وضعية الصحة والخدمات الصحية في الجزائر

أ. سعيدة رحامنية
قسم علم الاجتماع- جامعة المسيلة

الكلمات المفتاحية: الخدمات الصحية، الصحة في الجزائر، الإعاقة، المرض، الوقاية والعلاج.

مقدمة:

تحتل الخدمة الاجتماعية الطبية اليوم مكانة من حيث مجالاتها الواسعة في خدمة الفرد وكذلك علاقتها المميزة والمكملة مع الخدمات الأخرى في مجالات التنمية.

لقد أصبح المرض والإعاقة تشكلان عبئا اجتماعيا واقتصاديا بالإضافة إلى كونهما عبئا صحيا على المجتمع، وبرامج الرعاية الصحية الأساسية والخدمات الصحية وحدها لا تستطيع أن تحل كل المشاكل المترتبة عن المرض والإعاقة وخصوصا ونحن نعيش في عصر تزداد فيه نسبة الإعاقات والأمراض بسبب ملوثات البيئة المحيطة أو الظروف السيئة التي تعاني منها الأحياء المتخلفة.

إن الارتقاء بالمستوى الصحي للمجتمع يستند على ضرورة توفير الخدمة الصحية وتحسين نوعية وكفاءة الخدمة الصحية المقدمة للسكان، ويفترض بالمخططين إدراك المسؤولية الملقاة على عاتقهم في دراسة الوضع الصحي ووضع الخطط الصحية للخدمات، التي أصبحت تمثل ركنا أساسيا في اقتصاديات الدول. إذ بات الطلب على الخدمة وتحسينها كما ونوعا من ضرورات الحياة التي لا يمكن الاستغناء عنها.

إن العديد من الدول تقيس قوة اقتصادها من خلال قياس اقتصاد الخدمات فيها. ويقاس مدى تقدم الدولة في المجال الصحي بعدد هذه المؤسسات والعاملين فيها، ومستوى كفاءة تقديم الخدمة الصحية لتلبية حاجة السكان وخاصة في المناطق الحضرية التي تتمتع بزيادة في السكان سنويا في الدول النامية، ومنها الجزائر.

أولا: التخطيط المكاني للخدمات الصحية في المدينة:

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

1 –الخدمات الصحية والمفاهيم المرتبطة بها:

تعرف الخدمات الصحية بأنها تلك المنشآت والمؤسسات ا لتي تقدم الخدمة الصحية سواء كانت تشخيصية أو علاجية أو وقائية لسكان منطقة معينة [1].

– الخدمة الصحية هي أي نشاط أو منفعة يستطيع أي طرف تقديمها لطرف آخر ومن الضروري أن تكون غير مادية (غير ملموسة) ولا ينتج عنها ملكية أي شيء[2].

والخدمات الصحية كما ورد تعريفـها في أدبيات منظمة الصحة العالمية هي مجموعة من العناصر المترابطة التي تسهم بتحقيق الصحة في البيوت والمؤسسات التعليمية وأماكن العمل والمحلات العامة والتجمعات وكذلك في

البيئة العمرانية والنفسية والاجتماعية وقطاع الصحة والقطاعات المرتبطة به[3].

والنظام الصحي هو الإطار الذي يتم من خلاله التعرف على احتياجات السكان للخدمات الصحية والعمل على توفير هذه الخدمات من خلال إيجاد الموارد اللازمة وإدارتها على أسس صحية تؤدي في النهاية إلى المحافظة على صحة المواطنين وتعزيزها.

وعرف أيضا بأنها جميع المؤسسات التي تقدم العلا ج والوقاية للمواطنين سواء كانت مؤسسات رئيسة أو فرعية أو مراكز صحية أو عيادات شعبية مسائية أو مستشفيات حكومية أو أهلية [4].

– وتشمل الخدمات الصحية خدمات وقائية وخدمات علاجية آذ تتمثل الخدمات الوقائية بالتقافة والإرشاد الصحي والحملات الصحية للتطعيم ضد الأمراض فضلا عن العناية الصحية بالأم عند الحمل وبعد الولادة أما الخدمات العلاجية فتتمثل بالرعاية الصحية للسكان ولمختلف أنواع الأمراض التي تصيب إفراد المجتمع [5].

الخدمات الصحية هي الخدمات العلاجية أو التشخيصية التي يقدمها احد أعضاء الفريق الطبي إلى فرد واحد أو أكثر من إفراد المجتمع مثل معالجة الطبيب لشخص مريض سواء كان ذلك في عيادته الخاصة أو في العيادات الخارجية للمستشفى الحكومي أو العناية التمريضية التي تق دمها الممرضة للمريض أو التحاليل المختبرية التشخيصية التي في المختبر لشخص ما أو لعدة أشخاص غير إن الرعاية الطبية قد تقدم رعاية صحية ووقائية حيث إن الطبيب الذي يعالج شخصا ما يمكن إن يقدم توضيحات ومعلومات حول مرض ما وطرق انتشاره وطرق الوقاية منة لتجنب الوقوع فيه في المستقبل وبذلك يقوم الطبيب بدور الرعاية الصحية إلى جانب الرعاية الطبية [6].

