الجمهورية الجزائـرية الديموقراطية الشعبية

وزارة التعليـم العـالي والبـحث العـلمي

جامعة محمد خيضر – بسكرة –

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

الرقم التسلسلي: .....

رقم التسجيل: .....

عنـــوان الأطـــروحـــة

انعكاس مستوى الخدمات الصحية في الجزائر على معاش الأسرة الجزائرية: دراسة ميدانية على عينة من زائري المؤسسات الاستشفائية (بن عمر الجيلاني 19 مارس 1962) بولاية الوادي

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث (LMD) في علم الاجتماع

تخصص: الصحة والعمل

إعداد الطالبة:

جبارية بن عمر

إشراف الأستاذ الدكتور:

ميدني شايب ذراع

أعضاء لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الرتبة العلمية	الصفة	الجامعة
سليمة حفيظي	أستاذ التعليم العالي	رئيسًا	جامعة محمد خيضر
ميدني شايب ذراع	**أستاذ التعليم العالي**	**مشرفًا ومقررًا**	**جامعة محمد خيضر**
صباح سليماني	أستاذ التعليم العالي	عضوًا مناقشًا	جامعة محمد خيضر
الخنساء تومي	أستاذ التعليم العالي	عضوًا مناقشًا	جامعة محمد خيضر
ربيحة نبار	أستاذ التعليم العالي	عضوًا مناقشًا	جامعة الوادي
فتيحة تمرسيت	أستاذ التعليم العالي	عضوًا مناقشًا	جامعة الجزائر 2-

السنة الجامعية 2026/2025

شكر وتقدير

الحمد لله الذي وفقني لإتمام هذا العمل، والصلاة والسلام على سيدنا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين.

أتقدم بخالص الشكر والتقدير إلى الأستاذ المشرف أ/د ميدني شايب ذراع، على توجيهاته القيّمة ونصائحه السديدة ومتابعته المستمرة خلال مراحل إعداد هذا البحث، مما كان له الأثر الكبير في إنجازه.

كما أتقدم بجزيل الشكر إلى السادة أعضاء لجنة المناقشة على تفضلهم بقبول مناقشة هذه الأطروحة، وعلى ما سيقدمونه من ملاحظات علمية قيّمة.

ولا يفوتني أن أتقدم بالشكر لرئيسة المشروع أ/د سعاد بن ققة ولكل الأساتذة الذين ساهموا في تكويني العلمي، ولكل من قدّم لي يد العون وساعدني في إنجاز هذا العمل.

كما أتقدم بعبارات الشكر والامتنان والتقدير للأستاذ دبلة عبد العالي وللأستاذتين الفاضلتين د/ سعيدة شين و د/ فضيلة صدراته، عرفاناً بدورهم الريادي في وضع حجر الأساس لتخصص علم اجتماع الصحة والعمل بجامعة محمد خيضر – بسكرة، فلهما مني كل الثناء على ما قدمتاه لهذا التخصص

كما أتوجه بالشكر والامتنان إلى عائلتي الكريمة على دعمهم وتشجيعهم المتواصل.

وفي الختام أسأل الله أن يوفق الجميع وأن يجعل هذا العمل نافعاً ومفيداً

إهداء

إلى روح والدي .....


بسم الله الرحمن الرحيم

فهرس المحتويات

شكر وتقدير ..... ب

فهرس المحتويات ..... ه

فهرس الجداول ..... ح

فهرس الأشكال ..... ي

المقدمة ..... أ

الفصل الأول 4

الإطار المفاهيمي للدراسة 4

تمهيد 5

أولا: إشكالية الدراسة 6

ثانيًا: أسباب اختيار الموضوع 10

ثالثا: أهمية الدراسة 10

رابعًا: أهداف الدراسة 11

خامسًا: تحديد المفاهيم 13

سادسا: المقاربات السوسيولوجية والمنهجية للدراسة: 28

سابعًا: الدراسات السابقة 37

الفصل الثاني 50

الخدمات الصحية والصحة بين الأدبيات التنظيرية والواقع السوسيولوجي 50

تمهيد 51

أولاً: مفاهيم أساسية حول الخدمات الصحية 52

ثانيًا: التطور التاريخي للخدمات الصحية 57

ثالثًا: أنواع وتصنيفات الخدمات الصحية (ما الذي تُقدمه؟) 61

رابعا: دراسة سوسيو نظرية للمؤسسة الصحية 72

خامسًا: واقع قطاع الخدمة الصحية في الجزائر 79

سادسًا: الوضعية الصحية في الجزائر (2000-2018) 101

خلاصة 119

الفصل الثالث: الأسرة الجزائرية ومعاشها (الاقتصادي والاجتماعي والصحي) 118
أولا: تعريف الأسرة وخصائصها 120
ثانيا: وظائف الأسرة وأدوارها الأساسية 123
ثالثا: المقاربات السوسيولوجية لدراسة الأسرة : 128
رابعًا: قراءة سوسيو تاريخية للأسرة الجزائرية وخصائصها 139
خامسًا: التحولات السوسيوديموغرافية والاقتصادية وانعكاسها على معاش الاسرة 141
سادسًا: دور الأسرة الجزائرية في بناء الوعي الصحي لأفرادها في ظل الاختلال الخدمات الصحية. 169
خلاصة 175
الفصل الرابع 175
الإجراءات المنهجية للدراسة 175
تمهيد 176
أولا: مجالات الدراسة 177
ثانياً: منهج الدراسة والأدوات المنهجية المستخدمة في الدراسة 182
ثالثاً: أدوات جمع البيانات 183
الخلاصة 203
الفصل الخامس 206
عرض وتحليل وتفسير البيانات واستخلاص النتائج 206
تمهيد 207
أولا: عرض البيانات وتحليلها 208
ثانيا: مناقشة النتائج على ضوء تساؤلات الدراسة والمقاربة النظرية والنتيجة العامة 236
ثالثاً: النتيجة العامة للدراسة 248
رابعاً: الاقتراحات والتوصيات 250
خاتمة: 256
قائمة المصادر والمراجع 260
الملاحق 270
Abstract 283

فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	مناقشة نتائج الدراسة على ضوء الدراسات السابقة	47
02	تحليل بارسونز لدور الطبيب ودور المريض	77
03	المنشآت القاعدية الصحية المتواجدة من 2000 إلى 2020	102
04	المنشآت القاعدية الصحية بعدد الأسرة 2016/2014	103
05	المنشآت القاعدية الصحية بعدد الأسرة 2019/2017	104
06	عدد الأطباء في الجزائر في الفترة 2020/2000	106
07	عدد الصيادلة في الجزائر في الفترة (2000-2020)	110
08	تطور الأمراض في الجزائر (2005-2018)	112
09	توزيع الأمراض المزمنة حسب الجنس والفئات العمرية ووسط الإقامة في 2013-2012) (%) MICS4)	114
10	تطور البطالة في الجزائر 2020/2010	143
11	نسب الفقر في الجزائر ما بين 2005/1988	149
12	التلاميذ المسجلين في التعليم الابتدائي والمتوسط من 2018/2013	149
13	توزيع وحدات الكشف والمتابعة حسب أماكن تواجدها	155
14	الموارد البشرية للعمل في الكشف والمتابعة الصحية	155
15	نسبة التكفل بالأمراض المكتشفة حسب عدد الحالات الإجمالي	155
16	توزيع السكان حسب الفئات العمرية في الجزائر ما بين 2016/1966	161
17	تطور عدد النساء في سن الانجاب المقيمات في الجزائر 2015/1966	162
18	بدائل ودرجات الاستبيان	190
19	مستوى اتجاه المبحوثين	190
20	مفتاح الجداول	191
21	نتائج اختبار معامل ألفا كرونباخ للاستبيان	191
22	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس	194
23	الفئة العمرية لمفردات مجتمع البحث	196

24	المستوى التعليمي للمجتمع الدراسة	197
25	الحالة الاجتماعية لمفردات مجتمع البحث	200
26	المستوى المادي للأسر مفردات مجتمع البحث	201
27	توزيع افراد العينة للاشتراك الضمان الاجتماعي	202
28	استفادة الاسر من الخدمات الصحية الدورية والوقائية	207
29	استفادة الاسر من الخدمات الخاصة والاستعجالية	218
30	استجابة افراد العينة نحو الخدمات الصحية العمومية وتحسين المعاش الاسرة	226
31	درجة التحقق لأبعاد المعاش الأسري والخدمات الصحية	294

فهرس الأشكال

رقم الشكل	عنوان الشكل	الصفحة
01	المؤشرات الموضوعية لمؤشرات جودة الحياة	34
02	المحددات الصحية وتفاعل العوامل معها	55
03	توزيع الخدمات الصحية في نظام الصحي	64
04	تصنيفات الخدمات الصحية	67
05	عملية الرعاية حسب نموذج دونا بديان	68
06	عناصر الخدمات الصحية	71
07	عدد السكان لكل طبيب مختص حسب الولايات 2018	108
08	التغطية بالشبه الطبيين حسب الولايات في الجزائر	109
09	عدد النساء في سن الانجاب لكل طبيب مختص	116
10	تطور هرم الأعمار في الجزائر للسنوات 2008 إلى 2050	163

المـــقدمـــة

المقدمة

تعتبر الاحتياجات الإنسانية الأساسية حسب **سلم ماسلو** والتي يسعى الأفراد لإشباعها كالمأكل والمشرب والملبس والأمن والأمان والعدالة الاجتماعية والتعليم والصحة كل هذه الحاجات تُمثل القاعدة الأساسية للاستمرار البشرية أولا وثانيًا لتقدم الدول إذ يعتبر مقياسًا لرفاهيتها وذلك لتحقيق التنمية الشاملة وإذ تعتبر الصحة الجسدية والنفسية من أهم الاحتياجات الإنسانية الأولية والأساسية التي تحتل القاعدة في هرم ماسلو ولم يتغير ترتيبها في الأولويات بل ظلت منذ الأزل الشرط الأساسي للانتقال نحو تحقيق الاحتياجات العليا كالانتماء والتقدير وتحقيق الذات وبذلك الوصول لجودة الحياة ،ولذلك تُعد الصحة في دول العالم والمجتمعات الإنسانية كافة ومن المتطلبات اللازمة لتحقيق التوزان في جميع المجالات ،ولهذا فإن موضوع الصحة لا يرتبط بالمفهوم الكلاسيكي لخلو الجسم من الأمراض بل أصبحت الصحة تحاكي جميع مجالات الحياة . وهذا يعني أن اكتمال السلامة يعني الرفاهية الكاملة ولا يتحقق هذا الاشباع إلا بشكل جماعي مثله مثل التعليم والعدالة الاجتماعية فالصحة الجسدية والنفسية لا تُنتج لوحدها من تلقاء نفسها فهي حالة يتم إشباعها بشكل جماعي من خلال مجموعة من الأساسيات وأهمها المؤسسات التابعة للدولة في إطار التنمية الصحية (كالمؤسسات الدولية والمنظمات العالمية للصحة والحكومات والقطاعات الصحية المحلية والسياسات التنموية الصحية) التي تتوافق مع أهداف الدول إلى الكوادر الصحية المؤهلة وتعتبر تلك الأدوات التي يتم من خلالها تحسين أداء النظام الصحي السائد والنهوض بالمؤسسات ودور الرعاية الصحية والاهتمام بتقديم خدمات صحية قصد تحقيق مستوى صحي شامل وعادل ومتكامل تحقيقًا للمعادلة التالية وهي أفراد أصحاء ومستوى معاشي مستقر.

ولذلك تعد مؤسسات الرعاية الصحية أو ما يعرف بالمستشفيات أو المؤسسات الصحية وخاصة تلك الهياكل القاعدية لأي نظام صحي الأداء الفعلي والمباشر التي تحافظ على الصحة الفردية والجماعية كما أنها تتميز بتركيبة مميزة في إنتاج الخدمات الصحية (الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية) ويتم تقديم تلك الخدمات من خلال مهمات وإجراءات صحية متعددة ومستوى معين كتوفر الخدمة ووصولها لكافة أفراد المجتمع ومدى جودة تلك الخدمة واستفادة المواطنين منها، ولهذا تتفاعل تلك الأنظمة بما فيها النشاط الطبي والصحي والإداري ومستوى الخدمة المقدمة فتتكافل وتتكامل معًا من أجل الوصول إلى تحسين مستوى الصحة للأفراد بشكل عام.

ولهذا وتماشيًا مع ما تم ذكره فإن الخدمات الصحية كخدمات مقدمة للأسر بما فيها الوقاية من الأمراض من خلال التوعية الصحية والتلقيحات ضد الأمراض والخدمات الاستعجالية والجراحية والتغطية الصحية الشاملة وتوفر الأطباء المختصين كلها خدمات تهدف إلى تحسين المستوى المعيشي لأفراد المجتمع وليس زوال الأمراض فقط، ولهذا أولت الدولة الجزائرية الاهتمام بالقطاع الصحي منذ الاستقلال إلى يومنا هذا من خلال الزيادة في النفقات الصحية وتمويل ميزانية الصحة وزيادة الهياكل الإدارية والمؤسسات الصحية الاستشفائية والجوارية والتي تُعرف بمؤسسات الصحة العمومية والتي يفترض أنها تهدف لتحسين الرعاية الصحية وذلك من خلال توفير الخدمات الصحية ذات جودة لأفراد المجتمع الجزائري ومراقبة الأنشطة الوقائية والطبية والصيدلانية .

وفق ما سبق جاءت الدراسة الحالية للبحث في انعكاس مستوى الخدمات الصحية على معاش الأسرة الجزائرية وذلك باعتبار أن الخدمات الصحية تؤثر بشكل مباشر على جميع نواحي الحياتية للأسرة ولتحقيق هذا المسعى التزمنا فيها ببناء خطة بحثية منهجية وقد قسمنا هذه الدراسة إلى جانبين جانب نظري يضم ثلاث فصول يدرس متغيرات الدراسة من خلال الأدبيات والجانب التطبيقي يضم فصلين وجاءت كالآتي:

الفصل الأول: تناول الاطار التمهيدي للدراسة والذي يعتبر أهم فصل باعتباره الانطلاقة الأساسية للغوص في موضوع الدراسة لهذا جاءت فيه الإشكالية والتي تم بناءها وصياغتها بتحديد أبعاد الدراسة وضبط مؤشراتها ومن خلالها تم طرح تساؤلات الدراسة ،كما تم التطرق إلى الأهمية العلمية والعملية لموضوع الدراسة بالإضافة إلى أسباب ومبررات اختياره والأهداف التي تسعى الدراسة لتحقيقها ومن ثم تحديد المفاهيم التي تناولناها في دراستنا ومن ثم تم استعراض المقاربة النظرية و التراث المرجعي (الدراسات السابقة) والذي كان بمثابة المنارة في طيلة مراحل بحثنا.

الفصل الثاني: تناول هذا الفصل الخدمات الصحية والصحة بين أدبيات تنظيرية والواقع السوسيولوجي حيث تطرقنا فيه إلى مفاهيم أساسية حول الخدمات الصحية والتطور التاريخي للخدمات الصحية وتحديد أنواع وتصنيفات تلك الخدمات ومن ثم انتقلنا إلى واقع قطاع الخدمة الصحية والمنظومة الصحية وهياكلها في الجزائر وفي الأخير تطرقنا إلى الوضعية الصحية في الجزائر في الفترة الممتدة (2000-2018).

أما الفصل الثالث: أسسنا في هذا الفصل لمدخل خاص بالأسرة الجزائرية ومعاشها (الاقتصادي والاجتماعي النفسي والصحي)، حيث تطرقنا فيه إلى تعريف الأسرة وخصائصها، ووظائفها وأدوارها الأساسية والنظريات السوسيولوجية المفسرة للأسرة ثم قراءة سوسيو تاريخية للأسرة الجزائرية وخصائصها والتحولات السوسيو ديموغرافية والاقتصادية وانعكاسها على الأسرة الجزائرية من خلال المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية المؤشرات الديموغرافية للمجتمع الجزائري ثم تناولنا دور الأسرة الجزائرية في بناء الوعي الصحي لأفرادها في ظل الاختلالات الخدمات الصحية.

الفصل الرابع: ويعتبر هذا الفصل الإطار المنهجي للدراسة تطرقنا فيه إلى مجالات الدراسة والعينة والمنهج المستخدم، وأدوات جمع البيانات التي تم اعتمادها.

الفصل الخامس: وخصص هذا الفصل لعرض البيانات وتحليلها ومناقشتها والوصول إلى نتائج الدراسة وأهم التوصيات المقترحة.

لنصل في النهاية إلى الخاتمة التي تضمنتها الخلاصة النهائية للبحث.

الفصل الأول

الإطار المفاهيمي للدراسة

أولا: تحديد مشكلة الدراسة.

ثانيا: أسباب اختيار موضوع الدراسة.

ثالثا: أهمية الدراسة.

رابعا: أهداف الدراسة.

خامسا: تحديد مفاهيم الدراسة.

سادسا: المقاربة النظرية للدراسة

سابعًا: الدراسات السابقة

تمهيد

تُشكل الخدمات الصحية مقوماً أساسياً من مقومات استقرار النسق الأسري وحماية مؤشرات جودة حياته من الهزات الاقتصادية والاجتماعية الناجمة عن الأمراض. ومن هذا المنطلق السوسيولوجي، تأتي هذه الدراسة لتشخيص واقع الخدمات الصحية بالمؤسسة الصحية العمومية وأثرها الفعلي على المعاش اليومي للأسر، لتأسيس هذا المسعى العلمي، يأتي هذا الفصل الأول ليرسم الإطار المنهجي والنظري العام للدراسة، حيث قمنا بطرح الإشكالية وتساؤلاتها الفرعية والتي تشكل البوصلة الميدانية للبحث، ثم عرجنا على أهمية الموضوع وأهدافنا المرجوة منه، ثم قمنا بالتحديد المنهجي للمفاهيم، مدعمين ذلك لأبرز الدراسات السابقة التي تناولت الموضوع، لنختم الفصل بالخلفيات والمقاربات النظرية التي اعتمدنا عليها في تفسير وتفكيك التفاعل القائم بين الخدمات الطبية ومعاش الأسرة".

.

أولا: إشكالية الدراسة

تُشكل سوسيولوجيا الصحة مدخلاً معرفيًا محوريًا لفهم التشابك القائم بين الأبعاد الاجتماعية والمؤشرات الحيوية للأفراد ،إذ لم يعد يُنظر إلى الصحة بوصفها مجرد خلو من المرض ،بل كاستحقاق اجتماعي ورهان تنموي يرتبط ارتباطًا وثيقًا بـالأسرة بوصفها النسق الاجتماعي الأول والمسؤول عن إنتاج الصحة ،ولهذا تُعد الأسرة من أكثر الظواهر الاجتماعية انتشارًا وأول الأنظمة الاجتماعية في المجتمع مما يجعلها ذات أهمية كبرى في بناء المجتمع وتدعيم وحدته وتماسكه ،فبينما كانت الأسرة تاريخيًا هي المؤسسة العلاجية الأولى والمسؤولة الوحيدة عن رعاية أفرادها ففرضت سيرورة التحديث تطورًا مؤسساتيًا أدى إلى انتقال هذه الوظيفة الحيوية من النطاق الضيق للأسرة إلى المؤسسات الصحية العمومية .هذا الانتقال لم يلغ دور الأسرة بل أعاد صياغته ليخلق نوعًا من التساند الوظيفي بين الأسرة كمستهلك للخدمة ،والمؤسسة الصحية كمزود تقني لها .

وفي ظل هذا التطور المؤسساتي ،لم يعد الدعم الصحي للأسرة معزولاً بل تضافرت لأجله جهود المؤسسات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية قصد خِدمتها وحمايتها وتهيئة الظروف الملائمة والمناسبة للعناية والحماية لأفرادها ،فإن هذا الدعم يتطلب منها بذل مجهودات وتساند وظيفي بين أعضاء الأسرة ومؤسسات المجتمع ككل فهي مؤسسات داعمة للبناء الاجتماعي ولتوظيف هذا التساند الوظيفي وجب الارتكاز والسير وفق خطة مسارية متكاملة :(بيولوجية وسيكولوجية وسوسيولوجية وصحية)،ولهذا تفترض الأدبيات إلى أن هذا التوازن يتم فقط بوجود المؤشرات الصحية والمؤسسات التي تقدم الصحة من خلال سُبل تحقيق تلك المؤشرات .

وعليه فهناك ارتباط أوسع بمؤسسات المجتمع من خلال الخدمات الصحية فأصبحت هناك علاقة ارتباطية بين صحة الأسرة والخدمات الصحية في حين كانت الأسرة هي التي تُعالج وتطبب أفرادها من خلال التداوي التقليدي والسحر، ولكن مع التطور الحاصل خلال القرون الماضية أصبحت الأسرة تعتمد على المؤسسات والخدمات الاجتماعية لتحسين مستوياتها المعيشية (الصحية، النفسية، الاجتماعية، الاقتصادية ...)، وذلك بالسماح لأفرادها بتطوير قدراتهم والرفع من رفاهيتهم بشكل يُطور من نمو المجتمع ومؤسساته ككل.

ولهذا فإن الاهتمام بالخدمات الصحية والعمل على جعلها ذات جودة في مستوى الخدمات المقدمة مما يمكنها من تحقيق حاجات الأفراد ومن ثم رضاهم على تلك الخدمات وهذا لاعتبارها الأولوية في سلم الاحتياجات **ماسلو**، ولهذا فإن تحديد مستويات الأداء لا يتم إلا بإتباع أساليب علمية ومنهجية تساعدنا في دراسة درجات الفعالية ومستويات الأداء ومدى توفر الخدمات مما يمكننا من تكوين صورة واضحة ودقيقة لمكامن القوة والضعف والبحث في سبل تحسينها وعلى الرغم من أن مواضيع قضايا

الصحة والخدمات الصحية وقياس مستواها يعد من المواضيع الحديثة نسبيًا في حقل العلوم الاجتماعية ،إذ لم تحظ باهتمام كافٍ مقارنة ببقية المجالات رغم أهميتها الأساسية والمحورية في فهم ديناميات المجتمع وتحقيق جودة الحياة لأفراده .

إن الاهتمام بالرعاية الصحية والتحسين في خدماتها وتعزيز الصحة المحلية والتطوير في نمط الحياة لأجل رفاه وجودة الحياة في المجتمع وعند الأسر بصفة خاصة يعتبر من وظائف المؤسسات الصحية والتي هي مؤسسة اجتماعية ضمن النسق الكلي لها أدوار محددة تنجز من خلاله هذه المهام والأسرة هي المتعامل أو الزبون الأول لها قصد الوصول لمستوى صحي أفضل، ولهذا فإن تطور المجتمعات يُقاس بمستواه الصحي و ما تقدمه المنظومة الصحية وعليه فإن الجزائر تُعتبر أحد الدول التي تطمح في تنمية أفرادها من خلال تحقيق تنمية اجتماعية متكاملة خاصة مع الأسر الجزائرية كوحدات داخل النسق من خلال البرامج والسياسات الصحية والاجتماعية التنموية تتمثل في الأبعاد الثلاثة (الصحة، الأسرة، التعليم)، ولأن الدولة الجزائرية أكدت اهتمامها منذ بداية الاستقلال إلى يومنا هذا وذلك من خلال توفير المرافق والمؤسسات الصحية والاهتمام بالصحة المدرسية والمهنية والخدمات الصحية الأخرى كخدمات التلقيح ورعاية الطفولة والأمومة ،وبما أن الصحة هي مطلب أساسي لتطور الشعوب وتقدم الدول فالصحة الكاملة يعني شعب قوي ولهذا تعد المراكز الصحية وجودة خدماتها أحد المحددات البنيوية المساهمة في المستوى الصحي ويتم ذلك وفق برنامج تنموي متكامل مع البحث في مؤشرات الوضع الصحي للأسر الجزائرية واحتياجاتها الصحية مقارنة بالبعد التنظيمي للصحة العمومية.

فالأسرة الجزائرية مثلها مثل الأسر في المجتمعات الحديثة فهي تنظيم اجتماعي يتفاعل ويتعايش مع المؤسسات الاجتماعية الأخرى وهذا ما يخلق عملية التأثير والتأثر، وهذه العلاقة تضبطها أسس وقواعد لتحقيق احتياجاتهم ودوافعهم الاجتماعية، فإن مستوى جودة الحياة الأسرية يعتمد على مدى تأثر الأسر الجزائرية بهذه العملية لينعكس على المجتمع ككل، فهي الخلية الأساسية وبجودة حياتها تنتج الفرد السليم والمتوازن في جميع جوانبه المادية والاجتماعية والشخصية والجسدية داخل البناء الاجتماعي.

ولعل هذا ما يسلط الضوء على زاوية أخرى وهي وعي الأسرة الجزائرية بصحتها والتفاعل مع الخدمات الصحية "فلقد شهدت المجتمعات المعاصرة الكثير من التحولات والتغيرات التي مسّت الحياة الاجتماعية بشكل مباشر والتي أثرت على الأنظمة والمؤسسات الاجتماعية ،والأسرة أحد هذه المؤسسات التي مسها هذا التغيير بشكل مباشر وغير بدوره في مكانتها وأدوارها ،فاكتسبت الأسرة في المجتمع الحديث مكانة جديدة ضاعفت من مسؤولياتها وعددت من أدوارها ،مما جعلها تقوم بأدوار اجتماعية واقتصادية مختلفة وكذا الصحية أمام المتطلبات اللازمة استدعتها الحياة الحضرية ،ففي ظل هذه الحياة تخول إليها القيام بمسؤوليات متعددة ،الشيء الذي سمح لها المشاركة بفعالية في تدبير وتحقيق وعيها

الصحي."[1] ومع التغير الحاصل الذي ساهم في تغيير ملامح الأسرة الجزائرية ووظائفها وتفاعلاتها تجاه صحتها والمؤسسات المسؤولة عن صحة أفرادها مما يأخذنا إلى جانب مهم وهو قياس انعكاس مستوى الخدمات الصحية بما تقدمه من أبنية خدماتية وبرامج صحية وطاقم طبي وسياسات تنموية الصحية التي تتبعها الدولة وهذا ما جاء في المادة 4 في تحديد مهام المؤسسة الصحية العمومية الاستشفائية و الجوارية " التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بالحاجات الصحية للسكان" ،وجاء في المادة 8 فيما يخص مهام المؤسسة العمومية للصحة الجوارية:" هو التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة لمهام المؤسسات الصحية العمومية "[2]

ومن خلال ما جاء في المرسوم التنفيذي في الجريدة الرسمية خاصة في المادة 2 والذي نص على أنه "تساهم حماية الصحة وترقيتها في الراحة البدنية والنفسية والاجتماعية للشخص ورقيه في المجتمع، وتشكلان عاملا أساسيا في التنمية الاقتصادية والاجتماعية "[3] ويبرز لنا هذا المرسوم أن الغاية من المؤسسات الصحية وخدماتها لا تقتصر فقط على تقديم العلاج، بل تهدف الى تحسين الصحة العامة للسكان، والوقاية، والدعم الاجتماعي وعلى الرغم من أن المشرع الجزائري قد حصر مهام المؤسسة في العلاج والوقاية (كما جاء في المادتين 4و8) ،إلا أن الانعكاسات الحقيقية لهذه الخدمات تتجاوز الجسد لتلامس استقرار الأسرة اقتصاديًا ونفسيًا واجتماعيًا وهذا ما دعمته (المادة 2) وهو ما تسعى إليه الدراسة الحالية للبحث في طبيعة هذا الانعكاس ،ومن هذا المنطلق تحاول هذه الدراسة رصد وتتبع مستوى الخدمات الصحية المقدمة كما هي في المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر للأسر وانعكاسها على معاش الاسرة في أبعاده (الاقتصادي، الاجتماعي النفسي، الصحي) للأسر. ومنه فالدراسة الراهنة تنطلق من تساؤل رئيسي مفاده:

التساؤل الرئيسي: ما طبيعة انعكاس مستوى الخدمات الصحية في الجزائر على معاش الأسر الزائرة للمؤسسة الصحية الاستشفائية (بن عمر الجيلاني ،19 مارس 1962) بولاية الوادي؟

التساؤلات الفرعية:

[1] بن عمر جبارية: الأسرة الجزائرية نحو تحقيق وعي الصحي لأفرادها، مجلة الحكمة للدراسات الفلسفية، المجلد 12، العدد3، 2024، ص680

[2] ج ج د ش، مرسوم تنفيذي رقم 07-140، المادتين رقم 4-6، يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، ج ر، العدد 33 الصادرة في 20 ماي 2007

[3] ج ج د ش، مرسوم تنفيذي رقم 16-09، المادة 02، العدد 46 الصادرة في 29 يوليو 2018، ص 5

التساؤل 1: ما مدى استفادة الأسر الزائرة من الخدمات الصحية الوقائية والدورية التي تقدمها المؤسسات الصحية الاستشفائية (بن عمر الجيلاني ،19 مارس 1962) بولاية الوادي؟

التساؤل 2: ما مدى استفادة الأسر الزائرة من الخدمات الصحية العلاجية والاستعجالية التي تقدمها المؤسسات الصحية الاستشفائية (بن عمر الجيلاني ،19 مارس 1962) بولاية الوادي؟

التساؤل 3: هل تساهم الخدمات الصحية العامة المقدمة في المؤسسات الصحية العمومية (بن عمر الجيلاني،19 مارس 1962) بولاية الوادي في تعزيز جودة معاش الأسر بأبعاده (الاقتصادي والاجتماعي النفسي والصحي)؟

ثانيًا: أسباب اختيار الموضوع

أ) الأسباب الذاتية

- إن من أهم الأسباب الذاتية لدراسة الموضوع هو رغبتنا في دراسة الخدمات الصحية في جانبه السوسيولوجي كأبنية تتأثر وتؤثر في حياة الأسر الجزائرية مما حفز لدينا الرغبة في تسليط الضوء على هذه الدراسة ومحاولة فهمها وتتبعها وخاصة أنه يوجد نقص واضح في الدراسات السوسيولوجية التي درست الأسرة والخدمات الصحية بشكل مباشر.
- الاهتمام الشخصي العميق وتجربتي الشخصية في الكشف عن حجم التحديات التي تواجه الأسر في تدبير شؤونها الصحية والمعيشية وسط الضغوط المادية والاجتماعية المتسارعة، هذا التحدي ولد لدي رغبة في تفكيك هذه الظاهرة وفهم أبعادها لعلها تساهم في تخفيف الأعباء المعيشية على الأسرة الجزائرية.

ب) الأسباب الموضوعية

- ✓ يعد موضوعنا من المواضيع التي تعالج إشكالية الفرد والمجتمع ونظرا لأن مفهوم الصحة والخدمات الصحية يُعد الهدف الأساسي للتنمية الاجتماعية والصحية والموجه لها فإن تقصينا لهذا الموضوع يتيح فهم أوسع لهذه الإشكالية.
- ✓ ندرة الدراسات السابقة وإن كانت منعدمة في المواضيع المتعلقة بالخدمات الصحية وربطها بالأسر ومعاشها من قبل التخصصات الأكاديمية خاصة في الدراسات السوسيولوجية.

ثالثا: أهمية الدراسة

تكمن أهمية الدراسة فيما يلي:

- تنبع أهمية الدراسة في تقصي انعكاس عنصر الخدمات الصحية على الأسر الجزائرية ومعاشها.
- أهمية إبراز البعد السوسيولوجي في وصف الظاهرة الصحية على مستوى المجتمع.
- أهمية السياق السوسيو صحي في إنتاج معرفة سوسيولوجية حول قضايا الصحة والمرض وبذلك إبراز أداة سوسيولوجية تتدخل في متغيري الصحة والأسرة.
- اهتمام المجتمع الدولي بتحقيق مجتمع الرفاهية الصحية وذلك بتأمين حاجيات الأسر الصحية وتوعيتها من الجانب الصحي والمادي.

- اهتمام المؤسسات والهيئات الدولية التي تُعنى بالصحة خاصة الأسر ومدى تأثير الجانب التوعوي والمادي لها.
- اهتمام الدولة الجزائرية منذ الاستقلال بصحة المجتمع الجزائري خاصة الفئات متوسطة الدخل من خلال السياسات الصحية والبرامج الوطنية التي أعدتها في مختلف المراحل التي مرت بها.
- في السياق السوسيو صحي وبذلك الاهتمام في إنتاج معرفة سوسيولوجية حول القضايا الصحة والمرض وبذلك بإبراز أداة تتدخل في متغيري الصحة والمجتمع.
- اهتمام المؤسسات والهيئات الدولية التي تُعنى بالصحة وخاصة الأسر ومدى تأثر الجانب التوعوي والمادي لها.
- اهتمام الدولة الجزائرية منذ الاستقلال بصحة المجتمع الجزائري خاصة الفئات المتوسطة وضعيفة الدخل من خلال السياسات الصحية والبرامج الوطنية التي أعدتها في مختلف المراحل التي مرت بها.
- أهمية الخدمات الصحية في تطوير وتحسين نوعية الجانب البشري والاجتماعي.
- أهمية الجانب الصحي والذي يعتبر مؤشرا ومقياسًا هامًا لمسار التنمية في أي مجتمع وجوانبه تتعلق بتطوير المجتمعات من خلال أفاق تنموية لأن الافراد الأصحاء هم العمود الفقري لمجتمع قوي.

من الأهداف التنموية للألفية مرتبطة بالصحة ورفع شعار الصحة للجميع وتحقيق أهدافها وهذا يعتمد على تحسين الوضع الصحي وهنا تكمن أهمية دراستنا في البحث عن النظام الصحي في الجزائر والسياسة المتبعة في هذا القطاع الحساس، وبتقصي التقارير والتي توضح لنا ملامح وواقع فيما يتعلق بالمستوى المعيشي والصحة والذي يتمثل أهم الأبعاد التي تقاس على أساسها مستويات التنمية في أي دولة.

رابعًا: أهداف الدراسة

لكل بحث هدف يصبو إليه وخاصة إن قيمة البحث فيما يقدمه ويضيفه على الصعيد المعرفي من إجابات على تساؤلات الدراسة، وهذه الدراسة جاءت محاولة لتحقيق جملة من الأهداف وهي:

- معرفة مدى استفادة الأسر الجزائرية من الخدمات الصحية الوقائية والدورية التي تقدمها المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية.

- معرفة مدى استفادة الأسر الجزائرية من الخدمات الصحية الخاصة والاستعجالية التي تقدمها المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية.
- رصد مساهمة الخدمات الصحية في تعزيز معاش الأسرة الجزائرية (الاقتصادي، والاجتماعي والصحي).
- محاولة إثراء التخصص بالبحوث الإمبريقية في علم الاجتماع الصحة والعمل والذي يعتبر تخصص حديث نسبيا ولهذا سنحاول البحث والدراسة في المتغيرات الأساسية (الصحة –الأسرة –المستوى المعيشي– الوعي الصحي).

خامسًا: تحديد المفاهيم

إن تحديد المفاهيم يُعد ضرورة منهجية ومعرفية وعلمية أساسية وقد تكون حاسمة لمسار البحث الاجتماعي تفرض عليه مجموعة من الخطوات المنهجية منها تحديد المفاهيم الأساسية للبحث واعتماد الدقة والوضوح في تحديد هذه المفاهيم وإزالة الغموض عليها وذلك من خلال إجراء تعاريف لغوية واصطلاحية وإجرائية تستند إلى "أصل، ومعنى، وتاريخ المفهوم" مما يسهل عملية استخدامها وتوظيفها في البحث الاجتماعي ،فإن تحديد المفاهيم من الوسائل البحثية الضرورية باعتبارها المنشأ الأول للبحث السوسيولوجي كما أنها الجسر الذي يربط بين الباحث والقارئ ،فمن خلالها يتم إيضاح مراد الباحث للتوصل إليه من خلال إبراز المعاني والمقاصد وإبراز الحجج والبراهين الداعمة لأفكار المطروحة في البحث ومن جهة أخرى محاولة إيصال الفكرة أو الهدف من هذه الدراسة للقارئ.

في المقابل الآخر، وفي ضوء ذلك سنحاول دراسة المفاهيم والمصطلحات الواردة في هذا البحث كما سنتعمق في مفاهيم دراستنا ونقدم حوصلة عامة حول كل مفهوم وأهم مكوناته والمعطيات المهمة المحيطة به ،وبما أن دراستنا تجمع بين جانبيها الإداري والطبي و السوسيولوجي سنقدم المفهوم لغةً ،واصطلاحًا وكذلك إجرائيًا بنظرة بحثية واضحة ،ووفق تلك الرؤية سوف نستعرض أهم التعاريف الأساسية في الموضوع حول أهم المفاهيم المقاربة المهمة والتي تم توظيفها في الدراسة ذلك لأهميتها معرفيًا وعلميًا لبحثنا وفي النهاية سنقدم تعريف إجرائي لكل مفهوم وارد في دراستنا ونحدد بدقة كيفية توظيفه ولذلك وجب الأخذ بالحسبان أن في دراستنا هذه لقد قسمنا المفاهيم الأساسية للدراسة وهي متغيرات الدراسة الأساسية وهي الخدمات الصحية والمعاش والأسرة الجزائرية، أما فيما يخص المعاش سنحاول ضبطه أكثر بما يتماشى مع موضوع دراستنا السوسيولوجي.

1. الخدمات الصحية:

أ- لغة

يعرف جروان السابق الخدمة على أنها: "خدمة أي خدمة. قدم خدمة. ليس من يخدم المرء كنفسه".[1]

ويعرف منجد لروس (La Rousse) الخدمة على أنها: "المساعدة، أنا في خدمتك، أي أنا في مساعدتك. الإنسان الخادم: أي الذي يجب أن يخدم الآخرين.[2]

ويعرف لبار ماسي ومادلان قنيار الخدمة على أنها: المعونة aide، السند appui المساعدة assistance، الدعم soutien، النجدة secourir، إعطاء، منح، قدم donner، دفع verser، توزيع

[1] جروان السابق: الكنز، قاموس فرنسي –عربي، بيروت، لبنان ،1958.

[2] خليل الجر: المعجم العربي الحديث (لاروس) ،مكتبة لاروس ،باريس ،1978.

distribution، وتعني هذه المفاهيم أن يكون الإنسان في خدمة أخيه الإنسان كلما تطلب الأمر لذلك، وتنطبق هذه المفاهيم على مستوي الأفراد وكذلك على مستوى الإدارة."[1]، فالخدمات تعتبر أنشطة إنسانية صبغتها ذات قيمة اقتصادية مثل التجارة والصحة والإدارة. هذا على المستوى النظري.

ب- **اصطلاحا**

يعرفها جون فرانسوا :"أنها مجموعة من الوسائل التي تهدف إلى تحسين الصحة داخل مجتمع إنساني من خلال نشاطات مقررة وقانونية" أي "العلم والمهارة التي يمنع ظهور الأمراض، لتمديد الحياة وتحسين الصحة والنشاط الذهني والفيزيائي لأفراد المجتمع بوسائل جماعية متفق عليها لتطهير الوسط ولتوعية الفرد بقواعد الصحة الفردية"[2] ،كما تعرف الخدمة الصحية بأنها: "المنفعة أو مجموع المنافع التي تقدم للمستفيد التي يتلقاها عند حصوله على الخدمة والتي تحقق لها حالة مكتملة من السلامة الجسمانية والعقلية والاجتماعية ،وليس فقط علاج الأمراض والعلل "[3] هذان التعريفان يعكسان لنا أن الخدمة الصحية هي كل مركب يتكون من ثلاثة متغيرات رئيسية هي :خدمات الإيواء والإطعام ،والخدمات الإدارية ،والخدمات الطبية وشبه الطبية ،كما أنها تعمل على مجموعة من الأهداف أهمها تحسين الصحة والتوعية الصحية للأفراد وتحقيق السلامة الجسمانية والعقلية والاجتماعية والاقتصادية .ولهذا تعد الخدمات الصحية هي حجر الزاوية لبناء المجتمعات ،وتعتبر حجر الأساس للمشاريع التنموية والتي تهدف لتحقيق التقدم والرفاهية لأفراد المجتمع لذلك سنركز على الجانب المؤسساتي للخدمات الصحية.

وفي تعريف آخر يُعرف الخدمة الصحية بأنها: "العلاج المقدم للمرضى سواء كان تشخيصا أو إرشادًا أو تدخلا طبيا، ينتج عنه رضا أو قبول وانتفاع من قبل المرضى وبما يؤول لأن يكون بحالة صحية أفضل".[4]

كما تُعرف الخدمات الصحية أبضا على أنها " أوجه النشاط غير الملموس تهدف إلى إشباع حاجات الفرد ورغباته أي تهدف إلى إشباع حاجات الفرد ورغباته أي تهدف إلى تحسين الصحة وزيادة فرص الشفاء والسعي نحو السلامة الجسمانية والعقلية والاجتماعية، التي يتم الحصول عليها من مؤسسات صحية سواء عامة أو خاصة."[5]

---

[1] رشيد زرواتي: مدخل للخدمة الاجتماعية، مطبعة هومة، الجزائر ،2000،ص 11.

[2] جون فرانسوا، الصحة استهلاك أو استثمار، أكونوميكا ،لبنان ،1961،ص 10

[3] زكي خليل مساعد، تسويق الخدمات الصحية، دار حامد للنشر، الأردن ،1998 ،ص 87

[4] فوزي مذكور، تسويق الخدمات الصحية، ايتراك للنشر والتوزيع، القاهرة ،1998 ،168

[5] سيفي يوسف: جودة الخدمات الصحية بين المتطلبات والامكانيات، مجلة التكامل ،2020، العدد 10، ص125

إذا هي كل ما تقدمه المؤسسات الصحية من خدمات علاجية أو وقائية أو إنتاجية، حيث ترتبط الخدمات العلاجية بالفرد بينما ترتبط الخدمات الوقائية بالمجتمع أما الخدمات الإنتاجية فتتمثل في إنتاج الأدوية والأجهزة الطبية وغيرها، إضافة إلى رفع المستوى الصحي للأفراد وتلبية الرغبات المرتبطة بهذه الخدمة "[1]

وفي تعريف آخر هي مزيج متكامل من العناصر المادية الملموسة والأخرى غير ملموسة والتي تحقق إشباع المستفيد كما تعني كيفية استخدام الموارد المتاحة والمتوفرة والقدرة على جذب المزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة."[2]

والخدمات الصحية نوعان إما أن تكون من المصادر العامة (خدمات الدولة) وتكون موجهة هذه الخدمات للأفراد والأسرة والمجتمع بهدف حمايتهم من الأمراض ووقايتهم منها ورفع مستوى الرفاهية الصحية لديهم، وأما المصادر الخاصة هي المؤسسات أو الهيئات والمنظمات الخاصة وتكون تابعة لشخص أو مجموعة من أفراد لأغراض تجارية وبغض النظر عما تقدمه من خدمات فهي موجهة للأفراد والأسر والمجتمع أيضا، وعليه ننوه أن دراستنا ركزت على الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية العمومية التي تقدمها الدولة الجزائرية قصد حماية مواطنيها.

ففي سياق الدراسة السوسيو صحي اعتمدت الباحثة على بعدين للخدمات الصحية ورغم تعدد مستوياتها إلا أنه تم الاعتماد على بعد الخدمة الصحية الدورية الوقائية والخدمة الصحية الخاصة العلاجية ولم يكن الاختيار محض الصدفة بل من منطلق تصنيفي أدبي للخدمات الصحية وذلك وفق تصنيف للمنظمة الصحة العالمية (WHO) وهذا التقسيم يغطي دورة الحياة الصحية الكاملة (Life Course Approach) وما تم التأكيد عليه في المراسيم في الجريدة الجزائرية الرسمية ما فادها ضرورة تلقي المواطن الجزائري كافة الخدمات الوقائية والعلاجية دون التفريط في احداهما وفي جانب آخر مراعاة السياق الجزائري ولاسيما البيئة الصحراوية والتي ستجرى فيها دراستنا الميدانية وبناء على ما تم ذكره سنحاول وضع أهم المبررات وفق أبعاد الخدمات الصحية:

- **بُعد الخدمات الصحية الدورية الوقائية:** يمثل هذا البعد الأكثر تجاهلا في الدراسات السوسيولوجية رغم أهميته ودوره في تشكيل الحماية الصحية الاستباقية باعتبارها من الخدمات الأولية في الوقاية من المرض وبل يعتبر دورها المادي مركزي وذلك في منع التكاليف الصحية

[1] معزوزي عيسى: أبعاد جودة الخدمات الصحية ودورها في تحقيق التميز، مجلة العلوم الإدارية والمالية، جامعة الوادي، المجلد 02، ال عدد1، ص 95

[2] العباسي رمزي وبعرورة بوبكر: مساهمة لتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة من منظور المرضى، مجلة معهد العلوم الاقتصادية، المجلد 23، العدد 01، ص 863

الطارئة مما تخفف الأعباء المالية على الأسر في الاكتشاف المبكر للمرض أو الوقاية منه والقيام بالتلقيحات كما تعتبر الخط الدفاعي الأول لتقليص الهشاشة الصحية في المجتمع ،أما بالنسبة للسياق الصحراوي (ولاية الوادي) تعتبر من أكثر الولايات تضررا بالأمراض المعدية والمتنقلة كالملاريا والسل والأمراض الخطيرة، وذلك بعدة أسباب أهمها البيئية كصعود المياه وتفاقم مشكلة البرك المائية المتواجدة في المناطق الحضرية والتزايد في ملوحة المياه مما يؤثر على الصحة الجسدية خاصة الكلى والكبد ،كما أن خصوصية المنطقة الصحراوية الجافة والتي تتكاثر فيها الحشرات الضارة (البعوض، العقارب والأفاعي ..) تلعب دورا في ازدياد المشاكل الصحية، وخصوصية المنطقة الجغرافية باعتبارها ولاية حدودية وفي جانب آخر الخصوصية الثقافية للأسر الصحراوية في تعاملها أو استفادتها من الخدمات الوقائية ما يجعل اختيار الخدمة الوقائية كبعد ضروري في دراستنا.

- **بُعد الخدمات الصحية الخاصة والاستعجالية** : تعتبر الواجهة المرئية للنظام الصحي ويعتبر أكثر بُعد يتم فيه تجربة الصحة والمرض بالنسبة للأفراد لكونه أول تماس مباشر ينتج بين المنظومة الصحية والأسر حيث تتشكل مظاهر الثقة ،والتفاوض ،والتبعية وأحيانا الصراع وقد تكون السبب الرئيسي في تشكل الهوية الصحية من خلال البحث عن مصادر أخرى إذا لم تلبي المؤسسة الصحية حاجياتهم الصحية (آليات التكيف) كما صاغها انتوني غيدنز في مقاربته للفعل الانعكاسي ،كما أن الخدمات العلاجية في المؤسسات الصحية في المناطق الجنوبية تعاني من ندرة التخصصات الطبية والأطباء المختصين وتذبذب في مستوى الخدمة المُقدمة لأسباب عدة أهمها (إمكانية الوصول للمرافق الصحية والتوفر الخدمة بشكل مستمر ..) ما يجعل جودة العلاج متغيرة.

إن هذين البعدين يعتبران **حلقة تكاملية** تربط بين المنظومة الصحية والمعاش الأسري باعتبارهما أكثر الخدمات الصحية طلبا واستخدامًا من طرف الأسر بما يسمح لنا البحث في كيفية بناء أو هدم الصحة كمنظومة وكيف تحقق الصحة وفق جودة الحياة للأسر والتنمية للمجتمع بأكمله في الجزائر.

ت- **التعريف الاجرائي:** على المستوى الإجرائي المقصود بالخدمات الصحية هي تلك الخدمات المقدمة في المؤسسات الصحية العمومية في ولاية الوادي للأسر الزائرة والتي تتمثل في خدمات الوقائية والعلاجية بهدف الرفع من مستواهم الصحي وتحسين مستوى معاشهم في الجوانب الاقتصادية والاجتماعية والنفسية والصحية والحياتية بشكل عام فهي الكل المركب لتحقيق جودة حياة الأسرة الجزائرية، وذلك ضمن أطر تنظيمية ومادية محددة تُقاس من خلال أبعاد هذه الخدمة والمتمثلة في:

- الخدمات الوقائية:(كـ التلقيح، الكشف المبكر عن الأمراض، التوعية الصحية ....)

- الخدمات العلاجية: (كـ الفحوصات، مخابر التحاليل، المعدات الطبية، توفر الأدوية، العمليات الجراحية.)

ويتم تتبع وتقييم المستوى من خلال العناصر التالية: توفر الخدمة الصحية، سهولة الوصول إليها من كافة فئات المجتمع، جودتها الفعلية داخل المؤسسة، فعاليتها في تقديم الخدمة، وشموليتها، كما تُقدم فعليا في مؤسسات الصحة العمومية بولاية الوادي وكما تُعايشها الأسر من زائري هذه المستشفيات.

2. **مفهوم المعاش "مقاربة سوسيولوجية متعددة الأبعاد"**

انطلاقًا من تعدد زوايا النظر لمفهوم المعاش في الدراسات السوسيولوجية وباعتباره المتغير التابع لدراستنا والتي تتمحور حول انعكاس مستوى الخدمات الصحية على معاش الأسرة الجزائرية ، على ضوء ذلك يُعد مفهوم معاش الأسرة من المفاهيم المركبة والمعقدة في العلوم الاجتماعية ،وذلك لتعدد مستوياته وتشابك أبعاده إذ يمثل الإطار الاجتماعي والاقتصادي الذي تتفاعل داخله الأسرة الجزائرية مع واقع الخدمات الصحية ولا يمكن فهم انعكاس هذه الخدمات دون تحليل شروط المعاش والتي من خلالها نستطيع فهم تشكل أفق التقييم ،وحتى تتضح الرؤية أكثر كان من الضروري تحديده بدقة من خلال دلالاته اللغوية ،ثم تحديده اصطلاحا ،ومن ثم ضبطه إجرائيًا بما يتماشى مع أهداف الدراسة وسياقها الميداني ولذلك ينبغي تفكيك مفهوم المعاش خلال مقاربة النظريات المتكاملة المُعتمدة :نظرية جودة الحياة ، والبنائية والوظيفية.

أ- **البعد اللغوي "<u>لمصطلح المعاش</u>"**

المعاش في اللغة العربية مأخوذ من الفعل الثلاثي (عاش) ففي معجم لسان العرب أن "يعيش عيشًا وعيشة ومعيشا ومعاشا وعيشوشة، فقال الجوهري: كل واحد من قوله معاشًا ومعيشًا يصلُح أن يكون مضجرًا وأن يكون اسمًا مثل معابٍ ومعيبٍ وممالٍ ومميلٍ، وأعاشه الله عِيشةً راضيةً.

والعيشة: ضربٌ من العيش. يقال: عاش عيشةَ صدْق وعِيشة سوءٍ.

والمعاشُ والمعيشُ والمِعيشةُ: ما يُعاشُ به، وجمع المَعِيشة معايشُ على القياس، ومعائِشُ على غير قياس" [1]

فإن كلمة المعاش في أصلها تأتي من الفعل الثلاثي عاش ،وبناء على ذلك ولتتضح الرؤية أكثر فلو لاحظنا أن ابن المنظور في لسان العرب جمع المعاش والمعيشُ والمعِيشةُ في ما معناه "ما يعاش به" فلو بحثنا في أبعاد هذه الكلمة قبل تطور الحضارات فسنستدل بها في معناها في سياق واحد وهو

[1] ابن المنظور: لسان العرب، دار لسان العرب، بيروت، ص941

المأكل والمشرب والسكن أما في عصرنا الحالي مع ارتباط الفرد بالمؤسسات الاجتماعية سنستخرج منه أربع سياقات منها السياق الاقتصادي و السياق الاجتماعي والصحي و السياق البيئي فغالبا ما تدل على العيشة المريحة الخالية من المنغصات كما قال ابن المنظور فلان عاش عيشةَ صدْق بمعناه عندما تتوفر السياقات الأربعة ما يُعاش به بكامل مقوماتها ستتوفر مقومات عيشة الصدق وأعاشه الله عِيشةً راضيةً أما لو خلت من هذه المقومات الثلاث النتيجة ستكون عيشة سوءٍ .

أما في القرآن الكريم جاءت الآية الكريمة من سورة النبأ ﴿وجَعَلنَا النّهارَ مَعاشًا﴾ [1] ففي صحيح مسلم يرى أنه في المعاش وجهان: أحدهما: أنه مصدر، يقال: عاش يعيش عيشًا ومعاشًا وعيشةٌ، وعلى هذا التقدير فلا بد فيه إضمار، والمعنى: وجعلنا النهار وقت المعاش يعني وقت العمل والتحرك.

والثاني: أن يكون معاشًا مفعلاً وظرفًا للتعيش، وعلى هذا لا حاجة إلى الإضمار، ومعنى كون النهار معاشًا أن الخلق إنما يمكنهم التقلب في حوائجهم ومكاسبهم في النهار لا في الليل [2].

فسبحانه وتعالى خلق المعاش وقضاء الحوائج والسعي للكسب في النهار لكامل مخلوقاته.

بمعنى آخر أن المعاش هو سر الحياة البشرية واستمراريتها.

- ✓ "معاش" (اسم)
- الجمع: معايِشُ، مَعَاشَاتٌ
- المعاشُ: متكونُ به الحياةُ من الطعم والمشربِ ونحوهما ﴿وجعلنا لكُمْ فيها مَعَايِشَ ومن لسْتُمْ لهُ بِرَازِقِين﴾ [3]
- المَعَاشُ: زمانُ التماسِ العيش ومكانُه.
- المعاشُ: المرتَّب الذي يتقاضاه من قضى مدّة معينة في خدمة الحكومة عند انقطاعه عن العمل."[4]

إذًا المعَاش في اللغة العربية: كلمة أصلها الاسم (مَعَاشُ) في صورة مفرد مذكر وجذرها (عيش) وجذعها (معاش).

❖ **أصل المعاش في اللغة الإنجليزية**

---

[1] سورة النبأ الجزء 30، ص586

[2] صحيح مسلم: مسلم بن الحجاج القشيري النيسابوري، دار إحياء الكتب العربية ،ص 8 ، /https://www.islamweb.net/ar

[3] سورة الحجر، الآية 20

[4] معجم المعاني عربي –عربي موقع إلكتروني ، https://www.almaany.com تاريخ الاطلاع 2025/05/15

"Living conditions" يقصد بها أحوال المعيشة.

أما Livelihood هو القوت معيشة الفرد والتي تؤمن مستلزماتها من خلال العمل المنتج "[1]

"معاش (اسم): معاش: حَياة، عَيش.

Continuance; continuation; dwelling; earth, inhabitant; life, livelihood "[2]

أما الدائرة المعيشية: life circle ; cercle de la vie

"يُقصد بالدائرة المعيشية في الأنثروبولوجيا نسق ثقافي مغلق قائم على الاشتراك في الحياة بين مجموعة من الكائنات البشرية، وتتكون الدائرة المعيشية من مجموع الخبرات المستمرة لجماعة من الناس في مجالات الحياة المنزلية ،العمل ،الوجود الاجتماعي والتي انبثقت عنها عاداتهم وتقاليدهم وأفكارهم."[3]

فالدائرة المعيشية هي محيط قائم على التعاون والاشتراك وفيه يتم تبادل الخبرات الحياتية ومن ضمنها الصحة التي تنطلق من نظام ثقافي اجتماعي مُتفق عليه.

وإذا رجعنا للكلمة الأصل الأولى Live وحددنا أصلها اللغوي لوجدنا أنه يُقصد بها الحياة فهي تشمل كل الأحوال المعيشية منها مصدر الرزق وأسلوب الحياة والعلاقات مع (الآخر والأبنية) التي تُكون وتُشكل معنى حياة الإنسان لهذا جاءت كلمة المعيشة في اللغة الإنجليزية دائما مرتبطة بـ Live ككلمة مركبة وكما ذكرنا سابقًا فهي تمثل المعاش الأسري، فهو مصطلح أشمل وأعمق.

ب-تعريف المعاش اصطلاحا:

وقد جاء تعريف المعاش في الجانب الاقتصادي – وإن كانت دراستنا تتناول المعاش من جانبها السوسيولوجي- إلا أننا وبحكم المتغير المستقل وهو الخدمات الصحية وانعكاسه على بُعد المعاش الاقتصادي (ميزانية ونفقات الأسرة) هذا يجعلنا نؤكد على ضرورة معالجة القضايا الاقتصادية التي تؤثر على وضع الأسرة وإن كان أحد أهم الأبعاد وأكثرها تأثرًا، بمعنى سيأخذنا إلى مسار مختلف وهو فهم انعكاس الخدمات الصحية على المستوى الاقتصادي والاجتماعي والصحي للأسر.

❖ **المعاش (الأجر) أو المعاشات التقاعد: "Salary, pay, emolument, stipendwages"[4]**

---

[1] فريدريك معتوق: معجم العلوم الاجتماعية (انجليزي-فرنسي-عربي) ،أكاديميا ،بيروت ،لبنان ،ط1، 1993 ،ص218.

[2] معجم المعاني عربي –إنجليزي مرجع سابق.

[3] أحمد زكي بدوي: معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، مكتبة لبنان، بيروت ،1993 ،ط1 ، ص 55

[4] معجم المعاني الإلكتروني: مرجع سابق.

❖ **تعريف المعاش عبر صفحة الصندوق الوطني للتقاعد CNR:**"

هو المنحة التي يعطيها الصندوق الوطني للتقاعد لذوي حقوق المؤمن له اجتماعيًا بعد وفاته، حيث يستفيد من المعاش المنقول الزوج الباقي على قيد الحياة (الأرملة أو الأرمل) أيا كان سنه بالإضافة المكفولين الذين يقل سنهم عن 18 سنة أو المولودين خلال الـ 305 يوم بعد تاريخ الوفاة.

كما يحق أيضا للأصول الذين كانوا في كفالة المتوفي الاستفادة من منحة المعاش إذا كانت مواردهم الشخصية لا تتعدى المبلغ الأدنى لمعاش التقاعد ."[1]

وبما أنه يتداخل مفهوم المعاش مع الدراسات الاقتصادية بحيث تعتبره هذه الأخيرة على أنه يقصد به بالمعاشات (الدخل، القدرة الشرائية، الأجر التقاعدي أو الضمان الاجتماعي) وبما أن دراستنا سوسيوصحية فإن تعريف المعاش لا يقف عند حدود التعريف المعجمي أو تحديد مفهومه وفق التجربة الاقتصادية فقط رغم اعتبار الضمان الاجتماعي والجانب المالي أحد مؤشرات دراستنا ولكن المعاش الاقتصادي أوسع وأشمل من الضمان الاجتماعي أو معاشات نهاية الخدمة ،ولهذا سننطلق من المفهوم العام لإعادة بلورته وفق التجربة السوسيولوجية والاقتصادية ،فالمعاش بالنسبة لدراستنا يُفهم بوصفه مجموع الشروط الحياتية المادية والاجتماعية التي تحدد رفاهية الأسرة الجزائرية وجودة معاشها من حيث القدرة المالية والأمان النفسي والاجتماعي، والتغطية الاجتماعية العادلة والقدرة على الوصول إلى الموارد الأساسية فهي ميدان للتجارب تندمج من خلاله الإدراكات والتصورات التي تعيشها الأسر الجزائرية.

❖ **البعد السوسيو اقتصادي للمعاش**

أما ابن خلدون فلقد ذكر المعاش في مقدمته من خلال وجوه المعاش وأصنافه ومذاهبه قال:" اعلم أن المعاش هو عبارةٌ عن ابتغاءِ الرزقِ والسعي في تحصيله وهو مفعلٌ من العيشِ. كأنه لما كان العيشُ الذي هو الحياةُ لا يحُصُل إلا بهذه، جُعلت موضِعًا له على طريقِ المبالغةِ. ثم إن تحصيل الرزقِ وكسبهُ: إمّا أن يكون بأخذه من اليد الغيرِ وانتزاعِهِ بالاقتدار عليه، على قانونٍ مُتعارفٍ، ويُسمى مغرمًا وجِبايةً، وإمَّا أن يكون من الحيوان الوحشيّ باقتناصِه وأخذِهِ برميهِ من البرّ أو البحر، ويسمى اصطيادًا"[2]

وتفسيرا لذلك فإن ابن خلدون ربط المعاش بالسعي للحصول على الكسب المادي في تحصيله والمعاش من عيش الحياة، وقد قسم الأعمال التي اعتبرها معاش طبيعي وأعمال تعتبر معاش غير

[1] الصندوق الوطني للتقاعد (الجزائر) ،caisse Nationale des Retraites –CNR الصفحة الرسمية في الفيسبوك ، https://www.facebook.com تاريخ الاطلاع 4/ 2025/06.

[2] عبد الرحمن ابن خلدون: مقدمة ابن خلدون،دار الكتب العلمية ،بيروت ،لبنان ،1993 ،ط1،ص 301.

طبيعي على حسب المهنة "أما الفلاحةُ والصناعةُ والتجارةُ فهي وجوهٌ طبيعةٌ للمعاش "[1] ،أما المهن التي تكون ابتغاء الأموال من الدفائن والكنوز ليس بمعاش طبيعي.

ولكن في جانب أخر يرى الدكتور عبد الحميد مزيان "أن مفهوم المعاش يختلف شيئا ما عن مفهوم الاقتصاد لأنه أعم، ولأنه محاولة ابتدائية في سبيل تحديد الحياة الاقتصادية كجزء مهم من علم العمران."[2]

وعليه فإن ابن خلدون تناول ظاهرة المعاش (الاقتصادي) بنظرة علمية واقعية، بل وربطها بالعمران البشري ولهذا فهي جزء لا يكاد يتجزأ من الحياة الاجتماعية وربطها بين السياسة والتفاعلات الاجتماعية والوقائع التاريخية ضمن نسق علائقي حسب ابن خلدون وهذا يبدو جليًا في عنوان كتابه الأول في المقدمة "الكتاب الأول في طبيعة العمران في الخليقة وما يعرض لها من البدو والحضر والتغلب والكسب والمعاش والصنائع والعلوم ونحوها وما لذلك من العلل والأسباب.

فحسب الدكتور عبد الحمد مزيان أن مشكلة مصطلح المعاش عند ابن خلدون ليس التداخل بين علم الاقتصاد وعلم الاجتماع وإنما هو مشكل تحديد ميادين علم العمران "هذا ولا ننتاسى أن الواقعية الخلدونية ترجع في كل مرة إلى ربط أحوال المعاش بالمركب المجتمعي الأوسع، بل سنراها جاعلة الحياة أساسًا لاختلاف الأحوال الاجتماعية والسياسية في المجتمعات التي تناولتها المقدمة، لن ندعي أن ابن خلدون كان مدركا بكل دقة للروابط الموجودة بين مختلف البناءات المجتمعية، منطلقا من المعاش كأساس مادي ،على حسب ما تود كثير من المدارس الاجتماعية إثباته في عصرنا الحاضر"[3].

وبذلك فإن المعاش عند ابن خلدون ليس الاقتصاد فقط بل يتعداه إلى أحوال العمران فقد اهتم ابن خلدون بربط الظواهر الاجتماعية والمعايشة معا مع إدراك الجوانب الأخرى المتعددة كالثقافة والأخلاق والسياسة والبيولوجيا والأنثروبولوجيا فهو لا يريد تجزئة الحياة الإنسانية بل إن المعاش يمتد للميادين الاجتماعية والتنظيمات الأخرى.

واستخلاصا لما سبق فإن الانطلاق من القراءة السوسيولوجية لمفهوم المعاش لا يحتاج منا ملاحظة الواقع بنظرة بسيطة، بل يجب تشكيل شبكة من التصورات والتمثلات والعلاقات الاجتماعية والسلوكيات" فهي الكل المركب الذي يحتوي على العلاقات الاقتصادية، علاقات القوة والسلطة، وكذلك علاقات المعنى: فكل هذه العلاقات مجتمعة تعمل على تحديد العلاقات الاجتماعية. هذا ما يدفعنا إلى الالتزام

---

[1] نفس المرجع السابق، ص302

[2] عبد الحميد مزيان: النظريات الاقتصادية عند ابن خلدون، منشورات المؤسسة الوطنية للاتصال، الجزائر ،2001 ،42ص.

[3] عبد الحميد مزيان: مرجع سابق ،ص 63

بالإطار المعيش ومنهجيته ،بحيث إن الاستثمار في المعيش وعلم اجتماع الحياة اليومية، هو بحث في الفعل اليومي وفي استراتيجيات الفعل"[1]

وعليه فنمط الأسرة المعاصر يسمح للمعاش بِالتشكل وفق ما تتطلبه التغيرات السوسيو اقتصادية، فإنه في الغالب تحول الأسرة من نمط ممتد إلى نمط نووي يجعل من معاشها متوافق تماما مع التغيرات الحاصلة في المجتمعات الحديثة، متأثرة بالنسق الاجتماعي ضمن تكتيكات لتطويع هذه التغيرات أو من خلال تفاعل الخيارات لإعادة انتاج البنية الاجتماعية، وهذا ما ذهب إليه كل من ميشيل دي سيرتو وبيير بورديو وانطوني غيدنز في ربط المعاش بالبنى الاجتماعية و انعكاسه من خلال تشكل وإنتاج مستمرا لتفاعل الفعل الاجتماعي مع تلك البنى ضمن ثنائية البنية والفعل في إطار ديناميكية الحياة اليومية، وبذلك تصور المكان كميدان والأمكنة كمجالات لتجاوز الزمني والفعلي وذلك من خلال ما ينتجه التفاعل والتصورات إلى غير ذلك.

- **علم الاجتماع اليومي أم المعاش؟**

يقول إرفينغ غوفمان Erving Goffman (يوجد مجال حيوي لم يكن بعد موضوعا للدراسة العلمية بالشكل الكافي، وهو المجال الذي توجده التفاعلات وجها لوجه في الحياة اليومية، هذه التفاعلات التي تبنيها معايير للاجتماع والتواصل)

"يعتبر لفظ يومي من الألفاظ العربية الفصحى، وهو مشتق من اسم يوم، وفي معظم المعاجم العربية، نجد هذا اللفظ يرتبط بما يتم تكراره كل يوم دون انقطاع، فتم التمييز بناء على ذلك بين اليومي والأسبوعي والشهري ... إلخ. وهو نفس المعنى الذي يشير إليه لفظ Quotidien" في الفرنسية في كل المعاجم الكلاسيكية (quotidian: de tous les jours). كما أنه نفس المعنى تماما الذي يحمله اللفظ في الإنجليزية (quotidian: recuring every day).

وعن الحديث عن اليومي أو المعاش كمفهوم ذي دلالة علمية سوسيولوجية يستدعي منا الحذر في مجاراته وتحديد مجالاته فإن اليومي ليس اختصار لتعاقب الزمن (يوم، أسبوع، شهر، السنة) أو شيء تكراري يستند لمنطق الزمن بل فإن مجال الحياة اليومية مجال خصب وشاسع يشمل كل جوانب المعاش اليومي فهي الكل المركب الذي يحمل دلالات وأبعاد في مضمون تفاعلاته "فإن المعاش أو علم الاجتماع الحياة اليومية، هو بحث في الفعل اليومي وفي استراتيجيات الفعل من خلال التماهي، التناقض، التفاعل والصراع والمواجهة والالتقاء والتسامح ...الخ، فهو بحث في المسكوت عنه ،في الواقع والمخيال، بحث

[1] رشيد حمدوش ،مسألة الرباط الاجتماعي وسيسيولوجيا الحياة اليومية أو المعاش، المحاضرات لسنة الثالثة تخصص علم الاجتماع ،جامعة الجزائر 02، ص5.

في الرموز والدلالات، وهو بذلك أيضًا عودة إلى الفلسفة ومحاورة التاريخ ونفي للحتميات الاجتماعية ،وبحث عن المحاور المضيفة التي تتأسس حولها وعليها العلاقات الاجتماعية. إنه بحث عن المعنى وعن الصور التي ينتجها ويتداولها من خلال الدلالات التي تشكل منها"[1].

وبذلك فإن المعاش يشمل كل الأبعاد المادية والاجتماعية والعلائقية والنفسية والثقافية تتداخل فيه كامل الأنشطة الإنسانية وبناءً على ذلك يمكننا استنتاج دلالات المعاش في جانبه السوسيولوجي:

- المجال المكاني والزماني باعتباره فضاء لتبلور التصورات والأدوار والوظائف.
- الممارسة التفكيكية وذلك ببناء نظرة علمية لمكونات المعاش اليومي والجوانب المكونة له.
- فهم الوقائع الفعلية للحياة اليومية وذلك بتصميم شبكة تحليل لفهم البنية الخفية للواقع والوقائع.

- **السؤال هنا:** هل دراستنا تبحث في الحياة اليومية للأسر أم تنطلق من المعاش الأسري كوحدة تحليل متعددة الأبعاد؟

الإجابة هي باختصار المعاش بالنسبة لتوجه دراستنا والتي تشمل المتغير المستقل وهي المؤسسة الصحية وخدماتها هذا قد يعكس اتجاه العدسة الأحادي ويأخذنا لفهم أوسع وأشمل لمتغيرنا التابع وهو معاش الأسرة ،من مقاربة المعاش من زاوية التفاعلات اليومية فقط إلى معاش متعدد الأبعاد ،إذا فالمعاش هو مفهوم سوسيولوجي شامل يعكس شروط العيش الاجتماعية والاقتصادية المرتبطة بالسياسات العمومية والخدمات المقدمة وتوزيع الموارد، إذ تتحدد جودة ومستوى حياة الأسر بناءًا على شروط موضوعية تمليها طبيعة التفاعل مع البنى المؤسساتية ، مما يجعل المعاش ليس مجرد انعكاس بل ظاهرة ذات أبعاد أسرية ومجتمعية وبناءًا على ذلك يصبح المعاش مؤشرا كاشفًا لقياس جودة الحياة ،يتشكل من خلال وعي الأفراد و سلوكياتهم الانعكاسية تجاه فعالية المنظومة الصحية ، وبذلك لا تُختزل المعاش في الدخل المادي أو التفاعلات اليومية فحسب ،بل يتجلى بوصفه المحصلة النهائية لانعكاسات السياسات الصحية على الأبعاد المادية والاجتماعية والنفسية للأسرة .

- **كيف يمكننا إدراك ديناميكية المعاش؟**

بعد تحديد الأطر النظرية لـ 'المعاش'، ننتقل لضبط أبعاده المتداخلة؛ إذ يتشكل المعاش من ديناميكية تفاعلية بين أبعاد اقتصادية، ونفسية، واجتماعية، وصحية. هذه الأبعاد لا تعمل في معزل عن بعضها، بل تستمد قوتها وديناميكيتها من علاقة الأسرة بالمؤسسات الاجتماعية المحيطة بها، ومن طبيعة التفاعلات في الحياة اليومية. إن الاعتراف بـ ديناميكية المعاش يعني إدراكه كصيرورة تتشكل وتُعاد صياغتها باستمرار وفقاً لتغير أساليب الحياة والظروف المحيطة بكل بُعد من هذه الأبعاد الأربعة.

[1] رشيد حمدوش ،مرجع سابق ،ص 2

فالمؤسسات الاجتماعية والصحية لا تكتفي بتقديم الخدمة، بل تساهم في صياغة هذه الديناميكية عبر تأثيرها المباشر وغير المباشر على التوازن (المادي، والنفسي، والاجتماعي، والصحي) للأسرة، وهو ما ينسجم مع الطرح الدوركايمي حول التضامن الوظيفي وتكامل أجزاء النسق الاجتماعي لضمان استقرار الوحدة الأساسية (الأسرة).

وبناءً على ما سبق، لا يُفهم المعاش في دراستنا كمفهوم جامد، بل كإطار تحليلي ديناميكي متعدد الأبعاد؛ يعكس كيف تتقاطع السياسات الصحية مع الشروط الاقتصادية والوضع النفسي والاجتماعي للأسر، مما يجعل من تحليل هذه الأبعاد مدخلاً مركزياً لفهم الانعكاسات الحقيقية للخدمات الصحية على الأسرة الجزائرية.

ت-**التعريف الإجرائي لمصطلح المعاش:**

المعاش إجرائيا يقصد به في هذه الدراسة هو مجموع الابعاد الاقتصادية والاجتماعية والنفسية والصحية والتي تتشكل من خلالها مجال حياة الأسرة الجزائرية وتنعكس على مستوى رفاهيتها على كافة المستويات، وذلك من خلال تفاعلها مع منظومة الخدمات الصحية المقدمة لها (الوقائية والعلاجية) ولهذا يستخدم مفهوم المعاش في هذه الدراسة باعتباره وحدة تحليل سوسيولوجية متعددة المقاربات والأبعاد.

وتماشيا مع ما تم ذكره علينا التنويه أن المعاش لا يُفهم لوحده مادام وحدة التحليل لم نتطرق لها بعد وهي الأسرة والتي تتكون وتتشكل من خلالها أبعاد المعاش (الاقتصادي، الاجتماعي النفسي والصحي).

.1 البعد الاقتصادي ومؤشراته:

- مدى مساهمة مجانية الخدمات الاستشفائية والفحوصات في حماية ميزانية الأسرة من التآكل.
- القدرة على تدبير التكاليف الهامشية للعلاج (تنقل، اقتناء أدوية غير متوفرة) دون الإضرار بالاحتياجات المعيشية الأساسية.
- تخفيف العبء المالي والوقاية من المخاطر الاقتصادية المرتبطة بالأزمات المرضية الطارئة.

.2 البعد الاجتماعي والنفسي ومؤشراته:

- التغير الحاصل في وعي الأسرة وثقافتها الصحية تجاه التردد على المؤسسات الصحية العمومية.
- مستوى الشعور بالأمان والاستقرار والنفسي الناتج عن وجود تغطية صحية متاحة واستعجالية.

- درجة الرضا الذاتي للأسرة تجاه طريقة الاستقبال، والمعاملة، وكفاءة الطاقم الطبي بالمؤسسة.
- خفض مستويات القلق والتوتر الأسري المصاحب لصدمات المرض الفجائية بفضل استجابة الخدمة.

.4 البعد الصحي ومؤشراته:

- التحسن الفعلي الملموس في الحالة الصحية والبدنية لأفراد الأسرة المستفيدة من العلاج.
- الفعالية المدركة للخدمات الوقائية والتلقيحات في حماية أفراد الأسرة (الأمومة والطفولة والتمدرس) من الأوبئة والأمراض

وتتكامل هذه الأبعاد الأربعة ومؤشراتها لتشكل بمجموعها المادة الإمبيريقية التي اعتمدت عليها هذه الدراسة لرصد وتحليل انعكاس منظومة الخدمات الصحية على رفاهية وجودة حياة الأسرة كخلية ووحدة تحليل سوسيولوجية أساسية".

3- الأسرة الجزائرية:

إن تحديد مفهوم الأسرة يحتاج منا أكثر دقة وتركيز وذلك لأهمية المفهوم لأن مفهوم الأسرة يختلف من تخصص لآخر ومن مجتمع لآخر فالأسرة من منظور ثقافي تختلف تماما من منظور اجتماعي أو اقتصادي والأسرة في مجتمع معين تختلف عن مجتمع أخر فالمضمون الذي يعالج فكرة الأسرة هو الذي يحدد سياق تعريفها.

لهذا تعددت التعريفات التي تناولت مفهوم الأسرة بتعدد العلماء واتجاهاتهم النظرية والفكرية ووفق تلك الرؤية سنتناول مفهوم الأسرة كوحدة تحليل اجتماعية مصغرة معقدة تضطلع بأدوار الرعاية والتكيف والتفاوض والاستفادة من الأبنية الخارجية (المدرسة، الدولة، المستشفيات ....)، فالأسرة وفق رؤية دراستنا بوصفها خلية أساسية تتفاعل بشكل مباشر مع المنظومة الصحية وتجسد هذه الأخيرة بانعكاسها على المعاش الأسري.

أ- **الأسرة لغةً:** معنى الأسرة في اللغة يطلق على الدرع الحصينة [1] ،وعلى أهل الرجل وعشيرته الجماعة التي يربطها أمر مشترك [2] ،ويطلق على أسرة: عائلة، زوجة، الرجل وأولاده وأهل بيته.[3]

ب- الأسرة اصطلاحا:

❖ **من ناحية النصوص الشرعية:**

يعتبر الإسلام أن الأسرة هي اللبنة الأساسية للمجتمع فإن ازدهار الأمم باستقرار الأسرة ولهذا أكد الدين الإسلامي على تحديد الحقوق والواجبات داخل الأسرة لضمان استمراريتها والتأكيد على أهميتها فقد حدد شروط إقامة هذه العلاقة المتينة بالمودة والرحمة وذلك في قوله تعالى: ﴿ومن آياته أن خلق لكم من أنفسكم أزواجًا لتسكنوا إليها وجعل بينكم مودة ورحمة إن في ذلك لآيات لقوم يتذكرون﴾ [4]" وفي تفسير الطبري يقول: جعل بينكم بالمصاهرة ومودة تتوادون بها، وتتواصلون من أجلها، رحمة رحمكم بها، فعطف بعضكم بذلك على بعض "[5]

ولهذا فإن تكوين الأسرة يعني العيش ضمن عائلة تجمعهم خصائص متشابهة وتضمن لهم العيش في أمان وسلام، فالإسلام اعتبرها اللبنة الأولى لتكوين المسلم القوي الذي به تُبنى المجتمعات وتتطور، فكلما كانت الأسرة قوية بتمسكها بالمودة والرحمة وتحقيق شرع الله في الأرض تزيد من قوتها ومناعتها.

❖ **الأسرة من منظور سوسيولوجي:**

إن تناولنا لمفهوم الأسرة من الجانب السوسيولوجي سيأخذنا من مفهوم القيم والأخلاقيات العليا إلى الواقع المعيشي وأبعاده الاجتماعية والاقتصادية والسيكولوجية وبالتالي النظر للأسرة كوحدة بنائية تلعب أدوار مختلفة مع المؤسسات الأخرى ضمن المجتمع الكلي.

فقد عرف إيميل دور كايم الأسرة " بأنها ليست ذلك التجمع الطبيعي للأبوين وما ينجبانه من أولاد، بل إنها مؤسسة اجتماعية تكونت لأسباب اجتماعية، ويرتبط أعضاؤها حقوقيا وخلقيا ببعضهم البعض."[6] ومن البديهي أن دور كايم وظيفي فهو يرى الأسرة على أنها مؤسسة اجتماعية تقوم بعدة وظائف أهمها

---

[1] ابن منظور: مرجع سابق ،ص 13.

[2] مجمع اللغة العربية، المعجم الوسيط، ط2 ،ب ت، ص 37.

[3] المنجد في اللغة العربية المعاصرة، ط2 ،بيروت، دار المشرق ،2001 ،ص 23

[4] سورة الروم، آية 21.

[5] ابن مودود الموصلي: الاختيار لتعليل المختار دار الخير للنشر ، 1998 ،د/ط ،ص 78 الجزء 20.

[6] عبد القادر القصير، الأسرة المتغيرة في مجتمع المدينة العربية، دار النهضة العربية، ط 1 ،بيروت، لبنان ،1999 ،ص 34

التنشئة الاجتماعية والضبط الاجتماعي والتكامل الاجتماعي وبما أنها مؤسسة اجتماعية وظيفية فهي تتفاعل مع المؤسسات الاجتماعية الأخرى في المجتمع.

ولهذا يرى دور كايم أن الأسرة هي مؤسسة اجتماعية تتفاعل مع المؤسسات الاجتماعية الأخرى في المجتمع الكلي وهذا ما يجعلها في تفاعل مستمر بين الأنظمة قصد تطوير جوانب حياتها ومستوها المعاشي.

أما أنتوني غيدنز Anthony Giddens عرف الأسرة بأنها مجموعة من الأفراد يرتبطون ببعضهم البعض بروابط الدم أو الزواج أو التبني، والذين يمثلون وحدة اقتصادية، يعتبر الأعضاء البالغون فيها مسؤولين عن تربية الأطفال "[1] أما أنتوني غيدنز والذي يعتبر من أبرز منظري الاتجاه البنيوي الوظيفي الجديد أن الأسرة هي مجموعة من الأفراد يرتبطون ببعضهم البعض ووصفهم بوحدة اقتصادية.

ومن هذه النظرة نجد أن كلا من أجبرن ogburn و نيمكوف nimkoff في مؤلفهما المشترك الكلاسيكي " a hand book of sociology" يعرفان الأسرة بأنها: "رابطة اجتماعية تتكون من زوج وزوجة وأطفالهما، أو بدون أطفال أو من زوج بمفرده مع أطفاله، أو زوجة بمفردها مع أطفالها، وقد تشمل أيضا الجدة والأحفاد وبعض الأقارب، شريطة أن يكونوا مشتركين في معيشة واحدة مع الزوج والزوجة والأطفال أو بدونهم "[2]، فإن هذا التعريف يؤكد لنا أن الأسرة لتتكون يجب أن تجتمع في خصائص مشتركة وهي الرابطة والحجم والمعيشة المشتركة.

في حين ذهب تالكوت بارسونز " أن الأسرة هي أهم الأنساق فضلا عن نسق التربية والتعليم والمؤسسات أو التنظيمات العلمية والثقافية، ومن هنا نفهم أن المتطلبات الوظيفية تسعى إلى تحقيق نوع من الاستقرار والتوازن. ومن خلال نظريته للمجتمع فهو يرى أنه يتكون من مجموعة من النظم المتفاعلة مع بعضها البعض والتي تكسبه قدرا من الاستقرار، وأن الأنساق تخضع الأفراد لكوكبة من ميكانيزمات الضبط الاجتماعي تلك التي تعمل على وحدة المجتمع دون تفكك، كما أن البناء الاجتماعي هو البناء المعياري الذي يتمثل في الأدوار الاجتماعية المقررة التي تسندها القيم السائدة في المجتمع "[3]

وانطلاقا من هذه الرؤية التي تجعل من الأسرة نسقًا مهما ومحوريًا في تحقيق التوازن وهذا ما أكده الطرح الوظيفي الذي يرى ان استقرار البناء الاجتماعي يرجع لمدى كفاءة أدوار هذا النسق ولهذا جاءت

[1] أنتوني غيدنز، ، تر: أحمد زايد وأخرون :مقدمة في علم الاجتماع ، www.kotobarabia.com ، ص378

[2] قادية الجيلاني: الأسرة العربية، مؤسسة شباب الجامعة، 1995، ص 12

[3] صيام شحاتة: النظرية الاجتماعية من المرحلة الكلاسيكية إلى ما بعد الحداثة، ط1، مصر للنشر والتوزيع، 2009، ص 59

دراستنا في اسقاط هذه الأدوار على النسق الصحي باعتباره متطلبًا وظيفيًا لضمان وحدة واستقرار الأسر المبحوثة بولاية الوادي وعليه يمكننا صياغة التعريف الاجرائي للأسرة الجزائرية: والذي نقصد بالأسرة إجرائيا في هذه الدراسة على أنها هي تلك الخلية الاجتماعية داخل النسق والتي تتكون من (أب، أم، أبناء) المقيمين في ولاية الوادي والتي تمثل الوحدة المستفيدة والمستهدفة بالخدمات المؤسسة الصحية العمومية محل الدراسة .

ت – التعريف الإجرائي لمعاش الأسرة الجزائرية:

إذن فالأسرة الزائرة عينة الدراسة هي الوحدة السوسيولوجية متعددة الأبعاد تتفاعل بنياتها الرمزية والمادية داخل حقل اقتصادي –اجتماعي –نفسي – صحي، حيث تُعيد باستمرار بناء أنماط معاشها وفقًا لمواردها ووعيها وتفاعلها مع المؤسسات الصحية العمومية محل الدراسة، بما يعكس مستوى جودة الحياة ويكشف إمكانيات اندماجها في مشروع التنمية الاجتماعية والصحية.

كما أنها كوحدة تحليل اجتماعي تشكل فضاءًا لتداخل المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية والصحية، إذ يعكس تكوينها الداخلي ومستوى معيشتها إثر التحولات السوسيو–مؤسساتية وسبل توزيع الموارد، لاسيما في مجال الصحة العمومية، فهي تتفاعل مع النظام الصحي من موقع دراسة المعاش الأسري وعليه يتجسد المعاش الأسري إجرائيا في دراستنا الحالية من خلال مؤشرات الاستفادة من الخدمات الوقائية والعلاجية ومدى مساهمة تلك الخدمات المجانية ومدى توفرها في تخفيف العبء المادي وتحقيق الأمان الاجتماعي والصحي للأسر المبحوثة بولاية الوادي .

سادسا: المقاربات السوسيولوجية والمنهجية للدراسة:

رغم تأخر علم الاجتماع في الظهور كمجال بحثي ومعرفي مقارنة مع العلوم الطبيعية الأخرى ،لكنه استطاع تحقيق صيت من خلال أبحاثه ونتائجه والذي نال اعتراف واسع من التخصصات الأخرى، ومن أهم تلك الأبحاث المرض والصحة التي كان يُعتقد أن مصدرها بيولوجي ولكن مع الدراسات أُثبت العكس، وفي ظل ذلك برهن علم الاجتماع أن لا ظاهرة تخرج عن نطاقها الاجتماعي ومع التطور المعرفي وتوسع التخصصات والزيادة في الرصيد البحثي، تزايدت أهمية النظرة السوسيولوجية في كافة الميادين بحيث أصبح المجتمع متغير أساسي بداخلها. وكما يشير François Ewald المجتمع ليس له خارج societe Na Plus d exterieure.

فالأساس السوسيولوجي هو تفسير ووصف وتحليل الظاهرة الاجتماعية وكل ذلك وفقًا لاحترام المعايير وفهم الديناميات والسلوكيات التابعة لها فهناك علاقة بين الفرد والنظام ضمن أطر

الميكروسوسيولوجي (دراسة المحددات الاجتماعية والثقافية للمريض والأسرة والطبيب) والماكروسوسيولوجي (الأنظمة الصحية وخدماتها والسياسة المتبعة للتنمية الصحية).

وبما أن موضوع دراستنا حول الخدمات الصحية والصحة والأسرة ومعاشها ولهذا فتهتم به كل المجالات البحثية ،فتعتبر الصحة والأسرة من أهم القضايا الجديرة بالاهتمام والدراسة من قبل المفكرين والعلماء في الميادين المختلفة كالاقتصاد أو السياسة أو الاجتماع والأنثروبولوجيا ولهذا تعتبر من قضايا التنموية للشعوب ،وفي ضوء ذلك يرى المفكرين الاقتصاديين أن قضايا الصحة والأسرة لها دور في خلق التنمية الاقتصادية ،وعلماء الاجتماع يرون أن متغيري الصحة والأسرة لها دورًا فعالًا في إحداث التنمية الاجتماعية غير أن الأساس الحقيقي يكمن في أن الصحة والأسرة لهما دور كبير في خلق مستوى تنموي ومعيشي شامل للأفراد والدولة منها الاقتصادي والاجتماعي والصحي من خلال تفاعلها الواعي مع مؤسسات الدولة و ما تقدمه من الخدمات.

ولهذا حاول الكثير من الباحثين في المجالات الصحية والاجتماعية والاقتصادية تحديد مداخل نظرية لدراسة قضايا الصحة والأسرة، وهنا لا يمكننا فصل المقاربات السوسيولوجية التي تدرس ميدان الصحة والأسرة عن المداخل السوسيولوجية الكبرى التي طورها رواد علم الاجتماع أو النظريات الاقتصادية، وقد حددنا أهم النظريات لتبينهما ضمن إطار واضح لدراستنا من خلال انتقاء مقاربتين مركزيتين، هما مقاربتان مكملتان لبعضهما ولهذا سنحاول التطرق لكل منهما بشكل يخدم موضوع دراستنا:

1. النظرية البنائية الوظيفية

ينطلق التحليل الوظيفي في دراسته للمجتمع على أنه نسق من الوظائف والأدوار التي تربطها مجموعة معقدة من التفاعلات التي تسعى إلى استقرار النسق الكلي والحفاظ عليه و الأنساق الفرعية كالنسق الصحي (The Health Subsystem) ويتم تحليلها من زاوية وظيفتها وهي الحفاظ على قدرة الأفراد على أداء أدوارهم الاجتماعية وبالتالي ضمان استقرار النسق الاجتماعي وتوازنه.

فالبداية كانت مع أصحاب الاتجاه البنائي الوظيفي ومن أهم رواد هذا الاتجاه تالكوت بارسونز ويعتبر عالم الاجتماع الأمريكي تالكوت بارسونز[1] (Talcott .Parons1902-1980) وهو رائد من رواد الاتجاه الوظيفي ينطلق أصحاب هذه النظرية من أهمية الاستقرار والتوافق داخل المجتمع، فالمجتمع يتألف من أجزاء مترابطة ومتكاملة مع بعضها الآخر وهذا التوافق هو الاتفاق العام حول المعايير والقيم

[1] *تالكوت بارسونز :1902-1997 هو عالم اجتماع أمريكي من أبرز المنظرين في المدرسة الوظيفية البنيوية بحث في تطوير نظرية اجتماعية شاملة تفسر كيف تعمل المجتمعات والمؤسسات على تحقيق النظام والاستقرار، أهم مؤلفاته :بناء الفعل الاجتماعي 1973 ،

والتي تكون من خلال التنشئة الاجتماعية والتي بدورها تتحول إلى أدوار ومسؤوليات أعضاء المجتمع تجاه البعض ضمن احترام الحقوق والواجبات ،ومن خلال هذا الطرح تم التعامل مع قضايا الصحة والمرض كقضايا اجتماعية وتحديد أدوار المريض والطبيب وفق الأدوار الاجتماعية والضبط الاجتماعي، فيرى تالكوت بارسونز Talcott Parsons أن المجتمع نظام معقد يعمل بشتى أجزائه سويًا لتحقيق الاستقرار والتضامن بين مكوناته .

ووفقًا لهذه المقاربة، فإن "علم الاجتماع استقصاء علاقة مُكونات المجتمع بعضها ببعض وصلتها بالمجتمع برُمته وذلك بإظهار صلتها بغيرها من مؤسسات المجتمع لأن أجزاء المجتمع المختلفة تنمو بصورة مُتقاربة ببعضها ببعض."[1]

لقد عالج بارسونز فكرة وظائف الأسرة في "المجتمع الصناعي المعاصر الحديث الذي أخذ يتميز بالتنوع الوظيفي البنيوي، بسبب ظهور عدة مؤسسات اجتماعية، كل مؤسسة تمارس وظيفة معينة تتكامل مع وظائف المؤسسات الأخرى، وبالتالي نزع من الأسرة المعاصرة مجموعة من الوظائف: كالوظيفة البيولوجية الطبية والوظيفة التعليمية والوظيفة المهنية الاقتصادية وترك لها حسب "بارسونز " وظيفتان أساسيتان هما:

وظيفة التنشئة الاجتماعية والعناية بالأشخاص البالغين ويرى "بارسونز " أن وظيفة التنشئة الاجتماعية تشكل الوظيفة الأساسية للأسرة النووية. وهي وظيفة عالمية تمارسها جميع الأسر بدون استثناء والتنشئة الاجتماعية عند بارسونز تقوم على أساس إدماج ثقافة المجتمع في شخصية الفرد "[2]،وهنا لدراسة الوظيفية التي تقدمها المؤسسات الاجتماعية يجب علينا رصد ما تقدمه للمجتمع لضمان استمراريته واستقراره.

وبناء على تلك المعطيات فإن التنظيمات الصحية والأسرية على حد سواء هي أنساق اجتماعية تتكون من مجموعة أنساق فرعية هي بحد ذاتها انساقًا فرعية لنسق أكبر هو المجتمع ،ووفق تلك الرؤية فإن استمرار تلك الأنساق يستلزم حضور مجموعة من المتطلبات الوظيفية منها المواءمة وتحقيق الهدف ،والتدعيم ،والتكامل والكمون ، فالتنظيمات الصحية كالنسق الصحي الاجتماعي يُطبع عليه نظام تقسيم العمل ،ومستويات الإنجاز والفعالية فهي سمات تتميز بها هذه التنظيمات وفي المقابل تعد الأسرة أصغر الأشكال المورفولوجية داخل هذا المجتمع وتعكس الأسرة هنا ميزة وطبيعة هذا الأخير كما أن الأسرة

[1] أنتوني غدنز ،علم الاجتماع تر: فايز صياغ ،مركز الدراسات الوحدة العربية ،المنظمة العربية للترجمة ،لينان ،بيروت ،ط4، ص 74

[2] عبد الجبار شكري: التأسيس العلمي للسوسيولوجيا ،مؤسسة طيبة للنشر ،القاهرة ،ط1 ،2015، ص267

تتفاعل وتتأثر بالنظم الأخرى (كالنظام الاقتصادي، والنظام التعليمي، والنظام السياسي والديني والصحي) وتؤثر هي بدورها في هذه النظم فهي عملية تفاعلية تكاملية.

فالصحة ليست حالة سوسيولوجية أو منظماتية و اقتصادية و خدماتية فقط ولكنها حقائق نفسية واجتماعية وثقافية بل وكلية تتفاعل وتتشابك لتخدم جوانب حياتنا ،ويصبح هنا التحليل السوسيولوجي كاشفًا لهذه العلاقة ،فلقد أصبحت الأسرة والصحة من الموضوعات البحث السوسيولوجي حيث أعتبر كعنصر من النسق الاجتماعي موجه لحماية أفراد هذا النسق وتحقيق المستويات الصحية والمعيشية لهذا النسق ،فعلم الاجتماع الصحة يهتم بالأبعاد الاجتماعية للصحة بمعنى النظر إلى النظام الصحي كمؤسسة اجتماعية.

