



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة 8 ماي 1945 - قالمة-

كلية العلوم الانسانية والاجتماعية

قسم: علم الاجتماع

تخصص: علم اجتماع الصحة

دور السياسة الصحية في الحد من الانتقال الوبائي بالجزائر:
دراسة ميدانية بمديرية الصحة لولاية قالمة

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر

إعداد:

-سليماني ياسمين

-زماي أحلام

الإسم واللقب	الدرجة العلمية	الصفة
د. عسوس عمار		رئيسا
د. يخلف سهيل		مؤطرا
د. ماهر فرحان مرعب		عضوا

السنة الجامعية: 2020م/2021م

شكر وعرفان

الحمد لله ربّي العالمين، نحمده حمد الشاكرين

وبشكره شكر التوابين المنيبين، ونستغفره من كل ذنب عظيم، نطلي

ألفه صلاة وتسلم على أبشري المرسلين سيدنا محمد النبي الكريم

أما بعد:

بدعاً نبدأ فإن الشكر لله أولاً وله تعود خاتمة الأمور على أن موفقتنا لإتمام

هذا العمل، ثم نتوجه بالشكر الأستاذ الفاضل الدكتور "يخلفه سهيل" على

كل المجهودات والنصائح القيمة التي بذلها على هذا العمل المتواضع.

كما يشرفنا أن نتقدم بالشكر الخاص إلى كل أساتذة قسم علم الاجتماع

بجامعة 8 ماي 1945 قالمة

إهداء

إلى من أنار لي سبيل العلم والمعرفة، إلى من

عاش حالما ليراني فيما أنا عليه،

إلى قدوتي في الحياة "أبي الغالي"

إلى صاحبة القلب الطيب، إلى شمعة دربي

وزينة حياتي "أمي الغالية"

إلى كل من ساهم في إنجاز هذا العمل سواء من

قرب أو بعيد

ياسمين

إهداء

قال الله تعالى: "وقضى ربك ألا تعبدوا إلا إياه وبالوالدين
إحساناً"

أهدي هذا العمل إلى الذين قرن الله رضاه برضاها
الوالدين الذين دعموني وساعدوني طيلة فترة حياتي
"أمي، أبي" أطال الله في عمرهما

إلى جميع أفراد العائلة من صغيرهم إلى كبيرهم
إلى كل الأصدقاء والأحبة وكل من ذكرهم قلبي ونسيتهم
قلبي

أحلام

كـ فهرس الموضوعات :

قائمة الجداول.

قائمة الأشكال.

مقدمة.....ص (أ-ج)

كـ الفصل الأول: الإطار المفاهيمي للدراسة:

أولاً: إشكالية البحث.....ص 2-3

ثانياً: فرضيات البحث.....ص 3-4

ثالثاً: المفاهيم الأساسية للدراسة.....ص 4-9

رابعاً: الإجراءات المنهجية للدراسة.....ص 9-13

خامساً: الدراسات السابقة.....ص 13-26

كـ الفصل الثاني: السياسات الصحية في الجزائر:

تمهيد.....ص 28

أولاً: المبادئ الأساسية للسياسة الصحية في الجزائر.....ص 28-29

ثانياً: المقومات الأساسية للسياسة الصحية.....ص 29

ثالثاً: أهداف السياسة الصحية في الجزائر.....ص 29-30

رابعاً: الوضع الصحية في الجزائر قبل احتلال الفرنسي.....ص 30-32

خامساً: النظام الصحي أثناء الاحتلال الفرنسي.....ص 32-36

سادساً: أهم المحطات التاريخية لتطور السياسة الصحية في الجزائر.....ص 37-41

خلاصة الفصل.....ص 41

كـ الفصل الثالث: أسس وضع السياسة الصحية في الجزائر:

تمهيد.....ص 43

أولاً: محددات السياسة الصحية في الجزائر 1999م-2009م.....ص 43-46

ثانياً: أنواع الخدمات الصحية ومستوياتها في الجزائر.....ص 46-47

ثالثاً: اختلالات السياسة الصحية في الجزائر.....ص 47-49

رابعاً: وضع وتحليل السياسات الصحية في الجزائر.....ص 49-59

خلاصة الفصل.....ص 59-60

الفصل الرابع: الوضعية الوبائية في الجزائر:

- تمهيد.....ص62
- أولاً: لمحة عن انتقال الوبائي في العالم.....ص62-67
- ثانياً: تاريخ الأوبئة في الجزائر.....ص67-75
- ثالثاً: تطور الوضعية الوبائية في الجزائر.....ص75-90
- رابعاً: الأسباب الطبيعية والبشرية لانتشار الأمراض والأوبئة.....ص90-97
- خلاصة الفصل.....ص98

الفصل الخامس: المدخل النظري المفسر للانتقال الوبائي:

- تمهيد.....ص100
- أولاً: نظرية الانتقال الوبائي.....ص100
- ثانياً: مراحل الانتقال الوبائي.....ص100-102
- ثالثاً: تاريخ التحول الوبائي.....ص102-104
- رابعاً: نماذج التحول الوبائي.....ص104-105
- خامساً: انعكاسات الظاهرة الوبائية في الجزائر.....ص106-108
- خلاصة فصل.....ص108

الفصل السادس: نتائج تحليل الدراسة الميدانية:

- تمهيد.....ص110
- أولاً: تحليل البيانات.....ص110-130
- ثانياً: مناقشة نتائج الدراسة.....ص130-132
- ثالثاً: النتائج العامة.....ص132
- رابعاً: الاقتراحات.....ص132-133
- خلاصة الفصل.....ص133
- الخاتمة.....ص135
- قائمة المصادر والمراجع.....ص137-141
- الملاحق.
- ملخص الدراسة.

قائمة الجدول:

الرقم	العنوان	الصفحة
01	يمثل البيانات الأولية للمحور الأول.	111-112
02	يبين الدافع من وراء تطبيق هذه السياسات.	117
03	يبين الدافع من وراء القيام بالمراقبة.	118
04	يبين الإجراءات التي تتخذها اللجنة عند وجود مجموعة من المخالفات.	120
05	يبين اختلاف الأساليب القديمة عن الحديثة في تقديم العلاج.	121
06	يبين كيفية تطبيق السياسة الصحية داخل المؤسسة الاستشفائية.	122
07	يبين كيف استطاعت هذه البرامج في الحد والتقليل من انتشار الأوبئة.	124
08	يبين إحداث هذه السياسات تغيير في طبيعة انتقال هذه الأوبئة.	125
09	يبين مساعدة السياسات الصحية في التنسيق بي مختلف المؤسسات الصحية للحد من الانتقال الوبائي.	126
10	يبين قدرة المؤسسات على اتخاذ القرارات اللازمة داخل مؤسساتها للحد من الانتقال الوبائي.	127
11	يبين كيف تظهر مساعدات هذه الآليات في إنقاذ البلاد.	129
12	يبين اقتراحات للحد من الانتقال الوبائي وإنقاذ البلاد من الأزمة.	129-130

قائمة الأشكال:

الرقم	العنوان	الصفحة
01	منحنى تطور نسب داء الديفتيريا، الحصبة والسل	77
02	تطور نسب داء حمى التيفونيد، الكوليرا أو التهاب الكبد الفيروسي	79
03	تطور نسب داء الحمى المالكية، اللشمنيز والكلب	80
04	تطور نسبة الأمراض داخل العائلة	81
05	يبيّن نسبة ارتفاع الضغط الشرياني للجزائريين ذوي الفئة 35-75.	83
06	يبيّن نسبة ارتفاع الدهون المزدوجة للجزائريين	84
07	يبيّن نسبة ارتفاع الأمراض المزمنة	85
08	نسبة داء السكري لدى الجزائريين من الفئة 35-75	86
09	نسبة استهلاك الكحول لدى الجزائريين ذوي الفئة 35-70 سنة	87
10	نسبة النشاط الحركي للجزائريين ذوي الفئة 35-70	88
11	نسبة الجزائريين المدخنين ذوي الفئة 35-70 سنة	89
12	نسبة السمنة العامة للجزائريين ذوي الفئة 35-70 سنة	90
13	يوضح توزيع أفراد مجتمع البحث حسب متغير السن.	112
14	يوضح الحالة العائلية بالنسبة للمبحوثين.	113
15	أعمدة بيانية تمثل توزيع مجتمع البحث حسب الشهادة المتحصل عليها.	113
16	يبيّن توزيع مجتمع البحث حسب نوع الوظيفة.	114
17	دائرة نسبية تمثل مجتمع البحث حسب الوضعية المهنية.	115
18	يوضح توزيع مجتمع البحث حسب الأقدمية.	115
19	دائرة نسبية توضح مدى تطبيق السياسات الصحية المفروضة من قبل الدولة على المؤسسات الصحية.	116
20	دائرة نسبية توضح القيام بمراقبة مدى تطبيق هذه السياسات داخل المؤسسات الصحية.	118
21	دائرة نسبية توضح وجود لجنة خاصة تقوم بالمراقبة داخل المؤسسات الصحية.	119
22	دائرة نسبية توضح اختلاف الأساليب القديمة عن الحديثة في تقديم العلاج.	120

122	دائرة نسبية توضح تطبيق السياسة الصحية داخل المؤسسة الاستشفائية رغم الظروف التاريخية المختلفة.	23
123	دائرة نسبية توضح مدى تأثير السياسات الصحية وبرامجها على التحول الوبائي.	24
124	دائرة نسبية توضح إحداث هذه السياسات تغيير في طبيعة انتقال هذه الأوبئة.	25
126	دائرة نسبية تمثل مساعدة السياسة الصحية في التنسيق بين مختلف المؤسسات الصحية للحد من الانتقال الوبائي.	26
127	دائرة نسبية توضح أهم آليات التي تتخذها البلاد للحد من الانتقال الوبائي.	27
128	دائرة نسبية توضح مساعدات هذه الآليات في إنقاذ الوباء.	28

مقدمة

مقدمة:

يعد الحديث عن موضوع الصحة من الأمور المستحب التطرق إليها في هذا الوقت، حيث أدى تزايد مشكلات التدهور الصحية في الجزائر إلى بروز عدة دراسات جديدة تخص الصحة وتشخص المعوقات التي تعاني منها، وتبحث عن دوافع التدهور الصحي، ولإدراك الإجراءات التي يتوجب إتباعها لحل معيقاتها والبحث عن مدى توفير الرعاية الصحية المطلوبة فأخذت قضية الصحة حيزا كبيرا من الاهتمام في الصعيدين الوطني والدولي لما له أهمية لحياة الإنسان.

ونظرا لأهمية الصحة لدى الشعوب، فقد اهتمت برسم السياسات الصحية العديد من المؤسسة الرسمية وغير الرسمية، التي أصبحت تتدخل في الكثير من التفاصيل الخاصة بهذه المسألة، فالمشاكل الصحية لم تعد شأنا داخليا فحسب بل هي شأنا عالميا، العديد من المؤسسات الدولية حيث تتكاتف جهود الدول من أجل مواجهة الأوبئة والآفات العابرة للدول والقارات بفعل ازدياد حركة الأفراد وتطور وسائل النقل، بل هناك ترتيبا دوريا للدول والذي تصدره الهيئات الدولية، حسب المخاطر التي تمثلها على الشعوب الأخرى ودرجة التقدم التي تحرزها في ميدان الصحة.

والدولة التي تريد التقدم لا بد لها أن تعمل على حماية صحة الفرد ومنع المرض عنه ثم توفير الخدمات اللازمة لسرعة اكتشاف أي انحراف في الصحة نتيجة المرض أو الإصابة أو تلوث البيئة وتوفير العلاج الكامل لشفائه من المرض ومضاعفاته، ولذلك فإن الرعاية الصحية يجب اعتبارها استثمارا في خطة التنمية.

ولكي يتحقق الهدف من السياسة الصحية يجب أن تتجه الخطة الصحية إلى التركيز على البرامج الوقائية، في مخطط صحي يهدف أساسا إلى الارتقاء بالصحة، عن طريق الوقاية والاكتشاف المبكر للأمراض والعلاج السليم لها في توازن علمي يأخذ في الاعتبار الخدمة الصحية الوقائية بأنها المسؤولية الأساسية لوزارة الصحة كالتزام قومي دون مساس بالخدمات العلاجية، وهو نشاط تقوم به وزارة الصحة وتؤديه أيضا هيئات وأجهزة عامة وخاصة متعددة، تتباين في قدراتها الفنية وأنماطها الاقتصادية.

وعليه فقد تمحورت دراستنا حول دور السياسة الصحية في الحد من الانتقال الوبائي لما لها من أهمية بالغة في الحد من الأوبئة عن طريق وضع برامج وسياسات صحية، وعلى هذا الأساس تم اختيار مديرية الصحة لولاية قالمة كنموذج للدراسة الميدانية.

حيث تم اختيار موضوع الدراسة الحالية بعد توفر مجموعة من المبررات الذاتية والموضوعية التي سمحت باختياره من بين مجموعة من المواضيع نذكر منها:

- المشاكل التي تعاني منها المنظومة الصحية في الجزائر.
- اهتمام الحكومة الجزائرية بقطاع الصحة.
- قلة الأبحاث والدراسات المتعلقة بالقطاع الصحي ودورها في الحد من الانتقال الوبائي خاصة باللغة الوطنية.
- الوضعية السيئة التي تعيشها هذه قطاعات خاصة في الآونة الأخيرة.

كما أن موضوع دراستنا له أهمية علمية وعملية تتمثل في:

➤ تكمن الأهمية العلمية:

- تحسين الاستفادة من جميع الموارد المتاحة لقطاع الصحة حتى يتسنى لجميع الناس في الأماكن كافة الحصول على رعاية صحية عالية الجودة تطيل عمرهم وتمنعهم بصفة أفضل نتيجة لذلك.
- تحديد مدى شمولية السياسة الصحية في معالجته للمشاكل الصحية والحد من الانتقال الوبائي الذي يعاني منه قطاع الصحة في الجزائر خاصة في الآونة الأخيرة.

➤ تكمن الأهمية العلمية:

تكمن الأهمية العملية لهذه الدراسة في إن نجاح أو فشل السياسة الصحية يكون من خلال مقارنة نتائجها بالأهداف التي تم برمجتها أثناء عملية صنع هذه السياسة، وهنا تكمن أهميتها العملية، حيث ركزت الجزائر على السياسة الاجتماعية التي تتدرج منها السياسة الصحية باعتبارها العنصر الأساسي الذي تتفعل به الحياة وتستمر، فبغيب الصحة تغيب الطاقة وبغيب المجتمع فيسود المرض والأوبئة فيؤثر سلبا على الخدمات الصحية.

ولتحقيق هذا المسعى قسمت دراستنا إلى ست فصول على النحو التالي:

يتناول الفصل الأول الإطار التصوري والمنهجي للدراسة، حيث تعرضنا لطرح إشكالية البحث، فرضيات الدراسة، مفاهيم الدراسة، الدراسات السابقة.

أما الفصل الثاني فقد خصصناه للمراحل الكبرى التي مرت عليها السياسة الصحية في الجزائر، في حين تناول الفصل الثالث انعكاسات هذه السياسة وطرق تطبيقها وخصص الفصل الرابع والخامس للمدخل النظري للانتقال الوبائي، والفصل السادس الذي يشمل الإطار التحليلي للدراسة، فقد ضم تحليل البيانات الخاصة باستمارة البحث واستخلاص النتائج العامة للدراسة وصولاً إلى أهم توصيات الدراسة.

الفصل الأول: الإطار المفاهيمي

للدراستي:

أولاً: إشكالية الدراسة.

ثانياً: فرضيات الدراسة.

ثالثاً: المفاهيم الأساسية للدراسة.

رابعاً: الإجراءات المنهجية للدراسة.

خامساً: الدراسات السابقة.

أولاً: الإشكالية.

لا يخفى على أحد أهمية قطاع الصحة في حياة أي مجتمع لما له من تأثير على مجالات الحياة، حتى أصبح قطاع الخدمات الصحية مؤشراً حقيقياً على مدى تقدم وتحضر المجتمعات وكلما كان الفرد يتمتع برعاية صحية أفضل، كانت قيمة هذا المجتمع أعلى وأكبر وذلك أن الإنسان العليل يكون أقل إنتاجاً وفعالية من الإنسان الصحيح في مجتمعه لذلك فإن الاهتمام بتطور وتنمية قطاع الخدمات الصحية يعد من أولويات الساسة ومتخذي القرار في أي دولة¹.

إن التغيرات الجذرية التي مست السياسة الصحية في الجزائر قد أثرت على قطاع الصحة، وهذا ارتباطاً بتغير الظروف السياسية والاقتصادية والمؤشرات الديمغرافية للبلاد.

لقد سعت الدولة الجزائرية جاهدة لتحسين الوضعية الصحية للمواطنين ويتجلى لنا هذا من خلال الاهتمام بصحة المواطن مهما كانت حالته الاجتماعية، وخير دليل على ذلك تطبيق مبدأ مجانية العلاج هذا الأخير الذي كان وراءه تقسيم جديد للمجال بخلق قطاعات صحية حسب مرسوم فيفري 1973م²، وهذا للقضاء على مركزية العلاج والتكفل الجيد بصحة السكان، ولهذا فقطاع الصحة أصبح من الهيكل القاعدي المنظم لقطاع الصحة.

لقد اعتمدت منذ الاستقلال على وضع قواعد أساسية تركز من خلالها على السياسة الصحية، من خلال ما نصت عليها المواثيق والداستير، حيث أن هذه السياسة الصحية التي انتهجتها الدولة عرفت تطورات ونجاحات مختلفة ضمن عدة مراحل، وذلك ابتداءً من نيل الاستقلال إلى غاية الآن.

وإذا نظرنا إلى الوضعية الصحية في الجزائر بعد الاستقلال نجدها لا تكاد تخلو من التدهور، وسوء التغذية وانتشار الأمراض، والفقر وكل هذا راجع إلى الظروف المعيشية السيئة التي عاشها الشعب الجزائري في حقبة الاستعمار الفرنسي، فسعت الجزائر إلى إعداد سياسات صحية تحد من الوفيات بالنسبة للأطفال وتمنع انتشار الأمراض، وكذا القيام بتصحيح هياكل ومنشآت تقوم بتعليم وتكوين

¹ - سامر حاتم رشدي: التخطيط المكاني للخدمات الصحية، رسالة ماجستير في التخطيط الحضري، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين، 2003م، ص 30

² - رابح بوصوف: أقاليم المستشفى، أطروحة دكتوراه دولة في الجغرافيا الصحية، جامعة نابولي، باريس، 1998م، ص

الإطارات الطبية وشبه الطبية والإدارية، وصولاً إلى الاستثمار في القطاع الخاص من أجل مواكبة التحول الديمقراطي لضمان سياسة صحية ناجعة تغطي جميع متطلبات المواطن¹.

وهذا ما حدث في الجزائر طوال سنة 2018م عندما أضحى موضوع الأوبئة إحدى الإشكاليات الرئيسية التي تتناولها الصحف والمجلات والفتوات التلفزيونية بل ظلت مختلف مكونات المجتمع تتقرب تطور الأحداث ومساراتها.

ولكون موقع الجزائر المفتوح على عالم البحر المتوسط المتصل بالقارة الإفريقية وأوروبا فقد كانت الجزائر عرضة لمختلف أنواع الأوبئة والتي انتقلت إليها عبر الموانئ ومنها انتقال العدوى إلى الداخل بسبب التحركات السكانية، حيث تسربت إلى مختلف جهات البلاد وأدت إلى سوء الحالات الصحية للسكان مما فرض على الدولة القيام بجملة من الإجراءات والآليات الوقائية من أجل التصدي لهذه الأوبئة والحد منها أو الخروج منها بأقل الخسائر، وكذا توفير التلقيحات داخل المستشفيات والكوادر الطبية المؤهلة.

وعلى ضوء ما سبق يمكن إبراز معالج الإشكالية من خلال التساؤل الرئيسي التالية:

ما هو دور السياسة الصحية في الحد من الانتقال الوبائي في الجزائر؟

وقصد ضبط موضوع الدراسة أكثر قمنا بطرح أسئلة فرعية تمثلت في ما يلي:

- ❖ ماهية دوافع السياسة الصحية في الجزائر؟.
- ❖ كيف تأثرت السياسة الصحية بالمراحل التاريخية المختلفة التي مرت بها الجزائر؟.
- ❖ ماهي أهم تأثيرات السياسة الصحية وبرامجها على التحول الوبائي؟.
- ❖ ماهي أهم الآليات المتخذة من قبل الدولة لإنقاذ البلاد؟.

ثانياً: فرضيات الدراسة.

استناداً على ما تطرحه إشكالية البحث من تساؤلات، فإن الدراسة استلزمت منا صياغة فرضية

أساسية وأربع فرضيات جزئية، تمثلت الفرضية الأساسية في:

- ❖ تعد السياسة الصحية المتخذة من طرف الدولة العامل الأول في الحد من انتشار الوباء.

¹ - نسيم أوكادي: السياسة الصحية في الجزائر: دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية المتخصصة للأم والطفل سيدي

عبد القادر بورقلة، مذكرة لنيل شهادة الماستر في العلوم السياسية، تخصص تنظيمات سياسية وإدارية، 2014م/2015م،

ولتحقيق هذه الفرضية صيغة أربعة فرضيات جزئية:

- دوافع استخدام وتطبيق الجزائر للسياسة الصحية يعود إلى الرغبة في رفع مستوى الإنتاج الصحي وجودة الخدمات الصحية.
- تأثرت السياسة الصحية في الجزائر بالمراحل التاريخية نتيجة اختلاف ظروف ومعالم كل مرحلة.
- يعتبر أهم تأثير للسياسة الصحية وبرامجها على التحول الوبائي هو إنقاص من انتشار وانتقال الأوبئة.
- تعد أهم آليات المتخذة من قبل الدولة للحد من الانتقال الوبائي هي توعية المواطن وإلزامه بتقيد بالقواعد المؤطرة من قبل الدولة.

ثالثاً: المفاهيم الأساسية للدراسة.

يعتبر الإطار المفاهيمي الخلفية التي تحدد مسارات البحث وتوجهاته على اعتبار أن المفهوم أداة بحثية تقود الدراسة من بدايتها إلى نهايتها وتعتبر المفاهيم جزءاً أساسياً في عملية البحث العلمي لأنها تساعد على فهم موضوع البحث وتعطي له نظرة علمية، لهذا يجب تحديد المفاهيم المعتمدة في هذه الدراسة المتمثلة في "دور السياسة الصحية في الحد من الانتقال الوبائي"، وبالتالي فإن هذه الدراسة الراهنة تتضمن المفاهيم التالية: الصحة، السياسة الصحية، الصحة، المرض، الوباء، الانتقال الوبائي.

1- مفهوم السياسة:

أ- لغة:

إن لفظة السياسة تعني الأمور التي ترتبط بالشؤون العامة للبشر، أما في اللغة العربية فإن مصطلح سياسة مستقى من كلمة "سوس" بمعنى رئاسة وساسة بالأمر بمعنى قام به، أي أن السياسة هي القيام بأمر من أمور الناس بما يصلحه¹.

أما أصل الكلمة باللغة اللاتينية فهي مأخوذة من كلمة *Raspuplica* أي مكان الحاضر ويقصد به المدنية -الدولة - تسيير شؤون الدولة، حيث أصبحت الآن تعني كل ما يتعلق بالدولة والعلاقات بين الدول.

¹ - جيمس أندرسون: صنع السياسة العامة، ترجمة: عامر الكبيسي، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن-قطر، 1998م،

أما في اللغة الفرنسية ف جاء ظهور كلمة سياسة Politique وهي تحمل في طياتها المعنى اليوناني وذلك من مطلع القرن الثالث عشر، حيث عرفها Druncto Latini على أن السياسة هي "حكم الحواضر" وإنما أنبل العلوم والوظائف.

ب- اصطلاحا:

هي برامج عمل هادف يعقبه أداء فردي أو جماعي في التصدي لمشكلة أو مواجهة قضية أو موضوع أو مجموعة من القرارات يتخذها فاعلون معروفون بهدف تحقيق غرض عام¹.

❖ التعريف الإجرائي:

نستنتج أن تعريف السياسة على أنها الرابد أو العلاقة التي تكون بين المواطن ودولته من خلال الأداء الذي يقوم به هذا المواطن اتجاه مجتمعه من اختيار سلبي أم إيجابي اتجاه قرار معين.

2- مفهوم الصحة:

أ- لغة:

جاء في "قاموس شارح لسان العرب" بأنها من الصحاح خلاف السقم وذهاب المرض ومنه صح فلان من علته واستصح².

❖ تعريف منظمة الصحة العالمية OMS:

إن التعريف الأكثر تداولاً هو الذي وصفته المنظمة العالمية للصحة في المادة الأولى من ميثاقها، أثناء الندوة العالمية بنيويورك بتاريخ 1946/07/22م بنصها على أنها حالة اكتمال السلامة بدنياً وعقليا واجتماعيا لا مجرد الخلو من المرض أو العجز.

وعرف العالم "تيومان" الصحة على أنها حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم وأن حالة التوازن هذه تنتج عن تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي تعرض لها.

لقد جاءت محاولات كثيرة منذ القديم لتفريق بين الصحة والمرض، حيث كان أطباء اليونان يعتقدون بان الصحة هي حالة التوازن التام والكامل.

¹ - وصال نجيب العزاوي: مبادئ السياسة العامة، عمان، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2003م، ص 14.

² - جمال الدين أبو الفضل محمد ابن مكرم: لسان العرب لابن منظور، المجلد الرابع، ج28، دار المعارف، القاهرة، 1981م، ص 2401.

وقد حدد إعلان مؤتمر ألمانيا الشهير في الاتحاد السوفياتي في عام 1978م باتفاق المجتمع الدولي بتعريف الصحة بأنها لا تعني غياب المرض والوهن فحسب بل إنها حالة متكاملة للسلامة البدنية¹.

❖ التعريف الإجرائي:

الصحة هي الحالة المتوازنة للكائن الحي والتي تتيح له الأداء المتناغم والمتكامل لوظائفه الحيوية بهدف الحفاظ على حياته ونموه الطبيعي.

3- مفهوم السياسة الصحية:

يشير تعريف الموسوعة الدولية للعلوم الاجتماعية إلى أن السياسات الصحية هي مجموعة من الأهداف والبرامج الأساسية المعلنة في مجال الصحة تصاحبها مجموعة من الأفعال المتجسدة في قرارات تشريعية وتنفيذية وبرامج العمل المقترحة للحكومات تحدث كيفية صنع الأهداف العامة الصحية مصحوبة بكيفية التنفيذ والإدارة للخدمات الصحية مع انخراط الحكومة وتأثيرها في نشاطات كل من القطاعين الخاص والعام في المجال الصحي بغية تحقيق الأهداف العامة وبكفاءة عالية.

وهي عبارة عن مجموعة من العلاقات المترابطة والمتكاملة من القرارات والنشاطات والتي تشكل جزءا من استراتيجية تقديم خدمات الرعاية الصحية².

❖ التعريف الإجرائي:

تعرف على أنها موقف الحكومة الرسمي في ميدان الصحة والذي تعبر عنه من خلال الخطابات الرسمية أو من خلال وثائقها الدستورية والإدارية من خلال القرارات والخطط والإجراءات التي يتم إعدادها لتحقيق رعاية صحية محددة الأهداف داخل المجتمع.

¹ - رمضان غندلي: الحق في الصحة في القانون الجزائري، دفتر السياسة والقانون، العدد6، جامعة بشار، 2012م، ص 219.

² - محمد العدي حسين: السياسة العامة الصحية في الجزائر: دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية، كلية الحقوق والعلوم السياسية، قسم العلوم السياسية، جامع قاصدي مرياح ورقلة، 2012م/2013م، ص 51.

4- مفهوم المرض:

أ- لغة:

السقم وهو نقيض الصحة ويكون الانسان والحيوان وهو حالة خارجة عن الطبع ضارة بالفعل وهو النقصان.

ب- اصطلاحا:

إن المرض عبارة عن اختلال في التوازن الطبيعي يجب إصلاحه هذا هو أساس الطب الغربي العقلاني الذي بدأ مع "أبقراط" والذي يعتمد على علاج الأمزجة ولكننا قد نجد الأمر ذاته في الصين من خلال التقابل بين (بن) و(يانغ) وفي عدد من المجتمعات الأمية في أمريكا الجنوبية وإفريقيا حيث توجد ممارسات يتقابل فيها الحار والبارد اللذان يتوجب فقط التوازن بينهما مع تجنب تجاوز الحدود والمرض هو اختلال ذلك التوازن.

ولكن هناك توجه فكري لا يقل انتشارا عن الأول يقضي بعدم النظر إلى المرض كمجرد انشقاق عن البيئة الطبيعية وباعتباره على العكس او في الوقت ذاته انسلاخا عن البيئة الاجتماعية. كما انه يعرف على أنه انحطاط صحة الفرد، يحدد بالسبب والأعراض وكذلك العلامات العيادية والشبه العيادية وهو يتطور يخضع للتشخيص والعلاج¹.

يقصد بالمرض الاضطراب الوظيفي المتطور، فالمرض ليس حالة ثابتة وإنما حركة متطورة قد يأخذ فترة طويلة أو قصيرة ولكنه في مرحلة وسط تعمل على إعداد الجسم لظروف جديدة.

❖ التعريف الاجرائي:

هو مجموعة انعكاسات ناجمة عن اضطرابات الجسم أو أحد أجزائه تتيبها قد يحدث مرض، فهو عملية متطورة منذ بدء السبب وحتى ظهور المضاعفات قد يكون التطور حاد وسريع وقد تكون بطيء ومن المزمّن والمرض يحدث على شكل وباء أو يكون مستوطنا أو يظهر على حالات انفرادية.

¹ - أيمن مزاهرة، عصام حمدي، ليلة أبو حسون: علم الاجتماع الصحة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، 2003م،

5- مفهوم الوباء:

أ- لغة:

يعرف الوباء في اللغة بأنه كل مرض عام [ويمد ويقصر] وجمع القصور أوباءً الممدود أوبئة، وقد وبئت الأرض توباً فهي موبوءة، لا أكثر مرضها وكذلك وبئت توباً وباءة فهي وبئة وبيئة على فعلة وفعيلة.

وعرف ابن خلدون الوباء بأنه الموتان وتفسير ذلك يعود إلى كثرة الكوت الذي ينتج عن الوباء والهول الذي يحدثه الوباء بعد انتشاره وسط السكان، كما أطلق البعض على الوباء مرادفات أخرى مثل: القرف كأن يقال: "احذر القرف في غنمك"¹.

ب- اصطلاحاً:

أما مفهوم الوباء في الاصطلاح فإن معناه وقوع الموت الناتج عن انتشار الوباء في وسط الانسان والماشية، بالإضافة لانتشاره وبسط الحيوانات الأخرى، وقد عرفت بأنها الأمراض الوافدة أي التي تأتي من خارج البلد.

ويعتبر الأندلسي "ابن خاتمة" أن الوباء مرض عام وقاتل يصيب الناس ويعود إلى سبب مشترك ويتضح من ذلك أنه يتحدث عن فساد العواء الذي يستنشقه الناس وبالتالي، فالمعنى الشمولي للوباء اصطلاحاً هو انتشار الموت وسط الانسان والحيوانات.

وهناك من أطلق مصطلح الجائحة على الوباء الذي يقع وسط الحيوانات وتعتبر الجائحة هي النازلة العظيمة التي تصيب وتحتاج الحيوانات والمال أي المصيبة التي تهلك الأموال والثمار والنفوس، وقد فسر بعض المؤرخين أن الجائحة كل ما ينزله الله تعالى من الأوبئة والمطر والريح والنار والجراد والمجاعة، بحيث تخلف أثراً سلبياً على معاش الناس وممتلكاتهم وحتى محيطهم الطبيعي².

❖ التعريف الإجرائي:

هو أزمة صحية حادة طويلة الأمد نسبياً وناتجة من مرض شديد العدوى وسريع الانتشار يصاب به عدد كبير من الناس جماعة وينتشر في منطقة جغرافية واسعة.

¹ - عبد الرحمان بن محمد، ابن خلدون: العبر وديون المبتدأ والخبر أيام العرب والمعجم والبربر ومن عاصروهم من ذوي السلطان الأكبر، دار العلم للجميع، بيروت، 1987م، ص 302.

² - ابن خاتمة: تحصيل غرض القاصد في تفضيل مرض الوافد، دار العرب الإسلامي، بيروت، 1988م، ص 162.

6- مفهوم الانتقال الوبائي:

مرحلة انخفاض الوفيات التي تزامنت مع الانتقال الديمغرافي رافقها تحسن في النظافة، التغذية وتنظيم الخدمات الصحية وتحول في أسباب الوفيات، بحيث تراجعت الأمراض المعدية تدريجياً فاسحة المجال لنمو الأمراض المزمنة، النكسية والحوادث.

رابعاً: الإجراءات المنهجية للدراسة.

تعني منهجية البحث مجموعة الخطوات التي تتم من خلالها دراسة موضوع محدد للوصول لنتائج ذات قيمة تسهم في حل المشكلة من خلال مجموعة من المقترحات والتوصيات التي يدونها الباحث. ولكون هذه الدراسة تتعلق بتطبيق منهج لدراسة دور السياسة الصحية في الحد من الانتقال الوبائي، نجد كل ما يرتبط بهاذين المتغيرين يجعل من الباحث مرتبط بإجراءات منهجية وضوابط علمية تحدد المحاور التي يعالجها للوصول إلى غاية علمية تقارب الموضوعية وتلامس الدقة.

- وقد اعتمدنا على الأسس المنهجية التالية:

1- مجالات الدراسة:

أ- المجال المكاني:

يقصد بالمجال المكاني النطاق الجغرافي لإجراء البحث الميداني، حيث قمنا بدراستنا الميدانية في مديرية الصحة لولاية قلمة، وتعتبر مديرية الصحة مؤسسة عمومية إدارية تشرف على تسيير الشؤون الصحية داخل الولاية.

مديرية الصحة مؤسسة إدارية لها شخصية قانونية من أهم دواعي إحداثها اتساع المناطق العمرانية والسكنية وتزايد السكان وكذا كثرة المؤسسات الصحية، وتقريب الخدمات من المواطن والمزيد من إحاطة بمشاكل المؤسسات الاستشفائية والأمراض المنتشرة وطرق الوقاية.

ب- المجال البشري:

يتطلب البحث العلمي السوسولوجي دراسة العنصر البشري من أجل الوصول إلى معلومات تخدم الدراسة، حيث يتمثل المجال البشري لدراستنا في مجموع الموظفين الإداريين الذين يعملون على تسيير إدارة مديرية الصحة والمقدر عددهم بـ30 موظف إداري موزعين على مختلف المصالح الإدارية وهي الفئة التي تمركزت عليها دراستنا حيث اعتمدنا على أسلوب الحصر الشامل في توزيع الاستمارات وذلك للحصول على معلومات مفصلة ودقيقة.

• أسلوب الحصر الشامل:

هو أسلوب جمع البيانات من جميع الوحدات (وحدات المجتمع) دون استثناء ويهدف الحصر الشامل إلى الحصول على بيانات ومعلومات شاملة عن كل وحدة من وحدات المجتمع، سواء كانت هذه الوحدة شخص أو مؤسسة أو وحدة أخرى.

ويستخدم هذا النوع من الأساليب عندما نرغب في الحصول على بيانات تفصيلية عن جميع وحدات المجتمع¹.

وقد استخدمنا هذا الأسلوب بغرض تسهيل العمل الميداني وتخطي الكثير من الصعوبات والمشاكل، حيث حدد مجتمع البحث بـ 30 موظف إداري بمديرية الصحة لولاية قالمة.

ج-المجال الزمني:

يتمثل المجال الزمني في المدة الزمنية التي يقوم فيها الباحث بإجراء دراسة حول موضوعه بهدف جمع المعلومات والبيانات، أي المدة الزمنية التي استغرقتها عملية البحث الميداني وقد قسم إلى المراحل الآتية:

- **المرحلة الاستطلاعية:** والتي كانت محصورة ما بين ماي وجوان، حيث تم تحديد المكان الذي ستم فيه الدراسة والحصول على الموافقة من طرف مسؤول المديرية الصحية لولاية قالمة، كما تحصلنا على بعض المعلومات التي تخدم الدراسة من خلال الملاحظات البسيطة ولقد تحصلنا على الموافقة بإجراء تريض ميداني يوم الأربعاء 19 ماي 2021، حيث تحصلنا على مجموعة من الملاحظات حول المديرية والتي تخدم موضوع دراستنا وحددت بالاتفاق مع مدير الصحة وتاريخ توزيع الاستثمارات.
- **مرحلة توزيع الاستثمارة:** تم إعداد الاستثمارة في شهر أفريل 2021، حيث تم الحصول على الشكل النهائية للاستثمارة ثم تجربتها وتوزيعها على الموظفين ابتداء من 23 ماي 2021 وتم جمع الاستثمارات يوم 28 ماي 2021، حيث تم استرجاع كل الاستثمارات.
- **مرحلة جمع وتحليل البيانات:** بدأت هذه المرحلة في شهر بعد استرجاع الاستثمارات مباشرة، حيث تم جمع كافة الاستثمارات ومراجعة كافة البيانات الموجودة فيها، وتم تفرغها في جداول

¹ - عبد الناصر جندلي: تقنيات ومناهج البحث في العلوم السياسية والاجتماعية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2005م، ص 211.

إحصائية وتحديد النسبة المئوية والتي يتم من خلالها تحليل البيانات المتحصل عليها في الدراسة الميدانية.

2- المنهج المستخدم:

للقيام بأي دراسة علمية وللوصول إلى الحقيقة أو البرهنة عليها وجب اتباع منهج واضح يساعد في دراسة المشكلة وتشخيصها، من خلال تتبع مجموعة من القواعد والأنظمة العامة التي يتم وضعها من أجل الوصول إلى الحقائق حول الظاهرة موضوع البحث، ومنه فالمنهج يعني الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسة لمشكلة ما لإكتشاف الحقيقة¹.

أ- المنهج الوصفي:

وانطلاقاً من طبيعة الدراسة والمعلومات المراد الحصول عليها في موضوعنا، فقد اعتمدنا على المنهج الوصفي الذي يعتمد على دراسة الظاهرة، كما توجد في الواقع وتهتم بوصفها وصفاً دقيقاً ويعبر عنها تعبيراً كمياً وكيفياً، فالتعبير الكيفي يصف الظاهرة ويوضح خصائصها، أما التعبير الكمي فيعطيها وصفاً رقمياً يوضح مقدار هذه الظاهرة أو حجمها ودرجات ارتباطها مع الظواهر الأخرى². وقد اخترنا هذا المنهج لأنه يتماشى مع طبيعة موضوعنا في ميدان الدراسة، حيث سمح لنا بجمع معلومات حقيقية ومفصلة عن واقع تطبيق السياسة الصحية للحد من الأمراض، وقد ساعدنا هذا المنهج في:

- اختيار الظاهرة المراد دراستها والقيام بدراسة استطلاعية حول الموضوع.
- تحديد الإشكالية بصورة علمية ودقيقة.
- تحديد الأدوات المستخدمة في عملية جمع البيانات.
- جمع البيانات المتعلقة بالظاهرة موضوع الدراسة.
- القيام بعرض النتائج وتصنيفها وتحليلها وتفسيرها واستخلاص النتائج والتوصيات، حيث تم توظيف الإحصاء لتحليل البيانات واستعمال التقنيات الإحصائية الحسابية، وتمت ثم تلخيصها في جداول تكرارية ورسوم بيانية للحصول على خصائص المجتمع الإحصائي محل الدراسة.

¹ - عمار بوحوش، محمد الذنبيات: مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1999م، ص 99.

² - عبيدات ذوقان وآخرون: البحث العلمي: مفهوم وأدواته وأساليبه، دار الفكر، عمان، الأردن، 2001م، ص 87.

3- تقنيات البحث الميداني:

يعتمد الباحث على عدة أدوات لجمع المعلومات والبيانات التي تخص موضوع دراسته، فالأدوات اللازمة لجمع البيانات والمعلومات تتعدد وتختلف فينا بينها ويتوقف اختيار الباحث للأداة المناسبة على عوامل كثيرة شرط أن يؤدي هذا الاختيار إلى تحقيق أهداف الدراسة.

ومن هذا المنظور اعتمدنا في دراستنا على جمع المادة العلمية على المعاجم والقواميس والكتب والأطروحات والملتقيات والكتب والدوريات العلمية والرسائل والأطروحات والملتقيات، أما بالنسبة للبيانات الميدانية فقد تم جمعها من ميدان مجال الدراسة عن طريق أدوات جمع البيانات والتي تمثلت في الملاحظة والاستمارة.

أ- الملاحظة:

تعتبر الملاحظة إحدى أدوات جمع البيانات المستخدمة في البحوث الميدانية لجمع البيانات التي لا يمكن الحصول عليها إلا عن طريق بحوث الدراسات النظرية أو المكتبية، كما تستخدم في البيانات التي لا يمكن جمعها عن طريق الاستمارة أو المقابلة أو الوثائق والسجلات الإدارية أو الإحصاءات الرسمية والتقارير والتجريب، ويمكن للباحث بيوب الملاحظة ويسجل ما يلاحظه عن المبحوث سواء كان سلوكا أو كلاما¹.

وقد يتم الاستعانة بهذه التقنية لجمع المعلومات من خلال الزيارة الاستطلاعية الميدانية، وقد ساعدت هذه الأداة على تكوين صورة حول تطبيق السياسات الصحية داخل المؤسسات للحد من انتشار وانتقال الوباء، وكانت هذه الأدوات ذات فاعلية كبيرة خاصة الدراسة الاستطلاعية كونها المصدر الأساسي في البحث العلمي للحصول على البيانات والمعلومات اللازمة لموضوع الدراسة.

ب- الاستمارة:

هي مجموعة من الأسئلة تطرح لأفراد عينة البحث والتي تعطينا إجابات قابلة للتحليل والتفسير والتعليل والتركيب للوصول إلى نتائج تجيب عن تساؤلات الإشكالية وفرضيات البحث، كما تقدم هدف البحث².

¹ - رشيد زرواني: تدريبات على منهجية البحث العملي في العلوم الاجتماعية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2002م، ص 183.

² - المرجع نفسه، ص 220

تعد وسيلة من وسائل جمع البيانات التي تعتمد على مجموعة من الأسئلة ترسل بواسطة البريد أو تسلم إلى الأشخاص الذين تم اختيارهم لموضوع الدراسة، حيث يتم تسجيل إجاباتهم على الأسئلة الواردة به ويتم ذلك دون مساعدة الباحث، وقد صممت الاستمارة كأداة قياس ويجب أن تكون موحدة، وهذا يعني وضع جميع المواد في نفس الوضع للسماح بالمقارنة بين المجموعات من أفراد العينة¹.

لقد استخدمنا الاستمارة لجمع البيانات من الميدان، حيث وجهت إلى الموظفين بمديرية الحصة لولاية قالمة، تكونت الاستمارة من خمس محاور أساسية احتوت في مجملها على 39 سؤال موزعين كالتالي:

أولاً: البيانات الأولية (7 أسئلة).

ثانياً: دوافع السياسة الصحية في الجزائر (6 أسئلة).

ثالثاً: تأثير السياسة الصحية بالمراحل التاريخية المختلفة التي مرت بها الجزائر (4 أسئلة).

رابعاً: تأثير السياسة الصحية وبرامجها على التحول الوبائي (6 أسئلة).

خامساً: آليات التي اتخذتها البلاد للحد من الانتقال الوبائي (5 أسئلة).

خامساً: الدراسات السابقة.

تعرف الدراسات السابقة بأنها كل البحوث والدراسات العلمية التي تشابه مع البحث الراهن أو تقترب منه من جانب ما، وتعني بها كل البحوث والدراسات التي تناولت نفس الموضوع من قريب أو بعيد.

لا بد من كل دراسة حديثة أن لها نماذج سابقة وغن اختلفت في مضمونها وشكلها، لكن هذا لا ينفى معه بعض العناصر القبلية المشابهة لهذه الدراسة والتي يمكن أن تتفق معه في إحدى متغيرات أو كلها، الامر الذي يبين بأن البحث لعلمي له خاصية تراكمية وتتابعية حيث أن كل دراسة تكمل الدراسة التي سبقتها. وبعد إطلاعنا على مجموعة من الدراسات التي عالجت موضوع السياسة الصحية والانتقال الوبائي وثم ترتيب هذه الدراسات وفق التسلسل الزمني كالتالي:

¹ - عبد الله عبد الرحمان، محمد علي بيومي: منهجية وطرق البحث الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2002م، ص 369.

1- الدراسة الأولى لـ "بعيط فاتح سنة 2008م-2009م¹:"

جاءت هذه الدراسة بعنوان "الانتقال الديمغرافي والوبائي في الجزائر" وهي دراسة تحاول إظهار الوضعية الوبائية في الجزائر من خلال تراجع الأمراض المعدية والطفيلية منذ الاستقلال وتطور الأمراض المعدية والمستعصية ما بين 1990م إلى 2008م. والهدف من هذه الدراسة هو تحديد خصائص نموذج الانتقال الوبائي في الجزائر وذلك بمتابعة تطور الأمراض الوبائية والحضارية ومعرفة نقل وأسباب الوفيات في الجزائر ودور التغطية الطبية في ذلك، وانطلقت الدراسة من تساؤل رئيسي وهو: ماهي المراحل الذي مرت بها الوفيات أثناء انتقالها وما هو ثقل ونوعية أمراض المسببة لها واهم التغيرات التي حصلت على الخصوبة أثناء الانتقال الوبائي في الجزائر؟.

وقد تم طرح جملة من الفرضيات وهي على مستويين:

• على مستوى الوفيات:

- الوفيات في الجزائر مردها للأمراض المزمنة ولتتكيسيه مع عدم انتقاء المطلق للأمراض المعدية.
- الانتقال الوبائي ساهم في إنتاج نموذج جديد من أمراض مع انتشار عوامل الخطر بين السكان.

• على مستوى الخصوبة:

- إن تراجع الوفيات ساهم في خفض الخصوبة مع إحداث تغيرات في عواملها الوسطية.
- تم الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي والمنهج المقارن.
- اعتماد الباحث في بحثه على نتائج التحقيقات السابقة للصحة والسكان كالمسح الوطني لصحة الأم وطفل (1992EASME)، تحقيقين الوطنيين للصحة 1990م-2002م-2005م، بإضافة إلى الدراسات السابقة وخبرة الديمغرافيين الجزائريين وبعض الأجانب.
- توصل الباحث إلى الفرضيات التالية:
- إن تصنيف أسباب الوفيات الجزائرية ابتداء من سنة 1995م إلى غاية 2005م زيادة على تحليل الدقيق لتحقيق الوطني 2001م يؤكد صحة الفرضية المطروحة فحسب التصنيف العالمي العاشر الأمراض قد تسببت أمراض الدورة الدموية في نسبة 26% من الوفيات 2002م.

¹ - بعيط فاتح: الانتقال الديموغرافي والوبائي في الجزائر، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في الديمغرافيا تخصص علم الاجتماع والديمغرافيا، كلية العلوم الاجتماعية والعلوم الاسلامية، قسم علم الاجتماع والديمغرافيا، جامعة باتنة، الجزائر، 2008م/2009م.

-إن الإطالة المستمرة في أمل الحياة الولادة للجزائريين الذي تعد 74 سنة كان نتاج التغير في نموذج أمراض.

-إن تراجع معدلات خام وفيات الأطفال تراجع في المؤشر التركيبي للخصوبة مع إحداث تغيرات في عواملها الوسطية.

ومن هنا توصل الباحث إلى أن التحسن في الميدان الديمغرافي والوبائي لدى الجزائريين أثر أولاً في أمل الحياة عند الولادة إلى ما فوق 74 سنة بعدما كان حوالي 43 سنة متقارباً في ذلك مع أمل حياة الدول المتقدمة، وطرح في ختام دراسته مجموعة من التوصيات أهمها مواصلة مكافحة الأمراض المعدية بطرق الوقائية والعلاجية، إنشاء هياكل على المدى الطويل وعلى أقل لبعض الأقسام على مستوى المستشفيات في الحال لعلاج المسنين.

وتبرز العلاقة بين هذه الدراسة ودراستنا في كون هذه الدراسة ركزت على انتقال الوبائي والديمغرافي في الجزائر وقد أفادت دراستنا من خلال أنها كشفت لنا أن مصطلح الانتقال الوبائي وسع إلى الانتقال الصحي وتم ربطه بمختلف العوامل والمحددات الاقتصادية والاجتماعية والبيئة وإنتاجات الجديدة في ميدان الصحة.

2- الدراسة الثانية لـ الغول عبد الحكيم سنة 2012م/2013م¹:

جاءت الدراسة بعنوان: "تطور أمل الحياة في الجزائر وعوامل تحسبه ما بين 1966م- 2008م"، وهي دراسة تحول حول إظهار تطور أمد الحياة في الجزائر وعوامل تحسبه ما بين 1966م- 2008م.

والهدف من هذه الدراسة هو:

- البرهنة على أن مال الحياة مؤشر لا يعبر عن الصحة فقط بل يتعدى ذلك.
- دراسة ومعرفة معايير التنمية من منظور ديمغرافي أو بطريقة ديمغرافية.
- الوقوف على مدى نجاعة البرامج التنموية منذ الاستقلال إلى يومنا هذا.
- معرفة ما مدى تأثير التنمية على التركيبة السكانية ولو عن غير قصد.

¹- الغول عبد الحكيم: تطور أمل الحياة في الجزائر وعوامل تحسبه ما بين 1966م-2008م، رسالة ماجستير في الديموغرافيا، تخصص ديموغرافيا الاقتصادية والاجتماعية، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة وهران، الجزائر، 2012م/2013م.

ولقد انطلقت الدراسة من تساؤل رئيسي وهو: ماهي العوامل التي أدت إلى تطور أمل الحياة في الجزائر؟، وقد تم طرح عدة فرضيات وهي:

- أمل الحياة مؤشر من مؤشرات التي لا تعبر عن الحالة الصحية لبلد فقط.
- انخفاض الوفيات خاصة وفيات الأطفال في الجزائر هو السبب الأساسي في ارتفاع أمل الحياة في الجزائر من أقل من 50 سنة عام 1966م إلى 75 سنة.
- جهود الدولة من أجل التنمية الاقتصادية والاجتماعية والصحية والثقافية منذ استقلال إلى اليوم هي التي ساهمت في تحسين أمل الحياة في الجزائر.
- الوعي الثقافي وارتفاع مستوى التعليم خاصة لدى المرأة الجزائرية ما أدى إلى نقص وتنظيم النسل في الجزائر هذا ما جنبنا وفيات أكبر للأطفال.
- هناك عوامل أخرى اقتصادية اجتماعية مثل: التدخل الخام(PIBIHIAB)، السكن، المستوى المعيشي، وأيضا عوامل بيئية.... إلخ.

وتم اعتماد على المنهج الوصفي والمنهج التحليلي المقارن والمنهج التاريخي.

ولقد تم جمع معلومات حول النمو السكاني للجزائر منذ الاستقلال والبنية سكان الجزائر خلال سنوات 1966م-1977م-1987م-2008م وتطور أمل الحياة في الجزائر.....
ولقد توصل الباحث إلى صحة الفرضيات التالية:

-أمل الحياة هو مؤشر ديمغرافي في طبيعة، يقف على ناتج الزيادة والنقصان في مؤشرين ديمغرافيين وهما مؤشر الزيادة الطبيعية، وهناك عوامل أخرى اقتصادية تؤثر على أمل الحياة.

وتبرز العلاقة بين هذه الدراسة ودراستنا كون هذه الدراسة تطرق إلى الانتقال الوبائي وتأثيره على أمد مراحل الانتقال الوبائي ونماذج للانتقال لوبائي وقد كشفت لنا أثر الانتقال الوبائي على تطور أمل الحياة.

3- الدراسة الثالثة: نسيم أوكادي 2014م/2015م¹:

جاءت الدراسة بعنوان: "السياسة الصحية في الجزائر، وقد أجريت بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة للأم والطفل، وقد حاولت من خلالها إظهار السياسة الصحية في الجزائر.
وكان الهدف من هذه الدراسة هو:

¹- نسيم أوكادي، المرجع السابق.

➤ معرفة مدى تطبيق البرامج الصحية داخل المؤسسة الصحية وتماشيا مع القواعد والقوانين المنوط عليها من قبل المديرية المنسوبة إليها.

➤ معرفة الإثراء العلمي التي بنيت عليه السياسة العامة الصحية والآراء المتداولة بين المختصين في علم السياسة الصحية في الدول.

ولقد انطلقت الدراسة من تساؤل رئيسي وهو: ماهي معالم السياسات الصحية التي انتجتها الدولة الجزائرية؟ وكيف تجسدت هذه السياسة على مستوى المؤسسة الاستشفائية الجوارية للأمومة والطفل بورقلة؟.

وقد انطلقت الدراسة من عدت فرضيات وهي:

-كلما كانت السياسة الصحية المنتهجة مدروسة مناسبة كلما حققت المؤسسة أهدافها التي وجدت من أجلها والوقاية من الأمراض التي تواجه الام والطفل.

-تعود أسباب الفشل في تطبيق السياسة الصحية الجيدة على سوء التخطيط المبني على إحصائيات دقيقة وسوء استغلال الموارد داخل المؤسسة.

وتم الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي ومنهج دراسة الحالة والاقتراب القانوني والاقتراب مؤسساتي.

تمثل مجتمع الدراسة في افراد المؤسسة الاستشفائية المتخصصة للأم وطفل ب "ورقلة"

توصل الباحث لمجموعة من النتائج أهمها:

-هناك نقص في بعض الإمكانيات المادية.

-على المؤسسة ادراك مشاكلها والتطرق لحلها.

-غياب للعلاقات العامة داخل المؤسسة.

-هناك مراقبة لمدير المؤسسة بين فترة وأخرى بين مصالح المتواجدة ضمنها وهذا أثبتت صفة الفرضيات السابقة.

ومن هنا فقد تمكن الباحث من الإجابة على الإشكالية بحثه وتوصل إلى أنه كل مجال في الحياة

الأساسية ينتهجها فإن سياسة التكفل بالأم والطفل ضمن المؤسسة الاستشفائية المتخصصة للام وطفل تقوم وفق سياسة تطبيق من طرف المسؤولين في مؤسسة.

وتبرز العلاقة الموجودة بين هذه الدراسة ودراستنا في كونها تدور حول تطبيق السياسة الصحية في المؤسسة الام والطفل وهيكله النظام السياسي للدولة ومحاولة خلق قفزة نوعية من أجل تغيير الظروف نحو الأحسن.

4- الدراسة الرابعة لـ "عفاف بوراس 2014م/2015م¹:"

جاءت هذه الدراسة بعنوان السياسة العامة الصحية في الجزائر 1999م/2019م، وهي دراسة مكتبية ثم فيها جمع الظروف التي مرت بها الجزائر.

وكان الهدف من هذه الدراسة هو التشخيص الدقيق والموضوعي للسياسات العامة الصحية في الفترة الممتدة من 1999م إلى 2009م.

وذلك من خلال دراسة تحليلية لماهية السياسات العامة الصحية وأهم الإصلاحات التي مست القطاع وأهم اختلالات التي جعلت القطاع عاجزا عن الشفاء المريض. وقد انطلقت الدراسة من التساؤل الرئيسي التالي:

كيف ترسم السياسات العامة الصحية في الجزائر من 1999م إلى 2009م؟

وتم طرح عدة فرضيات وهي:

➤ **الفرضية الرئيسية:** إذا كانت السياسات الصحية تصنع بإشراك القواعد الرسمية وغير رسمية فإن لهذه القواعد آليات في صنع تطور السياسة الصحية.

➤ **الفرضية الفرعية:**

▪ إذا كان رسم وتنفيذ وتقويم السياسة العامة الصحية نعني به قواعد رسمية وأخرى غير رسمية فإن السياسات الصحية تمر بنفس المراحل.

▪ إذا كانت للسياسات عديد من البرامج الإصلاحية فإن ذلك ساهم في تطوير قطاع الصحة.

▪ إذا كان قطاع الصحة يوصف بأنه القطاع المريض فإن ذلك يجسده ما آل إليه مستوى الخدمات في المؤسسة الصحية على الرغم من كل محاولات الإصلاح.

ولقد تم الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي والمنهج التاريخي والمقترَب القانوني والمقترَب

المؤسسي.

¹ - عفاف بوراس، السياسة العامة الصحية في الجزائر 1999م/2019م، مذكرة لنيل شهادة الماستر شعبة العلوم السياسية، تخصص سياسات عامة مقارنة، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة أم البواقي، 2014م/2015م.

لقد كانت الدراسة مكتيبة عن طريق تحليل ماهية السياسات العامة الصحية من خلال جمع السجلات والتقارير السابقة والمقالات المنشورة في الجزائر.

ولقد توصلت الدراسة إلى ضرورة رسم السياسات الملائمة التي تتضمن الأهداف من تلك السياسة والمدى الزمني لتحقيقها، والوسائل الكفيلة بوضعها قيد التنفيذ مع إحداث آليات مؤسسية للتقويم مراحل التنفيذ.

وتكمن علاقة هذه الدراسة بدراستنا في أنها تعالج كيفية صنع سياسات صحية وممددات صنع السياسات الصحية وتطور السياسات الصحية.

5- الدراسة الخامسة لـ: يوبه حرجوط وسليمان فروخي 2014م/2015م¹:

جاءت هذه الدراسة بعنوان: "دور القطاع الخاص الصحي في تدعيم السياسة الصحية في الجزائر في ظل مرحلة 1988م-2014م".

أجريت هذه الدراسة على عدد من الممارسين في القطاع الخاص من أطباء وممرضين، وتكمن أهمية الدراسة في أنها تندرج ضمن حقل دراسات السياسات العامة والقواعد التي يمكن أن تؤثر فيها، وكان الهدف من هذه الدراسة ما يلي:

- إبراز أهمية القطاع الصحي في كافة المجتمعات عامة والمجتمع الجزائري بصفة خاصة.
 - معرفة مدى عناية الدولة بهذا القطاع الحساس.
 - معرفة الظروف الصحية في الجزائر والدور الذي يلعبه القطاع الخاص في تدعيم السياسة الصحية.
 - معرفة المشاكل التي يتخبط فيها قطاع الصحة في الجزائر.
- وانطلقت الدراسة من التساؤل التالي:

إلى أي مدى يسهم القطاع الخاص الصحي في تدعيم السياسات الصحية في ظل 1988م-2014م؟.