ويشير مفهوم الرعاية الطبية إلى مجموع الخدمات والإجراءات الوقائية التي تقدمها نظم الرعاية الصحية والمؤسسات التابعة لها لجميع أفراد المجتمع عامة بهدف رفع المستوى الصحي للمجتمع والحيلولة دون حدوث الأمراض وانتشارها والعمل دائما على ترقية الصحة العامة والحفاظ عليها [7].

ويعتبر الأخصائي الاجتماعي الطبي المسؤول المهني عن جميع عمليات التغيير الاجتماعي والمساهمة مع الفريق الصحي أو التأهيلي في إعادة تأهيل المرضى والمعاقين وتمكين تكيفهم واندماجهم الاجتماعي والعمل على تحسين الظروف الصحية في البيئة [8] .

يستعمل الأخصائي الوسائل المختلفة في تلك العمليات كالمحاضرات التي يلقيها الأخصائيون في مختلف التخصصات كعملية إرشادية وقائية وعلاجية والأشرطة المرئية والدعايات الإرشادية والنشرات الصحية [9]، كما أن الطبيب له قدرة على تفهم احتياجات المريض وتزويده بالرعاية والعناية [10]. وبذلك يقوم الطبيب بدور الرعاية الصحية إلى جانب الرعاية الطبية.

تعد الصحة أحد المقومات الأساسية لحياة الإنسان من أجل الحفاظ على استمراره وتطوره فالصحة لها دور فعال تلعبه ف ي حماية المجتمع بتكفلها بوقايته من الأمراض الوبائية والمعدية ومكافحتها وكذا خلق طريقة مثلى لحمايته بتكلفة عقلانية وذلك بالتخطيط المحكم والتحكم في تقديم العلاج والمساعدات للإنسان. ولا يتم ذلك داخل مجتمع ما لا بوجود من يقوم بالسهر على تحقيق ذل ففي بلادنا نجد أن الاهتمام بصحة المواطن كان جليا بعد الاستقلال وبذلك نجد أن أهداف السياسية الوطنية للصحة "تتركز على العدالة الاجتماعية والمرد ودية في المجالين التاليين":

- حماية السكان واستمرار الحياة الجيدة لهم بدون ظهور الإعاقات الجسمية والعقلية والاجتماعية.
- رفع مستوى صحة المجتمع وذلك برفع الطاقات البشرية السليمة بتوفير الموارد البشرية التي تعمل على بعث التطور والترقية الاجتماعية والاقتصادية والثقافية لتحسين المستوى الصحي للفرد.

لقد عرفت هيئة الصحة العالمية مفهوم الصحة على أنها "حالة السلامة والكفاية البدنية والعقلية والاجتماعية الكاملة وليست مجرد الخلو من المرض أو العجز"[11] لأن الصحة تتمثل في حالة توازن وتلاؤم الإنسان في الوسط الذي يعيش فيه، ولكن هناك عوامل مختلفة «طبيعية، اجتماعية، اقتصادية" يمكنها أن تتدخل وبالتالي تقوم باختلال هذا التوازن والذي يعطينا المرض)[12].

تعطي معظم الدول والحكومات اهتماما بالغا للصحة العمومية فالمسألة الصحية في المجتمعات النامية تختلط بمسألة الاجتماعية والحضارية اختلاطا يجعل تكيف العمل الصحي مع الحقائق الاجتماعية شرطا لنجاحه ونحن في أشد الحاجة إلى صياغة العمل الطبي في الصورة الأقدر على تفهم البيئة الاجتماعية والعناية بكبر مشكلاتها كالأمراض المتوطنة والمعدية وسوء التغذية وأمراض الطفولة.... فالصورة الصحية غير المرضية التي ترى في الدول النامية ليس مرجعها ضعف العناية بهذه الاعتبارات قدر ما ترجع إلى أكبر عقبة تعوق التنمية الصحية وهي قلة الموارد المالية المتاحة [13].

ولا شك أن توفير الرعاية الصحية لجميع المواطنين في المجتمع العربي يعد مطلبا جوهريا لتحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية الشاملة فالتنمية الصحية جزء من التنمية المستدامة، وعلى الرغم من التقدم الملموس في

المجال الصحي في كثير من المجتمعات العربية إلا أن هناك أوجه نقص وقصور في هذا المجال [14] .

