

## مدى تأثير جودة الحياة بالمستوى الصحي

### *How is the quality of life affected by the level of health*

بن شمسة أمال

جامعة محمد الشريف مساعديّة- سوق أهراس (الجزائر)، a.bensemcha@univ-soukahras.dz

تاريخ النشر: 2022 / 05 / 13

تاريخ القبول: 2022 / 04 / 21

تاريخ الإستلام: 2022 / 01 / 15

#### ملخص:

إن تحقيق جودة في الحياة يعني الرضا عن الحالة الجسدية و العقلية و النفسية للأفراد، و الحصول على نوع من الرفاهية في القاعدة التحتية و خصوصا في الجانب الصحي، لكن يبقى الفقر تحديا واقعا مستمرا إذ يعد الفقر من أهم القضايا التي تعالجها الحكومات و المنظمات السياسية و الإجتماعية و الحقوقية. لكن تبقى دائما حلوله منقوصة، و لم يتمكن المجتمع الدولي من القضاء عليه بشكل نهائي. و هذا راجع لأسباب عديدة من بينها كثرة الأبعاد و القضايا المتعلقة به: كالسياسة، الإقتصاد، المكانة الإجتماعية، الإختلافات الثقافية، و من جهة ثانية كثرة مظاهره، فالفقر يرتبط بشكل مباشر بقلّة الموارد المالية، ضعف التعليم، زيادة عدد أفراد الأسرة الواحدة و كذلك كثرة الأمراض، مثل: وفيات الأطفال، السل، الملاريا، الأمراض الجلدية ناهيك عن أمراض العصر الحديث، فضغوط الحياة اليومية أدت لظهور الأمراض المزمنة في الأسرة الفقيرة.

الكلمات المفتاحية: جودة الحياة، الصحة، المرض، الرفاه، الفقر .

#### Abstract:

Achieving a quality of life means satisfaction with the physical, mental and psychological state of individuals, and obtaining a kind of well-being in the infrastructure, especially in the health aspect, but poverty remains a constant and real challenge, as poverty is one of the most important issues that governments and political organizations address. Social and legal. But its solutions always remain incomplete, and the international community has not been able to completely eliminate it. This is due to many reasons, including the large number of dimensions and issues related to it: such as politics, the economy, social status, cultural differences, and on the other hand, the large number of its manifestations. Such as: infant mortality, tuberculosis, malaria, skin diseases, not to mention diseases of the modern era. The pressures of daily life have led to the emergence of chronic diseases in the poor family.

**Keywords:** life quality, health, illness, luxury, Poverty.

## 1. مقدمة

بالرغم من التقدم التكنولوجي و مظاهر التحديث التي تغزو الحياة اليومية، إلا أن معايير جودة الحياة تختلف من مكان لآخر و من مجتمع لآخر. بل إنها تختفي في بعض المناطق وهي بؤر الفقر. لهذا بقيت الدراسات التي تبحث في موضوع الفقر و الرفاه و الخطط التنموية مصدر إلهام الباحثين باستمرار، و هذا راجع لعدم الإتفاق الصادق عالميا للقضاء على المظاهر السلبية في المجتمع الدولي، لكن هذا لا ينفي أيضا الجهود الصادقة لبعض الدول أو الباحثين أو المنظمات في مساعدة المجتمعات الضعيفة إقتصاديا، حتى توفر بعض الرفاه لمواطنيها، و خصوصا في الجانب الصحي، و من هنا تتجلى أهمية دراستنا، فالعناية بالصحة و توفير مستوى جيد من الرعاية الصحية للمواطن، يساعد على توفير الإحساس بالرضا لديه و يدفعه إلى العمل أكثر ليضمن إستمرارية أهدافه.

وعليه، تظهر العلاقة بين الفقر و الصحة بشكل ملحوظ. فكلما زاد الفقر حدة، إنخفض المستوى الصحي، مما يؤدي إلى الوفاة. وقد كشفت دراسة حديثة بكلية الطب " جامعة دوك الأمريكية "، أن الفقر يؤثر سلبا على سلوكيات الأطفال حيث يظهرون سلوكيات مرتبطة بأمراض و مشكلات نفسية، مقارنة بالأطفال الذين لم يعيشوا في الفقر، و تبين أن إنخفاض مستوى المعيشة في المجتمع، و ما يتبعه من نقص في التغذية الأساسية للأطفال، و إفتقار المسكن إلى الشروط الصحية، تؤدي إلى إنتشار الأمراض بين الأطفال الرضع و بالتالي وفاة الكثير منهم، و إستبان أن الحد الأدنى لمستوى المعيشة يتضمن السلع و الخدمات الضرورية و اللازمة للصحة الجيدة و إحترام الذات، و يشتمل بالنسبة للأسرة، على الآتي:

- 1- نوع و كم الطعام الذي يحافظ على الصحة الجيدة، فقد تلاحظ أن نقص التغذية يظهر بوضوح بين الطبقات الدنيا، و كذلك فإن سوء التغذية ينعكس على الجنين في الرحم.
  - 2- الملابس التي تكفي لإشباع الحاجات النفسية و الذوق.
  - 3- المأوى المناسب للحياة الأسرية. فالفقر و ما يرتبط به من ظروف التزاحم يؤدي إلى إحتمال الإصابة بالمرض يضاف إلى ذلك أن إنخفاض مستوى المقاومة و إرتباطه بالتعرض المستمر للظروف غير صحية، يجعل الفرد سريع التأثر بالأمراض.
  - 4- يلاحظ إرتفاع معدل الوفيات و انتشار الأوبئة و الأمراض في المناطق المتخلفة. فقد عقدت مقارنة بين المناطق السكنية التي تحوطها الحدائق و الأشجار و بين منطقة متخلفة في فرنسا. و وجد أن معدلات الوفيات و إنتشار الأمراض و الأوبئة تقل في المناطق الأولى عنها في المناطق المتخلفة.
  - 5- تكاليف الإضاءة و التهوية.
  - 6- إنخفاض توصيل الخدمات الطبية و الصحية، و عدم قدرة الفقراء على إستشارة الأخصائيين، مثل: طبيب الأطفال، أو أخصائيين الأمراض الباطنية، أو العيون لارتفاع التكاليف، مما يؤدي إلى إنخفاض الرعاية الصحية و الطبية و إحتمال الإصابة بالمرض. و لذلك ينصح بالتوسع في التأمين الصحي و الطبي.
  - 7- إشباع الحاجات الدينية و الإجتماعية و التعليمية.
  8. مال إحتياطي لمواجهة المصاريف غير المتوقعة، (حسين و رشوان، 2007)
- ومن جهة ثانية، فإن المشاكل التي تواجه الخدمات الصحية، والتي تعمل على تقليل كفاءة أدائها، تؤثر أيضا على الصحة العامة.

من هنا يمكننا طرح الفرضية الأساسية: " يؤثر المستوى الصحي على جودة حياة الأسرة المعوزة " .

