



جامعة وهران - 2 -
كلية العلوم الاجتماعية
قسم الديمغرافيا

رسالة
مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه ل م د

في الديمغرافيا

الاحتياجات الاجتماعية و الاقتصادية لسكان الجزائر
دراسة ميدانية لولاية وهران

من تقديم الطالبة: بوراجة امال تحت إشراف الأستاذة : فضيل يسعد فايزة

أمام أعضاء لجنة المناقشة المكونة من:

الوادي الطيب	أستاذ	رئيسا	جامعة وهران 2
يسعد فضيل فايزة	أستاذة محاضرة أ	مقررا	جامعة وهران 2
دلندا عيسى	أستاذ	مناقشا	جامعة وهران 2
راشدي خضرة	أستاذة محاضرة أ	مناقشا	جامعة وهران 2
لعمارة محامد يحي	أستاذ محاضر أ	مناقشا	جامعة مستغانم
صديق خوجة خالد	أستاذ محاضر أ	مناقشا	جامعة مستغانم

2018-2019

شكر

الشكر لله عز وجل الذي أنار دربي
وفتح لي أبواب العلم وأمدني بالصبر و الإرادة
ثم الشكر للأستاذة المشرفة : فضيل يسعد فايزة
على قبولها الإشراف على هذا العمل وعلى توجيهاتها
كما أخص بالشكر كل من الأستاذة راشدي خضرة
و الأستاذة هاشم أمال على تقديم النصائح و التوجيهات القيمة.
الشكر موصول أيضا لجميع أعضاء لجنة المناقشة لقبولهم مناقشة هذه الأطروحة.
دون أن يفوتني شكر كل أساتذتي وكل العمال بقسم الديمغرافيا
وكل من ساعدني من قريب أو بعيد في إنجاز هذا العمل المتواضع.

الفهرس العام

الصفحة	العناوين
	شكر
	فهرس الموضوعات
	قائمة الجداول
	قائمة الأشكال
01	المقدمة العامة
الفصل التمهيدي: الإطار المنهجي للدراسة	
06	الإشكالية
07	أهمية الدراسة
08	أهداف الدراسة
08	أسباب اختيار الموضوع
09	تحديد المفاهيم و المصطلحات
11	الدراسات السابقة
17	هيكلية الدراسة
18	صعوبات البحث
الفصل الأول: تطور أهم الحاجات الاجتماعية للسكان	
19	تطور قطاع التعليم
33	تطور قطاع السكن
45	تطور قطاع الشغل
الفصل الثاني: تطور القطاع الصحي في الجزائر	
59	مراحل تطور القطاع الصحي في الجزائر بعد الاستقلال
81	الهيكل الصحية للقطاع الخاص
82	مصادر وأنظمة تمويل القطاع الصحي في الجزائر

الفهرس العام

91	تقييم الأهداف الإنمائية للألفية في مجال الصحة
97	بعض المؤشرات التي تعكس الوضع الصحي في الجزائر
الفصل الثالث: ماهية الخدمات الصحية و الإجراءات المنهجية للدراسة	
103	مفهوم الخدمات الصحية.
107	التطور التاريخي للخدمات الصحية.
113	أنواع الخدمات الصحية.
117	مستويات الخدمات الصحية.
120	نبذة تاريخية عن ولاية وهران
129	الإجراءات المنهجية للدراسة
الفصل الرابع: المشاكل الصحية التي يعاني منها المبحوثين المترددين على المؤسسات الصحية العمومية ببلدية وهران	
140	المبحث الأول: توصيف عينة الدراسة
151	المبحث الثاني: تردد المبحوثين على المؤسسات الصحية العمومية ببلدية وهران
158	المبحث الثالث: المشاكل الصحية التي يعاني منها سكان بلدية وهران
الفصل الخامس: واقع و آراء المبحوثين حول الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية العمومية لبلدية وهران	
180	المبحث الأول: واقع الخدمات الصحية في بلدية وهران.
197	المبحث الثاني: آراء المبحوثين حول الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات العمومية لبلدية وهران
215	مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات
218	مناقشة النتائج على ضوء الدراسات السابقة
220	الخاتمة العامة
المصادر و المراجع	
الملاحق	

فهرس الجداول

فهرس الجداول:

الصفحة	العنوان	الرقم
22	تطور عدد المعلمين و المؤسسات 1970-1962.	01
26	تطور عدد المعلمين و المؤسسات التعليمية 1980-1970	02
27	تطور عدد المؤسسات التعليمية و التلاميذ و الأساتذة 1990-1980	03
28	تطور عدد التلاميذ و الأساتذة و المؤسسات التعليمية 2000-1992	04
35	الانجازات المسجلة لبرامج السكن الحضري 1969-1967	05
37	البرامج السكنية الحضرية 1973-1970	06
38	تطور البرامج السكنية خلال المخطط الرباعي الثاني	07
39	البرامج السكنية خلال المخططين الخماسيين	08
40	الانجازات السكنية خلال 2000-1990	09
47	تطور عدد مناصب الشغل خلال 1979-1967	10
47	تطور عدد مناصب الشغل المحققة و المقدره خلال 1969-1967	11
48	تطور سوق العمل خلال 1978-1970	12
49	تطور الشغل الإجمالي خلال 1987-1978	13
50	تطور طلبات الشغل و العروض خلال 1988-1980	14
68	هياكل و مؤسسات النظام الصحي خلال 1989-1979	15
69	نسبة النفقات الوطنية للصحة خلال 1989-1980	16
81	تطور المؤشرات الصحية خلال 2015-2010	17
82	عدد الممارسين (عمال السلك الطبي) في القطاع الخاص 2015-1997	18
86	تطور مساهمة الدولة في تمويل قطاع الصحة 2011-2000	19
88	تطور مساهمة صندوق للضمان الاجتماعي في تمويل قطاع الصحة 2011-2000	20
89	تطور مساهمة العائلات في تمويل قطاع الصحة 2011-1990	21
91	تطور النفقات الوطنية للصحة بالنسبة للنتاج الداخلي الخام 2005-1991	22
92	الهدف الرابع و الخامس من الأهداف الإنمائية للألفية	23
94	التوزيع النسبي للأطفال الذين تلقوا التطعيم سنة 2004	24
123	تطور عدد سكان بلدية وهران 2010-1965	25
123	تطور الهياكل الصحية الاستشفائية لولاية وهران 2008	26

فهرس الجداول

124	تطور المؤسسات العمومية للصحة الجوارية لولاية وهران 2008	27
124	تطور الهياكل الاستشفائية الصحية المتخصصة لولاية وهران 2008	28
126	توزيع مستخدمي القطاع الصحي العمومي والخاص بولاية وهران 2010	29
126	المؤشرات الديمغرافية لولاية وهران 2010	30
127	المؤشرات الأساسية لهياكل الموارد البشرية 2008-2012	31
131	توزيع مجموع 500 أسرة على مقاطعات بلدية وهران	32
132	توزيع أحياء مقاطعات العينة	33
133	توزيع عينة الدراسة حسب المقاطعة الإدارية سيدي الهواري	34
142	توزيع المستوى التعليمي في العينة حسب الجنس	35
142	توزيع أفراد العينة حسب الحالة الزوجية للجنسين	36
148	توزيع مفردات العينة حسب نوع وطبيعة المسكن	37
149	توزيع مفردات العينة حسب ونوع شروط المسكن	38
158	توزيع المبحوثين حسب الفئة المؤثرة على الدولة في توفير الاحتياجات الصحية	39
159	توزيع المبحوثين حسب الفئة التي تساهم في تأثيرها على الدولة لتوفير الاحتياجات الصحية	40
160	توزيع نسب رأي المبحوثين حول المشاكل الصحية الأكثر انتشارا في المجتمع	41
160	توزيع المبحوثين حسب إجابتهم حول الأمراض التي يعاني منها الأطفال في المجتمع	42
161	توزيع المبحوثين حسب رأيهم حول المشاكل الصحية التي يواجهها كبار السن في المجتمع	43
164	توزيع مرض المبحوثين حسب السن و طبيعة المسكن	44
166	توزيع نوع مرض المبحوثين حسب السن	45
168	توزيع رأي المبحوثين حول ما يفعله أفراد الأسرة للبقاء في صحة جيدة	46
173	رأي المبحوثين حول صحتهم الحالية حسب الجنس و معانات المبحوثين من مرض ما	47
177	توزيع رأي المبحوثين حول الرعاية الصحية عند المسنين حسب الجنس و السن	48
178	توزيع متوسط سن الوفاة لعائلات المبحوثين	49
189	وصف الطبيب الدواء للمبحوثين و إمكانية أخذه	50
189	توزيع مكان أخذ الأدوية وسبب عدم أخذها للمبحوثين	51
190	العلاقة بين وصف الطبيب للدواء وتوفر التأمينات للمبحوثين	52
191	العلاقة بين توفر المعدات الصحية من حيث العدد مع المستوى التعليمي ومرض أحد أفراد العائلة	53

فهرس الجداول

192	العلاقة بين توفر المعدات الصحية من حيث النوع و المستوى التعليمي	54
192	توزيع المبحوثين حسب المصدر الأساسي لتلقي الإرشادات	55
197	رأي المبحوثين حول الخدمات الصحية في المؤسسة الصحية التي توجهوا إليها حسب الجنس والسن	56
198	رأي المبحوثين حول الخدمات الصحية في المؤسسة الصحية التي توجهوا إليها حسب المستوى التعليمي و معاناتهم من مرض ما	57
199	رأي المبحوثين حول الخدمات الصحية في المؤسسة الصحية التي توجهوا إليها	58
200	شعور المبحوثين حول طريقة تقديم الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية التي توجهوا إليها حسب الجنس والسن	59
201	شعور المبحوثين حول طريقة تقديم الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية التي توجهوا إليها حسب المستوى التعليمي ومعاناتهم من مرض ما	60
201	توزيع نسب رأي المبحوثين حول كيفية تحسين الخدمات الصحية	61
203	رأي المبحوثين حول عدد الأطباء مقارنة بعدد المرضى في المؤسسات الصحية العمومية حسب الجنس و السن	62
204	رأي المبحوثين حول عدد الأطباء مقارنة بعدد المرضى في المؤسسات الصحية العمومية حسب المستوى التعليمي ومعاناتهم من مرض ما	63
205	نسب رأي المبحوثين حول مساهمات الدولة لتحسين صحة السكان	64
206	رأي المبحوثين في حكمهم على مساهمات الدولة لتحسين صحة السكان حسب الدخل	65
206	رأي المبحوثين في حكمهم على مساهمات الدولة لتحسين صحة السكان حسب المستوى التعليمي	66
209	رأي المبحوثين حول مدى وثوقهم بالدولة في خدمة واجباتها الصحية تجاه المجتمع حسب الجنس والمستوى التعليمي	67
210	رأي المبحوثين حول مدى وثوقهم بالدولة في خدمة واجباتها الصحية تجاه المجتمع حسب احتمال مرض المبحوثين و السن	68
214	رأي المبحوثين حول ما يفعله السكن للبقاء في صحة جيدة مع المستوى التعليمي	69

الصفحة	العنوان	الرقم
21	تطور عدد التلاميذ في مراحل التعليم الثلاثة 1962-1970.	01
25	تطور عدد التلاميذ 1970-1980.	02
54	تطور معدلات الشغل و البطالة خلال 2000-2017	03
94	تطور معدل وفيات الأطفال لكلا الجنسين 2000-2015	04
98	تطور معدل وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات 1990-2015	05
99	تطور معدل وفيات الأطفال و العام 1966-2010	06
100	تطور معدل وفيات الأمهات 1962-2014	07
101	تطور أمل الحياة لكلا الجنسين 1965-2015	08
141	الهرم السكاني لعينة الدراسة	09
144	توزيع مفردات العينة حسب النشاط	10
144	توزيع العاملين في العينة حسب الجنس و السن	11
145	توزيع مفردات العينة حسب الدخل	12
146	توزيع العمال في العينة حسب المستوى التعليمي	13
147	توزيع العمال في العينة حسب الجنس و مكان التشغيل	14
150	نوع السكن و توفره على الانترنت	15
151	توزيع أسباب توجه المبحوثين للقطاع الصحي الخاص	16
152	توزيع المشاكل الصحية التي دفعت بالمبحوثين للمعالجة	17
153	توزيع مفردات العينة حسب أسباب عدم تلقي العلاج للمبحوثين	18
154	دخل المبحوثين و مكان التوجه للعلاج	19
155	جنس المبحوثين و مكان التوجه للعلاج	20
156	سن المبحوثين و مكان التوجه للعلاج	21
162	توزيع مرض المبحوثين حسب الجنس و السن	22

فهرس الأشكال

163	مرض المبحوثين حسب الجنس و طبيعة المسكن	23
165	توزيع نوع مرض المبحوثين حسب الجنس	24
158	توزيع المبحوثين الذين يسبب لهم مرض احد أفراد العائلة عائق مادي حسب الدخل	25
169	إمكانية توفير الغذاء المتوازن للأسرة و الدخل	26
170	إمكانية توفير الغذاء المتوازن للأسرة و عدد الأطفال في الأسرة	27
171	توزيع المبحوثين حسب أسباب عدم توفيرهم الغذاء المتوازن للأسرة	28
172	رأي المبحوثين حول صحتهم الحالية حسب السن	29
173	رأي المبحوثين حول صحة أفراد الأسرة حسب مرض أحد أفرادها	30
174	مؤشرات الصحة الجيدة حسب رأي المبحوثين و الجنس	31
175	مؤشرات الصحة الجيدة حسب رأي المبحوثين و السن	32
176	مؤشرات الصحة الجيدة حسب رأي المبحوثين و المستوى التعليمي	33
180	توفر الاحتياجات الصحية في القطاع العام و الجنس	34
181	توفر الاحتياجات الصحية في القطاع العام و السن	35
182	توفر الاحتياجات الصحية في القطاع العام و المستوى التعليمي	36
183	توفر الاحتياجات الصحية في القطاع العام و احتمال مرض المبحوثين	37
184	نسبة الأمراض التي يعاني منها المبحوثين المترددين على القطاع الصحي العام	38
185	تقديم الخدمات الصحية بالطريقة الصحيحة من المرة الأولى للمبحوثين و الجنس	39
186	تقديم الخدمات الصحية بالطريقة الصحيحة من المرة الأولى للمبحوثين و السن	40
187	تقديم الخدمات الصحية بالطريقة الصحيحة من المرة الأولى للمبحوثين و المستوى التعليمي	41
188	تقديم الخدمات الصحية بالطريقة الصحيحة من المرة الأولى للمبحوثين و مرض أحد أفراد الأسرة	42
190	توزيع أفراد العينة الغير مؤمنين حسب وسيلة تلقي معونات العلاج	43
193	رأي المبحوثين حول توفر الأطباء الأخصائيين بالمستشفيات و المستوى التعليمي	44
194	توزيع سبب عدم توفر الأطباء الأخصائيين في المستشفيات	45
195	رأي المبحوثين حول معانات القطاع الصحي العام من نقائص و المستوى التعليمي	46

فهرس الأشكال

195	توزيع نسب نقائص القطاع الصحي	47
202	رأي المبحوثين في تحقيق احتياجات المرضى بالكامل في المؤسسات الصحية العمومية و المستوى التعليمي	48
207	قدرة المبحوثين على تقديم مساهمات صحية في المستقبل حسب الجنس والدخل	49
208	توزيع نسب المساهمات التي يمكن للمبحوثين تقديمها في المستقبل	50
211	حق المبحوثين بمطالبة الدولة في معالجة قضاياهم الصحية حسب المستوى التعليمي	51
212	رأي المبحوثين حول ما يفعله السكن للبقاء في صحة جيدة و الجنس	52
213	رأي المبحوثين حول ما يفعله السكن للبقاء في صحة جيدة مع السن	53

المقدمة

يهدف أي نشاط إنساني أيا كان نوعه إلى إشباع الحاجات الإنسانية، و تنقسم هذه الحاجات إلى نوعين نوع يمكن إشباعه بشكل فردي كالمأكل و الملابس وحتى المسكن ونوع آخر يمكن إشباعه بشكل جماعي مثل المحافظة على الأمن، العدالة الاجتماعية، التعليم و العناية بالصحة. كل هذه الحاجات تعد حاجات اجتماعية التي يسعى الإنسان إلى تحقيقها للوصول إلى التنمية، حيث تعد هذه الأخيرة من أحد أهم الأهداف التي تسعى دول العالم إلى تحقيقها فهي أساس تقدم المجتمعات و مقياس لرفاهيتها، حيث عند الحديث عن التنمية لابد من الإشارة إلى الإنسان فهو أساس تحقيقها بمختلف مجالاتها بما فيها الاقتصادية، و لن يتحقق ذلك إلا إذا توفرت له المتطلبات اللازمة، و الصحة أول تلك المتطلبات فصحة الأفراد هي أسمى هدف تحاول الدولة بلوغه من أجل استمرارها و استقرارها، بحيث يعتبر الأفراد الأصحاء عصب كل سياسة تنموية، فكل السياسات سواء الشاملة منها أو القطاعية تركز أساسا على الفرد فهو المحرك الأساسي لها، فنجاحها أو فشلها في تحقيق أهدافها مرتبط بقدرته الفرد على العمل أو النشاط المنتج، فقطاع الصحة من بين أهم القطاعات التي أوليت اهتماما كبيرا من طرف الحكومات و المنظمات الدولية حيث عمدت الأمم المتحدة على إنشاء منظمة خاصة بالصحة في العالم سنة 1948 هدفها أن تبلغ جميع الشعوب أرفع مستوى صحي ممكن ، كما شهد القطاع الصحي بالجزائر مع مرور خمسين سنة من الاستقلال فترة مميزة من حيث الكم و النوع بفضل الاهتمام الذي أولته الدولة لهذا القطاع غير أن هناك اختلالات مازالت تعترى مجال الصحة حسب تقديرات المختصين، بحيث عرفت العشرية الأولى من الاستقلال (1962-1972) نقصا فادحا في الأطباء إذ لم تكن تتوفر الجزائر آنذاك إلا على 500 طبيبا للتكفل بصحة 10.5 مليون ساكن (حاروش نور الدين ، 2009، ص 4)، و دلت المؤشرات الصحية لتلك الفترة على ارتفاع وفيات الأطفال بنسبة 180 وفاة لكل 1000 ولادة حية (CHACHOUA L, 2014) خمسمهم يغادرون الحياة قبل السنة الأولى

من عمرهم و ذلك نتيجة تفشي الأمراض المعدية و نقص التغطية بالنسبة للقاح التي لم تتعد إلا 10% ونفس الوضعية شهدتها وفيات الأمهات الحوامل التي سجلت 500 وفاة لكل 100000 امرأة سنة 1962.

كما شهدت الجزائر بعد ذلك مجموعة من التطورات على المستوى الصحي بحيث عرفت الفترة (1972-1982) تبني سياسة صحية آلا و هي الطب المجاني و إصلاح التكوين الطبي و ذلك سنة 1974 (الجريدة الرسمية، رقم 65/73، 1974، ص2) و عرفت هذه الفترة أيضا انفجارا ديمغرافيا وتفشيا للأمراض المنتقلة عبر المياه، كما تميزت الفترات اللاحقة ببعض التطورات في مختلف الهياكل الصحية من أطباء و مستشفيات إلى غاية الفترة الممتدة ما بين 2002 و 2012 التي تميزت بمعانات المؤسسات الصحية من عدة اختلالات هيكلية و تنظيمية مما أدى إلى اتخاذ مبادرة سياسة إصلاح المستشفيات التي تهدف إلى تخطيط و تنظيم العلاج، وحسب التعداد الأخير (2008) قدرت عدد المستشفيات العمومية ب 271 مستشفى، 419 عيادة خاصة بالأمومة و الطفولة. كما قدر عدد الأطباء ب 34802 طبيب أي 1 طبيب لكل 271 ساكن (O.N.S-A.Q.C, 2012,p22)، أما في سنة 2016 قدرت عدد المستشفيات ب 273 مستشفى، 416 عيادة خاصة بالأمومة و الطفولة ، كما قدر عدد الأطباء ب 55158 طبيب أي 1 طبيب لكل من 545 ساكن (O.N.S-A.Q.C , 2016 , p25)، أما في مجال الأدوية فعملت الدولة على تشجيع الإنتاج المحلي للأدوية من خلال إلزام الموزعين الأجانب على الاستثمار محليا و كذا تشجيع الاستعمال للأدوية الجنيسة. و كل هذا يدعونا للتفكير بالخدمات الصحية و الحديث عنها، حيث تعتبر هذه الأخيرة من أهم متطلبات الإنسان، فهي تتعلق بحالته الصحية و عافيته مما جعلها تحتل مكانة بارزة في اهتمامات الجميع، ليس فقط لأهميتها في الحفاظ على سلامة الفرد بل أيضا زيادة لقدرته على البناء و التنمية، و في هذا المعنى تمثل الخدمات الصحية أهم ما يمكن أن يقدم الإنسان صانع الحياة و التطور، وهي إن كانت تعكس ضرورة

إنسانية فإنها أيضا تمثل ضرورة اقتصادية لبناء مجتمع قادر على تقديم الأداء الأفضل في مختلف مجالات التنمية الاجتماعية و الاقتصادية .

إن الاهتمام بالخدمات الصحية ، و العمل على جعلها في المستويات المطلوبة التي تنال رضا المتلقين لها وتحقق حاجاتهم هي أولوية يجب أن يسهر على تحقيقها أي نظام مؤسساتي سواء على المستوى الكلي أو الجزئي ، غير أن إصدار الأحكام عن مستويات الأداء لا يتم إلا بإتباع أساليب علمية ومنهجية تمكن دراسة درجات الفعالية و الإحاطة بمختلف حيثياتها لتكوين صورة واضحة ودقيقة تؤدي إلى جوانب القوة و مكامن الخلل و محاولة تحسينها وتصحيحها. وعلى الرغم من ذلك يعد قياس مستوى الخدمات من بين المواضيع الحديثة نسبيا خاصة في المجال الصحي، و لا يزال تقييم الخدمات الصحية وتحديد مستويات أدائها موضوع نقاش وجدل بين الباحثين و أصحاب الاختصاص.

مما لا شك فيه فإن الخدمات الصحية هي أكثر الخدمات التي يكون على عاتق الدولة توفيرها للسكان بالمستويات المطلوبة و المستهدفة ، و لذلك فهي تسعى دوما إلى تحسينها و تطوير مستوياتها بالبحث في مختلف الأساليب و الآليات التي تمكن من تحقيق ذلك ، وبالتالي تحقيق المنفعة للفرد بصورة خاصة و المجتمع و الدولة بصفة عامة .

في ظل اهتمام معظم الدول بالخدمات الصحية وفق أساليب و أنظمة مختلفة، اهتمت الجزائر بتحسين مستوى خدماتها الصحية من خلال برامج و سياسات إصلاحية مختلفة.

مرت سياسة إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر بعدة مراحل منذ الاستقلال إلى يومنا هذا، كانعكاس للظروف التي سادت في كل مرحلة على حدا، سواء الظروف السياسية و الاقتصادية و حتى الاجتماعية

و البيئية، ولكل سياسة عناصرها و أهدافها. إلا أن الهدف الرئيسي هو تطوير نوعية الخدمات الصحية باعتبار الصحة هي أهم ما يملكه الفرد.

في هذه الدراسة ستتم دراسة واقع الخدمات الصحية للسكان في ظل احتياجاتهم الصحية.

ولتحقيق هذا المسعى قسمت الدراسة إلى جانبين:

جانب نظري ويضم ثلاث فصول:

الفصل التمهيدي: الإطار المنهجي للدراسة بدءا بطرح الإشكالية، أهمية وأهداف الدراسة، تحديد المفاهيم، ثم عرض لأهم الدراسات المشابهة للموضوع.

الفصل الأول: تطور الاحتياجات الاجتماعية، حيث تناول التطور التاريخي لأهم الاحتياجات الاجتماعية كالتعليم، السكن والشغل من خلال مخططات التنمية.

الفصل الثاني: محاولة إعطاء لمحة عن التطور التاريخي للقطاع الصحي و هذا عبر المرور بأهم المراحل الذي مر بها هذا القطاع سواء من: موارد مادية وبشرية وكذا مصادر تمويل هذا القطاع و أيضا أهم المؤشرات الصحية التي تقيس التطور الصحي لأي بلد.

وجانب ميداني يضم ثلاث فصول:

الفصل الثالث: يتناول فيه ماهية الخدمات الصحية، نبذة عن ولاية وهران، وكذا الإجراءات المنهجية للدراسة يتناول مجالات الدراسة، منهج الدراسة، أدوات جمع البيانات، العينة وكيفية اختيارها.

الفصل الرابع: المشاكل الصحية التي يعاني منها سكان المترددين على المؤسسات الصحية العمومية ببلدية وهران.

يتناول توصيف عينة الدراسة، تردد المبحوثين على المؤسسات الصحية العمومية، المشاكل الصحية التي يعاني منها سكان البلدية.

الفصل الخامس: واقع وأراء المبحوثين حول الخدمات الصحية العمومية ببلدية وهران

يتناول واقع الخدمات الصحية في بلدية وهران وكذا أراء المبحوثين حول الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية العمومية ببلدية وهران.

تمهيد:

أصبحت الخدمات اليوم تكتسي أهمية خاصة، وهي في طريقها لتصبح جزءا لا يتجزأ من الاقتصاديات المتطورة، و أضحت المؤسسات على اختلاف أنواعها و شتى تخصصاتها منفتحة على جمهور الزبائن لتأمين الخدمات التي يحتاجونها حتى أصبح هناك نمو سريع و متزايد في الخدمات و صار من الممكن قول بأننا نعيش في ظل ما يعرف "بمجتمع الخدمات" و ما حصل من نمو و تطور انعكس بشكل واضح على الخدمات الصحية و طرق تقديمها.

و باعتبار أن المستوى الصحي لأي مجتمع مقياسا لدرجة تقدمه، تبقى الخدمات الصحية دوما بحاجة إلى تقييم دوري ومستمر يكون الهدف منه اكتشاف الانحرافات السلبية عن المستوى المطلوب و المستهدف للخدمة وتحديد أمثل الأساليب و أكثرها تلاؤما مع المشاكل و التحديات التي يجب تصحيحها و مواجهتها.

و في هذا الإطار تكون الإشكالية الرئيسية لموضوع البحث كالآتي :

ما هو واقع الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسات الصحية العمومية ببلدية وهران ؟

من خلال الإشكالية الرئيسية يمكن صياغة التساؤلات الفرعية كما يلي :

- ما هي مراحل تطور القطاع الصحي في الجزائر منذ الاستقلال إلى يومنا هذا؟
- ما هي المشاكل الصحية التي يعاني منها سكان البلدية؟
- ما مدى الإقبال على خدمات المؤسسات الصحية العمومية ؟
- هل الخدمات الصحية المقدمة تستجيب للحاجات الصحية للمرضى في ظل هذه المشاكل ؟
- ما هي أسباب تدني الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية العمومية ؟

فرضيات الدراسة :

- سوء التسيير سبب في تدهور الخدمات الصحية بمؤسسات الصحة العمومية ببلدية وهران.
- تؤثر نوع الطبقة الاجتماعية في تردد المبحوثين على مؤسسات الصحة العمومية ببلدية وهران.
- سوء الاستقبال و التوجيه سبب في تدني الخدمات الصحية بمؤسسات الصحة العمومية ببلدية وهران.
- نقص الكفاءات في مؤسسات الصحة العمومية ببلدية وهران يعرقل توفير الحاجات الصحية للسكان.

أهمية الدراسة :

تتوقف أهمية أي بحث على أهمية الظاهرة المدروسة وعلى قيمتها العلمية و العملية ومدى إسهامها في إثراء المعرفة النظرية من جهة والميدانية من جهة أخرى و تكتسب هذه الدراسة أهمية خاصة لأنها تتناول موضوع حساس ألا و هو الحاجات الاجتماعية للسكان بصفة عامة و الحاجة الصحية و الخدمات الصحية بصفة خاصة، و ذلك لما لهذه الأخيرة من انعكاسات على عافية الفرد وسلامته الجسمانية و العقلانية من جهة و أثارها على الجوانب التنموية الاجتماعية و الاقتصادية لأي بلد من جهة أخرى بالإضافة إلى ذلك فإن للخدمات الصحية جانبا وقائيا توعويا يهدف إلى تجنب وقوع الأوبئة و الأمراض أو انتشارها، يضاف إلى ذلك النمو الديمغرافي، في كثرة الأمراض و الحوادث مما يتطلب مضاعفة الجهود سواء البشرية، المادية وحتى المعنوية والبحثية. كما أن الصحة عامل مهم لقيام الإنسان علما أن تدني الخدمات الصحية يهدد السلم الاجتماعي بحيث يجب الحفاظ على الصحة وهذا بتأمين الحاجات الصحية للسكان.

أهداف الدراسة :

يهدف هذا البحث إلى إلقاء نظرة حول الحاجات الاجتماعية عامة و الصحية خاصة، و ذلك من خلال كشف الغموض عن عدة نقاط أهمها:

- إلقاء نظرة حول واقع الحاجات الاجتماعية الأساسية (التعليم، السكن و الشغل).
- معرفة مراحل تطور القطاع الصحي في الجزائر منذ الاستقلال إلى يومنا هذا.
- تسليط الضوء على واقع الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية العمومية لبلدية وهران.
- التعرف على مستوى الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسات الصحية العمومية لبلدية وهران.
- المساهمة في الإثراء المعرفي في مجال الخدمات الصحية.

أسباب اختيار الموضوع :

هناك عدة أسباب تدفع الباحث لاختيار الموضوع، ويمكن إيجاز أبرزها في ما يلي:

- إن موضوع الحاجات الاجتماعية موضوع شاسع جدا فارتأينا اختيار الحاجات الصحية ومن بينها دراسة الخدمات الصحية نظرا لأهمية هذه الأخيرة في حياة الإنسان.
- الميول الشخصي نحو البحث في المجال الصحي و فهم مختلف حيثياته.
- الأهمية البالغة لقطاع الصحة في تحقيق التنمية و الرفاهية للمجتمعات خاصة و هو متعلق بصحة الأفراد الذين يعتبرون أهم مورد.
- إثراء المحتوى المكتبي بموضوعات تتطرق للخدمات الصحية وأساليب تقييمها .

تحديد المفاهيم و المصطلحات:

تكتسي المفاهيم أهمية كبيرة في العلوم الاجتماعية، و ذلك لما تحمله من دلالات و مقاصد نظرية و إمبريقية لها أثارها المباشرة على كل بحث ، وانطلاقا من هذا فإن لكل بحث خصوصياته المفاهيمية التي تميزه عن غيره من البحوث .

▪ **المفاهيم:** مصطلحات تشير إلى طبيعة الموضوعات و الظواهر التي يقوم الباحث بدراستها، كما تعتبر مفاهيم اللغة العلمية التي يتداولها المتخصص هي فرع من فروع المعرفة.

و على هذا الأساس كان الاتجاه إلى تحديد المفاهيم المركزية الواردة في عنوان البحث وفرضياته.

الحاجة لغة: هي مظهر من مظاهر الافتقار لشيء، فالحاجة في اللغة من الفعل احتاج أي افتقر و نقص عليه أمر ما.

الحاجة اصطلاحا: هي الشعور بالفقد و النقص و الحرمان من شيء ما عاطفيا كان أو ماديا أو اجتماعيا.

الحاجات إجرائيا: تلك المتطلبات الضرورية للغاية لكي يعيش الإنسان حياة جيدة، فهي احتياجات شخصية و نفسية و ثقافية و اجتماعية وغيرها التي تعتبر مهمة للكائن الحي من أجل البقاء.

الصحة لغة: هي "حالة حسنة أو سوية جسمياً و عقلياً، أو ذهنيًا و لكن أيضاً بعيدة عن الألم و المرض"

(بوعوانة عبد المهدي ، 2004 ، ص26، 27)

ما الصحة اصطلاحاً هي الخلو من المرض، وجود الحياة الجسميّة والتكامل الجسماني والكفاية البدنيّة.

فقد عرّفتها منظمة الصحة العالمية بأنّها "حالة من اكتمال السلامة بدنيّاً وعقليّاً واجتماعيّاً، لا مجرد انعدام المرض أو العجز" و بموجب ذلك ينصب مفهوم الصحة في معناه الأساسي إلى "تحقيق حالة السلامة العامة البدنية و العقلية و النفسية للفرد.

الحاجات الصحية إجرائياً: هي كل ما تطلبه الأفراد و المجتمعات من الرعاية الصحية للوصول إلى الرفاهية سواء كانت اجتماعية، جسدية وغيرها، مع الأخذ بعين الاعتبار المحددات الرئيسية للصحة.
(Collège royal, avril 2012)

الخدمة لغة: تعرف على أنها تقديم المساعدة أو المنحة أو توفير عناية لجهة محددة أو المجتمع ككل.

الخدمة اصطلاحاً: هي قيام الإنسان بنشاط ما لصالح غيره من الأفراد أو المجتمع، و يختلف تعريف الخدمة بسبب أنواعها.

الخدمة إجرائياً: عرفت الخدمة على أنها "أنشطة وفعاليات غير ملموسة، و نسبية سريعة الزوال، أو أنها نشاط و أداء يحدث من خلال عملية تفاعل تهدف لتلبية توقعات العملاء وإرضائهم مع عدم نقل الملكية."
(جاد الرب سيد محمد ، 2008 ص40)

يشير هذا التعريف إلى تأكيد الجانب الغير ملموس للخدمة، و أنها لا تتم إلا بجود طلب من طرف آخر و ليس بالضرورة أن ترتبط بإنتاج مادي.

الخدمات الصحية :

أنها تلك المنشآت والمؤسسات التي تقدم الخدمة الصحية سواء كانت تشخيصية أو علاجية أو وقائية لسكان منطقة معينة.

و تعرف الخدمات الصحية على أنها "عبارة عن جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي سواء كانت علاجية موجهة للفرد أو وقائية موجهة للمجتمع و البيئة أو إنتاجية مثل إنتاج الأدوية و المستحضرات الطبية و الأجهزة التعويضية و غيرها بهدف رفع المستوى الصحي للمواطنين و علاجهم و وقايتهم من الأمراض المعدية". (محمد ابراهيم محمد ، 1983 ، ص23)

الدراسات السابقة :

تكتسي الدراسات السابقة أهمية بالغة في تدعيم أي بحث جاري، لأنها توفر له الكثير من المعلومات بدءاً من الإطار النظري مروراً بمنهج الدراسة وقوفاً عند أهم ومختلف الصعوبات التي اعترضتها والتي تمكن الباحث من الاستفادة منها في جميع مراحل بحثه، كما يمكن لنتائج الدراسات السابقة أن تكون كمنطلقات حقيقية لدراسات أخرى، تختبر تلك النتائج في مجالات زمنية مغايرة وتشكل في مجموعها تراكمًا في المعرفة العلمية تفيد البحث العلمي عموماً.

و قد حضى موضوع " الخدمات الصحية وأساليب تحسينها اهتماماً بالغاً "، فأنتجت العديد من الأعمال البحثية في هذا المجال نذكر منها مايلي:

1 - الدراسات العربية:

1 - دراسة ياسر عدوان (1998).

عنوان الدراسة: أثر مستوى الخدمة على رضا المستفيدين من خدمات المراكز الصحية في محافظات إقليم الشمال في الأردن. (عدوان ياسر ، 1998)

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مستوى رضا المواطنين عن جوانب الخدمة التي تقدمها المراكز الصحية في محافظات إقليم الشمال في الأردن (إربد، جرش، عجلون، المغرق) ومدى فعالية هذه الخدمات من خلال استطلاع آراء المستفيدين وانطباعاتهم عن جوانب الخدمة وقد تم توزيع استمارة على عدد من المراجعين لأربعة و أربعين مركزاً صحياً في المحافظات الأربعة ، بلغ عدد أفراد العينة منها حوالي (770) فرداً تم

اختيارهم بطريقة عشوائية منظمة بينما كان اختيار عينة المراكز الصحية بطريقة عشوائية طبقية حسب مستويات المراكز الصحية . و أظهرت نتائج الدراسة ما يلي :

1- تبين بشكل عام أن لدى أفراد عينة الدراسة انطباعات تميل في فقرات نظم و إجراءات العمل

و لوحظ ارتفاع متوسط الرضا كما تدنى مستوى المراكز الصحية وكان مستوى الرضا متدنياً عن

متغير الوضع الاجتماعي و الواسطة.

2- تبين لدى أفراد عينة الدراسة انطباعات ايجابية عن مستوى تعامل الطبيب و جهاز التمريض

في جميع المراكز الصحية مع وجود عدم رضا مستوى توفر العلاج في المراكز الصحية.

3- تبين أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين مستوى رضا أفراد العينة عن الخدمات التي تشملها

المراكز الصحية تبعاً لمتغير العمر، المستوى التعليمي، نوع العمل و نوع التأمين الصحي و مستوى

المراكز الصحية، في حين لم يتضح هناك أية فروق ذات دلالة إحصائية تبعاً للمتغيرات الاجتماعية

و الجنس.

2- دراسة فراس أحمد الرواشدة و زياد محمد الصمادي (الرواشدة أحمد و الصمادي زياد محمد ، 2010)

عنوان الدراسة: تقييم مستوى الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين من التأمين الصحي في الأردن.

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم ومعرفة مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمستفيدين في القطاع الصحي

(العام والخاص)، من خلال قياس متغيرات تتعلق بمستوى الخدمات الصحية (إجراءات الاستقبال ومعاملة

الجهاز الطبي والتمريضي وإجراءات ونظام العمل والتوعية الصحية والظروف البيئية الداخلية والخارجية

ومستوى التأمين الصحي) وتوصلت الدراسة إلى أن مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمستفيدين من التأمين

الصحي في المستشفيات الحكومية والخاصة منخفضة، و وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى للمتغيرات

الديمغرافية الفئة العمرية، و لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية تعود للمتغيرات الديمغرافية الباقية، وهي الجنس والراتب الشهري ومكان الإقامة، و وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى خدمات المستشفيات الحكومية والخاصة تعزى لصالح القطاع الخاص. وأهم ما أوصت به الدراسة هو أن العلاقات الشخصية والواسطة يجب أن لا تؤثر في إدارة المستشفى و الطاقم الطبي والتمريضي في القطاعين، وتقديم النشرات والندوات والمحاضرات في التوعية الصحية، وأن يوفر التأمين الصحي للمستفيدين الرعاية الصحية الكافية خاصة في القطاع العام، وذلك من أجل زيادة إنتاجية الأفراد ليعود نفعاً على زيادة الدخل القومي للدولة.

3 . دراسة سلطاني وفاء: تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها "دراسة ميدانية بولاية باتنة،(رسالة دكتوراه، 2015)

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة واقع الخدمات الصحية وتقييمها ومعرفة آليات تحسينها، وقد توصلت هذه الدراسة إلى النتائج الآتية:

أثبتت هذه الدراسة امكانية تطبيق نموذج الصحي Servqual لتقييم مستوى الخدمات في المجال الصحي.

-يقيم أفراد العينة الخدمات الصحية من ناحية كل معيار من معايير تقييمها ايجابيا.

-أكبر نسبة من أفراد العينة من جنس الإناث ومن فئة الكهول.

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

-يميل معظم أفراد العينة إلى تحسين الخدمات الصحية في عدة جوانب خاصة فيما يتعلق باختيار العاملين

وتقييم النتائج.

4. الأستاذ محمد مبتول، توفير الرعاية الصحية الأساسية في إفريقيا "حالة الجزائر"

Mohamed Mebtoul,(rapport final-OMS-Algerie, 2011)

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة إذا ما كانت الخدمات الصحية المقدمة من طرف المراكز الصحية تلبى الحاجات الصحية لسكان البلديات ومعرفة قدراتها الحالية للمساهمة في توفير الخدمات الصحية وكيف يمكن أن تساهم في تقديم الأداء الأمثل لتوزيع الخدمات الصحية خاصة في المناطق (المقاطعات) الحضرية والشبه حضرية أكثر من الريفية، كذلك يهدف هذا البحث إلى تقييم تصورات وتوقعات السكان في مجال الرعاية الأساسية ووصف واقع الرعاية الصحية الأولية في الجزائر من أجل بناء آليات أكثر ملائمة لتقديم الخدمات الصحية من خلال المشاركة الجماعية.

و قد تسطرت الأهداف كالتالي:

- 1- وصف تصورات/توقعات المجتمع حول الحالة الصحية وتوفير الخدمات الصحية.
- 2- تحديد العوامل الأساسية للمشاركة الجماعية في الرعاية الصحية (تسيير، إدارة، رصد وتقدير، اليد العاملة).
- 3- تقدير أو تقييم إمكانيات السكان من (مهارات وقدرات) ومعرفة ما يمنعهم من المشاركة في تقديم الخدمات الصحية.
- 4- تقديم نصائح وتوصيات من أجل تحقيق المشاركة بين البلديات وهذا لتحسين وتوفير الرعاية الصحية الأساسية و لتعزيز الشراكة بين الخدمات الصحية للبلديات.

وقد توصلت هذه الدراسة إلى النتائج التالية:

لقد توصلت هذه الدراسة إلى عدم رضا أغلبية السكان حول الخدمات الصحية المقدمة وقد شمل أربع مستويات وهي كالتالي:

- 1- الأداء اليومي للخدمات الصحية الأساسية.
- 2- غياب القرب والثقة بين مختلف الجهات الصحية المحلية.
- 3- غياب الدولة على الساحة.
- 4- يعتبر كل من الطاقم الصحي وكذلك السكان أنهم غير مستعدون للمشاركة والتدخل بأي شكل من الأشكال في توفير الرعاية الصحية.

هيكلية الدراسة:

في هذه الدراسة سنتم دراسة واقع الخدمات الصحية للسكان في ظل احتياجاتهم الصحية.

ولتحقيق هذا المسعى قسمت الدراسة إلى جانبين:

جانب نظري ويضم ثلاث فصول:

الفصل التمهيدي: الإطار المنهجي للدراسة بدءا بطرح الإشكالية، أهمية وأهداف الدراسة، تحديد المفاهيم، ثم عرض لأهم الدراسات المشابهة للموضوع.

الفصل الأول: تطور الاحتياجات الاجتماعية، حيث تناول التطور التاريخي لأهم الاحتياجات الاجتماعية كالتعليم، السكن والشغل من خلال مخططات التنمية.

الفصل الثاني: حاولنا إعطاء لمحة عن التطور التاريخي للقطاع الصحي و هذا عبر المرور بأهم المراحل الذي مر بها هذا القطاع سواء من: موارد مادية وبشرية وكذا مصادر تمويل هذا القطاع و أيضا أهم المؤشرات الصحية التي تقيس التطور الصحي لأي بلد.

وجانب ميداني يضم ثلاث فصول:

الفصل الثالث: يتناول فيه ماهية الخدمات الصحية، نبذة عن ولاية وهران، وكذا الإجراءات المنهجية للدراسة يتناول مجالات الدراسة، منهج الدراسة، أدوات جمع البيانات، العينة وكيفية اختيارها.

الفصل الرابع: المشاكل الصحية التي يعاني منها سكان المترددين على المؤسسات الصحية العمومية ببلدية وهران.

يتناول توصيف عينة الدراسة، تردد المبحوثين على المؤسسات الصحية العمومية، المشاكل الصحية التي يعاني منها سكان البلدية.

الفصل الخامس: واقع وأراء المبحوثين حول الخدمات الصحية العمومية ببلدية وهران.

يتناول واقع الخدمات الصحية في بلدية وهران وكذا أراء المبحوثين حول الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية العمومية ببلدية وهران.

صعوبات البحث:

وكأي دراسة أكاديمية اعترضنا جملة من العراقيل ارتبطت بطبيعة الدراسة أهمها:

- 1- صعوبة الحصول على المعلومات و الإحصائيات الحديثة المتعلقة بالموضوع من الجهات الرسمية المتمثلة في مديرية الصحة والسكان لولاية وهران.
- 2- صعوبات في تحقيق الدراسة الميدانية سواء كانت في رفض بعض الأسر الإجابة على الاستمارة وصعوبات مادية متمثلة في تكاليف إجراء الدراسة والتنقل.

مقدمة:

انتهجت الجزائر بعد الاستقلال سياسات تنموية في مختلف القطاعات لتطويرها من أجل تحقيق التوازن بين التنمية والسكان، فلجأت إلى وضع برامج تنموية واسعة للنهوض بالوضع الاجتماعي والاقتصادي للسكان الموروث عن المستعمر، و ذلك لتحسين و تطوير الظروف الاجتماعية و الاقتصادية المتدهورة تماشياً و متطلبات السكان. سنقوم بتحليل مراحل تطور أهم هذه القطاعات وفق العناصر التالية.

1- تطور قطاع التعليم في الجزائر:

يعتبر التعليم من الحاجات الضرورية للسكان منذ وجود الإنسان على وجه الأرض، و حتى نأخذ فكرة واضحة عن تطور النظام التربوي في الجزائري قمنا بتقسيمه إلى 4 مراحل بداية بسنة 1962 إلى غاية سنة 2014 معتمدين على المخططات التنموية التي قامت بها الجزائر.

- المرحلة الأولى 1962 - 1970:

بعد الاستقلال مباشرة واجهت الجزائر مشاكل عديدة من التخلف الاجتماعي (جهل- أمية- فقر- أمراض)، و منظومة تعليمية أجنبية بعيدة كل البعد عن واقعها من حيث الغايات و المبادئ و المضامين، و هكذا نصبت أول لجنة وطنية لإصلاح التعليم في 15/09/1962 و نشر تقريرها في نهاية سنة 1964 و كان من أهم التوصيات التي وردت في وثائق هذه اللجنة ما يلي:

✓ مضاعفة الساعات المخصصة للغة العربية في كل المراحل التعليمية و ذلك بإعادة النظر في لغة التدريس .

✓ بناء المدارس في كل ربوع الجزائر تعميماً للتعليم و ديمقراطيته و من هنا برزت الأهداف الأساسية الثلاثة: التعريب / ديمقراطية التعليم / الاختيار العلمي و الفني.

✓ استعادة الأصالة و المحافظة على الشخصية الإسلامية العربية .

✓ نشر التعليم على نطاق واسع بين كل الجزائريين .

✓ الالتحاق بركب الدول المتقدمة في الميدان التكنولوجي خاصة.

تمتاز هذه المرحلة أيضا بتنصيب اللجنة العليا لإصلاح التعليم سنة 1963/ 1964 و التي أعادت النظر في مناهج التدريس الموروثة عن المستعمر و استبدالها بأخرى، على إثر ذلك أنشئ المعهد التربوي الوطني لتأليف الكتب.

كان أول دخول مدرسي للجزائر المستقلة في أكتوبر 1962 و من قراراته إدخال اللغة العربية في جميع المدارس الابتدائية بنسبة 7 ساعات في الأسبوع، و تم توظيف 3452 معلما للعربية و 16450 للغة الأجنبية. و بعدد مدارس قدر ب 2263 مدرسة ابتدائية و 364 متوسطة و 39 مؤسسة ثانوية.(د. و. إ، حوصلة إحصائية ، نشرة 2013، ص 122)

أما فيما يخص هيكله التعليم في هذه المرحلة فقد قسم إلى ثلاث مستويات:

(1) التعليم الابتدائي: يشمل ستة سنوات و يتوج بامتحان السنة السادسة.

(2) التعليم المتوسط: يشمل بدوره ثلاثة فروع هي:

✓ التعليم العام و يدوم أربع سنوات و يتوج بشهادة الأهلية التي استبدلت فيما بعد بشهادة التعليم العام.

✓ التعليم التقني و يدوم ثلاث سنوات و يتوج بشهادة الكفاءة المهنية.

✓ التعليم الفلاحي و يدوم ثلاث سنوات و يتوج بشهادة الكفاءة الفلاحية.

(3) التعليم الثانوي: و يشمل بدوره ثلاث فروع ممثلة في:

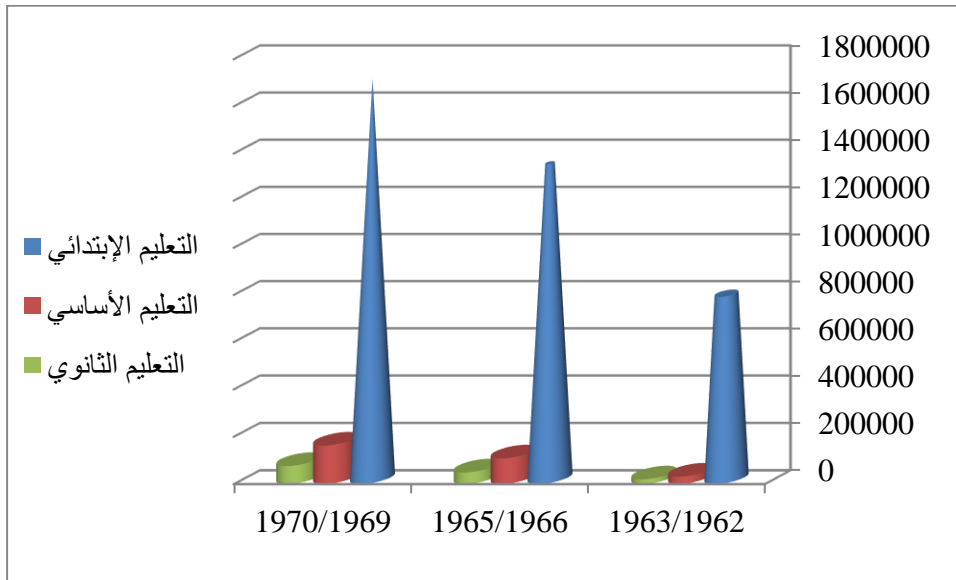
✓ التعليم الثانوي العام و يدوم ثلاث سنوات ويختتم بشهادة البكالوريا في مختلف الشعب.

✓ التعليم الصناعي و التجاري.

✓ التعليم التقني.

كانت النتائج في هذه المرحلة تتحسن تدريجيا رغم اكتظاظ الأقسام إثر النمو الديمغرافي عقب الاستقلال و رغم النقص العددي للمعلمين و المدارس و مصاعب أخرى كالمعيدين ، و الشكل التالي يوضح أكثر تطور عدد التلاميذ في هذه المرحلة.

الشكل 01: تطور عدد التلاميذ في مراحل التعليم الثلاث من 1962 إلى 1970.



المصدر: د. د. و. إ، حوصلة إحصائية ، نشرة 2013، ص 122

كما هو ملاحظ من خلال الشكل أعلاه أن عدد تلاميذ الابتدائي تضاعف من بداية المرحلة إلى آخرها حيث قدر 778000 تلميذ في السنة الدراسية 1962-1963 و ليرتفع إلى 1689023 تلميذ خلال السنة الدراسية 1969-1970، و يمكن إرجاع سبب هذا التضاعف إلى الزيادة المعتمدة في عدد المواليد خلال هذه المرحلة، و كذلك الارتفاع الذي سجلته هذه الفئة و التي كانت محرومة من التعليم خلال سنوات الحرب.

أما فيما يخص عدد تلاميذ التعليم الأساسي فنلاحظ تضاعفهم بحوالي 5 مرات، فمن 30800 تلميذ في السنة الدراسية 1962/1963 ليصل إلى 162200 تلميذ خلال السنة الدراسية 1969/1970 و هذه الزيادة المعتمدة نتيجة حرص الدولة على استدراك ما فاتها من سنوات التعليم تجنباً لمتاهة الأمية.

أما بالنسبة لعدد تلاميذ التعليم الثانوي فهو الآخر عرف تضاعفاً من بداية المرحلة إلى نهايتها حيث قدر عدد التلاميذ على التوالي بـ 19500 تلميذ إلى 76000 تلميذ، نجد هنا أن عدد المتمدرسين في هذا الطور منخفض مقارنة بباقي الأطوار، وهذا راجع إلى إلحاق معظم هذه الفئة بشهداء الثورة المسلحة.

كما أن هناك نقص فيما يخص الموارد البشرية و المادية بحيث كان هناك عجز في عدد المعلمين و الأساتذة مما جعل التوظيف كمياً للممرنين و المساعدین، و على الرغم من ذلك كان لابد من اللجوء إلى انتداب متعاونين من دول عربية عديدة كمصر و سوريا و العراق و كذا من دول أخرى أوربية كفرنسا و إنجلترا و من آسيا، فشكل الأجانب 36% من مجمل معلمي الابتدائي خلال السنوات الأولى للاستقلال حتى استقر في حدود 15% في نهاية الستينات. يمكن تلخيص تطور عدد المعلمين و الأساتذة و المؤسسات التربوية في الأطوار الثلاثة من سنة 1962 إلى سنة 1970 حسب الجدول الآتي:

الجدول 01: تطور عدد المعلمين و المؤسسات من سنة 1962 إلى 1970.

التعليم الابتدائي	التعليم الأساسي	التعليم الثانوي	عدد المعلمين	الأجانب منهم	عدد المؤسسات
19908	2488	1216	1963/1962	7212	2263
30672	3446	2121	1966/1965	8499	4255
39819	6397	3123	1970/1969	4649	5832
	502	67			

المصدر: الديوان الوطني للإحصاء، حوصلة إحصائية 1962-2011، نشرة 2013، ص 117.

من خلال الجدول تم انتقال تعداد معلمي الابتدائي من 19908 معلم في السنة الدراسية 1962/1963 منهم 36% معلم أجنبي إلى 39819 معلم في 1969/1970، أي بزيادة تقدر بأكثر من 100% مع نقص في المعلمين الأجانب إلى 12%، إضافة إلى تطور عدد المؤسسات من 2263 مؤسسة سنة 62/63 إلى 5832 مؤسسة خلال السنة الدراسية 1969/1970، كما تضاعف أيضا عدد المعلمين بالنسبة للتعليم الأساسي خلال هذه الفترة رغم هذا فإن المعلمين الأجانب كانوا يشكلون 50% من مجمل المعلمين بالإضافة إلى تطور من حيث عدد المؤسسات بحيث بلغت 364 مؤسسة سنة 1962/1963 لتصل إلى 502 سنة 1969/1970، أما التعليم الثانوي فلقد أسند التأطير إلى المتعاونين الأجانب بنسبة تقارب 70% في آخر الفترة بينما كانت نسبتهم تقدر بـ 55% في بداية الفترة مع تطور عدد الثانويات من 39 مؤسسة سنة 1962/1963 إلى 67 مؤسسة سنة 1969/1970، كما ورث قطاع التكوين المهني 17 مركزا، حيث اقتصر التكوين على بعض التخصصات مع ضعف المؤطرين و الافتقار إلى الكفاءات المهنية.

أما التعليم العالي فكانت البداية بعد الإستقلال بجامعة واحدة و مدرستين للتعليم العالي، و تم الانطلاق في الإصلاح الجامعي ببناء جامعات جديدة و كان البداية بإنشاء جامعتين: جامعة وهران سنة 1965 و جامعة قسنطينة سنة 1967، كما قدر عدد الطلبة بـ 2800 طالب خلال السنة الدراسية 1962-1963 لينتقل إلى 13800 طالب في السنة الدراسية 1969-1970. (د. و. إ، حوصلة إحصائية ، نشرة 2013، ص

- المرحلة الثانية من 1970-1980:

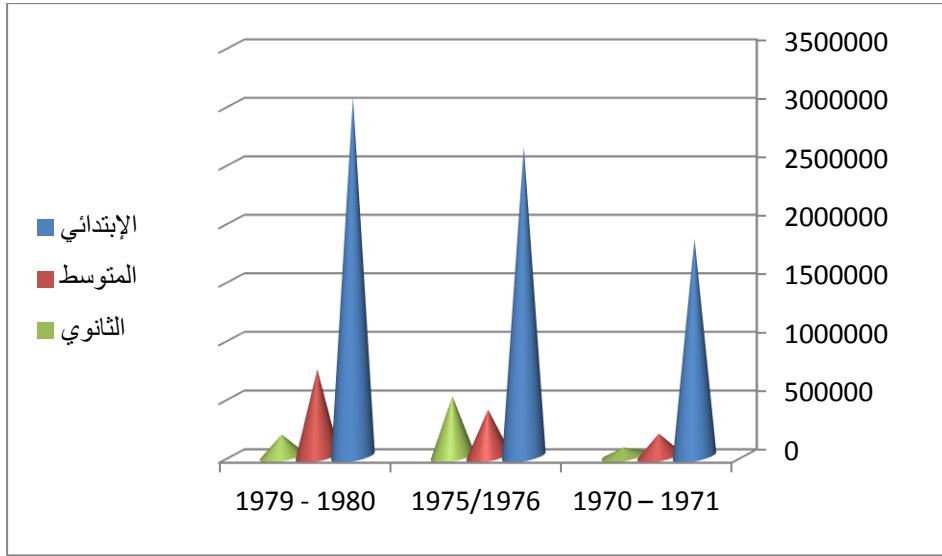
كان التطور في هذه المرحلة كمياً أما النوعي فكان محدوداً، و قد تجلّى ذلك في ميزانية الدولة المخصصة لقطاع التربية و برامج التجهيز و المدرسين مع زيادة أعداد التلاميذ، و قد أدّى تطبيق هذه السياسة إلى:

- (1) إلغاء دور المعلمين و تعويضها بالمعاهد التكنولوجية للتربية.
- (2) الشروع في تكوين أساتذة التعليم الثانوي الذين يدرسون المواد العلمية باللغة العربية.
- (3) توسيع رقعة تكوين أساتذة التعليم المتوسط.
- (4) التكوين المهني اقتصر على التكوين في المستويات (1، 2، 3) و الاعتماد على المكونين الأجانب.
- (5) إدماج الجامعة في سياق التنمية الشاملة و جزارة (العمل على كل ما هو جزائري) المناهج و المكونين، و التركيز على التوجه العلمي التكنولوجي.

كما تم تنصيب الإصلاح الجديد المتمثل في التعليم الأساسي بداية من الثمانينات بموجب الأمر 35-76 المؤرخ في 16 أفريل 1976 المتعلق بتنظيم التربية و التكوين وتم وضع مخطط توضيحي لهيكل النظام التربوي.

تلخص المنجزات البشرية و المادية المشيدة في هذه الفترة كالآتي:

الشكل 02: تطور عدد التلاميذ من 1970/1980.



Source : ONS. Rétrospective statistique 1970-1996, édition 1999, p 42

يتبين بوضوح أكثر من خلال الشكل أن عدد التلاميذ في تطور مستمر بالنسبة للمراحل التعليمية

الثلاثة (الابتدائي، المتوسط، الثانوي)، مع ارتفاع في معدل التمدرس بالنسبة للجنسين بحيث قدر بـ 88.4%

للذكور و 65.7% للإناث خلال السنة الدراسية 1980/1979 بينما كان يقدر بـ 70.4% للذكور و 43.9%

للإناث خلال السنة الدراسية 1971/1970. (ONS. Rétrospective statistique 1970-1996, 1999, p43).

وهذا التطور راجع أيضا إلى ارتفاع عدد الأطفال في الأسرة بحيث قدر المؤشر التركيبي للخصوبة بـ 9.7

طفل و 6.9 طفل سنة 1970 و 1980 على التوالي. (Haffad tahar, Hemal Ali, 1999, p 65.)

الجدول 02: تطور عدد المعلمين و المؤسسات التعليمية من 1970 / 1980.

التعليم الابتدائي	التعليم الأساسي	التعليم الثانوي	عدد المعلمين	
43656	6955	4048	عدد المعلمين	1971/1970
12.6	53.2	68.2	نسبة الأجانب	
6467	519	72	عدد المؤسسات	
65043	13662	5310	عدد المعلمين	1976/1975
2.9	22.86	57	نسبة الأجانب	
8182	665	142	عدد المؤسسات	
85499	26830	9365	عدد المعلمين	1980/1979
0.7	13.4	46.7	نسبة الأجانب	
9034	873	208	عدد المؤسسات	

Source : ONS. Rétrospective statistique 1970-1996, édition 1999, p 42

شهد كل من عدد المعلمين و المؤسسات التعليمية بصفة عامة في هذه الفترة تطورا خلال الأطوار الثلاثة، بحيث أن نسبة المعلمين الأجانب تراجعت تدريجيا فسجلت في الابتدائي تراجع قدر ب 0.7% في آخر المرحلة بينما سجل 12.6% خلال 1971/1970 و في المتوسط وصلت النسبة إلى 13.4% بينما كانت 53.2%، أما الثانوي فقد قدرت النسبة ب 46.7% خلال السنة الدراسية 1980-1979 وصلت إلى 68.2% خلال 1971-1970، أما بالنسبة لعدد المؤسسات شهدت هي الأخرى ارتفاعا بحيث قدرت عدد مؤسسات الابتدائي ب 6467 مؤسسة في السنة 1971/1970 لتصل إلى 9034 مؤسسة في الموسم الدراسي 1980/1979. أما التعليم الأساسي فقدرت المؤسسات ب 873 مؤسسة و الثانوي ب 208 مؤسسة خلال السنة الدراسية 1980/1979.

- المرحلة الثالثة 1980 - 1990:

مع بداية السنة الدراسية في هذه المرحلة سجلت عدد المدارس الابتدائية ب 9263 مدرسة و عدد التلاميذ ب 3119000 تلميذ و 88484 معلم منهم 640 أجنبيا. أما في التعليم الأساسي فقد قدر عدد المتوسطات ب 1151 و عدد التلاميذ ب 804600 و الأساتذة 29555 منهم 2777 أجنبيا، و في التعليم الثانوي سجلت

230 ثانوية مع عدد التلاميذ قارب 211900 في الثانوي، و قارب عدد الأساتذة 10458 أستاذا منهم 4174 أجنبيا. أما بالنسبة لنهاية المرحلة (90/89) سجلنا 3911388 تلميذ ما أدى إلى تطور في عدد المؤسسات و المأطرين كما هو مبين في الجدول التالي:

الجدول 03: تطور كل من عدد المؤسسات التعليمية و التلاميذ و الأساتذة 1980-1990 .

التعليم الابتدائي	التعليم الأساسي	التعليم الثانوي		
88481	29555	10458	عدد المعلمين	1981/1980
3119000	804600	211900	عدد التلاميذ	
9263	1151	230	عدد المؤسسات	
125034	60663	21555	عدد المعلمين	1986/1985
3481288	1399890	423502	عدد التلاميذ	
11360	1561	415	عدد المؤسسات	
144744	76703	37023	عدد المعلمين	1990/1989
3911388	1396326	714966	عدد التلاميذ	
11834	2108	705	عدد المؤسسات	

المصدر : الديوان الوطني للإحصاء ، حوصلة إحصائية 1962-2011 ،نشرة 2013 ، ص 113، 114، 117.

أما في مجال التكوين المهني فما يمكن إبرازه هو الجزارة الشبه كلية للمكونين و إدخال أنماط و مستويات جديدة للتكوين.

أما ميدان التعليم العالي فتميزت هذه المرحلة بما يلي : ظهور خريطة جامعية جديدة منظمة و عقلانية - تعزيز ديمقراطية التعليم العالي في مختلف أنحاء الوطن - ظهور جامعة التكوين المتواصل.

- المرحلة الرابعة 1990-2000:

في هذه المرحلة اضطر أصحاب القرار إلى إقرار ضرورة التخفيف من كثافة البرامج وتكييفها حسب الوضعية الجديدة الناتجة عن التغيرات السياسية و الاقتصادية التي عرفتها الجزائر، وبالفعل قد تم تخفيف البرامج في السنة الدراسية 1993/1994 من خلال إعادة كتابة برامج التعليم الأساسي دون أن تتبع هذه العملية بإعداد كتب مدرسية جديدة، كما أوكلت مهمة تكوين المعلمين و الأساتذة في مختلف الأطوار إلى المؤسسات الجامعية ابتداء من سنة 1999. و في سنة 2000 زاد تطور البنية التحتية للتعليم مع ارتفاع في عدد التلاميذ و الأساتذة.

الجدول 04: تطور كل من عدد التلاميذ و الأساتذة و المؤسسات 1992-2000. (بالألف).

التعليم الابتدائي	التعليم الأساسي	التعليم الثانوي		
162066	135730	45711	عدد المعلمين	1993/1992
4436363	1558046	747152	عدد التلاميذ	
13970	2498	883	عدد المؤسسات	
170958	99004	52944	عدد المعلمين	1997/1996
4674947	1762761	865481	عدد التلاميذ	
15426	2929	1100	عدد المؤسسات	
170562	102137	55588	عدد المعلمين	2000/1999
4843000	1896000	922000	عدد التلاميذ	
15729	3319	1218	عدد المؤسسات	

المصدر : الديوان الوطني للإحصاء حوصلة إحصائية 1962-2011، نشرة 2013 ص 114.

