

جامعة 08 ماي 1945 - قائمة  
كلية العلوم الإنسانية و العلوم الاجتماعية  
قسم علم الاجتماع و الديمغرافيا  
مدرسة الدكتوراه في العلوم الاجتماعية



## استهلاك الأدوية في الجزائر

دراسة ميدانية بولاية قالة

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع.

تخصص: علم اجتماع الصحة و التنمية

إشراف الأستاذ:

إبراهيم بلعادي

إعداد الطالبة:

جابر دلال

أعضاء لجنة المناقشة

رئيسا	جامعة قالة	أستاذة التعليم العالي	ا.د مصيب نعيمة
مشرفا و مقررا	جامعة قالة	أستاذ محاضر "ا"	د.بلعادي إبراهيم
عضوا	جامعة عنابة	أستاذ محاضر "ا"	د.جفال عبد الحميد

السنة الجامعية: 2009-2010



إني رأيت انه لا يكتب إنسان كتابا في يومه إلا و قال في غيره:

لو غير هذا لكان أحسن

لو زيد لكان يستحسن

لو قدم هذا لكان أفضل

لو ترك هذا لكان أجمل

الأصفهاني



## شكر و تقدير

أتوجه بالشكر الجزيل إلى أستاذي الفاضل و موجهي و أبي الأستاذ إبراهيم بلعادي, الذي كان صبورا معي طوال فترة البحث و لم ييخل على بتوجيهاته القيمة.

كما أتقدم بجزيل الشكر إلى كل من ساعدني على انجاز هذا العمل و اخص بالذكر أساتذة جامعة قالمة. و طلبة قسم علم الاجتماع, و كل من ساهم في توجيهنا من قريب أو من بعيد.

كما أتوجه بالشكر الخاص إلى كل الصيادلة و اخص بالذكر الكائين وسط مدينة قالمة و دائرة عين مخلوف و حي 80 مكتب بولاية قالمة على مساعدتهم القيمة.

## إهداء

إلى من وهبني روعي من روحها,,, أمي

إلى من جعلني أؤمن بقوتي من قوته,,, أبي

إلى من هم ابتسامة القدر لي,,, إخوتي

إلى من له الإهداء و هو الهدية,,, زوجي

إلى كل هؤلاء... اهدي عملي المتواضع هذا

## الفهرس

### فهرس الجداول

الملخص باللغة العربية

الملخص باللغة الفرنسية

المقدمة

### الفصل الأول : الإطار المفهمي و المنهجي

15	.....	أولا	:التعريف بالمشكلة
16	.....	1	الإشكالية
16	.....	2	الفروض
18	.....	3	تحديد المفاهيم
18	.....	ثانيا	الضبط المنهجي للموضوع
25	.....	1	المجال المكاني
26	.....	2	المجال الزماني
27	.....	3	منهج البحث
27	.....	4	تقنيات البحث

### الفصل الثاني : مقاربات نظرية للصحة و المرض

29	.....	أولا	الأصول النظرية
29	.....	1	النظرية الطبية
30	.....	2	النظرية الوظيفية
31	.....	3	نظرية الفعل الاستدلالي

32	.....نظرية السلوك المخطط.....	4
34	.....الصحة في الثقافة العربية الإسلامية.....	5
35	.....الدراسات السابقة.....	ثانيا
35	.....الدراسات الأجنبية.....	1
37	.....الدراسات العربية.....	2

### الفصل الثالث: تحليل نقدي لقضايا المرض

39	.....المفهوم الاجتماعي للمرض.....	أولا
39	.....المفهوم الاجتماعي للمرض.....	1
41	.....سلوك المريض.....	2
50	.....النظرة الاجتماعية للمريض.....	3
51	.....العلاقة بين الطبيب و المريض.....	4
53	.....المتغيرات الاجتماعية للمرض.....	ثانيا
53	.....النظم الاجتماعية و المرض.....	1
54	.....النظم الاقتصادية و المرض.....	2
55	.....النظم الدينية و المرض.....	3
57	.....المعايير الاجتماعية و المرض.....	4

### الفصل الرابع: واقع الصحة و استهلاك الأدوية في الجزائر

61	.....الصحة في الجزائر.....	أولا
61	.....الخصائص الديموغرافية للمجتمع الجزائري.....	1
63	.....الخصائص الصحية في الجزائر.....	2

64	.....سوق الأدوية في العالم.....	3
71	.....سوق الأدوية في الجزائر.....	4
77	.....النظام الصحي في الجزائر.....	ثانيا
82	.....التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر.....	1
85	..... CNAS و CASNOS: علاقة مع تامين المرض	2
90	.....النظام الصيدلاني في الجزائر.....	3
94	.....الأدوية في الجزائر.....	4
101	.....الأدوية في الجزائر.....	ثالثا
101	.....علم الأدوية الفارماكولوجيا.....	1
102	.....معايير وصف الدواء.....	2
15	.....الأدوية والتامين الاجتماعي.....	3
108	.....إحصائيات عن استهلاك الأدوية.....	4
<b>الفصل الخامس: تحليل البيانات و استخلاص النتائج</b>		
112	.....عرض و تحليل البيانات.....	1
138	.....استخلاص النتائج.....	2

الخاتمة

الملاحق



فهرس الجداول

الرقم	عنوان الجدول	ص
01	Evolution de la consommation de médicaments des ménages	36
02	التوزيع العالمي لسوق الدواء سنة 1995	64
03	أهم المجمعات الصيدلانية في العالم	69
04	استهلاك الأدوية في العالم	70
05	سوق المواد الصيدلانية سنة 2000	72
06	واردات بعض الأدوية و المنتجات الصيدلانية منذ 2000 الى 2004	73
07	نسبة نمو الأدوية 2000-2004	75
08	إحصائيات عن الصناعة الدوائية في الجزائر	76
09	مساهمة القطاع الخاص في الصناعة الدوائية	98
10	تطور عدد الصيدليات 1991-2003 حسب الإطار القانوني	105
11	تطور السوق الجزائري للمواد الصيدلانية	106
12	تقدير السوق الجزائري للمواد الصيدلانية	107
14	توزيع أفراد العينة حسب الجنس	113
15	توزيع أفراد العينة حسب السن	114
16	توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي	115
17	توزيع أفراد العينة حسب نوع العمل	116
18	توزيع أفراد العينة حسب محيط السكن	116
19	معنى الصحة عند الفرد الجزائري	117
20	علاقة مفهوم الصحة بمحيط السكن	118
21	مفهوم الصحة حسب المستوى التعليمي	120



122	معنى المرض عند الفرد الجزائري	22
123	معنى المرض عند الجزائري حسب نوع العمل	23
124	ضرورة الذهاب إلى الطبيب	24
125	ضرورة الذهاب إلى الطبيب حسب العمل	25
126	:ضرورة الذهاب إلى الطبيب حسب المستوى التعليمي:	26
127	كيفية طلب العلاج	27
128	كيفية وصف الدواء	28
128	كيفية وصف الدواء حسب نوع العمل	29
129	كيفية وصف الدواء حسب نوع العمل	30
130	كيفية وصف الدواء حسب المستوى التعليمي	31
131	لأدوية التي يشتريها الجزائري دون الرجوع إلى الطبيب	32
132	الأدوية التي يشتريها الجزائري دون الرجوع إلى الطبيب حسب الجنس	33
133	الأدوية المفضلة عند الجزائري	34
134	الأدوية المفضلة عند الجزائري حسب المستوى التعليمي	35
134	تعلييل اختيار الأدوية	36
135	تعلييل اختيار الأدوية حسب نوع العمل	37
136	طريقة تناول الدواء عند الجزائري	38
137	طرق استهلاك الدواء وفقا لمحيط السكن	39
137	طرق استهلاك الدواء حسب المستوى التعليمي	40



## المخلص باللغة العربية

الثقافة الصحية مفهوم شامل يسمح للفرد أن يسلك سلوكا صحيا و مسؤولا فيما يخص اعتناؤه بصحته الداخلية و الخارجية.

إن تطور الثقافة الصحية مكن كل فرد من اتخاذ قراراته في حياته اليومية بحيث تكون ذات تأثير ايجابي على صحته .ففي هذه الأيام المرض أصبح وضعية مقالقة و غير سوية و تتطلب العلاج و التعديل و لكن اخذ الدواء ليس دائما الحل الأمثل.

الثقافة الصحية ليست إطارا منعزلا و إنما تدخل ضمن السياق الاجتماعي فيمكن أن يكون التطوير الذاتي للصحة هو احد ميادينها و لكن ذلك يعالج في إطار ذاتي شخصي و إطار اجتماعي يضم: العمل, السوق, النظام الصحي, السياسة, الحقوق...

استهلاك الأدوية هو أيضا احد هذه المواضيع و فكرة معالجة مثل هذا الموضوع هي من اجل الإجابة على الأسئلة الآتية:

ما هو تأثير العوامل الاجتماعية والثقافية على استهلاك الأدوية عند الفرد الجزائري؟

الأخذ بعين الاعتبار و لتخصيص:

العامل الاقتصادي: المهنة

العامل الاجتماعي: محيط السكن

العامل الثقافي: المستوى التعليمي

اختار الباحث ولاية قالمة كـمجال مكاني للقيام بالدراسة الميدانية و هي بذلك ممثلة لباقي ولايات الشرق.

فيما يخص الجانب المنهجي و وفقا لطبيعة موضوع الدراسة اختار الباحث المنهج الوصفي ,حيث اعتمد على الاستمارة و الملاحظة المباشرة,و عينة بحث تضم 182 مفردة و في مجال زمني مدته شهرين.

مما توصلنا اليه من نتائج الدراسة انه هناك ثقافة صحية على قدر من الوعي حيث يؤمن أكثر أفراد العينة موضوع الدراسة بأهمية الكشف المسبق على أي مرض سواء جراء تكرار الألم أو ارتفاعه... و كذلك وضع الثقة في الطبيب و كلها عوامل تعكس إيمان الأفراد بفعالية العلاج و الذي يكون دائما الدواء.

رغم الاختلافات في المستويات الاجتماعية و الثقافية و الاقتصادية (نوع العمل...) إلا أن إقبال الأفراد على الأدوية بإعطاء أهمية لفعالية الدواء دون إعطاء الاعتبار للسعر أو مدى تعويض الدواء.

و لكن أكثر ما يمكن أن يكون نتيجة لهذه الدراسة و الذي نعتبره كبداية لدراسة أخرى في هذا الميدان هو انه هناك إقبال كبير على استهلاك الأدوية سواء كان ذلك بوصفة الطبيب أو بدون وصفة.

## Résumé

La culture sanitaire est un concept global aidant l'individu à se comporter de manière responsable en matière de santé à l'intérieur et à l'extérieur du système de santé, avec le concours de son environnement social ; cette culture permet aussi à la population d'influencer les sphères sociale et politique de telle manière qu'elles promeuvent des comportements salutogènes.

Le développement de la culture sanitaire permet à chaque individu de prendre dans la vie quotidienne des décisions qui influent positivement sur la santé , De nos jours, la maladie est considérée comme un état indésirable, qu'il faut corriger au plus vite. Cette attitude n'est toutefois pas forcément la bonne, En effet, un traitement médicamenteux hâtif peut gêner l'élaboration des défenses naturelles du corps, mais aussi donner l'impression à l'enfant que les médicaments sont indispensables, même lors de troubles minimes.

La culture sanitaire ne se forme pas dans un cadre individuel isolé, mais dans un contexte social ; il existe de nombreux domaines où cette culture peut se construire et être promue : p. ex. le développement

personnel de la santé sur un plan individuel et dans un environnement social, le travail, le marché, le système de santé, la politique / les droits. ...



La consommation de médicaments un de ces domaines ; l'idée d'étudier ce sujet est pour le but de réponse aux questions suivantes :

Quel est l'influence des facteurs socioculturels sur la consommation de médicaments chez l'individu algérien ?

On tient compte :

Le facteur économique : le travail.

Le facteur social : l'entourage de logement.

Le facteur culturel : le niveau éducatif.

La wilaya de Guelma est choisie pour appliquer l'étude pratique et elle est considérée comme représentative des autres wilayas de l'est.

Ce qui concerne la méthodologie et en tenant compte de la nature de ce sujet le chercheur a choisi la méthode descriptive. Cette méthode se construit à partir des outils de collecte des informations dont le questionnaire et l'observation directe ; un échantillon de 182 individus et dans un temps de deux mois d'appliquer ces outils.

الصحة حق أساسي للشعوب و هي وسيلة مهمة لبلوغ الأهداف المرجوة في رفاهية الشعب و المجتمع، فلقد عاش العالم سنوات طويلة من عمره و في تصوره إن مهمة العلوم الطبية هي معالجة الأمراض، و لكن امتدت هذه المهمة إلى الوقاية من الأمراض أما الآن فلقد تغير هذا المفهوم خاصة بعد قيام منظمة الصحة العالمية بتحديد مفهوم الصحة، و اعتبرت المفهوم القائل بأن الصحة هي الخلو من المرض إهدار لمفهومها، ويجعل دورها سلبي باعتباره علاج الداء فقط .

قدمت منظمة الصحة العالمية تعريفها للصحة قائلة أن الصحة هي حالة اللياقة الجسدية و النفسية و العقلية و ليست مجرد الخلو من المرض.

إن العلاقة بين الصحة و التنمية علاقة وطيدة فإذا كان التقدم الصحي يرتبط بدرجة كبيرة بتحسن المستوى الاقتصادي من خلال القدرة على طلب العلاج و اقتناء الأدوية... فبالمقابل التطور في الخدمات الصحية ينعكس على الجانب الاقتصادي و الاجتماعي من خلال قدرة الأفراد على القيام بوظائفهم اليومية... كما أن التطور التكنولوجي و العلمي جعل الخدمات الطبية و توزيع الأدوية عملية علمية تخضع لقانون العرض و الطلب مما جعل الدواء سلعة يتم تناولها كأى سلعة أخرى.

إن الإقبال المتزايد على الأدوية جعل العديد من الباحثين يتساءلون ما إذا كانت الأدوية هي العلاج الحقيقي أو العلاج الكافي للأمراض التي يعرفها المجتمع . و نحاول في دراستنا هذه معرفة العوامل التي تتحكم في إقبال الأفراد على اقتناء و استهلاك الأدوية . من اجل الوصول إلى تفسير لسلوك الأفراد و بصفة عامة ظاهرة استهلاك الأدوية في الجزائر بحكم كوننا احد أفراد المجتمع الجزائري.

إن احتكاكنا الدائم بأفراد المجتمع كان يدفعنا إلى التساؤل و محاولة فهم العديد من السلوكات و لا ينكر الكثيرون أن المجتمع الجزائري يتميز بخصائص ثقافية تختلف من منطقة إلى أخرى و من الريف إلى المدينة و حتي من حي إلى آخر.

و هذا ما يجعل بحثنا في ميدان الثقافة الصحية من المواضيع الشيقة و المثيرة بالنسبة إلينا خاصة إذا تعلق الأمر باستهلاك الأدوية، فالإقبال المتزايد على الأدوية و زيادة الإيمان بفعاليتها دفعنا إلى محاولة فهم و تفسير هذه الظاهرة.

إن ظاهرة استهلاك الأدوية قد شغلت العديد من الباحثين في العلوم الطبية و العلوم الاقتصادية أما محاولة تفسير هذه الظاهرة من الجانب الاجتماعي و إعطاء أهمية للعوامل الاجتماعية في التأثير

على هذه الظاهرة من المواضيع التي لم يطرقها كثيرا الباحثون الاجتماعيون و بقيت لفترة كبيرة حكرًا  
المختصين في الطب و الصيدلة و الاقتصاد.

و ما نرجوه من هذه الدراسة هو أن تكون بادرة للعديد من الدراسات التي يمكن أن تكون  
مكملة لهذه الدراسة و التي يمكن أن تقدم تفسيرًا أكثر لظاهرة استهلاك الأدوية و محاولة الوصول لفهم  
أكثر للعوامل الاجتماعية التي يمكن أن تؤثر على الظاهرة موضوع الدراسة.

كما نأمل أن تكون هذه الدراسة مرجعًا متواضعًا يمكن للباحثين في ميدان استهلاك الأدوية  
الرجوع إليه و محاولة التأسيس لأبحاث اجتماعية في هذا المجال فمن الصعوبات التي واجهتنا في  
بداية بحثنا هذا هو نقص الدراسات الاجتماعية و نقص الاهتمام بتأثير الجانب الاجتماعي على ظاهرة  
استهلاك الأدوية و احتكار تفسيره من العديد من العلوم.

و كذلك إعادة وضع المواضيع الثقافية للعلاج خاصة الثقافة الصحية التي قلما يتم طرحها  
للمناقش من طرف المختصين في علم الاجتماع و إن كان إجراء مثل هذه الدراسة يتطلب بعض الصبر  
خاصة عند إجراء الدراسة الميدانية فكثيرًا ما امتنع المبحوثون على التعاون معنا سواء كان ذلك عن  
جهل أو عن معرفة أو عدم إيمان الأفراد بأهمية إعطاء رأيهم في مثل هذه المواضيع.

من أجل علاج هذه الظاهرة ارتأينا تقديم البحث في خمسة فصول مرتبة كالآتي:

**الفصل الأول:** و ضم الإشكالية و تساؤلاتها و كذا فروض الدراسة, الإطار المنهجي  
للدراصة, مجالات الدراسة متمثلة في المجالين الزماني و المكاني وأخيرًا أدوات جمع البيانات.

**الفصل الثاني:** و الذي يضم بعض النظريات المفسرة للسلوك المرضي و الصحي إضافة إلى  
بعض الدراسات الأجنبية و العربية التي تناولت موضوع استهلاك الأدوية.

**الفصل الثالث:** و حاولنا من خلاله تقديم المعنى الاجتماعي للظاهرة المرضية و تأثير العوامل  
اجتماعية عليها.

**الفصل الرابع:** و حاولنا من خلاله إعطاء صورة شاملة عن الصحة في الجزائر من خلال  
عرض للخصائص الصحية و الديموغرافية للجزائر و النظام الصحي ونظام التأمين الاجتماعي و  
النظام الصيدلاني و بعض الإحصائيات حول استهلاك الأدوية.

**الفصل الخامس:** يضم عرض و تحليل البيانات و استخلاص النتائج.



و في ختام هذه المقدمة نعتذر عن أي خطأ أو نقص قد يصادفه القارئ و نرجو ان يكون هذا العمل فاتحة للعديد من الأعمال في هذا المجال.

و في الأخير يجب أن نذكر القارئ ببعض الصعوبات التي واجهتنا منها ما كان خلال البحث النظري و منها ما كان خلال البحث الميداني.

فيما يخص البحث النظري صادفنا كثيرا نقصا في المراجع خاصة التي تستند إلى تفسيرات اجتماعية فاغلب المراجع التي تم العثور عليها كانت يغلب عليها الطابع الاقتصادي أو الطبي أو في التخصص مثل الكتب الخاصة بعلم الصيدلة و تركيب الأدوية.

و مما صادفنا أيضا نقص الدراسات الاجتماعية لموضوع الصحة عامة و لكن بالأخص موضوع استهلاك الأدوية...

أما فيما يخص البحث الميداني أن تعاملنا مع مختلف فئات لمجتمع دون سابق إعلام أو معرفة بأفراد العينة جعلنا نواجه بعضا من الصعوبات في محاولة استيفاء العدد الكافي من استمارات البحث.

إن أول ما واجهناه في البداية تخوف العديد من الصيادلة في بداية الأمر من قبول بقائنا داخل المحلات و الحديث مع الزبائن و إن كان البعض قد تفهم ذلك.

كما أن إعراض العديد من المبحوثين عن قبول ملا الاستمارة أو رفض الإجابة على بعض الأسئلة.

و في الختام أقول ما أصبت فيه فهو نعمة من الله و ما اخطات فيه فمن نفسي و من الشيطان.

## الفصل الأول: الإطار المفهومي و المنهجي

### أولاً: التعريف بالمشكلة

1. الإشكالية
2. الفروض
3. تحديد المفاهيم

### ثانياً: الضبط المنهجي للموضوع

1. المجال المكاني للبحث
2. المجال الزماني للبحث
3. منهج البحث
4. تقنيات البحث.



أولاً: التعريف بالمشكلة

## 1. الإشكالية:

خلق الله الإنسان و زوده بأحاسيس و شعور مختلفة و عديدة , و الخوف هو احد هذه الأحاسيس وأكثرها أهمية, و لعل أكثر ما يخافه الإنسان هو الألم و المرض و الموت , فالإنسان يخاف من الأمور التي يجهلها أكثر من الأمور التي يعرفها , لذا سعى جاهدا لاستبدال هذا الخوف من الألم و المرض بمعرفة كافية للتغلب عليه.

اعرف نفسك هذا ما نادي به سقراط منذ قرون حيث كانت جهود العلم حديثة باتجاه هذه النصيحة المدونة منذ عصور . سعى لمعرفة الجسم و الأمراض التي يرثها , و لم يتم ذلك إلا في الأزمنة الحديثة , و ذلك رغم اهتمام الإنسان بأمور الصحة و المرض و رغم تاريخ الطب الطويل.

في القرن السادس عشر اكتشف العلماء أن الجسم كتلة من المواد الكيماوية , و يحدث المرض عندما تفقد هذه المواد ترتيبها. و لا شيء يشفيها إلا العلاج بالمواد الكيماوية .

و قبل أن تحصل هذه المعارف الأولية على أهمية , كان و لابد أن يتخلص الطب من الخرافات و التفسيرات اللاعلمية التي كانت تكتنف الأمراض.

بتقدم المعرفة و تقدم الطب , تقدمت معه وجهات نظر مختلفة و ممارسات معينة , فبدأ الحديث عن الوقاية و التأكيد على أهميتها , كما بدأت جهود عديدة لتطوير طرق مكافحة الأمراض و علاجها و القضاء عليها.

بتطور الأبحاث الطبية تم إيجاد أدوية عدة على درجة عالية من الفعالية , و لكثرة الأمراض و انتشارها كان الإقبال على الأدوية يتزايد يوما بعد يوم , ليصبح بعد ذلك الدواء هو الحل و العلاج الوحيد لكل المشاكل الصحية.

حاليا لم يعد الحديث عن الأدوية كالسابق, حيث لم يعد الدواء هو ما يصفه الطبيب للمريض لتحقيق الشفاء فقط , بل أصبحنا اليوم نتحدث عن سوق للأدوية و عمليات للتوزيع و التسويق , و حملات إعلانية و استهلاك و إفراط في استهلاك الأدوية...

أشارت دراسة أجريت سنة 1970 حول استهلاك الأدوية في فرنسا. أن الفرد الفرنسي يصرف 855 فرنك فرنسي على صحته سنويا(855 فرنك فرنسي قيمة قليلة و لكن تم إيرادها للمقارنة بما يصرف الفرد الفرنسي حاليا و لتبيين زيادة المصاريف الصحية المتعلقة باستهلاك الدواء )

, بالمقابل تشير آخر الدراسات أن المجتمع الفرنسي من أكثر المجتمعات استهلاكاً للأدوية , و هذا عن دراسة أجريت سنة 2006 حيث يصرف الفرد الفرنسي 504 أورو سنويا لشراء الأدوية و هذا التزايد بنسبة 1.5 % عن سنة 2005 , أما معدل ما يصرفه الفرد الفرنسي عن العلاج الطبي بما في ذلك الأدوية يصل الى 2470 أورو و تمثل مصاريف الدواء 19.8 % و هذا لا يبدو غريبا إذا علمنا أن الفرد الفرنسي يتناول 1500 قرص سنويا (النسبة إلى عدد السكان الفرنسيين)<sup>1</sup>.

أما بالنسبة للعالم العربي فبلد مثل المملكة العربية السعودية , يعتبر المستهلك الأول للدواء في العالم العربي, حيث بلغت مبيعات شركة فايزر لعقار الفياقرا في السوق السعودية 1.12 مليار ريال سعودي<sup>2</sup>.

إن مثل هذه الأرقام تدفعنا للتساؤل , ليس لمعرفة ماهية الأدوية أو مدى فعاليتها أو حتى مجالات استعمالها ,إنما نحن بصدد البحث في ثقافة استهلاك الأدوية , للوقوف على المحددات الاجتماعية و الثقافية التي توجه سلوك الفرد لتناول الدواء بطريقة دون الأخرى و دواء دون الآخر.

إن المجتمع الجزائري ينفرد بخصائص ديموغرافية و اجتماعية و ثقافية تعطي للفرد بنية فكرية و شخصية منفردة , و هي بذلك تنتج أنماطا مختلفة للسلوك .

و هذا يدفعنا لتحديد السؤال الرئيسي للبحث كالاتي:

هل تؤثر المتغيرات الاجتماعية على استهلاك الدواء لدى الفرد الجزائري؟

و يمكن تجزئة السؤال الرئيسي إلى سؤالين فرعيين و هما:

❖ ما هي العوامل الاجتماعية التي توجه سلوك الفرد الجزائري في استهلاكه للدواء؟

❖ ما هي العوامل الثقافية التي توجه سلوك الفرد الجزائري في استهلاكه للدواء؟

<sup>1</sup> www.leem.org

<sup>2</sup> //http :ahedegept.org

## 2. فروض الدراسة:

### الفرضية العامة:

يتأثر استهلاك الفرد الجزائري للدواء بالخصائص الاجتماعية و الثقافية.

### الفروض الجزئية:

1. يتأثر سلوك الفرد الجزائري في تناوله للدواء بالمستوى الثقافي.
2. يلعب المستوى الاقتصادي دورا كبيرا في تحديد سلوك الفرد الجزائري في طلبه للعلاج و منه استهلاك الأدوية.

## 3. تحديد المفاهيم

إن تحديد المفاهيم لأي بحث أمر ضروري, فقد يختلط الأمر على القارئ أو الباحث إن لم يتم تحديد المفاهيم و المصطلحات الخاصة به, إن التوصل إلى صياغة المعاني الإجرائية للمفاهيم عملية تسهل الأمر على الباحث و القارئ معا من خلال توجيه الباحث نحو المؤشرات الميدانية للتحليل, وتساعد القارئ على فهم متغيرات الدراسة.

و في ما يلي يتم تحديد مفاهيم الدراسة و هي كما يلي:

السلوك, السلوك الاستهلاكي, الدواء, الصحة, الثقافة, الثقافة الصحية.

### السلوك:

- 1- السلوك: هو كل فعل أو عمل أو نشاط أو لفظ موجه يقوم به الفرد نحو أمر أو موقف لتحقيق أهداف, أو إشباع حاجات معينة و السلوك البشري نوعان:  
السلوك الثابت الموروث: يعني انه يولد مع الإنسان.

سلوك متعلم أو مكتسب : أي انه سلوك يجري اكتسابه خلال حياة الإنسان و لا يولد معه.<sup>1</sup>

- 2- السلوك: هو مجموع النشاطات التي يقوم بها الفرد و التي تعبر عن الإيمان بعبادات و قواعد و قيم معينة يمكن أن نسميها ثقافة الفرد.

<sup>1</sup> الوحيشي احمد البيري. مقدمة في علم الاجتماع الطبي. الدار الجماهيرية للنشر. ليبيا, ط1. 1989. مرجع سابق. ص83



3- السلوك: هو التطبيق العملي للمعتقدات و الأعراف و القواعد السلوكية التي يعتنقها و يتمسك بها أفراد المجتمع و يظهر هذا السلوك في شكل أفعال أو ردود أفعال أو أقوال أو ردود أقوال بين أفراد المجتمع تجاه بعضهم البعض أو تجاه الآخرين ممن ينتمون إلى مجتمعات أخرى , و أن الطابع العام لهذا السلوك قد يكون ايجابي أو سلبي حسب طبيعة المعتقدات و الأعراف السائدة.<sup>1</sup>

### التعريف الإجرائي

#### السلوك:

هو مجموع التصرفات التي يقوم بها الفرد عن وعي من اجل تحقيق هدف معين أو إشباع رغبة معينة.

و السلوك الإنساني أنواع مختلفة و ما نركز عليه في دراستنا هو السلوك الاستهلاكي و يجري تعريفه إجرائيا كما يلي:

#### السلوك الاستهلاكي:

يمثل السلوك الاستهلاكي شكلا من أشكال السلوك الإنساني الذي يمارسه كل منا مهما اختلفت السبل و تنوعت مسالك الحياة, و هو تعبير يلخص عملية شراء السلع و الخدمات المختلفة التي يرى الأفراد أنها صالحة لإشباع رغباتهم و احتياجاتهم فيقررون شراء كميات معينة في أوقات معينة.<sup>2</sup>

#### الدواء:

### 1-الدواء كما تعرف ويكيبيديا الموسوعة الحرة:

الدواء **médicament** : هو كل عقار Drug مرخص الاستخدام قانونيا بعد التأكد من خلوه من أي أضرار جسدية أو نفسية على الشخص المتعاطي له ، يهدف تناول الدواء لعلاج أو تخفيف أعراض مرض أو حالة طبية معينة. تقسم الأدوية بشكل عام إلى : أدوية فوق الطاولة Over-the-counter drug و أدوية وصفات فقط : Prescription only medicine الأدوية فوق الطاولة تعتبر أدوية سليمة و آمنة و يمكن بيعها في الصيدليات بدون شروط في حين يحظر بيع أدوية الوصفات بدون وصفة طبية من طبيب مختص أو طبيب أسنان.

<sup>1</sup> عدنان أبو مصلح. معجم علم الاجتماع. دار أسامة. عمان. 2006. ص 291

<sup>2</sup> علي السلمي. السلوك التنظيمي . دار غريب القاهرة. دس . 158

و تصنف ويكيبيديا الموسوعة الحرة الأدوية كما يلي:

- أدوية الأورام وكابتات المناعة.
- أدوية التخدير.
- أدوية الجهاز التناسلي والبولي والنساء والتوليد.
- أدوية الجهاز العصبي المركزي.
- أدوية الجهاز الهضمي.
- أدوية العضلات و العظم والمفاصل.
- أدوية الغدد و الهرمونات.
- أدوية جهاز التنفس .
- أدوية جهاز القلب والأوردة الدموية .
- أدوية جهاز القلب و الأوعية الدموية .
- أدوية وعلاجات الأسنان .
- الأمصال واللقاحات.
- الفيتامينات والمعادن والمقويات .
- المحاليل وعلاجات الأنيميا وأمراض الدم.
- علاجات الجلد.
- علاجات العين.
- علاجات الأنف و الأذن والحنجرة.
- مضادات حيوية <sup>1</sup>

2-الدواء: تنص المادتين رقم196 و 170 من القانون رقم 85-05 المؤرخ في فيفري 1985 المتعلق بحماية و ترقية الصحة المعدل بالقانون رقم 90-17 المؤرخ في جويلية 1990 أن المنتج الصيدلاني يضم الدواء.

<sup>1</sup> www.wikipedea.org



في حين المادة رقم 174 من نفس القانون تتبع الأدوية, مواد التنظيف و مواد التجميل التي تحتوي على مركبات و نسب و تراكيز اكبر من تلك المحددة في قرار وزارة الصحة و كذلك المواد الموجهة للتغذية و المؤثرة ايجابيا على صحة الإنسان تبين أن الأدوية ليست كغيرها من المواد و تبين أن الهدف منها هو تخفيف الضرر و الألم و المساهمة في تحسين مستوى الحياة و لهذا فهي ذات مصادر مختلفة و متعددة : حيوانية . نباتية . كيميائية , بيوتكنولوجية ,إنسانية.

### 3- الدواء كما يعرفه مجلس الاتحاد الاقتصادي الأوروبي:

تم تعريف الدواء في 26 جانفي 1965 بنفس التعريف المقدم في المادة 170 ( أي أن الدواء هو منتج صيدلاني) و إضافة إلى ذلك يعرف الاختصاص كما يلي: نعني بالاختصاص كل دواء محضر قبليا مقدم في شكل مميز و متميز باسم خاص.

الصناعة الصيدلانية تنتج و تسوق تحت رقابة الصيدالة, و ذوي الاختصاص,هذه المنتجات تكون معلبة قبليا و مقدمة في شكل مميز يسمح باستعمالها , و تسوق بعد إذن الوضع في السوق .

لكون الأدوية منتجات صيدلانية كما ورد في تعريف مجلس الاتحاد الاقتصادي الأوروبي لها ثلاثة مميزات:

- كل الأدوية لها تأثيرات جانبية effets secondaires و التي لا تظهر إلا بعد مرور وقت طويل.
- عدد مهم من الأدوية له نواهي الاستعمال الأمر الذي يجعل تناولها خطيرا مع بعض الأدوية أو بعض الأغذية.
- بعض الأدوية اعتبرت غير فعالة.<sup>1</sup>

### التعريف الإجرائي:

الدواء: و العقاقير مواد تستخرج من بعض الحيوانات و بعض النباتات و الأعشاب و المعادن, كما يمكن تحضيرها في المخبر بمزج المواد الكيميائية حيث يتناولها المريض عن طريق الفم أو كالإبرة أو الشم أو على شكل مراهم أو تحاميل.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>الصادق بوشنافة. أثر انضمام الجزائر إلى منظمة التجارة العالمية على قطاع صناعة الأدوية بالجزائر.رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في علوم الاقتصاد. جامعة الجزائر. 2006-2007. ص 18

الصحة:

1- يعرف perkins الصحة بأنها حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم, و إن حالة التوازن هذه تنتج عن تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها.

2- يعرفها winslow على أنها علم و فن منع المرض و إطالة العمر و ترقية الصحة و كفاءتها من جميع الوجوه, بواسطة جهود منسقة و منظمة من قبل المجتمع و منظماته و مؤسساته و ذلك لتحقيق الأهداف التالية:

- توفير بيئة صحية.
- السيطرة على الأمراض.
- تثقيف الفرد صحيا.
- تنظيم توفير الخدمات الصحية الطبية و التمريضية للمجتمع.
- توفير العلاج المناسب.
- تطوير الحياة الاجتماعية.
- توفير الخدمات الصحية<sup>2</sup>.

3- الصحة: هي حالة اكتمال السلامة بدنيا وعقليا واجتماعيا، وليس مجرد غياب المرض أو العجز. و هذا التعريف، والذي تم المصادقة عليه خلال جمعية الصحة العالمية الأولى، لم يعدل منذ عام 1948.

و للصحة مستويات عدة نذكر منها :

مستويات الصحة

الصحة المثالية :

وهي درجة التكامل المثالية من الجوانب البدنية والنفسية والعقلية والاجتماعية وهو مستوي صعب الوصول إليه ويعتبر هدف للبرامج الصحية .

الصحة الإيجابية :

<sup>1</sup> أمل البكري و آخرون. الصحة و السلامة العامة. دار الفكر. عمان . الأردن . 2002. ص 213

<sup>2</sup> أمل البكري . مرجع سابق. ص 17

وفية تؤدي أجهزة الجسم دورها بكفاءة عالية حتي لو واجهت مؤثرات خارجية .

سلامة متوسطة:

وفية تؤدي أجهزة الجسم دورها بكفاءة عالية ولكن لو واجهت مؤثرات خارجية تقع فريسة للمرض.

المرض غير الظاهر :

وفيه لا يشكو المريض من أعراض مرضية ظاهرة ولكن عند التعرض للفحص الطبي يستدل علي وجود المرض ولذلك هو اخطر المستويات علي الإطلاق.

المرض الظاهر:

وفية يشكو المريض من أعراض مرضية ظاهرة ويشعر بها .

مستوى الاحتضار:

وفية تسوء الحالة الصحية للفرد إلي مستوي يصعب معه العودة إلي الحالة الطبيعية

الموت :

وفية تنتهي الحياة<sup>1</sup>

التعريف الإجرائي :

الصحة: هي حالة الرفاهية الجسمية (البدنية) و العقلية و النفسية و الاجتماعية الكاملة و ليست مجرد الخلو من المرض أو العجز.