"فطالما استخدم الوظيفيون ،ومنهم كونت و دوركايم مبدأ المُشابهة العضوية للمقارنة بين عمل المجتمع بما يُناظره في الكائنات العضوية ،ويرى هؤلاء أن أجزاء المجتمع وأطرافه تعمل سويًا وبصورة مُتناسقة كما تعمل أعضاء الجسم ،كالقلب على سبيل المثال ،فإن علينا أن نُبين كيفية ارتباطه بأعضاء الجسم الأخرى ووظائفه وعند ضخ الدم في سائر أجزاء الجسم ،يؤدي القلب دورًا حيويًا في استمرار الحياة في الكائن الحي .وبالمثل ،فإن تحليل الوظائف التي يقوم بها أحد تكوينات المجتمع يتطلب منا أن نُبين الدور الذي تلعبه في استمرار وجود المجتمع ودوام عافيته.[1]

كما طرح زعيم المدرسة الوظيفية تالكوت بارسونز فكرة "دور المريض" بحيث يذهب في طرحه أن المرض ظاهرة غير مرغوب فيها لأنها تسبب خلل أو اضطراب في المجتمع ككل وقد يكون الخلل في مرض الخدمات الصحية وهي كنسق فرعي يؤثر بشكل مباشر على وظائف الأنساق الأخرى وقد يذهب المرض أيضا للأسرة إذ لو تضررت بأكملها أو أحد أفرادها بمرض أو خلل عضوي أو حتى نفسي قد يؤثر على الأنساق الأخرى أيضًا فقد تظل الواجبات والمسؤوليات ناقصة غير كاملة.

ومما سبق نستطيع القول إنه إذا كانت الخدمات ضعيفة تنتج لنا أسر ضعيفة جسديًا واقتصاديا وإذا مرضت أو ضعفت الأسرة يمرض المجتمع بأكمله. وهذا الطرح يتماشى مع الدراسات الدوركايمية خاصة مع مفهومي التضامن الاجتماعي والأخلاقي لموضوع الصحة وتقديمها للأفراد، أي بالروابط التي تشد المجتمع بعضه ببعض وتمنعه من الانزلاق إلى الفوضى أو مرض ككل.

وعليه ووفق الطرح البارسونزي فإن المؤسسات الصحية تعمل بحركة متناسقة لها أدوراها المحددة لضمان استمرارية النسق الكلي بما فيها الأسرة وبذلك صيانة التماسك الاجتماعي (صحيًا واقتصاديا

[1] عبد الجبار شكري، نفس المرجع، ص74.

واجتماعيا .....). وعليه "فالنظرية البنائية الوظيفية لا تهتم بالبحث عن أصل الأسرة وتطورها بل تنظر إليها بوصفها نسقًا اجتماعيا ذا أجزاء مكونة يربط بينها التفاعل.

وعلى ضوء هذه النظرية فإنه يمكن القول إن الأسرة هي الوحدة الأساسية لبناء المجتمع، ولهذا ينبغي تعزيزها ودعمها وتلبية حاجياتها من خلال عدة مدخلات أهمها الحصول على الرعاية الصحية وذلك من خلال تقديم خدمات صحية جيدة والتوعية الصحية، وتقريب وحدات العلاج للأسر المعوزة وإمكانية الوصول لكامل فئات المجتمع خاصة منها الفئات الهشة (النساء والأطفال والشيوخ .....)

2. المقاربة جودة الحياة

تعد دراسات جودة الحياة من الدراسات الحديثة نسبيًا رغم أنه لقي اهتمام الفلاسفة الأوائل أمثال أرسطو وما يسميه بالحياة الطيبة ،ويعتبر موضوع جودة الحياة من أكثر الموضوعات أهمية في علم الاجتماع وعلم النفس وطب ومهنة الخدمة الاجتماعية والإدارة ،ولهذا يجب التأكيد على أن مفهوم جودة الحياة أو جودة أحوال المعيشة هو مفهوم نسبي يختلف من بيئات اجتماعية وثقافية لأخرى ومن مجتمعات لأخرى ومن شخص لآخر فمنهم من يرى أن جودة الحياة هي الصحة والآخر يراها السعادة والرفاه النفسي وآخر يراها المال ومن هنا تتعدد الأبعاد والمؤشرات والاتجاهات المفسرة لمفهوم جودة الحياة.

ولهذا يعتبر مفهوم جودة الحياة من المفاهيم الحديثة وقد اهتم العلماء الاجتماعيون بهذا الموضوع على ضوء المؤشرات الاجتماعية المحددة لمستواه، ففي سنة 1947 وضعت المنظمة صحة العالمية (WHO) مفهوم ضمنيا لم يكن مدرجا من قبل وهو جودة الحياة وتوجه هذا المفهوم إلى الرعاية الصحية وفي ذات السياق تم تحديد تعريف الصحة على أنها حالة صحية جيدة تشمل الجوانب الفيزيولوجية والعقلية والاجتماعية وليس بالضرورة غياب المرض.

وقد برز الاهتمام بالمريض نفسه ليحدد رضاه تجاه ما يُقدم إليه في جوانب حياته المختلفة لأنهم أكثر الناس إحساسًا بقيمة حياتهم وكذلك تعتبر من أهم المقاييس التي شاع استخدامها في أوروبا في المجال الطبي والتي تعتمد على رأي المريض وليس الطبيب ولهذا قام بروفيل لانكشير وأوليفر وزملائه لجودة الحياة في 1997 (Lancashire Quality of life profile) وقد وجهت انتقادات كثيرة إلى هذا المقياس، إلى أن ظهر مقياس مانشستر المختصر (Manchester Short. Assessment of quality of life) والذي يمكن اعتماده بصورة مختصرة لبروفيل لانكشير ويتكون من (24) فقرة (16) منها تقيس الجوانب الموضوعية (لقاء الأصدقاء ،التعرض لعدوان) و(12) فقرة منها تقيس الجوانب الذاتية عن حياة المريض عمومًا ،كالرضا عن العمل وعن التدريب والوضع المالي وعدد الأصدقاء

وجودتهم والسكن والإقامة والحياة الجنسية والعلاقات الأسرية والصحة الجسمية والنفسية ،وأن مفهوم جودة الحياة الذي بني على أساس عام وشامل ولا يقتصر على المريض فقط ،وقد اهتمت الدراسات الطبية في مجالات جودة الحياة بنوعية حياة الأشخاص الذين يعانون من الأمراض مثل مرضي السكر ،والسمنة المفرطة ،والأمراض النفسية ،المعوقين ،والشيخوخة ،والقلب والسرطان بأنواعه ومتعايشي الإيدز ،والإدمان على المخدرات "[1]

"يتفق الباحثون في أن أصل كلمة الحياة شعار سياسي أمريكي ،رفعه ليدون جنسون Lydon johnson 1964 في خطابه للأمة كاستجابة لدستور جيفرسون Jeffersin الذي جعل من السعادة حق لا حياد عنه لكل مواطن أمريكي وفي منتصف السبعينيات قام فريقان من شيكاغو ويذياندرز بإجراء بحوث وطنية اعتبرت الأولى من نوعها حول الصحة العالمية مصطلح جودة الحياة وأوضحت أن للأفراد الحق في الرعاية النفسية وجودة حياة كافية وذلك طبعا بالإضافة إلى الرعاية الفيزيولوجية، ليشير فيرناندیز باليستيروس Fernandez Ballesteros إلى أن مصطلح جودة الحياة يعتبر مصطلحا أساسيا في علوم عدة منها علم البيئة والصحة والطب والاقتصاد والسياسة والجغرافيا وعلم النفس وعلم الاجتماع "[2]

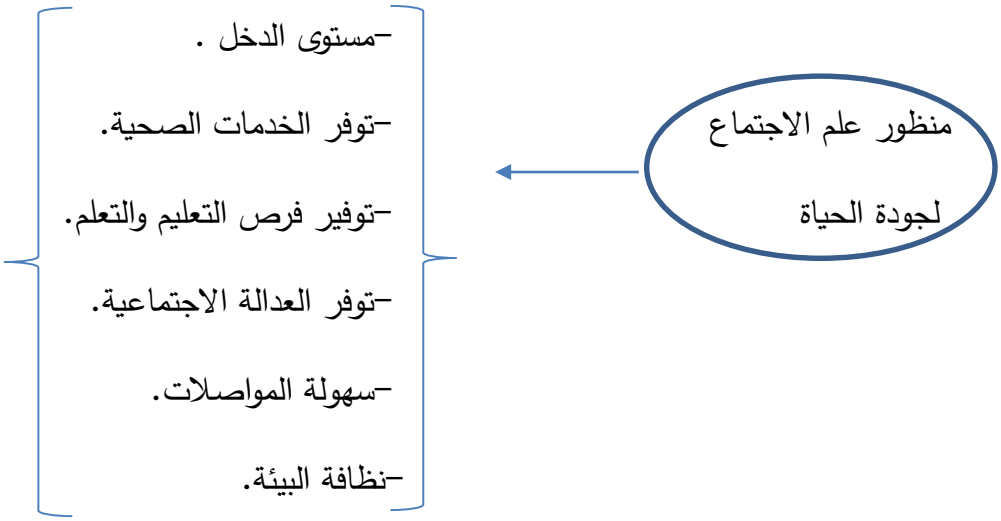
وهذا ما أكده الأنصاري " أن مفهوم جودة الحياة ترتبط بصورة وثيقة بمفهومين آخرين أساسين وهما :الرفاه والتنعيم ،كذلك يرتبط مفهوم جودة الحياة بمفاهيم أخرى مثل : التنمية (توسيع خيارات متعددة تضم حريات الإنسان ،وحقوق الإنسان والمعرفة وتعتبر هذه الخيارات ضرورة لرفاه الإنسان والتقدم الترقي في حال الإنسان في الحياة نتيجة للتطور المعرفي والعلمي (التحسن وإشباع الحاجات) الشعور بارضا والارتياح ،والأمن عند إشباع الحاجات والدوافع) فضلا عن الفقر (أي فقد الدخل أو اللامساواة الاقتصادية وفقر التنمية الإنسانية الذي يحد من قدرات الإنسان والبلدان على الاستخدام الأفضل لمواردهم الإنسانية والمادية على حد سواء).[3]

[1] جوان إسماعيل بكر :جودة الحياة وعلاقتها بالانتماء والقبول الاجتماعيين،ط1 ،دار الحامد للنشر ،2012 ،ص 55

[2] مشري سلاف :جودة الحياة من منظور علم النفس الايجابي ،مجلة الدراسات والبحوث الإجتماعية ،العدد 8 ،2014 ص 215

[3] بن شمسة أمال: مدى تأثر جودة الحياة بالمستوى الصحي، مجلة الرسالة للدراسات والبحوث الانسانية، المجلد 07، العدد03 ،2022، ص 527

الشكل رقم 01: المؤشرات الموضوعية لمؤشرات جودة الحياة



المصدر: جوان إسماعيل بكر: مرجع سابق، ص49

ويمثل الشكل التالي المقاربة المادية والبنيوية لجودة الحياة بحيث نلاحظ أن جودة الحياة حسب علم الاجتماع ليست رضا أو عدم الرضا بمعنى شعورًا معزول عن الخارج بل هي نتيجة لتوفر مجموعة من الشروط الموضوعية في المحيط الخارجي للفرد فمثلا إن توفر الخدمات الصحية يعتبر من الرفاه الاجتماعي (Social Well-being) والتي بدورها أيضا تعتبر من المؤشرات التي تحقق التوازن داخل المجتمع وذلك من خلال ضمان توزان معاش الاسر (تقليل الاستنزاف الدخل، التخفيف من الأعباء النفسية والاجتماعية، توفير الأمان الصحي...).

وعليه يجب التنويه والتذكير أن معايير جودة الحياة تختلف من مجتمع لأخر ومن بيئة لأخرى. فهناك دول عالم الثالث وعالم مُتقدم لذا أصبحت الدراسات والأبحاث تبحث في مواضيع الرفاه والجودة المعاشية والصحية والخطط التنموية والفقر والغنى .... بحسب ذلك وضعت الدول خطط لتوفير بعض الرفاه لمواطنيها وإنشاء صناديق لمساعدة الدول النائية وخصوصًا في الجانب الصحي والخدمات الصحية المقدمة لمواطني الدول وذلك لأجل النهوض بالمجتمعات للأفضل ومن هنا تتجلى أهمية دراستنا فإن توفير خدمات صحية جيدة وذات مستوى من الرعاية الصحية للأسر ،يساعد على توفير الشعور بالرضا لديها ،وبذلك الوصول للحد الذي يسمح بمستوى معيشي يحفظ الضرورات اللازمة منها الاستقرار المادي والخدمات الضرورية واللازمة للصحة الجيدة و احترام الذات والعلاقات المستقرة والراحة النفسية وهذا ما يسهم في بناء أسر متوازنة على كافة المستويات.

ولهذا فإن الجودة في الحياة الأسرية تعد من المفاهيم العملية والعلمية وإن كانت لم تأخذ الاهتمام الكافي بسبب حداثة المفهوم فهو يستخدم للتعبير عن الرقي في مستوى الخدمات المادية والاجتماعية

التي تُقدم لأفراد المجتمع. ويقصد بذلك مدى إدراك الأفراد ورضاهم عن إشباع هذه الخدمات لاحتياجاتهم (المادية والاجتماعية والصحية) والمؤسسات الصحية وخدماتها ومستواها من المؤثرات المباشرة في المستوى المعيشي للأسر فإن مثلا انخفاض مستوى الخدمات الطبية والصحية يؤثر على قدرة الأسر متوسطة الحال على الوصول للأطباء المختصين (الأمراض الباطنية، وطبيب الأطفال ...) في المؤسسات الصحية العمومية ما يؤدي إلى انخفاض الرعاية الصحية والطبية واحتمال تدهور صحة الأفراد ومعيشتهم داخل الأسرة وأيضا على الصحة العامة.

2-1 مؤشرات جودة الحياة:

وهي تلك المؤشرات القابلة للملاحظة والقياس المباشر ،وحسب أبو حلاوة هي تلك "هي تلك المؤشرات القابلة للقياس الكمي التي تتعلق بالمتغيرات المؤسسة لجودة الحياة وذلك من خلال مثل :حجم ومستوى المرافق والخدمات الموجودة بالمناطق السكنية والمؤسسات التي تقدم جميع الخدمات الصحية والعلاجية والغذائية ،والمدارس والهيئات التعليمية وأماكن ووسائل الترويج المتاحة ،والأنشطة الاقتصادية الشائعة والسلع المتوفرة والمؤسسات القائمة على تحقيق الأمن ،وكذلك مثل أوضاع العمل ،ومستوى الدخل ،المكانة الاجتماعية والاقتصادية وحجم المساندة المتاح من شبكة العلاقات الاجتماعية .[1]

وبما أن موضوع دراستنا يتناول مستوى الخدمة الصحية ومعاش الأسرة الجزائرية فإن هناك اتفاق على ارتباط هذين الموضوعين بالرضا الاجتماعي وجودة الحياة فالخدمة الصحية العمومية عاملاً من عوامل تحقيق جودة الحياة الاقتصادية والنفسية والاجتماعية كذلك يرتبط المعاش والجانب الاقتصادي بتحقيق الجودة، فالاتجاه الاجتماعي يفسر موضوع جودة الحياة وكما تناوله دانييال بييل Danial Bell أربعة مجالات يفسر من خلالها جودة الحياة الاجتماعية وهي:

الاحتياجات الاجتماعية كالإسكان ،التعليم ،والصحة ،فمستوى الخدمات الصحية يعتبر مؤشرا لتحقيق الجودة والصحة الاجتماعية والنفسية أحد ركائز التوزان الاجتماعي لا سيما أن الخدمات الصحية العمومية تنعكس أيضا على الحياة الاقتصادية والاجتماعية والصحية ، ولهذا تعد الخدمات الصحية إحدى الآليات المركزية التي تعتمد عليها المؤسسات الحكومية والاجتماعية في تعزيز الرفاهية العامة للمجتمع بصفة عامة والأسرة بصفة خاصة، إذ تشكل المؤسسات الصحية وخدماتها الواجهة التقنية والعملية بقدر توفرها وفاعليتها والتي تسمح للدولة للقيام بالتدخل في حياة الأفراد خاصة من ناحية الاندماج الاجتماعي والشعور بالأمان الاجتماعي وتحسين جودة الحياة وتطويرها بمختلف أبعادها

[1] أبو حلاوة محمد السعيد :جودة الحياة ،المفهوم والأبعاد ،فعاليات المؤتمر العلمي السنوي لكلية التربية ،كلية الدمنهور ،الإسكندرية ،2010 .

الصحية والاجتماعية والاقتصادية ،وتوضيح كيف تؤثر على الخدمات الصحية والسياسات الصحية ويجب أن ننوه على أنه لاتعد مقاربة جودة الحياة نظرية تفسيرية بالمعنى الصارم ،بل هي إطار مفاهيمي متعدد الأبعاد وسنحاول استخدامه لتحليل آثار الخدمات الصحية على الحياة اليومية للأفراد ،كما أنه تفسر جودة الحياة على أنها نتيجة لعمل البناء الكلي الشامل الذي يتكون من مجموعة من المتغيرات المتنوعة التي تهدف إلى إشباع الحاجيات الأساسية من (البيئة الخارجية) للأفراد ويمكن قياس هذا الإشباع بواسطة مؤشرات موضوعية وأخرى ذاتية فإذا كلما ارتقى الفرد إلى مرحلة جديدة وامتلك معلومات كافية فتلح عليه هذه المرحلة بمتطلبات جديدة أكثر رقي من سابقتها وهنا يصبح الفرد لزاما عليه أن يظهر الرضا أو عدم الرضا .

وهذا ما يأخذنا بتزامن مع رؤية تالكوت بارسونز Talcott Parsons في أن الصحة هي جزء من النسق الاجتماعي وأن المرض يعطل الأدوار الاجتماعية، لذلك النظام الصحي يعيد إنتاج النظام ككل وإذا مرض النظام الصحي أو حدث خلل في الخدمات الصحية قد يؤدي إلى عدم التوازن في الأنظمة الكلية والإنسان هو هدف التنمية النهائي وهو صانعها ووسيلتها في الوقت نفسه ولهذا فإن جمعنا للنظرية البنائية الوظيفية كنظرية كلاسيكية تقدم اطار تفسيري للمؤسسة الصحية العمومية كنسق فرعي وظيفته الأساسية هي الحفاظ على التوازن الكلي وأما مقاربة جودة الحياة جاءت لتكمل المشهد من خلال قياس الأثر النوعي لهذه الوظيفة على معاش الاسرة ،ولأن الخدمة الصحية إحدى الركائز الأساسية في تحقيق المشروع المجتمعي ،إذ مهمتها تتعدى تقديم الرعاية الطبية المستعجلة بل تتجاوز ذلك لتصبح أداة فعالة في تحقيق التنمية الاجتماعية والجودة المعيشية والصحية ،فمن خلال ما تقدمه مستويات الخدمة الصحية الأولية والثانوية فتساهم المؤسسة الصحية كأداة للخدمة الصحية والسياسات الصحية في تعزيز رأس المال البشري وتمكين الفئات الهشة وتكريس مبادئ العدالة الاجتماعية والمساواة في فرص الولوج إلى العلاج .كما تشكل هذه المؤسسة فضاء دينامي يتقاطع فيه البعد التقني مع البعد الإنساني ،حيث تُعاد صياغة العلاقات بين الدولة والمواطن ،وتجسد التفاعلات بين الأفراد والنُظم الاجتماعية ،وبالتالي فإن مستوى أداء المؤسسة الصحية بكفاءة وفق المنظور البارسونزي يساهم بضرورة في رفع مؤشرات الجودة في الحياة الموضوعية (كالأمان الصحي وحماية الدخل المادي..) والمؤشرات الذاتية (كالشعور بالرضا والاطمئنان..) و بناءًا على ما تم طرحه فإن جودة الحياة في دراستنا هي النتيجة الوظيفية لاستقرار النسق الصحي فكلما استقرت المؤسسة الصحية ونجحت في أداء أدوراها (الوقائية والعلاجية) تعززت جودة حياة الاسرة مما يضمن استمرارية البناء الاجتماعي ككل.

سابعًا: الدراسات السابقة

سنحاول عرض بعض الدراسات السابقة التي تناولت موضوع الخدمات الصحية ومعاش الأسرة، حيث تنوعت هذه الدراسات فيما بينها من حيث المنهج وموضوع الدراسة وذلك باختلاف وجهات النظر المختلفة والثابت أن التقصي في حيثيات هذه الدراسات سيشكل سندا لمضامين إشكاليتنا بل وهي نقطة انطلاق للدراسة الحالية.

وبعد البحث والتقصي ومراجعة العديد من البحوث والدراسات ورسائل الماجستير والدكتوراه بغرض تحديد الأطر العامة للدارسة وتعزيزها، ولهذا لقد تم تحديد الدراسات التالية والتي تتفق مع أهداف هذه الدراسة والتي ترتبط بالإشكالية ومتغيري الدراسة الحالية، وتم تقسيم الدراسات السابقة إلى قسمين قسم خاص بالمتغير الأول وأبعاده (الخدمات الصحية والمؤسسات الصحية) وقسم آخر خاص بالمتغير الثاني (المعاش والأسرة).

1- الدراسات المتعلقة بمتغير " الـــخدمـــات الصـــحيـــة "

الدراسة الأولى: وفاء سلطاني "تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها "[1]،وهي دراسة ميدانية نظرية، وقد جاءت إشكالية الدراسة حول كيف يمكن تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر، وما هي آليات تحسينها؟

ومن خلال الإشكالية الرئيسية صاغت الباحثة تساؤلات الفرعية:

- ما هو الإطار النظري والمفاهيمي للخدمات الصحية؟

- ما هي أساليب تقييم الخدمات الصحية وآليات تحسينها؟

- كيف يمكن تقييم مستوى الخدمات الصحية في ولاية باتنة باستخدام SERVQUAL وماهي آليات تحسينها؟

وجاءت أهداف الدراسة: بدراسة الصورة العامة إلى تقييم مستوى الخدمات الصحية والمساهمة في تحسينها:

- ✓توضيح الإطار النظري للخدمات الصحية وطرق تقييمها.
- ✓تسليط الضوء على واقع الخدمات بالمنظومة الصحية في الجزائر عامة وفي ولاية باتنة بصفة خاصة.
- ✓الكشف عن ظروف عمل مقدم الخدمات (الطاقم الإداري، الطبي والشبه الطبي) ومختلف العراقيل التي تواجهه خاصة مع الإضرابات المتعددة والمستمرة التي باشرها عمال القطاع.
- ✓تقييم مستوى الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسات الصحية.
- ✓معرفة موقف المؤسسات الصحية في ولاية باتنة من آليات التقييم ومدى استعمالها أو العمل بنتائجها.
- ✓المساهمة في الإثراء المعرفي في مجال الخدمات الصحية .
- ✓المساهمة في تحسين مستوى الخدمة الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية .

المنهج المعتمد: اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي التحليلي.

العينة: ولقد اعتمدت الباحثة على العينة الطبقية بسبب أن مجتمع الدراسة غير متجانس، نظرا لأنه يتألف من فئات وطبقات مختلفة، وقدر مجتمع الدراسة بـ (1360 فردًا).

[1] وفاء سلطاني : تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر و آليات تحسينها "دراسة ميدانية بولاية باتنة ،أطروحة دكتوراه الطور الثالث ل.م.د في علوم التسيير ،شعبة تسيير المنظمات ،سنة 2016/2015

وقد توصلت الدراسة إلى: مجموعة من النتائج وهي:

– اثبتت دراسة الباحثة إمكانية تطبيق نموذج SERVQUAL لتقييم مستوى الخدمات في المجال الصحي.

– يقيم أفراد العينة الخدمات الصحية من ناحية كل معايير تقييما إيجابيا.

–أكثر المعايير تأثيرا على رضا الفرد هما معياري الثقة والاستجابة.

– يتدخل افراد العينة في تحسين الخدمات الصحية في عدة جوانب خاصة فيما يتعلق في تقييم نتائج العاملين.

الدراسة الثانية: كميلية قرنان، "توزيع المرافق الصحية في الجزائر "[1]

دراسة ميدانية ، وقد جاءت إشكالية حول كيف يتم توزيع المرافق الصحية في الجزائر؟

ومن خلال الإشكالية الرئيسية صاغت الباحثة تساؤلات فرعية:

– هل عملت الدولة الجزائرية على تكافؤ في توزيع المرافق الصحية عبر أقاليم التراب الوطني؟
– ماهي أهم الخدمات الصحية المقدمة لدى المرافق الصحية عبر أقاليم التراب الوطني؟
– ماهي الحالة الصحية ومعدلات النشاط الاستشفائي للسكان في الجزائر حسب كل مرفق صحي؟
– هل توجد علاقة بين المرافق الصحية والخدمات الصحية وعدد السكان عبر أقاليم التراب الوطني؟
– ماهي الاحتياجات الصحية في الجزائر لأفاق 2080.

كما جاءت أهداف الدراسة: في تقصي حيثيات هذا الموضوع نظرا لأهميته وذلك من خلال معرفة أنواع المرافق الصحية والمهام الموكلة إليها ومعرفة توزيع الموارد البشرية والمالية والمنشآت القاعدية لمرافق الصحية لسنتي 2008 و2015، ومعرفة مدى عمل الدولة الجزائرية على التكافؤ في توزيع المرافق الصحية بين ولايات الوطن ومعرفة الاحتياجات في المجال الديموغرافي والصحي.

المنهج المعتمد: اعتمدت الباحثة المنهج الوصفي الكمي والمنهج المقارن.

وقد توصلت الدراسة إلى: ترتكز السكان في الجزائر في الولايات التالية: الجزائر 8.71 % ثم وهران بنسبة 4.73 % ثم سطيف بنسبة 4.43% ثم الجلفة 3.53 % ثم باتنة 3.13 % ثم تيزي وزو هذه

[1] كميلية قرنان: توزيع المرافق الصحية في الجزائر، مذكرة لنيل شهادة الدكتوراه في الديموغرافيا تخصص السكان والتنمية، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية جامعة باتنة 1 سنة 2020/2019.

الولايات الأكثر استقطابا للسكان نتيجة جميع متطلبات الحياة سواء كانت اقتصادية كتوفر مناصب الشغل وصحية كتوفر المرافق الصحية وتربوية كتوفر المدارس.

-الهرم السكاني لسنتي 2015و2080 يوضح أن يوجد تقلص في نسبة فئة الشباب في الجزائر.

-تزايد عدد المستشفيات والاسرة والأطباء حسب كل ولايات الوطن لأفاق 2045 .

الدراسة الثالثة: إبراهيم لكموتة، محمد فيصل مايدة ،"تقييم جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية بالجزائر .دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية بن عمر الجيلاني بالوادي.[1]

جاءت هذه الدراسة لتسليط الضوء على واقع جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية ولهذا طرح الباحثين التساؤل التالي:

ما مدى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات العمومية الاستشفائية في الجزائر؟

ومن خلاله تم طرح الفرضيات التالية:

- يتم تقييم جودة الخدمات في المؤسسة الصحية بالاعتماد على مدى توفرها على الإمكانيات المادية والبشرية.
- نقص الإمكانيات المادية المشكل الأساسي الذي يعرقل الطاقم الطبي عن تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية في المؤسسات العمومية الاستشفائية بالوادي.
- تعتمد المؤسسة العمومية الاستشفائية بالوادي على مستويات محدودة لتقييم جودة خدماتها.

المنهج المعتمد في الدراسة: ولأجل تقييم الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية قام الباحثان بإتباع المنهج الوصفي التحليلي وذلك لجمع الحقائق والمعلومات عنها ومن ثم تحليلها للوصول إلى النتائج والتوصيات.

عينة الدراسة: لقد حدد الباحث عينة الدراسة بطريقة العشوائية الطبقية من مجتمع الدراسة ولهذا لقد تحصل الباحث على 278 استبانة وبناءً على الاستبانات المتحصل عليها من إعداد الجداول الإحصائية

[1] إبراهيم لكموتة ،محمد فيصل مايدة :تقييم جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية بالجزائر ،مجلة المنهل الاقتصادي ،المجلد 4 العدد02 ،أكتوبر 2021 .

وتحليلها إحصائيا والتي قام باستخدام قياس مؤشرات الجودة (أبعاد جودة الخدمة). ومن خلال معالجته للاستبيانات تحصلا على النتائج التالية:

- ✓ أن محور قياس مؤشرات الجودة (أبعاد جودة الخدمة) في المستشفيات العمومية الجزائرية من وجهة نظر المرضى ومن خلال عبارات هذا المحور فتحصلت الدراسة على حققت وزن نسبي موافقة متوسطة بمتوسط حسابي 3.29 وانحراف معياري 0.87 أما العبارات التي تحصلت على أعلى متوسط فجاء الموقع الاستراتيجي للمستشفى والذي سهل إمكانية الوصول إليه بسرعة وسهولة بمتوسط حسابي قدر بـ3.82 مما يعني أن الموقع قريب من المواصلات ومتوسط التكاثف السكاني بالمنطقة في جاء أقل متوسط حسابي بقيمة 2.78 للعبارة امتلاك المستشفى تجهيزات وأدوات طبية ومعدات تقنية حديثة ومتطورة مما يعني أن المؤسسة الصحية بن عمر الجيلاني تعاني من عدم توفر التجهيزات الطبية بشكل عام .
- ✓ أما في خصوص محور الاعتمادية فبلغ مجموع الإجابات الوزن النسبي حيث كانت الموافقة المتوسطة حيث قدر المتوسط الحسابي لمجموع فقرات البعد بـ 3.23 وانحراف معياري 1.06.
- ✓ أما محور بُعد الاستجابة حيث حقق وزن نسبي موافق بمتوسط حسابي 3.58 وانحراف معياري 0.82 مما يعني أن الطاقم الإداري في المؤسسة الصحية العمومية يقدم خدمات إدارية ذات جودة.
- ✓ أما محور الأمان والثقة وحقق هذا وزن نسبي بدرجة موافقة متوسطة بمتوسط حسابي لمجموع فقراته بـ3.14 بانحراف معياري 0.87 فيما يخص ثقة المرضى اتجاه المؤسسة الصحية العمومية.
- ✓ أما بُعد التعاطف والرضى في العينة كانت موافقة حيث قدر المتوسط الحسابي لمجموع فقراته بـ3.53 بانحراف معياري 0.96 ويدل على اتفاق نسبي بين العينة بحيث ترى أن المؤسسة الصحية العمومية .

الدراسة الرابعة: فريدة علي باشا: الخدمات الصحية للأمهات والأطفال الرضع في الجزائر [1]

تهدف الدراسة إلى عرض الخدمات للرعاية الصحية للأم والطفل الرضيع من خلال تحقيق وزارة الصحة والسكان لسنة 2018 ورؤية شاملة ووطنية حول القطاع الصحة في الجزائر ومعالجة البيانات بالتفصيل (الموارد المادية، والموارد البشرية، النشاطات). وذلك حسب الولايات والتغطية الطبية.

[1] فريدة علي باشا: الخدمات الصحية للأمهات والأطفال الرضع في الجزائر، مجلة أفاق وأفكار ،المجلد 11 العدد03 2023،

النتائج المتحصل عليها:

- أن ولايات الجنوب أحسن تغطية بأسرة المستشفيات من المناطق الأخرى في الوطن كما كشف وجود فروقات كبيرة في توزيع الأطباء المختصين في طب النساء وطب الأطفال على المستوى الوطني .
- يعالج الطبيب المختص في طب النساء في ولايات الجنوب الكبير 8 مرات أقل من النساء مقارنة مع الطبيب في ولايات الشمال الوسط والشمال الشرقي .
- هناك عدم مساواة في التغطية الصحية في ولايات الوطن .

ب- الدراسات السابقة المتعلقة بمتغير الأسرة الجزائرية ومستواها المعيشي:

الدراسة الأولى: دراسة سعيدي بشيش فريدة[1]: "الأسرة الجزائرية والتحولات الاجتماعية والاقتصادية"

تنطلق الدراسة من وصف الوضع الراهن للأسر الجزائرية في ظل التحولات الاجتماعية والاقتصادية ولهذا انطلقت من الإشكالية الرئيسية التالية: كيف هو وضع الأسرة الجزائرية الراهن في ظل التحولات الاجتماعية –الاقتصادية؟

وفصلت الباحثة التساؤل الرئيسي لتساؤلين الفرعيين:

✓ما هي التغيرات التي طرأت على بناء الأسرة الجزائرية في ظل التحولات الاجتماعية –الاقتصادية؟
✓ما هي التغيرات التي طرأت على وظائف الأسرة الجزائرية في ظل التحولات الاجتماعية والاقتصادية؟

ولهذا سعت الباحثة من خلال دراستها للكشف على أهم مظاهر التغير الذي طرأ على الأسرة الجزائرية المعاصرة وذلك من خلال التعرف على شكل الأسرة الجزائرية نوعها وحجمها وأسلوب حياتها.

المنهج المعتمد: وقد اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي ولأنه يقدم للباحثة صورة تحليلية وصفية لديناميكية العلاقة بين التحولات الاجتماعية –الاقتصادية والتغيرات التي أصابت الأسرة الجزائرية.

العينة: اعتمدت الباحثة العينة العشوائية المنتظمة فاختارت 120 أسرة من مدينة عنابة وذلك بتوزيع عليها استمارة شبه مقننة مكونة من 92 سؤالا موجه للزوج والزوجة.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية الخاصة بمحور التحولات المجتمعية في المجتمع الجزائري وأثره على الأسرة:

[1] سعيدي بشيش فريدة: الأسرة الجزائرية والتحولات الاجتماعية والاقتصادية، دراسة ميدانية منشورة عن مطبعة الأيام للنشر، ط1 عمان، الأردن ،2020.

✓يوجد نسبة 72.50 % من عينة الدراسة يقومون بتنظيم تقليص حجم الأسرة ويفضلون تشكيل الأسرة النواة وذلك بسبب أن الأسرة الجزائرية تعي جيدا وجوب تحديد نسلها بسبب الظروف الاقتصادية والاجتماعية

✓أظهرت نتائج الدراسة أن نسبة 52.50 % يتراوح دخلهم الشهري ما بين 30000 دج، وهذا الأجر لا يكفي احتياجات الأسرة ومع غلاء المعيشة وانخفاض القدرة الشرائية.

✓ أثبتت نتائج الدراسة أنه لضمان مستوى المعيشي كريم في الجزائر يجب ألا يقل الراتب الشهري للأسرة عن 24790 دج، وأثبتت الدراسة أن 24.16 % من عينة البحث دخلها أقل من 25000 دج.

✓نسبة 67.50 % من عينة الدراسة ولعدم كفاية الدخل الشهري تلجأ الأسر للاستدانة لمحاولة مواجهة متطلبات الأسرة.

الدراسة الثانية: فريدة مشري [1]" الأسرة والصحة دراسة سوسيو أنثربولوجية لمرضى السرطان"

دراسة ميدانية توصف واقع الوضع العام للأسر التي يعاني أحد أفرادها من السرطان، فانطلقت الدراسة من الإشكاليات الفرعية التالية:

– ما هي طبيعة التغيرات التي يحدثها مرض السرطان على مستوى حياة الأفراد؟

– ما هي العوامل التي تؤثر، وتخلق هذه التغيرات والآثار في حالة مرض السرطان؟

– هل تعتبر هياكل العلاج "مركز المكافحة السرطان " مجال علاجي يتعامل مع المرض كواقعة عضوية فقط أم هو عالم اجتماعي يعكس خصوصية واقع سوسيولوجي؟

– هل نستطيع اعتبار المسار المرضي للمصاب بمرض السرطان كمؤثر سوسيولوجي لفهم خصوصية بنية المجتمع الجزائري من خلال وضعية هياكل العلاج في النسق الاجتماعي ومن خلال خصوصية التغير الأسري وكذلك المرجعة السوسيو أنثربولوجية للصور المرافقة لمرض السرطان؟

وجاءت أهداف الدراسة كآلاتي:

– المرض يحدث التغيرات في جميع جوانب الحياة الاجتماعية للمريض.

– يتسبب مرض السرطان في تكلفة نفسية، واجتماعية، واقتصادية تمس المريض ومحيطه وهذه التكلفة يرافقها عمل تسيير مرتبطة بخصوصية الأمراض المزمنة عامة ومرض السرطان خاصة.

[1] سعيدي بشيش فريدة: الأسرة الجزائرية والتحولات الاجتماعية والاقتصادية، دراسة ميدانية منشورة عن مطبعة الأيام للنشر، ط1 عمان، الأردن ،2020

– يعتبر التمثل الاجتماعي لمرض السرطان عاملا أساسيا في فهم الآثار الناجمة عن الواقع الجديد، وعمل التسيير المرافق له.

– يظهر تسيير المرض في هياكل العلاج التفاعل الحاصل بين المريض وأسرته وهذا المجال الاجتماعي من خلال مختلف الفاعلين فيه.

– يفرز المرض كمنتج لوضعية اجتماعية جديدة عمل تسيير على مستوى اليومية عامة والحياة الأسرية خاصة.

المنهج المعتمد: وقد اعتمدت الباحثة على منهج البحث وذلك بالاعتماد على المنهج الكيفي بهدف استكشاف وفهم الواقع الاجتماعي للأمراض المزمنة.

العينة: وبما أن الدراسة كيفية استخدمت الباحثة المقابلة مع أسر المرضى والفريق المعالج (أطباء، ممرضين، إداريين).

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

– كشفت الدراسة أن عبء المرض يتجاوز المريض ليشمل المحيط الأسري، مخلفاً تكاليف نفسية واجتماعية واقتصادية باهظة، تتطلب استراتيجيات تكيّف معقدة لإدارة الأزمات المتكررة الناتجة عن تطور المسار المرضي.

– أكدت النتائج أن "مركز مكافحة السرطان" ليس مجرد فضاء تقني للعلاج العضوي، بل هو نسق اجتماعي تفاعلي يعكس خصوصية المجتمع الجزائري، حيث تتشابك فيه علاقات المريض وأسرته مع الطاقم الطبي والإداري ضمن ثقافة سوسيولوجية محددة.

– ظهرت الدراسة أن التصورات الذهنية والتمثلات السوسيو–أنثروبولوجية المرتبطة بمرض السرطان في الثقافة المحلية تلعب دوراً حاسماً في كيفية تقبل المرض، وتؤثر بشكل مباشر على فاعلية المسار العلاجي وطرق مساندة الأسرة للمريض.

–خلصت الدراسة إلى أن فهم "المسار المرضي" للسرطان يعد مدخلاً سوسيولوجياً مهماً لفهم بنية المجتمع الجزائري وتحولاته، من خلال رصد التغير في التضامن الأسري ووضعية المؤسسات الصحية داخل النسق الاجتماعي العام.

الدراسة الثالثة : رزيقة بن قسيمة "المشكلات الاسرية وديناميكية التغيرات السوسيوإقتصادية في الأسرة الجزائرية "[1]

دراسة ميدانية، وقد جاءت إشكالية حول ما لعلاقة بين المشكلات الأسرية والتغيرات السوسيوإقتصادية؟

ومن خلال الإشكالية الرئيسية صاغت الباحثة تساؤلات فرعية:

- هل خروج المرأة للعمل يؤدي إلى عدم الاستقرار الأسري؟
- كيف للتدبير المنزلي لأن يحدث مشكلات أسرية؟
- إلى أي مدى يؤثر كيفية الإنفاق على الأسرة؟

كما جاءت أهداف الدراسة:

- التغيرات السوسو إقتصادية التي تشكل مشكلات أسرية .
- الأسباب الحقيقة لحدوث مشكلات أسرية .
- طبيعة التغيرات السوسيو إقتصادية .
- أهم المشكلات التي تواجه الأسرة الجزائرية

المنهج المعتمد: اعتمدت الباحثة المنهج الوصفي .

وقد توصلت الدراسة إلى: خروج المرأة للعمل يؤدي إلى عدم الاستقرار الأسري كما أن التدبير المنزلي المسبق يحدث مشكلات أسرية بين الزوجين في حين أكد أفراد العينة يتأثر نمطهم الغذائي بسبب الانخفاض في المستوى المعيشي، يتأثر نمط العلاج لدى العينة بسبب الانخفاض في المستوى المعيشي كما أن نسبة 69.8 % من أفراد العينة تتأثر علاقتهم الأسرية بالتغيرات السوسيو اقتصادية بحسب انخفاض الدخل يقابله ارتفاع متطلبات الحياة مما يسبب مشكلات أسرية صعبة الحل .

[1] رزيقة بن قسيمة: المشكلات الأسرية وديناميكية التغيرات السوسيوإقتصادية في الأسرة الجزائرية، مذكرة لنيل شهادة الدكتوراه في الديموغرافيا تخصص السكان والتنمية، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية جامعة باتنة 1 سنة 2021/2020

جدول رقم 01: يبين مناقشة نتائج الدراسة على ضوء الدراسات السابقة:

رقم الدراسة	موقع دراستنا من الدراسة السابقة	جوانب الاستفادة
الدراسة الأولى وفاء سلطاني، تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وأليات تحسينها، دراسة ميدانية نظرية مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث في علوم التسيير	تشترك مع دراستنا في المتغير الأول لمستوى الخدمات الصحية.	استفدنا من هذه الدراسة من خلال معرفة أبعاد الخدمات الصحية ورضى المرضى عن الخدمات الصحية المقدمة والبحث في جودة تلك الخدمات والجوانب الدراسية التي اهتمت بها الباحثة وميادين الدراسة لنحاول التجديد ومعرفة المراجع التي يتم استخدامها للبحث عنها ومحاولة الاستفادة منها.
الدراسة الثانية كميلية قرنان "توزيع المرافق الصحية في الجزائر"	تشترك مع دراستنا في المتغير الأول: الخدمات الصحية.	ساعدتنا هذه الدراسة في توزيع المرافق الصحية خاصة الخدمات الصحية والموارد البشرية في ولايات الجزائر ومعرفة الحاجيات الديموغرافية والصحية للسكان في الجزائر، كما استفدنا من المعطيات الإحصائية التي قدمتها الباحثة .
الدراسة الثالثة إبراهيم لكموتة، محمد فيصل مايدة "تقييم جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية دراسة ميدانية بن عمر الجيلاني	تشترك مع دراستنا في المتغير الأول: الخدمات الصحية.	ساهمت هذه الدراسة في مساعدتنا في أخذ رؤية عامة حول تقييم المرضى الخدمات الصحية ورضاهم عنها ومكان دراستنا الحالية (المؤسسة الاستشفائية العمومية بن عمر الجيلاني) وكيفية التعامل مع الخدمات الصحية المقدمة.
الدراسة الرابعة فريدة علي باشا :" الخدمات	المتغير الأول: الخدمات الصحية	ساهمت هذه الدراسة في أخذ رؤية شاملة حول القطاع الصحي في

الصحية للأمهات والأطفال الرضع في الجزائر"		الجزائر والتغطية الصحية في ولايات الوطن خاصة في ولايات الجنوب مما ساعدنا في بلورت الجانب النظري والتطبيقي بما يخدم موضوع الدراسة وفق الدليل الإحصائي.
الدراسة الخامسة دراسة سعيدي بشيش فريدة دراسة الاسرة الجزائرية والتحولات الاجتماعية والاقتصادية دراسة ميدانية وصفية منشورة	تشترك مع دراستنا في المتغير الثاني معاش الاسرة	ساهمت هذه الدراسة في بناء الجانب النظري من حيث تقديم الحالة المعاشية للأسر الجزائرية في جانبه العلمي ومعرفة أهم المراجع التي تمكننا الرجوع إليها وساعدتنا في اخذ نظرة شاملة حول التحولات الاجتماعية والاقتصادية
الدراسة السادسة فريدة مشري دراسة الاسرة والصحة دراسة سوسيو أنثربولوجية لمرضى السرطان دراسة وصفية منشورة.	تشترك مع دراستنا في المتغير الثاني الأسرة الجزائرية	ساهمت هذه الدراسة في أخذ رؤية عامة حول الاسرة والصحية واستفدنا أيضا من الجانبين الميداني والنظري والاطلاع على الإجراءات المنهجية والتعامل مع أدوات البحث والتحليل والاستفادة من المقاربات النظرية حول الصحة والأسرة.
رزيقة بن قسيمة: المشكلات الأسرية وديناميكية التغيرات السوسيو اقتصادية في الأسرة الجزائرية.	تشترك مع دراستنا في المتغير الثاني الأسرة الجزائرية ومعاشها	ساهمت هذه الدراسة في تحديد المشكلات الأسرية التي تتعرض إليها الأسر خاصة المشكلات الاقتصادية والاجتماعية مما ساعدتنا في تحليل معاش الأسرة الجزائرية

2- ما يميز هذه الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة:

تحاول هذه الدراسة تجاوز الطرح التقليدي للخدمات الصحية على أنها وظيفة هيكلية وخدمة جامدة تحكمها المؤسسة الصحية وتتبع نظام مؤسساتي فقط ،ولهذا جاءت دراستنا برؤية مختلفة تبحث في الخدمات الصحية كنسقًا اجتماعيًا حيويًا يؤدي وظائف متعددة تكاملية وتفاعلية تضمن استقرار الأسرة وتمكنها من أدوراها الاجتماعية والاقتصادية وكذا الصحية مما ينعكس مباشرة على جودة الحياة ومعاش الأسرة فكل خدمة بشقيها الوقائي والعلاجي مصممة للتفاعل الديناميكي مع النسق الأسري ولهذا نحن لسنا نبحث عن هل تُعيد الخدمات الصحية توازن الأفراد بعد الوقوع في المرض أو إعادة تأهيلهم صحيًا بل جاءت دراستنا في البحث عن كيف تمكن تلك الخدمات الأفراد من التطور الاجتماعي والاقتصادي والصحي المستدام وبالتالي تحقيق جودة الحياة للفرد بشكل خاص والمجتمع بشكل عام ، وتجدر الإشارة أن أغلبية الدراسات السابقة تطرقت لموضوع الخدمات الصحية من منظور مؤسساتي فيما يخص جودة الخدمة الصحية ورضا الوظيفي للأطباء ورضا المرضى ... بحيث تعاملت معها بنظرة أحادية وأجزاء منفصلة ولم تتناوله بشكل كامل وشامل يتعامل مع حياة الأسر والتي تعتبر اكثر المستفيدين من كافة الخدمات المقدمة ،ولهذا جاءت دراستنا للبحث في كيف تستفيد تلك الأسر من الخدمات الوقائية والعلاجية وانعكاسها على بنية المعاش الاسري بأبعاده الاجتماعية والاقتصادية بشكل يسمح لحياتها بالتطور ولهذا نحن لانبحث عن الجودة بمفهومها الإداري ولكننا نبحث عن الخدمات الصحية بما توفره تلك الخدمات وما تستفيد الأسر فعليا انطلاقا من خصوصية بيئتنا الصحراوية ومجتمعنا المحلي وذلك في سياق جودة الحياة.

الفصل الثاني

الخدمات الصحية والصحة بين الأدبيات التنظيرية والواقع السوسيولوجي

تمهيد.

أولا: مفاهيم أساسية حول الخدمات الصحية.

ثانيا: التطور التاريخي للخدمات الصحية.

ثالثا: أنواع وتصنيفات الخدمات الصحية

رابعًا: الخدمة الصحية في التراث السوسيولوجي.

خامسًا: واقع قطاع الخدمة الصحية في الجزائر.

سادسًا: الوضعية الصحية في الجزائر (2000-2018)

تمهيد

تعتبر الصحة من المواضيع المهمة باعتبارها أساس استمرارية المجتمعات ونموها، إذ أن الصحة حجر الزاوية لبناء مجتمعات قوية ومما لاشك فيه أن الدول تعتبرها من أهم مؤشرات التنمية فهي دليل على صحة أفرادها وقوة اقتصادها فهي السبيل الرؤية والمسار الواضح للتقدم والرقي في جميع القطاعات وأهمها القطاع الصحي فإن هذا الأخير هو أداة لبناء الصحة وحمايتها ،لذلك أولت الدول اهتمام كبير للمؤسسات الصحية والخدمات التي تقدمها للأفراد لما له من أهمية وتأثير على المجتمع بشكل عام والفرد بشكل خاص ،و بناءا على ذلك سنحاول من خلال هذا الفصل أن نحدد ونبين أهم المفاهيم المرتبطة بمجال الخدمات الصحية وواقع الخدمات الصحية في الجزائر.

أولاً: مفاهيم أساسية حول الخدمات الصحية

1. ماهية الخدمة والصحة

إنَّ مصطلح الخدمات الصحية مصطلح حديث يُعبر عن نوع وطبيعة وخصوصية ما تقدمه المؤسسة الصحية من خدمات فالخدمات الصحية هنا أصبحت تُقدم كخدمة تباع وتشترى نستطيع التعامل معها والاستفادة من منافعها.

أما الصحة فلا يمكن ذلك فهي حالة لا تباع ولا تشترى، إذا كيف تم دمج الخدمة بالصحة؟ وفي هذا الاختلاف سنحاول تحديد مفهوم الخدمة والصحة ورغم اختلاف التعاريف باختلاف الزوايا التي يُنظر منها إليها ولكننا سنحاول إبراز الجانب السوسيولوجي الذي يتماشى مع موضوع دراستنا وسنذكر منها:

1.1. تعريف الخدمات

يُعرفها شاريستيان دوميلين Christiane Dumoulin أنها "تصرف أو مجموعة من التصرفات التي تتم في زمن محدود ومكان معين من خلال وسائل مادية وبشرية لمنفعة فرد معين أو مجموعة من الأفراد بالاعتماد على إجراءات و سلوكات منظمة ".[1]

كما يعرف الخدمة أنها "عبارة عن تصرفات أو أنشطة أو أداء يقدم إلى طرف آخر، وهذه الأنشطة تعتبر غير ملموسة، ولا يترتب عنها نقل ملكية أي شيء، كما أن تقديم الخدمة قد يكون مرتبطًا أو غير مرتبط بمنتج مادي ملموس "[2]

وتُعرف أيضا الخدمة بأنها:" كل نشاط يخلق قيمة ويعطي إضافة إيجابية للعميل في وقت ومكان محدد ويحدث تغيير إيجابي مرغوب لهذا العميل "[3].

فمن خلال التعاريف السابقة نلاحظ أن الخدمة هي مجموعة من الأنشطة الملموسة والغير الملموسة موجهة لمجموعة من الأشخاص قصد النفع وإحداث تغيير إيجابي في العميل ولهذا فإن خدمة ذات مستوى عالي يعني عميل راضي وينعكس بشكل مباشر على حياته.

---

[1] Christiane Dumoulin, et Jean-Paul, Entreprise de services, paris : les éditions d'organisation, 2eme tirage, 1998, P 20

[2] عوض بدير الحداد، تسويق الخدمات المصرفية، ط1 ، البيان للنشر، القاهرة ، 1999 ،ص 48

[3] تامر ياسر البكري: إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن ،2005 ،ص23

فلقد كان الاقتصاديون من أمثال **آدم سميث** Adam Smith يرى أن الخدمات غير ملموسة لا تقدم أي مخرجات مالية للاقتصاد العام ووصفها بأنها فاقدة الأهمية من خلال قيمتها الغير ملموسة وعديمة الإنتاج المادي مثل جهود الأطباء والمحامين.

وفي الربع الأخير من القرن التاسع عشر جاء "**ألفريد مارشال** Alfred Marshall بأفكار جديدة حول الخدمات مفادها أن تقديم الخدمات أيضا يتضمن إنتاج منفعة، مؤكدًا على حقيقة هامة وهي أن المنتجات الملموسة ما كانت لتظهر إلى الوجود لو لم تكن هناك سلسلة من الخدمات المؤداة والمساهمة في إنتاجها وتقديمها للمستهلكين."[1]

ومن هنا بدأ يُنظر فعليا لدور الخدمة في مدى تأثيرها على الأنظمة الأخرى وفي الأثر الإيجابي الذي تقدمه للبشرية، فالخدمة هنا تتميز بأنها مجموعة من الأنشطة أو سلع ملموسة أو غير ملموسة تُقدم للفرد أو مجموعة من الأفراد في إطار منفعي قصد تطوير أو تسهيل العمليات المرتبطة بهذه الخدمة والهدف الأساسي هو تغيير إيجابي ملموس قصد تسهيل الحياة لمتلقي هذه الخدمة أو كسب مادي من خلالها.

إذا فالخدمة تتميز بـــ:

- هي نشاط أو منفعة غير ملموسة يشترط فيها طرفين طرف يقدم الخدمة وطرف يأخذ الخدمة.
- قد يكون نشاطات متعددة في مكان معين فهو مرتبط بمجهود بشري.
- "غير قابلة للفصل: ويقصد بذلك بدرجة الارتباط بين الخدمة والشخص الذي يتولى تقديمها أو المستفيد منها، فالخدمة الصحية لا تظهر مثلا إلا بوجود المريض.
- الملكية: وتعني عدم انتقال ملكية الخدمات عند شرائها حيث أن المستفيد من الخدمة يستهلك المنفعة دون إمكانية تملك الخدمة ذاتها وهذا يمثل الفارق بين السلعة والخدمة.[2]

ولتميز المؤسسة وتفوقها في تقديم الخدمات يجب عليها أن تضمن وجود العناصر من أهمها:

- "التميز في أداء الكوادر البشرية العاملة في المؤسسة الخدمية.
- توفير المكان الملائم لأداء الخدمة.
- إعلام الجمهور ومحاولة توعيتهم بمحتوى الخدمة، هدفها، ومختلف الجوانب المتعلقة بها.

[1] بن نافلة قدور، مريزق عاشور: ادارة الجودة الشاملة لضمان جودة الخدمات الصحية في الخدمات الصحية في المستشفيات، ملتقى وطني حول ادارة الجودة الشاملة وتنمية أداء المؤسسة، جامعة الطاهر مولاي، سعيدة، الجزائر ،13-14 ديسمبر 2010.

[2] تامر ياسر البكري، مرجع سابق،ص 23

- تجهيز مرافق وأماكن تقديم الخدمة بما يتضمن سهولة وصولها وسلامتها.
- مواكبة التكنولوجيا والتزويد بالأنظمة المعلوماتية والبرامج التي تمكن من توفير الدقة، ربح الوقت وتوفير الجهد البشري.
- توفير الأجهزة الفنية المساعدة لاحتياجات العمل وقربها من أماكن تأدية الخدمة.
- توفير آليات تمكن من التعامل الإيجابي مع شكاوى مراجعي الخدمة.
- تجنب الإجراءات البيروقراطية.[1]

لهذا فإن الخدمة تتميز بمجموعة من العناصر لتجعلها قابلة للاستفادة منها فإن وجود الخدمة يعني وجود تدخل بشري يعمل بقاعدة الطلب والعرض فهي عملية تغذية راجعة تتكون من أربع عناصر: طالب الخدمة ومُقدمها ومكان الخدمة وفعالية تقديم الخدمة.

1 .2الصحة :

إنَّ مفهوم الصحة حسب منظمة الصحة العالمية هي: " حالة الايجابية من السلامة البدنية والعقلية والاجتماعية الكاملة وليس مجرد غياب المرض أو عدم التوازن "[2] ،كما يعرفها بلوم Blum يرى أن "الصحة هي قدرة الفرد على الحفاظ على التوازن المناسبة لسنه ولحاجاته الاجتماعية، مع الخلو من حالات الضيق العميق وعدم الإشباع والأمراض والعجز.

وفي نفس السياق التعريفي نشرت –مارك لا لوند – Marc la londe: عام 1974 كتابا اقترحت فيه تنميطا لمحددات الصحة رتبتها في أربعة أصناف من خلال نظرة شمولية للصحة، هذه المحددات هي: عادات الحياة، والبيئة، والبيولوجيا البشرية، وتنظيم الخدمات الصحية.[3]

أما العالم وينسلو Wenslow " فيرى أن الصحة هي علم وفن منع المرض وإطالة العمر وترقية الصحة وكفاءتها "[4]

فحسب تعريف العالم وينسلو فهو يشير إلى أن الوصول للصحة التامة وترقيتها يجب أن نمنع المرض من خلال فنون وعلوم في كيفية التعامل مع حالة المرض وهذا يتم إلا من خلال خدمات صحية.

---

[1] سيد محمد جاد الرب، الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية، ط1 ،دارالعشرى ،مصر ،2008، ص42

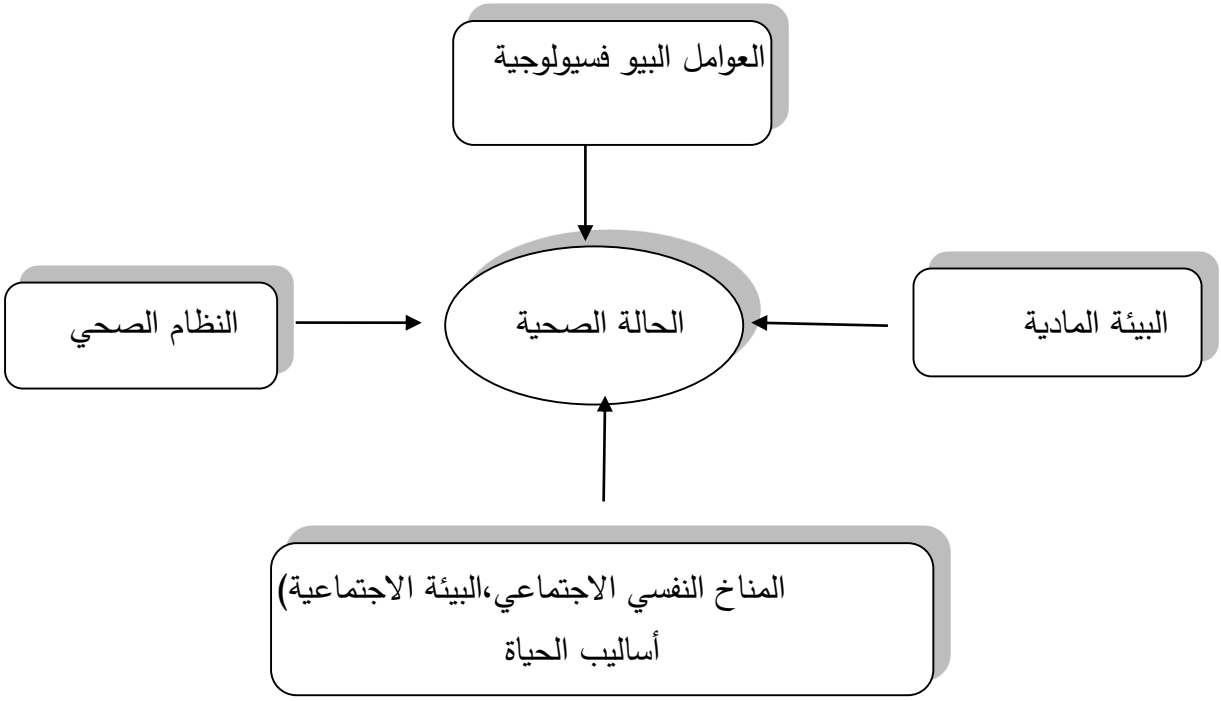
[2] طلعت الدمرداش إبراهيم، مرجع سابق،ص 17

[3] فضيلة صدراتي: مرجع سابق، ص45

[4] عبد المحي محمود حسن صالح: الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية ،2003 ،ص 17

"كما اقترح جيوفاني Giouvannini نموذجا بين فيه محددات الحالة الصحية، إذ يوجد هناك تفاعل بين عدة عوامل لتحديد هذه الحالة الصحية، إذ يوجد هناك تفاعل بين عدة عوامل لتحديد هذه الحالة، فبالإضافة إلى العوامل البيولوجية نجد العوامل البيئية، وكذلك العوامل المرتبطة بأسلوب الحياة "[1]،دون أن ننسى قدرة المنظومة الصحية والتي تتضمن الموارد المالية والتقنية والبشرية، وهو أمر ضروري أن يتم تحويل هذه العوامل كافة إلى خدمات صحية ملموسة تقدم خدمات تتفاعل مع الجوانب الإنسانية والرسم التالي يوضح المحددات الصحية بتفاعل كافة العوامل:

الشكل رقم 02: المحددات الصحية وتفاعل العوامل معها



المصدر: عبد المحي محمود حسن صالح: الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي [2]

2. تعريف الخدمة الصحية

إن الخدمات الصحية تعتبر من المظاهر التي تتميز بها المجتمعات الحديثة وإن كانت لها جذورا تاريخية ولكن في العصر الحالي أصبح للخدمات الصحية اهتمام أكبر لأهميتها في الحفاظ على صحة

[1] فضيلة صدراتي: مرجع سابق، ص 44

[2] عبد المحي محمود حسن صالح: الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، 2003 ،ص41.

أفراد المجتمع لتتمتع بحياة صحية أكثر، وإن قلنا إن الخدمات الصحية هي العازل لأي أمراض تهدد المجتمعات لعملها المتناسق وما تقدمه من خدمات صحية.

فالخدمات الصحية هي:" مجموعة من الوسائل التي تهدف إلى تحسين الصحة داخل مجتمع إنساني من خلال نشاطات مقررة وقانونية أي العلم والمهارة التي يمنع ظهور الأمراض، لتمديد الحياة وتحسين الصحة والنشاط الذهني والفيزيائي لأفراد المجتمع بوسائل جماعية متفق عليها لتطهير الوسط ولتوعية الفرد بقواعد الصحة الفردية "[1]

وتعرف **الخدمات الصحية** أيضا على أنها: "عبارة عن جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي سواء كانت علاجية موجهة للفرد أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة أو إنتاجية مثل إنتاج الأدوية والمستحضرات الطبية والأجهزة التعويضية وغيرها بهدف رفع المستوى الصحي للمواطنين وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض المعدية."[2]

ومن خلال التعريفين السابقين نلاحظ أن الخدمات الصحية هي مجموعة من الأنشطة الخدماتية الغرض منها حماية سلامة الصحة العامة والحفاظ على التوازن للوصول إلى الرفاهية الصحية ولا يتم هذا إلا بمجموعة من الخدمات (وقائية، علاجية وإدارية ....) تُقدم لمستفيدي هذه الخدمة.

وتعرف أيضا بأنها:" مجموعة من الوظائف التي تعمل على إشباع الحاجات الإنسانية المرتبطة بالبقاء والاستمرار بشكل مباشر، وترتبط بالوظائف الأخرى للمجتمع كالوظيفة الاقتصادية، التعليمية، الاجتماعية وغيرها بشكل غير مباشر بحيث تعطي للمريض القدرة على التكيف البيئي عن طريق توفير الدعم لقدراته البيئية، الحسية والنفسية بما يمكنه من تحقيق الأداء المطلوب ".[3]

ومن خلال هذا التعريف يؤكد على أن الخدمات الصحية بكامل وظائفها ترتبط بشكل مباشر أو غير مباشر بالحاجات الإنسانية بالدرجة الأولى وتؤثر على الوظائف المجتمعية فهي تعمل على مساعدة الأفراد من الاستفادة القصوى من هذه الخدمات لأجل حياة أفضل وأسهل في كامل جوانبها الاقتصادية والاجتماعية .،إذا نستطيع القول أن الخدمات الصحية هي تلك الخدمات التي تُقدم داخل المؤسسة الصحية أو المؤسسات التابعة لها قصد التكفل بصفة المرضى ووقاية المواطنين من الأمراض وذلك

[1] جون فراسوا ،مرجع سابق، ص10

[2] محمد محمد إبراهيم، طبيعة حماية المستهلك في مجال الخدمات الصحية، المجلة العلمية لكلية التجارة، العدد الرابع، جامعة أسيوط، القاهرة، ديسمبر 1983 ،ص 23.

[3] ألاء نبيل عبد الرازق: استخدام تقانة المعلومات من أجل ضمان جودة الخدمة الصحية، مجلة الإدارة والاقتصاد، العدد 90 ،العراق،2011 ،ص 281.

لأجل حمايتهم ومساعدتهم في عيش حياة أفضل في الجوانب الاقتصادية والاجتماعية والنفسية والصحية فالخدمات الصحية ليست خدمة تقنية تُعنى فقط بالجانب الصحي بل هي تتعدى إلى ما أبعد من ذلك.

ثانيًا: التطور التاريخي للخدمات الصحية

إن المتتبع لتطور الخدمات الصحية وكيف وصلت لهذا التقدم سيعلم جيدا أن الخدمات الصحية لم تكن وليدة اللحظة بل هي تطور مستمر بدء بالحضارات القديمة وصولا إلى العصر الحديث فحديثنا هنا عن المؤسسات الصحية بما تحويه من أطباء وخدمات مُقدمة للمرضى فهي علم ومهنة وممارسة قديمة تاريخيًا سنحاول هنا تتبع أول ممارسات التي تم تسجيل فيها الطب كمهنة مقننة تقدم خدمات للمرضى ،فإنه يصح القول أن تتبع التطور التاريخي للمؤسسات الصحية باعتبار هذه الأخيرة هي مهد لتطور طبيعة الخدمات الصحية المقدمة لذلك سنعرض في هذا النقطة التطور التاريخي للمؤسسات الصحية باعتبارها الإطار التطوري للمؤسسة الصحية وتقديم الخدمات الصحية .

فالمؤسسة الصحية مرت على ثلاث مراحل أساسية تتمثل في:

- المؤسسات الصحية في الحضارات القديمة.

- المؤسسة الصحية في العصر الإسلامي.

-المؤسسة الصحية في العصر الحديث.

ويمكن أن نعبُر تاريخيا بإلقاء نظرة على مراحل تطور المؤسسات الصحية:

1. المؤسسة الصحية في الحضارات القديمة

"إن تاريخ- المؤسسات الصحية يرجع إلى ما يقارب 1200 سنة قبل الميلاد وذلك في المعابد الإغريقية ،ويعتبر أبقراط (Hippocrate) أول من وضع سياسات معالجة المرضى في هذه المعابد ،كما يستخدم فراعنة مصر (حوالي 600 سنة قبل الميلاد) معابدهم لإيواء ومعالجة المرضى ،وسميت "بمعابد الشفاء ".وأنشأ الفارسيون مستشفيات في المدن الرئيسية أطلق عليها اسم "بيمارستانات"، وهي كلمة فارسية تعنى مرضى دار .أما الحضارة الهندية (خلال الفترة 273-232 قبل الميلاد) شهدت بناء المستشفيات التي عُرفت باسم "سكيستا (SKISTA) ،قيل أنها كانت على درجة عالية من النظافة ،وقد خصص الرومان (خلال الفترة 350-500) أماكن ملحقة بالكنائس المسيحية لإيواء وعلاج المرضى ،كما أنشئوا أيضا مستشفيات صغيرة لعلاج الجنود ".[1]

[1] أحمد محمد غنيم، إدارة المستشفيات رؤية معاصرة، مصر، ط1، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع ، 2006 ،ص14.

فنلاحظ أن بداية علاج المرضى في الحضارات القديمة كان في أماكن دينية كالمعابد ودور العبادة والكنائس وهذا لارتباطهم بالعالم الآخر فكان يتم علاج المرضى من قبل الكهنة أو رجال الدين ولعل هذه الصورة الأولى لتشكل المؤسسات الصحية بخصائص محددة وتتشكل فيما بعد إلى هذا الشكل من التطور والفعالية في أداء الخدمة ولم يكن السير في هذا المسار التاريخي كافي لتبلور فكرة المؤسسة الصحية إلا مع العصر الإسلامي والذي كان دوره بارز بفضل تطور الفكر الإسلامي وذلك من خلال الاندماج بالحضارات الأخرى (الفارسية ،الرومانية ....) ومن أبرز الذين ساهموا بشكل كبير في تطوير الطب والصيدلة ومازال أثرهم قائمًا لحد الآن وهم ابن سينا أبو الطب حيث برع في التشخيص السريري، الجراحة علم النفس الأدوية المركبة وابن النفيس الذي اكتشف الدورة الدموية الصغرى وألف العديد من الكُتب في الطب والعلاج، والرازي الذي يعتبر أول من أدخل مبدأ التجربة في الصيدلة.

2. المؤسسة الصحية في العصر الإسلامي

"شهدت المؤسسات الصحية في العصر الإسلامي تطورًا ملحوظًا ،وكانت "خيمة رفيدة " التي تم إنشاؤها في مسجد رسول الله –صلي الله عليه وسلم –أول مستشفى ثابت في هذا العصر ،وأقام الوليد بن عبد الله (882هـ–706هـ) مستشفى متكامل في دمشق حشد له مجموعة من الأطباء .أما في العصر العباسي ،فقد تم تشييد عدد من المؤسسات الصحية في دمشق والقاهرة ،وقد تم تصنيف هذه المؤسسات إلى ثلاثة مجموعات :مؤسسات صحية ثابتة (مثل المؤسسات التي أقيمت على نهر دجلة ومستشفيات السجون) ،مؤسسات صحية متنقلة (مثل مستشفى السبيل التي ترافق الحجاج)،ومؤسسات العزل (مثل دور المجانين)."[1]

ويُعد العصر العباسي العصر من أهم العصور الذي تميز فيه بتشييد وتنظيم المستشفيات وذلك مع العالم الرازي (865–925م) فكانت البداية في إنشاء **البيمارستانات** وهي مستشفيات أقيمت في العصر العباسي تُجمع فيها كامل التخصصات التي تعالج جميع العلل من الباطنية والجراحية والرمدية والعقلية ،وأصل الكلمة جاء كما قال أحمد عيسى بك أن" البيمارستان (بفتح الراء والسكون السين) كلمة فارسية مركبة من كلمتين (بيمار) بمعنى مريض أو عليل أو مصاب و(ستان) بمعنى مكان أو دار فهي إذن دار المرضى ،ثم اختصرت في الاستعمال فصارت مارستان كما ذكرها الجوهري في صحاحه."[2]

فالبيمارستانات كانت مستشفيات قائمة بذاتها من ناحية الوظائف أو الخدمات المقدمة للمرضى فهي ليست مكان خاص بالملك أو الطبقة الثرية بل مثلها مثل المساجد والقباب والمدارس ...إلخ التي

[1] مصطفى يوسف كافي: إدارة المؤسسات الطبية، دار ارسلان، مصر ،2021،ص18

[2] أحمد عيسى بك: تاريخ البيارستانات في الإسلام، ط4،الهنداوي للنشر، الولايات المتحدة ،2011،ص8

كان يقف على بناءها وتموينها الخلفاء والملوك وأهل الخير من العموم الصدقة، فهي مختصة بعلاج جميع العلل لأنها تُدار ضمن وفقًا لوثائق الوقف مثلها مثل المساجد لهذا تقُدم الرعاية الطبية للجميع بغض النظر عن خلفياتهم الاجتماعية ،كما أن الأطباء يزاولون مهنتهم داخل هذه المؤسسة وفق مناهج وأسس علمية بل كانت معاهد علمية مدارس لتدريس الطب يتخرج منها الأطباء والجراحون مثل ما يتخرج اليوم الأطباء من كليات الطب ....، فالعالم الذي يُنسب إليه تنظيم عمل المستشفيات (البيمارستانات) هو الرازي (أبو بوبكر محمد بن زكريا الرازي) وهذا في العصر العباسي تحت حكم الخليفة المعتضد بالله في القرن 9 ميلادي كما أن الرازي قام بتسيير المستشفى بدقة علمية فقام بتقسيم المرضى على حسب حالاتهم الصحية ووضع أسس الطب السريري كما أنه استخدم السجلات الطبية وقام بالفصل بين تخصصي الطب والجراحة .

"كان هذا النوع من البيمارستانات معروفًا لدى الخلفاء المسلمين وملوكهم وسلاطينهم وأطبائهم بل الراجح أن يكونوا هم أول من أنشأها وهو عبارة عن مستشفى مُجهز بجميع ما يلزم للمرضى والمداواة من أدوات وأدوية وأطعمة وأشربة وملابس وأطباء وصيادلة وكل ما يعين على ترفيه الحال على المرضى والعجزة والمزمنين والمسجونين ينقل من بلد إلى أخرى من البلدان الخالية من بيمارستانات ثابتة أو التي يظهر فيها وباء أو مرض مُعدٍ "[1]

✓ **أنواع البيمارستانات في العصر الاسلامي**

يوجد نوعان في العصر الإسلامي للبيمارستانات الثابتة والمحولة.

- **البيمارستانات الثابتة:** هي التي لها أمكان مخصصة وكانت موجودة بكثرة في الخلافات الإسلامية وخاصة في المدن الكبرى كالقاهرة وبغداد ودمشق ...إلخ، وكما ذكرنا سابقًا أن البيمارستان تحمل سجلات طبية لمرضاها وأطباء مختصين يداومون عملهم بانضباط كما أنهم يتابعون الطلبة هناك وتحتوي على صيدلة وعقاقير، ولا تزال آثار البيمارستانات الثابتة باقية للآن شاهدة على تطور المستشفيات كالبيمارستان المنصوري (قلاوون الآن) بالقاهرة ،والبيمارستان المؤيدي بالقرب من قلعة بالقاهرة ،والبيمارستان النوري الكبير بدمشق، والتي كانت تقدم العناية والعلاج بالمجان.
- **البيارمستانات المحمولة:**"هي التي تُنقل من مكان إلى مكان بحسب ظروف الأمراض والأوبئة وانتشارها وكذا الحروب وهو المعبر عنه في العصر الحاضر بكلمات Ambulance بالفرنسية .... وتم إنشائها في العصر الإسلامي كأول مستشفيات متنقلة في العالم، وهي عبارة عن مستشفى مجهز بجميع ما يلزم للمرضى والمداواة من أدوات وأدوية وأطعمة وأشربة وملابس وأطباء وصيادلة، وكل ما

[1] أحمد عيسى بك ، مرجع سابق ،ص 8

يعين على ترفيه الحال على المرضى والعجزة والمزمنين والمسجونين، ينقل من بلد إلى أخرى من البلدان الخالية من بيمارستانات ثابتة، أو التي يظهر فيها وباء أو مرض معد "[1]

"ومن أبرز الخصائص التي تميزت بها المؤسسة الصحية في العصر الإسلامي ما يلي:

- ✓ عدم السماح للمرضى المصابين بأمراض معدية بمخالطة المرضى الآخرين.
- ✓ اختيار موقع بيئي مناسب لإقامة المؤسسة الصحية.
- ✓ وجود مؤسسات متنقلة يتم إرسالها إلى المناطق النائية.
- ✓ إنشاء مؤسسات صحية عامة ومتخصصة.
- ✓ الاهتمام بالنظافة البيئة الداخلية للمؤسسة.
- ✓ التركيز على جودة الخدمة الصحية المقدمة للمرضى."[2]

وبناءًا على ذلك فإنه تم إنشاء المستشفيات (البيمارستانات) بشكلها الحديث والمتطور كان ذلك في العصر الإسلامي لما قدمه علماء من أسس علمية لإنشاء المستشفيات والمدارس الطبية أمثال الرازي وابن النفيس وابن سينا .....

3. المؤسسة الصحية في العصر الحديث

إن التشكل الكامل للمؤسسات الصحية بتعدد مراكزها وتطور معداتها كان مظهر من مظاهر تطور العصر الحديث ،فإن الحربين العالميتين الأولى والثانية والثورة الصناعية والتطور الديموغرافي للبشرية، أسهم في تأسيس المستشفيات وتقديم خدمات ذات جودة عالية وأضحى ضرورة مجتمعية، "وبعد بناء صرح اقتصادي وصناعي ضخم ،ظهرت المؤسسات الصحية بكثرة لخدمة ما يتعرض له العامل من الحوادث في العمل والتنقل ،وخدمة لأمراض تلوث الجو وأمراض البيئة الصناعية بشكل عام ،ولقد زاد عدد وحجم هذه المؤسسات ،وظهرت الحاجة الماسة إلى إدارة تلك المؤسسات بفعالية وكفاءة ."[3]

فإن المؤسسة الصحية وما تشهده من تطور هائل في عصرنا الحالي فهو تراكمات من اختراعات وتطورات كان بطلها الإنسان لأنه هو أساس النظام ولا يعمل إلا بوجوده فهو الذي أعطى فكرة التطبيب وطورها إلى مؤسسة وأخذ منها منفعة الخدمات فيستفيد منها للوصول إلى الرفاهية الصحية للمجتمع المعاصر وباختصار أهم ما يميز المؤسسات الصحية في العصر الحديث:

---

[1] أحمد عيسى بك ،مرجع سابق ،ص12

[2] مصطفى يوسف كافي :مرجع سابق ، 19

[3] مصطفى يوسف كافي: نفس المرجع، ص19

✓تفرع التخصصات حسب الوظائف المستجدة في العصر الحالي كـ (الطب العام والمختص، والطب المدرسي وطب العمل الطب النفسي..... الخ).
✓التطور الهائل في الأبحاث الطبية مما سمح بفتح تخصصات عديدة ومختصة في كل العضو ومرضه.
✓طموح المؤسسات الصحية نحو تحقيق الجودة والفاعلية القصوى في عرض خدماتها للعامة.
✓استخدام التقنيات والمعدات الطبية المتطورة.
✓أصبحت المؤسسات الصحية خاصة تقدم خدماتها كمؤسسة ربحية.

ثالثًا: أنواع وتصنيفات الخدمات الصحية (ما الذي تُقدمه؟)

1. أنواع الخدمات الصحية

ومن خلال ما تم طرحه نلاحظ أن الخدمات الصحية هي كل خدمة غير ملموسة موجهة لكافة طبقات المجتمع وذلك من خلال تقديم علاجات لحالته المرضية والمجتمع من خلال الرعاية الصحية العامة.

فإن النظام الصحي الكلي يتكون من مجموعتين أساسيتين من الخدمات الصحية (خدمات صحة عامة– خدمات صحة شخصية) فتعمل هاتين الآليتين نحو تحقيق الهدف المرسوم وهو ضمان الرفاهية الصحية للمجتمع بأكمله ولهذا سنحدد أنواع الخدمات الصحية ونقوم بتقسيمها على حسب تأثيرها وهي كالاتي.

1-1) خدمات الصحة العامة: تُقدم هذه الخدمات لمواطني الدولة قصد حمايتهم من الأمراض والارتقاء بهم وتشمل الخدمات التالية:

أ-خدمات الصحة العمومية: وهي خدمات تقدم للعموم هدفها المستفيد الأول منها هي المجموعات في منطقة معينة قصد مكافحة الأمراض المعدية وتوعية الأفراد وتثقيفهم فيما يخص المشكلات الصحية والاستفادة من البرامج الصحية والإحصاءات الديموغرافية وإقامة الأبحاث العلمية في الصحة العامة وحماية الطفولة والأمومة باعتبارهم الفئة الهشة في المجتمع ووضع التشريعات واللوائح التنظيمية والسياسات والاستراتيجيات التي تكفل حق الصحة في المجتمع والارتقاء بها.

ب-خدمات الارتقاء بالصحة: وهي خدمات تسمو لبناء سلوكيات صحية إيجابية لدى الأفراد كأهمية التغذية المتوازنة، والابتعاد عن العادات الضارة، والنظافة الشخصية للفرد والبيئة المنزلية، وأهمية ممارسة الرياضة ....

ت-خدمات الصحة البيئية:" هي خدمات موجهة نحو توفير البيئة الصحية السليمة للأفراد، تهتم بشكل رئيسي بقضايا التلوث البيئي والأمن وقضايا الإسكان والمسكن الصحي، بالإضافة إلى مراقبة الجوانب

المهمة في صحة البيئة كسلامة الهواء والغذاء ومكافحة الحشرات والقوارض الضارة، والتخلص من النفايات ومعالجة مياه الصرف الصحي والسيطرة على الموارد المشعة الخطرة ...إلخ."[1]

1-2) خدمات الصحة الشخصية: وهي تلك الخدمات المُقدمة للفرد الواحد من طرف المعنيين (الطاقم الطبي، الإداريين..) بتقديم الخدمات الصحية وهي أنواع:

أ- **خدمات الصحة العلاجية:**

وهي تلك الخدمات التي تقدم للمريض في حال وقوع المرض ويتم تشخيصه تشخيصًا دقيقًا ،وتقديم العلاج والدواء اللازم ويتم رعاية المريض رعاية جيدة لكي يتعافى كليا من المرض ويتم التعاون بين المريض والطبيب أو المعالج ،وتقسم خدمات الصحة العلاجية حسب نوع الخدمة المقدمة إلى ثلاث أقسام وهي :

- **الخدمات الطبية الأولية: ووظيفتها** هي تقديم الرعاية الصحية والاجتماعية للأفراد وتقدم الخدمات الطبية الأولى في المستوصفات ومراكز الخدمات الأولية والمراكز الصحية الأولية والوحدات الصحية.
- **الخدمات الطبية الثانوية: تتكون** من خدمات متخصصة للمرضى وهي تعتبر كمراكز أكبر بقليل من المراكز الطبية الأولية وأصغر بقليل من المستشفى وهي تقع في منطقة ذات كثافة سكانية معتبرة عكس الأولى التي تقع في الأحياء الداخلية، ومن الخدمات التي تقدمها هي الاستشارات الطبية والإسعافات الأولية.
- **الخدمات الطبية ذات الدرجة الثالثة "التخصصية "**: وهي خدمات تقدم خدمة صحية متخصصة في مرض أو عضو معين مثل: كجراحة العظام، جراحة العيون، القلب ....
- **الخدمات الطبية ذات الدرجة الرابعة:** "التأهيلية أو خدمات طويلة الأمد: "وهي خدمات تقدم للذين تتجاوز مدة رعايتهم ثلاثين يومًا، وأغلب المستفيدين منها هم الأشخاص الذين يعانون من أشكال الإعاقة والأمراض المزمنة أو أمراض خطيرة ..."[2]

فالهدف منها هو تأهيل المريض للتعايش مع مرضه وإعادته للمجتمع ليستطيع خدمة نفسه وتوجد هذه الخدمات في الملاحق والوحدات التابعة للمستشفيات.

ب- **<u>الخدمات الصحية الوقائية:</u>**

[1] غواري مليكة: جودة خدمات الرعاية الصحية في المؤسسات الاستشفائية، دار اليازوري، عمان ،2007،ص 43

[2] مصطفى يوسف كافي :مرجع سابق ،ص35.

ويتم تقديمها للفرد المعافى لتفادي الوقوع في المرض وهي خدمات مُسهلة لعملية أداء الخدمات العلاجية فوظيفتها الوقاية من الأمراض وحماية المجتمع من الأوبئة والأمراض المعدية المُحتملة فهي مانعة وقائية وتشمل كل من خدمات التطعيم ضد الأمراض الوبائية ،خدمات رعاية الأمومة والطفولة .والخدمات الموجهة للمجتمع والبيئة المكافحة للحشرات والحيوانات الناقلة للأمراض وخدمات الحجر الصحي مثل ما حدث في كوفيد 19 وخدمات التثقيف الصحي ونشر الوعي وبدورها تنقسم إلى مجموعة من الأنواع وتنقسم إلى مستويات على حسب المستفيد (أين تُقدم ودرجة تعقيدها ؟):

- **الخدمات الوقائية الأولية:** وهي تقدم للفرد ضمن مجموعة محددة من الجماعة في إطار مكاني معين من السكان وهدفها مباشر ومخطط مسبقًا للوقاية من الأمراض المعدية أو الوبائية مثل حملات التطعيم.
- **الخدمات الوقاية الثانوية:** وهي خدمات ذات طابع تشخيصي هدفه الكشف عن الأمراض مبكرًا قبل استفحالها مثل الكشف المبكر عن سرطان الثدي ..
- **الخدمات الوقائية ذات الدرجة الثالثة:** وهي خدمات ذات طابع تأهيلي هدفها تمكين المرضى والمصابين من حوادث مهنية أو حالة اجتماعية ممارسة نشاطهم بشكل طبيعي.

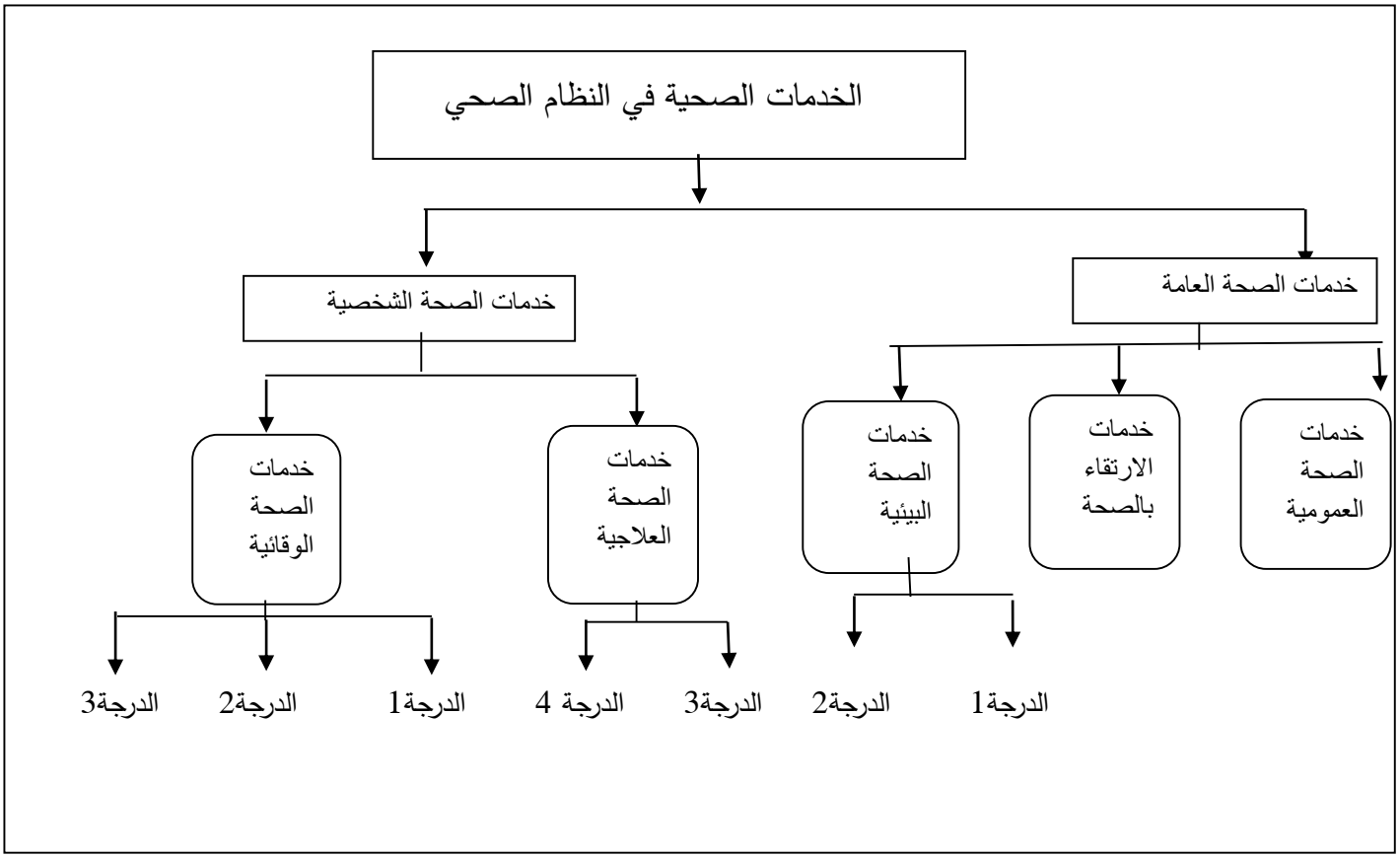
وتماشيًا مع ما تم ذكره فإن الخدمات الصحية الوقائية مرتبطة بصحة المجتمع عامة والفرد خاصة لهذا يتم رسم مخططات لوقاية المجتمع من أي مخاطر صحية خارجية بهدف حماية مواطني الدولة.

فالخدمات الوقائية هي الركيزة الأساسية في سلم النظام الصحي هدفها هو منع حدوث المرض أو تفاقمه في حال وقوعه وتعتبر أكثر نجاعة وفعالية من التدخلات الطبية المباشرة المكلفة فهي من خدمة العلاج فنتائجها تظهر على المدى الطويل وللخدمة الوقائية شروط أهمها:

– أن يتم التدخل من كامل القطاعات المتعددة (التعليم البيئة، الإعلام، سياسات ....).

– تُأثر وتتأثر بالسلوكيات الفردية والعوامل الاجتماعية والاقتصادية.

الشكل 3 . توزيع الخدمات الصحية في النظام الصحي



المصدر: حدمر زينب: توزيع السلطة وعلاقته بجودة الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية العمومية الجزائرية، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه تخصص علم الاجتماع تنظيم والعمل، جامعة الحاج لخضر باتنة 1 ،2018/2019، ص 122

ويمكن إضافة الخدمات الصحية المساعدة من أهمها:

ت- **الخدمات الإدارية**

وهي جميع الوظائف الإدارية وهي خادمات داعمة وتنظيمية للقطاع الصحي، تبدأ من مكتب الاستقبال وتنتهي إلى مكتب المدير وتجمع الوظائف التالية) الإمدادات الإدارية: التخطيط والتوجيه، والمراقبة والتنظيم بما فيها الجانب المالي والمحاسبي وإدارة الأفراد والمرضى وملفاتهم الطبية والإمدادات الملموسة كالتجهيزات والمخازن والصيدليات ....)، هدفها العام هو تسيير المؤسسة الصحية.

ث- **الطب الإلكتروني –عن بعد** Télémédecine

لقد كانت بداية الطب عن بعد من خلال "وكالة الفضاء (ناسا) بدارسة التغيرات الفسيولوجية لرواد الفضاء خلال رحلاتهم الفضائية ،وقد أثبت العلماء العاملون في هذه الوكالة إمكانية مراقبة الوظائف

الفسيولوجية كضغط الدم وسرعة ضربات القلب وحرارة الجسم بواسطة الأطباء على الأرض كما أظهرت بعض التجارب المبكرة الأخرى إمكانية إجراء التشخيص عن بعد ونقل البيانات الطبية مع الحفاظ على النوعية والتفاصيل "[1] فإن الحديث عن التشخيص الطبي وعن بعد يرجع إلى القرن الماضي وبعد التجربة لقد أثبت قدرته على إجراء التشخيصات الطبية بدقة ،وناهيك عن ذلك فإن أحداث كوفيد 19 أثبتت أنه على المؤسسات الصحية أن تستحدث جانب خدماتي وهو الخدمات الإلكترونية لخدمة الأسر والمرضى وتحسين النظام الصحي وذلك لأهميته وسنذكر أهم النقاط :

- تزيد من تحسين الرعاية الصحية.
- تخفيض التكلفة.
- تعزيز التعاون الطبي في تقاسم المعلومات والخبرات المتخصصة.
- يجمع بين السرعة وسهولة الاستخدام وفعالية التقنيات اللاسلكية وأنظمة الاتصال.
- تحسين الاتصالات بين المراكز الصحية بين المستشفيات الواقعة في المناطق الحضرية والنائية.
- توفير خدمة طبية متقدمة في حالات الطوارئ.
- الحد من تكاليف الخدمات الصحية عن طريق تحسين عملية توجيه المريض.
- زيادة استخدام خدمات الاستشارة.
- تيسير التعاون بين المستشفيات في مجال توفير الرعاية الطبية.
- تبادل الخبرة وما وصلت إليه الدراسات والبحوث الطبية والصيدلانية.
- تقديم دورات تدريبية للعاملين التقنيين والعاملين في المجال الطبي وشبه الطبي."[2]

من الضروري التنويه أن تناولنا لهذا الجانب و اعتباره من أنواع الخدمات الصحية هذا راجع للتوجه الجديد للدولة الجزائرية نحو رقمنة الخدمات الصحية فجاء في الجريدة الإلكترونية وكالة الأنباء الجزائرية" أنه وخلال عرض قدمه :مسعودي موهوب مدير المنظومة الإعلام الآلي بوزارة الصحة في لقاء حول "الرقمنة و الاستعجالات الطبية والتلقيح ضد الديفتيريا"، بحضور وزير الصحة، عبد الحق سايحي، أوضح السيد مسعودي أنه تم "تخصيص منصة رقمية لتسيير وتنظيم جميع مصالح الاستعجالات و

[1] الجاني سعيد وآخرون: مقدمة في فن التمريض، ط1،دار الأندلس للنشر، بيروت، لبنان ،1984، ص 52

[2] وفاء سلطاني مرجع سابق، ص 55

قاعات الانتظار على المستوى الوطني، وذلك في إطار التحول الرقمي الذي يشهده القطاع الصحي بالجزائر".

وأشار إلى أنه "كمرحلة أولى، يتم من خلال ذات المنصة، تنظيم طوابير الانتظار وتصنيف المرضى حسب درجة الخطورة، علاوة على رقمنة مسار المريض داخل تلك المصالح "[1]

وهذا التوجه جاء ليخفف معاناة المرضى من البيروقراطية وتكاليف العلاج ومن ضمن الأهداف هو رقمنة الملف الطبي للمريض كما يمكن طلب الفحوصات والكشوفات إلكترونيا دون عناء التنقل وجاء هذا الإجراء لتعزيز وتحسين إدارة الموارد الصحية.