2 -**مجالات الخدمات الصحية:**

و يمكن تقسيم الخدمات الصحية إلى قسمين حسب نوعية الخدمة وهما : [15]

1 – الرعاية الصحية الأولية

2 – الرعاية الصحية الثانوية

أنواع الخدمات الصحية:

أ -**المستشفيات:** حيث يمكن أن يكو ن المستشفى حكوميا أو خاصا أو يتبع قطاعا خيريا أو أهليا أو يتبع منظمات دولية، وتضم المستشفيات العامة في العادة أقساما مختلفة وكادرا وظيفيا مهنيا متخصصا في الشؤون الطبية والإدارية والخدماتية.

ب – **المراكز الطبية :** حيث يحتوي المركز الطبي على بعض الخدمات الطبية مثل العيادات التخصصية والمختبر والأشعة والصيدلية، وفي العادة تكون هذه المراكز إما حكومية أو خاصة أو خيرية أو أهلية.

ج – **خدمات الإسعاف والطوارئ :** وهي تكون في العادة ضمن المستشفى أو المركز الطبي بحيث تقدم خدمة الإسعاف الأولي للسكان.

د – **مراكز رعاية الأمومة وال طفولة:** وتكون هذه المراكز في العادة تتبع القطاع الحكومي أو الخاص أو الأهلي وتقدم خدماتها العلاجية والوقائية للأم والأطفال.

ه – **مراكز التأهيل والرعاية** : وتشمل مراكز تأهيل المعاقين حركيا ومراكز تأهيل الصم والبكم والمكفوفين ومراكز تأهيل المدمنين ودور المسنين والعجزة.

و – **مراكز الطب المخبري** : وهي في العادة مراكز خاصة وتعني بالفحوصات المخبرية.

ز – **مراكز الأشعة الطبية** : وهي مراكز خاصة حيث تعني بالتصوير الإشعاعي الطبي على اختلاف مستوياته.

ح – **الصيدليات:** وهي المنشآت التي توفر الأدوية والمستحضرات العلاجية اللازمة للسكان وتتبع القطاع الخاص.

3- أهمية التخطيط المكاني للخدمات الصحية:

إن وجود الخدمات الصحية في مواضع ونقاط ثابتة ينتج عنه بعض الجور والظلم وعدم الإنصاف للسكان في مواقع أخرى، ولقد أثبتت الكثير من الدراسات بأن هناك علاقة ما بين المستوى الصحي للسكان والبعد عن مواقع الخدمات الصحية لذلك فإن المستوى الصحي يتحسن للسكان عن طريق:

أ -إعادة التوزيع الجغرافي لمواقع هذه الخدمات بحيث تكون أقرب ما يكون إلى مواقع الكثافة السكانية.

ب – إقامة وفتح مراكز خدمية صحية جديدة في مواقع جديدة مختارة بحيث تلبي حاجات السكان (16).

3- العلاقة بين المخطط المكاني والخدمات الصحية:

إن العلاقة بين المخطط المكاني الذي يمثل في العادة إدارة تخطيط المدن أو التخطيط الحضري في البلدية أو المجلس المحلي أو الإقليمي والخدمات الصحية وذلك من خلال تبادل المعلومات حيث تستطيع إدارة التخطيط المكاني إن تزود إدارة الخدما ت الصحية مثل معدلات نمو سكان المدينة والخصائص السكانية لهم، بالإضافة إلى الخصائص الاجتماعية

والاقتصادية وكيفية حركتهم وكذلك استعلامات الأراضي والمعلومات وكذلك الخطة العامة للمدينة والتي قد توثر على تخطيط الخدمات الصحية.

كما تساعد إدارة التخطيط المكاني للخدمات الصحية في اختيار وتخطيط وتوزيع خدماتها كالمستشفيات والعيادات الطبية ومراكز الأمومة والطفولة ودور الحضانة، وكذلك تحديد معايير

اختيار الموقع للمركز الطبي من حيث التربة واستعمالات الأراضي والمواصلات والبرامج التنموية المستقبلية.

كما تساعد إدارة الخدمات ا لطبية المخطط المكاني بتزويده بالمعلومات المفيدة التي يحتاجها من أجل أن يستطيع المخطط وضع مخطط الخدمات الصحية ضمن المخطط العام للمدينة وكذلك مساعدة مجلس المدينة البلدي على رؤية واضحة لسكانه والمرافق والخدمات التي توجد في المدينة مما يساعدهم على التخطيط المرتقبلي للمدينة.

ويمكن أن تعمل الخدمات الصحية مثل المستشفيات والمراكز الطبية على تجديد إحياء المدينة المختلفة، حيث أن هذه المرافق تشكل نواة للتنمية في هذا الحيز من خلال رفع الكفاءة ومستوى المعيشة وذلك من خلال إيصال شبكات البنية التحتية لهذه الأحياء بالإضافة إلى فتح فرص عمل من خلال الأعمال المساندة لمراكز هذه الخدمة من مدارس طبية ورعاية الطفل وعيادات ومختبرات ودور حضانة وصيدليات، مما يفتح فرص عمل جديدة ويساعد على تنمية هذه المنطقة (17) .

