وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم الاجتماع والديموغرافيا

مطبوعة بيداغوجية

مقياس صحة السكان

موجهة لطلبة: السنة الاولى ماستر تخصص السكان والصحة

إعداد: د. سايح سويح

السنة الجامعية: 2023-2024

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
People's Democratic Republic of Algeria

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة الجزائر 2
-أبو القاسم سعد الله-
- كلية العلوم الاجتماعية -

Ministry of Higher Education and Scientific Research
Algiers 2 University
ABOU ELKACEM SAADALLAH
FACULTY OF SOCIAL SCIENCES

مستخرج من محضر اجتماع المجلس العلمي للكلية

وافق المجلس العلمي للكلية بجلسته المنعقد بتاريخ 2024/06/02 على مطبوعة الأستاذ(ة): سايح سويح قسم علم الاجتماع والديمغرافيا الموسومة بـ: " **مقياس صحة السكان** " موجهة لطلبة السنة الأولى ماستر ل.م.د تخصص: **السكان والصحة** للسنة الجامعية 2023-2024.

سلم هذا المستخرج بطلب من المعني (ة)لاستخدامه فيما يسمح به القانون.

العميد

رئيس المجلس العلمي

Scanné avec CamScanner

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الجزائر-2- أبو القاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم الاجتماع والديمغرافيا

مستخرج من محضر اللجنة العلمية للقسم

بناءً على تقارير الخبرة الإيجابية وافقت اللجنة العلمية للقسم في جلستها المنعقدة يوم: **26 ماي 2024** على تبني مطبوعة الأستاذ: **سايح سوح** الموسومة بـ: "**مقياس صحة السكان** " مطبوعة موجهة لطلبة السنة-1- ماستر ل.م.د تخصص السكان و الصحة للسنة الجامعية: **2024/2023**.

سلم هذا المستخرج بطلب من المعنية لاستعماله في حدود ما يسمح به القانون.

الجزائر في: 2024/07/02

رئيس اللجنة العلمية

أ.د/ حرابرية عتيقة

رئيسة اللجنة العلمية لقسم

علم الاجتماع و الديمغرافية

Scanné avec CamScanner

بسم الله الرحمن الرحيم

فهرس المحتويات

العنوان		الصفحة
مقدمة		أ–ب
المحور الأول: صحة الأسرة والعوامل المؤثرة فيها		
أولا	مفاهيم أساسية	5
ثانيا	ماهية الأسرة	12
ثالثا	مفهوم الصحة	14
رابعا	العوامل المؤثرة على صحة الأسرة	25
خامسا	الرعاية الصحية للأسرة	27
المحور الثاني: مكونات صحة الأسرة.		
أولا	صحة الأم	31
ثانيا	متطلبات الأمومة الآمنة	35
ثالثا	الرعاية الصحية للمولود	46
رابعا	صحة الطفل	50
خامسا	وفيات الأطفال	60
المحور الثالث: الشباب والصحة.		
أولا	الحالة الصحية للشباب	64
ثانيا	الممارسات الضارة (الادمان، إدمان الأنترنت، تعاطي المخدرات، التدخين...)	66
ثالثا	الصحة الإنجابية والأمراض المنقولة جنسيا	75
المحور الرابع: صحة كبار السن.		
أولا	مفهوم الشيخوخة	81
ثانيا	معدلات كبار السن	82
ثالثا	مشكلات مرحلة الشيخوخة:	86
رابعا	احتياجات الشيخوخة:	90
خامسا	الحالة الصحية لكبار السن وتوفر الخدمات	91

سادسا	بعض أنماط الرعاية الموجهة للمسنين	**95**
سابعا	رعاية كبار السن بالجزائر	**97**

فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	تصنيف المراكز الصحية وخصائصها حسب منظمة الصحة العالمية	24
08	مؤشرات مقاييس الجسم التي يشيع استخدامها في نظم الرصد التغذوي	54

فهرس الأشكال

رقم الشكل	عنوان الشكل	الصفحة
01	يوضح العلاقة بين نموذج الصحة ونموذج المعالجة	16
02	يبين توزيع الوفيات دون سن الخامسة حسب المناطق والتركيبة العمرية لسنة 2015	60

مقدمة

تحتل صحة السكان في عالم اليوم مكان الصدارة من حيث أهميتها لذا سخرت كل الدول الوسائل المادية والمعنوية من أجل حفظ وتعزيز صحة السكان، بل التحضير لاستقبالهم ضمن مجتمع تسوده معالم الصحة والعافية، والتهيئة لمعيشتهم ضمن أسرة يخيم عليها السعادة والرفاهية، ومرافقتهم في دورة حياتهم من المهد ثم أطفالا وبالغين وكهولا وشيوخا، ثم ضمان تسليمهم لمرافق الحياة الصحية إلى الأجيال التي تليهم.

لذا جاءت هذه المطبوعة البيداغوجية الموسومة بـ" صحة السكان" التي هي في الأصل عبارة عن مادة مقررة على طلبة السنة أولى ماستر السكان والصحة نظام ل.م.د، مندرجة ضمن وحدات التعلم الأساسية للسداسي الأول والثاني، الغاية منها حسب ما جاء في وصف المادة المشار إليها ضمن عرض التكوين، أن" تتناول القضايا الهامة الراهنة بالمناقشة والتحليل في مجال صحة الأسرة والسكان، كما تركز على الأم في سن الإنجاب والمخاطر التي تواجهها خلال هذه المرحلة والصحة الإنجابية، والمشاكل الصحية التي تعترض الأطفال خاصة حديثي الولادة وكذا معدلات الوفيات التي تكون مرتفعة بالنسبة لهذه الفئة ومصادر الخدمات الصحية المختلفة مثل برامج مراقبة النمو والتطعيم ومكافحة الإسهال، والإرضاع والفطام وتغذية الطفل والبرامج التثقيفية للأسرة، كما يتناول صحة الشباب والممارسات الضارة مثل: (التدخين، تعاطي المخدرات، والأمراض الجنسية المعدية...)، وأخيرا فئة المسنين والمشاكل الصحية التي تعترضهم[1].

وقد رأينا أن تكون محاور المطبوعة متماشيا مع وصف المادة وفق ما جاء في عرض التكوين من جهة، وفي نفس الوقت منسجمة مع الأبعاد الابستيمولوجية ذات الصلة بعلم السكان والصحة كتخصص علمي قائم بذاته، انطلاقا مما توفر من دراسات وأبحاث في الموضوع، بغية مناقشة جملة من القضايا الإشكالية التي تنطوي عليها هذه المادة، وهذا انطلاقا مما تشكل لدينا من معطيات ذات صلة بالمعرفة السكانية والصحة حول هذه المادة الدراسية، وبحكم تخصصنا في الديموغرافيا من جهة أخرى، وتدريسنا لهذه المادة طيلة ثلاثة مواسم جامعية متتالية.

---

[1] أنظر وصف " **مادة صحة السكان**"، ضمن عنوان وحدات التعليم الأساسية للسداسي الأول والثاني الخاص بعرض تكوين ماستر السكان والصحة، للسنة الجامعية 2017-2018.

وقد جاءت هذه المطبوعة ضمن أربعة محاور أساسية إضافة على مقدمة وخاتمة وقائمة للمراجع، جاءت موزعة على النحو الآتي:

المحور الأول: مدخل تمهيدي لصحة الأسرة والعوامل المؤثرة فيها، تم التطرق فيه لبحث ماهية الأسرة، ثم مفهوم الصحة، ثم العوامل المؤثرة على صحة الأسرة، ليخصص آخر جزء لبحث الرعاية الصحية للأسرة.

المحور الثاني :خصص لتناول مكونات صحة الأسرة، وجاء تقسيمه إلى جزأين، خصص **الجزء الأول** لتوضيح صحة الأم ضمن ثلاثة أبعاد مستعرضا وشارحا: الأمومة الآمنة، وفيات الأمهات، تنظيم الأسرة. **أما الجزء الثاني** فتضمن صحة الطفل بأبعاده التالية: الحالة التغذوية والمقاييس الصحية للأطفال، الرعاية الصحية للطفل (الرضاعة الطبيعية، التطعيم)، أمراض الأطفال والإعاقة، وفيات الأطفال.

المحور الثالث: الشباب والصحة، وتم فيه التطرق لبحث ثلاثة عناصر أساسية وهي: الحالة الصحية للشباب، الممارسات الضارة (التدخين، تعاطي المخدرات،....)، الصحة الإنجابية والأمراض المنقولة جنسيا.

المحور الرابع: صحة كبار السن، تم في هذا المحور بحث معدلات كبار السن، والحالة الصحية لكبار السن وتوفر الخدمات وفيها تم التطرق إلى: انتشار الأمراض المزمنة والتغطية الصحية والعلاج، والمشاكل الصحية التي تعيق النشاط اليومي للمسنين.

وختاما أرجو أن تحقق هذه المطبوعة المتواضعة هدفها العلمي بالنسبة للطلبة والدارسين المهتمين بمجال السكان والصحة، أو الديمغرافيا، أو العائلة والسكان.

المحور الأول: صحة الأسرة والعوامل المؤثرة فيها.

أولا: مفاهيم أساسية

ثانيا: ماهية الأسرة

ثالثا: مفهوم الصحة

رابعا: العوامل المؤثرة على صحة الأسرة

خامسا: الرعاية الصحية للأسرة

الأهداف التعليمية

بعد الانتهاء من دراسة هذا المحور، يتوقع أن يكون الطالب قادر على:

- التعرف على مختلف المفاهيم الأساسية التي يمكن تناولها مثل المجتمع الرعاية الصحية..الخ
- استيعاب مختلف تعاريف الأسرة، وتصنيفها.
- القدرة على إدراك مفهوم الصحة.
- معرفة العوامل المؤثرة على صحة الأسرة.
- توضيح أهمية الرعاية الصحية للأسرة.
- استيعاب أسس ومرتكزات الرعاية الصحية للأسرة.

أولا: مفاهيم أساسية:

يكاد يجمع كل الباحثين على وجود اختلافات في الدلالات المفاهمية لأغلب مجالات المعرفة الإنسانية، نظرا إلى تعدد المسالك النظرية التي يعتمد عليها كل باحث في دراسته لمفهوم معين، بالطريقة التي تؤدي إلى صياغة تعريف يكون جامع ومانع. وهذا ما نلاحظه عند التطرق إلى المفاهيم التي تتعلق بالوحدة المدرسة.

1. المجتمع:

يعتبر مفهوم المجتمع هو الآخر من أكثر المفاهيم التي لم يتم الاتفاق حول معناها حيث درست هيلري عام 1955 أربعة وتسعين تعريفا للمجتمع، وحاول غيرها وضع التعريف النهائي، ولكن لا يوجد حتى اليوم تعريف واحد للمجتمع يتفق عليه علماء الاجتماع[1].

ونظرا لتعدد وتنوع التعريفات للمجتمع سنورد أهمها:

يفسر **ابن خلدون** نشوء المجتمع البشري بحاجة البشر للاجتماع والتعاون فالإنسان مدني بالطبع" أي لا بد له من الاجتماع الذي هو المدنية في اصطلاحهم وهو معنى العمران"[2].

كما ينظر البعض إلى المجتمع من حيث الأعمال التي تؤدى حسب **(وارن وميلري 1963)**: " بأنه تجميع وحدات اجتماعية وأنظمة تقوم بعمل اجتماعي كبير له وضع معروف"[3].

والبعض يرى المجتمع بموقعه الجغرافي: " المجتمع هو منطقة جغرافية تتصف بعوامل اجتماعية وثقافية وبيئية" حسب مايرى أتوهين وتينجل[4].

كما يرى بأنه عبارة عن مجموعة من الأفراد المتواجدين في منطقة جغرافية معلومة الحدود تربط بينهم اهتمامات مشتركة وروابط معينة محكومة بعادات وتقاليد وقوانين وشرائط دينية وتفاعل إنساني.

أو أنه "كل مجموعة أفراد تربطهم رابطة ما معروفة لديهم ولها أثر دائم أو مؤقت في حياتهم وفي علاقاتهم مع بعض"[5].

– كما تجدر الإشارة في هذا السياق إلى مفهوم المجتمع عند تالكوت بارسونز إذ نجده يميز بين ثلاثة أنواع من المجتمعات: المجتمعات البدائية، المجتمعات الوسيطة والمجتمعات الحديثة وهذه

---

[1] حسين عبد الرزاق الجزائري وآخرون: **تمريض صحة المجتمع**، أكاديميا إنترناشيونال للنشر والطباعة، لبنان، 2006، ص 14.

[2] جمال شعبان وآخرون: **فكر ابن خلدون الحداثة والحضارة والهيمنة**، ط 2، مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت، 2010، ص76.

[3] حسين عبد الرزاق الجزائري وآخرون: مرجع سابق، ص 14.

[4] نفس المرجع السابق، ص 13.

[5] علي عبد الواحد وافي: **علم الاجتماع**، نهضة مصر للطباعة والنشر والتوزيع، مصر،1990، ص16.

الأخيرة هي التي يدرسها علم الاجتماع. وحسب بارسونز هذا الاختلاف لا يمثل اختلافهم في تحديدهم لمفهوم المجتمع، لأنه بالنسبة له أي المجتمع هو "نسق اجتماعي مرتبط بالبيئة التي تساعده على الاستمرار والاكتفاء الذاتي وأنه يتكون من المكونات البنائية التالية:

- القيم التي تحافظ على وظيفة النسق الاجتماعي.
- المعايير التي تنظم العمليات المساهمة في بلورة نمط القيم الاجتماعية.
- الجماعات الاجتماعية التي تهتم بتحقيق أهداف المجتمع.
- الأدوار الاجتماعية التي تساعد الأفراد على تحقيق تكييفهم الاجتماعي للمحيط الذي يعيشون فيه"[1].

وللمجتمع ترتيب ديموغرافي وهو على النحو التالي:

-هناك أشكال للمجتمع مرتبطة بالترتيب الديموغرافي وهي على النحو التالي:

* **المجتمع الأمثل:** يتميز هذا النوع من المجتمع بتركيبة مثلى ومتوازنة بين عدد الأفراد المكونين له وهو عكس المجتمع مكتظ الأفراد والمجتمع المؤلف من قلة بشرية.

* **المجتمع الثابت:** ويتكون من سكان معدل نموهم السنوي ثابت والتركيب العمري ثابت، غير متغيرين بحكم أن المعدل العام للولادات والوفيات ومعدل الوفيات حسب التركيب العمري يبقى ثابتا لمدة طويلة.

* **المجتمع المستقر:** وهو مجتمع يكون معدل نمو سكانه سلبيا نظرا لتساوي معدل الولادات والوفيات ووجود توزيع متعادل في التركيب العمري غير المتغير.

* **المجتمع الهرم:** وهو مجتمع يضم نسبة عالية من الأفراد المعمرين مع ضعف في معدل النمو الديموغرافي العام لفئتي الأطفال والقوى البشرية العاملة في مرحلة العمر المنتجة.

2. الطفولة:

ليس من اليسير وضع تعريف جامع مانع للطفولة وذلك لأن حياة الإنسان وحدة متصلة ومتداخلة، وان النظر إليها مجزأ في مراحل عمرية مختلفة لا يمكن تحقيقه على أرض الواقع بل فقط يمكن كناحية إجرائية لبحث ولفهم نمو وتطور الإنسان أن يقسم عمره تقسيماً إجرائيا إلى مراحل مختلفة" طفولة، شبابا، رجولة، شيخوخة وكهولة، وأيضا فإنه من الصعوبة بمكان الاتفاق على مرحلة زمنية بعينها كنهاية لمرحلة الطفولة في حين يمكن الوصول إلى شبه اتفاق عن بداية هذه المرحلة.