1-3) الخدمات الصحية المهنية

تندرج هذه الخدمة ضمن الخدمات التأهيلية والرعاية الممتدة فهي تقوم على الوقاية والعلاج من الأمراض المرتبطة بالعمل "وهي موجهة للقطاع المهني، أو ما يعرف بطب العمل، وفي إطار هذا النوع من الخدمات الصحية قد تلجأ بعض المنظمات سواء كانت خاصة أو عمومية إلى إنشاء مراكز أو أقسام صحية تابعة لها للتكفل بوضعية موظفيها وذويهم أو أنها تقوم بالتعاقد مباشرة مع منظمات صحية موجودة ومستقلة بغية تقديم خدمات صحية لمصلحة موظفي المنظمة."[2]

1-4) الخدمات الصحية الصيدلية: وتعتبر من الخدمات العلاجية مهمتها توفير الأدوية للمرضى وذلك بإذن طبيب صيدلي ومهمته توعية وتوجيه مستخدمي هذه الأدوية.

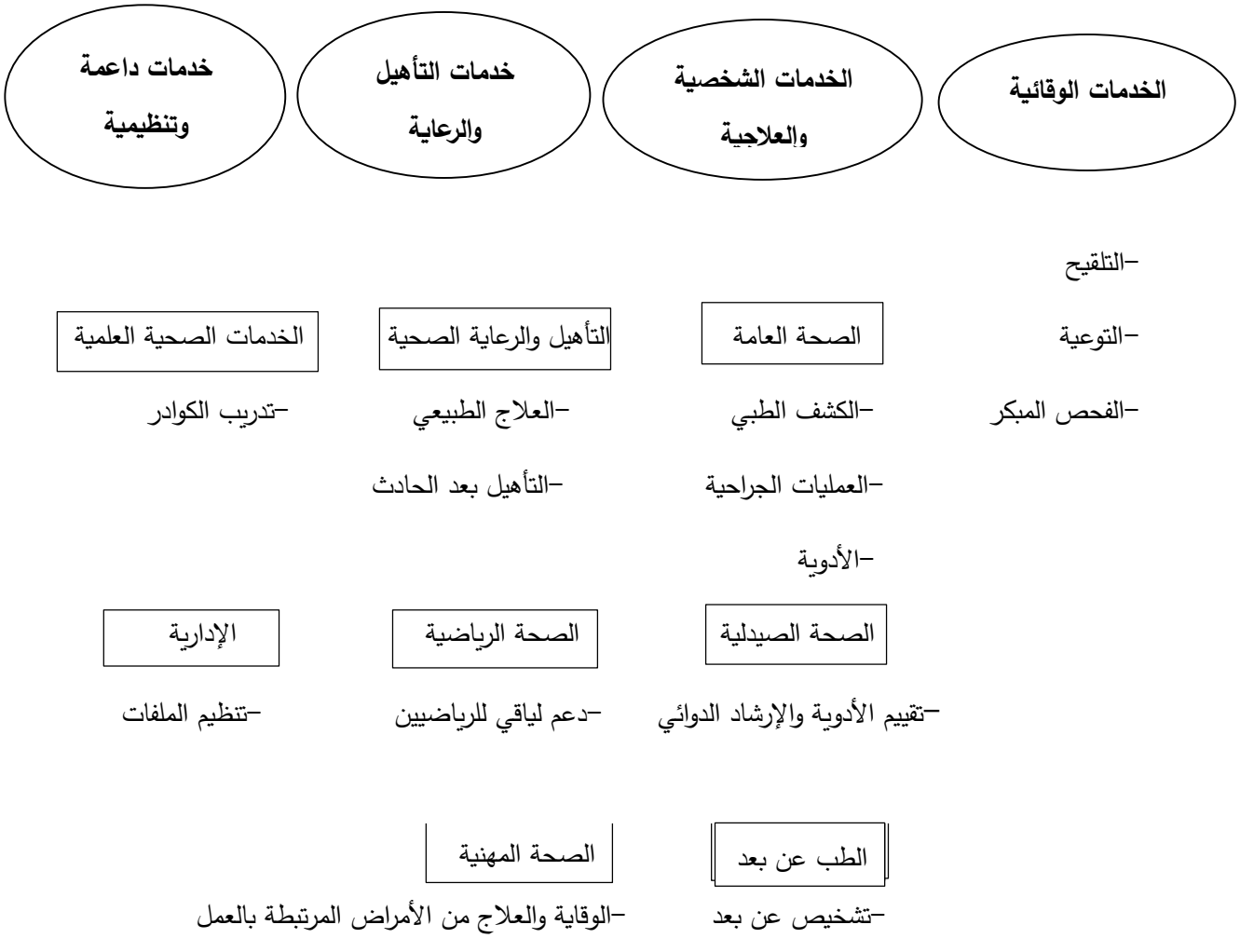
1-5) خدمات الصحة الرياضية: وهي من ضمن الخدمات التأهيل والرعاية هدفها هو تحسين الوظائف الصحية وإعادة تأهيلها قصد تحسين جودة الحياة وهو موجه للرياضيين الذين يعانون من إصابات ناجمة عن النشاط الرياضي، كما يقومون المختصين في هذا المجال القيام بتصميم برامج رياضية وحميات غذائية قصد تأهيلهم جسديا.

[1] جريدة وكالة الأنباء الجزائرية ،2024/10/15 ،الموقع الإلكتروني :https://2u.pw/bPue7 ، .زيارة الموقع 2025/05/03:

[2] نفس المرجع السابق.

والشكل التالي سيوضح لنا كافة التصنيفات للخدمات الصحية:

الشكل 4: تصنيفات الخدمات الصحية.



المصدر: من إعداد الباحثة

2. عناصر الخدمات الصحية

إن التحولات البيئية والاجتماعية والفكرية التي عرفتها المجتمعات مؤخرا ومع التعدد في الأدوار داخل التنظيمات الكبرى بحجمها وتنوع اختصاصاتها والتطور العلمي والتقني أنتج لنا بناءًا تنظيميًا تتفاعل عناصره وفق أطر سوسيو تنظيمية يتفاعل فيها النسق الداخلي للمؤسسات الصحية مع المجتمع

في عملية تفاعلية ويعتبر من الخطأ اعتبار المؤسسة الصحية والخدمات المقدمة بها هياكل مادية ومعدات جامدة لا تتفاعل مع المحيط الخارجي، لهذا فإن المؤسسة الصحية تقدم خدمتها وفق اعتبارات معينة وتقوم على عناصر محددة وهي:

1) **القوى البشرية المتخصصة (مُقدِم الخِدمة)**

كما نعلم أن الخدمة الصحية هي خدمة تفاعلية إنسانية فوجود الطاقم الطبي يعني استمرار الخدمة الطبية (وقائية ،علاجية، برامج الصحة العامة) ولتقديم تلك الخدمات يجب توفر الجانب البشري (الطاقم الصحي) " يتطلب ذلك وجود أفراد متخصصين في كافة المجالات الطبية كالأطباء العامين، وأطباء الاختصاصيين والاستشاريين في جميع مجالات الطب ابتداء من الجراحة وأنواعها والباطني وتخصصاتها والأطفال ومجالاتها والعيون والنسائية والتوليد ...الخ بالإضافة إلى كوادر تمريضية وطبية مساندة تجمع المستويات العلمية والتخصصية ويشمل ذلك القوى البشرية العاملة في مجالات الطب المساند (المساعد) كالصيدلية والمختبرات والأشعة والتخدير والإنعاش والرقابة الصحية والسجلات الطبية والتأهيل والعلاج الطبيعي ...وكذلك القوى البشرية الإدارية والمحاسبية والعاملين في مجال الصيانة والخدمات."[1]

فإن وجود بنية بشرية داعمة للمؤسسة الصحية تقدم خدمات صحية ذات جودة عالية وكفاءة يعتبر عنصر هام في العوامل المؤثرة في التغطية الصحية وانعكاسه المباشر على مستوى الخدمات الصحية المتوفرة، فإن وجود عنصر بشري مختص لا يكفي بل يجب أن يمتلك قدرة على الاستجابة لاحتياجات وتوقعات المرضى، لذا يجب الوقوف على تحسين مستواه ومهاراته عن طريق التكوين الجيد وتحسين الأداء ولكي تنجح المؤسسة الصحية في ذلك يجب أن تراعي الافتراضات التالية:

- رصد النسب الصحيحة للقوى العاملة لديها من خلال (الأعداد، التنوع في التخصصات، الكفاءات..) وذلك لأجل ترتيبهم وفق تسلسل هرمي منطقي .
- إتباع أسلوب التحفيز المادي والمعنوي لتطوير الأداء المهني.
- خلق بيئة عمل مساندة ومساعدة للطاقم الصحي.
- تحديد برامج تكوين وتدريب الطاقم الطبي والإداري كأسلوب لتطوير الأداء المهني والطبي بما يتماشى مع التطورات التقنية.

وتماشيا مع ما تم ذكره فإن الخدمات الصحية هي عمل جماعي متكامل (الفريق الطبي بجميع عناصره البشرية)، وهي الرأسمال البشري للمؤسسة الصحية الذي يحدد جودة الخدمات المقدمة وذلك يعتمد على الخبرة والمهارة المهنية ومدى تعاونه مع المرضى ولا يتم ذلك إلا من خلال تطوير وتكوين هذا العنصر في إطار محاكاة وتلبية احتياجات المجتمع.

[1] صلاح محمود ذياب: إدارة خدمات الرعاية الصحية ،ط1،دار الفكر ،عمان، 2010 ،ص174.

2) **الجانب المادي والهيكلي:** وهي البنية التحتية للنظام الصحي ويشمل كل من المباني والمراكز الصحية والمستشفيات ووحدات والصيدليات والمخابر الداخلية، تُصمم هذه الأبنية بطريقة مريحة من جانب التهوية في غرف المرضى والممرات والإنارة المناسبة والأخذ بعين الاعتبار من الجانب الظروف البيئية والداخلية، والأجهزة والمعدات في إطار تشخيص المرض فكلما كانت الأجهزة تكنولوجيا متطورة مما يسمح للأسر الاستفادة من الخدمات الصحية بشكل جيد مما يقلل من تكاليف التنقل.

3) **المستفيدين من الخدمة:** إن المستفيدين أو المواطنين من أهم التصنيفات تخص الخدمات الصحية فهي المتلقي للخدمة ولتقديم الخدمة وتحديد الحاجات يجب أن يُأخذ بعين الاعتبار العوامل التالية:

- ✓ " العوامل الديموغرافية (الجنس، العمر الحالة الاجتماعية).
- ✓ المؤهلات والدرجة العلمية ومستوى الثقافة.
- ✓ المستوى الاجتماعي والعادات والتقاليد السائدة.
- ✓ المستوى الاقتصادي ومعدلات الدخل.
- ✓ طبيعة المهن التي يعملون بها وطبيعة الأمراض الناتجة عن تلك المهن.
- ✓ عدد أفراد الأسرة ومستوى التغذية والسكن الصحي.
- ✓ عدد السكان ومعدلات النمو والتوزيع السكاني.
- ✓ توفير الخدمات العامة.
- ✓ الدراسات والقياسات الاحصائية المختلفة."[1]

و بناءًا على ذلك فإن المستفيد (المريض) هو ضمن عناصر الخدمة الصحية فهو لا يقدم الخدمة بل هو أداة أساسية في تحديد مستوى الخدمة في طريقة حصولها ونتيجتها النهائية وذلك من خلال تتبع رضاه حول الجانب الصحي المقدم له.

وفي طرح آخر وضح دونا بديان Dona Bedian (الملقب بعميد الجودة) أنه يتم تقديم وإنتاج الخدمة عبر ثلاث مستويات للتحليل كما هو موضح في الشكل التالي:

[1] صلاح محمود ذياب: مرجع سابق، ص 175.

الشكل 5 :عملية الرعاية حسب نموذج دونا بديان



Source : claude vilcot, hervé leclet, indicateurs qualité en santé, AFNOR,France ,2émé ed ,2006,p3

وبالاعتماد على محتوى النموذج قسم دونا بديان عملية الخدمة بما تشمله من عناصر في ثلاث مستويات وهي:

أ-الهياكل والموارد:

وهي تلك الوسائل المساعدة للمؤسسات الصحية لأداء الخدمة الصحية وتقديمها للمنتفعين مثل (المباني، التركيبات، وسائل نقل المرضى، مستلزمات والأدوات الطبية، التغذية والنظافة).

ب-**المورد البشري:**

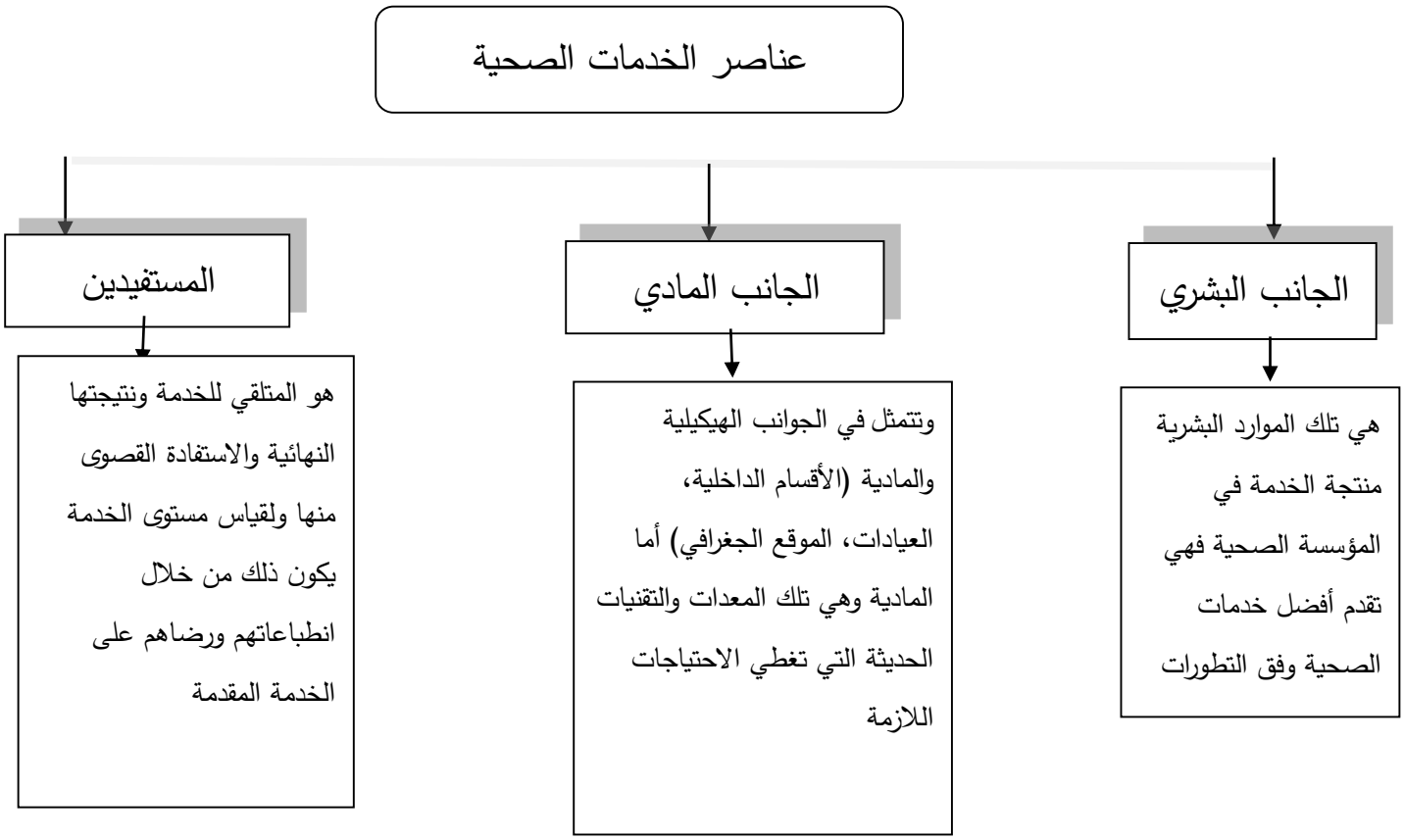
بالنسبة لطرح نموذج دونا بديان فإن المورد البشري يعتبر من المدخلات الأساسية للمؤسسة الصحية ومن ضمنها (الأطباء العامين والمختصين، الممرضين، الإداريون، فنيو الأجهزة الطبية، عمال الخدمات المساعدة)

ت- **العمليات:** وهي جميع الإجراءات وعمليات تنسيق الخدمة الصحية وذلك تسهيل الخدمة ونظام المعلومات، القوانين والإجراءات.

ث-**المخرجات (النتائج):** فإن المخرجات على مداها القصير والطويل تنعكس بشكل مباشر على الوضعية الصحية والاجتماعية والمالية للأفراد والأسر والمجتمع بشكل أوسع لرصد مستوى المخرجات على الفرد والمجتمع وذلك بتتبع معدلات الوفيات ومعدل الشفاء وبذلك يقاس أثره على مستوى الرضى، مستوى المعيشة والرفاهية وجودة الحياة.

ولعل من المناسب أن نوضح أن العناصر التالية (الجانب البشري، الجانب الهيكلي والمادي، المستفيدين) تعبر بشكل أساسي عن مستوى الخدمات الصحية وأبعاد دراستنا الحالية والهدف هنا دراسة مستوى الخدمات الصحية من خلال جوانبها المتعددة.

الشكل رقم 6: عناصر الخدمات الصحية



المصدر: من إعداد الباحثة

3. خصائص الخدمات الصحية:

ومن خلال ما تم طرحه سابقا في أدبيات الخدمات الصحية وتم تفصيلها في شكلها العام والخاص وتحديد الخصائص العامة للخدمة في كونها غير ملموسة ولا يمتلكها الفرد ولا يستطيع تخزينها وبناءا على ما تم طرحه نستطيع تحديد أهم خصائص الخدمة الصحية وهي:

- ✓ الخدمة الصحية عامة ومتوفرة للجميع بدون استثناء، فهي تسعى دائما لتحقيق المنفعة للمرضى من خلال خدمات (وقائية، علاجية)، خدمات صحية مقدمة للمجتمع من خلال خدمات (الصحة العامة).
- ✓ عملية اتخاذ القرار تتم عبر مجموعتين (الإدارة، الأطباء) بشكل هرمي، ومع التطور في الوعي المجتمعي فأصبح المرضى يحددون القرارات من خلال الجمعيات والاعتراضات.
- ✓ لارتباطها بحياة الأفراد واستمرار الحياة فيجب أن تكون ذات جودة وتخضع لرقابة طبية واضحة.
- ✓ الاتصال المباشر بالمريض كمستفيد ولتحقيق ذلك الاتصال وجوب حضور المريض للمتابعة الطبية.

✓ من واجبات المؤسسة الصحية تقديم الخدمة الصحية لطالبيها وذلك بحشد كل الطاقات الإدارية والطبية لأجل إتمام ذلك الهدف.

✓ الخدمات الصحية غالبا ما تكون مكملة لبعضها البعض.

✓ تتنوع الخدمات الصحية وفق زيادة الوعي الصحي للأفراد، مما يؤدي إلى استحداث خدمات صحية وتخصصات أكثر لإشباع رغبة العملاء(المستفيدين).

✓ " قلة التنميط والتوحيد للخدمة الصحية: صناعة الخدمة الصحية تتجه حيث يتواجد الناس، ونظرا لاختلاف طبيعة الناس وأمراضهم وحالاتهم النفسية، فإن الخدمة تتنوع من فرد لأخر، حتى للفرد الواحد فإنه يحصل على خدمة الجراحة والعيون والقلب والصدر.... إلخ "[1]

✓ الخدمة الصحية منتج غير ملموس: الأمر الذي يستوجب ضرورة اتصال مباشر قوي وفعال بين مقدم الخدمة (المنظمة الصحية) والمستفيد منها، حتى الاستفادة الكاملة من هذه الخدمات وتملي هذه الخاصية على الأجهزة المقدمة للخدمات الصحية والمشرفة عليها ضرورة التأكد بصفة مستمرة عن طريق أساليبها الخاصة من تحقيق هذا الاتصال لتضمين تحقيق خدمة فعالة للمستفيدين من خدماتها، حيث لا يمكن فصل مقدم الخدمة الصحية عن المستفيد منها.

رابعا: دراسة سوسيو نظرية للمؤسسة الصحية

1. المؤسسة الصحية بوصفها مؤسسة لتنظيم المجتمع

رغم أن دراستنا تتمحور حول الخدمات الصحية إلا أنَّ المعالجة النظرية تقتضي منا كباحثين سوسيولوجيين ضرورة التطرق إلى المؤسسة الصحية باعتبارها الإطار التنظيمي والاجتماعي الذي ينتج في داخله وتنتج من داخله ويوزع من خلاله وبداخله وخارجه للخدمات الصحية ،فالمؤسسة الصحية ليست مجرد هيكل مادي هيراريكي يضم طاقم مهني ومرضى تحكمهم علاقات ثابتة بل هي منظومة تفاعلية تعيد إنتاج أفعالها باستمرار بتفاعلها في نظامها السلطوي وتجاوزها في البنى الكلية للمجتمع ومن هذا المنطلق ارتأينا إلى تخصيص مبحث لتحليل المؤسسة الصحية كتنظيم اجتماعي وذلك لتعزيز فهمنا للسياق الأوسع الذي تتشكل فيه الخدمات الصحية خاصة في ظل التغيرات المجتمعية التي تمر بها المؤسسات الصحية في المجتمعات المعاصرة .

فلقد ظهرت أبسط صورة للتنظيمات مع ظهور الأسرة، ثم أخذت الصور في تطور وتعدد مع انضمام الأفراد تحت التنظيمات التربوية والعمل والصحة وهذا لضرورة التنظيم وترتيب وتوجيه حياة الأفراد في

[1] مريزق محمد عدمان: مداخل في الإدارة الصحية، ط1، دار الراية للنشر الأردن، عمان، ص 36

المجتمع فمنذ ولادة الطفل (الانسان) تتولاه التنظيمات برعايته حتى شيخوخته فمن هنا جاءت أهمية التنظيمات كنظم اجتماعية.

ومن خلال المراحل التطورية المختلفة التي عاصرت طريقة تنظيم المجتمع كان الهدف هو تقديم خدمة مباشرة وفقا لما تقتضيه الحاجة فكانت تمارس النشاطات بالاشتراك مع هيئات ومؤسسات وجمعيات وعادة كانت تقدم الرعاية الاجتماعية في حالات استثنائية كالكوارث والأوبئة، ومع تطور طريقة تنظيم المجتمع اتجهت في الخمسينات إلى الاهتمام بتنمية المجتمعات المحلية، ولهذا أصبحت الخدمات مباشرة وغير مباشرة.

وقد جاء تصنيف برلمان وجورين Periman -Gurin في تقسيم أجهزة تنظيم المجتمع إلى ثلاث أنواع:

- **المؤسسات التطوعية:** هدفها هو تحقيق أهداف مشتركة مثل تغيير أو إصلاح بعض المؤسسات أو النظم الاجتماعية أو العلاقات الاجتماعية القائمة فهي تهدف الى زيادة فاعلية المنظمات.
- **مؤسسات الخدمات:** وهي المؤسسات التي تقدم خدمات اجتماعية متنوعة مثل المؤسسات الصحية والتعليمية ومؤسسات الرعاية الاجتماعية وتكون هذه المؤسسات حكومية أو خاصة.
- **مؤسسات التخطيط:** وهي مؤسسات متخصصة في التخطيط لخدمات من نوع معين وبرامج محددة مثل مؤسسات التخطيط لميادين الرعاية الاجتماعية

" والتخطيط في هذه المؤسسات قد يكون على المستوى المحلي أو على المستوى الوطني، ويهتم بالتخطيط في هذه المؤسسات بالتنسيق بين البرامج المختلفة، وتحديد الموارد والأولويات وتحديد الأنشطة والبحوث."[1]

وفي تصنيف آخر لأحمد كمال لأجهزة تنظيم المجتمع إذ قسمها لثلاث أنواع أساسية وهي:

– **أجهزة أولية** وهي أساسية وهي التي أنشئت خصيصا من أجل ممارسة طريقة تنظيم المجتمع.

– **أجهزة ثانوية** وهي أجهزة تحقيق التنمية الاجتماعية بجانب أهدافها الأساسية، فهي تقدم خدمات مباشرة مثل المدارس، والمستشفيات، ودور العبادة.

فالمؤسسة الصحية باعتبارها آلية اجتماعية لإعادة إنتاج النظام الاجتماعي وضبط العلاقات والسلوكيات الصحية فهي بذلك تؤدي وظائف وأهداف في إطار عملها كجهاز لتنظيم المجتمع كما " أشار ريتشارد

[1] محمد عبد الفتاح محمد: الأسس النظرية لأجهزة تنظيم المجتمع، ط1، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، 2002، ص28

سكوت Richard Scott إلى أن المنظمات المجتمعية هي منظمات أنشأت بتعقل لتحقيق أهداف معينة وتعمل على المحافظة على بقائها من خلال:

- ✓ أداء مهام ووظائف حيوية بالنسبة لكل من المنظمة نفسها والمجتمع باعتبارها تعطي وتأخذ من المجتمع والذي يحدد التحليل الوظيفي للجهاز.
- ✓ تحقيق أهداف المنظمة قد يحدث تقارب بين الأهداف المحددة والأهداف الحقيقية أي بين الأهداف الرسمية والواقعية.
- ✓ تصميم القرارات وصياغة الأهداف الخاصة بالجهاز يتحقق من خلال تحقيق هذه الأهداف والتي تعرف بالجانب التفاعلي للجهاز."[1]

وبطبيعة الحال فإن الخدمة الصحية (الوقائية والعلاجية) باعتبارها جهاز لتنظيم المجتمع فإن أداء المهام والوظائف الحيوية لديها تعتمد على ما يحتاجه المجتمع فهي تأخذ منه وتعطيه، فإن وضع السياسات الصحية العامة كأهداف يرجى تحقيقها بل هي في الحقيقة تحاكي احتياجات المجتمع في نظام تفاعلي لهذا الجهاز والمجتمع ككل والمؤسسة الصحية هي أداء وجهاز لتحقيق الخدمات الصحية.

وبما أن المؤسسة الصحية هي جهاز من أجهزة تنظيم المجتمع فإن قدرتها على التكيف مع المجتمع وتنظيمها لاحتياجات المجتمع وذلك في الحفاظ على سلامتهم ومساهمتها في رفاهيتهم واستقرارهم مما يعكس قدرتها على التفاعل مع المجتمع (الأفراد والأسر) فهي ضرورة تنموية إنسانية لبناء مجتمع قادر على الأداء الأفضل في المجالات الاقتصادية والاجتماعية والنفسية، ولهذا سنحاول إبراز النسق الداخلي والخارجي للمؤسسة الصحية باعتبارها تنظيم اجتماعي بنسقه الداخلي (الأطباء والممرضين والإداريين) يحاكي احتياجات الأسر.

2. المؤسسة الصحية كتنظيم اجتماعي

وكما ذكرنا سابقا في تحديد المفاهيم حول المؤسسة الصحية فإن المؤسسة الصحية في جانبها الاجتماعي "هي منظمة اجتماعية مستقلة نوعا ما، تؤخذ فيها القرارات حول تركيب الوسائل البشرية والمالية والإعلامية، بغية خلق قيمة مضافة حسب الأهداف في نطاق زمكاني[2] ، وتعرف أيضا على أنها نظام مفتوح يؤثر ويتأثر بالمحيط الخارجي، ويتكون هذا النظام من مجموعة عناصر متفاعلة بينها ومترابطة فيما بينها لتحقيق هدف معين."[3]

---

[1] نفس المرجع السابق، ص26

[2] عبد الرزاق بن حبيب :إقتصاد وتسيير المؤسسة ،ديوان المطبوعات الجامعية ،ط4 ،بن عكنون ،2009 ،ص28

[3] إلياس بن ساسي ويوسف قريشي: التسيير المالي، دار وائل للنشر والتوزيع، ط1، الجزائر ،2006، ص 32.

فلقد أجريت عدة دراسات تناولت البناء الاجتماعي في المؤسسة الصحية وهو الطبيب والمريض ومدى تأثيرها على نمط هذا البناء " وهي دراسة قام بها اثنان من الأطباء لتحليل هذه العلاقة عام 1956 وهما ساز وهولندر Szasz& Hollender، وقد خلصا إلى أن هناك ثلاثة أنماط من العلاقات نتجت عن التفاعل بين كل من الطبيب والمريض في موقف الخدمة الطبية، وهذه الأنماط هي:

- علاقة إيجابية من ناحية الطبيب سلبية من جانب المريض.
- نمط الإرشاد من جانب الطبيب والتعاون من جانب المريض.
- نمط المشاركة المتبادلة بينهما."[1]

تعتبر هذه الأنماط الثلاثة هي النمط السائد في المؤسسة الصحية بسبب تفاعل المريض الذي يحمل أنظمة وأبعاد اجتماعية وثقافية ونفسية والطبيب بكل ما يحمل من سلطة، فهذه التفاعلات قد تنتج لنا تقارب أو تنافر في هذه العلاقة.

ففي جانب آخر قام كارترايت Cartwright 1964 بدراسة مماثلة تناولت جانب العلاقات الإنسانية في المستشفى وخلصت الدراسة أن مقدمي الخدمة الصحية يساهمون بشكل كبير في تخفيف الأعباء المرضية على المرضى، "وفي جانب آخر حول أن التنظيم له سلطة وأدوار فلقد ذهبت دراسة هارفي سميث Harvey Smith 1949 حيث اتجه نحو تحديد الأدوار Roles ومجالات السلطة والمسؤولية وقد خرج من هذه الدراسة بأن البناء الاجتماعي للمستشفيات يقوم على أربع حقائق أساسية [2]وهي:

أولا: يحتوي البناء الاجتماعي للمستشفى على أبنية فرعية أساسية وهي الهيئة الطبية والممرضين والمرضى والخدمات النوعية مثل الصيدليات والتحاليل والفحص بالمعدات.

ثانيا: في داخل البناء يوجد نوعين للسلطة أولا سلطة الإدارة وهي المشروعة ذات خط إداري أما السلطة الثانية فهي للأطباء وقراراتهم بحكم لهم سلطة (الهامش الاستراتيجي) ولا يقف أي شيء اتجاه متطلباتهم فإن الأطباء وجودهم يعتبر قوة ذات فاعلية إنتاجية وفي نفس الوقت يتمتعون بمكانة عالية وهذا ما يبرر سلطتهم لا محدودة داخل المؤسسة الصحية.

ثالثا: داخل المؤسسة الصحية لا تتغير الوظائف ولا تتبدل فالممرض يبقى ممرض ولا يستطيع أن يكون طبيبا والطبيب يبقى طبيبا ولا يستطيع أن يكون ممرضا ولا يوجد ترقيات في المسمى أو التغيير في المسميات الوظيفية .

[1] فادية فؤاد حميدو: البناء الاجتماعي للمؤسسات الطبية، ط1، دار المعرفة، مصر ،2008، ص38

[2] نفس المرجع، ص 35.

فلقد تباينت واختلفت وجهات النظر حول مفهوم المؤسسة الصحية كل حسب توجهه المعرفي وكل على حسب حاجته للخدمات الصحية وهذا ما يعكس شمولية المؤسسة الصحية وقدرتها على أن تكون بناء اجتماعي تفاعلي فإذا لاحظنا أن:

- **المريض** يعرفها على أنها الجهة المسؤولة عن صحته.
- **الحكومة** تعتبر المؤسسة إحدى مؤسساتها الخدماتية التي تقدم خدمات صحية لأجل حماية صحة المجتمع وتحقيق التنمية الشاملة.
- **الطاقم الطبي:** يرونها أنها المكان الذي يقدمون فيه الرعاية الصحية للجميع بطريقة إنسانية مهنية.
- **إدارة المؤسسة:** هي نسق مفتوح على البيئة الخارجية تتفاعل مع المتغيرات والتحديات الاجتماعية والاقتصادية والصحية والبيئية.

ومن خلال هذين التعريفين سنحاول تحديد المعالم الأساسية للبناء الاجتماعي للمؤسسة الصحية وهي:

- ✓ كيان اجتماعي تكاملي تجتمع فيه جهود الأفراد في زمان ومكان محدد وذلك لأجل تحقيق أهداف محددة ضمن إطار العام لتحقيق التنمية الاجتماعية.
- ✓ كيان مادي تتكون من هياكل وأبنية ومعدات طبية، ووسائل مادية ومالية وإعلامية.
- ✓ لها نظام سلطوي في اتخاذ القرارات والأوامر بل تعتبر الوحيدة في قدرتها على اتخاذ القرارات المرتبطة بصحة الأفراد مما يجعل لها سلطة على حياتهم وعلى المجتمع.
- ✓ تعتبر المؤسسة الصحية أداة من أدوات التنمية الاجتماعية لقدرتها على تحقيق جودة الحياة للمجتمعات الإنسانية وذلك لقدرتها على حمايتهم من الأمراض وتحقيق الرفاهية الصحية.
- ✓ الاستجابة الفورية لاحتياجات البيئة الخارجية والتكيف معها.

ومن خلال ما تم طرحه فإن المؤسسة الصحية والخدمات الصحية المقدمة تعتبر أبنية اجتماعية تقوم بأدوار محددة، فإن الوقوف على مبدأ أن المؤسسة الصحية هي تنظيم اجتماعي فيعني أنها تقوم بأدوار محددة تتحدد من خلال علاقاتها مع المحيط الخارجي (الأسر مؤسسات الدولة والسياسات الصحية...) ولهذا فإن الدور حسب بارسونز الدور هو ما يفعله الفرد أثناء علاقاته مع الآخرين داخل النظام الاجتماعي، فالدور هو العنصر المشترك بين البناء الاجتماعي والشخصية ،وهذا ما اعتمد عليه بارسونز في تحليله للعلاقة بين الطبيب والمريض على النظرية الوظيفية (وقد تأثر بالنظرة الدوركايمية) نسبة إلى دور كايم.

ولهذا فإن الدور عند المؤسسة الصحية والذي يتمثل في (الخدمات الوقائية والعلاجية وبرامج الصحة العامة) هو سلوك متخصص داخل البناء الاجتماعي وذلك بالاستناد لمعايير المجتمع الذي يحدد أطر

هذ الدور أو السلوك وفق نظام متكامل ولهذا فإن الطاقم الطبي يؤدي دوره بطريقة موحدة وثابتة وفي حال طرأ أي تغيير في مكونات الأدوار يتأثر بالتغيير الاجتماعي ويؤثر بدوره في البناء الاجتماعي.

ومن زاوية أخرى فإن الدور لا يتشكل من جانب واحد فقط بل إن توقعات الأدوار إزاء دور كل فرد في المجموعة ومستوى تناغمها مع معايير وقيم الجماعة فإن دورك في المجموعة يضع عليك مجموعة من الواجبات ويقر لك مجموعة من الحقوق ولهذا فإن الأدوار التي يلعبها كل من الطبيب والمريض داخل المؤسسة الصحية تشكل باستمرار الخدمات الصحية فالأسرة التي تتردد للمؤسسة الصحية للاستفادة من الخدمات فإنها تتفاعل معها وفق معاييرها وتوقعاتها .

الجدول 1: تحليل بارسونز لدور الطبيب ودور المريض

دور الطبيب	**دور المريض**
لديه الكثير من المهارات والخبرات	يجب عليه أن يرغب في تحقيق الشفاء بأسرع وقت
يعمل على تحقيق مصلحة المريض والمجتمع أكثر من تحقيق مصالحه الخاصة	عليه أن يبحث عن علاج طبي لمرضه
عليه أن يكون موضوعيا أي ألا يحكم على سلوك المريض بناء على قيم واتجاهات خاصة	متعاون مع الطبيب
عليه أن يلتزم بقواعد وقرارات ممارسة مهنة الطب	يثق بالطبيب ويلتزم بتعليمات المستشفى

المصدر: أحمد رشيد عبد الرحيم [1]

إذا لهذه الأدوار عوامل تؤثر فيها فدور الطبيب يتأثر بـعوامل اجتماعية وعلمية وتكنولوجية وهي:

- تغير نوعية الأمراض السائدة في المجتمع مما يستدعي معرفتها وكيفية التعامل معها.
- تغير نوعية الأمراض بتغير مسبباتها (البيئة والضغوط الاجتماعية والنفسية) خاصة أن المفهوم الحديث للمرض هو الرعاية الشاملة والاهتمام بالمريض كوحدة متكاملة جسمية واجتماعية ونفسية أي مراعاة الظروف المحيطة بحياته.

[1] أحمد رشيد عبد الرحيم زيادة: علم الصحة المجتمعية، ط1، دار الوراق للنشر والتوزيع، الاردن، عمان ،2011، ص124

- دور الطبيب مكمل لدور المريض فزيادة الثقافة الصحية والطبية لدى الناس والمريض أدى إلى تغير نظرة المرضى إلى الأمراض وإلى الأطباء " أزمة ثقة " في المجال الطبي.

- شأن الطبيب هو شأن أي شخص يتعرض في أدائه لدوره لصراع الأدوار بين دوره كطبيب أو دوره الأسري في هيئات أو مؤسسات أو مع زملاء "[1]

وتماشيا مع ما تم ذكره فإن الأدوار التي تُمارس في المؤسسة الصحية يجعلها أحد مستويات الخدمة الصحية فإن دور المريض يحدد مستوى الخدمة من خلال وعيه الصحي وتمثيلاته تجاه الطاقم الطبي، ودور الطبيب يحدد جودة الخدمة المقدمة وذلك من خلال القيام بواجبات وحقوق، ولهذا فإن المريض (الأسرة) يعتبر أحد أهم العناصر البشرية المشاركة في الخدمات الصحية وأهم مدخلاته وكما ذكرنا سابق فإن المؤسسة الصحية هي نظام معقد فإن المريض هو أيضا نظام إنساني معقد وبما أنه نظام بيولوجي اجتماعي فإنه يجب مراعاة نظامه (الاجتماعي والنفسي والثقافي والبيئي) باعتبارها المؤثر الأول في عملية علاجه واستفادته من الخدمات الصحية وهي أنظمة متعددة تتداخل مع الأنظمة الأخرى وهي :

- **النظام النفسي للمريض:** إن النظام النفسي للمريض يؤثر في عملية العلاج فإن القلق والتوتر عند دخوله المستشفى يؤثر على علاجه بصفة كبيرة كما أن تفاعل الطاقم الطبي تنعكس على هذه العملية.
- **النظام البيئي للمريض:** بما أن المريض يعيش ضمن دائرة اجتماعية علاقاته العائلية ودائرة معارفه وأصدقائه فإن هذه الدائرة تؤثر على استجابته للتوجيهات الطاقم الطبي في تلقي العلاج.
- **النظام الثقافي للمريض:** وهي تلك العادات والقيم الثقافية الناتجة عن معتقداته الدينية والعائلية وبيئته الاجتماعية والتي تشكل تمثيلاته عن العلاج والمستشفى بشكل عام. فالمريض كائن اجتماعي– ثقافي يفسر تجربة العلاج من خلال عدسة خلفيته الثقافية والاجتماعية

فإن المريض يعتبر فاعل مستقبلا في هذه العملية وذلك من خلال تفاعله مع المؤسسة الصحية ويحمل أنظمة سابقا.

إذا فإن التنظيم يخضع لمؤثرات عديدة كما ذكرنا سابقا، فهذا لا يقتصر على كون أن المريض يحمل أنظمة قبلية قد تؤثر في استفادته من الخدمة الطبية بل إن تفاعله مع مقدم الخدمة (الطبيب، الممرض ...) يحدد طبيعة العلاقة الاجتماعية وهذا لا يقتصر على المريض بل على مقدم الخدمة أيضا وكما حددنا سابقا دور الطبيب في هذه العملية وعلاقة مقدم الخدمة (الوقائية والعلاجية) بالمريض ضمن المنظومة الصحية.

[1] نفس المرجع، ص 125.

فإن طرحنا هذا يدعم فكرتنا حول أن المؤسسة الصحية هي منظمة لها بناء ووظيفة وهذا البناء تتساند أجزاؤه وظيفيا لتحقيق أهدافها التنموية كجهاز لتنظيم المجتمع وفق أهداف ومستويات الخدمات الصحية لتلبية احتياجات الأفراد سواء الوقائية أو العلاجية أو خدمات الرعاية الصحية أو حتى تسيير وتنظيم السياسات الصحية (الصحة العامة) مما ينعكس على مستوى جودة مستوى معاشاتهم الاقتصادية والاجتماعية والنفسية وكذا الصحية.

خامسًا: واقع قطاع الخدمة الصحية في الجزائر

1. مراحل التطور الخدمات الصحية في الجزائر

أ- المرحلة الأولى مرحلة تسيير الأزمة الصحية (1962-1965)

لقد عرف قطاع الخدمة الصحية في الجزائر قبل الاستقلال تدهور وتردي من كل النواحي عانى الشعب الجزائري ويلات الفقر والحرمان فاستفحلت الأمراض الوبائية المعدية ،منها الملاريا والكوليرا والإسهال والتيفوئيد والسل ....إلخ وهذا راجع للظروف المعيشية السيئة بجانب ظلم المستعمر الذي منع الجزائريين من الاستفادة من الخدمات الصحية لهذا كانت وفيات الأطفال والنساء من أعلى النسب في العالم ،كما أنه تمَّ التمركز في المستشفيات ضمن المناطق التي تتواجد فيها المستعمرات الفرنسية أما القرى النائية والأرياف لا تملك مراكز صحية لهذا كان يُعالج مرضاه بالأعشاب .

ولهذا وبعد استقلال الجزائر وضعت الحكومة الجزائرية المؤقتة سياسات صحية طارئة قصد مكافحة الأمراض الوبائية التي فتكت بأرواح الجزائريين وأصبحت تهدد أمن الأمة الفتية وإلى جانب ذلك وضع أولوية لبناء هياكل صحية وتكوين الإطارات الصحية والإدارية، ولهذا رسمت صورة ثلاثية تتشكل من (الوقاية، علاج، التوزيع العقلاني للأطباء) وهذا يعتبر بحد ذاته تحدي مع وضعية متهالكة من ويلات الحرب.

وعليه فوضعية القطاع الصحي "قبل سنة 1965 لم تكن البلاد تتوفر إلا على 1319 طبيبًا منهم 285 جزائريا فقط، وهو ما يعادل طبيب واحد لكل 8092 مواطن، و264 صيدليا أي صيدلي لكل 52323 نسمة. أما أطباء الأسنان فكانوا حوالي 151 طبيبا، أي طبيب أسنان واحد لكل 70688. أما من حيث الهياكل القاعدية فقد كان هناك عجز دائم حيث كان قبل سنة 1967 قرابة 39000 سريرا بالمستشفيات، وما ميز هذه المرحلة هو الزيادة النسبية لقاعات العلاج مقارنة بسنة 1962. "[1]

[1] نور الدين حاروش :إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية ،ط1 ،دار كتامة للكتاب ،قسنطينة ،الجزائر ،2008 ،ص133.

وكما قلنا سابقا أن الجزائر ورثت في 1962 وضعية صحية متردية بسبب تدهور الظروف الاجتماعية والاقتصادية الصعبة جدا أما القطاع الصحي فكانت المباني والهياكل لا تكفي لتوفير أدنى الخدمات للأسر الجزائرية والتي كانت تعاني من أمراض وبائية وسوء تغذية حاد ولهذا بدأت الدولة الجزائرية كأول خطوة تجاه التنمية الصحية هي وضع برامج للحملات التلقيحية ومجانية العلاج وهذا قبل ما يتم إنشاء وزارة الصحة العمومية في عام 1965 التي كانت تابعة للوزارات الأخرى، وخلال هذا الفترة واجهت الوزارة الجديدة مجموعة من الملفات الصحية التي تكاد أن تكون كارثية إلى جانب ذلك سوء التغطية الصحية لكافة فئات المجتمع والتوسع الجغرافي للفرد الجزائري فتم تبني المساعدة الطبية المجانية في المدن والبلديات والوقوف على الطب المدرسي وإشراك الأطباء الخواص في إطار تعاقد مع المؤسسات العمومية التابعة للدولة بسبب نقص الأطباء المختصين .

ب- المرحلة الثانية: مجانية العلاج وتطبيب المشكلات الصحية (1965-1979)

تبدأ هذه المرحلة من 1965-1979 فهي المرحلة التاريخية في النهوض بالصحة العامة والاستقلالية وبدأت فعليا في بناء هياكل قاعدية وذلك بمضاعفة قاعات العلاج والمراكز الصحية على مستوى كل بلدية وكل حي سكني والهدف من هذا المخطط هو التأكيد على أهمية العلاج الأولي والوقاية.

وبما أن المرحلة الأولى تميزت ببطء الخدمات الصحية وفي المقابل تفاقم الوضع الصحي ونقص في التغطية الصحية لكافة أرجاء الوطن أدى باتساع الفوارق الاجتماعية والاقتصادية مع محاولة الدولة الفتية في إتباع سياسات تكاملية للحد من التخبط الصحي وهذا ما سنلاحظه في المرحلة الثانية من خلال مضاعفة التكوين الطبي والشبه الطبي وكذا إنشاء بعض الهياكل القاعدية بين سنتي 1967 و1969 ،فلبداية كانت مع "نشاط المعهد الوطني للصحة العمومية الذي أنشئ عام 1964 وبصدور الأمر المنظم لمهنة الأطباء والصيادلة عام 1966 "[1]

ماذا يعني مضاعفة قاعات العلاج والعيادات المتعددة الخدمات؟: هي محاولة توفير العلاج الأولي بين سنتي 1969و1979 وذلك بتوفير قاعات العلاج والمراكز الصحية في كل بلدية أو على مستوى كل حي وإنشاء العيادات المتعددة الخدمات1974 ، والهدف من هذه الهياكل القاعدية الوقاية للجميع نظرا لخصوصية المجتمع الجزائري والتموقع الجغرافي للجزائر والحالة الاجتماعية والصحية (من الفقر، الجهل الأمراض الوبائية ...) الموروثة من المستعمر الفرنسي.

[1] نور الدين حاروش :مرجع سابق :ص 134 .

"كذلك كانت بداية الحملات الوطنية للتلقيح B.C.G (1969-1970)، وكذا التلقيح ضد الشلل، ومكافحة الملاريا بداية من سنة 1965 بالمناطق الوبائية .... ،بالإضافة إلى برنامج الحماية من حوادث العمل ووضع لجان النظافة والوقاية." [1]

فطبقا للأمر رقم 73-65 المؤرخ في 1973/12/28 بمجانية العلاج في القطاعات الصحية وليأتي بعدها الميثاق الوطني 1976 الذي نص على حق المواطن في الطب المجاني كما أن النص عندما يتم وضعه في مجاله الاجتماعي كان مكسبا ثوريا وتعبيرا عن التضامن الوطني، وبذلك تمكين المواطن من مجانية العلاج.

"كما دعم دستور 1976 هذا الحق في المادة 67 منه والتي تنص بأن ": لكل المواطنين الحق في الرعاية الصحية وهذا الحق مضمون عن طريق توفير خدمات صحية عامة ومجانية، وبتوسيع مجال الطب الوقائي والتحسين الدائم لظروف العيش والعمل، وكذلك عنت طريق ترقية التربية والرياضية ووسائل الترفيه ".[2]

فتميزت هذه الفترة بالتوجه الاجتماعي وذلك محاولة من الدولة الفتية معالجة المشاكل الاجتماعية والاقتصادية الطارئة ورغم مرحلة الإصلاحات لكن عرف عدة مشكلات هي:

- ✓ هجرة الأدمغة وخاصة الأطباء.
- ✓ عدم توفر جانب بشري مكون يسير الخدمات الصحية مقارنة بتحديات المحلية والدولية.
- ✓ تمركز الخدمات الصحية والأطباء المختصين في المدن الكبرى.
- ✓ انتشار الأمية في المجتمع الجزائري.

وخلال هذا الفترة ومنذ عام 1975 شرع فريق العمل في وزارة الصحة في إعداد برنامج صحي تشمل المشاكل الصحية بالارتباط مع المشكلات الاجتماعية والاقتصادية وهي كما يلي:

1) المشكلات الصحية: مكافحة الأمراض الوبائية المعدية المتنقلة (السل، الملاريا، الحصبة ....)
2) مكافحة الأمراض غير المتنقلة: كأمراض القلب وشلل الأطفال ومرض السرطان..
3) المشكلات المتعلقة بنظافة المحيط: وهي نظافة المدن والأحياء السكنية، ومعالجة المياه القذرة وتزويد المنازل بالمياه الصالحة للشرب، ومكافحة الحشرات الضارة.
4) تحسين وتطوير القطاعات الصحية: ولقد تم وضع خطط التالية:
   - "مركز صحي لكل 6 إلى 7 ألاف ساكن.

[1] نفس المرجع :ص 137.

[2] ج ج د ش ،جبهة التحرير الوطني ،الدستور ،1976 ،المادة 67 ،https://2u.pw/7GC4U.

- عيادة متعددة الخدمات لكل 15 إلى 25 ألف ساكن.
- مستشفى في كل دائرة.
- مستشفى في كل ولاية.
- السكنات الوظيفية.
- مخبر طبي في كل ولاية.
- دراسة صناعة الأدوية وتوزيعها.[21]

5) المشاكل الاجتماعية والاقتصادية: وهو أخذ بعين الاعتبار السكن كأولية من الأوليات لضمان معاش مستقر للأسر الجزائرية.

وبناء على تلك المعطيات فإن هذه المرحلة تميزت بعدم ترتيب الأولويات ولكن كانت الأهداف لتلبية الطلبات السريعة لسد الثغرات الكبرى لهذا كانت المخططات عشوائية ونستطيع تسمية هذه الفترة بفترة نقاهة لهذا كان الاهتمام منصب نحو الأولويات الاضطرارية.

ومن خلال ما تم ذكره فنلاحظ أنه تم بذل مجهودات من خلال اكتساب الهيئات الصحية الجديدة من خلال الهياكل القاعدية وذلك بلامركزية العلاج وتعميم مجانية العلاج للمواطنين والوقاية من الأمراض بالمناطق النائية بالتوازي مع برامج نظافة المحيط، فهل نجحت هذه البرامج المخطط لها من خلال البرنامج الصحي ضمن المخطط الرباعي الثاني؟

[1] نور الدين حاروش :مرجع سابق ،139

1. الحصيلة البشرية والمادية والمؤشرات الصحية في الفترة (1965-1979):

- **الجانب البشري للقطاع الصحي:**

✓ 3761 طبيبا مقابل 2320 طبيبا أجنبيا والمجموع هنا 6081 طبيبا يضمنون تغطية صحية طبيبا واحدا لكل 2960 ساكنا.

✓ 46669 ممرضا وعونا في مختلف التخصصات والفروع أي عون شبه طبي واحد 386 ساكنًا.

- **الجانب المادي للقطاع الصحي:**

✓ 173 مستشفى عام (10مؤسسات متخصصة ،5 مؤسسات للأمراض العقلية ،1 مؤسسة للأمراض المعدية ،1 مؤسسة جراحة الأعصاب ،1 مؤسسة إعادة التأهيل الوظيفي ،1مؤسسة للحروق، 1مستشفى يومي) وكل تخصص للمؤسسة الصحية يتبعه المعدات.

✓ عدد الأسرة :44187 (ما يمثل 2.40 إلى 4.9 لكل 1000 ساكن حسب الولايات).

- أما بشأن المؤشرات الصحية:

- نسبة الوفيات الإجمالي 12.75 من الألف.
- نسبة الولادات الإجمالي 43.53 من الألف.
- نسبة الوفيات الأطفال 107.5 من الألف.
- متوسط عمر الفرد حدد بـــ56 سنة.[1]

هذه المؤشرات الصحية هي تعبير عن حالة الشعب الجزائري بعد الحرب التحريرية والتطور في الهياكل الصحية ومجانية العلاج ولعل الفرق كان واضحا في نسبة وفيات الأطفال حوالي 140 من الألف بين سنتي (1969-1970) إلى 122 من الألف سنة 1979 م.

وما يمكن استنتاجه في هذه المرحلة هو محاولة الدولة تعزيز مبدأ المكسب الثوري في المجال الاجتماعي والاقتصادي والصحي وذلك بتوسيع القطاع الصحي في المناطق الحضرية والريفية وشمولية الصحة ومجانية العلاج للجميع وذلك وفق رؤية المقترحات مرتبطة بما جاء في بيان اللجنة المركزية لحزب جبهة التحرير الوطني وتعتبر هذه الفترة امتدادا للمرحلة القادمة.

[1] نور الدين حاروش: مرجع سابق، ص147

ج-المرحلة الثالثة: الاتجاه نحو الانفتاح وليبيرالية العلاج (1980-2000)

خلال هذه الفترة الزمنية كان التوجه تنموي اقتصادي وذلك من خلال رغبة اللجنة المركزية لجبهة التحرير الوطني على ضرورة دمج النظام الصحي ضمن المخطط الوطني للتنمية الاقتصادية والاجتماعية ولهذا تم وضع أهداف محددة وهي:

- وضع قوانين ومواثيق وتحديثها وفق الأهداف الأساسية للمخطط الكلي للدولة الجزائرية.
- المشكلة الصحية ليس مشكل وزارة الصحة فقط بل هي عملية إلزامية للتكامل بين القطاعات والتي لها تأثير على الصحة بشكل مباشر أو غير مباشر.
- وبهذا وجب التكامل بين كامل القطاعات في تطبيق بين البرامج الوطنية والجهوية للصحة.
- التأكيد على ضرورة العلاج القاعدي كأساس للتسلسل العلاجي.
- التركيز على المشكلات الاجتماعية والاقتصادية.

"ففي عام 1981 تحولت المؤسسات العمومية الاستشفائية إلى مؤسسة عمومية ذات طابع إرادي تسمى (القطاع الصحي) تضم كل هياكل الوقاية والتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة تقويم الأعضاء طبيًا، وكل هيكل صحي عمومي تابع لوزارة الصحة، ويتولى مدير القطاع الصحي رئاسة مجلس المديرية، ودعمت المؤسسات الصحية العمومية بمؤسسات استشفائية متخصصة بعدها "[1] .

تميزت هذه الفترة بتحقيق مبدأ المساواة في الاستفادة من الرعاية الصحية من خلال كافة الهياكل الصحية:" تم خلال هذه الفترة إنشاء 13 مركز استشفائي جامعي بمهام ثلاثة وهي الرعاية وتقديم العلاج، التكوين والبحث وكان ذلك في سنة 1986 ،وتراجع نسبة الوفيات خاصة وفيات الأطفال وهذا بفضل البرامج الوطنية للصحة (برنامج محاربة السل ونقص التغذية، برنامج التلقيح الإجباري ...) كما سجلت هذه المرحلة تراجع ملحوظ للأمراض المتنقلة، وأمل الحياة انتقل سنة 1962 إلى 1965 في سنة 1989.[2]

وكحوصلة بشأن التغطية الصحية تم:

- 02 سريرين لكل 1000 نسمة.

[1] سعودي علي: النظام القانوني للمؤسسات العمومية الاستشفائية في الجزائر، شهادة الماجستير في إطار مدرسة الدكتوراه دولة ومؤسسات عمومية، كلية الحقوق، جامعة الجزائر 1 ، 2016 /2017 ، ص ص 4-3

[2] خروبي بزارة عمر ،اصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999-2009) دراسة الحالة المؤسسة العمومية الاستشفائية خليف شلف ،رسالة ماجستير في العلوم السياسية والعلاقات الدولية في تخصص رسم السياسات العامة ،كلية الحقوق ،جامعة الجزائر ،2010-2011.ص 44

- عيادة لكل 70241 نسمة.
- مركز صحي لكل 28559 نسمة.
- قاعة علاج لكل 9433 نسمة.

أما المؤشرات الصحية نجد أن:

- وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات 40.5 من الألف حسب المنظمة وحسب الجزائر فهي 35.8 من الألف.
- الأمل في الحياة 74.8 سنة.
- التلقيح: الشلل 98 %
- الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي :87 %.
- التلقيح ضد التهاب الكبد الفيروسي 81 %.[1]

أما فترة العشرية السوداء فكانت تمثل أزمة اقتصادية وسياسية كبيرة مما تسبب في حالة فوضى أمنية تسببت في تخريب الهياكل والبنى التحتية وإعلان حالة الطوارئ داخل الهياكل الصحية مما سبب شلل جزئي في الخدمات الصحية وزد على ذلك تدهور الحالة الاجتماعية والبيئية مما أدى إلى عودة بعض الأمراض والأوبئة بسبب قلة النظافة وتوسع رقعة الفقر رغم محاولة الحكومة في سبيل تطوير القطاعات الحيوية وأهمها قطاع الصحة ولكن ما يعيق التطور في هذا القطاع هو سوء التسيير والتخطيط وعدم العقلانية في الإنفاق العام كما أن العلاقة بين القطاع الصحي والضمان الاجتماعي تشوبه الكثير من التجاوزات والغموض في القوانين .

وشهدت هذه الفترة أيضا إصدار المنشور الوزاري سنة 1995 والمتعلق بمساهمة المرضى في تسديد نفقات الإيواء والإطعام في الوسط الاستشفائي.[2]

وخلال الألفية الثالثة بدأ القطاع الصحي ينتعش بعد انتهاء العشرية السوداء ففي سنة 2005تحددت الأولويات الصحية حول ما يلي:

– الالتزام بمبدأ الوقاية في عدة مجالات أهمها: صحة الأم والطفل الأمراض المزمنة، صحة الشباب ....

[1] نور الدين حاروش : مرجع سابق ،ص 155.

[2] ج ج د ش ،وزارة الصحة والاسكان المنشور رقم 01 ،المتضمن مساهمة المرضى في نفقات الاطعام والايواء داخل المستشفى ،المؤرخ 8 أفريل 1995 ، م ،ص 2

– تطوير الخدمات الصحية القاعدية أي تقديم العلاج من الدرجة الأولى وتزويدها بالمعدات الطبية والموارد البشرية.

– تزويد السكان بالماء الصالح للشرب والتقليل من التلوث البيئي.

– التوجه إلى إنتاج المواد الصيدلانية والتجهيزات الطبية قصد التقليل من التبعية.

– إعادة التأكيد على مبدأ مجانية العلاج.

واستخلاصًا لما سبق نستنتج أن هذه المرحلة عنوانها الانتعاش الصحي من الجانب المادي ومؤشرات الصحية تحسنت قليلا وذلك من خلال انتقال أمل الحياة من 50 سنة إلى 65 سنة في 1989 إلى انتقال أمل الحياة إلى 75 سنة في خلال الألفية ،ونستطيع إرجاع هذا التطور والاهتمام بالتنمية الصحية ومجانية العلاج إلى ارتفاع عائدات البترول آنذاك ،ولكن هناك مشاكل عامة طبعت تلك الفترة أهمها تم التركيز على الخدمات العلاجية وإهمال الخدمة الصحية الوقائية وإلى جانب أخر وبسبب النمو السكاني ونقص المستشفيات أدى إلى عدم قدرة القطاع العمومي على استيعاب الازدحام لطلب العلاج ، نقص الأدوية "وأهم المشاكل على الإطلاق تدني الأجور لدى الأطباء وعمال القطاع الخاص ،حيث أن هذا الأجير وجد الفرصة سانحة لنموه والارتقاء بخدماته كمًا ونوعًا لكن بقي المواطن البسيط لا يستطيع الاستفادة من العلاج الخاص بسبب التكلفة الكبيرة حيث يعمل بصيغة الدفع المباشر (طابع ليبرالي) .[1] وهذا كله كان في فترة ما قبل الألفية .

خ–المرحلة الرابعة النظام التعاقدي من 2001 –2018

علينا أن نشير إلى أن هذه الفترة تعتبر من أهم المراحل الانتقالية الإصلاحية وذلك لاحظناه من خلال استحداث اسم جديد لوزارة الصحة والسكان إلى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات (Ministère de la santé, de la population & de la réforme hospitalière) وذلك في 2002 والهدف من هذا التوجه هو العمل على إصلاح المستشفيات من الداخل وإيجاد أليات عمل جديدة لضمان التسيير الذاتي للمؤسسات الصحية تحت مبدأ اللامركزية التمويل والتسيير هدفها تسهيل الوصول إلى العلاج وتقريب المستشفى للمواطن .

ففي سنة 2007 يعاد تنظيم القطاعات الصحية بتقسيمها إلى نوعين جديدين من المؤسسات هما : المؤسسة العمومية الاستشفائية و المؤسسة العمومية للصحة العمومية للصحة الجوارية وفق المرسوم التنفيذي 140/07 المؤرخ في 2007/05/19 ،أي فصل الاستشفاء عن العلاج والفحص وهي نوع من

[1] خروبي بزارة عمر، مرجع سابق، ص 42.

اللامركزية هدفها تسهيل الوصول إلى العلاج وتقريب المستشفى أو المؤسسة الصحية من المواطن، وتتمتع كل من المؤسستين بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وهي مؤسسات عمومية ذات طابع إداري ،فهي بذلك تطبق عليها قواعد القانون الإداري سواء من حيث سيرها وقواعد تنظيمها.[1]

إلا أن هذه الفترة ورغم التطورات التي عاشتها البلاد والإصلاحات التي أدخلت على هياكل الصحة العمومية بحيث استفاد القطاع في الفترة ما بين (2005 إلى 2009) من غلاف مالي قيمته 244 مليار دينار تم استثماره في انجاز 800 مؤسسة استشفائية والجوارية.

إلا أنه استحدث ألية جديدة لتسيير الموارد والخدمات الصحية من خلال التحول الجزئي نحو نظام التعاقدي في طريقة تسيير وتمويل الخدمات الصحية ومؤسساته وبذلك التحول من النمط البيروقراطي الإداري المركزي إلى نمط يعتمد فيه على التعاقد بين المؤسسات الصحية والهيئات الممولة (كصناديق الضمان الاجتماعي والدولة) وفي الأحيان التعاقد مع المؤسسات الصحية الخاصة وذلك لعدة أسباب نذكر منها أسباب مالية وأخرى تقنية وهي:

- الاعتماد على التعاقد كبديل لتسيير نظام الصحة العمومية وذلك بسبب الفوضى السائدة في قطاع الصحة بسبب ارتفاع النفقات وهذا ما سبب تراجع وتيرة التنمية الاجتماعية.
- لم تعد وزارة الصحة تقدم تمويلات مالية لكافة المؤسسات الصحية بنفس القيمة بل يتم تمويلها حسب أدائها ونتائجها وهذا يعتبر نوعا من الاستقلالية في التسيير المالي.
- المؤسسة الصحية (المستشفى) يبرم عقدا سنويا مع الجهة الممولة (مثل الضمان الاجتماعي CNAS أو وزارة الصحة) يتم فيه التعهد بتقديم خدمات صحية ذات جودة وبذلك تحقيق مؤشرات صحية إيجابية.
- المريض يعتبر زبونا وشريكا يجب إرضاءه من خلال تقديم نوعية علاج جيدة وذلك سيؤدي بدوره إلى تحسين المؤشرات الصحية.
- ولهذا يتم تقييم الخدمات المقدمة لكل مؤسسة صحية من خلال العقود المحددة بفترة زمنية (مثل عدد العمليات، المواعيد، تقليص فترة الاستشفاء .....).
- " لا بد للنظام التعاقدي لضمان نجاحه من توفر الإطار الكفء الذي يتمكن من التأقلم مع هذا التغير والاستجابة لمقتضياته، لذا فالتكوين الجيد وإعادة التكوين ضروريا لإيجاد العنصر البشري القادر على مواكبة التغيرات الجديدة، وخاصة وأن النمط الجديد من الإصلاحات يفرض حسن التسيير والتوزيع

[1] سعودي علي ،مرجع سابق ،ص 4

للكفاءات والطاقات البشرية ليضمن استغلالها التام، مما يعد عاملا مهما في محاربة التبذير في مصلحته وسوء التسيير والعكس فيما يخص مصلحة أخرى."[1]

وبما أن النظام التعاقدي في الجزائر جاء بعد مراحل التخبط في القرارات وبعد دخول النظام الصحي في الجزائر لحالة انسداد وتقهقر مالي والتي تعاني منها ميزانية الصحة وهذا بسبب انتهاج سياسة الطب المجاني والذي كان له أثر كبير وإيجابي في التقليل من الوفيات الأم والطفل وارتفاع متوسط العمر عند الفرد الجزائري والسيطرة على الأمراض الوبائية وخاصة بعد خروج الجزائر من مرحلة استعمارية صعبة جدا، ولكن بعد انخفاض العائدات البترولية إلى أقل من 10 $ في عام 1986 وزيادة التكاليف الصحية وهذا التحول أدى إلى عراقيل عديدة ولقد ذكرناها سابقا ولهذا تحول النظام الصحي للنظام التعاقدي والذي حقق مجموعة من الإنجازات أهمها :

- 1999 إنشاء لجنة لإعداد مشروع قانون الصحة الجديد، وكذا الانتهاء من إنجاز المسح الوطني الخاص بوفيات الأمهات الذي أجرى من طرف المعهد الوطني للصحة.
- 2000 التحقيق الوطني متعدد المؤشرات الخاص بوفيات الأطفال الرضع (MICS2) برعاية اليونيسيف ومديرية الوقاية التابعة لوزارة الصحة والسكان.
- 2001 تثبيت لجنة وطنية لإصلاح المستشفيات، وفي سنة 2002 قامت مديرية السكان التابعة لوزارة الصحة والسكان بالمسح الوطني الخاص بصحة الأسرة، أما في سنوات 2002 ،2003 ،2004 قامت وزارة الصحة بنشر المنشورات السنوية المتعلقة بصحة الجزائريين والجزائريات، وفي سنة 2003 تم إدراج المشروع الخاص بقانون الصحة هذا المشروع تم مناقشته على نطاق واسع لكن لم يتم عرضه على الجمعية العامة."[2]
- 2009 توزيع النفقات العمومية على الصحة العمومية عن طريق الضمان الاجتماعي CNAS وCASNOS أما عديمي الدخل المحدود فيتم التكفل بهم من خلال أجهزة النشاط الاجتماعي وسنحاول التفصيل في هذه النقطة فيما بعد في الجزء الخاص بالضمان الاجتماعي.
- فصل الاستشفاء عن العلاج والفحص كنوع من اللامركزية في القطاع الصحي والهدف من هذا الاجراء هو تقريب المستشفى للمواطن.

[1] مراد حنان: أهمية إصلاح المستشفيات في تحقيق التنمية الاجتماعية، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع التنمية، قسم علم الاجتماع، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة بسكرة، الجزائر ،2007/2006. ص88

[2] بن عمار نوال: أمراض ووفيات الأمهات في الجزائر مابين 1975-1980 ،أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه LMD في تخصص السكان والتنمية ،قسم علم الاجتماع والديموغرافيا ،كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية ،جامعة باتنة 1 ،الجزائر ،2018/2017 ، ص 70

- اعتماد خطة وطنية لمكافحة مرض السرطان في الفترة 2011.

ورغم التطور الملحوظ في المنظومة الصحية الجزائرية والتحول إلى النظام التعاقدي إلى أنها مازالت تعاني من الكثير من الاختلالات الداخلية على مستوى الداخلي للمؤسسات الصحية والخارجية بالنسبة للوضع الصحي في الوطن وسنوجزها في النقاط التالية:

☒ "عدم وجود ارتباط بين الأطراف الفنية (السلك الطبي، السلك شبه طبي والطاقم الإداري) من خلال ضعف المراكز الصحية الأمر الذي انعكس سلبًا على مردودية القطاع الصحي.

☒ ضعف التنظيم الصحي أدى إلى بروز ظاهرة التبذير في العلاج وكذلك التوزيع السيء للمصالح الصحية عبر الوطن أثر على مردودية هذه المصالح."[1]

☒ سوء توزيع المراكز الصحية بسبب ضعف التخطيط الخاص بتوزيع السكان في المناطق الشمالية والجنوبية في الجزائر.

☒ وبسبب سوء توزيع المراكز الصحية أثر بشكل كبير على التوزيع العادل للأطباء والأسِرة.

☒ نقص الاتصال بين وزارة الصحة والهيئات الأخرى المعنية بالشؤون الاجتماعية.

وخلاصة القول أن المشكلة التي يعاني منها القطاع الصحي ليست مادية (تتعلق بالميزانية المالية) بل هي أزمة التخطيط والتنظيم بين المنظومة الصحية والبيئة والكثافة السكانية ولهذا فإن أي اضطراب أو خلل في المنظومة الصحية يؤثر بشكل مباشر على معاش الأسرة فغالبا لو هناك سوء التسيير داخل المؤسسة الصحية ونقص الأطباء قد يؤثر على جودة الخدمات الصحية المُقدمة للأسر كما أن عدم المساواة في توزيع المراكز الصحية يعدُّ عائقا أمام تحقيق التنمية المستدامة حيث يسبب عدم المساواة والتفاوت في توفر الخدمات الصحية إلى تفاقم الأعباء الاقتصادية والاجتماعية على الأسر خاصة تلك الأسر التي تعيش في المناطق الأقل حظًا وهذا الحال يفرض على تلك الأسر التنقل إلى المراكز الصحية البعيدة وهذا ما يأخر حصولهم على العلاج المناسب مما يسبب تفاقم الأمراض المزمنة وانخفاض جودة حياة الأسر واستقرارها المالي والاجتماعي والنفسي .

ولهذا قد تمّ إتباع نظام صحي يصبو إلى تنظيم المؤسسات الصحية العمومية إداريًا بما يتماشى مع النمو السكاني في الجزائر ولرفع مستوى أداء تلك المؤسسات بعد أن تدهورت بسبب سوء التسيير.

2- المنظومة الصحية في الجزائر وهياكلها

2-1إصلاح المستشفيات الجزائرية نحو تحقيق جودة الخدمات الصحية

[1] بن عمار نوال ،مرجع سابق :ص 70

ومن خلال تتبعنا للنظام الصحي في الجزائر والسياسات الصحية التي اتبعتها الدولة الجزائرية وذلك للنهوض بالقطاع الصحي ومع النمو السكاني في الجزائر أصبح من الضروري التوجه لنظام يتماشى مع مستجدات التطور العالمي، وأمام الوضعية التي عانت منها المؤسسات الصحية العمومية وبسبب ذلك التدهور الصحي بدأت تفقد شيئا فشيئا من مصداقيتها أمام المرضى وذلك بسبب سوء الرعاية وتدني مستوى الخدمات الصحية المقدمة.

ومع ضرورة تكيف قطاع الصحة العمومي مع الوضع الراهن أصبح من الضروري إدخال إصلاحات على المنظومة الصحية في الجزائر وذلك لتحسين مستوى الأداء الصحي وبذلك تحسين الخدمات الصحية المقدمة للأسر ولهذا تم وضع أهداف مسطرة فيما يخص رفع مستوى الخدمات الصحية (الوقائية والعلاجية والصحة العامة) وذلك على عدة مستويات منها:"

أ- رفع كفاءة تشغيل المستشفيات

ويعني ذلك استعداد المستشفى للقيام بمهامه من خلال:

✓ **تحقيق مبدأ التدرج في العلاج:** يعتبر من المبادئ الأساسية التي يقوم عليها النظام الصحي الجديد (التعاقدي) وذلك أن المريض في مراحل علاجه يتوجه للهياكل الغير الاستشفائية (قاعات العلاج، المؤسسة الصحة الجوارية) وعلى حسب الحال الصحي يتم توجيهه حسب ما تقتضيه حالته الصحية، وهنا قد تواجه هذه السياسة الجديدة (النظام التعاقدي في التدرج في العلاج) تصدي من عقلية الشعب الجزائري والذي يفضل العلاج في المؤسسات الاستشفائية.

✓ **تحسين إدارة المستشفيات:** وذلك يتم من خلال منح الاستقلالية للمستشفيات من خلال ميزانية مستقلة ويتم هذا من خلال عدة أهداف وهي تعزيز الرقابة على كل مؤسسة صحية والاعتماد على تكنولوجيات حديثة ومواكبة التطورات الحديثة في إدارة المستشفيات فنيا وإداريا ومن خلال هذه التحسينات سيؤدي تحسين التسيير وضمان تغطية وتوزيع عادل للخدمات الصحية .

✓ **إعداد وتطوير القوى العاملة:** وذلك من خلال التكفل ببرامج البحث العلمي وذلك بتدريب الأطباء والمهنيين في كليات ومعاهد صحية فهنا الخدمة الصحية لا تقتصر بالضرورة على العلاج والوقاية فلجانب العلاقات الإنسانية دور مهم في عملية العلاج ورضى المرضى على مستوى الخدمات المقدمة.

ب- خدمة نوعية ونفقات أقل: وذلك من خلال:

- **التنسيق والتكامل بين القطاعات الصحية:** إذا أن التعاقد مع الضمان الاجتماعي يفرض على المنشآت الصحية الاستجابة لمعايير محددة فيما يخص تقديم الخدمات والأسعار وذلك من خلال

مكتب الضمان الاجتماعي الذي يجب أن يوجد في كل مستشفى لضمان المراقبة الكمية والكيفية لجمع النشاطات الاستشفائية للمؤمنين وهذا يضمن:

- توحيد المعايير والمؤشرات والمواصفات الخاصة بتقديم الخدمات الصحية.
- وضع سياسة صحية شاملة مع التنسيق المشترك بين جميع الجهات التي تقدم الخدمات الصحية.
- تفادي الازدواجية في تقديم الخدمات الصحية وتحديد دور كل جهة.
- تقليص الإهدار المتمثل في استخدام المريض لأكثر من منشأة صحية للغرض ذاته واستخدام بطاقات التأمين.
- تطبيق معايير موحدة للجودة والنوعية وتقييم الأداء.

- **ترشيد الانفاق واحتواء التكاليف:** وذلك بإدخال نظام الرسوم مقابل الخدمات الصحية وذلك لمتابعة وتقليص التكاليف ويتم ذلك من خلال مراجعة تكاليف الإنفاق على الخدمات الصحية والتأكد من توزيع الإنفاق وفقا للأولويات المعتمدة ومتطلبات الخدمة والتوزيع الأمثل للموارد الصحية بين الجهات المختلفة بما يتفق مع دورها وحجم استخدامها.

ت- رفع مستوى الصحة وخفض معدلات المرض والوفاة:

إن تطبيق النظام التعاقدي في مجال الصحة العمومية والدفع مقابل العلاج يجعل مسؤولية الدولة محصورة في ضمان الجانب الوقائي الشيء الذي يساعد على:

- رفع معدل العمر المتوسط للسكان.
- خفض معدلات الإصابة بالأمراض المعدية والطفيلية وتعزيز نظم الترصد الوبائي.
- تخفيض استئصال شلل الأطفال والحصبة أو التحكم فيهما.
- الحد من مخاطر الأمراض غير السارية وتطوير أساليب تشخيصها وعلاجها وتأهيل المصابين بها بما في ذلك مخاطر التلوث البيئي والحوادث.
- خفض معدلات الوفيات وخاصة وفيات الأطفال والرضع حديثي الولادة والأطفال دون الخامسة وخفض معدل الإصابة بالأمراض الوراثية."[1]

2-2 مؤسسات المنظومة الصحية

ورد في المادة 132 من قانون المالية لسنة 1995 في الفترة الثانية ما يلي "يتم تطبيق هذا التمويل على أساس العلاقات التعاقدية التي تربط الضمان الاجتماعي بوزارة الصحة والسكان وحسب الكيفيات

[1] مراد حنان :مرجع سابق ، بتصرف

التي تحدد عن طريق التنظيم، ومن خلال ما جاء في المادة نجد أن أطراف التعاقد في تمويل الصحة العمومية هم:

أ- **الدولة**

تقوم الدولة هنا بتغطية نفقات التكوين والبحث الطبي والخدمات الوقائية والنفقات الصحية للمحرومين الغير مؤمنين اجتماعيا وهذا ما نصت عليه المادة 3/132 من قانون المالية لسنة 1995.

"تقوم الدولة بتحديد المعوزين عن طريق مديريات النشاط الاجتماعي التي حددت لها التعليمية الوزارية المشتركة الصادرة في 14 جانفي 2003 والمتعلقة بتطبيق العلاقات التعاقدية بين المؤسسات العمومية للصحة وهيئات الضمان الاجتماعي ومديريات النشاط الاجتماعي للولايات –مهمة تعيين الإدارات الضرورية على المستوى المراكز لإنجاز العملية، وبعد تحديد قوائم المعوزين غير المؤمن لهم اجتماعيا وتسلم لهم بطاقة المعوز التي تمكنهم من الاستفادة من بطاقة الاجباري التي تدفع أقساط الاشتراك فيها الجماعات المحلية وبالتالي توفير خدمة علاجية مجانية للأفراد المعنيين "[1]

وهنا بعد تحديد قوائم المعوزين غير المؤمنين يتم تسليم لهم بطاقة المعوز التي تمكنهم من الاستفادة من بطاقة التأمين الإجباري التي تدفع أقساط الاشتراك فيها الجماعات المحلية وبالتالي توفير خدمة علاجية مجانية للأفراد المعنيين وهذا ما سيتم تناوله في الفصل الرابع في الجانب الميداني.

أ-**الضمان الاجتماعي**

بما أن الضمان الاجتماعي يعتبر من المؤسسات التي تحافظ على المعاش الاقتصادي للأسر سنحاول التطرق إليه خاصة مراحل تطبيقه في الجزائر ووجب التنبيه في هذا السياق أن مفهوم المعاش ضمن سياق الدراسة الحالية لا يقصد به المعاش التقاعدي أو الضمان الاجتماعي كما هو شائع في الدارسات الاقتصادية، بل يستخدم كمفهوم سوسيولوجي لكافة شروط العيش اليومية للأفراد والأسر وبما في ذلك أبعادها الصحية والاقتصادية والاجتماعية ،كما تتشكل وتُعاد تشكيلها في سياق التفاعل مع الخدمات الصحية ولهذا يعتبر الضمان الاجتماعي كمؤشر على ظروف العيش اليومية للأسر في ارتباطها بالخدمات الصحية.

فالضمان الاجتماعي مؤسسة وطنية عمومية شاملة تقدم خدمات اجتماعية ذات طابع إداري، وتعد اجتماعية لكونها تلعب دور الوسيط بين العمال وأرباب العمل وبموجب قانون 1997 أصبحت مؤسسة ذات طابع خاص تتمتع باستقلال مالي وتهدف إلى حماية المواطنين من المخاطر الاجتماعية مثل

[1] نفس المرجع ،(بتصرف)

الأمراض والشيخوخة والعجز والبطالة والأمومة وإصابات العمل ومصدر تمويله الأساسي يكون باقتطاع من رواتب العمال ومن صلاحياتها ومهامها:

- تسيير التأمينات الاجتماعية وحوادث العمل والأمراض المهنية.
- ترقيم المستخدمين والمؤمنين اجتماعيا وفق منصة حكومية مشتركة بين المؤسسات الأخرى.
- تغطية اشتراكات الضمان الاجتماعي لحساب التعاقد وذلك بتغطية النفقات الخاصة بهم.
- الوقاية من حوادث العمل والأمراض المهنية والمساهمة فيها.
- تنظيم وممارسة المراقبة الطبية، وممارسة العمل الطبي الاجتماعي.
- ضرورة اشراك العاملين الأجراء ضمن اشتراكات اجبارية.

2) التكفل بالعلاج أو الأداءات العينية بالنسبة للأجراء المؤمنين

التأمين هنا يشمل التعويض مصاريف العناية الطبية أو الوقائية (أداءات العينية) والتكفل بمصاريف العلاج على المرض وتعويض أيام العطل المرضية أثناء التوقف عن العمل وتشمل المصاريف عن:

- "العلاج، الجراحة، الأدوية الصيدلانية، الإقامة بالمستشفى.
- الفحوص البيولوجية، الكهروديوغرافية والنظرية.
- علاج الأسنان والأطقم (وتركيبها).
- العلاجات المعدنية والمتخصصة التي لها علاقة بالعلل التي تصيب المريض.
- الجبارة الكفية والوجيهة، والأجهزة والأعضاء الاصطناعية.
- إعادة التدريب الوظيفي للأعضاء والتأهيل المهني.
- النقل بسيارة الإسعاف أو بغيرها من وسائل النقل الأخرى التي تستلزمها مصالحه.
- الأداءات الخاصة بالتخطيط العائلي وتنظيم النسل.

أما للتعويض للمتكفل به يتمثل في:

- التعويض بنسبة 80 % لـ الفحوص والمواد الصيدلانية، النظارات والتداوي بالمياه المعدنية.
- التعويض بنسبة 100 % لـ بعض العمليات الجراحية المهنية وبعض الأمراض المزمنة."[1]

فتُقدم الهياكل العمومية للصحة العلاج بالمجان، حيث يتم تمويلها من قبل الدولة عن طريق مبلغ جزافي سنوي، يدفعه الضمان الاجتماعي ويسمى "جزافي المستشفيات "

[1] وفاء سلطاني :مرجع سابق ،ص 175

- **التعويضات النقدية:** ويستفيد منها الأجراء المؤمن لهم من تعويضات عن كل المدة التي توقف فيها عن العمل والتي وصفت له لأسباب صحية تساوي التعويضية اليومية ما يلي:

–50 % من صافي الأجر الخاضع للاشتراكات خلال الـ 15 الأولى من التوقف عن العمل.

– 100% اعتبارا من اليوم 16 وابتداء من اليوم الأول في حالة الاستشفاء أو المرض طويل الأمد.

- التأمين على الأمومة: ويشمل: – تعويض مصاريف العلاج الطبي والصيدلاني الناتجة عن الحمل والولادة.
- تعويض بنسبة 100 % لمصاريف استشفاء الأم والرضيع على مستوى العيادات للتوليد بما في ذلك تكاليف الحاضنات، الاستشفاء في المرافق العمومية للصحة مجانا.
- التأمين على العجز: ويتمثل في منح معاش إلى الشخص المؤمن له اجتماعيا دون سن الـ 60 الذي يعاني من عجز يضعف قدرته عن العمل أو الكسب بنسبة 50 % على الأقل. هناك ثلاث فئات من العجزة والمعاشات والتي تتراوح نسبتها بين 60% و80 % حسب خطورة المرض.

تخضع هذه النسبة لزيادة تقدر بـ 40 % للعجزة الذين يحتاجون مساعدة شخص آخر، أما بخصوص العمال غير الأجراء، فإنهم يستفيدون من معاش في حالة عجز كلي ونهائي تقدر نسبته 80 % من الدخل المرجعي.

- التأمين على الوفاة: ويهدف إلى دفع رأس مال الوفاة إلى ذوي الحقوق المؤمن له اجتماعيا المتوفى، والذي يساوي 12 مرة لأفضل مبلغ أجر من السنة التي تسبق تاريخ الوفاة أو 12 أضعاف المبلغ الشهري للمعاش أو الريع، إذا تعلق الأمر بمتقاعد أو عاجز أو حائز على ريع حادث عمل أو مرض مهني.

"ينص التشريع على إنشاء صندوق للمساعدة والإنقاذ، مكلف بمنح التعويضات في بعض الحالات الاستثنائية، ولا يسما لفائدة المؤمن لهم اجتماعيا من ذوي الدخل الضعيف تم القيام بنشاطات اجتماعية في شكل إنجازات ذات طابع صحي واجتماعي لصالح المؤمن لهم اجتماعيا وذوي الحقوق وذلك في مجالات محددة (مراكز التشخيص والعلاج والعيادات المتخصصة في بعض مجالات النشاط ودور الحضانة ورياض الأطفال، ما إلى ذلك)

إذا كيف يتم التكفل وتغطية العمال الذين لا يمارسون أي نشاط مأجور من حماية الضمان الاجتماعي ويتمتعون حسب قانون الضمان الاجتماعي بصفة المؤمن لهم اجتماعيا؟

"التغطية تشمل:

– العمال الأجراء.

– العمال غير الأجراء، الذين يمارسون نشاطا مهنيا لحسابهم الخاص.

– الفئات الخاصة والتي تضم:

- العمال المشبهين بالعمال الأجراء مثال العمال بالمنازل، المستخدمون من قبل الخواص، البحارة ورب العمل الصياد بالحصة، الفانون، المتمهنون الذين يتقاضون أكثر من 50 % من الأجر الوطني الأدنى المضمون ....
- العمال الذين يمارسون نشاطات خاصة مثل حراس مواقف السيارات المجانية، الأشخاص الذين يعملون في إطار أنشطة ذات منفعة عامة، حاملو الأمتعة المرخصون ...
- الأشخاص الذين لا يمارسون نشاطا مهنيا مثال: الطلبة، تلاميذ المؤسسات التعليمية التقنية والتكوين المهني، المجاهدون، المعاقون والمستفيدون من المنح الجزافية للتضامن، الأشخاص الذين يمارسون نشاطا رياضيا منظما من قبل المستخدم وكذا الأشخاص الذين يؤدون عملا تطوعيا للصالح العام أو لإنقاذ شخص في حالة خطر.
- المستفيدون من أجهزة الإدماج الاجتماعي والمهني، فيما يخص هذه الفئات الخاصة فتستفيد عموما من تغطية اجتماعية في مجال التأمين على المرض والأمومة أما الفئات الخاصة المعرضة للخطر مهني تستفيد إضافة إلى ذلك من التعويض المنصوص عليها في مجال حوادث العمل والأمراض المهنية.

من جهة أخرى، فإن كل الحائزين على دخل بديل مقدم من طرف الضمان الاجتماعي مثل: الحائزين على امتيازات التقاعد ومنحة العجز وريع حوادث العمل أو الأمراض المهنية والتي تفوق نسبتها 50 % والعمال الذين يتلقون تعويضا عن المرض أو عن البطالة وكذا المستفيدون من منح الأولوية أو أصحاب حقوق تحتفظ بأداءات الضمان الاجتماعي، ويستفيدون أيضا من تغطية تكاليف العلاج والأداءات العائلية وفي بعض الحالات من التأمين عن الوفاة. كما يستفيد من التغطية الاجتماعية ذوي حقوق المؤمن لهم اجتماعيا وهم:

–الزوج.

–الأطفال المكفولون.

–ذوي الأصول المكفولون."[1]

[1] وزارة العمل والتشغيل والضمان الاجتماعي :السياسة الوطنية للضمان الاجتماعي، الموقع الالكتروني ، https://www.mtess.gov.dz تم الاطلاع عليه بتاريخ 2025/07/20

وعليه جاء في موقع وزارة العمل والتشغيل والضمان الاجتماعي أن المنظومة الجزائرية للضمان الاجتماعي تغطي أكثر من 80 % من السكان الجزائر أما بالنسبة للأشخاص الغير مؤمن لهم اجتماعيا وتكون على عاتق الدولة.

أما بخصوص تأمين المعوزين صحيًا: فالمعوز هنا هو الشخص الذي لا يملك دخلاً كافيًا أو لا يمارس نشاطًا مدرًا للأجر ولا تشمله التغطية الاجتماعية من قبل جهة مستخدمة أو عمل حر ويشمل الفئات التالية: البطالين المعوزين، الأرامل بدون دخل، ذوي الإعاقة، الأشخاص بدون مأوى سكني، الفئات المحرومة تحت خط الفقر. وهذه الفئات تتم تغطيتهم صحيا من خلال عدة آليات أهمها:

1- التكفل من قبل مديريات النشاط الاجتماعي (DAS):

ويتم ذلك عبر تسجيل قائمة المعوزين المستفيدين من المنحة الاجتماعية تحت مسمى "**معوز**" وذلك بعدما يثبت وضعيته الاقتصادية أنه لا ينتمي إلى أي جهة، وبعد ذلك يتم منحه بطاقة الشفاء مجانية من CNAS.وتمكنه هذه البطاقة من العلاج المجاني أو شبه المجاني في المؤسسات الصحية العمومية، والاستفادة من الأدوية والتغطية العلاجية.

2- **المنحة الجزافية للتضامن (AFS):**

وتقدم هذه المنحة لذوي الإعاقة الغير قادرين على العمل نهائيا ويكون شخصا بالغا (أكثر 18 عاما) معترف بإعاقته بنسبة 100 % والذي لا يملك مورد مالي نهائيا حيث" يستفيد من (ADS) منحة جزافية شهريا للتضامن تقدر بعشر ألاف دينار جزائري للعائلات بدون دخل لكل طفل مصاب بإعاقة بنسبة 100 % أما الأشخاص ذوي الإعاقة التي تقل عن نسبة 100% يتم دفع لهم منحة جزافية للتضامن تقدر بثلاثة آلاف دينار جزائري:

- للأشخاص البالغين الدين تقل نسبة إعاقتهم عن 100% والذين لا يملكون أي مورد مالي والحاملين لبطاقة الشخص المعاق.
- للعائلات التي لا تمتلك أي مورد مالي والتي لديها طفل أو أكثر مصابون بإعاقات تقل نسبتها عن 100% والحاملون لبطاقة الشخص المعاق."[1]

[1] AUTISME ALGERIA منصة التوحد في الجزائر ،الإعانات الاجتماعية والإجراءات الإدارية، https://autisme.sante.gov.dz/ تم الاطلاع بتاريخ 2025/07/20 ،

3- الحالات الاستثنائية:

في حالات الأمراض الخطيرة (كالسرطان، الفشل الكلوي، العمليات الجراحية الخطيرة....) هنا تتدخل الدولة بتكفل استثنائي من خلال برامج الصحة أو عبر اللجان الولائية للتكفل بالفئات الهشة.

4- آليات التعاقد مع المؤسسات الاستشفائية العمومية في مجال العلاج:

وبخصوص إنجازات قطاع الضمان الاجتماعي في إطار تحضير وتنفيذ عملية التعاقد مع المؤسسات العمومية الاستشفائية فيتم عبر:

- تقديم الخدمات الصحية للمواطنين مقابل رسوم يدفعها المستفيد.
- اعداد البطاقة الوطنية للمؤمن لهم اجتماعيا وذوي حقوقهم.
- إنشاء هياكل على الصعيد الوطني الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء والغير الأجراء متعاقدة مع مصالح "مستشفيات –العيادات– الصيدليات ".
- استخدام بطاقة المؤمن (بطاقة الشفاء) كبطاقة إلكترونية آلية يتيح له الدخول للمستشفيات والاستفادة من الامتيازات الطبية.
- تم اعتماد 1400 مفتاحًا إلكترونيًا تحت تصرف مهني الصحة لفوترة التكاليف الطبية.

ونستنتج من خلال ما سبق أن القطاع الصحي في الجزائر فيما يخص الضمان الاجتماعي كتأمين صحي يعتمد مبدأ التعاقدية وإن كانت الدولة الجزائرية تعتمد مبدأ مجانية العلاج منذ الاستقلال أي المواطن بغض النظر عن حالته الاقتصادية والاجتماعية فهو يتلقى العلاج في المستشفيات العمومية دون المطالبة بالتأمين وفي العقود الأخيرة وفي ظل تراجع الدولة في تمويل أنظمة الضمان الاجتماعي بدأ يظهر نظام التمويل الفردي وذلك من خلال اقتطاع الأجور لضمان تغطية صحية للعامل الأجير والغير أجير أما بخصوص الفئات الهشة فلقد تم التكفل بهم جزئيا من خلال تغطية شبه مجانية وإن هذا المبدأ الذي اعتمدته الدولة في ترشيد النفقات الصحية واعتماد الرسوم وإجبارية التأمين على بعض الخدمات في المرافق الصحية يجب أن تكون مدروسة بحيث تحافظ على قدرة المواطن المادية ومن جانب أخر على حقه في مجانية الاستفادة من الخدمات الصحية باعتبار أن الدولة المعنية الأولى بتوفير الرعاية الصحية لمواطنيها بغض النظر عن دخله أو حالته الاجتماعية .

2-2 أنواع المؤسسات المنظومة الصحية في الجزائر وهياكلها.

وهنا لا بد من بيان أنه لفهم وتحليل انعكاسات الخدمات الصحية على معاش الأسرة لا يمكن استبعاده عن فهم المنظومة الصحية الجزائرية وهياكلها التنظيمية باعتبارها المؤسسة التي يتم فيها تقديم

الخدمات الصحية بمختلف مستوياتها (العلاجية والوقائية) والأداة التي يتم من خلالها تطبيق السياسات الصحية ،إذ تمَّ التطرق للمنظومة الصحية وهياكلها يعد مدخلاً ضروريا لتحليل كيفية الانعكاسات وبل يجب التنويه أن المنظومة الصحية الجزائري تعكس تصورات الدولة لطبيعة العلاقة بين المواطن والخدمة الصحية كما يعكس مستوى مركزية النظام ومجانيته ومدى تداخله مع السياسات الاجتماعية التنموية.

بناء على المبادئ التي تقوم عليها المنظومة الوطنية للصحة في توزيع الخدمات الصحية تم تقسيم المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر كما يلي:

1- **القطاعات الصحية:** "أنشأت القطاعات الصحية منذ سنة 1981 بموجب المرسوم رقم 81-242 وهي عبارة عن مؤسسات عمومية ذات طابع اداري تمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي توضع تحت وصية الوالي "[1]

ويشمل كل قطاع صحي حسب المادة 4 من المرسوم 81-242: مراكز صحية، قاعات العلاج، عيادات توليد، مستوصفات، مراكز حماية الأمومة والطفولة، مستشفى عام، عيادات متعددة الخدمات، ويكون مقر القطاع الصحي في أهم هياكله:

وتكون القرار في القطاعات الصحية بقرار وزاري مشترك بين وزير الصحة ووزير المالية في ثلاث أهداف تبعا لأهمية كل هدف وهي الاحتياجات التي يجب توفيرها والهياكل والوسائل المتوفرة من أجل التكفل المتكامل والمتسلسل بالقضايا الصحية للسكان وتنفيذ البرامج الصحية الوطنية والجهوية.

