

العائد الصحي من التعليم

Health returns from education

الدكتور:محمدي جمزة،

¹المركز الجامعي نورالبشير البيض،

تاريخ الاستلام: 2022/03../2322 تاريخ القبول: 2022/04../24 تاريخ النشر: 2022/04../26

ملخص:

إن الصحة كنفقيضها المرض مفهومان مرتبطان بالثقافة الاجتماعية، ولا يمكن عزلهما عن النسق الاجتماعي والثقافي الذي توجدان فيه، يحددان بمؤثرات اجتماعية وثقافية، وهما على علاقة بالقضايا السكانية، كما لهما علاقة بالعوامل الاجتماعية، فهما منتوج لنمط حياة الانسان وتأثره ببيئته، مما أدى إلى تشكيل نماذج تعبيرية مختلفة خاصة بالألم والمرض، وإلى تقديم تفسيرات متعددة للأسباب وطرق التفادي للأمراض، وبذلك لم يعد المرض يحدد بيولوجيا، يقيس تقدمه على ضوء الكفاية العمليات الفنية والتشخيصية والعلاجية، فذلك أصبح مستوى الوعي لدى الفرد والثقافة الصحية للفرد والمتمثلة في الأساليب الصحية والمسار الذي يتبناه الفرد للعلاج لها ارتباط وثيق بالمستوى التعليمي الذي يتمتع به، فالمستوى الدراسي العالي يساعد على فهم اللغة المتداولة طبيا فيما يخص المرض والعلاج، وبالتالي قرب المريض من العقلانية الطبية، وعلى العكس من ذلك فإن انخفاض المستوى الدراسي يؤدي إلى صعوبة فهم لغة الأطباء. فالمستوى الدراسي إذن له علاقة بمدى تدني أو سلامة صحة الأفراد، "فإن الوقاية الحقيقية تكون بالتطعيم ان وجد والتغذية الصحية وتحسين البيئة ورفع المستوى الاقتصادي والاجتماعي والتربوي

كلمات مفتاحية: العائد، المستوى التعليمي، الصحة، المرض

Abstract

Health, like its opposite, disease, are two concepts related to social culture, and they cannot be isolated from the social and cultural pattern in which they exist. They are determined by social and cultural influences. They are related to population issues, as well as to social factors. They are products of the human lifestyle and its influence on its environment, which led to the formation of models Different expressions of pain and disease, and to provide multiple explanations for the causes and ways to avoid diseases,

and thus the disease is no longer determined biologically, its progress is measured in the light of the adequacy of the technical, diagnostic and therapeutic processes, so the level of awareness of the individual and the health culture of the individual, which is represented in health methods and the path that he adopts The individual for treatment is closely related to the level of education he enjoys The high academic level helps to understand the medical language in relation to disease and treatment, and thus brings the patient closer to medical rationality. True prevention is through vaccination, if any, healthy nutrition, improvement of the environment, and raising the economic, social and educational level

Keywords : Earnings, educational level, health, illness

*محمدي حمزة

العائد الصحي من التعليم

إن الصحة كنقيضها المرض مفهومان مرتبطان بالثقافة الاجتماعية، ولا يمكن عزلهما عن النسق الاجتماعي والثقافي الذي توجدان فيه، يحددان بمؤثرات اجتماعية وثقافية، وهما على علاقة بالقضايا السكانية، كما لهما علاقة بالعوامل الاجتماعية مثل العرق والنوع، فهما منتج لنمط حياة الانسان وتأثره ببيئته، وفقا للنسق الثقافي الذي ترعرع فيه، مما أدى إلى تشكيل نماذج تعبيرية مختلفة خاصة بالألم والمرض، وإلى تقديم تفسيرات متعددة للأسباب وطرق التفادي للأمراض، وبذلك لم يعد المرض يحدد بيولوجيا، يقيس تقدمه على ضوء الكفاية العمليات الفنية و التشخيصية و العلاجية" (علي عبد الرزاق الجبلي، 1998. ص20)، بل أضيف لفهمه الجانب الاجتماعي والنفسي لتعليل المرض وقد اتسع نطاق الطب وتفتح على ميادين .

لقد كشفت الدراسات الاجتماعية كالدراسة التي قام بها الباحث الاجتماعي محمد مبتول بمدينة تلمسان "الدلالات الخاصة بالتكفل بحالتين من الامراض المزمنة (مرض السكر ومرض الضغط الدموي) و الدراسة التي قامت بها الباحثة أليسيا كوفيان، بأن الصحة لا تنحصر في جانبها البيولوجي فقط، بل تتعداه إلى الجانب الاجتماعي والنفسي والثقافي، من خلال العلاقة القائمة بين أسلوب العيش والأمراض المتواجدة، و كذلك من خلال التصور الاجتماعي للمرض وطرق معالجته، من هذا المنطلق لم تعد مسألة الصحة مسألة فردية تخص المريض وحده بل تتعداه، وتتحول إلى قضية اجتماعية، مما يوضح اهتمام العلوم الاجتماعية بهذا الموضوع، فقد استحدثت تخصصات فرعية تبحث في موضوع الصحة والمرض (علم اجتماع الصحة، علم النفس المرضي، علم اقتصاد الصحة، القانون الصحي...).

إن التقارب بين الحقلين المعرفيين علوم اجتماعية وعلوم طبية لم يكتف على اعتبار أن الصحة فقط هي توازن بين جسم بيولوجي ومحيط يعيش فيه، بل أخذ

مجمدي حمزة

بعين الاعتبار الجنس، العمر، المستوى الثقافي والاجتماعي للمريض، و ساعد أيضا الأطباء على القيام بتشخيص يتميز بالدقة والمصداقية.