ويمكن إرجاع صعوبة تحديد مفهوم الطفولة إلى العوامل الرئيسية التالية:

[1] معن خليل عمر: **انشطار المصطلح الاجتماعي**، ط 2، دار الأمل للنشر والتوزيع، الأردن، 1994، ص ص 65-66.

– **لم يتمكن المختصون والمتخصصون من الوصول إلى رأي قاطع حول اعتبار مرحلة ما قبل الولادة،** بحيث اختلف العلماء والمشرعون حولها فمنهم من يعتبرها جزءاً لا يتجزأ من مرحلة الطفولة، وركزت على أهمية تقديم الرعاية اللازمة للطفل قبل ولادته، أما المشرعون ورجال الدين وبعض الباحثين فيطلقون اسم الجنين على الطفل قبل ولادته ويعتبرون ساعة ولادة الطفل هي ساعة بداية عمره الزمني وبداية اعتبار مرحلة الطفولة.

– **ليس من اليسير وضع حد فاصل دقيق بين نهاية مرحلة الطفولة وبداية مرحلة الشباب** لأن الأطفال يختلفون في نموهم، وهناك فروق فردية لبلوغ مرحلة الشباب، فمثلا قد يصل العمر الزمني للطفل مرحلة الشباب، ولكن عمره العقلي لا يزال دون ذلك، وقد يصل العمر الاجتماعي إلى مرحلة الشباب وتحمل مسؤوليات اجتماعية ترتبط بمرحلة الشباب في حين لم يبلغ الطفل العمر الزمني لمرحلة الشباب.

– **إن حياة الإنسان ونموه يعتبران وحدة متصلة الحلقات وأن تجزئتها إلى مرحلة دقيقة هو أمر اصطلاحي إجرائي،** ولا ينتقل الطفل من مرحلة نمو إلى أخرى انتقالا فجائياً أو عن طريق الطفرة، فهو لا يصير شابا بين يوم وليلة، وإذا تبدأ نهاية مرحلة الطفولة تدريجياً وتبدأ مرحلة الشباب تدريجياً، فكل مرحلة من مراحل نمو الكائن البشري تمثل اتصالا واستمرار لخصائص مرحلة النمو السابقة لها وتعتبر أيضا تمهيداً وبداية لخصائص ومميزات مراحل النمو اللاحقة لها.

– **إن طول أو قصر فترة الطفولة مرتبطة ارتباطاً وثيقا بظروف المجتمع والفترة اللازمة لتأهيل الفرد لمرحلة الشباب والإنتاج،** حيث أن مرحلة الطفولة في المجتمعات البدائية والمتخلفة تنتهي في فترة زمنية مبكرة من حياة الفرد عنها في المجتمعات المتقدمة، فالكائن الإنساني في المجتمعات البدائية وبعض المجتمعات المتخلفة يحمل مسئوليات أسرية واجتماعية واقتصادية في سنوات مبكرة من عمره. في حين تعتبر المجتمعات المتقدمة هذه المرحلة العمرية المبكرة من عمر الإنسان مرحلة أساسية من عمر الطفل الذي لا يزال في طور الإعداد.

وعلى الرغم من صعوبة الوصول إلى تعريف جامع مانع للطفولة فإن محاولات بذلها العلماء والمتخصصون في رعاية الطفولة من أجل الوصول إلى تعريف يحدد مرحلة الطفولة بحيث يسهل من خلالها معرفة هذه الفئة وبالتالي رعايتها، ويمكن حصر أهم هذه التعريفات لمرحلة الطفولة في التالي:

أ-الطفولة لغة تعني المولود وجمعها أطفال[1]:

ب- يعرف روبرت شال وإليزابيث هال[2] الطفولة بأنها المرحلة التي تبدأ من بعد سن الثانية أي بعد مرحلة الرضع وتستمر حتى بلوغ الرضيع سن الثانية تقريباً حيث يبدأ الأطفال في تعلم بعض مفردات اللغة ورموزها.

ويقسم روبرت شال وإليزابيث هال مرحلة الطفولة إلى:

- **الطفولة المبكرة Early Childhood** وتبدأ هذه المرحلة من عصر الطفل عند بلوغه سن الثانية وتستمر حتى سن السادسة ويقسم مرحلة الطفولة وفقاً لذلك إلى المراحل التالية:

- **الطفولة المتأخرة Late Childhood** وتبدأ عند بلوغ الطفل سن السادسة وتنتهي بنهاية السنة الثانية عشرة من عمره.

في حين يعرف أولسون الطفولة بأنها المرحلة التي تبدأ منذ الولادة وحتى بلوغ الطفل سن الثالثة عشر ويقسم مرحلة الطفولة وفقاً لذلك إلى المراحل التالية:

أ-حديث الولادة: وهي المرحلة التي تبدأ منذ اللحظة الأولى للولادة وحتى الأسبوعيين الأولين من عمر الطفل.

ب-الرضع: وهي المرحلة التي تستمر بعد مرحلة حديثي الولادة وحتى بلوغ الطفل

ج-الطفولة المبكرة:

وتبدأ من بلوغ الطفل السنة الأولى من عمره وحتى بلوغه سن ست سنوات، ويرى أولسن أن مرحلة الطفولة المبكرة تتميز بالنمو السريع في شتى الأبعاد الجسمية والعقلية، ففي هذه المرحلة يتعلم الطفل المشي وتناول الطعام، كما أنه يفطم من الرضاعة ويتعلم الكلام وتتخذ عملية التخلص من الفضلات عنده صيغة اجتماعية، وينمي مدركاته عن العالم الخارجي المحيط به، ويرتبط انفعالياً برفاقه ويأخذ في التمييز بين الصواب والخطأ.

د-مرحلة الطفولة الوسطى:

وتبدأ عند بلوغ الطفل سن السادسة وحتى بلوغه سن العاشرة من العمر، ويضمن النمو فيها تعلم المهارات الجسمية اللازمة للألعاب العادية ولتكوين الاتجاهات الاجتماعية وتعلم الوفاق مع الغير، وممارسة الأدوار الاجتماعية وتنمية المهارات الأساسية في القراءة والكتابة والحساب والمفاهيم الضرورية للحياة اليومية.

---

[1] Robert Schell and Elizabeth Hall. **Development Psychology Today**, Third edition, Random House, New York, 1979, P 202.

[2] ويلارد أولسون: **تطور نمو الأطفال**، ترجمة إبراهيم حافظ وآخرون، عالم الكتب، القاهرة، 1962، ص 25.

هـ-مرحلة الطفولة المتأخرة:

وهي المرحلة التي تبدأ من بلوغ الطفل عشر سنوات من العمر وحتى بلوغه الثالثة عشرة من العمر، ويتميز نشاط النمو لدى الطفل في هذه المرحلة بأنه استمرار لما حدث في مراحل الطفولة المتوسطة، كما يتميز أيضاً بالنمو الجسمي والعقلي السريعين وبظهور الخصائص الجنسية[1].

أما هنري سيلفر[2] يعرف الطفولة بأنها المرحلة التي تبدأ منذ الولادة وتستمر حتى سن الثانية عشر، ويقسم مرحلة الطفولة إلى المراحل التالية:

أ-مرحلة الرضيع: وهي التي تبدأ منذ الولادة وحتى بلوغ الطفل الشهر الثامن عشر من عمره، ويرى أن هذه المرحلة تعتبر من المراحل المهمة في حياة الطفل واستمرارية وجوده.

ب-الطفولة المبكرة: وتبدأ من الشهر الثامن وحتى سن خمس سنوات حيث يتعلم الطفل الكثير من المهارات ويوسع من محيطه الاجتماعي ويبدأ نوعاً من العلاقات الاجتماعية والفهم لكثير من الأمور الحياتية.

ج-الطفولة المتأخرة: وتبدأ ببلوغ الطفل خمس سنوات من عمره وتستمر حتى بلوغه اثنا عشرة سنة، ويحقق الطفل في هذه المرحلة نمواً جسمياً وعقلياً سريعين، ويتعرف على الكثير من الأمور الاجتماعية ويتحصل على الكثير من المعلومات والمهارات ويكون أكثر قدرة على تكوين علاقات مع الغير.

3.الشباب:

يختلف الباحثون في تحديد مفهوم الشباب، حيث هناك من يميل إلى البعد الزمني في تحديده: « إن الشباب فترة زمنية تبدأ من 16- 25 سنة باعتبارها الفترة التي يكتمل فيها النمو الجسمي والعقلي على نحو يجعل المرء قادرا على أداء وظائفه المختلفة »[3]، غير أن هذا المفهوم يستخدم إطارا بيولوجيا في الغالب يعتمد أساسا فكرة النضج البيولوجي، وبذلك فهو يحدد فترة الشباب من جانب عضوي أي كل ماله علاقة بالتطور البيولوجي لدى الفرد، حيث يؤكد البيولوجيون أن نقطة بداية الفترة تتمثل في حدوث تحولات واسعة وعميقة في ملامح جسم الشباب، إذ تتلاشى عندها الرهافة ودقة السمات المميزة للطفولة وتحل محلها حالة من الفضاضة النسبية الناتجة من اختلاف نسب أعضاء الجسم و أطرافه خاصة اليدين والساقين، ولكن فترة الشباب لا

[1]Henry Silver, **Current Pediatric Diagnosis and Treatment**, Third edition, Lange Medical, California, 1979, PP. 36-38.

[2] مصطفى الخشاب: **دراسات في علم الاجتماع العائلي**، ط 1، القاهرة، 1957، ص ص 11-13.

[3] محمد علي محمد: **الشباب العربي والتغير الاجتماعي**، دار النهضة العربية، بيروت، 1985، ص 25.

تتضمن التغيرات البيولوجية فحسب، بل تتضمن أيضا تغييرات بيئية، نفسية، تجعل الشباب أهم فئة في المجتمع.

وهناك من يعرف الشباب انطلاقا من بعض المواصفات والخصائص التي تطبق كمقياس على أفراد المجتمع، بحيث نستطيع تمييز فئة الشباب عن غيرها من الفئات بغض النظر عن مرحلة العمر[1].

ويتحدد مفهوم الشباب أيضا على أساس فكرة المسؤولية، فلا يصبح الشاب مكتملا ناضجا إلا إذا تحمل مسؤولية معينة، لأن الشباب الذي لا يقوم بأي دور في المجتمع يفشل في اكتساب الإحساس بالمسؤولية الذي يتعرض له الفرد في انتقاله من مرحلة الطفولة إلى الرجولة، كما أنه يجب ألا نتجاهل العناية بالنضج النفسي الذي يتعرض له الفرد خلال هذه المرحلة، ويكون ذلك على أساس دراسة الاحتياجات والسمات النفسية للشباب باعتباره فئة اجتماعية محددة، فقليلا ما يهتم الشباب في بداية مرحلتهم هذه بإظهار قدراتهم ومواهبهم وتحقيق ذواتهم، باعتبارهم محكومين بالتركيب أو بالبيئة الاجتماعية التي نشأوا فيها وما تصطبغ به هذه البيئة من عادات وتقاليد وقيم وأعراف، وهذا ما يعتبره الشباب أنه تعقيدا لحياتهم قد يؤدي إلى ظهور انحرافات اجتماعية وخلقية لديهم، وفيما يلي ندرج بعض التعاريف والمفاهيم الخاصة بالشباب والعاكسة لأبعاد مختلفة وهي:

البعد النفسي والنفسي الاجتماعي: يحدد المختصون في هذا المجال بداية مرحلة الشباب ونهايتها بمدى اكتمال البناء الدافعي، فإذا ولد الفرد كتكوين بيولوجي، فإنه كذات أو كهوية يكتمل بناؤه إذا استوعب مجموعة التوجيهات القيمية الكائنة في السياق الاجتماعي من خلال عملية التنشئة الاجتماعية التي تقوم بها النظم الاجتماعية المتعددة وعلى مراحل متتابعة.

ويرى علماء النفس أن الشباب يبدأ مع الولادة الثانية وهي البلوغ أي المرحلة التي تبرز فيها مظاهر جديدة من الميولات، وأهمها الميولات الجنسية وغيرها من القوى الحيوية والنشاط والتبديل في مظاهر الحياة.

وغالبا ما يتم ربط هذا المفهوم بمرحلة المراهقة، وهذا ما يجعلنا أمام صعوبة تحديد مفهوم الشباب، وهذه الصعوبة أثرت أيضا في صعوبة تحديد هذه الفترة من بدايتها إلى نهايتها، فهناك من يحدد بدايتها بسن 13 سنة ونهايتها إلى 27 سنة، والبعض يحدد البداية من سن 14 سنة إلى

[1] نفس المرجع السابق، ص 26.

سن 27 سنة، ويرى البعض الآخر أنها تغطي فترة ما بين 17 سنة ونهايتها إلى 30 سنة فمن الصعب تحديد هذه الفترة[1].

- البعد الاجتماعي:

يعرف علماء الاجتماع أن فترة الشباب تبدأ حينما يحاول المجتمع تأهيل الشخص الذي يمثل مكانة اجتماعية ويؤدي دورا في بنائه، وتنتهي حينما يتمكن الشخص من احتلال مكانته وأداء دوره في السياق الاجتماعي وفقا لمعايير اجتماعية.

وإذا عدنا إلى التعريف السوسيولوجي للشباب نقتصر على ذكر ما جاء به جون ماري ميغنون **Jean Marie Mignon** في كتابه" **Jeunesse unique, jeunesse encadrée**" **شباب مؤطر، شباب أوحد** " يرى أن في المجتمعات العصرية مقياس العمر له أهمية في تحديد عمر الشباب وذلك بالاختلاف الموجود حسب الجنس ونوعية النشاط، فعمر الشاب يمكن تحديده بالعمر المدرسي من 10-18 سنة كما يمكن تحديده من 35-40 سنة وهذا عندما يتحرر الفرد من سلطة الوالدين ويصبح مالكا لحقوقه وتصرفاته[2].

- البعد الديمغرافي:

يستند علماء هذا المجال في تحديد فترة الشباب إلى معيار العمل الذي يقضيه الفرد داخل المجتمع ويختلفون حول بداية هذه الفترة ونهايتها، فيرى بعضهم أنها تبدأ قبل سن العشرين، ويرى آخرون أنها الفترة الممتدة بين سن الخامسة عشرة والخامسة والعشرون عاما، وهي المرحلة التي يؤكد فيها الشباب دوره الاجتماعي بانتقاله من مرحلة التكوين إلى العمل، في حين أن غيرهم يرى أنها الفترة الممتدة بين سن الخامسة عشرة والثلاثين، حيث يكتمل نمو الفرد ويصبح بذلك مؤهلا لأداء دوره الاجتماعي[3].

كما عرفت منظمة الصحة العالمية الشباب بأنها مرحلة أو فترة النضج الفسيولوجي والنفسي والاجتماعي المصاحبة لانتقال الشخص من الطفولة إلى البلوغ وتسمى بمرحلة المراهقة.