وتم طرح الفرضيات التالية:

¹ - يوبه حرجوط ، سليمان فروخي: دور القطاع الخاص الصحي في تدعيم السياسة الصحية في الجزائر في ظل مرحلة 1988م-2014م ، مذكرة لنيل شهادة الماستر في العلوم السياسية تخصص سياسات عامة والإدارة المحلية تخصص سياسات عامة والغدارة المحلية، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة تيزي وزو، 2014م/2015م.

- كلما كان القطاع الصحي فعلا "كلما أدى إلى تدعيم السياسة الصحية.
 - تأثيرات السياسة الصحية بالمراحل التاريخية المختلفة التي مرت بها الجزائر.
 - يمكن أن يؤثر القطاع الصحي الخاص إيجابا على فعاليات السياسة الصحية.
- وتم الاعتماد على المنهج التاريخي والمنهج إحصائي والمنهج الوصفي والمنهج المقارن والاقتراب القانوني.

وقد توصل الباحث إلى جملة من النتائج أهمها:

- توفير مناخ ملائم ومحفز للاستثمار كشرط رئيسي في بناء استراتيجية لتطوير القطاع الخاص والتعاون والتكامل بين القطاع الخاص والقطاع العام.
- تعميم التعاقد مع هيئات الضمان الاجتماعي، وتستوجب أيضا إخضاع المتعاملين الخواص.
- تكنم علاقة هذه الدراسة بدراستنا في دور القطاع الخاص في تدعيم السياسة الصحية وإن إنقاص من الأزمات الصحية.

6- دراسة السادسة لـ "أمانة مؤذن" سنة 2016 م/2017م¹:

- جاءت هذه الدراسة بعنوان: "السياسة الصحية في الجزائر دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية للصحة الجزائرية في مجال الخدمة الصحية".
- تكنم أهمية هذه الدراسة في كونها إحدى الموضوعات العامة التي تم إحاطتها بالرعاية والبحث من قبل الباحثين والمختصين في القضاء على المشاكل الصحية التي يواجهها المواطن الجزائري.
- ولقد انطلقت الدراسة من تساؤل رئيسي: إلى أي مدى وقفت السياسات الصحية في تلبية متطلبات المرضى في الجزائر؟، وهناك عدة تساؤلات فرعية تناولتها الدراسة نجد من بينها ما يلي:
- هل الموارد المادية والبشرية التي توفرها الدولة كافية لتحقيق السياسة الصحية؟.
 - هل السياسة الصحية في الجزائر حققت أهدافها؟.
 - ماهي معوقات ومحفزات السياسة الصحية في الجزائر؟.
 - كما انطلقت الدراسة من عدة فرضيات وهي:
 - ربما تكون الموارد البشرية والمادية التي توفرها الدولة كافية لكن ينقصها حسن الاستغلال.

¹ - أمانة مؤذن: السياسة الصحية في الجزائر: دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية للصحة الجزائرية في مجال الخدمة الصحية"، مذكرة لنيل شهادة ماستر في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، تخصص سياسات عامة وتنمية، قسم العلوم السياسات والعلاقات الدولية، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة. سعيدة، سنة 2016م-2017م.

- ربما تحقق أهداف السياسة الصحية يكون بتحسين ظروف عمل قطاع الصحة.
- ربما تكون معوقات السياسة الصحية في كثرة العمل، إضافة إلى نقص الرواتب إما بالنسبة للمحفظات قد تكون اهتمام الدولة بشكل كبير بقضايا الصحة.
وقد تم الاعتماد في هذا الموضوع وبشكل أساسي على المنهج التاريخي والمنهج الوصفي ومنهج دراسة الحالة.

ومن هنا توصل الباحث إلى أن السياسة الصحية صارت وسيلة ومفتاحا لتطوير المجتمع في مختلف المراحل والهدف من تطويرها لم يعد يقتصر على معرفة سلبياتها وإيجابياتها بل يجب التحكم في سياسة معاصرة لمواكبة الطرح المقدم عالميا.

وتبرز العلاقة بين هذه الدراسة ودراستنا في كون هذه الدراسة ركزت على محاولة رسم استراتيجية من شأنها تعديل مواقع الخلل التي عرفها النظام الصحي وتمثلت هذه الاستراتيجية في الوقاية والعلاج من الأمراض والتوزيع العقلاني للأطباء، وقد أفادت دراستنا في طرح المحطات التاريخية التي مرت بها السياسية الصحية والنظام الصحي بالجزائر.

7- الدراسة السابعة لـ "عبد الفتاح عبادي وقيس أوديني" 2016م/2017م¹:

جاءت هذه الدراسة بعنوان: "السياسة الصحية وآثارها على نوعية الخدمات "برنامج الصحة الجوارية بالوادي".

وهي دراسة تدور حول كيفية تأثير السياسة الصحية المطبقة من طرف الدولة على جودة ونوعية الخدمات ما بين 2007م/2017م، وتكمن أهمية هذا الموضوع في أن الموضوع محل الدراسة يكتسي أهمية علمية وأهمية عملية.

أ- الأهمية العلمية:

تظهر الأهمية العلمية لهذه الدراسة في تحديد مدى شمولية السياسة الصحية في معالجة المشاكل الصحية التي يعاني منها قطاع الصحة في الجزائر وذلك من ناحية جودة الخدمات.

ب- الأهمية العملية:

¹ - عبد الفتاح عبادي، قيس وديني: السياسة الصحية وآثارها على نوعية الخدمات "برنامج الصحة الجوارية بالوادي"، مذكرة لنيل شهادة الماستر في العلوم السياسية، تخصص سياسة عامة وإدارة محلية، قسم العلوم السياسية، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة حامة لخضر الوادي، 2016م/2017م

تكمن الأهمية العملية لهذا الموضوع في تحديد مدى قرب السياسة الصحية المنهجية من تحقيق أهدافها، وذلك عبر الاحتكاك بالمستهلك بالدرجة الأولى ومعرفة مدى رضى المريض بالخدمة الصحية المقدمة له، كما تحاول الدراسة تحديد الجانب الآخر من تقييم الخدمات الصحية عبر إجراء مقالات مع مسؤولين في قطاع الصحة.

ولقد انطلقت الدراسة من تساؤل رئيسي وهو: ما مدى مساهمة الصحة في تحسين جودة الخدمات الصحية في الجزائر؟

وقد تم طرح جملة من الفرضيات وهي:

- تساهم المؤسسة العمومية للصحة الجوارية في تحسين وترقية الخدمات الصحية في الجزائر.
- كلما تم التحكم في تسيير المؤسسات الصحية كلما رفع مستوى الخدمات الصحية.
- كلما ضبقت أولويات السياسة الصحية بدقة كلما ساهمت في التأثير على جودة الخدمات الصحية.
- وقد اعتمد على المنهج التاريخي والاقتراب القانوني.
- ومن النتائج المؤكدة لصحة الفرضيات السابقة نجد ما يلي:
- التعرف على حاجات المريض كمنطق لتحديد مواصفات الخدمة الصحية.
- التركيز على الجانب المادي الملموس لأنه أكثر وأول شيء يتأثر به المريض والذي يتجسد في المظهر الخارجي والداخلي للمؤسسة الصحية، ووجود أحدث المعدات والآلات التكنولوجية.
- التركيز على الجانب العاطفي في التعامل مع المريض والرفع من مستوى أداء العاملين من خلال تكثيف دورات تكوينية.

وتبرز العلاقة بين هذه الدراسة ودراستنا الحالية في أنها اهتمت بدور الحكومة الجزائرية في قطاع الصحة والمشاكل التي تعاني منها منظومة الصحة في الجزائر والسياسات التي تطبقها الدولة الجزائرية في ميدان الصحة ومدى نجاعتها وهو ما ارتبط بدراستنا التي تطرقنا لها.

8- الدراسة الثامنة لـ: "حفيظة عنوان، ربيعة إرسان 2018م/2019م¹:"

جاءت هذه الدراسة بعنوان: "الظاهرة الوبائية في الجزائر خلال عهد الدايات (1830م-1971م): أسبابها وانعكاساتها".

¹ - حفيظة عنوان، ربيعة إرسان: الظاهرة الوبائية في الجزائر خلال عهد الدايات (1830م-1971م) أسبابها وانعكاساتها. مذكرة لنيل شهادة الماستر، تخصص تاريخ الجزائر الحديث، قسم العلوم الإنسانية، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة خميس مليانة، 2018م/2019م.

تكمن أهمية هذه الدراسة في كونها من المواضيع المهمة في عهد الدايات لدارسي التاريخ الاجتماعي الصحي وتتجلى أهميتها في تحديد مختلف الأسباب الطبيعية والبشرية والعوامل المساعدة في انتشار الأمراض والأوبئة.

انطلقت هذه الدراسة من تساؤل وهو: فيما تتمثل الظاهرة الوبائية في الجزائر خلال عهد الدايات؟ وماهي أهم أسبابها وانعكاساتها؟.

ويتفرع هذا التساؤل الرئيسي إلى أسئلة فرعية التالية:

- ما المقصود بالوباء والطاعون؟ وما طبيعة العلاقة التي تربطهما؟.
 - ما طبيعة الأمراض والأوبئة المنتشرة خلال القرن 14 و 15؟.
 - هل ساهمت الكوارث الطبيعية في حدوث الأمراض والأوبئة؟.
 - ماهي اهم الأوبئة التي اجتاحت الجزائر في هذه الفترة؟.
 - كيف أثرت الأمراض والأوبئة على البلاد والعباد؟.
 - ماهي أبرز المناطق التي عرفت انتشار الأمراض والأوبئة؟.
 - كيف كان الواقع الوبائي في تونس والمغرب الأقصى المجاورتين؟.
 - هل فعلا لم يكن يوجد طب في الجزائر حسب ما ذكره بعض المؤرخين؟.
 - ما السياسة المتخذة من طرف السلطة للحد من تأثير الأمراض والأوبئة؟.
- وقد تم الاعتماد على المنهج التاريخي الوصفي وعلى آلية المقارنة بمقايضة تأثير الأوبئة على الصعيد الاجتماعي والاقتصادي بين المجتمعات المغربية إلى جانب الأساليب الإحصائية.

وصل الباحث لمجموعة من النتائج ألا وهي:

- عرفت البلاد الجزائرية انتشار الأمراض والأوبئة قبل الوجود العثماني وازدادت حدتها منذ إلتحاق بلادنا بالباب العالي، وبذلك أصبحت إيالة الجزائر موطنًا للعديد من الأمراض والأوبئة الخطيرة التي شكلت خطرا كبيرا على السكان.
- لقد أثرت الأوبئة على البنية الديمغرافية ما أدى إلى تراجع اقتصاديات البلاد فركدت بذلك الزراعة والتجارة.

- وتبرز العلاقة بين هذه الدراسة ودراستنا في كون هذا الدراسة ركزت على الظاهرة الوبائية في الجزائر خلال عهد الدايات وقد أفادت دراستنا من خلال طرح مجمل الأسباب الطبيعية والبشرية والمتسببة في ظهور الأمراض والأوبئة وإبراز الانعكاسات التي أحدثتها.
- 9- الدراسة التاسعة لـ: "خير الدين سعدي" 2018م/2019م¹:
- جاءت هذه الدراسة بعنوان: "المجاعات والأوبئة في الجزائر خلال العهد العثماني (1700م-1830م)"
- تكمن أهمية هذه الدراسة بعودة ظهور الأزمات الصحية والغذائية، وهو ما حدث طوال سنة 2018م، عندما أضحى موضوع الأوبئة إحدى الإشكاليات الرئيسية التي تتناولها الصحف والمجلات.
- وتمثل السؤال الرئيسي لهذه الدراسة فيما يلي: هل هزت الأزمات الصحية والغذائية عاصفة الخسائر في الإيالة ورسمت مستقبلها أكثر من غيرها من الأزمات؟
- انطلقت الدراسة من مجموعة من التساؤلات: ماهي أهم المجاعات والأوبئة التي ألمت بالجزائر خلال القرن 18 والتلث الأول من القرن 19.
- هل تتصف الأوبئة التي ظهرت في الجزائر هلال تلك المدة بمميزات خاصة؟.
- ما العوامل الأساسية المحفزة على عمليتي الظهور والانتشار. وماهي المنابع الأساسية التي كانت تقدمها الأوبئة إلى إيالة الجزائر؟ ماهي طبيعة العلاقة بين المجاعات والأوبئة؟.
- وقد تم الاعتماد في هذا الموضوع وبشكل أساسي على المنهج الوصفي الاسترجاعي الذي يتخذ من المكونات الوصفية للأنشطة الوبائية مرتكزا أساسيا للوصف ومحاولة لاستحضار الصورة العامة لإنتشار الأوبئة وتأثيراتها المتعددة على مختلف جوانب الحياة، واعتمد أيضا على المنهج التحليلي للخروج من قواعت التاريخ الوصفي إلى فضاءات أوسع وأيضاً اعتمد على المنهج التحليلي المقارن والمنهج الاستقرائي.
- وصل الباحث لمجموعة من النتائج وهي:
- أن الأوبئة والمجاعات ماهي في الحقيقة إلا تجسيدا لشكل من أشكال البؤس الإنساني الذي تولد عن ظروف معيشية وحياتية قاسية.

¹- خير الدين سعدي: المجاعات والأوبئة في الجزائر خلال العهد العثماني (1700م-1839م)، أطروحة دكتوراه، تخصص تاريخ حديث ومعاصر، قسم التاريخ، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قلمة، 2018م/2019م.

- إن العلاقة بين الأوبئة والمجاعات وبشكل عام بين الأزمات والأزمات الصحية والأزمات الغذائية متداخلة ومتشابكة بشكل عام.
- ومن هنا توصل الباحث إلى أن الازمات الصحية والغذائية عموما والمجاعات والأوبئة خصوصا كانت إحدى الأركان الأساسية التي تأسست عليها الحياة العامة في مجتمع إيالة الجزائر خلال المرحلة المنحصرة ما بين 1700م-1830م.
- وتبرز العلاقة بين هذه الدراسة ودراستنا في كون هذه الدراسة ركزت على المجاعات والأوبئة في الجزائر خلال العهد العثماني، وقد أفادت دراستنا من خلال (تاريخ الأوبئة على مدار فترة زمنية محددة)، معرفة الأسباب المختلفة المؤدية إلى ظهور الأوبئة والمجاعات ومعرفة مناطق بروزها وكيف تعمل السلطة السياسية على رصد هذه الأزمة الصحية.

10- الدراسة العاشرة لـ: "وفاء سلطاني" 2015م/2016م¹:

- جاءت هذه الدراسة بعنوان: "تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها" تكمن أهمية هذه الدراسة في أثر الخدمات الصحية على الجوانب التنموية الاجتماعية والاقتصادية، بالإضافة إلى ذلك فإن للخدمات الصحية جانبا وقائيا توعويا يهدف إلى تجنب وقوع الأوبئة والأمراض.
- الهدف من هذه الدراسة تقييم مستوى الخدمات الصحية في ولاية باتنة والمساهمة في تحسينها.
 - انطلقت الدراسة من تساؤل رئيس: كيف يمكن تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وماهي آليات تحسينها.

ومن خلال الإشكالية الرئيسية تتفرع التساؤلات الفرعية كما يلي:

- ماهو الإطار النظري والمفاهيمي للخدمات الصحية؟.
 - ماهي أساليب تقييم الخدمات الصحية وآليات تحسينها؟.
 - ماهو واقع الخدمات المنظومة الصحية في الجزائر؟.
- وقد طرحت جملة من الفرضيات وهي كالتالي:

¹- وفاء سلطاني: تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها، شعبة تسيير المنظمات، أطروحة دكتوراه ل ر م د، تخصص علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة باتنة، 2015م/2016م.

- وفقا لنموذج Servqual لا يتوافق مستوى الخدمات الصحية المتوقع مع المستوى المدرك منها عند تقييمها باستعمال كل بعد على حدى.
- وفقا لنموذج Servqual لا يتوافق مستوى الخدمات الصحية المتوقع مع المستوى المدرك عند تقييمها باستعمال كل الأبعاد معا.
- وفقا لنموذج Servqual فإن تقييم الخدمات الصحية يشير إلى وجود فوارق ذات دلالة إحصائية حسب المتغيرات الشخصية لكل فرد.
- وقد تم الاعتماد في هذا الموضوع على مصادر المعلومات الثانوية كالكتب والمجلات العلمية والمقالات سواء باللغة العربية أو باللغة الأجنبية.
- اعتمد أيضا على الاستبيان بغية تقييم مستوى الخدمات بولاية قالمة باستخدام برنامج الاعلام الآلي SPSS الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية.
- توصل الباحث لمجموعة من النتائج من أهمها ما يلي:
- هيمنة شريحتي الطاقم الطبي والمرضى، أما الطاقم الإداري كان أقل تمثيلا للعينة، وهذا راجع لإحتواء المؤسسات الاستشفائية على عدد كبير من مقدمي الخدمة الصحية.
- لا يوجد تحديث للأجهزة والمعدات والمستلزمات الطبية المستخدمة حاليا في المستشفى لمسايرة التطور الخاص في مجال الخدمات الصحية.
- لم يكن هناك التزام من قبل إدارة المستشفى بعودها للمريض في مجال تقديم الخدمات الصحية والعلاجية وتوفير البيئة الملائمة بالمستوى المطلوب.
- هناك ثقة ضعيفة من قبل المريض بالعاملين بالمستشفى.
- تبرز العلاقة بين هذه الدراسة ودراستنا في كون هذه الدراسة ركزت على تقييم مستوى الخدمات الصحية باعتباره لا يمثل هدف في حد ذاته بل هو وسيلة تهدف إلى تحديد مكامن الخلل ومحاولة تصحيحها باستخدام آليات مختلفة.

الفصل الثاني: السياسة الصحية في

الجزائر:

تمهيد.

أولاً: المبادئ الأساسية للسياسة الصحية في الجزائر.

ثانياً: المقومات الأساسية للسياسة الصحية.

ثالثاً: أهداف السياسة الصحية في الجزائر.

رابعاً: الوضعية الصحية في الجزائر قبل احتلال الفرنسي.

خامساً: النظام الصحي أثناء الاحتلال الفرنسي.

سادساً: أهم المحطات التاريخية لتطور السياسة الصحية في الجزائر.

خلاصة الفصل.

الفصل الرابع: الوضعية الوبائية في

الجزائر:

تمهيد.

أولاً: لمحة عن انتقال الوبائي في العالم.

ثانياً: تاريخ الأوبئة في الجزائر.

ثالثاً: تطور الوضعية الوبائية في الجزائر.

رابعاً: الأسباب الطبيعية والبشرية لانتشار

الأمراض والأوبئة.

خلاصة الفصل.

الفصل الخامس: المدخل النظري المفسر

للانتقال الوبائي:

تمهيد.

أولاً: نظرية الانتقال الوبائي.

ثانياً: مراحل الانتقال الوبائي.

ثالثاً: تاريخ التحول الوبائي.

رابعاً: نماذج التحول الوبائي.

خامساً: انعكاسات الظاهرة الوبائية في

الجزائر.

خلاصة فصل.

تمهيد.

إن الأوضاع الصحية في الجزائر شهدت تحولات كبيرة مست القطاع الصحي بسبب السياسات الصحية المتخذة ولا يمكننا الحديث عن أي منظومة بصورة عامة أو خاصة وتحديد إن كانت متطورة ومستقرة وإصدار أحكام عن مدى جودة خدماتها ودقت المبادئ الأساسية التي بنيت عليها وكذلك مدة كفاءتها وقدرتها على تحقيق الأهداف المسطرة لها، كما أن السياسة الصحية اعتمدت على عدة عناصر أساسية لعل من أبرزها يتمثل في مجانية العلاج للأفراد مع توفير التلقيحات الضرورية للحد من انتشار الأمراض، وهذا ما سنتطرق إليه من خلال الوضعية الصحية في الجزائر قبل وبعد الاستقلال وإبراز أهم المحطات التاريخية لتطور السياسة الصحية والتوسع في مجال الصحة وإنشاء قطاعات صحية وعلاجية عامة وخاصة.

أولاً: المبادئ الأساسية للسياسة الصحية في الجزائر.

تمحورت في ما يلي:

- تكيف الإطار التنظيمي مع التحولات الاقتصادية والاجتماعية التي تعرفها البلاد، حيث ان هذه التحولات كانت تفرض على السلطات العمومية العمل على تجديد وترقية قطاع الصحة بصفة عامة.
- إعادة تنظيم وتحسين الأطر التقليدية والقانونية التي تحكم المنظومة الصحية في الجزائر، حيث جعلنا تتماشى والتطورات التي أصبحت تميز العلاقات الاقتصادية ، الاجتماعية والسياسية.
- المحافظة على القطاع العمومي وتحسين مردودية، وهذا ما تأكد في قانون 1973 الخاص بمجانية العلاج لكافة السكان دون تمييز جهوي أو طبيعي، لأن مردودية هياكل قطاع الصحة العمومية أصبحت في تدهور مستمر، ولذلك وجب على السلطات العمومية العمل على المحافظة على هذه الهياكل التي تعتبر الميلاذ الأخير لشريحة كبرى في المجتمع الجزائري.
- إدماج القطاع الخاص في المنظومة الصحية الوطنية.
- إقامة جسور بين القطاع العمومي ونسبه العمومي والقطاع الخاص¹.
- تكييف القوانين الأساسية للمؤسسات العمومية للصحة مع خصوصيات مهامها.
- تطوير النظام الوطني للإعلام الصحي.
- ترتيب وتوزيع العلاجات والاستعجالات الطبية الجراحية في إطار خريطة صحية

¹ - عفاف بوراس، المرجع السابق، ص 37.

- تطوير صيغ بدائل لتمويل نفقات الصحة واشتراك المجتمع.
- تدعيم جهاز مراقبة المواد الصيدلانية وأمن حقن الدم.
- إنشاء مجلس وطني للصحة.

ثانيا: المقومات الأساسية للصحة الصحية.

للسياسة الصحية مقومات تمثلت فيما يلي:

- 1- **الالتزام السياسية:** إن رسم وتنفيذ السياسة الصحية الوطنية يتطلب التزاما سياسيا صريحا لتحقيق الأهداف المنشودة وترجمتها إلى حقيقة واقعة، أي أنه قبل وضع السياسة يجب اتخاذ قرارات قاطعة تلتزم بها جميع القطاعات المختصة بالشؤون الصحية، كما يجب توعية الرأي العام وتوضيح الحقائق له حتى يتمكن من التغلب مع ضرورة توفير الموارد المالية اللازمة لتنفيذ هذه السياسة.
- 2- **الاعتبارات الاجتماعية:** السياسة الصحية تتكامل مع السياسات الاجتماعية والاقتصادية الشاملة، وترمي أساسا إلى تحسين نوعية الحياة لاسيما بالنسبة للمحرومين وبصورة أوضح فإن السياسة الصحية لا بد أن ترمي إلى تقليص الهوة التي تفصل بين الأغنياء والفقراء يعني ذلك تخصيص جزء من الموارد لفئات المجتمع التي هي بأمرس الحاجة لها.
- 3- **مشاركة المجتمع:** لا بد من اتخاذ التدابير لضمان المشاركة الحرة والواعية من المجتمع، بحيث يتحمل الأفراد والأسرة والمجتمعات مسؤولية صحتهم ورفاهيتهم بصرف النظر على المسؤولية للحكومات عن صحة شعوبها، وليست هذه المشاركة مرغوبة بل ضرورية اجتماعية واقتصاد¹.

ثالثا: أهداف السياسة الصحية في الجزائر.

تتمثل الأهداف الرئيسية بجودة الخدمة الصحية في:

- 1- ضمان الصحة البدنية والنفسية للمستفيدين (المرضى).
- 2- تقديم خدمة صحية ذات جودة متميزة من شأنها تحقيق رضا المستفيد (المريض) وزيادة ولائه للمؤسسة الصحية والذي سيصبح فيما بعد وسيلة إعلامية فاعلة للمؤسسة الصحية.
- 3- تعد معرفة آراء وانطباعات المستفيدين (المرضى) وقياس مستوى رضاهم عن الخدمات الصحية وسيلة مهمة في مجال البحوث الإدارية والتخطيط للرعاية الصحية ووضع السياسات المتعلقة بها.
- 4- تطوير وتحسين قنوات الاتصال بين المستفيدين من الخدمة الصحية ومقدميها.

¹ - المرجع السابق، ص 21.

- 5- تمكين المؤسسات الصحية من تأدية مهامها بكفاءة وفعالية.
- 6- تحقيق مستويات إنتاجية أفضل إذ بعد الوصول إلى المستوى المطلوب من الرعاية الصحية المقدمة إلى المستفيدين الهدف الأساسي من تطبيق الجودة.
- 7- كسب رضى المستفيد (المريض) إذ أن هناك قيم أساسية لإدارة الجودة لا بد من توفرها في أي مؤسسة صحية تعمل على تحسين الجودة وتسعى لتطبيق وتطوير أداة العمل الذي يؤدي إلى كسب رضا المريض.
- 8- زيادة الطلب على مختلف أنواع الخدمات الصحية الحديثة ورافق هذه الزيادة في المهام بتلبية حاجات وتوقعات (المريض) ¹.

رابعاً: الوضع الصحي في الجزائر قبل الاحتلال.

ما يمكن قوله في البداية، هو أن نفهم الحاضر واستشراف المستقبل يكون لا مجال بدراسة الماضي.

تميز الوضع الصحي في الجزائر قبل الاحتلال الفرنسي، خاصة في ظل الحكم العثماني بتباين واضح للحالة الصحية للسكان.

كانت البلاد عرضت للأوبئة الفتاكة والكوارث الطبيعية خاصة في أوائل القرن التاسع عشر، فاعتماد على تقارير بعض الرحالة والأطباء الأوروبيين الذين تعرفوا في تلك الفترة على أحوال البلاد، نستنتج أن الجزائر بيئة صحية خالية من الأوبئة والأمراض المعدية، أو تلك الأمراض المهلكة، كانت تتسبب فيها علاقة الجزائر بأقطار المشرق العربي وبلاد السودان وجنوب المغرب الأقصى وبعض المناطق بأوروبا خاصة عن طريق السفن التي كانت تنقل الحجاج.

ومما زاد في حدة هذه الأمراض، جهل أغلبية السكان بأبسط قواعد الصحة وبالتالي لم يهتموا بمحاربة الأوساخ رغم أنها كانت تسبب في زيادة انتشار حمى المستنقعات وبالخصوص في فصلي الربيع والخريف.

بالإضافة إلى قلة الأوبئة التي زادت الحالة الصحية سواء، فالبلاد كانت تكاد تخلو من الصيدليات أو حوانيت بيع الأدوية، حيث لم تكن توجد بالبلاد سوى صيدلية واحدة بمدينة الجزائر، لم يكن لها أثر يذكر في الحد من هذه الآفات.

¹ - المرجع السابق، ص 3.

ما ميز تلك الفترة من التاريخ الجزائري، هو أن الإدمان بالقضاء والقدر في الميدان كان مسيطرا على العقول بصفة كبيرة، ولكن بعض الناس كانوا يؤمنون بالعلاج والتداوي واتخاذ الأسباب للمحافظة على الصحة.

ما يعني ذلك أن القلة من الشعب الجزائري كانوا يبحثون عن العلاج واتخاذ الأسباب في سبيل المحافظة على الصحة، حيث جاء في الأثر ما خلق الله من داء إلى وجعل له دواء عرفه من عرفه وجهله من جهله إلا السام والسم هو الموت.

فالطب والتداوي كان أضعف حل يفكر فيه عامة الناس الذين لم يفهموا حقيقة ما جاء من تعاليم الدين الإسلامي في المحافظة ودوامها، وما يدعم قولنا هذا ما قاله "صديق حسن خان" في الروضة الندية وحقيقة الطب التمسك بطبائع الأدوية الحيوانية والنباتية والمعدنية والتصرف في الأخلاط نقصا وزيادة القواعد المالية تصححه، إذا ليس فيه شائبة شرك ولا فساد في الدين والدنيا، بل فيه نفع كبير وجمع لشمل الناس¹.

كما شهد في هذه الفترة تناقص عدد السكان المدن كثير، حيث تناقص عدد السكان مدينة الجزائر إلى خمسين ألف نسمة بعد أن قص زبء عام 1787 بحوالي 16821 نسمة من أهاليها ووباء سنة 1817م الذي ظهر على إثر قدوم سفينة عثمانية حاملة للحجاج من الإسكندرية ودام ثلاث سنوات وعم جميع أنحاء البلاد أما في مدينة الجزائر فقد هلك ما يناهز 13330 شخصا في الفترة من 21 جوان إلى 6 سبتمبر 1818م وهي الفترة التي بلغ المرض أشده وحق سكان المناطق الجبلية لم تسلم من هذه الأوبئة مثل منطقة جريرة.

ولكن هذا لا يعني أنه لم يكن أطباء في الجزائر في تلك الفترة، بل كانوا هناك أطباء ساهموا بشكل أو بآخر في الاهتمام بالطب، حيث كان التداوي بالأعشاب والنباتات هذا ما كان يميز عامة الناس أو السكان بشكل عام.

من ناحية النظام الصحي فقد كان في الجزائر عدة ملاجئ ومصحات من بينها ملجأ في ناحية باب عزون خاصة بالأمراض العقلية وملجأ آخر يأوي بعض العجزة من الاتراك والجيش الانكشاري، كما كانت هناك مستشفيات خصصت للأسرى المسيحيين، حيث تم انشاء أول مستشفى عام 1551 من

¹ - نور الدين حاروش: السياسة الصحية في الجزائر بين الرهانات والواقع، مجلة الدراسات الاستراتيجية الصادرة بالجزائر، العدد 7، الجزائر، 2009م، ص 43.

طرف الراهب "سيستيان" ومستشفى آخر في عام 1575 وكانت هذه المستشفيات تسير من طرق المنظمات الدينية المسيحية.

ما يمكن ملاحظته هو ان الصيدليات شبه منعدمة ما عدا صيدلية واحدة كانت بمدينة الجزائر كما جاء ذكرها سابقا وكانت قرب قصر الداوي وبشرف عليها "باش جراح" والذي كان صيدلي وجراح وطبيب في نفس الوقت ولكن ما يميز هذه الصيدلية هو أنها تحتوي على بعض القناني والكؤوس المحتوية على العقاقير والتوابل، وبعض الدكاكين المخصصة لبيع الأعشاب والنباتات الطبية والقرنفل.

ما يمكن استنتاجه من خلال ما تم ذكره، هو ان والوضع الصحي في الجزائر قبل الاحتلال الفرنسي كان متباينا، من جهة نلاحظ أن السكان كان يسيطر عليهم فكل منغلق بحيث أن أكثرهم لا يؤمنون بالعلاج كان متباينا من جهة نلاحظ أن السكان كان يسيطر عليهم فكل منغلق بحيث أن أكثرهم لا يؤمنون بالعلاج عن طريق الطب فمنهم من كان يتخذ من السحر والشعوذة وسيلة للعلاج ومنهج من كان لا يجرؤ على دفع المرض وهنا الحكم قدر الله حسب زعمهم، هنا لا يعني انه لم يمكن من السكان من كان يتخذ الأسباب عن طريق التداوي خاصة بالأعشاب والنباتات ووجود الأطباء لأكثر دليل على ذلك، من أمثال الطبيب والصيدلي "ابن حماد وش" أما ما يمكن قوله على الحكام في هذه الفترة، هم كانوا يهتمون بصحتهم وصحة حاشيتهم من خلال جلب الأطباء من الأسرى الأوروبيين لوقايتهم وعلاجهم من الأمراض¹.

خامسا: النظام الصحي أثناء الاحتلال الفرنسي.

صاحب احتلال الجزائر ظهور مؤسسة صحية تخدم مصالح المنطق الاستعماري، حيث يصاحب كل احتلال منطق ضروري لتثبيت وجوده وتوطيده.

وإذا كان لنا أن نعرف أهم التغيرات التي صاحبت هذا الاحتلال وأثرها على بنية وتركيب المجتمع الجزائري، سنتطرق إلى النظام الصحي باعتباره وسيلة من وسائل التغيير، وذلك من خلال تقسيم هذه الفترة إلى ثلاث مراحل أساسية:

❖ المرحلة الأولى 1830-1850:

عرف قطاع الصحة باعتباره عنصرا مهما في تحقيق الهيمنة، عدة إجراءات وأشكال تتماشى مع التطور العام للاحتلال والأهداف التي يصبوا إلى تحقيقها.

¹ - نور الدين حاروش، المرجع السابق، ص 44.

كان المستوطنون في فجر الاحتلال يتكونون أساسا من العسكريين وما يرافقهم من فريق طبي (ممرضين وأطباء عسكريين) وتمثل دورهم في المساندة وتقديم الرعاية الدائمة للجيش.

لم يهتم الاحتلال الفرنسي بتطوير النظم الصحية التي كانت موجودة قبل غزوة للجزائر وإنما كان هدفه الأساسي في هذه المرحلة، المبكرة هو العمل على بسط قوته ونفوذه على كامل التراب الجزائري وكسب وتأبيد السكان وبالتالي الهيمنة والاستيطان، فقد تم تقديم العلاج لهم عن طريق الممرضين والمسعفين، ولكن بصفة عامة فإن الأهالي المدنيين رفضوا وتفروا من الاستقادة من العلاج والاسعاف الذي يقدمه العسكريون الذين اعتبروا العداء دائما¹.

تم في عام 1832م إقامة مستشفى في كل من الجزائر، وهو أن عنابة (بونة سابقا) وفي 1834م مستشفى في بجاية وآخر في الدويرة ومستغانم في عام 1835م وفي عام 1837م آخر في قالمة وفي البليدة عام 1839م وفي عام 1843م سجلت قائمة المصحات المتنقلة والمستشفيات المفتوحة للمدنيين وكذا العسكريين (مدنية، بوغار، تنس، ثنية الحد) وفي العام 1845م كانت في الجزائر برمتها 38 مستشفى.

إن وجود هذه المستشفيات من مستلزمات الحرب بالفعل، ولكن جميعها كانت تخصص ملحقات المدنيين الموالين للنظام الاستعماري.

يقول "بوزين" Bousin أحد الأطباء الفرنسيين "أن الطب عمل تحضيري، وتمدني من جهة ومن جانب آخر يشكل مؤسسة سياسية من خلال استقطاب العرب إلينا، المساهمة في توسيع نفوذنا وتأثيرنا السلمي على قبائل المناطق الداخلية".

لقد لعب قطاع الصحة في المرحلة الأولى من مراحل الاحتلال دور المساندة والدعم لتثبيت أن المحتلين في الجزائر وخدمة الجيش الاستعماري حيث نجد مثلا أنه سنة 1835م بلغ عدد الأطباء 80 طبيبا معظمهم يقطن بمراكز إقامة المستوطنين الفرنسيين والأوروبيين وذلك لخدمتهم والحفاظ على صحتهم.

¹ - خروبي بزارة عمر: إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999م-2009م) "دراسة حالة في المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خليف بولاية شلف، رسالة ماجستير، قسم العلوم السياسية، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة شلف، 2010م/2011م، ص 27.

تعتبر هذه الفترة عسكرية ما عدا مناطق الجنوب التي لم تحتل بعد في هذه الفترة كان توزيع العلاج يتم من طرف مصلحة الصحة العسكرية أي بواسطة العسكريين، حيث تم وضع عيادات وسيارات ثابتة، وهذه الهياكل كانت توضع في المناطق الآهلة بالعسكريين وهذا لخدمتهم.

❖ المرحلة الثانية 1850-1945:

عكس المرحلة الأولى التي تبقى فترة قصيرة جدا ولم تعرف تطور كبير من ناحية الرعاية الصحية للسكان، فإن هذه المرحلة عرفت تطورا كبيرا، حيث شهدت ميلاد مؤسسة صحية حقيقية تخدم مصالح الاحتلال الفرنسي بالجزائر.

ما يميز هذه المرحلة هو المقاومة الكبيرة للشعب الجزائري في شكل توارث ومقاومات شعبية للاحتلال، مما دفع بالاحتلال الفرنسي إلى اتخاذ سياسة أخرى أكثر عدوانية ولكن إنسانية في ظاهرها، وهي إنشاء نظام صحي يهتم بصحة الجيش الفرنسي والسكان المدنيين من الأوروبيين والجزائريين¹. اهتمت الإدارة الفرنسية في هذه المرحلة بتطوير النظام الصحي المدني وذلك باتخاذ عدة إجراءات كان أهمها:

- تشجيع الأطباء الغربيين على الهجرة إلى الجزائر والعمل في العيادات الطبية.
 - إنشاء دوائر طبية.
 - إنشاء مستشفيات مدنية مفتوحة خاصة للأوروبيين.
 - تدعيم وجعل المستشفيات مدنية مفتوحة خاصة للأوروبيين.
 - تدعيم وجعل المستشفيات العسكرية المختلطة.
 - إنشاء هيئات علمية ومؤسسات طبية جديدة.
 - إنشاء مؤسسات وهيئات مساندة ويتعلق الأمر بإنشاء كلية الطب بجامعة الجزائر ومعهد باستور، والمخزن العام للمصالح المدنية للصحة.
- كما تم تكوين المساعدين الطبيين من الأهالي عام 1904 وإنشاء عيادات للأهالي عام 1907 والمرضات الزائرات عم 1926².

¹ - خروبي بزرارة عمر، المرجع السابق، ص 29.

² - المرجع نفسه، ص 29.

وكانت المؤسسة الصحية مؤلفة من أربعة أشكال للتنظيم وهي:

- تنظيم صحي عسكري كوسيلة منطقية وضرورية للمستوطنين.
- تنظيم صحي مشابه لذلك الموجود بالمتريول، تم إدخال عن طريقة لأول مرة ما يعرف بالطب الليبرالي.

هذين التنظيمية كانا موجّهين للأوروبيين والجزائريين العاملين في القطاعات التالية: البريد والمواصلات؟ السكك الحديدية، عمال المناجم، نقل الورشات الصناعية، وكان يقدم خدمات صحية مرضية بصفة عامة، وهذا ما يسمى بطب المستعمر *médecine de l'occupant* أو الطب الاستعماري.

- تنظيم قائم على المساعدة الطبية، موجه للسكان الأصليين المحرومين، وبالطبع للعمال في قطاع الفلاحة الذين يمتلكون قوة العمل في المزارع الاستعمارية.
- شكل من الطب التقليدي المحصور في الأرياف والجبال، ولكنه كان مهدداً باستمرار من قبل الأشكال الثلاثة الأولى للتنظيمات الصحية.

إن التطورات التي حدثت في النظام الصحي في الجزائر المستعمرة، جاءت للاستجابة لمطالبية المستوطنين الفرنسيين والأوروبيين من جهة، ومن جهة أخرى فإن التطورات والإجراءات التي أدخلت على النظام الصحي المدني وكذا العسكري، كانت بمجرد وسيلة استراتيجية للإدارة الفرنسية كمحاولة لكسب تأييد الجزائر بين لمشروع الاحتلال، لأن المستشفيات ومراكز العلاج التي سمح للأهالي الاستفادة من خدمات، كانت تلامي حذراً وتخوفاً كثيراً من قبل المرضى الجزائريين، ولم يكونوا يعالجون فيها إلا إذا تفاقم المرض ولم تتمكن الأسرة من علاجه، فضلاً عن هذا فإن العلاج عند الفرنسيين يعبر تدينشا لشرف الأسرة وكرامتها.

نستنتج أن تطور النظام الصحي في الجزائر في هذه الفترة لم يكن بريئاً ولا إنسانياً لصالح السكان والأهالي، بقدر ما كان سياسة استعمارية جديدة تهدف من خلالها فرنسا إلى توطيد قلاتها مع سكان الأهالي وذلك للقضاء على الثورات الشعبية من جهة، والحركة الوطنية من جهة أخرى هذه الأجرة قامت في سنة 1954 باستعمال فتيل الثورة التحريرية، والتي جاء على إثرها استرجاع السيادة الوطنية¹.

¹ - خروبي بزرارة عمر، المرجع السابق، ص 30.

❖ المرحلة الثالثة 1945-1962:

إن الوضع الاجتماعي والاقتصادي المتدهور الذي مس الشعب كنتيجة لسياسة الاستعمارية العنصرية التي أخذت في تطبيقها فرنسا في الجزائر (باستثناء البعض من الجزائريين الذين كانوا محظوظين لمعاملتهم بنفس المعاملة لدى الأوروبيين) ساهم بشكل كبير في تدهور الوضع الصحي للأهالي جراء انتشار الأمراض والأوبئة والفقر...، وهذا ما أدى إلى ظهور حركة وطنية تدافع على حقوق الجزائريين السياسية منها والاجتماعية والاقتصادية وكان ذلك نتيجة لانبعاث وبروز الوعي الأهلي لدى الشعب الجزائري الذي عرف حقيقة الاحتلال والهيمنة.

ما ميز هذه المرحلة هو ان الاحتلال الفرنسي أدخل بعض التحسينات على النظام الصحي القائم، وبطبيعة الحال ليس لصالح الغالبية من الشعب الجزائري وإنما لصالح أفراد الجيش الاستعماري والمستوطنين الأوروبيين وكذا الخدم من الجزائريين.

إن ظهور الحركة الوطنية بتنظيمات أو تشكيلات مختلفة (نجم شمال إفريقيا سنة 1926، جمعية العلماء المسلمين في سنة 1931، حزب الشعب الجزائري في سنة 1937) جعل الشعب الجزائري يطالب بحقوقه بطريقة قانونية منظمة، ومن بين ما كانت تنادي به، العدالة والمساواة في استفادة كل الجزائريين دون تمييز عرقي أو ديني أو طبقي من خدمات الصحة وامتيازات الضمان الاجتماعي¹.

لم يكن لهذه الأحزاب والجمعيات تأثيراً فعالاً وواضحاً على التنظيم الصحي الاستعماري، والذي واصل تدعيمه للعمل على الاستجابة لمصالح المستوطنين الأوروبيين، وساعد الخط القلبي من الجزائريين المثقفين ممن كانوا أعضاء في المجالس الانتخابية في الإدارة الاستعمارية والعمل في القطاعات الصناعية من الاستفادة من امتيازات الضمان الاجتماعي، والاستفادة من مصالح الصحة المخصصة للأوروبيين.

أدت الممارسات غير الإنسانية من طرف الاحتلال الفرنسي في حق نشطاء الحركة الوطنية من قتل وسجن وتعذيب ونفي إلى تغيير هذه الأخيرة من مطالبها، حيث أضحت تنادي بالاستقلال بعدما كانت تنادي بالاندماج، وهو ما أدى إلى إعلان اندلاع الثورة التحريرية في أول نوفمبر من سنة 1950، وعليه فإن اندلاع الثورة التحريرية سوف يكون له تأثير حقيقي على مستقبل النظام الصحي للجزائر أثناء الاحتلال وبعد استرجاع السيادة الوطنية².

¹ - خروبي بزرارة عمر، المرجع السابق، ص 31.

² - المرجع نفسه، ص 32.

سادسا: أهم المحطات التاريخية لتطور السياسة الصحية في الجزائر.

❖ المرحلة الأولى: مرحلة السياسة الصحية في الجزائر بعد الاستقلال من 1962/1965:

إن السياسة الصحية للجزائر برزت انطلاقاً من مرحلة بعد الاستعمار أي مرحلة الاستقلال 1962م، ومن هذا الجانب ضرورة الاهتمام بالصحة لأنها ليست محطة حق أساسي فقط وإنما تتعدى كونها المصدر الأساسي لتطور الاجتماع والاقتصاد والفرد وعلى أساس هذا المبدأ العالم عمدت الجزائر في كل الدساتير التي سنتها إلى جعل مبدأ حق المواطنين في حماية الصحة أساسي لا يمكن تكوينه أو تجاهله، وقد خلق الاستعمار الفرنسي عدة مشاكل صحية ولعل أبرزها تجلى في:

- هجرة جماعية للأطباء الفرنسيين (2200 طبيب و 2700 ممرض وممرضة).
- صحية متردية نتيجة للنقص الفادح في الكوادر الصحية الوطنية حيث بلغ عدد الأطباء بالنسبة لعدد السكان في تلك الفترة لا أكباء لكل (100000) ساكن كما بلغ عدد الصيادلة حوالي (30) صيدلي و (30) طبيب أسنان.

- نقص في الكوادر الفنية والإدارية لتسيير المؤسسات الصحية.
 - سوء توزيع المراكز والمؤسسات الصحية.
- ولاجتتاب كل هذه المشاكل سعت الجزائر إلى وضع استراتيجية لتصليح مواقع الخلل التي كان فيها النظام الصحي سابقا حيث شملت ما يلي:

- الوقاية: لأمن أفضل طريقة للعلاج هو تجنب المرض والعمل على عدم وجوده وذلك من خلال الحملات التلقيفية وإجراءات النظافة للوقاية من المرض قبل وقوعه.
- علاج الأمراض: من أجل تحقيق ذلك تم وضع مستويات عديدة يتلقى فيها المريض كل العلاقات الضرورية وذلك بداية من المراكز الصحية القاعدية تم توجيهه إلى المستشفيات في حالة عدم القدرة على توفير الإمكانيات في المراكز للعلاج¹.
- التوزيع العقلاني للأطباء: وذلك من أجل تحقيق الأهداف المرسومة في الخريطة الصحية ويعني ذلك القيام بتغطية صحية تشمل كافة التراب الوطني من حيث الموارد البشرية والمادية.

¹ - نسيم وكادي، المرجع السابق، ص 27.

❖ المرحلة الثانية: مرحلة السياسة الصحية في الجزائر من 1965م/1979م:

تمثلت هذه المرحلة ببداية المخطط الوطني ونشاط المعهد الوطني للصحة العمومية الذي نشأ عن 1946م، ومع صدور الأمر المنظم لمهنة الأطباء والصيدلية عام 1966م باتت الأمور تتجه نحو الأحسن لدفع عجلة التكوين الطبي وشبه الطبي وكذا إنشاء بعض الهياكل القاعدية بين سنتي 1967م، 1969م.

حيث جاءت هذه الجهود ضمن الإجراءات المعتمدة من منظمة الصحة العالمية بعد ندوة ألمانيا في كازاخستان أين تمت مناقشة قضايا الصحة العالمية، حيث كان أهم قرار هو الصحة للجميع، وهذا ما جعل بروز الأمر الرئاسي للطب المجاني وهو الأمر رقم 73-65 المؤرخ في 28 سبتمبر 1973 المتعلق بإنشاء الطب المجاني في القطاعات الصحية، فهذا القرار يعد كخطوة أولى لإعطاء فعالية أكثر للقطاع الصحي وتوحيد نظامه ككل.

وفي هذا الإطار أكد الميثاق الوطني 1976 حق المواطن في الطب المجاني حيث دعم دستور 1976 هذا الحق وذلك في المادة 67 منه والتي نصت على كل المواطنين لهم الحق في حماية صحتهم وهذا الحق مضمون بخدمات صحية عامة ومجانية وبتوسيع الطب الوقائي وتميزت بـ:

- إصلاح النظام التربوي وبالخصوص الدراسات الطبية من أجل تحسين جودة التعليم وتدعيم التأطير مما سمح بتدفق الممارسين الطبيين في كل التخصصات.
- إصلاح التعليم الجامعي للأطباء والصيدلة وجراحي الأسنان، وفق التطورات العلمية في مجال الوقاية والعلاج من خلال وضع برامج تهدف إلى تكوين الأطباء من أجل الوصول إلى تغطية صحية جيدة أي لكل 1000 مواطن طبيب.
- في سنة 1975 تم تبني البرمجة الصحية للدولة وإنشاء القطاعات الصحية والصحة الفرعية¹.
- التكفل بالرعاية وعلاج الأطفال مجاناً من قبل الدولة سواء على مستوى مراكز حماية الطفولة أو في إطار الطب المدرسي وبهذا الصدد صدر مرسوم رقم 69-96 المؤرخ في 09 جويلية سنة 1969م والقاضي بإلزامية التلقيح ومجانيته.
- مكافحة بعض الأوبئة مثل مرض السل ومرض الشلل وسوء التغذية.

¹ - نسيم وكادي، المرجع السابق، ص 28.

فمن خلال هذه الجمل من الإنجازات تبلور لدينا أن السياسة الصحية خلال هذه الفترة سائرة في طريق إيجاد حلول للأمراض المتفشية في المجتمعات الجزائرية ناهيك عن تقديم المساعدات الطبية وفرض تكوينية لدى الأطباء من أجل رفع الكفاءة المهنية لدى الأطباء الجزائريين. وكذلك لا ننسى الجانب الصحي للأطفال الذي يعد محضى اهتمام كل دولة من جراء إنشاء المراكز الصحية للطفولة، وأيضا القرارات الوزارية والمراسيم التي تحمي الطفولة، وتقدم لها الدعم والرعاية خاصة بتقديم العلاج الطبي المجاني.

❖ المرحلة الثالثة: مرحلة السياسة الصحية في الجزائر من 1980-1990:

تميزت هذه المرحلة بـ:

- تطوير المستخدمين في قطاع الصحة من 57872 في عام 1973، إلى 124728 عام 1978 وكل هذا راجع إلى الاستثمارات المترفعة التي تقوم بها الدولة، حيث ارتفع عدد الأسرة من 42450 سرير عام 1973 إلى 62500 عام 1987 وكما ارتفع عدد المراكز الصحية من 588 عام 1974 إلى 1147 عام 1986م.
- أما بالنسبة للجانب العملي فإن الدولة أصبحت تتحمل جميع تكاليف الصحة مع صناديق الضمان الاجتماعي، وكان ارتفاع أسعار النفط مجالا للمساعدة في ذلك.
- صدور قانون 83-11 المؤرخ في 02 جويلية 1983، والذي بموجبه سعت الدولة لتمويل السياسة الصحية إلى صناديق الضمان الاجتماعي¹.
- جاء قانون 86-25 المؤرخ في 11 فيفري 1986 يعطي الاستقلالية التامة للمراكز الاستشفائية الجامعية بعدما كانت هذه المراكز مدمجة ضمن باقي القطاعات الصحية الأخرى.
- انشاء المدرسة الوطنية للصحة العمومية بموجب المرسوم التنفيذي 11 المؤرخ في 07 فيفري 1989 والذي يعطي للمدرسة صفة المؤسسة العمومية ذات الطابع الإداري.
- إن نمط الصحة السائد في هذه المرحلة يغلب عليه صدور القوانين والمراسيم المتعلقة بالصحة العمومية من حيث المدارس والمراكز الصحية التي تمحو عجز الجزائر في الفترات السابقة، حيث استطاعت أن تغطي جل نفقاتها وذلك بالاستناد إلى صندوق التضامن الاجتماعي في تمويل السياسة الصحية.

¹ - نسيم وكادي، المرجع السابق، ص 29.

❖ المرحلة الرابعة: مرحلة السياسة الصحية في الجزائر من 1990 إلى 2012:

تميزت هذه المرحلة بـ:

- إجراء التحقيق الوطني حول الصحة في سنة 1991 من طرف المعهد الوطني للصحة العمومية من أجل التوعية ومكافحة الأوبئة.
- إجراء تحقيق حول صحة الأم والطفل تحت إشراف وزارة الصحة والسكان والديوان الوطني للإحصاء وجامعة الدول العربية في إطار المشروع العربي لترقية الطفولة.
- العديد من الإنجازات في القطاع الصحي إضافة إلى المخابر التحليلية مثل معهد باستور الذي يعد مرجعا لمنظمة الصحة العالمية.
- انتقال الوضعية الديمغرافية الوبائية للسكان إلى تعزيز العلاج الجوارحي من أجل تقريب الصحة للمواطن، بصدور المرسوم التنفيذي رقم 94-74 المؤرخ في 30 مارس 1994 الذي تم بموجب تحويل معهد باستور إلى مؤسسة عمومية ذات طابع تجاري وصناعي.
- إنشاء الوكالة الوطنية للدم ذات الطابع الإداري وتكفل حسب المرسوم 95-108 المؤرخ في 09 أبريل 1995م بمهمة تنظيم عمليات حقن الدم¹.
- في سنة 2008م تم إنجاز عدة مشاريع أبرزها تقليل عدة وفيات بالنسبة للرضيع.
- كما تم إنجاز مستشفى عام و 94 مستشفى متخصص و 211 هياكل صحية أخرى و 311 عيادة متعددة التخصصات.
- توفير الأدوية من الجنسيات الأخرى بفضل فتح مجال الاستثمار الأجنبي في الأدوية ومحاربة الأدوية المزيفة.
- تحسين مجال الأمومة والطفولة من أجل ترقية الصحة بالبرامج الصحية المقدمة من الوزراء.
- في خلال الفترة ما بين 2005 إلى غاية 2009 استفاد قطاع الصحة من خلاف مالي بقيمة 244 مليار دينار جزائري ثم استثماره في إنجاز 800 مؤسسة استشفائية جوازية.
- إعادة هيكلة المنظومة الصحية على مستوى التراب الوطني من خلال 19 ماي 2007 بموجب المرسوم التنفيذي 07-104 الذي يقوم على فصل الاستشفاء عن العلاج والفحص وهي نوع من اللامركزية.

¹ - نسيم وكادي، المرجع السابق، ص 30.

- قرار الفصل في المهامات الجامعية لضمان العلاج.
- انشاء قاعات العلاج وتأسيس الطب الجوارى.
- بينما في سنة 2009 شمل تحسين في صحة الأمومة إذ سجل تراجع في نسبة الوفيات بالنسبة للأمهات إذ بلغت 802 في 100.00 في سنة 2008 مقابل 215 100.000 بالمئة في سنة 2009¹.

خلاصة الفصل.

إذا تطرقنا إلى السياسة العامة نجدها تستند إلى الحكومة التي تعد هي المتخصصة في ميدان الصحة، بحيث تعتبر عنها من خلال الخطابات الرسمية أو من خلال وثائق دستورية وإدارية، وكل هذا في مجال تحقيق السلام والحفاظ على صحة السكان من خلال توفير الهياكل والامكانيات المادية والبشرية وإداريين والشبه الطبيين كضمان لسلامة المواطن والأفراد داخل المجتمع.

حيث أن أمر وضع السياسة الصحية مخولة إلى وزارة الصحة فحسب، بينما تساعدها في بعض الأحيان مراكز وطنية للصحة والتنمية الصحية من أجل تطوير تلك السياسة في سبيل الخدمة الصحية، حيث أن السياسة الصحية في الجزائر مرت بعدة مراحل كلها كانت تسعى لمكافحة الأمراض وحماية الأمومة والطفولة، فإذا كانت الأم بصحة جيدة فإنها ترحب بأطفالها وتقدم لهم كل ما يحتاجون إليه، أما الأطفال فهم أجيال المستقبل وكذلك على الجزائر أن تهتم أكثر بالجانب البشري وتكونه تكويننا طبيًا يسعى فيه من ذلك إلى عنصر اللجوء إلى أطباء من الدول الأخرى المجاورة أو الأجنبية.

¹ - نسيمه وكادي، المرجع السابق، ص 31.

الفصل الثالث: أسس وضع السياسة

الصحية في الجزائر:

تمهيد.

أولاً: محددات السياسة الصحية في الجزائر

1999م-2009م.

ثانياً: أنواع الخدمات الصحية ومستوياتها في

الجزائر:

ثالثاً: اختلالات السياسة الصحية في الجزائر:

رابعاً: وضع وتحليل السياسات الصحية في

الجزائر:

خلاصة الفصل.

تمهيد.

السياسة الصحية من أهم السياسات التي حظيت باهتمام الكثير من الباحثين والأكاديميين والمنظمات الدولية والإقليمية والمحلية نظرا لارتباك السياسات العامة الصحية بالتنمية، ولأن صحة الفرد من المقومات الأساسية للمجتمع فهي مطلب أساسي من مطالب الحياة وهي أيضا ضرورة من ضروريات التنمية، فالإنسان الذي تتكامل له صحة نفسية وجسمية هو الإنسان الأدر على العمل والإنتاج وتحقيق أهداف التنمية ورفي المجتمع، ولكي يتحقق الهدف من السياسة الصحية يجب أن تتجه الخطة الصحية إلى التركيز على البرامج الوقائية في مخطط صحي يهدف أساسا في الارتقاء بالصحة عن طريق الوقاية والاكتشاف المبكر للأمراض والعلاج السليم.

وسنحاول من خلال هذا الفصل دراسة السياسة الصحية ومعرفة أنواع الخدمات الصحية ومعرفة أنواع الخدمات الصحية ومستوياتها والتطرق لاختلالات النظام الصحي والسياسة الصحية في الجزائر.

أولا: محددات السياسية الصحية في الجزائر من 1999م إلى 2009م.

1- الأوضاع الاقتصادية في الجزائر 1999م-2009م:

عرفت الجزائر في أواخر التسعينات تحسن ملحوظ للوضع الاقتصادي العام بسبب ارتفاع عائدات النفط مما انعكس إيجابيا على الميزانية التي ارتفعت وانعكست على نسبة التضخم، حيث كانت 5% سنة 1998م لتتخفض إلى 3% سنة 2007م و3.1% في سنة 2009م كحد أدنى، أما في ما يخص احتياطات الصرف فقد مرت من 4.4 مليار دولار سنة 1999م إلى 140 مليار دولار سنة 2008م¹. والشيء الإيجابي الذي يحسب لصالح السلطات العمومية هو تخفيض المديونية الخارجية للبلاد لتبلغ أقل من 5 مليار دولار، في حين كانت تبلغ 29 مليار دولار في سنة 1999م، كما تجدر الإشارة إلى المديونية العمومية الخارجية المالية أي سنة 2015م تبلغ أقل من 500 مليون دولار، أما مؤشرات النمو، فقد استقرت وتيرة النمو المتوسط خارج المحروقات خلال العشر سنوات الماضية إلى نسبة حوالي

¹ - جمال لعمامرة: تطور فكرة ومفهوم الموازنة العامة للدولة، مجلة العلوم الإنسانية للنشر، العدد الأول، نوفمبر 2001م، ص 27.