يتبين في هذا الجدول أن هناك تطور ملحوظ من مرحلة لأخرى بالنسبة لجميع الأطوار، بحيث قدر عدد التلاميذ في الابتدائي بـ 4436363 سنة 1993/1992 وصل إلى غاية 4843000 سنة 2000/1999، أما بالنسبة للتعليم الأساسي شهد هو الآخر ارتفاعا بحيث قدر عدد التلاميذ سنة 1993/1992

ب 1558046 وصل إلى غاية 1896000 سنة 2000/1999، كذلك بالنسبة للثانوي فتطور عدد التلاميذ من 747152 سنة 1993/1992 إلى غاية 922000 سنة 2000/1999.

- المرحلة الخامسة 2000 - 2015:

و يبرز فيها إصلاح نظام التربية الوطنية حيث تم تنصيب لجنة الإصلاح في 2000/05/09 و تنصيب لجنة إصلاح التعليم الابتدائي موسم 2003 / 2004 و من أهم مظاهر الإصلاحات:

(1) إدراج اللغة الفرنسية من السنة الثانية ابتدائي (أعيد النظر في هذا الأمر موسم 2006/2007 حيث أصبحت تدرس في السنة الثالثة).

(2) إدراج مادة التربية العلمية والتكنولوجيا منذ السنة الأولى ابتدائي.

(3) إدراج أبعاد جديدة في المحتوى كالبعد البيئي و البعد الصحي و البعد التاريخي.

(4) التكفل بالبعد الأمازيغي.

(5) إدراج الترميز العالمي و المصطلحات العلمية.

(6) إدراج مادة الإعلام الآلي بدء من السنة الأولى من التعليم المتوسط و تدعيمه في التعليم الثانوي بأن يصبح باسم مادة تكنولوجيايات الإعلام و الاتصال.

(7) تم إصلاح التعليم الثانوي و وضع هيكلية جديدة (وزارة التربية الوطنية، النشرة الرسمية للتربية الوطنية،

2013، ص 06 ، 07)

أما المنجزات في هذه الفترة، فقد تضاعفت عدد الابتدائيات إلى 16186 مدرسة بعدد التلاميذ قارب

4721000 تلميذ و 169559 معلما خلال السنة الدراسية 2001/2000 (AQC, 2005,p 31). و تواصل

هذا التطور في السنة الدراسية 2007/2006 ليقدر عدد المدارس بـ 17357 ابتدائية، 4079000 تلميذا و 170207 معلما.(الديوان الوطني، حوصلة إحصائية 1962-2011، ص 115،117،122)

أما في التعليم المتوسط خلال السنة الدراسية 2001/2000 فقد بلغت عدد المتوسطات 3419 و 2015370 تلميذا يؤطّروهم 102137 أستاذا، و في التعليم الثانوي بلغ عدد الثانويات و المتاقن 1013 بمجموع تلاميذ 975862 تلميذا و 55588 أستاذا. تواصل هذا التطور في السنة الدراسية 2007/2006 ليقدر عدد المتوسطات بـ 4116 مؤسسة و 2443177 تلميذا يؤطّروهم 112897 أستاذا، وفي التعليم الثانوي بلغ عدد الثانويات و المتاقن 1304 بمجموع تلاميذ 1035863 تلميذا يؤطّروهم 62642 أستاذا.(الديوان الوطني، حوصلة إحصائية 1962-2011،117،115،122،2011)

كما تجلّى الإصلاح في مجال التعليم العالي و البحث العلمي بإعادة هيكلة بناء مخطط وضع من طرف اللجنة الوطنية لإصلاح المنظومة التربوية و أدخل لأول مرة نظام (ل م د) و تم بناء جامعات و معاهد و مراكز جامعية عامة و متخصصة حتى قارب عددها 58 مؤسسة جامعية و عدد الطلبة ارتفع إلى 589993 طالبا، و ما بعد التدرج في الماجستير 13998 طالب، و المقيمون في العلوم الطبية 5687 و في تحضير شهادة الدكتوراه 7325 طالبا، اي بمجموع 27010 طالبا. و هذا تحت إشراف هيئة تدريس بعدد 21538 مؤطرا.

استفاد قطاع التربية الوطنية من 852 مليار دينار في إطار برنامج الاستثمارات العمومية للفترة ما بين 2010- 2014 و الذي أفرد له غلاف مالي موجه لإنجاز العديد من البنيات التحتية و سيخصص هذا الغلاف المالي لإنجاز 3000 مدرسة ابتدائية و 1000 متوسطة بالإضافة إلى 850 ثانوية و أزيد من 2000 مرفق ما بين الإقامة الداخلية و النصف داخلية و المطاعم.

قد سمحت هذه الإنجازات بخلق عدد إضافي من المناصب المالية التي شهدت زيادة قدرها 10.055 منصبا بالنسبة للعمال الإداريين و عمال الصيانة علاوة على ارتفاع عدد المناصب المخصصة للمفتشين و التي ستبلغ 210 منصبا.

في إطار تدعيم المرافق المكملة لجأ القطاع إلى تعزيز المطاعم المتوفرة من خلال إنجاز 609 مطعم آخر على مستوى بعض المؤسسات التربوية مما شكل زيادة قدرها 121.880 حصة إضافية. أما فيما يتعلق بالنظام نصف الداخلي فقد تضمن البرنامج الخاص بموسم 2010/2009 إنجاز 224 نصف داخلية على مستوى الإكماليات و هو ما يمثل 44.800 تلميذ استعاد من هذا النظام، و 47 نصف داخلية و كذا 12 داخلية 09 موجهة للطور المتوسط و 12 منها للطور الثانوي. و بذلك يكون العدد الإجمالي للتلاميذ و الطلبة المستفيدين 3.800.000 اعتمادا على الغلاف المالي الذي خصص لهذا الغرض و الذي بلغت قيمته أزيد من 42 مليار دينار. تضيف وزارة التربية التي أشارت إلى أن عزم الحكومة في تجديد التجهيزات الخاصة بـ 420 إكمالية و 337 ثانوية فضلا عن تجهيز 4.490 حجرة درس بولايات الجنوب بأجهزة التكييف .

كما يذكر أن غلاف مالي قدره 10 ملايين دينار قد خصص لإعادة تأهيل ألف مؤسسة مدرسية في مجمل الأطوار التربوية فيما أفردت 4.8 مليار دينار لتجديد الأثاث المدرسي و التجهيزات .

تعرض التقرير للشق المتعلق بتكوين المعلمين و الممتد إلى 2015 من خلال التكفل بتكوين نحو 136 ألف معلم عن بعد خلال فترة تمتد على ثلاث سنوات و 78 ألف معلم في الطور الإكالمي على مدار أربع سنوات .

في إطار الإستراتيجية الوطنية لمحو الأمية الممتدة من 2007 إلى 2016 سطرت الوزارة هدفا متمثلا في محو أمية 1257502 متدرسا سهر على تأطيرهم 383737 مستخدما. و على صعيد آخر تجدر

الإشارة إلى أن الوزارة قامت بتصويب لجنة وطنية لمكافحة العنف و الآفات في الوسط المدرسي مهمتها تسطير إستراتيجية وقائية وطنية بإشراك القطاعات المعنية و المتمثلة في الاتصال و العدالة و الجمعيات الناشطة في مكافحة العنف و الآفات الاجتماعية.

كما يستعرض التقرير الجهود "الضخمة" التي باشرتها الدولة في مجال التربية في إطار إصلاح المنظومة التربوية و التي سمحت في الفترة ما بين 2009-2010 بتحسين ظروف التمدريس و الرفع من جودة التعليم على الرغم من العدد المتنامي للتلاميذ. (بيان اجتماع مجلس الوزراء المنعقد، 2010)

2 - تطور قطاع السكن:

- وضعية السكن في الجزائر غداة الاستقلال :

عرف قطاع السكن غداة الاستقلال توقفا في عملية إنجاز السكنات بسبب الحدث العظيم الذي عرفته الجزائر و المتمثل في الاستقلال الوطني و استقرار الجزائريون في السكنات الفارغة التي تركها المعمرين الفرنسيين بعد رحيلهم، و بهذا لم تولي السلطات الجزائرية آنذاك الاهتمام بقطاع السكن على غرار القطاعات الأخرى معتقدة أن السكنات الفارغة قادرة على استيعاب السكان الجزائريين. غير أنه لوحظ أن هذه السكنات لا تكفي لإيواء كل المواطنين خاصة الذين توافدوا من الأرياف نحو المدن ، وبهذا كان لابد على السلطات الجزائرية إنجاز أكثر من 75000 سكن جديد في المدن و 35000 سكن في الأرياف حتى تخلق بذلك توازن بين الريف و المدينة. (HAMIDOU Rachid, 1989, p 30)

و من هنا أخذت الدولة الجزائرية على عاتقها مسؤولية إنجاز السكنات، فاتجهت السياسة السكنية في بادئ الأمر إلى عملية إتمام البرامج السكنية التي تركها المستعمر قيد الإنجاز .

- تطور السكن خلال مخططات التنمية:

تعتبر سنة 1966 السنة الأولى للإحصاء العام للسكان و السكن في الجزائر بعد الاستقلال مباشرة، حيث تم إحصاء 02 مليون سكن مشغول منها $1/2$ لا تتوفر فيه الشروط الضرورية للصحة و $3/4$ لا تحتوي على كهرباء، لا غاز و لا ماء، هذا ما جعل الدولة تتخذ إجراءات من أجل النهوض بقطاع السكن و تلبية حاجات الأفراد. عرفت هذه القرارات باسم المخططات التنموية يتضمن كل مخطط مجموعة من التوصيات فيما يتعلق بمسألة السكن يؤمل منها التخفيف من حدة أزمة السكن التي تعيشها البلاد إضافة إلى الأهداف و الإنجازات التي تصبوا إلى تحقيقها في قطاع السكن.

1 مرحلة المخطط الثلاثي 1967-1969:

أعطى المخطط الثلاثي انطلاقة جديدة لبعض الاستثمارات الصغيرة، وذلك في سبيل خلق مؤسسات عمومية تنشط في مجالات متعددة، غير أنه أعطيت الأولوية للنشاطات الصناعية بصفة خاصة، حيث خصص ما يقارب 45% من الاستثمارات للنشاط الصناعي. (BOUSSINE Quasmi, 1987, p 40)

أما فيما يخص مجال السكن، فأعطى المخطط الثلاثي أهمية له وعالج سياسته من خلال:

- إنهاء إنجاز السكنات في طور الإنجاز، و هي إما سكنات من نوع "سكنات ذات الكراء المتوسط HLM ، أو هياكل السكنات " LES CARCASSES ، و قدرت السكنات بـ 38000 سكن.
- تسيير برنامج سكني قدرت قيمته بـ 100 مليون دج ينجز على مدى 3 سنوات (أي على عمر المخطط) و يخص إنجاز 10500 سكن.

أمام هذه الوضعية الحرجة "إنجاز السكنات" تم تأسيس لجنة وزارية يرأسها وزير مكلف بالإنجاز و البناء إلى جانب جماعة من رؤساء مختلف الوزارات (كالمالية، الداخلية، الأشغال العمومية)، وكان على عاتق هذه اللجنة دراسة الوضعية التي يعيشها الاقتصاد خاصة البناء، و دراسة مختلف الحلول و الإجراءات الواجب اتخاذها في هذا المجال. من بين النتائج التي تم تسجيلها على إثر الإجراءات التي قامت بها هذه اللجنة هو الانطلاق في إنجاز 16686 سكن ما بين 1966-1968، بينما برامج السكنات من نوع "سكنات ذات الإيجار المتوسط HLM " فقد تم الانطلاق في إتمام إنجازها و ذلك بفضل الموارد المالية المضمونة من طرف الخزينة الجزائرية لتمويل هذه المشاريع .

لقد شمل المخطط الثلاثي انطلاقة برنامج إنجاز سكنات حضرية بغلاف مالي قدر بـ 160 مليون دج من أجل إنجاز 9548 وحدة سكنية و هذا طيلة سنوات المخطط، و لإيضاح صورة هذا البرنامج فيما يلي عرض لأهم الإنجازات المسجلة لبرامج السكن الحضري لهذه للفترة :

الجدول 05 : الإنجازات المسجلة لبرامج السكن الحضري (1967-1969) .

السكنات المنجزة	في طور الانجاز	لم ينطلق انجازها
9548	10608	13943

المصدر : ملخص الحصيلة الإقتصادية و الإجتماعية للسنوات 1967-1978 -وزارة التخطيط و التهيئة العمرانية الجزائر 1980.

يتضح من خلال الجدول، أنه منذ بداية المخطط الثلاثي أي منذ 1967 تم إنجاز 9548 سكن حضري، ما يقارب 10608 سكن في طور الإنجاز، 13942 سكن لم ينطلق بعد في إنجازها إلى حد نهاية المخطط، وهذا ما يعكس أن السلطات الجزائرية لم تستطع أن تنجز ما سطر من خلال المخطط الثلاثي. تبقى نسبة إنجاز السكنات مقارنة بالسكنات في طور الإنجاز أو غير المنجزة ضعيفة .

2 مرحلة المخطط الرباعي الأول 1970-1973:

تعتبر الخطة الرباعية (1970-1973) الخطوة الأولى و الفعلية للتنمية في الجزائر، يتجلى ذلك من خلال برامج الإستثمارات الاجتماعية و الثقافية التي سطرت من خلال هذا المخطط و الذي كان يرمي أساسا إلى إرساء سياسة وطنية تهدف إلى تحسين ظروف حياة المواطن و إرضاء طلباته و تلبية الحاجات الأساسية للمجتمع في جميع الميادين: سواء ميدان السكن، الخدمات الاجتماعية، الصحة العمومية وحتى ميدان النشاطات الرياضية و الثقافية و الإعلام.

إن المرحلة التي مرت بها البلاد تطلبت إعادة بناء صرح الاقتصاد الوطني وذلك عن طريق تخصيص جميع الإمكانيات المالية و المادية المتاحة لديها لتطوير و زيادة عملية الإنجاز، من أجل ذلك جندت الدولة الجزائرية جميع الوسائل اللازمة للوصول إلى تحقيق سياسة إستثمارية تتجاوب مع أهمية هذا البرنامج. و عليه فقد خصصت قيمة مالية مرخصة لهذا البرنامج قدرت في البداية بـ 27.5 مليار دج لتتجاوز فيما بعد مبلغ 36 مليار دج و هذا كله من أجل تحقيق البرامج الطموحة و التي أعطت الأولوية إلى:

(BOUSSINE Quasmi, 1987, p 53)

- ❖ تلبية الحاجات الاجتماعية لشرائح المجتمع الأكثر تضررا من أجل الرفع من مستواها المعيشي.
- ❖ القيام بإنجاز التجهيزات الاجتماعية للحياة (إنجاز قنوات المياه الصالحة للشرب).
- ❖ الأولوية للاستثمارات التي تسمح بخلق و تطوير مجالات التنمية المحلية لإنجاز الأسلاك الكهربائية الريفية.

في إطار برنامج الإستثمارات للمخطط الرباعي الأول حضي قطاع السكن بنسبة 5.5% (وزارة التخطيط، 1970، ص 30) مقارنة بإجمالي الاستثمارات الأخرى، و هو ما يوحي على ضرورة الاهتمام بهذا القطاع الحساس و الاستثمار في هذا المجال، كما شمل هذا المخطط إنجاز ما يقدر بـ 45000 سكن حضري خاصة و أن جل المدن الجزائرية آنذاك عرفت تمركز صناعي مما جعل الفئات الاجتماعية تتمركز حولها و بالتالي خلقت ظاهرة النزوح الريفي، غير أنه في حقيقة الأمر لم ينجز سوى 18000 سكن مع تسجيل زيادة الطلبات على السكن في الوسط الحضري.

الجدول 06: البرامج السكنية الحضرية لفترة (1970-1973)

عدد السكنات				البرامج السكنية
نسبة الإنجاز	الفرق	المنجزة	المقدرة	
40%	27000	18000	45000	السكنات الحضرية

المصدر: وزارة التخطيط ، تقرير عام حول المخطط الرباعي الثاني، ماي 1974، ص 40.

يلاحظ من خلال الجدول انجاز حوالي 18000 مسكن من أصل 45000 سكن مبرمج في هذه الفترة، رغم ذلك فقد سجل هذا المخطط تحسن في إنجاز السكنات مقارنة بسابقه إلا أنه لم يستطع تلبية الحاجات السكانية المتزايدة من سنة إلى أخرى بسبب التوسع الحضري و توافد المزيد من السكان على المدن للشغل.

3 مرحلة المخطط الرباعي الثاني 1974-1977:

عرف قطاع السكن ارتفاعا في مجال الاستثمار خلال هذا البرنامج حيث أولت السلطات الجزائرية اهتماما كبيرا بهذا الجانب نظرا للنمو الديمغرافي الذي عرفته البلاد و زيادة الطلب على السكن، يظهر هذا الاهتمام من خلال ارتفاع نسبة الاستثمار في قطاع السكن إلى 7.5% بعد ما كانت 5.5% في المخطط السابق لذلك فالأهداف المحددة في المخطط الرباعي الثاني هو الانطلاق في أعمال بناء 100 ألف سكن عمراني "حضري"، كما ساهم هذا المخطط في إنشاء وظائف جديدة في قطاع البناء و الأشغال العمومية قدرت بنسبة 91.6% و بلغت قيمة الاستثمار الفعلية 8.55 مليار دج. الجدول التالي يعطينا حوصلة عن أهم النتائج التي حققها هذا المخطط في ميدان إنجاز السكنات الاجتماعية الحضرية :

الجدول 07: تطور البرامج السكنية خلال المخطط الرباعي الثاني.

نسبة الإنجاز	الفرق بينهما	عدد السكنات		السكن الحضري
		المنجزة	المقدرة	
45%	55000	45000	100000	

Source : BOUSSINE Qasmi, cirse de l'habitat et perspective de Co-développement avec les pays de Maghreb édition publiées, paris, France,1987, p42

يظهر من خلال الجدول تطور إنجاز السكنات خلال المخطط الرباعي الثاني، حيث تم إنجاز ما يقارب 45000 سكن أي بنسبة 45%، و في هذا تحسن مقارنة بالمخطط الرباعي الأول الذي كانت نسبة الإنجاز فيه حوالي 40%.

4 مرحلة المخططين الخماسيين الأول و الثاني 1980 - 1989:

بعد القيام بدراسة دقيقة لنتائج المخططين الرباعيين و إظهار نقائص كل منهما خاصة فيما يخص قطاع البناء و السكن، تم وضع المخطط الخماسي الأول و الذي أولى اهتماما كبيرا لقطاع السكن إذ خصصت له ميزانية قدرت بـ 60 مليار دج أي ما يقارب 15% من مجموع إجمالي الاستثمارات المتوقع إنجازها. (BRAHIMI Abdelhamid, 1991, p 46)

برنامج هذا المخطط طموح جدا سطرت الدولة خلاله عدة أهداف منها بناء وتسليم 450 ألف سكن لمدة خمسة سنوات من بينها 300 ألف سكن حضري. (عبد الطيف بن أشنهور، 1982، ص431) بذلت الدولة جهودا معتبرة لتحقيق الأهداف المرجوة من هذا المخطط و الذي بلغت نسبة الإنجاز فيه حوالي 78%.

أما فيما يخص المخطط الخماسي الثاني فجاءت فيه مجموعة من التوصيات والاقتراحات التي تهدف إلى التركيز على مواصلة الأعمال التي تم الشروع فيها في المخطط السابق و تطويرها قصد التخفيف من حدة التوتر الذي يعرفه قطاع السكن.

من بين الأهداف المسطرة خلال هذا المخطط إنهاء البرامج التي هي في طور الإنجاز و المقدر بـ 365 ألف مسكن، و كذلك و ضع برنامج جديد ينص على بناء 318 ألف مسكن هذا ما جعل البرنامج الإجمالي للبناء يقدر بـ 674 ألف مسكن. (وزارة التخطيط والتهيئة العمرانية: المخطط الخماسي الثاني، 1985-1989)

الجدول التالي يبين لنا أهم البرامج السكنية خلال مرحلة هذين المخططين.

الجدول 08: البرامج السكنية خلال المخططين الخماسيين:

الفترة	حجم البرنامج	المنجزة	الغير منجزة	نسبة الإنجاز%
1984-1980	217444	171476	45968	78
1989-1985	353123	231236	121887	68

المصدر: المخطط الخماسي الأول والثاني (1980-1984، 1985-1989)

يتبين في المخطط الخماسي الأول أن نسبة الإنجاز كانت معتبرة إذ قدرت بـ 78%، أما فيما يخص مرحلة الخماسي الثاني فتبين أن هناك تراجع في نسبة الإنجاز إلى 68% رغم الجهود التي سلطتها الدولة لقطاع السكن، و يرجع سبب هذا الانخفاض إلى الأزمة التي عرفتها الجزائر سنة 1986 إثر انخفاض الإيرادات البترولية.

5 مرحلة 1990 - 2000:

منذ منتصف التسعينات، اعتبر قطاع السكن من الأولويات الكبرى في السياسات الاقتصادية والاجتماعية للدولة الجزائرية على اعتبار أن إشكالية إنتاج السكن كانت دائما تشكل انشغالا بالغ الأهمية بالنسبة لكافة الحكومات الجزائرية المتتالية، و بالفعل فأن ارتفاع النمو الديمغرافي الذي رافقه نزوحا ريفيا معتبرا تضاعف خلال العشرية السوداء بالإضافة إلى التحولات الاجتماعية التي زاد حدة أزمة السكن، لهذا كان لابد للسلطات العمومية أن تجند موارد هامة من ميزانية الدولة لأجل التصدي لهذه الوضعية و التخفيف من حدتها.

بعد سنة 1996 أعيد النظر في السياسة المنتهجة و التي كانت تجعل الدولة تتدخل كليا في ميدان بناء السكن و كانت تضمن للعرض العمومي احتكارا شبه كلي، ومن ثم إدخال رؤية جديدة تتلخص في إحلال فكرة الدولة المنظم محل الدولة المتعامل و المحتكر هذا ما أدى بعد ذلك إلى تطوير و تنويع صيغ عروض السكن أو الإعانات من أجل ملائمتها مع مداخيل العائلات الجزائرية حتى تتم الاستجابة لأكبر عدد من الحاجات.

أما خلال سنة 1999 انطلقا من مخططات توجيهية للتهيئة العمرانية و مخططات شغل الأراضي، ثم التفكير بالتعاون مع دائرة تهيئة الإقليم في مسعى آخر يتمثل في تحديد المواقع المحتملة لإنشاء المدن الجديدة للتقليل من الضغط على المراكز الحضرية المكتظة، في الوقت نفسه زاد حجم الإنتاج و تنوع العرض و عرفت البرامج السكنية و المرافق العمومية تحسنا نوعيا و كميا معتبرا. تم في هذا السياق خلال الفترة 1999-2001 تحقيق الإنجازات التالية:

الجدول 09: الانجازات السكنية خلال الفترة 1990-2000.

السنوات	1999	2000	2001
عدد السكنات	267797	305991	324876
مسجلة	193785	228288	258221
محققة			

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على : وزارة السكن و العمران

- أما فيما يخص السكن الريفي فقدمت الدولة 138986 إعانة مالية و هذا بقصد التخفيف من النزوح الريفي و تثبيت سكاني في الأرياف بفضل برامج التنمية الريفية باعتبارها برامج تكميلية ترمي إلى النهوض الاقتصادي و الاجتماعي بعالم الريف.

كانت هذه النتائج الملموسة ترتكز على حلول واقعية لأزمة السكن و تعتمد أساسا على تنويع و تطوير صيغ عروض السكن أين أصبحت تتناسب مع مداخل الأسر و فئاتها الاجتماعية المختلفة.

6 مرحلة 2000-2004:

انطلاقا من المخططات التوجيهية للتهيئة العمرانية و مخططات شغل الأراضي، تم التفكير بالتعاون مع دائرة تهيئة الإقليم في تحديد المواقع المحتملة لإنشاء المدن الجديدة للتقليل من الضغط على المراكز الحضرية المكتظة، و في هذا السياق تم خلال فترة 1999-2003 إنجاز حوالي 693280 مسكن بمختلف الصيغ، و هذا بمتوسط سنوي يتجاوز 138 ألف وحدة.

ففي مجال السكن الحضري الاجتماعي تم إنجاز أكثر من 248107 مسكن، حيث تم إنجاز 158692 مسكن خاص بالبناء الذاتي و 107257 مسكن خاص بصيغة السكن الاجتماعي التساهمي و أنجز 40278 مسكن من طرف المرقيين العقاريين. أما فيما يخص السكن الريفي فقد قدمت الدولة 138986 إعانة مالية و هذا بقصد التخفيف من النزوح الريفي و تثبيت سكانه بفضل برامج التنمية الريفية باعتبارها برامج تكميلية ترمي إلى النهوض بالاقتصاد في الريف. كما تم إنجاز 55 ألف سكن بصيغة البيع عن طريق الإيجار ممولة من الخزينة العمومية، و تم تسطير برنامج لإنجاز 65 ألف سكن، حيث يتكفل الصندوق الوطني للاحتياط و التوفير بتمويلها.

وفي سنة 2001 تم وضع صيغة البيع بالإيجار التي ظهرت تجسيدا لسياسة جديدة، حيث لم تعد الدولة العنصر الوحيد في إنجاز و تمويل المشاريع السكنية كما كانت عليه سابقا، ما جعل هذه الصيغة الجديدة المدخلة على دائرة التمويل و التي يلعب فيها المستفيد دورا هاما من خلال المساهمة النسبية في تمويل المشروع تلقى قبولا واسعا مكنت المواطنين من الاستفادة من سكنات في آجالها المحددة و بمبالغ مالية معقولة تسدد على مدة تصل إلى 20 سنة. و من بين الوسائل التي ساهمت في نجاح هذه الصيغة طريقة

دفع ثمن السكن، حيث حاولت التوافق مع الإمكانيات المالية للفئة الوسطى في المجتمع و حددت المساهمات الأولية للمستفيد في هذه الصيغة بنسبة 25% من قيمة السكن. تدفع 10% منها عند عملية الدفع الأولية أما 15% فتدفع بنسبة 5% خلال مدة 3 سنوات. أما بالنسبة لباقي ثمن المسكن أي 75% فيدفع بالتقسيط خلال 20 سنة على شكل دفعات شهرية.

في مجال التهيئة العمرانية، أدخلت تعديلات عبر القانون رقم 04-05 المؤرخ في 14 أوت 2004 و الذي يعدل و يتم القانون رقم 90-29 المؤرخ في 01 ديسمبر 1990، المتعلق بالتهيئة و التعمير و الذي يهدف إلى الاحترام الصارم لمقاييس البناء و التعمير على ضوء الدروس و التجارب التي استخلصت من زلزال ماي سنة 2003 مع وضع حد لانتشار البيوت القصديرية و احترام مقاييس البناء المقاوم للزلازل.

7 مرحلة البرنامج الخماسي 2005-2009:

خصص لقطاع السكن خلال هذا البرنامج غلاف مالي ضخم يفوق 1550 مليار دج، و بذلك يعتبر أضخم غلاف مالي يستفيد منه قطاع السكن و العمران منذ الاستقلال، و جاء هذا الغلاف المالي موزع على حصتين منها 850 مليار دج لتمويل برامج إنجاز السكنات "مشروع مليون سكن" كانت موزعة على النحو الآتي:

- السكن الاجتماعي الايجاري 120000 وحدة.
- سكن البيع بالإيجار 80000 وحدة.
- السكن الاجتماعي التساهمي 215000 وحدة.
- السكن الريفي (في شكل إعانات) 275000 وحدة.
- السكن الترقوي 175000 وحدة، البناء الذاتي 145000 وحدة. و نحو 700 مليار دج لتهيئة و تحسين المحيط العمراني ، كما عملت على إصدار قوانين تسيير المنظومة العمرانية و تحد

من الفوضى التي شوهت المشهد العمراني مع تنامي ظاهرة البيوت القصدية. رغم الجهود المبذولة من طرف الدولة للقضاء على الأزمة السكنية عبر مختلف البرامج السكنية و المخططات، إلا أن أزمة السكن تبقى قائمة. لذا يجب على الدولة مراجعة شاملة و دقيقة لسياسة الإسكان و وضع برامج من أجل تحقيق توازن بين المناطق الحضرية و الريفية.

8 مرحلة البرنامج الخماسي 2010-2014:

خصص غلاف مالي قدرت قيمته بأكثر من 3700 مليار دينار أي ما يعادل 50 مليار دولار لقطاع السكن من أجل انجاز مليوني (2) وحدة سكنية و إعادة الاعتبار للنسيج العمراني بالنسبة للفترة الممتدة من 2010-2014، من مجموع الالتزامات المالية المقدرة قيمتها بـ 21214 مليار دج (حوالي 286 مليار دولار) التي تمت تعبئتها من طرف البرنامج الخماسي الجديد الخاص بالاستثمارات العمومية تم تخصيص حصة نسبتها 17.4% بهدف امتصاص العجز المسجل في هذا القطاع على المستوى الوطني.

يتعلق الأمر أيضا بانجاز 500000 وحدة سكنية ايجارية و 500000 وحدة سكنية ترقية و 300000 وحدة سكنية في إطار امتصاص السكن الهش و 770000 وحدة سكنية ريفية.

عليه سيتم تسليم مجموع 1,2 مليون وحدة سكنية خلال البرنامج الخماسي فيما سيتم استكمال 800000 وحدة سكنية المتبقية بين 2015-2017.

للإشارة يأتي البرنامج السكني هذا تكملة للبرنامج الخماسي 2005-2009 الذي حدد هدفا مبدئيا لانجاز مليون وحدة سكنية ليرفع هذا العدد إلى 1,65 مليون وحدة سكنية مسجلا بذلك زيادة نسبتها 65% عملا بالقرارات التي اتخذها رئيس الجمهورية المتمثلة في إعداد برامج تكميلية لولايات جنوب الوطن و الهضاب العليا و الامتصاص التدريجي للسكن الهش.

اعتمادا على توقعات الانجاز المحددة للسداسي الثاني من سنة 2010 فان عدد السكنات المنجزة بتاريخ 31 ديسمبر 2010 قد وصل إلى 1,048 مليون وحدة سكنية. و للإشارة تمثل السكنات الريفية نسبة 42 بالمائة من هذه السكنات المنجزة فيما بلغت نسبة السكنات الحضرية منها 58%.

أما بخصوص الجانب المالي فقد خصصت الدولة غلafa ماليا إجماليا قدرت قيمته 21214 مليار دج (ما يعادل 286 مليار دولار) خصص لبرنامج الاستثمارات العمومية الخاص بالبرنامج الخماسي 2010-2014 الذي تتمثل أهدافه الرئيسية في استكمال المشاريع الكبرى التي تمت مباشرتها لاسيما في قطاعات السكك الحديدية و الطرقات و المياه بقيمة 9700 مليار دج (130 مليار دولار) و الالتزام بتحقيق مشاريع جديدة قيمتها 11534 مليار دج (ما يعادل 156 مليار دولار). (بيان اجتماع مجلس الوزراء، 2010)

3- تطور قطاع التشغيل:

تعتبر ظاهرة الشغل و البطالة إحدى أهم المشاكل الأساسية التي تواجه دول العالم على الرغم من اختلاف مستويات تقدمها و أنظمتها الاقتصادية و السياسية حيث تتطلب مواجهتها إجراء مناقشات واسعة للسياسات المطلوبة و عرضا لبعض الأفكار العملية التي يمكن ترجمتها إلى خطط عمل محددة من قبل جميع دول العالم خاصة في الوطن العربي، حيث أصبحت تمثل أحد التحديات الأساسية للنظام العالمي الجديد في ظل العولمة. يشير تقرير العمالة السنوي الذي يصدر عن منظمة العمل الدولية أن البطالة بين الشباب لها تأثير قوي على سوق العمل و على المجتمع بصفة عامة، كما تؤثر على الوضع الاقتصادي و على مستوى الفقر الذي يشهده أي مجتمع.

وصل معدل البطالة في العالم إلى 6.3% أي 192 مليون بطل في سنة 2005 أين يشكل الشباب الأغلبية حسب تقرير المكتب الدولي للعمل. (منظمة العمل العربية، مكتب العمل العربي، 2005، ص4)

الجزائر كغيرها من الدول العربية تعاني من ظاهرة التشغيل و البطالة، فقد تميزت سوق الشغل بالجزائر منذ منتصف الثمانينات إلى غاية عام 2000 بعدم استقرار في معدلي التشغيل و البطالة، فقد قدرت نسبة التشغيل بـ 30.5% سنة 2000 و نسبة بطالة بـ 28.89%، و هذا نتيجة الأزمة الاقتصادية التي عايشتها خلال هذه الفترة، (الديوان الوطني للإحصاء، حوصلة إحصائية 1962-2011، نشرة 2013) و ارتفاع معدل النمو السكاني مع تراجع في الاستثمارات، و في سنة 2006 ارتفعت نسبة التشغيل إلى 37.2%، و قد حضي قطاع التجارة و الخدمات و الإدارة بنسبة تشغيل أكبر إذ يشغل حوالي 53.45% في حين يأتي بعده قطاع الفلاحة بنسبة 18.15%. كما تراجعت نسبة البطالة لتصل إلى 10.0% سنة 2011. بينما نسبة التشغيل لم تتغير كثيرا إذ قدرت بـ 36.0% سنة 2011 لتصل إلى 36.8% سنة 2017، بينما قدر معدل البطالة بـ 12.3% من نفس السنة. (الديوان الوطني للإحصاء، حوصلة إحصائية 1962-2011، نشرة 2013).

- مراحل تطور ظاهرة التشغيل في الجزائر من خلال المخططات التنموية:

إن المتمعن جيدا في الإحصائيات الخاصة بالعمالة في الجزائر يلاحظ مرور الاقتصاد الجزائري في هذا المجال عبر المراحل التالية :

1 المرحلة الأولى ما قبل 1973:

مباشرة بعد الاستقلال، عرفت الجزائر معدلات بطالة مرتفعة جدا و هذا تحت تأثير مخلفات الاستعمار، حيث قدرت في تعداد 1966 بـ 32.9% و انخفضت هذه المعدلات بعد ارتفاع عدد المهاجرين الجزائريين إلى فرنسا. (Boufenik Fatma, année 2000, p 5).

بداية من سنة 1967 انتهجت الجزائر سياسة التخطيط المركزي ففكرت في برنامج طويل المدى، بدأت بوضع خطة تمثلت في المخطط الثلاثي ثم الرباعيين الأول والثاني، ومن الأهداف الأساسية لهذه البرامج:

- خلق مناصب شغل دائمة للقضاء على البطالة نهائيا بإتباع سياسة صناعية تلعب دورا في التشغيل يكون عند مستوى تحدي البطالة.

- الرفع من الإنتاج في كل القطاعات كالاهتمام بالقطاع الزراعي المحرك للشغل لامتصاص اليد العاملة لمجتمع متزايد من حيث عدد السكان.

من خلال هذه المرحلة شهدت سياسة التشغيل تطورا يظهر من خلال الأرقام المدونة في تقارير وزارة التخطيط و التهيئة العمرانية، حيث قدر التشغيل الكلي في سنة 1966 ممثلا في اليد العاملة المستغلة الذي وصل إلى 1720000 عامل تقريبا، وانتقل سنة 1978 إلى حوالي 2830000 عامل. أي ثم خلق 1110000 منصب خلال 12 سنة حيث كانت الزيادة بنسبة 64.5% خلال المخططات الثلاث. (قصاب

سعدية، 2013)

ساهمت مختلف القطاعات الاقتصادية في امتصاص البطالة خلال هذه المرحلة كالقطاع الزراعي، الصناعي، المحروقات، الخدمات و قطاع الإدارة. يظهر لنا الجدول التالي تطور مناصب الشغل:

الجدول 10 : تطور عدد مناصب الشغل ما بين (1967-1979) بالآلاف.

السنة	1967	1969	1973	1977	1978
مناصب الشغل	1748	1893	2182	2650	2830

المصدر: وزارة التخطيط و التهيئة العمرانية: تقدير المخططات التنموية(1967-1979).

ساهم قطاع الإدارة في هذه المرحلة مساهمة معتبرة في امتصاص البطالة حيث تقدر نسبة مساهمته بـ 64% من العمال خارج الصحة و التعليم، في حين ساهمت كل من القطاعات الأخرى بنسب مختلفة، حيث انخفضت نسبة مساهمة القطاع الزراعي من 50% سنة 1966 إلى 30% سنة 1977، أما الفروع الأخرى التي ساهمت مساهمة فعالة في امتصاص البطالة وخلق مناصب شغل جديدة هي: الصناعة، قطاع البناء والأشغال العمومية و قطاع الإدارة الذي شغل ¼ من المناصب الكلية، وعليه فإن سياسة التشغيل في هذه المرحلة كانت مرتبطة كلياً بالاستثمارات المخصصة ضمن مختلف المخططات التنموية حيث كانت الأهداف التشغيلية مفهومة وأحياناً كان المحقق أكبر من المقدر ويظهر ذلك من خلال المعطيات التالية:

الجدول 11: تطور عدد مناصب الشغل المحقق والمقدر خلال الفترة 1967-1979.

المخطط	1967-1969	1970-1973	1974-1977
المحقق	107750	329700	521330
المقدر	-	265000	458000

المصدر: وزارة التخطيط و التهيئة العمرانية: تقدير المخططات التنموية(1967-1979).

النتيجة المستخلصة من هذا الجدول هو تحقيق الأهداف المنتظرة من البرامج فيما يخص التشغيل فنلاحظ أن المحقق كان أكبر من المقدر وذلك من مخطط لأخر، عند دراسة سوق العمل في هذه المرحلة نجد أنها تتميز بنوع من الاختلاف رغم الجهود الكبيرة التي بذلتها الجزائر في هذه المرحلة ورغم الاستثمارات الموجهة لهذه المخططات حيث كان الاختلال بين العرض و الطلب من مناصب التشغيل هو أكثر وضوح في الجدول الآتي:

الجدول 12: تطور سوق العمل خلال 1970-1978.

السنة	1970	1972	1974	1976	1977	1978
طلب الشغل	236212	216969	164974	130334	114455	103822
عرض الشغل	80170	69236	68826	874420	92310	79902
التوظيف	74556	62080	52672	707228	67900	62359

المصدر: مجلة أحداث اقتصادية، 1978، ص 26.

كما هو مبين من خلال هذا الجدول فإن طلبات الشغل كانت أكبر بكثير من عروض الشغل في هذه المرحلة، حيث تمثل الفارق بين العرض و الطلب العجز الذي يعاني منه سوق العمل فيما يخص التشغيل، أما عن التوظيف هو الأخر أقل من مناصب الشغل المفتوحة والأسباب تعود إلى انفصال سياسة التشغيل عن التكوين خاصة في هذه المرحلة أي عدم توافق التوظيف للتكوين بمختلف أنواعه.

2 المرحلة الثانية (1980-1989):

تمثل هذه العشرية الحقبة الثانية من التخطيط المركزي حيث شهدت الحقبة نتائج حسنة استحسناها الشعب الجزائري، منها تشجيع صناع القرار على مواصلة الجهود في نفس النهج باعتماد خطط تنموية تصل إلى خمس سنوات للخطة الواحدة مما استدعى رسم إستراتيجية تنموية في أفق 1989 حيث قسمت المرحلة

الأولى الممتدة من (1980-1984) و الخطة الثانية الممتدة من (1985-1989)، حيث حددت الأهداف العامة في هذه المرحلة إلى نقاط عديدة أهمها: (قصاب سعدي ، مرجع سابق)

- التحسين في هيكله الاقتصاد ككل.

- تطوير مستوى إنتاجية العمل.

- مواصلة خلق مناصب عمل جديدة لتلبية الطلب الإضافي للعمل.

رغم الأهداف المسطرة في الخطة فإن سوق العمل لم يشهد التطور المنتظر لامتناس معدل البطالة في هذه المرحلة، حيث أن خلق مناصب الشغل شهد تطورا لكن ليس كافيا و يمكن ملاحظة ذلك من خلال الجدول الآتي:

الجدول 13: تطور عدد مناصب الشغل الإجمالي خلال 1980-1987.

السنة	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
مناصب الشغل	3185	3284	3425	3577	3715	3840	3914	3978

Source : ONS, revue statistique, N°15, juin 1987.

إن الأرقام المدونة في الجدول تعبر تماما عن الوضعية التي عاشتها الجزائر في فترة الثمانينات حيث أن مؤشرات عديدة ذات العلاقة المباشرة بسوق العمل عرفت تطورا واضحا كارتفاع مؤشر النشاط الاقتصادي نتيجة ارتفاع معدل الزيادة في السكان، تدهور في أسطر المحروقات في سنة 1986 مما أثر مباشرة على توازن سوق العمل. عرفت هذه المرحلة اتجاهين مختلفين حسب المخططين الأول الذي شهد تحسنا في مؤشرات خاصة البطالة و التشغيل، هذين المؤشرين المتعاكسين في الاتجاه بسبب الاستثمارات الموجهة للقطاع الصناعي في ظل استراتيجيات التصنيع التي اتبعتها الجزائر في هذه الفترة، لكن سرعان ما تغير الاتجاه في المخطط الخماسي الثاني (1985-1989) بسبب ارتباط الاقتصاد الجزائري بقطاع المحروقات

وكذلك سوق العمل التي تعتمد في توازنها على الاستثمارات المنتجة، حيث تراجعت هذه الأخيرة في بسبب تراجع إيرادات الجزائر ابتداء من سنة 1986.

الجدول 14: تطور طلبات الشغل و العروض 1980-1988.

السنة	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
منصب العمل	76667	98102	113246	157627	150606	138511	109151	64000	62000
طلب العمل	105100	130632	150756	167741	183245	182827	163116	185000	200000

المصدر: مجلة أحداث اقتصادية ماي 1988، ص 28.

تأكيدا على الوضعية الخائفة التي تعيشها سوق العمل في فترة المخطط الخماسي الثاني من الملاحظ أن طلب العمل للذين وصلوا سن العمل خاصة العارضين لقوة عملهم لأول مرة، حيث انتقل طلب العمل من 105000 سنة 1980 مع بداية المخطط الأول ليصل إلى 183245 طلب شغل نهاية المخطط، لكن بالمقابل نجد خلق مناصب الشغل شهد هو الآخر تطورا ملحوظا فانقل من 76677 منصب سنة 1980 إلى 15060 سنة 1984 هذا ما أدى إلى تخفيض البطالة إلى 16% سنة 1983، وهذا التحسن يرجع إلى الاستثمارات الكبرى التي شهدها الجزء الأول من المرحلة التخطيطية الثانية، أما المخطط الخماسي الثاني فإن وضعية طلبات العمل لم تتغير فإن العارضين لقوة عملهم استمرت على نفس الوتيرة فانقلت من 182827 سنة 1985 إلى 200000 سنة 1988، لكن من ناحية خلق مناصب تشغيل لنفس الفترة فإن التناقص شهد وتيرة متسارعة لينقل من 138511 سنة 1985 إلى 62000 منصب فقط سنة 1988.

شهدت سنة 1989 برنامجا خاصا ذو أهمية كبيرة جاء لخدمة مصلحة الشباب بسبب الإصلاحات التي شهدتها الجزائر في سنة 1989 (تشغيل الشباب)، إلا أن برنامج هذه السنة يندرج ضمن المخطط

الخامسي الثاني لكنه دون خصوصية باعتباره يضع حجر الأساس لمرحلة ثانية تختلف عن المرحلة الأولى (التخطيطية).

3 المرحلة الثالثة 1990-2000:

تميزت فترة التسعينات بانتقالية نحو اقتصاد السوق، وقد عرفت وضعية الشغل تقاوم مشاكل كثيرة أكدت ترسيخ انكماش اقتصادي من خلال انخفاض عدد مناصب الشغل الجديدة في القطاع العمومي المنتج و تطور القطاع الغير الرسمي وكذا اتساع رقعة البطالة.

خلال النصف الأول من عقد التسعينات تم إنشاء 50 ألف منصب شغل سنويا فقط (باستثناء الشغل الغير رسمي)، و تأثرت أهم القطاعات المنتجة بالانكماش الاقتصادي كما هو الشأن بالنسبة للصناعة و قطاع البناء و الأشغال العمومية. في ظل سياق مماثل عرف القطاع الغير رسمي للشغل توسعا سريعا، بحيث قدر عدد العاملين في القطاع الغير رسمي خارج ميدان الفلاحة بـ مليون شخص أي ما يعادل 17% من مجموع السكان المشتغلين الغير تابعين لقطاع الفلاحة و هم يتمركزون في المؤسسات الصغيرة الغير مصرح بها، الشغل دخل البيوت و في ميدان التجارة.

خلال النصف الثاني من عقد التسعينات شرع في تطبيق برنامج الاستقرار و التعديل الهيكلي الذي أدى إلى تحسين الاقتصاد شيئا فشيئا، لكن مع ذلك تدهورت القدرة الشرائية للأسرة و تقاومت البطالة بحيث قدرت بـ 29%. (حوصلة إحصائية 1962-2011، ص 58)

4 المرحلة الرابعة 2000-2010:

في سنة 2001 انطلق مخطط دعم الإنعاش الاقتصادي و امتد خلال الفترة 2001-2004، ولقد كان لهذا البرنامج أثر على سوق العمل، حيث تقلص معدل البطالة من 27.3% سنة 2001 إلى 17.65% سنة 2004، يعود هذا التراجع إلى الزيادة الهامة في فرص التشغيل باستحداث 720 ألف منصب شغل جديد منها 230 ألف منصب شغل مؤقت. (ناصر مراد، 2006، ص 349)

في سنة 2005 تم الاعتماد على برنامج الإنعاش الاقتصادي و هو برنامج مهم وضخم رصدت له إمكانيات مالية معتبرة تقدر بـ 525 مليار دج (التقدم في مجال التنمية، 2004، ص 263-271)، يكتسي هذا البرنامج أهمية بالغة من الناحيتين الاقتصادية و الاجتماعية بغية تحقيق التوازنات الاقتصادية الكبرى و تهيأ الأرضية المناسبة للمنافسة الشديدة لمباشرة شراكتها مع الاتحاد الأوروبي وانضمامها إلى المنظمة العالمية للتجارة هذا من جهة، القضاء على الفقر و التخفيف من حدة البطالة من جهة أخرى. كان البرنامج يهدف إلى ثلاثة محاور رئيسية:

- الحد من الفقر و تحسين مستوى المعيشة.
 - تحديث البنية الأساسية للاقتصاد الوطني و بالتالي توفير الشروط المناسبة لجلب الاستثمار الأجنبي.
 - توفير المزيد من مناصب الشغل للتخفيف من ظاهرة البطالة التي بلغت مستويات حرجة.
- و رغم انخفاض معدل البطالة إلا أن مستواها يبقى مقلقا، و في هذا السياق نضع الملاحظات التالية:
- طبيعة مناصب الشغل التي تم إنشاؤها. حسب إحصائيات 2006 فان 81.6% من مناصب الشغل المنشأة كانت مؤقتة و 18.4% فقط مناصب دائمة. (بلقاسم رحالي، ركن الدين فلاك، 2011، ص 06)

- ضعف مستوى تأهيل القوة العاملة العاطلة.
- اتساع مدة البطالة في الجزائر حسب تقرير الديوان الوطني للإحصائيات لسنة 2010، فإن توزيع مدة البطالة المعرفة بالفترة المستغرقة في البحث عن العمل كان 35.6% من البطالين يبحثون عن عمل لمدة تقل عن سنة، 19.3% من البطالين يبحثون عن عمل منذ أكثر من سنة و 45.1% منهم يبحثون عن عمل لمدة تفوق سنتين.

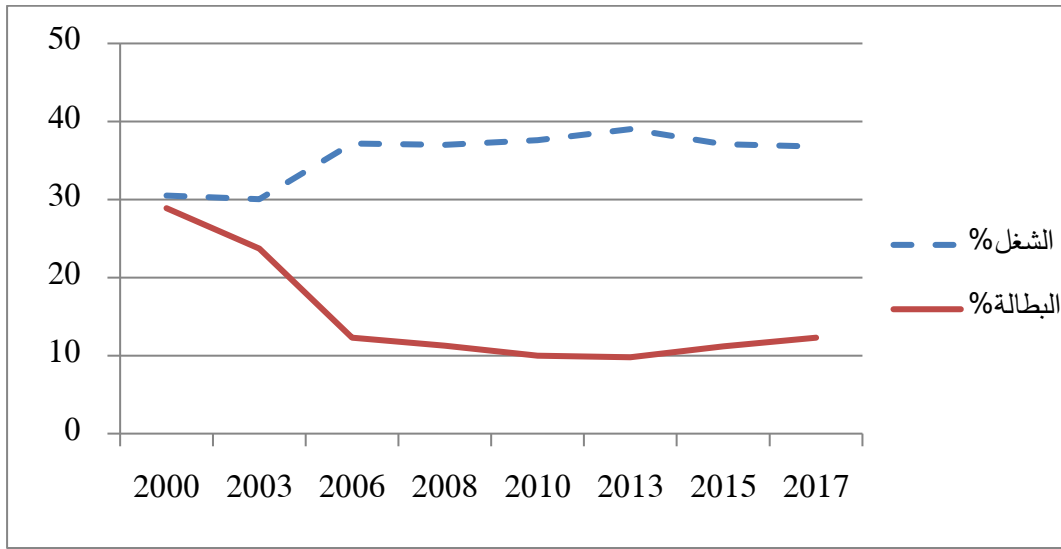
البرنامج التكميلي لدعم النمو الاقتصادي 2005-2009، أعلن بتاريخ 07 أبريل 2005 عن برنامج تكميلي خماسي ضخم يمتد على مدار خمسة سنوات (2005-2009)، وهو مشروع يهدف إلى تدعيم النمو رصد له غلاف مالي قدر بـ 4200 مليار دج (منصوري الزين، 2006، ص10). جاء هذا البرنامج في إطار مواصلة وتيرة البرنامج والمشاريع التي سبق إقرارها وتنفيذها في إطار مخطط دعم الإنعاش الاقتصادي، وذلك بعد تحسن الوضعية المالية للجزائر بعد الارتقاع الذي سجله سعر النفط الجزائري، والذي بلغ سنة 2004 حدود 38.5 دولار، مما نتج عنه تراكم احتياطي الصرف إلى ما يقارب 43.1 مليار دج في السنة ذاتها. (منصوري الزين، نفس المرجع، ص10) كانت أهداف هذا البرنامج ترمي إلى تدعيم النمو وتحقيق التنمية.

5 المرحلة الخامسة: 2010-2014:

شهدت الجزائر مع بداية الألفية الثالثة تغيرا ملحوظا، فبعد أن عرف سوق العمل منذ منتصف الثمانينات إلى نهاية التسعينات إرتقاعا كبيرا في معدلات البطالة و طلبات العمل و هذا نتيجة الأزمة الاقتصادية التي شهدتها البلاد في تلك الفترة، بحيث تقلصت فرص العمل المتاحة في نفس الوقت الذي سجل فيه تزايدا كبيرا لطالبي العمل و ارتفعت خلالهما البطالة لتصل إلى 29% سنة 2000 (AQC.2005,p12) و هي نسبة مرتفعة مست أكثر فئة الشباب.

كما شهدت فترة البرنامج الخماسي 2010-2014 غلاف مالي بحجم 21214 مليار دج (286 مليون دولار) يمس قطاعات عديدة، كما أن التحسين من وضع التشغيل و التخفيض من معدلات البطالة يعد من أهم الأهداف التي يصبو إليها البرنامج، وذلك نظرا لحجم مناصب الشغل التي سيتم استحداثها سنويا من قبل الهيئات و الإدارات العمومية لمرافقة المنشآت الجديدة المسلمة، زيادة على ذلك مناصب الشغل التي ستحدثها مختلف القطاعات الاقتصادية. كما أن الهدف المعلن في إطار هذا البرنامج يتمثل في استحداث 3 ملايين منصب شغل جديدة منها 1.5 مليون منصب شغل مؤقت و خفض معدل البطالة إلى أقل من 9% خلال الفترة 2010-2014.

الشكل 03: تطور معدلات التشغيل و البطالة خلال 2000-2017.



المصدر: الديوان الوطني للإحصاء، تحقيق حول النشاط الاقتصادي و التشغيل و البطالة، مسح أفريل 2017 رقم 785.

من خلال الشكل تبين أن معدل التشغيل في هذه الفترة عرف ارتفاعا ملحوظا بحيث قدر سنة 2000 بـ 30.5% و وصل إلى 39% سنة 2013 ثم عاود الانخفاض سنة 2017 ليصل إلى 36.8%، على عكس معدل البطالة الذي شهد انخفاضا منذ سنة 2000 بحيث قدر بـ 28.89% ووصل إلى غاية 12.3% سنة 2017.

- أثر سياسة التعديل الهيكلي على البطالة في الجزائر :

خلال سنوات السبعينات و الثمانينات، سيطر التشغيل العمومي في القطاع الرسمي إلى حد كبير نتيجة انتهاج الدولة لسياسات إحلال الواردات و خاصة منها ما يعرف بسياسة الصناعات المصنعة و التي نتج عنها إنشاء العديد من المؤسسات العمومية التي كانت تمتص حوالي 65 % من اليد العاملة الإجمالية سنة 1978. غير أن الأزمة البترولية لسنة 1986 كان لها الوقع الكبير في الاقتصاد الجزائري، حيث كشفت عن هشاشة نظام التراكم في القطاع الصناعي العمومي. و رغم الإصلاحات المنتهجة آنذاك (la ministère des finances : la situation économique et financière -1999/2003) و التي اهتمت فقط بإعادة الهيكلة التنظيمية للمؤسسات العمومية مصحوبة بتطهير مالي لهذه الأخيرة إلا أنها لم تمس علاقات التشغيل، و عليه تدهورت الحالة العامة للتشغيل نتيجة غياب الاستثمارات الجديدة من قبل المؤسسات الاقتصادية العمومية و الخاصة في ظل تطبيق السياسة العامة و أهداف برنامج تعديل الهيكلي المطبق سنة 1994، و منه أصبحت هذه المؤسسات بصورة مزمنة غير منتجة و متخمة بالعمال، مما دفعها إلى التسريح الجماعي للعمال لإعادة هيكلة المؤسسات أو غلقها لعدم إيجاد مصادر التمويل. هذا ما أدى إلى تثبيط مستويات التشغيل عند المستوى السائد عنه آنذاك مع ارتفاع ضغوط الطلب على العمل، ما نتج عنه اختلال في سوق العمل أدى إلى تفاقم البطالة التي انتقلت من معدل 24% سنة 1994 لتصل إلى أكثر من 29% سنة 1997، حيث أن 52% من البطالة يكمن مصدرها من القطاع العمومي و 48% من القطاع الخاص. و قد قدرت البطالة في هذه المرحلة بحوالي 3,2 مليون شخص. مست 80% من فئة الشباب اللذين لا يتجاوز سنهم الثلاثين سنة و 75% منهم يتقدمون لأول مرة بطلبات العمل، و مست كذلك 80.000 من خريجي الجامعات سنة 1996 و هذا من بين أكثر من 100.000 خريج جامعي، كما أن إعادة الهيكلة زادت من تفاقم البطالة بحيث أن أكثر من 360.000 أجير فقدوا مناصب عملهم أو وجهوا إلى البطالة التقنية ما بين 1994 و 1998. (دادي عدون ناصر ، عبد الرحمان العايب، 2010 ص 114)

إن غياب الإنعاش الاقتصادي و غياب برنامج دعم الشغل آنذاك أدى إلى الطلب المتزايد عن العمل الذي يتراوح ما بين 250.000 إلى 300.000 طلب سنويا. كما أن غياب سياسة واضحة للتشغيل أدى إلى تزايد العمل الموازي غير الرسمي وخاصة في مجال النشاط التجاري، و مما ساعد على هذه الوضعية ارتفاع التسرب المدرسي الذي تراوح ما بين 2.75% و 8.83% (الديوان الوطني للإحصاء، حوصلة إحصائية 1962-2011، نشرة 2013) يغادرون المدرسة سنويا.

نتيجة لغياب سياسة توجي بالقضاء على البطالة من منظور السياسة العامة للاقتصاد الجزائري، اكتفت الحكومة بمحاولات توفير مناصب عمل مؤقتة و اعتماد نظام التكفل و الشبكة الاجتماعية و التضامن الوطني. إن مختلف الدراسات التي قامت بها الهيئات الحكومية و الغير حكومية بينت نتائج تطبيق سياسة التعديل الهيكلي في هذا المجال و التي كانت كالتالي:

- زيادة البطالة و خاصة لدى فئة الشباب.
- 45% من العمال فقدوا مناصب عملهم نتيجة تطبيق هذه السياسة، حيث أن 10% طردوا من العمل.
- صعوبة إدماج طالبي العمل لأول مرة و هي أكبر نسبة من البطالين.
- التهميش الاجتماعي لفئة كبيرة من المجتمع هي فئة الشباب .
- زيادة مناصب العمل التعاقدية و الفصلية مقارنة بمناصب العمل الدائمة وهذا ما يؤثر على السياسة الاقتصادية العامة.

- أثر دعم برنامج النمو الاقتصادي على البطالة :

ابتداءً من سنة 2000 و مع ارتفاع أسعار المحروقات في الأسواق العالمية و تحسن مداخل الدولة، و أمام الأزمة الاقتصادية و الاجتماعية، شرعت الحكومة سنة 2001 في تطبيق برنامج لدعم النمو الاقتصادي بمبلغ يقدر بـ 525 مليار دينار على امتداد أربعة سنوات، و من بين أهم الأهداف المسطرة في هذا البرنامج هو رفع وتيرة النمو الاقتصادي و خفض نسبة البطالة و قد سطر هذا البرنامج لخلق 626380 منصب شغل دائم و 186850 منصب شغل غير دائم. كما تم تدعيم هذا البرنامج ببرنامج مكمل لدعم النمو رصد له 50 مليار دولار حتى سنة 2009، و هذا الأخير ساهم في خفض معدل البطالة و زيادة النمو الاقتصادي.

- هيمنة القطاع العام على التشغيل :

تعد نسبة التشغيل في القطاع العام في الجزائر الأكثر ارتفاعاً في الدول العربية، حيث يقدر متوسط حصة القطاع العام بحوالي 17.5%، و يرتبط تضخم التشغيل في القطاع العام في الجزائر بعدة عوامل أهمها:

- تواضع دور القطاع الخاص نتيجة عدم ملائمة بيئة الأعمال .
- يعزى تضخم التوظيف في القطاع العام إلى الميزات التي يوفرها العمل في هذا القطاع بالمقارنة مع القطاع الخاص من حيث الفارق في الأجور و ضمانات الشغل الصريحة و الضمنية و الأمن الوظيفي و استخدام وظائف القطاع العام كوسيلة لتقديم الحماية الاجتماعية.

خاتمة:

تتطور وتزداد الحاجات الاجتماعية للسكان مع مرور الوقت فمتطلبات الحياة المتمثلة في الغذاء، السكن، الصحة، الشغل وغيرها من المتطلبات التي يسمح توفرها بإضفاء لمسة من الراحة والرفاهية على الحياة، وقد سعت الدولة على تحقيق هذه الحاجات من خلال جملة من المخططات التنموية، لكن رغم كل ما وصلت إليه هذه المخططات لتحقيق احتياجات السكان إلا أنها لم تبلغ المستوى المطلوب و تبقى تحتاج إلى المزيد من التنظيم وحسن التسيير.

مقدمة:

اختلف الوضع الصحي للشعب الجزائري من فترة تاريخية إلى أخرى، فقد مر بعدة مراحل متباينة فيما بينها وهو ما يلاحظ من خلال كل الوثائق التاريخية والكتابات المترجمة لذلك الوضع السائد في مختلف الفترات بمختلف عناصرها، و مع ذلك ظهر التحسن في الوضع الصحي كلما انتقلنا من مرحلة إلى أخرى كنتيجة للتطور الحاصل في المجال الطبي، و نعني به تحسن الخدمات الصحية التي يقدمها النظام الصحي القائم في كل مرحلة من المراحل المختلفة. ما يمكن الإشارة إليه في تقديم هذا الفصل هو أن استعمال مفهوم الصحة العمومية على المستوى الدولي لم يظهر إلى الوجود إلا مع بداية القرن التاسع عشر، و هو يعني تنظيم مصالح الصحة الموجهة إلى شريحة كبيرة من السكان، و هو ما يسمى اليوم بنظام الصحة.

1- تطور القطاع الصحة في الجزائر بعد الاستقلال :

إن فترة الاحتلال الفرنسي تميزت بعدم التوازن الجهوي و اللامساواة فيما يخص صحة السكان، بحيث وجهت كامل الجهود للاعتناء بالصحة العسكرية و الأفراد المستوطنين، و تركزت المراكز الصحية في المدن الكبرى بصفة خاصة، فالوضعية الصحية للسكان الجزائريين كانت صعبة جدا و تميزت بانتشار الأمراض و الأوبئة، كالملا ريا و السل و الكوليرا و التيفود و الإسهال... الخ.

في حين كانت المدن الكبرى في الجزائر بها مستشفيات و أطباء، و كان الريف الجزائري يعتمد على الطب التقليدي و الأعشاب الطبية ، بسبب عدم وجود مراكز صحية به، حيث سجل قرابة 300 طبيب فقط

ل 10 ملايين نسمة. (حاروش نورالدين ، 2009، ص 4)

غداة الاستقلال كان وجوبا على الحكومة الفتية أن تعمل على تغيير هذا الوضع، فكان عليها تحديد الأولويات و معرفة التحديات و الرهانات، عن طريق وضع سياسة وطنية صحية تهدف من خلالها إلى القضاء على الأمراض و الأوبئة، و مكافحة ظاهرة وفيات الأطفال التي كانت بنسبة عالية جدا حيث قدرت بـ 180% سنة 1962 (CHachoua L, 2014)، و كذا بناء الهياكل و تكوين الإطارات الطبية والشبه الطبية والإدارية.

و عليه يمكن تقسيم هذه الفترة إلى أربع مراحل أساسية، نبين من خلالها مدى حرص الحكومة الجزائرية على تطوير النظام الصحي وجعله يتماشى و احتياجات السكان إلى الرعاية الصحية، وهذا من خلال وضع سياسات وطنية بمجموعة من البرامج، و الأهداف القصيرة و المتوسطة و الطويلة المدى، مع توفير الإمكانيات والوسائل المتاحة في تلك الفترة، مع العلم أن هذه السياسات اتخذت مباشرة بعد استرجاع السيادة الوطنية .

1-1- المرحلة الأولى 1962 - 1974:

الصحة ليست حق أساسي فقط و إنما هي كذلك مصدر أساسي للتطور الاجتماعي و الاقتصادي و الفردي، و على أساس هذا المبدأ العام عمدت الجزائر في كل الدساتير التي سنتها إلى جعل مبدأ حق المواطنين في حماية الصحة أساسي لا يمكن نكرانه أو تجاهله. (M S P, 2001, p 4)

كما جاء ذكره فإن الجزائر ورثت عن الاحتلال الفرنسي و ذلك في سنة 1962 حالة صحية أقل ما يقال عنها أنها متدهورة و يرثى لها، فالنظام الصحي الموجود آنذاك كان متمركزا في المدن الكبرى: الجزائر، العاصمة، وهران و قسنطينة، ويتمثل النظام الصحي خاصة في الطب العمومي الذي يتم داخل المستشفيات،

و عيادات تشرف عليها البلديات و تقدم المساعدات الطبية المجانية، و مراكز الطب المدرسي النفسي تشرف عليها وزارة التربية و التعليم. (حاروش نورالدين ، 2008، ص 132)

اتخذت الجزائر بعد استرجاع السيادة على أراضيها النهج الاشتراكي كنظام اقتصادي كقطيعة مع النظام الليبرالي الاستعماري، و كان لزوما على الحكومة استبدال الشكل الصحي الاستعماري الموروث بشكل آخر يختلف عنه في عناصره و أهدافه.

غداة الاستقلال، كانت الجزائر تعد حوالي 1279 طبيب منهم 342 طبيب جزائري و عدد سكان آنذاك بحوالي 10,5 مليون نسمة ، و مع نهاية هذه الفترة أرتفع عدد الأطباء إلى 2672 طبيب منهم 1425 جزائري خاصة بعد ذهاب الأطباء الفرنسيين، بحيث تقلص عددهم من 2500 طبيب إلى 937 طبيب، ذلك لتغطية حاجات السكان كما أن الوضعية الصحية في بداية هذه الفترة فقد كانت تتميز بوفيات الأطفال خاصة الرضع، التي قدرت بنسبة مرتفعة تجاوز معدلها 180%، وأمل حياة 47 سنة (CHachoua L, 2014) و كان انتشار الأمراض المعدية المرتبطة بالحالة البيئية والمعيشية السبب الرئيسي للوفيات.