وقد اختلفت الآراء في تحديد الفئة العمرية لمرحلة الشباب فإن منظمة الصحة العالمية قد حددتها بالفئة العمرية ما بين 15-24 سنة، في حين نجد أن استراتيجية الشباب المنبثقة عن

---

[1] بوجلال عبد الله محمد: **الإعلام والوعي الاجتماعي لدى الشباب الجزائري**، رسالة دكتوراه في الإعلام، جامعة القاهرة، كلية الإعلام، قسم العلاقات العامة والإعلان، جانفي 1989، ص 73.

[2] مليكة لبديري: **ظاهرة لجوء الشباب لإعلانات الزواج عبر الصحافة في المجتمع الحضري الجزائري**، دراسة ميدانية حول أسبابها والموقف منها، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاجتماعية، جامعة الجزائر، معهد علم الاجتماع، 1999، ص 18.

[3] عمر زدام: " محاولة لتحديد مفهوم الشباب"، **مجلة المربي**، المعهد الوطني لتكوين لإطارات الشباب، دار شريفة، الجزائر، العدد الثاني، نوفمبر 1996، ص 8.

الخطة الاستراتيجية القومية المصرية للسكان (2002–2017) قد مدت العمر لشريحة الشباب إلى أكثر من ذلك فقد عرفت الشباب بأنهم مجموعة السكان في الفئة العمرية من 15– 29 سنة[1].

وهناك من يرى أنه لا ينبغي الاقتصار على المعيار الزمني وحده في تحديد مرحلة الشباب بل يجب أن يعمل بمعيار النضج والتكامل الاجتماعي للشخصية، ومن ثم فإن الشباب يمثل فئة عمرية في المجتمع تتسم بعدد من الصفات والقدرات الاجتماعية والنفسية المتميزة، وتختلف بداية هذه الفئة من العمر ونهايتها باختلاف الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية السائدة في المجتمع[2] فإذا عملنا بهذا التعريف، علينا أن نأخذ بعين الاعتبار الأوضاع السياسية والاجتماعية والاقتصادية للمجتمع، مع مراعاة الاختلاف بين المجتمعات.

وقد اهتم الباحثون بدراسات الشباب في الوسط العلمي والعالمي، وفي الغرب نجد أن الباحثين والمنظرين في هذا المجال ومن بينهم ميلز Mills، غودمان Gudman، ماركوز Marcuse وجوسلين Josselin، يكرسون مؤلفاتهم لقضايا الشباب وتكوينهم الاجتماعي، وهذا ما جعل كل من جون جوسلين Josselin، وبول ريتو Paul Rito ومارتان Martin، يقولون إن الشباب فئة تمثل ثالث طبقة أساسية في عصرنا[3].

ويحدد الدكتور عبد الله بوجلال محمد مرحلة الشباب في ثلاث مراحل:

– مرحلة الشباب الأولى تقع ما بين 7 سنوات و15 سنة.

– مرحلة الشباب الثانية تقع ما بين 19 سنة و23 سنة.

– مرحلة الشباب الثالثة تقع بين 24 و29 سنة.

ثانيا: ماهية الأسرة

ليس هناك تعريفا واضحا للأسرة يتفق عليه العلماء نظرا لتوجهاتهم الفكرية والنظرية، ولتعدد أنماط الأسرة بفعل الظروف التاريخية التي مرت بها نذكر منها:

يعرف وليام أوجبرن (1886– 1959) (William Ogburn) الأسرة بقوله إنها: رابطة اجتماعية من وزج وزوجه مع أطفال أو بدون أطفال، أو من زوج بمفرده مع أطفال أو زوجة بمفردها مع أطفال[4].

---

[1] جمال الطحاوي: **إدراك الشباب لمفهوم الأسرة ووظائفها وأدوارها تجاه المجتمع دراسة حالة فى محافظة القاهرة**، منشورات المجلس القومي، مصر، يونيو 2012، ص ص 1–2.

[2] نفس المرجع، ص 271.

[3] بوجلال عبد الله محمد: مرجع سابق، ص 73.

[4] إبراهيم ناصر: **علم الاجتماع التربوي**، ط 2، دار للجيل للنشر، بيروت، 1996، ص 62.

أما أوجست كونت (1798 -1857) (August Comte) فيعرفها بأنها الخلية الأولى في جسم المجتمع، وأنها النقطة الأولى التي يبدأ منها التطور، وأنها الوسط الطبيعي والاجتماعي الذي ترعرع فيه الفرد[1].

وفي اعتقاد عالم الاجتماع الفرنسي إميل دوركايم (1858 -1917) (Emile Durkheim) أن الأسرة ليست ذلك التجمع الطبيعي للأبوين، وما ينجبانه من أولاد، بل إنها مؤسسة اجتماعية تكونت لأسباب اجتماعية، ويرتبط أعضاؤها حقوقيا وخُلقيا ببعضهم البعض[2].

أما هنري موندراس (1927 -2003) (Henri Mendras) فيرى أن الأسرة ليس لها معنى واضح في اللغة الفرنسية، حيث يشير هذا المصطلح إلى الأشخاص (الأب، الأم، الأبناء) المرتبطين معا بروابط الدم، وإننا نعني بكلمة الأسرة الذين يعيشون معا في منزل واحد[3].

وجاء في قاموس علم الاجتماع (**Dictionnaire de sociologie**) " أن الأسرة هي عبارة عن جماعة من الأفراد يرتبطون معا بروابط الزواج، الدم، والتبني، ويتفاعلون معا، وقد يتم هذا التفاعل بين الزوج والزوجة، وبين الأب والأم وبين الأم والأب والأبناء، ويتكون منهم جميعا وحدة اجتماعية تتميز بخصائص معينة"[4].

أما في معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية: فالأسرة هي الوحدة الاجتماعية الأولى التي تهدف إلى المحافظة على النوع الإنساني، وتقوم على المقتضيات التي يرتضيها العقل الجمعي والقواعد التي تقرها المجتمعات المختلفة"[5].

ويعرفها حسين عبد الحميد رشوان بأنها جماعة اجتماعية تربط أفرادها روابط الدم والزواج، ويعيشون معيشة اجتماعية واقتصادية واحدة، مما يترتب عليه حقوق وواجبات بين أفرادها كرعاية الأطفال وتربيتهم[6].

وبالرجوع إلى مؤلف الدكتور مصطفى بوتفنوشت نجده يؤكد أن مفهوم العائلة الجزائرية عند الناس في المجتمع الجزائري لا توجد فروق واضحة بين مفهومي الأسرة والعائلة، فعندما تطلب من

---

[1] عيسى بن خدوش: **التغيرات الوظيفية في الأسرة**، ط1، مطبوعات الكتاب والحكمة، الجزائر، 2008، ص10.

[2] Emile .D: **La famille conjugal,** Revue Philosophique, Paris, 1921, P 06.

[3] Henri Mendras: **Elément de sociologie**, Armand colin, collection u, paris, 1975, P155.

[4] Joseph Sumph et Michel. Hugues: **Dictionnaire de sociologie**, librairie La rousse, Paris 1973, P131.

[5] أحمد زكي بدوي: **معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية–انجليزي–فرنسي–عربي–**، مكتبة لبنان–، لبنان، بدون سنة،ص152.

[6] حسين عبد الحميد رشوان: **الأسرة والمجتمع–دراسة في علم اجتماع الأسرة–**، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، 2003، ص26.

شخص تعريف عائلته، فسيذكر لك عائلته الخاصة أي الثنائي الزواجي وأبنائهما، كما يعني الأسرة التي يعيش فيها والجامعة لأسلافه وأخلافه والتابعين الآخرين للدارة الكبيرة[1].

كما يرى بأنها تتكون من الثنائي الزواجي (الزوج والزوجة) وأبنائهما، وتقوم بينهما علاقات الترابط والتفاعل في إطار ثقافة مشتركة[2].

أما قانون الأسرة الجزائري فقد عرف الأسرة على أنها الخلية الأساسية للمجتمع وتتكون من أشخاص تجمع بينهم صلة الزوجية وصلة القرابة، وتعتمد في حياتها على الترابط والتكافل وحسن المعاشرة والتربية الحسنة وحسن الخلق ونبذ الآفات الاجتماعية[3].

ونميز نوعين:

– أسرة نووية: هي الأسرة التي تتكون من الزوج والزوجة والأولاد فقط ولا تضم أي أقارب آخرين[4].

– أسرة ممتدة: هي الأسرة التي تتكون من الزوج والزوجة وأولادهما الصغار، كما تضم المتزوجين منهم وصغارهم، وتقيم غالبا في منزل واحد أو منازل متجاورة[5].

ثالثا: مفهوم الصحة

تعتبر الصحة من المفاهيم التي يصعب تعريفها بدقة. فليس هناك حد فاصل بين مفهوم الصحة ومفهوم المرض أو العجز أو الإعاقة وليس من السهل أن نقول إن بعض الأفراد في المجتمع "أصحاء" والبعض الآخر " مرضى" وكذلك ليس من السهل أن نقيس درجة صحة الفرد أو درجة مرضه لأنه يتحدد بعوامل كثيرة متعددة ومتداخلة. فالصحة ليست قيمة مطلقة ولكنها حالة متغيرة دائما تعتمد على التقدم العلمي الحديث وكذلك على المتغيرات الثقافية لكل مجتمع. وفي عام 1964 وضعت منظمة الصحة العالمية تعريفا للصحة جاء فيه أن " الصحة هي حالة من اكتمال السلامة الجسمانية والعقلية والاجتماعية وليست فقط الخلو من المرض أو العجز"[6].

ويمكننا القول إن سلوك التكيف الذي ينتج عنه الإحساس بالصحة أو الحالة الجيدة، وسلوك عدم التكيف الذي ينتج عنه الشعور بالمرض، غالبا ما يكتسب من خلال الأسرة والمجتمع

---

[1] مصطفى بوتفنوشت: **العائلة الجزائرية – التطور والخصائص الحديثة**–، ترجمة (أحمد دمري)، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1984، ص38.

[2] نفس المرجع السابق: ص 123.

[3] وزارة العدل: **قانون الأسرة**، المادة الثانية والثالثة، ط 4، الديوان الوطني للأشغال التربوية، الجزائر، 2003، ص02.

[4] أحمد زكي بدوي: المرجع السابق، ص 287.

[5] نفس المرجع السابق، ص 147.

[6] تالا قطيشان وآخرين، **مبادئ في الصحة والسلامة العامة**، ط1، دار الميسرة للنشر والتوزيع، الأردن، 2002 م، ص 15.

بقيمه وعاداته واتجاهاته نحو الصحة والمرض.

في عام 1988 وفي أحد مؤتمرات التمريض عن " الصحة للجميع بحلول عام 2000"، كان هناك امتداد آخر لتعريف الصحة (منظمة الصحة العالمية 1946) بأنها حالة من المعافاة الكاملة بدنيا ونفسيا واجتماعيا لا مجرد انعدام المرض أو العجز"[1].

وبما أن الصحة مفهوم نسبي فلقد حاول الكثير من العلماء إعطاء تعريفات لها ومن بين هذه التعريفات:

الموسوعة العربية العالمية، فقد عرفت الصحة بأنها: "حالة الإنسان الخالية من الأمراض، كما تعني الراحة النفسية والعقلية والاجتماعية، والإنسان الصحيح هو الذي يشعر بالسلامة البدنية، وذو نظرة واقعية للحياة، ويتعامل مع غيره من الناس بصورة جيدة، وتساعد الصحة الجيدة الناس على الاستمتاع بالحياة، وتهيئ لهم الفرص للوصول إلى أهدافهم في الحياة بصورة كاملة"[2].

وهذا التعريف ينطبق على تعريف منظمة الصحة العالمية (W. H. O) فقد تبنت نص التعريف التالي: بأنها السلامة الجسدية التامة والعقلية والصحة الاجتماعية وليس مجرد غياب المرض أو ضعف الجسم.

وبهذا تكون الصحة حالة السلامة الكاملة للناحية الجسمية والعقلية والاجتماعية، وليست الصحة مجرد الخلو من مرض أو العاهة، وبذلك فإن الصحة تشمل الصحة الجسمية والصحية العقلية، والصحة النفسية والصحية الاجتماعية[3].

وهناك تعريف ينظر إلى الصحة لا باعتبارها غياب للمرض فحسب، بل يعرفها من خلال الأطوار المتعددة لكل من الصحة والمرض ويفترض تدرجا قياسيا يوضح العلاقة بين نموذج الصحة ونموذج المعالجة كما في الشكل التالي[4]:

---

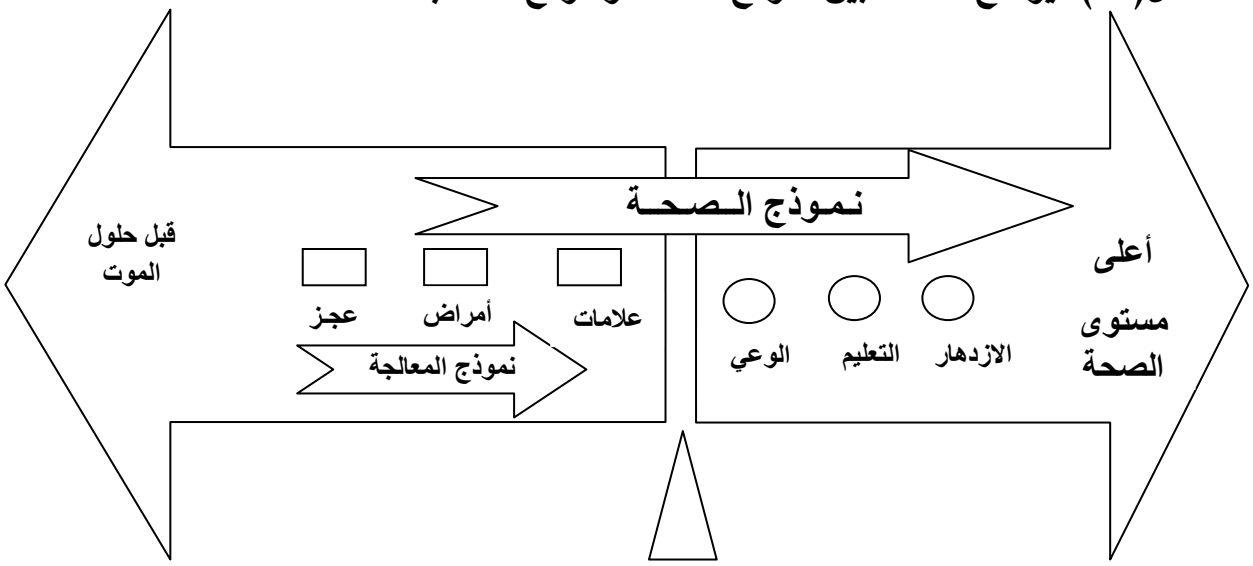
[1] حسين عبد الرزاق الجزائري وآخرون: **مرجع سابق**، ص 16.

[2] مجموعة من المؤلفين: الموسوعة العربية العالمية، ط 2، مؤسسة أعمال الموسوعة للنشر والتوزيع، المملكة العربية السعودية، 1999، ص 53.

[3] محمد عبد اللطيف وآخرون: **موسوعة سفير لتربية الأبناء**، المجلد 1، سفير الدولية للنشر، القاهرة، 2012، ص266.

[4] نجلاء عاطف خليل: **في علم الاجتماع الطبي ثقافة الصحة والمرض**، ط1، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 2006، ص 27.