2- **المؤسسات الاستشفائية المتخصصة:** "[2]هي عبارة عن مؤسسات عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، توضع تحت وصاية والي الولاية الموجود بها مقر المؤسسة وتتميز بتكلفتها بنوع معين من العلاج التخصصي."، إذ تتكون من هيكل واحد أو عدة هياكل للتكفل بمرض معين أو مرض أصاب جهازا عضويا معنيا أو مجموعة سكانية ذات عمر معين ،ويشترط في تسمية المؤسسة ذكر الاختصاص الموافق للنشاطات المتعلقة بها."[3]

3- **المراكز الاستشفائية الجامعية:** تمثل المراكز الاستشفائية الجامعية قمة الهرم في نظام سلمي العلاج، أنشأت في الجزائر سنة 1976 بموجب رقم 12/76 الذي ينص في مادته الأولى على أنه هذه

[1] الجهورية الجزائرية الديموقراطية الشعبية ،مرسوم رقم 81-242 مؤرخ في 5 سبتمبر 1981 يتضمن انشاء القطاعات الصحية وتنظيمها ،الجريدة الرسمية ،العدد 36 الصادر بتاريخ 8 سبتمبر 1981.

[2] الجهورية الجزائرية الديموقراطية الشعبية :المرسوم التنفيذي رقم 465/97 يحدد قواعد انشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها ،الجريدة الرسمية ،العدد 81 ،الصادر بتاريخ 10 ديسمبر 1997 ،ص 13

[3] بلقاسم مزيوة :السلطة والرضا الوظيفي (المؤسسة الاستشفائية عبد الله نواورية –البوني – نموذجا) ،مذكرة ماجستير تخصص علم الاجتماع ، قسم علم الاجتماع ،كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية ،2009/2008 ،ص 99.

المراكز تُنشأ على مستوى المدن التي بها مقر معاهد العلوم الطبية، وذلك بمرسوم مشترك بين وزارتي الصحة والتعليم العالي وباقتراح من اللجنة الاستشفائية الجامعية، وهي مؤسسات تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتخضع إداريا لوصاية وزير الصحة وبيداغوجيا لوزير التعليم العالي.[1]

فقد أوكلت للمؤسسات الاستشفائية الجامعية مهام انجاز البرنامج الوطني للوقاية والتربية الصحية، وضمان العلاجات العالية التخصص والتخطيط في وضع معايير التجهيز الصحي والبيداغوجي للهياكل الصحية وإعداد الأدوية وبرامج التموين المتعلقة بها وإعداد بحوث ودراسات في العلوم الطبية، وكذا تكوين المستخدمين الطبيين وشبه الطبيين والمهنيين التابعين للصحة العمومية.

وفي عام 2007 تم إقرار إعادة هيكلة المنظومة الصحية واعتماد هيكلة المنظومة الصحية واعتماد تنظيم صحي جديد بصدور المرسوم التنفيذي رقم 140/07 بتاريخ 19 ماي 2007[2] وجاء هذا المرسوم بهدف فصل الاستشفاء عن العلاج والفحص ويسعى إلى ترقية العلاج القاعدي النوعي وذلك بغية تسهيل الوصول إلى العلاج وتخفيف الضغط على المستشفيات. وفي بداية جانفي 2008 حُولت جميع المؤسسات وهياكل القطاعات الصحية إلى مؤسسات عمومية استشفائية ومؤسسات عمومية للصحة الجوارية .

4- **المؤسسات العمومية الاستشفائية (EPH)** :وهي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي ،تتكون من هياكل للتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي ،تعمل على تغطية سكان بلدية واحدة أو عدة بلديات ،وتتمثل مهام المؤسسات العمومية الاستشفائية في التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بالحاجات الصحية للسكان من خلال :ضمان تنظيم وبرمجة وتوزيع العلاج ،التشخيص وإعادة التكييف الطبي والاستشفاء ،تطبيق البرامج الوطنية الصحية ،ضمان حفظ الصحة والنظافة ،مكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية ،تجديد معارف مستخدمي الصحة والعمل على تحسين مستواهم .[3]

5- المؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP) : قانونيا لها نفس تعريف المؤسسة العمومية الاستشفائية ،إلا أنه هيكليا تختلف وذلك في أنها تتكون من مجموعة عيادات متعددة الخدمات وقاعات

---

[1] الجهورية الجزائرية الديموقراطية الشعبية ،الأمر رقم 12/76 المؤرخ في 20 فبراير 1976 يتضمن انشاء مراكز استشفائية جامعية ،الجريدة الرسمية ،العدد 17 الصادر في 27 فبراير 1976 .

[2] مرسوم تنفيذي رقم 07-140 مؤرخ في 19 ماي 2007، يتضمن انشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية المؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها ،الجريدة الرسمية ،العدد 33 الصادر بتاريخ 20 ماي 2007.

[3] تم تقسيم القطاعات الصحية بالجزائر بموجب قرار المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ بتاريخ 02 ماي 2006، والذي أسس لتشكيل المؤسسات العمومية الاستشفائية EPHوحددت مهام هذه المؤسسات في المادة 04 من هذا المرسوم.

العلاج ،وتتمثل مهامها في :تشخيص المرض والعلاج الجواري ،الفحوصات الخاصة بالطب العام ،الفحوصات الخاصة بالطب المتخصص القاعدي ،الأنشطة المرتبطة بالصحة الإنجابية والتخطيط العائلي ،تنفيذ البرامج الوطنية للصحة والسكان .[1]

6- **العيادة متعددة الخدمات** :وتتمثل المهام الأساسية لها في :تقديم مختلف الخدمات الصحية والاستعجالية والفحوصات العامة والمتخصصة ، الإشراف الفني والإداري على المراكز الصحية البلدية، تقوم بالوساطة بين المركز الصحي (Centre de Santé) والمستشفى، مع الإشارة أنه منذ سنة 2007 تم إلغاء المراكز الصحية وتحويلها إلى عيادات متعددة الخدمات .[2]

7- المؤسسات الصحية الخاصة:

لقد شهدت الجزائر في السنوات الأخيرة عدة تحولات على كافة الأصعدة وأهم تحول شهدته حول التحول في النهج الاشتراكي القائم على التخطيط المركزي وهيمنة القطاع العمومي على كافة القطاعات إلى النهج الليبرالي القائم على اشراك القطاع الخاص والحرية المالية واللامركزية في أداء الأدوار وذلك بهدف السماح للخواص خوض مغامر الاستثمار خاصة في مجال الصحة بهدف إنشاء المؤسسات الاستشفائية الخاصة ولعل من بوادر هذا النهج هو التوجه إلى النظام التعاقدي ودخول الضمان الاجتماعي كشريك مالي في التكاليف الصحية.

ورغم أنَّ الممارسة الطبية الحرة كانت موجودة منذ الاحتلال ،إلا أنها كانت تقدم خدماتها الصحية ضمن قاعات الفحص الطبي وظل الأمر كذلك إلا أن جاء قانون رقم 15/88 المؤرخ في 3 ماي 1988 الذي حصر أعمال الصحة التي تُمارس في القطاع الخاص في النشاط غير الاستشفائي من خلال هياكل محددة (عيادات جراحة الأسنان ،الصيدليات ،عيادات الفحص الطبي والعلاج ،ومخابر التحاليل الطبية ،ومخابر النظارات والأجهزة الترميمية الطبية) ،بينما جاء القانون 15/88 ليوسع مجال هذه الممارسة لتشمل الأنشطة العلاجية الاستشفائية والجراحية في العيادات الاستشفائية .[3]

وهنا لقد وضع المشرع الجزائري شروط في إطار ممارسة الخواص لنشاطات مرتبطة بتقديم الخدمات الصحية وذلك وجوب أن يكون الطبيب أو مجموعة من الأطباء من ذوي الاختصاص أو عن طريق

---

[1] أسس تشكيل المؤسسات العمومية للصحة الجوارية EPSP.

[2] وذلك بموجب قرار المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ بتاريخ 2 ماي 2006، تم إلغاء المراكز الصحية للتحول إلى قاعات متعددة الخدمات أو قاعات علاج.

[3] الجمهورية الجزائرية الديموقراطية الشعبية، القانون رقم 15/88 المؤرخ في 3 ماي 1988، يعدل ويتمم القانون رقم 85-05 المؤرخ في 16 فبراير 1985 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، الجريدة الرسمية العدد 18 الصادر بتاريخ 4مايو 1988.

جمعيات وهدفها الربح، ورغم أنه عدم وجود ما يمنع إقامة نشاط خاص في الخدمات الصحية والقانون الجزائري يرخص لأي مستثمر له المؤهل، إلا أن الجزائر لا يوجد فيها مستشفيات ضخمة ذات استقبال مفتوح لكافة المرضى وذات أنشطة متعددة وإقامة ندوات علمية والبحث العلمي في المجال الصحي.

سادسًا: الوضعية الصحية في الجزائر (2000-2018)

إن التطرق للوضعية الصحية في الجزائر باعتبارها مرآة تعكس أداء المنظومة الصحية وانعكاساتها على الفئات الاجتماعية ولهذا سنحاول إبراز أهم المؤشرات الكمية والنوعية في الوضعية الصحية في الجزائر ما بين 2000 إلى 2018 والتي شكلت معاش الأسر الجزائرية وكما نستنتج من خلال طرحنا السابق أن النظام الصحي وما حققه من وضعية صحية جيدة وهذا مقارنة بما مر به من اختلالات وتحولات معقدة وبين أهداف تنموية ومكاسب على مستوى المؤشرات العامة للصحة (ارتفاع متوسط العمر وتحسن خدمات الأمومة والطفولة) وبين تحديات متزايدة مرتبطة بانتشار الأمراض المزمنة وتزايد الضغط الديموغرافي والاجتماعي على المنظومة الصحية ولهذا سنحاول التطرق للوضعية الصحية في الجزائر للسنوات الأخيرة في الجانبي المؤسساتي والصحي :

1. المرافق الصحية والخدمات الصحية المقدمة في الجزائر (2000 إلى 2020)

إن الوضعية الصحية في الجزائر من حيث حجم وتوزيع البنى التحتية الصحية من المستشفيات والعيادات ومراكز الرعاية الأولية وتوزيع الأطباء والأسِرة إضافة إلا ما يشملها من تجهيزات طبية ووسائل تقنية ولهذا فإن مدى توفر هذه الإمكانيات ومساواة توزيعها بين المدن والمناطق الريفية وبين المناطق الشمالية والجنوبية ولأن هذا يمثل مؤشرا حاسمًا على قدرة المنظومة الصحية على موازنة احتياجات الأسر وحسين معاشاها اليومي ،ولهذا سنحاول استعراض أهم البنى والتجهيزات التي تم إنشاءها في الفترة الممتدة 2000 إلى 2018 ولقد تم اختيار الألفية الثالثة وذلك لأنها تعتبر الفترة التي تم فيها الاعتماد الكلي على النظام التعاقدي وتم اعتماد مبدأ إصلاح المستشفيات كمبدأ لتعميم العلاج وتحسين الأداء الصحي كما لا ننسى أن الكثافة السكانية وتطور الوعي الصحي للفرد الجزائري بدأت تظهر ملامحه بوضوح في تلك الفترة .

جدول رقم 3: المنشآت القاعدية الصحية المتواجدة من 2000 إلى 2020

المنشآت	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
المستشفيات منها:	268	275	372	275	276	....	280	....

-القطاعات الصحية.	224	230	227	230	231	....	231	....
-مراكز استشفائية جامعية(م.ا.ج).	13	13	13	13	13	....	13	....
-مؤسسات استشفائية متخصصة	31	32	32	32	32	....	36	....
مراكز صحية:	25 12	26 18	28 11	28 15	27 15	29 12	24 18	....
عيادات متعددة الخدمات	497	504	513	516	512	516	520	....
قاعات العلاج	96 34	10 40	22 48	41 42	54 45	62 48	68 44	....
عدد الأسرة بالمستشفيات	61 8 54	86 9 54	23 3 55	08 6 57	90 6 58	...	59 7 57	....
دور الولادة	430	442	403	445	429	....	476	
الصيدليات منها:	57 56	80 50	04 66	51 64	91 61	...	70 78	

العمومية	98 9	02 1 2	05 1 1	01 1 2	05 1 4	....	01 1 9	...
الخاصة	58 4 7	77 4 8	99 4 5	50 5 2	85 5 7	....	68 6 9	....
مراكز طبية اجتماعية (م.ط.إ)	51 5	56 4	56 3	60 3	59 9	...	59 2	...
مختبرات النظافة الولائية	48	48	48	48	46	....	46	....

أما الفترة الممتدة من 2010 إلى 2018 فقدرت المنشآت القاعدية الصحية بعدد الأسرة للسنوات الثلاثة 2016/2015/2014

الجدول رقم 4: المنشآت القاعدية الصحية بعدد الأسرة (2016/2015/2014)

التعيين	2014		2015		2016	
	العدد	عدد الأسرة التقنية	العدد	عدد الأسرة التقنية	العدد	عدد الأسرة التقنية
مؤسسة استشفائية عامة (م.ا.ع)	196	38015	200	38305	200	38407
مؤسسة استشفائية (م.إ)	05	926	09	960	09	1324
مراكز إستشفائية جامعية (م.إ.ج)	14	12862	15	13050	15	12910

مؤسسة استشفائية جامعية	01	806	01	810	01	818
مؤسسة استشفائية متخصصة	71	11499	75	11637	75	11725
دور الولادة الخاصة	97	-	114	-	123	-
المؤسسات العمومية للصحة الجوارية -عيادات متعددة الخدمات -قاعات العلاج -دور الولادة العمومية	271 1637 5726 416	- 3735 - 3209	271 1659 5762 415	- 3889 - 3175	273 1684 5875 416	- 4075 - 3142

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على بيانات الديوان الوطني للإحصاءات ONSالجزائر بالأرقام (2016-2014)

الجدول رقم 5: المنشآت القاعدية الصحية بعدد الأسرة (2019/2020/2018/2017)

المنشآت السنوات	2017	2018	2019	2020
مؤسسة استشفائية عامة (م.ا.ع)	**205**	**206**	**210**	**2010**
مؤسسة استشفائية (م.ا)	**09**	**09**	**09**	**09**

مؤسسة استشفائية جامعية	01	01	01	01
مؤسسة استشفائية متخصصة (م.ا.م)	77	79	79	79

المصدر :من إعداد الباحثة بالإعتماد على معلومات على بيانات الديوان الوطني للإحصاءات ONS الجزائر بالأرقام

إن التغطية الصحية والمنشآت الصحية كما تم عرضه من خلال الجدول والإحصاءات للفترة الممتدة مابين 2000 إلى 2020 لا يهدف إلى عرض وصفي للقدرة الاستعابية أو البنية التحية للنظام الصحي في الجزائر بل يسعى إلى إبراز انعكاس هذه المعطيات على معاش الأسرة وذلك لعدة إعتبارات أهمها وفرة الهياكل الصحية ووجودة تغطيتها وإمكانية الوصول ،العدالة ،الجودة والكفاءة. تمثل محددًا أساسيًا في ضمان استقرار أمن الأسرة الصحي واستقرارها الاجتماعي والاقتصادي .

وكما هو ملاحظ في توزيع المنشآت القاعدية في الجزائر في السنوات الأخيرة وبعد الإعتماد الكلي على النظام التعاقدي وتوزيع النفقات العمومية على الصحة العمومية (بالنسبة للأمراض) عن طريق الضمان الاجتماعي CNAS و CASNOS فتسمى هذه المرحلة بمرحلة تنشيط السياسة الصحية دون اللجوء إلى التخطيط على المدى البعيد وهذا يرجع إلى خروج الجزائر من نفق الأمراض الوبائية وتراجع نسبة الوفيات للأم والطفل وإرتفاع أمل الحياة ولهذا لاحظناه زيادة في إنجاز المراكز الصحية وإن هناك زيادة ملحوظة في المراكز الصحية (عيادات متعددة الخدمات،قاعات العلاج) والتي وصلت لذروتها في 2005 والتي قدرت بـ292 1 مركز صحي موزعة على الوطن وهذا يعني أن السياسة الصحية تهدف لتقليل الضغط على المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتقريب وحدات العلاج للأسر وذلك لضمان الاستفادة القصوى من الخدمات الوقائية والعلاجية على حد سواء ،أما دور الولادة التي بقت ثابتة نسبيا وفي زيادات بسيطة رغم تطور الكثافة السكانية عن السنوات السابقة .

وفي ذات السياق فلقد" استفاد القطاع الصحي من سنة 2005 إلى 2009 من غلاف مالي بقيمة 244 مليار دينار ،تم استثماره في إنجاز 800 مؤسسة استشفائية وجوارية ،فمثلا في سنة 2007 قدرت

البنية التحتية للمستشفيات العامة في الجزائر 61829 سرير (1.94 سرير لكل 1000 نسمة) ،زيادة 70 % من العاملين في المجال الطبي منذ عام 1999 ."[1]

في حين أن مختبرات النظافة الولائية والتي تعتبر من أهم الهياكل التقنية التابعة لمديريات الصحة والسكان على مستوى الولايات والهدف منها دعم الرقابة الصحية والوقائية وذلك من خلال المراقبة الصحية والتحاليل البيئية (لمياه الشرب والأبار والأغذية ،تلوث البيئة الهواء...) والملاحظ من خلال الجدول أن وجود 48 مختبرًا للنظافة الولائية في الجزائر بما معناه مخبر واحد في كل ولاية تقريبا يعكس لنا توجه الدولة نحو التغطية الشاملة للرقابة الصحية والبيئية ولكن هذا لا يعني أن تلك المخابر تعمل فعليا بتجهيزات متطورة وفعالة وقد يكون الأمر كمي وليس كيفي وخاصة وأن مناطق الجنوب تعاني من مشاكل بيئية وصحية لم يتم إيجاد حل لها وهذا مايطرح لنا تساؤل مهم هل المشكل هنا عدم توفر مخبر نظافة ولائي يدعم الصحة العامة للمواطنين أما هي أبنية بدون جاهزية؟ .

وعليه ومما سبق فإن توجه الدولة الجزائرية إلى تعميم العلاج في كل الولايات والمدن والأحياء كلف القطاع الصحي ميزانية ضخمة لتجهيز القطاع بتجهيزات طبية عصرية ومن معدات خاصة في مجال التصوير الطبي (الأشعة الطبية) ومخابر التحاليل والأدوات الطبية فإنه كما ذكرنا سابقا إن الكم لا يعني الكيف وإن توفر المعدات الطبية في المراكز الصحية (الصحة الجوارية ،ووحدات العلاج ...) يعني التخفيف على الأسر عناء التنقل والصرف للبحث عن العلاج المناسب ونقصها يزيد من معاناة البحث والتنقل مما ينعكس على معاش الأسر الجزائرية.

الجدول رقم 6 :عدد الأطباء في الجزائر في الفترة (2000-2020)

السنة	عدد الأطباء	عدد السكان لكل طبيب
2000	32 332	941
2005	....	....
2010	56 209	640
2015	73 431	544
2020	83 713	....

من إعداد الباحثة بالإعتماد على معلومات ONS الجزائر بالأرقام

إن التغطية الجيدة بالأطباء للفرد الواحد يعتبر ضمانًا للرعاية الجيدة والتي تعكس لنا أنه هناك إحتمالية أكبر لحظ المواطن في العلاج الجيد مما يعني أن التغطية الصحية فيما يخص الموراد البشرية

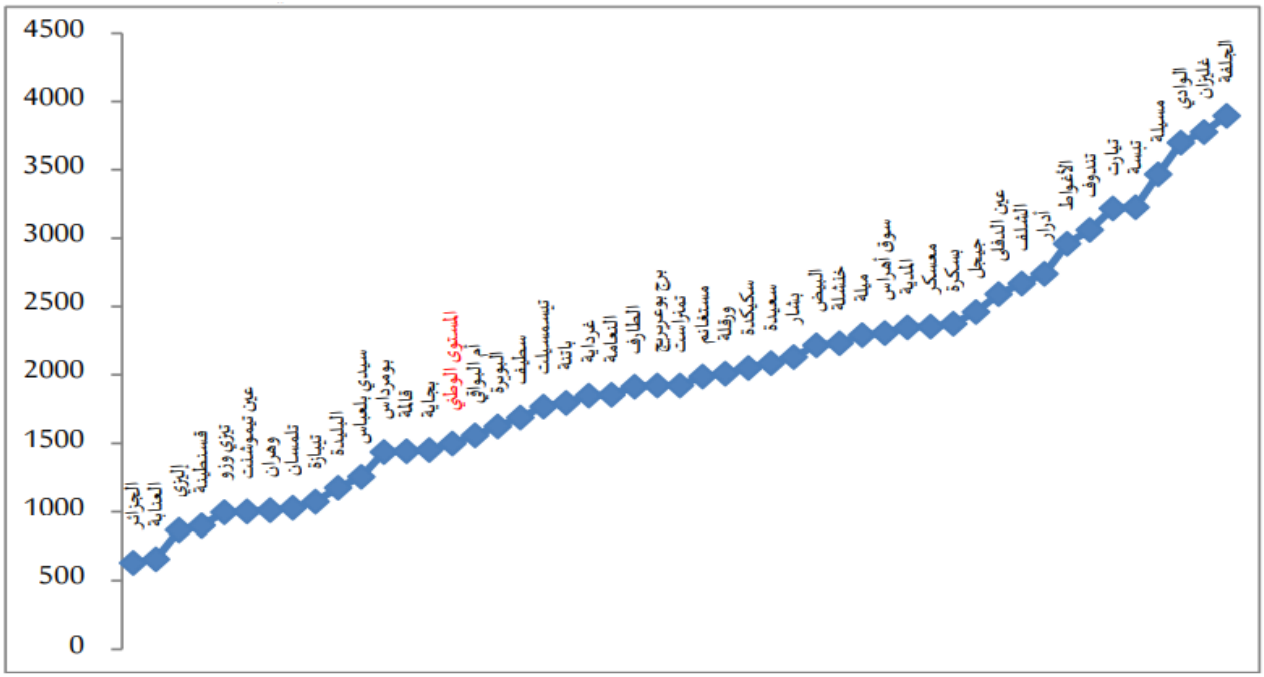
[1] صابر شويرف مختارية ،مرجع سابق ،ص 57

في الجزائر مرضية لحد ما وهذا بسبب إنشاء المراكز الصحية والمستشفيات العمومية كما أن نسبة الأطباء المخترجين في الجزائر في كل عام في تزايد مما يسمح بتوفير التغطية الصحية ومقارنة بالسنة 1970 فكان كل طبيب يعالج حوالي 5600 ساكن مقارنة بسنة 2000 والذي يعالج فيه طبيب واحد لكل941 ساكن وهذا التطور راجع إلى الاصلاحات في النظام الصحي والتعليمي فإن التوجه نحو النظام التعاقدي سمح للقطاع الصحي رسكلة مخرجاته والبحث في إنعاش السياسة الصحية بدل التوجه وضع أهداف غير عملية ومدروسة أما الاصلاحات التي طرأت في التعليم العالي والتي هدفت خفض سنوات التمدرس والشروط اللازمة للتخصص في الطب ولهذا فتحسنت الأوضاع حيث انخفضت كثافة السكان للطبيب الواحد ،ورغم تحسن التغطية الصحية بالأطباء والصيادلة والمنشآت الصحية هذا لايعني تغطية شاملة لكافة مناطق الوطن حيث فيجب الأخذ بعين الإعتبار عوامل أخرى كالمسافة التي يقطعها المريض للوصول إلى المنشأة الصحية ونوعية الرعاية والمعدات الطبية وكذا التغطية الصحية بالأطباء فيجب النظر للتخصصات الطبية المتوفرة في كل منطقة والتي تحمل خصوصية مرضية فمثلا هناك مناطق تطرح مشاكل في الصحة العامة تحتاج تغطية أكثر مثل أمراض القلب والنساء والتوليد وأمراض الأطفال هذا مايطرح لنا إشكالية توزيع الأطباء المختصين حسب خصوصية المنطقة فإن تمركز الأطباء في المناطق الشمالية أو البعيدة عن الكثافة السكانية يجعل من تلقي الأسر المتوسطة للعلاج صعب خاصة ومع تدهور المعيشة وكما"أن الزيادة التي عرفها الأطباء المختصين كان أكثر في القطاع الخاص حيث أن نسبة الأطباء المختصين الذي يمارسون في القطاع الخاص يمثلون 58 % من مجموع الأطباء المختصين في الجزائر .ومع ذلك فإن معدل التغطية بالأطباء (المختصين ،العاميين) مُرضية في سنة 2018 بتسجيل نسبة طبيب لكل 505 ساكن أي مايعادل 20 طبيب لكل 10000 ساكن ،وهي تتوافق مع القيم التي قدمتها منظمة الصحة العالمية للبلدان المتوسطة الدخل في 2009 ،قيم تتروح بين 10 و 22 طبيب لكل 10000 ساكن."[1]

وكما نعلم أن بلد الجزائر كقارة تترامى أطرافها بين الشمال والهضاب العليا والجنوب الكبير والمناطق الحدودية وكل حد جغرافي يحمل خصوصية مناخية وحضرية وسكانية وأيضا ثقافية واجتماعية تتطلب احتياجات اجتماعية وصحية لا يمكن تقديرها فقط بالنظر إلى معدلات التغطية على المستوى الوطني فالشكل التالي يوضح لنا توزيع الأطباء المختصين في القطاع الصحي في كافة ولايات الوطن .

[1] فريدة علي باشا :مرجع سابق ،ص 68

الشكل رقم 7: عدد السكان لكل طبيب مختص حسب الولايات في 2018



المصدر :فريدة علي الباشا : مرجع سابق ،ص 69 (معطيات وزارة الصحة والسكان (2018))

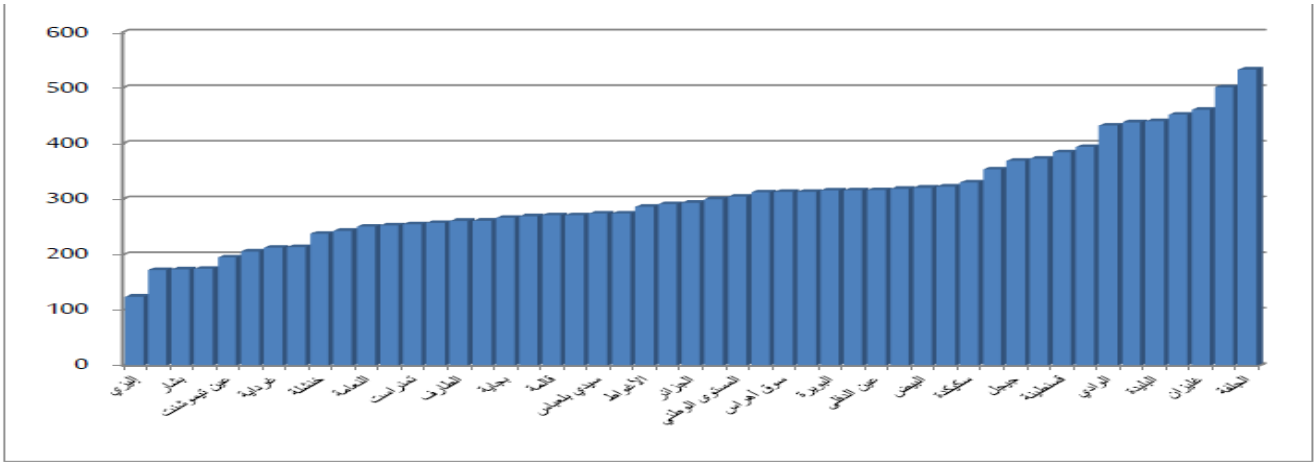
وفي ظل تلك المؤشرات في التغطية الصحية للأطباء المختصين على المستوى الوطني في 2018 تباين كبير يعكس فروقات واضحة في ولايات الوطن فمن الملاحظ في الشكل السابق أنه يوجد تمركز كبير للأطباء المختصين في الولايات الشمالية بنسبة 75.52 % وفي الولايات الجنوبية 6.57 %والهضاب العليا بنسبة 6.57 % فقط في ولايات الجنوبية .

فمن الملاحظ أن ولاية الجزائر تحظى بطبيب مختص لكل حوالي 633 ساكن وعنابة أيضا ب657 ساكن لطبيب واحد ونفس الشيء بالنسبة للكل الولايات قسنطينة وتيزي وزو وهران بجاية .... والتي حققت المعدل الوطني في 1499 ساكن لكل طبيب مختص ولهذا فيعزى تمركز الأطباء في الولايات الشمالية مقارنة بالولايات الجنوبية يرجع لعوامل مرتبطة بالبنية التحتية الصحية للمراكز الحضرية الكبرى وأيضا بالعوامل الاقتصادية والاجتماعية ،كما من المهم الاشارة أن تمركز ولاية إليزي في أحسن الولايات الجنوبية في التغطية الصحية بالأطباء بـ869 ساكن وهذا راجع لضعف الكثافة السكانية في ولاية إليزي مما يسمح لها أن تغطي كافة سكانها صحيا وكما ذكرنا سابقا فإننا نركز على الكيف وليس الكم وهذا لا يعني تغطية صحية شاملة يعني جودة وكفاءة في تقديم الخدمات الصحية.

أما على المستوى المحلي فإن ولاية الوادي والتي تعتبر من أكثر الولايات الجنوبية كثافة سكانية إذ تقدر بـ12 نسمة /كم ^{2} نلاحظ أن ولاية الوادي تعاني من سوء التغطية بالأطباء وهذا مايترجم لنا عدم المساواة في توزيع الرعاية الصحية والتي بدورها تأثر بشكل مباشر على الوضعية الاقتصادية والصحية للأسر فإن عدم وجود أطباء أكفاء يعني عدم توفر المنشأت الصحية الكافية والمعدات الطبية والتي بسبب نقصانها تُأثر في الوقاية والعلاج للسكان مما ينعكس بسلب على معاش الأسر .

أما بخصوص التغطية الصحية بالممرضين والشبه الطبيين والذي يعتبر أهم الركائز الأساسية للقطاع الصحي فإن ضعف التمريض أو قوته تؤثر بشكل مباشر على الخدمات الصحية المقدمة وجودتها ولهذا فإن وزراة الصحة وإصلاح المستشفيات انطلقت من مجموعة من الإصلاحات أهمها بناء المدارس لتكوين الشبه الطبيين وكذا وضع السياسات لتكوين الشبه طبيين وكذا فتح الفرصة أمام القطاع الخاص في تكوين الممرضيين ولهذا حقق القطاع الصحي في 2018 بتغطية على المستوى الوطني تعادل بـ3 ممرضين لـ1000 نسمة خاصة في مناطق الهضاب العليا الوسطى والشكل التالي يوضح التغطية بالشبه الطبيين حسب الولايات في الجزائر :

الشكل 8: التغطية بالشبه الطبيين حسب الولايات في الجزائر في 2018



المصدر : فريدة علي الباشا،المرجع السابق ،ص 72

وكما هو ملاحظ في الشكل السابق أن التغطية بالشبه الطبيين حسب الولايات يوضح لنا فوارق جغرافية ومعدلات التغطية في ولايات الجزائر فتأخذ منحى مختلف تمامًا في التوزيع التغطية بالأطباء فمثلا ولاية الجلفة غليزان تغطي عدد السكان خمس مرات أكثر مما تغطيه الشبه الطبي في ولاية إليزي وبشار .

أما الولايات الجنوبية وخاصة ولاية الوادي والتي كانت تعاني من نقص التغطية بالأطباء المختصين تحسنت من حيث التغطية بالشبة الطبي وهذا راجع إلى دخول القطاع الخاص (مدرسة رواد الصحة) في تكوين الممرضين في ولاية الوادي مما سمح بتغطية أكبر للشبه الطبي في الولاية .

الجدول رقم 7:عدد الصيادلة في الجزائر في الفترة (2000-2020)

السنة	عدد الصيادلة	عدد السكان لكل صيدلي
2000	4814	6318
2005	.....	.....
2010	9081	3962
2015	11 888	3435
2020	13273	.....

من إعداد الباحثة :بالإعتماد على معلومات الديوان الوطني للإحصائيات

ومن الملاحظ من معطيات الجدول التالي أن هناك تطور في عدد التغطية الصحية للصيادلة في السنوات الأخيرة وهذا يرجع إلى السياسة المعتمدةمع بداية الألفيات وهو الإنفتاح على القطاع الخاص لتلبية احتياجات المواطنين ولهذا فإن الصيادلة الخواص يشكلون الأغلبية الساحقة في القطاع الصحي الجزائري، ومع العلم فإن الضمان الاجتماعي يتدخل في نسبة من مشاركته في قيمة الدواء للمريض وهذا ما يساعد المواطنين في تكاليف العلاج.

2. الوضعية الصحية للسكان في الجزائر لسنوات 2005 و2015 و2020

إن الجزائر قد عرفت تغير وتحول في الخارطة الصحية بفضل قدرتها على السيطرة على الوضعية الصحية الوبائية التي عانت منها الجزائر غداة الاستقلال بسبب الأوضاع الصعبة خاصة السنوات الستينيات والسبعينيات خاصة في الأمراض الوبائية والمعدية والتي انتهجت بسببها الجزائر سياسة صحية تهدف إلى القضاء على الأمراض المعدية وتقليل نسب الوفيات بها ولهذا نجحت الجزائر في السيطرة على الأرقام الوبائية المرتفعة جدا من خلال اتباع برامج التلقيحات الموسعة وتعميم الخدمات الوقائية، وتطوير القطاع الصحي والتنمية الصحية للمجتمع الجزائري وذلك من خلال تطبيق برامج وقائية وتطوير المنشآت الصحية وتكوين الأطباء والشبه الطبي ولعل هذا ما لاحظناه في المرافق الصحية والخدمات الصحية المقدمة مما يوضح لنا النمو والتطور في إنشاء تلك المرافق الصحية قصد السيطرة على الأمراض الوبائية والمزمنة على حد سواء ولهذا سنحاول تسليط الضوء على الأمراض في الجزائر وتطورها مقارنة بتوزيع المرافق الصحية في ولايات الجزائر .

أ) الخدمات الصحية والأمراض المعدية في الجزائر

إن التحول الوبائي في الجزائر يعكس مدى كفاءة الخدمات الصحية الوقائية في حماية صحة افراد المجتمع وكما دكرنا سابقا أن كل مجتمع فتي تزيد فيه نسبة الشباب يستدعي توظيف الخدمات الصحية الوقائية وكلما كانت نسبة فئة كبار السن يستلزم توظيف الخدمات الصحية العلاجية وهذا ما تتبعه السياسة الصحية في الجزائر بشمولية التلقيح في السنوات الأولى للطفل واستمرار التلقيحات حتى في المدراس كاستراتيجية لصد هجوم الأمراض الوبائية والمعدية على السكان ولهذا فإن الأهداف الصحية والتربية الصحية في الجزائر تهدف إلى حماية الفرد الجزائري من الأمراض وتحسين الظروف المعيشية وذلك عن طريق الوقاية والعلاج ولهذا نظم المشرع الجزائري في التطعيم الإجباري أنواع الأمراض التي يجب الوقاية والعلاج منها وحددها في المادة الأولى من المرسوم رقم 69-88 وهي التلقحيات الاجبارية لمرض السل و الكراز ،الشهاق ،شلل الأطفال والجدري وكذلك الأمراض الهيموفليوس اللافلونزي "ب" ،السعال الديكي ،التهاب الكبد "ب" والحصبة ومرض الخناق .

ولهذا يمر التلقيح الإلزامي منذ الولادة إلى مرحلة البلوغ وهذا ضمن رزمانة اللقاحات التي تم استحداثها ابتداءً من 2017/03/24 كما يتبين فيما يلي:

- عند الولادة التلقيح ضد مرض السّل B.C.G وشلل الأطفال وضد الالتهاب الكبد الفيروسي.
- الشهر الأول: ضد التهاب الكبدي الفيروسي "B Hépatite".
- الشهر الثالث: التلقيح ضد الديفيتريا Diphtérie + تيتانوس Tétanos، السعال الديكي oqueluche + التهاب السحاي + ضد الشلل Dtcophib + antipolio.
- الشهر الرابع: التلقيح ضد الديفيتريا + تيتانوس +السعال الديكي + التهاب السحايا +ضد الشلل + ضد التهاب الكبد الفيروسي ب .
- الشهر التاسع: التلقيح ضد الحصبة Anti rougeoleux rouvax .
- الشهر الثامن عشر: تذكير بالتلقيح (تلقيح ضد الدفيتريا ،تيتانوس ،السعال الديكي ،التهاب السحايا).
- 6 سنوات: التلقيح ضد الدفيتريا + تيتانوس + ضد الشلل +ضد الحصبة.
- من 6 إلى 13 سنة: التلقيح ضد الدفتريا +ضد تيتانوس +بالغين +ضد الشلل.
- من 16 إلى 18 سنة: التلقيح ضد الدفتريا +ضد تيتانوس +بالغين +ضد الشلل.
- كل 10 سنوات بعد 18 سنة من العمر: التلقيح ضد الدفتيريا والتيتانوس بالغين."[1]

[1] القرار المؤرخ في 2024/11/24 ،يحدد جدول التلقيح الإجباري المضاد لبعض الأمراض المتنقلة .

وكما نعلم بأن برنامج التلقيح في الجزائر أحد المكونات الأساسية للخدمات الصحية والتي تتكفل بها الدولة من خلال المؤسسات الاستشفائية والمراكز الصحية العمومية إذ دوره الأساسي هو حماية الأفراد من الأمراض المعدية والخطيرة وينعكس أيضا بشكل غير مباشر على تحسين معاش الأسر عبر تخفيف الأعباء الصحية والاقتصادية المترتبة عن العلاج وفي نفس السياق أفضت السياسة الوطنية للتلقيحات التي انتهجتها الجزائر خلال السنوات الأخيرة إلى تسجيل تراجع ملحوظ في معدلات انتشار العديد من الأمراض المعدية وهذا ما سنلاحظه في الجدول التالي .

الجدول رقم 8: تطور الأمراض في الجزائر (2005-2018)

السنوات / المرض	2005	2012	2015	2018
التهاب السحايا	3 580	3 455	3 967	4 675
داء الليشمانيات (جلدي)	25 511	8 390	6 542	9 702
كباد حموي A	903	1 466	1 357	3 841
كباد حموي B	1083	1 797	2 896	3 519
كباد حموي C	639	603	935	1 078
الحصبة	2 589	1 891	197	26 945
الإيدز	-	93	90	50

المصدر: من إنجاز الباحثة بالاعتماد على معلومات الجزائر بالأرقام OMS

الهدف من اعتماد بعض الأمراض المعدية في الجدول السابق راجع للتبليغ الإجباري عن هذه الأمراض وإلى نسبة تزايدها في السنوات الأخيرة أما بخصوص الأمراض كالدفيتيريا وحمى البقيري والكزاز والذي يعتبر اختفاء لهذه الأمراض الوبائية الخطيرة بشكل تام في الجزائر بفضل برامج التلقيحات المكثف والتوعية الصحية، أما داء الليشمانيات (جلدي) والذي في تراجع مستمر بسبب خدمات الصحة العامة والذي غالبا يكون ناتج عن تلوث المحيط أو المستنقعات فإن تراجع نسبة المرض اللشمينيات إلى 702 9 حالة مسجلة في 2018 وإن كان تراجع بالنسبة أكثر في السنوات 2012 و 2016 ولكن هناك بعض الولايات التي سجلت حالات مرتفعة باليشمانيا الجلدي وهي: بسكرة، تبسة، ورقلة والوادي وخاصة ولاية الوادي والتي شُهدت ارتفاع عدد الحالات المصابة بشكل واضح بفارق 1002 حالة وهي مناطق صحراوية تتميز بالمناخ الحار الذي يساعد في انتشار الحشرة المسببة لهذا الداء، أما بالخصوص التهاب

السحايا والحصبة وكباد حموي (التهاب الكبد الفيروسي) تعتبر من أكثر الأمراض ذات طابع وبائي لتسجل منحنيات متذبذبة في الانتشار ويرجع هذا إلى ثلاث أسباب وعوامل رئيسية أهمها: التراجع النسبي في معدلات التلقيح في التغطية بين الولايات وهذا ما أكدته الباحثة كميلية قرنان " أن فيروس الكبد بأصنافه الثلاثة A.B.C وخاصة الصنفيين B.C أن معدلات ارتفاعها في تزايد منذ 2008 و2013 إذ تعتبر الولايات التالية أكثر ارتفاع في عدد المصابين بالتهاب الكبد الفيروسي B بشكل واضح وهي: بشار، تمنراست، سطيف، قالمة، ورقلة ،تندوف والوادي أما فيروس الكبد C. فتعتبر الولايات الأكثر ارتفاع هي: تمنراست، قالمة ومسيلة."[1]

ومما سبق ذكره يمكن القول إن انتشار التهاب الكبد الفيروسي من نوعي A.B وداء اللشمانيات والحصبة كان في أغلب ولايات الوطن وبشكل أكثر وبنسبة أكبر في الولايات الجنوبية وهذا بسبب تفاوت نسب التغطية الصحية الوقائية بين الولايات وكما ذكرنا سابقا فإن معدلات التلقيح متراجعة في تلك المناطق كما محدودية القدرات التشخيصية والوقائية داخل الأبنية الصحية وهذا ما لاحظناه من خلال قراءتنا للتوزيع المراكز الصحية والتغطية الصحية بالأطباء والتي سجلت ولايات الجنوب تراجع واضح باعتبارها مناطق هشة وذات خصوصية جغرافية واجتماعية مما يجعلها بؤرة محلية لإعادة إنتاج العدوى وانتقالها عبر المجتمع.

ب) الخدمات الصحية والأمراض المزمنة في الجزائر

تعتبر الأمراض المزمنة من الأمراض التي تشكل عبئا كبيرا على الأفراد والمجتمعات والحكومات إذا أنها أكثر الأمراض انتشارا وسببا مباشرا للوفاة في العالم فهي أمراض نتاج التغير الاجتماعي والتطور الصناعي والجزائر من الدول التي عانت أمر الأمراض الوبائية ولكنها استطاعت الجزائر أن تسيطر على الوضع الصحي من خلال سياستها الوقائية ولكن وفي المقابل ظهرت مشكلة صحية أخرى أكثر خطورة وهي الأمراض المزمنة حيث وصلت نسبة مرض السكري وضغط الدم وأمراض القلب إلى أرقام وبائية قياسية إذ قدرت نسبة الوفيات بالأمراض المزمنة بـ63 % حسب تعداد 2008 مما استدعى انتهاج سياسات صحية أكثر شمولية وجدية لتفادي تفاقم الحالات الصحية ومن هنا سنحاول إبراز الخارطة الصحية للأمراض المزمنة في الجزائر.

فلقد قامت وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بتحقيقات والمسحات بالإضافة إلى إحصائيات الضمان الاجتماعي أن الأمراض الأكثر انتشارا في المجتمع الجزائر هي أمراض الضغط

[1] كميلية قرنان مرجع سابق، ص 124

الدموي، أمراض القلب، السكري إذ تعتبر أكثر الأمراض مسببة في الوفيات في المجتمع الجزائري إذا تشكل تهديدا وعبئًا على الصحة الأسر ومعاشها والصحة العمومية وميزانية الدولة.

الجدول رقم 9: توزيع الأمراض المزمنة حسب الجنس والفئات العمرية ووسط الإقامة في MICS4 (2013-2012) (%)

		MICS4				
		الضغط الدموي	داء السكري	امراض المفاصل	الربو	الأمراض القلبية
الجنس %	ذكور	3.7	2.8	0.7	1.1	0.8
	اناث	7.5	3	1.7	1.4	1
فئات العمرية %	59-60 سنة	24.9	10.7	4.0	2.3	2.7
	أكثر من 70 سنة	32.4	9.7	5.1	2.3	5.4
وسط الإقامة %	حضر	6.1	3.2	1.2	1.4	1.0
	ريف	4.7	2.2	1.2	1.1	0.7

المصدر: كميلية قرنان: مرجع سابق، ص131.

ومن خلال معطيات الجدول نلاحظ ارتفاع في الأمراض المزمنة لدى فئة الشباب ونسبة أكبر لدى المسنين نتيجة الشيخوخة السكان بفعل النقلة الديموغرافية وكثرة الضغوط والمشاكل التي يعاني منها الشاب أو المسن في الجزائر بسبب البيئة المحيطة به ،وأما ارتفاع نسبة الأمراض المزمنة عند جنس الإناث عكس فئة الذكور وهو ما يرتبط بجملة من العوامل السوسيولوجية أهمها أسلوب الحياة المرأة الجزائرية غالبا والذي تتحمل فيه الأعباء المنزلية وقلة ممارسة الأنشطة الرياضية إضافة إلى التوترات المرتبطة بأدوار النوع الاجتماعي وهذا ما ينعكس مباشرة على صحتهم النفسية والجسدية ويأثر بشكل مباشر على الخصوبة خاصة لدى الشباب ومن الملاحظ أن الأمراض المزمنة منتشرة أكثر في الوسط الحضري خاصة أمراض الضغط الدم والسكري والربو وهذا يرجع لنمط معيشة القائم على الاستهلاك الغذائي غير الصحي وقلة الحركة كما لا ننسى كثرت الضغوط الاجتماعية والمهنية لها أثر سلبي على صحة الأفراد وكما نعلم أن أي مرض مزمن أو معدي ينعكس على معاش الأسرة الجزائرية وذلك من

خلال ارتفاع تكاليف العلاج وتآكل جزء معتبر من الدخل الأسري وبالتالي التأثير على مستويات الرفاه الاجتماعي ،ويشكل أيضا عبئا على الدولة والمجتمع واستنزاف الطاقات البشرية فالأمراض المزمنة هي أمراض خطيرة تؤدي إلى الوفاة أو الإعاقة.

ت) الخدمات الصحية للأمهات والأطفال في الجزائر

وضعت الأمم المتحدة والمنظمات الدولية التابعة لها استراتيجيات وأهداف التنموية عالمية موجهة للأم والطفل فكانت الاستراتيجية الأولى بين 2000 –2015 وهدفها كان تخفيض وفيات الرضع وتحسين صحة الأم وأما الأهداف التنموية لـ 2015–2030 فهدفها الرئيسي "الصحة الجيدة والرفاه" والتخفيف نسبة الوفيات المواليد الجدد والأمهات والأطفال الأقل من 5 سنوات وتحقيق التغطية الشاملة لتشمل الحصول على الأدوية واللقاحات الأساسية ، ولهذا حاولت الجزائر منذ الاستقلال ترقية صحة الأم والطفل وتطوير النظام الصحي الوطني من خلال تحسين المؤشرات الديموغرافية والوبائية الرئيسية ولهذا انتهجت الدولة الجزائرية سياسات صحية لرفع مستوى الخدمات الصحية للاهتمام بصحة الأم والطفولة وذلك من خلال تخصيص المنشآت الصحية مما ساهم في تحسين التغطية الصحية لهذه الفئة وهذا يظهر في المؤشرات الصحية التالية وهي تحسين نسب التلقيح عند الأطفال ،تأطير الولادات من قبل موظفي القطاع وتحسين الرعاية الصحية ما قبل وما بعد الولادة .

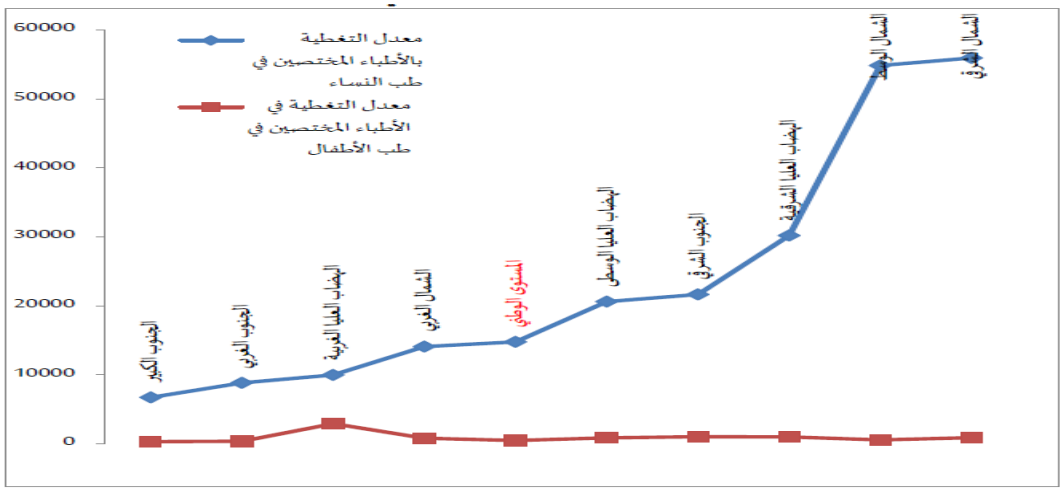
ولهذا سنحاول التطرق إلى التغطية الصحية للأم والطفل لسنوات .2000–2018 ولهذا سنركز على الخدمات الصحية من خلال التغطية الصحية لعدد السكان لكل مختص في طب النساء والأطفال ولكل قابلة وكذا توزيعها بين الولايات والمناطق.

ث) التغطية الصحية بالأطباء المختصين والقابلات

لقد أعطت الدولة الجزائرية أهمية كبيرة للتخصصات "أمراض النساء والتوليد وامراض الأطفال " باعتبارها تخصصات أساسية في المنظومة الصحية في الجزائر مع التخصصين "الطب الداخلي وطب التخدير والإنعاش " وذلك لأهميتها الكبرى في حماية المجتمع من الأمراض والمخاطر فإن كل تطور يبدأ من أم وطفل سليمين والشكل التالي يوضح التغطية الصحية بالأطباء في الجزائر للأم والطفل ولهذا توصل أن التغطية بالأطباء المختصين في طب النساء لا تتعدى طبيب واحد لـ10000 امرأة في سن

الإنجاب بينما التغطية بالأطباء المختصين في طب الأطفال فيقارب طبيبان لـ1000 طفل بين 0-1 سنة.

الشكل رقم 9: عدد النساء في سن الإنجاب والأطفال الأقل من سنة لكل طبيب مختص في أمراض النساء والأطفال حسب المناطق في 2018.



المصدر: فريدة علي باشا: مرجع سابق، ص 74

وحسب ما جاء في الشكل السابق فمن الملاحظ أن الولايات الجنوبية والجنوب الغربي حققت أحسن معدلات التغطية بالأطباء المختصين في صحة الأم "بـ (6734 و8831 امرأة في سن الإنجاب لكل طبيب مختص في طب النساء على التوالي) وصحة الطفل بـ(طبيب مختص في طب الأطفال لـ308 و371 طفل 0-1 على التوالي) وهي أحسن بكثير من المعدل الوطني الذي طبيب مختص في طب النساء لكل 14700 امرأة بين 15-49 سنة وطبيب مختص في طب الأطفال لكل 500 طفل 0-1 سنة."[1]

أما الولايات الشمالية (الوسط، والشرق) فتحتل المراكز الأخيرة في معدلات التغطية في هذين التخصصين وهذا يرجع للكثافة السكانية في تلك المناطق.

وأما الشبه طبي (القابلات الممرضين الرعاية والتلقيح) يعتبر من أهم مراحل الرعاية الصحية بل وتعتبر أهميتها كأهمية الأطباء في العملية العلاجية ولهذا فإن نقص هذه الفئة يؤثر على جودة الرعاية الصحية ولهذا فإن التغطية الصحية بالقابلات في الجزائر : "تتكفل بها بعض المؤسسات الجوارية بالفحوصات ما قبل الولادة وما بعدها كما تستقبل النساء لتباعد الولادات ،يقارب عدد القابلات في الجزائر

[1] فريدة علي باشا: مرجع سابق، ص 75

9000 قابلة التي تعمل في القطاع العام أغلبهن يمارسن في نفس الوقت في القطاع الخاص ،بالنظر لعدد الولادات سنويا والتي تقارب مليون ولادة ،تغطي القابلة في الجزائر ولادة واحدة في اليوم وتبقى يومين راحة ،إلا أن تقسيمهن حسب المناطق حسب المناطق غير متوازن إذ أن 62.5 % منهن في الشمال بينما 25.3% في مناطق الهضاب العليا و 12.1 % في الجنوب "[1]

ولهذا فإن التغطية على المستوى الوطني بالقابلات تتمثل في قابلة لـ 1242 امرأة في سن الإنجاب ما يعادل قابلة واحدة لـ 1000 امرأة في سن الإنجاب فمثلا تسجل ولاية الوادي، المسيلة والجلفة تغطي بقابلة لأكثر من 2000 امرأة في سن الإنجاب.

ولهذا فإن الدولة الجزائرية تركز على حماية صحة الأم والطفل بواسطة تدابير صحية وخدمات صحية ذات جودة وهذا ما ذكرناه سابقًا من خلال التغطية الصحية بالأطباء والقابلات وكذا التدابير النفسية والاجتماعية والتربوية والإدارية من خلال:

- ✓ " تشكل برامج مكافحة الوفيات لدى الأم والطفل أولوية للصحة العمومية، وتنفيذها هياكل ومؤسسات صحية.
- ✓ يشكل التنظيم العائلي أولوية للصحة العمومية، ويساهم في الحفاظ على صحة الأم والطفل.
- ✓ يجب على ممتهني الصحة التصريح بالمرأة الحامل، ويتم تسجيلها ابتداء من الثلاثي الثالث من الحمل حسب اختيارها، لدى عيادة ولادة عمومية أو خاصة.
- ✓ يتم قبول النساء الحوامل في وضع صعب، في الشهر السابع على الأقل بناء على طلبهن في الهياكل ومؤسسات الصحة العمومية المتوفرة على أسرة الولادة، عندما يستوجب استشفاؤهن.
- ✓ يستفيد مجانا المواليد حديثي الولادة، حين ولادتهم وكذا الأطفال من التلقيح الإجباري وهذا ما وضحناه في الأمراض المعدية والتلقيح الأطفال.
- ✓ تضمن هياكل ومؤسسات الصحة التكفل الصحي بالأطفال بواسطة وسائل بشرية ومادية على عاتق الدولة."[2]

ولهذا فلقد حظي قطاع الأمومة والطفولة في الجزائر باهتمام خاص ضمن السياسات الصحية ولهذا أعطت الدولة اهتمام بالغ وذلك بتوفير خدمات صحية (وقائية وعلاجية) موجهة للأم والطفل وذلك من خلال برامج متابعة الحمل والوقاية من الأمراض وكذا برامج التلقيح ضد الأمراض والرعاية الصحية

[1] فريدة علي باشا: مرجع سابق ،ص 75

[2] ج.ج.د.ش،قانون رقم 18-11 المؤرخ في 18 شوال عام 1939 هـ، الموافق 2 يوليو سنة 2018 م ،يتعلق بالصحة ،الجريدة الرسمية العدد 46 الصادرة في 16 ذو القعدة عام 1439 هـ ،الموافق لـ29 يوليو 2018 م ،المادة 70 و71و73 و74 و80 و83 ،ص 9و10 .

الأولية وذلك قصد تعزيز الصحة الإنجابية وحماية الطفولة وهو ما يسهم في التنمية الاجتماعية في الجزائر وكما انعكست هذه الجهود على معاش الأسرة وذلك من خلال تقليص التكاليف الصحية والتنقل قصد الحصول على العلاج وكذا التقليل من المخاطر المرض والوفيات .

خلاصة

ومن خلال ما تم التطرق إليه الفصل الثاني يتضح أن الخدمات الصحية سواء كإطار مفاهيمي أو كمجال مؤسساتي في الجزائر ،إذ تعتبر من أهم الركائز الأساسية والجوهرية في تفسير التحولات الاجتماعية والاقتصادية المرتبطة بمعاش الأسرة ولهذا لاحظنا مدى الاستجابة البينة التنظيمية للقطاع الصحي من خلال تنظيم المنشآت والتجهيزات والتغطية الصحية تعكس لنا مدى استجابة الدولة للاحتياجات المتزايدة للأسر خاصة مع الضغط الديموغرافي لسكان الجزائر والزيادة في الطلب على رعاية الأم والطفل و انتشار الأمراض المزمنة ولهذا فإن الخدمات الصحية بالنسبة لدراستنا ليست فقط خدمات وقائية وعلاجية فقط بل تتجاوز ذلك باعتبارها تشكل مؤشرا مركزيا وبعدًا لفهم نوعية الحياة ومستوى الرفاه الأسري في المجتمع الجزائري وهي الخطوة الأساسية لربطها بالمعاش الأسري وفهم الأبعاد الاجتماعية والاقتصادية والصحية لموضوع دراستنا.

الفصل الثالث: الأسرة الجزائرية ومعاشها (الاقتصادي والاجتماعي والصحي)

أولا: تعريف الأسرة وخصائصها.

ثانيا: وظائف الأسرة وأدوارها الأساسية.

ثالثا: النظريات سوسيولوجية المفسرة للأسرة.

رابعا: قراءة سوسيو تاريخية للأسرة الجزائرية وخصائصها.

خامسًا: التحولات السوسيو ديموغرافية والاقتصادية وانعكاسها على الأسرة الجزائرية.

سادسًا: دور الأسرة الجزائرية في بناء الوعي الصحي لأفرادها في ظل الاختلالات الخدمات الصحية.

تمهيد

الأسرة هي أقدم نظام الاجتماعي متواجدة في مختلف المجتمعات الإنسانية كما أنها تعتبر من أكثر المؤسسات استمرارًا وبقاء ،فهي خلية من خلالها يتم التفاعل بين أفرادها ومع البنية الخارجية في عملية تفاعلية ذات طابع انعكاسي يولد لنا أنماط وتحولات يقاس بها مدى تأثيرها على الأسرة ومعاشها وهي كما يعبر عنها بورديو Bourdieu هي الذات الأساسية لعمليات إعادة الإنتاج ،فهي المحرك للمجتمع لما تمتلكه من قدسية ومكانة اجتماعية هامة ،فإذا استمرارية المجتمعات يبدأ بصلاح الأسرة وينتهي بضعف الأسرة اقتصاديا واجتماعيا وصحيا .

ولهذا سنحاول في هذا الفصل دراسة كل المفاهيم الأساسية حول الأسرة ووظائفها وأدوارها الأساسية والبحث في أهم التحولات الاجتماعية والثقافية والاقتصادية في المجتمع الجزائري وانعكاسها على معاش الأسرة وفي الأخير سنحاول البحث في دور الأسرة الجزائرية في بناء الوعي الصحي لأفرادها في ظل الاختلال الخدمات الصحية.

أولا: تعريف الأسرة وخصائصها

إن الأسرة باعتبارها بناء وأحد أهم المؤسسات الاجتماعية والتي يتكون منها البناء الاجتماعي فالأسرة وحدة زواجية وهي وحدة إنتاجية ووحدة تربوية لهذا لقد تعددت التعاريف بتعدد موضوعاتها التي تدرس الأسرة من خلال الوحدة التحليلية والاتجاه النظري المراد إتباعه ولهذا سنحاول طرح المفاهيم التي تعالج الأسرة في جانبها المعاشي والصحي.

1. الأسرة لغة واصطلاحا

معنى الأسرة في اللغة يطلق على الدرع الحصينة [1]،وعلى أهل الرجل وعشيرته، والجماعة التي يربطها أمر مشترك[2]،ويطلق على أسرة: عائلة، زوجة الرجل وأولاده، وأهل بيته [3].

كما تعرف الأسرة في الإسلام بأنها:" لبنة من لبنات المجتمع الذي يتكون من مجموعة أسر يرتبط بعضها ببعض، ومن الطبيعي أن البناء المكون من لبنات يأخذ ما بهذه اللبنات من قوة أو ضعف، فكلما كانت اللبنات قوية ذات تماسك ومناعة، وكان المجتمع المكون منها قويا ذا تماسك ومناعة إلا فلا "[4]

وكما يشير مفهوم الأسرة أيضا بأنها "مجتمع صغير يتبع قواعد نظامه لقواعد مجتمعات العامة، كما يمكن اعتبارها الحاضنة الطبيعية التي ترعى الأفراد وحياتهم، وهي أساس المجتمع وخليته الأولى.

2. الأسرة من ناحية سوسيولوجية

وفي المقابل لبناء صياغة تصور عن مفهوم الأسرة في الفكر السوسيولوجي قد نجد اختلافا عما تم طرحه في التعاريف اللغوية والاصطلاحية فالبعد السوسيولوجي قد يأخذنا بعيدا عن القيم والمثل العليا بل يحدد هذا البعد بالواقع المعيشي ومعالجته، وبالتالي النظر إلى الوحدات الاجتماعية بما تلعبه من أدوار وتكوينات بنائية ووظيفية في المجتمع الكلي والذي يحمل بداخله بناءات اجتماعية ودينية واقتصادية والسياسي والسيكولوجي ..... كل هذه الأدوار والمواضيع مجتمعا تشكل الأسرة.

فنجد أن كلا من أجبرن Ogburn ونميكوف Nimkoff في مؤلفهما المشترك الكلاسيكي a hand book of sociologie يعرفان الأسرة بأنها رابطة اجتماعية تتكون من زوج وزوجة وأطفالهما،

[1] ابن منظور: لسان العرب، بيروت، طبعة دار صادر، الجزء الرابع، ب ت، ص 13.

[2] مجمع اللغة العربية، المعجم الوسيط، ط2، ب ت، ص 37.

[3] المنجد في اللغة العربية المعاصرة، ط 2، بيروت، دار المشرق ،2001، ص 23.

[4] الإمام الأكبر /محمد سلتوت: الإسلام عقيدة وشريعة، ط16

أو بدون أطفال ...، وقد تشمل أيضا الجدة والأحفاد وبعض الأقارب، شريطة أن يكونوا مشتركين في معيشة واحدة مع الزوج والزوجة والأطفال أو بدونهم ."[1]

فإذا الأسرة تتكون من زوج وزوجة وأطفال والأقارب قد تكون ذات شكل نووي أو ممتدة وتجمعهم رابطة اجتماعية ومعيشة مشتركة ذات خصائص وسمات محددة فحسب سعيدة بشيش فريدة ترى "أن قيام الأسرة كعضو من أعضاء المجتمع تدخل في علاقات تفاعلية مع المحيطين بها من أقارب وأسر أخرى ومع المجتمع وتنظيماته (المدرسة، المستشفى ...) ولها أدوار اجتماعية واقتصادية تلعبها وفق ما تتطلبه الحياة الاجتماعية في الخارج.[2]

وفي الطرح السوسيولوجي أخر نجد أن "بارسونز" يرى الأسرة :"بأنها ليست مجرد مؤسسة ،ولكن يمكن أن نعتبرها نظامًا اجتماعيًا أيضا ويضيف مدخل النظام ،كما يرى بارسونز أن الأسرة تمثل البناء الذي يربط خبرات الفرد في أدواره بالأجزاء الأخرى للنظام الاجتماعي ،فعلى سبيل المثال يربط دور الأب كعائل للأسرة بالاقتصاد "[3] ففي نفس السياق يرى بارسونز أن الأسرة هي نظام تنشط وتندمج فيه نظم فرعية أخرى ولا يمكن فهمها إلا بفهم النظام الكلي ،فالأسرة حسبه هي معرضة للضغوط والاختلال بسبب التغيرات الطارئة التي تقع على المجتمع الكلي ،فهذه التأثيرات بسبب التغيرات المجتمعية التي تأثر على الأسرة وبدورها الأسرة تقوم بردود أفعال انعكاسية للظروف الجديدة وما تحمله من اختلالات اجتماعية واقتصادية وثقافية .

وفي نفس الاتجاه والرأي السوسيولوجي الوظيفي يرى دور كايم "بأنها ليست ذلك التجمع الطبيعي للأبوين وما ينجبانه من أولاد، بل إنها مؤسسة اجتماعية تكونت لأسباب اجتماعية، ويرتبط أعضاؤها حقوقيا وخلقيا ببعضهم البعض فهو يؤكد على أن الرابط الذي يجمع الأفراد داخل الأسرة ليس بيولوجيا بل هو رابط ثقافي اجتماعي.[4]

ونستنتج أن بارسونز ودور كايم يرون أن الأسرة هي نسق مثله مثل الأنساق الأخرى كالمؤسسات التربوية ولهذا فإن مطلب الوظيفية هو السعي إلى تحقيق نوع من الاستقرار والتوازن ،ومن خلال نظرتهم للمجتمع فيرون أنه يتكون من مجموعة من النظم المتفاعلة مع بعضها البعض لكي يقدر على الاستقرار فهاته الأنساق تستجيب للمكانيزمات الضبط الاجتماعي والتي تعمل على ضمان وحدة المجتمع وهذا

---

[1] فادية الجلاني: الاسرة العربية، مؤسسة شباب الجامعة ،1995، ص 15.

[2] فريدة بشيش فريدة: مرجع سابق، بتصرف

[3] القصاص مهدي محمد، علم الاجتماع العائلي، ط1، كلية الأداب، جامعة منصورة، 2008، ص 61.

[4] عبد القادر القصير: الأسرة المتغيرة في مجتمع المدينة العربية، دار النهضة العربية، ط1، بيروت، لبنان ،1999، ص34.

يأخذنا إلا جانب مهم في دراستنا وهي أن الأسرة تستجيب وتتفاعل مع الأنظمة والمؤسسات (المؤسسات الصحية وخدماتها) لكي تضمن التوزان الداخلي لديها فيعتبر طرح الوظيفين ستاتيكي يبرز الأسرة على أنها تتفاعل في اتجاه أحادي فهي تأخذ من مجتمع أكثر مما تعطي فنظرتهم تقليدية ،وهذا ما يأخذنا لجانب أخر أكثر ديناميكية للأسرة وهي التيارات التركيبية أو النقدية التي تسعى إلى تفسير وتحليل تعقيدات المجتمعات الحديثة والمعاصرة ضمن الثنائية الفعل والبنية .

فيعرفها بيار بورديو أن الأسرة هي الخلية الاجتماعية الأساسية التي تضم الفاعلين الاجتماعيين داخلها، ومن ثم فإن الأسرة تعد حقل من الحقول الاجتماعية فإذا كان المجتمع حقل اجتماعي كبير فنجده مقسم إلى عدة حقول اجتماعية والأسرة تعد حقل من هذه الحقول والفاعلون يتصارعون من أجل ممارسة نشاطاتهم وتبادل المنافع بينهم داخل كل حقل اجتماعي."[1]

ونلاحظ أن بيار بورديو أنه رأى أن الأسرة تبنى ضمن تصرفات الفاعلين ضمن ممارسات اجتماعية متنوعة واستراتيجيات لا واعية من خلال استعدادات الفاعلين وذلك عند تقمصهم للهابتوس وهنا يحقق الفاعل داخل الأسرة نوع من الاستقلالية والحرية في الفعل عن البنية ،فالأسرة هنا تلعب في حقل فيه مصالح فردية ومشتركة ضمن قواعد اللعبة لتحقيق منافع للأسرة أو الأفراد والمجتمع بأكمله فهو يرى أن الأسرة تحمل مجموعة من المؤهلات الفكرية والتي يتم توريثها لجيل بعد جيل أو تلقينها للأفراد عن طريق المشاركة كآلية لإعادة الإنتاج أي أن الفاعلين داخل الأسرة يقومون بأفعال محددة والتي من خلالها يبنون نموذجهم الثقافي واجتماعي الخاص بهم ومن ثما يصبح ليدهم نموذج رأس مال رمزي وثقافي يربطهم ببعض البعض .ولهذا فإن الأسرة عند برديو ليست علاقة حميمية بل هي" أداة سوسيولوجية "بل وخلية الاجتماعية تضم فاعلين اجتماعيين واعيين داخل الاجتماعي الأكبر يمارسون أنشطتهم ويتبادلون المنفعة ويعودون إنتاج رموز وفق ما يحتاجونه .

وفي طرح أخر فأنتوني غيدنز والذي يصنف ضمن المعاصرين النقديين والذي بدوره كبنائي ذات نزعة نقدية حاول تجاوز التقسيم الكلاسيكي بين البنائية (دور كايم) والفاعلية لـ(ويبر) والذي قدم نظرة أكثر حداثية والذي ركز على ديناميكية العلاقة بين البنية والفاعل خاصة ضمن السياقات المؤسساتية الحديثة والتحول في أنماط الحياة ،وتبدل القيم والتغيير في الأدوار الاجتماعية ولهذا فهو درس المجتمعات

[1] Pierre Bourdieu, 1974, sociologie de l’Algérie, collection qui sais je , puf,paris ,France ,p72

المعاصرة وقد قامت "النظرية الازدواجية البنائية عند أنتوني غيدنز "على الجمع بين البنية والفاعل من خلال الفعل الاجتماعي ،واقترح لذلك ثلاثة مفاهيم :البنية وهي القواعد والموارد المنتظمة المتواترة التي تكون قائمة بمعزل عن الحدود الزمكانية ، ثم النسق ويعرفه بأنه العلاقات التي يعاد إنتاجها بين الفاعلين الأفراد والجماعات والقائمة في النطاق الزمكاني ،وأخيرا الإنبناء وهو الشروط أو الظروف التي تحكم إعادة إنتاج الأنساق "[1]

فيعرف أنتوني غيدنز أن "الأسرة على أنها مجموعة من الأفراد المرتبطين بصلات القرابى ويتولى أعضاؤها البالغون مسؤوليات تربية الأبناء، أما عن علاقات القرابى فهي الصلات التي تقوم بين الأفراد إما على أساس الزواج أو من خلال رابطة الدم والنسل، مثل الأمهات والآباء والأشقاء والبنين وغيرهم "[2]

فالأسرة عند انتوني غيدنز أنها مجموعة من الأفراد يتفاعلون مع بعضهم البعض ضمن علاقات القرابى ويشكلون تفاعلات مختلفة في عدة مجالات اجتماعية واقتصادية وذلك داخل أو خارج الأسرة مع المؤسسات الأخرى.

ثانيا: وظائف الأسرة وأدوارها الأساسية

1. وظائف الأسرة

"يذكر لنا روبرت ميرتون Robert Merton أن النظام الاجتماعي يؤدي أكثر من وظيفة اجتماعية أي أكثر من هدف واحد في المجتمع، وإن يكن له في الأغلب وظيفة أساسية أو مركزية، وإلى جانبها عدد آخر من الوظائف الجانبية أو المساعدة. فإن الأسرة مثلها مثل أي نظام اجتماعي آخر تتميز بأن لها أهداف ترتبط مع مرور الوقت بالوظيفة التي تؤديها النظام للمجتمع الكلي ."[3]

ولهذا فإن القول أن الأسرة باعتبارها نظام اجتماعي له وظائف متعددة منها وظائف المركزية كإنجاب الأطفال والمحافظة على الجنس البشري وأخرى جانبية (اقتصادية ودينية وتربوية وتعليمية وسياسية)

[1] جابلي عيسى ،2017/05/11، منظر الطريق الثالث، ذوات صحيفة ثقافية فكرية ،23.20

[2] غيدنز انتوني، تر الصياغ فائز، علم الاجتماع، ط4، مركز دراسات الوحدة العربية لبنان ،2001، ص245

[3] أحمد أبو زيد: البناء الاجتماعي، مدخل لدراسة المجتمع، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ط 5، الإسكندرية ،1986، ص ص 157-158

كلها وظائف تدعم الأخرى لأجل حياة سليمة خالية من العراقيل والمطبات، فوظائف الأسرة تختلف من مجتمع لأخر وذلك بحسب التغيرات والتحولات الاقتصادية والاجتماعية والصحية التي تطرأ على المجتمعات المختلفة فالأسرة التقليدية هي وحدة بيولوجية في المجتمعات المتخلفة عكس الأسرة في المجتمعات العصرية والتي أصبحت فاعلا اجتماعيا له دور مركزي في إعادة إنتاج جودة الحياة (Quality of Life) أو أن تفاعلها مع المؤسسات الاجتماعية تقوم بدورها قصد رفاهيتها وضمان الاستدامة الاجتماعية وذلك يظهر في أدوراها المتعددة في الرعاية ،الوقاية والتنشئة الصحية وتطوير مصادر الدخل والبحث عن مصادر الاستهلاك المتوازن ،ولهذا تعد الوظائف الصحية للأسرة من المداخل الأساسية لفهم العلاقة بين البنية الاجتماعية والمؤسسات الصحية الخدماتية وهذا ما يعزز طرحنا حول أن الأسرة أصبحت فاعل وليس متلقي سلبي له وظائف اقتصادية واجتماعية وتربوية وصحية ففي جانب أخر يرى ميردوك أن الأسرة لها أربع وظائف محددة وذلك استنادا من واقع "دراساته الإمبريقية التي جمعها من 250 مجتمعا إنسانيا وهذه الوظائف هي:

- الوظيفة الجنسية.
- الوظيفة الاقتصادية.
- وظيفة الإنجاب.
- الوظيفة التربوية."[1]

ويرى ميردوك أن هذه الوظائف الأربعة تعتبر ذا أهمية كبيرة للمجتمع فبدون الوظيفتين الأولى والثانية ينقرض المجتمع واختلال الوظيفة الثالثة فينتهي الجنس البشري أما لوظيفة الرابعة نهايتها هي نهاية الثقافة والوعي.

وعليه فإنه للحفاظ على استمرارية الوظائف يجب الحفاظ على صحة الأسرة لأن أهم وظيفيتين وهي الوظيفة الجنسية والانجابية تتم إلا بصحة جيدة وخدمات صحية ذات جودة وحتى الوظيفة الاقتصادية ضمن التمكين الاقتصادي يؤثر ويتأثر بالرعاية الصحية والخدمات الصحية المقدمة فهي علاقة تبادلية تتأثر بسياقات متعددة (اقتصادية، ثقافية، مؤسساتية).

[1] أحمد أبو زيد: البناء الاجتماعي، نفس المرجع السابق، ص 159

2. وظائف وأدوار الأسرة ضمن التأثيرات الصحية:

وهنا تتمثل وظائف الأسرة في إطارها الكلي في كيفية الحفاظ على صحة أفرادها وتتجسد وظائفها في:

- ✓ **الوظيفة الوقائية:** وذلك من خلال نشر أنماط الحياة الصحية (التغذية الصحية والرياضة والنظافة) كما تتبنى سلوكيات وقائية لحماية أفرادها وتتبع أوقات التطعيمات والفحوصات الدورية وهذا ما لاحظناه في جائحة كوفيد 19 فكان للأسرة دور مهم جدا في الحد من العدوى الفيروسية من خلال إتباع التعليمات الصحية، فإذا كلها وظائف تعمل بالاشتراك مع وظيفة الخدمات الصحية لضمان جودة معاش أسري على كافة أبعاده.
- ✓ **الوظيفة العلاجية:** وتتمثل في التطبيب المنزلي وذلك من خلال رعاية المرضى في المنزل من خلال متابعة حالتهم الصحية واتخاذ القرارات العلاجية في اللجوء للخدمات الطبية أو العلاجات التقليدية وكما أن هذه الوظيفة تتماشى مع الوظيفة التأهيلية وذلك من خلال دعم المريض وتسهيل إدماجه اجتماعيا خاصة مع الأفراد ذوي الاحتياجات الصحية الخاصة.
- ✓ **الوظيفة التثقيفية الصحية:** وذلك يتم إلا من خلال الوعي الصحي الشامل للأسرة وتتم هذه الوظيفة من خلال تعزيز الوعي الصحي في كيفية التعامل مع الأمراض والوقاية منها وذلك بنقل المعارف الصحية للأجيال الأخرى.

وعليه فإن الأسرة تعمل بتوازي مع الخدمات الصحية فالأسرة هي المستهلك الرئيسي للخدمات الصحية (الوقائية والعلاجية) وتعمل من أجلها برامج الصحة العامة وفي نفس الوقت تتوقف جودة الخدمات الصحية وكفاءتها بقدرة الأسرة على أداء أدوراها ووظائفها الاقتصادية والاجتماعية والصحية جميعا وعليه فعندما تتطور الخدمات الصحية (خدمات علاجية فعالة وبرامج وقائية شاملة) تنعكس بضرورة إيجابيا على أدوار الأسرة وتخفف عليها الأعباء المعاشية وفي المقابل يعد ضعف الخدمات الصحية أو ارتفاع تكلفتها يرفع من الضغوط والأعباء المعيشية على الأسرة ويجعل أداء وظائفها الصحية والحياتية أكثر صعوبة وخنقًا.

وعليه نستنتج بأن الأسرة هي وحدة اجتماعية تؤدي وظائف متعددة أهمها الوظيفة البيولوجية لترتقي كفاعل اجتماعي واعي يمارس وظائفه أكثر تطور وتعددا وهي الأبعاد التربوية والاقتصادية

والصحية والتي من خلالها يستمر النسق الاجتماعي بل وتنعكس هذه الوظائف على الأدوار الاجتماعية يعاد إنتاجها داخل الفضاء المعيش الأسري حيث تتوزع المسؤوليات وتُبنى التفاعلات اليومية ضمن أدوار الافراد وذلك لضمان الاستقرار الاسري وذلك بناء على أثر التغيرات المجتمعية على التنظيم الداخلي للأسرة.

أما أدوار الأسرة فهي" شبكة من الأدوار والمكانات، يتفاعل فيها مجموعة من الأفراد يمارسون أدوار مختلفة حسب مكانتهم داخل هذه الوحدة وهو محتوى تعريف الإطار التفاعلي الرمزي للأسرة: كوحدة مركبة من أشخاص يمارسون أفعال على بعضهم البعض في إطار مجموعة من الأدوار القائمة على معايير معينة "[1]

إن نوعية الأدوار والعلاقات داخل الأسرة تتأثر بالتغيرات والتحولات الاجتماعية والاقتصادية، فالتغيرات الاقتصادية التي حدثت في المجتمع الجزائري أثرت على طبيعة العلاقات الداخلية بين أفراد الأسرة ولهذا فإن تحول الأسرة في المجتمع الجزائري من أسرة ممتدة لأسرة نووية أو تداخل بين النمطين ومع تبدل وتوزان الأدوار بين المرأة والرجل بسبب تعليم المرأة وخروجها للعمل ومساهمتها في نفقات المنزل وزيادة الوعي الأسرة فيما يخص المساواة والتشاور والاحترام المتبادل والديموقراطية والمسؤولية المشتركة.

فإن الأسرة حديثة على عكس الأسر التقليدية والتي كانت تحظى دعم مجتمعي وخدمات محدودة فالأسرة الحديثة أصبحت إطارًا اجتماعيًا يستفيد من هياكل مؤسساتية تقدم له الرعاية والخدمات المتخصصة داخل المؤسسات الدولة من تعليم وصحة وضمان اجتماعي والدعم النفسي والاجتماعي والتي تُساهم في تحسين جودة الحياة الأسرية وحمايتها من اختلالات الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية وتحديات العصر وهذا ما يأهلها في أن تتحول إلى نسق و كيان قائم بذاته يؤثر ويتأثر بالبناء المؤسسي مما يسمح لها بإعادة إنتاج جودة معاشها ،وفي جانب أخر أصبحت الأسرة الحديثة تتقاسم وظائفها و أدوراها الاجتماعية والاقتصادية والصحية مع المؤسسات الأخرى فمثلا تتقاسم الأسرة والمؤسسات التربوية مهمة التنشئة الاجتماعية وتتقاسم الأسرة مع المؤسسات الاقتصادية في الإنتاج مثل الأسر المقاولاتية المنتجة، وهذا ما يبرر لنا فكرة أن الأسرة تقوم بتطوير أدوراها وفق ما يتماشى مع تغير الأدوار أو البنى

[1] فريدة مشري: مرجع سابق، ص 418

الخارجية. فالأسرة وكما ذكرنا سابقا أنها فاعل اجتماعي الأول في تشكيل المعاش الأسري وخاصة المعاش الصحي لأفرادها ويتم ذلك من خلال تفاعلها مع الخدمات الصحية الرسمية وغير الرسمية وهذا ليس يعني تحقيق مستوى رفاه جسدي ونفسي لأفرادها فقط بل قدرتها في استدامة رأس مال صحي كجزء من جودة الحياة الأسرة والتنمية الاجتماعية للمجتمع ككل.

فتقول فريدة مشري "أن الاسرة موجهة لتمثلات وممارسات للحفاظ على الصحة، أو تسيير المرض، فإظهار آثر الصحة، والمرض على الحياة الأسرية، وعلى توازنها، وإظهار القرارات الأسرية التي يفرضها التكفل بهذه المسائل (الصحة والمرض) وأخيرا السيرورة العلاجية كتفاعل بين الاسرة والمؤسسة الصحية [1]"

فإن الأدوار الأسرية وخاصة منها الصحية تتمثل في تجليات فردية وتتوزع بحسب بموقع كل فرد في الأسرة وإن أي خلل في دور أي عضو من أعضاء الأسرة قد يخل بالمنظومة المعاشية للأسرة كاملة وخاصة الصحية في حال وجود حالة صحية مرضية لأحد أفراد الأسرة (الأمراض المزمنة، الأمراض الخطيرة أو المعدية ...) فإن عمل المؤسسة الصحية وخدماتها لوحدها لا تكفي في مواجهة مضاعفات هذه الحالات الصحية ولهذا تقوم الأسرة من خلال أدوارها في تبني أدوار تتقاسم بها مع دور المؤسسة الصحية لحماية صحة أفرادها فمثلا:

- ✓ يتمثل دور الأم في مسؤولية الرعاية الصحية اليومية (التطبيب المنزلي) كأوقات تقديم الدواء للمريض ومتابعة حالته، والتغذية الصحية حسب حالة المريض فدورها مهم في متابعة ومراقبة المريض عن كثب.
- ✓ أما دور الأب أو رب العائلة فدوره لا يقتصر في توفير الموارد المالية لتغطية التكاليف الخدمات الصحية فقط وإن كان مهما بل فإن دور الأب هنا حسب موقعه وذلك من خلال قدرته على أخذ القرارات الاستراتيجية حول صحة المريض في الأسرة.
- ✓ وأما دور الأبناء فهو دور الامتثال والالتزام بالسلوكيات الصحية والمشاركة في رعاية أفراد الأسرة الأخرين في حال تغيب أفراد الأسرة وقد يكون دور الأبناء رئيسي في مسؤولية الرعاية الصحية في حال أن أصيب أحد الوالدين بالأمراض وهنا يصبح دورهم استراتيجي ومهم.

[1] فريدة مشري: مرجع السابق، ص 420

✓ ولا نستطيع إهمال دور كبار السن (الجد والجدة) فيما يخص حماية الأسرة صحيا وهذا من خلال نقل الخبرة الصحية التقليدية والمساهمة في التوجيه الصحي.

ثالثا: الاقتراب السوسيولوجي لدراسة الأسرة :

يتكون المجتمع من مركب جمعي هو لبنات أساسية هي الأسر والأسرة أول خلية في المجتمع ومن مجموع الأسر يتكون المجتمع وعلم الاجتماع مهتما أولا وقبل كل شيء بالظواهر الاجتماعية والجماعات ولهذا فالأسرة "هي الوحدة الأساسية في التنظيم الاجتماعي وهي مؤسسة من المؤسسات الاجتماعية، بل وأهمها. فهي تنبعث من ظروف الحياة التلقائية للأوضاع الاجتماعية ففيها نبدأ حياتنا الأولى، ونتعود عليها وهي مصدر الأخلاق، والدعامة الأولى لضبط السلوك، وهي ضرورة حتمية لبقاء الجنس البشري ."[1]

ولهذا فإن الأسرة أصبحت ضمن طبيعة سوسيولوجية وتدخل ضمن بؤرة اهتمامات علم الاجتماع ولهذا أقر علماء الاجتماع منذ كونت Comte وحتى الأن أنهم يبحثون ويخططون وينتقدون ويجمعون المعلومات عن المجتمع لأجل هدف واحد وهو التحسين الاجتماعي betterment Social والعمل على تعزيز الرفاهية الاجتماعية والتي تتضمنها رفاهية الأسرة أيضا، فكان الدافع الحقيقي وراء في البحث في علم الاجتماع الأسرة دائما هو البحث عن حلول للمشاكل الطارئة تصيب الأسرة والتي تسبب التوتر والضغط ،الأزمات ،اختلال النظام والتمزق في حياة الأسرة .

ولهذا فإنه عند" دراسة اختلال النظام الأسري، فإن المتغيرات الرئيسية هي الفقر، الأداء الوظيفي غير الكامل، التفاعل الشخصي، إغفال أو سوء فهم القواعد الاجتماعية واتجاهات الأسرة نحو المواقف الضارة، ونحن ندين بتنظيم هذه الأفكار بدرجة كبيرة للأمريكيين من أمثال إ.و بيرجيس ER.Mowerez E.W.Burgess; وروبن هيل Reubein Hill الذين سعوا إلى التأكيد على الأمية السوسيولوجية التي تهتم بالضغوط داخل الأسرة ،كما أوضحوا الكثير من السلاسل المرتبطة بالاعتماد الداخلي ."[2]

فهناك بعض العوامل التي تسبب الضغط داخل الأسرة مثل الفقر وسوء الأحوال الصحية وضغوط الحياة الحضرية والدخل المنخفض ... والقائمة طويلة للمشاكل التي تصيب الأسرة الحديثة في الحياة

[1] حسين عبد الحميد أحمد رشوان: الأسرة والمجتمع، المؤسسة شباب الجامعة، ط1، الإسكندرية ،2012، ص 109

[2] السيد عبد العاطي وآخرون: الأسرة والمجتمع، ط1، دار المعرفة الجامعية، القاهرة، مصر،2006، ص 335

الحضرية والتي تأثر بشكل مباشر على الأمان العاطفي والاجتماعي والمادي للأسرة وقد يصيب اختلال النظام الأسري والمستوى المعيشة وهذا كله يعتمد على المحيط الخارجي والداخلي للأسرة فمثلا المسكن الغير لائق يؤدي بضرورة إلى زيادة التوترات الأسرة ولهذا فإن المسكن وموقعه يؤثر على رفاهية الأسرة وكذلك صحة الأسرة أيضا تُأثر جوانب من حياة الأسرة المادية والاجتماعية فإذا أُصيب أحد افراد الأسرة بمرض مزمن أو متكرر الحدوث أو عجز جسمي أو شذوذ عقلي فغالبا ستتأثر أدوار الأسرة وعلاقاتها الداخلية والخارجية وتتأثر مكانة الأسرة نفسها بضغوطات ،ولهذا يأخذ علم الاجتماع على عاتقه الإصلاح وذلك بالتدخل في حياة الناس وذلك لحماية الأسر من أثار تعقيدات الحياة ومشاكلها ولهذا تم الأخذ ببعض الإجراءات الإصلاحية لمحاربة عدم المساواة بواسطة إعادة توزيع المداخيل وتوفير خدمة صحية شاملة ونظام تعليمي شامل والأخذ بعين الاعتبار نوعية حياة الأسرة .

3-1علم الاجتماع ودراسة الأسرة والصحة الأسرية

تُظهر الدراسات السوسيولوجية أن المعاش الأسري كمُتغير أساسي ومهم في علم الاجتماع الأسرة كما أن المستوى المعيشي يعتبر بعدًا اجتماعيًا أساسي للصحة فلهذا إن الفوارق الاقتصادية والاجتماعية تؤثر في قدرة الأفراد للوصول إلى الخدمات الصحية ذات جودة عالية مما ينتج لنا تفاوتات صحية بين أفراد المجتمع ،كما أن ضعف الخدمات الصحية يؤثر بضرورة على المستوى المعيشي للأفراد على كافة الجوانب مما يخلق لنا هشاشة وضعف داخل الأسرة فهي علاقة تبادلية بين معاش الأسرة والخدمات الصحية فا تُبرز لنا الترابط العلمي بين علمي الاجتماع الأسرة والصحة وكأنها حلقة تبادلية انعكاسية.

أ- العلاقة بين علم الاجتماع الصحة وعلم الاجتماع الأسرة:

حدد دور كايم E. Durkheim قواعد أساسية لدراسة الظواهر الاجتماعية وأهمها أن الظواهر الاجتماعية خارجة عن الأفراد ولهذا يمكننا الفهم الموضوعي للظواهر الاجتماعية فأما دراسة الأسرة الأمر يختلف تماما فيرى الباحثين "أن الاسرة هي الجماعة الأقرب منا، فليس من السهل ملاحظة الأشياء القريبة منا بموضوعية، فنحن نتخيل أننا نعرف جيدا ما نعيشه، لذا نحدد الأسرة حسب طريقة عيشنا، أو على الأقل كما نلاحظها من حولنا في المجتمع الذي نعيش فيه "[1]

[1] فريدة مشري: مرجع سابق، ص 69

ولهذا فإن الأسرة وقضاياها تعتبر موضوعًا علميا لدى علماء الاجتماع أمثال (أوغست كونت، مورغان وإنجلز ،باشوفان ....) فأصبحت الأسرة بفضل أعمالهم ينظر إليها كمؤسسة اجتماعية لها بناء وبذلك تتفاعل وتؤدي وظائف داخل المجتمع تماشيا مع تطور المجتمع الذي تنتمي إليه ولعل دور كايم كان له الفضل في مساهمته في تكوين علم الاجتماع الاسرة وتحريره من النظرة ذات طابع أخلاقي والتي كان ينظر إليها من عدسة الدراسات الفلسفية والتي كانت تجسد الأفكار الأفلاطونية الخاصة المرتبطة بالحب والعدل ، فإن دور كايم انطلق من أساس منهجي وعلمي لدراسة الظواهر الاجتماعية ولعلها دراسة ظاهرة الانتحار أحد أهم الدراسات التي كانت باب الانطلاقة لدارسات علم الاجتماع الصحة ففي الجانب الأخر فإن دراسة الظواهر الاجتماعية باعتبارها خارج إدراك الأفراد وبطبيعة الحال سهولة الفهم الموضوعي للظواهر الاجتماعية ولكن بما أن الأسرة هي الجماعة الأكثر قربا مِنا فهناك صعوبة في دراستها موضوعيا فتكون الملاحظة من خلالنا أو من خلال حولنا ففي العديد من الدراسات تمت مقارنتها بدرجة تطور المجتمع الشامل فدور كايم له مساهمة أساسية كوظيفي له نظرة أخرى مخالفة فإن:" تكوين علم الاجتماع الأسرة كتخصص مستقل بالابتعاد عن فلسفات التي كانت موجودة قبل القرن العشرين ،وهو يرى أن الأسرة هي كباقي المجالات الاجتماعية يمكن أن تكون موضوع تعميمات علمية ،وهي تخضع لنظام حتى ولو كان غير متجانس ،ومن أهم الأفكار التي جاء بها دور كايم هي مسألة تقليص الأسرة والتي ربطها بامتداد الوسط الاجتماعي وذلك بالانتقال من القرية إلى المدينة ،ومن المدينة إلى الدولة ."[1]

وتفسيرًا لذلك فإن دور كايم يدعو إلى الانتقال الأسرة من الملكية الجماعية إلى الفردية وهذا ما كان يسود الفكر الفلسفي آنذاك كما لا ننسى أنه انتقال الأسرة من الامتدادية إلى النواة كان الشكل الذي يطبع المجتمعات الحديثة وبداية التحول في المظهر الأسري كما أن توزيع الصحة والمرض داخل الأسر الممتدة يختلف تماما عن الأسرة النواة ،فالصحة هي مسألة لها جذورا راسخة في الواقع الطبقي الاجتماعي وتشكل الأسر في المجتمعات الحديثة والنامية ،فغالبا دعوة دور كايم يقصد بها أن انتقال الأسرة إلى الفردية يجعلها أكثر تنظيما و ارتباطا بمؤسسات الدولة وإن كانت هي (منظومة من المؤسسات الاجتماعية) وفي المقابل يرى "بارسونز أن العائلة النووية هي الوحدة الاجتماعية الوحيدة المُهيأة والقادرة على معالجة متطلبات المجتمع الصناعي"[2] .ولكن يُعاب على هذا الطرح أن دوركايم تجاهل جانبا مهما وهو أنه هناك أشكال أكثر تعقيدا في المجتمعات كما أنه هناك قُدسية وتنوع لأشكال الأسرة أو ملكيتها

[1] فريدة مشري، مرجع سابق، ص70.

[2] أنتوني غيدنز ،مرجع سابق ،ص 259.

الثقافية والاقتصادية في حالتها الجماعية .كما لا ننسى أن أسلوب الحياة والعوامل البيئية تؤثر بشكل مباشر على توزيع الصحة والمرض في المجتمع .