2. ماهية الصحة :

تعتبر الصحة احد الابعاد السياسية للتنمية فان التطور الصحي هو نتيجة لتحسن في الميدان التعليمي و الاقتصادي ، فقد كانت تعتبر الصحة بأنها خلو الجسم من الامراض ومهمة العلوم الطبية محصورة في علاج المرض فقط وبالتالي اهمال للجوانب الاخرى التي ساهمت في ظهور المرض ، فهي "حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم وهي علم وفن الوقاية من المرض وأن الارتقاء بالصحة يكون من خلال مجموعة من المجهودات المنظمة من قبل المجتمع و تشمل العديد من المجالات والميادين(سلوى عثمان الصديقي ، 1999. ص25) ويعرفها Perkins "حالة التوازن بين وظائف الجسم وأن هذا التوازن ينتج من تكييف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها بصفة مستمرة وهي عملية ايجابية مستمرة تقوم بها تقوم بها قوى الجسم المختلفة للمحافظة البيئة الداخلية للجسم بحالة الاتزان أي حالة الصحة ،وبالنسبة للمنظمة العالمية الصحة فتعرفها "الصحة لاتعني المرض والوهن فحسب بل هي حالة كاملة من السلامة البدنية و الذهنية و الاجتماعية"(المكتب الاقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق الاوسط . ص244)وكمفهوم إجرائي "الصحة: هي السلامة البدنية و العقلية و الاجتماعية ، ذلك التكامل الذي يحقق التوازن مع الوسط الذي يعيش فيه"

2.1 اوجه الصحة

- الصحة البدنية: هي حالة السلامة التي تتوقف على سلامة أعضاء جسم الانسان أي ممارسة أعضاء جسم ووظائفها بصورة عادية ولا يتحقق الا اذا كانت سليمة من الاصابات والامراض و بالتالي يحس الفرد بالنشاط والحيوية

العائد الصحي من التعليم

○ الصحة النفسية : بمعنى يحس الفرد بالاستقرار الداخلي ويكون قادر على التوفيق بين رغباته وأهدافه المادية والاجتماعية و بالتالي يستطيع ان يتكيف مع وسطه الاجتماعي الذي يعيش فيه

○ الصحة الاجتماعية : والمقصود بها تكوين علاقات اجتماعية سليمة داخل البيئة الاجتماعية التي ينتهي اليها وفي حالة فشله في تكوين تلك العلاقات تعتبره غيره بأنه انسان مريض

○ الصحة العقلية :وتعني سلامة العمليات العقلية مثل التذكر الادراك التخيل

3. تعريف المرض : يعتبرالمرض من بين المفاهيم الاكثر شيوعاً ، واستخداما في الحياة اليومية ، فكل مجتمعاً يدرك المرض تبعاً لقيمه وثقافته ، ويختلف مفهوم من مجتمع الى آخر حسب النسق الثقافي لكل مجتمع فالمجتمعات القديمة كانت ترى بان المرض روح شريرة تهاجم الشخص وتسكن بداخله وتسبب له الالام ولربما حتى الموت ، وفي العصور الوسطى يروونه عقاب للشخص لارتكابه اثماً و العلاج يكون عبارة عن طقوس دينية .

ومع تطور التصور الثقافي أصبح المرض عبارة عن الم بيولوجي غير طبيعي واضطراب عقلي ، فهو انحراف أو اختلال في السلامة و التكامل و الكفاية البدنية والعقلية والاجتماعية معه تكون البيئة الداخلية للجسم غير متزنة ، فالمرض كما يرى محمود حسن "الحالة التي يعجز فيها الفرد على القيام ببعض أوكل أنواع النشاط أو الوظائف التي يباشرها الاسوياء أو ترتبط عند القيام بها بالألم أو الضيق . فالمرض مناقض تماماً للصحة فهو يعيق أي شخص من أداء لمهامه وأدواره في مؤسسات المجتمع.

كما يميز بعض الباحثين بين المرض والاعتلال والسقم ،فالمرض يحدد بانه الادراك الواعي بعد الراحة ، أما الاعتلال فهو حالة من الاختلال الوظيفي والتي يتأثر بها الجانب الاجتماعي وتؤثر على علاقة الفرد بالآخرين ،وأخيراً السقم وهو حالة

مجمدي حمزة

العضوية أو نفسية للاختلال الوظيفي تؤثر على شخصية الفرد. وبهذا يكون المرض عبارة عن الاقلال من قدرة الفرد الطبيعية على الوفاء بالتزاماته تجاه أسرته ومجتمعه وزيادة متاعبه النفسية كالتوتر و القلق و الخوف (نادية عمر ، 1993. ص289) وكمفهوم إجرائي للمرض "بانه حالة التي يحدث فيها الخلل إما من الناحية العضوية او العقلية او الاجتماعية للفرد ومن شأنه اعاقه قدرته على مواجهة أقل الحاجات اللازمة لأداء وظيفة مناسبة "

3.1 تصنيف المرض:

- الأمراض الوراثية: ينتقل من أحد أو كلا الوالدين الى الابناء و الشفاء منه صعب كمرض متلازمة داون وتسمى هاته الفئة من الاطفال المنغوليين
- الامراض الخلقية: وهي الامراض التي تصيب الاطفال في فترة الحمل مثل خلع الورك الولادي
- الامراض المعدية: تنتقل من شخص الى آخر وهي في الاغلب امراض إما بكتيرية كالسل الرئوي أو أمراض فيروسية كالإنفلونزا أمراض الطفيليات كالأمراض الجلدية الفطرية
- الامراض غير المعدية: هي على عكس الامراض الانتقالية كمرض الحى الرئوية وحصوات الكلى
- الامراض المهنية: وهي تنتج من بيئة العمل
- الامراض النفسية وهي نتيجة تغيرات النفسية كمرض التوتر والقلق

4. علاقة علم الاجتماع بالصحة

يعتبر الطب مهنة قديمة قدم الإنسانية، ولقد تطور بتطور العلوم الطبيعية والبيولوجية، وترتب عن هذا التطور تغير النظرة الطبية للصحة والمرض، فكانت نظرة ضيقة محدودة، حيث ينظر الطبيب إلى المريض كأنه آلة معطلة تحتاج إلى

العائد الصحي من التعليم

إصلاح، و عملية العلاج ميكانيكية لا تتعدى اكتشاف العضو المصاب ومحاولة إصلاحه.

