



معلومات البحث

تاريخ الاستلام: 08/07/2023

تاريخ القبول: 20/12/2023

مؤشرات التنمية الصحية في الجزائر

*Indicators of health development in Algeria*بن عرار بقة^{1*} ، سيهام عبد العزيز²¹ محبر المجتمع الجزائري المعاصر جامعة محمد لمين دباغين 2 سطيف (الجزائر)

be.bagua@univ-setif2.dz

² محبر المجتمع الجزائري المعاصر جامعة محمد لمين دباغين 2 سطيف (الجزائر)

s.abdelaziz@univ-setif2.dz

الملخص:

تهدف دراستنا لمعرفة مؤشرات التنمية الصحية في الجزائر، من خلال تحليل بيانات ومعطيات الديوان الوطني للإحصائيات الخاص بمجال الصحة، الذي عرف تغيرات من حيث عدد الهياكل والمنشآت والموارد البشرية الصحية. وخلصت النتائج الى ان عدد المؤسسات العمومية الصحية بالجزائر قليل مقارنة بتزايد عدد السكان، بالإضافة الى نقص في عدد الأسرة الموجودة في المستشفيات، و نقص في عدد الأطباء الأخصائيين وجراحي الأسنان والشبه طبيين ما نتج عنه نقص في التغطية الصحية في القطاعين العام والخاص. وهذا ما جعلنا نتطرق الى السياسة الصحية المتبعة في الجزائر بالإضافة الى اهم مؤشرات التنمية الصحية.

الكلمات المفتاحية: الصحة، التنمية الصحية، السياسة الصحية، المؤشر، المؤشرات الصحية.

ABSTRACT

Our study aims to find out the indicators of health development in Algeria, through analyzing the data of the National Bureau of Statistics in the field of health. Indeed, the later has witnessed changes in terms of the number of health structures, facilities and human resources. The findings of the study concluded that the number of public health institutions in Algeria is small compared to the increase in the population, in addition to a shortage in the number of beds in hospitals, and the one of the number of specialist doctors, dental surgeons and paramedics. This fact resulted in a lack of health coverage in the public and private sectors. All what have been said before led us to deal with the health policy in Algeria, in addition to the most important indicators of health development.

Keywords: The health, Healthy development, Health policy, Indicator, Health indicators.

1. مقدمة:

تعتبر الصحة من بين الاهتمامات الرئيسية لدول العالم فهي تقيس مستوى تقدم الدول ، فكل أنظمة العالم تهتم بالموارد البشري ولكن يبقى ذلك بشكل متفاوت من دولة إلى أخرى ، حيث تعد صحة الإنسان مؤشرا لوجود تنمية صحية من عدمها ، فالإنسان هو أساس التنمية الذي يقوم بتطبيق وتنفيذ برامجها ومخططاتها التي تقتزن بمجالات عديدة لذا نجد أن التنمية الصحية لها علاقة وطيدة بالتنمية الاجتماعية والاقتصادية ، حيث يكون الإنسان هدف التنمية وتعد الصحة من أولويات متطلباته فمنذ القديم يسعى الإنسان إلى البحث عن الشفاء وتحسين الخدمات الصحية إلى أن وصل إلى تطوير الطب. لقد شهد مجال الصحة في الجزائر تطورا كبيرا عما كان عليه سابقا كباقي المجالات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية لهذا يتطلب اتخاذ مجموعة من الإجراءات التي تخص التنمية الصحية والتي تؤدي إلى تطوير المجال الصحي من حيث عدد الهياكل والمنشآت خاصة مع ظهور القطاع الخاص الذي أصبح يشارك جهود الدولة في التنمية الصحية لعدم قدرة القطاع الصحي العام توفير الخدمات الصحية في كل المناطق وفي كل الأوقات ، وكل هذا يتطلب تكاثف جهود جميع الأطراف التي لها علاقة بالقطاع الصحي، ومع تزايد عدد السكان وتزايد حاجياتهم من الخدمات الصحية جعل الدولة تقوم بوضع مخططات وسياسات تهدف إلى تخليص سكان الجزائر من الأمراض والرقى بهم إلى حالة السلامة الصحية المتكاملة. فالتنمية الصحية بالجزائر لها تحديات لمواجهة كل المشاكل والمخاطر الصحية من أمراض وأوبئة، ومدى قدرتها على تلبية كل المتطلبات الخاصة بالصحة للسكان، وانطلاقا مما سبق يمكن صياغة التساؤل الآتي: ما هي أهم مؤشرات التنمية الصحية في الجزائر؟

2. أهداف الدراسة:

- الوقوف على مفهوم التنمية الصحية
- التعرف على السياسة الصحية في الجزائر.
- التعرف على أهم المؤشرات الصحية في الجزائر.

3. منهج الدراسة :

للتطرق للموضوع تم الاستعانة بالمنهج الوصفي التحليلي من خلال وصف لمراحل السياسة الصحية في الجزائر و تحليل مختلف البيانات والمعطيات المتعلقة بمؤشرات التنمية الصحية والتي تم الحصول عليها من منشورات الديوان الوطني للإحصاء ومن المسح العنقودي متعدد المؤشرات Mics6 لسنة 2019.

4. مفاهيم الدراسة:

1.4 التنمية: هي تغيير في المجتمع لتحقيق رفاه الفرد من جيل إلى جيل ، من أجل توسيع خياراته في الصحة والتعليم والدخل ، وتوسيع حرياته وفرص مشاركته الفعالة في المجتمع " (نخبة الجنوب، 2013، صفحة 68)

التعريف الإجرائي: التنمية هي عبارة عن خلق استراتيجيات جديدة في المجتمع من أجل تحسين كل المجالات كالصحة والتعليم والدخل وإعطاء فرص لمشاركة الأفراد في هذا التغيير.