5 %، ومن أجل إعادة الاقتصاد الوطني إلى سكة الطبيعية فقدت عمدت السلطات العمومية ممثلة في رئيس الجمهورية إلى إطلاق برنامجين سنويين لدعم النمو الاقتصادي، ويتعلق الأمر ببرنامج دعم الإنعاش الاقتصادي 2001م-2004م وكذلك البرنامج التكميلي لدعم النمو 2005م-2009م، وإطلاق برنامج لتوطيد النمو، وكذلك البرنامج التكميلي دعم النمو 2005م-2009م، وإطلاق برنامج لتوطيد النمو، وكذلك إطلاق برنامج الجنوب والهضاب العليا في الفترة الممتدة ما بين 2005م-2009م¹.

هذه الوضعية المريحة والوقرة المالية التي أصبحت تتوفر عليها الجزائر كانت مؤثر ودافع قوى لتنمية الاقتصاد الوطني خارج قطاع المحروقات الذي لم يتم استغلاله بشكل جيد ولم تولي الدولة اهتمام كبير من الناحية الاجتماعية للمواطنين خاصة الموظفين الذين يعانون من انخفاض قدرتهم الشرائية بما فيهم موظفي قطاع الصحة، وهي من الرهانات الاستراتيجية لمباشرة أي عملية إصلاح، ورغم هذه البحوحة المالية إلا أن ظروف العمال في قطاع الصحة بالجزائر لم تتحسن كثيرا وخير دليل على ذلك كثرة الإضرابات العمالية في المنظومة الصحية من طرف الأطباء والممرضين وحتى الإداريين، كل ذلك جعل النظام الصحي في الجزائر يعاني من اللاتوازن وتدهور الخدمات الصحية، كنتيجة حتمية لهذه الوضعية التي وجب تغييره².

2- الأوضاع الصحية في الجزائر 1999م-2009م:

عرفت الجزائر تحولات وبائية كبيرة، حيث انتقلت البرامج من هيمنة الأمراض المنقولة التي ميزت الوضع العام للصحة، إلى ظهور وسيطرة الأمراض المزمنة: ذلك إلى المحيط الاجتماعي وتحول نمط المعيشة للسكان بما فيها مشاكل الصحة العقلية، والادماج والحوادث المرورية أين لا يمكن غض البصر على نتائجها الخطيرة على المجتمع، ويمكن حصر أهم البرامج الوقائية التي اهتمت بها السياسات الصحية في برامج الأمراض المنقولة حيث تعتبر أمراض التهاب الكبد ومرض السل الأكثر انتشارا، والتي ساهمت بشكل كبير في زيادة الوضعيات لدى شريحة الأطفال خاصة، إلى جانب ذلك الفقر وسوء التغذية، ونقص الإمكانيات خاصة النقص الهائل في عدد الأطباء، وكثرة الأخطاء الطبية التي أودت في كثير من الأحيان بحياة الكثير من المرضى، أين تم اللجوء إلى التعاون الخارجي رغم ذلك فيفضل البرنامج الخاص بالتفقيح تم إلى حد كبير التحكم في عدد المصابين بهذه الأمراض، هطا لا يعني القضاء عليها

¹ سهيلة برحو فاقة: إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر: واقع وأفاق، مجلة الدراسات الاستراتيجية، الجزائر، جانفي

2009م، ص 12.

² المرجع نفسه، ص 13.

بشكل كلي، مثل مرض السل الذي يعتبر من الامراض الأكثر شيوعا في الجزائر والذي يهدد حياة العشرات من الأطفال، نتيجة لسوء التغذية لعدد كبير من العائلات وذلك بسبب الفقر، ومن جهة أخرى قلة النظافة، التي تساهم في الأمراض الأخرى في انتشار مرض السل¹.

أما عن التحول الذي عرفته الجزائر في أواخر التسعينات، على الرغم من تحسين الأوضاع الصحية هو تحول من حيث نوع المرض حيث انتقل من مرحلة سادت فيها الأمراض المنتقلة إلى مرحلة تسود فيها الأمراض المزمنة، دون القضاء التام على بعض الأمراض المنتقلة مثل مرض السل الذي يسمى مرض الفقر مما فرض على الحكومة وفي مقدمتها وزارة الصحة على ضرورة العمل للتكيف مع هذا الوضع الجديد، ويظهر ذلك جليا من خلال عدد المصابين بهذه الأمراض، حيث وصل حسب إحصائيات 1998م إلى 10.5% من عدد السكان 8.4% بالنسبة إلى الذكور، 12.6% بالنسبة إلى الإناث الجزائري هو الوحيد في العالم الذي يعاني من نوعين من الامراض: أمراض الفقراء وأمراض الأغنياء، في حيث توضح بعض الأرقام الصحية، أن عدد السكان حسب آخر إحصاء لسنة 2008م أمثر من 24 مليون نسمة، أما عدد مرضى السكري فيقدر بـ3 مليون، أي 5% من السكان، أما مرض السرطان الذي لا يقل خطورة من داء السكري فقد بلغ عدد المصابين 130 ألف في 2009م بمعدل 35 ألف حالة كل سنة بنسبة 53% للنساء و47% للرجال، ويمثل مرض ارتفاع الضغط 1% من السكان، أما مرض المفاصل فيمثل حوالي 2%، أما مرض الربو فيمثل 2%، بالإضافة إلى أمراض القلب والشرايين بنفس النسبة (مجتمع مريض) وتعتبر الصحة العقلية في الجزائر إشكالية بالنسبة للصحة العمومية، حيث وصل في سنة 1998م عدد الإعاقات العقلية إلى 460 حالة 100000 فرد أي بنسبة 2% ذكور².

3- الوضعية الديمغرافية 1999م-2009م:

إن الإحصاء الوطني للسكان الذي أجري سنة 1998م كشف عن معدل التمدن الذي قدر بـ 88.3% حيث يوجد 18.090,360 موزعون على المناطق النائية، فهذا التوزيع غير المتوازن للسكان يعود أساسا إلى الخصوصيات الجغرافية للوطن، حيث نجد 37.8% من السكان يتواجدون على طريق الشريط الساحلي 52.2%، في حين أن 9.7% من السكان تتربع على 83% من المساحة الاجمالية للبلاد المتموقعة في الجنوب، وتمثل ظاهرة الهجرة الداخلية متغيرا يؤثر في توزيع السكان مما يخلق

¹ - عبد العالي ديلة: الدولة الجزائرية الحديثة "الاقتصاد والمجتمع والسياسة، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، 2010م، ص 78.

² - المرجع نفسه، ص 79.

اللاتوازن الأمر الذي طرح ضرورة إعادة التنظيم الإداري لغرض العلاج والأخذ بعين الاعتبار متطلبات إقامة نظام صحي قائم على الخريطة الصحية التي تأخذ بعين الاعتبار الخصوصيات الجغرافية والديمغرافية لكل منطقة. إذ كان ذلك توزيع السكان على المساحة الجغرافية للجزائر طرح ضرورة إعادة التنظيم الإداري لغرض العلاج، هذا يعني أن اللامساواة في الحصول على العلاج والوقاية من الأمراض كانت حاصلة وبشكل كبير مما دعوى إلى ضرورة إصلاح المنظومة الصحية، لكي تواكب هذا التطور الديمغرافي، فالإصلاح يجب أن يعطس حقيقة التوزيع السكاني في الجزائر أن ربط عملية إصلاح المنظومة الصحية في التوزيع الحقيقي للسكان على المساحة الجغرافية، حتى يكون هناك توازن في تقديم الخدمات الصحية¹.

ثانيا: أنواع الخدمات الصحية ومستوياتها.

1- أنواع الخدمات الصحية:

حسب وظائفها تنقسم الخدمات الصحية حسب الوظيفة التي تؤديها إلى ثلاث مجموعات أساسية هي خدمات علاجية، وقائية، إنتاجية.

أ- خدمات علاجية:

هو جهة للفرد ترتبط بجميع الخدمات الصحية لمختلف التخفيضات على مستوى المؤسسات الصحية، بالإضافة إلى الخدمات المساعدة المتمثلة في الأشعة، التحاليل إلى جانب خدمات التغذية والنظافة وخدمات الإدارة وغيرها.

ب- خدمات وقائية:

تعمل هذه الخدمات على تسهيل أداء الخدمات العلاجية، وتتمثل في حماية المجتمع والبيئة من الأمراض المعية والأوبئة.

ج- خدمات إنتاجية:

تتمثل في إنتاج الأمصال، اللقاحات، كما تتضمن إنتاج الأدوية العتاد والأجهزة الطبية الأخرى ومن خلال هذه الاقتباسات نستنتج أن الخدمات الصحية التي يقدمها القطاع الصحية للمجتمع تنحصر في خدمات علاجية، خدمات وقائية وأخرى إنتاجية فالأولى نقصد بها الدعم الطبي الذي توفره كل المؤسسات الصحية من فحص طبي، تحاليل، أشعة طب الأسنان، العمليات الجراحية...إلخ.

¹ - إسماعيل قيرة: مستقبل الديمقراطية في الجزائر، مركز الدراسات للوحدة العربية، بيروت، 2002م، ص 284.

الفصل الثالث: أسس وضع السياسة الصحية في الجزائر

أما الخدمات الوقائية فتمثلها العناية الكبرة للوقاية من الأوبئة وتتمثل العلاج السريري لتفادي الأوبئة المنتشرة مثل: السل، الملاريا.....¹

2- مستويات الخدمة الصحية:

يعتبر قطاع الصحة وهياكله أحد القطاعات الرئيسية في عملية التنمية الاقتصادية التي تنتهجها الحكومة الجزائرية تطورا للدور الذي يقوم به من خلال ربط كل القطاعات الحيوية الاقتصادية منها والاجتماعية.

تتمثل مختلف المستويات المشكلة للنظام الصحي في الجزائر فيما يلي:

- أ- **على المستوى المركزي:** الذي يتمثل في وزارة الصحة والسكان.
- ب- **على المستوى الولائي:** والذي نجد فيه: مديرية الصحة والسكان، إضافة إلى المراكز الاستشفائية الجامعية، والتي أنشأت عام 1974م وهي نتاج اتحاد كركز استشفائي جهوري (600-700) سرير ومعهد طبي، يتولى تقديم الخدمات الصحية وتدريب هيئة فنية في مجال البث والرعاية، فهو يشرف على ثلاث ميادين هي: الميدان الصحي، ميدان التكوين وميدان الدراسة والبحث.
- ج- **على المستوى المحلي (الدائرة والبلدية):** تنظم الخدمات الصحية على مستوى الدائرة والبلدية في شكل قطاعات صحية، مؤسسات استشفائية عمومية، ووحدات صعبة فاعلة تتولى تحقيق احتياجات الأفراد للحد من الضغط على المراكز الاستشفائية².

ثالثا: اختلالات السياسة الصحية في الجزائر.

1- اختلالات متعلقة بالتنظيم:

المؤسسة الاستشفائية هي مؤسسة ذات طابع خدمات تخضع في تسييرها إلى المنطلق الإداري، وكل العلاقات الهيكلية داخلها موجودة، لكن العلاقات الوظيفية غير محددة بوضوح، إذ نجد تعدد أجهزة التدخل في غالب الأحيان امتداد عضويا للإدارة المركزية الأمر الذي ترتب عنه علاقة خضوع عضوية مزدوجة تظهر فيما يلي:

- أ- خضوع نسبي تام للإدارة المركزية فيما يتعلق بتخطيط أعمالها.

¹ - إسماعيل قيرة، المرجع السابق، ص 30

² - خروبي بزرارة عمر، المرجع السابق، ص 13.

ب- خضوع تام فيما يتعلق بمنهجية التسيير المحولة لها من قبل التشريع والمتعلقة بالمستخدمين وقواعد المحاسبة.

ج- غياب التحفيز بالنسبة للموظفين مما أدى إلى ركود نشاطاتهم بسبب تكييف قانونهم الأساسية وسوء ظروف العمل والأجور مقارنة مع القطاع الخاص.

د- عدم المساواة في توزيع الموارد البشرية والمادية بين جهات الوطن وحتى داخل كل جهة، حيث نسجل فوارق كبيرة إذ تجد في الشمال طبيبا لكل 800 ساكن يقابله طبيب لكل 1200 نسمة في الجنوب¹.

2- اختلالات متعلقة بوسائل التسيير:

يشمل نقائص النظام الإعلامي الصحي والتكوين الصحي، فالنظام الإعلامي الحالي لا يعطي معلومات كاملة عن الطب العلاجي ونوعية الخدمات الصحية المتوفرة للسكان ويعود هذا الخلل إلى سوء تناول التقارير والملفات الطبية، وعدم مرونة السجلات الإدارية وانعدام تكوين الموظفين، إضافة إلى أن تكوين في المجال الصحي لا يأخذ بعين الاعتبار الحاجيات المطلوبة من طرف القطاع الصحي وبالتالي عدم توافق التكوين الأكاديمي مع المؤهلات المفروضة في الواقع التطبيقي².

3- اختلالات متعلقة بالتسيير المالي:

- سوء توزيع الموارد المالية المتاحة، فهيكلة النفقات والإيرادات المتعلقة بميزانية قطاع الصحة غير مرئية حسب الأولويات.
- غياب التحكم في النفقات وعدم دقة المعطيات المتعلقة بتكاليف المصالح والنشاطات الصحية، مما جعل من محاسبة المستشفى تقريبية غير دقيقة وغير حقيقية، وفوضعية المؤسسات العمومية الصحية تتميز بوضعية التسيير وهو ما يسخر الوضعية التي تتميز بتراكم الديون على المؤسسة العمومية وفقدان مصداقيتها.
- ويمكن اعتبار هذه العناصر من أهم معوقات اتحاد السياسات العميقة في الجزائر في سبيل وصولها إلى الأهداف التي سطرتهما وهو ما تعمل الجزائر دائما على تجاوزه من خلال اعتماد سياسات صحية تكميلية أو جديدة تأخذ بعين الاعتبار نقائص سابقاتها.

¹ - خروبي بزارة عمر، المرجع السابق، ص 14.

² - المرجع نفسه، ص 15.

الفصل الثالث: أسس وضع السياسة الصحية في الجزائر

- 9 عدم تنظيم المصالح الصحية: بالرغم من عددها المتغير لا تستحب الهياكل الصحية العمومية إلا جزئيا للطلب الصحي، حيث يفرد التكفل بالأمراض نقصا متزايدا.
- التوزيع السيء المهني: حيث تشهد المنطقة الجنوبية، تغطية بخصوص الأطباء المختصين فضلا عن اتجاه هؤلاء إلى المؤسسات الخاصة رغم عمل الدولة على تشجيع الاستيراد إلى الجنوب من خلال عدة تحفيزات وامتيازات¹.
- تقديم خدمات صحية ذات جودة متردية بسبب عدم تأهيل الكادر البشري وعدم توافق التجهيزات الطبية الموجودة مع ما يعرفه المجال الصحي من تطورات.
- عدم رضا الكادر البشري بسبب غياب التحفيز وانخفاض الأجور².

رابعاً: وضع وتحليل السياسات الصحية في الجزائر.

سنركز في هذا المبحث على دور الفواعل الرسمية وغير الرسمية في صنع السياسات العامة الصحية لذا درسنا السياسة العامة الصحية في الجزائر من منظور "بيترمهال" ومن منظور "بول ساباتييه".

1- دور الفواعل الرسمية في صنع السياسات العامة الصحية في الجزائر:

أ- دور المؤسسة التشريعية:

للسلطة التشريعية ثلاث وظائف رسمية وهي: الوظيفة التشريعية والقوانين والخطط لرسم سياسة معينة او لمواجهة مشكلة معينة، فالسلطة التشريعية هي المخولة دستوريا للتشريع، وفي السياسات الصحية تقوم المؤسسة التشريعية بوضع التشريعات والقوانين ورسم سياسة صحية متعددة ومن أهم التشريعات الصادرة عن المؤسسة التشريعية:

- المرسوم التشريعي رقم 1 المؤرخ في 08 أفريل 1995م المتضمن مدى مساهمة المرضى في نفقات الإطعام والإيواء داخل المستشفى.
- المرسوم رقم 97-467 المؤرخ في 2 شعبان الموافق لـ 2 سبتمبر 1997م والذي يحدد قواعد إنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية وتنظيمها وسيرها.

¹- أمينة موزن، المرجع السابق ، ص 27.

²- المرجع نفسه، ص 28.

- المرسوم رقم 07-140 المؤرخ في 02 جمادى الأولى عام 1428هـ الموافق لـ 19 ماي 2007م والمتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية فالمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها¹.

ب- دور المؤسسة التنفيذية:

تضم الأفراد العاملين في البيروقراطية الحكومية: المتمثلة بالمؤسسات والهيئات واللجان والأجهزة الإدارية للحكومة المتنوعة، التي غالباً ما تضطلع بتنفيذ السياسات العامة، غير أن دورها في رسم السياسات العامة لا يمكن لا إخفاءه بأي حال من الأحوال إذ أن الشعوب تعيش عصر هيمنة السلطة التنفيذية بسبب الاعتماد بشكل كبير على القيادة التنفيذية في رسم السياسات العامة وتنفيذها وتعتبر وزارة الصحة والسكان المسؤول الأول عن تقديم الرعاية الصحية وتوفير الدواء ورفع المستوى الصحي للمواطنين الجزائريين والأجانب والقضاء على مشاكلهم الطبية، تليها المستشفيات الجامعية، والجهوية ثم القطاعات الصحية والوحدات القاعدية التابعة له.

1- دور رئيس الدولة:

هو أعلى سلطة في البلاد دوره السهر على تنظيم الدولة وتطبيق سياسات عامة تتماشى وبرنامجه وهو القاضي الأول في البلاد ورئيس الجيش ودوره في إصدار القرارات لتنفيذ برنامجه في كل القطاعات بما فيها قطاع الصحة².

2- وزير الصحة:

يقوم وزير الصحة والسكان بوضع استراتيجية لتنمية قطاعه في مجال وقاية صحة السكان ورعايته والتحكم في النمو الديمغرافي والتخطيط العائلي والتنظيم الصحي والخريطة الصحية، والعلاج الطبي في الهياكل الصحية، وتحديد أنماط تكوين الممارسين الطبيين والشبه طبيين والعمل على تنمية الموارد البشرية المؤهلة في ميدان التكوين وتحسين المستوى وتحديد المعلومات وينظم المهن، ويعد التنظيم الخاص بها عن طريق التدابير التنظيمية والتشريعية التي تخضع لها الأعمال التابعة لميدان اختصاصه والسهر على تطبيقها ودعم الأعمال التي لها علاقة بالوقاية ومكافحة الأعمال التي لها علاقة بالوقاية

¹ - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: المرسوم رقم 07-140 المؤرخ في 2 جمادى الأولى عام 1428هـ الموافق لـ 19 ماي 2007م والمتضمن إنشاء المؤسسات الاستشفائية العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، ص 10-22.

² - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: المرسوم التنفيذي رقم 124/90، المؤرخ في 30 أبريل 1990م، القاضي بتنظيم الهياكل الصحية، ص 7.

ومكافحة الأمراض الوبائية والمستحكة، والتزويد بالأدوية، والمعدات الطبية وتوزيعها، والحماية الصحية في الوسط التربوي والعائلي والعملي، وتشمل الإدارة المركزية لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات على المصالح الآتية¹:

- ديوان الوزير: يكلف مدير الذي يساعد مكلفون بالدراسة وعددهم سبعة وملحقون بالديوان وعددهم أربعة بجميع أشغال الدراسات والأبحاث المرتبطة باختصاصاتهم وتحضيرهم مشاركة الوزير في أعمال الحكومة وعلاقته مع الخارج.

- الأمانة العامة: تكلف الأمانة العامة التي يشرف على إدارتها مدير عام يساعده إثنان من مديري الدراسات ويتحقق بهما مكتب البريد والاتصال والتنسيق بين الهياكل المركزية والمصالح التابعة لها وتقييمها وتوجيهها.

- المفتشية العامة: يشرف عليها ستة مفتشين يقومون بالمهام التالية:

- الوقاية من كل أنواع التقصير وتسيير المصالح الصحية.
- توجيه المسيرين وإرشادهم لمراعاة القوانين والأحكام التنظيمية.
- العمل على استعمال المحكم للوسائل والموارد.
- ضمان مطلب الصرامة في تنظيم العمل².

- المديرية المركزية:

وتشمل ثمانية مديريات لكل منها اختصاص معين وهي:

- مديرية الوقائية، مديرية المصالح الصحية، مديرية الصيدلانية والدواء، مديرية السكان، مديرية التخطيط، مديرية المنازعات.

هـ- على المستوى الولائي:

يكلف مدير الصحة والسكان بعدة مهام أهمها تمثيل وزير الصحة السكان على مستوى الولاية بكل ما يتعلق بالصحة والسكان والعمل على توزيع الوسائل الصحية توزيعا منسجما ومتوازنا ومتابعة تحضير ميزانيات القطاعات الصحية وتنفيذها، بالإضافة إلى مراقبة وتوزيع الأدوية والمواد الصيدلانية وتنفذ ظروف خزنها وإعداد الأولويات لتحديد الاحتياجات الصحية في الولاية في مجال الوقاية والعلاج

¹ - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: المرسوم التنفيذي رقم 111/90، المؤرخ في 23 ديسمبر 1990م، حول

اصطلاح نظام وطني للصحة، ص 3.

² - المرجع نفسه، ص 4.

والأدوية والموارد البشرية والمنشآت الأساسية والتجهيز والتكوين وتطبيق التنظيم الخاص بالنظافة العمومية والوقاية العامة. كما أنها تهتم بإعداد جدول المواطنين (النمو الديمغرافي) وضبطها باستمرار ودراسة المنازعات المترتبة بأعمال تسيير ممارسي الصحة، بالإضافة إلى الاتصال بالمصالح المعنية في تحديد الاحتياجات إلى موظفي الصحة وإعداد برامج العمل الخاص بميدان التكوين، والتكفل بالأطفال المعوقين والأشخاص المعوزين للمساعدات الطبية والاجتماعية، كما أنها تهتم بالمراكز الطبية التي تنشئها وتسييرها مجالس الخدمات الاجتماعية للإطارات والشركات العمومية (CMS) الاجتماعية ليستفيد منها العمال وعائلاتهم، كما أنها لا تتهاون في تطبيق أي إجراء من شأنه من أن يسهل تطبيق القانون الأساسي لممارسي الصحة في الولاية¹.

هـ- المراكز الاستشفائية الجامعية:

أنشأت المستشفيات الجامعية بموجب مرسوم تنفيذي رقم 86-25 المؤرخ في 11/02/1986م جوان والمتضمن القانون الأساسي النموذجي للمراكز الاستشفائية الجامعية الجريدة الرسمية العدد 6 الصادرة بتاريخ 3 جمادى الثانية 1406هـ الموافق لـ 12 فيفري 1986م والمستشفيات الجامعية في نتاج لاتحاد مركز استشفائي جهوي (772 إلى 700 سرير) ومعهد طبي، دون أن يفقدها شخصيتها المتميزة. يعتبر المركز الاستشفائي منشأة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، ويتم إنشائها بموجب مرسوم بناء على اقتراح مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالتعليم العالي والبحث العلمي، حيث يمارس الوزير المكلف بالصحة الوصاية الإدارية على المركز الاستشفائي الجامعي، ويمارس الوزير المكلف بالتعليم العالي الوصاية البيداغوجية، وبصفة عامة يمكن ان يوصف المركز الاستشفائي الجامعي على أنها ذلك النوع من المستشفى الذي عادة ما يكون كبير ويقع بمنطقة حضرية، والذي يتولى تقديم مجموعة من الخدمات الفنية ويستقبل مرضاه من بين قاعدة السكان العريضة، ويهتم بتدريب هيئة فنية في مجال البحث والرعاية على السواء بمعنى أنه يشرف على ثلاث

¹ - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: المرسوم التنفيذي رقم 86-25 المؤرخ في 11/02/1986م، والمتضمن القانون الأساسي النموذجي للمراكز الاستشفائية الجامعية، الجريدة الرسمية، العدد 6، الصادرة بتاريخ 3 جمادى الثانية 1406هـ، الموافق لـ 12 فيفري 1986م، ص 115.

ميادين أساسية هي الميدان الصحي، الميدان التكويني، ميدان الدراسة والبحث، يدير المركز الاستشفائي مجلس إدارة ويسيره مدير عام ويزود بجهاز استشاري يسمى المجلس العلمي¹.

و- على المستوى المحلي (الدائرة والبلدية):

تنظم الخدمات الصحية على مستوى الدائرة والبلدية في شكل قطاعات صحية (المؤسسات العمومية الاستشفائية، وحدات استشفائية متخصصة ووحدات صحية فاعلية)².

- تتولى هذه المنشآت تحديد احتياجات السكان قبل تنفيذ البرامج الصحية الوطنية والمحلية، وهذا باستعمال الأمثل للموارد المادية والبشرية للحد من الضغط على المراكز الاستشفائية وتطبيقات لسلمية العلاج تم إنشاء قطاعات صحية فرعية المسماة قاعدية أو أولية لتتسع لمستها في المجتمع، حيث أوكلت لها مهمة انتقاء الحالات المرضية بعد كشفها وتوجيه الطير منها نحو المستشفى والرعاية البسيطة منها ذاتيا، إلى جانب إسهامها في الحملات الوقائية والتنظيم لسكان منطقة معينة وهي تتكون على الترتيب من:

أ- **عيادة متعددة الخدمات:** مهمتها تقديم مختلف الخدمات الصحية والاستشفائية والفحوصات العامة المتخصصة والاشراف الفني والإداري على المراكز الصحية البلدية، تقوم بدور الوساطة بين المركز الصحي والمستشفى.

ب- **المركز الصحي:** ينشأ عدد كل قرية او كل تجمع سكاني، وتوكل له مهمة الوقاية الصحية، وحماية الأمومة والطفولة والتطعيم والعلاجات والفحوصات العامة.

ج- **قاعات العلاج:** وهي التي تتولى تقديم العلاجات البسيطة لكل مواطن.

د- **المؤسسة العمومية الاستشفائية:** حسب المرسوم التنفيذي رقم 114/07 المؤرخ في 2 جمادى الأولى عام 1421هـ وهي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتوضع تحت وصاية الوالي، وهي تتشكل من هيكل للتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي، تغطي سكان بلدية واحدة أو مجموعة بلديات تحدد المشتملات المادية للمؤسسة العمومية والاستشفائية بقرار من الوزير المكلف بالصحة.

¹ - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: المرسوم التنفيذي رقم 86-25 المؤرخ في 11/02/1986م، المرجع السابق، ص 116.

² - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: المرسوم التنفيذي رقم 114/7 المؤرخ في 2 جمادى الأولى عام 1421هـ الموافق لـ 18 مايو 2009م، والمتضمن تطبيق سلمية العلاج، الجريدة الرسمية، العدد 24، ص 35.

- تتمثل مهام المؤسسة العمومية الاستشفائية حسب المادة 4 من هذا المرسوم في التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بالحاجات الصحية للسكان، وفي هذا الإطار تتولى على الخصوص المهام التالية¹:
 - ضمان تنظيم وبرنامج توزيع العلاج والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء، كما يمكن استخدام المؤسسة العمومية الاستشفائية ميدانا للتكوين الطبي والتكوين في التسيير الاستشفائي على أساس اتفاقيات تيرم مع مؤسسات التكوين.

ولكن قرار المرسوم التنفيذي لسنة 2007م تضمن تغيير تقسيم القطاعات الصحية:

- المؤسسات الوطنية الاستشفائية (EPH) .
 - المؤسسة الوطنية للصحة الجوارية (EPSP).
 - المؤسسات الاستشفائية المتخصصة (EHS).
- وقد ألغيت المراكز الصحية لتتحول بدورها إلى عيادات متعددة الخدمات أو إلى قاعات للعلاج حسب حالة وضعيتها المادية تابعة للمؤسسات العمومية للصحة الجوارية.

- أما المؤسسة العمومية للصحة الجوارية العمومية حسب نفس المرسوم 2007م أنها نفس تعريف المؤسسة الاستشفائية إلا أنها تتكون من مجموعة عيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج، تحدد المشتملات المادية والحيز الجغرافي بها بقرار من الوزير المكلف بالصحة.

- أما مهامه حسب المادة 8 من هذا المرسوم فهي التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بما يلي:
 - الوقاية والعلاج القاعدي، تشخيص المرض، العلاج الجوارية، والفحوص الخاصة بالطب العام والطب المتخصص القاعدي، الأنشطة المرتبطة بالصحة الإنجابية والتخطيط العائلي، تنفيذ البرامج الوطنية للصحة والسكان، وتكلف على الخصوص بالمساهمة في ترقية وحماية البيئة في المجالات المرتبطة بحفظ الصحة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية، والصحة المدرسية².

- دور المؤسسة القضائية:

المقصود بالهيئات القضائية التي تضطلع بمهمة صياغة وتفسير النصوص القانونية ومدى مطابقة الأنظمة واللوائح والقوانين مع دستور الدولة النافذ، وإصدار الأحكام في المخالفات التي ترتكب

¹ - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: المرسوم التنفيذي رقم 114/7 المؤرخ في 2 جمادى الأولى عام 1421هـ الموافق لـ 18 مايو 2009م، ص 36.

² - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: المرسوم التنفيذي رقم 114/7 المؤرخ في 2 جمادى الأولى عام 1421هـ الموافق لـ 18 مايو 2009م، ص 37.

بحق المواطنين من قبل الأجهزة الحكومية، زيادة على دورها الأساس في تحقيق العدالة، وتطبيق القانون والفصل في المنازعات والحكم في الجرائم والمخالفات المتنوعة وللقضاء دوراً مهم في رسم السياسات العامة في تحقيق بعض الأنظمة الحكومية، مثل المحكمة العليا في الو. م. أ، التي تقوم بمراجعة نصوص اللوائح القانونية عند عرضها عليها لإبداء المشورة قبل التصويت عليها في الكونغرس الأمريكي، وقد تقترح تعديلها أو إلغائها عند مخالفتها للدستور الفدرالي، أو القوانين النافذة، الأمر الذي لا نجده في أنظمتنا العربية، فتنظيم الجزائر مازال بعيد عن مثل هذه الممارسات ويبقى دور القضاء الجزائري هو تحقيق العدالة، وتطبيق القانون والفصل في المنازعات والحكم في الجرائم والمخالفات المتنوعة¹.

ونعني بها احتكار مجمل العمليات والمراحل المتعلقة بالصحة من طرف نخبة وتدعمها نخبة طبية وجامعات المصالح المتمثلة في شركات استيراد وتصنيع الدوار والعتاد الطبي، خاصة الانفتاح الاقتصادي، ولكن لا يجد المريض أو جمعيات المجتمع المدني مكان له في هذه المنظومة، بحكم ان العلم الطبي من صلاحيات الأطباء وحدهم وهم أدري بما ينفع المريض أو المواطن بشكل عام، وفي ظل هذا الوضع يصبح المواطن غير مبالي وأحياناً عدواني تجاه المؤسسات الصحية والعاملين فيها، ويشكو أكثر فأكثر من التهميش من نظام صحي لا يوفر له أدنى فرصة لكي يتحمل جزء من المسؤولية، وبالرغم من وجود قوانين تضمن للمواطن إذ كان منتظماً في جمعيات من إسماع صوته لدى الهيئات الرسمية، فإن التقاليد المؤسسية التي تربي عليها صناعات القرار حالت دون أن تؤدي هذه الجمعيات الأدوار المنوطة بها، إضافة إلى هشاشة المؤسسات المنتخبة كالبرلمان والمجالس المحلية، فإن هذه المؤسسات بقيت غير قادرة أن تكون بمثابة النقل المضاد أو الوسيطين مجتمعان في مرحلة التحول وسلطات عامة متشبثة بعاداتها السلطوية القديمة وغير مستعدة لتلبية مطالب المجتمع الخاصة بمكافحة الفقر والبطالة والجديّة الفكرية والسياسية وبالذّفاع عن مصالح قطاعات أو فئات بعينها وغيرها من القضايا التي لا تعد من دائرة اهتمامات الدولة.

- ويمكن كذلك تفسير هذا الدور الغائب للمواطن من خلال جمعيات المجتمع المدني، لإصرار النظام السياسي على إبقاء الوضع على حاله أطول ومدة ممكنة، خوفاً من احتمال ضياع الكثير من الامتيازات التي تحوزها الجماعات الموالية للنظام السياسية.

¹ - عفان بوراس، المرجع السابق، ص 53.

فالتحولات التي قام بها النظام منذ بداية التسعينات ماهية إلا مجرد تكتيكات تحركها استراتيجيات البقاء، التي تستهدف المحافظة على امتيازات الثلاثي الحديدي البيروقراطي الدولة وضباط الجيش وسياسي الأحزاب السلطوية النافذة وأصحاب المصالح الخاصة¹.

3- تحليل السياسات العامة الصحية في الجزائر:

أ- الفرع الأول: من منظور بيترهال:

يطرح "بيترهال" قضية التغيير في السياسات العامة من منظور مختلف، فهو يميز بين التغيير الجذري والتراكمي ويقدم كإجابة على السؤال هل التغييرات تراكمية أو جذرية؟ حيث يقول أن هناك ثلاثة مستويات للتغيير، أول مستوى يتعلق باستعمال أدوات السياسة العامة والثاني يتعلق باختيار هذه الأدوات والثالث مستويات التغيير يتعلق بأهداف هذه السياسة.

فالمستوى الأول: التغيير يبرز من خلال التعديلات التي تحدثها السلطة العمومية والتي تمص في المقام الأول أدوات السياسة العامة كأن تقوم الحكومة بتعديل نسبة الاقتطاع الضريبي على الدخل، أما المستوى الثاني فيمس أسلوب اختيار بين الأدوات المستعملة في السياسة العامة دون أن تتأثر أهداف السياسة العامة بهذا التغيير، في حين نجد أن المستوى الثالث يسعى إلى التغيير بأهداف السياسة العامة في حد ذاتها، من هنا قدم "بيترهال" فكرته القائلة بأن النموذج الإرشادي للسياسة يتحول إذا مس التغيير المستوى الثالث أي أن أهداف السياسة العامة في حد ذاتها يلحقها التغيير، من هنا فالتعديلات الهامشية أو تلك التي تمس المستويين الأول والثاني، هي أشبه بالعلم العادي الذي تكلم عنه "توماس كون" في كتابه بنية الثورات العلمية، أما التغيير الذي يخلق بأهداف السياسة العامة فيمكن اعتباره تحولا جذريا في النموذج الإرشادي للسياسة العامة أو بمثابة العلم الثوري الذي جاءت به نظرية "توماس كون" الذي يشهد بروز نظرية "توماس كون"، الذي يشهد بروز نظرية ومناهج ومفاهيم جديدة تخلف تلك القديمة².

فلو جئنا لتحليل السياسات الصحية في الجزائر معتمدين على نموذج "بيترهال" لوجدنا أن أهداف الصحة في الجزائر والتي وضعتها السلطة الحاكمة، حتى وإن لم تصرح بها، منذ المرحلة التي تلت الاستقلال مازالت هي نفسها، أي كسب الشرعية لدى المواطنين، حتى وإن تعرضت أدوات السياسة الصحية أو الاختيارات بين هذه الأدوات إلى التغيير بين الحين والآخر.

¹ - عفان بوراس، المرجع السابق، ص 54.

² - محمد شلبي: إنعكاسات الدولة التعاقدية على عملية التحول الديمقراطي في دول المغرب العربي، مجلة فكر ومجتمع الجزائر، العدد 20، طاكسيج كوثر للدراسات والنشر والتوزيع، الجزائر، أكتوبر 2003م، ص 12.

فشرعية النظام كانت هي الغاية الأولى من كل السياسات الاجتماعية وما زالت إلى يومنا هذا، وحتى في الدول المتقدمة كانت السياسات الاجتماعية هي الجسر الذي يعبر به الساسة إلى قلوب المواطنين لكسب ولائهم، ومن ثمة تحقيق السلم الاجتماعي الذي يعتبر الضامن لبقاء مؤسسات الدولة وديمومتها، فالخدمات الاجتماعية التي تقدم للمواطنين تمثل ضرورة حتمية لشرعية الدولة، حتى وإن تكثرت هيئات غير رسمية (في إطار تجاري أو تطوعي) بتوفر هذه الخدمات، فإن أعمال هذه الهيئات تصب في شرعية الدولة على أساس أنها هي التي تؤطر عمل هذه الهيئات وتراقب نشاطاتها، والتغير الذي لحق بأدوات السياسة الصحية قد يكون في فتح المجال للقطاع الخاص سواء بالتكفل في العلاج أو الفحص أو في مجال استيراد الدواء كذلك التحول الذي لحق بطرق تمويل النظام الصحي، غير أن توفير خدمات مجانية للمواطنين داخل مؤسسات القطاع العام بقيت من الثوابت، حتى وإن كانت الخدمات المقدمة داخل المصالح الاستشفائية لا ترقى إلى مستوى الأموال الكبيرة التي يتم ضخها في قطاع الصحة، وجاء دستور 23 فيفري 1989م ليوضح مجال تدخل الدولة في الوقاية ومكافحة الأمراض المعدية، كما نصت عليه المادة 54 منه والتي تقوم الرعاية الصحية حق للمواطنين تتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض المعدية وبمكافحتها.

ويؤكد ذلك قانون المالية لسنة 1993م، حيث نص على انه بداية من هذه السنة على مساهمة الضمان الاجتماعي في ميزانيات القطاعات الصحية، والمؤسسات الصحية المتخصصة والمراكز الاستشفائية الجامعية وتهد هذه المساهمة في التغطية المالية للتكفل الصحي لذوي الحقوق، والحق في العلوم الطبية وتنفيذ هذا التمويل يطبق بناء على العلاقة التعاقدية التي تربك الضمان الاجتماعي ووزارة الصحة والسكان، حسب القواعد التي يحددها القانون، أو إنشاء مؤسسات الرقابة على تسويق الدواء بعدما تم فتح السوق للمتعاملين الخواص والأجانب بوضع مراسيم تنفيذية معدلة للقانون 89-05 أي المرسوم التنفيذي رقم 92-285 المؤرخ في 06 جويلية 1993م والمتعلق بالدواء، هذه المراسيم تبين إجراءات تسجيل المواد الصيدلانية، رخص الاستغلال الخاصة بالمؤسسات الموجهة للإنتاج وتوزيع المواد الصيدلانية والاعلام الطبي والعلمي حول المنتجات الصيدلانية¹.

¹ - محمد شلبي، المرجع السابق، المرجع نفسه، ص 13.

كذلك إنشاء المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية بالمرسوم التنفيذي 93-140 المؤرخ في 15 جوان 1993م هذا المخبر يحمل صفة المؤسسة الإدارية العمومية ومن مهامه مراقبة النوعية وإجراء الخبرة الخاصة بالمواد الصيدلانية بما فيها المواد الكيميائية والمواد واللقاحات¹.

ب- من منظور "بول ساياتيه":

في إطار ائتلاف الفاعلين يقدم نموذج "بول ساياتيه" والمعروف بإطار ائتلاف الفاعلين (ACF) تفسيرات لعمليات التغيير التي تمس السياسات العامة على المدى المتوسط، حيث يولى هذا الإطار المفاهيمي اهتماما بالانساق الفرعية للمعتقدات التي يحملها الفاعلون في قطاع معين، وداخل هذه الأنساق من المعتقدات فإننا نجد أن وضع السياسة العامة يشرف عليه مجموعة من الفاعلين المهتمين بتطبيق هذه السياسة العامة، من هنا يمكن القول أن التغييرات التي مست السياسات الصحية في الجزائر، ولتأخذ مثال على ذلك الإصلاحات التي عرفتها المنظومة الصحية سنة 1998م، والتي تمثلت في القانون رقم 12 المؤرخ في 19 فيفري 1998م، 91-19 المؤرخ في 19 أوت 1998م المعدل والمتمم للقانون رقم 85-05 المؤرخ في 16 فيفري 1998م المتعلق بحماية الصحة وترقيتها.

والذي جاء في المادة رقم 04 منه للتأكيد على السماح للدارسين الطبيين في الصحة العمومية والاستشفائيين الجامعيين بالممارسة بصفة خصاص، إن هذا التعديل الذي طال قانون الصحة جاء نتيجة لضغوط قام بها الأطباء المختصون خاصة رؤساء المصالح الاستشفائيين منهم، فهؤلاء الأطباء يشكلون ائتلاف فاعلين مع بعض الإداريين في الإدارات العليا في وزارة الصحة، بالإضافة إلى العيادات الخاصة ويتقاسمون أنساق من المعتقدات، أهمها أولية تخزين النشاط الطبي من قبضة الدولة والسماح للقطاع الخاص بالتعامل المباشر مع طالبي العلاج، على أساس أن العلاج الطبي سلعة كباقي السلع، يتحكم فيها قانون العرض والطلب وعلى الدولة التكفل بالوقاية وأن لا تتدخل إلا للضبط القانوني لسوق العلاج والتحكيم بين الفاعلين في ميدان الصحة.

وكان لهذا الائتلاف من الفاعلين ما أراد بالرغم من معارضة الكثيرين على هذا القانون بحجة أن هذا القانون سيفرغ القطاع العام من الكفاءات، ومرضى القطاع الخاص هم الذين يستفيدون من مؤسسات القطاع العام الأمر الذي سيحرم الفقراء من العلاج لعدم كفاية الأسرة والامكانيات ويؤكد نموذج "بول ساياتيه" كذلك على الدور الحاسم الذي تقوم به الصدمات الخارجية، فالتحولات الاجتماعية والاقتصادية

¹ - محمد شلبي، المرجع السابق، المرجع نفسه، ص 13.

كان لها دور في إحداث تغييرات وإن لم تكن جذرية في السياسات الصحية في الجزائر وهذا ما يجب الإشارة إلى الأدوار المهمة التي أصبح يقوم بها الخبراء والباحثين¹.

فالمجالس الاستشارية على غرار المجلس الاقتصادي والاجتماعي أو المكاتب الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية، كانت تؤكد على أهمية محددات الصحة، مما دفع بالفاعلين السياسيين إلى التركيز على هذه المحددات من أجل التخفيف من الكثير من الأزمات الصحية كتزويد المساكن بالمياه الصالحة للشرب وقنوات الصرف الصحي من أجل القضاء على الأمراض المنقولة عن طريق المياه والتي كانت تشكل خط أخطر دائما على صحة المواطنين خاصة في القرى والأحياء الفقيرة، أو مشروع التطوير الريفي الذي ساعد في ترقية الإطار المعيشي لسكان الأرياف، وإبقائهم في القرى دون الاضطرار إلى النزوح نحو المدن لطلب الرزق وما يشكله ذلك النزوح من مخاطر على صحتهم كل هذه الجهود ساهمت في تحسين دليل التنمية الإنسانية لسنة 2005م أنظر طريقة حساب دليل التنمية الإنسانية لسنة 2005م في الملاحق، ومكوناته الثلاثة للسكان ككل، فهذا المؤشر أصبح المرجع الأساسي المعتمد على المستوى الدولي لقياس المجهودات التي تقوم بها كل دولة من أجل ترقية مستوى المعيشة والصحة والتعليم لسكانها والمكونات الثلاثة لهذا الدليل تتمثل في مؤشر الأمل في الحياة عند الولادة ومؤشر مستوى التعليم، ومؤشر الناتج المحلي الخام PID معادل القدرة الشرائية ووضعية البطالة والتشغيل وكذلك تطور المؤشرات المتعلقة بها مؤشر الفقر الإنساني ومؤشر التنمية الإنسانية المرتبط بالجنس ومؤشر تمكين المرأة وتبقى الكثير من الجهود مطلوبة للحد من تأثير المحددات الجديدة للصحة نذكرها كمثال لا الحصر، كالمسمنة والتدخين والاستهلاك العشوائي للأغذية والتلوث البيئي، وحوادث الطرقات والعنف المؤدي إلى الإعاقة².

خلاصة الفصل.

حاولنا من خلال هذا الفصل أن نعالج كيفية صنع السياسات الصحية، حيث بدأنا بدراسة محددات صنع السياسات الصحية في الجزائر ثم أنواع الخدمات الصحية ومستوياتها والتطرق إلى اختلالات السياسة الصحية، ثم حاولنا أن نشرح الإشكالية بدراسة دور الفواعل الرسمية وغير الرسمية في

¹ - نور الدين حاروش: إدارة المستشفيات العمومية، ط1، دار الكتامة للكتاب والنشر، الجزائر، ديسمبر 2008م، ص 258-259.

² - المرجع نفسه، ص 260.

الفصل الثالث: أسس وضع السياسة الصحية في الجزائر

صنع السياسات الصحية، ثم عمدنا إلى تحليل السياسات العامة من منظور بيترمهال" ومن منظور "بول ساباتيه".

إن المشكلة التي يعاني منها النظام الصحي في الجزائر ليست شكلية تتعلق بالدفع المالي بل هي أعمق من ذلك وتتعلق بنوعية التنظيم بين مختلف مكونات هذه المنظومة والبيئة التي يعيش فيها، فالإصلاح يجب أن يشمل الجوانب التنظيمية والاجتماعية التي تعطي أكثر فعالية لعناصر النظام الصحي لتتحسن مردودية الخدمات المقدمة اعتمادا على الجانب التسييري الرشيد.

الفصل الرابع: الوضعية الوبائية في

الجزائر:

تمهيد.

أولاً: لمحة عن انتقال الوبائي في العالم.

ثانياً: تاريخ الأوبئة في الجزائر.

ثالثاً: تطور الوضعية الوبائية في الجزائر.

رابعاً: الأسباب الطبيعية والبشرية لانتشار

الأمراض والأوبئة.

خلاصة الفصل.

تمهيد.

تعد المشاكل التي عرفتها البلاد نتيجة ظهور الأوبئة والمجاعات التي تصدت لها الدولة عن طريق إدراج سياسات صحية تتماشى مع الوضع الداخلي للبلاد ونقاؤها من الأزمات، ولتحقق ذلك يجب على الدولة بالدرجة الأولى وضع سياسات قادرة على رصد الوباء.

وقد قمنا بإدراج هذا الفصل من أجل إعطاء لمحة عن الانتقال الوبائي في العالم داخل الدول الأوروبية ودول إفريقيا، كذلك إعطاء لمحة عن انتشار فيروس كورونا في العام، وإعطاء لمحة ن أنواع الأوبئة التي انتشرت في الجزائر من (الطاعون، الجدري، التيفويد...)، كذلك سوف نتطرق إلى تكور الوضعية الوبائية في الجزائر من أمراض، البرنامج واسع التلقيح، والأسباب البشرية والطبيعية لانتشار الأمراض.

أولاً: لمحة عن الانتقال الوبائي في العالم.

1- في الدول الأوروبية: التقارب والتباعد في أمل الحياة:

خلال نصف القرن وابتداء من سنة 1950م إلى غاية 1995م فإن الخريطة الأوروبية لأمل الحياة قد تغيرت كلياً، فلقد شهدت أوروبا مطلع 1950م تحسناً ملحوظاً في أمل حياتها عند الولادات وتداركت الدول الجنوبية والشرقية منها الفارق الذي قدر على الأقل بعشرين سنة مقارنة بأوروبا الشمال الغربية، ولكن بقدوم منتصف عشرية 1960م تغير هذا الاتجاه نتيجة الازمة الصحية التي ألمت بدول أوروبا الشرقية والوسطى التي كانت تحت لواء السوفيياتي وأدت إلى كبح هذا التطور وفي بعض الأحيان تراجع كل أمل الحياة خاصة عند الرجل¹.

فمجموعة دول أوروبا الشمالية التي شهدت أثناءها كل من النرويج، السويد، الدنمارك وإسكلندا التقارب في تطور أمل الحياة بعد الحرب العالمية الثانية من مستويات انطلاقه تراوحت ما بين 65-70 سنة عند الرجال نظير 70-75 سنة عند النساء، إلا أن الدنمارك شهدت الركود مع مطلع عشرية 1980م وعدم تعديده سنة 2005م معدل 80 سنة كمتوسط أمل الحياة عند الولادة، أما فنلندا فقد تداركت

¹– Vallin, J, Meslé F, (2001), **Evolution de la mortalité en Europe Depuis 1950 : mortalité par âge, sexe et causes de décès**, in Tendances en matière et mortalité différentielle. P33-188. Strasbourg éditions du Conseil se L'Europe, P344. (Etudes démographiques n°36).

تأخرها الذي فاق عشرة سنوات مقارنة بدول هذه المجموعة ليستقر أمل حياتها عند الولادة عند 75 سنة عند الرجال و82 عند النساء.

أما مجموعة دول أوروبا الوسط الغربية فقد امتازت بالزيادة والتقارب في منحنى تطور أمل الحياة الذي تعدى متوسطه 78 سنة بحلول 2005م في كل من ألمانيا، لوكسنبورغ والنمسا مع تحسن طفيف في سويسرا الذي فاق 80 سنة بنفس التاريخ.

مجموعة دول أوروبا الشمال غربية المتكونة من فرنسا، بلجيكا، المملكة المتحدة وإيرلندا فقد عرفت التطابق في منحنى تطور أمل الحياة بتدرج سريع إبان سنوات 1950م متبوعا بالتباطئ خلال عشرية 1960م ثم مرحلة جديدة من التطورات مع مطلع القرن 1970م ولتسجل فرنسا في سنة 2005م أعلى معدل في المنطقة والمقدر بحوالي 84 سنة.

أما إيطاليا، إسبانيا، اليونان، مالطا والبرتغال التي تشكل أوروبا الغربية فقد تداركت تأخيرها مقارنة بالبلدان الشمالية والغربية من مستوى 60 سنة عند النساء وما بين 50-55 سنة لدى الرجال بعد الحرب العالمية الثانية يتعدى في المتوسطه عتبة 80 سنة لدى النساء و75 سنة لدى الرجال بحلول سنة 2005.

إذا كانت دول أوروبا الشرقية بقيت بمعزل عن كبرى التطورات التي حصلت ابتداء من سنوات 1970م في جل الدول الصناعية، فإن الأزمة الصحية التي ألمت بهذه الدول قد أخذت أشكالاً مختلفة سواء في أوروبا الوسطى أو في الدول السالفة الانتماء للاتحاد السوفياتي، وتجدر الإشارة إلى وجود اختلافان يميزان أوروبا الوسطى مقارنة بدول الاتحاد السوفياتي¹.

الأول: ابتداء من سنة 1965م، التدهور العام للوضعية كان أقل ملاحظة في المنطقة الأولى مقارنة بالثانية على التوالي وكما هو موضح في المنحنى الآتي، فإن أمل الحياة للرجال في أوروبا الوسطى قد توقف أو تراجع قليلا، بينما عند النساء فقد عرف التطور البطيء وبمقابل ذلك فإن أمل الحياة للدول السالفة الانتماء للاتحاد السوفياتي قد تراجع بقوة عند الرجال وتوقف عند النساء.

ثانيا: تطور أمل الحياة في دول الاتحاد السوفياتي قد تغير فجأة وذلك ابتداء من سنة 1985م بتذبذبات قوية ناجمة عن حملة مكافحة الكحول التي أطلقها الرئيس ميكايل غورباتشوف والتي أحدثت

¹– Caselli G, Meslé F et Vallin J (2001), **Les entorses au schéma de la transition de la transition épidémiologique**, Communication au Congrès international de la population, Salvador, Brésil.

ارتفاعا خاطفا خاصة عند الرجال إلى غاية 1987م أين حدثت الانتكاسة بسبب الارتخاء في المتابعة التي توبع بتصعد الاتحاد السوفياتي والمرور المباغت وسوء التسيير نحو اقتصاد السوق.

في سنة 1986م تم اقتراح المرحلة الرابعة من نموذج الانتقال الوبائي امن طرف "أولشانسكي واولت" (Olshansky Jay et Brian Ault) بعد دراستهما لجداول الحياة واستخلاصهما للارتفاع الغير منقطع في أمل الحياة الخاص بالولايات المتحدة الأمريكية خلافا لما أتى به عمران وهو ما أطلق عليه بمرحلة تأخر سن ظهور الأمراض التنكسية (L'âge retardé des maladies dégénératives) والتي تمتاز بالخصائص التالية:

- تراجع سريع في معدل الوفيات التي تتمركز معظمها في الأعمال المتقدمة والتي تحدث تقريبا بنفس الوتيرة عند الذكور والاناث.
- التركيبة العمرية للوفيات حسب السبب مازالت إلى حد كبير نفسها، كما هو الحال في المرحلة الثالثة لعمران إلا ان التوزيع العمري للوفيات نتيجة الأمراض التنكسية قد انتقل تدريجيا في اتجاه كبار السن.
- التحسينات السريعة نسبيا في البقاء على قيد الحياة قد تركزت عند السكان ذو الأعمال المتقدمة أثناء هذه المرحلة فإن الأسباب التنكسية الرئيسية للوفاة التي سادت خلال المرحلة الثالثة لعمران تبقى هي نفسها خلال المرحلة الرابعة المؤدية للوفاة إلا أن خطر الموت نتيجة هذه الأمراض قد توزع من جديد عند كبار السن.
- في سنة 2000م قام "جاك فلان" و"فرنس مسلي" (Vallin Jacques et Meslé France) بدراسة تغيرات أسباب وأعمار الوفيات في فنسان ابتداء من سنة 1925م، وذلك بتقدير دور التغيرات الوبائية في تطور أمل الحياة وأقر بوجود مرحلتين فقط في هذا المسار، الأولى مماثلة للمرحلة الأولى من نموذج عمران التي عرفت التحسينات في الحياة التي مردها في غالب الأحيان إلى تراجع الأمراض المعدية وارتفاع الأمراض المزمنة ونهاية هذه المرحلة تؤدي مباشرة إلى تراجع أمراض القلب والأوعية الدموية التي تعتبر العامل الرئيسي في رفع أمل الحياة عند الولادة خلال المرحلة الثانية وهو ما أطلق عليه الباحثين بثورة القلب والأوعية الدموية (La révolution cardiovasculaire)¹.

¹ – Op–Cit,P 30.

• في مقال له سنة 2001م اقترح "جون ماري روبين" (Jean-Marie Robine) إعادة النظر في عدد وتوقيت مراحل الانتقال الوبائي من خلال دراسته لتطور تشنت أمل الحياة في فرنسا، وقد أقر بوجود ثلاث مراحل:

- الأولى: وهي مرحلة الطاعون والأوبئة التي عرفت نهايتها ما بين القرنين 18 و19م.
- الثانية: وهي مرحلة تراجع الأوبئة، أين شهدت اثناءها وفيات الأطفال والامهات الانخفاض وأدت إلى تقلص شديد في تشنت أمل الحياة، هذه المرحلة عرفت نهايتها سنوات 1950 في البلدان التي اتسمت بالتقدم في هذا المسار كدول أوروبا الشمالية والغربية، أمريكا الشمالية واليابان.

2- الانتقال الوبائي في إفريقيا:

إذا تتبعنا تطورات أمل الحياة في إفريقيا منذ مطلع سنوات 1950م فإنه يلاحظ جليا غياب التجانس في معظم المنحنيات، فقط دول إفريقيا الشمالية التي شهدت ارتفاعا قويا في معدل أمل الحياة عند الولادة من مستويات انطلاقه قاربت 45 سنة لتتعدى 70 سنة ما بين 1950 و2000 ولتقلص بذلك تأخرها مقارنة بالدول المتقدمة.

أما دول إفريقيا الشبه الصحراوية فإنها لم تستطع تتبع نفس التطور الذي سلكته دول إفريقيا الشمالية بعدما كان أمل حياتها عند الولادة يساوي أو يفوق أمل حياة هذه المنطقة الأخيرة سنوات 1950م، كما تجرد الإشارة فإن بلدان إفريقيا الشبه الصحراوية تمتاز بخاصية عدم التجانس في تطورها فمثلا السودان، السينغال ومالي لهم مستوى انطلاقة منخفض بعد الحرب العالمية الثانية من 35 سنة ليصل إلى معدل 50 سنة مع مطلع القرن الجديد، أما النيجر وغينيا فقد تطورتا تطورا منتظما على مدى كل المرحلة ولكن بوتيرة بطيئة جدا.

ثمة أخرى من الدول عرف أمل حياتها الانطلاقة من مستويات متدنية ما بين 30-40 سنة لتشهد نهاية سنوات 1980 الثبوت كحالة غانا، تشاد ونيجيريا او التراجع الطفيف كالكومون، إثيوبيا وتنزانيا. دور أخرى من القارة الإفريقية اختصت بالتراجع في أمل حياتها عند الولادة ابتداء من سنوات 1980 والذي كان إما تراجعا معتدل نسبيا كالذي حدث في جمهورية إفريقيا الوسطى، بوركينا فاسو، مالاوي أو أوغندا¹.

¹- Op-Cit, p31.

إما تراجعاً حديثاً والذي خصت به دولة جنوب إفريقيا وكينيا إلى ما دون 60 سنة مع مطلع سنوات 2000.

وأخيراً تراجعاً قوياً كالذي عرفته كل من بوتسوانا، زيمبابوي، ناميبيا وزامبيا بسبب وباء داء فقدان المناعة المكتسبة السيدا، هذا الأخير جعل أمل الحياة لا يتعدى 45 سنة.

نموذج آخر من دول القارة السمراء عرف أثنائه أمل الحياة التراجع بعد التطورات الطفيفة نتيجة الحروب، والأزمات السياسية خاصة بعد سنوات 1990م في كل من ليبيريا، روندا، المزنبيق وسيراليون.

3- فيروس كورونا (كوفيد 19):

مرض كوفيد 19 أو مرض كورونا 2019 هو مرض يسببه نوع جديد (أو مستجد) من فيروسات كورونا، اكتشف لأول مرة عندما حدث نقش للمرض في ديسمبر 2019.

وفيروسات كورونا هي عائلة كبيرة من الفيروسات التي يمكن ان تسبب أمراضاً تتراوح ما بين الأمراض الطفيفة مثل: نزلات البرد الشائعة إلى أمراض أكثر شدة، مثل المتلازمة التنفسية الحادة الشديدة (سايرس) ومتلازمة الشرط الأوسط التنفسية (MERS) ولأن فيروس كورونا المستجد يرتبط بفيروس كورونا المسبب لمرض سارس (SARS-COV) فقد أطلق عليه اسم فيروس كورونا 2 المرتبط بالمتلازمة التنفسية الحادة الشديدة بالضبط الذي يسبب كوفيد 19، ولكن من المحتمل أنه انتقل إلى البشر من الخفافيش.