لكن وبتطور التقنيات ووسائل العلاج الطبية، كذلك تطور العلوم الاجتماعية ومنها علم الاجتماع، واتساع مجالات دراساته، كذلك التراكمات والمعلومات الطبية، أكدت كلها على أن المرض يرجع بشكل أساسي إلى البيئة الاجتماعية التي يعيشها المريض، وأن هذه البيئة عنصر أساسي في عملية العلاج، إضافة إلى هذا فإن شبكة العلاقات الاجتماعية للفرد تؤثر وبشكل كبير على الحالة الصحية والمرضية وعلى السلوك الصحي والمرضي له.

يعتبر علم الاجتماع علم قوانين الظواهر الاجتماعية حيث أنه يدرس المجتمع من خلال دراسة الوحدات المكونة له، كالجماعات المكانية، الجماعات الوظيفية، والعلاقات والتفاعلات الاجتماعية التي تسود بين الأفراد، سواء داخل الجماعة الواحدة، أو بين الجماعات المختلفة. كما يدرس النظم الاجتماعية والمؤسسات الاجتماعية.

وعلم الاجتماع الصحة هو أحد التخصصات العلمية في علم الاجتماع، يهتم بدراسة القضايا والمشكلات الصحية والطبية في المجتمع كالعلاقات الاجتماعية، التنظيمات والمؤسسات الاجتماعية التي ترتبط وتؤثر في الجانب الطبي والصحي للمجتمع، ويرتبط هذا التخصص ارتباطاً وثيقاً بعلم الطب كارتباط علم الاجتماع بالعلوم الأخرى، فيعتبر المرض ليس اختلالاً في الجسم فحسب بل أيضاً اختلال وظيفياً في المجتمع ومنه أصبح الطب أو الصحة بصيغة أشمل موضوعاً سوسيولوجياً كما "إن علم اجتماع الصحة استخدم إلى المقاربات العلمية للوقاية تم الصحة بعد ذلك" (عبد العالي دبله . ص 07) فالتحول من علم اجتماع الطبي إلى علم اجتماع الصحة مس عدة جوانب، وأصبح الاهتمام الحفاظ بصحة الإنسان وإيجاد الطرق الكفيلة لذلك، وهذا ما يدل على أن العلاج وحده غير كما فلا بد من

مجمدي حمزة

وقايتة وثقيفه ،وبذلك يكمن القول بان علم الاجتماع ساهم في توضيح الجوانب الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض

5. النظريات السوسيولوجية المفسرة للمرض

5.1 تصور تالكوتبارسونز: دور المريض

قدم تالكوتبارسونز دفعا قويا في اهتمام التفكير السوسيولوجي بموضوع الصحة والمرض ، حيث قدم تصوره ضمن الاتجاه الوظيفي بعد الحرب العالمية الثانية ، فقبل ذلك كانت العوامل الاجتماعية مهمة، فكان ينظر للإنسان على أنه آلة تحتاج للإصلاح، فالمرض نتيجة لعوامل بيولوجية، وبني بارسونز تصوره السوسيولوجي لدراسة المرض في سياق نظرية العامة للفعل في كتابه النسق الاجتماعي، فيرى أنه يمكن تحليل المجتمعات باعتبارها أنساقاً، وأن تواتر الفعل الاجتماعي يؤدي الى ظهور النسق الاجتماعي أو النظام الاجتماعي الذي تجتمع عناصره من بعد ذلك في عملية التوافق أو التوحد المعياري والرمزي أو التوحد الثقافي، فحسب رأيه لأبد أن يفي أي نسق بأربعة شروط. وبعبارة أخرى لا بد لكي يعمل النسق أن يكون قادراً على حل اربع مشكلات أساسية وهو يسميها هذه جميعاً "المستلزمات الوظيفية" أو "المتطلبات الوظيفية" وهي لا تعمل فحسب في التنظيم الاجتماعي، بل تتعلق بالحاجات الشخصية لأعضاء المجتمع وهذه المشكلات أو الشروط هي : التكيف مع البيئة ، تحقيق الهدف ، الحفاظ على النمط وضبط التوتر ، التكامل .

ان الصحة تعتبر شرط أساسي في سير النسق الاجتماعي من الحاجات الاساسية الوظيفية لأعضاء المجتمع فمستوى عال من المرض أو مستوى منخفض من الصحة تظهر كخلل وظيفي في سير النسق، وان العلاقة بين الفرد ومرضه ماهي إلا صورة تربط الفرد بالمعايير الاجتماعية فدور الطب بمؤسساته كضبط اجتماعي

العائد الصحي من التعليم

للحفاظ على النسق. أما بالنسبة للمريض حسب بارسونز في نظريته دور المريض فهو:

- معفى من مسؤولياته نتيجة لأسباب فوق طاقته.
- لا يستطيع الشفاء بمجرد قرار و بحاجة للمساعدة.
- يجب عليه البحث على الشفاء كونه غير مرغوب فيه.
- البحث عن مساعدة متخصصة وهنا يتم التفاعل مع الطبيب في بناء التكامل.

فبارسونز يرى ان المرض يعتبر سلوك اجتماعي منحرف عن المعايير الاجتماعية التي تفرض على الافراد القيام بواجباتهم ورغم ذلك فأن هذا الانحراف مغاير للانحرافات الاخرى كالجرائم لان المريض لايعتبر مسؤولا عن مرضه بل بالعكس يتم اعفائه من مسؤولياته ينبغي عزله عن المجتمع من خلال وضعه في المؤسسات الصحية ،لتحقيق الضبط الاجتماعي وتحقيق التوازن "لقد اعترف بارسونز في كتابه النظام الاجتماعي بالدور الاجتماعي الرسمي للمريض الذي يظهر من خلال المهنة الطبية يقول بارسونز بأن التوازن في النظام الاجتماعي إنما يعتمد على أن يؤدي كل فرد دور بما يمكن النظام من العمل و الفاعلية و الاستمرار. لذا فان الناس يجب ان يكونوا مدفوعين بشعور بالواجب والالتزام بالعلاقات الاجتماعية (محمد الحسن إ ،ص43)