2.4 الصحة : التعريف اللغوي : جاء في قاموس شارح لسان العرب بأنها "من الصحاح خلاف السقم وذهاب المرض ومنه صح فلان من علته واستصح. (ابن منظور، 1981، صفحة 2401).

عرفها **برينكنز (prekinz)**: أنها حالة التوازن بين وظائف الجسم وان هذا التوازن ينتج من تكيف الجسم للعوامل الضارة التي يتعرض لها بصفة مستمرة ، كما أكد على أن تكيف الجسم للعوامل الضارة هو عملية إيجابية تقوم بها قوى الجسم المختلفة للمحافظة على التوازن . (مزاخرة، 2000، صفحة 13)

تعريف منظمة الصحة العالمية : حالة السلامة والكفاية البدنية والنفسية والاجتماعية ، وليست مجرد الخلو من المرض والعجز. (عبدالرزاق، 2995، صفحة 19)

التعريف الإجرائي: الصحة هي الخلو الفرد من الأمراض وإحداث توازن بين وظائف الجسم التي تتميز بالسلامة البدنية والنفسية والاجتماعية مع إمكانية مجابهة كل الأخطار التي تمس سلامة الفرد .

3.4 التنمية الصحية: هي مجموعة البرامج التي تعنى بالقطاع الصحي على اختلاف أنواعه (نوعية الخدمات ، العتاد المستعمل ، التكنولوجيا المعتمدة ،...) والتي هدفها تنمية القطاع الصحي والرفي به إلى درجات اعلي مما عليه. (جفال و سيدي ادريس، 2014، صفحة 23)

التعريف الإجرائي: هي وضع خطة تخص الجانب الصحي من أجل تحسين القطاع الصحي من كل الجوانب المتعلقة به مع تجنب كل العقبات والصعاب التي كانت موجودة سابقا.

4.4 السياسة الصحية: هي موقف الحكومة الرسمي في ميدان الصحة ، والذي تعبر عنه من خلال الخطابات الرسمية أو من خلال وثائقها الدستورية الإدارية. (حسيني، 2013، صفحة 51)

تعريف منظمة الصحة العالمية: الإجراءات المحددة للتصدي للمشاكل الصحية ذات الأولوية من خلال الأولوية الشاملة للقطاعات وتعزيز الصحة. (منظمة الصحة العالمية، 2008، صفحة 75).

5.4 المؤشر الصحي: هو وسيلة قياس رقمية تستعمل من أجل معرفة حجم المتغير المدروس، يمكن أن يشمل مؤشرات ديمغرافية أو اقتصادية أو اجتماعية. (بوحفص، 2021، صفحة 557)

5. مراحل السياسة الصحية في الجزائر:

الجزائر منذ الاستقلال وضعت سياسة صحية وأهدافها التي تختلف من فترة إلى أخرى ، وذلك لتحقيق التنمية الصحية من خلال وضع أسس ومخططات وبرامج لحل المشكلات الصحية ، وتنقسم مراحل السياسة الصحية في الجزائر إلى :

1.5 المرحلة الاولى (1962. 1974):

عرفت هاته الفترة تطورا بطيء وذلك للأثر الكبير الذي خلفه الاستعمار من مشاكل صحية كبيرة وتفشي الأمراض وقلة الهياكل الصحية والموارد البشرية المتعلقة بالصحة، وقد تم تسجيل معدلات عالية لوفيات الأطفال سنة 1963، بالإضافة إلى تدني متوسط أمل الحياة الفرد الجزائري الذي لم يتعدى 50 سنة. (عيساوي و براهيمية، 2014، صفحة 359)، و في سنة 1965 صدر قرارات جديدة منها: قيام المسؤولين بفترة تدريبية بالمركز الاستشفائي الجامعي، وإنشاء لجنة لشراء اللوازم الضرورية للمستشفيات والوحدات الصحية، كما تعمل هاته اللجنة على إعداد جداول الأعمال للموظفين وإعداد اللوازم للمستشفيات. (حوالف، 2017، صفحة 224).

الجدول 1: (الإنجازات المحققة في المجال الصحي من 1973. 1662)

الإجازات السنوات	أطباء	جراحو أسنان	صيادلة	مستشفيات	مراكز صحية
1962	75	33	49	156	188
1973	423	286	353	263	588

المصدر: (كساي، 2008، صفحة 88)

نلاحظ من الجدول أن هناك تطور كبير في المجال البشري المتعلق بالصحة من أطباء وجراحو أسنان و صيادلة وأيضا في الهياكل والمراكز الصحية حيث نجد سنة 1962 حوالي 75 طبيب و 33 جراح أسنان و 49 صيدليا الذي ارتفع سنة 1973 بحوالي 423 طبيا و 286 جراح أسنان و 353 صيدليا وأيضا تطور كبير في المستشفيات والمراكز الصحية حيث نجد سنة 1962 حوالي 156 مستشفى و 188 مركزا صحيا ليرتفع سنة 1973 بحوالي 263 مستشفى و 588 مركزا صحيا، وهذا الارتفاع ناتج عن اهتمام الدولة بالقطاع الصحي وتسخير طاقات هائلة لتطور الصحة.

2.5 المرحلة الثانية: (1974 . 1980):

كانت في هذه المرحلة بداية المخطط الرباعي الثاني، حيث قامات الدولة بالتكوين الطبي وشبه طبي واهتمت بحماية الأمومة وتحسين طب العمل والوقاية المدرسية وتكفلت بالمعوقين ذهنيا وحركيا.

