



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي



جامعة الحاج لخضر باتنة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والعلوم الإسلامية
قسم العلوم الاجتماعية

النحضر والصحف في المجتمع الجزائري

دراسة ميدانية بحري بارك أفوراج - مدينة باتنة - الجزائر

مذكورة مكملة لنيل شهادة الماجستير في تخصص علم الاجتماع الحضري

إشراف الأستاذ:

- د. أحمد بوذراع

إعداد الطالب:

- زراولية رضا

لجنة المناقشة

رئيسا	جامعة باتنة	أستاذ التعليم العالي	مصطفى عوفي
مشرفا	جامعة باتنة	أستاذ التعليم العالي	أحمد بوذراع
عضوا	جامعة قسنطينة	أستاذ التعليم العالي	إسماعيل بن السعدي
عضوا	جامعة باتنة	أستاذ محاضر	كمال بوقرة

السنة الجامعية 2010 - 2011



شكر وعرفان

إن الشكر لله رب العالمين الذي خلق وهدى أولاً والذي وفقني لإتمام هذا المشروع المتواضع بعون وتوفيق منه.

كما أتقدم بخالص شكري بعد ذلك وجميل عرفاني للأستاذ المشرف الدكتور أحمد بوذراع الذي لم يبخل بنصائحه وتوجيهاته فكان نعم الموجه والناصح.

كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى الأساتذة : مصطفى عوفي، كمال بوقرة، ، بن بعطوش حكيم، خواني عماد، قطاف العربي، فؤاد عبد المؤمن، مصباح عائشة.

1 - الفهرسة:

الصفحة

مقدمة

... (أ)

الجانب النظري

الفصل الأول: الإطار المفاهيمي لموضوع الدراسة.

تمهيد

أولاً: إشكالية الدراسة (02)

ثانياً: الفرضية ومؤشراتها (05)

ثالثاً: أسباب اختيار الموضوع (06)

رابعاً: أهمية الدراسة (06)

خامساً: أهداف الدراسة (07)

سادساً: تحديد المفاهيم (08)

سابعاً: الدراسات السابقة (12)

الفصل الثاني: الخلفية السوسولوجية للتحضر و المجتمع الجزائري.

تمهيد

أولاً: ماهية التحضر (19)

1- تعريف التحضر والحضرة (19)

خصائص الحياة الحضرية (27)

ثانياً: المداخل النظرية المفسرة للتحضر (29)

- 1- المداخل النظرية للتحضر (29)
- 2- المؤشرات السوسولوجية لقياس التحضر (37)
- ثالثا: التحضر في المجتمع الجزائري.** (39)
- 1- تعريف وخصائص المجتمع الجزائري.. (39)
- 2- مراحل التحضر في الجزائر. (41)

الفصل الثالث : الخلفية المعرفية للصحة.

تمهيد

- أولا: تعريف ودرجات الصحة .** (46)
- ثانيا: مكونات الصحة.** (49)
- ثالثا: المرض والصحة.** (51)
- 1- تعريف المرض. (51)
- 2- المشكلات الناجمة عن المرض. (54)
- 3- العوامل التي تقدر مستويات الصحة ومسببات الأمراض في المجتمع (61)
- رابعا: الصحة والتنمية.** (63)
- خامسا: الصحة العامة** (65)

الفصل الرابع: السياسة الصحية في الجزائر.

تمهيد

- أولا: تعريف السياسة الصحية .** (69)
- ثانيا: المقومات الأساسية للسياسة الصحية** (69)
- ثالثا: تاريخ السياسة الصحية في الجزائر .** (73)
- رابعا: الوضع الصحي في الجزائر.** (77)

خامسا: إصلاص المنظومة الصحية في الجزائر. (87)

الجانأ الميأاني

الفصل الخامس : نبأة عامة على مآينة باآنة.

آمهيد

أولا: مآل عام لإقليم مآينة باآنة (100)

1- أصل التسمية. (100)

2- نبأة تاريخية.آول مآينة باآنة. (100)

آانيا: الخصائص الجغرافية والمناخية لمآينة باآنة. (102)

آالآا: مراحل الآوسع الآضري والآطور العمراني في مآينة باآنة. (104)

رابعا: النمو السكاني والعوامل المآكمة في نمو سكان مآينة باآنة. (110)

آامسا: الصحة والآامات الصحية في مآينة باآنة. (115)

الفصل السادس : مجال الآآ الميأاني وإآراءاته المآهية.

أولا: مجال الآآ الميأاني.

1- الآعريف آي بارك أفوراج. (119)

أ- الموقع الجغرافي للآاع المآاني (آي بارك فوراج). (119)

آ- الخصائص العمرانية والمعمارية. (119)

آ- المآانة العقارية. (119)

آ- الآراسة السكانية. (120)

ه- عناصر المجال. (120)

آانيا: مآهية الآراسة .

1- المآهج المآآآم (123)

2- أدوات جمع البيانات . (123)

أ- الملاحظة. (123)

ب- المقابلة. (124)

ج- استمارة استبيان . (125)

د- المؤشرات الإحصائية . (125)

ثالثا: العينة وطريقة اختيارها (126)

رابعا: المجال الزمني للدراسة (129)

الفصل السابع : عرض و تحليل البيانات وتفسيرها

تمهيد

أولا: عرض و تحليل نتائج الدراسة الميدانية (132)

ثانيا: تفسير النتائج (145)

1- تفسير النتائج الميدانية في ضوء الفرضيات الجزئية و الدراسات السابقة (145)

2- تفسير النتائج في ضوء الفرضية العامة (149)

الخلاصة) (150

التوصيات) (152

المراجع) (153

الملاحق

2- فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	جدول يوضح معدل وفيات الأطفال في الجزائر من 1990 - إلى 2007	(77)
02	جدول يوضح معدل وفيات الأمومة في الجزائر من 1989 - إلى 2000	(78)
03	جدول يوضح تطور مؤشرات الصحة العمومية في الجزائر من 1996 - إلى 2003	(79)
04	جدول يوضح تطور البنية التحتية الصحية في الجزائر من 1996 - إلى 2003	(79)
05	جدول يوضح تطور معدل الأمل في الحياة منذ الولادة من 1970 - إلى 2002	(81)
06	جدول يوضح تطور عدد السكان والمساكن في مدينة باتنة من 2001 - إلى 2007	(121)
07	جدول يوضح إطار المعاينة	(127)
08	جدول يوضح توزيع سن الزوج والزوجة	(132)
09	جدول يوضح طبيعة أفراد الأسرة	(133)
10	جدول يوضح المستوى التعليمي والمواطن الأصلي للزوجين	(134)
11	جدول يوضح مهنة ومداخيل رب الأسرة	(135)
12	جدول يوضح وصف مسكن الأسرة	(136)
13	جدول يوضح عدد الغرف وعدد أفراد الأسرة	(137)

(137)	جدول يوضح وصف المحيط الخارجي وممارسة الرياضة	14
(138)	جدول يوضح وضعية التأمين الصحي لرب الأسرة	15
(139)	جدول يوضح وعي رب الأسرة بالمحيط الصحي	16
(140)	جدول يوضح طبيعة الإصابة بالأمراض	17
(141)	جدول يوضح وصف الأمراض والتعرض للضغوط النفسية	18
(142)	جدول يوضح اختيار القطاع الصحي وادخار المال	19
(143)	جدول يوضح إجراء الفحوصات وشراء الأدوية من خارج المستشفى	20
(144)	جدول يوضح تأثير المرض في الأسرة	21

3- فهرس الأشكال

شكل رقم واحد يبين أهم الأمراض التي يعاني منها الفرد في المجتمع الجزائري (86)

لأول مرة في تاريخ الإنسانية يقطن أكثر من 50% من سكان العالم المناطق الحضرية وهذا ما يؤدي إلى تغييرات هامة في معايير المعيشة وأساليب الحياة والسلوك الاجتماعي والصحة، في حين تقدم الحياة الحضرية العديد من الفرص، منها احتمال إتاحة رعاية صحية أفضل ، فإن البيئات الحضرية يمكن أن تكون مركز مخاطر عديدة على صحة الإنسان.

تتعلق التحديات الصحية التي تظهر بوضوح في المدن في الإصابة بالأمراض الوبائية (التهاب الكبد، السل، التيفوئيد ، ...)، والأمراض غير الوبائية (الأمراض القلبية والوعائية ، السكري ، الأمراض التنفسية، ...)، وهذا نتاج السلوكيات الغذائية غير الصحية والخمول البدني، إضافة إلى المخاطر الناتجة عن البيئة الحضرية (حوادث السير ، حوادث منزلية) وكلها عوامل تؤثر مباشرة على الصحة وهذا ما يسمى بالواقع الحضري، وهذا ما نحاول دراسته لنكتشف هذه التغييرات على صحة الفرد في الوسط الحضري.

وقد قام الباحث بوضع خطة لسير البحث وفق المنهجية التالية:

الفصل الأول : الإطار المفاهيمي لموضوع الدراسة شامل لإشكالية البحث، الأهمية ،

الأسباب ، الأهداف ، وضع التساؤلات والفرضية مؤشراتهما ، والدراسات السابقة

الفصل الثاني: وضع تحت عنوان الخلفية السوسولوجية للتحضر والمجتمع الجزائري، عرض فيه الباحث إلى ماهية التحضر، علم الاجتماع والتحضر، والتحضر في المجتمع الجزائري.

الفصل الثالث: وضع تحت عنوان الخلفية المعرفية للصحة وتناول الباحث فيه تعريف ودرجات الصحة، مكونات الصحة، المرض والصحة، الصحة والتنمية، الصحة العامة.

الفصل الرابع: وقد تناول الفصل الرابع السياسة الصحية في الجزائر وقد تطرق الباحث إلى تعريف السياسة الصحية، المقومات الأساسية للسياسة الصحية، تاريخ السياسة الصحية في الجزائر، تحليل الوضع الصحي في الجزائر ، إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر.

الفصل الخامس: تتطرق الباحث في هذا الجزء من الفصل إلى الخصائص البيئية والبشرية لمدينة باتنة، إذ تناول في البداية مدخل عام لإقليم مدينة باتنة (أصل التسمية ، نبذة حول تاريخ مدينة باتنة) ، ثم الخصائص الجغرافية والمناخية لمدينة باتنة، ثم مراحل التوسع الحضري، التوسع العمراني في مدينة باتنة، ثم النمو السكاني والعوامل المتحكمة في نمو سكان مدينة باتنة، والصحة والخدمات الصحية في مدينة باتنة.

الفصل السادس : خصصه الباحث لمجال البحث الميداني وإجراءاته المنهجية من خلال التعريف لمنطقة الدراسة حي براك فوراج ، الموقع الجغرافي فالخصائص العمرانية والمعمارية، والدراسة السكانية والمكانة العقارية ومنهجية الدراسة ، المنهج المستخدم وأدوات جمع البيانات وختاما العينة وطريقة اختيارها.

الفصل السابع: خصصه الباحث لعرض وتحليل وتفسير البيانات الميدانية وتحليل وتفسير النتائج.

الفصل الأول:

الإطار المفاهيمي لموضوع الدراسة

أولاً: إشكالية الدراسة.

ثانياً: الفرضية ومؤشراتها.

ثالثاً: أسباب اختيار الموضوع.

رابعاً: أهمية الدراسة.

خامساً: أهداف الدراسة

سادساً: تحديد المفاهيم

سابعاً: الدراسات السابقة

أولاً: إشكالية الدراسة:

تعتبر ظاهرة التحضر حالة عالمية تعرفها جميع المجتمعات المتقدمة والمتخلفة في آن واحد فهي بذلك ظاهرة حديثة مقارنة بظواهر مجتمعية أخرى، وتمثل تغييراً رادكالياً في النمط الكلي في الحياة وهي مستمرة ولم تتوقف ، ويعد التحضر صفة تميز جميع المجتمعات البشرية في العقود الأخيرة.

وتشير الدراسات أن سكان الحضر في "عام 1800م كانوا لا يزيدون عن 3% من مجموع سكان العالم، وأن هذه النسبة ارتفعت لتصبح 47% عام 2000م ومن المتوقع أن تصل إلى 60% عام 2030" ⁽¹⁾، وكلها مؤشرات أن الاتجاه الذي يسود المجتمع أنه يسير نحو التحضر ويتم بمعدلات عالية في كل الدول النامية، حيث شاهدت المناطق فيها ارتفاعاً " بلغ في المتوسط 3 ملايين نسمة أسبوعياً خلال العقدين الماضيين أي بنطاق ومعدل لم يسبق له مثيل كما سيتجاوز العدد الإجمالي لسكان المناطق الحضرية في بلدان العالم النامي الضعفين في حلول منتصف القرن الواحد والعشرين" ⁽²⁾

إن التحضر في الدول النامية يفرز مشكلات كثيرة تعد من أخطر المشكلات التي تواجهها هذه الدول، فهي ليست مجرد مشكلة اقتصادية يمكن مواجهتها بتدبير من الاستثمارات أو تحقيق مزيد من العدالة الاجتماعية ، وإنما هي مشكلة بالغة التعقيد تتداخل فيها جملة من العوامل والمتغيرات الاقتصادية والاجتماعية بما يتضمنه من تفاعلات ايجابية وسلبية.

وقد عرفت المنطقة العربية تحول حضري متسارع خلفت أعباء جديدة على البيئة التحتية المتأزمة أصلاً ويخلف العديد من المدن أوضاعاً معيشية غير صحية يشوبها

(1) www.who.org

(2) حالة مدن العالم 2008 ، 2009، ص 15.

الازدحام وانعدام الأمن ، حيث " في عام 1970 كان 38 % من سكان العرب من الحضر وقد ارتفعت هذه النسبة إلى 55% عام 2005، وربما ستتجاوز 60% عام 2020 "(1)

إذا كان العالم المتقدم قد شهد وتائر متعاضمة من النمو أثرت على ارتفاع السكان من خلال ثورة صناعية أعقبتها ثورة حضارية ، فالعالم النامي عكس ذلك، فالذي حدث ثورة حضرية دون ثورة تنموية صناعية، الأمر الذي أدى إلى تضخم العواصم ، ووجود عدم التوازن وتفشي اللاتجانس.

والتحضر ظاهرة تصاحبها مشاكل بيئية واجتماعية واقتصادية لها بالغ التأثير على صحة سكان المدن النامية ، فتلوث الهواء وانعدام المياه الصالحة للشرب وتراكم القمامة وانتشار العشوائيات ، الفقر ، السكن غير اللائق، تؤثر سلبا على صحة الفرد.

إن الجزائر من الدول النامية التي عرفت معدلات التحضر ارتفاعا كبيرا حيث ارتفعت من " 30% سنة 1960 إلى 40% سنة 1977 و 50% سنة 1987 و 60.5% سنة 2002 "(2) وهذا الارتفاع جاء نتيجة عوامل اقتصادية وسياسية واجتماعية ، حيث كان لسياسة التصنيع والتنمية الصناعية التي عرفت الجزائر بعد الاستقلال من المحطات في تاريخ التحضر والتحول الريفي الحضري ، ضف إلى ذلك الأزمة الأمنية التي عرفت البلاد في سنوات التسعينات التي أدت إلى نزوح كثيف من القرى والمداشر.

والجزائر ليست بمنأى على النتائج السلبية للتحضر ومالها من تأثير على صحة الفرد والمجتمع فهي تعرف نوعين من الأمراض، معدية وأمراض اعتلال الصحة المزمن التي تتطلب موارد مالية كبيرة للتكفل بها، وعليه تتمحور إشكالية هذه الدراسة حول علاقة التحضر بالصحة داخل المجتمع الجزائري ومجتمع المدينة بصفة خاصة حيث أننا نتكلم عن

(2) تقرير التنمية الإنسانية العربية لعام 2009 ، ص 36. www.unhabitat.org

(2) population et développement en Algérie, rapport national CIPD+10, p 27

مجموعة من المتغيرات تحتاج إلى دراسة حتى نستطيع وضع الأصبع حول المشكلة وذلك بطرح تساؤل رئيسي:

- ما هي علاقة التحضر بالصحة في المجتمع الجزائري؟

مع التساؤلات الفرعية التالية :

- هل يؤثر الواقع الحضري في المستوى الصحي؟

- هل بوضع سياسة صحية يمكن تحسين الواقع الحضري؟

ثانياً الفرضية ومؤشراتها:

الفرضية العامة:

يؤثر الواقع الحضري في المستوى الصحي في المجتمع الجزائري.

نفترض أن هناك علاقة تأثيرية بين المتغير التابع المستوى الصحي الذي من بين مكوناته المهمة الواقع الحضري والذي نعتبره المتغير المستقل أو المفسر، من خلال الفرضية العامة تظهر لنا فرضيتين جزئيتين.

الفرضية الأولى:

توجد علاقة طردية بين الواقع الحضري من ناحية والمستوى الصحي من ناحية أخرى.

تحاول هذه الفرضية اختبار العلاقة بين الواقع الحضري والذي مؤشرات: المستوى التعليمي، وضعية المسكن ، المحيط الخارجي،الموطن الأصلي ، ممارسة الرياضة، الدخل ، الاختبار بين البدائل و التأمين والتي تقابلها الأسئلة التالية في الاستمارة: 2 ، 4 ، 5 ، 6 ، 7 ، 11 ، 12 ، 13 ، 14 ، 15 ، 16 ، 17 ، 18 ، 19 ، 20 .

من جهة ومقارنتها بأسئلة المستوى الصحي والذي مؤشرات: ، الوعي الصحي، الادخار، الإطلاع على المحيط الصحي، والذي تقابله الأسئلة التالية في الاستمارة : 21 ، 22 ، 23،24، 25 ، 26 ، 27 ، 28 ، 29 ، 30، 31.

الفرضية الثانية:

إن نجاح السياسة الصحية متعلق بتخطيط الواقع الحضري .
من خلال الدراسات السابقة والبحث النظري الذي قمنا به على مستوى الفصول (2 - 3 - 4) وأيضا من خلال البحث الميداني ونتائجه والخبرة الميدانية للطلاب نحاول استنتاج ضرورة وضع سياسة صحية لتحسين الواقع الحضري (أي الربط بين النظري والميداني).

ثالثا: أسباب اختيار الموضوع:

من أشق الصعاب التي تواجه الباحث هو اختيار الموضوع يصلح لدراسة علمية، قد يكون ذلك لأسباب ذاتية كـرغبة الباحث في تجسيد فكرة ما أو لأسباب يفرضها الواقع الاجتماعي فتكون دوافع محفزة على اختيار مواضيع تكون جديرة بالدراسة.

ومن الأسباب التي دفعتني إلى اختيار موضوع الدراسة:

- قلة الدراسات العلمية المتخصصة في مجال الصحة الحضرية.

- رغبة مني لإعطاء بُعد أكاديمي لهذا الموضوع.

- أبرز واقع الصحة في المحيط الحضري في الجزائر.

رابعا: أهمية الدراسة :

تتدرج أهمية الدراسة في كونها تتناول موضوعاً هاماً وهو موضوع التحضر الذي أصبح له انعكاسات على المجتمع بصفة عامة ومجتمع المدينة بصفة خاصة ، وعليه تكمن أهمية الدراسة في :

- تقديم تفسيرات منطقية وواقعية لإشكالية البحث.

- تتناول هذه الدراسة ظاهرة هامة في المرحلة الراهنة لاسيما ما آلت إليه الصحة في بلادنا نتيجة انتشار الأوبئة والأمراض الخطيرة وارتفاع تكاليف العلاج.

خامساً: أهداف الدراسة :

إن قيمة البحث الاجتماعي بقيمة الأهداف والنتائج التي يرمي إليها ، فعلى قدر عمليتها وعلميتها وخدمتها للفرد والمجتمع تكون قيمة هذا البحث ، هذا من جهة ومن جهة أخرى يجب على الباحث قبل الشروع في أن يضع الأهداف التي تكون الأساس التي توجه بحثه في مختلف مراحله ، فلا يمكن تصور بحث دون وجود أهداف مسبقة ، وعليه فإن هذه الدراسة تهدف إلى:

- تعتبر هذه الدراسة كمطلب مكمل لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع.
- محاولة إبراز انعكاسات التحضر على صحة الفرد والمجتمع وإيجاد بعض الحلول لها.
- تزويد الباحثين بمبادرة معرفية تتصل بالواقع المعاش حول الصحة والحضر.

ساوسا تحديد المفاهيم:

إن تحديد المفاهيم خطوة ضرورية في البحث الاجتماعي لأنه عن طريق هذا التحديد يمكن إدراك المعنى المقصود من المفاهيم الواردة في البحث .

1 - مفهوم التحضر:

لقد جاء في لسان العرب أن مفهوم التحضر يقصد به التواجد والحضور وهذا خلاف البداوة ⁽¹⁾.

أمّ منجد اللغة والعلوم والآداب فإن مفهوم التحضر اشتق من كلمة حضور ويقصد بها الاستدامة في الاستقرار في مكان واحد ⁽²⁾.

أمّا معجم علم الاجتماع ، فعرف مفهوم التحضر بأنه الانتقال من الحياة الريفية إلى المدن للعيش ، ويكون هذا الانتقال بسبب الهجرة ، حيث ينبغي على الشخص أو الجماعة أن تتكيف مع النظم والقيم السائدة في المدينة وقد يترتب على حالة انعدام هذا التكيف تدهور الحالة المادية والمعنوية ومن هناك العودة إلى القرية ⁽³⁾.

والتحضر كما يعرفه عبد المنعم شوقي " العملية التي تتم به زيادة سكان المدن عن طريق تغير الحياة في الريف من القرويين للمدن المقصودة بما في ذلك التغيرات التي قد تحدث لطبائع وعادات وطرق معيشة سكان الريف حتى يتكيفوا للمعيشة في المدن ⁽⁴⁾.

(1) د. أحمد بوزراع ، التطور الحضري والمناطق المختلفة في المدن ، منشورات طبعة باتنة ، ص 134.

(2) نفس المرجع، ص 134.

(3) نفس المرجع، ص 134.

(4) د.عبد المنعم شوقي ، مجتمع المدينة - الاجتماع الحضري ، بيروت ، دار النهضة العربية ط7 ، 1981 ، ص 23.

أمّا محمود الكردي فنجدّه يعرف مفهوم التحضر بصورة شاملة ويرى أنّه الاتجاه العام نحو الإقامة في المراكز الحضرية والعمل على تعميرها وتوسيع نطاقها الحضري وهو موقف نجده سائداً عالمياً، وغير قاصر على منطقة معينة دون غيرها ، رغم التفاوت الواضح بين مناطقها من حيث التباين في الدرجة أو المستوى⁽¹⁾.

من خلال التعاريف السابقة نعرف التحضر إجرائياً هي مختلف العمليات الاجتماعية التي تلازم الواقع الحضري الذي يعيش فيه الفرد بحيث تكون مؤشرات: المستوى التعليمي ، الدخل، وضعية السكن، المحيط الخارجي ، ممارسة الرياضة، الاختيار بين البدائل، الموطن الأصلي.

2- مفهوم الصحة:

جاء في المعجم الوجيز من مجمع اللغة العربية ما يلي :

الصحة في اللغة العربية هي البرئ من كل عيب أو ريب فهو صحيح أي سالم من العيوب والأمراض ، والصحة والبيئة حالة طبيعية تجري أفعاله معها على المجرى الطبيعي.⁽²⁾

وجاء تعريف الصحة في قاموس Petit Larousse de le médecine كمايلي:

" الصحة هي الحالة التي يكون فيها الجسم سليماً من الأمراض ، والأعضاء وتؤدي وظائفها بطريقة عادية ".⁽³⁾

وبما أن الصحة مفهوم نسبي من القيم الاجتماعية فلقد حاول الكثير من العلماء إعطاء تعريف للصحة.

(1) محمود الكردي : التحضر دراسة اجتماعية ، الكتاب الأول القاهرة ، دار المعارف 1986 ص 30.

(2) أميرة منصور يوسف : المدخل الاجتماعي للمجالات الصحية الطبية والنفسية ، دار المعرفة الجامعية ، ص 16.

(3) André .donart et la Jaque Bourneuf :petit Larousse de la médecine ,1983.Tome 2 ,p819.

فلقد عرفها بركنز Perkins: « الصحة حالة من التوازن النسبي لوظائف الجسم والتي تنتج من تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها للمحافظة على توازنه ».(1)

ويرى الدكتور فوزي جاد الله: « الصحة من ناحية شدتها يمكن أن ينظر إليها على أنها مدرج قياس أحد طرفيه الصحة المثالية ، والطرف الآخر هو انعدام الصحة (الموت) وبين الطرفين درجات متفاوتة من الصحة ».(2)

اما هيئة الصحة العالمية WHO عرفت الصحة على أنه: « حالة من السلامة والكفاية الكاملة الجسمية والعقلية والاجتماعية وليس مجرد خلو من المرض والضعف ».(3)

وتؤكد هذه التعاريف أن الصحة ليست السلامة من المرض الجسدي ، وإنما هي ارتباط الجوانب الجسمية والنفسية والعقلية والاجتماعية في الإنسان ، وذلك التكامل هي قيام الفرد وهي في حالة الصحة بأدواره الاجتماعية ، ووظائفه في الحياة على أكمل صورة "

ومن خلال مناقشة التعاريف السابقة وإسقاطها على التصور الميداني، نعرف الصحة إجرائيا بأنها المستوى الذي يحقق السلامة والكفاية المادية، والجسمية والعقلية والاجتماعية بحيث تكون مؤشراتنا هي :

الادخار ، الوعي الصحي ، الإطلاع على المحيط الصحي .

1) نجلاء عاطف خليل : في علم الاجتماع الطبي ثقافة الصحة والمرض ، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة، 2002، ص 25.

2) إقبال إبراهيم مخلوف: العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1999 ، ص ص (47-48) .

3) أيمن مزاهرة ، عصام أصفدي، لبللى أبو الحسين : علم اجتماع الصحة، دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع ،الأردن، ط1 2003 ، ص 42.

3- المجتمع:

يعرف المجتمع:

لغة : على أنه مكان الاجتماع.

أمّا اصطلاحاً : موضوع علم الاجتماع، وقد عرف بتعريفات مختلفة تدور حول تغلب الجانب الفردي أو الجانب الاجتماعي ، أو العلاقة التي تربط أبناء المجتمع ببعضهم البعض.

- أمّا " دور كايم " يذهب إلى أن المجتمع ليس مجرد مجموعة أفراد وإنما هو نسق خاص ذو حقيقة مستقلة وصفات معينة ، وفي مقدمتها سلطته على الأفراد ، وتميزه عن المجتمعات الأخرى ، وهو ظاهرة إنسانية توجد حيث يوجد الإنسان ، وفي رأيه أن المجتمع سابق على الأسرة والعشيرة بل على الفرد نفسه ، ولذا يسبق الكل هنا أجزائه ، كما يسبقها في نواحي أخرى .

- أمّا " جرفيتش Guvitch " فيفسر أن نحل مشكلة التفاعل بين الفرد والمجتمع ملاحظاً أن الفرد كامن في مجتمعه ، وأن المجتمع كامن في أفرادهِ (1) ، يتميز بأنه له عاداته ونظمه وتقاليده وله أشكال مختلفة من أسرة وعشيرة وقبيلة وأمة وشعب.

- ونجد كذلك " توماس ألبورت " يعرف المجتمع على أنه مجموعة من الناس يتعاونون لقضاء عدد من مصالحهم الكبرى التي تشمل حفظ الذات ودوام النوع، وتشمل فكرة على الاستمرار والعلاقات الارتباطية المعقدة ، والتركيب الذي يتضمن ممثلين عن الأنماط الإنسانية الأساسية على الأخص من الرجال والنساء والأطفال. (2)

(1) - إبراهيم مذكور : معجم العلوم الاجتماعية ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، القاهرة 1975، ص 516.

(2) - محمد عاطف غيث: -علم الاجتماع ، دار المعرفة الجامعية ، ط 4، الإسكندرية ، ص 05.

سابعاً: الدراسات السابقة:

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

دراسة حمادي عياش : السياسة الصحية والأسرة الجزائرية ، دراسة ميدانية بمراكز حماية الأمومة والطفولة - مدينة باتنة -

وكان هدف الدراسة إلى معرفة السياسة الصحية للأسرة الجزائرية من خلال مجموعة من المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية في إطار التنمية الشاملة، بمحاولة فهم السياسة الصحية ، وأهداف هذه السياسة، ومدى إشباع أو عدم إشباع الحاجات الصحية للأسرة في الجزائر، وقد انطلق الباحث من خلال التساؤل الرئيسي ضمن الإشكالية هل السياسة العامة المنتهجة في الجزائر تغطي حاجيات الأسرة؟ مع التساؤلات الفرعية التالية:

- ما مكانة الصحة والأسرة في المخططات الإنمائية للجزائر؟ ما هي القوى الاجتماعية والسياسية، والهيكلية التي دعمت السياسة الصحية في الجزائر؟ ما هي مكانة الأسرة في السياسة الصحية

- إن حماية الأم والطفل، تتطلب سياسة صحية محددة المعالم، واضحة الأهداف ما مدى صحة هذا؟، وما علاقته بالأسرة؟ هل استجابت السياسة الصحية في الجزائر لمتطلبات الأسرة؟ وكيف أسهم التخطيط و الوعي العائلي في السياسة الصحية؟ وما مدى تأثير السياسة الصحية بإعادة الهيكلة الاقتصادية والاجتماعية للمجتمع؟ وما

هو دور الإعلام في كل هذه المراحل السياسية؟ وهل حققت السياسة الصحية المتبعة في الجزائر متطلبات الأسرة؟

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

- بالنسبة للعينة اقتصر على جنس الإناث، المترددات على مراكز حماية الأمومة والطفولة بمدينة باتنة.

وقد انتهت الدراسة إلى النتائج أهمها:

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

- على الصعيد السياسي فإن انتقال الدولة من الدولة الداعية المدعمة للأسعار إلى الدولة المحررة للأسعار دون خلق شروط اجتماعية واقتصادية لذلك مع ما تعيشه الأسرة من بطالة وفقير وسوء المعيشة هي تحول من برجوازية الدولة إلى برجوازية القطاع الخاص.

- بالرغم من النقائص الملاحظة في المنظومة الصحية إلا أن هناك تغطية ملحوظة للصحة.

دراسة محمد رضا بلمختار : نسق العلاج وعقلانيته الفاعلين ضمنه - دراسة حالة لمصلحة طبية متخصصة بالمركز الاستشفائي الجامعي (أسعد حسني) ببني مسوس ومستوصفان ملحقان بها.

