مدى تأثر الصحة بنوعية الحياة في البيئة الفقيرة

أ. آمال بن سمشة
جامعة محمد الشريف مساعدية . سوق اهراس .

Abstract:

Poverty is one major issue for governments as well as social, political and Law organistaions, but their solutions remain incomplete for even the international community couldn't help find definite solutions to it. This fact could be attributed to the various dimensions and issues connected to it, such as politics, economy, social status and cultural differences. It also may be due to its diverse aspects for poverty is mainly caused by the lack of human resources, poor education, large families, diseases such as malaria, tuberculosis, skin diseases that cause infant mortality. Due to daily life pressure and concerns, poor family members tend to face certain more health issues such as blood pressure, nervous system issues, diabetes, rheumatism...etc compared to middle class and upper class people.

يعد الفقر من أهم القضايا التي تعالجها الحكومات والمنظمات السياسية والاجتماعية والحقوقية . لكن تبقى دائما حلوله منقوصة ، ولم يتمكن المجتمع الدولي من القضاء عليه بشكل نهائي . وهذا راجع لأسباب عديدة ، من بينها كثرة الأبعاد والقضايا المتعلقة به : كالسياسة ، الاقتصاد ، المكانة الاجتماعية ، الاختلافات الثقافية ... ومن جهة ثانية كثرة مظاهره ، فالفقر يرتبط بشكل مباشر بقلة الموارد المالية ، ضعف التعليم ، كثرة النسل وعدد أفراد الأسرة الواحدة ... وكذلك كثرة الأمراض والمشاكل الصحية مثل : وفيات الأطفال ، السل ، الملاريا ، الأمراض الجلدية ... ناهيك عن أمراض العصر الحديث ، فبسبب ضغوط الحياة اليومية ، وكثرة مشاغلها ومشاكلها ، يعاني أفراد الأسرة الفقيرة من بعض الأمراض

كالضغط الدموي ، الأعصاب ، الروماتيزم ، السكري ... بنسبة أكبر من الأشخاص الذين ينتمون للطبقة الوسطى أو الغنية .

لهذا سنتناول في هذه المداخلة مدى تأثر الصحة بنوعية الحياة في البيئة الفقيرة ، من خلال دراسة ميدانية بمدينة سوق اهراس .

1. علاقة المستوى الصحي بالمستوى المعشي للمجتمع:

شهد القرن العشرون ارتفاعا ملحوظا في مستوى العمر المتوقع للناس في البلدان الصناعية، واستؤصلت في هذه المجتمعات أمراض وأوبئة عديدة مثل : كساح الأطفال والحمى القرمزية والسل. كما أن مستوى الصحة مازال عاليا بصورة عامة، مقارنة ببلدان العالم الأخرى . وتعزى أوجه التقدم في مجالات الصحة العامة في العادة إلى ارتقاء الطب الحديث . كما أن ثمة اعتقادا بأن البحوث الطبية قد أسهمت ، وستظل تسهم في الكشف عن الأسباب البيولوجية للمرض وابتكار الوسائل الفعالة لمعالجتها أو السيطرة عليها . ويعتقد أكثر المراقبين أن تزايد الخبرة الطبية والعلمية سيؤدي إلى اطراد التحسن في مستويات الصحة العامة.

إن تناول قضايا الصحة والمرض على هذا النحو قد أصبح بالغ التأثير في الحياة الحديثة ، غير أنه لا يلقى القبول من جانب علماء الاجتماع الذين ينظرون إلى هذه المسائل من منظور مغاير تماما . فالاتجاه التقليدي يغفل الدور المهم الذي تؤديه المؤثرات الاجتماعية والبيئية على أنماط الصحة والمرض . فالتحسن العام الذي طرأ على الصحة العامة خلال القرن الماضي لا يمكنه أن يخفي عن أعيننا أن ثمة خللا واضحا وصارخا في توزيع الصحة والمرض في أوساط المجتمع الواحد ، أو بين المجتمعات والشعوب في مختلف بقاع الأرض . وقد أظهرت الدراسات أن جماعات محددة من المجتمع تتمتع بمستويات صحية أفضل من غيرها ، مثلما أن المرض وتدني الأوضاع الصحية ينتشران بصورة أوسع لدى الشعوب والطبقات والشرائح الفقيرة في مجتمعات العالم بأسره . وترتبط ظاهرة اللامساواة الصحية هذه ارتباطا وثيقا بأنماط الحياة الاقتصادية والاجتماعية .