يمكن للفيروس ان ينتقل من شخص لآخر من خلال قطرات الرذاذ الصغيرة التي تنتشر من الأنف أو الفم عند السعال أو العطس، وعندما يستنشق شخص آخر هذا الرذاذ أو يلمس سطحاً استقر عليه هذا الرذاذ ثم يلمس عينيه أو أنفه أو فمه فإنه قد يصاب بمرض الكوفيد 19.

تتراوح أعراض الكوفيد 19 ما بين البسيطة إلى الشديدة وقد تظهر خلال يومين أو 14 يوماً بعد التعرض للفيروس، وهذه الأعراض قد تشمل الحمى والسعال وضيق التنفس والقشعريرة والصداع والتهاب الحلق وفقدان حاسة التذوق أو الشم وهناك أعراض أخرى قد تشكل وجعاً في الجسم وآلام أو تعباً أو احتقان الأنف أو رشحاً فيه أو الإسهال، وقد يسبب المرض لبعض المصابين التهاباً رئوياً شديداً ومشكلات في القلب بل وقد يؤدي إلى الوفاة وفي المقابل فإن بعض المصابين الآخرين قد لا تظهر عليهم أي أعراض¹.

¹ - <http://www.emto.who.int/ar/Health-topics/corona-virus/information-resources.html>.

ومرض الكوفيد 19 يمكن أن يصيب الأطفال والبالغين على حد سواء ولكن معظم حالات المرض المسجلة هي إصابات بين البالغين ويبدو أن الأعراض لدى الأطفال أخف من الأعراض لدى البالغين، وقد وردت تقارير عن متلازمة تصيب عددا من أجهزة الجسم بالالتهاب لدى الأطفال وترتبط بمرض الكوفيد 19 وتسبب أعراضا مثل الطفح الجلدي والحمى وآلام البطن والتقيؤ والاسهال.

ثانيا: تاريخ الأوبئة في الجزائر.

عرفت الجزائر سلسلة من النوبات الوبائية، نتيجة اجتياح الأمراض المعدية للبلاد في فترات مختلفة من تاريخها الحديث والمعاصر، إلا أن أشدها خطورة كانت خلال فترة الاحتلال الفرنسي، أين أصبح عدد ضحاياها يساوي أضعاف ما خلفته الحروب، والكوارث الطبيعية. كان انتشار هذه الأمراض والأوبئة في الجزائر انتشارا مرعبا، نظرا للعدد الهائل من الوفيات والتشوهات التي خلفتها وسط الجزائريين.

إن هذه الأوبئة ما كانت لتصل إلى هذا الحد من الخطورة والفتك بالسكان، لولا تدخل الإدارة الاستعمارية وسياستها المجحفة التي جوعت الجزائريين ومنعت عنهم العلاج، فجعلت من الفرد الجزائري إنسانا ضعيف البنية ومحطم النفسية حتى أضحي فريسة سهلة لمختلف أنواع الأمراض والأوبئة، وقد كان الوباء يزداد حدة وفتكا بالسكان، إذا تزامن مع سنوات الجفاف والمجاعة، أو ظروف الحرب مثل الحربين العالميتين التي رافقهما انتشار رهيب لوباء التيفوس المعروف بمرض الفقر والفقراء.

فالباحث في التاريخ الاجتماعي للجزائر، سوف يكتشف لا محال مدى تأثير السياسة الصحية للإدارة الاستعمارية في الزيادة من حدة الأوبئة ومن انتشار العدوى وسط السكان الجزائريين، وفي ما يلي أخطر أنواع الأوبئة التي أصابت البلاد، وانعكاساتها على الجزائريين.

1- الطاعون (La Peste):

هو مرض معدى، تسببه جرثومة اليارسين (Bacille de yesrin)، وقد أعاد بعض الأطباء سبب تكوّن هذه الجرثومة إلى تلوث، وتسمم الجو، بفعل الرائحة الكريهة لجثث الجراد الميت المتعفنة، التي تتبعث بعد كل اجتياح للبلاد¹.

وللطاعون أصناف عدة، وأكثرها انتشارا في الجزائر ثلاثة أنواع:

¹ - علامة صليحة: تاريخ الأوبئة في جزائر الطاعون، الجذري، التيفوس، الملاريا، مجلة القرطاس، العدد 2 قسم التاريخ، جامعة الجزائر، جانفي 2015م، ص 209.

- الطاعون الخمجي (Peste Septicémique): وهي الحالة التي تكون فيها جرثومة الطاعون في الدم.
- الطاعون الحيواني (Peste Bubonique): يظهر على شكل بقع صلبة على الجلد، يعرف لدى الجزائريين بالولسيس، وهو أخطر الأنواع حيث يؤدي بحياة 70% من سكان المنطقة التي يصيبها.
- الطاعون الرئوي (Peste Pulmonaire): وهي الحالة التي تكون فيها جرثومة الطاعون في الرئتين، وهذا النوع يظهر خلال الشهور الباردة عكس الأنواع الأخرى التي تظهر خلال الشهور الحارة.

تنتقل عدوى هذا المرض إلى الانسان عن طريق لسعة قمل مصاب، ومن إنسان لآخر عن طريق التنفس، وتبادل الأشياء بين الشخص المصاب وغيره، أو المكوث في أماكن إقامة المصابين، لأن هذا الوباء سريع العدوى، خاصة إذا وجد عوامل مساعدة له، خاصة منها انعدام النظافة الذي تتسبب في نمو الحشرات الطفيلية على الإنسان.

إن أكثر ما يصيب هذا الوباء، القوارض، خاصة الفئران، حتى قيل أن في الهند والصين أشهر مراكز وباء الطاعون دائما يسبق "موت الفئران، انتشار وباء الطاعون وسط البشر، مع الإشارة إلى ان وباء الطاعون الذي أصاب منطقة شمال إفريقيا عبر العصور، كان أغلبه مصحوبا بجائحة حيوانية ومنه ينتقل إلى البشر¹.

عرف المسلمون وباء الطاعون منذ القديم، والدليل على ذلك أحاديث الرسول محمد صلى الله عليه وسلم، حيث عرفه كالتالي: "الطاعون وخز أعدائكم من الجن وهو لكم شهادة"، وأنه "غدة كغدوة البعير المقيم بها كالشهد، والفرار منها من الزحف"، كما قال أيضا: "المبطون شهيد والمطعون شهيد"، و"حول تطبيق الحجر الصحي على وباء الطاعون قال الرسول محمد صلى الله عليه وسلم "إذا نزل الوباء بأرض وأنتم بها فلا تخرجوا فرارا وإذا سمعتم به بأرض فلا تقدموا عليه".

أما فيما يخص علاقة وباء الطاعون بالجزائر، فقد اتفق المختصون في دراسة الأمراض المعدية في الجزائر، على أن هذا الوباء لم يكن وليد البيئة الجزائرية، بل غريب عنها، ونقلت إليها العدوة من منطقة الشرق الأوسط، ونفس الرأس أكده الجاسوس الفرنسي "بوتان" (Boutin) في التقرير الذي قدمه عن الجزائر سنة 1808م.

¹ - المرجع السابق، ص 210.

أما عن عوامل دخوله إلى البلاد، فالسبب كان حركة السكان المستمرة، وتقلاتهم الدائمة بين الداخل والخارج من جهة، وبين الأقاليم الداخلية من جهة أخرى، فقدومه من الخارج كان عن طريق المجندين والحجاج والطلبة والتجار القادمين من منطقة الشرق في مواسم حدوث الوباء، منهم من استعمل الطريق الساحلي الذي يتبعه الحجاج العائدين من مكة، والقوافل التجارية، وهو طريق تركيا ثم بيروت، فالقاهرة، فالاسكندرية وبرقة وطرابلس وقابس والقيروان وتونس وباجة وقسنطينة ثم ميلّة، فيصلون إلى مدينة الجزائر، ثم يواصلون السير نحو مليانة فتلمسان، حيث يتوقفون في عدة مناطق لغرض التبادل التجاري، ومن أهم تلك المراكز التي يتوقفون عندها مدينة الجزائر، والمسار الثاني هو الطريق الصحراوي الذي يتبعون فيه الطريق الأول، إلى غاية القيروان، ومنها إلى بسكرة، ثم ورقلة والأغواط، فتوات والقرارا للوصول إلى تڨيرالالت.

وبمجرد وصولهم إلى الجزائر ينتشر الوباء، فيتسرب نحو الداخل، فتصاب المدن والأرياف والمناطق الجبلية، بسبب الهجرات الداخلية والحركات السكانية.

وما تجدر إليه الإشارة في هذا الصدد، هو أن هذه الطرق استعملت بكثرة خلال فترة الحكم العثماني بالجزائر، أما خلال فترة الاحتلال ومع الإجراءات الإدارية الاستعمارية الصارمة، فقد نقص استعمال الطريق البري، وكان الاعتماد أكثر على الطريق البحري، فنتج عن ذلك ان أصبحت موانئ عمالة الجزائر، تقريبا الطريق الوحيد لنقل العدوى، والدليل على ذلك كونها أول المناطق إصابة عند الإعلان عن وباء الطاعون في منطقة من مناطق الشرق أو في أوروبا¹.

يعود تاريخ ظهور وباء الطاعون لأول مرة في الجزائر إلى سنة 1552م، ثم استوطن بها، وفتك بسكانها، خاصة أنه وجد عوامل ساعدته على التمرکز بها، من بينها المستنقعات المنتشرة حول المدن الساحلية والداخلية.

ومن أخطر السنوات، التي عرفت فيها الجزائر وباء الطاعون سنتي 1817م-1818م، أين اودى بحياة 13030 شخص من بينهم 2048 ضحية في مدينة الجزائر لوحدها ولمدة شهر فقط، بمعدل 150 وفاة في اليوم، ثم وباء سنة 1822م التي بلغ عدد ضحاياها 2272.

ولم يعد للظهور إلا في فترة العهد الاستعماري، في السنوات 1852م-1853م ومن 1899م إلى 1904م أين أصاب كل من عمالة الجزائر وعمالة وهران والمدن الساحلية لعاملة قسنطينة، سكيكدة

¹ - المرجع السابق، ص 211.

وبجاية والقالة. إلا أن إصابته كانت قليلة مقارنة بالسنوات الماضية بسبب الرقابة الشديدة على الموانئ البحرية لعمالة الجزائر، التي تكاد تكون الطريق الوحيد لإدخال هذا الوباء إلى البلاد.

عاد الوباء من جديد وازدادت حدته بعودة العوامل المسببة له مع ظروف الحرب العالمية الأولى لكثرة حركة التنقلات عبر الموانئ الجزائرية للمجندين وللمؤونة...

واستمر يفتك بالسكان خلال الحرب العالمية الأولى وبعدها، حتى بلغ عدد الإصابات في دوار مقنين (Magnin) ببلدية صور الغزلان (Aumale) سنة 1921م بـ 185 حالة منهم 97 حالة وفاة، أي بنسبة فاقت 50%، أين كان الوضع كارثيا بسبب عدم وصول الإسعافات والأطباء إلى المنطقة مع بداية الوباء.

مهما كان الأمر تبقى صحة الاحصائيات دائما نسبية، لذا لعدم نوغل الفرنسيين داخل الدواوير، والقبائل الجزائرية المنعزلة، ولعدم إعلان الجزائريين عن الوباء لدى المستشفيات والبلديات الفرنسية بسبب بعدها عن الدواوير من جهة، لنفور الجزائريين من المؤسسات الاستشفائية الاستعمارية من جهة أخرى. رغم ذلك، فبعد هذا العرض الطفيف لوباء الطاعون، نلخص إلى الملاحظات التالية: وهي قلة انتشار وباء الطاعون، خلال الفترة الاستعمارية، مقارنة بالفترة العثمانية التي كان فيها وباء الطاعون من أكبر أسباب الانهيار الديمغرافي، لكثرة حركات الموانئ والنشاط البحري¹.

واستمر يظهر في وقت لآخر بصورة طفيفة إلى غاية خمسينات القرن العشرين حتى كاد لا يذكر بسبب قلة الاتصالات بعالم الشرق، إضافة إلى انتشار ظاهرة التلقيح في الجزائر أكثر فأكثر مع وضع إجراءات وتدابير وقائية وتشديد الرقابة على الموانئ.

2- الجذري (La Varoile):

الجدري مرض شديد العدوى، سببه حمّة (فيروس) يظهر على شكل بقع حمراء على الجلد، ثم تتحول إلى حويصلات صلبة جدا، وفي حالة عدم معالجتها تنتج آثارا على الوجه، حيث يظهر وكأنه منقوش، وقد يسبب عاهات كالعمى والصم، ويسبب حتى الوفاة.

ويكون انتقال العدوى بتبادل الأشياء بين الانسان المصاب وغيره، وتعتبر فئة الأطفال الأكثر عرضة لهذا المرض.

¹ - المرجع السابق، ص 212.

أما عن تاريخ وجود الوباء بالجزائر، فقد أعاده المؤرخون إلى أكثر من 3000 سنة وكان دخوله إلى الجزائر من طريقين أحدهما شرقي قدم التجار الايطاليون في الجزائر، والآخر غربي حيث نقلت العدوة إلى اللاجئون الاسبان إلى الجزائر، ثم استوطن بها وأحدث فيها هلعاً كبيراً وسط السكان لكثرة ما أحدثه من وفيات وما تركه من تشوهات وإعاقات¹.

عرف هذا الوباء انتشاراً واسعاً خلال الفترة العثمانية في الجزائر، وقد كان يزور البلاد دورياً، كل أربع وخمس سنوات، وكانت أخطرها سنوات 1803م-1804م، التي أودى فيها الوباء بحياة ما بين 2000 و3000 شخص في مدينة الجزائر فقط، فكان وباء تلك السنة السبب المباشر لإدخال التلقيح ضد الجدري إلى الجزائر.

لم يتوقف الوباء أثناء فترة الاحتلال الفرنسي للجزائر عن حصده للأرواح البشرية، حيث نجده يظهر في جانفي 1831م، مخلفاً عدداً كبيراً من الضحايا الجزائريين بين موتى ومكفوفين، وليعود بعد خمس سنوات، إلا أنه لم يحدث هولا كالذي أحدثه سنة 1843م وسط أطفال المدارس، حيث سجلت الاحصائيات وفاة أكثر من 500 شخص في منطقة المدينة وحدها.

كما أعلن عنه سنة 1859م خلال حملة تفتيشية لمدارس الجزائري والتي قام بها الطبيب أغنولي (agnely) مدير التلقيحات العامة 452 حالة جدري وسط أطفال المدارس والبالغ عددهم 528 تلميذاً². وقد كان الوباء أكثر فتكا بسكان الجزائر، حين ظهر مقترناً بالجراد والجفاف والمجاعة والتيفوس في أسوأ فترة من فترات تاريخ الجزائر المعاصر، وهي سنوات 1865م-1866م-1867م-1868م، أين أصاب الجدري عدد كبير من سكان الجزائر، ليعم في السنة الموالية كل أنحاء العالم.

بقي بالجزائر إلى غاية 1874م إلا أنه لم يكن خطيراً عليها مثل الذي حدث في 1877م وسط أطفال مدينة الجزائر، والذي اضطر معه المسؤولون عن الصحة إلى غلق المدارس للفترة ما بين 8 نوفمبر و19 جانفي 1878م، باقتراح من الدكتور "جيمي" (Gemy) الذي قدر عدد الإصابات بـ 473 طفلاً في بلدية الجزائر فقط.

¹– J.Maurin, **varialle in E.U**, France, 1990, corpus, P23.

²– E.L, Bertheranp, **Médecine et Hygiène des arabes**, Paris, Germer Baillière librairie édition, 1955, P 433.

كما ظهر في سنوات 1896م و1899م، هذه السنة الأخيرة الذي كتب عنها المؤرخون والأطباء بإسهاب، لم يكد الوباء ينطفئ حتى ظهر سنة 1906م في كل موانئ عمالة الجزائر، بسبب المهاجرين الإسبان غير الملقحين الذين دخلوا البلاد، إذ تراوحت نسبة الإصابة في أوساطهم ما بين 85% و95%. عاد وباء الجذري للظهور مع عودة الظروف السيئة والمخلفات السلبية للحرب العالمية الأولى من ظروف اجتماعية واقتصادية وصحية، ليبلغ ذروته سنة 1920م أين أصاب 406 شخص في عمالة الجزائر، ثم بدأ في التناقص شيئاً فشيئاً بسبب تكثيف عمليات التلقيح وسط السكان، التي أصبحت إجبارية منذ 1907م في الجزائر إلا أنها لم تطبق كما يجب وسط الجزائريين لذلك سجل الوباء عودة قوية وشديدة، حيث عمل العمالات الثلاث سنة 1925م، وكانت منطقة بلاد القبائل أشد المناطق تضرراً من هذا الوباء، حيث بلغت نسبة الوفيات في أوساط سكانها 33%.

وفي الفترة 1922م-1925م بلغ عدد ضحايا 2399 ضحية لكامل الوطن، منها 781 ضحية في عمالة الجزائر فقط أي بنسبة أكثر من الثلث¹.

ومنذ ذلك الحين، بدأ الوباء في الاختفاء تدريجياً، ولو أنه ظهر سنة 1927م، وقد كانت آخر سنة تعرف فيها البلاد وباء الجذري بصورة رهيبية في المائة سنة الأولى من الاحتلال، حيث قدر عدد الضحايا بـ 4299 حالة، ليعود بقوة مع الظروف الحالكة للحرب العالمية الثانية ويسجل 1034 ضحية سنة 1941م و1093 ضحية سنة 1942م ليصعد سنة 1943م بتسجيل 1811 ضحية ثم بدأت حدته تخف مع السنوات الأخيرة للحرب ليسجل سنة 1944م، 1034 حالة وفي 1945م، 334 حالة.

إن الوباء كان يزور البلاد دورياً كل أربع أو خمس سنوات، وقد دفعت الجزائر ضريبة كبيرة من سكانها لوباء الجذري مما أثر على الوضع الصحي والمعيشي لسكان البلاد، نظراً لكثرة ضحاياه من الوفيات والمكفوفين وعلى توازن الهرم السكاني للبلاد خاصة إذا علمنا أن أغلب ضحايا هذا الوباء هم من فئة الأطفال.

3- التيفوس (Typhus):

تستهل دراسة تاريخ وباء التيفوس في الجزائر بالفترة الاستعمارية، وهذا لعدم وجود معلومات واضحة عن وباء التيفوس قبل ذلك بسبب الخلط الناتج عن تشابه الأعراض بين وباء التيفوس ووباء الطاعون.

¹ - علامة صليحة، مرجع سابق، ص 214.

أدى تدهور الوضع المعيشي للشعب الجزائري، خلال فترة الاحتلال في انتشار وباء التيفوس وسط السكان.

هذا المرض الناتج عن ظروف اجتماعية أكثر منها طبيعية، والتي تتمثل في البؤس والفقر الذي تخلفه الحروب والآفات الطبيعية كالجفاف والفيضانات والأمطار الطويلة المدى والمتذبذبة، إلى جانب زحف الجراد والمجاعات وسوء التغذية وانعدام النظافة مع غياب الوقاية الصحية، لهذا اتفق المؤرخون في تسمية هذا الوباء باسم مرض الفقر والفقر، ووباء الفقر والمجاعة ووباء البلدان الفقيرة الباردة، ووباء الطبقات الشعبية البائسة.

لقد ترك هذا الوباء آثارا واضحة في الوضع الصحي، والديمقراطي في الجزائر لما أحدثه من وفيات وسط الجزائريين، لأنهم كانوا أكثر عرضة لوباء التيفوس من غيرهم نظرا للظروف المعيشية الصعبة التي كانوا يعيشونها، تحت ظل سياسة استعمارية اقتصادية مجحفة¹.

وفيما يلي أشهر الفترات التي أصيبت فيها الجزائر بوباء التيفوس القاتل:

إن أول إعلان عن وباء التيفوس في الجزائر بشكل واضح، كان سنة 1861م في منطقة بلاد القبائل، بتسجيل حوالي 330 حالة، بمعدل وفيات وصلت نسبته إلى 50%.

كما ظهر الوباء مع السنوات الحالكة في التاريخ الاجتماعي والصحي والديمقراطي للجزائر في سنوات 1867م-1868م، حيث كان نتيجة حتمية لما عاشه الشعب الجزائري في تلك الفترة من جفاف، وزحف للجراد، وما نتج عنهما من مجاعة رهيبية مع أواخر 1867م وأوائل 1868م، فتكونت مراكز لوباء التيفوس في الأرياف والمناطق الداخلية، فزحف سكانها على مدينة الجزائر، فرارا من الوباء والجوع، حاملين معهم العدوى، فجمعتهم الحكومة الفرنسية في الملاجئ والسجون مما أدى إلى ظهور مراكز لوباء التيفوس بمدينة الجزائر، خاصة في ملاجئ حصن الامبراطور (Fort empereur) والسجون العسكرية.

لقد كانت النتائج تلك السنة وخيمة على الجزائريين لما أحدثته الوفيات من خلل في معدل النمو الديمغرافي والزيادة الطبيعية للسكان، لأنه اقترن بالمجاعة التي أودت بحياة 217000 شخص سنة 1868م، وقد حدد معدل الوفيات تلك السنة بحوالي 30.7%.

¹ - المرجع السابق، ص 215.

استمر الوباء إلى غاية 1870م، أين تعدت الإصابة في تلك السنة سكان المنطقة من الجزائريين إلى المستوطنين، والمشرفين على العلاج في المستشفيات مثل إصابة الأخوات البيض، حيث توفي منهم 9 من بين 10 القائمات على العلاج وعدد من الممرضين المساعدين.

استمر الوباء في الظهور خلال السنوات 1879م-1894م-1898م-1903م وازداد حدة، ليقتضي سنة 1907م على حوالي 50% من سكان منطقة بلاد القبائل، وفي سنة 1909م كان أغلب الضحايا من عمالة قسنطينة، حيث فقدت منطقة قرقور التابعة للعمالة 482 شخصا¹.

عاد الوباء من جديد مع نهاية الحرب العالمية الأولى 1919م، ودام فيها إلى غاية 1923م، بعودة العوامل المسببة له، حيث اجتمع فقر الحرب بالجفاف والمجاعة التي أصيبت بها البلاد في تلك الفترة، إذ أصاب الوباء 2000 شخص في أواخر 1923م، وفي سنة 1926م نقص عدد المصابين ولم يسجل سوى 311 شخص على مستوى كل البلاد.

بذلك قدر عدد الضحايا في فترة 7 سنوات (1920م-1927م) حوالي 13500 شخص منهم 2300 حالة وفاة.

وبلغ الوباء ذروته مع الظروف السيئة التي عاشتها الشعب الجزائري خلال سنوات الحرب العالمية الثانية بتسجيل 63.039 حالة أعلاها كان سنة 1942م أين أصاب وباء التيفوس في الجزائر 33.255 شخص ثم بدأ الوباء في التلاشي حتى كاد ينتهي مع نهاية خمسينات القرن العشرين.

- حمى المستنقعات (Paludisme):

حمى المستنقعات أو الملاريا مرض معدي تتسبب فيه جرثومة "لافران" (Hématozoaire de Laveran)، حيث تنتقل إلى الإنسان عن طريق لسعة بعوضة الأنوفيل (Anophèle)، حيث يصاب الشخص بحمى مصحوبة بفقر الدم (Anémie)، لأنها تصيب كريات الدم الحمراء. بذلك فلا وجود لهذا النوع من الحمى، دون البعوض الذي ينشأ حيث وجود المياه العكرة على السطح، هذا ما أكدته تقرير الجيش الفرنسي لسنة 1830م.

وقد قدرت المسافة بين المستنقعات المنتجة للبعوض، والتجمعات السكانية التي تصل إليها وتسبب لها الحمة ما بين 100 و300م.

¹- المرجع السابق، ص 216.

وأفضل نموذج على ذلك في تاريخ عمالة الجزائر منطقة متيجة التي أطلق عليها آنذاك اسم (L'infece Mitidja)، هذه المنطقة التي أضرت بسكانها وسكان المناطق المواجهة لها. اتفق هؤلاء الأطباء على أن هواء متيجة مضر جدا بالصحة خلال فصل الصيف، وهذا بسبب المياه المتراكمة فوق سطح السهل خلال فصل الشتاء، وتحمله الرياح إلى المناطق المجاورة.¹ ففي سنة 1832م كانت الكتيبة المتواجدة في بئر خادم ترسل ما يعادل ستة أشخاص يوميا إلى المستشفى، بسبب الحمى، وحتى مدينة القبة فقد اضطرت معها الحكومة إلى تغيير معسكر كان متواجدا بها بسبب الهواء المضر الذي يصلها من متيجة، وما يؤكد ذلك هو أحد أبناء المنطقة بقوله: "إن متيجة لا تغدو أن تكون أرض أو حال ومستنقعات ومحط ضرر وأذى... قد استولت على هذا السهل الحمى، التي أصبحت تعيش مع سكانه الذين تعودوا على زيارتها المتتالية...".²

ثالثا: تطور الوضعية الوبائية في الجزائر.

1- أمراض البرنامج الواسع للتلقيح PEV:

أ- داء السل Tuberculose:

غداة الاستقلال، كان داء السل من أهم الأمراض المسببة للوفيات حيث حاجز خلالها على 20% من الأسرة الاستشفائية، وقد كشف التحقيق الوبائي الذي أجري ما بين 1964م-1966م أن معدل الحالات السنوية مرتفع جدا والذي قدر بحوالي 150 حالة لكل 100000 شخص مما دفع السلطات سنة 1968م بإجراء أول حملة تلقيح ضد السل وأمراض أخرى ليلبيها تبني إجبارية ومجانية اللقاح ضد هذا الداء مع مطلع سنة 1969م.

خلال الفترة 1976م-1986م-1989م عرفت الوضعية الوبائية تحسنا سريعا بفضل تنمية الخدمات الصحية التي وفرت التغطية لأكثر من 90% من السكان لينخفض معدل الإصابة من 53 إلى 35 لكل 100000 شخص.

مع مطلع سنوات التسعينات والألفية الجديدة عرف داء السل رجوعا قويا على الساحة والوبائية نظرا للتقطع في الكمية المخزنة للأدوية، تدهور الظروف الاجتماعية والاقتصادية للسكان إضافة إلى

¹ - حمدان بن عثمان خوجة، المرأة، ط2، الشرطة الوطنية للنشر والتوزيع، جامعة الجزائر، الجزائر، 1982، ص 87.

² - المرجع نفسه، ص 87.

النزوح الريفي في اتجاه المناطق الحضرية لينتقل معدل الإصابة من 45.22 إلى 56.39 ق م 60.62 لكل 100000 شخص ما بين 1990م-1997م و2005م على التوالي¹.

ب-الديفتيريا **Diphthérie**:

إذا قارنا متوسط معدل الحالات السنوية لمرض الديفتيريا للمراحل 1963م-1969م-1979م-1980م-1989م فإننا نلاحظ تراجع قوي لهذا الداء انتقل من 3,97 إلى 4.78 ثم 0.09 حالة لكل 100000 شخص للفترات السابقة على الترتيب، ليعود إلى الظهور منتصف سنوات بنسب 3.51 و3.49 حالة لكل 100000 شخص لعامي 1994م و1995م بسبب ظهور حالات وبائية حادة قد صرح بها في مناطق وسطى وجنوب البلاد ، كما شهدت الساحة الوبائية مع مطلع القرن الجديد تراجع قوي في عدد الحالات المصحح بها بين 3 و8 حالات عبر كامل الوطن².

ج-الكزاز **Tétanos**:

عرفت الكزاز تراجعا ابتداء من نهاية سنوات الثمانينات حيث انتقلت نسبة الحالات السنوية من 0.45 إلى 0.26 حالة لكل 100000 شخص ما بين سنتي 1980م و1989م، كما عرف الثبوت في مستويات منخفضة أثناء عشرية التسعينات، ليليها التراجع القوي مع بداية الألفية الجديدة، حيث انتقل من نسبة 0.04 إلى 0.02 حالة لكل 10000 شخص ما بين سنة 2000م و2005م، هذا التطور الملاحظ يعكس التغطية اللقاحية لجديدة ضد الكزاز عند الأم في سن الانجاب زيادة على إجراء الولادات في الهياكل الطبية.

د-السعال الديكي **La coqueluche**:

لقد سجل السعال الديكي تراجعا ملحوظا ومنتظما في نسبه فعند مقارنة الثلاثة عشريات الأولى من الاستقلال 1960م، 1970م، 1980م، فإن متوسط النسبة المسجلة قد انتقل من 10.76 إلى 7.88 ليصل بعدها إلى 2.02 حالة لكل 100000 شخص، لتعرف سنوات التسعينات الندرة في هذا الداء بتسجيل ظهور 4 حالات سنة 1994م، وبالمقابل عرفت الساحة الوبائية مع مطلع القرن الجديد الارتفاع في عدد الحالات المصحح بها، 114 حالة سنة 2001 و68 حالة سنة 2004.

¹ - بعيط فاتح، المرجع السابق، رص 40.

² - المرجع نفسه، ص 40.

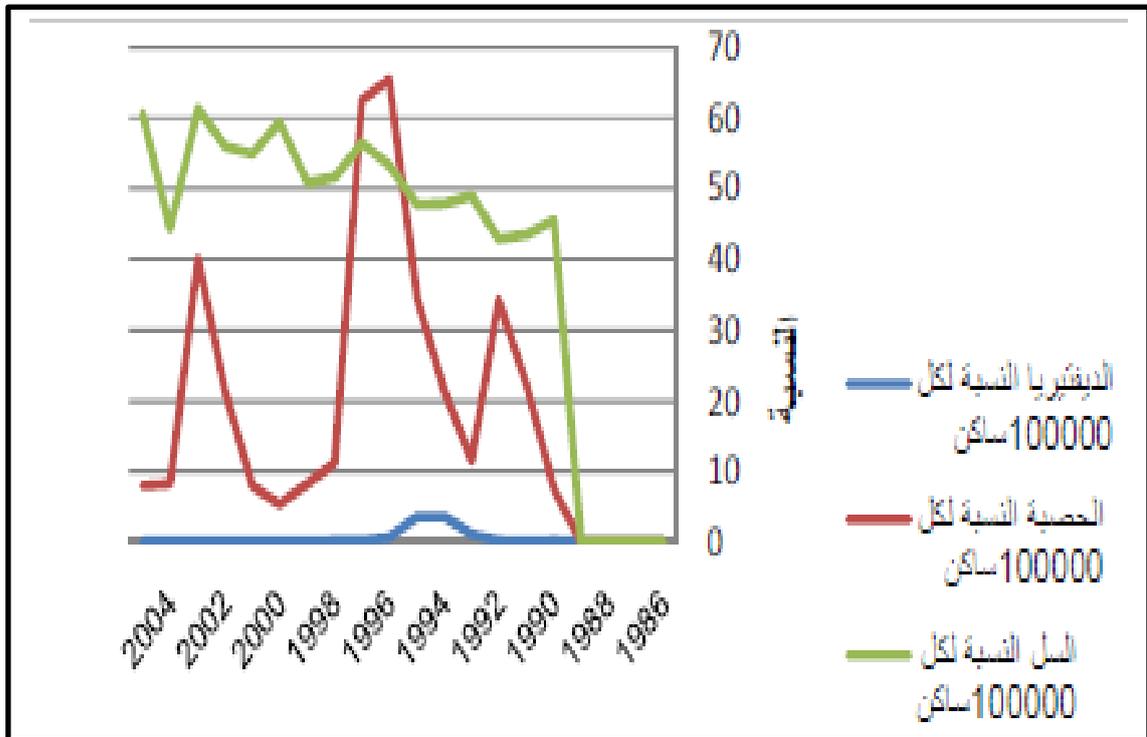
هـ- الحصبة La Rougeole:

خلافا لأغلبية الأمراض الأخرى فإن داء الحصبة خاصة خلال عشرية التسعينات فقد شهدت معدلاته ارتفاعا مهما ومستمر من 7.46، 34.51 و62.48 حالة لكل 100000 شخص سنوات 1990م، 1995م و1996م على الترتيب هذه المعدلات العالية أجبرت السلطات العمومية على مراجعة جدول التلقيحات سنة 1996م وإدخال الجرعة الاجبارية الثانية من اللقاح ضد الحصبة للأطفال في مرحلة ما قبل الدراسة ليسجل بعدها هذا الداء تراجعا إلى نسبة 7.97 حالة لكل 100000 شخص سنة 2005م.

و- الشلل La Polymyélite:

اختفى تماما من الساحة الوبائية لبلادنا ويعتبر تاريخ 1996م آخر سنة عرفت التصريح بوجود الداء نتيجة الحملات الالاقاحية لولايات الجنوب التي سجلت معدلات تغطية ضعيفة.

شكل رقم (01): منحنى تطور نسب داء الديفتيريا، الحصبة والسل:



1- الأمراض المنتقلة عن طريق المياه:

تعتبر الامراض المنتقلة عن طريق المياه (حمى، التيفويد، الكوليرا، التهاب الكبد الفيروسي) أولى أسباب المؤدية للحالات المرضية ضمن الأمراض الاجبارية التصريح في الجزائر وحدتها متعلقة مباشرة بشروط النظافة العامة والتموين بالمياه الصالحة للشرب، فقد لوحظ ارتفاع في معدلها ما بين 1993م و1996م من 28.66 إلى 35.45 حالة لكل 100000 شخص، حيث شكلت حتى التيفويد وحدها نسبة 44 و 47% من مجموعة التصريحات الخاصة بهذه الفئة¹.

أ- حمى التيفويد La fièvre Typhoïde:

اتسمت حمى التيفويد خلال سنوات الستينات بمعدلات ظهور ضعيفة، ولكن مع بداية التسعينات أصبح هذا الداء يهدد صحة السكان حيث انتقل معدله من 9.82 حالة لكل 100000 شخص سنة 1993م إلى 16.35 سنة 1994م ثم 16.29 سنة 1997م، وقد أرجعت الدراسات الوبائية أسباب هذا الارتفاع إلى النوعية السيئة للمياه الموجهة للاستهلاك البشري زيادة على اختلاط قنوات الصرف الصحي مع قنوات مياه الشرب، وبالمقابل عرف هذا المرض تراجعاً قوياً مع بداية القرن الجديد، حيث سجل مرورا من 6.87 إلى 2.82 حالة لكل 100000 شخص ما بين 2001م و2005م على التوالي.

ب- الكوليرا Chuléra:

لقد عاشت البلاد حالات وبائية لمرض الكوليرا قبل منتصف سنوات التسعينات، حيث انتقل معدله من 5.39 حالة لكل 100000 شخص سنة 1990م إلى 0.06 عام 1993م ثم 0.02 سنة 1995م، ويعتبر هذا التاريخ الأخير آخر سنة عرفت فيها البلاد ظهورا للكوليرا.

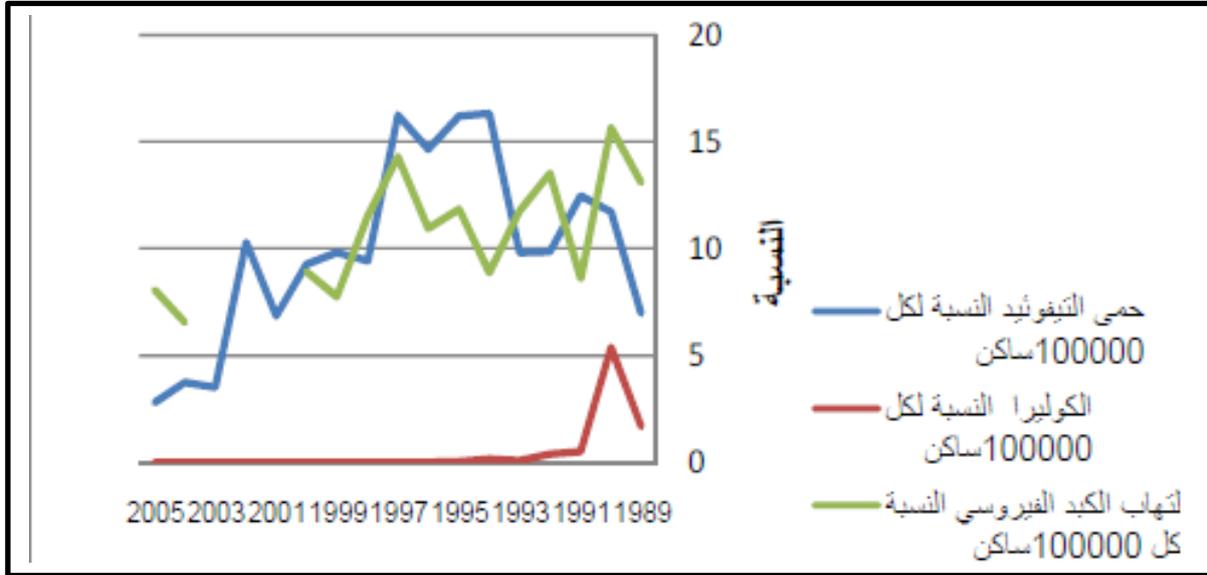
ج- التهاب الكبد الفيروسي:

يتواجد هذا الداء في حالة وبائية، بل ويعتبر كأحد اهم مشاكل وتحديات الصحة العمومية في بلادنا نظرا لخطورة مضاعفاته كسرطان، تشمع الكبد، فلقد عرفت معدلاته الارتفاع في غالب الأحيان مع بعض الانخفاضات من 15.59 إلى 8.90 ثم 14.32 حالة لكل 100000 شخص ما بين 1990م، 1994م و1997م على التوالي وعند إدخال السلطات الصحية التلقيح المجاني والإجباري ضد التهاب

¹ - المرجع السابق، ص 41.

الكبد الفيروسي "النوع ب" في 2003/01/01م خاصة للمواليد الجدد عرف التراجع الملحوظ من 8.95 إلى 6.56 حالة لكل 100000 شخص ما بين 2001م-2004م¹.

منحى رقم (02): تطور نسب داء حمى التيفونيد، الكوليرا أو التهاب الكبد الفيروسي:



المصدر: Relevé Epidémiologique Annule de l'Algérie

2- الأمراض المنقولة عن طريق الحيوانات:

هذه الأمراض تتواجد في حالة وبائية وتمثل ما يقارب ربع الحالات المصرح بها بالرغم من بداية تطبيق البرنامج الوطني لمكافحة هذه النوعية من الأمراض سنة 1984م بغرض تقليص الحالات المرضية والوفيات ولكن بدون جدوى، حيث لوحظ مع مطلع سنوات 1990م ارتفاع قوي في نسبها والتي كان لها أثر اجتماعي واقتصادي قوي².

أ- الحمى المالطية La brucellose:

داء نادر إلى غاية 1984م جراء حدوث وباء منطقة الجنوب ومنذ هذا التاريخ والاحصائيات الطبية لهذا المرض في الارتفاع، حيث شهدت عشرية التسعينات التدرج في الارتفاع من 0.66 إلى 14.7 حالة لكل 100000 شخص ما بين 1990م، 1996م ليليهما الثبوت النسبي مع بداية القرن بمعدل 10.58 ثم الارتفاع القوي سنة 2005م إلى مستوى 24.71 حالة 100000 شخص.

¹- المرجع السابق، ص 42.

²- المرجع السابق، ص 42.

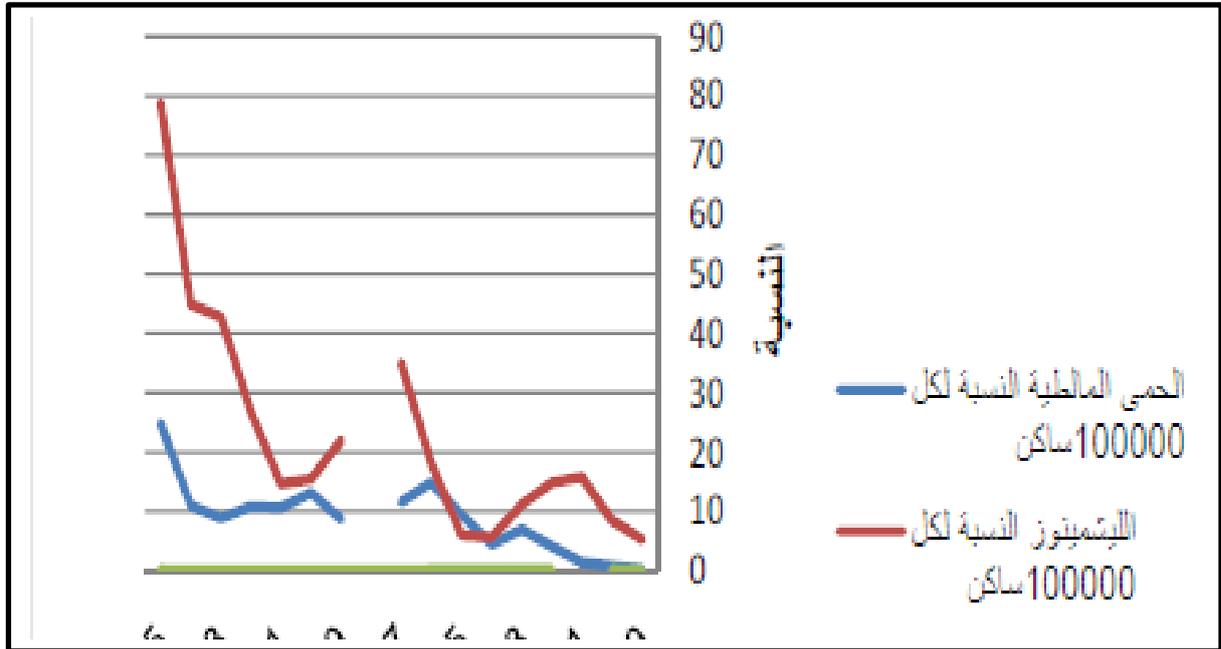
ب- الليشمينوز **Leishmaniose**:

عرف هذا المرض تطورا خلال السنوات الأخيرة تحت تأثير العمران الفوضوي بمحاذاة المناطق الخطيرة خاصة في الهضاب العليا، حيث شهدت سنة 1997م بداية تسجيل أقوى المعدلات من 35.07 حالة لكل 100000 شخص إلى 42.64 سنة 2003م و70.83 حالة لكل 100000 شخص سنة 2005م.

ج- الكلب **La Rage**:

بالرغم من توفر اللقاح الفعال ضد الكلب بعد الإصابة المباشرة بهذا الداء إلا أنه لوحظ في منتصف سنوات 1990م و2000م الزيادة في النسب المسجلة 0.14 و0.10 حالة لكل 100000 شخص على التوالي¹.

منحنى رقم (03): تطور نسب داء الحمى المالكية، الليشمينوز والكلب:



المصدر: Relevé Epidémiologique Annule de l'Algérie

II- الأمراض الغير المعدية:

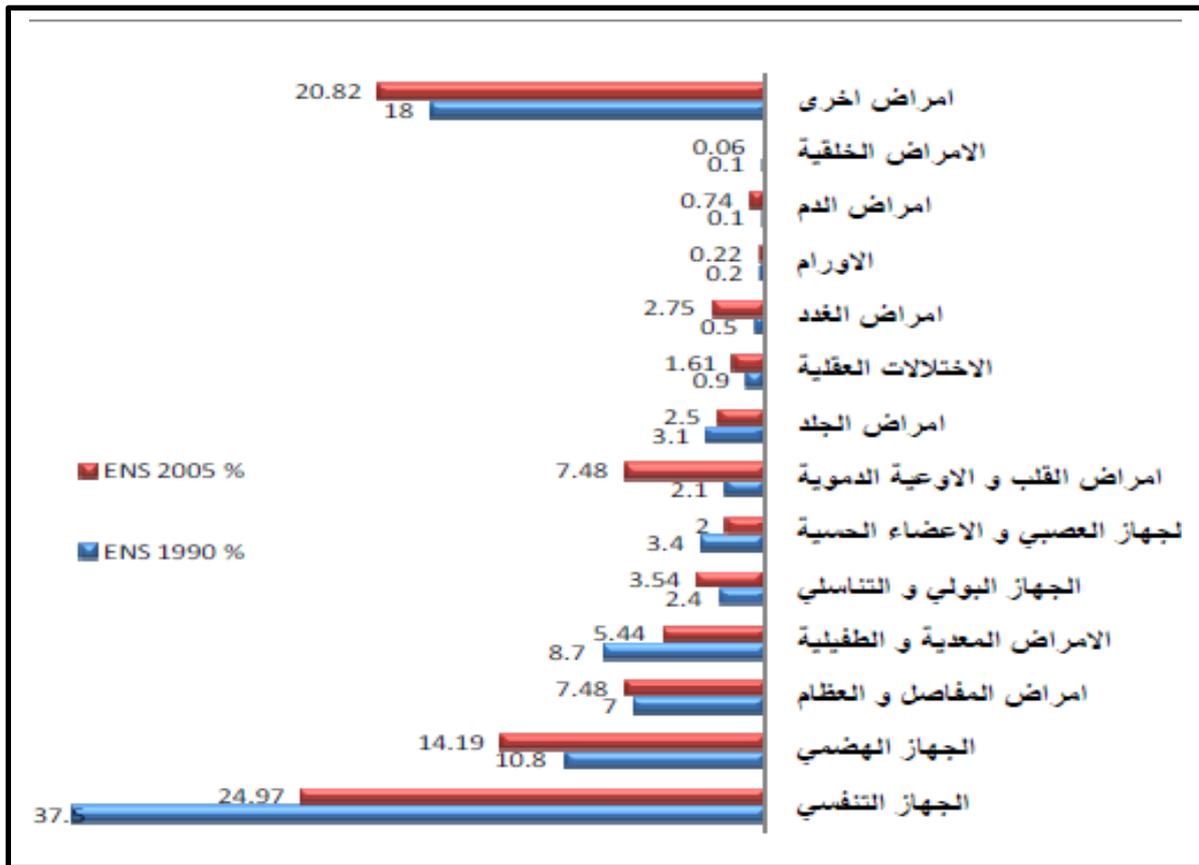
لقد سمح التحقيين الوطنيين للصحة لسنتي 1990م و2005م بإعطاء صورة واضحة عن نوعية الأمراض المنتشرة بين السكان خاصة منها الغير المعدية وذلك باتباع منهجية موحدة في التقصي حول

¹- المرجع السابق، ص 43.

الحالات المرضية التي أصابت العائلة أثناء 15 يوم التي سبقت العمليتين، دواعي اللجوء إلى الفحوصات الطبية خلال الثلاثة أشهر الأخيرة وأسباب الاستشفاء، بالإضافة إلى توزيع الأمراض المزمنة، حيث لوحظ بأن نموذج الأمراض يمتاز بالارتفاع المستمر للأمراض المزمنة والتكسية والتراجع المستمر في مثلتها المعدية وهو ما يؤكد الانتقال الوبائي الذي تمر به البلاد¹.

1- الأمراض داخل العائلة:

الشكل رقم (04): تطور نسبة الأمراض داخل العائلة:



المصدر: ENS 1990+ENS2005

كشفت التحليل المقارنة لنسبة الأمراض داخل العائلة ما بين 1990م و 2005م على التوالي:

- ارتفاع في نسب كل من أمراض القلب والأوعية من 1.2% إلى 7.5% أمراض الجهاز الهضمي من 10.8% إلى 14.8% وأمراض العدد من 0.5% إلى 2.7%

¹- المرجع السابق، ص 43.

- التراجع في نسبة الأمراض المعدية والطفيلية داخل العائلة من 8.5% إلى 5.4% بالإضافة إلى الأمراض التنفسية من 35.7% إلى 25%.

- ثبوت نسبي في أمراض المفاصل والعظام، السرطان والاضطرابات العقلية¹.

III- عوامل الخطر القلبية الوعائية Les Facteurs de Risques Cardio-vasculaire :

لقد أصبح من الضروري في الدراسات الحديثة حول انتشار الأمراض بين السكان أن نستكمل لتقسيم سبعة عوامل الخطر القلبية الوعائية التي تسطير استراتيجية العلاج والتكفل بالمضاعفات الجانبية وخلافا للتحقيق الذي قامت به مصالح الصحة بالتعاون مع المنظمة العالمية للصحة سنة 2003م في مقارنة ما يعرف بالتحقيق STEPS الذي لم يراعي العشوائية وإنما عينة مقصودة من سكان ولايتي سطيف ومستغانم، ولهذا يبقى التحقيق الوطني للصحة 2005م الوحيد الذي قدر انتشار هذه العوامل بين أفراد السكان الجزائريين.

1- ارتفاع الضغط الدوي L'Hypertension Artérielle :

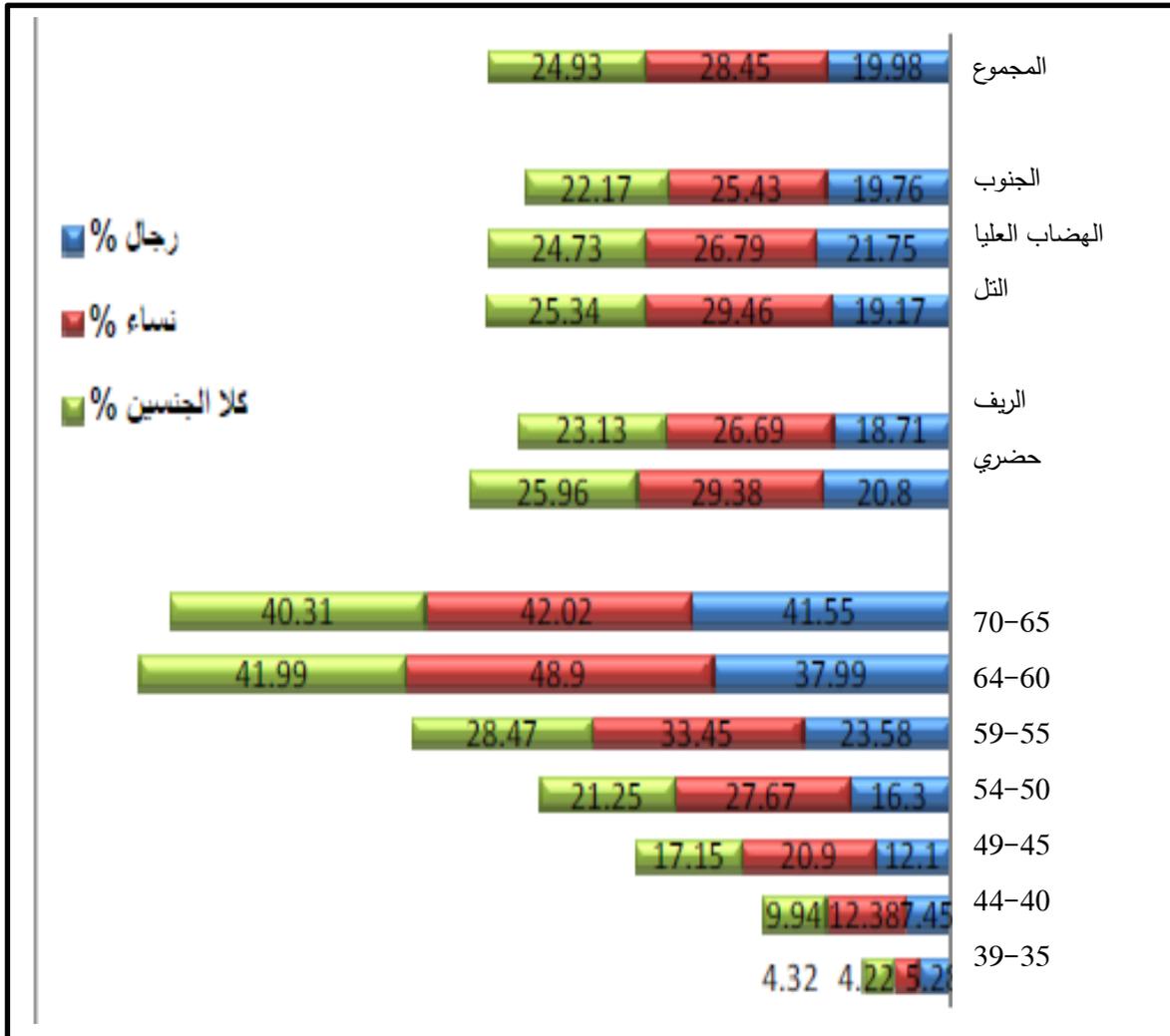
يعتبر هذا الأخير من أهم عوامل الخطر القلبية الوعائية حيث عرفته المنظمة العالمية للصحة بأنه الارتفاع في الضغط الشرياني الانقباضي بقيمة أكبر أو تساوي 140 ملم زئبقي و/ أو الضغط الشرياني الارتخائي بقيمة تفوق أو تساوي 90 ملم زئبقي وفي إطار هذه المرجعية قدر التحقيق الوطني للصحة 2005م خصائصه التالية:

- نسبة ارتفاع الضغط الدموي لدى الجزائريين من ذوي الفئة العمرية 35-70 سنة حوالي 24.93% مع ميزة انتشاره الواسع بين النساء بنسبة 28.93% نظير 19.98% لدى الرجال²
- هذه النسبة التي ترتفع بارتفاع الأعمال تشهد قيمتها القصوى 41.99% لدى الفئة 60-64 سنة.
- التقارب في نسبة انتشاره بين الوسط الريفي الحضري وبين المناطق الجغرافية.

¹- المرجع السابق، ص 43.

²- المرجع السابق، ص 44.

شكل رقم (05): يبين نسبة ارتفاع الضغط الشرياني للجزائريين ذوي الفئة 35-75:



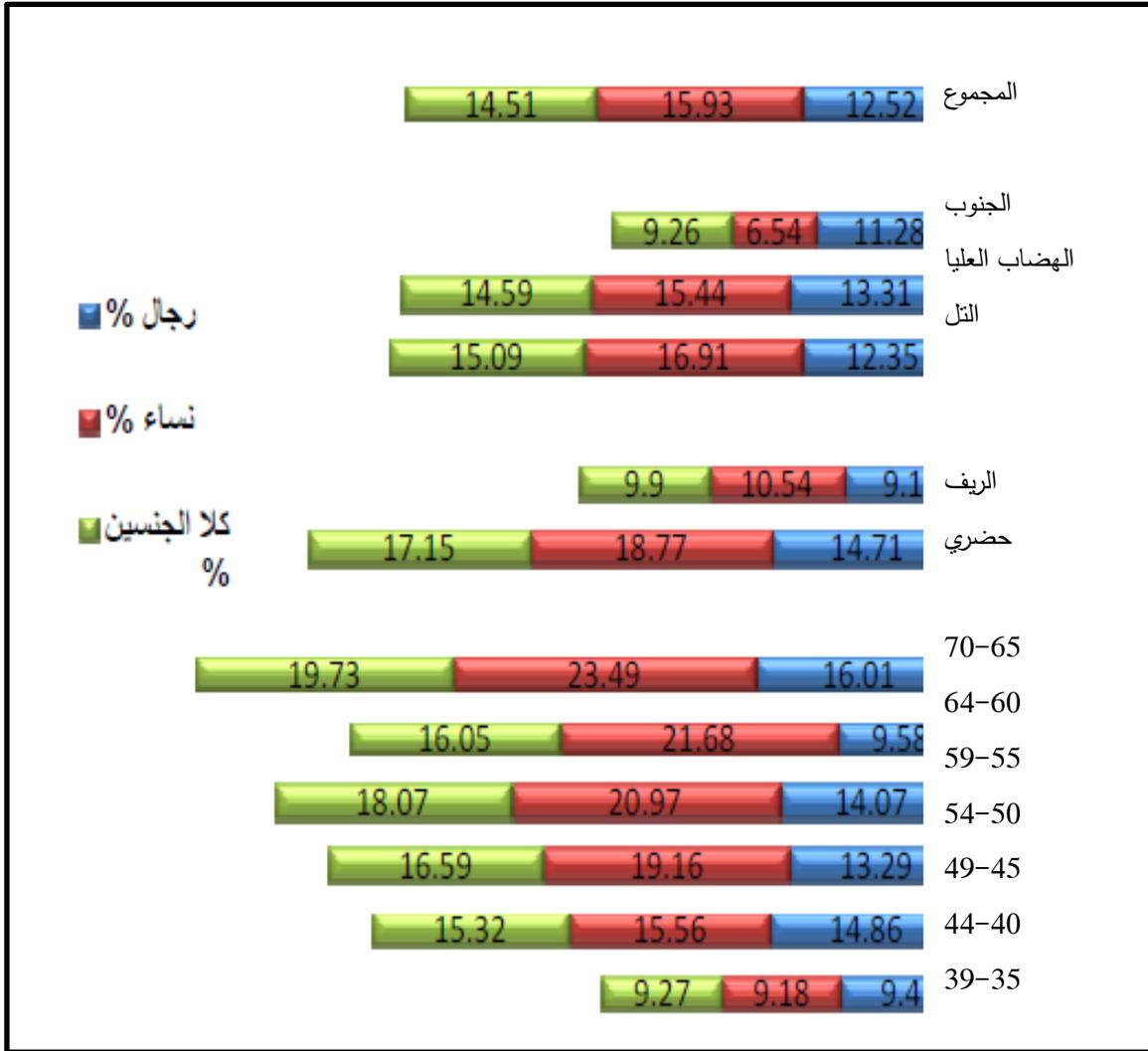
2- ارتفاع الدهون المزدوجة La Dyslipidémie:

يعرف هذا العامل الخطر بارتفاع الكوليسترول في الدم بنسبة تعامل أو تفوق 200 ملغ/دسل مع ارتفاع تركيز حمض التريغليسيريدي يساوي أو يتعدى 150 ملغ/دسل هذا العامل الذي يزيد من نسبة الوفيات والإعاقة نتيجة تصلب الاوعية الدموية والضغط الشرياني، قد وجد سنة 2005م لدى 14.51% من الجزائريين من ذوي الأعمار 35-70 سنة مع خاصية الانتشار الواسع بين النساء¹، حيث يرتفع بارتفاع أعمارهم مسجلا قيمته القصوى 23.49% لدى الشريحة 65-70 سنة نظير 16.01% عند الرجال.

