و اقع التنمية الاجتماعية لقطاع الصحة في ولاية الشلف

The reality of social development of the health sector in willaya of Chlef

رضوان أنساعد المهدي ناصر نجاة بن فريحة

مخبر DECOPILS مخبر الصناعات التطوير التنظيمي للمؤسسات

*جامعة حسيبة بن بوعلي، الجزائر جامعة الجيلالي بونعامة، الجزائر جامعة الجيلالي بونعامة، الجزائر

ben_nadjat@yahoo.com elmahdinaceur@yahoo.fr r.ensaad@univ-chlef.dz

تاريخ الاستلام: 2021/01/10 ؛ تاريخ القبول: 2021/02/15

مستخلص: قامت الجزائر بالعديد من الإصلاحات التي مست قطاعات اقتصادية واجتماعية عدة، وهذا محاولة منها لتحقيق تنمية اجتماعية واقتصادية ترقى إلى مستوى تطلعات المجتمع الجزائري، ويعتبر قطاع الصحة واحدا من أهم القطاعات المرتبطة بالتنمية الاجتماعية والمؤثر تأثيرا كبيرا بها، فمن خلال هذه الدراسة سنستعرض أهم نقاط التنمية الاجتماعية وأهميتها في تحقيق الرقي للمجتمعات، وهذا من خلال دراسة تحليلية للفترة من عام 2006 إلى غاية 2017 للتنمية الاجتماعية لقطاع الصحة لولاية الشلف وسنستعرض أهم التطورات التي طرأت على قطاع الصحة لولاية الشلف، ومحاولتها النهوض بالتنمية الاجتماعية في هذا القطاع.

الكلمات المفتاحية: تنمية اجتماعية، قطاع الصحة، ولاية الشلف، مجتمع جزائري.

تصنيف JEL: N01 ; I1 ; I15

Abstract:

Algeria has undertaken a number of reforms that have economic and social sectors several, and that an attempt to achieve social and economic development is tantamount to the aspirations of Algerian society, the health sector was one of the most important sectors associated with social development, and poignant significantly, it is during this study will look at the main points of social development and its importance in meeting the betterment of society, and this through analysis of the period from 2006 until 2017 for social development for the health sector to willaya chlef, and will review the most important developments in the health sector mandate-holder Chlef, and trying to promote social development in this sector.

Keywords: Social Development, the health sector, willaya chlef, Algerian society.

Jel Classification Codes : N01 ; I1 ; I15

* المؤلف المراسل.

مقدمة

تعتبر التنمية الاجتماعية أحد أطراف التنمية المستدامة والتي تهتم بالجوانب الاقتصادية والبيئية والاجتماعية، حيث أن التنمية الاجتماعية مرتبطة ارتباطا وثيقا بالتنمية الاقتصادية والبيئة، فهي تنطلق من الفرد المكون للمجتمع، ومن معتقداته وعاداته وتقاليده وكذا تطلعاته وحاجاته وبالتالي فهي تلعب دورا رئيسيا في الربط بين الفرد بالمؤسسة الاقتصادية أو الاجتماعية وبالبيئة المحيطة به، إن للتنمية الاجتماعية مؤشرات عدة وميادين عدة لتطبيقها وقياسها في المجتمع.

تعمل الجزائر جاهدة كغيرها من الدول على تنمية المجتمع الجزائري والنهوض به من خلال ترقية وتطوير عدة قطاعات ترتبط ارتباط وثيقا ومباشرا بالمجتمع كقطاع الصحة وتوفير الرعاية الصحية للمجتمع، وهذا عن طريق القيام بإصلاحات على جميع المستويات، ومن خلال هذه الدراسة سنسلط الضوء على التطورات التي شهدها قطاع الصحة في ولاية الشلف.

من خلال ما سبق يمكننا طرح التساؤل التالي:

ما و اقع التنمية الاجتماعية للصحة في ولاية الشلف؟

للإجابة على هذا التساؤل قمنا بصياغة الفرضيات التالية:

- عرفت ولاية الشلف تطورا ملحوظا في السنوات الاخيرة لقطاع الصحة.
- ساهم نمو قطاع الصحة في الرفع من مؤشرات التنمية الاجتماعية في ولاية الشلف.

ولدراسة الموضوع قمنا بالتطرق إلى المحاور التالية:

- التعريف بالتنمية الاجتماعية وأهم مؤشراتها.
- دراسة التنمية الاجتماعية لقطاع الصحة لولاية الشلف من عام 2006 إلى 2017 .

حيث هدفت الدراسة إلى تسليط الضوء على أهم نقاط النمو الذي عرفه قطاع الصحة لولاية الشلف ومدى تأثير ذلك على التنمية الاجتماعية.

ولمناقشة الموضوع ارتأينا الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي المناسب لهذه الدراسة.

الدراسات السابقة :

_ **دراسة وفاء سلطاني**، تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها-دراسة ميدانية بولاية باتنة- دكتوراه 2016 جامعة باتنة، تهدف الدراسة لتقييم مستوى الخدمات الصحية في ولاية باتنة باستخدام نموذج Servqual، وذلك من خلال الإشكالية التالية: كيف

يمكن تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وما هي آليات تحسينها، خلصت الدراسة إلى إمكانية تطبيق نموذج Servqual لتقييم مستوى الخدمات في المجال الصحي، وأن أكبر المعايير تأثيرا على رضا الفرد هما معياري الثقة والاستجابة.

_ **دراسة حوالف رحيمة**، واقع الخدمات الصحية في الجزائر بين الانجازات والصعوبات، مجلة المؤسسة جامعة تلمسان العدد06 ، 2017. تهدف الدراسة للوقوف على أهم الانجازات التي حققتها الجزائر في قطاع الصحة وتأثيرها على تطور مسار التنمية من خلال الإجابة على الإشكالية التالية: كيف يمكن تقييم وضعية قطاع الصحة، وما الإنجازات المحققة لتحقيق التنمية، وخلصت الدراسة إلى وجوب إعادة النظر ودراسة المنظومة الصحية في ظل التحولات الديمغرافية المتوقعة، التي يتعين عليها التكفل بالأمراض المتنقلة وغير المتنقلة وتوفير مختلف أنواع العلاج، وينتظر من وراء هذه الأهداف تحسين التغطية الصحية من حيث أسرة المستشفيات وتوفير المزيد من الموارد البشرية من الناحية الكمية والنوعية.

_ **دراسة سعيدة رحايمية**، وضعية الصحة والخدمات الصحية في الجزائر، مجلة الباحث الاجتماعي، العدد11 مارس 2015، استندت الدراسة على تحديد التخطيط المكاني للخدمات الصحية في المدينة، وتحليل الوضعية الصحية في الجزائر من خلال الأمراض الوبائية والإمراض المزمنة والمستعصية والإمراض الحضرية. وتقييم الخدمات الصحية في الجزائر. وخلصت الدراسة إلى تراجع الأمراض المعدية وظهور وارتفاع الأمراض المزمنة والمستعصية وكذا ارتفاع الحوادث والصدمات الناجمة عن العنف، كما أن التغيرات الجزية التي تعرفها البلاد سوف ينجم عنها سيطرة القطاع الخاص مما فرض على القطاع العام الاستعداد للمنافسة والمزاحمة في مجال تقديم الخدمات الصحية.