كان هدف الدراسة البحث عن النموذج المثالي للعقلانية الطبية داخل نسق العلاج وأثر التطورات الاجتماعية على فريق العلاج أو العلاقة التي تنشأ عن هذه التصورات بين المرضى وفريق العلاج، كذلك البحث عن مدى تأثير التعليم في العقلانية الاجتماعية وأثر التقارب في الوضع الاجتماعي على العلاقة بين الفاعلين داخل نسق العلاج.

وقد انطلق الباحث من الفرضيات التالية:

- التباين في الظروف الاجتماعية - الاقتصادية بين فئات المستخدمين لهياكل العلاج يرتبط بالتباين في احتمالات القرب من نموذج العقلانية الطبية فيما يخص المرض والعلاج.
- الفئات المستخدمة ذات المستوى الدراسي المنخفض بالنسبة للأطباء والتي تفهم اللغة المتداولة طبيا تبعد أكثر عن العقلانية الطبية فيما يخص المرض والعلاج.
- فيما يخص الإجراءات المنهجية التي أتبعها الباحث فإنه أعتمد على دراسة الحالة وما فيها من أدوات وأساليب، وقد اتبع الباحث الأسلوب الكيفي باعتباره يناسب البحث من حيث أنه بحث استكشافي بالدرجة الأولى ، يسعى إلى الاطلاع على مجال اجتماعي يفتقر إلى دراسات سابقة ضمنه، كما استعمل الباحث العديد من التقنيات كدليل المقابلة ، المقابلة المباشرة، الاستمارة ، التحليل الإحصائي للجداول.
- بالنسبة للعينة : اقتصرت الدراسة على جنس الذكور فقط نظرا للصعوبات الملاحظة خلال الدراسة الاستطلاعية مع الإناث اللواتي أظهرت تحرج الاتصال بشخص له جنس مختلف ، خارج عن المصلحة ، وكان عدد المبحوثين 37 مبحوث استشفائي أمّا بالنسبة للممارسين فكان عددهم 25 بالمستشفى و 9 بالمستوصف مما يعطينا مجموع 34 مبحوث

- وقد أجريت الدراسة بالمركز الاستشفائي الجامعي أسعد حسني ببني مسوس ، بلدية الشراكة ولاية الجزائر ، فقد اختيرت مصلحة الأمراض التنفسية ومستوصفين تابعين لها وهذا خلال سنة 1988.

وقد انتهت الدراسة إلى جملة من النتائج كان أهمها:

- إن التشابه في الظروف الاجتماعية والاقتصادية يرتبط بالتشابه في القرب والبعد عن نموذج العقلانية الطبية فيما يخص المرض ،ونسق العلاج وبالتالي في تقارب العقلانيات بين أفراد الفئة الواحدة ذات الظروف المتشابهة و ان اتساع الاختلاف في هذه الظروف بين الفئات يرتبط بزيادة احتمال الاختلاف بينهما فيما يخص التقارب بين مبحثي الفئات المتشابهة الظروف.

- وقد تحققت الفرضية الأولى ، سوى أن التباين في العقلانيات لا يعني الاختلاف الكامل بينهما حيث هناك عناصر تداخل بين مختلف الفئات فيما يخص ذلك و الفرق يكمن في أن فئات لها عناصر إدراكية غير موجودة عند الأخرى إذن هناك عقلانيات جزئية أو تحتية ضمن عقلانيات اجتماعية.

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

- فيما يخص الفرضية الثالثة: فقد استنتجت أنه لا يوجد تبايننا معتبرا في المعنى المعطي للعمل في الفرق لدى المعالجين يتباين الفئة المعالجة التي ينتمون إليها

والفرقة الذي يظهر بين فئة الأطباء والشبه طبي في ذلك لا يتجاوز المستوى النظري حيث يقدم الأطباء تعريفا نظريا تقنيا للعمل في الفرقة.

- كما استنتج الباحث بأن المنظومة العلاجية ليست متجانسة كما تحاول الظهور به لأنها لم تصل إلى إخفاء أثر الانتماء الاجتماعي للمعالج ، أو صيانة العلاقات بين المعالجين على أساس تقني موضوعي يحد من أثر تدخل الاعتبارات الخارج تنظيمية اجتماعية، بل يبقى التكامل والتبعية ضمن نفس المستوى والكفاءة أي يقوم على التشابه أكثر منه الاختلاف ، كما يوجد نوعين من الاستجابة تقدمها المؤسسة العلاجية للمرضى إحداها تقوم على التبادل المصلحي واستعمال الوسائط من الممارسين لاختراق نظام التوزيع الرسمي للخدمات والأخرى تقوم على تقديم الحد الأدنى من الخدمات بالنسبة للمرضى اللذين ليس لهم وسائط التبادل المصلحي مع الممارسين.

الفصل الثاني :

أخلفية السوسيولوجية للتحضر في المجتمع الجزائري.

أولاً: ماهية التحضر .

- 1- تعريف التحضر والحضرية.
- 2- خصائص الحياة الحضرية.

ثانياً: الخلفية النظرية المفسرة للتحضر.

- 1- المداخل النظرية للتحضر..
- 2- المؤشرات السوسيولوجية للقياس التحضر.

ثالثاً: التحضر في المجتمع الجزائري.

- 3- تعريف وخصائص المجتمع الجزائري..
- 4- مراحل التحضر في الجزائر.

تمهيد:

التحضر من أهم العمليات الاجتماعية التي عرفها المجتمع المعاصر وهي عملية تراكمية معقدة وعليه سيكون هذا الفصل الخلفية والسوسيولوجية للتحضر والتحضر في الجزائر.

أولاً: ماهية التحضر.

1- تعريف التحضر والحضرة.

أ. التحضر:

لقد جاء في لسان العرب أن مفهوم التحضر يقصد به « التواجد والحضور الدائم والاستقرار والإقامة في المدن والقرى وهذا خلافه البداوة»⁽¹⁾.

أمّ منجد اللغة والعلوم والآداب فإن مفهوم التحضر اشتق من كلمة حضور ويقصد بها الاستدامة في الاستقرار في مكان وحد «⁽²⁾.

أمّا معجم علم الاجتماع ، فعرف مفهوم التحضر بأنه « الانتقال من الحياة الريفية إلى المدن للعيش ، ويكون هذا الانتقال بسبب الهجرة ، حيث ينبغي على الشخص أو الجماعة أن تتكيف مع النظم والقيم السائدة في المدينة وقد يترتب على حالة انعدام هذا التكيف تدهور الحالة المادية والمعنوية ومن هناك العودة إلى القرية »⁽³⁾.

والتحضر كما يعرفه عبد المنعم شوقي " العملية التي تتم به زيادة سكان المدن عن طريق تغير الحياة في الريف من حياة ريفية إلى حياة حضرية أو عن طريق هجرة القرويين للمدن المقصودة، بما في ذلك التغيرات التي قد تحدث لطبائع وعادات وطرق معيشة سكان الريف حتى يتكيفوا للمعيشة في المدن»⁽⁴⁾.

أمّا محمود الكردي فنجدّه يعرف مفهوم التحضر بصورة شاملة ويرى « أنّه الاتجاه العام نحو الإقامة في المراكز الحضرية والعمل على تعميرها وتوسيع نطاقها الحضري وهو موقف

(1) د. أحمد بوزراع ، مرجع سابق ، ص 134.

(2) نفس المرجع، ص 134.

(3) نفس المرجع، ص 134.

(4) د.عبد المنعم شوقي ، مرجع سابق ، 1981 ، ص 23.

نجدّه سائداً عالمياً، وغير قاصر على منطقة معينة دون غيرها ، رغم التفاوت الواضح بين مناطقها من حيث التباين في الدرجة أو المستوى « (1).

وفقا لهذه التعاريف إن التحضر يشير إلى مختلف العمليات الاجتماعية التي تصاحب عملية التحضر وتقرضها الحياة الاجتماعية الحضرية وهي:

(1) التحضر عملية يتم من خلالها زيادة سكان المدن عن طريق الهجرة.

(2) التكيف التدريجي للسكان مع شروط الحياة في المدينة.

(3) اكتساب الطابع الحضري.

يجب أن نشير أن عملية التكيف واكتساب الطابع المميز للحياة الحضرية يتطلب وقتا طويلا ولا يحدث بمجرد الوصول إلى المدينة.

ويمكن أن نميز بين خمسة معاني للتحضر ، وتتمثل في المعنى الجغرافي والديمقراطي والايكولوجي والتنظيمي والسوسيولوجي، وسنعمد في عرض هذه المعاني على كتابات محمد بومخلوف (2) :-

(1) المعنى الجغرافي:

يشير التحضر في معناه الجغرافي إلى اتساع الرقعة الجغرافية الوطنية للتجمعات السكنية الحضرية ، سواء بتوسع التجمعات الحضرية القائمة نحو محيطها الريفي أو بتحول القرى إلى تجمعات حضرية بسبب ما يطرأ عليها من تحول اقتصادي أو إداري أو غير ذلك ، أو بظهور تجمعات حضرية جديدة تماما ، كما في حالة المدن الجديدة والمدن الصناعية ، أو التوزيع الجغرافي للمدن على الرقعة الجغرافية الوطنية له دلالة بالغة الأهمية على أكثر

(1) محمود الكردى ، مرجع سابق ص 30.

(2) محمد بومخلوف، التوطن الصناعي وقضاياها - المعاصرة الفكرية والتنظيمية والعمرانية والتنموية - التحضر - ، دار الأمة ، الجزائر ، ط1، 2001، ص (25-27).

من صعيد اجتماعيا وثقافيا واقتصاديا وسياسيا واستراتيجيا فهو مؤشر على الصحة الحضرية للمجتمع.

(2) المعنى الديمغرافي:

يشير إلى ازدياد عدد سكان التجمع السكاني الحضري إحصائيا نتيجة لعمليتين ديموغرافيتين أساسيتين هما:

- النمو السكاني الطبيعي للمجتمع.
- النمو السكاني الناتج عن الحركة الجغرافية للسكان من الريف إلى المدينة.

(3) المعنى الايكولوجي :

يشير هذا المعنى إلى جانب البيئة الناتجة من عملية التحضر من ازدياد عدد البناءات وتجاورها ، وتوسع حجم المدينة ، وارتفاع كثافتها وظهور الأحياء والمناطق ذات الأنشطة المتخصصة، وينتج عن كل ذلك بيئة اجتماعية خاصة ، تتميز بعلاقات جوار خاصة وكثافة التفاعل الاجتماعي والاتصال المباشر وغير المباشر ، ولذلك فإن البيئة الحضرية قد تؤدي إلى تلاقح الأفكار وانتشارها وتبادل الخبرات ، وما يتولد عن كل ذلك ابتكار وإبداع ، فتنحول إلى بيئة إشعاع فكري وثقافي وحضاري ... ، ذلك لأن البيئة الحضرية بطبيعتها توفر فضاءً واسعاً للحرية والتفاعل وتتميز بالتباين الشديد والمجهولية والميل نحو الفردية والنفعية في العلاقات الاجتماعية وهكذا فإن التحضر يؤدي إلى إنتاج بيئة ذات طبيعة خاصة.

(4) المعنى التنظيمي:

المدينة هي تنظيم اجتماعي كبير، تبرز فيه سيطرة الإنسان على المجال والنشاطات والعلاقات الإنسانية بوضوح، بفضل التنظيمات المختلفة التي تسهر على ضبط الحياة الجماعية وعلاقتها في البيئة الحضرية بصورها السابقة من أجل ضمان فعالية هذا التجمع البشري الكبير، وأبرز مظهر تنظيمي يصاحب التحضر يتمثل في نظام الضبط الاجتماعي الذي ينتقل من الاعتماد على الأعراف إلى الضبط القائم على القوانين، وهذا إلى جانب أن الفرد الحضري يصبح فردا تنظيميا ينتمي في ذات الوقت إلى تنظيمات عديدة حتى تستقيم حالته في المدينة إلى درجة القول أن المدينة تتميز بتنظيماتها التي تنتظم في إطارها العلاقات والجهود والأعمال الفردية والجماعية لتلك الجموع البشرية التي تجوب أرجاءها.

(5) المعنى السوسيولوجي :

يشير إلى تلك العمليات الاجتماعية التي تصاحب التحولات المجالية والديموغرافية والبيئية والتنظيمية التي تصيب التجمع السكاني الحضري، والمسافات المكانية السائدة بين السكان في التجمع الحضري، قربت أو بعدت تترك آثارها واضحة على علاقات الأفراد والجماعات بعضهم ببعض كما هو الشأن بالنسبة لكثافة الاتصال ودرجة التفاعل وحجم التجمع السكاني والانتماء التنظيمي القسري والطوعي، كل ذلك يحدث نمطاً جديداً تماماً من العلاقات والسلوكات والتصورات والذهنيات ينتج عنه ما يسمى بثقافة المدينة أو الثقافة الحضرية التي لها قيمها ومعاييرها ويكسبها الفرد المنتقل إلى المدينة أو ينشأ عليها المولود فيها وهكذا فالمتحضر يؤدي إلى حالة من الوجود الاجتماعي بشقيه المادي واللامادي يتسم بالتعقيد ويفرض نفسه على الأفراد والجماعات لتتكيف معه وهو معنى الحضرية عند لويس ويرث .

ب. الحضرية

تشير إلى طريقة الحياة المميزة لأهل المدن الذين يتبعون عادة أسلوباً أو نمطاً معيناً في حياتهم وهو أمر يتعلق بالسلوك اليومي ، والحضرية هي الحويلة النهائية لعملية التحضر ، أي هي تلك التغيرات الاجتماعية المصاحبة للتحضر بسبب إقامة الأفراد في المدن بغض النظر عن كيفية الوصول إلى ذلك سواء بالميلاد أو بالهجرة أو بظهور المدن في موطنهم الأصلي الذي نشأوا فيه.

ويرجع الفضل إلى تحديد مفهوم الحضرية إلى لويس ويرث الذي عرفها بأنها نمط أو أسلوب الحياة في مقاله الشهير المنشور عام 1938 بعنوان الحضرية نمط حياة Urbanism is way of live (July1-24) Journal of sociologie Américain⁽¹⁾ وأكد ويرث أن المدينة عبارة موقع دائم يتميز بكبر الحجم وكثافة عالية نسبياً وبدرجة ملحوظة من واللاتجانس (التباين) بين سكانه وأن هذه الخصائص الثلاثة (الحجم - الكثافة - اللاتجانس) تؤدي بدورها إلى عدد من الخصائص التي ترتبط بطبيعة الحياة في المدينة وشخصية ساكنها⁽²⁾.

• الخاصية الأولى : الحجم .

تتميز الحضرية في نظر ويرث بالعلمانية والعلاقات الثانوية والروابط الطوعية وسيطرة الأدوار الانقسامية ، ولبلورة هذا المفهوم اتخذ ويرث من المدينة محددًا هامًا و أساسيًا لكل أنواع الفعل الاجتماعي ، وربط بين حجم السكان والكثافة في المدينة وأنماط السلوك الصادرة عنهما وهنا ينتقل من قضايا إيكولوجية إلى عدد من القضايا التي تمس طبيعة المجتمع الحضري وشخصية ساكن المدينة.

(1) . محمد بومخلوف ، مرجع سابق ، ص 28

(2) حميد خروف - بلقاسم سلاطنية - إسماعيل قيرة ، الإشكاليات النظرية والواقع - مجتمع المدينة نموذجاً - منشورات جامعة منتوري قسنطينة ، الجزائر ، 1999 ص (54-59) .

• الخاصية الثانية: الكثافة.

يستخدم متغير الكثافة إلى الحجم النسبي للسكان، بالإضافة إلى المساحة التي يشغلونها (عدد السكان في الكيلومتر مربع مثلا) وهي إحدى خصائص المدينة التي تمس طبيعة المجتمع الحضري والشخصية الحضرية:

- كلما زادت الكثافة السكانية في المدينة زادت فرص ظهور التباين والتخصص في مجالات الحياة الاجتماعية وأنشطتها المختلفة.

- تزايد الكثافة من درجات التقارب الفيزيقي بين الأفراد في مقابل التباعد الاجتماعي.
- تزايد من انفصال الجماعات السكانية من بعضها البعض حيث تقطن الجماعات المتشابهة اجتماعيا واقتصاديا وثقافيا مناطق سكانية أو أحياء واحدة.

- تؤدي شدة الكثافة إلى :

أ- ظهور الأمراض الاجتماعية.

ب- سيادة الضوابط الاجتماعية الرسمية.

• الخاصية الثالثة : اللاتجانس .

يشير هذا المصطلح إلى العملية التي يحدث عن طريقها الانفصال والتخصص والتفاعل واكتساب أشكال متخصصة من الوظائف وما يصاحب هذه العملية من نتائج وقد أوضح ويرث أن اللاتجانس هو إحدى خصائص المدينة ونتيجة حتمية لكبر حجم الكثافة العالية من ناحية واستجابة مباشرة لضرورة اقتصادية (تقسيم العمل) واجتماعية (الاختلافات والفروق).

وهكذا فإن خلاصة وعمل ويرث أن التحضر يؤدي إلى تغيير أساسي في طبيعة ونوعية العلاقات الإنسانية ، بسبب ازدياد حجم المدن و كثافتها وتباين المجموعات

البشرية فيها، كما يؤدي التحضر إلى اختفاء الجماعات الأولية ، تاركة مكانتها لصالح الجماعات الثانوية والمتخصصة ويشجع لا شخصية العلاقات وروح التسامح، بل أكثر من ذلك فإن السكان المتكيفين مع هذا الوضع يصبحون أقل اعتمادا على الجماعات الأولية كالعائلة والحي. (1)

ومما تجدر الإشارة إليه أن مفهوم الحضرية حظي بدراسة كثير من العلماء، قد تضمنت كتابات كل من " جورج زيمل" و " بيتر سوركن" و " وزيرمان" و "بارك" و "سبايك مان" عرضا لبعض خصائص الحضرية باعتبارها أسلوباً خاصاً للمعيشة أو طريقة للحياة ويرى السيد **عبد العاطي** السيد أن معظم هذه المحاولات التي قدمها العلماء اجتمعت على التأكيد على الخصائص التالية: (2)

1) تطوير نسق أكثر تعقيدا لتقسيم العمل يعتمد على بناء مهني يتسم بالتباين ، بحيث يشكل أساسا لنسق التدرج الطبقي.

2) ارتفاع معدلات الحراك الاجتماعي والفيزيقي والمكاني.

3) الاعتماد الوظيفي والتساند المتبادل بين الأفراد.

4) انتشار وسيطرة نسق من العلاقات يتسم بالطابع السطحي وغير الشخصي إلى جانب سيطرة الطابع الانقسامي على الأدوار الاجتماعية.

5) الاعتماد على الأساليب الغير مباشرة للضبط الاجتماعي .

وقد وجهت عدة انتقادات إلى ويرث صاحب الحضرية كطريقة للحياة تلخيصا فيما يلي: (3)

(1) محمد بومخلوف، مرجع سابق ص 29

(2) د. محمد بومخلوف ، مرجع سابق ، ص 29.

(3) د. محمد بومخلوف ، مرجع نفسه ، ص 29.

- (1) حاول أن يعمم النتائج التي توصل إليها من أبحاثه وملاحظاته المستمدة أساسا من مدينة شيكاغو ، وكان من المناسب والأجدر قبل ذلك أن يجري عدة مقارنات تاريخية وبين المجتمعات.
- (2) ذلك أنه حتى في داخل أمريكا أيضا يوجد تنوع في مسار المقيمين الحضريين (أهل الحضر) تنوع في أسلوب الحياة في الأوساط الشبه الحضرية، حيث أن كل مدينة تنتج نمودجا للثقافة الفرعية الخاصة المرتبطة بالبناء الاجتماعي.
- (3) أن الكثافة السكانية ليس لها أثر موحد مهما كانت خصائص السكان، على العكس من ذلك فإن هذه الآثار تتغير حسب درجة تحكم الجماعات المعنية في مستقبلها وحسب النموذج المرجعي لديها.
- (4) إن العلاقات الاجتماعية الثانوية ليست بالضرورة بديلة عن العلاقات الأولية، فكل نوع منها يمكن أن ينمو بصورة متكاملة، والمثال على ذلك العلاقات المعروفة في العائلة الممتدة في نطاق التحضر يمكن أن تعرف تجديدا للمعنى.

2- خصائص الحياة الحضرية:

تتميز الحضرية بالتغير السريع سواء من حيث الحركة السكانية أو من حيث التغير في النظم الاجتماعية أو الاقتصادية أو من حيث التغير في القيم والعادات والتقاليد والنظرة إلى الحياة، وأهم الخصائص الحضرية ما يلي: ⁽¹⁾

- الحضرية تتناسب طردياً مع عدد السكان بحيث كلما زاد عدد السكان في مدينة ارتفعت فيها نسبة الحضرية ارتفاعاً ملحوظاً.
- المهاجرون من الريف للمدينة يحتفظون بالرواسب الريفية وآثارها تظل عالقة بسلوكهم أول الأمر ثم يتحررون منها تدريجياً حتى تختفي في الجيل الثالث وما بعده فلا بد إذن من المرور على مراحل مختلفة متعددة حتى ينتقل السكان من الريفية إلى الحضرية.
- إنَّ أهم سمة للحضرية هي شكل العلاقات التي تقوم بين الناس ونوع العمل الذي يقومون به والتخصص وتقسيم العمل، ومدى اتساع نطاقه.
- انتشار الصناعة في أغلب المجتمعات يميل إلى خلق مراكز صناعية مستقلة تصبح مدن بعد حين، ولهذا فالحياة الخالصة تختلط بالحياة الاجتماعية المتأثرة بالتصنيع حيث أنه يصعب التمييز بينهما.
- إن المدينة تحدد نوع العمل الذي يقوم به الفرد فكل فرد يتخصص في نوع معين من العمل، حتى يمكن القول أن هناك مطابقة للتقسيم المهني والترتيب الطبقي.
- تمتاز الحياة الحضرية بالتكيف السريع ، فالفرد الجامد الذي لا يستطيع التكيف سرعان ما يختلف بل يتنبأ له الباحثون بالمرض النفسي ، لكن الفرد المتكيف

(1) د. محمد عاطف غيث: علم الاجتماع الحضري - مدخل نظري -، دار النهضة العربية، بيروت، ص 96.

المتفاعل هو الذي يمكن له البقاء في المدينة، فالتكيف السريع شرط أساسي للحياة الحضرية الناجحة .

- الحياة الحضرية تمتاز بأنها مرنة غير جامدة فيها التغير السريع ، وعلاقات الناس تتم فيها بالمرونة والقابلية للتغير والتكيف للمواقف المختلفة التي تكون نتيجة لتغير المراكز والأدوار التي يقوم بها كل منهم.

ثانياً: المداخل النظرية المفسرة للتحضر.

1- المداخل النظرية للتحضر:

إن المتصفح للتراث النظري الحضري ومحاولات تصنيف النظريات السوسيولوجية الحضرية في كتابات علم الاجتماع الحضري، سجد شبه إجماع على أن جميع المحاولات التنظيرية والتفسيرات النظرية للظواهر الاجتماعية النظرية لا تخرج عن خمسة اتجاهات نظرية أساسية هي:

أ. الاتجاه النفسي الاجتماعي : (1)

ويتمثل هذا الاتجاه في تلك الأعمال التي قدمها علماء الاجتماع المدرسة الألمانية في علم الاجتماع ، ولذلك تعرف من الناحية الزمنية بالمدرسة الكلاسيكية ، كما تعرف بالاتجاه السلوكي، أو الاتجاه التنظيمي ، نظراً لتركيزها على جانب السلوك والفعل والعلاقات والتفاعلات الاجتماعية ، والمظهر التنظيمي للحياة الاجتماعية الحضرية واعتبار ذلك شرطاً ومقوماً أساسياً لمجتمع المدينة ومن ثم الفرد يوصف بالحضرية بناء على نمط سلوكه وليس على مكان إقامته، حيث تنتشر العقلانية والفعل الاجتماعي ويختفي السلوك العاطفي.

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

فالسُّلوك أو الفعل الاجتماعي الحضري بهذه الصورة نتاج للطبيعة المعقدة لحياة المدينة ، لما تتميز به من كثافة بشرية وتجاوز للمباني وتنوع للسكان ، مما يحتم على الفرد أن يعدل من سلوكه ويكون أكثر عقلانية في علاقاته ليضمن لنفسه التكيف والاستمرار، وفي الحقيقة أن هذه الصفة الخاصة بالمدينة وانعكاسها على سلوك أفرادها نجدها عند مختلف

(1) محمد بوخلوف، مرجع سابق، ص71.

علماء الاجتماع الذين اهتموا في كتاباتهم بالمدينة وظواهرها ، وأولهم ابن خلدون عندما يتكلم عن أخلاق أهل الحضر المتميزة بالحيلة والذكاء ، لأن حياة المدينة تكسبهم ذلك ومع تعاقب الأجيال يصبح ذلك خلقا فيهم ومزاجا لهم أو ملكة في شخصهم .

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

وهكذا فإن الطبيعة المعقدة للحياة الاجتماعية للمدينة تصنع سلوك أفرادها وتطبعه بالعقلانية والرشادة، هذا السلوك ما يلبث أن يعكس على المدينة نفسها ، على تنظيمها وعلى مؤسساتها، فبعدما شكلت المدينة أفرادها وصنعت شخصياتهم وسلوكهم ، فإنهم بدورهم يشكلونها بما يصبحون يحملونه من تصور وأفكارهم وعقلانية ورشادة في حياتهم الخاصة والعامة وهكذا العقلانية والمدنية شيئان متلازمان.

فالنسبة لماكس فيبر فإن المدينة لا تختلف عن التصور الشائع الذي مفاده أنها عبارة عن منطقة مستقرة وكثيفة بالسكان المتزاحمين غير المتعارفين، وتظهر فيها أعلى درجات الفردية والمقصود ليس وصف أسلوب واحد للحياة، وإنما وصف مجموعة بناءات اجتماعية يمكن أن تؤدي إلى ظهور أنماط متعددة وملموسة في أساليب الحياة ولذا فإن المدينة على هذا الأساس تمثل بناءات اجتماعية تشجع الفردية الاجتماعية والتجديد وهي بذلك وسيلة للتغيير التاريخي.

أمّا بالنسبة ل **جورج زيمل** فقد ركز في تحليله للمدينة على الجانب الفكري والاتجاهات والمشاعر ، ومن ثم يرى أن الاهتمام بالتفاصيل الديمغرافية والخصائص

الفيزيائية للمناطق والمجاورات والضواحي يصبح مضيعة للوقت وعملا يهبط إلى مرتبة العبث، وأن التحليل السوسيولوجي للمدينة يجب أن يتجه إلى دراسة الصور النفسية للحياة الإنسانية في بيئة حضرية، وباختصار تصبح عقلية.

وهكذا فإن المدينة تصنع عقلية أفرادها التي بدورها تصنع المدينة مرة أخرى الذي يتجلى في تنظيمها وذلك من خلال ثلاث مستويات أساسية هي:

- المستوى المادي الهيكلي التخطيطي للمدينة الذي يلاحظ في المسكن أو الشارع أو الحي أو المدينة ككل.
- المستوى الاقتصادي القائم على الصناعة والتبادل وعلاقات المصلحة والمنفعة والتعاقد.
- مستوى المؤسسات الرسمية التي تنظم الحياة في المدينة مثل مؤسسات الضبط وحفظ الأمن والسهر على مصالح السكان.

ب. الاتجاه الايكولوجي :

يعرفه هذا الاتجاه بعدة أسماء هي المدرسة الأمريكية نسبة إلى البلد ومدرسة شيكاغو نسبة إلى المدينة التي تقع فيها الجامعة التي عمل فيها أصحاب المدرسة الايكولوجية نسبة إلى الاتجاه والمبدأ النظري الذي تعتمده في تفسير الظواهر الاجتماعية الحضرية، وهو من تأسيس " روبرت بارك " وجماعة أخرى من العلماء من أهمهم (ماكينزي وأرنيسست بيرجس، ...) وغيرهم من الأتباع الذين طوروا هذا الاتجاه الذي أصبح يحمل أفكارهم وقد كان ذلك ابتداء من منتصف العقد الثاني من القرن العشرين⁽¹⁾

(1) محمد عاطف غيث ، مرجع سابق ، ص 74.

ويمكن القول أن الأفكار الرئيسية لهذه المدرسة كانت تتركز حول الإجابة عن سؤالين هما: ما هي القوى غير الاقتصادية التي تعمل على خلق ثقافة المدينة ؟ وما هي الإمكانيات الاختيار الحر والتجديد في ثقافة المدينة ؟

وبعد باريك من أبرز المؤسسين الأوائل لمدرسة شيكاغو وقد قدم إسهاماً في المدينة وأكد في هذا المجال عدداً من القضايا الهامة التي نجلها على النحو التالي: (1)

- المدينة مكان طبيعي لإقامة الإنسان المتحضر.
- المدينة منطقة ثقافية.
- المدينة بناء طبيعي يخضع لقوانين خاصة من الصعب تجاوزها.
- المدينة بناء متكامل: ما يصدق عليها ينسحب على كل قسم من أقسامها الفرعية.

وقد خلص باريك إلى القول أن الايكولوجيا تهدف للكشف عن الأنماط المنتظمة في المكان للعلاقات الاجتماعية.

وقد تطورت عن هذا الاتجاه ثلاث نظريات للتقسيم الاجتماعي للمجال الحضري، أي توزع الناس على المناطق السكانية للمدينة المتعددة بالنسبة لنظرية الدوائر (برجس) وتعرفه نظريته باسم نظرية الدوائر المتمركزة التي توصل إليها من خلال دراسة لمدينة شيكاغو مفادها " أنه لم يواجه نمو المدينة الأمريكية عوامل معوقة ، فإنها تتخذ في هذا النمو شكل خمس حلقات متحدة المركز، تمثل الحلقة الأولى منها منطقة الأعمال المركزية، وفيها تدور أنشطة المدينة، وتقع على أطرافها حلقة ثانية وهي منطقة التحول والانتقال وتتعرض باستمرار للتغير نتيجة اتساع نمو الحلقة الأولى ، كما تتميز بكثافتها السكانية العالية

(1) حميد خروف - . بلقاسم سلاطينة - . إسماعيل قيرة . مرجع سابق ص 14.

وظهور التفكك الاجتماعي ، أما الحلقة الثالثة فتضم سكني الطبقات العاملة، يليها منطقة الفيلات.

وفي النهاية تقع الحلقة الخامسة خارج حدود المدينة حيث تشكل الضواحي والأطراف مناطق سكنية لذوي الدخل المرتفع.