و أمام هذه الوضعية و محدودية الموارد المتوفرة ، سطرت وزارة الصحة هدفين رئيسيين و هما :

- إعادة توزيع المؤسسات الصحية(عامّة وخاصة) و كذا الأطباء على مختلف جهات الوطن للسماح لكل السكان بالاستفادة من العلاج بشكل متساوي (إجبارية العمل بنصف الوقت في القطاع العمومي بالنسبة للممارسين الطبيين في القطاع الخاص، و تشكيل فرق طبية متنقلة).

- مكافحة الوفيات و القضاء على الأمراض و الأوبئة المتنقلة .

كما تميزت هذه المرحلة بوضع عدة برامج صحية موجهة لحماية الفئات المحرومة، و بذلك فقد تم

تأسيس التلقيح الإجباري للأطفال سنة 1969. (حاروش نور الدين ، 2008، ص 131)

أما المحاور الكبرى التي ركزت عليها الحكومة في وضعها للسياسة الصحية الوطنية فتتمثلت في:

- الوقاية بحيث أن أفضل طرق العلاج هو تجنب المرض و العمل على عدم و وقوعه، وذلك من خلال الحملات التلقيحية و إجراءات النظافة و محاصرة المرض قبل انتشاره عن طريق التلقيح.
- علاج الأمراض حيث يتلقى المريض بعد تعرضه للمرض أو لحوادث العمل العلاجات الضرورية ابتداء من المراكز الصحية القاعدية، ثم المستشفيات في حالة استعصاء العلاج.
- التوزيع العقلاني للأطباء و ذلك تحقيقا للأهداف المرسومة في الخريطة الصحية، أي تحقيق تغطية صحية لكامل للتراب الوطني من حيث الموارد البشرية و الهياكل والمعدات الضرورية.

، أما عن المؤشرات الخاصة بالصحة العمومية لسنة 1962 هي كالآتي:(CHachoua L, 2014)

- معدل وفيات الأطفال 180‰ .
- أمل الحياة 47 سنة.
- طبيب لكل 10.000 ساكن.
- طبيب أسنان لكل 72848 ساكن.
- صيدلي لكل 41667 ساكن.

تم خلال هذه الفترة تأسيس الصيدلية المركزية الجزائرية و التي تهتم بإنتاج واستيراد و توزيع الأدوية

بالجملة، أما التوزيع بالتجزئة فكان موزع على القطاع العام و الخاص.(M.S, et P, 2003, p 3)

أما من حيث الهياكل القاعدية فقد كان هناك عجز دائم، حيث بلغ سنة 1966 سجلت 143 مستشفى بسعة 39418 سريري، و 256 مركز صحي، و بعدد 342 طبيب جزائري و حوالي 19000 مستخدم إداري. و شهدت سنة 1974 زيادة في عدد السكان حيث وصل إلى 15.6 مليون نسمة (E.N.S.P. 2008. P5)، و زيادة في عدد الأسرة الذي بلغ 43404 سرير، و بلغ عدد المراكز الصحية 558 مركز، و زيادة في عدد الأطباء بحيث بلغ عددهم 1425 طبيب جزائري، وإنشاء ما يسمى بالقطاع الصحي الذي قدر عدده 143.

تسمى هذه الفترة بطب الدولة ، من خلال المؤسسات الاستشفائية التي تضمن العلاج و الاستشفاء، و كانت تدير من طرف وزارة الصحة التي تم إنشائها كوزارة قائمة بذاتها في سنة 1965، و قبل ذلك كانت مندمجة في وزارات أخرى، و نجد المراكز الصحية التي تضمن المساعدة الطبية المجانية في المدن و البلديات، و التي كانت تدير من طرف البلديات، ومراكز النظافة المدرسية التي كانت تدير من طرف وزارة التربية و التعليم هذا من جهة، و من جهة أخرى كان هناك قطاع خاص يقدم علاج ذو طابع لبرالي في العيادات الخاصة، و لكن بإمكان الأطباء العاملين في القطاع الخاص استعمال المؤسسات العمومية التابعة للدولة و ذلك في إطار تعاقد مع بداية المخطط الوطني من جهة و بداية نشاط المعهد الوطني للصحة العمومية الذي أنشأ في سنة 1964، و بصور الأمر المنظم لمهنة الأطباء و الصيادلة في سنة 1966 من جهة ثانية . أخذت الأمور تتحسن و ذلك من خلال تحسين دفع عجلة التكوين الطبي و الشبه الطبي(حاروش نور الدين ، 2008، ص135).

و كذلك صدور مرسوم رقم 69-96 المؤرخ في 09/07/1969، و المتعلق بإجبارية التلقيح ومجانيته، الذي ساهم بشكل كبير في مكافحة الأمراض المعدية من خلال التلقيح ضد الشلل ومكافحة الملاريا بداية من سنة 1965 بمساعدة منظمة الصحة العالمية.

نستنتج من خلال هذه الفترة أن الحكومة الجزائرية بذلت مجهودات كبيرة في سبيل تحقيق أهدافها المتمثلة أساسا في إنشاء نظام صحي فعال ، بحيث يستطيع إلى حد كبير تلبية حاجات المواطنين من حيث الوقاية و العلاج رغم محدودية الإمكانيات المادية و البشرية و التقنية، خاصة إذا علمنا أنها مرحلة بداية تشكيل المؤسسات السياسية و الدستورية للدولة الجزائرية، و مع ذلك نسجل عدم وجود إنصاف في توزيع الرعاية الصحية بين المناطق الحضرية و الريفية من جهة، و عدم وجود توزيع جهوي عادل بين الشمال و الجنوب من جهة أخرى، حيث تتمركز الموارد البشرية الطبية و الشبه الطبية و الهياكل القاعدية في المدن الرئيسية. أما فيما يخص القطاع الخاص كان تقريبا على الهامش و هذا لعدم اهتمام الدولة به، و حرصها على بقاء القطاع العام هو المحرك الأساسي للنظام الصحي في الجزائر.

1-2 - المرحلة الثانية 1974 - 1989:

بسبب الضغط الاجتماعي الكبير (زيادة عدد السكان) من جهة، و عودة الأمراض والأوبئة من جهة أخرى (عدم قدرة النظام الصحي القائم بإمكانياته المتواضعة من تلبية كل احتياجات العلاج للسكان)، جاء قرار تأسيس الطب المجاني سنة 1974، (الجريدة الرسمية، رقم 65/73، 1974، ص2) و هو أهم قرار اتخذته السلطة السياسية في سبيل التكفل بالطبقات الفقيرة من السكان، و هو قرار سياسي يتوافق و النظام السياسي و الاقتصادي الاشتراكي الذي سارت على نهجه السلطة السياسية في الجزائر، بحيث لا يمكن عزل أو فصل قرار مجانية العلاج عن أي سياسة اجتماعية أو اقتصادية أخرى اتخذتها السلطة في تلك الفترة .

ما ساعد السلطة السياسية في هذه الفترة على اتخاذ قرار مجانية العلاج هو ارتفاع سعر البترول، يمكن القول أن قرار مجانية العلاج هو منعرج حقيقي و نقطة بداية لوضع سياسة صحية وطنية اشتراكية المنهج.

يمكن القول أن من مميزات الخطاب السياسي في هذه الفترة، هو عزفه على وتر المصطلحات الكارزمية مثل العدل و المساواة بين جميع المواطنين في الاستعادة من العلاج و الوقاية و الرعاية الاجتماعية.

لقد سجل على مستوى السياسة الصحية خلال هذه الفترة ثلاث قرارات أساسية:

- تأسيس الطب المجاني كما جاء ذكره في هياكل الصحة العمومية ، بداية من شهر جانفي من سنة 1974 مما يسمح بتعميم استعادة المواطنين من الخدمات الصحية.

- إصلاح المنظومة التربوية و بالتحديد الدراسات الطبية من خلال تحسين نوعية التعليم والتكوين، مما يسمح بزيادة عدد الممارسين الطبيين في كل التخصصات الطبية.

- تأسيس ما يسمى بالقطاع الصحي، لتسيير النظام الوطني للصحة و ذلك بتوحيد كل وحدات العلاج الأولية المسيرة من طرف البلديات أو القطاع الشبه الطبي. (Ministère de la santé et de la population, 2003, p3)

إن تأسيس الطب المجاني في هياكل الصحة العمومية، دعمه النص الأساسي للأمم من خلال الميثاق الوطني 1976 حيث جاء فيه ما يلي: "في مجال الصحة فإن الدولة مكلفة بضمان الصحة و الحفاظ على صحة السكان و تحسينها " و كذلك من خلال قانون الصحة لسنة 1976 ، تعمل مصالح الصحة بشكل يجعلها سهلة الاستعمال لكل السكان، مع ضمان أكبر قدر من السهولة و الفعالية و ذلك بالاستجابة للاحتياجات الصحية ."

من جهة أخرى لم تتخذ الدولة نهائيا عن الطب الليبرالي الذي كان مقتصرًا على قاعات الفحص، و تسويق المواد الصيدلانية، حيث اتخذت الدولة عدة إجراءات نحو القطاع الخاص، منها القرارات المتخذة سنة 1976 التي تترك المجال مفتوحًا لممارسة الطب الحر، و الاختيار بين الوقت الكامل-plein temps- و نظام نصف الوقت، و الاختيار بين القطاع العام و القطاع الخاص، كذلك قرارات سنة 1979 الناتجة عن حركات الإضراب لسنة 1977، و ذلك بالسماح للأخصائيين العاملين بالمراكز الجامعية الإستشفائية الاختيار بين القطاع العام أو القطاع الخاص، كما تركت اللجنة المركزية أثناء دورتها سنة 1980 الباب مفتوحًا أمام الممارسة الخاصة للطب، و ذلك بالنسبة للأطباء الذين استجابوا للخدمة الوطنية.

إن المشاكل التي عرقلت عمل المنظومة الصحية في الجزائر كانت كبيرة، حيث أن الإستراتيجية الصحية المرتكزة حول المستشفى و الخدمات العلاجية، أدت إلى تهميش الرعاية الأولية و الوقاية، و كذلك الاكتظاظ و الازدحام داخل المستشفيات بالقطاع العمومي، نقص و ندرة الأدوية وأهم المشاكل على الإطلاق هو تدني الأجور لدى الأطباء و عمال القطاع ككل، مما ساهم في تدهور الأوضاع على مستوى النظام الصحي العمومي، و هذا ما أدى إلى هجرة الأدمغة خاصة الأطباء إلى الخارج أو التوجه إلى القطاع الخاص، حيث وجدوا الفرص التي تسمح لهم بالتطور و الارتقاء، لكن يبقى المواطن البسيط لا يستطيع الاستفادة من العلاج في القطاع الخاص بسبب التكلفة الكبيرة، حيث يعمل بصيغة الدفع المباشر(طابع ليبرالي). هذه الوضعية أربكت السلطة السياسية في الجزائر، مما استدعى المسؤولين بملف الصحة في أعلى هرم السلطة في ديسمبر 1980 إلى تخصيص المؤتمر الرابع للجنة المركزية لجهة التحرير الوطني فقط و هذا كاستثناء.

انطوت قرارات المؤتمر الرابع على 159 نقطة، و هي تعتبر بمثابة خطة لتطوير نظام الصحة الوطني، و هذا نتيجة وعي السلطة بدرجة خطورة وضعية النظام الصحي العمومي و الخوف من منافسة نظام صحي

ليبرالي بدأ في التطور، و تعتبر هذه القرارات ذات طابع سياسي إستراتيجي من جهة ، بحيث تعمل السلطة على المحافظة على النظام الصحي العمومي، و من جهة أخرى تضيق الخناق على القطاع الصحي الخاص و تركه على الهامش. نذكر من بين أهم القرارات التي خرجت بها اللجنة المركزية لجبهة التحرير الوطني في مؤتمرها الرابع و الخاص بإصلاح النظام الصحي الجزائري:

1 - إنشاء نظام صحي اشتراكي أو نظام قائم على الخدمة الوطنية للصحة، حيث تم إقرار إعادة تنظيم القطاع بكامله بحيث يكون موحد و متجانس، أي إلغاء قطاع الشبه العمومي "parapublic"، و ذلك بإدماج مجموع نشاطاته الصحية و الوقائية ضمن نشاطات القطاع العام، أي ارتباط المؤسسات الصحية بالحماية الاجتماعية الموجودة ضمن الحدود الجغرافية للقطاعات الصحية، ولقد طبقت هذه العملية سنة 1984 بالنسبة للهياكل و المؤسسات الموجودة (عيادات طب الأسنان و المستشفيات الصغيرة المتخصصة و عيادات طب الأطفال، عيادات الولادة و المراكز الطبية الإستشفائية).

2 - النظام الصحي جزء مدمج و مهم في التطور الاقتصادي و الاجتماعي، هذا يعني أنه لن يكون هناك تطور اقتصادي دون تطور النظام الصحي، و لذلك وجب إدراج عنصر التخطيط في تسيير هذا القطاع الحساس من خلال تخطيط الوسائل المادية و تكوين الموارد البشرية حسب الأهداف المسطرة، و كذا التخطيط للنشاطات و البرامج الصحية كبرنامج حماية الأمومة و الطفولة، برنامج تباعد الولادات و نظافة المحيط، و طب العمل.

3 - نظام صحي متعدد المشاركة الذي يجمع قطاعات معينة أو مهتمة و حتى السكان، أي دعوة كل القطاعات الأخرى للاشتراك في وضع سياسة صحية فعالة مثل قطاع الشباب و الرياضة، قطاع البيئة و الجماعات المحلية.

أما فيما يخص هياكل و مؤسسات النظام الصحي في هذه الفترة، فقد عرفت تطورا نسبيا من حيث العدد، و الجدول التالي يبين ذلك:

الجدول 15: هياكل و مؤسسات النظام الصحي للفترة 1979 - 1989.

السنوات	عدد السكان (مليون)	عدد المستشفيات	عدد الأسرة	عيادات متعددة الخدمات	المراكز الصحية	الأطباء
1979	18.3	182	44347	175	747	4561
1984	21.18	197	49280	279	869	9106
1986	22.51	238	52898	359	1025	13395
1989	24.40	275	58605	485	1238	25000

المصدر: حوصلة إحصائية 1962-2011، 2013، ص 111.

تم الاستنتاج أن هذه الفترة شهدت تشييد عدد معتبر من الهياكل الصحية وخاصة المستشفيات العمومية و الهياكل القاعدية (عيادات متعددة الخدمات و مراكز الصحة)، و ذلك لتحقيق مبدأ المساواة في الاستفادة من الرعاية الصحية و مجانية العلاج، و بهذا تراجعت نسبة الوفيات خاصة وفيات الأطفال من 180% سنة 1962 إلى 46.8% سنة 1990، و ارتفع أمل الحياة من 47 سنة في 1962 إلى 66.9 سنة في سنة 1990 (démographie algérienne N°690, 2014,p5) و هذا بفضل البرامج الوطنية للصحة (برنامج محاربة مرض السل و نقص التغذية، برنامج التلقيح الإجباري و المجاني...)، و سجلت هذه المرحلة أيضا تراجع ملحوظ للأمراض المتنقلة، أما من الناحية القانونية و التشريعية فقد تم تنظيم مهنة الطب في الجزائر عن طريق القانون رقم 85-05 المؤرخ في 26 جمادي الأولى 1405هـ الموافق ل 16 فيفري 1985 و المتعلق بحماية الصحة و ترقيتها.

لقد شهدت النفقات الوطنية للصحة في الجزائر نموا مطردا، حيث انتقلت من نسبة 1,6% في سنة 1973 إلى نسبة 3,7% سنة 1980 و 4,4% سنة 1985 من الناتج الداخلي الخام (PIB) و نسبة 6,0% في سنة 1988 و أخيرا وصلت إلى نسبة 5,4% من الناتج الداخلي الخام في سنة 1989، في حين تطورت ميزانية قطاع الصحة بنسبة 9.61% خلال 12 سنة (1974 - 1987) و شهد الاقتصاد الوطني نموا وصل إلى 5% فقط خلال نفس المدة الزمنية.

أما تمويل ميزانية النظام الصحي تتبين من خلال الجدول التالي:

الجدول 16: نسبة النفقات الوطنية للصحة خلال 1980-1989.

السنوات	1980	1985	1988	1989
ميزانية الدولة	29.3	17.9	20.0	19.9
الضمان الاجتماعي	39.9	57.2	60.3	60.2
السكان	26.0	24.0	18.6	18.7
مساهمات اخرى	5.4	2.3	1.1	1.1

Source : zine barka mohamed, Démographie, dépense d'éducation et de santé.1991

كما هو مبين من خلال الجدول أن ميزانية الدولة بالنسبة للنفقات على النظام الصحي العمومي، في تراجع مستمر بينما مساهمة الضمان الاجتماعي في ارتفاع، و يعود هذا التراجع إلى نقص الموارد المالية الكافية لتغطية التكاليف المرتفعة.

3-1 - المرحلة الثالثة 1989 - 1999:

عرفت الجزائر خلال هذه العشرية أزمة اقتصادية مما تسبب في حالة أمنية متدهورة و غير مسبوقه، و عدم الاستقرار في كل المجالات ما نتج عنها تخريب بعض الهياكل و البني التحتية التربوية، التجارية، الصناعية و الهياكل الصحية مما جعلها خارج الخدمة، فضلا عن استئحال ظاهرة البطالة و المحسوبية و بروز طبقة برجوازية طفيلية تمكنت من جمع ثروات مالية ضخمة يصعب جمعها في نظام حر إلا بمرور أجيال. (O M S, 2003, P1)

مع ذلك فقد عرفت هذه الفترة إعادة تنظيم قطاع الصحة عن طريق إصدار مراسيم تنفيذية و التي سمحت بإنشاء الوحدات الصحية الضرورية لإضفاء أكثر إنسانية على الهياكل الإستشفائية الوطنية و عصرنتها و إضفاء نجاعة أكبر عليها. فمعظم هذه المراسيم قد تمت في الفترة ما بين 1993 و 1996، نذكر منها المرسوم التنفيذي رقم 93-05 و المؤرخ في 2 جانفي 1993 و المتعلق بإعادة تنظيم المعهد الوطني للصحة العمومية. كما طرأ تحول كبير على الصعيد الاجتماعي في الجزائر على كل المستويات: (بيدان مولود ، 2005، ص 349)

- على المستوى الصحي: فقد تمثل التحول في عودة بعض الأمراض و الأوبئة المتنقلة عن طريق المياه، و ظهور الأمراض المزمنة كالسكري و أمراض القلب والتنفس، و يعود هذا الوضع إلى قلة النظافة العمومية و تدهور السكنات و توسع رقعة الفقر بالإضافة إلى نقص التغذية عند بعض الطبقات الاجتماعية، و كذا التغيرات المناخية.

- على المستوى الاقتصادي و الاجتماعي: كان التحول راجعا إلى ضعف الدخل و حجم المديونية الكبير بحيث تراوح من 37,28 مليار دولار سنة 1990 إلى 72,25 مليار دولار سنة 1993 ليصل إلى 47,30 مليار دولار سنة 1998.

هذه العوامل أدت إلى تدني المستوى الاجتماعي، كنفص توفير العمل وبالتالي ارتفاع نسبة البطالة بسبب تقليص الدولة من النفقات العمومية، بما في ذلك الإنفاق على الصحة العمومية. إن نقص الموارد المالية قلص من أداء القطاع العام للصحة في مواجهة الطلب على الخدمات الصحية و الإستشفائية، خاصة مع تدهور قيمة العملة الوطنية، حيث بات موضوع اقتناء الأدوية و الأجهزة الطبية من أصعب أدوار قطاع الصحة في الجزائر، و على إثر ذلك جاء قرار سياسي عبارة عن منشور وزاري في 1995 والمتعلق بمساهمة المرضى في تسديد نفقات الإيواء و الإطعام في الوسط الإستشفائي، (وزارة الصحة و السكان، قرار 1995/01، رقم 01) و جاء في قانون المالية لسنة 1993 أنه بداية من هذه السنة تتولى الدولة التكفل بالوقاية و البحث و بالمعوزين، أما باقي العلاجات فتكون وفق نظام تعاقدى بين المؤسسات الإستشفائية و هيئات الضمان الاجتماعي.

أما فيما يتعلق بالتغطية من حيث الهياكل الصحية لسنة 1998 فيمكن الاستدلال على ذلك من خلال

الأرقام التالية: (Ministère de la santé, Direction de la planification, 1999, p.8.)

- 02 سرير لكل 1000 نسمة.
- 01 عيادة لكل 60731 نسمة.
- 01 مركز صحي لكل 25454 نسمة.
- 01 قاعة علاج لكل 6667 نسمة.

من خلال وزارة الصحة للتذكير فإنه من بين 4862 سرير و الخاصة بعيادات الولادة نجد أن 654 سرير غير مستعملة ، أما بالنسبة للعيادات المتعددة الخدمات فنجد من بين 482 عيادة 06 عيادات غير مستعملة، و نجد من جهة أخرى عدد 610 قاعة علاج من بين 4390 قاعة غير مشغلة ، أي نسبة 13% من هذه الهياكل، و يعود هذا أساسا إلى الأسباب الأمنية التي عرفتها البلاد في العشرية الأخيرة إذ أن أغلب قاعات العلاج موجودة في المناطق الريفية النائية .

أما بشأن المؤشرات الصحية لهذه الفترة فهي كما يلي: (O.N.S, AQC, 2001, p 07)

- معدل الولادات 21,02% .
- معدل الوفيات العامة 5.82% .
- معدل وفيات الأطفال 53.35% .
- متوسط أمل الحياة 71.65 سنة .

في حين كان تطور عدد المستخدمين كما يلي: (O.N.S, A.Q.C, 2001 N°31)

- عدد الأطباء الجزائريين 29970 .
- عدد أطباء الأسنان 7954 .
- عدد الصيادلة 4299 .
- عدد التقنيون السامون 43901 .
- عدد أعوان الصحة 12953 .

أي ما يعادل :

- طبيب واحد لكل 987 نسمة.
- طبيب أسنان واحد لكل 3710 نسمة.
- صيدلي واحد لكل 6864 نسمة.

و يمكن إحصاء عدد الهياكل المسجلة في هذه الفترة على النحو التالي: (د.و.إ، حوصلة إحصائية 1962-

2011 ، 2013 ص 111)

- عدد المستشفيات 245 .
- عدد الأسرة 53529 .
- عدد العيادات المتعددة الخدمات 478 .
- عدد المراكز الصحية 1126 .
- عدد عيادات الولادة 433 .
- عدد قاعات العلاج 3780 .

أما ما يخص التجهيزات الطبية فكانت تسجل بها أعطال كثيرة حيث وصلت إلى ما يزيد عن 20% و مرد هذا إلى تقليص الغلاف المالي للصيانة و التجهيز. سواء في المال أو التجهيزات رافقه انتشار الأمراض، و التي هي مؤشر واضح عن وجود تدني في المستوى الصحي للسكان و ظهور الأمراض المسماة بأمراض الفقر، و قد سجل في أواخر هذه الفترة حسب الديوان الوطني للإحصاء لسنة 1999

الحالات المرضية التالية: (O.N.S, A.Q.C, 2001 N°31)

- مرض التيفويد سجل 2767 حالة.
- مرض الحصبة سجل 3132 حالة.
- الحمى سجلت 3250 حالة.

عملت وزارة الصحة على إنشاء هياكل الدعم لمؤسسات النظام الصحي وهذا من أجل مراقبة تحسين الأداء داخل مؤسسات الصحية العمومية و يمكن حصر هذه الهياكل كما يلي:

- في سنة 1993 تم إنشاء المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية الدائمة لكل أنواع الأدوية قبل طرحها في السوق (LNCPP)، وهذا من أجل المراقبة.
- في سنة 1994 تم إنشاء الصيدلية المركزية للمستشفيات الصحية بالمنتجات الصيدلانية (PCH)، و هذا لضمان تمويل المؤسسات.
- في سنة 1995 تم إنشاء الوكالة الوطنية للدم (ANS)، و هذا لتطبيق السياسة الوطنية للدم، و في نفس السنة تم إنشاء الوكالة الوطنية للإعلام الصحي و الاتصال في المجال الصحي (ANDS)، التي تتكفل بتطوير الإعلام .
- في 1996 تم إنشاء المعهد الوطني البيداغوجي للتكوين الشبه الطبي بالتعليم و التكوين و البحث في المجال الشبه الطبي (INFPF) ، و ذلك للتكفل للتكوين الطبي .
- في 1998 تم إنشاء المركز الوطني لمراقبة الوسائل و المنتجات الصيدلانية (CNPM). و أيضا إنشاء المركز الوطني للتسمم أخطار التسمم (CNT) و هذا للتكفل بدراسة و تقويم كل ما يخص هذه الأخطار.

رغم الجهود المبذولة من طرف الحكومة في سبيل تطوير قطاع الصحة، و تحسين الخدمات في مجال الرعاية الصحية بالنسبة للمواطنين، إلا أن ذلك لم يغير في الوضع المزري الذي أصبح يعيشه قطاع الصحة

في الجزائر، حيث أصبحت مديونية المستشفيات مرتفعة جدا مما يعيق عمل هذه الأخيرة، و هذا ناتج عن سوء التخطيط و التسيير المصاحب لعدم عقلانية الإنفاق العام، و الاستعمال العشوائي للموارد المرصودة، و غموض العلاقة بين النظام الصحي و قطاع الضمان الاجتماعي.

1-4 - المرحلة الرابعة 1999 - 2009:

تعتبر هذه المرحلة، مرحلة تجديد الثقة في استرجاع الأمن و الاستقرار للجزائر بعد عشرية دامية أدت إلى إضعاف مؤسسات الدولة مما منعها من القيام بالدور المنوط لها دستوريا، و هو حماية المواطن و توفير الاحتياجات اللازمة لأفراد المجتمع في شتى المجالات، و قطاع الصحة أحد هذه المجالات التي أولتها الدولة الاهتمام الكبير.

و لقد تم في بداية هذه الفترة وضع خريطة صحية وطنية تهدف إلى تقليص الفوارق بين المناطق و مراعاة الخصوصيات و الحاجات الملحة لكل جهة و معالجة الاختلال في التنظيم و التنسيق.

و يهدف البرنامج الحكومي في هذا المجال كذلك، إلى تهيئة الموارد البشرية من خلال التكوين الأساسي و التكوين المستمر، و من أجل ترقية القطاع و الرفع من أداء المؤسسات الطبية و تحديثها لاستيعاب الطلب المتزايد للمواطنين على الخدمات الصحية المقدمة، مع تشجيع القطاع الخاص.

و لتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة للمواطن، عملت الحكومة أيضا على تطبيق سياسة جديدة في مجال توزيع الأدوية، تهدف إلى تشجيع الأدوية المماثلة و تقديم الدعم للأدوية الضرورية الخاصة بالأمراض المزمنة و الخطيرة، كما عملت على تقوية تجهيزات المستشفيات الجهوية من أجل تخفيف الضغط على المراكز الإستشفائية الجامعية و فتح أقطاب طبية جديدة، و على تعزيز تدبير النظام الصحي في مجال الوقاية و الطب الإستشفائي .

إن تطبيق الخريطة الصحية الجديدة ساهمت في تعزيز الهياكل الصحية بجميع أنواعها، أدت إلى تقريب الصحة من المواطن، كما ساهم القطاع الخاص في تحسين هذه الوضعية، حيث وصل عدد العيادات إلى 286 عيادة خاصة و عدد الأطباء الخواص إلى 5095 طبيب أخصائي و 6205 طبيب عام، أما عن الإعتمادات الموجهة إلى القطاع الصحي لتحقيق أهداف الألفية المحددة من طرف منظمة الأمم المتحدة، فقد شهدت تطورا مستمرا، حيث بلغت نسبة 76,70% في مشروع قانون المالية لسنة 2008 مقابل 58% خلال سنة 1999 (براحو فافة سهيلة، 2009، ص 115.116).

أما بالنسبة لتوزيع نفقات الصحة العمومية فان نسبة 42,08% تأتي من ميزانية الدولة ، في حين يساهم صندوق الضمان الاجتماعي بنسبة 28,04% ، وما تم إنجازه خلال السنوات الأخيرة من حيث عدد الأسرة يمثل ربع ما أنجز خلال 46 سنة ، حيث بلغ 61779 سرير دون إدخال في الحسابان القطاع الخاص و هذا سنة 2010. (د.و.إ.، ح.إ. 1962-2011، نشرة 2013، ص 112)

تدل نتائج الدراسات التي قام بها المركز الوطني للدراسات و تحليل السكان والتنمية (CENEAP) أن معدلات الفقر في الجزائر سجلت انخفاضا خلال السنوات الأخيرة، و اعتمدت هذه الدراسات على عينات من عائلات يفوق دخلها 2 دولار للفرد في اليوم، أما عن نسب الفقر العالية فهي تخص المناطق الريفية.

كما شهدت الجزائر الانتقال الوبائي، حيث تم القضاء بصفة نهائية على معظم الأمراض المتنتقلة(الجدام، الحصبة،الدفتيريا، و مرض السعال الديكي) ، أما عدد حالات مرض السل فقد بلغ حسب إحصائيات منظمة الصحة العالمية في 2007 حوالي 8439 حالة، و ظهور الأمراض المزمنة مثل أمراض القلب، السكري، ارتفاع ضغط الدم و السرطان، حيث تبين أن نسبة 10,5% من السكان مصابون بهذه الأمراض في مقدمتها أمراض ارتفاع ضغط الشرايين بنسبة 4,38% و تليها أمراض السكري بنسبة 2,10%. (منظمة

الصحة العالمية، التقرير الخاص بالصحة في العالم 2007، ص 16)

أما فيما يخص المؤشرات الصحية لسنة 2008 فهي كالتالي: (démographie algérienne 2014, p 05)

- معدل الوفيات العامة 4.42‰.
- معدل الولادات 23.62‰.
- معدل وفيات الأطفال 25.5‰.
- أمل الحياة 75.6‰.

أما عن الهياكل الصحية العمومية فقد بلغت حسب إحصائيات 2008: (A.Q.C, 2012, N°42 p 23)

- المستشفيات العمومية : 265 بعدد 60532 سرير.
- عيادات الخاصة بالأمومة: 419 عيادة.
- العيادات المتعددة الخدمات: 1419.
- قاعات العلاج: 5077.
- الصيدليات: 506.

الهياكل الصحية للقطاع الخاص: (حوصلة إحصائية، 1962-2011، ص 112)

- العيادات الطبية المتخصصة: 5621.
- العيادات الطبية العامة : 6202.
- عيادات طب الأسنان : 4717.
- الصيدليات: 7509.

تطور عدد المستخدمين في القطاع العام: (A.Q.C, 2012, N°42 p23)

❖ عدد الأطباء: 34802 طبيب أي 01 طبيب لكل 721 ساكن.

❖ أطباء الأسنان: 5846 طبيب أي 01 لكل 3248 ساكن.

تطور عدد المستخدمين في القطاع الخاص: (A.Q.C, 2012, N°42 p 23)

• عدد الأطباء: 13193 طبيب.

• أطباء الأسنان: 4803 طبيب.

أما في مجال التغطية بالأدوية ، فقد عملت الدولة على تشجيع الإنتاج المحلي للأدوية من خلال إلزام الموزعين الأجانب بالاستثمار محليا و كذا بواسطة منع استيراد الأدوية التي يسمح الإنتاج المحلي بتغطية الطلب الوطني عليها، و تشجيع استعمال الأدوية الجنيسة.

1-5- المرحلة الخامسة 2010-2014:

استفاد قطاع الصحة من غلاف مالي يقدر ب619 مليار دج في إطار برنامج الاستثمارات العمومية للفترة الممتدة بين 2010-2014 المصادق عليه من طرف مجلس الوزراء المنعقد يوم 24 ماي 2009 و سيخصص هذا المبلغ لإنجاز 172 مستشفى و 45 مركب متخصص في الصحة و 377 عيادة متعددة الاختصاصات و 1000 قاعة علاج و 17 مدرسة للتكوين الشبه طبي و أكثر من 70 مؤسسة متخصصة لفائدة المعاقين. (بيان اجتماع مجلس الوزراء المنعقد، 2010)

تصنف العمليات الخاصة بقطاع الصحة المدرجة ضمن البرنامج الخماسي 2010-2014 حسب الأولويات التي تستهدف التقليل من الفوارق الصحية بين الولايات من خلال ضمان العلاج المتخصص عن طريق إنجاز معاهد و مستشفيات أو مؤسسات إستشفائية متخصصة و هياكل جوارية متخصصة حسبما جاء في برنامج العمل لوزارة الصحة و الإسكان و إصلاح المستشفيات للفترة الممتدة بين 2009-2010.

كما يشمل البرنامج الخماسي تحسين الاستعادة من العلاجات الأولية و الثانوية مع العلم أنه من الضروري توفير 254 عيادة متعددة التخصصات و 34800 سرير في أفق 2015.

تجدر الإشارة إلى أن هياكل إستشفائية متعددة موزعة عبر الوطن سنة 2015 قدرت بـ 15 مركز استشفائي جامعي و مؤسسة استشفائية جامعية واحدة و 9 مؤسسات استشفائية و 75 مؤسسة استشفائية متخصصة و 200 مؤسسة عمومية استشفائية (AQC 2015, 2017, n 47. p26).

و يعزز هذا النسيج الإستشفائي هياكل على مستوى المؤسسات العمومية للصحة الجوارية البالغ عددها 271 و التي تشرف على تسيير 1659 عيادات متعددة التخصصات تتوفر على 3889 سرير و 5762 قاعة علاج. 415 دور الأمومة.

كما قدرت القروض المالية لسنة 2009 الخاصة بالتسيير 80% و التجهيز 20% للقطاع العمومي للصحة بمجموع 222 مليار دج من بينها 38 مليار دج من مساهمات الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي وبصفة عامة تم مضاعفة القروض المالية المخصصة للقطاع العمومي للصحة بـ 4 مرات خلال الفترة الممتدة بين 2000 - 2009.

ترجمت آثار هذه الجهود بتكفل أفضل للقطاع الذي يسجل تطورا مستمرا في المؤشرات الصحية حيث بلغ معدل الحياة عند الولادة خلال سنة 2007 ب 75.5 سنة ليصل إلى 77.1 سنة 2015 "ليضعنا في معدل الدول المتطورة". (démographie algériens 2015, p 05).

كما سجل عدد الأطباء مقارنة مع السكان في الححص الوطني خلال سنة 2009: (A.Q.C, 2012, P 22):

- بطبيب عام واحد لكل 677 نسمة
- صيدلي ل 4148 نسمة
- طبيب أسنان جراح لكل 3167 نسمة
- شبه طبي واحد لكل 3118 نسمة.

أما فيما يخص علاج الأمراض تم تسجيل " انخفاض معتبر " في الأمراض المتنتقلة و انتشار الأمراض غير المعدية (المزمنة) و التي تمثل حاليا 60% من أسباب الوفاة مقابل 30% من الأمراض المتنتقلة و 10% للوفيات العنيفة. (BRAHAMIA Brahim, MEKALT Khoukha ,2011)

كما نجد أن هناك تراجع معتبر في معدل الوفيات يصاحبه ارتفاع في معدل المواليد مع تطور في أمل الحياة و هو أكثر وضوحا في الجدول التالي:

الجدول 17: تطور المؤشرات الصحية من سنة 2010 إلى 2015 .

السنوات	2010	2011	2012	2013	2014	2015
معدل المواليد ‰	24.68	27.78	26.08	25.14	25.93	26.03
معدل الوفيات العامة ‰	4.37	4.41	4.53	4.39	4.44	4.57
معدل وفيات الاطفال الاقل من سنة ‰	23.7	23.1	22.6	22.4	22	22.3
معدل وفيات الأطفال الاقل من 05 سنوات ‰	27.5	26.8	26.1	26.1	25.6	25.7
أمل الحياة	76.3	76.5	76.4	77	77.2	77.1

المصدر : الديوان الوطني للإحصائيات، ديمغرافيا الجزائر 2014، 2015.

2- الهياكل الصحية للقطاع الخاص :

لقد شهدت الخدمات الصحية للقطاع الخاص تغيرات وتحولات عديدة منذ الاستقلال إلى يومنا هذا حيث بدأ يتوسع منذ 1969 و ذلك بتوسيع المدن الحضرية وتمركز الاستثمارات الصناعية و الاجتماعية في المدن. فلقد كان هذا القسم مهماً و معطلا لفترة طويلة من الزمن فلم تظهر أهميته إلا بعد أن عرف القطاع العام مشاكل عديدة وهذا راجع إلى عجز الدولة عن تلبية الطلب المتزايد على الخدمات الصحية من قبل الأفراد، فضعف مردودية القطاع العام هو أكثر العوامل التي ساهمت في تطور القطاع الخاص، فلقد خرج من قوقعته عن طريق إصلاحات 1990 أين أصبح مكملاً للقطاع العمومي حيث يعملان من أجل أهداف موحدة إذ تم تسجيل عدد كبير من الأطباء والأخصائيين الذي انتقلوا من القطاع العام إلى الخاص بنسبة

تفوق 110% خلال العشر سنوات الأخيرة بحيث بلغ عدد الأطباء و الأخصائيين في القطاع الخاص 15000 مقابل 7240 في القطاع العمومي سنة 1991.

كما أشارت التقارير على أن 44% من الأطباء و الأخصائيين و 34% من المتخصصين في الطب العام يمارسون نشاطاتهم في القطاع الخاص، وإن هذه النسب هي في تزايد مما يفيد باحتمال حدوث نزيف في القطاع الصحي العمومي نتيجة للنقائص العديدة التي يعاني منها القطاع.

الجدول 18: تطور عدد الممارسين (عمال السلك الطبي) في القطاع الخاص 1997-2015.

السنة	1997	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2013	2015
الأطباء	8195	8699	10325	11401	11982	12489	13193	14255	15911	18478
جراحو الأسنان	2764	2901	3346	3747	3987	4728	4803	5223	5587	6384
الصيدالة	3604	3948	4587	4995	5860	7009	7513	8329	9520	9974

Source: Algérie en quelque chiffre, Édition 2000,2013,2015.

3- مصادر و أنظمة تمويل القطاع الصحي في الجزائر:

يتم تمويل الإنفاق على الخدمات الصحية من توليفة من الأموال العامة و الخاصة و الخيرية بالرغم من أن المعدلات تختلف كثيرا، كما تختلف الشروط المرتبطة بكل مصدر فإن الخصائص المحددة لها وطبيعة إدراك الناس للمخاطر الاجتماعية، والتكاليف المرتبطة بها تجعل ترك استهلاك الخدمات الصحية لآليات السوق فقط أمرا غير مرغوب فيه. وسواء كانت قائمة التمويل تدار من خلال نظم حكومية، أو تقدم من خلال نظام السوق مع وجود شبكة الضمان الاجتماعي، فالحكومة تتدخل كثيرا في تنظيم تقديم الخدمات الصحية من خلال منشآت صحية تديرها الحكومة.

أما بالنسبة للجزائر فتعرف المنظومة الصحية محدودية في تسخير الموارد المالية الإضافية لضمان التكفل بالطلب المتزايد و الناتج أساسا عن التحولات الديمغرافية و المرضية التي تعرفها بلادنا، كما تعرف احتياجات السكان نموا وتنوعا بالنظر إلى تطور مستويات المعيشة، التطور التكنولوجي في المجال الطبي وتدفق المعلومات ، كل ذلك جعل الأفراد أكثر إلحاحا في طلب العلاج و تحسين نوعيته و خلاصة القول أن النظام الحالي لتمويل الصحة العمومية في الجزائر مبني على ثلاثة معايير أساسية وهي:

- مساهمة الدولة.

- الضمان الاجتماعي.

- الأسرة.

و على هذا الأساس ارتأينا التطرق إلى:

- نظام التمويل من 1962 إلى 1974.

- نظام التمويل من 1974 (أي نظام التمويل بعد إحداث الطب المجاني) إلى يومنا هذا.

- تشخيص نظام التمويل للقطاع الصحي عبر التطرق إلى مختلف النقاط الإيجابية والسلبية

التي يتضمنها النظام مع ضرورة التفكير في مصادر جديدة للتمويل في المستقبل.

3-1- نظام التمويل 1962-1974:

لقد تميز نظام التمويل خلال هذه الفترة بضعف الوسائل وهذا راجع إلى الوضعية الصحية التي كانت تعيشها البلاد حيث أنها كانت تسعى إلى إعادة تنشيط الهياكل الصحية الموروثة عن الاستعمار هذا ما جعل من نسبة الإنفاق على الخدمات الصحية ضئيلة حيث أنها لم تكن تتجاوز 1.5% من الناتج القومي الخام. وعلى العموم فقد تميزت هذه الفترة بثلاثة مصادر أساسية للتمويل،

أ- الفرع الأول التسبيقات:

التسبيقات هي عبارة عن مساهمة الهيئات العمومية أي الدولة و الجماعات المحلية و التي كانت تقدر بحوالي 60% و قد كان الأشخاص المستفيدون من هذه المساعدات الطبية المجانية متشككين في معظمهم من الأشخاص المعوزين و بالتالي فنتيجة هذه الوضعية أن الأشخاص المرضى المعنيين بهذا الإجراء و الذين كانوا يمثلون نسبة كبيرة من المواطنين لم يستفيدوا بصورة جيدة من العلاج ، حيث كانت النفقات الصحية التي تصرف علي هؤلاء المرضى تسدى إلى المؤسسات الصحية حسب النسب التالية: (المرسوم رقم 01-74 المؤرخ في 16-01-1974)

- 85 % من طرف الخزينة العامة.
- 15 % من طرف صندوق التضامن للدوائر و البلديات.
- 8 % لحساب الدوائر .
- 7 % لحساب البلديات.

ب- الفرع الثاني عائدات تسديد المصاريف:

الضمان الاجتماعي يتحمل 30% من النفقات الإجمالية للهيئات العمومية لصالح المنخرطين (المؤمنين و ذويهم)، و تحسب هذه التسبيقات على أساس التسعيرة (تعتمد على سعر اليوم) المحدد سنويا من طرف السلطات العمومية.

ج- الفرع الثالث الموارد الخاصة :

تأتي هذه المساهمة من قبل أصحاب المهن الحرة الذين لا يخضعون لأي نظام تأمين مقابل علاجهم (كأصحاب الأعمال الحرة، التجار، الحرفيون...الخ). فبعد التكفل بهذا النوع من المرضى من قبل الهيئات

العمومية يقوموا بدفع نفقاتهم مباشرة عند مغادرة المؤسسة الصحية ، و قد كانت تمثل هذه المساهمة حوالي 10% من النفقات العامة للصحة.

رغم أن نظام التمويل السائد خلال تلك الفترة قدم مجموعة من المزايا فيما يخص التسيير المالي، إلا أنه و بالمقابل كان له جملة من العراقيل و التي تمثلت في تراكم حجم الديون العامة الغير مغطاة، إضافة إلى الحواجز المالية التي حالت دون تلبية حاجيات المواطنين. كل هذه الأوضاع كانت دافعا للسلطات العامة نحو التفكير في نظام جديد لتمويل الهياكل الصحية بالجزائر.

3-2- نظام التمويل من 1974 إلى يومنا هذا:

إن تطبيق مجانية العلاج سنة 1974 رافقه مواجهة عميقة لأساليب تمويل المؤسسات الصحية حيث تم استبدال السعر اليومي بإجراء جديد يتمثل في الميزانية العمومية، فلقد سمح هذا الإجراء الجديد بإزاحة الحواجز المالية أمام المرضى من أجل تلبية احتياجاتهم الصحية.

بحيث أصبحت تمنح للمؤسسات الصحية ميزانية إجمالية في شكل جزافي (تحدد عن طريق

قانون المالية) أين تحتوي على ثلاثة مصادر أساسية للتمويل.

- مساهمة الدولة.
- مساهمة صندوق الضمان الاجتماعي.
- مساهمة الأسرة.

3-2-1- مساهمات الدولة:

لقد كان النظام الساري لتمويل الهياكل الصحية إبان الاستقلال يعتمد على المساهمة العمومية من طرف الدولة و الجماعات المحلية ، حيث كانت تقدر بـ 60% من مجموع النفقات الصحية ، إلا أن إحداث الدولة

للطب المجاني في سنة 1974 و إلغاء نظام التسعيرة الاستشفائية فإن مساهمة الدولة أصبحت تحدد بصفة جزافية، و نشير على أن الجماعات المحلية التي كانت تساهم بنسبة 5%. أعفيت من التمويل ابتداء من سنة 1980 وهو ما يعني خسارة أحد موارد التمويل، و بالتالي فمساهمة الدولة في تمويل قطاع الصحة خلال هذه الفترة قد أصبحت تقارب نسبة 76.5%.

تعتبر مساهمة الدولة في تمويل قطاع الصحة خلال السنوات الأولى لمجانية العلاج جد مهمة و لكن بدأت في التناقص خلال الفترة ما بين 1979-1988 أي بحلول الأزمة الاقتصادية التي بدأت في الظهور منذ منتصف الثمانيات و كذا نتائج إعادة الهيكلة التي طبقتها الجزائر بدعم من الهيئات و المؤسسات الدولية، كل هذه الأمور شكلت عائق أمام تجنيد الموارد اللازمة لتمويل القطاع الصحي حيث انخفضت نسبة مساهمة الدولة في تمويل هذا القطاع إلى أقل من 20% سنة 1989. و نشير أن هذا التناقص في إعانات الدولة لم يدم طويلا حيث لوحظ انقلاب في نسبة المساهمة ابتداء من سنة 1993 و الذي تأكد خلال العشرية الأخيرة أين تراوحت نسبة مساهمة الدولة في قطاع الصحة من 59% إلى 83% (المرسوم التشريعي رقم 93-18، المؤرخ في 29-12-1993)، و لعل ذلك مرده للعجز الدائم الذي أصبح يعاني منه صندوق الضمان الاجتماعي، كما ساهمت الوضعية المالية الجيدة التي تعيشها البلاد نتيجة ارتفاع في أسعار البترول إلى تزايد نسبة الاعتمادات المخصصة لقطاع الصحة خاصة مع تزايد الطلب على العلاج من قبل الأفراد. و الجدول التالي يوضح أكثر مدى مساهمة الدولة في تمويل قطاع الصحة.

الجدول 19: تطور مساهمة الدولة في تمويل قطاع الصحة 2000-2011.

السنوات	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2008	2009	2010	2011
المساهمات %	37.8	44.1	39.6	42.5	39.3	43.2	54.4	55.1	48.2	49.9	50.4

Source :Brahim BRAHAMIA, Khoukha MEKALT,2011

3-2-2- مساهمات صندوق الضمان الاجتماعي:

يعتبر تمويل الصحة في الجزائر عن طريق الضمان الاجتماعي من أهم النقاط الواجب التطرق إليه نظرا لوزن الضمان الاجتماعي كعمول رئيسي.

لقد تأسس الضمان الاجتماعي في الجزائر في سنة 1949 نتيجة لتوسع شريحة العمال ، حيث أنه تكفل منذ الاستقلال بالنفقات الصحية لفئة من الأشخاص المؤمنين اجتماعيا و ذويهم (العمال، الأجراء، الموظفين و غيرهم) من خلال نمط التأمين على المرض و الذي يعتمد على سعر اليوم الاستشفائي الذي كان يحدد سنويا ب 30% من النفقات الإجمالية لهيئات الصحة العمومية. (صغير أمال، 2004، ص 05)

لقد عرف نظام الضمان الاجتماعي إبان الاستقلال فائض مالي يعود إلى عدة عوامل:

- الحفاظ على التعريف الضعيفة لتسديد النشاطات الطبية التي كانت تتم في القطاع الخاص فعدم احترام التسعيرة من طرف الأطباء ترك الأفراد يدفعون نفقات تفوق ما يتم تسديده من طرف صندوق الضمان الاجتماعي (فهذا الأخير كان يسد 80 % فقط من قيمة المدونة).
- عدم قدرة المستشفيات على تقديم الفواتير المتعلقة بالنفقات الطبية التي يتحملها الضمان الاجتماعي.
- ضمان حق المؤمن يستلزم جملة من الإجراءات و نظرا للمستوى التعليمي الضعيف الذي كان سائدا آنذاك ،فعدد قليل من العمال كانوا يستفيدون من تسديدات الضمان الاجتماعي.

رغم المراحل الصعبة التي مر بها الضمان الاجتماعي حيث أنه في 1963 تم إيداع أمواله لندي الخزينة العمومية لأن البنوك آنذاك كانت أجنبية.

في 1971 عن طريق سياسة تجميد الادخار التأسيسي قامت الخزينة العمومية باقتراض كل الأموال الاحتياط المتاحة.

في سنة 1972 تم استبدال التسعيرة الفردية للنفقات الطبية بالنفقة الجزافية، لكن بإحداث السلطات العمومية لمجانبة العلاج في القطاع العمومي سنة 1974، و الذي كان من بين آثاره اعتماد نظام التمويل الاستشفائي الجزافي بالنسبة للمؤسسات الصحية و هذا بالضرورة تغيير طبيعة العلاقة السائدة بين الضمان الاجتماعي و المؤسسات الصحية. و قد تزامن إنشاء هذا النظام مع توسع القاعدة الاجتماعية و المالية للضمان الاجتماعي نتيجة تزايد عدد المؤمنین اجتماعيا من 1208854 سنة 1973 إلى 3000000 سنة 1984 أي بزيادة سنوية بمعدل 20% و عليه فقد تطور فائض الصندوق من 25 مليون دج إلى 1493 مليون دج سنة 1980، و بالتالي مساهمة الضمان الاجتماعي في تمويل المؤسسات الصحية قد تأكدت يوما بعد يوم فبعدها كانت مساهمته لا تتعدى 23.5 % في قطاع الصحة لسنة 1974 أصبحت تفوق 40% حيث وصلت سنة 1983 إلى 49% و في 1989 إلى 60%.

الجدول 20: تطور مساهمة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في تمويل قطاع الصحة بالجزائر

2000-2011.

السنوات	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2008	2009	2010	2011
الضمان %	35.5	33.3	35.7	34.9	33.2	31.6	26.7	31.0	31.1	30.0	31.6

Source : Brahim BRAHAMIA, Khoukha MEKALT, 2011

3-2-3- مساهمات العائلات:

رغم أن هذا المصدر غير هام لتمويل الصحة لكنه سرعان ما تطور برفع الحواجز أمام الخواص في مجال الصحة، فهذه الحالة تفسر بالتجاوزات في التعريفات الطبية من طرف القطاع الخاص لأن هذا الأخير لم يحترم التسعيرة الرسمية و لا يوجد أي جهاز يقوم بمراقبة هؤلاء الأطباء أضف إلى ذلك زيادة

الأسعار المدونة فهناك العديد من العائلات الغير مؤمنة ، و بالتالي هي مجبرة على تحمل النفقة كليا، و البعض الآخر منهم لا يطالب بالتعويض من طرف صندوق الضمان الاجتماعي كما توجد ظاهرة أخرى و هي تخص التداوي من دون اللجوء للطبيب من خلال شراء الأدوية من دون وصفة طبية. و على العموم تبقى مساهمة الأسرة في تمويل القطاع الصحي بالجزائر مساهمة معتبرة ، خاصة خلال السنوات الأخيرة أين وصلت نسبة مساهمة الأسرة في تمويل القطاع الصحي إلى 24.7 % سنة 2006. (Brahmia Brahim, 2008, p37)

الجدول 21: تطور مساهمة العائلات في تمويل قطاع الصحة 1990-2011.

السنة	1990	1991	1992	1993	2005	2006	2008	2009	2010	2011
التمويل %	29	25.6	27	27.6	25.2	24.7	13.9	20.7	20.1	18.1

Source : Brahim BRAHAMIA, Khoukha MEKALT ,2011

إن إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر أصبح أكثر من ضروري في الوقت الحالي وذلك بالنظر إلى مجمل الاختلالات المسجلة في مجالات التسيير، وضعف التكامل بين القطاعين العام والخاص. لكن بالرغم من التطور السريع الذي حققه قطاع الصحة في الوقت الراهن، إلا انه تبقى مسألة التمويل محور الإصلاحات المعتمدة، وعلى هذا الأساس سوف نحاول التطرق إلى بعض النقاط الايجابية وكذا السلبية التي تخص جانب التمويل لهذا القطاع.

4- ايجابيات و سلبيات نظام تمويل الصحة:

4-1- ايجابيات نظام تمويل الصحة:

- إن نظام التمويل الجزائري عن طريق الضمان الاجتماعي له جانب ايجابي من حيث الطابع التضامني في التكفل بالعلاج لشرائح كبيرة من المجتمع بغض النظر عن التعريف الاجتماعية وبالتالي يمكن الاحتفاظ بهذا النمط مع تكيفه بمنظومة متكاملة الجوانب.
- كما أن هذا النمط من التمويل والذي يعتمد بالدرجة الأولى على الدولة كممول رئيسي للقطاع، فهو يضمن بقاء الجانب الإستشفائي في إطار التضامن الوطني وبالتالي المحافظة على الحد الأدنى للتوازن على المستوى الاجتماعي ، وهذا من خلال إشراف السلطة العامة على التخطيط والتنظيم لمختلف البرامج.
- كما أنه من بين المحاور الأساسية التي يعني بها قطاع الصحة وهو قضية البحث عن مصادر جديدة لتمويل القطاع، وهذا من خلال التفكير في فرض رسوم على النشاطات المضرة بصحة المواطن.

4-2- سلبيات نظام تمويل الصحة:

- تراجع ميزانية القطاع الصحي خاصة خلال الفترة الممتدة من 2001 إلى 2005 حيث أنها كانت تمثل 4.1% من الناتج الداخلي الخام لسنة 2001 لتتقلص إلى 3.5 % لسنة 2005 هذا ما انعكس سلبا على الخدمات الصحية (الوسائل الطبية المخصصة للعلاج لاسيما الأدوية والأجهزة الطبية).

الجدول 22: تطور النفقات الوطنية للصحة بالنسبة للنتائج الداخلي الخام 1991-2005

السنوات	1991	1993	1995	1997	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
%	2.2	2.2	1.8	1.5	1.6	3.5	4.1	4.3	4.1	3.6	3.5
السنوات	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
%	3.1	3.5	5.4	5.7	5.1	5.3	6.1	7.1	7.2	7.8	

Source : Brahim BRAHAMIA, Khoukha MEKALT ,2011

النتائج العامة للتقرير الوطني الخاص بالتنمية البشرية لسنة 2008.

5 - تقييم الأهداف الإنمائية للألفية في مجال الصحة:

تعد اليوم الأهداف الإنمائية للألفية التي صادق عليها زعماء العالم بنيويورك أيام 6 و8 سبتمبر من عام 2000 بحضور 147 رئيس دولة و حكومة و ممثلي 189 بلد، الإطار العام الذي يسمح بمتابعة و تقييم مستويات نمو مختلف المؤشرات الاجتماعية و الاقتصادية التي تركز عليها السياسات العامة، و إقامة بعض المقارنات الإقليمية و الدولية، و لا تقتصر مقارنة الأهداف الإنمائية للألفية على التقييم الأولي للمؤشرات الكمية، بل إلى كافة الجوانب الحيوية لحياة الشعوب و ضمان مستقبل أفضل لها كما جاء في البند الخامس من توصيات إعلان الأهداف الإنمائية و اقتراح السياسات الاجتماعية المناسبة.

تعتبر الأهداف الإنمائية الثمانية للألفية الجديدة بمثابة دليل استرشادي للمجهودات التي تبذلها الدول في مجال التنمية ، و قد تم قبول هذه الأهداف كإطار لقياس معدل التقدم في عملية التنمية، و يمكن حصر

هذه الأهداف في : (objectifs du millénaire pour le développement Algérien, juin 2016, p74,80)

- 1- القضاء على الفقر المدقع و الجوع .
 - 2- تحقيق التعليم الابتدائي الشامل .
 - 3- تشجيع المساواة بين الجنسين و تمكين المرأة من أسباب القوة .
 - 4- تخفيض معدل وفيات الأطفال .
 - 5- تحسين صحة الأمهات .
 - 6- مكافحة فيروس و مرض الايدز و الملا ريا و غيرها من الأمراض .
 - 7- ضمان الاستدامة البيئية .
 - 8- إقامة شراكة عالمية من أجل التنمية .
- سنحاول التطرق إلى هدفين أساسيين من هذه الأهداف الواردة في قمة الألفية يتعلق الأمر بـ:

- تخفيض معدل وفيات الأطفال .
- تحسين صحة الأم .

الجدول 23: الهدف الرابع و الخامس من الأهداف الإنمائية للألفية.

المؤشر	الغاية	الهدف
معدل وفيات الأطفال الرضع. معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة. نسبة الأطفال المحصنين ضد الحصبة.	تخفيض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بمقدار الثلثين من 1990 إلى 2015	تخفيض معدل وفيات الأطفال
نسبة وفيات الأمهات. معدل انتشار استخدام أساليب منع الحمل. مدى التغطية بالرعاية الصحية قبل و أثناء و بعد الحمل.	تخفيض من نسبة وفيات الأمهات بمقدار ثلاثة أرباع من 1990 إلى 2015 تعميم الحصول على خدمات الصحة الإنجابية بحلول عام 2015	تحسين صحة الأم

المصدر: التقرير الصادر عن المنظمة العالمية للأمم المتحدة الخاص بوضع الأطفال في العالم سنة 2009 ص 2، 3.

5-1- تخفيض معدل وفيات الأطفال:

تقع التنمية الصحية ضمن أولويات التنمية الاقتصادية و الاجتماعية لذلك عملت الدولة ولا زالت تعمل على توفير مختلف الخدمات الصحية الأساسية للعناية بمختلف الشرائح الاجتماعية و لا سيما تلك الأكثر عرضة للأمراض كالأطفال من خلال التوسع في بناء مراكز رعاية الطفولة و القيام بحملات التطعيم ضد الأمراض الوبائية المعدية ، و تنظيم حملات التوعية و كذا تنفيذ برنامج الصحة المدرسية (عبد القادر لطرش، سميح البستاني، موزة المسلم، 2009، ص 15). لقد حقق نظام الرعاية الصحية في الجزائر انجازات متعددة من خلال توفير مختلف الخدمات الصحية للمواطنين، هذه الخدمات الوقائية و العلاجية و غيرها ساهمت في تخفيض معدل وفيات الأطفال باعتبارها إحدى المؤشرات الأساسية في قياس فعالية النظام الصحي و شموليته.

يعد تخفيض معدل وفيات الأطفال بمقدار الثلثين من 1990 إلى 2015 أحد الأهداف الأساسية للألفية حيث أنه لم يعد كمطلب أساسي لحقوق الإنسانية فحسب بل هو قرار اقتصادي سليم و لا شك أن مجالات التقدم الباهرة التي حققتها العديد من الدول خلال العشرية الأخيرة في خفض وفيات الأطفال تدعوا إلى التفاؤل، إذ أصبحت أسباب وفيات الأطفال و حلولها معروفة عبر التدخلات البسيطة التي يمكن الاعتماد عليها و تحمل نفقاتها و التي تؤدي إلى إنقاذ حياة الملايين من الأطفال، بعد أن صادقت الجزائر على ميثاق الألفية سنة 2000 فقد بادرت إلى تنفيذ مجموعة من البرامج التي من شأنها التخفيض في معدل وفيات الأطفال حيث تمثلت هذه البرامج في:

- البرنامج الخاص بتوسيع التلقيح .
- البرنامج الخاص بمكافحة أمراض الإسهال لدى الأطفال .
- البرنامج الخاص بمكافحة الأمراض التنفسية لدى الأطفال .

الجدول 24 : التوزيع النسبي للأطفال الذين تلقوا التطعيم سنة 2004.

النسبة	إناث	ذكور	
99.5	99.9	99.2	الدرن
96.6	97.5	95.8	السعال الديكي
92.3	93.2	91.5	الحصبة
90.6	21.2	20	التطعيم الكامل

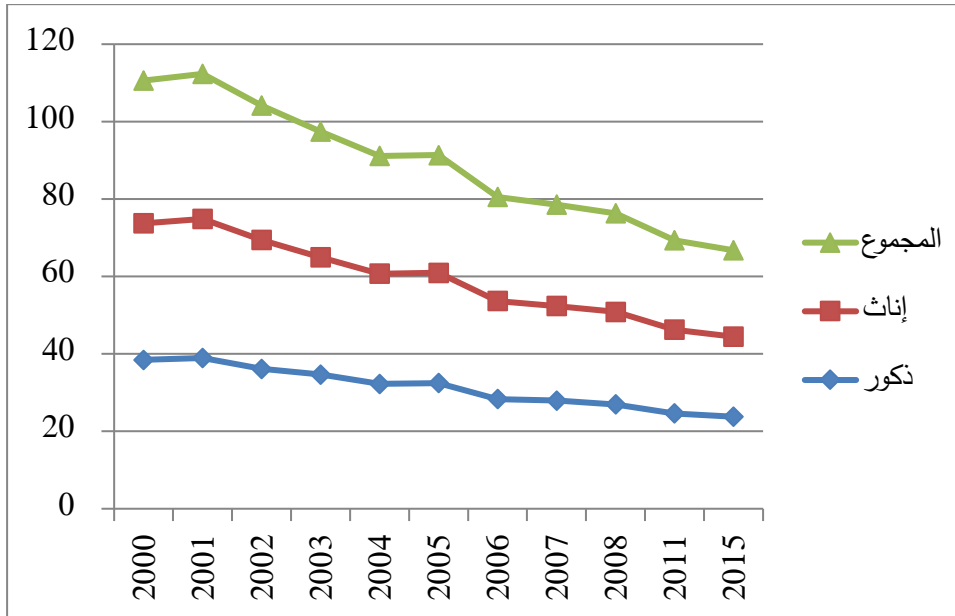
المصدر: المسح الجزائري حول صحة الأسرة سنة 2004.

يتضح من خلال الجدول أن 90.6% من الأطفال من الفئة العمرية (12-23 شهرا) ملقحين تلقيا

شاملا. لكن أبرزت النتائج الأولية للمسح الجزائري سنة 2006 أن 83.3% فقط من الأطفال ملقحين

أي أن نسبة التطعيم انخفضت بـ 7.3% في ظرف سنتين فقط. (MICS3 Algérie, 2006, P42)

الشكل 04: تطور معدل وفيات الأطفال لكلا الجنسين في 1000 ولادة حية.



المصدر: الجدول 04 قائمة الملاحق.

لقد ساهمت البرامج التي بادرت بها الحكومة في تخفيض من معدل وفيات الأطفال، فبعد أن كان معدل وفيات الأطفال يقارب 36.9% سنة 2000 انخفض إلى 30.4% لسنة 2005 ليصل إلى 23.10% سنة 2011 مع مواصلته في الانخفاض حيث قدر سنة 2015 بـ 15.6% أي أن معدل وفيات الأطفال شهد تراجع مستمرا.

5-2- تحسين صحة الأمهات:

تعتبر صحة المرأة الأم من أهم أولويات التنمية و تأتي هذه الأهمية من كون أن صحة المرأة لا تقتصر عليها فقط و إنما تمتد لتشمل الأسرة و المجتمع ككل الأمر الذي جعل العناية بصحة المرأة و لا سيما تخفيض وفيات الأمهات أثناء الولادة هاجسا عالميا و صار تعميم توفير الخدمات الأساسية لضمان صحة إنجابية لائقة من الأهداف الإنمائية للألفية، لهذا تسعى الدول عبر جملة من الخدمات الصحية إلى توفير نظام رعاية أفضل للأمهات قبل و بعد الولادة مع توفير الظروف المادية التي تساعد على تنظيم الأسرة، و في الجزائر تسعى الجهات المعنية إلى تحسين نوعية الحياة و ذلك من خلال تحقيق حياة آمنة للأمهات قبل و أثناء و بعد الولادة. (أحمد عبد المنعم، 2009 ص4)

أ- رعاية الحمل: تعتبر الرعاية الجيدة أثناء الحمل من أفضل الآليات المخفضة لنسب وفيات الأمهات و حسب تقارير منظمة الصحة العالمية فهي لا تساهم فقط في تخفيضها بل أيضا في تخفيض نسبة وفيات حديثي الولادة و تقليل من نسب المواليد ناقصي الوزن. و من المعروف كذلك أن مضاعفات الحمل لدى المرأة هي في ذات الوقت نتيجة لحالتها الصحية قبل الحمل و سببها في حالة الاعتلال التي قد تحدث بعد الحمل و الولادة. (أحمد عبد المنعم، ماجدة محمد، 2008 ، ص 03) و لهذا تعتبر الرعاية الصحية أثناء الحمل بما تتضمنه من فحوصات و تحاليل مخبرية، و غيرها من أفضل الفرص التي تتاح للأم حتى تقف على وضعها الصحي.

تظهر النتائج المسجلة على أن الأمهات صغيرات السن و حالات الحمل ذات الرتبة المنخفضة أكثر إقبالا على تلقي الرعاية الصحية عن بقية النساء، و بالتالي المولود الأول يحظى بأكثر رعاية صحية ثم تقل هذه النسبة تدريجيا، و يرجع هذا إلى اكتساب الأمهات خبرة تراكمية مع زيادة عدد مرات حملهن.