_ **دراسة خروبي بزارة عمر**، إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر 1999-2009 دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية العمومية الأخوة خليف بالشلف، ماجستير جامعة الجزائر 03 /2011، هدفت الدراسة لتشخيص قطاع الصحة في الجزائر خلال الفترة 1999-2009 وابرز أهمية المجال الصحي وعلاقة بالمجالات الأخرى، وهذا من خلال الإجابة عن إشكالية: ما مضمون سياسة إصلاح المنظومة الصحية المنتهجة في الجزائر، وهل حققت الأهداف المرجوة منها، حيث خلصت الدراسة إلى أن السلطات العمومية ركزت على إصلاح الجانب المادي والتقني، وأهملت الجانب الاجتماعي والمهني للعمال وهو ما أثر سلبا على جهود الإصلاح.

1- ماهية التنمية الاجتماعية:

إن التنمية في المجتمعات النامية، تتضمن تفعيل الموارد كلها (المادية والبشرية والمالية)، تفعيلا يضمن أعلى مستوى اقتصادي ممكن، وأكبر قدر من العدالة الاجتماعية" ... يستلزم مسار التنمية وجود علاقات متوازنة بين مختلف قطاعات النشاط وذلك في تسييرها الإجمالي..." (nadji, 1985)

ومن خلال هذا المحور سنتطرق إلى ماهية التنمية الاجتماعية بأهم نقاطها من خلال:

1-1 تعريف التنمية الاجتماعية: لقد أكدت معظم الكتابات على أن العوامل الدالة على التنمية الاجتماعية تتمثل في (رشاد، 2002، ص: 59):

- تنمية الوعي والمشاركة في مشروعات التنمية.
- مشاركة أفراد المجتمع في اختيار مشروعات التنمية.
- تنمية المبادأة من جانب الأهالي بما يساعد على حفزهم من أجل تنمية مجتمعاتهم.
- نشر المعرفة (صحف ومجلات، إذاعة وتليفزيون) وإشاعتها بين أكبر عدد ممكن من الأفراد.
- تطوير السياسة التعليمية بما يساهم في تنمية العادات الاستهلاكية الرشيدة التي تتفق وظروف المجتمع.
- الهجرة الداخلية من الريف إلى الحضر ورغبة الأفراد في الحصول على فرص عمل أفضل.
- وجود الدافعية والطموح للعمل.

من خلال ما سبق يمكننا تقديم التعاريف التالية للتنمية الاجتماعية:

أنها: "عملية تغيير حضاري تتناول آفاقا واسعة من المشروعات، التي تهدف إلى خدمة الإنسان وتوفير الحاجات المتصلة بعمله ونشاطه، ورفع مستواه الثقافي والصحي، والفكري، والروحي، وهذه التنمية تعمل بصورة عامة على استخدام الطاقات البشرية من أجل رفع مستوى المعيشة، ومن أجل خدمة أهداف التنمية"(عمارة، 2012، ص: 10)

هناك من يعرف التنمية الاجتماعية بأنها: "مجموعة من الجهود العلمية المستخدمة في تنظيم الأنشطة الحكومية والشعبية، في مختلف المستويات لغرض تحقيق الرفاهية الاجتماعية للفرد والمجتمع، إذن التنمية بهذا المفهوم إنما هي نوع من العمل الاجتماعي لخدمة المجتمع" (حسن، 2005، ص: 175)

ويمكن التمييز بين ثلاثة اتجاهات في التعريف بالتنمية الاجتماعية(بن منصور، 2009، ص: 34)

الاتجاه الأول: يرى أصحابه أن اصطلاح التنمية الاجتماعية كمرادف لاصطلاح الرعاية الاجتماعية، وبالمعنى الضيق لمفهوم الرعاية، والتي تمثل واحدا من جوانب الخدمات الاجتماعية التي تقدمها الدولة للمواطنين.

الاتجاه الثاني: اتجاه يطلق أصحابه اصطلاح التنمية الاجتماعية على الخدمات الاجتماعية التي تقدم في مجالات الصحة، والتعليم، والإسكان، والتأهيل والتدريب، وتنمية المجتمعات المحلية.

الاتجاه الثالث: و يرى أصحاب هذا الاتجاه، أن التنمية الاجتماعية هي عبارة عن تغير اجتماعي يلحق بالبناء الاجتماعي ووظائفه، بغرض إشباع الحاجات الاجتماعية للأفراد.

ومن خلال هذه الاتجاهات الثلاث يمكننا تحديد مؤشرات التنمية الاجتماعية، ومن الملاحظ أن هذه المؤشرات قد تكون غير مترابطة أو مركبة أو ممثلة(رشاد، 2010، ص: 97) .

في الحالة الأولى: يمكن تحليل الظواهر إلى مجموعة من العناصر أو العوامل ثم نختار مجموعة من المؤشرات لإبراز هذه العناصر، وهذه المؤشرات قد تكون غير مترابطة.

أما في الحالة الثانية: فالمؤشرات تبنى على أساس تبني أكبر عدد ممكن من العوامل وتشمل عدد من الظواهر، ويتم وضع أوزان للموضوعات التي تعالجها هذه المؤشرات ثم تجمع ويكون لها دلالة.

أما في الحالة الثالثة: فيتم اختيار المؤشرات وأيهما أفضل لقياس التنمية الاجتماعية، وتعتمد على ارتباط بين المؤشرات، وبعضها في قياس نفس الظاهرة ثم ترجيح أفضل المؤشرات وأكثرها أهمية في معالجة الظاهرة.

وفي الحالات الثلاث يعتمد صدق هذه المؤشرات على الاعتماد المتبادل فيما بينها وعلى الدقة التي وضعت بها والعلاقات المترابطة بين مختلف مؤشرات التنمية الاجتماعية.

2.1 أهمية التنمية الاجتماعية: تأتي أهمية التنمية الاجتماعية من كونها تضع المسؤولية على عاتق كل المؤسسات الاجتماعية سواءا اعترفت بها أم لم تعترف، حيث أن أحد أنشطة هذه المؤسسات هو تحقيق التحسين الكيفي الإنساني.

وتبدو أهمية التنمية الاجتماعية في التالي(رشوان، 2009، ص: 59):

- يشعر الأفراد في ظل التنمية شعورا حقيقيا بوجود الدولة، حيث أن الرعاية تساهم في تحقيق معنى المجتمع أو الدولة، وهي تغرس في نفوس الأفراد الشعور بالوجدان الجماعي أو المشاركات الوجدانية الجماعية.