و يتفرع عن هذه الفرضية الفرضيات الفرعية الآتية:

- ❖ تؤثر الأمراض المزمنة على جودة حياة الأسرة المعوزة.
- ❖ تؤثر الإعاقة على جودة حياة الأسرة المعوزة.
- ❖ تؤثر الشيخوخة على جودة حياة الأسرة المعوزة.

### أولاً: أهمية دراسة الصحة والمرض في علم الاجتماع:

يبحث علم الاجتماع كعلم في تشخيص الظواهر الاجتماعية بكل أشكالها، وكل مستوياتها ( الكلي/ الجزئي )، و بالخصوص المشكلات الاجتماعية، فالعجز و المرض و الفقر ظواهر سلبية في المجتمع، و حاربها الإخصائيون الاجتماعيون بإعتماد الخدمة الاجتماعية، ففلسفة الخدمة الاجتماعية على أن الهدف من تنمية المجتمع تحقيق الرفاهية الاجتماعية للإنسان من خلال تحسين الظروف البيئية المحيطة، و ببذل الأخصائي الاجتماعي و غيره من الممارسون جهداً " كبيراً" لإيجاد الرغبة أولاً لدى المواطنين لتغيير الظروف البيئية المحيطة، و يجتهد الممارس في الخدمة الاجتماعية أثناء ممارسة تنمية المجتمع المحلي لدعم و تنمية العلاقات بين جماعات المجتمع أو بناء منظومة جديدة للعلاقات على أسس تتوافق مع الظروف الاجتماعية، وفي نفس الوقت إثارة الوعي لدى المواطنين لخلق إهتمامات مشتركة فيما بينهم (خاطر، 2005)

فالمرض منذ الأزل رافق الإنسان، و حلله بطريقة أو بأخرى (طقوس، خوف، بحث مستمر... إلخ)، مما طوّر المعرفة الطبية و الهيئات الصحية أيضاً، و قد عرف الأطباء منذ زمن بعيد أن هناك علاقة مباشرة بين المرض و البيئة الاجتماعية، إذ ازدهر علم الاجتماع الطبي بعد نهاية الحرب العالمية الثانية، و أقبل الأطباء بدرجة كبيرة في الآونة الأخيرة على دراسة الطب الشامل و الطب النفسي الاجتماعي، و إن كان الإهتمام في البداية نتيجة الأمراض الوبائية، فإن إنخفاض الوفيات و تحسن الصحة العامة، وجد الأطباء الفرصة لدراسة الأمراض النفسية و الأمراض التحليلية و الأمراض العصبية بصفة خاصة، و إعادة تأهيل المعاقين و في حقيقة الأمر فإنه بعد السيطرة على الكثير من الأمراض المزمنة، فإن مرضى هذه الأمراض بدأوا بالشعور بالنتائج طويلة المدى لهذه الأمراض، و من مشاكل الطب الحديث أنه بالرغم من تطور الأساليب الوقائية التي تمنع المرض المعدي من الظهور، فإنه كثيراً من الجماعات السكانية لا تأخذ بهذه الأساليب الوقائية، و يرجع ذلك أساساً إلى تمرد الجماعات السكانية و رفضها الأخذ بالسبل الوقائية التي قدمها العلم الحديث، و قد كان لزاماً على الطب مع هذه التغيرات في أنماط المرض أن يزيد من منظوراته، و بسبب ذلك صارت الأسباب الاجتماعية تحتل مكاناً متقدماً في الطب الحديث، إذ تبين أن العلوم السلوكية تحتوي على مضامين أساسية و أن هذه المضامين تؤثر في تطور الطب في المستقبل.

- فقد زاد مجال إهتمام علم الوبائيات فأصبح يهتم بالإعاقة الفيزيائية إلى جانب إهتمامه بتوزيع الأمراض المعدية بين السكان.
- تم تأكيد لمفهوم الأسباب المتعددة للمرض، بمعنى أن الأطباء قد بدأوا في البحث عن عوامل مسببة للمرض إلى جانب العوامل البيولوجية وهي:

(أ) التاريخ الماضي للمريض.

(ب) عادات المريض الشخصية.

(ج) علاقاته الأسرية.

(د) نوعية السكن.

إذ أن هذه العوامل تؤثر في تطور المرض وفي إمكانية العلاج في كثير من الأحيان.

- بدأ في الآونة الأخيرة الاهتمام بالتعليم الصحي ( الطب الوقائي )
- زاد إهتمام العاملين في مجال الصحة العامة نحو مشكلة توفير تسهيلات الرعاية الكافية قويا ودوليا
- زيادة الاهتمام بإعادة تأهيل المرضى والأفراد الذين قد أصيبوا في حوادث.
- تطور الكبت المهني كثيرا في السنوات الأخيرة.
- تطور مفهوم " الصحة " تطورا كبيرا، و حل التصور الإيجابي للصحة محل التصور السلبي لها، و أصبحت العلوم الطبية لا تهتم فقط بالدراسات الوقائية و أساليب العلاج، بل تهتم أيضا بتوفير الراحة و الرفاهية لأفراد المجتمع. (السيد، 2007)

### ثانيا: علاقة المستوى الصحي بالمستوى المعيشي للمجتمع

شهد القرن العشرون إرتفاعا ملحوظا في مستوى العمر المتوقع للناس في البلدان الصناعية و أستؤصلت في هذه المجتمعات أمراض و أوبئة عديدة مثل: كساح الأطفال و الحصى القرمزية و السل، كما أن مستوى الصحة مازال عاليا بصورة عامة مقارنة ببلدان العالم الأخرى، و تعزى أوجه التقدم في مجالات الصحة العامة في العادة إلى إرتقاء الطب الحديث، كما أن ثمة إعتقادا بأن البحوث الطبية قد أسهمت و ستظل تسهم في الكشف عن الأسباب البيولوجية للمرض و إبتكار الوسائل الفعالة لمعالجتها أو السيطرة عليها، و يعتقد أكثر المراقبين أن تزايد الخبرة الطبية و العلمية سيؤدي إلى إطراد التحسن في مستويات الصحة العامة.

إن تناول قضايا الصحة و المرض على هذا النحو قد أصبح بالغ التأثير في الحياة الحديثة، غير أنه لا يلقى القبول من جانب علماء الإجتماع الذين ينظرون إلى هذه المسائل من منظور مغاير تماما. فالإتجاه التقليدي يغفل الدور المهم الذي تؤديه المؤثرات الإجتماعية و البيئية على أنماط الصحة و المرض. فالتحسن العام الذي طرأ على الصحة العامة خلال القرن الماضي لا يمكنه أن يخفي عن أعيننا أن ثمة خلافا واضحا و صارخا في توزيع الصحة و المرض في أوساط المجتمع الواحد، أو بين المجتمعات و الشعوب في مختلف بقاع الأرض، وقد أظهرت الدراسات أن جماعات محددة من المجتمع تتمتع بمستويات صحية أفضل من غيرها مثلما أن المرض و تدني الأوضاع الصحية ينتشران بصورة أوسع لدى الشعوب و الطبقات و الشرائح الفقيرة في مجتمعات العالم بأسره، و ترتبط ظاهرة اللامساواة الصحية هذه إرتباطا وثيقا بأنماط الحياة الإقتصادية و الإجتماعية .