وقد سعى علماء الاجتماع وعلماء الأوبئة ، الذين يدرسون نسب التوزيع والتكرار للأوبئة والأمراض بين السكان ، إلى تفسير الصلة بين الصحة من جهة ، وعدد من المتغيرات من جهة أخرى مثل : الطبقة الاجتماعية ، والجنس ، والعرق ، والعمر والطبيعة الجغرافية . ورغم اتفاق الدارسين جميعا على أن ثمة ترابطا بين الصحة واللامساواة الاجتماعية ، فإنهم يختلفون حول طبيعة هذا الترابط ، أو الوسيلة التي

ينبغي انتهاجها لمعالجة هذا التفاوت الصحي . وتتمثل إحدى النقاط التي يثور حولها الجدل في أهمية المتغيرات الفردية (مثل أسلوب الحياة ، والسلوك ، والتغذية ، والأنماط الثقافية) مقابل عوامل أخرى بيئية أو بنيوية (مثل توزيع الدخل والفقر).1

وتدل الدراسات التي أجريت على الصحة والوضع الطبقي على وجود صلة واضحة بين معدلات وفيات الرضع ونسبة المرض بينهم من جهة ، والطبقة الاجتماعية للفرد من جهة أخرى . وقد أجريت في بريطانيا دراستان وطنيتان شاملتان عام 1980و 1987 كان لمفعولهما أثر الصدمة على الأوساط السياسية وفي أوساط الرأي العام . ورغم ارتفاع المستوى الصحي النسبي في بريطانيا بصورة عامة ، فقد أظهرت هاتان الدراستان فجوات واسعة بين مختلف الطبقات والفئات الاجتماعية من ناحيتي مؤشرات الصحة والمرض التي تتراوح بين وزن الوليد عند ولادته ، مرورا بارتفاع ضغط الدم وانتهاء بالتعرض للأمراض المزمنة. وكان من النتائج التي خلصت إليها هاتان الدراستان أن الأفراد الذين ينتمون إلى الطبقات والمراتب الاجتماعية الاقتصادية العليا يتمتعون ، على المعدل بمستويات صحية أفضل كما أنهم يكونون أطول من غيرهم وأكثر طاقة وقوة ، بالإضافة إلى أنهم يكونون أطول عمرا من الأفراد الذين يعيشون في الدرجات السفلى من السلم الاجتماعي . وتتسع الشقة بين الفئات الاجتماعية العليا والدنيا 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 اثنان من علماء الاجتماع هما براون وبوترل (browne, bottrill,1999) نواحي اللامساواة الصحية في عدة مجتمعات وأبرزا أهم النتائج في النقاط التالية :

. فيما يتعلق بالعمال اليدويين غير المهرة في الفئات الاجتماعية المهنية الدنيا، تكون نسبة الوفيات بينهم قبل سن التقاعد ضعفي النسبة لدى فئة المهنيين ذوي الياقات البيضاء في الطبقة المهنية الاجتماعية العليا.

---

[1] . أنتوني غدنز. علم الاجتماع . ترجمة فايز الصياغ . المنظمة العربية للترجمة . بيروت . 2005 . 227/226

. 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 الاجتماعية 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 انتشارا في الطبقة الاجتماعية الدنيا قياسا 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 وتعلو نسبتها بصورة واضحة في أوساط العاطلين عن العمل ، كما أن من يعملون خارج بيوتهم يعيشون حياة أطول من المتعطلين .1

وعليه تظهر العلاقة بين الفقر والصحة بشكل ملحوظ ، فكلما زاد الفقر حدة، انخفض المستوى الصحي ، مما يؤدي إلى الوفاة . فقد كشفت دراسة حديثة بكلية الطب " جامعة دوك الأمريكية " أن الفقر يؤثر سلبا على سلوكيات الأطفال حيث يظهرون سلوكات مرتبطة بأمراض ومشكلات نفسية مقارنة بالأطفال الذين لم يعيشوا في الفقر.