الثقافة:

1-الثقافة: هي نمط معيشة الناس, توفر إجابات و اطر معينة لكثير من مظاهر السلوك و العلاقات و هي الكل المركب من العادات و التقاليد و المعتقدات و الأعراف و الفنون و الآداب و التشريعات و كل ما صنعه يد الإنسان و عقله باعتباره عضوا في جماعة و مجتمع.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> فوزي جاد الله. الصحة العامة و الخدمات الصحية. دار الحرية. العراق. دس. ص. 211

<sup>2</sup> عبد السلام بشر الدويبي. علم اجتماع الطبي. دار الشروق. عمان. ط. 1. 2006. ص 60

2- الثقافة: و في تعريف آخر هي ذلك الكل المركب من العادات و التقاليد و المعتقدات و المعارف و القيم و الفنون و الأخلاق و العرف و أية معطيات أخرى طورها الإنسان من خلال عضويته في الجماعة أو المجتمع, و هي مكتسبة عبر عمليات التنشئة و التطبيع الاجتماعي و تنقل من جيل إلى جيل.

### التعريف الإجرائي:

البيئة التي خلق فيها الإنسان بما فيها المنتجات المادية التي تنتقل من جيل إلى جيل, فهي بذلك تتضمن الأنماط الظاهرة و الباطنة للسلوك المكتسب عن طريق الرموز الذي يتكون في مجتمع معين من علوم و معتقدات و فنون و قيم و قوانين و عادات و غير ذلك.<sup>1</sup>

### الثقافة الصحية:

و قبل تعريف الثقافة الصحية نقدم بعض التعاريف للتنقيف الصحي:

- عملية تعليم المجتمع كيف يحمي نفسه من الأمراض.
- عملية تزويد الأفراد أو المجتمع بالخبرات اللازمة بهدف التأثير في معلوماتهم و اتجاهاتهم و سلوكهم ايجابيا نحو الأفضل في مجال الصحة.
- عملية ترجمة الحقائق الصحية المعروفة و تحويلها إلى أنماط سلوكية على مستوى الفرد و المجتمع باستخدام الأساليب التربوية الحديثة الهادفة لرفع المستوى الصحي و الاجتماعي للفرد و المجتمع.<sup>2</sup>

### وك تعريف إجرائي, الثقافة الصحية :

هي مجموعة البيانات التي يحصل عليها الفرد من اجل أن يسلك سلوكا صحيا ملائما.

<sup>1</sup> عدنان ابو مصلح. مرجع سابق. ص 158

<sup>2</sup> مصطفى القمش و آخرون. مبادئ الصحة العامة. دار الفكر للطباعة و النشر. عمان. ط1. 2000. ص 112



ثانيا: الضبط المنهجي للموضوع

1. المجال المكاني

تم إجراء الدراسة بولاية قالمة و في ما يلي عرض موجز عن الولاية و تاريخها :

ولاية قالمة هي الولاية 24 من ولايات الجزائر عاصمتها مدينة قالمة. تقع الولاية بشمال شرق البلاد وسط سلسلة جبلية ضخمة خضراء ، وأهم هذه الجبال ( جبل ماونة - جبل دباغ - جبل بني صالح - جبل هوارة ..). وتبعد الولاية عن العاصمة الجزائرية ب 537 كلم وأقرب الولايات إليها هي عنابة الساحلية و قسنطينة وسوق أهراس. علاوة على طابعها الصناعي و أفلاحي والرعوي و الغابي الذي يعطيها موقعا اقتصاديا واستراتيجيا هاما في الجزائر، تملك الولاية مؤهلات سياحية كبيرة تحتاج إلى العناية والتطوير . كما تعتبر قالمة منطقة إستراتيجية بوجودها على ضفاف وادي سيبوس الخصبة، أين تمر المجاري المائية دون انقطاع وخلال كل الفصول . وقد أهدت قالمة للثورة وللوطن أبطال أمثال سويداني بوجمعة، وهواري بومدين.

لقد سميت قالمة في العهد الروماني باسم \*ملاكا\* malaca

الموقع الجغرافي

تقع قالمة داخليا بالشمال الشرقي للجزائر ويحدها من الشمال ولايات الطارف عنابة و سكيكدة ومن الشرق سوق اهراس ومن الغرب قسنطينة ومن الجنوب أم البواقي.

ونظرا لموقعها الاستراتيجي . لاحظ المستعمر خلال الغزو الفرنسي سنة 1830 أهميتها الإستراتيجية، فعمل على إعادة بنائها جاعلا منها حصنا منيعا محاطا بالأسوار. وتتمثل أكبر جاذبية سياحية للولاية في تضاريسها وطبيعتها إضافة إلى ثروتها المتميزة بالمعالم الأثرية التي يصل عددها لما يزيد عن 500 موقع ومعلم منها ما هو راجع إلى العهد الروماني خاصة المسرح الروماني بوسط المدينة كما أنها تتميز بحماماتها المعدنية منها حمام دباغ و حمام النبائل.

عينة البحث

إذا قلنا أن المجتمع هو تجمع لمجموعة من الأفراد تشترك في خصائص معينة تهتم الباحث أو بعبارة أخرى هو وحدات البحث التي نريد الحصول على بيانات منها أو عنها.



تعرف العينة بأنها جزء من هذا المجتمع و يتم اختيارها بطريقة عشوائية بحيث تمثل الخصائص العامة للمجتمع المدروس.<sup>1</sup>

تم إجراء الدراسة بولاية قالمة و اعتمد الباحث على طريقة العينة بالمكان و ضمت العينة 182 مفردة.

كان اختيار أفراد العينة من ثلاث أحياء مختلفة

وسط المدينة: حي بو جمعة سويداني

حي شعبي :المسمى C

ضاحية: دائرة عين مخلوف

## 2.المجال الزماني:

امتدت فترة البحث الميداني خلال السداسي الثاني من سنة 2009 حيث كانت الدراسة موزعة على ثلاثة مراحل:

المرحلة الأولى: تم توزيع الاستثمارات أمام الصيدلية الأولى و الكائنة بوسط المدينة في الحي الرئيسي سويداني بوجمعة و المعروف ب: BOULVART,حيث كانت فترات التوزيع مختلفة تعمدنا أن تكون في الأوقات التالية:

من 10:00 صباحا إلى غاية الساعة 12:00

من 15:00 زوالا إلى غاية 17:00

باهتبارها الفترات التي توافق مخرج الأفراد من أماكن عملهم.

المرحلة الثانية: تم توزيع الاستثمارات أمام الصيدلية الثانية الكائنة بالحي الشعبي المعروف ب C حيث كانت فترات التوزيع مختلفة تعمدنا أن تكون في الأوقات التالية:

من 10:00 صباحا إلى غاية الساعة 12:00.

من 15:00 زوالا إلى غاية 17:00.

<sup>1</sup> عبد الله الصاملي: أسلوب البحث الاجتماعي و تقنياته. منشورات جامعة خان يونس..ليبيا.ط.2003.ص 236 .

المرحلة الثالثة: كانت هذه المرحلة بضاحية عين مخلوف و هي إحدى دوائر المدينة قالمة و تبعد عن عاصمة الولاية قالمة ب:50 كلم . تم توزيع الاستمارات أمام الصيدلية. حيث كانت فترات التوزيع مختلفة تعمدنا أن تكون في الأوقات التالية:

من 10:00 صباحا إلى غاية الساعة 12:00.

من 15:00 زوالا إلى غاية 17:00.

### 3. منهج البحث

إن المنهج هو: الكيفية التي يمكن بواسطتها الإجابة على السؤال المطروح و هو كيف يمكن حل مشكلة البحث فالوصول إلى الهدف و النتائج النهائية للبحث و للتمكن من الإجابة من التساؤلات و الفرضيات لا بد من إتباع منهج معين لان اختيار المنهج يسجل في الإستراتيجية البحثية. و قد فرضت علينا طبيعة الدراسة اختيار المنهج الوصفي الكمي و الكيفي حيث يحاول الباحث من خلال الدراسة وصف تعامل الفرد الجزائري مع المرض و معرفة طرق تناوله للدواء.

### 4. تقنيات جمع البيانات

بناء على طبيعة الموضوع فقد فرض علينا نوع من الأدوات لهذا اعتمد الباحث على أداتي الملاحظة و الاستمارة.

الاستمارة : هي أداة الحصول على المعلومات و الحقائق و تجميع البيانات عن الظروف و الأساليب القائمة بالفعل و تعتمد على إعداد مجموعة من الأسئلة ترسل لعدد كبير من أفراد المجتمع عادة تكون عينة من أفراد المجتمع ممثلة للفئات الأخرى:

ضمت استمارة هذه الدراسة 26 سؤالا موزعة على المحاور الآتية:

المحور الأول:البيانات الشخصية.

المحور الثاني:ثقافة الصحة و المرض

الأسئلة من 01-07.

المحور الثالث: بيانات حول طلب العلاج

الأسئلة من 08-12.

المحور الرابع:بيانات حول استهلاك الأدوية

الأسئلة من 13-26.

## الفصل الثاني: مقاربات نظرية لقضايا الصحة و المرض

### أولاً: الأصول النظرية

1. النظرية الطبية
2. النظرية الوظيفية
3. . نظرية الفعل الاستدلالي
4. نظرية السلوك المخطط
5. الصحة في الثقافة العربية- الإسلامية

### ثانياً: الدراسات السابقة

1. الدراسات الأجنبية
2. الدراسات العربية

## الفصل الثاني: مقاربات نظرية لقضايا الصحة و المرض

أولاً: الأصول النظرية:

### 1. النظرية الطبية:

ينظر الطب إلى المرض على انه انحراف عن المعيار البيولوجي للصحة و الشعور بالسلامة , فوجهة النظر هذه تفترض و جود آلية تتعلق بنشوء المرض داخل الجسم يمكن ترتيبها بموضوعية .

إن أي تشخيص للمرض ما هو إلا نتيجة ارتباط أعراض محسوسة متطورة. و يمكن تشخيص أي شخص على انه مريض حين تشير الأعراض الملاحظة : شكوى المريض . نتائج التحاليل الطبية المعملية ...إلى شيء غير عادي أو ربما شاذ بجسم هذا الإنسان . و من أهم أعراض و مؤشرات المرض التقليدية ما يلي:

- الشعور الذاتي من قبل المريض بالألم و اكتشاف الطبيب لخلل وظيفي في الجسم.
- أعراض المرض تتطابق مع نمط طبي معترف به, النمط الطبي يمثل مثالا أو نظرية للمرض يعترف بها الطبيب المعالج الذي يشخص حالة المريض , و في التشخيص يعد المنطق هو الأداة الرسمية بالإضافة إلى النظريات و الأدوات و المعدات العملية.
- إن تقييم الطبيب للمرض يضم التعرف الطبي بما هو جيد و مرغوب و طبيعي على عكس ما هو غير مرغوب فيه و شاذ . هذا التقييم يتم من خلال المعلومات الطبية المتوفرة من خلال تجربة و معرفة الطبيب .

على هذا الأساس تضع الخدمة الطبية التي تعرف و تقيم الانحراف البيولوجي و تسعى إلى فرضها بقوة بمقتضى سلطتها لعلاج الأشخاص الذين تم تعريفهم بأنهم مرضى .

ينتار ، 1989 ، الاجتماع الطبي إلى السرير ، إلى أنهم حالة اجتماعية ، معرفة ظهرت نتيجة اضطراب في السلوك العادي من خلال المرض الذي هو حالة بيولوجية غير سوية .<sup>1</sup>

إن هذا المدخل الطبي لدراسة الصحة و المرض يؤكد على حقيقة الإنسان البيولوجية و يسهل الحقيقة الاجتماعية التي ترى أن الشخص يعتبر مريضاً عندما يتصرف كمرض.

<sup>1</sup> الوحيشي احمد البيري. مقدمة في علم الاجتماع الطبي. الجماهيرية للنشر و التوزيع ليبيا . ط1 . 1989 . ص63



### 2. النظرية الوظيفية:

إن مفهوم دور المريض الذي قدمه بارسونز 1951 يمثل مدخلا نظريا مهما لتفسير سلوك الناس المرضى في كثير من المجتمعات و خاصة المجتمعات الغربية هذا المفهوم مبني على افتراض أن المرض ليس شيئا مقصودا و اختيارا معروفا من قبل الفرد المريض لذلك لا نستطيع أن نلوم المريض بأنه قد سبب لنفسه المرض مع إن المرض يمكن أن يحصل نتيجة للتعرض للإمراض المعدية أو الالتهابات أو الجروح ؟

و لذلك فإن الاعتقاد إن المجرم يخالف المعايير و النظم الاجتماعية لأنه يريد أن يخالفها فإن الإنسان المريض يعد منحرفا لأنه لم يستطع أن يحول دون وقوع المرض.

و لكن بارسونز يحذر من أن بعض الناس قد يحبذون دور المريض من أجل التخلص من بعض مسؤوليتهم فالمجتمع في العادة يفرق بين الأدوار المنحرفة بمعاقبة المجرم و توفير العلاج للمريض . و كلا العمليتين تعمل على تخفيض الانحراف و تغيير الأوضاع التي قد تتدخل في عملية الامتثال للمعايير الاجتماعية , و كذلك قد تتطلب تدخل بعض المنظمات الاجتماعية للتحكم في السلوك الانحرافي مثل أجهزة العدالة و القانون و النظم الصحية.

إن اتجاهات الناس و تصرفاتهم اتجاه الصحة و المرض تتصف بالتعقيد و التنوع و لذلك يختلف الأفراد في تفسيرهم للأعراض التي يشعرون بها , و في استجاباتهم للألم و في اتجاهاتهم نحو الخدمات الصحية و طلبها و كل هذه الاختلافات لها علاقة بالانتماء الحضاري أو العنصري أو التفاعل الاجتماعي في الطبقة الاجتماعية.

كذلك يختلف الناس من حيث تأثير المرض على سلوكهم و على طريقة تعبيرهم عن الشكوى و على إخفاء بعض المشاكل و خاصة النفسية منها و في استجاباتهم للعلاج و لدراسة السلوك الصحي هناك العديد من النماذج منها نموذج المعتقدات الصحية الذي يتصف بالوضوح و تقوم هذه النماذج على أساس نظريات نفسية سلوكية قوية محتواها أن سلوك الفرد الذي يتحدد عن طريق دوافع داخلية تدفع به لتحقيق أكبر قدر ممكن من الأهداف و الحاجات . و ذلك بالسعي نحو الشفاء من المرض و الرغبة في الحصول على صحة جيدة . و يفترض هذا النموذج أن الناس لا يحاولون إيجاد أي إجراءات للوقاية من المرض إذا كان لديهم دوافع صحية و ثقافية.<sup>1</sup>

مبدأ نموذج المعتقدات الصحية لتفسير السلوك الصحي للمريض يتلخص بما يلي:

<sup>1</sup> المرجع السابق. ص 72 .



## الفصل الثاني: مقاربات نظرية لقضايا الصحة و المرض

- السلوك الصحي للفرد مسألة تتعلق بمدى ما يراه الفرد من احتمالات الإصابة بالمرض و مدى خطورته و نتائجه و مضاعفاته.
- إن سلوك الفرد يتحدد من خلال صراع الأهداف و الدوافع , بحيث أن هذا السلوك يتبع أقوى الدوافع و أكثرها قيمة حسب وجهة نظر الفرد.
- إن كثيرا من الأعراض يختفي خلفها الكثير من المشاكل الاجتماعية و بذلك تكون الشكوى هي نقطة البداية للحالة الاجتماعية أو النفسية التي توجه المريض لطلب الخدمة الصحية . بالإضافة إلى كون الشكوى نفسها انعكاس للبيئة الاجتماعية و الثقافية و لعوامل التنشئة المختلفة.
- إن شدة بعض الأعراض المرضية لها تأثير كبير على سرعة طلب الخدمات الصحية كما هو الحال في حالات النزيف مثلا، على إن هذه السرعة و مدى الاستجابة للأعراض تختلف حسب المستوى الثقافي و الاقتصادي و الاجتماعي و مدى إدراك المريض لمخاطر المرض أيضا.
- إن توفر الخدمات الصحية و قربها هو عامل هام في تحديد سلوك المرض كذلك توفر المواصلات , كما تتنوع الدوافع الحقيقية لطلب الخدمات الصحية مثل حدوث أزمة صحية و دور العوامل الاجتماعية و الثقافية و النفسية أيضا.
- هناك العديد من العوامل التي تحدد اختيار الفرد المريض لنوع الخدمة الصحية و الطبية و المستشفى مثل: خطورة المرض و شدة الأعراض و خبرة المريض و أقاربه , و شهرة المستشفى أو المريض , معدل أجور العلاج و الازدحام في العيادات الحكومية و قوائم الانتظار و الوضع الاجتماعي و الاقتصادي و النفسي للمريض و أهله.<sup>1</sup>

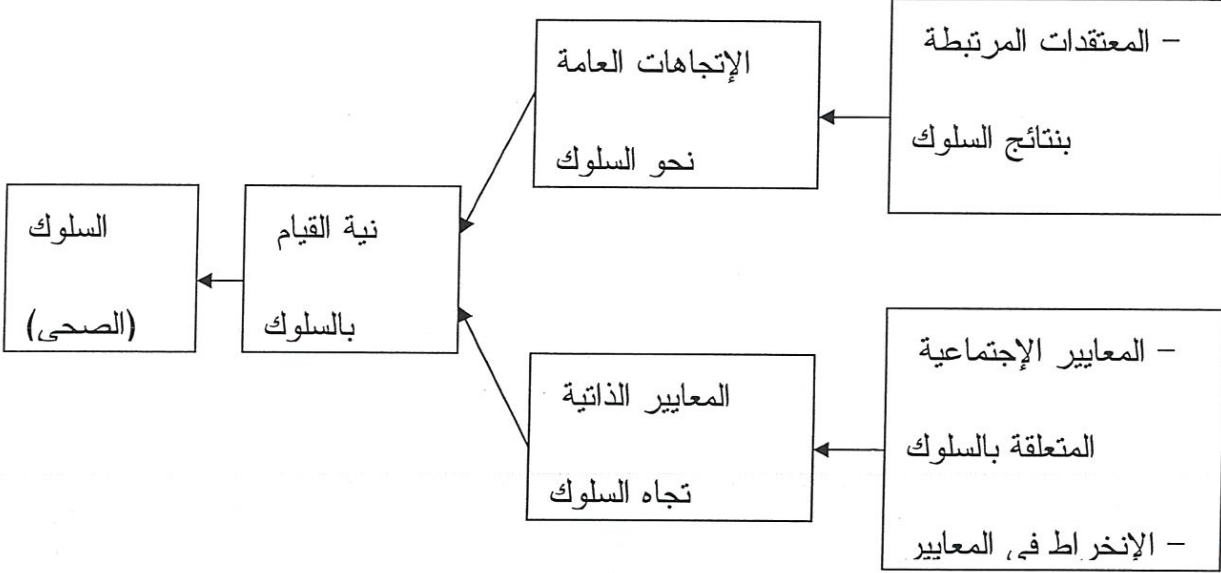
### 3. نظرية الفعل الاستدلالي Théorie de l'action raisonnée:

طورت هذه النظرية من طرف أجزان Ajzen و فيشباين Fishbein (1980)، ثم من قبل ثيري Terry و آخرون فيما بعد.

تهتم هذه النظرية بالدور الذي تلعبه بعض المعارف (cognitions) الاجتماعية مثل: المعايير الاجتماعية و المعايير الذاتية في تطور بعض السلوكات، حيث ترى أن وجود معتقدات تخص نتائج السلوك و تقييم هذه النتائج، يؤدي إلى خلق اتجاهات تخص السلوكات الوقائية أو الصحية؛ فتبني هذه السلوكات (ممارسة الرياضة، غسل الأسنان بعد الأكل،...) يرجع إلى نية الفرد في الإنخراط في هذا الفعل، غير أن هذه النية محكومة هي الأخرى بالاتجاهات العامة لهذا الفرد و معاييرها الذاتية.

<sup>1</sup> ايمن مزاهرة و آخرون. علم اجتماع الصحة. دار اليازوري العلمية. ط1. 2003. ص ص 137-138 .

يمكن أن نلخص هذه النظرية في المخطط البياني التالي:



مخطط توضيحي لنظرية الفعل الإستدلالي

#### 4. نظرية السلوك المخطط Théorie du comportement planifié:

يقدم أجزان من خلال هذه النظرية (1991) تعديل لنظريته السابقة، وذلك بما أن أدمج عنصر " المراقبة السلوكية المدركة " كعامل مؤثر هو الآخر على نية تبني السلوك الصحي أو الوقائي، إذ جمعت هذه النظرية بين ثلاث أنماط من المعتقدات:

##### أ- الإتجاهات العامة نحو سلوك معين Attitude générale vis-à-vis d'un comportement:

تتجسد في التقييمات التي يقدمها الأفراد عن السلوكات و النتائج المرتبطة بها، مثال: " من الملائم ممارسة التمارين البدنية ما من شأنه أن يحسن من حالتي الصحية ".

##### ب- المعايير الذاتية Normes subjectives:

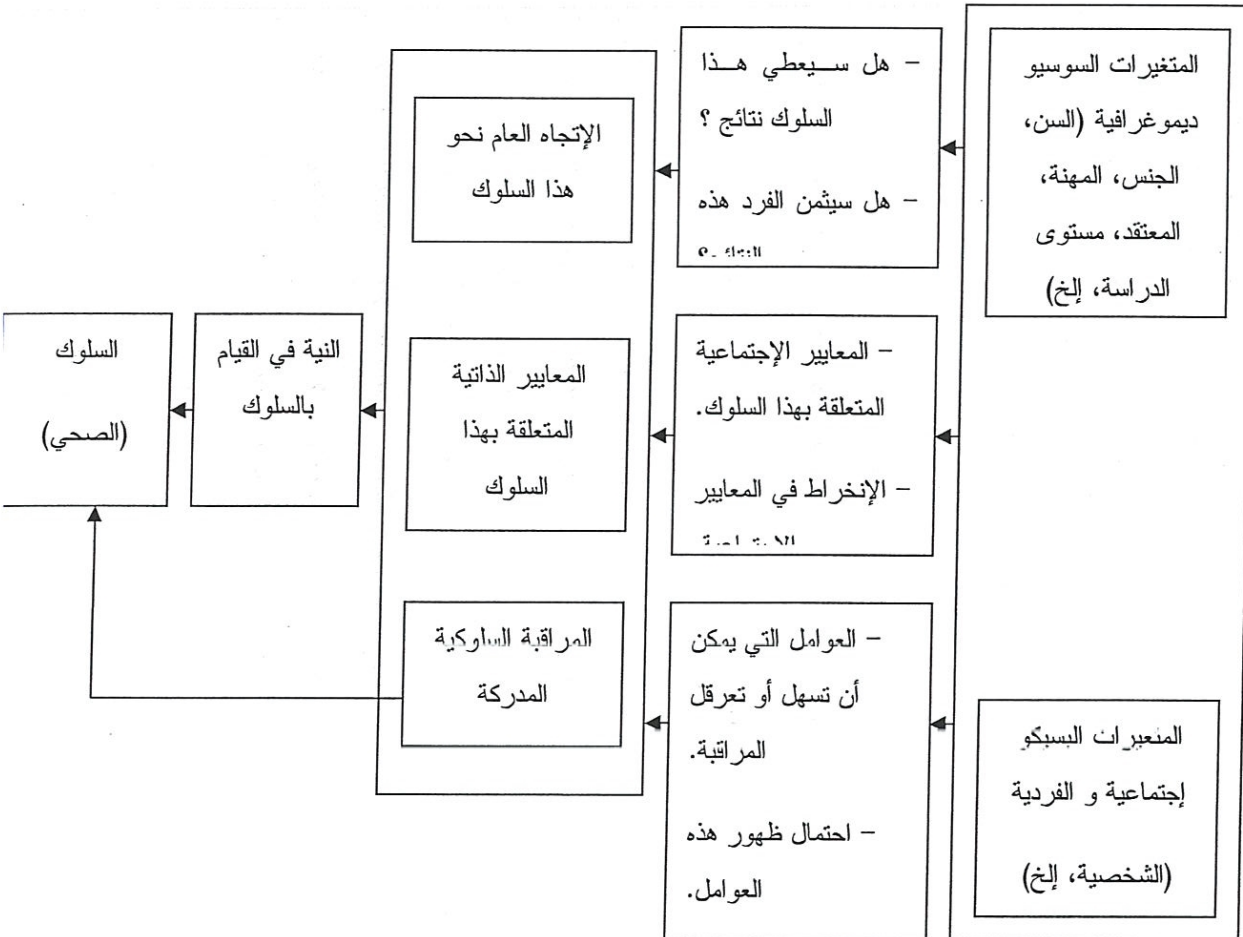
## الفصل الثاني: مقاربات نظرية لقضايا الصحة و المرض

تتعلق بالمعايير الإجتماعية التي يخطر فيها الفرد، مثال: " يحثني محيطي على الإنقاص من وزني و سأنزل عند رغبته ".

### ج- المراقبة السلوكية المدركة *Contrôle comportemental perçu*

تتمثل في الاعتقاد بإمكانية تبني سلوك صحي أو وقائي، و ترتبط هذه المراقبة بعوامل داخلية (القدرات، المعلومات، المجهودات) و خارجية (الفرص، العوائق).<sup>1</sup>

يمكن أن نلخص هذه النظرية في المخطط البياني التالي:



### 5. الصحة في الثقافة العربية- الإسلامية:

يرى بومدين بأن قضايا الصحة في الجزائر تتقاطع فيها عدة مرجعيات، فمنها ما هو مستمد من الطب العربي التقليدي، وما هو مستمد من الفكر الديني و خاصة ما يسمى بالطب النبوي، ولكن يمكن تعميم هذه المرجعيات على مختلف الدول العربية.

يمكن أن نتطرق لمسألة الصحة في الثقافة العربية- الإسلامية من خلال ثلاث مداخل ارتأينا أنها محددة للنظرة التي تحملها هذه المجتمعات عن الصحة، وهي تعريف هذه المجتمعات للصحة، و المسؤولية تجاه الصحة و كذا العناصر المفيدة أو المهددة للصحة.

### تعريف الصحة في الثقافة العربية- الإسلامية:

اقترح لعلو **Lahlou** طريقة يتم من خلالها استكشاف التصورات الإجتماعية لجماعة اجتماعية ما من خلال القواميس؛ حيث يعتبر أن اللغة هي الذاكرة الإجتماعية التي تحتوي في شبكتها السيمونتية (الدالية).

على رؤى حول العالم منتجة من قبل الثقافة، إذ تعتبر الروابط بين الكلمات روابط بين الأفكار تعبر عن المعرفة الإجتماعية المترسبة، وهكذا يمكن أن نستغل الفرصة في هذا العنصر لنضطلع على التعريف الذي يقدمه العرب عن الصحة في قواميسهم، حيث يمكن أن نميز بين ثلاث أشكال تعرف بها الصحة:

« صَحَّ الشَّيْءُ، صَحًّا، وَصِحَّةً، وَصَحَّاحًا: بَرِيَ مِنْ كُلِّ عَيْبٍ أَوْ رَيْبٍ. »

« أَصَحَّ الرَّجُلُ: زَالَ مَا كَانَ بِهِ أَوْ بِمَا يَتَّصِلُ بِهِ مِنْ عَاهَةٍ أَوْ عَيْبٍ. »

« أَصَحَّ اللَّهُ فَلَانًا: أزال ما كان به من مرض و نحوه. »

يُنظَرُ إِلَى الصَّحَّةِ فِي الْحَالَةِ الْأُولَى عَلَى أَنَّهَا الْوَضْعِيَّةُ الَّتِي تَحُلُّ عِنْدَ غِيَابِ الْمَرَضِ، فَهِيَ بِهَذَا الْمَعْنَى لَا تَعَاشُ إِلَّا عِنْدَ اللَّحْظَةِ الَّتِي يَزُولُ فِيهَا الْمَرَضُ مِنَ الْجِسْمِ.

« الصَّحَّةُ فِي الْبَدَنِ: حَالَةٌ طَبِيعِيَّةٌ تَجْرِي أفعالها معها على المجرى الطبيعي. »

تعرف الصحة في هذه الحالة على أنها الوضعية الناجمة عن العمل الطبيعي للبدن ووظائفه.

« الصَّحِيحُ: السَّلِيمُ مِنَ الْعُيُوبِ وَ الْأَمْرَاضِ. »



## الفصل الثاني: مقاربات نظرية لقضايا الصحة و المرض

أما في الحالة الثالثة، فالصحة هي غياب الأمراض أو العيوب، فنحن في حالة صحة ما دمنا لم نتعرض لمرض معين على عكس الحالة الأولى أين تدرك الصحة عند لحظة خروج المرض.

إن كلمة الصحة أو مشتقاتها غير مرتبطة بالحالة الصحية فقط، حيث يمكن أن تحمل معنى التقويم ، حيث نقول « صحح الخبر، صحح الكتاب والحساب » « صحة الصلاة ، صحة الحديث أي خلوه من الشذوذ و العلة ، غير أن الصحة أخذت معنى مقارب لمعنى القوة في الثقافة الجزائرية على الأقل.

يرى بومدين أن الصحة في الثقافة العربية الإسلامية، ينظر إليها « كهبة زائلة يجب أن يتعامل معها الإنسان بتواضع، لأنها لا يمكن أن تكون إلا نسبية وانتقالية و عابرة » ، كما يمكن للمرض أن يحمل في بعض الأحيان مدلولاً إيجابياً باعتباره مطهراً و مكفراً، لذا يمكن أن نسمع عبارات من مثل « طهوراً إن شاء الله » يقولها الزائرون للمريض، أي أن هذا المرض يمكن أن يطهر المريض من الخطايا و الذنوب..

ثانياً: الدراسات السابقة

### 1. الدراسات الأجنبية:

#### الدراسة الأولى

• AUGUSTIN TORDIEU. استهلاك الأدوية في فرنسا، جمعية LEEM l'entreprise des médicament , 2006 .

في كل الدول المتقدمة نسبة استهلاك الأدوية ترتفع و تتزايد بسرعة أكثر من الدول المتخلفة و الإعصائيات التي تقوم بها وزارة الصحة تكشفه ، عن تزايد كبير في طلب الدواء و الخدمات الصحية.<sup>1</sup>

في 2006 وصل إجمالي المصاريف على الخدمات الصحية أي طلب العلاج و استهلاك الأدوية إلى 156.6 مليار € و ذلك بنسبة 2470 € لكل فرد (ساكن بفرنسا) خلال السنة و هذه النسبة تزيد ب 3.5% عن سنة 2005<sup>1</sup>

<sup>1</sup> مجمع اللغة العربية، 2004، ص. 507

## الفصل الثاني: مقاربات نظرية لقضايا الصحة و المرض

في الجدول الموالي عرض لتطور استهلاك الأدوية في فرنسا من 1980 إلى 2006

جدول رقم 1: تقييم استهلاك الأدوية

السنة	استهلاك الادوية (الملايين اورو)	الاستهلاك حسب الفرد و السنة بالاورو	مؤشر الحجم
1980	5 136	95	67,8
1985	9 787	177	79,8
1990	14 654	258	100,0
1995	19 258	331	115,0
2000	25 069	414	135,4
2005	31 343	500	148,6
2006	31 942	504	147,4

المصدر [www. leem. Org](http://www.leem.org)

كشفت الدراسة السابقة عن واقع استهلاك الأدوية في فرنسا حيث عرضت بالأرقام تطور استهلاك الفرد الفرنسي لدواء من 1980 إلى 2006 و هي تعطينا صورة عن استهلاك الأدوية في الدول المتقدمة و هي بذلك تفتح لنا مجالاً للمقارنة و لو ضيقاً باعتبار الجزائر دولة سائرة في طريق النمو و في دراستنا هذه نهدف إلى إيجاد تفسير سيبيولوجي لسلوك الجزائري في تناول الأدوية .



### الدراسة الثانية :

#### تأثير العوامل الاجتماعية على الصحة \* .

الدراسة هذه تدخل ضمن سلسلة من الدراسات التي أجراها الباحث حول النظام الصحي الكوبي . تحدث الباحث في هذه الدراسة حول وضعية الأنظمة الصحية على المستوى العالمي و النظام الصحي في كندا و منه تدرج إلى الحديث عن النظام الصحي في كوبا و تدرج في ذلك إلى الحديث عن الأمراض الجسدية و العقلية ,المشاكل الاجتماعية.و مدى استهلاك الخدمات الطبية,كل هذا كان ضمن العرض للوضعية الصحية في كوبا .

أما بالنسبة للعوامل الاجتماعية كما تم الإشارة إليه في عنوان الدراسة فقد صنفها الباحث على إنها عوامل اجتماعية اقتصادية و شملت هذه العوامل:ظروف العمل, الإقصاء من العمل, السكن , محيط السكن و عوامل نفسية و التي اسماها: الإحساس بالتحكم.<sup>1</sup>

يهدف الباحث من خلال هذه الدراسة إلى تفسير استهلاك الأدوية في كوبا من خلال جملة المتغيرات المذكورة أعلاه , و هو ما يعطينا صورة عن العوامل المؤثرة في سلوك استهلاك الأدوية في دولة غربية ما يعطينا مجالاً أوسع للمقارنة مع نتائج دراستنا.

### 2.الدراسات العربية:

- ماجدة السيد حافظ , ديناميات التفاعل في المؤسسات العلاجية,دراسة اجتماعية ميدانية,ماجستير علم اجتماع التنمية , جامعة عين شمس.1980.

اعتبرت الباحثة أن المحددات الصحية للمرض ليست محددات بيولوجية فقط, و إنما توجد عوامل اجتماعية و اقتصادية لها وزنها و أهميتها و ينبغي وضعها في الاعتبار بالنسبة لبعض الأمراض التي تلعب فيها الوراثة دوراً كبيراً مثل مرض السل , فقد درست الباحثة 100 من مرضى السل بمستشفى الصدر بالعباسية و مستشفى الصدر بالمرج و كانوا يمثلون 30 % من المرضى.

توصلت الباحثة إلى مجموعة من النتائج من أهمها :

\* L'influence des facteurs sociaux sur la santé et le bien-être  
Un document produit en version numérique par Jean-Marie Tremblay,

<sup>1</sup> <http://www.uqac.ca/jmt-sociologue>



## الفصل الثاني: مقاربات نظرية لقضايا الصحة و المرض

الظروف الاقتصادية و الاجتماعية و تؤثر في حدوث مرض السل, و إن نوعية الخدمات العلاجية و التفاعل الاجتماعي يتأثران تأثرا واضحا بالقدرة المالية للمريض , فكلما ارتفعت القدرة المالية للمريض ارتفعت الخدمات العلاجية و الاجتماعية المقدمة له.

الصراع من اجل الكسب افقد المؤسسة العلاجية مهمتها الأساسية لتصبح كالتاجر تبيع الصحة و الدواء كأى سلعة أخرى, و المرض عامة يعتبر مشكلة اجتماعية ناتجة عن فشل البناء الاقتصادي و الاجتماعي في تحقيق الظروف المعيشية الملائمة لبعض فئات المجتمع و أن توفير الخدمات العلاجية و الاجتماعية للمواطن يعتبر استثمارا بشريا يعود بطريقة غير مباشرة على المجتمع.<sup>1</sup>

### • الصيدلية الوطنية الجزائرية PCA : دراسة سوق الدواء في الجزائر سنة 1982 .

تضمنت الدراسة عينة تضم 1407 مفردة تضم أدوية المستشفيات و الصيدليات و تقدم هذه الدراسة هيكل استهلاك الأدوية في الجزائر حيث توزع 67 % من الحجم و بوحدة بيع كالآتي:

- أدوية مضادة للعدوى 23.7 %.
- أدوية الجهاز الهضمي 10.5 %.
- أدوية الجلد و المخاطية 9.3 %.
- أدوية لاستعمال ORL و طب العينين 8.5 %.
- أدوية الأجهزة التنفسية 7.8 %.
- أدوية الهضم المعوي 7.4 %.

حيث سمحت متا، هذه الدراسة بمعرفة أكثر الأدوية استهلاكها و ما يمكن أن يستنتج منه بمعرفة الأمراض الأكثر انتشارا.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ماجدة السيد حافظ. ديناميات التفاعل الاجتماعي في المؤسسات العلاجية. دراسة اجتماعية ميدانية. جامعة عين شمس. 1980.

<sup>2</sup> Etude CNAS. Maitrise des dépenses afférentes à la couverture des frais pharmaceutiques ;CENEAP-JUIN 2001.