كما تشير النتائج على أن نسبة 43.9% من السيدات في الجزائر يتلقين جرعة واحدة أو أكثر من اللقاح ضد التيتانوس أثناء الحمل، فبالرغم من أن النسبة تبقى دون المتوسط إلى أنها أفضل من بعض الدول العربية حيث وصلت النسبة أدها في لبنان 5.5% .

ب- الرعاية أثناء الولادة: تشير الدراسات و البحوث أن الجزائر تتقدم نحو تحقيق نسبة عالية من الولادة بالمراكز الصحية و تحت إشراف طاقم طبي مؤهل بـ 77% مقارنة ببعض الدول العربية على غرار اليمن و المغرب مع العلم أن كل دولة قد وضعت أهدافا إما للقضاء على الولادات بالمنازل أو التقليل منها إلى مستويات دنيا خاصة و أن هذا السلوك يساهم و بدرجة كبيرة في تحقيق أحد أهداف الألفية و الخاص بتخفيض نسبة وفيات الأمهات.

ج. الرعاية بعد الولادة: تعتبر الرعاية بعد الولادة ضرورية لكل من الأم و المولود خاصة الولادات التي تتم خارج المؤسسات الصحية، في الجزائر بالرغم من انخفاض تكاليف الخدمات الصحية إلا أن نسبة الأمهات اللاتي تستفدن من رعاية صحية بعد الولادة لا تتجاوز 23.8% بالنسبة للعائلات ذوي الدخل المنخفض و مع ذلك تبقى النسبة أفضل من بعض الدول العربية الأخرى على غرار المغرب أين تستفيد الأمهات ذوي الدخل المنخفض فقط من 7.4% من الخدمات الصحية بعد مرحلة الولادة. لكن و من جهة أخرى تشير التقارير أن هناك اتساع في الفجوة بين مستويات الرعاية الصحية في كل من الحضر و الريف مما يشير إلى ضرورة الاهتمام بعناصر جودة الرعاية الصحية في المناطق الريفية.

6 - بعض المؤشرات التي تعكس الوضع الصحي في الجزائر:

تتدرج الصحة في صلب المرامي الإنمائية للألفية، و إذا كان كل من الهدف الرابع(4)، الخامس(5)، والسادس (6) تركز على الصحة بصفة خاصة فإن جميع الأهداف الأخرى تتضمن جوانب ذات علاقة غير مباشرة بالصحة، و إن بلوغ هذه الأهداف لن يكون ممكنا ما لم يتحقق التقدم في مجال الأمن الغذائي و المساواة بين الجنسين و تمكين المرأة، و تحسين رعاية البيئية و التوسع في إتاحة التعليم. و يتضح من التحليل أن منتصف الفترة بين عامي 2000 و 2015 فقد شهدت وجود بوادر مشجعة للتقدم لدى معظم الدول. وعلى هذا الأساس وقصد تقييم الوضع الصحي في الجزائر ارتأينا دراسة بعض المؤشرات التي تعكس الوضع الصحي في البلد.

6-1- معدل الوفيات:

إن المؤشرات التي تشتق من معدلات الوفيات تعطي صورة جيدة عن صحة السكان و تشمل هذه المؤشرات علي:

- وفيات الأطفال الرضع (احتمال الوفاة بين الولادة و السنة الأولى).
- وفيات الأطفال (احتمال الوفاة بين السنة و الخمس سنوات من العمر).
- وفيات البالغين (احتمال الوفاة بين 15 سنة و 60 سنة من العمر).

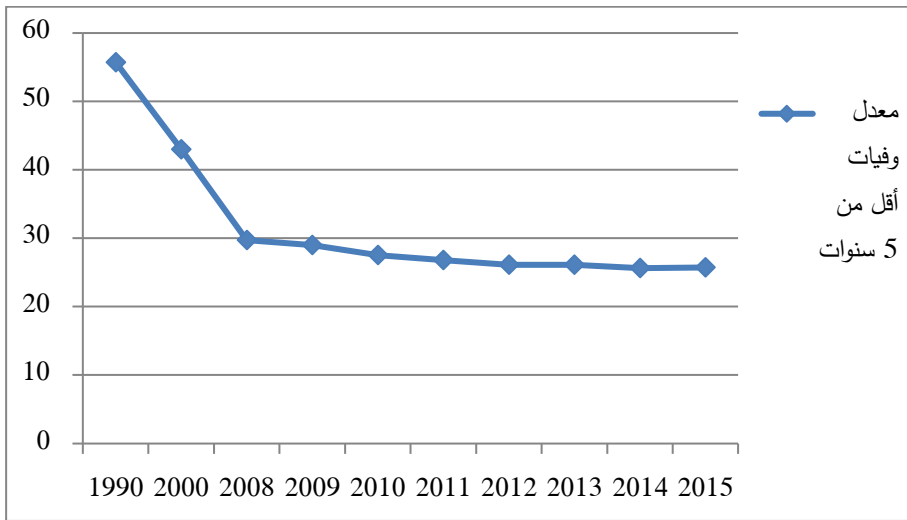
أ - معدل وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات: هو أحد المؤشرات الصحية الهامة التي تقيس و تعكس مستوى تغطية الرعاية الصحية للأطفال المبنية أساسا على تحصينهم من الأمراض.

ب- معدل وفيات الأطفال الرضع أقل من سنة : يمثل معدل وفيات الرضع مؤشرا بالغ الأهمية، بحيث أنه يجسد مستويات الرعاية الصحية التي تقدمها مختلف المجتمعات لتلك الفئة العمرية و يعتبر كذلك مؤشرا

للمستوى الصحي العام في المجتمع. كما أن لوفيات الرضع علاقة طردية و قوية مع معدلات الخصوبة السائدة حيث أثبتت الدراسات أنه كلما ارتفعت معدلات وفيات الرضع إلا و زادت معدلات الخصوبة. (عياشي نور الدين، جوان 2009 ، ص298)

ت-معدل الوفيات العام: هو أحد أهم المؤشرات الصحية للسكان الذي يعطي نظرة حول الأوضاع المعيشية والصحية السائدة في المجتمعات.

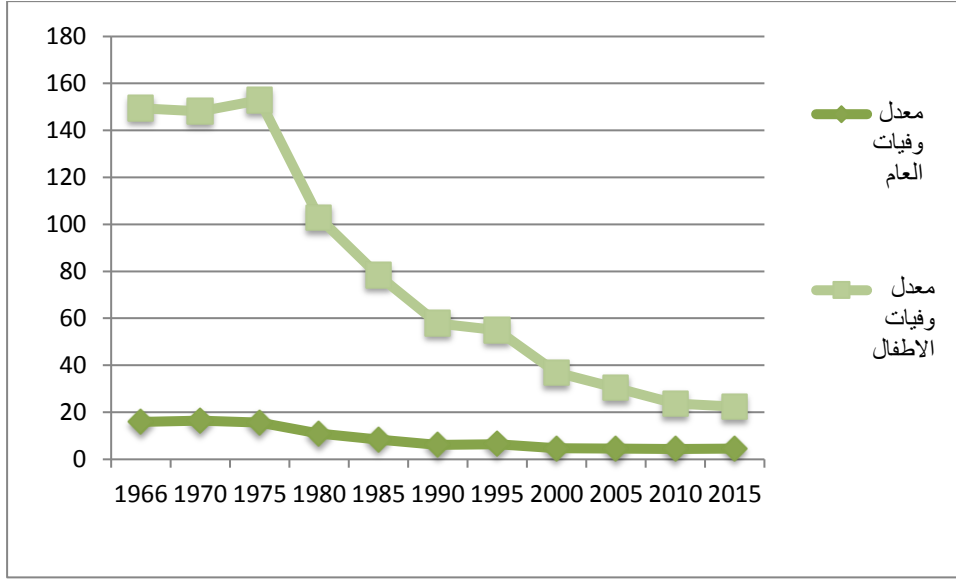
الشكل 05: تطور معدل وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات 1990-2015.



المصدر: الجدول 05 في قائمة الملاحق.

يوضح لنا الشكل أن كل من معدل الوفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات عرف انخفاضا ملحوظا وذلك ما بين سنتي 1990 و 2008 بحيث قدر المعدل بـ 55.7% سنة 1990 وانخفض إلى غاية 29.7% سنة 2008، و هذا راجع بالدرجة الأولى إلى تحسين الرعاية الصحية من خلال توفير اللقاحات الضرورية، ثم عرف بعد ذلك انخفاضا تدريجيا مقارنة بالسنوات الماضية، بحيث قدر بـ 29% سنة 2009 إلى 25.7% سنة 2015.

الشكل 06: تطور معدل الوفيات العام و الرضع 1966-2015.



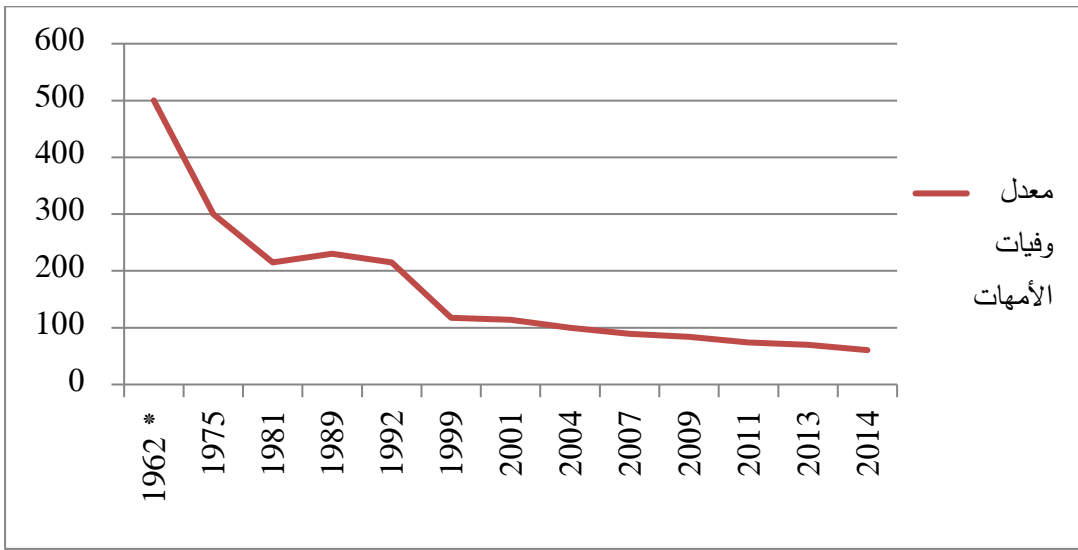
المصدر: الجدول 06 قائمة الملاحق.

يوضح لنا الشكل أن من معدل الوفيات الأطفال عرف تباتا نوعا ما بين سنتي 1966 و 1975 حيث قدر بـ 149.4% و 152.88% على التوالي، لينخفض بعد ذلك إلى 36.9% سنة 2000 تواصل هذا الانخفاض تدريجيا ليصل إلى 22.3% سنة 2015 و هذا الانخفاض راجع بالدرجة الأولى إلى تحسين الرعاية الصحية من خلال توفير اللقاحات الضرورية مع الاهتمام بصحة الطفل. أما بالنسبة لمعدل الوفيات العام عرف هو الآخر انخفاضا تدريجيا بحيث قدر معدل الوفيات بـ 15.8% سنة 1966 ليصل هذا المعدل إلى 4.57% سنة 2015.

6-2- معدل وفيات الأمهات:

تعتبر صحة الأم من أهم أولويات التنمية و تأتي هذه الأهمية من كون أن صحة المرأة لا تقتصر عليها فقط و إنما تمتد لتشمل الأسرة و المجتمع، الأمر الذي جعل العناية بصحة المرأة و لا سيما تخفيض وفيات الأمهات أثناء الولادة هاجسا عالميا و صار تعميم توفير الخدمات الأساسية لضمان صحة إيجابية لائقة.

الشكل 07: تطور معدل وفيات الأمهات 1962-2014 لكل 100000 ولادة حية.



المصدر: الجدول 07 قائمة الملاحق.

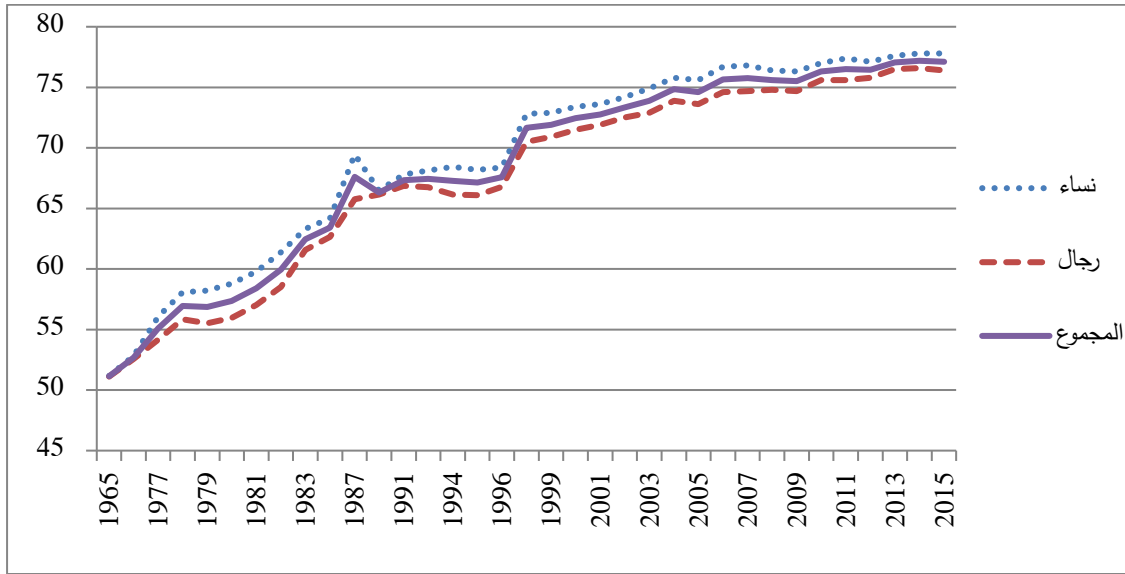
كما هو ملاحظ من خلال الشكل أن معدل وفيات الأمهات عرف هو الآخر انخفاضا ملحوظا بحيث كان يقدر غداة الاستقلال بـ 500 وفاة أم في كل 100000 ولادة حية ثم انخفض إلى غاية 300 وفاة لكل 100000 ولادة حية سنة 1975، ليعرف بعد ذلك استقرارا من سنة 1981 إلى غاية سنة 1992 في حدود 215 وفاة. بعدها شهد انخفاضا ملحوظا بداية من سنة 1999 إلى غاية سنة 2014 بحيث قدر بـ 117 وفاة و 60.5 وفاة لكل 100000 ولادة حية على التوالي، وهذا نتيجة التطور الذي شهده القطاع الصحي

من خلال توفير الرعاية الجيدة للأم و الطفل قبل وبعد الولادة وكذلك جاء هذا التطور نتيجة الأهداف الإنمائية للألفية الذي كان تحسين صحة الأمهات أحد أهدافها.

6-3- أمل الحياة عند الولادة :

هو مؤشر من المؤشرات التنموية التي تعبر عن الحالة الصحية كما نعرف به مستوى التنمية في تلك البلد، بحيث يعتبر من بين المؤشرات الأكثر إفادة بخصوص قدرة كل مجتمع على أن يضمن لأفراده الحياة الأطول و الأكثر سلامة عند الولادة.

الشكل 08 : تطور أمل الحياة لكلا الجنسين من 1965 - 2015 .



المصدر: لجدول 08 قائمة الملاحق.

تشير المعطيات الإحصائية المتاحة إلى أن مستوى أمل الحياة في الجزائر انتقل من 51.15 سنة خلال عام 1965 ليصل إلى 67.60 سنة في 1987 مواصلا ارتفاعه حيث قدر بـ 75.6 سنة في آخر تعداد (2008)، وفي سنة 2015 بلغ أمل الحياة عند الولادة 77.1 سنة. و هذا يعني أن متوسط سن أمل الحياة في الجزائر سجل ارتفاعا بمعدل 26 سنة خلال 48 السنة الماضية أي ما بين سنة 1965 و سنة

2015، وهذا راجع إلى التحسن في المستوى المعيشي للجزائريين و كذا تطور أساليب الوقاية من الأوبئة و الأمراض. خاصة مع ارتفاع نسبة الأمراض المزمنة التي تقدر حاليا بـ60% من السكان و التي حضت مؤخرا بنسبة تمويل معتبرة في إطار الاهتمام بهذه الفئة من السكان.

يبرز التطور الإيجابي المسجل من خلال هذا المؤشر النقاط التالية:

- الاتجاه نحو تغيير التركيبة العمرية و الهرم السكاني.
- التراجع النسبي في معدل الإصابات بالأمراض المعدية مقابل ارتفاع الإصابات بالأمراض المزمنة (ضغط الدم، داء السرطان، الداء السكري إلخ).
- ارتفاع مؤشر أمل الحياة عند الولادة يقابله انخفاض في مؤشر الخصوبة، حيث انخفض مؤشر الخصوبة في الجزائر من 2.49 سنة 2000 إلى 2.34 سنة 2003 أي بفارق يقدر بـ 0.14 ليصل في سنة 2006 إلى 2.27 .

خاتمة:

يعد نظام الصحة الركيزة التي يبنى عليها تطور الأمم وتقدمها من الرفاهية الاجتماعية، فانطلاقا من هذا النظام يتم الاستجابة لاحتياجات السكان و الحفاظ على صحة المواطنين، بحيث شهد النظام الصحي الجزائري تطورا ملحوظا منذ استرجاع السيادة الوطنية، والدليل ما حققه في سبيل القضاء على معظم الأمراض المتنقلة منها و المزمنة، لكن هذا لا يعني أن النظام الصحي لا يخلو من النقائص، بل العكس فهو يشهد عدة مشاكل تنظيمية و تسييرية تخص الهياكل و المؤسسات الصحية بكل أنواعها مما أثر سلبا على السير العام لهذه المؤسسات.

مقدمة:

تعتبر الخدمات الصحية عنصرا مهما لإحداث التنمية الشاملة في أي بلد من بلدان العالم، لكونها مرتبطة بحياة الإنسان وصحته، من هنا كان الاهتمام العالمي بالرعاية الصحية للمواطنين و تسابق الدول في تقديم أحسن الخدمات الصحية وأفضلها لمواطنيها مع العمل على تطوير المؤسسات الصحية وتزويدها بكل جديد في مجال التنمية الطبية والخبرات العلمية، و الإنفاق على التعليم الطبي ودعم الأبحاث و الدراسات إيمانا بأهمية الصحة كخطوة أولى هامة في بناء المواطن القادر على الإسهام في خدمة مجتمعه و وطنه في كافة المجالات. سنتعرف في هذا السياق على مفهوم الخدمات الصحية و مختلف الخصائص المميزة لها مع الإشارة إلى أنواعها و عناصرها.

1 . الخدمات الصحية:

تعتبر الخدمات الصحية مظهرا من مظاهر التنمية الاقتصادية و الاجتماعية في أي بلد من البلدان لأنها تساهم في بناء إنسان قادر على الأداء و العطاء، إلى جانب خصوصيتها الإنسانية تتميز الخدمات الصحية بخصوصية اجتماعية، اقتصادية و أخلاقية تزيد أهميتها و قيمتها. فخصوصيتها الاجتماعية تتمثل في تكوين مجتمع سليم جسديا وعقليا و واعي يحافظ على حالته الصحية وقادر على المعالجة و الشفاء من الأمراض التي قد تصيبه، أما عن خصوصيتها الاقتصادية فتتمثل في الحفاظ على صحة الإنسان القائم بالعملية الإنتاجية و المنفذ لبرامج التنمية الاقتصادية، أما خصوصيتها الأخلاقية فتتمثل في التخفيف من آلام الإنسان وخلق روح الأمل فيه بإمكانية الشفاء مما يفتك به من أمراض تهدده و تذهب صحته.

1.1 - مفهوم الخدمة و الصحة

إن الحديث عن مختلف الخدمات ومنها الخدمات الصحية يعني أننا نتعامل مع أشياء غير ملموسة لا يمكن تملكها أو حيازتها عند شرائها بل يمكن الحصول على منافعها وفوائدها، وفي هذا المعنى اختلفت وجهات النظر حول تعريف الخدمة، ومن بين التعاريف نذكر منها ما يلي:

- هي "أنشطة و فعاليات غير ملموسة و نسبية سريعة الزوال أو أنها نشاط و أداء يحدث من خلال عملية تفاعل تهدف لتلبية توقعات العملاء و إرضائهم مع عدم نقل الملكية". (سيد محمد جاد الرب، 2008، ص40) يشير هذا التعريف إلى تأكيد الجانب الغير ملموس للخدمة و أنها لا تتم إلا بوجود طلب من طرف آخر وليس بالضرورة أن ترتبط بإنتاج مادي.
- هي "عبارة عن تصرفات أو أنشطة أو أداء يقدم من طرف آخر، وهذه الأنشطة تعتبر غير ملموسة ولا يترتب عنها نقل ملكية أي شيء. كما أن تقديم الخدمة قد يكون مرتبطا أو غير مرتبط بمنتج مادي ملموس". (الحداد عوض بدير، 1999، ص48)

ما يميز هذا عن سابقه هو إضافة خاصة جديدة للخدمة و هي كونها لا تمتلك مادي من قبل مشتريها. و تعرف أيضا الخدمة بأنها كل نشاط يخلق قيمة و يعطي إضافة إيجابية للعميل و في وقت و مكان محدد ويحدث تغيير إيجابي مرغوب لهذا العميل حتى تحقق المؤسسة تميزا وتحسينا في مستوى الخدمات التي تقدمها، يتوجب عليها ضمان مجموعة من العناصر نوجز أهمها فيما يلي: (سيد محمد جاد الرب، مرجع سابق، ص42)

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

- تجهيز مرافق وأماكن تقديم الخدمة بما يضمن سهولة وصولها و سلامتها.
- مواكبة التكنولوجيا والتزود بالأنظمة المعلوماتية والبرامج التي تمكن من توفير الدقة، ربح الوقت وتوفير الجهد البشري.
- توفير الأجهزة الفنية المساعدة لحاجات العمل و قربها من أماكن تأدية الخدمة.
- توفير آليات تمكن من التعامل الايجابي مع شكاوي مراجعي الخدمة.
- تجنب الإجراءات البيروقراطية.

أما بالنسبة للصحة فإنها تعرف على أنها: " قدرة الأعضاء الجسمانية و العقلانية للفرد من أداء الدور المنوط لها ". من هذا التعريف يتضح أنه من الخطأ أن ينظر للخدمات الصحية على أنها خدمات للمرضى تعمل على شفائهم فقط، فالصحة الجيدة تعني السلامة البدنية والعقلية الكاملة وليس مجرد غياب المرض أو عدم التوازن". (طلعت الدمرداش إبراهيم، 2006، ص11)

كما يعرف البنك الدولي أن كلا من الصحة والقدرة على تحسين الصحة يرتبطان بالدخل و التعليم و بالمتغيرات التي تحدثها الثروة و التعليم في سلوك الفرد، وكذلك مقدار النفقات وكفاءتها في النظام الصحي ومدى انتشار الأمراض الحالية والتي يحددها المناخ والعوامل الجغرافية والبيئية إلى حد كبير".

2.1 مفهوم الخدمات الصحية

الخدمات الصحية مطلب أساسي لكل إنسان إذ تسعى جميع المجتمعات إلى توفيرها مهما اختلفت أنظمتها السياسية و الاقتصادية ، كما تحاول مختلف الدول التزود بالإمكانات المناسبة في مؤسساتها الصحية سواء تعلق الأمر بالموارد البشرية أو التقنية أو المالية، و هذا للارتقاء بمستوى الخدمات الصحية.

تعرف الخدمات الصحية أيضا على أنها: " عبارة عن جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي سواء كانت علاجية موجهة للفرد أو وقائية موجهة للمجتمع و البيئة أو إنتاجية مثل إنتاج الأدوية و المستحضرات الطبية و الأجهزة التعويضية و غيرها بهدف رفع المستوى الصحي للمواطنين و علاجهم و وقايتهم من الأمراض المعدية". (محمد محمد ابراهيم، 1983، ص، 23)

كما تعرف الخدمات الصحية بأنها: "العلاج المقدم للمريض سواء كان تشخيصيا أو إرشاديا أو تدخلا طبيا ينتج عنه رضا أو انتفاع من قبل المرضى وبما يؤول لأن يكون بحالة صحية أفضل". (محمد محمد ابراهيم، نفس المرجع ، ص 24)

و تعرف أيضا بأنها: " مجموعة من الوظائف التي تعمل على إشباع الحاجات الإنسانية المرتبطة بالبقاء و الاستمرار بشكل مباشر، و ترتبط 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 و النفسية بما يمكنه من تحقيق الأداء المطلوب". (ألاء نبيل عبد الرزاق، 2011، ص 281)

و من خلال التعاريف السابقة يمكن القول أن الخدمات الصحية هي تلك الخدمات التي يوفرها القطاع الصحي للمجتمع بأسره، سواء كانت هذه خدمات وقائية توجيهية أو علاجية استشفائية عامة أو متخصصة بهدف حماية الوضعية الصحية وتحسينها للفرد و للمجتمع.

و يجب علينا هنا الإشارة إلى ضرورة التفرقة بين مصطلحين يندرجان ضمن الخدمات الصحية و هما الرعاية الطبية و الرعاية الصحية بحيث: (تامر ياسر البكري، 2005، ص 24)

- الرعاية الطبية: يقصد بها الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية مثل الخدمات المتعلقة بالتشخيص و العلاج و التأهيل الاجتماعي والنفسي، و ما يتعلق بالخدمات الطبية المتخصصة

و الخدمات الطبية المكملة كالفحوص المخبرية و التحاليل الطبية، الطوارئ، العيادات الخارجية، الإسعاف، التمريض، الخدمات الصيدلانية و الغذائية و غيرها.

- الرعاية الصحية: يقصد بها الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية للمجتمع بأسره بهدف توفير الصحة للجميع كمقالات تنظيم الأسرة، رعاية الأمومة و الطفولة، الوقاية من الأمراض المتوطنة، التطعيم ضد الأمراض المعدية ورعاية المسنين و غيرها.

3.1 التطور التاريخي للخدمات الصحية

إن الطب كعلم ومهنة هو ممارسة قديمة تاريخيا ويمكن أن نشير هنا إلى أولى الممارسات التاريخية المسجلة في مجال الطب كمهنة مقننة والتي تعود إلى حوالي 4000 سنة جنوب غرب آسيا في بلاد الرافدين مابين نهري الدجلة والفرات من خلال القوانين التي وضعها "حمورابي" (1686-1727 قبل الميلاد) والتي أسست لقواعد ممارسة مهنة الطب، و منذ ذلك التاريخ تطورت هذه المهنة النبيلة و تطورت أسس وأساليب ممارستها. فيما يلي عرض لمختلف الحقب التاريخية التي عرفتها المهنة: (سيد محمد جاد الرب، 2008، ص 32)

العصر اليوناني: كان المرضى في اليونان القديمة يعتمدون على السحرة و المشعوذون في معالجة إصابتهم و أمراضهم المختلفة، إلا أن المستوى الحضاري و الثقافي والعلمي الذي عرفه العصر اليوناني جعل هذا الواقع التاريخي و الإيديولوجي يتغير بالتخلي التدريجي عن الخرافات و السحر و التوجه نحو تشخيص الأمراض و معالجتها وفق الأساليب العقلانية والمعرفية المعتمدة على التشريح البشري و العلوم الطبية و النفسية. (سعيد الدجاني، لحم هدية، 1984، ص23) بالتعرض للطب في العصر اليوناني يستوجب علينا الإشارة لـ "أبقراط" (460-370) قبل الميلاد "Hippocrates" أو كما يعرف "أبو الطب" وصاحب "القسم" الذي لا يزال إلى غاية يومنا هذا يحمل إسمه ويستعمل في مختلف بقاع العالم عند الحصول على كل إجازة

ممارسة الطب قانونياً، وقد نادى "أبقراط" بفصل الطب عن الدين و الفلسفة، و التوجه به نحو المنطق، العقل و العلم مع التخلي عن كل ما هو ايتولوجي. (سيد محمد جاد الرب، 2008، ص34)

العصر الهندي: تعد الهند من بين أوائل الحضارات التي عرفت المؤسسة الصحية، حتى وإن كانت بدائية في ذلك الوقت فإنها كانت في عصرها تعتبر إبداعاً عظيماً من الناحية الحضارية و الاجتماعية، و قد ميز فترة حكم الملك Aska (273-232 قبل الميلاد) تطوراً ملحوظاً في هذه النماذج الاستشفائية من جهة و في نوع الخدمات التي تقدمها خاصة فيما يتعلق بمعالجة الأم و الطفل من جهة أخرى. (محمد محمد ابراهيم، 1983، ص26)

العصر الروماني: عملت الحضارة الرومانية بشكل كبير على نشر استعمال المستشفيات في كامل المناطق التي كانت تابعة لها، كما أنها عملت على تطوير منظومتها الصحية وتوفير موارد مادية تساعد على ممارسة عملها. باعتبار روما إمبراطورية توسعية تخوض العديد من الحروب و يجب عليها معالجة جرحاها و مصابيها من الجيوش، و قد عرفت المنظمة الصحية في العصر الروماني ازدهاراً كبيراً في مختلف مستويات الخدمة التي تقدمها سواء الاستشفائية البسيطة أو حتى الجراحية منها. (سعيد الدجاني، لحام هدية، 1984، ص24)

العصر الإسلامي: في القرن السابع ميلادي ظهر العصر الإسلامي وظهر معه نوع جديد وأكثر تطوراً من المستشفيات انتشرت في بغداد ودمشق و مناطق أخرى، كانت هذه الأخيرة تحوي مختبرات و غرف للعلاج و العناية بالمرضى فضلاً عن مدارس متخصصة في مجال الطب البشري و العلوم الأخرى المرتبطة به.

و قد ذكر "Laclar" في كتاب بعنوان "تاريخ الطب العربي" أن العالم الإسلامي في القرن الحادي عشر أصبح يحصي أطباء و مختصين في مجال الصحة أكثر من أي منطقة أخرى في العالم، مما جعل لأطباء

هذه المنطقة الأثر البالغ في تطور الممارسة الصحية، و لعل أحد الحجج لذلك الصورتان المعلقتان بالقاعة الرئيسية لكلية الطب بباريس لكل من "ابن سينا" و "الرازي". (سيد محمد جاد الرب، 2008، ص35)

العصور الوسطى: تتحصر العصور الوسطى في الفترة الممتدة من القرن الرابع عشر إلى الخامس عشر ميلادي، وقد عرفت المنظمة الصحية المتمثلة في المستشفى أنداك و الخدمة التي تقدمها تطورا ملحوظا وهذا راجع إلى سببين هما: (محمد محمد ابراهيم، مرجع سابق، ص27)

- السبب الديني: والمتمثل في دعوة البابا الثالث سنة 1198 إلى بناء مستشفى في كل مدينة تدين بالمسيحية.
- السبب المادي: والمتمثل في زيادة الموارد المالية نتيجة اتساع المبادلات التجارية مع مختلف الدول المجاورة.

عصر النهضة: ونقسمه إلى الحقب التاريخية التالية: (سيد محمد جاد الرب، 2008، ص37)

- أ. القرن 17: بداية الثورة الحقيقية في مجال الطب وعمل المستشفيات والاختراعات في مجال الخدمة الصحية، ومن أبرز اختراعات تلك الفترة "الميكروسكوب".
- ب. القرن 18: شهدت أوروبا عامة وانجلترا خاصة خلال هذه الفترة اتساعا كبيرا في بناء المستشفيات التي بلغ مجموعها آنذاك (115 مستشفى)، بالإضافة إلى التوصل إلى مجموعة من الاكتشافات الجوهرية في ميدان الطب والتي أثرت بشكل بالغ على مجرى حياة الإنسانية ومنها اكتشاف اللقاح ضد "الجدي".
- ت. القرن 19 : تعد هذه الفترة العماد الذي يركز عليه الطب الحديث الذي يأخذ أشكالا متعددة في هيكله وصيغ أداء المنظمات الصحية والطبية لعملها، فضلا عن بداية الاهتمام المتزايدة بميدان التمريض، مع اكتشاف "البكتيريا" التي تعد السبب الرئيسي في العديد من الأمراض، و قد

فتح هذا الاكتشاف المجال أمام إزالة الغموض عن الكثير من مسببات المرض و من ثم إيجاد العلاقات اللازمة لأمراض عانى منها البشر و لفترات زمنية طويلة.

4.1 خصائص الخدمات الصحية

لا تختلف هذه الخصائص عن الخصائص السابقة للخدمات حيث تتجسد الخصائص المميزة للخدمة الصحية المقدمة من قبل المؤسسات الصحية إلى خصوصية تلك الخدمات، وبالتالي انعكاس ذلك على الأسلوب و العمل الإداري الذي يمكن أن تقدم به إلى المستفيدين، ويمكن تحديد الخصائص كالآتي:

1.4.1 عدم ملموسية الخدمات الصحية

في المؤسسات الصحية لا يتضح تماما ما الذي دفع المريض قيمته، فأولا بما أن عملية الشفاء تقتضي بعض الوقت و تتبلور آراء المرضى حول جودة الرعاية التي تلقوها طوال هذا الوقت، وثانيا لا يمكن اختبار الرعاية قبل الاقتناع بتلقيها.

2.4.1 التلازم (تزامن الإنتاج و الاستهلاك)

كون هذه المؤسسات قطاعا خدميا فإنها تنتج الخدمة وتستهلك في آن واحد ويعكس هذا أن الخدمة الصحية ليست منتجا يركب ويخزن ثم يباع فيما بعد، ومن سلبيات هذا التزامن في الإنتاج و الاستهلاك التحدي الذي يشكله ضبط الجودة أو ضمان فعالية الخدمة، و بسبب خاصية التزامن أيضا لا يمكن استرجاع خدمة قدمت بجودة متدنية و استبدالها حتى لو تم تصحيح العملية التي أنتجتها و قدمت بجودة عالية لمرضى آخرين.

3.4.1 عدم قابلية الخدمة الصحية للتخزين

تصمم المؤسسات الصحية خدماتها لتقدمها بقدرة و إمكانية معينة في فترة زمنية محددة و إذا لم تستخدم هذه الطاقة في فترة محددة ستهدر هذه الخدمة.

4.4.1 مشاركة المريض في إجراءات الخدمة

يعد المرضى الذين يتلقون الرعاية مدخلات الخدمة، أما حالاتهم بعد التشخيص و العلاج فهي المخرجات، و من ثم يتفاعل المريض و المؤسسة الصحية من خلال تقديم الرعاية.(بشار أوزجان، ترجمة: عبد المحسن بن صالح الحيدر، 2008، ص31.30)

5.4.1 الاختلاف و التباين

تتصف الخدمات الصحية بشكل خاص بالتباين وعدم التماثل لأنها تعتمد على مهارة و أداء سلوك مقدم الخدمة والزمان و المكان و على المعلومات التي يقدمها المريض له، فالمريض يختلف أيضا من حيث السلوك ومستوى الإجابة والتفاعل.(محمود جاسم الصميدعي و ردينة عثمان يوسف، 2010، ص101)

تعد الخصائص السابقة خصائص مشتركة بين الخدمات الصحية و باقي الخدمات، لكن هناك مجموعة من الخصائص تميز الخدمات الصحية عن باقي الخدمات هي:(محمد محمد ابراهيم، 1984 ، ص35)

- تتميز الخدمات الصحية بكونها عامة تهدف لتحقيق منفعة عامة موجهة لمختلف الجهات والأطراف المستفيدة منها، سواء كانوا أفرادا أو منظمات أو هيئات أخرى.
- الخدمات الصحية لا ترتبط بشيء مادي يمكن تعويضه أو إعادة شراؤه بل هي مرتبطة بحياة الإنسان و شفائه لذلك فهي تستوجب أن تكون على درجة عالية من الجودة.

- تؤثر القوانين و الأنظمة الحكومية على عمل المنظمات الصحية عامة و المستشفيات خاصة، سواء كانت تابعة للدولة أو القطاع الخاص و ذلك فيما يتعلق بتجديد منهج عملها و نوع الخدمات التي تقدمها و الكيفية التي يتم بها ذلك.
- في منظمات الأعمال بشكل عام تكون سلطة اتخاذ القرار لدى شخص واحد أو مجموعة من الأشخاص يمثلون قمة هرم الإدارة العليا للمنظمة، بينما في المنظمات الصحية تكون سلطة اتخاذ القرار موزعة بين مجموعتين إلى حد ما هما: المجموعة الإدارية ومجموعة الأطباء.
- معظم المبالغ التي تتفق من إدارات المستشفيات وخاصة ما هو متعلق بالخدمات الصحية المقدمة للمواطنين يتم تحويلها من طرف ثالث (الدولة، شركات التأمين أو مؤسسات خيرية...) و بالتالي فإن ما يدفعه المريض لا يساوي حقيقة المنافع الطبية التي حصل عليها، و هذا ما يجعله أقل حساسية اتجاه الأسعار التي يدفعها مثل ما هو الحال في الخدمات الأخرى.
- وجوب الاتصال المباشر بين المستشفى و المستفيد من الخدمات الصحية، إذ أن الخدمات الصحية لا يمكن تقديمها في الغالب إلا بحضور المريض نفسه (هناك حالات استثنائية مثل الطب عن بعد).
- نظرا لكون الخدمات الصحية مرتبطة بعافية الإنسان وحياته فإنه يصعب في كثير من الأحيان على إدارة المستشفى أن تعتمد المعايير نفسها وخاصة الاقتصادية المطبقة على غير الخدمة الصحية لأن ذلك يتعارض مع رسالة المنظمة الصحية.
- نظرا لتذبذب الطلب على الخدمات الصحية في ساعات اليوم أو الأسبوع أو الموسم، و بهدف الاستجابة على أقصى حد من الخدمات المطلوبة فإن الأمر الذي يستوجب مراعاته هو الاستعداد المبكر لحشد كل الطاقات الإدارية و الطبية لتقديم الخدمات الصحية لطالبيها، إذ لا يمكن التأخر أو التعذر عن الاستجابة للطلب لأن في ذلك خطر على حياة الجمهور و إخفاق في مهمة المنظمة الإنسانية.

2 . أنواع الخدمات الصحية

تصنف الخدمات الصحية إلى عدة أنواع حسب معايير مختلفة مثل طبيعة الجهد القائمة على تقديم الخدمات الصحية أو طبيعة الملتقى لهذه الخدمات، و فيما يلي سنحاول إيجاز أهم أنواع الخدمات الصحي:

1.2 الخدمات الصحية التعليمية

يقصد بذلك اكتساب المؤهل العلمي الذي يرخص لممارسة هذه المهنة النبيلة، إذ يعتبر متلقي الخدمة هنا شخص سليماً يتمثل في طلبة الكليات والجامعات سواء تعلق ذلك بطلبة الطب أو التكوين الشبه طبي ويمكن إضافة المؤهلات العلمية الإدارية المتخصصة في تسيير المرافق الصحية.

فضلا عن التكوين العلمي البيداغوجي يمكننا إضافة التكوينات المهنية، الدورية، الرسكالات و التريصات التي يخضع لها عمال و موظفو القطاع بغض النظر عن مهامهم و وظائفهم و ذلك بغرض تنمية المهارات و الخبرات واكتساب تقنيات جديدة تتوافق مع مستجدات المهنة مما يؤدي في الأخير إلى تحسين الأداء و تقديم خدمات صحية بمستوى مقبول من الجودة. (سنوسي علي، 2011، ص 289.304)

2.2 الخدمات الصحية المهنية

هي الخدمات الصحية الموجهة 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 و ذويهم أو أنها تقوم بالتعاقد مباشرة مع منظمات صحية موجودة و مستقلة بغية تقديم خدمات صحية لمصلحة موظفي المنظمة. (حسين نون علي البياني، 2009، ص 57)

3.2 الخدمات الصحية الصيدلانية

يتعلق هذا المستوى باستقبال المريض و توفير الدواء اللازم لحالته المرضية و يكون ذلك من طرف طبيب صيدلي مختص يقوم بالإشراف على المرضى لتوعيتهم وتوجيههم بغض النظر عن تقديم الدواء، و تخضع هذه الخدمة دوما رغم الانتشار الواضح للقطاع الخاص فيها إلى وصاية و رقابة الدولة من خلال هيئاتها التي تتوب عنها مثل مديرية الصحة.(كامل وديع، 2001، ص66)

4.2 خدمات التأهيل و الرعاية الصحية

تتمثل في الخدمات الصحية الموجهة لتأهيل المرضى و المصابين جراء الحوادث و يشرف على هذا النوع من الخدمات الصحية أقسام متواجدة على مستوى المنظمات الصحية دون سواء، و من أمثلة ذلك يمكن أن نذكر المركز الصحي العسكري بمدينة البليدة(الجزائر) لإعادة تأهيل المصابين.(نون علي البياني حسين ، 2009، ص60)

5.2 خدمات الصحة الرياضية

يقصد بها الخدمات الصحية الموجهة للرياضيين و قد يشمل هذا النوع من الخدمات الصحية خدمات علاجية من مختلف الإصابات الناجمة عن ممارسة النشاط الرياضي. كما يشمل أيضا برامج الحميات، تحديد الغذاء، مراقبة نشاط الأعضاء الجسمانية أو الوقاية و الامتناع عن العادات الممنوعة و الضارة كالمنشطات، التدخين و الإدمان.(كامل وديع، 2001، ص66)

6.2 الطب عن بعد (الطب الإلكتروني)

نظرا لحدائثة هذا النوع من الخدمات الصحية و نظرا لما يمكن أن يقدمه هذا من مزايا في سبيل تحسين
الوضعية العامة لصحة المجتمع ارتأينا أن نتناوله بقدر من الإسهام من خلال هذا الفرع.

انطلقت فكرة الطب الاتصالي في الستينات عندما بدأت وكالة الفضاء الأمريكية (ناسا) بدراسة 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. (الدجاني سعيد، لحم هدية، 1984، ص60) و يشير مصطلح ممارسة
الطب عن بعد إلى استخدام تقنيات الاتصال عن بعد لإجراء التشخيصات الطبية و معالجة المرضى
و رعايتهم. من هنا يمكن تعريف الطب عن بعد (Télémédecine) على أنه: "ممارسة الطب عن بعد
بواسطة وسائل الاتصال الحديثة". (Nathalie Elgrablylévy, Germain Belzile, 2010, p3)

اتسع الاهتمام بهذا النمط من الخدمات الصحية نظرا لأهميته البالغة في تحسين النظام الصحي بصورة
عامة ومستوى الخدمات الصحية وطريقة تقديمها بصورة خاصة وعلى العموم يمكن إيجاز أهمية الطب
الإلكتروني في النقاط التالية:

- تزيد من تحسين الرعاية الصحية.
- تخفيض التكلفة.
- تعزيز التعاون الطبي في تقاسم المعلومات و الخبرات المتخصصة.
- تسهل الاستعانة بمختصين أجنب.

كما اعتمدت العديد من المنظمات الصحية الطب عن بعد والصحة الالكترونية بهدف تحقيق النقاط السابق ذكرها بالإضافة إلى تحسين الاتصالات بين المراكز الصحية البعيدة و المستشفيات الواقعة في المناطق الحضرية و النائية، و على العموم فإن هذا المستوى المتقدم من الخدمات الصحية يهدف إلى:

(الدجاني سعيد، لحم هدية، 1984، ص55)

- تحسين التقنية والخبرة الصحيحة.
 - مساعدة الأطباء قليلي الخبرة في عملية التشخيص.
 - توفير مرفق للتدريب للمجموعة الطبية البعيدة أو الدول التي تكون قليلة الخبرة في الطب.
 - توفير خدمة طبية متقدمة في حالات الطوارئ.
 - الحد من تكاليف نقل المرضى إلى أطباء استشاريين في أوروبا مثلاً.
 - زيادة استخدام خدمات الاستشارة.
 - تيسير التعاون بين المستشفيات في مجال توفير الرعاية الطبية
 - الحد من عزلة العاملين الطبيين في المناطق المختلفة و البعيدة.
 - تبادل الخبرة و ما وصلت إليه الدراسات و البحوث الطبية و الصيدلانية.
 - تقديم دورات تدريبية للعاملين التقنيين و العاملين في المجال الطبي و شبه طبي.
- تتمثل أهم أنواع الخدمات الصحية التي يقدمها الطب عن بعد في التشخيص التليفوني، العيادات الافتراضية و الخدمات الطبية عن بعد.

3. مستويات الخدمات الصحية

من خلال ماهية الخدمات الصحية نستخلص أن هذه الأخيرة تشمل عدة مستويات، فهي موجهة لعلاج الحالة المرضية الفردية من جهة و رعاية الحالة الصحية للمجتمع ككل من جهة أخرى.

1.3 الخدمات الصحية الأولية

نقصد بها الخدمات الصحية التي يتلقها الفرد المعافى (غير المريض)، إذ تهدف هذه الخدمات إلى تجنب الحالة المرضية و تفادي الوقوع فيها و تقسم الخدمات الصحية إلى الأولية إلى أنواع نذكر منها:

- خدمات مراقبة الأغذية وصلاحيتها للاستهلاك البشري و فحص المشتغلين بالأغذية للتأكد من خلوهم من الأمراض المعدية و إصدار شهادات بذلك.
- خدمات إصدار الموافقات الصحية على طلبات مصانع الأغذية و المطاعم و محال بيع المواد الغذائية و غيرها من المتاجر التي قد تشكل خطرا على صحة الفرد أو على الأقل تلك التي تكون على علاقة بها.
- خدمات مكافحة الأمراض المتوطنة في البلد أو في مناطق جغرافيا معينة منه كمكافحة البلهارسيا و الطفيليات المعوية عن طريق فحص و علاج المواطنين.
- خدمات الحملات التطعيمية و الفحص الدوري للتلاميذ بالمدارس، بالإضافة إلى برامج تطعيم السيدات الحوامل و المسافرين للخارج و الحجاج المعتمرين.
- خدمات صحية متمثلة في أخذ عينات دورية عشوائية من المواطنين للتأكد من خلوهم من الطفيليات المسببة للأمراض.
- خدمات مكافحة الحشرات الطائرة و الزاحفة الناقلة للأمراض و كذلك مكافحة القوارض لمنع انتشار الأمراض الطفيلية التي تنقلها.

- خدمات مكافحة الأمراض المعدية من خلال مراقبة القادمين من الخارج خاصة البلدان الموبوءة بأمراض معدية.
- خدمات تنفيذ برامج التوعية الصحية للوقاية من الأمراض المعدية كثيرة الانتشار.
- خدمات فحص عينات من الصرف الصحي للاستكشاف والوقاية.
- خدمات مكافحة العدوى في جميع المنشآت الصحية العامة والخاصة وتدريب جميع العاملين على إجراءاتها.
- خدمات صحية تهتم بتنظيم الأسرة وذلك بالعمل على التوعية الصحية المستمرة عن الصحة الإنجابية والتخطيط الأمثل للأسرة والفترات المثلى للمباعدة بين حمل وآخر و الوسائل المختلفة لتنظيم الأسرة.

2.3 الخدمات الصحية الثانوية (الصحة العلاجية)

تشتمل على جميع الخدمات الصحية العلاجية الطبية و التي يتم تقديمها على مستوى المراكز الصحية الحضرية و مراكز رعاية الأمومة و الطفولة و وحدات الصحة الجوارية، و يكون متلقي هذا المستوى من الخدمة الصحية هو فرد مريض بحاجة إلى العلاج بغض النظر عن طبيعة المرض أو العلاج اللازم، و يشمل أيضا هذا المستوى تقديم الخدمة المتكاملة في المناطق البعيدة عن منافذ تقديم الخدمة من خلال عيادات متنقلة ومجهزة. (مضر زهران، 2013، ص77)

بالتالي يمكن القول أن هذا المستوى من الخدمات الصحية يشمل أغلب أنواع الخدمة الصحية باستثناء البعض منها مثل الخدمات الوقائية أو خدمات الطب عن بعد. في إطار خدمات الصحة الثانوية يمكن أن نذكر بعض خصائص كل من خدمة صحة الأم والطفل وخدمة الإسعاف.

-خدمات صحة الأم و الطفل: وهي الخدمات الصحية التي تهتم بالحالة الصحية للأم الحامل باعتبارها حالة تتطلب رعاية صحية وذلك خلال مرحلة الحمل والإنجاب وما بعد الإنجاب، وأيضاً العناية بالحالة الصحية للجنين المولود والطفل. ويمكن هنا التمييز بين: (الدجاني سعيد، لحم هدية، 1984، ص44) رعاية الحامل، متابعة الأطفال الأصحاء و إعداد الإحصائيات المتعلقة بصحة الأم و الطفل و برامج الرعاية المتكاملة للطفل المريض أو خدمات صحية تهتم بالأطفال دون مأوى.

-خدمات الإسعاف: هي الخدمات الموجهة للأفراد الذين يكونون في حالة مستعصية تتطلب نقلهم بسرعة إلى مكان العلاج أو توفير إسعافات أولية في عين المكان، ونميز هنا بين ما يلي: (مضر زهران، 2013، ص79)

- خدمة توفير سيارة إسعاف عادية.
- خدمة توفير سيارة عناية مركزة.
- خدمة توفير سيارة العمليات الجراحية.
- خدمة توفير أسطوانة أكسجين.
- خدمة توفير الدم أو خدمة العيادات الطبية المتنقلة

3.3 الخدمات الصحية الثالثة أو التخصصية(المرجعية)

و هي الرعاية التي يتم تقديمها من قبل مستشفيات متخصصة في أمراض معينة، و تتطلب تجهيزات متقدمة، و أطباء ذوي تخصصات عالية و لديهم الخبرة و المهارة الكافية.

4. نبذة تاريخية عن ولاية وهران:

وهران هي ولاية تتواجد في الغرب الجزائري وعاصمتها هي مدينة (بلدية) وهران. تحدها كل من مستغانم شرقا، و معسكر من الجنوب الشرقي، و سيدي بلعباس من الجنوب الغربي و ولاية عين تموشنت غربا. تتربع على مساحة مقدرة بـ 2121 كم² بعدد سكاني يقدر بـ 1454078 نسمة سنة 2008. (حوصلة إحصائية 1962-2011، ص 39)

تقع ولاية وهران في غرب الجزائر و تنحصر بين خطي طول 0° و 2° إلى غربه و خطي عرض 35° و 36° شمال خط الاستواء. كانت في مطلع العصر الحديث تتربع على مساحة واسعة خلال الحكم العثماني بالجزائر وتسمى بابلك الغرب حيث تمتد من شرق مدينة الشلف (الأصنام سابقا) إلى حدود المغرب الأقصى غربا و إلى أقاصي الصحراء جنوبا ، و تقلصت جنوبا في فترة الاحتلال الفرنسي إلى حدود منطقة الساورة.

أثناء فترة الاستعمار الفرنسي كانت عمالة (ولاية) وهران تضم جزءا كبيرا من الغرب الجزائري. و بعد استقلال الجزائر أصبحت مقسمة إلى 15 عمالة (ولاية) . في سنة 1974، تم استحداث تقسيمات جديدة مع تغيير التسمية من عمالة إلى ولاية و استقر عددها حتى سنة 1983 على 31 ولاية. وفي سنة 1984، تم استحداث 16 ولاية جديدة (من 32-البيض إلى 48-غليزان) مع احتفاظ الولايات القديمة بترقيمها السابق (المستعمل حتى سنة 1983 م). مع كل تقسيم جديد كانت مساحة ولاية وهران تنتقل لفائدة ولايات جديدة حتى بلغت ما هي عليه اليوم.

حسب تقسيم سنة 1984، فإن ولاية وهران تضم 9 دوائر إدارية و 26 بلدية.

الدوائر	البلديات
وهران	وهران 1
عين الترك	عين الترك 3 - المرسى الكبير 2 - بوسفر 4 - العنصر 5
أرزيو	أرزيو 13 - سيدي بن بيقى 12
بطيوة	بطيوة 15 - عين البية 14 - مرسى الحجاج 16
السانية	السانية 22 - الكرمة 23 - سيدي الشحمي 21
بئر الحجير	بئر الحجير 6 - حاسي بونيف 8 - حاسي بن عقبة 7
بوتليليس	بوتليليس 25 - مسرغين 24 - عين الكرمة 26
وادي تليلات	وادي تليلات 19 - طفراوي 20 - البرية 18 - بوفاطيس 17
قديل	قديل 10 - بن فريحة 11 - حاسي مفسوخ 9

أما فيما يخص بلدية وهران و التي هي ميدان الدراسة فهي تقع على خليج وهران في غرب البحر الأبيض المتوسط، ظلت بلدية وهران منذ عقود عديدة و لا تزال مركزا اقتصاديا وميناءً بحرياً هاماً. يحدها خليج مفتوحة من الشمال و جبل مرجاجو و هضبة مولاي عبد القادر الكيلاني غربا، و من الجنوب السانية و من الشرق كل من بلدية بئر الجير و سيدي الشحمي، يقع تجمع المدينة (بلدية) على ضفتي خور وادي الرحي و المسمى الآن وادي رأس العين. بلغ عدد سكان البلدية 852000 نسمة خلال سنة 2009.

- تطور سكان بلدية وهران

غداة الاستعمار الفرنسي كان هناك بالكاد 18000 نسمة في وهران و ضواحيها، و لا يبدو أن المدينة قد اجتذبت أكثر من 30000 شخص أوروبي. قارب عدد سكان وهران ضعف هذا الرقم فقط بعد 50 عاما من وصول الفرنسيين. بعد أقل من 70 سنة من بداية الاستعمار تجاوز عدد سكان وهران 100000 نسمة لتصبح المدينة الفرنسية الخامسة. في أوائل القرن العشرين أصبحت واحدة من المدن الرئيسية في المغرب العربي و فاق عدد سكانها بانتظام المليون نسمة داخل تجمعها الحضري.

منذ عام 1831 لم يشهد السكان سوى مرحلة انكماش رئيسية واحدة خلال الثورة الجزائرية، و بعد اتفاقيات إيفيان غادر السكان الأوروبيون المدينة. أصبح نصف المدينة مهجوراً و تركت المنازل فارغة ليتم شغلها بسرعة بعد الاستقلال.

الجدول 25: تطور سكان بلدية وهران 1965-2010 (الآلف نسمة)

السنوات	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010
عدد السكان (آلف نسمة)	325	385	466	537	604	647	675	706	765	852

المصدر: مديرية الصحة و السكان لولاية وهران.

- توزيع المنشآت القاعدية الصحية:

أ - القطاع العمومي:

الجدول 26: تطور الهياكل الصحية الاستشفائية لولاية وهران 2008

عدد الأجنحة	عدد الأسرة	التعيين سنة 2008
55	1668	مركز الاستشفائي الجامعي لوهران+5 وحدات خارجية عيادة الجراحة فلاوسن، عيادة طب الأسنان، عيادة السكري، عيادة سان ميشال، عيادة نوار فضيلة.
25	740	المؤسسة الاستشفائية الجامعية أول نوفمبر 1954
18	240	المؤسسة الاستشفائية مجبر عين الترك
05	95	مؤسسة إستشفائية عامة عقيد عثمان
15	240	مؤسسة استشفائية عامة المحقن
118	2983	المجموع

المصدر: مديرية الصحة و السكان لولاية وهران.

الجدول 27: تطور المؤسسات العمومية للصحة الجوارية لولاية وهران 2008

التعيين سنة 2008	عيادات المتعددة الخدمات	قاعات العلاج
أرزيو	09	25
واد تليلات	03	10
وهران(حي بوعمامة)	03	09
وهران(حي الصديقية)	03	14
وهران(واجهة البحر)	03	02
وهران (حي الغوالم)	06	02
السانية	03	16
بوتليليس	02	13
عين الترك	03	12
مجموع	35	103

المصدر: مديرية الصحة و السكان لولاية وهران 2008.

الجدول 28: تطور الهياكل الاستشفائية الصحية المتخصصة لولاية وهران 2008

التعيين سنة 2008	عدد الأسرة	عدد الأجنحة
في طب العيون (عيادة لزرق+ عيادة حمو بوتليليس)	192	03
المؤسسة الاستشفائية المتخصصة لمكافحة السرطان الامير عبد القادر	173	05
المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب الأطفال بوخروفة عبد القادر(كناستال)	256	19
المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الطب النفسي	470	03
المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب الجراحة والتوليد بن يحي الزهرة	60	05
المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب الجراحة و التوليد اللوز	60	05
المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب الجراحة والتوليد الصنوبر	120	04
المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب الجراحة والتوليد حاج عابد عتيقة	60	04
المجموع	1391	48
عدد أسرة دور الولادة الريفية(عيادة متعددة الخدمات)	30	-
العدد الاجمالي للأسرة	2812	96

المصدر: مديرية الصحة و السكان لولاية وهران.

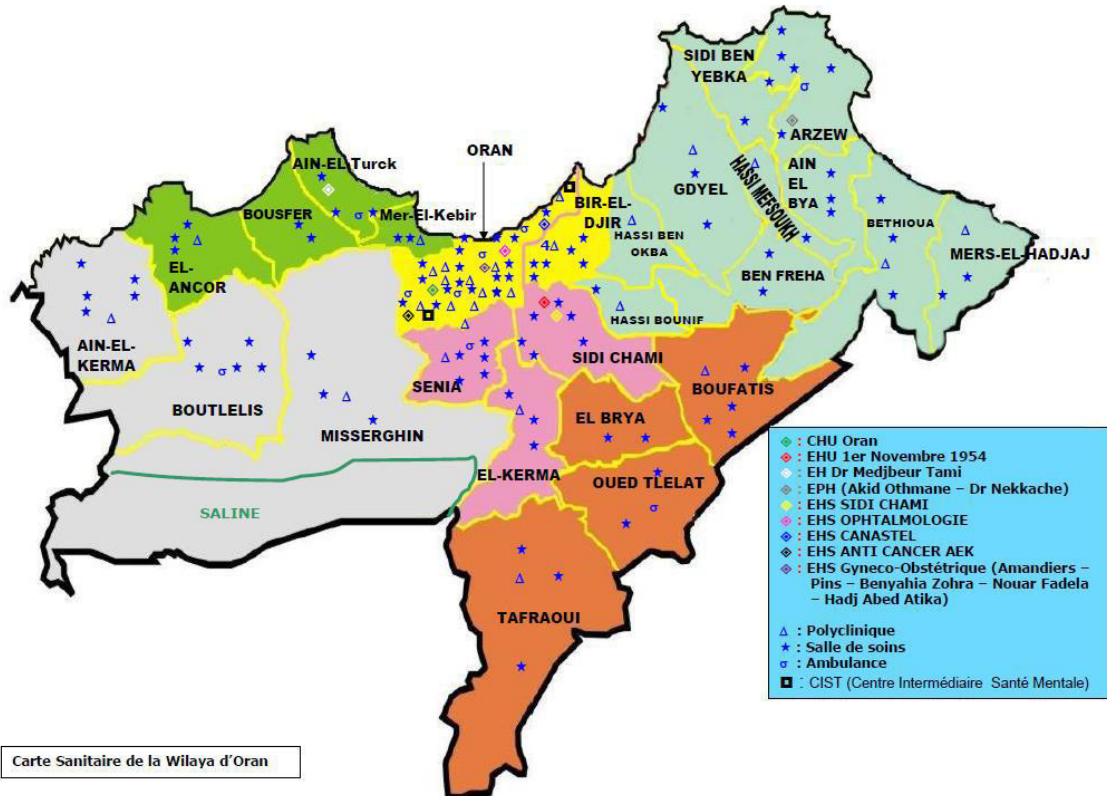
مؤسسات التكوين الشبه طبي:

- مدرسة التكوين الشبه الطبي لها القدرة على استيعاب 350 مقعد.
- المعهد التقني للصحة العمومية له القدرة على استيعاب 500 مقعد.

ب هياكل شبه عمومية:

- مركز طبي اجتماعي.
- 39 مركز طب العمل.
- 07 قاعات العلاج.

- الخريطة الصحية للقطاع العام بولاية وهران 2014:



المصدر: مديرية الصحة و السكان لولاية وهران.

الجدول 29: توزيع مستخدمي القطاع الصحي العمومي و الخاص لولاية وهران سنة 2010.

المجموع	عيادة خاصة	قطاع خاص	قطاع عام	التخصص
1347	82	352	913	طبيب مختص
1160	40	369	751	طبيب عام مقيم
1565	0	0	1565	مقيم
136	0	47	89	جراح سنان متخصص
598	1	263	334	جراح أسنان عام
73	0	0	73	جراح اسنان مقيم
657	0	590	67	صيدلي
6	0	0	6	صيدلي نقيم
72	0	28	44	مخبر تحاليل الطبية
11	0	9	2	مخبر تحاليل الامراد
5625	123	1658	3844	المجموع

المصدر: مديرية الصحة و السكان لولاية وهران.

الجدول 30: تطور المؤشرات الديمغرافية لولاية وهران سنة 2010

الوطن	الولاية	المؤشرات
34.4 مليون	1619940	عدد السكان
1.86%	1.80%	معدل الزيادة الطبيعية
76	76	أمل الحياة
24.8%	27.8%	معدل وفيات الأطفال
100000/ 88.9	100000/47.5	معدل وفيات الأمومة
1000/22.2	21.6%	معدل المواليد الخام
1000/4.38	5.04%	معدل الوفيات الخام
2.5	2.3	المؤشر التركيبي للخصوبة

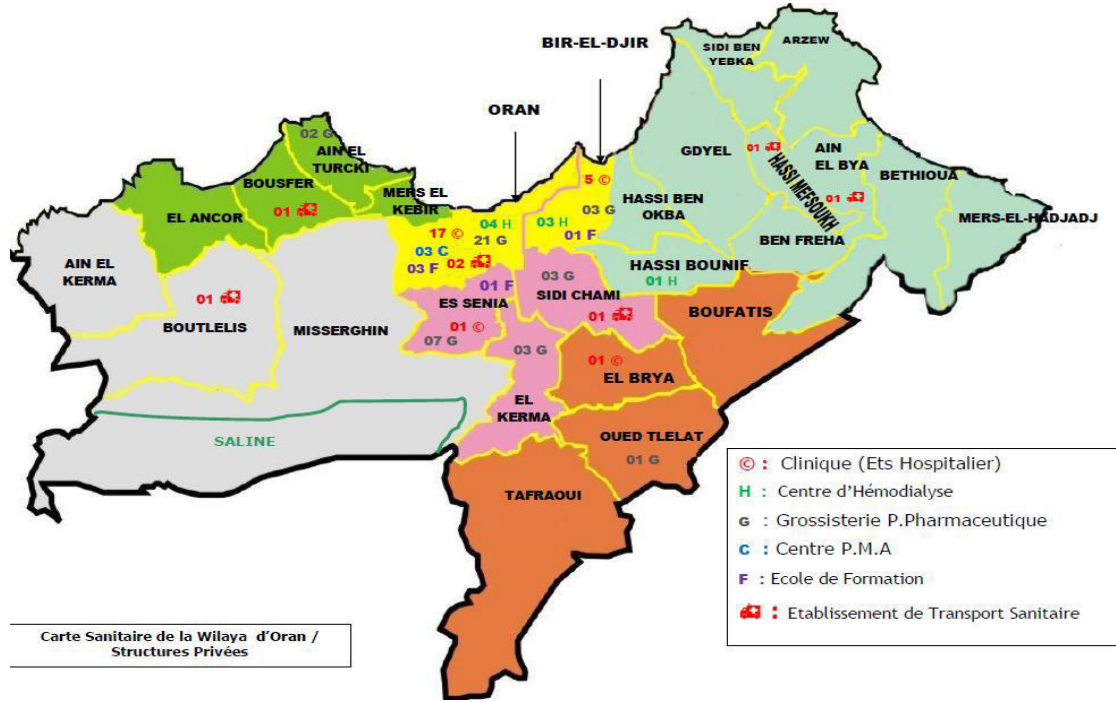
المصدر: مديرية الصحة و السكان لولاية وهران.

الجدول 31: تطور المؤشرات الأساسية لهياكل الموارد البشرية 2008-2012

2012	2010	2009	2008	المؤشرات (عمومي، خاص)
2.77	3.23	2.80	2.83	01 سرير لكل 1000
37266	44853	44016	44255	01 ع م خ (2500 م ح ، 4000 م ر)
15528	15677	14949	14893	01 قاعة علاج لكل 2000 س
944	--	--	--	طبيب مختص
479	394	432	403	01 طبيب
1882	2001	1990	1874	01 جراح أسنان
2679	2458	2375	2213	01 صيدلي
264	313	275	251	01 شبه طبي
14582	19223	20650	19240	01 طبيب نفسي

المصدر: مديرية الصحة و السكان لولاية وهران.