فقد تبين أن انخفاض مستوى المعيشة في المجتمع ، وما يتبعه من نقص في التغذية الأساسية للأطفال ، وافتقار المسكن إلى الشروط الصحية تؤدي إلى انتشار الأمراض بين الأطفال الرضع ، وبالتالي وفاة الكثير منهم . واستبان أن الحد الأدنى لمستوى المعيشة يتضمن السلع والخدمات الضرورية واللازمة للصحة الجيدة واحترام الذات ، ويشتمل بالنسبة للأسرة على الآتي :

1 . نوع وكم 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 والذوق .

---

[1]. المرجع السابق . ص ص 228/227

3 . المأوى المناسب للحياة الأسرية ، فالفقر وما يرتبط به من ظروف التزاحم يؤدي إلى احتمال الإصابة بالمرض ، يضاف إلى ذلك انخفاض مستوى المقاومة وارتباطه بالتعرض المستمر للظروف غير صحية ، يجعل الفرد سريع التأثر بالأمراض .

4 . يلاحظ ارتفاع معدل الوفيات وانتشار الأوبئة والأمراض في المناطق المتخلفة . فقد عقدت مقارنة بين المناطق السكنية التي تحوطها الحدائق والأشجار وبين منطقة متخلفة في فرنسا ، ووجد أن معدلات الوفيات وانتشار الأمراض والأوبئة تقل في المناطق الأولى عنه في المناطق المتخلفة .

5 . تكاليف الإضاءة والتهوية .

6 . انخفاض توصيل الخدمات الطبية والصحية ، وعدم قدرة الفقراء على استشارة الأخصائيين مثل طبيب الأطفال ، أو أخصائيين الأمراض الباطنية ، أو العيون لارتفاع التكاليف ، مما يؤدي إلى انخفاض الرعاية الصحية والطبية واحتمال الإصابة بالمرض ، ولذلك ينصح بالتوسع في التأمين الصحي والطبي.

7 . إشباع الحاجات الدينية والاجتماعية والتعليمية .

8 . مال احتياطي لمواجهة المصاريف غير المتوقعة .1

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

. قلة النفقات الموجهة لهذه الخدمة في معظم الدول النامية ، وحتى الغنية منها .

. عدم تطور مؤسسات الخدمات الصحية بما يتفق والنمو 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 ، وإن توفرت سيتركز 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 ، وهذا يقلل من كفاءة أداء الخدمات الصحية ، إذ أن استخدام الأجهزة المتطورة يقلل من المخاطر التي يتعرض لها المريض .

---

[1] . حسين عبد الحميد أحمد رشوان . الفقر والمجتمع . مؤسسة شباب الجامعة . الإسكندرية . 2007 . ص ص126/125 .

. عدم تطوير الكادر الطبي والإداري والفني بما ينسجم والتطورات التكنولوجية والتقنية التي يشهدها العالم .

. عدم تفهم المجتمع للدور المهم الذي تقدمه المؤسسات الصحية ويجب التقيد بما تصدره تلك الجهات من تعليمات والتي تصب في مصلحة الإنسان .

. قلة التزام بعض العيادات الخاصة في بعض الدول بالشروط الصحية الأساسية ، مما ينعكس سلبا على صحة الإنسان .

. قلة خبرة بعض العاملين في المختبرات والأشعة ، مما يجعل عملية تشخيص الحالة غير صحيحة ، ومن ثم يعطى علاجا غير ملائم فتكون النتائج عكسية ، أي الإضرار بالمريض.

. استخدام بعض الأبنية كعيادات أو مراكز صحية وفي مواقع غير ملائمة من جميع الجوانب ، مما يترتب على ذلك بعض المشاكل .

. السماح للأطباء حديثي التخرج وقليلي الخبرة بفتح عيادات خاصة ، وقد يكون غير دقيق في تشخيص المرض وخاصة الذين لم يكن عندهم شهادات تخصص دقيق في مجال معين .