## الفصل الثالث: تحليل نقدي لقضايا المرض

### أولاً: المفهوم الاجتماعي للمرض

1. المفهوم الاجتماعي للمرض
2. سلوك المريض
3. النظرة الاجتماعية للمريض
4. العلاقة بين الطبيب و المريض

### ثانياً: دور المتغيرات الاجتماعية في للمرض

1. النظم الاجتماعية و المرض
2. النظم الاقتصادية و المرض
3. النظم الدينية و المرض
4. المعايير الاجتماعية و المرض

أولاً: المفهوم الاجتماعي للصحة و المرض

كان الطب إلى عهد قريب يعتبر أن العوامل البيولوجية و الطبيعية فقط هي الأسباب الوحيدة التي تحدث الأمراض... و لكن علم الاجتماع أسهم في توضيح الأبعاد الاجتماعية و الثقافية في قضايا الصحة و المرض. مما جعل الظاهرة المرضية تكتسب بعداً آخر ألا و هو البعد الاجتماعي.

1. المفهوم الاجتماعي للمرض:

يعرف المرض بأنه الحالة التي يحدث فيها خلل إما في الناحية العضوية أو العقلية أو الاجتماعية للفرد و شأنه إعاقة قدرة الفرد على بذل الجهد لتحقيق أقل الحاجات اللازمة لأداء وظيفة مناسبة.

و عادة ما يحدث المرض نتيجة قصور عضو أو أكثر من أعضاء الجسم على القيام بدوره خير قيام كما يحدث أيضاً إذا اختل أو انعدم التوافق بين عضو أو أكثر من أعضاء الجسم في أداء وظائفه.

و هناك فرق بين المرض و الاعتلال و السقم , فالمرض يحدد بأنه الإدراك الواعي بعدم الراحة, أما الاعتلال فهو الاختلال الوظيفي و الذي يتأثر به الجانب الاجتماعي و يؤثر على علاقة الفرد بالآخرين, أما السقم فهو حالة عضوية أو نفسية للاختلال الوظيفي تؤثر على شخصية الفرد . و بهذا يكون المرض عبارة عن إقلال في قدرة الفرد على الوفاء بالتزاماته تجاه أسرته و مجتمعه و زيادة متاعبه النفسية كالتوتر و القلق و الخوف.

و إذا تتبعنا تطور فكرة المرض عبر العصور المختلفة نجد أن البدائيين اعتبروا أن حياتهم تحكمها الأرواح الخيرة والأخرى معادية لذلك كان طبيعياً لن يرجعوا المرض إلى تسلط روح معادية على الشخص المصاب و على ذلك الكاهن العلم بوسائل الأرواح يستدعي و يطلب إليه أن يطرد العفريت المسئول بأسرع ما يمكن و كلما أسرع الطبيب الكاهن في بالحضور إلى المريض كان ذلك أفضل حتى لا يقع ضرر بالغ للمريض و لقد تغير تفسير المرض في أوائل العصر الإغريقي و لكنه ظل يعتبر بأنه نتيجة أسباب فوق طبيعية فكانت ذلة الإلهة على الناس الذين أسرفوا في الطغيان و لم يدرك الأطباء بطلان هذه النظرية إلا بظهور ابي قراط في العصر الذهبي للإغريق فتعلموا أن ينظروا إلى الأمراض على أنها ظواهر طبيعية تراقب و تدرس لذلك كان طبيعياً أن ينظر رجال الطب المعاصرون إلى الإنسان على انه آلة مكسورة يجب إصلاح ما بها من عطل و مع تقدم علم الأمراض



ظهر تفسير حديث أدق لطبيعة المرض حيث أصبح ينظر إليه باعتباره نتيجة عدة عوامل مجتمعة حيث بدا ينظر إلى الإنسان باعتباره كل متكامل.<sup>1</sup>

## 2. سلوك المريض:

إن دراسة سلوك المريض تتضمن دراسة للألم و الأعراض التي يعاني منها المريض حيث أن هناك بعض الأفراد لا يستجيبون للآلام و لا يشعرون بها , على عكس أفراد آخرين يستجيبون للآلامهم و يبحثون عن مساعدة فورية لتخفيف الألم.

كان مصطلح مريض يستخدم في الماضي ليشير إلى الشخص الذي يعاني من تعب ما و كان مصطلح يطلق على صاحب العضو المريض أو جهاز مختل الوظيفة. أما الاستخدام الحديث لهذا المصطلح أصبح يشير إلى البحث عن المساعدة الطبية إلا أنه ليس بالضرورة كل من يبحث عن هذه المساعدة يعتبر مريض.

نادرا ما ينظر للمريض على أنه كل متكامل و لكن ينظر إليه باعتباره مجموعة من السمات الشخصية في نظر الطبيب, فهو يعرف جنسه و عمره و درجة بدانته, يعرف الطبيب الجنس لأنه يؤثر في حكم الطبيب على مستوى ذكاء المريض فالمرأة تبدو أكثر صمتا من الرجل و لكن في الواقع أكثر المرضى يمتازون بالصمت فهم لا يواجهون أي سؤال يعبر عن احتياجاتهم للطبيب و حين يحاول الطبيب تفسير ذلك يرجعونه إلى سلبية المريض و عدم إصدار شكوى منه أو إلى أن المريض يستغل فرصة اعتماده على غيره و هو في حالة المرض , و لذلك نجد في كثير من الأحيان أن أحكام الطبيب على المريض تكون خاطئة لان خبرات الطبيب لا تمكنه من إصدار الحكم على المريض لأنه لا يستطيع فصل موقف المريض الاجتماعي عن موقفه الطبي.

و على هذا الأساس نجد كثيرا من المرضى يعتبرون أن مرضهم لا يكون فقط نتيجة خلل عضوي و لكن نتيجة لظروف عاطفية و اجتماعية و اقتصادية و ثقافية, و لذلك على الطبيب الاهتمام بالمريض ككل.

فوجود الأعراض ليس حالة كافية يبحث فيها المريض عن المساعدة الطبية و لكن يحاول المريض أو لا تفسير الأعراض في ضوء خبراته الشخصية الماضية و في ضوء توقعاته, و أن الكثير من المرضى يلجؤون إلى طلب المساعدة غير الطبية قبل ذهابهم إلى الطبيب .لان لجوء المريض إلى الطبيب يعني عنده الحل الأخير , أو يشير إلى ظهور مشكلة في حياة المريض لا يعرف عنها شيئا .

<sup>1</sup>نادية محمد السيد. علم الاجتماع الطبي. دار الفكر العربي. القاهرة. 2001. ص ص: 263-268

و في دراسة الباحث للسلوك المرضي لا يدرس فقط الذين يبحثون عن المساعدة الطبية بل الذين لا يبحثون عنها أيضا , لان الذين يبحثون عنها يمكننا معرفتهم من خلال ترددهم على العيادات الخاصة و المستشفيات.

يمكن أن نعرف السلوك على انه كل فعل أو عمل أو نشاط أو لفظ موجه يقوم به الشخص نحو موقف أو أمر لتحقيق أهداف أو إشباع حاجات معينة.

و سلوك البحث عن المساعدة الطبية إنما يشمل قرار الفرد في عمل أي شيء تجاه الأعراض و الألم الذي يشعر به .سواء كانت هذه المساعدة طبية أو غير طبية, و في سلوك البحث عن المساعدة الطبية لابد أن يحدث احتكاك بين الطبيب و المريض, و هذا السلوك بواسطته يحصل على العناية الطبية و ذلك بذهابه إلى الطبيب أو المستشفى. أما البحث عن المساعدة غير الطبية يشمل ذهاب المريض إلى الكاهن أو القس أو احد جيرانه لاستشارتهم ,و غالبا ما يقوده البحث عن العناية غير الطبية إلى العناية الطبية فغالبا ما يستخدم المرضى المساعداتين معا.

فسلوك البحث عن المساعدة قريب جدا من السلوك المرضي و لقد وصف mechanic السلوك المرضي بأنه يتكون من مجموعة من الطرق يستطيع بها المريض أن يفهم أعراض مرضه و يقيمه و يقرر على أساسه نوع المساعدة, و لكن السلوك المرضي يمكن ألا يقود إلى سلوك البحث عن المساعدة و الذي يحدث عند شعور الإنسان بأعراض المرض , و هذا يختلف حسب شدة أو نوعية هذه الأعراض, فإذا كانت هذه الأعراض شديدة و مؤلمة و متواصلة يكون البحث عن المساعدة سريع , و طلب المساعدة من الطبيب يكون اقل بكثير من أي مساعدة أخرى يطلبها المريض خارج المستشفى سواء من أصدقائه أو جيرانه أو أهله,و ربما يرجع السبب في ذلك إلى أن الوقت الذي يقضيه الطبيب من المريض يكون معدد كذلك القواعد التنظيمية و الرسمية التي تحكم هذه الزيارة , و في عام 1963 عقد mechanic مقابلات شخصية مع 350 مريض من ولاية madison بترددون على الأطباء باستمرار و معظمهم من الطبقة الوسطى لكي يتعرف على العوامل التي تحكم عملية اختبارهم للأطباء الذين يترددون عليهم و من بين هذه العوامل:

- توصية من الأصدقاء و الجيران .
- توصية من طبيب آخر.
- مكان العيادة سهل الوصول.
- أتعاب معقولة.

حينما يذهب المريض إلى الطبيب يكون في خياله صورة معينة عن دور هذا الطبيب و كيفية انجازه لهذا الدور, و هذه الصورة في خياله إما أن تأتي من توقعاته و خبراته السابقة أو خبرات المحيطين به, أو من الثقافة الفرعية التي ينتمي إليها , و من هنا يحاول المريض أن يقيم دور الطبيب و مقدرته على العمل , فإذا اتفقت طبيعة عمل الطبيب مع توقعات المريض يتوافق معه و يتقبل علاجه و إذا اختلف دور الطبيب عما كان يتوقعه المريض يؤدي هذا إلى عدم قبول العلاج , و من هنا يتوقع المريض من الطبيب أن يأخذ بيده و يبين له الطريق إلى الشفاء.

تختلف الاستجابة للمرض من مريض إلى آخر طبقاً لظروفه الاجتماعية و الثقافية و لقد أجريت الكثير من الدراسات للتعرف على عوامل استجابة المريض للمرض و التي تتأثر بظروفه فقد لاحظ KOOS أن من أهم العوامل التي تؤثر في سرعة الاستجابة للمرض هي الطبقة الاجتماعية التي ينتمي إليها المريض فالأشخاص الذين ينتمون إلى الطبقات الاجتماعية العليا إنما يشعرون بالمرض حينما يقومون بأي مجهود من الأشخاص الذين ينتمون إلى الطبقات الدنيا, و لذلك فإن بحثهم عن المساعدة لتخفيف شعورهم بالألم , و هذا يرجع بالطبع إلى اعتبارات اقتصادية حيث أن الشخص الفقير يرى أن ذهابه إلى الطبيب سيجعله يفقد يوماً من عمله هو في حاجة إليه. كما أن هذه النوعية من المرضى تؤمن بالقدرية في المرض و هذا يجعلهم أقل اتجاهاً إلى استخدام الطب الوقائي حينما يمرضون.

و من هنا نرى أن العلاقة بين الطبقة التي ينتمي إليها المريض و بين دوره كمريض علاقة قوية, و إذا نظرنا إلى شريحة من السكان ذو مستوى اجتماعي متميز و ذو مستوى تعليمي أيضاً, المريض في هذه النوعية يهتم بنوعية غذائه و ملابسه و بصحة المنزل الذي يقطن فيه, فهو يمر بمراحل العلاج بطريقة سليمة حيث انه قادر على التحكم في اهتماماته بشرط أن تكون ملائمة لاحتياجاته العلمية و المرضية. أما الأفراد الذين ينتمون إلى الطبقة الدنيا و ذو وضع اجتماعي و اقتصادي منخفض, فهم لا يواجهون فقط مخاطر المرض بل أينما سنالز نفس العناية العسسية. من بين هذه المخاطر سوء العلاقة بينهم و بين الطبيب لعدة أسباب أولها أنهم لا يتكلمون لغة واحدة و هذا يؤدي إلى سوء فهم الطبيب إلى الكلمات الطبية التي يتفوه بها الطبيب و بالتالي على استخدامه للعلاج و قلة الرعاية الصحية , بالإضافة إلى اختلاف وجهات النظر ففي العلاج مثلاً نجد أن كثيراً من المرضى و الذين ينتمون إلى طبقات دنيا ليس لديهم القدرة على التعبير عن ذاتهم و ما بداخلهم. و لا يستطيعون أن يكونوا موضوعيين في الحكم على حياتهم العاطفية. كما أن الخوف من الطبيب النفسي يجعل المريض دائماً مراوغ في كلماته و غير واضح و بالتالي لا يساعد الطبيب على سرعة العلاج.



و من هنا نجد أن علاقة الطبيب بالمريض تتأثر إلى حد كبير بالطبقة الاجتماعية التي ينتمي إليها المريض , كما يجعل العلاج بين الطبيب و المريض عن طريق التعليم الصارم و المتواصل, فبالطبع يستطيع أن يعرف كل منهما الآخر و يستطيع تخفيف ألمه من خلال استخدام متغيرات جديدة في الصحة.

كما يلعب الدين و الأصل العرقي دور كبير في السلوك المرضي و الاستجابة للمرض, و ذلك من خلال اختلاف الاتجاهات الثقافية تكون أكثر اهتماما بالطب الشعبي حينما يمرضون في حين أن هناك جماعة ذات ثقافة مختلفة يلجؤون للبحث عن العناية الطبية الحديثة.

لقد قام zbarouskr من عام 1952-1966 بدراسة الاتجاهات و الاستجابة للألم عند المرضى الذين ينتمون إلى جماعات عرقية مختلفة و كانت دراسته تشمل مجموعتين للبحث , و أحدهما تمثل الأمريكيان القدامى و الثانية تمثل الإيطاليين , حيث أن المجموعة الأولى لا تتألم في الألم و صورها له و تستجيب له بنوع من الرزانة , في حين أن المجموعة الثانية من المرضى تتألم في صورها للألم و يكون رد الفعل العاطفي تجاه الألم شديد و مؤثرا جدا.

تفسر المجموعة الأولى المرض بأنه علامة من العلامات الخاطئة في جسم الإنسان , في حين أن المجموعة الثانية تشخصه بأنه مؤشر للعطل في الجسم, فالاختلافات العرقية إذن لها علاقة بسلوك البحث عن المساعدة فالمجموعة الأولى حينما يشعرون بالألم يلجؤون إلى الصيدلي قبل استشارة الطبيب أما المجموعة الثانية فإنهم يلجؤون إلى الطبيب المختص مجرد إحساسهم بالألم.

استجابة المرضى الأمريكيان للألم قليلة لأنهم يحولون إيجاد انسب الطرق لتحديد نوعية الألم , و هذا بالطبع يتوقف حسب موضعه و قدرته. و حينما يذهب إلى الطبيب لكي يفحصه نجده يعطي للطبيب انطباعه عن هذا الألم بالإضافة إلى الفحص الكامل لحالته حتى يساعد الطبيب على إيجاد تشخيص و علاج مناسب, و أثناء مقابلته مع الطبيب لا يصدر أي تأوه .

من هنا نجد أن هناك أنماط مختلفة للاستجابة للألم و التي تعتمد بدورها على الموقف. فبعض هذه الأنماط يظهر لأعضاء العائلة و الأصدقاء و يتكون هذا النمط من رد الفعل في محاولة تقليل الألم عنه لتحاشي غضبه و شكواه و لكن حينما نحاول معرفة أهم العناصر قدرة على التحكم في رد الفعل اتجاه الألم نجدها في رغبة المريض في التعاون مع من يقومون برعايته من أجل تخفيف الألم , و لكننا نجد أيضا اختلافات في رد الفعل ترجع إلى خبرة الأفراد حول الألم المرض الذي يسبب الألم و كذلك إلى شخصية المريض و وخلفيته الثقافية التي جاء منها.

و هناك كثير من العوامل التي تؤثر أيضا في استجابة المريض و تلك العوامل : التعليم , البيئة الاجتماعية و الاقتصادية له , فنجد أن استجابة المريض للألم تتأثر كثيرا بالأفراد الذين يقابلهم في حياته خاصة في طفولته سواء من والديه أو المدرسة أو الرفاق .

فالعائلة تلعب دورا هاما في هذا التأثير الثقافي سواء بطريقة مباشرة أو غير مباشرة . فبالرغم من أن الطفل يكتسب الكثير من الاتجاهات التي يعتنقها أصدقاؤه فاستجابة الفرد للألم تتأثر بمراحل حياته المختلفة , و من العوامل التي تؤثر على الاستجابة للمرض :

- الاتجاهات و الرغبات
- التعليم
- المكانة الاجتماعية و الاقتصادية
- الدخل
- المعتقدات الدينية
- عدد أفراد الأسرة و تركيبها
- العمر
- الجنس
- المشاكل التي تحيط بالأفراد و قدرتهم على تحمل الألم و عدم الإفصاح عنه .

تؤثر الثقافة على استجابة المريض للمرض و إدراكه له و قد حاول lyle sannders أن يجري العديد من الأبحاث لمعرفة اثر الاختلافات الثقافية بين الطبيب و المريض على دور كل منهما و على العلاقة بينهما . فاختلاف ثقافة المريض عن ثقافة الطبيب و اختلاف توقعات المريض لدور الطبيب سوف يؤدي بدوره إلى علاقة غير مرضية بينهما , أما احتمالات وجود رضا متبادل بينهما قد يحدث إذا استطاع الطبيب , أن يعرف بعض الأشياء عن ثقافة المريض .

إن اختلاف الثقافة من مجتمع لآخر إنما يؤدي بدوره إلى اختلاف اتجاهات الأفراد و استجاباتهم للألم و هذه الاتجاهات يمكن تصنيفها إلى نوعين : اتجاهات توقع الألم و اتجاهات تقبل الألم , و من أمثلة الألم المتوقع هو الألم المتوقع بعد الولادة و الألم المتوقع بعد الأنشطة الرياضية و الحرب , و هناك مثال يوضح الفرق بين الألم المتوقع و الألم المقبول فالآلام الولادة متوقعة و لكن هذا يمكن أن يقبل في دولة دون أخرى حيث أن هذا الألم غير مقبول في الولايات المتحدة الأمريكية التي تبذل قصارى جهدها من اجل تخفيف هذا الألم , و في ثقافات أخرى مثل بولندا نجد أن مثل الألم ليس فقط

متوقع بل مقبول أيضا، كما أن الثقافات التي تقوم على الانجازات العسكرية يمكن أن تتوقع و تتقبل آلام الجروح في الحرب و لكن الثقافات التي تركز على القيم المتسمة بالهدوء و التسامح نجد أنها تتوقع الألم و لكنها لا تقبله .

لقد حاول mechanic أن يدرس عينة من الأمهات و الأطفال لمعرفة العلاقة بين اتجاهات الألم و السلوك المرضي و بين هذه الاتجاهات و الاستجابة للمرض. و الاستجابة للمرض لأطفالهم، حيث جمع بيانات عن كل من الأمهات و البناء كل على حدة فوجد أن اتجاهات الأم و أفكارها تلعب دورا أساسيا في استجابة أطفالها للمرض أو عدم الاستجابة له و توصل إلى أن الذكور اقل مبالغة في شعورهم بالألم من الإناث من الأطفال و الأطفال كبار السن لا يهتمون بالمرض مثل الصغار و هذا يؤكد دور السن و الجنس في الاستجابة للمرض. فإذا نظرنا إلى الآباء و الأمهات في بداية إنجابهم للأطفال نجدهم لا يملكون الخبرة الكافية لرعاية أبنائهم و لذلك فإن أولادهم سرعان ما يمرضون أما إنجابهم فيما بعد يكون لديهم من الخبرة ما يمنع حدوث المرض لأولادهم.

و الاستجابة للمرض تتأثر بالأفكار و الخبرات القديمة و العادات و القيم الاجتماعية و قدرة العائلة على تلقين الطفل معلومات طبية أو غير طبية فالعائلة هي المجموعة الأولى التي ينتمي إليها المريض و لذلك فلها تأثير عظيم على صحة المريض و مرضه ، و رد فعله اتجاه المرض فهي التي تساعد الأشخاص المرضى بالمساعدة الفسيولوجية و السيكولوجية لتخفيف حدة الألم و القلق كما تشجعه على طاعة الطبيب و إتباع النظام العلاجي ففن الطب يشمل معرفة الطبيب بتأثير العائلة على مرض المريض و هذا سيقوي من تأثير العلاج و برغم أن الطبيب ليس لديه الوقت الكافي ليتعامل مع كل هذه المتغيرات إلا انه يجب أن يكون قادرا على معرفة المشاكل العائلية التي تحيط بالمريض و أثرها على الصحة و المرض.

و التعليم أيضا يعتبر احد العوامل التي تلعب دورا أساسيا في إحساس المريض بالألم و الاستجابة له فالمرضى الأكثر تعليما يكون عندهم وعي صحي أكثر و أكثر معرفة بأعراض المرض ، وبالتالي نجد أن هذه العوامل تساعد على توقع الألم.

أما المرضى الأقل مستوى من التعليم يكونون أكثر قلقا و بالتالي تزداد نسبة استجابتهم للألم ، و من العوامل التي تؤثر على استجابة المريض هي الوظيفة التي يشغلها المريض فالعمال اليدويين أكثر استجابة للألم من العمال المهنيين أما صداع الرأس فهو أكثر انتشارا بين العمال بالوظائف الفكرية من الذين يعملون بالوظائف اليدوية.



من أهم العوامل التي تؤثر على استجابة المريض للظروف الصعبة التي يمر بها فإذا كان المرض شيئاً خطيراً , فهناك من يستجيب لهذه الفكرة و هناك من يرفضها و من أسباب استجابة الأفراد التركيبية العاطفية للإنسان أو تعرضه لمضايقات مختلفة في حياته تجعله يستجيب للمرض و يسرع إلى البحث عن مساعدة تخلصه من هذا الشعور.

حاول volhert و mechanic دراسة العلاقة بين الشعور بالخطر و السلوك المرضي و ذلك باستخدام عينة من 600 طالب في الجهات المختلفة فوجد أن شعور الإنسان بالخطر يجعله يسلك السلوك المرضي و يتجه إلى اخذ النصيحة من الأطباء و تقديم التسهيلات الطبية لهم أما عدم شعور الإنسان بالخطر يجعله يبتعد عن سلك مثل هذا السلوك , كما يرى resnstack أن المخاطر التي تصادف الإنسان تجعله يربط بينهما و بين سلوك المرض و هو الصراع بين الأهداف و الدوافع.

كما يلعب الضغط النفسي دوراً هاماً في سلوك المرض و في البحث عن المساعدة الطبية حسب هذا النوع من الضغط , فالضغط الشخصي مثل الصدمات العاطفية تقود إلى السلوك المرضي و إلى البحث عن المساعدة الطبية أكثر من الضغط غير الشخصي مثل الضيق المالي فإدراك الألم لا يتوقف فقط على طبيعة أعراض المرض و لكن يتأثر أيضاً ببعض العوامل كوجود أو غياب الضغط أو الإجهاد على المريض , فسلوك المريض في البحث عن المساعدة يحدث عندما يقوم الشخص بالبحث عن المساعدة للتخلص من الألم , و هذا البحث عن المساعدة قد يكون طبي حينما يلجأ المريض إلى الطبي أو غير طبي حينما يتكلم المريض مع صديق له.

و تعتبر شخصية الفرد من أهم العوامل التي تؤثر على استجابته للأمراض, فالشخصية بمعناها الواسع إنما تشير إلى أنماط الفرد المختلفة سواء ما تعلق منها بالفكر أو السلوك أو مشاعر الأفراد كما يشمل المصطلح أيضاً نموذج الإدراك و المزاج و تحمل القلق و أنماط الدفاع و مكافحة المرض. برغم انه لكل فرد شخصيته الفريدة المستقلة إلا انه من المفيد في العناية الطبية تصنيف المرض حسب نوع الشخصية لإدراك مدى الاختلاف للاستجابة للمرض كما أن الاقتراب من شخصية المريض تساعدنا على فهم معنى المرض , كما أنها تؤثر على سرفتنا بتكيفية انجاز المريض لدوره و إمدادنا بطرق متقدمة للفاعل مع المرصى, حيث وصف kibring و kahana عام 1964 العديد من الأنواع لشخصية المرضى و حاولا معرفة اثر كل منهما على الاستجابة للمرض و تفاعله مع الطبيب و هذه الشخصيات:

• المريض ألتكالي: مرضى هذا النوع يحتاجون إلى زيادة طمأنينتهم, و يحتاجون إلى اهتمام خاص من أطبائهم و يرجع معظم المرضى مرضهم إلى نقص الاهتمام من الآخرين, و يفقد مرضى هذا النوع أن الطبيب يملك القدرة على شفائهم.

• المرضى المنضبطين و المنظمين: هذا النوع من المرضى حينما يذهب إلى الطبيب يكون بغرض العلاج و ذلك يظهر في وصفهم الكامل للأعراض و هذا النوع من المرضى يكون لديهم الرغبة في التحكم في ذاته , و لذلك فهو يحتاج إلى البحث عن النصيحة و المساعدة من متخصص و ميزة هذا النوع من المرضى انه يساهم في عملية العلاج و ذلك بدقته في تدوين الملاحظات اليومية لأعراض المرض و تسجيلها و إعطائها للطبيب.

• المرضى العاطفيون: هذا النوع من المرضى يعتبرون أن علاقتهم بالطبيب علاقة خاصة حيث أنهم يحولون أن يكون سلوكهم جذاب و مرغوب فيه من الآخرين حتى يحصل على أكبر قدر من العناية و المساعدة , و إذا لم يجد المريض هذا الشعور من الآخرين يشتد مرضه, و لكن هذا النوع من المرضى يستجيب للعلاج إذا وجد استجابة من الطبيب و ازدادت العناية به و يؤكد دائما على إعادة تطمينه.

• المرضى المصححون: هذا النوع من المرضى مشكلة بالنسبة للأطباء , حيث أن الطبيب حينما يصف له دواء ما فانه لا يلبث أن يعود إليه كثير الشكوى عما قبل و يبدأ في توجيه اللوم للأطباء و يرجع هذا بالطبع إلى سوء حظهم و هم يحملون الأطباء نوع من الذنب لأنه أضاف إليه المزيد من المتاعب و هذا المريض سريع التنقل من طبيب إلى آخر.

• المرضى النازعين إلى الشك: يوجه هذا النوع من المرضى اللوم إلى الآخرين و اتهامهم بأنهم السبب في مرضهم , و لذلك فان هذا النوع لا يتميز بدور المريض فاعتماده على الأطباء يزود من شعورهم بالاحتمالية , ورغم أنهم يدرون أن حالة المرض غير مرغوب فيها إلا أنهم لا يستطيعون الثقة في الأطباء ثقة كاملة للتعاون معهم و هناك طريقة سليمة للتعامل مع هؤلاء المرضى, و هو أن يكون الطبيب حيادي في الاهتمام بشكوكهم و نقدهم و يحاول ألا يثيرهم أو يناقشهم أما طبيعة علاج هؤلاء المرضى لا تتمثل فقط في نقص الشك لديهم بل بانخفاض شكواهم بزيادة الاهتمام بهم.

و من العوامل التي تساعد في زيادة استجابة الإنسان للمرض:

1. إمكانية إدراك و رؤية الأعراض:

يرى البعض أن قدرة المريض على معرفة و رؤية و إدراك بعض الأعراض التي يعاني منها تجعله يستجيب لهذه الأعراض بسهولة , و من هذه الأعراض مثلا إحساس المريض بالصداع و هناك

كثير من الأمراض التي يكتشف المريض أعراضها متأخرا مثل سرطان الجلد أو الرئة أو سرطان المعدة هذه الحالات يتعذر على المريض إدراكها أو الشعور بألم نتيجة لها و بالتالي لا يستجيب لهذه الأعراض كما الحال في الكثير من الأمراض.

2. قدرة المريض على تقدير مدى خطورة المرض:

كما أن إدراك المريض لمدى خطورة الأعراض التي يعانيتها تساعد على استجابته للمرض ، فإحساس المريض بدرجة خطورة أعراضه يجعله يسرع للبحث عن المساعدة الطبية للتخلص منها ، أما إذا لم يشعر بدرجة خطورة الأعراض فإنه لا يستجيب لها و لا يبحث عن المساعدة الطبية للقضاء عليها.

3. تأثير الأمراض على النشاط الاجتماعي:

من العوامل الأساسية التي تؤثر على سرعة استجابة المريض تأثير أعراض المرض على حياته بوجه عام سواء كان هذا التأثير على أسرته أو عمله أو أي نشاط اجتماعي آخر، فحينما يشعر المريض أن هذه الأعراض تؤثر على أي جانب من جوانب حياته يستجيب لهذه الأعراض و يسرع إلى الذهاب إلى الطبيب لإعطائه العلاج ليستطيع ممارسة حياته كما كانت.

4. تكرار ظهور أعراض المرض:

إن تكرار ظهور أعراض المرض من فترة إلى أخرى يسرع من استجابة المريض و لجوئه إلى الطبيب لكي يتخلص من عودة هذه الأعراض مرة أخرى.

5. قدرة المريض على تحمل المرض:

عدم تحمل المريض للمرض هو من أهم العوامل التي تساعد على سرعة استجابة المريض للمرض و لجوئه إلى الطبيب لان قدرة المريض على تحمل الأعراض و تجاهلها من شأنه أن يقلل من الاستجابة للأعراض.



6. تنافس الحاجات مع الاستجابة للمرض:

تتوقف استجابة المريض للمرض أو عدم استجابته له على معرفة الحاجات الأساسية للإنسان، فإذا شعر الإنسان ببعض الأعراض المرضية لكنه في ذات الوقت لا يملك المال الذي يمكنه من العلاج، فالحاجة إذن تلعب دوراً أساسياً في الاستجابة أو عدم الاستجابة.<sup>1</sup>

3. الدور الاجتماعي للطبيب

يعتبر دور الطبيب من الأدوار الهامة نظراً لأنه يحتوي على جانبين أساسيين :

الجانب الأول هو الجانب الطبي المتخصص المعروف للطبيب و الجانب الثاني هو الجانب الاجتماعي و يحتوي دور المريض على قيم و معايير و أخلاقيات تملئ على الطبيب القيام بواجبه و أدائه لدوره و تكون بمثابة قوانين يحترمها و ينفذها ، و يرتبط دور الطبيب ارتباطاً تاماً بدور المريض ، فالمريض يقبل التعاون مع الطبيب و الطبيب يحول تطبيق معلوماته و مهاراته من أجل منفعة المريض و من أجل تشخيص المرض و العلاج، و إذا لم يحاول الطبيب بطريقة ودية معرفة بعض الأمور المتصلة بالمريض و التي غالباً لا تكون معروفة لغيره، فمن الضروري أن يقوم الطبيب بالفحوص الطبية و أن يحصل على كل المعلومات التي يرى أنها ذات صلة بموضوع المرض حيث أن توتر المريض غالباً ما ينشأ عن الطبيعة الطبية غير الشخصية للممارسة الطبية التي غالباً ما تخضع للالتزامات الطبيب و التي تفرض عليه أن يكون موضوعياً و غير متحيز أو عاطفياً للمرض.

و قد وضع بارسونز مجموعة من النقاط التي يجب أن يلتزم بها الطبيب إلى حد ما من أجل أن يتوافق سلوكه مع ما يتوقعة المجتمع.

- أن يستخدم الطبيب كل خبراته و مهاراته و معرفته لحل نل سائل المريض.
- أن يكون هدفه الأول رفاهية المريض و تحسين صحته و يكون هذا فوق اهتماماته الشخصية .
- أن يكون حكمه على المرض عن طريق خبرته و ممارسته الطبية المنحصصة.
- أن ينعهد بان يكون متعاوناً في الوظائف التي تساهم في المحافظة على صحة الفرد ذاته و أن يكون هو المبادر بالدور الأقوى و الفعال في علاقته بمرضاه.
- أن يكون الطبيب مقتدراً و متخصصاً في مجال العناية حتى يستطيع أن يتعامل مع مواقف الضعف الصحي.

<sup>1</sup>المرجع السابق. ص ص 266-270

فدور الطبيب ينبثق من طبيعة الموقف بينه و بين مرضاه , فعلاج الطبيب للمريض لا يكون نتيجة احتياجات الطبيب الفردية و إنما نتيجة الاحتياجات الصحية للمجتمع فرعاية المريض هي التي تسيطر على الموقف و ليست اهتمامات الطبيب الشخصية .

التخصص الوظيفي الذي يسهم به الطبيب في دوره الاجتماعي يجب أن تكون نشاطاته مقتصرة على الناحية الطبية و الاجتماعية فلا يتوقع من الطبيب أن يكون خبيراً في الشؤون الدينية أو السياسية, و يشترط أن يكون هذا التخصص الوظيفي عاماً و شاملاً للعناية الطبية الكاملة فعلى الطبيب أن يكون على دراية بتفاصيل كثيرة من حياة المريض حتى يتمكن من مساعدته في الشفاء.

كما يجب على الطبيب أن يكون حيادياً سواء أحب المريض أو لا و ينبغي أن يعامله بشكل مرض و أن يضع رفاهية المريض فوق كل الاعتبارات و الاهتمامات الشخصية. كما على الطبيب ألا يندمج عاطفياً مع المريض لدرجة تحطم أحكامه الموضوعية , فحيادية الطبيب لا تعني أن يكون غير حساس أو يتسم بالقسوة في معاملته لمرضاه و لكنها تعني أن يشارك المريض وجدانياً و لكن لا تصل هذه المشاركة إلى التعاطف معه و تؤدي إلى عدم وضوح أحكامه.

و من الاتجاهات التي يجب على الطبيب أن يسلكها هي العمومية و الشمولية و يقصد بالعمومية أن الطبيب يجب أن يعالج كل المرضى بطريقة واحدة و لا يعني ذلك وصف علاج واحد و إنما أن ينظر إلى كل المرضى على أنهم متساوون في الصحة و المرض و لا يفرق بينهم شيء كالجنس أو المقدرة المالية.

### 4. العلاقة بين الطبيب و المريض

أثرت التغيرات التي حدثت في المجال الطبي على علاقة الأطباء بالمرضى و من هذه التغيرات ما يتعلق بدور الطبيب , ففي منتصف القرن 19 كان الأطباء يعملون في المدن و يعتمدون في معيشتهم على خدمة الطبقة المتوسطة أما المستشفيات كانت مليئة بالفقراء تحاول أن تعتني بهم و تعالجهم.

من أهم المتغيرات التي حدثت في علاقة الطبيب بالمريض هي المشاركة فقد أثبتت البحوث أن الطبيب كان يميل إلى العمل بمفرده أما الآن أصبح يميل إلى العمل مع الجماعة أكثر حيث أصبحت العلاقة علاقة صداقة أكثر من أنها علاقة عمل.

أصبح الكثير من الأطباء يعتقدون أن مرضاهم على درجة كبيرة من الوعي الصحي و معرفة كل ما يتعلق بالصحة و المرض و يرجع ذلك في نظرهم لانتشار وسائل الإعلام كالتلفزيون و الراديو و هذا بدوره غير من آمال المريض و توقعاته عند زيارته لاستشارة الطبيب و من هذه التغيرات تحديد

الميعاد قبل الذهاب إلى الطبيب و توقع المريض في بعض الأحيان لنوع الدواء الذي سيأخذه و من هذه التغيرات أيضا نظرة و اتجاه المريض للدواء , و قد نشأت هذه التغيرات من طبيعة النقد الذي يوجهه المريض إلى وصفات الطبيب الطبية و عاداته في وصفها , فذهاب المريض لاستشارة الطبيب أصبحت لا تعني طلب الاستشارة و الطمأنينة و حسب الآن المريض مثل الطبيب كلاهما يساهم في وصف العلاج , و أصبح المريض يتردد على الطبيب الذي يهتم أكثر بالفحص و إعطاء معلومات للمريض و مناقشته.