الخريطة الصحية للقطاع الخاص بولاية وهران 2014



المصدر: مديرية الصحة و السكان لولاية وهران.

7 الإجراءات المنهجية للدراسة

إن البحث الاجتماعي لا يتمثل في جمع المعلومات النظرية و الإطلاع على البحوث والدراسات التي تناولت المشكلة فقط، و إنما يعتمد على العمل الميداني الذي يمكن الباحث من جمع المعلومات من المجتمع الذي يقوم بدراسته. فمحاولة إثبات الدراسة النظرية بالدراسة العلمية الميدانية من أهم مساعي البحث العلمي لملأ الفجوة القائمة بين الدراسة النظرية و الواقع بغية تحقيق أهداف الدراسة و التحقق من فرضياتها من خلال مجموعة من الأدوات و الإجراءات التي تساعد في الوصول إلى تبين العلاقة بين متغيرات الدراسة.

و هذا ما سيتم تناوله بدءا من:

1- المجال المكاني و البشري للدراسة

يتطلب البحث الميداني جهدا عضليا و وفرة مالية مع وقت لإجرائه كما يعلم أصحاب التخصص، و قد اقتصر هذا البحث الميداني على بلدية وهران فقط، ثم إن هذه البلدية لا تتميز عن باقي بلديات الولاية و لا تتفرد بالكثير من الخصوصيات عن اغلب مناطق الوطن، لكننا لا نذكر هذا التقارب لتعميم النتائج و إنما المراد أن يكون هذا البحث الميداني صورة تقريبية لواقع يعيش يوميا في مختلف أنحاء الوطن.

تم استخراج عينة الدراسة الحالية بالاعتماد على قاعدة بيانات الإحصاء العام للسكان و السكن في الجزائر سنة 2008 باعتبارها الأكثر حداثة لان الجزائر تجري الإحصاء العام للسكان و السكن كل 10 سنوات، فلحسن الحظ تم الحصول على هذه القاعدة و لسوءه فإن إجراء هذه الدراسة تم بالاعتماد على قاعدة بيانات عمرها ثمن سنوات. حتى تكون الجودة معيارا لهذه العينة تم استخراج عينة تتكون من 500 أسرة موزعة على مختلف أحياء بلدية وهران (مكان إجراء البحث الميداني) بالطريقة التي ستوضح لاحقا.

نظرا للتكلفة الباهظة التي تتطلبها البحوث الميدانية و لصعوبة إجرائها، تم الاتفاق مع زميلتي من نفس الدفعة على إجراء هذا البحث جماعة ربحا للوقت و توفيراً للمال (لأننا طالبات غير عاملات) تم جمع ثلاث استمارات في استمارة واحدة، و بعد إنهاء البحث الميداني تم الشروع في عملية تفرغ الاستمارات بالاعتماد على برنامج الحزمة الإحصائية (spss) الطبعة عشرون.

2- كيفية تحديد عينة الدراسة الميدانية

أ- أسلوب تحديد العينة

تم استخدام قاعدة بيانات السكن لبلدية وهران الخاصة بالإحصاء العام للسكان والسكن 2008 لاستخراج عينة الدراسة. أما حجم العينة فتم اختيار من المجموع العام للأسر المتمثل في 89029 أسرة، 500 أسرة عينة الدراسة والتي تمثل نسبة 0,6%، ترجع هذه النسبة الضئيلة لنقص الإمكانيات المادية وكذا الوقت المحدد لانجاز الدراسة الميدانية .

- طريقة اختيار العينة

تم الاعتماد على العينة الطبقية النسبية لاختيار العينة و تم إتباع الخطوات التالية:

أولاً : تحديد نسبة أسر العينة من المجموع العام للأسر حسب كل مقاطعة كالآتي :

$$100 \times \frac{\text{عدد أسر المقاطعة}}{\text{مجموع أسر المقاطعات}} =$$

ثانياً : تحديد مجموع أسر العينة وفق كل مقاطعة كالآتي:

$$\frac{\text{نسبة أسر العينة} \times 500}{100} =$$

و فيما يلي ن نقل النتائج المتحصل عليها في الجدول.

جدول 32: توزيع مجموع 500 أسرة على مقاطعات بلدية وهران.

المقاطعة	مجموع الأسر	الأسر من المجموع العام (%)	مجموع الأسر العينة
سيدي الهواري	9490	10,7	53
الأمير	7832	8,8	43
سيدي البشير	7795	8,8	43
المقري	20093	22,6	112
الصديفية	6181	6,9	35
ابن سينا	6841	7,7	39
الحمري	4386	4,9	25
العثمانية	4694	5,3	27
المقراني	4120	4,6	23
المنزه	2834	3,2	16
البدري	7184	8,1	41
بوعمامة	7579	8,5	43
المجموع	89029	100	500

المصدر: بيانات الديوان الوطني للإحصائيات.

ثالثا: تحديد مجموع أحياء العينة وفق كل مقاطعة كالاتي:

$$\text{عدد أسر الأحياء حسب المقاطعات} = \frac{\text{المدى}}{\text{مجموع الأحياء لكل مقاطعة}}$$

$$\text{حساب المدى} = \frac{\text{مجموع الأحياء لكل مقاطعة}}{\text{المجموع الاجمالي للمقاطعات}}$$

جدول 33: توزيع أحياء مقاطعات العينة.

المقاطعات	مجموع الأحياء "أ"	عدد القاطعات "ب"	المدى "ج" = أ/ب	عدد عشوائي "د"	أحياء العينة "ع"
سيدي الهواري	56	12	5	3	11
الأمير	49		4	2	10
سيدي البشير	48		4	3	10
المقري	67		6	4	10
الصديقية	49		4	3	10
ابن سينا	58		5	5	10
الحمري	32		3	1	9
العثمانية	36		3	2	9
المقراني	30		3	2	8
المنزه	24		2	1	9
البدر	59		5	4	10
بوعمامة	58		5	3	10

- " د " عدد عشوائي - الخطوة الأولى.

رابعاً: تحديد أسر العينة حسب أحياء العينة كالآتي:

$$- \text{ نقوم بحساب نسبة الأسر في أحياء العينة} = \frac{\text{عدد الأسر حسب أحياء العينة}}{\text{مجموع الأسر في أحياء العينة}} \times 100$$

- حساب عدد أسر العينة حسب الأحياء:

$$= \frac{\text{نسبة الاسر في أحياء العينة} * \text{عدد أسر العينة حسب المقاطعة}}{100}$$

نقوم بنقل النتائج في الجدول الموالي الخاص بمقاطعة سيدي الهواري، أما باقي المقاطعات سيتم وضعها

في قائمة الملاحق.

جدول 34: توزيع عينة الدراسة حسب المقاطعة الإدارية سيدي الهواري.

عدد الأسر العينة/الأحياء	عدد الأسر العينة/المقاطعة	العدد الإجمالي للأسر/المقاطعة	%	عدد الأسر في أحياء العينة	رقم أحياء العينة	عدد أحياء العينة	العدد الإجمالي للأحياء quartier	اسم المقاطعة
4	53	9490	8	149	3	11	56	سيدي الهواري
5			10	186	8			
4			8	148	13			
6			11	212	18			
6			11	209	24			
5			9	171	29			
4			8	146	34			
5			9	172	39			
4			8	159	44			
5			9	167	49			
5			9	169	54			
53			100	1888	المجموع			

المصدر : من إعداد الأستاذ فضيل عبد الكريم - جامعة وهران 02- بالاستناد على بيانات الإحصاء العام للسكان و السكن

سنة 2008 .

3 المجال الزمني للدراسة

- الفترة الأولى: تم من خلالها معاينة المقاطعات الإدارية خلال الفترة الزمنية الممتدة ما بين أبريل إلى جوان 2016 .
- الفترة الثانية : تم من خلالها الزيارة المباشرة و مقابلة أفراد العينة المحددة خلال الفترة الزمنية الممتدة ما بين (أوت 2016- فيفري 2017). بحيث تعد هذه الفترة طويلة جدا وتنقص من مصداقية البحث ولكن هذا نظرا للظروف المادية التي تضطر الباحث لاتخاذ هذه الفترة الزمنية الطويلة.
- يتضمن المجال الزمني فترة النزول إلى الميدان، ومن المعروف أن هذه الفترة تتوقف على نوعية الدراسة وأهدافها، وعليه فقد تمت الدراسة الميدانية على فترتين توزعت كالتالي:

1 - المرحلة الأولى:

- الدراسة الاستطلاعية :

تعتبر الدراسة الاستطلاعية المرحلة المهمة و الخطوة الفعالة و المنظار الذي يكشف الواقع في البحث العلمي نظرا لارتباطها بالميدان فمن خلالها يتأكد الباحث من وجود عينة الدراسة ومعرفة بعض حيثيات الميدان بالتركيز على إمكانية إجراء البحث بشكل سهل يخلو من المشاكل و العمل على أخذ كل الاحتياطات في حال وجود صعوبات للتمكن من إتمام البحث بشكل جيد. بحيث تمت الدراسة الاستطلاعية التي أجريت على عينة مكونة من 30 أسرة خارج العينة الكلية في شهر جويلية 2016.

- نتائج الدراسة الاستطلاعية:

إن نتائج الدراسة الاستطلاعية خطوة مهمة نحو دراسة ميدانية أكثر دقة، لان الدراسة الاستطلاعية تعمل على التقليل من أخطاء البحث الميداني من خلال تجربة في الميدان لمن لم يسبق لهم الخروج إليه

حتى يتمكنوا من اخذ فكرة عن ميدان العمل، كما تفيد في اكتشاف ميدان الدراسة و اختبار الاستمارة ومعرفة مدى تجاوب المبحوثين وفهمهم للأسئلة المطروحة في الاستمارة حتى يتم تصحيح أو إلغاء و ربما إضافة أسئلة أخرى خدمة للدراسة من جهة، و حتى لا يتلقى من يجري البحث صعوبات وعراقيل قصد إنهاء البحث في الوقت المحدد و توفير الجهد من جهة أخرى. ثم إن الدراسة الاستطلاعية تهدف إلى تأكيد وجود عينة الدراسة من عدمها على ارض الواقع و مدى سهولة أو صعوبة التواصل مع أفرادها للعمل على تحضير خطة عمل أثناء إجراء البحث على العينة الكلية.

2- المرحلة الثانية:

بعد التأكد من وجود عينة الدراسة من خلال الدراسة الاستطلاعية، ثم الشروع في تطبيق الدراسة التي دامت 07 أشهر تقريبا من أوت 2016 إلى فيفري 2017، حيث تم زيارة الأسر في مساكنهم لملأ الاستمارات و أحيانا تترك الاستمارات مع العودة إلى استرجاعها في وقت لاحق عندما لا يستطيع المبحوث استقبال الباحث داخل البيت، بعد جمع كل الاستمارات تم الشروع في عملية التفريغ قصد تحليل تلك النتائج وفق ما يقتضيه موضوع البحث .

- وسائل جمع معلومات الدراسة الميدانية :

الأداة ركن هام في عملية التصميم المنهجي للدراسة وهي الوسيلة أو الطريقة التي يستطيع بها الباحث حل مشكلته والتقرب من معالم دراسته، و إن المقدرة على استعمالها يعطي وزنا وقيمة للدراسة. فالباحث يستخدم الأدوات التي تتلاءم مع طبيعة البحث أو الدراسة، وتعرف الأدوات المنهجية بأنها " وسائل جمع البيانات" حول الظاهرة المدروسة فاستعمال منهج معين في أي بحث يتطلب من الباحث الاستعانة بأدوات و وسائل مساعدة ومناسبة تمكنه من الوصول إلى المعلومات اللازمة التي يستطيع بواسطتها معرفة واقع

ميدان الدراسة، و الواقع أن اعتماد الباحث على منهج معين هو الذي يحدد نوع الأدوات التي يستعين بها في جمع هذه البيانات.

إن اختيار هذه الأدوات المنهجية لا يتم بشكل عفوي، وإنما يتم بمراعاة نقاط من أهمها:

- ميدان أو تخصص الباحث.

- نوعية مجتمع الدراسة.

- الظروف والملابسات التي تحيط بالموضوع.

- موضوع البحث وطبيعته.

و بالنظر لكون الدراسة اعتمدت المنهج الكمي كان لا بد من استخدام الأدوات التي تخدم موضوع الدراسة.

و فيما يتعلق بموضوع البحث سيتم الاعتماد على وسيلتين لتحقيق أهداف الدراسة:

أولاً: الإحصائيات المجمعّة و المتحصل عليها من مختلف المصادر التي تم التوجه إليها بصورة مباشرة

أو غير مباشرة: كالديوان الوطني للإحصائيات، مديريةية الصحة و السكان لولاية وهران رغم أنها لم تدلي بأي

إحصائيات.

ثانياً: الاستبيان (الاستمارة).

هي أداة لجمع المعلومات المتعلقة بموضوع البحث عن طريق استمارة معينة تحتوي على عدد من الأسئلة

مرتبطة بأسلوب منطقي مناسب يجري توزيعها على أشخاص معينين لتعبئتها. و قد جرت العادة في تصميم

استمارة البحث أن تحصر العناصر الرئيسية التي يتشكل منها محتوى موضوع الدراسة في شكل أبعاد

ومحاور.

- مميزات الاستبيان:

هو من الطرق الأكثر نجاعة و فعالية في نجاح الأبحاث الميدانية التي تعمل على استقصاء الحقائق و تفسير الغموض الذي يحيط بموضوع الدراسة و لم نتوصل إلى توضيحه بطريقة كافية في الجزء النظري لسبب أو لآخر، القيام بدراسة ميدانية لاستكمال ما نصبو إليه.

غالبا ما يكون الاستبيان الوسيلة الأكثر فعالية خاصة عندما تكون العينة كبيرة و الغرض هو جمع إحصائيات، بالإضافة إلى الاستناد على المقابلة في ملاءمة الاستبيان لان وجود الباحث في الميدان يسهل عملية ملاءمة الاستمارة و يخلق نوع من التواصل الذي يعمل على شرح بعض النقاط للمبحوثين، كما تعمل المقابلة على استقصاء بعض الحقائق دون أن نسأل المبحوث عنها، كل هذه الوسائل و الإجراءات تعمل على منح العمل الميداني مصداقية أكثر. هذا لا يعني أن تكون هذه المصداقية مطلقة لان بعض المبحوثين لا يزالون يجهلون الكثير عن فائدة الأبحاث الميدانية للمجتمع و لا يمكن أن نعتبرها بحثا استطلاعيا حول خصوصيات المواطن، و بالتالي مازالت هناك معانات من تكتم العديد من المبحوثين عن بعض الحقائق التي يعتبرها المبحوث من خصوصياته و يبقى الباحث في حاجة ماسة إلى استقصائها لتقديم دراسة قد تنفع المجتمع بشكل أو بآخر في انتظار توصل الباحث الجامعي إلى إجراء بحوث ميدانية بنفس مستوى تلك التي تجرى في الدول المتقدمة.

في إستمارة هذه الدراسة حاول الباحث طرح كل الأسئلة التي تبادرت في الأذهان و كان لها رابطة بموضوع البحث، كما تم القيام بتصحيح بعض الأسئلة و حذف أسئلة أخرى فور إجراء الدراسة الاستطلاعية. احتوت الإستمارة على عدة أسئلة سهلة و بسيطة في متناول كل المبحوثين.

وقد قسمت استمارة الدراسة إلى ست محاور:

- محور حول خصائص المسكن.
 - محور حول المعلومات الشخصية للمرأة و الرجل.(رب الأسرة و المسؤول عن صحة الأسرة)
 - محور خاص بتردد المبحوثين على المؤسسات الصحية العمومية.
 - محور خاص بالمشاكل الصحية التي يعاني منها سكان بلدية وهران.
 - محور خاص بواقع الخدمات الصحية في بلدية وهران.
 - محور خاص بآراء المبحوثين حول الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية العمومية.
- كما تم الاعتماد في غالبية هذا الاستبيان على الأسئلة المغلقة، فكانت الأسئلة تتناوب بين أسئلة مغلقة ذات اقتراحين "نعم" أو "لا"، و أسئلة مغلقة متعددة الاقتراحات إذ يمكن للمبحوثين اختيار إجابة واحدة أو أكثر، وهذا ليتسنى تحليلها بشكل جيد وواضح خدمة لأهداف الدراسة.

- أسباب إجراء البحث الميداني:

تعتبر الفرضيات المقترحة في الدراسة خطوة نحو إجابات افتراضية مؤقتة عن الإشكالية المطروحة، فان البحث الميداني في العديد من التخصصات عامة و الديمغرافيا خاصة خطوة أخرى للتقرب من الحقيقة والتوصل إلى معطيات أكثر حداثة، هذه المعطيات تكسبها أهمية كبيرة تعمل على تأكيد أو نفي الفرضيات وقد تتوافق جزئيا أو كليا مع ما تأتي به الدراسة النظرية لذات الموضوع.

- أدوات التحليل الإحصائي:

نظرا لكبر حجم عينة الدراسة الميدانية فلا يمكن القيام بتحليل نتائجها ذات العدد الكبير بطريقة العد اليدوي، لذا كان يلزم اختيار البرنامج الذي يسهل على الباحث كثيرا تحليل و تفسير نتائج الدراسة، فكان

البرنامج الإحصائي المعروف بالحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (طبعته العشرين) الأداة التي اختيرت وتم الاعتماد عليها في تحليل نتائج البحث الميداني الذي اجري قصد الكشف و التعرف على واقع الخدمات الصحية للسكان في ظل حاجاتهم الصحية، و هذا باستعمال المنهج الإحصائي الذي يتماشى مع طبيعة الموضوع المعالج وقد تم توظيف الأدوات الإحصائية التالية:

- التكرارات و النسب المئوية لوصف خصائص عينة الدراسة.
- إختبار مربع كاي للإستقلالية.
- مقياس ليكرت لمعرفة تحديد آراء المبحوثين حول الخدمات الصحية لسكان البلدية.

المبحث الأول: توصيف العينة.

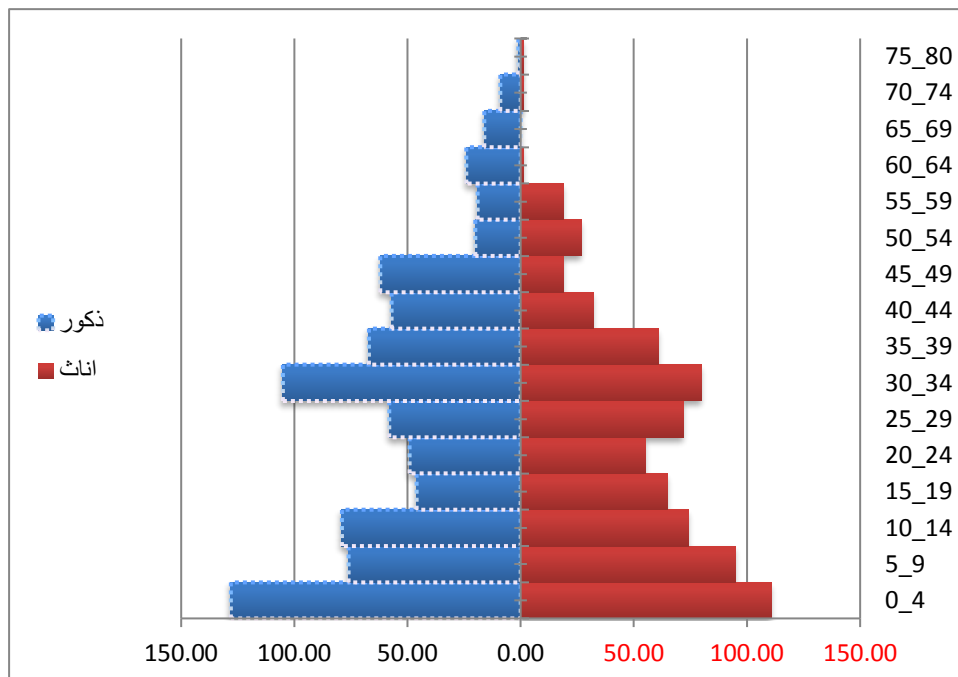
سيتناول هذا المبحث اعتمادا على النتائج المتحصل عليها من الدراسة الميدانية توصيفا للعينة من حيث الخصائص السوسيوديمغرافية و الاقتصادية للأسر المبحوثة و أفرادها و كذا المسكن وما تعلق به.

1 الخصائص السوسيوديمغرافية للمبحوثين :

أ- توزيع مفردات العينة حسب العمر و الجنس:

تتكون عينة الدراسة من 500 أسرة مستجوبة، فمن حيث الجنس قدرت نسبة الذكور بـ 53.4% و 46.6% بالنسبة للإناث. أما حسب العمر فقد بلغ العمر الوسيط لمفرداتها 24 سنة و المنوال 18 سنة. أما بالنسبة لمتوسط العمر لكلا الجنسين معا فقدر بـ 25 سنة، 27 سنة للذكور و 23 سنة للإناث مما يعني إنها ضمت في غالبيتها فئات شابة. أما حسب الفئات العمرية فقد قدرت نسبة الأطفال الأقل من 5 سنوات بـ 15.63% ، مقابل 21% بالنسبة للفئة " 05-14 سنة" و 4% للأشخاص البالغين "60 سنة فأكثر"، يظهر هذا بوضوح أكثر حسب الهرم السكاني لعينة الدراسة.

الشكل 9: الهرم السكاني لعينة الدراسة.



المصدر: الجدول 09 قائمة الملاحق.

ب- توزيع مفردات العينة حسب المستوى التعليمي.

إن نسب المستوى التعليمي للجنسين متقاربة نوعا ما، حيث تمثل فئة الأمية بالنسبة للذكور 9% و الإناث 13.1%، و هذا يعني أن نسبة الأمية في عينتنا متقاربة بالنسبة للجنسين وكذلك نلاحظ تفاوت واضح في فئة الابتدائي حيث تمثل نسبة الذكور 11% و الإناث 2%. أما بالنسبة للفئات الأخرى فهي ذات نسب متقاربة و هي أكثر توضيحا في الجدول التالي:

الجدول 35: توزيع المستوى التعليمي في العينة حسب الجنس.

المجموع	الجنس			
	إناث%	ذكور%		
10,6	13.1	9	بدون مستوى	المستوى التعليمي
7,4	2	11	ابتدائي	
14,8	10,1	17.9	متوسط	
32,2	34,2	30.9	ثانوي	
35	40,7	31.2	مستوى عالي	
100	100	100	المجموع	

المصدر: البحث الميداني.

ج- توزيع مفردات العينة حسب الحالة الزوجية:

كما هو مبين من خلال الجدول أن نسب الحالة الزوجية متفاوتة بالنسبة لكلا الجنسين، بحيث تمثل نسبة العزاب الذكور تمثل 6.6% و نسبة الإناث تقدر بـ 14.1%، أما بالنسبة للمتزوجين فنسبة الذكور أعلى بنسبة 91.7% مقابل 56.3% و يعني هذا أن أغلب ذكور العينة متزوجين، أما بالنسبة للفئات الأخرى فنلاحظ أن فئة الذكور معدومة أما الإناث فنسبة الأرامل تمثل 6.4% و المنفصلون تمثل 1.8%.

الجدول 36: يمثل توزيع أفراد العينة حسب الحالة الزوجية للجنسين.

المجموع	الجنس			
	إناث%	ذكور%		
9,6	14.1	6.6	أعزب	الحالة الزوجية
77,6	56.3	91.7	متزوج	
4,6	9	1.7	مطلق	
6,4	16.1	0	أرمل	
1,8	4.5	0	منفصل	
100	100	100	المجموع	

المصدر: البحث الميداني.

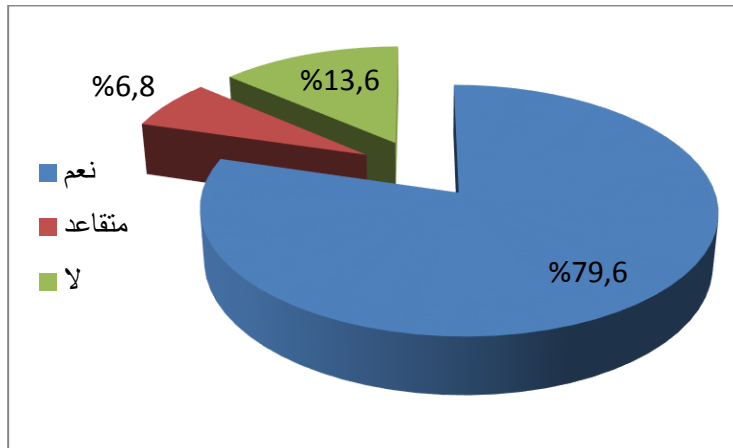
2 الخصائص الاقتصادية لمفردات العينة .

سيتناول هذا المبحث دراسة الخصائص الاقتصادية للمبحوثين كل ما يخصهم من نشاط، نوع النشاط، شروط المسكن إلى غيرها من المتغيرات.

أ- توزيع مفردات العينة حسب النشاط:

يتضح من خلال التمثيل البياني أن الفئة العاملة تمثل أكبر نسبة فهي تقدر بـ 79.6% من مجموع العينة، تليها الفئة الغير عاملة بنسبة 13.6% ثم 6.8% التي تمثل فئة المتقاعدين.

الشكل 10: توزيع مفردات العينة حسب النشاط.



المصدر: البحث الميداني.

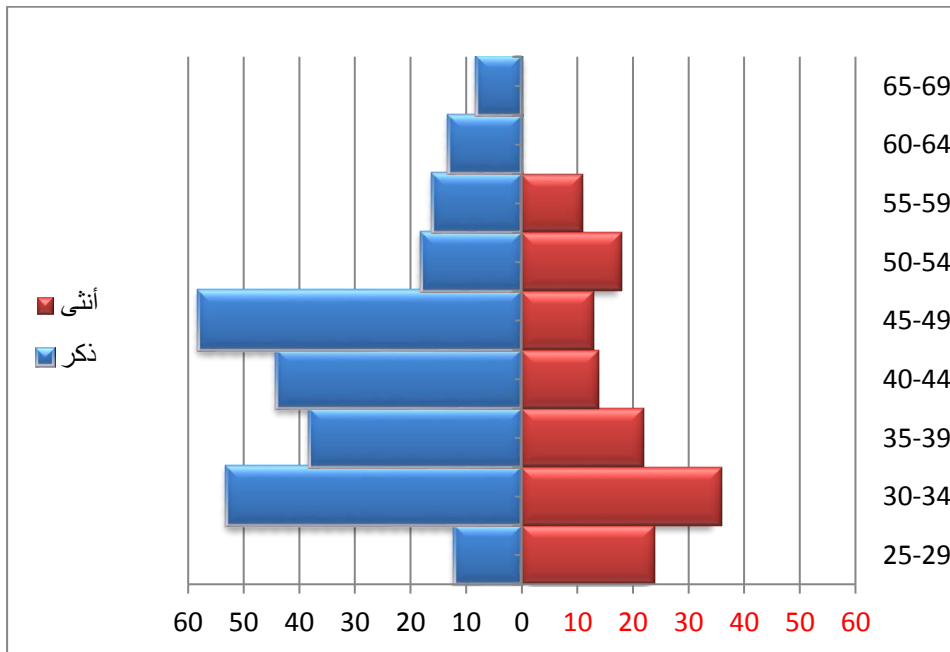
ب- توزيع مفردات العينة العاملين حسب خصائصهم الديموغرافية :

قدرت نسبة اليد العاملة بـ 79.6% يشكل الذكور منها نسبة 65.3% و الإناث نسبة 34.7%. أما حسب السن فأكثر فئة عاملة لكلا الجنسين هي 30-34 سنة و تقدر بـ 22.4% .

- توزيع العاملين في العينة حسب الجنس و السن:

يوضح هرم الأعمار بالنسبة للفئة العاملة في العينة حسب الجنس أن هناك تفاوت في نسبة التشغيل بحيث أن فئة الذكور أكثر من الإناث في سن 25-29 سنة، كما هو ملاحظ أن نسبة الإناث أكبر من الذكور، وبعدها يتوسع الهرم خاصة بالنسبة للذكور في سن 30-34 و 45-49 سنة، أما بالنسبة لباقي الأعمار فكانت نسبة الذكور تتغلب على الإناث.

الشكل 11: توزيع العاملين في العينة حسب الجنس و السن:



المصدر: الجدول 11 قائمة الملاحق.

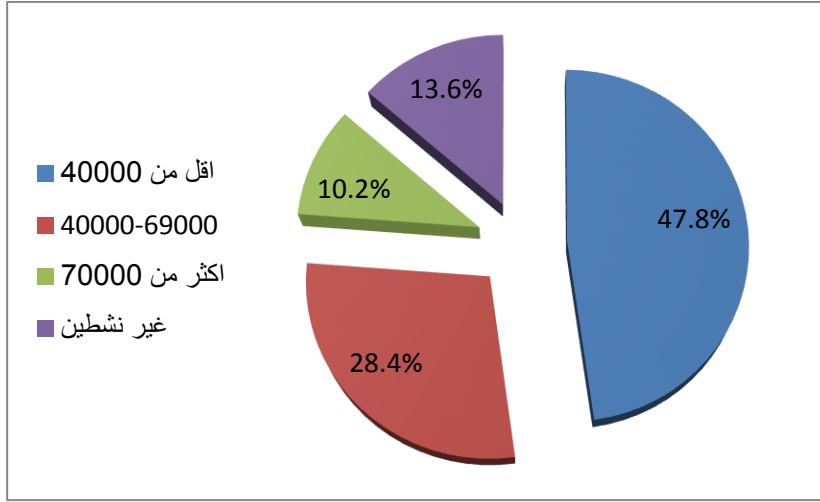
- توزيع مفردات العينة حسب الدخل

يتبين من خلال الشكل أن 47.8% من العينة يتقاضون أجر أقل من 40000 دج، بينما 28.4% يتقاضون ما بين 40000-69000 دج و 10.2% يتقاضون أكثر من 70000 دج، وهذا ما يعني أن أغلب أفراد العينة يعتبرون من أصحاب المستوى المعيشي الضعيف. هذا استنادا على معطيات الديوان الوطني للإحصائيات بحيث اعتبر 40000 دج اجر متوسط هذا ما يعني أن أقل من 40000 دج يعتبر أجر

ONS-Résultat de l'enquête annuelle sur les salaires auprès des entreprises Mai 2016) ضعيف

(N°759)، أما الفئة الغير عاملة فقدرت بـ 13.6 %

الشكل 12: توزيع مفردات العينة العاملين حسب الدخل

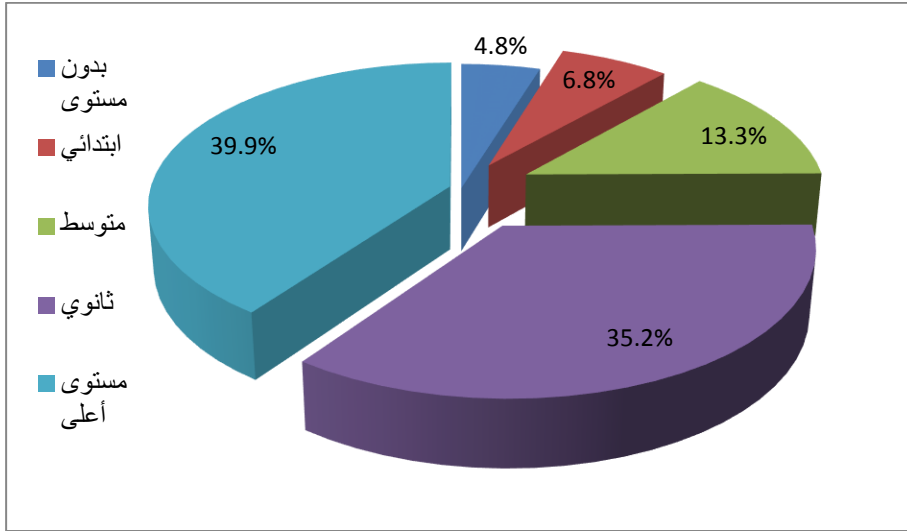


المصدر: البحث الميداني

- توزيع العاملين في العينة حسب المستوى التعليمي:

من خلال التمثيل البياني تعود أعلى نسبة تشغيل في العينة للفئة ذات المستوى التعليمي العالي و تقدر بـ 39.9%، ثم تليها فئة التعليم الثانوي بـ 35.2%، فئة التعليم المتوسط بنسبة 13.3%، و تليها على التوالي فئة التعليم الابتدائي و فئة الأمية بنسبة 6.8% و 4.8%.

الشكل 13: توزيع العاملين في العينة حسب المستوى التعليمي:

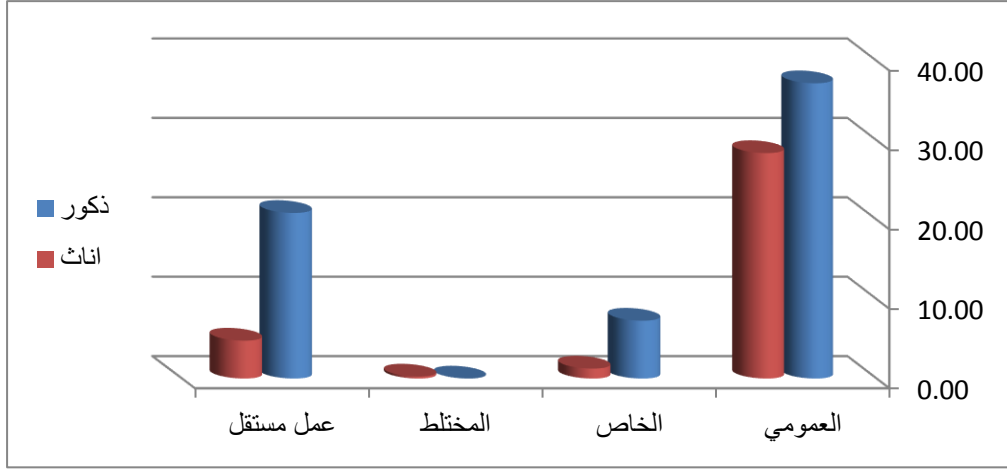


المصدر: البحث الميداني.

- توزيع العاملين في العينة حسب الجنس و مكان التشغيل:

يأخذ القطاع العمومي أعلى نسبة تشغيل في العينة سواء بالنسبة للذكور أو الإناث وهذا بنسبة 37% و 29% على التوالي، يليه القطاع الخاص حيث تمثل نسبة الذكور 7% و نسبة الإناث فهي ضئيلة جدا تقدر بـ 1%. أما القطاع المختلط فهو شبه معدوم بالنسبة للذكور و الإناث. أما العمل المستقل فأخذ نسبة لا بأس بها في العينة خاصة عند الذكور بنسبة 21% أما الإناث فكانت نسبتها ضئيلة حيث قدرت بـ 5%.

الشكل 14: توزيع العاملين في العينة حسب الجنس و مكان التشغيل:



المصدر: الجدول 14 قائمة الملاحق.

3- توزيع مفردات العينة حسب خصائص المسكن:

أ توزيع مفردات العينة حسب نوع وطبيعة المسكن

يمكن تلخيص خصائص المسكن في العناصر التالية و المتمثلة في نوع المسكن، طبيعة المسكن و شروط المسكن بالإضافة إلى توفر المسكن على الانترنت.

تحتل الشقق النسبة الأكبر في العينة سواء كانت طبيعة المسكن ملكية شخصية أو مسكن مستأجر أو مسكن حالة أخرى حيث تمثل 36.7%، 50.7%، 33.9% على التوالي من مجموع العينة، تليها نسبة "الحوش" في حالة ملكية شخصية بـ 31.7%، مسكن حالة أخرى بـ 30.9%، مسكن مستأجر بنسبة 28.2%، مسكن عائلي بـ 20%. أما "الفيلات" فتتمثل أعلى نسبة في حالة مسكن عائلي قدرت بـ 80%، ملكية شخصية بـ 20.8% من مجموع العينة. أما أنواع السكن الأخرى فنسبها ضئيلة من مجموع العينة.

الجدول 37: توزيع مفردات العينة حسب نوع و طبيعة المسكن.

نوع المسكن	طبيعة المسكن %		
	ملكية شخصية	مسكن مستأجر	مسكن عائلي
شقة	36,7	50,7	0
فيلا	20,8	4,2	80
حوش	31,7	28,2	20
بناء قصديري	10,8	0	0
حالة أخرى	0	16,9	0
المجموع	100	100	100

المصدر : البحث الميداني.

ب - توزيع مفردات العينة حسب نوع و شروط المسكن:

من الملاحظ خلال الجدول أن أعلى نسبة في توفر ضروريات المسكن (الماء، الغاز، الكهرباء و قنوات صرف المياه) تأخذها الشقة بنسبة 40.3% تليها في المرتبة الثانية "الحوش" بـ 29.7% ثم "الفيلا" بـ 17.5% و أخيرا البناء القصديري و "مسكن حالة أخرى" بـ 6.6% و 5.9% على التوالي. أما فيما يخص عدم توفر ضروريات المسكن فإن "الحوش" يأخذ أعلى نسبة تقدر بـ 36.6%، يليه "البناء القصديري" بـ 30.6%، "الشقة" بـ 22.9% و "مسكن حالة أخرى" بـ 8.5% و في الأخير "الفيلا" تقدر نسبتها بـ 1.3%.

أما بالنسبة لتوفر المسكن على الكماليات و الممثلة في المدفئة، المكيف، سخان الماء، غسالة الملابس تأخذ الشقة الصدارة بنسبة تقدر بـ 42.7% و يليها "الحوش" بنسبة 27.8% ثم الفيلا بـ 20.4% و أخيرا البناء القصديري و مسكن حالة أخرى تقدر بنسبة 3.4% و 5.6% على التوالي. أما بالنسبة لعدم توفر المسكن على هذه الكماليات فإن الحوش يأخذ أعلى نسبة قدر بـ 37.9% يليه البناء القصديري بـ 27.6% ثم الشقة بنسبة 24.9%، أما مسكن حالة أخرى و الفيلا تأخذ النسب التالية على التوالي 8.1% و 1.5%.

الجدول 38: توزيع مفردات العينة حسب نوع و شروط المسكن:

شروط المسكن				نوع المسكن
% كماليات المسكن		% ضروريات المسكن		
لا	نعم	لا	نعم	
24,9	42,7	22,9	40,3	شقة
1,5	20,4	1,3	17,5	فيلا
37,9	27,8	36,6	29,7	حوش
27,6	3,4	30,6	6,6	بناء قصديري
8,1	5,6	8,5	5,9	حالة أخرى
100	100	100	100	المجموع

المصدر: البحث الميداني.

- ضروريات المسكن: ماء، الغاز، الكهرباء، قنوات صرف المياه.

- كماليات المسكن: مدفئة، مكيف، سخان مائي، غسالة ملابس.

ت - نوع السكن وتوفره على الإنترنت:

في كل نوع من أنواع المسكن هناك نسبة توفر على الإنترنت، بحيث تأخذ الشقة أعلى نسبة توفر على

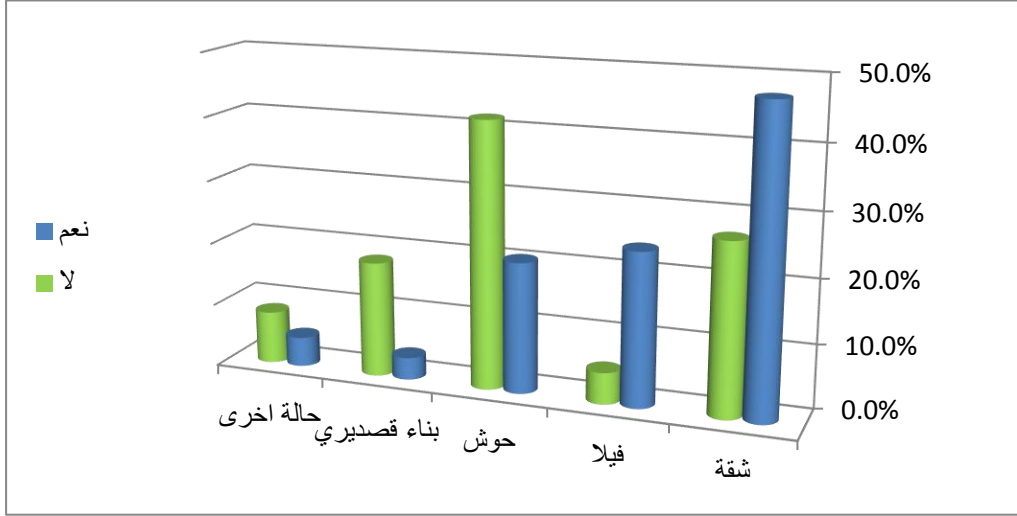
الانترنت تقدر بـ 47.3%، الفيلا بنسبة 24.0% و الحوش بنسبة 20.5%، كما أن مسكن بناء القصديري

و حالة أخرى كانت نسبتها ضئيلة و تمثل 3.5% و 4.7% على التوالي. أما فيما يخص عدم توفر

المسكن على الإنترنت فاخذ أكبر نسبة الحوش قدرت بـ 41.7%، الشقة بـ 26.9% و البناء القصديري بـ

18.2%، تليها الفيلا و مسكن حالة أخرى بنسبة قدرت بـ 5% و 8.3% على التوالي.

الشكل 15: نوع السكن و توفره على الإنترنت.



المصدر: الجدول 15 قائمة الملاحق.

خلاصة المبحث :

يتميز هذا المبحث بتصنيف عينة الدراسة سواء من الناحية السوسيوديمغرافية أو من الناحية الإقتصادية، وقد تميزت عينة الدراسة بأن أغلبها من الفئة الشابة بحيث بلغ فيها متوسط العمر 25 سنة لكلا الجنسين وأغلبها ذكور خاصة في الأعمار المتأخرة. كما أن أكثرها من فئة المتزوجين، تغلب على العينة الفئة العاملة ينشط أغلبهم في القطاع العمومي و أكثرهم الذكور، بوجود أكبر نسبة لفئة أصحاب التعليم العالي، كما أن أكثرهم يسكنون شقق وتوفرها بنسبة كبيرة على الإنترنت.

المبحث الثاني: تردد المبحوثين على المؤسسات الصحية العمومية.

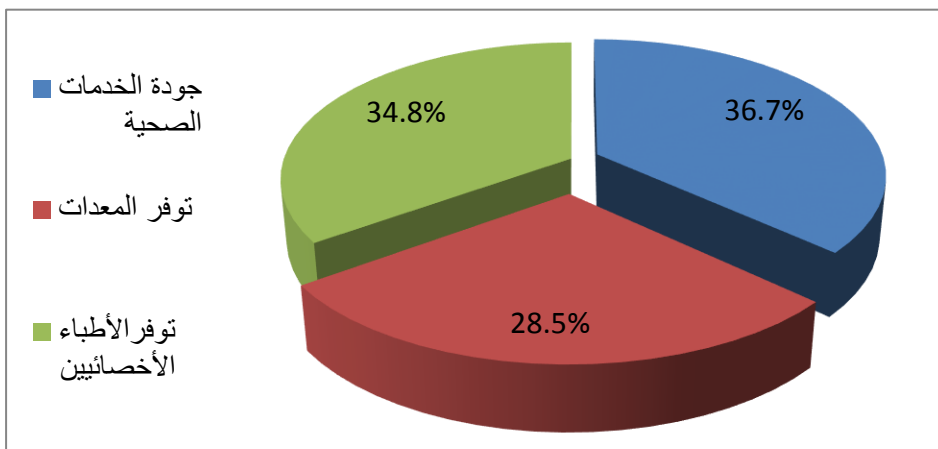
تناول هذا المبحث تردد المبحوثين على المؤسسات الصحية العمومية سواء أسباب توجه المبحوثين للعلاج، المشاكل الصحية وغيرها من العناصر.

يبين هذا المبحث مدى تردد المبحوثين على المؤسسات الصحية بحيث كانت نسبة ترددهم للعلاج خلال الشهر تقدر بـ 43.4%، أما المترددين خلال السنة فقدرت نسبتهم بـ 48%. كما أن 50% من أفراد العينة يتوجهون إلى مركز الصحة العمومية، أما النصف الآخر فمنهم 35.2% يتوجهون للعيادات الخاصة و 14.8% يتوجهون إلى المستشفى الجامعي .

1 . أسباب توجه المبحوثين للقطاع الصحي الخاص.

من أهم أسباب توجه المبحوثين للقطاع الصحي الخاص هو جودة الخدمات الصحية وذلك بنسبة 36.7%، تليها توفر الأطباء الأخصائيين بنسبة 34.8%، توفر المعدات بنسبة 28.5%. يظهر ذلك بوضوح أكثر في الشكل التالي:

الشكل 16: توزيع أسباب توجه المبحوثين للقطاع الصحي الخاص.

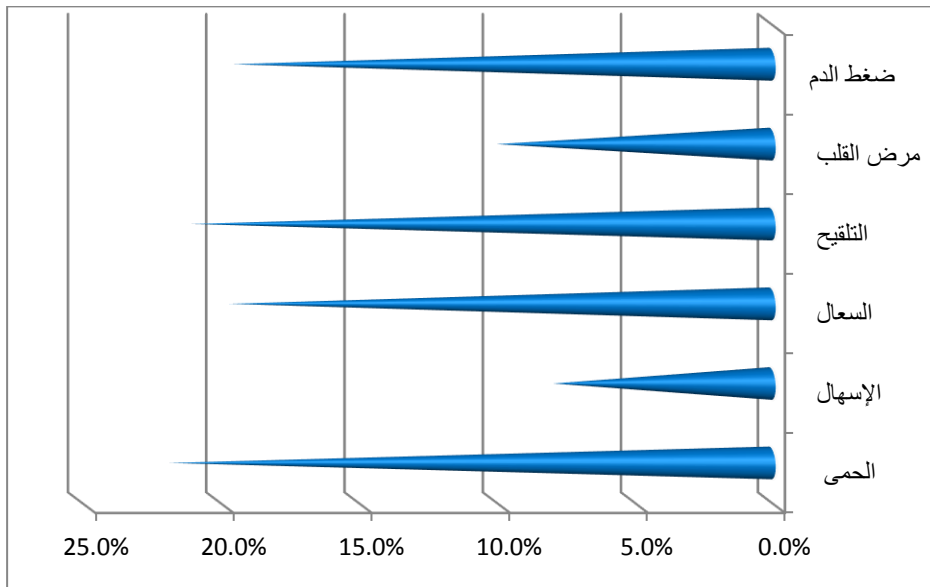


المصدر: البحث الميداني.

2 . المشاكل الصحية للمبحوثين :

وجد في العينة أنه من أهم الأسباب التي دفعت بالمبحوثين للمعالجة هي بالدرجة الأولى "الحمى" بحيث أخذت أعلى نسبة وقدرت بـ 21.8%، أما بالنسبة لكل من "التقيح والسعال وضغط الدم" فلم تكن نسبتهم بعيدة عن الحمى بحيث بلغت حوالي 20%، أما بالنسبة لمرض القلب و الإسهال فبلغت نسبتهم 10% و 8% على التوالي. و هذا ما يوضحه الشكل.

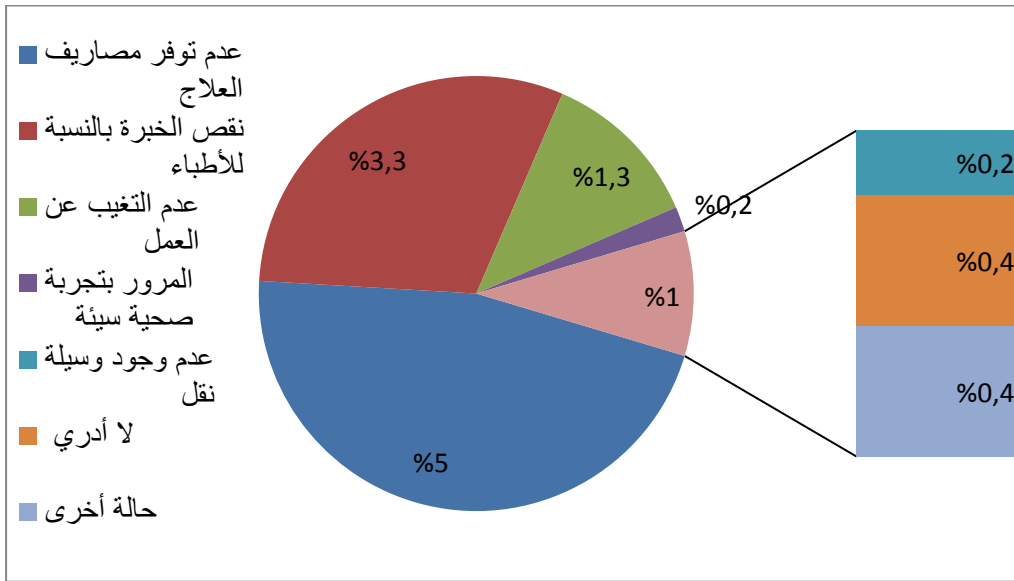
الشكل 17: توزيع المشاكل الصحية التي دفعت بالمبحوثين للمعالجة.



المصدر: الجدول 17 قائمة الملاحق.

كما أن نسبة المستفيدين من العلاج في العينة حسب المبحوثين قدرت بـ 86.8% أي أن أغلب أفراد العينة قد استفادوا من العلاج. أما 10.8% فكانت نسبة المبحوثين الذين لم يستفيدوا من العلاج وهذا راجع للأسباب الموضحة حسب التمثيل البياني التالي:

الشكل 18: توزيع مفردات العينة حسب أسباب عدم تلقي العلاج للمبحوثين.



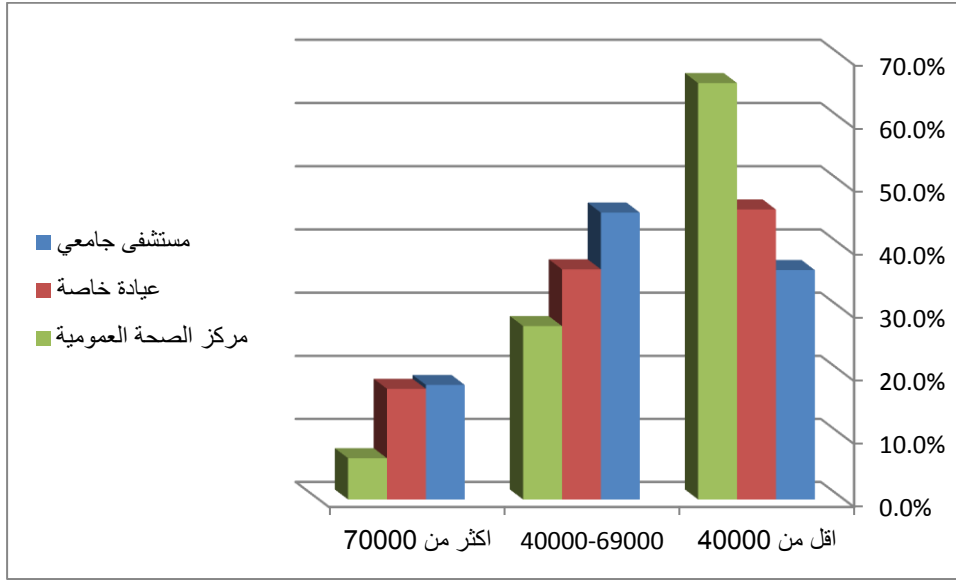
المصدر: البحث الميداني.

السبب الأساسي من بين أسباب عدم تلقي المبحوثين للعلاج و المقدر بـ 10.8% راجع بالدرجة الأولى للعامل الاقتصادي أي عدم وجود تكاليف العلاج و هذا بنسبة 5%، ثم يليه نقص الخبرة بالنسبة للأطباء بنسبة 3.2%، أما فيما يخص الأسباب الأخرى كانت نسبها ضعيفة.

3 . العلاقة بين الدخل و مكان التوجه للعلاج.

من المهم معرفة إذا كان هناك تأثير للدخل على مكان توجه المبحوثين للعلاج، وكما هو واضح من خلال التمثيل البياني أن الفئة التي يتراوح أجرها (أقل من 40000 دج) تتوجه أغليبيتها إلى مركز الصحة العمومية بنسبة 65.9%، أما بالنسبة للفئة التي أجرها ما بين (40000-69000 دج) تتوجه إلى المستشفى الجامعي بنسبة 45.9% و الفئة التي تتقاضى (أكثر من 70000 دج) تتوجه إلى المستشفى الجامعي بنسبة 18.2%. إحصائيا وحسب اختبار مربع كاي للاستقلالية بين الدخل و مكان توجه المبحوثين للعلاج عند مستوى دلالة (0.000) يتبين أن هناك علاقة بين الدخل و مكان التوجه للعلاج.

الشكل 19: العلاقة بين الدخل و مكان التوجه للعلاج.

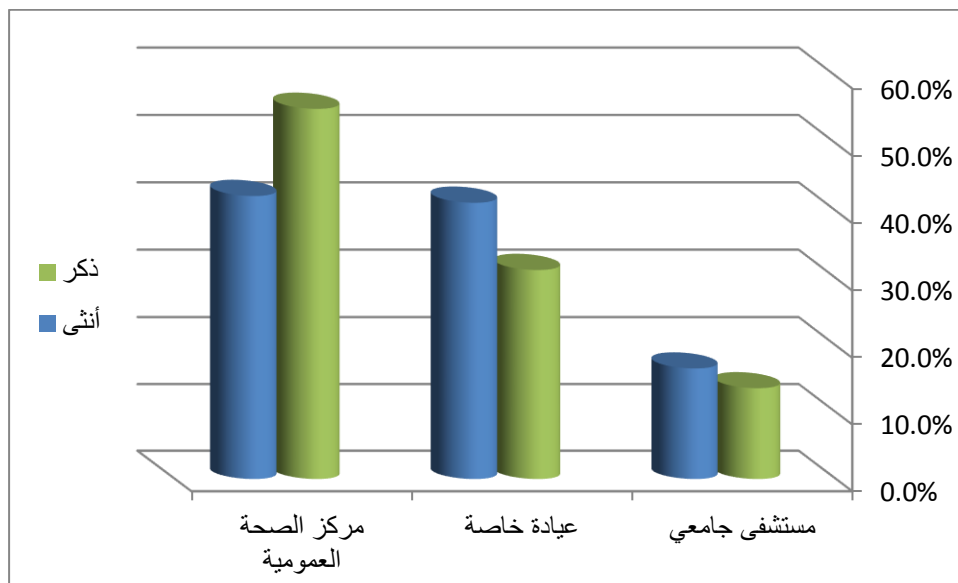


المصدر: الجدول 19 قائمة الملاحق.

5 . العلاقة بين الجنس و مكان التوجه للعلاج.

يتبين من خلال التمثيل البياني أن نسبة توجه الذكور إلى مركز الصحة العمومية قدر بـ 55.1% وهي أعلى من نسبة الإناث بحيث قدرت بـ 42.2%، أما بالنسبة للتوجه إلى العيادات الخاصة والمستشفيات العمومية كانت نسب الإناث أعلى من الذكور، كما هو ملاحظ أن الجنس ليس عاملا مؤثرا لمكان التوجه للعلاج وهذا ما تبين إحصائيا من خلال استعمال اختبار مربع كاي للاستقلالية بين الجنس و المؤسسة العلاجية عند مستوى دلالة (0.017) أن هناك استقلالية بين هذين المتغيرين أي أنه لا توجد علاقة بينهما.

الشكل 20: العلاقة بين جنس المبحوثين و مكان التوجه للعلاج.

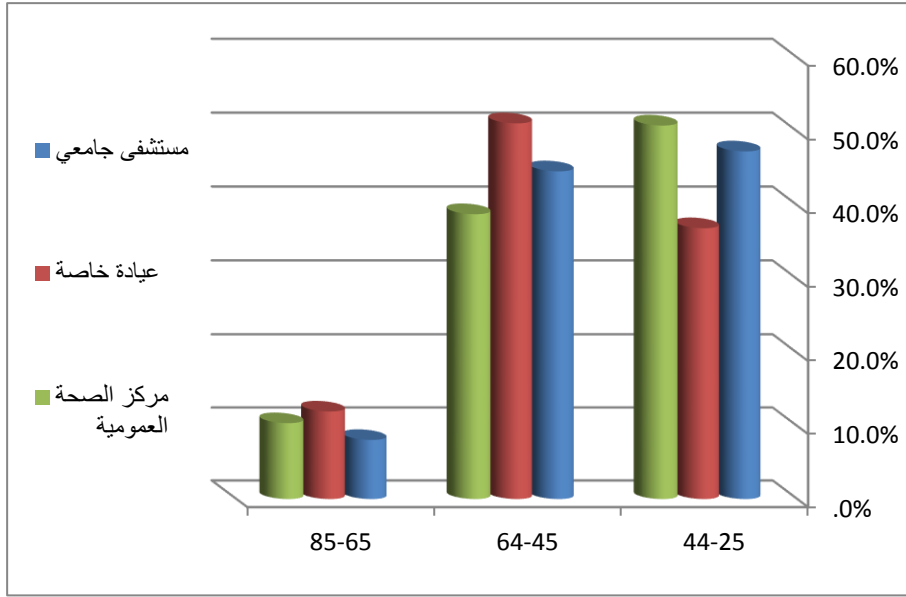


المصدر: الجدول 20 قائمة الملاحق.

6 . العلاقة بين السن ومكان التوجه للعلاج.

يلعب السن دورا هاما في اختيار التوجه لمكان العلاج كما هو موضح في الشكل أن ما بين سن (25-44) سنة أعلى نسبة توجه للعلاج تعود إلى مركز الصحة العمومية بنسبة 50.8% تليها 47.3% تتوجه إلى المستشفى الجامعي، على عكس الفئة ما بين (45-64) و (65-85) سنة من الملاحظ أنها تتوجه و بنسبة كبيرة إلى العيادات الخاصة قدرت بـ 51.1% و 12% على التوالي. وهذا ما أثبت إحصائيا بعد استعمال اختبار مربع كاي للاستقلالية بين سن المبحوثين و مكان التوجه للعلاج عند مستوى دلالة (0.001) وهذا يدل على أنه توجد علاقة قوية و ذات دلالة إحصائية أي هناك علاقة بين هذين المتغيرين.

الشكل 21: العلاقة بين سن المبحوثين و مكان التوجه للعلاج .



المصدر: الجدول 21 قائمة الملاحق.

7 . المشاكل الصحية التي لا تستدعي العلاج:

انحصرت أغلب إجابة المبحوثين في العينة حول المشاكل الصحية التي لا تستدعي الذهاب للعلاج بـ " أحيانا " و هي مرتفعة جدا مقارنة بالإجابات الأخرى و هذا بالنسبة لكل من المتغيرات التالية: الجنس، المستوى التعليمي، الدخل و السن. و ثم التوصل إلى هذه النتائج بعد استعمال المقياس الرباعي و حساب المتوسطات الحسابية التي بينت أن معظم أفراد العينة كانت إجابتهم عن المشاكل الصحية التي لا تستدعي الذهاب للعلاج بـ " أحيانا " حسب كل من الجنس و السن و المستوى التعليمي و الدخل.

أما فيما يخص أنواع المشاكل الصحية التي لا تستدعي الذهاب إلى المستشفى حسب إجابات المبحوثين كان "الإسهال" بالدرجة الأولى بنسبة 30%، يليه "الحمى و القيء" بحوالي 28%، ثم المشاكل الأخرى كقفر الدم، ضغط الدم" وغيرها من الأمراض كانت نسبتها ضئيلة و لم تتجاوز 6%. أما بالنسبة لمكان علاج هذه

الأمراض التي لا تستدعي الذهاب إلى المستشفى كان العلاج في "البيت" بنسبة 36%، ويليه العلاج "بالأعشاب" بنسبة 32%، أما الذين يتوجهون "للصيدلية" فكانت نسبتهم 23%.

خلاصة المبحث:

يتناول هذا المبحث تردد المبحوثين على المؤسسات الصحية العمومية بحيث وجد أن 86.5% من أفراد عينتنا يستفيدون من العلاج، 50% منهم يتوجهون إلى مراكز الصحة العمومية كما أن "الحمى، التلقيح وضغط الدم" هم أكثر أسباب توجه المبحوثين للعلاج، أما بالنسبة للذين لم يتلقون العلاج فهذا راجع بالدرجة الأولى إلى أسباب اقتصادية بحيث وجد أن أصحاب الدخل الجيد و المتوسط يتوجهون بنسبة كبيرة إلى مراكز الصحة العمومية والمستشفيات الحكومية وأغلبهم ذكور من فئة الشباب أما الإناث فيوجهون بكثرة إلى العيادات الخاصة خاصة، كما أن أغلب المتوجهين إلى مراكز الصحة العمومية هم من فئة الشباب في (25-44) سنة على عكس المتوجهين إلى العيادات الخاصة فهم من فئة (44-64) سنة.

المبحث الثالث: المشاكل الصحية التي يعاني منها سكان بلدية وهران:

يتناول هذا المبحث تحليل البيانات الخاصة برأي المبحوثين حول المشاكل الصحية التي يعاني منها سكان بلدية وهران.

1 . الفئة المؤثرة على الدولة في توفير الاحتياجات الصحية لسكان حسب المبحوثين.

حسب الفئة المؤثرة على الدولة في توفير الاحتياجات الصحية يرى المبحوثين إن فئة الأطفال هي الأقوى بنسبة 66.2% ، تليها فئتي كبار السن و النساء بنسبة 45% و فئة الشباب بـ 43.8%، أما فئة الرجال فنسبتها هي الأضعف وقدرت بـ 7.4% فقط.

الجدول 39 : توزيع المبحوثين حسب الفئة المؤثرة على الدولة في توفير الاحتياجات الصحية.

الفئة المؤثرة على الدولة	%
الأطفال	66,2
كبار السن	45,0
النساء	45,0
الشباب	43,8
الرجال	16,1

المصدر: البحث الميداني.

2- الفئة التي تساهم في تأثيرها على الدولة لتوفير الاحتياجات الصحية.

كما هو مبين في الجدول أن أكثر فئة تساهم في تأثيرها على الدولة لتوفير الاحتياجات الصحية حسب إجابات المبحوثين هي فئة السياسيين بنسبة 66.4%، تليها بعد ذلك فئة المتعلمين بنسبة 52.7%، تأتي بعدها فئة العمال والطلبة بنسب متقاربة قدرت بحوالي 32%، أما الفئة التي أخذت أدنى نسبة هي فئة العاطلين بنسبة 19.6% و فئة الغير متعلمين بنسبة 9.4%.

الجدول 40: توزيع المبحوثين حسب الفئة التي تساهم في تأثيرها على الدولة لتوفير الاحتياجات الصحية.

الفئة التي تساهم في تأثيرها على الدولة	%
السياسيين	66.4
المتعلمين	52.7
العمال	32,6
الطلبة	31
العاطلين	19,6
الغير متعلمين	9,4

المصدر: البحث الميداني.

3. رأي المبحوثين حول المشاكل الصحية الأكثر انتشارا في المجتمع.

الجدول الآتي يبين نسب إجابات المبحوثين بالنسبة لرأيهم حول المشاكل الصحية الأكثر انتشارا في المجتمع وعلى رأسها الأمراض المزمنة التي أخذت النسب الكبيرة: السكري بنسبة 87.4%، ضغط الدم بنسبة 86.2%، يليها بعد ذلك السرطان بنسبة 40.7% أما بالنسبة للأمراض الأخرى فأخذت نسب لا بأس بها كالحمى بنسبة 38.1% و الأمراض التنفسية بنسبة 32.7% و خاصة أن هذه الأمراض تصيب الأطفال بكثرة.

الجدول 41: توزيع نسب رأي المبحوثين حول المشاكل الصحية الأكثر انتشارا في المجتمع.

المشاكل الصحية الأكثر انتشارا في المجتمع	%
السكر	87,4
ضغط الدم	86,2
السرطان	40,7
الأمراض التنفسية	32,7
الحمى	38,1
الاضطرابات هضمية	23,0
الإسهال	20,6
سوء التغذية	21,6
نقص الوزن	12,2
القيء	7,6

المصدر: البحث الميداني.

3. رأي المبحوثين حول الأمراض التي يعاني منها الأطفال في المجتمع.

أخذت الحمى 89.4% و هي أعلى نسبة من وجهة نظر المبحوثين حول الأمراض التي يعاني منها الأطفال في المجتمع، يأتي بعدها الإسهال هو الآخر بنسبة كبيرة قدرت بـ 71.7%، يليه بعد ذلك القيء بنسبة 56.6%، أما بالنسبة للأمراض الأخرى فأخذت نسب قليلة مقارنة بالأمراض السابقة.

الجدول 42: توزيع المبحوثين حسب إجاباتهم حول الأمراض التي يعاني منها الأطفال في المجتمع.