- تظهر أهمية التنمية الاجتماعية في تحقيق وتأمين المجتمع أو الدولة وضمان استقراره وعدم جنوحه إلى الانحراف والالتجاء إلى المبادئ الهدامة التي من شأنها أن تشيع الفرقة بين أفراده.
- تعتبر التنمية والإنعاش الاجتماعي عاملا من عوامل تحقيق الارتقاء بالإنسانية ومعاييرها، فوظيفة الإنعاش تتعدى حدود القوميات للدول.
- تغرس فكرة التنمية الاجتماعية في أفراد المجتمع الفضائل الروحية والمعايير الأخلاقية والمعاني الإنسانية الرفيعة التي من شأنها الرقي بوعي المجتمع، وحساسية الأفراد وأذواقهم.

3.1أهداف التنمية الاجتماعية : يقسم بلتهيم الأهداف المحققة للتنمية الاجتماعية إلى مجموعتين هما(صبيح، فايز، 2010، ص: 88):

- الأهداف النهائية: ويشير إلى أنها الأهداف التي تتضمن التحسين الجوهري، في مستويات معيشة السكان جميعا وبناء اقتصاد قوي قادر على إشباع حاجاتهم المتزايدة إلى حد الإشباع المطلق، تفتح قدراتهم الشخصية ويبدو من تفحص هذه الأهداف أن سبيل تحقيقها يتطلب مستويات استهلاكية إلى حدود معقولة مع توفير مستوى مرتفع من التعليم، وقضاء مبرم على الأمراض المتوطنة. كما يتطلب تحقيق أهداف ثانوية تتمثل في التالي:

- الأهداف الثانوية: لن يتسنى تحقيق الأهداف وما تتطلبه من وسائل تتمثل في أهداف وسيطة بيسر وسهولة، ما لم تتوافر ركائز تنموية أساسية تشكل بدورها قاعدة صلبة لتحقيق هذه الأهداف، ومن هذه الركائز:

- الاستقلال السياسي للدولة.
- الاستقلال الاقتصادي للدولة، والتخلص من نظم التبعية والهيمنة الاقتصادية.
- تحول اجتماعي يحقق الديمقراطية وتحرر التجارة الخارجية من هيمنة المصالح الأجنبية.
- إعادة تشكيل الهياكل الاقتصادية، وإنشاء علاقات جديدة من خلال تنمية قوى الإنتاج، وتقدم إنتاج العمل، واستخدام أساليب التكنولوجيا.
- المشاركة الايجابية من جانب جماهير الشعب في عملية التنمية.

وقد حددت أهداف التنمية الاجتماعية من قبل مؤتمر وزراء الشؤون الاجتماعية في إفريقيا والذي عقد بالقاهرة في أبريل 1967 ومن أهمها (السروجي وآخرون، 2001، ص: 62):

- محو الأمية، وتعميم وتحسين التعليم، والتدريب المهني والعام على جميع المستويات، وتوفير التسهيلات التعليمية والثقافية لجميع قطاعات السكان.

- ضمان حق كل فرد في العمل والقضاء على البطالة ورفع مستويات العمالة في كل من المناطق الريفية والحضرية، مع توفير الظروف العادلة الملائمة للعمل.
- النهوض بمستويات الصحة وتوسيع نطاق الخدمات الصحية الملائمة لتلبية حاجات السكان بأكملهم.
- النهوض بالظروف السكنية وخدمات المجتمع وخاصة بين الفئات ذات الدخل المنخفض.
- توفير خدمات الرعاية الاجتماعية والبرامج الشاملة للضمان الاجتماعي.
- تشجيع التوسع في ميدان التصنيع مع اتخاذ التدابير اللازمة لما يترتب على ذلك من مشكلات اجتماعية، القضاء على العقبات الاجتماعية التي تعوق التنمية الاقتصادية.
- مساعدة الأفراد والجماعات على مواجهة حاجاتهم ومطامحهم المتغيرة حتى يتمكنوا من تأدية دورهم الحتمي في النضال من أجل التنمية.

4.1 مبادئ التنمية الاجتماعية :اقترحت الأمم المتحدة في الدليل الذي أصدرته عام 1988 المبادئ العالمية العامة الموجهة لسياسات وبرامج التنمية الاجتماعية، وفيما يلي بعض مما نصت عليه هذه المبادئ(United Nation ، PP: 18-17):

- إن جميع الناس لديهم الحق في العيش في حرية وكرامة، بدون أي شكل من أشكال التمييز كما أن لهم الحق في المشارك الكاملة في عمليات التنمية الاجتماعية والاستمتاع بثمار التقدم الاجتماعي.

- إن التحديات التي تواجهنا في التكيف مع التغيرات في الظروف الاجتماعية والاقتصادية يمكن التغلب عليها بفاعلية من خلال سياسات متكاملة للتنمية الاجتماعية وأنساق التدعيم الاجتماعي ذات العلاقة بها.

- إن هناك حاجة لتصميم برامج مدعومة دوليا لتحقيق التوافق الاقتصادي في ظل إطار طويل المدى يسمح لهذا التوافق أن يتحقق ضمن النمو، دون إحداث اختلالات اجتماعية، ومن خلال تلك البرامج لابد من اتخاذ إجراءات لحماية الفئات الضعيفة في المجتمع، وتدعيم قدرة الناس على المساهمة في جهود التنمية.

- التأكيد على الحقوق المتساوية للمرأة والرجل في الأحوال الأسرية، وإعطاء أهمية لتحقيق مشاركة متساوية وفوائد متساوية للمرأة والرجل في جميع مجالات التنمية الاجتماعية.

- يسهل تحقيق التوافق مع الأوضاع المتغيرة في ظل زيادة التضامن والكرامة الإنسانية، واحترام الحقوق الإنسانية، والمساواة بين الرجل والمرأة، والعدالة الاجتماعية، وممارسة

الديمقراطية، وحق التجمع في منظمات بما في ذلك حرية التعبير، حرية انتقال الأشخاص، وجود نظام قضائي عادل...

- إن أحد الاهتمامات الرئيسية في تصميم برامج التنمية الاجتماعية الجديدة سيكون الاستخدام الكامل للموارد البشرية، وعدم التركيز على تشجيع المبادرة والاعتماد على الذات لدى الأفراد.

5.1 عناصر التنمية الاجتماعية :يمكن تحديد عناصر التنمية الاجتماعية في ثلاث عناصر تعتبر ضرورية للتنمية الاجتماعية وفيما يلي نستعرض هذه العناصر بإيجاز كالتالي(خاطر، 2002، ص: 33-36) :

- **التغير البنياني (البنائي):** ويقصد به ذلك النوع من التغيير الذي يستلزم ظهور أدوار وتنظيمات اجتماعية جديدة، تختلف اختلافا نوعيا عن الأدوار والتنظيمات القائمة في المجتمع.