كما يعتقد الكثير أن الطبيب الذي يرى أن معظم الاستشارات التي تأتي له تافهة فهو لا يملك القدرة على التشخيص السليم أو انه يتلقى فيها محاضرات كافية و لكن نتيجة لانتشار التعليم بصورة واسعة بين طلبة الطب للدراسات العليا أصبح هناك انخفاض واسع في نسبة الاستشارة التي يشعر الطبيب بأنها تافهة, و يتلقى الكثير من النقد من جانب مرضاه حيث أنهم يرون انه لا يعطيهم الوقت الكافي و يسرع في فحصهم.

من بين الظواهر الملحوظة أيضا هو عدم طاعة المريض و تعاونه مع الطبيب , برغم اختلاف التعريفات و إجراءات القياس لطاعة المريض و تعاونه مع الطبيب , تؤكد الأبحاث على عدم طاعة المريض للطبيب و فشله في تتبع نصائح الطبيب و هذه الظاهرة تؤدي إلى تهديد طرق العلاج و ذلك للأسباب التالية:

- أنها تعمل على تمزيق و إنكار الخدمات العلاجية و الوقائية التي يمكن أن تقدم للمريض.
- أنها تؤدي إلى عدم اهتمام المريض بإجراءات التشخيص و العلاج مما يؤدي إلى نتائج خطيرة.
- تؤثر على العلاقة بين الطبيب و المريض.
- يكون لها تأثير سلبي على فهم المريض للخدمات التي تقدم إليه و ذلك بأنها تؤدي إلى عدم إرضائه من توزيع الخدمات الصحية.
- تؤثر على مقدرة الطبيب في معرفة و تقييم نوعية الخدمات المقدمة للمرضى.
- تؤدي إلى وصول المجتمع إلى حالة من الإحباط بالنسبة للخدمات العلاجية و الطبية.

كما يطلق على فشل المريض في متابعة توصيات الطبيب والاعتناء بالصحة : نقص التعاون أو نقص الطاعة , و عدم تعاون المريض يحدث في أشكال كثيرة و بطرق متنوعة فغالبا ما يفشل المريض في التعاون مع النظام العلاجي نتيجة لنيانته مثلا لعدد جرعات الدواء و لذلك يكون نقص



تعاون المريض مع الطبيب إلى نقص فهم المريض , لكي ينفذ المريض توصيات الطبيب بشأن عدد الجرعات أو المدة أو المكان , فهذا يحتاج أولاً لفهم المريض لكل هذه التعليمات. كما قد يعود عدم تعاون المريض مع الطبيب إلى عدم رغبة المريض في تغيير نمط حياته. فتوصيات الطبيب للمريض بتغيير وجبات الغذاء أو القيام ببعض التمارين الرياضية أو تجنبه للتدخين .كل هذه التوصيات تتطلب منه تغيير هذا النمط نظراً إلى أن كثير من الأطباء ليس لديهم معلومات كافية عن أسباب نقص التعاون مع الطبيب أو النظام العلاجي و ذلك لاعتقادهم أن عدم تعاون المريض يحدث فقط أثناء جلوسه في العيادة , حيث أن عدم التعاون يمكن أن يحدث في أي مكان يتلقى فيه المريض توصيات .كما أنهم يعتقدون أن عدم التعاون يمكن أن يكون فقط من المرضى غير المتعلمين أو الذين ينتمون إلى الطبقات الدنيا و إلى نقص المعرفة لديهم أو عدم الفهم للنظام العلاجي.<sup>1</sup>

ثانياً: دور المتغيرات الاجتماعية في الصحة و المرض

### 1.النظم الاجتماعية و المرض

هناك ما يسمى بالنظم الاجتماعية الأساسية و التي تشتمل جميع النظم التي تعتبر ضرورية لقيام الصورة أو الشكل الاجتماعي و مثل ذلك النظم الأسرية و الملكية و الدين و المدرسة، أما النظم الاجتماعية الثانوية فهي و إن كانت مفيدة إلا أن الحياة لا تتوقف بدونها من أمثالها: النظم الخاصة بالتربية و الرعاية الاجتماعية.

و سنأخذ في هذه النقاط النظم الأسرية:

الأسرة وتعني معيشة رجل و امرأة أو أكثر معا على أساس الدخول في علاقات جنسية يقرها المجتمع و ما يترتب عن ذلك من حقوق و واجبات كإعانة الأطفال و تربيتهم و كذلك امتيازات كل الزوجين إزاء الأخر و إزاء أقاربهم و إزاء المجتمع ككل.

كلمة أسرة تعني الجماعة المتكونة من الزوج و الزوجة و أبنائهما الغير متزوجين و المقيمين في منزل واحد. أما كلمة عائلة فتطلق على الزوج و الزوجة و أبنائهما المتزوجين و الغير متزوجين و الأعمام...الذين يقيمون في مكان واحد.

إن أكثر النظم الأسرية انتشاراً هو ذلك النظام الذي يقوم على أساس من الزوج الواحد و الزوجة الواحدة و أطفالهما و مع ذلك فقد رأى ميردوك في دراسة أجراها ل 192 مجتمع إنساني أن

<sup>1</sup>نادية عمر السيد. نفس المرجع. ص ص 154-155

25% منها يأخذ بنظام الأسرة الزوجية المكونة من زوج واحد و زوجة واحدة و أطفالهما و أن  
38% يأخذ بنظام الأسرة المتعددة (تتكون على الأقل من عائلتين صغيرتين إحداهما امتداد للأخرى).

و من تلك المجتمعات 53 مجتمعا تأخذ بنظام الأسرة متعددة الزوجات و الأزواج.

تلجا العديد من الأسر في مختلف دول العالم إلى تخطيط أو تنظيم الأسرة و المقصود بتنظيم  
الأسرة هو الحصول على الأطفال بالاختيار أي في الأوقات التي نرغب فيها وليس بمحض الصدفة أي  
وفقا لتخطيط بلائم حاجات الأسرة الاقتصادية و الاجتماعية و البيولوجية و تباعد الولادات حتى تحقق  
الصحة المثلى . و يكون ذلك وفق :

تتقيف الأبوين

التربية الجنسية

معالجة عدم الخصوبة

تسجيل تاريخ الأبوين

فحص فيزيقي كامل

الفحوص المعملية و العلاج.<sup>1</sup>

## 2.النظم الاقتصادية و المرض:

يقصد بالنظم الاقتصادية الأساليب المستخدمة في إشباع حاجات الإنسان المادية و رغم تنوع  
تلك الأساليب و تمايزها من مجتمع إلى آخر تتفق جميعا في ثلاث أسس هي الموارد و الأدوات و  
العمل الإنساني.

و للعوامل الاقتصادية دورها في إعطاء النظم الاجتماعية الأخرى شكلها و صورتها فهي تحدد  
مثلا نوع التعليم الذي يمكن أن يتلقاه الفرد كما تعين نوع المهنة التي يعمل بها كذلك فهي تحدد مكانته  
و دوره و مركزه و الطبقة الاجتماعية التي ينتمي إليها , كما أن لها دورا في تكوين الأسرة , فالأسرة  
الصغيرة عندما تتكون فهي لا تعبر فقط عن رغبتها في المعيشة فحسب بل يتحمل كل من الزوجين  
أعباء لم يكن يتحملها أي من الزوجين من قبل.

<sup>1</sup>المرجع السابق.ص ص: 218-221

ترتبط النظم الاقتصادية بالأمراض ارتباطا وثيقا ففي المرحلة الأولى من الإنسانية كان الإنسان يعيش على جمع الثمار و الحيوانات التي يصطادها و يتخذ من بعض الأدوات البدائية المصنوعة من الخشب و الحجر فتعرضت حياته لبعض الأمراض مثل : الهذيان الملاريا التيفوس و الحمى ... كما ظهرت المجاعات و ازدادت الحوادث.

كما تتعلق بعض الأمراض بنوع المهنة فمثلا نجد أن الفلاح الكادح الذي يزرع الأرض بيديه لا يصاب بتصلب الشرايين و لا ضغط الدم في حين كثيرا ما نسمع عن وفاة احد رجال الأعمال بمثل ذلك , كما قد تؤدي بعض المهن إلى الإصابة بأمراض عقلية. كما هو الحال بالنسبة للعمال بمناجم الرصاص و المصانع الكيماوية.

كما ترتبط الصحة و المرض بحالة الفقر و الغنى , فليس حتما أن يكون الفقير أكثر تعرضا للمرض من الغني فالفقر قد يسبب المرض بما يفرضه على الفقير من سوء التغذية أو سوء المسكن و يعد مرض الكوليرا مرض الفقراء.

و لكن الغني أيضا يصاب بالمرض نتيجة الإسراف في المأكل و المشرب و اللهو.

و قد يضع الطبيب نظاما معين في التغذية يصعب على المريض تنفيذه لارتفاع تكاليفه فتسوء صحته كما قد يرى الطبيب أن على المريض الاستراحة لفترة طويلة دون عمل لكن الحاجة الاقتصادية للمريض تدفعه إلى عدم تنفيذ ذلك فتسوء حالة المريض. قد ينصح الطبيب بتقليص عدد ساعات العمل و لكن هذا قد يعني للمريض نقصا في دخله و لا يستطيع العيش بهذا الدخل المنخفض قد يشير الطبيب إلى ضرورة تغير العمل ليتلاءم مع الحالة الصحية مع المريض و في غياب فرص العمل و ضغط الحالة الاقتصادية لا يساعد المريض على إحداث التغيير كما قد يوجه الطبيب إلى ضرورة تغيير المسكن إذا كان سببا في الحالة المرضية و تحول الحالة الاقتصادية دون ذلك . فتتنكس حالة المريض كما قد ينتقل المرض إلى احد أفراد العائلة.<sup>1</sup>

### 3.النظم الدينية و المرض

من الصعوبة بما كان تعريف الدين لأنه يتضمن علاقة الفرد و مجموعة القوى التي تعلوه هذه القوى الفوق طبيعية تسمى بأسماء مختلفة منها المانا mana و البودا و الله و يتجلى الدين في ثلاثة مظاهر أساسية :

<sup>1</sup>المرجع السابق.ص ص 234-241



يصور الدين الطبيعة و صفات الله.

يتضمن الدين مجموعة من العقائد تخص الواجبات و الالتزامات المتبادلة بين الله و البشر.

يحتوي الدين مجموعة من أنماط السلوك تعبر عن إرادة الله و يرضى عنها ضمير الفرد.

فالدين هو موجود في كل مجتمع إنساني و هو ينشأ عن حاجات البشر و يقدم طرقا لإشباعها. فالمعتقدات و الشعائر الدينية أيا كان شكلها و نظامها لها دور في الحياة الاجتماعية فهي تهدف إلى تماسك المجتمع و ترابط أفرادها فيمثل الدين أداة قيمة في الحفاظ على الروح القبلية أو الوطنية و حفظها كما له وظائف نفسية مثل الشعور بالراحة و القوة للاعتقاد بوجود قوة غيبية تساعد الإنسان في حياته و بعد مماته.

إن الدين بوصفه من النظم الاجتماعية له علاقة بالنظم الصحية قديمة قدم المجتمعات الإنسانية فقد أكدت معظم الأديان على ضرورة الاهتمام بالفئات المحتاجة و تقديم العون لها بما يحفظ لها كرامتها و يقيها من الإهمال و العنف في مقدمة هذه الفئات المرضى و المعوقون.

اعتقد البدائيون من الناس أن حياتهم تحكمها أرواح خيرة و أخرى معادية و لذلك كان طبيعيا أن يرجعوا المرضى إلى تسلط روح معادية على الشخص المصاب و على الكاهن أو الساحر العالم بوسائل الأرواح يستدعى و يطلب إليه أن يطرد العفريت بأسرع ما يمكن و ابتدع الكهنة أو اكتشفوا بعض العقاقير التي كانت تشفي بعض الأمراض فكان الأطباء و المعالجين من يتم على أيديهم العلاج.

كانت الفكرة السائدة لدى القدماء المصريين أن الأمراض تنشأ من غضب آلهتهم عليهم و من تأثير أرواح الموتى و تقمصها لجسد المريض و امتلاكه و أن هذه الأمراض بعد دخولها للجسم منها ما يصيب العظام أو يعيش على لحمه و منها ما يفتك بالأعضاء و منها ما يشرب دم المريض من جراء و يموت المريض من جراء فتكها بأجهزته إلا إذا كان في الاستطاعة طردها قبل أن تسبب أذى جسيما بجسده و لذلك كان من أهم دعائم علاجهم معرفة الطلسم و السحر لطرد هذه الأرواح الخيرة و القضاء عليها بالتعاون و الرقى ثم يشرع بعد ذلك في استعمال الدواء و الغذاء لمعالجة الأضرار الحسية التي تنشأ من دخول الروح الشريرة لجسد المريض و كانوا يعلقون قطعاً من الحجارة أو الخرز أو الخشب على رقابهم أو يربطونها ببعض من أعضائهم، اتقاء المرض و كان المجنون عند عرب الجاهلية رجل صرخته جنية و المجنونة صرعا جنيا و ذلك عن طريق العشق و الهوى و شهوة النكاح و كانوا يعتقدون أن الصرع نتيجة لمخالطة الجن للإنس و كان لديهم كغيرهم من الشعوب طريقتان للعلاج طريقة و العقاقير و طريقة الكهنة و العرافين.

و كان الطب اليوناني يقوم على الدين و السحر و قد أشار هيبوقراط في كتابه حالات الأمراض المقدسة أن المرض ينجم عن نفس الأسباب التي تترتب عليها الأمراض الأخرى و هي أشياء تصيب الجسم أو تذهب عنه كالبرد و الشمس و تغيرات الرياح و تلك أشياء مقدسة و جاء الفيزيقيون افلاطون و ارسطو و اشارو إلى قدسية الشمس و النجوم و الرياح.

و في الديانة الإسلامية امتلأت السنة الشريفة بأحاديث الرسول عليه الصلاة و السلام التي تحث على العناية بالصحة لما فيها من اثر على الحياة فيقول عليه الصلاة و السلام المؤمن القوي خير من المؤمن الضعيف و صوموا تصحوا و بني الإسلام على النظافة فيقول الرسول الطهور شرط الأيمان و النظافة من الأيمان و شجع الرسول على دراسة الطب فيقول تداووا فان الله لم يضع داء إلا وضع له الدواء غير داء واحد هو الهرم.

و قد حاولنا عرض تفصيل عن النظرية الطبية في القران الكريم في الفصل الخاص بالأصول النظرية.<sup>1</sup>

#### 4. المعايير الاجتماعية و المرض:

يكتسب الإنسان خلال معيشته داخل الجماعة و في بيئته الاجتماعية كثيرا من التصورات و الأفكار التي يزوده بها المجتمع و تعمل المعايير الاجتماعية على إقامة نسق من التبريرات و التعقلات للظروف الراهنة و الموجودة فعلا و توجه الأفعال و يقاس على أساسها سلوك الأفراد و الجماعة و هي تتكون من العادات و العرف و القيم الاجتماعية و الرقابة الاجتماعية و الرأي العام.

و فيما يلي تعريف كل عنصر على حدى:

#### العادات :

العادات هي قاعدة أو معيار للسلوك الجمعي أصبح شائعا بفضل التكرار المستمر للسلوك الفردي على نحو شبه آلي يصل إليه الفرد بعد تعلم و تدريب و إلى هذا السلباع الشبه آلي يعزى الشعور بعدم الارتياح الذي نحس به عندما نسلك أي سلوكا خارجا عن تلك العادات.

<sup>1</sup> المرجع السابق. ص ص: 278-281

### العرف:

ينحصر نطاق العرف في طبقات أو مجموعات قائمة و هو يرتبط بطرائق السلوك التي تعدها تلك الطبقات أو المجموعات القائمة و لكن العرف لا يكاد يمس الحاجات الأساسية للحياة بنفس العمق الذي تمسها به الأخلاق أو القواعد التشريعية.

### القيم:

كل مجتمع له طابعه الخاص في النظر إلى الخصائص التي تجعل الفرد صالحا و صادقا و محترما و القيم هي الصفات الإنسانية التي يفضلها الناس و يرغبون فيها. و هي كل الموضوعات و الظروف و المبادئ التي أصبحت ذات معنى خلال تجربة الإنسان الطويلة كالشجاعة و القوة والاحتمال و المهارة النفسية و ضبط النفس...و القيم ليست هذه الصفات فقط بل هي كذلك أنماط السلوك التي تعبر عن هذه القيم و تحقق القيم الوحدة للمجتمع لأنها تعمل على إقامة نقاط تلتقي عندها التصرفات و الأفعال. و لذلك كان من يتمسكون بقيم المجتمع يحصلون على مراكز مرموقة في المجتمع.

### الرقابة الاجتماعية:

تتخذ الرقابة الاجتماعية أشكالا متعددة , فقد تتخذ شكل القوة المادية أو المعنوية, و القوانين الجنائية و المدنية و التجارية تعتبر من أهم مظاهر الرقابة . و كذلك الصحافة و الإذاعة المسموعة و المرئية كما تعتبر الترقيات و العلاوات و الدبلومات و الجوائز و الفصل أشكالا من الرقابة الاجتماعية .

و الرقابة الاجتماعية مهمة لان الفرد لو ترك بمفرده دون رقابة فانه سوف يضرب بالمعايير الاجتماعية عرض الحائط و تتجلى الرقابة الاجتماعية في محيط المدرسة و اللعب و المدرسة و المجتمع الكبير.

### الرأي العام:

الرأي العام هو مجموع الآراء و الاتجاه العام الذي يسود المجتمع نحو موضوع معين , و لما كان من الصعب أن ينفق جميع أفراد المجتمع على موضوع معين , فان الرأي العام يبني على أساس رأى الأغلبية انه إذن ظاهرة اجتماعية تنتج عن تفاعل مجموعة من الآراء المختلفة التي تسود المجتمع.



لا شك أن هناك علاقة بين العادات و الأمراض فتعد عادة تعاطي المخدرات مرضا اجتماعيا خطيرا يترتب عليه تدهور في الصحة و تلف الدماغ قد يؤدي إلى الشلل و الوفاة و كشفت العديد من الدراسات في الولايات المتحدة الأمريكية أن عادة التدخين ترتبط ارتباطا وثيقا بمرض الشعب الهوائية المزمن.

و تعالج بعض الأمراض مثل مرض القلب بواسطة تكوين بعض العادات الاجتماعية كعادات : ترك القلق و الابتعاد عن المأكولات الدسمة و استعمال زيت الذرة بدل السمن الصناعي, ممارسة الرياضة إنقاص الوزن و تنظيم المعيشة تنظيما دقيقا .. كما يستند علاج بعض الأمراض إلى عادات و تقاليد و أعراف و من أمثلة ذلك العلاج بكي النار و هي عادة منتشرة في الريف فيقوم الأهالي بمعالجة الروماتيزم و الأورام المزمنة بالكي بالنار فوقها و قد يؤدي هذا إلى تلوث الجرح الناتج عن الكي و يؤدي إلى مضاعفات عديدة.

و يلجا بعض المرضى بأمراض مزمنة و خاصة الأمراض العصبية إلى إقامة حفلات زار اعتقادا منهم أن سبب المرض وجود جن على صورة زوج أو زوجة للمريض و تعمل طبول الزار على إسعاد هذا الرفيق فيخفف عن المريض كما يلجا بعض المرضى إلى استخدام الأحجبة كعلاج أو إجراء وقائي من العين الحاسدة,

و ترتبط بعض الأمراض بالقيم الاجتماعية السائدة في المجتمع إذ نتج الجرب عن قيمة عدم النظافة و عدم الاهتمام بغلي الملابس. و كذلك فبعض الناس يعتقدون في قيمة القضاء و القدر و أن الأعمار بيد الله مستندين إلى الآية الكريمة التي تقول سيدركم الموت و لو كنتم في بروج مشيدة.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>المرجع السابق. ص ص 291- 294

## الفصل الرابع: واقع الصحة و استهلاك الأدوية في الجزائر

### أولاً: الصحة في الجزائر

1. الخصائص الديموغرافية في المجتمع الجزائري
2. الخصائص الصحية في الجزائر
3. سوق الأدوية في العالم
4. سوق الأدوية في الجزائر

### ثانياً: النظام الصحي في الجزائر

1. التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر
2. نظام التأمين الاجتماعي (تأمين المرض)
3. الصناديق التي لها علاقة مع تأمين المرض: CNAS و CASNOS
4. النظام الصيدلاني في الجزائر

### ثالثاً: الأدوية في الجزائر

1. علم الأدوية الفارماكولوجيا
2. معايير وصف الدواء
3. الأدوية والتأمين الاجتماعي
4. إحصائيات عن استهلاك الأدوية

## أولاً: الصحة في الجزائر

الصحة هي حالة الاكتمال للياقة البدنية و النفسية و الاجتماعية و لا تقتصر فقط على مجرد انعدام المرض أو الداء.

و يمكن أن نعرف النظام الصحي الوطني بأنه مجموع الأعمال و الوسائل التي تضمن حماية صحة السكان و ترفيتها و تعمل على كيفية توفير حاجيات السكان و مجال الصحة توفيراً كاملاً شاملاً و منسجماً و موجوداً في إطار الخريطة الصحية. و نحاول فيما يأتي عرض الخصائص الديموغرافية و الصحية للمجتمع الجزائري. و عرض مبسط للنظام الصحي الجزائري:

### 1. الخصائص الديموغرافية في المجتمع الجزائري

يتشابه المجتمع الجزائري بشكل متقارب مع المجتمعات المغاربية مع فروق داخل المجتمع الجزائري كنتيجة تاريخية لاحتكاك الأجناس التي عاشت على الأرض، العزلة التي اختارتها فئات، كذلك أنواع التواصل التي شهدتها فئات أخرى.

### النمو الديموغرافي

الأمراض، المجاعات و سياسات فرنسا سابقاً ضربت الجزائر في الصميم، أصيبت التركيبة السكانية بخلل، نقص عدد السكان كان واضحاً قبل الستينات، حين كان لا يجاوز سكان الجزائر العشرة ملايين. شاهدت الجزائر نمواً سكانياً مفاجئاً، أسبابه الرعاية الصحية السخية، نسبة الأمية العالية، كذلك الرخاء الذي عاشته البلاد أثناء فترة الاستقلال .

• بلغ سكان الجزائر في جانفي 2007 م، 33.8 مليون نسمة، بمعدل نمو 1.21%. تقدم سن الزواج بالنسبة للبنات وتحسن مستوى تعليمهن، ساعد على انخفاض معدل الإنجاب من 7.4 (1970)م إلى 1.86 (2007)

- بلغ متوسط عمر الفرد 74.8 عاماً
- 71.9 عاماً للرجل .
- 75.2 للمرأة .



- نسبة الولادات: 17.11 للألف .
- نسبة الوفيات: 4.62 من الألف .
- نسبة وفيات الرضع: 28.72 للألف .
- التشكيلة السكانية متوازنة، المواليد من الجنس الذكري أكبر قليلا من عدد الإناث، تتناقص مع السن، نظرا للوفيات التي تصيب الذكور .
- يغلب الشباب على تركيبة الفئات العمرية لسكان الجزائر، يشكل الذين تقل أعمارهم عن 15 سنة 39 % من السكان، فيما يشكل الذين تزيد أعمارهم عن 65 عاما % 4.1 فقط<sup>1</sup> .

#### التوزيع البشري

تقدر نسبة توزيع السكان ب 13.6 نسمة/كلم<sup>2</sup>، الرقم لا يعكس الواقع الحقيقي، حيث يعيش 94% منهم في المناطق الشمالية والتي تمثل مساحتها 17 % فقط من مساحة البلاد الكلية. تقديرا، هي 100 نسمة/كلم<sup>2</sup> شمالا، متناقصة بشدة كلما توجهنا جنوبا.

أنشأ الفرنسيون قبلا قرى استيطانية في الأرياف، وفرت غطاءا للتعایش مع البدو الرحل، دمرتها ثورة 54، مستبدلة إياها بحوالي 400 قرية الإستراتيجية جيدة التخطيط، والتي كانت وراء زحف الريف نحوها، مع تخلي البدو الرحل عن التنقل. تخلت الدولة عن هذا البرنامج، في الثمانينات، سبيلا إلى فتح القطاع الخاص. تشجيع الاستيطان مع غنى موارد الجنوب، شكل مدنا مثل تمنراست و جانت المأهولة بالطوارق و البدو الرحل.

يوجد حوالي 1.5 ملايين نسمة تعيش في المناطق الصحراوية الجنوبية (الواحات) إضافة إلى الأعراب و التوارق، المتفلة عبر الحدود الجنوبية و الجنوبية الغربية.

عشرية السبعينات كانت وراء الزحف الريفي الكبير، أين أخذت المدن الكبيرة، كوهران، والجزائر العاصمة، قسنطينة حظها من الفوضى التي رافقته، في حين استفادت مدن أخرى منه لتعمر، حين كانت غير مأهولة، كالمسيلة و المدية.

<sup>1</sup> www.wikipedea.org.

أهم و أكبر مدن الجزائر هي الجزائر و ضواحيها، بحوالي 2 947 446 ملايين نسمة، غير الداخلين و الخارجين يوميا، وضعها التاريخي، و تخطيط المدينة القديم، دفع و يدفع بحل تغيير العاصمة التاريخية لمناطق داخلية أكثر اتساعا. تشييد القرى الاشتراكية لم يتبعه توسيع و تخطيط جيد للمدن، وضعية سببت مرضا مزمنًا<sup>1</sup>

## 2. الخصائص الصحية في الجزائر

الصحة ليست فقط قانونا دوليا أساسيا و لكن كذلك مورد أساسي للتنمية الاجتماعية و الاقتصادية و الفردية.

بالأخذ بعين الاعتبار هذا المبدأ فان الدستور الجزائري يجعل مجالا واسعا لمسؤولية الدولة، فهو يتضمن بهذا الصدد المادة 54 "لكل مواطن الحق في الحماية الصحية،تضمن الدولة الوقاية و مكافحة الأوبئة و الأمراض من جانب آخر التشريع منذ 1993 يضع كذلك على عاتق الدولة نفقات العلاج بالنسبة للفئات المعوزة غير المؤمنين اجتماعيا،التكوين و البحث.

كذلك قانون الصحة و الحماية الاجتماعية مؤكد بواسطة الميثاق الوطني للصحة لسنة 1976 "تتكفل الدولة بضمان الحماية،الحفاظ على صحة كل السكان و تحسينها "

نعني بنظام الصحة : كل التنظيمات ،المؤسسات و الموارد المكرسة لإنتاج خدمات صحية أين الخدمة الصحية تتسع لتشمل كل مجهود مبذول،الهدف الأساسي منه هو تحسين الصحة، في إطار العلاج الصحي الفردي ،لخدمة صحية عمومية أو مبادرة ما بين القطاعات.

خلال السنوات الأخيرة ،تعرض النظام الصحي إلى عدة رهانات ، في ميدان التنظيم و التسيير و التي تتلاءم بشكل اقل مع المتغيرات و التحولات التي تعرفها البلاد ،و التي تتناوب و فعاليتها و انجازاتها و هذا يزيد عجزها على حل المشاكل الصحية للسكان ، بالرغم من الاستثمارات المتزايدة المحققة من طرف الدولة.

في الحقيقة الحالة الحالية متفاقمة و تتكثل مشاكل منذ الثمانينات و هي تقود حالة خاصة إلى ارتفاع النفقات لا يترجم بالضرورة تحسين الحالة الصحية للسكان.

الجزائر في مرحلة انتقالية وبيئة متميزة بإصرار بعض الأمراض المعدية أو ما يسمى بأمراض الفقر ،و التي تنتشر خاصة في الدول النامية ،أضف إلى ذلك الأمراض المتقلبة (السكري السرطان) و التي تختص بها أكثر الدول المتقدمة ، تقل عبئ هذه الأمراض يستلزم تكفلا ثقيلًا و مكلف

<sup>1</sup> www.wikipedea.org.



إذا كان النظام الصحة يتميز حاليا باختلاف في السير , هذا ينبغي ألا ينفى الانجازات و التطورات المسجلة<sup>1</sup>.

### 3. سوق الأدوية في العالم

تسيطر الدول المتقدمة على السوق العالمي للأدوية و هذا في الإنتاج و الاستهلاك , أرباح طائلة تحققها شركات دولية و التابعة للدول المتطورة. أما حصة الدول الأخرى فتبقى هامشية , و تتصف هذه السوق بوضعية احتكارية قوية.

إجماليا الدول الغربية تنتج 85% من العرض العالمي للدواء و يستهلكون 3/4 من الإنتاج العالمي رغم أنهم لا يمثلون لا 1/4 من سكان العالم .

الصناعة الصيدلانية العالمية تتميز بخضوع قوي للدول الغربية في الإنتاج و الاستهلاك , مجمل الدول النامية يستهلكون فقط 1/4 من الإنتاج العالمي رغم أنهم يمثلون 75 % من سكان

العالم. جدول رقم 2 : التوزيع العالمي لسوق الدواء سنة 1995

المنطقة	النسبة
أمريكا الشمالية	41%
أوروبا	26%
اليابان	15%
أمريكا الجنوبية	6%
باقي العالم	12%

المراجع: منظمة الصحة العالمية 2002 .

<sup>1</sup> زميث خديجة. سياسات الأدوية في الجزائر. دكتوراه في علم الاقتصاد. جامعة الجزائر. 2005. ص 92



من خلال الجدول يتبين سيطرة أمريكا الشمالية (الولايات المتحدة الأمريكية و كندا ) و كذا أوروبا و اليابان على بقية العالم.

تعتبر منظمة الصحة العالمية أن 70 % من سكان الدول النامية لا يمكنها الحصول على الدواء الضروري فهي من جهة تعتبر انه من الممكن تجنب أكثر من 8 ملايين وفاة لو أن هذه الأدوية الضرورية كانت متوفرة. فأسعار النفقات الصيدلانية لكل فرد هي 1 دولار في أغلبية الدول الفقيرة أسعار الأدوية تبقى مرتفعة و أغلبية الدول الفقيرة عاجزة عن شرائها.

في عام 2000 تخطى السوق العالمي عتبة 350 مليار دولار أمريكي سنة 1985. هذا السوق يتطور بسرعة و لقد مر من 43 مليار سنة 1976 إلى 95 مليار دولار أمريكي سنة 1985 و يقترب في سنة 2004 إلى حوالي 400 مليار دولار أمريكي.

أهم الأسواق العالمية في سنة 2002 هي :

الولايات المتحدة الأمريكية 26 %

اليابان 14 %

المانيا 8 %

الصين 6 %

فرنسا 5 %

إيطاليا 4 %

انجلترا 3 %

الهند 2 %

كندا 2 %

منه خلال هذا العرض تتركز سوق المواد الصيدلانية في 3 دول (الولايات المتحدة الأمريكية, اليابان, ألمانيا).

تسيطر أمريكا الشمالية, اليابان. أوروبا الغربية على أكثر من 80 % من السوق العالمي, حيث إن الشركات التي تسيطر على الإنتاج العالمي كلها من أصل هذه الدول .

من جهة أخرى هذه البلدان تتم اكتشافات الأدوية فيها, حيث أن 90 % من اكتشافات الأدوية الجديدة تمت في الولايات المتحدة اليابان سويسرا ألمانيا إنجلترا و فرنسا . و فيما يلي عرض لأهم المجمعات الصيدلانية و الأولى في العالم و ذلك في نهاية التسعينات:

جدول رقم 3: أهم المجمعات الصيدلانية في العالم



الفصل الرابع: واقع الصحة و استهلاك الأدوية في الجزائر

النسبة في السوق العالمي	رقم الأعمال بالمليار دولار أمريكي	المجمعات
5.1	17.4	MERCK & CO (الوم ا)
4.4	14.9	PFIZER (انجلترا-السويد)
4.4	14.8	ASTRA-ZENECA (الوم ا)
4.2	14.3	BRISTOL MYERS (فرنسا - ألمانيا)
4.1	13.8	GLAXO-WELCAME (انجلترا)
4.0	13.5	AVANTIS (سويسرا)
3.4	11.6	SMITHLINE BEECHAM (الوم ا)
3.4	11.4	NOVARTIS (سويسرا)
3.2	10.7	JOHNSON & JOHNSON (الوم ا)
3.0	10.0	ELLILILY (الوم ا)
2.9	9.9	ROCHE (سويسرا)
2.8	9.6	AMERICAN HOME PRODUCT (الوم ا)
2.4	8.0	WAMER-LAMBERT (الوم ا)
2.3	7.7	SCHERING PLOUGH (الوم ا)
2.0	6.9	PHARMACIA /UPJHONG (السويد الوم ا)
1.7	5.8	TAKIDA (اليابان)
1.6	5.4	BAYER (ألمانيا)
1.6	5.3	BASF (ألمانيا)
1.5	5.2	SANOFI-SYNTHELABO (فرنسا)
1.4	4.9	BOEHERHNGERINGELHEIM (ألمانيا)

المصدر: المنظمة العالمية للصحة قرار حول الأدوية 2002 .



عرف القطاع الصيدلاني نموا يفوق بأربع مرات القطاعات الصناعية الأخرى فهو يقدر ب 9% سنويا و هذا منذ 1985 .

تسيطر كل من الوم ا , اليابان , ألمانيا, فرنسا . انجلترا على 3/2 من الإنتاج الصيدلاني .و في سنة 200 نسبة كل دولة هي:

الوم ا 31 %

اليابان 20 %

ألمانيا 10 %

فرنسا 8 %

انجلترا 7 %

نصف الإنتاج العالمي مركز بين 10 شركات متعددة الجنسيات.

أما فيما يخص الاستهلاك العالمي للدواء فانه في تزايد مستمر في جميع أنحاء العالم و ذلك يرجع لعدة عوامل منها:

- ارتفاع عدد الأدوية المعروضة على المرضى , يزداد هذا العدد من سنة إلى أخرى و ذلك سواء باكتشاف أدوية جديدة أو بتحسين تلك الموجودة.
- ارتفاع عدد الأطباء في كل أنحاء العالم خاصة عدد الأطباء المتخصصين.
- ازدياد عدد المخططات العلاجية الموجهة لمعالجة الأمراض, و هي غالبا مخططات ناتجة عن أبحاث طبية.
- تطور التغطية الاجتماعية للمرض. عدد الأفراد الذين يتوفرون على تغطية تامين الأمراض لا يتوقفون عن النمو في جميع أنحاء العالم, حتى في الدول الفقيرة أين تطورت أنظمة التامين الاجتماعي.

## الفصل الرابع: واقع الصحة و استهلاك الأدوية في الجزائر

• التدخل المتزايد للدول في تمويل الصحة، و الدور المهم الذي يلعبه أصحاب الأموال و خاصة الهيئات العالمية في تمويل نشاطات صحية مثل: UNICEF. PNUD. FNUAP.

• ارتفاع مستوى معيشة السكان الذين يخصصون أكثر فأكثر من مداخيلهم في العناية الصحية.

في نفس الوقت استهلاك الدواء يختلف من بلد إلى آخر، فإذا كانت الدولة متقدمة ابن تنتشر الأمراض المزمنة بكثرة (السرطان، القلب، الصحة العقلية...)، أو دول متخلفة ابن نجد الأمراض المعدية (الكوليرا، الديقثيريا، الملاريا...)، كما نسجل استهلاك مفرط لأدوية الرفاهية في الدول المتقدمة و التي ليس لها تأثير علاجي.

جدول رقم 4: استهلاك الأدوية في العالم

السنة	1976	1995	2000
أمريكا الشمالية	9	93	120
أوروبا الغربية	13	73	100
اليابان	4	57	70
دول الشرق	6	10	15
أمريكا الجنوبية	4	17	25
آسيا	3	15	18
الصين	3	10	15
أفريقيا	1	5	12
المجموع	43	280	375

المرجع: المنظمة العالمية للصحة 2000 .



## الفصل الرابع: واقع الصحة و استهلاك الأدوية في الجزائر

من خلال الجدول نلاحظ أن استهلاك الأدوية في تزايد مستمر و لكن بوتيرة معتبرة في الدول المصنعة عكس ما هو عليه في البلدان النامية حيث يتزايد ببطء.