الأمراض التي يعاني منها الأطفال	%
الحمى	89,4
الإسهال	71,7
القيء	56,8
فقر الدم	34,3
مشاكل تنفسية	33,5
السرطان	15,3

المصدر: البحث الميداني.

7. رأي المبحوثين حول المشاكل الصحية التي يواجهها كبار السن في المجتمع.

يرى المبحوثين أن السكري هو أكثر الأمراض التي يواجهها كبار السن بنسبة 95.2%، يليه بعد ذلك ضغط الدم بنسبة 94.6% وقد أخذت الأمراض المزمنة أكبر النسب في العينة أما بالنسبة للأمراض الأخرى فنسبتها كانت ضئيلة بحيث قدر "نقص الوزن" بـ 26.7% و الاضطرابات الهضمية بـ 22.3%. أما "سوء التغذية" قدرت بـ 9% وهي أدنى نسبة.

الجدول 43: توزيع المبحوثين حسب رأيهم حول المشاكل الصحية التي يواجهها كبار السن في المجتمع.

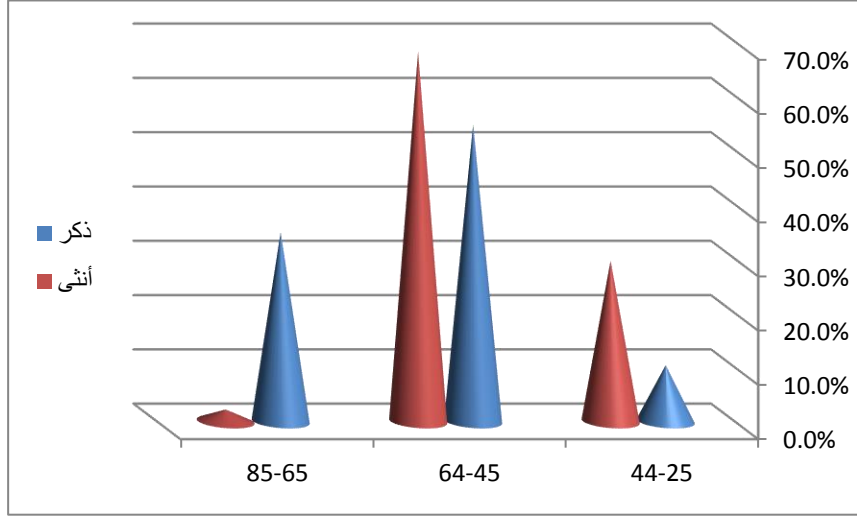
المشاكل الصحية التي يواجهها كبار السن	%
السكري	95,2
ضغط الدم	94,6
نقص الوزن	26,7
الاضطرابات الهضمية	22,3
الإسهال	13,9
السرطان	12
سوء التغذية	9

المصدر: البحث الميداني.

10. توزيع مرض المبحوثين حسب الجنس و السن:

كما هو ملاحظ من خلال الشكل أن مرض المبحوثين في العينة يبدأ من سن 25 سنة وهذا راجع إلى الاعتماد على الشخص المجيب عن المقابلة (رب الأسرة أو أحد أفراد العائلة) لذا لم يتم الأخذ بعين الاعتبار المرضى الأقل من 20 سنة. و كما هو ظاهر أن الإناث لهم نسب كبيرة في كل من الفئة العمرية (25-44) سنة و (45-64) سنة بحيث قدرت من 29.7% إلى 68.1% بعد ذلك ترتفع نسبة المرض عند الرجال في سن (65-85) سنة بنسبة 34.9%، وهذا نظرا لأن أغلب أفراد العينة ذكور خاصة في الأعمار المتأخرة.

الشكل 22: توزيع مرض المبحوثين حسب الجنس و السن.

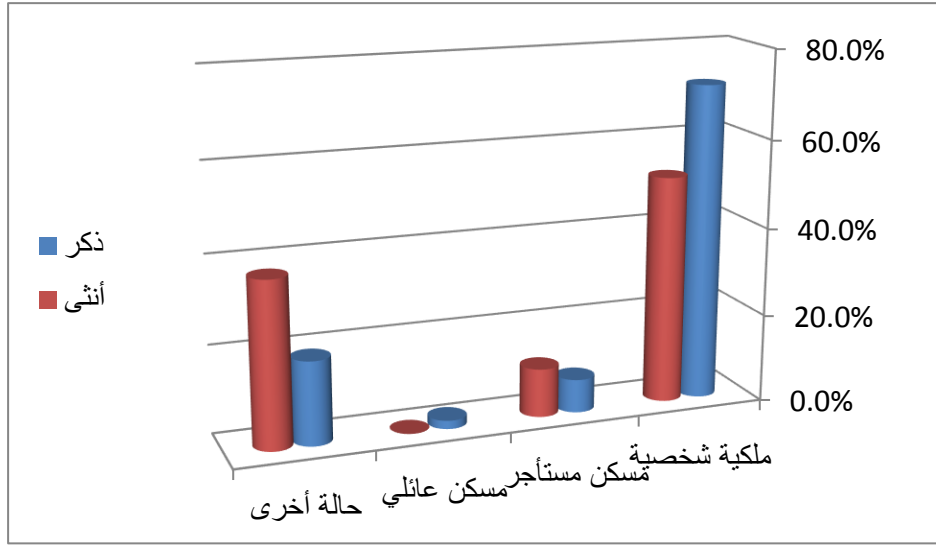


المصدر: الجدول 22 قائمة الملاحق.

11 . العلاقة بين مرض المبحوثين حسب الجنس و طبيعة المسكن.

تقدر نسبة المبحوثين الذكور الساكنين بـ "مسكن شخصي" بـ 71.7% أما الإناث فكانت نسبتهم تقدر بـ 51.6% أي أن أغلب ذكور وإناث العينة يعيشون في مسكن شخصي يليه بعد ذلك " مسكن حالة أخرى" بنسبة 18.9% بالنسبة للذكور و هي ضعيفة بالنسبة لفئة الإناث التي قدرت بـ 37.4% ، أما بالنسبة للساكنين بمسكن مستأجر فكانت نسبهم ضئيلة قدرت بـ 5% للذكور و 11% بالنسبة للإناث، أما بالنسبة لمسكن عائلي فكانت النسبة شبه معدومة بالنسبة للذكور ومعدومة تماما بالنسبة للإناث وهذا يعني أن الجنس يؤثر في طبيعة المسكن وهذا ما أثبت إحصائيا بعد استعمال مربع كاي للاستقلالية ما بين المتغيرين مرض المبحوثين حسب الجنس و طبيعة المسكن فتبين أن هناك علاقة بين هذين المتغيرين . عند مستوى الدلالة . 0.009

الشكل 23: مرض المبحوثين حسب الجنس و طبيعة المسكن.



المصدر: الجدول 23 قائمة الملاحق.

12 . العلاقة بين مرض المبحوثين حسب السن و طبيعة المسكن.

إن المبحوثين الذين يملكون مسكن ملكية شخصية أكثر فئة منهم تعاني من مرض هي فئة 45-49 بنسبة 21% تليها فئة 40-44 و 50-54 بنسبة 17%، أما بالنسبة للمستأجرين فأعلى فئة تعاني من مرض هي فئة 25-29 بنسبة 22.2% تليها فئة 30-34 و 45-49 سنة بنسبة قدرت بـ 16.7%، أما بالنسبة للذين لديهم مسكن عائلي فكما هو ملاحظ من خلال الجدول أن فئة 60-64 كلها تعاني من مرض بنسبة 100%، أما للذين كانت إجابتهم حالة أخرى فكانت أعلى نسبة في فئتي 50-54 بنسبة 16.7% و 60-64 بنسبة 27.8%. ولقد تبين هذا بعد استعمال مربع كاي للاستقلالية ما بين المتغيرين مرض المبحوثين حسب السن و طبيعة المسكن وجد أن هناك علاقة بين هذين المتغيرين عند مستوى الدلالة .0.000

الجدول 44: توزيع مرض المبحوثين حسب السن و طبيعة المسكن.

طبيعة المسكن %				
حالة أخرى	مسكن عائلي	مسكن مستأجر	ملكية شخصية	
3,7	0	22,2	2,4	25-29
9,3	0	16,7	1,6	30-34
1,9	0	5,6	13,8	35-39
9,3	0	11,1	17,1	40-44
9,3	0	16,7	21,1	45-49
16,7	0	5,6	17,1	50-54
27,8	0	5,6	8,9	55-59
7,4	100	5,6	5,7	60-64
11,1	0	11,1	4,9	65-69
3,7	0	0	5,7	70-74
0	0	0	1,6	75-80
100	100	100	100	المجموع

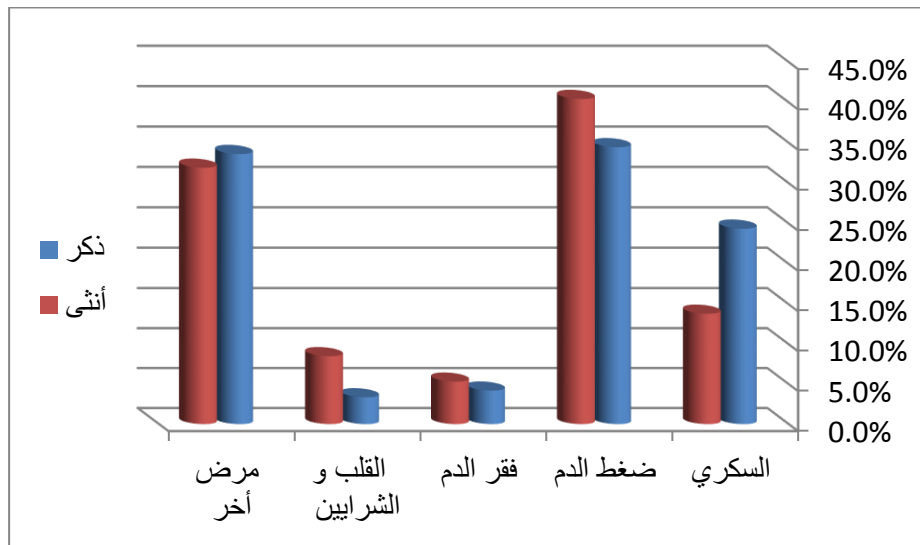
المصدر: البحث الميداني.

13. نوع مرض المبحوثين حسب الجنس و السن.

1- حسب الجنس:

يوجد اختلاف طفيف بين نسبة نوع المرض للذكور و الإناث فأعلى نسبة مرض يعاني منها الذكور تعود لضغط الدم و مرض آخر بنسبة 34.5% و 33.6% على التوالي، يليه بعد ذلك مرض السكري بنسبة 24.4% و في الأخير مرض فقر الدم و مرض القلب و الشرايين بنسبة تقدر بـ 4.2% و 3.4% على التوالي. أما بالنسبة للإناث فلها نفس التدرج تقريبا مع وجود تفاوت قليل في النسب، فنسبة إصابة الإناث بضغط الدم تقدر بـ 40.4% و مرض آخر بـ 31.9% يليه بعد ذلك السكري بـ 13.8% ثم مرض القلب و الشرايين و مرض فقر الدم على التوالي بنسبة 8.5% و 3.5%.

الشكل 24 : توزيع نوع المرض المبحوثين حسب الجنس.



المصدر: الجدول 24 قائمة الملاحق.

- حسب السن:

توزيع نوع مرض المبحوثين حسب السن.

من خلال الجدول يتبين أن في سن 25-29 سنة نسبة السكري، ضغط الدم و أمراض القلب معدومة بينما فقر الدم ومرض آخر قدرت نسبتهم بـ 25% و 10.1% على التوالي، أما بالنسبة للفئات الأخرى من الملاحظ أن السكري و ضغط الدم لهم نسب مرتفعة خاصة في فئتي 55-60 و 50-54 سنة بنسبة 24.2% و 27.7% على التوالي، أما أمراض القلب كانت أعلى نسبة في فئة 55-59 سنة بنسبة 54.5%، ومرض آخر فكانت أعلى نسبة في فئة 45-49 بنسبة 27.5%.

الجدول 45: توزيع نوع مرض المبحوثين حسب السن.

مرض آخر	نوع المرض %				السن
	أمراض القلب و الشرايين	فقر الدم	ضغط الدم	السكري	
10,1	0	25	0	0	25-29
3	9,1	0	3,1	13,8	30-34
5,8	0	25	20	20,7	35-39
26,1	0	50	3	13,8	40-44
27,5	18,2	0	15,4	3,4	45-49
14,5	18,2	0	27,7	13,8	50-54
11,6	54,5	0	12,3	24,2	55-59
1,4	0	0	18,5	10,3	60-64
100	100	100	100	100	المجموع

المصدر: البحث الميداني.

14 - توزيع نسبة المبحوثين الذين لهم فرد من العائلة مريض.

تتكون العينة المدروسة من 500 أسرة 53% من المبحوثين منها أجابوا بأن "ليس لديهم أحد أفراد الأسرة مريض" و 47% منهم أجابوا بأن "لديهم أحد أفراد الأسرة مريض" ومن بين هذه النسبة الأخيرة حددت صفة المريض في الأسرة، نوع مرضه، وحتى مكان العلاج الذي توجه له وهي كالتالي:

أ - توزيع المبحوثين الذين لهم فرد من العائلة مريض حسب صفة المريض:

قدرت نسبة مرض الأبناء في العائلة بـ 24.7%، يليها بعد ذلك مرض الزوج بنسبة 14.5%، أما بالنسبة للزوجة فنسبة تعرضها للمرض تقدر بـ 11.9%. أما النسبة الأكبر فهي تعود إلى مرض فرد آخر من العائلة بنسبة 48.9%.

ب - توزيع نسبة المبحوثين الذين لهم فرد من العائلة مريض حسب نوع المرض.

أخذ مرض السكري أعلى نسبة الأمراض في الأسر المبحوثة و ذلك بنسبة 31.5%، يأتي بعده ضغط الدم بنسبة 28.9% وهذا ما يعني وجود ارتفاع في نسبة الأمراض المزمنة في العينة و التي تعكس الواقع المعاش بحيث أكدت الإحصائيات أن الأمراض المزمنة تأخذ نسبة 60% (Brahim BRAHAMIA, 2011, Khoukha MEKALT) من الأمراض المنتشرة في المجتمع ، أما بالنسبة للربو، الحساسية و آخر، فأخذت نسب قليلة مقارنة مع السكري و ضغط الدم وقدرت نسبتهم بـ 10.2%، 12.8%، 16.6% على التوالي.

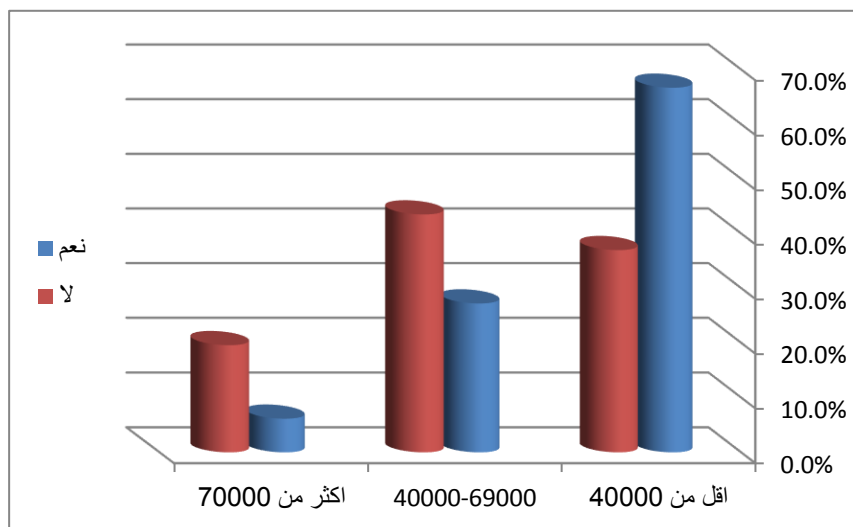
ج - توزيع نسبة المبحوثين الذين لهم فرد من العائلة مريض حسب مكان العلاج.

أما بالنسبة إلى مكان توجه المبحوثين للعلاج فأكبر نسبة في العينة يذهبون عند الطبيب الخاص بنسبة 89.8%، 10.2% تتوجهون إلى القطاع العام (المستشفى).

15- العلاقة بين المبحوثين الذين يسبب لهم مرض أحد أفراد العائلة عائق مادي حسب الدخل.

مرض أحد أفراد الأسرة يسبب عائق مادي بنسبة 66.7% بالنسبة للفئة التي تتقاضى أقل من 40000 دج، أكثر من الفئة التي تتقاضى ما بين 40000-69000 دج التي قدرت نسبتها بـ 27.2%، أما أصحاب فئة الدخل الجيد فقد سبب لهم مرض أحد أفراد الأسرة عائق مادي بنسبة ضعيفة قدرت بـ 6.1%. وهذا ما تبين إحصائيا بعد استعمال مربع كاي للاستقلالية ما بين المتغيرين المبحوثين الذين يسبب لهم مرض أحد أفراد العائلة عائق مادي والدخل بحيث وجد أن هناك علاقة بين هذين المتغيرين عند مستوى الدلالة 0.000.

الشكل 25: توزيع المبحوثين الذين يسبب لهم مرض احد أفراد العائلة عائق مادي حسب الدخل.



المصدر: الجدول 25 قائمة الملاحق.

16 - رأي المبحوثين حول ما يفعله أفراد الأسرة للبقاء في صحة جيدة:

أغلب المبحوثين يرون أن التغذية الجيدة هي أول ما يفعله الأفراد للبقاء في صحة جيدة بنسبة 86%، يليها بعد ذلك إجراء فحوصات دورية بنسبة 54.2%، أما ممارسة الرياضة فحصلت على نسبة قدرت بـ 41.6%.

الجدول 46: توزيع رأي المبحوثين حول ما يفعله أفراد الأسرة للبقاء في صحة جيدة.

%	ما يفعله أفراد الأسرة للبقاء في صحة جيدة
86	التغذية الجيدة
41,6	ممارسة الرياضة
54,2	إجراء فحوصات دورية

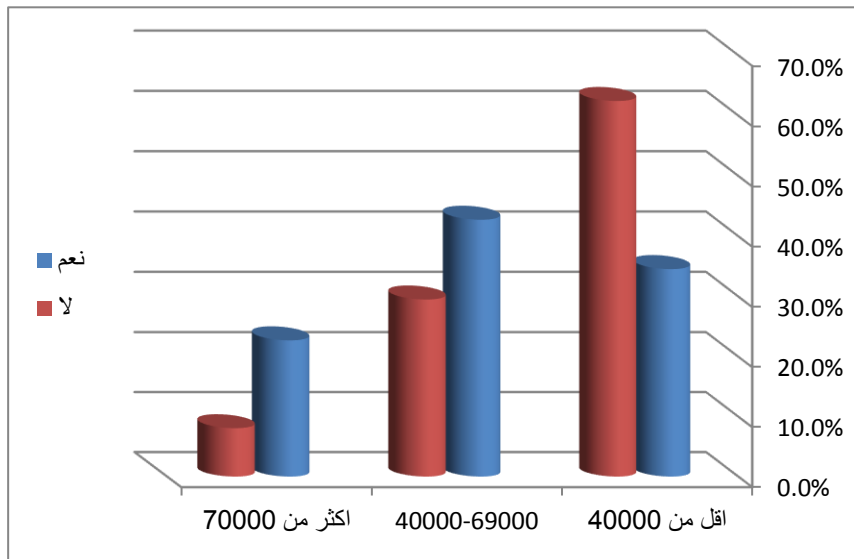
المصدر: البحث الميداني.

17 - العلاقة بين إمكانية توفير الغذاء المتوازن للأسرة مع:

أ. الدخل.

الفئة التي تتقاضى أقل من (40000 دج) لا تستطيع توفير الغذاء المتوازن للأسرة بنسبة 62.4%، و34.5% تستطيع توفير الغذاء المتوازن للأسرة بحيث تعتبر هذه الفئة من ذوي الدخل الضعيف، أما بالنسبة للفئة التي تتقاضى ما بين (40000-69000 دج) تستطيع توفير الغذاء المتوازن بنسبة 42.7% مقابل 29.5% لا تستطيع توفير الغذاء المتوازن، أما ذوي الدخل الجيد وهي الفئة التي تتقاضى أكثر من (70000 دج) نجد أن نسبة توفير الغذاء المتوازن تقدر بـ 22.7% وهي أعلى من إمكانية عدم توفير الغذاء المتوازن والتي قدرت بـ 8.1%. بحيث تبين إحصائياً و باستعمال اختبار مربع كاي للاستقلالية بين المتغيرين رأي المبحوثين حول إمكانية توفير الغذاء المتوازن للأسرة و الدخل توجد علاقة بين المتغيرين عند مستوى الدلالة = 0.000. (الغذاء المتوازن هو الغذاء الذي يُزوّد جسم الإنسان بمختلف العناصر الغذائية الأساسية من فيتامينات ومعادن، والتي يحتاجها الجسم للقيام بوظائفه بالشكل الصحيح، وبناء الخلايا، والأنسجة، والأعضاء)

الشكل 26: العلاقة بين إمكانية توفير الغذاء المتوازن للأسرة و الدخل "دينار"

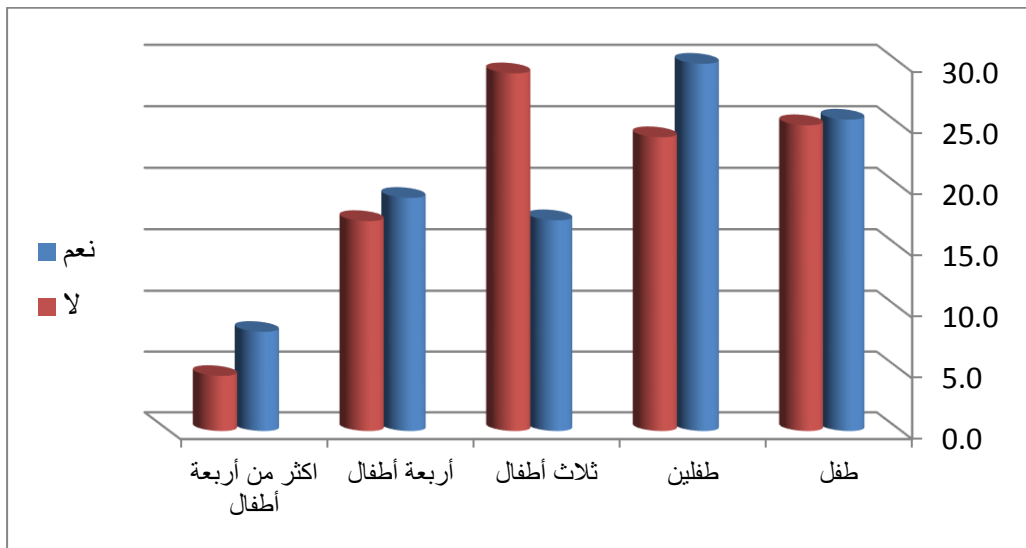


المصدر: الجدول 26 قائمة الملاحق.

ب . عدد الأطفال في الأسرة.

إن إمكانية توفير الغذاء المتوازن للأسرة لا ترتبط دائما بعدد الأطفال بحيث نجد أن الأسر التي لديها طفل واحد لها نسبة توفير الغذاء المتوازن وعدم توفيره متساوية وقدرت بـ 25%، على عكس الأسر التي لديها أكثر من أربع أطفال قدرت نسبة توفيرها للغذاء المتوازن بـ 8.2%، و 4.5% لا تستطيع توفير الغذاء المتوازن للأسرة، لكن ما تؤكد إحصائيا بعد استعمال اختبار مربع كاي للاستقلالية بين المتغيرين إمكانية توفير الغذاء للأسرة وعدد الأطفال أنه توجد علاقة بين هذين المتغيرين عند مستوى الدلالة 0.104.

الشكل 27: العلاقة بين إمكانية توفير الغذاء المتوازن للأسرة و عدد الأطفال في الأسرة.

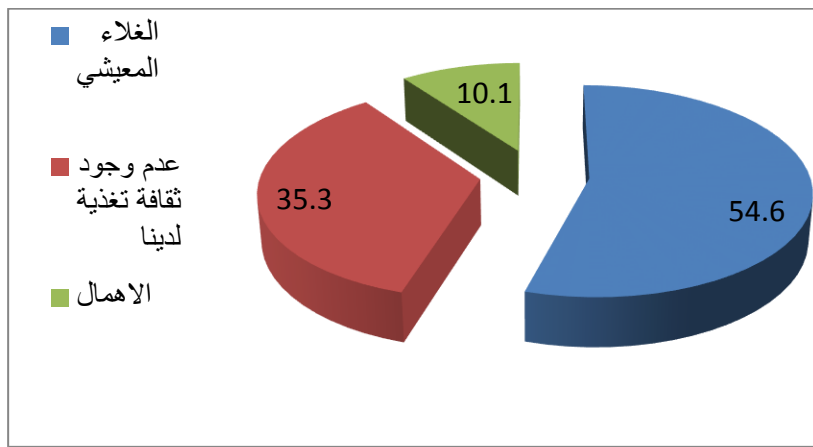


المصدر: الجدول 27 قائمة الملاحق.

17. توزيع المبحوثين حسب أسباب عدم توفيرهم الغذاء المتوازن للأسرة.

كما هو واضح في الشكل أن السبب الأساسي في عدم توفير الغذاء المتوازن للأسرة مادي و هو الغلاء بنسبة 54.4%، يليه عدم وجود ثقافة تغذية لدينا بنسبة 35.3% و آخر سبب يعود للإهمال بنسبة 10.1%.

الشكل 28 : توزيع المبحوثين حسب أسباب عدم توفيرهم الغذاء المتوازن للأسرة .



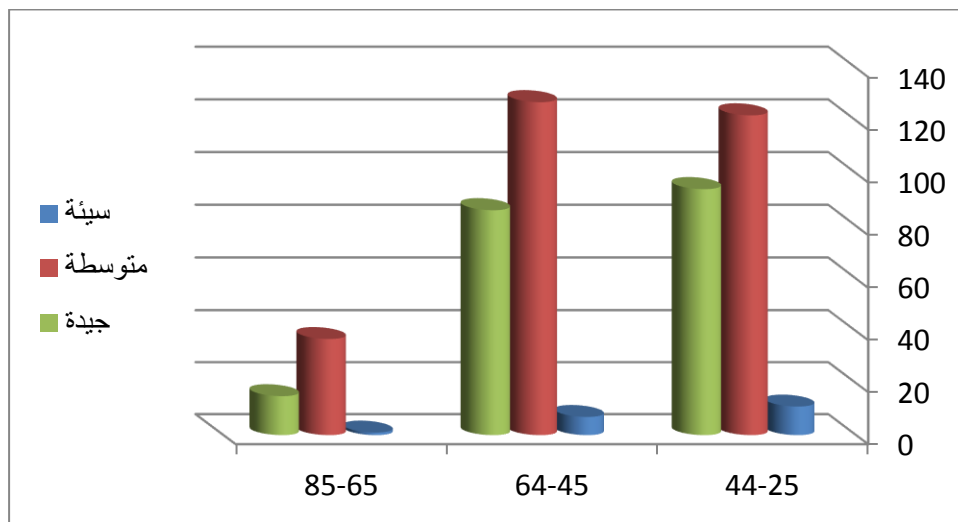
المصدر: البحث الميداني.

17 - رأي المبحوثين حول صحتهم الحالية.

أ. حسب السن:

يظهر الشكل التالي أن معظم إجابات المبحوثين حول صحتهم الحالية حسب السن كانت "متوسطة" ثم التوصل إلى هذه النتيجة بعد استعمالنا لمقياس الثلاثي و حساب المتوسطات التي بينت معظمها أن صحة المبحوثين كانت "متوسطة".

الشكل 29: رأي المبحوثين حول صحتهم الحالية حسب السن.



المصدر: الجدول 29 قائمة الملاحق.

ب . حسب الجنس و معانات المبحوثين من مرض ما:

جل إجابات المبحوثين حول صحتهم الحالية حسب الجنس ومعاناتهم من مرض ما كانت "متوسطة"، بعد استعمال المقياس الثلاثي وحساب المتوسطات الحسابية التي بينت أن صحة المبحوثين الحالية حسب الجنس ومعاناتهم من مرض ما كانت "جيدة".

الجدول 47: رأي المبحوثين حول صحتهم الحالية حسب الجنس و معانات المبحوثين من مرض ما.

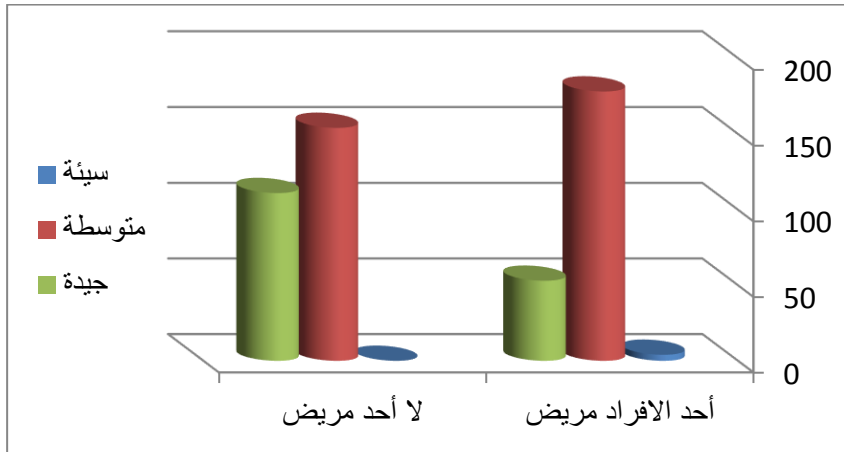
النتيجة	المتوسطات	المجموع	كيف تحكم على صحتك اليوم				
			جيدة	متوسطة	سيئة		
جيدة	2,40	301	135	151	15	ذكر	الجنس
متوسطة	2,28	199	60	135	4	أنثى	
جيدة	2,35	500	195	286	19	المجموع	
متوسطة	2,27	197	60	130	7	نعم	تعاني حاليا
جيدة	2,41	303	135	156	12	لا	من مرض
جيدة	2,35	500	195	286	19	المجموع	

المصدر: البحث الميداني.

18 - رأي المبحوثين حول صحة أفراد الأسرة حسب مرض أحد أفرادها.

كما هو مبين في الشكل أن معظم إجابات المبحوثين حول مرض أحد أفراد أسرته كانت "متوسطة"، وبعد استعمال المقياس الثلاثي وحساب المتوسطات الحسابية ثم التوصل إلى النتيجة التالية وهي "متوسطة".

الشكل 30: رأي المبحوثين حول صحة أفراد الأسرة حسب مرض أحد أفرادها.



المصدر: الجدول 30 قائمة الملاحق.

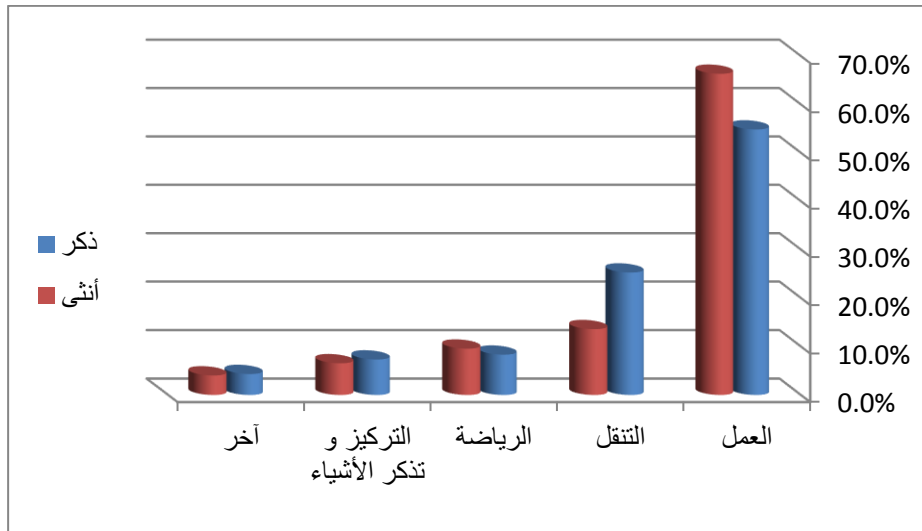
19- العلاقة بين مؤشرات الصحة الجيدة حسب رأي المبحوثين مع:

أ. الجنس.

كما هو ظاهر في الشكل أن "العمل" هو من بين مؤشرات الصحة الجيدة التي أخذت نسبة كبيرة بالنسبة لكلا الجنسين بحيث قدر بـ 66.3% للإناث وهي أعلى من نسبة الذكور التي قدرت بـ 54.8%، يليها بعد ذلك "التنقل" بنسبة 13.6% عند الإناث و 25.2% عند الذكور، أما بالنسبة للمؤشرات الأخرى فكانت النسب غير متباعدة بالنسبة لكلا الجنسين بحيث لم تتعدى 10%.

وهذا ما تأكد إحصائيا بعد استعمال اختبار مربع كاي للاستقلالية بين المتغيرين رأي المبحوثين حول مؤشرات الصحة الجيدة والجنس تبين أنه توجد علاقة بين هذين المتغيرين عند مستوى الدلالة = 0.027.

الشكل 31: العلاقة بين مؤشرات الصحة الجيدة حسب رأي المبحوثين و الجنس.

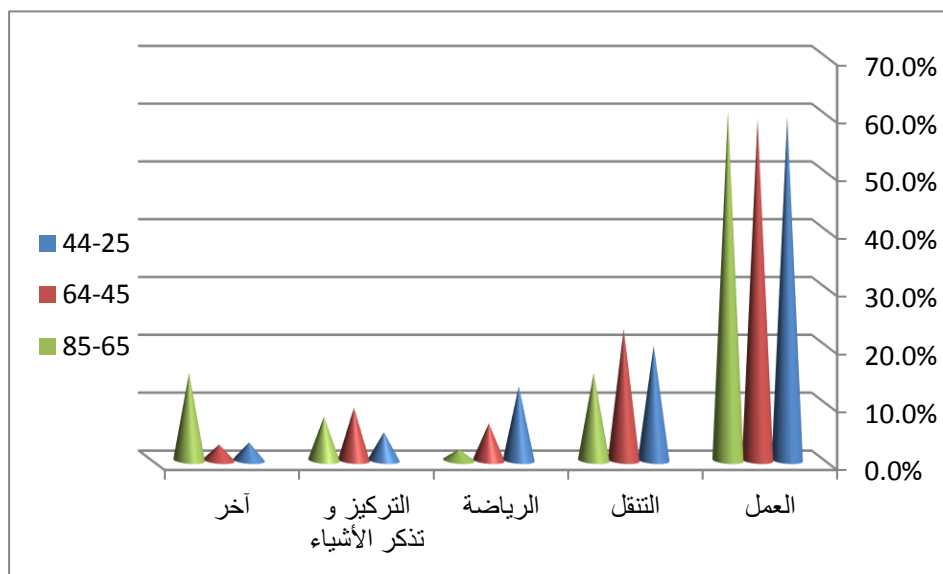


المصدر: الجدول 31 قائمة الملاحق.

ب . السن .

إن "العمل" هو أحد أهم مؤشرات الصحة الجيدة الذي أخذ أعلى نسبة حسب رأي المبحوثين لجميع الفئات العمرية والتي قدرت بحوالي 60%، يأتي بعد ذلك مؤشر "التنقل" الذي قدرت نسبته بـ 19.8% بالنسبة للمبحوثين في سن 44-25 سنة و 22.7% بالنسبة لفئة 64-45 سنة و الفئة 85-65 سنة قدرت نسبة بـ 15.4%، أما فيما يخص المؤشرات الأخرى فكانت نسبها أقل من 15% بالنسبة لكل الفئات العمرية.

الشكل 32: العلاقة بين مؤشرات الصحة الجيدة حسب رأي المبحوثين و السن.



المصدر: الجدول 32 قائمة الملاحظ.

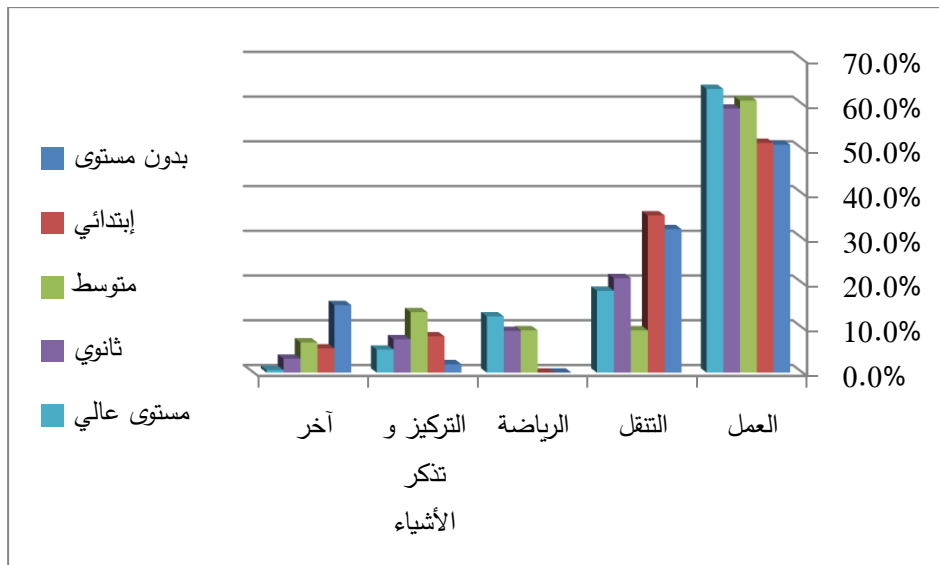
هذا ما تبين إحصائيا بعد استعمال اختبار مربع كاي للاستقلالية بين المتغيرين رأي المبحوثين حول

مؤشرات الصحة الجيدة والجنس وجد أنه توجد علاقة بين هذين المتغيرين عند مستوى الدلالة 0.000.

ج . المستوى التعليمي.

كما هو مبين في الشكل أن مؤشر العمل هو أول مؤشرات الصحة الجيدة بالنسبة للمبحوثين في كل المستويات بنسبة تتراوح ما بين 50.9% و 63.4% ، يليه مؤشر التنقل بنسبة عالية في فئتي بدون مستوى بنسبة 32.1% والابتدائي بنسبة 35.1%، ثم تنخفض في الفئات الأخرى. أما بالنسبة لمؤشر الرياضة فكانت نسبته معدومة في فئة بدون مستوى و الابتدائي ومرتفعة نوعا ما في الفئات الأخرى بحيث قدرت نسبتها بحوالي 12%، كما أن باقي المؤشرات الأخرى كانت نسبتها قليلة. وهذا ما تأكد إحصائيا بعد استعمال اختبار مربع كاي للاستقلالية بين المتغيرين رأي المبحوثين حول مؤشرات الصحة الجيدة والمستوى التعليمي وجد أنه توجد علاقة بين هذين المتغيرين عند مستوى الدلالة 0.000 .

الشكل 33: مؤشرات الصحة الجيدة حسب رأي المبحوثين و المستوى التعليمي.



المصدر: الجدول 33 قائمة الملاحق.

20 - رأي المبحوثين حول الرعاية الصحية عند المسنين حسب الجنس و السن.

يبين الجدول أن رأي المبحوثين حول الرعاية الصحية عند المسنين حسب السن و الجنس كانت "متوسطة"، وبعد استعمال للمقياس الرباعي وبعد حساب المتوسطات الحسابية تبين أن معظم العينة كانت إيجابتها ب "متوسطة". كما أن 63% من المسنين يتوفرون على التأمينات الصحية حسب إجابات المبحوثين في العينة و 24.4% ليس لديهم تأمينات صحية، كما أن 12.6% كانت إجاباتهم لا أدري.

الجدول 48: توزيع رأي المبحوثين حول الرعاية الصحية عند المسنين حسب الجنس و السن.

النتيجة	المتوسطات	المجموع	الرعاية الصحية عند المسنين في العائلة					
			سيئة	لا أدري	متوسطة	جيدة		
متوسطة	2,41	301	75	18	164	44	ذكر	الجنس
متوسطة	2,39	199	41	11	132	15	أنثى	
متوسطة	2,40	500	116	29	296	59	المجموع	
جيدة	1,50	2	0	0	1	1	20-24	السن
متوسطة	2,22	45	6	2	33	4	25-29	
متوسطة	2,46	103	26	10	52	15	30-34	
لا أدري	2,79	77	30	4	40	3	35-39	
لا أدري	2,60	62	18	3	39	2	40-44	
متوسطة	2,18	76	13	4	43	16	45-49	
متوسطة	2,34	44	11	1	24	8	50-54	
متوسطة	2,21	38	4	2	30	2	55-59	
متوسطة	2,20	25	3	3	15	4	60-64	
متوسطة	2,38	16	5	0	7	4	65-69	
متوسطة	2,00	10	0	0	10	0	70-74	
متوسطة	2,00	2	0	0	2	0	75-80	
متوسطة	2,40	500	116	29	296	59	المجموع	

المصدر: البحث الميداني.

. متوسط سن الوفاة في عائلات المبحوثين :

أعلى نسبة الوفاة عند المسنين حسب رأي المبحوثين و تقدر بـ 44% و تخص فئة السن أكثر من 70 سنة، و تليها في الرتبة الثانية بنسبة 40.8% فئة السن ما بين 60 - 70 سنة، أما فئة السن أقل من 60 سنة فتقدر نسبتها بـ 15.2% فقط.

الجدول 49: توزيع متوسط سن الوفاة في عائلات المبحوثين.

متوسط سن الوفاة	%
ستين سنة	15,2
سبعين سنة	40,8
أكثر من 70 سنة	44
المجموع	100

المصدر: البحث الميداني.

بعد ما أجاب المبحوثين بأن سن الوفاة أكثر من 70 سنة، تم طرح السؤال حول رأيهم في نسبة ارتفاع الشيخوخة فتبين أن 56% من المبحوثين كانت إجابتهم أن الشيخوخة في ارتفاع، كما أن 19% منهم كانت إجابتهم العكس أي أن الشيخوخة ليست في ارتفاع، أما نسبة 25% كانت إجابتهم بالحياد.

الشيخوخة في ارتفاع	%
نعم	56
لا	19
لا أدري	25
المجموع	100

المصدر: البحث الميداني.

خلاصة:

لقد تناول هذا المبحث رأي المبحوثين حول المشاكل الصحية التي يعاني منها سكان بلدية وهران بحيث كانت فئة الأطفال وكذا كبار السن هم أكثر الفئات التي تؤثر على الدولة في توفير الاحتياجات الصحية للسكان، كما أن فئة السياسين و المتعلمين هي أكثر الفئات التي تساهم في توفير هذه الاحتياجات، كما أن الآراء اختلفت حول المشاكل الصحية سواء الأكثر انتشارا في المجتمع أو المشاكل التي يواجهها الأطفال أو كبار السن بحيث كانت الآراء كالآتي :

- السكري و ضغط الدم هم أكثر المشاكل الصحية انتشارا في المجتمع.
- الحمى و الإسهال هم أكثر الأمراض التي يعاني منها الأطفال في المجتمع.
- السكري و ضغط الدم هم أكثر الأمراض الذي يعاني منها كبار السن.
- الإناث هم الأكثر عرضة لمرض ضغط الدم مقارنة بالرجال الذين لهم نسبة كبيرة في مرض السكري
- أكبر نسبة من الأمراض تعود إلى أحد أفراد العائلة، وأغلبهم يعانون من السكري و ضغط الدم ويتوجهون بنسبة كبيرة للعلاج عند الطبيب الخاص. هذا ما سبب لهم عائق مادي خاصة للفئة التي تتقاضى أقل من 40000 دج أي أصحاب الدخل الضعيف.
- كما أن مجمل العينة تتمتع بصحة جيدة و أن التغذية الجيدة هي الحل الأفضل للحفاظ على صحة جيدة.

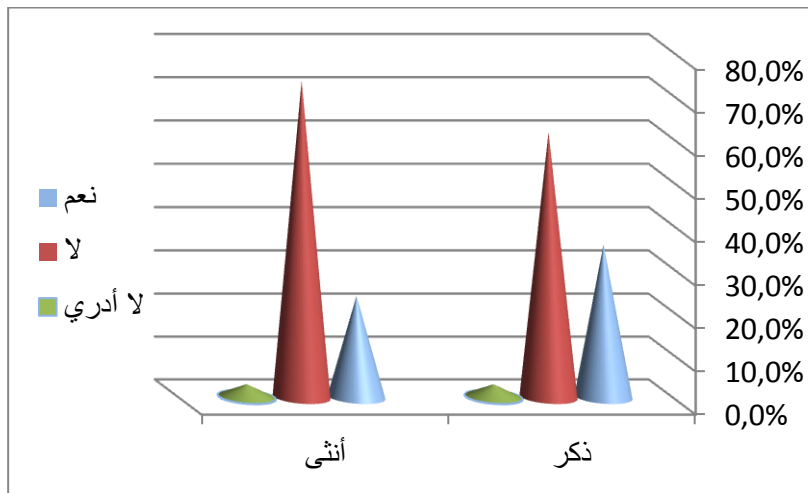
المبحث الأول: واقع الخدمات الصحية في بلدية وهران.

من خلال هذا المبحث سيتم تحليل البيانات الخاصة برأي المبحوثين حول واقع الخدمات الصحية في بلدية وهران.

1. العلاقة بين توفر الاحتياجات الصحية في القطاع العام و الجنس.

يتضح أن توفر الاحتياجات الصحية في القطاع العام للذكور أكثر من الإناث بحيث تقدر بـ 35% للذكور و 23% للإناث أما نسبة عدم توفر الاحتياجات الصحية بالنسبة للإناث 73% وهي أعلى من نسبة الذكور التي قدرت بـ 61%. هذا ما أثبت إحصائيا بعد استعمال اختبار مربع كاي للاستقلالية بين المتغيرين توفر الاحتياجات الصحية في القطاع العام و الجنس تبين أنه توجد علاقة بين هذين المتغيرين عند مستوى الدلالة = 0.017.

الشكل 34: العلاقة بين توفر الاحتياجات الصحية في القطاع العام و الجنس.

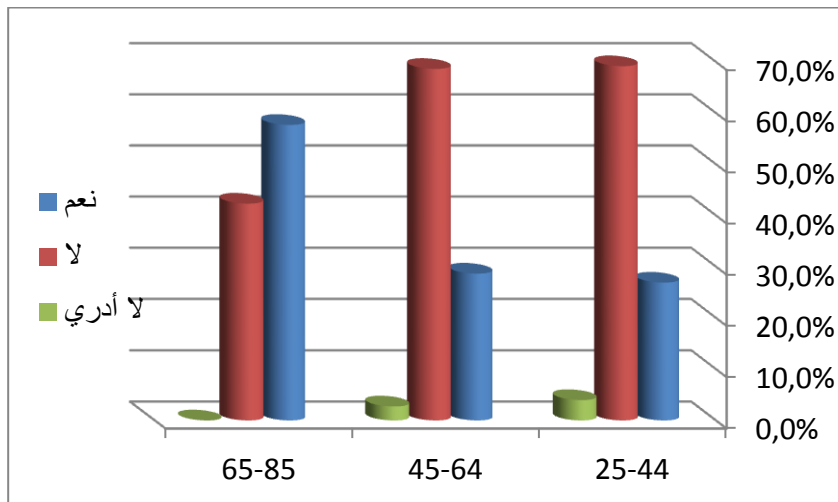


المصدر: الجدول 34 قائمة الملاحق.

2. العلاقة بين توفر الاحتياجات الصحية في القطاع العام و السن.

يرى 69.2% من فئة (25-44) سنة وكذا 68.6% من فئة (45-64) سنة أن القطاع العام لا يوفر احتياجاتهم الصحية بعكس 26.9% و 28.6% من نفس الفئة يرون أن القطاع العام يوفر احتياجاتهم الصحية، أما بالنسبة لفئة (65-85) سنة 57.7% يرون أن القطاع الصحي يوفر احتياجاتهم الصحية و هي أكثر فئة صرحت بذلك وهذا مما يعني تردد هذه الفئة إلى القطاع العام وبالتالي وجود علاقة بين هذين المتغيرين وهذا ما تأكد إحصائيا بعد ما استعمال اختبار مربع كاي للاستقلالية وجد أن المتغيرين غير مستقلين و بالتالي وجود علاقة قوية عند مستوى دلالة (0.000).

الشكل 35 : توفر الاحتياجات الصحية في القطاع العام و السن.

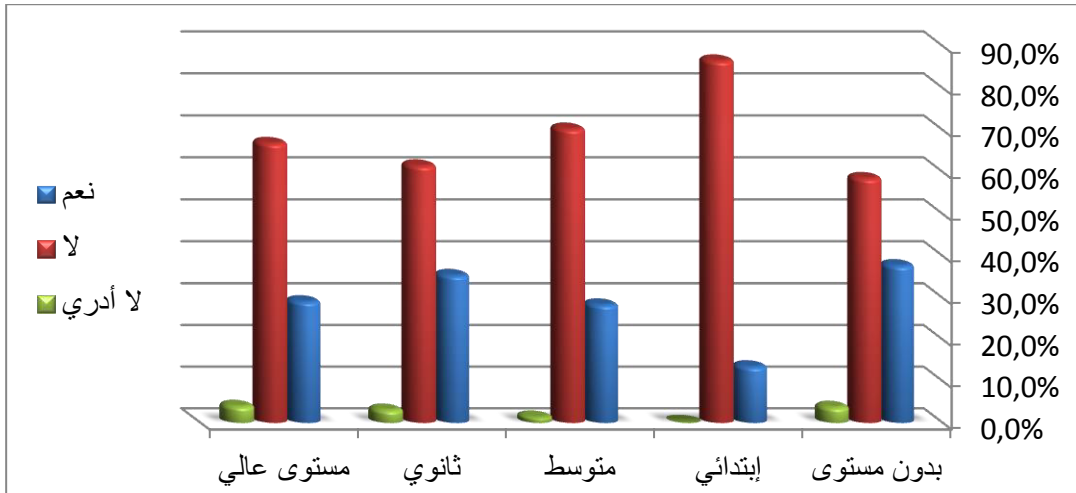


المصدر: الجدول 35 قائمة الملاحق.

3. العلاقة بين توفر الاحتياجات الصحية في القطاع العام و المستوى التعليمي.

يتبين من خلال الشكل أن إجابات المبحوثين بـ "لا" حول توفر الاحتياجات الصحية في القطاع الصحي العام كانت مرتفعة جدا على اختلاف مستوياتهم التعليمية حيث تراوحت ما بين 70.3% و 86.5% لكل من فئة المتوسط و الابتدائي و 66.9% بالنسبة لفئة المستوى العالي و حوالي 60% لفئتي الثانوي و بدون مستوى أما بالنسبة للمبحوثين للذين قالوا بأن القطاع الصحي العام يوفر لهم احتياجاتهم الصحية وعلى رأسهم فئة بدون مستوى و فئة الثانوي بنسب قدرت بـ 37.7% و 35.4% على التوالي. وقد تأكد هذا إحصائيا باستعمال مربع كاي للاستقلالية بين المتغيرين توفر الاحتياجات الصحية في القطاع الصحي العام مع المستوى التعليمي فوجدنا أنه توجد علاقة بن المتغيرين عند مستوى الدلالة 0.160.

الشكل 36: توفر الاحتياجات الصحية في القطاع العام و المستوى التعليمي.

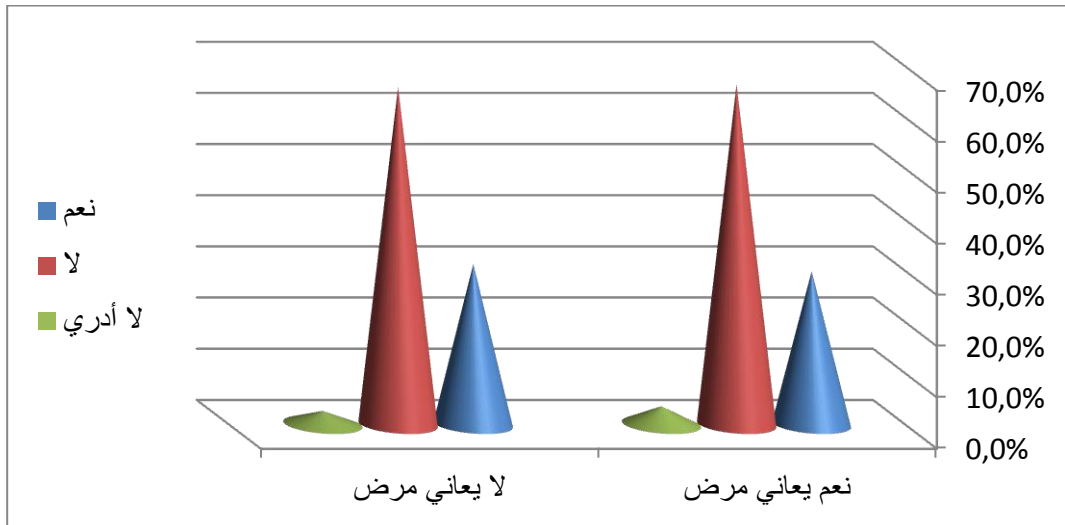


المصدر: الجدول 36 قائمة الملاحق.

4. العلاقة بين توفر الاحتياجات الصحية في القطاع العام و احتمال مرض المبحوثين.

يتبين أن نسبة الإجابة بـ "لا" في "حالة المعاناة من المرض أو لا" عالية فبالنسبة للذي يعانون من مرض 30% يجدون ما يحتاجون إليه في القطاع الصحي العام على عكس 66.5% يعانون من مرض ولا يجدون ما يحتاجون إليه في القطاع العام وكذلك 66% لا يعانون من مرض ولا يجدون كل الاحتياجات على عكس 31% لا يعانون من مرض ويجدون كل الاحتياجات. وهذا ما تأكد إحصائيا بعد استعمال مربع كاي للاستقلالية بين المتغيرين توفر الاحتياجات الصحية في القطاع العام مع إصابة المبحوثين بمرض تبين أنه لا يوجد علاقة بين المتغيرين عند مستوى الدلالة = 0.814 .

الشكل 37: توفر الاحتياجات الصحية في القطاع العام و احتمال مرض المبحوثين.

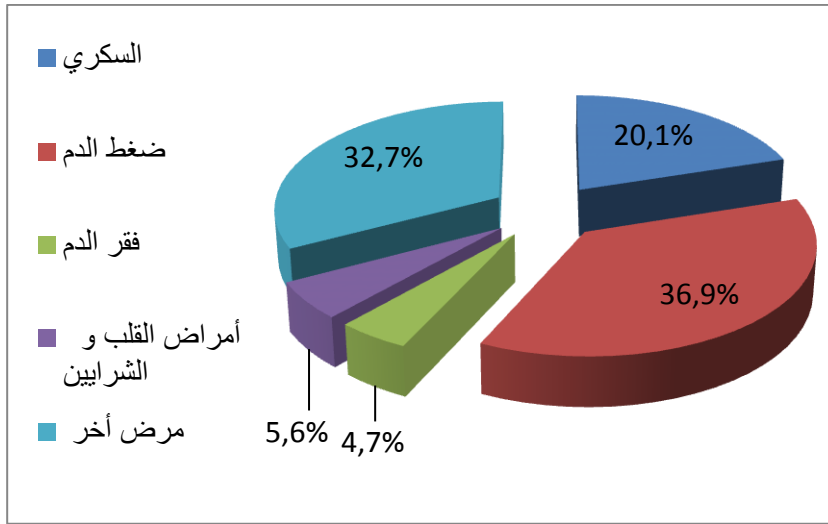


المصدر: الجدول 37 قائمة الملاحق.

5. الأمراض التي يعاني منها المبحوثين المترددين على القطاع الصحي العام.

المرض الأكثر انتشارا بين المبحوثين المترددين على القطاع الصحي العام في العينة هو ضغط الدم بنسبة 36.9% يليه مرض آخر بنسبة 32.7% ثم السكري بنسبة 20.1% ، مرض القلب و فقر الدم تقدر نسبتهم بـ 5.6% و 4.7% على التوالي.

الشكل 38 : نسب الأمراض التي يعاني منها المبحوثين المترددين على القطاع الصحي العام.



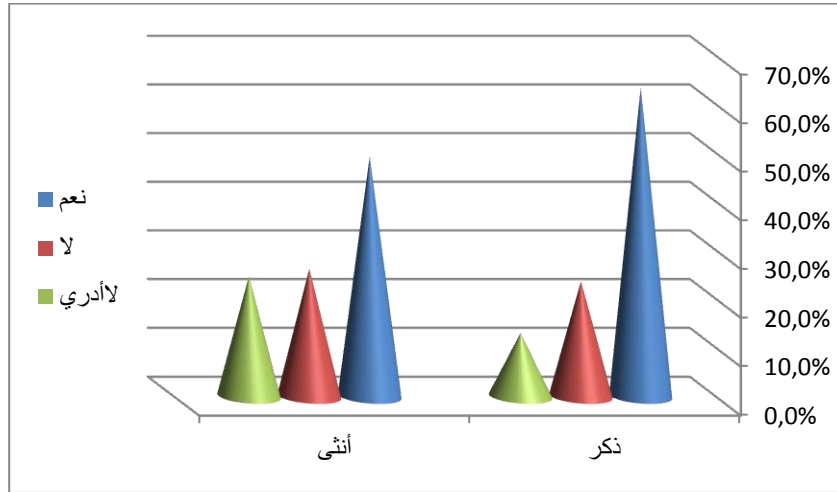
المصدر: البحث الميداني.

6. العلاقة بين تقديم الخدمات الصحية للمبحوثين بالطريقة الصحيحة من المرة الأولى و الجنس.

يتضح أن أغلب إجابات ذكور و إناث العينة كانت بـ "نعم" بحيث قدرت نسبهم بـ 63.5% و 49.2% على التوالي، أما بالنسبة للذين كانت إجابتهم "لا" فالنسب كانت غير متباعدة بالنسبة للذكور والإناث بحيث قدرت بـ 23.6% و 26.1% على التوالي، أما للذين كانت إجابتهم «لا أدري» فقدرت نسبة الإناث بـ 24.6% وهي أكبر من نسبة الذكور التي قدرت بـ 13% . و قد تبين لنا إحصائيا بعد استعمال مربع كاي للاستقلالية

أنه لا توجد علاقة بين المتغيرين تقديم الخدمات الصحية بالطريقة الصحيحة من المرة الأولى للمبحوثين و الجنس عند مستوى الدلالة=0.01.

الشكل 39: تقديم الخدمات الصحية بالطريقة الصحيحة من المرة الأولى للمبحوثين و الجنس.



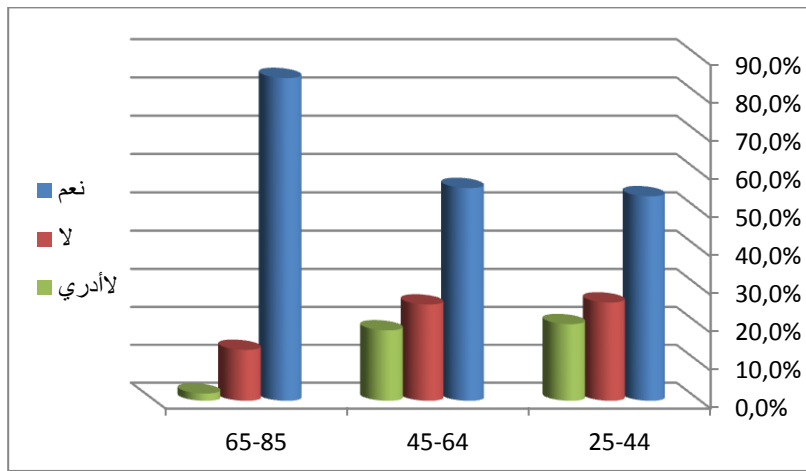
المصدر: الجدول 38 قائمة الملاحق.

7. تقديم الخدمات الصحية بالطريقة الصحيحة من المرة الأولى للمبحوثين حسب السن.

84.6% من فئة (65-85) سنة كانت إجابتهم "نعم" وهي أكبر نسبة مقارنة بالفئات الأخرى بحيث قدرت بـ 55.9% في فئة (45-64) سنة و 53.7% في فئة (25-44) سنة، اما بالنسبة للذين كانت إجابتهم "لا" أي لا تقدم الخدمات الصحية بالطريقة الصحيحة من المرة فكانت نسبهم قليلة بحيث قدرت بـ 26.09% في فئة (25-44) سنة و 25.5% في فئة (45-64) سنة و 13.5% في فئة (65-85) سنة .

هذا وقد تأكد إحصائيا باستعمال مربع كاي للاستقلالية بين المتغيرين تقديم الخدمات الصحية بالطريقة الصحيحة من المرة الأولى للمبحوثين مع السن فتبين بأن هناك علاقة بين المتغيرين عند مستوى الدلالة =0.001 أي أن المتغيرين غير مستقلين .

الشكل 40: تقديم الخدمات الصحية بالطريقة الصحيحة من المرة الأولى و السن.



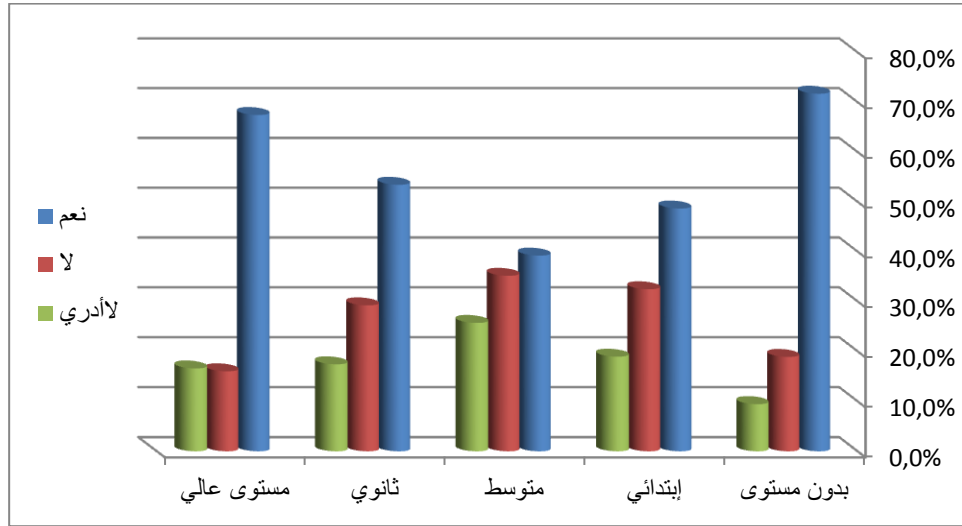
المصدر: الجدول 39 قائمة الملاحق.

8. العلاقة بين تقديم الخدمات الصحية بالطريقة الصحيحة من المرة الأولى للمبحوثين و المستوى التعليمي.

عند إلقاء النظرة الأولى على الشكل يتبين أنه يوجد علاقة بين المتغيرين بحيث أن نسبة الإجابة بـ "نعم" كانت مرتفعة وخاصة لفئة الأميين و فئة المستوى العالي ما يقارب بـ 70% تليها الفئات الأخرى بما يقارب 50%، أما نسبة الإجابة بـ "لا" كانت متفاوتة بعض الشيء فأخذت فئة المتوسط أعلى نسبة قدرت بـ 35% و 29% لفئة الثانوي، أما الفئات الأخرى فكانت نسبها متقاربة قدرت بحوالي 20% . هذا ما تبين إحصائيا بعد استعمال اختبار مربع كاي بين المتغيرين تقديم الخدمات الصحية بالطريقة الصحيحة من المرة الأولى للمبحوثين و المستوى التعليمي أن المتغيرين غير مستقلين أي يوجد علاقة عند مستوى الدلالة =0.001 .

الشكل 41: تقديم الخدمات الصحية بالطريقة الصحيحة من المرة الأولى للمبحوثين و المستوى

التعليمي.



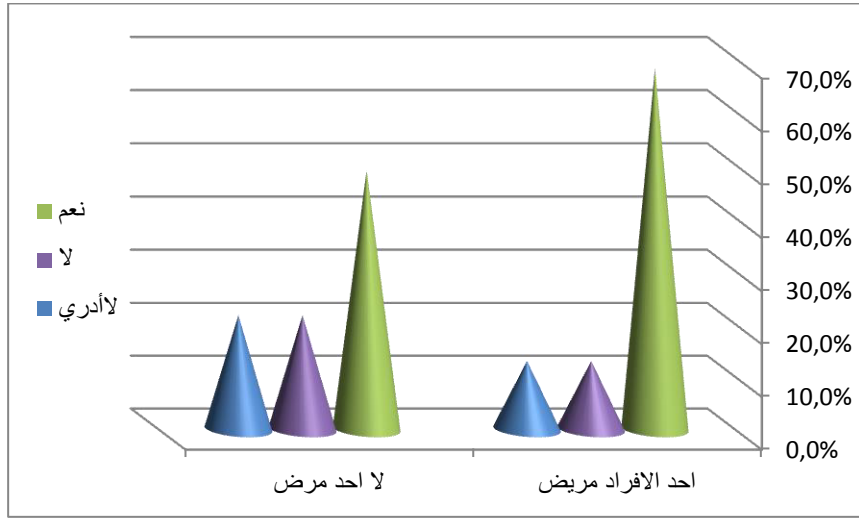
المصدر: الجدول 40 قائمة الملاحق.