الشكل(01): يوضح العلاقة بين نموذج الصحة ونموذج المعالجة



نقطة محايدة (تعادل)

عدم تمييز أو إدراك الصحة أو المرض

المصدر: نجلاء عاطف خليل: **في علم الاجتماع الطبي ثقافة الصحة والمرض**، ط1، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 2006، ص 27.

ويوضح هذا الشكل أن الانتقال من الوسط حيث (النقطة المحايدة) إلى ناحية اليسار يعرض حالة الصحة التي تسوء تدريجيا، وأن الانتقال من الوسط إلى اليمين يشير إلى نمو مستويات الصحة والسعادة، كما أن نموذج المعالجة (الأدوية والأعشاب الطبية أو التدخلات الجراحية او الطب النفسي أو الإبر الصينية...الخ) يمكن أن توقف الشخص عند النقطة المحايدة وذلك عندما تسكن أو تزول أعراض المرض، كما يساعد نموذج الصحة – الذي يمكن أن يستخدم عند أي نقطة على التدرج – على التحرك تجاه المستويات العليا للصحة لأنه يوجه إلى ما بعد النقطة المحايدة ويشجع على التحرك ناحية اليمين بقدر الإمكان، وهو بذلك لا يعني أن يحل محل نموذج المعالجة، بل إنه يعمل بالتوافق معه، بمعنى عدم توقف الشخص المريض بعد العلاج عند النقطة المحايدة، وإنما يجب التحرك تجاه أعلى مستوى للصحة[1].

أما النظرة الاجتماعية الطبية للصحة فإنها لا تعتبرها مجرد خلو الجسم من الأمراض والعاهات والاضطراب فحسب بل هي حالة تكامل قوى الجسم البدنية والنفسية والعقلية والاجتماعية حيث تكون أجهزة الجسم تعمل منفردة ومجتمعة في توافق وانسجام، إنها حالة من التوافق التام بين

[1] نفس المرجع، ص ص 27-28.

الوظائف البدنية والنفسية المختلفة، والقدرة على مواجهة الصعوبات مع الإحساس الإيجابي بالنشاط الحيوي، وهذه النظرة الاجتماعية للصحة تتماشى مع تعريف منظمة الصحة العالمية "W.H.O " التي تأسست عام 1948 م، والتي عرفتها:" بأنها حالة تكامل الجسم والعقل والتوازن الاجتماعي وليس مجرد الخلو من المرض والعاهة أو عدم الاتزان"[1].

ومن خلال مما سبق نستنتج أن للصحة عدة مكونات هي:

2.3. مكونات الصحة:

1.2.3.الصحة الجسمية: وهي أن تؤدي جميع أعضاء جسم الإنسان وظائفها طبيعية وبالتوافق والانسجام مع أعضاء الجسم الأخرى، ولا يمكن أن يتحقق ذلك إلا إذا كانت أعضاء الجسم سليمة من أي مرض أو خلل أو إصابة وعندما تعمل أعضاء الجسم بصورة سليمة يشعر الجسم بالحيوية والنشاط.

2.2.3.اكتمال الناحية النفسية: وهي أن يكون الإنسان في سلام مع نفسه وأن يكون منسقا بالاستقرار الداخلي، وأن يكون قادرا على التوفيق بين رغباته وأهدافه وبين الحقائق المادية والاجتماعية والإنسان الذي لا يستطيع أن يعيش بسلام مع نفسه لا يمكن وصفه بأنه يتميع بصحة جيدة.

3.2.3.اكتمال الناحية الاجتماعية: وهي قدرة الإنسان على تكوين علاقات اجتماعية مقبولة مع الناس، وأن يكون للإنسان دخل مناسب لتحقيق حياة الصحة سليمة، وتتمثل في سكن صحي وملابس مناسبة لفصل الشتاء، وغذاء صحي ... الخ، ولذلك فإن عدم القدرة على مباشرة الآخرين هو مرض ينبغي علاجه حتى لو كان صاحبه له قوة عضلات ولا يشكو من مرض عضوي.

4.2.3.اكتمال الناحية العقلية: وهي قدرة الإنسان العقلية التي تتناسب مع المرحلة العمرية التي يمر بها كما أنها تعني بمدى سلامة العمليات العقلية المختلفة لدى الفرد كالتذكر والتفكير ...الخ[2].

4.3. صحة المجتمع:

ظهر مفهوم صحة المجتمع مع بداية القرن الماضي كان الهدف الأول هو التحكم في الأمراض الانتقالية من خلال محاولات التحكم في صحة البيئة وإجراءات العزل المتشددة وخاصة أمراض التيفوئيد والتدرن الرئوي وغيرهما، ومع تقدم الخدمات المعملية وازدهار علم الميكروبات أصبح التشخيص المبكر والرعاية الطبية ممكنين، وكذلك بعض إجراءات التحكم مثل التطعيمات

[1] إبراهيم طلعت الدمرداش: **اقتصاديات الخدمات الصحية**، ط 2، مكتبة القدس، مصر، 2006 م، ص 18.

[2] أميرة منصور يوسف علي: **المدخل الاجتماعي للمجالات الطبية والنفسية**، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، 1999، ص16.

المختلفة والحصول على مياه نظيفة صالحة للشرب والتخلص الصحي من الفضلات.

وبالتدرج تم وضع المسؤوليات الأساسية الست لصحة المجتمع وهي:

-التحكم في الأمراض الانتقالية.

- صحة البيئة.

-الخدمات المعملية.

- الإحصاءات الحيوية.

- صحة الأم والطفل.

- التثقيف الصحي.

وللقيام بهذه المهمات بفاعلية كان التأكيد على رعاية الأفراد، وخاصة في المدارس والمصانع، إذ يمكن من خلالها الوصول إلى أكبر شريحة في المجتمع. ولذلك تم استحداث برامج الصحة المدرسية والصحة المهنية في صحة المجتمع.

5.3. صحة الفرد:

تعتبر صحة الفرد أساسا لصحة العائلة والمجتمع بشكل عام. فتقديم الرعاية التمريضية للفرد يجب أن تأخذ بعين الاعتبار النواحي الصحية والاجتماعية والاقتصادية والروحية والتي تعتبر جميعها مهمة للمرضى لغايات الارتقاء بصحة الفرد.

6.3. صحة الأسرة:

ويشترك أفراد الأسرة في الثقافة العامة والمفاهيم وتنتقل العادات والأفكار من الآباء إلى الأبناء كما يشتركون في العوامل البيئية وكذلك العوامل الاجتماعية والاقتصادية والوراثية. لذلك تعتبر صحة الأسرة أكثر من مجموعة الحاصل الجبري لأفرادها. فهي حالة جميع أفراد الأسرة الصحية كوحدة واحدة بما فيها البيئة المحيطة وحالة الأسرة الاجتماعية والاقتصادية والنفسية.

4.الرعاية الصحية:

1.4.مفهوم الرعاية الصحية:

تعتبر الرعاية الصحية مجموعة من الخدمات والإجراءات الوقائية التي تقدمها مديرية الرعاية الصحية الأساسية "الرسمية" بمؤسساتها التابعة لها لجميع أفراد المجتمع عامة، بهدف رفع المستوى الصحي للمجتمع والحيلولة دون حدوث الأمراض وانتشارها، كالاهتمام بصحة البيئة وسلامة المياه والغذاء وتقديم اللقاحات والتطعيم والعناية بالطفل والأم والكشف المبكر عن المرض والعلاج، وهذه الخدمات تعتمد على فريق صحي يعمل بتنسيق وتعاون من أجل حفظ صحة الفرد والمجتمع وتحسينها وجعله فردا قادرا على التمتع بكامل قدراته الجسدية والعقلية والاجتماعية وهذا

الفريق يضم الطبيب العام والمختص وطبيب الأسنان والقابلة والممرضة القانونية ومساعدي التمريض ومراقب الصحة والمرشد الاجتماعي، وأخصائي التغذية وغيرهم[1].

وأهم المؤسسات المستخدمة في الخدمة الصحية أو الطبية والأكثر استخداما متمثلة في "عيادات الأطباء الخاصة والمستشفيات"، ويوجد إلى جانبها مؤسسات ثانوية عاملة من نفس الميدان، مثل مؤسسات التأمين الصحي والنقابات المهنية للأطباء وغيرهم من العاملين في المجال الطبي ومؤسسات صناعة الدواء والمؤسسات العامة والخاصة التي تسهم في تقديم الرعاية الصحية للمواطنين"[2].

وقد كانت الدول تنظر إلى الرعاية الصحية على " أنها خدمات اجتماعية، ليست ذات صفة إنتاجية تجود بها الدول وتمنحها شعبها إذا توافر لديها فائض في ميزانيتها، أما إذا قصرت تلك الموارد فإنها تمنعها عن الشعب ولا تقوم بها"[3]، إلا أن هذه النظرة اعتبرت نظرة تقليدية وتغيرت بعدما تبين أن خطط التنمية لا تقف فقط على " رأس المال المادي" وإنما لابد من العامل الذي يستثمر هذا المال، العامل المتعلم المثقف المدرب والمكتمل الصحة، وهو ما يطلق عليه الاقتصاديون "رأس المال الإنساني"، الذي يستطيع تحقيق خطط التنمية الاقتصادية والاجتماعية.

ومن هذا المنطلق صارت الرعاية الصحية هدفا من أهداف التنمية الاجتماعية والاقتصادية وخاصة بعد أن أقرت المجموعة الدولية الإعلان العالمي لحقوق الإنسان عام 1948، والذي اعتبر الصحة حقا أساسيا لجميع الأفراد والشعوب، وبذلك أصبحت عملية توفير الرعاية الصحية المتطورة لمحتاجيها مسؤولية أساسية للحكومات لا بد وأن توفرها لمواطنيها، وإذا كان هذا هو موقع الصحة بالنسبة للعالم أجمع، فإنه يحتل في المجتمعات النامية مكانة أكثر تميزاً حيث تؤكد سياسات هذه المجتمعات على المواطن باعتباره هدفاً ووسيلة[4].

---

[1] تالا قطيشان وآخرين، مرجع سابق، ص 22.

[2] محمد الجوهري: **علم الاجتماع التطبيقي**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1998، ص 33.

[3] هشام مصطفى الجمل: **دور الموارد البشرية في تمويل التنمية بين النظام المالي الإسلامي والنظام المالي الوضعي- دراسة مقارنة-**، ط 1، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 2006، ص 443.

[4] حسين منصور: " الخدمات الصحية المقدمة للمرضى المنومين في المستشفيات الحكومية بمدينة إربد (الأردن)- دراسة في جغرافية الخدمات-"، **مجلة المنارة للبحوث والدراسات**، جامعة آل البيت، الأردن، المجلد 13، العدد 1، 2006، ص 3.

2.4.صفات وعناصر الرعاية الصحية:

1.2.4.صفات الرعاية الصحية:

وتتلخص صفات الرعاية الصحية في مجموعة من النقاط التالية[1]:

من صفات الرعاية الصحية ما يلي:

- أن تكون ميسرة لكافة أفراد المجتمع.
- أن تعتمد على مشاركة تامة من المجتمع وأفراده.
- أن تعتمد على وسائل وتقنيات صالحة عملياً ومقبولة اجتماعيا.
- أن تكون تكاليفها ممكن توفيرها من قبل المجتمع في كل مرحلة من مراحل تطويره وبروح من الاعتماد على النفس.
- أن تكون جزءاً لا يتجزأ من التنمية الاجتماعية والاقتصادية الشاملة للمجتمع.

2.2.4.عناصر الرعاية الصحية

إن أهم عناصر الرعاية الصحية في المدخلات الرئيسية التي يجب توفيرها في المؤسسات الصحية تتمثل فيما يلي[2]:

- **العنصر الأول: القوى البشرية المتخصصة:**

ويتطلب ذلك وجود أفراد متخصصين في كافة المجالات الطبية كالأطباء الاختصاصيين والاستشاريين في جميع مجالات الطب ابتداء من الجراحة وأنواعها والباطنة وتخصصاتها والأطفال ومجالاتها والعيون والنسائية والتوليد ... الخ، بالإضافة إلى كوادر تمريضية وطبية مساندة.

- **العنصر الثاني: المرضى والمراجعين:**

وهم الذين يستفيدون من الخدمة الطبية ومن خدمات الرعاية الصحية، ومن الصعب تلبية حاجات هؤلاء المواطنين والمرضى بشكل كامل أو شامل، ولكن الأمر يتطلب تلبية أكبر قدر من هذه الحاجات والرغبات، ولهذا السبب (تعدد الحاجات والرغبات) تعددت وتنوعت المستويات الخاصة بالخدمات الطبية ويمكن القول إن الحاجات تتباين بتباين الكثير من العوامل أهمها:

- العوامل الديموغرافية (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية).
- المؤهلات والدرجة العلمية ومستوى الثقافة.

---

[1] وليد يوسف الصالح: **إدارة المستشفيات والرعاية الصحية، دار أسامة للنشر والتوزيع، الأردن**، بدون سنة، ص 106.

[2] صلاح محمود ذياب: **إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة**، دار الفكر للنشر والتوزيع، الأردن، 2009 م، ص ص 174 – 179.

- المستوى الاجتماعي والعادات والتقاليد السائدة.
- المستوى الاقتصادي ومعدلات الدخل.
- طبيعة المهن التي يعملون بها وطبيعة الأمراض الناتجة عن تلك المهن.
- المستوى البيئي والأمراض والأوبئة المستوطنة.
- عدد أفراد الأسرة ومستوى التغذية والسكن الصحي.
- عدد السكان ومعدلات النمو والتوزيع السكاني.
- توفير الخدمات العامة.
- وفر المصانع والتكنولوجيا والظروف البيئية والمناخية.
- الدراسات والقياسات الإحصائية المختلفة.
- **العنصر الثالث: المباني والأراضي المستخدمة:**

ويشمل العيادات والمراكز الطبية (المستوصفات) والمستشفيات والصيدليات والمختبرات[1].

- **العنصر الرابع: الأجهزة والمعدات والآلات:**

ويعتبر من العناصر الرئيسية أيضاً لتقديم خدمات الرعاية الصحية لأن توفير الأجهزة والمعدلات والتكنولوجيا المناسبة تساعد في تشخيص الأمراض وعلاجها.

- **العنصر الخامس: المستهلكات الطبية وغير الطبية الأخرى:**

إن توفير هذه المستهلكات بالكمية والنوعية المناسبة تساعد في زيادة مستوى الخدمة الصحية المقدمة، ولذلك فإن على المؤسسة الصحية بذل الجهد من خلال دائرة المشتريات والتزويد بالحصول على أفضل النوعيات وتخزينها بالكميات المناسبة.

- **العنصر السادس: المعلومات والتنظيم:**

إن توفر المعلومات الدقيقة عن مختلف الجوانب الصحية في المجتمع وفي العالم أيضاً يزيد من قدرة المؤسسة الصحية على تقديم الخدمات الصحية.

[1] صلاح محمود ذياب: **إدارة خدمات الرعاية الصحية**، ط 1، دار الفكر للنشر والتوزيع، الأردن، 2010، ص175.

- العنصر السابع: الإدارة واتخاذ القرارات:

إن نجاح المؤسسة الصحية بعناصرها الستة السابقة لا يمكن له أن يتم دون وجود إدارة قادرة على التخطيط والتنظيم والإشراف والرقابة[1].