كما تبقى السوق العالمية للأدوية مهيمنة عليها من قبل الدول الصناعية كما يبينه الجدول التالي:

جدول رقم 5: سوق المواد الصيدلانية سنة 2000

الدول	السوق/مليار الدولار	النسبة
و م ا	150	%53
اليابان	52	%18
فرنسا	17	%6
المانيا	16	%5
انجلترا	11	%4
ايطاليا	10	%3
اسبانيا	7	%2
كندا	6	%2
البرازيل	5	%2
المكسيك	4	%1

المرجع: المنظمة العالمية للصحة قرار حول الاستعمال الرشيد للأدوية، جنيف سويسرا 2002

تحتل الولايات المتحدة الأمريكية فقط أكثر من نصف السوق العالمي للدواء، أكثر من 90% من الاستهلاك العالمي هو للدول المصنعة للدواء.

الدول الغربية تعتمد على سياسة تعتبر الدواء كسلعة اقتصادية اد تخضع للسوق في الاطار العالمي و قانون العرض و الطلب و ميكانيزمات التجارة الدولية و قواعد ال OMS تسري على الأدوية كغيرها من السلع الأخرى.



الدول تدافع على الحماية و حقوق البراءة (اتفاقية ADPIC) و هي تطالب احترام و حماية البراءات التي تحمي الاختراعات في الأبحاث الصيدلانية لمدة ادناها 20 سنة ، و حجتهم في ذلك استمرارية البحث التي لا يمكن أن تكون إلا بحماية البراءات ( حقوق الملكية الفكرية).

في هذا الصدد تم إدخال قوانين الحماية في قوانين المنظمة العالمية للتجارة هذه الأحكام تحمي الحقوق المخولة للبراءات من حيث الاستغلال التجاري و الإنتاج مع حماية الحقوق الشرعية للمالكين ضد اي حجة.

لكن مواقف الدول المنتجة لا تخدم الدول النامية لان أسعار الأدوية تبقى مرتفعة و فرص الحصول عليها صعبة لشريحة عريضة من السكان ,فصحة المواطن معرضة للخطر بسبب ندرة الأدوية .

الإشكالية الحقيقية تطرح على مستوى تحسين طريقة الحصول على الأدوية خاصة في الدول الفقيرة.

المفاوضات الدولية النامية (DOHA) ترجمت باتفاقات من الدول الغربية المنتجة و الدول المستهلكة تحت شكل هوامش حرة في حالات الضرورة القصوى,ابن تم وضع فتحة صغيرة أين يفقد الدواء قيمته التجارية لصالح أهمية الصحة العمومية.

#### 4. سوق الأدوية في الجزائر

يعتبر سوق الأدوية في الجزائر صعب الدراسة و التحليل نظرا لعدم وجود إحصائيات دقيقة في مجال الإنتاج و التوزيع و كذا الاستهلاك ,كما انه يشكو من رقابة فعالة و صارمة من طرف الإدارة العمومية رغم كثرة النصوص و التشريعات المنظمة له.

#### واردات الجزائر

تعتبر الجزائر مثل غيرها من الدول النامية ذات صناعة دوائية ضعيفة و ليس بمقدورها تلبية احتياجات السوق الوطني من هذه المادة الحيوية و الضرورية لصحة الإنسان,و عليه تعتمد الجزائر بنسبة كبيرة على الواردات لتلبية هذه الحاجة سواء في مجال استهلاك الأدوية أو حتى في مجال تميل الصناعة المحلية بالمواد الأولية , و الجدول التالي يبين تطور واردات الأدوية و بعض المنتجات الصيدلانية منذ سنة 2000 إلى 2004 :



جدول رقم 6: تطور واردات الأدوية و بعض المنتجات الصيدلانية منذ 2000 إلى 2004

IMPORTS MEDICAMENTS 2000-2003 ENMILLION DE USD

N	DISGNATIO N	Année 2001	Année 2001	Année 2002	Année 2003	Année 2004
30_01	Glandes et autres	5.776195	3.611498	3.340935	5.826794	3.859943
30_02	Organe sang humaine et animal sérum vaccins	12.182275	15.835801	18.995339	26.663527	34.837189
30_03	Médicament non conditionnés pour la vente au détail	1.560139	3.839708	9.361108	7.559890	15.120713
30_04	Médicament conditionnés pour la vente au détail	427.387571	457.781008	573.952665	658.58318 2	898.788897
30_05	quats gazes bondes et article analogue	2.042030	8.885295	2.210521	3.734391	5.532557
30_06	Préparation et autre articles pharmaceutiq ues	8.147153	8.885295	11.934366	13.696364	18.719199
Totale chapitre 30		457.095362	492.397389	619.844935	716.06414 8	976.858507

المصدر: cnes - direction générale de douane

من خلال هذا الجدول يتضح لنا انه في مجال الواردات من الادوية فان حجمها الكلي سنة

2004 قد قارب المليار دولار و تحديدا 976.85 مليون دولار امريكي , و من جملة الواردات التي



الفصل الرابع: واقع الصحة و استهلاك الأدوية في الجزائر

تحتل مكانة هامة ندجد المنتجات الصيدلانية النهائية الموجهة مباشرة للاستهلاك و التي فاقت قيمتها 898.78 مليون دولار و تمثل نسبتها 92% من اجمالي واردات المنتجات الصيدلانية و ما نلاحظه كذلك هو تضاعف الرقم ما بين 2000 و 2004 و هو ما يعكس حقيقة تطور و الانفتاح الي يعرفه لسوق الجزائري للدوية.

و الجدول الموالي يبين لنا نسبة التطور للواردات ما بين ما بين 2000 و 2004 بالنسبة للمنتجات الصيدلانية:

جدول رقم 7: نسبة نمو الادوية 2000-2004

Croissance annuelle en %				
CHAMPS	2000\2001	2001\2002	2002\2003	2003\2004
30_01	-37.48	-7.49	74.41	-33.76
30_02	29.99	19.95	40.73	30.65
30_03	146.11	143.80	19.24	100.01
30_04	07.11	25.38	14.75	36.47
30_05	19.69	-9.56	68.64	48.15
30_06	9.06	34.88	14.29	36.67
total	7.72	25.88	15.52	36.42

المصدر: CNES- DGD ;2005

من خلال هذا الجدول يتضح جليا التطور في واردات الأدوية ما بين 2000 و 2004 حيث نلاحظ أن هناك تطور مستمر لإجمالي الواردات الذي بلغ نسبة 7,72 % سنة 2001/ 2000 ليصل إلى 36.42 سنة 2004 مقارنة بسنة 2003 .



المنتبع لأحوال التجارة العالمية و أسعار الصرف يلاحظ بأنه وقع انزلاق لقيمة الدولار الأمريكي مقابل الاورو ما بين 2002 إلى 2005 قدر نحو 30% و هو ما يعني أن هناك تطور بالقيمة إذا تم تحويل الواردات و التي تأتي من دول الاتحاد الأوروبي خاصة فرنسا التي تستحوذ على 68% من السوق الجزائري للأدوية بقيمة 447 مليون اورو إضافة إلى بلجيكا ايطاليا هولندا اسباني و بريطانيا و هو ما يعني بان الانخفاض في قيمة الدولار قد ساهم في رفع قيمة الواردات النقدية رغم وجود تطور فعلي في الكميات .

أما فيما يخص الإنتاج الوطني للأدوية:

تعتبر التجربة الجزائرية في صناعة الادوية صغيرة مقارنة بغيرها من الدول مثل مصر و يعتبر القطاع العام هو المسيطر على هذه الصناعة اذا ما قورن بالقطاع الخاص الذي لم يدخل هذا المجال الا مع مطلع التسعينات بعد تحرير سوق الادوية و اجبار الدولة للمتعاملين الخواص في سوق الادوية بضرورة انشاء وحدات صناعية بعد مرور سنتين من بدا عملية الاستيراد للأدوية.

و عالية نظرا الى الاحصائيات المقدمة حول الصناعة الدوائية بالجزائر و المقدمة من طرف

الديوان الوطني للاحصاءات(ONS) نجد مايلي :

جدول رقم 8: إحصائيات عن الصناعة الدوائية في الجزائر

الوحدة: مليون دينار جزائري

السنوات	1999	2000	2001	2002	2003	البيان
	6.973	8.775	7.269	8.327	7.698	الإنتاج الإجمالي P B
	2.876	3.688	3.141	4.851	4.408	الاستهلاكات الوسيطة CI
	4.094	5.087	4.129	3.447	3.290	القيمة المضافة VA
	5.087	499	391	297	271	استهلاك الأصول الثابتة CFF
	270.000	294.500	313.700	327.400	337.000	القيمة المضافة للصناعة الوطنية

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات ONS

من خلال تحليل بيانات الجدول السابق يتضح لنا:

- إنتاج فرع الصيدلة ضعيف جدا إذ انه بلغ سنة 2003 قيمة 7.6 مليار دينار جزائري و هو ما يعادل 100 مليون دولار أمريكي .
  - تباطؤ كبير في نمو هذا الفرع و تراجعها في بعض الأحيان و هو ما يدل على هشاشته و قدراته الضعيفة.
  - وجود قيمة مضافة ضعيفة جدا لهذا الفرع حيث لم تتعدى نسبة 1% سنة 2003 من إجمالي القيمة المضافة للصناعة الوطنية.
- في الجدول الموالي مساهمة القطاع الخاص في الصناعة الدوائية بالجزائر و ذلك على النحو التالي:



جدول رقم 9: مساهمة القطاع الخاص في الصناعة الدوائية

السنوات البيان	الإنتاج الخام %	الاستهلاكات الوسيطة %	القيمة المضافة %	فائض الاستغلال الصافي
1999	28	21	33	21
2000	21	15	25	15
2001	19	14	23	14
2002	24	13	39	33
2003	27	15	43	37

إن مساهمة القطاع الخاص في الإنتاج الدوائي بلغت نسبة 27 % من إجمالي إنتاج فرع الصيدلية بالجزائر سنة 2003.

القيمة المضافة تمثل نسبة 43 % سنة 2003 من إجمالي القيمة المضافة المحققة في الفرع و هي معتبرة و في تطور مستمر منذ سنة 2000 .

الاستهلاكات الوسيطة قليلة و لا تمثل نسبة 15 % من إجمالي الاستهلاكات الوسيطة للفرع سنة 2003 و هو ما يدل على وجود تحكم كبير في العملية الإنتاجية للقطاع الخاص و استغلال أفضل الموارد المتاحة.

حقق القطاع الخاص 37 % من أرباح الفرع سنة 2003 و هي نتيجة جيدة مقارنة بالقطاع العام.

و منه يتضح أن القطاع الخاص رغم تجربته المتواضعة في مجال الصناعة الدوائية الا انه يظهر أكثر فعالية و قدرة على استغلال الموارد المتاحة مقارنة بالقطاع العام.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> زميث خديجة. مرجع سابق ص ص: 152-156



### ثانيا:النظام الصحي في الجزائر

يعرف النظام الصحي الوطني بأنه مجموع الأعمال و الوسائل التي تضمن صحة السكان و ترقيتها و تنظم على كيفية توفير حاجيات السكان في مجال الصحة توفيراً شاملاً و منسجماً و موجداً في إطار الخريطة الصحية ,و النظام الصحي الوطني تسييره و تخطيطه السلطات العمومية التي تحدد الأهداف الواجب تحقيقها لذلك تم وضع ثلاثة مبادئ:

#### - مبدأ التقسيم الإقطاعي :

إن المرسوم الذي خص مجانية العلاج جاء بشئ جديد بما يخص التنظيم ,انه التقسيم الجغرافي للنظام الصحي إلى قطاعات صحية تسمح بتلبية حاجيات المواطنين من العلاج, و يضم القطاع الصحي كل من :

- المستشفيات
- العيادات
- المراكز الصحية
- قاعات الإسعاف و الاستشارات الطبية
- مراكز حماية الأمومة و الطفولة
- مراكز تباعد الولادات و المستوصفات.

كل الهياكل التابعة للقطاع العمومي الموجودة في التقسيم الإداري للدائرة و يعتبر المستشفى مقراً و مركزاً لاتخاذ القرارات.

فالقطاع الصحي يعتبر محور و لب القطاع العمومي ,حيث يتميز بالاستقلالية التامة فيما يخص تنفيذ الميزانية ,و باللامركزية بالنسبة للإدارة .و قد ساعد هذا التقسيم في زيادة التكاليف ,و ذلك بفتح مناصب شغل لكل قطاع صحي :المدير و نوابه و لكل واحد منهم سكرتيرة.

#### - مبدأ سلمية العلاجات:

إن التحسين في تسيير المستشفيات و فتح أبوابها للمواطنين ابن مجانية العلاج , أصبح غير ممكن تحقيقها إلا بمساعدة الشبكة الصحية القاعدية , فعلى هذه الأخيرة أن تقوم بكل النشاطات الصحية الأساسية و لهذا الغرض تم الاعتماد على التقسيم الإداري و الطبي للمستشفيات, حيث عرفت الخريطة الصحية الوطنية عدة مستويات علاج مقارنة لمستويات استشفائية ,ذلك حسب درجة العقيد و التخصصات و هي كالتالي :

### المستوى الأول: الإسعافات الأولية

و تتمثل في المراكز الصحية، قاعات الإسعاف، الاستشارات الطبية و العيادات إن وجدت.

### المستوى الثاني: العلاجات العامة

و تتمثل في مستشفيات الدوائر و الولايات و تخصص الطب الداخلي ، الجراحة العامة ، أمراض النساء و طب الأطفال ، تهدف إلى تغطية متطلبات الدائرة من العلاجات العامة الاستشفائية.

### المستوى الثالث: العلاجات المتخصصة

و تقوم بها المؤسسات الاستشفائية (EHS) المتواجدة في مقر الولاية.

### المستوى الرابع: العلاجات ذات التخصص العالي

و تقوم بها المؤسسات الاستشفائية المتخصصة، تقيم في المقر الجهوي تتمثل مهامه في الوقاية و معالجة الأمراض العويصة مثل: مرض القلب و العجز الكلوي.

يعتبر هذا المبدأ أداة لتبذير الموارد سواء كانت بشرية أو مالية، لأنه يتماشى عكسا مع الاحتياجات الحقيقية للمواطنين، كما أهمل هذا التقسيم الوقاية و كثف من العلاجات الطبية، بالإضافة إلى انه لا يخدم المصالح الصحية للمواطنين بل يخدم المستشفى، كما يساعد في تكثيف العلاجات بدلا من تقليصها.

### - مبدأ الجهوية الصحية:

أعدت وزارة الصحة العمومية سنة 1982 الخريطة الوطنية لصحة بحيث يقسم القطر الوطني إلى 13 منطقة صحية تحتوي كل واحدة على عدد من الولايات، و تضم مختلف أنواع القطاعات الصحية:

- قطاع صحي من نوع ج: حيث أن عدد الاختصاصات و مناطق الإقامة حددت من طرف القانون.
  - قطاع صحي من نوع ب: يخص المستشفيات التي مقرها الولاية، 20 تخصصا ، و يتأسس عدد معين من القطاعات السنية من نوع ج.
  - قطاع صحي من نوع ا: يخص مقر الجهة، و يتأسس عدد معين من القطاعات الصحية من نوع ب، حيث يتوجب عليه تقديم الخدمات الصحية في 48 تخصص.
- عرف هذا المبدأ عيوباً كثيرة من بينها مستشفيات (مفتاح اليد) قام بها مقاول أجنبي ، و يظهر أن عدد كبير من هذه المستشفيات قد تحولت إلى فنادق بالجنوب الجزائري.

### مميزات النظام الصحي الوطني :

- يتميز النظام الصحي الوطني بما يلي:
- سيطرة القطاع العمومي و تطويره.
- تخطيط صحي يتدرج من السياق العام للتنمية الاقتصادية و الاجتماعية الوطنية.
- اشتراك القطاعات في إعداد البرامج الوطنية المحددة في مجال الصحة و تنفيذها.
- تطور الموارد البشرية و المادية و المالية المتطابقة مع الأهداف الوطنية المحددة في مجال الصحة .
- تكامل أعمال الوقاية و العلاج و إعادة التكييف.
- مصالح صحية لامركزية قطاعية و سلمية قصد التكفل بكل حاجيات السكان الصحية.
- تنظيم مشاركة السكان النشيطة و الفعالة في تحديد برامج التربية الصحية.

### أهداف النظام الصحي الوطني:

- الرفاهية الكاملة للمواطن الجسمية و المعنوية و تفتحها على المجتمع و على الحياة الإنسانية بصفة عامة.
- حماية صحة المواطن من المخاطر و الأمراض التي يمكن أن تفتك به , و ذلك بتطوير النشاط الوقائي و وضع آليات حماية المحيط و خدمتها و فرض احترامها مع الجميع.
- دراسة الطب في العلاج و بحث سبل الاستجابة له و التكفل به.
- إعطاء الأولوية للسكان الأكثر تعرضا للأخطار و الأوبئة , و تضع لذلك الميكانيزمات اللازمة للتكفل بأي خطر يهدد صحة أولئك المواطنين.
- العما , على تشجيع التربية البدنية و الرياضية و نشر الوعي الصحي لدى الفئات السكانية , و التأسيس لتربية صحية دائمة و هادفة و موجهة لكل فئات المجتمع.

### الوظائف الأساسية للنظام الصحي الوطني:

- يقوم النظام الصحي الوطني بالوظائف الأساسية الآتية:
- توزيع العلاجات و الاستعجالات الطبية الجراحية في إطار خريطة صحية.
- تنظيم نشاطات التكوين في العلوم الصحية
- إعادة تقويم التجهيزات التقنية بإقامة نظام التامين النوعية و شبكة الصيانة.
- تدعيم جهاز مراقبة المواد الصيدلانية.



- تطوير النظام الوطني للإعلام الصحي.

#### أفاق النظام الصحي:

من خلال الجلسات الوطنية للصحة التي تمت مع وزير الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات و ذلك بعد المناقشة التي تمت مع شركائه و لن يركز على تقديم الخدمات العلاجية الصحية و الاستشفائية و كيفية بإدخال أدوات التخطيط و تنظيم مالي جديد , و هذه الخدمات تفضل الشكل التعاقدية بين منتجي العلاجات و الممولين كالضمان الاجتماعي , يتضمن تكييف قوانين المؤسسات و عمليات التسيير لتقوية مكتب الاستقبال و ضبط حسابات النفقات و تقوية التضامن عبر الطب عن بعد.

أهم أوجه النقاش العام على الصحة في الجزائر تمثلت في وجهين:

**الوجه الأول:** يتناول ضمان تساوي الحظوظ للحصول على العلاجات الأساسية لحماية مجانية العلاج , و تحسين الهياكل الاستشفائية و تشجيع عادات و طرق سليمة.

**الوجه الثاني:** يتمثل في اشتراك الأقسام الوزارية (الزراعة , الموارد المائية , التضامن الوطني) و الجماعات المحلية و المجتمع المدني لصالح مشاريع مبدعة, و أن تقترب الخدمات الصحية من المواطنين و أن تسيطر على النفقات مع تحسين مؤشرات صحة السكان.

تتمحور أولويات الصحة في آفاق 2010 :

- الالتزام المؤكد لصالح الوقاية لاسيما في مجال: صحة الأم و الطفل , صحة الشباب , الصحة العقلية , الصحة في الأوساط الخاصة, الأمراض المزمنة , الحوادث و الإعاقات .
- تطوير علاجات الصحة القاعدية خاصة من خلال تحسين مؤشرات صحة السكان و التخفيض من المخاطر المرتبطة.

أصبح الهدف الأساسي للصحة فيما يخص الجانب الاقتصادي هو استغلال الإمكانيات المالية و البشرية المتاحة بأقل تكلفة ممكنة من أجل إشراك مختلف المؤسسات الصحية في التنمية و التطور الاقتصادي, و الحفاظ على صحة الفرد و سرود يته , لا بد من وجود نظام صحي وطني يقوم بللبية حاجيات المواطنين من الخدمات الصحية.

نقاط قوة و نقاط ضعف النظام الصحي الوطني:

نقاط القوة:

في مجال المنشآت, تغطية جغرافية متجانسة نسبيا ( قاعات علاج, مراكز صحية , عيادات متعددة الخدمات ).

تمتلك الجزائر هياكل استشفائية (EHS ,CHU ) يعدد كاف من السرر للإجابة لطلب السكان (إحصائيات 2003 وزارة الصحة ) نجد:

- 22 هيئة استشفائية بقدرة 36037 سرير.
- 13 مركز استشفائي جامعي (CHU) بقدرة 13465 سرير .
- 32 مؤسسة استشفائية متخصصة (EHS) بقدرة 6261 سرير
- 512 عيادة متعددة الخدمات بقدرة 3078 سرير.
- 1281 مركز صحي
- 4228 قاعدة علاج .
- 564 مركز طبي اجتماعي .
- 400 عيادة ولادة عمومية ب 4281 سرير.
- 47 عيادة أمومة ب 535 سرير.<sup>1</sup>

بمعدل إجمالي يقرب سرير لكل 419 ساكن ,يمكن اعتبار الجزائر كبلد مهيكّل صحيا .بصفة جيدة نسبيا .التقسيم الجغرافي في الولايات يبين أن المجهودات معتبرة بذلت لصالح المناطق النائية و الفقيرة

- إمكانية بشرية طبية و سبه طبية معنبره عموما لكن مورعة بصفة غير منجانسة .
- برامج وقاية من الأمراض المعدية و التحكم في النمو الديمغرافي.

نقاط الضعف :

- اختلال كبير في التنظيم , الأمر الذي يجعل الهياكل العمومية للصحة لا تلبّي إلا نسبة قليلة من الطلب العلاجي , و هذا ما هو محسوس أكثر في الجنوب الجزائري ,الذي يعرف أحيانا غياب تام للتغطية الصحية.

<sup>1</sup> إحصائيات وزارة الصحة.2003 .

- نظام معلومات صحي قليل النجاعة
- مشاكل في التسيير.
- نقص الموارد البشرية خاصة الممارسين المتخصصين.
- حالة التجهيزات الصحية التي لم تكفي فيها عمليات الصيانة و التجديد.
- المشاركة الناقصة للقطاع الصحي و مديريات الصحة و السكان الولائية (DSP) في تحليل ووضع برامج صحية.
- نقص التنسيق مع القطاعات الأخرى خاصة و أن التعاون بين القطاعات تبرز أهميته في مسائل متعددة .
- عدم ملائمة آليات التمويل و استعمال المواد المالية، و كذا عدم تطابق الإطار القانوني لعمال الصحة مع هيكله الصحة.<sup>1</sup>

### 1. التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر

يمكننا أن نفرق بين عدة مراحل:

#### مرحلة أولى من 1963 إلى 1973 :

غداة الاستقلال، لم تكن الجزائر تملك سوى 500 طبي (منهم 50 % جزائري)، الحاجيات الصحية لسكان قدروا ب 10.5 مليون نسمة، المؤشرات الصحية لهذه المرحلة كانت تتميز بنسبة مرتفعة لوفيات الأطفال و نسبة الأمل في الحياة لا تصل 50 سنة.

أما هذه الحالة تم تحديد هدفين أساسيين من طرف الوزارة الصحة آنذاك، هما :

- تخفيض الاختلافات فيما يخص التقسيم للسلك الطبي العمومي و الخاص.
- مكافحة ارتفاع نسبة الوفيات و الأمراض.

و لتحقيق هذا الغرض تم وضع برامج وقاية و حملات واسعة لإعدام الأمراض المنتشرة.

<sup>1</sup> أبو يوسف بوعلام. نظام تسيير المستشفيات في الجزائر. ماجستير في علوم الاقتصاد. جامعة الجزائر. 1997. ص 54



خلال هذه المرحلة كان الإنتاج الدوائي , الاستيراد و التوزيع بالجملة للأدوية مضمون من طرف المؤسسات العمومية, بالخصوص الصيدلة المركزية للجزائر (PCA).

أنشئت لجنة وطنية صيدلانية سنة 1969 قامت بوضع قائمة الأدوية الأساسية , و لم يكن أي إجراء يلزم تسجيل و مراقبة المواد الصيدلانية كانت مضمونة من طرف (PCA) .

#### المرحلة الثانية من 1974 إلى 1989 :

تميزت هذه المرحلة بما يلي:

• إدماج مجانية العلاج في الهيئات الصحية العمومية ابتداء من 1974, الأمر الذي خلق تحولا عميقا على مستوى طرق تمويلها.

• إعادة النظر في نظام التعليم العالي, بالخصوص ذلك المتعلق بالدراسات الطبية, سمح بالحصول على عدد مهم من الأطباء و في جميع التخصصات.

• خلق قطاع صحي الذي يعد الحجر الأساسي لتنظيم النظام الوطني للصحة ,الذي ألحقت إليه كل وحدات العلاج القاعدية التي كانت في السابق مسيرة من طرف البلديات أو القطاعات الشبه عمومية.

• إنجاز عدد كبير من الهياكل القاعدية الصحية ,بالخصوص المستشفيات العامة, و منشآت أخرى خفيفة (عيادات متعددة الخدمات و مراكز صحية).

• إنجاز 13 مركز استشفائي جامعي مكلف بمهمة ثلاثية :العلاج , التكوين و البحث.

في 1983 , الصيدلية المركزية الجزائرية (PCA) عرفت إعادة تنظيم في مجال المواد الصيدلانية و التجهيزات الطبية ,هذا التغيير أدى إلى التفرقة بين مهام التمويل و الإنتاج.

إعادة الهيكلة خلقت ( 5 ) مؤسسات و هي:

- مؤسسة التمويل بالمواد الصيدلانية لجهة الوسط ( ENAPHAEM )
- مؤسسة التمويل بالمواد الصيدلانية لجهة الغرب ( ENOPHARM )

- مؤسسة التموين بالمواد الصيدلانية لجهة الشرق ( ENCOPHARM)<sup>1</sup>
- مؤسسة إنتاج الأدوية ( SAIDAL )
- المؤسسة الوطنية للتجهيزات الطبية ( ENEMEDI ).

المرحلة الثالثة من 1983 إلى يومنا هذا:

مرحلة التسعينات عرفت حالة اقتصادية أصعب نتيجة الأزمة الاقتصادية التي تكاثفت و تعقدت بالإضافة الأزمة الاجتماعية بارتفاع البطالة ،تقهقر القدرة الشرائية ، الفقر ... الأمر الذي دفع الجزائر للنقرب من المؤسسات المالية الدولية ، بغرض توقيع اتفاقيات للتعديل الهيكلي التي من خلالها ستقوم بتغييرات و تعديلات هيكلية للاقتصاد بهدف الخروج من الأزمة.

مثلت سنة 1990 انطلاقة حقيقية للتعديلات و التغييرات التي كانت تخص عدة قطاعات من بينها قطاع الصحة الذي كان يعني الذي كان يعني من فوضى في الهيكلة .

الهدف من هذا التعديل هو:

- خلق مجالس جهوية للصحة ،كجهاز تسيير و تنسيق بهدف لامركزية و تطوير نمو اجتماعي صحي متوازن.
- لكن هذا المشروع لم يستطع القيام بهذه المهام الانتقالية .بسبب إطاره او أساسه القانوني و التنظيمي.
- خلق و تنصيب هياكل مساندة لنشاط وزارة الصحة .
- إعادة النظر و مراجعة الإطار القانوني للهيئات الصحية خاصة ،خاصة وضع مجالس إدارة تضم أصحاب المال و المرتفقين
- هذه الهيئات ذات الطابع العمومي، تملك صيغة هيئة عمومية ذات طابع إداري (EPA) الأمر الذي يبرر تمويلها من اقتطاعات من ميزانية الدولة :
- إعادة ديناميكية البرامج الوطنية للصحة و السكان .
- إعادة تعريف سياسة الدواء .

<sup>1</sup> Brahmia brahim :gestion de la distribution des produits pharmaceutiques en Algerie.cas de la gestion des stocks a l'encopharme .mémoire de magistère en science économique .université de Constantine.1986.p p 164-169

- خلق مركز وطني لأخلاقيات علوم الصحة.
- وضع مجلس وطني للديوننتولوجيا الطبية.

أما بالنسبة لأملاك الصحة ،فانه يجمع هياكل قاعدية استشفائية في غالب الأحيان في حالة قديمة جدا و بأنماط بنائية لم تعد تتماشى و متطلبات البناءات الصحية الحديثة.

النظام الصحي الجزائري يملك قدرة استيعاب تقدر ب 57660 سرير استشفائي من بينهم 494 سرير خاص.<sup>1</sup>

## 2.نظام الضمان الاجتماعي(تامين المرض)

نظام الضمان الاجتماعي متكون من خمس منظمات تغطي مختلف الأخطار. و في ما يلي يحاول الباحث التركيز على المنظمات التي لها علاقة مع تامين المرض: CASNOS و CNAS . قبل التعمق في ذلك نلقي نظرة على التطور التاريخي لنظام التامين الاجتماعي<sup>2</sup>:

### لمحة تاريخية حول نظام التامين الاجتماعي

- رغم التحسينات التي أتى بها نظام الضمان الاجتماعي في الجزائر منذ الاستقلال 1962 ,بقي بالمفاهيم التي كان عليها خلال فترة الاستعمار ,من بين هذه المميزات الأساسية نذكر:
- كثرة الأنظمة ذات تمركز اجتماعي مهني مع مجالات كفاءة مادية
  - تعدد صناديق التسيير بهياكل قانون مختلفة
  - عدم التنسيق بين قواعد التمويل
  - فروق خاصة فيم يتعلق بالتقاعد على مستوى الايجابيات ,و كذا شروط الاستحواذ على الخدمات .
  - غياب تضامن شامل داخل النظام .

<sup>1</sup> Ladjali malika :l'espacement des naissance dans le tiere monde :l'exemple de L'ALGERIE ;OPU,1985 p 67

<sup>2</sup> Lamri larbi.le system de sécurité sociale en ALGERIE, une approche économique, OPU.ALGER.2004p 69



قوانين 1983 المتعلقة بالأداء, التمركز و النزاعات شبه متممة في 1985 بقانون التمويل و التسوية المتعلقة بالمنظمة, وضعت حدا للنظام المقسم الغير عادل و الحماية الغير كافية بإحلالهم لنظام وطني موحد مبني على القواعد التالية:

1. توحيد كل الأنظمة في شكل نظام وطني موحد.
2. توحيد القواعد المتعلقة بحقوق وواجبات المستفيدين.
3. توحيد إداري للنظام.
4. توحيد و كشف الإيجابيات.
5. وحدة التمويل.

من جهة أخرى تحولات 1983 حققت توسع التغطية إلى قطاعات نشاط و إلى فئات من الأشخاص التي لم تستند بعد من الضمان الاجتماعي.

#### الأشخاص المغطون بالنظام

يرتكز نظام الضمان الاجتماعي الجزائري على أسس مهنية, لكن هناك ميل للتوسع إلى كافة المواطنين فيما يتعلق بتأمين المرض, و لها ميزة مؤمن اجتماعي. تسجيل كل العمال إجباري و لا يخضع لأي استثناء ما عدا الحالات المحاطة باتفاقات ثنائية الطرف أو دولية للضمان الاجتماعي ممضية من طرف الجزائر. إذن هم مغطون :

- العمال الإجراء

- العمال غير الإجراء لحساباتهم الخاصة

فيما يخص الفئات المتميزة فهي تتكون من:

الأشخاص الذين أهم نشاطه في الأعمال المشهورة بالعمال الإجراء (مثل العمال الذين يعملون في الصيد, الفنانيين, الحراس...).

العمال الذين لهم نشاط خاص (مثل حراس الموقوف المحروس, الأشخاص الذين يشتغلون في نشاطات تسمى ذات فائدة عامة...).

الأشخاص الذين لا يملكون أي عمل مربح مثل الطلبة, تلاميذ مؤسسات التعليم التقني و التكوين المهني, المجاهدين المعوقين و المستفيدين من المنح الجزافية للتضامن, الأشخاص الذين يمارسون نشاطا رياضيا منظما من طرف المشغل.

و نشير انه باستثناء العمال المشبهين بالعمال الأجراء المستفيدين من مجموع خدمات الضمان الاجتماعي, الآخرين ليسو مغطين إلا لبعض الأخطار فقط, عموما المرض الولادة الوفاة أو حوادث العمل.

من جهة أخرى كل الأشخاص مالكي دخل مستبدل ممنوح من الضمان الاجتماعي مثل منح المتقاعدين . المعاقين ضحيا حوادث العمل و الأمراض المهنية و العمال المعوضين في مرض أو في بطالة و الحائزين على حق التحويل, لهم الحق في أبقاء خدمات الضمان الاجتماعي خصوصا للعلاج الصحي, المنح العائلية و في بعض الحالات الوفاة في النهاية الحماية مقبولة لذوي الحق من المؤمنين الاجتماعيين أي :

- الزوج.

- الأطفال تحت الرعاية.

- الأجداد تحت الرعاية.

في المجموع يعد النظام 7 ملايين مؤمن اجتماعي , و ذوي الحقوق لهم التغطية مضمونة لأكثر من 80% من السكان و حوالي 26 مليون شخص على مجموع 31 مليون ساكن, إلى هذا الرقم يمكن إضافة تغطية الأشخاص المحرومين غير المؤمنين اجتماعيا, فيما يتعلق بالعلاج أين يرجع العبء على الدولة.

#### تمويل نظام التامين الاجتماعي

كيفية تمويل نظام التامين الاجتماعي مستنسخة من ميزته المهنية, موارد التمويل هي إذن اشتراكات تقع على عبء المشغلين و العمال , و لكن منذ 1990 لاحظنا تدخل ميزانية الدولة في التمويل, حاليا يتجلى الوضع كالأتي :

اشتراكات :نسبة عليا موحدة 34.5% موزعة كما يلي:

المشغلين 25%

العمال 9%

خدمات اجتماعية 0.5 %.

بالنسبة للفئات الخاصة نسبة الاشتراك تتراوح بين 0.5 % و 7 % , ماعدا في حالة ما إذا كان النشاط :

يولد دخلا :الاشتراك يقع على عبء الدولة, فيما يخص تدخل ميزانية الدولة تعود على :

التمويل الكامل لنفقات المنح العائلية قبل أن تقطع من المشغلين منذ 2004 .  
تحمل عبء التقاعد ,نفقات التضامن بنا في ذلك التكميلات المقدمة للمعاشات أين يكون المبلغ اقل من الحد الأدنى الرسمي لمنحة التقاعد و كذا المزايا الخاصة المعترف بها للعمال المجاهدين.  
الموارد الأخرى للدخول المالي هي:  
عوائد الصناديق الموضوعة.  
مساهمات فتح الحقوق المدفوعة من قبل المشغلين المتعلقة بتأمين البطالة و التقاعد المسبق.  
زيادة قيمة المبالغ و عقوبات التأخر بالإضافة إلى عقوبات مالية أخرى اتجاه المشغلين المنحرفين المتعلق بواجباتهم<sup>1</sup>.

### تنظيم و تسيير منظمات الضمان الاجتماعي

يعتبر الضمان الاجتماعي في الجزائر في يومنا هذا جزء من البيئة القريبة من العامل و أسرته , و في شكل نظام ,ظل الضمان الاجتماعي في صميم الاهتمامات مجمل ممثلي الساحة الاقتصادية الاجتماعية و السياسية للبلاد ,,لا يعود تاريخ الضمان الاجتماعي في الجزائر إلى الاستقلال .  
المعارضة بين العمال و أرباب العمل معقدة باعتبار العمال الجزائريين قاموا بمواجهة أرباب العمل و الحكم الاستعماري في صراعهم للحصول على القوانين الأولى حول الضمان الاجتماعي المعمول بها في 1945 في فرنسا.

ادخل نظام التأمين الاجتماعي في الجزائر على شكل توسع النظام القادم من البلد الام 4 سنوات بعد إنشائه في فرنسا ,بقرار رقم 49 / 045 المؤرخ في 11/04/1949 ارجع قابلا للتنفيذ بأمر مؤرخ في 10/06/1949 .

سمح التنفيذ الحقيقي لهذا القرار بخلق صناديق ما بين المهن في ثلاث نواحي : الجزائر العاصمة ,وهران ,قسنطينة,بالموازاة مع صناديق مخصصة لقطاعات نشاط مثل :

- صندوق التضامن لناحيات الجزائر .
- صندوق التأمينات الاجتماعية للأشغال العمومية الملحقة للجزائر
- صندوق التأمينات الاجتماعية لصناعات المعادن و ملحقاتها للجزائر .
- صندوق التأمينات الاجتماعية للمهن المنائية لدوائر الجزائر, وهران, قسنطينة.