9. العلاقة بين تقديم الخدمات الصحية بالطريقة الصحيحة من أول مرة للمبحوثين و مرض أحد الأفراد.

إن نسبة الإجابة بـ "نعم" كانت عالية أكثر من النسب الأخرى، بحيث أن 68% من أفراد الأسرة في العينة يعانون من مرض وتقدم لهم الخدمة الصحية بالطريقة الصحيحة من أول مرة على عكس 49% من أفراد أسرة العينة لا يعانون من مرض و تقدم لهم الخدمة الصحية بالطريقة الصحيحة من أول مرة. وهذا ما تأكد إحصائيا بعد استعمال مربع كاي للاستقلالية بين المتغيرين تقديم الخدمات الصحية بالطريقة الصحيحة من المرة الأولى للمبحوثين و مرض أحد أفراد الأسرة وتبين أنه لا توجد علاقة بين المتغيرين عند مستوى

دلالة 0.000 .

الشكل 42: تقديم الخدمات الصحية بالطريقة الصحيحة من أول مرة للمبحوثين و مرض أحد الأفراد.



المصدر: الجدول 41 قائمة الملاحق.

10. العلاقة بين وصف الطبيب الدواء للمبحوثين و إمكانية أخذه.

كما هو ملاحظ من خلال الجدول أن 99.7% تمثل نسبة الذين أخذوا الأدوية التي وصفت لهم و 93.3% وصف لهم الطبيب دواء ولم يأخذ، أما ما يقارب 0.3% لم يتذكروا مراجعة الطبيب وتحصلوا على الأدوية على عكس 6.7% لم يتذكروا مراجعة الطبيب ولم يحصلوا على الأدوية . وهذا ما تبين إحصائيا من خلال استعمال اختبار مربع كاي للاستقلالية أنه يوجد علاقة بين المتغيرين وصف الطبيب للدواء وإمكانية أخذه عند مستوى الدلالة=0.000

الجدول 50: وصف الطبيب الدواء للمبحوثين و إمكانية أخذه.

أخذ الأدوية الموصوفة		وصف الطبيب الدواء للمبحوثين
لا	نعم	
93.3	99.7	نعم %
6.7	0.3	لا أدري %
100	100	المجموع

المصدر: البحث الميداني.

نجد أن 60.2% من المبحوثين الذين وصف لهم الطبيب الدواء اقتنوه من الصيدلية، ونسبة قليلة للذين تحصلوا على الأدوية من قبل أحد المعارف بحيث بلغت هذه الأخيرة 5%، كما أن نسبة ضئيلة جدا قدرت بـ 0.8% و 0.2% للذين تحصلوا على الأدوية من مصادر أخرى و الجمعيات الخيرية. أما من بين أهم الأسباب التي منعت المبحوثين من العلاج أو من الحصول على الأدوية كانت بالدرجة الأولى أسباب اقتصادية وهي "ليس لدي تكاليف شراء الدواء" بنسبة 19.4%، تليها بعد ذلك "شعرت بتحسن" بنسبة 8.4%، أما الأسباب الأخرى أخذت نسبة قليلة ومتقاربة قدرت بحوالي 2%.

الجدول 51: توزيع مكان أخذ الأدوية و سبب عدم أخذها بالنسبة للمبحوثين.

60,2	الصيدلية	مكان التحصل على الأدوية
5,0	أحد المعارف	
0,2	الجمعيات الخيرية	
0,8	آخر	
66,2	المجموع	
19,4	ليس لديك تكاليف لشراء الدواء	سبب عدم أخذ الأدوية
1,4	لم أجد كل الأدوية الموصوفة	
1,8	لم أعتقد أن كل الأدوية ضرورية	
8,4	شعرت بتحسن	
1,4	وجد عندي البعض من الأدوية	
32,4	المجموع	
1,4	القيم الناقصة	
100	المجموع الكلي	

المصدر: البحث الميداني.

11. العلاقة بين وصف الطبيب للدواء و توفر التأمينات للمبحوثين.

تبين نتيجة استعمال اختبار مربع كاي للاستقلالية بين المتغيرين وصف الطبيب الدواء للمبحوثين و توفرهم على التأمينات عند مستوى الدلالة = 0.558 إلى أنه توجد علاقة بين المتغيرين أي المتغيرين غير مستقلين.

الجدول 52: وصف الطبيب للدواء و توفر التأمينات للمبحوثين.

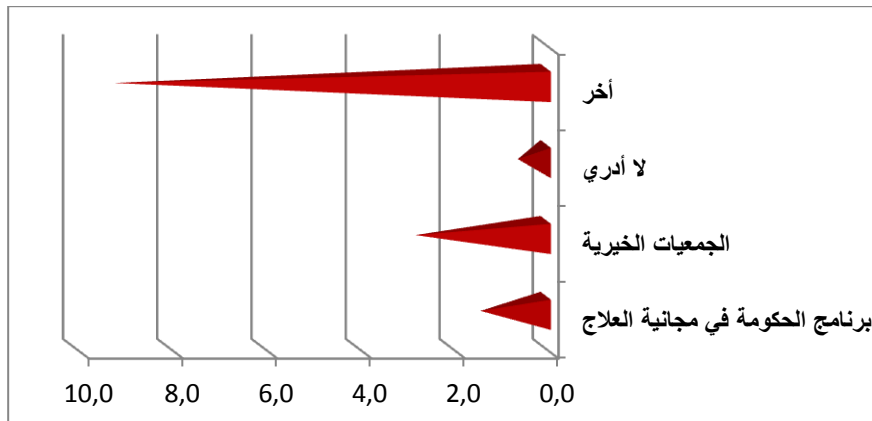
لكم تأمينات %		وصف الطبيب الدواء للمبحوثين
لا	نعم	
98,6	96,3	نعم
0	1,2	لا
1,4	2,6	لا أدري
100	100	المجموع

المصدر: البحث الميداني.

12. توزيع أفراد العينة الغير المؤمنين حسب وسيلة تلقي معونات العلاج.

إن أعلى نسبة تلقي معونات العلاج بالنسبة للمبحوثين الغير مؤمنين تعود لـ "أخر" بنسبة 8.8%، تليها "الجمعيات الخيرية" بنسبة 2.8%، أما "برنامج مجانية الحكومة للعلاج" فقدر بنسبة 2.2%، بحيث أن النسب قليلة وهذا راجع إلى أقلية نسبة المؤمنين في العينة بحيث بلغت هذه الأخيرة 14.6%، أما باقي أفراد العينة لديهم تأمينات بحيث بلغت النسبة 85.4% .

الشكل 43: توزيع أفراد العينة الغير مؤمنين حسب وسيلة تلقي معونات العلاج.



المصدر: الجدول 42 قائمة الملاحق.

13 . توزيع توفر المعدات من حيث العدد مع المستوى التعليمي و مرض احد أفراد العائلة.

معظم إجابات المبحوثين حول توفر المعدات من حيث العدد سواء بالنسبة للمستوى التعليمي أو مرض أحد أفراد الأسرة كانت الإجابة بـ"كافية نوعا ما"، و هذا ما تأكد بعد حساب المقياس الرباعي بحيث كانت جميع المتوسطات الحسابية موافقة للإجابة بـ " كافية نوعا ما" ما عدى المتوسط الحسابي لفئة الابتدائي الذي كانت إجابته بـ "غير كافية". و هذا يعني أن رأي المبحوثين حول توفر المعدات من حيث العدد كان "كافية نوعا ما".

الجدول 53: توفر المعدات من حيث العدد مع المستوى التعليمي و مرض احد أفراد العائلة.

النتيجة	المتوسط الحسابي	المجموع	توفر المعدات من حيث العدد					
			كافية	لا ادري	كافية نوعا ما	غير كافية		
كافية نوعا ما	3,08	53	12	37	0	4	بدون مستوى	المستوى التعليمي
غير كافية	3,43	37	24	9	0	4	ابتدائي	
كافية نوعا ما	3,01	74	29	31	0	14	متوسط	
كافية نوعا ما	3,06	161	50	88	5	18	ثانوي	
كافية نوعا ما	3,17	175	71	82	2	20	مستوى عالي	
كافية نوعا ما	3,12	500	186	247	7	60	المجموع	
كافية نوعا ما	3,03	235	78	119	6	32	نعم	مرض أحد أفراد الأسرة
كافية نوعا ما	3,19	265	108	128	1	28	لا	
كافية نوعا ما	3,12	500	186	247	7	60	المجموع	

المصدر: البحث الميداني.

14 . توزيع توفر المعدات الصحية من حيث النوع و المستوى التعليمي.

إن أغلب إجابات المبحوثين في العينة حول توفر المعدات من حيث النوع حسب المستوى التعليمي كانت "متوسطة"، و هذا ما أكده المقياس الرباعي، وبعد حساب المتوسطات الحسابية تحددت إجابات المبحوثين حول رأيهم في توفر المعدات الصحية من حيث النوعية بـ "متوسطة".

الجدول 54: توفر المعدات الصحية من حيث النوع و المستوى التعليمي.

النتيجة	المتوسط الحسابي	المجموع	توفر المعدات من حيث النوع				المستوى التعليمي
			سيئة	متوسطة	لا أدري	جيدة	
متوسط	2,85	53	9	35	1	8	بدون مستوى
متوسط	3,16	37	16	16	0	5	ابتدائي
متوسط	2,70	74	18	36	0	20	متوسط
متوسط	2,88	161	36	96	2	27	ثانوي
متوسط	2,82	175	33	108	4	30	مستوى عالي
متوسط	2,85	500	112	291	7	90	المجموع

المصدر: البحث الميداني.

14 . المصدر الأساسي للسكان في تلقي الإرشادات الصحية.

التلفاز هو المصدر الأساسي للسكان في تلقي الإرشادات الصحية بنسبة 83.2%، يليه بعد ذلك الإنترنت

بنسبة 51.9% ثم الراديو بنسبة 46.3% أما أدنى نسبة فقد عادت للكتب بحيث قدرت بـ 16.2%.

الجدول 55: توزيع المبحوثين حسب المصدر الأساسي لتلقي الإرشادات الصحية.

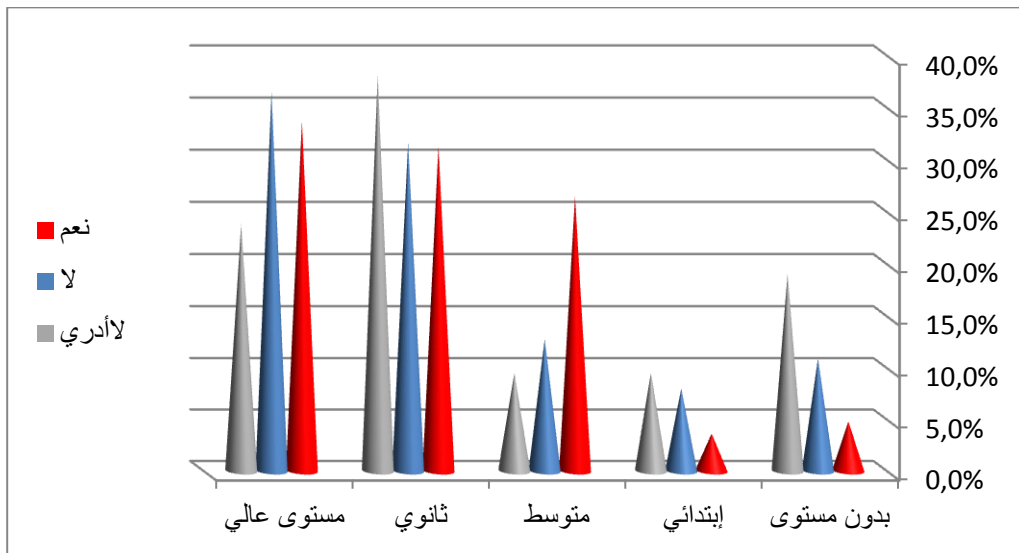
مصادر الإرشادات الصحية	%
التلفاز	83,2
الانترنت	51,9
الراديو	46,3
الأهل و الأصدقاء	40,7
الإعلانات	38,5
الكتب	16,2

المصدر: البحث الميداني.

15. رأي المبحوثين حول توفر الأطباء الأخصائيين في المستشفيات و المستوى التعليمي.

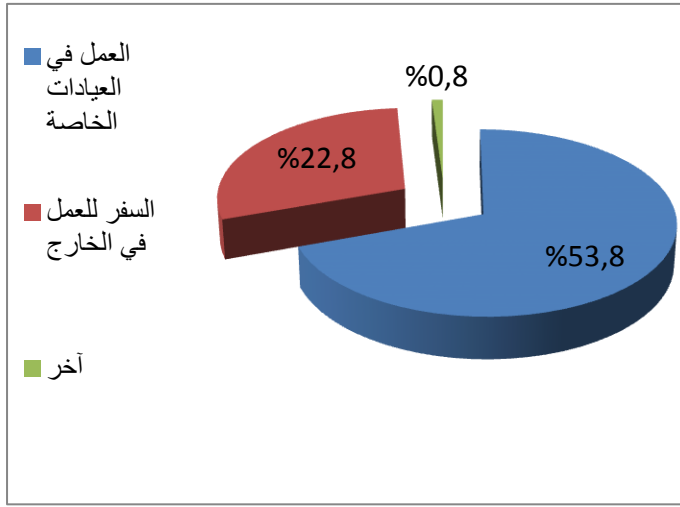
إن أكثر الفئات التعليمية التي كانت إجابتها "نعم" بنسبة عالية هي فئة المستوى العالي، الثانوي و المتوسط بنسب متقاربة قدرت ما بين 26.5% و 33.7%، أما بالنسبة لفئة الابتدائي و بدون مستوى فقد قدرت نسبهم بـ 3.6% و 4.8% على التوالي. أما بالنسبة للذين كانت إجابتهم لا يوجد عدد كاف من الأطباء المختصين في المستشفيات كانت أكبر نسبة لفئة المستوى العالي قدرت بـ 36.5%، تليها فئة الثانوي بنسبة 31.7%. أما بالنسبة للفئات "بدون مستوى و ابتدائي و المتوسط" فقدرت بـ 10.9%، 8%، 12.8% على التوالي. وهذا ما تأكد لنا إحصائيا بعد استعمال اختبار مربع كاي للاستقلالية بين المتغيرين توفر الأطباء المختصين في المستشفيات و المستوى التعليمي أنه توجد علاقة عند مستوى الدلالة 0.013.

الشكل 44: رأي المبحوثين حول توفر الأطباء الأخصائيين بالمستشفيات و المستوى التعليمي.



المصدر: الجدول 43 قائمة الملاحق.

الشكل 45: توزيع سبب عدم توفر الأطباء الأخصائيين في المستشفيات في حالة الإجابة "لا":



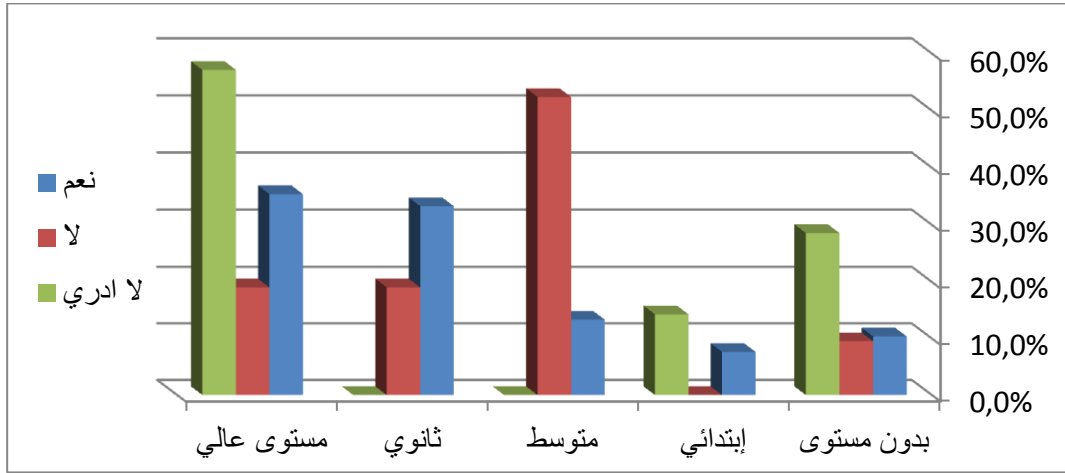
السبب الأساسي في عدم توفر الأطباء الأخصائيين في المستشفيات هو العمل في العيادات الخاصة بنسبة 53.8% ثم يليه ثاني سبب بنسبة 22.8% و هو السفر للعمل في الخارج و آخر سبب حالة أخرى بنسبة ضعيفة جدا تقدر بـ 0.8%.

المصدر: البحث الميداني.

16. العلاقة بين رأي المبحوثين حول معانات القطاع الصحي من نقائص و المستوى التعليمي.

إن أكثر فئة كان رأيها أن القطاع الصحي يعاني من نقائص هي فئة المستوى العالي والثانوي بنسب قريبة من بعضها قدرت بحوالي 35%، أما الفئات الأخرى كانت نسبها ضئيلة لم تتجاوز 10%، أما أكثر فئة كان رأيها أن القطاع الصحي لا يعاني من نقائص هي فئة المتوسط بنسبة 55%، أما فئة الثانوي و العالي قدرت نسبتهما حوالي 20%، أما أدنى نسبة وهي معدومة فكانت لفئة الابتدائي. كما أنه من خلال استعمال اختبار مربع كاي للاستقلالية بين المتغيرين رأي المبحوثين في معانات القطاع الصحي العام من نقائص و المستوى التعليمي تبين إحصائياً أن هناك علاقة بين هذين المتغيرين عند مستوى الدلالة .0.000.

الشكل 46: رأي المبحوثين حول معانات القطاع الصحي من نقائص و المستوى التعليمي.

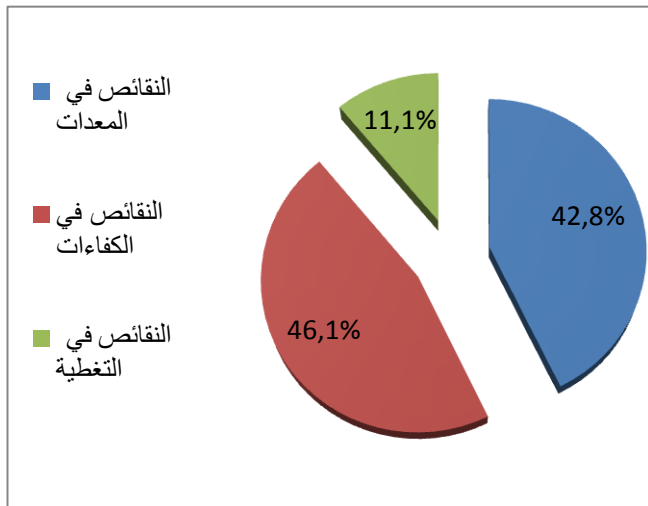


المصدر: الجدول 44 قائمة الملاحق.

أما بالنسبة للذين كانت إجابتهم نعم أي أن القطاع الصحي يعاني من نقائص كانت للأسباب الموضحة

في الشكل التالي:

الشكل 47: توزيع نسبة نقائص القطاع الصحي.



حسب رأي المبحوثين فإن نقائص القطاع

الصحي تتمثل في 46% تعود لنقص في

الكفاءات تليها 42% تعود لنقص في المعدات

أما النسبة القليلة تعود إلى نقص في التغطية

بنسبة 11%.

خلاصة:

تناول هذا المبحث رأي المبحوثين حول واقع الخدمات الصحية في بلدية وهران بحيث كانت نسبة توفر الاحتياجات الصحية في القطاع العام عند الذكور أكثر من الإناث ، أما حسب الفئة العمرية فكانت فئة (65-85) سنة هي الفئة الوحيدة التي صرحت بأن القطاع العام يوفر لها احتياجاتها الصحية أما حسب المستوى التعليمي فكانت جل العينة لا ترى أن الدولة توفر لها احتياجاتها الصحية وهذا راجع لرأيهم حول عدم توفر الأطباء الأخصائيين نظرا لعملهم في العيادات الخاصة، كما كان رأيهم أن القطاع الصحي العام يعاني من نقائص خاصة في المعدات و الكفاءات، كما أن معظم الأمراض التي يعاني منها المبحوثين المترددين إلى القطاع الصحي العام هي الأمراض المزمنة كضغط الدم و السكري، بحيث أن أغلب المرضى تحصلون على الأدوية عن طريق الصيدلية لا عن طريق المراكز الصحية فالسبب الأول لعدم التحصل على الدواء هو بالدرجة الأولى سبب مادي وهو عدم وجود تكاليف لشراء الدواء وهذا راجع إلى عدم توفر التأمينات، كما تناول هذا المبحث رأي المبحوثين حول توفر المعدات من حيث العدد و النوع فكانت معظم آراءهم تتمحور حول أن المعدات كافية نوعا ما وبجودة متوسطة.

المبحث الثاني: آراء المبحوثين حول الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات العمومية لبلدية وهران.

تناول هذا المبحث آراء المبحوثين حول الخدمات الصحية سواء إلى المؤسسة التي توجهوا إليها أو نوعية الطريقة المقدمة من قبل هذه المؤسسات إلى غيرها من الآراء.

1. رأي المبحوثين حول الخدمات الصحية في المؤسسة التي توجهوا إليها:

أ. حسب الجنس و السن.

كان رأي المبحوثين حول حالة الخدمات الصحية في المؤسسة التي توجهوا إليها حسب الجنس و السن بـ "متوسطة"، و نتيجة لاستعمال المقياس الرباعي وبعد حساب المتوسطات الحسابية تبين أن معظم العينة أجابت بـ "متوسطة".

الجدول 56: رأي المبحوثين حول الخدمات الصحية في المؤسسات المتوجهين لها حسب الجنس و السن.

النتيجة	المتوسطات	المجموع	الخدمات الصحية في المؤسسة حسب المبحوثين					
			سيئة	لا أدري	متوسطة	جيدة		
متوسطة	2,26	301	44	18	210	29	ذكر	الجنس
متوسطة	2,32	199	40	11	120	28	أنثى	
متوسطة	2,28	500	84	29	330	57	المجموع	
متوسطة	2,00	2	0	0	2	0	20-24	السن
متوسطة	2,29	45	8	0	34	3	25-29	
متوسطة	2,47	103	27	9	52	15	30-34	
متوسطة	2,29	77	13	3	54	7	35-39	
متوسطة	2,40	62	14	1	43	4	40-44	
متوسطة	2,29	76	12	5	52	7	45-49	
متوسطة	2,00	44	3	2	31	8	50-54	
متوسطة	2,05	38	1	8	21	8	55-59	
متوسطة	1,96	25	1	0	21	3	60-64	
متوسطة	2,31	16	3	1	10	2	65-69	
متوسطة	2,40	10	2	0	8	0	70-74	
متوسطة	2,00	2	0	0	2	0	75-80	
متوسطة	2,28	500	84	29	330	57	المجموع	

المصدر: البحث الميداني

ب . حسب المستوى التعليمي و معانات المبحوثين من مرض ما .

كان رأي المبحوثين حول مستوى الخدمات الصحية في المؤسسة التي توجهوا إليها حسب المستوى التعليمي و احتمال معانات المبحوثين من مرض ما ب "متوسطة"، لكن بعد استعمال المقياس الرباعي وبعد حساب المتوسطات الحسابية ثم الحصول على نفس النتيجة أي أن معظم أفراد العينة كانت إجابتها ب "متوسطة".

الجدول 57: توزيع رأي المبحوثين حول الخدمات الصحية في المؤسسة التي توجهوا إليها حسب المستوى التعليمي و معاناتهم من مرض ما .

النتيجة	المتوسطات	المجموع	الخدمات الصحية في المؤسسة حسب المبحوثين				
			سيئة	لا أدري	متوسطة	جيدة	
متوسطة	2,32	53	10	1	38	4	بدون مستوى
متوسطة	2,38	37	8	1	25	3	ابتدائي
متوسطة	2,22	74	8	3	60	3	متوسط
متوسطة	2,33	161	35	7	95	24	ثانوي
متوسطة	2,23	175	23	17	112	23	مستوى عالي
متوسطة	2,28	500	84	29	330	57	المجموع
متوسطة	2,23	197	34	4	133	26	نعم
متوسطة	2,31	303	50	25	197	31	لا
متوسطة	2,28	500	84	29	330	57	المجموع

المصدر: البحث الميداني.

2. اختيار رأي المبحوثين حول الخدمات الصحية في المؤسسات التي توجهوا إليها.

من أجل معرفة آراء المبحوثين حول الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية التي توجهوا إليها

قمنا بحساب النسب المئوية لكل الإجابات و هذا ما يبينه الجدول التالي:

الجدول 58: توزيع رأي المبحوثين حول الخدمات الصحية في المؤسسات التي توجهوا إليها.

رأي المبحوثين حول الخدمات الصحية	%
الانتظار الطويل من للعلاج	70,9
الاستقبال الجيد	36,1
سوء معاملة الطاقم الطبي للمرضى	28,1

المصدر: البحث الميداني.

إن نسبة 70.9% من إجابات المبحوثين في العينة عن رأيهم حول الخدمات الصحية كانت بـ "الانتظار الطويل من أجل العلاج"، في حين أن 36.1% من إجاباتهم كانت "الاستقبال الجيد" و 28.1% كانت "سوء معاملة الطاقم الطبي للمرضى".

3. شعور المبحوثين حول طريقة تقديم الخدمات الصحية في المؤسسات المتوجهين إليها:

1. حسب الجنس و السن.

كان رأي المبحوثين حول طريقة تقديم الخدمات الصحية في المؤسسة التي توجه إليها حسب الجنس و السن كانت ما بين "مرضية"، و نتيجة استعمال المقياس الثلاثي للتأكد من النتيجة و بعد حساب المتوسطات الحسابية تبين أن معظم العينة كانت إجابتها بـ "مرضية".

الجدول 59: توزيع شعور المبحوثين حول طريقة تقديم الخدمات الصحية في المؤسسات المتوجهين

إليها حسب الجنس و السن.

النتيجة	المتوسطات	المجموع	شعور المبحوثين حول طريقة تقديم الخدمات الصحية				
			غير مرضية	لا أدري	مرضية		
مرضية	1,63	301	125	33	143	ذكر	الجنس
لا ادري	1,71	199	103	19	77	أنثى	
مرضية	1,66	500	228	52	220	المجموع	
مرضية	1,40	2	0	0	2	20-24	السن
مرضية	1,66	45	15	11	19	25-29	
لا ادري	1,67	103	53	5	45	30-34	
لا ادري	1,77	77	30	4	43	35-39	
مرضية	1,59	62	44	4	14	40-44	
مرضية	1,39	76	31	14	31	45-49	
مرضية	1,50	44	24	4	16	50-54	
مرضية	1,66	38	13	9	16	55-59	
مرضية	1,40	25	10	0	15	60-64	
مرضية	1,66	16	3	1	12	65-69	
لا ادري	1,67	10	4	0	6	70-74	
لا ادري	1,77	2	1	0	1	75-80	
مرضية	1,59	500	228	52	220	المجموع	

المصدر: البحث الميداني.

2. حسب المستوى التعليمي و معانات المبحوثين من مرض ما.

تبين أن رأي المبحوثين حول شعورهم بطريقة تقديم الخدمات الصحية في المؤسسة التي توجهوا إليها حسب المستوى التعليمي و احتمال إصابة المبحوثين من مرض كانت ما بين "مرضية و غير مرضية"، و نتيجة استعمالنا المقياس الثلاثي وبعد حساب المتوسطات الحسابية تبين أن معظم العينة كانت إجابتها بـ "لا أدري".

الجدول 60: توزيع شعور المبحوثين حول طريقة تقديم الخدمات الصحية في المؤسسات المتوجهين إليها حسب المستوى التعليمي و معاناتهم من مرض ما.

النتيجة	المتوسطات	المجموع	شعور المبحوثين حول طريقة تقديم الخدمات الصحية				
			مرضية	لا أدري	غير مرضية		
لا ادري	2,09	53	27	4	22	بدون مستوى	المستوى التعليمي
غير مرضية	2,43	37	24	5	8	إبتدائي	
لا ادري	2,27	74	44	6	24	متوسط	
لا ادري	1,85	161	59	19	83	ثانوي	
لا ادري	1,95	175	74	18	83	مستوى عالي	
لا ادري	2,02	500	228	52	220	المجموع	
لا ادري	2,13	197	109	4	84	نعم	معانات المبحوثين من مرض
لا ادري	1,94	303	119	48	136	لا	
لا ادري	2,02	500	228	52	220	المجموع	

المصدر: البحث الميداني.

4. رأي المبحوثين حول كيفية تحسين الخدمات الصحية.

تعود إجابات المبحوثين في رأيهم حول كيفية تحسين الخدمات الصحية بالدرجة الأولى إلى "تقديم علاج مجاني للفقراء و توفير الأدوية " بنسبة 63.7% و 62.1%، يليها "توفير اليد العاملة، خفض تكلفة العلاج" بـ 52.3% و 51.3% على التوالي، أما النسبة الأضعف فكانت " بناء المستشفيات" و قدرت بـ 33.9%.

الجدول 61: توزيع نسب رأي المبحوثين حول كيفية تحسين الخدمات الصحية.

رأي المبحوثين حول كيفية تحسين الخدمات الصحية	%
تقديم علاج مجاني للفقراء	63,7
توفير الأدوية	62,1
توفير اليد العاملة	52,3
خفض تكلفة العلاج	51,3
بناء المستشفيات	33,9

المصدر: البحث الميداني.

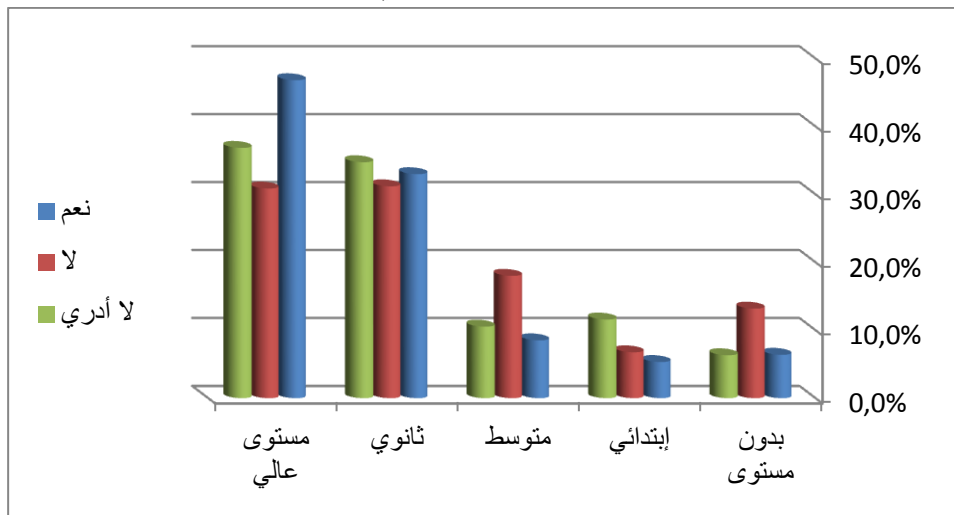
5 . العلاقة بين رأي المبحوثين في تحقيق احتياجات المرضى بالكامل في المؤسسة الصحية و المستوى

التعليمي:

من خلال استعمال مربع كاي للاستقلالية بين رأي المبحوثين في تحقيق احتياجات المرضى بالكامل

و المستوى التعليمي تبين أن هناك علاقة بين هذين المتغيرين عند مستوى دلالة 0.012.

الشكل 48: رأي المبحوثين في تحقيق احتياجات المرضى بالكامل في المؤسسة الصحية العمومية
و المستوى التعليمي.



المصدر: الجدول 45 قائمة الملاحق.

ترى فئة المستوى التعليمي العالي أن احتياجات المرضى تحقق بالكامل في المؤسسات الصحية

العمومية بنسبة 46.8% وهي أكبر نسبة بخلاف المستويات الأخرى، بحيث ترى 33% من فئة المستوى

التعليمي الثانوي أن احتياجات المرضى تحقق بالكامل في المؤسسات الصحية العمومية، أما بالنسبة لفئة

التعليم المتوسط و بدون مستوى اتضح أن نسبة عدم تحقق احتياجات المرضى بالكامل في المؤسسات

العمومية عالية قدرت بـ 18% و 13.2% على التوالي، أما فئة الابتدائي فكانت معظم إجاباتهم "لا أدري"

بنسبة 11.6%.

6. رأي المبحوثين حول عدد الأطباء مقارنة بعدد المرضى في المؤسسة:

أ. حسب الجنس و السن.

تبين أن رأي المبحوثين حول عدد الأطباء في المؤسسات الصحية مقارنة بعدد المرضى حسب الجنس و السن كان ب "كافي نوعا ما"، لكن بعد استعمال المقياس الرباعي و بعد حساب المتوسطات الحسابية لم تتغير النتيجة أي أن معظم المبحوثين في العينة كانت إجابتهم ب " كافي نوعا ما " .

الجدول 62: رأي المبحوثين حول عدد الأطباء مقارنة بعدد المرضى في المؤسسات الصحية العمومية

حسب الجنس و السن.

النتيجة	المتوسطات	المجموع	عدد الأطباء مقارنة بعدد المرضى					
			كافي	لا أدري	كافي نوعا ما	غير كافي		
كافي نوعا ما	2,93	301	103	130	13	55	ذكر	الجنس
كافي نوعا ما	3,17	199	88	80	8	23	أنثى	
كافي نوعا ما	3,03	500	191	210	21	78	المجموع	
غير كافي	3,50	2	1	1	0	0	20-24	السن
كافي نوعا ما	3,13	45	18	21	0	6	25-29	
غير كافي	3,31	103	60	24	10	9	30-34	
كافي نوعا ما	3,03	77	29	33	3	12	35-39	
كافي نوعا ما	3,11	62	19	36	2	5	40-44	
كافي نوعا ما	2,97	76	29	31	1	15	45-49	
كافي نوعا ما	3,07	44	13	26	0	5	50-54	
كافي نوعا ما	2,87	38	13	15	2	8	55-59	
لا ادري	2,44	25	6	9	0	10	60-64	
لا ادري	2,13	16	1	7	1	7	65-69	
كافي نوعا ما	3,10	10	2	7	1	0	70-74	
كافي	1,50	2	0	0	1	1	75-80	
كافي نوعا ما	3,03	500	191	210	21	78	المجموع	

المصدر: البحث الميداني.

ب . حسب المستوى التعليمي و معانات المبحوثين من مرض ما .

كان رأي المبحوثين حول عدد الأطباء في المؤسسات الصحية مقارنة بعدد المرضى حسب المستوى التعليمي و احتمال معانات المبحوثين من مرض ما ب "كافي نوعا ما"، و نتيجة استعمال المقياس الرباعي وبعد حساب المتوسطات الحسابية وجدت نفس الإجابة أي أن معظم المبحوثين في العينة كانت إجابتهم ب " كافي نوعا ما " .

الجدول 63: رأي المبحوثين حول عدد الأطباء مقارنة بعدد المرضى في المؤسسات الصحية حسب

المستوى التعليمي و معاناتهم من مرض ما .

النتيجة	المتوسطات	المجموع	عدد الأطباء مقارنة بعدد المرضى					
			كافي	لا أدري	كافي نوعا ما	غير كافي		
بدون مستوى	3,15	53	20	26	2	5		المستوى التعليمي
ابتدائي	2,86	37	13	12	6	6		
متوسط	2,99	74	28	30	3	13		
ثانوي	3,01	161	59	71	4	27		
مستوى عالي	3,06	175	71	71	6	27		
المجموع	3,03	500	191	210	21	78		
نعم	2,95	197	65	93	4	35		معانات المبحوثين من مرض
لا	3,08	303	126	117	17	43		
المجموع	3,03	500	191	210	21	78		

المصدر: البحث الميداني.

7. رأي المبحوثين حول مساهمات الدولة في تحسين صحة السكان:

وجدت هذه الدراسة أن أعلى نسبة من إجابات المبحوثين حول مساهمات الدولة في تحسين صحة السكان كانت "توفير اللقاحات للأطفال و توفير الهياكل الصحية " و قد قدرت بـ 73.6% و 69.4%، يليها بعد ذلك بنسبة 41.2% من الإجابات بـ "توفير الطاقم الطبي الكفاء" و 38.8% من الإجابات كانت " توفير علاج كبار السن" وأدنى نسبة كانت "توفير الأدوية" حيث قدرت بـ 29%.

الجدول 64: توزيع نسب رأي المبحوثين حول مساهمات الدولة لتحسين صحة السكان.

مساهمات الدولة في تحسين صحة السكان	%
توفير تلقيح الأطفال	73,6
توفير الهياكل الصحية	69,4
توفير الطاقم الطبي الكفاء	41,2
توفير علاج كبار السن	38,8
توفير الأدوية	29

المصدر: البحث الميداني.

8. رأي المبحوثين في حكمهم على مساهمات الدولة لتحسين صحة السكان:

أ. حسب المستوى التعليمي.

يتبين أن رأي المبحوثين حول حكمهم على المساهمات التي تقوم بها الدولة لتحسين صحة السكان حسب المستوى التعليمي كانت إجاباتهم بـ "مرضية نوعا ما"، و نتيجة استعمال المقياس الرباعي و بعد حساب المتوسطات الحسابية وجدت نفس الإجابة أي أن معظم المبحوثين كانت إجاباتهم بـ " مرضية نوعا ما ".

الجدول 65: رأي المبحوثين في حكمهم على مساهمات الدولة لتحسين صحة السكان حسب المستوى التعليمي.

النتيجة	المتوسطات	المجموع	حكم المبحوثين على هذه المساهمات				المستوى التعليمي
			مرضية	لا أدري	مرضية نوعا ما	غير مرضية	
مرضية نوعا ما	2,72	53	11	29	0	13	بدون مستوى
مرضية نوعا ما	2,70	37	7	21	0	9	إبتدائي
مرضية نوعا ما	2,88	74	14	47	3	10	متوسط
مرضية نوعا ما	2,83	161	32	96	7	26	ثانوي
مرضية نوعا ما	2,70	175	27	108	1	39	مستوى عالي
مرضية نوعا ما	2,77	500	91	301	11	97	المجموع

المصدر: البحث الميداني.

ب . حسب الدخل.

كان رأي المبحوثين حول حكمهم على المساهمات التي تقوم بها الدولة لتحسين صحة السكان حسب الدخل ب "مرضية نوعا ما"، و نتيجة استعمال المقياس الرباعي وبعد حساب المتوسطات الحسابية وجدت نفس النتيجة أي أن معظم المبحوثين في العينة كانت إجابتهم ب " مرضية نوعا ما " .

الجدول 66: رأي المبحوثين في حكمهم على مساهمات الدولة لتحسين صحة السكان حسب الدخل.

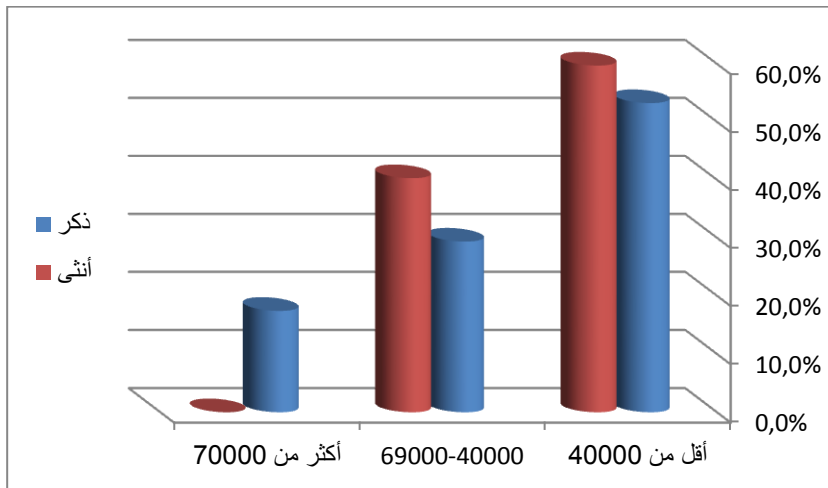
النتيجة	المتوسطات	المجموع	حكم المبحوثين على هذه المساهمات				الدخل (1000دج)
			مرضية	لا أدري	مرضية نوعا ما	غير مرضية	
مرضية نوعا ما	2,84	239	57	130	8	44	أقل من 40
مرضية نوعا ما	2,76	142	16	100	2	24	40-69
لا ادري	2,31	51	2	30	1	18	أكثر من 70
مرضية نوعا ما	2,75	432	75	260	11	86	المجموع

المصدر: البحث الميداني.

9 - العلاقة بين قدرة المبحوثين على تقديم مساهمات صحية في المستقبل مع الجنس و الدخل:

يتبين من خلال الشكل أن الإناث لهم القدرة على تقديم مساهمات صحية في المستقبل سواء كان دخلهم أقل من 40000 دج بحيث قدرت نسبتهم بـ 59.7% و الذكور بنسبة 53.2% أما بالنسبة للذين كان دخلهم يتراوح ما بين (40000-69000) قدرت نسبة الإناث بـ 40.3% و الذكور بـ 29.4%، أما بالنسبة لذوي الدخل الجيد والذي يتقاضون أكثر من 70000 دج نسبة الإناث معدومة أما الذكور فقدرت النسبة بـ 17.4%.

الشكل 49: قدرة المبحوثين على تقديم مساهمات صحية في المستقبل حسب الجنس و الدخل.



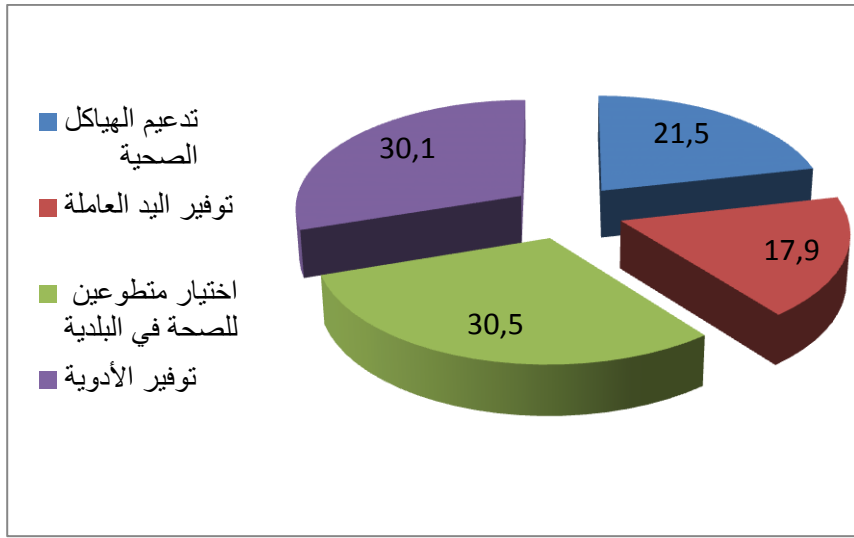
المصدر: الجدول 46 قائمة الملاحق.

نتيجة استعمال اختبار مربع كاي للاستقلالية بين قدرة المبحوثين على تقديم مساهمات صحية في المستقبل مع الجنس و الدخل. فتبين أنه توجد علاقة قوية بين هذين المتغيرين عند مستوى الدلالة 0.000.

. المساهمات التي يمكن للمبحوثين تقديمها في المستقبل:

كانت أكثر المساهمات التي يمكن للمبحوثين تقديمها في المستقبل تتمثل في اختيار متطوعين للصحة و توفير الأدوية بنسب متقاربة قدرت بـ 30%، أما مساهمتهم بتدعيم الهياكل الصحية فقدرت بـ 21.5%، و آخر مساهمة يستطيعون تقديمها هي " توفير اليد العاملة" بنسبة 17.9%.

الشكل 50: توزيع نسب المساهمات التي يمكن للمبحوثين تقديمها في المستقبل:



المصدر: البحث الميداني.

10 . توزيع رأي المبحوثين حول مدى وثوقهم بالدولة في خدمة واجباتها الصحية اتجاه المجتمع.

أ . حسب الجنس و المستوى التعليمي:

كان رأي المبحوثين حول مدى وثوقهم بالدولة في خدمة واجباتها الصحية اتجاه السكان حسب الجنس و المستوى التعليمي بـ "أحيانا"، و بعد استعمال المقياس الرباعي و حساب المتوسطات الحسابية كانت نفس الإجابة أي أن معظم المبحوثين في العينة أجابوا بـ " أحيانا".

الجدول 67: رأي المبحوثين حول مدى وثوقهم بالدولة في خدمة واجباتها الصحية اتجاه المجتمع حسب

الجنس و المستوى التعليمي.

النتيجة	المتوسطات	المجموع	وثوق المبحوثين بالدولة في خدمات الصحية					
			أبدا	أحيانا	لا ادري	دائما		
أحيانا	3,06	301	76	178	36	11	ذكر	الجنس
احيانا	2,96	199	40	124	22	13	أنثى	
احيانا	3,02	500	116	302	58	24	المجموع	
احيانا	3,28	53	19	32	0	2	بدون مستوى	المستوى التعليمي
احيانا	3,24	37	18	11	7	1	إبتدائي	
احيانا	3,00	74	12	54	4	4	متوسط	
احيانا	2,86	161	26	96	30	9	ثانوي	
احيانا	3,05	175	41	109	17	8	مستوى عالي	
احيانا	3,02	500	116	302	58	24	المجموع	

المصدر: البحث الميداني.

ب . حسب احتمال مرض المبحوثين و السن:

كانت إجابة المبحوثين حول رأيهم في مدى وثوقهم بالدولة في خدمة واجباتها الصحية اتجاه السكان

حسب احتمال مرض المبحوثين و السن بـ "أحيانا"، و بعد استعمال المقياس الرباعي و حساب المتوسطات

الحسابية ثم الحصول على نفس الإجابة أي أن معظم المبحوثين في العينة أجابوا بـ "أحيانا".

الجدول 68: توزيع رأي المبحوثين حول مدى وثوقهم بالدولة في خدمة واجباتها الصحية اتجاه المجتمع

حسب احتمال مرض المبحوثين و السن.

النتيجة	المتوسطات	المجموع	وثوق المبحوثين بالدولة في الخدمات الصحية				المجموع	احتمال مرض المبحوثين
			أبدا	أحيانا	لا ادري	دائما		
احيانا	3,09	197	53	122	9	13	نعم	احتمال مرض المبحوثين
احيانا	2,97	303	63	180	49	11	لا	
احيانا	3,02	500	116	302	58	24	المجموع	
احيانا	3,00	2	0	2	0	0	20-24	السن
احيانا	2,84	45	5	30	8	2	25-29	
احيانا	3,09	103	26	61	15	1	30-34	
احيانا	2,95	77	12	50	14	1	35-39	
احيانا	3,11	62	18	37	3	4	40-44	
احيانا	2,88	76	10	52	9	5	45-49	
احيانا	3,02	44	16	18	5	5	50-54	
احيانا	3,05	38	11	22	1	4	55-59	
ابدا	3,48	25	14	9	2	0	60-64	
احيانا	2,88	16	2	12	0	2	65-69	
احيانا	3,10	10	1	9	0	0	70-74	
احيانا	3,00	2	1	0	1	0	75-80	
احيانا	3,02	500	116	302	58	24	المجموع	

المصدر: البحث الميداني.

11. العلاقة بين حق المبحوثين بمطالبة الدولة في معالجة قضاياهم الصحية و المستوى التعليمي.

يرى 71.4% من فئة المستوى التعليمي العالي و 62.1% من فئة الثانوي و 67.7% من فئة المتوسط

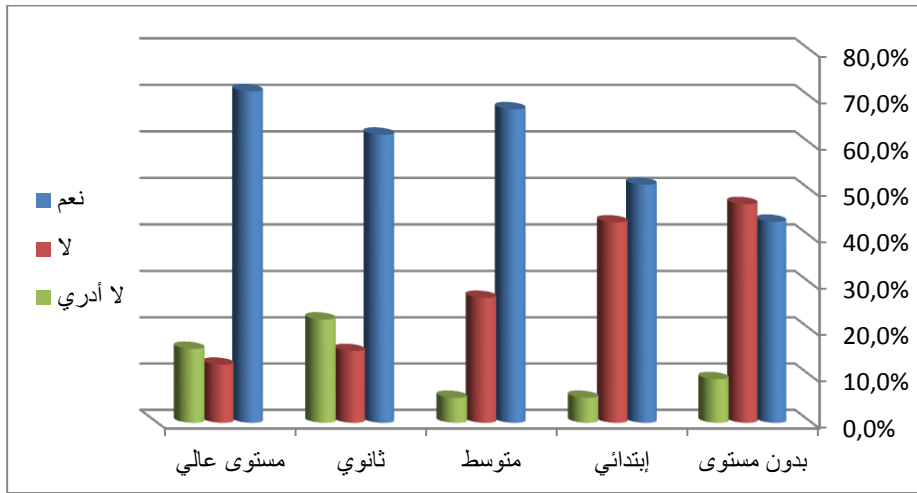
أن لهم الحق بمطالبة الدولة في معالجة قضاياهم الصحية أما بالنسبة للذين يرو أن ليس لديهم الحق

بالمطالبة في معالجة قضاياهم الصحية قدرت ب 47.2% من فئة بدون مستوى و 43.2% من فئة الابتدائي

بنسبة 43.2%، أما بالنسبة للفئة المحايدة والتي كانت إجابتهم "لا أدري" فكانت نسبة الثانوي عالية بنسبة

22.4% و 16% للمستوى التعليمي العالي.

الشكل 51: حق المبحوثين بمطالبة الدولة في معالجة قضاياهم الصحية حسب المستوى التعليمي.



المصدر: الجدول 47 قائمة الملاحق.

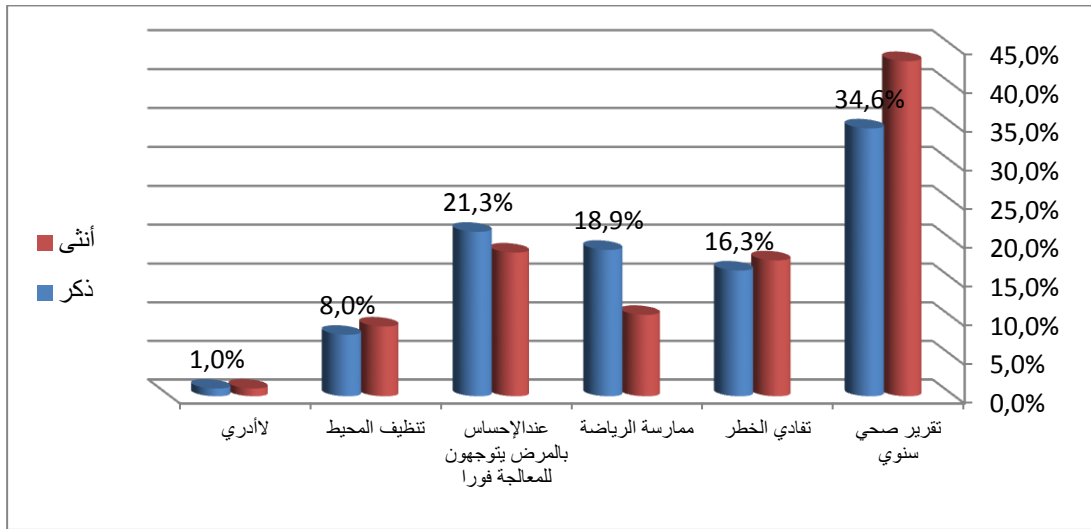
نتيجة استعمال اختبار مربع كاي للاستقلالية بين المتغيرين رأي المبحوثين حول حقهم في مطالبة الدولة بمعالجة القضايا الصحية التي تهمهم مع المستوى التعليمي عند مستوى دلالة = 0,000، تبين انه توجد علاقة بين هذين المتغيرين.

12 . العلاقة بين رأي المبحوثين حول ما يفعله السكان للبقاء في صحة جيدة:

أ . مع الجنس.

يبرز من خلال الشكل أن رأي المبحوثين في العينة حول ما يفعله السكان للبقاء في صحة جيدة يعود بالدرجة الأولى بالنسبة للجنسين إلى "تقرير صحي سنوي" وهذا بنسبة 43.2% بالنسبة للإناث و 34.6% بالنسبة للذكور يليها بعد ذلك "عند الإحساس بمرض يتوجهون للعلاج" بنسبة 21.3% للذكور وهي أكبر من نسبة الإناث التي قدرت بـ 18.6%، أما ممارسة الرياضة فكانت نسبة الذكور عالية قدرت بـ 18.9% و 10.6% للإناث، على عكس "تفادي الخطر" بحيث كانت النسب متقاربة بالنسبة للجنسين قدرت حوالي 17%، أما بالنسبة للآراء الأخرى فكانت نسبها ضئيلة.

الشكل 52: رأي المبحوثين حول ما يفعله السكان للبقاء في صحة جيدة حسب الجنس.



المصدر: الجدول 48 قائمة الملاحق.

بعد استعمال اختبار مربع كاي للاستقلالية بين المتغيرين رأي المبحوثين حول ما يفعله السكان للبقاء في صحة جيدة و الجنس تبين أنه توجد علاقة بين رأي المبحوثين حول ما يفعله السكان للبقاء في صحة جيدة و الجنس. عند مستوى الدلالة = 0.132.

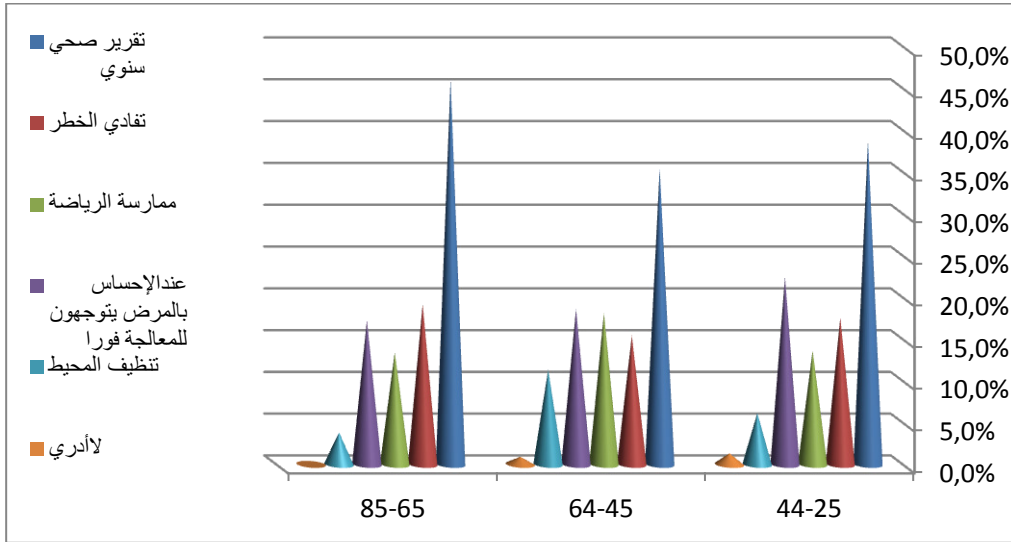
ب . مع السن.

كما هو ملاحظ في الشكل أن "تقرير صحي سنوي" هو أحسن ما يفعله السكان للبقاء في صحة جيدة و هذا حسب إجابات المبحوثين في الكل الفئات العمرية بحيث عادت أعلى نسبة وقدرت بـ 46.2% إلى فئة (65-85) تليها بعد ذلك فئة (25-44) سنة بنسبة 38.8% أما فئة (45-64) سنة قدرت نسبتها بـ 35.5%، ثم جاءت بعد ذلك "عند الإحساس بالمرض التوجه للمعالجة فوراً" خاصة في فئة (25-44) سنة بنسبة قدرت بـ 22.5%، و 19.2% في فئة (65-85) سنة بالنسبة للذين أجابوا "تفادي الخطر"، أما بالنسبة للخيارات الأخرى فكانت لها نفس النسب تقريبا.

ونتيجة استعمال اختبار مربع كاي للاستقلالية بين المتغيرين رأي المبحوثين حول ما يفعله السكان للبقاء في

صحة جيدة و السن تبين أن هناك علاقة جيدة بين هذين المتغيرين عند مستوى الدلالة = 0.000

الشكل 53: رأي المبحوثين حول ما يفعله السكان للبقاء في صحة جيدة مع السن.



المصدر: الجدول 49 قائمة الملاحق..

ج . مع المستوى التعليمي.

يتضح من خلال الجدول أن "تقرير صحي سنوي" أخذ أعلى نسبة إجابة في جميع المستويات خاصة فئة

بدون مستوى بنسبة 45.3% و 43.5% لفئة الثانوي، يليه بعد ذلك "ممارسة الرياضة" خاصة عند فئة

الابتدائي بنسبة 43.2%، ثم تفادي الخطر بنسبة 32.4% عند فئة المتوسط.

بعد استعمال اختبار مربع كاي للاستقلالية بين المتغيرين رأي المبحوثين حول ما يفعله السكان للبقاء

في صحة جيدة و المستوى التعليمي تبين أن هناك علاقة بين رأي المبحوثين حول ما يفعله السكان للبقاء

في صحة جيدة و المستوى التعليمي عند مستوى الدلالة = 0.000.

الجدول 69: رأي المبحوثين حول ما يفعله السكان للبقاء في صحة جيدة مع المستوى التعليمي.

المستوى التعليمي %					تقرير صحي سنوي	رأي المبحوثين حول ما يجب فعله للبقاء في صحة جيد
بدون مستوى	إبتدائي	متوسط	ثانوي	مستوى عالي		
45,3	21,6	29,7	43,5	37,7	تقارير صحي سنوي	
15,1	10,8	32,4	14,9	13,7	تفادي الخطر	
7,5	43,2	9,5	12,4	17,7	ممارسة الرياضة	
22,6	18,9	14,9	18	24	المعالجة الفورية للمرض	
9,4	5,4	13,5	9,9	5,1	تنظيف المحيط	
0	0	0	1,2	1,7	لا أدري	
100	100	100	100	100	المجموع	

المصدر: البحث الميداني.

خلاصة:

تناول هذا المبحث آراء المبحوثين حول الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية ببلدية وهران بحيث كان رأيهم حول هذه الخدمات سواء حسب الجنس أو السن أنها متوسطة لكن الانتظار طويل من أجل العلاج ولتحسين هذه الخدمات يجب توفير الأدوية و تقديم علاج مجاني للفقراء وهذا حسب رأي المبحوثين، كما كان رأيهم أن الدولة ساهمت بالأخص في توفير اللقاحات للأطفال و الهياكل الصحية رغم أنهم أحيانا ما يثقون بها في توفير احتياجاتهم الصحية، كما أن أصحاب الدخل الضعيف لكلا الجنسين صرحوا بأن لهم القدرة على تقديم مساهمات صحية في المستقبل و هذا ب : اختيار متطوعين للصحة في البلدية و توفير اليد العاملة، و وجدنا أن التقرير الصحي السنوي هو أحسن ما يفعله السكان للبقاء في صحة جيدة.

مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات و الدراسات السابقة:

1 - مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات:

انطلقت هذه الدراسة من مجموعة التساؤلات وقد تم افتراض مجموعة من الإجابات على شكل أربع فرضيات التي سيتم اختبارها كالأتي:

الفرضية الأولى:

سوء التسيير سبب في تدهور الخدمات الصحية بمؤسسات الصحة العمومية ببلدية وهران.

يعتبر التسيير الجيد للموارد الصحية سواء كانت موارد مادية أو بشرية في المؤسسات الصحية العمومية أحد أهم عوامل تطور القطاع الصحي.

للتحقق من صحة هذه الفرضية وجدنا أن:

- نسبة نقائص القطاع الصحي تعود بالدرجة الأولى إلى نقص الكفاءات بنسبة 46%، نقص في المعدات 42.8% و 11% بالنسبة للتغطية.
- باستعمالنا لاختبار مربع كاي للاستقلالية وجدنا أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين معانات القطاع الصحي من نقائص و المستوى التعليمي عند مستوى دلالة 0.000.
- باستعمالنا لمقياس ليكرت الثلاثي بحيث كانت معظم إجابات المبحوثين حول توفر المعدات من حيث العدد بـ (كافية نوعا ما) و توفر المعدات من حيث النوعية بـ (متوسطة). هذا ما يعني أن المعدات ليست في المستوى المطلوب لتلبية احتياجات المرضى.

وبهذا إننا نقبل هذه الفرضية بحيث وجدنا أن أغلب المبحوثين يرون أن القطاع الصحي يعاني من نقائص.

الفرضية الثانية:

- تؤثر نوع الطبقة الاجتماعية في تردد المبحوثين على مؤسسات الصحة العمومية ببلدية وهران.

للتحقق من صحة هذه الفرضية وباستعمال إختبار مربع كاي للإستقلالية وجدنا أن:

- هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين عند مستوى 0.000، بحيث وجدنا أن الفئة التي تتقاضى أدنى أجر أقل من 40000 دج تتوجه بقوة إلى مؤسسات الصحة العمومية بنسبة 66%.

و بالتالي فإننا نقبل هذه الفرضية على أساس أن أغلب المبحوثين من الطبقة الاجتماعية البسيطة أي ذات مستوى ضعيف يتوجهون إلى مؤسسات الصحة العمومية ببلدية وهران.

الفرضية الثالثة:

- سوء الاستقبال و التوجيه سبب في تدني الخدمات الصحية بمؤسسات الصحة العمومية ببلدية وهران.

للتحقق من صحة هذه الفرضية وجدنا أن أهم مشكلة يراها المبحوثين على مستوى الخدمات الصحية هي ليست الاستقبال و التوجيه بل "إنتظار طويل من أجل العلاج" بنسبة 70.9%، أما الاستقبال الجيد فأخذ نسبة لا بأس بها قدرت بـ 36%، أما سوء معاملة الطاقم الطبي للمرضى فأخذ نسب قدرت بـ 28.1%.

بالتالي فإننا نرفض هذه الفرضية بحيث تبين لنا أن سوء الاستقبال و التوجيه ليس أهم المشاكل التي تعاني منها الخدمات الصحية في مؤسسات الصحة العمومية بل عدم مبالاة الطاقم الطبي باحتياجات السكان.

الفرضية الرابعة:

- نقص الكفاءات في مؤسسات الصحة العمومية ببلدية وهران يعرقل توفير الحاجات الصحية للسكان

للتحقق من صحة هذه الفرضية باستعمال اختبار مربع كاي للاستقلالية وجدنا أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين رأي المبحوثين في معانات القطاع الصحي العام من نقائص و المستوى التعليمي تبين إحصائياً أن هناك علاقة بين هذين المتغيرين عند مستوى الدلالة 0.000.

- نسبة نقائص القطاع الصحي تعود بالدرجة الأولى إلى نقص الكفاءات بنسبة 46%، نقص في المعدات 42.8% و 11% بالنسبة للتغطية.

و بالتالي فإننا نقبل الفرضية الرابعة

2- مناقشة النتائج على ضوء الدراسات السابقة:

إن الاعتماد على الدراسات السابقة أمر ضروري من أجل الاستفادة من نتائجها في البحث وعليه تم القيام بالبحث عن جوانب الاستفادة من هذه الدراسات وربطها بمراحل البحث المختلفة وعلى النتائج المتوصل إليها بهدف الكشف عن نقاط الالتقاء و الاختلاف بينها وهو ما سيوضح باختصار فيما يلي:

لقد تماشت هذه الدراسة في نتائجها مع ما ذهب إليه كل من:

1 -"ياسر العدوان" في " أثر مستوى الخدمة على رضا المستفيدين من خدمات المراكز الصحية في محافظات إقليم الشمال في الأردن".

بحيث تبين في هذه الدراسة أن للسكان انطباعات سيئة حول تقديم الخدمات الصحية وتدني مستوى المراكز الصحية وهذا ما توصلت إليه دراستنا أيضا، في حين اختلفت دراستنا عن هذه الدراسة بحيث توصلت هذه الأخيرة إلى :

- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى رضا أفراد العينة عن الخدمات الصحية التي تشملها المراكز الصحية تبعا لمتغير السن والمستوى التعليمي.
- أغلب انطباعات أفراد العينة سيئة أو سلبية حول مستوى تعامل الطبيب وجهاز التمريض في جميع المراكز الصحية.