إن الأسرة هي مؤسسة اجتماعية ورابطة اجتماعية ونظام اجتماعي وعلى أساسها تعد الأسرة ظاهرة اجتماعية ولهذا فإن نظريات الأسرة هي طرق العلمية للنظر إلى الظواهر المرتبطة بالأسرة والتفسير العقلاني لها ولهذا فإن الاهتمام بالأسرة على أنها وحدة اجتماعية محورية إذ تعتبر فضاءًا لتشكل وإنتاج وإعادة إنتاج القيم والمعايير والموارد بما يجعلها أساسا في فهم ديناميكيات المجتمع وتحولاته كما تشكل البنية الأساسية للمعاش اليومي للأفراد ومن هذا المنطلق فإن مستوى المعاش وجودته يتأثران بشكل مباشر بالظروف الصحية ومدى توفر الخدمات الصحية مما يفتح لنا رؤية أوسع حول العلاقة بين الأسرة والمعاش والصحة مما يجعلها إحدى المُدخلات الجوهرية لفهم التحولات الاجتماعية المعاصرة ولهذا فإن الأسرة وما يخصها من ظواهر وتفاعلات وأدوار ووظائف وعلاقتها المتشابكة بالنظم والمؤسسات الاجتماعية الأخرى .

ولهذا يجب التذكير أن العلوم الاجتماعية من بين الحقول المعرفية التي تتقاطع فيها مجموعة من العلوم والمعارف ،فهي تخصص متعدد ومتداخل الأفق تتموقع فيه كافة العلوم بموقعها البيولوجي والاجتماعي ،وبين الطبيعي والثقافي والذي به تتشكل المعرفة العلمية الاجتماعية وبطبيعة الحال فسيسيولوجيا هي علم أظهر قدرته على تجاوز كل ما هو ثابت وغير ثابت وكل ما هو أكثر عمق وشمولية، فلقد بحث علم الاجتماع في مكنونات النفس البشرية لفهم الدوائر الاجتماعية ومع المرور الوقت أثبت قدرته على تفسير كل ما هو مخفي وأخضع البشرية لأدوات علمية تُفحصه وتُمحصه بأبحاثه الحقلية والامبريقية فأصبح للنظرة السوسيولوجية أهمية بارزة في دراسة جميع الميادين الخاصة بالمجتمع والعلاقات والتفاعلات التي تقع داخل المجتمع ،وكما يشير François Ewald المجتمع ليس له خارج (La extérieure société N a Plus) وعلاوة على ذلك أبرز قدرته على تجاوز الحدود المعرفية بين العلوم الأخرى أهمها علم النفس والتاريخ والأنثروبولوجيا وعلم الإدارة والتربية والطب في كامل مجالاته الصحة والمرض وعلاقة المريض بالطبيب فلم يكن الإدراك السوسيولوجي في المجال الطبي في البداية أمرًا مقبولًا لاختلاف المعارف والتوجه العلمي ولم تكن له أسبقية في المعالجة السوسيولوجية وهذا يرجع إلى التحول الاجتماعي و الاقتصادي الذي طال العالم وأثر بشكل مباشر على حياة الأفراد وإن هذا الأمر يدحض مسلمة أن الأمراض منشأها (بيولوجي أو نفسي) وكما ذكرنا سابقًا أن التحول في مجالات الحياة وتعقدها وبروز ظواهر جديدة استدعت تدخل علم الاجتماع من أجل فهم الأمراض الاجتماعية المصاحبة للتطور الاقتصادي والاجتماعي وبما أن اعتراف أن مظاهر حياة الإنسان بوعيه وأمراضه

وصحته تتفاعل بشكل مباشر مع محيطه الخارجي (إيكولوجية –اجتماعية –فيزيقية) وتلعب دورا في الحالة الصحية لديه لهذا فإن معرفة العلاقة بين الإنسان وبيئته وتأثيرها على سلوكه من أجل تحسين شروط حياته وصحته ،وبطبيعة الحال فإن دراستنا الحالية تنتمي لمجال علم الاجتماع الصحة وكما ذكرنا سابقا فإن مزج علم الاجتماع الصحة وعلم الاجتماع الأسرة يعد نقطة تحول في تحسين جودة حياة الأسر والبحث في أساليب تطويرها وتنميتها وبما أن دراستنا تعد توليفة سوسيولوجية صحية منظماتية أسرية فإن وجود مؤشرات تبحث في مدى انعكاس كافة أبعاد مستويات الخدمات الصحية كمنظومة مؤسساتية بعناصره (الطاقم الصحي ،الجانب الهيكلي والمادي) بمستوياتها (الوقائية ،العلاجية وبرامج الصحة العامة) على الأسرة المستفيدة من هذه الخدمات كمنظومة معقدة بمعاشها (الصحي، المالي، الاجتماعي، النفسي) فإن انفتاح المؤسسة الصحية للأسر كنسق مفتوح وتفاعل الأسر معها يجعلنا نستعين بأدوات علم الاجتماع ومناهجه ونظرياته واتخاذ من علوم الطب وموضوعاته وظواهره وبحث في موضوعات الأسرة والبحث الناقد في التأثيرات المجتمعية على المؤسسة الصحية فنتخذها سبيلًا علميًا لفهم هذا الانعكاس ورغم عدم توفر المادة العلمية لمعالجة هذا التداخل إلى سنحاول الإحاطة به ولهذا قسمنا النظريات وفق الأطر التي تبحث في المؤسسة الصحية كتنظيم اجتماعي.

ولهذا فالأساس السوسيولوجي هو تفسير ووصف وتحليل الظاهرة الاجتماعية وكل ذلك وفقًا لاحترام المعايير وفهم الديناميات والسلوكيات التابعة لها فهناك علاقة بين الفرد والنظام ضمن أطر الميكروسوسيولوجي (دراسة المحددات الاجتماعية والثقافية للمريض والأسرة والطبيب) والماكروسوسيولوجي (الأنظمة الصحية والسياسة المتبعة للتنمية الصحية).

وبما أن موضوع دراستنا حول الخدمات الصحية والصحة والأسرة وأبعاد معاشها فهذا الموضوع يهتم به كل المجالات العلمية ،فتعتبر الصحة والأسرة من أهم القضايا الجديرة بالاهتمام والدراسة من قبل المفكرين والعلماء في الميادين المختلفة الاقتصاد أو السياسة أو الاجتماع بحيث تعتبر من قضايا التنموية للشعوب، وفي ضوء ذلك يرى المفكرين الاقتصاديين أن قضايا الصحة والأسرة لها دور في خلق التنمية الاقتصادية، وعلماء الاجتماع يرون أن متغيري الصحة والأسرة لهما دورًا فعالًا في إحداث التنمية الاجتماعية غير أن الأساس الحقيقي يكمن في أن الصحة والأسرة لهما دور كبير في خلق مستوى تنموي ومعيشي شامل للأفراد والمجتمعات منها الاقتصادي والاجتماعي والصحي.

فحاول الكثير من الباحثين في المجالات الصحية والاجتماعية والاقتصادية تحديد مداخل نظرية لدراسة قضايا الصحة والأسرة ،وهنا لا يمكننا فصل المقاربات السوسيولوجية تدرس ميدان الصحة والأسرة عن المداخل السوسيولوجية الكبرى التي طورها رواد علم الاجتماع أو النظريات الاقتصادية ،وقد حددنا هذه النظريات لتبينهما أفكار جوهرية تخدم موضوعنا ولأنهما الأقرب وتفيدنا في تحليل بعض جوانب

دراستنا، فإن عدم تصنيفنا لهذه النظريات وفق منهجها أو توجهها وذلك باعتبار النظريات التي عالجت المؤسسة الصحية وخدماتها وتفاعلها مع المجتمع والأسر تتقاطع في مفاهيمها وتشبك مع أكثر من توجه وكما أن السياقات النظرية في سوسيولوجيا الصحة مازالت غير مكتملة التصور ولهذا سنحاول استعراض أهم النظريات التي قدمت تفسيرات وفروض جديدة في الدراسات الأسرية.

3-2ا لاتجاهات النظرية في دراسة الأسرة وصحتها

أ-النظرية البنائية الوظيفية

تعتبر النظرية البنائية الوظيفية The Structural Functional Theory من أكثر النظريات إهتمامًا بدراسة الأسرة وتمتد جذورها من الجشطلتية (علم النفس) وللأنثربولوجيين "مالينوفيسكي وراد كليف براون "وتبناها "تالكوت بارسونز persans وكنجزلي دافيد Davis وروبرت ميرتون R.Merton وجورج هومانز Homans وينظر أصحاب هذا الاتجاه إلى الأسرة على أنها جزء من كيان المجتمع وهي نسق مكون من أجزاء يرتبط ببعضها البعض مما ينجم عن التفاعل والعلاقات المتبادلة ويؤدي كل جزء وظيفته في النسق الأسري لتحقيق توازن النسق ،ويركز هذا الاتجاه على العلاقة بين الأسرة والأنساق الاجتماعية الأخرى .

ولهذا يدور المحور الأساسي للمدخل البنائي الوظيفي تحليل وتفسير أجزاء (الأبنية) في المجتمع وإظهار الطريقة التي تتشكل وتتفاعل فيها الأجزاء بعضها ببعض وتفسير العلاقة بينهما وعلاقة تلك الأجزاء بالكل ويقوم التحليل وفقًا للنموذج المثالي الماكرو Macro والذي يعالج النطاقات الواسعة، والمايكرو Micro فإنه يعالج الأسر الفردية والأنساق الصغيرة والفرق بين هذين النمطين هو في حجم الوحدة السوسيولوجية المراد دراستها وتحليلها.

وتقوم البنائية الوظيفية على أربع مبادئ أساسية وهي:

أ- المجتمع هو نظام كلي ويتكون هذا النظام من أجزاء تؤثر في بعضها البعض.
ب- لا يمكن فهم الجزء بدون الرجوع للكل يعني أنه يأتي الكل (المجتمع) قبل الأجزاء.
ت- يتم فهم الجزء بالنظر لوظيفته للمحافظة على الكل وتوازنه.
ث-ان الأجزاء تعزز بعضها البعض من خلال الاعتماد الوظيفي وهذا يعني أنه هناك اعتماد وظيفي وتعزيز متبادل بين الأجزاء والتي تعمل بدورها المحافظة على الكل.

أما الاهتمام بقضايا الصحة والمرض عند الوظيفيين أين ظهر الاهتمام بحقل علم الاجتماع الطبي حيث انقسم الاهتمام العلمي لقضايا الصحة إلى قسمين حيث تمحور اهتمامه حول تنظيم وتطوير التقسيم الطبي للعمل وحول نظام المستشفيات والخدمات الصحية والسياسات الصحية بحيث ركز الباحثين اهتمامهم بتحليل الوظائف الاجتماعية لهذه المؤسسات أما القسم الأخر اهتم بتحليل المرض والمريض كسلوك اجتماعي ولهذا ركز بارسونز في كافة أبحاثه في دراسة المرض كسلوك اجتماعي وفي تحليله علاقة المرض بالقيم الاجتماعية.

وبما أن دراستنا تبحث في دراسة الخدمات الصحية داخل المؤسسات الصحية وانعكاسها على الأسرة باعتبارها جزء من النظام الكلي فيأخذنا الحديث من المرض كسلوك اجتماعي Social Behavior أي هو فعلا يتحدد بمعايير اجتماعية (كعجز أو وصمة) إلى الصحة كنتاج اجتماعي Social Product أي أنها نتيجة لشبكة من السياسات والمؤسسات والعلاقات الاجتماعية (خدمات صحية ،وقاية ،ظروف العمل ،تغذية صحية ووعي صحي) وبذلك يكون التحول في البارا دايم العلمي من علم الاجتماع الطبي Sociology of Medicine الذي يركز على المرض والظواهر المرتبطة به وعلاقة الطبيب بالمريض والسلوكيات المرضية إلى الاجتماع الصحة Sociology of Health في نظرة أوسع وأشمل فيها أصبحت الصحة هي الأساس ومركز الاهتمام بحيث تأثر العوامل الاجتماعية في الصحة مثل (الطبقة ،النوع الاجتماعي ،البيئة ،والسياسات والأنظمة الصحية .) بمعناه أن البنى الاجتماعية هي التي تنتج المرض أو الصحة ضمن الرؤية البنيوية وبهذا نستنتج أن الأسرة والمجتمع والدولة لها دور في إنتاج الصحة ولهذا يجب يكون هناك تدخلات للصحة العامة لضمان العدالة الاجتماعية الصحية لتحسين ظروف العمل ومكافحة الفقر والتعليم الصحي وتحسين معاش الاسر المتوسطة والمهمشة وليس فقط التشخيص والعلاج.

وفي ذات السياق يحدد "هومانز Homans على أن النسق الداخلي هو الذي ينظم العلاقات داخل الأسرة وأما النسق الخارجي الذي يتناول العلاقات بين الأسرة والهيئات الخارجية مثل المستشفيات والمدارس والمصانع ...وغيرها.

وكما أوضح كلا من بل وفوجل Bell و Vogel : أهمية العلاقات الاعتماد الداخلي بين الأسرة من جهة وبين الأنساق الاجتماعية المحيطة بها من جهة أخرى ومدى أهمية الوظائف والأدوار الأسرة في استمرارية الكيان الاجتماعي والذي بدوره يقوم على الترابط بين الأدوار الاجتماعي والتي تتألف من

(الأب، الأم، الأبناء) وأثرها على النظام الأسري والاجتماعي بشكل عام فإن "الأسرة في الاتجاه البنائي الوظيفي لست مجرد مؤسسة فقط بل هي نظامًا اجتماعيًا أيضا ولمعالجة قضايا الأسرة يجب أن ينظر إليها داخل خطة نظرية شاملة وعلى أنها البناء الذي يربط خبرات الفرد في أدوراه بالأجزاء الأخرى للنظام الاجتماعي فعل سبيل مثال عندما يمرض الطفل فإن لا تقوم بتقدير العلاج والدواء المناسب للطفل بل يقوم الطبيب بتلك المهمة فهذا يعني أن كل فرد يعي جيدا أدوراه وحدوده داخل النسق.

ونخلص مما سبق أن البنائية الوظيفية انطلقت من تفسير البناء الاجتماعي للمجتمع ومكوناته الداخلية والتناسق بينها والتكامل بين الأجزاء ووظيفة كل مكون للاستمرارية المجتمع، والأدوار الوظيفية لأفراد النسق الاجتماعي والأدوار والمعيارية.

وفيما يتعلق بالدراسة الحالية للخدمات الصحية ومعاش الأسرة فإن تناول الخدمات الصحية والمؤسسة الصحية العمومية لكونها تنظيم اجتماعي وأحد مكونات النسق الصحي لها بناء ووظيفة وهذا البناء يتساند أجزاءه لتحقيق أهدافه التي جاء من أجلها وهو المحافظة على النسق الكلي بحيث تحافظ على صحة الأسرة واستقرارها، حيث تساهم في تحسين مستوى المعاش وذلك بتوفير الرعاية الصحية مما يعزز مكانة الأسرة ووظيفتها الاجتماعية ويسهم في استقرار المجتمع.

فإن معرفة شكل ونمط العلاقة بين الخدمات الصحية (الخدمات الطبية، الأطباء..) والأسر ومدى استفادة الأسر من الخدمات المقدمة ضمن المشهد العام للتحولات (الاقتصادية والاجتماعية، السياسية....) والتغير وعدم الاستقرار في النظام الصحي والمجتمع بصفة عامة وهنا يسلط الضوء على أن هل النظرية البنائية الوظيفية تستطيع مواكبة التغير الاجتماعي وهل سيصبح دور الأسرة في هذا التغير مختلفا عن مفهوم دور الأسرة الذي طرحه بارسونز على أنها تقوم بواجبات وحقوق والقبول الأعمى للوظائف والمعلومات من المؤسسات الدولة التعليمية والصحية... والتي تشكل بدورها النمط المعياري الاحادي للاستفادة من الخدمات الصحية أم أنها ستحاول تغيير هذا النظام الإستاتيكي واحداث تغيرات اجتماعية ضمن النظرة الإصلاحية للأسرة.

ب-نظرية الصراع

تنقسم نظرية الصراع السوسيولوجي إلى قسمين:

- نظرية الصراع الكلاسيكية ومن أهم روادها كارل ماركس وروبرت بارك ولويس كوزر.

- نظرية الصراع الحديثة ويمثلها كل من تشارلز رايت ميلز ورالف داهر ندروف ودافيد رسمان ولويس كوزر "

تنطلق نظرية الصراع السوسيولوجية حول الأسرة من اعتبارات أن الأسرة تشكل تنظيما اجتماعيًا من بين التنظيمات التي تنتمي إلى المجتمع كتنظيم اجتماعي عام إذ يعتبر كل من "كارل ماركس وفريديرك إنجلز" أن الأسرة مجتمع طبقي Class Society مصغر Miniature "ضمن المجتمع الطبقي الأكبر ولهذا فإن تنظيم الأسرة يعتبر داخل المجتمع يمارس وظيفة محددة ويخضع لمجموعة من التأثيرات المجتمعية الاقتصادية والاجتماعية والسياسية ولهذا ترى النظرية الصراعية أن التنظيم الأسري ليس تنظيمًا ساكنًا بل هو في صراع دائما بين السلطة والنفوذ والمسؤولية وتوزيع الأدوار والانتماء الطبقي والموارد المحدودة فهذا ما يأخذنا إلى جانب تحليلي فيما يخص الأسرة في المجتمعات الحديثة أنها كيان متجانس يبحث عن الاستقرار والثبات دائما وانما هي في حالة صراع دائما تتصارع فيه المصالح والموارد المحدودة ووفق تلك الرؤية يسلط الضوء على الوصول إلى الخدمات الصحية (الخدمات الوقائية والعلاجية) والمرافق الصحية وكذا التأمينات الصحية فإنه لا يتم الاستفادة منها بشكل متساو لجميع أفراد المجتمع وحتى أفراد الأسرة .

ويرى ماركس إلى أن أسباب الصراع الطبقي بسبب اللامساواة الهيكلية البنيوية الصحية والذي ينعكس سلبًا على مستوى مؤسسات المجتمع وتنظيماتها بما فيها الأسرة وذلك بسبب غياب التوزيع العادل للتغطية الصحية والذي ينتج عنه مستوى معيشي جيد للبعض ومستوى معيشي متدني للبعض الأخر وهو ما أكده كارل ماركس بأن الغنى أو الفقر ما هو في حد ذاته يرجع إلى علاقات التوزيع ومن هنا يرى فإن " عملية تحقيق الرعاية الاجتماعية والصحية وممارسة التضامن في أي مجتمع لا تتم إلا بواسطة التنظيم العادل للإنتاج والتوزيع طبقا لمعايير القيم الإنسانية وإلغاء نظام الملكية الخاصة لوسائل الإنتاج ،فإن حسبه هذه تعتبر الخطوط الرئيسية الاجتماعية للمؤسسات الاجتماعية بما فيها الأسرة وهذه الخطوط الرئيسية للرعاية الاجتماعية التي تقوم على قيم التعاون والتضامن عند ماركس "[1]

- **أليات الصراع على الخدمات الصحية وتأثيره على الأسرة:**

☒ **تفاوت الوصول إلى الخدمات الصحية للأسرة:** فإن التفاوتات يعد سببا أساسيا لعدم المساواة في الاستفادة من الخدمات الصحية من المؤسسات الصحية أو حتى داخل الاسرة في حد ذاتها فعلى سبيل

[1] فريدة مشري :مرجع سابق ،ص70

المثال قد تستفيد الأسر التي تقيم في المناطق الحضرية على الخدمات الصحية بشكل أكبر، وهذا ما ذكرناه سابقا في توزيع المرافق الصحية في الجزائر والذي لاحظنا فيه أن الاسر التي تقيم في المناطق الريفية والصحراوية تستفيد من الخدمات الصحية أقل بسبب عدم توفر المراكز الصحية والأطباء المختصين وهذا ينعكس بضرورة على الاسرة ويأثر على مستوى معاشها ،ومن زاوية أخرى فإن التفاوت في المساواة الصحية داخل الأسرة في حد ذاتها يشكل صراع طبقي يأثر على أفراد الأسرة فرب الأسرة أو الفرد الذي يمتلك عمل ودخل مرتفع يمكنه من الحصول على تأمين صحي أشمل مما يمكنه الحصول على خدمات صحية ذات جودة عالية (عيادات خاصة ،أطباء مختصين ،أدوية) بينما يستفيد أفراد الأسرة الأقل دخلاً (ربة المنزل، الأبناء الغير عاملين) من الخدمات الصحية الأقل جودة والانتظار في طوابير العلاج فهنا الشخص الذي يمتلك القوة والمال والسلطة يستطيع اتخاذ القرارات واعطاء الأولوية لاحتياجاته الخاصة على حساب احتياجات الأخرين .

☒ **تأثير الطبقات الاجتماعية في الاستفادة من الخدمات الصحية للأسر** : إن الصراع على الخدمات الصحية داخل المجتمع يعزز الطبقات الاجتماعية القائمة فالمجتمعات أو الأسر التي تستفيد من رعاية صحية أفضل قد يمكنها أن تكون أكثر إنتاجية ونجاحًا وتطورًا وبالتالي تترسخ قوتها ونفوذها وهذا ينطبق على الصراع عن الرعاية الصحية للأسر فإذا كان أحد الأفراد قادرًا على الحصول على الخدمة الصحية الأفضل فيكون أكثر إنتاجية وسلطة في هرم الأسرة وفي المقابل قد يعاني الأفراد الأقل حظًا من أمراض مزمنة أو مشاكل صحية تُعيق تقدمهم مما يجعلهم أكثر اعتمادا على الأخرين وهذا ما يجعلهم مهمشين أكثر.

ولهذا فإن صراع الأسرة والمجتمع المستمر على الخدمات الصحية لها انعكاسات سلبية أهمها الصحة الجسدية للأفراد خاصة الفئات الهشة (النساء والأطفال ومرضى الأمراض المزمنة والمسنين) ليشمل الجانب المادي للأسرة والتوترات النفسية والاجتماعية داخل الأسرة ويضعف من تماسكها وفي المنظور الماركسي الصراعي فإن النظام يعيد إنتاج اللامساواة الصحية من جيل إلى أخر حيث يُورث الآباء لأبنائهم الموارد الصحية المتاحة مما يزيد من الفوارق الاجتماعية ويأخر من بناء مجتمع أكثر عدلاً وفي ضوء ذلك يمكننا القول أن الأسرة تعتبر انعكاسًا مصغر للتفاوتات الهيكلية الصحية والتي تسيطر على المجتمع ككل .

ت-النظرية التفاعلية الرمزية

ظهرت هذه النظرية في منتصف القرن العشرين بأمريكا على يد كل من جورج هربت ميد وهو الأب المؤسس للتفاعلية الرمزية ليأتي هربرت بلومر Herbert Blumer لصياغة مصطلح التفاعلية الرمزية والإطار النظري للنظرية و رتكزت دراستهم على فهم وتفسير السلوك البشري في إطار المحيط الاجتماعي ولهذا فلقد انطلقت التفاعلية الرمزية في دراسة الأسرة من مجموعة من التصورات النظرية لكيفية تفاعل الفرد مع المجتمع والعالم الخارجي ولقد تم تحديد هذه التصورات النظرية وهي:"

أولاً: إن الفرد لا يتعامل مع أشياء العالم الخارجي إلا من خلال معانيها فالمعاني والرموز هي التي تقوم مكان الأشياء.

ثانياً: هناك مصدرين للمعنى: المصدر الأول هو الشيء في حد ذاته، باعتبار أن المعنى قائم في الشيء ذاته، أما المصدر الثاني للمعنى هو تركيبة الإنسان النفسية والعقلية، وكل هذه المعاني تكون ناتجة عن التفاعل بين الناس وهذا التفاعل الاجتماعي بين الناس هو الذي يحدد المعاني التي يجب تداولها.

ثالثًا: إن الانسان لا يتعامل مع هذا العالم الخارجي إلا من خلال هذه المعاني فنسق المعاني هو الذي يحل محل الواقع الفعلي ومحل العالم الخارجي."[1]

وعليه فإن التفاعلية الرمزية تقوم بدراسة الأسرة من عمليات التفاعل وهي تعتبر عمليات داخلية تتم من خلال العلاقات الديناميكية وأشكال السلوك وأشكال التكيف ولهذا فلقد اعتبر Burgasأن الأسرة هي وحدة متفاعلة بين أفرادها وهذا التفاعل يتم من خلال العلاقات بين افراد الأسرة ولهذا فينظر للأسرة على أنها علاقات متفاعلة ضمن العمليات الداخلية للأسرة وتحدد هذه التفاعلات ضمن وحدات الدراسة في العلاقات الدينامية بين أفرادها تحت مصطلحات الحاجة needs وأنماط السلوك behaviar patterns وعمليات التكيف pracess adjustment وتساعدنا هذه المصطلحات أيضا في دراسة وفهم العلاقة بين الأسرة والمجتمع وذلك من خلال التركيز على العمليات التفاعل داخل الاسرة وربطها بالتفاعل الاجتماعي الذي يحدث في البناء الاجتماعي للمجتمع .

وبناءًا على ذلك فإن النظرية التفاعلية الرمزية ترى أن الأسرة هي شبكة من مجموع التفاعلات اليومية والمعاني المشتركة التي تتشكل من خلال تفاعل أفرادها ففي سياق علم الاجتماع الصحة وفيما

[1] عبد الجبار شكري: مرجع سابق، ص 276

يخص تفاعل الاجتماعي للأسر بالخدمات الصحية والتأكيد على أهمية الدور الاجتماعي والعلاقات بين شاغلي الأدوار والنظر إلى التنظيم الاجتماعي على أنه شبكة من الأدوار والتوقعات بين المؤسسة الصحية ونسقها الطبي وبين الاسر المستفيدة من الخدمات الصحية فإن التفاعل بينهما يُبنى رمزيا حيث يُحدد معنى المرض ،العلاج ،الاستفادة والوصول للخدمات الصحية من خلال التفسيرات الذاتية والرموز المتبادلة بين الأفراد مما يؤثر على كيفية استجابتهم للاحتياجات الصحية وتوزيع الموارد العلاجية وكذلك دور الثقافة الصحية ومتمثلة في الرموز والمعاني واللغة في تأثيراها على كيفية الاستجابة والتفاعل وفي جانب أخر تشكيل وعي الافراد مما توثر على صحة الأفراد وعلى طلب الخدمة الصحية في المؤسسات الصحية .

رابعًا: قراءة سوسيو تاريخية للأسرة الجزائرية وخصائصها

"إن الأسرة هي وحدة اجتماعية (ميكرو سوسيولوجي) وهذا يعني أنها حقيقة سوسيو- تاريخية لا يمكن فهم قوانينها دون فهم القوانين العامة للمجتمع الذي تتواجد فيه ".[1]

فمن بين الجوانب المهمة لدراستنا الحالية هو محاولة فهم الأسرة الجزائرية وطبيعة تفاعلها مع الصحة والمرض والمؤسسات الصحية وخدماتها ولهذا سنضع الأسرة الجزائرية تحت مجهر السياق التاريخي والاجتماعي وعليه فإن فهم الزوايا التاريخية والاجتماعية للأسرة الجزائرية يساعدنا في فهم خصائصها بل ويساعدنا في تحديد أثر التغيرات والتحولات الاجتماعية والاقتصادية على معاش الأسرة الجزائرية.

فيرى مصطفى بوتفنوشت: أن الأسرة الجزائرية تختلف كليا عما كانت عليه قبل ثلاثين سنة، ففي سنة 1962 كان النمط السائد هو الأسر الممتدة التي تضم من جيل إلى ثلاثة أجيال، ويبدو أن اختلاف الخصائص الاجتماعية للأسرة الجزائرية يرجع إلى اختلاف الحقب الزمنية التي مر بها المجتمع الجزائري انطلاقا من المرحلة الاستعمارية إلى مرحلة الاستقلال إلى المرحلة الحالية والتي شهدت تطورات أثرت بشكل مباشر عليها.

ومع التطور والتغير في المجتمع الجزائري المعاصر أصبح النمط الأسري الزواجي النووي السائد في المجتمع الجزائري وهذا يرجع للظروف الاجتماعية والاقتصادية التي مر بها المجتمع ،وهذا يعني التأثير

[1] فريدة مشري: مرجع سابق، ص 21.

على طبيعة البنية الأسرية ووظائفها وتوزيع الأدوار فيها وحسب الباحث الجزائري مصطفى بوتفنوشنت إلى أن الأسرة الجزائرية رغم تحولها إلى أسرة نووية فإنها لاتزال محافظة على خصائص النمط التقليدي :" فإنها ظاهرة التكيف بالتوفيق وليس ظاهرة القطيعة بالاختلال في النظام ...فكل دراسة معمقة حول (مسألة تطور الأسرة) تصل إلى مبدأ تكيف البناء التقليدي مع السياقات الجديدة "[1]

ولفهم طبيعة الأسرة الجزائرية وتتبع أنماط الأسرة قديمًا وحديثًا ويجب التطرق لخصائصهما وذلك لفهم طبيعة تفاعل الاسر مع الخدمات الصحية عبر المراحل والتطورات المجتمعية:

أ-**الخصائص الاجتماعية للأسرة الجزائرية التقليدية:** عرف مصطفى بوتفونشت أن الأسرة التقليدية بأنها أسرة كبيرة أو ممتدة وهنا تعيش الأسر الزواجية تحت سقف الأسرة الممتدة وهي الدار الكبيرة، وتجمع حوالي 20 إلى 60 فرد تحت سقف واحد والأسرة الجزائرية هي أسرة ذات نمط أبوي ذكوري حيث الأب أو الجد يكون الحاكم للأسرة، ومن خصائصها:

- خاصية التضامن والتعاون داخل الأسرة الكبيرة حيث الأباء يقومون بحماية أفراد الأسرة.
- تحكم الأسرة الكبيرة قواعد محددة يجب إتباعها من أفراد الأسرة جميعا كبيرا وصغيرا.
- المرأة في الأسرة التقليدية تساعد الرجل في الجانب الاقتصادي من حيث مساعدته في الأعمال الفلاحية وتسيير المدخرات الغذائية.
- تحافظ الأسرة الممتدة على ثباتها واستقرارها وشخصيتها وتورثها لجيل بعد جيل فمسؤوليتها لا تتغير.
- العائلة الجزائرية التقليدية بطريقية وفيها الأب والجد هو القائد الفعلي للأفراد الأسرة كاملا.
- الانتماء في الاسرة النووية هو أبوي ذكوري والمرأة تنسب لأبيها.
- الأسرة خاضعة لمبدأ التماسك الداخلي والخارجي.

ب-**الخصائص الاجتماعية للأسرة الجزائرية الحديثة :** من أهم الخصائص المميزة للأسرة الحديثة في الجزائر وهذا على حسب ما جاء في مقدمة في دراسة المجتمع الجزائري لـمحمد السويدي بحيث يرى أنه أصبح لدينا شكل جديد للأسرة محافظ على الشكل الممتد ومحافظ على بعض وظائفه ولكن بشكل مصغر والذي يتواجد في المراكز الحضرية يتميز بكثرة عدد الأطفال اذ يتراوح بين 5 إلى 7 أفراد كعائلة نووية ولكن تغيرت بعض الخصائص وهو تقلص حجمها وتغير العلاقات الاجتماعية التي تميز حياة

[1] فريدة مشري: مرجع سابق، ص 116

الأفراد داخلها وتغير الأدوار ومكانة كل فرد بها ،بحيث أصبحت أكثر اندماجًا وتفاعلاً مع المؤسسات الخارجية كـ(المدرسة ،مؤسسات الحكومية ،المستشفى..)

ولهذا فإن القراءة سوسيو تاريخية لتطور الأسرة الجزائرية والبحث في خصائص الاسرة التقليدية والحديثة في الجزائر يساعدنا في فهم الوضعية الحالية لهذا النظام الاجتماعي والصحي فبعدما كانت وظيفة تطبيب الأسرة وظيفة اجتماعية تتم داخل العائلة من مكونات البيئة (الأعشاب) ومع تطور النظام الصحي في الجزائر وذلك بعد استقلالها وتطور في الخدمات الصحية وخاصة مع استحداث مجانية العلاج أصبحت صحة الأسرة تحت تكفل هذه المنظمات الصحية وهذا ما ساعد على تعميم العلاج الطبي الحديث داخل الاسر الجزائرية كنمط علاجي مختلف عن الطب الشعبي ولكن مع التنمية الصحية والسياسات الصحية والتي طرحناه في الفصل الثاني حول أن توجه الدولة نحو النظام التعاقدي أنتج مخلفات معقدة أثرت على الأسر المتوسطة والضعيفة في استفادتها من العلاج المناسب ومع التدهور الحالة الاقتصادية والاجتماعية والتغيرات المفاجئة التي طرأت على المجتمع الجزائري والتي جعلت من هياكل العلاج غير قادرة على التكفل الكلي بالأسر وذلك في طلباتها الوقائية أو العلاجية مما انعكس ذلك على أدوار الأسرة ومعاشها .

خامسًا: التحولات السوسيوديموغرافية والاقتصادية وانعكاسها على معاش الاسرة

إن التحول الاجتماعي يعتبر من أساسيات تطور المجتمعات فالتحول يعني تطور وتوزان واستقرار اجتماعي ولهذا فالأسرة التي تمر بتحولات مجتمعية يتغير نمط معيشتها الاقتصادية والاجتماعية ولهذا فإن أي تحول مفاجئ في حياة المجتمعات يخل بتوازن الأسر خاصة لو كان هناك اختلال في تحولات البنى الاجتماعية والاقتصادية ....

فالمجتمع الجزائري كأي مجتمع عاصر العديد من التحولات والتغيرات الاجتماعية والاقتصادية وذلك عبر مختلف الأزمنة ولعل أهم حقبة شهدت فيها الأسرة تغير واضح في العصر الحديث وذلك عقب الثورة التحرير الوطني والذي كان بمثابة تغيير جذري في الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية والسياسية في الجزائر ومن أبرز تلك المظاهر التي شهدتها الجزائر التطور الصناعي وخاصة في مجال المحروقات وتعميم التعليم ومجانية العلاج للجميع وذلك قصد إعداد المجتمع الجزائري لهذه التحولات.

5-1التحولات الاقتصادية وانعكاسها على معاش الأسرة الجزائرية:

لا نستطيع قراءة التحولات الاقتصادية بعيدا عن أنشطة الإنسانية والتي ترتبط بنواحي الحياة الاجتماعية. ففي ضوء التفاعلات العالمية وتذبذب الاقتصاديات الغربية وتحول الجزائر نحو نظام جديد وهو اقتصاد السوق خلافًا عن الاشتراكية كإصلاح اقتصادي اضطراري والذي بدوره كان له أثر مباشر على المجتمع الجزائري والذي بدوره مسى الجوانب الأخرى منها (الاجتماعي والصحي والثقافي)، ولهذا سنحاول إبراز أهم التحولات الأساسية خاصة بالجوانب الاقتصادية والاجتماعية والصحية التي مر بها المجتمع الجزائري والتي تمت على مرحلتين أساسيتين من بداية الاستقلال إلى سنة 1990:

قبل الحديث عن فترة ما بعد الاستعمار يجب أولاً التطرق لما قبل الاستعمار الفرنسي باعتبارها أهم مرحلة في تاريخ الجزائر فتميزت هذه الفترة " بتفشي العديد من الأوبئة ،كالطاعون والجدري وحمى المستنقعات وحمى التيفوس كان سببها بالدرجة الأولى علاقات الجزائر مع بعض الدول وحركة الحجاج ، وأهم وباء هو الذي أصاب الجزائر سنة 1787 حيث قضى على 16821 مواطن ،ووباء الطاعون في 1817 قضى على حياة 13330 مواطن ،وما ميز هذه المرحلة قلة الأطباء فالقلة المتواجدة كانت تخدم الطبقة الحاكمة فقط أما بقية الشعب فقد كان يعاني من الجهل ويتعامل مع المرض بالطريقة الشعبية وبطرق السحر والشعوذة "[1] ففي هذه المرحلة أثرت بشكل كبير على الجوانب التي تمس الأسرة الجزائرية والتي أثرت بشكل مباشر أيضا على المجتمع الجزائري ،تميزت هده الفترة بتحولات عميقة وذلك بنهاية الاستعمار الفرنسي واستقلال الجزائر سنة 1962 وفي هذه الفترة تميزت بعدم الاستقرار السياسي وعشوائية السياسات الاقتصادية والتنموية وذلك بسبب حداثة الدولة وتميزت هذه المرحلة بما يلي :

أ- مرحلة التسيير الذاتي (1962-1971)

تعتبر سنة 1967 الانطلاقة الفعلية التي انطلق فيها الفعل التنموي بشكل مؤسسي والذي أصبح الفعل الاقتصادي بقرار سياسي وهنا الدولة تولت زمام الفعل التنموي معتمدة على أسلوب التخطيط كأداة لتوجيه التنمية وتنظيمها وذلك بإقرار مخططات اقتصادية متعددة ابتداء بالمخطط الثلاثي 67-69 ثم

[1] ناصر الدين سعيدوني: النظام المالي في أواخر العهد العثماني، الجزائر، المؤسسة الوطنية للكتاب، ط2 ،1985، ص 54

المخططين لرباعي الأول 70-73 والرباعي الثاني 74 -77 اللذان يعتبران الركيزة الأساسية لعملية التصنيع والتنمية الاقتصادية.

إذا تميزت هذه الفترة بإنشاء شركات وطنية كشركة الوطنية للمناجم عام 1966 والشركة الوطنية لمواد البناء عام 1967 وهذا لأجل عددا كبيرا من العمال لتوفير أجور وميزات مغرية وهذا ليس قصد تحقيق الأهداف الاقتصادية بل لأجل تحقيق مطالب اجتماعية وخلق استقرار سياسي ولكن هذه السياسة خلفت مشاكل تنظيمية تتعلق بالتسيير والتحكم في الإنتاج مما أدى إلى إصدار قانون التسيير الاشتراكي للمؤسسات الاقتصادية

ب- مرحلة التسيير الاشتراكي للمؤسسات (1971-1980)

بداية هذه الفترة كانت في 1971 وفيه بدأ نظام جديد هو النظام الاشتراكي لتسيير المؤسسات الاقتصادية وهدفها هو تنظيم العلاقات بين العمال والمسيرين في المؤسسات الصناعية وذلك بمشاركة العمال في التسيير وإلى جانب ذلك كمنتجين والهدف هنا رفع مستوى العامل في مجالات التسيير والتنفيذ، إلا أن هذه الفترة أنتجت مجموعة من الاختلالات موضوعية خاصة في الجانب الاقتصادي وهنا ظهرت فكرة تحول النظام الاقتصادي في الجزائر إلى فكرة إعادة هيكلة المؤسسات.

ج- مرحلة استقلالية المؤسسات

تم فيها صدور الميثاق الوطني عام 1986 الذي نص على المبادئ العامة لتنظيم الاقتصاد الوطني وكان الهدف هو منح المزيد من الاستقلالية للمؤسسات الاقتصادية وذلك لأجل تحسين فعاليتها على مستوها الخاص أو على مستوى مساهمتها في التنمية الاقتصادية والاجتماعية الشاملة.

ويمكننا تلخيص أهم ما جاء في صياغة استقلالية المؤسسات هو توقف الدولة عن دعمها المالي وهذا يعني أن كل مؤسسة تتحمل مسؤولية نتائج نجاحها أو فشلها، والانتقال من النظام الاشتراكي إلى تحرير الاقتصاد (اقتصاد السوق) فأفرز لنا جملة من التحولات والتغيرات على النظام الاجتماعي والأسري الجزائري مما أنتج أزمات لدى الفرد الجزائري في ظل هذا التحول الاقتصادي وكما ذكرنا سابقا أي تحول اقتصادي يعني تحول اجتماعي وثقافي ونفسي وكذا صحي وهذا ما يصيب بدرجة الأولى البناء الأسري وما ألفته من حياة وأنماط سلوك سوسيو-اقتصادية.

د- بداية التسعينيات إلى اليوم

إن المسار في التحولات الاقتصادية واتباع سياسيات عشوائية في فترة وجيزة قد لا تتعدى ثلاثون سنة بحيث لاحظنا أن مر على الجزائر العديد من الاستراتيجيات والمخططات الرباعية والثلاثية.. لم تكن كافية لحد يجعل من التنمية شاملة لكافة المجتمع ولم تراعي خصوصية المجتمع الجزائري، وهذا لاحظناه في التوجه الاشتراكي في تسيير المؤسسات الاقتصادية الوطنية و تكفل الدولة بالعمليات التدعيمية للسلع الاستهلاكية و ومسؤولية التوظيف والتكفل التام بالعلاج المجاني " فكل تلك العوامل فعلت فعلتها في تحريك الحياة الاجتماعية للإنسان الجزائري والعائلة بالتالي ،التي أضحت معرضة لمشاكل جديدة على كل المستويات لم تكن مهيأة لها قبلا ،خاصة وأن الأحداث جاءت متسارعة مما أصاب البناء والوظيفة للأسرة الجزائرية وهو ما وضعها في حالة من الإرباك والاهتزازات في العلاقات الاجتماعية والاقتصادية وغير من الترابطات القديمة التي كانت تسود المجتمع كقيم عامة تحكم الحياة الكلية للمجتمع الجزائري ،أما الأن فقد انقلبت كل المقاييس تقريبا مما ترك فراغا على كل المستويات انعكس سلبا على الأفراد والجماعة الاجتماعية ."[1]

ولهذا كانت هذه المحاولات لتخفيف من الأزمات التي طالت البناء السوسيو-اقتصادي وأثرت بشكل مباشر على معاش الأسرة الجزائرية وذلك بتفشي مظاهر التمايز والعدالة الاجتماعي والتوزيع الغير العادل للثروات الطبيعية ورغم أن الوضعية المالية للدولة الجزائرية كانت مريحة نسبيا وذلك مع ارتفاع أسعار البترول في السنوات الأخيرة إلا أن التنمية الاجتماعية والاقتصادية والصحية للفئات الهشة في المجتمع لا تزال في حالة عدم توزان وتذبذب بين حياة كريمة ومعيشة متعبة بسبب الغلاء وعدم القدرة على الاستفادة من الخدمات الاجتماعية وهو ما يعمق من حدة الفوارق الاجتماعية " وعلى رغم أن الجزائر سجلت خلال السنوات الأربع الماضية أعلى مداخيل لها ،تراوحت بين 18 و31 مليار دولار ،وأن نسبة زيادة السكان ونسبة الخصوبة عرفت تراجعًا كبيرا خلال الخمس السنوات الماضية ..... ومع ذلك تبقى الزيادات الطفيفة المسجلة في كتلة الأجور بعيدة عن الوفاء بالاحتياجات المواطن الجزائري في أسعار المواد الاستهلاكية الضرورية، يحدث هذا في الوقت الذي تسجل فيه مداخيل الدولة أرقام

[1] فريدة سعيدي بشيش: مرجع سابق، ص ص 111-112

قياسية في الارتفاع لاسيما مع الطفرة التي شاهدتها أسعار البترول، غير ذلك لم ينعكس على واقع معيشة المواطن الجزائري الذي لا تزال قدرته الشرائية ضعيفة.

5-2التحولات الاجتماعية وانعكاسها على معاش الأسرة الجزائرية

إن التحولات الاقتصادية التي عايشها المجتمع الجزائري قد انعكست على الحياة الاجتماعية بصورة واضحة وهذا الأمر وارد وذلك لتداخل العاملين وتأثيرهما على بعض كما ذكرنا سابقا فكل تحول كان إيجابي أم سلبي فهو نتاج لتحول أخر مر به أي مجتمع وسيأثر في أي بناء أو نظام أو نسق داخل المجتمع في عملية تغذية راجعة عكسية ولهذا سنحاول البحث في أهم التحولات الاجتماعية التي عانى منها المجتمع الجزائري والتي أثرت على معاش الأسر:

أ. أزمة البطالة

إن البطالة كمشكلة ليست فقط اقتصادية بل هي تتعدى ذلك فهي أزمة اجتماعية ونفسية وتعتبر أزمة البطالة من المشكلات والأزمات التي ظهرت على سطح المجتمع الجزائري والتي تُأثر على الحياة الأسرية بشكل سلبي.

ولهذا فإن البطالة هي مؤشرًا أساسي للتنمية في المجتمع الجزائري ولهذا فإنها تعتبر مؤشرا هيكليًا رئيسيًا والذي يشكل تحديًا أمام المستوى المعيشي للأسرة مما يؤثر على قدرتها على تلبية الاحتياجات الأساسية فإن هذا التدهور الاقتصادي يُقيد الأسرة ماليًا من يقلل قدرتها في تحسين جودة معيشتها وتدهور قدرتها الشرائية الضرورية للصحة (كالغذاء والدواء)، وتُعيق بشكل كبير الوصول للخدمات الصحية ذات جودة مما يترجم لنا أن البّطالة كمحدد اجتماعي ذات أهمية في التفاوتات الصحة في المجتمع الجزائري.

وبناءا على ما تم ذكره ورغم التعديل الهيكلي في التسيير المؤسسات الاقتصادية والذي حولت من خلاله الحكومة الجزائري من التقليل في نسبة البطالة وفق مخطط إعادة التوازن الاقتصادي الكلي والموازنة العامة إلا أنه في السنوات الأخيرة أصبح هناك انخفاض في المشاريع والاستثمارات مما انعكس سلبا على في انخفاض نسبة التشغيل وغاليا هذا يرجع إلى التوجه الاقتصادي الجديد للجزائر وذلك بتطبيق السياسة العامة مما دفع المؤسسات لتسريح الجماعي للعمال إما نتيجة لإعادة هيكلة المؤسسات

أو غلقها نظرا للعجز المالي للتمويل مما أدى إلى زيادة نسبة البطالة والتي بلغت البطالة نسبة 24 سنة 1994 لترتفع لأكثر من 29 % سنة 1997 وأما في السنوات الأخيرة فأصبحت معدلات البطالة نسبيًا مستقرة وذلك بسبب توجه الدولة الجزائرية لفتح مشاريع وإعطاء قروضًا للعاطلين عن العمل لإنشاء مشاريع مصغرة من خلال الوكالة الوطنية لتسيير القرض المصغر (أونجام)، بالإضافة إلى بنك التنمية المحلية (CNAC) وبسبب هذا التوجه ساهم في انخفاض نسبة البطالة مبدئيا والجدول التالي يوضح نسب معدلات البطالة .

الجدول رقم 10: تطور البطالة في الجزائر (2010-2020)

السنوات	2010	2011	2012	2013	2014	2015
معدل البطالة %	9.96	9.97	11	9.83	10.6	11.76
السنوات	2016	2017	2018	2019	2020	2021
معدل البطالة %	10.5	11.7	11.6	11.4	13	-

المصدر: بالاعتماد على معطيات ONS من إعداد الباحثة

ولهذا فإن الجدول التالي والذي يمثل تطور معدلات البطالة في المجتمع الجزائري يظهر لنا مستوى التذبذب في البطالة ولكن يعتبر أفض من السنوات الماضية، وكما هو ملاحظ فلقد وصلت البطالة لأقصى معدل 13 % خلال سنة 2020 وهذا يرجع بسبب تأثير جائحة كوفيد 19 والتي سببت في غلق مصانع والكثير من الشركات مما أثر على فئة العمال الغير مؤمنين أو الذين يعملون بالمهن حرة وهذا أثر على المستوى المعيشي لأسرهم والاستفادة أيضا من الخدمات الصحية ، ولاشك أن هذه المشاكل الاقتصادية وتفاقمها ينتج لنا أثار وانعكاسات اجتماعية فهي تؤدي إلى سلسلة من دوامة التهميش والفقر فمن البطالة إلى الإقصاء ومن الإقصاء إلى التهميش إلى الجنوح وكما نعلم أن البطالة تؤدي أيضا تزيد من حدة الفوارق الاجتماعية والشعور بعدم المساواة بين أفراد المجتمع ...وهذا يعني أن البطالة قد تنتج لنا ضعف وعدم استقرار لفئات المجتمع مما يؤدي إلى تفكيك النسيج الاجتماعي وبذلك إضعاف العلاقة بين الأفراد والمجتمع وبين افراد الاسرة كوحدة اجتماعية اكثر تضرر حيث نجد طبقية في المجتمع الواحد فئات تعيش في استقرار مادي وأخرى تعيش تحت خط الحرمان وهذا كله يأثر في اختلال منظومة التماسك الاجتماعي والشعور بالنقص فالعمل كما يراه بيار بورديو ليس مصدر دخل فقط بل كوسيلة لاكتساب رأس مال اجتماعي ،ورمزي ومن ثم دور ومكانة في الحقل الاجتماعي وهذا يعني عدم قدرة الفرد أو الأسرة في تحقيق معاش متوازن وذلك بسبب عدم توزان الحالة الاقتصادية والتي بدورها تأثر على الحياة الاجتماعية والصحية والنفسية للأفراد.

ب. الفقر وتراجع مستوى المعيشة

يعتبر الفقر من المشكلات الاجتماعية التي يعاني منها المجتمع الجزائري بل ويعتبر من أكبر العوائق التي تواجه الاسر الجزائرية ولا تستطيع التصدي لغلاء الأسعار للمواد الاستهلاكية وغلاء المعيشة الذي في تصاعد باستمرار وهذا مما أدى إلى تراجع المستوى المعيشي للأسرة الجزائرية ما يضعف العلاقات الاجتماعية الداخلية للأسرة والخارجية مع الأبنية الأخرى.

وبسبب تدهور قطاع التشغيل وتطبيق السياسات الاقتصادية العشوائية وغياب التنمية الاجتماعية الشاملة لكافة طبقات المجتمع ومراعاة خصوصية المجتمع ولعل ما ذكرناه سابقا في التحولات الاقتصادية التي مرت بها الجزائر عمقت أزمة البطالة والفقر وورثته للأجيال القادمة وهذا ما زاد عدم قدرة المواطنين على الاستفادة من أدنى الخدمات الاجتماعية وخاصة في المناطق الداخلية والصحراوية.

ولعل عند رجوعنا للفترة التي تم فيها الاعتماد على الاقتصاد السوق والذي بدوره نزل مستوى المعيشة إلى حده الأدنى وخاصة في العشرية السوداء 1988-1998 حيث هناك 14 % يعيشون تحت مستوى الفقر وفي فترة الألفية فلقد بلغت " نسبة حد الفقر الإجمالي الأدنى حسب التقرير الخامس للمجلس الوطني الاقتصادي الاجتماعي حول التنمية البشرية للسنة 2004 بـ1.9 % من سكان الجزائر ،وحسب تقرير 2004 حول الشراكة الأورو متوسطية فإن نسبة حد الفقر الأدنى وصلت إلى 2.5 %من إجمالي سكان الجزائر ،وقد أحصت دراسة جديدة صادرة عن الوكالة الوطنية لتهيئة الإقليم 177 بليدة فقيرة تضم 156937 شخص يقل دخله عن 5 ألاف دولار ،منها 46 بلدية تعاني الفقر المدقع والإقصاء ....محرومة من خدمات الصحية ،التعليم ،الماء ،وقنوات الصرف الصحي ،والغاز وإلى جانب ذلك انتشار البطالة والأمية والسكن غير اللائق "[1] . وحري بنا الأمر أن نذكر أن الجزائر ولتقليص الفقر عمدت إلى وضع برامج اجتماعية كنظام الشبكة الاجتماعية وذلك لهدف تخفيف أثار السياسيات الاقتصادية ولكن لم تفي بغرض استغلال الثروات لا كميا ولا كيفيا فهي سياسة استراتيجية لتسكين الأعراض الاجتماعية دون معالجة الأسباب البنيوية مما انعكس ذلك على الحياة الاجتماعية والاقتصادية والصحية في المجتمع الجزائري بالسوء وبات يهدد الأسر من مظاهر الانحلال الاخلاقي الانحراف السلوكي والانخراط في جماعات السوء.

[1]- سعيدي بشيش فريدة ،مرجع سابق ،ص 122

الجدول رقم 11: يمثل نسب الفقر في الجزائر ما بين 1988 –2005

نسبة الفقر (%)	العتبة	تحقيق 1988	LSMS 1995	تحقيق 2000	LSMS 2005
	≤ 1 دولار /اليوم	1.9	/	0.8	0.6
	الفقر الغذائي (SA)	3.6	5.7	3.1	2.7
	الفقر العام (SPG)	8.1	14.1	12.1	5.7

Sours : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Nationale (2006) Niveau de vie et Mesure de la Pauvreté en Algérie, p 29

وعلى حسب معطيات الجدول يبين تطور معدلات الفقر في الجزائر (1988–2005) وفق مقاييس الفقر بالدولار، الفقر الغذائي والفقر العام ومن الملاحظ أنه انخفض من 1.9% سنة 1988 إلى 0.6 % سنة 2005 .وهذا يشير إلى أن الجزائر لم تعاني من فقر مدقع وفق المقياس الدولي وذلك بسبب تحسين الأجور ودعم السلع الأساسية (الخبز ،الحليب ،الوقود) أما بالنسبة للفقر الغذائي (SA) ارتفع من 3.6 % في سنة 1988 إلى 5.7 % ثم تراجع إلى 2.7 % 2005 وهذا الارتفاع يرجع لأسباب مرتبطة ببرامج التعديل الهيكلي والتي فرضها الصندوق الدولي على الجزائر ومنها تقلصت القدرة الشرائية واثر بسلب على الاسر مما زاد من هشاشة الفئات الفقيرة .وفي عام 2005 يظهر لنا تراجع في النسبة مما يوضح ان الجزائر بدأت تستعيد قدرتها في حماية الفئات الهشة وهذا لاحظناه في هذه الفترة أن الفقر العام تراجع إلى 5.7 %في 2005 بعدما كان في الذروة في 1988 والذي بلغ 14.1 %.

وفي جانب اخر "فلقد كشفت MICS4[1] أن في 2012 قد بلغت نسبة 1.65 % من السكان في الجزائر يعانون من الحرمان المتعدد (1% في المناطق الحضرية مقابل 2.7% في المناطق الريفية)

* MICS4 هو اختصار لبرنامج "المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS) "في دورته الرابعة Multicountry) (Indicator Cluster Survey، وهو عبارة عن برنامج مسح للأسرة طورته ودعمته اليونيسف لجمع بيانات حول حالة ورفاهية الأطفال والنساء في مختلف البلدان والمناطق .

وتعتبر هذه النسب المئوية المتوسطة للحرمان الذي يعاني منه الأشخاص الذين يعانون من فقر متعدد الأبعاد* " [1]

وحسب موقع المجلس الاقتصادي أن هذه النتائج مقارنة مع تلك المنشورة في التقرير الوطني للتنمية البشرية 2009–2010 واستنادا إلى المسح متعدد المؤشرات 2006 هناك تحسنًا في معدل الفقر (% 1.74)

وعليه فإن زيادة في معدلات البطالة وارتفاع نسبة الفقر تؤدي إلى انتشار الأمراض والتدهور الصحي بسبب سوء التغذية الناتج عن سوء الحالة الاقتصادية للأسرة مما يؤثر على الأم والأطفال بشكل خاص بل ويؤدي إلى ظهور الأمراض المزمنة والخطيرة وهذا ويفرز تأثيرات جد خطيرة على المجتمع الجزائري فيما بعد "فحسب بيانات رسمية تبين أن ما يقارب 144 شخصا أصيبوا بالتيفوئيد في الجزائر سنة 2009 ،وأن أغلب المصابين هم الفقراء والمعوزين ،حيث تصل تكلفة علاج المصاب بداء التيفوئيد أكثر من 20 مليون سنتيم .ويعتبر التخلف والفقر والإهمال وانعدام المرافق الصحية اللائقة وغياب سياسة صحية وقائية ضمن الأسباب الرئيسية لانتشار مثل الأمراض في الدول التي تطرق لها التقرير الدولي " [2] ،وعليه فإن الفقر والمرض يعتبران بعدين متلازمين في حدة والتأثير وذلك فإن البيئة الفقيرة المكان الملائم لظهور الكثير من الأمراض المرتبطة بسوء وتدهور الأحوال المعيشية.

وكما رأينا أن التقهقر الاقتصادي على مستوى الدولة الجزائرية ورغم الثروات الطبيعية والبشرية التي تتمتع بها الجزائر أدى إلى عدم توازن الحياة الاجتماعية للأسر الجزائرية على كل كافة المستويات منها الاقتصادية والاجتماعية والنفسية والصحية، ولهذا من الضروري أن تراعي السياسات التنموية كانت اقتصادية أو اجتماعية أو حتى صحية جميع الأنماط الحياتية للأسر والمجتمع عامة.

ت. أزمة السكن

[1] المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي والبيئي: تقرير التنمية البشرية الوطني 2015/2013، https://www.cnese.dZHGL, .

*مفهوم الفقر المتعدد الأبعاد وفق برنامج الأمم المتحدة الإنمائي يتمثل في ثلاث أبعاد رئيسية: الصحة، التعليم، ومستوى المعيشة بغض النظر عن دخلهم النقدي.

[2] فتيحة كركوش: قراءة اقتصادية واجتماعية في أشكال الفقر وأبعاده بالمجتمع الجزائري، مجلة دراسات في علوم الإنسان والمجتمع، المجلد 2، العدد 4 ،2019، ص86

يعتبر السكن الفضاء الذي يسمح للأسر أن تعيش في ظروف لائقة ومناسبة صحيا فالسكن هو شرطا ضروريا لضمان صحة الأفراد وحمايتهم من الأمراض الوبائية والمشاكل البيئة فالسكن الغير مهيئ والذي لا يرقى لأدنى الشروط الصحية فهو يضر بصحة افراد الأسرة لهذا فالدولة الجزائرية تحاول جاهدت في توفير السكن عبر صيغ متعددة حسب الوضع الاقتصادي للمواطن كصيغة (السكن العمومي الإيجاري(LSP) ، السكن الترقوي المدعم(LPA) ، السكن الترقوي العمومي(LPP) ، السكن البيع بالإيجار (AADL) ، والسكن الريفي) وهذا لحل أزمة السكن التي خلفتها الظروف الاقتصادية والبطالة ومع التزايد السكاني الرهيب أصبح من الضروري تنظيم السكن في الجزائر وذلك لأسباب حضرية وبيئية كتمركز الكثافة السكانية في الشمال أكثر وأمان المنطقة البيئية فبعد أن "استعادت الحكومة استقرار سياسيا ومؤسسيا وحصلت على موارد مالية هامة بفضل ارتفاع أسعار النفط ، منذ عام 1999، اضطلعت من جديد بدورها في مجال العمران وتشير المصادر الرسمية إلى أن برنامج الخاص للسكن الذي استُهل للفترة الممتدة بين عامي 1999 و 2004 قد سمح ببناء 810000 مسكن بينما بني 912326 مسكنًا في إطار برنامج الفترة الممتدة بين عامي 2005 و2009، وتسعى الخطة الخماسية للفترة 2010–2014 لإنجاز 1.2 مليون مسكن ،ولإكمال بناء 800000 مسكن في الفترة ما بين عامي 2015 و2018 ."[1]

وإن بناء وحدات سكانية لا يقتصر على مجرد سد احتياجات المجتمع من السكن أو الايواء الفيزيقي فقط بل فإن المسكن الجيد والدي يتوفر على خصائص وأهمها إمكانية الوصول للخدمات الصحية والقرب من الخدمات المجتمعية ومزودة بالقنوات الصرف الصحي وممدودة بالمياه النقية والشوارع النظيفة وتوفر المساحات الخضراء للترفيه وفيه ما يحفظ من كرامة الانسان من علاقات اجتماعية وجيرة حسنة فهذه العوامل كلها تلعب دورًا هاما في صحة المواطنين فإن الاستفادة من هذه الشروط كلها تجعل من السكن الجيد عاملا مهما في تحقيق الرفاهية الاجتماعية والصحية ووصول إلى معايير جودة الحياة لأنها تخفف عبئ التنقل للحصول على الخدمات الحكومية بصفة عامة .

ث. تغيير المعايير والقيم

[1] صابر شويرف مختارية: مرجع سابق، ص 67

لقد كان المجتمع الجزائري تحكمه مجموعة من القيم والمعايير والمبادئ السامية بما في ذلك التكفل الاجتماعي والتسامح والأخوة ولكن مع التحولات الاجتماعية والاقتصادية التي مرت بها الجزائر على مر سنوات وجيزة منذ الاستقلال وخاصة مع مرحلة اقتصاد السوق فانقلبت الكل القيم الجماعية إلى قيم ذاتية والنظرة المادية النفعية البحتة والتي بدورها أضعفت العلاقات الاجتماعية داخل الاسرة وخارجها مما أضعف الصحة العامة للأسرة وقل التكفل الصحي من طرف الجماعة.

فإن التحول الثقافي لا يأتي بمعزل عن التحولات الاقتصادية والاجتماعية فهي مراحل متتالية تُأثر على بعضها البعض فالتحول الثقافي لا يمس جانب واحد من جوانب الحياة بل تؤدي إلى تغيرات في البناء الكلي ومن أهم مظاهر التحول الثقافي في المجتمع الجزائري.

ج. انتشار التعليم

يعد الاستثمار في رأس المالي البشري عن طريق التعليم محورا أساسيا في تحقيق التنمية ، وكل نهضة حضارية أساسها نهضة علمية ويحدث هذا بقوة منظومتها التربوية وهذا ما رآه إبن خلدون عندما قال (إصلاح التعليم أساس كل إصلاح) ،وهي مهمة لعصرنا الحالي فإن التربية والتعليم يعني تربية صحية وإعداد أجيال تستطيع مواجهة الامراض والوقاية منها مما يساعد الدولة من تخفيف مصاريف العلاج والضمان الاجتماعي والأمراض الوبائية والخطيرة ولإعداد جيل قادر على استيعاب هذه الضغوط الصحية وكيفية التعامل مع الخدمات الصحية وإرشاداتها فيجب تنشئة التلميذ في مقاعد الدراسة ،ولهذا وبعد الاستقلال اهتمت الدولة الجزائرية بتطوير الفرد وتنمية قدراته وإكسابه الخبرات قصد تنمية المجتمع من خلال محو الأمية وتعليم الكبار والصغار ورغم التحديات الكبرى منها الجهل والفقر الذي أورثه المستعمر وبفضل البرامج التي انتهجتها الجزائر تزايد نسبة التمدرس بصورة كبيرة حيث وصلت لنسبة 97 % وفي السنوات الأخيرة "فلقد تجاوز العدد الإجمالي للمتمدرسين والطلبة في النظام التربوي والتعليمي عتبة 10 ملايين عام 2013 .أي ما يعادل أكثر من ربع السكان الجزائريين (26.7 %) من يذهب إلى المدارس بمختلف أنواعها (المدارس الابتدائية ،المتوسطات ،الثانويات ،مراكز التكوين المهني والجامعات) ،في حين كانت نفس النسبة لا تتعدى 8 % فقط من مجموع السكان في عام 1962 "[1]

[1] Le Ministère de l'Education Nationale (2014) : Algérie rapport national sur les enfants non scolarisés, p 11

فالهدف كان منذ الاستقلال هو إتاحة التعليم للجميع وبالمساواة للجنسين ومنذ الاستقلال تضاعف عدد المتمدرسين عشرات المرات ليبلغ 8 ملايين تلميذ في الدخول المدرسي 2015/2014 مشكلا بذلك 20 % من إجمالي السكان أما في السنوات الأخيرة هناك ثبات ملحوظ في عدد المتمدرسين في الجزائر من كلا الجنسين.

الجدول رقم 12: التلاميذ المسجلين في التعليم الابتدائي والمتوسطي سنوات من 2018/2013

	2017/2016	2018/2017	2019/2018
التعليم الابتدائي	4 231 556	4 373 459	4 513 749
منهم: بنات بـ%	47.65	47.76	47.84
التعليم المتوسط	2 685 827	2 811 648	2 979 737
	48.00	48.05	47.95
مجموع التلاميذ في الابتدائي والمتوسط منهم نسبة البنات بـ%	6 917 383	7 185 107	7 493 486
	47.78	47.87	47.88

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات: الجزائر بالأرقام ONS 2018/2017

فإن إعداد متمدرسين متمكنين اجتماعيا واقتصاديا ونفسيا وصحيا يعتبر تحدي للدولة الجزائرية ولهذا فلقد أمنت أن المدرسة كمؤسسة مجتمعية تمتلك قدرة الربط بين قطاعي الصحة والتعليم وذلك لأجل تمكين افراد المجتمع من التمتع بالصحة الجسدية والنفسية والاجتماعية وهذا لأجل بناء مجتمع متكامل ولأجل هذا الهدف جسد المشروع التربوي من خلال سن قوانين وتشريعات تخص دور المؤسسة التربوية برفع مستوى الوعي الصحي للتلاميذ ولنا أن نذكر أهمها:

- ✓ المناشير رقم 410 – 409 – 408 الصادرة بتاريخ 1990 / 01 / 15 المتعلقة بالنظافة، السجل الصحي، المجالس الصحية.
- ✓ التعليمة الوزارية المشتركة رقم 95 – 02 المتعلقة بإنشاء وحدات الكشف والمتابعة.
- ✓ التعليمة الوزارية المشتركة رقم 2000 – 45 بتاريخ 2000 / 10 / 19 المتعلقة بحملات الاتصال الاجتماعي والتربية الصحية في الوسط المدرسي وتطبيق البرامج الصحية.

ولهذا فإن وزارة التربية الوطنية في الجزائر بالاشتراك مع وزارة الصحة كمشاركة قائمة على حماية صحة التلاميذ وذلك بإقامة فرق وهياكل صحية تسهر على متابعة المتمدرسين في الوسط المدرسي من خلال الرعاية الصحية والكشف عن الأمراض ومتابعتها ولهذا جاء في المنشور الوزاري رقم 05 ..." إن المساعي المبذولة لاكتشاف الامراض على أن الأمراض الغالبة التي تستدعي المتابعة والتكفل من المصالح المتخصصة تتعلق بالأولوية بالفروع التالية : طب العيون ،طب الأنف والأذن والحنجرة، جراحة الأسنان ،طب القلب ،وطب الأطفال ،وفي نص القانون رقم 05/85 في المتعلق بحماية الصحة وترقيتها في المادة 77"[1]. والهدف من هذا القرار هو الحماية الصحية ومراقبة الصحة الجسدية لكل من التلاميذ والطلاب والمعلمين في الوسط الدراسي والجامعي وهو ما يعرف بالطب المدرسي والذي يعتبر مؤشر من مؤشرات الدراسة والتي تعتبر من الخدمات الصحية التي تهدف إلى تحسين المعاش الأسري من خلال خدمات صحية مقدمة (كشف ومتابعة والقيام بتلقيحات، المتابعة النفسية..) والتربية الصحية وذلك بتعزيز وغرس قيم وعادات اجتماعية وصحية بما يعني أن المؤسسة التربوية هي مؤسسة تقدم خدمات صحية وتغطية صحية أيضا والجدول التالي يوضح ذلك:

[1] محمد سبع: التربية الصحية في الوسط المدرسي: مقاربة تشخيصية ومحاولة لاقتراح حلول، مجلة السراج في التربية وقضايا المجتمع، مجلد 7 العدد 1 ،2023، ص 80

الجدول رقم 13: توزيع وحدات الكشف والمتابعة حسب أماكن تواجدها.

عدد وحدات الكشف والمتابعة	مكان تواجدها
1349	داخل المؤسسات التعليمية
447	داخل المؤسسات الصحية
28.05	في أماكن مستقلة معدة من طرف الجماعات

المصدر: الملتقى الوطني لتقديم البرنامج الوطني للصحية المدرسية 2019/08 نقلا عن محمد سبع، مرجع سابق، ص 82.

ولأجل تقديم الخدمات الصحية اللازمة لمنتسبي المؤسسات التعليمية تم تسخير الموارد البشرية والجدول التالي:

الجدول رقم 14: الموارد البشرية للعمل في الكشف والمتابعة الصحية .

نوع المورد البشري بالتوقيت الجزئي	العدد الإجمالي	العاملين بالتوقيت الكامل	العاملين
طبيب عام	2333	1533	7000
جراح أسنان	1975	1177	790
نفساني عيادي	1797	1422	375

المصدر: محمد السبع: مرجع سابق، ص 83

ونقلا عن الملتقى الوطني لتقييم البرنامج الوطني للصحة المدرسية في 05/04 أوت 2019 فإن من خلال الرعاية الصحية في الطب المدرسي وتعتبر النسب التالية التكفل بالأمراض المكتشفة في المدارس.

الجدول رقم 15: نسبة التكفل بالأمراض المكتشفة حسب عدد الحالات الإجمالي.

الأمراض المكتشفة	العدد الإجمالي	النسبة المئوية	نسبة التكفل والمتابعة
نقص النظر	426157	5.04	/
التبول	99495	1.17	/
أمراض القلب	60994	0.72	59
اصفرار العين	73306	0.89	/
القمل	114574	1.35	/

دود الأمعاء	43315	0.54	/
خلل في الجهاز البولي	29915	0.35	61.50
حول العين	43973	0.52	/
الربو	56762	0.67	81.9
صعود الخصية	85372	1.01	53.3
انخفاض السمع	16436	0.19	60.4
الرثوة المفصلية الحادة	16264	0.19	81.6
تشوه العمود الفقري	37946	0.16	64.16
السكري	12465	0.15	89.4
اعوجاج في الأطراف	11640	0.14	/
الرمد	3461	0.04	78.7

المصدر: محمد سبع: المرجع السابق، ص 84

وكقراءة سوسيولوجية للأرقام والاحصائيات المدرجة في الجدول نلاحظ مدى المجهودات التي تقدمها وحدات الكشف والمتابعة في إطار الطب المدرسي للكشف عن الأمراض لدى الأطفال المتمدرسين وبذلك يتم تقديم خدمات طبية والوقائية اللازمة للحد من الأمراض وحماية صحة المتمدرسين من خلال إجراءات الطب الوقائي والذي يعتبر من أهم أهداف الطب المدرسي ولهدا يتم برمجة حملات التلقيح حسب سن التلميذ في السنوات الأطوار التعليمية.

وبالإضافة إلى الخدمات الطبية التي تقدمها وحدات الكشف والمتابعة الصحية تقدم أيضا حصص وحملات التوعوية والتثقيفية في مضمون الارتقاء بالوعي الصحي والتربية الصحية (كمكافحة التدخين ومراقبة الإدمان ...) وكما تحرص :" وحدة الكشف والمتابعة على مراقبة الوجبات الغذائية المقدمة للتلاميذ من حيث التوازن الغذائي ومن حيث سلامة ونظافة الأمكنة المعدل إعداد وحفظ الأطعمة والتموينات الغذائية بغية تحقيق تغذية مدرسية سليمة باعتبارها نشاطا اجتماعيا مكملا للفعل التربوي والبيداغوجي "[1] ،والطبيب التابع لوحدة الكشف والمتابعة يتكفل بالإشراف على الجدول الغذائي الأسبوعي المقدم بالمطعم المدرسي وهذا قصد تنمية التلميذ صحيا.

[1] محمد السبع، مرجع سابق، ص 85

ولهذا فإن وزارة التربية والتعليم في الجزائر على مدى السنوات الماضية ومنذ الاستقلال إلى يومنا هذا عملت على تحقيق تنمية اجتماعية من خلال مخرجاتها التعليمية من خلال التربية الصحية للتلاميذ وتنمية القيم والعادات الصحية من خلال البرامج التعليمية وكذا الخدمات الصحية المدرسية الموجهة للتلاميذ المراقبة الدورية، التلقيحات ،التكفل الطبي بالحالات الحرجة ...

ح. خروج المرأة للعمل

إن الأسرة هي الخلية الأساسية للمجتمع فهي الأساس لضمان تماسك المجتمع واستقراره ومع الدور المحوري الذي تلعبه الأسرة وتأثير التحولات الاجتماعية والاقتصادية في بناءها ولأهمية الأسرة وضرورة حمايتها وحماية أفرادها لقد تم إصدار الأحكام القانونية منها قانون الأسرة رقم 84 -11 المؤرخ في 9 يونيو 1984 وتم تعديله في سنة 2005 ويهدف إلى حماية أفراد الأسرة وخاصة الأطفال وإضفاء المزيد من التوازن في العلاقات.

فتعد الفترة السابقة من أكثر الفترات تغير وتحول كما ذكرنا سابقا في بنية الأسرة والذي تغير حالها على جميع الأصعدة فالأسرة في حقبة الاستعمار ليس كالأسرة في ما بعد الاستعمار قد تكون أهمها انتقالها من اسرة ممتدة إلى أسرة نووية و ارتفاع أمل الحياة والذي كان 51 سنة 1962 إلى 76 سنة 2022 ولعل أهم تحول اجتماعي حول خروج المرأة للسوق العمل وبذلك بروز متطلبات واحتياجات جديدة فلقد تطورت نسبة اليد العاملة النسوية من 7.7 % سنة 1977 إلى 17.88 سنة 2018 وهذا التحول سيؤدي إلى احداث تغيير في المعاش الأسرة (الاقتصادي والاجتماعي والنفسي والصحي) فإن المرأة تعتبر الركيزة الأساسية في استمرارية المعاش وتطوره فحضورها أو غيابها يأثر بالضرورة على جودة حياة الأسرة وكما ذكرنا سابقا أن خروج المرأة إلى سوق العمل يمثل تحولًا اجتماعيًا مؤثرًا في بنية المعاش الأسري وهنا القصد ليس الأثر الاقتصادي فقط وإن كان أحد الأبعاد المهمة بل يؤثر بضرورة على تحسين المؤشرات الصحية للأسرة وذلك بسبب مساهمتها في الدخل وهذا ما يساعد الأسرة في تغطية التكاليف العلاج أو الاشتراك في تأمين صحي أكثر شمولية وهذا يرجع إلى طبيعة النشاط أو العمل الذي تقوم به المرأة أو حتى رب الأسرة هذا تفسير من جانب مادي أكثر ،كما أن خروج المرأة للعمل يزيد من وعيها الصحي وذلك لانخراطها في بيئات مختلفة ومجموعات توفر معلومات حول أساليب الوقاية والعناية بالصحة وهو ما ينعكس على سلوكيات الصحة داخل الأسرة مثل (التغذية الصحية و تبني حياة صحية واحترام الفحوصات والتلقحيات الدورية) ويُعد هذا تحول نقطة مهمة حول

تعزيز البعد الصحي والاقتصادي لمعاش الأسرة إذ تعتبر مساهمة لتحسين رأس المال البشري للأسرة واستدامة الصحة لأفرادها .

وخلاصة القول هنا أن تمكين المرأة ومساهمتها في سوق العمل في القطاع العام والخاص قد أمن استقلالية اقتصادية للأسرة الجزائرية بالإضافة إلى انتشار الوعي الصحي والزيادة في مستوى رفاهية الحياة على الأغلب لأفراد الأسرة وهذا ما زاد في استقرارها وانسجامها ككل وهذا لا يعني أن المرأة الماكثة في البيت لا تستطيع أن تحقق ما حققته المرأة العاملة فلكل منهما آليات تستطيع من خلالها تحقيق جودة المعاش الأسري المتكامل ،ولهذا سنحاول التفصيل والتعمق أكثر في الوعي الصحي للأسرة كمدخل أساسي يساعدنا في فهم ألية تحقيق ذلك ودور المرأة في هذه العملية وسيتم ذلك في هذا الفصل .

5-3قراءة للمؤشرات الديموغرافية وعلاقتها بالمعاش الأسرة الجزائرية

إن المعاش الأسري والخدمات الصحية كأبنية اجتماعيه لا يمكن فهمها بمعزل عن التحولات الديموغرافية التي عايشها المجتمع الجزائري خلال العقود الأخيرة والتي كانت مرتبطة غالبا بالتحولات الاجتماعية والاقتصادية والتي فصلنا في ذكرها سابقا وبسبب هذه التحولات لقد أدى إلى تذبذب في معدلات الخصوبة وتراجع حجم الأسرة الممتدة مقابل زيادة في حجم الأسر النووية وهذا ما أدى إلى التعديل في البنية المعيشية والطلب على الخدمات الصحية كما ان ارتفاع متوسط العمر المتوقع وذلك ارتفاع نسبة الشيخوخة جعل من الصحة ركيزة أساسية في استدامة جودة المعاش بما يتطلب من الأسرة أن تلعب أدوار جديدة في رعاية كبار السن وتغطية التكاليف العلاجية خاصة للأمراض المزمنة وفي نفس الوقت تطورت المنظومة الصحية الوطنية (الصحة العامة) في توفير برامج التلقيح والتغطية الصحية الشاملة وتوسيع مراكز الرعاية الأولية والهدف هنا تحسين المؤشرات السكانية ذاتها وذلك قصد خفض معدلات الوفيات ورفع مستوى معدل الحياة ،وكما نعلم أن المؤشرات الديموغرافية لها ارتباط وثيق بالخدمات الصحية فهناك قاعدة تنموية صحية ثابتة وهي كلما كان نسبة الشباب مرتفعة في مجتمع ما كلما يتم تقديم الخدمات الصحية الوقائية أكثر وكلما كانت الشيخوخة مرتفعة كلما يتم تقديم الخدمات الصحية العلاجية أكثر، وهكذا تتجسد العلاقة جدليًا بين المؤشرات الديموغرافية والخدمات الصحية في بنية المعاش الأسري إذا ينعكس هذا الأخير على قدرة الأسرة الجزائرية في التكيف مع التحولات السكانية ومتطلبات الصحة العمومية .

وهدفنا هنا إبراز أن المعاش الاسري (الاقتصادي والاجتماعي والصحي) ليست ظاهرة معزولة بل هي نتاج تفاعل ديناميكي بين البنية الديموغرافية والتحولات الاقتصادية والاجتماعية والخدمات الصحية المتاحة ولهذا سنحاول استعراض تلك المؤشرات الديموغرافية بما يتماشى مع دراستنا الحالية:

أ- نظرة عامة للمؤشرات الديموغرافية في المجتمع الجزائري

فإن التحول الديموغرافي في معناه العام هو مفهوم سوسيولوجي ديموغرافي يقصد به الانتقال التاريخي أو التقليدي للمجتمعات بارتفاع مستويات الخصوبة والوفيات إلى نظام ديموغرافي حديث يتميز بانخفاض معدلات الوفيات بسبب التطور التكنولوجي والتقدم الطبي وفي نفس انخفاض معدلات الخصوبة بسبب التغيرات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية.

فالتاريخ الديموغرافي للمجتمع الجزائري مر بعد مراحل واكبت عدة تحولات وتطورات الاقتصادية والاجتماعية ،وعليه تم تقسيم فترات التحولات الديموغرافية إلى ثلاث مراحل وذلك حسب توفر المعطيات الإحصائية المتعلقة بالسكان :"فالمرحلة الأولى ممتدة ما بين (1901-1945) والتي تتميز بنمو طبيعي يقارب 1 % حيث كانت فيها كل من مؤشرات الولادات والوفيات مرتفعة ،أما المرحلة الثانية (1946-1984) فهي تلك التي شهدت نموا طبيعيا مرتفعا نظرا لارتفاع مؤشرات الولادات وتراجع في نسب الوفيات، في حين المرحلة الثالثة والتي بدأت منذ عام 1985 وستتواصل إلى غاية عام 2020 فتتميز بتراجع مستوى النمو الطبيعي للسكان إلى ما كان عليه في الفترة الأولى ،نتيجة انخفاض كل من نسبتي الولادات والوفيات."[1]

وتتميز بنية السكان في الجزائر بارتفاع نسبة فئة الشباب على باقي الفئات العمرية ،"فلطالما شكلت فئة السكان البالغين أقل من 20 سنة أكثر من نصف إجمالي السكان وهذا قبل سنة 1995 (58 % سنة 1977 ،و 55 % سنة 1987 و 50.5 %سنة 1995) ،وبعد دخول الجزائر في المرحلة الثانية من مراحل الانتقال الديموغرافي ،أي ابتداء من سنة 1986 ،تقلصت نسبة هذه الفئة لتصل إلى 38.84 % سنة 2009 .وقد تميزت تركيبة السكان في الجزائر بانخفاض كبير لفئة السكان أو المصنفين أطفالًا دون 15 سنة من العمر ،إذ تراجعت نسبتهم من 47.2 % إلى 28 % ما بين سنتي 1966 و2008

[1] دوبة سعاد: السكان والتنمية المستدامة في الجزائر في ظل الأهداف الإنمائية للألفية، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم في الديموغرافيا، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية جامعة وهران 2016،2017/2، ص 104

، ما يعني تراجع معدلات الإعالة بينما عرفت نسبة السكان في سن النشاط الاقتصادي (أي البالغين 15–59 سنة) ارتفاعًا متواصلًا بين هذين التاريخين ،إذ ارتفعت من 46.1 % إلى 64.4 % ما يعني زيادة في حجم القوة البشرية ومن ضمنها حجم قوة العمل .أما فيما يخص فئة السكان البالغين 60 سنة فأكثر ،فقد ارتفعت نسبتهم ابتداءً من سنة 1987 ،إذ انتقلت من 5.7 % سنة 2008 ،وبلغ بذلك حجم هذه الفئة 4139000 شخص مسن سنة 2019 أي ما يعادل نسبة 9.5 % من مجموع السكان "[1]

فبعض الدراسات تؤكد أن الجزائر قامت بتفعيل التحول الديموغرافي (Demographic Transition) الحديث فعليا في نهاية الثمانينات القرن الماضي ولعل هذه المرحلة سبقتها المرحلة الثانية والتي امتدت من 1926 إلى غاية سنة 1970 والتي ارتفعت فيها مستوى المواليد مع الانخفاض في معدل الوفيات وذلك نتيجة تطور الخدمات الصحية المستمرة والتحسن في الأوضاع المعيشية مما أدى إلى انفجار ديموغرافي في المرحلة الموالية لها من خلال ارتفاع معدل النمو الطبيعي الناجم عن الفارق بين معدلي المواليد والوفيات.

فالمجتمع الجزائري من خلال انتقاله ديموغرافيا حسب النظام المتبع في نموذج هذا الانتقال فتبعه تطور في المجال الصحي وتحسين نوعية الخدمات والعلاج الطبي، والنظافة وحسن التغذية والقضاء على الأوبئة والكفاح ضد الأمراض المعدية وغيرها ... كلها ساهمت في انخفاض معدلات الوفيات العامة ووفيات الأطفال بالخصوص.

فتشير الأبحاث الإحصائية ان الجزائر زامنت كل المراحل الديموغرافية في وقت زمني قياسي عكس ما يشاع أن يمر هذا التحول بعقود زمنية طويلة في الدول المتقدمة مما أهلها أن تصنف ضمن فئة الدول ذات تحول ديموغرافي سريع وهذا يرجع لعدة عوامل ساهمت في تعجيل وتسريع وتيرة الانتقال الديموغرافي أن الجزائر تعتبر من الدول النفطية وذلك أثر بشكل واضح على تحسين نوعية الحياة للأسر ودفع عجلة التنمية للأمام خاصة في المجال الصحي.

"إلا أن الارتفاع في عدد المواليد منذ عام 2000 من 589.000 إلى 978.000 في عام 2012 جراء ارتفاع عدد الزيجات مما نجم عنه ارتفاع النمو الطبيعي ،إضافة إلى تحسين الأوضاع الاقتصادية

[1] كريمة بوعزيز: شيخوخة السكان في الجزائر الأوضاع الراهنة والاتجاهات المستقبلية، المجلد 5، العدد 5، أكتوبر 2020، ص 150

والظروف المعيشية ،هيأ لفتح مرحلة جديدة "مرحلة ما بعد الانتقال " خاصة إذا ظلت الخصوبة مرتفعة على الرغم من انخفاض مستواها والسنوات المقبلة كفيلة بتوضيح جميع الاستفسارات المتعلقة بارتفاع الخصوبة فإما أن يكون هذا الارتفاع ظرفا حصريا نتيجة العوامل المذكورة آنفا أو رجوع الأزواج إلى سلوك أجدادهم الانجابي ورغبة منهم في التناسل "[1]

ب – تطور التركيبة السكانية

إن تطور التركيبة السكانية في المجتمع الجزائري بما يحمله من تحولات في معدلات الخصوبة والوفيات ومتوسط العمر والبنية العمرية يعكس تأثيرًا مباشرًا على أنماط المعاش الأسري ويعيد تشكيل العلاقة بين الأسرة ومنظومة الخدمات الصحية بحيث يصبح المعاش مرآة للتغيرات الديموغرافية ومؤشرًا لمدى قدرة النظام الصحي على الاستجابة لمتطلبات هذه التحولات وإن استخدام هذه الدراسات قد يساعدنا في أغراض صياغة السياسات التنموية والتخطيط وخاصة منها التنمية الصحية.

الجدول رقم 16: توزيع السكان حسب الفئات العمرية في الجزائر ما بين 1966 –2016 %

	0–14 سنة			15–64 سنة			65 +		
السنوات	ذكور	إناث	المجموع	ذكور	إناث	المجموع	ذكور	إناث	المجموع
1966	48.09	46.60	47.35	48.41	49.69	49.05	3.49	3.71	3.60
1977	47.33	45.99	46.67	49.43	50.14	49.78	3.24	3.87	3.55
1987	45.19	44.30	44.75	51.79	51.96	51.87	3.01	3.73	3.37
1998	36.84	36.29	36.57	59.34	59.45	59.39	3.82	4.26	4.03
2008	27.79	27.23	27.52	67.23	67.21	67.22	4.97	5.55	5.26

[1] دوبة سعاد،مرجع سابق ،ص 106

6.02	6.25	5.79	64.97	65.04	64.90	29	28.70	29.31	**2016**

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات، التعداد العام للسكان :1966-1977-1998-2008 (ONS)

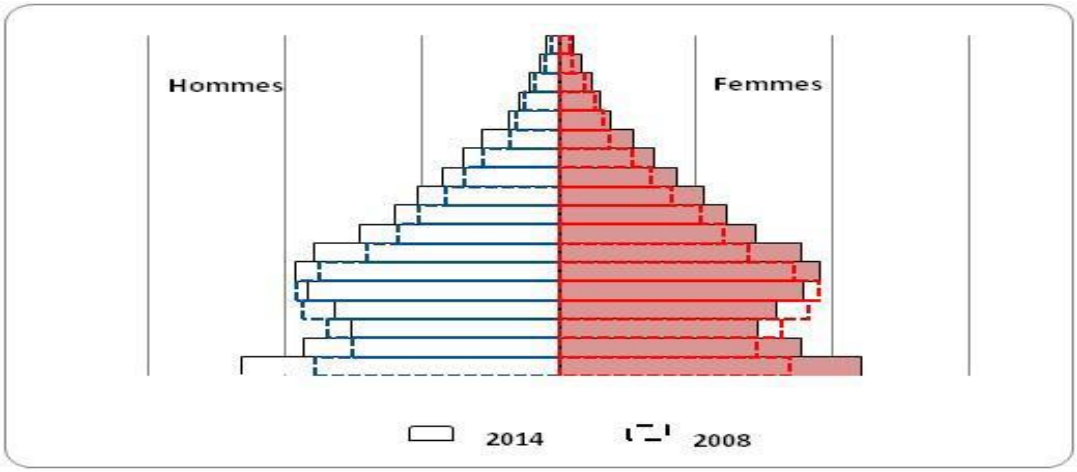
ومن خلال التعدادات للسنوات السابقة نلاحظ أنه سيكون هناك ضغط في السنوات المقبلة والاهتمام بالفئة النشيطة وصحة الأشخاص المسنين وعلى الدولة أن تولي اهتماما خاصا بصحة الأمهات والأطفال، وهذا ما لاحظناه هو زيادة في عدد الولادات المسجلة في السنوات الأخيرة والذي يستدعي خدمات صحية وقائية وعلاجية أكثر جودة وشمولية وذلك فيما يخص رعاية الأم والطفل وخاصة أنه يُقدر عدد النساء في سن الانجاب ما يقارب 9.9 مليون سنة 2008 وتجاوز 11 مليون سنة 2020 ،وعرف عدد النساء في سن الإنجاب ارتفاع ملحوظ وبقي في ازدياد مستمر في سن (15-49) .

جدول رقم 17: تطور عدد النساء في سن الإنجاب المقيمات في الجزائر 1966 إلى 2015

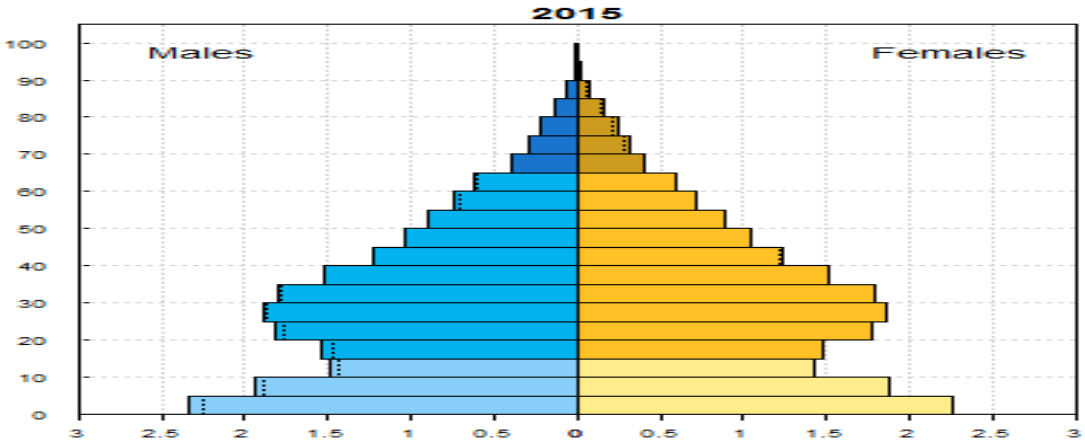
السنة	عدد النساء في سن الإنجاب	السنة	عدد النساء في سن الإنجاب
1966	2.5	**1995**	6.9
1965	2.6	**1998**	7.5
1975	3.4	**2005**	9.3
1977	3.4	**2008**	9.9
1985	4.87	**2010**	10.3
1987	5	**2015**	10.8

Source : ONS, RGPH de 1966 à 1998, 2008 démographie algérienne 2008 -données statistiques n° 520 – ONS et projections de population de l'ONS - décembre 2004

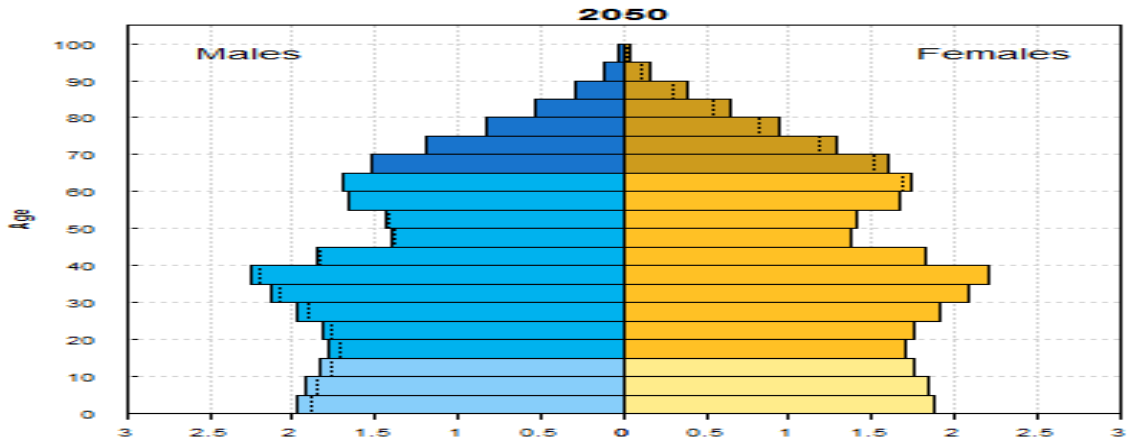
الشكل رقم 10: تطور هرم الأعمار في الجزائر للسنوات :2008، 2015 و2050



المصدر: ONS (2015): Démographie Algérienne N°690, p.



المصدر: Nations Unies. www.un.org



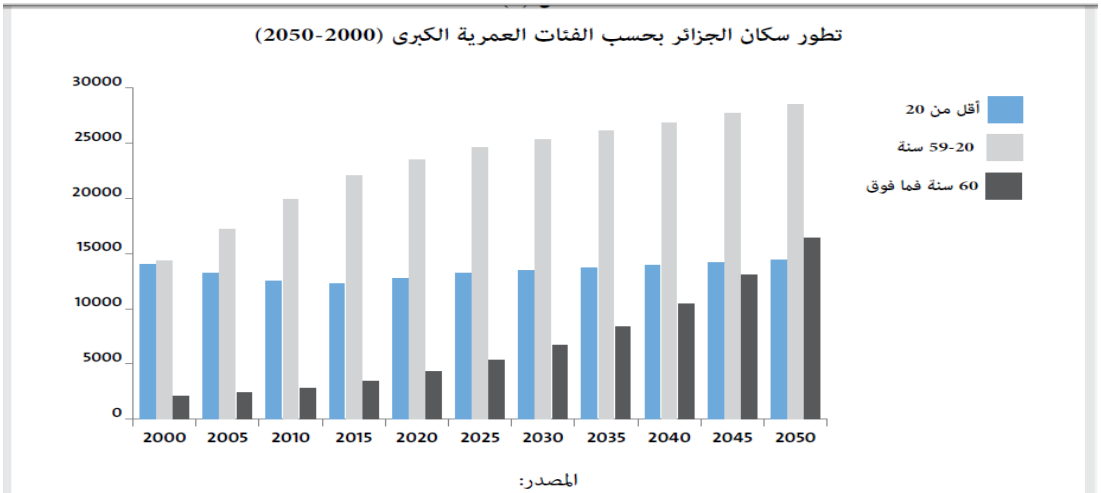
المصدر: Nations Unies www.un.org

ومن الملاحظ من الهرم الأعمار من السنوات من 2008 إلى 2015 والمحتمل إلى سنة 2050 وهذا التطور في النسب فئاتها العريضة منذ السنوات الماضية بعد الاستقلال إلى السنوات الأخيرة يرجع إلى التغيرات الاقتصادية والاجتماعية والتطور في النظام الصحي في الجزائر والذي زاد في تحسين ديناميات الخصوبة والمواليد والتي كانت واضحة في الهرم السكاني حيث تميزت بالقاعدة العريضة ،أما بنسبة للقمة فتميزت بضيق وهو أن نسبة الشيخوخة ولو أنها في ارتفاع طفيف ومستمر وهذا يرجع لارتفاع معدل الحياة بسب توفر الخدمات العلاجية لرعاية المسنين .