ويمكن القول أن عناصر الرعاية الصحية تتجسد في التثقيف والتوعية الصحية من أجل تجنب المشاكل الصحية وكذلك طرق الوقاية منها ومكافحتها، بالإضافة إلى الصحة البيئية (توفير المياه النقية)، والصحة الإنجابية (رعاية الأم والطفل)، والتغذية الصحيحة وتوفير الأغذية وتعزيزها، وتحصين الأطفال ضد أمراض الطفولة المعدية ووقاية المجتمع من الأمراض السارية والمستوطنة ومكافحتها، والتشخيص المبكر والعلاج المبكر للأمراض، وتوفير الأدوية والعقاقير الأساسية، وصحة الفم والأسنان، وصحة المسنين، وتعزيز الصحة النفسية.

3.4.مستويات الرعاية الصحية:

ويراد بها مجموعة من الإجراءات التي تهدف إلى ترقية الصحة وهي كالتالي:

1.3.4.الرعاية الصحة الأولية:

لقد كان عام 2000 هدف لبلوغ توفير الصحة للجميع والذي نادى به مؤتمر ألما-آتا بأن تكون الخدمات الصحية شاملة ومتكاملة. والرعاية الصحية الأولية هي إتاحة الرعاية الصحية الأساسية للجميع بتكلفة تستطيع الدولة والمجتمع تحملها، وباستخدام وسائل علمية سليمة من الناحية العملية ومقبولة من وجهة النظر الاجتماعية. والرعاية الصحية الأولية تعنى بتحسين صحة الناس وتطويرها ووقايتهم من الأمراض وتقديم العلاج لمن يحتاج إليه، وهي تتضمن العناصر التالية[2]:

- التوعية والتثقيف الصحي للأفراد والمجتمع عن مشاكلهم الصحية والاجتماعية.
- توفير الغذاء وتعزيز التغذية الجيدة السليمة.
- الإمداد الكافي بالمياه النقية.
- رعاية الأم والطفل وتنظيم الأسرة.
- التحصين ضد أمراض الطفولة.

---

[1] طلال الأحمدي: **إدارة الرعاية الصحية**، معهد الإدارة العامة، مركز البحوث العربية السعودية، المملكة العربية السعودية، 2004، ص ص 115-119.

[2] ربيع محمد عبد الرحيم على قناوي: **وفيات الأمهات الأسباب والعلاج بمعتمدية الدويم -ولاية النيل الأبيض-**، بحث مقدم لنيل درجة الدكتوراه في الجغرافيا، كلية الدراسات العليا-كلية الآداب-قسم الجغرافيا، جامعة الخرطوم، الخرطوم، يوليو 2007. ص 37.

- مكافحة الأمراض السارية والسيطرة عليها.
- تقديم خدمات علاجية متكاملة.
- توفير الأدوية الأساسية، وهي مسؤولية مشتركة بين الجهات الرسمية وشعبية المجتمع.

2.3.4.الرعاية الصحية في المستوى الثاني والثالث:

وهي تقديم العلاج للحالات المرضية والإصابة التي تحتاج لرعاية طبية غير متوفرة أو غير كافية في المستوى الأول وتقدم من طرف أفراد الفريق الطبي في المراكز الصحية الشاملة، والمستشفيات العامة والخاصة، وتهدف لاكتشاف الوقاية المناسبة والعلاج الكافي والمناسب للمرضى[1]، أو هي رعاية من نوعية أكثر تخصصًا من الرعاية التي يمكن توفرها في المستويات الأكثر طرفية، والتي تتطلب مرافق محددة، مثل التشخيص بالأشعة والجراحة العامة، ورعاية النساء اللاتي يعانين من مضاعفات الحمل والولادة، وتشخيص وعلاج الأمراض غير الشائعة أو الخطيرة، ويقدم هذا النوع من الرعاية الصحية أشخاص مدربون أو عاملون صحيون فائقو التخصص، مثل جراحة الأعصاب أو جراحة القلب[2].

3.3.4.الرعاية الصحية والتأهيلية في المستوى الرابع[3]:

ويحتاجها الأفراد الذين ثبت لديهم الحالة الصحية الجسدية أو العقلية في مستوى معين من العجز أو العاهة، وتهدف للحد من المضاعفات الاجتماعية والاقتصادية لهؤلاء، وتشمل على الرعاية الطبية والنفسية واجتماعية والمهنية لهؤلاء من أجل تحقيق معيشة أفضل وهي تتم في المؤسسات الصحية والتعليمية والاجتماعية والمهنية.

4.3.4.الإحالة:

في الحالات التي يصعب تشخيص المرض أو العلاج، أو الذين يواجهون مشكلات صحية أو اجتماعية يتعذر حلها بمفردهم أو في المستويات الصحية الدنيا كما يمكن اللجوء إلى الإحالة، أي بإمكانهم التماس الدعم أو إحالة المرضى إلى مرافق أو مؤسسات ملائمة أو إلى متخصصين في المستوى التالي الأقرب إلى مركز النظام الصحي، مثل المراكز الصحية أو المستشفيات المتتالية في النظام الصحي، والتي لديها عاملون صحيون على قدر متناه من التدريب وبإمكانهم توفير رعاية صحية أكثر تخصصًا على نطاق أوسع باستخدام تكنولوجي أكثر تطورا من تلك التي يمكن توفيرها

---

[1] محمد توفيق خضير: **مبادئ في الصحة والسلامة العامة**، دار الصفاء للنشر والتوزيع، الأردن، 2001، ص ص 26-27.

[2] منظمة الصحة العالمية: **المصطلحات المستخدمة في سلسلة الصحة للجميع**، المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط، الإسكندرية، 1984، ص 13.

[3] محمد توفيق خضير: مرجع سابق، ص ص 26-27.

على المستوى الصحي السابق، والإحالة بهذا المفهوم تعني تبادل للمعلومات في اتجاهين وإعادة المرضى إلى الذين أحالوهم، مثلا من مستوى الإحالة الأولى إلى العامل في صحة المجتمع، مع معلومات ملائمة عن حالة المريض وتعليمات لمتابعة الرعاية، بالإضافة إلى ذلك فإنها تعني توفير إرشادات للعاملين في صحة المجتمع عن طرق معالجة المشكلات المحالة[1].

تحدث الولادة المتعسرة والتي تتطلب أحيانا عملية قيصرية نتيجة لافتقار العاملين إلى التدريب اللازم، ولنقص التسهيلات والمعدات الضرورية للقيام بالإجراءات الطبية التي تحتاج لها الأم أو طفلها وهذا ما يوضحه الجدول التالي[2]:

جدول رقم (01): تصنيف المراكز الصحية وخصائصها حسب منظمة الصحة العالمية

الاسم	الخصائص
(أ) المستوصف المركز الصحي –صنف (أ) المركز الصحي الفرعي	– خدمات الإحالة والعلاج المحدودة – تطوير المجتمع المحلي – لا يوجد أسرة – وربما سرير توليد واحد – تعمل فيه قابلة مساعدة – يقدم الخدمات لأقل من 10.000 نسمة من السكان
(ب) المركز الصحي – صنف (ب)	– خدمات الإحالة والعلاج – تعزيز الصحة وتأمين الوقاية والإرشاد – دعم المراكز الفرعية – أسرة التوليد والمراقبة – غرفة عمليات خارجية – يعمل فيه فريق متعدد الأنظمة من المهنيين والعاملين الصحيين المساعدين. – يقدم الخدمات ل 100.000 نسمة كحد أقصي

المصدر: **الأمومة المأمونة وثيقة الأم والطفل**، قسم الصحة العائلية، المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط، الإسكندرية، 1996، ص13.

[1] منظمة الصحة العالمية: **المصطلحات المستخدمة في سلسلة الصحة للجميع**، المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط، الإسكندرية، 1984، ص 13.

[2] منظمة الصحة العالمية: **الأمومة المأمونة وثيقة الأم والطفل**، قسم الصحة العائلية، المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط، الإسكندرية، 1996، ص13.

أما عناصر رعاية التوليد الضرورية عند مستوى الإحالة الأول فالغرض تخفيض معدل الوفيات والمراضة لدى الأمهات والأطفال المواليد، وهي تشمل التوليد الجراحي (العمليات القيصرية)، والتخدير، والمعالجة الطبية ونقل الدم ومعالجة حالات الحمل العالية الخطورة، وتنظيم الأسرة ورعاية الأطفال.

رابعا: العوامل المؤثرة على صحة الأسرة

تعتبر العوامل الاجتماعية من العوامل التي تحدد نمط الحياة بأي مجتمع؛ حيث تحدد كيفية التعامل مع قضايا الصحة والمرض والثقافة الصحية بالمجتمع، وهي تلعب دوراً كبيرا في الوقاية من الأمراض أو الحد منها، أو في الإصابة بها أو في انتشارها عن طريق العدوى.

أ- الأسرة ودورها في قضيتي الصحة والمرض

للأسرة دور إيجابي في الصحة والمرض فالصحة الإيجابية أحد مسبباتها الأساسية هي الأسرة، والصحة السلبية أو الإصابة بالمرض أحد مسبباتها الأسرة.

- فالأسرة هي التي تحدد نمط ثقافة أفرادها، وبالتالي يتحدد لاحقا وجود الصحة السليمة أو الإصابة بالأمراض وخاصة الوبائية منها.
- تحدد الأسرة نمط المراجعات الصحية للطب الرسمي أو غير الرسمي (الشعبي).
- وبالأسرة أيضا تتحدد أنواع الأمراض ومدى الإصابة بها وخطورتها.
- ولكل أسرة من الأسر (سواء كانت ريفية أم بدوية أم حضرية) في البيئات المختلفة تقاليدها وعاداتها المختلفة نوعا ما عن بعضها البعض، ولها ثقافتها المجتمعية المختلفة، وطبقاتها الاجتماعية ومهنها حتى لباسها وعاداتها الصحية الخاصة بها، ومن ثم تختلف في نوعية وكمية الأمراض التي تصاب بها

1.4. تأثير المرض على الفرد في الأسرة:

- **سلوك الفرد في الأسرة:** اضطراب السلوك الفردي سواء المصاب في الأسرة أو الأخوة والأخوات والأبوين وعدم انتظام حياتهم إلى اضطراب نفسية المصاب أو الأخوة والأبوين مع وجود أعباء جديدة استثنائية، وهي الوقت والجهد. فالمريض يحتاج إلى رعاية خاصة في أمراض خاصة. وخاصة إذا كان هناك تعطيل أو عدم قدرة الأعضاء الفيزيائية على أداء دورها مثل القدمين والأيدي والعيون.
- **تأثير المرض على الأفراد من الناحية الدراسية:** المريض ووضعه النفسي والفيزيائي يؤثر أحياناً تأثيراً سلبياً على التحصيل ووقت الدراسة عند باقي أفراد الأسرة.

– **عدم انتظام الوقت والعلاقات الاجتماعية** ما بين الفرد الذي في أسرته مريض وبين المجتمع المحلي.

2.4.تأثير المرض على الأسرة:

أ–الأعباء الاقتصادية: تكاليف العلاج وخاصة إذا كان المرض خطير أو مرض طويل الأمد في العلاج ويحتاج المرض أحياناً إلى نفقات مالية تفوق قدرة الأسرة على تحملها أو توفيرها مما يخلق لدى الأسرة أزمة اقتصادية خانقة أحياناً ونظراً للحالة المرضية ونظرتنا للمريض من ناحية عاطفية ودينية وثقافية اجتماعية لأن تأمين مصاريف العلاج تعتبر من الأولويات قبل الأكل والشرب واللباس، فنلاحظ أهل المريض يبذلون قصارى جهدهم لتأمين مصارف العلاج بشتى الطرق وبشتى الأساليب.

ب–اضطراب العلاقات الاجتماعية: ويكون هذا بين الأسرة والأقارب والمعارف والأصدقاء من المجتمع المحلي لسببين:

أولها: انشغال الأسرة في علاج المريض وتفرغهم له.

ثانيها: في حال وجود مرض معدي لدى الأسرة فإن الأسرة الأخرى تخاف انتقال الإصابة لأفرادها فتسوء العلاقات الاجتماعية ويكون هناك نوع من الحساسية سواء عند أسرة المصاب أو الأسرة الأخرى.

ت–اضطراب **العلاقات بين أفراد الأسرة الواحدة مع الأبوين:** اضطراب وأزمة علاقة بين أفراد الأسرة مع بعضهم البعض ناتج عن الوضع النفسي لكل فرد في الأسرة مع اضطراب العلاقة الزوجية بين الأبوين ناتج عن الوضع النفسي والأزمة الاقتصادية لدى الأسرة مما جعل هناك علاقات متأزمة وغير سوية طبيعية بين أفراد الأسرة كلها.

ث–تنازل **الأسرة:** نتيجة لإصابة أحد أفراد الأسرة فإن باقي الأسرة تتنازل عن بعض من مشاريعها وأهدافها وأعمالها.

3.4. تأثير الأسرة في الصحة والمرض والخدمة الصحية:

ويعتمد تأثير الأسرة في الصحة والمرض والخدمة الصحية على عدة أمور منها طبيعة الأسرة وحجمها ونوعيتها والقطاع الذي تنتمي إليه الأسرة ويمكن تلخيصها في النقاط التالية[1]:

– ثقافة الأسرة الصحية: له أثر كبير على إتباع القواعد الصحية وبالتالي على انتشار الأمراض وكذلك له تأثير على الإقبال على الخدمة الصحية.

[1] محمد عصام طربيه وشادي أحمد أبو خضرا: **أساسيات في علم الاجتماع الطبي**، ط 1، دار حمورابي للنشر والتوزيع، الأردن، 2009، ص ص 175–176.

– يؤثر في قضية الصحة والمرض طبيعة الأسرة ونوعها ممتدة أو نووية وحجمها؛ من حيث:

* اللجوء للخدمة الصحية الحكومية (المجانية) أو غير الحكومية (المدفوعة).

* التكاليف المادية لعلاج المرضى، فكثرة الأفراد يعد عائقاً ماديا للإنفاق على العلاج، وتكون احتمالات معدلات الإصابة أكبر، ولكن من مميزات العدد الكبير توزيع العمل والجهد المبذول لرعاية المريض في الأسرة.

– البيئة الاجتماعية للأسرة: تختلف الأسر في تأثيرها على قضايا الصحة والمرض حسب البيئة التي تنتمي إليها.

– تؤثر النواحي الاقتصادية والقدرة على الإنفاق في تأمين علاج كاف للمريض، فضلا عن تأمين وضع بيئي وغذائي ممتاز للوقاية من الأمراض.

– زواج الأقارب والأمراض الوراثية، ورفاق السوء والأمراض الاجتماعية، مما يعوق الخدمة الصحية والاجتماعية ويحملها أعباء مادية ومهنية[1].

خامسا: الرعاية الصحية للأسرة:

تعد الأسرة الخلية التربوية الأساسية لعملية التنشئة الاجتماعية، فمن خلالها تتبلور شخصية الطفل بجوانبها العقلية والاجتماعية والجسمية والانفعالية.