5.2 تصور أليوتفريدسون:

أسهم فريدسون في تعديل أفكار بارسونز وتطويرها ، حيث انه قدم مفاهيم جديدة حول المرض لايرتكز على كون المرض سلوك اجتماعي لكن على ان المرض هومنتوج اجتماعي، فيرى بأن المرض ثلاث أنواع وكل نوع له دور خاص به فالأول الدور الشرطي يطبق على الاشخاص الذين يعانون من امراض مؤقتة كالزكام سرعان مايستعدون عافيتهم أما الدور الثاني اللامشروط فيكتسبه الأشخاص

مجمدي حمزة

الذين يعانون من الامراض المستعصية كالسرطان فلهم الحق في ان يتخلوا عن دور أو نشاط متوقع منهم أما الدور الأخير فهو الدور غير شرعي الذي يكتسبه الشخص عند إصابته بمرض موصوم اجتماعيا بمعنى فصل الشخص وعزله عن المجتمع، فالمرض الاجتماعي هو المرض التي يصاب به الافراد نتيجة سبب اجتماعي أو آخر كالإدمان على الكحول أو الإدمان على تناول المسكرات و التطرف الطائفي و الطبقي و الأيديولوجي، فالإصابة بالمرض سرعان ما يعلم بها ابناء المجتمع المحلي الذي يعيش فيه المريض فيكون هؤلاء صورة نمطية ذهنية متعصبة عن ذلك الفرد بحيث تتحول هاته الصورة الى وصمة عار تلازمه طيلة حياته إذ ينعت ذلك الشخص بالسكير مثلا. (محمد الحسن ، ص48)

5.3 تصور ستراوس: التفاعلية الرمزية

في هذه الفترة كان ظهور الامراض المزمنة وعلى أساسها بدء البحث السوسولوجي في اطار التفاعلية الرمزية في الولايات المتحدة الامريكية بجامعة شيكاغو ، حيث حاول ستراوس فهم تجربة الناس للمرض من خلال التفاعل الحاصل بين مستوى الفعل الاجتماعي و السيرورات الاجتماعية الصغيرة و المستوى الماكرو اجتماعي البنائي و التي تؤثر على ظروف الفعل.

فهو لا يعتبر المرض ظاهرة بيولوجية فقط بل هي كظاهرة اجتماعية ليس الطبيب والمريض الفاعلين وحدهما فقط ، بل هناك فاعلين اخرين في تسير المرض ومن هنا فطرحه يدخل في علم الاجتماع الموجه نحو فهم الفعل ، فعمل تسير المرض الذي قدمه ستراوس يصلح لتفسير مختلف الامراض المزمنة باختلاف الوضعيات الاجتماعية التي تخلقها هاته الامراض وعادة ما يتوزع على ثلاث مجالات فالأول العمل المرضي الذي يتصل بتناول الادوية وتقبل العلاجات ، وهناك العمل اليومي الذي يتعلق بتلبية الاحتياجات اليومية العادية حيث ان هناك بعض الامراض لا تشكل تهديدا او خطرا على حياة المريض ويمكنه التعايش معها كالربو، السكر

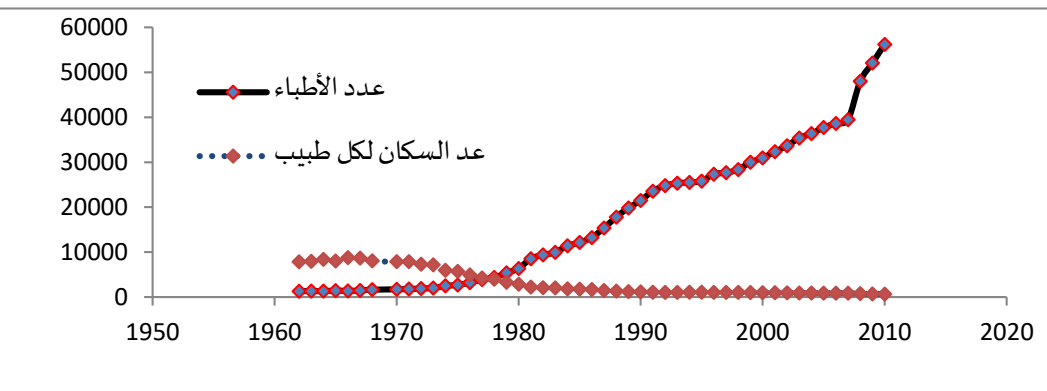
العائد الصحي من التعليم

، التهاب المفاصل فأما المجال الثالث فهو العنصر البيوغرافي حيث يعيد المريض استرجاع التفاصيل الدقيقة في سيرة حياته حيث تصبح ملازمةً له طوال حياته المرضية ، ويحاول المريض إعطاء صياغة جديدة لهويته اتجاه نفسه ومن يحيطون به بمعنى اعطاء معنى ونظام جديد لحياته لتيسير معاشته لحالة المرض التي يعيشها ، فالبقاء على قيد الحياة هو محور اهتمام المريض ، لأن هناك امراض تهدد بالموت كمرض السيدا.

6. تطور الصحة في الجزائر

عملت الجزائر منذ الاستقلال على وضع مبادئ أساسية تقوم عليها السياسة الصحية، لتجسيد المبدأ المتمثل في حق المواطن في العلاج المجاني، هذه المبادئ عرفت نجاحات وبعض الاختلالات عبر المراحل المختلفة التي مرت بها البلاد، وكانت وضعية الصحة العمومية للجزائر قبل الاستقلال متردية، حيث كان الشعب الجزائري يعاني الفقر والحرمان ومختلف الأمراض الوبائية، وهذه الأمراض التي كانت ناتجة عن الظروف المعيشية السيئة لأغلبية الجزائريين من جهة، وغياب التغطية الصحية من جهة أخرى.