- **الدفعة القوية:** ويمكن أن تحدث الدفعة القوية في المجال الاجتماعي بإحداث تغييرات تقلل التفاوت في الثروات والدخول بين المواطنين، وبتوزيع الخدمات توزيعا عادلا بين الأفراد.

- **الإستراتيجية الملائمة:** ويقصد بها الإطار العام أو الخطط العريضة التي ترسمها السياسة التنموية في الانتقال من حالة التخلف إلى حالة النمو الذاتي، أي تحقيق التوازن بين رأس المال البشري و رأس المال المادي.

6.1 مقومات التنمية الاجتماعية :ترتكز التنمية الاجتماعية على مجموعة من المقومات، نوضحها بإيجاز فيما يلي:

- **مقومات التنمية المادية** :وهي متعددة ومتنوعة ومن أهمها (الجمل، 2007، ص: 241):

- توفر الموارد الطبيعية: إن توافر هذه الموارد يلعب دورا هاما في المراحل الأولى من التنمية، عندما يكون هدفها زيادة تجميع رأس المال اللازم لعمليات التنمية في جميع القطاعات، فعندئذ يتحقق الهدف وتبدأ عجلة التنمية في السير قدما نحو التنمية.

- تراكم رأس المال: والمقصود به هي الأموال التي يتم ادخارها بقصد إعادة استخدامها مرة أخرى ومن بين أوجه الاستخدام الاستثمار العيني المتمثل في المعدات والمباني والآلات التي يجوزها المجتمع، إذ لا قيمة لرأس المال النقدي ما لم يتحول إلى أصل منتج لسلع أو خدمات.

- ضرورة التخطيط للتنمية: وذلك بوضع الحلول والحلول البديلة وتفهم ذلك بطريقة مرنة تتلاءم وظروف المجتمع، ويجب عند وضع أي خطة للتنمية أن توضع على ضوء الإمكانيات الموضوعة، والحاجات والقيود الاقتصادية والاجتماعية بكل مرحلة من مراحلها.

المقومات الغير مادية : نختصر أهمها فيما يلي :(الجمل، 2007، ص: 245-251)

- **إحساس الشعب بالحاجة إلى التنمية "الإدراك لأهمية التنمية":** تعتبر السلبية الناجمة عن جهل الشعب بمدى أهمية التنمية، وتأثيرها عليهم سواء في المدى الطويل أو المدى القصير، من أهم العقبات التي تواجه التنمية في جميع القطاعات، فكل المشاريع التي تقوم الدول بإنشائها وإنفاق المبالغ الطائلة عليها، لا يكون لها قيمة ما لم نُشر في المجتمع إلى مدى أهمية هذه المشروعات للتنمية وأن هذه المشروعات إنما أنشأت لتحقيق رفاهيته .

- **السكان تنمية الموارد البشرية:** إذ لا يمكن تحقيقها دون وجود العنصر البشري بالعدد الكافي والنوعية الملائمة القادرة على النهوض بعملية التنمية.

- **الاستقلال السياسي والاقتصادي:** من أهم مقومات التنمية هو دعم الاستقلال الوطني وتقليل التبعية على العالم الخارجي والاعتماد على الذات، ولذلك فإن التنمية لا يمكن فصلها عن الاستقلال ولا يمكن أن تفرط في السيادة الوطنية .

- **استخدام التكنولوجيا الحديثة والملائمة:** إن التكنولوجيا إنما هي نتاج اجتماعي، وأن وجود تكنولوجيا معينة لدى دولة لا يستلزم بالطبع ملائمة تلك التكنولوجيا لدولة أخرى فإن ما يصلح لدولة ما قد لا يصلح لدولة أخرى ولابد من وجود حلول لها قبل استيراد التكنولوجيا الحديثة.

7.1مستويات التنمية الاجتماعية: تتعدد مستويات التنمية الاجتماعية، ولكن هناك ثلاثة مستويات أساسية متعارف عليها (أبو زيد، 2009، ص: 73):

- **المستوى القومي:** اهتم به خبراء التنمية ويقصد به اتخاذ الدولة بالكامل اتجاها لتحقيق التنمية الشاملة، في كافة القطاعات والأنشطة الإنتاجية والخدمية .

-**المستوى الإقليمي:** وهي التي تتخذ من إقليم محدد حيزا ووحدة للتنمية سواء كان وحدة سياسية أو جغرافية أو ثقافية أو إدارية.

- **المستوى المحلي:** ويقصد بها المشروعات التي من خلالها يمكن تنسيق وتوحيد سكان المحليات (قرى أو مدن أو أحياء بالمدن الكبرى) مع السلطات الحكومية.

8.1 ميادين تحقيق التنمية الاجتماعية:حيث تتحدد ميادين التنمية الاجتماعية حسب الأسس الآتية(صبيح، فايز، 2010، ص: 99):

- **نوعية الخدمات:** ويشتمل على خدمات تتعلق بالتعليم، الصحة، الإسكان، الترويح، الأمن، العدالة والتربية الدينية والثقافية، الرعاية الاجتماعية والتربية الاجتماعية لمختلف شرائح المجتمع.

- **المجال الجغرافي:** ويشتمل على خدمات تتعلق بتنمية المجتمعات الحضرية، الريفية، البدوية والصناعية، الزراعية، مخيمات اللاجئين والبدو.

- **الخصائص الديموغرافية للسكان:** ويشتمل على الخدمات التي تتعلق بالطفولة، الجنس، الشباب والمرأة، كبار السن العاملين، القوة العاملة وذوي الإعاقات...

9.1 التحديات والمعوقات التي تواجه التنمية الاجتماعية :يمكن استعراض أهم المعوقات والتحديات التي تواجه التنمية الاجتماعية من خلال استعراض لبعض من الآراء ووجهات النظر (أبو زيد، 2009، ص: 118-119): حيث يرى عبد المنعم شوقي أن معوقات التنمية الاجتماعية تتمثل في:

- خوف الناس من المخاطرة وعدم اتفاق ما هو جديد مع احتياجات الأهالي.
- عدم اتفاق ما هو جديد مع القيم والتقاليد المرغوبة في المجتمع.
- تضارب مصلحة بعض فئات المجتمع مع الاتجاه الجديد.
- سلطة بعض فئات المجتمع على الفئات الأخرى وفقر المواطنين.
- ارتباط بعض القيم والعادات بالكثير من الخرافات.

ويمكن تحديد معوقات وتحديات التنمية الاجتماعية من وجهات متعددة:

- **التحديات الاقتصادية:** مشكلة الديوان، مشكلة التسليح، مشكلة النمو السكاني، أزمة الغذاء.

- **التحديات الاجتماعية والثقافية:** مشكلة الأمية، هجرة الكفاءات العلمية، التلوث البيئي.