فمثلا عندما يولد الطفل فإنه يتلقى الرعاية الصحية الأساسية خلال أيام ولادته الأولى، ثم ينتقل إلى المنزل حيث يقوم الأبوان بتقديم الرعاية الصحية اللازمة له حتى ينمو في بيئة سليمة، وهنا يكون للقدوة المنزلية تأثيرا فعال في حياة الطفل خلال المرحلة الأولى من حياته، حيث بتقليد والديه في كل ما يسمع ويرى فينشا متمرسا على العادات الصحية السليمة، لذلك كان ضروريا أن يكون المناخ الأسري سليما ومعدا إعدادا جيدا لتنفيذ ذلك الهدف[2].

وترى شيلي تايلور أن هناك عدة أسباب تجعلنا نركز عن الأسرة كمصدر للمعلومات الصحية والارتقاء بالصحة:

– **لأن الأطفال يتعلمون عاداتهم الصحية من آبائهم، لذلك فإن** التأكد من التزام الأسرة بنمط حياة صحي يعطي الأطفال الفرصة الأفضل للبدء بحياة صحية منذ البداية.

– **وجود راشد واحد يعمل أو أكثر في الأسر التي يوجد فيها أطفال يكون لديها نمط حياة أكثر** تنظيما واتساقا من أولئك الأشخاص الذين يعيشون وحدهم، وبذلك فإن حياة الأسر التي بها أطفال تتميز بإتباع سلوكيات صحية، مثل: المحافظة على تناول ثلاث وجبات يوميا، والحصول على

[1] قدري الشيخ علي وآخرون: **علم الاجتماع الطبي**، ط 1، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع، الأردن، 2008، ص 172.

[2] أحمد محمد بدح وآخرون: **الثقافة الصحية**، ط 1، دار المسيرة، الأردن، 2009، ص16.

ثماني ساعات من النوم، وتنظيف الأسنان باستخدام الفرشاة واستخدام أحزمة الأمان، وبذلك تتجلى مظاهر الحفاظ على الصحة وتكون أكثر وضوحا في حياة الأسرة، وذلك استنادا إلى حقيقة منشؤها أن الرجال المتزوجين لديهم عادات صحية أكثر بكثير من الذين يعيشون وحدهم. ويرجع ذلك جزئيا إلى الدور الذي تقوم به المرأة في إدارة الأمور بطريقة تساعد على بناء العادات الصحية.

– **تأثر أفراد الأسرة المختلفين بعادات أي فرد فيها، ومن الأمثلة الواضحة على ذلك التدخين** من الدرجة الثانية، فالتدخين لا يسبب الأذى للمدخن فحسب، ولكنه–أيضا–يؤذي أولئك المحيطين به.

– **يرجع إلى أن إحداث التغيير في السلوك على مستوى العائلة**–كما يحدث في حال التزام الأسرة بنظام غذاء غير مشبع بالكولسترول، أو في التوقف عن التدخين – يضع جميع أفراد الأسرة، مما يؤكد التزامهم بشكل كبير في برنامج التغيير السلوكي، ويزودون الشخص المستهدف سلوكه بالتغيير بالمساندة الاجتماعية الضرورية، وتشير الدلائل إلى أن انخراط أفراد العائلة في عملية التغيير يمكن أن يزيد من فعالية التدخل بشكل جوهري[1].

ولذلك فإن دور الأسرة في غرس السلوك الصحي في أفرادها يعتبر من أولى الوظائف التي يجب أن تقوم بها الأسرة، وعليه نستطيع القول أن من أبرز أدوار الأسرة في نشر الوعي الصحي بين أفرادها هو:

– **توفير حياة عائلية سليمة:** إن الحياة العائلية المستقرة ستسودها السعادة والهدوء والعطف تؤثر بشكل ايجابي على صحة الأطفال النفسية كما أن الطفل الذي ينشأ في أسرة تنتشر بها الأمراض يكون عرضة للإصابة بها عن طريق الاختلاط، أما الطفل الذي ينشأ في أسرة تتمتع بالصحة الكاملة، فإن هذه الأسرة تكون قادرة على العمل لوقايته من الأمراض، والقيام بمهمة التربية الصحية له.

– **تهيئة الفرص التي عن طريقها يتعود الطفل على ممارسة العادات الصحية المختلفة نتيجة** لما يراه من الوالدين أو إخوته الكبار، فالأسرة تغرس عاداتها وقيمها في الطفل وتكسبه ذوقه في المأكل والمشرب، والعادات الصحية التي يمارسونها في المنزل ذات أثر كبيرا في تربية الطفل، ولهذا يمكن للوالدين غرس العادات الصحية في الطفل منذ نعومة أظافره.

– **توفير الوسائل والظروف المعينة على تثقيف أفراد الأسرة** من خلال توفير الكتب المتخصصة، والمجلات الصحية، والقيام بالرحلات مما يساعد على تزويدهم بالمعلومات الصحية المتنوعة.

[1] شيلي تايلور: **علم النفس الصحي**، ترجمة: وسام درويش بريك وفوزي شاكر داود، دار الحامد، عمان، 2008، ص157.

– **قيام الوالدين بالإجابة على تساؤلات الأبناء الصحية، خاصة ما** يتعلق بالأمور الجنسية، بصراحة ووضوح، وتقديمها بأسلوب مقنع للابن، لأن إخفاء الحقيقة عنه يؤدي إلى تزعزع الثقة بهم، فيعرض ويلجأ إلى الآخرين من الأصدقاء، وغيرهم للحصول على الإجابة.

– تبني العادات الغذائية الصحية السليمة التي تتلاءم مع النمو الطبيعي للأبناء، وتعويدهم عليها، وتنبيههم عن العادات الغذائية الضارة، وحثهم على الابتعاد عنها، فنوع الأغذية التي تفضلها[1].

ومن الواجب أن تقوم الأسرة بتنمية العادات الصحية في الطفل وتعزيزها قبل أن تكون المعلومة محكمة، لأن التعود على سلوك يتسم بالثقافة الصحية يبدأ في المنزل ويكتمل في المدرسة ومع نمو الطفل توضح الأسرة بالتدريج المعلومة التي تبنى بها العادة الصحية مع ملاءمة المعلومات لميول وقدرات الطفل[2].

فالحياة الأسرية تشكل مصدر تعزيز للصحة وللسلوكات الصحية السليمة لذا نرى أن هناك تزايد مستمر في توجيه إجراءات التدخل إلى الأسر بدلا من الأفراد، لضمان حدوث قدر أعظم من التغير في السلوك.

[1] بهاء الدين إبراهيم سلامة: **الصحة والتربية الصحية**، دار الفكر العربي، القاهرة، 2007، ص37.

[2] محمود زرزور: **دور التربية في تنمية الثقافة الصحية –دراسة تحليلية–**. بحث مقدم إلى المؤتمر العلمي العربي الثالث التعليم وقضايا المجتمع المعاصر جامعة سوهاج، 20–21–3–2008، ص ص 3–4.

المحور الثانى: مكونات صحة الأسرة.

أولا: صحة الأم

ثانيا: متطلبات الأمومة الآمنة

ثالثا: الرعاية الصحية للمولود

رابعا: صحة الطفل

خامسا: وفيات الأطفال

الأهداف التعليمية

بعد الانتهاء من دراسة هذا المحور، يتوقع أن يكون الطالب قادر على:

- استيعاب أهمية صحة الأم.
- القدرة على إدراك مفهوم الأمومة الآمنة، وشروطها.
- معرفة العوامل المؤدية إلى وفيات الأمهات.
- توضيح أهمية تنظيم الأسرة.
- معرفة أهمية الحالة التغذوية والمقاييس الصحية للأطفال
- إدراك أهمية الرعاية الصحية للطفل (الرضاعة الطبيعية، التطعيم)
- معرفة أمراض الأطفال والإعاقة
- معرفة خطورة وفيات الأطفال

أولا: صحة الأم

إن الاهتمام بصحة الأم يتجسد بدء من الاهتمام بالصحة الانجابية، لأن ذلك يعني رفاها كاملا بدنيا وعقليا واجتماعيا في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته وليس مجرد سلامة صحة الأم حتى نأسس لمجتمع له وعي بالوعي الصحي وبالصحة الانجابية، ونحقق أمومة آمنة. بأبعادها المختلفة قبل الحمل وأثناء الحمل وبعده، والعوامل المؤثرة في صحة الأم، وهذا ما سيتم التطرق إليه:

1. مفهوم الصحة الإنجابية:

لا يزال مفهوم الصحة الإنجابية مفهوما حديث العهد نسبيا ولا تزال الدراسات حوله محدودة وبالأخص في الجزائر غير أنه أولى اهتماما كبيرا وذلك بعد انعقاد مؤتمر القاهرة الدولي عام 1994 للسكان والتنمية حيث خلص إلى التعريف التالي:

" هي حالة المعافاة والسلامة في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته وليس مجرد السلامة من المرض أو الإعاقة[1].

كما تدل الصحة الإنجابية على قدرة التمتع بحياة جنسية سليمة، والقدرة على الإنجاب وتحديد عدد الأطفال، والتخلص من الحمل الغير المرغوب فيه، وعدم الإصابة بالأمراض أو الإعاقة أو الوفاة المرتبطة بالإنجاب، وقدرة الزوجين على تهيئة الظروف الملائمة لإنجاب أطفال أصحاء.

كما أن مفهوم الصحة الإنجابية يؤكد عل السلامة الكاملة للنساء والرجال والمراهقين بدنيا وعقليا واجتماعيا وجاء كذلك – هذا المفهوم–للتأكيد على ضرورة الاهتمام بصحة المرأة وأهم المشاكل التي قد تصادفها، ليست فقط في فترة الحمل والولادة وما بعدها، وإنما ابعد من ذلك حيث تشمل أيضا الأمراض التي تؤثر عل الجهاز التناسلي للمرأة في مختلف مراحل حياتها.

وبعد خمس سنوات من انعقاد مؤتمر القاهرة الدولي للسكان والتنمية عام 1994 لاحظنا أن الخطاب تغير حيث لم تعد الحكومات والمنظمات تتحدث عن "تنظيم الأسرة" وإنما أصبحت تستخدم مفهوم" الصحة الإنجابية " والحقوق في مجال الصحة الإنجابية وفي خضم ذلك تم وضع سياسات وبرامج جديدة متداولة عالميا والتي انصبت على مواضيع لم تحظ بالاهتمام إلا خلال سنوات التسعينات، ونذكر بالخصوص الصحة الإنجابية لدى المراهقين ولدى أوساط النساء، والرجال ووفيات الأمهات، والحمل الغير مرغوب فيه، الإجهاض، العنف القائم عل نوع الجنس،

[1] المنظمة الدولية لرعاية الأسرة: **العمل من أجل القرن الحادي والعشرين، الصحة والحقوق الانجابية للجميع**، نيويورك، 1996، ص 10.

الممارسات التقليدية الضارة بما فيها تشويه الأعضاء الجنسية للإناث، الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي/ السيدا، كلها مواضيع شدت إليها أنظار العالم[1].

كما تم تحديد عناصر الصحة الإنجابية إلى تسعة نقاط أساسية وهي:

– تقديم الخدمات والتوعية فيما يتعقل بالأمومة الآمنة والتي تضم الرعاية ما قبل الولادة والولادة المأمونة والرعاية بعد الولادة، ورعاية الطفل حديث الولادة بما في ذلك الرضاعة الطبيعية وتوفير الاحتياجات الغذائية للأم.

– المشورة والتثقيف والاتصال والخدمات فيما يتعلق بتنظيم الأسرة.

– الوقاية من العقم وعلاجه.

– الوقاية من الإجهاض غير الآمن ومعالجته وعواقبه.

– الوقاية والمعالجة من إصابات الجهاز التناسلي، ومنها الأمراض التي تنتقل عن طريق الجنس بما في ذلك فيروس العوز المناعي "الإيدز".

– الإعلام والتثقيف والإرشاد بشأن الصحة الجنسية والصحة الإنجابية والوالدية المسؤولة.

– الوقاية والمكافحة للأمراض النسائية المتصلة بالإنجاب مثل سرطان عنق الرحم والثدي.

– محاربة العادات التي تؤثر على الجهاز التناسلي مثل ختان الإناث.

– الوقاية ومعالجة الحالات الغير طبيعية ما بعد الإنجاب "(مثل لين العظام وأمراض القلب)[2].

ومن أجل توسيع المعرفة بالمجالات والمشاكل الصحية المختلفة التي تصادفها كل شرائح المجتمع من أمهات وأطفال ومراهقين ومسنين، ومن أجل المساهمة في التنمية الصحية فقد توسع مفهوم الصحة الإنجابية إلى صحة الأسرة حيث قامت بعض الدول العربية بما فيها الجزائر، بتنفيذ مسوحات لذلك، والاستفادة من نتائجها، من أجل رسم الخطط والسياسات وإعداد البرامج والاستراتيجيات الصحية التي تساهم بدورها في التقدم والتنمية في جميع القطاعات الاقتصادية والاجتماعية والبيئية.

2. الرعاية الصحية الإنجابية:

تعد الصحة حقا من حقوق الإنسان، والرعاية الصحية وسيلة من وسائل الحصول على هذا الحق بدون أي معوقات اجتماعية أو اقتصادية أو ثقافية.

---

[1] آسيا شريف: **واقع رعاية الأمومة وأبعادها أثناء الحمل والولادة وما بعدها**، أطروحة دكتوراه في علم الاجتماع، تخصص ديموغرافيا، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة الجزائر، السنة الجامعية 2004–2005، ص 9.

[2] الأمانة العامة للمجلس الوطني للسكان: نقابة المهن التعليمية والتربوية بالأمانة، **وثائق المنتدى الوطني لقيادات مؤسسات المجتمع المدني**، المرجان للدعاية والاعلان، صنعاء، 14–16 مايو 2001، ص 39.

والرعاية الصحية التي نحن بصدد تفسيرها منصبة في مجال الإنجاب والمعرفة كما يلي:
الرعاية الصحية الإنجابية: هي مجموعة من الأساليب والتدخلات والخدمات التي تسهم في تحسين الصحة الإنجابية والرفاهية من خلال الوقاية من الأمراض وحل مشاكل الصحة الإنجابية[1].

ومن أهم عناصر الرعاية الصحية الإنجابية هي: رعاية صحة الأمومة التي تنقسم إلى:

-الرعاية قبل الحمل.

- الرعاية أثناء الحمل.

- الرعاية أثناء الولادة.

- الرعاية بعد الولادة.

أ-الرعاية قبل الحمل: تتمثل هذه الرعاية في:

إعداد الأم من الناحية الصحية والغذائية والنفسية للحمل عن طريق إجراء الفحص الطبي والتحاليل والتثقيف الصحي للأم قبل الحمل، وكذلك اكتشاف الأمراض التي تنتقل عن طريق الوراثة.

ب-الرعاية أثناء الحمل:

تمنع الرعاية في هذه المرحلة من حدوث بعض المضاعفات أثناء الحمل يستدعي ذلك أن توضع الأم تحت الإشراف الطبي المستمر من خلال مراكز رعاية الأمومة والطفولة أو المستشفيات أو الوحدات الصحية.

ج-الرعاية أثناء الولادة:

تحدث عملية الولادة تحت إشراف طبي كامل سواء في المستشفى أو منشآت صحية أخرى إذا لم يكن الحمل خطيرا وذلك لتجنب المضاعفات التي تتعرض لها الأم أثناء الولادة وكذلك المولود.

د-الرعاية بعد الولادة:

توضع الأم تحت الإشراف الطبي بعد الولادة (فترة النفاس)، وهي حوالي ستة أسابيع وتتم هذه الرعاية عن طريق الأطباء والمولدات، ومساعدات المولدات، وأهم المشكلات التي قد تصادفها المرأة في هذه المرحلة هي النزيف الرحمي، وارتفاع درجة الحرارة، كما تلقن الأم في هذه المرحلة معلومات تثقيفية حول الرضاعة الطبيعية وفوائدها، وكيفية تغذية الوليد وتنشئته وأهمية تحصينه ضد الأمراض المعدية....الخ[2].

---

[1] أحمد عبد الله الصلاحي وآخرون: **دليل العاملين الصحيين حول الصحة والسكان**، دار المجد للطباعة والاشهار، اليمن، بدون سنة، ص 24.

[2] المركز الدولي الإسلامي للدراسات والبحوث السكانية، **التربية السكانية، جامعة القاهرة**، القاهرة، 1997 ص215.

3-الأمومة الآمنة:

هي رعاية شاملة تتركز في خدمات دعم وتحسين الصحة(تغذية وبيئة صحية واجتماعية مناسبة) والخدمات الوقائية والعلاجية للأمهات، وتهدف بدرجة أساسية إلى أن تمر الأم خلال فترة حملها والولادة وما بعدها بدون مشاكل أو مخاطر صحية لها أو لوليدها، أي التركيز على مجال رعاية الحمل والولادة والنفاس ورعاية الوليد (حديث الولادة) كحق من حقوق المرأة والوليد الصحية، ومن أجل تقليل وفيات ومراضة الأمومة والطفولة[1]، ونعني كذلك كل الأعمال التي من شأنها أن تجعل كل من الحمل والولادة أكثر أمانا دون حدوث وفاة الأم والرضيع فهي:

" الوقاية من وفيات الأمهات والأطفال والإعاقة عن طريق الإقبال على العلاجات الصحية الأولية"[2].

ومن أجل الوصول إل ترقية صحة الأم وحياتها وحياة رضيعها يمكن السعي إلى:

- التعرف عل الصعوبة التي تهدد حياة المرأة.
- قرار الفحص في المصالح الصحية والإقبال عليها.
- تحسين نوعية الرعاية أثناء الحمل.
- الولادة النظيفة والمأمونة.
- الرعاية الولادية أي التأكد من توافر الرعاية لحالات الحمل ات الخطورة العالية، كالنساء المصابات بداء السكري، القلب...الخ[3].

4. الصحة الإنجابية لنسوة الفئة (15-49) سنة

تعد الصحة الإنجابية جزءا لا يتجزأ من الرعاية الصحية الأولية بدليل أنها تغطي أكثر من عنصر فيها، لذلك تعتبر مرحلة الإنجاب من المراحل المهمة التي تمر بها المرأة، ذلك لتعرضها لتغيرات فسيولوجية وبدنية، لاسيما أثناء الحمل والولادة، حيث يهدف المجتمع الدولي إلى تحسين صحة الأم من خلال خفض معدل وفيات الأمهات بنسبة ثلاث أرباع خلال الفترة الممتدة من1990 – 2015 كأحد أهم الأهداف الإنمائية للألفية التي نشأت عن إعلان الأمم المتحدة بشأن الألفية والذي اعتمدته 189 دولة عضو سنة 2000. لذلك تعتبر الرعاية الصحية للأم من أهم الأهداف التي توليها السياسات السكانية والبرامج الصحية اهتماما خاصا، لما تحققه من فوائد لصحة الأم والطفل معا.

[1] الأمانة العامة للمجلس الوطني للسكان مرجع سابق ص.39

[2] Benamor Linda et Kleeman Françoise: **Sensibilisation mobilisation et action pour la maternité sans risque: guide pratique, l'alliance du ruban blanc pour la maternité sans risque**, network for Heath,, Washington, usa, 2001, p.4

[3] Mothers cars mothers, Vol 5, n°4,Août 1996, p1.

ثانيا: متطلبات الأمومة الآمنة:

يشير مصطلح رعاية صحة الأم إلى ذلك المفهوم الذي يشمل كلا من رعاية تنظيم الأسرة، والتفكير المسبق بالحمل، ومرحلة الحمل، ومرحلة ما بعد الولادة، كما يتضمن الرعاية المسبقة لتوفير فرص التعليم، والارتقاء بالصحة، وعمليات الفحص بالأشعة والتدخلات بالنسبة للنساء في مرحلة الأعمار الإنجابية للتقليل من عوامل الخطورة والتي قد تؤثر في عمليات الحمل المستقبلية، بينما تعد عملية الرعاية في مرحلة ما قبل الولادة الرعاية الشاملة التي تتلقاها النساء أو توفرها لأنفسهن في أثناء مرحلة الحمل، ويتضح هذا من خلال النساء اللائي يتلقين رعاية صحية لمرحلة ما قبل الولادة في فترة مبكرة يتمتعن بعمليات ولادة أفضل من النساء اللاتي يتلقين رعاية أثناء فترة الحمل بصورة أقل أو لا يتلقين رعاية على الإطلاق خلال فترة حملهن، وتتضمن قضايا الرعاية لمرحلة ما بعد الولادة التعافي بعد الولادة والمخاوف المرتبطة برعاية المولود الجديد والتغذية والرضاعة الطبيعية بالإضافة إلى قضية تنظيم الأسرة.

ولكي تسير الرعاية الصحية للأم بالشكل الموصى به من طرف منظمة الصحة العالمية ينبغي أن تسير وفق الخطة المسطرة للعناصر التي تعنى بالتدخلات الصحية ذات الطبيعة المجتمعية التي يرجى تحسينها لصالح صحة الأم وتتمثل في العناصر التالية[1]:

- الوقاية المبكرة, تشخيص وعلاج الأمراض.
- التثقيف والغذاء التكميلي أثناء الحمل والرضاعة.
- الرعاية الملائمة قبل الولادة وفي فترة ما حول الولادة وفترة النفاس.
- تنظيم الخصوبة.

وللتطلع لمستقبل جيد لا بد من تقديم رعاية خاصة لهذه الفئة من المجتمع، والعناية الجيدة بصحة الأم تنعكس على صحة الطفل بشكل خاص، والمجتمع بشكل عام، وتهدف برامج رعاية الأمومة والطفولة بصفة عامة إلى رفع مستوى السلامة والكفاية البدنية والنفسية والاجتماعية للأم والطفل، وبصفة عامة تهدف إلى[2]:

[1] أحمد درديش: " أثر العوامل الاقتصادية على الرعاية الصحية الإنجابية للمرأة في الجزائر"، **مجلة دراسات نفسية وتربوية**، جامعة لونيسي علي، البليدة2، الجزائر، العدد 21، مارس 2014، ص 84.

[2] محمود خليل الشاذلي وآخرون: **طب المجتمع**، ط 2، أكاديميا إنترناشيونال، لبنان،2011 ، ص ص 581- 582.

أ. بالنسبة للأم

- أن تحتفظ كل حامل أو مرضع بصحة جيدة بتقديم الرعاية الكاملة أثناء الحمل والولادة.
- أن تتعلم فن رعاية الطفل.
- أن تلد ولادة سليمة.
- أن تلد طفلا سليمًا كامل النمو.

ب. بالنسبة للطفل

- أن يعيش وينمو كل طفل وسط عائلة مترابطة يسودها الحب والأمان.
- أن يحصل على تغذية كافية.
- أن يحصل على رعاية طبية كافية ويتعلم مبادئ الحياة الصحية.

وبهذا التطلعات المركزة والمقصودة يصل المجتمع إلى تحقيق الأمومة الآمنة التي تعني الرعاية الشاملة التي تتركز في خدمات دعم وتحسين الصحة (تغذية وبيئة صحية واجتماعية مناسبة)، والخدمات الوقائية والعلاجية للأمهات، وتهدف بدرجة أساسية إلى حماية الأم ووليدها خلال فترة حملها والولادة وما بعدها من المشاكل أو المخاطر الصحية، أي التركيز على مجال رعاية الحمل والولادة والنفاس ورعاية الوليد (حديث الولادة) كحق من الحقوق الصحية للمرأة والوليد معا، ومن أجل تقليل وفيات الأمهات والأطفال[1].

1.الرعاية الصحية قبل حدوث الحمل

إن رعاية الأمومة لا تبدأ مع بداية الحمل بل تكون قبل ذلك، فصحة الأم هي أساس صحة الطفل، فالاهتمام بصحتها تكون منذ طفولة الأم، فيجب تقوية بنيتها وإعدادها منذ الصغر لتصبح إما ناجحة في المستقبل واعية لمبادئ الحياة السليمة ولأهميتها كأم وأهمية الأسرة والحياة الأسرية ورسالتها في المجتمع، لذا يجب أن يبدأ البرنامج المتكامل لرعاية الأمومة منذ طفولة الأم لتوفير عدة خدمات أهمها:

1.1.التثقيف الصحي:

يعتبر التثقيف الصحي الوسيلة الفعالة والأداة الرئيسية في تحسين مستوى صحة المجتمع، وتعتمد عملية التثقيف الصحي على أسس علمية وعملية لما لها من دور هام في رفع مستوى الصحة العامة لدى المجتمع عن طريق اكتساب الفرد لمعلومات تتناسب مع مستوى تفكيره، بحيث

[1] آسيا شريف: **واقع رعاية الأمومة وأبعادها أثناء الولادة وما بعدها**، مرجع سابق، ص 11.

يصبح قادرا على تفهم وإدراك الظروف الصحية المفيدة له، وجعله متعاونا مع ما يجري حوله من أمور صحية[1].

والمعنية الأولى بالتثقيف الصحي المرأة فهي تعني كل المراحل في حياتها حيث لا نستطيع إهمال أو التغاضي عن الطفولة للفتاة وما تحتاجه من خدمات وقائية أثناء الرضاعة وقبل وأثناء الدراسة (حيث يتعلمن الصحة الشخصية وتشريح الجهاز التناسلي الأنثوي ووظائف أعضائه، والتعريف بالعمر المناسب للزواج والحمل والإنجاب)، وحول المراهقة وقبل الزواج وفحوصات طبية وبعد الزواج من خدمات الصحة الإنجابية حتى بعد مرحلة الإنجاب ورعايتها وحمايتها من أعراض سن اليأس والشيخوخة فالصحة والرعاية للمرأة تبدأ منذ أن تكون الفتاة في رحم الأم (رعاية الأم الحامل) لذا فرعاية الأم أمر ضروري كي تنجب أطفالا أصحاء ورعايتهم يؤدي إلى بناء مجتمع صحي متكامل.

2.1.الفحص قبل الزواج:

مما لا شك فيه أن الوقاية هي إحدى السبل الرئيسية ذات الأهمية البالغة لتجنب المخاطر ويتمثل ذلك تقديم في استشارات طبية إجبارية أو اختيارية للخاطبين المقبلين على الزواج، وتقديم شهادة طبية لهم تستند إلى فحوصات مخبرية أو سريرية تجرى لهم قبل إبرام عقد الزواج، لاكتشاف أي موانع صحية تحول دون الزواج، وحتى لمعرفة إمكانية الإنجاب من عدمه، بحيث يكون كلا الخاطبين عالما بما هو مقبل عليه ومقتنعا به[2].

2.الرعاية الصحية أثناء الحمل

تتضمن الرعاية الصحية للأم خلال فترة الحمل:

- التعرف على حياة الأم وصحتها.
- حياة وصحة الرضيع.
- إحساس جميع المتعلقين بخدمات الأمومة والأمهات بالرضا التام على مستوى العناية بالأمهات أثناء الحمل والولادة[3].

---

[1] أحمد محمد بدح وآخرون: مرجع سابق، ص 14.

[2] موسى مرمون:" الفحص الطبي قبل الزواج مستجدات قانون الأسرة 84 / 11 لسنة 1984 بموجب الأمر رقم 05 / 02 المؤرخ في 27 / 02 / 2005 المعدل والمتمم له"، **مجلة العلوم الإنسانية**، جامعة قسنطينة 1، الجزائر، عدد 41، مجلد ب، 2014، ص 484.

[3] ستيوارت كامبل وآخرون: **طب التوليد بقلم عشرة أساتذة**، ترجمة: عمر أحمد ميرغني وروفائيل عطا الله، المركز العربي للتعريب والترجمة والتأليف والنشر، دمشق، 2007، ص 19.

– إعداد خطة منظمة للمتابعة خلال فترة الحمل وتشجيع المرأة الحامل على إتباعها حيث تكون الزيارات الشهرية حتى الأسبوع 28 من الحمل ثم كل أسبوعين حتى الأسبوع 36 من الحمل ثم أسبوعيا حتى الولادة، فمن خلال برنامج الزيارات الدورية المنتظمة تتم التوعية الطبية اللازمة، كما تؤدي هذه الزيارات إلى توثيق العلاقة وتطوير الثقة بين الحامل وفريقها الطبي المعالج مما يؤدي إلى نتائج ايجابية من أجل مرور فترة الحمل بسلام ودون أية مضاعفات.

ويقدم برنامج رعاية الأمومة والطفولة الخدمات للأم الحامل وأطفالها من خلال مراكز الرعاية الصحية الأولية غالبًا وتهدف الرعاية الصحية للأم الحامل إلى[1]:

– رعاية الحامل بدنيا ونفسيًا واجتماعيًا خلال فترة الحمل للوصول إلى ولادة طبيعية.

– اكتشاف الحالات الأكثر عرضة للخطر بين الحوامل، لإعطائها مزيدًا من الرعاية وتحويل الحالات عالية الخطر منها إلى المستوى المناسب من الرعاية.

– خفض معدل الإصابة بالكزاز عند الولدان (حديثي الولادة).

– خفض معدلات المراضة والوفيات ما حول وما بعد الولادة وخفض معدلات وفيات الأمهات.

1.2.التطعيم ضد التيتانوس:

يعتبر تسمم التيتانوس من الأسباب الهامة التي تؤدي إلى وفيات الأمهات والرضع حديثي الولادات، وعند قيام الأم بالتطعيم يكتسب الطفل في أيامه الأولى مناعة ضد هذا التسمم من خلالها، لهذا يمكن تقليل إصابة الأمهات والرضع حديثي الولادات إلى حد كبير من خلال تلقي الأمهات جرعات التطعيم اللازمة أثناء الحمل أو خلال فترة مبكرة من حياتها.

2.2.الفحوصات الطبية

يتم إجراء مجموعة من الفحوصات في شهور الحمل قبل دخول الأم في المخاض، والغرض منها هو الكشف عن التشوهات الجنينية والتي يحتمل أن تتطور، وكذلك التعرف على عوامل الخطورة الموجودة في تاريخ الحامل الطبي أو الخاص بالولادة، وفي النصف الثاني من الحمل.

3.2.الدفتر الصحي:

تستفيد الأم من هذه الوثائق الهامة من مراكز رعاية الأمومة عند الفحص الأول لها، ويتم تدوين الفحوصات الطبية وتطورات الحمل لكونه يعبر عن حالة صاحبته وتاريخها المرضي، ويحمل أيضا التاريخ الصحي للطفل ومختلف التلقيحات التي يجب أن يتحصل عليها، ومن

[1] محمود خليل الشاذلي وآخرون: **طب المجتمع**، مرجع سابق، ص 583.

