظر لظاهرة الجنون نتناول هذين المثالين:

الأول: نظرة ميشال فوكوه<sup>4</sup> M. Foucault كمنظور يعكس النظرة الغربية كنظرة العاقل للجنون في حين سبويه المصري يعكس النظرة العربية المصرية لهذه الظاهرة في كتاب ابن زولاق .

**أما عن ميشال فوكوه** فيرى أن الجنون ليس مجرد واقعة ثقافية فحسب بل هو يشارك في تكوين أو إنشاء الواقع الثقافي ويشير فوكوه سؤالين يحاول الإجابة عنهما :

**أولهما:** كيف انتهى الأمر بالثقافة الغربية إلى إعطاء المرض العقلي معنى الانحراف، وإلى النظر للمريض العقلي نظرة إقصاء أو استبعاد من المجتمع؟

**ثانيهما:** كيف كان المجتمع الغربي يعبر عن نفسه من خلال تلك الصور المرضية التي رفض أن يعترف فيها على ذاته؟

<sup>1</sup>-F. Steudler, Sociologie médicale, Armand Colin, Paris, 1972, p100.

<sup>2</sup>- أشرف محمد عبد الغني، مرجع سابق، ص298.

<sup>3</sup>- سلوى عثمان الصديقي والسيد رمضان، مرجع سابق، ص17.

<sup>4</sup>- ميشال فوكوه والذي أصدر كتابه تاريخ الجنون عام 1961 وصدرت له ترجمة في اللغة الانجليزية بعنوان الجنون والحضارة في عام 1961، وفي عام 1963 أصدر كتاب تاريخ العبادة.

وكان اهتمام فوكوه بدراسة الجنون يرجع إلى رغبته في الارتقاء إلى أصول الفكر العقلي- في الثقافة الأوروبية- من أجل إدراكه مع حقيقته انطلاقاً من حركة معارضته للامعقول. ولما كان التعرف على الجنون في نظر فوكوه -ظاهرة حضارية- فهو يثير مشكلة تربطه بأهل الطب محاولاً الوصول إلى نقطة الصفر في فهم الجنون ، وفي العصور الوسطى أين ظهرت سفينة المجانين وهي فكرة سيكولوجية وكأن المجتمع الوسيط أراد من خلال هذه الرمزية أن يجد في فكرة ترحيل المجانين عبر البحار تعبيراً عن رغبته الدفينة في إقصاء هؤلاء تطهيراً له من شرورهم، وهكذا يستمر فوكوه في نقد العقل الغربي في تعامله مع الظاهرة التي ينظر إليها بسلبية ، في حين نجده ينسب للجنون معنى إيجابياً على الرغم من إقصاء المريض المجنون ، فإن للجنون دلالة فضلاً عن مضامينه التي تكتسبها معنى، وفي هذا الصدد يذكرنا بقول مصطفى زيور المحلل النفسي -إن في الجنون عقلاً- محاولاً نقد الأفكار التي واكبت تاريخ الجنون في الحضارة والثقافة الغربية.

وإذا انتقلنا إلى الوضع في مصر مثلاً نجد شخصية سيويو المصري الذي يقدمه ابن زولاق باعتباره أحد المجانين العقلاء حيث تغير مظهره وأصبح يرتدي ثياباً بالية تشبه لباس الدراويش، واستطاع في القرن الرابع هجري أن ينتقد السلطة فضلاً عن مخاطبته لعامة الناس عقب صلاة الجمعة داعياً إياهم إلى الزهد ومقاومة الظلم حتى ضاقت به السلطة واتهموه بالخبل، ماجعله يدخل السجن عدة مرات ولكن في كل مرة يخرج منها بحجة أنه مريض وهنا يجد من يدافع عنه حتى من العلماء أنفسهم.

من خلال ماتقدم يتضح الفرق الواضح بين نظرة الثقافة الغربية للجنون ونظرة الثقافة العربية حيث نجد فوكوه يؤكد خطورة نظرة الطب النفسي وتسارعه في التشخيص، وإلى عزل المريض الأمر الذي يؤدي إلى قيام علاقة بالغة الخطورة نظراً لاعتمادها على الاغتراب التام بين المريض ونظام العزل فيما يسمى بالمصححة أو مستشفى الأمراض العقلية، إذ أن المريض سرعان ما سيقوم في إطار نظام العزل بأداء الدور الذي حدده له المجتمع من خلال ضياع حرته على يد الطبيب المعالج ومسارعتة في محاولة التوفيق بين سلوكه وبين الصورة التي يرسمها له طبيبه المعالج ويثبت ملاحظها الممرضون من خلال ممارسة الضبط الاجتماعي.

### 3- انتشار المرض العقلي: تشير الإحصائيات الصادرة عن منظمة الصحة العالمية إلى تزايد عدد

المرضى عقلياً في العالم نتيجة عوامل كثيرة و متداخلة سواء كانت نفسية، بيولوجية أو اجتماعية، ويمكن الاستدلال على حجم المشكلة فمرض الفصام مثلاً أصاب 45 مليون أي نسبة 1% حيث يمثل أكثر من 90%

من نزلاء المستشفيات العقلية وحالات الاكتئاب بلغت 340 مليون حالة أي 7 % مما يؤدي 800 ألف حالة للانتحار كل سنة<sup>1</sup>

إن الملفت للانتباه هو أن الجزائر لا تتوفر حتى الآن على إحصائيات يعتمد عليها في بيان نسبة انتشار الأمراض العقلية والتقديرات الناقلة مبنية على دراسات محدودة، ولكنها قد تعطي انطباعاً قد لا يتعد عن الواقع، وترد صعوبة الإحصائيات الموثوق بها إلى أن بعض المرضى ممن يعانون من اضطرابات عقلية لا يلجأون للعلاج من المرض خشية وصمة العيب لهم ولعائلاتهم من مراجعة العيادات النفسية والعقلية، أو شعورهم بإمكانية الشفاء منها عن طريق الشعوذة والعلاج الديني والطب البديل.

لقد تباينت الإحصائيات حول عدد المرضى في الجزائر حيث صرح Sartorius بوجود مليوني مريض عقلي في الجزائر<sup>2</sup>، في حين نجد تصريحات الأستاذ فريد كاشا أن العاصمة لوحدها تحصي 80 ألف مريض عقلي<sup>3</sup>، في حين هناك نشرات دورية التي تصدر بين الحين والآخر إذ قدر عدد المصابين تسعمائة ألف مريض<sup>4</sup>، هذا العدد يتعلق بالمرضى الذين يستفيدون من خدمات الرعاية الصحية بالمؤسسات الاستشفائية العمومية فقط، ناهيك عن القطاع الخاص. في حين آخر المعطيات الصحية للمنظمة العالمية للصحة تؤكد أن نسبة 5%- 10% من سكان الجزائر<sup>5</sup> مصابون بأمراض عقلية خطيرة، ورغم حالتهم الصحية الخطيرة نجد أن غالبية هؤلاء تحويهم شوارع المدن الجزائرية عوض المستشفيات المختصة .

من خلال العرض التالي للحالة الوبائية الخاصة بالأمراض العقلية داخل المجتمع الجزائري حول عدد المرضى عقلياً هناك بعض التحقيقات والدراسات الوبائية التي أجريت في السنوات الأخيرة منها:

في سنة 1990 أشار التحقيق الذي تم إجراؤه من طرف المعهد الوطني للصحة العمومية إلى أن الأمراض العقلية تمثل 1.5% من إجمالي المعاينات الطبية داخل المؤسسات الاستشفائية و 7% من مجموع الأمراض المزمنة.

<sup>1</sup>-OMS. 'rapport annuel sur la santé dans le monde-année2001 'Genève ,2001 ,p60

<sup>2</sup>- Organisation Mondial de la santé, « la Santé mental : Nouvelle Conception Nouveau Espoirs 2017 »Genève,2017,40 .

<sup>3</sup>-Www , Algérie-dz /articl15682 .

<sup>4</sup>- محمد شكالي، المدير الفرعي للصحة للترقية الصحة العقلية بوزارة الصحة، ارتفاع عدد المرضى العقليين في الجزائر، النهار، العدد 7500، أبريل 2017.

<sup>5</sup>- ص بورويل، الأمراض العقلية في الجزائر، الخبر، العدد 6740، نوفمبر 2012.

وفي عام 1993: تحقيق تم إجراؤه من طرف نفس الهيئة حول التقييم العلاجي الموضوع من طرف وزارة الصحة والسكان 1986 والذي أوضح أن الأمراض العقلية تمثل 2.75% من إجمالي المعاینات داخل الهيئات الاستشفائية، إضافة إلى أن الأدوية المهدئة وصفت 2.74% من الحالات المرضية.

وخلال 1998: أحصت عملية الإحصاء العام للسكن والإسكان عدد الأمراض العقلية المؤدية للإعاقة قد قدرت بـ 476.48 بالنسبة لـ 100000 نسمة، وتقدر النسبة عند الرجال بـ 618.52/100000 نسمة أما عند النساء 331.2/100000 نسمة أي حوالي الضعف عند الرجال ويختلف عدد الإصابات حسب الولايات حيث نجد أن هناك عشرون ولاية تمثل 60% من مجموع الحالات منها: تيزي وزو: 812.87/100000 نسمة، بجاية: 732.99/100000 نسمة، سطيف: 613.92 / 100000 نسمة، عين تموشنت: 611.72 / 100000 نسمة، تلمسان: 573.99/100000 نسمة، باتنة: 508.81 / 100000 نسمة، أما الولايات الأخرى التي يوجد فيها أقل عدد من الإصابات فهي ولايات الجنوب.

وفي عام 2005: تضمن البرنامج الوطني للصحة العقلية للفترة 2006-2009 معلومات حول المرضى عقليا الذين ارتادوا المستشفيات عام 2005 والذين تم تقديرهم بـ 26307 حالة مرضية كما لاحظ التقرير ارتفاع عدد المعاینات الطبية الخاصة بالأمراض العقلية حيث انتقلت من 162133 معاينة خلال 2004 إلى 192232 معاينة خلال 2005، هذه الأرقام مستقاة من القطاع العمومي دون وجود أي عدد من القطاع الخاص.

إن المتمعن في مختلف المعطيات الوبائية السابقة الذكر يؤدي بنا إلى القول بأن مجال الصحة العقلية في تزايد مستمر وبوتيرة سريعة مما يستدعي توفير هياكل وموارد مالية وبشرية معتبرة للحلول دون المساس بتوازن المجتمع واستقراره إذ أن الصحة العقلية جزء لا يتجزأ من الصحة بمفهومها الشامل، وعليه سطرت الدولة الجزائرية مخططا وطنيا لترقية الصحة العقلية من خلال توفير أزيد خمسة آلاف سرير وألف طبيب مختص في الأمراض العقلية، 1368 أخصائي نفسي على أن توزع توزيعا عادلا جغرافيا حيث نجد أن معظم المصالح الاستشفائية موزعة في الشمال بنسبة 56% و 31% بالهضاب العليا في حين نجد نسبة 5% فقط في الجنوب وهذا طبقا

لتصريح وزير الصحة وإصلاح المستشفيات من خلال إشرافه على يوم دراسي حول الصحة العقلية 7 أبريل 2017.

#### 4- بعض المفاهيم المتداخلة مع المفهوم المرض العقلي: هناك العديد من المفاهيم التي

تتداخل مع المرض العقلي نذكر منها على سبيل المثال لالحصر المرض النفسي وللوقوف على الفروق الموجودة بين كل منهما نلاحظ الجدول التالي:

#### جدول رقم(1) يوضح الفرق بين المرض العقلي والمرض النفسي:

المرض العقلي	المرض النفسي
<p><b>التعريف:</b> هو اضطراب عقلي ذهاني شديد وخطير انفعاليا وعقليا وسلوكيا وشخصيا، يمثل خلافا في التفكير والقوى العقلية وجهلا بأسباب المرض وعدم القدرة على الضبط والاستبصار ويتناول كافة جوانب الشخصية وهو عموما عضوي وفيه جانب وظيفي</p> <p><b>أمثلة العضوي:</b> الصرع والحميات، الأورام الدماغية، ذهان الولادة والحمل، أمراض الشرايين والجهاز العصبي.</p> <p><b>أمثلة الوظيفي:</b> انفصام الشخصية، الذهان الدوري، الذهان الوجداني، الاكتئاب بأنواعه.</p> <p><b>السمات:</b> المصدر عموما (عضوي/فيزيولوجي أو دماغي عصبي)والجملة العصبية حتما فيه مصابة وتصاحبه اضطرابات هضمية ووظائفية.</p> <p><b>العلاج</b> فيه صعب جدا، طويل زمنيا ومكلف ماديا.</p> <p>3- الوراثة أساسية في المرض العقلي والبيئة ثانوية.</p> <p>4- المرض العقلي يصيب كافة جوانب الشخصي: التفكير، الذاكرة، الإرادة، الإحساس والإدراك.</p>	<p><b>التعريف:</b> هو انحراف أو اضطراب وظيفي (غير عضوي) أو مزاجي في الشخصية لا يرتبط بالدماغ بل يعود لخبرات مؤلمة أو صدمات انفعالية أو اضطرابات في علاقات الفرد مع البيئة والوسط الاجتماعي وترتبط هذه الاضطرابات بماضي حياة الفرد وطفولته.</p> <p>فالإضطراب وظيفي السبب والصراعات لا شعورية والهدف وجود حل لهذه الصراعات والأبعاد سلوكية وعصائية</p> <p><b>أمثلة:</b> القلق المرضي العصبي (العصاب)،، الهستيريا، النورستانيا وأمراض النطق، الوسواس والخوف، الانحرافات الجنسية والإدمان.</p> <p><b>السمات:</b></p> <p>1- المصدر هو(نفسى/ عصبي/مزاجي)أي غير عضوي وغير جسيمي وهو قابل للعودة للتوازن والتعادل والجملة العصبية.</p> <p>2- العلاج فيه قصير وممكن</p> <p>3- البيئة أساسية في المرض العصبي النفسي والوراثة ثانوية</p>

4- المريض النفسي يصيب جانبا واحدا في الشخصية كالعاطفة أو العلاقات الاجتماعية أو الذات.	5- المريض العقلي يعيش في برانويا وينفصل عن الواقع نهائيا.
5- المريض النفسي لا ينفصل عن الواقع ويبقى متصلا به.	6- المريض العقلي غير واع لحاله وتصرفاته وغير متعاون ويرفض العلاج كالعلاج شبه فصامي.
6- المريض النفسي واع لحالته ومتعاون ويطلب العلاج كعصايب وسوسة غسل اليدين.	7- المريض العقلي غير مسؤول قانونيا على تصرفاته.
7- المريض النفسي مسؤول قانونيا على تصرفاته وسلوكه.	8- توجد حالات مختلطة عقلية ونفسية أحيانا.
8- في بعض الحالات قد يتحول المريض النفسي إلى مريض عقلي عند إهماله وعدم تشخيصه وعلاجه المبكر	

المصدر: عطوف محمود ياسين، أسس الطب النفسي الحديث، منشورات بحسون الثقافية، بيروت، 1988، ص 127-128.

يتبين من خلال هذا الجدول الاختلاف البالغ بين المرض العقلي والنفسي في القوى العقلية والتفكير، فالمرض العقلي يكون إما عضوي أساسه تلف في النسيج العصبي للمخ نتيجة لإصابة معينة وإما وظيفي.

والفرق الأساسي بين المريض النفسي والمريض العقلي هو أن الأول يتمتع ببصيرة تجعله يدرك المشكلة عكس المريض العقلي، كما أن المرضى بأمراض نفسية لا يظهر تغير كبير في سلوكهم أو شخصياتهم، ينجزون أعمالهم بطريقة شبه عادية أما المرضى عقليا فإن أغلبهم يعيش حياة منطوية تتميز في بعض الحالات باللامبالاة، والتغير المفاجئ في السلوك، والبعد عن الواقع والاعتقادات الخاطئة كأن يعتقد بأن الناس ضده.

**4-2- الجنون والمرض العقلي:** لقد كان المصطلحان من الموضوعات التي سادها الغموض لفترة طويلة فقد تساوى عند الكثير من العامة لفظ الجنون مع الأمراض العقلية، وهذا خطأ واضح لأن كلمة الجنون ليس لها دلالة طبية ولا يوجد أي مرض في الطب النفسي يسمى جنوناً.

إن استخدام مصطلح الجنون أصبح شائعاً عند عامة الناس لكن المصطلح في جوهره قانوني أكثر من كونه مصطلحاً سيكولوجياً، ولا يوصف الإنسان بالجنون إلا بناءً على صدور حكم المحكمة بأنه كذلك وفقاً لنصوص قانون معين، والمصطلح السيكولوجي اللائق للاضطرابات العقلية هو الذهان<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> - عبد الرحمان العيسوي، صحة النفسية من منظور قانوني، ط1، منشورات الحلبي الحقوقية، لبنان، 2004، ص 16.

وتستعمل كلمة الجنون في عدد من المعاني اليومية يغلب فيها عدم التحديد أو التعميم غير المسؤول، والجنون بهذا المعنى شخص مصاب بعجز عقلي بعيد عن الاتصال الواقعي المادي والاجتماعي لا يعرف طبيعة أفعاله ولا يستطيع التمييز بين ما هو خير وما هو شر<sup>1</sup>.

## 5- الخصائص العامة للمرض العقلي: يعد المرض العقلي من أشد الاضطرابات خطورة وشدة وشمولاً في

آثاره حيث يجعل الفرد غير قادر على أبسط الأشياء للحياة اليومية وتجعله يتميز بمجموعة من الخصائص منها:

- ✓ المرض العقلي لا يتناول جانباً واحداً في الشخصية وإنما تصاب كافة جوانب الشخصية.
- ✓ ينفصل المريض عن الواقع انفصالاً كلياً مع إصابة الجهاز العصبي وصعوبة العلاج والشفاء حيث يحتاج المريض في هذه الحالة إلى علاج مكثف، كما يرفض المريض التعاون مع الطبيب النفسي وذلك لأنه لا يحس مطلقاً بمشاكلته لانعدام قدرته على الاستبصار والوعي<sup>2</sup>.
- ✓ يتميز المريض العقلي بالبالادة، الانفعالية، الانسحاب والتفكك.
- ✓ سوء التوجه الزماني والمكاني لمصحوب بالهلوسات والهذات.
- ✓ التغيرات الانفعالية الزائدة تظهر في شكل عناء أو تشاؤم دون وجود سبب منطقي أو العكس أي الشعور بالانشراح وهي الحالة المصحوبة بالهوس الاكتئابي، حيث يكون المريض مسرفاً في سعادته المصحوبة بالكلام الصاحب لكثير من الضحك والنشاط الزائد<sup>3</sup>.
- ✓ تلعب الوراثة والاستعدادات الجينية دوراً أساسياً في المرض العقلي<sup>4</sup>.
- ✓ المرض العقلي لا يسأل المصاب به مسؤولية قانونية وغالباً ما يجب عزله حين يكون خطراً على نفسه وعلى الآخرين<sup>5</sup>.

## 6- أسباب المرض العقلي: أرجع بعض العلماء هذا النوع من الأمراض إلى عوامل وراثية أو

صددمات عنيفة تصيب الإنسان في حياته، ثم تبين في وقت لاحق أنه ليس من السهل إرجاع هذا المرض إلى

<sup>1</sup> - نعيم الرفاعي، الصحة النفسية، مطبعة الطوبيين، سوريا، 1996، ص319.  
<sup>2</sup> - سلامة منصور، نهى سعدي مغازي، رعاية ذوي الأمراض العقلية والنفسية، ط3، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر، الاسكندرية، مصر، 1998، ص31.  
<sup>3</sup> - عبد الحميد محمد الشادلي، الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، ط2، المكتبة الجامعية، مصر، 2001، ص120.  
<sup>4</sup> - عطوف محمود ياسين، أسس الطب النفسي الحديث، منشورات بحسون الثقافية، بيروت، 1988، ص286.  
<sup>5</sup> - عطوف محمود ياسين، علم النفس العيادي الإكلينيكي، ط1، دار العلم للملايين، بيروت، لبنان، 1981، ص283..

سبب واحد أو عامل واحد بل تم الاتفاق على تفاعل عدة عوامل قد تكون وراثية ، بيئية، كيميائية، شخصية ومن الصعب الفصل بين العوامل المسببة للمرض.

#### 6-1- الأسباب الوراثية: تتمثل في مجموعة العوامل الوراثية وصددمات الولادة التي يتعرض لها الجنين

أثناء الحمل، هذه العوامل تختلف من شخص لآخر تبعاً لدرجة الحساسية، التأثير، الحيوية، قوة الدوافع ودرجة احتمال، قوة الإحباط والتأزم والحرمان، وقد دلت الدراسات التي أجريت على التوائم من بيضة واحدة في النمط الأصلي الوراثي أو من بويضة مختلفة على أن العوامل الوراثية تكون من بين العوامل المهددة للإصابة بالعصاب لكن أثرها التمهيد للذهان يكون أعمق بكثير<sup>1</sup>.

#### 6-2- الأسباب البيولوجية: وهي في مجملها أسباب جسمية المنشأ أو عضوية تطراً في تاريخ

الفرد ومن أمثلتها الاضطرابات الفيزيولوجية واضطرابات وظائف الاستقبال الحسي، خلل في الجهاز العصبي وحدوث خلل في المخ وتلف خلاياه<sup>2</sup>.

#### 6-3- الأسباب الاستعدادية: يقصد بها استعداد الفرد للإصابة بالأمراض العصبية ولو أن

الاستعداد لا يرجع إلى أسباب وراثية، بمعنى أن العوامل البيولوجية هي التي تساهم في تكوين الاستعداد، وقد اختلفت المدارس الفكرية حول هذا المضمون فيمكن القول عن وجود عوامل استعدادية بأن نشأة ردود الأفعال العصبية ترتبط بطبيعة تكوين الشخصية قبل العلة أو المرض ووجود سمات معينة<sup>3</sup>.

#### 6-4- الأسباب النفسية: وهي الأسباب التي تتعلق بالنمو النفسي المضطرب خصوصاً في الطفولة

المبكرة وعدم إشباع الحاجات الضرورية الأساسية للفرد واضطراب العلاقات الشخصية والاجتماعية، ومن أهم الأسباب النفسية:

الصراع، الإحباط، الحرمان، الخبرات السيئة، التناقض الوجداني، عدم النضج النفسي الانفعالي،

الضغوط النفسية، مفهوم الذات السلبي وسوء التوافق الذاتي<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> - عبد العالي الجسماني، الأمراض النفسية، ط1، دار الثقافة للنشر والتوزيع، مصر، 1998، ص115.  
<sup>2</sup> - عبد الرحمان عبد الوافي، الوجيز في الأمراض العقلية والنفسية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1999، ص26.  
<sup>3</sup> - فوزي محمد جبل، الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، المكتبة الجامعية، الاسكندرية، مصر، 2000، ص115.  
<sup>4</sup> - عبد الرحمان عبد الوافي، مرجع سابق، ص30.

وحسب فرويد فإن الاضطراب هو حصيلة تأمر بين كبت عنيف في الطفولة المبكرة مع الإحباط الشديد في عهد الرشد<sup>1</sup>، ووفق منظور مدرسة التحليل النفسي فإن السبب الكامن وراء الذهان هو فقدان موضوع الحب مع النكوص (الارتداد) للمرحلة الفموية<sup>2</sup>.

يمكن حصر الأسباب النفسية كالآتي:

❖ الظروف التي تؤدي إلى استرجاع أو تقوية خبرات الطفولة المبكرة أثناء عمليات التنشئة الاجتماعية التي خلقت الصراع والإحباط لدى الطفل.

❖ الظروف التي تؤدي إلى إضعاف العمليات الدفاعية مثل الصراع القائم بين الهو النفس غير المتزنة صاحبة الملذات والأفعال اللاشعورية التي تتناقض مع معايير المجتمع وتمنع الإنسان من أي فعل يناقض هذه المعايير، وأيضا الخبرات العصابية الأليمة والضغط النفسية الشديدة والضارة، كل هذا يؤدي إلى تعجيل ترسيب ردود الأفعال العصابية.

❖ الظروف التي تستلزم العمليات الدفاعية التي تفوق طاقة احتمال الفرد وتؤدي إلى الفشل في تحقيق الأهداف، أي المواقف الصعبة قد تولد الحاجة إلى سلوك دفاعي يرتفع إلى مستويات غير محتملة تثقل كاهل الفرد وتؤدي إلى ترسيب ردود الأفعال العصابية، فالحالة المتطورة للاضطرابات النفسية تؤدي إلى الدخول في المرض العقلي وتكون نتيجة الصراع إذا تعارضت رغبات الإنسان وكان عليه أن يختار بينها ولم يستطع ترجيح إحداها عن الأخرى<sup>3</sup>.

## 6-5- الأسباب الأسرية: تتمثل تلك الأسباب في الأسر المفككة والمنحرفة، مثل المشاحنات

الدائمة بين الزوجين أو بين الوالدين وأبنائهم، أساليب التنشئة الخاطئة والحرمان العاطفي والمادي وأشكال التواصل بين أفراد الأسرة . وكذلك الانحراف السلوكي والأخلاقي لبعض أفراد الأسر كتعاطي المخدرات والجريمة كلها أنماط من السلوكات التي تؤثر على تربية الأبناء وتجعلهم غير قادرين على الدعم العاطفي من الوالدين، وتنمية الكفاءة الذاتية مما يشعرهم الوحدة والعزلة الاجتماعية التي تكون الأرضية للانحراف والأمراض النفسية والعقلية.

<sup>1</sup>-إجلال محمد يسري، علم النفس العلاجي، ط2، عالم الكتب، القاهرة، 2000، ص46.

<sup>2</sup>- عطوف محمود ياسين، مرجع سابق، ص288.

<sup>3</sup>- سلامة منصور محمد، نهى سعدي مغازي، رعاية ذوي الأمراض العقلية والنفسية، ط3، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر، مصر، 1998، ص191.

**6-6- الأسباب الاجتماعية:** يؤثر الوسط الذي يعيش فيه الفرد في تكوين شخصيته ونموها، وتحديد حيل دفاعه النفسية عن طريق نوع التربية والضغوط والمطالب التي تسود البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها ، فإذا فشل الفرد في مواجهة هذه الضغوط السائدة نظرا للتناقضات التي يعيشها ساء توافقه النفسي والاجتماعي وأدى ذلك إلى الأمراض النفسية والعقلية. وتدل بعض الدراسات أن نسبة المرض العقلي تتفاوت حسب البيئة الغنية والفقيرة، الحضرية أو الريفية فقد ينتشر الارتداد الوظيفي بين الفقراء ويكثر القلق بين الأغنياء والمتقنين<sup>1</sup>.

**6-7- الأسباب البيئية:** ويقصد بها البيئة أو الوسط الاجتماعي الذي يحيط الفرد أثناء تشكيل ونمو شخصيته وتكوين العلاقات والتفاعل الاجتماعي المضطرب، خاصة في المجتمعات التي لا تتحكم في تطورها الحضاري السريع والذي يرى أصحاب التصور البيئي بأنها عامل مهم في انتشار المرض، إذ نجد أن عدم التكيف البيئي وتعقيد الحياة الصناعية وضغوط عصر السرعة التي يعجز الفرد عن مواكبتها، و كذلك زيادة المسؤوليات الاجتماعية وعدم القدرة على تحملها ، وهذا ما يعرف بأحداث الحياة الضاغطة التي تساهم في انتشار المرض. إضافةً إلى أعراض ضغوط ما بعد الصدمة أو الأزمات الناجمة على الكوارث الطبيعية مثل الزلازل، وكذلك الأزمات الناتجة عن فعل الإنسان كالحروب والسلوك العدواني والقسوة والظلم والحرمان<sup>2</sup>.

بالنظر إلى الأسباب السابقة نجد عدم وجود اتفاق تام على سبب واحد لحدوث المرض ، ومن الممكن أن يكون هذا طبيعياً لأنّ حدوث الإصابة يعود لأسباب عدة، منها أنّ سببها قد يكون ناتج عن وجود اختلافات حيوية وعصبية في الدماغ الذي يبدو من خلال تحليل الصور الإشعاعية المغناطيسية، ووجود اختلاف في تركيب دماغ الإنسان، أم أنه سبب وراثي أو نتيجة خلل في الجهاز العصبي المركزي أو نتيجة هذه العوامل مجتمعة وعليه نأخذ بالاتجاه التكاملية.

**7- تصنيف الأمراض العقلية:** هناك الكثير من الأشكال التصنيفية للأمراض العقلية التي تم ذكرها في الموسوعات النفسية والطبية، هذه الأخيرة التي كانت ولا تزال في حركة مستمرة، وتهدف هذه التصنيفات إلى تشخيص مجموعة الأمراض العقلية حتى يسهل تقديم العلاج المناسب للأفراد المصابين بالمرض ، وينقسم الاضطراب العقلي إلى قسمين رئيسيين هما:

<sup>1</sup>- رياض نايل العاسمي، مرجع سبق ذكره ، ص149  
<sup>2</sup>- مرجع سابق، ص150.

**7-1- اضطراب عقلي عضوي:** هو مرض عقلي ذو أصل عضوي -فيزيولوجي يتعلق بحدوث تلف في الجهاز العصبي ووظائفه، سواء كان هذا التلف جزئي أو كلي، ومن أشكاله اضطرابات الغدد الصماء، الأورام المخية، الخرف أو العته، والاضطرابات الناتجة عن الإدمان بأنواعه المختلفة والشلل الجنوني العام الناتج عن الإصابة بالزهرري، وهذه الاضطرابات العقلية صنفت على أساس اشتراكها على أنها نتيجة لمرض دماغي أو إصابة مخية أو إصابة أخرى تؤدي إلى خلل وظيفي في المخ. وقد يكون الخلل أوليا كما في الأمراض والإصابات والصدمات التي تؤثر في المخ سواء بطريقة مباشرة أو بطريقة غير مباشرة، أو يكون الخلل عضويا كما في الاضطرابات الجهازية والتي تصيب المخ باعتباره واحدا من الأعضاء أو الأجهزة العديدة في جسم الإنسان التي يصيبها المرض، وتحدد أسباب الذهان العضوي تحت المجموعات التالية<sup>1</sup>:

أولاً: اضطرابات التمثيل الغذائي وتشمل: أمراض الكبد، أمراض الكلية، داء السكر.

ثانياً: نقص الفيتامينات.

ثالثاً: أمراض الغدد الصماء: الغدة الدرقية، الغدد فوق الكلية، الغدد النخامية والغدد الجنسية.

رابعاً: نقص الأكسجين في الدم.

خامساً: اضطرابات الأملاح المعدنية في الجسم.

سادساً: أمراض شرايين المخ مثل: تصلب الشرايين وارتفاع ضغط المخ.

سابعاً: الحميات

ثامناً: ذهان الحوامل والولادة.

تاسعاً: أمراض الجهاز العصبي.

عاشراً: الصرع.

أحد عشر: ذهان السموم: ويشمل: الكحول، المهدئات، المخدرات.

<sup>1</sup> - أديب محمد الخالدي، مرجع في علم النفس الإكلينيكي (المرضي) الفحص والعلاج، ط1، دار وائل للنشر، لبنان، 2006، ص306.

## 7-2- اضطراب عقلي لاعضوي (وظيفي): هو مرض عقلي ذو منشأ نفسي ولا تعود

الإصابة لأي سبب عضوي، بل إنه لزمة مكونة من أعراض مميزة ناشئة عن الاضطرابات في التفكير والإدراك والوجدان والسلوك، وهذه الأعراض تصل إلى درجة الذهان خلال مسار المرض. وعلى هذا الأساس تنقسم الاضطرابات العقلية (الذهانية) إلى مايلي<sup>1</sup>:

أولاً: اضطرابات عقلية العضوية وتصنف إلى ثلاث أنواع رئيسية:

✓ اضطراب ذهان الشيخوخة.

✓ اضطراب الإدمان أو الذهان الكحولي.

✓ اضطراب الشلل الجنوني العام.

ثانياً: الاضطرابات العقلية اللاعضوية ( الوظيفية)

✓ اضطراب الفصام.

✓ اضطراب الهوس.

✓ اضطراب البارانويه.

## 8-أساليب وطرق العلاج:

تعددت النظريات التي حاولت تفسير أسباب المرض العقلي ومع تعدد العوامل تعددت أيضاً الأساليب العلاجية المستخدمة لذلك، منها ماهو قائم على أسس التحليل النفسي والآخر على مبادئ النظريات السلوكية وهناك تدخلات علاجية تعتمد على الأدوية.

ويجب أن تراعى العملية العلاجية نتائج تشخيص المرض والذي يجب أن يكون مبكراً حتى يمكن التحكم في الأعراض اعتماداً على التطور المرضي والوضعية الجسمية والاجتماعية للمريض، وحتى يكون العلاج فعالاً لا بد من:

❖ التشخيص الدقيق للمرض.

❖ التدخل المبكر للعلاج.

<sup>1</sup>-مرجع سابق، ص307-308.

❖ المساعدة الاجتماعية والدعم الفعال لتعافي المريض، إذ أن العلاج داخل المجتمع يسمح للمريض بإعادة بناء نفسه بالاعتماد على الوسط العائلي والمجتمع، لكن لا يعني إهمال آليات العلاج الرسمي.

❖ مساهمة المريض نفسه في عملية العلاج دون إهمال دور الأسرة.

❖ الاستعمال العقلائي لوسائل العلاج.

❖ استمرارية العلاج.

ويعتمد العلاج الحدي للأمراض العقلية على :

✓ العلاج الطبي.

✓ العلاج النفسي.

✓ العلاج الاجتماعي وإعادة الإدماج.

والذي يستند في أصله إلى طبيعة العوامل المسببة للمرض وهي: عوامل بيولوجية، النفسية و الاجتماعية.

**أولاً: العلاج الطبي:** وهو علاج في كل أحواله يتعامل مع الجسم بخلاياه الحيوية والعصبية كما

يتعامل مع التوازنات الهرمونية والعصبية ذات التأثير على الوظائف النفسية والمزاجية والوجدانية<sup>1</sup>.