2 التنمية الصحية في الجزائر:

يتم دراسة واقع التنمية الصحية في الجزائر من خلال مؤشرات اقتصاديات الصحة ومقارنها بالقارة الإفريقية كونها دولة إفريقية ، وكذا بالقارة الأوربية لتقدمها في مجال اقتصاد الصحة، ومقارنة مكانة الصحة في الجزائر بمتوسطات مؤشرات الصحة في العالم.

معلومات عن و اقع التنمية الصحية في الجزائر

جدول رقم 01: المؤشرات الاقتصادية للصحية

	عدد السكان (000) 2017			مأمول الحياة عند الولادة 2016			العمر الصحي المتوقع عند الولادة 2016			نصيب الفرد من الإنفاق الصحي الحالي (دولار أمريكي) 2016	الإنفاق الصحي الحالي نسبة من 2016 GDP
	ذكور	إناث	كلا الجنسين	ذكور	إناث	مجموع	ذكور	إناث	كلا الجنسين		
الجزائر	20866	20452	41318	75,4	77,4	76,4	65,4	65,6	65,5	260	6,6
إفريقيا	522534	524616	1047149	59,6	62,7	61,2	52,6	54,9	53,8	103	5,9
أوربا	446024	473434	919458	74,2	80,8	77,5	66,1	70,7	68,4	1990	8,0

Source : World health organization, World Health Statistics ; 2019 ; monitoring health for the SDGs ; https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324835/9789241565707-eng.pdf

من خلال الجدول نلحظ أن عدد السكان إفريقيا كان أكبر من عدد سكان أوربا لعام 2017، كما كانت نسبة المأمول في الحياة عند الولادة في عام 2016 للجزائر 76.4% وهي نسبة أعلى من النسبة التي سجلتها إفريقيا بـ 61.2% مقتربة من النسبة التي سجلت في أوربا بـ 77.5% وهذا مؤشر جيد على ارتفاع الرعاية الصحية وتطورها في الجزائر، كما بلغ نصيب الفرد من الإنفاق الصحي الحالي لعام 2016 في الجزائر 260 دولار أمريكي مقابل 103 دولار أمريكي في إفريقيا وهو ما يفوق 50% ولكن شهدت تخلفا كبيرا مقارنة بأوربا وهذا بمعدل 1990 دولا ر أمريكي، كما وبلغ متوسط الإنفاق الصحي الحالي للجزائر لعام 2016 من نسبة الناتج المحلي الإجمالي 6.6% مقارنة مع ما سجلته أوربا بـ 8% و متفوقة على ما سجلته إفريقيا بـ 5.9%.

جدول رقم 02: مؤشرات الاجتماعية للتنمية الصحية

	معدل وفيات الأمهات لكل (100000 مولود 2015	نسبة الولادات تحت إشراف عاملين صحيين 2009-2018	معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة (لكل 1000 مولود في2017			معدل وفيات حديثي الولادة لكل 1000 مولود 2017
			ذكور	إناث	كلا الجنسين	
الجزائر	140	97	26	23	24	39
أفريقيا	542	59	79	68	74	27
أوربا	16	99	10	8	9	5
العالم	216	81	41	37	39	18

Source : World health organization, World Health Statistics ; 2019 ; monitoring health for the SDGs ; https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324835/9789241565707-eng.pdf

من خلال الجدول نلحظ أن معدل وفيات الأمهات في الجزائر منخفضة مقارنة بإفريقيا، كما وشهدت نسبة الولادات تحت إشراف عاملين صحيين من عام 2009 إلى غاية 2018 ارتفاعا عادل

تقريبا نسبة أوربا بـ 97% متفوقة على نسبة إفريقيا البالغة 59% والعالم بـ 81%، كما نلحظ من خلال الجدول أن معدل الوفيات الأطفال دون سن الخامسة ومعدل وفيات حديثي الولادة لعام 2017 كانت منخفضة مقارنة بالمعدلات التي سجلتها إفريقيا والعالم ولكنها لم ترق إلى المعدلات المسجلة في اوربا.

جدول رقم 03: مؤشرات أهم الأمراض والأوبئة

	الإصابات بالسل لكل (100000 نسمة) 2017			الإصابات بالملاريا لكل 1000 شخص من السكان المعرضين للخطر 2017	انتشار المستضد السطحي لإلتهاب الكبد (HBsAg) بين الأطفال دون 5سنوات % 2015	عدد الأشخاص الذين يحتاجون تدخلات ضد (NTD) أمراض استوائية مهملة 2017	احتمال الوفاة من أي من أمراض القلب والأوعية الدموية، والسرطان، والسكري، وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة بين سن 30 وسن 70 بالضبط (٪)		
	ذكور	إناث	كلا الجنسين				ذكور	إناث	كلا الجنسين
الجزائر	81	58	70	00	0,22	13140	15,2	13,2	14,2
إفريقيا	249	179	237	219,4	2,34	594	21,1	20,1	20,6
أوروبا	40	20	30	00	0,2	5	22,2	11,6	16,7
العالم	168	99	134	59,1	0,80	1583	21,6	15,0	18,3

Source : World health organization, World Health Statistics ; 2019 ; monitoring health for the SDGs ; https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324835/9789241565707-eng.pdf

كما ويبين لنا الجدول رقم 03 أن الإصابات بالسل في الجزائر منخفضة مقارنة بإفريقيا والعالم، كما وتشهد الإصابات بالملاريا الانعدام في الجزائر ، ويشهد معدل انتشار المستضد السطحي لإلتهاب الكبد (HBsAg) بين الأطفال دون 5سنوات لعام 2015 نسبة متدنية تكاد تكون منعدمة وتعادل النسبة التي سجلتها أوربا بـ 0.22%، بينما بلغت نسبة احتمال الوفاة من أي من أمراض القلب والأوعية الدموية، والسرطان، والسكري، وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة بين سن 30 وسن 70 نسبة أدنى من النسب المسجلة في العالم وافريقيا واوربا بـ 14.2%.

جدول رقم 04: مؤشرات الموارد البشرية للصحة

	مؤشر تغطية خدمة التغطية الصحية الشاملة 2015	كثافة الأطباء لكل 10000 نسمة 2009-2018	كثافة العاملين في التمريض والقابلية 10000 نسمة 2009-2018	الإنفاق الصحي الحكومي كنسبة من الإنفاق العام 2016
الجزائر	76	18,3	22,4	10,7
إفريقيا	44	2,8	11,0	7,3
أوروبا	73	33,8	80,6	12,5
العالم	64	15,1	34,8	10,6

Source : World health organization, World Health Statistics ; 2019 ; monitoring health for the SDGs ; https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324835/9789241565707-eng.pdf

بلغت مؤشرات تغطية الخدمة الصحية الشاملة لعام 2015 في الجزائر نسبة عالية بـ 76% وهي نسبة تفوق ما سجلته اوربا بـ 73% وإفريقيا بـ 44% والعالم بـ 64%، كما الإنفاق الصحي الحكومي كنسبة من الإنفاق العام لعام 2016 في الجزائر نسبة تعادل النسبة المسجلة عالميا بـ 10.7% ، متفوقة على النسبة المسجلة في إفريقيا بـ 7.3%.