. عدم الاهتمام بشؤون العاملين في مجال الخدمات الطبية بشكل ينسجم مع طبيعة عملهم الشاق ، والمخاطر التي يتعرضون لها ، وفترة العمل التي قد تكون في بعض الأحيان بشكل مستمر ليل نهار ، فلابد من توفير مستلزمات الحياة الأساسية لهم من سكن ومردود مالي مناسب يجعله لا يفكر بالعمل في مكان آخر لتوفير لقمة العيش لعائلته ، كما يكون حافزا له لأداء عمله بشكل صحيح .1

3. الوضع الصحي لفقراء مدينة سوق اهراس :

إن الدراسة التي قمنا بها كانت تحت عنوان :" إشكالية الفقر وانعكاساتها على التنمية . دراسة حالة مدينة سوق اهراس " ، تمّ التركيز فيها على مظاهر الفقر وانعكاساتها على التنمية . وطبعا الصحة أهم هذه المظاهر .

1.3. مجالات الدراسة : بالنسبة للمجال المكاني فإن مدينة سوق اهراس هي الحيز المكاني الذي أجريت به الدراسة ، أما المجال الزمني ، فقد تم الخروج ميدانيا للأسر في مدة سنتين : 2009/2008.

---

[1] . خلف حسين علي الدليمي . تخطيط الخدمات المجتمعية والبنية التحتية . دار صفاء للنشر والتوزيع . عمان . 2009. ص ص 163/162

2.3. العينة : إن عينة هذه الدراسة هي عينة غير احتمالية، وهي : عينة قصدية : حيث أن العينة معروفة منذ البداية، بخصائصها ومحددة. وهي تتمثل في مجموعة الأسر الفقيرة الموجودة بمدينة سوق اهراس. وتم جمع هذه العينة، وفقا للخطوات التالية :

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

. قمنا بعد ذلك، بالخروج إلى هذه الأحياء، ومقابلة أفراد هذه الأسر ومعاينة حالتهم الاجتماعية.وقد تمكنا من إحصاء 551 أسرة فقيرة، خلال هذه العملية (وذلك بعد استبعاد الذين لا تتوفر بهم الشروط). وبطبيعة الحال، فإن هذا الرقم لا يمثل العدد الحقيقي للأسر الفقيرة. فهناك اسر أخرى، من لم نتمكن من استجوابهم، سواء بسبب رفضهم لتعففهم 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 الأرامل، فئة حالات خاصة.

وجرى ذلك، على اعتبار أن معيار الدخل هو الأكثر استخداما في معرفة الفقراء، كيفيا وقياس الفقر من الناحية الكمية.

3.3. منهج الدراسة : اعتمدنا على منهجين علميين مناسبين لدراسة موضوع الفقر، وهما : منهج المسح الاجتماعي ومنهج دراسة الحالة.

أ– منهج المسح الاجتماعي بالعينة : يتعلق المسح الاجتماعي بدراسة الظواهر والأحداث الاجتماعية التي يمكن جمع بيانات كمية عنها.ويمثل هذا النوع من الدراسات وسيلة ناجحة في قياس أو إحصاء الواقع الحالي، من أجل وضع الخطط التطويرية في المستقبل(1). وتعد المسوح الاجتماعية بمثابة الطرق الأنسب لدراسة ظاهرة الفقر منذ البدايات الأولى.

---

[1]– سامي . م . ملحم . مناهج البحث في التربية وعلم النفس ط 2 دار المسيرة للنشر والتوزيع عمان الأردن 2002 –ص ص 355. 356

ومن جانبنا، قمنا بمسح معظم العائلات الفقيرة بمدينة سوق اهراس، وذلك عن طريق الانتقال إلى الأحياء ، فبمساعدة رؤساء الأحياء تمكننا من التعرف على الأسر الفقيرة وإجراء المقابلات معها.

ب - منهج دراسة الحالة : دراسة الحالة هي الدراسة المتعمقة والمكثفة لظاهرة اجتماعية معينة. وهي ما يطلق عليها الدراسة المونوغرافية (1). وفي دراستنا هذه،قمنا بجمع البيانات التي تخص جماعة الفقراء وذلك بمجتمع محلي ممثل في مدينة سوق اهراس.

4.3. أدوات وتقنيات جمع البيانات : تطلبت دراستنا لهذه الحالة مجموعة من الأدوات الضرورية والمرتبطة ارتباطا وثيقا بمنهج الدراسة. وتتمثل في : الملاحظة ، الاستمارة بالمقابلة ، المقابلة الموجهة ، تتبع أخبار الموضوع بالجرائد ، والمخبرون .