الشكل 1 : عدد الاطباء وعدد السكان لكل طبيب في الجزائر



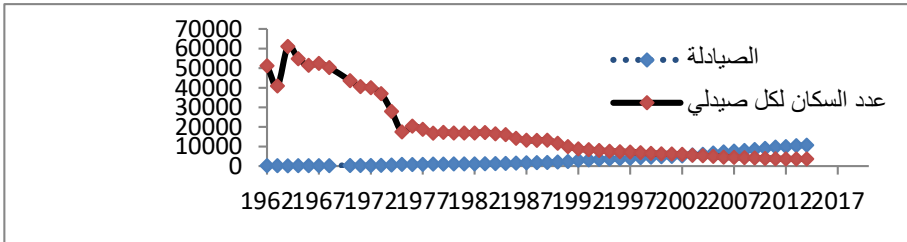
المصدر: وزارة الصحة

مجمدي حمزة

عدد الاطباء لسنة 2006 هو عدد تقديري $37720 = (N_{2005} + N_{2007}) / 2$

بلغ غداة الاستقلال عدد الاطباء قرابة 1279 طبيب فقط، منهم 342 طبيب جزائري و 937 طبيب أجنبي ما يعادل 7835 شخص لكل طبيب ولم يتجاوز عدد الاطباء 9916 طبيب الى غاية 1983 منهم 7515 جزائري بمعدل 2005 شخص لطبيب الواحد سنة 1983 مما استوجب تحديد الأولويات والتركيز على سياسة وطنية للصحة، وكذا بناء الهياكل وتكوين الإطارات الطبية وشبه الطبية والإدارية، وقد خصصت الوسائل لتنفيذ هذا البرنامج الطبي المستعجل كتكوين الأطباء، بناء الهياكل والتجهيزات، مما أدى الى ارتفاع عدد الاطباء حيث بلغ العدد في سنة 1984 ب 11378 أي ما يعادل 1804 شخص لطبيب الواحد ثم أخذ العدد في الارتفاع التدريجي حيث بلغ في 2010 ب 56209 أي 640 شخص لطبيب الواحد

الشكل 2: تطور عدد الصيدالة و عدد السكان لكل صيدلي



المصدر: وزارة الصحة

السنوات 2005 و 2007 هي سنوات تقديرية بنفس الطريقة السابقة

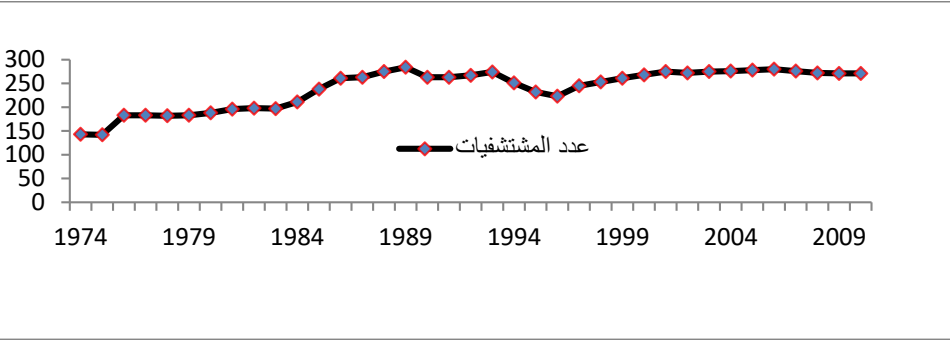
لقد عرف قطاع الصحة خلال الحقبة الممتدة من الاستقلال إلى غاية الثمانينات ، تطورات من حيث عدد الصيدالة ، لكن بمستوى بطيء مقارنة مع التطور السكاني الذي عرفته البلاد، ففي سنة 1963، لم تكن البلاد تتوفر إلا على 204 صيدلية؛ منها 70 جزائرية فقط، وهو ما يعادل صيدلية واحدة لكل 51225 نسمة.

و مع بداية المخطط الوطني وبداية نشاط المعهد الوطني للصحة العمومية الذي أنشئ عام 1964، وبصدور الأمر المنظم لمهنة الأطباء والصيدالة عام 1966، أخذت

العائد الصحي من التعليم

الأمر تتحسن شيئا فشيئا من خلال تحسين دفع عجلة التكوين الطبي والشبه الطبي، وكذا إنشاء بعض الهياكل القاعدية إلا أنها لم تتجاوز 906 صيدلية منها 866 صيدلية جزائرية سنة 1977 بمعدل 18828 نسمة لصيدلية الواحدة وفي التسعينيات أصبح معدل الصيدلية الواحدة لأقل من 10000 نسمة وفي سنة 2010 بمعدل 3962 نسمة لصيدلية الواحدة أي 9081 في مجموع الصيدالة، لتبلغ سنة 930 صيدلية عمومية و 8760 صيدلية خاصة

الشكل 3: تطور عدد المستشفيات في الجزائر



المصدر : وزارة الصحة

أما من حيث الهياكل القاعدية فقد كان هناك عجز كبير، حيث كان قبل سنة 1967 قرابة 39000 سرير بالمستشفيات، و في سنة 1974 كان عدد المستشفيات 143 مستشفى 558 مركز صحي و 106 عيادة متعددة الخدمات و 1402 قاعة علاج و 43404 سريراً.

في سنة 1979 بلغ عدد المستشفيات 182 مستشفى، إلى جانب 157 عيادة متعدّدة الخدمات و 157 مركز صحي، وتوفّرت المستشفيات آنذاك على 44885 سريراً.

في سنة 1984 شهدت تحسّناً في الهياكل القاعدية، حيث بلغ عدد المستشفيات 211 مستشفى، إلى جانب 285 عيادة متعدّدة الخدمات و 914 مركز صحي، وتوفّرت المستشفيات آنذاك على 50210 سريراً.

في سنة 1986 واصل القطاع الصحي مسيرته نحو التطوّر وتمّ تسجيل 261 مستشفى

مجمدي حمزة

و370 عيادة متعدّدة الخدمات، إلى جانب 1147 مركز طبيّ وتوفّرت المستشفيات آنذاك على 60040 سريرا.

في سنة 1989 تمّ تسجيل 284 مستشفى و485 عيادة متعدّدة الخدمات و58605 سريرا.