وبالرغم من الظروف الصعبة التي ميزت هذه المرحلة استطاعت الجزائر أن تحقق تطورا في المجال الصحي، وذلك بتنوع الهياكل الصحية ومضاعفة بناء المستشفيات والمراكز الصحية إضافة إلى تكوين الأطباء وعمال الصحة والاهتمام بالأمومة والطفولة .

الجدول 2: (عدد المنشآت القاعدية من سنة 1974 إلى 1980)

المنشآت	السنوات	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
المستشفيات		143	142	183	183	183	182	183
مراكز صحية		612	612	590	620	664	747	662
عيادات متعددة الخدمات		106	123	139	153	162	175	161

المصدر: (من إعداد الباحثين اعتمادا على الديوان الوطني للإحصائيات، 2011، ص 111)

نلاحظ من الجدول تطور المنشآت القاعدية في الجزائر فكانت سنة 1974 حوالي 143 مستشفى ليصل سنة 1980 حوالي 183 مستشفى ، وبالنسبة للمراكز الصحية ففي سنة 1974 حوالي 612 مركزا صحيا ليصل سنة 1980 حوالي 662 مركزا صحيا ، والعيادات المتعددة الخدمات سنة 1974 حوالي 106 عيادة متخصصة ليرتفع سنة 1980 ويصل إلى حوالي 161 عيادة متعددة الخدمات.

3.5 المرحلة الثالثة (1980 . 1990):

تميزت هذه المرحلة بإصلاح القطاع الصحة وعرفت إعادة تنظيم قطاع الصحة عن طريق صدور مراسيم تنفيذية. (حوالف، 2017، صفحة 22)

كما تميزت هاته المرحلة بتشبيد منظومة وطنية تخضع إلى التخطيط المركزي وذلك بفضل إعداد الخريطة الصحية الوطنية سنة 1981. (عيساوي و براهيمية، 2014، صفحة 361)

وكان في هذه المرحلة مجانية العلاج ، فقد استطاعت الجزائر في هذه المرحلة أن تحقق تطورا ملحوظا في المجال الصحي من خلال السعي إلى القضاء على الأمراض عن طريق عمليات التلقيح وتحقيق مبدأ تكافؤ الفرص لكل المواطنين الجزائريين من الخدمات الصحية .

الجدول 3: (عدد المؤسسات بين 1986 – 1990)

السنوات	1986	1987	1988	1989	1990
عدد المستشفيات	238	261	263	275	284
عدد الأسرة	52898	55001	56214	58605	60124
قاعات متعددة الخدمات	359	412	434	485	510
مراكز صحية	1025	1025	1238	1238	1309
قاعات العلاج	4542	2574	3041	...	3344

المصدر: (من إعداد الباحثين اعتمادا على الديوان الوطني للإحصائيات، 2011، ص 111)

نلاحظ من الجدول تطور كبير في عدد المؤسسات الصحية من سنة 1986 إلى غاية 1990 وذلك يعود إلى تزايد عدد السكان وكثرت الطلب على المؤسسات الصحية التي وفرتها الدولة بشكل تدريجي .

4.5 المرحلة الثالثة (بعد 1990):

عرفت بداية التسعينات تحولات في المنظومة الصحية بسبب الوضع الأمني المتدهور الذي عاشته الجزائر ، ونتج عنه تخريب في الهياكل والمنشآت الصحية، حيث تميزت هذه الفترة بكثرة المشاكل التي تعرقل السير الحسن للقطاع ، وهذا ما جعل الدولة تعيد النظر في سياستها الصحية، وبعد سنة 2000 عرفت الجزائر مرحلة انتقالية حيث خرجت من مرحلة اللاإستقرار التي كانت تعيشها البلاد التي أدت إلى تراجع النظام الصحي وهذا ما جعل الدولة تعمل على إصلاح المستشفيات وتنظيمها ، وكانت البداية التدريجية في تجسيد النظام التعاقدى للعلاج في المستشفيات و وضع برنامج المخطط التوجيهي للصحة في الجزائر للفترة بين 2009 إلى سنة 2025.

(Ministère de la santé et de la population , 1981, p. 3)

وفي هذه المرحلة عملت الجزائر على تطبيق سياسة صحية جديدة في مجال توزيع الأدوية وذلك من أجل رفع من مستوى القطاع الصحي، وعملت على توفير المعدات والتجهيزات الطبية في المستشفيات الجهوية من أجل رفع العبء والضغط على المراكز الاستشفائية الجامعية. (كرمين، 2021، صفحة 70)

الجدول 4: (تطور عدد المنشآت الصحية خلال الفترة 2015 – 2016)

المنشآت \ السنوات	2015	2016	2017
مؤسسة استشفائية عامة	200	200	205
مؤسسة استشفائية خاصة	75	75	77
مراكز استشفائية جامعية	15	15	15
مؤسسات استشفائية جامعية	01	01	01
دور الولادة العامة	415	416	409
دور الولادة الخاصة	114	123	127
قاعات العلاج	5762	5875	5957

المصدر: (من إعداد الباحثين اعتمادا على الديوان الوطني للإحصائيات، 2018، ص 22)

نلاحظ من الجدول تطور بطيء في عدد المنشآت في الجزائر من سنة 2015 إلى غاية سنة 2017 وبالنسبة للمؤسسات الاستشفائية الجامعية يوجد مستشفى وحيد إلى غاية سنة 2017 وأيضا المراكز الاستشفائية الجامعية ففي سنة 2015 يوجد 15 مركزا استشفائيا جامعيّا الذي لم يتغير إلى سنة 2017.