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

جدول رقم 01 :يبين مدى إصابة أفراد الأسرة المعوزة بالأمراض المزمنة

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

[1] . محمد محمود الجوهري وعدلي محمود السمري . المشكلات الاجتماعية . دار المسيرة للنشر والتوزيع . عمان . 2011 . ص 106

	الأعصاب	17	11.18
	فقر الدم	4	2.63
	السرطان	2	1.31
	الكلى	2	1.31
	مج	181(*[1])	119

المصدر: الأسئلة 31،32،33

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. وتعد النساء أكبر ضحايا هذه الأمراض، حيث تسجلن أعلى نسبة أكثر عرضة للأمراض. واحتل 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 %) ، وأخيرا أمراض الأعصاب (11.18 %) التي تسجل أكبر نسبة من ناحية الارتفاع. ناهيك عن كون كل واحد من هذه الأمراض قد يتسبب في خلق مرض آخر...

وفي هذا المضمار، فقد أجريت دراسة جزائرية تحذر من الانتشار الغير مسبوق للأمراض المزمنة. وقد كشف الدكتور قادري كمال، مختص في الاستشفاء المنزلي بأن نسبة (60 %) من يموت من المواطنين، بسبب هذه الأمراض، خاصة فيما يتعلق بمضاعفات السكري والضغط الدموي وإصابات القلب. وارتفع عدد المصابين بالسكري إلى ثلاثة ملايين حالة، منها 700 ألف طفل ومراهق، مهددون بالعمى والإعاقة جراء إصابتهم بمضاعفات المرض في ظل غياب التأمينات الاجتماعية التي يفتقد إليها 1.4 مليون مريض. وهذا ما تؤكده عينة الدراسة، بحيث بلغت نسبة الأفراد غير المؤمنين (46.05 %)من مجتمع البحث. وفيما يخص الضغط الدموي، كشفت التقارير أن الجزائريين المصابين به فاقوا 7 ملايين مصاب، بما يعادل نسبة (35 %) ممن هم فوق سن 18 سنة...(2).

---

[1]. * المجموع أكثر من العدد الاجمالي لأنه يوجد بنفس العائلة أكثر من مصاب واحد وبأكثر من مرض ، خصوصا الأمراض المتلازمة مثل : القلب والسكري ، ضغط الدم والسكري ...

[2] . بلقاسم حوام . دراسة جزائرية تحذر من انتشار غير مسبوق للأمراض المزمنة . جريدة الشروق . عدد 2600 . 2009/05/03

حيث يمكن القول أن هذه الأمراض،هي وليدة الضغوط والظروف البيئية. فهي لا تدرج في فئة أمراض الفقر، لكنها نتيجة حتمية للانفعالات والضغوطات التي يسببها الفقر. ومع ذلك،فهناك حالات لأمراض الفقر، مثل: السل (2.63 %)، فقر الدم (2.63 %)، الحساسية (5.92 %) والربو. وحسب 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 ومركز الأمم المتحدة للصحة والوقاية من الأوبئة، والوكالة الكندية للصحة العمومية، الجزائر من بين الدول الأكثر تضررا من هذا النوع من الأمراض.

إذ كشف هذا التقرير المطول الذي تضمن حصيلة حول مدى انتشار هذه الأمراض القاتلة في العالم، أن الجزائر هي من بين خمس دول تعرضت للحمى القلاعية بـ 11 حالة. إضافة إلى أكثر من 27 ألف حالة لمرض السل منذ سنة 2007، لاسيما في المدن والأرياف بغرب البلاد، حسب التقرير العالمي لمراقبة مرض السل لعام 2008. كما سجلت عودة الإصابات بالجرب والأمراض الجلدية في الأوساط المدرسية، ومرض التيفوئيد بقوة، في الأوساط الفقيرة في الجزائر(1).

الجدول رقم 02: يبرز إن كان المريض مؤمن أو يتقاضى منحة

الفئات		ت	%
هل يتقاضي منحة؟	نعم	31	20.39
	لا	121	79.60
	مج	152	100
هل هو مؤمن؟	نعم	82	53.94
	لا	70	46.05
	مج	152	100

المصدر: السؤال 37،38

وبالعودة إلى معطيات الجدول أعلاه، نرى أن هؤلاء المرضى الفقراء يتقاضون منحة عن المرض (20.3 %) من أفراد العينة. ولكن للأسف الشديد،فهي ليست منحة

[1] . محمد مسلم . أوبئة الفقر قدر الجزائريين في الألفية الثالثة . الشروق . عدد 2648 . 2009/06/28 .