3. دراسة و اقع التنمية الاجتماعية لقطاع الصحة في ولاية الشلف:

يعد قطاع الصحة من بين أهم القطاعات في الدولة نظرا لما يلعبه من مؤشر هام في إمكانية الدولة من تحقيق التنمية الاجتماعية في قطاع الصحة، وتولي الجزائر هذا القطاع أهمية كبرى حيث نصت المادة 65 من الدستور الجزائري 2016 على:

- الرعاية الصحية حق للمواطنين.
- تتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض الوبائية والمعدية ومكافحتها.
- تسهر الدولة على توفير شروط العلاج للأشخاص المعوزين.

كما نصت المادة 66 من تعديل الدستور لعام 2016: الرعاية الصحية حق المواطنين، تتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض الوبائية والمعدية وبمكافحتها، تسهر الدولة على توفير شروط العلاج للأشخاص المعوزين.

ومن خلال هذا المحور ندرس أهم التطورات التي طرأت على قطاع الصحة في ولاية الشلف من خلال ما يلي:

1.3التطور السكاني لولاية الشلف من عام 2006- إلى غاية 2017 :عرفت ولاية الشلف تطورا كبيرا في عدد السكان حيث شهدت ولاية الشلف نموا بـ 2.015%، ومع هذه الزيادة في معدلات

النمو للسكان كان لزاما على الدولة الجزائرية الزيادة في معدلات الاستثمار وتوفير البنى التحتية للولايات، والاهتمام بالقطاعات التي تعتبر ركيزة أساسية للنمو كقطاع الصحة والذي يمثل أحد أهم ركائز الدولة في تهيئة أفراد قادرين على الإنتاجية من خلال توفير بيئة صحية مناسبة، ونستعرض أهم تطورات قطاع الصحة في منطقة الوسط الجزائري منذ 2006 إلى غاية 2017 فيما يلي:

الجدول رقم 04: التطور السكاني لولاية الشلف (2006- 2017)

السنة	عدد السكان
2006	988.359
2007	1007533
2008	1025204
2009	1033815
2010	1053768
2011	1074316
2012	1098840
2013	1122765
2014	1149381
2015	1177081
2016	1206626
2017	1323732

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على الإحصائيات المقدمة من مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية لولاية الشلف.

2.3 تطور القطاع العام لمنطقة الوسط الجزائري (2006- 2017) :بعد الإصلاحات التي فرضتها الدولة على القطاع العام ومحاولة ترميم الهيكلة القاعدية له وتدعيمه بكادر طبي مؤهل، لتحقيق خدمة صحية تستوفي الشروط اللازمة في تقديم هذه الخدمة سنستعرض أهم التطورات في القطاع الصحي العام لولاية الشلف، خلال فترة 2006 -2017:

- **تطور الهياكل القاعدية لولايات الوسط محل الدراسة:** نستعرض تطورات الفترة (2006-2017) لولاية الشلف، فيما يلي:

الجدول رقم 05: دراسة تطور الهياكل القاعدية في ولاية الشلف(2006 -2017):

	السنة	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
الشلف	مستشفى	06	06	06	06	06	06	06	08	08	08	08	08
	عدداسرة	878	878	914	922	1040	1023	1023	1383	1383	1355	1355	1355
	ق.علاج	84	89	145	148	164	150	150	154	182	189	189	189
	ع.م.خ	17	17	44	44	46	44	44	44	44	44	44	44

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على إحصائيات مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية لولاية الشلف.

من خلال الجدول أعلاه نلحظ أن ولاية الشلف قد شهدت نموا كبيرا في تطور الهياكل القاعدية لتلبية احتياجات المرضى بالتزامن مع الزيادة السكانية التي شهدتها، حيث لاحظنا زيادة في عدد المستشفيات والأسرة التي توفرها وكذا عدد قاعات العلاج والعيادات المتعددة الخدمات في الولاية، وهذا يعود إلى عملية إصلاح المستشفيات وإعادة إنشائها حتى تتلائم ومتطلبات المجتمع وتقدم خدمة صحية في المستوى، فشهدت الولاية محل الدراسة نموا في التغطية الصحية من حيث الهياكل الصحية حيث عرفت ولاية الشلف انتقالا في عدد المستشفيات من 06 مستشفيات بعدد أسرة بلغ 878 سرير في عام 2006 إلى 08 مستشفيات بـ1355 سرير عام 2017.

- **تطور الموارد البشرية لولايات الوسط محل الدراسة:** من خلال عرض وتحليل للتطورات الحاصلة في الموارد البشرية كتطور عدد الأطباء المتخصصين في القطاع العام والأطباء العامون....في فترة (2006-2017) لولاية الشلف:

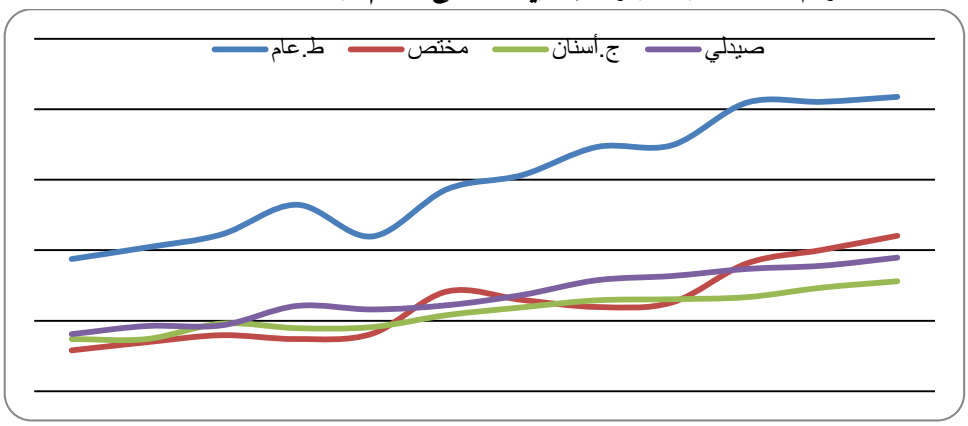
الجدول رقم 06: تطور الموارد البشرية في ولاية الشلف (2006- 2017)

	السنة	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
الشلف	ط.عام	375	408	445	529	439	573	613	693	698	819	821	835
	مختص	116	139	159	148	163	283	259	239	252	363	401	441
	ج.أسنان	148	148	192	179	182	216	238	258	261	267	294	312
	صيدلي	162	185	187	242	232	244	273	315	327	347	356	379

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على إحصائيات مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية لولاية الشلف.

