

**رهانات الصحة في ظل الفوارق الاجتماعية والاقتصادية
- قراءة في ظاهرة الفقر كمؤشر اقتصادي واجتماعي-**

**Health stakes in light of social and economic
disparities - a reading of the phenomenon of poverty as
an economic and social indicator**

مبروك مدوري*، جامعة باتنة 1،
مخبر الديناميات الاجتماعية في الأوراس.
mabrouk.meddouri@univ-batna.dz
عز الدين مطاطحة، جامعة باتنة 1،
مخبر الديناميات الاجتماعية في الأوراس.
azeddine.metatha@univ-batna.dz

تاريخ القبول: 2024/06/21

تاريخ الاستلام: 2024/05/26

ملخص:

إن الحق في الصحة يشمل مجموعة من العوامل الاجتماعية والاقتصادية التي تهيئ الظروف التي تسمح للناس بأن يعيشوا حياة صحية، كما أنها تشمل المقومات الأساسية للصحة، مثل: الغذاء، التغذية، المسكن، الحصول على مياه الشرب المأمونة، الإصحاح الواقي، العمل في ظروف آمنة وصحية، وبيئة صحية. ومن خلال هذه الورقة البحثية سنحاول تقديم قراءة تحليلية لأهم الفوارق الاجتماعية والاقتصادية المتباينة، والتي تعتبر من بين أهم العوامل المؤثرة على الصحة والمرض، على اعتبار أن التباينات الملحوظة في المستوى المعيشي، المستوى السكني، الأسرة والفقر وعلاقتها بالدخل، الطبقة الاجتماعية ومستواها العلمي والثقافي، كلها لها علاقة وثيقة بالصحة والمرض، وكل عامل يوضح ويفسر أنماط وأسباب انتشار الأمراض.

* المؤلف المراسل

وعليه تأتي صياغة إشكالتنا على النحو التالي: ما مدى تأثير الفقر (كمؤشر إقتصادي وإجتماعي) على الصحة والمرض؟ كيف للأسرة بمكانتها الاجتماعية والاقتصادية أن تؤثر على الصحة؟ ما مدى اعتبار الظروف الاجتماعية الاقتصادية أسبابا مساعدة للإصابة بالأمراض؟
الكلمات المفتاحية: الصحة، المرض، الوعي الصحي، البيئة الاجتماعية، الفوارق الاجتماعية والاقتصادية.

Abstract:

The right to health encompasses a range of social and economic factors that create conditions allowing people to live healthy lives. These factors include basic health determinants such as food and nutrition, housing, access to safe drinking water and adequate sanitation, working in safe and healthy conditions, and a healthy environment. Through this research paper, we aim to provide an analytical examination of the significant social and economic disparities that influence health and disease. Noticeable variations in living standards, housing conditions, family and poverty status in relation to income, social class, and educational and cultural levels are all closely related to health and disease. Each factor highlights and explains patterns and causes of disease spread.

Our problem statement is as follows: What is the impact of social and economic disparities on health and disease? How does the family, with its social and economic status, influence health? To what extent are social, economic, and cultural conditions considered contributing factors to disease susceptibility?

Keywords: Health, Disease, Health Awareness, Social Environment, Social and Economic Disparities.

مقدمة:

لقد أصبحت مسألة الصحة من الشواغل الأكثر أهمية في مجال التنمية في مختلف المجتمعات، إذ تعد الصحة أحد المقومات الأساسية لحياة الإنسان من أجل الحفاظ على استمراره وتطوره و دور فعال تلعبه في حماية المجتمع بتكفلها بوقايتها من الأمراض الوبائية والمعدية ومكافحتها وكذا خلق طريقة مثلى لحمايته بتكلفة عقلانية وذلك بالتخطيط المحكم والتحكم في تقديم العلاج والمساعدات للإنسان.

ولا شك أن توفير الرعاية الصحية لجميع المواطنين في المجتمع الجزائري يعد مطلباً جوهرياً لتحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية الشاملة فالتنمية الصحية جزء من التنمية المستدامة، وهي حق من حقوق الإنسان، وضرورة إتاحة الرعاية الصحية أمام الجميع بما يتناسب مع كافة الشرائح الاجتماعية .

كان لإعلان ألما-أتا Alma-Ata سنة 1978 الذي أمضته الدول أعضاء منظمة الصحة العالمية دور هام في تبني دول العام الثالث من بينها الجزائر سياسات صحية رسمت إستراتيجية" الصحة للجميع في سنة 2000 بحيث نجد أن المادة الأولى لهذا الإعلان تؤكد على أن الصحة حق أساسي للكائن الإنساني والفروقات الموجودة بين الشعب في ميدان الصحة يجب أن تُلغى، مما يستلزم المساواة في الوصول إلى العلاج مهما كان دخل الفرد، يعني على مستوى السياسات الصحية أي أن توزيع الخدمات الصحية يجب أن يكون منسجماً مع التوزيع الجغرافي للاحتياجات السكان، ويتم تحديد هذه الاحتياجات بمشاركة المجتمعات المحلية بالإضافة لهذا وجوب توفير خدمات العلاج الأولي مجانية أو مدعمة للمستهلكين، وهذا من أجل القضاء على غياب المساواة في الوصول للعلاج بين المدن والأرياف وبين مختلف الطبقات الاجتماعية والاقتصادية.

ومن خلال هذه الورقة البحثية سنحاول معالجة الإشكالية المتعلقة بمدى تأثير الفقر كمؤشر اجتماعي واقتصادي على الصحة والمرض، وكيف للأسرة بمكانتها الاجتماعية والاقتصادية أن تؤثر على الصحة؟ وما مدى اعتبار الظروف الاجتماعية والاقتصادية أسباباً مساعدة للإصابة بالأمراض، وهذا من خلال التطرق إلى الإطار المفاهيمي للصحة، المرض، الوعي الصحي، البيئة الاجتماعية. معرجين على التوجهات النظرية للبحث، العوامل المؤثرة على الصحة، التحديات التي يواجهها المريض، الصحة بين الواقع والمأمول.

أولاً. مصطلحات الدراسة:

1. الصحة:

عرفت منظمة الصحة العالمية سنة 1946 مفهوم الصحة على أنها: «حالة من اكتمال السلامة البدنية والعقلية والاجتماعية، وليس مجرد الخلو من المرض أو العجز». (World Health Organization, 2006)

أما البنك العالمي فيرى أن مفهوم الصحة هو: "مرتبط بالدخل والتعليم وبالتغيرات التي تحدثها الثروة في سلوك الفرد، وكذا بمقدار النفقات ومدى كفاءة النظام الصحي".

2. المرض:

"المرض أو الداء أو العلة، هو حالة غير طبيعية تصيب الجسد البشري أو العقل البشري محدثة انزعاجا، أو ضعفا في الوظائف، أو إرهاقا للشخص المصاب مع إزعاج". (المعجم الموحد، 1993، صفحة 116)

3. الوعي الصحي:

عرف "توماس وود" الوعي الصحي بأنه: "حصيلة من الخبرات التعليمية أو الأفكار الصحية التي يكتسبها الأفراد من خلال بيئتهم الاجتماعية التي ينشؤون فيها، والتي يمكن أن تؤثر تأثيرا إيجابيا على توجهات الأفراد وقيمهم وعاداتهم الصحية، تجاه أنفسهم، أو تجاه غيرهم من أفراد المجتمع الآخرين". (نادية، 1999، صفحة 13)

4. البيئة الاجتماعية:

تعريف أحمد زكي بدوي: بأنها تلك البيئة التي تشكل النظم والقواعد والقوانين واللوائح والعادات والتقاليد والقيم والمعايير والأعراف أو العلاقات الاجتماعية واللغة والدين والأوضاع الاقتصادية والتعليم والأعلام والفنون والآداب والظروف الصحية وعوامل البيئة، مترابطة جميعها مع بعضها البعض، ومؤثرة في الإنسان وتتأثر فيه. كما تشير البيئة الاجتماعية إلى البيئة المادية والاجتماعية المباشرة التي يعيش فيها الناس أو يحدث فيها شيء ما أو يتطور فيه. ويشمل الثقافة التي تعلم الفرد أو يعيش فيها، والأشخاص والمؤسسات الذين يتفاعلون معهم". (أحمد، 1986، صفحة 126)

ثانيا. التوجهات النظرية للبحث:

إن وضع اقتراب سوسيولوجي لدراستنا للصحة والمرض وكشف الدلالة التي تحملها ما هو إلا مساهمة في إثراء البحوث الاجتماعية الخاصة بهذا النوع من الدراسات في المجتمع الجزائري.