[*] بعد العديد من الانتقادات لهذا المبلغ الرمزي زيد إلى 3000دج بدل 1000دج ، سنة بعد إجراء الدراسة الميدانية

جزافية وحسب، بل هي منحة رمزية جدا، حيث تقدر بـ 1.000 دج*. مع حصول المعني بالأمر، على رقم التأمين الاجتماعي بعد رحلة ماراطون بيروقراطي كبير. ولا يختلف الوضع كثيرا عند الأسر التي تجني عدا مدخولا متواضعا لا يتجاوز عتبة 3.000 د.ج إلى 4.000 د.ج. ولا تستفيد هذه الأسر من المنحة الجزافية، نظرا لكونها متحصلة على رقم الضمان الاجتماعي، 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 وأن معظمهم أميون أو بمستوى تعليمي متدن. ويتصف ما يطلق عليه " وجه الفقر"،بالتالي : انخفاض 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 خمس مرات أكثر من الدول الغنية. وارتفاع وفيات الأمهات عند الحمل، وولادة الأطفال ناقصي الوزن، وزيادة الوفيات الناجمة عن الأمراض المعدية والطفيلية كالإسهال والملاريا والايدز، وعن أمراض سوء التغذية وعن الأمراض الناتجة عن نقص مياه الشرب الآمنة ومرافق الإصحاح الملائمة. ويعتبر الفقراء أكبر مستهلكي للتبغ، مما يسبب لهم مضاعفات صحية خطيرة حتى الوفاة. كما يؤثر سلبا على توفر الضرورات الأساسية لحياة الأسرة ما يزيد من العبء على مؤسسات الرعاية الصحية. وعليه، فقد كان شعار اليوم العالمي لمكافحة التبغ 2004، هو " مكافحة الفقر والتبغ معا ". والفقراء عموما،هم أقل إتاحة للخدمات الصحية وأقل استخداما لها وأقل اشتراكا في برنامج التأمين الصحي، كما أنهم أقل وعيا بالمخاطر الصحية،بالنظر إلى تفشي الأمية بينهم(1).

5.3. العناية الصحية بذوي الاحتياجات الخاصة :

من بين المظاهر الصحية التي تزيد من عبء الأسرة ككل، وبالخصوص الأسرة الفقيرة، هو وجود فرد أو أكثر يعاني من إعاقة ما....ويوضح الجدول التالي، طبيعة المعاناة والإعاقات التي تصيب بعض أفراد الأسر الفقيرة، محل البحث في مدينة سوق اهراس، كالتالي:

---

[1] . محمد عثمان عبد المالك . الصحة والتنمية والفقر. مجلة الصحة العمومية للسودان . عدد 2 . أكتوبر 2007 . ص ص 235/232

جدول رقم 03: يوضح فئة المعوقين بالأسرة المعوزة

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

المصدر: الأسئلة 34،35،36،37،38

نلاحظ من خلال معطيات الجدول ، 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 وزوجة 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 وحسب الأهمية بين :الإعاقة الذهنية (46.53%)، الإعاقة البصرية (31.68 %)، الإعاقة الحركية (27.72 %)،الصم البكم (4.95 %). وبالنظر إلى أن نسبة الإعاقة الذهنية كبيرة،فهي تقارب نصف العينة البحث. وكحالة خاصة، هناك كهل يعيش مع والدته وكلاهما يعاني من إعاقة عقلية، حيث أن الباحثة لم تجد الوصف

الحقيقي للحالة، خصوصا أن زيارتها لهما كانت لمرة واحدة. وأن سكان الحي هم من يهتم بهما وقت الضرورة.