**1- العلاج الدوائي:** سنحاول وصف أهم العائلات الدوائية والأكثر استعمالاً في معالجة الاضطراب

العقلي<sup>2</sup>:

**أ- مانعات الامتصاص الانتقائية للسيروتونين:** سميت بهذا الاسم لأنها تؤثر فقط على السيروتونين في

حين أن تأثيرها محدود على الناقلات العصبية الأخرى، أهمها: Paxil, Zoloft, وأشهرها هو البروزاك (Prozack) نظراً لفاعليته الكبيرة في علاج حالات الاكتئاب مما يؤدي إلى تحسن الحالة النفسية للمرضى كما أن آثاره الجانبية محدودة.

**ب- مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات:** واستخدمت أول مرة لعلاج الفصام، غير أن الباحثين

لاحظوا الأثر الحسن في تحسن الحالة المزاجية للمريض ومن ثم بدأ وصفها كمضادات للاكتئاب أهمها: Anafranil .

<sup>1</sup>- مدحت عبد الحميد أبو زيد، التكامل العلاجي للاعتماد العقائري، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2001، ص33.  
<sup>2</sup>- محمد السيد عبد الرحمان، علم الأمراض النفسية والعصبية، ط1، دار قباء للنشر والطباعة والتوزيع، مصر، 1999، ص418-422.

ج- **مضادات الذهان:** تسمى عند البعض بالمهدئات الكبرى أو المهدئات العصبية (Neuroleptique) نظراً لتأثيرها على الجهاز العصبي وتستخدم مضادات الذهان للحد من الأعراض الذهانية كالهالوس والهذيان: Haldol .

رغم الاستفادة الكبيرة للمرضى من هذه الأدوية إلا أنها لاقت نقداً لاذعاً لكونها تعالج أعراض المرض وليس أسبابه حيث تؤدي إلى تهدئة المريض لبعض الوقت دون المساعدة الفعلية على شفائه، وأكبر خطر هو الإدمان على هذه المواد والتي تكون خطيرة في كثير من الأحيان.

2- **العلاج الكهربائي:** يقتصر استخدامه على معالجة حالات الاكتئاب الحاد والدائم وحالات الإقبال على الانتحار والتي يعجز أصحابها على تحمل آثارها الجانبية الناتجة عن تعاطي مضادات الاكتئاب المختلفة.

3- **الجراحة النفسية:** والتي كانت تمارس في الفترة التي سبقت اكتشاف الأدوية المضادة للقلق والاكتئاب والذهان، غير أن هذا النوع من العلاج ينتج عنه جوانب سلبية كإنخفاض الكفاءة العقلية للمريض، وظهور سلوك مندفع ومضاد للمجتمع، وعليه فهذه التقنية يقتصر استخدامها اليوم على علاج الوسواس القهري الحاد والاكتئاب المرتبط بالقلق.

**ثانياً: العلاج النفسي:** رغم تناول المريض لمجموعة من المواد الدوائية إلى أن هناك استمرارية في معاناته وهنا يأتي العلاج النفسي لغرض مساعدة المريض وتخفيف الآثار الجانبية التي تسببها الأدوية، وذلك من خلال العمليات والإجراءات التي يقوم بها الأخصائي النفسي قصد إعادة التكيف الفرد مع نفسه ومع المجتمع المحيط به، أي معالجة الاضطرابات أو الأمراض النفسية (العصاب) والأمراض العقلية (الذهان) والاضطرابات السلوكية والأخلاقية، حيث يقدم الأخصائي المعالج الرعاية والخدمات العلاجية في شكل جلسات فردية مع مريض واحد بعينه أو في شكل جلسات جماعية تخص مجموعة من المرضى فيما يعرف بالعلاج الجماعي<sup>1</sup>.

أ- **العلاج النفسي الفردي:** والذي يعتمد على التحليل النفسي والذي يهتم بالنقاط التالية<sup>2</sup>:

✓ السعي وراء فهم وتحليل الأسباب والدوافع المكونة لسلوكات الناس ومشاعرهم.

<sup>1</sup> - عبد الرحمان العيسوي، موسوعة علم النفس الحديث، دار الراتب الجامعية، بيروت، 2001، ص20.  
<sup>2</sup> - مرجع سابق: ص446.

- ✓ افتراض أن الاضطرابات العقلية ترجع إلى اضطراب العلاقات الوالدية خلال مرحلة الطفولة المبكرة على اعتبار هذه الأخيرة تلعب دوراً أساسياً في تحديد ونمو شخصية الطفل.
- ✓ التأكيد على أن الصراع النفسي هو أمر حتمي عند كل إنسان، ومن أمثله التناقض بين غرائز الشخص البيولوجية والضوابط الحياتية الاجتماعية.
- ✓ اعتبار أن دوافع السلوك هي أساساً دوافع لاشعورية ويحاول العقل بصفة مستمرة مقاومتها وإبعاد غير المقبولة منها.

**ب- العلاج السلوكي:** وهو نوع من العلاج النفسي يعتمد على المبادئ السلوكية حيث يحاول المعالج أن يغير الظروف المدعمة للسلوك غير المتكيف<sup>1</sup>. هذا العلاج مستمد من المدرسة السلوكية ومن تراثها، وخاصة نظريات التعلم الشرطي ويعتمد هذا النشاط على بأن الأمراض النفسية هي العادات المتعلمة، ومن ثم يمكن علاجها في محو أو إزالة أو إلغاء التعلم الخاطئ وغرس أو تعليم عادات سلوكية أكثر إيجابية<sup>2</sup>.

**ج- العلاج المعرفي:** يفترض هذا النوع من العلاج أن الاضطراب عند الأفراد سببه ليس الأحداث في حد ذاتها ولكن ما يرتبط بها من أفكار، وعليه فإن هدف العملية العلاجية هو التأثير على النمط الفكري للمريض وإحداث تغيير في بنيته المعرفية<sup>3</sup>. ويهدف هذا النوع من العلاج إلى تعليم المريض كيف يفكر بشكل مختلف. ومن المتوقع أن تتأثر مشاعره وانفعالاته بهذا التغيير، والتي من المحتمل أن تغير سلوك المريض في تعامله مع بيئته. هذا وتجدر الإشارة إلى وجود العديد من المناهج المستخدمة في العملية العلاجية نكتفي بهذا القدر من العلاجات الفردية.

**د- العلاجات النفسية الجماعية:** يتم من خلال اجتماع المريض مع أشخاص يعيشون نفس حالته، ويؤدي التفاعل بين المرضى فيما بينهم وبين الأخصائي إلى تحسين حالتهم، ويسمح هذا النوع من العلاج بمشاركة الآخرين مشاعره ويمنحه شعوراً بالاطمئنان والرغبة في الشفاء.

<sup>1</sup> - جوردن مارشال، ترجمة محمد الجوهري، موسوعة علم اجتماع، المجلس الأعلى للثقافة، مصر، 2002، ص1294.  
<sup>2</sup> - عبد الرحمان محمد العيسوي، الجديد في الصحة النفسية، منشأة المعارف، الإسكندرية، 2001، ص385.  
<sup>3</sup> - رولان دورون، فرانسوا بارو، موسوعة علم النفس، ترجمة فؤاد شاهين، المجلد الثاني، منشورات عويدات، بيروت، 1997، ص479.

ثانياً: العلاج الاجتماعي وإعادة الإدماج: والهدف منه معالجة الأضرار المترتبة عن إصابة الشخص بمرض عقلي وفقدانه لقدراته الاجتماعية بغية إكسابه حد من الكفاءات التي تسمح له بالعيش في وسطه الاجتماعي بصفة عادية، و استرجاع ثقته بنفسه ، كما تهدف عملية الإدماج الاجتماعي إلى<sup>1</sup>:

- اكتساب الكفاءات اللازمة للحياة داخل الجماعة والتفاعل معها والمساهمة الايجابية بداخلها.
- تعلم من جديد القواعد الأساسية للحياة (المهارات الاجتماعية).
- المساعدة على إيجاد سكن لائق وتقديم مساعدة قانونية إن تطلب الأمر.

لايمكن تحقيق هذه الأهداف إلا من خلال الأدوار التي تلعبها كل من الأسرة والمجتمع في شفاء المريض وكذا نفس الشيء بالنسبة لإعادة إدماجه عن طريق العمل .

#### أ- دور الأسرة:

لا أحد ينكر الدور المهم الذي تلعبه الأسرة في العملية العلاجية حيث نجد مختلف برامج الرعاية الصحية قد اعتمدت على البعد العائلي بعد أن تبين أن المرضى الذين يعالجون داخل وسطهم الأسري معدلات شفائهم أكبر من تلك المسجلة عند الذين يعالجون داخل المستشفيات بعيدون عن عائلاتهم<sup>2</sup>. فالجو الأسري يعطي للمريض الثقة بالنفس والدعم المعنوي كما يساهم في شفائه من جهة ومن جهة أخرى يسمح للأسرة بالتعامل المباشر واللامشروط مع المريض وذلك من خلال التوجيهات المقترحة من طرف الفريق المعالج.

ب- دور المجتمع: إن رد فعل المجتمع اتجاه المريض العقلي هو سلاح ذو حدين، فإن وجد المحيط الاجتماعي متفهماً لحالة المريض وموفر للظروف المناسبة سوف يساعد في عملية الشفاء بدرجة كبيرة وإن كان عكس ذلك بالإضافة إلى المعاملة القاسية فإن ذلك سينعكس بالضرورة على المريض وحالته الصحية.

ج- الإدماج المهني: وذلك من خلال تسخير ورشات عمل تعمل على إكساب المرضى خبرات مهنية تؤهلهم إلى شغل مناصب عمل، وبالتالي القضاء على الاتكالية التي يعاني منها المريض كما لها تأثير في الجانب الاقتصادي من خلال تحويل المريض من إنسان عاطل إلى إنسان منتج في مجتمعه.

<sup>1</sup>-Organisation Mondiale de La Santé, « Rapport annuel sur la santé dans le monde année 2001 », Genève, 2001, p63.

<sup>2</sup>-Ipid, p57.

إن عملية العلاج هي عملية ديناميكية و مستمرة ، هدفها الأساسي هو الاهتمام بالمريض وجميع النواحي النفسية والاجتماعية مع وضع خطة متكاملة وشاملة لعلاجها، إضافة إلى القيام بالإرشاد الأسري حيث تبدأ هذه العملية من اليوم الأول وطول مدة العلاج، فالتركيز على المريض فقط في العملية العلاجية خطأ فادح لذلك لا بد من إشراك الأسرة في العلاج من خلال الدور المنوط بها والمجتمع ككل.

### 9- طرق استشفاء المرضى: أشار القانون 05/85 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها إلى الطرق التي

يتم من خلالها استشفاء المريض العقلي داخل المصلحة الاستشفائية وتعتمد هذه الطرق على الحالة الصحية للمريض ومدى تشكيكه خطراً على نفسه وعلى المجتمع، بالإضافة إلى الاستشفاء في مصلحة مفتوحة والذي يعتبر مطلباً طوعياً للعلاج تمتلك السلطة الإدارية والقضائية صاحبة الاختصاص سلطة الإكراه لبعض الأشخاص على الاستشفاء والخضوع للعلاج كونهم يشكلون خطراً على النظام العام وتستند السلطة في قرارها على الرأي الطبي للطبيب المعالج.

### أ- الاستشفاء في مصلحة مفتوحة: والذي نصت عليه المادة 105 من القانون 05/85 ويكون

بمبادرة من المريض الذي يخضع لفحص من طرف طبيب الأمراض العقلية، فإن وجد أن حالته تستدعي فترة استشفاء يجر له ورقة الدخول<sup>1</sup>، وعليه فالاستشفاء في مصلحة مفتوحة يخضع لنفس الإجراءات الاستشفائية في المصالح الأخرى ويعامل المريض كالمريض العاديين دون إكراه أو إجبار على البقاء في المصلحة، وعليه فهذه الطريقة تعتبر أقل صرامة إذا ما قورنت بطرق الاستشفاء الأخرى حيث لا يخضع القانون لأي قيود سواء للدخول أو الإقامة أو الخروج.

### ب- الاستشفاء الإجباري: يلجأ لهذه الطريقة في حالة ما إذا أصبح المريض يهدد النظام العام ويشكل

خطراً على نفسه أو على غيره، ولهذا يعتبر أكثر الطرق الاستشفاء صرامة، ويتم الاستشفاء الإجباري إما إدارياً أو قضائياً ، ويمكن أن يأتي بعد فترة الوضع رهن الملاحظة أو خلالها أو بعد الترتيب الإداري أو خلاله<sup>2</sup> .

<sup>1</sup> - المادة 105 من القانون 05/85 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها المؤرخ في 26 جمادى الأولى 1405 الموافق 16 فيفري 1985 المعدل والمتمم.

<sup>2</sup> - المادة 106 من القانون المتعلق بحماية الصحة وترقيتها المؤرخ في 26 جمادى الأولى 1405 الموافق 16 فيفري 1985 المعدل والمتمم.

تحليل ونقد: إن المتفحص للبرنامج الوطني للصحة العقلية 2001 يقف على مجموعة من النقائص والتي أفرزها التطبيق الفعلي والميداني للقانون 05/85 بخصوص طرق استشفاء المرضى عقليا ومتابعتهم منها<sup>1</sup>:

- الاستخدام المفرط للاستشفاء الإجباري الذي هو في الأصل إجراء استثنائي يلجأ لحماية المريض نفسه وحماية المجتمع، مما أدى إلى التأثير السلبي على قدرات الاستيعاب داخل المؤسسات الاستشفائية ونوعية الخدمات الصحية المقدمة ( وهذا ما وقفنا عليه بالفعل من خلال الممارسة المهنية).
- عدم متابعة حالات الاستشفاء الإجباري بسبب عدم تنصيب اللجان الولائية للصحة العقلية أو عدم قيامها بالمهام المنوطة بها.
- غياب النصوص القانونية المتعلقة بتنظيم المصالح الاستشفائية المغلقة ودرجة العجز الذهني.

ما يلاحظ من خلال المنظمة الوطنية للصحة فإن التكفل بالمرضى عقلياً لم يخرج عن الإطار المؤسساتي والذي ينعكس على طبيعة العلاج المقدم دخل هذه المؤسسات زيادة إلى النظرة المكونة إزاء المريض والمرضى العقلي.

## 10- مبادئ حماية الأشخاص المصابين بمرض عقلي وتحسين العناية بالصحة العقلية: يتمثل

الحق في الصحة بتوفير مرافق وخدمات الرعاية الصحية بأعداد كافية وإتاحتها بعدم التمييز لكافة المرضى على اختلاف نوع المرض الذي يعانون منه بما فيهم المرضى العقلين، وأن تكون متوفرة لكل شرائح المجتمع منهم المهمشين والمحرومين والمعرضين للخطر، اعتماداً على مبدأ المساواة وأن تكون ذات نوعية جيدة تراعي مبادئ الأخلاقيات الطبية والآداب المهنية معتمدة على مرجعة علمية قائمة على أساس البحث العلمي.

ولتحقيق الأهداف المرجوة جاءت مبادئ حماية الأشخاص المصابين بمرض عقلي وتحسين العناية بالصحة العقلية، التي اعتمدت ونشرت على الملأ بموجب قرار الجمعية العامة 11/46 المؤرخ في 17 ديسمبر 1991، والتي تنص على عدم التمييز وبأي دافع من الدوافع سواء بسبب العجز أو اللون، الجنس اللغة، الدين والتي جمعت في خمس وعشرين مبداء مفصلاً وسنذكر بعض نصوص هذه المبادئ على سبيل المثال لا الحصر ( لمزيد من الاطلاع انظر الملاحق):

<sup>1</sup> Ministère de la santé et de la population et de la réforme hospitalière, « programme national de la santé mentale », Alger, 2001.

**المبدأ 1-:** مبدأ الحريات والحقوق الأساسية:

1- يتمتع جميع الأشخاص بحق الحصول على أفضل ما هو متاح من رعاية الصحة العقلية التي تشكل جزءاً من نظام الرعاية الصحية والاجتماعية.

2- يعامل جميع الأشخاص المصابين بمرض عقلي أو الذين يعالجون بهذه الصفة معاملة إنسانية.

3- لجميع الأشخاص الذين المصابين بمرض عقلي أو الذين يعالجون بهذه الصفة الحق في الحماية من الاستغلال الاقتصادي والجنسي وغيرها من أشكال الاستغلال ، ومن الإيذاء الجسدي أو غير الجسدي أو المعاملة المهنية.

4- لا يجوز أن يكون هناك تمييز بدعوى المرض العقلي.

5- لكل شخص مصاب بمرض عقلي الحق في ممارسة جميع الحقوق المدنية والسياسية الاقتصادية والاجتماعية والثقافية المعترف بها في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان.

المبدأ 3: لكل شخص مصاب بمرض عقلي الحق في أن يعيش وأن يعمل قدر الإمكان في المجتمع المحلي.

المبدأ 4: تقدير الإصابة بالمرض العقلي والتي تكون وفق المعايير الطبية المقبولة دولياً.

المبدأ 5: الفحص الطبي: حيث لا يجوز إجبار أي شخص على إجراء فحص طبي يهدف تقرير إذا كان مصاباً أو غير مصاب بمرض عقلي إلا وفقاً لإجراء مصرح به في القانون المحلي.

المبدأ 6: السرية:

المبدأ 7: دور المجتمع المحلي والثقافة

المبدأ 8: معايير الرعاية:

1- لكل مريض الحق في أن يحصل على الرعاية الصحية والاجتماعية التي تناسب احتياجاته الصحية، كما له الحق في الرعاية والعلاج وفقاً لنفس المعايير المنطبقة على المرضى الآخرين.

2- توفر لكل مريض الحماية من الأذى بما في ذلك العلاج بالأدوية التي لا يكون هناك مبرر لها، ومن الإيذاء على أيدي المرضى الآخرين أو الموظفين.

المبدأ 9: العلاج

المبدأ 10: العلاج بالأدوية.

المبدأ 11: الموافقة على العلاج.

إن المتتبع لهذه المبادئ يجدها تهدف إلى احترام المريض العقلي في ظل المبادئ الإنسانية العامة حيث تقر بأن لديه حقوق كغيره من أبناء جنسه دون تمييز أو تفرقة، حيث لديه الحق في العلاج والحماية كغيره من المرضى، غير أننا نجد أن ما تنص هذه القوانين وجد منذ القدم عند العرب المسلمين من خلال تعاملهم مع المرضى عقليا وعلاجهم، ومن هنا يتضح أن العرب المسلمين كانوا السباقين في رعاية المرضى عقليا.

### خلاصة:

لازال المرض العقلي يحمل في طياته الكثير من الغموض حيث يتأثر تعريفه بالثقافة السائدة في المجتمعات سواء من الناحية السببية أو التفسيرية، كما أنه ليس نتاجا لسبب نفسي أو بيولوجي أو اجتماعي فحسب وإنما نتاج تفاعل لكل هذه الأسباب ، وعليه فالعملية العلاجية تتطلب الوقوف على الأسباب الأساسية للمرض مع مراعاة التشخيص المبكر حتى يكون التكفل بفاعلية مع الاحتفاظ بحق المريض في العلاج وفق الكرامة الإنسانية ، وما تنص عليه القوانين الدولية و المبادئ العالمية مع مراعاة خلفية الشخص الثقافية عند بحث خيارات العلاج.

# الفصل الرابع: مؤسسات الرعاية الصحية للمريض العقلي

## تمهيد

أولاً "دراسة تحليلية للمؤسسة الصحية

1. نبذة تاريخية عن المؤسسة الاستشفائية المتخصصة للأمراض العقلية
2. وظائف المؤسسة الاستشفائية المتخصصة
3. خصائص المؤسسة الصحية ومقوماتها
4. هياكل استشفاء المرضى عقليا في الجزائر.

ثانياً: الأسرة الجزائرية .

1. التطور التاريخي للأسرة الجزائرية
2. خصائص الأسرة الجزائرية
3. الأسرة الجزائرية والمرضى العقلي
4. خصائص أسر المرضى عقليا
5. حاجات أسر المرضى عقليا
6. وظائف الأسرة اتجاه المريض العقلي
7. دور الأسرة ومسؤولياتها اتجاه المرضى العقليين
8. العوامل والمتغيرات التي تؤثر سلبا على الرعاية من طرف الأسرة

## خلاصة

**تمهيد:**

لقد تطورت طريقة وأسلوب تقديم الخدمات الصحية من كونها علاقة ثنائية مباشرة بين الطبيب والمريض إلى علاقة اتصال ثلاثي بين أطراف ثلاثة هم: المريض، الأسرة والمؤسسة الصحية.

هذه العلاقة التي نتجت عن اختصاصات عديدة وأصبح من الممكن تقديم خدمات صحية أوسع وأشمل لأعداد كبيرة من أفراد المجتمع، وفقاً لهذا انتشرت المؤسسات والمراكز الصحية وأضحت الدول تخصص لها نسباً ملفتة للنظر في ميزانيتها، ما جعلها ظاهرة وكياناً ضخماً يستحق إدارة متخصصة ومتطورة بهدف الاستغلال والاستخدام الأمثل لمواردها.

## أولاً- دراسة تحليلية للمؤسسات الصحية:

### 1- نبذة تاريخية عن المؤسسة الاستشفائية المتخصصة للأمراض العقلية:

لقد شهدت المؤسسة الاستشفائية تطوراً كبيراً من خلال مرورها بعدة مراحل عبر العصور المختلفة وسوف نحاول التعرف على السياق التاريخي لتطورها بدءاً من العصر القديم إلى يومنا هذا:

**1-1- المؤسسة الاستشفائية عند القدماء المصريين:** يعتبر المصريون القدامى من الذين اهتموا بفن الطب وتخصصاته حيث عرف الطب عندهم تقدماً كبيراً مما دفع بالكثير من الشعراء ومنهم هوميروس الذي اعتبر كل إنسان فيها طبيعياً، من خلال الممارسة الطبية التي كانت تعتمد أكثر على العقاقير ناهيك عن طريقتهم في عملية التحنيط والتي لاتزال إلى يومنا محل تساؤل كبير.

لقد امتزجت الممارسة الطبية في هذا العصر بالدين مما جعل مهنة الطب تنقسم إلى قسمين: فنجد من يمارسها من طرف الأطباء العاديين ومن يمارسها من طرف الكهنة، أي رجال الدين الذين نجدهم في المعابد والكنائس أين يتم إرجاع الأمراض إلى عقاب من الله نتيجة لذنوب أو خطأ في حق الأفراد أو الكنيسة<sup>1</sup>. ومن تلك الأمراض التي كانوا يعالجونها الهلوسة أو الجنون وذلك عن طريق مجموعة من رسائل العلاج مثل السحر إضافة إلى التعويذة الدينية التي تقام لها طقوساً خاصة بها والعمل على إخراج هذه الأرواح من جسد المريض<sup>2</sup>.

### 1-2- المؤسسات الاستشفائية المخصصة للأمراض العقلية عند العرب والمسلمين:

لقد أولى المسلمون اهتماماً بالطب والمؤسسات الاستشفائية، إذ يعتبر المؤرخون أن الخيمة التي أمر الرسول صلى الله عليه وسلم بنصبها في غزوة الخندق هي نواة المؤسسات الاستشفائية في الإسلام أين كانت رفيده الإسلامية تقوم بمعالجة الجرحى والتي كانت بمثابة مستشفى ميداني صغير<sup>3</sup>.

إننا نجد أن المسلمون قاموا بتأسيس وبناء المؤسسات الاستشفائية واهتموا بطريقة تصميمها والعناية بها حيث أطلق عليها في تلك الفترة البيمارسنت وهي لفظة فارسية تعني دار المريض أو مكان المريض، إذ نجد

<sup>1</sup>-حاروش نور الدين ، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، ط 1، دار كتامة للكتاب، الجزائر، 2008، ص213.

<sup>2</sup>- فادية فؤاد حميد ومحمد، البناء الاجتماعي للمؤسسة الطبية، دار المعرفة الجامعية للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2006، ص71.

<sup>3</sup>- خوام محمد نزار وآخرون، تاريخ العلاج والدواء في العصور القديمة: العصر الإسلامي، عصر النهضة في أوروبا، دار المريخ، الرياض، 1990، ص75.

أول مؤسسة ظهرت على يد الوليد بن عبد الملك بن مروان خاصة بالمجذومين<sup>1</sup>، ومع توسع الرقعة الإسلامية توسعت المؤسسات الاستشفائية هي الأخرى في المدن الكبرى مثل مستشفى هارون الرشيد العباسي، مستشفى نوري بدمشق والمنصورة بالقاهرة.

من خلال هذا نجد أن المؤسسات الاستشفائية خلال هذه الفترة قسمت إلى قسمين أحدهما للرجال وآخر للنساء وكل قسم يشتمل على قاعات وغرف خاصة بمختلف الأمراض كالجراحة مثلاً. إضافةً إلى تصنيفهم للمؤسسات الصحية حسب تخصصها وأماكن إقامتها فمنها العامة والمتخصصة والثابتة والمتنقلة أهمها:

**مستشفيات الأمراض العقلية:** وقد بدأ تأسيسها في بدء الحكم الأموي وقد قرر المستشرق رونيه ساند (Rene Sand) في كتابه الطب الاجتماعي مانصه: لقد دفع الإسلام أتباعه على احترام المصابين بعقولهم ورعايتهم واللين في معاملتهم، وقد أقاموا لهم مشافي خاصة بهم وقاعات لمعالجتهم.

كما جاء في -صك الأوقاف- أن يخصص لكل مجنون خادمان ينزعان عنه ثيابه كل صباح ويجممانه بالماء النظيف ويلبسانه ثياباً نظيفة ويجملانه على أداء الصلاة، ثم يأخذانه للحديقة ويقدمانه للطبيب لعلاجهم ثم يسمح لهم الاستماع للموسيقى العلاجية، هذا في الوقت الذي كان فيه المريض عقلياً في أوروبا يجرم من دخول المستشفيات ويقيد في بيوت الجنون بالسلاسل في مسكن وضع وطعام قليل، جسد عار وإهمال متواصل وضرب متناوب. هنا يظهر جلياً بأن العرب المسلمين هم أول من وضع المستشفيات للمرضى عقلياً.

### 1-3- المؤسسات الاستشفائية المتخصصة للمرضى عقلياً خلال العصور الوسطى: لقد تميزت

المؤسسة الاستشفائية خلال هذا العصر بتقديم مجموعة من الخدمات والوظائف التي لا تقل أهمية عن بقية العصور الأخرى، إذ نجد الوظيفة الأساسية التي تميزت بها هي القيام بعلاج المرضى واستقبالهم بصفة دائمة أو مؤقتة، كما كانت تقوم بعزلهم (المرضى) عن الأصحاء، وهذا مايفسر أنها كانت عبارة عن ملاجئ للمرضى والفقراء أكثر من كونها مكاناً للمعالجة الطبية وهذا لتمييزها بصفات الكرم والضيافة والأعمال الخيرية<sup>2</sup>.

كما تميزت هذه الفترة بتأثير الكنيسة على المؤسسة الاستشفائية وجعلها مكاناً لخدمة المساكين والمرضى خاصة الأمراض الناتجة عن سوء التغذية، ولتحقيق هذه الأعمال الدينية والإنسانية كانت الكنيسة تلجأ إلى

<sup>1</sup>- الوحشي أحمد البيري، عبد السلام شبيرالدويبي، مقدمة في علم الاجتماع الطبي، ط1، دار الجماهير للنشر والتوزيع، ليبيا، 1998، ص43.  
<sup>2</sup>- فادية فواد حميد ومحمد، مرجع سبق ذكره، ص72، 73.

طلب المساعدة من الممرضات بهدف كفاءة المرضى مع وضع مجموعة من الالتزامات التي تتوجب على الممرضة التزامها مثل الالتزام بالقيم، الطهارة، التواضع زيادةً إلى المستوى الثقافي الواجب توفره.

#### 1-4- المؤسسة الاستشفائية المتخصصة للمرضى عقلياً في عصر النهضة: لقد شهدت

المؤسسات الاستشفائية خلال هذه المرحلة تطور كبير وتغير جذري، إذ انحصر دور الكنيسة ورجال الدين والرهبان في مزاوله الجراحة، هذه الأخيرة التي تعد من بين المهن الحساسة في حين أطلق اليد للأطباء المدنيين أي منحهم هذه الصفة بغية مزاوله مهنة الطب داخل المؤسسات الاستشفائية مما أدى إلى تنحي الجانب الديني واتجاه المؤسسة الاستشفائية إلى تطبيق نتائج العلم<sup>1</sup>.

#### 1-5- المؤسسة الاستشفائية في العصر الحديث: لقد تميزت المؤسسة الاستشفائية المتخصصة

خلال هذا العصر بالتقدم ويرجع ذلك إلى تقدم الطب الغربي الحديث أين كان للاختراعات الجديدة تأثيراً قوياً وفعالاً على تطوير المؤسسة الاستشفائية وبنائها، فالتقدم الذي حدث في علم الوظائف الأعضاء وعلم الجراثيم وتطور علم الكيمياء وماواكبه من اختراع المهدئات العصبية التي غيرت تدريجياً من طرق العلاج مما أدى إلى تماثل المرضى للشفاء، لكن في الواقع هذه المستشفيات ما هي إلا صورة متطورة للمعازل تكون ضخمة تضم حتى 10000 سرير يعزل فيها المرضى عن المجتمع أين يقضون مدة طويلة وأحياناً البقاء مدى الحياة .

ونظراً للانتقادات التي تعرضت لها مستشفيات الأمراض العقلية واستمرار بعضها في استخدام نفس الأساليب والممارسات المطبقة في المعازل ظهرت مؤسسات تعرف بالمؤسسات البينية أو الوسيطة، كونها تتوسط نموذج العيش داخل المؤسسة الاستشفائية ونموذج العيش داخل الأسرة والمجتمع ، وتختلف هذه الوسائط حسب طبيعة المرض ودرجة تطوره:

- ✓ مستوصفات الصحة العقلية: مهمتها الكشف وتشخيص الأمراض العقلية.
- ✓ المراكز الصحية الليلية: يزاول المرضى عملهم كما يمارسون نشاطات إعادة الإدماج المختلفة ليعودون ليلاً إلى هذه المراكز المجهزة بوسائل المتابعة الطبية.
- ✓ المراكز الصحية النهارية: يتلقى فيها المرضى علاجاً متخصصاً ويعودون إلى الوسط العائلي ليلاً.

<sup>1</sup> - حاروش نور الدين، مرجع سبق ذكره، ص 42.

## 2- وظائف المؤسسة الاستشفائية المتخصصة: تؤكد البحوث والدراسات العلمية على وجود

عدة وظائف أساسية تقوم بها معظم المؤسسات الاستشفائية سواء كانت عامة أو متخصصة نذكر منها:

### 2-1- الوظيفة العلاجية: تسعى معظم المؤسسات الاستشفائية إلى تقديم خدمات الرعاية الصحية

للمرضى والمصابين بالحوادث، وتعتبر هذه الوظيفة من الوظائف الأساسية للمستشفيات حيث تركز على تقديم أعلى مستوى ممكن من خدماتها للمرضى، سواء تعلق الأمر بالعلاج أو التشخيص، وما يرتبط بها من خدمات أخرى في شكل مستمر ودائم لكافة المرضى سواء المقيمين بالمؤسسات الاستشفائية أو على مستوى العيادات الخارجية أو الموجودين في أقسام الاستعجال والعمل على تحسين جودة هذه الخدمات.

### 2-2- الوظيفة الوقائية: على الرغم من أن المستشفيات كان وجودها لتقديم الخدمات العلاجية

للمرضى، إلا أن العلماء والباحثين أجمعوا على وجوب قيام هذا المستشفى بدور الوقاية من الأمراض، حيث يعتبر الدور الوقائي للمستشفى جزءاً من أخلاقيات المؤسسة للوفاء بالمسؤولية الاجتماعية الملقاة على عاتقه<sup>1</sup>. ويمكن تصنيف الخدمات الوقائية إلى ثلاث مستويات:

### 2-3- الخدمات الوقائية الأولية: وهي خدمات محددة ومباشرة ويجري التخطيط لها وتقديمها لوقاية

الأفراد من مرض معين، ومن الأنماط الشائعة لهذه الخدمات حملات التطعيم الموجهة لفئة معينة أو لشريحة عمرية معينة إضافة إلى خدمات ترقية الصحة كما يستطيع المشاركة بالأنشطة الوقائية عن طريق:

✓ المشاركة بحملات التطعيم والتحصين الموجهة لحماية أفراد المجتمع من الأمراض.

✓ المشاركة في وضع برامج التثقيف الصحي من خلال:

❖ برامج التوعية والتثقيف الصحي من أجل الوصول إلى مجتمع واع صحياً.

❖ دعم برامج تنظيم الأسرة والارتقاء بالصحة العامة بالتنسيق مع الدوائر الصحية العاملة في

المجتمع.

### 2-4- الخدمات الوقائية الثانوية: وهي تلك الخدمات التي تشمل التشخيص والكشف المبكر

للأمراض قبل استفحالها وتشمل خدمات المسح الشامل أو لمجموعات سكانية محددة، ومن خلال الفحوصات الطبية الدورية يعمل المستشفى على القيام ب:

<sup>1</sup>- فريد توفيق نصيرات، إدارة المنظمات الصحية، مرجع سابق، ص113.

✓ اكتشاف الأمراض الكامنة لدى المرضى الداخليين ومرضى العيادات الخارجية عن طريق الفحوصات الروتينية كقياس الضغط الدموي، تخطيط القلب والتحليل الطبية.

✓ المساهمة الفعالة في حملات المسح الصحي والتي من خلالها يمكن التعرف على الوضع الصحي السائد في المجتمع وتحديد المشاكل المنتشرة هذه الأخيرة بدورها تحدد الاحتياجات الصحية الفعلية وأولوياتها.

## 2-4- الخدمات الوقائية من الدرجة الثالثة: تشمل الخدمات المتخصصة وتهدف إلى إعادة تأهيل

المرضى لتمكينهم من ممارسة حياة طبيعية.

## 3- وظيفة التعليم والتدريب: تلعب المستشفيات المعاصرة دورا هاما في مجال التعليم والتدريب الطبي

بالرغم من اختلاف حجم نشاطاتها نظرا لحجم المستشفيات وأنواعها، فالمستشفيات الكبيرة الحجم تقوم بنشاط تعليمي وتدريب أكبر من المستشفيات الأخرى كما أن المستشفيات التعليمية المرتبطة بكليات الطب تقوم بنشاطات أكثر منها في المستشفيات التعليمية.