¹ - المرجع السابق، ص 44.

تحليل حسب الوسط أعطى الصدارة للوسط الحضري بنسبة 17.15% مقابل 9.9% في الوسط الريفى، أما حسب المناطق الجغرافية فإنه يقل في الاتجاه شمال-جنوب¹.

شكل رقم (06): يبين نسبة ارتفاع الدهون المزدوجة للجزائريين:



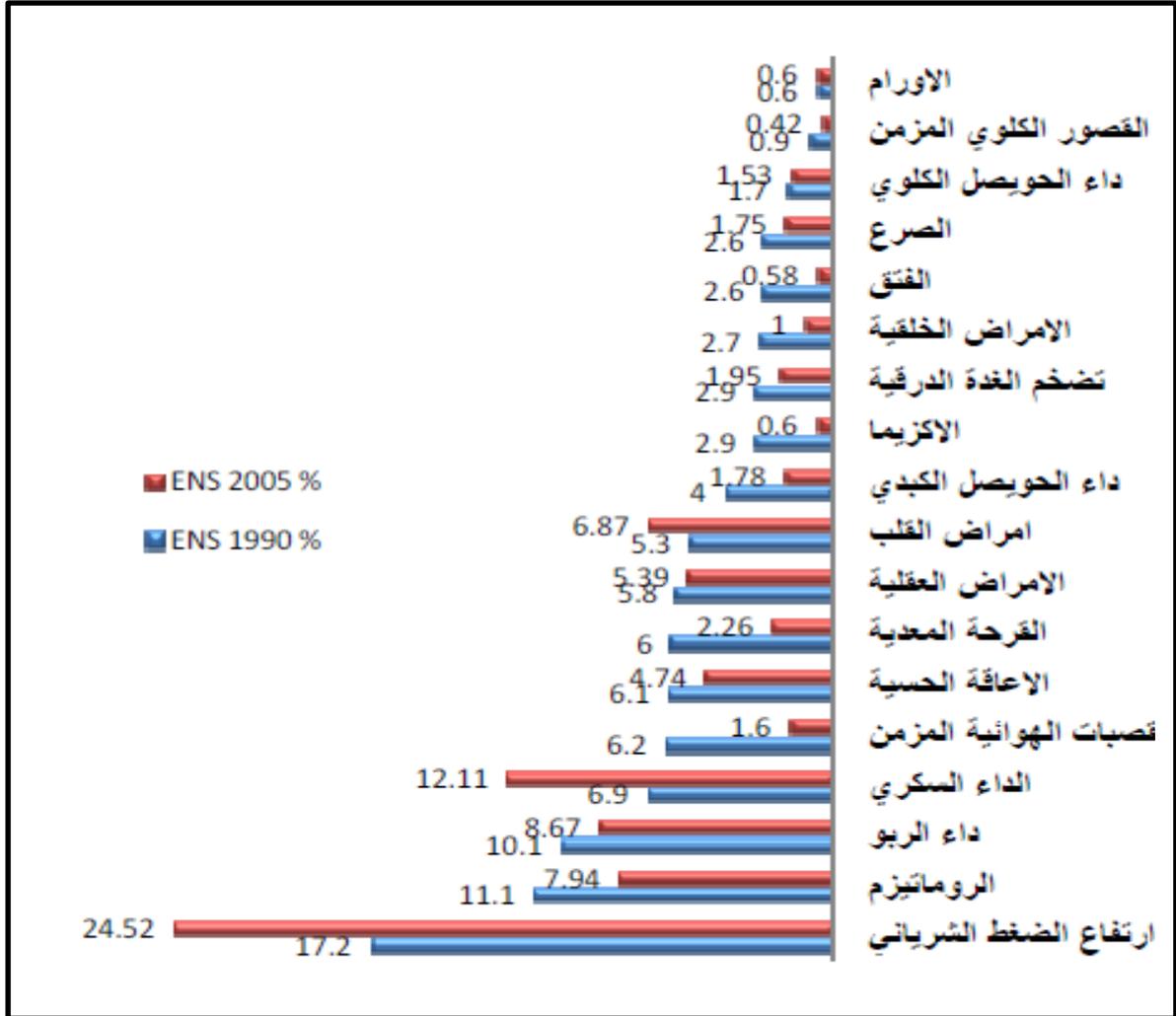
3- الأمراض المزمنة:

لا تعتبر الأمراض المزمنة فقط منبع للموت ولكن سببا مهما في الإعاقة بشتى أنواعها التي تهدد بصفة عامة صحة السكان وتزيد من مستوى التكلفة الطبية، وقد سمح التحقيين السالفين الذكر بإعطاء توزيع دقيق لهذه الفئة من الأمراض التي يعاني منها أفراد العائلة لتظهر جليا الارتفاع المستمر في داء ارتفاع الضغط الشرياني من 17.2% إلى 24.5% الداء السكري من 6.9% إلى 12.1% وأمراض

¹ - المرجع السابق، ص 45.

القلب من 5.3% إلى 6.9% وبالمقابل تراجع طفيف في داء الروماتيزم، الربو، الأمراض العقلية مع ثبوت داء السرطان في مستوى 0.6%.

شكل رقم (07): يبين نسبة ارتفاع الأمراض المزمنة:



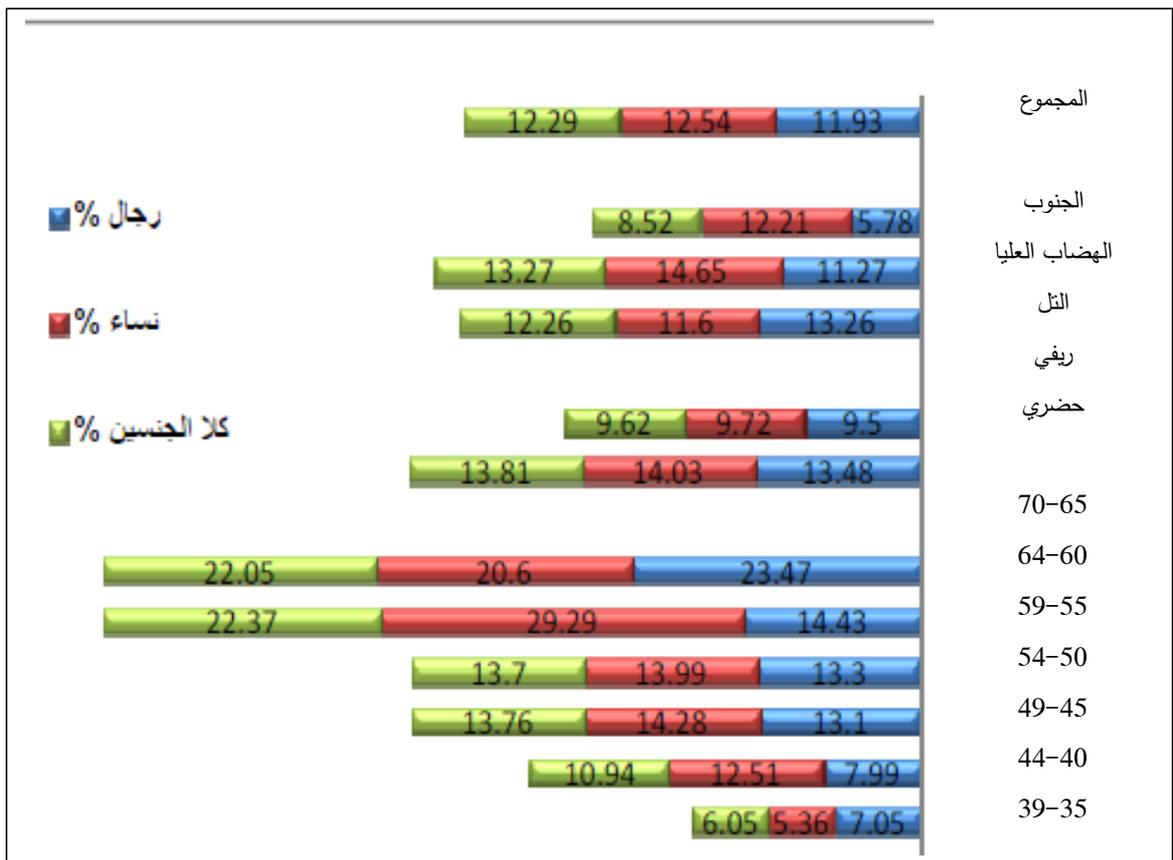
• الداء السكري Le Diabérex:

يعرف الداء السكري بأنه ارتفاع تركيز الجلوكوز في الدم بقيمة تساوي أو تتعدى 1.26 غ/ل وهو أخطر العوامل لما له من تأثيرات، فإن لم يمكن سببا في الموقت فهو سببا في الإعاقة الحسية والحركية (تصلب الشرايين، العمى، القصور الكلوي، المزمن...)¹.

¹ - المرجع السابق، ص 45.

- هذا العامل الخطر وجد لدى الجزائريين الذين تتراوح أعمارهم ما بين 35-70 سنة بنسبة 12.29%، والذي يرتفع بمجرد التقدم في العمر ليعرف حده الأقصى لدى النساء من ذوات الفئة 60-64 سنة بنسبة 29.29% ولدى الرجال الذين تتراوح أعمارهم ما بين 65-70 سنة بنسبة 23.47%.
- هذا الداء أكثر انتشارا في الوسط الحضري بنسبة 13.81% مقابل 9.62% في الريف.
- توزيعه حسب المناطق كشف احتلاله الصدارة في منطقتي الهضاب العليا والتل مقارنة بالجنوب التي سجلت أضعف نسبة والمقدرة بحوالي 8.52%.

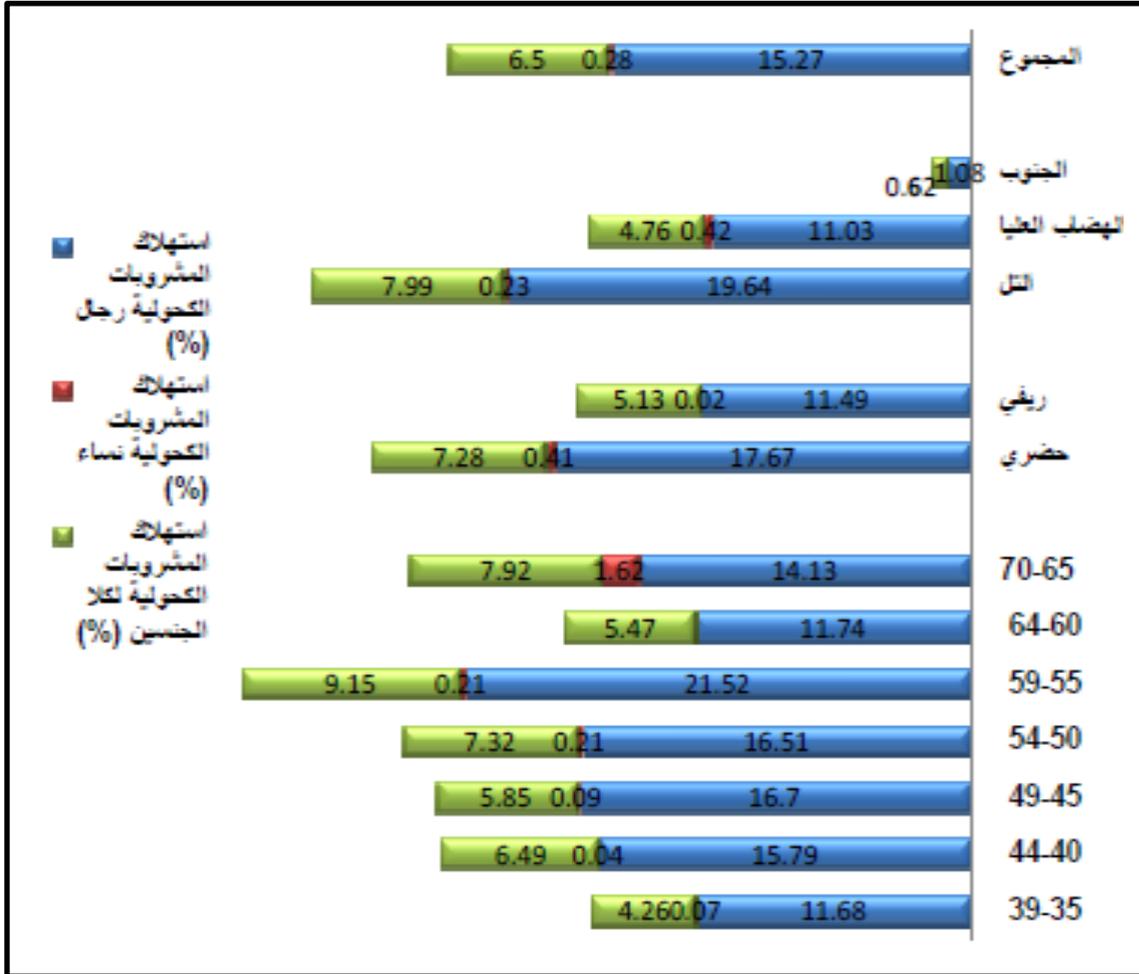
شكل رقم (08): نسبة داء السكري لدى الجزائريين من الفئة 35-75:



• تناول المشروبات الكحولية L'alcoolisme:

- على غرار التدخين فإن تناول المشروبات الكحولية قد وجد عند الجزائريين سنة 2005م من ذوي الفئة العمرية 35-70 سنة بحوالي 6.50%.
- التوزيع حسب الجنس كشف أنه سلوك سام رجالي بنسبة 15.27% نظير 0.28% لدى النساء.

- التوزيع حسب الوسط اظهر بأن الجزائريين في الوسط الحضري هم أكثر استهلاكا للكحول بمستوى 7.28% مقابل 5.13% في الريف.
 - التحليل حسب المناطق الجغرافية دل على ان نسبة استهلاكه تقل في الاتجاه شمال- جنوب بنسب 7.99%، 4.76% و 0.62% في كل من التل، الهضاب العليا وأخيرا الجنوب على التوالي¹.
- شكل رقم (09): نسبة استهلاك الكحول لدى الجزائريين ذوي الفئة 35-70 سنة:



• الخمول Sédentarité:

- الخمول وعدم ممارسة النشاطات الحركية عامل يزيد من درجة الأمراض والوفيات، ونظرا لأهميته القصوى تم التقصي عنه سنة 2005م فكانت النتائج على النحو التالي:
- أ- السير
 - الجزائري يقوم بالمشي بمعدل 63 دقيقة/اليوم.

¹- المرجع السابق، ص 46.

- ظاهرة المشي عند الرجال أكبر منها عند النساء بمعدل 82.93 دقيقة/اليوم مقابل 50.02 دقيقة/اليوم على التوالي.

ب-الجلوس/الاتكاء

- الجزائري يطيل جلوسه واتكائه بحوالي 162 دقيقة/اليوم.

- الرجال أكثر جلوسا واتماء مقارنة بالنساء بنسبة 203.47 و 132.73 دقيقة/اليوم على الترتيب.

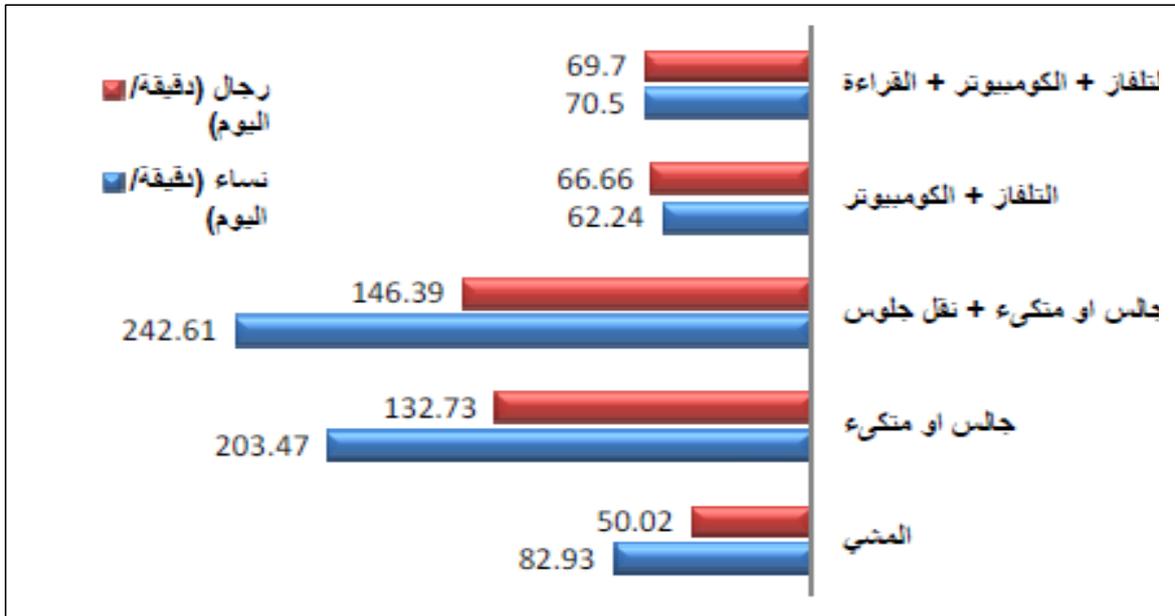
ج-النقل

24 دقيقة يوميا هي المدة الزمنية التي يقضيها الجزائري في النقل¹.

د-مشاهدة التلفاز واستعمال الكمبيوتر:

يستعمل الجزائري هاذين الجهازين بوقت قدرها 65 دقيقة/اليوم مع تقارب النسب بين الجنسين.

شكل رقم (10): نسبة النشاط الحركي للجزائريين ذوي الفئة 35-70:



المصدر: ENS2005

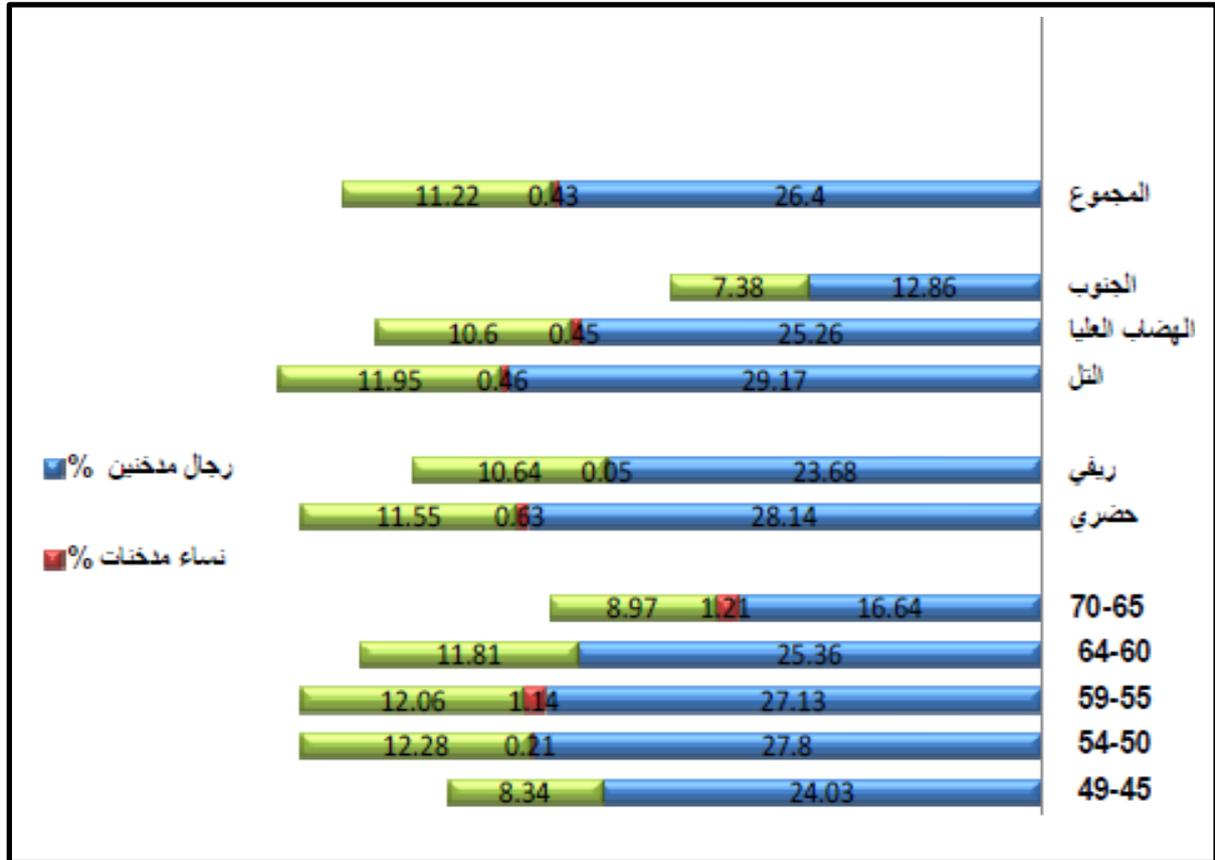
• استهلاك التدخين Le Tabagisme:

لقد قدرت نسبة استهلاك التدخين باعتباره رابع عامل خطر قلبي وعائي وأول سلوك سام في التحقيق الوطني للصحة 2005 للجزائريين من ذوي الأعمال 35-70 سنة بحوالي 11.22% وهي نسبة عالية تساهم في الفتك بأرواح الأشخاص وتزيد من خطر اصابتهم بشتى أنواع السرطانات.

¹- المرجع السابق، ص 46.

تحليل هذا السلوك السام حسب الجنس كشف بأنه سلوك رجالي بنسبة 26.4% نظير 0.43% لدى النساء وأن الفئة 40-44 سنة هي الأكثر تناولاً للتدخين بمستوى 13.61% مع غياب الفارق بين الوسطين، كما سجلت منطقة الجنوب أقل نسبة استهلاك والمقدرة بحوالي 7.38% مقارنة بباقي المناطق.

شكل رقم (11): نسبة الجزائريين المدخنين ذوي الفئة 35-70 سنة:



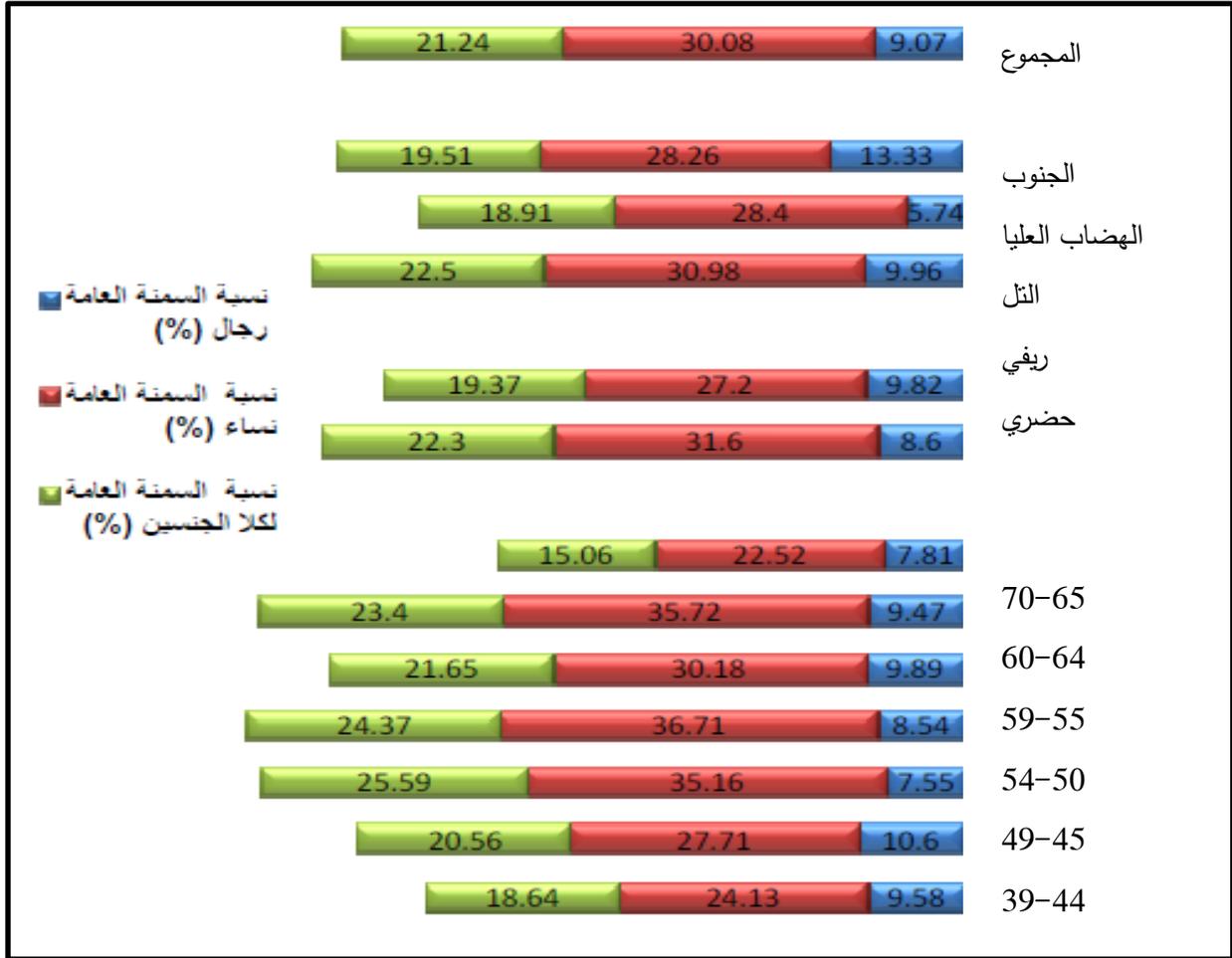
• السمنة L'obésité:

تعرف السمنة بانها ارتفاع في مؤشر الكتلة الجسمية (IMC) الذي يتعدى القيمة 30، هذا العامل الذي أصبح يشكل وباءا في الدول المتقدمة لتغير النمط المعيشي ومحاسن التحضر، فخلال التحقيق الوطني للصحة 2005م وجد ان 21.24% من الجزائريين من ذوي الفئة العمرية 35-70 سنة يعانون من السمنة وأن النساء من الأكثر إصابة بنسبة 30.08% مقابل 9.07% عند الرجال.

كما كشف التوزيع حسب الوسط والمناطق الجغرافية أن نسبة انتشاره لا تختلف كثيرا 22.3% في الحضر نظير 19.37% في الريف وأن سكان التل هم الأكثر إصابة به مقارنة بالمناطق الأخرى¹.

¹ - المرجع السابق، ص 47.

شكل رقم (12): نسبة السمنة العامة للجزائريين ذوي الفة 35-70 سنة:



رابعاً: الأسباب الطبيعية والبشرية لانتشار الأمراض والأوبئة.

تعتبر الكوارث الطبيعية إحدى المسببات المساهمة في تفشي الأمراض والأوبئة، فهي لا تعتبر غريبة عن المجتمع الجزائري نظراً لتفاعله مع المناطق المجاورة حيث أثر وتأثر بالخارج، لذا تعرض لعدة كوارث طبيعية والبشرية ونذكر منها ما يلي¹:

1- الأسباب الطبيعية لانتشار الوباء:

هي مجموعة من الأسباب تعتبر من صنع الطبيعة لا يكون للبشر أي دور فيها، حيث شاءت إرادة الله أن تلعب المسببات الطبيعية دوراً مهماً في التأثير على الحالة الصحية وأولها:

¹ - حفيظة عتوان، المرجع السابق، ص 32.

• الجفاف:

يعود سبب الجفاف في الجزائر إلى اضطرابات التساقط وانقطاع الأمطار وفي بعض الفترات قد يستغرق الموسم الفلاحي كله، وبالنظر إلى صفات المناخ المتوسطي كظاهرة طبيعية بالجزائر الشمالية، ولعل ذلك ما جعل نزول الأمطار في فصل الربيع دلالة على حلول الرخاء ونرى في كثير من الأحيان تولد قحط شديد، إذ للانقطاع المتكرر لتساقط الأمطار لسنة أو سنتين في شهري مارس وأفريل تتعرض البلاد لندرة المحاصيل الزراعية.

• الجراد:

يعتبر من الآفات الاجتماعية والكوارث الطبيعية ذات الأثر البالغ على الحياة الاقتصادية والاجتماعية للجزائر في الفترة العثمانية حيث زحف الجراد غالبا ما تبعته المجاعة. ساعدت الظروف المناخية السائدة بالجزائر على انتشار ظاهرة الجراد، وارتبط ذلك بظروف المناخ الصحراوي في الجنوب بحيث أثر بدوره على مناطق الهضاب العليا الرعوية في الوسط والمناطق الزراعية الخصبة لتلبية المحاذية للبحر في الشمال، ولقد عانت منه الجزائر بشكل مأساوي كل أربع أو خمس سنوات، لذا اعتاد السكان زحف الجراد عقب سنوات الجفاف، فحدثت اسراب الجراد المحاصيل الزراعية ولم يبق للناس طعاما سوى الجراد مع نهاية جويلية، في حين كان الجراد المتسبب في المجاعات والقحط يشد الجفاف لفترة طويلة حيث يتهطل بعده أمطار متأخرة متسببة في حدوث فيضانات وهنا يظهر الجراد بكثرة وتتبعه مجاعة قوية¹.

• المجاعة:

تعد المجاعة من بين الكوارث الطبيعية التي كانت تحصد أرواح عدد كبير من الأهالي جراء نقص الغذاء، وكانت بلاد المغرب كثيرا ما يتعرض إلى المجاعة يرجع ذلك إلى قلة تساقط الأمطار التي بدورها تؤثر سلبا على تناقص المحاصيل الزراعية. تعتبر المجاعة أحد مسببات الأمراض وهي تعود إلى أسباب طبيعية كالجفاف والفيضانات والقحوط، حيث ابن خلدون عن أسباب المجاعات وكثرتها في الدول، وقد ذكر انه في حالة عدم الاهتمام بالزراعة والفلاحة، والانشغال في الفتن وجمع الأموال والجبايات.

¹ - المرجع السابق، ص 33.

لذا غالبا ما يشع زحف الجراد المجاعة تصاحبها الأوبئة، وقد ذكر بعض المؤرخين أن المجاعة يتبعها وباء، كما جاء في القول "المجاعة شديدة والوباء عظيم" مما زاد الوضع تأزما مثل سنوات 1740م و1744 م عودة وباء الطاعون الذي نتج عن مجاعة عام 1738م.

لكن ذلك الارتباط بين الظاهرتين لا يعني وجود علاقة بينهما، ففي الكثير من الأحيان انتشر مجاعات مروعة في الجزائر، لم يصاحبها انتشار الأوبئة مثل سنة 1967م ولعل بعض الأوبئة ظهرت في سنوات الرخاء، في حين تعتبر المجاعات من بين أسباب انتشار الظاهرة الوبائية، هذا وقد أصابت الجزائر العديد من المجاعات لسنوات ما بعد 1671م، أدت إلى وفاة ما يزيد عن 20% من السكان.

• الزلازل:

بالموازاة مع وطأة الأوبئة كانت الجزائر تتعرض أيضا للهزات الأرضية وبالفعل، تعتبر آثار الزلازل من العوامل والأسباب المساعدة على انتشار المجاعة والأوبئة، ونظرا لدمار والخسائر الناجمة عنها في الوقت كان الاضطراب الذي نتج عنه الزلازل بفعل تكونها الجيولوجي وشدة توافرها وطبيعتها الطبوغرافية أحد الأسباب المؤثرة في الموسم الفلاحي¹.

• ارتباط العدوى بالعامل المناخية:

إن المناخ أشد سطوة على البشر، لذا تعتبر العوامل المناخية المتميزة بشدة الحرارة من بين العوامل النافلة للعدوى، هذا وارتبط الأوبئة خاصة الطاعون بتماطل الأمطار وارتفاع الرطوبة، وبالتالي يساعدان على ظهور الأوبئة حيث عوامل المناخ ينتج عنها قحط وسوء التغذية وبذلك تتبعها موجة حادة من الأوبئة.

• ارتباط العدوة بالجائحة الحيوانية:

إن الجائحة الحيوانية يقصد بها الوباء الذي يصيب الحيوانات وبفضل الهواء والرياح ينتقل إلى الانسان، وتميزت الجزائر بثروة حيوانية خاصة ما امتاز به بايلك الشرق عن غيره، ولعل تعرض العديد من الحيوانات إلى الكوارث الطبيعية مما يؤدي إلى موتها وتراكم جثتها المتعفنة، لذا نتج عنها وباء مميت ينتقل إلى الانسان.

¹ - المرجع السابق، ص ص 33-34.

• المستنقعات:

إلى جانب العوامل السابقة انتشرت المستنقعات بالسهول الساحلية، حيث كانت الأراضي تعاني كثرة انتشار المستنقعات وعدم العناية باستصلاحها خاصة سهل متيجة، حيث كان يسمى "سهل متيجة الموبوء" وعنابة وسهل وهران، وكانت المستنقعات تسبب الحمى بمختلف أنواعها للأهالي القاطنون بجوارها، لذا كانت المستنقعات مبعث للحمى الخبيثة الناتجة عن فوجات المستنقعات، سادت أراضي متيجة العديد من المستنقعات في هذا الصدد يقال عنها أن المياه الراكدة التي تتجمع أثناء فصل الشتاء تشكل المستنقعات وتتسبب في الهواء الموبوء الذي يسود أثناء فصل الصيف" إلى جانب كونها رقعة غير صحية وموطن للأمراض والأوبئة¹.

2- الأسباب البشرية:

تطرقت بعض المصادر التاريخية للظاهرة الوبائية في الجزائر على أن الأسباب المباشرة في انتشار الأوبئة هو الانسان الذي كان المتسبب في انتقال الوباء من خلال عدم نشاطات التي كان يمارسها، وفيما يلي سنوجز أهمها وقبل ذلك سنبين أهم المواطن الأصلية لتلك الأوبئة:

تعد البلاد المصرية والإسكندرية خاصة وشبه الجزيرة العربية وليبيا وأقاليم السودان والدولة العثمانية مهد لتلك الأوبئة، ويتضح أن هذه البلدان هي المصدر الرئيسي لانتقال العدوى إلى بلاد المغرب خاصة الجزائر.

• صلة الجزائر بالعالم الخارجي:

كانت صلات الجزائر الخارجية تتم أساساً عن طريق البحر الأبيض المتوسط ويعود ذلك إلى انفتاحها على أقاليم السودان، وعلاقتها مع الدول الأوروبية واتصالها، مع المشرق العربي عن طريق البحر المتوسط، لذا تعتبر موانئ المشرق مصدراً للعدوى، ولعل ذلك راجع إلى العلاقات مع الموانئ الدول العثمانية، وبذلك ساهمت الموانئ المصرية التي تقع على البحر الأبيض المتوسط مثل دمياط رشيد. الإسكندرية من أهم المدارس التي تنتقل منها العدوى إلى المناطق الخالية من الأوبئة مثل الجزائر عن طريق التواصل معها، ويعد الطاعون من بين أهم الأوبئة التي كانت تنتشر عن طريق العلاقات التجارية وغيرها.

¹ - المرجع نفسه، ص 35-36.

أكد لنا "سعيدوني" أن صلة الجزائر بالبحر الأبيض المتوسط من بين الأسباب الرئيسية لانتشار الأوبئة.

كما وضح "شالر" رمي الأموات المصابين بالطاعون في البحر يعد سبباً لانتقال العدوى من الأشخاص السالمين من وباء الطاعون¹.

• الفرق العسكرية:

تعتبر من بين الأسباب الرئيسية للانتقال العدوى من المناطق المصابة إلى النواحي الخالية من الأوبئة، وذلك عن طريق عملية التجنيد يأتي به الجنود المجندين، ولقد مثل الجنود دوراً بارزاً في نقل العدوة سواء من الخارج إلى الداخل أو في المنطقة نفسها من خلال جمع الضرائب على سبيل المثال وباء الطاعون الذي نشره الجنود في جنوب بايلك قسنطينة سنة 1786م.

• عن طريق الحجاج:

إن مما لا شك فيه أن تجمع العديد من المسلمين ساعد على انتقال العدوى من المناطق الشرقية الموبوءة إلى الجزائر، ولعل ما تسببه الفئران التي تعيش على السفن التي تنقل الطاعون لذا يطلق على ذلك السبب الطاعون المينائي، في حين اعتبر الحج من بين الأسباب الرئيسية للانتقال الأوبئة من مناطق المشرق، ويرى العديد من الباحثين أن انتقال الأوبئة عن طريق الحجاج عبر السفن من مكة المكرمة.

ذكر مارشي الدور الخطير الذي يلعبه الحجاج في تسرب العدوى إلى الجزائر، بالإضافة إلى الطلبة القادمين من المشرق ساعدوا على نقل الأوبئة والأمراض إلى الجزائر.

• القوافل التجارية:

كان للقوافل التجارية الدور الكبير في انتشار العدوى بين مختلف البلدان والأقطار المجاورة من خلال توافد التجار من المناطق الشرقية للجزائر، حيث كان انتشار وباء الطاعون يتبع حركة سير الأفراد والبضائع، لذا تعتبر الموانئ المصرية محطة تتوقف عندها أغلب السفن التجارية تكون محملة بالبضائع الموبوءة².

¹ - سعيدوني ناصر الدين: الأحوال الصحية والوضع الديمغرافي في الجزائر أثناء العهد العثماني، ورقات جزائرية دراسات وأبحاث في تاريخ الجزائر في العهد العثماني، دار الغرب الإسلامي، ط1، 2000م، ص 595.

² - المرجع نفسه، ص 596.

لقد شكلت الموانئ المصرية مصدراً للعدوى فكان التجار ينقلون العدوى منه عند توقفهم في هذه الموانئ، وبالتالي نشره نحو بلاد المغرب، خاصة أن التجار لما يكونوا يحترمون الإجراءات الوقائية وعرفت الجزائر توافد العديد من التجار من خلال الرحلات التجارية البرية والبحرية، أما فيما يخص الموانئ العثمانية فكانت هي الأخرى معرضة لخطر الأوبئة خاصة وباء الطاعون وذلك باعتبارها الموانئ الرئيسية التي ترسو بها السفن القادمة من الإسكندرية وتونس المحملة بالأشخاص الذين أصيبوا بالطاعون إلى جانب البضائع التي تحمل جرثوم الوباء، فكان للتجارة البحرية والبرية دور في انتشار الأوبئة، وهذا من خلال اختلاط القوافل التجارية فيما بينها سواء بين القوافل القادمة من الإسكندرية من جهة نحو بلاد المغرب، وكانت تدمر رحلة هذه القوافل حوالي شهرين كان يلتقي فيها التجار من الشرق والغرب فينقلون العدوى في حالة وجود الوباء نحو مناطقهم الأصلية¹.

• ارتباط العدوى بالجهاد والأسر:

يعد الجهاد البحري من بين الأسباب انتقال العدوى، حيث ساهمت السفن في نقل العدوى المرض التي كانت تحمل جرثوم الطاعون، فانتقال العدوى أمراً حتمياً في مثل هذه الظروف وفي ظل النشاط الممارس من قبل البحرية الجزائرية المتمثل في الأسر، يرى "مارشيك" أن الأسرى كانوا ينقلون الوباء إلى الجزائر كان سبباً ف جلب الوباء 700 أمر فلم يكن يتخذ لهم منازل خاصة.

• الأسواق:

تعتبر الأسواق ملتقى التجار المطعونين بغيرهم، لذا ينتشر وباء الطاعون عن طريق تبادل البضائع بالإضافة إلى احتكاكاتهم مع مجموعات سكانية سليمة من الوباء، حيث يترددون على السوق للتزوج بحاجياتهم سواء داخل أو الخارج من خلال رحلات التجارية وينتشر بذلك المرض في المدن والأرياف.

¹ - أبو قاسم سعد الله: تاريخ الجزائر الثقافي، دار الغرب الإسلامي، ط1، بيروت، 1998م، ص 55.

• ارتباط العدوى بعامل الفرار:

إن لفرار المصابين بالطاعون إلى الجزائر يعد سبباً في انتقال العدوى إلى المناطق الداخلية فكانت السفن القادمة نحو الجزائر سواء تحمل الجنود أو البضائع كانت تحتوي على مجموعة من الفارين من مواطنهم الأصلية للاحتماء، لذا كانوا يحملون جرثومة المرض.

• المراسلات:

ما زاد في انتشار الأوبئة في الجزائر دور المراسلات بين الجزائر والبلدان الأخرى سواء الرسائل السياسية أو الإدارية وحتى الدبلوماسية، قد تتسبب في نشر الأوبئة خاصة وباء الطاعون من منطقة إلى أخرى، حيث يتسبب لمس مختلف الرسائل المغلفة بالقماش الأطلس لأنه ناقل جيد للعدوى، بالإضافة إلى العطور التي ترش بها المراسلات التي تكون أساساً سبباً في نقل جرثومة الوباء¹.

• الجنود:

شكلت الجنود المصدرة من الجزائر نحو اسبانيا مصدراً لنقل عدوى المرض، كما ساهمت كميات الصوف المستورد من الجزائر نحو فرنسا في انتشار الوباء.

• الانحراف الخلقي:

ساد في المجتمع الجزائري بعض الظواهر الاجتماعية التي يمكن نعتها بالفساد الخلقي ولعل هذه الأمراض الاجتماعية لم تقتصر على فئة واحدة أو جماعة بل شملت مختلف شرائح المجتمع من رجاء وفساد الحكام وعامة الناس، لذا نقشت مجموع من مظاهر منها كانت ظاهرة اللواط منتشرة بين الجنود الانكشارية وإنما يعقدون في المشعوذين مما يؤدي إلى استئصال المرض ونهايتهم إلى الموت، واعتماد الجزائريين في علاجهم على الطب الشعبي المتمثل في الأعشاب، ومن بين العادات السيئة آنذاك الشرب في الإثناء والتنفس فيه ما يساعد على انتقال العدوى للشخص السليم في حالة شربه من نفس الإناء².

• السلوكات غير الصحية للمجتمع الجزائري:

تعتبر السلوكات غير الصحية من بين العوامل المساعدة على انتشار الأمراض الوبائية من خلال عدم الاهتمام والنظافة لقوله تعالى: "وثيابك فطهر"³، لذا تعتبر النظافة وسيلة للوقاية من الأوبئة ومختلف الأمراض، حيث يرجع "حمدان خوجة" أن المرأة الريفية معرضة للأمراض بسبب قيامها بأعمال الشاقة

¹ - المرجع السابق، ص 55.

² - المرجع نفسه، ص 56.

³ - سورة المدثر، الآية 4.

وعدم اهتمامها بالنظافة، ونجد الدين الإسلامي كان حريصاً على الاهتمام بالنظافة والطهارة وقد شمل القرآن الكريم على العديد من الآيات التي تدعو إلى الطهارة والنظافة لقوله تعالى: "إن الله يحب المتطهرين"¹.

• تلوث الطعام والمياه:

تناول الطعام ملوث وشرب مياه ملوثة أدت إلى إصابة السكان بالأوبئة والأمراض، وحتى يكون المأكل والمشرب صحي وتطبيق يتطلب عدم تغير لونه ورائحته ولا طعمه وإذا تغير يصبح نجسا ومضرا للصحة.

• عدم الاهتمام بنظافة المسكن وأماكن الإقامة:

حرص المسلم على تنظيم المساكن من القاذورات والفضلات التي تؤدي إلى الإصابة بأمراض وعرفت الجزائر العديد من الأماكن التي كانت غير نظيفة منها حي اليهود الذي تميز بطرقه الضيقة والمظلمة تتصاعد منه الروائح الكريهة لاحتوائه على مذبح الطائفة كانت سببا في تفشي الأمراض في وسط السكان.

• غياب الوعي الصحي:

لعب غاب الوعي الصحي دوراً هاماً في تفشي الأمراض والأوبئة، يرجع ذلك إلى الجهل سواء بالنسبة للفقراء أو الأغنياء، لذا كانوا لا يؤمنون بالأطباء فارتبط ذلك بغياب الوعي بأبسط القواعد والمبادئ الصحية.

• الفقر:

يعتبر الفقر من العوامل المساعدة على انتشار الأمراض والأوبئة، ولقد ارتبطت الحالة بالاقتصادية والصحية للفرد، فالفرد ميسور الحال باستطاعته توفير متطلباته من حذا وعلاج ومشرب وملبس ومسكن صحي، عكس الفرد الفقير الذي نجده عاجزاً اقتصادياً أمام الاهتمام بظروف صحته والأخذ بوسائل الوقاية من الأوبئة².

¹ - سورة البقرة، الآية 222.

² - المرجع السابق، ص ص 57 - 58.

خلاصة الفصل.

نستنتج من خلال هذا الفصل أن الانتقال الوبائي في دول العالم يتباين من دول إلى أخرى وكل حسب الوضعية الاقتصادية والاجتماعية والديمغرافية. حيث كل وباء يحمل تركيبة تختلف عن الآخر والتي هيأت لها الأسباب المحيطة للتكاثر، وقد عرفت الوضعية الوبائية في الجزائر تباين كبير، حيث مع تقدم الوقت والتطور الفكري والاقتصادي وتراجع الفقر والبطالة تحسنت الوضعية الوبائية. وتعد العوامل الأساسية لظهور هذه الأوبئة هي غياب الوعي وتلوث الطعام والمياه، عدم الاهتمام بنظافة المسكن وأماكن الإقامة.

الفصل الخامس: المدخل النظري المفسر

للانتقال الوبائي:

تمهيد.

أولاً: نظرية الانتقال الوبائي.

ثانياً: مراحل الانتقال الوبائي.

ثالثاً: تاريخ التحول الوبائي.

رابعاً: نماذج التحول الوبائي.

خامساً: انعكاسات الظاهرة الوبائية في

الجزائر.

خلاصة فصل.

تمهيد:

تعتبر نظرية الانتقال الوبائي أهم النظريات التي اهتمت بدراسة انتقال الأمراض وأنواعها وطرق انتقالها في العالم، حيث يمر الانتقال الوبائي بمراحل عدّة وهي عهد الأوبئة والمجاعات وعهد انحسار الوباء، وعهد الأمراض الانعكاسية والنفسية والأمراض من صنع الانسان، كذلك تناولنا تاريخ التحول الوبائي ونماذج التحول الوبائية من النموذج الكلاسيكي والمتسارع ونموذج مختلف الحدوث وكذلك الانعكاسات الحياتية.

أولاً: نظرية الانتقال الوبائي.

توضح نظرية الانتقال الوبائي للسكان على أن نمط التطور في العصور الحديثة يختلف تماماً عنه في العصور القديمة، فأول مرة في تاريخ الانسان أمكن تراكم زيادة السكان جيلاً بعد جيل وذلك لانخفاض المستمر في ومعدلات الوفيات، بينما يظل معدل المواليد عالياً في أول هذه المرحلة وقد ينخفض إذا توفرت الأسباب والوسائل المساعدة على ذلك، وتتص النظرية على أن انخفاض الوفيات هو العامل الأساسي في بدء الانفجار السكاني ويكون هذا الانخفاض نظرية حتمية لتغيرات تدريجية ولكن منتظمة في أنماط الأمراض السائدة بالمجتمع، ومن هنا كان لابد من استعمال مفاهيم "علم الوبائيات".

ثانياً: مراحل الانتقال الوبائي.

توضح نظرية الانتقالية الوبائية للسكان أن الأمراض السائدة في المجتمع في الفترة الحديثة أي منذ القرن 17 من الميلاد تمر بمراحل ثلاث:

1- المرحلة الأولى: عهد الأوبئة والمجاعات:

وهي مرحلة تعبر عن العصور القديمة حيث كانت تهيمن عليها الأمراض والأوبئة خاصة الأمراض المستوطنة الناتجة عن العدوى ونقص التغذية وأمراض متصلة بالإنجاب وأمراض الطفولة وفترة البلوغ يصاحبها نقص المعيشة وفقدان الخدمات الصحية، ما نتج عن ذلك ارتفاع في معدل الوفيات الذي يتأرجح بين الزيادة الفائقة في سنين المجاعات والحروب والأوبئة، أما بالنسبة للمواليد فإن مستوياتها تكون عالية جداً في معظم هذه المرحلة وهذا لتعويض ما فقد بسبب الوفيات¹.

وبما أن النمط الغالب هو الأمراض المعدية والأوبئة، وهي أمراض تؤدي إلى الوفاة في سن مبكرة، فإن توقع الحياة عند الولادة (EO) لا يزيد عن 30 و 40 سنة في الغالب، وقد حدثت هذه المرحلة

¹ - الغول عبد الحكيم، المرجع السابق، ص 12.

الفصل الخامس: المدخل النظري المفسر للانتقال الوبائي

في أوروبا في القرون الوسطى، واستمرت حتى القرن 18 و19، وحدث هذا في البلاد الإسلامية في القرون الأولى.

2- المرحلة الثاني: عهد انحسار الأوبئة:

في هذه المرحلة بدأت أنماط الأمراض تتحسر وتقل بحيث بدأت تقل الأوبئة نسبياً وتتحسن الأحوال المعيشية والغذائية، وتقل المجاعات وتبدأ معدلات الوفيات في الانخفاض، بينما تبقى معدلات المواليد عالية وعلى نفس الوتيرة إلى آخر مرحلة، ولهذا ظهر في هذه المرحلة مصطلح جديد اسمه "الانفجار السكاني" بسبب الفارق الطردي بين المواليد والوفيات، كما ظهرت في هذه الفترة أمراض جديدة مثل الأمراض الانتكاسية وأمراض الشيخوخة وهذا تبعاً لتزايد توقع الحياة في هذه الفترة إلى 50 و60 سنة.

وقد بدأ انحسار الأوبئة في أوروبا في القرن 18 و19 وانقضت هذه المرحلة في أواخر القرن 19، أما في البلاد الإسلامية والعربية فقد تخلف بدأ هذه المرحلة إلى منتصف القرن 20، ولا تزال هذه المرحلة مستمرة في بعض البلدان العربية حتى اليوم لكن بمستويات مختلفة.

3- المرحلة الثالثة: عهد الأمراض الانتكاسية والنفسية وأمراض من صنع الإنسان:

في هذه المرحلة الثالثة بدأ واضحاً للعنان تناقص الأمراض الغذائية والأمراض المتصلة بالإنجاب والطفولة لتحل محلها الأمراض الانتكاسية مثل أمراض القلب والسلطان وأمراض الشيخوخة مثل تصلب الشرايين وأمراض نزع المخ أو الجلطة وأمراض التحضر مثل السكري والسمنة وأمراض السمنة الناتجة عن الضغوط الاجتماعية والفردية والأمراض المناعية، لكن لهاته الأمراض صبغة تتميز بها وهي أنها لا تؤدي إلى الموت في الحين بل إلى سن متأخرة مما جعل أمل الحياة في هذه المرحلة يصل إلى 70 سنة أو أكثر في معظم البلدان¹.

ما ميز هذه الفترة كذلك وهو أن توقع الحياة بالنسبة للمرأة زاد مقارنة بالرجل وهذا راجع إلى

العوامل التالية:

- تحسن حالتها المعيشية مقارنة بالرجال.
- مبادرتها إلى العلاج أكثر من الرجال.
- عدم تعرضها إلى الحمل المتكرر.

¹ - المرجع السابق، ص 13.

الفصل الخامس: المدخل النظري المفسر للانتقال الوبائي

- قلة الامراض عند المرأة خلاف الرجال.

وبهذا زاد عمر المرأة في أوروبا بحوالي 05 إلى 07 سنوات خلاف الرجل، وقد دخلت كل البلدان الأوروبية والعربية في هذه المرحلة ابتداءً من أوائل القرن العشرين.

ثالثاً: تاريخ التحول الوبائي.

في تاريخ البشرية بشكل عام، تحدث المرحلة الأولى من عمران عندما يحافظ الانسان على أنماط دورية منخفضة النمو، وفي الغالب خطية، صعوداً وهبوطاً مرتبطة بالحروب وتفتشي الأوبئة، فضلاً عن العصور الذهنية الصغيرة، والفترات المحلية "الازدهار" في تاريخ ما قبل الزراعة المبكر، كانت معدلات وفيات الرضع مرتفعة ومتوسط العمر المتوقع منخفض.

اليوم، لا يزال متوسط العمر المتوقع في البلدان النامية منخفضاً نسبياً، كما هو الحال في العديد من دول إفريقيا جنوب الصحراء حيث لا يتجاوز العمر 60 عاماً.

تتضمن المرحلة الثانية تحسين التغذية نتيجة الإنتاج الغذائي المستقر إلى جانب التقدم في الطب وتطوير أنظمة الرعاية الصحية، انخفاض معدل الوفيات في أوروبا الغربية وأمريكا الشمالية إلى النصف خلال التقدم في الطب وتطوير أنظمة الرعاية الصحية، انخفاض معدل الوفيات في أوروبا الغربية وأمريكا الشمالية في النصف خلال القرن التاسع عشر بسبب أنظمة الصرف الصحي المغلقة والمياه النظيفة التي توفرها المرافق العامة، مع فائدة خاصة للأطفال من كلا الجنسين والإناث في فترتي سن المراهقة والانجاب، ربما بسبب القابلية للإصابة من هذه المجموعات إلى أمراض معدية ونقص مرتفعة نسبياً.

أدى الانخفاض العام في سوء التغذية إلى تمكين السكان من مقاومة الأمراض المعدية بشكل أفضل¹.

تضمنت الاختراقات العلاجية ذات الأهمية بدء التطعيم خلال أوائل القرن التاسع عشر، واكتشاف البنسلين في منتصف القرن العشرين، مما أدى على التوالي إلى انخفاض واسع النطاق ومثير في معدلات الوفيات من أمراض خطيرة سابقاً مثل الجدري والإنتان.

¹- Bates, Victoria M, (14 July 2012), **the Effect of In Fra structure che water Related Diseases in Rural Africain communistes**, Vanderbilt Under graduat Researche julurnd,8dai-10-1353/Vari

ارتفعت معدلات النمو السكاني في الخمسينات والستينات والسبعينات من القرن الماضي إلى 1.8% سنويا أو أعلى، حيث زاد عدد سكان العامل 2 مليار شخص بين عامي 1950م و1980م. يؤدي انخفاض معدل الوفيات دون حدوث انخفاض مماثل في الخصوبة إلى زيادة عدد السكان يتخذ الهرم شكل رصاصة أو برميل، حيث تشكل الفئات الشابة ومتوسطة العمر نسبيا متكافئة من السكان.

تحدث المرحلة الثالثة من عمران عندما تتخفف معدلات المواليد البشرية بشكل كبير من معدلات الاحلال الإيجابية للغاية إلى أرقام الإحلال الثابتة.

ففي العديد من الدول الأوروبية أصبحت معدلات الاستبدال سلبية، يمثل هذا الانتقال عموما التأثير الصافي للاختيارات الفردية على حجم الأسرة، والقدرة على تنفيذ تلك الخيارات.

يعطي العمران ثلاثة عوامل محتملة تميل إلى تشجيع انخفاض معدلات الخصوبة: العوامل البيولوجية الفسيولوجية، المرتبطة بانخفاض معدل وفيات الرضع وتوقع حياة أطول لدى الوالدين، العوامل الاجتماعية والاقتصادية، المرتبطة ببقاء الطفولة والتحديات الاقتصادية لحجم الأسرة الكبير، والعوامل النفسية أو العاطفية، حيث يغير المجتمع ككل أسبابه المنطقية ويتم إعادة توجيه آرائه حول حجم الأسرة وطاقت الوالدين إلى الجوانب النوعية لتربية الأطفال، التأثير على الخصوبة¹.

إن التحسينات في بقاء الإناث والطفولة التي تحقق مع التحول في أنماط الصحة والمرض التي نوقشت أعلاه، لها تأثيرات واضحة ومنتقضة على الخصوبة، في حين أن الصحة الأفضل وطول العمر الذي تتمتع به الإناث في سن الانجاب يميلان إلى تعزيز الخصوبة، فإن المخاطر المنخفضة للرضع والأطفال الصغار التي تحدث في المراحل اللاحقة من الانتقال تميل إلى التأثير المعاكس، الرضاعة الطبيعية المطولة المرتبطة بانخفاض معدل الوفيات بين الرضع والأطفال الصغار، جنبا إلى جنب مع إدراك الوالدين لتحسين بقاء الطفولة، إلى إطالة فترات الولادة وخفض معدلات الانجاب بشكل عام.

قد يرتبط الانتقال أيضا بالحركات الديموغرافية الحضرية، والتحول من الإنتاج الزراعي والعمالة إلى الاقتصاديات القائمة على قطاع الخدمات والتكنولوجيا.

يجري حاليا هذا التحول في الملامح الديموغرافية والمرضية في معظم الدول النامية، ولكن كل بلد فريد من نوعه وتعتمد سرعة الانتقال على العديد من العوامل الجغرافية والاجتماعية والسياسية، سواء كان

¹ - Op-cit.

الفصل الخامس: المدخل النظري المفسر للانتقال الوبائي

الانتقال بسبب التحسينات الاجتماعية والاقتصادية (كما هو الحال في البلدان المتقدمة) أو عن طريق برامج الصحة العامة الحديثة (كما كان الحال في العديد من البلدان النامية)، فإن خفض معدل الوفيات والأمراض المعدية يميل إلى زيادة الإنتاجية الاقتصادية من خلال تحسين أداء البالغين، أعضاء في القوى العاملة ومن خلال زيادة نسبة الأطفال الذين يعيشون وينضجون إلى أعضاء منتجين في المجتمع.

رابعاً: نماذج التحول الوبائي.