6. مؤشرات التنمية الصحية:

1.6 معدل وفيات الاطفال الرضع:

هي وفيات الأطفال الأقل من سنة (0,1)، ويقاس هذا المعدل حالات وفيات الأطفال خلال السنة الأولى من ميلادهم. ويعتبر مؤشرا يقيس تقدم الدول على مستوى الخدمات الصحية حيث يعكس ما تقدمه الدولة من خدمات صحية لائقة للسكان. وهو من بين المؤشرات الديموغرافية لقياس التقدم الاقتصادي والاجتماعي والصحي ويجسب بالقانون التالي :

$$TMI = \frac{D(0,1)}{NV}$$

حيث : $D(0,1)$ هو : عدد الوفيات الأقل من سنة في سنة معينة

NV هو : عدد المواليد الأحياء خلال نفس السنة (الشريف، 2015، صفحة 53)

الجدول 5: (وفيات الأطفال الرضع للفترة الممتدة بين 2018-2020)

السنة	2018	2019	2020
الوفيات			
عدد وفيات الرضع	21846	21030	8717
وفيات الرضع ‰	21,0	21,0	18,9
حديثي الولادة المبكرة ‰	12,8	12,7	11,9
حديثي الولادة المتأخرة ‰	04,9	04,8	04,0

المصدر: (من إعداد الباحثين اعتمادا على الديوان الوطني للإحصاء، 2020، ص ص 21-22)

حيث :- وفيات حديثي الولادة المتقدمة هو عدد الأطفال المولودين بين (0-28) يوم

- وفيات حديثي الولادة المتأخرة هو عدد الأطفال المولودين بين (28-365) يوم.

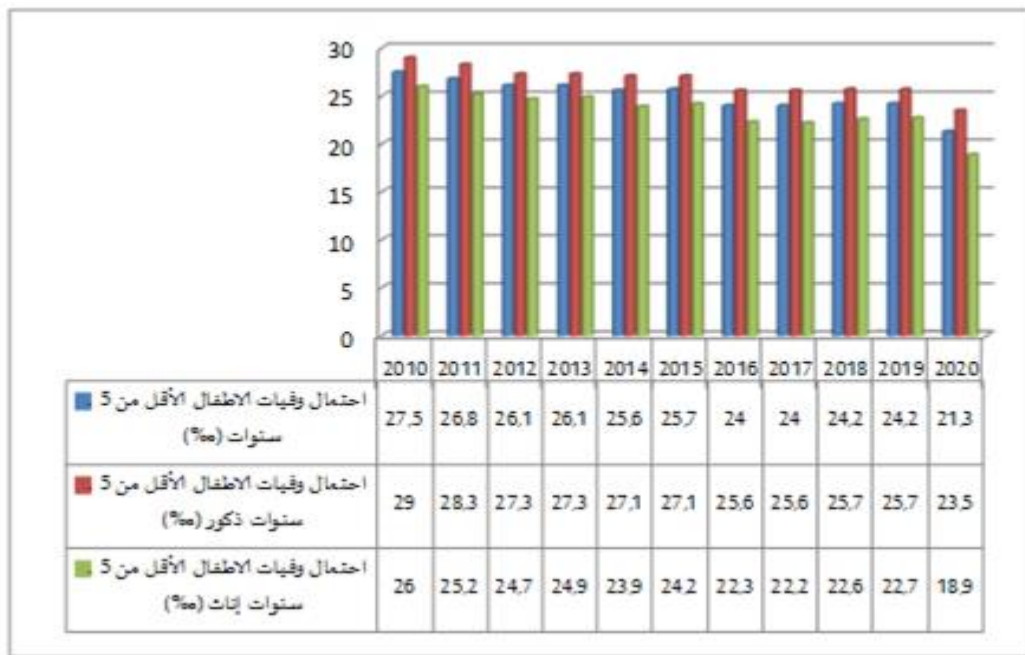
من الجدول نلاحظ انخفاض نسبة وفيات الرضع وحديثي الولادة المبكرة والمتأخرة ففي سنة 2018 نجد نسبة وفيات الرضع 21‰ وتستقر سنة 2019 لتتخفّض سنة 2020 وتصل إلى 18,9‰ وأيضا حديثي الولادة المبكرة الذي كان سنة 2018 حوالي 12,8‰ لينخفض سنة 2020 ويصل إلى 11,9‰ وحديثي الولادة المتأخرة انخفض من سنة 2018 حوالي 9,4‰ إلى 0,4‰ سنة 2020 وذلك بالتحسن الكبير في القطاع الصحي من

كل النواحي وتطور الثقافة الصحية للسكان. انخفض من سنة 2018 حوالي 4,9 ٪ إلى 4,0 ٪ سنة 2020 وذلك بالتحسن الكبير في القطاع الصحي من كل النواحي وتطور الثقافة الصحية للسكان.

2.6 احتمال وفيات الأطفال دون السن الخامسة:

يتمثل في متوسط العدد السنوي لوفيات الأطفال دون سن الخامسة لكل ألف يولدون أحياء خلال السنوات الخمس السابقة، وتحتاج هذه المرحلة من الطفولة إلى العناية والحماية التي تبعدهم عن خطر الوفاة .