في سنة 1996 تمّ تسجيل سريرين لكلّ 1000 نسمة وعيادة لكلّ 69731 نسمة، إلى جانب مركز صحيّ لكلّ 25454 نسمة وقاعة علاج لكلّ 6667 نسمة، كما بلغ عدد المستشفيات 223 مستشفى وعدد المراكز الصحيّة 1144 مركز.

في سنة 2010 وصل عدد العيادات إلى 1491 عيادة متعددة التخصصات أمّا عن المستشفيات فعددها هو 271 مستشفى

أما في سنة 2012 فعدد العيادات الخاصة المختصة ب6457 و6334 عيادة طب عام فأما عن المراكز الصحية العمومية ب23 و155 عيادة مختصة في الجراحة و1648 عيادة للتحاليل

في سنة 2014 فعدد العيادات الخاصة المختصة ب7746 و6654 عيادة طب عام في حين 24 مركز صحي 220 عيادة جراحة و1863 عيادة للتحاليل.

7. علاقة الأمراض المزمنة بالعوامل السوسيو اقتصادية

تحقيق قامت به اليونيسف في الجزائر على عينة عنقودية بالتعاون على وزارة الصحة حيث أن المجتمع المبحوث متكون 106345 فرد فمن بينهم 4% صرحوا بأنهم يعانون من مرضين مزمنين و10% يعانون من مرض واحد فقط و61% من الافراد الذين يعانون من الامراض المزمنة يبلغ أعمارهم 70 وما فوق ، و44% مما يعانون بمرضين أعمارهم 70 سنة

الجدول 1: أثر العوامل السوسيو اقتصادية وديموغرافية في الاصابة بالمرض في الجزائر (2012-2013)

المصدر (2012-2013) MICS4

العائد الصحي من التعليم

إن نسب الأشخاص الذين صرحوا بانهم يعانون من الامراض المزمنة 14% على الأقل يعانون من مرض واحد ، في حين ان 96% منهم ادلو بانهم لا يعانون من اي مرض مزمن ، أما من حيث متغير الجنس فالإناث هم اكثر عرضة للإصابة اكثر من

الجنس	لا يوجد مرض	مرض واحد	مرضىين	ع م بالأمراض المزمنة	عدد المبحوثين
الذكور	88,9	8,3	2,8	5972	53621
الإناث	82,7	11,5	5,8	9113	52724
الحضر	84,6	10,5	4,9	10498	67974
الريف	88	8,7	3,2	4587	38371
24-15	97,4	2,4	0,2	717	28083
39-25	95,6	3,9	0,5	1673	38371
49-40	84,1	12,1	3,1	2649	16689
59-50	68,5	21,6	9,9	3534	11217
69-60	51,2	29,5	19,4	3128	6407
70 وما فوق	39,3	34,2	26,4	3384	5576
بدون مستوى	65,6	22	12,4	7673	22325
ابتدائي	83,4	11,7	4,9	2817	16953
متوسط	92,8	5,7	1,5	2276	31642
ثانوي	93,1	5,6	1,3	1575	22817
عالي	94,7	4,1	1,2	648	12244
الاكثر فقر	88,5	8,6	2,9	2365	20521
الثاني	87,4	9,1	3,4	2618	20849
المتوسط	85,8	10	4,2	3037	21336
الرابع	84,7	10,1	5,2	3299	21504
الاكثر غنى	83	11,4	5,6	3766	22135

الذكور حيث قدرت نسب 17% أعلى من نسبة الذكور التي تساوي 11% وحسب

مكان الإقامة 15% نسبة الإصابة بالأمراض المزمنة في المناطق الحضرية و 12%

في المناطق الريفية ، ولمعرفة مدى اسهام العوامل السوسيواقتصادية والعوامل

الديموغرافية في اصابة وعدم الإصابة بالمرض نقوم باستخدام نموذج الانحدار

مجمدي حمزة

اللوجستي المتعدد ثنائي الاستجابة حيث ان المتغير التابع هو المتغير النوعي ثنائي القيمة عن طريق الحزمة الاحصائية SPSS فنتحصل على النتائج التالية:

الجدول 2: اختبار الدلالة الاحصائية لنموذج ككل

Variables dans l'équation							
		A	E.S.	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Etape 0	Constante	1,8	0,009	41942,985	1	0	6,05

المصدر: نتائج الباحث

نقرأ من الجدول أن النموذج المتحصل عليه يعتبر من الناحية التفسيرية موفق بالكامل حيث أنه نلاحظ مستوى الدلالة أقل من 0,05 عند استبعاد المتغيرات دليل على أن النموذج له جودة في التنبؤ في حالات المتغير التابع أكثر مما تفعله الصدفة

الجدول 3: المتغيرات خارج النموذج

Variables hors de l'équation					
			Score	ddl	Sig.
Etape 0	Variables	niveau	8285,696	1	,000
		l'indice de richesse	331,857	1	,000
		groupe	23347,138	1	,000
	Statistiques globales		77568,518	3	,000

المصدر: نتائج الباحث

مما نلاحظه أن مستوى الدلالة أقل من 0,05 وهذا يعني أن المتغيرات التي استبعدت من النموذج لو أضيفت له لقامت بتحسين للنموذج أو أعطت إضافة لنموذج للتنبؤ

الجدول 4: تفسير المتغيرات الداخلة في النموذج R^2

Récapitulatif des modèles			
Etape	-2log-vraisemblance	R-deux de Cox & Snell	R-deux de Nagelkerke
1	8933,831 ^a	0,519	0,931

a. L'estimation a été interrompue au numéro d'itération 16 parce que les estimations de paramètres ont changé de moins de ,001.