بينما نجد أن رحلة الانتقال الوبائي من مرحلة الأوبئة والمجاعات إلى مرحلة انحسار الأوبئة ثابتة في كل المجتمعات البشرية نجد أن الإقطار تختلف حسب تاريخ بدء وانتهاء كل مرحلة ومدى سرعة الانتقال من مرحلة إلى أخرى، خصوصاً بالنسبة إلى المرحلة الثالثة لذلك نصف نظرية الانتقال الوبائي أربعة نماذج لهذا الانتقال وهي على النحو التالي:

1- النموذج الكلاسيكي:

وهو نموذج حدث في أوروبا وبلاد الغرب ويتميز هذا النموذج بـ:

- انتقال كامل لنوع الأمراض السائدة من مرحلة الأوبئة والمجاعات إلى مرحلة أمراض الشيخوخة والتحضر وهذا النموذج بطيء النشوء.
- التغيرات السكانية والوبائية فيه المتابعة لكنها مندرجة وقد استغرقت من قرنين إلى ثلاثة لكي تتم المرحلة الثالثة.
- المرحلة الأولى في هذا النموذج بدأت كاستمرار لنمط العصور الوسطى والتي طلبت مدتها أكثر من قرون.
- المرحلة الثانية تميزت بانخفاض الوفيات مع ارتفاع في المواليد ما أدى إلى انفجار سكاني في القرن عشر والقرن التاسع عشر¹.
- المرحلة الثالثة والتي لجأ الناس فيها إلى تنظيم فردي للأسر مما أدى إلى بدء انخفاض الخصوبة ما جر ذلك إلى دخول الناس في عهد أمراض التحضر والشيخوخة وذلك إلى القرن العشرين وهذا بالزيادة في توقع الحياة، حيث وصل إلى 70 سنة ومتوقع لأكثر وكذلك زيادة نسبة المسنين إلى 30%.

¹ - الغول عبد الحكيم، مرجع سابق، ص 16.

2- النموذج الكلاسيكي المتسارع:

الفارق بينه وبين النموذج الأول هو أن هذا النموذج متسارع أي أنه يحدث في فترة قصيرة نسبياً وقد حدث هذا النموذج في بلاد اليابان أو الكتلة الشيوعية بأوروبا بما في ذلك الاتحاد السوفياتي، ومن خصائص هذا النموذج ان انتشار الإجهاض المعتمد بشكل وبائي وقومي يلعب دوراً أساسياً في انخفاض الخصوبة.

3- النموذج مختلف الحدوث:

وهو النموذج الآتي الذي يحدث في الدول النامية الآن وسمي بذلك لأن انخفاض معدل الوفيات تخلف إلى منتصف القرن العشرين أي بعد مائة أو مائتين سنة منذ انخفاضه في أوروبا، ومن مميزاته أن هذا النموذج التعبير يتم فيه بشكل سريع جداً مثل: معدل الوفيات انخفض من 25 أو 30 إلى 75 في غضون 25 سنة فقط، وهذا راجع إلى التطور الطب الذي تزامن معه وكذلك البرامج الصحية إلى أدخلتها المنظمات العالمية مثل المنظمة العالمية للصحة، وكذلك ارتفاع المستوى المعيشي في العالم، جمع بعد الحرب العالمية وتنتهي معظم البلاد العربية والإسلامية إلى هذا النموذج وما يلاحظ ان بلدان هذا النموذج لا تزال في المرحلة الثانية للانتقال الوبائي إلى مرحلة انحسار الأوبئة.

4- النموذج الانتقالي بالبلدان النامية.

هذا النموذج متفرع من النموذج المخلف إذا يحدث في بعض البلدان النامية التي نجحت في تنظيم الأسرة مع ارتفاع مستوى المعيشة وانخفاض معدلات المواليد بعد فترة من الارتفاع بعد الحرب العالمية الثانية ومن أمثلة ذلك تايوان، كوريا الجنوبية وتايلاند وسنغافورة وجامايكا وغيرها. وفي العالم العربي الإسلامي نجد كل من مصر وتركيا واندونيسيا ولبنان، ويعتبر هذا النموذج الأمل لكل بلاد العالم الثالث التي تعمل على دفع حركة التنمية وضبط الانفجار السكاني¹.

¹ - المرجع السابق، ص 17.

خامسا: انعكاسات الظاهرة الوبائية في الجزائر.

1- انعكاسات اجتماعية وسياسية:

أ- اجتماعيا:

كان الوضع الديمغرافي انعكاسا للحالة الصحية والمعيشية في الجزائر الذي اتصف بعدم الاستقرار من حيث عدد السكان نظرا للأوضاع الصحية والطبيعية.

تنوعت الإحصاءات المتعلقة بتقدير عدد السكان في إيالة الجزائر، فإن المجتمع المدينة تعرض أواخر العهد العثماني إلى مجموعة من الكوارث الطبيعية أدت بدورها إلى تراجع النمو الديمغرافي في المدن والأرياف، ومنه كان للظاهرة الوبائية في الجزائر تأثير حاسم على السكان.

إن الإجراءات الإحصائية ما تزال مفقودة ما عدا بعض الإشارات من طرف مصادر متعلقة بتلك الفترة من خلال المسافرين والرحالة، لكن كان في بعض الأحيان كان بين المالجي المسؤول عن صيانة أملاك المتوفين والغيب، حيث كان يقوم بتعداد السكان من خلال تركات المتوفين.

وابتداء من القرن الثامن عشر، تضاعف عدد سكان المدن الجزائرية بفعل تراجع النمو الديمغرافي بفضل انتشار الأوبئة والأمراض بالإضافة إلى تسلط الكوارث الطبيعية على إيالة الجزائر¹.

وقد تسببت الأوبئة المنتشرة في خسائر بشرية هامة وإن لم يعثر على أرقام تمثلها، حيث أن سوء الوضع الصحي دائما يترتب عنه ارتفاع عدد الوفيات وتناقص سريع للسكان.

ب- سياسيا:

لم تقتصر انعكاسات الأوبئة على الجانب الاجتماعي والاقتصادي بل شملت أيضا الحياة السياسية، حيث فتك الطاعون بالعديد من الحكام على سبيل المثال ذهب ضحية وباء 1737م باي وهران "يوسف ولد بوشلاغم"، كما خلف وباء 1818م العديد من الضحايا من بينهم الداوي "علي خوجة"، بالإضافة لسلسلة الكوارث الطبيعية التي أثرت على نفسية السكان ومعنوياتهم وعرقلت مردوهم الاقتصادي والذي نتج عنها بعض التمردات والكوارث الواسعة ضد الحكام وتعسفهم لكثرة المطالب المالية والضغط الجبائي على الأرياف من خلال تجريد حملات على القبائل المعروفة أدى إلى غياب الأمن وشيوع

¹ - عودة محمد عبد الله، ياسين الخطيب إبراهيم: تاريخ العرب الحديث، الاهلية للنشر والتوزيع، عمان، 1989م، ص

الفصل الخامس: المدخل النظري المفسر للانتقال الوبائي

الفوضى وتكرر الحملات العسكرية وفي نفس الوقت تعددت هجمات الأساطيل الأوروبية على إيالة الجزائر، كما تناقض عدد الجنود في الحاميات العسكرية.

2- الانعكاسات الاقتصادية:

أ- زراعي:

كانت الزراعة تكتسب الصعوبة لظروف الطبيعية والصحية والسياسية، كما يذكر لنا سعيدوني الآفات الطبيعية التي كانت يتعرض لها الفلاح الجزائري كالأوبئة والمجاعات والقحط والجراد والجفاف التي أثرت على المحاصيل الزراعية، وفي نفس الوقت تعرضت المواشي إلى أنواع من الأمراض والأوبئة ما اصطلح عليه الجائحة الحيوانية.

شهدت الكوارث الطبيعية التي عرفتها الجزائر من بينها وباء الطاعون المتكرر في التأثير على الإنتاج الفلاحي، لذا تسبب الوباء مجاعة كبيرة وشديدة نتجت عن قلة المحاصيل الزراعية، حيث كانت الأراضي تفتقر إلى اليد العاملة ربما جراء الفقد المدقع والجوع، وبالتالي كانت المحاصيل الزراعية غير كافية، ما أدى إلى اهمال الزراعة من طرف الفلاحي وأصبحت أراضي واسعة غير مزروعة، وما ساعد على تضرر المحاصيل الزراعية بشكل كبير زحف الجراد¹.

كاد الجراد يأتي على الأخضر واليابس مما يتسبب في فساد الزرع وتلفه وكان الانقطاع الديمغرافي الذي نتج عنه الكوارث الطبيعية دائما ما يؤثر على اقتصاديات البلاد.

ترتب عن المجاعة الشديدة التي نتجت عن اجتياح الجراد ارتفاع أسعار القمح وفقد الفلاح غذائه وبيوره وحيواناته وأضحى الناس يأكلون النباتات وأصبحوا يبحثون عن كل ما يسمح لهم بالعيش من غذاء في باطن الأرض وتقلصت المساحات الزراعية وأصبح من الصعوبة مزولة الفلاح لنشاطه الزراعي.

وبالتالي أدت كثرة الكوارث الطبيعية والصحية إلى قلة المحاصيل الزراعية، نتيجة تأثيرها على الفلاح الذي زاد تعاسة وفقرا، وما أدى إلى تدهور الوضع الفلاحي ومنه تقهقر الوضع الاقتصادي للبلاد.

ب- تجاريا:

أثرت الأوضاع الصحية على المبادلات التجارية فقد نتج عن الوباء المجاعة الشديدة أدت إلى تدهور وركود الحركة التجارية بين الموانئ الجزائرية وباقي موانئ البحر الأبيض المتوسط، أدى إلى عجز تجاري أثر بشكل سلبي على اقتصاديات البلاد بسبب غلق الموانئ المشرقية في وجه السفن الجزائرية، فقد

¹ - المرجع السابق، ص 38.

الفصل الخامس: المدخل النظري المفسر للانتقال الوبائي

أثرت الأوبئة خاصة وباء الطاعون على التجارة بشكل حساس لكن دون تعطيلها نهائياً، عرقل الوباء كل النشاطات التجارية بين قسنطينة وتونس، حيث فرضت إيالة تونس حزام صحي على كل السلع القادمة من بايلك الشرق دون ممارسة اليهود تجارتهم رغم خطورة الملابس والأثاث المستعمل على صحة السكان خاصة أثناء انتشار الأوبئة في إيالة الجزائر.

هذا وقد تدهورت الأوضاع المالية للبلاد بسبب ركود التجارة مخلفاً ذلك عجزاً في الجانب الاقتصادي للجزائر وتناقص عدد من الحرفيين ما أدى افتقار الجزائر لمن يقوم نسيج البرانس والملابس الصوفية بفضل هلاك إعداد كثيرة من الصناع والحرفيين.

ومنه ضعفت الصناعة والتجارة في الجزائر، مما ترتب عنهما انهيار نقدي لقيمة العملة، حيث تنوعت العملة بتنوع حكام الجزائر.

يمكن القول أن الجزائر تعرضت لأزمة ديمغرافية حقيقية أدت إلى ضعف الإنتاج الزراعي ما أضر بالتبادل التجاري¹.

خلاصة الفصل.

يمتاز نموذج الأمراض في بلانا بتكلفة مزدوجة فبرغم من تراجع واختفاء بعض الأمراض المعدية إلى أن الساحة الوبائية لا تزال تعاني من الارتفاع المقلق للأمراض خاصة الزيارة السريعة في الأمراض المزمنة التي تستوجب تكفل خاص، بالإضافة إلى انتشار عوامل الخطر القلبية الوعائية بين السكان نظراً لتغير النمط المعيشي والتحضر.

¹ - المرجع السابق، ص 39.

الفصل السادس: نتائج تحليل الدراسة الميدانية:

تمهيد.

أولاً: تحليل البيانات.

ثانياً: مناقشة نتائج الدراسة.

ثالثاً: النتائج العامة.

خلاصة الفصل.

تمهيد.

تعد المشاكل التي عرفتها البلاد نتيجة ظهور الأوبئة والمجاعات وامتد الدولة عن طريق إدراج سياسات صحية تتماشى مع الوضع الداخلي للبلاد، وإنقاذ البلاد من الأزمات ولتحقيق ذلك يجب الدولة وبالدرجة الأولى إدراج سياسات قادرة على رصد الوباء.

وقد قمنا بإدراج هذا الفصل لإعداد الدراسة صيغة تطبيقية، بحيث لا يمكن إثبات نتائج الدراسة النظرية، إلا إذا تبعتها دراسة ميدانية تطبيقية، واقتراحا لهذا الغرض مؤسسة ذات طابع خدمي صحي وبالدرجة الأولى تتمثل في مديرية الصحة والسكان لولاية قالمة، حيث تعتبر من أولى المؤسسات في تطبيق النظام الصحي السياسات الصحية في الجزائر.

أولا: تحليل البيانات.

يكتسي تحليل البيانات الميدانية وتفسيرها أهمية كبيرة في البحث العلمي لأنه توجه الباحث ليسلط الضوء على بعض الحقائق والمعالم المهمة عن موضوع الدراسة فضلا عن أنه يثري حلقة النقاش ويحقق الترابط والتجانس مع الإطار النظري للبحث.

وضمن هذا الإطار قمنا بتفسير وتحليل البيانات المواد المتحصل عليها ميدانيا، وسعينا إلى عرض البيانات التي تم الحصول عليها من خلال التحقيق الميداني، والذي اعتمدنا فيه على وسيلة أساسية وهي الاستمارة التي وزعت على الموظفين في مديرية الصحة والسكان لولاية قالمة.

المحور الأول: البيانات الأولية:

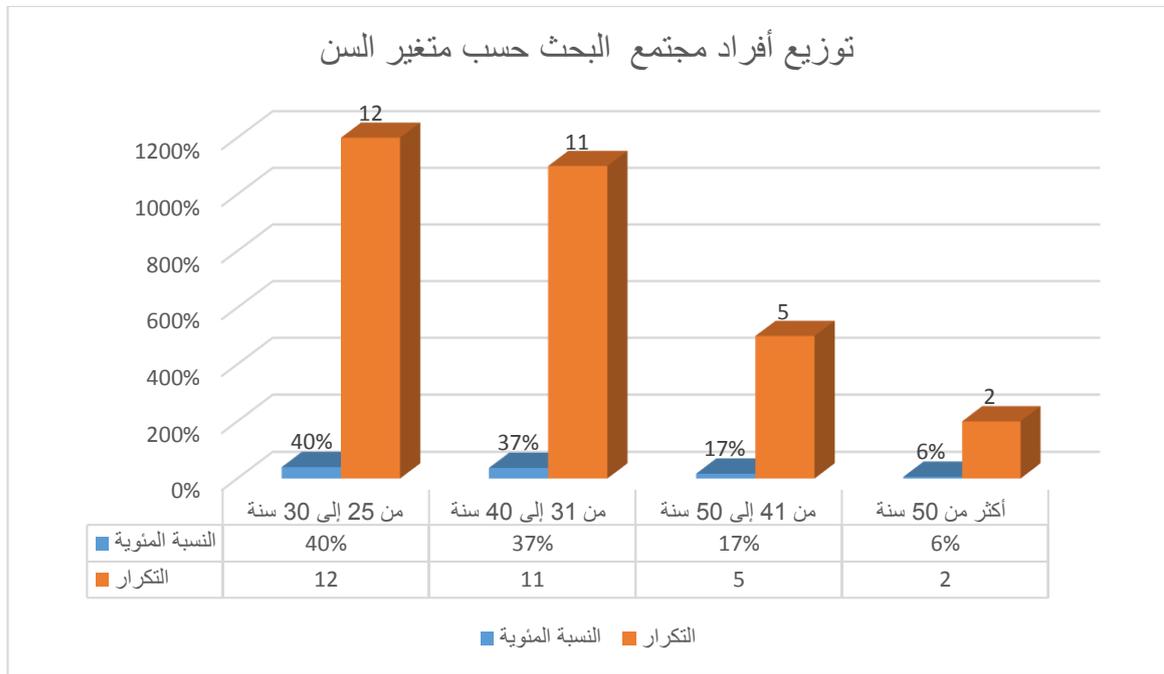
المتغير	الفئة	التكرار	النسبة المئوية
	ذكر	20	67
	أنثى	10	33
المجموع		30	100
السن	من 25 سنة إلى 30 سنة	12	40
	من 31 سنة إلى 40 سنة	11	37
	من 41 سنة إلى 50 سنة	5	17
	أكثر من 50 سنة	2	6
المجموع		30	100
الحالة العائلية	أعزب	18	60
	متزوج	12	40
المجموع		30	100
الشهادة المتحصل عليها	تقني سامي	3	100
	ليسانس	21	70
	ماجستير	6	20
	المجموع	30	100
الوظيفة التي يشغلها	ملحق إداري	8	27
	عون إداري	5	17
	سكرتارية	8	27
	الأرشيف	5	17
	مفتض أطباء	2	6
	قابلة منسقة لدى الصحة	2	6
	المجموع	30	100
الوضعية المهنية	مؤقت	3	10
	مرسم	27	90
المجموع	30	100	
	8-1	14	47

33	10	16-9	الأفدية
13	4	24-17	
7	2	32-25	
100	30		المجموع

الجدول رقم (01): يمثل البيانات الأولية للمحور الأول:

نلاحظ من خلال الجدول أن نسبة الذكور في مديرية الصحة أقل من نسبة الإناث، حيث بلغت نسبة الذكور 67%، وهذا راجع إلى طبيعة العمل بالمؤسسة نوعا ما، ونظرا لتمتع الرجل بالعديد من المزايا التي تؤهله لاكتساح القطاع الإداري، حيث يحمل أعباء مختلفة الوظائف من توجيه وتنظيم ورقابة، وكذلك تنظيم خرجات ميدانية للذكور خارج أوقات العمل.

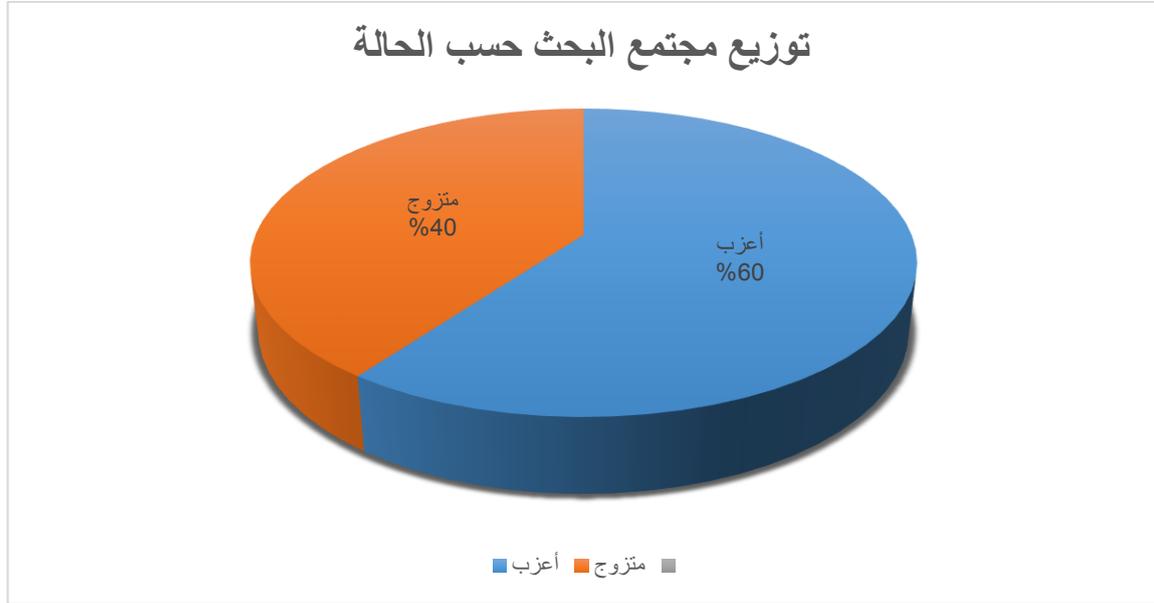
الشكل رقم (13): يوضح توزيع أفراد مجتمع البحث حسب متغير السن:



نلاحظ من خلال بيانات الجدول أن نسبة الموظفين الذي تتراوح أعمارهم ما بين [5 إلى 30] سنة قد تجاوزت النسب الباقية في المراحل العمر الأخرى، إذ قدرت بـ 40%، وهذا راجع لكون الفئة الشبانية هي الأكثر وعيا بمتطلبات المؤسسة الصحية، لذلك تعمل الدولة على استقطابهم باعتباره أن هذه المرحلة هي مرحلة هامة في ميدان العمل والإنتاج، وبالتالي قادرتي على تطبيق السياسات الصحية، وتليها الفئة

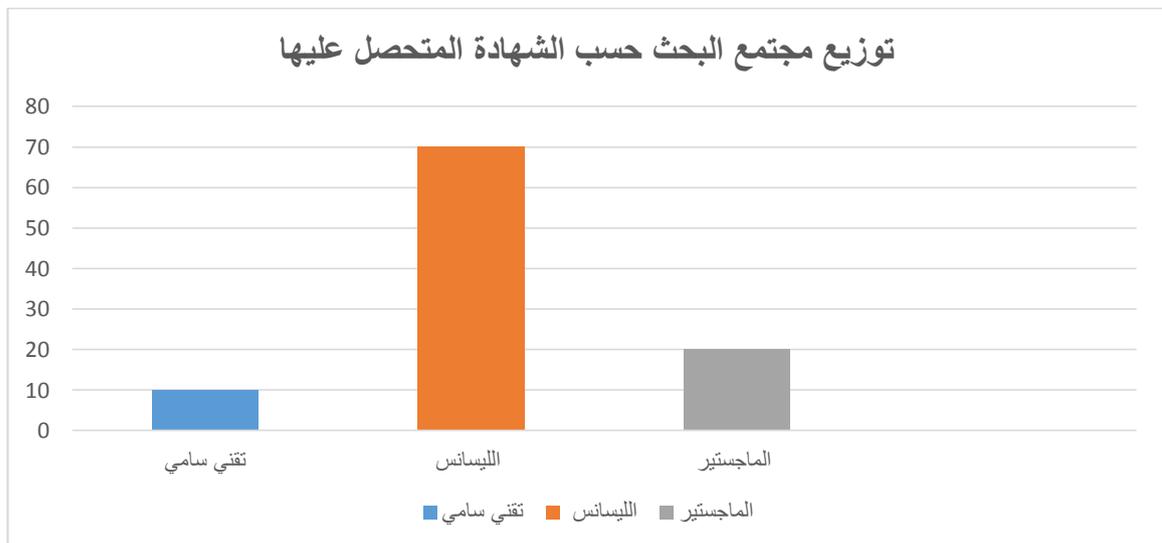
العمرية من [40-31] بنسبة 37% ثم تليها فئة [50-41] سنة بنسبة 17%، وأخيرا الأكثر من 50 عاما بنسبة 6%.

شكل رقم (14): يوضح الحالة العائلية بالنسبة للمبحوثين:



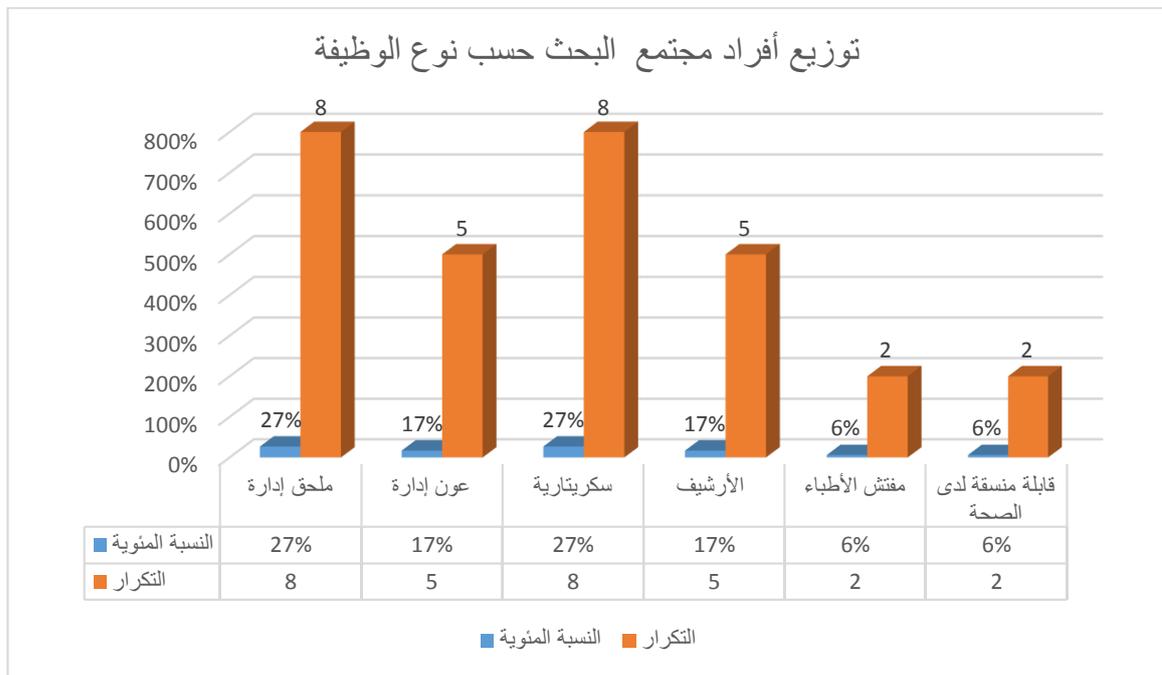
يوضح الشكل أعلاه أن أكبر نسبة من المبحوثين هم عزاب وقدرت نسبتهم بـ 60%، ثم تأتي فئة المتزوجين حيث يمثلون نسبة أقل من العزاب وقدرت نسبة هذه الفئة بـ 40%، ويعود ارتفاع نسبة الموظفين العزاب في المؤسسة لارتفاع نسبة الطلب على العمل من طرف فئة الشباب الذين يبحثون عن وظيفة دائمة ومستقرة.

الشكل رقم (15): أعمدة بيانية تمثل توزيع مجتمع البحث حسب الشهادة المتحصل عليها:



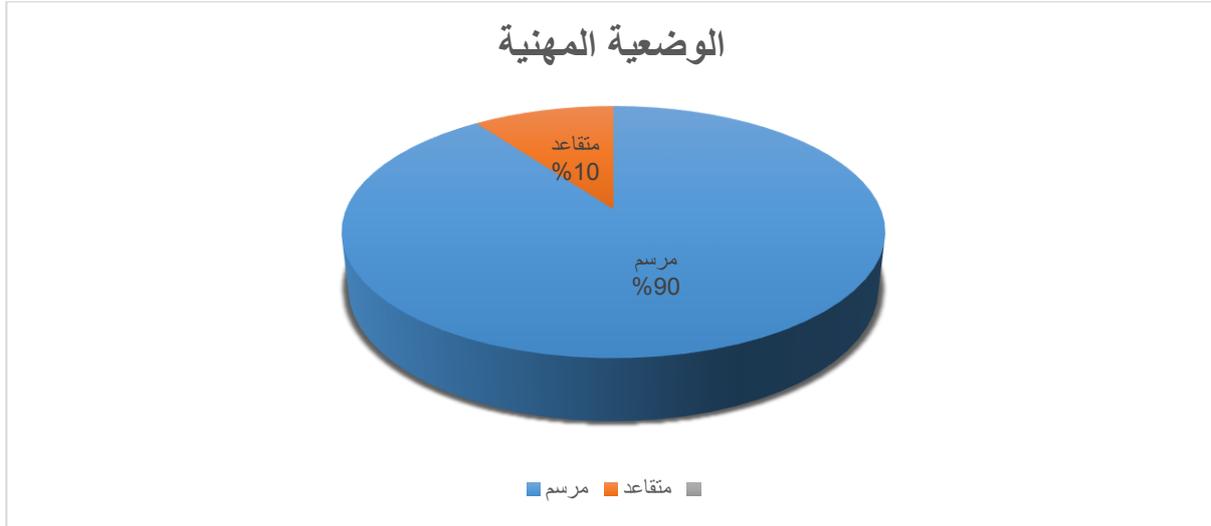
من خلال المعطيات الإحصائية نجد أن أكبر فئة تعود لفئة المتحصلين على شهادة الليسانس حيث قدرت بـ70%، وهذا ما يؤكد ان مديرية الصحة لولاية قالمة كمؤسسة تعتمد على الكفاءات تعمل على استقطاب حاملي الشهادات الجامعية التي تؤهلهم بدرجة علمية كافية للعمل، أما النسبة الثانية والمقدرة بـ20% تعود إلى المتحصلين على شهادة الماجستير وهذا راجع إلى أن حمل شهادة من مؤسسة جامعية من متطلبات شغل منصب إطار أو عون تحكم في الإدارة، بينما نفس نسبة بـ10% من منصب تقني سامي تعود إلى الكفاءات العلمية التي تحصلوا عليها من خلال قيامهم بتربصات علمية على مستوى مختلف المراكز التكوينية، وعليه فإن التحصيل العلمي والأكاديمي يعد من أهم أسباب نجاح المؤسسة.

الشكل رقم (16): يبين توزيع مجتمع البحث حسب نوع الوظيفة:



من خلال الشكل نلاحظ أن هناك تنوع واضح في المستويات الوظيفية لدى أفراد مجتمع البحث، حيث سجلت أعلى نسبة لكل من ملحق إدارة وسكرتارية بنسبة 27%، وهذا ما يفسر بأن هذه الفئة لها دور مهم وفعال في العمليات الإدارية في النسق المؤسسي، ثم تأتي فئة كل عون إدارة وأرشفيف بنسبة 17% لما لهم من أهمية في تنظيم وتسيير المؤسسة، ثم تليها نسبة 6% لصالح كل من مفتش أطباء وقابلة منسقة لدى الصحة.

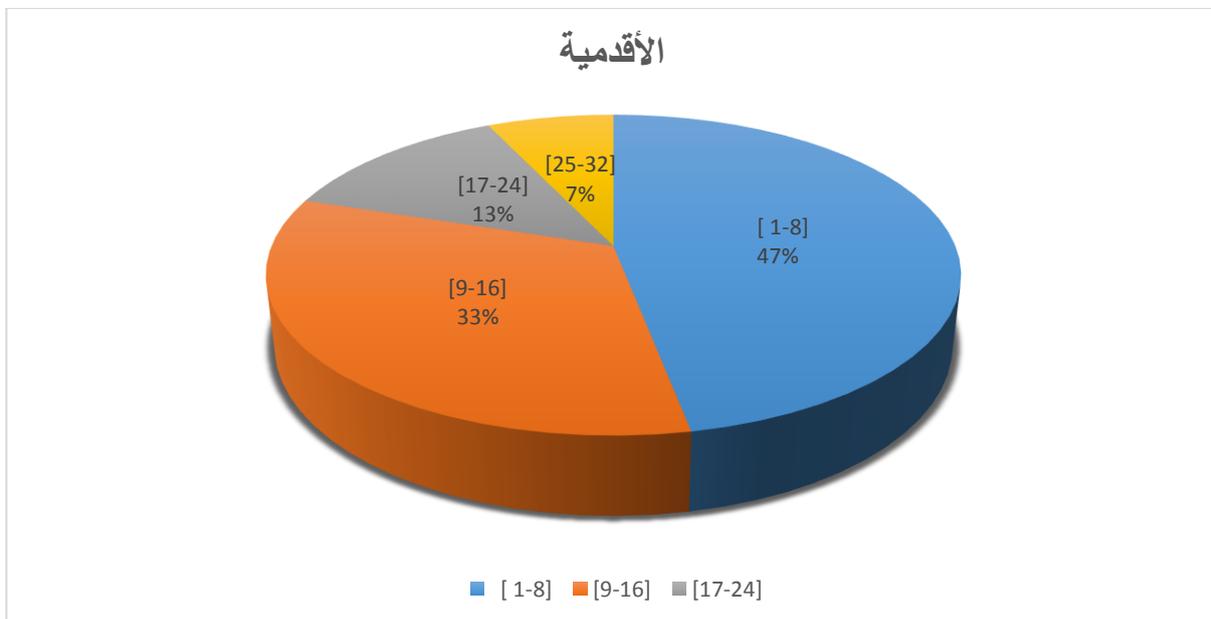
الشكل رقم (17): دائرة نسبية تمثل مجتمع البحث حسب الوضعية المهنية:



من خلال البيانات الموضحة في الشكل نجد أن أكبر نسبة سجلت لدى فئة الموظفين مرسمين في العمل حيث قدرت هذه النسبة بـ 90%، وبالتالي فإن معظم الموظفين دائمين ويعملون بصفة دائمة وأنهم يتمتعون بالخبرة في مجال العمل.

أما النسبة الثانية والمقدرة بـ 10% وهي نسبة ضعيفة بالمقارنة مع النسبة الأولى هي فئة المتعاقدين، وهذا راجع إلى أن مديرية الصحة لولاية قالمة تولي اهتمام بتجديد الطاقات البشرية ومن ثم توظيف الشباب بصفة التعاقد.

الشكل رقم (18): يوضح توزيع مجتمع البحث حسب الأقدمية:



يتبين من خلال الشكل أن أكثر نسبة في الفئة [1-8] والقدرة بـ 47% ما يؤكد أن المؤسسة تهتم بتوظيف العمال الأقل أقدمية لتأهيلهم وتنمية معارفهم وتطوير مهاراتهم وتحسين أداءهم ويكونوا أكثر تقبلا للتغيير والتطوير الإداري، ومواكبة التطورات الحاصلة، وتليها النسبة الثانية المقدرة بـ 33% وهذا يعني أن هناك فئة تتمتع بتمتع بخبرة مهنية كافية في مجال العمل، وتليها نسبة 13%، وأخيرا نسبة 7%.

المحور الثاني: دوافع السياسية الصحية في الجزائر:

شكل رقم (19): دائرة نسبية توضح مدى تطبيق السياسات الصحية المفروضة من قبل الدولة على المؤسسات الصحية:



نلاحظ من خلال الشكل أن النسبة 99% من مجتمع الدراسة تؤكد على أنه يتم تطبيق السياسات الصحية المفروضة من قبل الدولة على المؤسسات الصحية، حيث تعتبر جزء من عملية أكبر تهدف إلى موازنة الأولويات العصرية مع الاحتياجات الصحية الفعلية للسكان حتى يتسنى لجميع الناس في الأماكن كافة الحصول على رعاية صحية عالية الجودة تطيل عمرهم وتمتعهم بصفة أفضل نتيجة لذلك، حيث أن نسبة 99% هي من المستفيدين أظهروا ارتياحهم عن خدمات الرعاية الصحية المقدمة في مستشفيات القطاع الخاص.

وفي المقابل فإن النسبة المتبقية والمقدرة بـ 01% صرحت بأن السياسات الصحية لا تطبق على المؤسسات الصحية على الرغم من التوسع في تطبيق هذه السياسات إلا أن جودتها لازالت محدودة وخاصة في المناطق النائية.

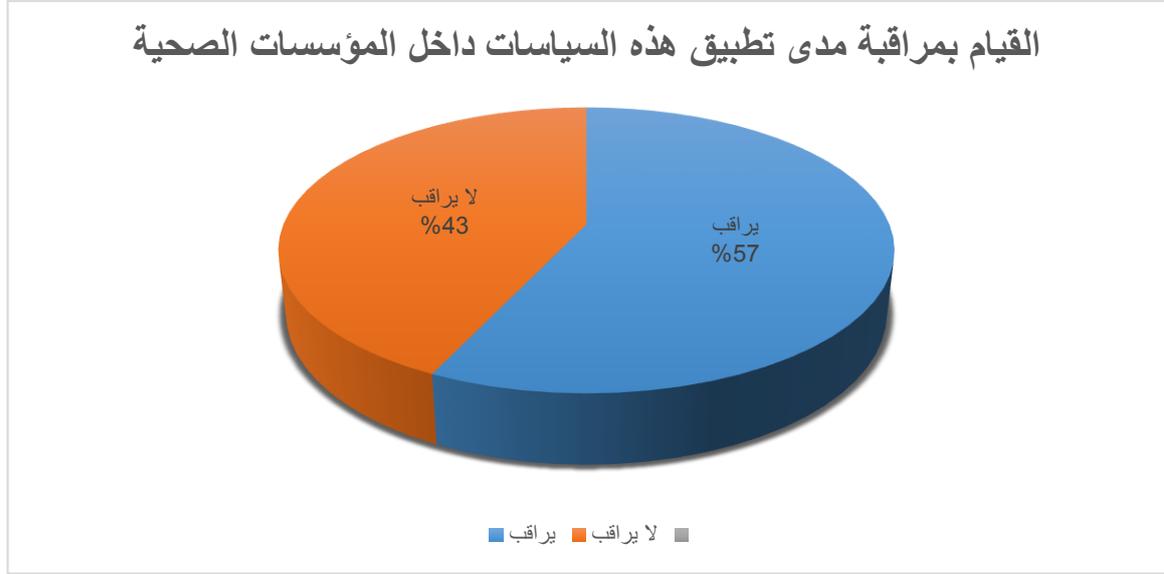
الجدول رقم (02): يبين الدافع من وراء تطبيق هذه السياسات:

الفئات	التكرارات	النسبة المئوية %
تطوير ودعم الوضع الصحي في المؤسسات	15	50%
تحقيق الرقي لدى المرضى وحمايتهم من الأمراض	10	33%
تقديم الخدمات الصحية بأقل تكلفة	5	17%
المجموع	30	100%

من خلال البيانات الموضحة في الجدول نلاحظ أن هناك نسبة 50% من مجتمع البحث صرحوا بتطوير ودعم الوضع الصحي في المؤسسات، وهذا راجع على أن الهدف الأساسي للدولة هو الارتقاء بالوضع الصحية، وذلك بالإضافة إلى تقديم الخدمات الصحية بأقل تكاليف نظرا لإرتفاع التكاليف الصحية بطريقة غير عقلانية والذي حتم على السلطات العمومية البحث في هذه الظاهرة فتح طرح قانون مجانية العلاج لصالح الأفراد الفقراء والبطالين والمحتاجين من أجل رفع مستوى القطاع الصحي.

وفي المقابل فإن النسبة المتبقية والمقدرة بـ 33% صرحت بأن الدافع وراء تطبيق السياسات الصحية المفروضة من قبل الدولة هو تحقيق الرقي لدى المرضى وحمايتهم من الأمراض.

شكل رقم (20): دائرة نسبية توضح القيام بمراقبة مدى تطبيق هذه السياسات داخل المؤسسات الصحية:



من خلال قراءتنا لبيانات الشكل أعلاه نلاحظ أن النسبة الغالبة والمقدرة بـ 57% من الموظفين صرحوا بأنه يتم القيام بالمراقبة من قبل المسؤولين داخل المؤسسات الصحية، وهذا على وجود مفتشين مختصين بالمراقبة من أجل أن تكون التغطية شاملة وكاملة وعادلة من أدوية ومعدات للمرضى.

وفي نفس السياق اتجهت نسبة قليلة المقدرة بـ 43% صرحوا بأنه لا يتم القيام بالمراقبة من قبل المسؤولين، حيث أن توزيع الوسائل الصحية يختلف من مؤسسة صحية إلى أخرى ومن بلدية إلى أخرى، كذلك توزيع الأدوية والمواد الصيدلانية يكون توزيع غير عادل.

جدول رقم (03): يبين الدافع من وراء القيام بالمراقبة:

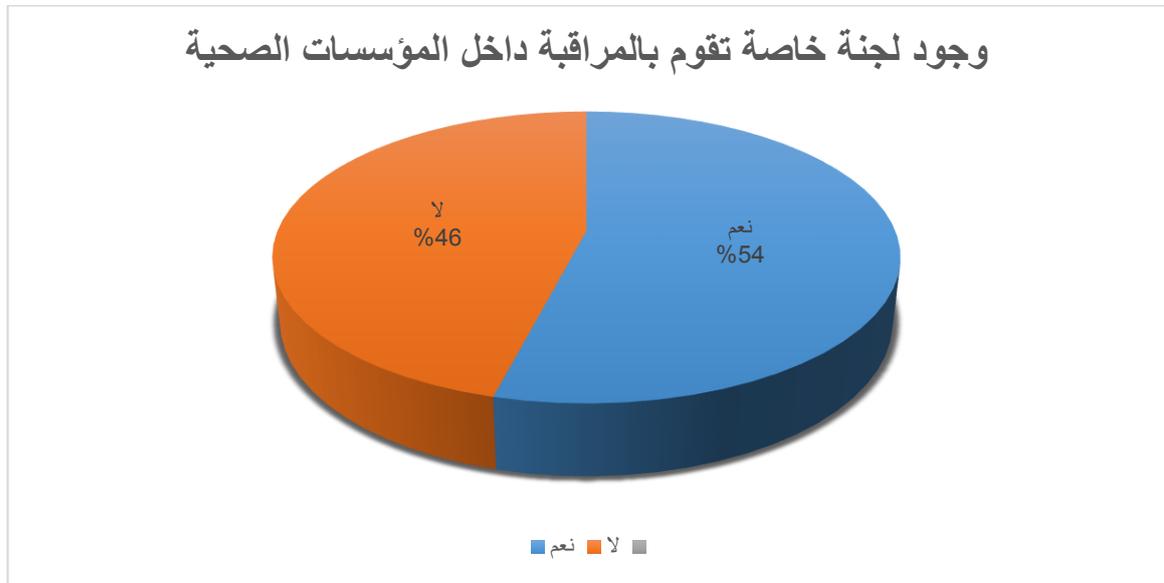
الفئات	التكرارات	النسبة المئوية %
تقديم خدمات علاجية جيدة	13	50%
رفع مستوى الأداء بالنسبة للعاملين	07	33%
الحد من التجاوزات داخل القطاع الصحي	10	17%
المجموع	30	100%

من خلال بيانات جدول رقم (06) يتضح أن نسبة 50% من مجتمع البحث صرحوا بأن الدافع من وراء القيام بعملية المراقبة هو تقديم الخدمات العلاجية الجيدة للمرضى ودعم الأعمال التي لها علاقة بالوقاية ومكافحة الأمراض الوبائية والمستديمة والتزويد بالأدوية والمعدات.

وتليها النسبة المئوية المقدرة بـ 33% والتي تنص رفع مستوى الأداء بالنسبة للعاملين والعمل على تنمية الموارد البشرية المؤهلة في ميدان التكوين وتنظيم المهين

كذلك الحد من التجاوزات داخل القطاع الصحي المقدرة بـ 17% من عدم الاهتمام بحاجات المرضى والواسطة في تقديم العلاج وعدم توزيع المعدات بطريقة عادلة.

شكل رقم (21): دائرة نسبية توضح وجود لجنة خاصة تقوم بالمراقبة داخل المؤسسات الصحية:



من خلال البيانات الموضحة في الشكل نجد أن أكبر نسبة والمقدرة بـ 54% تؤكد على أنه توجد لجنة خاصة تقوم بالمراقبة داخل المؤسسات الصحية تساعد على تصحيح الانحرافات التي تتميز بالحساسية في مجال قطاع الصحة كونه يرتبط بحياة الانسان.

وفي المقابل اتجهت نسبة قليلة من مجتمع البحث والمقدرة بـ 46% والتي صرحت بأنها لا توجد لجنة خاصة تقوم بالمراقبة، حيث يعد غياب المراقبة سببا في قصور الخدمة الصحية، وهذا ما يظهر في مستشفياتنا حيث مازالت تسير بطرق أقل ما يمكن القول عنها أنها بدائية.

الجدول رقم (04): يبين الإجراءات التي تتخذها اللجنة عند وجود مجموعة من المخالفات:

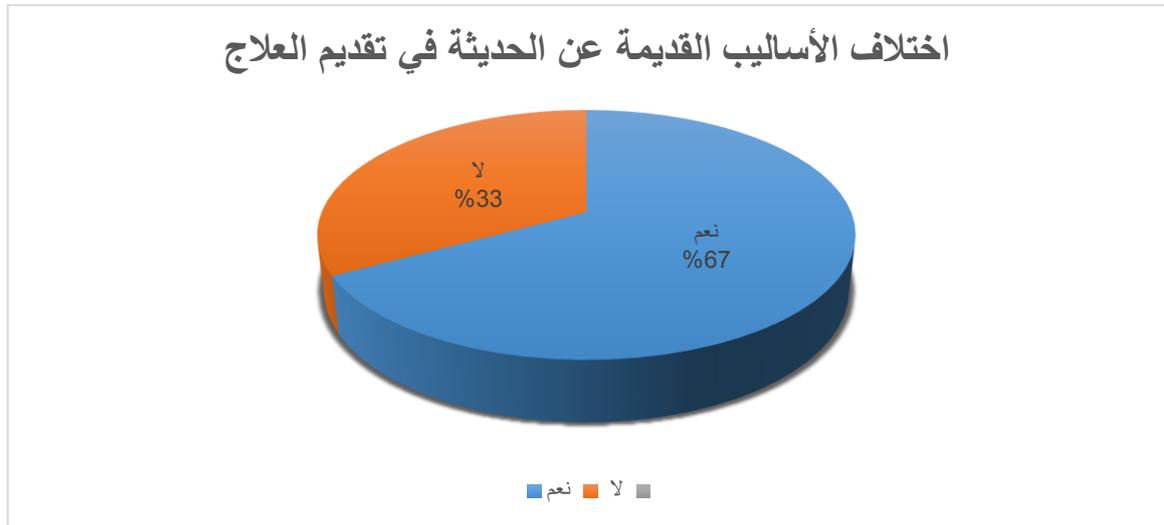
الفئات	التكرارات	النسبة المئوية%
خصم من راتب العمل	17	56%
نقل العامل من مكان عمله	13	44%
المجموع	30	100%

توضح نتائج الدراسة المحصل عليها أن أكبر فئة من مجتمع البحث أجابوا أن الخصم من راتب العمل أو تقديم غرامة مالية من بين العقوبات التأديبية، ويجب تخصيص المبالغ المحصلة من الإتاوات لتحقيق الخدمات الاجتماعية للعاملين.

أما نسبة 44% أكدوا أن نقل العام من مكان عمله كإجراءات عقابية في حالة عدم تحقيق الأداء المسطر وذلك حسب أجدديات العمل من أخطأ يحاسب وهذا العقاب تصحيح للانحرافات.

المحور الثالث: تأثير السياسة الصحية بالمراحل التاريخية المختلفة التي مرت بها الجزائر:

شكل رقم (22): دائرة نسبية توضح اختلاف الأساليب القديمة عن الحديثة في تقديم العلاج:



نلاحظ من خلال الشكل أن نسبة 67% من مجتمع الدراسة تؤكد على أنه هناك اختلاف في الأساليب القديمة عن الحديثة في تقديم العلاج، وهذا ما عملت عليه الجزائر عبر المراحل المختلفة التي

مرت بها البلاد، حيث تمصت هذه الأساليب في المكافحة المكثفة في تعميم العلاج الوقائي وهذا ما يظهر في إمكانية تصدي الجزائر التصدي لفيروس covid19 وخرجت بأقل خسائر مقارنة مع البلدان الأخرى.

وفي نفس السياق اتجهت نسبة قليلة والمقدرة بـ 33% حيث صرحت بأن الأساليب العلاج لم تختلف القديمة عن الحديثة باعتبار أن القطاع الصحي مازال يعاني من عدة مشاكل وعراقيل حيث أصبحت اليوم محط انتقادات عديدة من قبل المرضى.

جدول رقم (05): يبين اختلاف الأساليب القديمة عن الحديثة في تقديم العلاج:

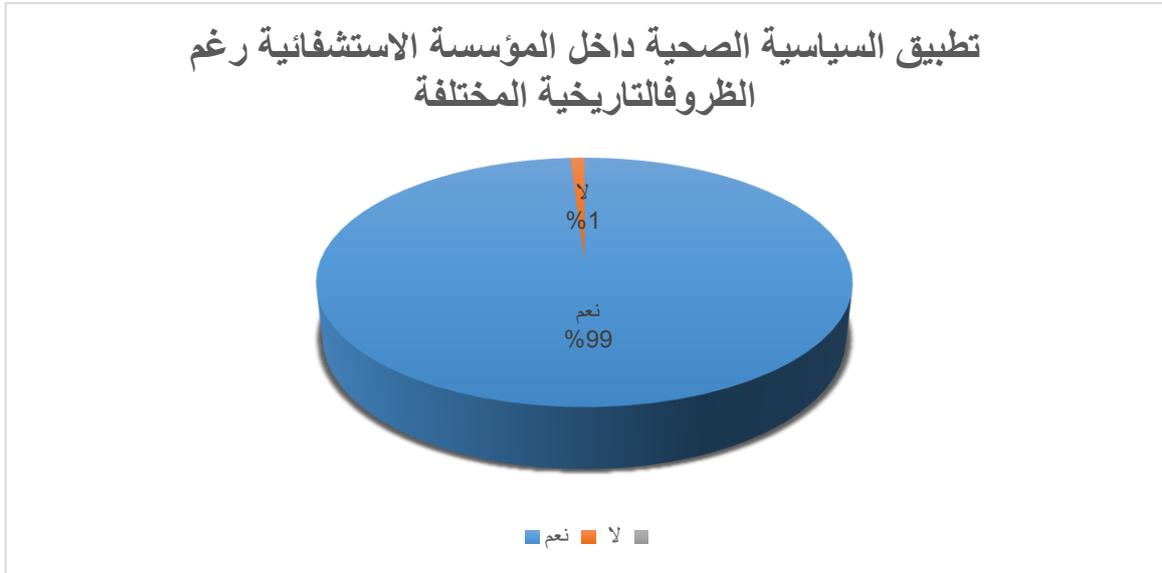
الفئات	التكرارات	النسبة المئوية %
تلبية الحاجات الصحية في أسرع وقت	5	17%
تنظيم المؤسسات الصحية	5	17%
توفير مؤسسات وهياكل صحية	20	66%
المجموع	30	100%

نلاحظ من خلال الشكل والبيانات الموضحة في الجدول أن هناك نسبة أكبر والمقدرة بـ 66% مما صرحوا بأن توفير مؤسسات وهياكل صحية عمومية وخاصة، حيث تقدم خدمات وقائية وعلاجية وتوزع الهياكل والمؤسسات الصحية العمومية اعتمادا على حاجيات السكان كما تبين من الخارطة الصحية التي تضعها وزارة الصحة.

وفي المقابل هناك نسبتين متساويتين مقدرة بـ 17% مما صرحوا بأن تلبية الحاجات الصحية في أسرع وقت وذلك من خلال رعاية شاملة ارشادية وحمائية ووقائية.

أما تنظيم المؤسسات الصحية تُعد المفتاح الأساسي لنجاح المؤسسات حيث خفت من حدة المشاكل التي كانت تعاني منها المنظومة العمومية للصحة، إلا أن هذه المشاكل لم تحل بصفة نهائية فما زالت المؤسسة تعاني من عدم التوازن.

شكل رقم (23): دائرة نسبية توضح تطبيق السياسة الصحية داخل المؤسسة الاستشفائية رغم الظروف التاريخية المختلفة:



توضح نتائج الدراسة المحصل عليها أن أكبر فئة من مجتمع البحث تقدر بـ 99%، حيث صرحوا بأن المؤسسة الاستشفائية استطاعت تطبيق السياسة الصحية رغم الظروف التاريخية المختلفة التي مرت بها الجزائر من 1999م إلى يومنا هذا واضح في انخفاض حدوث الأمراض السارية، حيث قامت بزيادة في حجم الاتفاق العام على القطاع الصحي والوصول إلى شبه اكتفاء ذاتي في الأدوية وزيادة في عدد الأسرة المشفى.

وفي المقابل اتجهت نسبة من مجتمع البحث المقدر بـ 1% صرحوا بأنها لم تستطع تطبيق السياسة الصحية وهذا يظهر حاليا في تزايد تفشي الأمراض المزمنة بين الفئات الأصغر سنا نتيجة ممارسة أنماط غير صحية، كما أن هناك نقص كمي ونوعي وسوء توزيع في الكوادر الصحية.

جدول رقم (06): يبين كيفية تطبيق السياسة الصحية داخل المؤسسة الاستشفائية:

الفئات	التكرارات	النسبة المئوية%
تحسين الجانب التنظيمي داخل المؤسسات	12	40%
الاستقبال الحسن للمرضى وتقديم أفضل طرق العلاج	10	33%
توفير الكوادر الصحية الناجحة ووسائل العلاج	8	27%
المجموع	40	100%

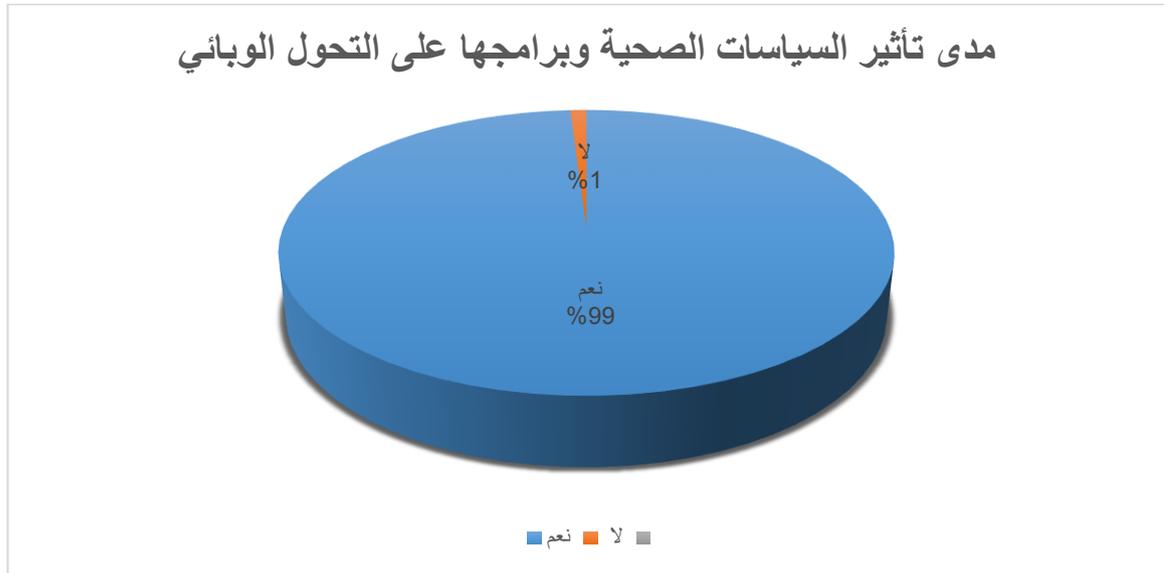
نلاحظ من خلال الشكل هناك نسبتين متساويتين نسبة بـ 40%، حيث أن تحسين الجانب التنظيمي داخل المؤسسات من أهم الموضوعات والظواهر الإدارية وأصعبها في نفس الوقت، فهذا التنظيم يوفر الظروف الملائمة لكل مريض تليها نسبة 33% صرحوا بأن الاستقبال الحسن للمرض وتقديم أفضل العلاج، فلتعامل مع المريض يجب توظيف بعض الاستراتيجيات باعتباره شخص حساس، لذا يجب تلبية حاجات الزبون بروح من الود واللطف، حيث أن هذا يدخل البهجة والسرور إلى قلبه ويساعده في الشفاء العاجل.

كذلك التقدم في مجال توفير الكوادر الطبية والصحية بنسبة 27% وذلك تم توظيف الخدمة الطبية المتقدمة في بلادنا دون الحاجة إلى طلب الدمة الطبية التي يحتاجها من الخارج والتخفيف على المواطن من السفر والمعاناة.

المحور الرابع: تأثير السياسة الصحية وبرامجها على التحول الوبائي:

الشكل رقم (24): دائرة نسبية توضح مدى تأثير السياسات الصحية وبرامجها على التحول

الوبائي:



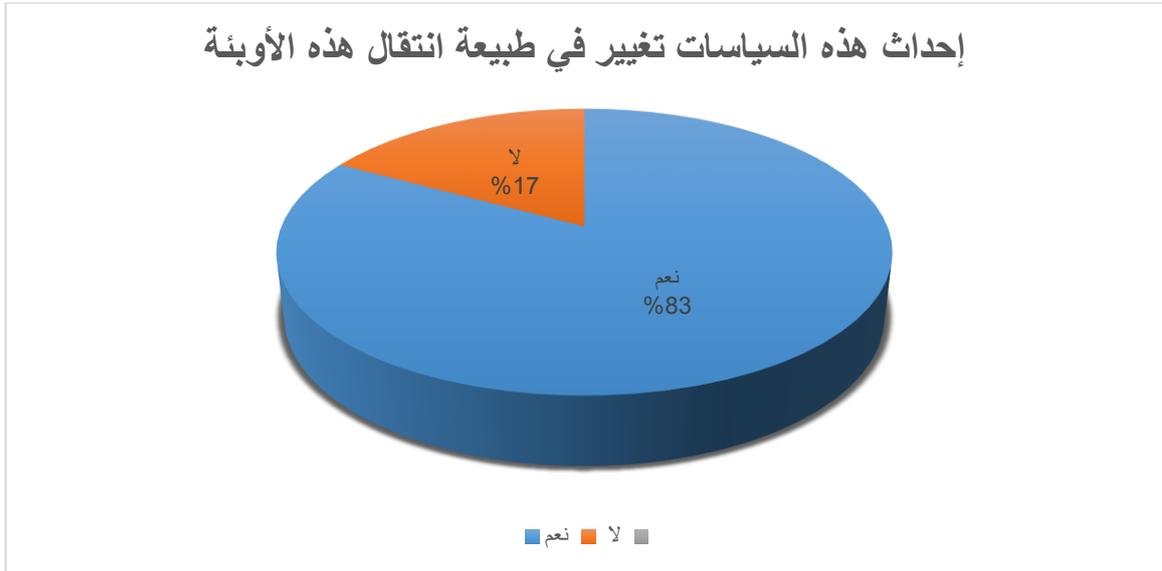
من خلال البيانات الموضحة في الشكل يتبين أن نسبة 99% من مجتمع البحث صرحوا بأن السياسات الصحية التي وضعتها الدولة أثرت على التحول الوبائي وساعدت على تقديم الخدمات، وهذا راجع إلى أن هذه النسبة قد أشرفت على تقديم العلاج للأفراد المصابين بالوباء، بالإضافة إلى التجهيزات التي توفرها الدولة من أجل تناقص الأوبئة والأمراض عبر المراحل التاريخية التي مرت بها الجزائر، والنسبة الأخرى والتي تكاد تنعدم وهذا راجع إلى المناطق النائية والبعيدة التي يعصب وصول الأدوية والتلقيحات إليها.