الشكل 1: (احتمال وفيات الاطفال دون الخامسة من العمر للفترة 2010 – 2020)



المصدر: (من إعداد الباحثين اعتمادا على الديوان الوطني للإحصاء، 2020، ص 22)

من الشكل نلاحظ تراجع في معدل احتمال وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر فبعدما كان 27,5 ٪ سنة 2010 وصل سنة 2020 إلى 21,3 ٪ ، وبالنسبة للجنس نجد معدل احتمال وفيات الأطفال الذكور أكبر من معدل احتمال وفيات الإناث حيث نجد في سنة 2020 معدل احتمال وفيات الأطفال الذكور 23,5 ٪ والإناث 18,9 ٪ ، وهذا التراجع في معدل احتمال وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر ناتج عن الانخفاض المحسوس لوفيات الأطفال الرضع نتيجة إلى جهود الدولة في حماية الطفولة وتطور المنظومة الصحية بالجزائر، ومازالت تسعى أهداف السياسة الصحية في الجزائر إلى تخفيض الوفيات إلى أدنى المستويات الممكنة والارتقاء بالحالة الصحية لأفراد المجتمع، بفضل عملية التلقيح الذي احتل مكانة كبيرة في عملية مكافحة وفيات الأطفال . (الشريف، 2015، صفحة 55)

3.6 الصحة الإيجابية:

الصحة الإيجابية هي حالة رفاه كامل بدنيا وعقليا واجتماعيا في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته، وليست مجرد السلامة أو الإعاقَة وتعني الصحة الإيجابية قدرة الناس على التمتع بحياة جنسية مُرضية ومأمونة ، وقدرتهم على الإنجاب، وحرّيتهم في تقرير الإنجاب وموعده وتواتره. (حفاظ و بن عمار، 2015، صفحة 136)

تعد الأمومة الآمنة جزءا هاما من خدمات الصحة الإيجابية حيث تؤثر الصحة الإيجابية تأثيرا مباشرا في خفض وفيات الأطفال . وحققت الجزائر تقدما ملحوظا للحد من وفيات الأمهات ، حيث انخفض معدل وفيات الأمهات من 117,5 لكل 100000 وفاة سنة 1990 إلى 57,5 لكل 100000 وفاة سنة 2016.

الشكل 2: (تطور معدل وفيات الامهات من سنة 1999 إلى سنة 2016)



المصدر: (من إعداد الباحثين اعتمادا على دليل مجال الإحصائيات العادية، 2019، ص 20)

من هذا الشكل نلاحظ منحنى تنازلي لوفيات الأمهات فبعدما كان سنة 1999 حوالي 117,4 وفاة أم لكل 100 ألف أم لينخفض ويصل إلى 57,5 وفاة أم لكل 100 ألف أم سنة 2016 وهذا راجع للعناية الصحية الكبيرة والمتطورة بالأمهات في جميع المؤسسات الصحية .

4.6 متوسط العمر المتوقع عند الولادة (أمل الحياة):

يقصد به متوسط السنوات المتوقع أن يعيشها الفرد ، ويعتبر مؤشرا افتراضيا يقيس المستوى الاجتماعي والاقتصادي والصحي للسكان، ويعرف بأنه متوسط عدد السنوات التي من المتوقع أن يعيشها المولود الجديد إذ ظلت الأوضاع الصحية والمعيشية على نفس المستوى (منظمة التعاون الاسلامي، 2015، صفحة 40) ويقاس أمل الحياة

باستخدام أساليب إحصائية تعتمد على جدول الحياة ، وهي تعتبر من أهم الدوال في جدول الوفاة (الحياة)، وذلك من أجل معرفة ظروف الوفاة والمقارنة بين مختلف المجتمعات السكانية. (خالدي، د س، صفحة 40)
 لقد حسب هذا المؤشر كل من P.Delaporte ; H.Jacobson ويعتمد على جدول الوفاة، فإذا اعتبرنا أن المتوفين بين الأعمار $(x, x+1)$ سنة قد ماتوا وسطيا عند العمر $(x+0,5)$ فإن أمل الحياة عند الولادة يعطى بالقانون التالي:

$$e_0 = 0,5 + \frac{s_1 + s_2 + s_3 + \dots}{s_0}$$

ويحسب عن طريق أمل حياة آخر بالقانون التالي:

$$e_0 = \frac{\sum (0.5 + x) d(x, x+1) + x s_x + e_x . s_x}{s_0}$$

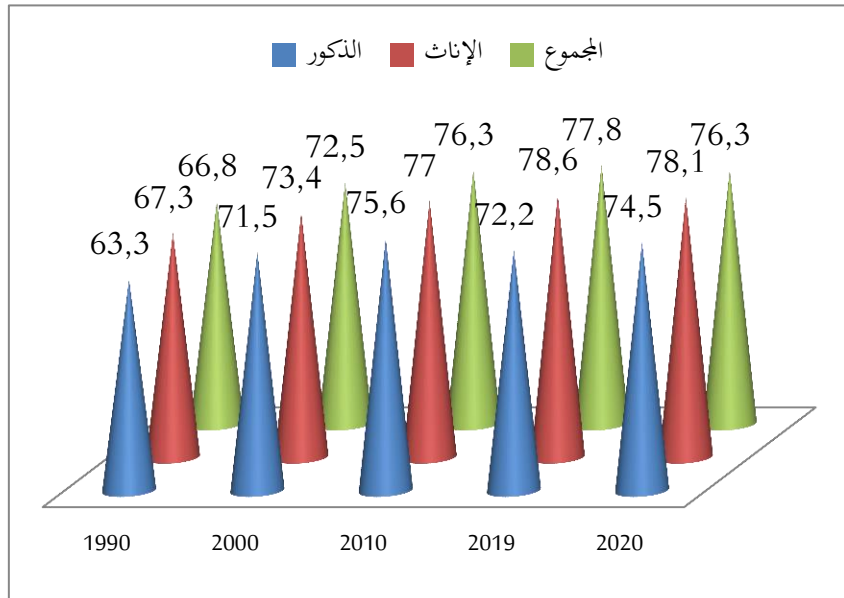
(الشريف، 2015، الصفحات 50-51)

حيث: $D(x, x+1)$ هو: عدد الوفيات بين عيدي ميلاد متتاليين

S_0 هو: عدد الباقيين على قيد الحياة عند العمر 0

S_x هو: عدد الباقيين على قيد الحياة .