<sup>1</sup> Benhamoud ali et oudamrouche kahinam les relations des systèmes de sécurité sociale et de sante ;mémoire de PGS en management de la sécurité sociale :ESSS :2005 :p 125



- الصندوق المهني للتأمينات الاجتماعية لتجارة الخمر.

- صندوق التأمينات الاجتماعية للصناعة البترولية للجزائر...

تطور النظام الوطني للضمان الاجتماعي الذي كان في البداية متطابقا في البلدين 'بدا بعد عشية الاستقلال بالاختلاف ,و بميله نحو التعميم تسهيل التنظيم و التسيير توحيد الأنظمة و الايجابيات أو المزايا.

بعد استقلال الجزائر ورثت نظام ضمان اجتماعي متميز بكثرة الأنظمة (11 نظام للضمان الاجتماعي ) تمنح مزايا مختلفة و مهيكلة في المخطط الإداري ب 71 منظمة مسؤولة عن تسيير عام للقطاع الغير زراعي .صناديق أنظمة خاصة '29 صندوق نظام زراعي ,13 صندوق لنقاص منجمي و 11 منظمة تقاعد أكملية .

إعطاء الطابع الجزائري للهيئة سينفذ عبر مراحل ( مرسوم 1963/ 01/21 ,خلق صناديق جهوية للنظام العام بمزج الصناديق القديمة).التنظيم الإداري لنظام الضمان الاجتماعي أعلن عنه في نص أولي لقانون جزائري و هو المرسوم رقم. 116.70 المؤرخ في 1970/08/01 . كانت المهمة الأساسية لهذا التنظيم إدخال نظام عادل بين مختلف صناديق النظام العام الذي يترجم بصناديق الضمان التالية :

- صندوق وطني للضمان الاجتماعي (ص و ض ا ) ( CNAS )

- صناديق جهوية للضمان الاجتماعي ( CASORAL,CASORAN ,CASOREC )

- صندوق تامين المسنين الغير أجراء ( ص ت م غ ا ) ( CAVNOS )

- صندوق الضمان الاجتماعي للموظفين ( CSSF )

- صندوق الضمان الاجتماعي للقاصرين ( CSSM )

هذا التنظيم و طريقة سير الضمان الاجتماعي بعد الاستقلال دفع بالحكومة لأخذ إجراءات تميل إلى إعادة تنظيم النظام ,إلى تحسين الخدمات الممنوحة للمؤمنين الاجتماعيين و توسيع مجال تطبيق الضمان الاجتماعي خاصة للأشخاص المحرومين المهمشين من بعض الخدمات .

و في انتظار الإصلاح المعمق الذي يؤدي إلى صمود النظام من اجل تكيفه مع الأهداف الاستراتيجية الاجتماعية و الاقتصادية من اجل إشباع حاجات العدالة و الرفاهية لطبقات واسعة من المواطنين سوف يمر تدريجيا إلى إعادة التهيئة ,في 1970 أول نص قانوني جزائري (مرسوم رقم 70-116 المؤرخ في 01 أوت 1970 )ينظم الضمان الاجتماعي في غالبيته (باستثناء النظام الزراعي ) و سيسجل

مرحلة هامة في تطور النظام .تعتبر اللامركزية الإدارية في وضع صناديق التأمين الاجتماعي للولايات ابتداء من 1977 أول خط للتسوية التشريعية في الجزائر و توحيد الضمان الاجتماعي.

### 3.الصناديق التي لها علاقة مع تأمين المرض: CNAS و CASNOS

الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجرااء : ص و ت ا ( CNAS )

يعتبر هذا الصندوق آلة مفضلة في النظام الضمان الاجتماعي فهو يسير خدمات للتأمينات الاجتماعية للمؤمنين و لذوي الحقوق لهم ,موارده المالية مشكلة من الاشتراكات المحتملة من قبل العمال و مشغليهم يضاف إليها الموارد الخاصة القادمة من :

- الصيدليات
- الرياض و حدائق الأطفال
- مراكز طبية اجتماعية
- هياكل أخرى للطباعة
- تصفية حسابات التقاعدات الدولية
- مصاريف التسيير لحساب منظمات أخرى
- منتجات الصناديق الموضوعة

الهدف الأساسي للصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية ( CNAS ) حسب المادة(08) من المرسوم 7.92 المؤرخ في 04 جانفي 1992 :

6. تسيير الأداء حسب طبيعة التأمينات لحوادث العمل و الأمراض المهنية .
7. تسيير الخدمات العائلية.
8. ضمان التغطية مرافبتها و نزاعاتها.
9. تنظيم و ترتيب و ممارسة المراقبة الطبية.
10. إمضاء تعاقدات.
11. المباشرة في إدراج المؤمنین الاجتماعيين و المستخدمين.
12. ضمان إعلام المستفيدين و المشتغلين.

مهمة تغطية الاشتراكات مدفوعة من ( CNAS ) لحساب الصناديق الاخرى قبل الوضع الفعلي لهياكلها للتغطية.

إلى يومنا هذا لا يزال يضمن ذلك بالنسبة للصندوق الوطني للتقاعد (CNR) و الصندوق الوطني لتأمين البطالة (CNAC) كما فعل ذلك حقا حتى 1997 لحساب (CASNOS) و حتى 1998 لحساب CACOPATH (العواصف و العطل المدفوعة) مؤقتا شرع في تغطية نصيب الخدمات الاجتماعية المدفوعة للصندوق الوطني لمعادلة الخدمات الاجتماعية (FANPOS).

من جهة أخرى و لحساب الدولة , (CNAS) بدأ منذ 1994 بدفع الاداءات العائلية ( منح عائلية علاوات مدرسية).

الصندوق الوطني للتأمينات مهيكّل كما يلي :

مديرة عامة واحدة متواجدة في الجزائر العاصمة

47 وكالة ولائية أين كل واحدة أو عديد من نقاط عملية حسب أهمية المنطقة و هي مكلفة بأنشطة الانضمام تغطية الاشتراكات دفع الخدمات و المراقبة الطبية.

عدد عمال الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية الذي كان يقدر ب 14.840 في 1998 أصبح يقدر ب 20.349 شخص في 2002 مسجلا زيادة 37% في هذه الفترة ,تمثل ميزانية الأشغال 6% من مجموع النفقات , 85% من هذه الميزانية المتكونة من نفقات العمال.

• وكالة واحدة للإشغال

• نقطة واحدة لسونالغاز

• 820 هيكل دفع 'أين نجد 13 مشروع فتح على مستوى التراب الوطني

• 32 مركز طبي اجتماعي (CMS)

• 04 مستشفيات /عيادات

في هياكل للدعم يملك ال ص و ت ا :

• 29 مركز جهوي للتعامل في الإعلام الآلي.

• 01 مركز وطني مستعمل , لأنظمة ضخمة في الإعلام الآلي .

• 60 وكالة صيدلانية مستحوذ عليها من إحلال الفارمات القديمة.

و نشير انه قبل 1983 كان الضمان الاجتماعي يملك ذمة هامة متكونة من هياكل صحية هامة

(مستشفيات ,ولادات ,غرف علاج مراكز طبية اجتماعية)



رغم أن جزءا من هذه الذمة هو منقل إلى قطاع الصحة ,بعض الهياكل الموجهة الى عمال الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية و المؤمنين الاجتماعيين (هذا الشكل يسمى بطب الصندوق) لا يزال مسير من قبل الصندوق.

هذه الهياكل هي أساسا مراكز طبية اجتماعية ( CMS ) و مراكز متخصصة للطفولة في صعوبة التكيف و التعلم و كذا رياض الأطفال و حدائق الأطفال.  
الهياكل الصحية:

• 02 مستشفين متخصصان في جراحة الأطفال (بو إسماعيل) و في جراحة العظام ( الحراش).

• 01 عيادة في جراحة ORL(ابن سينا).

• 03 مراكز طبية اجتماعية ( CMS).

60 صيدلية.

الهياكل الاجتماعية:

• 34 روضة أطفال و حدائق أطفال.

• 01 مركب (بجاية).

الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الغير الأجراء (ص و ت ا غ ا ) :CASNOS:

مهمة نظام التامين الاجتماعي لغير الأجراء هي تحقيق التضامن بين واحدة أو العديد من الفئات الاجتماعية الاقتصادية و ذلك بضمان لهم حماية موسعة و كذا لذوي الحقوق و هذا الأخير يبقى هير تابل للفلسف س نظام النساا الاجتماعي بسففة عاسة.  
كما أن هذا النظام ولد متأخرا بالنسبة إلى نظام الإجراء.

لم يتحصل العمال غير الأجراء على حق الضمان الاجتماعي إلا ابتداءا من 1958/01/01

و هذا في صالح المرسوم رقم 892.59 المؤرخ في 1956/11/24 و خاصة في مادته (19)

المتعلقة بتأسيس نظام المسنين لفائدة الفئات المهنية التالية:

- المهن الصناعية و التجارية.

- المهن الحرة.

- المهن المتعلقة بالصناعات التقليدية.

- المهن الزراعية.

الإصلاح التشريعي في جويلية 1983 وضع حدا للأنظمة المخصصة للضمان الاجتماعي القديم الأمر الذي أدى إلى ظهور صندوقين وطنيين كبيرين و هما : CANASAT و CNR و ذلك بإدماج كل الأنظمة الموجودة أي : CAVNOS

و الذي تم تعديله في 1983 في إطار الإصلاح أعيد للحياة عند إعادة التنظيم الإداري و المالي للضمان الاجتماعي بالإعلان عن المرسوم التنفيذي 07.92 المؤرخ في 1992/01/04 لكن هذا الأخير لم يطبق إلا ابتداء من 1994/01/01 .

في وقت آخر المرسوم 119.93 المؤرخ في 1993/05/15 جاء لتكملة طرق تنظيم و السير لهذا الأخير ,الشكل الحالي للتوزيع الجغرافي للهياكل اللامركزية ل : CASNOS يعكس الإجراءات الموجودة في القرار المؤرخ في 97/01/18 المتعلق بالتنظيم الداخلي لهذا الأخير. الأهداف الرئيسية لهذا الصندوق حسب المرسوم 119.93 المؤرخ في 1993/05/15 هي :

- تسيير الأداء حسب طبيعة و صنف غير الأجراء

- تسيير منح التقاعد.

- ضمان التغطية المراقبة و النزاع في تغطية الاشتراكات .

- تنظيم و ترتيب و ممارسة المراقبة الطبية.

- المباشرة في إدراج المؤمنین الاجتماعيين المستفيدين .

من حيث التنظيم الص و ت ا غ ا مزود أيضا بمجلس إدارة مكون من الأعضاء الآتين :

• 06 ممثلين للمهن التجارية معينين من قبل منظماتهم المهنية الأكثر تمثيلا في البلاد.

• 06 ممثلين للمهن الزراعية معينين من بين ملاك الأراضي المستغلة و المؤسسات الزراعية

الخاصة من قبل منظماتهم المهنية الأكثر تمثيلا على المستوى الوطني .

• 04 ممثلين للمهن الحرة أين كل عضو يمثل على الترتيب المهن الحرة التالية: مهنيوا الصحة

المحاماة مكاتب الدراسات التقنية و الهندسية المالية و المحاسبية معينين من قبل منظماتهم

المهنية الأكثر تمثيلا في البلاد,

• 04 ممثلين للمهن التقليدية معينون من قبل منظماتهم المهنية الأكثر تمثيلا على المستوى

الوطني .

• 01 ممثل لعمال الص و ت ا غ ا معين من قبل لجنة المشاركة.

يحتوي الص ت ا غ ا على مدير عام متبوع بنائب مدير ,مستشارين و (07) مديرين مركزيين يخلقون مديريات وظيفية.

كما يحتوي على مديرية عامة و13 وكالة جهوية و (03) نواب مديرين : خدمات تغطية و الإدارة المالية ,لهم تحت درابتهم الإقليمية ثلاث نقاط ولائية على الأقل باستثناء العاصمة. كل ولاية مزودة بنقطة منظمة بمسؤول لها و الحالة السابقة للشبابيك المتخصصة ,أقيمت في بعض البلديات و الدوائر.

في 1999 عدد عمال الص و ت ا غ ا هو 2206 شخص من بينهم 84 إطار عالي 'أهم قسط من هذا العدد أي 2006 عامل متواجد على مستوى الوكالات الجهوية<sup>1</sup>

#### 4.النظام الصيدلاني في الجزائر

انشئت الصيدلية المركزية (ص م ج) منذ السنوات الأولى للاستقلال 'استثمرت الصيدلية المركزية الجزائرية كل الوظائف بما فيها تسيير المؤونات القادمة أساسا من الخارج ,تطوير منشآت التخزين و التوزيع و تنظيم و توسيع الصيدليات المكلفة بالتوزيع و بالتجزئة ووضع سياسة إنتاجية في الهياكل الموروثة. مرت الصيدلية المركزية بمراحل أربعة و هي :

#### مرحلة تأسيس الصيدلية المركزية الجزائرية (1963\_ 1971) Pharmacie Centrale : Algérienne

أخذت هذه المؤسسة مكان لعديد من العملاء ابتداء من التمثيل البسيط إلى غاية الشركات الكبرى لتوزيع لمؤونة في الفترة الاستعمارية. منذ 1963 عوضت الصيدلية المركزي الجزائرية المحلات العامة للصحة و تكلفت بتسيير عدد معين من الصيدليات.

في 1965 ورثت سجل مستلكات حقوق وواجبات مؤسسات متاجرة بالجملة مؤمنة في 1969 منح لها احتكار استيراد المواد الصيدلانية و المعدات الطبية.

<sup>1</sup> Lamri I :la couverture du risque maladie :état des lieux et perspectives ;cas de L'algerie , du MROC.ET DE LA tunisie ;PUBLICATION DU MINISTERE DE LA SANTE DE LA TUNISIE EN COLABORATION AVEC LE RESEAU RESSMA ?TUNISIE .2001



أهم ما يمكن استنتاجه هذه المرحلة أن الصيدلية المركزية الجزائرية استبدلت المحلات العامة للصيادلة الأوروبيين الذين رحلوا بعد الاستقلال للمتاجرين بالجملة و عدد هام من البائعين الاحتكار على الاستيراد متبوع بالاحتكار على التوزيع بالجملة جعلت الصيدلية المركزية الجزائرية تصبح العميل المهيمن على القطاع الصيدلاني.

#### مرحلة التطور المكثف لل ص م ج (1981\_1972)

المضمون العام للسبعينات مسجل بتطور اقتصادي إجمالي بسبب الجهود الاستثمارية الجبارة التي بذلت في مختلف القطاعات الاقتصادية.

سمح المخططين الرباعيين للتنمية (1970\_1973, 1974\_1977) بتوسيع القطاع العام الذي استفاد من برمجة مشاريع صناعية كبرى ,فيما يخص لصيدلية المركزية الجزائرية سجلت هذه المرحلة توسعا في مجال نشاطها خاصة بالاستحواذ على المراقبة الكلية لمجمل وظائف الاستيراد التوزيع بالجملة و الإنتاج.

أما فيما يخص شبكة التوزيع قلمت المؤسسة بإجراءات تسوية فيما يتعلق بالتخزين و عمليات اللامركزية في نفس الوقت كما قامت بوضع مخبر مركزي لمراقبة النوعية الذي جاء لإتمام الإجراءات المتخذة من اجل جعل الصيدلية المركزية كوسيلة مفضلة في السياسة الصيدلانية.

و ما يتعلق بالتخزين الصناعي تميزت هذه المرحلة بوجود منهجين مختلفين بالموازاة مع فتح دراسة حول وحدات إنتاج الدواء و المعدات الطبية , شرع في نهاية الستينات في مشروع ذو حجم كبير جدا مركب مضادات الجراثيم بالمدينة, أين امضي عقد الانجاز في 1977 .

#### مرحلة إعادة هيكلة ال ص م ج (1982\_1990)

السياسة الجديدة المتخذة من قبل الجزائر في بداية الثمانينات تترجمت بإعادة هيكلة القطاع الصناعي و التجاري للبلاد كم حدث في مجمل الشركات الوطنية , أعيدت هيكلة ال ص م ج تنظيميا هي أيضا.

بالنظر إلى أهداف المخططين الرباعيين للتنمية (1970\_1973, 1974\_1977) و إلى حجم السوق بقيت و طائف مراقبة النوعية و إنتاج السلع الطبية و البحث ذات حجم ضئيل يفترض القيام بهذه الوظائف وجود علاقات كبيرة بين مختلف القطاعات (صناعة بحث جامعة وزارة الصحة).

بقيت الصيدلية المركزية الجزائرية خاضعة فقط إلى مؤشرات الطلب في السوق و إلى ضرورة ضمان وجود المواد المطلوبة بالتماشي مع قائمة المواد الصيدلانية و محدودية غلاف العملة الصعبة الممنوح من قبل الدولة من اجل الاستيراد.

قسمت الصيدلية المركزية الجزائرية إلى خمس مؤسسات:

- اينفارم مقرها الجزائر العاصمة: كلفت هذه المؤسسة بتمويل مجمل المؤسسات العامة للصحة المتواجدة بولايات وسط البلاد و هي تضمن أيضا تموين الصيدليات العامة و الخاصة و كذا تموين مراكز الطبية الاجتماعية للمؤسسات المتواجدة في الوسط.

- اينوفارم مقرها وهران :كلفت بتموين كل موزعي الغرب .

- انكوارم بقسنطينة :و هذا العميل يقوم بنفس مهام اينوفارم و لكن في منطقة الشرق.

- صيدال مقرها المدية:مركبة على أساس التخصص و تبسيط الوظائف و تتكون من ثلاث وحدات للصناعة و التعليب (فارمال بيوتيك و الحراش)

مركب كامل للإنتاج متواجد بالمدية.

- اونيمادي مقرها الجزائر العاصمة : كلفت هذه المؤسسة باحتكار التوزيع و كذا استيراد المعدات الطبية سواء تعلق الأمر سواء تعلق الأمر بأدوات صغيرة و مواد استهلاكية شائعة أو بوسائل ثقيلة و متطورة.

فترة تحرير سوق الدواء (1990 إلى يومنا هذا):

أول خطوة نحو التشريع و الدخول الواسع للقطاع الخاص في الاقتصاد الوطني توسعت أيضا لتشمل الدواء و كان ذلك عبر القانون 11\_82 المؤرخ في 21 اوت 1982 المتعلق بالاستثمار الوطني الخاص لكن بقيت النتائج الحقيقية لهذا القانون ضئيلة جدا بالمقارنة مع الهدف العام المرغوب فيه و هذا راجع إلى سببين أساسيين:

بقيت مجالات الاقتصاد تحت الاحتكار العمومي بالخصوص تلك المتعلقة بالاستثمار في قطاع الصحة.

بقاء قرار الاستثمار خاضع إلى الاعتماد من طرف اللجنة الوطنية التي تقيم فرصة حساب

الأولويات المحددة في مخطط سنوي.

وضع قانون لنقد و القرض 10\90 افريل 1990 فصل جذري بالنسبة لهذه الطريقة في

التسيير الاقتصادي واضعا بذلك الحد لاحتكار الدولة للتجارة الخارجية و فتح تقريبا كل قطاعات

النشاط لرؤوس الأموال الوطنية و الخارجية الشرط الوحيد هو أن يستمر المتعاملين المستوردين جزء

من إرباحهم في أنشطة إنتاجية و خدمية فيما يتعلق بالدواء. ليس تحرير القطاع الصيدلاني أساس وظائف الاستيراد و التوزيع بالجملة باعتبار أن القطاع الخاص كان موجودا من قبل في أنشطة التوزيع بالتجزئة و كان مسيرا حسب قوانين مضبوطة.

اقتصر رأي السلطات الصحية في القيام بأنشطة الاستيراد و التوزيع بالجملة، مرتكز حول الجانب التقني للملفات، إن وجود منشآت بشرية (صيادلة ذوي شهادات دولة) بالمطابقة مع طبيعة النشاط بالإضافة تقوم وزارة الصحة بالتحقق على إن المواد موضوع عملية الاستيراد محتواة في القائمة الوطنية للأدوية.

في نهاية 1990 تقاسمت المؤسسات العمومية الثلاث الناتجة عن إعادة هيكلة الصيدلية المركزية الجزائرية، احتكار الدولة على استيراد المواد الصيدلانية.

هذه المؤسسات الثلاث ذات طابع جهوي في مهام المتاجرة بالجملة (ابتداء من مخزونها) و بالتجزئة عبر شبكة صيدليات عمومية تابعة لها تقوم كل واحدة منها بتموين خارجي مباشرة مع شركاء أجنبية و حسب رأي المحللين قدرة الصيدلية المركزية الجزائرية انخفضت أمام إنشاء هذه المؤسسات الثلاث

## توفر الأدوية

### دور القطاع الخاص

من أهم مسؤوليات الدولة في الصحة تشجيع الحصول على الأدوية و يجب ان تكون هذه المسؤولية واحدة من الركائز التي تقود كل سياسة صيدلانية وطنية.

مشكل توفر الأدوية ليس بجديد رغم توفر متوسط الدفع في الثمانينات عرف سوق الدواء عدة أزمات ندرة لكن هذه الأخيرة تقلصت بسرعة عن طريق الاستيراد. وجهت هذه المسائل إلى سير الاحتكار العمومي الذي لم يطور إجراءات ملموسة على المستوى المؤسسات العمومية المستوردة في علاقة مع عجز السلطات الصحية لإدخال سياسة الاستحواذ على الأدوية الأساسية بأقل تكلفة ممكنة و التي يجب أن تتوفر في كل وقت و في كل مكان في الجزائر.

فتح وظائف الاستيراد و التوزيع بالجملة كان لابد أن يترجم بثلاث نتائج ايجابية على الأقل:

• توجيه الادخار الخاص نحو قطاعات استثمار إستراتيجية، كان يجب على نشاط المستوردين أن

يترجم بنمو ملموس في الإنتاج المحلي للأدوية.



• تخفيض تكاليف الاستيراد بفعل خلق التنافس بين عديد من العملاء ,كان يجب إن تتمتع المؤسسات بالخفة التي تمكنها من أحسن تسيير في المؤونات والمخزونات.

• كان يجب أن تؤدي إلى أكثر وفرة للأدوية.

فتح القطاع الصحي لرؤوس الأموال الخاصة سمح بتحسين وظائف التمويل و توزيع الأدوية و تدخل المؤسسات الخاصة كأمر ايجابي في توفير الأدوية أما زيادة الأسعار المطبقة فقد أدت إلى إحباط حصول المواطنين على الأدوية.

نمو شبكة الصيدليات:

تطور الصيدليات يعود إلى بداية التسعينات 1990 أين لوحظ تضاعف لعدد الصيدليات الخاصة في المدن الكبيرة و بعض المدن المتوسطة تقارب العلاقة صيدلية لكل مواطن تلك الموجودة في الدول المصنعة هذا التوسع السريع في شبكة الصيدليات لا يرجع فقط إلى تحرير القطاع و لكن يعود أيضا إلى الإحساس بالدواء على انه سلعة مثل السلع الأخرى.

جدول رقم 10: تطور عدد الصيدليات بين 1991\_2003 حسب الإطار القانوني.

الصيدليات						السنة
النسبة %	المجموع	النسبة %	خاصة	النسبة %	عمومية	
100	2954	65.5	1936	34.5	1018	1991
100	3520	67.5	2385	32.2	1135	1993
100	5299	81.25	4305	18.75	994	1999
100	5576	82.26	4587	17.74	989	2000
100	5800	82.37	4778	17.63	1022	2001
100	6052	82.64	5001	17.36	1051	2003

المصدر: إحصائيات وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات.

بين سنوات 1993 و 2000 و هي فترة التحرير الكلي للقطاع الصيدلاني ازداد عدد الصيدليات الخاصة و لم يتوقف عن التضاعف خاصة في المدن الكبرى.

### الإنتاج المحلي للأدوية:

ما يمكن تسجيله أن الجزائر لم تعرف إستراتيجية واضحة تنتهجها في المجال الصيدلاني بحيث إنها كانت تقدم بصورة كبيرة على الاستيراد و ذلك بغية تلبية متطلبات الطلب الوطني في سوقها المحلية.

الشئ الذي نجم عنه ارتفاع في فاتورة الاستيراد في عام 1995 إذ انه حتى أيامنا هذه تعتبر من صلاحيات القطاع العام إلا فيما يخص بعض الاستثناءات كمؤسسات الاستيراد و التوزيع الموثقة من طرف الدولة في السنة 1991 من قبل مجلس المالية و المحاسبة. اثر التغيير في نمط التسيير الذي وجدت الدولة نفسها مضطرة إلى تطبيقه يتمثل في إنشاء عدة شركات خاصة أخذت في عمليات الاستيراد و التجارة بالمواد الصيدلانية م التي أخذت عدة أشكال:

• علاقة مستورد مشتري بدون عقد

• عقد شراء

• عقود طويلة المدى

ما هو ملاحظ أن الدولة كانت تتدخل في توزيع المواد الصيدلانية و بذلك فان كل ما يتم استيراده يجد زبونا متمثل في القطاع العمومي الأمر الذي أدى إلى تراكم المخزونات و بالتالي تضرر الإنتاج الوطني بشكل كبير.

هذا الأمر يرجع إلى سوء السياسة المنتهجة من طرف السلطات اتجاه هذا القطاع الأمر الذي إن أدى إلى عدم التحكم في إنباح و استهلاك الدواء على حد سواء.

كما تجدر الإشارة إلى، انه في عام 1996

اتخذت الدولة العديد من الإجراءات قصد إعادة تنظيم السوق بحيث أصبحت تعد : نوع من الأدوية غير القابلة للتعويض من طرف الضمان الاجتماعي بالإضافة ا تحديد سقف لهامش الربح ل 74 نوع من الأدوية دون إهمال الاعتماد الممنوح للمستوردين

في سنة 1997 أصبح هناك 20 مستوردا إلا أن خمسة فقط منهم دخلوا الإنتاج و أصبحوا يغطون 5% من السوق الوطنية



الصناعة الصيدلانية في الجزائر تعرف ضعفا, و لكن العديد من المجمعات :

لادفارما laadpharma: أنشئ سنة 1985 و يعرف أيضا باسم مخابر الدكتور جبار, بدا المخبر نشاطه بصناعة المواد المعالجة لسقوط الشعر التي تتواجد في البلدية يتوفر المخبر حاليا على وحدة إنتاج لمضادات السعال و منشطات الأدوية التي تقدر طاقتها الإنتاجية ب 15 مليون وحدة بيع. المخابر الجزائرية للأدوية: تحصل المخبر الجزائري للأدوية على الاعتماد من وزارة الصحة و السكان و هو مخبر 100% جزائري و الذي يختص اليوم بإنتاج شراب خاص بمرض الربو. بيوفار: يتواجد بمدينة قسنطينة يتميز بإنتاجه للأقراص المضادة للآلام الرأس و كذلك شراب المغنيزيوم.

المخبر الصيدلاني الجزائري: يعتبر هذا المخبر من أول مؤسسة خاصة للإنتاج الصيدلاني في الجزائر تحصل على الاعتماد من قبل وزارة الصحة سنة 1991 لاستيراد الأدوية و في عام 1992 أصبح هذا المخبر يغطي 21.5% من السوق الوطنية و نظرا إلى إلزامية الاستثمار في الإنتاج لسنة 1997 فقد لجأ إلى فتح رأس ماله للشراكة الفرنسية سانوفس بنسبة 25% و يقدر رأس مال المخبر الصيدلاني الجزائري الان ب: 1.1 مليار دينار جزائري, له 7 وحدات إنتاجية التي تطلبت استثمار يقدر ب 110 وحدة بيع.

و يشهد السوق الجزائري للأدوية تنافسا حادا من حيث توزيع الدواء في الجزائر و من ضمن عشرين مخبرا دوليا يتواجد بالجزائر :

صيدال: يحتل مركز الريادة في السوق الوطنية

غلاسكو: ثان مجمع عالمي و يحتل المرتبة الثانية في السوق الجزائرية.

افونتيس: مجمع عالمي, يحتل المرتبة الثالثة

فايزر: أول مجمع عالمي في المجال الصيدلاني و الذي يحتل المرتبة الرابعة في السوق الجزائرية.

هذه الأربع مجمعات لوحدها تسيطر على أكثر من 60% من السوق الوطني<sup>1</sup>

<sup>1</sup> زميث خديجة. مرجع سابق. ص ص: 189-192



ثالثا: استهلاك الأدوية في الجزائر

1. علم الأدوية الفارماكولوجيا

قدم علم الأدوية يعود إلى قدم الإنسان نفسه ،فالإنسان منذ أن انحرفت صحته بدأ يتطلع إلى ما يحيط به بغية إيجاد وسائل يستطيع بها أن يعيد الصحة لبدنه فاستعمل النباتات في الإسهال و الإمساك و الأعراض الأخرى بعد أن كشفها صدفة ،ثم اكتشف أنواع دوائية عديدة عن طريق الصدفة و الملاحظة العفوية .

إن للطبيب الممارس أهمية كبرى في اكتشاف تأثير المواد الدوائية على العضوية و خاصة إذا كان ذكيا حادقا دقيقا محبا للمعرفة و الاطلاع متابعا للتأثير الدوائي على مرضاه ،فعن طريق الملاحظة العفوية اكتشف الطبيب الممارس العديد من المواد الدوائية و عرفت و أدخلت في العديد من الخطط العلاجية المحكمة للكثير من الأمراض و الأعراض المرضية ،و إلى جانب ذلك استطاع الطبيب الممارس بالملاحظة العفوية اكتشاف العديد من الأعراض الجانبية أو التأثيرات الضارة<sup>1</sup>.

إن التقدم الحضاري و العلمي عبر حقبة طويلة أدى إلى الوقوف أمام مستوى الحياة المعقد و العلمي و المنظم و الذي نعرف فيه مفردات و مستحضرات دوائية عديدة ، و قد وجدت مستحضرات في عصر ما قبل الميلاد ب 1500 سنة و ما يزال بعضها يستعمل حتى الآن حيث ابدى المصريون مهارة في فلسفة اختيار المواد الدوائية و تحضيرها و الدقة في إدخالها في المخطط العلاجي.

و بذلك عرف علم التصنيع الدوائي بأنه لمعرفة لكافية بذاتية الدواء و تحضيره بالشكل الخام من مصادره الطبيعية و لا يزال هذا العلم أساسيا من علوم الصيدلة.

قبل القرن 15 كانت المعرفة الكيميائية قليلة جدا و بعد ذلك بدأ التفتح شيئا فشيئا على أهمية المعرفة الكيميائية مثلا استعمل 1688-1704 ملح سولفات الصوديوم كمسهل لذا عرف هذا الملح باسمه ثم أتى العديد من العلماء و لكن معرفتهم الكيميائية قليلة رغم تطلعهم نحوها و بقي الأمر على هذا الحال حتى القرن 18 . و في القرن 19 تقدم علم الكيمياء و بواسطته استطاع العديد من العلماء تحديد المركبات للعديد من المواد و أول مادة كانت المورفين المستخرج من الأفيون و الذي تم تحديده صيغته الكيميائية سنة 1923 و أمكن تركيبه صناعيا سنة 1950 .

<sup>1</sup> عبد الرؤوف عباس. علم الأدوية والفارماكولوجيا. مطبعة جامعة دمشق 1976. ص ص 18-19

و حديثا بدا الحديث عن التركيب الالكتروني للمادة العضوية ,البنية الذرية و الترابط الذري و الذي أعطى مفهوما أوسع عن المادة الدوائية.<sup>1</sup>  
و تعرف ويكيبيديا الموسوعة الحرة علم الأدوية كما يلي.

علم الأدوية Pharmacology هو علم دراسة المركبات الكيميائية ذات التأثير العلاجي ، بشكل أكثر تحديدا يدرس علم الأدوية طريقة تفاعل المركبات الدوائية مع الأجسام الحية لإنتاج التأثير العلاجي عن طريق الإتحاد بالمستقبلات البروتينية أو تثبيط إنزيمات معينة ضمن الجسم

الاسم اللاتيني يأتي من الإغريقية (*pharmakon* *φάρμακον* يعني دواء, و (*logos* (λόγος تعني علم).

يتضمن هذا العلم تركيب المركب الدوائي ، خواصه ، تأثيراته ، سميته ، تأثيراته المطلوبة ، آثاره الجانبية و السمية ، الأمراض التي يمكن أن يعالجها<sup>2</sup>.

## 2. معايير وصف و تناول الدواء

تتمثل حقوق المريض كما حددها رابح العربي فيما يلي:

**العناية اللائقة :** و يشترك فيها جميع المرضى دون تمييز بين عنصر أو آخر فلا دخل للون و لا للغة و لا الجنس أو الدين أو الرأي السياسي أو غيره فالكل سواء في ذلك فلا الأصل يجول دون ذلك و لا الميلاد و الثروة لان ذلك من حق كل إنسان و هو يضمن له الاحترام و لمعالجة على مستوى رفيع طبقا لقواعد العلم .

**الحصول على المعلومات الخاصة بحالته:**و هذا يقع على عاتق الطبيب المعالج الذي يلتزم بإحاطة المريض على ضوء حالته النفسية التي تسمح بإخباره بتشخيص مرضه و طريقة العلاج و كل هذا بلغة بسيطة يستطيع استيعابها عمليا و بذلك يتخلص الطبيب من مسؤوليته في الجانب الإعلامي و بالتالي لا يكون مسؤولا عن كافة النتائج الضارة من جراء دخله.

**الحصول على المعلومات الكافية:**لاتخاذ الإجراءات و القرارات اللازمة بشأن طريقة العلاج و هذا يمكن الطبيب من معرفة رضا المريض أو رفضه وهذا لا يكون إلا إذا كان المرض على علم

<sup>1</sup> محمد زهير بابا. علم العقاقير المقرر النظري. ج2. مطبعة جامعة دمشق. 1971. ص ص 7-12.

<sup>2</sup> www.wikipedea.org

بالوضع الحقيقي لطبيعة العلاج المطلوب أو المرجو القيام به ,إذا كن الطبيب لم يلتزم بإخبار المريض بالحالات التي يجب فيها الرضا يعتبر مسؤولا عن كل ما يترتب على ذلك سواء كان ذلك من مخاطر أولية أو ثانوية<sup>1</sup>

كما يجب مراعاة مدى حسن نية الطبيب و رغبته في إنقاذ المريض على ضوء حالته الصحية التي تدفع الطبيب إلى التهوين في مراعاة حالته المريض النفسية و الجسدية .

رفض المعالجة و العلاج:بات من الضروري الحصول على رضا المريض قبل القيام بالعلاج أو القيام بالعمليات الجراحية و إلا فان المخاطر الناتجة عن المعالجة يتحملها الطبيب كما انه يتحمل كل الأخطاء الناتجة عن علاج الذي يوافق عليه المريض ضمن حدود القانون و طبقا للقواعد العامة لذا فان رضا المريض ذو أهمية كبرى كما له لحق في معرفة النتائج الرفض للعلاج .

كل هذا يجوز إذا كانت حالة المريض تسمح بذلك ,أما في حالة كان المريض عاجزا عن التعبير عن رضاه فيعتمد رضا من يمثله قانونيا .

الاحتفاظ بسرية الحالة و برنامج المعالجة: و هذا حتى يصون المريض نفسه من تناقل الناس لأخباره.

حفظ المعلومات و المراسلات و السجلات:الخاصة بحالة المريض و معالجته.

الحصول على الخدمات الكافية و المعقولة:حسب الأصول المستقرة في الطب و الظروف القائمة و الأصول العلمية .

معرفة الإجراءات التجريبية المجراة بشأنه:و المتعلقة بمعالجته و هذا أما عن طريق الطبيب أو المستشفى.

تفحص فاتورة الحساب: حتى و إن كان ليس هو من سيسددها.

الاطلاع على قوانين المستشفى:و الني لها علاقة بنصره كمريض.