من خلال الجدول رقم (6) نلاحظ أن عدد الأطباء العامون والمختصون وجراحو الأسنان والصيادلة عرف نموا كبيرا في الولاية محل الدراسة من عام 2006 إلى غاية 2017، خاصة من حيث عدد الأطباء المختصين نظرا للاهتمام الكبير من قبل الدولة بتوفير أطباء مختصين في القطاع العام لتحقيق تشخيص دقيق للمرضى وكذا ارتفاع عدد العيادات المتخصصة، حيث بلغت نسبة نمو الموارد البشرية الصحية في ولاية الشلف بـ 8.15% طبيب عام و13.2% طبيب مختص و7.14% جراح أسنان و8.19% صيدلي محققة نسبة نمو في تغطية الموارد البشرية للقطاع العام وحده قدرت بـ 10.42% طبيب عام، 16.38% طبيب مختص، 9.2% جراح أسنان و2.81% صيدلي كما يبينها الشكل البياني رقم (01)،

الشكل رقم (01): تطور الموارد البشرية للقطاع العام لولاية الشلف (2006-2017)



المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على معطيات الجدول رقم 03.

3.3 التغطية الصحية للموارد البشرية في ولاية الشلف :شهدت التغطية الصحية للموارد البشرية في ولاية الشلف نمو وتطورا كبيرا، نظرا لما لعبته جهود الدولة في تحقيق العدالة في الحصول على خدمة صحية مناسبة للمواطن، ونستعرض ذلك من خلال عرض وتحليل للتغطية الصحية في القطاع العام لولايات الوسط الجزائري محل الدراسة خلال الفترة (2006-2017)، والجدول التالي يبين ذلك:

الجدول رقم 07: التغطية الصحية للموارد البشرية في ولاية الشلف (2006-2017)

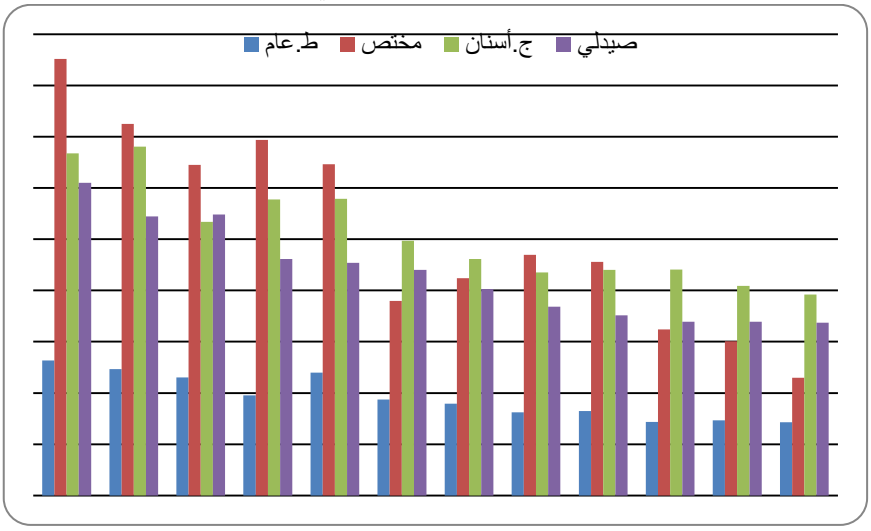
(الوحدة: ن ساكن/ كلم^2)

الشلف	السنة	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
	ط.عام	2635	2469	2304	1951	2400	1874	1792	1620	1647	1437	1470	1430
	مختص	8520	7248	6448	6938	6465	3796	4242	4698	4561	3243	3009	2295
	ج.أسنان	6678	6807	5340	5776	5790	4973	4616	4352	4404	4409	4090	3920
	صيدلي	6100	5446	5482	4615	4542	4402	4025	3681	3515	3392	3389	3372

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على إحصائيات مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية لولاية الشلف.

من خلال الجدول يتبين لنا أن التغطية الصحية للموارد البشرية شهدت تحسنا مستمرا رغم النمو السكاني الذي عرفته الولاية محل الدراسة، حيث بلغت التغطية الطبية طبيب عام لكل 1430 نسمة وطبيب مختص لـ 2295 نسمة وجراح أسنان لكل 3920 نسمة وصيدلي لكل 3372 نسمة عام 2017 في ولاية الشلف، وطبيب عام لكل 2635 نسمة ومختص لكل 8520 نسمة وجراح أسنان لـ 6678 نسمة وصيدلي لـ 6100 نسمة عام 2006، وهذا نظرا لما أبدته الحكومة من اهتمام في لهذا القطاع والسعي إلى توفير بيئة صحية للمواطن، ويبينها الشكل البياني التالي:

الشكل رقم 02: التغطية الصحية للموارد البشرية في ولاية الشلف (2006-2017)



المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على معطيات الجدول رقم 04.

4.3 تطور القطاع الخاص لولاية الشلف (2006-2017): شهد القطاع الخاص لولاية الشلف تطورا كبيرا نظرا لخوصصة الدولة لهذا القطاع وتوفير التسهيلات اللازمة للأطباء لممارسة مهنتهم

مع المراقبة الدائمة والحرص على تقديم خدمة صحية ذات جودة ودقة للمواطن، نستعرض فيما يلي تطور الموارد البشرية للقطاع الخاص في ولاية الشلف وكذا مدى مساهمة المؤسسات الاستشفائية الخاصة في التقليل من عبء القطاع العام في توفير الخدمة الصحية.

- تطور الموارد البشرية الصحية للقطاع الخاص لولاية الشلف: سنستعرض أهم الإحصائيات المتعلقة بتطور الموارد البشرية في القطاع الصحي الخاص لولاية الشلف:

الجدول رقم 08: تطور الموارد البشرية للقطاع الخاص في ولاية الشلف (2006-2017)

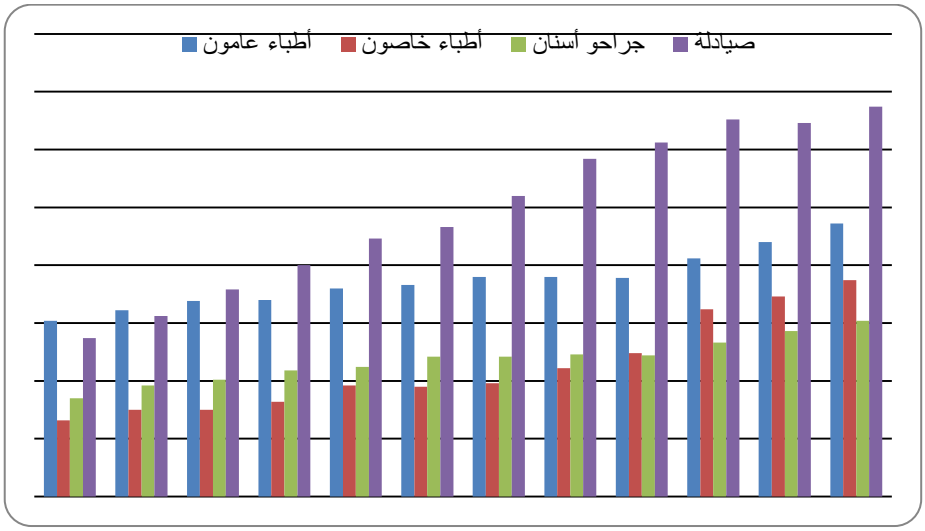
السنة	أطباء عامون	أطباء خاصون	جراحو أسنان	صيادلة
2006	152	66	85	137
2007	161	75	96	156
2008	169	75	101	179
2009	170	82	109	200
2010	180	96	112	223
2011	183	95	121	233
2012	190	98	121	260
2013	190	111	123	292
2014	189	124	122	306
2015	206	162	133	326
2016	220	173	143	323
2017	236	187	152	337

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على إحصائيات مديرية البرمجة ومتبعة الميزانية لولاية الشلف.