الشكل 3: (متوسط العمر المتوقع عند الولادة 1990 - 2020)



المصدر: (من إعداد الباحثين اعتمادا على الديوان الوطني للإحصاء، 2020، ص، ص 22-23)

من الشكل نلاحظ أن متوسط العمر المتوقع في الجزائر عند الإناث أكبر منه عند الذكور، وأيضا نلاحظ تطور العمر المتوقع لكل من الذكور والإناث فبعدما كان سنة 1990 حوالي 66,8 سنة وصل سنة 2020 إلى 76,3 سنة ، وبالتالي نلاحظ أن متوسط السنوات المتوقعة أن يعيشها الفرد الجزائري في تطور وذلك راجع إلى التحسن في المستوى الاجتماعي والاقتصادي والصحي للسكان ويعدا مؤشرا هاما للتنمية الصحية، ولكن نلاحظ تراجع معدل العمر المتوقع عند الولادة سنة 2020 من 76,3 إلى 77,8 سنة 2019، وذلك بسبب أزمة كورونا التي أدت بوفيات عدد كبير من السكان في الجزائر والعالم بأسره.

من الشكل نلاحظ أن متوسط العمر المتوقع في الجزائر عند الإناث أكبر منه عند الذكور، وأيضاً نلاحظ تطور العمر المتوقع لكل من الذكور والإناث فبعدما كان سنة 1990 حوالي 66.8 سنة وصل سنة 2020 إلى 76.3 سنة، وبالتالي نلاحظ أن متوسط السنوات المتوقع أن يعيشها الفرد الجزائري في تطور وذلك راجع إلى التحسن في المستوى الاجتماعي والاقتصادي والصحي للسكان وبعدها مؤشراً هاماً للتنمية الصحية، ولكن نلاحظ تراجع معدل العمر المتوقع عند الولادة سنة 2020 من 76,3 إلى 77,8 سنة 2019، وذلك بسبب أزمة كورونا التي أدت بوفيات عدد كبير من السكان في الجزائر والعالم بأسره.

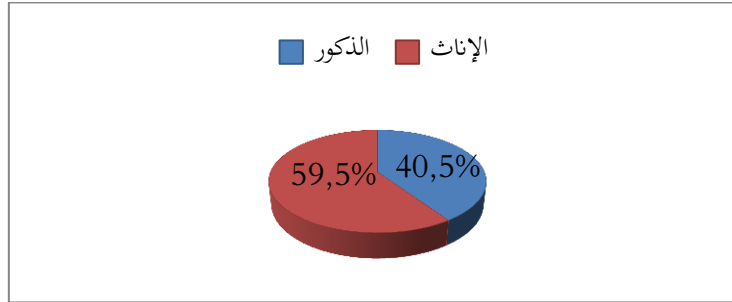
3.6 واقع الأمراض المزمنة:

تعتبر الأمراض المزمنة حالياً مشكلة عالمية تعاني منها دول العالم وشهدت ارتفاعاً ملحوظاً وبعدها عائقاً أمام التنمية الاقتصادية والاجتماعية، فبعدما كانت الأمراض المتنقلة هي الأكثر انتشاراً في العالم أصبحت الأمراض المزمنة أو ما يسمى بالأمراض السارية هي الأكثر انتشاراً في العالم، والأمراض المزمنة هي تلك الأمراض التي تلازم الإنسان طوال حياته، وهي أمراض غير الأمراض المعدية والأمراض الطفيلية، تأتي الأمراض المزمنة مثل أمراض القلب، السكتة الدماغية، السرطان، الأمراض التنفسية والسكري في مقدمة الأسباب الرئيسية للوفاة في شتى أنحاء العالم إذ تقف وراء 63% من مجموع الوفيات (حنيشات و صالي، 2021، صفحة 139)، ويعرفها إحسان مُجّد حسن على أنها تلك الأمراض الملزمة للإنسان فترة طويلة من حياته تفوق ثلاثة أشهر عادة، والتي تحدث تأثيرات مباشرة وسيئة على صحته العامة، وتسبب له مشاكل صحية واجتماعية واقتصادية، وذلك لأن المصاب بها لا يستطيع القيام بأعماله المعتادة كما يجب، وعلى هذا ينظر إلى المصاب بالمرض المزمن على أنه ليس مريضاً بالمفهوم العادي، ولكنه مريض يعيش مشكلة دائمة تقريباً. (بوحفّص، 2021، صفحة 16)

وشهدت الجزائر أيضاً ارتفاعاً في عدد المصابين بالأمراض المزمنة حيث ارتفعت من 14% من السكان الجزائريين البالغين 15 سنة فما فوق والذين صرحوا بإصابتهم بمرض مزمن واحد على الأقل سنة 2012 إلى 20% سنة 2019، هذه النسبة تتوزع على تسعة أمراض هي:

- ارتفاع ضغط الدم
- مرض السكري
- أمراض القلب والأوعية الدموية
- أمراض الجهاز التنفسي
- أمراض المفاصل
- السرطان والاضطرابات النفسية العصبية.
- الفشل الكلوي
- الأمراض الوراثية (الهيمولوفيا، الثلاسيميا، الاضطرابات الهضمية) (Ministère de la santé , 2020, (p. 98).