واجبات الصيدلي نحو المريض:

•تحمل مسؤولية تركيب الدواء دون خلل في التركيب.

•تقديم أو بيع و أو صرف أدوية صالحة و سليمة و لا تشكل خطرا أيا كان على حياة المرضى

المتعاطين إياها.

<sup>1</sup> رابح العربي.الطبابة تاريخ و قواعد و أخلاق.جامعة عنابة. 2003. 58-61



التحقق من سلامة الأدوية التي ترد إليه من المصانع قبل بيعها إلا إذا كان العيب فيها يعود إلى صناعتها.

• تقديم الدواء المتفق مع الأصول العلمية القائمة بهدف شفاء المريض .

• عدم بيع الأدوية مباشرة دون وصفة.

• الامتناع عن محاولة تشخيص الأمراض ووصف العلاجات لها لان هذا من اختصاص الأطباء

و يستثنى من ذلك الحالات الطارئة التي تقتضي الإسعافات الأولية.

• المحافظة على معايير الدواء المنصوص عليها في الوصفة.

• المحافظة على أصناف الدواء الموجودة بالوصفة و صرفها بدقة و عناية دون إحداث أي

تعديل أو تغيير فيها.

• إذا شك الصيدلي في صحة تركيب الوصفة الطبية نتيجة خطأ عفوي أو توقع وجود تفاعل بين

المركبات ناتج عن طبيعة الدواء يجب عليه الاتصال بالطبيب صاحب الوصفة من اجل التشاور معه

دون أن يجري أي تعديل من تلقاء نفسه.

• عدم مناقشة الصيدلي محتويات الوصفة مع المريض .

• يبين الصيدلي للمريض طريقة استعمال الدواء من حيث المقادير و الجرعات و المواعيد.

• كما ينبغي على الصيدلي:متابعة التقدم العلمي في مجال الأدوية و العقاقير.

• تبادل المعلومات مع أصدقائه من الأطباء.

• المحافظة على شرف المهنة و حسن السمعة.

• المساهمة في تطوير المجتمع.

• المحافظة على المؤسسة من حيث النظافة و ترتيب العقاقير و توفير المعايير و الأجهزة

اللازمة للعمل الفني.

• عدم السماح للربح المادي أن يطغى على العمل و الهدف الإنساني و هذا بالابتعاد عن استغلال

المهنة و إجراء انفاقيات ترويجية لأنواع معينة من المستحضرات.

• التحلي بالأخلاق النبيلة و الحفاظ على السمعة و الثقة و العلاقات الحسنة.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> راجع العربي. نفس المرحع. ص ص: 62-67

### 3. إحصائيات عن استهلاك الأدوية:

عند الاستقلال في بداية الستينات (60) لم يمثل الدواء نفقة هامة على مستوى المحاسبة الوطنية، قدرت حصته بـ 4% على الأكثر من مجمل نفقات الصحة على المستوى الوطني تحت احتكار عمومي، و تطور السوق الوطني بشكل بطيء.

جدول رقم 11: تطور السوق الجزائري للمواد الصيدلانية

السنة	المبلغ (بالمليون دينار)
1969	145
1974	608
1982	1.230
1988	3.175
1990	5.233

المصدر: MPSRH.ONS جمعية الصيادلة و منتجي الأدوية.

و يرجع هذا التطور إلى العوامل الآتية:

- تأسيس مجانية العلاج
- توسيع العرض العمومي للعلاج
- تطور عدد الأطباء الناتج عن برامج التكوين الجامعي في الطب.
- الارتفاع المتواصل للمستوى الثقافي و الاقتصادي للسكان.

تطور السوق الجزائري للمواد الصيدلانية

هذا السوق المرتبط بأكثر من 80% بالاستيراد، تطور حسب توفر المدفوعات الخارجية و عرف تغيراته الأولى ابتداء من 1988 عبر السخط الناتج عن الأزمة الاقتصادية و إجراءات الإصلاحات التي تبعتها. تمثل أزمات ندرة الأدوية المتكررة في هذه الفترة أحسن دليل على الصعوبات التي عرفها هذا السوق.



## الفصل الرابع: واقع الصحة و استهلاك الأدوية في الجزائر

يتواجد سوق المواد الصيدلانية حاليا في مستويات مرتفعة جدا و هذا يرجع إلى مسار التفتح و التحرر و التطور الديمغرافي و التطور الثقافي و التحولات المختلفة التي تعيشها البلاد. غلب الاحتكار العمومي للدواء على مجمل الحلقة الصناعية و التجارية منذ 1962 إلى غاية التسعينات (90)، أين سمح قانون القرض و النقد بفك الاحتكار و التجارة الدولية و التفتح على الخارج.

تتفق كل المعطيات التي تم الحصول عليها من مؤسسات وطنية (الديوان الوطني للإحصاء، وزارات) و دولية (منظمة الصحة العالمية، البنك العالمي) على تقييم حجم سوق المواد الصيدلانية ب75% مليار دينار أي ما يقارب 1 مليار دولار أمريكي :

جدول رقم12:تقدير السوق الجزائري للمواد الصيدلانية:

الفترة	المبلغ الإجمالي دولار أمريكي	لكل فرد (US\$)
1994-1990	400 مليون	\$15
1998-1995	450 مليون	\$16
2002	600 مليون	\$17
2003	700 مليون	\$20
2004	850 مليون	\$25
2005	1 مليار	\$30

المصدر MPSRH.ONS جمعية الصيادلة و منتجي الأدوية.



جدول رقم 13: حجم و تطور السوق الجزائري للأدوية

بالمليار دينار جزائري

السنوات	1999	2000	2001	2002	2003
إنتاج محلي	6.97	8.77	7.27	8.32	7.69
استيراد	34.96	34.40	38.04	49.39	54.82
السوق الوطني	41.93	43.17	45.31	57.71	62.51
تطور السوق	100	103	108	138	149

المصدر MPSRH.ONS جمعية الصيادلة و منتجي الأدوية.

ازداد حجم السوق في 2003 بحوالي النصف ما كان عليه في 1999 خص هذا التطور بصفة اكبر الواردات (+57%) عن الإنتاج الوطني.. و يعود هذا النمو إلى عدة عوامل:

- النمو السكاني (1.6% زيادة كمتوسط سنوي)
- الزيادة الكبيرة لعدد الأطباء أين يتجاوز 40.000 طبيب.
- الزيادة السريعة في عدد الصيدليات التي مرت من 2954 في 1991 إلى 6052 في 2003.

- تطور المنشآت الصحية في الأوساط الريفية و كذا المدن.
- تطور النغطية الاجتماعية (80% من السكان مغطون بنامين المرص) و إجراء الدافعين الآخرين الذين أدوا إلى رفع تعويضات الأدوية من 15.8% مليار دينار جزائري، إلى 33.3% مليار دينار جزائري في 2003، حيث تضاعفت في ظرف 10 سنوات.
- تحرير السوق و تطور القطاع الخاص.
- تحسن مستوى المعيشة و المستوى الثقافي للسكان.

• على المستوى القاري تمثل الجزائر ثاني سوق إفريقي بعد سوق جنوب إفريقيا.<sup>1</sup>

#### 4. الأدوية و نظام التأمين الاجتماعي:

الصندوقان اللذان لهما علاقة بتأمين المرض هما ص و ت ا (صندوق الأجراء) و ص و ت ا غ ا (الصندوق لغير الأجراء).

يحدد القانون رقم 83-11 الإطار القانوني لتدخل النظام الاجتماعي في تعويض الدواء. وضع هذا المبدأ لعام لتعويض الدواء بنسبة 80 %، و حدد بذلك مبدأ مشاركة المؤمن في نفقات الأدوية بمبلغ أقصى ل 20% ترتفع هذه النسبة إلى 100 % عندما يتعلق الأمر بالأخذ بعين الاعتبار لطبيعة أو أهمية أو فترة العلاج، بنوعية الحائز على منحة أو ريع من الضمان الاجتماعي، بالإضافة إلى الأدوية المانعة للحمل أو الإنجاب التي تعوض بنسبة 100 %.

قرار ما بين الوزارات رقم 133 /لوزارة الصحة العمومية و وزارة العمل و الضمان الاجتماعي المؤرخ في 1995/12/21 بتطبيق المادة 59 للقانون رقم 83-11 المؤرخ في 1983/07/02 يحدد السعر المرجعي للتعويض و شروط لتكفل بالمواد الصيدلانية من قبل الضمان الاجتماعي، يقترح السعر المرجعي من قبل لجنة تعويض الدواء.

لا يمكن تعويض المواد الصيدلانية أو التكفل بها من طرف منظمات الضمان الاجتماعي إلا إذا كانت مصروفة من قبل طبيب أو من قبل كل شخص مؤهل لهذا الغرض. عبر التنظيم و يظهر في تاريخ وصفها على قائمة الأدوية المعوضة الموضوعة بقرار زوجي للوزير المكلف بالضمان الاجتماعي و وزير الصحة.

يمكن للوصفات الطبية المقدمة أن تخضع لمراقبة طبية إذا تجاوزت فترة الوصف لشهر من العلاج، ما عدا المواد المانعة للحمل و عندما يتجاوز مبلغها المبلغ الأعلى المحدد من طرف الصندوق الضمان الاجتماعي أو في حالة الشك و المبالغة.

<sup>1</sup> Etude de CNAS. Maitrise des dépenses afférentes a la couverture des frais pharmaceutique/CENEAP :juin 2001

**لجنة تعويض الأدوية: comité de remboursement des médicaments**

طبقا لإجراءات المادة 59 من قانون 83-11 المؤرخ في 02 جويلية 1983 مصحح و متعلق بالتأمينات الاجتماعية، كل المواد الصيدلانية القابلة للتعويض .

تحدد هذه القائمة بقرار من وزير الصحة و إصلاح المستشفيات، وزير العمل و الضمان الاجتماعي و وزير التجارة، على اقتراح من لجنة تعويض الدواء التي أسست بقرار ما بين الوزارات في 04 فيفري 1996، مصحح بقرار ما بين الوزارات في 16 أوت 2003 .

تتجلى مهمة هذه اللجنة في :

- اقتراح قائمة الأدوية القابلة للتعويض و تحديثها.
- إعطاء رأيها التقني في تسجيل المواد الصيدلانية القابلة للتعويض.
- اقتراح النسبة و التسعيرة المرجعية للتعويض و تحديثهما.
- تتكون هذه اللجنة من :
  - المدير العام للضمان الاجتماعي للوزارة المكلفة بالضمان الاجتماعي .
  - مدير لصيدلية و المعدات للوزارة المكلفة بالصحة.
  - مدير مصالح الصحة للوزارة المكلفة بالصحة،
  - مدير المنافسة للوزارة المكلفة بالتجارة.
  - نائب مدير مراقبة الأسواق للوزارة المكلفة بالتجارة.
  - المدير العام للصندوق الوطني للتأمين الاجتماعي للعمال الأجراء ( CNAS )
  - المدير العام للصندوق الوطني للتأمين الاجتماعي لغير الأجراء ( CASNOS )
  - المدير العام للمخبر الوطني لمراقبة المواد الصيدلانية ( LNCPP )
  - مدير المركز الوطني لمراقبة الصيدليات و مراقبة المعدات.
  - طبيب مستشار في الصندوق الوطني للتأمين الاجتماعي للعمال الأجراء.
  - طبيب مستشار في الصندوق الوطني للتأمين الاجتماعي لغير الأجراء.
  - صيدلي مستشار في الصندوق الوطني للتأمين للعمال الأجراء.
  - صيدلي مستشار في الصندوق الوطني للتأمين لغير الأجراء.
  - رئيس المجلس الوطني الاستشاري للتعاونية الاجتماعية.



يجب إدخال كل طلب تسجيل في قائمة المواد المعوضة من طرف الضمان الاجتماعي من قبل المخبر الحائز على قرار تسجيل عند الأمانة الدائمة للجنة بعد رؤية الخدمة الطبية الممنوحة التي تقدمها. الأسئلة الأساسية التي واجهتها هذه اللجنة تضمنت :

• الأدوية التي يجب أن تقع محل التعويض.

• يجب فحص هذه النظرة في ضل تحرير تجارة الدواء الذي يسمح لكل متعامل (مستورد أو منتج ) أن يضع في السوق كل دواء وقع تسجيله في المصالح المختصة و كذا في القائمة .

• الأسعار التي يجب أن تستعمل كأساس في تعويض الأدوية.

يحدد النظام الحالي للأسعار للهوامش التجارية فالمتعامل ملزم بتقديم لوحة أسعار لمصالح وزارة التجارة تتجلى النتيجة الأساسية لهذا التنظيم في وجود سوق للأدوية ذات طبيعة متشابهة لكن بأسعار مختلفة عند تركيبها قامت اللجنة التقنية للتعويض ب:

- تحديد التسعيرة المرجعية ل 608 مادة صيدلانية قابلة للتعويض التي وقعت موضوع القرار ما بين الوزارات في 21 جويلية 2001 .

- وضع قائمة ل 109 مادة غير قابلة للتعويض التي وقعت موضوع قرار ما بين الوزارات في 19جانفي 1998 بعد طعون المنتجين المحليين تم تخفيضها إلى 97 مادة عملا بالقرار المؤرخ في 22 جويلية 1999 .

في 31 ديسمبر 2000 وضع لجنة تقنية لتعويض الدواء قائمة تتكون من 897 دواء غير قابل للتعويض بقرار ما بين الوزارات في 31 ماي 2003 .

- وضع على أساس 1396 تسمية دولية موحدة ( DCI ) مسجلة أي 3335 تخصص قائمة ل 1248 (DCI).

- المشاركة في أعمال تغيير هوامش الأرباح بهدف استبدال نظام الهامش المتناقضة بنظام هامش وحيد.

المبادرة في وضع قرار ما بين الوزارات الهادف إلى تعريف طرق الإلصاق (قرار ما بين الوزارات المؤرخ في 1996/02/04 المحدد لشروط و طرق الإلصاق) الذي يرتقب خاصة تقديم وصفة متبوعة بطلب تعويض و كذا تأشيرة و ختم الصيدلي.

المبادئ التي استعملت في وضع هذه القوائم من طرف لجنة تعويض الأدوية CRM و هي:

• كل مادة مستوردة و غير معوضة في بلدها الأصلي يجب أن تحذف من التعويض.

• كل مادة معوضة في بلدها الأصلي ب 35 %، تكون إما غير معوضة أو معوضة على أساس تسعيرة دنيا .

• من بين 134 مادة غير قابلة للتعويض 31 منها منتجة محليا دون تقديم أي خدمة طبية ممنوحة.

لم تقع قوائم الأدوية المعوضة و الغير معوضة الموضوعه من طرف CRM موضوع استشارات الواسفين المتخصصين و المستهلكين خاصة جمعيات المرضى و اقتصرت على استماع الخبراء العياديين للجنة الوطنية للقائمة.

#### قائمة المواد الصيدلانية المعوضة:

حددت قائمة المواد الصيدلانية المعوضة من طرف الضمان الاجتماعي بقرار ما بين الوزارات المؤرخ في 19 جانفي 1998 تتضمن هذه القائمة ما يلي :

• المواد الصيدلانية المسجلة في القائمة الوطنية للأدوية المباعة في الصيدليات و التي قبلت التعويض من قبل صندوق الضمان الاجتماعي.

• التحضيرات التي تقوم بها الصيدليات و بعض الأساتذة و كذا بعض التموينات الصيدلانية بإمكانها أن تكون معوضة في شروط محددة بقرار مزدوج للوزير المكلف بالضمان الاجتماعي و الوزير المكلف بالصحة.

امضي قرار ما بين الوزارات متضمن مراجعة قائمة الأدوية القابلة للتعويض في 06 ماي

2003

و نشر في الجريدة الرسمية في 18 ماي 2003 تتضمن هذه القائمة حاليا الأدوية تحت شكل التسميات الدولية الموحدة و كل الأدوية الممثلة لها في أسماء علامات مختلنة هي قابلة للتعويض ابتداء من التاريخ الذي سمح فيه بتسويقها.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Kaddar m. sécurité sociale et contraintes de financement en Algérie ; cahier de CREAD N 22 ;2éME TRIMESTRE ;1990

الفصل الخامس: معالجة و تحليل البيانات و استخلاص النتائج

1. عرض و تحليل البيانات

2. استخلاص النتائج



الفصل الرابع : معالجة و تحليل البيانات و استخلاص النتائج

1. عرض و تحليل البيانات

في هذا الفصل نقوم بتصنيف البيانات و تحليلها في علاقة مع مشكلة البحث و فرضيات الدراسة و نحاول استخراج مختلف الدلالات ذات المعنى السيسبيولوجي .

من خلال استمارات المبحوثين شملت الدراسة عينة تضم 182 فردا موزعة حسب الجنس كما يلي:

جدول رقم 14: توزيع أفراد العينة حسب الجنس

الجنس	التكرارات	النسب
أنثى	75	%41
ذكر	107	%52
المجموع	182	%100

من خلال الجدول تتكون العينة من الذكور بنسبة 52% و هي اكبر من نسبة الإناث و التي تمثل

نسبة 41% و هذا لا ينفي أن النسب متقاربة.

العينة تضم الجنسين مما يمكننا من معرفة مدى تأثير متغير الجنس على السلوك الاستهلاكي للدواء

لدى أفراد العينة.

جدول رقم 15: توزيع أفراد العينة حسب السن

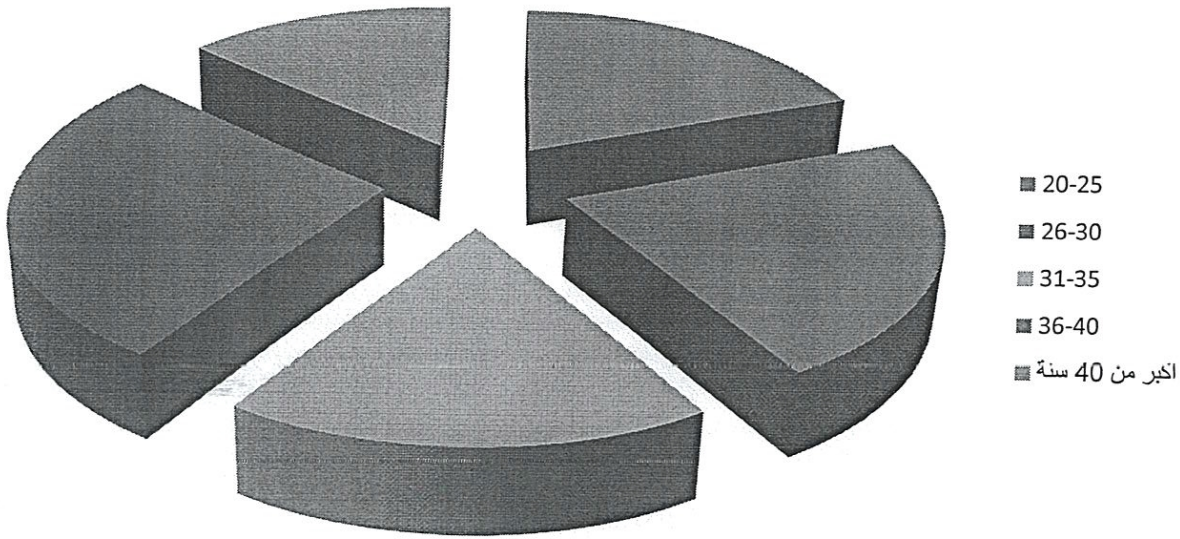
الفئة العمرية	التكرار	النسب
25-20	35	19%
30-26	40	22%
35-31	32	18%
40-36	50	27%
اكبر من 40 سنة	25	14%
المجموع	182	100%

في محاولة لقراءة الجدول أعلاه نجد ان 27 % من أفراد العينة تتراوح أعمارهم ما بين 36-40 سنة و هي اكبر نسبة تليها 22 % من أفراد العينة تتراوح أعمارهم ما بين 26-30 سنة في حين ادني نسبة 14 % من أفراد العينة أعمارهم اكبر من 40 سنة .

من خلال النظر إلى الجدول نجد أن اكبر نسبة من أفراد العينة هم شباب تتراوح أعمارهم ما بين 20-40 و هي المرحلة التي يكون فيها أوج العطاء الفكري و الجسمي و هي تمثل نسبة 86 % من أفراد العينة .

و أكثر ما يميز هذه العينة هو وجود اغلب الفئات العمرية ممثلة مما يمكننا من إعطاء تحليل أوصح و معرفة مدى تأثير عامل السن على ظاهرة استهلاك الأوبرة.  
في الشكل الموالي تمثيل الفئات العمرية للعينة وفقاً للدائرة الدسبية.





جدول رقم 16: توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي

النسب	التكرارات	المستوى التعليمي
10%	19	ابتدائي
31%	58	متوسط
33%	61	ثانوي
26%	44	جامعي
100%	182	المجموع

يتبين من خلال الجدول انه من بين 182 فرد من العينة نجد 33% لهم مستوى ثانوي تليه نسبة 31% ممن لهم مستوى متوسط أما اقل نسبة فكانت 10% و هي من المستوى الابتدائي في حين 26% من أفراد العينة كان لهم مستوى جامعي.

أن متغير المستوى التعليمي ضروري لمناقشة العامل الثقافي في تأثيره على ظاهرة استهلاك الأدوية ووجود الفئات كلها ممثلة يمكننا من قياس هذا التأثير.



جدول رقم 17: توزيع أفراد العينة حسب نوع العمل

نوع العمل	التكرارات	النسب
موظف	39	%21
عامل حر	61	%33
بطل	59	%32
متقاعد	23	%14
المجموع	182	%100

من خلال الجدول و من بين 182 فرد من العينة نجد فئة من يمارسون أعمال حرة تمثل أعلى نسبة و هي %33 و هي تكاد تكون مساوية لفئة البطالين و التي تمثل %32 في حين فئة الموظفين تمثل %21 أما المتقاعدين فتتمثل فئتهم %14.

جدول رقم 18: توزيع أفراد العينة حسب محيط السكن

محيط السكن	التكرارات	النسب
وسط المدينة	69	%38
حي شعبي	55	%30
ضاحية	58	%32
المجموع	182	%100

من خلال الجدول ومن بين 182 فرد من العينة نجد %38 منها يقطنون وسط المدينة (قالمة ميدان الدراسة) أما %32 يقطنون بضاحية عين مخلوف وهي إحدى دوائر المدينة أما %30 فيقطنون بحي شعبي. و هي نسب يمكن أن نقول عنها متقاربة أي انه هناك تجانس في العينة

جدول رقم 19: معنى الصحة عند الفرد الجزائري

المتغيرات	التكرارات	النسب
السلامة الجسدية	74	%31
السلامة العقلية	63	%26
الراحة النفسية	100	%43
المجموع	237	%100

من خلال الجدول و من بين 237 إجابة يرى أفراد العينة أن الصحة هي الراحة النفسية و ذلك

بنسبة %43 ثم السلامة الجسدية بنسبة %31 و كذلك السلامة العقلية بنسبة %26.

أعطى اغلب أفراد العينة من أصل 182 فرد المرتبة الأولى للراحة النفسية و ذلك قد يعود إلى نمو الوعي لدى الأفراد بأهمية العامل النفسي من أجل الشعور بالراحة كما أن طبيعة الحياة الاجتماعية بما يملؤها من ضغوطات خلقت بذلك العديد من المشاكل التي أدت إلى عدم الشعور بالراحة النفسية.

أما السلامة الجسدية فقد احتلت المرتبة الثانية و إن كان لزمان بعيد ارتبطت الصحة بخلو الجسم من الأمراض أو اي عطل عضوي .

أما المرتبة الثالثة فهي تعود للسلامة العقلية.

و الملاحظ في النتائج أن النسب ليست متباعدة بدرجة كبيرة و لكن أفراد العينة أعطوا لبعض المؤشرات الأولوية على الأخرى و منه يمكن القول الصحة لدى الفرد الجزائري هي:

الراحة النفسية بمعامل 0.43

السلامة الجسدية بمعامل 0.31.

السلامة العقلية بمعامل 0.26.



## الفصل الخامس: معالجة و تحليل البيانات و استخلاص النتائج

و منه الصحة هي اجتماع هذه العناصر الثلاث و هذا كما جاء في الفصل النظري و كما عرفتھا منظمة الصحة العالمية.

و بإدخال عامل محيط السكن من اجل معرفة من يركز على أي عنصر دون الآخر.

جدول رقم 20: علاقة مفهوم الصحة بمحيط السكن

المتغيرات	وسط المدينة		حي شعبي		ضاحية		المجموع	
	عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة
السلامة الجسدية	10	12%	15	22%	49	56%	74	31%
السلامة العقلية	21	25%	25	36%	17	20%	63	26%
الراحة النفسية	52	63%	28	42%	20	24%	100	43%
المجموع	83	100%	68	100%	86	100%	237	100%

من خلال الجدول نجد أن 63% من الأفراد القاطنين وسط المدينة يؤكدون على أهمية الراحة النفسية كما نجد أيضا 42% من الأفراد القاطنين بالأحياء الشعبية يؤكدون أيضا على الراحة النفسية في حين الأفراد القاطنين بالضاحية يؤكدون على السلامة الجسدية.

في حين 36% من سكان الحي الشعبي و 25% من سكان وسط المدينة يؤكدون على أهمية السلامة العقلية

من خلال الجدول و من بين 237 إجابة نجد أن الأفراد القاطنين وسط المدينة و في الحي الشعبي يؤكدون على أهمية الراحة النفسية من اجل تحقق الصحة و إذا أردنا أن نجمل النسبتين نجد أنهما يمثلان نسبة 80%. و يمكن أن نرجع هذا التأكيد إلى طبيعة الحياة داخل المدينة، فالضجيج المتواصل و الازدحام إضافة إلى كثرة المشاكل و المشاغل و الالتزامات كما أن الشعور بالأمان خاصة عند الإقامة في المدينة بات ضئيلا كل هذه العوامل تجعل الفرد يشعر بالقلق و التوتر و عدم



الراحة النفسية و يمكن ان نقول ان هذا هو ما جعل الأفراد القاطنين بالمدينة يؤكدون على أهمية الراحة النفسية والعامل النفسي من اجل تحقيق التوازن و الشعور بالراحة و الصحة.

كما أن طبيعة الوظائف التي يمارسها الأفراد القاطنون بالمدن هي أعمال إدارية و هذه الأعمال تتطلب التركيز و الصبر المتواصل و الاحتكاك المباشر بالناس الآخرين باختلاف أطباعهم و انشغالاتهم مما يزيد في الإرهاق العصبي لدى الأفراد ناهيك عن الإرهاق النفسي و لهذا يؤكد الأفراد القاطنون وسط المدين و الحي الشعبي على أهمية السلامة العقلية و إذا أردنا أن نجمل النسبتين نجدها تمثل 73%.

في حين نجد الأفراد القاطنين بالضاحية يؤكدون على أهمية السلامة الجسدية بنسبة 56% .

و إذا تأملنا قليلا لضاحية عين مخلوف و هي إحدى دوائر ولاية قالمة نجد إنها ذات طابع فلاحي حيث اغلب سكان هذه المنطقة يشتغلون بالفلاحة في حين النسبة القليلة المتبقية تشتغل أعمال أخرى اغلبها في البناء من مساعد إلى بناء إضافة إلى فئة قليلة تشتغل بالتجارة.

فالأفراد القاطنون بهذه الضاحية يؤكدون على أهمية السلامة الجسدية لان طبيعة أعمالهم تتطلب الجهد و القوة و السلامة الجسدية و بحكم هدوء المنطقة و قلة الحركة فيها فلا يوجد هناك ضغوط نفسية كثيرة فإذا نظرنا إلى الأفراد القاطنين بالضاحية نجد نوعا من الهدوء في المزاج و لكن هذا لا ينفي الخشونة الجبلية بحكم تضاريس المنطقة.

جدول رقم 21: مفهوم الصحة حسب المستوى التعليمي:

نوع العمل	موظف		عامل حر		بطل		متقاعد		المجموع	
	عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة
السلامة الجسدية	18	24%	31	39%	14	29%	11	30%	74	31%
السلامة العقلية	25	34%	07	9%	23	48%	08	22%	63	26%
الراحة النفسية	31	42%	41	52%	11	23%	17	48%	100	43%
المجموع	74	100%	79	100%	48	100%	36	100%	237	100%

من خلال الجدول أعلاه نجد أن 52 % من العمال بمهن حرة و 48 % من المتقاعدين و 42 % من الموظفين يرون أن الصحة تعني الراحة النفسية في حين 39 % من العمال بمهن حرة و 30 % من المتقاعدين يرون الصحة تمثل السلامة الجسدية في حين نجد أن 48 % من البطالين يرون أن الصحة تعني السلامة العقلية.

من خلال الجدول أعلاه نجد أن الفئات الثلاث الموظفون و أصحاب المهن الحرة و المتقاعدون يرون أن الصحة تمثل الراحة النفسية في حين فئة البطالين ترى أن الصحة تمثل السلامة العقلية و في محاولة لتحليل، النسب أعلاه نجد أن :

إذا أردنا أن نعطي صورة بسيطة عن أفراد العينة ممن يشغلون مهن حرة يجب أن نعلم أن هذه الفئة تضم التجار العاملين بمحلاتهم الخاصة و العمال بالأسواق الأسبوعية و كذلك المشتغلون بأعمال البناء و كذلك المشتغلون بأعمال الفلاحة و هذا التحليل حسب أفراد العينة الذين تام استجوابهم في الدراسة الميدانية .

تتميز هذه الفئة بجملة من الخصائص و يمكن أن نقول تشترك في جملة من المشاكل منها :الأجر غير مضمون و ليس له اجل محدد كما انه لا يوجد هنا تأمين على الحياة أو أخطار العمل



إضافة إلى غلاء الضرائب و صعوبة دفعها كما يوجد هناك عامل ضغط آخر و هو أن أفراد العينة يشتغلون مع أعداد كبيرة من الناس مما يجعلهم عرضة للمشاكل و تحمل مزاجات العديد من الناس ان مثل كل هذه الضغوطات جعلت لكثير من أفراد هذه العينة يرون أن الصحة بالنسبة لهم هي بالدرجة الأولى الراحة النفسية .

في حين نجد أن الموظفين إضافة إلى ضغوطات العمل و المشاكل الإدارية يعاني الموظفون في اغلبهم من غلاء المعيشة و كثرة المطالب الاجتماعية مما يجعل مثل هذه الفئة تؤكد على أهمية الراحة النفسية في مفهوم الصحة.

إن فئة المتقاعدين إضافة إلى السن و خلو الحياة من العمل حيث يؤكد الكثير من أفراد هذه العينة أنهم وجدو صعوبة في التأقلم مع الحياة دون وظيفة تؤكد هذه الفئة على أهمية الراحة النفسية.

إذا نظرنا إلى الجدول نجد أن 39 % من العمال بمهن حرة يرون الصحة بدرجة ثانية هي السلامة الجسدية، إذا علمنا أن أكثر المهن الحرة تتطلب قوة و سلامة جسدية و كذلك أن أي عطل جسدي يعني التعتل عن العمل و يمكن أن نضيف سببا آخر و هو أن العمل بمهن حرة تجعل الكثيرين عرضة للإصابة بالعديد من الحوادث المهنية و من هنا يمكن أن نرجع تأكيد هذه الفئة على السلامة الجسدية.

نجد من الجدول أيضا 30 % من المتقاعدين يرون أن الصحة بدرجة ثانية هي السلامة الجسدية حيث أن الأفراد عند أحالتهم على التقاعد عادة يكونون متقدمين في السن أي أنهم عرضة للعديد من الأمراض التي يمكن أن نسميها أمراض التقدم في السن لذلك يؤكد أفراد هذه العينة على أهمية السلامة الجسدية.

من خلال الجدول نجد أيضا 48 % من البطالين يرون الصحة تمثل السلامة العقلية إذا تأملنا هذه الفئة نجدها تضم مختلف الفئات العمرية و لكن كيف تؤكد هذه الفئة على السلامة العقلية .

إن فئة البطالين تعاني من مختلف المشاكل و لكن مشكل العمل يمثل بالنسبة للعديد شكلا كبيرا خاصة لدى فئة الشباب المقبلين على الحياة مما يجعل الكثيرين عرضة لمختلف الأمراض العقلية حيث يشعر الكثير - على حد تعبير العديد من المبحوثين - بان جميع الأبواب مغلقة .



كذلك الشعور بالفراغ و فقدان الأمل يوجه الكثير من الشباب إلى تعاطي الكحول أو المخدرات هي إحدى أكثر الأسباب في إصابة الشباب باضطرابات عقلية . هذا ما يجعل افراد هذه العينة يؤكدون على أهمية السلامة العقلية.

فيما يلي تحليل مفهوم الصحة حسب المستوى التعليمي

جدول رقم 22: معنى الصحة حسب المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	ابتدائي	متوسط	ثانوي	جامعي	المجموع
السلامة الجسدية	16	42	13	3	74
السلامة العقلية	11	21	19	12	63
الراحة النفسية	6	21	31	42	100
المجموع	33	84	63	57	237

من خلال الجدول أعلاه نجد أن 74 % من أفراد العينة ممن لهم مستوى جامعي و 50 % من أفراد العينة ممن لهم مستوى ثانوي يرون أن الصحة بالدرجة الأولى تعني الراحة النفسية. في حين نجد أن 50 % من أفراد العينة ممن لهم مستوى متوسط و 48 % من أفراد العينة ممن لهم مستوى ابتدائي يرون أن مفهوم الصحة هو بالدرجة الأولى يعنى السلامة الجسدية في حين النسب المتبقية متقاربة و هي ترى أن الصحة تعني السلامة العقلية بدرجة ثانية.

بالنظر إلى النسب أعلاه نجد أن أفراد العينة ممن لهم مستوى تعليم عالي أي ثانوي و جامعي يؤكدون على أهمية الراحة النفسية فكلما ازداد الوعي الفكري و الصحي ازداد الاهتمام بالجانب



الصحي حيث يؤكد العديد من المبحوثين على أن أكثر الأمراض المنتشرة العضوية منها والصحية هي في أساسها ترجع إلى أسباب نفسية و من ذلك جاء الاهتمام بالجانب النفسي و كذلك الوصول إلى مستوى ثانوي و تعديه إلى مستوى جامعي يفتح الفرصة للفرد بالاطلاع على العديد من الميادين و الاحتكاك بالمختصين مما يعطي للفرد صورة أوضح على جسم الإنسان و كيفية تفاعله مع الأمراض و أهمية الجانب النفسي في ذلك.

في حين نجد أفراد العينة ممن لهم مستوى تعليمي اقل من الثانوي يرون الصحة تعني السلامة الجسدية بالدرجة الأولى.

في حين يؤكد أفراد العينة بالفئات الأربع على أهمية السلامة العقلية لاكتمال الصحة و إن كان ذلك بدرجة ثانية.

و يمكن القول رغم الاختلاف في المهن و المستوى التعليمي إلا أن مفهوم الصحة هو الاكتمال بين الجانب الجسدي و النفسي و العقلي و إن كانت الفكرة تختلف في التركيز على جانب دون الآخر و ذلك وفقا للمتغيرات المذكورة أعلاه و هي المستوى التعليمي و المهنة و محيط السكن.

جدول رقم 23: معنى المرض عند الفرد الجزائري

المتغيرات	التكرارات	النسب
الشعور بالألم	97	49%
عدم الراحة	54	27%
عدم القدرة على أداء الوظائف اليومية	47	24%
المجموع	198	100%

من خلال الجدول و من بين 198 إجابة يرادف المرض الشعور بالألم بنسبة 49% أما عدم الراحة فهي بنسبة 27% أما ادني نسبة 24% فكانت عدم القدرة على أداء الوظائف اليومية.



بإدخال متغير المهنة من اجل معرفة من يركز إلى أي عنصر دون الآخر نجد

جدول رقم 24: معنى المرض عند الجزائري حسب نوع العمل

الفئة	موظف	عامل حر	بطل	متقاعد	المجموع
الشعور بالألم	31	27	18	21	97
	%62	%34	%42	%80	%49
عدم الراحة	8	19	23	4	54
	%16	%24	%54	%19	%27
عدم القدرة على أداء و الوظائف اليومية	11	33	2	1	47
	%22	%42	%4	%1	%24
المجموع	50	79	43	26	198
	%100	%100	%100	%100	%100

من خلال الجدول نجد أن 80% من المتقاعدين و 62% من الموظفين يرون أن المرض هو الشعور بالألم في حين 54% من البطالين يرون أن المرض مرادف لعدم الشعور الراحة أما 42% من الأفراد العاملين بمهن حرة يرون أن المرض هو مرادف لعدم القدرة على أداء الوظائف اليومية.