وهكذا نجد هذه النظرية بكل وضوح هذا الاتجاه الايكولوجي في تعيين المناطق السكانية وتوزيع السكان عليها حسب أقدميتهم في المدينة، ووضعهم الاجتماعي، ونمط حياتهم ابتداء من المركز أين تنتشر الأعمال إلى الضواحي.⁽¹⁾

وقد وجهت عدة انتقادات وجهت إلى نموذج برجس تؤكد عدم مطابقته للواقع- انطبقت مرحليا على بعض المدن الأمريكية التي نمت بسرعة كبيرة نتيجة الهجرة.⁽²⁾

ثم جاءت بعدها نظرية القطاعات ونظرية النويات المتعددة.⁽³⁾

وقد توصلت هذه المدرسة وفقا لمدخلها النظري إلى صياغة مجموعة من القضايا والمقولات النظرية على ما يلي:⁽⁴⁾

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

- الحي الطبيعي: ويقصدون به تلك الأحياء السكنية التي تنمو نمواً طبيعياً وبصفة حرة دون تصميم مسبق الأمر الذي يفسح المجال للحصول على بناء طبيعي للحي.

1) محمد بومخلوف ، مرجع سابق ، ص 75.

2) حميد خروف- بلقاسم سلاطنية - إسماعيل فيرة ، مرجع سابق، ص 29.

3) من أجل تفاصيل أكثر راجع المرجع السابق ، ص (29-37).

4) محمد بومخلوف، مرجع سابق ، ص 76.

- علاقات المصلحة: فالناس يعيشون مع بعضهم لا لأنهم متشابهون بل لأن الواحد منهم ضروري للآخر.

- التقسيم الاجتماعي للمجال الحضري: فالسكان يتوزعون على أحياء المدينة حسب مدخلهم الاقتصادي كما يتوزع المتفرجون على قاعة السينما.

ويجمع العلماء في علم الاجتماع الحضري أن هذه النظرية تجاهلت العوامل الثقافية في سبيل تبسيط مشكلة البحث وبهذا المعنى فهي تسلب البيئة الإنسانية خصوصيتها وتجردها من كل معنى، فالمدينة هي بناء التفاعل وليست بناء الحجر والصلب والإسمنت ، كما أن هذه النظرية تطبق على المدن الأمريكية فقط.

ج. اتجاه الثقافة الحضرية:

نظر هذا الاتجاه إلى الحضرية باعتبارها ثقافة ناتجة عن الحياة في المدينة، وذلك صور الحضرية بأنها طريقة للحياة تتميز بها المدينة، نظرا لما تتمتع به من سمات وخصائص اجتماعية تميزها عن الحياة الاجتماعية الريفية ، في شخصية للثقافة الحضرية ، فإن هذا الاتجاه يتداخل كثيراً مع تلك الخصائص التي حددتها المدرسة الألمانية للسكان المدينة، ويختلفان فقط في المنحنى، فبينما نحت المدرسة الألمانية منحى سيكولوجي ، فإن هذا الاتجاه نحى منحى ثقافي.

ويتفق علماء الاجتماع الحضري على أن هذا الاتجاه من تطوير لويس ويرث من مدرسة شيكاغو، وتتضمن مقالته والشهرة الحضرية كطريقة للحياة الدعائم الأساسية لهذا الاتجاه، عرضنا أفكاره في العناصر السابقة من هذا الفصل.

وجاءت مساهمات " روبرت ردفيلد " فهو صاحب نظرية " المتصل الريفي الحضري الذي يعني وجود المجتمعين الريفي والحضري على خط متصل متدرج يبدأ بالمجتمع الريفي وينتهي بالمجتمع الحضري، كما اقتربنا من المركز كلما زادت الثقافة الحضرية القائمة على

الحراك الاجتماعي والتمايز الطبقي وتقسيم العمل المعقد وانتشار الصناعة والتجارة والتباين المتعدد الأبعاد بين السكان".⁽¹⁾

د. الاتجاه القيمي:

يركز هذا الاتجاه على دور القيم الثقافية في تحديد البناء الايكولوجي والاجتماعي للمدينة ، وفي نمط استخدامات الأرض ، كما أن للقيم دوراً معيناً في القرارات التي تتخذ بشأن تخطيط المدن عن طريق القوة الاجتماعية ، ومن ثم فإن القيم تعتبر متغيرات مستقلة في تفسير كثير من الظواهر الاجتماعية الحضرية المتعلقة ببنائها الايكولوجي والاجتماعي ويستدل أصحاب هذا الاتجاه على ذلك بالمدن القائمة مثل دراسة " والتر فبرث " لاستغلال الأرض في بوسطن وتأكيده على مدى تأثير القيم الثقافية على أسلوب الاستغلال هذا وكذلك ترتبط بمختلف الأنشطة والتنظيمات في المدن الإسلامية على نحو ما ذهب إليه " فون جرينايم " في دراسته للمدن الإسلامية ومدى فاعلية القيم الدينية في تلك المدن.⁽²⁾

وأن هذا الاتجاه النظري نجده واضحاً عند مجموعة من العلماء اللذين يؤكدون على أن القيم الثقافية تعتبر متغيرات مستقلة تفسر في ضوءها مظاهرها الحياة الاجتماعية وبنائها الايكولوجي والاجتماعي.

(1) . محمد بومخلوف، مرجع سابق ، ص 78.

(2) فادية عمر الجولاني ، علم الاجتماع الحضري ، مؤسسة شباب الجامعة، الاسكندرية، 1993 ، ص 83.

٥. الاتجاه التكنولوجي:

ويركز أنصار هذا الاتجاه في الدراسات الحضرية على التكنولوجيا باعتبارها العامل الأساسي في التأثير على المدن وأنماطها المكانية والزمانية ومن ثم على العلاقات الاجتماعية وذلك من حيث تطور وسائل الاتصال والمواصلات.

ويعد " وليم أجبرون وآموس هاولي " من رواد هذا الاتجاه وقد حرصا على تأكيد دور وسائل النقل في التأثير على الأنماط المكانية والزمانية للمدن والمراكز الحضرية ، وإن طبيعة سكان المدينة أو مواقع إقامتهم وأعمالهم تعد في نظر أجبرون نتاجاً مباشراً لوظائف النقل المحلي، بل أن المدن ذاتها تعتبر من خلق وسائل النقل الخارجية والبعيدة المدى، كما أن تشتت سكان المراكز الحضرية، وإعادة توزيع السكان الذي تشهده هذه المواقع الحضرية وغير ذلك من عمليات ايكولوجية هي في نظر هاولي استجابة مباشرة لما شهده مجال النقل الداخلي والخارجي من اتساع ملحوظ في إمكانيات الحركة وتسهيلاتهما. (1)

وبذلك فالتكنولوجيا تؤثر على البناء الايكولوجي للمدن من حيث المركزية وعدمها، ومن حيث نمط البناء وتجهيزاته وأثر كل ذلك في نمط العلاقات الاجتماعية ، بل أن التكنولوجيا أدت إلى إنتاج نمط معين من العلاقات الاجتماعية، فوسائل الاتصال الحديثة قد تقلل من فرص الاتصال المباشر لصالح الاتصال غير المباشر ، كما قد تقلل من فرص العزلة الاجتماعية ، كما قد تزيد من فرص التماسك الاجتماعي عن طريق كثافة الاتصال التي توفره التكنولوجيا الحديثة. (2)

1 السيد عبد العاطي السيد: علم الاجتماع الحضري بين النظرية والتطبيق ، الجزء الأول مداخل نظرية جزء أول، ص 346.

2 محمد بومخلوف، مرجع سابق ، ص 81.

2- المؤشرات السوسولوجية للقياس التحضر.

إذا كان التحضر العملية التي يتم من خلالها اكتساب النمط الحضري وذلك من خلال انتقال السكان من المناطق الريفية الحضرية، بما في ذلك التغيرات التي تحدث للطبائع وعادات وطرق معيشة سكان الريف حتى يتكيفوا مع معيشة المدن.

ونقصد هنا بدرجة التحضر " نسبة سكان المدن لمجموع السكان في بلد ما في وقت معين" ⁽¹⁾ وقد يختلف الكثير حول مؤشرات تحديد قياس درجة التحضر بين مؤشرات ذات بعد كمي وأخرى ذات بعد نوعي أو الاثنين معاً لا يمكن الاستغناء عنها في قياس درجة التحضر وهي ⁽²⁾ :

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

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

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

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

(1) عبد المنعم شوقي، مجتمع المدينة، بيروت ، دار النهضة العربية ، 1981، ص23.

(2) صبحي محمد قنوص، دراسات حضرية مدخل نظري ، الدار الدولية للنشر والتوزيع ، القاهرة ، 1994، ص 98.

- يرتبط نمط الاستهلاك بدرجة ثقافة الفرد وتحضره فالنمط الاستهلاكي يشكل في ضوء القيم والمعايير الاجتماعية والثقافية التي يكتسبها الفرد في المجتمع وهذا لا يعني أن درجة التحضر ترتفع وتنخفض وفقاً لارتفاع أو انخفاض مستوى الاستهلاك الاقتصادي فنمط الاستهلاك يرتبط بمستوى الدخل الذي يرتبط هو الآخر بمستوى الإنتاج، ومع ذلك فإن درجة التحضر لا تقاس بمستوى الاستهلاك أو الإنتاج خاصة في الدول الصناعية، حيث تحرص الأسرة المتحضرة على تقنين الاستهلاك مهما كان مستوى الدخل مرتفعاً .

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

ثالثاً: التحضر في المجتمع الجزائري.

1- تعريف وخصائص المجتمع الجزائري:

يمتاز المجتمع الحضري عامة بالحجم السكاني الكبير و بالكثافة السكانية العالية الناجمين خاصة عن الهجرة الريفية (1).

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

وقد ساهمت الهجرة الريفية في ارتفاع عدد سكان المدن خاصة المدن الكبرى للجزائر العاصمة- قسنطينة- وهران - عنابة، فقد كشف تحقيق أجراه الصندوق الجزائري للتنمية الاقتصادية والاجتماعية سنة 1960 " أن 28.2% من أرباب العائلات المقيمين في مدينة كبرى يقيمون منذ ولادتهم و 15.1% نزحوا إليها مباشرة من بلديات ريفية، وأن حركة الجزائر مست 70% من السكان الجزائريين " (2).

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

وقد اشتدت هذه الهجرة بعد الاستقلال حيث عدد سكان المراكز الحضرية من 6.7 مليون نسمة سنة 1966 إلى 16.5 مليون نسمة سنة 1987 و 23.6 مليون نسمة سنة 1998 (3)، وهذا نتيجة سياسة التصنيع والتوظيف الصناعي التي اتبعتها الجزائر

(1) الفاروق زكي يونس: علم الاجتماع، الأسس النظرية وأساليب التطبيق ، مكتبة الأنجلو المصرية ، 1976، ص 9.

(2) محمد بومخلوف ، مرجع سابق ، ص 127.

(3) محمد بومخلوف ، نفس المرجع ، ص 128.

منذ 1967 قد ساهمت في نمو المدن الجزائرية، حيث شهدت نسبة التحضر صعوداً انطلاقاً من سنة 1966 حيث قدرت 30.4% وارتفعت إلى 40.7% سنة 1977 إلى 50% سنة 1987 لتصل إلى 60.1% عام 2002 .⁽¹⁾

والتحضر في الجزائر له عدة خصائص نبرز أهمها في الآتي: ⁽²⁾

- أنه يعكس الواقع السياسي والتاريخي والاجتماعي في البلاد .
- أن نمو الحضر في تزايد مستمر .
- أن عملية التحضر اتسمت بخاصية السرعة، حيث كانت ولا زالت أقوى على طاقات المدن وإمكاناتها الطبيعية والبيئية والاقتصادية، فساهمت في رفع معدلات النمو الحضري وجعلها تفوق معدلات النمو الإجمالي للسكان.
- أن التحضر استقطب أهم القوى الدفاعية في تطور سكان الجزائر ، وأنه كان السبب الرئيسي في الخلل القائم في التوازن بين الريف والحضر .
- إن تزايد عدد المراكز الحضرية في الجزائر يعكس مدى الطاقات الكامنة في عملية التحضر في خيارات التنمية والتخطيط المحددة من قبل الدولة.
- ارتفاع عدد المدن الصغيرة والمتوسطة لمواجهة التركز الحضري للسكان في المدن الكبرى.

(1) Rapport Nationale : population et développement en Algérie 2003

(2) عبد العزيز بودون، التحضر في الجزائر " مجلة الباحث الاجتماعي " قسم علم الاجتماع جامعة قسنطينة، العدد 5 ، جانفي 2004 ، ص 167.

2- مراحل التحضر في الجزائر:

إن تاريخ الجزائر هو تاريخ مدن وحواضر وأن شكلت المدن التي هي قائمة يوم الاحتلال الفرنسي شاهدة على هذا التاريخ مثل مدينة الجزائر ، عنابة، قسنطينة ، بجاية وبعد دخول الاستعمار الفرنسي حدثت الكثير من التغيرات في بناء المجتمع الجزائري وقد ابرز محمد بومخلوف المراحل التي مرت عليها عملية التحضر في الجزائر فيما يلي: (1).

أ. فترة الاحتلال إلى غاية 1954:

اختفاء ظاهرة الحضرية والتحضر بالنسبة للأغلبية الساحقة للجزائريين في هذه الفترة لصالح الظاهرة الريفية البدوية وقد عرفت هذه المرحلة ثلاث فترات بخصوص التحضر هي:

- الفترة الأولى: (من يوم الاحتلال إلى مطلع القرن العشرين) تميزت بسياسة التشريد والطرده ونزع الملكيات والهجرة نحو الأرياف والبدوي ونحو جهات أخرى.

- الفترة الثانية: (من مطلع القرن العشرين إلى اندلاع الثورة التحريرية) وتميزت ببداية النزوح نحو المدن وبدايات ظهور بيوت الصفيح فيها وتصادف هذه الفترة مطلع القرن ، ومن الناحية السوسولوجية فإن هذه المدة (مدة الاحتلال) كانت كافية لأن تكون لدى الفرد الجزائري نوع من الألفة مع الأجنبي وفهمه بعد تغير الأجيال على مدى قرن من الزمن من ناحية أولى ، كما تغيرت الذهنيات واستراتيجيات وأساليب المقاومة من ناحية ثانية .

ب. فترة الثورة التحريرية (1954 - 1962):

(1) محمد بومخلوف ، مرجع سابق ، ص (122 - 137).

وقد ارتبط التحضر الذي عرفته الجزائر في هذه الفترة أساساً بالحركة الجغرافية للسكان التي كانت متجهة من الأرياف بهدف فصل المجاهدين عن قاعدتهم الشعبية. وقد ترتب عن هذه السياسة عدة ظواهر عمرانية تمثلت أساساً في الظواهر العمرانية التالية.

- تدمير العمران الريفي .

- انتشار عمران المحتشدات .

- التحضر السريع

- انتشار عمران الصفيح.

ج. - الفترة الأولى من الاستقلال 1962 - 1967:

تواصلت الهجرة الريفية نحو المدن خاصة أن الوضع الحضري كان مشجعاً وذلك بسبب الشغور العقاري الكبير الناجم عن مغادرة السكان الأوروبيين للبلاد ، وقد تميزت هذه المرحلة من الناحية العمرانية الناتجة عن التحضر والاستقرار الحضري للنازحين الريفيين خصائص :

- احتلال البنايات الشاغرة .

- الاستقرار بجانب البنايات الشاغرة.

- الاستقرار بأحياء الصفيح.

- تملك الأرض والبناء من أجل السكن.

د. فترة التنمية الصناعية (1967-1989):

كانت هذه الفترة متميزة بالنسبة للتحضر الذي عرفته الجزائر حيث أن سياسة التصنيع والتوظيف الصناعي التي اتبعتها الجزائر منذ 1967 ساهمت في نمو المدن الجزائرية حيث ظهرت عدة مدن صناعية وأصبحت الجزائر تملك على أثرها شبكة كبيرة من المدن الصناعية عبر التراب الوطني.

هـ. - فترة التحول الديمقراطي ابتداء من سنة 1989:

عرفت هذه الفترة تخلخلا سكانيا كبيرا ريفيا حضريا ، حيث هجرة مناطق والنزوح نحو مناطق أخرى حتى داخل المدينة الواحدة وذلك للأسباب الأمنية ، فقد فرغت بعض القرى والأرياف من سكانها تماما مثلما حدث بالضبط أثناء الثورة التحريرية ، خاصة تلك المناطق الريفية الجبلية التي تعرضت لمشاكل أمنية كبيرة.

الفصل الثالث :

أخلفية المفاهيم للصحة.

أولاً: تعريف ودرجات الصحة.

ثانياً: مكونات الصحة.

ثالثاً: المرض والصحة.

1- تعريف المرض.

2- المشكلات الناجمة عن المرض.

3- العوامل التي تقدر مستويات الصحة ومسببات الأمراض في المجتمع .

رابعاً: الصحة والتنمية.

خامساً: الصحة العامة

تمهيد:

كان علم الصحة من أقدم العلوم في التاريخ البشري وأكثر نفعا وفائدة، وكان الإنسان يتطلع بوعي وإيمانا منه للإحاطة بهذه العلوم وبذل قصار جهده للقضاء على الأمراض والعلل التي تهدد حياته.

أولاً: تعريف ودرجات الصحة.

1- تعريف الصحة.

جاء في المعجم الوجيز من مجمع اللغة العربية ما يلي :

الصحة في اللغة العربية هي البرئ من كل عيب أو ريب فهو صحيح أي سليم من العيوب والأمراض ، والصحة والبيئة حالة طبيعية تجري أفعاله معها على المجرى الطبيعي. (1)

وجاء تعريف الصحة في قاموس Petit Larousse de le médecin كمايلي:

" الصحة هي الحالة التي يكون فيها الجسم سليماً من الأمراض ، والأعضاء وتؤدي وظائفها بطريقة عادية ". (2)

وبما أن الصحة مفهوم نسبي من القيم الاجتماعية فلقد حاول الكثير من العلماء إعطاء تعريف للصحة.

فلقد عرفها بركنز Perkins : « الصحة حالة من التوازن النسبي لوظائف الجسم والتي تنتج من تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها للمحافظة على توازنه ». (3)

ويرى الدكتور فوزي جاد الله : « الصحة من ناحية شدتها يمكن أن ينظر إليها على أنها مدرج قياس أحد طرفيه الصحة المثالية ، والطرف الآخر هو انعدام الصحة (الموت) وبين الطرفين درجات متفاوتة من الصحة ». (4)

(1) أميرة منصور يوسف : مرجع سابق، ص 16.

(2) André .donart et la Jaque Bourneuf , OP, cit ,p819.

(3) نجلاء عاطف خليل : مرجع سابق ، ص 25.

(4) إقبال إبراهيم مخلوف : مرجع سابق ، ص (47-48) .

أمّها هيئة الصحة العالمية WHO عرفت الصحة على أنه: « حالة من السلامة والكفاية الكاملة الجسمية والعقلية والاجتماعية وليس مجرد خلو من المرض والضعف ». (1)

والصحة ليست السلامة من المرض الجسدي ، وإنما هي ارتباط الجوانب الجسمية والنفسية والعقلية والاجتماعية في الإنسان ، وذلك التكامل هي قيام الفرد وهي في حالة الصحة بأدواره الاجتماعية ، ووظائفه في الحياة على أكمل صورة " فهي بحق تاج على رؤوس الأصحاء لا يراها إلا المرضى " فلذلك فإن لها كمالها غير موجود، ولكن توازنها يمكن تحقيقه :

- تنظيم خدمات الطبيب على التشخيص المبكر والعلاج الوقائي للأمراض.

- تطوير الحياة الاجتماعية والمعيشية.

وهذا ما يؤكد ارتباط الصحة العامة بالعلوم الاجتماعية ، نظراً لأهمية دراسة العلوم الاجتماعية، كأسس ضرورية تؤكد أن الكثير منها تنتج بطريق مباشر من العوامل الغير طبية، بل من ثقافة وعادات وتقاليد ، كما أن هذه الأخيرة تعمل على توطن هذه المشاكل الصحية واستمرارها في المجتمع.

(1) أيمن مزاهرة ، عصام الصفدي، ليلي أبو الحسين : مرجع سابق ، ص42.

2- درجات الصحة

للصحة درجات أو مستويات تتمثل فيما يلي: (1)

- الصحة المثالية: ونقصد بها درجة التكامل البدني والنفسي والاجتماعي وهذا المستوى من الصحة نادراً ما يتوافر ، ويعتبر هدفاً بعيداً لبرامج الصحة العامة.

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

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

- المرض غير الظاهر: في هذا المستوى لا يشكو الفرد من أعراض مرضية واضحة ، ولكن يمكن في هذا المستوى اكتشاف بعض الأمراض نتيجة الاختبارات والتحاليل الطبية ، أو نتيجة الحالة الاجتماعية للفرد والتعرف عن قرب للظروف والصعوبات التي يعاني منها، بل من تدني مستوى معيشته.

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

- مستوى الاحتضار: في هذا المستوى تسوء الحالة الصحية للفرد إلى حد بعيد، ويصعب عليه استعادة صحته ويصبح حالة على من حوله أو على من يعوله.

(1) بماء الدين إبراهيم سلامة ، الصحة والتربية الصحية، القاهرة دار الفكر العربي ، ص 18.

ثانياً: مكونات الصحة.

للصحة مكونات أساسية لا بد أن تكتمل فيما بينها حتى يكون الفرد أكثر فاعلية للمجتمع وتمثل هذه المكونات فيما يلي:

1. الصحة الجسمية :

تتمثل في التركيب الوراثي والحالة الغذائية والمناعة والحالة الصحية . وهي حالة السلامة البدنية التي تتوقف على سلامة أعضاء جسم الإنسان وتتوقف على عدة عوامل :
التغذية، أهمية توزيع أوقات العمل والراحة ونوعية النوم، ... إلخ، ودور النظافة
هنا يتمثل في وضع الفرد في أحسن الظروف ، وتقليل أقصى حد أخطار الإصابة
بالأمراض.

2. الصحة النفسية :

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

3. الصحة العقلية :

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

4. الصحة الغذائية :

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

5. الصحة الاجتماعية :

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

ويرى صبري جرجس : « الصحة الاجتماعية في بيئة ما ، مرتبطة بتاريخها القديم وكيانها الحديث ومرتبطة بعاداتها وتقاليدها ومعتقداتها ، وتراثها الأدبي والعلمي والخلقي والفني ومرتبطة كذلك بمقوماتها الثقافية والاجتماعية والاقتصادية والصحية ، وكل بيئة في هذا كله مختلفة اختلافاً كبيراً عن الأخرى، بالرغم مما يكون، بين بعضها البعض من أصول حضارية » .⁽¹⁾

⁽¹⁾ .حسين عبد الواحد الشاعر: الطب الاجتماعي والأمراض المهنية، الدار القومية للطباعة والنشر، ص 22.

ثالثاً: المرض والصحة.

للصحة مكونات أساسية لا بد أن تكتمل فيما بينها حتى يكون الفرد أكثر فاعلية للمجتمع وتمثل هذه المكونات فيما يلي:

1. تعريف المرض

يمثل المرض كما وصفته الموسوعة البريطانية : « انحرافاً ضاراً ومؤذياً عن البناء الطبيعي أو الحالة الوظيفية للكائن الحي ، حيث تظهر عليه عدة علامات وأعراض تدل على أن حالته غير طبيعية، لذلك يجب فهم الحالة الطبيعية للكائن الحي لكي يمكن التعرف على السمات المميزة لحالة المرض » (1).

ويعرف قاموس " ولبستر " « باعتباره حالة أن يكون الإنسان معتل الصحة وأن يكون الجسم في حالة توعك بسبب المرض ، والمعنى الحرفي للمرض الاحتياج للراحة » (2).

في الحقيقة أن للمرض معان متعددة تختلف باختلاف الأفراد وهو يشتمل على نواحي طبية واجتماعية واقتصادية ويؤثر المرض على الناس بطرق مختلفة إما مباشرة أو غير مباشرة وله نتائج خاصة على الأفراد والمجتمعات.

وتعرف الأستاذة : إقبال إبراهيم ر وآخرون المرض على أنه : « المرض يحدث من قصور عضو أو أكثر من أعضاء الجسم عن القيام بوظيفته خير مقام، كما يحدث

(1) نجلاء عاطف خليل: مرجع سابق ، ص 30 .

(2) إقبال إبراهيم مخلوف : مرجع سابق ، ص 44.

المرض أيضا إذا اختل أو انعدم التوافق بين عضوين أو أكثر من أعضاء الجسم في أداء وظائفها « (1).

من ثم فإن المرض حدث اجتماعي، يتعرض له الإنسان في كافة مراحل حياته نتيجة بعض العوامل الطبيعية والاجتماعية، مما يوجب على الفرد أو الجماعة أعباء مقاومته إن أمكن، أو التخفيف من حدته عند حدوثه.

وتصنف الأمراض إلى فئتين: (2)

أ. الأمراض المعدية:

هي الأمراض التي تسببها الكائنات الدقيقة لا ترى بالعين المجردة وتسمى الجراثيم ، فتحدث العدوى نتيجة انتقال هذه الجراثيم المرضية من المريض إلى شخص غير المريض مسببة له نفس الحالة.

ب. الأمراض غير المعدية:

وهي التي لا تسببها الجراثيم ولها أسباب كثيرة تختلف باختلاف المرض ونوعه، ويمكن تصنيف الأمراض بشكل عام إلى الأنواع التالية: (3)

• عائلية:

وهي تصيب عدد من أفراد العائلة الواحدة مثل السكري وارتفاع ضغط الدم.

• خلقية:

وهي تصيب الأطفال أثناء وجوده داخل رحم الأم مثل خلع الورك الخلقي.

(1) إقبال إبراهيم مخلوف ، مرجع سابق ، ص 49 .

(2) أيمن مزاهرة ، عصام الصفدي ، ليلي أبو الحسين : مرجع سابق ، ص 60.

(3) نفس المرجع ، ص 60.

• **وراثية:**

وتنتقل من الآباء إلى الأبناء ولا أمل في شفائه مثل المنغوليسم.

• **معدية وسارية:**

وهي تنتقل من شخص إلى آخر وقد تكون بكتيرية مثل الكوليرا أو فيروسية مثل الحصبة أو فطرية مثل القراع.

• **غير معدية:**

وهي لا تنتقل من شخص إلى آخر مثل قرحة المعدة .

• **مهنية:**

وهي خاصة بظروف العمل كالمناجم والمطابع مثل تغبر الرئة.

2. المشكلات الناتجة من المرض :

أ. المشكلات الاقتصادية:

يتسبب المرض في الكثير من المشكلات الاقتصادية، وتبدو واضحة في المستشفيات العامة حيث يذهب إليها فئات ذات نظام اقتصادي معين، وهذه المشاكل قد تدفع المريض إلى مقاومة العلاج ورفضه، أو يكون سببا في انتكاس المرضى أو تأخير الشفاء.

- المرض وخاصة إذا كان مفاجئاً ، إذا تضمن جراحة يؤثر قي ميزانية الأسرة ويؤيد أثره في حالة وجود مدخرات لديها.
- إذا طالت فترة العلاج فإن ميزانية الأسرة لا تتحمل تكاليف العلاج ويؤثر ذلك في خطة الأسرة في حياتها، وقد تضطر إلى الخروج من المألوف في نظام حياتها. (1)
- إذا كان المريض العائل الوحيد لأسرته ، وليس له أي دخل أو مورد آخر، وخاصة إذا تسبب دخوله المستشفى إلى انقطاع هذا الدخل فإن الأسرة تواجه موقفاً قد تضطر فيه إلى الاستدانة أو بيع الممتلكات أو خروج الأبناء من مدارسهم أو خروج الزوجة إلى العمل، وقد يضطر المريض إلى مغادرة المستشفى قبل إتمام العلاج ليعول أسرته فتسوء حالته نتيجة الإرهاق ونقص العلاج.
- يأبى كثيراً من الناس العلاج في المستشفيات المجانية بما يشاع لعدم الثقة في نتائجه الغير مضمونة ، وهؤلاء في نفس الوقت لا يقدرّون تحمل نفقات العلاج الخاص فيضطرون إلى الاحتفاظ بمرضهم الذي قد يستعصي علاجه فيما بعد، ويحتاج إلى فترة طويلة. (2)

(1) إقبال إبراهيم مخلوف، مرجع سابق، ص ص (71 - 72).

(2) إقبال إبراهيم مخلوف ، مرجع سابق، ص 72.

- قد تكون الحالة الاقتصادية سببا في عدم تنفيذ خطط العلاج.⁽¹⁾

- قد يصف الطبيب نظام معين في التغذية فيصعب على المريض تنفيذه لارتفاع تكاليفه فتسوء حالته الصحية.

- قد يريد الطبيب أن يستريح المريض فترة طويلة قبل أن يعود إلى العمل ، ولكن حاجة المريض الاقتصادية تدفعه إلى عدم تنفيذ التعليمات فينتكس المريض.

- ينصح الطبيب أحيانا بتقليل ساعات العمل لكن تنفيذ النصيحة تعني لدى المريض نقص في دخله، وقد لا يستطيع المعيشة بهذا الدخل المنخفض.

- قد يشير الطبيب إلى تغيير نوع العمل حتى يلائم الحالة الصحية للمريض لكن عدم توفر فرص العمالة، وضغط الحالة الاقتصادية لا تساعد المريض على أحداث التغيير المطلوب.

- الطبيب قد يوجه المريض إلى تغيير المسكن إذا كان سببا في حالته المرضية وأيضا تحول الحالة الاقتصادية دون تنفيذ هذا التوجيه، فتسوء حالة المريض أو قد ينتقل المرض إلى غيره من أفراد أسرته.

في جميع الأحوال المتقدمة تتضح ضرورة أن يعمل الأخصائي على توفير الموارد والمساعدات المالية التي تخدم المريض وأسرته خلال فترة إقامته في المستشفى وبعد خروجه منها حتى يعود إلى حالته الطبيعية، وحتى يمنع حدوث مضاعفات ومشاكل جديدة مترتبة على المشكلة الاقتصادية.

ب. مشكلات العلاقات الاجتماعية:

(1) نفس المرجع، ص ص (72 - 73).

- إن وجود المريض في المستشفى لفترة من الزمن قد يخشى معه على باقي أفراد أسرته، وعلى من يرعاهم في غيابه، وأيضاً خوفاً من أن تضعف علاقتهم بهم ، إذا قلت زيارتهم له اعتبر ذلك نبذاً من الأسرة له.
- قد يخشى أحد الزوجين في حالة وجوده بالمستشفى للعلاج على الطرف الآخر من وجوده وحده، وخاصة إذا كان الزوج هو الموجود بالمستشفى فإن الغيرة قد تستند به، ويفضل الاحتفاظ بمرضه على الغيبة عن منزله.
- قد تنهار بعض الروابط الأسرية نتيجة للمرض، فقد يطلب أحد الزوجين الطلاق إذ وجد أنه لا يستطيع الاستمرار في الحياة الزوجية بسبب المرض المعدي أو المزمّن ، خوفاً من انتقال المرض إليه، أو إذ نتج عن المرض عاهة قد لا يتقبلها الطرف الآخر ، ويصعب الاستمرار في الحياة الزوجية.
- قد يكون المرض سبباً في العلاقات الأسرية، وتهدمها إذا كانت المعاملة للعضو المريض فيها نوعاً من الإهمال فتتأثر العلاقات فيما بعد فهذه المعاملات فيخرج المريض بعد شفائه أكثر حياءً أو أكثر كرهاً لأحد أفراد الأسرة.
- إذا كان المريض أحد الزوجين ميئوس، أو نتج عن المرض عجز جنسي، فإنه يصعب بل يستحيل أحياناً الاستمرار في الحيات الزوجية.

ج. المشاكل الوجدانية والنفسية للمرضى:

• المخاوف:

إن المخاوف الناتجة عن المرض قد تؤثر في المريض حيث تكون مصدر قلق أحيانا أو سببا في مقاومة العلاج أو الجراحة في أحيانا أخرى.

⇐ **مخاوف عامة:** مثل الخوف من الموت ، الخوف من المستشفيات ومن العلاج الطبي.

⇐ **مخاوف الجراحة:** لأن موقف الجراحة سيتضمن المخاطرة بالموت بنفسه ، وهناك مخاوف مرتبطة بالبنج والتخدير.

• مشاعر الذنب:

هناك ثلاث مظاهر للشعور بالذنب لدى الشخص المريض:

⇐ إن المريض يعتبر المرض عقابا لخطيئة أو ذنب ارتكبه وعلى ذلك يستحق الجزاء.

⇐ شعور المريض على أنه عبيء على من يقوم برعايته.

⇐ شعور المريض بأنه يمثل خطراً على الأفراد اللذين يعيشون معه.

• مشاعر النقص:

في اضطرار الأسرة لطلب المساعدة المالية لمواجهة نفقاتها ونفقات الشخص المريض، فيشعر المريض بما يصاحب طلب الإعانة المالية من ذل وعار مما يؤدي إلى إحساسه بنقص، وفي حالة نتج عن المرض عاهة ، فإن المريض يعاني من مشاكل نفسية تدور كلها حول الشعور بالنقص للعجز المختلف.

د. مشكلات المرض المزمن:

يواجه المريض بعض الصعوبات الناتجة عن الأمراض الصحية المزمنة وأول هذه المشكلات هو صعوبة تكيف المريض مع المستشفى، وأيضاً المشكلات الناتجة عن استمرار العلاج مع المستشفى، وأيضاً المشكلات الناتجة عن استمرار العلاج مثل متطلبات العلاج الطويل من الناحية المالية، بالإضافة إلى أن المرض سيضع على المريض بعض القيود والحدود على حركته ونشاطه وعلاقته بالآخرين، كما قد يضطره المرض المزمن إلى التخلي عن عمله أو تغييره.

هـ. المشكلات السلوكية:

إن المرض بما فيه من مشاكل قد يخلّف في نفسية المريض صراعاً دائماً، يعبر بأنواع من السلوك لا يفهمها ولا يفهم دوافعها أحياناً، على الأخصائي أن يتعرف على آثار المرض في المريض، ويجب أن يميز الأخصائي الاجتماعي بين نوعين من الآثار أو السلوك في حالات المرض هما:

• الآثار الدائمة:

وتتكون نتيجة لخبرات وتجارب أثرت في تركيب الشخصية أثناء المرض وتأخذ صورة تشاؤم ، أو تردد أو مخاوف تنتاب المريض ، وتبعث هذه الأعراض وجدانا تتعلق بالمرض كالخوف من الموت أو الشعور بالنقص .

• الآثار المؤقتة:

فهي أعراض سلوكية لم تعرف في شخصية المريض ولكنها لم تظهر في بعض المراحل المرضية الحرجة فالاعتماد على الغير، وسرعة الاستشارة، أو شدة الحساسية أو الرجوع إلى بعض الأحيان للسلوك الخاص بالطفولة كالبكاء والتشبث بأشياء تافهة.

و. مشكلات البيئة وإمكانياتها:

كثيرا ما تكون الظروف البيئية سبباً في بعض المشاكل الصحية حيث لا يوجد حل لها، فقد ينظر المجتمع إلى بعض الأمراض نظرة عار وسخرية، تدفع المرضى للاحتفاظ بمرضهم خوفاً من إعلان حقيقته، وقلة الموارد الطبية المناسبة ، وعدم وجود دور خاص للنقاهاة ونقص إمكانيات وعدد المستشفيات وسعتها ، وكذا نقص مؤسسات التأهيل المهني وقلة عدد الأطباء الفنيين بالنسبة لعدد المرضى، وأخيراً نقص عدد الأخصائيين الاجتماعيين الطبيين، الذين قد يساعدون المرضى في الاستفادة من كل الفرص المتاحة في البيئة واستغلالها أقصى استغلال ممكن، وعدم وجود الفرض السهلة للمريض لتغيير عمله أو الحصول على عمل خفيف، كل هذه المشكلات تواجه المرضى وتكون ناتجة عن القصور في إمكانيات البيئة ، أو أن الظروف البيئية بمختلف مستوياتها الثقافية والحضارية سببا في هذه المشكلات.

ز. المشكلات الناتجة عن الجهل والمعتقدات الخاطئة:

الثقافة دور آخر في الربط بين المرض والظروف والأحوال الاجتماعية والثقافية التي نعيشها هنا في تلك الأساليب المعيشية التي تقرر على مر الزمن والتي تمثل بمثابة المعين والهادي لتصرفات الناس ومن أوضح خصائصها أنها مكتسبة يتعلمها الناس ويتناقلونها في المنزل والمدرسة والمصنع والمجتمع.

فبيئة المريض الثقافية وكذا محصوله الثقافي الذي أرتشفه منها لها صلة وثيقة بنجاح التشخيص والعلاج لحالته، والنهوض بمجتمعه تبعاً لذلك.

وتكون العادات والتقاليد سببا يدفع كل من المريض والأسرة إلى إغفال المرض أو التقليل من شأنه وبالتالي يتأخر اكتشافه، ويحتاج إلى وقت طويل للشفاء، أو يكون المرض قد تمكن من المريض بصورة يجعل من الصعب إن لم يكن من المستحيل علاجه بالإضافة إلى القيم السائدة في المجتمع قد تعرقل استفادة المرضى من المؤسسات الطبية الموجودة في البيئة مثل الأفكار السائدة عن المستشفيات الحكومية والمعاملة والعلاج والتغذية بها.

3. العوامل التي تقرر مستويات الصحة ومسببات الأمراض

كان العلماء يظنون أن الميكروبات هي وحدها المسؤولة عن خلق المرض عند الإنسان، غير أنه تم التعرف على العوامل الأخرى المسببة أو المساعدة للإصابة بالأمراض والتي تقرر مستويات الصحة وتسبب الأمراض وهي: (1)

أ- العوامل المتعلقة بالمسببات النوعية للأمراض:

ويعرف المسبب النوعي بأنه العنصر أو المادة أو القوة سواء كان حية أو غير حية التي في وجودها أو غيابها قد تبدأ أو تستمر عملية مرضية، إما المسببات النوعية فتتقسم إلى عدة أقسام هي:

- **مسببات حيوية:** كالجراثيم والفيروسات والطفيليات.
- **مسببات غذائية:** إذ تؤدي قلة الغذاء أو زيادته إلى أمراض سوء التغذية مثل زيادة الدهون تؤدي إلى مرض الهزال ، نقص الحديد تؤدي إلى فقر الدم.
- **مسببات طبيعية:** (الفيزيائية) كالحرارة والرطوبة والبرد.
- **مسببات ميكانيكية:** مثل الحرائق والحوادث والفيضانات والزلازل.
- **مسببات كيميائية:** تكون خارجية من البيئة مثل التسمم بالرصاص ، أو داخلية مثل تسمم أمراض الكلى.
- **مسببات وظيفية:** مثل اختلال الهرمونات التي تفرزها الغدد الصماء.
- **مسببات نفسية اجتماعية:** مثل الضغط العاطفي وضغط الحياة الحديثة والإحساس بالمسؤولية وعدم الأمان والإدمان على المخدرات والخمر.

(1) أيمن مزاهرة ، عصام الصفدي ، ليلي أبو الحسين : مرجع سابق ، ص 61.

ب- العوامل المتعلقة بالإنسان (العائل المضيف):

مجموعة من العوامل تلعب دوراً في تحديد درجة الصحة وتعتمد هذه العوامل على المسببات النوعية وهي تتكون من عناصر كثيرة.

- السن: فبعض الأمراض يزداد حدوثها بين الأطفال مثل الكساح، شلل الأطفال وبعضها يصاب بها المسنون مثل ارتفاع ضغط الدم وتصلب الشرايين.
- النوع: فبعض الأمراض مقصور على الإناث مثل سرطان الثدي.
- الجنس: فبعض الأعراض مثل التخلف العقلي وفقر الدم ينحصر في الجنس اليهودي.
- عوامل وراثية: أي بعض الأمراض ينتقل بالوراثة مثل الجينات مثل عمى الليل.
- عوامل عقلية: وهي التي تؤثر على تطور نمو شخصية الطفل وهي إما موروثية أو مكتسبة.
- العوامل الاجتماعية والعادات: كعادات تتعلق بإعداد الطعام واللباس والسلوك الجنسي و النظافة والتجمعات الترويحية.
- العوامل الوظيفية مثل الإجهاد والسهر.
- المقاومة الطبيعية غير النوعية: هي المقاومة التي يبديها الجسم ضد أي جسم غريب، بدون تحديد نوعية هذا الجسم.
- المقاومة النوعية "المناعة" وهي نوعين:
 - خلايا لمفاوية P وهي المسؤولة عن المناعة الخلوية .
 - وخلايا لمفاوية T وهي المسؤولة عن المناعة الخلوية.

رابعاً: الصحة والتنمية.

تعتبر الصحة هدف من أهداف التطور الاجتماعي فهي " حق أساسي " لجميع الشعوب، علاوة على أنها وسيلة مهمة إلى جانب الوسائل الأخرى لبلوغ الأهداف المرجوة في تحقيق رفاهية المجتمعات.

لقد عاش العالم سنوات طويلة من عمره في تصوره أن مهمة العلوم الطبية هي علاج المرضى، فإذا امتدت هذه المهمة إلى الأكثر من ذلك فإنها لا تتجاوز الوقاية من الأمراض، هذا المفهوم تغير في السنوات الأخيرة وخاصة منذ قيام منظمة الصحة العالمية، حيث اشتد الجدل حول تحديد " معنى الصحة " فكان الشائع بين الأطباء المشتغلين في المجال الصحي بأن الصحة تعني " خلو الجسم من المرض " طالما أن جسم الإنسان قد خلى من العلة وبرا من الداء ، فذلك معناه أن هذا الجسم صحيح.⁽¹⁾

ولكن هذا المفهوم لم يقنع اللذين تولوا أمر المنظمة العالمية للصحة واعتبروه إهدار بمعنى الصحة، ويجعل دورها سلبي لمجرد أنه علاج الداء، ومنذ قامت منظمة الصحة العالمية بتعريف الصحة بأنها " حالة من اللياقة البدنية والنفسية والاجتماعية الكاملة ، وليست مجرد خلو الجسم من المرض والعجز " قد بدأت العلوم الطبية والصحية " فأخذ دوراً أكثر في تحديد أهدافها .

وقد امتد مفهوم اللياقة البدنية والنفسية من النفس والبدن إلى الجانب الاجتماعي ، أي ربط الفرد بمجتمعه.

(1) إقبال إبراهيم مخلوف ، مرجع سابق ، ص13.

إنّ العلاقة بين الصحة والتنمية، تتضح من الفوائد الكبيرة التي تصبغها التنمية الاقتصادية والاجتماعية على الناحية الصحية، فجزء كبير من التقدم الصحي يعتمد على التحسن في الميدان الاقتصادي والتعليم... إلخ، لكن في نفس الوقت فإن خطط التنمية التي تفتقر إلى أسس سليمة يمكن أن تؤدي إلى أخطار جسيمة على الحالة الصحية. (1)

إنّ الصحة الجيدة لها عائدها الملموس بالنسبة للتنمية، من خلال عامل التقدم للتوظيف، فهي تمثل عاملاً هاماً و تزايد العناية بمتطلبات التنمية الصحية من شأنه أن يزيد في معدل الأعمار المنتجة، مما يهيئ المجتمع فرص توفر أعداد أكبر من القوى العاملة المنتجة ، فإن أي تغيير في حجم أي شريحة من شرائح فئات العمر بالزيادة أو النقص يؤثر تأثيراً كبيراً على أوضاع المجتمع على أنساقه ونظمه وعلاقاته الداخلية، لكن لا مجال للعناية بالصحة إن لم يكن هناك تنمية شاملة للمجتمع ، فالصحة في هذا المجال هي عامل يساعد في الوصول إلى الأهداف التنموية الأخرى ومن جهة ثانية فإنه هدف تنموي في حد ذاتها. (2)

ويعتبر الدور الذي تلعبه الصحة العمومية في التنمية موضوع شائك ، من الواضح وجوب برامج صحية من أجل تلبية حاجات الإنسان، وهذه البرامج تصبح ضرورية في المناطق التي تكثر فيها الأمراض ، بالإضافة إلى عدم التوازن بين التطور الاقتصادي والنمو الديمغرافي.

(1) إقبال إبراهيم مخلوف ، مرجع سابق ، ص ص (13-14).

(2) علي الكاشف : التنمية الاجتماعي . مفاهيم وقضايا ، مطابع سجل العرب ، القاهرة ، 1980، ص ص (84-85).

خامساً: الصحة العامة.

يرتبط علم الصحة بالعلوم الاجتماعية ارتباطاً وثيقاً وهذا ما جعل الكثير من علماء الصحة العامة يعتبرونه علماً من العلوم الاجتماعية كأساس ضروري لدراسة الصحة العامة. من بين أشهر مفاهيم الصحة العامة أنها: « علم وفن ليتمكن كل مواطن من الحصول على حقه المشروع في الصحة والحياة ».⁽¹⁾

وعلى هذا أصبح علم الصحة يعني أنه: « علم تشخيص وعلاج المجتمع ».
وهذا ما دعى العاملين في مجال الصحة العامة إلى دراسة تركيب المجتمع ، بينما يعرف علم الطب بأنه: « علم تشخيص وعلاج الفرد ».⁽²⁾

بالنظر إلى مصطلح الصحة العامة نجد أنه يتكون من كلمتين إحداها هدف عام وهو الصحة وثانيهما هي الناس أو أفراد المجتمع وهذا ما يؤكد على ضرورة دراسة الناس أو الأفراد حتى يمكن تحقيق أعلى مستوى صحي لهم، وهذا لا يتحقق إلا بدراسة العلوم الاجتماعية، وفي الواقع فإن هذا الاتجاه يكتسب أهمية كبيرة نتيجة تحول صورة المشاكل الصحية إلى الأنواع التي يمكن علاجها إلا بالمشاركة الإيجابية من جانب الناس مثل أمراض سوء التغذية والأمراض الطفيلية.

والصحة العامة تحتوي على الصحة الشخصية وصحة البيئة والصحة الاجتماعية ومكافحة الأمراض المعدية ، وتنظيم خدمات الطب والتمريض والعمل على التشخيص المبكر للأمراض . مع تعليم أفراد المجتمع كيفية تطوير الحياة الاجتماعية، وذلك بمجهودات منظمة للمجتمع من أجل الوقاية من الأمراض وترقية الصحة والكفاية ليتمكن كل مواطن من الحصول على حقه المشروع في الحياة.

وهناك أربعة مكونات رئيسية للصحة العامة ⁽¹⁾ :

(1) بهاء الدين إبراهيم سلامة، مرجع سابق ، ص 24.

(2) بهاء الدين إبراهيم سلامة، نفس المرجع ، ص 24.

1- الصحة الشخصية: ويعتمد هذا المكون على تقوية صحة الفرد وذلك من خلال الاهتمام بكل ما يتعلق بصحته مثل التغذية والنظافة وفترات النوم المناسبة، وممارسة الأنشطة الرياضية لشغل أوقات الفراغ بطريقة إيجابية لتقوية الجسم ورفع معدل اللياقة البدنية، وكذلك الاهتمام بإجراء التحاليل الطبية الدورية والعناية بأسنان الصغار ، وكل ما من شأنه المحافظة على صحة الطفل والأم.

2- صحة البيئة: ويعني هذا المكون بتحسين أحوال البيئة التي يعيش فيها الإنسان والقضاء على المشكلات الصحية التي تؤثر على صحة الأفراد وذلك من خلال العناية بمصادر مياه الشرب ومتابعة صلاحيتها وسلامتها ، وذلك بتوفير الحديثة لتصريف القمامة بمختلف أنواعها، وذلك حتى لا تكون سببا في انتشار الأمراض في المجتمع ومراقبة صلاحيتها ومصادرها وعدم تلوثها، ويسري ذلك أيضا على المطاعم والمحلات التي تقدم الطعام للمواطنين ومتابعة صحة وسلامة القائمين على تقديم وتحضير الأغذية.

3- الطب الوقائي للفرد: يرتبط هذا المكون بالمكون الأول " الصحة الشخصية" بالإضافة إلى توعية الأفراد بالطريقة السليمة لاستعمال الأدوية للوقاية والعلاج ، كذلك استخدام الأمصال واللقاحات في مواعيدها للوقاية وخاصة بالنسبة للأطفال الرضع والتلاميذ في مراحل التعليم الأساسي.

4- الطب الوقائي للمجتمع: يرتبط هذا المكون بالمكون " صحة البيئة" بالإضافة إلى المكون الثالث " الطب الوقائي للفرد" بجانب إجراء الإحصاءات والتفتيش المستمر وخدمات الصحة العامة.

الفصل الرابع:

السياسة الصحية في الجزائر.

تمهيد

أولاً: تعريف السياسة الصحية.

ثانياً: المقومات الأساسية للسياسة الصحية

ثالثاً: تاريخ السياسة الصحية في الجزائر.

رابعاً: الوضع الصحي في الجزائر.

خامساً: إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر.

تمهيد

خاضت الجزائر منذ الاستقلال تجربة طموحة في التنمية الصحية، نظرا للدور الذي تلعبه هذه الأخيرة في مجال حل مشاكلها الاجتماعية، بحيث أصبح موضوع تدهور الصحة أهم المواضيع الذي يركز عليها الاهتمام السياسي لكونه بات يهدد حياة الجزائري.

أولاً: تعريف السياسة الصحية.

يمكن تعريف السياسة الصحية بأنها: « تعبير عن الأهداف الرامية إلى تحسين الحالة الصحية وترتيب الأولويات بين هذه الأهداف والاتجاهات ».⁽¹⁾

وهذا يعني أن السياسة الصحية لا تنحصر في مجال العلاج بل هي جزى من سياسات التنمية الاجتماعية الاقتصادية الشاملة ، في ضوء ما ينفرد به من مشكلات وإمكانيات وظروف معينة وهياكل اجتماعية واقتصادية وأجهزة سياسية وإدارية، ويكون تحليل الأهداف والأولويات بعد دراسة مفصلة للمشكلات الصحية والقدرة الاجتماعية والاقتصادية على معالجة هذه المشكلات.

ثانياً: المقومات الأساسية للسياسة الصحية.

وزارة الصحة هي في أغلب الأحيان الجهة الحكومية المسؤولة عن وضع السياسة الصحية وتحديد الاستراتيجيات اللازمة لتنفيذها ووضع خطة العمل الكفيلة بذلك وقد تعمل الحكومات في بعض الأحيان على تشكيل مجلس صحي وطني تمثل فيه جميع القطاعات لضمان انعكاس جميع وجهات النظر للتأكد من أن السياسة الصحية مترابطة وأنها جزء لا يتجزأ من التنمية الاجتماعية والاقتصادية الشاملة.

وفي بعض الأحيان تشكل الحكومات مراكز وطنية للصحة وللتنمية الصحية وتتولى هذه المراكز تطوير عملية تحديد السياسات والبرامج وما يتصل به من بحوث الخدمات الصحية ، كما تقدم هذه المراكز الخدمات الاستشارية في جميع ما يتعلق بالأمور الصحية.

(1) طب المجتمع ، منظمة الصحة العالمية ، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط 1999، ص 43.

ومهما كان الوضع الإداري أو الدستوري للجهات القائمة بوضع السياسة الصحية الوطنية فإن وضع هذه السياسة لا تكون كاملة وممكنة التطبيق إلا إذا اشتملت على جميع المقومات التالية:

1. الالتزام السياسي:

إنّ رسم وتنفيذ السياسة الصحية الوطنية يتطلب التزاما سياسيا صريحا لتحقيق الأهداف المنشودة وترجمتها إلى حقيقة واقعة، أي أنه قبل وضع السياسة اتخاذ قرارات سياسية قاطعة تلتزم بها جميع القطاعات المهمة بالشؤون الصحية ، كما يجب تعبئة الرأي العام وتوضيح الحقائق له، حتى يمكن التغلب على جميع العقبات وتوفير الموارد المالية اللازمة لتنفيذ السياسة.

2. الاعتبارات الاجتماعية:

ذكرنا أن السياسة الصحية تتكامل مع السياسات الاجتماعية والاقتصادية الشاملة ، ونرمي أساسا إلى تحسين نوعية الحياة لاسيما بالنسبة للمحرومين ، وبصورة أوضح فإن السياسة الصحية لابد أن ترمي إلى تقليص الهوة التي تفصل بين الأغنياء والفقراء ، يعني ذلك تخصيص جزء من الموارد لفئات المجتمع التي هي بأمرس الحاجة لها.

3. مشاركة المجتمع:

لا بد من اتخاذ التدابير الملائمة لضمان المشاركة الحرة والواعية من المجتمع ، بحيث يتحمل الأفراد والأسرة والمجتمعات مسؤولية صحتهم ورفاهيتهم بصرف النظر عن المسؤولية الشاملة للحكومات عن صحة شعوبها ، وليست هذه المشاركة مرغوبة بل ضرورية اجتماعية واقتصادية.

4. الإصلاح الإداري :

لضمان كفاءة وضع السياسة وتنفيذها قد يكون من الضروري تعزيز وتكييف الهياكل والنظم في جميع القطاعات وليس القطاع الصحي فقط ، بل من أخذ زمام المبادرة للتنسيق المشترك بين قطاع الصحة وجميع القطاعات الأخرى كالتعليم والزراعة والغذاء وموارده المالية وحماية البيئة وتحقيقا لذلك لا بد من إعادة النظر في الأمور والنظم الإدارية لضمان التنسيق على جميع المستويات بهدف تقوية هذه النظم في المستويات المتوسطة والمحلية.

5. تخصيص الموارد المالية :

عند وضع السياسات الصحية الوطنية ستبرز الحاجة في معظم البلدان إلى إعادة تخصيص الموارد وزيادة الميزانية الصحية الوطنية لأقصى حد ولكن ليس على حساب البرامج الوطنية الأخرى ولا بد أن يؤخذ في عين الاعتبار عند وضع الميزانية الصحية إلى زيادة مطردة في تكلفة الخدمة والنواتج وارتفاع أجور العاملين والتقدم السريع في مجال التكنولوجيا الصحية.

6. سن التشريعات :

سوف يستلزم في معظم الأحيان سن تشريعات جديدة لضمان تنفيذ السياسة الصحية مثل التشريعات الخاصة بحماية البيئة والضمان الاجتماعي والتأمين الصحي ومن المفيد في هذا المجال الإطلاع على التشريعات الصحية في جميع البلدان التي قامت منظمة الصحة العالمية بتجميعها وتحليلها كما يجب أن يرافق الإجراء التشريعي تعبئة ملائمة للوعي الجماهيري عن طريق وسائل الإعلام.

7. إعداد خطة عمل :

ينبغي كما سبق أن تتم ترجمة السياسة الصحية الوطنية إلى برامج وخطة عمل محددة، كما يجب تحديد الأغراض الواجب بلوغها وما يتصل بها من أهداف مباشرة محددة كمياً قدر الإمكان كما يجب أن تشتمل خطة البحث عن تفاصيل كاملة لما يجب عمله والإطار الزمني وتقديم الاحتياجات والكوادر اللازمة لمراقبة تنفيذ وتقييم النتائج ولا شك أن تنفيذ خطة العمل عملية طويلة الأمد وقد يكون من الصعب أن يحدد لها مسبقاً جداول زمنية تقريبية.

ثالثاً: تاريخ السياسة الصحية في الجزائر .

مرت السياسة الصحية في الجزائر بعدة تحولات كانت نتيجة لقرارات سياسية أو أزمات اقتصادية ويمكن تقسيم المراحل التي مرت بها إلى ثلاثة مراحل أساسية.

المرحلة الأولى (1963-1973): تميزت هذه المرحلة بما يلي : ⁽¹⁾

غداة الاستقلال، بلغ عدد الأطباء في الجزائر 5000 طبيب (50% منهم جزائريين) من أجل تغطية الحاجات الصحية للسكان الذين بلغ عددهم 10.5 مليون ساكن وتميزت المؤشرات الصحية في هذه الفترة بمعدل وفاة مرتفع للأطفال تجاوز 180 لكل 1000 ، وتوقع حياة لا يصل إلى 50 سنة وانتشار الأمراض المنقولة، كل هذه الظروف كانت السبب الرئيسي في الوفاة والإعاقة ، ولمواجهة هذه الوضعية ، في ظل الموارد المحدودة ، ركزت وزارة الصحة على هدفين أساسيين هما:-

- تخفيض اللامساواة في مجال توزيع الطاقم الطبي

- مكافحة الأمراض والتقليل من الوفاة وخاصة الأمراض المعدية.

تميزت هذه الفترة بوضع العديد من البرامج الصحية الموجهة من أجل حماية السكان المحرومين، وضمان الوقاية من الأمراض المعدية، كما تم فرض التطعيم

1) M.Chaouch, « développement de système National de santé », stratégies et perspectives , Revue le gestionnaire , Revue élaborée par l'école de la santé publique N5 Juin 2001 , p 4 -5.

الإجباري لكل الأطفال، وفي نفس الفترة كان الإنتاج الصيدلاني، الاستيراد والتوزيع بالجملة مضمونا من طرف الصيدلية المركزية الجزائرية (PCA) على الخصوص.

المرحلة الثانية (1974- 1989): تميزت هذه المرحلة على مستوى السياسة الصحية بمايلي: (1)

- تقرير مجانية العلاج في الهياكل الصحية العمومية انطلاقا من جانفي 1974 من أجل تجسيد شعار الصحة لجميع المواطنين مهما كان دخلهم ووضعتهم الاجتماعية
- إصلاح النظام التربوي وبالأخص الدراسات الطبية من أجل تحسين جودة التعليم وتدعيم التأطير، مما سمح بوجود عدد كبير من الممارسين الطبيين في كل التخصصات .
- إنشاء القطاع الصحي ، حجر الزاوية لتنظيم النظام الوطني للصحة ، الذي ارتبطت به كل وحدات العلاج الأساسية.

وقد سجل خلال هذه الفترة ما يلي: (2)

إنجاز عدد كبير من الهياكل الصحية، خاصة المستشفيات العامة والهياكل الأخرى (العيادات المتعددة الاختصاصات والمراكز الصحية والمراكز الاستشفائية الجامعية) من أجل زيادة التغطية الصحية في الوطن ، مما انعكس ايجابيا على

1)A.saihi , «le système de santé publique en Algérie»,revue gestion hospitalières,la des décideurs hospitaliers n455,avril 2006 p :241-242

2) بن لوصيف زين الدين" تسيير المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية في ظل المتغيرات المعاصرة "، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية ، العدد الأول ، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير ، جامعة سكيكدة ، ديسمبر 2003 ، ص 140 .

تطور المستخدمين في قطاع الصحة من 57872 عام 1973 إلى 124728 عام 1987 وهذا بفضل الاستثمارات المرتفعة التي تقوم بها الدولة ، حيث ارتفع عدد الأسيرة من 42450 سرير عام 1973 إلى 62500 عام 1987 ، وارتفع عدد المراكز الصحية من 558 عام 1974 إلى 1147 عام 1986.

أمّا بالنسبة للجانب التشغيلي أصبحت الدولة وصناديق الضمان الاجتماعي تتحمل كامل نفقات الصحة حيث ساعد ارتفاع سعر النفط في هذه الفترة على ذلك.

المرحلة الثالثة : (1990-2001) تميزت هذه الفترة بتراكم المشاكل التي تطورت منذ نهاية الثمانينات التي أدت إلى إعادة هيكلة تدريجية للنظام الصحي ، رغم إدخال مسار التكيف مع التطور الاجتماعي والاقتصادي للوطن وترجم هذا الأخير بمايلي:

(1)

- مشروع الجهوية الصحية ، والذي شرع فيه في الثمانيات ، كإطار للوساطة والتحكيم لتجسيد القطاعية ، اللامركزية ، وتحقيق تنمية اجتماعية وصحية متوازنة.

على المستوى المؤسسي، تركز الجهوية على المجلس الجهوي للصحة (هيئة تنسيق) وعلى المرصد الجهوي للصحة، لكن الجهوية الصحية لم تتمكن من الاستجابة لمهام التي أسندت لها، نظرا لأن إطارها القانوني التنظيمي حد من صلاحياتها في بعض التوجيهات أكثر استشارية منها قرارية.

- إنشاء ووضع حيز التطبيق هياكل الدعم لنشاط وزارة الصحة، والتي تمثلت فيما يلي:

1) M.Chaouch, OP, cit ,P : 06.

- ⇐ المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية (LNCPP) : مكلف بالمراقبة القبلية لكل دواء قبل إدخاله إلى السوق.
- ⇐ الصيدلية المركزية للمستشفيات (PCH) : مكلفة بضمان تمويل الهياكل الصحية العمومية بالمنتجات الصيدلانية (1994)
- ⇐ الوكالة الوطنية للدم (ANS) : مكلفة بوضع السياسة الوطنية للدم (1995).
- ⇐ الوكالة الوطنية للتوثيق الصحي (ANDS): مكلفة بتطوير التوثيق والمعلومة والاتصال.
- ⇐ المركز الوطني لليقظة الصيدلانية ويقظة العتاد (CNPM): وكلف بمراقبة الآثار المترتبة عن استهلاك الأدوية واستعمال المعدات الطبية.

رابعا: الوضع الصحي في الجزائر.

1. تطور معدل وفيات الأطفال ::

جدول رقم (1) يبين تطور معدل وفيات الأطفال بين سنتي 1990 و 2007 ⁽¹⁾) لكل ألف مولود).

السنة	ذكور	إناث	كلا الجنسين
1990	60	55.5	57.75
1991	56.8	51.5	54.21
1998	35.7	36	37.4
2000	35.4	35.53	36.9
2002	86.4	33.33	34.7
2004	32.2	28.5	30.4
2006	28.3	25.3	26.9
2007	27.9	24.4	26.2

من خلال الجدول نلاحظ أن معدلات وفيات الأطفال تسير في انخفاض مستمر على مدى فترة (90-2007) وهذا الانخفاض المحسوس يعود إلى عدة عوامل منها جهود الدولة في حماية صحة الطفل والأم أو الأسرة نفسها.

ومن العوامل نجد الظروف المختلفة المحيطة بالحمل والولادة أي التي من شأنها أن تؤثر على الأم ، كذلك الأمراض التي تصيب الجنين في بطن أمه أو عند الولادة ، وكذا بعض الأمراض أو التشوهات قد تصيب الجنين جراء تناول الأم بعض الأدوية.

1- www.ons.dz , 12-04-2007.

وهذه العناصر نجد صعوبة في السيطرة عليها كونها أسباب داخلية تتعلق بالممارسة الحياتية للأم لذلك يكون تخفيض معدل وفيات الأطفال بفعل هذه العوامل بسيطاً في حين ينخفض معدل الوفيات بفعل عوامل خارجية بشكل جوهري وذلك بالتحكم في الأمراض بواسطة التلقيحات المستمرة.

كما نسجل من الجدول أن وفيات الأطفال الذكور أعلى دائماً من وفيات الإناث في كل السنوات.

2. تطور معدل وفيات الأمومة:

جدول رقم (2) يبين تطور معدل وفيات الأمومة بين سنتي 1989 - 2000⁽¹⁾

السنة	معدلات وفيات الأمومة (لكل 100 ألف ولادة حية)
1989	230
1992	215
1997	146
2000	140

يوضح لنا الجدول المسار الذي اتخذته وفيات الأمومة خلال مدة احدي عشرة سنة تبرز من الجهود الكبيرة التي بذلتها الدولة بكل الوسائل التوعوية والاقناعية وبتوفير الوسائل الضرورية لعملية تنظيم النسل وهذا الجدول يبرز ثمار هذه الجهود حيث انخفضت معدلات وفيات الولادة بشكل مُرضي في مدة زمنية تعتبر قصيرة.

1- office national de statistique , collection statistique ,1998 et www.ons.dz le 12-04-08.

3. تطور مؤشرات الصحة العمومية :

جدول رقم (3) يبين تطورات مؤشرات الصحة العمومية في الجزائر بين سنتي

1996-2003⁽¹⁾.

السنة	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
عدد السكان	28.56	29.04	29.50	29.96	30.41	30.88	31.35	31.83
عدد الأطباء	27652	28344	29970	30962	32332	33645	35368	36374
منهم أطباء مختصون	----	8195	8699	9706	10325	10776	11401	11464
عدد السكان لكل طبيب	1033	1024	984	967	940	917	886	876

جدول رقم (4) يبين تطورات تتطور البنية التحتية للصحة في الجزائر بين سنتي

1996-2003⁽²⁾.

السنة	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
عيادة متعددة الخدمات	446	462	478	482	497	504	513	516
مركز صحي	1098	1110	1126	1185	1252	1268	1281	1285
قاعات علاج	3748	3601	3780	3851	3964	4100	4228	4412
صيدليات	----	4712	5047	5299	5576	5880	6046	6514
منها صيدليات خاصة	----	3604	3948	4305	4587	4778	4595	5502

-1 4h 12-04-08. le www.ons.dz

-2 4h 12-04-08. le www.ons.dz

يتضح لنا من خلال الجدولين أعلاه التحسن في المؤشرات الصحية للسكان أو هو عدد السكان لكل طبيب فنجد بأن المعدل قد انتقل من 1033 إلى 876 في ظرف سبع سنوات أي بدخول حوالي 8695 طبيب جديد إلى ميدان مراقبة ومتابعة صحة أفراد الأسرة حيث اختفت الكثير من الأمراض التي كانت منتشرة في سنوات الثمانينات ، كما تمت السيطرة والتحكم في بعض الأمراض التي كانت تستدعي العلاج في الخارج ، بل وتقلصت خدمات الطب العام لتترك المجال للقطاع الخاص.

4. تطور معدل الأمل في الحياة عند الولادة :

جدول رقم (5) يبين تطور في معدلات الأمل في الحياة عند الولادة من سنة 1970 إلى 2002 .⁽¹⁾

السنة	معدل الأمل في الحياة عند الولادة
1970	52.6
1980	57.4
1985	63.6
1991	67.3
1996	67.7
1998	71.7
2000	72.5
2001	72.9
2002	73.4

وهو مؤشر على أن الحالة الصحية وتطور البلد ، يبدو لنا من الجدول أن معدل العمر المتوقع للفرد في الجزائر في تطور وهذا ويعكس المستوى الصحي الذي يتمتع به من جهة وجهود الدولة في الرقي بقطاع الصحة.

5. تطور الوضعية الوبائية في الجزائر:

الجزائر هي حاليا في الفترة ما يسمى بمرحلة الانتقال الوبائي والتي تتميز باستمرار الأمراض المنتقلة (الأمراض المعدية ، السل ، الأمراض المنتقلة عبر المياه ...) والتي تعرف بأمراض الفقر وهي ميزة البلدان النامية .

أ. الأمراض المنتقلة : تبقى الأمراض المنتقلة من أهم الأسباب التي تؤدي إلى ارتفاع نسبة الأمراض وكذلك الوفيات ويمكن تقسيمها إلى:

- الأمراض المعدية : ميزت سنوات 2000 أكثرها.

← الدفتيريا : عاودت الظهور في بداية التسعينات حيث كانت سبب في العديد من الوفيات وقد بلغت سنة 1995 بـ 1060 حالة ليصل إلى 03 حالات فقط سنة 2000-2001.

← الحصبة : استمر هذا المرض إلى غاية بداية سنوات التسعينات ليكون من بين الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال فبلغ عدد المصابين سنة 2000 بـ 3.5 حالة لـ 100.000 شخص مقابل 7.54 حالة لكل 100.000 شخص سنة 1999.

← الكزاز : يسبب التشنج العضلي ، بلغت عدد حالات الإصابة به سنة 1993 بـ 40 حالة لأخذ في منعرج الانخفاض ابتداء من هذه السنة ليصل إلى 10 حالات سنة 2000 ، كما يمس الأطفال الرضع بكثرة.

← السل : تراوحت عدد حالاته بين سنوات 1972-1990 إلى 180 و 50 حالة لمل 100.000 شخص ليأخذ في الارتفاع من بداية سنوات التسعينات ، ففي سنة 2000 سجلت 18294 حالة جديدة من السل صرح بها في مكتب البرنامج

الوطني لمكافحة السل أي بنسبة 60.7 حالة لكل 100.000 شخص وفي سنة 2001 عدد الحالات المصرح بها بلغ 18328 حالة وبنسبة 59.9 حالة لكل 100.000 شخص، كما كان عدد حالات السل عند الأطفال المصرح بها في سنة 2000 هي 10 % من مجموع الحالات.

← سعال الديكي: بلغ عدد الحالات المبلغ عنها سنة 2001 بـ 144 و 68 حالة سنة 2004 وهو يمس بالخصوص الأطفال.

← الشلل: اختفى تماما من الساحة الوبائية في الجزائر ويعتبر تاريخ 1996 آخر سنة عرفت التصريح بهذا الداء ، نتيجة الحملات الإلحاقية لولايات الجنوب التي سجلت معدلات تغطية ضعيفة.

← الأمراض المتنقلة عبر المياه: تعتبر الأمراض المتنقلة عن طريق المياه (الإسهال عند الأطفال ، الكوليرا ، حمى التيفوئيد ، التهاب الكبد الفيروسي) وهي أمراض يجب التصريح بها، وحدتها متعلقة بشروط النظافة العامة والتموين بالمياه الصالحة للشرب، ففي سنة 2000 الحالات الاجتماعية للأمراض المتنقلة عبر المياه 26.9 % لـ 100.000 شخص أي 8125 حالة مصرح بها خلال هذه السنة ، والتيفوئيد هو أكثر الأمراض المتنقلة عبر المياه انتشارا لتبلغ عدد حالاته سنة 1993 بـ 9.82 حالة لكل 100.000 شخص إلى 16.35 سنة 1994 ثم 16.25 سنة 1997 ثم عرفت تراجعا قويا مع بداية القرن الجديد حيث سجل من 6.87 إلى 2.82 حالة لكل

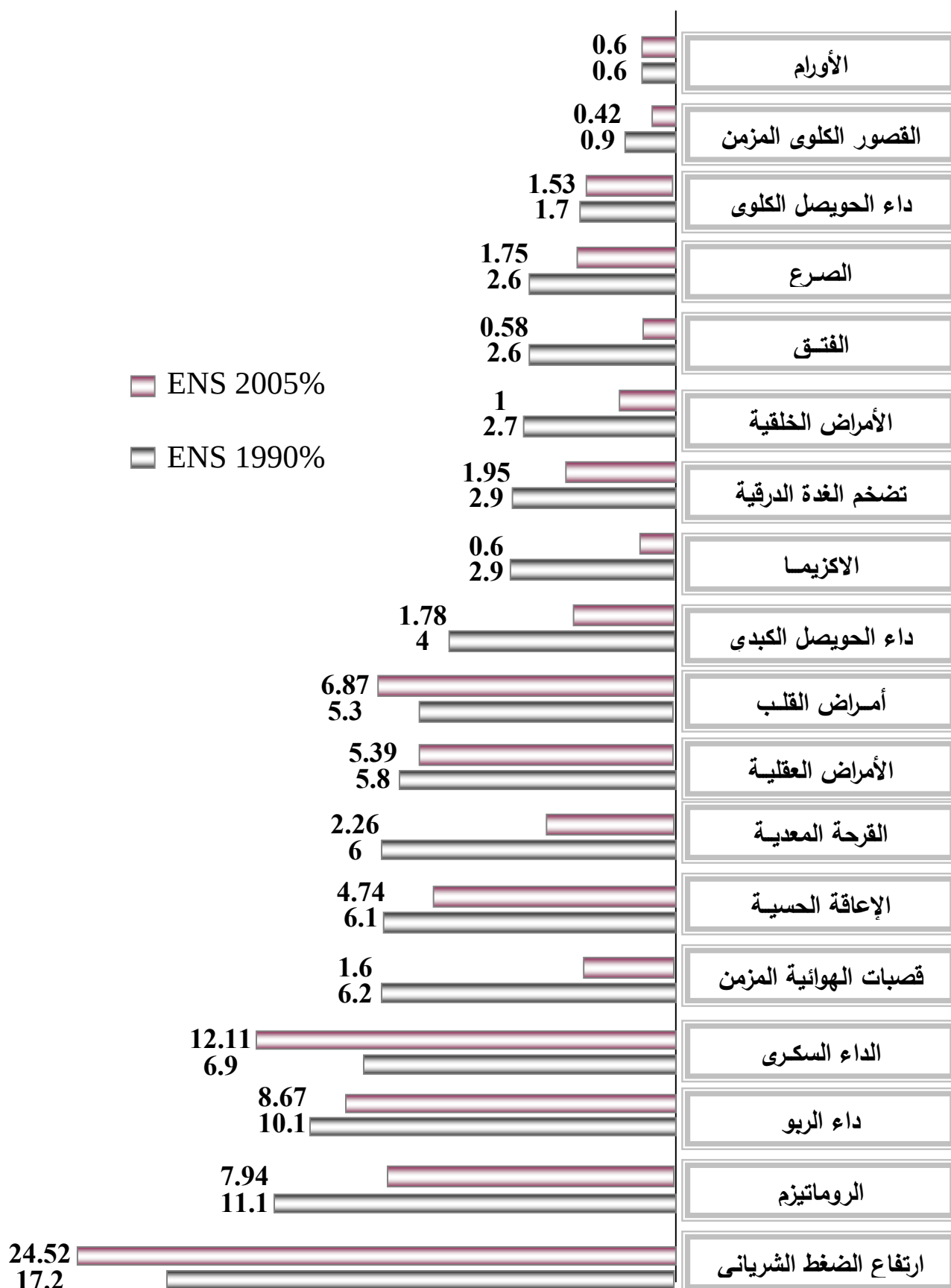
100.000 شخص ما بين سنتي 2001 و 2005 وقد أرجعت الدراسات الوبائية أسباب هذا الارتفاع إلى النوعية السيئة للمياه الموجهة للاستهلاك البشري.

← الأمراض المتنقلة عن طريق الحيوانات: وهي أمراض تشكل مشكل رئيسي في الصحة العمومية وهذا بمعاودة ظهورها فقد سجلت الحمى المالطية تدرج في الارتفاع من 0.66 إلى 14.7 حالة لكل 100.000 شخص ما بين 1990-1996 يليها الثبوت النسبي مع سنوات 2000 بمعدل 10.58 ثم ارتفاع القوي سنة 2005 إلى مستوى 24.71 حالة لكل 100.000 شخص.

أما الليشمانيوز عرف هذا المرض تطور خلال السنوات الأخيرة تحت تأثير العمران الفوضوي بمحاذاة المناطق الخطيرة خاصة في الهضاب العليا حيث تم تسجيل أقوى المعدلات بداية من سنة 1997 حيث سجل 42.64 حالة لكل 100.000 شخص و 70.83 حالة لكل 100.000 شخص سنة 2005.

ب. الأمراض غير المعدية :

لقد سمح التحقيق الذي أجراه المعهد الوطني للصحة العمومية Transition (projet TAHINA) epidemiologique et système de santé بإعطاء صورة واضحة عن نوعية الأمراض المنتشرة بين السكان خاصة منها غير المعدية وذلك بالتقصي حول الحالات المرضية التي أصابت العائلة ، حيث لوحظ بالارتفاع للأمراض المزمنة والتراجع في مثيلتها المعدية وهو ما يؤكد الانتقال الوبائي الذي تمر به البلاد . ولا تعتبر الأمراض المزمنة فقط منبع للأمراض ولكنها سبب في الإعاقة بشتى أنواعها التي تهدد بصف عامة صحة السكان وتزايد من مستوى التكلفة الطبية وقد سمح التحقيق بإعطاء صورة دقيقة للأمراض التي يعاني منها أفراد العائلة لتظهر جليا الارتفاع المستمر في ارتفاع الضغط الدموي بـ 24.52% والداء السكري بـ 12.52% والمخطط التالي يبين أهم الأمراض الذي يعاني بها الفرد الجزائري .



شكل رقم (01) يبين أهم الأمراض التي يعاني منها الفرد في المجتمع الجزائري.

خامسا: إصلاح المنظومة الصحة في الجزائر .

بعد عرض الأوضاع المحيطة بإصلاح المستشفيات، نستعرض موضوع إصلاح النظام الصحي في الجزائر .

ويعتبر العنصر المميز لسنة 2002، في مجال الصحة في الجزائر ، تغيير اسم وزارة الصحة والسكان إلى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، ويندرج هذا التغيير ضمن حركية الإصلاحات التي تشهدها الجزائر ، والتي مست العديد من القطاعات.

1. أهداف مشروع الإصلاح وملفاته.

لقد ورد التقرير التمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات مجموعة من الأهداف ، والتي يسعى الإصلاح إلى تحقيقها ، وتتمثل في الآتي: ⁽¹⁾

- إحصاء عروض العلاج والاستفتاء وتكييفها مع الحاجات الصحية للمواطن بالاعتماد على نظام إعلامي فعال.

- ضمان الموارد المالية اللازمة للسير الحسن للمؤسسات الصحية.

- التأكيد على حقوق وواجبات المستعملين وحماية المرضى على وجه الخصوص.

- إعادة التأكيد على الالتزامات التعاقدية لكل المتدخلين في صحة المواطن.

- توفير الإمكانيات الضرورية لمحترفي الصحة، مهما كانت مسؤوليتهم، وذلك قصد

الاستجابة بأكثر فعالية للحاجات الصحية والاجتماعية.

⁽¹⁾ وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، تقرير تمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات: الأولويات والأنشطة المستعجلة، الجزائر، في 17 جانفي ، 2003.

- تحسين فعاليات النفقات التي تخصصها الجماعة في أي شكل كان للمؤسسات الصحية.

ويتضح من هذه الأهداف أن هناك هدفين أساسيين هما: التحكم في نظام المعلومات الصحي وتحسين جودة الخدمات المقدمة.

أما فيما يخص ملفات الإصلاح، فقد ركز المجلس في تصوره على ستة ملفات، نعرضها فيما يلي: ⁽¹⁾

أ- ملف الحاجيات الصحية وطلب العلاج:

تعرض هذا الملف بشكل واف إلى كفاءات التنسيق بين الهياكل الجوارية ومستشفى القطاع من جهة، وتلك الموجودة بين مستشفيات القطاع والمستشفيات المرجعية الجهوية أو الوطنية من جهة أخرى.

2. ملف الهياكل الاستشفائية.

تمحور هذا الملف حول إصلاح الهياكل الصحية، وذلك بإدراج جملة من الأهداف نعرضها فيما يلي:

- تعزيز رقابة تنظيم محكم للمؤسسات العمومية والخاصة.

- الحرص على تنظيم محكم للمؤسسات العمومية والخاصة على حدّ سواء من خلال إدخال أدوات التخطيط و الضبط المالي.

- إدراج فكرة التكامل بين القطاع العمومي والخاص.

- مشاركة المواطن في تنظيم العلاج مع أخذ حقوقه وواجباته بعين الاعتبار.

- المساهمة الفعالة للمريض ولجمعيات المرضى من خلال الإدلاء بآرائهم حول توزيع شبكة العلاج وجودة أدائها.

- استعجال وضع دعامة إعلامية التي تعد الركيزة الأساسية لنجاح أي عمل إصلاحي.

3. ملف الموارد البشرية.

اهتم هذا الملف بعنصر أساسي في النظام الصحي وهو المستخدمين، وذلك من خلال السهر على مراجعة أحوالهم الشخصية، شروط وظروف عملهم، علاواتهم وأجورهم، ترقية في المسار المهني وتكوينهم ، حيث أن التكوين يعد ضرورة ملحة بالنسبة لكل فئات المستخدمين الطبيين، شبه الطبيين ، المسيرين والتقنيين، وهذا بالاشتراك مع قطاعات أخرى كالتعليم العالي والتكوين المهني على وجه الخصوص.

4. ملف الموارد المادية.

ارتكز هذا الملف على ضرورة إدماج الوسائل المادية الضرورية لتنظيم العلاج، الذي يستدعي توازنا بين الوسائل ومستوى النشاط وبين تسلسل العلاج وتوفير الوسائل، والهدف من ذلك هو إعطاء كل الوسائل الضرورية لشبكة العلاج شرط أن تكون موزعة بعقلانية، وتشكل الجوانب المرتبطة بالصيانة والمعايير التقنية والخاصة بالأمن والتنوعية وتعيين الأطقم الفنية والتكوين عناصر مكملة لهذا الملف.

5. ملف التمويل.

اهتم هذا الملف بدراسة طرق توسيع موارد تمويل المستشفيات، وضرورة إعادة النظر في التنظيم من ناحية التسيير المالي، بالإضافة إلى السهر على تكييف القوانين الأساسية التي تسيير المؤسسات الصحية حاليا مع التعديلات الجارية خاصة في مجال التمويل القائم

على التعاقد في النشاطات، وحول الشروط الواجبة لتخصيص الميزانيات والفوترة بطريقة تسعى لتحقيق المساواة في الحصول على العلاج بالنسبة لكل المرضى.

6. ملف اشتراك القطاعات.

نظرا لارتباط نشاطات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات إلى حد بعيد بنشاطات العديد من القطاعات الأخرى كقطاع المالية، العمل والحماية الاجتماعية، الضمان الاجتماعي، التضامن، التعليم العالي، التكوين المهني، الجماعات المحلية والبيئية، الصناعة والفلاحة، فإنه يجب ضمان الانسجام بين الصحة والسياسات العمومية الأخرى من خلال إدراج كل الأنشطة القطاعية ذات الصلة بالصحة ضمن الإستراتيجية العامة للوزارة.

والجدير بالإشارة أن تنظيم العلاج بمنطقة الجنوب والاستعجالات على المستويين الجهوي والوطني موضوعين لم يتم التطرق إليهما في هذا المشروع، ولقد تمت الإشارة عدة مرات إلى وجوب تنظيم العلاج بمنطقة الجنوب، بغض النظر عن العراقيل المرتبطة بالبعد والظروف المناخية، الصيانة والظروف الخاصة بتعيين المستخدمين الطبيين المتخصصين الذين يمكنهم تلبية مجموع الاحتياجات الصحية، أمّا بالنسبة للاستعجالات فتستدعي بحثا معمقا على نتائج التحقيق الجاري حاليا، والذي يتكلف به المعهد الوطني للصحة العمومية بطلب من الوزارة.

أوجه قصور النظام الصحي في الجزائر وطرق معالجتها.

قدم التقرير الذي أعده المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، حوصلة عن العقبات والمشاكل - الأكثر بروزا - التي يعاني منها النظام الصحي في الجزائر، وخصوصا المستشفى.

وفيما يلي عرض للاختلالات التي يعاني منها النظام الصحي في الجزائر والتدابير المتخذة لمعالجتها.

1. الاختلالات المرتبطة بالتمويل وطرق معالجتها.

يعاني قطاع الصحة العمومية من عدة اختلالات ترجع إلى نقص الوسائل المالية الضرورية لمواجهة طلبات العلاج المتزايدة بالدرجة الأولى، ويمكن إرجاع ذلك إلى ما يلي:

⇨ تخصيص وتوزيع غير ملائم وغير كاف للموارد المالية.

⇨ ميزانية مستشفيات لم يتم التفاوض بشأنها.

⇨ مديونية ثقيلة.

⇨ غياب التحكم في التكلفة والنفقات الصحية.

وعلى ضوء ما سبق ، تقرر عن المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات عدة طرق

يمكن إدراجها لمعالجة التمويل الصحي على مستوى القطاع العمومي، نعرضها فيما يلي:

- البحث عن مصادر جديدة للتمويل من خلال استيراد جزء من الضرائب المحلية عن التلوث والتبغ، بالإضافة إلى إدراج مساهمة التأمينات الاقتصادية.
- إعطاء بعد واقعي للتعاقد من خلال تحيين مدونة الأعلام الطبية والتسعير.

- قيام الوزارة المكلفة بالتضامن بإعادة تحديد وضبط فئات الأشخاص المعوزين، حيث تحدد وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات كيفية التكفل المالي بهذه الفئات والتي ستكون على عاتق الوزارة المكلفة بالتضامن.
- الحرص على أن تخضع كل المؤسسات الصحية للمراقبة البعدية الوحيدة طبقا للتنظيم الساري .
- تحرير المبادرات التي تعتمد على مصادر خاصة في إطار المهام المنوطة بالمستشفى، كإخراج المصالح الاقتصادية والعامة عن المستشفى.
- وضع مخطط حسابات المستشفيات.
- ترخيص المستشفيات بإبرام عقود وعروض خدمات مع المؤسسات الوطنية والدولية والشركات.
- إعادة تفصيل آليات نقل الميزانيات المخصصة للتعليم والبحث الطبي نحو المستشفيات.
- إعفاء المؤسسات الصحية العمومية من الضرائب الجمركية المفروضة على التجهيزات.
- الانتقال من منظومة ميزتها تمويل الهياكل إلى منظومة تستهدف تمويل النشاطات.
- تظل المهام الاجتماعية للمستشفى (الاستعجالات، التعليم، البحث والوقاية) تستفيد من تخصيصات الميزانية الإجمالية.
- جعل الوسائل المادية والبشرية أكثر مردودية.

- تدعيم الإجراءات الموجودة لحساب التكلفة.
- وضع ميزانية ملحقة مستقلة عن ميزانية المستشفى.
- مواصلة مسار رفع الديون عن المستشفيات.

وتجدر الإشارة إلى أن القطاع الخاص يستثنى الفئات المعوزة من العلاج، بالإضافة إلى عشوائية تحديد أتعاب الأعمال وتكاليفها، وعلى هذا الأساس توجد محاولات التفكير مع المؤسسات المعنية بالتأمين على المرض في طريقة لتمويل هذا القطاع بشكل يسمح بالحفاظ على مبدأ إمكانية حصول كل المواطنين على الخدمات الصحية بدون أن تقع على عاتقهم دفع مجموع التكاليف المترتبة عن العلاج، بالإضافة إلى اعتماد الشفافية بخصوص أتعاب الأعمال وتكاليفها.

2. الاختلالات المرتبطة بكل من التنظيم، الإعلام، تكوين المستخدمين وطرق معالجتها.

لا يمكن التكلم عن تمويل أي نظام صحي في غياب تنظيم محكم للوسائل المادية والموارد البشرية، وكذلك في غياب نظام إعلامي موثوق فيه وتكوين فعال للمستخدمين، وعلى هذا الأساس ارتأينا إلقاء نظرة على ما أقره مشروع الإصلاح في كل جانب على حدا.

أ- العراقيل المرتبطة بتنظيم الوسائل المادية والموارد البشرية وتدبير معالجتها:

لقد انبثقت عن أشغال مجلس إصلاح المستشفيات عدة ملاحظات ترجمت إلى نقاط أساسية تظهر هشاشة التنظيم على مستوى القطاع العمومي ، سنبرزها في ما يأتي:

- تعدد أجهزة التدخل على مستويات مختلفة مما يجعل الوصاية شديدة الثقل وغير فعالة.

- تثبيط المستخدمين بسبب قوانين أساسية وظروف ممارسة غير ملائمة وأجور منخفضة.
 - تباين توزيع الوسائل المادية والموارد البشرية بين المناطق وداخلها.
 - نقص في صيانة العتاد الطبي.
 - نفاذ المواد الصيدلانية بسبب ضغوطات مالية وتنظيمية وتزيد من حدتها الاختلالات في تسيير المستشفيات والأدوية.
 - تقييم غير كاف للنشاطات الطبية.
- وبالطبع لم تترك هذه النقاط بدون معالجة، بل حاول ذات المجلس وضع بعض الحلول والاقتراحات بشكل موازي للاختلالات السابقة كمايلي:
- الحد من تدخل الوصاية بإعادة مركزة مهام الإدارة المركزية وهيكلها غير الممركزة.
 - مراجعة القوانين الأساسية السارية المفعول للمستخدمين قصد تحسين شروط الممارسة والتقدم في المسار المهني وإدراج نظام تعويض محفز.
 - توحيد الوسائل المادية والموارد البشرية.
 - إنشاء مديرية مستقلة على مستوى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات تكلف بصيانة العتاد الطبي.
 - جعل صيدلية المستشفيات هيكلًا مستقلاً وتحديد مهامها بدقة وإلزامها بمسؤوليتها.
 - تزويد المستشفيات بالهيكل والآليات والوسائل والأدوات اللازمة للتقييم الداخلي.

أما فيما يخص القطاع الخاص، فتم إغفال جانبه التنظيمي بحجة غياب المعايير المرتبطة بتنظيم أنشطته الطبية.

- العراقيل المرتبطة بالإعلام وأوجه معالجتها:

يعاني الإعلام الصحي في كل من القطاعين العمومي والخاص من آثار الانتقال من منهج تقليدي لجمع المعلومات وتحليلها إلى منهج يعتمد على إدخال التكنولوجيات الجديدة للإعلام، وهذا ما تسبب أساسا في ضياع الخبرة والتحكم اللذان جمعهما المحترفون في مجال المعالجة اليدوية للمعلومات، وبالتالي اتخاذ تدابير أولية مفادها إعادة العمل بالمناهج المعروفة وتحديد المجالات التي يدرج فيها الإعلام الآلي ومصاحبة هذه العملية بتطوير التكوين الضروري لذلك، بالإضافة إلى توفير الوسائل الضرورية التي تسمح بضمان الاتصال بين مختلف الهياكل الصحية.

- العراقيل المرتبطة بالتكوين وطرق معالجتها :

لقد أولى المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات أهمية لجانب تكوين المستخدمين في قطاع الصحة (العمومي والخاص)، وذلك لعدة اعتبارات يمكن عرضها فيما يلي:

- لا يأخذ نظام التعليم والتكوين بدقة الحاجيات التي يعبر عنها قطاع الصحة.
- التكوين الأكاديمي لم يعد قادرا على الاستجابة للمؤهلات التي تتطلبها ممارسة المهنة ومتطلبات تعدد الخدمات في الميدان، وهذا ما يترتب عنه نقص محسوس في بعض الاختصاصات الطبية وشبه الطبية.
- مدارس التكوين الشبه الطبي لا تستجيب كلية إلى طلبات التكوين المتواصل لكل المستخدمين.

- تكوين المسيرين على مستوى مؤسسات التعليم العالي لا تستجيب إلى مواصفات التسيير في المستشفيات.
- كما خص ذات المجلس أهمية أكبر للتدابير التي يفترض أن تحرص وزارة الصحة والسكان على العمل بها ، والتي سنقوم بإبرازها في النقاط الآتية.
- إعادة النظر في تزايد عدد الفئات الطبية وإعادة تحديد مواصفات التكوين ومحتويات التعليم المقدم وذلك بالعمل مع قطاع التعليم العالي.
- وضع قنوات المرور عبر التكوين الأكاديمي أو المؤهلات المكتسبة لتمكين تحرك المستخدمين وتسيير المهن والاعتراف بالكفاءات التي لم تُتَّوج بالطريقة المتعارف عليها.
- أمّا فيما يخص الممارسين الطبيين الأخصائيين، يجب التفكير مع القطاعات المعنية في طريقة للحصول على شهادة ثانية دون الاضطرار إلى المرور بكامل الأطوار الأكاديمية .
- إعادة فتح ملحقات مدارس التكوين شبه الطبي على مستوى المؤسسات الصحية حسب الحاجة في إطار إعادة تأهيل المستخدمين وتحسين مستواهم أثناء ممارسة عملهم.
- جعل الترخيص لممارسة شبه الطبيين في القطاع الخاص مشروطا بالقيام بتكوين مؤهل ثلاث سنوات في المؤسسات العمومية للصحة.
- وضع مخطط إعادة إدماج محترفي الصحة المكونين و/ أو الممارسين بالخارج بالتعاون مع وزارة التعليم العالي والمؤسسات المكلفة بالتعاون الدولي.

- مراجعة مواصفات التكوين ومحتوى التعليم حسب الحاجيات التي يعبر عنها قطاع الصحة بالإضافة إلى أن الاهتمام بالبحث عن أقصى انسجام في المهن الصحية يثير التفكير حول فكرة إنشاء " جامعة لعلوم الصحة " في المستقبل القريب.
- واستنادا على ما سبق يمكن استخلاص أن هذه التدابير المقترحة في شتى الجوانب ليست جامعة مانعة، ولكي يتم تجسيدها في الواقع الميداني يجب إثراء التفكير حول إصلاح المستشفيات في مختلف الجوانب المذكورة سابقا قصد بناء هيكل قانوني ، إداري ، مالي واجتماعي متين على المدى المتوسط والبعيد.

الفصل الخامس :

نبذة عامة على مدينة باتنة.

أولاً: مدخل عام لإقليم مدينة باتنة .

1- أصل التسمية.

2- نبذة تاريخية. حول مدينة باتنة.

ثانياً: الخصائص الجغرافية والمناخية لمدينة باتنة.

ثالثاً: مراحل التوسع الحضري والتطور العمراني في مدينة باتنة.

رابعاً: النمو السكاني والعوامل المتحكمة في نمو سكان مدينة باتنة.

خامساً: الصحة والخدمات الصحية في مدينة باتنة.

تكميد:

تعد مدينة باتنة ذات تاريخ طويل في الحوادث التاريخية يعود إلى القرن الثالث قبل الميلاد والدليل على ذلك وجود المعالم الأثرية العديدة المتواجدة عبر الإقليم من مباني وحصون عسكرية وبقايا تجهيزات الري الأرضية والحلي والقطع النقدية ، وكذلك بقايا مدن " إيشوكان " و " بالول " بدائرة آريس و ضريح الملك النوميدي " ايمذغاسن " بدائرة المعذر .

أولاً: مدخل عام لإقليم مدينة باتنة .

1- أصل التسمية.

وردت العديد من الروايات ، لكننا سنأخذ القريبة من الحقيقة ومعظمها تتحدث عن تسمية مدينة باتنة تأخذ الجانب اللغوي ومنطلقها الغالب ، مأخوذ من المعنى العربي الفصيح بإرجاعه إل النطق بات هنا ، أو نروح نبات هنا أو نبيت هنا. (1)

فسألوا أصحابها من أين جئتم؟ ذلك إلى أن هذا الاسم قديم جداً، أطلق على هذه المنطقة بسبب نزول ولي صالح أقام في منطقة المعسكر حالياً حيث بنا فيها حماما للمسافرين، وكان هؤلاء كلما حل الليل يقولون " أنروحوا نباتوا " فسميت باتنة. وروايات أخرى ترعها فقط إلى البدو، كانوا يقضون الصيف والربيع بمروج المنطقة فأطلقوا عليها هذا الاسم ، بقولهم كلما حل الفصل " نروحوا وين بتنا " فالروايات تنصب في كلمة المبيت إلى الآن يجتهدون لمعرفة أصل التسمية.

2- نبذة تاريخية حول مدينة باتنة :

تعتبر مدينة باتنة من المراكز الحضرية الحديثه ، ذات النشأة الاستعمارية ، لكن هذا لا ينفي أن لها جذور عميقة في التاريخ ، فالمدينة مرتبطة بصفة كبيرة بتاريخ الأوراس ، إذا كانت فترة إنشاء مدينة باتنة حديث نسبيا 1844م فإن مدينة تازولت غير البعيدة عن الأولى إلا بـ 10 كلم ترجع إلى التاريخ القديم .

(1) دليل باتنة، دار الشهاب للطباعة والنشر ، باتنة 1984. ص18.

فالمنطقة كانت محورا حضاريا إلى كل من الحضارة الرومانية والوندانية والبيزنطية ثم الفتوحات الإسلامية .

ولقد تعرض هذا الإقليم إلى الغزو والاحتلال من طرف الفينيقيين والإغريق حيث لم يعمرُوا طويلاً ليُطردوا ، ليحل محلهم الاحتلال الروماني الذي شكلت حضارته الكثير من المعالم التي رسمت بصفة هامة تاريخ المنطقة وابتداء من النصف الثاني من القرن الأول للميلاد حيث فرضوا لغتهم وثقافتهم ، فالفترة الرومانية كانت مرسومة بالديانة المسيحية واليهودية لتتم سيطرة الرومان بصفة كاملة على الإقليم خاصة بالنسبة للسهول الشمالية ثم ليزحفوا إلى الداخل وأقاموا أكثر من مركز حضري (تيمقاد - لامبيز - خنشلة) ، إلا أن سكان هذا الإقليم رفضوا الاحتلال الروماني فقامت ثورات عديدة أشهرها ثورة الأوراس أو ثورة سكان الجبال ليأتي بعد ذلك الاحتلال البيزنطي في القرن السادس ميلادي ، وبدوره لم يستطع التصدي لملك الأوراس بايداس إلى أن جاء الفتح الإسلامي 706 حيث قاومه السكان في البداية ثم اعتنقوه بعد ذلك . (1)

تليها فترة ازدهار إلى غاية ضعف الحكام الأتراك ودخول فرنسا المنطقة سنة 1844م ، أثناء حملة من طرف الحاكم Duc D'aumale Dra بقسنطينة ذلك سنة 1843م، وقد تصدى سكان الأوراس للمحتل بعدة ثورات إلى غاية قيام الثورة التحريرية .

(1) أحمد بوزراع: المناطق المتخلفة بمدن العالم الثالث ، مرجع سابق ص 154.

ثانياً: الخصائص الجغرافية والمناخية لمدينة باتنة.

- تقع مدينة باتنة في القسم الشرقي من البلاد على ارتفاع أكثر من 1000م تبعد عن الجزائر العاصمة 400 كلم ، تمتاز تضاريسها بالتنوع حيث تنقسم إلى مناطق متميزة الهضاب العليا التالية في المنطقة ويمتد على مساحة قدرها 3279.84 كم² ، والمنطقة الجبلية الجنوبية والشرقية الجنوبية المتكونة من مجموع الأطلسين (جبال الحضنة، بوطالب، بلزمة، جبل مثليلي، الشليا، والهضاب العليا السهلية في المنطقة الغربية للولاية. ⁽¹⁾

ويحد الولاية من الشمال ميلة وغرباً ولاية المسيلة والجنوب ولاية بسكرة ، والشمال الشرقي ولاية أم البواقي وولاية سطيف من الشمال الغربي وخنشلة من الشرق .

وتبرز أهمية الموقع في كون المدينة تخترق من طرق وطنية هامة، بالإضافة إلى خط السكة الحديدية ، مما يجعلها همزة وصل بين شمال البلاد وجنوبه.

وهذه الطرق هي:

أ- الطريق الوطني رقم 3: قسنطينة - باتنة - بسكرة

ب- الطريق الوطني رقم 31: باتنة - تازولت - آريس

ت- الطريق الوطني رقم 77: باتنة - مروانة - سطيف

و العامل المناخي له أهمية كبيرة ، وذلك لماله من تأثيرات مباشرة على نشاط الإنسان وعلى العمران والطابع العمراني وهندسة المباني واتجاه المحاور نحو المدن.

(1) مديرية التخطيط باتنة.

تؤثر في حركتها العوامل المناخية: (1)

- درجة الحرارة : أدنى درجة مسجلة كانت في شهر جانفي قدرت ب 4 درجات مئوية وأقصاها في شهر جويلية قدرت ب 42.7 درجة مئوية.

- المغياثية : تمتاز مدينة باتنة بعدم الانتظام في التساقط خلال أشهر السنة حيث أن معدل الانتظام في التساقط خلال أشهر السنة حيث أن معدل التساقط محصور بين 300 ملم و 400 ملم سنوياً، إلا أن أقصاها مسجلة في شهر مارس 43 ملم وأدناها مسجلة في شهر جويلية 7 ملم.

- الرطوبة : الرطوبة لمدينة باتنة تصل إلى 53 % كمعدل يومي في السنة، حيث تكون نسبة الرطوبة أكثر من 50% في شهر أكتوبر إلى شهر مارس لتصل أعلى نسبة لها في شهر ديسمبر وجانفي 70% بينما يسجل شهر أوت وجويلية الأشد جفاف بنسبة 33% .

- الرياح : بمدينة باتنة فهي شمالية شرقية شتاء وجنوبية غربية صيفاً وكذا وجود رياح السيروكو التي تقدر عدد أيامها 19 يوم في السنة.

ثالثاً: مراحل التوسع الحضري والتطور العمراني في مدينة باتنة.

يعتبر العمران خير مترجم لما يحدث في أي مدينة من المدن، فهو مؤشر هام للحضارات المختلفة، لكونه لا يزول بزوال الأشخاص، وإنما كإرث حضاري معبرا عما كان سائدا في زمن من الأزمان من عادات وتقاليد.

ومدينة باتنة إحدى المدن التي عرفت تطورا محسوسا داخل الحوض الترسيبي الذي توضع فيه داخله أول نواة للتجمع و ذلك سنة 1844م، حيث أقيم أول مخيم عسكري في الجنوب الشرقي من حي الزمالة محاطا بواسطة جدار على شكل حزام به أربعة أبواب ، تصوره مميز بالتقاء محورين عموديين يربطان الأبواب الأربعة، وجاء مرسوم سنة 1844م ليعطيها اسم "لامبيز الجديدة" ، ولكن مرسوم آخر في جوان من نفس السنة ألغى الأول ويعيد للمدينة اسم "باتنة".

وقد شهدت مدينة باتنة تطورا عمرانيا محسوسا ليصل معدل التعمير إلى 56.19 %، ⁽¹⁾ وهو أقل من المعدل الوطني المقدر بـ 58.30 %، وقد اتخذ هذا النمو اتجاهات عديدة ، يمكن تمييز فترتين أساسيتين للتوسع المدينة، تتوافق كل واحدة منها مع نمو مميز و ظهور أشكال حضرية وعمرانية تشمل أنماط ووحدات مورفولوجية محددة بواسطة عوامل سياسية، اقتصادية، اجتماعية و مجالية.

1 1. الديوان الوطني للإحصاء معطيات إحصاء سنة 1998.

1- الفترة الأولى (الاستعمار) قبل 1962م :

يمكن تقسيمها إلى أربعة مراحل وهي :

أ. المرحلة الأولى (1844م-1870م):

وهي المرحلة التي بدا فيها تشكل أول نواة استعمارية لمدينة ، أنظر الشكل رقم(1) تهيكلت حول محورين شمال واد باتنة. وتم إصدار مرسوم تنفيذي نشر في 12-09-1844م، تضمن محتواه بأن تصبح باتنة مركزا حضريا مساحته 12 هكتارا .⁽¹⁾

رغم قلة عدد سكانها فقد استفادة في 17-10-1885م بمحافضة الحالة المدنية في مركزها وأصبحت لها بلدية تشرف على شؤونها الاجتماعية، وخدماتها التجارية. ومن ثمة بدأت المدينة تتوسع و لكنه كان بطيئا للغاية. وفي سنة 1870م بدأ ظهور حي الزمالة في الجنوب الشرقي للمركز و هو أقدم أحياء المدينة، شيد من طرف السكان الأصليين للمنطقة، وأطلق عليه آنذاك اسم "البرج" و خصص للقاضي كما تقطنه بعض العائلات من الأهالي.⁽²⁾

ب. المرحلة الثانية: 1871م-1923م:

ابتداء من سنة 1871م، بدأت المدينة تعرف نوع من التوسع الذي اشتدت حركته، حيث وصلت مساحتها إلى 26 هكتار، و لقد ترجم هذا التوسع بواسطة بنا التجهيزات المدنية و المتمثلة في مدرستين ، كنيسة، السوق، المسرح، والمسجد المسمى حاليا المسجد العتيق،الذي كان في السابق مسجد المعسكر camp، بالإضافة إلى البلدية، المقبرة المسيحية، و المحكمة، وتهيكلت هذه التجهيزات والمساكن حول محورين عموديين شارع الجمهورية الذي يربط الباب الجنوبي الشرقي بالباب الشمالي الشرقي، وشارع فرنسا (شارع الاستقلال حاليا)، الذي يربط الباب الشمالي للمركز بجنوبها، وإلى غاية 1923م كانت

1أحمد محمد بوزراع:، مرجع سابق، ص 156.

2أحمد محمد بوزراع:، مرجع سابق، ص 157.

المدينة مهيكلة في قسمين منفصلين بواد باتنة و هما النواة العسكرية و الزمالة كحي تقليدي في الجنوب.

ج. المرحلة الثالثة (1924 م - 1945 م):

عرفت هذه المرحلة نمو النواة من حيث عدد السكان حيث انتقل من 1000 نسمة سنة 1925م ليصل إلى 15000 نسمة سنة 1940م، حيث وصلت مساحة المدينة إلى 150 هكتار، ومعدل استهلاك مجالي قدر ب 5.64 هكتار/سنة. الشيء الذي يفسر انفجار النواة في الاتجاهات الثلاثة التالية:⁽¹⁾

- ظهور حي جديد مجاور لحي الزمالة وهو حي بوعقال.
- حي جديد وضعت له البنات الأولى وهو حي شيخي.
- أما حي المعمرين "stand" فقد شهد بنايات راقية و ارتفاع عدد ساكنيه.

د. المرحلة الرابعة (1946 م - 1962 م):

تصادف هذه المرحلة أحداثا عديدة منها انطلاق الثورة التحريرية ، وظهور مخطط قسنطينة عام 1958م. بالإضافة إلى كون المدينة أصبحت دائرة بالنسبة لإقليمها حيث استفادت من خلالها بجهاز إداري مستقل عن مدينة قسنطينة، بعد أن كانت تابعة لها في شؤونها الإدارية، ترجمت هذه الوضعية بحركة عمرانية مكملية للمراحل السابقة، رغم الظروف الصعبة التي كانت تمر بها الثورة و خاصة في إقليمها ، ولقد كانت مقسمة حول محورين هما:

- في الشمال الأحياء الأوربية.
- في الجنوب الأحياء التقليدية و التي كانت في الأصل محتشدات للسكان كحي شيخي، والحي التطوري وكشيدة.

2- المرحلة الثانية : ما بعد الاستقلال إلى غاية الآن:

¹أحمد محمد بوزراع، مرجع سابق، ص 158.

و يمكن تقسيم هذه المرحلة بدورها إلى أربعة مراحل هي:

أ. المرحلة الأولى (1963م - 1973م):

و هي المرحلة التي عرفت فيها الجزائر الاستقلال، لتتطلق في أعادة بناء جزائر الغد، لذا فالبداية صعبة، ففي السنوات الأولى من الاستقلال تعرفت المدينة نمو الأحياء التقليدية و القديمة بشكل عشوائي، خاصة و أن هذه الفترة عرفت رحيل المعمرين و المساكن شاغرة و التي احتلها العديد من سكان المدينة.

كما عرفت هذه المرحلة انطلاق برنامج الأوراس سنة 1967م، الذي أدى إلى ديناميكية حضرية جديدة حيث وصلت مساحتها إلى 1227 هكتار، أي بزيادة قدرها 1018 هكتار، وبمعدل 92.54 ه/سنة، لذا يمكن أن نقول أنه خلال هذه الفترة مدينة باتنة اكتمل اطارها، و هيكلها الحضري العام، وأصبحت شبكة نسيجها الحضري بارزة، و تمثلت في الأحياء السكنية التالية:

- مركز المدينة
- حي شيخي
- حي النصر.
- حي المجزرة.
- حي بوعقال بأجزائه الثلاثة.
- حي كشيدة.
- حي بوزران.
- حي بارك أفوراج.

ب. المرحلة الثانية (1974م - 1984م): وهي مرحلة انفجار التجمع.

أتت هذه المرحلة للحد من التوسع والبناء الفوضوي، وكذا للحد من تواجد مناطق السكن التلقائي، فالمدينة في هذه المرحلة تميزت بنمط رديء شوه مظهرها العام، تسكنه مختلف الفئات الاجتماعية، الجزء الأكبر منها هم الوافدون من المناطق الريفية الباحثين عن العمل، التعلم، وتحسين مستوى المعيشة...، بالإضافة إلى هذا صدور قانون الاحتياطات العقارية سنة 1974م، الذي أدى بالعديد من السكان المالكين لقطع أرضية ذات مساحات كبيرة لتجزئتها، و بيعها في الخفاء بعيدا عن المراقبة من طرف السلطات، سواء للسكان اللاجئين إلى المدينة أو الفئات البسيطة.

ج. المرحلة الثالثة (1985 م-1995م مرحلة التشبع العمراني):

إن استمرار التوسع العمراني لمدينة في جميع جهاتها سواء بالعمليات الطوعية التي جاءت كبرنامج في المخطط العمراني الأول، أو بالعمليات اللاطوعية، بمبادرة من الفئات السكانية عن طريق عمليات البناء غير الشرعي، هذا الأخير الذي غزا المدينة بشكل كبير، ليستولي على مساحات هامة من المدينة، و يشكل أحياء فوضوية كبرى عرفت بها المدينة (بوعقال، براك أفوراج، بوزوران، كشيدة)، في الاتجاهات الأربع لها لتصل مساحتها إلى 33836 هكتار⁽¹⁾. ومعدل استهلاك المجال مقدر بـ 86.54 هكتار/نسمة. وهي جد معتبرة تبين الاستهلاك المبكر والكبير للمجال خلال هذه الفترة لذلك فالبرنامج المسطر في إطار المخطط العمراني لسنة 1978م، الخاص بالسكن و التجهيزات لم يصل إلى أهدافه خاصة وأن التعمير الفوضوي مس أراضي مسطحة في الجهة الجنوبية لتامشط وبوعقال. هاته الأراضي التي تعتبر الأصل لجميع المشاكل التي عرفها التجمع ، بالإضافة إلى ظهور

1 - ع. صحرأوي، ع. ضيف، ع. دراج: النمو الحضري و اشكالية التوسع العمراني بمدينة باتنة، مذكرة تخرج ، معهد علوم الأرض،/جامعة قسنطينة، سنة 1996، ص 130.

حيين فوضويين جديدين هما طريق تازولت وأولاد بشينة. إن هذا التوسع الفوضوي خلق عدة مشاكل .

د. المرحلة الرابعة (1996 م- 2000 م):

(مرحلة التشبع وتعمير الجيوب الشاغرة واتجاهات أخرى للتعمير).

لقد توسعت مدينة باتنة في المراحل السابقة بطريقة جعلتها تصل إلى استهلاك المجالات الشاغرة داخل النسيج الحضري، التي احتفظت بها للمدى الطويل، حيث مساحة المدينة إلى 3394 هكتار وبمعدل استهلاك للمجال مقدار ب 202هـ/سنة، فوجد التعمير نفسه محاصرا في الشمال الشرقي بواسطة المنطقة العسكرية، و في الجنوب الغربي بواسطة المنطقة الصناعية ، وفي الشمال والجنوب بواسطة التضاريس الجبلية لبوزوران و تامشيط، و كونها مواضع يصعب التعمير عليها بالإضافة إلى كونها تشكل المجال الأخضر الذي يمد المدينة بالهواء النقي.

فالتوسع الحالي للمدينة يتجه نحو ثلاث اتجاهات رئيسية هي:

- طريق تازولت بواسطة مساكن فردية، هذا التوسع الذي إذا استمر سيشكل مع بلدية تازولت تلاحم نسيجي.
- طريق بسكرة تم التعمير ببناءات فردية ذات النوعية الجيدة.
- طريق مروانة وحملة.

رابعاً: النمو السكاني والعوامل المتحركة في نمو سكان مدينة باتنة.

1- النمو السكاني:

إن أعقد المشاكل التي تواجه مخططي المدن تأتي من النمو السريع و غير المتوازن لسكان المدينة أو الإقليم، و المقصود بالنمو السكاني " اختلاف حجم السكان في مجتمع ما عبر فترات زمنية متباينة"¹، لذلك نجد أن معظم الباحثين يولون اهتمام كبير لهذا الجانب، فزيادة عدد السكان تعني الأهمية الاقتصادية للمدينة و بالتالي الزيادة في عد المساكن والخدمات الحضرية ، وهكذا تتوسع المدينة بشكل موازي للنمو السكاني.

و يمكننا تتبع مراحل النمو السكاني لمدينة باتنة و الذي مر بالمراحل التالية:

أ. مرحلة ما قبل الثورة التحريرية 1954م :

و هي الفترة التي تسبق الثورة التحريرية و تعداد سنة 1945م، لذا لم تعتمد الجزائر كتعداد رسمي نظرا للإحصاءات التي تمتاز ببعض الارتياب، خاصة وأن المجتمع كان يتكون من فئتين (السكان المعمرين، و السكان الأصليين)، ولقد استعملنا هذا التعداد لكون المرحلة التي تسبق حرب التحرير كان لها أثر في رسم المعالم الأولى لصورة المدينة الاستعمارية المكتملة المتمثلة خاصة في النواة الاستعمارية لتظهر أنويه على شكل بقع زيت في ضواحيها تمثل فئة الأهالي المهمشة، و التي كانت أحجامها صغيرة في فترات الاحتلال الأولى بالمقارنة مع فئة المعمرين التي تتزايد أعدادهم نتيجة توافد على المدينة.

1- علي عبد الرزاق حليبي علم الاجتماع السكان، دار المعرفة الجامعية القاهرة، 1985، ص 37.

بـ. مرحلة النمو السريع (1954م-1966م):⁽¹⁾

تعد المرحلة التي عرف فيها النمو السكاني القسط الأكبر، حيث ارتفع عدد السكان ليصل في أول تعداد رسمي للجزائر سنة 1966 إلى 55751 نسمة، وهي المرحلة التي عرفت حرب التحرير الوطنية و السنوات الأولى لاستقلال الجزائر، فاجتمعت الظروف ليصل معدل النمو في هذه الفترة إلى 7.89% و هو أكبر بكثير من المعدل الوطني المقدر بـ 4.7 % ، ويعود ذلك إلى ما شهدته المنطقة خلال الحرب التحريرية و سياسة الاستعمار التي تسبب في عدم الاستقرار و الأمن مما جعل السكان الأرياف يتوافدون نحو المدن بشكل كتلي خاصة بعد أن أرغمهم الاستعمار على ذلك بتطبيق سياسة المحتشدات و إتباع سياسة الأرض المحروقة وتحويل العديد من المناطق الريفية إلى مناطق محرمة أدى إلى هجرة أعداد كبيرة من السكان المقيمين بها نحو المدينة طلبا للأمن و الأمان.

جـ. مرحلة النمو السريع المتواصل (1966م-1977م):⁽²⁾

تميزت هذه المرحلة بانخفاض في معدل النمو الذي قدر بـ 5.72% و هو قريب من المعدل الوطني و المقدر بـ 5.4%، و هذا يعود لكون المدينة تنتمي إلى إقليم ولاية باتنة الداخلية ، فهي من بين المناطق التي لم تحض باهتمام من طرف السلطة في تلك الفترة ، إلا أنه انطلاقا من سنة 1967م، و إيماننا بأهمية المدينة التي شكلت عاصمة الأوراس ، وقطبا هاما أثناء فترة الاحتلال ظهر البرنامج الخاص بالأوراس الذي جاء بعدة مشاريع تنموية على المستوى الحضري و الريفي من أجل تحقيق التوازن الإقليمي ، بالإضافة إلى المخططات التنموية ن حيث انتقل عدد السكان ليصل سنة 1977م إلى 1027565 نسمة إلى حوالي ضعف ما سبق بمعدل نمو سنوي قدر بـ 5.7% ، و يعود هذا الاستقرار إلى الوضع الأمني وتحسين الظروف الصحية بالإضافة إلى ظهور

1- أحمد محمد بوزراع، المناطق المتخلفة بمدن العالم الثالث، دراسة ميدانية بمدينة باتنة، الجزائر ،دكتوراه في علم الاجتماع جامعة القاهرة عام 1989، ص156.

2- أحمد محمد بوزراع، المناطق المتخلفة بمدن العالم الثالث، دراسة ميدانية بمدينة باتنة، الجزائر ،دكتوراه في علم الاجتماع جامعة القاهرة عام 1989، ص154.

المنطقة الصناعية لمدينة باتنة سنة 1971م، و بالتالي توفير العديد من مناصب الشغل التي استقطبت مختلف المناطق، وبالأخص البلديات المجاورة، مما أدى أيضا إلى استمرار النزوح الريفي للحصول على الخدمات المدنية.

د. مرحلة النمو المستمر (1977م-1987م): ⁽¹⁾

يمكن أن نطلق على هذه المرحلة "مرحلة النمو المستمر" حيث انتقل عدد السكان من 102756 نسمة سنة 1977م، إلى 181601 نسمة سنة 1987م، بمعدل نمو سنوي قدر بـ 5.86% وهو أكبر من المعدل الوطني، و يعود هذا إلى كون المدينة شهدت مشاريع اقتصادية ، سكنية و اجتماعية هامة أدت إلى تحسين مستوى معيشة سكانها أدى ذلك إلى جلب التدفقات السكانية نحوها من يد عاملة وإطارات سامية.

هـ. مرحلة النمو المتوازن و البطيء (1978م-1998م): ⁽²⁾

وصل عدد سكان مدينة باتنة في التعداد الأخير لسنة 1998م إلى 242940 نسمة بمعدل نمو سنوي قدره 2.68%، و مقارنة بالمعدل الوطني (3064%) نجده أقل منه ، هذا الانخفاض المحسوس نعتقد أنه يرجع على الأزمة الاقتصادية و السكنية التي أصبحت تعاني منها البلاد و المراكز الحضرية خاصة ، حيث تخلت الدولة عن قسم كبير من مشاريع الإسكان و التعمير و مجالات الصناعة و التشغيل، مما أحدث نظام اتسمت ملامحه في البنية الوظيفية للإنسان على هيئة تسريح العمال في إطار المؤسسات المطهرة مما زاد في حدة البطالة التي انعكست على انخفاض معدل الزواج بالإضافة إلى الاعتماد على سياسة تنظيم النسل.

و فيما يلي يمكننا أن نتعرف على العوامل المتحكمة في النمو السكاني.

1- أحمد محمد بوزراع، المناطق المتخلفة بمدن العالم الثالث، دراسة ميدانية بمدينة باتنة، مرجع سبق ذكره، ص 156.

2- أحمد محمد بوزراع، المناطق المتخلفة بمدن العالم الثالث، دراسة ميدانية بمدينة باتنة، الجزائر ،دكتوراه في علم الاجتماع جامعة القاهرة عام 1989، ص 156

2- العوامل المتحكمة في نمو سكان مدينة باتنة:

عادة ما نجد هناك عاملين أساسيين في النمو السكاني ، الأول طبيعي يتمثل في ارتفاع الزيادة الطبيعية ، و الثاني غير طبيعي يتمثل في عنصر الهجرة . من خلال الملاحظة و المتابعة وجدنا أن الزيادة الطبيعية لم يكن لها الدور الفعال في النمو السكاني كما هو الحال بالنسبة للهجرة لذا فإننا سنتتبع العوامل الكامنة وراء هذه العملية و الأسباب الكامنة و دوافعها.

أ. -الهجرة:

تعرف الهجرة بكونها " عملية انتقال، أو تحول، أو تغير لفرد، أو جماعة من منطقة اعتادوا على الإقامة فيها إلى منطقة أخرى، خارج حدود تلك المنطقة".⁽¹⁾ وترتبط التغيرات الاقتصادية و الاجتماعية ارتباطا وثيقا بالهجرة، حيث تعتبر نموذجا من تحركات السكان من مكان إلى آخر بحثا عن فرص العمل ، وبحثا عن أنماط معيشة أفضل، و هذا ما حدث في أغلب المدن الجزائرية.

ب. مراحل الهجرة نحو مدينة باتنة:

عرفت الهجرة إلى مدينة باتنة المراحل التالية:

• المرحلة الأولى: م1954-1966م:

أدت سياسة الاستعمار إلى حالة عدم الأمن و الاستقرار في المناطق الجبلية غلى اللجوء إلى المدينة و لفرض السيطرة عليهم قام المستعمر بتجميعهم في محتشدات سكنية في المدينة و هذه الهجرة تعرف بالهجرة القصرية.

• المرحلة الثانية 1966م-1977م:

في هذه المرحلة بلغ عدد المهاجرين 232835 مهاجر، بمعدل 42.75%، وهو أقل بكثير من المرحلة الأولى، ونعتقد أن ذاك بسبب عودة نسبة من السكان إلى الأرياف و

1- علي عبد الرزاق جليبي، مرجع سابق، ص218.

مواطنهم أين توجد ممتلكاتهم، والحياة التي اعتادوا عليها،¹وكما أن المدينة عرفت أزمة سكنية بحيث لم تشهد برامج في هذا الميدان إلا بعد تطبيق برنامج الأوراس.

• المرحلة الثالثة 1977م-1987م:⁽²⁾

يعود ويرتفع عدد المهاجرين خلال هذه الفترة إلى 42429 مهاجر بمعدل 41.29%، فكما نعلم أن المدينة عرفت سنة 1971 م، مشروعا كبيرا تمثل في أنجاز المنطقة الصناعية التي بظهورها و انطلاق نشاطاتها جلبت العديد من المهاجرين الذين و فدوا من أنحاء عديده من الوطن ليستقروا في المدينة بصفة نهائية و ذلك بجلب عائلاتهم.

• المرحلة الرابعة 1987م-1998م:⁽³⁾

في هذه المرحلة انخفض عدد المهاجرين ليصل 13363 مهاجر بمعدل صافي للهجرة مقدر بـ 7.4 % ففي هذه الفترة شهدت المدينة تحولات على جميع الأصعدة السياسية، والاقتصادية، وهذه الأخيرة أثرت على حركة السكان بسبب الأوضاع الأمنية، كما أن تشبع المجال الحضري للمدينة و عدم توفر فرص العمل، و استفحال أزمة السكن، وارتفاع أسعار الأرض كلها عوامل ساهمت في انخفاض عدد المهاجرين نحو المدينة.

1 - محمد أحمد بوذراع، مرجع سبق ذكره.

2- أحمد محمد بوذراع، المناطق المتخلفة بمدن العالم الثالث،دراسة ميدانية بمدينة باتنة،الجزائر ،دكتوراه في علم الاجتماع جامعة القاهرة عام 1989،ص156.

3- أحمد محمد بوذراع، المناطق المتخلفة بمدن العالم الثالث،دراسة ميدانية بمدينة باتنة، مصدر سبق ذكره،ص156.

خامساً: الصحة والخدمات الصحية في مدينة باتنة.