العائد الصحي من التعليم

المصدر: نتائج الباحث

يمثل هذا الجدول أشباه معاملات التحديد والتي تعبر عن القوة التفسيرية للنموذج
النماذج ، حيث فسر معامل (Nagelkerke) فسر 93,1% و 51,9% من التغيرات الحادثة
في المتغير التابع

طريقة تقدير معاملات نموذج الانحدار اللوجستي طريقة تكرارية، بمعنى انه يتم
تكرار عملية الحساب حتى تتقارب قيم المعلمات عند خطأ محدد مسموح به وعند
اصغر قيمة لدالة الإمكانية، فمن خلال هذا الجدول يمكن ملاحظة ما يلي :اولا: تم
استقرار معاملات النموذج عند الخطوة السادسة عشر 16 بتقريب 0,001 حيث
قيمة لدالة الإمكان (8933,831)

الجدول 5: نتائج الانحدار اللوجستي

أما الجدول فيبين تقديرات معالم النموذج و الخطأ المعياري و درجة المعنوية
للعوامل و إحصاء والد وقيمة نسبة الترجيح Odd Ratio

Variables dans l'équation							
		A	E.S.	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Etape 1 ^a	Résidence	5,375	14,653	0,135	1	0,714	215,917
	Niveau	11,664	1,144	103,919	1	0	116307,3
	L'indice richesse	2,487	1,03	5,836	1	0,016	12,027
	Sexe	-7,216	14,676	0,242	1	0,623	0,001
	Groupe d âge	-9,16	0,468	383,443	1	0	0
	Constante	-2,368	14,653	0,026	1	0,872	0,094

Variable(s) entrées à l'étape 1 : résidence, niveau, l'indice richesse, sexe, groupe d âge

المصدر: نتائج الباحث

الجدول 6: إعادة التصحيح حسب النموذج

Tableau de classement ^a		
	Observations	Prévisions

مجمدي حمزة

			santé		Pourcentage correct
			maladé	non maladé	
Etape 1	santé	maladé	13720	1365	91
		non maladé	1	91259	100
	Pourcentage global				98,7
a. La valeur de césure est ,500					

المصدر: نتائج الباحث اعتمادا على SPSS

يتضح من الجدول أن نسبة التصنيف الصحيح 98.7% حيث بلغ تصنيف الصحيح للأفراد الذين يعانون من الأمراض المزمنة 91% و 100% هي نسبة التصنيف لعدم الإصابة بالأمراض المزمنة وذلك باستخدام النموذج
 اتر العوامل الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية على وفيات الاطفال الاقل
 من 05 سنوات

تحتل دراسة بيانات وفيات الاطفال الرضع أهمية كبرى ، حيث تعكس المستوى الصحي في بلد ما ، ويعتبر مؤشرا رسميا لمدى التطور الاجتماعي والاقتصادي و الثقافي في المجتمع ، كما ان هاته الفئة العمرية تأثر على باقي الفئات العمرية وبالتالي على معدل المنو السكاني.

الجدول 6: نسب الوفيات الاقل من 5 سنوات حسب السوسيوإقتصادية في الجزائر (2012-2013)

الجنس	الذكر	15,7
	الانثى	18,6
مكان الإقامة	الحضر	21,7
	الريف	27,7
	بدون	29,9
المستوى الدراسي	ابتدائي	24,5
	متوسط	22,7

العائد الصحي من التعليم

	ثانوي و ما فوق	21,6
	فقير جدا	34,9
مؤشر الثروة	ثانوي	21,4
	متوسط	20,7
	رابع	20,8
	غني جدا	20,5
المجموع		24,1

المصدر: تقرير (MICS42012-2013)

من خلال الجدول نلاحظ ان معدل الوفيات للأطفال الاقل من 5 سنوات يختلف حسب العوامل السوسيو اقتصادية ففي المناطق الريفية معدل الوفيات مرتفع عنه في المناطق الحضرية ، كما انه حسب الجنس مرتفع عند الاناث عن الذكور ، وفيما يخص المستوى الدراسي الأم فكلما ارتفع مستوى التعليمي الام قل معدل الوفيات، حيث بلغ 29,9 في كل 1000 ولادة حية بالنسبة الامهات بدون مستوى تعليمي ، و 21,6 في كل 1000 ولادة حية عند الامهات اللواتي لهن مستوى متوسط وما فوق ، فيما يخص المستوى الاقتصادي فتكثر نسبة وفيات الاطفال الاقل من خمس سنوات عند الاسر الفقيرة ، حيث قدرت ب تقريب 40 وفاة في كل 1000 ولادة حية ، فهناك علاقة بين الوضع الاقتصادي من جهة ووفيات الرضع ونسبة المرض لان الطبقات الدنيا تمارس نشاطات تهدد حياتهم ، وكما ان التغذية غير متوازنة واللامساواة الصحية تعود في أصلها الى الحرمان المادي الذي تعاني منه هاته الاسر والذي بدوره يدل على تدني المستوى التعليمي لهاته الاسر.

8. تحليل النتائج

تؤثر في الصحة عدة عوامل وليس الميكروبات وحدها المسؤولة عن حدوث المرض الذي يعتبر مصدرا للألم و المعاناة النفسية والاجتماعية ، فهو كغيره من العوامل

مجمدي حمزة

يحتاج الى تفسير، فالانتماء الثقافي للفرد هو الذي يعطي ذلك التفسير. فقد ما يشكل خطراً في ثقافة يكون مستحسن في ثقافة أخرى، وهذا ما عبر عنه في الأنثروبولوجيا " بالتنا ذرات المرتبطة بالثقافة " (بومدين س ، 2004. ص 07).