إذا نظرنا إلى فئة المتقاعدين فعادة الأفراد يدخلون سن التقاعد بعد 60 او 65 من عمرهم و في هذه السن يبدأ الأفراد بدخول سن الشيخوخة و تبدأ أعراض تقدم السن وعادة ما يكون الشعور بالألم أمرا متكررا و غيرها بصورة يومية منها الآم المفاصل الرأس الإحساس بالتعب حتى دون القيام بأي جهد(حسب تصريحات المبحوثين) لهذا نجد هذه الفئة ترى أن المرض هو الشعور بالألم.



في حين نجد أن 54% من البطالين ترى أن عدم الشعور بالراحة مرادف للمرض و يمكن أن نقول أن عدم الشعور بالراحة يشتمل على الراحة النفسية و المادية كما أضاف احد المبحوثين عدم الشعور بالفعالية الإنسانية فهذه الفئة تعاني من العديد من المشاكل و التي سببها الرئيسي هو عدم الحصول على وظيفة مما يجعل الفرد يعيش دوما في حالة من التوتر و عدم الراحة.

في حين نجد أن الأفراد الذين يعملون بمهن حرة يرون أن المرض مرادف لعدم القدرة على أداء الوظائف اليومية و يمكن أن نرجع ذلك لكون هذه الفئة لا يمكنها الاستفادة من العطل المرضية كما أن دخلها مرتبط بمدى مواظبتها على العمل كما أن الكثير من الأفراد العاملين بالمهن الحرة لا يستفيدون من خدمات التامين أو تعويض المرض و لهذا فأبي عطل يمكن أن يضر بالحالة المادية للفرد العامل.

#### جدول رقم 25: ضرورة الذهاب إلى الطبيب

المتغيرات	التكرارات	النسب
نعم	133	73%
لا	49	27%
المجموع	182	100%

من بين 182 فرد من العينة نجد أن 73% ترى انه من الضروري الذهاب إلى الطبيب عند

الشعور بأي ألم، في حين 27% فقط ترى، انه ليس، من الضروري الذهاب إلى الطبيب .

إن اغلب أفراد العينة يرون أن الذهاب إلى الطبيب أمر ضروري عند الشعور بأي ألم مهما كانت الآلام خفيفة أو شديدة أو متكررة و ذلك خوفا من اكتشاف أمراض يمكن ألا نظهر مبكرا و هذا كما عبر احد المبحوثين انه لا يمكن الاستهزاء بأي مرض او ألم مهما كان بسيطا فأكثر الأمراض صعوبة هي تلك التي لا يتم اكتشافها مبكرا و من أمثلة هذه الآلام: الدوار الإغماء و ارتفاع الحرارة الآلام الضرس الآلام الرأس و غيرها..

في حين باقي العينة يرون انه ليس من الضروري الذهاب إلى الطبيب فبحكم التجربة يمكن للإنسان الاستغناء عن طلب الطبيب عند الشعور بأي ألم فيمكن استعمال أي دواء يمكن شراؤه من الصيدلية كما أن ظهور الطب الشعبي أو بالأحرى انتشار الطب الشعبي و الذي يحض بثقة كبيرة لدى الكثير من الناس و ترجع هذه الثقة إلى أن مكونات الأدوية في الطب الشعبي هي مواد طبيعية كما جاء ذلك في تصريحات العديد من المبحوثين.

كما أن الكثيرين يرون أن الصبر على الألم أحسن علاج لأن المرض فترة و تزول كما عبر احد المبحوثين انه لا يريد التعود على الأدوية.

#### جدول رقم 26: ضرورة الذهاب إلى الطبيب حسب العمل

نوع العمل	موظف		عامل حر		بطل		متقاعد		المجموع	
	عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة
نعم	21	54%	54	88%	39	66%	19	83%	133	73%
لا	18	46%	7	12%	20	34%	4	17%	49	27%
المجموع	39	100%	61	100%	59	100%	23	100%	182	100%

من خلال الجدول أعلاه نجد 88 % ممن يشتغلون بمهن حرة و 83 % من المتقاعدين و 66 % من البطالين و 54 % من الموظفين يرون انه من الضروري الذهاب إلى الطبيب عند الشعور بأي ألم في حين نجد 46 % من الموظفين و 34 % من البطالين و 12 % ممن يشتغلون بمهن حرة و يرون انه ليس من الضروري الذهاب إلى الطبيب عند الشعور بأي ألم.

إن أفراد العينة الذين يرون انه من الضروري الذهاب إلى الطبيب عند الشعور بأي ألم يرجعون ذلك إلى أن بعض الأمراض قد لا تكون ظاهرة و من باب الوقاية يكون الكشف المسبق أحسن كما انه لا يجب الاستهزاء بأي أعراض قد تظهر و تكرارها لأنها يمكن أن تجر مضاعفات معينة.



كما أن أفراد العينة الذين يرون انه ليس من الضروري الذهاب إلى الطبيب حيث يؤكد الكثير من المبحوثين على أنهم لا يريدون التعود على الدواء و يبقى الصبر على الألم أو اللجوء إلى الطب الشعبي الحل لأفراد العينة في هذه الحالة.

جدول رقم 27: ضرورة الذهاب إلى الطبيب حسب المستوى التعليمي:

المستوى التعليمي	ابتدائي	متوسط		ثانوي		جامعي		المجموع		
		عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة	
نعم	11	58%	54	93%	37	60%	31	70%	133	73%
لا	8	42%	4	7%	24	40%	13	30%	49	27%
المجموع	19	100%	58	100%	61	100%	44	100%	182	100%

من خلال الجدول أعلاه نجد أن 93 % من أفراد العينة ممن لهم مستوى متوسط و 70 % من الجامعيين و 60 % ممن لهم مستوى ثانوي و 58 % ممن لهم مستوى ابتدائي يجمعون على ضرورة الذهاب إلى الطبيب عند الشعور بأي ألم في حين 42 % من أفراد العينة ممن لهم مستوى ابتدائي و 40 % ممن لهم مستوى ثانوي و 30 % من الجامعيين و 7 % و هي اقل نسبة من أفراد العينة ممن لهم مستوى متوسط ترى انه ليس من الضروري الذهاب إلى الطبيب.

بالنظر إلى النسب أعلاه نجد انه ليس هناك اختلاف في تحليل النسب عن تحليل المجموع

الكلي .

و منه يمكن القول انه رغم اختلاف المستوى التعليمي و نوع العمل إلا أن أفراد العينة في

مجموعهم يجمعون على ضرورة الذهاب إلى الطبيب عند الشعور بأي ألم.



جدول رقم 28: كيفية طلب العلاج

المتغيرات	التكرارات	النسب
أنت من يصف الأعراض	182	%100
تترك المجال للطبيب	0	%0
المجموع	182	%100

من خلال الجدول نجد أن أفراد العينة يجمعون على ضرورة وصفهم لأعراض مرضهم بنفسهم و ذلك بنسبة 100% .

يرى أفراد العينة أن وصفهم لمرضهم للطبيب أمر ضروري و ذلك لكون كل إنسان أدرى بمرضه من الطبيب كما أن ذلك من باب التعاون مع الطبيب و تقديم كل المعلومات للطبيب و التي يمكن أن تساعد على تشخيص المرض جيدا و كذلك تحقيق أحسن علاج.

جدول رقم 29: كيفية وصف الدواء

المتغيرات	التكرارات	النسب
تترك المجال للطبيب	119	%65
تتدخل في اختيار الأدوية	63	%35
المجموع	182	%100

من خلال الجدول و من بين 182 فرد من العينة نجد 65% يرون انه يجب ترك المجال للطبيب عند وصف الدواء. في حين 35% من أفراد العينة يرون انه يجب التدخل في وصف أو تغيير بعض الأدوية.



أن اغلب أفراد العينة يرون انه يجب ترك المجال للطبيب في وصف الدواء و ذلك لكون الطبيب هو ادري بمجال عمله و كذلك هو أدري بالأدوية و فعاليتها و ملاءمتها لكل حالة مرضية كما يعبر بعض أفراد العينة أنهم يتقون في الطبيب و منه فإنهم يتمنعون عن التدخل في عمل الطبيب.

في حين باقي أفراد العينة يرون انه من الضروري التدخل عند وصف الدواء و ذلك لخبرة سابقة بالمرض و الدواء كما يمكن ان يكون لدى المريض حساسية لبعض الأدوية أو إحدى مكوناتها و قد يغيب عن الطبيب أمر مثل ذلك.

كما يجمع أفراد العينة على ضرورة الالتزام بالوصفة كما كتبها الطبيب و كما جاء في تصريح احد المبحوثين انه لا يمكن أن يحيد على ما وصفه الطبيب لأنه أدري بالحالة و علاجها.

جدول رقم 30:كيفية وصف الدواء حسب نوع العمل

نوع العمل		موظف		عامل حر		بطل		متقاعد		المجموع	
تترك المجال للطبيب		21	54%	35	57%	49	83%	14	60%	119	65%
تتدخل في اختيار الأدوية		18	46%	26	43%	10	17%	9	40%	63	35%
المجموع		39	100%	61	100%	59	100%	23	100%	182	100%

من خلال الجدول أعلاه نجد ان 83% من البطالين 60% من المتقاعدين 57% من أفراد العينة ممن يشتغلون بمهن حرة و 54% من العمال الموظفين تجمع على انها تترك المجال للطبيب في كتابة الوصفة و اختيار الأدوية في حين نجد 46% من الموظفين و 43% من أفراد العينة ممن يشتغلون بمهن حرة و 40% من المتقاعدين و 17% و هي اقل نسبة من البطالين ترى ضرورة التدخل في اختيار الدواء عند الذهاب إلى الطبيب .



بالنظر إلى النسب أعلاه نجدها تتوافق مع تحليل المجموع الكلي و منه فان التحليل بواسطة نوع العمل لا يغير في تحليل النسب و بذلك يمكن القول أن وجهة النظر لدى اغلب أفراد العينة هي واحدة.

جدول رقم31:كيفية وصف الدواء حسب المستوى التعليمي

المجموع		جامعي		ثانوي		متوسط		ابتدائي		المستوى التعليمي
119	65%	24	54%	35	57%	50	86%	10	52%	ترك المجال للطبيب
63	35%	20	46%	26	43%	8	14%	9	48%	تتدخل في اختيار الأدوية
182	100%	44	100%	61	100%	58	100%	19	100%	المجموع

من خلال الجدول أعلاه نجد ن 86 % من افراد العينة ممن لهم مستوى متوسط و 57 %ممن لهم مستوى ثانوي و 54 % من الجمعيين و 52 % ممن لهم مستوى ابتدائي يرون انه من الضروري ترك المجال للطبيب في وصف الدواء في حين النسب المتبقية ترى انه من الأحسن التدخل في اختيار الأدوية حين كتابة الوصفة .

إن التحليل أعلاه يتوافق مع التحليل للمجموع الكلي وحيث يرى أفراد العينة أن الطبيب هو أدرى بعمله و هو اعلم بخبايا الأمراض و أي الأدوية أكثر فعالية لعلاجها و كذلك ثقة الكثير في الطبيب لكونه المختص.

في حين أفراد العينة من يرون انه من الأحسن التدخل يرجعون ذلك إلى المريض ادري بالمرض و أعراضه و التدخل يكون عن خبرة مسبقة بالدواء أي تم تناول الدواء مسبقا و كذلك عن خبرة مسبقة بالمرض خاصة عند الأمراض المتكررة أو البسيطة أو المزمنة و كذلك تعود بعض المبحوثين على دواء معين أو شكل معين للدواء كتفضيل البعض مثلا للأقراص على التحاميل أو الحقن.



كذلك أن التدخل قد يكون عن معرفة للمريض بنفسه خاصة في حالة وجود حساسية لبعض المكونات و في كل هذه الحالات يكون انجاز الوصفة بالتعاون بين الطبيب و المريض.

و لكن يجمع الكثير من أفراد العينة على ضرورة الأخذ برأي الطبيب و احترام تخصصه.

جدول رقم 32: الأدوية التي يشتريها الجزائري دون الرجوع إلى الطبيب

المتغيرات	التكرارات	النسب
مضادات حيوية	8	%04
مسكنات الألم	178	%84
مضادات الالتهاب	25	%12
المجموع	211	%100

من خلال الجدول نرى انه من بين الأدوية التي يشتريها الأفراد دون وصفة مسكنات الألم كمرتبة أولى و ذلك بنسبة %84 ثم بعدها مضادات الالتهابات كمرتبة ثانية بنسبة %12. في حين المضادات الحيوية تكون في المرتبة الثالثة بنسبة %4.

يمكن القول انه رغم التحذيرات التي يوصي بها الأطباء و الشركات التي تصنع الأدوية و التي تقضي بعدم شراء أو استهلاك أي دواء دون وصفة إلا أن الفرد الجزائري مازال يشتري الدواء بهذه الطريقة كما ن الصيدالة رغم علمهم بذلك لا يمتنعون فكثيرا ما يجرى تبادل الأدوية كسلع داخل الصيدليات كمن يقصد متجرا للمواد الغذائية دون ضابط أو رقيب و إن كانت بعض الأدوية ممنوع أن تباع دون وصفة .

و في الجدول الموالي نحاول أن ندخل عامل الجنس من الآن نصل إلى تفصيل أكثر.



جدول رقم 33: الأدوية التي يشتريها الجزائري دون الرجوع إلى الطبيب حسب الجنس

المطهرات	التي	ذكور	المجموع
مضادات حيوية	0	8	8
مسكنات الألم	71	107	178
مضادات الالتهاب	3	22	25
المجموع	74	137	211

من خلال الجدول نجد 95% من النساء و 78% من الرجال من أفراد العينة يمكنهم شراء مسكنات الآلام دون الرجوع إلى الطبيب أما المضادات الحيوية فيشتريها الرجال بنسبة 6%. من خلال هذا الجدول التفصيلي فلا يوجد هناك فرق بين الجنسين من حيث شراء الأدوية من الصيدلي دون الرجوع إلى الطبيب.

جدول رقم 34: الأدوية المفضلة عند الجزائري

نوع الأدوية	التكرارات	النسب
أدوية محلية	55	25%
أدوية مستوردة	122	57%
أدوية جنيسة	38	18%
المجموع	215	100%



## الفصل الخامس: معالجة و تحليل البيانات و استخلاص النتائج

من خلال الجدول نجد أن 57% من أفراد العينة يفضلون الأدوية المستوردة في حين 25% يفضلون الأدوية المنتجة محليا أما 18% يفضلون الأدوية الجنيسة.

اغلب أفراد العينة يفضلون الأدوية المستوردة رغم ارتفاع سعرها إلا أن أفراد العينة يشهدون بفعاليتها فكما جاء في تصريح احد المبحوثين الصحة لا تقدر بثمن.

جدول رقم 35:الأدوية المفضلة عند الجزائري حسب المستوى التعليمي

المجموع	التكرارات								نوع الأدوية
	جامعي		ثانوي		متوسط		ابتدائي		
55	6	11%	15	20%	22	34%	12	57%	أدوية محلية
122	41	72%	43	59%	35	54%	3	14%	أدوية مستوردة
38	10	17%	15	21%	7	12%	6	29%	أدوية جنيسة
215	57	100%	73	100%	64	100%	21	100%	المجموع

من خلال الجدول نجد أن 57% من الأفراد ممن لهم مستوى تعليمي ابتدائي يفضلون الأدوية المنتجة محليا. في حين 72% من المستوى الجامعي و 59% من المستوى الثانوي و 54% من المستوى المتوسط يفضلون الأدوية المستوردة.

نجد من خلال هذه النتائج أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي ترتفع نسبة الأفراد الذين يفضلون الأدوية المستوردة و في ما يلي نعرف تحليل هذا الاختيار:



جدول رقم 36: تعليل اختيار الأدوية

الأسباب	التكرارات	النسب
الثمن	45	%22
الفعالية	120	%59
التعويض	38	%19
المجموع	203	%100

يتبين من خلال الجدول أن 59% من أفراد العينة يرون أن اختيارهم لنوع الأدوية يعود إلى الفعالية في حين 22% يقولون أن ذلك الاختيار يعود إلى الثمن أما 19% فيقولون بالتعويض.

جدول رقم 37: تعليل اختيار الأدوية حسب نوع العمل

المجموع	التكرارات و النسب								الفئات	
	متقاعد		بطل		عامل حر		موظف			
%22	45	%4	1	%12	7	%34	28	%23	9	الثمن
%59	120	%92	21	%73	43	%43	35	%54	21	الفعالية
%19	38	%4	1	%15	9	%23	19	%23	9	التعويض
100	203	%100	23	%100	59	%100	82	%100	39	المجموع

من خلال الجدول نجد أن 92% من فئة المتقاعدين، 73% من فئة البطالين و 54% من فئة الموظفين و 35% من فئة الأفراد الذين يمارسون أعمال حرة يرون أن اختيار الأدوية يعود إلى مدى فعاليتها في حين 34% من الأفراد العاملين بمهن حرة يرون أن ذلك يعود إلى ثمن الأدوية.



## الفصل الخامس: معالجة و تحليل البيانات و استخلاص النتائج

و حتى في هذا الجدول نجد أن أفراد العينة يرون أن اختيار الأدوية يكون على أساس الفعالية يأتي بعدها كموثوق، ثامن الثمن ثم التعويض و هذا قد يعود إلى أن فئة من الأفراد لا يستفيدون من خدمات التامين كما أن الكثير من الأدوية المستوردة لا تخضع لهذا القانون.

جدول رقم 38: طريقة تناول الدواء عند الجزائري

طريقة التناول	التكرارات	النسب
تتناوله كله	115	63%
بعضه	3	1%
تتوقف مع زوال الألم	64	36%
لا تتناوله تماما	0	0%
المجموع	182	100%

من خلال الجدول يجمع أفراد العينة على ضرورة تناول الدواء كله و ذلك بنسبة 63% في حين لا يوجد من أفراد العينة من يمتنع عن تناول الدواء و ذلك بنسبة 0% أما نسبة 36% ترى من الأحسن التوقف مع زوال الألم.

و في الجدول الموالي نحاول التوضيح أكثر



جدول رقم 39: طرق استهلاك الدواء وفقا لمحيط السكن

المجموع	ضاحية		حي شعبي		وسط المدينة		طريقة تناول الدواء
	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	
	63%	115	88%	51	82%	45	كله
	1%	3	2%	1	0%	0	بعضه
	36%	64	10%	6	18%	10	تتوقف مع زوال الألم
	0%	0	0%	0	0%	0	لا تتناوله تماما
	100%	182	100%	58	100%	55	المجموع

يتبين من خلال الجدول انه من بين 182 فرد من العينة نجد فئة الأفراد القاطنين بضاحية المدينة يتناولون الدواء كله و هي بذلك تمثل نسبة 88% و في حين الأفراد القاطنين وسط المدينة يتوقفون عند زوال الألم و ذلك بنسبة 70% أما الفئة القاطنة بالأحياء الشعبية تتناول الدواء كله بنسبة 82% و هي نسبة مقاربة لفئة الأفراد القاطنين في الضاحية أما ادني نسبة فكانت 0% و هي متساوية عند الفئات الثلاث فيجمع أفراد العينة على ضرورة تناول الدواء.

إن اغلب أفراد العينة القاطنين في الأحياء الشعبية و الضاحية يجمعون على ضرورة تناول الدواء كله و ذلك من اجل الوصول إلى النتيجة المثالية للشفاء و هذا يدل على ثقة الأفراد في العلاج الموصوف و نمو الوعي لديهم بضرورة الالتزام بالعلاج و تناول الدواء كما ينص عليه الطبيب.

في حين أفراد العينة القاطنين وسط المدينة يرون انه بالإمكان التوقف عند زوال الألم و يمكن أن نرجع ذلك إلى سهولة الحصول على الدواء فعادة تكون اكبر الصيدليات في وسط المدينة كما صرح بعض المبحوثين انه ليس من الجيد الإفراط في تناول الأدوية حتى لا يتعود عليها الجسم.



جدول رقم 40: طرق استهلاك الدواء حسب المستوى التعليمي

المجموع		جامعي		ثانوي		متوسط		ابتدائي		طريقة تناول الدواء
115	63%	19	43%	48	79%	39	67%	9	47%	كله
3	1%	0	0%	0	0%	0	0%	3	16%	بعضه
64	36%	25	57%	13	21%	19	33%	7	37%	تتوقف مع زوال الألم
0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	لا تتناوله تماما
182	100%	44	100%	61	100%	58	100%	19	100%	المجموع

من خلال الجدول أعلاه نجد 79 % من أفراد العينة ممن لهم مستوى ثانوي و 67 % ممن له مستوى متوسط و 47 % من أفراد العينة ممن لهم مستوى ابتدائي و 43 % من أفراد العينة ممن لهم مستوى جامعي يرون انه من الضروري تناول الدواء بأكمله في حين نجد 57 % من الجامعيين يرون انه من الضروري التوقف مع زوال الألم في حين نجد 16 % فقط من أفراد العينة ممن لهم مستوى ابتدائي يرون انه من الأحسن تناول بعض الأدوية و ليس كلها.

بالنظر إلى النسب يمكن القول أن غالب أفراد العينة يجمعون على ضرورة تناول الدواء بكامله لكن يمكن القول أن أعلى النسب تضم فئة الأفراد الذين لهم مستوى تعليمي ثانوي و اقل من الثانوي في حين اكبر نسبة من الجامعيين يرون ضرورة التوقف عند زوال الألم .

أما اقل نسبة كانت عند الأفراد ممن يرون لهم مستوى ابتدائي يرون انه بالإمكان تناول بعض من الدواء و ليس كله.

في حين يجمع أفراد العينة على ضرورة تناول الدواء فباقي خانات الجدول كانت تضم 0 % أما اختيار انه لا يتم تناول الدواء تماما.

## 2. استخلاص النتائج:

من خلال الجداول السابقة توصلنا إلى النتائج التالية:

إن فروض هذه الدراسة تركز على اختبار العوامل أو بالأحرى المتغيرات التالية : المستوى الاجتماعي , المهنة و علاقتها بالسلوك الصحي لدى أفراد العينة:

إن مفهوم الصحة و المرض يختلف عند أفراد العينة وفقا لمحيط السكن حيث نجد أن :

يتمثل مفهوم الصحة عند أفراد العينة في:

أولا: الراحة النفسية

ثانيا: السلامة الجسدية

ثالثا: السلامة العقلية

بالنسبة لسكان وسط المدينة و الحي الشعبي:الراحة النفسية أولا

بالنسبة لسكان الضاحية:السلامة الجسدية أولا.

كما ان مفهوم المرض يختلف أيضا و هو وفق الفئة المهنية:

يتمثل مفهوم المرض عند أفراد العينة في:

أولا: عدم الشعور بالراحة

ثانيا: الشعور بالألم

ثالثا:عدم القدرة على أداء الوظائف اليومية.

و حسب الفئات المهنية نجد:

فئة المتقاعدين و الموظفين يرون:الشعور بالألم

البطالين:عدم الشعور بالراحة



العاملين بمهن حرة: عدم القدرة على أداء الوظائف اليومية.

يتبين من خلال الجداول 24-25-26 انه هناك وعي صحي و تعاون بين أفراد العينة و الطبيب فأغلبية أفراد 73% العينة يرون ضرورة الذهاب إلى الطبيب أما النسبة المتبقية فتري الصبر على الألم و استعمال الطب الشعبي أحسن من التعود على الأدوية كما ابدي أفراد العينة تعاوناً و ثقة في الطبيب من حيث وصف الأعراض و وصف الدواء.

بالنسبة للجداول: 26-27-28-29-30-31 يجمع أفراد العينة على إمكانية شراء الأدوية دون الرجوع إلى الطبيب و ذلك من خلال طلبها مباشرة من الصيدلي كما أن اختيار الأدوية يخضع بالدرجة الأولى للفعالية بغض النظر عن الثمن أو التعويض و حتى متغير المهنة ليس له تأثير كبير على ذلك.

فما يخص الجداول: 39-40-41 و المتعلقة بطريقة تناول الأدوية يجمع أفراد العينة على ضرورة تناول الأدوية كلها .

و في الأخير نقول انه رغم اختلاف مفهوم المرض و الصحة عند أفراد العينة إلا أن أفراد العينة يشتركون في طريقة اختيار الأدوية و ذلك وفق الفعالية و كذلك طريق تناول الدواء و ذلك يتناوله كله.

## الختاتة:

إن المجتمع لا يترك الحياة الاجتماعية تسير سيرا عشوائيا دون تنظيم بل انه يوجد ضوابط تحدد صور العلاقات الاجتماعية و طرق تنظيم الحياة الإنسانية و تجعل السلوك الاجتماعي يسير وفقا لقواعد معينة لتأدية وظائف معينة في الحياة الاجتماعية و تحقيق الأغراض و الأهداف التي يسعى المجتمع إلى تحقيقها ، و كل فرد يحترم تلك القواعد و احترامه لها ليس فطريا او موروثا و لكنه نتيجة التكيف مع المجتمع.

السلوك الصحي أيضا هو نتيجة لتكيف الفرد داخل المجتمع و هو يعكس تشبعه بثقافة المجتمع.

إن دراستنا هذه كانت تهدف إلى معرفة مدى تأثير الجانب الاجتماعي من حيث المستوى التعليمي و كذلك نوع العمل على السلوك الصحي للفرد و الذي يتمثل في دراستنا هذه في سلوك استهلاك الدواء.

مما تبين من نتائج الدراسة انه هناك ثقافة صحية على قدر من الوعي حيث يؤمن أكثر أفراد العينة موضوع الدراسة بأهمية الكشف المسبق على أي مرض سواء جراء تكرار الألم أو ارتفاعه... و كذلك وضع الثقة في الطبيب و كلها عوامل تعكس إيمان الأفراد بفعالية العلاج و الذي يكون دائما الدواء.

رغم الاختلافات في المستويات الاجتماعية و الثقافية و الاقتصادية (نوع العمل...) إلا أن إقبال الأفراد على الأدوية بإعطاء أهمية لفعالية الدواء دون إعطاء الاعتبار للسعر أو مدى تعويض الدواء.

و لكن أكثر ما يمكن أن يكون نتيجة لهذه الدراسة و الذي نعتبره كبدائية لدراسة أخرى في هذا الميدان هو انه هناك إقبال كبير على استهلاك الأدوية سواء كان ذلك بوصفة الطبيب أو بدون وصفة

إن إقبال أفراد المجتمع على استهلاك الأدوية قد يعتبر مؤشرا إيجابيا على وجود ثقافة صحية لدى المجتمع و لكن الكثير من الأمراض التي يعاني منها المجتمع و ليس فقط المجتمع الجزائري سببها ليس عضوي و هنا يتساءل الباحث:

إذا كان الدواء هو الحل لمعالجة الأمراض و الآلام؟ فهل يمكن اعتبار الإدمان أو الإفراط في

تناول الدواء مرضا أيضا؟



## قائمة المراجع

### المصادر

### القران الكريم

### الكتب العربية:

1. أمل البكري و اخرون. الصحة و السلامة العامة. دار الفكر للنشر و التوزيع. عمان . الأردن  
2002.
2. الوحيشي احمد البيري .مقدمة في علم الاجتماع الطبي .الدار الجماهيرية للنشر و التوزيع. ليبيا، ط1
3. عدنان ابو مصلح .معجم علم الاجتماع. دار اسامة. عمان. 2006.
4. علي السلمي . السلوك التنظيمي . دار غريب للنشر و التوزيع . القاهرة. دس .
5. أيمن مزاهرة و آخرون. علم اجتماع الصحة. دار اليازوري العلمية. ط1. 2003.
6. عبد الرؤوف عباس. علم الأدوية والفرماكولوجيا. مطبعة جامعة دمشق 1976 .
7. محمد زهير بابا. علم العقاقير المقرر النظري. ج2. مطبعة جامعة دمشق. 1971.
8. رابع العربي. الطبابة تاريخ و قواعد و اخلاق. جامعة عنابة. 2003.
9. فوزي جاد الله. الصحة العامة و الخدمات الصحية. دار الحرية .العراق. دس
10. عبد السلام بشر الدويبي. علم اجتماع الطبي. دار الشروق. عمان. ط1. 2006 .
11. مصطفى القمش و آخرون. مبادئ الصحة العامة. دار الفكر للطباعة و النشر. عمان . ط1  
2000 .
12. حنان عيسى . أساسيات في دراسة الصحة و الجمال. دار عالم الكتب .الرياض . ط1. 1987.
13. فوزية رمضان أيوب. دراسات في علم الاجتماع الطبي. مكتب نهضة الشرق. مصر. 1985.
14. محمد السويدي. مقدمة في دراسة المجتمع الجزائري. ديوان المطبوعات الجامعية.  
الجزائر. 1990.

1. Kaya sida li. **Politique pharmaceutique et system de santé.**OPU.algerie
- 2.Lamri l :**la couverture du risque maladie ;état des lieux et perspectives ;cas de L'Algérie , du Maroc de la Tunisie ;publication du ministère de la santé de la Tunisie en collaboration avec le réseau RESSMA ?Tunisie .2001**
- 3.Etude de CNAS. **Maitrise des dépenses afférentes a la couverture des frais pharmaceutique.** CENEAP :juin 2001
- 4.Kaddar m. **sécurité sociale et contraintes de financement en Algérie ;** cahier de CREAD N 22 ;2éme trimestre;1990
- 5.a.lehir ;**pharmacie galénique.** masson. paris.2001
- 6.Dupuy jp.Karsenty. **invasion pharmaceutique .**sieul. paris.1974
- 7.J p deshamps. **sociologie de la santé.** l'armattan.canada.1998
- 8.Jacque moreau. **droit de la santé publique .** mémontos dollorz.paris.2éme idition.1990
- 9.Jean francois mattel et autres. **de la médecine a la santé.** flamarion. france.1997.
- 10.Hannouz mourad et autres. **précis de sécurité sociale.**OPU.alger.1996

الرسائل الجامعية

رسائل باللغة العربية

- 1.زميث خديجة.سياسات الأدوية في الجزائر.دكتوراه في علم الاقتصاد.جامعة الجزائر.2005
- 2.بو يوسف بوعلام.نظام تسيير المستشفيات في الجزائر.ماجستير في علوم الاقتصاد .جامعة الجزائر.1997.
- 3.الصادق بوشنافة .اثر انضمام الجزائر إلى منظمة التجارة العالمية على قطاع صناعة الأدوية بالجزائر.رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في علوم الاقتصاد .جامعة الجزائر.2006-2007.
- 4.ماجدة السيد حافظ.ديناميات التفاعل الاجتماعي في المؤسسات العلاجية.دراسة اجتماعية ميدانية.جامعة عين شمس.1980



1. Brahmia brahim : **gestion de la distribution des produits pharmaceutiques en Algerie**. cas de la gestion des stocks a l'encoparme mémoire de magistère en science économique université de Constantine. 1986.

2. Ladjali malika : **l'espacement des naissance dans le tiere monde : l'exemple de L'ALGERIE** ; OPU, 1985

Lamri larbi. **le system de sécurité sociale en ALGERIE**, une approche économique, OPU. ALGER. 2004

3. Benhamoud ali et ouldamrouche kahina. **les relations des system de sécurité sociale et de sante** ; mémoire de PGS en management de la sécurité sociale : ESSS : 2005 .

#### المجلات

عيساوة نبيلة. **التغيرات الطارئة على العائلة الجزائرية**. مجلة أفاق لعلم الاجتماع. جامعة البليدة. 2007.

Belarbi zoubida : **system et etat sanitaires algérien**. revue des lettres et science sociales. université saad dahleb .blida. septembre 2008.

#### المواقع الإلكترونية

[www.almotamar.net](http://www.almotamar.net)

<http://www.kotobarabia.com/Index.aspx>

## البيانات الشخصية

الجنس

- ذكر ( )
- أنثى ( )

السن

المستوى التعليمي:

- ابتدائي ( )
- متوسط ( )
- ثانوي ( )
- جامعي ( )

المهنة:

- موظف ( )
- مهنة حرة ( )
- بطال ( )
- متقاعد ( )

محيط السكن:

- وسط المدينة ( )
- حي شعبي ( )
- ضاحية ( )

## بيانات حول الصحة و المرض

1. ماذا تعني لك الصحة

- السلامة الجسدية ( )
- السلامة العقلية ( )
- الراحة النفسية ( )

أخرى

تذكر.....

.....

2. ماذا يعني لك المرض

- الشعور بالألم ( )
- عدم الراحة ( )
- عدم القدرة على القيام بالوظائف اليومية ( )

أخرى تذكر.....  
.....

3. هل ترى من الضروري الذهاب الى الطبيب عند الشعور بأي الم

- نعم ( )
- لا ( )

4. في حالة نعم حدد هذه الآلام

- آلام خفيفة ( )
- آلام شديدة ( )
- آلام متكررة ( )

أخرى تذكر.....  
.....

5. أعط أمثلة عن هذه الآلام

.....  
.....

6. في حالة انك لا تذهب الى الطبيب

- تشتري أي دواء دون رؤية الطبيب ( )
- تستعمل أدوية الطب الشعبي ( )
- تصبر حتى مرور الألم ( )

أخرى تذكر.....  
.....



7. في حالة انك تشتري أي دواء دون رؤية الطبيب , يكون ذلك عن

- معرفة مسبقة بالدواء ( )
- معرفة مسبقة بالمرض ( )
- استشارة العائذة ( )
- استشارة الصيدلي ( )

أخرى تذكر.....

بيانات حول طلب العلاج

8. عندما تكون عند الطبيب

- أنت من يصف الأعراض ( )
- تترك المجال للطبيب ( )

9. لماذا

.....

10. عندما يصف لك الطبيب الدواء

- تترك المجال للطبيب ( )
- تتدخل في اختيار بعض الأدوية ( )

11. لماذا

.....

12. في حالة انك تتدخل في اختيار بعض الأدوية هل يوافق الطبيب على اختيارك

.....

بيانات حول اقتناء الأدوية

13. عند شراء الأدوية هل تلتزم بوصفة الطبيب

نعم ( )

لا ( )

14. في حالة نعم

لماذا.....  
.....

15. في حالة لا :

• تشتري بعضها ( )

• تغيرها بأخرى ( )

• لا تشتري تماما ( )

16. في حالة أنك تشتري بعضها حدد هذه الأدوية

• أدوية ضرورية ( )

• أدوية معوضة ( )

• أدوية منخفضة الثمن ( )

أخرى تذكر.....  
.....

17. أعط أمثلة

.....  
.....

18. في حالة تغيير الأدوية بأخرى كيف يتم التغيير

• بالرجوع الى الطبيب ( )

• بالتشاور مع الصيدلي ( )

أخرى تذكر.....  
.....

19. في حالة لا تشتري تماما

لماذا.....  
.....

20. ما هي الأدوية التي تشتريها دون الرجوع الى الطبيب:

- مضادات حيوية ( )
- مسكنات الآلام ( )
- مضادات الالتهابات ( )

أخرى تذكر.....  
.....

21. أعط أمثلة

.....  
.....

22. ماذا تفضل من بين الأدوية التالية

- الأدوية المنتجة محليا ( )
- الأدوية المستوردة ( )
- الأدوية الجنسية ( )

23 . لماذا

- الثمن ( )
- الفعالية ( )
- التعويض ( )

أخرى

تذكر.....  
.....



24. عند شرائك للدواء

- تتناوله كله ( )
- بعضه ( )
- تتوقف مع زوال الألم ( )
- لا أتناوله تماما ( )

25. في حالة تناولك للدواء كله

- تلتزم بالجرعات ( )
- تكتفي بأدوية طبيب واحد ( )
- تعيد تناول عبوات أخرى من نفس الدواء ( )

26. في حالة عدم تناولك للدواء

ماذا تفعل.....  
.....  
.....