ونلاحظ عند قراءتنا للجداول الإحصائية أنه هناك انفجار سكاني عاشته الجزائر والذي امتد بين 1970-1985 ثم تلته انخفاض في معدلات المواليد بعد هذا الانفجار وهذا يرجع لعدة أسباب أهمها الهجرات الداخلية والخارجية وانتهاج سياسة تحديد النسل وخروج المرأة للعمل أدت هذه الظروف مجتمعة في تخفيف نسبة معدلات المواليد مما ساهم بشكل مباشر في توازن نسب السكان حسب الفئات العمرية ويعني هذا انخفاض نسب الأعمار الأقل من 15 سنة وهذا ما يسمح للذين سبقوهم للحاق بالفئة الموالية والمساهمة في الرفع في أعداد الفئة النشطة كما يبينه المنحنى السابق رقم 9،وإن هذا الوضع كان مؤاتيا للجزائر وذلك في تخفيف العبء عن الاستثمارات في مجالي التعليم والصحة والتزويد الاستثمارات والقطاعات الإنتاجية بالقوى العاملة .

وعليه فإن تطور التركيبة السكانية في الجزائر في السنوات القادمة تبشر بارتفاع مطرد وخاصة في السنوات 2030-إلى-2050 والجدول التالي يوضح ذلك حسب احصائيات وتوقعات.

الشكل رقم 11: تطور سكان الجزائر بحسب الفئات العمرية ما بين (2000-2050)



المصدر: كريمة بوعزيز، مرجع سابق، ص 156

ولا نستطيع إلا أن نتطرق في حديثنا عن تشيُّخ السكان في الجزائر لأن هذه الفئة تعتبر من أكثر الفئات احتياجًا للخدمات الصحية والظروف المعاشية مناسبة لحالتهم الصحية وكما لاحظنا في الأهرام السكانية في الشكل 9 أن الشيخوخة في الجزائر ثابتة نسبيًا و كما لاحظناه أن نسبة الشيوخ ستعد مشكلة ديموغرافية ستعيشها الجزائر خلال العقود القادمة وذلك بنمو هذه الفئة من السكان بصفة كبيرة وهذا سيعرض مؤسسات الدولة والمجتمع الجزائري لتحديات مميزة خاصة فيما يخص زيادة الانفاق على الصحة وهو ما يعبر عليه بزيادة نسب الإعالة وهذا سيكون عبئا على مصالح الضمان الاجتماعي والتعاقد. ومن هنا يدخل المجتمع الجزائري في السنوات القادمة التحول إلى بلد يتسم بالشيخوخة.

ج- الوفيات والولادات في الجزائر

- معدل الزيادة الطبيعية

" كان هذا المعدل مرتفع في السنوات الأولى للاستقلال فقد بلغ سنة 1967 حوالي 3.42 % وهذا سبب ارتفاع معدل الخام للولادات، ثم بدأ هذا المعدل في الانخفاض ثم تراوح ما بين 2.74 % و2.17 % في الفترة ما بين 1986 -1994 ثم واصل هذا الانخفاض إلى 1.43 % سنة 2000 (انخفاض معدل الوفيات والمعدل الخام للولادات) ومن ثم ارتفع إلى 2.04 % سنة 2011."[1]

ولهذا فإن الانخفاض أو تراجع معدل الولادات الطبيعية في الجزائر خاصة في السنوات الأخيرة يعد مؤشرا ديموغرافيا يرتبط ارتباطًا وثيقًا بتطور الخدمات الصحية وهذا يعني انخفاض وفيات الرضع وتفاعل الاسر مع حملات تنظيم النسل كما يعتبر تحسن الظروف المعيشية الأسرية بالإضافة إلى زيادة وعي المرأة مما يأخذنا إلى المرحلة أخرى من التحول الديموغرافي.

- معدل الوفيات TBM%

"عرفت الجزائر انخفاضا في الوفيات سنة 1970 حيث بلغ معدل الخام للوفيات 10.45 ‰ وكان الأول بعد الاستقلال ثم رجع ليرتفع بعد ذلك مسجلا 17 ‰ ومن ثم انخفض إلى 6.97 ‰ سنة 1987 ثم بدأ يتراوح ما بين 4.41‰ و4.36‰ في الفترة ما بين 2002 و2011 إن هذا الانخفاض راجع إلى عدة أسباب نذكر منها: الطب المجاني، القضاء على الأوبئة ..."[2]

فقبل الاستقلال عايش الشعب الجزائري ظروفًا قاسية من الفقر والحرمان والكثير من الأمراض والأوبئة وذلك بسبب الظروف المعيشية المزرية من جهة وانعدام التغطية الصحية من جهة أخرى، وبعد استقلال ورثت الجزائر وضع اقتصادي واجتماعي وصحي متهالك لهذا وضعت مبادئ أساسية تقوم عليها السياسيات التنموية وخاصة السياسة الصحية والهدف هنا هو تجسيد حق المواطن في العلاج والذي يعد مكسبًا ثوريًا والهدف هنا مجانية العلاج والقضاء على الأوبئة وتعميم المؤسسات الصحية الاستشفائية و الجوارية في كافة مناطق الوطن وكل هذا ساهم في خفض معدل الوفيات ورفع من معدلات الولادات

[1] صابر شويرف مختارية، مرجع سابق ،ص 33

[2] نفس المرجع، ص 29

بعد الاستقلال ولكن كما طرحنا سابقا لقد عرفت هذه المرحلة الكثير من النجاحات والاختلالات مرت بها البلاد .

5-4الاحتياجات الصحية للأسرة الجزائرية وأثرها على فعالية الخدمات الصحية: رؤية سوسيولوجية

وبعد ما تطرقنا إليه من التحولات الاقتصادية والاجتماعية وعرض المؤشرات الديموغرافية للمجتمع الجزائري والتي ركزنا فيها على معدلات الخصوبة والوفيات والتركيبة السكانية وأمل الحياة فإن هذا الطرح لا يكتمل إلا إذا توقفنا عند الوضع الصحي للأسرة الجزائرية مثل انتشار الأمراض المزمنة وأمراض الأم والطفل والتنظيم النسل في تحليل معاش الاسرة في الجزائر وتفاعلها مع الخدمات الصحية بوصف تلك المؤشرات الصحية عوامل ضاغطة تعيد تشكيل الأسرة وتؤثر في قدرتها على الاستفادة من الخدمات الصحية.

ولهذا فإنه هناك عوامل تؤثر في الوضع الصحي للأسرة منها داخلية وخارجية مما يضعف معاشها ويشكل ضغط أيضا على المؤسسات الصحية وخدماتها ولهذا سنستعرض أهم العوامل التي تؤثر على صحة الأسرة:

- **عوامل أسرية داخلية: ونخلص أهم هذه العوامل**

" – الحالة الصحية لكل فرد من أفراد الأسرة: التأكد من تكامل الخدمات الوقائية والعلاجية للأسرة، نظرا لأن عوامل سوء التغذية، العدوى، الوراثة، كلها عوامل تلعب دورًا كبيرًا في معدل حدوث الأمراض بين أفراد الأسرة وهي:

– **حجم الأسرة:** ويحدد هذا العامل الهام بعدد الأطفال في الأسرة، ويؤثر حجم الأسرة الكبير سلبا على صحة الأب والأم والأطفال، ويعاني أطفال الأسرة من أمراض سوء التغذية ونقص معدلات النمو والقدرات العقلية المنخفضة.

– **التباعد بين الولادات:** حيث أن التباعد المناسب بين الولادات يسمح للأبوين ولأفراد الأسرة بظروف صحية واقتصادية أفضل، تمكنهم من التغلب على المصاعب والضغوطات الناتجة عن إضافة مولود جديد، وهذه المصاعب قد تكون فيزيائية (المسكن) اجتماعية أو اقتصادية.

- **توزيع الفئات العمرية بين أفراد الأسرة:** حيث أن الفوارق في الأعمار بين أفراد الأسرة يعطي مؤشرات تقريبا لنمو هذه الأسرة ويعطي مساحة لنمو طبيعي واهتمام أكثر لكل فرد من أفراد الأسرة.
- **الإمكانيات التعليمية والاقتصادية للأسرة:** فإن تعليم كل فرد في الأسرة وخاصة تعليم الأم له تأثير كبير على الحالة الصحية لكل أفراد الأسرة، كما أن الدخل العام للأسرة ونموذج الاستهلاك يؤثران سلبًا أو إيجابًا على صحة الأفراد الأسرة.
- **المهنة والعمل الذي يقوم به كل فرد من أفراد الأسرة:** إن هذا العامل يؤثر سلبا إو إيجابا على ترابط وتكامل العلاقات داخل الأسرة، وكذلك علاقة الأسرة بالمجتمع المحلي."[1]
- **ترابط وتضامن الأسري:** وهو يخضع للعادات والتقاليد وذلك بهدف استقرار الأسرة ويضمن استمرارها وقوة تحملها للتحولات الاقتصادية والاجتماعية وهذا ينعكس على صحتها الجسدية أو النفسية.
- **شعور الأسرة بأنها مقدرة:** فإن انتماء الأسرة لجماعة بحيث لا تشعر بالضغط أو الوحدة وأنها مقدرة اجتماعيا فهذا بطبع يجعل صحة الأسرة أكثر توزان.
- **ثقافة الوعي الصحي للأسرة:** وهي تلك التقاليد الأسرية والمتمثلة في النظافة الشخصية لأفراد الأسرة والعناية الجسدية والتغذية الصحية.

وتعتبر هذه العوامل مجتمعة السبب الرئيسي في تحسن صحة أفراد الأسرة أو سوء حالتها كما ذكرنا سابقا في الفصول السابقة لكل عامل من العوامل المذكورة وكيف تأثر في صحة الاسرة الجزائرية.

- **العوامل الأسرية الخارجية وتأثيرها على صحة الاسرة الجزائرية:**

تعرف الجزائر كغيرها من بلدان العالم مشاكل بيئية متعددة وذلك أن الجزائر قارة تتميز بمناخات متعددة ووضع بيئي مميز يؤثر بشكل مباشر على السكان ولهذا سعت الجزائر في أن تتدارك الوضع البيئي بوضع خطط وبرامج وطنية لحماية البيئة والسكان في ذات الوقت.

ويُعد عوامل البيئة الخارجية وأبرزها توفر الشروط الصحية للمسكن من حيث الموقع السكني، التهوية، توفر المياه الصحية وتصريف المياه القذرة وجغرافية السكن والطقس والمناخ وتنظيم المدينة التي تسكنها الأسر وتهدد هذه العوامل الصحة العامة وصحة الأسرة على حد سواء.

[1] فضيلة صدراتي: مرجع سابق، ص 86

سادسًا: دور الأسرة الجزائرية في بناء الوعي الصحي لأفرادها في ظل الاختلال الخدمات الصحية.

عاصرت المجتمعات الحديثة الكثير من التحولات والتغيرات والتي أثرت بشكل كبير على الحياة الاجتماعية بصفة عامة وعلى الأنظمة والمؤسسات الاجتماعية والأسرة وهي أحد المؤسسات التي مسها هذا التغير والذي أثر على أدوارها ومكانتها ولهذا فأصبحت الأسرة في المجتمع الحديث ذات مكانة مختلفة تماما عما كانت عليه وفيه تعددت أدوراها ومسؤولياتها مما جعلها تقوم بأدوار اجتماعية واقتصادية وكذا الصحية بسبب ما تتطلبه مظاهر الحياة الحضرية وهذا ما خول لها أن تقوم بالعديد من المسؤوليات والتي سمحت لها المشاركة في تحقيق الوعي الصحي لأفرادها والاكتفاء الذاتي وذلك بتبني الممارسات الحياتية أكثر صحية قصد حماية أفرادها من الاختلالات في الأوضاع الخارجية وخاصة الخدمات الصحية

وفي ظل تلك الظروف العالمية فإن الأسرة الجزائرية على المستوى المحلي تعد آلية اجتماعية محورية تُنتج وتعيد إنتاج مقوماتها المعاشية في ظل التحولات السوسيواقتصادية مما يمكنها ويعزز لديها ثقافة الاعتماد على الذات من خلال المعارف المتوارثة عن الأجداد وأسلوب الحياة الذي طورته من خلال تفاعلها مع المجتمع وذلك بممارسة أدوارها التكاملية في التكيف والتوجيه والبحث عن البدائل الاقتصادية والصحية بحيث تضمن لها جودة معاش اقتصادي واجتماعي وصحي مما يجعلها فضاء لإعادة إنتاج مقوماتها في ظل اختلالات طارئة في المجتمع ككل ،وفي سياق الاختلالات الراهنة في الخدمات الصحية العمومية توجه أفراد الأسرة نحو البحث عن بدائل علاجية وإنتاج مقومات الوعي الصحي عبر الأليات الداخلية والاستراتيجيات اليومية لمواجهة تحديات تدني المعاش والصحة وذلك بسبب ضعف جودة الخدمات الصحية المقدمة وهذا ما يؤهلها بأن تصبح الفاعل الرئيسي في بناء رأسمال صحي يساهم في مقاومة التحديات التي يفرضها النظام الصحي غير المتوازن .

فإن بناء وعي صحي للأسرة الجزائرية يعني هنا أن تصبح الأسرة جزء من الخدمات الصحية إن صح التعبير وهذا يعني إن تفاعل الأسر بشكل واعي مع الطاقم الطبي والخدمات المُقدمة وهذا يعني أن مستوى المعاش الاسري مرهون بنوعية الخدمات الصحية ومدى تفاعل الأسر مع هذه الخدمات، فإن

تقديم الخدمة وجودتها في المؤسسات العمومية غير كافي إذا كانت الأسرة تتفاعل بشكل سلبي مع المؤسسات الصحية أو الثقافة والوعي الصحي متدني.

فالوعي الصحي هو : تثقيف الأفراد وإثارة وعيهم بغرض تغيير سلوكهم وعاداتهم الصحية من أجل المساهمة في تطوير الوعي الصحي مثل ممارسة الرياضة والتغذية والعادات السليمة ،كما أن مسألة الوعي الصحي والنجاح في تأسيسه لدى الأفراد له علاقة وثيقة بتشكل جانب مهم في شخصيتهم ،وإن ممارسة الأنشطة الصحية تعمل على الوقاية من أهم الأمراض العضوية مثل السكري وأمراض القلب والسمنة باعتبار أن الجانب الصحي يشمل جانبين أساسين هما :الثقافة الصحية والتي تتمثل في اكتساب المعارف والمعلومات الصحية ،والوعي الصحي الذي يتمثل في ممارسة وتطبيق تلك المعارف والمعلومات في الواقع العملي "[1]

والوعي الصحي إذا هو المام الأسر بالمعلومات والحقائق الصحية وتحملهم المسؤولية تجاه صحتهم وصحة أفرادها كما أن الوعي الصحي هو في حد ذاته ممارسة صحية نتيجة الفهم والاقتناع وهذا تحولها إلى عادات تُمارس بلا تفكير أو مجهود.

ولهذا فإن الوعي الصحي في المسلك الذي يسلكه الأفراد وهذا على مستوى المجتمع ويتضح في النقاط التالية:

أ–أن يكون أفراد المجتمع واعيين جيدا حول الأمراض المعدية والمتنقلة في مجتمعهم وأسباب حدوثها وكيفية انتقالها وطرق الوقاية منها، فإن معرفة أفراد المجتمع بهذه المعلومات يساهم في حد كبير في الوقاية من الأمراض والتي يعتبر مرحلة مهمة في العملية العلاجية.

ب– أن يعي أفراد المجتمع أن صحتهم وصحة أسرهم هي مسؤوليتهم قبل أن تكون مسؤولية الجهات الحكومية فإن المرض موطنه الانسان وإن إصابته أو إصابة فرد أخر هو بسبب السلوكيات الغير صحية مما يسمح ذلك بانتشار الأمراض وتضرر المستوى المعيشي للأسر، فإذا أردنا الوصول لمجتمع صحي يجب أول شيء أن يتبع أفراده الارشادات الصحية والعادات السليمة .

[1] زينب زيزي: دور الوعي الصحي والاجتماعي في الوقاية من سرطان الرحم، رسالة لنيل شهادة الماجستير تخصص الديموغرافيا، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، قسم علم الاجتماع الديموغرافيا، جامعة الجزائر 1 ،2018/2018، ص 61

ت–أن يتعرف أفراد المجتمع على الخدمات الصحية والمنشآت والمؤسسات الصحية في مناطق سكناهم ومعرفة ما لخدمات (الخدمات الوقائية والعلاجية) المُقدمة وكيفية عمل تلك المؤسسات وإذا لاحظوا وجود نقص أو خلل في هذه الخدمات يتعاملون معها بكل وعي قصد تغييرها للأفضل.

ولهذا فإن المؤسسات الحكومية بمختلف مهامها المعنية بتوجيه الأسر بما يخدم تطورها ويسهم في تحقيق جودة الحياة للأفراد ولعل المؤسسة التعليمية وما تقدمه من التربية الصحية وبذلك في تكوين شخصية التلميذ وإكسابه ميول وعادات واتجاهات وقيم صحية من خلال البرامج الدراسية في الكتاب المدرسي ولا يقتصر الأمر في تزويد التلميذ بالمعلومات الصحية فقط بل تتكاتف جهود الأطباء والأخصائيين الاجتماعيين والنفسانيين ... إلخ وذلك في إطار الخدمات الصحة المدرسية مثل الكشف الدوري الشامل ،السجلات الصحية ،طرق مواجهة الحوادث والطوارئ المرضية .

ولهذا فإن المدرسة ساهمت بشكل كبير في تقديم خدمات وقائية وذلك بتقويم السلوكيات والعادات السيئة وتغييرها لعادات سليمة وكذلك الكشف المبكر للأمراض الجسدية والنفسية والتي لم تتنبه لها الأسرة، ولهذا فإن المدرسة تعتبر طرفًا فاعلاً في تطوير الصحة العامة بجانب الخدمات الصحية والمؤسسات الصحية وصحة الطفل بصفة خاصة. ولهذا فإن الصحة وجودة معاش أسري يقع على عاتق الأسرة والمؤسسة الصحية والمؤسسات الحكومية، خاصة ومع التغيرات السريعة والتحديات المختلفة التي يعايشها عالمنا المعاصر، ليس مرهون فقط على مخرجات القطاع الصحي ونتيجة الكم ونوع الخدمات الصحية فحسب، وإنما هي مُحصِّلة كل الأنساق الاجتماعية بداية من الأسرة والمؤسسات الاجتماعية بجانب المؤسسات الصحية.

ولهذا فإن" الوعي الصحي للأسر يتشكل من خلال توليفة من مجموعة عناصر والسلوكيات والعادات الاجتماعية والثقافية والتربية والتصورات الأفراد على مفهومي الصحة والمرض، فالخلفية الثقافية للأسرة دور مهم في تحديد جودة صحة أفرادها "[1]

6-1 الأسرة الجزائرية كألية تكيف ومقاومة وإعادة إنتاج مقومات الجودة الصحية والمعاشية

[1] بن عمر جبارية: مرجع سابق، ص 687

حاولت الدولة الجزائرية في تحسين الوضع الصحي والمعاشي للأسر الجزائرية وذلك من خلال وضع سياسات صحية منذ الاستقلال إلى يومنا هذا وهذا ما تطرقنا إليه في الفصل الثاني في الجزء الخاص بالخدمات الصحية في الجزائر والذي لاحظنا فيه التغيرات الواضحة في الهياكل الصحية الاستشفائية والقيام بتلقيحات دورية والتكفل الصحي بالمواطنين ولكنها لم تعطي اهتمام للجانب المعرفي للأسر فيما يخص وعيها الصحي الثقافي والجانب الاجتماعي والاقتصادي للأسر والمجتمع الجزائري وكما تأثير عوامل بيئية وبنوية والتي تأثر بشكل مباشر على الوضعية الصحية بشكل عام .

فمن المنظور السوسيولوجي الحديث لم تعد الأسرة مُستقبل سلبي للسياسات العامة فقط أو متفاعلة مع قصور هذه السياسات، بل أصبحت فاعلاً مُنتجًا للحلول وهذا يظهر من خلال السلوك اليومي للأسرة الجزائرية وذلك من خلال المتغيرات الفردية (أسلوب الحياة ،والسلوك والتغذية والأنماط الثقافية) وهذا ما يشكل لدينا **وعيًا انعكاسيا** متزايدًا يغير لديها طريقة فهمها لقضايا الصحة والمرض فإن انعكاس الخدمات الصحية على الأسر لا يعني فقط تأثير أحادي التأثير وبما أن الأسرة المعاصرة أصبحت أكثر وعيا واندماجا في المشهد المجتمعي فإنها تُعيد إنتاج مقومات الجودة الصحية والمعيشية عبر محورين أساسين :

1- البعد المعرفي والاجتماعي:

- **نقل المعارف المتوارثة والتنشئة الصحية داخل الأسرة الجزائرية :** تعد الأسرة الخلية الأولى لعملية التنشئة الاجتماعية ومن خلالها تتشكل شخصية الفرد بجوانبها الاجتماعية والجسمية والعقلية والانفعالية ولهذا فإن التنشئة الصحية تعتبر عملية اجتماعية متكاملة هدفها تكوين الفرد صحيًا ونفسيًا وذلك بتزويد أفرادها بالمعارف والسلوكيات الصحية منذ نشأته الأولى وتستمر هذه التنشئة في كامل مراحل حياته ولهذا فإن الأسرة تعد من المؤسسات الاجتماعية التي تُعنى بنشر الوعي الصحي من خلال التنشئة الصحية لأفرادها قصد تطويرهم لعيش حياة أكثر جودة ،وإن التنشئة الصحية لا تتوقف عند إكساب الفرد السلوكيات الصحية فقط بل أيضا من خلالها يكسب الأفراد فهمهم الأولي لكيفية التعامل مع المؤسسات الصحية ولهذا فهي تساهم في تلقين المعارف والممارسات التي تُحدد لاحقًا سلوك الأفراد وتفاعلهم مع المؤسسات الصحية وخدماتها بما فيها متى يجب اللجوء إلى طبيب وكيفية التعبير عن احتياجاتهم الجسدية والتعامل مع المرض ومدى الثقة في التشخيص الطبي وكيفية تقييم الخدمات الصحية المتوفرة، مما يُرسخ في وعيهم أولويات التعامل مع الرعاية الصحية وهذا يرجع لخبراتهم العلاجية

ومسارهم الصحي العائلي وهذا ما يُبني لدى الاسرة وعيًا انعكاسيا لتصبح فاعل في العملية العلاجية على المدى الطويل مما يساعدها على تحسين معاشها وضمان أعلى جودة في صحة أفرادها.

ولهذا فإن أبرز أدوار الأسرة في نشر التنشئة الصحية بين أفرادها كاستراتيجيات لإعادة إنتاج مقومات الجودة الصحية والمعيشية وهي:

- توفير حياة عائلية سليمة: فإن الأسرة المستقرة التي تتمتع بحياة سعيدة وتتفاعل بإيجابية مع عقبات الحياة فهنا أفرادها يتمتعون بصحة جيدة لأن الأسرة هنا تكون قادرة على العمل لوقاية أفرادها من الأمراض وذلك من خلال التربية والتنشئة الصحية.
- توفير الوسائل والظروف المعينة على تثقيف أفراد الأسرة من خلال توفير الكتب المتخصصة، والمجلات الصحية والقيام بالرحلات مما يساعد على تزويدهم بالمعلومات الصحية المتنوعة.
- تبني العادات الغذائية الصحية السليمة التي تتلائم مع النمو الطبيعي للأبناء وتعويدهم عليها، وتنبيههم بالعادات الغذائية الضارة وحثهم على الابتعاد عنها.
- التوعية والتثقيف الصحي وذلك من خلال إرساء قواعد المعرفة والمعلومات الصحية لكل أفرادها وذلك بتشجيع السلوكيات الصحية ونبذ السلوكيات الغير صحية.

- **الرأسمال الاجتماعي للأسرة في مواجهة الاختلال الخدمات الصحية:** أصبحت الأسرة الحديثة وذلك بسبب الأزمات الصحية وقصور المؤسسات الرسمية كمنتج للرأسمال الصحي وذلك من خلال تفعيل شباكتها الاجتماعية وتبادل الآراء والخبرات من خلال بعد الثقة حول أفضل الأطباء الموثقين في البيئة المقربة للأسرة والطرق العلاجية الفعالة وطرق تأمين التمويل اللازم للعلاج مما يأهلها ان تكون وسيطًا معرفيًا وتنظيميًا في إعادة تشكيل استراتيجيات الولوج إلى جودة صحية نوعية.

2- البعد المادي والاقتصادي:

" من المعروف أن مرض أي فرد في الأسرة في المجتمع لا يتبع نظام التأمين الصحي يؤثر في اقتصاديات الأسرة ويدفع رب الأسرة إلى الاستدانة، وعمومًا تتعرض الأسرة لاضطرابات مادية ناشئة عن توقف الدخل أو نقصانه يفعل المرض وخاصة إذ لم تستطيع الأسرة أن تواجه الموقف الجديد الناشئ عن مرض العائل وهو مصدر الدخل في الأسرة "[1]

[1] السيد عبد العاطي وآخرون: مرجع سابق ،370

ولهذا فإن الأسرة دائما تبحث عن مصادر دخل متنوعة وخاصة المهن التي توفر تأمين صحي شامل وهذا يتوقف طبعا على مدى حصول رب الأسرة على تعليم كافي أو حرفة لتمكنه من الحصول على تأمين صحي، كما أن نمط الاستهلاك عند الأسر الجزائرية بدأ في تغيير واضح من حيث الأولوية للغذاء والصحة والتعليم ففي سنة 1980 كانت النفقات الصحية للأسرة بنسبة 1.32 % ولكنها ارتفعت في 2000 إلى 6.25 % وذلك يرجع وعي الأسرة بضرورة الإنفاق على الصحة كما لا ننسى أن الدولة الجزائرية رفعت الدعم عن جزء من العلاج والأدوية الطبية.

ولهذا تسعى الأسرة الجزائرية في البحث عن البدائل الأمنة لتحقيق رفاهية وجودة حياتية من خلال التحكُم في المصادر التي تضمن صحة جيدة لأفرادها والتي تعتبر بدائل لمواجهة الاختلالات في المؤسسات الصحية.

خلاصة

تعتبر الأسرة من أهم الأنظمة الاجتماعية وأحد أبرز الأنساق الاجتماعية في أي مجتمع من المجتمعات فهي ذلك النظام الذي يتوقع منه المجتمع أداء وظائف مهمة وأدوار ضرورية كدور التربية والرعاية الصحية وهي تعتبر من الدعامات الأساسية في عملية التنشئة الاجتماعية ،فلهذا دائما تبقى في اتصال دائم بالمجتمع ومؤسساته فهي تأخذ وتعطي وتتأثر بتحولات الاقتصادية والاجتماعية لأنها جزء من الكل في النظام الاجتماعي ولهذا تبحث دائما عن خدمات تنمي حياتها وأهمها الخدمات الصحية فإن جودة تلك الخدمات والأنظمة الصحية بشكل عام تأثر بشكل مباشر في جودة حياة تلك الأسر وتأثر على كافة مستويات معاش الاسرة .

الفصل الرابع

الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

أولا: مجالات الدراسة.

ثانيًا: منهج الدراسة.

ثالثا: أدوات جمع البيانات الميدانية.

رابعًا: عينة الدراسة.

خلاصة

تمهيد

لطالما سعت العلوم الاجتماعية إلى محاولة البحث وفهم العلاقة القائمة بين مختلف الظواهر الاجتماعية ولهذا اعتمد علم الاجتماع على مناهج علمية بما يناسب طبيعة المواضيع المراد دراستها، وهذا ما أدى بالباحثين للتوجه نحو إيجاد مناهج خاصة بدراستها، وكذا إيجاد تقنيات وأدوات وطرق بحث تتماشى وخصوصيات تلك الظواهر وهذا من أجل إضفاء صفة العلمية والمصداقية على البحوث الاجتماعية ،ولهذا فإن دراستنا والتي تعتبر من الدراسات السوسيولوجية قد انطلقت من أساس منهجي وخلفية سوسيولوجية ،وبعد جمعنا للتراث النظري والاطلاع على الدراسات التي تناولت جانب من جوانب دراستنا ولهذا سنحاول تناول في هذا الفصل الجانب المنهجي للدراسة وهذا لمحاولة إثبات الدراسة النظرية بالدراسة الميدانية ،ولهذا سيكون مسارنا كمسعى للبحث العلمي لملء الفجوة القائمة بين النظرية والواقع بغية تحقيق أهداف الدراسة والتحقق من تساؤلاتها من خلال مجموعة من الأدوات والإجراءات التي تساعدنا للوصول إلى البحث عن انعكاس بين متغيري الدراسة .

أولا: مجالات الدراسة

إن وضوح البحث في ذهن الباحث منذ البداية يعتمد على تحديد مجال البحث بدقة وكما نعلم التطرق للخدمات الصحية في الجزائر يعدُّ الهدف الأساسي لبحثنا ولكن مجال دراستنا وأساسيات البحث الاجتماعي يُحتم علينا تحديد مجالات الدراسة بما يتماشى مع الهدف المرسوم له مسبقًا، وعليه تنقسم دراستنا الميدانية إلى ثلاثة مجالات نذكرها فيما يلي:

1. المجال المكاني:

ونعني به المكان الجغرافي الذي تُجرى به الدراسة الميدانية والذي يقيم فيه مجتمع البحث، وقد أجريت الدراسة في ولاية الوادي الواقعة في منطقة الجنوب الشرقي الجزائري وتتربع على مساحة تقدر بحوالي 44586.80 كلم ^{2} (أي نسبة 1.87 % من مساحة التراب الوطني) ويحدها الولايات التالية:

- من الجنوب الغربي ورقلة.
- من الشمال ولاية خنشلة.
- من الشمال الغربي ولاية بسكرة.
- من الشمال الشرقي ولاية تبسة.
- من الشرق الجمهورية التونسية (حدود برية على مسافة 260 كلم).

وتعتبر ولاية الوادي القطب الشرقي مركزًا فلاحيًا وتجاريًا في الآونة الأخيرة بالإضافة إلى موقعها الاستراتيجي الذي يجعل منها مكانة بارزة على الساحة الاقتصادية الوطنية وعليه لولاية الوادي 12 بلدية في كل بلدية تتوفر على مؤسسات صحية عمومية (أنظر للملحق رقم 05) وكما يقدر عدد سكان ولاية الوادي بحوالي 990.000 نسمة أي بكثافة 20.19 نسمة لكل كيلو متر وعليه تشهد المنطقة كثافة سكانية ونموًا مستمرًا وأما عاصمة الولاية (بلدية الوادي) تعد الأكثر نسبة سكانية وتجاوزت بـ 134.000 نسمة وعليه فكانت عينة الدراسة في بلدية الوادي ونظرا لعدم توفر الوسائل المادية للقيام بدراسة استبيانيه على مستوى الولاية بأكملها وبهذا سنقوم بدراستنا في بلدية الوادي وقد تم اجراء دراستنا على الأسر الزائرة للمؤسستين الصحيتين العموميتين (المؤسسة الاستشفائية العمومية بن عمر الجيلاني، المؤسسة الصحية العمومية 19 مارس 1962) وذلك لاعتبارات عدة أهمها أولا أن المؤسستين تعتبران من أكثر المؤسسات

استقبالا للأسر قصد الاستفادة من الخدمات الصحية وتوفرهما على كافة الخدمات الوقائية والعلاجية وثانيًا باعتبار أنهما يقعان في أكثر المناطق ازدحامًا في الولاية والأقرب للأحياء السكانية المكتظة .

1.2المؤسسة العمومية الاستشفائية بن عمر الجيلاني

تعتبر المؤسسة العمومية الاستشفائية بن عمر الجيلاني من اهم وأكبر المؤسسات العمومية الصحية بالولاية تم إنجازها سنة 1984 وسُلمت سنة 1985 وتقدر مساحتها بـ 28000 م^2 تتمركز ببلدية الوادي في حي الشط يحدها الطريق ذو وجهتين وسكنات وظيفية، تشرف على تقديم الخدمات الاستشفائية الطبية والاستعجالية والجراحية للسكان والتكفل بالعديد من المرضى التابعين لولاية الوادي والمناطق التابعة للولايات المجاورة.

وتضم مصالح داخلية للمستشفى: وتتمثل في المصالح الاستشفائية والمصالح التقنية:

وتتمثل في كل من:

- مصلحة الجراحة العامة: (جراحة الرجال–جراحة النساء) بها 60 سرير.
- مصلحة الطب الباطني (الرجال والنساء)60 سرير.
- مصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية.
- جراحة العظام :30 سرير.
- جراحة الأنف والأذن والحنجرة تحتوي على 12 سرير.
- طب العيون.
- مصلحة الأمراض العقلية.
- مصلحة الأمراض المعدية.
- مصلحة الطب الشرعي
- مصلحة الإنعاش.
- مركز مكافحة الإدمان.

المصالح التقنية:

- مركز الأشعة.
- المخبر المركزي (مخبر التحاليل الدم، مخبر البيو كيمياء)
- مركز حقن الدم.
- مصلحة تصفية الدم والكلى.
- مصلحة جناح العمليات.
- الصيدلية المركزية.

2.2 المؤسسة الصحية العمومية 19 مارس 1962

المؤسسة العمومية الصحية 19 مارس 1962 بالوادي تقع في ولاية الوادي في حي 19 مارس في أكثر الأماكن ازدحاما بالسكان اذ يتكون من مراكز صحية وعيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج، وتتولى أيضا تنظيم برامج الصحة العمومية كالتلقيح والأمومة، وتخضع لإدارة مديرية الصحة والسكان بالوادي ومهمتها هو تقديم الخدمات الأولية ومن مهامها:

المهام الرئيسية:

- تنسيق العمل بين العيادات والمراكز الصحية.
- تنظيم برامج الصحة العامة (التلقيح، الأمومة، الصحة المدرسية).
- متابعة برامج التكفل الصحي للسكان.
- تقديم الخدمات العلاجية الأساسية (فحص الحالات غير الاستعجالية، علاج الأمراض البسيطة)

1. المجال الزماني

أما المدة الزمنية التي استغرقتها دراستنا فلقد بدأت منذ اختيار الموضوع وذلك يوم 2023/02/20، وفي تلك الفترة بدأنا بالاطلاع على التراث النظري والتقصي عن الدراسات التي عالجت متغير من متغيرات الدراسة أو بُعد من أبعاد الدراسة للبدء في الجانب النظري مما يساعدنا ويسهم في تبلور الفكرة الأساسية عن ميدان دراستنا والجانب التطبيقي ففي 2025/04/29 بدأت جولتنا الاستطلاعية وذلك بإجراء ملاحظات مبدئية من خلال تقصي المؤسسة الصحية المناسبة التي تحتضن دراستنا ومدى توفرها على كامل جوانب دراستنا من خدمات وقائية وعلاجية وتواجد الأسر في تلك المؤسسات ولهذا استغرق

منا الأمر مدة زمنية في الحضور الدائم والملاحظة للمؤسستين الصحتين وذلك بهدف بناء شبكة الملاحظة ،ومن ثم تم توزيع الاستمارات ، وأما فترة اكتمال الدراسة فقد استمرت إلى كتابة التقرير النهائي للبحث وإعداده بطريقة منظمة وممنهجة .

2. المجال البشري

ويقصد بالمجال البشري هو المجتمع الذي جرت فيه الدراسة، والذي يعرفه موريس أنجرس على أنه "مجموعة منتهية أو غير منتهية من العناصر والتي لها خاصية أو عدة خصائص مشتركة، محددة مسبقًا بحيث تمييزها عن غيرها من العناصر الأخرى والتي يجري علينا البحث والتقصي"[1] وفي المقابل فإنه من الصعب دراسة جميع المفردات أو الحالات التي تكون ضمن مجتمع البحث، وفي هذه الحالة يعتمد الباحث على دراسة الحالات التي تم اختيارها لتمثل مجتمع البحث (العينة) وقد تم اختيار عينة دراستنا من مجتمع الدراسة هو جميع الأسر التي تقطن في بولاية الوادي والذي تمثل في عدد الأسر بحوالي 40000 أسرة وعليه فلقد كان مجتمع دراستنا موجه للأسر الزائرة للمؤسسات الصحية العمومية وهو واضح في عنوان الدراسة وتتمثل خصائص المجتمع المبحوث بما يلي: وبما أنه تم اختيار الأسر الزائرة للمؤسستين الصحتين العموميتين وذلك أثناء تواجدهم داخل المؤسسة بما يضمن أن العينة تمر بتجربة المسار العلاجي فعليًا بحيث تهدف دراستنا رصد التجربة التفاعلية للأسر مع المنظومة الصحية وهو ما يمنحنا تجربة واقعية لما تعايشه تلك الأسر وعليه فتم اختيار 200 **أسرة** من المجتمع الكلي.

2-1 عينة الدراسة

تعتبر عملية اختيار العينة من أهم العمليات الأساسية والجوهرية في اعداد البحوث السوسيولوجية وبطبيعة الحال فإن مرور البحث بهذه المرحلة وبدقة منهجية يساعد الباحث في الوصول إلى الأهداف المحددة مسبقا وناهيك على ذلك فإن تحري المنطقية المنهجية في اختيار مفردات عينة الدراسة وذاك لتفادي أي خلل في عملية الاختيار، كما أن التناسق والتكامل في بناء مراحل البحث ضرورة منهجية.

[1] طلعت إبراهيم لطفي، أساليب وأدوات البحث الاجتماعي، ط2، دار الغريب، القاهرة، مصر ،2010، ص 144.

وبطبيعة الحال فإن صعوبة الحصر الشامل وتطبيقه على جميع أفراد المجتمع الأصلي فيتحتم على الباحث اللجوء إلى أسلوب المعاينة والتي يُقصد بها اشتقاق عينة من المجتمع ككل شريطة أن تكون ممثلة له بحيث وجب أن يتوفر على معيار كل خصوصيات ومواصفات مجتمع الدراسة بنسب متساوية.

2-2 تحديد مجتمع الدراسة

وكما ذكرنا سابقًا فلقد اعتمدنا في دراستنا هذه على العينة الغير احتمالية أو كما تسمى العينة العرضية وهذا لعدة أسباب أهمها صعوبة حصر المجتمع الدراسة وذلك لان المؤسسات الصحية بيئات متغيرة وكان من الصعب الحصول على قائمة مسبقة لكل الأسر التي ستأتي أو التنبؤ بمن سيزور المؤسسة الصحية مستقبلا والسبب الثاني هو رغبة منا في الحصول على بيانات دقيقة من ذوي الخبرة المباشرة (التجربة المُعاشة) أما السبب الآخر وهو أهمها أن اختيارنا للعينة العرضية مبني على الحالة الصحية للأسر بمستوى شدتها وكذا تواجدها الفعلي داخل المؤسسة الصحية .

وبناءً على ما سبق فقد تم تحديد مجتمع الدراسة الحالية ليشمل الأسر التي تزور المؤسسات الصحية العمومية بولاية الوادي قصد الاستفادة من مختلف الخدمات الصحية العلاجية والوقائية ،وقد تم اختيار هذا المجتمع لتفاعله المباشر مع الخدمات الصحية مما يؤهله على التعبير عن انعكاس مستوى تلك الخدمات على معاش الأسرة في أبعادها الاقتصادية والاجتماعية والصحية ولهذا اختارت الباحثة هذا المجتمع تحديدًا وذلك بسبب أن الأسر الزائرة للمؤسسات الصحية العمومية تمثل وحدة تحليل أساسية في فهم طبيعة العلاقة بين الخدمة الصحية المقدمة ومعاش الأسرة إذ تُعد الأسرة الحلقة التي تتقاطع عندها الأبعاد الاقتصادية والاجتماعية والصحية وبما أن هدف دراستنا رصد الانعكاسات المباشرة لمستوى الخدمات الصحية على معاش الأسرة بما في ذلك نمط الانفاق ،والنفقات الصحية والوعي الصحي والشعور بالأمان والاستقرار وذلك وفق تصوراتهم المسبقة وانطباعاتهم العامة وهذا ما يجعل هذه الفئة أكثر قدرة على تقييم واقع الخدمات كما تُقدم فعليًا .

2-3طريقة اختيار العينة

وبما أن مجتمع دراستنا داخل المؤسسة الصحية وليس خارجها وهذا لضمان تحقيق هدف الدراسة ونظرًا لطبيعة هذا المجتمع والمتمثل في الأسر الزائرة للمؤسستين الصحيتين (بن عمر الجيلاني ،19 مارس) والمتمثل في **200 أسرة** بجميع حالاتهم الاجتماعية والاقتصادية والصحية بولاية الوادي وبهذا

فكان توزيع الاستمارات بمجموع **100 مفردة** لكل مؤسسة صحية ووزعت هذه الاستمارات على الأسر الزائرة للمؤسسة الصحية العمومية والقاطنين بالولاية لأنهم على علم بالوضع الصحي السائد في مجتمعهم المحلي وأنهم عايشوا كافة التغيرات والتطورات الحاصلة في الخدمات الصحية التي تشهدها المؤسسات الصحية في ولاية الوادي ،ولهذا قمنا باختيار هذا النوع من العينة وهذا العدد لمفرداتها.

ولذلك اعتمدت الباحثة العينة العرضية وبهذا تم اختيار المبحوثين من بين الأسر التي كانت متواجدة فعليًا بالمؤسستين أثناء تلقيهم الخدمات الصحية، وقد تم اختيار هذه العينة بناءً على مدى توفر الأسر واستعدادها للمشاركة في الدراسة وهذا يرجع لحالتهم الصحية من حيث شدتها وقد حرصت الباحثة على مراعاة تنويع العينة من حيث الجنس والفئة العمرية والحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي.

كما علينا التأكيد أنه من الأسباب الرئيسية التي دفعتنا لاختيار العينة العرضية بدلا من العينات الأخرى هو أولا عنوان الدراسة والذي استهدف الاسر الزائرة ، وثانيا صعوبة حصر مجتمع الدراسة بدقة وذلك لاعتبارات عدة أهمها أن تدفق الأسر إلى المؤسسات الصحية يتغير باستمرار ولا نستطيع التحكم فيه وذلك بسبب الحالات المرضية وفترات العمل الطبي وبما أنه ليس لدينا قائمة شاملة لكافة الأسر التي يفترض أن تزور المؤسسة الصحية وهذا أمر غير ممكن منطقيا مما فُرض علينا هذا الأسلوب ولضمان الإجابة الواعية والتفاعل المباشر للمبحوثين مع الاستبيان من خلال ما توفره العينة القصدية التي تراعي توفر المبحوثين وذلك استنادا لظروفهم الصحية والنفسية والاقتصادية داخل المؤسسة الصحية ما جعل من هذا الأسلوب أكثر ملائمة لطبيعة البحث الميداني السوسيولوجي لدراستنا الحالية.

ثانياً: منهج الدراسة والأدوات المنهجية المستخدمة في الدراسة

1. منهج الدراسة

إن عملية تحديد المنهج تعتبر خطوة مهمة في البحث العلمي وهي العملية التي يتم فيها الاختيار والتحديد بمعنى أنها لا تعتمد على العشوائية بل تحتاج إلى انضباط علمي أولا ثم رؤية، " فالمنهج يعبر عن مجموعة من العمليات والخطوات التي يتبعها الباحث، بغية تحقيق أهداف بحثه وبالتالي فالمنهج ضروري للبحث، إذ هو الذي ينير الطريق ويساعد الباحث في ضبط أبعاد وأسئلة وفروض البحث." [1]

[1] رشيد زرواتي: تدريبات على منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية، دار هومة، الجزائر، ط1، 2002، ص 119

وعليه فإن طبيعة الموضوع هي التي تحدد لنا نوع المنهج وخطوات اتباعه وذلك للكشف عن المجهول والبرهنة عن الحقيقة.

ولهذا وانطلاقا من موضوع دراستنا انعكاس مستوى الخدمات الصحية على معاش الأسرة الجزائرية وأهدافها المحددة اعتمدنا على المنهج الوصفي باعتبار المنهج الوصفي أكثر المناهج كفاءة في الكشف عن الظاهرة ووصفها ، كما توجد في الواقع ووصفها وصفًا دقيقًا والتعبير عنها كيفيًا وكميًا وعليه فإن دراستنا انطلقت من البحث في مدى استفادة الأسر من الخدمات كمدخل لقياس "مستوى الخدمة " والبحث في مدى مساهمة الخدمات الصحية في تحسين معاش الأسر بأبعادها (الاقتصادية، الاجتماعية والصحية) والمنهج الوصفي أكثر المناهج قدرة على احتواء دراستنا الحالية وتوجيهها وعليه فالمنهج الوصفي هو "مجموعة من الإجراءات المنهجية التي تتكامل وصف الظاهرة أو الموضوع، اعتمادا على جمع الحقائق والبيانات ،وتصنيفها ومعالجتها وتحليلها تحليلا كافيا ودقيقا لاستخلاص دلالتها، والوصول إلى نتائج أو تعميمات عن الظاهرة، أو الموضوع محل البحث"[1]

وعليه فإنه تم تطبيق المنهج الوصفي وفقًا للخطوات التالية:

- **المرحلة الأولى:** تم جمع المعلومات النظرية التي لها علاقة بموضوع البحث، ومن ثم مناقشتها مع أهل الاختصاص وذلك للاستفادة من خبراتهم حول المعطيات النظرية لموضوع الدراسة.
- ومن ثم تلتها مرحلة التدقيق والوصف ومن هنا بدأت مرحلة تحديد وصياغة تساؤلات الدراسة.
- تحديد المؤشرات المرتبطة بموضوع الدراسة ومحاولة البحث في تحليله وتفسيره.
- اختيار الأدوات الملائمة لدراستنا المشكلة الحالية وهي الاستمارة، المقابلة، الملاحظة المباشرة
- اختيار العينة الممثلة لمجتمع البحث وتعيين خصائصه ومميزاته.
- تحليل البيانات وتفسيرها والخروج باستنتاجات.

ثالثاً: أدوات جمع البيانات

لفهم موضوع معين يجب أن يستعين الباحث على مجموعة من الأدوات وذلك قصد معرفة واقع وميدان دراسته والوقوف على تحديد دقيق لمتغيرات الدراسة ونتائجها، ولهذا قد تم اختيار الأدوات وتقنيات

[1] بشير صالح الرشيدي: مناهج البحث التربوي، رؤية تطبيقية مبسطة، ط1، دار الكتاب الحديث، الكويت ،2000، ص 21.

جمع البيانات، وذلك لمدى مصداقيتها في الكشف عن الظاهرة محل الدراسة وفق ما تمليه دقة الأداة ومصداقياتها.

"ويقصد بأدوات جمع البيانات أو كما تعرف بأدوات البحث العلمي، مجموعة الوسائل والطرق والأساليب والإجراءات المختلفة، التي يعتمد عليها الباحث في جمع البيانات والمعلومات وتصنيفها وجدولتها " [1]

وبالنسبة لبحثنا هذا فقد تم الاعتماد على الوسائل والأدوات التالية:

1. الملاحظة

تعتبر الأداة الأساسية التي تستخدم في البحوث السوسيولوجية وتعتبر من أهم الأدوات التي تساعدنا في الحصول على البيانات والمعلومات لموضوع الدراسة ولهذا تم استخدام الملاحظة القبلية وذلك لتدعيم تساؤلات الدراسة والتأكد من صحة البيانات المتحصل عليها وكذا مراقبة المحيط وذلك بهدف الحصول على المعلومات التي لم نتمكن من الحصول عليها من المبحوثين مباشرة ،ولهذا تمت هذه المرحلة في فترة العمل الميداني ،حيث تم تسجيل الظواهر التي تحدث تلقائيا في الظروف العادية وذلك من خلال إعداد شبكة الملاحظة ورصد المؤشرات والتي كانت تحدث مع الأسر في المؤسسة الصحية العمومية (بن عمر الجيلاني ،19 مارس) ،وقد تم الاعتماد على الملاحظة بالمشاركة في المؤسستين الصحتين العموميتين قصد التقصي المباشر لمحل الدراسة وذلك لهدف جمع الملاحظات بطريقة غير موجهة من خلال جمع المشاهدات والتي تمثل معلومات كيفية نستعملها في فهم المواقف والسلوكيات، ولكن هنا الباحثة استخدمت هذه الطريقة بشكل مستتر دون أن يعلم الطاقم الطبي والإداري وكذا الأسر عينة الدراسة أنهم ملاحظين ولهذا تم تسجيل الملاحظات في دفتر خاص بالمشاهدات وتم انتهاج نهج موريس في الخطوات الرئيسية للملاحظة وهي :

- "تحديد مجال الملاحظة (مكان وزمان الملاحظة) ويخضع الاختيار وفقا لأهداف الدراسة والتي قد صاغها من قبل.

[1] علي غربي، أدبيات المنهجية في كتابة الرسائل الجامعية، مطبعة قسنطينة، الجزائر ،2006، ص 111

- التفكير في أسلوب مهذب لتسجيل ملاحظاته بطريقة منظمة، ومن المفيد في الكثير من الأحيان أن يعد الباحث أوراقًا يدون فيها ملاحظاته وذلك قبل النزول إلى الميدان.
- يحاول الملاحظون القائمون بالملاحظة المتخصصة أن يختلطوا بالأخرين كما لو كانوا تابعين للجماعات التي يلاحظونها على أن يؤثر وجودهم على أنماط التفاعل داخل الجماعة، وفي بعض الأحيان يشترك الباحثون في الأنشطة ليتعرف على المعنى الذي تحمله هذه الأنشطة بالنسبة للأفراد الذين يدرسهم."[1]

وبناءً على ذلك ففي فترة العمل الميداني تم تسجيل كل الحالات التي تحدث تلقائيا في ظرفها العادي بدون أي تدخل مع اخضاعها للضبط السوسيولوجي وشبكة الملاحظة وكما تم رصد المؤشرات التي تم تحديدها مسبقا والمتوقع حدوثها في المؤسستين الصحيتين العموميتين وكان السبب هنا البحث في التغيرات المصرح بها في شبكة الملاحظة والاستمارة حول الخدمات الصحية وانعكاسها على معاش الأسرة بأبعاده.

2. المقابلة

تعتبر المقابلة أداة مهمة من أدوات البحث العلمي وتظهر أهميتها في مساعدة الباحث في جمع المعلومات والبيانات الغير موثقة والصعب الحصول عليها،" ولهذا فإن المقابلة هي وسيلة أو تقنية بحث هامة تسمح باكتشاف آراء المبحوث وتصوراته في ظل تلك العلاقة التفاعلية معه والتقاء الباحث بالمبحوث شرط أساسي لقيام المقابلة في مكان معين "[2]

فمنذ إن استلمتنا موضوع الدراسة وقبل تحديد تساؤلات الدراسة توجهت مباشرة لميدان الدراسة للقيام بمقابلات استكشافية في إطار الجولات الاستطلاعية وذلك قصد البحث في المساعي التي تساعدنا في ضبط مشكلة البحث والتعرف على تمثلات المبحوثين المبدئية حول موضوع الدراسة وهذا لاستثمار مضامينها في بناء أبعاد الاستبيان ومؤشراته، وعليه استفادت الباحثة من المقابلة الاستكشافية الغير موجهة كتقنية مكملة للقراءات ،"ولهذا اعتبرها سعيد سبعون " مصدرا هاما للمعلومات لا نحصل عليها

[1] موريس أنجرس: تر: بوزيد صحراوي وآخرون، منهجية البحث العلمي في العلوم الانسانية، ط2، دار القصبة للنشر، الجزائر ،2004، ص 242.

[2] سعيد سبعون: الدليل المنهجي في إعداد المذكرات والرسائل الجامعية في علم الاجتماع، دار القصبة للنشر، الجزائر ،2011، ص 79.

من استعراض الأدبيات ،وما يزيد من قيمتها العلمية هو ذلك الاحتكاك الأول بالميدان بالنسبة إلى الباحث المبتدأ والاحتكاك من جديد بالنسبة إلى الباحث المتعود على البحث وهي تجسيد مباشر وفعلي لعملية البحث الميداني ...إذ هي مرحلة الاحتكاك بالأشخاص والإصغاء إليهم والاستماع لما يدون به من معلومات مفيدة بعد غربلتها على أساس أهداف الدراسة "[1] ولهذا فقد مرت دراستنا على مرحلتين في مقابلة استكشافية وقد كانت المرحلة الأولى في الفترة الممتدة ما بين أبريل وجوان 2023 وذلك بسبب تحديد أهم الخدمات الصحية التي تستفيد منها الأسر وكذلك بسبب تنوع الخدمات الصحية المقدمة بما فيها الخدمات الصحية الأولية والعامة والتخصيصية (كالجراحة الأعصاب والعظام ...) ومن خلالها تم تحديد ميدان الدراسة والذي تأرجح بين القطاع الصحي العام والخاص أو المستشفيات الاستشفائية المتخصصة في الأورام السرطانية أو أمراض العيون والتي تُعنى بتقديم خدمات طبية نوعية محددة ،وعليه تواجدت الباحثة في تلك المؤسسات الصحية بحيث جمعتها لقاءات عديدة مع الأسر المتواجدين في المؤسسة الصحية والطاقم الطبي والإداري والتي من خلالها قامت الباحثة باستدراج المبحوثين المحتملين من كل الفئات لإجراء مقابلة غير موجهة بهدف فهم مدى استفادتهم من الخدمات المقدمة وكيف تنعكس على معاشهم الأسري ومنه خرجت الباحثة بمجموعة من المعطيات النوعية وهي تحديد المحاور الرئيسية للبحث ،وصياغة التساؤلات ،وفي الأخير بناء المؤشرات والأبعاد والتي ستتشكل لاحقًا إلى أسئلة استمارة كمية ،ولقد ساعدتنا هذه المرحلة في استغلال تلك المقابلات في تحديد نقاط الاشتراك والاختلاف في وجهات النظر مما سمح لنا من استخراج الجزئيات التي تظهر من خلال الأقوال وعلينا التنويه أنَّ نزولنا للميدان في المرحلة الاستكشافية والقيام بالمقابلات لم يكن اعتباطيا بل كان مكملا مع الأدبيات والقراءات ،أما المرحلة الثانية فكانت عند النزول للميدان كمرحلة أخيرة وبعد بناء الاستمارة تمَّ التعامل مع المبحوثين ذات المستوى التعليمي المحدود ما استدعى تدخل الباحثة لتوضيح مضمون بعض الأسئلة وتقديم الشروحات المبسطة لهذه الفئة ،كما قام بعض أفراد الأسر بطرح استفسارات حول الأسئلة وهذا لا يعني أن الباحثة تدخلت في توجيه الأسئلة لمسار ينافي أخلاقيات البحث العلمي بل حرصت أن تراعي الحياد العلمي أثناء التوضيح دون التوجيه المباشر للإجابات.

[1] سعيد سبعون: مرجع سابق، ص174

3. الاستمارة

تعتبر الاستمارة من أهم الأدوات وأكثرها استخدامًا في العلوم الاجتماعية إذا يعتمدها الباحث الاجتماعي في جمع البيانات المتعلقة بموضوع بحثه السوسيولوجي وغالبا تكون موجهة للمبحوثين أو عينة الدراسة لهذا تُعرف بأنها" وثيقة تتضمن مجموعة من الأسئلة توجه إلى المستجوبين ،وهم أفراد العينة التي استخرجها الباحث بغرض التحقق من فرضيات البحث ،وينتظر من هؤلاء المستجوبين أن يقدموا إجابات في مسائل أو نقاط معينة مرتبطة بأهداف الدراسة "[1]وهنا القصد أن الاستمارة توجه للمبحوثين للإجابة عن الأسئلة والتي تكون مُعدة مسبقًا بطريقة علمية بحيث لا تكون أسئلة عشوائية أو لا تخدم أهداف الدراسة وعليه فإن الوصول لمرحلة إعداد الاستبيان فمن الضروري أن يكون الباحث مرّ بالمراحل التي سبق ذكرها وهي من الملاحظة والمقابلة الاستكشافية والقراءات الأولية لأدبيات الدراسة ولأهمية الاستبيان في الكشف عن انعكاس الخدمات الصحية على معاش الأسرة فقد مرّ على مراحل متعددة من الإعداد والتجريب وهذا لأجل الوصول للشكل النهائي من خلال ضمان وضوح أسئلة الاستبيان ودقتها وملائمتها لطبيعة المبحوثين باعتبار أن عينة الدراسة (الأسر) تتميز بتنوع خصائصها السوسيوديموغرافية من حيث المستوى التعليمي والفئة العمرية والجنس ،والوضع الاجتماعي، مما شكل لنا تحدي في استوفاء كامل الشروط المنهجية، كما كان علينا أن نضمن ترجمة كامل مؤشرات وأبعاد الدراسة في الاستبيان ولهذا قمنا بتصميم الاستبيان من خلال الاستفادة من الإطار النظري والدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة كما أن الملاحظات الأولية والمقابلات الاستكشافية مع الأسر والطاقم الطبي في المؤسسات الصحية والتقصي عن الخدمات الصحية المقدمة التي ساعدتنا في بناء محاور الاستبيان والذي قمنا بتقسيمه إلى ثلاثة أجزاء وهي :

- **المحور الأول:** خُصص للبيانات الشخصية بما فيها الجنس، السن، المستوى التعليمي والمهني والحالة الاجتماعية والمستوى المادي للأسرة واشتراك الأسرة في الضمان الاجتماعي.
- **المحور الثاني:** خُصص هذا الجزء للبحث في مدى استفادت الأسر من الخدمات الصحية الدورية والوقائية للمؤسسة العمومية الصحية.
- **المحور الثالث:** خُصص المحور الثالث في مدى استفادت الأسر من الخدمات الخاصة والاستعجالية للمؤسسة العمومية الصحية.

[1] سعيد سبعون: مرجع سابق، ص 156

- **المحور الرابع:** خصص للبحث في مدى انعكاس الخدمات الصحية العمومية للمؤسستين (بن عمر الجيلاني ،19 مارس) في تعزيز مستوى معاش الأسر الزائرة من خلال البعد المادي والاجتماعي والصحي.

وعليه تماشيًا مع طبيعة الدراسة ومتغيراتها ومؤشراتها تم الاعتماد على الاستبيان كأداة لجمع البيانات الميدانية لهذا ولأجل إعداد وبناء الاستبيان والذي مرّ على عدة مراحل سنتطرق إليها فيما بعد ،أما بخصوص الشكل العام للاستبيان وانطلاقا من وعيينا المنهجي وبعد الاطلاع على الدراسات السابقة والأدبيات التي تخص موضوع دراستنا ومتغيرات الدراسة ومؤشراتها وأبعادها وكذا نزولنا للميدان عدة مرات للقيام بالجولات الاستطلاعية في المرحلة الاستكشافية قصد تحديد نوعية البيانات التي يمكن أن تساعدنا في الحصول على المعلومات ونموذج الاستبيان الذي يُمكنُنا من تَحري الدقة والتحليل ومع العلم أن عينة دراستنا هي الأسر الزائرة للمؤسسة العمومية الصحية بكامل تنوعها الديموغرافي ومستواها الاقتصادي والدراسي، وعليه فقد قامت الباحثة بتصميم الاستبيان لقياس توفر الخدمات الصحية الأساسية للأسر المستفيدة والاستفادة منها فعليا وذلك بغرض رصد انعكاس هذه الخدمات على معاش هذه الأسر ،لهذا ركز الاستبيان على مؤشرات ملموسة قابلة للقياس تشمل الأبعاد المادية (تكاليف العلاج والأدوية....) والاجتماعية (مدة الانتظار والعلاقات ....) والصحية من خلال (توفر الرعاية الصحية والتحاليل الطبية وزيادة الوعي والتثقيف الصحي للأسر....) وعليه نحن نعيد التنويه أن هدفنا لم يكن تقييم جودة الخدمات الصحية أو سلوك الطاقم الطبي بل كان هدفنا موجه للفهم ثم توثيق الواقع الفعلي للخدمات الصحية كما هو ، وانعكاسها على المعيش الأسري ولأجل الوصول إلى هدف الدراسة قد اعتمدنا مقياس ليكرت الخماسي Point Likert Scale-5 (من 1 إلى 5) وذلك لقدرته على تقييم مواقف الأسر تجاه مستوى الخدمات الصحية ومساعدتنا في تحويل الإجابات الذاتية للأسر إلى بيانات كمية قابلة للمعالجة الإحصائية مما يُمكننا من تحليل الانعكاسات الاقتصادية والاجتماعية والصحية عند الأسر إذ يجمع بين الدقة والسهولة في التطبيق على المستجوبين بما أنهم أسر زائرة ولهذا تم اعتماد أساليب المعالجة الإحصائية التالية :

- **الإحصاء الوصفي:** بحساب التكرارات والنسب المئوية لوصف مجتمع البحث.
- **معامل ارتباط بيرسون (person)** بهدف معرفة الاتساق البنائي للعبارات.
- **معامل ألفا كرونباخ (Alpha Cronback)** بهدف التأكد من صدق وثبات استمارة الاستبيان.

- **حساب معامل الارتباط بين متغيرات الدراسة** (مستوى الخدمات الصحية، معاش الأسرة).
- **الانحراف المعياري** لمعرفة درجة التشتت بين إجابات المبحوثين.

أما من الجانب الإنساني فإن الباحثة وبعد نزولها للميدان في المرحلة الأولى باستمارة ذات أسئلة مفتوحة لم تصل لنتائج جيدة، وبسبب طبيعة الأسئلة المفتوحة وهذا قد سبب ضغط على الأسر ونظرا لطبيعة عينة الدراسة حيث تكون الأسر في المستشفيات في حالة استعجال أو ضغط ولهذا تم تغيير الاستمارة من أسئلة مفتوحة إلى مقياس ليكرت وذلك لقدرته على تقديم بنود قصيرة وواضحة يمكن الإجابة عليها بسرعة وبأكثر دقة ووضوح منهجي.

وفي المقابل قد استغرق بناء الاستبيان وقتا معتبرا من زمن البحث، ولهذا مرت الاستمارة بعدة مراحل للوصول للصياغة النهائية:

أ- **مرحلة اعداد وتصميم الأداة:** تُعد هذه المرحلة أهم مرحلة في تشكيل الوعي المعرفي حول خلفية مجتمع البحث وتشكيل إطار موضوعي وإعطاء نموذج تصوري ميداني ولهذا فإن هذه المرحلة كانت مهمة للباحثة في مساعدتها لتصميم الاستبيان، وتحديد طبيعة الأسئلة وصياغتها من جهة أخرى، وكما ذكرنا سابقًا أن أداتي الملاحظة الاستكشافية والمقابلة والأولية مع الطاقم الطبي والأسر عند نزولنا للميدان جميعها ساهمت في بناء أسئلة الاستبيان.

وبعدها تم التصميم الأولي للاستبيان ثم تم عرض النسخة الأولية على الأستاذ المشرف والذي أبدى بعض الملاحظات والتوجيهات المتعلقة بتعديل الأسئلة وبعض المحاور بما يناسب موضوع دراستنا وكذا عينتنا والمتمثلة في الأسر، ومن بعدها تم طلب الاستشارة من الأساتذة ذوي الخبرة في الجوانب المنهجية وتقنيات البحث العلمي قصد تحكيمها والاستفادة من الملاحظات (أنظر للمحلق رقم 01).

وبعد استرجاع الاستبيان الذي تمّ تحكيمه من السادة المحكمين وبعد تطبيق أحكامهم في تغيير بعض الأسئلة أو تقديمها أو تأخيرها وحذف بعض الأسئلة والتي كانت لا تخدم مسار البحث ولا تخدم متغيرات ومؤشرات الدراسة وتغيير وضبط بعض الأسئلة الخاصة بمحور البيانات الشخصية، وبناءً على الملاحظات المقدمة من طرف المحكمين قمنا بتعديل الاستبيان وفقًا لمقترحاتهم وهذا ما ساعدنا للوصول إلى الشكل النهائي للاستمارة في المرحلة الأولية.

ب- **مرحلة التجريب** : في هذه المرحلة والتي تعد أهم مرحلة في البحث العلمي وهي تجريب الأولي للاستبيان ولهذا نزلت الباحثة للميدان من خلال توزيع استمارات محددة لتجريبها على عينة مصغرة من الأسر والذي قدر عددهم بـ(40) مبحوثًا ،وكان ذلك مقسم على المؤسستين ب(20) مبحوثًا لكل مؤسسة صحية ، والهدف الكشف عن أي عيب فيما يخص الأسئلة من حيث طول الأسئلة أو قصرها أو وضوحها وكذلك لضمان عدم وجود أي ازدواجية في معنى السؤال وعليه وضعت الأسرة بصمتها ومشاركتها الفعالة في إبداء رأيها وعليه أذكر أن أحد من العينات طلب مني زيادة عنصر النظافة وتوفر دورات المياه في الأسئلة لأن الأمر يرهقه عند دخوله للمؤسسة الصحية العمومية بسبب هذا الأمر ،وعليه تعتبر هذه المرحلة من أهم المراحل وذلك لقدرتها على الضبط النهائي بدون رجعة .

ت- **الصياغة النهائية:** وهنا تم ضبط الاستمارة في شكلها النهائي وذلك بعد مرورها بعدة مراحل والتي تم ذكرها سابقا ولهذا اكتملت الاستمارة في هذا الشكل والموزعة على أربعة محاور وهي كالاتي:

- **المحور الأول:** يتعلق بالبيانات الشخصية والتي تتمثل في المؤشرات التالية (الجنس، والعمر المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، المستوى المادي للأسرة، الاشتراك في الضمان الاجتماعي) والتي تتضمن الخصائص عينة الدراسة.

- **المحور الثاني:** والذي يبحث في التساؤل الثاني مدى استفادة الأسر من الخدمات الصحية الدورية والوقائية والتي تتمثل في المؤشرات التالية (التلقيح الوقائي، الطب الوقائي المدرسي القافلات الصحية المتنقلة، الجانب الإعلامي الصحي، الحصص الإرشادية، الفحوصات الدورية المجانية الوقائية، الكشف المبكر للأمراض.) في المؤسسة الصحية العمومية.

- **المحور الثالث:** أما هذا المحور يبحث في مدى استفادة الأسر من الخدمات الخاصة والاستعجالية والتي تتمثل في المؤشرات التالية (العمليات الجراحية المجانية، الاستعجالات الطبية، مخابر التحاليل الداخلية، توفر الأجهزة (أشعة، أجهزة تنفس، معدات طبية)، تنوع التخصصات الطبية، الأدوية)

- **المحور الثالث:** والذي يبحث في طبيعة انعكاس مستوى الخدمات الصحية على المعاش (الاقتصادي، والاجتماعي والصحي) للأسرة الجزائرية والذي تتمثل في المؤشرات التالية (النفقات الصحية، عناء الصرف والتنقل، تدعيم الأسر ذات الدخل المحدود، الوعي الصحي، توازن العلاقات الأسرية، الاستقرار النفسي والاجتماعي، الالتزامات الأسرية، الثقة والأمان، التوعية والتثقيف الصحي.)

ث- **مرحلة تطبيق استمارة الاستبيان:** وتأتي هذه المرحلة كمرحلة أخيرة في مرحلة تصميم الاستمارة، ولهذا وبعد أن تأكدت الباحثة من أن الاستبيان أخذ الشكل المطلوب (أنظر للملحق 02) وبعد التدقيق

في محتوياته وصحة أسئلته وبياناته وبعد التأكد من إتمام هذه المراحل قامت الباحثة بتوزيع الاستبيانات وعليه أن نذكر أهم المعوقات التي واجهت الباحثة أثناء توزيع الاستبيانات على الأسر وأهمها:

- في بداية تحديد التساؤلات كانت هناك صعوبة في تحديد ما يؤرق الأسر أولا وقبل كل شيء وماهي التساؤلات التي تسمح بالتعبير عن انشغالهم الحقيقي فكان البحث عما يستنزف معاشهم بشكل دقيق أمر شاق وكما ذكرنا سابقا فهدفنا لم يكن البحث عن الجودة أو رضى المرضى أو الأسر فقط.
- أما بخصوص المبحوث فلقد واجهتنا صعوبات في التواصل مع الأسر فهناك أسر رفضت الإجابة على الاستبيان وذلك بسبب إيمانهم الراسخ بأن وضع القطاع الصحي في الجزائر لن يتغير سواء أجابوا أم لا وهذا ما عبر به أغلب المبحوثين، وفي بعض الأحيان كنا كمحل للشك لدى الأسر وأسر أخرى كانت في حالة استعجال بسبب الحالة الصحية المستعجلة ولهذا لم تستطيع إعطائي بعض من الوقت للإجابة على الاستبيان.
- وبما أن ميدان دراستنا كان في المؤسسة الصحية العمومية وبما أن أغلب الحالات جاءت لطلب العلاج فقد شكل لدينا تحدي وخاصة أن هناك حالات متفاوتة في شدة حالتها المرضية ما أعاق على المبحوثين الإجابة على الاستبيان بأريحية.

❖ **درجات الاستبيان**

حُدد الاستبيان بخمس بدائل (نعم دائما، غالبا، محايد، نادرًا، لا أبدًا) أي أنها صُممت وفق مقياس ليكرت الخماسي، وتم إعطاء اختيار درجة محددة بترتيب رقمي وهي (1 ،2 ،3 ،4، 5) كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم 18: بدائل ودرجات الاستبيان.

البدائل	لا أبدا	نادرا	محايد	غالبا	نعم دائما
الدرجات	01	02	03	04	05

المصدر: من إعداد الباحثة.

الجدول رقم 19: مستوى اتجاه المبحوثين.

الدرجة	مجال المتوسط الحسابي	الاتجاه العام	الإجابة على الأسئلة حسب سلم ليكارت الخماسي
1	من 01 الى 1.80	مستوى منخفض جدا	لا أبدًا
2	من 1.81الى2.60	مستوى منخفض	نادرا
3	من 2.61 الى 3.40	مستوى متوسط	محايد
4	من 3.41 الى 4.20	مستوى مرتفع	غالبا
5	من 4.21 الى 5	مستوى مرتفع جدا	نعم دائما

ولبناء الجداول التي تعرض لنا معطيات مجتمع البحث من تكرارات ونسب وكذا الانحراف المعياري لكل عبارة وتحديد مستوى الاتجاه، وهذا قصد عرضها وتحليلها تم الاعتماد على مجموعة من الرموز كاختصارات نوضحها في الجدول التالي:

الجدول رقم 20: مفتاح الجداول.

المعنى	التكرار	النسبة
الاختصار	**ت**	**%**

المصدر: من إعداد الباحثة

❖ **الخصائص السيكو مترية للاستبيان:**

تعد هذه المرحلة مهمة لقياس مدى ثبات الاستبيان وصدقه وبعد التأكد أنها أخذت الشكل النهائي وكما ذكرنا سابقًا قمنا بتوزيعها على عينة تجريبية وذلك قصد قياس درجات التشتت والانحراف في إجابات المبحوثين والتأكد من أن الأسئلة واضحة لديهم ومن ثما انتقلنا للمرحلة الثانية وهي حساب الثبات وفق ألفا كرونباخ ونوضح ذلك فيما يلي:

1/ الصدق الظاهري: وكما ذكرنا سابقًا فلقد تم عرض الاستبيان على مجموعة من الأساتذة المحكمين وتم إتباع توجيهاتهم وملاحظاتهم حول الاستبيان.

2/ صدق الاتساق البنائي: وهنا القصد من القياس هو التحقق من أهداف الدراسة، بقياس ارتباط كل العبارات بالمحاور التي تنتمي إليها ونوضح ذلك في الجدول التالية:

الجدول رقم 21: يوضح نتائج اختبار معامل ألفا كرونباخ للاستبيان.

الاستبيان	عدد العبارات	معامل ألفا كرونباخ
الخدمات الصحية الدورية والوقائية للمؤسسة الصحية	10	0.803
الخدمات الخاصة والاستعجالية للمؤسسة الصحية العمومية	10	0.879
الخدمات الصحية العمومية وتحسين معاش الاسرة	14	0.896
اجمالي الاستبيان	34	0.930

ومن خلال الجدول أعلاه يتضح أن قيمة معامل ألفا كرونباخ الكلية هي **0.93** وهي قيمة مرتفعة تتجاوز الحد الأدنى المقبول 0.60 أي أنها قيمة جيدة وهي نسبة تعبر عن درجة عالية من الثبات والاتساق الداخلي ومصداقية المستجوبين وتدل على ثبات أداة الدراسة، بحيث بلغت قيمة معامل الثبات بالنسبة لمحور الخدمات الصحية الدورية والوقائية للمؤسسة الصحية **0.803** ومحور الخدمات الخاصة والاستعجالية للمؤسسة الصحية العمومية بـ**0.879** أما محور الخدمات الصحية العمومية وتعزيز معاش الأسرة بـ**0.896** وهذا يشير إلى أن الاتساق المرتفع بين فقرات كل محاور الاستبيان وهذا ما يفسر أن المبحوثين يدركون أن الخدمات الصحية في المؤسسة الصحية كمنظومة متكاملة تؤدي وظائف مترابطة وبذلك تنعكس في النهاية على جودة حياتهم الأسرية.

أ. السجلات الوثائق

تم استخدام الوثائق والسجلات في هذه الدراسة والإحصاءات الرسمية باعتبارها مكملة لأدوات المنهجية المستخدمة في البحث وكذا مختلف النصوص القانونية التي تنظم المستشفيات بالإضافة إلى الوثائق للهياكل الإدارية للمؤسسات الصحية محل الدراسة.

ب. الإحصاءات الرسمية والتقارير

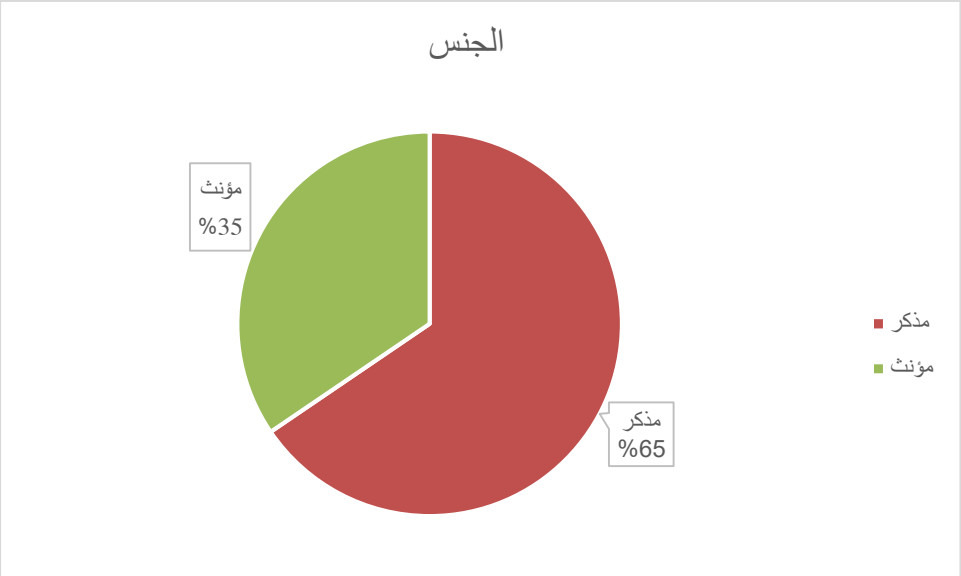
وهي تقنية يعتمد عليها في جمع البيانات والتي من خلالها اعتمدنا عليها في جمع البيانات والاحصائيات الرسمية، والتقارير الوطنية حول تعداد السكان في الجزائر وولاية الوادي والتعرف على عدد المراكز الطبية في الوطن والولاية وتوزيعها جغرافيا.

2-2 خصائص العينة

جدول رقم 22: توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس

الجنس	التكرارات	النسب المئوية
مذكر	131	% 65.5
مؤنث	69	% 34.5
المجموع	200	% 100

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات برنامج spss



وبناءً على تلك المعطيات ومن خلال النتائج المتحصل عليها من الجدول التالي نلاحظ أن نسبة الذكور تتمثل في 65 % أكثر من الإناث ونسبتهم 34 % مما يُفسر أن الذكور أكثر زيارة للمؤسسة الصحية وهذا يرجع إلى أن الذكر داخل الأسرة غالبا هو المسؤول الأساسي مهما كانت صفته سواء كان (الأب أو الأخ أو حتى أحد الأقارب) في الأسرة والمرافق لأفراد أسرته لتلقي الخدمات الصحية خاصة إذا كانت الأسرة تقطن بعيدًا عن المؤسسة الصحية العمومية وهذا ما يفسر أن نسبة الذكور أكثر نسبة وكما نعلم أن المجتمع الجزائري وخاصة المجتمع الصحراوي الذي يتميز بنزعته المحافظة باعتبار الرجل هو المعيل وصاحب القرار داخل الأسرة خاصة في الأمور المالية والصحية وهذا ما يميز المجتمعات المحافظة ، ويعتبر حضور النساء في المؤسسات الصحية العمومية أقل نسبيًا بسبب المعايير الاجتماعية وتوزيع الأدوار الاجتماعية التقليدية في الأسرة المحلية حيث يحتكر الذكور المجال الخارجي (كالمؤسسات، التعاملات الرسمية...) بينما تبقى الإناث في المجال الداخلي (المنزل، الأسرة...).

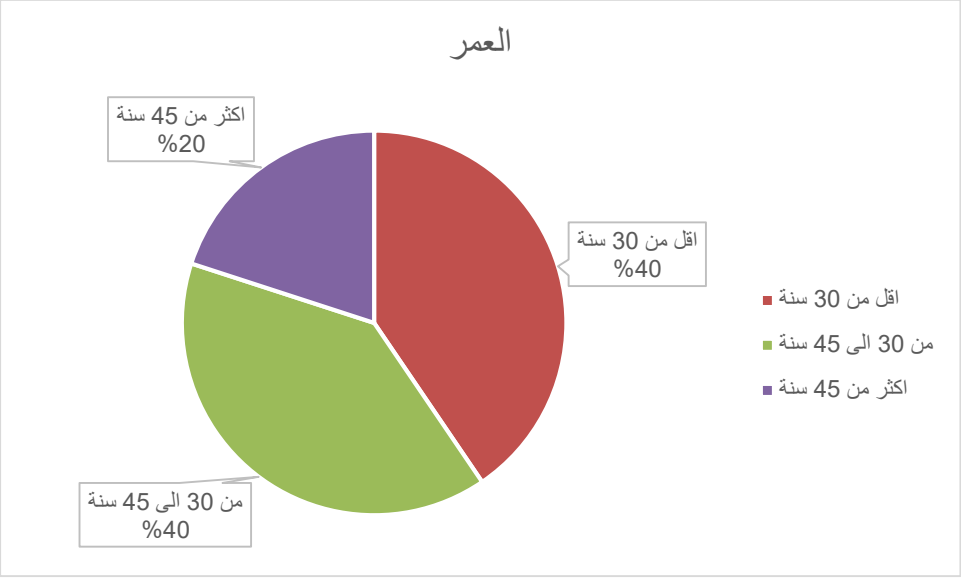
أما في الجانب المنهجي فإن الدراسة أُجريت في المؤسسات الاستشفائية والجوارية والتي تقدم خدمات وقائية وعلاجية على حد سواء وهذا يرجع السبب أن نسبة الذكور أكثر نسبة من النساء والتي أغلبهن يتواجدن في المصلحات الصحية الخاصة بالتوليد وأمراض النساء، ولهذا فإن تواجد الذكور أكثر في المؤسسات الصحية وطلبهم للخدمات الصحية لأجل صحة رب الأسرة أو المعيل أو للأجل مرافقة أحد أفراد الأسرة وقد يؤثر على الوضع الاقتصادي للأسرة ما يعني غيابهم القسري عن العمل أو انخفاض إنتاجيتهم مما يؤثر بالسلب على مستوى جودة الحياة الأسرية بشكل عام ولهذا فإن جودة الخدمات الصحية في المؤسسة الصحية العمومية يعدُّ عاملا أساسيًا في ثبات المستوى الاقتصادي للأسر في

المجتمع الصحراوي خصوصا وأنها تضع دور الإعالة واتخاذ القرارات في يد الذكور ،ولهذا فإن النظام الصحي باعتباره أحد النظم الفرعية في النسق الكلي (المجتمع) ولهذا فهو يؤدي وظيفة أساسية وهي الحفاظ على توازن البنية والاجتماعية من خلال تمكين الأفراد في أداء أدوراهم بفاعلية وهذا ما يحقق لنا جودة الحياة وضمان الاستمرارية الاقتصادية والاجتماعية للأسرة .

الجدول رقم 23: الفئة العمرية لمفردات مجتمع البحث.

الفئة العمرية	التكرارات	النسب المئوية
أقل من 30 سنة	81	% 40.5
من 30-45 سنة	79	% 39.5
أكثر من 45 سنة	40	% 20
المجموع	200	%100

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج spss



والملاحظ من الجدول أن الفئة الأكثر تكرارا هي الفئة الأقل من 30 سنة بنسبة تقدر 40.5 % وتليها الفئة من 30 إلى 45 سنة 39.5 % في حين فئة الأعمار أكثر من 45 سنة مثلت سوى 20 %.

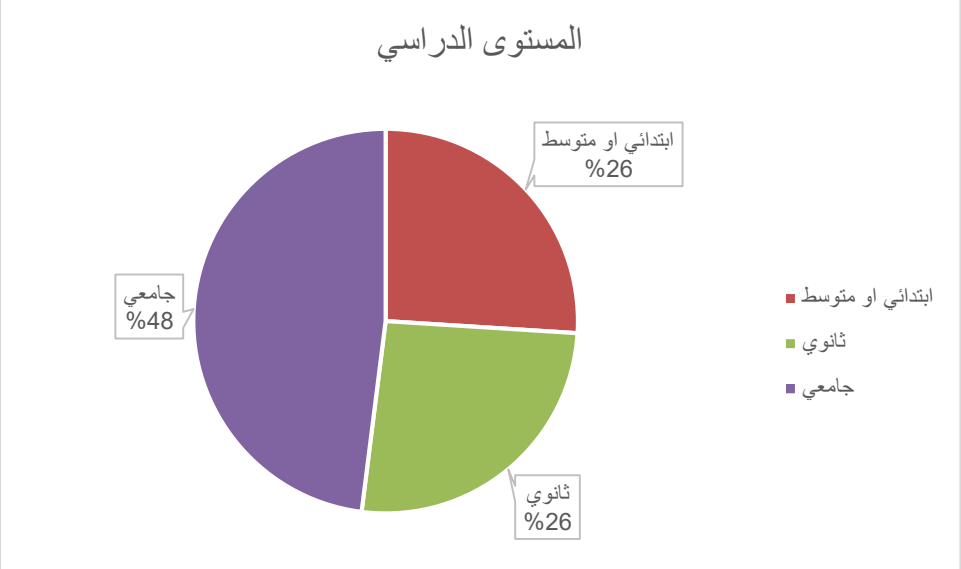
ومن الملاحظ من الجدول أعلاه أن هناك فرقا شاسعًا بين الفئتين الأولى والثانية والفئة الأخيرة وهذا يرجع إلى الفئة الأولى والثانية باعتبارها فئة الشباب الأكثر نسبة في التركيبة السكانية في المجتمع الجزائري وتعتبر الأكثر فئات نشاطًا وإنتاجًا في المجتمع الجزائري وهذه الفئات بسبب قدرتها الجسدية

تؤدي وظائف أساسية داخل الأسرة وخارجها سواء في الجانب الاقتصادي أو الاجتماعي ،إذًا تعتبر القوى العاملة وهذا ما يفسر ترددهم باستمرار على المؤسسات الصحية إما لأجل الفحص الشخصي أو كمُرافق لأحد أفراد أسرتهم مما يجعله عنصر أساسي في استقرار النظام الأسري بجانب المنظومة الصحية فإن تمتع هذه الفئة بمستوى من الوعي الصحي والمسؤولية بوجوب الحفاظ عن صحته وصحة أفراد أسرته وهذا ما ينعكس على استقرار النظام الأسري فأي خلل في الخدمات الصحية المقدمة لهذه الفئة يؤثر بشكل مباشر في استقرار الأسرة وجودة الحياة الأسرية ،في حين نجد أن الفئة الأخيرة والتي تعتبر الفئة الأقل في مجتمع الدراسة والتي تفوق 45 سنة وتتمثل مرحلة الاستقرار والنضج الاجتماعي فإن احتياجها للخدمات أكثر نوعية وجودة وبذلك تعتمد في الأغلب هذه الفئة على الخدمات الصحية الخاصة بدلا من التردد على المؤسسات الصحية العمومية وهذا ما يفسر ضعف لجوء كبار السن إلى المؤسسات الصحية العمومية.

الجدول رقم 24: المستوى التعليمي لمجتمع الدراسة

المستوى التعليمي	التكرارات	النسب المئوية
ابتدائي أو متوسط	52	%26
ثانوي	52	%26
جامعي	96	%48
المجموع	200	%100

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج spss



يمثل الجدول التالي المستوى التعليمي لعينة الدراسة ،ومن الملاحظ أن عينة البحث أخذت منحنى أكثر تنوعا في التركيبة التعليمية حيث يحدد التعليم مدى استفادة الأفراد من الخدمات الصحية وذلك انطلاقا من الرأسمال المعرفي ولهذا في دراستنا الحالية لقد تمثلت عينة الدراسة من الذين يترددون على المؤسسات الصحية العمومية وهي النسبة الأكثر وتتمثل في 46 % من المستوى الجامعي وهي النسبة الطاغية تقارب نصف العينة المدروسة فإن وجود نسبة مرتفعة نسبيا من المستوى التعليمي الجامعي يوضح لنا مدى قدرة هذه الفئة على التفاعل الواعي مع النظام الصحي وفهم حقوقهم وواجباتهم تجاه المؤسسات الصحية العمومية فكلما ارتفع مستوى التعليم ارتفعت قدرة الأفراد على تبني سلوك صحي واعٍ والمطالبة بخدمات ذات جودة أفضل وكذا الاستفادة القصوى من الخدمات الوقائية ما يؤدي إلى التحسن في صحتها العامة واستقرارها الاقتصادي والاجتماعي، وفي المقابل فإن المستوى الابتدائي أو المتوسط والثانوي فلقد تقاسما النسب بتساوي وتمثلتا في 26 % فإن هذه النسب وتواجدها داخل المؤسسة الصحية خاصة المبحوثين ذو مستوى ابتدائي يشكل تحديًا في التكيف مع نوعية الخدمات والتعامل مع مقدمي الرعاية الصحية وإدراكهم لمدى مستوى الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسة ويعبر نتيجة ضعف الوعي الصحي وسوء استخدام الموارد المتاحة وهذا يؤدي إلى زيادة نفقات العلاجات الطارئة والتي قد تكون بسبب اهمال الاستفادة من الخدمات الوقائية مما يؤثر غالبا على صحة أفراد هذه الفئة ويؤدي إلى ارتفاع معدلات الأمراض المزمنة مما ينعكس بالسلب على ميزانية الأسرة واستقرارها المعيشي ولهذا فإن مستوى التعليم يعتبر محددًا رئيسًا لجودة التجربة الصحية إذ يتيح للفرد إدراك العلاقة بين الصحة والرفاه المعيشي فكلما زاد إدراك الأسرة لأهمية الوقاية والتغذية الصحية والمتابعة الطبية المنتظمة كلما ارتفع مؤشر جودة حياتها هذا يدفعنا لطرح فكرة ذات اتجاه انعكاسي وهو أن معاش الأسرة ليس مرتبطًا فقط بالخدمات المقدمة في المؤسسات الصحية لوحدها بل يرتبط أيضًا ويتأثر بدرجة الوعي والتعليم داخل الأسرة فكلما ارتفع مستوى التعليم تحسن الأثر الإيجابي للخدمات الصحية على جودة الحياة المعيشية للأسرة والعكس الصحيح ، وهذا ما أثبتته دراسة سعيدة شين والتي تم إدراجها كدراسة سابقة مشابهة لدراستنا الحالية حيث رأت الباحثة أن فئة المواطنين الذين يتمتعون بمستوى تعليمي تتميز بالنضج العقلي ومستوى معرفي كبير خاصة في المجال الصحي مما يدفعها إلى التردد على المؤسسات الصحية ،وعليه فإنه نستطيع القول أنه هناك علاقة وطيدة بين التعليم والصحة وعلى ضوء ذلك " فقد تم إثبات الارتباط الإيجابي بين التعليم والصحة ،ولهذا يرتبط انخفاض التحصيل الدراسي بسوء الصحة وقصر متوسط العمر المتوقع وقصر البقاء على قيد الحياة عند المرض ولهذا فإن التعليم مرتبطًا ارتباطًا وثيقًا بمحددات

الصحة مثل الرعاية الوقائية والحياة الصحية وتعزيز الرفاهية الشخصية والمجتمعية وهذا يعني أن التعليم يؤدي إلى زيادة الاهتمام بالرعاية الصحية "[1] ،وبالتالي يمكن القول أن التعليم له صلة وثيقة بالصحة ولكن في جانب آخر لا يمكن الإنكار في وقتنا الحالي أنه أصبح الوعي ليس مرتبطًا فقط بالمستوى الدراسي وهذا يرجع إلى الاستخدام الواسع لوسائل التواصل الاجتماعي لكامل الفئات العمرية والتعليمية ولهذا تعتبر من بين أهم الدعائم الضرورية لتحقيق التوعية الصحية في المجال الصحي هذا إذ أحسن استخدامها وأخذ المعلومات الصحية من صفحات موثوقة خاصة المؤسسات التابعة للدولة أو الأطباء بشكل خاص ،وكذا وسائل الاعلام من التلفزيون والإذاعة "ولهذا تلعب وسائل الاعلام ونظرا لوظيفتها الإعلامية التوعوية التي تقوم بها لها دورٌ مهم في غرس هذه الثقافة الصحية ،باعتبار أن المعلومات الصحية في الغالب ونظرًا لدقة مصطلحاتها تحتاج إلى التوضيح والتفسير لتكون مفهومة من قبل أفراد الجمهور المتنوع الشرائح العمرية والمستويات التعليمية ،فيأتي الاعلام بمفرداته البسيطة لتحقيق وتنمية الوعي الصحي لأفراد المجتمع"[2].

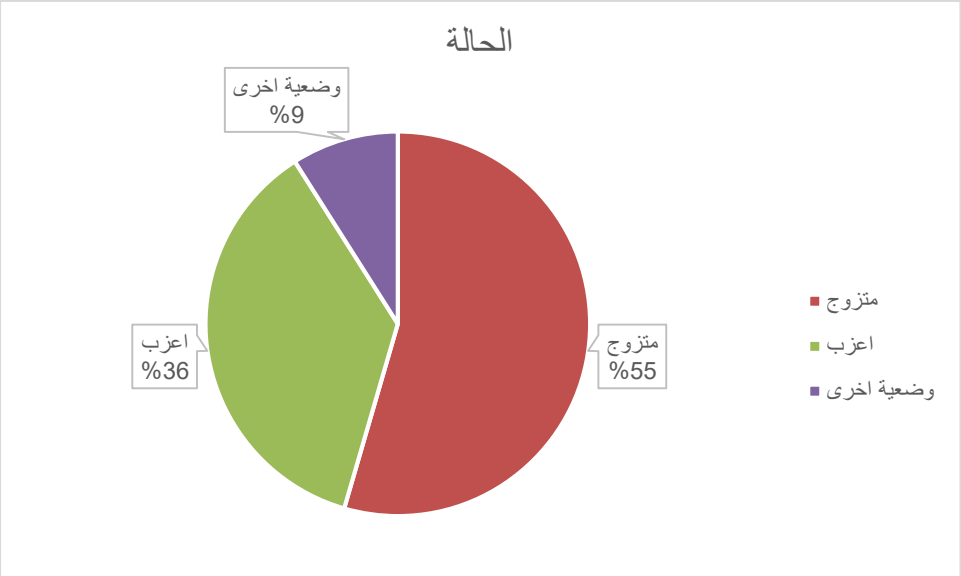
الجدول رقم 25: الحالة الاجتماعية لمفردات مجتمع البحث.