الجدول رقم (07): يبين كيف استطاعت هذه البرامج في الحد والتقليل من انتشار الأوبئة:

الفئات	التكرارات	النسبة المئوية %
إنقاص عدد المصابين بالأوبئة	13	43%
توعية عدد كبير من المواطنين	12	40%
توفير التفقيح اللازم للعلاج	5	17%
المجموع	30	100%

يتضح من خلال بيانات الجدول أن نسبة 43% من المبحوثين يرون أن البرامج التي وضعتها الدولة ساعدت على انقاص من عدد المصابين بالأوبئة، وهذا ما أشارت له نظرية الانتقال الوبائي، حيث أن انقاص عدد المصابين وتراكم زيادة السكان جيلا بعد جيل وذلك لانخفاض المستمر في معدلات الوفيات، النسبة الثانية والمقدرة بـ 40% والتي صرحت بوجود توعية المواطنين وإرشادهم اللازم للعلاج، حيث يعتبر أول حل تلجئ له الدولة وهو تدريس المواد المادية من أموال وتجهيزات.

شكل رقم (25): دائرة نسبية توضح إحداث هذه السياسات تغيير في طبيعة انتقال هذه الأوبئة:



من خلال البيانات الموضحة في الشكل تبين أن نسبة 99% من مجتمع البحث ترى بأن السياسة الصحية تغير في طبيعة الانتقال الوبائي، حيث تعتبر الجزائر من الدول التي استطاعت أن تنقذ من الانتقال الوبائي حيث ومع مرور الوقت تراجعت واندثرت الأمراض المعدية والفتاكة مثل الطاعون، وهذا ما

خلف تراجع حاد جدا في نسب الوفيات، والفئة العمرية المستفيدة الأكبر من هذا التراجع هما فئتا الرضيع والمسنين، فمع تطبيق العلاج المجاني وتلقيح الأطفال منذ الولادة ناهيك عن المراقبة المستمرة للرضيع حتى وصوله إلى سن الرشد، ونقل الأدوية والتلقيحات إلى المناطق النائية.

الجدول رقم (08): يبين إحداث هذه السياسات تغيير في طبيعة انتقال هذه الأوبئة:

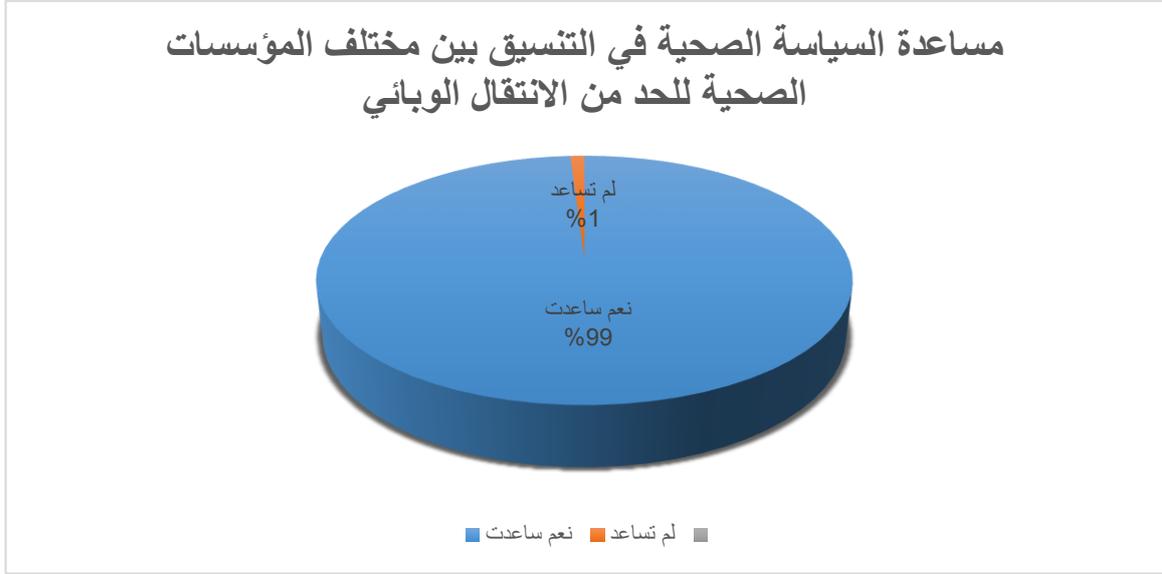
الفئات	التكرارات	النسبة المئوية %
الحد من الانتقال الوبائي	14	47%
الانقاص من الانتقال الوبائي	10	33%
رفع من انتقال الأوبئة	6	20%
المجموع	30	100%

من خلال ما تم عرضه في الجدول أعلاه نجد نسبة 47% من مجتمع البحث قد أكدت أن التغييرات في طبيعة الوباء تمثلت في الانقاص من الانتقال الوبائي، وهذا راجع إلى المراحل التاريخية، وقد تميزت هذه المرحلة من التناقص من التقدم والتطور الاجتماعي والاقتصادي وكذا الصحي، ما أدى إلى تناقص من انتقال الوباء وظهور تخصصات طبية مع برامج صحية.

وهذا ما تطرقت له نظرية الانتقال الوبائي في المرحلة الثانية، حيث في هذه المرحلة بدأت أنماط الأمراض تنحصر وتقل بحيث بدأت تقل الأوبئة نسبياً وتحسن الأحوال المعيشية والغذائية وتقل الأمراض بسبب الفارق الطردي بين المواليد والوفيات.

في حين أقرت النسبة الثانية والمقدرة بـ 33% أن التغيير يتمثل في الحد من الانتقال الوبائي بسبب البرامج التنموية وتناقص الأمراض والنسبة الأخيرة 20%.

شكل رقم (26): دائرة نسبية تمثل مساعدة السياسة الصحية في التنسيق بين مختلف المؤسسات الصحية للحد من الانتقال الوبائي:



من خلال البيانات الموضحة في الشكل نجد نسبة 99% من مجتمع البحث أكدوا أنه يوجد تنسيق بين المؤسسات الصحية للحد من الانتقال الوبائي، وهذا راجع لوجود مشكلة من الاتصال بين المؤسسات الصحية عن طريق تقاسم الأدوية والمعدات، فمثلا العام الماضي عند انتشار وباء كورونا قامت مديرية الصحة لولاية قلمة بتخصيص مركب الأم والطفل لعزل المرضى المصابين بالوباء.

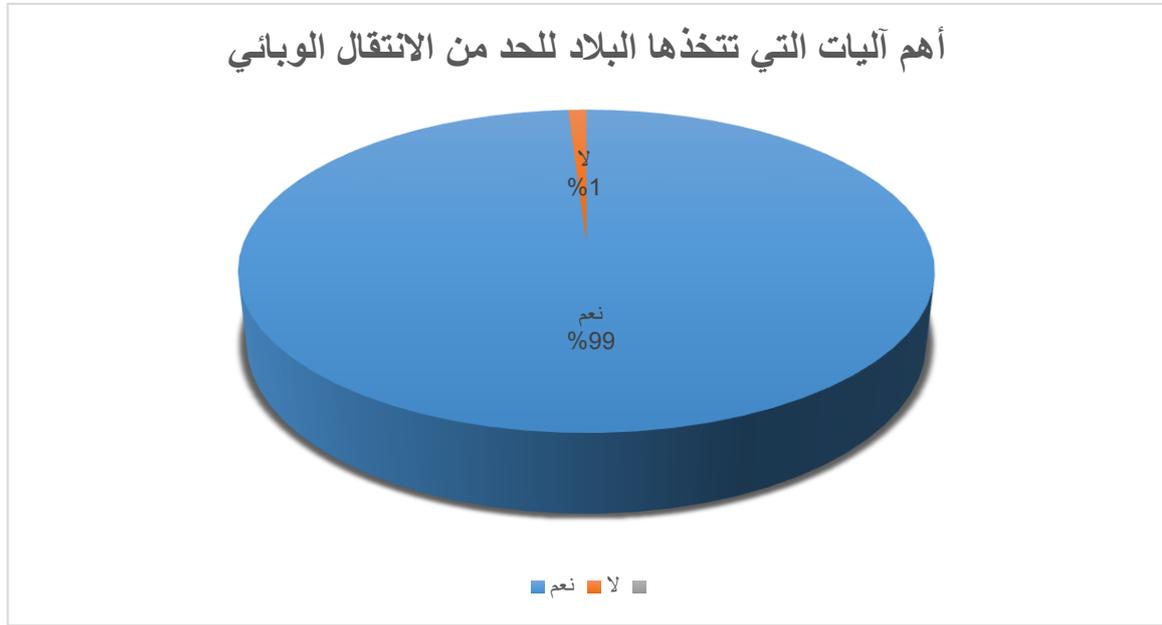
الجدول رقم (09): يبين مساعدة السياسات الصحية في التنسيق بي مختلف المؤسسات الصحية للحد من الانتقال الوبائي:

الفئات	التكرارات	النسبة المئوية
اتخاذ إجراءات متماثلة للحد من الانتقال	11	37%
تبادل الوسائل والمعدات	9	30%
تقسيم المهام للإنقاذ من الضغط	10	33%
المجموع	66	100%

يتضح من خلال بيانات الجدول أن نسبة 37% من المبحوثين يرون أن التنسيق بين مختلف المؤسسات الصحية للحد من الانتقال الوبائي يظهر من خلال اتخاذ إجراءات متماثلة للحد من الانتقال الوبائي، وهو ما يؤكد بأن أول إجراء تتخذه الدولة للحد من الانتقال الوبائي، حيث أنه عندما ينتشر الوباء

فهو متماثل في طبيعة الانتشار وتركيبته، وبالتالي نفس العلاج، أما النسبة الثانية والمقدرة بـ 30% صرحت أن تبادل الوسائل والمعدات للحد من الانتقال الوبائي، حيث توجد مؤسسات تفتقر للمعدات مما يفرض على المؤسسات تبادل المعدات لعلاج المرضى والإنقاذ من الأمراض.

الشكل رقم (27): دائرة نسبية توضح أهم آليات التي تتخذها البلاد للحد من الانتقال الوبائي:



من خلال البيانات الموضحة في الشكل يتبين أن نسبة 99% من مجتمع البحث صرحوا بـ "نعم" أي أقروا بأن مؤسستهم أصبحت لديها القدرة على اتخاذ القرارات اللازمة داخل المؤسسة للحد من الانتقال الوبائي.

الجدول رقم (10): يبين قدرة المؤسسات على اتخاذ القرارات اللازمة داخل مؤسساتها للحد من الانتقال الوبائي:

الفئات	التكرارات	النسبة المئوية%
تقليل من الأخطاء داخل المؤسسات العلاجية	11	37%
العمل على إيجاد التدابير الوقائية	12	40%
التعاون الجماعي للموظفين	5	16%
السرعة في الإنجاز لتقديم العلاج	2	7%
المجموع	30	100%

يتضح من خلال بيانات الجدول أن نسبة 40% اتفقوا على أن المؤسسات لديها القدرة على اتخاذ القرارات اللازمة داخل مؤسساتها عن طريق العمل على اتخاذ التدابير الوقائية اللازمة، وهذا ما صرح به رئيس مكتب مصلحة الوقاية لمديرية الصحة والسكن لمديرية قالمة "حسان سريدي" أن هناك برامج لمكافحة الأمراض المنقولة عبر المياه والحشرات والحيوانات، ويتم عمل تقرير في كل شهر من قبل أخصائيين متكونين الميدان، وتليها النسبة المئوية 37% والتي تقر بالتنقل من الأخطاء العلاجية داخل المؤسسات العلاجية وهذا راجع لنقص الكوادر الطبية وقلة الخبرة لدى الأطباء وتليها النسبة المئوية بـ 16% التي تقول أن التعاون الجماعي للموظفين ضروري للحد من الانتقال الوبائي من خلال توحيد الجهود وتكريس المعدات اللازمة.

أما النسبة الأخيرة والمقدرة بـ 7% وهي نسبة منخفضة جدا مقارنة مع النسب الأخيرة لأن هدف وجهد الدولة انصب في الحد من الانتقال وليس الرفع.

الشكل رقم (28): دائرة نسبية توضح مساعدات هذه الآليات في إنقاذ الوباء:



من خلال البيانات الموضحة في الشكل تبين أن نسبة 99% من مجتمع البحث صرحوا بـ "نعم" على أن الآليات ساعدت في إنقاذ البلاد، لأن الدولة التي تريد التقدم لا بد أن تعمل على حماية صحة الفرد ومنع المرض عنه، ثم توفير الخدمات اللازمة لسرعة اكتشاف أي انحراف في الصحة، وهذا واضح في قدرة الجزائر على التحكم في الوباء مقارنة بالدول الأخرى.

الجدول رقم (11): يبين كيف تظهر مساعدات هذه الآليات في إنقاذ البلاد:

الفئات	التكرارات	النسبة المئوية%
تلبية احتياجات المواطنين من الأدوية	10	34%
التطوير في تقديم الخدمات	10	34%
رفع الأزمات على الدولة	10	32%
المجموع	30	100%

يتضح من خلال بيانات الجدول تساوي بين النسبتين الأولى والثانية بـ 34% حيث أقر المبحوثين بأن الآليات ساعدت في تلبية احتياجات المواطنين من أدوية ومعدات وتلقيحات منذ الولادة وإقامة إحصائيات بعدد الحوامل والموليد من أجل توفير التلقيحات عبر المراحل العمرية المختلفة من الولادة حتى سن الرشد. كما تتضح هناك نسب متساوية والمقدرة بـ 33% صرحوا بأن تطوير في تقديم الخدمات ورفع الأزمات على الدولة وعلى مؤسسات الدولة.

فعندما يكون الفرد سليم من الأمراض يصبح الشخص فعال ومنتج وبالتالي مساعدة المؤسسات في القضاء على الأزمات.

س28: ماهي اقتراحاتكم للحد من الانتقال الوبائي وإنقاذ البلاد من الأزمة:

الجدول رقم (12): يبين اقتراحات للحد من الانتقال الوبائي وإنقاذ البلاد من الأزمة:

العبارات	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
التجديد الكافي والوجيز للكوادر البشرية	11	11	5	4	1
	33%	33%	17%	14%	3%
التوعية والتحسيس مختلف هياكل الصحة ومؤسساتها	5	4	11	11	1
	17%	14%	33%	33%	3%
توفير مراكز صحية حسب المناطق وكذلك الاهتمام بطب العمل	4	11	5	11	1

3%	33%	17%	33%	14%	
----	-----	-----	-----	-----	--

من خلال معطيات الجدول اتضح أن نسبة 33% اتجهوا إلى اختيار عبارة موافق وموافق بشدة من التجديد الكافي والوفير للكوادر الطبية قادرة على انقاذ البلاد من الأزمات، تليها عبارة محايد بنسبة 17%، ثم تأتي عبارة غير موافق بنسبة 14%، حيث يرون أن الإجراءات المتخذة من طرف الدولة غير قادرة على انقاذ البلاد من الأزمات، ثم تأتي النسبة التي تكاد تتعدم في عبارة غير موافق بشدة بنسبة 1%.

ثانيا: مناقشة نتائج الدراسة.

بعد الدراسة التحليلية لمجمل البيانات والمعلومات المتعلقة بالموضوع تمكنا من الوصول لعدة استنتاجات وسوف نتطرق إلى مناقشة النتائج في ضوء فرضيات الدراسة والدراسات السابقة:

1- مناقشة النتائج في ضوء فرضيات الدراسة:

يعتبر الدافع من وراء تطبيق السياسة الصحية في الجزائر هو تطوير ودعم الوضع الصحي في المؤسسات وتقديم الخدمات الصحية بأقل تكلفة، حيث تم استغلال الوسائل المتطورة في تقديم الخدمات من أجل رفع مستوى الإنتاج الصحي ورفع جودة الخدمات الصحية وتطبيق السياسات الصحية المفروضة من قبل الدولة على المؤسسات الصحية وهذا ما تطرقنا إليه في الجدول رقم (02).

ومراقبة مدى تطبيق هذه السياسات داخل المؤسسات الصحية من أجل الحرص على تقديم خدمات علاجية جيدة والحد من التجاوزات داخل القطاع الصحي وهذا ما تطرقنا إليه في الشكل رقم (12). وقد حرصت المؤسسات الصحية على القيام بالمراقبة الدورية داخل المؤسسات من أجل تقديم خدمات علاجية جيدة والحد من التجاوزات داخل القطاع من أجل تلبية احتياجات المرضى ورفع جودة الخدمات الصحية وهذا ما تطرقنا له في الجدول رقم (03).

لذلك يعتبر الدافع من وراء تطبيق السياسات الصحية في الجزائر هو رفع مستوى الإنتاج الصحي وجودة الخدمات الصحية وهو ما يتطابق مع الفرضية الأولى.

تأثرت السياسات الصحية في الجزائر بالمرحل التاريخية نتيجة اختلاف ظروف ومعالم كل مرحلة، حيث أثبتت الدراسة أن هناك اختلاف كبير في تقديم العلاج عبر المراحل التاريخية التي مرت بها الجزائر

ويبرز هذا الاختلاف في الأساليب القديمة عن الحديثة في تقديم العلاج، حيث تعتبر الأساليب الحديثة أكثر سرعة تلبية الاحتياجات الصحية في أسرع وقت وتوفير مؤسسات وهيكل صحية متطورة في تقديم العلاج وهذا ما تطرقنا له في الجدول رقم (05).

• لقد استطاعت المؤسسات الصحية في الجزائر تطبيق السياسات الصحية رغم الظروف التاريخية المختلفة من تحسين الجانب التنظيمي داخل المؤسسات وتوفير الكوادر الصحية الناجحة ووسائل العلاج وهذا ما أكدته الشكل رقم (15).

وهذا ما أكد على ان السياسات الصحية في الجزائر تأثرت بالمراحل التي مرت عليها وهو ما يجعل الفرضية الثانية مقبولة.

• تأثر السياسة الصحية في الجزائر ببرامج التحول الوبائي، حيث أثبتت الدراسة الميدانية أن السياسة الصحية عملت على الإنقاص من عدد المصابين بالأوبئة وتوفير التلقيحات اللازمة للعلاج نظرا إلى أن التلقيح هو الحل الأول من أجل القضاء على الوباء من جذوره وهذا ما أكدته الشكل رقم (16).

• كذلك وقد أحدثت السياسات الصحية تغييرا في طبيعة انتقال هذه الأوبئة عن طريق الإنقاص من انتقالها بإنشاء مراكز للتلقيح وظهور تخصصات طبية تهتم بهذا الموضوع ناهيك عن برامج الوقاية والعلاج وهذا ما أكدته جدول رقم (07).

• وقد ساعدت السياسة الصحية في التنسيق بين مختلف المؤسسات الصحية للحد من الانتقال الوبائي عن طريق اتخاذ إجراءات للحد من الانتقال الوبائي وتقسيم المهام للإنقاص من الضغط وهذا ما يظهر في الجدول رقم (09).

ونلخص أن السياسة الصحية أثرت على التحول الوبائي عن طريق التقليل من انتشاره وهذا ما يتوافق مع الفرضية الثالثة.

• أهم الآليات المتخذة من قبل الدولة للحد من الانتقال الوبائي عن طريق توعية المواطنين وتقديم قواعد ونظم من قبل الدولة نلاحظ من خلال الشكل رقم (19).

• نلاحظ من خلال الجدول رقم (13) أن المؤسسات الصحية أصبحت لديها القدرة على اتخاذ القرارات اللازمة من أجل الحد من الانتقال الوبائي وبالتالي فإن هناك توافق وتكامل بين المؤسسات الصحية، كما نجد أن هذه الآليات ساعدت في إنقاذ البلاد عن طريق تلبية احتياجات المواطنين ورفع الازمات على مؤسسات الدولة وهذا ما أكد بشكل كبير من طرف المبحوثين بنسبة 80%.

- كما قدم المبحوثين عدة اقتراحات حسب وجهة نظرهم أنها قادرة على التقليل من الخسائر الوبائية وإنقاذ البلاد من الأزمة.

ثالثا: النتائج العامة.

في ضوء تحليل ومناقشة نتائج الدراسة توصلنا إلى:

- أدى تطبيق السياسات الصحية في الجزائر إلى الاستغناء عن الوسائل القديمة في تقديم العمل واستبدالها بالوسائل الحديثة بما يساعد على مواكبة التطورات الحاصلة في قطاع الصحية والتكيف معها.
- شغل مديرية الصحة لولاية قلمة حيزا واسعا في مجال مراقبة وتطبيق هذه السياسات داخل مؤسساتها.
- ساهمت الأساليب والمعدات الحديثة في السير الحسن للعمل من خلال تسهيل تقديم الخدمات وإنجازها بسرعة وكفاءة وفعالية.
- عملت المديرية على توفير الخدمات التي تتناسب مع احتياجات ورغبات المواطنين من خلال إيجاد الحلول البديلة والسريعة.
- ساعدت المراحل التاريخية التي مرت بها الجزائر في تطوير الأنظمة الصحية وبالتالي المساهمة في تطبيق هذه السياسات.
- إن السياسات الصحية سهلت على المؤسسات الاتصال فيما بينها من أجل وضع برامج وتبادل المعلومات ونقلها فيما بينهم من أجل التحكم في الانتقال الوبائي.
- لم تقتصر انعكاسات الأوبئة والأمراض على الأطر الاجتماعية والاقتصادية بل تعدت إلى الجانب السياسي.
- لقد أثرت الأوبئة على البنية الديموغرافية، ما أدى إلى تراجع اقتصاديات البلاد.
- اتخذت الدولة جملة من الآليات للقضاء على الوباء تمثلت في التلقيحات وبرامج التوعية وفرض الحجر الصحي والتباعد وارتداء الكمامات...إلخ.

رابعا: اقتراحات الدراسة.

استنادا إلى النتائج التي توصلت إليها الدراسة يمكن أن نقدم مجموعة من التوصيات والتي يمكن إيجازها فيما يلي:

- على الفاعلين في مجال السياسة الصحية في الجزائر سواء من الرسميين أو الغير الرسميين إبداع حلول للمشكلات الصحية لأفراد المجتمع الجزائري تتسم بالجدية في التصور والفعل معا والتخلي عن

المسارات القديمة التي أثبتت عدم جدارتها وضيعت على الدولة الكثير من الفرص وأهدرت الكثير من الموارد دون أن تحقق النتيجة المتطورة.

- مد جسور التواصل بين الباحثين في مجال تحليل السياسات العامة ومنها السياسات الصحية من جهة والفاعلين السياسيين من جهة أخرى، مما يسمح بترشيد أداء الهيئات الحكومية ويقلل من العمليات.
- العمل على الحفاظ على صحة السكان من خلال التركيز على الوقاية وتعزيز نظام الرعاية الصحية الأولية ومحاولة وضع خطط وطنية للكشف المبكر عن الأمراض المعدية وغير المعدية ومكافحتها وكذلك تشجيع أنماط الحياة الصحية.
- ضرورة وجود نظام مراقبة التسيير في إدارة المستشفيات العمومية فهو وسيلة تعمل على تزويد المسيرين والمسؤولين بمختلف المعلومات التي تساعدهم على اتخاذ القرارات المناسبة، كما تعمل على تطوير القدرات والكفاءات من خلال تحديد الانحرافات وتصحيحها فهي تعمل على تحسين أداء المؤسسة ككل.

خلاصة الفصل.

تناولنا في هذا الفصل التحليل السوسولوجي للبيانات الميدانية، حيث تم التطرق إلى مناقشة النتائج المتحصل عليها من الدراسة في ضوء الفرضيات، وذلك بالرجوع إلى إجابات المبحوثين للوصول إلى إثبات صحة الفرضيات الفرعية، وبالتالي إثبات الفرضية العامة، وفي الأخير تقديم مجموعة من الاقتراحات.

خاتمة

خاتمة.

تعتبر السياسة الاستعمارية في الجزائر من أهم البرامج التي تطرقت لها الدولة الجزائرية بعد الاستقلال، إذ أنها استهلكت ذلك من دائرة الأوضاع الاجتماعية التي خلفها الاستعمار الفرنسي من انتشار للأمراض والفقر والجوع والأوبئة مما جعل الشعب الجزائري يناهض بضرورة مراعاة تلك الأوضاع، فالصحة هي العافية والراحة في العقل والجسم وسلامتها يعني أن الفرد يقوم بواجباته ويسعى للمطالبة بحقوقه.

فمن هنا لجأت الدولة الجزائرية إلى إعادة هيكلة النظام السياسي للدولة، ومحاولة خلق قفزة نوعية من أجل تغير الظروف التي كانت سائدة في وسط المجتمع الجزائري آنذاك، فسعت جاهدة إلى توفير الرعاية الصحية المطلوبة من معدات مادية وبشرية التي تمثلت أساسا في الإسعافات الأولية والتمريض، الأطباء والممرضين، شبه طبيين وهياكل طبية وعيادات وقاعات للعلاج من أجل تغطية كل النقص الذي كان سائدا من قبل، فعمدت على إصلاح التعليم الجامعي للأطباء ومنح فرص تكوينية للشبه الطبيين والإطارات الأخرى كالتمريض وتحديد كل كثافة سكانية معينة بعدد من الأطباء الذين تتماشى معهم لتغطية الرعاية الصحية فيها، ومن خلال المراحل التي مرت بها السياسية الصحية نجد أن الدولة الجزائرية ورغم كل الظروف الصعبة التي مرت بها إلى أنها استطاعت تحقيق تغطية شاملة في كافة التراب الوطني في وقت وجيز، وأن كل مرحلة حسدت منشآت وبرامج جديدة تخدم المواطن بصفة خاصة والدولة بصفة عامة، مما جعلها بذلك تسمو وتعلو نحو الأفضل في الخدمات الصحية سواء كانت تحمل الطابع العمومي أو الطابع الخاص.

وكذلك تزامنا مع صدور عدة مراسيم وقوانين وأوامر التي تشمل جلها الرعاية الصحية والخدمة الصحية وترقية الصحة مثل العلاج المجاني ورعاية الأمومة والطفولة والتلقيح المجاني واستقلالية المراكز الإستشفائية الجامعية وإنشاء المدرسة الوطنية للصحة العمومية وتعزيز العلاج الجوارحي، هذا الذي خلق جو من الراحة والطمأنينة في نفوس المواطنين الجزائريين من أجل ضمان سلامتهم الصحية.

وبالرجوع إلى الدراسات النظرية توصلنا إلى أن السياسة الصحية هي الركيزة الأولى للحد من الانتقال الوبائي، حيث تعتبر البرامج الصحية والوقائية والعلاجية الخطوة الأولى للحد من الأوبئة.

قائمة المصادر

والمراجع

قائمة المصادر والمراجع.

✚ القرآن الكريم.

1. سورة البقرة، الآية 222.
2. سورة المدثر، الآية 4.

أولاً: المراسيم التنفيذية.

3. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: المرسوم التنفيذي رقم 111/90، المؤرخ في 23 ديسمبر 1990م، حول اصطلاح نظام وطني للصحة.

4. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: المرسوم رقم 140/07 المؤرخ في 2 جمادى الأولى عام 1428هـ الموافق لـ 19 ماي 2007م والمتضمن إنشاء المؤسسات الاستشفائية العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها.

1. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: المرسوم التنفيذي رقم 114/7 المؤرخ في 2 جمادى الأولى عام 1421هـ الموافق لـ 18 مايو 2009م، والمتضمن تطبيق سلمية العلاج، الجريدة الرسمية، العدد 24.

2. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: المرسوم التنفيذي رقم 25/86 المؤرخ في 11/02/1986م، والمتضمن القانون الأساسي النموذجي للمراكز الاستشفائية الجامعية، الجريدة الرسمية، العدد 6، الصادرة بتاريخ 3 جمادى الثانية 1406هـ، الموافق لـ 12 فيفري 1986م.

ثانياً: الكتب.

3. ابن خاتمة: تحصيل غرض القاصد في تفضيل مرض الوافد، دار العرب الإسلامي، بيروت، 1988م.

4. أبو قاسم سعد الله: تاريخ الجزائر الثقافي، دار الغرب الإسلامي، ط1، بيروت، 1998م.

5. إسماعيل قيرة: مستقبل الديمقراطية في الجزائر، مركز الدراسات للوحدة العربية، بيروت، 2002م.

6. أيمن مزاهرة، عصام حمدي، ليلة أبو حسون: علم الاجتماع الصحة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، 2003م.

7. جمال الدين أبو الفضل محمد ابن مكرم: لسان العرب لابن منظور، المجلد الرابع، ج28، دار المعارف، القاهرة، 1981م.

8. جيمس أندرسون: صنع السياسة العامة، ترجمة: عامر الكبيسي، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن- قطر، 1998م.

9. حمدان بن عثمان خوجة، المرأة، ط2، الشرطة الوطنية للنشر والتوزيع، جامعة الجزائر، الجزائر، 1982م.

قائمة المصادر والمراجع:

10. رشيد زرواني: تدريبات على منهجية البحث العملي في العلوم الاجتماعية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2002م.
11. سعيدوني ناصر الدين: الأحوال الصحية والوضع الديمغرافي في الجزائر أثناء العهد العثماني، ورقات جزائرية دراسات وأبحاث في تاريخ الجزائر في العهد العثماني، دار الغرب الإسلامي، ط1، 2000م.
12. عبد الرحمان بن محمد، ابن خلدون: العبر وديون المبتدأ والخبر أيام العرب والمعجم والبربر ومن عاصروهم من ذوي السلطان الأكبر، دار العلم للجميع، بيروت، 1987م.
13. عبد العالي ديلة: الدولة الجزائرية الحديثة "الاقتصاد والمجتمع والسياسة"، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، 2010م.
14. عبد الله عبد الرحمان، محمد علي بيومي: منهجية وطرق البحث الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2002م.
15. عبد الله عبد الرحمان، محمد علي بيومي: منهجية وطرق البحث الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2002م.
16. عبد الناصر جندلي: تقنيات ومناهج البحث في العلوم السياسية والاجتماعية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2005م.
17. عبيدات نوقان وآخرون: البحث العلمي: مفهوم وأدواته وأساليبه، دار الفكر، عمان، الأردن، 2001م.
18. عمار بوحوش، محمد الذنبيات: مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1999م.
19. عمار بوحوش، محمد الذنبيات: مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1999م.
20. عودة محمد عبد الله، ياسين الخطيب إبراهيم: تاريخ العرب الحديث، الاهلية للنشر والتوزيع، عمان، 1989م.
21. نور الدين حاروش: إدارة المستشفيات العمومية، ط1، دار الكتامة للكتاب والنشر، الجزائر، ديسمبر 2008م.
22. وصال نجيب العزاوي: مبادئ السياسة العامة، عمان، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2003م.

ثالثا: المذكرات والأطروحات.

23. أمينة مؤذن: السياسة الصحية في الجزائر: دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية للصحة الجزائرية في مجال الخدمة الصحية"، مذكرة لنيل شهادة ماستر في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، تخصص سياسات عامة وتنمية، قسم العلوم السياسات والعلاقات الدولية ، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة. سعيدة، سنة 2016م-2017م.
24. بعيط فاتح: الانتقال الديموغرافي والوبائي في الجزائر، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في الديمغرافيا تخصص علم الاجتماع والديمغرافيا، كلية العلوم الاجتماعية والعلوم الاسلامية ، قسم علم الاجتماع والديمغرافيا، جامعة باتنة، الجزائر، 2008م/2009م.
25. حفيظة عنون، ربيعة إرسان: الظاهرة الوبائية في الجزائر خلال عهد الدايات (1830م-1971م) أسبابها وانعكاساتها. مذكرة لنيل شهادة الماستر، تخصص تاريخ الجزائر الحديث، قسم العلوم الإنسانية، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة خميس مليانة، 2018م/2019م.
26. خروبي بزارة عمر: إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999م-2009م) "دراسة حالة في المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خليف بولاية شلف، رسالة ماجستير، قسم العلوم السياسية، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة شلف، 2010م/2011م.
27. خير الدين سعدي: المجاعات والأوبئة في الجزائر خلال العهد العثماني (1700م-1839م)، أطروحة دكتوراه، تخصص تاريخ حديث ومعاصر، قسم التاريخ، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قالمة، 2018م/2019م.
28. رابح بوصوف: أقاليم المستشفى، أطروحة دكتوراه دولة في الجغرافيا الصحية، جامعة نابولي، باريس، 1998م.
29. سامر حاتم رشدي: التخطيط المكاني للخدمات الصحية، رسالة ماجستير في التخطيط الحضري، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين، 2003م.
30. عبد الفتاح عبادي، قيس وديني: السياسة الصحية وآثارها على نوعية الخدمات "برنامج الصحة الجوارية بالوادي"، مذكرة لنيل شهادة الماستر في العلوم السياسية، تخصص سياسة عامة وإدارة محلية، قسم العلوم السياسية، كلية الحقوق والعلوم السياسية، قسم العلوم السياسية، جامعة حامة لخضر الوادي، 2016م/2017م.
31. عفاف بوراس، السياسة العامة الصحية في الجزائر 1999م/2019م، مذكرة لنيل شهادة الماستر شعبة العلوم السياسية، تخصص سياسات عامة مقارنة، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة أم البواقي، 2014م/2015م.

32. الغول عبد الحكيم: تطور أمل الحياة في الجزائر وعوامل تحسينه ما بين 1966م-2008م، رسالة ماجستير في الديموغرافيا، تخصص ديموغرافيا الاقتصادية والاجتماعية، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة وهران، الجزائر، 2012م/2013م.
33. محمد العدي حسين: السياسة العامة الصحية في الجزائر: دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية، كلية الحقوق والعلوم السياسية، قسم العلوم السياسية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، 2012م/2013م.
34. نسيم أوكادي: السياسة الصحية في الجزائر: دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية المتخصصة للأم والطفل سيدي عبد القادر بورقلة، مذكرة لنيل شهادة الماستر في العلوم السياسية، تخصص تنظيمات سياسية وإدارية، 2014م/2015م.
35. وفاء سلطاني: تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها، شعبة تسيير المنظمات، أطروحة دكتوراه ل م د، تخصص علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة باتنة، 2015م/2016م.
36. يوبه حرجوط ، سليمان فروخي: دور القطاع الخاص الصحي في تدعيم السياسة الصحية في الجزائر في ظل مرحلة 1988م-2014م ، مذكرة لنيل شهادة الماستر في العلوم السياسية تخصص سياسات عامة والإدارة المحلية تخصص سياسات عامة والقدارة المحلية، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة تيزي وزو، 2014م/2015م.
- ثالثا: المجلات.**
37. جمال لعامرة: تطور فكرة ومفهوم الموازنة العامة للدولة، مجلة العلوم الإنسانية للنشر، العدد الأول، نوفمبر 2001م.
38. رمضان غندلي: الحق في الصحة في القانون الجزائري، دفتر السياسة والقانون، العدد6، جامعة بشار، 2012م.
39. سهيلة برحو فاقة: إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر: واقع وأفاق، مجلة الدراسات الاستراتيجية، الجزائر، جانفي 2009م.
40. علامة صليحة: تاريخ الأوبئة في جزائر الطاعون، الجذري، التيفوس، الملاريا، مجلة القرطاس، العدد 2 قسم التاريخ، جامعة الجزائر، جانفي 2015م.
41. محمد شلبي: إنعكاسات الدولة التعاقدية على عملية التحول الديمقراطي في دول المغرب العربي، مجلة فكر ومجتمع الجزائر، العدد 20، طاكسيج كوثر للدراسات والنشر والتوزيع، الجزائر، أكتوبر 2003م.

42. نور الدين حاروش: السياسة الصحية في الجزائر بين الرهانات والواقع، مجلة الدراسات الاستراتيجية الصادرة بالجزائر، العدد 7، الجزائر، 2009م.

رابعاً: المواقع الإلكترونية.

43. <http://www.emto.who.int/ar/Health-topics/corona-virus/information-resources.html>.

خامساً: باللغة الفرنسية.

44. Bates, Victoria M, (14 July 2012), **the Effect of In Fra structure che water Related Diseuses in Rural Africain communistes**, Vanderbilt Under graduat Recherche julurnd,8dai-10-1353/Vari.

45. Caselli G, Meslé F et Vallin J (2001), **Les entorses au schéma de la transition de la transition épidémiologique**, Communication au Congrès international de la population, Salvador, Brésil.

46. E.L, Bertheranp, **Médecine et Hygiène des arabes**, Paris, Germer Baillièrre librairie édition, 1955.

47. Vallin, J,Meslé F, (2001), **2volution de la mortalité en Europe Depuis 1950 :mortalité par âge**, sexe et causes de décès, in Tendances en matière et mortalité différentielle. P33-188.Strasbourg éditions du Conseil se L'Europe, P344. (Etudes démographiques n°36).

الملاحق

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة 8 ماي 1945-قائمة

كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية

قسم علم اجتماع

تخصص: علم اجتماع الصحة

إستبيان حول:

دور السياسة الصحية في الحد من الانتقائي الوبائي بالجزائر:

دراسة ميدانية بمديرية الصحة لولاية قالمة

تحضيرا لإعداد مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر، تخصص: علم اجتماع الصحة

إشراف الأستاذ:

يخلف سهيل

إعداد الطالبتين :

سليمانى ياسمين

أحلام زمالي

ملاحظة: نرجوا منكم قبول الإجابة على الأسئلة الواردة في هذا الاستبيان ونحن من جهتنا نضمن لكم سرية المعلومات واستخدامها لغرض علمي فقط، مع الشكر الجزيل مسبقا على قبول الإجابة على هذا الاستبيان.

السنة الجامعية: 2020م/2021م

الملحق رقم (1): استمارة الاستبيان

المحور الأول: البيانات الأولية:

- 1- الجنس: ذكر أنثى
- 2- السن:
- 3- الحالة العائلية: أعزب متزوج مطلق أرمل
- 4- الشهادة المتحصل عليها:
- 5- الوظيفة التي تشغلها:
- 6- الوضعية المهنية: مرسوم متقاعد مؤمن
- 7- الأقدمية:

المحور الثاني: دوافع السياسة الصحية في الجزائر:

8- هل يتم تطبيق السياسات الصحية المفروضة من قبل الدولة على المؤسسات الصحية؟

- نعم لا

9- في حالة الإجابة بنعم ماهو الدافع من وراء تطبيق هذه السياسات؟

- تطوير ودعم الوضع الصحي في المؤسسات
- تحقيق الرقي لدى المرضى وحمايتهم من الأمراض
- تقديم الخدمات الصحية بأقل تكلفة
- أخرى تذكر.....

10- هل يتم القيام بمراقبة مدى تطبيق هذه السياسات داخل المؤسسات الصحية

- يراقب لا يراقب

11- هل يتم القيام بالمراقبة، ماهي الدوافع من وراء ذلك؟

- تقديم خدمات علاجية جيدة
- رفع مستوى الأداء بالنسبة للعاملين
- الحد من التجاوزات داخل القطاع الصحي

12- هل يوجد لجنة خاصة تقوم بالمراقبة داخل المؤسسات الصحية؟

نعم لا

13- في حالة وجدت هذه اللجنة مجموعة من المخالفات ماهي الإجراءات التي تتخذها؟

- خصم من راتب العامل

- إيقاف العامل عن عمل

- نقل العامل من مكان عمله

- أخرى تذكر.....

المحور الثالث: تأثر السياسة الصحية بالمراحل التاريخية المختلفة التي مرت بها الجزائر.

14- هل تختلف الأساليب القديمة عن الحديثة في تقديم العلاج؟

نعم لا

15- في حالة اختلاف كيف يظهر هذا الاختلاف؟

- تلبية الحاجات الصحية في أسرع وقت

- تنظيم المؤسسات الصحية

- توفير مؤسسات وهياكل صحية

- أخرى تذكر.....

16- هل استطاعت مؤسساتكم تطبيق السياسة الصحية رغم الظروف التاريخية المختلفة؟

نعم لا

17- في حالة الإجابة بـ "نعم"، كيف يظهر ذلك:

- تحسين الجانب التنظيمي داخل المؤسسات

- الاستقبال الحسن للمرضى وتقديم أفضل طرق العلاج

- توفير الكوادر الصحية الناجحة ووسائل العلاج

- أخرى تذكر.....

المحور الرابع: تأثير السياسات الصحية وبرامجها على التحول الوبائي:

18- هل استطاعت البرامج الصحية في الحد أو التقليل من انتشار الأوبئة؟

نعم لا

19- في حالة الإجابة بنعم كيف استطاعت؟

- انقاص عدد المصابين بأوبئة

- توعية عدد كبير من المواطنين

- توفير التلقيح اللازم للعلاج

..... أخرى تذكر

20- هل أحدثت هذه السياسات تغيير في طبيعة انتقال هذه الأوبئة؟

نعم لا

21- في حالة الإجابة بـ "نعم" فيما تتمثل هذه التغييرات؟

- الحد من انتقال الأوبئة

- انقاص من انتقال الأوبئة

- رفع من انتقال الأوبئة

..... أخرى تذكر

22- هل ساعدت السياسات الصحية في التنسيق بين مختلف المؤسسات الصحية للحد من الانتقال

الوبائي؟

ساعدت لم تساعد

23- في حال ساعدت كيف ذلك؟

- اتخاذ إجراءات متماثلة للحد من الانتقال

- تبادل الوسائل والمعدات

- تقسيم المهام للانقاص من ضغط

..... أخرى تذكر

المحور الخامس: أهم الآليات التي اتخذتها الدولة لإنقاذ البلاد:

24- هل أصبحت لدى المؤسسات القدرة على اتخاذ القرارات اللازمة داخل مؤسساتها للحد من الانتقال الوبائي؟

نعم لا

25- في حالة الإجابة بـ "نعم" كيف يظهر ذلك؟

- تقليل من الأخطاء داخل المؤسسات العلاجية
- العمل على اتخاذ التدابير الوقائية
- التعاون الجماعي للموظفين
- السرعة في الإنجاز لتقديم العلاج

- أخرى تذكر.....

26- هل ساعدت هذه الآليات في انقاذ البلاد؟

نعم لا

27- في حالة الإجابة بـ "نعم" كيف يظهر ذلك؟

- تلبية احتياجات المواطنين من أدوية
- التطوير في تقديم الخدمات
- رفع الأزمات على مؤسسات الدولة

- أخرى تذكر.....

28- هل استطاعت هذه الإجراءات إنقاذ البلاد من الوباء؟

العبارات	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
التجديد الكافي والوفير للكوادر البشرية.					
التوعية والتحصين عبر مختلف هياكل الصحة ومؤسساتها					
توفير مراكز صحية حسب المناطق وكذلك الاهتمام بطب العمل					

Effectifs

Remarques		
Résultat obtenu		21-JUN-2021 14:09:41
Commentaires		
	Données	C:\Users\Windows 10\Desktop\SPSS 2021\ahlem GTX\ahlem.sav
Entrée	Ensemble de données actif	Ensemble_de_données1
	Filtrer	<aucune>
	Poids	<aucune>
	Scinder fichier	<aucune>
	N de lignes dans le fichier de travail	30
Gestion des valeurs manquantes	Définition des valeurs manquantes	Les valeurs manquantes définies par l'utilisateur sont traitées comme manquantes.
	Observations prises en compte	Les statistiques sont basées sur toutes les observations dotées de données valides
Syntaxe		FREQUENCIES VARIABLES=W1 W2 W3 المستوى_التعليمي W5 A1 A2 A3 A4 A5 A6 A7 B1 B2 B3 B4 B5 B6 B7 B8 C1 C2 C3 C4 C5 C6 C7 C8 /STATISTICS=STDDEV MEAN /ORDER=ANALYSIS.
Ressources	Temps de processeur	00:00:00,02
	Temps écoulé	00:00:00,02

Statistiques

	N		Moyenne	Ecart-type
	Valide	Manquante		
الجنس	30	0	1,33	,479
السن	30	0	1,90	,923
الحالة العائلية	30	0	1,40	,498
الشهادة المتحصل عليها	30	0	2,10	,548
الوظيفة التي تشغلها	30	0	2,80	1,518
الوضعية المهنية	30	0	1,90	,305
الأقدمية	30	0	1,80	,925
هل يتم تطبيق السياسات الصحية المفروضة من قبل الدولة على المؤسسات الصحية؟	30	0	1,00	,000
في حالة الإجابة بنعم ماهو الدافع من وراء تطبيق هذه السياسات؟	30	0	1,67	,758
هل يتم القيام بمراقبة مدى تطبيق هذه السياسات داخل المؤسسات الصحية	30	0	1,57	,504
هل يتم القيام بالمراقبة، ماهي الدوافع من وراء ذلك؟	30	0	1,90	,885
هل يوجد لجنة خاصة تقوم بالمراقبة داخل المؤسسات الصحية؟	30	0	1,47	,507
في حالة وجدت هذه اللجنة مجموعة من المخالفات ماهي الإجراءات التي تتخذها؟	30	0	1,87	1,008
هل تختلف الأساليب القديمة عن الحديثة في تقديم العلاج؟	30	0	1,33	,479
في حالة اختلاف كيف يظهر هذا الاختلاف؟	30	0	2,50	,777
هل استطاعت مؤسساتكم تطبيق السياسة الصحية رغم الظروف التاريخية المختلفة؟	30	0	1,00	,000
في حالة الإجابة بـ "نعم"، كيف يظهر ذلك:	30	0	1,87	,819
هل استطاعت البرامج الصحية في الحد أو التقليل من انتشار الأوبئة؟	30	0	1,00	,000
في حالة الإجابة بنعم كيف استطاعت؟	30	0	1,73	,740
هل أحدثت هذه السياسات تغيير في طبيعة انتقال هذه الأوبئة؟	30	0	1,00	,000

Statistiques

	N		Moyenne	Ecart-type
	Valide	Manquante		
في حالة الإجابة بـ "نعم" فيما تتمثل هذه التغييرات؟	30	0	1,73	,785

هل ساعدت السياسات الصحية في التنسيق بين مختلف المؤسسات الصحية للحد من الانتقال الوبائي؟	30	0	1,00	,000
هل ساعدت السياسات الصحية في حال ساعدت كيف ذلك؟	30	0	1,97	,850
هل أصبحت لدى المؤسسات القدرة على اتخاذ القرارات اللازمة داخل مؤسساتها للحد من الانتقال الوبائي؟	30	0	1,43	,504
هل ساعدت هذه الآليات في انقاذ البلاد؟	30	0	1,93	,907
هل ساعدت هذه الآليات في انقاذ البلاد؟ في حالة الإجابة بـ "نعم" كيف يظهر ذلك؟	30	0	1,00	,000
هل ساعدت هذه الآليات في انقاذ البلاد؟ في حالة الإجابة بـ "نعم" كيف يظهر ذلك؟	30	0	2,00	,830
ماهي اقتراحاتك للحد من الانتقال الوبائي وانقاذ البلاد من الأزمات؟	30	0	3,80	1,157

Tableau de fréquences

الجنس

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
ذكر	20	66,7	66,7	66,7
أنثى	10	33,3	33,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

السن

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
من 25 سنة إلى 30 سنة	12	40,0	40,0	40,0
من 31 سنة إلى 40 سنة	11	36,7	36,7	76,7
من 41 سنة إلى 50 سنة	5	16,7	16,7	93,3
أكثر من 51 سنة	2	6,7	6,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

الحالة العائلية

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
أعزب	18	60,0	60,0	60,0
متزوج	12	40,0	40,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

الشهادة المتحصل عليها

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
تقني سامي	3	10,0	10,0	10,0
ليسانس	21	70,0	70,0	80,0
ماجستير	6	20,0	20,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

الوظيفة التي تشغلها

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
ملحق إداري	8	26,7	26,7	26,7
عون إداري	5	16,7	16,7	43,3
سكرتاريا	8	26,7	26,7	70,0
الأرشيف	5	16,7	16,7	86,7
مفتش أطباء	2	6,7	6,7	93,3
قابلة منسقة لدى الصحة	2	6,7	6,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

الوضعية المهنية

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
مؤقت	3	10,0	10,0	10,0
مرسم	27	90,0	90,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
1-8	14	46,7	46,7	46,7
9-16	10	33,3	33,3	80,0
Valide 17-24	4	13,3	13,3	93,3
25-32	2	6,7	6,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

هل يتم تطبيق السياسات الصحية المفروضة من قبل الدولة على المؤسسات الصحية؟

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide نعم	30	100,0	100,0	100,0

في حالة الإجابة بنعم ماهو الدافع من وراء تطبيق هذه السياسات؟

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
- تطوير ودعم الوضع الصحي في المؤسسات	15	50,0	50,0	50,0
- تحقيق الرقي لدى المرضى وحياتهم من الأمراض	10	33,3	33,3	83,3
Valide - تقديم الخدمات الصحية بأقل تكلفة	5	16,7	16,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

هل يتم القيام بمراقبة مدى تطبيق هذه السياسات داخل المؤسسات الصحية

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
يراقب	13	43,3	43,3	43,3
Valide لا يراقب	17	56,7	56,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

هل يتم القيام بالمراقبة، ماهي الدوافع من وراء ذلك؟

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé

تقديم خدمات علاجية جيدة	13	43,3	43,3	43,3
رفع مستوى الأداء بالنسبة للعاملين	7	23,3	23,3	66,7
Valid - الحد من التجاوزات داخل القطاع الصحي	10	33,3	33,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

هل يوجد لجنة خاصة تقوم بالمراقبة داخل المؤسسات الصحية؟

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valid نعم	16	53,3	53,3	53,3
Valid لا	14	46,7	46,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

في حالة وجدت هذه اللجنة مجموعة من المخالفات ماهي الإجراءات التي تتخذها؟

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valid - خصم من راتب العامل	17	56,7	56,7	56,7
Valid - نقل العامل من مكان عمله	13	43,3	43,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

هل تختلف الأساليب القديمة عن الحديثة في تقديم العلاج؟

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valid نعم	20	66,7	66,7	66,7
Valid لا	10	33,3	33,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

في حالة اختلاف كيف يظهر هذا الاختلاف؟

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valid - تلبية الحاجات الصحية في أسرع وقت	5	16,7	16,7	16,7

- تنظيم المؤسسات الصحية	5	16,7	16,7	33,3
- توفير مؤسسات و هياكل صحية	20	66,7	66,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

هل استطاعت مؤسساتكم تطبيق السياسة الصحية رغم الظروف التاريخية المختلفة؟

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide نعم	30	100,0	100,0	100,0

في حالة الإجابة بـ "نعم"، كيف يظهر ذلك:

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
تحسين الجانب التنظيمي داخل المؤسسات	12	40,0	40,0	40,0
- الاستقبال الحسن للمرضى	10	33,3	33,3	73,3
Validé وتقديم أفضل طرق العلاج	8	26,7	26,7	100,0
- توفير الكوادر الصحية الناجحة ووسائل العلاج	30	100,0	100,0	
Total	30	100,0	100,0	

هل استطاعت البرامج الصحية في الحد أو التقليل من انتشار الأوبئة؟

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Validé نعم	30	100,0	100,0	100,0

في حالة الإجابة بنعم كيف استطاعت؟

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
- انقاص عدد المصابين بأوبئة	13	43,3	43,3	43,3
Validé - توعية عدد كبير من المواطنين	12	40,0	40,0	83,3
توفير التفويض اللازم للعلاج	5	16,7	16,7	100,0

Total	30	100,0	100,0
-------	----	-------	-------

هل أحدثت هذه السياسات تغيير في طبيعة انتقال هذه الأوبئة؟

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide نعم	30	100,0	100,0	100,0

في حالة الإجابة بـ "نعم" فيما تتمثل هذه التغييرات؟

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
الحد من انتقال الأوبئة	14	46,7	46,7	46,7
- انقاص من انتقال الأوبئة	10	33,3	33,3	80,0
Validé - رفع من انتقال الأوبئة	6	20,0	20,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

هل ساعدت السياسات الصحية في التنسيق بين مختلف المؤسسات الصحية للحد من الانتقال الوبائي؟

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Validé ساعدت	30	100,0	100,0	100,0

في حال ساعدت كيف ذلك؟

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
- اتخاذ إجراءات ممتاثلة للحد من الانتقال	11	36,7	36,7	36,7
- تبادل الوسائل والمعدات	9	30,0	30,0	66,7
Validé - تقسيم المهام للانقاص من ضغط	10	33,3	33,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

هل أصبحت لدى المؤسسات القدرة على اتخاذ القرارات اللازمة داخل مؤسساتها للحد من الانتقال الوبائي؟

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Validé نعم	17	56,7	56,7	56,7
Validé لا	13	43,3	43,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

في حالة الإجابة بـ "نعم" كيف يظهر ذلك؟

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Validé - تقليل من الأخطاء داخل المؤسسات العلاجية	11	36,7	36,7	36,7
Validé - العمل على اتخاذ التدابير الوقائية	12	40,0	40,0	76,7
Validé - التعاون الجماعي للموظفين	5	16,7	16,7	93,3
Validé - السرعة في الإنجاز لتقديم العلاج	2	6,7	6,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

هل ساعدت هذه الآليات في إنقاذ البلاد؟

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Validé نعم	30	100,0	100,0	100,0

في حالة الإجابة بـ "نعم" كيف يظهر ذلك؟

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Validé - تلبية احتياجات المواطنين من أدوية	10	33,3	33,3	33,3
Validé - التطوير في تقديم الخدمات	10	33,3	33,3	66,7
Validé - رفع الأزمات على مؤسسات الدولة	10	33,3	33,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

ماهي اقتراحاتك للحد من الانتقال الوبائي وانقاذ البلاد من الأزمات؟

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
غير موافق بشدة	1	3,3	3,3	3,3
غير موافق	4	13,3	13,3	16,7
محايد	5	16,7	16,7	33,3
موافق	10	33,3	33,3	66,7
موافق بشدة	10	33,3	33,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

CORRELATIONS

```

/VARIABLES=W1 W2 W3 _75; ليمي; 93; 78_ل; 75_وي; 78; 87_لم W5 A1 A2 A3 A4 A5 A6
A7 B1 B2 B3 B4 B5 B6 B7 B8 C1 C2 C3 C4 C5 C6 C7 C8
/PRINT=TWOTAIL NOSIG
/MISSING=PAIRWISE.