فيمكن تصنيف العوامل المسببة في المرض الى ثلاثة عوامل اساسية ، أحدها مسبب نوعي والآخر يتعلق بالإنسان والثالث بالبيئة . فهناك علاقة بين المرض والصحة و الانظمة الاجتماعية المختلفة ، فالنظام الاقتصادي له علاقة وطيدة بالصحة فالإنسان يعمل على تأمين غذاءه مما يجعله عرضة لمجموعة من الأمراض والأخطار المهنية ، كما ان هاته الامراض تختلف حسب البيئة وسن وجنس المريض فمثلاً في المناطق الريفية تنتشر مرض السكر و أمراض التنفس المزمنة ويرجع ذلك لطبيعة العمل فهو عرضة دائماً لتغيرات الجوية، وفي المناطق الحضرية ينتشر أمراض كقرط التوتر وأمراض القلب ، ويرجع ذلك لطبيعة المدينة و ما تتميز به من كثافة سكانية تسبب الازدحام ، وكثرة المشاكل الأمر الذي يولد عند البعض ضغوطات نفسية مايسبب القلق و الاكتئاب بالتالي يولد مرض التوتر ، كما أن عامل الجنس يلعب دوراً في الإصابة بنوع المرض ، حيث ان البنية المورفولوجية لذكر تختلف عن الانثى الامر الذي يولد اختلافاً في نوع المرض ، كما أن عامل العمر يلعب دوراً كبيراً في نوعية المرض فهناك بعض الامراض لا تصيب الا كبار السن مثل قرط التوتر والمرض السكري وغيرها من الامراض ، وإضافةً عامل المستوى التعليمي للفرد، حيث أنالتعليم يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالصحة، فالثقافة الصحية للفرد والمتمثلة في الأساليبالصحية والمسار الذي يتبناه الفرد للعلاج لها ارتباط وثيق بالمستوى التعليمي الذي يتمتع به، فالمستوى الدراسي العالي يساعد علفهم اللغة المتداولة طبيا فيما يخص المرض والعلاج، وبالتالي قرب المريض من العقلانية الطبية، وعلى العكس من ذلك فإن انخفاض المستوى الدراسي يؤدي إلى صعوبة فهم لغة الأطباء. فالمستوى الدراسي إذن له علاقة بمدى تدني أو سالمه

العائد الصحي من التعليم

صحة الأفراد، "فإن الوقاية الحقيقية تكون بالتطعيم ان وجد والتغذية الصحية وتحسين البيئة ورفع المستوى الاقتصادي والاجتماعي والتربوي (المكاوي ع، 1996، ص304) غير أن زيادة انتشار الوعي الصحي الذي يهدف إلى تعليم الأفراد كل ما يتعلق بالأمور الصحية، كتعريف المواطنين كيفية حماية أنفسهم من الأمراض وكيف تتم التغذية السليمة للأطفال وكيف يمكن تجنب بعض المشاكل الصحية وغيرها من الاهتمامات، وعلى هذا الأساس أصبحت لغة الأطباء مفهومة إلى حد ما من قبل الأشخاص ذوي المستوى التعليمي المنخفض، ولا يعد التعليم وحده كعامل مؤثر على تدني أو ارتفاع المستوى الصحي بل توجد متغيرات أخرى ذات أثر بالغ على الصحة كـ: "ظروف العمل التي تعمل في ظلها الطبقات العاملة المستغلة، أيضاً انخفاض الدخل حيث أننا نلاحظ ان الطبقات الفقيرة وذات المستوى المعيشي المتدني تكثر بها عدد الوفيات وخاصة الاطفال الاقل من 5 سنوات وذلك من خلال سوء المسكن وسوء الخدمات الصحية في المنزل ونقص الغذاء والملبس ونقص الرعاية الطبية في المستشفيات. وهذه العوامل لها تأثيرات هدامة في صحة المولود الجديد

فانخفاض الدخل، وسوء الرعاية الصحية، وسوء التغذية، واضطرار المرأة للعمل بسبب الفقر كذلك

أدى إلى إهمال الأطفال وتعرضهم لمعدلات وفيات مرتفعة". فضلاً عن حجم الأسرة من حيث قلة وكثرة عدد أفرادها ومستوى التعليمي للأبوين والاعتقاد بالأفكار المتوارثة من رغم خطورة بعضها فالأسرة هي جماعة اجتماعية "تضطلع بتمير الثقافة الصحية ابنائها وبناتها عن طريق التنشئة الاجتماعية الاسرية و التربية الاجتماعية (محمد الحسن ح، 2008، ص275)

ومثال آخر فيما يتعلق بوفيات الأطفال فأن فرص بقاء الأطفال على قيد الحياة اكبر لدى الأمهات المتعلّمات بعكس الأمهات غير المتعلّمات وهذا بالتالي لا يؤثر فقط في

مجمدي حمزة

بقاء الأطفال على قيد الحياة وتحسين الأوضاع الصحية لهم ، وإنما في توعيتهم عندما يستقبلهم النظام التعليمي سواء من الناحية الجسمية أم العقلية إضافة إلى ذلك كلما ارتفع المستوى التعليمي للام، كانت الأوضاع الصحية للأطفال أفضل من خلال الاهتمام بالنظافة والالتزام بالقواعد الصحية السليمة والتطعيم ضد الأمراض المختلفة

قائمة المراجع

- (1) إحسان محمد الحسن ،2008، علم الاجتماع الطبي " دراسة تحليلية في طب المجتمع، داروائل للنشر ،عمان ،الأردن.
- (2) المكاوي علي ،1996، علم الاجتماع الطبي ، مدخل نظري ،دارالمعرفة الجامعية ، مصر.
- (3) سلوى عثمان الصديقي،1999، مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية والاجتماعية ، المكتب الجامعي الحديث ، الاسكندرية.
- (4) نادية عمر ،1993، العلاقات بين الاطباء والمرضى ، دراسة في علم الاجتماع الطبي ،دار المعرفة الجامعية ، الاسكندرية .
- (5) منظمة الصحة العالمية،1991، الدليل الصحي للأسرة، الجمعية المصرية للنشر والتوزيع والثقافة
- (6) سليمان بومدين ،2004، التصورات الاجتماعية و الثقافية للصحة و المرض- حالة مدينة سكيكدة - رسالة لنيل الدكتوراه في علم النفس العيادي ، كلية العلوم الاجتماعية و الانسانية ، جامعة قسنطينة .
- (7) عبد الرزاق جبلي محمد علي محمد، 1998، دراسات في علم الاجتماع الطبي ، دار المعرفة الجامعية الاسكندرية .

العائد الصحي من التعليم

- (8) عبد العالي دبله، 2003، سوسيولوجيا الصحة، الصحة من خلال علم الاجتماع، المؤتمر الدولي الثاني حول العلوم الاجتماعية ودورها في التنمية، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت .