

الاتصال الاجتماعي الصحي في الجزائر

أ. نبيلة بوخزة

معهد علوم الاعلام والاتصال - جامعة الجزائر

مقدمة:

قبل أن نتناول الجهود التي بذلتها الجزائر في الميدان الصحي نحاول أن نعطي نظرة موجزة عن الوضع الديموغرافي والصحي للبلد (1). حيث أن الإحصائيات التي أجريت سنة 1987 قد أثبتت بأن سكان الجزائر قد بلغوا 23.1 مليون نسمة. وبالمقارنة مع إحصائيات 1977 يتبين لنا أن هناك ارتفاعا بنسبة 6.1 مليون نسمة ويعود سبب هذا الارتفاع إلى انخفاض في نسبة الوفيات وارتفاع نسبة الولادات، علما بأن أعلى معدل نمو ديموغرافي كان عام 1967 وذلك بنسبة 3.42٪ ويعود السبب في ذلك إلى انخفاض برامج التخطيط العائلي، كما أن الزحف الريفي كان له دور في التوزيع السكاني وتغيير معدلات النمو الديموغرافي. ففي عام 1977 كان 40٪ من السكان يعيشون في الريف وفي عام 1987 بلغت هذه النسبة 50٪.

ان مسألة الصحة تعتبر في العالم الثالث بصفة عامة وفي الجزائر بصفة خاصة من أهم المواضيع التي تشكل اهتمام الأطباء، والعاملين، والصحفيين، وحتى علماء السياسة خلال القرن 20، فالكثير من مجتمعات العالم اليوم تخوض معارك تنمية صحية محاولة بذلك أن تجعل من نفسها مجتمعات قوية، توفر لابنائها الصحة الجيدة، مركزة على نشر برامج التثقيف الصحي علما بأن جل المشاكل الاجتماعية في هذه المجتمعات تدور حول موضوع الصحة، ومن ثم فإن موضوع الصحة بالنسبة إلى الجزائر يعتبر موضوعا هاما للدراسة والبحث، خاصة إذا علمنا أن معظم الدراسات التي أجريت في ميادين التنمية الاجتماعية الصحية في الجزائر قام بها أجنب ولكن الشيء الأكيد أن الجزائر قد عملت وبشكل فعال في تطهير هذا الميدان. فلذا سوف نقتصر على دراسة المجهودات التي بذلتها في الميدان الصحي والمراحل التي مرت بها السياسة التي اتبعتها في تحقيق أهدافها التنموية الصحية.

فقد وصل عدد الأطباء في الجزائر سنة 1962 600 طبيبا من بينهم 285 جزائريا أي طبيب واحد لكل 16.600 نسمة و250 تقنيا في السلك الشبه الطبي، أي عامل واحد لكل 40.000 نسمة. يتولى القطاع العمومي في الجزائر مسؤولية تسيير النظام الصحي في البلاد، بحيث أنه يحتكر كل المنشآت الثقيلة والمؤسسات الصحية - كالوحدات الصحية القاعدية وكل الشبكات المتخصصة في الميدان الصحي.

وفي عام 1988 أصبح عدد الأطباء 24.500 طبيبا و64.000 تقنيا في السلك الشبه الطبي وهذه الأرقام تبين التطور السريع الذي عرفته المعطيات الديموغرافية الطبية. بحيث ارتفع عدد الأطباء بصفة مذهلة من طبيب واحد لكل 8.649 ساكنا في 1967، إلى توفير طبيب واحد لكل 1.170 نسمة سنة 1989 وبالرغم من التطور الذي عرفته الجزائر في توفير الأطباء، إلا أن التغطية

الصحية بقيت متباينة التوزيع في كامل التراب الجزائري، كما عرف عدد المؤسسات الصحية ارتفاعا كبيرا خلال الخمس سنوات الأخيرة كما يبينه الجدول التالي(2):

عدد المؤسسات الصحية

1989	1986	1985	
261	238	211	عدد المستشفيات
54.147	55.265	49.315	عدد الأسرة
433	359	319	قاعات متعددة الخدمات
1.089	1.025	969	مراكز صحية
2.693	2.574	2.454	قاعات العلاج

المصدر

Enquête sur la mortalité et mordibilité infantile an Algérie 1985-1988 p. 26

وفيما يخص الوحدات الصحية(3) فقد بلغ عددها في يناير 1990: 264 مستشفى و4000 وحدة صغيرة زيادة على 2300 وحدة مختصة في معالجة أمور الحمل والتخطيط العائلي. كما تملك الجزائر 26 مختبرا.

فقد كان الطب لمرحلة طويلة لا يتجاوز دور العلاج، لكن في عام 1984 اتبعت الجزائر مخططا رئيسيا لتنمية الصحة العمومية يهتم أساسا بالوقاية، علما

بأن الجزائر قد اتبعت سياسة العلاج المجاني منذ عام 1973 وبلغت ميزانية الصحة في عام 1990 نسبة 8٪ من الميزانية العامة للدولة. مقابل 4.5٪ في عام 1980. والجدير بالذكر أن الجزائر تعاني مشكلا عويصا يعيق السير الحسن للعمل، وهو بعد المراكز الصحية عن السكان في بعض المناطق. ففي المناطق الحضرية نجد 77.9٪ من العائلات تسكن في دائرة فطرها أقل من 1 كم من مراكز صحة الأمومة والطفولة (PMI) و 76.9٪ من هذه العائلات تخضع لرعاية المستشفيات، أما في المناطق البعيدة فبأن 40٪ من السكان يسكنون على بعد يزيد عن 1 كم من المركز الصحي و 74٪ منهم يخضعون لرعاية المستشفى. أما الدعم المالي المخصص لذلك فإنه يلاحظ بشأنه أن ميزانية سنة 1992 بلغت 25.006 مليار دينار جزائري وهذا يعني زيادة قدرها 24٪ مقارنة مع سنة 1991.

واستفادت القطاعات الصحية المختلفة بـ 63.70٪ (secteurs sanitaires) من مجموع الميزانية مقابل 30.4٪ للمراكز الاستشفائية الجامعية (CHU)، أما بالنسبة لطبيعة المصاريف فقد وزعت الميزانية على الشكل التالي (4):

- المستخدمون: 75.3٪

- التكوين: 3.72٪

- الأدوية: 10.2٪

- التغذية: 2.68٪

- المستخدمون: وصل عدد العاملين في قطاع الصحة 36121 طبيبا في مختلف الاختصاصات، بالإضافة إلى الصيادلة وهو رقم يدل على زيادة محدودة قدرها 3.41٪ تبرز الميزانية الضعيفة التي تخصصها الدول لقطاع التكوين.

وسوزع العاملون في قطاع الصحة كالتالي:

6846 طبيبا مختصا

3826 طبيبا مقيما

2984 صيدليا

14532 طبيبا عاما

7833 جراح أسنان

وإلى جانب الأطباء يوجد عدد كبير من العاملين في السلك الشبه الطبي بلغ هدهم 84471 عاملا مقابل: 10950 عاملا في قطاع الشؤون الادارية ونحو 45113 عاملا في قطاع المصالح التقنية.

وفي ضوء ما تقدم سنتناول في هذه الدراسة محورين أساسيين متكاملين: الأول يتعلق بالجانب النظري، وهو تنمية قطاع الصحة، والثاني يخص الاتصال الاجتماعي الصحي.

أولا: الجهود الحكومية في الميدان الصحي:

خاضت الجزائر منذ الاستقلال تجربة طموحة في التنمية الصحية، نظرا للدور الذي تلعبه هذه الأخيرة في مجال حل مشاكلها الاجتماعية، بحيث أصبح موضوع تدهور الصحة أهم المواضيع التي يتركز عليها الاهتمام السياسي لكونه بات يهدد حياة الجزائري، وعليه تبنت الجزائر منذ تلك الآونة مخططات صحية كبرى تعمل على مواجهة المشاكل التي برزت في الربع الأخير من القرن الحالي. كما عملت على تربية المواطنين تربية صحية لدرء الخطر على حياتهم ومن بين هذه الأخطار

هي:

- انتشار الأوبئة والأمراض المعدية: بسبب حدة الفقر وانعدام النظافة في المناطق الآهلة بالسكان.

- الانفجار السكاني: ارتفاع نسبة عدد السكان التي تسببت في مشاكل رعاية الأطفال وحمايتهم من الأمراض، بالرغم من انتهاج الدولة سياسة ما يسمى بتنظيم الأسرة. كما شنت حملة ضد الزواج المبكر وذلك برفع مستوى سن الزواج إلى السن القانوني، ونشر الدعاية لاستعمال وسائل منع الحمل... غير أن هذه السياسة لم تحقق نتائج إيجابية نظرا لعدم احترام الناس معادلة تباعد الولادات، وعدم مواكبة هذه السياسة بمجموعة متكاملة من الإجراءات الاقتصادية والاجتماعية اللازمة.

وتشهد الجزائر حاليا أمراضا جديدة نشأت عن انتشار بعض أنماط الحياة الغربية السيئة ويعبر برنامج التثقيف الصحي عن الحاجة الملحة إلى توجيه استراتيجيات التنمية والبرامج الصحية نحو الوقاية من الأمراض المرتبطة بأنماط الحياة الحديثة (السيدا، السرطان الرئوي الذي يحدثه التدخين...).

- عدم احترام القواعد الصحية إزاء الرضاعة من الثدي في بعض المناطق الجزائرية من طرف الأمهات والأسر.

- المتغيرات الحاصلة على المستويات السياسية والاقتصادية وتأثيرها المباشر على الانفاق على الرعاية الصحية، علما بأن الأوضاع الاقتصادية الصعبة الجديدة التي عاشتها الجزائر مؤخرا قد أدت إلى تدني الانفاق على الرعاية الصحية. إن استمرار الانفاق على الخدمات الصحية بمستواه الحالي في الجزائر في ضوء الركود الاقتصادي السائد يمثل تحديا لبرامج وزارة الصحة التي تهدف إلى توفير الصحة للجميع بحلول سنة 2000(5).

- تلوث الجو أدى إلى ظهور أمراض تنفسية حادة بسبب ما تطلقه المصانع من هازات سامة.

- انتشار سلوكات غريبة عن مجتمعنا أدى أيضا إلى انفجار بعض المشاكل الصحية.

إن هذه المشاكل الصحية كلها تهدد الجزائريين بالفناء البطيء، ومواجهتها تستلزم وعيا قويا وارادة متينة وصادقة وتعاوننا عالميا وتنسيقا دوليا وتربية صحية لكل شعوب العالم وتعلينا صحيا في كل المراحل الدراسية كي نتوصل إلى أن نجعل من كل فرد محافظا على صحته. فلهذا استعملت الجزائر مفهوم التثقيف الصحي بالمعنى الذي تحدده المنظمة العالمية للصحة، حيث أنها ترى بأن التثقيف الصحي هو إعداد الناس للمحافظة على صحتهم وسلامتهم الجسمية، فهي إدخال تغيير إيجابي على سلوكهم العام في تعاملهم مع عناصر الصحة وتزويدهم بمفاهيم وقيم ومهارات عديدة، ويكون ذلك بالتوجه إليهم لاستنهاض الهمم ودفع الوعي الصحي قدما في سبيل نظام يهدف إلى المحافظة على سلامة الصحة، الغذاء والجسد.

ويبدأ هذا التغيير في السلوك والمفاهيم من المدرسة، والجامعة ليصل إلى المصنع والشارع... كي يشمل الشعب الجزائري بمختلف فئاته العمرية، والوظيفية والاجتماعية. فالملتقيات والمؤتمرات التي انعقدت في الجزائر كانت كلها اجتماعية تطرقت إلى موضوع التثقيف والتربية الصحية، واعتبرت أداة غايتها تكوين مجتمع عالمي يعي حال صحته ويهتم بمشاكله، ولديه الكفاءة والمهارات والدوافع والمعلومات والحس الفردي والجماعي للعمل على حل المشاكل الحالية للصحة.

فالاستنتاج الذي نتوصل إليه من كل هذا، هو أن التثقيف الصحي يعمل من جهة على إيجاد فرد يشغله مستوى صحته، ومن جهة ثانية المحافظة على صحته

وحسن ادارة ايجابياتها، فالتربية الصحية بالنسبة لنا هي عملية معقدة تهدف إلى اكساب الفرد والجماعة سلوكا جديدا بإضافة عادات جديدة إلى عاداتهم وحثهم على ترك عادات أخرى بالتدريب والتوجيه والوعظ والارشاد بالترهيب والترغيب بكل ما تستلزمه العملية التربوية، وهكذا فإنها تحدث إنقلابا في العادات والتقاليد ذات العلاقة بصحتهم. وهذا لا يكون عند الأطفال في سن الدراسة فحسب بل يشمل أيضا أباؤهم وجميع الفئات الاجتماعية. فما يهمنا الآن هو ما قامت به الجزائر من مجهودات في هذا الميدان وكيف تم تشقيف جماهيرها، علما بأن التربية الصحية وفقا لما ذكرناه آنفا عملية صعبة متنوعة من حيث الوسائل التي تعتمد عليها في القطاع الجماهيري، أو فئة العاملين الذين تتوجه إليهم، وحسب هذا التنوع فقد قمنا بتقسيم السياسة الاجتماعية الصحية في الجزائر إلى عدة عوامل:

المرحلة الانتقالية:

ورثت الجزائر عشية الاستقلال وضعاً اجتماعياً صعباً، فارتبطت التنمية الاجتماعية في السنوات الأولى بالطريقة التي تركها المعمرون، إذ كان الطب ولمرحلة طويلة لم يتجاوز دور العلاج، كما تميزت سياسة الجزائر في هذه المرحلة باتباع استراتيجية التخفيف من الأمراض المعدية التي ورثها الجزائريون عن فترة الاحتلال، واعتمدت الجزائر في هذه المرحلة (بعد الاستقلال) على الطب الحربي *medecine de guerre* نظرا لنقص الوسائل الصحية وفقرها للاطارات التقنية التي تعد إحدى الدعائم الأساسية للتنمية الصحية، حيث قامت الجزائر بأعداد بعض الاطارات مستعينة في ذلك بالعالم المتطور، ولكن هناك عقبات كبيرة واجهت هذا

الاعداد، لأن هناك فئات فنية بعد أن تم تعليمها وتدريبها في البلاد المتطورة أثرت البقاء في هذه البلاد تحت الاغراءات المادية الكبيرة التي تمنحها دول العالم المتقدم للتخصصات النادرة (الاتصال الاجتماعي مثلاً).

وللعلم أن هناك الآلاف من الأطباء الجزائريين، الذين تم إرسالهم إلى الخارج في إطار التكوين المتخصص في ميدان الإتصال الاجتماعي، مكثوا هناك، ولم يعودوا نهائياً. وفي هذا الصدد تأسف الدكتور (6) بلقاسم حاج لكحل عن الوضع الذي آلت إليه الصحة في الجزائر بعدما تخلى عنها أبناؤها الاخيار الذين آثروا البقاء في الخارج بدلاً من أن يخدموها. كما انتقد بشدة كل الأطباء الذين تم إرسالهم إلى الخارج ولم يعودوا إلى أرض الوطن تحت الاغراءات المادية، والذين جعلوا من المعهد الوطني للصحة العمومية قسم «الاتصال الاجتماعي» مسلكاً لكل من يريد مغادرة البلاد، والجدير بالذكر أنه في هذه المرحلة بالذات كانت الجزائر تعاني مشكلة الأمية التي وقفت عائقاً أمام كل المبادرات، التي بذلتها الدولة لإقامة استراتيجية تثقيفية محكمة.

وفعلاً فقد قامت الجزائر آنذاك باعداد عدة مخططات تنموية صحية، كما أنجزت بعض الرسائل الصحية باللغة الفرنسية، والتي تم بثها عبر الراديو واعتمدت خاصة على الاتصال الشخصي، المباشر عندما كانت تنتقل الفرق الصحية في الأرياف الجزائرية للحد من شوكه الأمراض المعدية.

مرحلة المخططات التنموية 1965 - 1979:

تميزت السياسة الاجتماعية في هذه المرحلة بانطلاق خطط تنموية، وتكثيف الاستثمار في الموارد البشرية والمالية، والعمل على إقامة سياسة حكومية لصالح

الصحة، وتبعا لهذه السياسة، شرعت السلطات بتنفيذ أولى المخططات التنموية. وكانت ترمي أهداف التنمية في هذه المرحلة إلى مضاعفة العمل في الميدان الصحي، وفتح مناصب شغل لكل الأطباء، كما بدأت في تطبيق سياسة الاستثمار المكثف.

وانطلاقا من النظرية القائلة أن البلدان المتقدمة تحاول دائما بيع تكنولوجياتها، وخبرتها وأخصائيتها في الميدان الصحي، بأثمان باهضة من أجل الإبقاء على عنصر عدم المساواة بين البلدان الغنية والفقيرة، فإن السياسة الصحية في هذه المرحلة استهدفت تبني سياسة صحية متكاملة بهدف التحرر من التبعية للدول المتقدمة في الميدان الصحي، وذلك عن طريق تكوين الاطارات الفنية الجزائرية واستعمال الوسائل التكنولوجية. ولهذا أنشأت الجزائر المشاريع التي تعتمد على استثمار الأيدي العاملة من أجل توفير السلامة للجميع فاهتمت الحكومة آنذاك بالمواضيع التالية:

- تحسين الهيكل الغذائي للأطفال، توعية الأمهات لتحسين طريقة التغذية ومحاربة سوء التغذية.
- محاربة الأمراض المعدية بالتغطية الصحية في مجال التلقيح، إذ كانت جد ضعيفة غداة الاستقلال، ولكن ابتداءا من هذه المرحلة فقد عرفت عمليات التلقيح تطورا متباينا حسب مراحل عديدة:

ففي 1969 تم إصدار وثيقة رسمية تجبر على التلقيح ضد الدفتريا، السعال الديكي coqueluche، الشلل، الجدري، (DCPV) والتلقيح ضد الحصبة. وفي عام 1973 خاضت الجزائر حملة تلقيح شاملة ضد الشلل مما أدى إلى انخفاض معدله. أما في سنة 1977 فتم تبني البرنامج الموسع للتلقيح (PEV) بمساعدة المركز

دراسات ومقالات

العالمى للطفولة ومنظمة الصحة العالمية ومنظمة UNICEF وفي سنة 1979 تم إعادة التعريف ببرنامج التلقيح وادخال التلقيح ضد الحصبة ضمن البرنامج.

فالجزائر في هذه الفترة كانت تعمل جاهدة للمحافظة على صحة الأم والطفل، بتحسين المستوى الغذائي، وترقية الخدمات لصالح الأطفال والأمهات، فركزت جهودها على حماية الأمومة والطفولة، مراقبة التغذية وتنمية الموارد المائية العذبة. ولكن في الفترة التي امتدت من 1967-1968 شرعت الجزائر بتوعية المواطنين وتشقيفهم صحيا لمواجهة الأمراض المعدية والخطرة: كالرمد الحبيبي (تراكوما)، الحمى الملارية Paludisme ومرض السل Tuberculose حيث كانت تحتل هذه الأمراض المرتبة الأولى ضمن أسباب وفيات السكان (7)، فهذه السنوات كانت بمثابة المرحلة الأولى لانطلاق البرامج الكبرى ضد الأمراض الفتاكة وأخص بالذكر (الملاريا).

فعمدت بذلك إلى استيراد التكنولوجيات الحديثة من الخارج تدعيما للوثائق الرسمية التي كانت تحجر المسؤولين الصحيين على إعداد حملات وقائية كبرى ضد الأوبئة المنتشرة. ونظرا للنقص الفادح الذي كانت تعانيه الجزائر فيما يخص الوسائل، فقد اکتفت بتشقيف جماهيرها آنذاك بوسائل محدودة، فلم تشهد هذه المرحلة استعمالا كبيرا للوسائل الاعلامية الثقيلة، بحيث أنها اعتمدت خاصة على الوسائل الخفيفة. وفعلا فقد استعملت ابتداء من 1969 وبصفة مكثفة «العرائس المتحركة بالخيط les marionettes» والتي كانت تعد على شكل تمثيلات يتم عن طريقها تشقيف الجماهير المستهدفة: كما استعملت المسرحيات التي تناولت الوضع الصحي لتلك الفترة، كما أعدت ملصقات إعلانية، كتيبات، منشورات وأوراق خاصة بالصحة، وكانت كل هذه الوثائق تعتمد على اللغة الفرنسية ولم تستعمل اللغة العربية آنذاك لطرح مواضيع صحية مهمة.

بأرض وأنتم بها فلا تخرجوا فرارا منه» لأنه مرض لا يعرف الحدود السياسية. فاتخاذ قرار مثلا في دولة ما، قد ينطوي على فقدان التوازن الصحي لدولة مجاورة، فمن هنا نلاحظ أن الدكتور «معمر» يعتمد على السيرة النبوية في مجال التثقيف الصحي فهو يرى أنه من الضروري تنمية روح المسؤولية والتضامن بين دول العالم المتقدمة والنامية، لأن بعض المشاكل الصحية تتعدى قدرة الدولة منفردة في معالجتها.

- تحسين نوعية الحياة بالنسبة للفرد الجزائري: هذا الهدف هو أسمى ما تتوق إليه التربية الصحية لأن الفرد هو الغاية من وجودها، فالمرض والفساد في الأرض يؤديان بلا شك إلى تقهقر الحياة وإلى تعرض الفرد لأمراض لا حصر لها وإلى انمحلال الجنس البشري، رب قائل يقول أن تحسين نوعية حياة الناس يحتاج إلى مال: حقا إننا نشاطر صاحب القول هذا غير أنه لا يمكن لبلد مثل الجزائر أن يبلغ الأهداف التي ترمي إليها التربية الصحية إلا بالاعتماد على وسائل تأخذ بعين الاعتبار كل الجوانب الاجتماعية والأخلاقية، والدينية للشعب الجزائري المتباين الاتجاهات والمعتقدات والتصور الفكري. وبهذا الصدد فقد طرح في الملتقى الأول ضرورة الاعتماد على الدين الاسلامي للتأثير على الجمهور، الجزائري المسلم، فالتربية الصحية بالجزائر قامت بثمين القيم السائدة في المجتمع لأنها وليدة اندماج المفاهيم الدينية والاعتقادية والتراثية والثقافية، إذ لا يمكن الاستهتار بقيم المجتمع وعاداته وتقاليده، لأنها تتمتع بقدسية متوارثة. لذا فإن بلوغ أهداف التربية الصحية لا يكون بالتصدي لهذه القيم بل بالعمل على احترامها وتطويرها لتصبح أكثر ايجابية لما فيه خير المجتمع، وقد عملت وزارة الصحة بالتوصيات التي خرج بها الملتقى بحيث تم الاستشهاد في هذه الملصقات الاعلانية التي تحث

الأمهات على ضرورة ارضاع أطفالهن من الثدي بالآية القرآنية التالية:

«والوالدات يرضعن أولادهن حولين كاملين لمن أراد أن يتم الرضاعة وعلى المولود له رزقهن وكسوتهن بالمعروف» (8) فالآية تدل على أهمية الرضاعة لمدة عامين كاملين. لما لحليب الأم من منافع ووقاية للطفل، كما أنها تبين للأمهات أهمية تباعد الولادات لمدة عامين لحفظ صحتهن وصيانة سلامتهن. فأعدت الجزائر حملات إعلامية حول منافع حليب الأم وحث الأمهات الجزائريات بضرورة إرضاع أطفالهن عقب الولادة مباشرة، فاستشهد معدو الملصقات الاشهارية بالآية الآتفة الذكر للتأثير على الأمهات الجزائريات المسلمات واقتناعهن بضرورة مواصلة ممارسة الارضاع من الثدي. فقد تم استعمال هذه الآية نظرا لما للدين الإسلامي من وزن في الوسط الاجتماعي للجزائريين.

أما في الفترة الممتدة بين 1965-1970 فقد عملت الجزائر على مواجهة متاعب اعادة ترميم ما خربه الاستعمار في الميدان الصحي وقامت بإعادة النظر في كل استراتيجياتها العملية لتطوير هذا الميدان، إذ كان الطب آنذاك لم يتجاوز دور العلاج، كما قامت الحكومة بتشجيع كل القطاعات الخاصة، لكي تقدم خدماتها لصالح الصحة العمومية عن طريق التعاون بين كل القطاعات الخاصة والمنظمات الرسمية والجماعات المحلية، الدينية، الفكرية، المدنية للبلاد من أجل توفير الصحة للجميع.

كما حاولت بقدر الامكان توجيه الفرد الجزائري واذكاء بداخله عاطفة حب الإنسان لأخيه ما يحب لنفسه *philantropique*، يتأثر بالمشاكل التي تصيب أخاه عن طريق الاستجابة إلى نداءاته، كما عمدت إلى تأسيس لجان خاصة بالاسعافات الأولية ومراكز خاصة للعمل على تطهير الوسط في كل البلديات، كما أنها تبنت

برامج تثقيفية صحية متباينة تختلف من منطقة إلى أخرى حسب الخصوصيات الثقافية والجغرافية، المناخية... لأنه من المستحيل أن يكون هناك حل موحد ثابت لنفس المشكل الذي قد يصيب منطقتين مختلفتين من حيث الخصوصيات الثقافية والجغرافية، فالمشكل الصحي الذي نواجهه في الريف مغاير للذي هو في المدينة (تلوث المياه في الريف، تلوث الجو في المدينة).

كما ضاعفت الجزائر مجهودها في سبيل استئصال الأمية، الفقر، البؤس في أوساط الشعب وتموين المناطق النائية بالمياه الصالحة للشرب، كما عملت على تدريب الناس على الاستخدام الجيد لوسائل التدفئة كالتحذير من استعمال الكانون...

إعطاء النصائح والارشادات الوقائية للجمهور الأكثر عرضة للأمراض كالعمال الذين يعملون في الأوساط المعفنة كعمال المجاري المائية، المخازن، وعمال النظافة... وضرورة اقناعهم بمدى أهمية عيادة الطبيب لاجراء الاختبارات الطبية بصفة منتظمة، فما يمكن ملاحظته في بلد مثل الجزائر هو النقص الفادح في إرادة الأفراد في التنظيم والتنسيق بين الادارات، فكل هذه العراقيل وقفت عائقا أمام التطور المستحق للجزائر.

أما في بداية السبعينيات فقد عرف القطاع الصحي انتعاشا كبيرا، إذ شهدت فترة ما بين 1970 - 1973 تدخلا حكوميا واسعا وفعالا حقق للجزائر معدلات لمو صحي مرتفع وتغييرا هيكليا كبيرا تمثل في ارتفاع عدد الأطباء والعاملين الصحيين الذين عملوا على تثقيف الجماهير بالاضافة إلى كل هذه التغييرات، عملت وزارة الصحة آنذاك على إنشاء أقسام خاصة بالوقاية والتربية الصحية، تخصصت في ميدان الترقية وتحسين المستوى الصحي للمواطن الجزائري. كما

اتبعت الجزائر مخططا رئيسيا لتنمية الصحة العمومية، يهتم بالوفيات، علما بأن الجزائر قد اتبعت سياسة العلاج المجاني منذ سنة 1973.

وفي صدد الحديث عن الاستعمال المكثف للوسائل الاعلامية الثقيلة في الميدان الصحي أشار الدكتور «الحاج لكحل بلقاسم» في أحد التقارير التي أعدها حول التثقيف الصحي، إلى أن الاذاعة الصوتية كانت من بين الوسائل الأولى التي أدخلت ضمن برامجها الحصص الصحية والاعلانات الصحية المذاعة، وكان ذلك ما بين سنتي: 1970 - 1971 تحت إشراف الدكتور «الحاج لكحل بلقاسم» مدير القسم الوقائي آنذاك، وكانت هذه التجربة بمثابة الخطوة الأولى نحو تدخل الوسائل الاعلامية الأخرى في هذا الميدان، بعدما أحرزت نجاحا كبيرا وساهمت بقسط وافر لا يطاق الهمم وبث الوعي والارشاد الصحي. ونظرا لارتفاع نسبة الأمية في تلك الآونة، فقد لعبت البرامج الاذاعية الصحية دورا كبيرا في نشر المهارات في المجتمع الجزائري. وأهم المواضيع التي تناولتها الاذاعة بالتحليل آنذاك هي: مشاكل سوء التغذية، حماية الأمومة والطفولة ومحاربة الأمراض المعدية، كما استعملت الجزائر بالموازاة مع الاذاعة بعض الوسائل الخفيفة، كالمصقات الاعلامية الموجهة أساسا إلى جمهور الأطباء العاملين الصحيين، أي موظفي القطاع الصحي.

أما فيما يخص دور التلفزيون في الميدان الصحي بالجزائر، لم نسجل أي دور يذكر في الميدان إلا في بداية 1973 و1974 حيث بدأ يعالج المشاكل الصحية في شكل أفلام قصيرة مست أساسا مشكل: سوء التغذية، مرض الاسهال، الكساح. ولما كان للتلفزيون تأثير كبير على الجمهور، تفتنت الجزائر لهذه الميزة الاعلامية في سبيل تطوير الوعي الصحي والحفاظ على سلامة الجمهور الجزائري،

دراسات ومقالات

فالتلفزيون وسيلة تسلية وترفيه ولكنه أيضا وسيلة تربية مهمة يستأثر باهتمام وانتباه المشاهدين طيلة فترة البث اليومي، لذلك رأت وزارة الصحة آنذاك أنه من المفيد إعداد برامج مصورة عن مشاكل الصحة التي يتسبب فيها الانسان بصورة مباشرة أو غير مباشرة وعن السلوكات السليمة التي يجب أن يتحلى بها الفرد، بالإضافة إلى إبراز سلبيات بعض التصرفات المجحفة ضمن سلسلة من أفلام وثائقية.

كما قامت وزارة الصحة بأعداد أفلام مخصصة للأطفال، وهنا لا بد من الإشارة إلى أن وحدة التربية الصحية للمعهد الوطني للصحة العمومية كانت أول وحدة قامت بإنتاج رسائل سمعية بصرية مخصصة للسكان عامة، ولعمال الصحة خاصة، فقد قامت بأعداد اعلانات صحية على شكل رسوم متحركة أشرف على إنتاجها الدكتور الفرنسي Yvant Andre Moren: بالمشاركة مع بعض التقنيين الأجانب منهم المصور التقني الشبلي الأستاذ Ricardo. أما فيما يخص اللغة المستعملة في الاعلانات الصحية فكانت فرنسية، ورسائلها في الغالب عالجت موضوع: الأم والطفل ومكافحة أمراض الطفولة، كالكساح والحصبة... الخ وكان ملتقى تيبازة سنة 1973 أول ملتقى وطني خُصص لمعالجة مواضيع صحة الطفل والأم وأهم ما جاء في هذا الملتقى ما يلي:

- ضرورة تطبيق أساليب تنظيم النسل بإقرار سياسة تباعد الولادات.

- توفير التقنيات الضرورية للقطاع الصحي.

- مكافحة مرض السل.

- تحسين الهيكل الغذائي للطفل.

وما يعاب على هذا المؤتمر أن برامجه موجهة إلى جمهور ضيق، بحيث لم يحضر فيه إلا الأطباء والعاملين الصحيين ولم يشمل جميع فئات المجتمع. كما لاحظنا غياب تدخل المختصين في علم الاجتماع والصحفيين، إذ أن التثقيف الصحي آنذاك لم يكن مدعوما بدراسات إعلامية واجتماعية وببيولوجية للمواطن. وبالرغم من كل هذه النقائص إلا أن هذه الاعلانات عرفت نجاحا كبيرا آنذاك، فما يمكن تسجيله في هذه المرحلة أنها مرحلة حاسمة من تاريخ الصحة العمومية بالجزائر، بحيث بذلت فيها الجزائر مجهودات جبارة في سبيل تثقيف مواطنيها صحيا. فبالنسبة للهيكل الغذائي للأطفال مثلا: فقد تم تحسينه بصورة واضحة، وفي عام 1975 بين التحقيق أن 28.5٪ من الأطفال كانوا يعانون سوء التغذية، فهذه النسبة أخذت تنخفض بفعل الوسائل الاعلامية وتدخلها في الميدان الصحي بفضل ما وفرته الجزائر من منتجات ضرورية للطفل.

وحسب التحقيق الوطني الوقائي للمعهد الوطني للصحة العمومية INSP فقد بلغت نسبة الاصابة بالشلل عند الأطفال 28٪ عام 1975 وقد استطاعت الجزائر أن تحدد من شوكه هذا المرض بفضل التغطية التحصينية التي تم إقرارها سنة 1969. أما في عام 1973 مثلا: أعدت حملة شاملة للتلقيح ضد الشلل مما أدى إلى انخفاض معدله (9).

وفي عام 1977 تبنت الجزائر برنامجا واسعا للتلقيح (PEV) بمساعدة المركز العالمي للطفولة ومنظمة الصحة العمومية ومنظمة اليونيسف. وفي عام 1979 أعادت التعريف ببرنامج التلقيح وادخال التلقيح ضد الحصبة ضمن البرنامج. بالإضافة إلى التغطية التحصينية قامت الجزائر بتوفير الأدوية لبعض الأمراض الوراثية كمرض السكري وداء المفاصل (الروماتيزم) وغيرها من الأمراض. وما

يُميز هذه المرحلة بالذات 1974 - 1979 هي مجانية العلاج التي هدفت الحكومة من ورائها إلى:

- التسهيل على المواطنين عملية العلاج بإزالة العائق المالي.

- تحديد استراتيجية لتوفير الرعاية الصحية لكل السكان.

كما شهدت الجزائر أثناء هذه المرحلة تطورا نوعيا في الميدان الصحي بفضل الإصلاح الذي عرفه القطاع التربوي (التعليم) والذي سمح بتكثيف عملية تكوين العاملين الصحيين والمواطنين في الميدان.

مرحلة التقويم والإصلاحات 1980 - 1990:

تميزت هذه المرحلة بإصلاح القطاع الصحي، إذ لعبت الحكومة آنذاك دورا بارزا في سبيل هذا القطاع (القطاع العمومي) إذ كانت الدولة هي الفاعل الوحيد تقريبا في مجال توجيه وتحقيق وتمويل الاستثمارات الصحية، وقد حدث في الثمانينيات إنعطافا مهما في اتجاهات السياسة الصحية، فدفعت مشاريع تربية صحية إلى الأمام (10) وقد أشار البعض ويحق إلى أن المشكلة التي تواجهها الجزائر ماليا تتمثل في توسعها في إقامة استراتيجيات تربية صحية دون النظر إلى مدى اتساقها مع مدى حاجة الجمهور. مما أدى إلى مواجهتها، وذلك عن طريق اللجوء إلى طلب المعونة من المنظمات العالمية، كمنظمة اليونسف ومنظمة الصحة العالمية... الخ ويبدو أن هذه المشكلات (الانفاق مثلا) قد دفعت الجزائر إلى إعادة رسم سياستها في اتجاه إعطاء مزيد من الامتيازات للجمعيات الخيرية على حساب تقليص دور القطاع العام في الميدان الصحي.

والجدير بالذكر أن ظهور هذه المنظمات والجمعيات والعيادات الخاصة، لم يحد من دور القطاع العمومي من إجراء بعض المبادرات في الميدان الصحي كاتخاذ إجراءات صارمة في سبيل الحد من انتشار بعض الأوبئة الخطرة (كمرض السيدا) في بداية الثمانينيات 1985. كما عملت في هذه المرحلة بمحاولة إيقاف المشاكل الصحية التي يحدثها نمط الحياة المتبع والذي أثر في تطور أمراض غريبة عن المجتمع، فانتهاج نمط حياة غربي حديث في الجزائر زاد إلى حد كبير من امكانية تزايد مفرط في حالات ضغط الدم، أمراض شرايين القلب، داء السكري والأنواع المختلفة من السرطانات. على إثر ظهور هذه الأمراض، قام المعهد الوطني للصحة (INSP) بأعداد ورقة فنية حول الحالة الراهنة لهذه الأمراض والخلفيات الاجتماعية المؤثرة فيها وطرق الوقاية منها. وبينت هذه الورقة أنه بالإضافة إلى ما تتحمله الجزائر من أعباء الأمراض المعدية وسوء التغذية، فإنها تشهد حاليا أمراضا جديدة نشأت مؤخرا. وبهذا الصدد عبر أطباء المعهد الوطني للصحة العمومية (INSP) عن الحاجة الملحة إلى توجيه استراتيجيات التنمية والبرامج الصحية نحو الوقاية من الأمراض المرتبطة بأنماط الحياة الحديثة.

وفي هذه الفترة، شرعت الحكومة الجزائرية في سياسة تثقيف السكان صحيا في الأرياف، وعمدت إلى إقامة مقارنة بين المعطيات قبل عملية التثقيف الصحي وبعدها. فقد حققت العملية قدرا مرضيا من التقدم. وبفضل النجاح الذي أحرزته العملية التربوية آنذاك، قررت وزارة الصحة تعميم التجربة على كامل التراب الوطني باستعمالها المكثف لوسائل الإعلام المختلفة لتوصيل رسائلها الصحية إلى جميع فئات المجتمع، وركزت مجهوداتها خاصة على صيانة صحة الأم والطفل معا، وبذلت كل ما في وسعها لرفع نسبة الارضاع من الثدي بعيد الولادة، كما عملت على التركيز على دور العاملين الصحيين في توفير التثقيف الصحي وتشجيع الأمهات على مواصلة الارضاع من الثدي.

أما فيما يخص دور وسائل الإتصال في الميدان الصحي، فقد أشار الدكتور «بلقاسم حاج لكحل» في دراسة له عن البرنامج الوطني لمكافحة الوفيات إلى أنه كان لوسائل الاتصال الدور الكبير في معالجة بعض الاشكالات الصحية والاجتماعية العامة كالحملات الاعلامية الخاصة بالتلقيح، تنظيم الأسرة، الارشادات الفلاحية في شكل اعلانات صحية تم اعدادها من طرف وحدة التربية الصحية للمعهد الوطني للصحة العمومية.

وبداية من سنة 1984 قامت الجزائر باعداد الحملات الأولى لمكافحة أمراض الاسهال، والسل، وانتجت بذلك إعلانات صحية، إلى جانب إصدار ملصقات كتيبات إرشادية، كالكتيب الذي تم إصداره في شهر جوان من سنة 1986 . والذي عولج فيه موضوع مكافحة الوفيات، وكتيب آخر تضمن الحملة الوطنية لمكافحة مرض الشلل، كما أصدرت كتيباً آخر يحمل عنوان «القاعدة العلمية لتغذية سليمة» وفي عام 1988 أصدر مشروع وطني للاتصال من طرف الوكالة الوطنية للأحداث المصورة (ANAF) التي تعتبر بدورها الخلية الأولى للاتصال الاجتماعي في الجزائر وقد تطور هذا المشروع بمساعدة اليونسف والمنظمة العالمية للصحة بهدف مساعدة البرنامج الوطني لمكافحة وفيات الأطفال.

وما استنتجناه من هذه المجهودات المبذولة أن الجزائر قطعت شوطاً كبيراً في سبيل ترقية القطاع الصحي، وخاصة ونحن نعلم أنها شهدت على مدى العقدين المنصرمين تغيرات سكانية واجتماعية واقتصادية وسلوكية جذرية، ومن المنتظر تزايد هذه التغيرات في المستقبل، ولهذه التغيرات تأثيرها الملموس على الصحة، كما أن تأثيرها في الوضع الوبائي في الجزائر كان قوياً مع أن حالات العدوى والأمراض الطفيلية لا تزال تنصدر اهتمامات الحكومة، التي تواجه الآن مشكلات صحية جديدة تتصل بالتحضر وظهور أنماط الحياة الفردية وزيادة متوسط أعمار

السكان التي تتطلب من السلطات المهنية بذل مجهودات أكبر لتوفير الصحة الجيدة للجزائريين. وثمة حاجة لاتخاذ إجراءات عاجلة على الصعيد الوطني تفرض على متخذي القرارات العمل على إجراء تحليل وبائي واجتماعي واقتصادي لمشكلات الأمراض الرئيسية على أن يؤخذ في الاعتبار تنفيذ استراتيجيات تدخل عالية المردود، وينبغي أن تعمل السلطات الوطنية والجهات الصحية على تلبية الحاجة الملحة للحد من الاضطرابات الناجمة عن المرض.

بالاضافة إلى كل المجهودات التي بذلتها وزارة الصحة، فقد قامت أيضا بأعداد بالتعاون مع وزارة التربية والتعليم الأساسي استراتيجيات تطوير مفاهيم ومناهج الدراسة الصحية بالجزائر. فحاولت إدخال المفاهيم الصحية في مناهج العلوم والتخصصات الاجتماعية، كما تم اقتراح ادخالها في مشاريع التعليم ضمن علم الأحياء، أو ضمن المواد الموجودة فعلا كالبيولوجيا، الجغرافية والتربية البدنية.

وكانت ثمرة هذه المجهودات هو إصدار كتاب مخصص للسنة الرابعة من التعليم المتوسط (العلوم الطبيعية) تتيح للتلميذ معرفة أفضل عن الجسم وبنيته، كما يقدم معلومات مفيدة يمكن أن تقوده نحو حياة أفضل بإرشاده إلى تجنب كافة السلوكات البيئية التي قد تؤثر على صحته، وسرعان ما تخلق البرنامج المدرسي عن هذا الكتاب بعدما تبنت الجزائر المدرسة الأساسية.

وفي سنة 1982 أعدت كتابا مدرسيا يحمل عنوان «التربية الصحية» المندمجة في التعليم الأساسي (11) تضمن مواضيع متعددة ومتنوعة، منها مواضيع الوقاية ضد الاسهال وكيفية تغذية الرضيع، فهذا البرنامج التربوي يتوجه بالدرجة الأولى إلى ربات البيوت، علما بأن خير الأماكن للاتصال بالأمهات إنما

هي مصالح الصحة (المركز الصحي للأمومة، المستشفى) ونظرا لكون هذه المصالح لا تشمل جميع أنحاء البلاد، كما هو حال الاذاعة والتلفزيون والصحافة فإن الدولة فكرت في تلقين الطفل في المدرسة المهارات الصحية التي يعمل على نقلها لأمه، ومن هناك تمتد إلى كل العائلات الجزائرية التي لها طفل أو أكثر في المدارس. فكتيب 1982 وجه بادئ ذي بدء إلى الطفل في المدرسة وهو رجل الغد وإلى أم الطفل بدرجة ثانية. وناقشيا مع هذه التربية التصاعدية من الطفل إلى الأم تضمن هذا الأخير مفاهيم حول فيزيولوجية الماء في الجسم ومفاهيم حول المكروبات والفيروسات المسببة للمرض، كما احتوى على مفاهيم حول التغذية الانسانية، كما أكد البرنامج المدرسي على ضرورة التطرق إلى المواضيع الصحية في شكل متعدد الأوجه، فمن الممكن دراسة الاسهال مثلا ليس فقط في درس العلوم الطبيعية بل حتى في درس القراءة والتعبير الكتابي والحساب وهذا النوع من التعليم المتعدد المبادئ متصل في اهتمامه، إنه ينطلق من الحقائق اليومية وليس من الأمور المحددة وما يتصل بما تنص عليه مشاريع المدرسة الأساسية. والمؤسف في ذلك، أن هذا المشروع لم ير النور إلى حد الآن بحيث لم يطبق على أرضية الواقع ولم يصل إلى رفوف المكتبات المدرسية نظرا للظروف التعليمية المتغيرة.

فالمرحلة التي تلت الثمانينيات عرفت تطورا كبيرا في الميدان الصحي خاصة من الجانب المادي والتجهيزات الخاصة بالمستشفيات، كما لاحظنا أن معدل الإنفاق على الرعاية الصحية قد ارتفع من نسبة 2٪ إلى أكثر من 5٪ خلال العشريتين المنصرمتين. فالمجهود المبذول في هذه المرحلة يتمثل في:

- المعالجة الطبية: فقد تم بناء وتشيد مستشفيات جديدة وتم تجهيزها بمعدات طبية جديدة ومتطورة.

- تطوير البرامج الوقائية: مكافحة وفيات الأطفال، التحكم في النمو الديموغرافي والجدير بالذكر أن الوسائل التي تم توفيرها ليست مطابقة لمتطلبات الحاجة، فقد عرف الانفاق على الرعاية الصحية من طرف الدولة تدنيا كبيرا مما جعل الناس يبادرون إلى التماس موارد جديدة لتمويل الرعاية الصحية كاللجوء إلى صندوق الضمان الاجتماعي الذي يغطي حاليا نسبة 65٪ من ميزانية القطاعات الصحية. وفي سنة 1990 سمحت الدولة بظهور ما يسمى بالطب الحر الذي دعمته الدولة ببعض العيادات، والمصالح الصحية والمخابر الخاصة، واقتصر دور القطاع العام على القيام باستقبال المرضى في المستشفيات، علما بأن جل الخدمات الطبية تقدم للمواطن مجانا ما عدا البعض منها الذي يقدم مقابل مبلغ مالي معين كتكلفة الاختبارات الطبية، واستمرت الجزائر في سياسة الطب المجاني إلى غاية مارس 1995 حيث اتخذت اجراء دفع المبلغ المالي في المجال الصحي على مستوى المستشفيات.

أهم البرامج الوطنية التي تم تحقيقها في الميدان الصحي:

إن الحديث عن الظروف الصحية في المجتمع الجزائري يغري من دون مثله بالاستعراض التاريخي لأهم الأعمال التي قامت بها الجزائر في الميدان الصحي:

الوضع الصحي للأم والطفل:

بالرغم من التطور الذي حققته الجزائر في مختلف الميادين الصحية، إلا أنها لم تتمكن من توقيف شبح وفيات الأطفال التي تشكل نسبة كبيرة (12) من الوفيات العامة (T.M.I) فمن بين 800.000 طفل يولد سنويا يموت 60.000 دون

الخامسة وللعلم أنه عند الاستقلال كان يبلغ معدل وفيات الأطفال 170 من كل 1000 ولادة حية ومع التطور السريع الذي سجلته الجزائر في الميدان الصحي، فإن معدل الوفيات قد انخفض تدريجيا حتى وصل إلى 82 حالة من كل 1000 مولود في عام 1984.

وحسب الاحصائيات التي قامت بها الجزائر في ميدان الوفيات، فإن معدل وفيات الأطفال دون الخامسة وصل إلى 71 حالة من كل 1000، عام 1989 مقابل 129 حالة من كل 1000 عام 1986 ونسبة 53٪ من الوفيات في الجزائر سنة 1984 كانت تخص وفيات الأطفال دون الخامسة، وهذه الظاهرة تعتبر كارثة صامتة تؤدي إلى خلق مشاكل عدة لا تحمد عقباه.

ومن العوامل الأساسية التي تسبب في موت الأطفال هي:

- صعوبات في الحمل.

- الاجهاض المبكر.

- العوائق الوراثية.

- نقص في الوزن.

- سوء تغذية الأم.

أما معدل وفيات (13) الرضع، فقد وصل إلى 60٪ من نسبة وفيات الأطفال وهي نسبة مرتفعة جدا. أما الأسباب الأخرى فهي: الاسهال، التهابات التنفسية الحادة، الحصبة، والأمراض المعدية الأخرى، حيث تم تقدير نسبة الوفيات كالتالي: 30٪ من الوفيات كانت من جراء اسهال بسيط، و 20 إلى 25٪ من الوفيات راجعة إلى مشاكل التهابات تنفسية حادة، و 20 إلى 15٪ من الوفيات تعود إلى

الحصبة. كما أن هناك أسباب أخرى يمكن أن تؤدي إلى الموت كسوء التغذية للطفل أو توقيف مبكر للارضاع من الثدي. ويعد الاسهال من بين الأمراض الصعبة التي تؤدي إلى موت الأطفال حيث سجل: 300.000 طفل يموت سنويا في الجزائر بسبب الاسهال.

والملاحظ أنه قبل اقرار الأيام الوطنية للتلقيح في نوفمبر 1984 وأفريل 1986 كانت الحصبة من بين الأمراض التي تسببت في موت 5000 طفل سنويا في الجزائر. ولمكافحة خطر الوفيات أعدت الجزائر برنامجا خاصا للتغطية التلقيحية، إذ يشير التحقيق الوطني الذي قامت به وزارة الصحة عام 1984 حول التغطية التحصينية إلى أن نسبة تغطية الأطفال أقل من سنة واحدة تتعدى 80٪ لكل المضادات ما عدا الحصبة، وتصل هذه النسبة إلى 96٪ لـ BSG و 91٪ DTC و 86٪ DTC P2 و 81٪ DTC P3 و 72٪ للحصبة وبلغت التغطية التحصينية بالنسبة لـ:

DTC P3 في المناطق المكتظة التي يعيش فيها 71٪ من السكان. و 80٪ بالنسبة للحصبة. أما التغطية التلقيحية في المناطق النائية تصل إلى 65٪ بالنسبة لـ DTC P3 و 57٪ بالنسبة للحصبة. أما التغطية التحصينية ضد الكزاز بالنسبة للنساء الحوامل، فهي لا تزال ضعيفة حيث تصل نسبة وفيات الأمهات إلى 224 وفاة بين 100.000 ولادة حية. وذلك حسب التحقيق الوطني لوفيات الأمهات والأطفال لعام (14) 1989.

فيما يخص الحملات الاعلامية التي تحث الناس على التوجه إلى المراكز الصحية للتلقيح ضد الأمراض التي نجدها غير مقنعة وغير مفهومة وليست في متناول الجميع. ففي عام 1992 تم تصميم حملة إعلامية عامة في الجزائر بهدف

حث النساء اللواتي هن في طور الانجاب على ضرورة التحصين ضد الكزاز، وقد ظهر ذلك الاعلان على الشاشة التلفزيونية على شكل مادة مكتوبة غير مفهومة لدرجة أن النساء توجهن فعلا إلى المراكز الصحية لا لشيء وإنما للاستفسار لأنهن لم تقتنعن بما قيل في الاعلان: أي أن مصممي الحملة قد أدخلوا الرعب في قلوب النساء وساعدوا بسذاجة في تعزيز أفكار أخرى لم تهدف إليها الحملة الاعلامية، فقد أبدت نسبة كبيرة من الناس خوفا كبيرا من أن يتسبب التلقيح في فقدان قدرتهم على الانجاب بغية التقليل من حدة النمو الديموغرافي.

البرنامج الوطني لمكافحة وفيات الأطفال:

يهدف إلى تحسين الخدمات لصالح الأطفال والأمهات، فإن الحكومة الجزائرية ومنظمة الأمم المتحدة (UNICEF) قد أبديا رغبتهما في التعاون للتقليل من حدة الوفيات والأمراض. فعملت اليونيسف منذ الاستقلال على مساعدة الجزائر ماليا ومعنويا. وركزت جهودها على حماية الأمومة والطفولة والتخطيط العائلي ومراقبة الطفولة. ففي 30 ماي 1984 تبنت الحكومة الجزائرية برنامجا وطنيا لمكافحة وفيات الأطفال (15) وفيما بعد سطرت الجزائر واليونيسف برنامجا فعالا لفترة 1986-1990 بهدف تخفيض وفيات الأطفال إلى 50 من بين كل 1000 ولادة حية لمدة 5 سنوات. وقد تضمن هذا البرنامج عدة بنود لمعالجة عدم النضج البدني والعقلي للطفل، مثل: توفير إجراءات وقائية ورعاية خاصة قبل الولادة وبعدها وكذا الرعاية الكاملة للأم والعمل على توفير الظروف الملائمة لوضع حملها.

- العمل على انخفاض نسبة الأطفال المرضى.

- إكساب الفرد سلوكا جديدا بإضافة عادات جديدة إلى عاداته وحثه على ترك العادات المجحفة لحدوث انقلاب في العادات السلبية وتربية الأهالي صحيا. ففي عام 1990 في إطار التعاون بين الجزائر واليونيسف تم تسطير برنامجا جديدا للفترة 1990-1995 يتبنى أهدافا واضحة محددة هي:

- تشجيع أكبر عدد من المسؤولين السياسيين على اعطاء الطفل الأولوية في الأصعدة السياسية وفي التخطيط الوطني(16).

- تخفيض وفيات الأطفال إلى 40 حالة من كل 1000 ولادة حية: تخفيض وفيات الشباب من 71 إلى 50 حالة من كل 1000 وكذلك تخفيض وفيات الأمهات بنسبة 25٪.

- توزيع ديموغرافي أكثر تساوي بين المناطق فيما يخص الاستفادة من الخدمات الصحية.

- تحسين الحالة الغذائية للأمهات والأطفال.

- إعطاء الأطفال المعوقين حماية أفضل.

ويتضمن البرنامج الوطني الجديد خمسة مشاريع أساسية:

1 - صحة الأم والطفل.

2 - البرنامج الموسع للتلقيح (PEV).

3 - برنامج مكافحة الاسهال (CMD).

4 - برنامج مكافحة الاسهال والالتهابات التنفسية الحادة (IRA).

5 - التعبئة الاجتماعية.

1 - الجهود المتعلقة بصحة الأم والطفل:

تمثل البرنامج الوطني لمكافحة الوفيات (1986 - 1990) (17) في اصدار المشروع الذي يتضمن: متابعة الحمل، مكافحة الوفيات عند الولادة من جهة، ومراقبة التغذية من جهة أخرى، مكافحة الأمراض الاسهالية، ضرورة التلقيح، تحسين المستوى الغذائي، تباعد الولادات، مراقبة الحمل، مكافحة الالتهابات التنفسية الحادة وتطهير الوسط. فبالنسبة لموضوع الوفيات عند الولادة، فإنه بالرغم من خطورته لم يصدر أي مشروع لمكافحته إلا في عام 1982 وقد تم إنشاء مشروع نموذجي في 1991 لقياس وتقييم النتائج، وكذا إنشاء مركز للدراسات، خاص بالولادة والتوليد.

- تخفيض وفيات الأمهات إلى النصف إلى عام 2000 كما تضمنت إتفاقية (OMS).

- ترقية وحماية الرضاعة الطبيعية بدون مزج حتى ستة أشهر.

- التخفيض من حالات سوء التغذية الحادة بنسبة 30٪ عند الأطفال دون الخامسة.

- التعريف بأهم الفيتامينات.

كما قامت الحكومة باعداد استراتيجية تهدف إلى:

- التكفل بالأمهات الحوامل والتحذير من الحمل المبكر ذي الخطر، خاصة في المناطق النائية.

- التكفل بمتابعة حالات الولادة الحديثة.

- تحسين التغذية عند النساء الحوامل للتقليل من الولادات الناقصة في الوزن.
- تكوين منظمة للمراقبة في كل مركز رعاية الأمومة (PMI) .
- أما الأنشطة التي قامت بها الجزائر في هذا الميدان فهي كالتالي:
- 1 - التخفيض من وفيات الأمهات عند الولادة.
- تحسين مراقبة الحمل، العلاج قبل الولادات، التكفل بالولادة قبل وبعد.
- إصدار برنامج وطني للتلقيح ضد الكزاز عند النساء الحوامل.
- تقييم نظام التلقيح ومراكز مراقبة حالات الكزاز.
- نشر المهارات والمعارف الخاصة بالتغذية المتوازنة للأم الحامل والرضعة، عن طريق برنامج تثقيف صحي في المدرسة، محو الأمية ومن خلال التلفزيون، الاذاعة، المجلات، الموظفين.
- الزيادة في فيتامين الحديد وتوفره في كل المراكز الصحية لمحاربة سوء التغذية.
- 2 - رفع المستوى الغذائي للأطفال وذلك عن طريق انشاء منظومة وطنية لمتابعة التغذية ومراقبة النسب العالمية للتغذية، وتحسين الخدمات في مراكز الأمومة، واعطاء قواعد التغذية السليمة للرضع والأطفال أيضا وذلك بالقيام بتحقيقات محلية ومتابعة السجلات الخاصة بالمستشفيات ومراكز الصحة.
- ترقية الرضاعة الطبيعية وتوفير فيتامين A للأطفال دون الخامسة، وكذا إدخال نشاطات خاصة بالتغذية في منظومة العلاج الأولى وفي مراكز رعاية الأمومة والطفولة.

- إدخال التربية الغذائية في المدرسة الابتدائية وتجنيد المعلمين لاعلام العائلات.
- تكوين وحدة تقنية بوزارة الصحة تقوم بمهمة متابعة النشاطات المتعلقة بتغذية الأطفال.
- الرفع من مستوى الرضاعة الطبيعية، ارسال حملات وطنية لترقيتها وتكوين الفرق الطبية الخاصة.
- تطهير القدرات الانتاجية، تنوع مواد الأكل الاصطناعي وتشجيع استعمالها.

2 - البرنامج الخاص بالتلقيح (18): كان التلقيح غداة الاستقلال جد ضعيف ولم يكن هناك اهتمام كبير بهذا الجانب، ولكن منذ الاستقلال تطور التلقيح حسب مراحل عديدة. فابتداء من 1969 تم إصدار وثيقة رسمية تجبر التلقيح ضد الدفتريا، والسعال الديكي، السل، الجدري، ومنذ سنة 1973 قامت وزارة الصحة باحداث حملة شاملة للتلقيح ضد الشلل وفي 1977 تبنت الجزائر برنامجا موسعا للتلقيح (PEV) بمساعدة المركز العالمي للطفولة ومنظمة الصحة العالمية ومنظمة اليونسف، في 1979 تم إعادة التعريف ببرنامج مكافحة الوفيات.

وفي عام 1985 تم إصدار قانونا يجبر على التلقيح ضد الحصبة، ويلغى الاجبار على التلقيح ضد الجدري واعادة التعريف بالسياسة الصحية، التي تتعلق بمختلف الأنشطة الصحية في جميع الوحدات الصحية، فوصل عدد الوحدات المختصة في التلقيح إلى 2500، كما قامت الجزائر باعداد 4 حملات استدرائية لمدة يوم واحد لاستدراك التلقيح وقد تم تلقيح في عام 1985 أكثر من مليون طفل ضد الحصبة.

كما جعلت الحكومة من أشهر أبريل، ماي، جوان 1986 أياما وطنية لاستدراك التلقيح ضد الحصبة و DTCP في المناطق الحضرية، وأفريل، ماي، جوان 1987 حملات استدراكية جديدة للتلقيح ضد الحصبة و DTCP. أما ديسمبر 1987 وجانفي وفيفري 1988 فجعلتها أياما وطنية استدراكية للتلقيح ضد الحصبة و DTCP. كما شرعت الجزائر في عامي 1989 - 1990 في الحملة المغاربية للتلقيح، وساهمت اليونيسف في تجهيز المديرية الصحية في كل الولايات بأجهزة كمبيوتر لتسهيل عملية انشاء نظام للاعلام الآلي لمتابعة وتقييم التغطية التحصينية في كل ولاية.

وكان الهدف من إقامة هذه الحملات التلقيحية:

- القضاء على الشلل في أواخر 1995.

- القضاء على مرض الكزاز بحلول سنة 2000.

- تحقيق تغطية تحصينية ضد الكزاز عند النساء بنسبة 80٪.

- تخفيض الوفيات والأضرار الناجمة عن الحصبة، الوصول إلى 90٪ من

التغطية التحصينية في كل الولايات ضد الأمراض المعروفة: الحصبة، الدفتيريا، السعال الديكي، الكزاز، الشلل... ومن بين النشاطات التي قامت بها الجزائر في كل هذه السنوات هي:

- عدم التمرکز في عملية (البرنامج الموسع للتلقيح).

- انشاء برنامج سريع يشمل 19 ولاية.

- ادماج الخدمات التلقيحية في كل الملحقات الصحية وتتراوح بين 86٪ إلى

100٪ منشأة أي 418 وحدة تلقيحية للانشاء حتى عام 1995.

- تكوين العمال المختصين وتوفير مختلف التجهيزات اللازمة.
- انشاء مراكز لمراقبة الوفيات الخاصة بالأمراض المعروفة ولمراقبة البرنامج التلقحي في المناطق المكتظة.
- تبني برنامج خاص للتلقيح في المناطق النائية.
- ادماج تلقيح النساء ضد الكزاز في برنامج التلقيح الموسع بحيث أعدت الجزائر برامج تلقيحية للنساء ضد الكزاز في شهر أكتوبر 1992.
- ادماج الكساح في برنامج التلقيح وذلك باستعمال فيتامين (D).

3 - البرنامج الخاص بمكافحة أمراض الاسهال (19):

يذهب عشرات الآلاف من الأطفال في كل عام ضحية مرض الاسهال في الجزائر، لا يموتون بسبب وباء مميت بسبب الطاعون أو الكوليرا - بل يذهبون ضحية مرض بسيط عادي يكاد يكون بسيطا مألوفا ويكاد يكون عاديا في فصل الصيف. يموتون من مرض يمكن في أغلب الأحيان تفاديه إذا- ما عولج في بداية الأمر، يمكن الشفاء منه في البيت، يموت الأطفال من مرض لا يحتاج إذا ما عولج في بدايته لا إلى الطبيب ولا إلى علاج باهظ بل إلى تطبيق سريع لاحتياطات بسيطة يمكن اتخاذها، علما بأن أمراض الاسهال تحتل المرتبة الأولى ضمن أسباب وفيات الأطفال دون الخامسة وخاصة الأطفال بين 25 شهرا وذلك بنسبة 33٪ حسب التقرير الوطني لعام 1989 فأن وفيات الاسهال تصل إلى 25٪.

ولمكافحة هذا المرض العادي الذي يؤدي إلى تحجيف الجسم وإلى الموت. قامت الجزائر بإنشاء وحدة إنتاج تقوم بإنتاج 10 ملايين كيس من أملاح التمييز في عام

1987 بمساعدة منظمة اليونيسف، ونظرا للصعوبات في التسيير، فأن معدل انتاج هذه الأكياس كان ثابتا عام (1989 - 1988) وهو في حدود 3 ملايين كيس، أي 30٪ من احتياجات الوطن. ويفضل هذه الوحدة تم توفير أكياس أملاح التمييه في كل المراكز الصحية، سواء كانت عمومية أو خاصة.

وأصبح برنامج مكافحة الاسهال ساري المفعول في صيف 1984، ومن ثمة أصبح يعمل خلال كل صيف حتى عام 1989 وخلال ذلك العام تم التعقيم والمتابعة بشكل خاص، وقد كان الهدف من الحملة هو تخفيض وفيات الأطفال من الاسهال بنسبة 50٪ إلى جانب توعية السكان. وفي جوان 1989 كونت المعاهد الصحية 8000 تقني في الصحة وتم إصدار ما يقارب: 40.000 كتاب و100.000 ملصقة تم توزيعها على كافة المراكز والوحدات الصحية، ولم يتم إعداد ملصقات موجهة للسكان.

وقد تم إعطاء دروس خاصة حول المرض في المدارس الابتدائية، وإعداد كتاب خاص بمرض الاسهال وكيفية الوقاية من هذا المرض. كما استعملت الحملات الاعلامية (الومضات التلفزيونية بالعربية و8 ومضات إذاعية بالفرنسية والعربية والامازيغية، ويفعل توفير أكياس الأملاح، وحث الأهالي على استعمالها، تم تخفيض 10٪ من الاصابات، وبلغ استعمال الأكياس بنسبة 25.8٪ في عام 1989 بعد أن كان في 1987 بنسبة 15٪. وفي هذا الصدد تم إنشاء خلية خاصة لبرنامج مكافحة الوفيات ضد الاسهال عام 1989 لمتابعة مخطط العمل.

وتهدف الاستراتيجية الحكومية من إعداد هذا البرنامج:

- تخفيض الاصابة بالاسهال بنسبة 25٪ وتخفيض وفيات الأطفال بنسبة 50٪.

- تحقيق استعمال أكياس التمييز بنسبة 8٪.

- الوصول إلى إنتاج وطني للأكياس بمعدل 10 ملايين كيس في العام.

- تقوية النظام الوطني لمراقبة أمراض الاسهال.

وبذلك تم إنشاء وحدات بسيطة لاعادة التمييز في 80٪ من مراكز حماية الأمومة والطفولة ومختلف مراكز الصحة ومراقبة مصادر المياه لتحديد الصالح منها للشرب في إطار برنامج مكافحة الأمراض المعدية عن طريق المياه.

- توعية الناس للرفع من مستوى نظافة المحيط.

- إعداد رسائل إعلامية للتعريف بطريقة استعمال أكياس التمييز.

4 - برنامج مكافحة الالتهابات التنفسية الحادة:

تعتبر الالتهابات التنفسية (20) الحادة إحدى الأسباب الهامة التي تؤدي إلى ارتفاع نسبة وفيات الأطفال دون الخامسة، خاصة الرضع منهم (أكثر من 15000 طفل يموت سنويا) والملاحظ أنه لا توجد احصائيات دقيقة متعلقة بهذا المرض، ولكن حسب التحقيق الوطني لعام 1989 فإن 14,4٪ من وفيات الأطفال كانت بسبب الالتهابات التنفسية الحادة.

تهدف جهود الجزائر في إعداد مشروع مكافحة الالتهابات التنفسية الحادة التي تعتبر من بين البرامج الجديدة وتدخل ضمن نشاطات PMI - إلى:

- تخفيض نسبة وفيات الأطفال الناجمة عن الالتهابات التنفسية الحادة في نهاية 1995.

- التحقق من أن 50٪ من الأطفال دون الخامسة والمصابون بهذا المرض سيتم علاجهم.
- توعية الأمهات بهذا المرض وكيفية الوقاية منه. وتمثلت استراتيجية هذه المكافحة فيما يلي:
- القيام بتحقيق وطني للتعريف بطبيعة هذا المرض ومدى خطورته لادراجه ضمن برنامج وطني موسع.
- انشاء لجنة وطنية لمكافحته، مكونة من مختصين لتسطير سياسة وطنية لمكافحة الالتهابات التنفسية.
- تحديد مخطط الاتصال الاجتماعي الخاص به في عام 1984 ومن بين الأنشطة التي قامت بها الحكومة في هذا الميدان:
- تكوين عمال الصحة وذلك بإعطاء دروس للأطباء وشبه الأطباء في مختلف الولايات للتمكن من السيطرة والتحكم في هذا المرض.
- انشاء نظام لجمع المعلومات المرتبطة بالاعلام الآلي - توفير جميع المستلزمات لمكافحة هذا المرض بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية واليونسف.

5 - التعبئة الاجتماعية:

ركزت (21) المؤتمرات والندوات الخاصة بالتربية الصحية على ضرورة أن ينتفع بها الجمهور بأكمله في جميع الأعمار وعلى مختلف مستويات التعليم النظامي وفي مختلف أنشطة التعليم غير النظامي للنشء والكبار، وأن يتناول التعليم جماعات مهنية واجتماعية وأن يتم تدريب المهنيين والموظفين في انشاء الخدمة،

فتثقيف الجمهور يعتبر بيت القصيد في التربية الصحية والتعبئة الاجتماعية، لأنه يتناول كل الناس بمختلف أعمارهم وأذواقهم وهذا يتطلب إعدادا مسبقا ومدروسا من النواحي: الاجتماعية والنفسية والفكرية، وتنوع طرق تثقيف الجمهور تبعا لوسيلة الاعلام المعتمدة من تلفزيون وإذاعة واعلانات مطبوعة ومرسومة أو مجلات.

تشمل نشاطات التعبئة ثلاثة مصالح أساسية في الجزائر:

- أصحاب القرارات للقطاع العام.

- الجمهور العام.

- العوامل التي تنشط في الميدان الصحي الاجتماعي.

فوسائل التعبئة كما سبق أن ذكرنا تشمل كل وسائل الإتصال، الورشات، المؤتمرات، المعارض العمومية وغيرها من القنوات كالمساجد، المدارس، الجامعات، الجمعيات، المنظمات.

تمتلك الجزائر قناة تلفزيونية واحدة على كافة التراب الوطني، وثلاث قنوات إذاعية أساسية واحدة بالعربية، الثانية بالأمازيغية، والثالثة بالفرنسية مع فترات بث محدودة باللغة الاسبانية والانجليزية. وتمتلك الجزائر عدة صحف ومجلات صادرة باللغتين العربية والفرنسية(22).

تعود التجارب الأولى للتعبئة الاجتماعية إلى سنة 1963 التي تم فيها اعداد الحملة الأولى ضد الجذري. وكانت الحملات في البداية تطوعية وغير منتظمة ولم تعتمد على تقنيات دقيقة في مجال الاتصال الاجتماعي نظرا لعدم معرفة تقنيات هذا الميدان آنذاك. ولكن يمكن الاشارة إلى أن البداية الأولى للعمل بالمقاييس

الأساسية لتقنية الاتصال الاجتماعي من خلال وسائل الاعلام قد بدأت منذ سنة 1984 وهذا على إثر صدور البرنامج الوطني لمكافحة الأمراض التي تؤدي إلى أحداث وفيات الأطفال، ومصادقة الحكومة على برنامج الرعاية الصحية التي جعلت الوقاية محورا أساسيا لسياسة الصحة الوطنية وقد اتخذت الحملة الاعلامية في مجال الصحة استراتيجية خاصة لغرض الوقاية من الأمراض، ورفع المستوى الصحي للجميع، بحيث يمكن أن نميز بين عدة مراحل:

مرحلة 1984 التي اقتصت في عرض أهم المشاكل الصحية في الجزائر، وما يترتب عنها من مشاكل: اجتماعية وصحية واقتصادية، وتجدر الإشارة إلى أن أهم الحملات الاعلامية قد انحصرت إلى حد بعيد في التلفزيون باعتباره من أكثر الوسائل شعبية حيث يمس أكبر قدر ممكن من الجماهير بمختلف فئاتها، وقد تميزت البرامج التلفزيونية في هذا المجال بعرض بعض الأنشطة التربوية وبعض المحرص التي كانت تطرح مشاكل صحية متميزة، إلا أن هذه البرامج بصفة عامة كانت غير مكثفة ولم يكن لها أي تنظيم في الاعداد ومواعيد البث. نظرا للنقص الفادح التي تعاني منه الجزائر من حيث الاختصاصيين في الميدان. وكان الهدف في هذه المرحلة هو اعلام وتوعية الجماهير حول الواقع الصحي في الجزائر كمشكلة مهددة في المستقبل.

الهيكل الغذائي:

في إطار تكوين قاعدة علمية من أجل توفير غذاء سليم للمواطنين، قامت الجزائر بتبني عدة مشاريع تحت الفرد على ضرورة الوقاية من الأمراض المرتبطة بالهضم، وأكدت وزارة الصحة (23) في عدة ملتقيات على الخطر الذي يهدد

المواطنين فيما يخص الأمراض المتعلقة بالمعدة. وعليه ألزمت مجمل القطاعات الصحية بضرورة تثقيف الأهالي وحثهم على اتباع القواعد الصحية المرتبطة بتنشيط إفراز العصارات وعملها.

فقد قامت الجزائر باعداد حصص واعلانات تلفزيونية تدفع فيها المواطن إلى اختيار الطعام المفيد لصحته، وأن يكون مطهرا بشكل جيد ومتنوعا وتؤكد على عدم الاكثار من شرب الماء، ونهت عن الاسراف في الطعام لأنه يهدد العصارات الهاضمة ويخفف من تأثيرها، فيصاب الفرد مصداقا لقوله تعالى(24) «كولوا واشربوا ولا تسرفوا إنه لا يحب المسرفين» كما أوصى الفرد على أن يتناول الطعام في فترات معينة، منتظمة تفتح المجال للهضم، وعدم الافراط في الطعام واتباع النصيحة الهامة الواردة على لسان رسول الله صلى الله عليه وسلم: «نحن قوم لا نأكل حتى نجوع وإذا أكلنا فلا نشبع».

كما قامت وزارة الصحة باعداد كتيب خاص بالغذاء، عرضت فيه أهم الأخطار التي يتعرض لها الفرد عندما لا يحافظ على سلامة معدته، مستشهدا بآيات من القرآن الكريم للتمكن من اقناع الجزائريين من وجهة نظر الدين، كقوله تعالى(25): «إنما حرم عليكم الميتة والدم ولحم الخنزير وما أهل به لغير الله» كما تطرق الكتيب إلى خطر الكحول وكل أنواع الشراب وما يعوق التفكير، ويشيع الفتور في الجسم مبينا أن الكحول لا يعتبر غذاء لأنه لا يضمن النمو ولا يولد احتراقه في العضلات قدرة عضلية.

وأوضحت وزارة الصحة في عدة ملتقيات أن الادمان يؤدي إلى احداث تقرحات والالتهابات في المعدة والأمعاء، وتشجع في الكبد، ونظرا للأخطار الذي يسببها الادمان، قامت عدة جمعيات جزائرية باعداد حملات ضد الكحول والمخدرات للتقليل من خطر هذه الآفات.

وفي نهاية الثمانينيات عقدت وزارة الصحة عدة ملتقيات **عُقدت إلى الأضرار** التي يسببها الاكثار من استهلاك التوابل كالفلفل.... **لأن كثرتها تؤدي إلى** إتهاب الأغشية المخاطية لجهاز الهضم مما يساعد على **اللاطية بمرض القرحة** ومرض البواسير. فعليه قامت الحكومة الجزائرية **تدرجيا يقل مجهودات جبارة** للعمل على تدعيم المستوى الغذائي للمواطن، **بتوفير كل للترجات الغذائية** الضرورية للفرد لتجنب الاصابات التي تصيب المعدة والأمعاء.

أما بالنسبة للهيكل الغذائي للأطفال الجزائريين: **نلاحظ أنه تحسن مع السنين**، ففي 1975 بين التحقيق أن 28.5٪ من الأطفال **كانوا يعانون من سوء التغذية** مقابل 11.5٪ عام 1987. علما بأن سوء التغذية **نجد أشد عند الأطفال الأقل** من أربع سنوات، ثم ينقص تدريجيا من جهة أخرى **وإن سوء التغذية يكون أشد** في المدن الكبرى مقارنة بالقرى وهو أكثر ارتفاعا **عند الذكور مقارنة بالاناث** (50٪ عند الذكور و35٪ عند الاناث) وحسب التحقيق **الوطني الوقائي للمعهد** الوطني للصحة العمومية (26) فإن الإصابة بالشلل لا تزال كبيرة **عند الأطفال ما** دون 3 سنوات (28٪ عام 1971 و19٪ عام 1987 خاصة في المناطق الصحراوية).

كما تؤكد النتائج التي توصل إليها التحقيق الوطني، ارتفاع نسبة الارضاع من الثدي بعيد الولادة في القرى الجزائرية، ثم تدني هذه النسبة تدريجيا فيما بعد، علما بأن الرضاعة الطبيعية معمول بها كثيرا في الجزائر **وتبين للمحققين أن** لثقافة الأم وظروف العمل تأثيرا قويا في تحديد مدة الارضاع من الثدي في المناطق الحضرية، بينما نجد أن حدوث حمل جديد هو السبب الرئيسي في الانقطاع عن الارضاع من الثدي في المناطق الريفية.

فلذا قامت وزارة الصحة باعداد مناشير وكتيبات تشجع فيها العاملين الصحيين على ضرورة دفع الأمهات إلى إرضاع أطفالهن من الثدي وتقديم الدعم اللازم لذلك، كما عمدت على تقديم توصيات تستهدف ترسيخ قواعد برنامج التثقيف التغذوي وتستهدف بالتالي تعزيز مبدأ الارضاع من الثدي ودعمه. وتدعيما لبرنامج التثقيفي قام المعهد الوطني للصحة العمومية باعداد ملصقات اعلامية تحت الأمهات بالعمل بالآية القرآنية التي تؤكد على ضرورة الاستمرار في الارضاع من الثدي لمدة حولين كاملين. ومنذ بداية الثمانينيات عملت الحكومة على توفير الحليب الاصطناعي في كامل التراب الوطني وبأسعار معقولة. وكشف التحقيق الوطني أن(27) نسبة 95٪ من النساء ترضعن أولادهن في الشهر الأول، ولكن هذه النسبة تنخفض إلى 55٪ بالنسبة للأطفال الذين يبلغون من العمر بين 12 و15 شهرا وإلى 24.8٪ للأطفال بين 21 و24 شهرا.

ثانيا: الاعلام والاتصال الاجتماعي الصحي في الجزائر:

اقترن توظيف وسائل الاتصال بالسياسة التي تتبناها الدولة تجاه المجتمع في كل مرحلة من مراحل التطور (الاجتماعي، الاقتصادي والسياسي) فقد احتلت مشاكل الصحة بعض الصدارة في بداية السبعينيات على اعتبار أن وضعية الأهالي الصحية كانت جد متدهورة في الستينيات، أي مباشرة بعد الاستقلال، هذا الطرح برز خلال هذه الفترة في وسائل الاتصال وتجلّى في مسألة الاصلاح الزراعي الذي كان محل إهتمام السكان آنذاك، واحتل زمنا معتبرا من أزمته وسائل الاتصال في هذه الفترة، ثم تقلص هذا الانشغال في بداية الثمانينيات تزامنا مع التغيير الحاصل في الميدان السياسي. إذ حاولت هذه الوسائل معالجة

بعض الإشكالات الاجتماعية العامة، كالحملات الخاصة بالتلقيح وتنظيم الأسرة والارشادات الفلاحية. وما يمكن تسجيله فيما يخص خصائص وسائل الاتصال(28) بالجزائر أنها قامت بالتركيز على نشاطات القادة السياسيين دون المشاريع التنموية الصحية.

- تغليب الخطاب السياسي والايديولوجي على حساب الواقع والحقيقة.

- استخدام الخطب واستشارة العواطف...

هذا فيما يخص وسائل الاتصال والاعلام، أما بالنسبة للدراسات الميدانية التي تناولت دور وسائل الاعلام والاتصال في توعية الجماهير اجتماعيا وصحيا، تكاد تنعدم لعدة اعتبارات يمكن الاشارة إلى البعض منها:

- انعدام الوعي لدى الباحثين بضرورة القيام بمثل هذه الدراسات.

- الصعوبات المالية في إجراء مثل هذه الدراسات.

وحتى عندما حاولت بعض الدراسات معالجة الموضوع الصحي الاجتماعي ميدانيا، فإنها لم تصل إلى نتائج ايجابية، تبين فيها مدى أهمية دور وسائل الاتصال في توعية الجمهور.

والملاحظ أنه في بعض الدراسات التي أجريت في نطاق منطقة الجزائر، أنها لجأت إلى دراسة استطلاعية حول فعالية وسائل الإتصال في الحملات الخاصة بالصحة، تنظيم الأسرة... ولم تتناول موضوع الاتصال الاجتماعي بالمفهوم الذي يستعمله الغرب نظرا لسوء فهم الباحثين لهذا المصطلح الحديث (الاتصال الاجتماعي) الذي يهدف إلى تغيير سلوكات الجماعات الاجتماعية. وهذا اللبس الذي وقع فيه الباحثون الجزائريون هو الذي أدى بهم إلى عدم تناول هذا الموضوع بالتفصيل، إلا في نهاية الثمانينيات.

فقد أظهرت الدراسة الخاصة بفعالية استخدام وسائل الإتصال وخاصة التلفزيون في الحملة الخاصة بتنظيم الأسرة التي أجريت بعدد من أحياء مدينة الجزائر، وتبين أن اقتناع مجتمع العينة بفكرة تنظيم الأسرة مرتبطا بالظروف الاقتصادية الصحية التي تواجه الأسرة أكثر من ارتباطها بما يبثه التلفزيون الجزائري، وقد أشار إلى أن نسبة 66٪ من عينة المجتمع أكدت أن التلفزيون لم يكسبهم معلومات جديدة عن الموضوع و56٪ من هؤلاء يعتبرون أن الحملة غير ناجحة. فهذه الدراسة تبين أنه بالرغم من الدور الذي لعبته وسائل الاتصال في محاولة توعية الجمهور، إلا أنه لا يمكن التقليل من أهمية الجماعات المرجعية للفرد كالعائلة والمدرسة وأماكن العمل والمجتمع المحلي أو الطبقة الاجتماعية، كما أنها تدعم نظرية «لازرسفيلد» وتؤكد على صحة نظرية التأثير المحدود لوسائل الاتصال.

وتشير دراسة أخرى حول الاتصال الاجتماعي ومرض السيدا... إلى أن الحملة الاعلامية المتعلقة بمكافحة داء السيدا لم تكن ذات فعالية كبيرة، ولم تساهم في تغيير سلوك الجمهور وأن أغلبية الجمهور لم يكتسب معلومات جديدة عن هذا الداء، فهذه الدراسة بينت لنا مدى ضعف دور وسائل الاعلام في المجال الصحي. وهناك دراسة أخرى حول الاتصال الاجتماعي في مجال الوقاية من حوادث المرور أوضحت لنا أن الاعلانات المخصصة لهذه الظاهرة لم تطابق رغبات وانشغالات الجمهور. كما أنها تفتقد إلى المقاييس العالمية الواجب استعمالها. فهذه الدراسات كلها بينت لنا الدور المحدود الذي يقوم به التلفزيون في مجال توعية الجماهير صحيا، إلا أنه من الصعب تقديم تقييم دقيق لأثر الاتصال الاجتماعي الصحي على سلوكيات الجمهور صحيا. ويعود ذلك إلى عدة عوامل:

- إن الدراسات النادرة التي خصت هذا الميدان كانت كلها نظرية وضعيفة. وقد وردت هذه الدراسات في شكل ما يجب أن تكون عليه الرسالة الاعلامية وليس في شكل ما هي فعلا. كما اكتفت هذه الدراسات ببعض فئات المجتمع.

كما أن هذه الدراسات التي أجريت ما هي إلا دليل على الفراغ الكبير الذي يعاني منه الانتاج الاعلامي، انعدام التعاون الفعلي بين مختلف الباحثين (كالأطباء، صحفيين، علماء اجتماع....).

ويتضح من كل هذا أن الكيفية التي استخدمت بها وسائل الاتصال في تحقيق التنمية الصحية المنشودة قد تضمنت اختلالات على مستوى التنظير وأخرى على مستوى تطبيق هذه الوسائل عمليا في المجتمع الجزائري وخصائصه، كما أننا نلاحظ أنها لم تتمكن من أداء المهام المنوطة بها نظريا في مجالات الصحة وتنظيم الأسرة على مستوى بعض الحملات الاعلامية الموجهة للجمهور الجزائري لتعديل سلوكياته.

وما يعاب على الاعلام الجزائري في الميدان الصحي هو أنه لم تكن هناك دراسات مسبقة حول طبيعة المجتمع الجزائري وخصائصه. كما نلاحظ انعدام مشاركة الجمهور في مجال انتاج المادة الاعلامية الموجهة إليه. إلى جانب أن الدراسات التي تم ذكرها سابقا هي كلها دراسات نظرية وصفية لم تقم إلا بعرض نتائج عينة صغيرة من المجتمع، لا يمكن أن تكون ممثلة للمجتمع الجزائري.

فعليه، نجد أن ميدان الاتصال الاجتماعي الصحي بقي مجهولا إلى غاية سنة 1986 عندما سطرت الجزائر واليونيسف برنامجا فعالا لفترة 1986 - 1990 مع هدف واضح هو تخفيض وفيات الأطفال إلى 50 من بين 1000 ولادة حية، ففي إطار التعاون المتبادل بين الحكومة الجزائرية واليونيسف تم تسطير مخططا

للاتصال الاجتماعي موجهها خصوصا إلى العاملين الصحيين، والأطباء وكل المجتمع الجزائري برمته، أي الجمهور العريض بهدف ترقية الخدمات الصحية لصالح الأطفال والعمل على تنوير وتوعية الجماهير صحيا. ففي هذا السياق قامت كل من وزارة الصحة ووزارة الاعلام والاتصال باعداد أفلام وثائقية وإعلانات تلفزيونية، منشورات، وكتيبات وملصقات اعلانية بهدف تعزيز البرنامج الوطني لسنة 1986، فكان من المنتظر أن يتم توعية 3 ملايين أم جزائرية لدفع الوعي الصحي قدما في سبيل نضال يهدف إلى المحافظة على صحة الطفل (رجل الغد).

وتبعا لهذه الاجراءات، تم تغيير اسم قسم الوحدة الخاصة بالتربية الصحية لوزارة الصحة على مستوى المعهد الوطني للصحة العمومية بقسم خاص بالاتصال الاجتماعي في سنة 1990، والذي يتكفل باعداد البرامج التثقيفية الصحية بهدف رفع المستوى الصحي للأهالي.

دراسة تقييمية للبرامج الوطنية الصحية:

بعدما استعرضنا أهم المجهودات التي قامت بها الجزائر في الميدان الصحي يمكننا من خلال ذلك أن نقوم بدراسة تحليلية لنموذج من الرسائل الاعلامية التي تمرر إلى الجمهور من خلال التلفزيون الجزائري، لمعرفة الأسس التي يتم على أساسها إنجاز هذه الرسائل ومدى استيعاب الجمهور لها، وكذا التطرق إلى أهم الاصدارات التي أنجزتها وزارة الصحة في الميدان، وقد وقع اختيارنا على نموذج الرسائل الاعلامية التلفزيونية المتعلقة بمسألة الصحة، وذلك لما لهذه الأخيرة من أهمية بالغة في مجتمع نامي كالمجتمع الجزائري.

فنظرا للأهمية الكبيرة التي يحظى بها التلفزيون في المجتمع، والدور الخطير التي تلعبه والتأثير البالغ الذي تحدثه على الجماهير، فقد كان لزاما علينا أن

نتناول قضية الصحة باعتبارها من القضايا الحساسة والمخطيرة التي تشغل بال المجتمع بأسره وعليه فإب ضرورة اقناع الجمهور بآهمية تغيير السلوكات المضرة بالصحة عبء يقع على عاتق المسؤولين، فما هي إذن خصائص الرسالة الاعلامية الصحية المتلفزة؟ وما هي أهم الانجازات التي حققتها وزارة الصحة في مجال الاتصال الاجتماعي الصحي؟

والجدير بالذكر أن إنطلاق البرامج الصحية المتلفزة، بدأت منذ بداية الثمانينيات على إثر مصادقة الحكومة الجزائرية على برنامج الرعاية الصحية، التي جعلت الوقاية محورا أساسيا لسياسة الصحة الوطنية. وقد طبقت الحملات الاعلامية الصحية استراتيجية خاصة بعرض مسألة حفظ وسلامة صحة المواطنين، واقناع الجمهور بضرورة تغيير بعض السلوكات المآفة. والملاحظ أنه في بداية الثمانينيات انحصرت الحملات الاعلامية الصحية إلى حد بعيد في التلفزيون باعتباره من أكثر الوسائل شعبية، حيث يمس أكبر قدر من الجماهير بمختلف فئاته. وقد تميزت البرامج التلفزيونية في هذا المجال بعرض بعض الأشرطة التربوية وبعض الحصص التي كانت تطرح المشاكل الصحية بصفة عامة، إلا أن هذه البرامج بصفة عامة كانت غير مكثفة ولم يكن لها أي تنظيم في الاعداد ومواعيد البث وكان الهدف في هذه الفترة هو إعلام وتوعية الجماهير حول الواقع الصحي للفرد الجزائري.

تميزت نهاية الثمانينيات بكثافة برامجها، حيث اعتمدت بالاضافة إلى بعض الأشرطة التربوية على عنصر آخر هو الاعلانات الصحية المتلفزة (الومضات) وبقي موضوع التوعية الصحية في البرامج التلفزيونية ضعيفا بالرغم من كل المجهودات المبذولة ولكي تتضح لنا الصورة أكثر ويشكل أدق وأعمق. قمنا بدراسة تحليلية،

وصفية لعينة من البرامج التلفزيونية بصفة مبسطة وسطحية، وذلك لعدم تمكننا من الحصول على أشرطة مباشرة من التلفزيون الجزائري نظرا للظروف الأمنية المتدهورة.

تحليل البرامج التلفزيونية (الصحية):

كانت البرامج التلفزيونية التي استعرضت المسائل الصحية والتي بثها التلفزيون الجزائري طيلة السنوات الأخيرة 1993 - 1994 كما يلي:

الاعلانات الصحية المتلفزة الخاصة بالتلقيح:

وهي إعلانات التربية الصحية والمخاصة بكيفية الوقاية من الأمراض وحث الأهالي على ضرورة التلقيح ضد الأمراض، وتباعد الولادات لحماية صحة الأم والطفل معا. وتكلفت بإعداد هذه البرامج الصحية وزارة الصحة العمومية التي عملت على تأسيس وحدة مخصصة للاتصال الاجتماعي مؤخرا و التي يقوم بإدارتها الدكتور: «جمال أولمان» إذ يعتبر المسؤول الوحيد عن التربية الصحية في وزارة الصحة بالمشاركة مع المعهد الوطني للصحة العمومية، ومدة هذه الاعلانات الصحية تتراوح بين دقيقة وثلاث دقائق، وهذه المدة تتماشى مع طبيعتها الاعلانية، حيث أن الاعلان لا يمكن أن يأخذ مدة طويلة من الزمن، وتبث هذه الاعلانات قبيل النشرة الاخبارية الأولى التي تقدم على الساعة الثامنة، أو بين برنامج وآخر، واختيار هذا الموعد لبث برامج صحية، يعتبر نقطة إيجابية لأنها تمس الكثير من المشاهدين، حيث نجد أن جميع الأسر تجتمع في هذا الوقت أمام التلفزيون لتابعة النشرة الاخبارية.

وتقدم هذه الاعلانات (29) على شكل رسوم متحركة أو بالأحرى رسوم تبسيطية "schema" وقد تم تغيير هذه الرسوم بصورة حقيقية للتأثير أكثر على الجمهور. وغالبا ما يستعمل هذا النوع من الطرق في المواضيع الخاصة بالتوعية والتربية الصحية. أما اللغة المستعملة فهي مزيج من العربية الفصحى والدارجة.

وأعد التلفزيون الجزائري في هذا الصدد، مجموعة من الحصص الخاصة بالأمراض الخطرة التي قد تفتك بالمواطنين، كالأمراض التي دخلت إلى الجزائر مؤخرا نتيجة احتكاك الجزائريين بالغرب، كالسيدا، السرطان، التدخين وأضراره، الكحول، المخدرات وغيرها من الآفات الاجتماعية التي تسبب أمراضا خطيرة.

وابتداء من سنة 1991 إلى غاية 1994 أنتج التلفزيون الجزائري حصصا تربية صحية تهدف إلى تعريف المواطنين بالمشاكل الصحية، وتميزت هذه الحصص بتدخلات المواطنين والمرضات ومختصين في الأمراض المتناولة في هذه الحصص.

كما تتعرض هذه الحصص إلى دور الاعلام في ترقية المستوى الصحي للأفراد، وفي إطار التثقيف الصحي قامت الجزائر بأعداد بعض البيانات المكتوبة تدعو المواطنين إلى ضرورة تلقيح أطفالهم من الأمراض المعدية، وكانت جل هذه البيانات صادرة باللغة العربية.

بالاضافة إلى الدور الذي لعبه التلفزيون الجزائري في الميدان الصحي، قامت وزارة الصحة بتوزيع كتيبات، ملصقات، ويوميات على كل المؤسسات الصحية والشركات مجانا والتي هدفت من ورائها توعية الجماهير وتربيتهم للرفع من المستوى الصحي للجميع، فأهمية هذه الاصدارات تدفعنا إلى التطرق إلى أهم الكتب واليوميات والملصقات التي تم إصدارها.

إصدارات وزارة الصحة

تصدر وزارة الصحة سنويا عدة عناوين من الكتيبات، الأوراق المجانية، إعلانات وملصقات.

المنشورات المجانية:

أصدرت وزارة الصحة بالتعاون مع المعهد الوطني للصحة العمومية مؤخرا أوراقا مجانية تحمل عدة عناوين «الوقاية ضد السيدا» «البرنامج الوطني لمكافحة فيروسات الأطفال» الحملة الوطنية ضد الشلل، القواعد العلمية من أجل سلامة التغذية: أوراق مجانية حول مرض السرطان، مرض السكري ... الخ من الأوراق المجانية التي تضمنت مجموعة من الارشادات التي تخص المسافرين، الأهالي، عمال قطاعي: الطبي والشبه الطبي.

ففي الورقة الخاصة بمكافحة السيدا مثلا، يتعرض معدوها إلى ماهية المرض، ثم وجوب وضع هذا المرض في ذهن كل مسافر كون هذا الداء يصيب المسافر أينما ذهب ومهما كان بعد المسافة، ثم تتعرض هذه الأوراق إلى كيفية إنتشار وطرق العدوى، وركزت على إنتشاره عن طريق العلاقات الجنسية وعن طريق عمليات نقل الدم.

وجوب أخذ الاحتياطات، وكل الحذر إذا ما تعرض المسافر إلى احتقان من أي نوع كان، وفي الأخير نجد هذه التعليمات مؤطرة باللون الأحمر: «تذكر أنه لا يوجد اليوم علاج ولا تلقيح ضد السيدا» «وأن الوقاية هي وحدها الاجراء الحيوي الوقائي وهو تصرفك» ونشير إلى أن هذه الأوراق تصدر باللغتين الفرنسية والعربية. وعموما كانت ناجحة لأنها مختصرة وواضحة.

المنشورات الخاصة بالبرنامج الوطني لمكافحة وفيات الأطفال:

وهي صادرة عن وزارة الصحة (مديرية الوقاية والتربية الصحية) والتي تم إعدادها بالتعاون مع اليونيسف، تعرضت هذه الأوراق إلى عرض أهم التطورات التي تم تحقيقها في الجوائر في الميدان الصحي، ومقارنتها مع دول العالم الثالث والوضع الصحية للأطفال في السنوات الأخيرة، وبينت الأسباب التي أدت بالحكومة إلى تبني برنامج لمكافحة وفيات الأطفال، وما هي الأهداف التي يرمي إليها هذا البرنامج، كما تعرضت إلى العوامل التي تؤدي بالأطفال إلى الموت وكيفية مكافحة هذه الظاهرة والتي لخصها الأطباء بضرورة تلقيح الأطفال ضد الأمراض الاسهالية، التغذية السليمة، تباعد الولادات، مراقبة الأمهات الحوامل، مكافحة الأمراض التنفسية الحادة، وتطهير الوسط.

كما أعطت هذه الأوراق أهم الاحصائيات المتعلقة بالأطفال التي تم معالجتهم، كما تعرضت إلى أهمية الاعلام والاتصال الاجتماعي في الميدان الصحي، وضرورة الاتحاد والعمل المنسق بين القطاعات الصحية، التربوية والثقافية للحد من شوكه خطر وشبح موت الأطفال. وتضمنت هذه الأوراق في الصفحة الأولى منها: رسما يوحى لطفل صغير يحمل حقنة كبيرة على شكل مظلة مفتوحة تحميه من الأمراض، كما استعملت هذه الأخيرة ألوانا ساخنة: الأصفر، الأحمر والأخضر.

المنشورات المجانية المتعلقة بالحملة الوطنية ضد الشلل:

وهي الصادرة من المعهد الوطني للصحة العمومية والتي تختص بالاعلام والوقاية من مرض الشلل تحت عنوان «الشلل والتلقيح ضده» وهي عبارة عن ورقة طويلة مطواة على شكل كتيب صغير يتعرض في الأول إلى أهمية التلقيح ضد هذا المرض الذي يصيب الأطفال، ثم يوضح أعراض هذا المرض، وكيف يتطور في

البداية والأسباب التي تؤدي بالطفل إلى الإصابة بالفيروس، أما في الورقة الأخيرة يبين لنا هذا الكتيب أهمية إعلام الأفراد وتربيتهم صحيا، للوقاية من هذا المرض. وفي ورقة مستقلة يتعرض معدو هذه الأوراق إلى كيفية حفظ دواء التلقيح، ويتوجه بالنصح إلى كل الأطباء والعاملين الصحيين، وكيف يتم استعمال هذا الأخير، وقد تم تلوين هذه الوريقات بالأزرق والبرتقالي.

أما الوريقة الخاصة بالقاعدة العلمية للتغذية السليمة والمتوازنة: الصادرة عن المعهد الوطني للصحة العمومية التي تقوم بتبين أهمية الغذاء السليم، وكيفية تعميمه وأهم المهارات الصحية التي يجب أن يتعلمها المواطن الجزائري قبل الأكل.

الاعلانات والملصقات:

تصدر وزارة الصحة الآلاف من الملصقات الاعلانية بالعربية والفرنسية، وتحمل هذه الأخيرة ألوانا مختلفة ورموزا وشعارات متعددة، والملاحظ أن الملصقات الصحية تصدر بصفة ظرفية خاضعة لمناسبات إعداد الحملات التلقيحية والأيام الدراسية الوطنية أو العالمية لمكافحة بعض الأمراض.

فقد قامت الجزائر بأعداد ملصقة تخص الارضاع الطبيعي (الارضاع من الثدي) تدفع النساء وتحث الأمهات على ضرورة متابعة هذه الطريقة مستشهدة بآية قرآنية تدعو النساء إلى العمل بهذا الأسلوب وتجنب الارضاع الاصطناعي خاصة في الأشهر الأولى. فقد تضمنت هذه الملصقة الآية القرآنية التالية «والأمهات يرضعن أولادهن حولين كاملين» فهذا الشعار لا يحمل الأسلوب الاكراهي بقدر ما هو ينصح الأمهات بالعمل بالطريقة التي أقرها الله تعالى، فهي تحمل نسبة من التأثير والاقناع. فهذه الآية تحث النساء على ضرورة ارضاع أولادهن حولين كاملين هذا من جهة ومن جهة أخرى تحملهن على تباعد الولادات لمدة عامين بصفة غير

مباشرة علما بأن حدوث حمل جديد هو السبب الرئيسي في الانقطاع عن الارضاع من الثدي، فهذا الشعار يهدف إلى هدفين رئيسيين هما:

- الارضاع من الثدي.

- تباعد الولادات.

الرمز:

كما هو معروف لدى الجميع أن الرمز يتبع الشعار وهو الصورة المرسومة للشعار، والشئ الملاحظ هنا هو عدم وجود علاقة بين الرمز والشعار، حيث لم تتضمن هذه الملصقة إلا صورة امرأة حاملة لرضيعها، فهي غير موحية ولا تدفع الأمهات للتفكير في إرضاع أبنائهن من الثدي فالشئ الذي يجلب الانتباه هنا في الملصقة هو ما يخص الآية القرآنية فقط.

فما يعاب على هذه الأخيرة هو أن هذه الملصقة موجهة إلا للنساء المتعلمات فقط، وهناك ملصقات عديدة تخص الأمراض، كمرض الكوليرا وضرورة الوقاية منه وذلك بتعقيم المياه الخاصة بالشرب بقطرة جافيل لازالة الفيروس. ومن الأخطاء التي قامت بها الوزارة في إعداد الملصقات الاعلامية هي إنعدام التركيز على مرض واحد في ملصقة واحدة بل أننا وجدنا ملصقة تجمع بين أكثر من آفة اجتماعية، فهي تخص في نفس الوقت المخدرات، السيدا والتدخين. والملاحظة التي نستنتجها في هذا السياق هو أن الملصقة كانت مليئة بالرسوم والعبارات مما يشوش على ذهن المتلقي والجدير بالذكر أنه لا توجد هناك ملصقات تتجه نحو الجمهور العريض، بحيث كل هذه الملصقات الصادرة عن الوزارة توزع على كل المراكز الصحية والمستشفيات والعيادات الصحية، فهي تتوجه إلى الجمهور المتردد على المستشفيات فقط.

ثالثا: نقد الاتصال الاجتماعي الصحي المطبق في الجزائر

يعتبر الاتصال الاجتماعي تقنية واستراتيجية ونشاطا فعالا فرض نفسه في مجتمعنا منذ بداية الثمانينيات، كوسيلة مهمة في يد الوزارات التي وجدت نفسها مجبرة على تطبيقها واستغلال فتراتهما في الميدان الاعلامي والتربوي، والتي طالما اعتمدت على الاتصال الاستراتيجي (الاتصال العمودي). فقد بدأ استعمال الاتصال الاجتماعي في الجزائر ابتداء من سنة 1984 على شكل رسائل إعلامية تثقيفية، استهدفت التخطيط الاجتماعي الصحي كالرسائل المتعلقة بتباعد الولادات، التلقيح، أو الوقاية من حوادث المرور وغيرها من الرسائل التي تصل إلى مختلف الشرائح الاجتماعية في مختلف الأعمار. كما نسجل عدة محاولات أخرى استهدفت الصالح العام والتي تتمثل في:

- حملات التربية المدنية (الحفاظ على المرافق العمومية مثل الهاتف العمومي).
- حملات الوقاية الصحية.
- حملات التوعية الاجتماعية (التحكم في النمو الديموغرافي).
- حملات التوعية الاقتصادية (مكافحة التبذير في الاستهلاك).
- حملات التبسيط التقني (الارشاد الفلاحي في الجزائر).
- حملات ضد الآفات الاجتماعية (مكافحة تعاطي المخدرات).

فالالاتصال الاجتماعي على حد قول الأستاذ «محمد قيراط» (30) هو جزء من وجودنا. هذا الأخير الذي تعرض في مقال له إلى كيفية استعمال الاتصال الاجتماعي في الجزائر. وحاول بذلك الاجابة على الاشكالية التالية: هل تحترم الجزائر كل التقنيات والأبعاد العلمية للاتصال الاجتماعي المطبق في الجزائر لكي

تصل إلى هدفها المنشود؟ ونحن بدورنا سوف نحاول الاجابة على هذا الاشكال بصفة نقدية لكيفية تطبيق هذه التقنية في الجزائر، علما بأن الاتصال الاجتماعي كما أسلفنا الذكر فرض تقنياته في ميادين عدة: كالتخطيط العائلي، الاقتصاد، الطاقة، التلقيح، الفلاحة، والقطاعات الأخرى من الحياة الاقتصادية والاجتماعية والثقافية.

فمن خلال الرسائل التي تم بثها عبر وسائل الاعلام تبين لنا أنها تحاول قدر الإمكان تعديل السلوكات، وتغيير الاتجاهات، وادخال بعض القيم الجديدة في المجتمع، (إعلام وتشويق الجمهور). إنه لمن الصعب تحقيق هذه المهام في أرض الواقع نظرا لتعدد السلوكات والاتجاهات المراد تعديلها. وعليه لا بد من إعداد دراسات وبحوث علمية جد محكمة وفي مراحل مختلفة. لأن التجارب بينت ولعدة مرات بأن الرسائل الاعلامية وفي كثير من الأحيان لم تحقق إقناع المواطنين وبالتالي أعطت لنا نتائج مغايرة لما كنا نصبوا إليه. وربما كان السبب في ذلك هو كون البرامج الخاصة بالصحة كانت غير مكثفة ولم يكن لها أي تنظيم في الاعداد وفي مواعيد البث. لذا بقي تنظيم هذه الحملات جد ضعيف، كما أننا نلاحظ فراغا كبيرا في الانتاج الوطني الخاص بالحملات الصحية.

وما يعاب على العملية الاتصالية الخاصة بالصحة في الجزائر أنه ليس هناك مرسل أو معد للبرامج بصورة دائمة أو أخصائيين في مجال الاتصال الاجتماعي الصحي في التلفزيون، فهي تعتمد أساسا على المبادرات الفردية والمجهود التلفزيونية التي تظهر في المناسبات، فهناك إذن تغيير مستمر هو الذي يؤثر على أسلوب وطريقة تناول المسألة الصحية، وكثيرا ما تؤدي إلى التكرار المستمر والممل بدون تقديم أي جديد وهذا ما يقلل من احتمال نجاحها واقناعها للجماهير، كما نلاحظ غياب ركن ثابت خاص بالاتصال الاجتماعي الصحي في كل الوسائل الاعلامية،

فهي تقدم بصورة عفوية وغير منتظمة، أي ليست هناك متابعة مستمرة للمشاكل الصحية والدليل على ذلك هو تقديم التلفزيون للاعلانات الصحية بصورة غير مستمرة فتغيب لفترات ثم تعود للظهور من جديد.

أما فيما يخص السياسة الحكومية في الميدان الصحي، نجد هناك غياب واضح للجدية في هذا الميدان، بحيث أننا نجد جل الشعارات والملصقات الصحية منتشرة في الأوساط الصحية (المراكز الصحية، المستشفيات PMI, CHU كما أننا نجد معدي العمليات الاتصالية يهملون المواطن العادي (رجل الشارع) والدليل على ذلك هو انعدام الدراسات السوسولوجية والنفسية للمواطن الجزائري، فمحتوى الاعلانات الصحية لا تتماشى بالضرورة مع خصوصيات المواطن الجزائري بصفة خاصة.

فالملاحظ أن الميزانية الموجهة نحو الاعلام الخاص بالقضايا الاجتماعية جد ضئيلة وذلك نظرا لغياب سياسة حكومية محكمة. مقارنة بالبلدان المتطورة، ويتبين لدينا أن الجزائر بعيدة كل البعد عن الدول الأخرى فيما يخص تدعيم الحكومة للاتصال الاجتماعي الصحي.

وعلى ضوء ما تطرقنا إليه من دراسة حول واقع الاتصال الاجتماعي الصحي في الجزائر سوف نقوم بنقد كيفية تطبيق هذه التقنية في بلادنا.

- الملاحظة الأولى:

تعاني الجزائر كسائر البلدان المتخلفة نقصا فادحا فيما يخص الباحثين والمختصين في ميدان الاتصال الاجتماعي (31) وهذا ما ينعكس سلبا على كيفية تطبيق الاتصال (هذه التقنية) في الجزائر.

فانعدام البحث والدراسة يعني بأن القائمين بالاتصال الاجتماعي يعملون في الفراغ العلمي التام. فعملهم الميداني العلمي ينطلق من انعدام تام للمعطيات اللازمة حول الجمهور المستهدف، كما أنهم يعانون نقصا فادحا في الوسائل الضرورية للقيام بالعمل، وانعدام رجع الصدى أي أنهم يتعاملون مع جمهور سلبي لا يعطي أهمية كبرى لما يقوم به الاخصائيون.

وهذا ما يؤدي بهم إلى صعوبة الاستمرار في عملية رفع قيمة حملتهم الاعلامية حتى النهاية وهناك مشكل آخر مرتبط بالاستعمال العقلاني للوسائل المتوفرة. فهناك حملات إعلامية أخرى مختلفة تتطلب نظرا لطبيعتها وخصائصها - الاستعانة بالأخصائيين في ميدان الاتصال، كعلماء الاجتماع، علماء النفس، الأخصائيين في الميدان الزراعي والطاقة... الخ من المختصين، فللأسف نجد أن هذه الطبقة النيرة من المجتمع مهمشة ولا تعطى الفرصة لأفرادها للدلاء بأرائهم وهذا ما يؤدي إلى نقص في التنسيق بين مختلف القطاعات.

الملاحظة الثانية:

أن جل الرسائل المستعملة في الحملات الاعلامية (الاتصال الاجتماعي) في الجزائر تتميز بأنها رسائل ذات بعد واحد Unidimensionnel وهذا يعني أننا نستعمل رسائل واحدة التي توجه إلى كل شرائح المجتمع دون أن تراعي خصائص كل طبقة اجتماعية موجودة في المجتمع، أي أنها تمس كل الفئات، (الشباب، الرجال، النساء، العجزة، الأميين، المتعلمين، الأطفال). وهذه الظاهرة تقلل من فعالية الرسائل (الرسالة) ولا تسمح بمس كل هذا الجمهور المتغاير الخواص والمتناقض في طبيعته، فالنقص الذي نجده فيما يتعلق بتحديد الجمهور في الدراسة يدفع بالقائمين بالاتصال إلى استعمال رسالة واحدة موحدة توجه إلى كل الشرائح الاجتماعية.

الملاحظة الثالثة:

إن اللغة المستعملة في الحملات الاعلامية لم تدرس بصفة دقيقة وبسيطة كما أنها تعتبر لغة غريبة وبعيدة كل البعد عن اللغة المتداولة في المجتمع وغير مفهومة وليست في متناول الجميع وأن الجمهور لم يألف هذا النوع من اللغة. علما بأن الایجاز والدقة من بين العناصر المهمة لانجاح الرسالة الاعلامية ولكن للأسف نجد أن هذين العنصرين غير متوفرين في الوسائل المعدة في الجزائر.

فلانجاح العملية الاتصالية، لا بد من التعرف على المشاكل التي تواجه الجمهور المستهدف، بحيث أن سبب اعدادنا لأي حملة اعلامية يعود إلى وجود المواطن الذي نريد توعيته لدفعه نحو تغيير سلوكه (فلذا لا بد من استعمال لغته ومعرفة ثقافته)، وعليه لا بد من تفادي الوقوع في الأخطاء التي يمكنها عرقلة العملية. وأن نتجنب:

- الاتصال الأحادي الاتجاه.

- استعمال لغة الخشب.

- لا بد من طمأنة الجمهور المستهدف بأن الرسالة التي نريد ايصالها هي رسالته هو، وأنها انتجت من أجله وليست رسالة آتية من القمة.

الملاحظة الرابعة:

لا بد من الإشارة إلى ملحوظة هامة وهي انعدام المراكز الخاصة بسبر الآراء، وهذا الفراغ هو الذي يؤدي بالمقرر الجزائري إلى اتخاذ القرارات المهمة في ميدان الاتصال الاجتماعي بدون أن يستشير هذه المراكز ودون أن يقوم باستقصاء آراء الجمهور فيما يتعلق بالقرارات الاجتماعية، وهذه الوضعية هي التي تدفع الاتصال

الاجتماعي إلى الفشل لأنه عندما نريد إعداد حملة إتصالية لدفع الأمهات لتلقيح الأطفال ضد الشلل ونستعمل رسالة إعلامية واحدة عبر ومضة تلفزيونية واحدة من خلال ملصقة إعلامية موجهة لـ 24 مليون نسمة متضمنة لشرائح متنوعة من الأميين، المتعلمين، المثقفين، وغير المثقفين، الريفيين... الخ من الشرائح الاجتماعية الموجودة في المجتمع.

فعليه يجب على القائم بالاتصال عندما يريد أن يستهدف جمهورا غير متجانس أن يستعمل رسائل إعلامية متعددة، معتمدة على وسائل إعلامية متنوعة مناسبة للاتصالات الخاصة بالجمهور المستهدف، وأن يستعمل أيضا أنواعا متنوعة من الاتصالات التقليدية منها الشخصي، الوجه لوجه، مثل: قادة الرأي أي الاتصال على مرحلتين كاستعمال الأئمة ورجال الدين الآخرين.

الملاحظة الخامسة:

لا بد من استعمال وسائل إعلامية متعددة، فتطبيق الاتصال الاجتماعي في الجزائر يوضح لنا بأننا نقتصر في استعمالنا إلا لوسيلة واحدة أو وسيلتين على الأكثر، بينما التنوع في استعمال الوسائل يمكن أن يضمن نجاح الحملة الاعلامية. فالثقافة المحلية هي التي تحدد الوسيلة المستعملة، ففي قرية ريفية مثلا يقتضي استعمال الاتصال الشخصي في المسجد، السوق، أو المقهى، فكل منطقة وكل جمهور يتمتع بخصوصياته الخاصة.

الملاحظة السادسة:

عدم المتابعة والتقييم لنتائج العملية، غالبا ما تستثمر الأموال وتبذل الجهود والوقت لاعداد الحملات الاعلامية ولكن في نهاية العملية لا نقوم بمتابعتها ولا نقيم النتائج. فلتغيير السلوك يجب علينا استغلال وقت كبير والقيام بتذكير

الناس بضرورة القيام بأفعال سليمة لضمان نوع من الاستمرارية للحصول على نتيجة إيجابية.

أما في المرحلة الثانية الخاصة بالتقييم، لا يوجد هناك تقييم للعمل المبذول الذي يؤهلنا لتصحيح أخطائنا في المستقبل..

الملاحظة السابعة:

عدم إكتراث السلطات المعنية بالاتصال الاجتماعي خاصة الحكومات المتداولة على كرسي الحكم: لم تشهد الجزائر المستقلة تطورا يذكر في الميدان الاعلامي نظرا لعدم اكتراث السلطات المعنية بالمؤسسات الصحفية بالاتصال الاجتماعي بصفة معمقة وخاصة. ونحن نعرف أهمية هذه التقنية ومدى حاجتها إلى الوسائل المادية والبشرية ونظرا لغياب هذه العناصر لم تصل الجزائر غداة الاستقلال حدود التحكم واستعمال بصفة منتظمة الاتصال الاجتماعي من أجل رفاهية الجزائري.

ويمكن القول أن أهم مشكلة تواجه الميدان الاتصالي هي مشكلة عدم مبالاة الفرد الجزائري بنوعية المنتج الذي يقوم باعداده، فالمهم الكمية المتوفرة دون مراعاة نوعية المنتوجات التي تم إنتاجها وهذا ما يصطدم به الاتصال الاجتماعي، فالجزائري تعود على إعداد حملة إعلامية دون أن يأخذ بعين الاعتبار فعالية وأهداف الرسالة الموجهة للجمهور، فالمهم بالنسبة للطبقة الحاكمة أن توفر للجمهور ملصقات إعلانية مثلا لمكافحة الشلل أو ومضات تلفزيونية حول التطعيم ... الخ من الحملات الاتصالية دو أن يتم مراعاة نجاعة هذه الأخيرة وأهدافها.

فالاتصال الاجتماعي بالنسبة للحكام هو اعداد ومضات، ملصقات، حملات إعلامية حول مواضيع مختلفة دون إشباع رغبات الجمهور وحاجياته وعدم المبالاة

بفعاليتها. فالمشكل إذن يكمن في سلوك الحكام الجزائريين الذي يجب أن يتم تغييره لكي نتمكن من الوصول إلى تغيير سلوك الأفراد من أجل تحقيق رفاهيته، فعلى أن نعيد النظر في السلوكات من القاعدة إلى القمة، ولا تقتصر على تغيير اتجاهات المواطنين فقط، فالجزائر تعاني فقدان نوعية الرسالة الاعلامية وتحديد أهدافها.

إن الإتصال الاجتماعي في الجزائر يعاني مشاكل ونقائص عديدة تعرقل تقدمه، كما أنه يشكو من تناقضات داخلية للنظام، حيث يفتقد إلى الموارد البشرية والمالية اللازمة لتوصيل رسالته إلى المواطنين.

فالملاحظ أن هناك عددا قليلا من الحملات الاعلامية التي تحترم قواعد ومناهج علمية للاتصال الاجتماعي، حيث كان الأهم هو القيام بحملات إعلامية فقط دون مراعاة أهدافها وفعاليتها.

فنادرا ما تقوم بعض المؤسسات الجزائرية بدراسة كيفية وحجم الجمهور المستهدف، وقليلا ما نجدها تستجيب إلى حاجيات وتطلعات جمهورها. فالسؤال الذي يبقى مطروحا علينا: هو لماذا نبذل الجهد، المال والوقت في مجال إعداد حملات إعلامية إذا كنا في الأخير لا نقيم نتائج عملنا؟

الهوامش:

(1) - Institut national de la santé publique: Enquête nationale en 1990 fascicule 1 - Alger, 1992, p. 7.

(2) - Ministère de la santé direction de la prévention: Enquête sur la mortalité et la morbidité infantile en Algérie, 1985, p. 5.

دراسات ومقالات

Ministère de la santé: Enquête sur la mortalité et la morbidité infantile en - (3)
Algérie: op. cit., p. 22.

Ministère de la santé: Analyse de la situation, op. cit., p. 50, 44 - (4)

Institut national de la santé publique: Enquête nationale en 1990 fascicule 1, op. - (5)
cit., p. 42.

(6) - مقابلة مع الدكتور بلقاسم حاج لكحل: مسؤول بالمعهد الوطني للصحة العمومية. أجريت المقابلة بتاريخ 1994/12/25.

(7) - تقرير حول الملتقى الذي انعقد بوهراڤ في مارس 1966 بإشراف الدكتور إدريس معمرى.

(8) - القرآن الكريم، من الآية 233 من سورة البقرة.

Ministère de la santé: Analyse de la situation, op. cit., p. 62. - (9)

(10) - مقابلة مع الأستاذ حاج لكحل بلقاسم، مرجع سبق ذكره.

(11) - وزارة الصحة، وزارة التربية (التربية الصحية المتدمجة في التعليم الأساسي الوقاية ضد الاسهال، حماية وتغذية الرضيع، الجزائر سنة 1982).

UNICEF: Le programme de coopération entre Algérie et l'unicef 1991-1995 - (12)
DEC

Ministère de la santé: Enquête sur la mortalité, op. cit., p. 38. - (13)

Ministère de la santé: Analyse de la situation de l'enfant et de la femme en - (14)
Algérie 4^{eme} avant projet 1990, p. 43.

UNICEF: Le programme de coopération, op. cit., p. 7. - (15)

Ministère de la santé: Analyse de la situation, op. cit., p. 8. - (16)

UNICEF: Le programme de coopération, op. cit., p. 27. - (17)

UNICEF: Le programme coopérative, op. cit., p. 24. - (18)

UNICEF: Le programme national de lutte contre la mortalité infantile, juin - (19)
1986, p. 7.

UNICEF: Le programme coopérative, op. cit., p. 27. - (20)

UNICEF: Le programme coopérative, op. cit., p. 27. - (21)

Ministère de la santé: Analyse de la situation, op. cit., p. 58. - (22)

Ministère de la santé: Base scientifique pour une alimentation saine et équilibrée, p. 6. - (23)

(24) - سورة الأعراف الآية 31.

(25) - سورة البقرة الآية 178.

Ministère de la santé: Enquête sur la mortalité: 1995, 89, op. cit., p. 50. - (26)

Ibid, p. 52. - (27)

(28) - انظر مقال الدكتور «عزي عبد الرحمان»: وسائل الإعلام وأثرها في المجتمع العربي المعاصر للمنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم. ادارة الثقافة تونس، 1992، ص 194.

(29) - مقابلة مع الأستاذ المذكور: حاج لكحل بلقاسم مسؤول بالمعهد الوطني للصحة العمومية بتاريخ 1994/12/25.

Mohamed Kirat: Quelques réflexions sur la pratique de la communication sociale. Institut de l'information et de communication. Conférences datée du 12/12/1992. - (30)

Mohamed Kirat, op. cit., p. 58. - (31)

Mohamed Kirat, op. cit., p. 58. - (32)