2 -" محمد مبنول" في "توفير الخدمات الصحية الأساسية في إفريقيا -حالة الجزائر-" وهي أكثر دراسة تماشت مع دراستنا من حيث الموضوع وكذا المتغيرات عندما توصل إلى:

- معظم أفراد العينة يرون أن الخدمات الصحية في المؤسسات التي توجهوا إليها متوسطة

- لا تحقق الاحتياجات الصحية للمرضى بالكامل وفي الوقت المناسب.
 - مساهمة الدولة في تحسين صحة السكان على رأسها التلقيح، توفير الهياكل الصحية، توفير الأطباء، توفير الأدوية.
 - معظم الأمراض التي يعاني منها السكان هي الأمراض المزمنة (السكري، ضغط الدم)
- أما من حيث الاختلاف بين الدراستين نجد أن هذه الأخيرة توصلت إلى:
- يعتبر كل من الطاقم الصحي وكذلك السكان أنهم غير مستعدون للمشاركة و التدخل بأي شكل من الأشكال في تحسين الرعاية الصحية على عكس دراستنا بحيث وجدنا أن كلا الجنسين لهم الرغبة في تقديم مساهمات صحية في المستقبل بنسبة تفوق 53% وهم من فئة الدخل الضعيف.
- كما أن اختيار متطوعين للصحة في البلدية وتوفير الأدوية أخذت أعلى نسب من المساهمات التي يمكن تقديمها في المستقبل.
- وفي الأخير تبقى هذه الدراسة هي من أكثر الدراسات تشابها مع دراستنا ولو كان هناك اختلاف طفيف لكن تبقى النتيجة غير متباعدة.

الخاتمة

يعتبر قطاع الصحة أهم القطاعات على الإطلاق لما له علاقة مباشرة بنشاط الإنسان، فتحقيق السلامة الصحية العامة والبدنية والعقلية و النفسية، هي من بين الأهداف الأساسية للمنظومة الصحية، والوصول إلى تحقيق ذلك يؤكد قدرة وقوة النظام الصحي المعمول به وبما تكون من التوليفة البشرية ذات المهارة والكفاءة في التسيير و التنظيم الرشيد، وبذلك يساعد الفرد على أداء واجباته وأعماله بشكل فعال، ولكن بإسقاط ذلك على طبيعة النظام الصحي الجزائري، يبقى السؤال مطروح حول تحقيق ذلك.

فمنذ إحلال الدولة للطب المجاني في الجزائر وضعت كل الوسائل من أجل تلبية الاحتياجات في المجال الصحي وهذا من أجل تحقيق الأهداف المنتظرة من طرف وزارة الصحة، وعلى هذا الأساس يمكن اعتبار الفعالية الإجمالية للمنظومة الصحية الجزائرية نسبة بالنظر إلى إيجابية المؤشرات الصحية المسجلة بحيث نقول أن هذه الأخيرة شهدت تطوراً ملفتاً للنظر منذ استرجاع السيادة الوطنية، وما حقته في سبيل القضاء على معظم الأمراض المتنقلة منها و المزمدة لشيء يدعو إلى التفاؤل. إلا أن هذه النتائج لا يجب أن تخفي جملة النقائص التي لا تزال تعانيها منظومتنا الصحية التي تشهد عدة مشاكل تنظيمية تخص الهياكل والمؤسسات الصحية بكل أنواعها، مما أثر سلباً على السير العام للمؤسسات و الصعوبة التي تجدها في تقديم الخدمات الصحية للسكان والتي تشكل تحديات كبيرة ينبغي مواجهتها مستقبلاً في ظل التحولات الديمغرافية وتغيير خارطة المرض، إذن فإصلاح المنظومة الصحية أصبح أكثر من ضروري في الوقت الراهن، وهذا راجع لعدم استجابتها بالقدر الكافي للمتطلبات المتنامية للسكان، وكذا في ظل ضعف الفعالية وهو ما يجعل السلطات الجزائرية تفتتح بحتمية تسريع إصلاح صحي يقوم على تقريب الصحة من المواطن وترتيب مستويات العلاج مع إعادة التركيز على الوقاية وتحسين نوعية الخدمات الصحية التي لطالما اشتكى

الخاتمة العامة

الجزائريون منها و وهذا ما تطرقت إليه دراستنا وهو واقع الخدمات الصحية وما مدى تلبية هذه الأخيرة للاحتياجات الصحية للسكان.

كما يتضح جليا أن مدى أهمية الخدمات الصحية بالنسبة للفرد لارتباطها بسلامته وعافيته، أو بالنسبة للمجتمع والدولة لما لها تأثير على التنمية وتحقيق الرفاهية، ولهذا نجد أغلب النظم تعمل على تقييم مستوى خدماتها الصحية بأساليب مختلفة. غير أن تقييم الخدمات الصحية لا يمثل هدفا بحد ذاته بل هو وسيلة تهدف إلى تحديد الخلل ومحاولة تصحيحها باستخدام آليات مختلفة، هذا ما تم محاولة توضيحه من خلال هذه الدراسة التي تناولت موضوع واقع الخدمات الصحية للسكان في ظل احتياجاتهم الصحية.

لإسقاط المفاهيم النظرية أجريت دراسة ميدانية تهدف إلى معرفة واقع الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية العمومية ببلدية وهران خلصت بمجموعة من النتائج والاقتراحات الهادفة لتحسين الخدمات الصحية.

فقد توصلت هذه الدراسة إلى جملة من النتائج أهمها:

- أكبر نسبة من أفراد العينة من جنس الذكور ومن فئة الشباب.
- أغلب أفراد العينة من فئة المتزوجين.
- أغلب أفراد العينة يتقاضون أقل من 40000 يعتبرون من أصحاب الدخل الضعيف.
- أغلب أفراد العينة يشتغلون في القطاع العام.
- يتوجه أغلب أفراد العينة للعلاج إلى مراكز الصحة العمومية.
- الأمراض المزمنة هي أحد أكثر أسباب توجه المبحوثين للعلاج.
- يتوجه أصحاب الدخل الجيد و المتوسط بنسبة كبيرة إلى مؤسسات الصحة العمومية والمستشفيات وأغلبهم من فئة الشباب.

الخاتمة العامة

- السكري وضغط الدم هم أكثر المشاكل الصحية انتشارا في المجتمع كما أنها أكثر المشاكل التي يعاني منها كبار السن.
- الحمى والإسهال هم أكثر الأمراض التي يعاني منها الأطفال في المجتمع.
- مجمل أفراد العينة يتمتعون بصحة جيدة.
- مجمل أفراد العينة يرون أن القطاع الصحي يعاني من نقائص في المعدات والكفاءات.
- معظم الأمراض التي يعاني منها المتردين إلى القطاع الصحي العام هي أمراض مزمنة كالسكري، ضغط الدم.
- عدم توفر الأطباء الأخصائيين نظرا لعملهم في العيادات الخاصة.
- أغلب أفراد العينة يرى أن الخدمات الصحية ذات نوعية متوسطة.
- انتظار طويل من أجل العلاج.
- السبب المادي هو السبب الأساسي الذي منع المبحوثين من الحصول على الدواء.
- وانطلاقا من مجموع النتائج المتوصل إليها، يمكن تقديم مجموعة من الاقتراحات والتوصيات:
- العمل على ضمان سلاسة رحلة المريض العلاجية قدر الإمكان وتقديم الخدمة في المرفق الصحي المناسب من قبل الطبيب المناسب وفي الوقت المناسب.
- توفير الأدوية وتقديم علاج مجاني للفقراء .
- بناء حالة من الثقة بين المراكز الصحية والمرضى عبر إظهار الجوانب الانسانية أثناء تقديم الخدمة الطبية من العاملين ويمكن أن يتم ذلك عن طريق تثقيف العاملين وتذكيرهم بدورهم الإنساني الذي يحتل أولوية في تقديم الخدمة الطبية.
- الأخذ بعين الاعتبار إلى انشغالات السكان حول احتياجاتهم الصحية.

الخاتمة العامة

- إعطاء أهمية بالغة لعملية استقطاب وتوظيف و البحث عن ذوي المهارات المتلائمة مع متطلبات الوظيفة.
- تحديث وسائل تقديم الخدمة الصحية عن طريق توفير الأجهزة و المستلزمات الطبية و المخبرية الحديثة وبصورة كافية، والاستمرار في متابعة ومواكبة تطور التكنولوجيا الصحية.
- تقديم الخدمات في الوقت المحدد وبشكل سريع ودقيق.
- إخبار المرضى عن أوقات تقديم الخدمات لهم من قبل المستشفى.
- الإطلاع الدائم من قبل العاملين على حاجات المرضى.

في نهاية المطاف فإن هذه التوصيات تعد مساهمة منا لتسليط الضوء حول واقع الخدمات الصحية للسكان في ظل احتياجاتهم الصحية تاركين المجال لدراسات أخرى تكمل هذا العمل وتبحث أكثر في أسباب سوء الأداء في المؤسسات الصحية الجزائرية.

قائمة المراجع

المراجع باللغة العربية:

أ
الديوان الوطني للإحصائيات، حوصلة إحصائية 1962-2011، نشرة 2013
الديوان الوطني للإحصاء، تحقيق حول النشاط الاقتصادي و الشغل و البطالة خلال افريل 2017، رقم 785
الجريدة الرسمية، العدد 01 ، الصادر بتاريخ 01/ جانفي 1974، الأمر رقم 73-65 المؤرخ في 1973/12/28م المتعلق بإنشاء الطب المجاني في القطاعات الصحية .
التقرير الصادر عن المنظمة العالمية للأمم المتحدة الخاص بوضع الأطفال في العالم سنة 2009
الدجاني سعيد ، لحم هدية، مقدمة في فن التمريض، الطبعة الأولى، دار الأندلس للطباعة و النشر، بيروت، 1984
المسح الجزائري حول صحة الأسرة سنة 2004
المرسوم رقم 01-74 المؤرخ في 16-01-1974 المتضمن ، مدى مساهمة الجماعات المحلية في نفقات المساعدة الطبية الاجتماعية.
المرسوم التشريعي رقم 93-18 ، المؤرخ في 29-12-1993 ، المتضمن لمدى مساهمة الدولة في المساعدات الطبية
النتائج العامة للتقرير الوطني الخاص بالتنمية البشرية، 2008
الحداد عوض بدير ، تسويق الخدمات المصرفية، الطبعة الأولى، البيان للطباعة و النشر، القاهرة، 1999.
الدمرداش طلعت إبراهيم، "اقتصاديات الخدمات الصحية"، مكتبة القدس الزقازيق، مصر، الطبعة الثانية، 2006.
ألاء نبيل عبد الرزاق، استخدام ثقافة المعلومات من أجل ضمان جودة الخدمة الصحية (حالة دراسية في عينة من مستشفيات مدينة بغداد)، مجلة الإدارة و الإقتصاد، العراق، العدد 90، 2011
أوزجان بشار ، الأساليب الكمية في إدارة الرعاية الصحية (تقنيات و تطبيقات)، ترجمة: عبد المحسن بن صالح الحيدر، مركز البحوث، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية، 2008.

قائمة المراجع

الرواشدة أحمد و الصمادي زياد محمد، تقييم مستوى الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين من التأمين الصحي في الأردن، المجلة الأردنية في ادارة الأعمال، المجلد 6، العدد 4، 2010،

البكري تامر ياسر، ادارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع، عمان الأردن، 2005

ب

بوعوانة عبد المهدي ، إدارة الخدمات و المؤسسات الصحية، عمان: دار حامد، 2004 .

براحو فافة سهيلة، اصلاح المنظومة الصحية، واقع و آفاق، مجلة دراسات استراتيجية الصادرة بالجزائر، عدد 6، 2009

بيان اجتماع مجلس الوزراء المنعقد يوم الإثنين 24 ماي 2010

ج

جاد الرب سيد محمد، الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية ، الطبعة الأولى ، دار العشرى، مصر ، 2008.

ح

حاروش نور الدين ، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، ط 1، الجزائر، دار كتامة للكتاب، 2008.

حاروش نور الدين ، السياسة الصحية في الجزائر بين الرهانات و الواقع، مجلة دراسات إستراتيجية، الصادرة بالجزائر ، عدد 2009، 07 .

د

دادي عدون ناصر و العايب عبدالرحمان ، البطالة و إشكالية التشغيل ضمن برامج التعديل الهيكلي للاقتصاد، من خلال حالة الجزائر، الديوان الوطني للمطبوعات الجامعية الجزائر، 2010

ديدان مولود، مباحث في القانون الدستوري و النظم السياسية، ط 1، الجزائر: دار النجاح للكتاب، 2005.

ذ

ذنون علي البياني حسين ، المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات: وجهة نظر معاصرة، المنهل للطباعة والنشر، دون بلد النشر، 2009

س

سنوسي علي، تقييم مستوى الفعالية التنظيمية للمستشفيات في الجزائر، دراسة تطبيقية على المستشفيات العمومية، مجلة إقتصاديات شمال إفريقيا، العدد السابع، الشلف، 2011

قائمة المراجع

سلطاني وفاء، تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر و آليات تحسينها-دراسة ميدانية لولاية باتنة، رسالة دكتوراة،2015،

ص

صغير أمال، الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية ، تقرير تربص ، كلية العلوم الاقتصادية و علوم تسيير فرع اقتصاد . 2004 ، ص 05 دولي، جامعة الجزائر 2003

ع

عبد المنعم احمد ، مؤشرات الصحة الانجابية في بعض الدول العربية بين الواقع و التحديات، جامعة الاسكندرية، مصر، سنة 2009

عبد المنعم احمد ، ماجدة محمد، أوضاع الأطفال و الأمهات في المناطق الحضرية في بعض الدول العربية، ورقة عمل خاصة بالمؤتمر العربي حول الإدارة الصحية ، جامعة الشمس - القاهرة- 5 ماي 2008.

عبد القادر لطرش ،سميح البستاني ، موزة المسلم ، الأهداف الإنمائية لدولة قطر ، سلسلة دراسات سكانية ، الطبعة الأولى، قطر، ابريل 2009

عياشي نور الدين، تطور المنظومة الصحية الجزائرية ، بحوث اقتصادية ، الصادرة في مجلة العلوم الإنسانية، العدد 31 ،الجزائر، جوان 2009

عبد الطيف بن أشنهوا، التجربة الجزائرية في التنمية و التخطيط ، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر 1982.

عدوان ياسر، المجلة العلمية لكلية الاقتصاد و الادارة، الأردن، عدد 122، 1998،

ق

قصاب سعديّة، مسار التشغيل في الجزائر: الجهود و النتائج 1962-2001، الملتقى الوطني الأول : السياسات الاقتصادية في الجزائر، 13 ماي 2013

ك

كامل وديع، المرشد في إدارة المستشفيات، الطبعة الأولى، منشورات المنظمة العربية للعلوم الإدارية، مصر، 2001.

قائمة المراجع

م

مضر زهران، إدارة المستشفيات والرعاية الصحية، دار زهران للنشر و التوزيع، عمان، 2013.

مديرية الصحة و السكان لولاية وهران معطيات سنة 2008، 2010

مجلة أحداث اقتصادية، ديسمبر 1978،

محمود جاسم الصميدعي و ردينة عثمان يوسف، تسويق الخدمات، دار المسيرة للنشر و التوزيع، عمان، الاردن، 2010.

منظمة العمل العربية، مكتب العمل العربي، المركز العربي لتنمية الموارد البشرية، طرابلس، 2005.

مجلة أحداث اقتصادية، ماي 1988

منظمة الصحة العالمية، التقرير الخاص بالصحة في العالم 2007

محمد ابراهيم محمد ، "طبيعة حماية المستهلك في مجال الخدمات الصحية، المجلة العلمية لكلية التجارة، العدد الرابع، جامعة أسيوط، القاهرة، ديسمبر 1983

و

وزارة التربية الوطنية، النشرة الرسمية للتربية الوطنية، أبريل 2013، عدد 559

وزارة التخطيط : تقرير عام حول المخطط الرباعي الاول جانفي 1970.

وزارة الصحة و السكان، المنشور الوزاري رقم 01 المؤرخ في 08 أبريل 1995 المتضمن مساهمة المرضى في نفقات . الإطعام و الإيواء داخل المستشفى.

وزارة التخطيط: تقرير عام حول المخطط الرباعي الثاني ماي 1974،

وزارة التخطيط و التهيئة العمرانية، تقرير المخططات التنموية 1967-1969،

وزارة التخطيط والتهيئة العمرانية، المخطط الخماسي الثاني، 1985-1989.

1973 ج.ج.د.ش، الأمر رقم 73-65 المؤرخ في 28/12/1973م المتعلق بإنشاء الطب المجاني في

القطاعات الصحية(الجريدة الرسمية، العدد 01 ، الصادر بتاريخ 01/ جانفي 1974.

قائمة المراجع

المراجع باللغة الفرنسية:

B
BOUFENIK Fatma, travail et genre en Algérie, colloque Rabat, année 2000.B29
BRAHIM Brahmia, MEKALT Khoukha",le système de santé algérienne face à la transition sanitaire : prise en charge et financement2011 "
BRAHIMI Abdelhamid, L'économie Algérienne hier à demain défit enjeux, édition Dehleb , Alger, 1991
BOUSSINE Quasmi, cirse de l'habitat et perspective de Co-développement avec les pays de Maghreb édition publies, paris, France, 1987
C
CHACHOUA .L, le système national de santé 1962 à nos jours, colloque international sur les politiques de santé, Alger 18 et 19 janvier 2014
COLLEGE ROYAL, définir les besoins de la société en matière de santé –définition et guide du collège royal- préparé en collaboration avec Lisa Little consulting au nom du Collège, avril 2012
D
DAOUDI Nouredine, la mortalité en Algérie depuis l'indépendance,2001, revue Genes, vol 57n° 01
E
Ecole National de Santé Publique, le système de santé publique en Algérie, analyse et perspectives, Alger, avril 2008
Enquête national a indicateurs multiples mics3 Algérie 2006
H
Haffad Tahar Hemal Ali, la transition de la fécondité et la politique de la population, revue science humains et social, 1999, N° 12
HAMIDOU Rachid, le logement un défi ,Alger, 1989
M
Ministère de la santé et de la population ,Développement du système national de santé. Stratégie et perspectives, Alger2001 ,
Ministère des finances, la situation économique et financière, 1999.

قائمة المراجع

MEBTOUL mohamed, les prestations de soins de santé essentiels en Afrique-réalités et perceptions communautaires-cas de L'Algérie, rapport final –oms -Algérie, Aout 2011
Ministère de la santé et de la population, Développement du système national de santé ,stratégie et perspectives, Alger, Mai 2003
Ministère de la santé, Direction de la planification, statistique sanitaire, Alger ,Août 1999
Ministère de l'habitat et de l'urbanisme
N
Nathalie Elgrablylévy, Germain Belzile, la télémédecine, améliorer le système de santé par l'innovation, institut économique de Montréal, collection santé, les notes économiques, septembre 2010
O
Objectifs du millénaire pour le développement Algérie rapport national 2000-2015 juin2016
ONS ,Algérie en quelque chiffre, résultats 2000 édition 2001, n° 31
ONS ,Algérie en quelque chiffre, résultats 2003, édition 2005,n°34
ONS ,Algérie en quelque chiffre, résultats 2009-2011, édition 2012, n° 42
ONS ,Algérie en quelque chiffre, résultats 2014-2016, édition 2017, n° 47
ONS, rétrospective statistique-1970-1996- édition 1999
ONS, Revus statistique, juin 1987, N° 15
ONS, Démographie algérienne 2014, N° 690
ONS, Démographie algérienne 2015, N° 740
ONS-Résultat de l'enquête annuelle sur les salaires auprès des entreprises Mai 2016 N°759
Organisation Mondiale de la santé, Bureau régional pour l'Afrique, Algérie Plan de travail-2004 ,2005 novembre 2003
Z
ZINE BARKA Mohamed, démographie dépense d'éducation et de santé, 1991, Cahiers du CREAD n°2728, 3ème et 4ème trimestres 1991, pages 3365.

قائمة الملاحق

الجدول 01 : تطور عدد التلاميذ في مراحل التعليم الثلاث من 1962 إلى 1970.

1970/1969	1965/1966	1963/1962	
1689000	1332000	778000	التعليم الابتدائي
162200	107900	30800	التعليم الأساسي
76000	48800	19500	التعليم الثانوي

المصدر: د. و. إ، حوصلة إحصائية، نشرة 2013، ص 122.

الجدول 02 : تطور عدد التلاميذ في مراحل التعليم الثلاث من 1970 إلى 1980.

1980/1979	1976/1975	1971/1970	
3061000	2641000	1851000	التعليم الابتدائي
737900	395900	190900	التعليم الأساسي
183200	509000	73000	التعليم الثانوي

Source : ONS, Rétrospective Statistique 1970-1996, Édition 1999, p 42

الجدول 03: تطور معدلات الشغل و البطالة 2000-2017.

2017	2015	2013	2010	2008	2006	2003	2000	
36.8	37.1	39	37.6	37	37.2	30.04	30.5	الشغل %
12.3	11.2	9.8	10	11.3	12.3	23.7	28.89	البطالة %

المصدر: الديوان الوطني للإحصاء، تحقيق حول النشاط الاقتصادي والشغل و البطالة، مسح أفريل 2017 رقم 785.

الجدول 04: تطور معدل وفيات الأطفال لكلا الجنسين (%) 2000-2015

المجموع	الجنس		السنوات
	إناث	ذكور	
36.9	35.3	38.4	2000
37.5	35.9	38.9	2001
34.7	33.3	36.1	2002
32.5	30.3	34.6	2003
30.4	28.5	32.2	2004
30.4	28.5	32.4	2005
26.9	25.3	28.3	2006
26.2	24.4	27.9	2007
25.5	23.9	26.9	2008
23.1	21.6	24.6	2011
22.3	20.7	23.7	2015

Source : Office national des Statistiques, démographie algérienne ,2015 N° 740, p5.

قائمة الملاحق

الجدول 05: تطور معدل وفيات الأطفال اقل من 5 سنوات 1990-2015 لكل 100000 ولادة حية.

السنوات	1990	2000	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
المعدل	55.5	43	29.7	29	27.5	26.8	26.1	26.1	25.6	25

المصدر: ديمغرافيا الجزائر 2016، ص 21.

الجدول 06: تطور معدل والوفيات العام و الأطفال 1966-2015 لكل 100000 ولادة حية.

السنوات	معدل وفيات الأطفال	معدل وفيات العام
1966	149,4	15,87
1970	148,18	16,45
1975	152,88	15,54
1980	102,85	10,9
1985	78,3	8,4
1990	57,8	6,03
1995	54,87	6,43
2000	36,9	4,59
2005	30,4	4,47
2010	23,7	4,37
2015	22,3	4,57

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات، ديمغرافيا الجزائر 2016.

حوصلة إحصائية 1962-2011.

الجدول 07: تطور معدل وفيات الأمهات 1962-2014 لكل 100000 ولادة حية.

السنوات	المعدل	السنوات	المعدل
1962	500	2004	99.5
1975	300	2007	88.9
1981	215	2009	84
1989	230	2011	73.9
1992	215	2013	63.9
1999	117.4	2014	60.3
2001	113.8		

Source : - déclaration du ministre de la sante, de la population et de la reforme Hospitalière le 12 juillet 2012(le soir d'algerie.com)*

- Enquête national « morbidité et mortalité infantile »Algérie, 1989
- Enquête algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant, 1992
- Enquête mortalité maternelle en 1999, INSP
- Estimations de la mortalité maternelle du MSPRH. 2001 à 2014

قائمة الملاحق

الجدول 08: تطور أمل الحياة لكلا الجنسين 1965-2015

المجموع	نساء	رجال	السنوات	المجموع	نساء	رجال	السنوات
71.9	72,9	70,9	1999	51.15	51,17	51,12	1965
72.45	73,4	71,5	2000	52.68	52,8	52,55	1970
72.75	73,6	71,9	2001	55.11	56,06	54,15	1977
73.35	74,2	72,5	2002	56.96	58,07	55,84	1978
73.9	74,9	72,9	2003	56.85	58,21	55,5	1979
74.85	75,8	73,9	2004	57.36	58,78	55,94	1980
74.6	75,6	73,6	2005	58.41	59,77	57,04	1981
75.65	76,7	74,6	2006	59.95	61,38	58,51	1982
75.75	76,8	74,7	2007	62.45	63,32	61,57	1983
75.6	76,4	74,8	2008	63.42	64,19	62,65	1985
75.5	76,3	74,7	2009	67.60	69,44	65,75	1987
76.3	77	75,6	2010	66.32	66,48	66,15	1989
76.5	77,4	75,6	2011	67.33	67,81	66,85	1991
76.45	77,1	75,8	2012	67.43	68,12	66,74	1993
77.05	77,6	76,5	2013	67.28	68,42	66,14	1994
77.2	77,8	76,6	2014	67.14	68,18	66,1	1995
77.1	77,8	76,4	2015	67.59	68,39	66,79	1996
				71.65	72,8	70,5	1998

Source : Daoudi nouredine, la mortalité en Algérie depuis l'indépendance, 2001,démographie algérienne 2015, p 05 .

الجدول 09 : توزيع أفراد العينة حسب السن والجنس .

المجموع		الجنس					السن
		إناث		ذكور			
%	العدد	%	العدد	%	العدد		
16	239	7	111	8	128	4 - 0	
11	171	6	95	5	76	9 - 5	
10	153	5	74	5	79	10 - 14	
7	111	4	65	3	46	15 - 19	
7	104	4	55	3	49	20 - 24	
9	130	5	72	4	58	25 - 29	
12	185	5	80	7	105	30 - 34	

قائمة الملاحق

8	128	4	61	4	67	35 – 39
6	89	2	32	4	57	40 – 44
5	81	1	19	4	62	45 – 49
3	47	2	27	1	20	50 – 54
2	38	1	19	1	19	55 – 59
2	25	0	3	2	24	60 – 64
1	16	0	0	1	16	65 – 69
1	10	0	0	1	9	70 – 74
0	2	0	0	0	1	75 – 80
100	1529	47	713	53	816	المجموع

المصدر : البحث الميداني.

الجدول 10: توزيع مفردات العينة حسب النشاط

النشاط	العدد	%
نعم يمارس نشاط	398	79.6
لا يمارس نشاط	68	13.6
متقاعد	34	6.8
المجموع	500	100

المصدر: البحث الميداني

الجدول 11: توزيع العاملين في العينة حسب الجنس و السن.

المجموع	جنس		
	أنثى	ذكر	
36	24	12	25-29
89	36	53	30-34
60	22	38	35-39
58	14	44	40-44
71	13	58	45-49
36	18	18	50-54
27	11	16	55-59
13	-	13	60-64
8	-	8	65-69
398	138	260	المجموع

قائمة الملاحق

الجدول 12: توزيع مفردات العينة حسب الدخل

المجموع	الغير نشطين	أكثر من 70000	-40000 69000	أقل من 40000	الدخل
100	10.2	13.6	28.4	47.8	%

الجدول 13: توزيع العمال في العينة حسب المستوى التعليمي.

المجموع	مستوى اعلى	ثانوي	متوسط	ابتدائي	بدون مستوى	المستوى التعليمي
100	39.9	35.2	13.3	6.8	4.8	%

الجدول 14: توزيع العاملين في العينة حسب الجنس ومكان التشغيل

عمل مستقل	المختلط	الخاص	العمومي	القطاع
20.85	0	7.28	37.19	ذكور %
4.77	0.25	1.26	28.39	إناث %

الجدول 15: نوع المسكن وتوفره على الانترنت

المجموع	حالة أخرى	بناء قصديري	حوش	فيلا	شقة	توجد انترنت %
100	4.5	3.5	20.5	24	47.3	%
100	8.3	18.2	41.7	5	26.9	لا توجد انترنت %

الجدول 16: توزيع أسباب توجه المبحوثين للقطاع الصحي الخاص

المجموع	توفر الأطباء الأخصائيين	توفر المعدات	جودة الخدمات الصحية	أسباب التوجه للقطاع الخاص
100	34.8	28.5	36.7	%

الجدول 17: توزيع المشاكل الصحية التي دفعت بالمبحوثين للمعالجة

المجموع	الحمى	الإسهال	السعال	التقيح	مرض القلب	ضغط الدم	نوع الأمراض
100	21.8	8	19.7	21	10	19.5	%

قائمة الملاحق

الجدول 18: توزيع مفردات العينة حسب أسباب عدم تلقي العلاج للمبحوثين

أسباب عدم تلقي العلاج	%
عدم توفر مصاريف العلاج	5
نقص الخبرة بالنسبة للأطباء	3.3
عدم التغيب عن العمل	1.3
المرور بتجربة صحية سيئة	0.2
عدم وجود وسيلة نقل	0.2
لا أدري	0.4
حالة أخرى	0.4

الجدول 19: دخل المبحوثين و مكان التوجه للعلاج

مركز الصحة العمومية	عيادة خاصة	مستشفى جامعي	
65.9	45.9	36.4	أقل من 40000
27.5	36.5	45.5	40000-69000
6.6	17.6	18.2	أكثر من 70000

الجدول 20: جنس المبحوثين و مكان التوجه للعلاج

المجموع	مركز الصحة العمومية	عيادة خاصة	مستشفى جامعي	
100	55.1	31.2	13.6	ذكور %
100	42.2	41.2	16.6	إناث %

الجدول 21: سن المبحوثين و مكان التوجه للعلاج

مركز الصحة العمومية	عيادة خاصة	مستشفى جامعي	
50.8	36.9	47.3	25 – 44
38.8	51.1	44.6	45 – 64
10.4	12	8.1	65 – 85
100	100	100	المجموع

الجدول 22: توزيع مرض المبحوثين حسب الجنس و السن

المجموع	85 - 65	65 - 45	44 – 25	
100	34.9	54.7	10.4	ذكر %
100	2.2	68.1	29.7	انثى %

قائمة الملاحق

الجدول 23: مرض المبحوثين حسب الجنس و طبيعة المسكن

المجموع	طبيعة المسكن			جنس المريض	
	حالة أخرى	مسكن عائلي	ملكية شخصية		
100	18.9	1.9	7.5	71.7	ذكر %
100	37.4	00	11	51.6	أنثى %

الجدول 24: توزيع نوع مرض المبحوثين حسب الجنس.

المجموع %	نوع المرض					جنس المرضى
	مرض آخر	أمراض القلب و الشرايين	فقر الدم	ضغط الدم	السكري	
100	33.6	3.4	4.2	34.5	24.4	ذكر %
100	31.9	8.5	5.3	40.4	13.8	أنثى %

الجدول 25: توزيع المبحوثين الذين يسبب لهم مرض أحد افراد العائلة عائق مادي حسب الدخل.

المجموع	الدخل			يسبب عائق مادي %
	أكثر من 70000	69000-40000	أقل من 40000	
100	6.1	27.2	66.7	نعم
100	19.6	43.5	37	لا

الجدول 26: إمكانية توفير الغذاء المتوازن للأسرة و الدخل.

المجموع	الدخل			توفير الغذاء المتوازن %
	أكثر من 70000	69000-40000	أقل من 40000	
100	22.7	42.7	34.5	نعم
100	8.1	29.5	62.4	لا

الجدول 27 : إمكانية توفير الغذاء المتوازن للأسرة و عدد الأطفال في الأسرة.

المجموع	عدد الأطفال					توفير غذاء متوازن %
	أكثر من 4 أطفال	4 أطفال	3 أطفال	طفلين	طفل	
100	8.2	19.1	17.3	30	25.5	نعم
100	4.5	17.2	29.2	24	25	لا

قائمة الملاحق

الجدول 28: توزيع المبحوثين حسب أسباب عدم توفير الغذاء المتوازن للأسرة.

أسباب عدم توفير الغذاء المتوازن	الغلاء المعيشي	عدم وجود ثقافة تغذية	الإهمال	المجموع
%	54.6	35.3	10.1	100

الجدول 29 : رأي المبحوثين حول صحتهم الحالية حسب السن.

النتيجة	المتوسطات	المجموع	صحتهم الحالية			سن المبحوثين
			جيدة	متوسطة	سيئة	
جيدة	3,00	2	2	0	0	24-20
متوسطة	2,31	45	15	29	1	29-25
جيدة	2,42	103	46	54	3	34-30
متوسطة	2,31	77	31	39	7	39-35
جيدة	2,35	62	22	40	0	44-40
متوسطة	2,33	76	30	41	5	49-45
جيدة	2,41	44	20	22	2	54-50
جيدة	2,37	38	14	24	0	59-55
متوسطة	2,12	25	3	22	0	64-60
جيدة	2,44	16	7	9	0	69-65
جيدة	2,50	10	5	5	0	74-70
سيئة	1,50	2	0	1	1	80-75
جيدة	2,35	500	195	286	19	المجموع

الجدول 30: رأي المبحوثين حول صحة أفراد الأسرة حسب مرض أحد أفرادها.

النتيجة	المتوسطات	المجموع	صحة أفراد عائلتك اليوم			أحد الأفراد مريض لا أحد مريض المجموع
			جيدة	متوسطة	سيئة	
متوسطة	2,21	235	53	178	4	أحد الأفراد مريض
جيدة	2,42	265	111	154	0	لا أحد مريض
متوسطة	2,32	500	164	332	4	المجموع

قائمة الملاحق

الجدول 31: مؤشرات الصحة الجيدة حسب رأي المبحوثين مع الجنس.

الجنس %		مؤشرات الصحة الجيدة حسب رأي المبحوثين
أنثى	ذكر	
66,3	54,8	العمل
13,6	25,2	التنقل
9,5	8,3	الرياضة
6,5	7,3	التركيز و تذكر الأشياء
4	4,3	آخر
100	100	المجموع

الجدول 32: مؤشرات الصحة الجيدة حسب رأي المبحوثين مع السن.

سن المبحوثين %												مؤشرات الصحة الجيدة
75-80	70-74	65-69	60-64	55-59	50-54	45-49	40-44	39-35	30-34	25-29	20-24	
50	70	62,5	56	76,3	68,2	52,6	50	54,5	58,3	71,1	50	العمل
50	10	18,8	12	7,9	11,4	32,9	27,4	28,6	19,4	6,7	0	التنقل
0	0	0	4	10,5	2,3	6,6	6,5	3,9	18,4	13,3	50	الرياضة
0	0	18,8	4	0	13,6	7,9	12,9	7,8	1,9	6,7	0	التركيز و التذكر
0	20	0	24	5,3	4,5	0	3,2	5,2	1,9	2,2	0	آخر
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	المجموع

الجدول 33: مؤشرات الصحة الجيدة حسب رأي المبحوثين مع المستوى التعليمي.

المستوى التعليمي %					مؤشرات الصحة الجيدة
مستوى عالي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	بدون مستوى	
63,4	59	60,8	51,4	50,9	العمل
18,3	21,1	9,5	35,1	32,1	التنقل
12,6	9,3	9,5	0	0	الرياضة
5,1	7,5	13,5	8,1	1,9	التركيز و التذكر
6	3,1	6,8	5,4	15,1	آخر
100	100	100	100	100	المجموع

قائمة الملاحق

الجدول 34: توفر الاحتياجات الصحية في القطاع العام و الجنس.

جنس المبحوثين %		توفر الاحتياجات الصحية
أنثى	ذكر	
23,6	35,5	نعم
73,4	61,5	لا
3	3	لا أدري
100	100	المجموع

الجدول 35: توفر الاحتياجات الصحية في القطاع العام و السن.

السن %			وجود الاحتياجات في القطاع الصحي العام
60 - 80	40 - 59	20 - 39	
57,7	28,6	26,9	نعم
42,3	68,6	69,2	لا
0	2,7	4	لا أدري
100	100	100	المجموع

الجدول 36: توفر الاحتياجات الصحية في القطاع العام و المستوى التعليمي.

مستوى التعليمي %					توفر الاحتياجات الصحية
مستوى عالي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	بدون مستوى	
29,1	35,4	28,4	13,5	37,7	نعم
66,9	61,5	70,3	86,5	58,5	لا
4,0	3,1	1,4	0	3,8	لا أدري
100	100	100	100	100	المجموع

الجدول 37: توفر الاحتياجات الصحية في القطاع العام و احتمال مرض المبحوثين.

تعاني حالياً من مرض ما %		توفر الاحتياجات الصحية
لا	نعم	
31,4	29,9	نعم
66	66,5	لا
2,6	3,6	لا أدري
100	100	المجموع

قائمة الملاحق

الجدول 38: تقديم الخدمات الصحية بالطريقة الصحيحة من المرة الأولى للمبحوثين و الجنس

الجنس %		تقديم الخدمات الصحية بالطريقة الصحيحة
أنثى	ذكر	
49.2	63.5	نعم
26.1	23.6	لا
24.6	13	لا أدري
100	100	المجموع

الجدول 39: تقديم الخدمات الصحية بالطريقة الصحيحة من المرة الأولى للمبحوثين و السن

السن %			تقديم الخدمات الصحية بالطريقة الصحيحة
85-65	64-45	44-25	
84.6	55.9	53.7	نعم
13.5	25.5	26	لا
1.9	18.6	20.3	لا أدري
100	100	100	المجموع

الجدول 40: تقديم الخدمات الصحية بالطريقة الصحيحة من المرة الأولى للمبحوثين و المستوى التعليمي

المستوى التعليمي %					تقديم الخدمات الصحية بالطريقة الصحيحة
مستوى عالي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	بدون مستوى	
67.4	53.4	39.2	48.6	71.7	نعم
16	29.2	35.1	32.4	18.9	لا
16.6	17.4	25.7	18.9	9.4	لا أدري
100	100	100	100	100	المجموع

الجدول 41: تقديم الخدمات الصحية بالطريقة الصحيحة من المرة الأولى للمبحوثين و مرض أحد أفراد الأسرة.

أحد أفراد الأسرة مريض %		تقديم الخدمات الصحية بالطريقة الصحيحة
لا	نعم	
48,9	68,1	نعم
29,5	19	لا
21,6	12,9	لا أدري
100	100	المجموع

قائمة الملاحق

الجدول 42: توزيع أفراد العينة الغير مؤمنين حسب وسيلة تلقي معونات العلاج.

وسيلة تلقي معونات العلاج	%
برنامج الحكومة في مجانية العلاج	2,2
الجمعيات الخيرية	2,8
لا أدري	0,8
أخر	8,8
المجموع	14,6
المبحوثين المؤمنين	85,4
المجموع الكلي	100

الجدول 43: رأي المبحوثين حول توفر الأطباء الأخصائيين بالمستشفيات و المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	بدون مستوى	إبتدائي	متوسط	ثانوي	مستوى أعلى
نعم	4.8	3.6	26.5	31.3	33.7
لا	10.9	8	12.8	31.7	36.5
لا أدري	19	9.5	9.5	38.1	23.8
المجموع	100	100	100	100	100

الجدول 44: رأي المبحوثين حول معانات القطاع الصحي من نقائص و المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	بدون مستوى	إبتدائي	متوسط	ثانوي	مستوى أعلى
نعم	10.7	7.6	13.3	33.3	35.4
لا	9.5	0	52.4	19	19
لا أدري	28.6	14.3	0	0	57.1
المجموع	100	100	100	100	100

الجدول 45: رأي المبحوثين في تحقيق احتياجات المرضى بالكامل في المؤسسات الصحية العمومية و المستوى التعليمي

	بدون مستوى	إبتدائي	متوسط	ثانوي	مستوى أعلى	المجموع
نعم	6.4	3.5	8.5	33	46.8	100
لا	13.2	6.8	18	31.2	30.9	100
أدري	10.3	11.6	10.5	34.7	36.8	100

قائمة الملاحق

الجدول 50: توزيع عينة الدراسة حسب المقاطعات الإدارية لبلدية وهران.

3	43	7832	8	123	58	10	49	الأمير					
4			10	157	63								
4			9	145	68								
5			12	188	73								
3			6	104	78								
4			10	160	83								
6			13	216	88								
5			12	198	93								
4			10	165	98								
4			10	166	103								
43			100	1622	المجموع								
5			43	7795	12				193	109	10	48	سليدي البشير
4					10				158	114			
6	14	219			119								
5	12	189			124								
5	11	168			129								
4	9	136			134								
3	7	113			139								
3	7	115			144								
4	9	135			149								
4	8	128			154								
43	100	1554			المجموع								
6	112	20093			5	140	159	10	67	المقري			
8					7	190	166						
31			27	769	173								
35			32	890	180								
5			5	138	187								
6			5	152	194								
5			5	133	201								
5			4	123	208								
5			5	134	215								
6			5	148	222								
112			100	2817	المجموع								
3			35	6181	8	114	226				10	49	الصديقية
3					10	140	231						
5	14	194			236								
4	10	140			241								
3	8	112			246								
4	11	149			251								
3	8	113			255								
4	12	160			261								
3	8	113			266								
3	10	141			271								
35	100	1376			المجموع								

قائمة الملاحق

4	39	6841	10	127	381	10	58	ابن سينا					
4			11	132	286								
5			11	141	391								
4			11	140	296								
4			10	127	301								
4			10	121	306								
4			9	115	311								
3			9	110	316								
3			9	110	321								
4			9	113	326								
39			100	1236	المجموع								
2			25	4386	9				108	333	9	32	الحمري
3					13				148	337			
4					13				151	341			
3	12	142			345								
2	10	110			349								
3	11	130			353								
3	11	128			357								
3	10	113			361								
2	9	107			365								
25	100	1137			المجموع								
42	27	4694			14	162	367	9	36	العثمانية			
4					9	99	371						
2			11	124	375								
3			12	134	379								
3			12	131	383								
3			11	120	387								
3			10	111	391								
3			11	120	395								
3			12	138	399								
27			100	1139	المجموع								
3			23	4210	12	132	404				8	30	المقراني
4					15	157	408						
3	12	131			312								
3	12	127			416								
3	14	150			420								
2	11	116			424								
2	11	120			428								
3	12	131			432								
23	100	1064			المجموع								
2	16	2834			13	132	434	9	24	المنزه			
2					10	103	437						
2			12	123	440								
2			10	99	443								
2			14	137	446								
2			10	98	449								

قائمة الملاحق

2			15	156	452								
2			16	165	455								
/			/	/	458								
16			100	1013	المجموع								
3	41	7184	8	94	462	10	59	البدر					
4			9	114	468								
5			11	136	474								
3			7	82	480								
4			10	122	486								
4			9	105	492								
4			13	157	498								
6			13	162	504								
5			12	143	510								
3			7	86	516								
41			100	1201	المجموع								
6			43	7579	15				192	521	10	58	بوعمامة
4					10				124	527			
4					10				126	533			
4	8	106			539								
4	9	115			544								
6	13	167			550								
4	8	104			556								
4	10	133			562								
4	10	133			568								
3	7	89			574								
43	100	1289			المجموع								

المصدر: من إعداد الأستاذ فضيل عبد الكريم بالاستناد على بيانات الإحصاء العام للسكان و السكن 2008.

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي



كلية العلوم الاجتماعية

قسم الديمغرافيا

استمارة موجهة للأسر - في إطار أطروحة الدكتوراه -

نحن بصدد إعداد بحث أكاديمي، نحتاج إلى معلومات ميدانية، لذا نرجو منكم مساعدتنا من خلال الإجابة على الأسئلة التالية دون ذكر أسمائكم و المعلومات المقدمة سرية و تستخدم في إطار البحث العلمي و لكم منا كل الشكر.

الخدمات الصحية في بلدية وهران

تحت إشراف الأستاذة: يسعد فضيل فايزة

من إعداد الطالبة: بوراجة آمال

تاريخ إجراء المقابلة:

رقم الاستمارة في المنطقة	المنطقة La zone	المجموعة السكنية Ilot	المقاطعة district	البلدية La commune	الولاية La wilaya

الشخص المجيب عن المقابلة : رب الأسرة آخر

بيانات خاصة بمسكن الأسرة

س(01) : ما هو نوع السكن ؟

1- شقة 2- فيلا 3- حوش 4- بناء قصديري 5- حالة أخرى

س(02) : هل المسكن ؟ 1- ملكية شخصية 2- مسكن مستأجر 3- حالة أخرى

في حالة الإجابة رقم 2 ما هو ثمن الإيجار ؟

س(03) : هل يتوفر المسكن على ؟

1- الماء 2- الغاز الطبيعي 3- الكهرباء 4- قنوات صرف المياه الصحية

س(04) : هل المسكن يحتوي على ؟ 1- مدفئة 2- مكيف هوائي 3- سخان مائي

4- غسالة ملابس 6- مكنسة كهربائية 7- غسالة الأطباق 8- لا يوجد

س(05) : هل المسكن مزود بشبكة الانترنت ؟ 1- نعم 2- لا

س(06) : هل تمتلكون جهاز حاسوب ؟ 1- نعم 2- لا

- إذا كانت الإجابة (نعم) كم تمتلكون من جهاز ؟

س(07) : هل تمتلكون سيارة ؟ 1- نعم 2- لا

بيانات شخصية للمرأة

س(01): ما هو عمرك الحالي؟ (سنة الميلاد)

س(02): الحالة المدنية: 1- عازبة 2- متزوجة 3- مطلقة 4- منفصلة 5- أرملة

- بالنسبة للمرأة (المتزوجة المطلقة ، المنفصلة ، الأرملة) من فضلك الإجابة على الجدول الآتي :

رقم الطفل	جنس	1. حي 2- ميت	سنة الميلاد	مكان الولادة	نوع الولادة	نوع الرضاعة	مدة الرضاعة
1				1. مستشفى 2- عيادة خاصة 3- في المنزل	1- طبيعية 2- قيصرية	1- طبيعية 2- صناعية 3- مختلطة	
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

- س(03) : ما هو مستواك التعليمي ؟ 1- بدون □ 2- ابتدائي □ 3- متوسط □ 4- ثانوي □
 5 - جامعي (ليسانس □ ماجستير □ ماستر □ دكتوراه □)
 س(04) : هل تمارسين تعلمين ؟ 1- نعم □ 2- لا □
 س(05) : إذا كانت الإجابة نعم ما هي مهنتك ؟
 س(06) : ما هو نمط المهنة ؟
 1- مستخدمة □ 2- مهنة مستقلة □ 3- أجيبة دائمة □ 4- أجيبة غير دائمة □ 5- حالة أخرى □
 س(07) : في أي قطاع تشتغلين ؟ 1- عمومي □ 2- خاص □ 3- مختلط □
 س(08) : ما هو دخلك ؟ 1- اقل من 40000 دج □ 2- (40000- 60000 دج) □
 3- 60000 دج فأكثر □
 س(09) : ما هو المستوى المعيشي للأسرة مقارنة بالدخل ؟ 1- جيد □ 2- متوسط □ 3- ضعيف □

بيانات شخصية للرجل

- س(01) : ما هو عمرك الحالي ؟ (سنة الميلاد)
- س(02) : الحالة المدنية : 1- عازب □ 2- متزوج □ 3- مطلق □ 4- منفصل □ 5- أرمل □
- س(03) : ما هو مستواك التعليمي ؟ 1- بدون □ 2- ابتدائي □ 3- متوسط □
 4- ثانوي □ 5 - جامعي (ليسانس □ ماجستير □ ماستر □ دكتوراه □)
- س(04) : هل لديك أطفال ؟ نعم □ لا □
 - كم عدد الأطفال ؟
- س(05) : هل تمارس تعمل ؟ 1- نعم □ 2- لا □
 - إذا كانت الإجابة "لا" من فضلك الانتقال إلى المحور الخاص بالصحة .
- س(06) : إذا كانت الإجابة "نعم" ما هي مهنتك ؟
 س(07) : ما هو نمط المهنة ؟
 1- مستخدم □ 2- مهنة مستقلة □ 3- أجيبة دائم □ 4- أجيبة غير دائم □ 5- حالة أخرى □
 س(08) : في أي قطاع تشتغل ؟ 1- عمومي □ 2- خاص □ 3- مختلط □
 س(09) : ما هو دخلك ؟
 1- اقل من 40000 دج □ 2- (40000- 60000 دج) □
 3- 60000 دج فأكثر □
 س(10) : ما هو المستوى المعيشي للأسرة مقارنة بالدخل ؟ 1- جيد □ 2- متوسط □ 3- ضعيف □

المحور الأول : تردد المبحوثين على المؤسسات الصحية العمومية.

س(01) : ماهي آخر مرة احتجت فيها إلى زيارة الطبيب أنت أو أحد أفراد عائلتك؟

- 1- خلال هذا الشهر
- 2- خلال هذه السنة
- 3- ما بين سنتين إلى ثلاث سنوات
- 4- أكثر من أربعة سنوات
- 5- لم أحتج لزيارة الطبيب أبدا
- 6- لا أدري

س(02) : في حالة المرض إلى أين تتوجهون للعلاج ؟

- 1- مستشفى جامعي
- 2- عيادة خاصة
- 3- مركز الصحة العمومية
- 4- آخر (حدد).....

- إذا كانت الإجابة الثانية. فلماذا تفضل القطاع الخاص؟

- 1- جودة الخدمات الصحية
- 2- توفر المعدات الحديثة
- 3- توفر الأطباء الأخصائيين

4- آخر (حدد).....

س(03) : إذا كانت الإجابة القطاع العام فما هي عدد الهياكل الصحية المتوفرة في بلديكم حسب اختيارك؟

- 1- اذكر العدد.....
- 2- لا أدري

س(04) : من بين المشاكل الصحية التالية ماهو السبب الذي دفعك أنت أو أحد أفراد عائلتك للمعالجة؟

- 1- حمى
- 2- إسهال قوي
- 3- سعال
- 4- تلقيح
- 5- ولادة
- 6- مرض القلب
- 7- ضغط الدم
- 8- آخر (حدد).....

س(05) : و هل استقدت من هذا العلاج؟

- 1- نعم
- 2- لا
- 3- لا ادري

- إذا كانت الإجابة "لا" فما هو السبب الأساسي من بين الأسباب التالية الذي منعك من تلقي العلاج و أنت بحاجة إليه؟

- 1- ليس لديك مصاريف العلاج
- 2- لا يوجد وسيلة نقل
- 3- بعد المركز الصحي
- 4- نقص الخبرة بالنسبة للأطباء
- 5- مررت عليك تجربة صحية سيئة
- 6- عدم التغيب عن العمل
- 7- لا يوجد أي عون صحي حاضر بالمركز
- 8- لا أدري
- 9- آخر (حدد).....

س(06) : هل توجد مشاكل صحية(أمراض) لا تستدعي الذهاب إلى المستشفى أو العيادة؟

- 1- دائما
- 2- أحيانا.
- 3- أبدا.
- 4- لا أدري

س(07) : ماهي أنواع هذه المشاكل التي لا تستدعي الذهاب إلى المستشفى؟

- 1- الحمى..
- 2- الإسهال
- 3- القيئ
- 4- فقر الدم
- 5- مشاكل نفسية
- 6- سوء التغذية..
- 7- مرض جلدي

8- سرطان(حدد) □

س(08) : إلى أين يتوجهون الأفراد لمعالجة هذه الأمراض التي لا تستدعي الذهاب إلى المستشفى(مراكز صحية،عيادة)؟ حدد المكان.....

المحور الثاني: المشاكل الصحية التي يعاني منها سكان بلدية وهران

س(09) : في رأيك ماهي الفئة التي تؤثر على الدولة من أجل حل المشاكل الصحية للسكان؟

- 1- الأطفال □ 2- الشباب □ 3- كبار السن □
4- الرجال. □ 5- النساء □ 6- الأشخاص المتقنين □
7- الغير متقنين □ 8 - السياسيين □ 9- العمال □.
10- الطلبة □ 11- العاطلين عن العمل □

س(10) : ماهي المشاكل الصحية (الأمراض) الأكثر انتشارا في المجتمع؟

- 1- الحمى □ 2- اضطرابات هضمية □ 3- أمراض تنفسية □
4- إسهال □ 5- القيء عند الأطفال □ 6- سوء التغذية □
7- داء السكري. □ 8- ضغط الدم... □ 9- نقص الوزن □
10- أمراض الجلد □ 11- سرطان (حدد) □.....

س(11) : ماهي الأمراض التي يواجهها الأطفال في هذا المجتمع؟

- 1- الحمى.. □ 2- الإسهال □ 3- القيء.. □ 4- فقر الدم □
5- مشاكل نفسية □ 6- سوء التغذية □ 7- مرض جلدي □
8- سرطان(حدد) □

س(12) : هل أدى أحد هذه الأمراض إلى حدوث وفاة طفل في عائلتكم؟ 1- نعم □ 2- لا □

س(13) : كم كان عمره عند الوفاة؟

- 1- أقل من سنة □ 2- من سنة إلى 5سنوات □ 3- أكثر من 5 سنوات □

س(14) : ماهي المشاكل الصحية التي يعاني منها كبار السن في هذا المجتمع؟

- 1- الحمى □ 2- اضطرابات هضمية □ 3- أمراض تنفسية □ 4- إسهال □
5- سوء التغذية □ 6- داء السكري □ 7- ضغط الدم. □ 8- نقص الوزن □
9- أمراض الجلد □ 10 - سرطان (حدد) □.....

س(15) : هل تعاني حاليا من مرض ما ؟ 1- نعم □ 2- لا □

- إذا كانت الإجابة - نعم - ما هو المرض الذي تعاني منه؟

- 1- السكري □ 2- ضغط الدم □ 3- فقر الدم □
4- أمراض القلب و الشرايين □ 5- مشكلة أخرى □

- س(16) : هل لديكم أحد أفراد الأسرة مريض؟ 1- نعم □ 2- لا □
- في حالة الإجابة - نعم- من هو ؟ 1- الابن □ 2- الزوج □ 3- آخر □
- ما هو مرضه؟
- أين يعالج ؟ 1- طبيب خاص □ 2- مستشفى □ 3- آخر □
- هل يسبب لكم مرضه عائق مالي؟ 1- نعم □ 2- لا □
- س(17) : حسب رأيك ماذا يفعل أفراد أسرتك حتى يحافظوا على صحتهم؟
- 1- يحرصون على التغذية الجيدة □ 2- يمارسون الرياضة □ 3- يجرون فحوصات دورية □
- س(18) : هل بإمكانكم توفير الغذاء المتوازن للأسرة؟ 1- نعم □ 2- لا □
- س(19) : في حالة الإجابة -لا - لماذا؟
- 1- بسبب غلاء □ 2- عدم وجود ثقافة تغذية لدينا □ 3- بسبب الإهمال فقط □
- س(20) : كيف تحكم على صحتك اليوم؟ 1- جيدة □ 2- متوسطة □ 3- سيئة □
- س(21) : كيف تجد صحة أفراد عائلتك اليوم؟ 1- جيدة. □ 2- متوسطة □ 3- سيئة. □
- س(22) : حسب رأيك ماهي مؤشرات الصحة الجيدة؟ عندما لا يجد الإنسان صعوبة في:
- 1- العمل □ 2- التنقل □ 3- الرياضة □ 4- التركيز و تذكر الأشياء □ 5- لا أدري □
- س(23) : كيف تجد الرعاية الصحية عند المسنين في عائلتكم؟
- 1- جيدة □ 2- متوسطة □ 3- سيئة □ 4- لا أدري □
- س(24) : هل يتوفرون على التأمينات الاجتماعية ؟ 1- نعم □ 2- لا □ 3- لا ادري □
- س(25) : ماهو متوسط سن الوفاة لكبار السن في عائلتكم؟
- 1- 60 سنة □ 2- 70 سنة □ 3- أكثر من 70 سنة □
- إذا كانت الإجابة -3- فهل ترون أن نسبة الشيخوخة في ارتفاع؟
- 1- نعم □ 2- لا □ 3- لا ادري □

المحور الثالث : واقع الخدمات الصحية في بلدية وهران من وجهة نظر المبحوثين.

- س(26) : هل تجدون كل ما تحتاجون إليه في القطاع الصحي العام؟
- 1- نعم □ 2- لا □ 3- لا أدري □
- س(27) : هل تقدم الخدمة الصحية بالطريقة الصحيحة من المرة الأولى في المؤسسة الصحية التي توجهت إليها؟
- 1- نعم □ 2- لا □ 3- لا ادري □
- س(28) : هل وصف لكم الطبيب دواء لمشكلتكم؟ 1- نعم □ 2- لا □ 3- لا ادري □

س(29) : هل أخذت الأدوية التي وصفها لك الطبيب ؟ 1- نعم □ 2- لا □ 3- لا أدري □
إذا كانت الإجابة * نعم * من أين تحصلت على الأدوية؟

- 1- الصيدلية □ 2- أحد المعارف □ 3- الجمعيات الخيرية □
4- آخر (حدد) □

س(30) : إذا كانت الإجابة * لا * ماهو السبب لعدم أخذك للأدوية التي وصفها لك الطبيب؟

- 1- ليس لديك تكاليف شراء الدواء □ 2- لم أجد كل الأدوية الموصوفة □
3- لم أعتقد أن كل الأدوية ضرورية □ 4- شعرت بتحسن □
5- وجد عندي البعض من الأدوية □

س(31) : هل لك تأمينات أنت أو أحد أفراد عائلتك؟ 1- نعم □ 2- لا □ 3- لا أدري □

س(32) : إذا كانت الإجابة * نعم * هل أعادوا لك ثمن الدواء؟

- 1- نعم □ 2- لا □ 3- لم أطلب بالتعويض □
س(33) : من أعاد لك ثمن الدواء؟

- 1- التأمينات الصحية □ 2- آخر □ 3- لا أدري □

س(34) : إذا كانت الإجابة * لا * بأي وسيلة تتلقى المعونات للعلاج؟

- 1 برنامج الحكومة في مجانية العلاج □ 2- الجمعيات الخيرية □
3- لا أدري □ 4- آخر (حدد) □

س(35) : كيف ترى الأجهزة و المعدات الطبية في المؤسسة التي توجهتم إليها من حيث العدد؟

- 1- كافية □ 2- كافية نوعا ما □ 3- غير كافية □ 4- لا أدري □

س(36) : كيف ترى الأجهزة والمعدات الطبية في المؤسسة التي توجهتم إليها من حيث النوعية؟

- 1- جيدة □ 2- متوسطة □ 3- سيئة □ 4- لا أدري □

س(37) : ماهي الخدمات المتوفرة في المراكز الصحية الأقرب إليكم؟

- 1- تشخيص الأمراض □ 2- وصف العلاج □ 3- إعطاء الدواء □
4- توجههم إلى مراكز صحية أخرى أحسن □ 5- ولادة □ 6- فحص ما بعد الولادة □
7- تلقيح □ 8- آخر (حدد) □

س(38) : ما هو المصدر الأساسي للسكان في تلقي الإرشادات الصحية؟

- 1- الراديو □ 2- التلفاز □ 3- الكتب □ 4- الإعلانات □
5- الأهل و الأصدقاء □ 6- الانترنت □ 7- لا أدري □
8- آخر (حدد) □

س(39) : حسب رأيك هل يعاني القطاع الصحي من نقائص؟ 1- نعم □ 2- لا □
- إذا كانت الإجابة - نعم - ماهي هذه النقائص؟

- 1- المعدات □ 2- الكفاءات □ 3- التغطية(عدد المؤسسات) □
4- آخر (حدد)..... □

س(40) : حسب رأيك هل هناك عدد كافي من الأطباء المتخصصين في المستشفيات؟

- 1- نعم □ 2- لا □ 3- لا أدري □
-إذا كانت الإجابة ب -لا - لماذا؟

- 1- العمل في العيادات الخاصة □ 2- السفر للعمل في الخارج □
3- آخر (حدد).....□

المحور الرابع: آراء المبحوثين حول الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية العمومية.

س(41) : كيف تحكم على الخدمات الصحية في المؤسسة التي توجهتم إليها؟

- 1 جيدة □ 2- متوسطة □ 3- سيئة □ 4- لا أدري □

س(42) : من بين هذه الاختيارات ماهو الاختيار الذي ينطبق على رأيك حول هذه الخدمات الصحية؟

- 1- استقبال جيد □ 2- سوء معاملة الطاقم الطبي للمرضى □
3- عدم وجود الأطباء و الدواء □ 4- انتظار طويل من أجل العلاج □
5 - آخر (حدد).....□

س(43) : ماهو شعورك حول الطريقة التي تقدم بها الخدمات الصحية في المؤسسة التي توجهتم إليها ؟

- 1- مرضية □ 2- غير مرضية □ 3- لا أدري □

س(44) : كيف نقوم بتحسين الخدمات الصحية في بلديتكم؟

- 1- توفير الأدوية □ 2- توفير اليد العاملة □ 3- بناء مستشفيات □
4- خفض تكلفة العلاج □ 5- تقديم علاج مجاني للفقراء و محدودي الدخل □
6- آخر (حدد)..... □

س(45) : هل تحقق احتياجات المرضى بالكامل و في الوقت المناسب في المؤسسة التي توجهتم إليها ؟

- 1- نعم □ 2- لا □ 3- لا أدري □

س(46) : كيف ترى عدد الأطباء مقارنة بعدد المرضى في هذه المؤسسة ؟

- 1- كافي □ 2- كافي نوعا ما □ 3- غير كافي □ 4- لا أدري □

س(47) : في رأيك ماهي المساهمات التي قدمتها الدولة في تحسين صحة السكان؟

- 1- الهياكل الصحية 2- الطاقم الطبي الكفاء (نوعية اليد العاملة)
- 3- توفير الأدوية و بأثمان قليلة 4- تكوين متطوعين للصحة في البلدية
- 5- العلاج المجاني لكل الشرائح 6- تلقيح الأطفال الأقل من 05 سنوات
- 7- علاج كبار السن 8- تغطية تكاليف العلاج
- 9 - آخر (حدد).....

س(48) : ماهو حكمك على هذه المساهمات؟

- 1-مرضية 2- مرضية نوعا ما 3- غير مرضية 4- لا أدري

س(49) : هل أنت قادر على تقديم أي مساهمات صحية في المستقبل؟

- 1- نعم 2- لا 3- لا ادري

س(50) : ماهي المساهمات التي تحبون تقديمها؟

- 1- تدعيم الهياكل الصحية 2- توفير اليد العاملة 3- توفير الأدوية
- 4- آخر (حدد).....

س(51) : إلى أي مدى تثق بالدولة في خدمة واجباتها الصحية نحو المجتمع؟

- 1- دائما 2- أحيانا 3- أبدا 4- لا أدري

س(52) : هل لك الحق في مطالبة الدولة بمعالجة القضايا الصحية التي تهتمك؟

- 1- نعم 2- لا 3- لا ادري

س(53) : في رأيك ما الذي يجب على السكان فعله للبقاء في صحة جيدة؟

- 1- تقرير صحي سنوي 2- تقادي الخطر
- 3- ممارسة الرياضة 4- عند الإحساس بالمرض يتوجهون للمعالجة فورا
- 5- تنظيف المحيط 6- لا أدري
- 7- آخر (حدد).....

ملخص:

يعد النظام الصحي الركيزة الأساسية التي يبنى عليها تطور الأمم وتقدمها من حيث الرفاهية الاجتماعية ، فانطلاقا من هذا النظام يتم الاستجابة لاحتياجات السكان و الحفاظ على صحة المواطنين، كما تحتل الخدمات الصحية أهمية كبيرة بحيث تسعى جميع الدول إلى تطويرها وتحقيق غايتها عن طريق توفيرها لجميع أفراد المجتمع.

تهدف دراستنا إلى معرفة واقع الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية العمومية ببلدية وهران، وقد توصلت هذه الأخيرة إلى عدم رضا السكان عن هذه الخدمات، مع أهمية ترتيب مستويات العلاج، إعادة التركيز على الوقاية وتحسين نوعية الخدمات الصحية.

الكلمات المفتاحية : الصحة، الاحتياجات الاجتماعية، الاحتياجات الصحية، الخدمات الصحية، المؤشرات الصحية ، الرعاية الصحية.

Résumé :

Le système de santé est la base du développement des nations et sa progression en terme de bien être sociale en basent sur le système, les besoins de la population et la santé des citoyens seront pris en compte, les systèmes de santé occupent une grande importance pour que tout les pays cherche a les développées et a atteindre, leur objectifs en les fournissent a tout les membres de la société.

Notre étude vis a connaitre la réalité des services de sante dans les établissements de santé public de la commune d'Oran et que la population est mécontentent de l'organisation des niveaux de traitement et recentré sur la prévention et améliorer la qualité des services de sante.

Mots clés : santé, les besoins sociaux, les besoins de santé, les services de sante, les indicateurs de santé, les soins de santé.

Abstract:

The Health system is the essential foundation on which the development of nations and progress in social protection, proceeding of the system meets the needs of the population and maintain the health of citizens, health services is of great importance for that all countries seek to develop and achieve its goal by providing to all members of society.

Our study aims to discover the reality of public health services in the commune of health facilities in Oran, the latter has reached dissatisfaction with the population of these services, the importance of the order of levels of treatment, refocus on prevention and improve the quality of health services.

Keywords: health, social needs, health needs, health services, health indicators, health care.