يعتبر نشاط التعليم والتدريب من الوظائف الأساسية لأي مستشفى كان، بغض النظر عن حجمه ونوعه وذلك لأن قيام المستشفى بالتعليم والتدريب يؤدي إلى رفع كفاءة العناصر البشرية العاملة به، والذي يعمل بدوره على تحسين الرعاية الصحية بشكل مستمر، من خلال تدريب الأطباء والمرضى وكافة المهنيين العاملين في المجال الصحي، ويعتبر المستشفى المكان الأنسب للتدريب العلمي لما يتوافر عليه من إمكانيات مادية وبشرية من جهة إضافة إلى استقبال وعلاج مختلف الحالات المرضية.

## 4- الوظيفة البحثية: إن الهدف النهائي للبحث في مجال العلوم الطبية هو الإضافة المعرفية وإثرائها

من أجل تحسين خدمات وعلاج المرضى، لذا يتطلب من كل مستشفى كل حسب إمكانياته وموقعه القيام بدور معين في مجال البحث العلمي، هذه البحوث التي تنقسم إلى بحوث طبية وأخرى إدارية حيث تشمل الأولى على الفحوصات والبحوث المخبرية التي تتطلبها عملية العلاج بهدف تحسين رعاية المرضى، والبحوث الإدارية تدعم هذه الرعاية من خلال بحوث التمريض والتغذية. ولتحقيق هذه البحوث لا بد من توفير الموارد والإمكانيات المتعددة.

5- الخدمات الممتدة للمنزل: لا يقتصر دور المستشفى على تقديم الخدمات الطبية لمن يطلبها ويسعى في الحصول عليها فقط، وإنما يمتد نشاطه خارج أسواره في توسيع أنشطته ليصل إلى بعض المرضى في منازلهم خاصة الحالات المرضية المزمنة التي لا تتمكن من الحضور إلى المستشفى الذي بإمكانه تقديم برامج الرعاية لهؤلاء في بيوتهم من قبل الفريق الطبي .

3- خصائص المؤسسة الصحية ومقوماتها: تعددت الخصائص التي تميز المؤسسة الصحية عن غيرها من المؤسسات كما توجد عدة أهداف أساسية لهذه المؤسسة وسنحاول التعرف على هذه الخصائص والمقومات:

3-1- خصائصها: إن المؤسسة الصحية على غرار باقي المؤسسات الاقتصادية والاجتماعية والإنتاجية أو الخدماتية، فهي تتميز بجملة من الخصائص التي تحدد طبيعتها ومكانتها وسط تشابك كبير من التنظيمات وتتمثل هذه الخصائص في<sup>1</sup> :

- ❖ تعتمد خدماتها على تعداد السكان.
- ❖ تعتمد خدماتها على عدد العاملين الصحيين والذي يتمثل في الجهاز الطبي، المرضى، الأخصائيين النفسانيين.
- ❖ تعتمد خدماتها على تنمية القطاعات الأخرى كالصناعة والتعليم .
- ❖ تتعامل المؤسسة الصحية في تسابق مع مشكلة الحياة والموت: وهذا ما يجعل العاملين بها تحت ضغوط بصفة مستمرة، كما أن العمل بها يتطلب درجة عالية من التخصص وقليل ما يحتمل الخطأ.
- ❖ اعتماد نشاط المؤسسات الصحية أساساً على كفاءة ومهارات العنصر البشري: حيث تبرز أهمية كفاءة ومهارة العنصر البشري في تميز نشاط مؤسسته عن أخرى من خلال المعاملة الحسنة، الاستقبال الجيد والكفاءة العلاجية والتمريضية.
- ❖ اعتبار المؤسسات الصحية بمثابة نظام لا يمكن مكنة نشاطاته أو توحيدها: وهذا عائد لاختلاف احتياجات المرضى ومتطلباتهم الصحية.
- ❖ تختلف المؤسسات الاستشفائية وتعدد بحكم وظائفها إذ كل قطاع له وظيفة خاصة به.

<sup>1</sup> - فادية فؤاد حميد ومحمد، مرجع سبق ذكره، ص75، 76.

- ❖ تتأثر خدماتها بوفرة الرعاية الصحية الاجتماعية.
- ❖ تعتمد خدماتها على أقسامها وحجمها.
- ❖ تعتمد خدماتها وتتأثر بعدد العاملين حيث أن عدد المرضى الوافدين على المؤسسات الاستشفائية بشكل كبير يتطلب عدد كبير من العاملين حتى يتمكنوا من استيعابهم<sup>1</sup>.

### 3-2- مقوماتها: تعتبر المؤسسة الاستشفائية كوحدة أو تنظيم مستقل يهدف إلى تقديم خدمات

مختلفة وهذا من خلال المقومات التي يتوفر عليها ويمكن حصرها فيما يلي:

1. أن تتوفر على لائحة تنظيمية تحدد سير العمل وأقسامها وسلطات كل قسم وواجباته.
2. توثيق تشريعي الذي يتمثل في قوانين إنشائها والنظم المحددة لطبيعة تأدية أهدافها والمهام الموكلة إليها.
3. أن تتوفر على جهاز من الموظفين لتحقيق سير العمل وفيما يعرف بالتسلسل الإداري بحسب طبيعة المؤسسة الصحية ونطاق عملها من تخصصات متعددة.
4. أن تتوفر على أجهزة وإمكانات مادية وفنية وغرف عمليات وما إلى ذلك، إضافة إلى جانب موازنة تحقيق الأهداف<sup>2</sup> :
1. الارتقاء بالأوضاع الصحية للسكان إلى أعلى مستويات ويكون ذلك بالتقييم المستمر للبرامج الراهنة وتطويرها.
2. التعليم والتدريب من خلال توفير التكوين والتدريب الطبي والشبه الطبي في التخصصات المختلفة بغية كسب مهارات جديدة .
3. إجراء البحوث: كالقيام بالبحوث الطبية كبحوث التحليل الطبي والبحوث الإدارية مثل البحوث المالية والنفسية.
4. وقاية المجتمع من الأمراض.

<sup>1</sup> - أحمد فايز النماس، الخدمة الاجتماعية الطبية، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، ط1، بيروت، 2000، ص68.  
<sup>2</sup> - سهام علي أحمد القبندي، تقويم الخدمة الاجتماعية الطبية، مجلة العلوم الاجتماعية، مجلس النشر العلمي، الكويت، العدد3، المجلد32، ص542.

#### 4- هياكل استشفاء المرضى عقلياً في الجزائر: إن هذه الهياكل جاءت بموجب نص القانون

05/85 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها في المادة 103 منه والذي نص على أن التكفل بالمرضى عقلياً يتم داخل أحد الهياكل التالية:

#### 4-1- المؤسسات الاستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية: وهي مؤسسات عمومية

ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المادي، تنشأ بمرسوم تنفيذي بناءً على اقتراح من وزير الصحة بعد استشارة الوالي وتوضع تحت وصايته، وحسب المادة 5 من المرسوم التنفيذي رقم 465/97 المحدد لقواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وتسييرها تتكفل المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في مجال نشاطها (الصحة العقلية) بالمهام التالية:

- تنفيذ نشاطات الوقاية والتشخيص والعلاج وإعادة التكيف الطبي والاستشفاء.
- تطبيق البرامج الوطنية والجهوية والمحلية للصحة.
- المساهمة في إعادة تأهيل مستخدمي مصالح الصحة وتحسين مستواهم.

ويدير هذه المؤسسة مجلس إدارة ويسيرها مدير، تزود بجهاز استشاري يسمى المجلس الطبي<sup>1</sup>، وحسب الخريطة الصحية للموارد الإنسانية والمادية تبين انه من بين عشر مؤسسات استشفائية متخصصة في الأمراض العقلية موزعة على النحو التالي: الجزائر، تيزي وزو، قسنطينة، عنابة، سطيف، وهران، ميله، سكيكدة، تيارت وباتنة.

#### 4-2- مصالح الأمراض العقلية ومصالح استعجالات الأمراض العقلية في

المستشفيات العامة : تعد ثاني هيكل ذكره القانون 05/85 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، بالإضافة إلى مصالح الأمراض العقلية داخل المؤسسات الاستشفائية وعددها ستة(06) فقط من بين ثلاثة عشر (13) مركز استشفائي جامعي، وهي متمركزة في كل من: الجزائر العاصمة، البليدة، تلمسان، وهران، قسنطينة، سيدي بلعباس، ولها قدرة 1329 سرير. في حين توجد ستة عشر مصلحة للأمراض العقلية داخل القطاعات الصحية

<sup>1</sup>-المادة 2 من المرسوم التنفيذي 465/97.

الموزعة كالتالي: أدرار، الأغواط، باتنة، بجاية، بسكرة، بشار، البويرة، تلمسان، تبسة، جيجل، سكيكدة، سيدي بلعباس، ميله، معسكر، ورقلة، تندوف وتقدر طاقة استيعابها 4900 سرير<sup>1</sup>.

**4-3- وحدة الشبكة الصحية القاعدية:** تتوزع هذه الوحدات عبر مختلف العيادات متعددة الخدمات والمراكز التابعة إدارياً لوصية قطاعات الصحة، كما نص البرنامج الوطني للصحة العقلية عام 2001 على إنشاء مراكز وسيطية للصحة العقلية من أجل تدعيم نظام التكفل القاعدي وتقريبه من المرضى وسرعة التكفل بهم، وكذا تخفيف الضغط على المؤسسات الاستشفائية المختصة والمراكز الجامعية.

**ثانياً: الأسرة الجزائرية:** لقد خلصت الدراسات التي تناولت الأسرة الجزائرية إلى أنها تتشابه مع الأسرة العربية والإسلامية في جوهرها ومبادئها وأخلاقها وتكوينها وبنيتها ووظائفها ويعرف مصطفى بوتفنوشت الأسرة الجزائرية التقليدية بأنها وحدة اجتماعية حيث الأبناء والأحفاد لا يتكون الأسرة الأم حيث يشكلون أسراً زواجية صغيرة تابعة للعائلة ويعيشون تحت سقف واحد<sup>2</sup>.

والأسرة التي تعيننا في هذه الدراسة هي تلك الوحدة الاجتماعية الأساسية القائمة وفق القوانين والأعراف الجزائرية، تتكون من مجموعة من الأفراد الذين تربطهم علاقات الزواج والدم ويوجدون في إطار التفاعل المباشر عبر سلسلة من المراكز والأدوار تقوم بتأدية عدد من الوظائف التربوية والاجتماعية والثقافية والاقتصادية.

## 1- التطور التاريخي للأسرة الجزائرية:

### 1-1- الأسرة الجزائرية أثناء فترة الاستعمار:

إن البنية الأسرية للأسرة الجزائرية لم تتغير سواء في بنائها أو في شكلها أثناء فترة الاستعمار حيث شكلت الأسرة الممتدة المتكونة من الأب والأم والبناء المتزوجين وغير المتزوجين والأحفاد وكذا الأقارب كالعمة والخال، والمعروف عند مصطفى بوتفنوشت أنها الدار الكبيرة، وهي تعرف بأنها تجمع بعض الأسر النووية المستقلة استقلالا داخلها في إطار الأسر الكبيرة وتضم أجيال مختلفة يصل عددهم إلى أكثر من أربعين فرادا يعيشون تحت سقف واحد سماتها المشتركة الإقامة المشتركة سواء في نفس المنزل أو في منازل متجاورة متلاصقة<sup>3</sup>، ويعتبر الأب

<sup>1</sup>-Ministère de la santé et de la réforme hospitalière, Rapport anuel2004, « La santé des algériens et des algériennes »,Alger,2004.

<sup>2</sup>-بوتفنوشت مصطفى،مرجع سبق ذكره، ص36.

<sup>3</sup>- المرجع نفسه، ص38..

رب الأسرة إذ يملك السلطة المطلقة على كل من تحت ولايته من البنين والبنات وزوجات الأبناء. كما أنه صاحب أموال الأسرة وهو المتصرف<sup>1</sup>.

رغم الاستعمار الذي عرفته الجزائر والذي عمل على تحطيم البنى الاجتماعية والاقتصادية وجعل الأفراد يعيشون الفقر مما اضطر الأبناء للهجرة بحثا عن العمل ولكن لم يغير من نمط الأسرة الجزائرية ، حيث بقيت السلطة أبوية والأسرة ممتدة وتقسيم العمل فالمرأة تقوم بالتربية والغسل والطبخ والأب يتكفل بالجانب الاقتصادي.

### 1-2 الأسرة الجزائرية بعد الاستقلال: بعد الاستقلال عام 1962 كانت هناك العديد من

التغيرات الناتجة عن تطور وتقدم المجتمع الجزائري، حيث لوحظ تغير في النسق العام للأسرة أين بدأت الأسرة الكبيرة تتلاشى تدريجيا وتتغير بنيتها الاجتماعية، إذ لم تعد تجمع كل الأفراد الذين كانت تجمعهم من قبل ويعود ذلك لضيق السكن، هذا الأخير الذي أدى إلى ظهور نوع آخر من الأسر والتي تعرف بالأسرة النووية والتي بقيت تابعة للعائلة المرجع الذي ينظم حوله وعي الأفراد لكيانهم الاجتماعي، وتعطي دلالة للأفعال التي يشاركون به في الحياة السياسية والاقتصادية والثقافية لمجتمعهم<sup>2</sup>، بمعنى آخر: رغم التغيير الذي حدث في شكل الأسرة الجزائرية والتي حتمته الظروف الاجتماعية وقواعد التحضر إلا أنه لا يعني القطيعة مع النظام التقليدي القديم الذي يعتبر أساس بناء ركائز الأسرة الجزائرية ولا يمكن أن يختفي فجأة ، حيث يشير مصطفى بوتفوشيت في قوله أن التطور يحدث من خلال التكيف مع النسق الاجتماعي الشامل وليس من خلال القطيعة بين النظام السابق والنظام الحالي، ومن جهة أخرى فإن النمط المميز للبناء السابق لم يدخل في تنافس مع النمط الحديث للبناء لكن هناك تركيب بينهما<sup>3</sup>.

صحيح قد ظهرت تغيرات في الأسرة الجزائرية والتي أدت إلى خروج المرأة للعمل والتعليم نتج عنه تغير في الأدوار والمكانات حيث لم تعد وظيفة المرأة الإنجاب فقط وتربية الأطفال وإنما تعددت لتشارك في اقتصاد الأسرة واتخاذ القرار داخل أسرتها مما جعلها تحتل مكانة اجتماعية جديدة سمحت لها بالبروز وتحقيق الذات، كما تغيرت مكانة الأب إذ أنه لا يستطيع الحفاظ عن نفس المكانة التي كان يتمتع بها في الأسرة الممتدة .

<sup>1</sup> - رؤوف عزت، المرأة والعمل السياسي، رؤية إسلامية، دار المعرفة، 2001، ص203.

<sup>2</sup> -Chaulet (Claudine)la terre ,les frère et l'argent(stratégie familiales et production agricole en algériedepuis1962 ),Alger op U tome1,1987 ,p204 .

<sup>3</sup> -Boutefouchet (M),la femme algérienne évolution, et caractéristique récents, Alger SNED,1980,p278.

## 2 - خصائص الأسرة الجزائرية:

تتميز الأسرة الجزائرية عن غيرها من باقي الأسر العربية والعالمية ونذكر منها حسب بيار بورديو:

- الأسرة الجزائرية أسرة أبوية والسلطة بداخلها للعنصر الذكري فالجد والأب لهما مسؤولية التصرف في أمور الأسرة ومهمة إصدار القرارات الأسرية، وهما اللذان يحددان مكانة كل فرد من أفراد الأسرة.
- الأب هو صاحب السلطة والمسؤول عن تحديد مكانة كل فرد داخل الأسرة الجزائرية، كما نجد أن النسب فيها ذكوري أي ينتمي إلى نسب الأب وتحتل الأم مركز ثانوي بالعائلة وخاصة في الأسرة التقليدية حيث تتمثل سلطتها في الإدارة المنزلية، كما نجد أن هذه الأخيرة تثبت وجودها و تحسن وضعيتها ومكانتها داخل الأسرة إذا أنجبت الذكور، ولا يحق لها أن تتدخل في اتخاذ القرارات المتعلقة بشؤون الأسرة ، كما تعتبر مكانة الذكور أعلى من مكانة الإناث لأنهم يمثلون مصدر اقتصادي ويسيرون ميزانية الأسرة ويعتبرون أوصياء على الأم والإخوة في حالة وفاة الأب فهم بهذا محافظون على اسم العائلة<sup>1</sup>.

أما بالنسبة لمصطفى بوتنفوشت فيلخص خصائص الأسرة الجزائرية على النحو التالي:

- هي أسرة بطريقية فالأب فيها والجد هو القائد الروحي للجماعة الأسرية ، وينظم فيها أمور تسيير التراث الجماعي، وله مرتبة خاصة تسمح له بالحفاظ عليه، ويتم ذلك غالبا بواسطة نظام محكم على تماسك الجماعة المنزلية<sup>2</sup>.
- العائلة الجزائرية تعتمد على النسب.
- الزواج في العائلة الجزائرية يعتبر مهمة العائلة ككل، فالاختيار يكون من طرف الكبار.
- الأسرة الجزائرية تمثل الأسرة العربية في جوهرها انطبعت بالطابع الإسلامي في مبادئها وأخلاقها ودينها.
- تفضيل الذكور على الإناث<sup>3</sup> ، باعتبار أن اللقب تم نقله عن طريق الأب حيث إذا ولدت بنت في العائلة سيكون هناك سكوت تام، أما عند ميلاد الذكور فيتم باستقباله كما ذكرته نفيسة زدومي ب

<sup>1</sup> -Pierre Bourdieu, sociologie de l'Algérie, Paris, publication universitaire, PUF, France, 1986,p14.

<sup>2</sup> - مصطفى بوتنفوشت، مرجع سبق ذكره، ص37.

<sup>3</sup> - مصطفى بوتنفوشت ، مرجع سبق ذكره، ص38.

يويو: youyou فولادته تكون متبوعة بفرح ضخم تحييه العائلة<sup>1</sup>، على عكس البنت حيث يحيم الحزن لولادتها باعتبارها وصمة عار.

غير أن هذه الخصائص عرفت نوع من التغيير والتطور فأسرة الأمس ليس بأسرة اليوم وهذا لا يعني الفصل التام، حيث برغم الحداثة والعصرنة التي طرأت عليها إلا أنها لا زالت تحافظ على النمط التقليدي في خصائصها الثقافية والاجتماعية ومن أهم مظاهر التطور مايلي:

✓ أنها أسرة متغيرة تتصف بقلّة عدد أفرادها، بمعنى تقلص حجمها حيث كانت أسرة ممتدة وأصبحت أسرة نووية والتي تستقر في الوسط الحضري، إضافة إلى ضعف السلطة الأبوية.

✓ تتسم بتنوع نشاطاتها، فكل فرد فيها له نشاطاته وأعماله التي يميل إليها ويرغب في إنجازها.

✓ ضعف الروابط الاجتماعية بين أفراد الأسرة الواحدة حيث لا يوجد مجال للتعاون أو التساند

التلقائي، فكل تعاون للأفراد مبني على أساس المصلحة الفردية التي تغطي بشكل واسع في هذا النوع من الأسر.

✓ إن تغير الجانب الاقتصادي للأسرة والذي كان يعتمد على الاكتفاء الذاتي إلى اقتصاد يقوم على

الاستهلاك الجماعي<sup>2</sup>.

✓ إن عادات الزواج لم تتغير جذريا في المجتمع الجزائري عما كان في الأسرة التقليدية، لكنه لم يعد

مجرد اتفاق بين أسرتين وإنما أصبح يقوم على التوافق وحرية الاختيار للشريك، وبالتالي فالمقبلون على الزواج لهم حرية القبول أو الرفض لهذا الارتباط

مايمكن قوله هو أنه على الرغم من أخذ الطابع النووي للأسرة الجزائرية من حيث الحجم واستقلالها

الاقتصادي والاجتماعي إلا أنها مازالت متصلة بالأسرة الممتدة من حيث العلاقات القرابية التي تربطها، ومن حيث تماسكها بقيمتها وعاداتها.

### 3- الأسرة الجزائرية والمرض العقلي: مما هو معروف أن المرض بصفة عامة يعني وجود خللا

بيولوجيا له آثار على أداء الفرد لوظائفه الاجتماعية، خاصة إذا تعلق الأمر بالمرض العقلي على اعتبار أن

<sup>1</sup> Zardoumi Nefissa, *Enfant d'hier l'éducation de l'enfant en milieu traditionnel algérienne*, Paris, François Maspero, coll., 1970,p79.

<sup>2</sup> - محمد السويدي، مرجع سابق، ص87.

الاضطرابات النفسية والاجتماعية لها امتداد داخل أسرة المريض على مستوى أداء الأدوار الاجتماعية والعلاقات ومن هنا نتساءل عن الآثار التي يخلقها المرض العقلي.

إنّ وجود مريض عقلي داخل الأسرة كثيراً ما ينجر عنه مشاكل إضافية وتصبح العلاقات الأسرية أكثر تعقيداً ، وقد يكون له الأثر الكبير في إحداث تغير تكييف الأسرة وإيجاد خلل في التنظيم النفسي والاجتماعي لأفرادها بغض النظر عن درجة التقبل الأسرة للمرض، ومن أهم الآثار المترتبة على وجود مريض عقلي داخل الأسرة ما يلي:

**1- الآثار النفسية:** وتتمثل فيما تعانيه الأسرة من ضغوط نفسية وردود فعل مختلفة تبدأ منذ إعلامهم بأنّ هذا الفرد مصاب بالمرض حيث تحدث الصدمة، ومشاعر الإنكار والرفض، وقد يمتد الأمر إلى الشعور بالذنب والاكنتاب ولوم الذات وإسقاط المشاعر على الآخرين من أطباء ومتخصصين وأقارب، فضلاً عن الأساليب والاستراتيجيات المختلفة التي تستخدمها الأسرة للتعيش مع المرض.

**4-2- الآثار الاجتماعية:** يؤثر وجود مريض عقلي في الأسرة على علاقات الأسرة الخارجية ، فقد تسود مشاعر الخجل من إظهار المريض للمجتمع مما يقلل من فرص تواصل الأسرة لتفادي مواقف محرجة وتضطر إلى العزلة. وقد ينعكس ذلك أيضاً على العلاقات الداخلية بين أفراد الأسرة وتواصلها، نظراً لانشغال الأم بشكل كبير بالفرد المريض، مما يقلل من تلبية احتياجات أفراد الأسرة.

**4-3- الآثار الاقتصادية:** إنّ وجود مريض عقلي في الأسرة يستنزف من إمكانيات وموارد الأسرة المادية لما تنفقه على علاجه من برامج تربوية، صحية، إضافةً إلى تكاليف الأجهزة والأدوات المساعدة التي يحتاجها المريض والتي تستمر مدة طويلة من الزمن، إذ يترتب على المرض أعباء مالية إضافية لأنه بحاجة إلى متطلبات أكثر من غيره من الأفراد العاديين في الأسرة، وقد تكون فوق طاقة الأسرة مما يشكل أثراً سلبية على الأسرة، ناهيك عن أن بعض الأمهات يتخلين عن أعمالهن بعد إصابة فرد من العائلة بالمرض من أجل تقديم العناية والرعاية اللازمة مما يقلل من دخل الأسرة .

**4 - خصائص أسر المرضى العقليين:** تختلف الأسرة بنائياً ووظيفياً من مجتمع لآخر فقد يكون المجتمع بدوي أو ريفي أو حضري ، بل أنّها تختلف في المجتمع الواحد، إلا أن هذا الاختلاف لا يمنع من وجود

عناصر وخصائص مشتركة بين كل الأسر في مختلف مجتمعات العالم . هذا بالنسبة للأسرة العادية أما بالنسبة لأسرة المريض العقلي فلها مجموعة من الخصائص التي تميزها وتمثل في العناصر التالية:

#### 4-1- استمرارها في رعاية المريض فترات زمنية طويلة: إن السمة الرئيسية التي تميز أسر المرضى

العقليين عن الأسر الأخرى هي استمرارية رعاية المريض إذ تصل الرعاية إلى أربعة وعشرين ساعة يومياً في سبعة أيام في الأسبوع ولسنوات عديدة ، مما ينهك الأسرة نفسياً وجسدياً، فضلاً عن الضغط المادي الذي تتطلبه الرعاية الطبية والنفسية والاجتماعية للمريض.

وهناك العديد من الأسباب التي تؤدي إلى هذه التأثيرات السلبية على الأسرة منها: قلة المعلومات بشأن طبيعة وأسباب المرض وإمكانية العلاج، وأساليب التعامل معه، التوتر والقلق والانشغال الزائد بمستقبله، المشاكل السلوكية والصحية والضغط المادية.

#### 4-2- تبعية المريض العقلي للأسرة: إن نمو المرضى العقليين يمكنهم من أن يصبحوا أقل اعتماداً

على أسرهم، ويمكن أن يحققوا نوعاً من الاستقلالية الذاتية مما يخفف العبء على الأسرة. ومع هذا فإن درجة المرض وشدته يمكن أن تحد من ذلك ، و إذا كانت الخدمات الاجتماعية غير متوفرة فإن أسلوب الحياة العادية أمر صعب للغاية، فالأسرة تستغرق وقتها كله في رعايته وقد تؤدي السلوكيات المرتبطة بالمرض إلى الانعزال الاجتماعي للأسرة.

#### 5- حاجات أسر المرضى العقليين: نظراً لطبيعة المرض ولثقافة الأسرة الصحية اتجاه هذا

الأخير فهي بحاجة إلى:

#### 5-1- الحاجات المعرفية : تتمثل الحاجات المعرفية لأسر المرضى العقليين في المعلومات والبرامج

الإرشادية والتوعوية للتعامل مع أبنائهم، وتزويدهم بالأساليب المناسبة لمواجهة المشاكل السلوكية وكيفية التعامل معها. إذ تعد المعلومات وطريقة الحصول عليها من الحاجات الضرورية لأسر المرضى، حيث أن حاجة هؤلاء لفهم مرض ابنهم بصورة أعمق مفيد لتصور ما يتوقعونه في المستقبل، وأيضاً هم بحاجة لمعلومات تتعلق باحتياجاته وكيفية مساعدته ضمن نطاق روتين الحياة اليومية، هذا وتعتمد طبيعة الحاجة للمعلومات على عدة متغيرات منها

درجة المرض ونوعه إضافةً إلى المستوى تعليم وثقافة الأسرة ، اعتماداً على الإرشاد الأسري جزءاً هاماً ودعمه أساسية من آليات الدفع المجتمعي بغية تحقيق مجموعة من الأهداف وتعكس حاجاتها للأفراد بشكل عام<sup>1</sup>.

**5-2- الحاجات المادية:** يكلف المريض العقلي أسرته الكثير، فالعناية الطبية والرعاية اليومية والمواصلات والبدائل كلها تشكل عبئاً على أولياء المرضى فهم أكثر عرضة للمشاكل الاقتصادية كلما بذلوا جهداً لسداد الخدمات اللازمة للمريض. وتصدر الإشارة إلى أن أسر المرضى يواجهون مشاكل مالية بسبب احتياجات العلاج والرعاية الطبية من ناحية وتوفير العديد من الأمور كالوسائل الخاصة بالمرض.

**5-3- الحاجات الاجتماعية:** قد يقود المرض العقلي الأسرة إلى الانسحاب والعزلة الاجتماعية لسنوات وقد يتعرضون للصعوبات بسبب آراء واتجاهات الآخرين السلبية، مما يجعلهم يشعرون بالإجهاد لعدم حصولهم إلا على عدد ضئيل من الدعم من طرف الآخرين، وعليه تحتاج الأسرة للمساعدة في كيفية الحصول على الخدمات المتوفرة ويجب أن توجه الخدمات لهم بطريقة منظمة، ولا بد من اشتغال هذه لأي خدمة من الخدمات على نظام التقييم لضمان تلبية احتياجاتهم .

**6-وظائف الأسرة اتجاه المريض العقلي:** بالنسبة لأسر المرضى بوجه عام نجد أن الأدوار والوظائف المتعددة التي تقوم بها، لكن دور الأسرة اتجاه ابنها المريض عقلياً مختلفاً نظراً للطبيعة الخاصة للمرض ، كذلك تتسم هذه الوظائف والأدوار بالتنوع والاختلاف فهي وظائف متعلقة بإشباع الحاجات النفسية والعاطفية للفرد، كما أن لها وظائف تربية وتنشئة وتعليم وتأهيل المريض ووظائف اقتصادية ورعاية طبية مستمرة.

من هذا المنطلق يركز الأساس العلمي لرعاية المريض العقلي على دور الأسرة وأهمية ما تقوم به من وظائف حيوية ، باعتبارها من النظم الأساسية ومن أهم الجماعات الأولية التي لها تأثير مباشر على حياة الفرد ومستقبله، إذ تلعب دوراً مهماً ورئيسياً في رعاية وتنشئة الفرد وإعداده إعداداً يعمل على تزويده بمجموعة من المهارات التي تساعد على التوافق الاجتماعي. بالإضافة لتنمية المهارات الاجتماعية والعادات السليمة وآداب السلوك مع توسيع نطاق خبراته وتشجيعه على التفاعل الاجتماعي مع الآخرين.

<sup>1</sup> - عصام عبد الطيف الفليح، الحاجة إلى إرشاد ذوي الإعاقة، مجلة الأمل للرعاية والتنمية الاجتماعية، مجلة فصلية عن الإعاقة في الشرق الأوسط، أيلول 2012، ص5.

استخلصنا هذا الوصف من خلال الحوار مع أسر المرضى، وتختلف الأسر في ردود الأفعال اتجاه مرض أحد أفرادها، فمنهم من يواجه هذه الأزمة من خلال المرور بالمراحل التالية:

✓ **الصدمة:** المرحلة التي تكشف فيها الأسرة أن أحد أفرادها مصاب بنوع من الأمراض العقلية فيصاب الوالدين بالذهول والعجز التام عن فعل أي شيء، وغالبا ما ترفض الأسرة تصديق الواقع، تبدأ بعد ذلك مرحلة الانفعالات المليئة بالحزن والألم وعدم الرضا والإحساس بالذنب، فقد تشعر الأم أنها السبب، أو يشعر الأب أنه لم يحمي بالواجب وأحيانا يكون التائب لأي من أفراد الأسرة عن الوراثة التي ورثها الفرد وأحيانا شعور بالإحباط والفشل يجعل كلا من الوالدين يسأل نفسه الأسئلة التالية: لماذا نحن بالذات؟ خطأ من هذا؟ ما هو السبب؟ كيف ستستمر رعاية هذا المريض وحميته إلى ما لا نهاية؟ هل يأتي عليه يوم يستطيع القيام بشؤونه الشخصية؟ من سيقوم برعايته عندما يصل إلى مرحلة من العمر لا نستطيع أن نقوم نحن بخدمته؟.

وبعد أن تهدأ هذه الانفعالات تتقبل الأسرة الأمر وترضى بالواقع تم تبدأ في البحث عن المساعدة، بينما أسر أخرى لا يمرون بهذه المراحل بشكل آلي، بل يعيشون في حالة حزن دائم وكأن أبناءهم يحتضرون، وآخرون يواجهونها بصبر واحتساب ويرضون بما أصابهم تصديقا لقول الله عز وجل " ما أصاب من مصيبة إلا بإذن الله ومن يؤمن بالله يهد قلبه والله بكل شيء عليم " التغابن(11)<sup>1</sup>.

والأسر التي لا تستطيع مواجهة الأزمة بالحزم والصبر، والعمل الشاق، فإنها تلجأ إلى استخدام مجموعة من الحيل الدفاعية اللاشعورية التي تخفف عليها وطأة المشكلة لأنها تخفي الجزء المؤلم من المشكلة عن الوعي والإدراك.

ومن أهم الحيل الدفاعية اللاشعورية<sup>2</sup>:

– **الإنكار:** يظهر من خلال حديث الأم التي تطلب العون والمساعدة في مشكلة ابنها، إلا أنها تدعي بأنه طبيعي وهادئ وذكي لا يحتاج إلى مساعدة.

<sup>1</sup>- التغابن، 11.

<sup>2</sup>- سهام علي عبد الغفار عليوة، فعالية كل من برنامج إرشادي للأسرة وبرنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية للتخفيف من أعراض الذاتوية لدى الأطفال، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة طنطا، مصر، 1999، ص90.

- الإسقاط: يسقط الفرد مشاعره المؤلمة وأفكاره السيئة على الغير، فإذا كان الأب يجهل الابن، ولا يراعيه، يبدأ باتهام الزوجة بإهماله أو خطئها في تربيته، أو قد يسقط الوالدين إحباطهما أو عجزهما على الفريق المعالج، وقد يتهم المريض بأنه يبغض والديه بعدم استجابته في حين أن الخطأ يكمن عند الوالدين<sup>1</sup>.

- ردة الفعل: يتمثل في إظهار مشاعر عكس الموجودة داخلياً، فالأم التي تشعر بغضب داخلي اتجاه ابنها قد تظهر الحب المتفاني القوي اتجاهه والذي يظهر في صورة رعاية زائدة وحماية مستمرة في الاعتماد على النفس، ومهما كانت الصعوبات التي تخبرنا الأسرة بأنها تواجهها من أجل الحصول على فترات راحة، فإن المجتمع يفرض عليها صعوبات أكثر تتمثل في: سوء الفهم، اللوم وعدم التقدير.

إن المجتمع ينظر إلى هؤلاء المرضى كشيء ليس له قيمة أو كوصمة عار على الأسرة كما أن الجماعة تنظر إلى آباء هؤلاء المرضى دون المستوى للتفاعل معهم، ويترتب عن هذه النظرة السيئة للأسرة افتقارها للمهارات اللازمة لمواجهة التفاعلات الاجتماعية، وربما تتجنب المواجهات الاجتماعية الروتينية خاصة مع الأصدقاء القدامى والأقارب.

#### 7- دور الأسرة ومسئولياتها اتجاه المرضى العقليين: يعتبر دور الأسرة أساسياً في تطبيق

الخدمات و البرامج العلاجية للمريض العقلي، فالأسرة هي التي تقضي أكبر وقت مع المريض وهي من تراقب وتلاحظ وجود أي مشكلة أو تطور على سلوكه، وهي التي تنقل المعلومات والملاحظات عن جوانبه غير العادية.

تلعب الأسرة دوراً كبيراً في نجاح هذه الخدمات والبرامج حيث تقوم بمساعدة المختصين على فهم العديد من جوانب الضعف أو القوة لدى المريض والتي لا تظهر عادةً في أماكن الملاحظة والفحص داخل المؤسسة الاستشفائية أو المركز، بل تظهر لدى الأسرة فقط لأن المريض لا يقوم بها إلا في المنزل، لذلك تأتي هنا أهمية المشاركة الفاعلة لأفراد الأسرة منذ بداية التشخيص حتى صياغة خدمات الرعاية الصحية وتطبيقها وتقييمها.

إنّ الأسرة أهم أعضاء الفريق العمل فلديها المعلومات الكافية لما يؤهلها من الناحية العملية لأخذ دور هام في اختيار الأهداف، وتحديد الأولويات ومتابعة التدريب وتسجيل التقدم الذي يطرأ على المريض في المنزل وتدريبه على تعميم المهارات التي اكتسبها في المؤسسة المتخصصة ونقلها إلى المنزل.

من خلال ما سبق يمكن تحديد أهم الأدوار والمسؤوليات التي تقوم بها الأسرة كما يلي:

<sup>1</sup> - المرجع السابق، ص90.

- تزويد الممارسين والأخصائيين بالمعلومات الدقيقة الأساسية عن المريض قبل التحاقه بالمؤسسة الاستشفائية.

- تنفيذ نصائح المختصون وإرشاداتهم.

- بناء علاقات تشاركية مع الأخصائيين المشرفين على المريض.

- مساعدة المريض على تلبية حاجاته الفيزيولوجية.

- مساعدة المريض على تشكيل شخصية وإدراكه لمفهومه عن ذاته ونفسه.

- التواصل المفتوح مع الأخصائيين لتبادل المعلومات حول حاجات المريض وخصائصه وتطوره.

من كل ماسبق أهمية ودور الأسرة في البناء النفس - اجتماعي للفرد من حيث التوافق النفسي والاجتماعي ، فهي بمثابة النواة والقلب الاجتماعي الأول الذي تنمي شخصية الفرد ليتكيف مع المجتمع الأكبر الذي تنتمي إليه هذه الأسرة<sup>1</sup>.

## 8\_العوامل والمتغيرات التي قد تؤثر سلباً على الرعاية من طرف الأسرة:

✓ حجم الأسرة وعدد أفرادها ، مما يؤثر على الوقت الذي يمكن لأفرادها تخصيصه في متابعة المريض.

✓ عمل الوالدين وغياهما لفترات طويلة عن المنزل، وعليه لا بد من ترتيب الأدوار التي يقوم بها الوالدين اتجاه المريض وفقاً لنوعية الظروف الأسرية.

✓ اعتماد البرامج في تطبيقها على الأم فقط دون إشراك بقية أفراد الأسرة، لذلك ينبغي أن تتحمل الأسرة كاملة مسؤولية التعامل مع المريض العقلي والتعاون في حل مشكلاته من طرف الجميع.

✓ مدى تقبل الأسرة للمريض ورغبتها وحماسها في تغيير السلوك من خلال الروابط الأسرية ودرجة متانتها.

✓ ومن الأمور العامة التي يجب على الأسرة إدراكها قابلية المريض للتعليم والتدريب والتواصل مع الآخرين مهما كانت شدة المرض، وأن تضع نصب عينيتها التفاوض نحو النجاح طرق التعامل معه والصبر والمثابرة في العمل.

<sup>1</sup> - سهير أحمد كامل، شحاتة سليمان محمد، تنشئة الطفل وحاجاته بين النظرية والتطبيق، مركز الاسكندرية للكتاب، 2008، ص75.

### خلاصة :

يجب علينا بدايةً التأكيد على أن أي جهد يبذل في رعاية هؤلاء سواء كان جهداً علاجياً أو تعليمياً أم تدريبياً أم إرشاداً يعد جهداً منقوصاً محدود الفائدة، ما لم يصاحبه تدخلاً موازياً مكماً على مستوى أسرته، وذلك أنه لا يمكن لعلاج المريض أن يكتمل أو ينجح إلا إذا وضعنا في الحسبان تلك العوامل التي ترتبط بالأسرة والعلاقات الأسرية واتجاه الآباء نحو المرض ودرجة تقبلهم حالة المرض وتأثيره في حياة الأسرة بوجه عام.

## الفصل الخامس:

### الإجراءات المنهجية للدراسة.

تمهيد

- 1- المقاربة المنهجية للدراسة
- 2- مجالات الدراسة
- 3- منهج الدراسة
- 4- أدوات جمع البيانات
- 5- عرض الحالات
- 6- تحليل المقابلات مع المرضى عقليا
- 7- عرض المقابلات مع الفريق المشرف
- 8- تحليل المقابلات مع الفريق الممارس لعملية الرعاية الصحية
- 9- استنتاج عام حول الملاحظات
- 10- مناقشة نتائج الدراسة في ضوء التساؤلات
- 11- مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الدراسات المشابهة
- 12- نتائج الدراسة
- 13- الرهانات والتحديات التي تواجه المؤسسة

خاتمة

تمهيد:

يتضمن هذا الفصل عرضاً دقيقاً له ولأدوات الدراسة إضافة إلى الإجراءات والمتغيرات المنوطة به، وذلك بالبحث على الإجابة للأسئلة المطروحة، وجنبا إلى جنب سيتم في هذا الفصل عرض أهم النتائج المتحصل عليها في ضوء ما تم توظيفه من دراسات سابقة ومشابهة وكذا التراث النظري.

## المقاربة المنهجية للدراسة:

### 1 - مجالات الدراسة:

يعد تحديد مجالات الدراسة من الخطوات المنهجية الهامة التي لا يمكن إغفالها إذ يتم من خلالها التعرف على المنطقة التي أجريت بها الدراسة والمجال البشري لها والفترة الزمنية التي استغرقتها هذه الدراسة ، هذه الأخيرة جاءت على النحو التالي :

#### 1-1- المجال الجغرافي: اختارنا المؤسسة الاستشفائية المتخصصة للأمراض العقلية - عين

عباسة- التي تعمل على استقبال هؤلاء المرضى وتقديم الخدمات الصحية الضرورية لهم، وقبل الحديث عن المستشفى نحاول إعطاء صورة مختصرة عن المنطقة الجغرافية التي يقع بها هذا المستشفى وهي بلدية عين عباسة .



المصدر: قوقل آرث بلدية عين عباسة.

يعود تاريخ انشاء بلدية عين عباسية إلى عام 1886 طبقا للقانون رقم 09-1886 ، وسميت بهذا الاسم نسبة إلى منبع مائي يعود استغلاله إلى العصر التركي والذي يقع جنوب مركز البلدية. وهي منطقة فلاحية تتميز بخصائص جبلية ارتفاعها 1000 متر وبعض القمم تتعدى 1400متر

تقع عين عباسية في الجهة الشمالية لولاية سطيف في حدود ولاية بجاية، يحدها من الشمال تيزي نبشار، ومن الشرق بجاية ، ومن الجنوب الشرقي بلدية اوريسيا، ومن الغرب بلدية عين الروى ومن الجنوب بلدية عين أرناث<sup>1</sup> .

**أ-التعريف بالمستشفى:** "المؤسسة الاستشفائية المتخصصة للأمراض العقلية" عبارة عن مؤسسة ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلالية المالية، يديرها مجلس مديرية ، ويسيرها مدير ويساعده نائبا له بالإضافة لمجلس استشاري يدعى: "المجلس الأعلى للمؤسسة".

فتح المستشفى أبوابه للمرضى ابتداء من عام 1980م، كان في بداية الخدمة عبارة عن وحدة تابعة للمركز الاستشفائي - سطيف- ثم تحول إلى وحدة تابعة للقطاع الصحي بسطيف إلى غاية 1986م، ولم يتحصل على الاستقلالية المالية والشخصية والمعنوية إلا في جانفي 1989. ثم تحول إلى المستشفى الجامعي للأمراض العقلية 2013. يقوم نشاط المؤسسة على التكفل الطبي للمرضى عقليا من خلال عمليات الإسعاف أو من خلال الخدمات الاستشفائية داخل المستشفى والتي تغطي الولايات التالية: سطيف ، برج بوعرييج، المسيلة، جيغل هذا فيما يخص العلاج العقلي ويمتد نشاطه خارج هذه الولايات خاصة: باتنة، ميلة وبوسعادة<sup>2</sup> .

**ب- هياكل المؤسسة:** تحتوي المؤسسة الاستشفائية المتخصصة للأمراض العقلية على أربعة أجنحة بسعة 240 سرير موزعة كالتالي:

**Pavillon A: الجناح أ:** استشفاء نساء يحتوي على ستين سرير.

**Pavillon B: الجناح ب:** استشفاء رجال: يحتوي على ستين سرير) ثلاث وعشرين حالة

اجتماعية

<sup>1</sup>- الخريطة الجغرافية لبلدية عين عباسية بلدية عين عباسية.  
<sup>2</sup>- مستشفى الأمراض العقلية عين عباسية.

**Pavillon C: الجناح ج:** استشفاء رجال به ستين سرير.

**Pavillon D: الجناح د:** استشفاء رجال به ستين سرير.

بالإضافة إلى هذه الأجنحة هناك جناح خاص بالأطفال والمراهقين .

**ج- محتوى كل جناح: الجناح أ:** يحتوي هذا الجناح على طابقين حيث توضع الحالات الهيجانية وغير المستقرة في غرف خاصة(غرف العزل) في الطابق الأول في حين يوضع باقي المرضى في غرف فردية أو جماعية حسب الحالة .

كما تحتوي المصلحة على جناح إداري به مكاتب خاصة لكل من رئيس المصلحة، الأخصائي النفسي ، أخصائي الأعصاب، طبيب عقلي، طبيب عام، مكتب مساعد اجتماعي، مكتب مخصص للصيدلة الفرعية ، قاعة للتداوي بالعمل، قاعة التدليك الطبي، قاعة حلاقة ومطعم. هذا وتجدر الإشارة إلى أن كل الأجنحة تحتوي على هذه المواصفات على غرار الجناح أ .

**د- مكونات المستشفى:** يتكون المستشفى من المصالح التالية:

أجنحة استشفائية	مصلحة التداوي	مصلحة الطبخ
مصلحة الفحوصات الخارجية الاستعدادات	مصلحة الاطعام	
قاعة الاستقبال	مصلحة الصيانة	مصلحة جراحة الأسنان
مصلحة الاجتماعية	مصلحة الغسيل	الأمن الطبي

مدرج للمحاضرات.

**هـ - مهام المؤسسة وأهدافها:**

تأخذ المؤسسة الاستشفائية المتخصصة للأمراض العقلية بعين الاعتبار التكفل الطبي بصفة مجانية سواء داخل المصالح الاستشفائية أو بالتنقل الاسعافي للأشخاص المصابين بأمراض عقلية أو اضطرابات نفسية حادة وذلك لأربع ولايات: سطيف، برج بوعرييج، جيجل، المسيلة طبقاً للمنشور Dss/Msp/155 المؤرخ في

1987/2/24 المتعلق بفصل التكفل الاسعافي الخارجي للمرضى المصابين عقلياً، حيث أن خدمات المؤسسة متوفرة بصفة دائمة (24/24 ساعة) ، كما تعتبر مرآة عاكسة للتنظيم الصحي لهذه الشريحة في بلادنا فهي تلعب دور كبير في مساعدة هذه الفئة من المجتمع وتقديم الرعاية الصحية بها ومن أهم أدوارها:

- الاستقبال والتوجيه.
- القيام بالإجراءات الإدارية.
- توفير الخدمات الصحية للمرضى.
- استقبال المرضى في أي وقت.
- مساعدة المرضى على الاندماج في المجتمع والأسرة.
- تقديم الدواء المجاني للمرضى المعوزين وغير المؤمنين من أجل المساهمة في علاجهم.

واعتماداً على الأهمية والدور الذي تلعبه فهي مصنفة ضمن المؤسسات الكبيرة نظراً لسعة الاستقبال 240 سرير استشفائي إذ تحتوي على 368 عامل موزعين على المصالح التالية : الإدارة، المصالح الاقتصادية، المراقبة الطبية، الأجنحة (A.B.C.D)، العيادات الخارجية، جراحة الأسنان، مكتب القبول، مكتب الأمن و الرقابة، الصيانة، المرآب، المخزن، مدرج، المطبخ والمغسلة.

هذا ويجب التنويه إلى وجود نقاط للفحوصات العقلية - وسائط بينية (CISM)-التابعة للمؤسسة

الاستشفائية: سطييف:

مركز حي بومرشي ، مركز حي بيلير .

بوقاعة: عيادة متعددة الخدمات

عين أزال: المؤسسة الاستشفائية.

عين ولمان: المؤسسة العمومية للصحة الجوارية

العلمة: المؤسسة العمومية للصحة الجوارية

عين الكبيرة: المؤسسة العمومية للصحة الجوارية

برج بوغريج: المؤسسة العمومية للصحة الجوارية.

مع العلم أن موقع المؤسسة يقع على بعد عشرين كلم من عاصمة الولاية مما يضطر الراغب في العلاج إلى المسائلة عن المنطقة وبالتالي المؤسسة الاستشفائية، كما أنها تقع في المرتفعات مما يصعب الوصول إليها خصوصا في فصل الشتاء نظرا لسوء لأحوال الجوية والمناخ القاري لهذه المنطقة.

إضافة إلى ذلك فإن بعد المؤسسة المتخصصة عن الوسط الحضري جعل العديد من الأسر تنقطع عن الجلسات العلاجية وإحاقهم بمراكز بينية قريبة من منازلهم وذهابهم إلى أطباء عامون أو متخصصون ولكن بأثمان غالية مما يشكل عائقا على عاتقهم خصوصا عند شراء الأدوية - في حالة عدم وجود بطاقة الشفاء-.

من الملاحظ أن موقع المؤسسة بعيد عن التجمعات السكانية وهذا ما يؤدي إلى عزل المرضى اجتماعياً وهي دعوة واضحة لانعزلهم وهذا ما يشبه Les Asiles، و ما يؤكد فوكو من خلال عزل المريض الأمر الذي سيؤدي إلى قيام علاقة بالغة الخطورة نظرا لقيامها على الاغتراب التام بين المريض ونظام العزل، ذلك أن المريض سرعان ما يقوم في إطار العزل بأداء الدور الذي حدده له المجتمع من خلال تطبيق الضبط الاجتماعي

3- المجال الزمني: وتتمثل في الفترة الزمنية التي استغرقتها عملية إجراء الدراسة الميدانية من إعداد

الإطار المنهجي، وجمع البيانات وتحليلها وصولاً إلى النتائج والتوصيات<sup>1</sup>.

كما أن القيام بالبحث الميداني ليس بالأمر السهل، فهو يتطلب نوعاً من التمرن على الملاحظة الميدانية حيث يقول E.Hughes في إحدى مقالاته: إن مشكلة تعلم مهمة الملاحظ الميداني تشبه تعلم العيش في المجتمع<sup>2</sup>. ولأجل ذلك تطلب منا أن ننفق وقتاً طويلاً في جمع البيانات والمعلومات التي نقوم بدراستها والتعمق في كافة المعلومات المتحصل عليها والقيام بمقابلات عميقة مما يؤدي إلى دراستها بدقة وشمول في آن واحد، ثم بعد ذلك نقوم بعملية تنظيم هذه البيانات المتحصل عليها، وعليه كان حجم العينة بعشر مرضى عقلياً لذلك لانستطيع تعميم نتائج الدراسة على جميع المرضى لأن لكل حالة خصوصيتها وظروفها الخاصة بالإضافة إلى أن الدراسة تركز على الحالة العقلية للمريض وسلوكه وعلاقاته وخلفياته الاجتماعية.

<sup>1</sup>- أحمد عبد الهادي الهاجري، علي عبد الرازق إبراهيم، المدخل إلى المناهج وتصميم البحوث الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، 2002، ص232.

<sup>2</sup>- E. HUGHES 'the race of field work ,in social science, in the sociological ,eye selected paper ,London ,transaction ;1984,p506.

ولما كان موضوع دراستنا يتضمن بعدين نظري وتطبيقي، فإن مسار انجازه تم وفق مرحلتين: حيث كان في المرحلة الأولى الشروع في جمع المادة العلمية والقراءات النظرية التي وظفت في إثراء الرصيد النظري والمعرفي، ومناقشة الأستاذ المشرف في مختلف جوانب الموضوع والتصوير العام لمسار الدراسة لتبدأ بعدها في إنجاز الفصول النظرية.

أما المرحلة الثانية والمتعلقة بالجانب الميداني فقد استغرقت الدراسة المرحلة الممتدة من شهر سبتمبر 2016 إلى غاية ديسمبر 2017 وقد مرت بالمراحل التالية:

**المرحلة الأولى : الاستطلاعية:** وكانت بداية هذه المرحلة منذ شروعا في إنجاز البحث في جانبه النظري بحيث كانت بعض الزيارات لأجنحة المستشفى، بالإضافة إلى زيارة المستشفيات المتخصصة للمرض العقلي بكل من الشراكة وتيزي وزو وذلك في إطار أيام تكوينية أين تم إجراء مقابلات حرة مع الفرق المعالجة لهذه الفئة بغرض استكشاف مختلف أبعاد واقع الموضوع المدروس.

**المرحلة الثانية:** وهي مرحلة النزول للميدان وتطبيق أدوات جمع البيانات والتي أجريت على كل من المرضى والفريق المعالج لهم، ثم تحليل وتفسير البيانات المتحصل عليها لنخلص في الأخير إلى صياغة التقرير النهائي والنتائج العامة للدراسة.

**3- المجال البشري:** لما كانت دراستنا الراهنة الموسومة ب: الرعاية الصحية للمرضى عقليا بين المؤسسة الاستشفائية المتخصصة والأسرة في الجزائر تطلب منا اختيار عينة تتكون من المرضى العقليين وأسرههم وفق طريقة منهجية. من هذا المنطلق فقد تم الاعتماد على العينة القصدية القائمة على أساس توفر شروط اختيارها والتي تتمثل فيما يلي:

- أن يتم تشخيص حالة المرض على أنها مرض عقلي بمعرفة المختصين الممارسين.
- أن يكون المريض من بين الحاصلين على الرعاية الصحية بالمؤسسة .
- قبول الأسرة التعاون معنا.

فضلاً عن أعضاء الفريق الممارس لعملية التكفل بالمرضى العقليين وأسرههم.

**4- منهج الدراسة :** بما أن الموضوع محل الدراسة " الرعاية الصحية للمريض العقلي بين الأسرة والمؤسسة المتخصصة". والشيء الملفت للانتباه هو أنّ المرض العقلي ليس مقرون بتخصص علمي واضح بل هو

نتيجة تخصصات علمية ومعرفية متباينة، ونظراً لطبيعة الموضوع وخصوصيته الاجتماعية، النفسية، الطبية، والاقتصادية المرتبطة بالفرد والمجتمع اعتمدنا على المنهج الوصفي التحليلي الذي يعتمد هو الآخر على دراسة الواقع أو الظاهرة كما هي في الواقع ، ويهتم بوصفها وصفاً دقيقاً ويعبر عنها تعبيراً كيفياً، إذ يصف لنا التعبير الكيفي الظاهرة و يوضح خصائصها بهدف تعميق المعارف حولها وما المراد من دراستها واكتشاف عناصرها الجديدة ، وحتى يتسنى لنا الوقوف على واقع الرعاية الصحية للمريض العقلي بين الأسرة والمؤسسة التي يعالج فيها.

ومن أجل الوصول إلى الغاية المنشودة تم استعمال المنهج الوصفي معتمدين دراسة حالة وهي وسيلة منظمة لتوفير المعلومات من المبحوث حيث تعد تحليل دقيق لوضعيات المريض من البحث الشامل إلى أهم أجزائه، كما تعتبر دراسة الحالة أداة هامة لجمع وتلخيص أكبر عدد ممكن من المعلومات عن الحالة موضوع الدراسة ، والتي قد تكون فرد أو أسرة أو جماعة بغية فهم شامل لتاريخ الحالة ، وكذلك تحديد التطور الذي مر به المريض في محيطه الثقافي مع توضيح جميع المؤثرات التي أثرت في تكوين شخصيته واتجاهاته وفلسفته، ويحصل الباحث على المعلومات من الفرد ذاته أو من محيطه وبالتالي فدراسة الحالة عبارة عن صورة مجسمة للشخصية ككل بهدف جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات.

ومن أجل تحقيق ذلك تم استخدام وتوظيف تقنيات تتماشى مع طبيعة الدراسة وهي المقابلة و الملاحظة بالمشاركة بالإضافة إلى الوثائق والسجلات.

### 5-أدوات جمع البيانات: نظراً لأن مشكلة الدراسة تتضمن جوانب وأبعاد كثيرة ومتنوعة تتميز

بالتداخل فقد تطلب الأمر الاعتماد على أكثر من أداة لجمع البيانات مع مراعاة الأدوات التي تتناسب وطبيعة المناهج العلمية المستخدمة حيث تم استخدام :

#### أ-الملاحظة بالمشاركة: نقوم بتوظيف تقنية الملاحظة بالمشاركة الداخلية<sup>1</sup> . والتي تساعد في المعيشة

اليومية والمشاركة الفعلية لتلك الخدمات من أجل إدراك بعض الحقائق التي من الممكن أن لا تخطر على البال إذا ما كنا بعيدين عن مجال الدراسة<sup>2</sup> . كما وظفت هذه التقنية بسبب وجودنا في الميدان الصحة العقلية لمدة أكثر من عشر سنوات حيث أعطت لنا تجربة التعايش مع ظاهرة المرض والمرضى عقلياً ، كما تم مراعاة السرية في

<sup>1</sup> -George Lapassade , Ethnosociologies :analyse institutionnelle, Ed méridien-klincksieck, paris,1991,P41 .

<sup>2</sup>-Gravitez. madeleine, méthode des sciences sociale,5 édition, Ed Dalles, Paris,1993,p697.

التعامل مع هؤلاء المرضى من خلال إجراء مقابلة دون وجود شخص ثالث وهذا التعامل من أجل راحة المريض وعدم إزعاجه وجعله في وضعية مناسبة. كما أفادتنا في رصد العديد من المعطيات التي لم يتسن لنا جمعها عن طريق أدوات أخرى، وقد استخدمت في رصد الفضاء العام للمؤسسة وماشمله ، إضافة إلى رصد وملاحظة بعض المواقف التفاعلية لهذه الشريحة في حياتها اليومية.

### ب- استمارة المقابلة:

إنّ عملية صياغة الاستمارة المقابلة بطريقة منهجية تعتمد على مدى تحقيقها لأهداف البحث وتمكن الباحث من الإجابة على التساؤلات الأساسية للدراسة. حيث تتضمن استمارة المقابلة على مجموعة من الأسئلة تكون شاملة لجميع تساؤلات الدراسة، ويتم استخدام هذه الأداة لما تتوفر عليه من مزايا وأهمها ملاءمتها لأهداف الدراسة وعينة الدراسة، كما تتيح هذه الأداة ميزة التحليل الكمي والكيفي لأبعاد موضوع البحث.

**ج- المقابلة:** نقوم باستخدام أداة المقابلة الشخصية مع الفريق الممارس القائم على عملية تقديم الرعاية الصحية للمرضى العقلين وأسرههم ، للوقوف على أهم الصعوبات التي تواجه الفريق الممارس والتي تعيقه على أدائه العملي ، مركزين على المحاور التالية:

**المحور الأول:** خاص بالإمكانيات المادية.

**المحور الثاني:** خاص بالإمكانيات البشرية.

**المحور الثالث:** النظرة المجتمعية الخاصة بالوعي المجتمعي اتجاه المرض العقلي.

**د- الوثائق والسجلات الإدارية :** وتعتبر "إحدى أدوات جمع البيانات وفيها يرجع الباحث إلى جمع البيانات حول الموضوع أو فقط بعض المحاور من الوثائق والسجلات الإدارية، ويشترط عدم التكرار في جمع البيانات فإمّا تكون البيانات المجمعة من الوثائق والسجلات الإدارية بيانات تكميلية للاستمارة والمقابلة والملاحظة أو لبعضهم فقط، ووظيفتها تكميلية في التحليل والتفسير والتعليل وإمّا تتعلق البيانات المجمعة ببعض المحاور التي لا

تمسها أدوات جمع البيانات الأخرى<sup>1</sup>. لأجل ذلك تتم الاستعانة ببعض الوثائق والسجلات الصحية الخاصة بالحالات التي نقوم بدراستها والموجودة بالمؤسسة الاستشفائية والتقارير الصحية للمريض العقلي.

**6- عرض الحالات :** لقد تم الاعتماد على المقابلة لجمع البيانات والتي تعتبر لغة تفاعل بين الباحث والمبحوث، مع استخدام لغة بسيطة بعيدة عن التعقيد وتجنب اللغة الفرنسية والمصطلحات الطبية وذلك من أجل تنمية الحوار مع المبحوث والسماح له بالتعبير بكل حرية وأريحية وبذلك تم دراسة حالة محمد سيف الدين أجريت المقابلة يوم 7 مارس 2015 على الساعة الثالثة زوالاً ودامت مدة المقابلة حوالي أربعين دقيقة<sup>2</sup>.

يبلغ من العمر 22 سنة، يسكن ببوسعادة (حي الجعافرة - جنان لكبير) ، أعزب، ذو مستوى دراسي ثانوي (بكالوريا 2013). يعيش في أسرة متواضعة تتكون من ستة أفراد ثلاث ذكور وثلاث بنات، ذات مستوى اقتصادي ضعيف إذ نجد الأم متوفاة والأب معاق .

**السوابق المرضية:** لا يوجد زواج الأقارب ، كما أنه لا يوجد مرض في العائلة ، أصيب سيف الدين بالمرض منذ سنتين هذا وتجدر الإشارة بأنه لا يعاني من أي مرض عضوي، دخل المستشفى مرتين.

**تاريخ الحالة:** كان المريض متجاوب معنا حيث بدأ بالحديث عن ولادته التي تمت في ظروف عادية وكانت معاملة والديه جيدة جدا ، حيث كان شديد الدلال من طرف الأسرة حيث كان والده يلعب معه وأمه تعطيه الدلال وكانا يجبانه كثيرا خاصة وأنه أول وأكبر أولادهم، فلم تكن مشكلة في طفولته إلا بعدما صدم بوفاة أمه وهو في أشد الحاجة إليها وقد كان عمره ستة سنوات عاش سيف الدين بعد ذلك طفولة قاسية مع زوجة الأب التي كانت تعامله معاملة غير إنسانية بالإضافة إلى معاناة الأب الذي مرض من شدة الحزن على زوجته المتوفاة وأولاده.

- أما عن دراسته فقد أخبرنا سيف بأنه كان متفوقا في دراسته ، وكانت معلمته فخورة بعلاماته المشرفة كما أقر بأن له موهبة الاطلاع والاكتشاف فقد كان يحب مطالعة الكتب والقصص الترفيهية ، وهذا ما لاحظناه بالفعل حيث كان ينتظر جلسة العلاج بالعمل ويفضل البقاء بالمكتبة لمدة طويلة من أجل المطالعة.

<sup>1</sup>-رشيد زرواتي، تدريبات على منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية ، ط1، مطبعة دار هومة، الجزائر، 2002 ، ص157.

<sup>2</sup>- ملاحظة: يجب التنويه على أن كل مقابلة لا تتجاوز مدة خمس وأربعين دقيقة - حسب القانون العام للصحة العقلية.

- في ضوء الحياة التي عاشها سيف الدين من يتم وحرمان من الحنان والعطف انحراف إلى طريق الخطأ وهو لا يزال طفلاً فأصبح يدخن في سن السبع سنوات. لينتقل في مراهقته إلى تعاطي المخدرات والتي باتت تهدده بمستقبل ضائع.

- أثناء المقابلة شم العميل أصابعه الخمسة بنقاط وكل نقطة تعني له شيئاً كما أنه بين الحين والآخر كان يتلفظ بكلمات لا نفهمها ، ودائم الشكوى من أسرته الكبيرة التي تخلت عنه حيث أن لا أحد يزوره بالمؤسسة الاستشفائية منذ إحضاره إلى غاية يوم خروجه ، وهذا وقفنا عليه فعليا رغم الاتصالات المتعددة لعمه الذي أحضره في البداية - لكون الأب مريض ولا يستطيع الحضور-

- لقد حاول الانتحار عدة مرات بدواء والده ، كان معترف بمرضه إلى حد ما حيث كان يعاني العزلة والتهميش ويرفض التفاعل مع الآخرين ، كثير الهلاوس حيث كان يقطع الحديث في العديد من المرات بحجة أنه يرى أمه وأنها تحتضنه. دخل المستشفى أول مرة في ماي 2012 والمرة الثانية 2013 حيث تظهر عليه الأعراض التالي: عدوانية لفظية جسدية ، هيجان، هذيانات، غير اجتماعي.ورغم هذه الأعراض فإن أهم النقاط الأساسية الملاحظة أثناء المقابلة أنه كان متجاوبا مع الأسئلة ، منفعلي ويتكلم بيديه، يحاول الهروب من الواقع . وبعد جلسات التشخيص والعلاج مع الفريق المعالج تبين أن سيف الدين يعاني من الفصام في الشخصية ويحتاج لنوع من العلاج وهو علاج الدعم النفسي للاعتراف بالمرض بالإضافة إلى تغيير نوعية الدواء الذي كان يتناوله من قبل: 1amp Largactil، 1amp Haldol وهي عبارة عن حقن عضلية ليتحول بعد ذلك للأدوية التي يتناولها عن طريق الفم: 1-1-1، Depakine 500mg1-1-1، Tranxene 1-1-1، Largactil100MG 1-1-1 .

**تعليق:** تمثل هذه الحالة نموذجا من اضطراب الفصام في الشخصية ناتج عن ظروف أسرية مشحونة بالخلافات وعدم الاستقرار، حيث تبدو حالته النفسية والعقلية مضطربة، يعاني من عدم التكيف الاجتماعي، غير أنه منسجم مع الفريق المشرف.

**الحالة الثانية:** تمت المقابلة مع سليم يوم 20 أكتوبر 2015 على الساعة التاسعة صباحا وامتدت إلى غاية الحادية عشر. يبلغ من العمر 32 سنة، يقطن بمنطقة -حربيل- سطيف، أعزب ذو مستوى اقتصادي: متوسط، و مستوى دراسي توقف عن الدراسة في السنة الثامنة متوسط . نشأ في أسرة تتكون من أربع ذكور بنت يحتل المرتبة الأولى بين إخوته، يمارس مهنة الحلاقة. من خلال الاطلاع على الملف الطبي للمريض لانجد هناك

زواج الأقارب ولا يوجد مرض عقلي في الأسرة، بدأت تظهر عليه الأعراض المرضية سنة المرض 1999، كما أنه لا يعاني من أي مرض عضوي، دخل المؤسسة الاستشفائية عدة مرات.

**تاريخ الحالة:** كان سليم متجاوبا معنا ، يجيب عن الأسئلة بكل ارتياح، حيث بدأ بالحديث عن ولادته وطفولته والتي أقر بأنها كانت عادية وكان بصحة جيدة ، كما ذكر بأنه كان محبوب من طرف العائلة خصوصا وأنه كان أول مولود لهم. فحسب سليم لم تكن أي مشكلة في طفولته، بعدها انتقل للحديث عن دراسته التي كان يجبها حيث كان مستواه الدراسي جيد وكانت معاملته مع أساتذته وزملائه في منتهى الأدب والأخلاق.

- تخلى عن دراسته في مستوى الثامنة أساسي وهو مرغم نتيجة الأوضاع التي سادت المجتمع الجزائري في ذلك الوقت والتي كانت جد مزرية بسبب الأزمة الأمنية وما خلفته..

- يذكر سليم مرحلة مراهقته على أنها كانت جد صعبة حيث انتقل إلى الحياة العملية واتخذ صالون للحلاقة كعمل يكسبه قوت يومه ، أين تعرف على أصدقاء السوء ، وتعرف على فتاة ولكنها تزوجت شخصا آخر مما ترك أثراً كبيراً ، و ظل سليم على هذه الحال إلى غاية عام 1999 أين بدأت تظهر عليه أعراض المرض وبشدة حيث كان يشعر بالقلق وتوتر شديد وكما يقول كنت أسمع صفير وأصوات غريبة ويجس بأنه مسحور من أقرب الناس. حاول الانتحار عدة مرات وهو يدرك جيداً أنه مريض لا بد أن يشفي ليعود لعمله. عند دخوله المؤسسة كانت تظهر عليه العدوانية، الوسواس، الهذيان.

- بعد عدة مقابلات وجلسات متعددة مع الطاقم الطبي تبين أن المريض يعاني من الفصام وعلاجه يكون بإدماجه مع الآخرين وكذلك تم تغيير نوعية الدواء الذي كان يتناوله وأصبح يتناول Olanzapine، مرة واحدة في اليوم و tranxene10Mg ثلاث مرات في اليوم.

**تعليق:** من خلال ماعاشه سليم تولدت لديه مجموعة من الأفكار دفعت به إلى الانتحار كونه عاش ظروف أسرية سيئة نتيجة الفقر الذي يعيشه حيث يبدو ناقما على محيطه ، فاقد السعادة كما تتضح معالم الوسواس القهري بالإضافة إلى تقديره السلبي لذاته، لقد شكلت تلك الظروف مجتمعة حالة مرضية عقلية مضطربة تتسم بالصراع الداخلي وعدم التكيف الاجتماعي. هذا ويجب التنويه على أن المدة المقابلة كانت طويلة نظراً لكون المريض يقول كلاماً لا نفهمه مما جعلنا نضطر في العديد من المرات من التوقف لمدة من الزمن ثم نعاود الحديث معه.

الحالة الثالثة: ساعد: تمت المقابلة يوم 14 جانفي 2016 بقاعة الفحوصات الخارجية- الاستعجالات- ودامت حوالي أربعين دقيقة.

يبلغ ساعد 43 سنة، يقطن ببلدية قجال-سطيف- أعزب، ذو مستوى التاسعة متوسط، يعيش وسط أسرة تتكون من ثلاث أبناء يحتل المرتبة الثانية في الترتيب، رفقة أخيه الأكبر وأخته، ومع الوالدين الذين هما على قيد الحياة، من خلال اطلاعنا على سجله الطبي نجد أنه لا يعاني من أي مرض عضوي ، كما أنه لا توجد عوامل وراثية للإصابة بالمرض. دخل المستشفى أربع مرات وكانت بداية المرض منذ اثنين وعشرين سنة من عمره، كان المريض جد متجاوب مع الأسئلة حيث بدأ الحديث معنا عن ولادته التي كانت طبيعية و في ظروف عادية، كانت معاملة الأسرة له جيدة وكانت علاقته مع إخوته علاقة انسجام ماعدا علاقته مع والده التي كانت سيئة حيث صرح لنا المريض بأن والده كان يضربه كثيرا ، لم يكن متفوقا في الدراسة وكان يرفض الذهاب للمدرسة.

- أما سن المراهقة فقد كانت صعبة ، توجه للحياة العملية بعدما طرد من المدرسة في السنة التاسعة أساسي ولم تدم مدة العمل إلا سبعة أشهر كانت هذه الفترة جد صعبة عليه.

- عند بلوغه العشرين سنة بدأ ينتابه القلق لدرجة أنه حين يقلق يكسر كل شيء يجده أمامه، وكان يشك في كل من كان حوله، يرى خيالات ووساوس وهذا ما أدى إلى دخوله المستشفى عدة مرات، فقد كان يخرج ليعود لسابق عهده بسبب توقفه عن تناول الدواء بحجة أن الدواء يؤلمه في معدته حيث قال: "مانلاويهاش" وهكذا في كل مرة يجد سببا ليقنع نفسه. ما يلاحظ على ساعد أنه كثير الحركة، كثير الكلام في مواضيع مختلفة.

**الأعراض التي دخل بها:** أعراض عدوانية لفظية وجسدية، هيجان، هذيان، انقطاعه عن تناول الدواء، هلاوس سمعية بصرية، أفكار اضطهادية، يعاني من الهروب من المنزل.

- ما يلاحظ على هذا المريض أنه كان مكتوف الأيدي وتم إحضاره رفقة رجال الأمن وبتسخيرة من الوالي من أجل وضعه تحت الملاحظة، تظهر عليه آثار الضرب والعدوانية ، ذو ثياب بالية ومنتسخة ، لأنه كان يعيش في الشارع -حسب والده- ولم تكن الأسرة قادرة على إحضاره، لكن مع اعتدائه المتكررة على الآخرين - أصبح يشكل خطر على المجتمع - تدخلت قوات الأمن بإحضاره بالقوة.

صحيح أن المريض تم إحضاره من طرف القوة العمومية ولكن بصحبة والده الذي كان في الخفاء ولا يظهر أمام ابنه بحجة أنه لما يخرج من المؤسسة الاستشفائية سينتقم منه، فما كان من الفريق المعالج إلا الموافقة على طلب الوالد وإجراء مقابلة منفردة لكل منهما .

فالابن يصرخ بأن ما وصل إليه من معاناة يرجع إلى والده الذي كان قاسيا معه وكان ينعته بكلام جارح، أمام الملاء ، لدرجة أنه لا يناديه بإسمه، وإنما بأسماء مستعارة -المهبول، المجنون- ، في حين عند مقابلة الأب أكد لنا بأنه أصبح يخجل من تصرفات ابنه المريض وأن نظرة المجتمع له تخجله وتقلقه من الداخل إذا ما قيل له أنك أب المجنون - على حد قول- .وفي كل مرة يطلب من الفريق المعالج إبقاء المريض في المستشفى لمدة أطول وإن استطاع أن يبقى للأبد في المؤسسة فلا بأس بذلك.

- و نظراً لحالة المريض الحرجة تم إبقائه في المستشفى وفي الجناح الخاص بالمرضى الأكثر خطورة رهن الملاحظة، أين تم وضعه في غرفة منعزلة ريثما تستقر حالته يوضع مع باقي المرضى وذلك من أجل إدماجه في المجتمع بصورة تدريجية.

بعد بقاء المريض لمدة ثلاث أشهر في المؤسسة تحسنت حالته الصحية عند ذلك تم إبلاغ الوالد بضرورة الحضور لأخذه مع إحضاره للمتابعة المتواصلة والمنتظمة مرة كل ثلاث أشهر. وبالفعل هذا ما لاحظناه على المريض ووالده الذي أصبح يحضره بشكل دوري للعلاج، ويأخذ دوائه بالجان من المؤسسة، حتى لا يعود ساعد إلى سابق عهده والشيء الملفت للانتباه هو تعامل الأب مع ابنه حيث تحسنت العلاقة وتطورت إلى الأفضل، وعند سؤالنا عن حالة ساعد في المنزل أخبرنا بأنه لم يحدث مشاكل مع سكان الحي كما أنه أصبح يمكث في البيت لمدة أطول ولا يهرب منه.

تعليق: إن المعاملة السيئة التي يمارسها الأب إذ يقوم بشتم ابنه وتوبيخه وضربه أمام زملائه ومناداته لولده باسم غير اسمه الخاص -مهبول- جعله يحط من قيمته، كما أن عقاب الأب يشعره بالنبذ والظلم واحترامه وتقديره أمام الجميع وكأنه لا يحمل صفات إنسان ومميزاتها. فهذا النوع من العلاقة التي تشوبها المشاكل وعدم التفاهم، أفقد ساعد الأمل في الحصول على مكانة بين أفراد أسرته مما أحدث في نفسيته نوع من الحقد وكرهه للحياة.

- إضافة إلى ذلك أصبح المريض يمثل مصدر قلق وجلب للمشاكل والاضطرابات نظرا لسلوكه العدواني الذي جعله سبب لإحداث المشاكل والإزعاج داخل الأسرة مما كون لدى عائلته نظرة احتقارية لشخصيته .

**الحالة الرابعة:** أجريت هذه المقابلة يوم 20 فيفري 2016 على الساعة الحادية عشر صباحا بمكتب الاستعجالات مصحوبة بوالدها ،تبلغ \_نوال ب\_ من العمر واحد وثلاثين سنة متزوجة وأم لبنت ، تقطن بمدينة جيجل ماكنة بالبيت، لم تدخل المدرسة في الصغر ، تزوجت من ابن عمتها. جاءت رفقة أب يعاني هو الآخر من مرض عقلي، التحقت بالمؤسسة الاستشفائية بتوجيه من طبيب مختص في الأمراض العقلية من المستشفى الواقع بالمدينة التي تقطن بها .

- عند المقابلة الأولى كان من الصعب الحديث والتواصل معها حيث كانت في حالة هيجان وعدوانية كبيرة خصوصا اتجاه الأب إذ كانت تقوم بالتكلم معه بألفاظ قبيحة وكانت ترفض الحوار معنا، بالإضافة إلى أنها كثيرة الحركة مما جعل الطبيب المختص يصف لها دواء لكي تهدأ وحتى يتم نقلها إلى جناح النساء لكونها رافضة فكرة دخولها المستشفى وتنادي على ابنتها ولمن تتركها، بعد الحديث مع الوالد تبين أن هناك أخ كان يعاني من نفس الأعراض في البداية تم وضع فكرة أن المرض وراثي، تم نقل المريضة وطلب من الأسرة عدم الحضور لزيارتها لمدة من الزمن لأن الزيارة ممنوعة نظراً لحالتها الصحية .

- كانت هناك ملاحظات مستمرة على المريضة حيث وضعت في غرفة العزل مما صعب علينا إجراء مقابلة ثانية نظرا لكونها تحاول اللوذ بالفرار من المستشفى رغم العلاج الكيميائي المكثف الذي خضعت له، كما كانت عنيفة اتجاه الممارسين واتجاه المرضى وكل ما تتلفظ به ابنتي ابنتي، بعد مرور أسبوع بدأت حالة المريضة تستقر تدريجيا مما جعل طبيب المصلحة الموافقة على زيارة الأهل لها، وحدد يوم الزيارة الثلاثاء على الساعة الواحدة وثلاثين دقيقة وكان معظم أفراد الفريق الممارسين ينتظرون هذه الزيارة لملاحظة رد فعل المريضة اتجاههم وما لفت انتباهنا حضور عائلة نوال وغياب الزوج وعائلته رغم أنهم من الأقارب .

- رغم أنه كان هناك إلحاح لحضور الزوج شخصيا من طرف الفريق المعالج خصوصا التوصيات التي أصدرها الطبيب ، تم استقبال المريضة لأسرتها أين أجهت في البكاء في حضن أمها حيث كانت تتحدث معهم وتسال عن حالة كل واحد من أفراد الأسرة وتلع بشدة لعدم إحصارهم لابنتها لرؤيتها غير أن زيارة الأطفال ممنوعة، وأنهم تركوها مع أختها .انتهت الزيارة.

- في اليوم الموالي قمنا بإجراء مقابلة مع نوال في قاعة التداوي بالعمل حيث أخبرتنا بأن زوجها كان يرفض أخذها للطبيب بحجة أنها مريضة عقليا وهذا ما أساء لسمعته (يعمل أستاذ بثانوية) لأنه يخجل بمرضها، كما أنه تزوج بها إرضاءً لوالديه ولأنها من أقربائه حتى يسترها - على حد قولها- ولكن هذه الحالة لم تعاني من المرض قبلاً، وإنما تعرضت للمرض بعد الولادة بسبب سوء المعاملة من طرف الزوج وإنجابها لبنت دون الولد.

- أخبرتنا في البداية بأنها كانت تذهب للرقاة من أجل العلاج والدجالين بحجة ان بها المس لكن بعد تعبها الشديد في يوم من الأيام، بدأت في تكسير كل ما يأتي أمامها مما جعل أسرتها تأخذها إلى طبيب مختص، ليتم تحويلها إلى المؤسسة الاستشفائية المتخصصة نظراً لأن حالتها تستدعي المكوث في المستشفى .

وعن طرحنا لسؤالنا حول رد فعل زوجها عند عودتها للمنزل أخبرتنا أنه لم يعد يهتمها الأمر فهي جاءت للعلاج من أجل ابنتها ولو كان يهتم بها لما وصلت إلى هذه الحالة.

- حاول الفريق المعالج في العديد من المرات من الاتصال بالزوج دون جدوى، رغم أن أسرة المريضة كانت دائمة الزيارة لها وتدعمها لتحسن ، لكن الطبيب الأخصائي رفض مغادرة نوال المستشفى إلا برفقة زوجها وطلب من أسرته إبلاغه ذلك أو استعمال الطرق والوسائل القانونيين لذلك.

**تعليق :** وهكذا يبدو من دراسة هذه الحالة أن المجتمع بالغ القسوة للمرضى عقلياً لعدة آلاف من السنين، فالمرضى العقلي طريد المجتمع ومنسحب منه، فالمرضى في صراع مع أنفسهم ومع العالم الخارجي والعالم الخارجي حريص على انفصالهم. هذه القسوة التي مازالت موجودة لحد اليوم في مجتمعنا رغم التغيرات الحديثة والتطورات التي طرأت على الأسرة الجزائرية خصوصاً، ويزداد الأمر حدة إذا ما كان المصاب امرأة وهنا نقف عند رفض الزوج دفع مصاريف العلاج، وهي قيمة اجتماعية متداولة في الأسرة الجزائرية للمرأة إذا مرضت تفقد مكانتها اجتماعياً ، فهي تصبح غير قادرة على أداء وظائفها المنوطة بها حيث تصبح عاجزة على القيام بدورها الفعال داخل الأسرة بشكل خاص والمجتمع بشكل عام .

- نسجل هنا زواج القرابة الذي كان عاملاً في تدهور حالة المرض هذا الزواج الناتج عن هيمنة بعض العادات والقيم الاجتماعية المنتشرة في المجتمع الجزائري، والتي كانت بالأمس القريب حريصة على التمسك بضوابط يخضع لها كل من ينتمي لهذا المجتمع الملقب ب "المرابطين" الذي يقتصر فيه زواج البنت عندهم على أحد أفراد العائلة ولا يجوز الزواج إلا من داخل العائلة القرابية، هذه الضوابط التي دامت لعدة أجيال ولم يتمكن

المجتمع من الانفكاك عنها إلا مؤخرًا مع تغير التصور الاجتماعي للشباب نحو الزواج وما انجر عنه توسيع في دائرة العلاقات الاجتماعية.

### الحالة الخامسة:: بشيرة

تبلغ من العمر 28 سنة من مواليد 1982، مطلقة، تقطن بعين ولمان -سطييف- الخامسة ابتدائي، تم استقبال المريضة يوم 30 مارس 2016 بقسم الاستعجالات مصحوبة بعون من البلدية ( وحدة النشاط الاجتماعي ) ، تعاني من حالة هيجان ، وضعت المريضة تحت الملاحظة في غرفة انفرادية حتى يتم استجواب الموظف بوحدة النشاط الاجتماعي والذي أخبرنا بأنها تتردد على دار العجزة بين الحين والآخر لكونها لا مأوى لها، فأمرها كبيرة في السن و مقيمة بالدار منذ مدة. بعد ذلك تم إحضار المريضة لمقابلتها كانت تجيب براحة وبطلاقة مسترسلة في الحديث عن حياتها وعند سؤالها عن سبب حضورها أخبرتنا أنها جاءت للبقاء هنا دائما ، فأخبرناها بأن المكان مستشفى للعلاج و ليس للمأوى، صحيح أن المريضة مترددة على المستشفى ولكن ماتم ملاحظته هذه المرة هو أن المريضة حامل سألتها هل تزوجت فأتضح أنه ابن غير شرعي، وعند سؤالنا عن مدة الحمل لم تجب، طلبنا من المرافق نقل المريض إلى طبيبة مختصة في النساء والتوليد لتزويدنا بالحالة الصحية للمريضة وجنينها (هناك بعض الأدوية الممنوعة على المرأة الحامل والجنين ) .

- عادت الحالة بعد يومين مصحوبة برسالة من طبيبة النساء تخبرنا بأن المريضة حامل في الشهر التاسع وبعد مشاورات واجتماع تقرر بقاء المريضة في المستشفى مع إبلاغ المصالح المختصة (الشؤون الاجتماعية، الأمن، القضاء).

- ونظراً لحالتها أرجأنا المقابلة لوقت آخر وبقينا في ملاحظتها حتى استقرت حالتها، وأثناء حصة العلاج بالعمل قمنا بمقابلتها ثانية أين كانت المريضة متجاوبة معنا إلى حد كبير ، وعند سؤالنا عن حالتها هذه أخبرتنا بأنها تعيش في الشارع، في حي أمام منزلهم والجميع يعرف بمرضها (مهبوله- على حد قولها-)، ولكن لم يتروكوني بحالي فعندما يجلس الظلام ولا تجد المبيت تنام مرات في المستوصف أو أمام المسجد وإذا لم يتم استقبالها تبقى في الشارع حيث تتعرض لمضايقات واعتداءات جنسية مختلفة ومتكررة.

- كانت المريضة تحت المراقبة والمتابعة الخاصة لكل تحركاتها نظرها لمحاولتها المتعددة للإجهاض وكذلك قرب موعد الولادة ، وخوفا من الإجهاض كانت تحت الملاحظة من طرف الفريق المشرف على حالتها الصحية الجسدية والعقلية حتى موعد الولادة أين تم نقلها لوحدة الأم والطفل، ووضعت مولودها الذي تم وضعه مباشرة

بحي الطفولة المسعفة وإحضار المريضة للمؤسسة الاستشفائية لمواصلة علاجها ، أين تبين أنها ليست المرة الأولى التي تنجب فيها طفل غير شرعي وإنما المرة الرابعة – تحصلنا على هذه المعلومات من ملف المريضة بحى الطفولة- .

- نظرا لحالة المريضة الصحية كان من الفريق المشرف الاتصال بالجهات القضائية للقيام بعملية استئصال رحم المريضة حتى لاتنجب أطفال يعيشون في الشارع، وبعد مد وجزر حصل ذلك ، وبعد خروج المريضة من المؤسسة الاستشفائية تطلب الاتصال بوحدة النشاط الاجتماعي للتكفل بالمريضة اجتماعيا مع إحضارها دوريا للزيارة الطبية المبرجة وفي توقيتها الضروري.

**تعليق:** تصنف شخصية هذه الحالة ضمن الشخصية الاكتئابية والتي تتميز بالقلق والانفعال ، العصبية والاندفاعية والعدوانية. لاتب كثرة الكلام وإعادته، فالشيء الذي تريد فعله تفعله دون خوف، ولا ترغب في تدخل الغير في أمورها الخاصة. وكانت هناك معاملة يغلب عليها طابع الشدة والالتزام بالتقيد في الأمور ويظهر ذلك من خلال تعاملها مع والدتها داخل المؤسسة.

- صحيح أن المريضة تعاني من مرض عقلي ولكن السبب في ذلك ليس بيولوجي فحسب وإنما سبب اقتصادي واجتماعي أيضاً، فالفقر الشديد والعجز الاقتصادي جعل حياة الأسرة قاسية وأدى إلى حرمان أعضائها من إشباع حاجاتهم ، هذا الأخير ساهم في عزلتهم اجتماعيا وظهور الكراهية ، فعدم قدرة الأسرة على تلبية الضروريات يعني تهديد استقرارها ، فالفقر يهدم الأسرة ويوتر العلاقات بين أفرادها. وعليه فالصحة العقلية تتأثر بالشروط والظروف الاجتماعية والاقتصادية بالإضافة إلى عوامل أخرى للأسرة.

#### الحالة السادسة: مونية:

أجريت المقابلة الأولى بتاريخ 20 مارس 2016 بقاعة الاستعجالات ودامت مدتها ثلاثين دقيقة ، تبلغ مونية من العمر إحدى وثلاثين سنة من عائلة متوسطة الدخل ، يتيمة الأبوين، تعيش مع أخيها وزوجته لكونها عازبة ولا يوجد منزل بديل سوى هذا البيت العائلي، تقطن بضواحي ولاية سطيف – بوعنداس- اكتفت في دراستها بالمرحلة الابتدائية نظرا لبعدها المتوسطة عن المنزل .

- تم استقبال المريضة بقاعة الاستعجالات في حالة من الهيجان والعدوانية تجاه أخيها الذي كان برفقتها وزوجته ، وهي تصرخ وعند دخول المريضة إلى مكتب الطبيب للفحص أين كان الفريق الطبي المكون من أخصائي

أمراض عقلية، طبيب عام ، أخصائية نفسانية وممرضة بالإضافة إلى رجال الأمن (لكون المريضة عدوانية وتقوم بالضرب).

- تم التحاق المريضة بالمؤسسة الاستشفائية من خلال رسالة الطبيب المحول أين وضح حالتها بالتفصيل ، ونظرا لحالتها التي كانت تستدعي إعطائها حقنة مهدئة وبعد الفحص الجسمي وبما أن الحوار غير مجدي معها ، اكتفى الفريق بالحديث مع الأخ وزوجته الذين أخبرونا بأن المريضة توقفت تناول الأدوية منذ مايقارب ستة أشهر ، كما أنها أصبحت تفضل الوحدة وعزلت نفسها عنهم، بالإضافة إلى شكها الدائم فيهم ولكن ما حيرهم أنها أصبحت تخرج من المنزل لساعات طويلة مما يؤدي بهم إلى البحث عنها في المنازل المجاورة.

- بعد مرور أسبوع من إدخال المريضة إلى قسم النساء وبعد إخراجها من غرفة العزل ، أردنا القيام بمقابلة ثانية ولكن حالتها المرضية حالت دون ذلك، حيث كانت مونية تعاني من نوبات صرع مستمرة والذي كانت تعاني منه منذ عشرين سنة - وهذا من خلال السجل السابق للحالة، وبعد عرضها على طبيب أعصاب لما دخلت المستشفى في المرة الماضية - مما جعلنا نؤجل المقابلة لغاية ما تسمح ظروفها بإجراء المقابلة. وبقينا نراقبها من بعيد ونتبع أخبارها من الفريق المعالج.

وفي يوم 29 مارس أجرينا مقابلة وطرحنا بعض الأسئلة على مونية وذلك في قاعة التداوي بالعمل عن تاريخ حياتها فكانت ترفض الإجابة بحجة أنها لا تعرف شيئا، ولم تعد تتذكر وقد يكون ذلك من جراء المرض الذي تعاني منه ألا وهو الصرع. غير أن مونية أجابتي أنها لا تتذكر سوى أن والديها متوفيان وعند سؤالها عنهما قال: "مات أبي هو الأول ومن بعد مرضت أما" وعند طرح السؤال عن إحساسها عندما توفي والدها انها تعيش الوحدة قالت: "كنت نحس روحي وحدي دارنا وولات غريبة عليا" وعند سؤالها عن علاقاتها مع إخوتها: "ما يجبوش يخلوني نخرج خاصة عندما مات أبوي" ، وعن حياتها الأسرية أجابت بأنها تعيش مع الأخ وزوجته وأولادهما غير انه لا يوجد من يهتم بها، نظرا لكون كل فرد من الأسرة لديه انشغالاته الخاصة به، كما أخبرتنا بأنها تعاني من سوء المعاملة في المنزل بحجة الكل يقوم بضررها وشتمها، وعند سؤالنا ما هي الأعمال التي تقوم بها في المنزل أجابت لا شيء، كلما تفعله هو مشاهدة التلفاز المهم ان تبقى صامتة في المنزل ولا تخرج هذا ما تريده الأسرة وكفى. كما تجدر الإشارة إلى ترديدها لعبارة "واحد ما يجب لي الخير كما أما"، أنهينا المقابلة الثانية مع مونية والتي من طلبت منا التوقف بحجة التعب والنعاس - الآثار الجانبية للدواء-

- من خلال ما صرحت به لنا المريضة يتضح أنها عاشت في حرمان عاطفي وذلك من جهة الأب المتوفي والأم الغائبة في حضورها جراء المرض الذي كانت تعاني منه ، كما يبدو أن هذه المرحلة من عمرها قد أثرت عليها كثيرا وما يدل على ذلك نسيانها لهذه المرحلة والهروب من ذكرها.

- وفي المرة الثالثة مع مونية والتي كانت متجاوبة معنا إلى حد كبير وتكلمت عن أن أشياء لم ترد التكلم عنها في البداية كمحاولتها للانتحار وهروبها من المنزل ، وما لاحظناه أنه كلما كان الحديث معها عن صحتها وعائلتها تبدأ بالبكاء وتمسك رأسها ولا تفرق الإجابات حيث تتكلم دائما أثناء المقابلة على أنها لم تتزوج وأنها كبرت في السن ولا بد لها أن تموت لأنها عبء على العائلة وحتى على المستشفى . كما أكدت لنا قصة هروبها من المنزل وذهابها للمسجد لتصلي وتنتظر الموت لتأخذها ولكن أياها أرجعها إلى المنزل.

- بعد زيارة أخ مونية لها بالمستشفى ومقابلته للطبيب انسحبت المريضة عن الآخرين، وكان هناك تغيير في نوعية الأدوية التي تتناولها من أجل إخراجها من حالة الاكتئاب الذي تعاني منه والقضاء على فكرة الانتحار .

- مر شهرين من بقائها داخل المؤسسة الاستشفائية وحن موعد عودتها لمنزلها-منزل أخيها - أين قمنا بإيصالها رفقة المساعدة الاجتماعية بسيارة المستشفى حتى نقف على واقع المحيط الذي تعيشه المريضة، تأكدنا بأنها تسكن في وسط ريفي فالمنازل متفرقة هنا وهناك ووقفنا على الشرفة التي حاولت منها الانتحار، رفضت زوجة أخيها استقبال المريضة متحججة بأنها لاتقوى عليها لوحدها في نفس الوقت الذي كنا نتناقش فيه الزوجة حضر الأخ وعنفنا عند إحصارنا لأخته للمنزل بسيارة خاصة بالمؤسسة الاستشفائية.

**تعليق:** من خلال هذه الحالة ولدت لديها مجموعة من الأفكار دفعت بها إلى الانتحار كونها عاشت ظروف أسرية سيئة نتيجة الفقر الذي تعيشه، واليتم الذي تعاني منه حيث تبدو ناقمة على محيطها، فاقدة السعادة كما تتضح معالم الوسواس القهري بالإضافة إلى تقديرها السلبي لذاتها، وعند تجمع هذه الظروف خلقت عندها حالة عقلية مضطربة تتسم بالصراع الداخلي وعدم التكيف الاجتماعي.

**الحالة السابعة:** نجوى ، البالغة من العمر 28 سنة ذات مستوى جامعي فهي حاصلة على شهادة ليسانس في الحقوق والمستوى الثالث في المدرسة العليا للقضاة، قاطنة بولاية جيجل، عازبة، تعيش مع عائلة تتكون من ذكرين وبنيتين في حين أنها أكبرهم سنا أما الأبوان فهما مطلقان، ليس لها سوابق مرضية عضوية أو عصبية.

- أحضرت العميلة إلى المستشفى رفقة الأب والأخ بسبب الشك والوساوس اتجاه الأم وعدم الأكل. فقد تمت أول مقابلة معها بتاريخ 3 ماي 2016 بقاعة الفحص أين كان الحمول شدة التعب ظاهران كما ظهر عليها أيضا الهدوء التام ، فقد روت لنا قصتها بارتياح حيث تقول أن بداية المرض كانت منذ مدة قصيرة أين بدأت تسمع أصوات في أذنها تتحدث معها افعلي كذا ولا تفعلي كذا، بعد تردد هذه الأصوات بكثرة في أذنها وبصوت مرتفع تبدأ نجوى في الصراخ والانفعال، توقفت عن الحديث معها لمدة عشرة دقائق من الزمن، ورغم أني طلبت منها التوقف عن الحديث إلى أن تستقر حالتها، لكنها كانت مصرة على الاستمرار في الكلام، سايرتها في الحديث حيث أخبرتنا بأنها تعيش حياة متقلبة ومضطربة مرات في بيت الوالد وأخرى مع والدتها وهو ما جعلها غير مستقرة مع عائلتها ، وعن علاقتها مع إخوتها أخبرتنا بأنها حسنة نظرا لكونها البنت الكبرى فهي من تحاول مساعدة إخوتها في دراستهم حيث تقول أن إخوتها خسروا معنى الأسرة ولا يجب أن يخسروا دراستهم.
- أما عن توقفها عن الدراسة وعدم إكمالها فأجابت أنها كانت تدرس بمناطق بعيدة وهناك من يعارض دراستها ، فوالدها يطلب منها البحث عن العمل والتوقف عن الدراسة وأم تطالبها بالبحث عن زوج كما أن الأحوال يرفضون دراستها والتنقل إلى أماكن مختلفة، وعند سؤالنا عن دراستها في الأطوار الأولى أخبرتنا بأن الجد والجدة هما من كان يساعدها ولكن بعد وفاتهما ظهرت المأساة -حسب قولها-.
- أما عن سبب إحضارها للمستشفى فأجبنا بأنها توقفت عن الأكل منذ مدة -منذ مكوثها في مع والدتها- بحجة أنها تسحرها ولا تحبها وأنها تفرق بينها وبين الأخت الصغرى التي تعيش معها بصفة دائمة ، كما أنها كانت تنعتها بكلمات جارحة-يابنت المجنون- هذه الكلمة كانت كالصاعقة بالنسبة لنجوى حيث أكدت بأن والدها يتناول بعض المهدئات ولكن لم يدخل مستشفى الأمراض العقلية.
- تدهورت حالة نجوى النفسية من المعاملة السيئة التي كانت تتلقاها من أمها، حيث كانت تفضل البقاء في منزل الوالد رغم كل الضغوط التي تحيط بها وذلك من اجل مساعدة إخوتها في دراستهم، كما أنها كانت تفضل العزلة والوحدة في المنزل فهي قليلة الكلام إلا للضرورة ، وذلك ما بعد ليسانس إذ كانت تشعر بالنقص لعدم إكمال دراستها العليا والحصول على مكانة مرموقة في المجتمع .
- بعد دخول نجوى المستشفى ومكوثها لمدة خمس وعشرين يوما فقد تحسنت حالتها الصحية حيث أصبحت تعتني بنفسها وتقوم بخدمتها، إذ استعادت حيويتها ونشاطها ومرحها، كما وعدتنا بأنها سوف تستمر في تناول الدواء. وبالفعل تحسنت حالة نجوى كثيرا حيث كانت تحضر للجلسات العلاجية بانتظام وفي الموعد المحدد مع القيام بزيارتها لصديقتها المريضة، ونظرا لظروفها الاجتماعية طلبت بأن تتابع العلاج في أقرب عيادة عمومية

للصحة العقلية بالمنطقة التي تسكنها، وذلك لأن والدها شيخ كبير لا يستطيع إحضارها دائما وليس لها مرافق أخرى، فأخيها انتقل من السكن العائلي لمكان بعيد.

**تعليق:** تصنف شخصية نجوى ضمن الشخصية الاكتئابية فهي تعيش القلق الحاد والمموم، المبالغة في الكلام والحركات، استنفذت قواها الجسمية، شهيتها للطعام معدومة. كما تعاني من الاضطراب والانعزال و تفتقد الاهتمام بنفسها، فهي تعاني صراعات اجتماعية ونفسية بسبب طلاق الوالدين وعدم الاستقرار العائلي حيث نجد أن دور العائلة هو توفير الرعاية والأمن غير أن هتي الغابتين مفقودتين في حياة نجوى.

### الحالة الثامنة: جميلة .

تم إجراء هذه المقابلة يوم 20 جوان 2016 بوحدة الاستعجالات الطبية أين تم إحضار هذه المريضة إلى المؤسسة الاستشفائية رفقة أخيها وأمها التي كانت يائسة من حالة ابنتها، والتي لم تكن تعاني من أي مرض عضوي حيث كانت ترفض الكلام مع أسرتها كما توقفت عن الطعام لمدة أسبوع، وبعد محاولتها الانتحار مرتين وكانت هذه هي المرة الثالثة .

- رفضت جميلة كل من يحاول تقديم يد المساعدة لها إلا من إحدى الممرضات - بعد ذلك علمنا أنها صديقتها من قبل حيث كان يدرسان معاً في المعهد الوطني للشبه الطبي-، وأخذت تصرخ في وجهها أخيها وتعنفه بأنه سبب المشاكل التي تعاني منها، كما أنه حرّمها من مزاوله العمل نظرا لكونها تحمل نفس اختصاص تلك المريضة. بعد ذلك تم إلحاق المريضة بجناح النساء مع الإشارة إلى أن كل ما ذكرته جميلة هو من الواقع وهذا ما أكدته والدتها.

- بعد استقرار حالة جميلة عاودنا اللقاء بها مرة ثانية حيث أضافت لنا معلومة جديدة ألا وهي غياب الوالد الذي يعيش في المهجر و الذي تنازل عن مسؤولياته وحولها إلى ابنه الأكبر، كما أنها تعيش في أسرة تفضل الذكر على الأنثى فكل طلبات إخوتها الذكور تحقق عكس البنّتين التي ترضيا بكل شيء وهي الثقافة السائدة في المجتمع .

- حاولت جميلة القيام بمحاولة الانتحار داخل المؤسسة للانتقام من أسرتها ورفضها دخول المستشفى لكنها لم تنجح ، ومع تطبيق العلاج المكثف للمريضة تم تحسن حالتها الصحية وهو ما سارع من خروجها من

المؤسسة الاستشفائية والحضور للجلسات العلاجية بانتظام وبشكل دوري والملفت للانتباه أنها كانت تأتي متنكرة حتى لا يتم معرفتها وحتى لا تلحق بها وصمة المرض العقلي.

#### تعليق:

- ما يلاحظ على جميلة أنها ذات شخصية انطوائية تعاني الوحدة التي أوجبت عليها العزلة، تفتقر إلى الترتيب ، حديثها منقطع ومزاج، انتباهها مشتت، تنتقل من موضوع لآخر بدون تركيز وبدون خطة واضحة، تشكو من وضعها البائس وسخرية المجتمع منها ، ، تشعر بالعجز على التصدي لهم ووضع حد لتصرفاتهم، فهي تعاني من تقدير سلمي للذات أو ما يطلق عليه عقدة النقص. تعاني العزلة حتى مع أسرتها إذ تتواجد في المنزل من أجل الأكل والنوم فقط، فهي لا تكثر الحديث مع أفراد عائلتها ولا تحس بالراحة معهم ، الأمر نفسه بالنسبة للمحيط الخارجي فهي لا تجيد التكيف مع جيرانها ، تعاني من فوبيا اجتماعية والتي منعها الاندماج وعدم التكيف الاجتماعيين. كما تعاني جميلة من غياب دور الأب الذي يعتبر أن المسؤولية انتهت عن عاتقه وسلمها لابنه الأكبر فهو لا يتدخل في أمور أسرته لكبر سنه.

- إن الشيء الملفت للانتباه هو أن المريضة تأتي قبل انتهاء الطبيب من مداومته بربع ساعة أو عشر دقائق حتى لا تلتقي بأشخاص يعرفونها ويخرجونها بأسئلتهم، خاصة وأن المؤسسة الاستشفائية قريبة من مقر سكنها، وتفضل دائما البقاء خارج وحدة الفحص في ساحة المستشفى أو في الحديقة حتى يحين دورها، كما أنها تأتي متنكرة حتى لا تعرف .

- إن الوضعية التي تعيشها المريضة هي الواقع الفعلي لكل أنثى تعاني من مرض عقلي، إضافة إلى عزلتها الاجتماعية عن العالم وعدم اعترافها بمرضها نجدها والعيش في أسرة تعترف بالسلطة الذكورية وخائفة من المجتمع الخارجي كذلك حتى لا تلحق بها وصمة المرض العقلي ، هذه الأخيرة التي تشكل عبئا ثقيلا على المريض وعلى أسرته على حد سواء ، فأم جميلة هي من تمتص غضب ابنتها وتحاول التخفيف عنها ومسايرتها في كل أمورها لتعويض عطف الوالد الغائب .

### الحالة التاسعة: نجية :

وقعت هذه المقابلة يوم 2 ديسمبر 2016، ذات مستوى جامعي، تبلغ نجية خمس وأربعين من عائلة ميسورة الحال، تحتل المرتبة الثالثة في إخوتها الخمسة وهي الأنثى الوحيدة بينهم، لم تكن تعاني من أي مرض عضوي أو وراثي. تقطن بولاية ميله.

- عندما بلغت من العمر أربع وعشرين سنة ظهرت أعراض المرض، عاشت ظروف عادية في أسرتها حيث كانت تنعم بالحنان والدفع العائليين، انتقلت إلى الجامعة المركزية بالعاصمة أين أكملت دراستها الجامعية هناك وتعرفت على شخص ليم بينهما الزواج ، ونظرا للوضعية التي كانت تعيشها البلاد في تلك الفترة من تدهور أمني، أغتيل زوج نجية في يوم زفافه وهو ما سبب لها صدمة قوية، وتحولت حياتها إلى كآبة وحزن دائمين، واعتزلت المجتمع بما في ذلك أسرتها، ومع تفاقم حالتها الصحية حاولت نجية تغيير مقر سكنها ومكان عملها هروبا من الواقع الذي عاشته، غير أن عائلتها رفضت ذلك ولكن نجية أصرت على موقفها واستقلت بمنزل خاص بها خصوصا وان ظروفها المادية كانت تسمح بذلك.

انكفت نجية من الجميع ولم تستطع الهروب من نفسها حيث كانت تعاني في صمت وتكتم كل مايجول بخاطرها إلى أن ازداد الوضع ولم تعد تستطيع السيطرة على نفسها ، أين تم إحضارها إلى المؤسسة الاستشفائية رفقة زميلتها في العمل، وعند إبلاغ الأسرة بأن ابنتهم مأكثة بالمستشفى رفضوا الفكرة في البداية ولكن قبلوا في نهاية الأمر الواقع، قام الفريق المشرف على حالتها بالعلاج المكثف لمحاولة إخراجها من حالة الكآبة التي تعيشها منذ مدة طويلة ، حيث قامت الأسرة بدورها اتجاه ابنتها ومنحتها الرعاية والاهتمام المعنويين مما ساعد في تحسن حالة نجية في وقت قياسي، بالإضافة إلى البحث عن الحلول المناسبة لمساعدتها وفق خطة عمل مناسبة وتكون رفقة الفريق المعالج شرط أن لا تبقى في المستشفى ولا يشيع خبر مرضها، فالعائلة تحاول إخفاء حالة المريضة خوفاً من المجتمع خصوصا وأنها تحتل مكانة مرموقة في منطقتها ومعروفة وليس من المناسب لها انتشار خبر ابنتهم بأنها أصيبت بمرض عقلي فهذا ما لا يمكن تقبله من طرفهم.

**تعليق:** تتمتع الأسرة بنوع من المبادئ والقيم الحسنة كاحترام والحب التي تغرسه في نفوس أفرادها، فكان الأبناء يمثلان قدوة حسنة لأبنائهم، خاصة وأن الأبناء مولعون بتقليد والديهم وإجماعهما على جعل جوا الأسرة مناسبة للنمو والتشعة الاجتماعية السليمة.

- من البديهي أن أثر المرض العقلي لا يقتصر على الفرد لوحده بل يشمل بقية أفراد الأسرة وخاصة الوالدين بوجود مريض عقلي في الأسرة يلقي عليها مسؤوليات جديدة غير متوقعة في الأصل لرعاية هذا المريض ، حيث تتسم ردود الأفعال بالقلق والحزن كما أنهما يعانيان من قلق التردد بين الأمل في العلاج واليأس من الشفاء.

- عند اكتشاف الأسرة أن أحد أفرادها مصاب بمرض عقلي فإنها تمر بمرحلة الصدمة غير مصدقة لما يدور حولها، ثم مرحلة الإنكار والهروب من الحقيقة المرة تليها بعد ذلك رحلة التجاهل تجاهل الحالة أو تجاهل المريض نفسه لتنتهي بمرحلة الاستسلام للواقع مهما كان مرأً. وهذا ماوقفنا عليه فعلاً في حالة نجية.

- لعل خطورة "وصمة المرض" التي يوصف بها أي إنسان يترتب عليها العديد من الإجراءات ،هي أخطر ما يمكن أن يوصف بها الشخص في مواجهة سلطة المجتمع.

**الحالة العاشرة: هشام:** تم إجراء المقابلة يوم 3 جانفي 2017 بجناح الاستعجالات، يبلغ من العمر اثنين وعشرين سنة من عائلة ميسورة الحالة يقطن بولاية بسكرة، لايعاني من أي مرض عضوي أو وراثي، ذو مستوى جامعي . يحتل المرتبة الرابعة بين إخوته وهو أصغرهم.

- أتى إلى المستشفى رفقة والده الذي يراقبه من بعيد والدته التي تبدو واعية ومدركة لحالة ابنها حيث تساير في تصرفاته وتعتذر بالنيابة عنه خاصة في قاعة الجلوس أثناء فترة الانتظار كونه يخلق الفوضى ويشاغب. يبدو عليه أنه مشوش الأفكار، يتحدث بشكل غير منتظم، يحاول أن يعطي لنفسه أهمية ويخلط بين الواقع والتخريف، يحاول التلاعب بالألفاظ، خطابه غير متماسك ينتقل من فكرة لأخرى تبعاً لما يعتقد أنه يجلب استحسان من يستمع إليه، يظل حديثه مائلاً لا يثبت على حال، نظرته تبدو كما لو كانت تحمل نية السرقة، أو العمل الممنوع، أمه تشكو من تصرفاته وردود أفعاله غير السليمة، إذ صرحت بأنه كان هادئ الطباع لا يتكلم كثيراً ، حسن الخلق، علاقاته جيدة مع المحيط الخارجي من قبل . والملاحظ أنه يتجاوب جيداً للعلاج غير أن غيابة لفترة طويلة وانقطاعه المستمر لتناول الأدوية يسمح له بحدوث الانتكاسة من جديد وهذا راجع لخرجه من وضعيته الاجتماعية ورفضه التصريح بما يحمله من مشاعر الاضطهاد والحرمان.

- عند دخول المريض لمكتب الفحص أصبح هادئاً بعض الشيء يجب عن الأسئلة بأسلوب طليق، وهو دارك حالته المرضية بكل تفاصيلها، منذ بدايته إلى غاية التطورات التي طرأت عليه والأدوية التي يتناولها، كان يرفض مقابلة والده بحجة انه لا يحترمه وأنه يوبخه دائماً كما أنه رافض للدخول للمستشفى لأن والده أجبره على

الحضور. ولكون الأسرة تحاول إرضائه فهي توافق على كل طلباته مما جعله يرفض العمل وإنما يريد الحصول على المال بطرق سهلة وخاصة من طرف الأم التي كانت تعطيه المال خفية.

- ونظرا لرفضه تناول دوائه لفترة من الزمن كان لابد من إدخاله المؤسسة حتى لا تحدث له الانتكاسة مرة أخرى وإعطائه علاج كيميائي عن طريق الحقن بالإضافة إلى العلاج بالصدمة الكهربائية وبالفعل فقد تحسنت حالة هشام بشكل كبير ، كما تغيرت نظرتة اتجاه والده الذي أصبح يهتم لشؤون ولده ويعطيه الاهتمام اللازم له وظهر ذلك جليا بعد مغادرة هشام من المؤسسة الاستشفائية والحضور إلى الفحوص الدورية وبشكل منتظم. كما أنه أصبح يعتمد على نفسه في قضاء حاجياته دون مساعدة الآخرين.

**تعليق:** هناك اضطراب عقلي واضح المعالم يصاحبه ضعف وفقير في الشخصية التي تتخذ طابعا استسلاميا ، لا يلاحظ لديه أي مظهر من مظاهر الاستقلال، فهو يقف موقف الاتكالي على من أعلى منه مرتبة وأقوى شأنًا، كما يحمل أفكار تشاؤمية للحياة ويشكو من اضطرابات مزاجية وضغوطات داخلية. يبدو عليه أنه شاب عادي فهو نظيف الهندام متسلسل في الكلام يجيد التخاطب ، لا يحب الكلام الكثير عن نفسه، كتوم بعض الشيء، سريع الانفعال ،يعاني من القلق واضطراب في النوم، غير متحمس للعلاج ويرفض مساعدة الأطباء له لأن والده يجبره على الحضور للمؤسسة للعلاج غير أنه غير مكترث وذلك انتقاما للمعاملة الوالدية السيئة التي يتلقاها.

## 7-تحليل المقابلات مع المرضى عقلياً:

**البيانات الشخصية:** للبيانات الديموغرافية دور مهم في عملية تحليل الجانب الميداني في البحوث الاجتماعية، وهذا ما تتطلبه هذه الأخيرة من إحاطة بمختلف هذه البيانات من خلال معرفة جنس الباحثين وسنهم وكذا مستواهم التعليمي فضلا عن معرفة موطنهم الأصلي والحالة الاجتماعية له ونوع المهنة التي يمارسونها. بما أن هذه الدراسة قصدية حيث قوم بإجراء المقابلات مع المرضى عقليا والمقيمين بالمؤسسة. تم إجراء مقابلات مع مختلف حالات مع مراعاة المتغيرات السوسولوجية (السن، الجنس، الحالة العائلية، المستوى التعليمي، المستوى الاقتصادي ) وذلك بهدف تنويع العينة

- انطلاقا من متغير السن نجد أن مجتمع البحث يحمل حالات من مختلف الأعمار أي أن هذا المرض ليس له سن معين، وإنما يصيب كل أفراد المجتمع سواء كبير أو صغير. في حين نجد كلا الجنسين مصاب بهذا

المرض فالإصابة ليست خاصة بجنس دون الآخر بل الكل مهدد بالإصابة، إضافة إلى الحالة العائلية حيث نجد كل الحالات الاجتماعية سواء كان المريض : متزوج، أعزب أو مطلق، زيادة على ذلك فهو يصيب كل المكانات الاجتماعية الموجودة في المجتمع سواء عامل، بدون عمل مما يخلق وضعيات جديدة في معايشة المرض، أما بالنسبة للمستوى التعليمي: فنجد مختلف المستويات التعليمية: أمي، ابتدائي، ثانوي، جامعي، حيث بينت الدراسة أن اغلب المبحوثين ذوي مستوى علمي محدود وهي ظاهرة مرتبطة بالظروف الاقتصادية والاجتماعية وحتى الثقافية، إذ نجد مثلاً أن المرض عند اغلب الأسر يمثل وصمة عار خاصة عندما يتعلق الأمر بالأنتى، وهذا مايفسر حجب البنات عن الوسط الاجتماعي ومن ثم حرمانهم من الدراسة، بل إن بعض الأسر تلجأ إلى الحجب التام عن إخبار أي كان لتواجد مريضة لديها وقد يبلغ الأمر حتى الأقارب.

- لقد كشفت الدراسة عن سبب من أسباب انتشار المرض ألا وهو الحالة التي عاشتها الجزائر وفقدان الأمن، إذ نجد أن الفترة التي عاشها المجتمع الجزائري في فترة التسعينات انعكست وبشكل كبير على أفراد المجتمع سواء من الناحية النفسية أو الاجتماعية، ومن خلال الممارسة العملية كان هناك العديد من الحالات التي تأثرت بهذا الوضع خصوصا في المناطق التي عانت وبشكل كبير من الأزمة الأمنية، ونذكر على سبيل المثال لا الحصر ولاية جيجل والتي كان أغلب الحالات هي انعكاس للوضعية التي عايشها في تلك الفترة. ويتدعم هذا الفرض من خلال ما قامت الجزائر من بحث وبائي في الصحة العقلية SARP بالشراكة مع المنظمة النفسية الاجتماعية عبر الثقافات TPO، أين جاءت النتائج أن أكثر الاضطرابات انتشارا كان اضطراب ما بعد الصدمة الذي ارتبط أساسا بأحداث العنف الناتجة عن الأزمة الأمنية<sup>1</sup>.

- يمثل المريض العقلي ثقلا على الأسرة والمجتمع رغم كل التدابير والقرارات السياسية والإجراءات إلا أن الصحة العقلية لا تزال تحتوي على مجموعة من النقائص، حيث جاءت التقارير العالمية والوطنية تبين أن الوضع في الجزائر جد متأزم وخير دليل على ذلك الوضعية المزرية للمرضى فكثير منهم يتحولون في الشوارع جاءت الإحصائيات لتبين أن حوالي ثمانين ألف مريض عقلي لا مأوى له<sup>2</sup>.

- تزخر المعتقدات والمعارف الشعبية برصيد ضخم من الممارسات والأفعال التي يلجأ إليها المرضى وذويهم لعلاج المرض أملا في علاج مرض طال علاجه بالعلاج الطبي الرسمي كالرقية والتداوي بالأعشاب والذهاب للدجالين.

<sup>1</sup>-Psychologie. événement traumatique et santé mental .résulta une étude épidémiologique .édition SARP. N 9.2001.p6.

<sup>2</sup>

- ولاشك أن الثقافة كمحدد لسلوك المريض وكيفية التصرف حياله وعلاجه وحتى أسلوب الشكوى منه،وهنا يتضح دور التنشئة الاجتماعية في اكتساب الثقافة حيث تظهر آثار ذلك في سلوكه وطريقة تعامله مع المرض وكيفية تصرف أسرته اتجاهه. إذ اتضح من خلال هذا العرض وجود علاقة بين الثقافة والمريض أي أن هناك ارتباط واضح بين محتويات الثقافة من عادات وتقاليد وأعراف وقيم وفنون وبين السلوك المرضي وكيفية التصرف حيال الأمراض وأفكار واتجاهات المريض وأسرته اتجاه المرض.

- يعتبر إشراك الأسرة في إنجاح الرعاية الصحية للمريض العقلي دورا مهما حيث يتعين على الأسرة العمل مع الممارسين والمعالجين لتحديد السلوكيات التي يجب تغييرها وكذلك المهارات التي يجب تعليمها واكسابها للمريض وأسرته. فالأسرة هي المعلم الأول للفرد، حيث تكون هناك العديد من البرامج التي تهدف إلى تدريب الأسرة ليتم تقديم الخدمات والرعاية في المنزل والتي لا تقل عن دور الممارسين والمعالجين المتخصصين.

- تلعب الأسرة دورا هاما فيما يتعلق بتوفير الخدمات الصحية للمريض العقلي، حيث يتطلب هذا الأخير رعاية صحية أكثر تخصصية والتردد باستمرار على الأطباء والمستشفيات مقارنة بالآخرين، كما يحتاج هؤلاء إلى خدمات طبية محددة مثل العلاج المهني، التأهيل، ومن هنا فمن اللازم أن تصل خدمات التأمين الصحي لهذه الفئة.

- من خلال المناقشة الميدانية اتضح وجود تشابه بين بعض الحالات التي تعتبر ضحايا لمشاكل أسرية ومحيط غير ملائم رغم أن لكل منهم تاريخ خاص وقصة فردية. فهناك حالات تأخذ طابعا واضحا منذ البداية فالأسرة المفككة والمتشعبة التي تتميز بالصراعات تشكل منبع معاناة لديها لسوء التكيف الاجتماعي والأسري، كما تأخذ الأسر أشكال مختلفة كإهمال الأب لدوره المنوط به والواجب عليه القيام به، أو إهمال الأم وفي كلتا الحالتين يطغى طابع الاضطراب الاجتماعي الأسري على معظم الحالات بالإضافة إلى المعاناة نتيجة الفقر.

- إن حجر الزاوية للانطلاق بالرعاية السليمة للمريض العقلي هي تقبل المجتمع لهذا المرض منذ البداية، حيث نجد المجتمع يتصرف تصرفات مختلفة اتجاهه، إذ ينظر للمريض العقلي أنه فرد لا فائدة منه ولا يحاول أن يساعده ولكنه يقف منه موقف المتفرج وذلك لعدم معرفته كيف يتعامل معه فهو إما خائف منه أو خائف عليه. حيث لا يزال المجتمع ينظر للمريض العقلي بأنه شيء مخجل، أو نوع من العار لا يصح أن يعرف عن وجوده لدى الأسرة.

- هذا وتشير الدراسة إلى أن مشاكل المريض العقلي الحياتية والتوافقية لا ترجع للإصابة بالمرض في حد ذاتها بل تعود بالأساس إلى الطريقة التي ينظر بها المجتمع إليهم. حيث تعتبر هذه النظرة السلبية للمجتمع في تقبل

المرض والتي تنعكس بدورها على الأسرة ومن يجني ثمره هو المريض الذي يرفض بدوره المجتمع ويصبح عدوا للمجتمع الذي رفضه، مما يدفع بالأسرة إلى إخفاء المريض عن المجتمع وعزله في أماكن لا يراها فيها أحد سوى المقربون. فالمرض العقلي مازال ينظر إليه على أساس أنه "وصمة عار" يصيب الأسرة، حيث توجد بعض الأسر التي لديها أفراد مصابون بهذا المرض وتم علاجهم وبقائهم في المستشفيات العقلية إلا أنهم ينكرون ذلك - وبأساليب مختلفة-. بل وهناك أسر تقوم بإغلاق غرفة مريضهم متعاملين معه كما كان يعامل المريض العقلي في العصور الوسطى من حجزه وضربه وإلقائه داخل غرف مظلمة، ويدعون الله على أن يسارع في قبض روحه حتى يتسنى لهم رفع رؤوسهم في مكان سكناهم.

- من خلال دراستنا الميدانية ومشوارنا المهني نجد أن عدد كبير من هؤلاء المرضى تمكنوا من التكيف نفسيا واجتماعيا ومهنيا إذا ما أحسن تعليمهم وتوجيههم، أما إذا لم يقدّم المجتمع برعايتهم فإنه يخسر مرتين: الأولى عندما يخسرهم كأفراد فاشلين ويعيشون عائلة عليه والثانية عندما يدفع المجتمع ثمن إهماله لهم ويتحولون إلى حالات بؤس وشقاء في حياة أسرهم.

- إن عملية نجاح الرعاية لا تقتصر على المؤسسة الاستشفائية لوحدها بل تتعداها إلى المريض نفسه ورغبته في العلاج وتعاون الأسرة مع المريض ومتابعة حالته والتبليغ عن كل الأعراض غير الطبيعية، حيث كشفت الدراسة غياب الوعي لدى عديد الأسر في كيفية التعامل مع المريض العقلي وانعدام ثقافة صحية لدى أفراد أسرته، إذ نشير في هذا الصدد أن الوعي بالجوانب الصحية يسهم في الحد من تنامي الحالات المرضية وذلك من خلال الوقاية والتشخيص المبكر الذي سجلنا اختفاؤه لدى كل المبحوثين، حيث نجد أن أغلب الحالات تأتي في وضع متقدم من المرض مما يؤدي إلى صعوبة تكيفهم واندماجهم في أسرهم بالدرجة الأولى.

## 8- عرض المقابلات مع الفريق المشرف على الرعاية الصحية للمرضى:

قمنا بهذه المقابلات مع الفريق المشرف على عملية العلاج كل حسب اختصاصه ودوره الموضح انطلاقاً من المقابلات الشخصية التي أجريت مع كل واحد منهم حيث نعرض فيما يلي مهماتهم:

### 8-1- الطبيب النفسي: أخصائي الطب النفسي Psychiatre: هو طبيب متخصص في الأمراض

النفسية والاضطرابات السلوكية والانفعالية وعلاجها. هذا الطبيب يجب أن يكون ذو خبرة في المشكلات النمائية والعضوية حتى يستطيع تشخيصها ومعالجتها أيضاً.

### 8-2- الأخصائي النفسي psychologue: هو شخص يحمل شهادة علمية في تخصص علم

النفس، وممن لديهم خبرة مكثفة وتدريب على إجراء الاختبارات وتحليل نتائجها(إلا أنه ليس طبيباً)، وله دور أساسي في التقييم فيما يتعلق بجميع مجالات التطور وإدارة السلوك، ويتم ذلك من خلال إجراء الاختبارات النفسية والمراقبة وإجراء المقابلات مع المريض و الوالدين من أجل التوصل إلى التشخيص المناسب وتحديد الأداء، ولا ينحصر دور الأخصائي النفسي في تشخيص وتقييم الأفراد فحسب بل ينبغي أيضاً أن يقترح (وفي بعض الأحيان يطبق) طرق المعالجة المناسبة بما في ذلك وصف خطة المعالجة السلوكية التربوية، هذا بالإضافة إلى تقديم الإرشاد النفسي للوالدين.

### 8-3- الأخصائي الاجتماعي: يقوم الأخصائي بتقديم خدمات اجتماعية متنوعة وهامة للمرضى

العقليين وأسرهم ، والخدمات الاجتماعية من الخدمات الداعمة الأساسية التي ينبغي توفيرها لهؤلاء المرضى، كما تشمل هذه الخدمات على طرائق الخدمة الاجتماعية: الفردية، خدمة الجماعة، أو الأسرة والدفاع عن حقوق هؤلاء الأشخاص وأهلهم. كما يستطيع الأخصائي الاجتماعي أن يلعب دوراً بالغ الأهمية في الجهود المبذولة من خلال التنسيق بين الأسرة والمؤسسة الإستشفائية والجهات الأخرى ذات العلاقة في المجتمع المحلي، فهم يساعدون في تحويل أسر المرضى إلى الجهات التي توفر خدمات المساندة، والدعم، كذلك فهم يقدمون الدعم الإجرائي ويقومون بعمليات المتابعة اللازمة مع دوائر الخدمات الاجتماعية والعيادات

### 8-4- الطبيب العام: دور الطبيب مكمل لدور الفريق الممارس ككل ولدور الأسرة ، فالمرضى العقلي

في أمس الحاجة إلى رعاية خاصة وإشراف طبي دقيق، لأنه في حالة معاناته من مضاعفات صحية فإنه لا يظهر إشارات الألم لكونه لا يحس لذا فهو يحتاج إلى رعاية صحية خاصة ومتعددة الجوانب.

**8-5- المرض:** يعتبر الممرض من أهم الأعضاء الفاعلين في سيرورة العلاج، وبحكم احتكاكهم اليومي بالمريض فإن الممرض له فرصة ملاحظته ، وعليه فهو يشكل عنصر من العناصر التي يعتمد عليها الطبيب في تشخيص المرض ووصف العلاج اللازم له، وبالتالي على الممرض التقييد باستشارة الطبيب وإتباع تعليماته، وعليه أن يراعي شعور المرضى الذين يعتني بتمريضهم<sup>1</sup>، كما يساهم في توعية وثقيف الأسرة.

**8-6- طبيب الأعصاب:** يقدم طبيب الأعصاب المعلومات اللازمة عن وجود اي اضطرابات في الجهاز العصبي كصعوبة توجيه الانتباه بين المهام المختلفة أو صعوبة التحكم الحركي.

إنّ تشخيص المرض العقلي ليس بالأمر السهل لما يترتب عليه من مستقبل الفرد وعلاقته بالحيط به. لذا فإن هذه الأخيرة يقوم بها فريق متكامل من المختصين ومن فروع علمية مختلفة وغالباً ما يتكون الفريق من: طبيب نفسي، أخصائي نفسي، أخصائي اجتماعي، وممرضين.

ومن خلال الدراسة الميدانية نجد أن المؤسسة الاستشفائية تحتوي على مجموعة من الممارسين متعددي الاختصاصات وجاء توزيعهم على النحو التالي حسب المديرية الفرعية للموارد المادية والبشرية للمؤسسة الاستشفائية:

✓ الأطباء المختصين: 11

✓ الأطباء العامون: 14

✓ الأخصائيون النفسيون: 18

✓ الممرضون: 120

✓ السلك الإداري: 50

✓ العمال المهنيين: 111

بالإضافة إلى عقود ما قبل التشغيل ويبلغ عددهم 43 فرد.

إن هدف تعدد الاختصاصات للفريق الذي يقوم بتقديم الخدمات الصحية للمريض والتي تتم في مؤسسات الاستشفائية يتمثل أهداف علاجية ووقائية. إذ يقوم الفريق المعالج بشرح طريقة العلاج بشكل دقيق

<sup>1</sup>- خليل المعاينة وآخرون، مدخل إلى الخدمة الاجتماعية، عمان، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، ط1، 2000، ص147.

للمريض وأسرته حتى تكون هذه الأخيرة على علم بنوع الأدوية التي يتناولها ومدى تأثيرها وأعراضها الجانبية لتستطيع مساعدته، وتعي بمستجدات حالته من أجل القيام بالدور الايجابي اتجاهه وبالتالي المساهمة في علاجه .

**المقابلة الأولى:** تمت هذه المقابلة مع مدير مستشفى المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالنيابة وذلك يوم 30 سبتمبر 2017 واستغرقت المقابلة ساعة تقريبا (10:00 إلى 10:55) للوقوف على أهم الصعوبات التي تعرقل الممارسة المهنية للرعاية الصحية داخل الوحدة من وجهة نظر الإدارة، والذي كانت نظرتة واسعة حول الموضوع نظرا لخبرته التي تفوق اثنين وعشرين سنة وبحكم خبرته في تسيير المؤسسات الاستشفائية حيث أكد لنا نوعية المشاكل التي تعاني منها المؤسسة في التكفل الأمثل لهذه الفئة منها إمكانيات مادية وأخرى بشرية أهمها :

➤ وجود صعوبات مالية إذ أنه رغم الميزانية التي تعطيها للوزارة للمؤسسة إلا أنها غير كافية لتغطية كل الاحتياجات، وذلك نظرا للعدد المتزايد للمرضى حيث لم تعد المؤسسة قادرة على احتواء هذا العدد الهائل بالإضافة إلى أن مدة الاستشفاء تكون طويلة متوسطة على العموم هو خمس وأربعين يوم مما يزيد من حدة المشكل.

➤ غياب الدعم من المجتمع المدني.

➤ نقص الإطار البشري المؤهل للعمل مع هذه الفئة ذو كفاءة، خصوصا وأن عدد الأطباء يقدر بثمان أطباء يعملون في إطار الخدمة الوطنية باستثناء ثلاثة فقط يمارسون مهامهم بصفة دائمة ، إضافة إلى أن كل عام هناك اثنين منهم يقومون بفتح عيادات خاصة لتبقى المناصب شاغرة ويكون هناك انعكاس للتغطية الصحية بالضرورة.

**المقابلة الثانية:** أجريت المقابلة الأخصائية النفسية الأول يوم 3 سبتمبر 2017 على الساعة 8:00 إلى 9:15 والثانية أجريت مع الأخصائي النفسانية الثانية يوم 5 سبتمبر 2017 على الساعة الثانية زولاً بمكتب كل منهما، تناولت هذه المقابلة موضوع السؤال الذي مفاده هل توجد صعوبات تعيق عملية التكفل الأمثل بالمرضى عقليا وأسرهم؟ وكانت هناك العديد من الصعوبات على اختلاف أنواعها .

➤ قلة الإمكانيات المادية مقارنة بالعدد المتزايد للمرضى

➤ عراقيل أسرية: عدم تعاون الأسرة مع الفريق المعالج حيث ترى هذه الأخيرة أن الأدوية وحدها قادرة على العلاج.

**المقابلة الثالثة:** تمت هذه المقابلة مع الأخصائية الاجتماعية يوم 7 سبتمبر 2017 على الساعة 10:00 صباحاً، واستغرقت نصف ساعة للوقوف على العراقيل الموجودة داخل المؤسسة والتي تعيق عملية التكفل الأمثل بالمرضى عقلياً وأسرههم هذه الأخصائية التي التحقت بالمؤسسة منذ ستة أشهر والتي أكدت من وجود العديد من النقائص.

وأجريت المقابلة الثانية مع الأخصائية الاجتماعية الثانية التابعة للمؤسسة لإعطائنا وجهة نظره حول هذه الصعوبات، وكانت يوم 08 سبتمبر 2017 أين استغرقت نصف ساعة 10:00 إلى 10:30. وجاءت إيجاباتهم على النحو التالي:

- غياب قوانين تشريعية خاصة بهذه الفئة خصوصاً من أجل التامين الصحي.
- غياب الوعي المجتمعي بهذا المرض.
- عدم المتابعة من طرف الأسرة.
- غياب دور المجتمع المدني وجمعيات خاصة لهذه الفئة.

**المقابلة الرابعة:** أجريت هذه المقابلة مع الطبيب العام لجنح الاستعجالات في مكتبه يوم 15 سبتمبر 2017 ودامت ساعة كاملة 11:00 إلى 12:00 هذا الأخير أوضح لنا عن مجموعة من الصعوبات تعيق عملية التكفل الأفضل بهذه الشريحة.

وأجريت مقابلة مع الممرضة التي تعمل بوحدة الاستعجالات بغية التعرف على الصعوبات الموجودة داخل الوحدة حيث أكدت هي الأخرى على العديد من الصعوبات مختلفة متعلقة بطبيعة المرض.

- غياب الثقافة الصحية لأسر المرضى عقلياً.
- عدم تعاون الأسرة مع الفريق الممارس .
- الغياب المتكرر عن الحصص.

**المقابلة الخامسة:** أجريت هذه المقابلة مع الطبيب النفسي لمصلحة الاستعجالات يوم 02 أكتوبر 2017 على الساعة الثانية زوالاً ، ودامت ساعة إلا ربع للوقوف على أهم الصعوبات التي تواجه الفريق الممارس من وجهة نظره هذه الأخيرة أفادتنا في الوقوف على العديد من الصعوبات والعراقيل:

- صعوبة التشخيص، نقص اختبارات التشخيص الحديثة (على المستوى الوطني).
- نقص المتخصصين في هذا المجال .
- غياب نصوص تشريعية لحماية هذه الفئة .
- مشاكل التأهيل والاندماج الاجتماعي من أجل إلحاقهم بمناصب عمل.
- مشاكل أسرية .

## 9- تحليل المقابلات مع الفريق الممارسين لعملية الرعاية الصحية للمرضى عقلياً:

جدول رقم(2):يوضح توزيع جنس القائمين على العملية العلاجية للمريض عقلياً:

الاختصاص	الجنس	ذكر	أنثى	الجموع
الأطباء المختصون		4	7	11
الأطباء العامين		05	9	14
الاخصائيين النفسانيين		01	17	18
الاخصائيين الاجتماعيين		00	02	02
المرضون		65	55	120
الإداريين		45	25	70
المهنيين		86	25	111
المجموع		206	140	346

- كشفت لنا الدراسة الميدانية ومن خلال ملاحظتنا أن أغلب الفريق المعالج هم من الجنس الأنثوي سواء تعلق الأمر بالأخصائيين النفسيين أو الاجتماعيين أو حتى الأطباء العامون أو المختصين ويرجع ذلك إلى إقبال الإناث على العمل في القطاع الصحي بصفة عامة ، كما يمثل هذا الميدان بالنسبة للمجتمع الجزائري وسط ملائم لعمل المرأة، في حين نجد أن جنس الذكور يشغلون في السلك الإداري الذي يستقطب عدد كبير من الذكور بالإضافة إلى العمال المهنيين على اختلاف المهام المنوطة بهم.

جدول رقم(3): يوضح سن القائمين على العملية العلاجية للمريض عقلياً :

المجموع		أكثر من 40 سنة		من 30 إلى 40 سنة		من 20 إلى 30 سنة		السن
%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	الاختصاص
100	11	9.09	1	81.81	9	9.09	1	الأطباء المختصين
100	14	14.28	2	78.57	11	7.14	1	الأطباء العاميين
100	18	22.22	4	61.11	11	16.66	3	الأخصائيين النفسانيين
100	2	00	00	100	02	00	00	الأخصائيين الاجتماعيين
100	120	25	30	62.5	75	12.5	15	المرضى

يظهر الجدول المدون أعلاه ومن خلال الاطلاع على سجلات المعالجين اتضح لنا أن أغلب المعالجين هم من فئة الشباب حيث لا تتجاوز أعمارهم الأربعين سنة ، مما يساعد على العطاء الأمثل للمرضى عقلياً، خصوصاً وأن تقديم الرعاية الصحية لهؤلاء تحتاج إلى بذل الكثير من الجهد، فالعمل مع المرضى عقلياً ليس بالأمر السهل والذي يحتاج إلى جهد مضاعف من طرف المعالجين و طاقة إضافية لمزاولة مهامهم.

جدول رقم(4): يوضح المستوى التعليمي للفاعلين في العملية العلاجية :

المجموع		ليسانس فما فوق		ليسانس		ثانوي		المستوى التعليمي
%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	الاخصائيين
100	11	100	11	00	00	00	00	الأطباء المختصين
100	14	100	14	00	00	00	00	الأطباء العاميين
100	18	22.22	04	77.78	14	00	00	الأخصائيين النفسانيين
100	02	00	00	100	02	00	00	الأخصائيين الاجتماعيين
100	120	3.33	4	83.33	100	13.33	16	المرضى

يتضح من خلال هذا الجدول أن أغلب أفراد الفريق المعالج ذوي مستوى علمي مختلف الدرجات، ويرجع ذلك إلى أن التوظيف يكون على أساس الشهادة المحصل عليها حسب قانون الوظيف العمومي، زيادةً إلى أن العمل مع هذه الفئة يتطلب قدرات واستعدادات علمية ومهارات حتى تكون على قدرك من الكفاءة، حيث نجد أن للمستوى التعليمي ونوع التخصص تأثير كبير في خدمات الرعاية من حيث نوعيتها وفعاليتها.

- انطلاقاً من هذه المعطيات الميدانية والمتعلقة بالبيانات الشخصية للفريق المعالج نجد أن المؤسسة الاستشفائية تعتمد على إحدى المقومات الأساسية التي تحتاج إليها الرعاية الصحية لتكون ذات فاعلية كبيرة، حيث يحتل المورد البشري أهمية كبيرة في عملية تقديم الخدمات، ويرجع ذلك إلى تميز المرضى عقلياً بسماوات واحتياجات خاصة ومختلفة عن باقي الأمراض، لذا يعد تأهيل الكوادر البشرية العاملة مع هذه الفئة أمر ضروري .

بعد عرضنا للمقابلات التي أجريناها مع أعضاء الفريق الممارس لعملية التكفل التابع للمؤسسة الاستشفائية المتخصصة للأمراض العقلية ، وصلنا إلى مرحلة تحليل هذه المقابلات من أجل تغطية السؤال الرابع والمتعلق بوجود صعوبات وعراقيل تعيق عملية تقديم خدمات الرعاية الصحية للمريض وأسرته في ضوء احتياجاتهم حيث تبين لنا وجود العديد من الصعوبات ولعل أهمها :

#### أ-عراقيل مادية:

جاءت أغلب إجابات الباحثين بأن المؤسسة تحتاج إلى العديد من الوسائل اللازمة حتى تتماشى مع التطورات العلمية للرعاية الشاملة ومسايرة التطور الحاصل في مجال الطب العقلي، وذلك بسبب زيادة في عدد المرضى ومحدودية الإمكانيات رغم ما توفره هذه المؤسسة من خدمات، هذا وأشار الباحثين إلى خصوصية هذه الوسائل النابعة من خصوصية المرض .

رغم هذا النقص إلا أننا نشير إلى استخدام أعضاء الفريق لبعض الأدوات محاولين تكييفها مع أهداف البرامج المقدمة لهؤلاء المرضى وأسرهم داخل المؤسسة، لكن تبقى المؤسسة بحاجة إلى العديد من التجهيزات الخاصة خصوصاً وأن العدد في تزايد ملحوظ وتنوع حالات المرض.

ومن خلال ملاحظتنا وتعاملنا مع الإدارة وبشكل مباشر ومستمر فهي تسعى جاهدةً لتوفير كل ما يلزم بالإضافة إلى سعيها لفتح قنوات الاتصال والانفتاح مع المجتمع المدني، لذا فلا بد من تناسق الجهود بين المصالح

الصحية ، الاجتماعية والجمعيات بغية التكفل الأفضل بهذه الفئة ، وهذا ما تهدف المؤسسة لإحداثه من خلال تنظيم أبواب مفتوحة لتوعية الرأي العام بهذه الفئة أو القيام ببعض النشاطات خارج المؤسسة من أجل التقرب أكثر لهذه الفئة، وكذلك تهدف إلى إحداث دمج المريض العقلي في المجتمع الذي يعيش فيه وتقبل هذا الأخير (المجتمع) لهذا المريض رغم اختلافه. لذا فلا بد من تكاتف الجهود للتكفل الأمثل به من جوانب متعددة خصوصاً وأن التكفل للمرض العقلي في الجزائر لا يزال في المرحلة الجنينية ، لذلك يجب النهوض بعملية الرعاية الصحية للمرضى عقلياً وأسره من خلال إستراتيجية واضحة المعالم ومنسقة الجهود ليس على المستوى المحلي فحسب وإنما على المستوى الوطني.

### ب- عراقيل بشرية:

لقد اتضح من خلال تعاملنا مع الممارسين وجود فريق متكامل متعدد الاختصاصات لممارسة عملية الرعاية بالمرضى وأسره على أحسن صورة وفي حدود الإمكانيات المتاحة، إذ أنّ أغلب الممارسين تم تكوينهم في مجال المرض العقلي (تكوين قصير المدى) بالإضافة إلى حضورهم للعديد من الملتقيات والمؤتمرات بين الحين والآخر من أجل تطوير قدراتهم، وذلك في إطار التعاون بين وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات ومنظمة الصحة العالمية(الراعي الرسمي لهذه المؤتمرات والملتقيات).

من خلال مقابلتنا للفريق وجدنا طلب متكرر عند الجميع وكذلك من طرف المسؤولين الإداريين بزيادة الموارد البشرية ذات كفاءة نوعية في التعامل مع المرضى لتغطية النقص في عدد الممارسين مقارنةً بالعدد المتزايد لهؤلاء، خصوصاً وأنّ المؤسسة جهوية فهي تستقبل المرضى وأسره من مختلف مناطق شرق الوطن ، وفي ظل انعدام مراكز متخصصة جوارية تتابع هذه الحالات بالقرب من مقر سكنهم .

### ج- عراقيل أسرية:

كان إجماع من طرف أفراد الفريق الممارس لمهنة للرعاية الصحية للمرضى عقلياً على طبيعة ونوعية المشاكل التي يعانون منها مع أسر المرضى خصوصاً في التعامل معهم منذ بداية التشخيص ورفضهم لتشخيص المرض، والبحث عن من يخبرهم غير ذلك ، ونظراً لأنّ عملية التكفل تحتاج إلى وقت طويل وصبر من طرف الأسرة إلاّ نلاحظ استعجالهم في ظهور النتائج في أسرع وقت ممكن زيادة على ذلك طلب التشخيص في الجلسة الأولى

أو الثانية، إضافة إلى عدم المتابعة المنزلية للبرامج من خلال تطبيق التوجيهات المطلوبة منهم وتنفيذ الإرشادات المتعلقة بالمريض العقلي.

من الملاحظ أن الرعاية الصحية داخل المؤسسة الاستشفائية تعاني من عدة نقائص حيث أن معظم الحالات الواردة تأتي في درجة متقدمة من المرض مما يتطلب جهودا أكبر إذا ما كانت الحالة حديثة. والسؤال الذي يطرح نفسه . لماذا يذهب أي مريض إلى أي مستشفى لكي يشفى؟ ولكن إرسال مريض عقلي إلى مستشفى الأمراض العقلية يستهدف أولا تخليص المجتمع منه، وثانيا أسرته وبيئته ولا يأتي بهدف شفائه إلا أخيرا فحسب , هذه الحقيقة التي تفرض الكتمان.

## 10- عرض وتحليل وضعيات الملاحظة بالمشاركة:

في الواقع، لقد شكّلت المعاشة اليومية في الإطارين المهني والشخصي، المصدر الأول للمعطيات والشواهد المتعلقة بموضوع الدراسة: الرعاية الصحية للمريض العقلي هاجسا واهتماما ملحا ، الأمر الذي قادنا إلى الاهتمام بكل التفاصيل والجزئيات التي تصادفنا يوميا وتخصّ العمل من ممارسات، وسلوكيات، حيث تجد أنفسنا في احتكاك مباشر مع المرضى وأسرههم و مع موظفين كلّ على حسب الوظيفة الذي يشغلها أو المهنة التي يختص فيها. مقابل هذه الوفرة الكبيرة واللامحدودة التي أتاحتها موضوع ومجتمع الدراسة لم يكن علينا الباحثة سوى حملُ تساؤلاتنا وهمّنا البحثي وفضولنا السوسولوجي وحسنا للملاحظة معنا، لتتحول كل خطوة من خطواتها إلى مناسبة للملاحظة يمكنها أن تتطور إلى مقابلات ثرية ومفيدة للبحث.

جدول رقم(5) يوضح عرض وتحليل وضعية الملاحظة رقم 1:

المواقف الملاحظة:	أهداف الملاحظة:	المكان/الزمان:
تبعد عن المنطقة السكنية المؤسسة الاستشفائية بحوالي 2 كلم عن التجمعات السكنية تتربع على مساحة واسعة ولكنها شيدت على أرض زراعية تقع في مفترق الطرق للمنطقة الجنوبية للولاية، سهل الوصول إليها	مناسبة الموقع للاستشفاء.	الموقع الجغرافي للمؤسسة الاستشفائية .  يوم 15 جانفي 2016

من خلال الملاحظة اليومية للمؤسسة الاستشفائية نلاحظ تموقعها في مكان بعيد عن التجمعات السكانية مما يجعلها في مكان انعزالي وهذا مايسمح بانعزال المريض عن العالم الخارجي والشيء الملفت للانتباه هو أن مواقع المؤسسات الاستشفائية للأمراض العقلية في الجزائر أغلبها يقع في مناطق بعيدة عن التجمعات السكانية وهذا مايجسد فكرة أن هذه المؤسسات عبارة عن أماكن عزل لهؤلاء المرضى وسجنهم فيها.

جدول رقم (6) يوضح عرض وتحليل وضعية الملاحظة رقم 2

المواقف الملاحظة	أهداف الملاحظة	المكان/الزمان:
03 أقسام استشفائية مخصصة للرجال وقسم للنساء، مع وجود وحدة التكفل النفسي والعقلي للطفل، قسم الاستعجالات، إضافة إلى باقي المصالح سواء الإدارية أو المهنية	الأقسام التي تحتويها المؤسسة الاستشفائية	15 جانفي 2016  الهيكل التنظيمي للمؤسسة الاستشفائية

من خلال الملاحظة تبين وجود مصالح مختلفة تعمل على تقديم خدمات الرعاية الصحية للمريض عقلياً سواءً ما تعلق بالعلاج حيث لوحظ وجود ثلاث أقسام للرجال بسعة ستين سرير في كل قسم، في حين يوجد قسم واحد للنساء مما يوضح أن المرض العقلي تزيد نسبة انتشاره عند الرجال أكثر من النساء.

جدول رقم (7) يوضح عرض وتحليل وضعية الملاحظة : رقم 3 :

المكان/الزمان	أهداف الملاحظة	المواقف الملاحظة
18 جانفي 2016 الأقسام الاستشفائية	الاطلاع على الوسائل والتجهيزات المتوفرة	تحتوي الأقسام على مكاتب الاختصاصيين والمجهزة بمختلف الوسائل الضرورية مع مراعاة خصوصية كل مكتب. قاعات العمل وشساعتها نظراً لطبيعة العمل هناك (العلاج الجماعي). غرف العزل وخصوصيتها. وجود حديقة صغيرة لكل جناح

من خلال هذه الملاحظة تبين أن مكاتب و قاعات التداوي مجهزة بكل الوسائل اللازمة ، إذ كل مكتب يتوفر على تجهيزات خاصة، مع اختلاف هذه التجهيزات من مكتب لآخر مراعاة لخصوصية المهنة. و الشيء الملاحظ و الملفت للانتباه هو اختلاف لون الطلاء بالنسبة للجدران لكل مكتب لإحداث التغيير في نفسية المريض. و يتم ملاحظة هذه التجهيزات يوميا و ذلك مراعاة الخصوصية، بالإضافة إلى استبدال أو إصلاح كل ما تلف.

جدول رقم (8) يوضح عرض وتحليل وضعية الملاحظة رقم 4:

المواقف الملاحظة	أهداف الملاحظة	المكان/الزمان:
نوعية العلاج النفسي والاختبارات المستعملة للتشخيص . تعامل المريض مع الأخصائي النفسي . الوقوف على طبيعة السلوكيات التي يعاني منها المريض عقلياً	الاطلاع على محتويات المكاتب و نوعية العلاج المقدم .	14 فيفري 2016 16 فيفري 2016 مكتب الأخصائي النفسي
-درجة التفاعل مع الأخصائي الاجتماعي. -استشارات أسرية التوجيهات والإرشادات المقدمة لأسرة المريض.	الوقوف على الإرشادات والتوجيهات التي تقدم من طرف الأخصائي الاجتماعي للأسرة وطريقة تقبلها .	17 فيفري 2016 مكتب الأخصائي الاجتماعي
رد فعل المريض عند دخوله للمكتب واستجابته لأوامر الطبيب وتقلبه عملية الفحص الاكلينيكي	سلوك المريض مع الطبيب العام وتقبله للفحص السريري	مكتب الطبيب العام
تجانس أفراد المجموعة من حيث الجنس، درجة المرض. التفاعل الاجتماعي مع الآخرين. التفاعل مع أفراد الأسرة وع أعضاء الفريق المعالج.	-تفاعل المرضى فيما بينهم والاندماج - الوقوف على نوعية الاضطرابات الاجتماعية. - الوقوف على نوعية الاضطرابات الانفعالية	العديد من المرات وفي توقيت حصص العلاج بالعمل قاعة التداوي بالعمل

من خلال هذه الملاحظة تبين لنا أن المؤسسة توفر العلاج السلوكي للمريض والنفسي و الدعم و الإرشاد الأسريين مع شرح طريقة التعامل. كما يلاحظ في الجلسات النفسية هو ثبات الأخصائي النفسي و ذلك لأن المريض يرفض التغيير، (الروتين)

وعليه يفضل أن يعمل مع نفس الشخص و في حالة القيام بأي عمل أو نشاط لابد من شرح ذلك لجلب الانتباه. ونظرا لكون البرامج العلاجية السلوكية ذات فعالية و لها انتشار واسع في دول العالم أين أثبتت كفاءتها.

وقد بينت الملاحظة حضورا لافتا للعاملين الشباب في نشاطي التمريض والمساعدة الطبية، تتراوح أعمارهم ما بين 23 و 35 سنة. تخرج هؤلاء من المعاهد الخاصة للتكوين الطبي وشبه الطبي أين حصلوا على شهادات في اختصاص التمريض وتقني سامي في العلوم الطبية حيث يستقطب هذا النشاط عددا كبيرا من اليد العاملة الشابة و يوفر لها فرص عمل دائم وبمسار مهني تصاعدي في نشاطات متنوعة طبية وشبه طبية وإدارية.

كما يلاحظ أن التشكيلة العمالية لكل المصالح الاستشفائية يطغى عليها المكون الشبابي بوضوح، كأطباء خارجيين أو مقيمين (تكوين تخصصي). هذا وتجدر الإشارة إلى أن كل قسم من أقسام المؤسسة يحتوي على طبيين مختصين في الأمراض العقلية وطبيين عامين وثلاث أخصائيين نفسانيين

#### جدول رقم(9) يوضح عرض وتحليل وضعية الملاحظة رقم 5

المواقف الملاحظة	أهداف الملاحظة	المكان/الزمان:
مرافق المريض، الانفعالات المصاحبة للمريض، الاضطرابات التي يعاني منها المظهر الخارجي للمريض، طريقة تعامل الأسرة مع المريض والعكس	الوقوف على الحالة التي يحضر بها المريض. احترام مواعيد الفحص الدورية للمرضى	مصالحة الاستعجالات: كل يوم ثلاثاء وأربعاء

من خلال ملاحظتنا اليومية تبين أن أفراد أسر المرضى عقلياً تلتحق بالمؤسسة وفق برنامج دوري يتناوب بين الاختصاصيين أعضاء الفريق الممارس حتى يتم التقييم من وجهات نظر مختلفة. سواء كان الأمر يتعلق بالأدوية أو العلاج النفسي.

جدول رقم (10) عرض وتحليل وضعية الملاحظة رقم 6

المواقف الملاحظة	أهداف الملاحظة	المكان/الزمان:
موضوع الاجتماع الأعضاء المعنيين بالاجتماع المريض المعنى بدراسة حالته طريقة النقاش والحوار	تفاعل أعضاء الفريق	2 فيفري 2016 قاعة الاجتماعات

تبين من خلال ملاحظتنا لاجتماعات أعضاء الفريق وجود هدفين:

- الأول: متعلق بما تتطلبه الأقسام من تجهيزات جديدة (الوقوف على النقائص) و ما هي المشاريع المستقبلية.

- الثاني: دراسة حالة المريض: تقييم التطور الحاصل عند المريض، وذلك منذ التحاقه بالمؤسسة إلى غاية هذا اليوم، وهناك برنامج أسبوعي لدراسة كل حالة.

هذا وإن هذه الاجتماعات تعقد كل من يومي الثلاثاء و الخميس لأن هذين اليومين يتم تفريغهما من الحصص العلاجية حتى يتمكن كل أعضاء الفريق الممارس من الحضور.

جدول رقم (11) يوضح عرض وتحليل وضعية الملاحظة رقم 7

المواقف الملاحظة	أهداف الملاحظة	المكان/الزمان:
—ركوبه وسيلة نقل غير التي كان يحضر بها للمؤسسة . — الاندماج الاجتماعي للمريض. — مدى تقبل المجتمع لهذه الفئة.	تفاعل المريض مع المحيط الخارجي	7 أبريل 2016 الحمام المعدني (حمام قرقور) بوقاعة

هدفت هذه الخرجة الميدانية للوقوف على جوانب التفاعل الاجتماعي للمرضى عقلياً و أسرههم ، ومن جهة محاولة توعية الرأي العام بمعاونة هذه الفئة. واتضح من ملاحظتنا هذه وجود تفاعل بين العديد من المرضى و ظهرت ملامح الفرح و السرور على

وجوهم و كذلك بالنسبة للأسر، إذ من خلال مثل هذه المخرجات الميدانية استطاعت العديد من الأسر الخروج من عزلتها و الانفتاح على العالم الخارجي و محاولة كسر الروتين الذي يعيشون فيه.

### جدول رقم (12) يوضح عرض وتحليل الملاحظة رقم 8

المواقف الملاحظة	أهداف الملاحظة	المكان/الزمان:
التحاور بين الأسر حول حالة مرضاهم وتطورها. الاستفادة من خبرات تجربة كل أسرة _ ملاحظة الفروق الموجودة عند كل أسرة..	ملاحظة درجة تفاعل الأسر فيما بينهم	قاعة الاستقبال بقسم الاستعجالات وتجرى هذه الملاحظة كل يوم من بداية أسبوع

يتضح من هذا الجدول وجود عائلة ثانية لهذه الأسرة بحكم تشابه المشكلة التي يعانون منها، و هذا ما يسهل عملية النقاش والانفتاح فيما بينهم و يكون هناك حوار و تفاعل قد لا تجده الأسرة خارج المؤسسة و مع أشخاص آخرين، فالمرض العقلي هو من جمع بينهم وكون ألفة ، مما يسمح بالتخفيف من الضغوط على الأسرة و تشجيعها على القيام بجهد أكثر خصوصاً إذ لاحظت تحسن مريض أسرة أخرى وعندها تبدأ المقارنة، وعند معرفة السبب تحاول أسرة في تطبيق تلك الخطة، كما تتعامل الأسر فيما بينها بعفوية مطلقة فلا تجد الإحراج الذي نجده في المحيط الخارجي.

استنتاج عام حول الملاحظات: في ختام عرض وتحليل مجمل وضعيات الملاحظة بالمشاركة، وبالنظر للعناصر

المشتركة التي حضرت في واحدة منها تارة وميّزت بعضها منها فقط تارة أخرى، يمكننا الخروج بالاستنتاجات التالية:

- تعمل المؤسسة الاستشفائية المتخصصة على توفير المستلزمات والتجهيزات الضرورية لضمان الراحة لكافة

المرضى وأسرههم وتساعدهم على الاندماج في المجتمع إذ توفر العديد من الإمكانيات لهذه الفئة بحكم طبيعتها

وخصوصيتها

- نشأة علاقة مهنية وإنسانية واجتماعية بين المرضى عقلياً وأسرههم وبين الفريق الممارس مما يساعد على خلق تفاعلات اجتماعية لهؤلاء الأطفال خارج المؤسسة.
- وجود العديد من البرامج الترفيهية التي تحدث داخل المؤسسة وخارجها بغية تقييم التطور الحاصل للمرضى من جهة والانفتاح على العالم الخارجي من جهة أخرى، بغية كسب الدعم المادي والمعنوي لهذه الفئة وتوجيه نظر المجتمع لهذه الفئة ومحاولة تغيير النظرة السلبية كل هذا يهدف إلى التوعية والتثقيف بهذا المرض.
- اختلاف وتباين الأعراض السلوكية من مريض لآخر بالإضافة إلى اختلاف درجة تقبله من طرف الأسرة وكيفية التعامل معه .
- إن التطور الذي يحصل عند المريض العقلي يحتاج إلى صبر ومثابرة مضاعفة الجهد سواء من طرف الأسرة أو من طرف الفريق الممارس وذلك تبعاً لشدة المرض.

## 11- مناقشة نتائج الدراسة في ضوء التساؤلات:

بعد جمعنا للمعطيات النظرية التي ألقى الضوء على جوانب مختلفة للموضوع واعتمادنا على عدة أدوات في جمع البيانات الميدانية وصلنا إلى مرحلة الإجابة على تساؤلات الدراسة التي انطلقنا منها والتي تمحورت حول طبيعة الرعاية الصحية التي يتلقاها المريض وأسرته.

1-1- تبين من خلال إجابات المبحوثين وجود خدمات الرعاية في المجال الصحي حيث يتم التكفل بالمرضى في البداية بالجانب العضوي وبعد التأكد من سلامة الأعضاء الفسيولوجي يتم الانتقال فيما بعد إلى الجانب النفسي والاجتماعي ، وهذا ما تم ملاحظة من خلال الممارسة اليومية ومعايشتنا للفريق الممارس.

- لازالت العيادة النفسية في حاجة إلى أدوات تشخيصية دقيقة وذات نوعية حتى تتمكن من التقسيم والتشخيص الدقيقين لنوعية المرض، ويرجع ذلك إلى أن طرق العلاج متعددة لتعدد الأسباب فكل اختصاص يفضل الطريقة التي تناسبه. إضافة إلى مدة التشخيص التي تستغرقه في التعرف على المرض وشدته ونوعيته حيث يحتاج التشخيص إلى وقت طويل وجهد مضاعف من طرف فريق متعدد الاختصاصات، لتحديد بعد ذلك نوعية التدخل المناسب. ومن خلال الدراسة الميدانية اتضح وجود تأخر في التدخل ناتج عن تأخر التحاق المريض بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة ، وتأخر في التشخيص انجر عنه بالضرورة تأخر في التدخل .

- إنَّ التدخل في مرحلة مبكرة كما تم ذكره سابقا يتيح فرص أفضل لمنع حدوث آثار سلبية على قدرات المريض في المجالات المختلفة ، فهو يفيد كل من الأسرة والمريض، حيث يتدرب كل منهما كيف يتعامل ويتعايش مع الآخر، كما أن التدخل المبكر يمنع التأخر اللغوي ويطور القدرات الانفعالية والاجتماعية وهي عناصر بلا شك يحتاجها كل من المريض والأسرة. ومما يعيق عملية التدخل المبكر: عدم الاعتراف الأسري بهذا المرض ورفضها بأن ابنها مصاب به. وتنقلها من مكان لآخر للحصول على تشخيص مغاير كل هذا يؤثر على السير الحسن للتدخل المبكر.

- نظرا للتكاليف الباهظة للتكفل بالمرض العقلي لابد من وجود تأمين صحي لهذه الفئة غير أن الواقع يثبت عكس ذلك ، ومن خلال الدراسة الميدانية اتضح عدم وجود تشريعات وقوانين خاصة بهذه الفئة وبالتالي عدم تكفل صحي كامل إلا من خلال التعويض الدوائي أي استلام الأدوية من المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالمجان ، وعليه لا يزال التأمين الصحي للمرضى عقلياً يعاني العديد من المشكلات كغيره من تأمين ذوي الاحتياجات الخاصة، وعليه يمكن القول وجود قصور واضح للخدمات التي تقدمها التأمين الصحي.

### 1-2-السؤال الثاني والمتعلق بطبيعة الرعاية التي تقدم للمريض العقلي داخل الأسرة: لابد من

مساعدة الأسرة في تقديم الرعاية المناسبة للمريض عقلياً وعليه يجب توضيح الصورة الحقيقية لتلك الأسر وتثقيفها من خلال تقديم العديد من الخدمات الأسرية بغية الإرشاد والتوجيه ، توضيح الآلية في كيفية التعامل مع المرضى لإبراز كل الجوانب المتعلقة بهذا المرض.

- لا يخفى على أحد الأثر الذي يمكن أن يحدثه وجود فرد مريض في الأسرة وخصوص إذا كان مريض عقلي، وذلك نظرا لشدته وصعوبته ، كذلك التصور السلبي المجتمعي لهذا المرض لذا فلا بد ومن الضروري وجود خدمات أسرية لإعطاء الدعم لهذه الأسرى ومحاولة تشجيعها على مواصلة رعاية ابنها بطريقة صحيحة وعلمية ، والقيام بدورها على أجدل صورة ، فالعمل مع المريض العقلي يبدأ من الأسرة وينتهي عندها.

### 1-3- السؤال الثالث الذي تناول "الصعوبات التي تعرقل خدمات الرعاية الصحية المقدمة للمريض

عقلياً وأسرته".

لقد تبين من خلال النتائج المحصل عليها أن هناك عدة عراقيل تعيق عمل المؤسسة المتخصصة حيث اتفق أعضاء الفريق الممارس لتقديم خدمات الرعاية الصحية وإدارة المؤسسة على ما يلي:

• وجود عراقيل مادية: تتمثل في عجز الإمكانات المادية المتاحة في استيعابها للتدفق الكبير للمرضى، هذه الإمكانات التي يجب أن تراعي خصوصية المرض.

• وجود عراقيل بشرية: تتمثل في نقص الاختصاص خاصة في المجال الاجتماعي، كما أن المختصين بحاجة إلى دورات تكوينية في التعامل الأفضل مع هذه الفئة وفي توسيع معارفهم في هذا المجال.

هذا وتطرق الفريق الممارس إلى عدم مشاركة الأسرة في برامج العمل في كثير من الأحيان، أي صعوبة الاتصال بين الأسرة والمؤسسة المتخصصة. وغياب الدعم المجتمعي لهذه الفئة.

وفي الأخير إن المؤسسة المتخصصة تبذل قصارى جهدها من أجل توفير الأفضل والأجود للمرضى وأسرتهم الملحقين بها من خلال توفير مختلف الخدمات محاولة تخطي الصعوبات التي تعرقل هذه العملية ، وتتطلع إلى آفاق أوسع من أجل مساعدة المريض عقلياً.

### 1-3- السؤال الثالث والمتعلق بضرورة تكامل في الأدوار بين المؤسسة الاستشفائية

**المتخصصة والأسرة:** ومن هنا يبدو أن أهم ما يمكن أن نقف عليه هو ضرورة بناء مشاركة تعاونية أسرية مع الاختصاصيين لكون الأسرة هي المؤسسة الاجتماعية الأكثر فاعلية التي لا يمكن استبدالها، والمختصين هم مقدمي الخدمة للمريض عقلياً وبين طرفيهما الجهود والخدمات المبذولة فالعمل سوياً يساهم في تطوير وتحسين الأداء ويعمل على بناء الثقة وهذا هو الرأسمال الاجتماعي الذي يمكن أن يحدث تغييراً جوهرياً للمريض.

### 12- مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الدراسات المشابهة :

بعد استعراض الدراسات المشابهة التي تناولت موضوع المرض العقلي من اختصاصات مختلفة سواء كانت نفسية أو اجتماعية سنحاول مناقشة هذه الدراسة من خلال تلك الدراسات:

- إن المرض العقلي من أصعب الأمراض وشدتها على الفرد أو الأسرة أو المختصين في هذا المجال وذلك بسبب عدم معرفة الأسباب الكاملة وراءه، وبالتالي صعوبة تحديد الطرق العلاجية لذلك حيث كشفت الدراسة الحالية أن أسلوب التعامل مع المريض العقلي يختلف من مريض لآخر ومن أسرة لأخرى فكل مريض عقلي وأسرتيه هما حالة متفردة من حالات المرض، ولكل برنامج يقدم خصوصيته حسب نوع المرض وشدته وهذا موقفنا عليه في دراسة **استيفان بنديك** والتي تناولت طرق مختلفة للعلاج

وحسب خصوصية كل فرد سواء التداوي بالعمل الجماعي أو الفردي فحالة المريض هي من تفرض نوعية العلاج.

- غياب الإحصائيات الرسمية حول العدد الحقيقي للمرضى، فمعظم الدراسات التي أجريت لا تركز على مدى انتشار المرض أو نسبة حدوثه، بل تنطرق إلى مفهومه وخصائصه، أو دراسة حالة معينة أو طرق العلاج المتبعة وهذه الإحصائيات ذات مطلب ضروري وذلك من أجل وضع إستراتيجية عمل للتكفل الأفضل بهذه الفئة في المستقبل.

- كل الدراسات السابقة تناولت جزءا خاصا من الرعاية الصحية للمريض سواء من ناحية البرامج المقدمة، خصائص وسمات هذه الفئة أو تناولت المريض وأسرته في حين ما توصلت إليه الدراسة الحالية يمكن اعتباره منظورا شاملا لهذه الدراسات، كما أن هذه الدراسة لم تركز كثيرا على الأسباب وطرق العلاج بقدر ما كانت تركز في كيفية مساعدة هؤلاء المرضى وأسرههم بغية تحقيق الرعاية الصحية لهم.

- إن ما هو متعارف عليه أن لكل دراسة منهجها الخاص الذي يتحدد بالاعتماد على الإطار النظري الذي اعتمدت عليه، كما يتحدد أيضا على أساس أهداف الدراسة، وعليه فإن المنهج المستخدم يتشابه مع بعض الدراسات ويختلف عن أخرى فلكل دراسة خصوصياتها سواء في اختيار الموضوع أو مجالات الدراسة، و طبعا في اختيار المناهج والأدوات المستخدمة .

### 13- نتائج الدراسة:

وفي النهاية يمكن تلخيص النتائج المتحصل عليها على النحو التالي:

1) إن عملية التكفل الأفضل بالمرضى عقليا تعد من أهم الجهود المبذولة التي تسعى لها المجتمعات وذلك لحماية أفرادها نظرا لما ينجم عنها من آثار خطيرة وجوانب سلبية كالعنف والانتحار، لذلك لا بد من سياسة واضحة المعالم للتكفل بهذه الفئة مع تكوين الأفضل للممارسين لهذا الاختصاص دون إهمال دور الأسرة لذلك.

2) إن الحديث عن الصحة العقلية لا يعني فقط مشكل المرض العقلي بل الواقع أن الصحة العقلية أمر يمس حياة الأفراد جميعاً ويتدخل في العلاقات اليومية ، ويهتم أساسا بتوطيد أسس الصحة العقلية

وتخليص الفرد من سوء التوافق والانحرافات والعقد النفسية بالإضافة إلى أهداف أخرى متعلقة بعلاج المصابين بالأمراض العقلية.

3) في الواقع إن واجب الوقاية من الأمراض العقلية أكثر إلحاحاً من واجب الوقاية من الأمراض الجسمية لأن العقل هو المعين الرئيسي الذي ترتوي منه جذور الحضارة، فإذا انصبت مياهه أصاب الاضطراب والفوضى جميع ميادين النشاط الإنساني ولا بد من التأكيد على ما يلي:

- ❖ إن الأمراض العقلية هي نوع من الاضطرابات تجعل الإنسان غير قادر على أن يحيى حياة سليمة.
- ❖ المرض العقلي ليس اضطراباً للذكاء ولكن اضطراب في اندماج الشخصية والعالم.
- ❖ الأمراض العقلية والاضطرابات العصبية ليست فشل شخصي.
- ❖ استعمال الأدوية يؤدي إلى نجاحات قيمة.
- ❖ الصحة العقلية معترف بها كمشكل الصحة العمومية في الجزائر.
- ❖ تنشأ المنظمة العالمية للصحة من الحكومات أخذ قرارات والقيام باختيارات إستراتيجية من أجل الوصول إلى تغيير إيجابي في قبول العلاج والاضطرابات العقلية.
- ❖ الخطر المتزايد والأكثر خطورة للاضطرابات العقلية هو الانتحار والأمراض السيكوسوماتية والتأثير السلبي على الأسر وهذا يفتح مجال البحث في هذا الإطار.

4) تتعلق الصحة العقلية للفرد بالشروط الاجتماعية والاقتصادية للفرد بالإضافة إلى العوامل السوسيوثقافية للأسرة والتي تؤثر بالضرورة على الصحة العقلية للفرد والأسرة على حد سواء.

5) الصعوبات التي تواجهها المؤسسة الاستشفائية لتحقيق الرعاية الصحية الأمثل للمرضى عقلياً: من خلال الميدان وقفنا على مجموعة من المعوقات التي تعيق هذه العملية نذكر أهمها على سبيل المثال لا الحصر:

أ- **نقص الأعوان الشبه الطبيين:** حيث تعاني المؤسسة عجزاً فادحاً بالنسبة لهذه الفئة رغم تخصيص الإدارة مناصب مالية للتوظيف إلى أنها تبقى شاغرة ، ويعود ذلك إلى نقص عدد المتخرجين سنوياً من مدرسة التكوين الشبه الطبي من جهة وتفضيلهم العمل في المؤسسات الاستشفائية العمومية الأخرى من جهة أخرى. خصوصاً وأن حدة المشكل ازدادت خلال السنتين السابقتين بسبب إشراف الأغلبية على التقاعد وماينجم عنه من فراغ في التأطير الشبه الطبي للمؤسسة الاستشفائية.

ب- نقص الأطباء المختصين:

رغم أن المؤسسة تحتوي على إحدى عشر طبياً مختصاً في الأمراض العقلية إلى أن هذا العدد يبقى عاجزاً على التكفل الأمثل للمرضى عقلياً نظراً لعددهم المتزايد، ومما يزيد من الأزمة هو أن هؤلاء الأطباء يأتون للعمل في إطار الخدمة المدنية ولما تنتهي هذه المدة يعودون إلى ولاياتهم ، رغم كل الامتيازات التي تضعها المؤسسة لتشجيعهم على البقاء ولكن دون جدوى، بالإضافة إلى اتجاه البعض منهم إلى فتح عيادات خاصة بهم والتخلي عن المناصب الحكومية مما يريد في تعقيد الأزمة ، وهنا تجدر الإشارة إلى أن هروب عدد من الأطباء العقلين يقدر ب 150 طبيب مختص ترك الوطن خلال 15 سنة الأخيرة وفقدان الجيل الأول منهم<sup>1</sup> . نذكر منهم: بن إسماعيل ، الأستاذ ريدو . لذا على الأطباء العقلين وخاصة الذين هم في مسؤولين على التكوين من إيجاد نفس جديد لهذا التخصص ، وفتح مناصب كثيرة حيث نجد أن من أصل أربعين (40) طبيب عقلي أكملوا دراستهم أربعة منهم يذهبون للعمل بالخارج كما يوجد 500 طبيب يعملون في القطاع الخاص<sup>2</sup>.

إضافة إلى وضع إستراتيجية واضحة المعالم من طرف الوزارة الوصية للقيام بالتكفل الأمثل لهذه الفئة على مستوى كل التراب الوطني، حيث نلاحظ وجود توزيع غير عادل للأطباء العقلين حيث يوجد هناك تباين في التوزيع إذ نجد ولايات لا تحتوي على أدنى تأطير طبي -ورقلة طبيين فقط- في حين تكتظ مؤسسات أخرى بهؤلاء.

ج- الصعوبات المرتبطة بالنظام الصحي وآليات التكفل بالمرضى: بالرغم من الانتظام الدائم لتمويل المؤسسة الاستشفائية بالدواء إلا أنه بين الحين والآخر يظهر مشكل انقطاعات في نوعية البعض منها حتى وإن تم تدارك الأمر من خلال تعويضها بأدوية أخرى إلا أن هذا الاستبدال لا ينطبق على كل الحالات . في حين لا تحظى أساليب العلاج الأخرى (العلاج النفسي الاجتماعي) بمكانتها المستحقة ضمن الحلول العلاجية عل الرغم من أن المرض العقلي هو نتاج التفاعل المستمر بين عوامل بيولوجية ونفسية واجتماعية ويحدد هذا التفاعل الإصابة بالمرض وتطورها، مما يستدعي الانتقال من مجرد النظر في الأعراض المرضية بيولوجيا إلى فهم ومعالجة الوضعية النفسية والاجتماعية للمريض، خاصة وأن هذه الأخيرة تلعب الدور الرئيسي في تحديد حالي الصحة والمرض.

<sup>1</sup>-www.jle.co/fr/revue/medcine/haml.opcit.

<sup>2</sup>-www.jle.co/fr/revue/medcine.

دور المؤسسة يغلب عليه الطابع العلاجي مع تغييب شبه كلي للجانب الوقائي خاصة فيما يتعلق بالحملات التحسيسية بإشكالية الأمراض العقلية داخل المجتمع، اذ نجد أن لأيام الدراسية الخاصة بالمرض والتي تقيمها المؤسسات الاستشفائية للأطباء والعاملين بالقطاع موجهة لفئة علمية معينة أما عامة أفراد المجتمع فلا يملكون أدنى فكرة عن هذه المواضيع، وعليه يمكن الاستنتاج أن الوعي الثقافي حكر على هذه الفئة الاجتماعية والأشخاص الذين لديهم اهتمام بهذا المجال. وعليه فالبحث العلمي في الجزائر يتميز بأنه أكاديمي لا يلقى للفعالية للأسباب السالفة الذكر وحتى وإن وجدت فلا تلقى الاستمرارية ويعود ذلك إلى طبيعة البحث الذي يتوجه إلى حلول أكثر من اهتمامه بالوقاية والتوعية.

إن الراصد للخدمات الصحية المقدمة للمرضى العقلين يجد أنها لم تحظ باهتمام كبير خلال العقود الماضية للمراكز التي أقيمت في البلد خلال ثلاثين السنة الماضية يقع معظمها في عدد قليل وفي المدن الكبرى، علاوة على افتقارها إلى العناصر البشرية المؤهلة والمدربة للعمل بفاعلية مع الحالات المرضية، كما نجد أن سكان الأرياف والقرى والمدن اشتر استفادتهم من هذه الخدمات قليلة جدا إن لم تكن شبه معدومة.

#### 14- الرهانات والتحديات التي تواجه المؤسسة:

تمثل الرهانات التي تواجه المؤسسة في السعي إلى تحقيق محاور كبرى من شأنها خلق مناخ ومعطى جديد يمكن من خلاله إعادة النظر في مهام وأولويات الصحة العقلية على المستوى الجهوي من خلال:

➤ التحسيس بضرورة خلق أو استحداث مراكز للعناية الاجتماعية الخاصة بالمرضى العقلي خصوصا بعد خروجه من المستشفى.

➤ العمل على إيجاد وسائل تعمل على إدماج المرضى عقليا في الوسط الاجتماعي والمهني.

ولا يتم تحقيق ذلك إلا من خلال تطوير أداء المؤسسة لاسيما عبر قنوات الاتصال الخارجي بهدف تحسيس أصحاب القرار من قطاعات وزارية ، إدارات محلية وجمعيات خيرية من أجل السير نحو سياسة التغيير.

#### 14-2-التحديات المفروضة على المؤسسة :

من خلال هذه الدراسة تبين لنا وجود العديد من المشاكل والصعوبات التي تعاني منها المؤسسة مما يجعلها في موضع تحدي وستقف عند بعض هذه التحديات بشيء من التحليل فيمكن أن نجد:

أ- التحديات المتعلقة بتنظيم المؤسسة: تدار معظم المؤسسات الصحية من قبل أحد الأطباء العاملين بها، هذا الأخير يركز اهتمامه بالجوانب الطبية باعتباره مجال تخصصه مما يجعله يقلل من أهمية النشاطات الإدارية في المؤسسة خاصة وان أغلبهم ليست لديهم معرفة بالأمور الإدارية ، إذ أن وجود أي جهة إدارية يجعلهم في حساسية وشك منها ويخشون مشاركتها في مسؤولياتهم.

ب- التحديات المتعلقة لممارسة وظائف المؤسسة الصحية: نظراً للتعقيدات الروتينية على مسؤولي إدارة المستشفى و بعض مقدمي الخدمات والتي أدت إلى خلق هوة بين مقدم الخدمة والمريض، فعوائق البيروقراطية تعتبر عاملاً معوقاً ومانعاً لابتكار أساليب جديدة للقيام بوظائفها والاستفادة من التطورات الحديثة والتجديد، وبحث الحلول للمشاكل التي تواجهها وبالتالي يتحول نشاطها إلى روتين جامد ويمكن أن نذكر أهم التطورات:

● أخطاء مزاولة المهنة كحالات الوفاة وتدهور حالات المريض أو انخفاض جودة الخدمات الصحية في أحد الأقسام كالعناية المركزة فضلاً عن الطلب الذي لا يمكن التنبؤ به، إذ ظهرت مؤخراً كوارث وصراعات وحالات فيروسية تجعل التخطيط أمر صعب.

● كيفية الرقابة على النشاطات المختلفة في المؤسسات الصحية خاصة عن الجودة، التغذية والأدوية وغيرها.

ج- تحديات إدارة الموارد البشرية: إن تعامل المؤسسة الصحية مع قضايا الحياة والموت ويمثل ضغوطاً سيكولوجية وفيزيولوجية على فريق العمل وعلى جميع المستويات التنظيمية من مجلس الإدارة حتى المهن المساعدة هذا ما يؤدي إلى<sup>1</sup>:

✓ صعوبة قياس الأداء لبعض الوظائف والمهن.

✓ تعتبر المؤسسات الصحية ذات نشاط مستمر(24سا/24سا و7أيام/7أيام) ويشكل هذا بعض

الصعوبات في التخطيط وجدولة المهام وتوزيع الاختصاصات ومراجعة أو تعديل جداول العمل.

<sup>1</sup>- فريد النجار ،مرجع سبق ذكره،ص25.

✓ تعدد الأنشطة من أعمال طبية بحتة على مخازن، محاسبة صيدلية، تغذية إلى مهن أخرى كالتمريض، الأشعة والتحاليل وغيرها يؤدي صعوبة إدارة المؤسسة التي لا تقبل التجربة والخطأ خاصة في ظل التنافسية الدولية.

د- تحديات العولمة في إدارة المؤسسات الصحية: دفعت تكنولوجيا المعلومات إلى تراكم معدلات المنافسة في قطاع الخدمات وزادت معدلات الشراكة بين مؤسسات الصحة العالمية والعربية خلال الربع الأخير من القرن الماضي، كما أدت تكنولوجيا المعلومات أيضاً إلى ضرورة إعادة هيكلة المؤسسات لإدخال تقنيات المعلومات والاتصالات لخدمة المرضى إلكترونياً بأسلوب (E.C.R.M)

خاتمة:

حاولنا في هذه الدراسة الموسومة ب" الرعاية الصحية للمريض العقلي بين المؤسسة الصحية و الأسرة" الوقوف على واقع خدمات الرعاية الصحية التي تقدم للمريض داخل المؤسسة الاستشفائية ودور الأسرة ومساهمتها من أجل التكفل الأفضل بهذا المريض الذي يتطلب التكاتف والتعاون من طرف الفاعلين في عملية التكفل.

لقد أكدت هذه الدراسة على أنه بالرغم من الأهمية المدركة للصحة العقلية والنفسية والاهتمام بها ورعايتها في العالم، غير أن الاهتمام بها ومفهومها الحديث مازال دون المستوى المطلوب، إذ مازالت الرعاية الصحية العقلية مقتصرة على في الغالب على المؤسسات الصحية، حيث تسعى تلك المؤسسات إلى إبقاء تطور الصحة العقلية ضمن اختصاصها ومسؤولياتها متأثرة بما كان سائدا في أوروبا وأمريكا منذ بدايات القرن العشرين وحتى منتصف القرن الواحد والعشرين<sup>1</sup>.

في حين أن التخصصات غير الطبية مازالت إلى حد كبير مستثناة وغير معترف بدورها الأساسي في تطوير حراك الصحة الوطنية لابد من الإشارة إلى ازدياد الحاجة لخدمات الرعاية الصحية في الجزائر وقد يترافق هذا بوعي متزايد للمجتمع نحو أهمية الصحة العقلية ورعايتها وإمكانية استغلال مواردها لتحسين حياة الفرد الجزائري.

كما كشفت هذه الدراسة عن أحد العوامل المهمة في عملية العلاج وهو دور الأسرة الذي يعد الأساس والركيزة الأولى لنجاح التكفل بالمريض العقلي، إذ نجد أن برامج الرعاية الصحية تعتمد في الأساس على هذا الدور حيث تقوم به الأسرة، فلم تعد تلك البرامج مقتصرة على المؤسسات الصحية فقط وإنما اعتمدت على الاحتياجات والأولويات للأسرة والمريض في نفس الوقت، وذلك من أجل نجاح المشاركة الفعلية لهذه الأسرة. هذه المشاركة التي تعتمد على احترام الأسرة وعدم إهمال الدور الذي تقوم به، مع التقدير الموضوعي للمواقف حيث لكل أسرة صفات وخصائص يجب التعامل معها كما هي

<sup>1</sup> World health organization(2001),mental health: now in Distending ; Newhowpe world health, Report w 40 publication, Geneva.

لقد أكدت هذه الدراسة على دعم الوزارة الوصية للصحة بصفة عامة والصحة العقلية خاصة على التعاون مع الجهات المحلية المعنية بالتكفل بحقوق المريض على أن تشمل خطط التنمية المشاريع الخاصة، كما تلح على المطالبة بقراءة جيدة للنصوص والتشريعات السارية المفعول فيما يتعلق بالتحويلات المتعددة لمبادئ حماية المريض لما يساير مستحدثات الوقت الراهن، بما يكفل تكافل تام للخدمات مهما كانت نوعيتها خاصة في مجال الصحة، المنحة والتأمين والحماية.

هذا وتجدر الإشارة إلى أن باب المرض العقلي لا يزال مفتوحا للبحث والاجتهاد من قبل الجميع، والفيصل الحقيقي هو ما تحفظه طرائق العلاج المختلفة من نجاح على مختلف المتخصصين الذين يعملون مع هذه الفئة بغية تخفيف بعضا مما يعانیه كثير من هؤلاء وأسره، لاسيما أن البعض منهم يبقى حائرا عند إصابة أحد أفراد الأسرة بهذا المرض الذي يحتاج إلى كثير من الرعاية الصحية، النفسية والاجتماعية ، وزيادة الوعي المجتمعي للتعرف على هذا الداء خاصة في الآونة الأخيرة حيث كثرت الحالات المشابهة وانتشرت بشكل كبي، وذلك من خلال الندوات، اللقاءات والمؤتمرات العلمية والقيام بورشات عمل لكل مهتم، إضافة إلى تأسيس مراكز تعني بتقديم خدمات متميزة للمرضى عن طريق تقديم برامج تقوم على أسس علمية دقيقة هدفها الأساسي مساعدة المريض العقلي وأسرتة على الخروج من هذا النفق المظلم.

أولاً: القرآن الكريم:

التغابن الآية 11.

ثانياً: المراجع باللغة العربية:

1. إجلال محمد يسري، علم النفس العلاجي، ط2، عالم الكتب، القاهرة، 2000.
2. أحمد حسن الشبكشي، أسس الخدمة الاجتماعية الطبية، مطبعة العلوم، القاهرة، 1994.
3. ابراهيم عبد الهادي المليجي، الممارسة المهنية في المجال الطبي والتأهيل، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع، مصر، 1997.
4. أحمد زكي بدوي، معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، مكتبة لبنان، الاسكندرية، 1988.
5. أحمد عبد الهادي الهاجري، علي عبد الرازق إبراهيم، المدخل إلى المناهج وتصميم البحوث الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، 2002.
6. أحمد فايز النماس، الخدمة الاجتماعية الطبية، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، ط1، بيروت، 2000.
7. أديب محمد الخالدي، مرجع في علم النفس الاكلينيكي (المرضي) الفحص والعلاج، ط1، لبنان، دار وائل للنشر، 2006.
8. استيفان بنديك، الإنسان والجنون -مذكرات طبيب أمراض عقلية-ترجمة قدري حنفي، لطفي فطيم، دار الطليعة للطباعة والنشر، بيروت، 1982 .
9. أشرف محمد عبد الغني، المدخل إلى الصحة النفسية، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، 2001.
10. إقبال إبراهيم مخلوف، العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية، اتجاهات تطبيقية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1991.
11. إقبال بشرى، سلوى عثمان الصديقة، الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيلية، المكتب التجاري الحديث، الإسكندرية، 1988.
12. أميرة منصور يوسف علي، المدخل الاجتماعي للمجالات الصحية والطبية والنفسية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 1997.
13. جوردن مارشال، موسوعة علم اجتماع، ترجمة محمد الجوهري، المجلس الأعلى للثقافة، مصر، 2002 .

14. حامد عبد السلام زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، القاهرة، 1998.
15. خوام محمد نزار وآخرون، تاريخ العلاج والدواء في العصور القديمة: العصر الإسلامي، عصر النهضة في أوروبا، دار المريخ، الرياض، 1990.
16. زرواتي رشيد، تدريبات على منهجية البحث العلمي العلوم الاجتماعية، ط1، مطبعة دار هومة، الجزائر، 2002.
17. رولان دورون، فرانسوا بارو، موسوعة علم النفس، المجلد الثاني، ترجمة فؤاد شاهين، منشورات عويدات، بيروت، 1997.
18. رؤوف عزت، المرأة والعمل السياسي، رؤية اسلامية، دار المعرفة، 2001.
19. رياض نايل العاسمي، علم الأمراض النفسية، ط1، دار الإحصار العلمي، عمان، الأردن، 2016.
20. سعد جلال، الصحة العقلية: الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية، ط2، الإسكندرية، 1986.
21. سلامة منصور، نهي سعدي مغازي، رعاية ذوي الأمراض العقلية والنفسية، ط3، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر، مصر، 1998.
22. سلوى عثمان الصديقي والسيد رمضان، الصحة العامة والرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، 2004.
23. سلوى عثمان الصديقي، مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية من منظور الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، 2002.
24. سهام علي أحمد القبندي، تقويم الخدمة الاجتماعية الطبية، مجلة العلوم الاجتماعية، مجلس النشر العلمي، الكويت، العدد3، المجلد32.
25. عبد الحميد محمد الشاذلي، الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، ط2، المكتبة الجامعية، مصر، 2001.
26. عبد الرحمان العيسوي، صحة النفسية من منظور قانوني، ط1، منشورات الحلبي الحقوقية، لبنان، 2004.
27. عبد الرحمان العيسوي، موسوعة علم النفس الحديث، دار الراتب الجامعية، بيروت، 2001.
28. عبد الرحمان عبد الوافي، الوجيه في الأمراض العقلية والنفسية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1999.
29. عبد الرحمان محمد العيسوي، الجديد في الصحة النفسية، منشأة المعارف، الاسكندرية، 2001.

30. عبد العالي الجسماني، الأمراض النفسية، ط1، دار الثقافة للنشر والتوزيع، مصر، 1998 .
31. عبد الفتاح عثمان، خدمة الفرد في المجالات النوعية، مكتبة الانجلو مصرية، القاهرة، 1980.
32. عبد المنصف حسن علي رشوان، الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي، ط1، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، 2007.
33. عطوف محمود ياسين، أسس الطب النفسي الحديث، منشورات بحسون الثقافية، بيروت، 1988.
34. عطوف محمود ياسين، علم النفس العيادي الاكلينيكي، ط1، دار العلم للملايين، لبنان، 1981.
35. فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، 2008.
36. فادية فؤاد حميد ومحمد، البناء الاجتماعي للمؤسسة الطبية، دار المعرفة الجامعية للنشر والتوزيع، الأزراطة، 2006.
37. فوزي محمد جبل، الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، المكتبة الجامعية، الاسكندرية، مصر، 2000.
38. ماهر عبد القادر، محاضرات في تاريخ العلوم عند العرب، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، 1981.
39. محمد السيد عبد الرحمان، علم الأمراض النفسية والعقلية، دار قباء للطباعة والنشر، القاهرة، مصر، 2000.
40. محمد السيد عبد الرحمان، علم الأمراض النفسية والعصبية، ط1، دار قباء للنشر والطباعة والتوزيع، مصر، 1999.
41. محمد عاطف غيث، قاموس علم اجتماع، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1997.
42. طرية محمد عصام، أساسيات علم الاجتماع الطبي، دار حمو رابي للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
43. محمود سلامة غباري، أدوار الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، 2003.
44. محمود عبد الحليم منسى وآخرون، الصحة النفسية وعلم النفس الاجتماعي، والتربية الصحية، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية، مصر .
45. مدحت عبد الحميد أبو زيد، التكامل العلاجي للاعتماد العقائري، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2001.
46. بوتنفوشت مصطفى، العائلة الجزائرية، التطور والخصائص الحديثة، ترجمة دمري أحمد، ديوان المطبوعات الجامعية، الساحة المركزية، بن عكنون، الجزائر، 1984.

47. معصومة سهيل المطري، الصحة النفسية مفهومها، ونظرياتها، ط1، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، الكويت، 2005.

48. نعيم الرفاعي، الصحة النفسية، مطبعة طوبين، سوريا، 1996.

49. حاروش نور الدين، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، ط1، دار كتامة للكتاب، الجزائر، 2008.

50. الوحشي أحمد البيري، عبد السلام شبير الدويبي، مقدمة في علم الاجتماع الطبي، ط1، دار الجماهير للنشر والتوزيع، ليبيا، 1998.

51. عبد الحميد الشاعر وآخرون، الاجتماع الطبي، الطبعة 2، دار اليازوري العلمية، عمان، 2003.

52. سهير أحمد كامل، شحاتة سليمان محمد، تنشئة الطفل وحاجاته بين النظرية والتطبيق، مركز الاسكندرية للكتاب، 2008.

#### ثالثاً: القواميس والمعاجم:

ميتشل دينكن، معجم علم الاجتماع، ترجمة ومراجعة أحسان محمد الحسن، ط2، دار الطليعة بيروت، لبنان، 1996.

#### رابعاً: الرسائل الجامعية

1. أمير جيلالي، محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية رسالة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية، جامعة الجزائر، 2009.

2. الحاج شيخ سمية، التصورات الاجتماعية للمرض العقلي لدى الأطباء، رسالة لنيل الماجستير، إشراف بوسنة عبد الوافي زهير، جامعة محمد خيضر بسكرة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، قسم العلوم الاجتماعية، 2012-2013.

3. فيروز زراققة، الأسرة وعلاقتها بالانحراف الحدث المراهق، دكتوراه علوم تخصص تنمية قسم علم الاجتماع والديموغرافيا، جامعة قسنطينة، 2004.

4. فضيلة صدراتي، واقع الصحة المدرسية في الجزائر من وجهة نظر الفاعلين في القطاع، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد خيضر-بسكرة - 2014.

5. سهام علي عبد الغفار عليوة، فعالية كل من برنامج إرشادي للأسرة وبرنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية للتخفيف من أعراض الذاتوية لدى الأطفال، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة طنطا، مصر، 1999.

خامساً: الجريدة الرسمية:

الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ، العدد 104، الأمر 73\_65 المؤرخ في ديسمبر 1973 المتعلق بإنشاء الطب المجاني في القطاعات الصحية.

سادساً: الجرائد والمجلات:

1. ص بورويلة، الأمراض العقلية في الجزائر، الخبر، العدد 6740، نوفمبر 2012.
2. عبد إله ساعاتي، بدائل تمويل الخدمات الصحية في دول الخليج، مجلة صحة الخليج، المكتب التنفيذي لمجلس وزراء الصحة لدول مجلس التعاون، العدد 39، ربيع الأول 1420.
3. محمد شكالي، المدير الفرعي للصحة للترقية للصحة العقلية بوزارة الصحة، ارتفاع عدد المرضى العقليين في الجزائر، النهار، العدد 750، 7 أبريل 2017.
4. عصام عبد الطيف الفليح، الحاجة إلى إرشاد ذوي الإعاقة، مجلة فصلية عن الإعاقة في الشرق الأوسط، العدد 3، أيلول، 2012.

## المراجع الأجنبية:

1. Beauchamp Jean-François : »la représentation sociale de la maladie mentale, chez les soignants et les familles d'accueil thérapeutique ,IFCS Henry Dunant ; 2006-2007.
2. boutefnouchet(M), la femme algérienne évolution, et caractéristique récents, Alger SNED,1980.
3. Chaulet (Claudine)la terre ,les frères et l'argent (stratégie familiales et production agricole en Algérie depuis1962 ),Alger. OPU. tome1,1987 .
4. F.Steudler ,Sociologie médicale ,Armand Colin, Paris,1972,p100. [www.arabpsy.com/Archives/OP/OP.Ammar.psyhistory.htm](http://www.arabpsy.com/Archives/OP/OP.Ammar.psyhistory.htm).
5. Georges Lapassade , Ethnosociologies :analyse institutionnelle, Ed klincksieck, paris,1991.
6. Grawitz madeleine, méthode des sciences sociale, 5eme édition, éd dallas, paris,1993.
7. Nefissa Zardoumi, Enfant d'hier l'éducation de l'enfant en milieu traditionnel algérienne, paris, François Maspero, coll.
8. Pierre Bourdieu, sociologie de l'Algérie, paris, publication universitaire, PUF, France,1986 .
9. Psychologie ,Evénements traumatique et santé mentale Résultats d'une étude épidémiologique, Edition SARP,N° :9 ;2002.
10. Bastide Roger, sociologie des maladie mentales, Flammarion, France , 1965 .
11. Santé publique et culture familiale de la santé mentale : Favoriser l'accès des adolescents au soin de la santé mentale en

suisse, thèse doctorat, faculté des lettres, département de psychologie clinique ,2009.

12. .Bensmail-B , La Psychiatrie Aujourd' hui , OPU, Alger, 1994 .

### **Rapport Et Résolution Internationales ;**

1. Organisation Mondial de la santé. «Rapport annuel sur la santé dans le monde année 2001 »Genève ;2001.
2. Organisation Mondial de la santé, « la Santé mental : Nouvelle Conception Nouveau Espoirs 2017 »Genève,2017 .
3. Organisation mondial de la santé,« Rapport annuel sur la santé dans le monde année 2001 »,Genève,2001,p63

### **Rapport Du Ministère De La Santé ;**

1. Ministère de la santé et de la population et de la réforme hospitalière, « programme national de la santé mentale », Alger, 2001.
2. Ministère de la santé et de la réforme hospitalière, Rapport anuel2004, « La santé des algérien et des algérienne », Alger, 2004.
3. -République . Algérienne. Démocratique et Populaire ; ministère de la santé ; séminaire sur la santé ; l'expérience algérienne ; Alger ; 1985.
4. Les 6 dossiers de la réforme hospitalière. [Http://www.sante-maghreb.com/actualisé/0703/0703-27.htm](http://www.sante-maghreb.com/actualisé/0703/0703-27.htm)

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة باجي مختار - عنابة -

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم : علم اجتماع

تخصص : علم اجتماع الصحة

دليل لمقابلة بحث بعنوان

الرعاية الصحية للمريض العقلي بين المؤسسة  
الاستشفائية المتخصصة والأسرة

دراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية للأمراض العقلية  
- عين عباس -

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه ل.م.د. في علم اجتماع الصحة

إشراف الأستاذ الدكتور:

عبد الحميد بوقصاص

إعداد الطالبة:

حداد نجاة

ملاحظة: المعلومات الواردة في هذه القابلة سرية، ولا تستخدم إلا لغرض البحث العلمي

السنة الجامعية: 2018-2019

## دليل المقابلة مع المريض:

الجنس: السن:

المستوى التعليمي: المهنة:

الحالة العائلية: مكان الإقامة :

الترتيب الأسري:

- 1- من أحضرك للمستشفى؟ .....
- 2- هل دخلت من قبل للمستشفى؟ .....
- 3- ماهي المدة التي كنت تقضيها داخل المستشفى؟ .....
- 4- ما هو نوع العلاج المقدم لك داخل المستشفى؟ .....
- 5- كيف يعاملك الفريق الممارس في المستشفى: .....
- 6- هل تفضل البقاء في المستشفى أو العودة إلى المنزل: .....
- 7- مانوع العلاقة مع أفراد الأسرة: الأب- الأم- الإخوة؟ .....
- 8- الوقت الذي تقضيه مع الأسرة:؟ .....
- 9- شعور الفرد داخل الأسرة؟ .....
- 10- هل تشعر باهتمام أسرتك بك؟ .....
- 11- هل تراقب أسرتك مواقيت تناولك للأدوية؟ .....
- 12- من يعطيك هذه الأدوية؟ .....
- 13- هل تفكر في الهروب من المنزل؟ .....

14- كيف يعاملك أفراد الأسرة في

المنزل؟  
.....  
.....  
.....

15 هل لديك أصدقاء؟  
.....

16- كيف يعاملك جيرانك وأصدقاؤك؟  
.....

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة باجي مختار - عنابة -

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم: علم اجتماع

تخصص: علم اجتماع الصحة

دليل لمقابلة بحث بعنوان

الرعاية الصحية للمريض العقلي بين المؤسسة  
الاستشفائية المتخصصة والأسرة

دراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية للأمراض العقلية  
- عين عباس -

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه ل.م.د. في علم اجتماع الصحة

إشراف الأستاذ الدكتور:

عبد الحميد بوقصاص

إعداد الطالبة:

حداد نجاة

ملاحظة: المعلومات الواردة في هذه القابلة سرية، ولا تستخدم إلا لغرض البحث العلمي

السنة الجامعية: 2018-2019

## دليل المقابلة مع الفريق المشرف:

المهنة:

الجنس

التخصص:

سنوات الخبرة :

- 1- ماهي طرق التكفل بالمريض داخل المؤسسة الإستشفائية؟.....
- 2-- ماهي الفئات العمرية الوافدة للمؤسسة الاستشفائية؟.....
- 3- هل ترون أن الخدمات المقدمة للمريض كفيلة بتحقيق تكفل أفضل له ؟ .....
- 4- ماهي المشاكل التي تعيق تقديم الخدمات الصحية للمريض؟.....
- 5- هل هناك مساندة من طرف الأسر للتكفل الأمثل بالمريض؟.....
- 6- هل هناك تنسيق بين المؤسسة الاستشفائية و المجتمع المدني للتكفل بالمريض؟.....
- 7- هل يقدم المجتمع الدعم المادي والمعنوي لهذه الفئة ؟ .....
- 8- ماهو رأيكم اتجاه السياسة الصحية للطب العقلي في الجزائر؟.....

## ملخص الدراسة:

لقد تمحور اهتمام الاختصاصيين حول المريض كونه العنصر الهام في المرض دون الالتفاف إلى بقية أفراد الأسرة، إلا أنه فيما بعد تدارك أهمية دراسة أسر المرضى عقلياً كوحدة متكاملة تتأثر جراء وجود مريض عقلي في كيانها، والبحث عن الآثار الناجمة عن وجوده، وسبل تقديم الإرشاد للأسرة بهدف دعم خدمات المؤسسات المختصة، ومحاولة إحداث شراكة تعاونية بين أسرة المريض والمؤسسة المختصة أين يتلقى الخدمات فكل من الأسرة والفريق الممارس يكمل أحدهما الآخر.

إن تعامل الأسرة الواعي المتفهم لوجود مريض عقلي بين أفرادها وتوفيرها على المعلومات الوافية بشكل علمي، يعمل على وجود آلية تعامل سليمة معه، الأمر الذي يستدعي من المؤسسات المختصة أن لا تقتصر برامجها على المريض عقلياً بل تمتد إلى أسرته كإشراكهم في هذه البرامج ومساعدتهم وتدريبهم حتى يكونوا أعضاء فاعلين في الرعاية الصحية المقدمة للمرضى عقلياً.

### Résume :

L'intérêt des spécialistes dans le domaine de la médecine psychiatrique ont pour objet le malade mental seul sans se pencher sur sa famille.

Toutefois ; ils ont par la suite réalisé l'importance de l'étude des familles du malade mental comme unité complémentaire affectée par la présence de cet malade qui représente un grand handicap pour elles.

Comptant sur le savoir la compréhension et le comportement conscient de la famille et de la part de l'établissement spécialisé ou reçoit le malade mental les soins de guérison ; cela fait on peut instaurer un bon mécanisme sain du comportement du malade.

La famille du malade doit participer au programme de l'établissement et devenir des membres actifs réels dans la protection sanitaire offerte à leur malade.

Ces programmes aussi permet aux familles des malades mentaux d'apprendre comment se comporter et bien dominer ce malade durant toute sa maladie et afin de lui offrir un bon rétablissement.

Tous ses efforts proposés on peut créer une entraide entre la famille du malade et l'établissement spécialisé pour obtenir un bon rétablissement et enfin diminuer ce fardeau soit pour la famille et aussi pour la société aux celle-ci a vraiment besoin de ces membres actifs.



## فهرس المحتويات

إهداء

شكر، تقدير وعرفان

فهرس المحتويات

فهرس الجداول والأشكال.

1 ..... مقدمة.

### الفصل الأول: الإشكالية وتحديد المفاهيم

5..... تمهيد

6 ..... 1- الإشكالية.

9..... 2- أهمية الدراسة وأسباب اختيار الموضوع.

9..... أ- أهمية الدراسة.

10..... ب- أسباب اختيار الموضوع

11 ..... 3- أهداف الدراسة.

11 ..... 4- تحديد المفاهيم

12 ..... 1-4 المرض

13..... 2-4 الصحة.

14 ..... 3-4 الرعاية الصحية

14 ..... 4-4 المرض العقلي.

15 ..... 4-5 المؤسسة الاستشفائية المتخصصة

16 ..... 4-6 الأسرة

17..... 5- الدراسات السابقة.

25 ..... خلاصة.

### الفصل الثاني: الرعاية الصحية والنظام الصحي في الجزائر

27 ..... تمهيد

28..... أولاً : الرعاية الصحية

28 ..... 1- نبذة تاريخية عن الرعاية الصحية

31 ..... 2- واقع الصحة العقلية في الجزائر

32..... 3- خدمات الرعاية الصحية.

34 ..... 4 - أهمية خدمات الرعاية الصحية

35	5 - مستويات الرعاية الصحية .....
37	6- تصنيف الخدمات الصحية حسب المنظمات الدولية.....
38	7 - أهمية تصنيف الخدمات الصحية .....
40	ثانيا النظام الصحي.....
40	1- دراسة التنظيم الصحي في الجزائر .....
42	2- إصلاح النظام الصحي في الجزائر .....
43	3- اهداف مشروع الاصلاح وملفاته.....
45	خلاصة.....

### الفصل الثالث: مدخل مفاهيمي للمرض العقلي

47	تمهيد.....
48	1-لمحة تاريخية عن المرض العقلي.....
50	2-النظرة السوسيوولوجية للمرض العقلي.....
51	3-انتشار المرض العقلي.....
53	4-بعض المفاهيم المتداخلة مع مفهوم المرض العقلي.....
56	5-الخصائص العامة للمرض العقلي.....
56	6-أسباب المرض العقلي.....
59	7-تصنيف الأمراض العقلية.....
61	8 أساليب وطرق العلاج.....
66	9-طرق استشفاء المرضى.....
67	10- مبادئ حماية الأشخاص المصابين بمرض عقلي وتحسين العناية بالصحة العقلية.....
70	خلاصة.....

### الفصل الرابع: مؤسسات الرعاية الصحية للمريض العقلي

72	تمهيد.....
73	أولا : "دراسة تحليلية للمؤسسة الصحية.....
73	1- نبذة تاريخية عن المؤسسة الاستشفائية المتخصصة للأمراض العقلية.....
76	2- وظائف المؤسسة الاستشفائية المتخصصة.....
78	3- خصائص المؤسسة الصحية ومقوماتها.....
80	4- هياكل استشفاء المرضى عقليا في الجزائر.....
81	ثانيا: الأسرة الجزائرية.....

81	1- التطور التاريخي للأسرة الجزائرية.....
83	2- خصائص الأسرة الجزائرية.....
84	3- الأسرة الجزائرية والمرضى العقلي.....
85	4- أثر المرض العقلي على الأسرة.....
86	5- خصائص أسر المرضى عقليا.....
87	6- حاجات أسر المرضى عقليا.....
88	7- وظائف الأسرة اتجاه المريض العقلي.....
89	8- دور الاسرة ومسؤولياتها اتجاه المرضى العقليين.....
90	9- العوامل والمتغيرات التي تؤثر سلبا على الرعاية من طرف الاسرة.....
91	خلاصة.....

### الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

93	1- تمهيد.....
94	2- المقاربة المنهجية للدراسة.....
94	3- مجالات الدراسة.....
99	4- منهج الدراسة.....
100	5- أدوات جمع البيانات.....
102	6- عرض الحالات.....
118	7- تحليل المقابلات مع المرضى عقليا.....
121	8- عرض المقابلات مع الفريق المشرف.....
125	9- تحليل المقابلات مع الفريق الممارسين لعملية الرعاية الصحية.....
136	10- عرض وتحليل وضعيات الملاحظة بالمشاركة.....
137	11- مناقشة نتائج الدراسة في ضوء التساؤلات.....
139	12- مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الدراسات المشابهة.....
140	13- نتائج الدراسة.....
143	14- الرهانات والتحديات التي تواجه المؤسسة.....
146	خاتمة.....
151	قائمة المراجع.....

## فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم
55	الفرق بين المرض العقلي والنفسي	01
126	جنس القائمين على العملية العلاجية	02
127	سن القائمين على العملية العلاجية	03
127	المستوى التعليمي للقائمين على العملية العلاجية	04
130	ملاحظة موقع المؤسسة	05
131	ملاحظة الهيكل التنظيمي للمؤسسة	06
132	الأقسام الاستشفائية	07
133	مكاتب الفريق المعالج	08
134	مصلحة الاستعجالات	09
135	قاعة الاجتماعات 1	10
135	الخرجات الميدانية	11
135	قاعة الاستقبال	12