```

Corrélations

Remarques

Résultat obtenu	21-JUN-2021 14:10:04
Commentaires	
Données	C:\Users\Windows 10\Desktop\SPSS 2021\ahlem GTX\ahlem.sav
Ensemble de données actif	Ensemble_de_données1
Entrée	
Filtrer	<aucune>
Poids	<aucune>
Scinder fichier	<aucune>
N de lignes dans le fichier de travail	30
Définition de manquante	Les valeurs manquantes définies par l'utilisateur sont traitées comme manquantes.
Traitement valeurs manquantes	Les statistiques pour chaque paire de variables sont basées sur toutes les observations comportant des données valides pour cette paire.
Observations utilisées	

		CORRELATIONS	
		/VARIABLES=W1 W2 W3	
		المستوى_التعليمي W5 A1 A2 A3	
		A4 A5 A6 A7 B1 B2 B3 B4	
		B5 B6 B7 B8 C1 C2 C3 C4	
		C5 C6 C7 C8	
		/PRINT=TWOTAIL NOSIG	
		/MISSING=PAIRWISE.	
Syntax			
Ressources	Temps de processeur		00:00:00,08
	Temps écoulé		00:00:00,06

[Ensemble_de_données1] C:\Users\Windows 10\Desktop\SPSS 2021\ahlem GTX\ahlem.sav

Corrélations

		الجنس	السن	الحالة العائلية
الجنس	Corrélacion de Pearson	1	,779	-,577
	Sig. (bilatérale)		,000	,001
	N	30	30	30
السن	Corrélacion de Pearson	,779	1	-,810
	Sig. (bilatérale)	,000		,000
	N	30	30	30
الحالة العائلية	Corrélacion de Pearson	-,577	-,810	1
	Sig. (bilatérale)	,001	,000	
	N	30	30	30
الشهادة المتحصل عليها	Corrélacion de Pearson	,657	,771	-,531
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,003
	N	30	30	30
الوظيفة التي تشغلها	Corrélacion de Pearson	,806	,945	-,803
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000
	N	30	30	30
الوضعية المهنية	Corrélacion de Pearson	,236	,331	-,408
	Sig. (bilatérale)	,210	,074	,025
	N	30	30	30
الأقدمية	Corrélacion de Pearson	,778	,945	-,718
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000
	N	30	30	30
هل يتم تطبيق السياسات الصحية المفروضة من قبل الدولة على المؤسسات الصحية؟	Corrélacion de Pearson	.	.	.
	Sig. (bilatérale)	.	.	.
	N	30	30	30

في حالة الإجابة بنعم ماهو الدافع من وراء تطبيق هذه السياسات؟	Corrélation de Pearson	,791	,887	-,730
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000
	N	30	30	30
هل يتم القيام بمراقبة مدى تطبيق هذه السياسات داخل المؤسسات الصحية	Corrélation de Pearson	,618	,793	-,934
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000
	N	30	30	30
هل يتم القيام بالمراقبة، ماهي الدوافع من وراء ذلك؟	Corrélation de Pearson	,894	,874	-,845
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000

Corrélations

		الشهادة المتحصل عليها	الوظيفة التي تشغلها	الوضعية المهنية
الجنس	Corrélation de Pearson	,657	,806	,236
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,210
	N	30	30	30
السن	Corrélation de Pearson	,771	,945	,331
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,074
	N	30	30	30
الحالة العائلية	Corrélation de Pearson	-,531	-,803	-,408
	Sig. (bilatérale)	,003	,000	,025
	N	30	30	30
الشهادة المتحصل عليها	Corrélation de Pearson	1	,772	,681
	Sig. (bilatérale)		,000	,000
	N	30	30	30
الوظيفة التي تشغلها	Corrélation de Pearson	,772	1	,402
	Sig. (bilatérale)	,000		,028
	N	30	30	30
الوضعية المهنية	Corrélation de Pearson	,681	,402	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,028	
	N	30	30	30
الأقدمية	Corrélation de Pearson	,790	,929	,293
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,116
	N	30	30	30
هل يتم تطبيق السياسات الصحية المفروضة من قبل الدولة على المؤسسات الصحية؟	Corrélation de Pearson	.	.	.
	Sig. (bilatérale)	.	.	.
	N	30	30	30
في حالة الإجابة بنعم ماهو الدافع من وراء تطبيق هذه السياسات؟	Corrélation de Pearson	,747	,899	,298
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,110
	N	30	30	30
هل يتم القيام بمراقبة مدى تطبيق هذه السياسات داخل المؤسسات الصحية	Corrélation de Pearson	,537	,829	,381
	Sig. (bilatérale)	,002	,000	,038
	N	30	30	30
هل يتم القيام بالمراقبة، ماهي الدوافع من وراء ذلك؟	Corrélation de Pearson	,662	,909	,345
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,062

Corrélations

		الأقدمية	هل يتم تطبيق السياسات الصحية المفروضة من قبل الدولة على المؤسسات الصحية؟	في حالة الإجابة بنعم ماهو الدافع من وراء تطبيق هذه السياسات؟
الجنس	Corrélation de Pearson	,778	.	,791
	Sig. (bilatérale)	,000	.	,000
	N	30	30	30
السن	Corrélation de Pearson	,945	.	,887
	Sig. (bilatérale)	,000	.	,000
	N	30	30	30
الحالة العائلية	Corrélation de Pearson	-,718	.	-,730
	Sig. (bilatérale)	,000	.	,000
	N	30	30	30
الشهادة المتحصل عليها	Corrélation de Pearson	,790	.	,747
	Sig. (bilatérale)	,000	.	,000
	N	30	30	30
الوظيفة التي تشغلها	Corrélation de Pearson	,929	.	,899
	Sig. (bilatérale)	,000	.	,000
	N	30	30	30
الوضع المهنية	Corrélation de Pearson	,293	.	,298
	Sig. (bilatérale)	,116	.	,110
	N	30	30	30
الأقدمية	Corrélation de Pearson	1	.	,935
	Sig. (bilatérale)		.	,000
	N	30	30	30
هل يتم تطبيق السياسات الصحية المفروضة من قبل الدولة على المؤسسات الصحية؟	Corrélation de Pearson	.	.	.
	Sig. (bilatérale)	.	.	.
	N	30	30	30
في حالة الإجابة بنعم ماهو الدافع من وراء تطبيق هذه السياسات؟	Corrélation de Pearson	,935	.	1
	Sig. (bilatérale)	,000	.	
	N	30	30	30
هل يتم القيام بمراقبة مدى تطبيق هذه السياسات داخل المؤسسات الصحية	Corrélation de Pearson	,769	.	,782
	Sig. (bilatérale)	,000	.	,000
	N	30	30	30
هل يتم القيام بالمراقبة، ماهي الدوافع من وراء ذلك؟	Corrélation de Pearson	,860	.	,874
	Sig. (bilatérale)	,000	.	,000
	N			

Corrélations

		هل يتم القيام بالمراقبة، ماهي الدوافع من وراء ذلك؟	هل يتم القيام بمراقبة مدى تطبيق هذه السياسات داخل المؤسسات الصحية	هل يوجد لجنة خاصة تقوم بالمراقبة داخل المؤسسات الصحية؟
	Corrélation de Pearson	,618	,894	,756
الجنس	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000
	N	30	30	30
	Corrélation de Pearson	,793	,874	,766
السن	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000
	N	30	30	30
	Corrélation de Pearson	-,934	-,845	-,764
الحالة العائلية	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000
	N	30	30	30
	Corrélation de Pearson	,537	,662	,571
الشهادة المتحصل عليها	Sig. (bilatérale)	,002	,000	,001
	N	30	30	30
	Corrélation de Pearson	,829	,909	,797
الوظيفة التي تشغلها	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000
	N	30	30	30
	Corrélation de Pearson	,381	,345	,312
الوضع المهنية	Sig. (bilatérale)	,038	,062	,093
	N	30	30	30
	Corrélation de Pearson	,769	,860	,794
الأقدمية	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000
	N	30	30	30
هل يتم تطبيق السياسات الصحية المفروضة من قبل الدولة على المؤسسات الصحية؟	Corrélation de Pearson	.	.	.
	Sig. (bilatérale)	.	.	.
	N	30	30	30
في حالة الإجابة بنعم ماهو الدافع من وراء تطبيق هذه السياسات؟	Corrélation de Pearson	,782	,874	,867
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000
	N	30	30	30
هل يتم القيام بمراقبة مدى تطبيق هذه السياسات داخل المؤسسات الصحية	Corrélation de Pearson	1	,905	,818
	Sig. (bilatérale)		,000	,000
	N	30	30	30
هل يتم القيام بالمراقبة، ماهي الدوافع من وراء ذلك؟	Corrélation de Pearson	,905	1	,876
	Sig. (bilatérale)	,000		,000

Corrélations

	هل تختلف الأساليب القديمة عن الحديثة في تقديم العلاج؟	هل تختلف الأساليب القديمة عن الحديثة في تقديم العلاج؟	في حالة اختلاف كيف يظهر هذا الاختلاف؟
في حالة وجدت هذه اللجنة مجموعة من المخالفات ماهي الإجراءات التي تتخذها؟			

الجنس	Corrélation de Pearson	,809	1,000	,463
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,010
	N	30	30	30
السن	Corrélation de Pearson	,764	,779	,649
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000
	N	30	30	30
الحالة العائلية	Corrélation de Pearson	-,714	-,577	-,802
	Sig. (bilatérale)	,000	,001	,000
	N	30	30	30
الشهادة المتحصل عليها	Corrélation de Pearson	,587	,657	,608
	Sig. (bilatérale)	,001	,000	,000
	N	30	30	30
الوظيفة التي تشغلها	Corrélation de Pearson	,793	,806	,731
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000
	N	30	30	30
الوضعية المهنية	Corrélation de Pearson	,291	,236	,655
	Sig. (bilatérale)	,118	,210	,000
	N	30	30	30
الأقدمية	Corrélation de Pearson	,784	,778	,576
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,001
	N	30	30	30
هل يتم تطبيق السياسات الصحية المفروضة من قبل الدولة على المؤسسات الصحية؟	Corrélation de Pearson	.	.	.
	Sig. (bilatérale)	.	.	.
	N	30	30	30
في حالة الإجابة بنعم ماهو الدافع من وراء تطبيق هذه السياسات؟	Corrélation de Pearson	,842	,791	,586
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,001
	N	30	30	30
هل يتم القيام بمراقبة مدى تطبيق هذه السياسات داخل المؤسسات الصحية	Corrélation de Pearson	,765	,618	,749
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000
	N	30	30	30
هل يتم القيام بالمراقبة، ماهي الدوافع من وراء ذلك؟	Corrélation de Pearson	,874	,894	,677
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000
	N	30	30	30

Corrélations

	هل استطاعت مؤسساتكم تطبيق السياسة الصحية رغم الظروف التاريخية المختلفة؟	هل استطاعت البرامج الصحية في الحد أو التقليل من انتشار الأوبئة؟	في حالة الإجابة بـ "نعم"، كيف يظهر ذلك:	هل استطاعت البرامج الصحية في الحد أو التقليل من انتشار الأوبئة؟
الجنس	Corrélation de Pearson	.	,644	.
	Sig. (bilatérale)	.	,000	.
	N	30	30	30

	Corrélacion de Pearson	.	,483	.
السن	Sig. (bilatérale)	.	,007	.
	N	30	30	30
	Corrélacion de Pearson	.	-,034	.
الحالة العائلية	Sig. (bilatérale)	.	,859	.
	N	30	30	30
	Corrélacion de Pearson	.	,492	.
الشهادة المتحصل عليها	Sig. (bilatérale)	.	,006	.
	N	30	30	30
	Corrélacion de Pearson	.	,422	.
الوظيفة التي تشغلها	Sig. (bilatérale)	.	,020	.
	N	30	30	30
	Corrélacion de Pearson	.	-,055	.
الوضعية المهنية	Sig. (bilatérale)	.	,772	.
	N	30	30	30
	Corrélacion de Pearson	.	,510	.
الأقدمية	Sig. (bilatérale)	.	,004	.
	N	30	30	30
	Corrélacion de Pearson	.	.	.
هل يتم تطبيق السياسات الصحية	Sig. (bilatérale)	.	.	.
المفروضة من قبل الدولة على	N	30	30	30
المؤسسات الصحية؟	Corrélacion de Pearson	.	,481	.
في حالة الإجابة بنعم ماهو الدافع من	Sig. (bilatérale)	.	,007	.
وراء تطبيق هذه السياسات؟	N	30	30	30
	Corrélacion de Pearson	.	,106	.
هل يتم القيام بمراقبة مدى تطبيق هذه	Sig. (bilatérale)	.	,578	.
السياسات داخل المؤسسات الصحية	N	30	30	30
	Corrélacion de Pearson	.	,409	.
هل يتم القيام بالمراقبة، ماهي الدوافع من	Sig. (bilatérale)	.	,025	.
وراء ذلك؟				

Corrélations

	في حالة الإجابة بنعم كيف استطاعت؟	هل أحدثت هذه السياسات تغيير في طبيعة انتقال هذه الأوبئة؟	في حالة الإجابة بـ "نعم" فيما تتمثل هذه التغيرات؟
	Corrélacion de Pearson	,745	,794
الجنس	Sig. (bilatérale)	,000	,000
	N	30	30
	Corrélacion de Pearson	,919	,914
السن	Sig. (bilatérale)	,000	,000
	N	30	30
	Corrélacion de Pearson	-,823	-,776
الحالة العائلية	Sig. (bilatérale)	,000	,000

	N	30	30	30
	Corrélacion de Pearson	,749	.	,786
الشهادة المتحصل عليها	Sig. (bilatérale)	,000	.	,000
	N	30	30	30
	Corrélacion de Pearson	,934	.	,909
الوظيفة التي تشغلها	Sig. (bilatérale)	,000	.	,000
	N	30	30	30
	Corrélacion de Pearson	,336	.	,317
الوضعية المهنية	Sig. (bilatérale)	,069	.	,088
	N	30	30	30
	Corrélacion de Pearson	,928	.	,969
الأقدمية	Sig. (bilatérale)	,000	.	,000
	N	30	30	30
هل يتم تطبيق السياسات الصحية المفروضة من قبل الدولة على المؤسسات الصحية؟	Corrélacion de Pearson	.	.	.
	Sig. (bilatérale)	.	.	.
	N	30	30	30
في حالة الإجابة بنعم ماهو الدافع من وراء تطبيق هذه السياسات؟	Corrélacion de Pearson	,943	.	,947
	Sig. (bilatérale)	,000	.	,000
	N	30	30	30
هل يتم القيام بمراقبة مدى تطبيق هذه السياسات داخل المؤسسات الصحية	Corrélacion de Pearson	,882	.	,831
	Sig. (bilatérale)	,000	.	,000
	N	30	30	30
هل يتم القيام بالمراقبة، ماهي الدوافع من وراء ذلك؟	Corrélacion de Pearson	,906	.	,904
	Sig. (bilatérale)	,000	.	,000

Corrélations

	هل أصبحت لدى المؤسسات القدرة على اتخاذ القرارات اللازمة داخل مؤسساتها للحد من الانتقال الوبائي؟	هل ساعدت السياسات الصحية في التنسيق بين مختلف المؤسسات الصحية للحد من الانتقال الوبائي؟	في حال ساعدت كيف ذلك؟	هل ساعدت السياسات الصحية في التنسيق بين مختلف المؤسسات الصحية للحد من الانتقال الوبائي؟
	Corrélacion de Pearson	.	,874	,809
الجنس	Sig. (bilatérale)	.	,000	,000
	N	30	30	30
	Corrélacion de Pearson	.	,874	,764
السن	Sig. (bilatérale)	.	,000	,000
	N	30	30	30
	Corrélacion de Pearson	.	-,863	-,714
الحالة العائلية	Sig. (bilatérale)	.	,000	,000
	N	30	30	30
	Corrélacion de Pearson	.	,674	,587
الشهادة المتحصل عليها	Sig. (bilatérale)	.	,000	,001
	N	30	30	30

	Corrélation de Pearson	.	,903	,793
الوظيفة التي تشغلها	Sig. (bilatérale)	.	,000	,000
	N	30	30	30
	Corrélation de Pearson	.	,385	,291
الوضعية المهنية	Sig. (bilatérale)	.	,035	,118
	N	30	30	30
	Corrélation de Pearson	.	,824	,784
الأقدمية	Sig. (bilatérale)	.	,000	,000
	N	30	30	30
هل يتم تطبيق السياسات الصحية المفروضة من قبل الدولة على المؤسسات الصحية؟	Corrélation de Pearson	.	.	.
	Sig. (bilatérale)	.	.	.
	N	30	30	30
هل حالة الإجابة بنعم ماهو الدافع من وراء تطبيق هذه السياسات؟	Corrélation de Pearson	.	,838	,842
	Sig. (bilatérale)	.	,000	,000
	N	30	30	30
هل يتم القيام بمراقبة مدى تطبيق هذه السياسات داخل المؤسسات الصحية	Corrélation de Pearson	.	,850	,765
	Sig. (bilatérale)	.	,000	,000
	N	30	30	30
هل يتم القيام بالمراقبة، ماهي الدوافع من وراء ذلك؟	Corrélation de Pearson	.	,958	,874
	Sig. (bilatérale)	.	,000	,000

Corrélations

		في حالة الإجابة بـ "نعم" كيف يظهر ذلك؟	هل ساعدت هذه الآليات في انقاذ البلاد؟	في حالة الإجابة بـ "نعم" كيف يظهر ذلك؟
	Corrélation de Pearson	,766	.	,866
الجنس	Sig. (bilatérale)	,000	.	,000
	N	30	30	30
	Corrélation de Pearson	,980	.	,855
السن	Sig. (bilatérale)	,000	.	,000
	N	30	30	30
الحالة العائلية	Corrélation de Pearson	-,778	.	-,833
	Sig. (bilatérale)	,000	.	,000
	N	30	30	30
الشهادة المتحصل عليها	Corrélation de Pearson	,777	.	,682
	Sig. (bilatérale)	,000	.	,000
	N	30	30	30
الوظيفة التي تشغلها	Corrélation de Pearson	,942	.	,903
	Sig. (bilatérale)	,000	.	,000
	N	30	30	30
الوضعية المهنية	Corrélation de Pearson	,349	.	,408
	Sig. (bilatérale)	,059	.	,025
	N	30	30	30
الأقدمية	Corrélation de Pearson	,929	.	,808

	Sig. (bilatérale)	,000	.	,000
	N	30	30	30
هل يتم تطبيق السياسات الصحية	Corrélation de Pearson	.	.	.
المفروضة من قبل الدولة على	Sig. (bilatérale)	.	.	.
المؤسسات الصحية؟	N	30	30	30
	Corrélation de Pearson	,869	.	,822
في حالة الإجابة بنعم ماهو الدافع من	Sig. (bilatérale)	,000	.	,000
وراء تطبيق هذه السياسات؟	N	30	30	30
	Corrélation de Pearson	,764	.	,824
هل يتم القيام بمراقبة مدى تطبيق هذه	Sig. (bilatérale)	,000	.	,000
السياسات داخل المؤسسات الصحية	N	30	30	30
	Corrélation de Pearson	,851	.	,939
هل يتم القيام بالمراقبة، ماهي الدوافع من	Sig. (bilatérale)	,000	.	,000
وراء ذلك؟				

Corrélations

		ماهي اقتراحاتك للحد من الانتقال الوبائي وانقاذ البلاد من الأزمات؟
	Corrélation de Pearson	-,870
الجنس	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
	Corrélation de Pearson	-,924
السن	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
	Corrélation de Pearson	,742
الحالة العائلية	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
	Corrélation de Pearson	-,784
الشهادة المتحصل عليها	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
	Corrélation de Pearson	-,947
الوظيفة التي تشغلها	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
	Corrélation de Pearson	-,352
الوضعية المهنية	Sig. (bilatérale)	,057
	N	30
	Corrélation de Pearson	-,909
الأقدمية	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
	Corrélation de Pearson	.
هل يتم تطبيق السياسات الصحية المفروضة من قبل الدولة	Sig. (bilatérale)	.
على المؤسسات الصحية؟	N	30
	Corrélation de Pearson	-,904
في حالة الإجابة بنعم ماهو الدافع من وراء تطبيق هذه	Sig. (bilatérale)	,000
السياسات؟		

	N	30
هل يتم القيام بمراقبة مدى تطبيق هذه السياسات داخل المؤسسات الصحية	Corrélation de Pearson	-,745
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
هل يتم القيام بالمراقبة، ماهي الدوافع من وراء ذلك؟	Corrélation de Pearson	-,896
	Sig. (bilatérale)	,000

Corrélations

		الجنس	السن	الحالة العائلية
هل يتم القيام بالمراقبة، ماهي الدوافع من وراء ذلك؟	N	30	30	30
	Corrélation de Pearson	,756	,766	-,764
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000
هل يوجد لجنة خاصة تقوم بالمراقبة داخل المؤسسات الصحية؟	N	30	30	30
	Corrélation de Pearson	,809	,764	-,714
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000
في حالة وجدت هذه اللجنة مجموعة من المخالفات ماهي الإجراءات التي تتخذها؟	N	30	30	30
	Corrélation de Pearson	1,000	,779	-,577
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,001
هل تختلف الأساليب القديمة عن الحديثة في تقديم العلاج؟	N	30	30	30
	Corrélation de Pearson	,463	,649	-,802
	Sig. (bilatérale)	,010	,000	,000
في حالة اختلاف كيف يظهر هذا الاختلاف؟	N	30	30	30
	Corrélation de Pearson	.	.	.
	Sig. (bilatérale)	.	.	.
هل استطاعت مؤسساتكم تطبيق السياسة الصحية رغم الظروف التاريخية المختلفة؟	N	30	30	30
	Corrélation de Pearson	,644	,483	-,034
	Sig. (bilatérale)	,000	,007	,859
في حالة الإجابة بـ "نعم"، كيف يظهر ذلك:	N	30	30	30
	Corrélation de Pearson	.	.	.
	Sig. (bilatérale)	.	.	.
هل استطاعت البرامج الصحية في الحد أو التقليل من انتشار الأوبئة؟	N	30	30	30
	Corrélation de Pearson	,745	,919	-,823
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000
في حالة الإجابة بنعم كيف استطاعت؟	N	30	30	30
	Corrélation de Pearson	.	.	.
	Sig. (bilatérale)	.	.	.
هل أحدثت هذه السياسات تغيير في طبيعة انتقال هذه الأوبئة؟	N	30	30	30
	Corrélation de Pearson	,794	,914	-,776
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000
في حالة الإجابة بـ "نعم" فيما تتمثل هذه التغييرات؟	N	30	30	30

هل ساعدت السياسات الصحية في التنسيق بين مختلف المؤسسات الصحية للحد من الانتقال الوبائي؟	Corrélation de Pearson	.	.	.
---	------------------------	---	---	---

Corrélations

		الشهادة المتحصل عليها	الوظيفة التي تشغلها	الوضعية المهنية
هل يتم القيام بالمراقبة، ماهي الدوافع من وراء ذلك؟	N	30	30	30
هل يوجد لجنة خاصة تقوم بالمراقبة داخل المؤسسات الصحية؟	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale)	,571 ,001	,797 ,000	,312 ,093
في حالة وجدت هذه اللجنة مجموعة من المخالفات ماهي الإجراءات التي تتخذها؟	N	30	30	30
هل تختلف الأساليب القديمة عن الحديثة في تقديم العلاج؟	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale)	,587 ,001	,793 ,000	,291 ,118
في حالة اختلاف كيف يظهر هذا الاختلاف؟	N	30	30	30
هل استطاعت مؤسساتكم تطبيق السياسة الصحية رغم الظروف التاريخية المختلفة؟	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale)	,657 ,000	,806 ,000	,236 ,210
في حالة الإجابة بـ "نعم"، كيف يظهر ذلك؟	N	30	30	30
هل استطاعت البرامج الصحية في الحد أو التقليل من انتشار الأوبئة؟	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale)	,608 ,000	,731 ,000	,655 ,000
في حالة الإجابة بـ "نعم"، كيف استطاعت؟	N	30	30	30
هل أحدثت هذه السياسات تغيير في طبيعة انتقال هذه الأوبئة؟	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale)	,492 ,006	,422 ,020	-,055 ,772
هل استطاعت البرامج الصحية في الحد أو التقليل من انتشار الأوبئة؟	N	30	30	30
في حالة الإجابة بنعم كيف استطاعت؟	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale)	,749 ,000	,934 ,000	,336 ,069
هل أحدثت هذه السياسات تغيير في طبيعة انتقال هذه الأوبئة؟	N	30	30	30
في حالة الإجابة بـ "نعم" فيما تتمثل هذه التغييرات؟	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale)	,786 ,000	,909 ,000	,317 ,088
هل ساعدت السياسات الصحية في التنسيق بين مختلف المؤسسات الصحية للحد من الانتقال الوبائي؟	N	30	30	30
هل ساعدت السياسات الصحية في التنسيق بين مختلف المؤسسات الصحية للحد من الانتقال الوبائي؟	Corrélation de Pearson	.	.	.

Corrélations

	الأقدمية	هل يتم تطبيق السياسات الصحية المفروضة من قبل الدولة على المؤسسات الصحية؟	في حالة الإجابة بنعم ما هو الدافع من وراء تطبيق هذه السياسات؟
هل يتم القيام بالمراقبة، ماهي الدوافع من وراء ذلك؟	N	30	30
هل يوجد لجنة خاصة تقوم بالمراقبة داخل المؤسسات الصحية؟	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale)	,794 ,000	. ,867 .
في حالة وجدت هذه اللجنة مجموعة من المخالفات ماهي الإجراءات التي تتخذها؟	N	30	30
هل تختلف الأساليب القديمة عن الحديثة في تقديم العلاج؟	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale)	,784 ,000	. ,842 .
في حالة اختلاف كيف يظهر هذا الاختلاف؟	N	30	30
هل استطاعت مؤسساتكم تطبيق السياسة الصحية رغم الظروف التاريخية المختلفة؟	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale)	,778 ,000	. ,791 .
في حالة الإجابة بـ "نعم"، كيف يظهر ذلك:	N	30	30
هل استطاعت البرامج الصحية في الحد أو التقليل من انتشار الأوبئة؟	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale)	,576 ,001	. ,586 .
في حالة الإجابة بنعم كيف استطاعت؟	N	30	30
هل أحدثت هذه السياسات تغيير في طبيعة انتقال هذه الأوبئة؟	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale)	. ,510	. ,481 .
في حالة الإجابة بـ "نعم" فيما تتمثل هذه التغييرات؟	N	30	30
هل ساعدت السياسات الصحية في التنسيق بين مختلف المؤسسات الصحية للحد من الانتقال الوبائي؟	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale)	. ,004	. ,007 .
	N	30	30
	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale)	,928 ,000	. ,943 .
	N	30	30
	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale)	. ,969	. ,947 .
	N	30	30

Corrélations

	هل يتم القيام بالمراقبة مدى تطبيق هذه السياسات داخل المؤسسات الصحية	هل يتم القيام بالمراقبة، ماهي الدوافع من وراء ذلك؟	هل يوجد لجنة خاصة تقوم بالمراقبة داخل المؤسسات الصحية؟
هل يتم القيام بالمراقبة، ماهي الدوافع من وراء ذلك؟	N 30	30	30
هل يوجد لجنة خاصة تقوم بالمراقبة داخل المؤسسات الصحية؟	Corrélacion de Pearson Sig. (bilatérale) N 30	,818 ,000 30	1 ,876 ,000 30
في حالة وجدت هذه اللجنة مجموعة من المخالفات ماهي الإجراءات التي تتخذها؟	Corrélacion de Pearson Sig. (bilatérale) N 30	,765 ,000 30	,935 ,874 ,000 30
هل تختلف الأساليب القديمة عن الحديثة في تقديم العلاج؟	Corrélacion de Pearson Sig. (bilatérale) N 30	,618 ,000 30	,756 ,894 ,000 30
في حالة اختلاف كيف يظهر هذا الاختلاف؟	Corrélacion de Pearson Sig. (bilatérale) N 30	,749 ,000 30	,612 ,677 ,000 30
هل استطاعت مؤسساتكم تطبيق السياسة الصحية رغم الظروف التاريخية المختلفة؟	Corrélacion de Pearson Sig. (bilatérale) N 30	. . . 30	. . . 30
في حالة الإجابة بـ "نعم"، كيف يظهر ذلك:	Corrélacion de Pearson Sig. (bilatérale) N 30	,106 ,578 30	,321 ,409 ,025 30
هل استطاعت البرامج الصحية في الحد أو التقليل من انتشار الأوبئة؟	Corrélacion de Pearson Sig. (bilatérale) N 30	. . . 30	. . . 30
في حالة الإجابة بنعم كيف استطاعت؟	Corrélacion de Pearson Sig. (bilatérale) N 30	,882 ,000 30	,906 ,000 30
هل أحدثت هذه السياسات تغيير في طبيعة انتقال هذه الأوبئة؟	Corrélacion de Pearson Sig. (bilatérale) N 30	. . . 30	. . . 30
في حالة الإجابة بـ "نعم" فيما تتمثل هذه التغييرات؟	Corrélacion de Pearson Sig. (bilatérale) N 30	,831 ,000 30	,904 ,000 30
هل ساعدت السياسات الصحية في التنسيق بين مختلف المؤسسات الصحية للحد من الانتقال الوبائي؟	Corrélacion de Pearson	.	.

Corrélations

	هل تختلف الأساليب القديمة عن الحديثة في تقديم العلاج؟	هل تختلف الأساليب القديمة عن الحديثة في حالة وجدت هذه اللجنة مجموعة من المخالفات ماهي الإجراءات التي تتخذها؟	في حالة اختلاف كيف يظهر هذا الاختلاف؟
هل يتم القيام بالمراقبة، ماهي الدوافع من وراء ذلك؟	30	30	30
هل يوجد لجنة خاصة تقوم بالمراقبة داخل المؤسسات الصحية؟	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,935 ,000 30	,612 ,000 30
في حالة وجدت هذه اللجنة مجموعة من المخالفات ماهي الإجراءات التي تتخذها؟	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	1 ,809 30	,572 ,001 30
هل تختلف الأساليب القديمة عن الحديثة في تقديم العلاج؟	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,809 ,000 30	,463 ,010 30
في حالة اختلاف كيف يظهر هذا الاختلاف؟	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,572 ,001 30	1 30
هل استطاعت مؤسساتكم تطبيق السياسة الصحية رغم الظروف التاريخية المختلفة؟	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	. . . 30	. . . 30
في حالة الإجابة بـ "نعم"، كيف يظهر ذلك؟	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,395 ,031 30	-,108 ,569 30
هل استطاعت البرامج الصحية في الحد أو التقليل من انتشار الأوبئة؟	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	. . . 30	. . . 30
في حالة الإجابة بنعم كيف استطاعت؟	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,783 ,000 30	,660 ,000 30
هل أحدثت هذه السياسات تغيير في طبيعة انتقال هذه الأوبئة؟	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	. . . 30	. . . 30
في حالة الإجابة بـ "نعم" فيما تتمثل هذه التغييرات؟	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,825 ,000 30	,622 ,000 30
هل ساعدت السياسات الصحية في التنسيق بين مختلف المؤسسات الصحية للحد من الانتقال الوبائي؟	Corrélation de Pearson	.	.

Corrélations

	هل استطاعت مؤسساتكم تطبيق السياسة الصحية رغم الظروف التاريخية المختلفة؟	هل استطاعت البرامج الصحية في الحد أو التقليل من انتشار الأوبئة؟	هل استطاعت البرامج الصحية في الحد أو التقليل من انتشار الأوبئة؟	هل استطاعت البرامج الصحية في الحد أو التقليل من انتشار الأوبئة؟
هل يتم القيام بالمراقبة، ماهي الدوافع من وراء ذلك؟	N	30	30	30
هل يوجد لجنة خاصة تقوم بالمراقبة داخل المؤسسات الصحية؟	Corrélacion de Pearson Sig. (bilatérale)	.	,321 ,084	.
في حالة وجدت هذه اللجنة مجموعة من المخالفات ماهي الإجراءات التي تتخذها؟	N	30	30	30
هل تختلف الأساليب القديمة عن الحديثة في تقديم العلاج؟	Corrélacion de Pearson Sig. (bilatérale)	.	,395 ,031	.
في حالة اختلاف كيف يظهر هذا الاختلاف؟	N	30	30	30
هل استطاعت مؤسساتكم تطبيق السياسة الصحية رغم الظروف التاريخية المختلفة؟	Corrélacion de Pearson Sig. (bilatérale)	.	,644 ,000	.
في حالة اختلاف كيف يظهر هذا الاختلاف؟	N	30	30	30
هل استطاعت مؤسساتكم تطبيق السياسة الصحية رغم الظروف التاريخية المختلفة؟	Corrélacion de Pearson Sig. (bilatérale)	.	-,108 ,569	.
في حالة الإجابة بـ "نعم"، كيف يظهر ذلك:	N	30	30	30
هل استطاعت البرامج الصحية في الحد أو التقليل من انتشار الأوبئة؟	Corrélacion de Pearson Sig. (bilatérale)	.	1	.
في حالة الإجابة بنعم كيف استطاعت؟	N	30	30	30
هل أحدثت هذه السياسات تغيير في طبيعة انتقال هذه الأوبئة؟	Corrélacion de Pearson Sig. (bilatérale)	.	.	.
في حالة الإجابة بـ "نعم" فيما تتمثل هذه التغييرات؟	N	30	30	30
هل ساعدت السياسات الصحية في التنسيق بين مختلف المؤسسات الصحية للحد من الانتقال الوبائي؟	Corrélacion de Pearson	.	.	.

Corrélations

	في حالة الإجابة بنعم كيف استطاعت؟	هل أحدثت هذه السياسات تغيير في طبيعة انتقال هذه الأوبئة؟	في حالة الإجابة بـ "نعم" فيما تتمثل هذه التغييرات؟
هل يتم القيام بالمراقبة، ماهي الدوافع من وراء ذلك؟	N 30	30	30
هل يوجد لجنة خاصة تقوم بالمراقبة داخل المؤسسات الصحية؟	Corrélacion de Pearson Sig. (bilatérale) N 30	,802 . . 30	,843 . . 30
في حالة وجدت هذه اللجنة مجموعة من المخالفات ماهي الإجراءات التي تتخذها؟	Corrélacion de Pearson Sig. (bilatérale) N 30	,783 . . 30	,825 . . 30
هل تختلف الأساليب القديمة عن الحديثة في تقديم العلاج؟	Corrélacion de Pearson Sig. (bilatérale) N 30	,745 . . 30	,794 . . 30
في حالة اختلاف كيف يظهر هذا الاختلاف؟	Corrélacion de Pearson Sig. (bilatérale) N 30	,660 . . 30	,622 . . 30
هل استطاعت مؤسساتكم تطبيق السياسة الصحية رغم الظروف التاريخية المختلفة؟	Corrélacion de Pearson Sig. (bilatérale) N 30	. . . 30	. . . 30
في حالة الإجابة بـ "نعم"، كيف يظهر ذلك:	Corrélacion de Pearson Sig. (bilatérale) N 30	,395 . . 30	,479 . . 30
هل استطاعت البرامج الصحية في الحد أو التقليل من انتشار الأوبئة؟	Corrélacion de Pearson Sig. (bilatérale) N 30	. . . 30	. . . 30
في حالة الإجابة بنعم كيف استطاعت؟	Corrélacion de Pearson Sig. (bilatérale) N 30	1 . . 30	,942 . . 30
هل أحدثت هذه السياسات تغيير في طبيعة انتقال هذه الأوبئة؟	Corrélacion de Pearson Sig. (bilatérale) N 30	. . . 30	. . . 30
في حالة الإجابة بـ "نعم" فيما تتمثل هذه التغييرات؟	Corrélacion de Pearson Sig. (bilatérale) N 30	,942 . . 30	1 . . 30
هل ساعدت السياسات الصحية في التنسيق بين مختلف المؤسسات الصحية للحد من الانتقال الوبائي؟	Corrélacion de Pearson	.	.

Corrélations

	في حالة الإجابة بـ "نعم" كيف يظهر ذلك؟	هل ساعدت هذه الآليات في انقاذ البلاد؟	في حالة الإجابة بـ "نعم" كيف يظهر ذلك؟
هل يتم القيام بالمراقبة، ماهي الدوافع من وراء ذلك؟	N 30	30	30
هل يوجد لجنة خاصة تقوم بالمراقبة داخل المؤسسات الصحية؟	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N 30	. . 30	,818 ,000 30
في حالة وجدت هذه اللجنة مجموعة من المخالفات ماهي الإجراءات التي تتخذها؟	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N 30	. . 30	,824 ,000 30
هل تختلف الأساليب القديمة عن الحديثة في تقديم العلاج؟	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N 30	. . 30	,866 ,000 30
في حالة اختلاف كيف يظهر هذا الاختلاف؟	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N 30	. . 30	,802 ,000 30
هل استطاعت مؤسساتكم تطبيق السياسة الصحية رغم الظروف التاريخية المختلفة؟	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N 30	. . 30	. . 30
في حالة الإجابة بـ "نعم"، كيف يظهر ذلك:	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N 30	. . 30	,304 ,102 30
هل استطاعت البرامج الصحية في الحد أو التقليل من انتشار الأوبئة؟	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N 30	. . 30	. . 30
في حالة الإجابة بنعم كيف استطاعت؟	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N 30	. . 30	,842 ,000 30
هل أحدثت هذه السياسات تغيير في طبيعة انتقال هذه الأوبئة؟	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N 30	. . 30	. . 30
في حالة الإجابة بـ "نعم" فيما تتمثل هذه التغييرات؟	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N 30	. . 30	,846 ,000 30
هل ساعدت السياسات الصحية في التنسيق بين مختلف المؤسسات الصحية للحد من الانتقال الوبائي؟	Corrélation de Pearson	.	.

Corrélations

	ماهي اقتراحاتك للحد من الانتقال الوبائي وانقاذ البلاد من الأزمات؟
هل يتم القيام بالمراقبة، ماهي الدوافع من وراء ذلك؟	N 30
هل يوجد لجنة خاصة تقوم بالمراقبة داخل المؤسسات	Corrélation de Pearson -,776

الصحية؟	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
في حالة وجدت هذه اللجنة مجموعة من المخالفات ماهي	Corrélation de Pearson	-,793
الإجراءات التي تتخذها؟	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
هل تختلف الأساليب القديمة عن الحديثة في تقديم العلاج؟	Corrélation de Pearson	-,870
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
في حالة اختلاف كيف يظهر هذا الاختلاف؟	Corrélation de Pearson	-,691
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
هل استطاعت مؤسساتكم تطبيق السياسة الصحية رغم الظروف التاريخية المختلفة؟	Corrélation de Pearson	.
	Sig. (bilatérale)	.
	N	30
في حالة الإجابة بـ "نعم"، كيف يظهر ذلك	Corrélation de Pearson	-,466
	Sig. (bilatérale)	,009
	N	30
هل استطاعت البرامج الصحية في الحد أو التقليل من انتشار الأوبئة؟	Corrélation de Pearson	.
	Sig. (bilatérale)	.
	N	30
في حالة الإجابة بنعم كيف استطاعت؟	Corrélation de Pearson	-,911
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
هل أحدثت هذه السياسات تغيير في طبيعة انتقال هذه الأوبئة؟	Corrélation de Pearson	.
	Sig. (bilatérale)	.
	N	30
في حالة الإجابة بـ "نعم" فيما تتمثل هذه التغييرات؟	Corrélation de Pearson	-,896
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
هل ساعدت السياسات الصحية في التنسيق بين مختلف المؤسسات الصحية للحد من الانتقال الوبائي؟	Corrélation de Pearson	.

Corrélations

	الجنس	السن	الحالة العائلية
هل ساعدت السياسات الصحية في التنسيق بين مختلف المؤسسات الصحية للحد من الانتقال الوبائي؟	.	.	.
	30	30	30
	,874	,874	-,863
في حال ساعدت كيف ذلك؟	,000	,000	,000
	30	30	30
هل أصبحت لدى المؤسسات القدرة على اتخاذ القرارات اللازمة داخل مؤسساتها للحد من الانتقال الوبائي؟	,809	,764	-,714
	,000	,000	,000
	30	30	30

في حالة الإجابة بـ "نعم" كيف يظهر ذلك؟	Corrélation de Pearson	,766	,980	-,778
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000
	N	30	30	30
هل ساعدت هذه الآليات في انقاذ البلاد؟	Corrélation de Pearson	.	.	.
	Sig. (bilatérale)	.	.	.
	N	30	30	30
في حالة الإجابة بـ "نعم" كيف يظهر ذلك؟	Corrélation de Pearson	,866	,855	-,833
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000
	N	30	30	30
ماهي اقتراحاتك للحد من الانتقال الوبائي وانقاذ البلاد من الأزمات؟	Corrélation de Pearson	-,870	-,924	,742
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000
	N	30	30	30

Corrélations

		الشهادة المتحصل عليها	الوظيفة التي تشغلها	الوضعية المهنية
هل ساعدت السياسات الصحية في التنسيق بين مختلف المؤسسات الصحية للحد من الانتقال الوبائي؟	Sig. (bilatérale)	.	.	.
	N	30	30	30
	Corrélation de Pearson	,674	,903	,385
في حال ساعدت كيف ذلك؟	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,035
	N	30	30	30
	Corrélation de Pearson	,587	,793	,291
هل أصبحت لدى المؤسسات القدرة على اتخاذ القرارات اللازمة داخل مؤسساتها للحد من الانتقال الوبائي؟	Sig. (bilatérale)	,001	,000	,118
	N	30	30	30
	Corrélation de Pearson	,777	,942	,349
في حالة الإجابة بـ "نعم" كيف يظهر ذلك؟	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,059
	N	30	30	30
	Corrélation de Pearson	.	.	.
هل ساعدت هذه الآليات في انقاذ البلاد؟	Sig. (bilatérale)	.	.	.
	N	30	30	30
	Corrélation de Pearson	,682	,903	,408
في حالة الإجابة بـ "نعم" كيف يظهر ذلك؟	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,025
	N	30	30	30
	Corrélation de Pearson	-,784	-,947	-,352
ماهي اقتراحاتك للحد من الانتقال الوبائي وانقاذ البلاد من الأزمات؟	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,057
	N	30	30	30

Corrélations

	الأقدمية	هل يتم تطبيق السياسات الصحية المفروضة من قبل الدولة على المؤسسات الصحية؟	في حالة الإجابة بنعم ما هو الدافع من وراء تطبيق هذه السياسات؟
هل ساعدت السياسات الصحية في التنسيق	Sig. (bilatérale)	.	.

بين مختلف المؤسسات الصحية للحد من الانتقال الوبائي؟	N	30	30	30
	Corrélation de Pearson	,824	.	,838
في حال ساعدت كيف ذلك؟	Sig. (bilatérale)	,000	.	,000
	N	30	30	30
هل أصبحت لدى المؤسسات القدرة على اتخاذ القرارات اللازمة داخل مؤسساتها للحد من الانتقال الوبائي؟	Corrélation de Pearson	,784	.	,842
	Sig. (bilatérale)	,000	.	,000
	N	30	30	30
في حالة الإجابة بـ "نعم" كيف يظهر ذلك؟	Corrélation de Pearson	,929	.	,869
	Sig. (bilatérale)	,000	.	,000
	N	30	30	30
هل ساعدت هذه الآليات في انقاذ البلاد؟	Corrélation de Pearson	.	.	.
	Sig. (bilatérale)	.	.	.
	N	30	30	30
في حالة الإجابة بـ "نعم" كيف يظهر ذلك؟	Corrélation de Pearson	,808	.	,822
	Sig. (bilatérale)	,000	.	,000
	N	30	30	30
ماهي اقتراحاتك للحد من الانتقال الوبائي وانقاذ البلاد من الأزمات؟	Corrélation de Pearson	-,909	.	-,904
	Sig. (bilatérale)	,000	.	,000
	N	30	30	30

Corrélations

	هل يتم القيام بمراقبة مدى تطبيق هذه السياسات داخل المؤسسات الصحية	هل يتم القيام بالمراقبة، ماهي الدوافع من وراء ذلك؟	هل يوجد لجنة خاصة تقوم بالمراقبة داخل المؤسسات الصحية؟
هل ساعدت السياسات الصحية في التنسيق بين مختلف المؤسسات الصحية للحد من الانتقال الوبائي؟	Sig. (bilatérale)	.	.
	N	30	30
	Corrélation de Pearson	,850	,958
في حال ساعدت كيف ذلك؟	Sig. (bilatérale)	,000	,000
	N	30	30
هل أصبحت لدى المؤسسات القدرة على اتخاذ القرارات اللازمة داخل مؤسساتها للحد من الانتقال الوبائي؟	Corrélation de Pearson	,765	,874
	Sig. (bilatérale)	,000	,000
	N	30	30
في حالة الإجابة بـ "نعم" كيف يظهر ذلك؟	Corrélation de Pearson	,764	,851
	Sig. (bilatérale)	,000	,000
	N	30	30
هل ساعدت هذه الآليات في انقاذ البلاد؟	Corrélation de Pearson	.	.
	Sig. (bilatérale)	.	.
	N	30	30
في حالة الإجابة بـ "نعم" كيف يظهر ذلك؟	Corrélation de Pearson	,824	,939
	Sig. (bilatérale)	,000	,000

	N	30	30	30
ماهي اقتراحاتك للحد من الانتقال الوبائي	Corrélacion de Pearson	-,745	-,896	-,776
وانقاذ البلاد من الأزمات؟	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000
	N	30	30	30

Corrélations

		هل تختلف الأساليب القديمة عن الحديثة في تقديم العلاج؟	هل حالة اختلاف كيف يظهر هذا الاختلاف؟
		في حالة وجدت هذه اللجنة مجموعة من المخالفات التي تتخذها؟	
هل ساعدت السياسات الصحية في التنسيق بين مختلف المؤسسات الصحية للحد من الانتقال الوبائي؟	Sig. (bilatérale)	.	.
	N	30	30
في حال ساعدت كيف ذلك؟	Corrélacion de Pearson	,840	,874
	Sig. (bilatérale)	,000	,000
	N	30	30
هل أصبحت لدى المؤسسات القدرة على اتخاذ القرارات اللازمة داخل مؤسساتها للحد من الانتقال الوبائي؟	Corrélacion de Pearson	1,000	,809
	Sig. (bilatérale)	,000	,000
	N	30	30
في حالة الإجابة بـ "نعم" كيف يظهر ذلك؟	Corrélacion de Pearson	,744	,766
	Sig. (bilatérale)	,000	,000
	N	30	30
هل ساعدت هذه الآليات في انقاذ البلاد؟	Corrélacion de Pearson	.	.
	Sig. (bilatérale)	.	.
	N	30	30
في حالة الإجابة بـ "نعم" كيف يظهر ذلك؟	Corrélacion de Pearson	,824	,866
	Sig. (bilatérale)	,000	,000
	N	30	30
ماهي اقتراحاتك للحد من الانتقال الوبائي وانقاذ البلاد من الأزمات؟	Corrélacion de Pearson	-,793	-,870
	Sig. (bilatérale)	,000	,000
	N	30	30

Corrélations

		هل استطاعت مؤسساتكم تطبيق السياسة الصحية رغم الظروف التاريخية المختلفة؟	هل استطاعت البرامج الصحية في الحد أو التقليل من انتشار الأوبئة؟
		هل استطاعت مؤسساتكم تطبيق السياسة الصحية رغم الظروف التاريخية المختلفة؟	هل استطاعت البرامج الصحية في الحد أو التقليل من انتشار الأوبئة؟
هل ساعدت السياسات الصحية في التنسيق بين مختلف المؤسسات الصحية للحد من الانتقال الوبائي؟	Sig. (bilatérale)	.	.
	N	30	30
في حال ساعدت كيف ذلك؟	Corrélacion de Pearson	.	,340

	Sig. (bilatérale)	.	,066	.
	N	30	30	30
هل أصبحت لدى المؤسسات القدرة على	Corrélacion de Pearson	.	,395	.
اتخاذ القرارات اللازمة داخل مؤسساتها	Sig. (bilatérale)	.	,031	.
للحد من الانتقال الوبائي؟	N	30	30	30
	Corrélacion de Pearson	.	,452	.
في حالة الإجابة بـ "نعم" كيف يظهر	Sig. (bilatérale)	.	,012	.
ذلك؟	N	30	30	30
	Corrélacion de Pearson	.	.	.
هل ساعدت هذه الآليات في انقاذ البلاد؟	Sig. (bilatérale)	.	.	.
	N	30	30	30
	Corrélacion de Pearson	.	,304	.
في حالة الإجابة بـ "نعم" كيف يظهر	Sig. (bilatérale)	.	,102	.
ذلك؟	N	30	30	30
	Corrélacion de Pearson	.	-,466	.
ماهي اقتراحاتك للحد من الانتقال الوبائي	Sig. (bilatérale)	.	,009	.
وانقاذ البلاد من الأزمات؟	N	30	30	30

Corrélations

	في حالة الإجابة بنعم كيف استطاعت؟	هل أحدثت هذه السياسات تغيير في طبيعة انتقال هذه الأوبئة؟	في حالة الإجابة بـ "نعم" فيما تتمثل هذه التغييرات؟
هل ساعدت السياسات الصحية في	Sig. (bilatérale)	.	.
التنسيق بين مختلف المؤسسات الصحية	N	30	30
للحد من الانتقال الوبائي؟	Corrélacion de Pearson	,863	,865
في حال ساعدت كيف ذلك؟	Sig. (bilatérale)	,000	,000
	N	30	30
هل أصبحت لدى المؤسسات القدرة على	Corrélacion de Pearson	,783	,825
اتخاذ القرارات اللازمة داخل مؤسساتها	Sig. (bilatérale)	,000	,000
للحد من الانتقال الوبائي؟	N	30	30
	Corrélacion de Pearson	,898	,894
في حالة الإجابة بـ "نعم" كيف يظهر	Sig. (bilatérale)	,000	,000
ذلك؟	N	30	30
	Corrélacion de Pearson	.	.
هل ساعدت هذه الآليات في انقاذ البلاد؟	Sig. (bilatérale)	.	.
	N	30	30
	Corrélacion de Pearson	,842	,846
في حالة الإجابة بـ "نعم" كيف يظهر	Sig. (bilatérale)	,000	,000
ذلك؟	N	30	30
	Corrélacion de Pearson	-,911	-,896
ماهي اقتراحاتك للحد من الانتقال الوبائي	Sig. (bilatérale)	,000	,000
وانقاذ البلاد من الأزمات؟			

N	30	30	30
---	----	----	----

Corrélations

	هل ساعدت السياسات الصحية في التنسيق بين مختلف المؤسسات الصحية للحد من الانتقال الوبائي؟	في حال ساعدت كيف ذلك؟	هل أصبحت لدى المؤسسات القدرة على اتخاذ القرارات اللازمة داخل مؤسساتها للحد من الانتقال الوبائي؟
هل ساعدت السياسات الصحية في التنسيق بين مختلف المؤسسات الصحية للحد من الانتقال الوبائي؟	Sig. (bilatérale) N	. 30	. 30
	Corrélation de Pearson	. 1	. ,840
في حال ساعدت كيف ذلك؟	Sig. (bilatérale) N	. 30	. 30
	Corrélation de Pearson	. ,840	. 1
هل أصبحت لدى المؤسسات القدرة على اتخاذ القرارات اللازمة داخل مؤسساتها للحد من الانتقال الوبائي؟	Sig. (bilatérale) N	. 30	. 30
	Corrélation de Pearson	. ,891	. ,744
في حالة الإجابة بـ "نعم" كيف يظهر ذلك؟	Sig. (bilatérale) N	. 30	. 30
	Corrélation de Pearson
هل ساعدت هذه الآليات في انقاذ البلاد؟	Sig. (bilatérale) N	. 30	. 30
	Corrélation de Pearson	. ,977	. ,824
في حالة الإجابة بـ "نعم" كيف يظهر ذلك؟	Sig. (bilatérale) N	. 30	. 30
	Corrélation de Pearson	. -,919	. -,793
ماهي اقتراحاتك للحد من الانتقال الوبائي وانقاذ البلاد من الأزمات؟	Sig. (bilatérale) N	. 30	. 30

Corrélations

	في حالة الإجابة بـ "نعم" كيف يظهر ذلك؟	هل ساعدت هذه الآليات في انقاذ البلاد؟	في حالة الإجابة بـ "نعم" كيف يظهر ذلك؟
هل ساعدت السياسات الصحية في التنسيق بين مختلف المؤسسات الصحية للحد من الانتقال الوبائي؟	Sig. (bilatérale) N	. 30	. 30
	Corrélation de Pearson	. ,891	. ,977
في حال ساعدت كيف ذلك؟	Sig. (bilatérale) N	. 30	. 30
	Corrélation de Pearson	. ,744	. ,824
هل أصبحت لدى المؤسسات القدرة على اتخاذ القرارات اللازمة داخل مؤسساتها للحد من الانتقال الوبائي؟	Sig. (bilatérale) N	. 30	. 30
	Corrélation de Pearson	. 1	. ,870

ذلك؟	Sig. (bilatérale)	.	.	,000
	N	30	30	30
	Corrélation de Pearson	.	.	.
هل ساعدت هذه الآليات في انقاذ البلاد؟	Sig. (bilatérale)	.	.	.
	N	30	30	30
	Corrélation de Pearson	,870	.	1
في حالة الإجابة بـ "نعم" كيف يظهر ذلك؟	Sig. (bilatérale)	,000	.	.
	N	30	30	30
	Corrélation de Pearson	-,933	.	-,933
ماهي اقتراحاتك للحد من الانتقال الوبائي وانقاذ البلاد من الأزمات؟	Sig. (bilatérale)	,000	.	,000
	N	30	30	30

Corrélations

		ماهي اقتراحاتك للحد من الانتقال الوبائي وانقاذ البلاد من الأزمات؟
هل ساعدت السياسات الصحية في التنسيق بين مختلف المؤسسات الصحية للحد من الانتقال الوبائي؟	Sig. (bilatérale)	.
	N	30
	Corrélation de Pearson	-,919
في حال ساعدت كيف ذلك؟	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
	Corrélation de Pearson	-,793
هل أصبحت لدى المؤسسات القدرة على اتخاذ القرارات اللازمة داخل مؤسساتها للحد من الانتقال الوبائي؟	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
	Corrélation de Pearson	-,933
في حالة الإجابة بـ "نعم" كيف يظهر ذلك؟	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
	Corrélation de Pearson	.
هل ساعدت هذه الآليات في انقاذ البلاد؟	Sig. (bilatérale)	.
	N	30
	Corrélation de Pearson	-,933
في حالة الإجابة بـ "نعم" كيف يظهر ذلك؟	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
	Corrélation de Pearson	1
ماهي اقتراحاتك للحد من الانتقال الوبائي وانقاذ البلاد من الأزمات؟	Sig. (bilatérale)	.
	N	30

RELIABILITY

```

/VARIABLES=A3 A4 A5 A6 A7 B1 B2 B3 B4 B5 B6 B7 B8 C1 C2 C3 C4 C5 C6 C7 C8
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA.

```

Fiabilité

Remarques

Résultat obtenu		21-JUN-2021 14:10:19
Commentaires		
	Données	C:\Users\Windows 10\Desktop\SPSS 2021\ahlem GTX\ahlem.sav
	Ensemble de données actif	Ensemble_de_données1
Entrée	Filtrer	<aucune>
	Poids	<aucune>
	Scinder fichier	<aucune>
	N de lignes dans le fichier de travail	30
	Entrée de la matrice	
	Définition de valeur manquante	Les valeurs manquantes définies par l'utilisateur sont traitées comme manquantes.
Gestion des valeurs manquantes	Observations prises en compte	Les statistiques reposent sur l'ensemble des observations dotées de données valides pour toutes les variables dans la procédure.
Syntaxe		RELIABILITY /VARIABLES=A3 A4 A5 A6 A7 B1 B2 B3 B4 B5 B6 B7 B8 C1 C2 C3 C4 C5 C6 C7 C8 /SCALE('ALL VARIABLES') ALL /MODEL=ALPHA.
Ressources	Temps de processeur	00:00:00,00
	Temps écoulé	00:00:00,00

[Ensemble_de_données1] C:\Users\Windows 10\Desktop\SPSS 2021\ahlem GTX\ahlem.sav

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	30	100,0
	Exclus	0	,0
	Total	30	100,0

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,895	21

* Tabuler.

CTABLES

/VLABELS VARIABLES=W5 A1 A2 W1 W2 _75; ليمي; 93_ ; 78_ ل; 75__وى; 78_ ; 87_ لم
 DISPLAY=LABEL

/TABLE W5 + A1 + A2 BY W1 > W2 > _75; ليمي; 93_ ; 78_ ل; 75__وى; 78_ ; 87_ لم [COUNT F40.0]

/CATEGORIES VARIABLES=W5 A1 A2 W1 W2 _75; ليمي; 93_ ; 78_ ل; 75__وى; 78_ ; 87_ لم
 ORDER=A KEY=VALUE EMPTY=INCLUDE.

Tabuler

Remarques

Résultat obtenu	21-JUN-2021 14:13:09
Commentaires	
Données	C:\Users\Windows 10\Desktop\SPSS 2021\ahlem GTX\ahlem.sav
Entrée	Ensemble de données actif
	Filtrer
	Poids
	Scinder fichier
	<aucune>
	<aucune>
	<aucune>
	Ensemble_de_données1
	<aucune>
	<aucune>
	<aucune>

N de lignes dans le fichier de travail	30
Syntaxe	<pre> CTABLES /VLABELS VARIABLES=W5 A1 A2 W1 المستوى_التعليمي W2 DISPLAY=LABEL /TABLE W5 + A1 + A2 BY المستوى_التعليمي W1 > W2 > [COUNT F40.0] /CATEGORIES VARIABLES=W5 A1 A2 W1 المستوى_التعليمي W2 ORDER=A KEY=VALUE EMPTY=INCLUDE. </pre>
Ressources	Temps de processeur 00:00:00,03 Temps écoulé 00:00:00,03

[Ensemble_de_données1] C:\Users\Windows 10\Desktop\SPSS 2021\ahlem GTX\ahlem.sav

	الجنس					
	ذكر					
	السن					
	من 25 سنة إلى 30 سنة			من 31 سنة إلى 40 سنة		
	الشهادة المتحصل عليها			الشهادة المتحصل عليها		
	تقني سامي	ليسانس	ماجستير	تقني سامي	ليسانس	ماجستير
	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif
ملحق إداري	3	5	0	0	0	0
عون إداري	0	4	0	0	1	0
سكرتاريا	0	0	0	0	7	0
الأرشيف	0	0	0	0	0	0
مفتش أطباء	0	0	0	0	0	0
قابلة منسقة لدى الصحة	0	0	0	0	0	0
مؤقت	3	0	0	0	0	0
الوضعية المهنية	0	9	0	0	8	0
مرسم	0	9	0	0	8	0
1-8	3	9	0	0	2	0
الأقدمية	0	0	0	0	6	0
9-16	0	0	0	0	6	0

17-24	0	0	0	0	0	0
25-32	0	0	0	0	0	0

	الجنس					
	ذكر					
	السن					
	من 41 سنة إلى 50 سنة			أكثر من 51 سنة		
	الشهادة المتحصل عليها			الشهادة المتحصل عليها		
	تقني سامي	ليسانس	ماجستير	تقني سامي	ليسانس	ماجستير
	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif
ملحق إداري	0	0	0	0	0	0
عون إداري	0	0	0	0	0	0
سكرتاريا	0	0	0	0	0	0
الأرشف	0	0	0	0	0	0
مفتش أطباء	0	0	0	0	0	0
قابلة منسقة لدى الصحة	0	0	0	0	0	0
مؤقت	0	0	0	0	0	0
مرسم	0	0	0	0	0	0
1-8	0	0	0	0	0	0
9-16	0	0	0	0	0	0
17-24	0	0	0	0	0	0
25-32	0	0	0	0	0	0

	الجنس					
	أنثى					
	السن					
	من 25 سنة إلى 30 سنة			من 31 سنة إلى 40 سنة		
	الشهادة المتحصل عليها			الشهادة المتحصل عليها		
	تقني سامي	ليسانس	ماجستير	تقني سامي	ليسانس	ماجستير
	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif
ملحق إداري	0	0	0	0	0	0
عون إداري	0	0	0	0	0	0
سكرتاريا	0	0	0	0	1	0
الأرشف	0	0	0	0	2	0
مفتش أطباء	0	0	0	0	0	0
قابلة منسقة لدى الصحة	0	0	0	0	0	0
مؤقت	0	0	0	0	0	0
مرسم	0	0	0	0	3	0
1-8	0	0	0	0	0	0
9-16	0	0	0	0	3	0

17-24	0	0	0	0	0	0
25-32	0	0	0	0	0	0

	الجنس					
	أنثى					
	السن					
	من 41 سنة إلى 50 سنة			أكثر من 51 سنة		
	الشهادة المتحصل عليها			الشهادة المتحصل عليها		
	تقني سامي	ليسانس	ماجستير	تقني سامي	ليسانس	ماجستير
	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif
ملحق إداري	0	0	0	0	0	0
عون إداري	0	0	0	0	0	0
سكرتاريا	0	0	0	0	0	0
الأرشيف	0	1	2	0	0	0
مفتش أطباء	0	0	2	0	0	0
قابلة منسقة لدى الصحة	0	0	0	0	0	2
مؤقت	0	0	0	0	0	0
مرسم	0	1	4	0	0	2
1-8	0	0	0	0	0	0
9-16	0	1	0	0	0	0
17-24	0	0	4	0	0	0
25-32	0	0	0	0	0	2

ملخص الدراسة.

تتمحور هذه الدراسة حول "دور السياسة الصحية في الحد من الانتقال الوبائي"، وكذلك التعرف على المراحل الهامة التي مرت بها السياسة الصحية والآليات التي اتخذتها الدول للحد من انتشار الأوبئة. ولتحقيق هدف الدراسة استخدمنا استمارة الاستبيان مكونة من 28 سؤال، وتم استخدام المنهج الوصفي في الدراسة وذلك من خلال توزيع الاستمارات على مجتمع الدراسة من الموظفين داخل مديرية الصحة والسكان لولاية قالمة. وتم توزيع الاستمارة داخل المؤسسة في ظرف أربع أيام، وتم استرجاعها كاملة. وقد توصلت الدراسة على ضوء نتائجها على ضرورة وضع سياسات صارمة وتوفير أجهزة وآليات مثلى تساعد على مواكبة التطورات وتقديم حملات توعوية من أجل التقليل من انتشار الأوبئة، كذلك وقد حثت على توفير تلقيحات وكوادر طبية ناجحة من أجل القضاء على الوباء.

الكلمات المفتاحية: السياسة الصحية - الأوبئة