الحالة الاجتماعية	التكرارات	النسب المئوية
متزوج	109	%54.5
أعزب	73	%36.5
وضعية أخرى (طلاق، أرمل)	18	%9
المجموع	200	%100

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج spss

[1] Viju Raghupath ,wullianllur Raghupathe ,the influence of education on health:an empirical assessment of OECD countries for the period 1995-2015 ,Archives of Public Health ,78(20) ,(2020),

[2] الزهرة بريك: وسائل الاعلام ودورها في نشر الوعي والتثقيف الصحي، مجلة المعالم، المجلد الأول، العدد الأول، ديسمبر 2019، ص 55

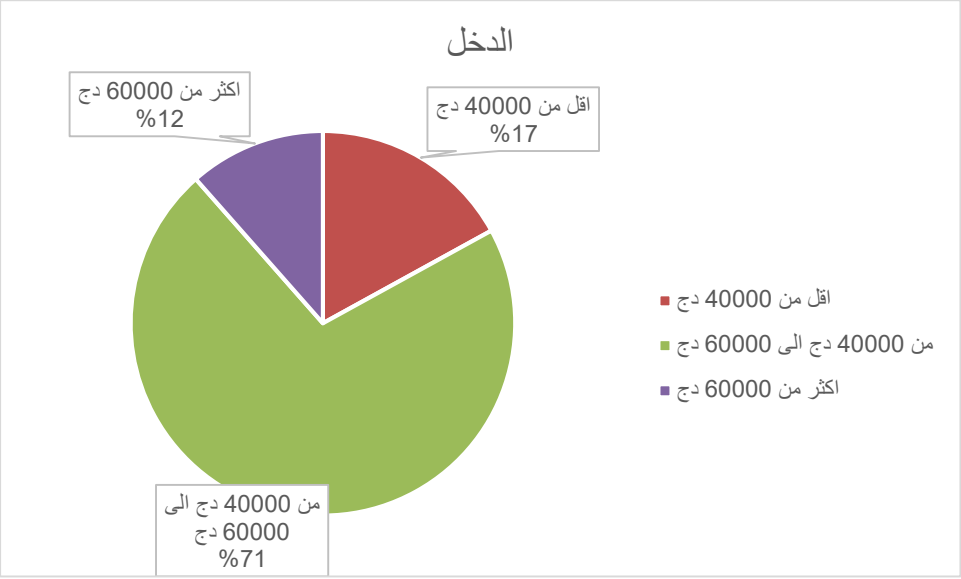


تُعبر هذه التركيبة الاجتماعية الشكل الطبيعي لموضوع دراستنا والتي تنطلق من عينة الدراسة وهي الأسر الزائرة للمؤسستين الصحية العمومية (الجيلاني بن عمر ،19 مارس 1962) حيث مثلت نسبة الحالة الاجتماعية (المتزوج) 55 % حيث تمثل النسبة الأكثر وهذا يرجع إلى أن الأسر أكثر طلبا للخدمات الصحية وأكثر وعيا لأهمية الرعاية الصحية ودورها في الحفاظ على استمرارية الأسرة ووظائفها الاجتماعية (الإنجاب والرعاية والتنشئة ...) مما يجعلها مركزًا رئيسيا لتلقي الخدمات الصحية وتنظيم أنماط المعيشية ولهذا قامت جميع المنظمات الصحية في العالم لأجل الحفاظ على استمرارية البشرية من خلال تطوير الأسرة ،كما أن عينة دراستنا في فئة الجنس شملت الذكور أكثر من الإناث وهذا ما يؤكد أن نسبة المتزوجين وأرباب الأسر من الذكور أكثر نسبة في عينتنا وهذا المعيل هنا قد يكون يتردد إلى المؤسسة الصحية العمومية من أجل طلب الخدمات الصحية لأفراد أسرته كالتلقيح أو مرافقة مريض أو الكشف عن صحته وهذا ما يعكس مدى إدراك المتزوجين للصحة كقيمة حياتية وشرط أساسي لاستقرار الأسرة والقيام بالواجبات الحياتية .أما فئة العزاب والتي مثلت نسبة 36.5 % وتعتبر هذه الشريحة أكثر استقلالا داخل الأسرة إذ يفسر تواجدها في المؤسسة الصحية كمرافقين أو غالبا يطلبون الفحص أو الحقن أو الاستعجالات الخاصة وهذا ينطبق على فئة الوضعيات الأخرى (مطلق، أرمل) والتي مثلت 18 % ولهذا فإنه هناك علاقة بين الحالة الاجتماعية والاستفادة من الخدمات الصحية فكلما كانت الروابط الاجتماعية أقوى (كالزواج ،الأسرة) زادت درجة الطلب على الخدمات الصحية والاندماج في النظام الصحي والوعي بأهمية الوقاية والعلاج .

الجدول رقم 26 المستوى المادي للأسر مفردات مجتمع البحث.

الدخل المادي	التكرارات	النسب المئوية
أقل من 40000	34	%17
من 40000 دج إلى 60000 دج	143	%71.5
أكثر من 60000 دج	23	%11.5
المجموع	200	%100

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج spss



تظهر النتائج ان أغلبية المبحوثين 71 % تنتمي إلى فئة الدخل المتوسط من (40000 دج إلى 60000دج)، بينما 17 % ضمن الفئة الأقل دخلا (أقل من 40000 دج)، و11% في الفئة الميسورة (أكثر من 60000 دج) ويعبر هذا التوزيع الشكل التوازن الطبيعي للبنية الطبقية في المجتمع حيث تمثل الطبقة المتوسطة قاعدة أساسية لاستقرار النظام الاجتماعي ولهذا تعتبر الفئة الأكثر اتصالا بالمؤسسات الصحية العمومية وبحسب ذلك تعتبر الخدمات المقدمة تخدم الطبقات ذوي الدخل المتوسط والضعيف بشكل أساسي.

أما الفئة ذات الدخل المحدود 17 % جاءت النسبة الأقل استفادة من طبقة الدخل المتوسط ورغم مجانية الخدمات الصحية فهنا لا يتعلق بتكلفة الخدمة وقد يتعلق الأمر بعدم قدرة الوصول للخدمات بسبب تكلفة التنقل أو ضعف الوعي الصحي ما يجعل هذه الفئة أكثر عرضة للهشاشة الصحية والاجتماعية. أما الفئة الموالية والتي مثلت 11 % وهي الفئة ذات الدخل الجيد والتي تتقاضى أكثر من

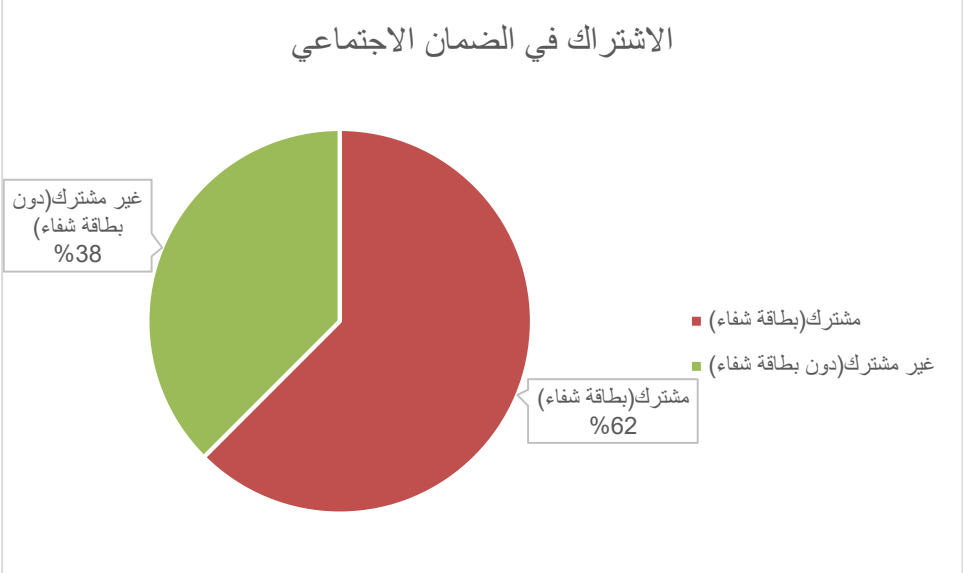
60000 دج ويعتبر تواجد هذه الفئة رغم قدرتها على الوصول للخدمات ذات جودة في المؤسسات الصحية الخاصة يُعبر عن وعيها لأحقيتها في الحصول على الخدمات العمومية المجانية وغالبا تواجد هذه الفئة في ميدان الدراسة للاستفادة من التطعيمات للأطفال أو التلقيحات الموسمية أو الاستفادة من التحاليل الطبية المجانية.

ولهذا فيعتبر الوضع المادي للأسرة الجزائرية وسيطًا رئيسيًا في انعكاس الخدمات الصحية على معاشها فالأسرة التي تتمتع بحد جيد من الدخل يسمح لها بالاختيار في الخدمات الصحية والنظام الصحي الجيد وهذا لا يؤثر بالضرورة على أبعاد معاشها، أما المبحوثين ذوي الدخل المتوسط والتي تعتبر أكثر تفاعلا واستفادة من الخدمات الصحية وهذا ما عبرت عنه عينة دراستنا الحالية مما تتضح لنا أن السياسات الصحية تراعي العدالة الاجتماعية في توزيع الموارد وجودة الخدمة ما يعطي أثر إيجابي على تحسين معاش الأسرة الجزائرية وبذلك قدرة الأسرة على تحقيق الرفاه الصحي.

الجدول رقم 27: توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الاشتراك في الضمان الاجتماعي

تأمين الضمان الاجتماعي	التكرارات	النسب المئوية
مشترك (بطاقة الشفاء)	125	%62.5
غير مشترك (دون بطاقة الشفاء)	75	%37.5
المجموع	200	%100

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج spss



ومن خلال نتائج دراستنا نرى أن أغلب المبحوثين مشتركين في الضمان الاجتماعي إذ شكلت نسبتهم 62 % مقابل 38 % غير مشتركين هذا التوزيع يمثل اندماج البنية الاجتماعية في المنظومة المؤسساتية للحماية الاجتماعية مما يوضح لنا أنَّ أغلب المبحوثين مندمجين في البنية الرسمية للدولة سواء كعاملين في القطاع العام أو الخاص وهذا الاندماج يسمح بتعزيز التماسك الاجتماعي داخل المجتمع الجزائري من الضمان الاجتماعي والذي يعتبر آلية من آليات حماية الأفراد من المخاطر الصحية والاقتصادية ويُقلل من الهشاشة بحيث تمثل هذه الفئة الأكثر استقراراً في المجتمع بعيدًا عن مدى شمولية الضمان الاجتماعي للتكاليف الصحية وغالبا تنتمي هذه الفئة في الفئة ذات الدخل المتوسط والتي شكلت الأغلبية في الحالة المادية بنسبة 71 % (الدخل بين 40000 و60000) .

أما فئة الغير المشتركين في الضمان الاجتماعي والتي تمثلت نسبتهم في 38 % فتمثل تلك الفئة التي تشتغل في القطاع الغير رسمي أو الفئات الغير عاملة وغالبا ما تنتمي إلى أصحاب الدخل المنخفض (أقل من 40000 دج بنسبة 17 %) والتي تمثل نسبة لا يستهان بها والذي يعبر عن خلل بنيوي وقد يسبب خللاً في جودة الحياة لهذه الفئة وذلك باعتبار الضمان الاجتماعي أحد المؤشرات الأساسية لرفاه الاجتماعي فالأسر المشتركة في الضمان الاجتماعي تتمتع بمستوى أعلى من الأمان الاقتصادي وكذا الصحي والنفسي عكس الغير مشتركون فيعيشون ضغوطًا معيشية عند المرض مما يؤدي إلى تدني جودة الحياة داخل الأسرة .

ولهذا نستطيع القول أن الضمان الاجتماعي هنا يعمل كوسيط بنيوي بين الخدمة الصحية وجودة الحياة فمعاش الأسرة يتحدد بمدى انخراط الأسر في مؤسسات الحماية الاجتماعية (الضمان الاجتماعي).

الخلاصة

إن الإجراءات المنهجية تُعدُّ من أهم الخطوات التي لا يمكن الاستغناء عنها في البحث العلمي والتي من خلالها يتم جمع المعطيات الميدانية، وفي هذه المرحلة يكون المسار واضح ومحدد للباحث، بحيث قمنا بتحديد مجالات الدراسة وأسلوبها، ومن ثم تحديد المنهج المعتمد وأدوات التقصي وكيفية إعدادها والتعامل معها، ثم عرض البيانات وتفسيرها بأهم الأساليب الإحصائية والهدف هنا الوصول لنتائج علمية، فهذه الخطوة أساسية للوصول إلى لب موضوع دراستنا وهو مناقشة نتائج الدراسة.

الفصل الخامس

عرض وتحليل وتفسير البيانات واستخلاص النتائج

تمهيد

أولا: عرض البيانات وتحليلها

ثانيا: مناقشة النتائج

ثالثا: التوصيات

خلاصة

تمهيد

بعد اختيار وتحديد أدوات جمع المعطيات الميدانية المناسبة وبناؤها بناءً علميًا منهجيًا يتوافق مع أهداف البحث ثم النزول إلى المؤسسات العمومية الصحية محل الدراسة وانتقاء وحدات المعاينة وبعد تحضير وسائل وأدوات جمع البيانات منها الملاحظة والاستمارة وتفحص الوثائق، وثم تأتي مهمة الباحث وهي تفريغ البيانات وترجمتها في جداول وأشكال وهذا قصد تحليلها تحليلا سوسيولوجيًا بالاعتماد على النتائج المتحصل عليها والاستعانة بالدراسات السابقة ،والمقاربات النظرية المناسبة لطبيعة موضوع دراستنا والتي تتلاءم مع جوانبها والتي تناولناها في الفصل الأول ،ومن استخلاص النتائج العامة للدراسة ومناقشتها وهذا ما سنقوم باستعراضه في هذا الفصل.

أولا: عرض البيانات وتحليلها

1. عرض وتحليل الأداة الرئيسية (استمارة الاستبيان):

جدول رقم 28: استفادة الأسر من الخدمات الصحية الدورية والوقائية للمؤسسة الصحية.

العبارة	لا ابدا		نادرا		محايد		غالبا		نعم دائما		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الاتجاه
	تكرار	نسبة	تكرار	نسبة	تكرار	نسبة	تكرار	نسبة	تكرار	نسبة			
8	20	10.0	12	6.0	30	15.0	26	13.0	112	56.0	1.364	3.99	غالبا
9	23	11.5	40	20.0	18	9.0	73	36.5	46	23.0	1.341	3.40	محايد
10	41	20.5	48	24.0	29	14.5	53	26.5	29	14.5	1.380	2.91	محايد
11	54	27.0	31	15.5	44	22.0	56	28.0	15	7.5	1.324	2.73	محايد
12	48	24.0	27	13.5	26	13.0	22	11.0	77	38.5	1.640	3.26	محايد
13	23	11.5	33	16.5	41	20.5	34	17.0	69	34.5	1.403	3.47	غالبا
14	120	60.0	23	11.5	31	15.5	13	6.5	13	6.5	1.262	1.88	نادرا
15	84	42.0	33	16.5	44	22.0	25	12.5	14	7.0	1.308	2.26	نادرا

16	24	12.0	23	11.5	23	11.5	39	19.5	91	45.5	1.434	3.75	غالبا
17	54	27.0	66	33.0	42	21.0	18	9.0	20	10.0	1.256	2.42	محايد
											0.831	3.0074	مستوى متوسط
الخدمات الصحية الدورية والوقائية للمؤسسة الصحية													

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات spss.

يبين الجدول أعلاه هنا اتجاه آراء المستجوبين على محاور الاستبيان، وذلك من خلال تحليلها قصد الإجابة على أسئلة الدراسة وذلك بالاعتماد على SPSS V26، حيث تم استخدام الإحصاء الوصفي لاستخراج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لإجابات العينة حول الاستفادة من الخدمات الصحية الدورية والوقائية للمؤسسة الصحية والخدمات الخاصة والاستعجالية للمؤسسة الصحية العمومية والخدمات الصحية العمومية في تعزيز جودة معاش الأسرة مع ترتيب العبارات حسب مقياس ليكارت الخماسي.

يعبر الجدول أعلاه عن مدى استفادة أفراد مجتمع البحث من الخدمات الصحية الدورية والوقائية للمؤسسة الصحية وذلك من خلال حساب التكرارات والنسب المئوية لكل عبارة، مع حساب متوسطاتها الحسابية وكذا حساب الانحرافات المعيارية وذلك بالرجوع إلى المقاربات النظرية والدراسات السابقة.

ومن خلال قراءتنا للجدول نصل إلى ما يلي:

– من خلال نتائج الجدول أعلاه يتبين بأن أفراد العينة موافقون بدرجة متوسطة على استفادة الأسر من الخدمات الصحية الدورية والوقائية للمؤسسة الصحية ،ولهذا فقد بلغ المتوسط الحسابي الكلي لمدى استفادتهم لتلك الخدمات والتي بلغت 3 يعبر عن موقف حياد أو متوسط في تقييمهم لعبارات المحور الثاني، أما الانحراف المعياري 0.831 وهذا يعني أن أغلب الأفراد أجابوا حول تقييمهم للمحور الخدمات الصحية الوقائية بطريقة متقاربة حول هذا المحور أي هناك تجانس نسبي وهذا يعني أن أداء المؤسسة

الصحية في الجانب الوقائي أو انعكاسها على معاش الأسرة يعد متوسطًا إلى حد ما وهنا الأسر لا ترفض الخدمات الوقائية لكنها لا تتبناها بشكل نشط ودائم.

وهذا يعني البنية الصحية الدورية والوقائية تؤدي وظائفها بدرجة مقبولة لكنها تحتاج إلى تعزيز فعاليتها لتحقيق توازن أكبر داخل النسق الاجتماعي وهذا ما ينعكس على جودة حياة الأسر ومن خلال ما توصلنا له إحصائيا يعكس الرفاه الصحي جزئيا.

وهذا ما جاء في العبارات التالية الخاصة بالمحور الثاني ففي العبارة رقم 8 فيما يخص استفادة الأسرة من التلقيح الوقائي للأطفال التي تنظمها المؤسسة الصحية العمومية حيث قدرت بانحراف معياري يقدر بـ .1.364 ومتوسطها الحسابي 3.99 هذا يعني أن غالبية الأسر تستفيد من الخدمات الصحية (التلقيح الوقائي) ويدل على أن الأسر توافق بدرجة مرتفعة على أن عائلتها تستفيد من التلقيح الوقائي للأطفال. وهذا ما عبرت عنه نسبة 56 % بنعم دائما وهذا ما يشير إلى أن أغلب الأسر تستفيد من الخدمات الوقائية وهذا يرجع للوعي الصحي للأسر في حين يعتبر الخدمات الوقائية من أهم الخدمات التي تحافظ على توازن المجتمع وكما ذكرنا سابقا أن كلما كان المجتمع في مرحلة الشباب يكون الطلب أكثر للخدمات الوقائية ، ذلك أن حماية الأطفال يعزز الرأس المال البشري في المجتمع الجزائر عبر الوقاية من الأمراض وتقليل الأعباء الصحية والمالية على الأسرة وتعبر هذه النسبة عن وعي الأسر بجوانب الرعاية الصحية : ولهذا "فتعد الثقافة الصحية جانبًا أساسيًا من جوانب الرعاية الصحية فهي تؤثر على قدرة الفرد على فهم المعلومات الصحية والوصول إليها وتطبيقها لاتخاذ القرارات مستنيرة ،وفي مجال الرعاية الصحية الوقائية ،ولهذا تعدُّ الثقافة الصحية العالية أمرا بالغ الأهمية لتعزيز السلوكيات الصحية وتحسين النتائج الصحية العامة .

كما ترتبط أيضا الثقافة الصحية المتدنية بضعف النتائج الصحية وانخفاض الاستفادة من الإجراءات الوقائية ،وزيادة تكاليف الرعاية الصحية "[1] ولهذا فإن وعي الأسرة يعد أحد أليات ضمان استفادة الأسر من الخدمات الوقائية وهذا يرجع لمدى وعيها بأهمية التلقحيات الموجهة للأطفال كضرورة بجانب إلى أن المؤسسة الصحية تؤدي وظيفتها الوقائية بكفاءة في حين أجابت نسبة 15% بمحايد وقد تمثل هذه

[1] Soheila Abdi Almachavan: The role of health literacy in enhancing preventive healthcare: A comprehensive review of challenges, interventions, and future directions, journal Research Clinical Medicine , j Res Clin Med 2024

النسبة مفردات العينة العزاب أو الذين ليس لهم أطفال ونسبة 13 % غالبًا و10 % لا أبدا و6 % بنادرًا وتعتبر هذه النسب جد متقاربة بين غالبا ونادرا ولا أبدا وهذا قد يكون مؤشرا للضعف في فرص الوصول للخدمات الوقائية أو عدم وعي الأسر وما يؤشر لوجود فجوة اجتماعية وصحية تؤثر بالاستمرار على الرفاهية الصحية.

أما فيما يخص العبارة رقم 9 و10 في "استفادت الأسر من الفحوصات الدورية التي تنظمها المؤسسة الصحية العمومية واستفادة الاسر من الفحوصات الدورية للأطباء المختصين للمؤسسة الصحية العمومية " ورغم أن العبارتين يرتكزان حول الفحوصات الدورية ولكن اختلفا في حول الأطباء العامين والإخصائيين ففي العبارة الـ9 والتي تبحث في الفحوصات الدورية المختصة بالمتابعة الصحية أو الكشف عن الأمراض فلقد تحصلنا على 1.341 للانحراف المعياري وهذا ما يشير إلى اختلافات في درجات الوصول أو حتى الاهتمام بتلك الخدمات وغالبا ما يعاز إلى درجة وعي الأسر و3.40 للمتوسط الحسابي بتقدير متوسط إلى حد ما مما يعني أن الأسر تستفيد من الفحوصات الدورية التي تنظمها المؤسسة العمومية ولكن ليس بدرجة عالية في حين جاءت النسب المئوية لتعطينا نظرة أوضح المبحوثين بنسبة 36% بغالبا يستفيدون من الفحوصات الدورية لتليها نسبة 23 % بنعم دائما يستفيدون منها أما نسبة 20 % أجابت بنادرا و 11.5 % بلا أبدا و 9 % بمحايد ويعني هذا أن الأغلبية أجابوا بغالبا وبنعم دائما مما يعكس لنا تذبذب في طلب الخدمة الفحوصات الدورية والبقية فكانت إجابتهم بنادرا ولا أبدا ... ورغم أهمية تلك الفحوصات والتي تمثل جزء قائم بذاته في العملية الصحية وعلى الرغم من مجانتيها واشتراك أغلبية المبحوثين في الضمان الاجتماعي فهذا قد يعتبر مؤشرا إلى أن الثقافة الصحية لم تتحول بعد إلى ممارسة ثقافية راسخة عند الأسر في مدينة وادي سوف وهذا ما ذهب إليه **مارك أوجي** :" والذي يرى بأن أي خلل بيولوجي غالبا ما يتم اعتباره داخل الكثير من المجتمعات خللا اجتماعيا أو ناتجًا عن خلل اجتماعي . لذلك فإن العلاج لم ينطلق من محاولة إعادة النظام للجسد المريض، وإنما من محاولة إعادة تنظيم المجتمع بشكل عام"[1] وهذا ما يتفق مع ما أكدته الباحثة **فريدة مشري** كون أن المرض والصحة يتحددان من متطلبات وتوقعات مرتبطة بمحيطنا باندماجنا وعلاقتنا الأسرية وهي تمثل الحالات الاجتماعية ،ولهذا فإن التحدي ينطلق من كيف إعادة تشكيل وتنظيم المجتمع في الجانب الصحي ،أما

[1] Herzlich ,M.A.Ordre biologique Ordre social ,la maladie forme élémentaire de l'évènement…(l.a .France, Éd) les archives contemporaine de France,p35.

في العبارة 10 والذي يخص استفادة الأسر من الفحوصات الدورية للأطباء المختصين فكان المتوسط أقل من المستوى المتوسط بـ2.91 والانحراف المعياري بـ1.380 مرتفع مما يدل على تباين وتشتت واضح بين إجابات أفراد العينة في حين بلغت 20 % بلا تستفيد الأسر من الفحوصات الدورية للأطباء المختصين في حين أجاب 24 % بنادرا أما النسب الأكثر هي غالبا 26.5 % أما نعم ومحايد فكانت نسب متساوية بـ14.5 % وتُعبر هذه النسب عن خلل في الاستفادة من الفحوصات المتخصصة وهذا ما أكدته دراسة **فريدة علي باشا** حول الخدمات الصحية للأمهات والأطفال الرضع في الجزائر حيث ومن خلال المؤشرات الصحية أن الأطباء المختصين في ولايات الجنوب وخاصة ولاية الوادي تعاني من نقص واضح في الأطباء المختصين حيث قدر بحوالي طبيب لكل 3600 ساكن، وفي نفس الصدد يعتبر الكشف الدوري للطبيب المختص جزء من الوقاية من الأمراض مما تسمح بالكشف عن الأمراض بشكل مبكر ولأن الكشف المتخصص هو جوهر الرعاية الصحية الوقائية والتشخيصية ويتعداها في تعزيز جودة حياة الأسر وذلك من خلال ضمان أعلى معدلات الشفاء وذلك من خلال اكتشاف الأمراض مبكرا والرعاية المستمرة للحالات المزمنة (كأمراض السكري والدم والقلب ....) وتعديل نمط الحياة وفي الغالب تساهم هذه العملية في خفض التكاليف للعلاجات المعقدة لاحقًا وإن ووجود استفادة ضئيلة قد يشير إلى خلل في أداء المؤسسة الصحية ما يحد من قدرتها على الحفاظ في التوازن المجتمعي عبر الوقاية المبكرة ونستطيع القول أن الاهتمام بهذا الجزء قد يخفف الضغط على الخدمات الصحية العلاجية وكذا تخفيف العبء المالي على ميزانية القطاع الصحي وكما يمكن تفسير التباين الكبير في استفادة عينة الدراسة إلى وجود اختلافات طبقية وتعليمية فالأسر ذات الدخل المحدود أو التعليم المنخفض قد تميل إلى الاكتفاء بالعلاج بعد المرض بدل الوقاية منه .

أما فيما يخص العبارة رقم 11 (تستفيد عائلتكم من العمليات الجراحية المجانية التي توفرها المؤسسة الصحية العمومية) وكان الاتجاه إلى أن أغلبية الأسر لم تستفد فعليًا من العمليات الجراحية المجانية التي توفرها المؤسسة الصحية العمومية حيث قدر المتوسط الحسابي بـ2.73 والمستوى هنا ضعيف قليلا على سلم ليكرت أي أن الأسر نادرا ما تستفيد من العمليات الجراحية المجانية التي توفرها المؤسسة الصحية وهذا ما أثبته الانحراف المعياري للعبارة حيث بلغت 1.324 وهنا يشير إلى التباين بمعنى أن الأغلبية لم تستفد إلا بعض الأسر ،وهذا ما عبرت عليه أعلى نسبة مئوية بـ28 % بغالبا وتليها نسبة 27% بلا أبدا في حين أجاب 22 % بمحايد مما عكس لنا أن أغلبية الأسر لم تستفد من هذه الخدمة

بشكل دائم وهذا يرجع لسببين أولهما قد تكون عينة الدراسة فعليا لم تعايش تجربة العمليات الجراحية أو قد خضعت لها في العيادات الخاصة بسبب عدم الثقة بالخدمات العمومية أما السبب الأخر وقد تكون هذه الخدمة لم تُفعل في المؤسسات العمومية بفعالية كافية ربما بسبب نقص الإمكانات وطول فترات الانتظار وقد يكون أيضا بسبب نقص الأطباء المختصين وهذا ما أجاب عنه المبحوثين في العبارة رقم 11 باستفادة الأسر من الفحوصات الدورية للأطباء المختصين حيث أجاب الأغلبية 26.5 % بغالبا وهذا قد يفسر إلى سوء أو تقصير في أداء البنية الصحية ومما ينعكس بالسلب على الأسر خاصة ذات الدخل المتوسط والضعيف والغير مؤمنين .أما البقية فأجابوا بـ 15.5 % بنادرا و7.5 % بنعم دائما .

أما العبارة رقم 12 وهي استفادة الأسر من الرعاية الخاصة بالأمراض المزمنة في المؤسسة الصحية العمومية حيث في المتوسط الحسابي بلغت 3.26 ويعني أن مستوى الاستفادة من برامج رعاية الأمراض المزمنة مقبول أما الانحراف المعياري 1.640 يعتبر كبيرا نسبيا بمعنى هناك تشتت في استجابات أفراد العينة وبهذا أجاب 38.5 % بنعم دائما يستفيدون من الرعاية الخاصة بالأمراض المزمنة في حين أجاب 24 % لا أبدًا في حين أجاب البقية بنادرا ومحايدا بنسبة 13 % وهذا يعني أن مجموعة من الأسر تستفيد بشكل كبير جدا لتلك الخدمات وبما أن المرض المزمن يعتبر كواقعة تصيب مختلف مستويات الحياة الاجتماعية وهو واقعة اضطرارية تحدث في حياة الفرد وبما أنه حالة اضطرارية ومستمرة فإن آثاره تكون واضحة على أبعاد معاش الأسرة والمريض بحد ذاته وقد تسبب خلل واضح ولهذا فإن استفادة المرضى من برامج الرعاية بالأمراض المزمنة يُعين الأسر على تجاوز الآثار السلبية بسبب المرض وهذا ما أكدته فريدة مشري أن عودة اندماج المريض بمرض مزمن إلى مسار حياته ومسؤولياته المعتادة يرجع إلى (خصوصية الأسرة الجزائرية وكذا مدى توفر هياكل العلاج...) ولهذا فإن الاهتمام بهذه الفئة يعتبر القاعدة الأساسية للحفاظ على توزان معاش الاسرة.

أما في العبارة رقم 13 والتي تقر بـ (استفادة العائلة من الرعاية الخاصة بالصحة المدرسية في المؤسسة الصحية العمومية) قد بلغ متوسطها الحسابي 3.47 ،ولها انحراف معياري قد بـ 1.403، أي بمستوى اتجاه متوسط ودرجة تشتت واضحة في إجابات الأسر المبحوثة وذلك في درجة الاستفادة في حين جاءت النسب المئوية موزعة كالآتي أجابت نسبة 34.5 % بنعم دائما تستفيد عائلتهم من الرعاية الخاصة بالصحة المدرسية في المؤسسة الصحية العمومية في حين أجابت نسبة 20.5 % والتي تعتبر

النسبة الأعلى وهذا يرجع أن أغلبية الأسر تتكون من الوالدين والأبناء وغالبا يكون الأبناء متمدرسين في حين أجابت نسبة (11.5 % بلا أبدا 20.5 بمحايد) وقد ترجع هذه النسبة الى الأسر التي لا يوجد فيها أبناء متمدرسين في حين جاءت إجابات المبحوثين متقاربة فالذين أجابوا (بنادرا 16.5 %، وغالبا بـ 17 %) وهذا ما أكدته دراسة فضيلة صدراتي بعنوان واقع الصحة المدرسية في الجزائر [1] "أنه يحرص الأطباء على متابعة الحالات المرضية للتلاميذ والتأكيد على متابعة العلاج لأن الدولة في هذا المجال توفر العلاج المجاني لتلاميذ المدارس المرفوقين بشهادات طبية من طرف وحدات الكشف والمتابعة ،كذلك عمل الطبيب لا يتوقف عند العلاج فحسب ،لكنه يعمل على نُصح الأهل بمتابعة أولادهم وتبصيرهم بكل ما يتعلق بالنواحي الصحية من النواحي الجسدية أو النفسية " وهذا ما يفسر أن أغلبية المبحوثين أجابوا أن عائلتهم تستفيد من الرعاية الصحية المدرسية وهذا ما ينعكس على الجانب المعاشي للأسر بحيث أن الرعاية المدرسية الصحية للتلاميذ في كامل السنوات الدراسية يُعد عاملا مهما في تحسين وضعيتهم الصحية وبذلك اعدادهم اعدادًا كاملا وشاملا تربويا وعلميا واجتماعيا وصحيا ونفسيا.

أما بالنسبة للعبارة رقم 14 في (استفادة العائلة من القافلات الصحية المتنقلة التي توفرها المؤسسة الصحية العمومية) والتي مُثلت بانحراف معياري قُدر بـ1.262 ومتوسط حسابي 1.88 مما تعتبر من هذه النتيجة من أضعف المؤشرات في الدراسة الحالية والتي تعكس فجوة عميقة وعجز خدماتي في أحد أهم الأدوار الوقائية للمؤسسة الصحية العمومية بالوادي والمتمثل في القوافل الصحية وهي مبادرات ميدانية تنظمها وزارة الصحة والمؤسسات الصحية بالتعاون مع المديريات ومنظمات المجتمع المدني والحماية المدنية وهدفها البنيوي هو تقريب المؤسسة الصحية بالمواطن خاصة في المناطق النائية مع تقديم الفحوصات الطبية والمتابعة الصحية للأمراض المزمنة وحملات التوعية الصحية (مثل التلقيح) ....،إذ تعتبر الخدمات الصحية المتنقلة من الخدمات التي تعبر عن نقل الخدمة الصحية للخارج والتواصل مع كافة أفراد المجتمع لكامل مستوياته الاجتماعية والمادية والتعليمية ... بشكل مباشر وبهذا يعد مؤشرًا على "الرفاه الصحي والعدالة الصحية ".

[1] فضيلة صدراتي: واقع الصحة المدرسية في الجزائر من وجهة نظر الفاعلين في القطاع، دراسة ميدانية بوحدات الكشف والمتابعة والمدارس الابتدائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية بولاية بسكرة، أطروحة الدكتوراه العلوم تخصص علم الاجتماع التنمية، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد خيضر بسكرة ،2014/2013، ص365

فإن حصول هذه العبارة على متوسط 1.88 وهو ما أجاب المبحوثين بلا أبدا بنسبة 60 % ونادرا بـ11.5 % وهذا ما يفسر الانحراف المعياري 1.262 حيث الفئة الأكثر لا تستفيد من هذه الخدمة وهذا ما يفسر عجز بنيوي للمؤسسة الصحية مما يخلق اغتراب الأسر عن المؤسسة الصحية مما يعني أن القوافل الصحية لا تؤدي وظيفتها فعليا خاصة في تقديم تلقيحات التوعية الصحية وهو ما خلق خللا وظيفيا وهذا ما أدى بالأسر إلى التنقل للحصول على الخدمة الصحية أو البحث عن البدائل الأخرى كـ (الطب الشعبي) وهذا يستنزف معاش الأسرة فيهدد استقرارها المادي والاجتماعي ويؤدي إلى انخفاض جودة الحياة الصحية للأسر .

في حين أجابت نسبة 15.5 % بمحايد وقد تفسر هذه النسبة أن هذه الفئة لا تعلم بوجود القوافل أصلا أو فئة لا تهتم بوجودها كخدمة عمومية وفي المقابل أجاب المبحوثين بـغالبا ونعم دائما بنسب متشابهة 6.5 % وتعتبر هذه الفئة قليلة جدا فربما تكون قريبة جغرافيا من المؤسسة الصحية وتستفيد من الخدمات الصحية، وهذا ما يفسر وجود تباين كبير في العبارة رقم 14 وهذا ما وضحه الانحراف المعياري بـ1.262.

أما العبارة 15 (تستفيد العائلة من الحملة الجراحية (التوأمة) التي تنظمها المؤسسة الصحية مع أطباء أجانب) أما المتوسط الحسابي 2.26 والانحراف المعياري 1.308 ويعبر هذا المؤشر ان الاستفادة في المستوى المتوسط نسبيا وهذا ما أكده المبحوثين في اجابتهم حيث اجابت نسبة 42 % بلا أبدا لم تستفيد عائلتهم من الحملات الجراحية التي تنظمها المؤسسة الصحية العمومية ونسبة 16.5 % وقد يرجع لأسباب عدة أهمها عجز المؤسسات الصحية العمومية في توفير برامج العمليات الجراحية المتخصصة لهذا تقوم بألية تعويضية وهي الاستعانة بالأطباء الأجانب ما يؤدي إلى فشل وظيفي في عملية توزيع هذه الخدمة الصحية أنظر (للملحق رقم 06) ولهذا يضطر أغلب الأسر إلى اللجوء إلى القطاع الخاص للاستفادة من العمليات الجراحية قد يعكس اختلالاً داخل النسق الأسري في طريقهم للبحث عن البدائل وقد تعبر هذه النسبة على أن أفراد الأسر فعليا لم يتعرضوا لطارئ صحي خطير أو الحاجة للعمليات الجراحية المتخصصة وبما أن الانحراف المعياري 1.30 يؤكد لنا سوسيولوجيا وإحصائيا التشتت في الاستفادة حيث استفادت فعليا نسبة 7 % من الحملات الجراحية بينما بين أجاب 22 % بمحايد وقد تفسر نسب المبحوثين الذين لا يملكون معلومات عن هذه الحملات رغم أهميتها ويرجع هذا لعدم معرفتهم بحقوقهم الصحية والاجتماعية ويُعبر سوسيولوجيا جزء من انخفاض جودة الحياة المعرفية والاجتماعية

والصحية ،وغالبا بـ12.5 % ونعم دائما بـ 7 % وتشير هذه النسب للأسر التي استفادت فعليا من الخدمة الصحية وذلك لقربهم الدائم من المؤسسة الصحية العمومية والاستفادة من حقوقهم الصحية والاجتماعية.

اما العبارة 16 (استفادة العائلة من مجانية التحاليل الطبية التي توفرها المؤسسة الصحية العمومية) وعليه تحصلنا على متوسط حسابي يقدر بـ 3.75 وانحراف معياري 1.434 مما يترجم إلى أن المستوى المتوسط المرتفع وانحراف منخفض مما يعني استقرار واتساق في أراء المبحوثين وهذا يعني تحولا إيجابيا مقارنة مع العبارتين السابقتين (القوافل والجراحة) وعليه فإن أغلبية الأسر تستفيد من مجانية التحاليل " ولهذا جاءت النسب المئوية كالاتي 45.5 % بنعم دائما و19.5 بغالبا وهذا يشير إلى أن المؤسسة الصحية توفر التحاليل الطبية مجانًا وهذا ما يعزز معاش الأسر ماديًا ويقلل الضغط النفسي إذا تعتبر تكاليف التحاليل مرتفعة جدا في القطاع الخاص ،وإن حصولنا على النتائج المرتفعة وهذا يعني أن النسق الصحي يعمل بكفاءة مقبولة ويحقق التوزان المطلوب للاحتياجات اليومية للأسرة مما يحقق حماية مباشرة لمعاش الأسرة (الدخل الأسري ،الأمن الصحي والنفسي) ،في حين أجاب نسبة 12 % بلا يستفيدون من خدمة التحاليل ونادرا ما يستفيدون بـ11.5 % وتعبر هذه النسب على أنه هناك فئة لا تزال تعاني من الحرمان من هذه الخدمة وقد يكون بسبب تعطل بعض الأجهزة مما يعرقل الأسر من الاستفادة الكلية من التحاليل مما يضطرها لإنفاق مبالغ إضافية على التحاليل في القطاع الخاص وهذا يؤثر سلبا على توازن معاشها ولهذا فإن جودة الحياة مرتبطة أيضا بشمولية الخدمة وتُعبر هذه النسبة على الحرمان من الخدمة ،أما المبحوثين الذين أجابوا بمحايد بـ11.5 % وقد تمثل هذه نسبة الأسر التي لم تستفد فعليا من خدمة التحاليل في حال تواجدها في المؤسسة الصحية .

أما العبارة رقم 17 (تستفيد عائلتكم من المعدات الطبية لرعاية الحالات المزمنة أو المعاقين في المؤسسة الصحية العمومية) وعليه تحصلنا على متوسط حسابي 2.42 مستوى منخفض نسبيا على سلم ليكرت وهذا يعني أن أفراد العينة لا يستفيدون من خدمة المعدات الطبية بدرجة كافية أو ضعيفة وهذا ما أكدته نسبة 27 % بلا أبدا و33 % نادرا مما يجعلها مهمشة صحيًا في حين الانحراف المعياري كان 1.256 يدل على تباين ملحوظ في الإجابات أي أنه هناك الأقلية استفادت مقابل الأغلبية لم تستفيد والتي ترجمت في النسب التالية 10 % نعم استفادت و9% غالبا أما 21 % أجابت بمحايد وقد تترجم هذه النسب للأسر الأكثر وعيا أو ارتباطًا بالمؤسسات الرسمية .

ولهذا فإن هذه النتيجة تشير إلى أن خدمة المعدات الطبية لا تؤدي وظيفتها المطلوبة داخل النسق الصحي مما يعبر عن خلل واضح في قدرة المؤسسة الصحية على تلبية الاحتياجات الأساسية للأسر وهذا من شأنه أيضا أن يزيد من قلق الأسر خاصة وإن كان هناك فرد من أفراد العائلة يعاني من أمراض مزمنة تتطلب متابعة مباشرة وتقديم كافة التسهيلات لهذه الفئة الهشة وهذا ما يؤثر سلبًا على جودة حياة الأسر ويعمق من الأعباء النفسية والمادية المرتبطة بالمرض ورغم أن في العبارة رقم 12 والتي جاءت حول الرعاية الخاصة بالأمراض المزمنة فلقد بلغ المتوسط الحسابي 3.26 باتفاق أن الأسر تستفيد بشكل مقبول ولكن مقارنة بالعبارة رقم 17 فإن الأسر تستفيد بشكل ضعيف من المعدات الطبية الخاصة بالأمراض المزمنة والمعاقين.

- من خلال ما تم التطرق إليه من الجدول وما أسفرت عنه العبارات نخلص إلى أن مستوى 'استفادة الأسر من الخدمات الصحية الدورية والوقائية' يمثل درجة متوسطة وحيادية. إلى أن هذه الاستفادة لم تصل بعد إلى المستوى الذي يشكل فارقاً حقيقياً في معاش الأسرة الجزائرية؛ حيث يظل أثر هذه الخدمات محدوداً وضعيفاً في الواقع المعاش. وهذا ما يجعل من ضعف الاستفادة الفعلية عائقاً أمام تحقيق الرفاه الأسري المنشود، ويؤكد وجود فجوة بين ما تقدمه المؤسسة الصحية كخدمات وقائية وبين مدى تمثل الأسر لتلك الخدمات والانتفاع بها في حياتهم اليومية".

الجدول رقم 29: يوضح استجابات افراد العينة نحو الخدمات الخاصة والاستعجالية للمؤسسة الصحية العمومية

العبارة	لا ابدا		نادرا		محايد		غالبا		نعم دائما		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الاتجاه
	تكرار	نسبة	تكرار	نسبة	تكرار	نسبة	تكرار	نسبة	تكرار	نسبة			
18	17	8.5	20	10.0	25	12.5	44	22.0	94	47.0	1.325	3.89	غالبا
19	21	10.5	16	8.0	42	21.0	51	25.5	70	35.0	1.312	3.66	غالبا
20	29	14.5	18	9.0	34	17.0	43	21.5	76	38.0	1.436	3.59	غالبا
21	29	14.5	11	5.5	57	28.5	44	22.0	59	29.5	1.352	3.47	غالبا
22	51	25.5	26	13.0	38	19.0	50	25.0	35	17.5	1.452	2.96	محايد
23	70	35.0	38	19.0	32	16.0	28	14.0	32	16.0	1.482	2.57	نادرا
24	36	18.0	22	11.0	37	18.5	21	10.5	84	42.0	1.550	3.48	غالبا
25	29	14.5	26	13.0	45	22.5	54	27.0	46	23.0	1.346	3.31	محايد
26	26	13.0	16	8.0	23	11.5	48	24.0	87	43.5	1.413	3.77	غالبا

غالبا	3.60	1.453	41.0	82	17.0	34	16.0	32	13.0	26	13.0	26	27
مستوى مرتفع	3.43	0.978	**الخدمات الخاصة والاستعجالية للمؤسسة الصحية العمومية**										

المصدر: من إعداد الطالبة بناء على مخرجات برنامج SPSS V31.

يعبر الجدول أعلاه عن مدى استفادة أفراد مجتمع البحث من الخدمات الخاصة والاستعجالية للمؤسسة الصحية وذلك من خلال حساب التكرارات والنسب المئوية لكل عبارة، مع حساب متوسطاتها الحسابية وكذا حساب الانحرافات المعيارية والاعتماد على مجموعة من المقاربات النظرية والدراسات السابقة.

ومن خلال قراءتنا للجدول نصل إلى ما يلي:

– من خلال نتائج الجدول أعلاه يتبين بأن أفراد العينة موافقين بدرجة مرتفعة نسبيا في استفادت الأسر من الخدمات الصحية الخاصة والاستعجالية للمؤسسة الصحية العمومية إذ بلغ المتوسط الحسابي الكلي لمدى استفادت المبحوثين لتلك الخدمات بلغت 3.43 يعبر عن موقف مرتفع في تقييمهم لعبارات المحور الثالث ويعد مؤشرًا مقبولًا جدًا، أما الانحراف المعياري 0.978 وهذا يعني أن أغلب الأفراد أجابوا حول تقييمهم لمحور الخدمات الصحية الاستعجالية بطريقة متقاربة جدا حول هذا المحور أي هناك تجانس كبير في إجابات العينة وتوافقهم على مستوى الخدمة المرتفع نسبيًا وهذا يعني أن أداء الخدمة الاستعجالية هي الخدمة الأكثر استقرارا مما ينعكس على تعزيز أبعاد معاش الأسر بالوادي إيجابًا ،إذ تعتبر الخدمات الاستعجالية أحد أهم الخدمات التي تمتص الأزمات الصحية المفاجئة للأسر ويمنع انهيار النسق الأسري عند وقوع طارئ صحي لأحد أفراد الأسرة **ولهذا** فإن تحقيق الأمن الصحي من خلال الخدمات الصحية الاستعجالية يعني تقليل مخاطر الوفاة أو الإعاقة الناتجة عن تأخر العلاج أو المصاريف الطارئة بسبب الحالات الصحية الطارئة، وأن استفادة الأسر من الخدمات الاستعجالية الخاصة في القطاع العمومي بهذا المستوى المستقر ،وهذا ما أوضحه المتوسط والانحراف المعياري مما يحمي معاش الأسرة من النفقات الكبيرة المفاجئة أو القلق المستمر وهو ما يساعد الأسر على الشعور بالاطمئنان النفسي والاجتماعي ويساهم في استقرار جودة الحياة الصحية .

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن العبارة رقم 18 والتي تقر بـ (استفادة العائلة من العناية الاستعجالية بالمريض التي توفرها المؤسسة الصحية العمومية) قد بلغ متوسطها الحسابي 3.89 ولها انحراف معياري قدر بـ 1.325 ما يعني متوسط مرتفع على سلم ليكرت الخماسي وهذا يعني الاستفادة بدرجة كبيرة من خدمة العناية الاستعجالية وانحراف يعد مرتفعا نسبيا وهذا يعني تشتتا واضحا في الإجابات وهذا ما لاحظناه في النسب المئوية مما بلغت نسبة الموافقة على العبارة 69 % وهي حاصل جمع الاختيارين (47 % بنعم دائما ،22 % غالبا) وهي النسبة الأعلى التي تمثل أن هذه الخدمة الدور المحوري والناجح في المؤسسة الصحية العمومية بالوادي وعليه فإن البنية التحتية (أطباء ،ممرضون ،أجهزة) للمؤسسة الصحية تؤدي وظيفتها بفاعلية داخل النسق الصحي والاجتماعي مما يعزز الأمن الصحي والمادي والاجتماعي للأسرة وبهذا تعيش الأسرة بجودة حياة أفضل عندما تدرك أن هناك نظامًا استعجاليًا متاحًا وقادراً على التدخل في اللحظات الحرجة ،في حين أجاب 12.5 % بمحايد قد تمثل هذه الفئة الأسر التي لم تحتك بهذه الخدمة في حين أجاب 8.5 % بلا أبدا و 10 % بنادرا وتُعبر هذه النسب عن اختلالات وهذا ما عبر عنه الانحراف المعياري (1.325) وقد تمثل هذه النسب عن تجربة الأسر السلبية مع الخدمات الاستعجالية أو عدم توفر الأطقم الطبية في ساعات المناوبة .

وعليه فإن جودة الحياة لا تتعلق فقط بالعلاج بل بـ" **الشعور بالأمان** " فبوجود الخدمة الاستعجالية يعني الرفع من مستوى مؤشر الأمان الصحي والاجتماعي لدى الأسر بالوادي كما أنه نعلم جيدا أن الحالات الصحية الطارئة قد تستهلك مدخرات الأسرة بسبب طابع الطارئ الصحي فالتأخر أو عدم السرعة في حماية الحالة المرضية أو تقديم العلاج لها قد تؤدي إلى أضرار وخيمة كالموت المفاجئ أو إعاقة دائمة خاصة لو كان معيل الأسرة قد يؤثر بالسلب على جودة المعاش الأسري.

أما العبارة رقم 19 (استفادة العائلة من الرعاية الصحية الاستعجالية الطارئة لحالات الولادة التي توفرها المؤسسة الصحية العمومية) وقد تحصلنا على متوسط حسابي 3.66 مما يعد مستوى مرتفع ومؤشر إيجابي وانحراف معياري بـ1.312 ذات تشتت نسبيا إذ تعكس لنا أن أهم الخدمات وأكثرها حيوية في المؤسسة الصحية العمومية بالوادي فإن حصول هذه الخدمة على نسبة استفادة إيجابية (نعم دائما 35 % وغالبًا 25.5 %) مما يفسر استفادة الأغلبية والتي بلغت 60.5 % باعتبارها الدعامة الأساسية للنسق الأسري وكما نعلم أن الولادة هي الوظيفة البيولوجية الأساسية لاستمرار المجتمع واستفادة الأغلبية من هذه الخدمة يعني أن المؤسسة الصحية تؤدي دورها كـ"بنية تحتية" تحمي النسق الأسري وهذا يساهم

بضرورة لخلق بيئة صحية ذات جودة عند الأسر في ولاية الوادي ،في حين أجاب 21 % بمحايد وقد تمثل هذه النسبة الأسر التي لم تعايش حالات الولادة أما البقية والذين أجابوا بنسبة 10.5 %بلا أبدا و8% بنادرا وهذا ما فسره الانحراف المعياري 1.312 مما يعطي لنا خلل وظيفي جزئي وقد يكون ناتجًا لعدة أسباب منها تنظيمية مما يجعل الاسر خارج نطاق الاستفادة .

العبارة رقم 20 (تستفيد العائلة من الرعاية الخاصة بمتابعة حالة الأم والطفل التي توفرها المؤسسة الصحية العمومية) تحصلنا في الرعاية ومتابعة الأم والطفل على متوسط حسابي قُدر بـ3.59 بمتوسط مرتفع إذ تعد من الخدمات المستقرة نسبيا في المؤسسة الصحية العمومية محل الدراسة بالوادي في حين الانحراف المعياري قدر بـ1.436 مما يعني درجة تشتت مرتفعة نسبيا في مقياس ليكرت ولهذا تحصلنا في استفادة الأسر من هذه الخدمة 38 % بنعم دائما وغالبا 21.5 % وتعتبر نسب مرتفعة مما يعني استفادة إيجابية مما يعني تحقيق استمرار النسق الأسري والاجتماعي وتوزان وبقاء المجتمع .في حين يعد الانحراف المعياري 1.436 متشتت وهذا ما ظهر في النسب التالية 14.5 % لا أبدا و9 % نادرًا وقد تمثل هذه النسب الأسر التي لم تستفيد من هذه الخدمة قد يكون بسبب البعد المكاني أو المناطق المعزولة أو الأسر ذات الدخل المحدود جدا خارج نظام التغطية مما قد يؤدي إلى خلل في توازن صحة الأسرة وغالبا قد يؤثر على جودة حياتهم وذلك بسبب تدهور معاش الأسرة وارتفاع منسوب القلق الصحي وأما البقية أجابت بمحايد 17 % .

أما العبارة رقم 21 (استفادة العائلة من العناية والحملات الصحية بالحجاج والمعتمرين التي تقدمها المؤسسة الصحية العمومية) حيث قدر المتوسط الحسابي بـ3.47 مما يعني متوسط مرتفع نسبيا من الاستفادة ولما أن الحج والعمر هما نشاطًا متكررًا طوال العام في المجتمع الجزائري فإن دور المؤسسة الصحية تجاه المعتمرين لم يعد موسميًا فقط بل أصبح جزءًا من الرعاية الدورية أنظر(المحلق رقم 07) وأما الانحراف المعياري 1.352 يدل على التشتت واضح وهذا ما لاحظناه في النسب المئوية إذ 29.5 % بنعم و22 % غالبا وتعبر هذه النسب استفادت أسرهم فعليا من العناية والحملات الصحية مما يعني أن هذه الخدمة تساهم في الحفاظ على الاستقرار المجتمعي وذلك من خلال الدعم الوقائي مما يجنب الأسرة من المصاريف الإضافية للحاج وأسرته أما الأسر التي أجابت بمحايد 28.5 % وتعتبر نسبة كبيرة وقد تكون الأسر لم يسبق لأحد أفرادها الحج أو العمرة مؤخرا أما الأسر الذين كانت أجابتهم تدل على عدم رضا بـ نادرا 5.5 % ولا أبدا 14.5 % وتعتبر نسب معتبرة إذ أنه قد تكون الأسر احتاجت

فعليا من الوصول إلى الخدمة واضطرت إلى اللجوء إلى القطاع الخاص بسبب ندرة اللقاحات في فترات معينة وهذا قد يؤثر بالسلب على ميزانيتها (معاشها المادي) وجودة تجربتها الصحية والدينية .

العبارة رقم 22 (تستفيد عائلتكم من العمليات الجراحية الطارئة التي تتوفر عليها المؤسسة الصحية العمومية) حيث قُدر المتوسط الحسابي بـ 2.96 بمستوى متوسط قريب من الضعيف وهذا يعني استفادة العينة من الخدمة ضعيف إلى متوسط، والانحراف المعياري 1.452 يشير إلى تشتت كبير في الإجابات أما النسب المئوية فلقد أجابت بنعم دائما 17.5 % وغالبا 25 % وهذا يعني استفادة الأسر من هذه الخدمة مربوط باحتياجها للعمليات الجراحية الطارئة ومحايد 19 % وقد تكون الأسر لم تتعرض للطارئ صحي يحتاج لعملية جراحية طارئة أما بقية العينة أجابت نادرا 13 % و لا ابدا 25.5 % مما يعطي لنا تفسير أن العينة هنا قد تضطر للجوء إلى المصحات الخاصة في حالات الطارئة مما يؤدي إلى تدهور حاد ومفاجئ في جودة الحياة المادية والصحية .

أما العبارة رقم 23 (تستفيد عائلتكم من النقل المجاني الذي توفره المؤسسة الصحية العمومية للمرضى المتضررين نحو مستشفيات أخرى) تحصلنا على المتوسط الحسابي 2.57 مما يعني مستوى متوسط منخفض قليلا والانحراف المعياري 1.482 مما يعني تباين وتشتت واسع في الإجابات وهذا ما جاء في النسب المئوية حيث أجابت العينة بنعم دائما 16 % وغالبا بـ14 % وتعتبر نسبة ضعيفة مقارنة بالعبارات السابقة وكما نعلم أن ولاية الوادي تقع في الجنوب الشرقي الجزائري فطبيعتها الجغرافية تحتم عليها البعد الجغرافي عن الولايات الأخرى والمؤسسات الصحية الاستشفائية والجامعية الكبرى وهو ما يجعل المسافة عائقا وسببا في دون تحقيق العدالة في الوصول إلى الخدمات الصحية والتدخلات الطبية المتخصصة في الوقت المناسب وهذا ما أكدته النسب التي لم تستفد من الخدمات النقل أو غالبا ما استفادت بنادرا 19 % لا ابدا 35 % مما يعني أن وظيفة النقل والتي تعتبر من أهم الوظائف في النظام الصحي وقلتها قد يكلف الأسر تكاليف إضافية ككراء سيارات خاصة أو سيارات إسعاف خاصة بمبالغ باهظة وقد يضع الأسرة في موضع الانتظار وقد يكلف المريض حياته وإن غياب النقل أو تأخره يعني انخفاض فرص النجاة في الحالات الصحية الطارئة ،وعليه فإن التباعد الجغرافي مع نقص التغطية في وسائل النقل الصحي يضع صحة المريض في خطر وحرج خاصة في ظل المناخ الصحراوي القاسي مما يجعل مؤشر جودة الحياة في خطر أما الذين أجابوا بمحايد بـ16 % وقد تمثل هذه النسبة الأسر

التي لم تعش تجربة النقل المجاني ولهذا من الضروري توفير النقل المجهز من الولاية عبر الولايات الأخرى .

العبارة رقم 24 (تستفيد عائلتكم من الرعاية الطارئة من خطر الحشرات والحيوانات السامة التي توفرها المؤسسة الصحية العمومية) باعتبار أن ولاية الوادي منطقة صحراوية معروفة بارتفاع خطر التسمم العقربي والإصابات بالحشرات السامة (العقارب، البعوض، الأفاعي ...) وإن اعتبار هذه الخدمة من أهم الخدمات الاستعجالية للحالات الاضطرارية إذا تعكس هذه الخدمة دورًا وقائيًا وعلاجيًا في آن واحد وعليه لقد تحصلنا على متوسط حسابي 3.48 يعني مستوى استفادة أو رضا متوسط وهذا يعني هذا أن الخدمة الصحية تؤدي وظيفتها إلى حد ما والانحراف المعياري 1.550 مرتفع جدا يعني تشتتًا في أراء المبحوثين أما النسب المئوية نعم دائما 42 % وغالبا 10.5 % وهي نسب إيجابية في نسب الاستفادة يعني حيوية المؤسسة الصحية في ولاية الوادي وذلك لضمان بقاء وتوازن لأفراد المجتمع مما يمنع حدوث اختلال وظيفي الناتج عن الوفيات أو الإصابات المزمنة التي تسببها هذه السموم على الانسان أما باقي العينة فأجابت بنادرا 11 % ولا أبدا 18 % قد تكون عاشت تجربة التسمم بالحشرات ولم تتلقى الاحتواء التام بالحالة المرضية أو عدم توفر الأمصال أو سرعة تدخل الطاقم الطبي أو تكون فعليا الأسر تقطن في المناطق البعيدة أو القرى النائية مما قد يشير إلى عدم المساواة في توزيع هذه الخدمة والتي تعتبر مهمة خاصة في الفصول الحارة وإن عدم التدخل الفوري يعني تكبد العائلة مصاريف زائدة في القطاع الخاص (مصاريف النقل ،الأمصال ،والمكوث في المستشفى ...) إذ يعتبر التذبذب في الأمن الصحي البيئي يؤثر على الجودة الصحية والاجتماعية و الاجتماعية للأسرة وبما أن أغلب المبحوثين هم من الذكور وهم الفئة الأكثر عرضة لهذه المخاطر (وكما نعلم أن ولاية الوادي ولاية فلاحية وأغلب السكان يشتغلون في الفلاحة أو البناء) وإن تقديم هذه الخدمة يعني الحفاظ على استمرارية الأدوار الإنتاجية للذكور أما الأسر الذين أجابوا بمحايد 18.5 % مما قد يعني أن الأسر فعليا لم تتعرض لهذه التجربة .

العبارة رقم 25 (تستفيد عائلتكم من الاستشفاء المجاني والمكوث بعد العمليات الجراحية التي تتوفر عليها المؤسسة الصحية العمومية) المتوسط الحسابي 3.31 يعني المستوى متوسط من الاستفادة والانحراف المعياري 1.346 مما يعني تشتت واضح في إجابات المبحوثين أما النسب المئوية فلقد أجاب نسبة من المبحوثين بنعم دائما 23 % وغالبا 27 % وتعد نسب إيجابية على العموم حيث تعد خدمة الاستشفاء

والمكوث بعد الجراحة في المؤسسة الصحية بالوادي وحصول 50 % لمجموع الإجابات يعني نصف العينة تعتمد كليا على المؤسسة الصحية في مرحلة النقاهة الطبية وهذا ما يخفف العبء التمريضي عن الأسر في الفترات الحرجة التي تلي الجراحة مما يساعد الأسر بالاستمرار في أداء وظائفها الأخرى دون قلق أو ارتباك ،وأما محايد 22.5% مما يعني هناك أسر لم تعايش تجربة المكوث أو العمليات الجراحية وأما المبحوثين الذين أجابوا بنادرا 13 % ولا أبدا 14.5% وتعد نسب معتبرة لا يمكن تجاهلها حيث عدم قدرة الأسر من الاستفادة من هذه الخدمة يعكس خللاً في المنظومة الصحية وهذا يؤثر بالضرورة معاش المادي للأسرة ويستنزف ميزانية الأسرة بسبب تكاليف الاستشفاء المكلفة في المصحات الخاصة.

أما في العبارة رقم 26 (تستفيد عائلتكم من الحملات الطبية التي تتوفر عليها المؤسسة الصحية العمومية للأمراض الموسمية كلقاح الزكام) إذ تعتبر الحملات الموسمية (مثل لقاح الأنفلونزا) من أهم الحملات خاصة وبعد جائحة كوفيد 19 أصبح ضرورة ولهذا فإن نجاح المؤسسة الصحية في أداء وظيفتها الوقائية فيما يخص التلقيح ولهذا فإن تحصلنا على المتوسط الحسابي 3.77 يعني متوسط مرتفع والانحراف المعياري 1.413 ذا تشتت واضح يعكس لنا أن المؤسسة فعليا توفر هذه الخدمة بنجاح أما النسب المئوية 43.5 % بنعم وغالبا بنسبة 24 % يعبر عن استفادة عالية من الأسر لهذه الخدمة مما يعكس وعي صحي جمعي وفي نفس الوقت استجابة المؤسسة في توفير اللقاح والأسر تستجيب في المقابل مما يقوي الروابط البنائية بين الأسر والمؤسسة الصحية العمومية في ولاية الوادي وهذا بالضرورة وقاية المعاش من تكاليف المرض اللاحقة ورفع جودة الحياة المادية والمعيشية، أما بقية المبحوثين أجابوا بـ نادرا 8 % ولا ابدا 13 % وهذا قد يخلق عدم العدالة في استفادة الأسر من التلقيح والذي يعتبر مجاني في الجزائر وإن تشتت في الاستفادة قد تكون الأسر قاطنة في المناطق البعيدة عن مراكز التلقيح بالوادي وهذا يعني أن الوظيفة الوقائية لم تتم بشكل متساوي أما البقية والتي أجابت بمحايد 11.5 % وتعتبر هذه النسبة معتبرة إذ قد تعكس جانب مهم في قلة وعي الأسر بضرورة أخذ التلقيحات وخاصة أن هذه التلقيحات تأخذ فقط في المؤسسة الصحية التابعة للدولة وتحت وصاية وزارة الصحة وهذا يعني أن الاستفادة من هذه الخدمة يكون فقط داخل المؤسسات الصحية العمومية او المؤسسات التابعة لها .

أما العبارة رقم 27 (تستفيد عائلتكم من المتابعة الطبية للأمراض المعدية التي توفرها المؤسسة الصحية العمومية) وتعتبر هذه الخدمة هي متابعة الأمراض المعدية (مثل الالتهاب الكبدي ،السل ،أو

الأوبئة الموسمية والمزمنة) وتعد هذه الخدمة من أهم الخدمات وهذا بحكم الموقع الجغرافي لولاية الوادي باعتبارها ولاية حدودية جنوبية وإن قوة هذه الخدمة يعتبر ميزان قوة وحاجز ردعي لأي عدوى للأمراض الخطيرة قد يهدد المجتمع الجزائري ككل وإن حصول هذه العبارة على المتوسط الحسابي قدر بـ 3.60 ويعتبر مستوى مرتفع جدا وهذا يعني أن الخدمة مستقرة في المؤسسة الصحية كما أن الانحراف المعياري 1.453 بتشتت واضح أما النسب المئوية بنعم دائما 41 % وهذا تعتبر نسبة عالية إيجابية في استفادة الأسر من هذه الخدمة ولكن في المقابل يعكس جانب سلبي أن أغلبية الاسر المحلية تعاني من أمراض معدية ولكن في المقابل تؤدي المؤسسة وظيفتها في وضع حد للانتشار العدوى وذلك مراقبة مصادر العدوى ومتابعة الحالات المصابة أما النسب التي أجابت بغالبا 17 % وقد تكون الأسر التي تتابع حالتها الصحية ولكن بتقطع وهذا يرجع لوعي الأسر وخاصة وأننا تحصلنا على نسبة محايد 16 % مما يؤكد أن هناك وعي غير كامل بضرورة تلقي المتابعة في حالات الأمراض المعدية ولهذا فإن ضمان توازن المعاش فهو وظيفة الأسر والمؤسسة الصحية أما المبحوثين الذين أجابوا بنادرا 13 % ولا أبدا 13 % بمجموع 26 % وتعتبر نسبة مرتفعة ويعني هذا أن الخدمة تعاني من تذبذب وثغرات في الوصول وهذا ما يعبر على أن هناك أسر خارج نطاق المتابعة قد يكون ربما تقطن في قرى نائية أو بعيدة جدا عن المؤسسة الصحية وهذا قد يشكل خطر كامنًا على التوزان الصحي للمجتمع المحلي والجزائري بشكل عام .

- ومن خلال النتائج السابقة نخلص إلى أن الخدمات الاستعجالية والخاصة تشكل صمام أمان للأسر الجزائرية في الحالات الحرجة، حيث يدرك المبحوثون أثرها المباشر والحيوي في تلبية احتياجاتهم الصحية الطارئة. وهذا القبول المرتفع يؤكد أن المؤسسة الصحية تنجح في أداء وظيفتها الاستعجالية عند الأزمات، مما يسهم بشكل فعال في تعزيز الاستقرار الصحي داخل النسق الأسري ويمنح الأفراد شعوراً أكبر بالأمان والرفاه الصحي في مواجهة الحالات الطارئة".

الجدول رقم 30: يوضح استجابات افراد العينة نحو الخدمات الصحية العمومية وتعزيز جودة معاش الاسرة

العبارة	لا ابدا		نادرا		محايد		غالبا		نعم دائما		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الاتجاه
	تكرار	نسبة	تكرار	نسبة	تكرار	نسبة	تكرار	نسبة	تكرار	نسبة			
28	27	13.5	22	11.0	34	17.0	48	24.0	69	34.5	1.406	3.55	غالبا
29	23	11.5	25	12.5	24	12.0	62	31.0	66	33.0	1.359	3.62	غالبا
30	24	12.0	25	12.5	35	17.5	52	26.0	64	32.0	1.367	3.53	غالبا
31	18	9.0	24	12.0	24	12.0	33	16.5	101	50.5	1.382	3.87	غالبا
32	27	13.5	27	13.5	24	12.0	52	26.0	70	35.0	1.427	3.55	غالبا
33	10	5.0	43	21.5	30	15.0	74	37.0	43	21.5	1.190	3.49	غالبا
34	21	10.5	47	23.5	35	17.5	55	27.5	42	21.0	1.310	3.25	محايد
35	32	16.0	29	14.5	27	13.5	64	32.0	48	24.0	1.401	3.34	محايد

36	17	8.5	5	45	2.5	23	11.5	45	22.5	110	55.0	1.233	4.13	غالبا
37	20	10.0	45	32	22.5	32	16.0	62	31.0	41	20.5	1.295	3.30	محايد
38	20	10.0	33	24	16.5	24	12.0	56	28.0	67	33.5	1.361	3.58	غالبا
39	19	9.5	11	35	5.5	35	17.5	30	15.0	105	52.5	1.335	3.96	غالبا
40	29	14.5	50	31	25.0	31	15.5	48	24.0	42	21.0	1.380	3.12	محايد
41	17	8.5	24	16	12.0	16	8.0	58	29.0	85	42.5	1.318	3.85	غالبا
الخدمات الصحية العمومية وتحسين معاش الاسرة												0.87	3.58	مستوى مرتفع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

يعبر الجدول أعلاه عن انعكاس الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية العمومية في تعزيز معاش الأسرة الجزائرية بأبعادها (الاقتصادي والاجتماعي والصحي) وذلك من خلال حساب التكرارات والنسب المئوية لكل عبارة، مع حساب متوسطاتها الحسابية وكذا حساب الانحرافات المعيارية وذلك بالاعتماد على مجموعة من المقاربات النظرية والدراسات السابقة.

ومن خلال قراءتنا للجدول نصل إلى ما يلي:

من خلال نتائج الجدول أعلاه يتبين بأن أفراد العينة موافقين بدرجة مرتفعة وتعتبر هي الأقوى والأكثر تماسكًا في انعكاس الخدمات الصحية المقدمة في تحسين معاش الأسر (الاقتصادي ،والاجتماعي

،والصحي) إذ بلغ المتوسط الحسابي الكلي لمدى انعكاس الخدمات بلغت 3.58 يعبر عن موقف مرتفع في تقييمهم لعبارات المحور الرابع ويعد مؤشرًا إيجابيا قويًا، أما الانحراف المعياري 0.87 مما يعني اتفاقا عامًا وتجانسًا كبيرًا في أراء المبحوثين وهذا يعني أن أغلب الأفراد أجابوا حول تقييمهم للمحور الرابع أي هناك تجانس كبير في إجابات العينة وتوافقهم على مستوى الخدمة المرتفع نسبيًا وهذا يعني أن أداء الخدمات المقدمة تعزز معاش الأسرة الجزائرية ،مما يعني أن المؤسسة الصحية تؤدي وظائفها بتكامل مما يدعم بقاء المجتمع المحلي .

وعليه تحصلت العبارة رقم 28 (تجنب الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسة الصحية العمومية تعب مسافة التنقل إلى المستشفيات الأخرى) المتوسط الحسابي 3.55 مما يعني مستوى مرتفع وانحراف معياري 1.406 ذات تشتت بسيط ولهذا أجاب المبحوثين من خلال النسب المئوية بمجموع (58.5 %) بنعم دائما 34.5 % وغالبا 24 % مما يعني أن نصف العينة فعليا أن التموقع الاستراتيجي للمؤسسات الصحية العمومية في ولاية الوادي يجنب غالبية الأسر عناء التنقل والسفر الشاق إلى المستشفيات والمراكز الكبرى الصحية البعيدة في الولايات الأخرى رغم أن خدمة نقل المرضى متذبذبة وهذا ما لاحظناه في العبارة 23 ، أما نسبة محايد 17 % وتعتبر نسبة معتبر لا يمكن وقد تكون الأسر لا تتردد إلى المؤسسات الصحية العمومية كثيرا أما النسب التي أجابت نادرا 11 % ولا أبدا 5.13% مما يعني نسبة (24.5 %) وهذا ما يشير أن المؤسسة عندها خللا وظيفيا في قدرة المؤسسة على تلبية كافة احتياجات الاسر الصحية .

العبارة رقم 29 (تخفف الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسة الصحية العمومية مشقة العلاج في المستشفيات أخرى) والمتوسط الحسابي 3.62 ويعد مؤشرا إيجابيا قويا مما يعني مستوى مرتفع والانحراف المعياري 1.359 ذات تشتت واضح في الإجابات اما النسب المئوية بنعم دائما 33 % وغالبا 31 % مما يعني ثلثي العينة (64 %) من الأسر اتفقت أن المؤسسة الصحية العمومية نجحت في تخفيف "مشقة العلاج " في المستشفيات الأخرى وتعتبر هذه الوظيفة مهمة في منع اضطراب حياة الأفراد من خلال امتصاص الضغوط عن الأسرة وهذا ما يحافظ على توازن الأدوار داخل الاسرة وإن نجاح هذه الخدمة يعني تقليل من ظاهرة "الهجرة العلاجية " أو اللجوء للعيادات الخاصة المكلفة أما المبحوثين الذين أجابوا بمحايد 12 % أما المبحوثين الذين أجابوا بنادرا 12.5 % ولا أبدا 11.5 % لايزالون يعيشون المشقة بسبب نقص بعض التخصصات الدقيقة وهذا بضرورة يؤثر على معاش الاسر وجودة

معاشاها من النفقات العلاج المرتبطة بالسفر والإقامة مما يؤثر على الاستقرار المادي والنفسي للأسر وبضرورة تتأثر جودة الحياة .

العبارة رقم 30 (تخفف الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسة الصحية العمومية تكلفة العلاج والمكوث في المصحات الخاصة) فلقد بلغ المتوسط الحسابي 3.53 ويعد متوسط مرتفع والانحراف المعياري 1.367 تشتت في إجابات المبحوثين، اما النسب المئوية نعم دائما 32 % وغالبا 26 % مما يعني 58 % تؤكد هذه النسب أن المؤسسة الصحية بالوادي تحمي تكاليف القطاع الخاص وذلك من خلال توفير البديل المجاني والذي يحمي معاش الأسرة من التآكل وقدرتها في تلبية احتياجات أفرادها ومحايد 17.5 % لم تعايش حالة المكوث في المستشفيات أما النسب نادرا 12.5 % ولا ابدا 12 % وتعد نسب متقاربة وهذا ما أكده الانحراف المعياري من التشتت الإجابات حيث مثلت أن الاسر مستنزفة ماليا مما يهدد استقرار نسقهم المعيشي .

العبارة 31 (تخفف الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسة الصحية العمومية تكلفة إجراء التحاليل الطبية في المصحات الخاصة) فالمتوسط الحسابي 3.87 وهو مستوى مرتفع والانحراف المعياري 1.382 يعني تشتت واضح في إجابات المبحوثين أما النسب المئوية 50.5 % وغالبا 16.5 % وهذا يعتبر مؤشر جدا إذ أن النسب تجاوزت 67 % ويعني نسبة استجابة الإيجابية وهذا ما يتفق مع العبارة رقم 16 في استقادة المبحوثين من خدمة التحاليل الطبية ولهذا تعتبر الاخيرة بسبب تكلفتها تعتبر خدمة صحية مهمة للأسر وتوفرها باستمرار يعني نجاح النسق الصحي في توفير الاستقرار الصحي للأسر وأما محايد 12 % وأما نادرا 12 % ولا ابدا 9 % وهذا يعبر عن خلل في الخدمات الخاصة بالتحاليل الطبيبة في تخفيفها من الاستنزاف المعاش خاصة في حالات الأمراض المزمنة أو متابعة الحمل وعليه فإن تأثر معاش هذه النسبة من المبحوثين .

العبارة رقم 32 (تخفف الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسة الصحية العمومية تكلفة إجراء الأشعة الطبية (الراديو) في المصحات الخاصة) بلغ متوسطها الحسابي 3.55 ويعد مؤشرا إيجابيا وهو مستوى مرتفع وانحراف معياري 1.427 ذات تشتت واضح وهنا تعكس لنا دور المؤسسة الصحية العمومية بالوادي كحائط صد مالي يحمي ميزانية الأسرة من تكاليف الأشعة الطبية (Radiology) وعليه تحصبنا على النسب المئوية التالية بحيث أجاب المبحوثين بنعم دائما 35 % وغالبا 26 % وتعد نسب مرتفعة (61 %) يؤكد أن مصلحة الأشعة تمثل ركيزة أساسية في الخدمة المجانية التي

توفرها الدولة الجزائرية إذ يعتبر قسم الأشعة بنية تحتية حيوية داخل النسق الصحي وهذا ما يتفق مع الدراسة السابقة للباحثين إبراهيم لكموتة ومحمد فيصل مايدة في دراستهم حول تقييم جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية من وجهة نظر المرضى و بناءًا على ما أجاب عليه أغلب المبحوثين على أن المؤسسة العمومية بن عمر الجيلاني تتوفر على جهاز أشعة رقمي جيد وعتاد مخبري متطور مما يؤكد لنا توفر خدمات المخبرية ذات جودة مما يسهم في التقليل من اللجوء للمصحات الخاصة ،وأما المبحوثين الذين أجابوا بمحايد 12 % لم يستفادوا فعليا من خدمة الأشعة الطبية بعدم حاجتهم الفعلية لها أو حالتهم الصحية كانت مستقرة وأما المبحوثين الذي أجابوا بنادرا 13.5 % ولا ابدا 13.5 % وتعد نسبة مرتفعة بـ27 % حيث واجهت خلل وظيفي وذلك بسبب تعرض الأجهزة لأعطال متكررة أو ضغط المواعيد وهذا ما يضطرها للجوء للقطاع الخاص مما يسبب ارباكًا في توازن نسق معاشها الأسري .

أما العبارة رقم 33 (تساعد الإعلانات المسبقة للحملات الطبية والتلقيح في ربح الوقت والبرمجة حسب وقتكم) المتوسط الحسابي 3.49 ويعد مستوى فوق متوسط من الرضا أما الانحراف المعياري 1.190 يشير إلى تشتت وتفاوت في إجابات المبحوثين أما النسب المئوية من المبحوثين أجابوا بنعم دائما 21 % وغالبا 37 % وتشير هذه النسب أن إعلانات المؤسسة التي تقومها مسبقا في حملات الطبية والتلقيح وذلك من خلال الإعلانات المسبقة تساعد الأسر في ربح الوقت وبذلك حماية معاشها وتمكينها في إدارة مواردها الزمنية والمادية بفعالية حيث تجنب أرباب الاسرة من التغيب وخسارة ساعات العمل والإنتاج ،وأما الذين أجابوا بمحايد 15 % ونادرا 21.5 % وتعتبر النسب مرتفعة خاصة وأن الوقت مهم كثيرا عند الانسان ويعني هذا ان هناك فئة من أسر المبحوثين تعاني من العزلة وهذا قد يؤثر على جودة حياة هذه الأسر وهذا بسبب نقص المعلومة أو تأخر وصول المعلومة مقارنة بالأسر التي تصلها المعلومة في الوقت المناسب لها أما الفئة التي أجابت بلا ابدا 5 % وهي الفئة التي ترى أن الخدمات الإعلامية للمؤسسة الصحية لا تقدم لها أي ربح .

العبارة رقم 34 (تسهم الحملات والقوافل الطبية التي تقدمها المؤسسة الصحية العمومية في الكشف المبكر عن الأمراض الخطيرة) بلغ متوسطها الحسابي 3.25 مما يعني مستوى مرتفع نسبيا قليلا وانحراف المعياري 1.310 متشتت أما النسب المئوية نعم دائما 21 % وغالبا 27.5 % يعني 48 % وهي نسبة معتبرة تبرر أن الحملات والقوافل الطبية للكشف المبكر عن الامراض الخطيرة تؤدي وظيفتها

،فالقوافل الصحية تؤدي دورًا ترميمًا في النسق الصحي خاصة في المناطق البعيدة بولاية الوادي وأما النسب أما بقية المبحوثين فأجابوا بمحايد 17.5 % ونادرا 23.5 % ولا ابدا 10.5 % وهذا ما يتفق مع العبارة رقم 14 في استفادة الاسر من خدمة القافلات الصحية المتنقلة بحيث اثبتت النتيجة أنه أغلبية المبحوثين لا يستفيدون من هذه الخدمة ،وتجدر الإشارة أن مديرية الصحة والسكان لولاية الوادي بالاشتراك مع المؤسسات الصحية العمومية والمؤسسات التربوية والمؤسسات الجامعية تبرمج سنويا وشهريا قوافل صحية خاصة بالكشف عن الامراض الخطيرة خاصة في الشهر الوردي ولكن تبقى هذه القوافل حبيسة هذه المؤسسات رغم أن هدفها الأساسي هو تقريب المؤسسة الصحية للأسر والفئات الهشة وذلك في إطار تغطية صحية شاملة وتوعوية لأجل تنمية المجتمع الجزائري، وبالرجوع إلى نتائج تعكس أن أغلبية المبحوثين يرون أن هذه الخدمة (القوافل والحملات) لا تؤدي وظيفتها وهذا ما يضع هذه الاسر أمام استنزاف مباشر ومفاجئ في حال ظهور أمراض خطيرة لم يتم اكتشافها مبكرًا وهو ما يهدد استقرارها المعيشي على المدى البعيد .

العبارة رقم 35 (تسهم الخدمات الصحية المجانية التي تقدمها المؤسسة الصحية العمومية في تخفيف الضغط النفسي على المرضى) بلغ المتوسط الحسابي 3.34 بمستوى مرتفع وانحراف معياري 1.401 مرتفع قليلا مما يعني أن المؤسسة الصحية العمومية تؤدي وظيفتها في تخفيف الضغط على الأسر ويبين أنها نجحت في تخفيف الضغط النفسي للبعض والبعض الأخر لم تستطيع وهذا ما أثبتته النسب المئوية حيث أجاب مجموع بنعم دائما 24 % وغالبا 32 % وهذا يعني أن الخدمات الصحية المجانية تؤدي دورًا علاجيًا نفسيًا وذلك من خلال امتصاص القلق الناتج عن تكاليف العلاج وعليه تقوم بتلطيف الحالة النفسية للمريض وذويه مما يحافظ على توازن واستقرار "**معاش الأسر**" مما يعني تحقيق الرفاه النفسي لأفراد الأسرة والجدير بالذكر ان الاتجاه النفسي اتخذ محاولات لتفسير جودة الحياة بحيث يراها على انها البناء الكلي الشامل الذي يتكون من المتغيرات المتنوعة التي تهدف إلى إشباع الحاجات الأساسية للأفراد كالصحة والأمان والمكانة والنجاح والحرية .... وإن إدراك المبحوثين للمؤشرات الايجابية وحالة الرضى لديهم والتي تبنى من خلالها مؤشرات جودة الحياة، ولكن في المقابل هناك من الأسر تعاني من ضغط نفسي مرتبطة بجودة الخدمة وظروف تقديمها وهذا ما أجابه المبحوثين بنادرا 14.5 % ولا أبدا 16 % أما باقي أجابوا بمحايد بنسبة ومحايد 13.5.

العبارة رقم 36 (تسهم حملات التبرع بالدم التي تنظمها المؤسسة الصحية العمومية في تعزيز العلاقات الأسرية والتضامن الاجتماعي) المتوسط الحسابي 4.13 ويعتبر المستوى الأعلى في دراستنا الحالية إذا تعكس نجاحًا باهرًا يتجاوز الدور الطبي للمؤسسة الصحية بالوادي ليصل إلى أسمى قيم المجتمع الجزائري ولهذا وصلت نسبة الاستجابة الإيجابية بالنسب المئوية التالية بنعم دائما 55 % وغالبا 22.5 % مما يعني 77.5 % من الأسر تؤكد أن حملات التبرع بالدم هي الجسر الأقوى الذي يربط المؤسسة الصحية العمومية بالمجتمع وهذا ما ذهب إليه المفكر إميل دوركايم يعزز التضامن العضوي مما يعتبر التبرع بالدم قمة التضامن العضوي في المجتمعات الحديثة وهذا ما يحافظ على بقاء النسق الاجتماعي ككل وضمان أداء وظيفة "الدمج الاجتماعي" وهذا يعني أصبحت المؤسسة الصحية نسقا تفعيلي للقيم والأخلاقية والاجتماعية وأداة للضبط والتماسك داخل المجتمع السوفي الصحراوي ،وأما الانحراف المعياري 1.233 رغم أنه يظهر تشتت في إجابات المبحوثين وهذا ما ظهر في وجود الفئة أجابت بمحايد 11.5 ونادرا 2.5 ولا أبدا 8.5 يعني قد يكون لديها مخاوف صحية أو عدم ثقة في كيفية إدارة الدم المتبرع به داخل النسق الاجتماعي ،ورغم أهمية تواجد بنك الدم متطور وشمولي داخل الولاية وهذا لدوره في الحفاظ على استقرار المجتمع فإن حاجة المريض للدم تعتبر حالة استعجالية قد تكون بسبب حادث طارئ أو بسبب عملية جراحية وعدم توفر العيانات حتما قد يحدث خللاً في المعاش اليومي للأسر ولهذا فإن أسرة المريض بطبيعة حال تتأثر أبعاد معاشها خاصة الجانب النفسي والاجتماعي فإن القلق الدائم والضغط النفسي بسبب قلة التبرعات بالدم أو عدم توفر كامل عيناتها قد يؤدي إلى تدهور جودة الحياة النفسية والاجتماعية للأسرة، ولهذا يجب تنمية رأس المال الثقافي الصحي لدى الافراد من خلال تعزيز الوعي الصحي والثقافة الصحية داخل المجتمع وتحفيز افراد المجتمع للتبرع بالدم في اطار التزام أخلاقي واجتماعي منظم .

العبارة رقم 37 (تسهم الخدمات الصحية المجانية التي تقدمها المؤسسة الصحية العمومية في التوعية والتثقيف الطبي للأسرة) بلغ المتوسط الحسابي 3.30 مستوى مرتفع وانحراف معياري 1.295 متشتت في إجابات المبحوثين وهي توضح أن الدور التوعوي والتثقيفي للمؤسسة الصحية العمومية بالوادي وصل لنسبة استفادة متوسطة نوعا ما ،ومن خلال الانحراف المعياري ويظهر لنا تشتت واضح فيمن استفاد ومن لم يستفد وهذا ما لاحظناه في النسب المئوية الذين أجابوا بنعم دائما 20.5 % وترى هذه الفئة أن الخدمات المقدمة تقوم بتوعية وتثقيف الاسر طبيا للأسرة غالبا 31 % وتعكس هذه النسبة

أن الأسر في ولاية الوادي أصبحوا مهتمين بالحصول على التثقيف الطبي لتأمين عائلتهم من الأمراض المحتملة ومحايد 16 % ونادرا 22.5 % وتشير هذه النسبة إلى أن القنوات التواصل التقليدي كـ(الإعلانات داخل المستشفى والملصقات....) قد لا تكون جذابة للأسر ولهذا عليه يجب استخدام قنوات أكثر فاعلية (كوسائط التواصل الاجتماعي أو الجمعيات المحلية...) للوصول إلى الأسرة وتفعيل دورها الوقائي وهذا ما ذكرناه وأكدناه من خلال النتائج المتوصل إليها في المحور الثاني فيما يخص الخدمات الصحية الدورية والوقائية للمؤسسة الصحية، وأما النسبة التي أجابت بلا ابدا 10 % وتمثل هذه الفئة من الاسر التي لا تمتلك وسائل التواصل أو بعيدة عن المدينة مما يمثل اللامساواة المعرفية مما يؤثر بضرورة على معاش هذه الاسر وجودة حياتها.

العبارة رقم 37 (تسهم التوعية الصحية التي تقدمها المؤسسة الصحية العمومية في تخفيف خطر الامراض المعدية والحشرات كالعقارب) وعليه تحصلنا المتوسط الحسابي 3.58 نسبة استجابة متوسطة والانحراف المعياري 1.361 مما يعني تشتت في إجابات المبحوثين أما النسب المئوية نعم دائما 33 % وغالبا 28 % ، مما يعني أن المؤسسة الصحية العمومية تلعب دورا كبيرًا في التوعية بالمخاطر البيئية والمحلية الملموسة مثل خطر التسمم العقربي مما يعني ان المؤسسة هي درع وقائي لدى أغلبية الأسر وأما المبحوثين الذين أجابوا بمحايد 12 % أما البقية من المبحوثين أجابوا بـ ونادرا 16.5 % ولا ابدا 10 % لم تصلهم التوعية الصحية كالمناطق الأكثر عرضة للخطر (كالمناطق الريفية أو الاحياء البعيدة) ولهذا وكما ذكرنا سابقا إن خصوصية ولاية الوادي كمنطقة "صحراوية –زراعية" بامتياز تفرض تحديات بيئية وصحية وإن تفعيل الدور الاستباقي التوعوي للمؤسسة الصحية بما يتماشى مع طبيعة المنطقة المناخية يجعلها أكثر قدرة على حماية أفراد المجتمع من المخاطر المحتملة المرتبطة بنمط العيش الصحراوي ومن زاوية أخرى فالأمر لا يتوقف عند الجانب المناخي أو البيئة الايكولوجية بل يتعداه إلى أن ولاية الوادي ولاية حدودية ومنطقة عبور دولي مع تونس وليبيا ضمن الحركة التجارية والسياحية مما يؤدي لتوافد الالاف من خارج الوطن وداخله سنويا مما يخلق فضاءات مفتوحة لمخاطر صحية محتملة مما يسبب ضغط على النسق الصحي بسبب الأوبئة العابرة للحدود ولهذا يجب أن تلعب المؤسسة الصحية دور توعويًا بضمان الأمن الصحي للمجتمع المحلي والزوار على حد سواء.

العبارة رقم 39 (تسهم العلاجات المجانية التي تقدمها المؤسسة الصحية العمومية في تخفيف نفقات شراء الأدوية من الصيدليات) فلقد بلغ المتوسط الحسابي 3.96 يعني مستوى مرتفع والانحراف المعياري

1.335 وهذا يعني تشتت واضح وهذا ما أكدته النسب المئوية حيث أجاب المبحوثين نعم دائما 52.5 % يعني أن الصيدلية المركزية للمؤسسة الصحية تحمي ميزانية الأسرة من التدهور وأما غالبا بنسبة 15 % ومحايد 17.5 % ونادرا 5.5 % ولا ابدا 9.5 % وقد تمثل هذه النسب الأسر التي لا تمتلك ضمان اجتماعي وهذا ما قد يؤثر على ميزانيتها ويضطرها لشراء الادوية بمالها وهذا يؤثر على ميزانية الاسرة خاصة اذا كانت محدودة .

العبارة رقم 40 (تسهم الحملات التي تبثها المؤسسة الصحية العمومية على الإذاعة وشبكات التواصل في التثقيف والتوعية الطبية للأسرة) و متوسطها الحسابي 3.12 يعني مستوى متوسط نسبيا والانحراف المعياري 1.380 يعني تشتت واضح واما النسب المئوية نعم دائما 21 % وغالبا 24 % وتعتبر نسبة قليلة مقارنة بالنتائج السابقة المتعلقة بالعبارة رقم37 ،وكما نعلم أن الحملات التوعوية المبرمجة من طرف المؤسسة الصحية من خلال قنوات السمعي والبصري ووسائل التواصل الاجتماعي وهذا لأنها جانب مهم في إيصال الصوت الاعلامي الصحي الوقائي للمجتمع المحلي مما يسهم في العملية التثقيفية والتوعوية للأسر بشكل عام وبهذا تنمية البعد الصحي بشكل خاص ،فالأسرة التي تمتلك المعلومة الصحية الصحيحة هي الأقرب لمؤشرات جودة الحياة في حين يرى الاتجاه الطبي في تحديد مؤشرات جودة الحياة وقد أكد " على أن إدراك الاعراض وتقديرها وقرار طلب الفحص والاستشارة الطبية والإذعان للعلاج ترتبط أساسا بادراك المرضى منه لحالتهم الوظيفية الحقيقية ،ويهدف هذا الاتجاه إلى تحسين جودة الحياة للأفراد الذين يعانون من أمراض جسيمة مختلفة أو نفسية أو عقلية ،وذلك عن طريق البرامج الإرشادية ولعلاجية التي تتعلق بالوضع الصحي وفي تطوير الصحة" [1].

وأما المبحوثين الذين أجابوا بمحايد 15.5 % وقد تمثل النسب الأسر خارج نطاق التغطية الإعلامية الصحية وقد يكون بسبب نقص الوعي أو البعد عن الوسائل الإعلامية بشكل عام وأما المبحوثين الذين أجابوا بنادرا 25 % ولا ابدا 14.5 % وهذا يعني أن الدور التوعوي للمؤسسة الصحية العمومية عبر الوسائط الإعلامية لم تستطيع الوصول لكافة شرائح المجتمع المحلي وهذا يمثل ضعف اعلامي يحسب للمؤسسة الصحية العمومية بالوادي وذلك قد يسبب غياب المعلومة الوقائية للأسر ولهذا فإن غيابها يزيد

[1] نعيسة رغداء علي، جودة الحياة لدى طلبة جامعتي دمشق وتشرين، نجلة كلية التربية، المجلد 28، العدد 01، جامعة دمشق ،2012، ص ص 145-181

من فرص التعرض للأزمات الصحية الطارئة والتي تُخل بتوازن المعاش الاسري نتيجة غياب الثقافة الوقائية والتي تعتبر أحد أهم الأعمدة لضمان جودة صحية شاملة.