1. النظرية البنائية الوظيفية:

تعتبر النظرية البنائية الوظيفية أحد الاتجاهات الرئيسية في علم الاجتماع المعاصر وتستخدم كإطار نظري لمفهوم الصحة والمرض وعلاقتها بالثقافة والعوامل الاجتماعية، وتعتبر من أكثر النظريات ارتباطا بموضوع الدراسة. ترتبط هذه النظرية بدراسة العلاقات المتبادلة بين الكل وأجزائه في أي نسق، ويدور كل جزء (بناء) في المجتمع في دائرة الطريقة التي تربطه بالأجزاء والعلاقات الأخرى في تلك الأنساق، وفي نفس الوقت تعطي عناية بالوظائف التي تربط هذه العلاقات وبين الأنساق، لهذه النظرية إطارين للتحليل (ماكرو)، وهو الإطار الذي يفسر الوحدات الكبرى كالمجتمع، في اتجاه (تالكوت بارسونز) والإطار الآخر هو (المايكرو). حيث يفسر الأول حجم الوحدات الكبرى على النطاق الواسع الذي يعالج الأنساق الواسعة (النسق الديني، الاجتماعي، الثقافي والاقتصادي)، أما المايكرو (الأصغر) فإنه يعالج الأطر الفردية والأنساق الصغيرة نسبيا كالجماعات والمجموعات والمجتمعات المحلية البسيطة أو البدائية.

2. نظرية الحدث:

إن نظرية الحدث التي بلور معالجتها "تالكوت بارسونز" تدرس الأنساق الثلاثة، وهي الثقافة والشخصية والنظام الاجتماعي، علما بأن التكامل الموضوعي بين الأنساق الثلاثة يعني بأن الثقافة لا يمكن فهمها إلا عن طريق فهم الشخصية، والنظام الاجتماعي لا يمكن فهمه بدون فهم ودراسة واستيعاب الثقافة والشخصية. لذا نجد أن (بارسونز) اهتم بعملية التحليل الوظيفي عندما اعتبر المرض سلوكا انحرافيا، وفي صدر تحليله لدور المريض أوضح أن الصحة التي يتمتع بها أعضاء أي جماعة أو مجتمع تمثل مطلبا وظيفيا لأي نسق اجتماعي، وبالتالي فإن المرض يعد عائقا وظيفيا أمام قيام

المجتمع بوظائفه، فكلما كانت الوظائف في وضعها الطبيعي ساعد ذلك في تخفيف حدة الخلل الاجتماعي والحفاظ على الأبنية النظامية، وبالتالي الحفاظ على حالة المجتمع على ما هو عليه، لذا فالوظيفة الكامنة لهذا الدور هي المحافظة على توازن النسق الاجتماعي. (القريشي، 2009، صفحة 201)

يذهب "بارسونز" إلى أن النسق الاجتماعي هو الوحدة البنائية التحليلية الأساسية في علم الاجتماع، والتي تضم مجموعة من الأفعال الاجتماعية المساندة، ويذهب أيضا إلى أن القيم والمعايير الاجتماعية تلعب دورا هاما في تحديد السلوك الإنساني، وبالتالي المحافظة على استقرار النسق الاجتماعي، وفي كل المجتمعات توجد أنساق قيمية تنظم علاقات الناس وتضمن لها الاستقرار والاستمرار.

وتؤثر عوامل الوسط الاجتماعي الذي ترعرع فيه الفرد وتشكلت فيه شخصيته على صحته، كما تتحدد طرق دفاعه النفسي عن طريق نوع التربية والضغوط والمطالب التي تسود في البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها، فإذا ما فشل الفرد في مواجهة هذه الضغوط وتلك المطالب، وخاصة إذا ما زاد بينها من تناقضات سواء توافقه الشخصي والاجتماعي أدى ذلك إلى المرض. (المكاوي، 1998، صفحة 332)

أوضحت الكثير من الدراسات كيفية تأثير السياق الاجتماعي على استجابات الناس حيال المرض وأسلوب العلاج باختلاف المجتمعات والثقافات، وتأثير الثقافة على استجابات الناس للآلام والعلل ومن بينها دراسة "ستشمان" ودراسة "زبروفسكي"، كما بين "إيرل كوس" تأثير الثقافة على المعرفة الفعلية للصحة والمرض، وأهمية العلاج، وعلى مدى الاعتماد على الخدمة الصحية في طبقة اجتماعية معينة دون أخرى.

كما أكدت دراسات سابقة وجود تباين ثقافي في التعبير عن الألم وكذا التوجه للعلاج المناسب للمرض، ولعل هذا التنوع ضمنى أساس في ضوء التنشئة الاجتماعية، خاصة أن الاختلافات في سلوك المرضى اتجاه المرض أو العلاج تعكس مجرد أساليب مختلفة مكتسبة ثقافيا للتوافق مع الثقافة السائدة والسياق الاجتماعي العام؛ وفي الكثير من الأحيان ما تتعارض مع التفسيرات الطبية الحديثة، وبالتالي تتناقض مع وسائل العلاج الطبي الحديث، فالثقافة

والتظيم الاجتماعي والقرابة والصداقة والاتجاهات الطبية والظروف الاقتصادية؛ كلها عوامل مؤثرة في عملية التوجه نحو طلب الرعاية الطبية أو العلاج، وقد أوضح "فريديسون" أن سلوك المريض يختلف باختلاف المحاولات التي يبذلها للتعامل مع الحالة المرضية التي يشعر بها، فقد يلجأ المريض في البداية إلى بعض أنواع العلاج، كما قد يناقش الاضطرابات التي يعاني منها مع بعض الأشخاص المحيطين به بحثاً عن تفسيرات مختلفة لما يشعر به، كما قد يسأل الآخرين النصح حول ضرورة اللجوء إلى الطبيب. ولهذا فالأشخاص عادة ما يمرون بتجارب غير رسمية عديدة قبل الاتجاه إلى الاستفادة من الخدمة الطبية المتخصصة، وهذه الشبكة من الاستشاريين تعد جزءاً من المجتمع، وتفرض شكلاً معيناً على الاتجاه نحو طلب الخدمة الطبية المختلفة، وفي هذه الحالة قد تؤدي إلى إحجام الأشخاص عن الاستفادة من الخدمة الطبية. وهنا عادة ما يلجأ هؤلاء الأشخاص إلى الطب الشعبي، أو إلى أي نمط آخر من الطب التقليدي، أو الطب الديني. (صولة، 2013)

3. المنظور الاجتماعي النفسي:

يعتمد هذا المنظور على علمي الاجتماع وعلم النفس، ذلك لأن اهتمامه الرئيسي يتعلق بأساليب التفاعل والاتصال بين الأفراد والتأثير المتبادل فهو يكشف بوضوح تأثير الأفراد في العملية الاجتماعية، وكيف أن حالتهم النفسية الداخلية وشخصياتهم تتأثر بهذه العمليات، وينظر علماء النفس الاجتماعي في ضوء اتجاهاتهم إلى عمليات التأثير المتبادل بأساليب مختلفة، مثلاً من حيث مصادر التأثير، وآخرون ينظرون على أن عمليات التأثير هي عملية دينامية تفاعلية رمزية، وغيرهم يهتمون بدراسة من يستقبلون التأثير المتبادل، إنما تتصل بميدان الصحة والمرض وعلاج المرض، فمثلاً فهم إستراتيجية التأثير ملائمة لعمل الطبيب وقدرته على إقناع المريض بالامتثال لتعليماته ونصحه، وتساعد في عرض برامج الصحة العامة على الجمهور والاستفادة من هذه البرامج.

إن لتكرار حدوث المرض نتائج هامة على الحالات النفسية للناس وعلى الحياة الأسرية، كما ركز هذا المدخل على العدالة الاجتماعية في علاقتها

باستجابة الأفراد للرعاية الطبية التي تقدمها التنظيمات الصحية، والعلاقة بين تكلفة الخدمة الطبية والمكانة الاجتماعية الاقتصادية للمرضى. فعلماء النفس الاجتماعي حتميون من حيث أنهم يعتقدون بوجود نموذج أساسي للسلوك يمكن تفسيره على أساس المبادئ البيولوجية والسيكولوجية الاجتماعية، والاهتمام بإرادة الإنسان ودور الفاعلية السلوكية في مجرى الأهداف الإنسانية، حيث أن الإنسان قادر على صياغة أهدافه ورسم سبل تحقيقها، وهو يسلك كما لو كان يستطيع السيطرة على مجرى حياته، ومن بينها المرض وتحقيق الصحة، ومن هنا يتضح الإسهام الذي مكن علم النفس وعلم الاجتماع في تفسير السلوك المرضي. (محمد، جلبي، وآخرون، 1989، الصفحات 76-120)

ثالثا. العوامل المؤثرة على الصحة:

تعتبر العوامل الاجتماعية والثقافية والاقتصادية والإيكولوجية من بين العوامل التي تحدد نمط الحياة والبناء الاجتماعي للمجتمعات، كما أنها تحدد نمط تفاعل الحياة والتأثير على الأسرة، ففي القرن السادس عشر تم ربط الصحة والمرض بالظروف الاجتماعية، وتم ربط أنواع معينة من الأمراض بالبيئة التي تصيب الفرد، وأن الاختلال الوظيفي في الجسم وشعور الإنسان بالمرض لا يرجع فقط إلى نواحي بيولوجية، بل إلى ثقافة الأسرة ونمط العيش الذي يحدده مستواها الاقتصادي أي دخل الأسرة.

ويرتبط تقدم الرعاية الصحية وعلاج المرض بتقدم المجتمع وتطوره، وارتفاع مستوى معيشة أفرادهم وزيادة درجة وعيهم بمظاهر الصحة وعوامل المرض وأسس التغذية وحماية البيئة وغيرها.

وتعتبر الكثير من المشاكل الصحية المنتشرة في العديد من المجتمعات المعاصرة دليلا على التخلف الاجتماعي وتدني مستوى المعيشة وسوء توزيع الثروة بين أفراد المجتمع، وتعد الرعاية الصحية تبعا لذلك جانبا متأثرا بالحياة الاجتماعية، فالفقر مثلا يفرض على الإنسان العيش في مسكن غير صحي وحرمانه من الغذاء الجيد إن لم يحرمه من الحصول على الغذاء بشكل كامل. ويرى بعض العلماء أن العوامل الاجتماعية كانت السبب لبعض

الأمراض مثل أمراض السكري، ضغط الدم، بعض أمراض القلب وبعض أمراض الدم، بعض أمراض السرطان وبعض الأمراض العقلية والنفسية ... وغيرها من الأمراض. (المكاوي، 1998، صفحة 96).

1. الأسرة والمرض:

يؤكد علم الاجتماع على أن بعض أنماط التفاعل الأسري والتشئة الاجتماعية غير السوية تساهم في حدوث المرض، وأهمية شبكة العلاقات الاجتماعية في الحالة الصحية للإنسان، وأن تفكك هذه العلاقة وفقدانها يمكن أن يؤدي إلى أمراض نفسية وعضوية.

إن ثقافة الأسرة عامل أساسي في الإقبال على اتباع القواعد الصحية الضرورية للوقاية من المرض، كما أن التوجيه الأسري من قبل الوالدين أو أفراد الأسرة الأكبر سناً لمن هم أصغر سناً وأقل ثقافة ووعياً من الناحية الصحية يرسخ الممارسات الصحية السليمة بين أفراد الأسرة، فالصغار يقلدون الكبار عادة في سلوكياتهم ويستمعون إلى توجيهاتهم ونصائحهم، سواء كان ذلك قناعة، تقليداً أو خوفاً، فمعرفة الشخص بطريقة انتقال الأمراض تجعله يمارس الإجراءات الوقائية من الإصابة بها. وبهذا يعود الفضل إلى دور الأسرة الممتدة من خلال مشاركة جميع أعضائها في مساندة بعضهم البعض، سواء مادياً أو معنوياً، ومن خلال مواساتهم في مرضهم. أما إذا كانت الأسرة غير مثقفة صحياً فإنه يزيد من احتماليه الإصابة بالأمراض، وخاصة المعدية منها، وفي الوقاية منها، وأيضا عدم وعي الأسرة لأساليب الثقافة الشخصية والبيئية وعادات الأكل والتغذية وحفظ الأطعمة (كتجفيف البصل، الطماطم واللحم) يؤثر على تزايد أعداد المرضى.

لذا، فإن القيم الثقافية المتصلة بتنظيم الحياة الأسرية وأساليب العمل والترويح، وقضاء أوقات الفراغ هي الأخرى لها تأثير في تحديد أنواع الأمراض والوفيات، فلو نظرنا إلى الإنسان الساكن في البيئات الصناعية يتأثر بالبيئة التي يسكنها، فمثلاً نجد أن أمراض القلب أكثر انتشاراً، فهذا الأخير يحى حياة المنافسة القوية والاستغلال الشديد للوقت. (محمد، جليبي، و آخرون، 1989، صفحة 22)

إن المستوى الاقتصادي لأي أسرة يعكس درجة الصحة المرض في ذلك المجتمع، حيث يحدد المستوى الغذائي وطبيعة المسكن ومدى الازدحام، وللمستوى الصحي للبيئة دور رئيسي في الأوضاع الصحية، كما أن لدخل الأسرة ولمدل دخل الفرد فيها بالغ الأثر في توشي عوامل الصحة لديها كالنظافة، تصريف الفضلات، واختيار الطعام الصحي المتزن والكامل العناصر الغذائية. (الوحيشي وآخرون، صفحة 86).

كما يرى "أنسليم سترأوس" ذلك انطلاقاً من خصوصية الأمراض المزمنة بحيث أن صفة الأزمان تجعل المرض يمتد لمجموع طبقات الحياة الاجتماعية المهنية والأسرية بل يتم داخلها تفاوض وتفاعل مستمرين، وهي تفرض سلسلة من النشاطات الخاصة مما يجعل المحيط والأسرة مجالاً آخر لتعدد الوضعيات الاجتماعية للمرض، وهنا تظهر أطروحة عالم الاجتماع وفق النظام التفاوضي، والمرتبطة بالاتجاه التفاعلي الرمزي، حيث يعتبر من خلاله فاعلاً في المسار المرضي وفي وضع النظام الاجتماعي، حيث حاول «Strauss» وضع إطار مرجعي جديد يتماشى مع الأمراض المزمنة، وهذا طبعا يكون بعيداً عن الطرح الطبي المختص، المريض وذلك حتى تتضح الجوانب النفسية والاجتماعية الواجب مواجهتها من طرف المريض وأسرته، وحسب ذلك فإن كل "وجه من أوجه الحياة الاجتماعية للمريض وأقاربه تظهر مرهونة وبدرجات مختلفة حسب طبيعة الأزمان المرضي ومدته، وكذلك عوامل أخرى نفسية واجتماعية وأنثربولوجية". (Baszanger, 1986)

لقد أجريت بحوث عديدة على مدى الإفادة من خدمات المجتمع المحلي والتي بينت أن الأسرة تضطلع بتلبية العضو المريض، كما أن الإعاقة التي يسببها المرض المزمّن لا تهم المريض بقدر ما تهم جميع أعضاء النسق الأسري، وبالتالي فهذه النوعية من المرض أقل حاجة للخدمات من المرضى المسنين والمزمّنين. وحسب اعتقادي، الأسرة الممتدة أقدر وأكفاً في الرعايا المنزلية للمريض بحكم كثرة عددها والتنوع العمري بين أعضائها، وثراء معرفتهم وخبرتهم بالصحة والمرض. ومن ثم، فهذا التحول يحد من هذه الرعاية الجيدة، على حين يرى الآخرون أن الأسرة النووية لا تقل شأنًا في رعاية المريض.

1.1. **الءءليم:** يمكن أن يكون لءءوى الءءليم الءاص بك ءأءير على مءى صءءك. يمنءك الءءليم الأءواء الءى ءءءاءها لاءءاء قرراء ءيءة بشأن صءءك، ومن المرءء أن يعيىء الأشخاص ذوو الءءليم العالى لءءرة أطول، وهم أكءر عرضة للمءاركة في الأنشطة الصءية، مثل مءارسة الرياءة ورؤية الطيبب بانءظام، هم أيضا أقل عرضة للمءاركة في الأنشطة ءير الصءية، مثل الءءءين، يميل الءءلمين أيضا إلى أن يؤءوا وظائف ذات رواب أعلى، ءالبأ ما ءآءي هءه مع مزايا، مثل الءأمين الصءي وظروف العمل الصءية وفرصة إءامة اءصلااء مع أشخاص آءرين، كل هءه الأشياء ءضيف إلى صءة أفضل.

يعء الءءوى الءءليمي والءءايفي أءء العواامل الأساسية الءى ءلعب ءورا هاما في ءوفر الوعى الصءي لءى الأفراد، والءى يعءبرهءا الأءير من أهم العواامل المؤءرة إءءابا على برامء الصءة، فالءرء الأكءر ءءلما يءمع عادة بوعى صءي سليم، ويكون أكءر ءءرة على فهم أسباب المرء وطرق علاءه، وبالمءابل فإن انءءاض الءءوى الءءليمي يعء من الأسباب الءى ءرءبء بءءنى الءءوى الصءي للءبءاء الءءماعية الفقيرة في أي مءءمع. (مزاهرة وآءرون، 2003، صءة 128)

2.1. **الءءل:** إن مبلغ المال الءى ءءنيه له ءأءير على صءءك، ءيء يميل الأشخاص ذوو الءءل المرءع إلى أن يكونوا أكءر صءة ويعيىءون أطول من الأشخاص ذوى الءءل المنءفض، هم أكءر عرضة للعيىء في أءياء آمنة، لءيهم المزيء للوصول إلى مراكز الءءماء وءوفير اءءءاءهم الءذائية والأءعمة الصءية، وعادة ما يكون لءيهم وصول أكءر إلى المساءاء الآمنة لمءارسة الرياءة أو الأنشطة الأءرى.

ءؤءر الزياءة في الءءل الفرءي بصورة ءير مباءرة على طلب الءءماء الصءية نءءة للارءءاع العام في مءءوى المعيىة، وزياءة الءلب على بعض الءءماء والمواء الوءائية كالفياءامينااء مثلا. كما أن هناك أءار سلبيهة يمكن أن ءءءرى على زياءة الءءل الفرءي نءءة لزياءة الاسءءلاك في بعض المواء المءرة بالصءة

كالأغذية عالية الدسم مثلاً أو إلى الإدمان على الكحول والسجائر والمكيفات الأخرى وهذا يتطلب في بعض الأحيان قدراً أكبر من الرعاية الصحية. من جهة أخرى يعيش الأشخاص ذوو الدخل المنخفض في مجتمع من الفقر، وهم أكثر عرضة لمواجهة المواقف التي يمكن أن تؤدي إلى اعتلال الصحة، يمكن أن يشمل ذلك السكن غير الآمن، والمزيد من التحديات في الحصول على طعام صحي، ووقت أقل لممارسة الرياضة أو النشاط البدني، كما يؤثر انخفاض الدخل أيضاً على قدرتك على الحصول على تأمين صحي ورعاية صحية ميسورة التكلفة، يمكن أن يؤثر ذلك على عدد المرات التي تذهب فيها إلى الطبيب. (نورهان، 2023)

2. السكن و المرض: إن المستوى السكني للإنسان له دور كبير في تحديد نمط المرض الذي يصيبه فسكان الأحياء الراقية يصابون بأنماط المرض تختلف عن تلك التي تصيب سكان الأحياء الشعبية الفقيرة، فالمكان الذي تعيش فيه له تأثير كبير على صحتك، والأشخاص الذين يتعرضون باستمرار لظروف معيشية سيئة يكونون أكثر عرضة للإصابة بمشاكل صحية، ويمكن أن تؤثر الظروف مثل الآفات والعفن والمشاكل الهيكلية والسموم في المنزل على صحتك. لذا، فمن المهم أن يكون منزلك آمناً وخالياً من مثل هذه المخاطر، أو يمكن أن يساهم السكن في صحتك عندما يتوفر لك مكان آمن لتعيش فيه. تعتبر الظروف المحيطة جزءاً مهماً من السكن ويمكن أن تؤثر أيضاً على صحتك، فالحي الخالي من العنف والجريمة والتلوث يمنح الأطفال والكبار مكاناً آمناً لممارسة النشاط البدني، ويسهل المنزل القريب من المحلات التي تقدم الخدمات للعائلات شراء الأطعمة الصحية وتناولها، كما يوفر الحي المزدهر أيضاً فرص العمل والمواصلات والمدارس الجيدة. لذا، يساعدك كونك محاطاً بكل هذه الأشياء على عيش حياة أكثر صحة.

البيئة الصحية تعتبر إحدى الضروريات لحياة الأسرة، فإن السكان المقيمين في المسكن الصحي الجيد كثيراً ما يكونون في صحة أحسن من غيرهم الذين يسكنون في مسكن سيئ، حيث أن الكثير من الأمراض المعدية تنتشر بينهم، بالإضافة إلى أن هناك فرقاً كبيراً في معدل الإصابة

بالأمراض التنفسية في المنازل المزدحمة، فالمسكن الصحي لا بد أن يكون جيدا: التهوية، قابلا لدخول الشمس، الاهتمام بدورات المياه. (عبد الله، 2002، صفحة 136)

كما أن الحالة السكنية وعدم توفر المياه الصالحة للشرب وقلة التهوية وعدم وجود الصرف الصحي السليم تؤدي إلى انتشار الأمراض بين أفراد الأسرة، فالمسكن في أماكن لا تتوافر فيها الشروط الصحية المناسبة مثل عدم وجود شبكة المجاري، قد يؤدي إلى الإصابة بالأمراض المعدية، فيجب أن يكون السكن ذا تهوية جيدة، فسوء أحوال السكن يؤدي إلى الإصابة بالعديد من الأمراض. (الجوهري، 1997، صفحة 265)

إن الإسكان وظروف الحياة الأفضل، والوصول إلى مياه مأمونة والإصحاح الجيد ونظام الإدارة الكفاء، والجوار المأمون، وسلامة الغذاء، والوصول إلى الخدمات مثل التعليم والصحة، الرفاهية والنقل العام ورعاية الطفولة والأمومة تعتبر من بين المحددات الاجتماعية للصحة التي يمكن مواجهتها عن طريق حوكمة حضرية محلية جيدة. المناطق الحضرية تستطيع أن توفر بيئة صحية، بل إنها تستطيع أن تحسن الصحة عن طريق تقديم خدماتها المادية المختلفة والإمكانيات العامة.

3. الفقر والمرض: تبني العديد من الباحثين نظرية ترجح أن الفقر يؤدي إلى اعتلال الصحة باعتبار أن الأسر الفقيرة نتيجة لوضعها الاقتصادي تنتهج سلوكا يؤثر على وضعها الصحي، وتجعلها الأقرب من غيرها في استخدام الرعاية العلاجية التي تمتص دخلها، وتؤثر عليها ماليا ونفسيا، مما يضع هذه الأسر في تحد أمام تحمل تكاليف العلاج بمبالغ باهظة الثمن، أو انتظار القدر والموت كنتيجة حتمية للاستسلام.

إن الحالة الصحية للأفراد وفئات المجتمع وطبقاته المختلفة تتناسب مع الوضع الاجتماعي الاقتصادي لهذه الجماعات، أي إن الحالة الصحية تكون أكثر تدهورا كلما كانت هذه الفئات في وضع اجتماعي اقتصادي منخفض والعكس صحيح. تشير الدراسات الحديثة إلى أن الضغوط النفسية والاجتماعية التي يتعرض لها الفقراء قد تزيد من مخاطر الإصابة بالعديد من

الأمراض، فعلى سبيل المثال إن الضغط النفسي المزمّن الناجم عن العيش في محيط يتصف بالفقر والعوز يزيد من استعداد الفرد للإصابة بانسداد الشرايين التاجية، والاكتئاب والداء السكري.

ويرى "لبتون 2003" أن المرض يعود الى الحرمان والفقر، وهما سببان رئيسان في انتشار الأمراض والاعتلال الصحي، وعائقان للحصول على الرعاية الصحية الضرورية، كما أن العلاقة تعود الى ارتباط الصحة بعوامل أخرى ذات صلة وثيقة بالفقر، مثل قلة المعلومات والثقافة الصحية المتعلقة بالممارسات المناسبة للمحافظة على الصحة، كالتدخين وتعاطي الكحوليات وقلة الحركة (يونس و خديجة، صفحة 68)

كما يرتبط انتشار الأمراض وتفاقمها بمشكلة الفقر ونتائجه، كما يؤدي إلى إعاقة عملية العلاج أيضا، وتعتبر الأمية السبب المباشر في الكثير من الحالات، وترتبط كثيرا من مشكلات سوء التغذية بالفقر والأمية معا، ويؤدي الفقر إلى عدم توفير الإمكانيات اللازمة لعزل المريض المصاب بمرض معد في مكان خاص بالمنزل، أو تخصيص أدوات معينة له يستخدمها دون غيره في فترة المرض للتخفيف من احتمال انتشار العدوى بين أفراد الأسرة ومنها المجتمع، وتنتشر الأمراض أيضا في المجتمعات والبيئات بسبب الفقر والمشكلات الاقتصادية التي يعاني منها المجتمع ككل، ويرتبط انتشار الأمراض بمشكلات اجتماعية بطريقة سوء توزيع الممتلكات، ولهذا يفقد الفقراء للغذاء الذي يعتبر جزء في صحة المجتمع. (الطيب، 2005، صفحة 151)

إذن، فالفقر يفرض على صاحبه ظروفًا معيشية قاسية، سواء على مستوى تدني نوعية السكن وعدم توفر المرافق الصحية فيه، أو حتى انعدام السكن على الإطلاق، كما أن الفقر يحرم صاحبه من الحصول على الغذاء المناسب والكافي، مما يسبب له اعتلالاً في الصحة وزيادة احتمالات الإصابة بالمرض.

يتولى المنظور الثقافى توضيح دور عادات التغذية والنظام الغذائى والتصورات والمفاهيم الشعبية في الحالة الصحية للإنسان، ولا شك أن عادات التغذية وأساليبها وعناصرها تستمد من الثقافة، وتضع بصماتها على المستوى الصحي

للمجتمع. فالمجتمع الفقير يفتقر للوجبات الغذائية ذات العناصر الضرورية للجسم من بروتينات وفيتامينات وسعرات حرارية، في حين يزداد معدل البروتينات والسعرات الحرارية والفيتامينات في الوجبات الغذائية لدى المجتمع المتقدم. ومن أهم نتائج الفقر نقص فرص الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية والخدمات الأساسية الأخرى وانتشار سوء التغذية، الاستخدام غير الملائم وغير الكافي للخدمات، سوء الممارسات الصحية والغذائية... الخ. ويعتبر التضخم من الظواهر التي تزيد من حدة الفقر في دول العالم لما له من علاقة بالقدرة الشرائية للأفراد، فكلما زادت نسبة التضخم انخفضت القدرة الشرائية للأفراد بسبب ارتفاع الأسعار، ورغم الجهود المبذولة من طرف الجزائر للتخفيض من معدل التضخم وزيادة الأجور في السنوات الأخيرة إلا أن معدل الفقر بقي مرتفعا، والجدول التالي يبين تطور معدل التضخم في الجزائر خلال الفترة (2000 - 2019).

الجدول رقم: 01 تغيرات مؤشر التضخم والفقر في الجزائر عام (2019-2000)

السنوات	نسبة التضخم	نسبة الفقر	السنوات	نسبة التضخم	نسبة الفقر
2000	0.34	12.1	2010	3.91	6.1
2001	4.2	11.6	2011	4.52	5.55
2002	1.4	15	2012	8.89	5.2
2003	2.6	08	2013	8.26	5.03
2004	3.6	6.8	2014	2.92	-
2005	1.6	5.7	2015	4.8	5.7
2006	2.5	5.7	2016	6.4	-
2007	3.68	5.6	2017	5.6	7
2008	4.86	11.1	2018	4.3	10
2009	5.74	9.8	2019	2.0	10

من إعداد الطلب (المصدر: البنك الجزائر، 2002-2006، ص 199، المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي 2008، ص 84، وزارة المالية 2000 - 2019).

من خلال الجدول نلاحظ أن أعلى معدل للتضخم سجل في سنة 1995 حيث بلغ % 29.8 و هذا راجع إلى ارتفاع نسبة المديونية والظروف الاقتصادية والسياسية والأمنية الصعبة التي كانت تمر بها الجزائر في هذه الفترة مما

أدى إلى تدني المستوى المعيشي وتدهور القدرة الشرائية، أما في سنة 2000 سجل أدنى معدل للتضخم ليصل إلى 0.34 % ثم بقي متذبذبا بين الإنخفاض و الإرتفاع وهذا راجع إلى عدة أسباب منها أن برنامج التصحيح الهيكلي أصبح يعطي ثماره بخصوص التحكم في التضخم، زيادة على ذلك تحرير الأسعار ورفع الدعم على المنتجات الطاقوية والمواد الاستهلاكية ليواصل ارتفاعه حيث بلغ معدل التضخم في سنة 2012 حوالي 8.89 % و 8.26 % سنة 2013، بحيث هذا الارتفاع المستمر أثر مباشرة على معدل الفقر من خلال التأثير على القدرة الشرائية للفرد رغم سياسة الأجور التي قامت بها الدولة في سنة 2008 .

الجدول رقم 02: معدل الفقر في الجزائر للفترة (2000-2019)

السنوات	نسبة الفقر	السنوات	نسبة الفقر
2000	12.1	2010	6.1
2001	11.6	2011	5.55
2002	15	2012	5.2
2003	08	2013	5.03
2004	6.8	2014	-
2005	5.7	2015	5.7
2006	5.7	2016	-
2007	5.6	2017	7
2008	11.1	2018	10
2009	9.8	2019	10

إعتمادا على الجدول السابق

ما يلاحظ من الجدول ارتفاع معدل الفقر خلال سنتي 2001-2002 لتبدأ في التراجع الى غاية 2007 لتعيد الى الارتفاع من جديد بداية من 2008 لتبدأ في الانخفاض في السنوات الموالية وهذا يعود الى الجهود المبذولة من طرف الدولة الجزائرية من أجل تحسين المستوى المعيشي وزيادة الاجور، باستثناء سنوات جائحة وباء كورونا 2019 التي لازلت عواقبها مستمرة من كل الجوانب (الجانب المادي او الصحي وخاصة النفسي منه).

وبالنظر إلى أن الحد الأدنى من الأجور في الجزائر يقدر بـ 20 ألف دينار شهرياً، أي براتب 667 ديناراً في اليوم، فإن صاحب هذا الراتب لا يستطيع أن يصرفه

على أكثر من شخصين، إذ في الغالب متوسط عدد أفراد الأسرة الجزائرية الحديثة هو 5 أفراد، وهو رقم أقل مما كان يُسجَل سابقاً.

كما سيؤدي الفقر الى تدهور المستوى المعيشي كما نجد المواطن الفقير لا يستطيع حتى سد احتياجاته الاساسية من مأكّل ومشرب وملبس.

أن المرض يعود الى الحرمان والفقر، وهما سببان رئيسان في انتشار الأمراض والاعتلال الصحي، وعائقان للحصول على الرعاية الصحية الضرورية، كما أن العلاقة تعود الى ارتباط الصحة بعوامل أخرى ذات صلة وثيقة بالفقر، أما في الجانب الصحي مع تردي الخدمات في المستشفيات العمومية، صار اقتناء الأدوية وإجراء التحاليل الطبية أمرين صعبين على الأسر معدومة الدخل، إذ أن الحصول على الخدمات الصحية الاساسية يتطلب دخل كاف يلبى حاجيات الفرد ويساهم الفقر واستمراره الى تدني الوصول الى هذه الخدمات والحصول عليها .

4. الطبقة الاجتماعية والصحة:

إن الوضع الاجتماعي يحدد سلوك المريض في محافظته على صحته واستجابته للمرض. في حين يحدد الوضع الاقتصادي إمكانية الاستفادة من سبل العلاج في حالة المرض وتكاليف المحافظة على الصحة بالنسبة للشخص السليم، والملاحظ أن اقتصاديات المعيشة في المجتمعات المتخلفة تفرز أمراض سوء التغذية والأنيميا ولين العظام وضعفا في الجهاز المناعي للجسم، السل والحمى الروماتيزمية والكساح بين أفراد الطبقات الدنيا، وفي الوقت الذي تؤدي فيه اقتصاديات المعيشة في المجتمعات المتقدمة إلى أنواع أخرى من الأمراض كالسكري والسمنة والقلب والسرطان، ارتفاع الضغط وغيرها هي أمراض تنشأ في سياق يساعدنا على فهم الإطار الاجتماعي للمرض. كما ترتبط الطبقة الاجتماعية والمكانة السوسيو اقتصادية بالمرض ارتباطا وثيقا، فمعدلات انتشار الأمراض المعدية ترتفع بين الطبقات الدنيا، حيث نجد النزلات المعوية بين الرضع والنزلات الشعبية والتيفود والالتهابات الرئوية ونقص التغذية تظهر بوضوح بين الطبقات الدنيا، وتفسير ذلك أن الفقر وما يرتبط به من ظروف التزاحم يؤدي إلى زيادة احتمال الإصابة بالمرض، يضاف إلى ذلك انخفاض مستوى المقاومة وارتباطه

بالتعرض المستمر للظروف غير الصحية يجعل الفرد سريع التأثر بالأمراض.

(رشوان حسن، 2010، صفحة 260)

إن أفراد الطبقات الدنيا أكثر عرضة من غيرهم للمرض بصفة عامة، لأن هناك عوامل عديدة مرتبطة بالبيئة التي يعيشون فيها مثل: الازدحام والفقر والوجبات الغذائية الرديئة كما وكيفا، ووسائل التهوية السيئة وتلوث الجو، مما يجعلهم أكثر تعرضاً للإصابة بالمرض. (أليس، 2007، صفحة 84) والجدير بالذكر أن الوضع الطبقي ذو دلالة جوهرية في تحديد نوع المرض وسلوكه، بالإضافة إلى تأثيره الواضح في اللجوء إلى الخدمة الصحية ومدى الطلب عليها.

و من الواضح أن المرض مرض طبقة، وبالتالي فدراسة الطبقة توضح لنا نوعية المرض ذاته، ونوعية العلاج (رسمي - شعبي)، ونوع الخدمة الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية، وقد أكدت دراسات على العلاقة الوثيقة بين الوضع الطبقي وبين استخدام الخدمات الصحية، فالطبقة الوسطى أكثر استفادة من الخدمات الصحية من الطبقة العاملة.

من المعروف أيضا أن الوضع الطبقي يحدد المكانة الاجتماعية لصاحبه ودرجة تعليمه وثقافته ودخله ومستواه السكني وطريقة حياته... إلخ، كذلك يحدد هذا الوضع مدى إفادة صاحبه من الخدمة الصحية في الوحدات الصحية في الريف والمستشفيات بالمدينة.

رابعا. التحديات التي يواجهها المريض:

كثيراً ما يستبعد تقديم الخدمات الصحية الفقراء والجماعات المهمشة الأخرى. فالخدمات نادرا ما تصمم بوضع الفقراء والجماعات المهمشة الأخرى في الحسبان، وغالبا ما تواجه النساء الفقيرات بصفة خاصة قيودا أشد متمثلة في المسافة التي لابد لهن من قطعها للحصول على الخدمات، والوقت الذي تستغرقه الرحلة وتكلفتها، وطول المدة التي عليهن أن ينتظرنها للعلاج. فأي عامل من هذه العوامل يمكن أن يكون بمثابة قيود مالية تحول دون الحصول على الخدمات، وذلك بالإضافة إلى رسوم المستشفيات والمختبرات وتكاليف العلاج الرسمية وغير الرسمية.

يؤدي التحول الاجتماعي والاقتصادي والتكنولوجي نحو عالم تسوده العولمة إلى تغير الأنماط الوبائية بسبب الارتباط الوثيق بين الظروف الاجتماعية والصحية، بدأت تنتشر الآن في جميع ربوع العالم من خلال التجارة المنفتحة والتسويق العالمي ويشجعها التوسع الحضري، وقد حدثت زيادة عامة في معدلات الأمراض المزمنة في جميع المناطق، حيث تبلغ الآن 60 ٪ من عبء المرض الحالي في العالم، فالتحول المشاهد في مجال التغذية والتسويق العالمي لأغذية مشبعة بالسكر والدهون والملح يشكلان الآن قوى دافعة للانتشار الوبائي للأمراض المزمنة. (منظمة الصحة العالمية، 2005، صفحة 27)

تلعب العادات الغذائية دورا واضحا في تهديد الصحة العامة فالإكثار في تناول السكريات والأسماك المملحة والنشويات يرتبط بقيم ثقافية وعادات غذائية في المجتمع يهدد الصحة العامة...الخ، وما نلاحظه في الآونة الأخيرة في أوساط تلامذتنا أنهم يأخذون معهم لمجة الصباح والتي هي عبارة عن سموم (حلويات، قفريط، علبة عصير، أكياس من شيبس) وخاصة في المناطق الحضرية وبين تلاميذ الطبقات الغنية.

إن أكثر حالات السرطانات ولاسيما سرطان الثدي يظهر في مرحلة متقدمة وفي فئة عمرية صغيرة، ويشكل انعدام البيانات وعدم ترصد عوامل الاختطار (ضرورة اتخاذ تدابير للوقاية من السرطان ومكافحته).

ومن بين التحديات التي لا تقطع في هذا الصدد توافر الأموال اللازمة لإجراء الفحوصات العامة (فحوصات الدم، الكشف بأشعة السكانر، متابعات روتينية....الخ)، أضف إلى ذلك عدم وجود جهاز مراقبة وتحكم في القطاع الخاص الذي يستطيع الفرد البسيط الوصول إليه لغلاء الفحوصات والمتابعات الطبية، ولا يوجد عليه رقيب لأن التصريح بسعر الفحوصات غير مماثل لما هو خاضع تعويضه من طرف الضمان الاجتماعي.

لم يحظ مجال التغذية والسلامة الغذائية إلا بدعم محدود في إطار عملية الطوارئ إذ أصبحت المواد الغذائية "العدس، لوبياء، الحمص، اللحوم..." التي تعتبر عناصر ضرورية لنمو جسم الإنسان غير متوفرة، أو لا يمكن اقتنائها.

قضية التغير المناخي وآثاره على الصحة وعلى مأمونية المياه " باعتبار أغلب العائلات الفقيرة تشتري مياه الشروب من الصهاريج التي تباع على الأرصفة دون معرفة مصدرها" ، وإدارة مياه الصرف الصحي "أين أصبح هذا الأخير يهدد كل شيء الحيوان، النبات، الطيور والإنسان" تستعمل للسقي، ...

تقضي الأمراض العقلية، النفسية بين أفراد الطبقات الدنيا، ظهور أمراض التوحد في أوساط الأسرة النووية وعند المرأة العاملة.

خامسا. الصحة بين الواقع والمأمول:

التدابير التي اتخذتها الدولة الجزائرية على صعيد الصحة العامة من حيث اعتماد نظام التعاقدية إذ يتكفل بها صندوق النظام للضمان الاجتماعي بنسبة 100%، بالإضافة إلى التحول الواضح في العديد من محددات الصحة (مكافحة الجوع ، أي أن الموارد الموجهة للتغذية ، للنظافة ، السكن وللتربية والثقافة والتسلية والامن، تؤثر بصورة واضحة على صحة السكان).

لكن وبالمقابل يؤكد بعض الخبراء والباحثون الجزائريون أن نسبة الفقر بالجزائر لا تقل عن 40% واعتمدوا في تحديد هذه النسبة على بعض الدراسات والأبحاث التي كشفت أن أكثر من 45% من الأجراء يعيشون تحت الخط الأدنى للفقر بالجزائر، فيما توصلت دراسات أخرى إلى التأكيد أن نصف المجتمع الجزائري فقير باعتبار أن ملف الخصوصية وغلق أكثر من 40 ألف مؤسسة ترتب عنه تسريح حوالي 500 ألف عامل انضمت عائلاتهم إلى دائرة الفقر. (قورين، 2014، صفحة 17)

ولواجهة ظاهرة الفقر اتبعت الجزائر مجموعة من السياسات الاقتصادية والاجتماعية وما يهمننا هنا هو البرامج الاجتماعية المعتمدة، فإلى غاية بداية التسعينات كان تدخل الدولة الجزائرية لصالح الفئات الفقيرة يتمثل في آليات دعم أسعار واسعة من السلع مثل المواد الغذائية وبعض المرافق العمومية (الماء، النقل، السكن..)، وقد أعيد النظر في جهاز الدعم المعمم للأسعار بوضع آليات جديدة تتمثل في منح التعويضات للدعم المباشر، تعويضات مقابل نشاطات ذات

منفعة عامة (حاجي، 2014، الصفحات -166/ 165) من خلال مجموعة من البرامج سنذكر أهمها مع تقديم حصيلة لنتائجها:

- استفاد من برنامج المنحة الجغرافية AFS حوالي 3170558 فردا بمعدل سنوي يقدر ب634112 مستفيد، كما استفاد منه 44,9% من كبار السن و25,1% من المعاقين و20,2% من النساء الأرامل، و9,8% من النساء المطلقات أو المعيلات للأسر منه خلال الفترة 2006-2010.

- كما استفاد برنامج التعويض عن النشاطات ذات المنفعة العامة IAIG حوالي 1255369 فرد خلال نفس الفترة ب58,4% للرجل و41,6% للنساء، وكان الشباب من 18 إلى 40 سنة الأكثر استفادة منه ب66,3%.

- وأيضا استفاد في نفس الفترة حوالي 603148 شاب (52,3% نساء، والشباب من 19 - 29 سنة هو الأكثر استفادة ب80,2%) من برنامج مناصب الشغل المأجورة للمبادرة المحلية ESIL.

- واستفاد أكثر من 217752 شاب من برنامج عقود ما قبل التشغيل CPE (مع سيطرة فئة النساء ب66,7%)، في سنة 2022 استفادت الفئات العمرية (19- 40) سنة من منحة البطالة المقدرة بين 12000 دج و20000 دج

- برنامج القرض المصغر المسير من الوكالة الوطنية لتسيير القرض المصغر (وكالة ANGEM وقد حصلت النساء على 60,62% من السلف الممنوحة بدون فوائد، واستحوذ القطاع الصناعي على 33,59% منها ثم يأتي قطاع الخدمات فالصناعة التقليدية والبناء...) لم ينطلق عملها فعليا إلا في منتصف عام 2005. أما عن القروض فقد كانت حصيلتها ضعيفة خلال الفترة 2005 - 2012 ب22350 قرض وفيما يخص الوظائف التي استحدثتها إلى غاية 2012 فقدت ب517691 وظيفة بمساهمة قدرت ب3,03% في التوظيف الإجمالي عام 2010 وهي نسبة ضعيفة.

- تم خلق أكثر من 128375 منصب شغل بواسطة ANSEJ وأكثر من 35935 منصب من طرف CNAC عام 2011، كما تم تمويل 222453 مؤسسة مصغرة من طرف الوكالتين ترتب عنها استحداث 570406 منصب شغل عام 2011 وهو رقم تجاوز الهدف الأساسي المحدد والذي كان يسعى إلى إنشاء 50 ألف مؤسسة مصغرة.

❖ إن إرتفاع نسبة الأمراض المزمنة في الجزائر لا تتبأ بخير، كونها تؤثر مباشرة على النمو الطبيعي لعدد السكان، ومن جهة أخرى تزيد من أتعاب الدولة في نسبة النفقات العامة الموجهة إلى قطاع الصحة وهذا ما لاحظته مع جائحة كورونا، لما للدولة في ذلك من مسؤولية حماية السكان والتكفل بجزء كبير من المصاريف الخاصة بالحماية و الوقاية من الأمراض، وهو حق دستوري لكل الشعب الجزائري دون تمييز.

شح المعلومات لدى المستهلكين فالمستهلك للخدمات الصحية لا يعرف مشكلته الصحية ولا كيفية معالجتها، عدم التأكد من النفقات الطبية التي قد يتكبدها المريض، عدم التأكد من نتيجة العلاج، عدم المساواة في توزيع الموارد البشرية و المادية بين جهات الوطن و حتى داخل كل جهة، حيث نسجل فوارق كبيرة إذ نجد في الشمال واحد 1 طبيب لكل 800 ساكن يقابله واحد 1 طبيب لكل 1200 نسمة في الجنوب فبينما يتمركز الأطباء في الجزائر العاصمة بمعدل 1 طبيب لكل 318 نسمة، يوجد في أدرار 1 طبيب لكل 2103 نسمة، أي 50٪ من الأطباء موجودين في منطقة الوسط في حين 1/6 من المؤسسات العمومية للصحة لا تتوفر على طبيب مختص جنوب . (حمدي، 2006، صفحة 5).

قلة التجهيزات و عدم صلاحيتها في أغلب الأحيان و عجز في صيانتها بسبب قدمها أو عدم توفر قطع الغيار الخاصة بها، إذ في أغلب الأحيان يتم استيراد الأجهزة من دول و شركات مختلفة قد لا يكون لها ممثلون على المستوى الوطني. نفاذ المواد الصيدلانية الأساسية، حيث أن الصيدلية المركزية للمستشفيات التي لها احتكار لم تعد قادرة على سد كل الاحتياجات.

عدم احترام مدونة النشاطات و الأسعار الطبية رغم أنها تبقى محل نقاش .
عدم التحكم في تحديد مستحقات وتكاليف النشاطات، بالإضافة إلى
مشكل الاستفادة من العلاج بالنسبة للشرائح المعدومة.

كم وفرت الدولة الأدوية واللقاحات والتي ساهمت في القضاء على الأمراض
والأوبئة، مثل فيروس كورونا الذي أثر سلبا على الصحة النفسية، أين اتخذت
حكومتنا كل الاحترازاات الضرورية بدءا بالحجر الصحي بإرغام الشعب في
البقاء في البيوت، ونجحت في وقف انتشاره، كما استطاعت أن تقف وتتصدى
على هذه الجائحة، والتي أدت أيضا الى تراجع حاد في الوفيات .

كما استطت الدولة الى الوصول الى تحقيق أهداف الالفية المرجوة والتي منها
تخفيض نسبة الوفيات... ، ارتفاع أمل الحياة عند كلا الجنسين إلى 77.2٪ أين
سجلت نسبة 76.4٪ عند الرجال ونسبة 77.8٪ عند النساء حسب إحصائيات
2015، الأمر الذي يعتبر مكسبا، ولكن في المقابل يعيش أغلبهم، إن لم نقل
جلهم يصارعون المرض حتى الوفاة.

❖ ميل سكان الأرياف إلى الهجرة إلى المناطق الحضرية هروبا من الفقر، لذلك
تخرج عملية التوسع الحضري عن نطاق السيطرة في ظل الزيادة الكبيرة على
الخدمات الأساسية، والتي تعجز السلطات المحلية عن تلبيتها. كما ينتج عنها
تلوث المحيط، عدم قدرة الدولة على توفير المياه المأمونة، عدم التحكم في مياه
الصرف الصحي الذي أصبح يصب في الوديان والبحار (شواطئ بجاية مثلا ملوثة
بمياه الصرف الصحي أو بالزيوت الناتجة عن مصنع سفيتال Civital الذي يهدد
حياة كل الكائنات الحية)، كما يعد هذا التوسع الحضري السريع إحدى
العوامل في تزايد احتمال انتشار الأمراض المعدية.

❖ إن التوسع والتحرر التجاري على مستوى العالم له تأثيرات على الصحة في
البلدان الغنية والفقيرة، فتزايد التجارة العالمية في المنتجات الغذائية على مستوى
العالم عل سبيل المثال مرتبطة بالتحول التغذوي، والنمو في الأسواق الكبرى عبر
الشعوب قد أدى إلى تغيرات في إتاحة الغذاء والوصول اليه وسعره، والرغبة فيه
عن التسويق العالمي. هذه التغيرات غير المنظمة قد يكون لها عواقب صحية سلبية

جدا، والمفاوضات التجارية التي تتخذ نظرة متوازنة للصحة والاعتبارات التجارية يمكن أن تكون مفيدة للجميع في المجتمع.

انتشار رهيب للوفيات لأسباب مفاجئة، ومنها على سبيل المثال: السكة القلبية، الجلطة الدماغية، والسرطان.

❖ تعتبر الصحة العقلية في الجزائر عائق بالنسبة للصحة العمومية، حيث وصل في سنة 1998 عدد الإعاقات العقلية إلى 460 حالة لكل 100000 فرد، أي بنسبة 2 ذكور لكل 1 إناث .

عدد مرضى السكري فيقارب 03 مليون، أي 5٪ من السكان، أما مرض السرطان الذي لا يقل خطورة من داء السكري، فقد بلغ عدد المصابين 130 ألف في 2009 بمعدل 35 ألف حالة كل سنة، بنسبة 53٪ للنساء 47٪ للرجال، ويمثل مرض ارتفاع الضغط 5٪ من السكان، أما أمراض المفاصل فتتمثل حوالي 2٪، أما أمراض الربو فتتمثل حوالي 2٪ بالإضافة إلى أمراض القلب والشرايين بنفس النسبة مجتمع مريض. (O.M.S Bureau régional pour l'afrique, 2003, p. 2)

خاتمة:

ترتبط الحالات الصحية السيئة بالفقر ارتباطاً وثيقاً. إذ للفقر أبعاد كثيرة: الحرمان المادي (من الغذاء والمأوى والصحة ومياه الشرب الآمنة) والإقصاء الاجتماعي والافتقار إلى التعليم وارتفاع نسبة البطالة وانخفاض الدخل المادي، تعمل هذه الظروف معاً على تقليل الفرص والحد من الخيارات المتوفرة وضعف نسبة الأمل وبالتالي تهديد الصحة.

رُبط الفقر بارتفاع معدل انتشار العديد من الحالات الصحية، بما في ذلك زيادة خطر الإصابة بالأمراض المزمنة وعدم اكتمال نمو الأطفال المحرومين والإجهاد والقلق والاكتئاب والموت المبكر. فيتحول العبء الصحي للفقر كاهل المجموعات الضعيفة مثل النساء والأطفال والمعوقين.

إن المحددات الاجتماعية للصحة مثل تشيئة الطفل والتعليم وظروف المعيشة والعمل والرعاية الصحية لها أهمية خاصة بالنسبة للفقراء.

نتائج وتوصيات:

إن القضاء على الفقر مرتبط بالواقع الصحي لأفراد المجتمع ولا سيما لدى النساء والأطفال، حيث يتأثر مستوى نموهم بالنظام الغذائي السائد داخل أسرهم، هذا ما يعرف بالفقر الغذائي الذي ينجر عنه معاناة الأفراد من عدة أمراض كسوء التغذية مثلاً ولا يعتبر انخفاض السعرات الحرارية من المواد الغذائية إلا سبباً واحداً لسوء التغذية، فتوزيع الغذاء داخل الأسر وصحة الفرد وتوفير المغذيات الدقيقة (الفيتامينات والمعادن) تؤثر على نواتج التغذية أيضاً. بالإضافة إلى ارتفاع احتمال معاناة الأطفال في الأسر الفقيرة في الدولة الجزائرية من نقص الوزن ضعف ما يعاني منه أطفال الأسر الغنية.

- يستلزم على أي تخطيط للرعاية الصحية النظر إلى طبيعة حياة أية جماعة أو مجتمع من جانب بساطتها أو تعقيدها وقياس حياتها الاقتصادية بين القوة أو التدهور ومعرفة درجة الوعي الصحي المنتشرة بين الأهالي.

- اتباع بعض أساليب الحياة العصرية الضارة بالصحة خاصة الأغذية الجاهزة والسريعة التحضر ذات المحتوى العالي من الدهون.

- تعميق الوعي الصحي الخاص بالتغذية والغذاء عند الأفراد والجماعات لكي يكونوا بمنأى عن الأمراض، علماً بأن تعميق الوعي الصحي هذا ينبغي أن تتبناه جهات عدة منها: وسائل الإعلام، المؤسسات التربوية، والتعليمية، والأسرة وغيرها.

- زيادة مستوى المعلومات عند الفرد الخاصة بالوعي الصحي المتعلق بالأمراض، فكلما كانت المعلومات كثيرة ومنتشرة عن الوقاية من الأمراض المزمنة كان الفرد بمنأى عنها، وكلما كانت المعلومات عن الأمراض المزمنة قليلة كان الفرد عرضة للإصابة بها.

- إن المعنى الذي يعطيه الأفراد للمرض يعكس مستوى الفكر الاجتماعي لهم حول ممارسات الصحة والمرض، وجود مسافة اجتماعية بين بعض الفئات الاجتماعية والمستشفى، وذلك من خلال تماطل الأفراد في طلب الخدمة الطبية فور إحساسهم بأعراض المرض، ومن خلال الدلالة الاجتماعية في تفسير

أسباب إصابتهم بالمرض والذي يعود إلى غياب تنشئة وتربية صحية داخل بعض الأسر الجزائرية، غياب الوعي الاجتماعي لمفهوم الصحة والمرض، وارتفاع نسبة الإصابة خاصة بالأمراض المزمنة والأمراض السرطانية.

- ضرورة اتخاذ تدابير للوقاية من السرطان ومكافحته، فلحد الساعة لا يوجد أي دواء سوء وقائي أو علاجي، وعند التقصي عن أغلب الوفيات تثبت ذلك، وعليه يجب إحصاء هذه الحالات وذلك عن طريق وضع جهاز رصد ومراقبة على مستوى البلدية يترأسه الطبيب يقدم إسهاد عن أسباب وفاته.

- إن ضغوطات العصر أدت إلى زيادة أمراض منها السكري، ضغط الدم، الصداع النصفي... الخ، كما أن تغير نظام التغذية بإضافة السكر في الطعام والشراب مثلا ساهم في ظهور أمراض لم تكن معروفة من قبل.

قائمة المراجع:

- اسكندر بشاي أليس. (2007). الاتجاهات الحديثة في دراسة الطب الشعبي التقليدي، من كتاب الصحة و البيئة، دراسات اجتماعية و انثربولوجية، تأليف محمد الجوهري و آخرون. الإسكندرية، مصر: دار المعرفة الجامعية.
- الأمم المتحدة. (الدورة الثانية والعشرون 25 أبريل- 12 ماي 2000). البند 3 من جدول الأعمال الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه (المادة 12 من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. جنيف: المجلس الاقتصادي والاجتماعي، لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية.
- ألان تورين. (1992). نقد الحداثة، ترجمة: أنور معيث، 1997. القاهرة، مصر: المشروع القومي للترجمة، المجلس الأعلى للثقافة.
- المعجم الموحد. (1993). المعجم الموحد لمصطلحات علم الأحياء، قائمة إصدارات سلسلة المعاجم الموحدة (8) (بالعربية والإنجليزية والفرنسية). تونس العاصمة: مكتب تنسيق التعريب.
- الوكالة الوطنية لتطوير الاستثمار. (2000). الصحة بين طموحات السياسات الحكومية وبين صراع العولمة في التنمية.
- أيمن مزاهرة، و آخرون. (2003). علم اجتماع الصحة. عمان، الأردن: دار اليازوري.
- بيري الوحيشي، و آخرون. (بلا تاريخ). مقدمة في علم الاجتماع الطبي. طرابلس، ليبيا: منشورات مكتبة طرابلس العلمية العالمية.
- حاج قويدر قورين. (جوان، 2014). "ظاهرة الفقر في الجزائر وأثارها على النسيج الاجتماعي في ظل الطفرة المالية، البطالة والنضخم"، ، ، الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والإنسانية، قسم العلوم الاقتصادية والقانونية (العدد 12)، صفحة ص 17.
- حليمة بن حمدي. (أفريل، 2006). الإصلاحات الإستشفائية في الجزائر : النظام التعاقد. تقرير التريص الميداني، السنة الرابعة إدارة الصحة، ص 5. المدرسة الوطنية للإدارة، الجزائر.
- حمادي علي يونس، و حسن جاسم خديجة. (بلا تاريخ). علم الاجتماع الطبي في ميدان الصحة و المرض. دراسات اجتماعية، بغداد: وزارة التربية (العدد 44).
- زكي بدوي أحمد. (1986). معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية. بيروت: مكتبة لبنان.
- عاطف محمد عبد العزيز. (2001). الاتجاهات الحديثة في دراسة التنظيمات الطبية، من كتاب الصحة و البيئة، دراسات اجتماعية و انثربولوجية، تأليف محمد الجوهري و آخرون. الإسكندرية، مصر: دار المعرفة الجامعية.

- عبد الحميد أحمد رشوان حسن. (2010). دور المتغيرات الاجتماعية في الطب و الامراض. المكتب الجامعي الحديث.
- عبد العاطي السيد. (2000). *الإنسان والبيئة*. الإسكندرية، مصر: دار المعرفة الجامعية.
- علي المكاوي. (1998). علم الاجتماع الطبي: مدخل نظري. الإسكندرية، مصر: دار المعرفة الجامعية.
- علي طارق السماني. (2001). نظريات علم النفس الاجتماعي. دار البداية للنشر والتوزيع.
- علي محمد، علي عبد الرزاق جليبي، و آخرون. (1989). *دارسات في علم الاجتماع الطبي*. الإسكندرية، مصر: دار المعرفة الجامعية.
- عمر يوسف الطيب. (2005). *علم اجتماع السكان وتطبيقاته في السودان*. الخرطوم، السودان.
- غني ناصر حسين القريشي. (2009). *المدخل النظرية لعلم الاجتماع، ط 1*. عمان: دار الصفاء للنشر والتوزيع.
- فطيمة حاجي. (2014). "إشكالية الفقر في الجزائر في ظل البرامج التنموية للجزائر للفترة 2005-2014"، رسالة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، ص 165. كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة بسكرة، الجزائر.
- فيروز صولة. (ديسمبر، 2013). تأثير العوامل الاجتماعية والثقافية في تفسير المرض وتحديد أنماط العلاج لدى المرضى. مجلة علوم الإنسان والمجتمع...أ، الجزائر: جامعة تبسة (العدد 08).
- محمد الجوهرى. (1997). *الملخصات السوسولوجية العربية*. الجيزة، مصر: الوادي الجديد للطباعة.
- محمد الجوهرى، و آخرون. (2001). *الصحة والمرض، وجهة نظر علم الاجتماع والأنثروبولوجيا*. الإسكندرية، مصر: دار المعرفة الجامعية.
- محمد حامد عبد الله. (2002). *اقتصاديات الرعاية الصحية*. المملكة العربية السعودية: جامعة الملك سعود.
- محمد نادية. (1999). *التربية الصحية والأمان*. الإسكندرية، مصر: منشأة المعارف.
- منظمة الصحة العالمية. (الدورة السابعة عشرة بعد المائة 12 كانون الأول/ ديسمبر 2005). EB117/1 البند 5 من جدول الأعمال المؤقت 16 - برنامج العمل العام الحادي عشر، (2015 – 2006). الحالة الصحية اليوم. المجلس التنفيذي مت 117 / 16.
- ناصر نورهان. (14 فبراير، 2023). *الأنماط الاجتماعية والثقافية وتأثيرها على الصحة*. تم الاسترداد من <https://www.almarsal.com/post/nurhannasr>
- Baszanger, I. (1986). Les Maladies Chroniques et Leur Ordrenégocié. *Revue Française de Sociologie*, XXVII .
- O.M.S Bureau régional pour l'afrique). novembre, 2003. (Algerie: plan de travail 2004-2005، p 2 .algerie.
- World Health Organization. (2006). *Documents Fondamentaux, Supplément à la Quarante- Cinquième Edition*. World Health Organization.