من خلال الجدول نلحظ أن ولاية الشلف حققت نسبة عالية في توفير العيادات المتخصصة والصيدليات بنسب 10.11% و8.9% على التوالي خلال فترة 2006 إلى 2017، حيث يغطي القطاع الخاص من الصيادلة، صيدلي لكل 3735 نسمة/ كلم^2، كما ارتفع عدد الأطباء العامون بـ 84 طبيب ما نسبته 3.9%، وارتفع عدد جراحي الأسنان في الولاية بـ 67 جراح أسنان ليصل عام 2017 إلى 152 جراح أسنان، ساعد هذا النمو في القطاع الخاص بالتقليل من أعباء

القطاع العمومي في لتغطية لصحية لسكان الولاية. ويبين الشكل البياني التالي التطور للموارد البشرية في القطاع الخاص للولاية:

الشكل رقم (3): تطور الموارد البشرية الصحية لولاية الشلف في القطاع الخاص



المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على معطيات الجدول (5).

الخلاصة :

يعتبر قطاع الصحة من أهم القطاعات الحساسة المرتبطة ارتباطا وثيقا بالمجتمع ويعتبر من أهم مؤشرات النهوض بالتنمية الاجتماعية للمجتمعات، ومن خلال ما سبق تقديمه وما تم عرضه وتحليله يمكننا الإشارة إلى النتائج التالية:

- لقطاع الصحة علاقة مباشرة بالتنمية الاجتماعية.
- عرف قطاع الصحة لولاية الشلف نموا معتبرا من حيث البنية التحتية التي سعت الدولة إلى توسيعها لفك الضغط عن المستشفيات ومحاولة تقديم الخدمة الصحية في الوقت المناسب.
- سعت الولاية إلى توفير خدمة صحية تلبي احتياجات السكان من خلال التوسع في عدد الأطباء المختصين وكذا التموين وتوزيع الأدوية.
- تعتبر الخدمة الصحية المقدمة في الولاية مقبولة إلى حد ما، سعيا من الولاية إلى النهوض بهذا القطاع والمساهمة في دعم التنمية الاجتماعية لقطاع الصحة عبر التراب الوطني.

ومن أهم ما يمكننا تقديمه كتوصيات هو كالتالي:

- يجب الاهتمام بنوعية الخدمة الصحية وجودتها، وليس فقط توسعها.

- الاهتمام بالجانب الإنساني للمريض وليس فقط المادي خاصة من قبل المؤسسات الخاصة والتي أصبح لها انتشار واسع خاصة بعد زيادة الطلب على خدماتها.
- محاولة الربط بين المؤسسات الاستشفائية والمواطن وهذا من خلال إشعاره بالانتماء ومحاولة تحقيق تطلعاته.
- السعي إلى دعم التنمية الاجتماعية وهذا بتنوع الخدمات الصحية وجودتها من خلال الاهتمام بالكادر الطبي والمسؤول عن تقديم الخدمة للمواطن.
- السعي إلى تطوير الخدمة الصحية من خلال توفير المعدات اللازمة لذلك في المؤسسات الحكومية لكي لا تبقى حكرا على المؤسسات الخاصة التي أصبحت تهدف للربح، وهذا للارتقاء بالخدمة المجتمعية ودعم التنمية فيها.

قائمة المصادروالمراجع:

- **الكتب:**

- رشاد أحمد عبد اللطيف، 2002، **أساليب التخطيط للتنمية**، المكتبة الجامعية للنشر والتوزيع، الإسكندرية، ص 59.
- إحسان محمد حسن، 2005، **علم الاجتماع الاقتصادي**، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، ص 175.
- رشاد احمد عبد اللطيف، 2010، **التنمية الاجتماعية في إطار مهنة الخدمة الاجتماعية**، الطبعة الأولى، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية، ص 97.
- رشوان حسين عبد الحميد أحمد ، 2009، **التنمية: (اجتماعيا، ثقافيا، اقتصاديا، سياسيا، إداريا، بشريا)**، مؤسسة شباب الجامعة للنشر، الإسكندرية، ص 59.
- صبيح ماجد حسني ، مسلم فايز أبو حلو، 2010، **مدخل إلى التخطيط والتنمية الاجتماعية**، الشركة العربية المتحدة للتسويق والتوريدات، مصر، ص 88.
- السروجي طلعت مصطفى وآخرون، 2001، **التنمية الاجتماعية المثال والو اقع**، مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعي، جامعة حلوان، ص 62.
- خاطر ،أحمد مصطفى ، **التنمية الاجتماعية: المفهومات الأساسية- نماذج الممارسة**، المكتب الجامعي الحديث للنشر، الإسكندرية، 2002، ص 33-36.
- الجمل هشام مصطفى ، 2007، **دور السياسة المالية في تحقيق التنمية الاجتماعية بين النظام المالي الإسلامي والنظام المالي المعاصر**، الطبعة الأولى، دار الفكر الجامعي للنشر، الإسكندرية.، ص ص 241.

- أبو زيد أبو الحسن عبد الموجود إبراهيم ، 2009، **التنمية الاجتماعية وحقوق الإنسان**، المكتب الجامعي الحديث، مصر، ص73.
- أبو الحسن عبد الموجود إبراهيم أبو زيد، **التنمية الاجتماعية وحقوق الإنسان**، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 2009.، ص ص 118 -119.

➢ **الرسائل الجامعية:**

- عمارة نورة، 2012، **النمو السكاني والتنمية المستدامة- دراسة حالة الجزائر**، مذكرة تخرج مقدمة لنيل شهادة الماجستير، قسم العلوم الاقتصادية، جامعة باجي مختار، عنابة، الجزائر، ص 10.
- بن منصور اليمين،2009- 2010، **دور القيم الدينية في التنمية الاجتماعية**، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع، جامعة الحاج لخضر. باتنة، الجزائر، ص 34.

- United Nation Guiding Principales For Developement Social Welfare Policies and Programmes in the Near Future (New York : United Nation 1988) p p 17 18.
- SAFIR NADJI, **Essais D'analyse Sociologique,** Edition enal, tome2, alger, 1985, p09.