الشكل 4: (نسبة السكان الجزائريين المصابين بمرض مزمن واحد على الأقل حسب الجنس)



المصدر: (من إعداد الباحثين اعتماداً على المسح الوطني العنقودي، 2019)

من خلال الشكل نلاحظ أن نسبة المصابين بمرض واحد على الأقل عند الإناث أكبر من نسبة المصابين عند الذكور، فنجد 59,5% عند الإناث و 40,5% عند الذكور، وتشير الكثير من الدراسات العلمية إلى أن الإناث أكثر إصابة بالأمراض المزمنة من الذكور، "فالنساء والرجال يميلون إلى إدارة مرضهم المزمن بشكل مختلف بسبب أدوار الجنسين". (بوحفّظ، 2021، صفحة 560)

الجدول 6: (نسبة السكان الذين صرحوا بالإصابة بأول مرض مزمن حسب الجنس)

الأمراض المزمنة	نسبة المصابين من الذكور (%)	نسبة المصابين من الإناث (%)	نسبة المصابين لكلا الجنسين (%)
ارتفاع الضغط الدموي	31.9	41.4	37.5
مرض السكري	28.9	22.3	25.0
أمراض القلب والأوعية الدموية	7.0	5.3	6.0
أمراض الجهاز التنفسي	8.5	6.5	7.3
أمراض المفاصل	3.8	6.8	5.6
السرطان	1.3	1.8	1.6
الاضطرابات العصبية والنفسية	10.3	5.2	7.3
الفشل الكلوي	1.5	0.9	1.1
الأمراض الوراثية	0.5	0.6	0.6
أخرى	6.2	9.2	8.0
المجموع	100	100	100

المصدر: (من إعداد الباحثين اعتماداً على المسح الوطني العنقودي، 2019)

من الجدول نلاحظ أن نسبة المصابين لكلا الجنسين بالمرض المزمن ارتفاع الضغط الدموي هي النسبة الأكبر عن باقي الأمراض وتليها نسبة المصابين بالمرض السكري حيث نجد نسبة المصابين بمرض ارتفاع الضغط الدموي 37,5%

ونسبة المصابين بالمرض السكري 0,25% ، وأما بالنسبة للجنس فنلاحظ أن نسبة الإناث أكثر عرضة من الذكور للأمراض ارتفاع الضغط الدموي و أمراض المفاصل و مرض السرطان حيث نجد نسبة المصابين بمرض ارتفاع الضغط الدموي عند الإناث 41,4% وعند الذكور 31,9% ونسبة المصابين بأمراض المفاصل عند الإناث 6,8% وعند الذكور 3,8% ونسبة المصابين بمرض السرطان عند الإناث 1,8% وعند الذكور 1,3% وعلى عكس ذلك فنجد أن الذكور أكثر عرضة من الإناث للمرض السكري وأمراض القلب والأوعية الدموية وأمراض الجهاز التنفسي وأمراض الاضطرابات العصبية والنفسية، حيث نجد نسبة المصابين بالمرض السكري عند الذكور 28,9% وعند الإناث 22,3% ونسبة المصابين بأمراض القلب والأوعية الدموية عند الذكور 7,0% وعند الإناث 5,3% ونسبة المصابين بأمراض الجهاز التنفسي وأمراض الاضطرابات العصبية والنفسية عند الذكور 10,3% وعند الإناث 5,2%.

7. خاتمة:

عملية التنمية الصحية مترابطة ومتعلقة بعدة مجالات والتي تقود إلى تحقيق الصحة بمختلف مؤشراتهما فتطوير التنمية الصحية يعتمد على تحسين الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية والبيئية التي تؤثر على صحة السكان، وعملت الجزائر على تحقيق التنمية الصحية من خلال وضع مخططات وسياسات وبرامج صحية بالمزاوجة بين القطاع العام والقطاع الخاص ومجانية العلاج لكافة السكان، وهذا ما أدى إلى تحسن ملحوظ من الجانب الصحي لكنه لا يزال بعيدا عن المستوى المراد تحقيقه للسكان، وذلك بعدم قدرة القطاع الصحي على تلبية الحاجيات الصحية لكافة السكان الذي عددهم تزايد عما كان عليه سابقا، ومن خلال هذه الدراسة توصلنا إلى النتائج التالية:

- تحسن في معدل وفيات الأطفال الرضع حيث كان 21% سنة 2018 لينخفض سنة 2020 إلى 18,9%.
- تراجع في معدل احتمال وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر فبعدما كان 27,5% سنة 2010 وصل سنة 2020 إلى 21,3%.
- تحسن في معدل وفيات الأمهات، فلو حظ انخفاض في عدد وفيات الأمهات مقارنة بالسنوات الماضية حيث كان سنة 1999 حوالي 117 وفاة أم لكل 100 ألف أم لينخفض سنة 2016 ويصل إلى حوالي 57 وفاة أم لكل 100 ألف وفاة أم.
- تطور في العمر المتوقع عند الولادة الذي كان سنة 1990 حوالي 66.8 سنة ووصل سنة 2020 إلى حوالي 76.3 سنة.
- ارتفاع في عدد المصابين بالأمراض المزمنة حيث ارتفع من 14% من السكان الجزائريين البالغين 15 سنة فما فوق والذين صرحوا بإصابتهم بمرض مزمن واحد على الأقل ستة 2012 إلى 20% سنة 2019.
- عدد المؤسسات العمومية الصحية بالجزائر قليل مقارنة بتزايد عدد السكان ، فوجود 15 مركزا استشفائيا جامعا هو عدد قليل لتلبية حاجيات السكان الذي حجمهم في تزايد مستمر .
- نقص في عدد الأسرة الموجودة في المستشفيات لا يغطي حاجيات وطلبات السكان .

-
- توجه الأطباء من القطاع العام إلى القطاع الخاص.
 - التغطية الصحية منخفضة في القطاعين العام والخاص فهناك نقص في عدد الأطباء الأخصائيين وجراحي الأسنان والشبه طبيين .
 - بعد عرضنا لأهم النتائج يمكننا وضع بعض الاقتراحات والتوصيات:
 - ضرورة تعزيز الشراكة بين مختلف القطاعات ذات الصلة بالصحة لأن عملية التنمية الصحية متعلقة بكل الأطراف للنهوض بالمستوى الصحي ,
 - وضع برامج للحملات التحسيسية والوقائية وذلك بالتنسيق بين مختلف مؤسسات القطاع الصحي ,
 - ضرورة زيادة عدد المؤسسات الصحية وقاعات العلاج لمواكبة طلبات السكان الذي عددهم في تزايد.
 - زيادة عدد الأسرة والأطباء والشبه الطبيين للتغطية الشاملة والكافية للسكان .
 - توفير المواد الصيدلانية لكافة المؤسسات الصحية .
 - القطاع الخاص يلعب دورا كبيرا في عملية التغطية الصحية ، لهذا يجب تعزيز الشراكة بين القطاع العام والخاص.
 - تقديم تسهيلات للقطاع الخاص من أجل توفير المواد الصيدلانية .
 - وضع مخططات مستقبلية بعيدة المدى للوصول إلى المؤشرات الصحية الجيدة للسكان .

8. قائمة المراجع :

1. الديوان الوطني للإحصائيات، (2011)، حوصلة إحصائيات 2011/1962.
2. الديوان الوطني للإحصاء، (2018)، نتائج 2015-2017.
3. الديوان الوطني للإحصاء، (2020)، ديموغرافيا الجزائر.
4. أسيا الشريف. (2015). الظواهر الديموغرافية. الجزائر، الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
5. الطاهر حفاظ، و نوال بن عمار. (2015). مستويات واتجاهات وفيات الأمهات في الجزائر. مجلة العلوم الاجتماعية والانسانية، 32، 152-133.
6. أم الخير حنيشات، و مُجدّ صالي. (2021). أهم العوامل الديموغرافية المفسرة لانتشار الأمراض المزمنة عند كبار السن في الجزائر بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات Mics4. مجلة الباحث في العلوم الانسانية والاجتماعية، 13(04)، 148-137.
7. أيمن مزاهرة. (2000). الصحة والسلامة العامة. الأردن: دار الشروق.
8. بوزيد بوحفض. (2021). واقع المؤشرات الصحية لسكان الجزائر من خلال معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2019. مجلة الباحث في العلوم الانسانية والاجتماعية، 04(13)، 566-555.
9. رحيمة حوالف. (2017). واقع الخدمات الصحية في الجزائر بين الانجازات والصعوبات. مجلة المؤسسة، 06، 236-219.
10. زهدري خواجه خالدي. (د س). إحصائيات ومقاييس الوفيات.
11. سميرة كرمين. (2021). تقييم فعالية نتائج السياسة الصحية في الجزائر دراسة تحليلية. مجلة البحوث والدراسات التجارية، 02(05)، 79-61.
12. عبد الحميد جفال، و عمار سيدي ادريس. (2014). التنمية الصحية وعلاقتها بالتنمية البشرية. عمان: دار الأيام.
13. مُجدّ بن كرم بم علي أبو الفضل جمال الدين ابن منظور. (1981). لسان العرب. القاهرة: دار المعارف.
14. مُجدّ العيد حسيني. (2013). السياسة الصحية في الجزائر: دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث 1990-2002. الجزائر: كلية الحقوق والعلوم السياسية قسم العلوم السياسية جامعة قاصدي مرباح ورقلة رسالة ماجستير.
15. مدحت قاسم عبدالرزاق. (2995). الحياة الصحية. القاهرة: عالم الكتب.
16. منظمة التعاون الاسلامي. (2015). التقرير الصحي لمنظمة التعاون الإسلامي. تركيا: منظمة التعاون الاسلامي.
17. منظمة الصحة العالمية. (2008). الرعاية الصحية الاولى السن اكثر من أي وقت مضى. جنيف: التقرير الخاص بالصحة في العالم.
18. نجوى كساي. (2008). تأثير النفائات الطبية على تكاليف المؤسسة الصحية. بسكرة، الجزائر: كلية العلوم الاقتصادية قسم العلوم الاقتصادية جامعة مُجدّ خيضر بسكرة رسالة ماجستير.

19. نصر الدين عيساوي، و ابراهيم براهيمية. (2014). نحو تفعيل دور الهياكل الصحية القاعدية للمنظومة الصحية الجزائرية. مجلة العلوم الانسانية، 41(ب)، 357-373.
20. نخضة الجنوب. (2013). تقدم بشري في عالم متنوع. تقرير التنمية البشرية.
21. Ministère de la santé . (2020). Enquête par grappes à indicateurs multiples [MICS]2019. ALGER: Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière.
22. Ministère de la santé et de la population . (1981). les fondements de la carte sanitaire nationale. Algérie.