إنّ نجاح أي منظومة تتوقف على مدى توفرها على هياكل قاعدية وبنى تحتية قادرة على تقديم خدمات ضرورية ولازمة لمستحقيها، وإشباع حاجياتهم ويجب أن تتناسب هذه الهياكل مع الحاجيات الضرورية التي تتطلبها الحاجات الاجتماعية والأسرية والهياكل الصحية لمدينة باتنة تشتمل على: ⁽¹⁾

- المستشفى الجامعي باتنة 635 سرير.
- مستشفى خاص بالسل والأمراض المعدية 180 سرير.
- عيادة توليد وتشخيص الأمراض النسوية وحماية الأمومة والطفولة 181 سرير.
- عيادة أمراض الأذن والأنف والحنجرة 38 سرير.
- مخبر صحي ولائي.
- مستشفى الأمراض العقلية ولائي 75 سرير.
- 03 عيادات متعددة الخدمات.
- 07 مراكز صحية .
- 09 مراكز لحماية الأمومة والطفولة PMI

←الموارد البشرية:

على مستوى مدينة باتنة يوجد : ⁽²⁾

بالنسبة للقطاع الخاص:

- جراحة الأسنان: 96.
- طبيب مختص: 120.
- طبيب عام : 97.
- صيدلاني : 97.

⁽¹⁾ مديرية التخطيط لمدينة باتنة .

⁽²⁾ نفس المرجع السابق .

بالنسبة للقطاع العام :

- طبيب مختص: 138 .

- طبيب عام : 99.

- جراحة الأسنان: 27.

- شبه طبي : 1221.

← الوضعية الوبائية لمدينة باتنة:

إنّ تطور الوضعية الوبائية لبعض الأمراض المعدية المسجلة على مستوى المركز الإستشفائي الجامعي باتنة والقطاع الصحي حيث لوحظ بداية ارتفاع التهاب السحايا ابتداء من سنة 2001 ليسجل 60 حالة سنة 2003 ، وبعد تراجع وبعدها ، أما حمى التيفوئيد قد عرفت قيمتها القصوى سنة 2004 بحوالي 450 حالة كما تجدر الإشارة فإن باقي الأمراض المعدية كالحمى المالطية وداء السل و الليشمينوز الجلدي شهدت حضورا لكن بعدد حالات ضعيفة بحوالي 100 حالة.

← الأمراض غير المعدية :

من إحصائيات لحركية الاستعجالات الطبية الجراحية للمستشفى الجامعي باتنة سنة 2007 ارتفاع حالات الاستشفاء لأمراض القلب والأوعية الدموية وداء السكري ، والصدمات غير عمدية (حوادث المرور) وكما سجل ارتفاع حالات الأورام الخبيثة ما يقارب 400 حالة سنويا حيث سجل سنة 2006 568 حالة على مستوى ولاية باتنة.

والملاحظ على مدينة باتنة توفر على هياكل صحية إلا أنها تقدم خدمات صحية ذات نوعية وهذا راجع لعدة أسباب.

- ارتفاع عدد التحويلات الطبية من الولايات المجاورة (خنشلة ، تبسة ، ورقلة ، وادي سوف) ضف إلى ذلك دوائر الولاية.
- نقص في الكادر الطبي المختص.
- نقص في الممرضين.
- الأعطال المتكررة في الأجهزة الطبية.
- التذبذب بالتزود بالكواشف الطبية للمخابر والأدوية.
- التحاق بعض الأطباء والممرضين للعمل في القطاع الخاص (العمل المزدوج) وما له من تأثير على سير المؤسسة الاستشفائية في القطاع العام.

الفصل السادس :

مجال البحث الميداني وإجراءاته المنهجية.

أولاً: مجال البحث الميداني.

1- التعريف بحي بارك فوراج.

أ- الموقع الجغرافي للقطاع المكاني (حي بارك فوراج).

ب- الخصائص العمرانية والمعمارية.

ج- المكانة العقارية.

د- الدراسة السكانية.

هـ- عناصر المجال.

ثانياً: منهجية الدراسة .

1- المنهج المستخدم .

2- أدوات جمع البيانات .

و- الملاحظة.

ز- المقابلة.

أ- استمارة استبيان .

ب- المؤشرات الإحصائية .

ثالثاً: العينة وطريقة اختيارها .

رابعاً: المجال الزمني للدراسة .

أولاً: مجال البحث الميداني.**1- التعريف بحي بارك فوراج.**

أ- الموقع الجغرافي للقطاع المكاني (حي بارك فوراج):

إن قطاع بارك فوراج يقع في الجهة الشمالية الشرقية لمدينة باتنة، وتقدر مساحته حوالي 437.4 هكتار (إحصاء عام 2001) فهو يمثل ما نسبته 12.89% من إجمالي المدينة، فهو بذلك يحتل المرتبة الثانية من حيث المساحة.

ب- الخصائص العمرانية والمعمارية :

أرضية الدراسة في مجال التوسع العمراني للمدينة تمتاز بمكونات عمرانية غير واضحة مما خلق مجال فوضوي بمختلف مستوياته سواء الإطار المبني أو الغير مبني. يشكل مجال الدراسة من شقين الشق الأول مجال مكتظ (كثافة سكانية معتبرة) مباني متلاحمة من الطراز العادي تفتقر إلى الجانب الجمالي معظمها مكونة من طابقين، أما الشق الثاني فهو في حالة توسع متواصلة للحي أي نمو عمراني ملحوظ ، مجمل البنايات في حالة جيدة بالرغم من غياب الطلاء ، جل البنايات غير منتهية الأشغال.

ج- المكانية العقارية :

تعود أراضي مجال الدراسة إلى الخواص 100% انتقلت ملكيتها من عائلة إلى أخرى ، وقد تحولت هذه الأراضي من وظيفتها الزراعية إلى الوظيفة السكنية.

د- الدراسة السكانية :

الجدول بين رقم (6) يبين تطور عدد السكان والمساكن من سنة 2001 إلى غاية سنة 2007.

السنة	2001	2007
المساحة العقارية	283.5	437.4
عدد المساكن	2632	4460
عدد السكان	11489	28056
الكثافة السكانية (ن / هكتار)	40.52	60
الكثافة السكنية (سكن / هكتار)	14	23

المصدر : مكتب الدراسات الاقتصادية والتنمية

- ما نلاحظ من الجدول أن عدد السكان والمساكن قد تضاعف إلى ضعفين على مدى عقد من الزمن.

ه- عناصر المجال :

• السكن:

إن الرفع الطبوغرافي وتحليل PDAU أكدت إمكانية حدوث تطور من خلال الزيادة الديموغرافية والنزوح الريفي من البلديات المجاورة بهدف الحصول على ظروف معيشية جيدة وظروف أمنية أحسن فقد تضاعف عدد المساكن من 2632 مسكن سنة 2001 إلى 4460 سنة 2007.⁽¹⁾

(1) مكتب الدراسات الاقتصادية والتقنية.

• التجهيزات:

يتميز قطاع برك فوراج بقلة التجهيزات والخدمات حيث يحتوي :

⇐ 06 مدارس ابتدائية للطورين الأول والثاني.

⇐ 2 مؤسستين للتعليم المتوسط.

⇐ ثانوية واحدة .

⇐ عيادة متعددة الخدمات.

• الطرق:

تحدد بالطريق الوطني رقم 31 الذي يربط مدينة باتنة بتازولت ويحد القطاع من الجهة الجنوبية الشرقية ، وللوصول إلى البناات المختلفة يتم ذلك من خلال طريق صغيرة غير مهيئة في بعض الأحيان وغير صالحة للاستعمال.

• شبكة الكهرباء :

تم إمداد جل المباني بالكهرباء في ظل السياسة المنتهجة من قبل المؤسسة المسؤولة ، بمعدل اكتفاء يقدر بـ 70% ، و 30% لا تتمتع بهذه الوظيفة الضرورية خلال ساعات الاستغلال القصوى.

• شبكة المياه الصالحة للشرب:

فيما يخص المياه الصالحة للشرب يتم ضخها عن طريق محطة الضخ عبر أنابيب ذات قطر يساوي 250 ملم باتجاه محطة استقبال بالقرب من المستشفى الجامعي باتنة، والسكان يتحصلون على المياه الصالحة للشرب عن طريق الربط المباشر بقناة التموين.

• شبكة الصرف الصحي ومياه الأمطار:

صرف المياه المستعملة والسطحية يتم عن طريق قناة واحدة ذات نظام أحادي بقطر يقدر بـ 300 ملم في أعلى القناة و 1500 ملم في أسفلها، ويتم الصرف في واد تازولت ويقدر ربط البناءات في القطاع بشبكة الصرف بنسبة 56.19 % .

حاليا أراضي القطاع ليست جيدة بالنسبة لعمليات الربط بالقنوات وذلك يعود إلى كون البناءات فوضوية.

ثانياً: منهجية الدراسة .

1- المنهج المستخدم .

من أجل الوصول إلى الموضوعية في دراسة موضوع ما يجب على الباحث تطبيق منهجا علميا يستجيب وطبيعة الموضوع وفي الواقع لا توجد طريقة أو منهج علمي واحد يمكن الاعتماد عليه للكشف عن الحقيقة لأن طرق البحث تختلف باختلاف المواضيع التي يدرسها الباحث، وباختلاف الأهداف العامة والنوعية التي يستهدف البحث تحقيقها، لذا من الصعب المفاضلة بين طريقة وأخرى إلا بعد تحديد كافة الظروف الملائمة لتطبيق كل طريقة منها ⁽¹⁾ ونظرا لانطلاق هذا الموضوع من واقع اجتماعي كان المنهج الوفي التحليلي هو الأنسب لموضوع الدراسة ، حيث تسعى الدراسة إلى وصف خصائص مجتمع البحث، ونحاول إبراز العلاقة بين مختلف المتغيرات وتنتهي بتفسير وتحليل البيانات المختلفة والوقوف على حيثيات الدراسة لتحديد طبيعتها وبالتالي استخلاص النتائج العامة بطريقة علمية دقيقة.

2- أدوات جمع البيانات :

يتوقف اختيار أدوات جمع البيانات في دراسة ما، على عدة عوامل منها : طبيعة الموضوع وأهداف الدراسة ونوع المنهج المختار في البحث، فقد تم الاعتماد في هذه الدراسة لجمع البيانات على الأدوات التالية:

أ- الملاحظة:

تعتبر من أهم الأدوات المنهجية التي يستخدمها الباحث الاجتماعي لجمع المعلومات ، وهي مصدر أساسي للحصول على البيانات والمعلومات اللازمة لموضوع البحث، وبالتالي

(1) زيدان عبد الباقي : قواعد البحث الاجتماعي ، مطبعة السعادة ، القاهرة، ط2، 1974، ص ص 184-185.

فهي أداة أساسية تبنى عليها مختلف الأدوات الأخرى، للكشف على مختلف الآراء والمواقف لمجموعة البحث اتجاه القضية محل الدراسة ضمن المقابلات التي أجريت معهم لتفسير ترجمة ما لاحظناه إلى عبارات ذات دلالة.

لذلك تم استخدام الملاحظة بالمشاركة وهذا بحكم المعيشة اليومية لأرباب الأسر في المستشفيات وقد استخدمت اختيار إشكالية البحث و في تصميم الاستمارة واختيار مجال البحث (حي براك فوراج) وهذا لقربه من المستشفى.

ب- المقابلة:

تعتبر المقابلة وسيلة لجمع البيانات في البحث السوسيولوجي وتعتبر من الأدوات الأكثر استعمالا وانتشارا في الدراسات الاجتماعية ، وتمت المقابلة على نوعين مقابلة عامة ومقابلة خاصة :

• المقابلة العامة: وتمت من خلال ما يلي :

⇐ لقاء مع رئيس مصلحة البناء والتعمير ببلدية باتنة وذلك للتزويد بمختلف المعلومات والوثائق عن مجال الدراسة.

⇐ لقاء مع بعض المعنيين في المصلحة التقنية لبلدية باتنة حيث ساعدونا بمختلف المخططات والخرائط عن الحي مجال الدراسة (الموقع، الحدود الإدارية، ...).

⇐ لقاء مع بعض رؤساء المصالح الإدارية في مديرية الصحة والسكان والمستشفى الجامعي باتنة والذين زودونا ببعض الإحصاءات.

• المقابلة الحرة:

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

ج- استمارة استبيان .

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

• المحور الأول: يشمل بيانات عامة تتعلق بالبيانات الشخصية الخاصة وضمت 13 سؤالاً.

• المحور الثاني: يشمل بيانات خاصة حول الواقع الحضري وضم هذا المحور 10 أسئلة.

• المحور الثالث: يشمل بيانات خاصة حول المستوى الصحي وقد ضم 10 أسئلة.

د- المؤشرات الإحصائية:

استعنت في البحث بجانبه النظري والميداني بالمؤشرات الإحصائية الواردة في موقع الانترنت للديوان الوطني للإحصاء www.ons.dz وموقع وزارة الصحة والسكان www.ands.dz الخاصة بالمجتمع الجزائري.

ثالثاً: العينة وطريقة اختيارها .

تعني العينة دراسة مجموعة مختارة من الناس من بين كل أفراد المجتمع ، دون تغيير خصائص المجتمع ويعرف المعجم الديموغرافي العينة بأنها " دراسة جزء من المجتمع بقصد الحصول على المعلومات الخاصة لهذا المجتمع وذلك بدلا من دراسة جميع مفرداته " (1). ونظرا لكون موضوع بحثنا حول التحضر والصحة، اخترنا الأسرة كوحدة مرجعية لاختبار هذه العلاقة، لأن الأسرة تجمع بين الواقع الحضري والمستوى الصحي، وباعتبار مجتمع بحثنا محدد المعالم (زمانيا، مكانيا، بشريا) وحتى نصل إلى أقصى مدى في صدقه وتعميم نتائج بحثنا الميداني اخترنا العينة العشوائية المنتظمة.

من أجل تحديد عينة البحث، فإن حي برك فراج حسب إحصاءات 2008 ينقسم إلى 24 مقاطعة وهو من أكبر الأحياء في مدينة باتنة ، ويضم 4336 أسرة .
اخترنا 10% تتناسب وحجم المجتمع تحصلنا على مفردة مكونة لحجم العينة المطلوبة على النحو التالي:

$$434 \approx 433.6 = \frac{10 \times 4336}{100} \text{ أسرة}$$

لتعيين المفردات المختارة للدراسة الميدانية علينا تحديد معامل الرفع لنتمكن من دراسة كل المقاطعات في حي برك أفراج، ونأخذ منها أسرة كوحدة ممثلة لتلك المقاطعة، وذلك حسب حجمها، استعملنا معامل الرفع K على النحو التالي:

$$10 = \frac{4336}{434} \text{ أي } \frac{\text{حجم المجتمع}}{\text{حجم العينة}} = K$$

(1) محمد سعيد فرح: لماذا ؟ وكيف؟ نكتب بحثا اجتماعيا، كلية الآداب ، جامعة طنطا ، دون سنة ، ص 137.

تم اختيار الأسرة الأولى عشوائيا الأسرة (رقم 05) بحيث رقمنا الأسر من 1 إلى 4336 وبإضافة معامل الرفع إلى الرقم (05) وبالتالي تم اختيار العينة حسب حجمها وبانتظام والجدول رقم (7) يبين إطار المعاينة .

رقم المقاطعة	عدد الأسر	إطار المعاينة
171	203	20
170	191	19
167	189	19
166	261	26
169	209	21
168	171	17
165	202	20
174	169	17
164	173	17
163	199	20
175	156	16
84	29	03
162	219	22
156	246	25
155	176	18
154	154	15
97	162	16
98	171	17
99	147	15
95	205	21
40	191	19
39	172	17
38	171	17
37	170	17
24	4336	434

ملاحظة هامة :

إن أفراد العينة هي الأسر التي يعاني أحد أفرادها أو أكثر من المرض والذي يجعله يلجأ إلى العلاج، بحيث أن اختيارنا للأسر من القطاعات الحضرية بحي برك فراج يجب أن يتوفر هذا الشرط في الأسر.

ولتحقيق هذا الشرط لجأ الباحث إلى المستشفى الجامعي والعيادات الخاصة في الفترة الزمنية للبحث لاختيار أفراد العينة التي بلغت 253، أما البقية 181 ، فقد تم الاستعانة بمكتب الدخول للمستشفى الجامعي باتنة الذي زود الباحث بعناوين الأفراد القاطنين بحي برك فراج الذين يعانون أحد الأمراض ولجأ للعلاج بالمستشفى، مع الأخذ بعين الاعتبار المقاطعة المعنية، حيث كان البحث مع أرباب الأسر (رجل وامرأة).

رابعاً: المجال الزمني للدراسة .

قام الباحث بإجراء الدراسة على مرحلتين :

- **المرحلة الأولى** : بدأت الدراسة الميدانية لحي بارك فوجاج بجولة استطلاعية يوم 25 ماي 2010 من خلال إجراء بعض المقابلات مع أسر مجال الدراسة ، وتم من خلال هذه المرحلة تعديل الاستمارة .

- **المرحلة الثانية** : وهي مرحلة إجراء الدراسة الميدانية، وتم من خلالها ملء الاستمارات والتي دامت من 27 ماي 2010 إلى غاية 10 مارس 2011

الفصل السابع :

عرض و تحليل البيانات وتفسيرها

تمهيد

أولاً: عرض و تحليل نتائج الدراسة الميدانية

ثانياً: تفسير النتائج

1- تفسير النتائج الميدانية في ضوء الفرضيات الجزئية و الدراسات السابقة

2- تفسير النتائج في ضوء الفرضية العامة

تمهيد:

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

بعد تحديد الجداول تأتي مرحلة التعليق التي تكون بصفة موضوعية حيث يكون التعليق متماشيا مع الجانب النظري والدراسات الشبيهة والواقع المعاش من الباحث بحكم أنه عامل في المستشفى وسيتم الآن عرض النتائج.

أولاً: عرض وتحليل نتائج الدراسة الميدانية.

المحور الأول: بيانات عامة.

جدول رقم (8) يوضح توزيع سن الزوج والزوجة.

الزوجة		الزوج		الفئات
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	السن
%56.45	245	% 42.85	186	أقل من 30 سنة
%34.33	149	% 46.31	201	بين 30-45 سنة
% 9.21	40	% 10.82	47	أكثر من 45 سنة
%100	434	%100	434	المجموع

نلاحظ من الجدول أعلاه أن أكبر نسبة مثلثها الفئة العمرية أقل من 30 سنة وهي فئة من الجيل الجديد، وتليها الفئة العمرية 30-40 سنة وهذا ما يبين أن معظم أفراد العينة مؤهلين اجتماعياً يمكنهم أن يتماشوا مع الحياة الحضرية وما لها من انعكاسات على حياة الفرد من الناحية الاجتماعية والصحية ، وكما يبين لنا أن أفراد العينة مثلت جميع الفئات العمرية وهذا دليل على تنوع الآراء والأفكار.

جدول رقم (9) يوضح طبيعة أفراد الأسرة :

أفراد الأسرة الاحتمالات	مقيمين من غير الأولاد	نوع قرابتهم	التكرار	النسبة
نعم	244	الوالد	89	%20.5
		الوالدة	90	%20.7
		الأقارب	24	%5.5
		جميعهم	41	%9.4
لا	190	/	190	%43.7
المجموع	434	/	434	%100

يتبين من الجدول أعلاه أن نسبة 56.3% من الأسر مازالوا يعيشون مع أحد الوالدين أو الأقارب وهذا نتيجة الهجرة الجماعية التي عرفت بها بعض القرى والمداشر في ولاية باتنة نتيجة الأزمة الأمنية التي عرفت بها البلاد، و 43.7% يعيشون وحدهم وهذا مؤشر توجه الأسرة نحو الاستقلالية عن الوالدين.

جدول رقم (10) يوضح المستوى التعليمي والموطن الأصلي للزوجين

الاحتمالات	الزوجين	زوج	زوجة	مجموع التكرار	مجموع النسب
المستوى التعليمي	أمي	30	100	130	%14.97
	ابتدائي	158	78	236	%27.18
	متوسط	126	120	246	%28.34
	ثانوي	100	75	175	%20.16
	جامعي	25	56	81	%9.33
الموطن الأصلي	ريفي	312	260	572	%65.89
	حضري	122	174	296	%34.10

يشير الجدول أعلاه أن المستوى التعليمي أهم عامل في تقدير الظروف والأوضاع وخاصة فيما يتعلق الأمر بالمستوى الصحي، حيث يتضح من الجدول أعلاه 14.6 % من أفراد العينة أميين و 75.68 % من أفراد العينة ما بين المستوى الابتدائي والثانوي، وهذا يبين لنا ما مدى تأثير المستوى التعليمي على الثقافة الصحية ، وتدني المستوى التعليمي كان لأن أفراد العينة من مناطق جبلية لا تتوفر فيها فرص التعليم خاصة للإناث، هاجروا إلى مدينة باتنة سنة 1990 نتيجة الأزمة الأمنية التي عرفت البلاد، و نلاحظ تفوق المرأة على الرجل في الالتحاق في الجامعة وهذا راجع لقلة الأعباء المالية بالنسبة للمرأة وطموحها في تحقيق التفوق والاستقلالية

جدول رقم (11) يوضح مهنة ومداخل رب الأسرة:

مهنة الزوج		الدخل يكفي		دخل آخر	
النسبة	تكرار	لا	نعم	لا	نعم
%44.93	195	384	50	368	66
%12.67	55				
%32.25	140				
%10.13	44				
%100	434	%88.47	%11.52	%84.79	%15.20

من خلال المعطيات التي يتضمنها الجدول أعلاه تبرز الفروق المرتبطة بالنوع الاجتماعي في طبيعة الوظائف الممارسة حيث تشير الدراسة أن أغلب أفراد العينة يشتغلون في قطاع الأعمال الحرة بنسبة %44.93 وهذا راجع إلى صعوبة الحياة وعدم توفر مناصب في القطاع العام وتليها الصناعة بنسبة %32.25 وهذا ما يفسر المداخل المتدنية للأسر ، حيث أن أغلب أفراد العينة أكدوا أن الدخل لا يكفي لتلبية حاجيات الأسرة وهذا بنسبة %88.47.

المحور الثاني: الواقع الحضري.

جدول رقم (12) يوضح وصف مسكن الأسرة :

نوع المسكن			مرافق المسكن			طبيعة المسكن
النسبة	تكرار		النسبة	تكرار		
%16.82	73	عمارة	%69.81	303	ماء	الاحتمالات
%44.93	195	تقليدي	%96.77	420	كهرباء	
%1.15	05	فيلا	%87.55	380	صرف	
%32.94	14.3	حوش	%52.99	230	تهوية وضوء	
%4.14	18	قصديري	%100	434	هاتف	
			%9.9	43	مساحات لعب أطفال	

يوضح الجدول أعلاه أن نسبة تزود المساكن بالمرافق الضرورية والمكملة للحياة هو محاولة للتعرف على المحيط الذي تعيش فيه الأسرة من خلال توفر أو عدم توفر ضروريات المسكن التي توفر للإنسان دواعي النمو المتوازن الضروري ، حيث نلاحظ أن اغلب المساكن تتوفر على المياه والإنارة وقنوات صرف المياه وهذا نتيجة جهود الدولة على توفير مرافق الحياة والملاحظ أيضا أن 52 % من المساكن تعاني من نقص في التهوية وهذا نتيجة البناء الفردي، الذي لا يراعي التخطيط في بناء المنازل وهذا نتيجة طبيعة حي بارك فوراج (بناءات خاصة) وهذا ما يزيد في احتمال الإصابة بالأمراض ، والملاحظ عدم توفر مساحات للعب الأطفال مما يزيد من مخاطر تعرضهم لحوادث السير عند اللعب في الطرقات.

جدول رقم (13) يوضح عدد الغرف وعدد أفراد الأسرة :

عدد أفراد الأسرة			عدد غرف المسكن		
النسبة	التكرار		النسبة	التكرار	
42,85%	186	أقل من 5 أفراد	0,46%	2	غرفة
57,14%	248	أكثر من 5 أفراد	49,07%	213	غرفتين
100%	434	المجموع	50,46%	219	أكثر من غرفتين
			100%	434	المجموع

نلاحظ من الجدول أعلاه أن 57% من أفراد الأسر أكثر من 5 أفراد و 49% من المساكن تحتوي على غرفتين أي بمعدل ثلاثة أفراد أو أكثر في غرفة واحدة وهذا ما يؤثر سلبا على الحالة النفسية والصحية لأفراد الأسرة.

جدول رقم (14) يوضح المحيط الخارجي وممارسة الرياضة

ممارسة الرياضة		المحيط الخارجي مناسب		المحيط والرياضة الاحتمال
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
24.58%	108	22.11%	96	نعم
75.11%	326	88.24%	338	لا
100%	434	100%	434	المجموع

يتضح من هذا الجدول أن غالبية أفراد العينة 88.24% يرون أن المحيط الخارجي غير مناسب وهذا نتيجة الأوساخ والقمامة في الأحياء وعدم توفر مواقف الحياة الضرورية (ساحة اللعب ، تزفيت الطرقات، تنظيف الحي) ، إضافة إلى ذلك عدم ممارسة الرياضة حيث نسبة 75.11% لا يمارسون الرياضة وكلها عوامل تزيد من احتمال الإصابة بالمرض.

جدول رقم 15 يوضح وضعية التأمين الصحي لرب الأسرة:

الاستفادة من التأمين			انخراط في التأمين		التأمين الصحي الاحتمالات
النسبة	التكرار		النسبة	التكرار	
%52.54	228	دائما	%46.31	201	نعم
%47.46	206	أحيانا			
%100	434	المجموع	%53.86	233	لا
			%100	434	المجموع

من خلال المعطيات التي يتضمنها الجدول أعلاه أن أغلبية أفراد العينة غير منخرطين في صندوق الضمان الاجتماعي بنسبة 53.86 % وهذا راجع للطبيعة العمل عند الخواص وعدم التصريح بهم وحتى المؤمنين لا يستفيدون دائما من خدمات التأمين إلا في حالات المرض المزمن نتيجة تكاليف العلاج الباهظة وهذا راجع إلى الصعوبات التي يواجهونها في مراكز التأمين الاجتماعي، والتالي فإن المرض يرهق رب الأسرة ماديا.

جدول رقم (16) يبين وعي رب الأسرة بالمحيط الصحي

المحيط الصحي		تدخل المعارف		نوع الطبيب		قطاع الفحوصات الطبية	
		النسبة	تكرار		تكرار	النسبة	تكرار
الاحتمالات	نعم	%74.65	324	القطاع عام	234	%53.91	312
	لا	%25.34	110	القطاع خاص	200	%46.08	122
المجموع		%100	434	المجموع	434	%100	434

تشير بيانات الجدول أعلاه أن استغلال العلاقات الشخصية بموظفي القطاع الصحي (عمال ، ممرضون ، أطباء) بالنسبة لأرباب الأسر ضروري للاستفادة من خدمات صحية مقبولة، حيث 74.65 % من أفراد العينة أكدوا ذلك وهذا ما بين المعانات داخل الهياكل الاستشفائية العامة، ويصبح رب الأسرة متأرجح بين طبيب القطاع العام من جهة والخاص من جهة أخرى ، الأول مجاني لكنه متعب والثاني لا يتعب لكنه يفوق إمكانياته بالنظر إلى دخله المحدود (انظر الجدول 11) وهذا ما بينه السؤال رقم 19 في "لماذا" ، فيما يخص مكان إجراء الفحوصات قرب الأسرة ليس مثيراً بالنظر إلى دخله فهم يفضلون القطاع العام حيث أن 71.88 % من أفراد العينة أكدوا ذلك.

المحور الثالث: المستوى الصحي.

جدول رقم (17) يوضح طبيعة الإصابة بالأمراض

طبيعة الامراض			الأمراض المعدية		
النسبة	التكرار		النسبة	التكرار	
69.81%	303	أمراض تنفسية	00%	00	دفتيريا
66.82%	290	أمراض الجهاز الهضمي	4.6%	20	سل
35.02%	152	أمراض العظام والمفاصل	00%	00	كزاز
27.64%	120	أمراض الجهاز العصبي	87.55%	380	سعال
48.84%	212	أمراض الجلد	00%	00	شلل
12.90%	56	أمراض الغدد	0.46%	02	تيفوئيد
13.82%	60	أمراض الجهاز البولي	2.07%	09	إلتهاب كبد
1.15	5	أمراض نفسية	00%	00	ليشمينوز
13.82	60	أمراض الدم			

يشير الجدول أعلاه أن طبيعة الأمراض التي تصيب المجتمع ، حيث نلاحظ انتشار الأمراض التنفسية وهذا راجع إلى تلوث المحيط (انتشار النفايات والغبار) وظروف المسكن، (أنظر الجدول رقم 12 و 14) وكذلك إلى طبيعة مناخ المنطقة، وتليها أمراض الجهاز الهضمي وهذا نتيجة تغير نمط الحياة (النظام الغذائي) والملاحظ أيضا أن أمراض المفاصل والعظام لها نسبة قوية داخل الوسط الحضري وهذا له علاقة بانتشار الحوادث المنزلية وحوادث السير، أما الأمراض الأخرى فهي موجودة متفاوتة النسب ولها علاقة بعمر الإنسان والطبيعة الوراثية للفرد، أما الأمراض الوبائية فهي مازالت تظهر داخل الوسط الحضري (السل ،التيفوئيد و التهاب الكبد) التي لها علاقة بالظروف الاجتماعية وتسرب قنوات الصرف داخل المياه الصالحة للشرب، أما الخطر الذي يهدد المجتمع فهو التهاب

الكبد الفيروسي بنوعيه B و C والذي له علاقة بتعقيم الآلات الطبية خاصة لدى جراحي الأسنان، ونلاحظ أن الأمراض النفسية موجودة فهي بداية انتشار هذا النوع من المرض في المحيط الحضري والذي تدل عليه نسبة الضغوطات النفسية والأزمات النفسية الملاحظة في المستشفى خلال فترة سنة (1200 حالة) ، أنظر الجدول رقم 12.

جدول رقم (18) يوضح وصف المرض في الأسرة:

سبب المرض			مرض مزمن			ضغوط نفسية		
الاحتمالات	تكرار	النسبة	الاحتمالات	تكرار	النسبة	الاحتمالات	تكرار	النسبة
البيئة المحيطة	345	%79.49	نعم	303	%69.81	نعم	354	%81.56
وراثي	89	%20.50	لا	131	%30.18	لا	80	%18.43
المجموع	434	%100	المجموع	434	%100	المجموع	434	%100

يوضح الجدول الذي بين أيدينا ومن خلال الملاحظة اليومية أن أسباب المرض هي نتيجة البيئة الخارجية وطبيعة المناخ في مدينة باتنة حيث أكد أفراد العينة بنسبة %79.49 أن الأمراض كانت نتيجة البيئة المحيطة ، وهذا ما يؤكد الجدول (14 و 17) وهذا ما يؤدي إلى انتشار الأمراض وحوادث السير والملاحظ أيضا ارتفاع الضغوط النفسية حيث أن %81.56 من أفراد العينة يعانون من ضغوط نفسية وهي إحدى العوامل المسببة للمرض، نتيجة ضغوط الحياة في المدينة ونلاحظ أيضا ارتفاع نسبة الأمراض المزمنة داخل الأسرة الواحدة حيث %69.81 من أفراد العينة يعاني أحد أفرادها من مرض مزمن وكان هذا المرض في أغلب الأحيان إما داء السكري أو

ارتفاع الضغط الدموي ، وهذا مؤشر خطير على المعاناة التي تعاني منها الأسر بالتكفل بهم نتيجة ارتفاع تكاليف العلاج .

جدول رقم (19) يوضح اختيار القطاع الصحي وادخار المال

ادخار المال للمرض			اختيار القطاع الصحي		
النسبة	تكرار		النسبة	تكرار	
%12.90	56	نعم	%28.34	123	عيادة متعددة الخدمات
%87.09	378	لا	%43.45	189	المستشفى الجامعي
			%28.11	122	عيادة خاصة
%100	434	المجموع	%100	434	المجموع

يتضح من الجدول أعلاه أن غالبية أفراد العينة يؤكدون التحاقهم بالقطاع العام إما للعيادة المتعددة الخدمات أو المستشفى الجامعي بنسبة %28.34 و % 43.45 وهذا لقربه من المنزل أو عدم توفر الإمكانيات المادية للذهاب للقطاع الخاص وهذا ما يؤكد في الجدول (16) وان الالتحاق بالقطاع الخاص يكون في حالة الضرورة القصوى وهذا لعدم توفر المال وغلاء إجراء الفحوصات الطبية في القطاع الخاص، حيث أكد 87 % من أفراد العينة أنهم لا يدخرون المال في حالة الإصابة بالمرض وهذا راجع إلى صعوبة الحالة الاقتصادية.

جدول رقم (20) يوضح إجراء الفحوصات وشراء الأدوية من خارج المستشفى

أدوية خارجية			فحوصات خارجية		
النسبة	تكرار		النسبة	تكرار	
%79.95	347	نعم	%66.82	290	دائماً
%20.04	87	لا	%28.57	124	أحياناً
			%4.6	20	أبداً
%100	434	المجموع	%100	434	المجموع

إن غالبية أفراد العينة يؤكدون عند التحاقهم بالمستشفى يطلب منهم إجراء فحوصات في القطاع الخاص وشراء الأدوية من خارج المستشفى بنسبة تقدر بـ 66.82 % و 79.95 % ، وهذا ما يبين ضعف المنظومة الصحية في تلبية حاجات الفرد الصحية، وينعكس سلباً على الظروف الاقتصادية للأسرة، وهذا ما نلاحظه في الواقع المعاش مع المرضى، حيث يطلب دائماً من المرضى شراء بعض الأدوية وإجراء فحوصات خارج المستشفى نتيجة تذبذب في التزويد بالمحاليل والأدوية وإصلاح الأجهزة الطبية.

جدول رقم (21) يوضح تأثير المرض في الأسرة.

الخوف من المرض			استقرار الأسرة		
النسبة	تكرار		النسبة	تكرار	
%73.96	321	نعم	%44	191	يؤثر
%26.03	113	لا	%45.62	198	أحيانا
			%10.36	45	لا يؤثر
%100	434	المجموع	%100	434	المجموع

من خلال معطيات الجدول نلاحظ أن أفراد العينة يؤكدون أن المرض له بالغ التأثير في استقرار الأسرة في حالة الإصابة به نتيجة انعكاساته المادية والنفسية على أفراد الأسرة ككل ، حيث أن 44% من أفراد العينة أكدوا أن المرض يؤثر في الاستقرار الأسري من المرض، و 45.62% في بعض الأحيان، وهذا ما يؤكد لنا أنه في حالة الإصابة يشكل خطورة على استقرارها وهذا ما ينعكس سلبا على حياة الفرد فيها، وهذا ما يجعل الفرد يخاف من المستقبل في حالة الإصابة بالمرض، 73.96% من أفراد العينة أكدوا خوفهم من المرض في ظل غياب سياسة صحية تتكفل بصحة الفرد والمجتمع.

ثانياً: تفسير النتائج

انطلقنا في بحثنا هذا بتساؤل رئيسي حول علاقة الصحة بالتحضر في المجتمع الجزائري طرحنا إشكالية وأجبنا بفرضية كإجابة أولية ، بأن الواقع الحضري يؤثر في المستوى الصحي في المجتمع الجزائري ، ونحاول هنا تحليل نتائج البحث الميداني وتفسيرها سوسيولوجيا ومقارنتها بالدراسات السابقة، ونخلص إلى نتيجة كخلاصة عامة تجيب على إشكالية البحث

1. تفسير النتائج الميدانية في ضوء الفرضيات و الدراسات السابقة

من خلال ت الفرضية الأولى التي أقرت بعلاقة طردية بين الواقع الحضري والمستوى الصحي ، أي أنه كلما كان الواقع الحضري ملائماً كان المستوى الصحي إيجابياً، فمن خلال الدراسة الميدانية كقياس علاقة المؤشرات الصحية والحضرية كانت النتائج كمايلي:

في مؤشر المستوى التعليمي للزوجين تبين أن المستوى التعليمي مؤشر حضري يؤثر بشكل مباشر على الثقافة الصحية والوعي الصحي للفرد للفهم وإدراك المخاطر التي تهدد صحته داخل الوسط الحضري.

في مؤشر الدخل تبين أن الدخل الغير الكافي له بالغ التأثير على النمو المتوازن والصحي للفرد وذلك بالتكفل الحسن بالظروف المعيشية (الغذاء والملبس الصحي) أنظر الجدول رقم 11.

في مؤشر السكن تبين أنه مؤشر مهم في تحديد الوضعية الصحية للأفراد ،
والمساكن غير المزودة بمرافق الحياة وغير المبنية على أسس سليمة (التهوية وإضاءة تزيد
من احتمال الإصابة بالأمراض.

في مؤشر ممارسة الرياضة تبين أن المحيط غير مناسب وغياب المرافق الجوارية (قاعات لممارسة الرياضة) وبعدها الكبير عن الحي، أثرت سلبًا على ممارسته ، وهذا يشكل
عامل إضافي في رهن جسم الإنسان واحتمال الإصابة بالأمراض.

في مؤشر المحيط الخارجي وعلاقته بالصحة تبين أن المحيط غير ملائم للأحياء
المدينة تؤثر مباشرة على صحة الأسرة (أنظر جدول 14 - 17).

في مؤشر الموطن الأصلي تبين أن هذا المؤشر بالغ التأثير على صحة الفرد حيث
نلاحظ في الواقع المعاش بالمستشفى أن الأفراد ذو الأصول الريفية عادة ما يلجأون إلى
الطب الشعبي في التداوي والمعالجة وعند إحضارهم إلى المستشفى يكونون في حالات
متقدمة من الخطر نتيجة استعمال أعشاب طبية أدت في بعض الحالات إلى الموت.

في مؤشر التأمين الصحي يتضح أن أغلبية أفراد العينة ليس لديهم تأمين أو لا
يستفيدون منه (أنظر جدول 15) وهذا ما يؤثر بطريقة سلبية على الظروف الصحية
والاقتصادية للأسرة.

تبين أن الواقع الحضري هو الذي يؤثر بشكل مباشر في اتجاه واحد على المستوى
الصحي، أما فيما يخص المقارنة مع الدراسات السابقة فمن خلال نتائج بحث حمادي عياش
وصل إلى نتيجة أن عملية حصر الصحة في كثرة المستشفيات وبهاكل ضخمة وتكنولوجيا
عالية هي شعار ترفعه الدولة لكسب التأييد والاستمرارية، لكن ونظرا لبقاء الشروط

الاجتماعية المحيطة بالأسرة دون تغيير فإن هذه الهياكل والتكنولوجيا وعدد الأطباء لم يغير من واقع الصحة الأسرية.

ومن جهة أخرى أن الصحة في الجزائر بلغت مستوى مقبول كتجربة في بلد نامي وهذا باعتراف منظمات دولية صحية لكن الوضع الاقتصادي والاجتماعي للأسرة في ظل الإجراءات الجديدة تدعوا إلى الانشغال، بل إلى القلق فتفشي ظاهرة الأمراض المزمنة و الفقر وتلوث المحيط، وغلق المؤسسات وتسريح العمال، يزيد من انخفاض المستوى الصحي للأسرة وعدم إقبالها على التداوي ، مما يقلل أهميتها لدى الأسرة الجزائرية ، إلا في الحالات القصوى المفضية إلى تعقد الحالة المرضية ، ومن ثم يستعصي العلاج ماديا وإن أمكن طبيا وهنا تبدوا أهمية الظروف الاجتماعية والاقتصادية والعوامل الأخرى في التأثير على صحة الأسرة.

أما الفرضية الجزئية الثانية:

إن نجاح السياسة الصحية متعلق بتخطيط الواقع الحضري فقد بينت الدراسة الميدانية والملاحظة اليومية لواقع الخدمة الصحية أنها تقدم خدمة إلا أنها تبقى غير فعالة في غياب بعض الاختصاصات الطبية وتذبذب في التزود بالأدوية، وكثرة الأعطاب في الأجهزة هذا ما أثر سلبا على التكفل بالمرضى، ومن الجانب النظري أن السياسة الصحية مترابطة فهي جزء لا يتجزأ من التنمية الاجتماعية والاقتصادية الشاملة وهي لا تنجح إن لم يتم تخطيط الواقع الحضري.

فمن خلال الدراسة السابقة لمحمد رضا بلمختار نسق العلاج وعقلانية الفاعلين ضمنه، دراسة حالة لمصلحة طبية متخصصة بالمركز الاستشفائي الجامعي ببني مسوس،

ومن خلال النتائج التي توصل إليها تبين أن المنظومة العلاجية ليست متجانسة كما تحاول الظهور به لأنها لم تصل إلى إخفاء أثر الانتماء الاجتماعي للمعالج إلى صيانة العلاقات بين المعالجين على أساس تقني موضوعي يحد من أثر تدخل الاعتبارات الخارج تنظيمية اجتماعية، بل يبقى التكامل والتبعية المتبادلة بين الممارسين الذي يخلق تقسيم عمل غير قائم على تباين الكفاءات بل قائم على تقسيم المهام ضمن نفس المستوى والكفاءة أي يقوم على التشابه أكثر من الاختلاف، كما يوجد نوعين من الاستجابة تقدمها المؤسسة العلاجية للمرضى إحداها تقوم على التبادل المصلحي واستعمال الوسائط من الممارسين لاختراق نظام التوزيع الرسمي للخدمات والأخرى تقوم على تقديم الحد الأدنى من الخدمات بالنسبة للمرضى الذين ليس لهم وسائط التبادل المصلحي مع الممارسين .

أما دراسة حمادي عياش من خلال النتائج تبين غياب تصور شامل للمنظومة الصحية وعدم إعطائها التصور الحقيقي مما جعلها سياسة صحية مصطنعة للإشباع، وبدى هذا في الفارق الواضح بين المشروع الصحي والتطبيق الاجتماعي ويتحقق من خلال هذا ما ذهب إليه البحث في تساؤله حول شمولية المنظومة الصحية.

ومن جهة أخرى أن السياسة الصحية هي جزء من السياسة التنموية، بما أن السياسة التنموية هي سياسة تابعة، يستلزم بالضرورة أن تكون السياسة الصحية هي الأخرى تابعة، ما ينطبق على الكل ينطبق على الجزء.

وأكد أن مشاريعنا التنموية والسياسية لا بد أن تربط سياستها بالواقع الاجتماعي والاقتصادي للأسرة الجزائرية، ولن يكتب لها النجاح إلا بهذا الربط ، لذا على صانعي ومقرري السياسة الصحية ألا يتجاوزوا الواقع الاجتماعي والاقتصادي والديني والثقافي والتربوي والسياسي للأسرة الجزائرية ، أو التحايل عليه لتجاوزه ، فإنه لن يتحقق هذا التجاوز

إلا بإنكار الشروط والأسباب التي أنتجت الواقع الصحي للأسرة الجزائرية، بهذا فهي تعاني أزمة ممارسة واجتماع واقتصاد وسياسة وأخلاق، لا أزمة نظرية لأن من قابلناهم في مقابلاتنا أثناء البحث أكدوا لنا أن الصحة كمخطط في الجزائر هي أحسن من غيرها على الأقل على مستوى العالم الثالث، لكن كواقع هي أسوء حالا.

2. تفسير النتائج في ضوء الفرضية العامة:

كانت الفرضية العامة بأن الواقع الحضري يؤثر في المستوى الصحي، من خلال الإجابة على الفرضية الجزئية الأولى والثانية تبين أن الواقع الحضري وهو الذي يؤثر مباشرة في اتجاه واحد على المستوى الصحي ، وهذا الأخير يكون تأثيره بسيط على الواقع الحضري وبنجاح المنظومة الصحية وتحقيق أهدافها والتكفل التام بالمرضى وفق سياسة صحية واضحة يجب أولا إعادة تخطيط الواقع الحضري للمدينة الجزائرية التي تعاني الفوضى وعدم الانسجام المكاني، فمهما كانت السياسة الصحية قوية فلن تكون فعالة وتبلغ أهدافها الكبرى إلا بوضع سياسة تخطيطية حضرية واضحة وقوية.

الخلاصة

من خلال هذا البحث الذي حاول الباحث الكشف عن العلاقة بين التحضر والصحة في المجتمع الجزائري، وبحكم أن الجزائر عرفت تحول حضري كبير من البديهي أن صحة الفرد تتأثر إيجاباً أو سلباً، حاولنا تحليل العلاقة بين التحضر والصحة وعلى هذا الأساس كانت الدراسة محاولة الإجابة على التساؤل التالي:

✓ ما هي علاقة التحضر بالصحة في المجتمع الجزائري؟

مع تساؤلين فرعيين:

✓ هل يؤثر الواقع الحضري في المستوى الصحي؟

✓ هل بوضع سياسة صحية يمكن تحسين الواقع الحضري؟

ولتحديد مؤشرات وأبعاد الدراسة اعتمد الباحث على الفرضية الرئيسية الآتية:

يؤثر الواقع الحضري في المستوى الصحي في المجتمع الجزائري

من ثم كان على الباحث تحديد المفاهيم الأساسية للموضوع ثم التطرق إلى الخلفية النظرية للدراسة وتناولت الخلفية النظرية للتحضر والمجتمع الجزائري والخلفية المعرفية للصحة والسياسة الصحية في الجزائر، خاصة فيما يتعلق بالصحة والتحضر وكان ضروريا أن نوضح الأدوات والأساليب التي اعتمدنا عليها في جمع البيانات حول العينة محل الدراسة، واعتمدنا كذلك على المنهج الوصفي والتحليل كما قمنا بتحليل البيانات والملاحظات والتي تسنى جمعها ميدانيا.

وأنهى الباحث بذلك بنتائج مقترية نسبيا إلى توقعنا المعلن عنه في بداية العمل حيث ثبت لنا أن الواقع الحضري هو الذي يؤثر مباشرة في اتجاه واحد على المستوى الصحي وأن هذا الأخير يكون تأثيره بسيط على الواقع الحضري ونجاح المنظومة الصحية وتحقيق أهدافها والتكفل التام بالمريض وفق سياسة صحية واضحة يجب أولا إعادة تخطيط الواقع الحضري للمدينة الجزائرية التي تعاني الفوضى وعدم الانسجام المكاني، فمهما كانت السياسة الصحية قوية فلن تكون فعالة وتبلغ أهدافها الكبرى إلا بوضع سياسة تخطيطية حضرية واضحة وقوية.

التوصيات :

بناء على نتائج الدراسة تمكن اقتراح التوصيات الآتية:

1. تعزيز تخطيط المدن من أجل السلوك الصحي والسلامة.
2. تحسين الظروف المعيشية وذلك بخلق فرص العمل والسكن.
3. إعادة تقييم المنظومة الصحية والنظر إلى أوجه القصور التي تعاني منه والأخذ بعين الاعتبار التحول الحضري وتغير طبيعة الأمراض التي يعاني منها المجتمع وما تكلفه هذه الأخيرة على الأسرة.
4. إنشاء منظومة خاصة بالإحصاءات الصحية والاجتماعية لبناء سياسة صحية واضحة المعالم لأن الإحصاءات المتوفرة حاليا تعاني قصور كبير لأنها لا تلبي حاجات الباحثين في مجال الصحة.
5. إنشاء خلية تتكفل بوضع مخطط طوارئ في حالة الكوارث الكبرى وفي حالة الإصابة بكارثة وبائية داخل المدن.
6. نشر الوعي والثقافة الصحية بتفعيل دور منظومة الإعلام المرئية منها والمسموعة وكذا المكتوبة وهذا داخل المدن ، مع تحديد طبيعة الأمراض التي تهدد الأسر ووسائل الوقاية منها ، وكيفية التكفل بالحالات المرضية المزمنة .
7. إنشاء جمعيات تهتم بالبيئة والصحة خصوصا من خلال توعية السكان في كيفية الحفاظ على المحيط والصحة.

المراجع باللغة العربية

1. إبراهيم مذكور : معجم العلوم الاجتماعية ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، القاهرة 1975.
2. أحمد بوزراع: التطور الحضري والمناطق المختلفة بالمدن (دراسة في علم الاجتماع الحضري) منشورات جامعة باتنة ، 2003.
3. إقبال إبراهيم مخلوف : العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية ، دار المعرفة الجامعية ، الاسكندرية، 1999.
4. إحسان محمد الحسن : علم الاجتماع الطبي -دراسة تحليلية في طب المجتمع- دار وائل للنشر والتوزيع،الأردن، ط1، 2008.
5. أميرة منصور يوسف: المدخل الاجتماعي للمجالات الصحية الطبية والنفسية، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، مصر ، 1997.
6. أيمن مزاهرة ، عصام حمدي الصفي، ليلى أبو حسن: علم اجتماع الصحة، دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع ، عمان، 2003.
7. السيد عبد العاطي السيد: علم الاجتماع الحضري بين النظرية و التطبيق-مشكلات وتطبيقات-دار المعرفة الاذارية الجزء الثاني، 2000.
8. السيد الحسيني: المدينة دراسة في علم الاجتماع الحضري، دار المعارف، القاهرة، ط2، 1981.
9. بهاء الدين إبراهيم سلامة: الصحة والتربية الصحية ، دار الفكر العربي ، القاهرة ،.
10. حسين عبد الواحد الشاعر: الطب الشعبي والأمراض المهنية ، الدار القومية للطباعة والنشر .
11. حميد خروف ، بلقاسم سلاطينية .إسماعيل قبيرة : الإشكالات النظرية والواقع -مجتمع المدينة نموذجا - دار البعث ، منشورات جامعة قسنطينة ، 1999.

12. حسين عبد الحميد احمد رشوان : دور المتغيرات الاجتماعية في الطب والأمراض، المكتب

الجامعي الحديث الازاريطه، الاسكندرية، 1999

13. سلوى عثمان الصديقي : مدخل في الصحة العامة و الرعاية الصحية من منظور علم الاجتماع، المكتب

الجامعي الحديث الازاريطه، الاسكندرية، 2002

14. غايزي الطعمنة : مبادئ في الصحة والسلامة العامة ،عيناء للنشر و التوزيع، الاردن ، ط 1، 2007

15. زيدان عبد الباقي: قواعد البحث الاجتماعي ، مطبعة السعادة ، القاهرة ، ط 2، 1979.

16. سلوى عثمان الصديقي : مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية من منظور الخدمة

الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية، 2002.

17. صبحي محمد قنوص: دراسات حضرية مدخل نظري ، الدار الدولية للنشر والتوزيع،

الجمهورية العظمى، ليبيا، 1994.

18. عبد السلام بشير الدويبي : علم الاجتماع الطبي ، دار الشروق ، عمان، 2005.

19. عبد المنعم شوقي : مجتمع المدينة (الاجتماع الحضري) ، دار النهضة العربية للطباعة

والنشر سنة 2002.

20. علي الكاشف : التنمية الاجتماعية – مفاهيم وقضايا – مطابع سجل العرب ، القاهرة

1980.

21. علي عبد الرزاق حليبي: علم الاجتماع السكان، دار المعرفة الجامعية ، القاهرة، 1985.

22. عبد المنعم أنور: الحضارة و التحضر، دراسة اساسية في علم الاجتماع الحضري، مكتبة

القاهرة الحديثة، القاهرة، 1970.

23. فاديه عمر الجولاني: علم الاجتماع الحضري ، مؤسسة شباب الجامعة ، الإسكندرية ،

1993،

24. فاروق زكي يونس: علم الاجتماع الأسس النظرية وأساليب التطبيق ، مكتبة الأنجلو
مصرية 1976.

25. محمد السعيد فرم: لماذا؟ وكيف تكتب بحثا اجتماعيا، كلية الآداب ، جامعة طنطا ،
دون سنة طبع.

26. محمد بومخلوف: التوطين الصناعي وقضايا المعاصرة – الفكرية والتنظيمية
والعمرانية والتنمية – دار الأمة ، الجزائر، سنة 2001.

27. محمد عاطف غيث : علم الاجتماع الحضري ، مدخل نظري ، دار المعرفة الجامعية ،
الاسكندرية، 1988.

28. محمد علي سلامة: العوامل الاجتماعية والاقتصادية وأثرها على الوعي الطبي ، دار الوفاء
لدنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية ، ط1 ، 2007.

29. محمود الكردي : التحضر دراسة اجتماعية – الكتاب الأول – القاهرة ، دار المعارف، سنة
1986.

30. محمد حسن غامدي: الانثروبولوجية الحضرية ، مع دراسة عن التحضر في مدينة العين
أبو ظبي، دار المعرفة الجامعية، الأزاريطة، 1983.

31. نجلاء عاطف خليل : في علم الاجتماع الطبي – ثقافة الصحة والمرض – مكتبة الأنجلو
مصرية ، القاهرة ، 2002.

32. لوجلي الصالح الزوي : علم الاجتماع الحضري – دار الكتب الوطنية بنغازي
ليبيا، ط1، 2002.

33. هالة منصور: محاضرات في موضوعات علم الاجتماع الحضري ، المكتبة
الجامعية الأزاريطة، 2001.

الدوريات والمنشورات:

1. الديوان الوطني للإحصاء سنة 1998 - 2008
2. بن لوصيف زين الدين "تسيير المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية في ظل المتغيرات المعاصرة"، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية ، العدد الأول ، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير ، جامعة سكيكدة ، ديسمبر 2003 ،
3. تقرير التنمية الإنسانية العربية 2009 المكتب الإقليمي للدول العربية.
4. دليل باتنة ، دار الشهاب للطباعة والنشر ، باتنة 1984
5. طب المجتمع : منظمة الصحة العالمية المكتب الإقليمي للشرق الأوسط 1999.
6. عبد العزيز بودون: التحضر في الجزائر، مجلة الباحث الاجتماعي قسم علم الاجتماع ، جامعة قسنطينة ، العدد 05 جانفي 2004.
7. مكتب الدراسات التقنية - باتنة - مخطط شغل الأراضي ، طريق تازولت رقم 04 المرحلة الأولى تحليل الوضع الحالي 2010.
8. وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، تقرير تمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات: الأولويات والأنشطة المستعجلة، الجزائر، في 17 جانفي ، 2003.

الرسائل الجامعية:

1. أحمد محمد بوزراع، المناطق المتخلفة بمدن العالم الثالث، دراسة ميدانية بمدينة باتنة، الجزائر، دكتوراه في علم الاجتماع جامعة القاهرة عام 1989،
2. بلمختار محمد رضا، نسق العلاج وعقلانية الفاعلين ضمنه، دراسة حالة لمصلحة طبية متخصصة بالمركز الاستشفائي الجامعي (اسعد حسني) بني مسوس ومستوصفات ملحقة بها، ماجستير في علم الاجتماع، جامعة الجزائر 1990
3. حمادي عياش، السياسة الصحية والأسرة، دراسة ميدانية بمراكز حماية الأمومة و الطفولة، ماجستير في علم الاجتماع، جامعة باتنة سنة 2002
4. م. صحراوي، م. ضيف.م، دراج: النمو الحضري و اشكالية التوسع العمراني بمدينة باتنة، مذكرة تخرج، معهد علوم الأرض،/جامعة قسنطينة، سنة 1996

المراجع باللغة الفرنسية:

- 1- André Donart et la Jaque Bourneuf :petit Larousse de la medcine,1983.Tome 2 ,
- 2- Oufriha Fatima Zohra :Système de la santé et population en Algérie : édition Anep, Alger 2002.
- 3- M. Chaouch :développement du système national de santé Stratèges et perspectives,Revue le gestionnaire, revue élaborée par école national de la santé publique,N°05juin ,2001 .
- 4- Population et développement en Algérie Rapport national CIPD 10 , décembre 2003.

5- مواقع الانترنت

1. www.insp.dz : Relevé Epidémiologique Annuel de L'Algérie.
2. www.ons.dz :Office national des statistiques Algérie.
3. www.who.org. organisation mondiale de la santé.
4. www.ands.dz : Agence Nationale de Documentation de la Santé en algerie
5. www.arab-hdr.org : Arab Human Development Report
6. <http://www.santemaghreb.com/>

الملاحق

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم والبحث العلمي

جامعة الحاج لخضر - باتنة -
كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية و العلوم الإسلامية
قسم العلوم الاجتماعية

استمارة بحث بعنوان

التحضر والصحة في المجتمع الجزائري

بحث مكمل لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع الحضري

إشراف الأستاذ:

- الدكتور: أحمد بوذراع

من إعداد الطالب

- زراوية رضا

ملاحظة: المعلومات التي تتضمنها الاستمارة لا تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي.

السنة الجامعية -2010-2011

المحور الأول : بيانات عامة

1- سن الزوج: سن الزوجة :

2- كم عدد أفراد الأسرة ؟

أقل من خمسة ☐ أكثر من خمسة ☐

3- هل يقيم معك أحد غير زوجتك وأولادك ؟

نعم ☐ لا ☐

في حالة الإجابة بنعم يحدد من هم:

الوالد ☐ الوالدة ☐ الأقارب ☐

4- المستوى التعليمي للزوج:

أمي ☐ ابتدائي ☐ متوسط ☐ ثانوي ☐ جامعي ☐

5- المستوى التعليمي للزوجة:

أمي ☐ ابتدائي ☐ متوسط ☐ ثانوي ☐ جامعي ☐

6- الموطن الأصلي للزوج:

ريفي ☐ حضري ☐

7- الموطن الأصلي للزوجة:

ريفي ☐ حضري ☐

8- مهنة الزوج :

أعمال حرة ☐ خدمات ☐ صناعة ☐ أعمال زراعية ☐

9- هل لديك آخر ؟

نعم ☐ لا ☐

10- هل دخل الأسرة يكفي لسد حاجاتها؟

نعم ☐ لا ☐

المحور الثاني: الواقع الحضري

11- ما نوع المسكن الذي تسكنه ؟

☐ شقة بعمارة ☐ سكن تقليدي ☐ فيلا ☐ حوش ☐ بيت قصديري

12- كم يبلغ عدد الغرف: في المسكن ؟

☐ غرفة ☐ غرفتين ☐ ثلاث غرف فأكثر

13- هل المسكن مزود بمرافق الحياة التالية: ؟

☐ الماء ☐ الكهرباء ☐ الغاز ☐ قنوات الصرف
☐ التهوية والضوء ☐ هاتف ☐ مساحة للعب الأطفال

14- هل المحيط البيئي الخارجي : ؟

☐ مناسب ☐ غير مناسب

الإجابة بغير مناسب لماذا؟

15 - هل تمارس أنت وأفراد أسرتك رياضة ما ؟

☐ نعم ☐ لا

16- هل لديكم تأمين صحي ؟

☐ نعم ☐ لا

هل تستفيدون منه ؟

☐ دائما ☐ أحيانا

17- عند التحاقكم بأحد هياكل الصحة للقطاع العامل هل يتم الاهتمام بكم على أحسن وجه؟

☐ نعم ☐ لا

18- هل ترى أن الاستفادة من الخدمات الصحية في القطاع تتطلب تدخل أحد معارفك ؟

☐ نعم ☐ لا

19- هل تفضلون أن يتابع حالتك الصحية ؟

☐ طبيب قطاع عام ☐ طبيب قطاع خاص

لماذا؟

20- هل تفضلون إجراء الفحوصات الطبية (تحاليل – أشعة ؟

☐

في القطاع الخاص

☐

في القطاع العام

لماذا؟

المحور الثالث: المستوى الصحي.

21- ما هي طبيعة الأمراض التي تصادف أفراد أسرتك؟

☐

- أمراض الجهاز التنفسي

☐

- أمراض الجهاز الهضمي

☐

- أمراض المفاصل والعظام

☐

- أمراض الجهاز العصبي والأعضاء الحسية

☐

- أمراض الجلد

☐

- أمراض الغدد

☐

- أمراض الجهاز البولي

☐

- أمراض نفسية

☐

- أمراض القلب والأوعية الدموية

☐

- أمراض الدم

حدد اسم هذا المرض:

22- هل ترى أن مرضك هذا كان بسبب ؟

☐

- البيئة المحيطة بك.

☐

- بسبب وراثي.

- أسباب أخرى حدد ؟

23- هل تخصصون مبلغ مالي في حالة الإصابة بمرض؟

☐

لا

☐

نعم

24- هل أصيب أحد أفراد أسرتك بأحد الأمراض التالية ؟

☐

- الدفتيريا

☐

- داء السل

☐

- الكزاز

☐

- السعال الديكي

☐

- الشلل

☐

- حمى التيفوئيد

- التهاب الكبد الفيروسي ☐

- الليمفوما ☐

25- هل يعاني أحد أفراد عائلتك من مرض مزمن؟؟

نعم ☐ لا ☐

في حالة الإجابة بنعم ما هو هذا المرض؟

26- هل ترى أنك تعاني من أي ضغوط نفسية ؟

نعم ☐ لا ☐

27- عند مرض احد أفراد عائلتك أين تتجه ؟

عيادة متعددة الخدمات ☐ المستشفى الجامعي ☐ عيادة خاصة ☐

28- عند التحاكم بالمستشفى هل يطلبون منكم إجراء فحوصات خارج المستشفى؟

دائماً ☐ أحياناً ☐ أبداً ☐

29- هل يؤثر المرض على استقرار الأسرة؟

يؤثر ☐ أحياناً ☐ لا يؤثر ☐

30- هل تخاف من الأمراض؟

نعم ☐ لا ☐

31- ما هي الصعوبات التي تواجهها عند إجراء الفحوصات الطبية (تحاليل أشعة) في القطاع العام ؟