وبالنسبة للإعاقة الذهنية ،فقد كشف رئيس مصلحة الأمراض العقلية بمستشفى دريد حسين، البروفيسور"تجيزة" أن الأمراض العقلية تلاحق 45 ألف جزائري سنويا، بسبب الضغوطات الاجتماعية والتعقيدات الإدارية. إن أزمة البطالة والسكن،قد تسببتا في اضطرابات وأمراض عقلية لأزيد من مليون جزائري، عجزوا عن مواجهة متطلبات الحياة... إن انهيار 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 ونصائح بسيطة ومنها ما يتطلب أدوية والمكوث في المستشفيات لأيام طويلة.وقد أكد رئيس الهيئة الوطنية لترقية الصحة وتطوير البحث، البروفيسور مصطفى خياطي، أن الجزائر تعرف نقصا فادحا في المختصين في الأمراض العقلية، من أطباء وممرضين(300 مختص في الأمراض العقلية لأزيد من 35 مليون جزائري). وأضاف هذا الأخير، أن ثلث الجزائريين يعانون من ضغوط نفسية، تتحول مع مرور الأيام إلى اضطرابات عقلية بسبب انعدام ثقافة زيارة الطبيب النفسي. إن الأمراض النفسية إذا لم تعالج،قد تتحول إلى أمراض عقلية يستعصي على المختصين علاجها(1).

وحسب معطيات الجدول أيضا، فقد بلغت نسبة المعاقين كلّيا (100%)، حوالي 49.50 %من مجتمع البحث. أما المعاقون بنسبة أقل من(100%) فبلغت نسبتهم 30.69% من عينة الدراسة. ولكن 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. وبالطبع، كما ذكرنا سابقا، فإن هذه المنحة قليلة جدا مقارنة باحتياجات الأشخاص المعاقين.

وبالتالي، فإنه بات من المسلم به، استنادا إلى العديد من الدراسات والتقارير أن الفروقات في المؤشرات الصحية بين الدول وبين المجموعات المختلفة، في الدولة الواحدة، ما هي إلا انعكاسات للفروقات في التنمية الاقتصادية والاجتماعية.

---

[1] . بلقاسم عوام . الأمراض العقلية تلاحق 45 ألف جزائري سنويا بسبب البطالة والسكن . جريدة الشروق . عدد 2889 . 2010/03/30 . ص 15

وعليه،فقد اعتبرت هذه المؤشرات مقياسا لمخرجات التنمية الشاملة. وقد أشار برنامج العمل التاسع (1996. 2001) لمنظمة الصحة العالمية إلى أن " الصحة جزء لا يتجزأ من التنمية الاقتصادية والاجتماعية... ولأن الصحة غاية أساسية من غايات التنمية،فإن القدرة على التنمية نفسها تتوقف على الصحة ". وقد شددت القمم والمؤتمرات العالمية المتتالية على المحددات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والبيئية للصحة. كما أكد كل من البنك الدولي وصندوق النقد الدولي، على الدور المحوري للاستثمار في رأس المال البشري عن طريق الصحة والتعليم، كمتطلبات أساسية لتحقيق تنمية متوازنة ومستدامة(1).

6.3. التكفل الصحي بالأشخاص المسنين :

تزداد أعداد المسنين كلما زاد التحضر. ويرجع ذلك إلى تأثير الاتجاهات الاقتصادية العالمية بشدة، في رفاهية الشعوب والأسر. إذ أدى التغير الاجتماعي إلى تبديل أساليب وأنماط حياة المجتمعات، حتى صارت مثيرة للفوضى في أغلب الأحيان، هذا من جهة ... ومن جهة ثانية،فقد أضعفت الحداثة دور المسنين، وأمست ذات تأثير واضح في تهميش أدوارهم وزيادة عزلتهم. كما أضعفت التطورات التكنولوجية الحديثة، قدرة العائلات على رعاية المسنين في المجتمعات الحضرية، علاوة على أن الكثافة السكانية العالية في المجتمعات المتقدمة والنامية، ومحدودية الموارد المالية، وعمل المرأة، وتواضع الأجور، وزيادة البطالة، كل ذلك أدى إلى عجز كثير من الأفراد عن تقديم العون الكامل لكبار السن، والفشل في إنجاز أي مهمة تجاههم. هذا إلى جانب أن الكثيرين ممن يرعى هؤلاء المسنين،قد يتعاملون معهم بصورة غير إنسانية، بسبب ما يعانونه من ضغوط الحياة اليومية الاقتصادية والاجتماعية والنفسية .

ويعيش كثير من كبار السن في العالم في المناطق الحضرية الداخلية التي أصبح جزء كبير منها، مزدحما وغير مناسب من الناحية الصحية إلى جانب معيشة الكثيرين منهم في الأحياء الفقيرة. وهناك العديد من كبار السن، يعيشون في مناطق تتعرض لتلوث الهواء، والضجيج، والجريمة، ووسائل النقل غير الملائمة، ونقص الحماية ضد

[1] . محمد عثمان عبد المالك . مرجع سابق . ص ص235/232

الحرائق، وزيادة المخاطر المرورية، إذ إن حوادث المشاة ومعدلات وفياتهم،هي من أعلى نسب الحوادث لدى المعمرين في المناطق الحضرية(1).

وحسب معطيات الدراسة الميدانية، نجد أن الأسر التي يعيلها مسنون، عددها كبير. إن الفئة العمرية التي يتراوح سن الأفراد فيها ما بين 80/61 سنة،قد بلغ عددها 73زوجا و 81 زوجة. والفئة العمرية التي يزيد سن الأفراد فيها عن 80 سنة، عددها 19 زوج و07 زوجات. فحتى مع تقدم السن لا يستريح رب الأسرة الفقيرة، ويستمر في إعالة عائلته قدر الإمكان. لكن، هذا على حساب صحته وشيخوخته التي من المفروض أن يرتاح فيها. مما يجعلنا نفكر بمدى الصلابة النفسية التي يتمتع بها هؤلاء المسنون من أجل محاربة ظروفهم ، ومحاولة العناية بأسرهم .

الخلاصة:

لم يعد اهتمام المشتغلين بالصحة يركز فقط على الأمراض المعروفة باسم أمراض الفقر : كالملاريا والتيفوؤيد ... بل أصبح اهتمامهم يرتكز على الأمراض الوليدة عن ضغوط الحياة ، وطبعا في البيئة الفقيرة تكثر الضغوط الاجتماعية وبالتالي النفسية ، مما يجعل الأفراد المنتمين إلى هذه البيئة أكثر عرضة للأمراض المزمنة. فالمستوى الصحي يرتبط بشكل وثيق بالمستوى الاجتماعي للفرد أو الأسرة ، فالشخص الذي لا يملك دخلا مستقرا ، ولا منزلا يحتوي على الضروريات اللازمة (كهرباء، غاز، ماء) ولا تعليما جيدا يساعده على حسن التصرف ، هو شخص سيتعرض لمشكلات كثيرة أولها الصحية .

[1] . محمود صادق سليمان . المجتمع والإساءة لكبار السن . مركز الإمارات للدراسات والبحوث الإستراتيجية . أبو ظبي . 2006 . ص ص 51/48

المراجع :

1. أنتوني غدنز. علم الاجتماع . ترجمة فايز الصياغ . المنظمة العربية للترجمة . بيروت . 2005

3 . حسين عبد الحميد أحمد رشوان . الفقر والمجتمع . مؤسسة شباب الجامعة . الإسكندرية . 2007

4. خلف حسين علي الدليمي . تخطيط الخدمات المجتمعية والبنية التحتية . دار صفاء للنشر والتوزيع . عمان . 2009

7– سامي . م . ملحم . مناهج البحث في التربية وعلم النفس ط 2 دار المسيرة للنشر والتوزيع عمان الأردن 2002

8 . محمد محمود الجوهري وعدلي محمود السمري . المشكلات الاجتماعية . دار المسيرة للنشر والتوزيع . عمان . 2011

9. بلقاسم حوام . دراسة جزائرية تحذر من انتشار غير مسبوق للأمراض المزمنة . جريدة الشروق . عدد 2600

10. محمد مسلم . أوبئة الفقر قدر الجزائريين في الألفية الثالثة . الشروق . عدد 2648 . 2009/06/28 .

12. محمد عثمان عبد المالك . الصحة والتنمية والفقر . مجلة الصحة العمومية للسودان . عدد 2 . أكتوبر 2007 . ص ص 235/232

13 . بلقاسم حوام . الأمراض العقلية تلاحق 45 ألف جزائري سنويا بسبب البطالة والسكن . جريدة الشروق . عدد 2889 . 2010/03/30 . ص 15

15 . محمود صادق سليمان . المجتمع والإساءة لكبار السن . مركز الإمارات للدراسات والبحوث الإستراتيجية . أبو ظبي . 2006