وقد سعى علماء الاجتماع و علماء الأوبئة، الذين يدرسون نسب التوزيع و التكرار للأوبئة و الأمراض بين السكان، إلى تفسير الصلة بين الصحة من جهة، و عدد من المتغيرات من جهة أخرى مثل: الطبقة الإجتماعية، الجنس، العرق، العمر، الطبيعة الجغرافية. و رغم إتفاق الدارسين جميعا على أن ثمة ترابطا بين الصحة و اللامساواة الإجتماعية، فإنهم يختلفون حول طبيعة هذا الترابط، أو الوسيلة التي ينبغي إنتهاجها لمعالجة هذا التفاوت الصحي، و تتمثل إحدى النقاط التي يثار حولها الجدل في أهمية المتغيرات الفردية ( مثل أسلوب الحياة، السلوك، التغذية، الأنماط الثقافية ) مقابل عوامل أخرى بيئية أو بنيوية مثل : توزيع الدخل و الفقر . (غدنز، 2005 )

و تدل الدراسات التي أجريت على الصحة و الوضع الطبقي على وجود صلة واضحة بين معدلات وفيات الرضع و نسبة المرض بينهم من جهة، و الطبقة الإجتماعية للفرد من جهة أخرى، و قد أجريت في بريطانيا دراسات و طنينتان شاملتان عام 1980 و 1987 كان لمفعولهما أثر الصدمة على الأوساط السياسية و في أوساط الرأي العام، و رغم إرتفاع المستوى الصحي النسبي في بريطانيا بصورة عامة، فقد أظهرت هاتان الدراسات فجوات واسعة بين مختلف الطبقات و الفئات الإجتماعية من ناحيتي مؤشرات الصحة و المرض التي تتراوح بين وزن الوليد عند ولادته، مروراً بارتفاع ضغط الدم و إنتهاء بالتعرض للأمراض المزمنة. و كان من النتائج التي خلصت إليها هاتان الدراسات أن الأفراد الذين ينتمون إلى الطبقات و المراتب الإجتماعية الإقتصادية العليا يتمتعون على المعدل بمستويات صحية أفضل، كما أنهم يكونون أطول من غيرهم و أكثر طاقة و قوة، بالإضافة إلى أنهم يكونون أطول عمراً من الأفراد الذين يعيشون في الدرجات السفلى من السلم الإجتماعي، و تتسع الشقة بين الفئات الإجتماعية العليا و الدنيا إلى درجاتها القصوى في نسبة الوفيات بين الرضع ( أي الأطفال الذين يموتون في السنة الأولى من عمرهم )، وذلك بالإضافة إلى نسبة الوفيات بين الفئات الفقيرة في جميع مراحل العمر هي أعلى بكثير مما تواجهه الفئات المرفهة.

وقد درس إثنان من علماء الإجتماع هما براون و بوتزل ( browne, bottrill, 1999 ) نواحي اللامساواة الصحية في عدة مجتمعات و أبرزها أهم النتائج في النقاط التالية:

- ✓ فيما يتعلق بالعمال اليدويين غير المهرة في الفئات الإجتماعية المهنية الدنيا، تكون نسبة الوفيات بينهم قبل سن التقاعد ضعفي النسبة لدى فئة المهنيين ذوي الياقات البيضاء في الطبقة المهنية الإجتماعية العليا.
- ✓ إن نسبة الأطفال الذين يولدون موتى أو خلال الأسبوع الأول من ولادتهم في العائلات التي يكون أرباب البيت فيها من العمال غير المهرة تعادل ضعف أمثالهم في عائلات كبار المهنيين.
- ✓ إن عمر أبناء الطبقة الإجتماعية العليا من المهنيين يزيد بمعدل سبع سنوات عن أمثالهم في الطبقة الدنيا من العمال اليدويين غير المهرة.
- ✓ إن نحو 90 % من الأسباب المؤدية إلى الموت، تكون أكثر إنتشاراً في الطبقة الإجتماعية الدنيا قياساً على ما هي عليه في الطبقات الأخرى .
- ✓ إن أفراد الطبقة العاملة يراجعون الأطباء لمعالجة مجموعة من الأمراض أوسع بكثير مما يشكو منه أفراد الفئات المهنية العليا، كما أن الأمراض المزمنة أو الطويلة الأمد في الفئة الأولى تزيد 50% عما هي في الثانية.
- ✓ إن اللامساواة الصحية القائمة على أساس طبقي تتزايد و تعلقو نسبتها بصورة واضحة في أوساط العاطلين عن العمل، كما أن من يعملون خارج بيوتهم يعيشون حياة أطول من المتعطلين. (غدنز، 2005 )

و عليه تظهر العلاقة بين الفقر و الصحة بشكل ملحوظ، فكلما زاد الفقر حدة إنخفاض المستوى الصحي مما يؤدي إلى الوفاة، فقد كشفت دراسة حديثة بكلية الطب " جامعة دو ك الأمريكية "، أن الفقر يؤثر سلباً على سلوكيات الأطفال، حيث يظهرون سلوكيات مرتبطة بأمراض و مشكلات نفسية مقارنة بالأطفال الذين لم يعيشوا في الفقر.

فقد تبين أن إنخفاض مستوى المعيشة في المجتمع، وما يتبعه من نقص في التغذية الأساسية للأطفال و إفتقار المسكن إلى الشروط الصحية تؤدي إلى انتشار الأمراض بين الأطفال الرضع، و بالتالي وفاة الكثير منهم و إستبان أن الحد الأدنى لمستوى المعيشة يتضمن السلع و الخدمات الضرورية و اللازمة للصحة الجيدة و إحترام الذات، و يشتمل بالنسبة للأسرة على الآتي:

- 1- نوع وكَم الطعام الذي يحافظ على الصحة الجيدة. فقد تلاحظ أن نقص التغذية يظهر بوضوح بين الطبقات الدنيا، كذلك فإن سوء التغذية ينعكس على الجنين في الرحم.
- 2- الملابس التي تكفي لاشباع الحاجات النفسية و الذوق.
- 3- المأوى المناسب للحياة الأسرية، فالفقر وما يرتبط به من ظروف التزاحم يؤدي إلى احتمال الإصابة بالمرض يضاف إلى ذلك إنخفاض مستوى المقاومة و إرتباطه بالتعرض المستمر للظروف غير الصحية، يجعل الفرد سريع التأثر بالأمراض.
- 4- يلاحظ إرتفاع معدل الوفيات و إنتشار الأوبئة و الأمراض في المناطق المتخلفة، فقد عقدت مقارنة بين المناطق السكنية التي تحوطها الحدائق و الأشجار و بين منطقة متخلفة في فرنسا، و وجد أن معدلات الوفيات و إنتشار الأمراض و الأوبئة تقل في المناطق الأولى عنه في المناطق المتخلفة.
- 5- تكاليف الإضاءة و التهوية.
- 6- إنخفاض توصيل الخدمات الطبية و الصحية، و عدم قدرة الفقراء على إستشارة الأخصائيين مثل طبيب الأطفال، أو أخصائيين الأمراض الباطنية، أو العيون لإرتفاع التكاليف، مما يؤدي إلى إنخفاض الرعاية الصحية و الطبية و احتمال الإصابة بالمرض، و لذلك ينصح بالتوسع في التأمين الصحي و الطبي.
- 7- إشباع الحاجات الدينية و الإجتماعية و التعليمية.
- 8- مال إحتياطي لمواجهة المصاريف غير المتوقعة. (حسين و رشوان، 2007)

من جهة ثانية فإن المشاكل التي تواجه الخدمات الصحية، و التي تعمل على تقليل كفاءة أدائها، يؤثر أيضا على الصحة العامة، و تتمثل هذه المشاكل في:

- قلة النفقات الموجهة لهذه الخدمة في معظم الدول النامية ، وحتى الغنية منها.
- عدم تطور مؤسسات الخدمات الصحية بما يتفق و النمو السكاني في معظم الدول، مما يولد ضغطا كبيرا على القائم منها فيقلل من كفاءة عملها، فينعكس ذلك سلبا على صحة الإنسان.
- عدم توفر أعداد كافية من الأطباء في بعض التخصصات المهمة، و إن توفرت ستركز وجودها في المستشفيات الرئيسية فقط، مما يجعل الحصول على خدمات تلك التخصصات غير متاح في المناطق الأخرى.
- عدم توفر التقنيات الحديثة في معظم المستشفيات أو عدم توفرها في البلد، و هذا يقلل من كفاءة أداء الخدمات الصحية، إذ أن إستخدام الأجهزة المتطورة يقلل من المخاطر التي يتعرض لها المريض.
- عدم تطوير الكادر الطبي و الإداري و الفني بما ينسجم و التطورات التكنولوجية و التقنية التي يشهدها العالم.
- عدم تفهم المجتمع للدور المهم الذي تقدمه المؤسسات الصحية، و يجب التقييد بما تصدره تلك الجهات من تعليمات و التي تصب في مصلحة الإنسان.
- قلة إلتزام بعض العيادات الخاصة في بعض الدول بالشروط الصحية الأساسية، مما ينعكس سلبا على صحة الإنسان.

- قلة خبرة بعض العاملين في المختبرات و الأشعة، مما يجعل عملية تشخيص الحالة غير صحيحة، و من ثم يعطى علاجاً غير ملائم فتكون النتائج عكسية، أي الإضرار بالمريض.
- استخدام بعض الأبنية كعيادات أو مراكز صحية و في مواقع غير ملائمة من جميع الجوانب، مما يترتب على ذلك بعض المشاكل.
- السماح للأطباء حديثي التخرج و قليلي الخبرة بفتح عيادات خاصة، و قد يكون غير دقيق في تشخيص المرض و خاصة الذين لم يكن عندهم شهادات تخصص دقيق في مجال معين.
- عدم الإهتمام بشؤون العاملين في مجال الخدمات الطبية بشكل ينسجم مع طبيعة عملهم الشاق، و المخاطر التي يتعرضون لها، و فترة العمل التي قد تكون في بعض الأحيان بشكل مستمر ليل نهار، فلا بد من توفير مستلزمات الحياة الأساسية لهم من سكن و مردود مالي مناسب يجعله لا يفكر بالعمل في مكان آخر لتوفير لقمة العيش لعائلته، كما يكون حافزاً له لأداء عمله بشكل صحيح. (الدليمي، 2009)

### ثالثاً: الصحة أهم مؤشرات جودة الحياة

يعرّف دستور منظمة الصحة العالمية الصحة بأنها: "حالة من الرفاهية الجسدية و العقلية و الإجتماعية الكاملة و ليس مجرد غياب المرض"، و يترتب على ذلك أن قياس الصحة و تأثيرات الرعاية الصحية يجب ألا يشمل فقط إشارة إلى التغيرات في وتيرة و شدة الأمراض، و لكن أيضاً تقدير للرفاهية و يمكن تقييم ذلك عن طريق قياس التحسن في نوعية الحياة المرتبطة بالرعاية الصحية.

بينما تُعرف منظمة الصحة العالمية "جودة الحياة" على أنها تصور الفرد لوضعه في الحياة في سياق نظم الثقافة و القيمة التي يعيشون فيها، و فيما يتعلق بأهدافهم و توقعاتهم و معاييرهم و إهتماماتهم.

و بالرغم من صعوبات تحديد معنى جودة الحياة إلا أننا اخترنا تعريف الأنصاري: " يرى أن مفهوم جودة الحياة يرتبط بصورة وثيقة بمفهومين آخرين أساسيين و هما: الرفاه و التنعم، كذلك يرتبط مفهوم جودة الحياة بمفاهيم أخرى مثل: التنمية (توسيع خيارات متعددة تضم حريات الإنسان، و حقوق الإنسان و المعرفة و تعتبر هذه الخيارات ضرورة لرفاه الإنسان و التقدم، الترتي في حال الإنسان في الحياة نتيجة للتطور المعرفي و العلمي ( التحسن و إشباع الحاجات ) الشعور بالرضا و الإرتياح، و الأمن عند إشباع الحاجات و الدوافع) فضلاً عن الفقر ( أي فقد الدخل أو اللامساواة الإقتصادية و فقر التنمية الإنسانية الذي يحد من قدرات الإنسان و البلدان على الإستخدام الأفضل لمواردهم الإنسانية و المادية على حد سواء. (الأنصاري، 2006)

و من خلال هذا التعريف نفهم أن الفقر بمظاهره يقف في وجه التنمية و بالتالي يكون سبباً في عدم جودة الحياة، و تعد الصحة أهم مظاهر الفقر من جهة، و أهم المجالات التي تعمل التنمية على توفيرها للمواطن من جهة ثانية، و لهذا نجد العديد من الدول تضع رؤية تنموية لسنوات متقدمة ( مثل العديد من دول الخليج تضع رؤية تنموية حتى سنة 2030) إذ تقوم هذه الرؤية على مفهوم جودة الحياة .