<u>ثانيا: الوضعية الصحية في الجزائر</u>

إن التغيرات الجذرية التي مست الس ياسة الصحية في الجزائر قد أثرت على قطاع الصحة، وهذا ارتباطا بتغير الظروف السياسية والاقتصادية والمؤشرات الديموغرافية للبلاد لقد سعت الدولة الجزائرية جاهدة لتحسين

الوضعية الصحية للمواطنين ويتجلى لنا هذا من خلال اهتمامها بصحة المواطن مهم كانت حالته الاجتماعي ة، وخير دليل على ذلك تطبيق مبدأ مجانية العلاج، هذا الأخير الذي كان من وراءه تقسيم جديد للمجال بخلق قطاعات صحية "حسب مرسوم فيفري 1973" (18). وهذا القضاء على مركزية العلاج، والتكفل الجيد بصحة السكان وعموما كل دائرة اختيرت لتكون على رأس عدد معين من البلديات بلعتبارها مقر القطاع الصحي، وقد اتبعت الجزائر هذا التقسيم من أجل تقريب مختلف الهياكل الصحية من السكان، وكذلك تسهيل عمل هذه الهياكل . ولهذا فالقطاع الصحي أصبح الهيكل القاعدي المنظم للنشاطات الصحية، وهو المحور الأساسي لتوزيع العلاج وكل قطاع صحي يتركز حوله مستشفى، كما يحتوي على تجهيزات صحية ويتمتع باستقلالية في التسيير.

اعتمادا على المعايير والمعادلات الوطنية التي جاءت بها الخريطة الصحية التي تمكننا من معرفة العدد الحقيقي للمستخدمين الصحيين الذين يسيرون هذه التجهيزات ويسهرون على تقديم الخدمات الصحية للمواطنين.

1 – الأمراض المنتشرة في الجزائر:

أ – الأمراض المعدية:

يمكننا القول بأن الأمراض المعدية هي تلك الأمراض التي تتمكن من الانتقال من شخص إلى شخص آخر إذا ما توفرت الشروط التالية:

- شخص مريض أو حامل للميكروب.
- شخص سليم عنده قابلية للإصابة بالمرض.
- بيئة مناسبة لانتقال العدو.

وحتى نتمكن من وقاية الشخص السليم من الإصابة بنوع من أنواع الأمراض المعدية فما علينا إلا أن تقوم بما يلي:

* القضاء على الميكروب المسبب للمرض، مثل الجراثيم.
* القضاء على العامل الناقل المرض، مثل الذباب والبعوض.
* منع الميكروب من الانتقال من مصدر العدوى إلى الشخص السليم.
* تقوية مناعة الشخص السليم ضد العوامل الممرضة وذلك بإتباع

أساليب الوقاية خاصة التلقيح ضد الأمراض المعدية السارية والتي نجد منها:

برنامج التلقيحات الواسعة : والتي قامت بها المصالح الصحية في الجزائر حيث نجد:

- في سنة 1968 التلقيح ضد داء السل وضد داء الجذري.
- في سنة 1969 التلقيح أصبح إجباري ومجاني ضد السل والدفتيريا والكزاز والسعال

الديكي. في سنة 1984 تم تبني البرنامج الواسع للتلقيحات.

<u>* داء السل:</u>

هو مرض مزمن ينتج عن العدوى بجراثيم السل وقد يصيب هذا المرض مختلف أجزاء الجسم وهو يصيب بصو رة رئيسية الرئتين ويقتل ما يقارب 02 مليون إنسان في كل سنة وقد تم تقدير تقرير من طرف منظمة الصحة العالمية مفاده انه ما بين سنة 2000 وسنة 2020 مليار شخص إصابة سل حديثة وأن 200 مليون شخص يصبحون مرضى و 35 مليون شخص سيموتون من السل إذا لم يكن هناك دعم وجهود لس يطرة على هذا المرض. أما في الجزائر فقد عرف هذا المرض تطورا في الفترة الممتدة ما بين 1990 و2004 حيث وصل في سنة 2004 إلى 60 مصاب من بين 10000 شخص (19).

*** داء الديفتيريا:**

الديفتيريا مرض معدي حاد يصيب الأغشية المخاطية في الأنف والحلق، وذلك نتيجة العدوى بجرثومة الديفتيريا، ويتميز هذا المرض بتكوين غشاء كاذب في الفم والحلق مما ينتج عن ذلك الالتهاب في الحلق والفم والأذن وأحيانا يمتد الالتهاب إلى القصبات الهوائية الحنجرة مما ينتج عن ذلك من اختناق وعدم القدرة على التنفس.

وقد عرف هذا الداء انخفاض خلال الثلاثة عقود الأولى بعد الاستقلال ليعود إلى الارتفاع في بداية التسعينيات و يرجع هذا الارتفاع إلى ظ هور حالات وبائية في منطقة الوسط والجنوب ، وقد تطور مرض الدفتريا في الجزائر في الفترة الممتدة من 1990 إلى غاية 2004[20] .

*** السعال الديكي:**

السعال الديكي أو الشاهوق عبارة عن عدوى حادة تصيب الممرات التنفسية العليا وتتميز بنوبات من السعال تأتي في سلسلة متكررة تسبقها شهقة، ولهذا سمي بالشهوق . وينتقل هذا السعال مباشرة باستنشاق رذاذ من سعال المصاب وبواسطة أشياء ملوثة به، ومدة الحضانة عادة ما تكون أسبوع وقد تطول هذه المدة وتصل إلى ثلاثة أسابيع، كما يجب أن يلقح جميع الأطفال ضد السعال الديكي في أبكر وقت ممكن، لأن المناعة الطبيعية في المولود الموروثة من الأم هي من المستوي الضعيف، ومن الموصى به مباشرة التلقيح ضد هذا المرض في وقت أبكر من التلقيح ضد الأمراض الأخرى وذلك من أجل إثارة حساسية جهازه إلى الجرعات التابعة وإلى أية إصابة من المحتمل وقوعها.

وقد تراجع هذا النوع من الأمراض المعدية وذلك بفضل التغطية الالقاحية وكذا الدور الفعال والمهم الذي قامت به الصحة المدرسية.

*** داء الكزاز:**

وهو مرض حاد ينتج عن تلوث ا لجروح بالجراثيم التي تحمل البذور، وهذه البذور تنمو موضوعيا في الجرح نفسه، وتنتج سما قويا يمتصه الجسم ويؤدي إلى تقلصات مؤلمة في العضلات وتقلص في عضلات الحنك وتشنجات متوترة، ويصيب الكزاز الأطفال المولودين حديثا في الأيام الأولى من حياتهم نتيجة تلوث الصرة أو عند قطع الحبل السري من جراء استعمال أدوات غير مطهرة أو عدم نظافة الطبيب أو القابلة أو الممرضة، وهذه الإصابة خطيرة جدا على الأطفال لهذه الأسباب تشمل الوقاية من هذا المرض التوعية الصحية الموجهة إلى كافة الناس، وإلى القابلات والممرضات .

وقد عرف هذا المرض انخفاض كبير خاصة في هذه السنوات بفضل التلقيح لكل الأطفال حتى سن 18 سنة وكل النساء في سن الإنجاب سواء كان ذلك في فترة الحمل أو بعد وضع الحامل لمولودها وذلك بواسطة استعمال التو كسيد والمصل المحصن. وقد عرف تطورا في الفترة الممتدة ما بين 1990 إلى غاية 2004 . [21]

*** داء الشلل:**

يعتبر هذا المرض من أخطر الأمراض المعدية التي لقت اهتمام كبير على المستوى العالمي والدولي وقد تم تسجيل أخر حالة إصابة بهذا المرض في سنة 1996 م وذلك بفضل الجهود الكبيرة المبذولة والتي لقيت نجاحا كبيرا ورائعا. هذا وقد تطور مرض الشلل في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 1990 إلى غاية 2004. [22]

*** داء الحصبة:**

يتميز هذا المرض بعدوى حادة، كما أنه واسع الانتشار في سن الطفولة ويتسبب هذا المرض عن الإصابة بفيروس الحصبة، ومن علامات الإصابة بهذا المرض ارتفاع في درجة الحرارة مصحوبة برشح وسعال ورمد . وقد عرف هذا المرض ارتفاعا متواصلا في الجزائر منذ الاستقلال إلى غاية سنة 1997م أين لوحظ انخفاض حالات هذا المرض وبعد إدخال المصالح الصحية التلقيح للمرة الثانية لكل الأطفال عند بلوغهم سن 06 سنوات [23] .

*** حمى التيفوئيد:**

وقد شهد هذا النوع من الأمراض المنتقلة عن طريق المياه انخفاضا خاصة في السنوات الأخيرة غير أنه يبقى يهدد الصحة العمومية وذلك راجع إلى النوعية السيئة للمياه الموجهة للاستهلاك البشري هذا من جهة ومن جهة ثانية إلى اختلاط قنوات صرف المياه بالقنوات الصحية. وللإشارة فقد تطور مرض التيفوئيد في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 1990إلى 2000 . [24]

*** التهاب الكبد الفيروسي:**

لازال هذا النوع من الأمراض المعدية يحصد الآلاف من الأرواح ويرجع ذلك إلى مجموعة كبيرة من الأسباب من أهمها قلة إذ لم نقل انعدام النظافة العامة وكذا انتشار العلاقات الجنسية الغير محمية وعدم تعقيم الأدوات الطبية ... الخ .

غير أنه في السنوات الأخيرة بدأت معدلاتها تتراجع في الجرائر وخاصة في الفترة الممتدة ما بين 1990 م و 2004.

وتطور مرض التهاب الكبد الفيروسي في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 1990 إلى غاية 2004. [25]

*** التهاب السحايا:**

هو عبارة عن مرض جرثومي حاد يبدأ بصورة مفاجئة ومن بين الأعراض التي تميز هذا المرض نجد ارتفاع في درجة حرارة الجسم وصداع شديد وتصلب في الرقبة والظهر غثيان وقيئ وطفح صغير الحجم على الجسم، ثم تتطور هذه الأعراض إلى هذيان وضعف عام وغيبوبة ثم ينتهي الأمر بالمريض إلى انهيار عام و صدمة. ويبقى هذا النوع من الأمراض المعدية في ارتفاع مستمر بالنسبة للجزائر.

وقد تطور مرض التهاب السحايا في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 1990 إلى غاية 2004.[26]

*** حمى المستنقعات:**

يعرف هذا النوع من الأمراض المعدية انخفاض مستمر حيث قدر عدد الحالات المسجلة في الجزائر ب 163 وذلك خلال سنة 2003.

*** السيدا:**

يبقى هذا الداء منتشر في الجزائر كما يصعب فيه الحصول على أرقام صحيحة وما وجد منه يكون تقريبي.

وقد تطور مرض السيدا في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 1995 م إلى غاية 2004 م، ووصل في السنوات الأخيرة إلى أرقام مرعبة، فبينما تراجع عدد المصابين في العالم فانه ارتفع في الجزائر وقدرت عدد الأشخاص المصابين بمرض السيدا بلغ إلى غاية 30 / 11 / 2011 1234 شخصا حيث عرفت هذه السنة وحدها تسجيل 64 حالة مقارنة بالسنة الماضية 2010 فقد سجلت 242 حالة [27].

ب- الأمراض المزمنة والمستعصية:

***أمراض القلب والشرايين:**

تحتل بلادنا المرتبة الأولى في صف الأمراض الغير معدية ففي سنة 2000 كان هذان المرضان مسئولان عن وفاة 33.33 % من الوفيات المصرح بها من طرف المعهد الوطني لصحة العمومية بعد أن قدرت هذه النسبة ب 16 % وذلك خلال سنة 1995 م .

كما تشير أخر الدراسات إلى وجود ما يقارب 07 مليون مصاب بأمراض القلب والشرايين والتي نجمت عن تغير في كل من العادات الغذائية والعمران والتدخين وغيرها من التطورات التي يشاهدها العالم اليوم وفي مقدمتها الجزائر.

*** الأمراض التنفسية:**

سجلت المصالح الطبية خلال سنة 2000 ما يقارب 600000 حالة ربو أي ما يعادل 02 % من مجموع سكان الجزائر خلال هذه السنة و200000 حالة التهاب القصبات الهوائية المزمن خلال نفس السنة ويرجع السبب الرئيسي في هذه الأمراض إلى ما خلفه التطور الصناعي من نتائج سلبية على البيئة (التلوث البيئي).

*** السرطان:**

إن ارتفاع معطيات المستشفيات وكذا نتائج سجلات السرطان، كشفت على أن نسبة هذا المرض من الأمراض المزمنة ما زال في ارتفاع مستمر في الجزائر ففي سنة 1998 تم تسجيل 1892 حالة جديدة في ولاية الجزائر وحدها وذلك بنسبة 78.06 لكل مئة ألف نسمة. أما في سنة 1999 فقد تم تسجيل 2270 حالة جديدة في ولاية الجزائر وحدها دائما وذلك بنسبة 100 حالة لكل مئة ألف نسمة، وفي حالة إسقاط العدد الأخير على المستوى

الوطني فإننا نجده يمثل 30 ألف حالة سرطان جديدة سنويا وهو ما قد ينعكس على حجم الوسائل المادية والبشرية التي يجب توفيرها لهذه الشريحة من المرضى.

كما كشفت الدراسات الطبية على أن مرض السرطان في ارتفاع مستمر بسبب الشيخوخة البطيئة للسكان وكذا تغير سلوك الفرد داخل المجتمع.

ج- الأمراض الحضرية :

*** الحوادث:**

يمكننا تقسيم الحوادث التي يتعرض لها الإنسان من الناحية الطبية إلى ثلاث أنواع من الحوادث وهي:

النوع الأول / حوادث المرور:

تعتبر الجزائر من أكبر الدول التي تعاني من كثرة حوادث المرور حيث يتم تسجيل 20 ألف حادث سنويا ينجر عنها حوالي 04 ألف قتيل بمعدل 11 قتيل يوميا و30 ألف جريح وهذا حسب إحصائيات 2001 وقد تم الحصول على هذه النسب من مديرية التقنين والشؤون العامة كما تم إرجاع أسباب هذه الحوادث إلى:

- السرعة الكبيرة.
- شبكة الطرقات.
- حظيرة السيارات.
- السياقة دون رخصة.
- الحصول على رخصة السياقة رغم عدم معرفة السياقة.

النوع الثاني / الحوادث المنزلية:

تعتبر فئة الأطفال أكثر الفئات عرضة لمثل هذا النوع من الحوادث ففي سنة 1998 قدرت نسبة الأطفال الذين تعرضوا إلى مثل هذا النوع من الحوادث ب 40 بالألف معظمهم أقل من 15 سنة .

النوع الثالث / حوادث العمل: تم إحصاء خلال سنة 1998 م حوالي 50542 حادث عمل تسبب في وفاة 929 شخص خلال هذه السنة.

*** الصحة العقلية :**

في الجزائر التكفل بالصحة العقلية يصطدم خاصة بنقص المراكز الخاصة المتخصصة والأخصائيين، حث نجد أن أكثر من نصف ولايات الوطن لا يملك مصالح مختصة في الأمراض العقلية، وقد قدر عدد الأطباء المختصين في الأمراض العقلية ب 350 طبيب من بينهم 194 طبيب مختص في القطاع العام و156 طبيب مختص في القطاع الخاص وأكثر من 120 طبيب غادروا البلاد، وعليه فإن انتشار عدد كبير من المرضى عقليا في الشوارع لأكبر دليل على هذا العجز من جهة، ومن جهة ثانية عدم القدرة على إحصائيات دقيقة حول هذه الفئة من المرضى لأنهم غير موجودين في المجتمع من حيث توفير حاجياتهم.

2 – الخدمات الصحية في الجزائر:

أما فيما يخص الخدمات الصحية فقد تمكنت الجزائر من تحقيق نتائج ايجابية ورائعة في تطوير الخدمات الصحية والقضاء على الموت الجماعي والتنقيص من عدد الوفيات، كما أن معدلات الأعمار في الجزائر قد بلغت مستوى عالي سواء كان ذلك بالنسبة للرجال أو النساء وجاء كل هذا التحسن نتيجة الجهود التي بذلتها الجزائر من أجل تحسين الأوضاع الصحية، وذلك من خلال وضع برنامج صحي سارت عليه وكانت نتائجه كما يلي:

1 – التراجع في الأمراض المعدية

2 – ظهور وارتفاع بعض الأمراض الغير معدية (المزمنة والمستعصية).

3 – ارتفاع في الحوادث والصدمات الناجمة عن العنف .

أما فيما يتعلق بالتوزيع الجغرافي للخدمات الصحية فانه يعتبر التوزيع الأمثل للخدمات في مدن العالم الثالث بشكل خاص من الأمور التي يصعب تطبيقها وذلك لأن مثل هذه المدن لا تنمو أصلا ضمن ضوابط واضحة ومحددة لاستعمالات الأرض كما أن غالبية هذه المدن لا يوجد لديها تصـــاميم أساسية مسبقة توجّه نمو المدينة بالشكل الذي يجب أن تنمو فيه (28).

وعليه نستنتج أن توزيع الخدمات الصحية على السكان في عموم القطر لم تحقق الأهداف المطلوبة في تحقيق الكفاءة الصحية، وعليه يمكن القول أن الجزائر لم تصل إلى الدرجة المطلوبة لكي تؤدي خدمتها الصحية بكفاءة جيدة مما يتطلب إعادة التوزيع المكاني وفق معايير منظمة الصحة العالمية ومعايير وزارة الصحة وعدالة التوزيع على مستوى القطاعات الصحية.

خاتمة:

إن الخريطة الصحية تبقى مثالية ولا يمكننا الوصول إلى تحقيقها، لأن المرضى لا يحترمون مثل هذه الأمور حيث أنهم يلجئون للتداوي أينما شاءوا تحكمهم في ذلك عدة عوامل منها، الأسباب الشخصية والمسافة والبحث عن الاختصاصات حيث أنهم يتجاوزون الحدود المرسومة على الخريطة الصحية ويرسمون مجال استشفائي خاص بهم. هذا اللاتوافق بين الحدود الجغرافية والمجال الحقيقي لطلب العلاج يؤكد لنا عدم وجود كافية محلية (سواء من

حيث الهياكل أو نقص الاختصاصات) ويبين أن عرض الخدمات الصحية لا يوافق الطلب عليها. كما أن التغيرات الجذرية التي تعرفها البلاد في السنوات الأخيرة تؤكد أن ميدان الصحة كغيره من الميادين الأخرى سوف يعرف سيطرة القطاع الخاص وهذا ما بدأ بالظهور فعلا، من خلال العيادات الصحية الخاصة، لذا يتحتم على القطاع العام أن يجد مكانا له، وأن يستعد للمنافسة وبالتأكيد البقاء سوف يكون للقطاع الذي يقدم أحسن الخدمات وبأقل الأسعار وبالتالي يتحتم على الدولة إعطاء الأولوية للصحة ونفض الغبار على هذا القطاع الخدماتي الحساس بغرض الوصول إلى خدمة أحسن للمواطن الذي يعتبر العنصر المتجدد لكل المجتمعات.

إن التخطيط الصحي هو الوسيلة التنظيمية لوضع برامج الرعاية الصحية "علاجية ووقائية" على جميع المستويات كما أنه الوسيلة الفعالة لتنسيق الخدمات الصحية بما يؤدي إلى تحقيق الأهداف بكفاءة عالية.

الهوامـــش:

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

2 – يحيى عبد الحسن فليح الجياشي، النمو الحضري وأثرة في اتجاهات التوسع العمراني في مدينة السماوة، رسالة ماجستير كلية الآداب جامعة القادسية،2008، ص5

3- فاطمة فهد حمادي، كفاءة الخدمات الصحية في مدينة بغداد وبعض المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية المؤثرة فيها أطروحة دكتوراه، المعهد العالي للتخطيط الحضري والإقليمي جامعة بغداد،2005،ص3.

4- منظمة الصحة العالمية، برنامج العمل العام الثامن، للفترة 90 – 1995، البنية الأساسية للنظم الصحية، جنيف، ص 86 .

5- محسن عبد الصاحب المظفر، التحليل المكاني للأمراض المتوطنة في العراق، دراسة في الأسس الجغرافية للتخطيط الصحي، الطبعة الأولى، بغداد، سنة 1979 ص 306.

6- أمين علي محمد حسن، التحليل المكاني للخدمات الصحية في الجمهورية اليمنية، دراسة في جغرافية الخدمات ،رسالة ماجستير، كلية الآداب ، جامعة عدن، سنة 2007، ص 3 .

7- أحمد فايز النماس: الخدمة الاجتماعية الطبية، دار النهضة العربية، الطبعة الأولى، بيروت،2000، ص 59 .

8- Cronin, Jr, & Tylor. S. 1992- "Measuring Service Quality: A reexamination and Extension. Journal of Marketing, 56, July, Pp., 55

9- أحمد فايز النماس : الخدمة الاجتماعية الط بية، دار النهضة للطباعة والنشر، الطبعة الأولى، بيروت، 2000. ص .ص 26-27 – 43.

10 عبد المجيد الشاعر، وآخرون: الرعاية الصحية الأولية، دار اليازوردي، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2000، ص11.

11- سلوى عثمان الصديقي : مدخل في الصحة العامة الرعاية الصحية من منظور والخدمة الاجتماعية المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية ، مصر ، 2002 ، ص.25

Rabah La géographie et la santé –Revue des sciences - Boussouf 12 humaines- université de Constantine –Algérie Publication de l'université de Constantine 1996- n 07 .

13- بشير تيجاني : التحضر والتهيئة العمرانية في الجزائر ، ديوان المطبوعات الجامعية، 2000 ، ص .58

14- المرجع السابق، ص .58

15- وزارة الصحة الفلسطينية، 2001.

16- المومني صدقي: التخطيط الإقليمي وأثره على الأداء الكلي للمرافق و الخدمات العامة، دراسة تحليلية للمرافق الصحية في محافظة الطفيلة، مؤتة للبحوث والدراسات، العدد 6، عمان، 1994 ، ص .32

17- دويكات قاسم: أنظمة المعلومات الجغرافية، جامعة مؤتة ، 2000 ، ص 21 .

18 – د/رابح بوصوف : أقاليم المستشفى، دكتوراه دولة في الجغرافيا الصحية ، جامعة نابولي، مارس 1998 ، ص 35 .

19 - MSPRH ET INSP, maladies transmissibles en Algérie 1990-2004 .

20 - MSPRH ET INSP, maladies transmissibles en Algérie 1990-2004.

21 - MSPRH ET INSP, maladies transmissibles en Algérie 1990-2004.

22 - MSPRH ET INSP, maladies transmissibles en Algérie 1990-2004.

23 - MSPRH ET INSP, maladies transmissibles en Algérie 1990-2004.

24 - MSPRH ET INSP, maladies transmissibles en Algérie 1990-2004.

25 - MSPRH ET INSP, maladies transmissibles en Algérie 1990-2004.

26 - MSPRH ET INSP, maladies transmissibles en Algérie 1990-2004.

27 - MSPRH ET INSP, maladies transmissibles en Algérie 1990-2004.

28 – يوسف حماس :تحليل العملية الإدارية في بعض المستشفيات العراقية، مجلة البحوث الاقتصادية، العدد1 ، تشرين الأول 1975 ، ص20.

28 - médias, édition l'Harmattan, 1998, page 40