العبارة رقم 41 (تسهم الخدمات الصحية المجانية التي تقدمها المؤسسة الصحية العمومية في تعزيز شعوركم بالاستقرار والطمأنينة) المتوسط الحسابي لهذه العبارة بلغ 3.85 ويعتبر مستوى مرتفع وانحراف المعياري 1.831 متشتت في الإجابات وهذا ما لاحظناه في النسب المئوية والذي أجاب المبحوثين بنعم دائما 42.5 % وغالبا 29 % تعبر هذه النسب ارتياح الأسر واستقرارها النفسي اتجاه المؤسسة الصحية وما تقدمه من خدمات مجانية وهذا يرجع لتوجه الدولة الجزائرية نحو الرعاية الاجتماعية الصحية لكامل أفراد المجتمع خاصة الفئات المعوزة منذ 1974 ورغم أن الدولة توجهت مؤخرا إلى تمويل القطاع العمومي حسب إجراءات الميزانية العامة التي تأتي خاصة من مساهمة الدولة ومشاركة الضمان الاجتماعي وبعد التحول للتمويل المتعدد وهذا في منتصف التسعينات إلى إشراك المواطن في نفقات الايواء والاطعام وهذا كتوجه لتمكين المواطن من الرعاية الصحية وفك ارتباط نفقات العلاج بالخزينة العمومية إلا أنه بقت المجانية العلاج تُأكد في الجرائد الرسمية وهذا ما ذكر في قانون الصحة في المادة 12 – 13 يؤكد على استمرارية العلاج المجاني " إذ تعمل الدولة على ضمان تجسيد الحق في الصحة كحق أساسي للإنسان على كل المستويات " أما في المادة 13 " تضمن الدولة مجانية العلاج ،وتضمن الحصول عليه لكل المواطنين عبر كامل التراب الوطني "[1] ،أما المبحوثين الذين أجابوا بمحايد 8 % ونادرا 12 % ولا ابدا 8.5 % وقد تعبر هذه النسب عن المبحوثين الذين عايشوا تجارب سلبية مع المؤسسة الصحية مما يجعل أراءها ونفستيها سلبية تجاه المؤسسة الصحية، ولكننا لا يمكننا تجاهل هذه النسب باعتبارها تمثل تجارب حقيقية للمبحوثين وهو ما يدفعنا لطرح تساؤل مهم هو هل توقعات واحتياجات هذه الاسر من النظام الصحي لا يتوقف عند مجانية العلاج فقط لضمان توزان معاشها الاجتماعي والنفسي ضمن تعزيز شعورها بالاستقرار والطمأنينة ؟ وهل هناك ما يحدد مؤشرات جودة الحياة لهذه الاسر ويضمن توازن ابعاد معاشها؟

- ❖ من خلال ما سبق، نستنتج أن الخدمات الصحية المقدمة للمؤسسة العمومية تسهم بشكل جوهري في تعزيز "معاش الأسرة الجزائرية" وضمان جودة حياتها، إلا أن درجة هذا الإسهام تتفاوت بشكل

[1] الجهورية الجزائرية الديموقراطية الشعبية، قانون رقم 12-13 مؤرخ في 16 ذو القعدة 1439 الموافق لـ 2 يوليو 2018، يتعلق بالصحة، الجريدة الرسمية، العدد 46، الصادرة بتاريخ 29 يوليو 2018، ص ص 5-6

ملحوظ بين الأبعاد المختلفة، حيث يمكن ترتيب الأبعاد الأكثر تأثراً واستجابةً على النحو الآتي: البعد الاجتماعي والنفسي (الأكثر تأثراً وإيجابية) احتل هذا البعد صدارة النتائج، مما يؤكد أن القيمة الحقيقية للمؤسسة الصحية في تمثلات الأسر تكمن في قدرتها على توفير "الأمان المعنوي ،يليها البعد المادي والاقتصادي (تأثير مرتفع نسبيًا) جاء في المرتبة الثانية، حيث برزت الخدمات الصحية كـ "**ركيزة حمائية** "لميزانية الأسر. ولهذا إن توفر الخدمات المتخصصة والاستعجالية بشكل مجاني أو مدعم يسهم مباشرة في تخفيف وطأة التكاليف الباهظة للمرض، مما يمنع انزلاق الأسر نحو الهشاشة الاقتصادية، ويؤكد الدور الاجتماعي للدولة في تحقيق العدالة الصحية. ليليها البعد الصحي ذا موافقة متوسطة .

ثانيا: مناقشة النتائج على ضوء تساؤلات الدراسة والمقاربة النظرية والنتيجة العامة

1. نتائج الدراسة في ضوء التساؤلات الفرعية

تعد هذه المرحلة من أهم المراحل البحثية السوسيولوجية وبعد قيامنا بتحليل البيانات والتعليق عليها تمكنت الدراسة من الوصول إلى مجموعة من النتائج الهامة والمرتبطة بموضوع الدراسة المعنونة بـ: انعكاس مستوى الخدمات الصحية في الجزائر على معاش الاسرة الجزائرية دراسة ميدانية على المؤسسات الاستشفائية (بن عمر الجيلاني ،19 مارس 1962) بولاية الوادي.

وعليه تحصلت دراستنا على النتائج التالية فيما يخص المحور الأول البيانات الديموغرافية للمبحوثين:

– خلصت الدراسة إلى أن توزيع أفراد عينة الدراسة مثلت فيه نسبة الذكور أكثر من الإناث وهذا ما يشير إلى طبيعة الأدوار الاجتماعية السائدة في محل الدراسة حيث يعد رب الأسرة (الذكر) هو المسؤول الأول عن تمثيل الأسرة في الفضاءات العامة والمؤسسات الصحية ولهذا فإن القرار الصحي يمر عبر رب الاسرة ولهذا قد نعتبره هدف أساسي ومفتاحًا للوصول للأسرة ككل من خلال الخدمات الوقائية كالحملات التوعوية، والإجراءات العلاجية الوقائية....

– توصلت الدراسة إلى أن أعمار المبحوثين أغلبهم أقل من عمر 45 سنة وهي الفئة العمرية التي تتحمل العبء الأكبر في رعاية الأبناء والوالدين معًا وكما أنها تتميز بالوعي الصحي مما يُأهلها في تصدي الأزمات الصحية الاستعجالية مما يسمح بتخفيف منابع الاستنزاف في المعاش الاسري وهذا ما فسرته

نتائج الدراسة من خلال تواجد هذه الفئة العمرية في المؤسسة الصحية باحثة عن الخدمة الوقائية والعلاجية لتأمين محيطها الأسري.

– توصلت الدراسة أن أغلب المبحوثين في المستوى الدراسي الجامعي وهي عينة واعية مما يخلق لنا مواطن واعي يدرك أهمية الخدمات المقدمة داخل المؤسسة الصحية العمومية ولهذا فإن المستوى التعليمي العالي يقلل من المعتقدات الخاطئة حول الصحة والمرض.

– أكدت الدراسة أن أغلب المبحوثين في حالتهم الاجتماعية متزوجين وأرباب الأسر وذلك بنسبة 54 % ولهذا فإن هذه النسبة من المبحوثين لا يجيبون بصفتهم معزولين بل بصفتهم **مسؤولين عن النسق الاسري** وهذا ما يفسر مدى توجه رب الاسرة نحو التوجه للخدمات الصحية العمومية المجانية كونها إحدى آليات ضبط استقرار الاسرة النفسي والمادي والصحي بما يضمن حماية أفرادها من الاختلالات المعاشية المحتملة.

– وبالنظر لما أسفرت إليه نتائج الدراسة فيما يتعلق بتأمين الضمان الاجتماعي أن أغلب المبحوثين مشتركين في الضمان الاجتماعي (بطاقة الشفاء) بنسبة 62.5 % وهو ما يشير ويؤكد على أغلب المبحوثين مرتبطين ومندمجين فعليا في الدورة الاقتصادية والاجتماعية الرسمية للدولة الجزائرية وهذا يعني اعتمادهم على مؤسسات الدولة في تأمين استقرارهم المعيشي والصحي.

1/ الإجابة على التساؤل الفرعي الأول (استفادة الأسر من الخدمات الصحية الدورية والوقائية للمؤسسة الصحية) والنتائج المتعلقة بالتساؤل الأول:

البيانات	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t المحسوبة	مستوى الدلالة	القرار
تساؤل	200	3.0074	0.83	0.126	0.450	غير دال

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

يشير الجدول إحصائيا للتساؤل الفرعي الأول أن المتوسط الحسابي لمدى استفادة الاسر الزائرة من الخدمات الدورية والوقائية بمحل الدراسة قد بلغ 3.007 وهو ما يعكس مستوى متوسط من الاستفادة على مقياس ليكرت كما أن الانحراف معياري قدره 0.83 يدل على وجود تباين معتدل في الإجابات وبإخضاع هذه القيمة لاختبار T بلغت القيمة المحسوبة 0.126 عند مستوى الدلالة 0.45 وبما أن

هذه القيمة أكبر من مستوى الدلالة المعتمد (0.05) فإننا نستنتج أن هذه النتيجة غير دالة إحصائيا مما يعني الاستفادة متوسطة وبما ان Sig =0.45 فهذا يدل على ان الخدمة اقل استقرارًا مما يعني وجود نوع من الاتفاق الضمني على استفادة متوسطة كما يشير أيضا تذبذب في الأداء الوظيفي الوقائي للمؤسسة الصحية مما انعكس على تذبذب في السلوك الصحي للأسرة بين الاستجابة للخدمات الوقائية والامتثال لها وبين العجز عن الممارسة الوقائية.

وكما نعلم أن الخدمات الصحية الدورية والوقائية من أهم الخدمات في النسق الصحي من حيث الخدمة المُقدمة إذ ترتبط بحماية الأفراد من الأمراض المعدية والأوبئة وتمنع انهيار النسق الحيوي للأفراد ولهذا تعتبر خط حماية من التدهور الصحي الناتج عن سوء سلوك الأفراد أو المشروعات التي تمارس أنشطة قد تضر بصحة الأفراد وارتباطًا بما سبق فإن هذا النوع من الخدمات يرتبط بصحة الفرد بشكل غير مباشر وتتمثل في خدمات التطعيم ضد الأمراض الوبائية وخدمات رعاية الأمومة والطفولة والقافلات الصحية ...، وكما قلنا هي خط الدفاع الأول ، وتوفرها داخل المؤسسات الصحية بذات مستوى وجودة واستفادة الأسر منها بشكل مستمر ينعكس بالضرورة على معاش الأسرة ،وبالنظر إلى نتائج الاستبيان إحصائيا كما هو موضح في الجدول فإن عدم الدلالة الاحصائية مما يشير إلى الحياد في إجابات المبحوثين عن مدى استفادة الأسر من الخدمات الخاصة والاستعجالية للمؤسسة الصحية العمومية فهو يعبر عن نوع من القصور الوظيفي في أداء النسق الصحي للمهام الخدمات الأولية (الاستباقية) ويعود هذا إلى أن الوعي الجمعي للأسرة المبحوثة يتسم بضعف الثقافة الوقائية مما يعكس ضعف الجانب الوقائي ولهذا تستفيد الأسر من الخدمات الاستعجالية باعتبارها أداة لاستعادة دور الفرد المنتج دون إدراكهم مدى أهمية الخدمة الوقائية كفعل لألية استباقية لضمان نسق استقرار الأسرة أو قد يرجع لغياب النشاط الوقائي فعليا في المؤسسة الصحية حيث لم تضع المؤسسة بعد القواعد الضابطة التي تُسهم في زيادة الوعي بأهمية الوقاية عند الأسر على أنه واجب اجتماعي وصحي اتجاه أفرادها ، وعليه جاءت العبارة 8 في ما يدل على أن أغلب الأسر تستفيد من الخدمات الوقائية التي تقدمها المؤسسة الصحية الاستشفائية (بن عمر الجيلاني ،19 مارس 1962) محل الدراسة وعند الوقوف على عبارات المحور الثاني لاحظنا أن أغلب المبحوثين أكدوا بأن أطفالهم يستفيدون من التلقيحات الوقائية التي تنظمها المؤسسة الصحية الاستشفائية حيث أجابت نسبة 56 % بنعم و 13 % بغالبًا مما يعني أن نصف العينة تستفيد فعليا من التلقيحات للأطفال باعتبارها أهم الخدمات الصحية في المنظومة الصحية

الجزائرية وهذا ما نصت عليه القوانين الدولية والوطنية كما ذكرنا سابقا مما يجعلها الخدمة الأكثر استفادة لهذا فإن انخراط التلميذ للمؤسسات التربوية في الجزائر يكون فقط بتلقي الطفل كامل تلقيحاته الأولية وهذا ما يفسر ارتفاع نسبة الاستفادة من التلقيحات وهي خدمة وقائية تعمل كأداة للضبط الاجتماعي داخل المجتمع الجزائري.

أما فيما يخص استفادة الأسر من الفحوصات الدورية للأطباء المختصين فتعد استفادة ضعيفة نسبيا إذا أجاب المبحوثين بنسبة بـ 20 % و24 % بنادرًا وهذا يعني تقريبا نصف العينة لا تستفيد من خدمة الفحوصات الدورية للأطباء المختصين في المؤسسات الاستشفائية بولاية الوادي، مما يعني وجود نقص في الأطباء المختصين في المؤسستين مما يؤدي هذا النقص للجوء إلى القطاع الخاص أو الهجرة العلاجية خاصة العلاج في تونس ، أما في المقابل أثبتت نتائج الدراسة أنه هناك نسبة كبيرة من المبحوثين لم تستفيد من العمليات الجراحية المجانية بنسبة بلا أبدًا 27 % ونادرًا بنسبة 15.5 % وتعتبر نسب مرتفعة وخاصة وأن العمليات الجراحية تعتبر من الخدمات الحساسة خاصة أنها تحتاج لأطباء مختصين كأطباء جراحة الحنجرة والأنف والقلب وهذا ما يتطابق مع ما جاء في نتائج العبارة رقم 10 فيما يخص توفر الأطباء المختصين لإجراء فحوصات دورية وهذا يضطر الاسر للجوء إلى القطاع الخاص والعيادات الخاصة مما يؤثر ويستنزف بشكل مباشر معاش الأسر على كل الجوانب والأبعاد (المادي ،الاجتماعي والنفسي و الصحي) مما يعيد إنتاج اللامساواة الاجتماعية عند المجتمع المحلي بشكل عام، في حين أجاب أغلب المبحوثين عن العبارة 15 وهي استفادة أسرهم من الحملات الجراحية في إطار التوأمة مع الأطباء الأجانب والتي تنظمها المؤسسة الصحية شهريا أو سنويًا إذ أجاب المبحوثين أن استفادتهم كانت ضئيلة من الحملات الجراحية (التوأمة) التي تنظمها المؤسسة الصحية حيث أجاب 42 % بلا أبدا في حين أجاب 7 % مما يدل على أن القطاع الصحي العمومي في ولاية الوادي يعاني من نقص فادح في الأطباء المختصين.

وفي جانب آخر أشار معظمهم المبحوثين أن استفادتهم كانت متوسطة من الرعاية الخاصة بالأمراض المزمنة التي توفرها المؤسسة الصحية الاستشفائية إذا أجاب المبحوثين بنعم دائما بنسبة 38% أما في المقابل أجابت نسبة 24 % بلا أبدا وهذه النسب تعبر عن تشتت واضح في استفادة الأسر من الخدمة إذ أن أصحاب الأمراض المزمنة (كالسكري، أمراض الضغط) تعتبر من الأمراض الصعبة والتي تحتاج

لرعاية ومتابعة أكثر وأي خلل وظيفي داخل النسق الصحي فيما يخص الخدمات الصحية المقدمة لمرضى الأمراض المزمنة ينعكس مباشرة على الأسرة بسلب ويخل بتوازنها وبالتالي تتأثر جودة معاشها.

وفي جانب أخر أظهرت نتائج الدراسة أن أغلب المبحوثين أكدوا أنهم لا يستفيدوا من القافلات الصحية المتنقلة التي توفرها المؤسسة الصحية الاستشفائية حيث أجابت نسبة 60 % بلا أبدا اذ تُعبر عن أكثر من نصف العينة لا تستفيد وهذا مؤشر يترجم نقص الخدمات الصحية الموجهة لخارج المؤسسة الصحية للمناطق النائية أو الأحياء والبلديات البعيدة وهذا ما قد يؤثر على الأسر خاصة تلك الأسر التي تقطن بعيدا عن مركز الولاية فإن المؤسسات الصحية هي ليست نسق مغلق بل هي في الأساس نسق مفتوح يتفاعل مع المجتمع ووجد لأجل خدمة المجتمع وأفراده.

أما في المقابل فإن الصحة المدرسية تحظى باهتمام واضح في القطاع الصحي العمومي إذ أشار اغلب المبحوثين أن اسرهم تستفيد بشكل إيجابي من الرعاية الخاصة بالصحة المدرسية المقدمة لأطفالهم المتمدرسين وكما نعلم أن الطفل في السنوات العشر الأولى من حياته تُعد مهمة خاصة جسديا وصحيا وأي مرض يصيبه يشكل خطر مباشر على صحته باعتبار مناعته ضعيفة ولهذا فإن القطاع الصحي في الجزائر يُتابع ويُقدم للطفل في سنواته الأولى التلقيحات والتطعيمات الضرورية وذلك عبر برنامج زمني منظم ومن الضروري أن يتحلى الوالدين بوعي صحي عالي لضمان تلقي الطفل كامل تطعيماته وعند التحاق الطفل للمدرسة هنا تتكفل الصحة المدرسية بمتابعة سنوية للتلميذ وذلك بإنشاء ملف صحي خاص به يتضمن المعلومات الصحية وفي حال وجود أي مرض يهدد حياته أو يعيقه تقوم الصحة المدرسية بإرساله للمؤسسات الصحية العمومية في إطار متابعة أو تقديم العلاج الخاص به.

وبالإحالة ووفق المقاربة البنائية الوظيفية يفترض بالنسق الصحي أن يؤدي وظيفة تكاملية وترابطية من خلال مجموعة من الخدمات الصحية (الوقائية والعلاجية) فكل خدمة تحقق هدف محدد بها لتتكامل مع الخدمة الأخرى، إلا أن نتائج الدراسة الميدانية أظهرت متوسطا قدره 3.00 ويشير هذا إلا خلل وظيفي في هذا التكامل فبينما نجح النسق في أداء وظيفة التلقحيات ،فإنه أخفق في وظيفة القافلات الصحية والفحوصات الدورية وهذا قد يؤثر على قدرة النسق في تقليص احتمالات المرض المفاجئ ويؤدي حتما إلى إعاقة الأفراد عن أدوراهم الاجتماعية المعتادة مما يعتبر انحرافًا وظيفيًا يؤثر على جودة حياة الاسر بشكل عام. وكما هو ملاحظ فإن غياب الدلالة الإحصائية هنا يعكس قصورًا وظيفيًا في أداء هذا النوع من الخدمات وبالتالي فإن المؤسسة الصحية العمومية فشلت في توجيه سلوك الأسر

(كخلية اجتماعية) لضمان التزامهم وقائيًا، وهذا قد يؤدي إلى ضعف قدرة الأفراد في الحفاظ على أدوراهم الاجتماعية، وبالتالي تهديد الاستقرار البنيوي للمجتمع المحلي.

ومن منظور نظرية جودة الحياة (Quality of Life Theory) لا تقتصر الصحة على البعد البيولوجي، بل تمتد لتشمل الرضا عن الحياة وقدرة الافراد على ممارسة الأدوار الاجتماعية وهذا ما أكدته منظمة الصحة العالمية في أكثر من مناسبة على أنه إدراك الفرد لمكانته في الحياة ضمن سياق ثقافي وقيمي ووفق توقعاته ومعاييره وهذا ما ينطبق على الصحة الجسدية والنفسية والاجتماعية وهذا ما أكده مايكل بوري (Michael Bury) وهو أحد أعمدة سوسيولوجيا الصحة الحديثة "أن جودة الحياة لا تقاس فقط بالمؤشرات أو الأجهزة ،بل ترتبط بالكيفية التي تعيش بها الفرد تجربته الصحية داخل محيطه الاجتماعي والثقافي".... ، فإن المتوسط الحسابي القريب من القيمة المحايدة (3) يشير إلى أن الخدمات الوقائية لا تساهم بشكل فعال في تحسين مؤشرات الصحة العامة أو الإحساس بالرفاه الصحي ،فالمؤسسة التي توفر اللقاحات يغيب عندها الفحوصات الدورية ولا تتوفر على القافلات وهذا قد يخلق الشعور بعدم الأمان مما ينعكس سلبا على جودة الحياة الصحية ،ولهذا يستدعي تعزيز البعد الوقائي في السياسات الصحية لضمان استدامة الحياة الكريمة بشكل عام وهذا لا يتم إلا من خلال مروره عبر الانتقال من طب الاستعجالي إلى الطب الرفاه الوقائي .

أما من جانب أخر نرى هنا أنه استفادة الأسر من الخدمات الوقائية مرتبط بمدى وعي الأسر بضرورة الاستفادة من هذه الخدمات فإن توفر الخدمة أو عدم توفرها مرتبط بشكل مباشر بمدى حاجة الاسر من تلك الخدمات، (فالوقاية خير من العلاج) إذ هو سلوك فردي نابع عن وعي الفرد بضرورة اتباع أسلوب صحي ومتابعة دورية عند الطبيب وعليه تقليل الحالات الصحية المفاجئة التي تحتاج تدخل طبي استعجالي والتي قد تؤثر على حياته وهذا يعني أن جودة حياة الأسر مرتبط بالأسر ووعيها الصحي وبالمؤسسة الصحية ومستوى الخدمة الصحية المقدمة على حد سواء.

وعليه ومن خلال المعطيات السابقة وما طرحناه في السابق نستنتج أن أغلب الأسر الزائرة تستفيد بشكل متذبذب من الخدمات الصحية الدورية والوقائية للمؤسسة الصحية (بن عمر جيلاني، 19 مارس 1962) وهذا قد يؤثر على جودة معاش الأسر المبحوثة وبضرورة يؤثر بشكل مباشر على الجانب المادي للأسرة لأن خط الدفاع الأول في النسق الصحي (الخدمات الوقائية) مستواها متأثر بمدى توفر الخدمة خاصة فيما يخص الأطباء المختصين وتوفر الرعاية الخاصة لمرضى الأمراض المزمنة مما قد

يضطر الأسر لانفاق مادي أكبر على العلاج مستقبلًا في حين هنا لا يتوقف الأمر فقط على الجانب المادي وتأثر صحة المريض بسبب هذا النقص وتهدد حياته كما أن الصحة النفسية والعلاقات الاجتماعية داخل الأسرة تتأثر بشكل سلبي.

2/ النتائج المتعلقة بالتساؤل الثاني: (استفادة الأسر الزائرة من الخدمات الصحية الخاصة والاستعجالية للمؤسسة الصحية):

البيانات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t المحسوبة	القيمة الاختبارية	مستوى الدلالة	القرار
التساؤل	3.43	0.97	6.215	3	0.001	دال

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

يشير الجدول إحصائيا للتساؤل الفرعي الثاني أن المتوسط الحسابي لمدى استفادة الاسر الزائرة من الخدمات الصحية العلاجية والاستعجالية بمحل الدراسة قد بلغ 3.43 بانحراف معياري قدره 0.97 وبإخضاع هذه القيمة لاختبار T بلغت القيمة المحسوبة 6.215 عند مستوى الدلالة 0.001 وبما أن هذه القيمة أقل من مستوى الدلالة المعتمد (0.05) فإننا نستنتج أن هذه النتيجة **دالة إحصائيا** وتأكد هذه النتيجة أن الاسر تستفيد من الخدمات الخاصة والاستعجالية بدرجة متوسطة.

لقد انطلقت دراستنا من خدمتين أساسيتين في المؤسسة الصحية (الوقائية والعلاجية) باعتبارهما أكثر الخدمات التي تتفاعل معها الاسر بشكل يومي وعليه فإن الخدمات الصحية الخاصة والاستعجالية تأتي بعد الخدمة الوقائية في العملية التراتبية في النظام الصحي ،ولهذا فإن الخدمة الاستعجالية تُقدم للتخلص من المرض بعد وقوعه وتقديم العلاج المناسب وعليه تعتبر من أهم الأنساق في النسق الصحي الكلي وذلك لأنها ذات طابع استعجالي يحتاج الكثير من الدقة والاستعداد من الطاقم الطبي وأي خلل يؤثر أو يضعف مستوى هذه الخدمة قد ينعكس بشكل مباشر على الأسر وخاصة أنا حالتهم استعجالية لا تحتمل التأجيل ولهذا فإن استفادة الأسر الخدمة الاستعجالية مقرون بدرجة الأولى بمدى كفاءة عمل النسق الصحي ولهذا فلقد أوضحت نتائج الدراسة أن معظم المبحوثين تستفيد عائلتهم من العناية الاستعجالية بمتوسط حسابي قدر ب 3.43 مما يعني مستوى متوسط ولكن أفضل بقليل من استفادة الأسر من الخدمات الوقائية ولكن تبقى استفادة متذبذبة بعض الشيء مما يضع الأسر في ضغط مستمر

بسبب الحالات الاستعجالية في حين اتفق أغلب المبحوثين في العبارة رقم 18 أن أسرهم تستفيد من العناية الاستعجالية بالمريض التي توفرها المؤسسة الصحية العمومية وبذلك أجاب نسبة 47 % بنعم دائما وهذا ما يؤكد جاهزية المؤسسة الصحية للتكفل بالحالات الاستعجالية لأن المريض يكون في حالة الخطر وهذا يعتبر مؤشرًا إيجابيًا مما يجعل الاسر أكثر اطمئنانًا على صحة ذويهم مما يحقق رضا عن مستوى تلك الخدمة وهذا ما أكده **اماريتا سن** (Amartya Sen) أن الصحة والقدرة على عيش حياة طويلة وخالية من الأمراض هي من الركائز الأساسية للحرية الفردية وجودة الحياة ،فغياب الصحة يقيد إمكانيات الفرد ويحد من خياراته وبالتالي يضعف حريته ، في حين أجاب المبحوثين في العبارة رقم 19 أن عائلتهم يستفيدون من الرعاية الصحية الاستعجالية الطارئة لحالات الولادة التي توفرها المؤسسة الصحية العمومية وكما نعلم أن القطاع الصحي العمومي في الجزائر يهتم بصحة الأم والطفل لهذا يوجد على مستوى ولاية الوادي مستشفى أو دار الولادة في كل بلدية وعليه فإن لجوء الأسر في الحالات الاستعجالية الخاصة بالأم والطفل للمؤسسات الصحية ووقوف الطاقم الطبي على تقديم هذه الخدمة رغم وجود دار الولادة تتابع حالة الأم والطفل فهذا يؤكد لنا أن النسق الصحي يعمل بتكافؤ بين وحداته قصد تحقيق الهدف الكلي وهو حماية صحة الأسرة.

أما في المقابل تُعد استفادة الأسر من العمليات الجراحية الطارئة التي توفرها المؤسسة الصحية تُعد استفادة متوسطة حيث أجاب نسبة 17.5 % بنعم دائما وأجاب نسبة 25.5 % بلا أبدا وهذا ما يتماشى بما جاء به العبارات 11 و15 في المحور الخاص بالخدمات الوقائية بحيث أجاب أغلب المبحوثين وبل اتفقوا جميعا في كامل المحاور أن استفادتهم من الخدمات العمليات الجراحية غير كافية وذلك بسبب نقص الطاقم الطبي المختص.

وفي جانب أخر نعلم جيدا أن الأمراض الموسمية المرتبطة بالبيئة وخاصة وأن ولاية الوادي تقع في منطقة صحرواية جافة ضمن مساحات زراعية واسعة تستخدم السماد العضوي والغير عضوي وهذا ما يجعل سكان المنطقة في تعرض دائم لهذه الملوثات ومع طبيعة المنطقة وتعرضها للرياح الشديدة فقد تكون سببًا في إصابة الأفراد للأمراض الخاصة بأمراض تنفسية وتعتبر الخدمات الخاصة بتلقيحات للأمراض الموسمية من أكثر الخدمات احتياجًا في المنطقة حين جاءت العبارة رقم 26 فيما يخص استفادة الأسر من الحملات الطبية الخاصة بالأمراض الموسمية كلقاح الزكام ثبت أن اغلب المستجوبين

أكدوا أن اسرهم تستفيد من الحملات الطبية التي توفرها المؤسسة الصحية العمومية للأمراض الموسمية بشكل جيد حيث أجاب بنعم دائما وغالبا بمجموع 67.5 % .

ومنه تشير هذه النتائج إلى وجود استفادة واضحة ودالة إحصائيا من الخدمات العلاجية والاستعجالية، مما يدل على أن النظام الصحي يؤدي وظيفته العلاجية بكفاءة وفق **لتالكوت بارسونز** فإن استعادة الفرد لعافيته تمكنه من العودة إلى أداء أدوراه الاجتماعية مما يعزز التكامل البنيوي داخل المجتمع هذه النتيجة تعكس نجاحًا وظيفيا في أداء المؤسسة الصحية وتدل على فاعلية في الاستجابة للحاجات العلاجية مما يساهم في الحفاظ على التوازن الاجتماعي.

ومن منظور مقاربة جودة الحياة فإن المتوسط المرتفع نسبيا (3.43) والدلالة الإحصائية القوية0.001 يشير إلى أن الخدمات العلاجية هي حجز الزاوية في بناء جودة الحياة الصحية لدى الأسر المبحوثة بولاية الوادي ولهذا ومع انتقال الدالة الإحصائية الحيادية في الجانب الوقائي إلى الدالة الإيجابية في الجانب العلاجي يؤكد لنا قدرة المؤسسة الصحية العمومية في الاحتواء الفوري للأزمات الصحية الطارئة ومما يعني هذا أنها تساهم فعليا في تحسين نوعية الحياة الصحية للأسر الزائرة وهذا ما يعزز الإحساس بالأمان الصحي ويعد مؤشر إيجابيا على جودة الحياة في بُعدها العلاجي ومما يعني أنها لا تقتصر هذه الخدمات على استعادة العافية الجسدية فحسب بل تمتد لتشمل الاستقرار النفسي والمادي للأسرة المبحوثة ولهذا فإن توفر العلاج المجاني والاستعجالي الفعال يحمي ميزانية الأسرة من الاستنزاف في القطاع الصحي الخاص ، وبطبيعة الحال يضمن استمرارية الفرد في أداء أدواره الاجتماعية المنتجة ،وهو ما يعزز التماسك الوظيفي للمجتمع المحلي .

ولهذا فإن التمعن في إجابات المبحوثين من خلال التسليط على المتوسطات الحسابية والنسب المئوية ذات علاقة بالخدمات الاستعجالية واستفادة الأسر فإن أغلب المبحوثين أجابوا على أنهم يستفيدون من أغلب تلك الخدمات عكس الخدمات الوقائية في حين أتفق أغلب المبحوثين في المحورين أنهم لا يستفيدون من خدمة الأطباء المختصين والعمليات الجراحية مما يضع الأسر في خنق مادي وصحي فيما يخص هاتين الخدمتين وكذا يؤثر بضرورة على صحتهم النفسية والاجتماعية.

3/ النتائج المتعلقة بالتساؤل الثالث: (مساهمة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية العمومية في تعزيز معاش الأسر بإبعاده (الاقتصادي والاجتماعي والصحي)؟

البيانات	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t المحسوبة	مستوى الدلالة	القرار
التساؤل	200	3.58	0.87	9.384	0.001	دال

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

يشير الجدول أعلاه إحصائيا للتساؤل الفرعي الثالث أن المتوسط الحسابي لمساهمة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسة الصحية محل الدراسة في تعزيز معاش الأسر بإبعاده (المادي والاجتماعي النفسي والصحي) قد بلغ 3.58 بانحراف معياري قدره 0.87 وبإخضاع هذه القيمة لاختبار T بلغت القيمة المحسوبة 9.384 عند مستوى الدلالة 0.001 وبما أن هذه القيمة أقل من مستوى الدلالة المعتمد (0.05) فإننا نستنتج أن هذه النتيجة دالة إحصائيا وتأكد هذه النتيجة أن الخدمات الصحية المقدمة تتجاوز الفعل الطبي لتصل إلى "الفعل الاجتماعي والاقتصادي" المؤثر في استقرار الأسرة ولهذا فهي تساهم فعليا في تعزيز معاش الأسر الزائرة للمؤسستين الصحيتين العموميتين في ولاية الوادي.

وبما أن دراستنا تبحث في انعكاس الخدمات الصحية المقدمة كما هي في محل الدراسة على المعاش (الاقتصادي والاجتماعي النفسي والصحي) للأسرة فإننا هنا نبحث في عدة أبعاد المُشكلة للمعاش اليومي للأسر مقابل أغلب الخدمات المُشكلة للنسق الصحي الكلي وكما أكدنا سابقا أن المؤسسة الصحية نسق مفتوح تتفاعل مع الأنساق الأخرى وتؤثر عليها بشكل مباشر في كافة نواحيها وعليه فلقد جاء المتوسط الحسابي للمحور الرابع بمستوى متوسط 3.58 ولكنها أكثر ارتفاعا من المتوسطات الأخرى وعليه جاءت النتائج للكشف على أن غالبية المبحوثين أعربوا أن الخدمات الصحية العمومية تجنبهم تعب مسافات التنقل إلى المستشفيات الأخرى وذلك ما أجاب عليه 47 % أي تقريبًا نصف العينة وكما نعلم أن تحمل مشقة التنقل للمستشفيات وخاصة الأسر التي تقطن بعيدا عن المؤسسات الصحية قد يكلفها الكثير من الجهد ويرهق جيب رب الأسرة وقد تتفاقم الحالة الصحية للمريض في حال لم يتم نقله للمؤسسة الصحية وهذا ما يؤكد لنا أن الدولة الجزائرية فعليا قامت بتغطية الولاية بالمستشفيات الاستشفائية والجوارية ووحدات العلاج في الأحياء وهذا ما يُمكن للأسر من الاستفادة القصوى من الخدمات المقدمة بدون أن يتضرر معاشهم ،وفي نفس البعد الاقتصادي أكد أفراد العينة ان الخدمات الصحية العمومية أنها مجانية تكاليف التحاليل خففت عنهم الضغط المادي وأجاب على ذلك نسبة29 % بنعم دائما وغالبا ب22. % وذلك أن القطاع الصحي يُمكن المرضى من الاستفادة من التحاليل

الطبية وهذا ما جاء في المحور الثاني في العبارة رقم 16 حول استفادة الاسر من مجانية التحاليل الطبية حيث أجاب 45 % أنهم فعليا يستفيدون من هذه الخدمة ما يؤكد لنا أن مجانية التحاليل توفر الكثير على الأسر ومرضاهم وهذا لا يكفي فإن توفر عينات التحاليل شيء أهم من مجانية التحاليل مما لا يضطر الاسر للبحث عن تلك العينات في القطاع الخاص وبمبالغ عالية ولهذا توفرها في المؤسسة الصحية أهم من هل هي مجانية أم لا ،وعليه فإن الخدمات الصحية جنبت الأسر التكاليف المادية للعلاج والتنقل عبر تخفيف أعباء الإنفاق الصحي المباشر مما يسمح للأسرة بعلاج مرضاها بدون تكاليف زائدة قد ترهقهم .

وفي المقابل لقد تحصلنا فيما يخص أبعاد معاش الأسرة (البُعد الاقتصادي) والمتمثل في العبارات التالية (27- 28 – 30- 31 – 33 – 39) وتحصلنا في هذا البعد على متوسط حسابي 3.65 ويعد مرتفعا نسبيا وانحراف معياري 0.912 يوضح لنا تجانس في إجابات المبحوثين مما يشير ان الخدمات الصحية تشكل ركيزة اقتصادية أساسية للأسر بالدرجة الأولى مما يعتبر الأكثر انعكاسًا على المعاش الأسر المادي وهذا ماذهبت إليه دراسة الباحثة رزيقة بن قسيمة أن نمط العلاج لدى عينة دراستها بسبب إنخفاض في المستوى المعيشي مما يؤكد لنا أن النفقات العلاجية تأثر بشكل مباشر في المعاش الأسري وإن إنخفاض الدخل بسبب ارتفاع متطلبات الحياة يسبب تفاقم المشكلات في المعاش مما ينعكس بشكل مباشر في الاستفادة الكلية من العلاج وقد يختل أيضا النمط الغذائي بسبب هذا الانخفاض .

أما فيما يخص (البُعد الاجتماعي والنفسي لمعاش الأسرة) والمتمثل في العبارات التالية (35-36-41) والذي جاء هذا البعد بمتوسط حسابي 3.77 بموافقة مرتفعة وانحراف معياري قُدر 1.113 مما يعني تشتت في اراء الأسر المبحوثة مما يعني أن التجربة الاجتماعية والنفسية داخل المؤسستين الصحيتين تختلف من أسرة لأخرى وقد يرجع لأسباب وأهمها الحالة المرضية والصحية للأسرة وعليه وبالرجوع للمتوسط الحسابي فإن الخدمات الصحية ساهمت في توزان الجانب الاجتماعي والنفسي للأسرة وذلك من خلال الخدمات الرمزية الموجهة للأسر ، فمثلا إن الإعلانات المسبقة للحملات الطبية والتلقيح ساعدت الأسر في ربح الوقت وبرمجة الزيارات الطبية على حسب وقتهم وهذا يساعد رب الأسرة عن عدم التغيب عن عمله وهذا ما أجاب عنه نسبة 26.5 % بنعم دائما وغالبا 37 % وهذا ما يعبر على أن المؤسسة الصحية تساهم في تنظيم وقت الأسر وهذا ما يساعدها على تنظيم وقت عمل رب الأسرة والمواعيد الطبية المبرمجة وهذا ما أكدته العبارة فيما يخص اسهام الخدمات الصحية المجانية في تعزيز

شعور الأسر بالاستقرار والطمأنينة ب42.5 % بنعم دائما مما يؤكد لنا أن الخدمات الصحية في ولاية الوادي تساهم في تحقيق الرضا والاستقرار الاجتماعي والنفسي للأسر .

أما فيما يخص (البُعد الصحي لمعاش الأسرة) والمتمثلة في العبارات التالية (34-37-38-40) فإنه جاء بمتوسط حسابي 3.31 بموافقة متوسطة وانحراف المعياري 1.075 يشير للتباين في تقييم البعد الصحي ويعد أكثر بعد ما تراجع في الأبعاد السابقة وهذا يرجع إلى وعي الأسر المبحوثة بالفرق بين استفادتهم من الخدمة وبين جودتها والتي تقع ضمن التقييم الصارم والخاضع لمتغيرات ملموسة واضحة ككفاءة التشخيص والأداء الوظيفي والتوعية والتثقيف الصحي... ولإن اعتبار الخدمات التي تقدم للأسرة هي في أساسها حماية صحة الفرد من الأمراض فقد جاءت العبارة رقم 34 لتحدد مدى إسهام الحملات والقوافل الطبية التي تقدمها المؤسسة الصحية في الكشف عن الأمراض الخطيرة في حين أجاب 21 % و27 % غالبا وكما نعلم أن الفحص المبكر عن الأمراض يُعجل في شفاء المرض خاصة في مراحله الأولى وإهمال هذا الجانب قد يؤدي إلى تفاقم المرض واهدار الكثير من المال والوقت.

في حين الجانب التوعوي للخدمات الصحية يساهم بشكل ملحوظ في تخفيف المخاطر الصحية المتعلقة بالأمراض المعدية أو التعرض للحشرات السامة حيث أجاب نسبة 33 % بنعم وكما ذكرنا سابقا تعتبر هذه الخدمة من أهم الخدمات في ولاية الوادي باعتبارها منطقة صحراوية وحدودية وتثقيف سكانها صحيًا يعتبر من الأولويات لضمان سلامة سكانها.

الجدول رقم 31:درجة التحقق لأبعاد المعاش الأسري والخدمات الصحية:

الترتيب	البُعـد	المتوسط الحسابي	درجة التحقق	الدلالة السوسيولوجية للنتيجة
01	**الاجتماعي والنفسي**	**3.77**	قوية	تحقيق الأمان والدعم المعنوي والسكينة النفسية للأسرة.
02	**الاقتصادي (المادي)**	**3.65**	متوسطة	حماية ميزانية الأسرة واعتبار الصحة "ركيزة مادية".

03	**الصحي (الجسدي)**	**3.31**	متوسطة	التركيز على الشفاء العضوي كتحصيل حاصل للرعاية الصحية.

المصدر : من إعداد الباحثة

وبناءًا على التراتبية الوظيفية التي أظهرتها النتائج الإحصائية، وانطلاقاً من تباين مستويات الأثر بين الأبعاد النفسية والمادية والصحية، يمكن قراءة هذا الانعكاس من منظور البنائية الوظيفية؛ فكما صاغ تالكوت بارسونز تعد المؤسسة الصحية جزءا من البنية الاجتماعية تؤدي وظائف محددة تهدف إلى الحفاظ على التوازن والاستقرار داخل المجتمع ومن بين هذه الوظائف الوظيفة العلاجية والوقائية وتتمثل في حماية الأفراد من الأمراض وتمكينهم من أداء أدوراهم الاجتماعية أما الوظيفة التكاملية فتكمن في دعم الفئات الهشة اقتصاديا واجتماعيا أما وظيفة التوعية فتتمثل في نشر الثقافة الصحية وتعزيز السلوكيات الوقائية ومن خلال النتائج الإحصائية أعلاه نستنتج أن المؤسسات الصحية العمومية تعكس الأداء الوظيفي الناجح في تحسين الأثر المتعدد الأبعاد وهذا ما يدل على أن النظام الصحي يساهم فعليا في إعادة ادماج الأفراد في أدوراهم الاجتماعية والاقتصادية ويعزز التماسك البنيوي داخل المجتمع.

ومن منظور مقاربة جودة الحياة فإن الخدمات الصحية العمومية تساهم في رفع جودة الحياة الشاملة من خلال تخفيف المعاناة الصحية وتوفير الدعم الاجتماعي وتقليص الأبعاد الاقتصادية المرتبطة بالمرض.

وفي الأخير تُظهر النتائج أن الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية تؤدي دورا بنيويا وظيفيا فعالا في تحسين الأثر المتعدد الأبعاد لدى الأسر، مما يعكس مساهمة حقيقة في تعزيز جودة الحياة وتحقيق التوازن الاجتماعي وفق للمقاربة البنيوية ومؤشرات جودة الحياة المعتمدة.

ثالثاً: النتيجة العامة للدراسة

بعد استخلاص النتائج الجزئية للدراسة والإجابة على التساؤلات الفرعية مما مكننا من الوصول إلى النتيجة العامة للدراسة يمكن من خلالها تلخيص نتائج الجانبي النظري والميداني والإجابة على التساؤل الرئيسي الذي انطلقت منه الدراسة مفاده " ما طبيعة انعكاس مستوى الخدمات الصحية على معاش

الأسر الزائرة للمؤسسة الصحية الاستشفائية العمومية (بن عمر الجيلاني ،19 مارس 1962) بولاية الوادي" حيث هدفنا من خلالها الوقوف على مدى استفادة الأسر الزائرة من الخدمات الدورية والوقائية وذلك من خلال المؤشرات تعبر عن تلك الخدمات ،والوقوف على مدى استفادة الأسر من الخدمات الخاصة والاستعجالية المقدمة وبالاستناد على النظرية البنائية الوظيفية وجودة الحياة للبحث في مدى مساهمة الخدمات الصحية المقدمة على تعزيز معاش الأسرة بأبعاده (الاقتصادية ،الاجتماعية والنفسية والصحية) وبناءً على ما توصلت إليه نتائج الدراسة الميدانية على مستوى التساؤلات الفرعية للدراسة نصل إلى نتيجة مفادها ،أن الخدمات الصحية تنعكس على معاش الأسرة وذلك من منطلق:

– بعد النزول للميدان وتحليل النتائج المتحصل عليها نلاحظ أن هناك توفرًا في البنى التحتية الصحية ،إلا أنها تعاني من قصور وظيفي ناتج عن نقص التأطير المتخصص والعتاد وأن الخدمات معظمها متوفرة وهذا ما أكداه التساؤلين حول الاستفادة من الخدمات الصحية المقدمة وهذا ما يسمح للأسر بالتردد على المؤسسة الصحية من أجل اجراء الفحوصات الطبية وإتباع مواعيد التلقيح وإجراء التحاليل والأشعة الطبية ....، فإن الاستفادة منها ليس يعني توفرها بشكل كلي داخل المؤسسة الصحية وهذا ما لاحظناه في ندرة أو تعطل العتاد الطبي دون إصلاحها أو تغييرها كما أنّ هناك نقص وجود الأطباء المختصين في المؤسستين وعليه فإن الأطباء على مستوى الولاية يتوفرون إلا في تخصصات محددة كالطب العام وطب الأسنان والجراحة العامة أما التخصصات الأخرى غير متوفرة كجراحة الأنف والحنجرة وجراحة الأعصاب ،وجراحة القلب وإن غياب هذه الخدمات يعبر عن ضعف في المنظومة الصحية مما يضطر الأسر للتنقل للمدن المجاورة أو القطاع الخاص للحصول على العلاج.

– تعتبر الخدمات الصحية الدورية والوقائية بالمؤسسة الصحية العمومية بولاية الوادي الأكثر تراجعا في استفادة الأسر بحيث لا تؤدي دورها الوظيفي والوقائي مما يجعلها الحلقة الأضعف والذي يضع على الأسر الجزائرية عبء صحي يهدد معاشها في ظل تزايد الأمراض المزمنة والخطيرة.

– تعتبر الخدمات الصحية والاستعجالية في المؤسسات الصحية العمومية بولاية الوادي من أكثر الخدمات استفادة للأسر وهذا يرجع لأهميتها خاصة في الحالات الاستعجالية للمرضى.

– ساهمت الخدمات الصحية المقدمة في تعزيز أبعاد معاش الأسرة في محل الدراسة وذلك بانعكاس الخدمات الصحية على معاش الأسرة والذي بدوره يتخذ طابعاً **سوسيو–نفسياً ومادياً** بالدرجة الأولى، بينما يظل الرضا عن البعد الصحي (بالمرتبة الثالثة) .

– تبين أن استفادة الأسر من الخدمات الوقائية ليست مرتبطة فقط بتوفر الخدمة،بل مرتبط بمدى تكوين وعي صحي لدى الأسر وخاصة لدى القائمين على الرعاية الصحية داخل الأسرة يساعد المجتمع في خلق جيل يتمتع بصحة جيدة ويساهم في التنمية لكافة أبعادها أو بمستوى أفضل والعيش ضمن شروط جودة الحياة ولهذا ان استفادة الأسر من الخدمات الدورية والوقائية مقرون بمدى الوعي الصحي للأسر.

رابعاً: الاقتراحات والتوصيات

- ضرورة إبرام المؤسسة الصحية العمومية اتفاقيات وعقد شراكات مع القطاع الخاص للتحاليل واجراء الأشعة (الراديو) تضمن إجراء فحوصات للأسر المعوزة بتكلفة مُخفضة ومُدعمة عند تعطل أجهزة المستشفى وبهذا يحمي الأسر من الصدمات المالية المفاجئة.
- وجب على الدولة الجزائرية الاهتمام أكثر بالخط الدفاعي الأول (الوقاية) وذلك من خلال تكثيف الجهود حول الخدمات الوقائية ووقاية دورية جادة للمجتمع الجزائري وخاصة المجتمع المحلي.
- تقريب البلديات البعيدة والمناطق النائية بالوادي لمصالح صرف الأدوية خاصة أدوية الأمراض المزمنة وذلك تجنبا للجوء الأسر للصيدليات الخاصة التي تستنزف ميزانيتها.
- تفعيل الملف الطبي الإلكتروني الموحد بين مختلف المؤسسات (الجوارية والاستشفائية) قصد تسهيل الانتقال المريض بين هذه المؤسسات.
- تصميم نظام مبتكر "كنظام الإنذار" داخل المؤسسات الصحية الاستشفائية والجوارية ووحدات العلاج للتنبؤ بنقص الأدوية قبل وقوعه وذلك لحماية المريض.
- يجب تحسين ظروف الاستقبال وقاعات الانتظار، النتائج أظهرت أن " المجانية " موجودة لكن "الراحة النفسية متذبذبة لذا يجب التركيز على الأداء الوظيفي للأطقم الطبية خاصة في الجانب السلوكي للأطقم الطبية لرفع جودة الحياة النفسية للأسر.

- ضرورة تكثيف تواجد المساعدين الاجتماعيين والنفسانيين داخل المستشفيات الجزائرية وذلك لتعزيز التواصل بين الأسر والطاقم الطبي.
- العدالة في توزيع الوعي الصحي الوقائي وذلك بتكثيف القوافل الصحية وذلك كبرنامج دوري (مثل قافلة كل شهر لكل منطقة نائية أو مدرسة أو حي في الولاية).
- استثمار الرأس المال الاجتماعي من خلال التبرع بالدم والذي سجل نسبة عالية وذلك بتشكيل مجموعة أصدقاء المتبرعين بالدم قصد المساهمة في توجيه المرضى وتخفيف الضغط النفسي عنهم.
- يجب تفعيل منصة تُعنى بـ" صناعة المحتوى الصحي "_عبر منصات التواصل الاجتماعي وذلك لاستهداف أرباب الأسر قصد تمكينهم صحيًا من خلال رفع وعيهم بالصحة .
- ادراج "التربية الصحية الجوارية" داخل قاعات الانتظار في المستشفيات والمراكز الصحية وذلك قصد توعية الأسر صحيا خاصة في أوقات الانتظار داخل المستشفيات.
- ضرورة توجيه الأسرة صحيًا من خلال البرامج الصحية والتثقيف الصحي للأسرة الجزائرية وهذا بهدف حماية حياة الفرد من الأمراض وعليه فإن الاهتمام بالجانب الوقائي والاستفادة من خدماتها يعبر عن رهان حقيقي يساهم في تحقيق الأهداف الاجتماعية والاقتصادية للدولة والمجتمع وهذا يكون نتيجة تكاتف جهود الدولة مع الأسر الجزائرية في تحقيق هذا الهدف.
- إدماج الثقافة الصحية في البرامج المدرسية والجامعية بالتعاون مع الوزارات وذلك لغرس القيم الصحية داخل الأسر.
- فتح مناصب العمل للأطباء المختصين في ولاية الوادي وتوفير الحوافز المادية لضمان عملهم في المؤسسة الصحية العمومية في ولاية الوادي وهذا لتقليل الهجرة العلاجية التي تستنزف معاش الأسرة.
- تؤامه الجهود بين وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ووزارة البيئة وجودة الحياة من خلال وضع سياسات وقائية لحماية الافراد وذلك لاعتبار أن جودة الحياة تبدأ من محيط صحي سليم.
- إطلاق مشروع مؤشرات جودة الحياة الأسرية يعمل وفق مقاييس وطنية محلية تقيس مدى رضا الأسر عن الخدمات الأساسية أهمها الخدمات الصحية وذلك لتحديد أهم القرارات التي تضمن رفاهية نفسية واجتماعية للأفراد.
- القيام بإجراء دراسات علمية سوسيولوجية لقياس رضا الأسر وجودة حياتها الصحية ورصد العمل الوظيفي في النسق الصحي خاصة في المناطق الصحراوية.

خاتمة

خاتمة:

يمثل فهم الواقع الصحي المعاصر ضرورة سوسيولوجية تقتضي تجاوز النظرة الطبية الكلاسيكية الضيقة، والاتجاه نحو مقاربة شمولية تضع النسق الأسري في قلب العملية الرعاية الطبية. فالمؤشرات المعاصرة أثبتت أن الصحة والمرض لا يُمثلان حالة بيولوجية معزولة، بل هما عملية تفاعلية مستمرة تمتد أبعادها لتشابك مع البناء الاجتماعي واليومي للأفراد؛ ومن هذا المنطلق تحول الاهتمام السوسيولوجي نحو التقصي في أسس التداخل بين المنظومة الصحية بمؤسساتها وتشريعاتها، وبين النسق الأسري كشريك تفاعلي مستهلك للخدمات وضامن لاستقرار معاشه اليومي بأبعاده المختلفة.

وقد حاولت هذه الدراسة تسليط الضوء على مستوى الخدمات الصحية المقدمة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بولاية الوادي، ورصد دورها الوظيفي في تشكيل المعاش الأسري واستقراره. حيث كشفت المخرجات الميدانية أن التقييم الذاتي للأسر نحو هذه الخدمات — الوقائية منها والعلاجية — يتحدد من خلال قدرة هذه المنظومة على تخفيف الضغوط الاقتصادية والاجتماعية عن كاهل الأسرة؛ إذ يبرز البُعد الحمائي والمجاني للخدمات الطبية كآلية تساندية وظيفية تحمي ميزانية الأسر الضعيفة والمتوسطة من التآكل، وتدعم توازن أدوارها الاجتماعية والنفسية، مما يجعل كفاءة هذه الخدمات معياراً محلياً حاسماً في تحديد نوعية الحياة.

وبناءً على الاستقراء السوسيولوجي للميدان، وما أظهرته المؤشرات الإحصائية من تقييمات متوسطة الفعالية، فإن الارتقاء بالمنظومة الصحية يتطلب إعادة هندسة السياسات الصحية الموجهة للجنوب الجزائري؛ وذلك من خلال صياغة استراتيجيات تنموية تنبع من الخصوصية السوسيو–ثقافية والتركيبة الاجتماعية للمنطقة، والتركيز على تفعيل دور الوحدات الجوارية والطب الوقائي لرفع مستوى الوعي الصحي الجمعي، وهو مسار تكاملي يتأسس على تضافر جهود القطاع الصحي، ومؤسسات المجتمع المدني، والنسق الأسري كفاعل محوري.

ختاماً، إن رهان تحسين جودة حياة الأسرة يمر حتماً عبر بوابة تمكين المؤسسة الصحية العمومية وتحويلها من مجرد فضاء علاجي استعجالي فجائي، إلى شريك وقائي مستدام. فالمنظومة الصحية القوية ليست قطاعاً خدمياً تقنياً معزولاً، بل هي الضامن الاستراتيجي لتماسك المجتمع؛ وبقدر ما تنجح السياسات التنموية في المزاوجة بين الكفاءة التنظيمية للمؤسسات الطبية وبين الوعي الاجتماعي الصحي للأسر، بقدر ما

نقترب من تحقيق رفاه اجتماعي يكون فيه الفرد متمتعاً ببيئة صحية متوازنة ومعاش مستقر يعزز جودة حياته المعاشة.

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المصادر والمراجع

▪الكتب

1.ابن مودود الموصلي: الاختيار لتعليل المختار، دار الخير للنشر ، 1998 ،د/ط، الجزء 20.

2.أحمد أبو زيد: البناء الاجتماعي، مدخل لدراسة المجتمع، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ط 5، الإسكندرية ،1986.

3.أحمد رشيد عبد الرحيم زيادة: علم الصحة المجتمعية، ط1، دار الوراق للنشر والتوزيع، الاردن، عمان ،2011.

4.أحمد عيسى بك: تاريخ البيارستانات في الإسلام، ط4،الهنداوي للنشر، الولايات المتحدة ،2011.

5.أحمد فايز النماس: الخدمة الاجتماعية الطبية، الطبعة 1 ،دار النهضة، بيروت، لبنان ،2000

6.أحمد محمد غنيم، إدارة المستشفيات رؤية معاصرة، مصر، ط1، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع ، 2006.

7.إلياس بن ساسي ويوسف قريشي: التسيير المالي، دار وائل للنشر والتوزيع، ط1، الجزائر ،2006.

8.الإمام الأكبر /محمد سلتوت: الإسلام عقيدة وشريعة، ط16

9. أنتونتي غيدنز جيدنز، مقدمة في علم الاجتماع، ترجمة أحمد زايد وآخرون، www.kotobarabia.com.

10.أنتوني غدنز، علم الاجتماع تر: فايز صياغ، مركز الدراسات الوحدة العربية، المنظمة العربية للترجمة، لبنان، بيروت، ط4.

11.أنتوني غيدنز: علم الاجتماع، تر: فايز الصياغ منظمة العربية للترجمة، ط4،بيروت ،2005.

12.تامر ياسر البكري: إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن ،2005 ،ص23

13.الجاني سعيد وآخرون: مقدمة في فن التمريض، ط1،دار الأندلس للنشر، بيروت، لبنان ،1984.

14.جوان إسماعيل بكر: جودة الحياة وعلاقتها بالانتماء والقبول الاجتماعيين، ط1، دار الحامد للنشر ،2012.

15. جون فرانسوا، الصحة استهلاك أو استثمار، أكونوميكا ، لبنان ،1961.

16.حسين عبد الحميد أحمد رشوان: الأسرة والمجتمع، المؤسسة شباب الجامعة، ط1، الإسكندرية ،2012.

17. رشيد زرواتي: مدخل للخدمة الاجتماعية، مطبعة هومة، الجزائر ،2000.

18. زكي خليل مساعد، تسويق الخدمات الصحية، دار حامد للنشر، الأردن ،1998.

19.سعيدي بشيش فريدة: الأسرة الجزائرية والتحولات الاجتماعية والاقتصادية، دراسة ميدانية منشورة عن مطبعة الأيام للنشر، ط1 عمان، الأردن ،2020.

20.السيد عبد العاطي وآخرون: الأسرة والمجتمع، ط1، دار المعرفة الجامعية، القاهرة، مصر ،2006.

21.سيد محمد جاد الرب، الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية، ط1 ،دار العشري، مصر ،2008.

22.صلاح محمود ذياب: إدارة خدمات الرعاية الصحية، ط1،دار الفكر، عمان، 2010.

23.صيام شحاتة: النظرية الاجتماعية من المرحلة الكلاسيكية إلى ما بعد الحداثة، ط1، مصر للنشر والتوزيع ،2009.

24.عبد الجبار شكري: التأسيس العلمي للسوسيولوجيا، مؤسسة طيبة للنشر، القاهرة، ط1 ،2015.

25.عبد الحميد مزيان: النظريات الاقتصادية عند ابن خلدون، منشورات المؤسسة الوطنية للاتصال، الجزائر ،2001.

26.عبد الرحمن ابن خلدون: مقدمة ابن خلدون، دار الكتب العلمية، بيروت، لبنان، ط1 ،1993.

27.عبد الرزاق بن حبيب: اقتصاد وتسيير المؤسسة، ديوان المطبوعات الجامعية، ط4، بن عكنون، 2009.

28.عبد القادر القصير، الأسرة المتغيرة في مجتمع المدينة العربية، دار النهضة العربية، ط 1 ،بيروت، لبنان ،1999.

29.عبد القادر القصير: الأسرة المتغيرة في مجتمع المدينة العربية، دار النهضة العربية، ط1، بيروت، لبنان ،1999.

30.عبد المحي محمود حسن صالح: الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية ،2003.

31.عبد المحي محمود حسن صالح: الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية ،2003،ص 41

32.عوض بدير الحداد، تسويق الخدمات المصرفية، ط1 ، البيان للنشر، القاهرة ، 1999.

33.غيدنز انتوني، تر الصياغ فائز، علم الاجتماع، ط4، مركز دراسات الوحدة العربية لبنان، 2001.

34.فادية الجلاني: الأسرة العربية، مؤسسة شباب الجامعة ،1995.

35.فادية فؤاد حميدو: البناء الاجتماعي للمؤسسات الطبية، ط1، دار المعرفة، مصر ،2008.

36.فريدة مشري: الأسرة والصحة: دراسة سوسيوأنثربولوجية لمرضى السرطان، ط1، دار الحامد، الأردن ، 2016.

37.فوزي مذكور، تسويق الخدمات الصحية، ايتراك للنشر والتوزيع، القاهرة ،1998 ،168

38.القصاص مهدي محمد، علم الاجتماع العائلي، ط1، كلية الأداب، جامعة منصورة، 2008.

39.محمد عبد الفتاح محمد: الأسس النظرية لأجهزة تنظيم المجتمع، ط1، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية ،2002.

40.مريزق محمد عدمان: مداخل في الإدارة الصحية، ط1، دار الراية للنشر الأردن، عمان.

41.مسلم بن الحجاج القشيري النيسابوري: صحيح مسلم، دار إحياء الكتب العربية، https://www.islamweb.net/ar/

42.مصطفى يوسف كافي: إدارة المؤسسات الطبية، دار أرسلان، مصر ،2021.

43.ناصر الدين سعيدوني: النظام المالي في أواخر العهد العثماني، الجزائر، المؤسسة الوطنية للكتاب، ط2 ،1985.

- **المقالات العلمية**

1.إبراهيم لكموتة، محمد فيصل مايدة: تقييم جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية بالجزائر، مجلة المنهل الاقتصادي، المجلد 4، العدد02، أكتوبر 2021.

2.ألاء نبيل عبد الرازق: استخدام تقانة المعلومات من أجل ضمان جودة الخدمة الصحية، مجلة الإدارة والاقتصاد، العدد 90 ،العراق،2011.

3. بن شمسة أمال: مدى تأثر جودة الحياة بالمستوى الصحي، مجلة الرسالة للدراسات والبحوث الانسانية، المجلد 07، العدد03 ،2022.

4.بن نافلة قدور، مريزق عاشور: ادارة الجودة الشاملة لضمان جودة الخدمات الصحية في الخدمات الصحية في المستشفيات، ملتقى وطني حول ادارة الجودة الشاملة وتنمية أداء المؤسسة، جامعة الطاهر مولاي، سعيدة، الجزائر ،13-14 ديسمبر 2010

5.جبارية بن عمر: الأسرة الجزائرية نحو تحقيق وعي الصحي لأفرادها، مجلة الحكمة للدراسات الفلسفية، المجلد 12، العدد3، 2024.

6.سيفي يوسف: جودة الخدمات الصحية بين المتطلبات والامكانيات، مجلة التكامل، العدد 10، 2020.

7.العباسي رمزي، بعرورة بوبكر: مساهمة لتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة من منظور المرضى، مجلة معهد العلوم الاقتصادية، المجلد 23، العدد 01.

8.فتيحة كركوش: قراءة اقتصادية واجتماعية في أشكال الفقر وأبعاده بالمجتمع الجزائري، مجلة دراسات في علوم الإنسان والمجتمع، المجلد 2، العدد 4 ،2019.

9.فريدة علي باشا وزهرة كواش: الخدمات الصحية للأمهات والأطفال الرضع في الجزائر، مجلة أفكار وآفاق، المجلد11، العدد 3، الجزائر،2003.

10.كريمة بوعزيز: شيخوخة السكان في الجزائر الأوضاع الراهنة والاتجاهات المستقبلية، المجلد 5، العدد 5، أكتوبر 2020.

11.محمد إبراهيم، طبيعة حماية المستهلك في مجال الخدمات الصحية، المجلة العلمية لكلية التجارة، العدد الرابع، جامعة أسيوط، القاهرة، ديسمبر 1983.

12.محمد سبع: التربية الصحية في الوسط المدرسي: مقاربة تشخيصية ومحاولة لاقتراح حلول، مجلة السراج في التربية وقضايا المجتمع، مجلد 7 العدد 1 ،2023.

13.معزوزي عيسى: أبعاد جودة الخدمات الصحية ودورها في تحقيق التميز، مجلة العلوم الإدارية والمالية، جامعة الوادي، المجلد 02، العدد1

44. نعيسة رغداء علي، جودة الحياة لدى طلبة جامعتي دمشق وتشرين، نجلة كلية التربية، المجلد 28، العدد 01، جامعة دمشق ،2012.

- **الأطروحات:**

1.بلقاسم مزيوة: السلطة والرضا الوظيفي (المؤسسة الاستشفائية عبد الله نواورية –البوني – نموذجا)، مذكرة ماجستير تخصص علم الاجتماع، قسم علم الاجتماع، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية ،2009/2008.

2.بن عمار نوال: أمراض ووفيات الأمهات في الجزائر ما بين 1975–1980، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه LMD في تخصص السكان والتنمية، قسم علم الاجتماع والديموغرافيا، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة باتنة 1، الجزائر ،2018/2017.

3.حدمر زينب: توزيع السلطة وعلاقته بجودة الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية العمومية الجزائرية، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه تخصص علم الاجتماع تنظيم والعمل، جامعة الحاج لخضر باتنة 1 ،2018/2019.

4.خروبي بزارة عمر، اصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999–2009) دراسة الحالة المؤسسة العمومية الاستشفائية خليف شلف، رسالة ماجستير في العلوم السياسية والعلاقات الدولية في تخصص رسم السياسات العامة، كلية الحقوق، جامعة الجزائر ،2010–2011.

5.دوبة سعاد: السكان والتنمية المستدامة في الجزائر في ظل الأهداف الإنمائية للألفية، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم في الديموغرافيا، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية جامعة وهران ،2016/2017.

6.زينب زيزي: دور الوعي الصحي والاجتماعي في الوقاية من سرطان الرحم، رسالة لنيل شهادة الماجستير تخصص الديموغرافيا، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، قسم علم الاجتماع الديموغرافيا، جامعة الجزائر 1 ،2018/2018.

7.سعودي علي: النظام القانوني للمؤسسات العمومية الاستشفائية في الجزائر، شهادة الماجستير في إطار مدرسة الدكتوراه دولة ومؤسسات عمومية، كلية الحقوق، جامعة الجزائر 1 ، 2016 /2017.

8.سعيدة شين: "دور الخدمات الصحية في تنمية المستوى الصحي للمواطن، ماجستير في علم الاجتماع التنمية، جامعة بسكرة، قسم علم الاجتماع، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية ،2004/2003.

9.صابر شويرف مختارية: المستوى المعيشي في الجزائر (دراسة حالة بلدية وهران في سنة 2013) ،مذكرة لنيل شهادة ماجستير في الديموغرافيا الاقتصادية والاجتماعية، كلية العلوم الاجتماعية والانسانية، جامعة وهران، سنة 2014/2013

10.كميلية قرنان: توزيع مرافق الصحية في الجزائر، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه LMD في الديموغرافيا تخصص السكان والتنمية، قسم علم الاجتماع الديموغرافيا، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة باتنة 1، الجزائر ،2020/2019.

11.مراد حنان: أهمية إصلاح المستشفيات في تحقيق التنمية الاجتماعية، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع التنمية، قسم علم الاجتماع، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة بسكرة، الجزائر ،2007/2006.

14.مشري سلاف: جودة الحياة من منظور علم النفس الايجابي، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، العدد 8 ،2014.

15.وفاء سلطاني: تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها "دراسة ميدانية بولاية باتنة، أطروحة دكتوراه الطور الثالث ل.م.د في علوم التسيير، شعبة تسيير المنظمات، سنة 2016/2015.

- **الملتقيات والندوات:**

1. أبو حلاوة محمد السعيد: جودة الحياة، المفهوم والأبعاد، فعاليات المؤتمر العلمي السنوي لكلية التربية، كلية الدمنهور، الإسكندرية ،2010.

2. رشيد حميدوش، مسألة الرباط الاجتماعي وسيسيولوجيا الحياة اليومية أو المعاش، المحاضرات لسنة الثالثة تخصص علم الاجتماع، جامعة الجزائر 02.

3. جابلي عيسى ،2017/05/11، منظر الطريق الثالث، ذوات صحيفة ثقافية فكرية ،23.20

- **الجرائد والقوانين**

أسس تشكيل المؤسسات العمومية للصحة الجوارية EPSP.
1.ج ج د ش، وزارة الصحة والاسكان المنشور رقم 01 ،المتضمن مساهمة المرضى في نفقات الاطعام والايواء داخل المستشفى، المؤرخ 8 أفريل 1995 ، م، ص

2.ج ج د ش، مرسوم تنفيذي رقم 07-140، المادتين رقم 4-6، يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، ج ر، العدد 33 الصادرة في 20 ماي 2007
3.ج.ج.د.ش، قانون رقم 18-11 المؤرخ في 18 شوال عام 1939 هـ، الموافق 2 يوليو سنة 2018 م، يتعلق بالصحة، الجريدة الرسمية العدد 46 الصادرة في 16 ذو القعدة عام 1439 هـ، الموافق لـ29 يوليو 2018 م، المادة 70 و71و73 و74 و80 و83.
4.الجمهورية الجزائرية الديموقراطية الشعبية، القانون رقم 15/88 المؤرخ في 3 ماي 1988، يعدل ويتمم القانون رقم 85-05 المؤرخ في 16 فبراير 1985 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، الجريدة الرسمية العدد 18 الصادر بتاريخ 4مايو 1988

5.الجهورية الجزائرية الديموقراطية الشعبية: المرسوم التنفيذي رقم 465/97 يحدد قواعد انشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها، الجريدة الرسمية، العدد 81، الصادر بتاريخ 10 ديسمبر 1997.
6.الجهورية الجزائرية الديموقراطية الشعبية، الأمر رقم 12/76 المؤرخ في 20 فبراير 1976 يتضمن انشاء مراكز استشفائية جامعية، الجريدة الرسمية، العدد 17 الصادر في 27 فبراير 1976.
7.الجهورية الجزائرية الديموقراطية الشعبية، مرسوم رقم 81-242 مؤرخ في 5 سبتمبر 1981 يتضمن انشاء القطاعات الصحية وتنظيمها، الجريدة الرسمية، العدد 36 الصادر بتاريخ 8 سبتمبر 1981.
8.القرار المؤرخ في 2024/11/24، يحدد جدول التلقيح الإجباري المضاد لبعض الأمراض المتنقلة.

9.قرار تقسيم القطاعات الصحية بالجزائر بموجب قرار المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ بتاريخ 02 ماي 2006، والذي أسس لتشكيل المؤسسات العمومية الاستشفائية EPHوحددت مهام هذه المؤسسات في المادة 04 من هذا المرسوم.
10.مرسوم تنفيذي رقم 07-140 مؤرخ في 19 ماي 2007، يتضمن انشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية المؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، الجريدة الرسمية، العدد 33 الصادر بتاريخ 20 ماي 2007.

وذلك بموجب قرار المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ بتاريخ 2 ماي 2006، تم إلغاء المراكز الصحية للتحول إلى قاعات متعددة الخدمات أو قاعات علاج.

- **المواقع الإلكترونية**

1. الصندوق الوطني للتقاعد (الجزائر)،CNR– caisse Nationale des Retraites الصفحة الرسمية في الفيسبوك، https://www.facebook.com/cnralgerie/posts/
2. وزارة العمل والتشغيل والضمان الاجتماعي: السياسة الوطنية للضمان الاجتماعي، الموقع الالكتروني، https://www.mtess.gov.dz تم الاطلاع عليه بتاريخ 2025/07/20

3. منصة التوحد في الجزائر، الإعانات الاجتماعية والإجراءات الإدارية، https://autisme.sante.gov.dz/ تم الاطلاع بتاريخ 2025/07/20،
4. المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي والبيئي: تقرير التنمية البشرية الوطني 2015/2013، https://www.cnese.dZHGL, .

5. Le Ministère de l'Education Nationale (2014) : Algérie rapport national sur les enfants non scolarisés, p 11

6. الديوان الوطني للإحصائيات، التعداد العام للسكان :1966–1977–1998–2008 (ONS)

ONS, RGPH de 1966 à 1998, 2008 démographie algérienne 2008 – .7 données statistiques n° 520 – ONS et projections de population de l'ONS – décembre 2004

8. جريدة وكالة الأنباء الجزائرية، 2024/10/15، الموقع الإلكتروني:https://2u.pw/bPue7 ،. زيارة الموقع :2025/05/03

9. جريدة وكالة الأنباء الجزائرية، 2024/10/15، الموقع الإلكتروني:https://2u.pw/bPue7 ،. زيارة الموقع :2025/05/03

10. : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Nationale (2006) Niveau de vie et Mesure de la Pauvreté en Algérie, p 29

11. الديوان الوطني للإحصائيات: الجزائر بالأرقام ONS 2018/2017

ثانيا: المراجع بالغات الأجنبية

16.1. Pierre Bourdieu, 1974, sociologie de l'Algérie, collection qui sais je

1. Christiane Dumoulin, et Jean-Paul, Entreprise de services, paris : les éditions d'organisation, 2eme tirage, 1998, P 20

2. claude vilcot, hervé leclet, indicateurs qualité en santé, AFNO R,France ,2émé ed ,2006.

المـــلاحـــــق

الملاحق

الملحق رقم 01

قائمة المحكمين لاستمارة الاستبيان

قائمة المحكمين

اسم ولقب الأستاذ المحكم	الرتبة المهنية	جامعة الانتماء
أسماء بن تركي	أستاذ تعليم عالي	جامعة محمد خيضر بسكرة
عاتكة غرغوط	أستاذ تعليم عالي	جامعة حمه لخضر الوادي
طلحة المسعود	أستاذ تعليم عالي	جامعة زيان عاشور الجلفة
فاطمة الأسود	أستاذ محاضر –ب–	جامعة قاصدي مرباح
فيصل بوراس	أستاذ محاضر –أ–	جامعة حمه لخضر–الوادي–

الملحق رقم 02

جـــــامعة محمد خيضر – بسكرة كلية
العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم الاجتماع

استبيـــــان علمي

السلام عليكم ورحمة الله تعالى وبركاته، تحية طيبة للأفاضل، وبعد؛

في إطار إعداد أطروحة دكتوراه في علم الاجتماع موسومة بـ" **انعكاس مستوى الخدمات الصحية على معاش الأسرة الجزائرية: دراسة ميدانية على عينة من زائري المستشفيات) بن عمر الجيلاني، 19 مارس 1962)**"، نلتمس منكم الإجابة بدقة وتمعن على أسئلة هذا الاستبيان، مع بالغ اعتذارنا على الأخذ من وقتكم الثمين، والتأكيد على أن إجابتكم توجه إلى البحث العلمي دون أي مقاصد أخرى. نشكر لكم مسبقا تعاونكم معنا.

الباحثة: بن عمر جبارية

القسم الأول: البيانات الشخصية للعينة

البيانات:	يرجى وضع علامة (×) في الاختيار المناسب
1- الجنس:	ذكر ☐ مؤنث ☐
2- العمر:	أقل من 30 سنة ☐ من 30 - 45 سنة ☐ أكثر من 45 سنة ☐
3- المستوى:	ابتدائي أو متوسط ☐ ثانوي ☐ جامعي ☐
4- الحالة الاجتماعية:	متزوج ☐ أعزب ☐ وضعية أخرى (طلاق، أرملة) ☐
5- المستوى المادي للأسرة:	أقل من 40000 ☐ من 40000 إلى 60000 ☐ أكثر من 60000 ☐
6- تأمين الضمان الاجتماعي:	مشترك (بطاقة شفاء) ☐ غير مشترك (دون بطاقة شفاء) ☐

القسم الثاني: الخدمات الصحية والمستوى المعيشي للأسرة

نرجو منكم أخوتنا الأعزاء وضع علامة (x) مع الإجابة المناسبة. وشكرا.

	المحور الأول: الخدمات الصحية الدورية والوقائية للمؤسسة الصحّية العمومية (النشط 19 مارس)	لا أبدا	نادرا	محايد	غالبا	نعم دائما
1	تستفيد عائلتكم من التلقيح الوقائي للأطفال الذي تنظمه المؤسسة الصحية العمومية					
2	تستفيد عائلتكم من الفحوصات الدورية الذي تنظمها المؤسسة المؤسسة الصحية العمومية					
3	تستفيد عائلتكم من الفحوصات الدورية للأطباء المختصين المؤسسة الصحية العمومية					
4	تستفيد عائلتكم من العمليات الجراحية المجانية التي توفرها المؤسسة الصحية العمومية					
5	تستفيد عائلتكم من الرعاية الخاصة بالأمراض المزمنة في المؤسسة الصحية العمومية					
6	تستفيد عائلتكم من الرعاية الخاصة بالصحة المدرسية في المؤسسة الصحية العمومية					
7	تستفيد عائلتكم من القافلات الصحية المتنقلة التي توفرها المؤسسة الصحية العمومية					
8	تستفيد عائلتكم من الحملة الجراحية (التوأمة) التي تنظمها المؤسسة الصحية العمومية					
9	تستفيد عائلتكم من مجانية التحاليل الطبية التي توفرها المؤسسة الصحية العمومية					
10	ستفيد عائلتكم من العيادات الطبية لرعاية الحالات المزمنة أو المعاقين التي توفرها المؤسسة الصحية العمومية					
	المحور الثاني: الخدمات الخاصة والاستعجالية المؤسسة الصحية العمومية(النشط 19 مارس)	لا ابدا	نادرا	محايد	غالبا	نعم دائما
1	تستفيد عائلتكم من العناية الاستعجالية بالعرض التي توفرها المؤسسة الصحية العمومية					
2	تستفيد عائلتكم من الرعاية الصحية الاستعجالية الطارئة لحالات الولادة التي توفرها المؤسسة الصحية العمومية					
3	تستفيد عائلتكم من الرعاية الصحية الخاصة بمتابعة حالة الأم والطفل التي توفرها المؤسسة الصحية العمومية					
4	تستفيد عائلتكم من العناية والحملات الصحية بالحجاج والمعتمرين التي تقدمها المؤسسة الصحية العمومية					
5	تستفيد عائلتكم من العمليات الجراحية الطارئة التي توفر عليها المؤسسة الصحية العمومية					
6	تستفيد عائلتكم من النقل المجاني الذي توفره المؤسسة الصحية العمومية للمرضى المتنقلين نحو مستشفيات أخرى					
7	تستفيد عائلتكم من الرعاية الطارئة من خطر الحشرات والحيوانات السامة التي توفرها المؤسسة الصحية العمومية					
8	تستفيد عائلتكم من الاستشفاء المجاني والمكوث بعد العمليات الجراحية التي توفر عليها المؤسسة الصحية العمومية					
9	تستفيد عائلتكم من الحملات الطبية التي توفر عليها المؤسستين للأمراض الموسمية المؤسسة الصحية العمومية					
10	تستفيد عائلتكم من المتابعة الطبية للأمراض المعدية (كورونا) التي توفرها المؤسسة الصحية العمومية					

	المحور الثالث: الخدمات الصحية العامة المؤسسة الصحية العمومية وتعزيز المستوى المعيشي للأسرة(الشط: 15 مارس)	لاأبدا	نادرا	محايد	غالبا	نعم دائما
1	تجنب الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسة الصحية العمومية تعب مسافة التنقل إلى المستشفيات الأخرى					
2	تخفف الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسة الصحية العمومية مشقة العلاج في المستشفيات أخرى					
3	تخفف الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسة الصحية العمومية تكلفة العلاج والمكوث في المصحات الخاصة					
4	تخفف الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسة الصحية العمومية تكلفة إجراء التحاليل الطبية في المصحات الخاصة					
5	تخفف الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسة الصحية العمومية تكلفة إجراء الأشعة الطبية (الراديو) في المصحات الخاصة					
6	تساعد الإعلانات المسبقة للحملات الطبية والتلقيح في ربح الوقت والبرمجة حسب وقتكم					
7	تسهم الحملات والقوافل الطبية التي تقدمها المؤسسة الصحية العمومية في الكشف المبكر عن الأمراض الخطيرة.					
8	تسهم الخدمات الصحية المجانية التي تقدمها المؤسسة الصحية العمومية في تخفيف الضغط النفسي على المرضى					
9	تسهم حملات التبرع بالدم التي تنظمها المؤسسة الصحية العمومية في تعزيز العلاقات الأسرية والتضامن الاجتماعي					
10	تسهم الخدمات الصحية المجانية التي تقدمها المؤسسة الصحية العمومية في التوعية والتثقيف الطبي للأسرة					
11	تسهم التوعية الصحية التي تقدمها المؤسسة الصحية العمومية في تخفيف خطر الأمراض المعدية والحشرات (العقرب)					
12	تسهم العلاجات المجانية التي تقدمها المؤسسة الصحية العمومية في تخفيف نفقات شراء الأدوية من الصيدليات					
13	تسهم الحملات التي تبثها المؤسسة الصحية العمومية على الإذاعة وشبكات التواصل في التثقيف والتوعية الطبية للأسرة					
14	تسهم الخدمات الصحية المجانية التي تقدمها المؤسسة الصحية العمومية في تقليل النفقات الصحية للأسرة عموما					

نشكر لكم كرم التعاون وإجابة الاستبيان نتمنى لكم

الملحق رقم 03

ترخيص بإجراء دراسة ميدانية

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة الصحة

المؤسسة العمومية الإستشفائية
الشهيد بن عمر الجيلالي
EPH ELOUED

ربة الصحة لولاية الوادي

سسة العمومية الاستشفائية بالوادي

قم : 157/مع ا و/2025

ترخيص باجراء دراسة ميدانية

يرخص للطالبة:

- **بن عمر جبارية**

بصفتها طالبة دكتوراه شعبة **علم إجتماع** تخصص علم **إجتماع الصحة والعمل** بكلية العلوم الانسانية والاجتماعية بالوادي باجراء دراسة ميدانية قصد استكمال أطروحة الدكتوراه التي تحمل عنوان **انعكاس مستوى الخدمات الصحية على معاش الاسرة الجزائرية** بالمصالح (**طب النساء، طب الرجال، جراحة النساء، جراحة الرجال، الامراض المعدية، جراحة الانف والاذن والحنجرة، جراحة العظام، امراض الكلى**) ابتداء من : **2025/05/26** الى غاية انتهاء المهمة.

يجرى التربص تحت إشراف رئيس المصلحة

المرسلة اليهم:

- المعنية - للتنفيذ
- مختلف المصالح الاستشفائية
- المراقبة الطبية
- الأرشيف

الوادي في: 01 جوان 2025

المدير
مدير المؤسسة العمومية الاستشفائية
بالـــوادي
السيد / لعمـــوري جمـــال

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
المؤسسة العمومية الاستشفائية بالوادي
المدير

توصيات هامة

- يجب على المترص احترام اوقات العمل
- عدم التجمع في الاروقة المؤسسة
- عدم استعمال الهاتف النقال في مكان العمل
- احترام توجيهات مسؤول المصلحة
- تواجد الحاضر على طاولة الفحص

الملحق رقم 04

ترخيص بإجراء دراسة ميدانية المؤسسة الصحية العمومية (19 مارس 1962).

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEURE
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

جامعة محمد خيضر- بسكرة
كلية العلوم الانسانية والاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية
الرقم : 535/ ر.ق.ع.ا/ 2025

versite Mohamed Khider - Biskra
ulte des sciences humaines& sociales
partement des sciences sociales

إلى السيد المحترم: مدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية 19 مارس 1945
– ولاية الوادي –

المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالوادي
الرقم: 829
مصلحة الموارد البشرية
2025 سبتمبر 17

الموضوع: تقديم تسهيلات "دراسة ميدانية "

في إطار التعاون بين جامعة بسكرة ونظيراتها الأخرى وكذا بينها وبين المؤسسات الإقتصادية والتربوية والإجتماعية الوطنية، فإننا نرجو من سيادتكم الفاضلة، خدمة للبحث العلمي تقديم التسهيلات الممكنة للطالب (ة): بن عمر جبارية

من خلال تمكينه (ا) من الاستفادة من المرافق والبيانات المتوفرة لديكم قصد إتمام إنجاز أطروحة الدكتوراه.

في شعبة: علم الاجتماع

تخصص: علم الاجتماع الصحة والعمل

الموسومة: انعكاس مستوى الخدمات الصحية على معاش الأسرة الجزائرية.

تقبلوا منا فائق التقدير والاحترام

بسكرة في: 2025/05/14

رئيس القسم

الملحق رقم 05



الصحة(2023/12/31)

القطـــاع العمومـــي:

البلديات	مؤسسات عمومية استشفائية		مؤسسات استشفائية متخصصة		مؤسسات استشفائية		دور الولادة		مراكز تصفية الدم	
	العدد	الأسرة	العدد	الأسرة	العدد	الأسرة	العدد	الأسرة	العدد	الأسرة
الوادي	1	256	2	320	1	40	3	88	1	20
كوينين	-	-	-	-			1	4	-	-
الرقيبة	-	-	-	-			1	8	-	-
الحمراية	-	-	-	-			-	-	-	-
قمـار	-	-	-	-			1	24	-	-
تغزوت	-	-	-	-			-	-	-	-
ورماس	-	-	-	-			-	-	-	-
الدبيلة	-	-	-	-			1	14	-	-
حساني عبد الكريم	-	-	-	-			-	-	-	-
حاسي خليفة	-	-	-	-			1	12	-	-
الطريفاوي	-	-	-	-			-	-	-	-
المقـرن	-	-	-	-			1	12	-	-
سيدي عـون	-	-	-	-			-	-	-	-
الربـاح	-	-	-	-			1	8	-	-
النخلـة	-	-	-	-			-	-	-	-
العقلـة	-	-	-	-			-	-	-	-
البياضـة	-	-	-	-			1	12	-	-
الطالب العربي	-	-	-	-			1	9	-	-
بن قشـة	-	-	-	-			-	-	-	-
دوار المـاء	-	-	-	-			-	-	-	-
ميه ونسـة	-	-	-	-			1	6	-	-
واد العلنـدة	-	-	-	-			-	-	-	-
مجموع الولاية	1	256	2	320	1	40	13	197	1	20

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner

الملحق رقم 6

الجمهوريـــة الجزائريـــة الديمقراطيـــة الشعبيـــة

وزارة الصحة

EPH ELOUED

مديرية الصحة لولاية الوادي
المؤسسة العمومية الإستشفائية الوادي
الرقم : 005/م.ع.إ.و/2026

إعـــلان

في إطار التوأمة مع المركز الاستشفائي الجامعي ببجاية، تتشرف المؤسسة العمومية الاستشفائية بالوادي باستقبال الطاقم الطبي المتخصص في الجراحة العامة بقيادة:

البروفيسور: بلخرشي سليم مختص في الجراحة العامة

وذلك تحت إشراف الدكتور: حمامة سعد ممارس أخصائي مساعد في الجراحة العامة بالمؤسسة وبمشاركة جل أطباء المؤسسة.

برنامج العمل:

- **السبت 14 فيفري 2026**
  - استقبال الفريق الطبي
  - إجراء العمليات الجراحية على مستوى غرفة العمليات الجراحية بالمؤسسة.
- **الأحد 15 فيفري 2026**
  - إجراء العمليات الجراحية على مستوى غرفة العمليات الجراحية بالمؤسسة.
- **الاثنين 16 فيفري 2026**
  - إجراء العمليات الجراحية على مستوى غرفة العمليات الجراحية بالمؤسسة.

الوادي في : 09 FEV. 2026

مدير المؤسسة العمومية الإستشفائية بالوادي
السيد / لعموري جمال

ولاية الوادي - المؤسسة العمومية الإستشفائية بالوادي - 1 -

المؤسسة العمومية الاستشفائية الشهيد بن عمر الجيلاني بالوادي –حي أول نوفمبر – الشط –الوادي
الفاكس ☎: الاستعجالات 32.12.22.17 (213+) / المستشفى: 32.12.32.19 (213+)
32.12.32.32 (213+) / 32.12.32.24 (213+) / 32.12.32.16 (213+)
fb: المؤسسة العمومية الاستشفائية بالوادي –خلية الإعلام والاتصال–

الملحق رقم 07

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة الصحة

مديرية الصحة و السكان لولاية الوادي
المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالوادي
مصلحة علم الاوبئة والطب الوقائي
الرقم 272 / م.ع.ص.ج.و/ 2026

إعـــلان

يتشرف مدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالوادي اعـلام جميع المترشحين لأداء مناسك الحج موسم 1447 هـ/2026 م انه سيتم تكملة اجراءات التلقيح يوم الثلاثاء من كل اسبوع على مستوى مصلحة علم الاوبئة والطب الوقائي

الـوادي في : 12 FEV

المديـــــر

مدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالوادي
براهمي عبد الحميد

ملخص الدراسة باللغة العربية:

1- مشكلة الدراسة:

يشكل موضوع الخدمات الصحية وانعكاسها على معاش الأسرة الجزائرية أحد أهم الموضوعات السوسيولوجية في ميدان العلوم الاجتماعية والإنسانية، فهو موضوع مستجد من حيث الطرح والمعالجة كونه يجمع بين الجانب المعاشي للأسر (المادي والاجتماعي والصحي) باعتباره أساس استمراريتها ومتغير الخدمات الصحية المُقدمة كما هي من منظور سوسيولوجي بعيدا عن جانبها الإداري والتنظيمي ولأن متغير الخدمات الصحية يعتبر مستهلك في الدراسات العلوم و الدراسات الاقتصادية والسياسية من جانب الجودة والتنمية الاقتصادية والاجتماعية أي الجوانب الأكثر شمولية أو تعالج الماكرو أي تبحث في الكليات دون الخوض في الأبعاد الاجتماعية والاقتصادية والصحية الخاصة بالأسر تلك الوحدات الصغرى في المجتمع التي تعتبر وحدات وأنساق تؤثر وتتأثر بالنسق الكلي والنسق الصحي يعتبر من أهم الأنساق وأكثرها تأثيرًا على الأسرة من كل جوانب التي تعايشها فإن نجاح المؤسسة الصحية في تقديم خدمة ذات جودة يسهم مباشرة في ضمان جودة معاش الأسرة ،وفي هذا السياق تأتي مساهمة دراستنا والهدف منها التعرف على طبيعة انعكاس مستوى الخدمات الصحية على معاش الأسرة .

ومن هذا المنطلق تحاول دراستنا هذه رصد وتحليل مستوى الخدمات الصحية المقدمة ومدى استفادة الأسر من هذه الخدمات وبناءً على ما ذكرناه انطلقت هذه الدراسة وفق التساؤل الرئيسي مفاده:

- ما طبيعة انعكاس مستوى الخدمات الصحية على معاش الأسرة الجزائرية؟

2- أهمية الدراسة:

تكمن أهمية هذه الدراسة في الوقوف على مستوى الخدمات الصحية المقدمة كماهي في المؤسسات الصحية العمومية بولاية الوادي ولذلك سنحاول معرفة مدى انعكاس هذه الخدمات الصحية على المستوى المعاشي للأسرة واستقرارها.

3- منهجية الدراسة:

اعتمدت هذه الدراسة على المنهج الوصفي، كما تم الاعتماد على الاستبيان على سلم ليكرت الخماسي، وجاء هذا الاستبيان مقسم إلى ثلاث محاور كلها ذات علاقة بموضوع الدراسة.

4- مجالات الدراسة:

أجريت هذه الدراسة في المؤسسات الصحية العمومية بولاية الوادي وعليه تم اختيار المؤسستين (بن عمر الجيلاني ،19 مارس 1962) وطبقت هذه الدراسة على عينة من زائري هذين المؤسستين المذكورتين، وقد تم اعتمدنا على العينة العرضية باعتبارها الأنسب لطبيعة الموضوع، وكان عدد العينة الإجمالي 200 مفردة (أسرة)، أي بتوزيع 100 استبيان في كل مؤسسة.

5- نتائج الدراسة:

وقد أسفرت هذه الدراسة على النتائج التالية:

- أظهرت النتائج وجود استفادة متوسطة ومذبذبة من الخدمات الدورية والوقائية

- تستفيد الأسر من الخدمات الوقائية والدورية خاصة تلك التي تنظمها المؤسسة الصحية في إطار التلقيحات الوقائية

- كشفت الدراسة عن استفادة مرتفعة ودالة إحصائياً من الخدمات الاستعجالية والخاصة.

- الوعي الصحي عند الأسر مرتبط بمدى استفادتها من الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسات الصحية العمومية.

- كشفت الدراسة على أنه هناك نقص في الأطباء المختصين خاصة في الفحوصات الدورية.

- كما أظهرت الدراسة أن المؤسسات الصحية العمومية يوجد بها نقص فادح للأطباء المختصين مما ينعكس سلبا على معاش الأسرة.

- تستفيد الأسر من خدمات العناية الاستعجالية خاصة تلك المتعلقة برعاية الطفل والأم والعمليات الجراحية.

- الخدمات الصحية العامة تساهم في الاستقرار معاش الأسرة بولاية الوادي بشكل متباين وذلك لوجود فجوات في التأطير المتخصص.

- أكدت النتائج وجود مساهمة إيجابية قوية للخدمات الصحية في تعزيز معاش الأسر، وجاء الترتيب التنازلي للأبعاد الأكثر تأثراً كالآتي: احتلال البعد الاجتماعي والنفسي المرتبة الأولى (تحقيق الأمان المعنوي)، يليه البعد الاقتصادي (حماية دخل الأسرة)، بينما جاء البعد الصحي في المرتبة الأخيرة.

Abstract

1- Research Problem:

The issue of health services and their impact on the **lived reality (Ma'ash)** of the Algerian family is one of the most significant sociological topics in the field of social and human sciences. This study offers a contemporary approach by bridging the gap between the family's material, social, and health well-being—the core of its continuity—and the variable of health services provided. Unlike previous studies that often addressed health services from administrative, economic, or political perspectives (Macro-level), focusing on quality and global development, this research adopts a **sociological lens**. It moves beyond holistic abstractions to investigate the social and health dimensions at the **micro-sociological level**, specifically within the family unit, which functions as a system that both influences and is influenced by the broader social and health systems. Given that the health system is a vital institution affecting family stability, the success of health facilities in providing high-quality services directly contributes to the quality of family life. In this context, the study aims to identify the nature of the reflection of health service levels on the family's lived reality. **The main research question is:** What is the nature of the impact of health service levels on the lived reality of the Algerian family?

2- Significance of the Study:

The importance of this study lies in assessing the current state of health services provided by public health institutions in the **Province of El Oued**. It seeks to determine how these services reflect on the living standards and social stability of the family.

3- Methodology:

This study utilizes the **descriptive-analytical method**. Data was collected using a questionnaire designed according to a **five-point Likert scale**. The questionnaire was structured into three main axes, all directly related to the research objectives.

4- Field of Study:

The study was conducted in public health institutions in El Oued, specifically targeting two hospitals: **(Ben Omar Jilani and March 19, 1962)**. The research was applied to a **convenience sample** (Accidental Sample) of visitors to these institutions, totaling **200 respondents (families)**, with 100 questionnaires distributed in each facility.

5- Study Results:

The study yielded the following findings:

- Families benefit significantly from preventive and periodic services, particularly those organized within national vaccination programs.
- Health awareness among families is closely linked to the extent of their utilization of services provided by public health institutions.
- A positive correlation exists between health awareness and the utilization of services; increased awareness leads to better utilization and a greater contribution to service improvement.
- The study revealed a shortage of specialized physicians, particularly regarding periodic medical examinations.
- The acute shortage of specialists in public health institutions negatively affects the lived reality and well-being of the family.
- Families effectively benefit from emergency care services, especially those related to maternal and child health and surgical interventions.
- Overall, health services reflect positively on the lived reality of families in the Province of El Oued.