فمنذ مطلع التسعينات في القرن الماضي زاد إهتمام علماء النفس بما يجعل حياة الفرد أكثر إنتاجاً و إشباعاً و رضا، وهو ما أدى إلى نشأة علم نفس الصحة الذي أثبت من خلال العديد من الدراسات أن مكونات التفكير و المزاج الإيجابي أمران أساسيان لصحة الفرد الجسدية و النفسية، كما أدى تراكم نتائج أبحاث علمية و تجارب ميدانية عن السمات الإيجابية مثل التفاؤل و الأمل و الرضا عن الحياة و الرفاهية النفسية، إلى نشأة علم النفس الإيجابي في مطلع القرن الحالي، و الذي يركز في بحوثه على الخبرات و السمات النفسية و الشخصية التي تجعل الحياة ممكنة و تستحق العيش إلى أقصى حد. (البشير و الحميدي، 2019)

وهذا ما يطلق عليه تطوير نمط حياة الفرد ، بينما تطوير الأنشطة الملائمة التي تسهم في تعزيز جودة الحياة الأفراد والعائلات وخلق فرص العمل وتنويع الاقتصاد ، بالإضافة إلى رفع مستوى المدن ، هو ما نطلق عليه تحسين جودة الحياة .

### رابعا: الوضع الصحي لفقراء مدينة سوق أهراس

للفقر عدة مظاهر: الدخل، التعليم، السكن، الصحة، و قد إستعنا بالإحصاءات المتعلقة بمظهر الصحة من دراسة كلية، قمنا بها كانت تحت عنوان: " إشكالية الفقر و إنعكاساتها على التنمية- دراسة حالة مدينة سوق أهراس "، تمّ التركيز فيها على مظاهر الفقر و إنعكاساتها على التنمية، و طبعا الصحة أهم هذه المظاهر.

#### II. الطرق و الأدوات

##### 1. مجالات الدراسة:

❖ المجال المكاني: فإن مدينة سوق أهراس هي الحيز المكاني الذي أجريت به الدراسة.

❖ المجال الزمني: تم الخروج ميدانيا للأسر في مدة (02) سنتين: 2009/2008.

2. عينة الدراسة: إن عينة هذه الدراسة هي عينة غير إحصائية و هي: عينة قصدية، حيث أن العينة معروفة منذ البداية، بخصائصها و محددة، و هي تتمثل في مجموعة الأسر الفقيرة الموجودة بمدينة سوق أهراس، وتم جمع هذه العينة وفقا للخطوات التالية:

➤ تم عقد إجتماع مع رؤساء الأحياء ( بمقر رابطة الأحياء ) ليقوموا بمساعدتنا على تحديد الأسر الفقيرة بالنسبة لكل حي.

➤ قمنا بعد ذلك بالخروج إلى هذه الأحياء، و مقابلة أفراد هذه الأسر و معاينة حالتهم الإجتماعية. وقد تمكنا من إحصاء (551) أسرة فقيرة، خلال هذه العملية ( و ذلك بعد إستبعاد الذين لا تتوفر بهم الشروط)، و طببيعة الحال فإن هذا الرقم لا يمثل العدد الحقيقي للأسر الفقيرة، فهناك أسر أخرى لم نتمكن من إستجوابهم، سواء بسبب رفضهم لتعقبهم أو بسبب عدم تمكننا من الوصول إليهم.

➤ كما قمنا بتقسيم هذه العينات، حسب أحياء المدينة.

➤ ثم قمنا بتقسيمها حسب الوضعيات أو حسب الدخل الأسري، كالتالي: فئة دخل (1.000 - 2.500) د.ج ، فئة دخل (3.000) د.ج، فئة دخل (3.500 - 7.000) د.ج، فئة دخلها غير ثابت ( لأن طبيعة العمل غير مستقرة)، فئة النساء المطلقات، فئة النساء الأامل، فئة حالات خاصة.

و جرى ذلك، على إعتبار أن معيار الدخل هو الأكثر إستخداما في معرفة الفقراء، كيقيا و قياس الفقر من الناحية الكمية.

3. منهج الدراسة: إعتدنا على منهجين علميين مناسبين لدراسة موضوع الفقر، و هما: منهج المسح الإجتماعي و منهج دراسة الحالة.

أ- منهج المسح الإجتماعي بالعينة: يتعلق المسح الإجتماعي بدراسة الظواهر و الأحداث الإجتماعية التي يمكن جمع بيانات كمية عنها، و يمثل هذا النوع من الدراسات وسيلة ناجحة في قياس أو إحصاء الواقع الحالي، من



أجل وضع الخطط التطويرية في المستقبل (ملحم، 2002)، و تعد المسوح الإجتماعية بمثابة الطرق الأنسب لدراسة ظاهرة الفقر منذ البدايات الأولى.

و من جانبنا قمنا بمسح معظم العائلات الفقيرة بمدينة سوق أهراس، و ذلك عن طريق الإنتقال إلى الأحياء، فبمساعدة رؤساء الأحياء تمكنا من التعرف على الأسر الفقيرة و إجراء المقابلات معها.

ب- منهج دراسة الحالة : دراسة الحالة هي الدراسة المتعمقة و المكثفة لظاهرة إجتماعية معينة، و هي ما يطلق عليها الدراسة المونوغرافية (السمري و عدلي، 2011)، و في دراستنا هذه قمنا بجمع البيانات التي تخص جماعة الفقراء و ذلك بمجتمع محلي ممثل في مدينة سوق أهراس.

4. أدوات و تقنيات جمع البيانات: تطلبت دراستنا لهذه الحالة مجموعة من الأدوات الضرورية و المرتبطة إرتباطا وثيقا بمنهج الدراسة، و تتمثل في: الملاحظة، الإستمارة بالمقابلة، المقابلة الموجهة، تتبع أخبار الموضوع بالجرائد، و المخبرون.

فمن خلال الدراسة الميدانية التي أجريتها، فإن الأسئلة المتعلقة بمؤشرات الصحة في الأسر الفقيرة كانت نتائجها كمايلي:

الجدول 1: مدى إصابة أفراد الأسرة المعوزة بالأمراض المزمنة

النسبة المئوية %	تكرار	الوضعية الصحية للأسرة المعوزة	
27.58	152	نعم	أشخاص مصابون بمرض مزمن
72.41	399	لا	
100	551	مج	
33.55	51	الزوج	الأشخاص المصابون
51.31	78	الزوجة، الأرملة، المطلقة	
26.31	40	الأبناء	
111	*169	مج	
25	38	الربو	نوع المرض
19.73	30	السكري	
15.78	24	القلب	
26.31	40	الضغط الدموي	
2.63	4	السل	
7.23	11	الروماتيزم	
5.92	9	الحساسية	
11.18	17	الأعصاب	
2.63	4	فقر الدم	

1.31	2	السرطان	
1.31	2	الكلية	
119	*181	مج	

المصدر: الأسئلة 31، 32، 33 من الإستمارة.

(\* المجموع أكثر من العدد الإجمالي لأنه يوجد بنفس العائلة أكثر من مصاب واحد و بأكثر من مرض خصوصا الأمراض المتلازمة مثل: القلب و السكري، ضغط الدم و السكري ... إلخ).

بالنظر إلى البيانات التي يقدمها الجدول (رقم 01)، نلاحظ أن نسبة 27.58% من الأسر التي يوجد بها شخص أو أكثر مصاب بمرض مزمن كبيرة، حيث توزعت كالتالي: 51.31% الزوجة، 33.55% الزوج، 26.31% أحد الأبناء. و تعد النساء أكبر ضحايا هذه الأمراض، حيث تسجلن أعلى نسبة أكثر عرضة للأمراض و احتل مرض الضغط الدموي أعلى نسبة (26.31%)، يليها داء الربو بما يقدر بنسبة (25%) من الحالات يليه مرض السكري بنسبة (19.73%) من الحالات، ثم مرض القلب بنسبة (15.78%)، و أخيرا "أمراض الأعصاب (11.18%) التي تسجل أكبر نسبة من ناحية الإرتفاع، ناهيك عن كون كل واحد من هذه الأمراض قد يتسبب في خلق مرض آخر.

و في هذا المضمار، فقد أجريت دراسة جزائرية تحذر من الإنتشار الغير مسبوق للأمراض المزمنة. و قد كشف الدكتور قادري كمال، مختص في الإستشفاء المنزلي بأن نسبة (60%) من يموت من المواطنين، بسبب هذه الأمراض، خاصة فيما يتعلق بمضاعفات السكري و الضغط الدموي و إصابات القلب، و إرتفع عدد المصابين بالسكري إلى (03) ثلاثة ملايين حالة، منها 700 ألف طفل و مراهق مهددون بالعمى و الإعاقة، جراء إصابتهم بمضاعفات المرض في ظل غياب التأمينات الإجتماعية التي يفقد إليها (1.4) مليون مريض. و هذا ما تؤكد عينة الدراسة، بحيث بلغت نسبة الأفراد غير المؤمنين (46.05%) من مجتمع البحث. و فيما يخص الضغط الدموي، كشفت التقارير أن الجزائريين المصابين به فاقوا (07) ملايين مصاب، بما يعادل نسبة (35%) ممن هم فوق سن 18 سنة. (حوام، 2008)

حيث يمكن القول أن هذه الأمراض، هي وليدة الضغوط و الظروف البيئية، فهي لا تدرج في فئة أمراض الفقر، لكنها نتيجة حتمية للإنفعالات و الضغوطات التي يسببها الفقر، و مع ذلك، فهناك حالات لأمراض الفقر، مثل: السل (2.63%)، فقر الدم (2.63%)، الحساسية و الربو (5.92%)، و حسب مقال محمد مسلم في جريدة الشروق اليومية، فقد شهدت الجزائر في السنوات الأخيرة عودة قوية لما يعرف في التقارير الصحية الدولية بـ "أمراض الفقر"، حيث وضعت المنظمة العالمية للصحة و مركز الأمم المتحدة للصحة و الوقاية من الأوبئة، و الوكالة الكندية للصحة العمومية، الجزائر من بين الدول الأكثر تضررا من هذا النوع من الأمراض.

إذ كشف هذا التقرير المطول الذي تضمن حصيلة حول مدى إنتشار هذه الأمراض القاتلة في العالم أن الجزائر هي من بين (05) خمس دول تعرضت للحمى القلاعية بـ: (11) حالة، إضافة إلى أكثر من 27 ألف حالة لمرض السل منذ سنة 2007، لاسيما في المدن و الأرياف بغرب البلاد، حسب التقرير العالمي لمراقبة مرض السل لعام 2008. كما سجلت عودة الإصابات بالجرب و الأمراض الجلدية في الأوساط المدرسية و مرض التيفوئيد بقوة، في الأوساط الفقيرة في الجزائر (مسلم، 2009)

الجدول رقم 2: هل المريض مؤمن أو يتقاضى منحة

النسبة المئوية %	التكرار	الفئات	
20.39	31	نعم	هل يتقاضى المريض منحة؟
79.60	121	لا	
100	152	مج	
53.94	82	نعم	هل هو مؤمن؟
46.05	70	لا	
100	152	مج	

المصدر: السؤال 38.37 من الإستمارة.

بالعودة إلى معطيات الجدول أعلاه، نرى أن هؤلاء المرضى الفقراء يتقاضون منحة عن المرض ممثلة في (20.3%) من أفراد العينة، و لكن للأسف الشديد فهي ليست منحة جزافية و حسب بل هي منحة رمزية جدا، حيث تقدر بـ (1.000) دج، (\*بعد العديد من الإنتقادات لهذا المبلغ الرمزي زيد إلى (3000) دج بدل (1000) دج، سنة بعد إجراء الدراسة الميدانية)، مع حصول المعني بالأمر على رقم التأمين الإجتماعي بعد رحلة ماراطون بيروقراطي كبير، ولا يختلف الوضع كثيرا عند الأسر التي تجني عدا مدخولا متواضعا لا يتجاوز عتبة (3.000) دج إلى (4.000) دج، ولا تستفيد هذه الأسر من المنحة الجزافية، نظرا لكونها متحصلة على رقم الضمان الإجتماعي، يحسب على مستوى مدخول رب الأسرة.

وعليه، يعتبر الفقر هو أكثر حلقات التنمية صلة بالصحة، فالفقراء هم أكثر احتمالا لأن يكونوا عاطلين، أو يعملوا في مهن هامشية قد تضر بصحتهم، خاصة و أن معظمهم أميون أو بمستوى تعليمي متدن و يتصف ما يطلق عليه "وجه الفقر"، بالتالي: إنخفاض العمر المأمول (فقدان الفقراء 25/20% من سنواته إذ أن متوسط العمر في الدول الفقيرة أقل من 50 عاما فيما يقارب الثمانين في الدول الغنية). وارتفاع وفيات الرضع في الدول الفقيرة، حوالي (05) خمس مرات أكثر من الدول الغنية، وارتفاع وفيات الأمهات عند الحمل و ولادة الأطفال ناقصي الوزن، و زيادة الوفيات الناجمة عن الأمراض المعدية و الطفيلية كالإسهال و الملاريا و الإيدز، و عن أمراض سوء التغذية و عن الأمراض الناتجة عن نقص مياه الشرب الآمنة و مرافق الإصحاح الملائمة، و يعتبر الفقراء أكبر مستهلكي التبغ، مما يسبب لهم مضاعفات صحية خطيرة حتى الوفاة، كما يؤثر سلبا على توفر الضروريات الأساسية لحياة الأسرة ما يزيد من العبء على مؤسسات الرعاية الصحية، و عليه فقد كان شعار اليوم العالمي لمكافحة التبغ 2004، هو "مكافحة الفقر و التبغ معا"، و الفقراء عموما هم أقل إتاحة للخدمات الصحية و أقل إستخداما لها و أقل إشتركا في برنامج التأمين الصحي، كما أنهم أقل وعيا بالمخاطر الصحية، بالنظر إلى تفشي الأمية بينهم. (محمد، 2007)

5. العناية الصحية بذوي الاحتياجات الخاصة

المظاهر الصحية التي تزيد من عبء الأسرة ككل و بالخصوص الأسرة الفقيرة، هو وجود فرد أو أكثر يعاني من إعاقة ما، و يوضح الجدول التالي، طبيعة المعاناة و الإعاقات التي تصيب بعض أفراد الأسر الفقيرة محل البحث في مدينة سوق أهراس، كالتالي:

جدول رقم 3: يوضح فئة المعوقين بالأسرة المعوزة

النسبة المئوية %	التكرار	بيانات حول الإعاقة	
18.33	101	نعم	هل هناك إعاقة
81.66	450	لا	
100	551	مج	
46.53	47	ذهنيا	نوع الإعاقة
27.72	28	حركيا	
4.95	5	صم بكم	
31.68	32	بصريا	
110	*112	مج	
49.50	50	100 %	نسبتها
30.69	31	أقل من 100 %	
30.69	31	لم يذكر	
110	*112	مج	
61.38	62	نعم	تقاضي منحة
38.61	39	لا	
100	101	مج	
78.21	79	نعم	هل المعاق مؤمن
21.78	22	لا	
100	101	مج	

المصدر: الأسئلة 34، 35، 36، 37، 38 من الإستمارة.

نلاحظ من خلال معطيات الجدول رقم 3، أنه وبالرغم من أن نسبة الإعاقة بالأسر الفقيرة تعادل (18.33%) من عينة الدراسة، إلا أنها أيضا نسبة لا يستهان بها، إذ تتميز بعض العائلات بوجود أكثر من فرد معاق(\*)، بل أن بعض العائلات في هذه العينة المدروسة مؤلفة من زوج و زوجة يعانيان من إعاقة، إحداها أسرة بأكملها تعاني من الإعاقة البصرية، حيث لم ينج من هذه الأسرة إلا الابنة الصغيرة.

أما بالنسبة لأنواع الإعاقة التي تتفشى في هذه الأسر، فقد توزعت على التوالي و حسب الأهمية بين: الإعاقة الذهنية (46.53%)، الإعاقة البصرية (31.68%)، الإعاقة الحركية (27.72%)، الصم بكم (4.95%)، و بالنظر إلى أن نسبة الإعاقة الذهنية كبيرة، فهي تقارب نصف عينة البحث، و كحالة خاصة هناك كهل يعيش مع والدته و كلاهما يعاني من إعاقة عقلية، حيث أن الباحثة لم تجد الوصف الحقيقي للحالة، خصوصا أن زيارتها لهما كانت لمرة واحدة، و أن سكان الحي هم من يهتم بهما وقت الضرورة.

و بالنسبة للإعاقة الذهنية، فقد كشف رئيس مصلحة الأمراض العقلية بمستشفى دريد حسين البروفيسور " تجيزة " أن الأمراض العقلية تلاحق (45) ألف جزائري سنويا، بسبب الضغوطات الإجتماعية و التعقيدات الإدارية، إن أزمة البطالة و السكن، قد تسببتا في اضطرابات و أمراض عقلية لأزيد من مليون جزائري، عجزوا عن مواجهة متطلبات الحياة، إن إهيار القدرة الشرائية للكثير من الجزائريين، أعجزهم عن تحقيق هذه المتطلبات على أرض الواقع، بحيث يصاب المرء بصدمة دماغية، تولد عنده اضطرابات عقلية متفاوتة الخطورة. فمنها ما يعالج بتوجيهات و نصائح بسيطة و منها ما يتطلب أدوية و المكوث في المستشفيات لأيام طويلة. و قد أكد رئيس الهيئة الوطنية لترقية الصحة و تطوير البحث، البروفيسور مصطفى خياطي، أن الجزائر تعرف نقصا فادحا في المختصين في الأمراض العقلية. من أطباء و مرضيين (300 مختص في الأمراض العقلية لأزيد من 35 مليون جزائري)، و أضاف هذا الأخير أن ثلث الجزائريين يعانون من ضغوط نفسية تتحول مع مرور الأيام إلى اضطرابات عقلية بسبب إنعدام ثقافة زيارة الطبيب النفسي، إن الأمراض النفسية إذا لم تعالج، قد تتحول إلى أمراض عقلية يستعصي على المختصين علاجها. (حوام، الأمراض العقلية تلاحق 45 ألف جزائري سنويا بسبب البطالة و السكن، 2010)

و حسب معطيات الجدول أيضا، فقد بلغت نسبة المعاقين كليا (100 %)، حوالي 49.50 % من مجتمع البحث. أما المعاقون بنسبة أقل من (100%) فبلغت نسبتهم 30.69 % من عينة الدراسة، و لكن الفرق يظهر في مبلغ المنحة، فعدد الذين يتقاضون منحة عن الإعاقة بلغ 61.38 % من إجمالي العينة المدروسة، لكن المعاقين بنسبة 100%، يتقاضون مبلغ (12.000) د.ج كل ثلاثة أشهر، في حين يتقاضى المعاق بنسبة أقل من 100%، مبلغ (1.000) د.ج كل شهر، و بالطبع كما ذكرنا سابقا فإن هذه المنحة قليلة جدا" مقارنة باحتياجات الأشخاص المعاقين.

و بالتالي، فإنه بات من المسلم به، إستنادا إلى العديد من الدراسات و التقارير أن الفروقات في المؤشرات الصحية بين الدول و بين المجموعات المختلفة في الدولة الواحدة، ما هي إلا إنعكاسات للفروقات في التنمية الإقتصادية و الإجتماعية، و عليه فقد أعتبرت هذه المؤشرات مقياسا لمخرجات التنمية الشاملة و قد أشار برنامج العمل التاسع (1996-2001) لمنظمة الصحة العالمية إلى أن " الصحة جزء لا يتجزأ من التنمية الإقتصادية و الإجتماعية، و لأن الصحة غاية أساسية من غايات التنمية، فإن القدرة على التنمية نفسها تتوقف على الصحة "، و قد شددت القمم و المؤتمرات العالمية المتتالية على المحددات الإجتماعية و الإقتصادية و الثقافية و البيئية للصحة، كما أكد كل من البنك الدولي و صندوق النقد الدولي، على الدور المحوري للإستثمار في رأس المال البشري عن طريق الصحة و التعليم، كمتطلبات أساسية لتحقيق تنمية متوازنة و مستدامة. (محمد، الصحة و التنمية و الفقر، 2007)

## 6. التكفل الصحي بالأشخاص المسنين

تزداد أعداد المسنين كلما زاد التحضر، و يرجع ذلك إلى تأثير الإتجاهات الإقتصادية العالمية بشدة، في رفاهية الشعوب و الأسر، إذ أدى التغيير الإجتماعي إلى تبديل أساليب و أنماط حياة المجتمعات، حتى صارت مثيرة للفضى في أغلب الأحيان. هذا من جهة و من جهة ثانية، فقد أضعفت الحداثة دور المسنين، و أمست ذات تأثير واضح في تهميش أدوارهم و زيادة عزلتهم، كما أضعفت التطورات التكنولوجية الحديثة، قدرة العائلات على رعاية المسنين في المجتمعات الحضرية، علاوة على أن الكثافة السكانية العالية في المجتمعات المتقدمة و النامية، و محدودية الموارد المالية، و عمل المرأة، و تواضع الأجور، و زيادة البطالة، كل ذلك أدى

إلى عجز كثير من الأفراد عن تقديم العون الكامل لكبار السن، و الفشل في إنجاز أي مهمة تجاههم، هذا إلى جانب أن الكثيرين ممن يرمى هؤلاء المسنين، قد يتعاملون معهم بصورة غير إنسانية، بسبب ما يعانونه من ضغوط الحياة اليومية الاقتصادية و الإجتماعية و النفسية.

و يعيش كثير من كبار السن في العالم في المناطق الحضرية الداخلية التي أصبح جزء كبير منها مزدحما و غير مناسب من الناحية الصحية، إلى جانب معيشة الكثيرين منهم في الأحياء الفقيرة، و هناك العديد من كبار السن يعيشون في مناطق تتعرض لتلوث الهواء و الضجيج و الجريمة و وسائل النقل غير الملائمة و نقص الحماية ضد الحرائق و زيادة المخاطر المرورية، إذ إن حوادث المشاة و معدلات وفياتهم هي من أعلى نسب الحوادث لدى المعمرين في المناطق الحضرية. (سليمان، 2006)

و حسب معطيات الدراسة الميدانية، نجد أن الأسر التي يعيها مسنون عددها كبير، إن الفئة العمرية التي يتراوح سن الأفراد فيها ما بين 80/61 سنة، قد بلغ عددها (73) زوجا و (81) زوجة، و الفئة العمرية التي يزيد سن الأفراد فيها عن 80 سنة، عددها (19) زوج و (07) زوجات، فحتى مع تقدم السن لا يستريح رب الأسرة الفقيرة، و يستمر في إعالة عائلته قدر الإمكان، لكن هذا على حساب صحته و شيخوخته التي من المفروض أن يرتاح فيها، مما يجعلنا نفكر بمدى الصلابة النفسية التي يتمتع بها هؤلاء المسنون من أجل محاربة ظروفهم، و محاولة العناية بأسرهم.

### III. خاتمة:

لم يعد إهتمام المشتغلين بالصحة يركز فقط على الأمراض المعروفة باسم أمراض الفقر: كالملايا و التيفوئيد، بل أصبح إهتمامهم يركز على الأمراض الوليدة عن ضغوط الحياة، و طبعا في البيئة الفقيرة تكثر الضغوط الإجتماعية و بالتالي النفسية، مما يجعل الأفراد المنتمين إلى هذه البيئة أكثر عرضة للأمراض المزمنة. فالمستوى الصحي يرتبط بشكل وثيق بالمستوى الإجتماعي للفرد أو الأسرة، فالشخص الذي لا يملك دخلا مستقرا، و لا منزلا يحتوي على الضروريات اللازمة ( كهرباء، غاز، ماء) و لا تعليما جيدا يساعده على حسن التصرف، هو شخص سيتعرض لمشكلات كثيرة أولها الصحية، و عليه فإن مؤشرات جودة الحياة منخفضة جدا" لدى هؤلاء الأفراد، و يجب أن تهض المخططات التنموية في الدول النامية بالأخص بتحسين البنى التحتية للمواطنين و تحسين المستوى المعيشي لهم حتى يتمكنون من التمتع بجزء من الرفاه، أو الإحساس بما يسمى جودة الحياة.

### الإحالات و المراجع:

- 1- حسين عبد الحميد أحمد رشوان ، الفقر و المجتمع، مؤسسة شباب الجامعة ( الإسكندرية:2007)، ص ص 125-126.
- 2- أحمد مصطفى خاطر، تنمية المجتمعات المحلية، المكتب الجامعي الحديث، (الإسكندرية:2005)، ص ص 21-22.
- 3- طارق السيد، أساسيات في علم الاجتماع الطبي، مؤسسة شباب الجامعة، (الإسكندرية:2007)، ص ص 13-17.
- 4- أنتوني غدنز، علم الاجتماع - ترجمة فايز الصياغ، المنظمة العربية للترجمة، (بيروت:2005)، ص ص 226-227.
- 5- أنتوني غدنز، علم الاجتماع - ترجمة فايز الصياغ، المنظمة العربية للترجمة، (بيروت:2005)، ص ص 227-228.
- 6- خلف حسين علي الدليمي، تخطيط الخدمات المجتمعية و البنية التحتية، دار صفاء للنشر و التوزيع، (عمان:2009)، ص ص 162-163.
- 7- الأنصاري بدر محمد، إستراتيجيات جودة تحسين الحياة من أجل الوقاية من الاضطرابات النفسية، وقائع ندوة علم النفس و جودة الحياة، 19/18 ديسمبر 2006، جامعة السلطان قابوس، سلطنة عمان.
- 8- سعاد عبد الله البشر و حسن عبد الله الحميدي، معنى الحياة و علاقته ببعض أبعاد التفكير الإيجابي في ضوء الرضا عن الحياة لدى طلبة الجامعة بالكويت، مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية و الإجتماعية، المجلد 16، العدد 02 (B)، 2019، ص 354.
- 9- سامي . م . ملحم، مناهج البحث في التربية و علم النفس، دار المسيرة للنشر و التوزيع، (عمان:2002)، ص ص 355-356.

- 10 - محمد محمود الجوهري وعدلي محمود السمري، المشكلات الاجتماعية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، (عمان:2011)، ص ص 78-79 .
- 11- بلقاسم حوام، دراسة جزائرية تحذر من إنتشار غير مسبوق للأمراض المزمنة، جريدة الشروق، عدد 2600، 2008، ص 17 .
- 12- محمد مسلم، أوبئة الفقر قدر الجزائريين في الألفية الثالثة، جريدة الشروق، عدد 2648، 2009، ص 11 .
- 13- محمد عثمان عبد المالك، الصحة و التنمية و الفقر، مجلة الصحة العمومية للسودان ، عدد 2، 2007 - ص ص 235/232 .
- 14- بلقاسم حوام، الأمراض العقلية تلاحق 45 ألف جزائري سنويا بسبب البطالة و السكن، جريدة الشروق، عدد 2889، 2010- ص 15 .
- 15- محمد عثمان عبد المالك، الصحة و التنمية و الفقر، مجلة الصحة العمومية للسودان ، عدد 2، 2007 - ص ص 235/232 .
- 16- محمود صادق سليمان، المجتمع والإساءة لكبار السن، مركز الإمارات للدراسات و البحوث الإستراتيجية، (أبو ظبي:2006)، ص ص 48-51 .