الطبيعي أن تحتفظ الأم بهذا الدفتر لمساعدتها من خلال البيانات المدونة بداخله عند حملها مرة أخرى، ومن خلاله يتمكن أي طبيب سواء المختص أو العام (تقدمه في أي مكان عند تغيير مكان إقامتها) من الحصول على المعلومات المرتبطة بنوعية الوضع ووضعيتها عند كل فحص ليطلع الطبيب على محتوياته، ثم يضع فيه ملاحظاته الحالية.

4.2.الفحوصات والتحاليل التي تقدم أثناء الحمل:

من بين أهم الفحوصات والتحاليل التي يجب إجراؤها أثناء فترة الحمل تتمثل في:

- **فحص بالموجات فوق الصوتية:** يتم عادة إجراء هذا الفحص مرتين أو ثلاث أثناء فترة الحمل وبالضبط في الأسابيع الأولى للتأكد من أن الحمل طبيعي وليس حمل خارج الرحم، ولتحديد عمر الجنين[1].

- **تحليل البول:** تم تحليل البول بشكل دوري ومستمر طوال فترة الحمل للكشف عن وجود أي بكتيريات أو أملاح قد تدل على وجود التهابات يتم علاجها عادة عن طريق وصفة طبية، أو الكشف عن وجود بروتين أو سكر.

- **تحليل الدم:** يتم تحليل الدم للكشف عن:

أ- فصيلة دم الأم وعامل الريزوس «Rh»: حيث إذا كان عامل ريزوس الخاص بالأم سالبا والجنين موجب، فيقوم الطبيب بحل هذا المشكل بإعطاء حقنة للأم أثناء الأسابيع الأولى من الحمل.

ب- صورة دم كاملة: وهى مهمة لمعرفة عدة أشياء منها نسبة الهيموجلوبين الذي يعد مؤشرا على سلامة الأم أو إصابتها بالأنيميا لذلك تشعر الأم بالخمول والتعب عند القيام بأقل مجهود، ومن المهم جدا إجراء التحاليل خلال الشهر الأول لمعرفة مدى حاجتها للحديد ولحمض الفوليك لأن نقص هذا الحمض قد يؤدي إلى تشوه الجنين، وأيضا معرفة عدد الصفائح الدموية وخلايا الدم البيضاء، حيث إن زيادة عدد خلايا الدم البيضاء يمكن أن يشير إلى وجود عدوى.

ج- الحصبة الألمانية: قد تتعرض الأم للإصابة بالحصبة الألمانية خلال الأشهر الثلاثة الأولى، فلذا تقوم بتحليل مستوى الأجسام المضادة لفيروس الحصبة الألمانية لمعرفة إذا كان عندها مناعة له (إصابة الأم به في الصغر أو نتيجة أخذ تطعيم) أم لا، وهذا الفيروس خطير جدا، حيث يمكن

[1] نورمان سميث: **الحمل**، ط 1، ترجمة: مارك عبود، دار المؤلف، الرياض، 2013، ص ص 46-47.

أن يسبب الإجهاض أو ولادة مبكرة أو ولادة جنين ميت، أو عيوب خلقية بالجنين، لذلك إذا لم يكن عند الأم مناعة منه فعليها تجنب أي شخص مصاب به، حتى يتم حملها بسلام[1].

– التهاب الكبد: الكثير ممن يحملون هذه الفيروسات لا يعرفون، لذلك تقوم الأم بهذا التحليل للتأكد من سلامتها، وإذا كانت مصابة، فربما ينتقل للطفل أثناء الولادة فيقوم الطبيب بإعطائها حقنة معينة في أول 12 ساعة، وأخرى بعد شهر أو شهرين، وثالثة في عمر ستة أشهر لحمايتها من الإصابة بهذا الفيروس.

– الزهري: هو عدوى تنتقل جنسيا، وهو نادر ولكن لابد من التأكد من عدم إصابتها به، لأنه إذا وجد يمكن أن يسبب لها مشاكل خطيرة.

– اختبار السكري: لمعرفة إذا كانت الأم مصابة بسكر الحمل أم لا، لأخذ الاحتياطات اللازمة.

وتوجد بعض الفحوصات الأخرى التي يأمر بها الطبيب لحالات معينة فقط، نتيجة لتقدم عمرها أو لتاريخها المرضي أو لتاريخ العائلة بحدوث بعض التشوهات والعيوب الخلقية، لذلك فعليها المتابعة مع طبيبها وعمل ما يطلب منها من فحوصات أو تحاليل.

5.2.مؤشرات جودة الرعاية أثناء الحمل:

يتنامى الوعي العالمي بأن الرعاية العالية للجودة هي أساس الحفاظ على حياة الأمهات والأطفال ومعافاتهم، ويشهد العالم كل عام وفاة 303000 سيدة أثناء الحمل والولادة، و2.6 مليون حالة وفاة لأجنة داخل الرحم، و2.7 مليون حالة وفاة للرضع أثناء ال 28 يوما الأولى من العمر، ويمكن من خلال توفير رعاية أفضل للحيلولة دون حدوث الكثير من هذه الوفيات، وتهدف تحسين جودة الرعاية المقدمة للأمهات والمواليد والأطفال إلى مساعدة البلدان على تحسين جودة الرعاية في تلك المرافق واحترام حقوق ملتمسي الرعاية وكرامتهم[2].

وقد ثبت أن الرعاية أثناء الحمل يمكن أن تنقذ الأرواح من خلال تنفيذ الممارسات المناسبة المُسَندة بالبيانات والملائمة التوقيت، والأهم من ذلك أن الرعاية أثناء الحمل تتيح أيضاً فرصة للتواصل مع النساء والأسر والمجتمعات ومساندتهم في مرحلة حرجة في حياة المرأة، فالتجارب الإيجابية للمرأة أثناء الرعاية أثناء الحمل وأثناء الولادة يمكنها أن تخلق الأسس اللازمة للأمومة الصحية.

---

[1] جورج قاريللي وآن ماري موزر: **حقائق ومعلومات حول الحمل والولادة**، ترجمة (معصومة المبارك)، الجمعية الكويتية لتقديم الطفولة العربية، الكويت، بدون سنة، ص 77–78.

[2] http://www.who.int/features/2017/quality-care-facilities/ar/

تم الاطلاع عليه يوم: 2017/06/25 على الساعة 11:31 صباحا

6.2.المشاكل الصحية والنفسية أثناء الحمل

هناك العديد من المشكلات الصحية والأمراض النفسية التي تحدث أثناء الحمل، ومن بين المشكلات الصحية التي تعترض الحامل: كثرة التبول والغثيان والقيء وحرقة بالمعدة والإمساك واضطراب في التنفس، ودوالي الرجلين وتقلصات عضلات الرجلين وبواسير وألم وتعب أسفل البطن، أما عن الأمراض النفسية كما أشار مارغليت (Margalit) ونوربيك وآندرسون (Norbeck and Anderson) بأنه يؤثر في النشاطات الفسيولوجية في جسد المرأة الحامل، وربما انتقل التأثير إلى الجنين. ومن أعراض الضغط النفسي لدى المرأة الحامل، القلق، والاكتئاب، والتباطؤ في التفكير، والشعور بالعجز، أو بفقدان الأمل، أو بانعدام القيمة، أو الشعور بغياب الهدف، أو الشعور بعدم الأمان، والإحساس بالحزن الدائم، الغضب، أو فرط الحساسية والبلادة، والنفور من المسؤوليات[1].

3.الرعاية أثناء الولادة

تعتبر الرعاية الصحية أثناء الولادة وما بعدها أحد أهم المحددات والمؤشرات التي تحقق صحة الأم الإنجابية، فالظروف التي تتم فيها الولادة تلعب دورا هاما في تقليل خطر الإصابة بأي مضاعفات أو التعرض للإصابة بأي أمراض وملوثات تصيب الأم والطفل[2].

لذا فإن ساعات الولادة رغم قصر مدتها (لا تتجاوز 12 – 16 ساعة) تعد من أخطر المراحل في حياة أي امرأة لما تحمله معها من مخاطر ومضاعفات على سلامة الأم والطفل معا, من هنا أصبح توفير خدمات و مستلزمات الولادة المأمونة والنظيفة والولادة على أيدي أشخاص مؤهلين ومدربين وقادرين على التشخيص السريع للمضاعفات المحتملة ومعالجتها من خلال استخدام إجراءات فنية مناسبة ودقيقة أحد أهم خدمات الرعاية الصحية الأساسية الواجب توفرها لكل امرأة في أثناء الولادة، ويقصد بالرعاية المؤهلة عند الولادة الرعاية المقدمة من قبل طبيب أو ممرضة أو قابلة مأذونة.

وللتعامل مع المضاعفات فإن الأفراد المدربين يحتاجون إلى أجهزة وخدمات للرعاية الطارئة/عند الطوارئ وخدمات طوارئ الولادة تشمل القدرة على إجراء العمليات الجراحية (مثل

[1] عائشة سوالمة وأحمد الصمادي: " فعالية العلاج الواقعي الجمعي في تخفيف الضغوط النفسية وقلق الحالة لدى الحوامل"، **المجلة الأردنية في العلوم التربوية**، جامعة الأردن، الأردن، مجلد 8، عدد 4، 2012، ص ص 365– 366.

[2] آسيا شريف: "واقع الصحة الإنجابية والجنسية في البلاد العربية من واقع نتائج المسح العربي لصحة الأسرة"، **مجلة صحة الأسرة العربية والسكان**، الجامعة العربية، القاهرة، المجلد5، العدد 13، 2012، ص 51.

الولادة القيصرية) والتخدير، ونقل الدم وعلاج المشاكل مثل: الأنيميا أو ارتفاع ضغط الدم والرعاية الخاصة لحديثي الولادة المعرضين للخطر[1].

تطبيقيا يوجد تداخلان للحد من الوفيات والمضاعفات في أثناء الولادة: الولادة النظيفة الآمنة بإشراف شخص ماهر هو التداخل الأول والذي تحتاج إليه 100 % من الحوامل أثناء الولادة وهذا الشخص الماهر قادر على التشخيص المناسب للمضاعفات والتي يحتاج التعامل معها بدوره إلى التداخل الثاني وهو توفير الرعاية التوليدية الطارئة للتعامل مع مضاعفات الولادة وما بعد الولادة (15 % من الحوامل في أثناء الولادة يحدث لديهن مضاعفات ويحتجن إلى الرعاية التوليدية الطارئة)، هذان التداخلان هما الأهم في التقليل من وفيات الأمهات ومعدلات المراضة الناتجة عن الحمل والولادة فضلا عن التداخل الثالث وهو توفير وسائل تنظيم الأسرة للحد من حالات الحمل غير المرغوب فيه[2].

ولتحقيق هذا بداية من تتبع خطوات كل مرحلة من مراحل الولادة لبلوغ الولادة الآمنة تضمن صحة الأم ووليدها

4.الرعاية الصحية ما بعد الولادة.

تعتبر الأسابيع الستة الأولى مدة ما بعد الولادة وخلالها مهمة تواجه فيها الأمهات كثيرا من المشاكل الصحية ذات العلاقة بالولادة، ولا تقتصر هذه المشاكل على العوارض الصحية الحادة وذات التأثير القصير المدى في صحة الأم ولكنها تشمل أيضا المشاكل الصحية ومضاعفاتها المتسببة بالأمراض المزمنة المتعلقة بالإنجاب، وكثير من المضاعفات الخطيرة التي تهدد حياة الأمهات، وعلاوة على ذلك فإن حوالي ثلثي وفيات الأمهات تحدث بعد الولادة، لذلك أوصت منظمة الصحة العالمية بضرورة حصول كل أم على خدمات الرعاية الصحية لما بعد الولادة خلال أول 24 ساعة وقبل نهاية الأسبوع الأول بعد الولادة وبعد ستة أسابيع من الولادة، إذ تعد الرعاية لما بعد الولادة من المكونات الأساسية للأمومة الآمنة لدورها الحاسم في التقليل من وفيات الأمهات والرضع وضمان الصحة البدنية والعقلية ورفاهة الأمهات.

---

[1] فرزانة رودي فهيمي ولوري آشفورد: **الصحة الإنجابية والجنسية في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا–دليل الإعلاميين–**، ترجمة: أحمد رجاء عبد الحميد رجب، المكتب المرجعي للسكان، أمريكا، 2008، ص 28.

[2] وزارة التخطيط، اللجنة الوطنية للسياسات السكانية في العراق: **صحة الأمهات في المرحلة الإنجابية التباينات وخيارات التدخل**، صندوق الأمم المتحدة للسكان مكتب العراق، العراق، 2013 ، ص 54.

بالرغم من هذه التوصيات ما تزال الأرقام العالمية تظهر انخفاضا ملحوظا في نسبة استخدام خدمات الرعاية لما بعد الولادة لتبلغ 30 % للبلدان النامية مقارنة مع 90% للبلدان المتقدمة، سبع من كل عشر نساء لم يحصلن على أي رعاية لما بعد الولادة، استنادا إلى بيانات المسوحات السكانية والصحية التي أجريت في 30 دولة متدنية الدخل بين 1999 – 2004 تشمل خدمات الرعاية لما بعد الولادة الفحص العام للأم للتأكد من عدم وجود أي مضاعفات ناتجة عن الحمل والولادة وإجراء بعض التدابير الوقائية وإعطاء المشورة والمساندة حول الرضاعة من الثدي والمباعدة بين الأحمال واختيار الوسيلة الملائمة لتنظيم الأسرة إلى التغذية السليمة[1].

1.4.المشاكل الصحية والنفسية أثناء الولادة:

أ-المشاكل الصحية أثناء الولادة: وتتمثل فيما يلي: التعقيدات الصحية بعد الولادة، المشكلات المتعلقة بالدورة الشهرية، انتشار فقدان الحمل، هبوط الرحم، سلس البول.

إن الإصابة بهذا المرض غير معروف لدى السيدات، حيث يطلق عليه بالمعاناة الصامتة، فهي معاناة تشعر بها المرأة دون درايتها أنها مصابة بالمرض ولهذا من حق كل امرأة معرفة هذه الأعراض ويدخل ذلك ضمن عملية التثقيف الصحي حيث بفضله نتوصل إلى القضاء على الجهل الصحي، كما نجد المشاكل الصحية أثناء الولادة تمركزت أعلاها في تونس بحوالي 19,9 %، وفلسطين بحوالي 19.1 %، وفي الجزائر 9.3 %، وأدناها في سوريا بحوالي 2,5 %، وجيبوتي بحوالي 2,7 %[2].

ب- المشاكل النفسية أثناء الولادة: وتتلخص في: اضطرابات مشاعر المرأة بعد الولادة، اكتئاب النفاس، ذهان النفاس.

5.العوامل المؤثرة في الرعاية الصحة للأم:

من المعروف عالميا أن توفر الرعاية الصحية خلال الحمل والولادة وما بعدها من قبل أشخاص مؤهلين ماهرين يمكن أن يحسن إلى حد كبير معطيات الولادة سواء للأمهات أو للأطفال الرضع من خلال الاستخدام الصحيح والأمثل للإجراءات المناسبة والتي تسمح بالتشخيص السريع للمضاعفات المحتملة ومعالجتها، فاستخدام خدمات الرعاية الصحية سواء كانت الحكومية أو الأهلية تعتمد على عدة عوامل منها: العوامل الاجتماعية والديموغرافية، والتركيبة الاجتماعية، ومستوى التعليم، والعادات والتقاليد السائدة في المجتمع، وضع المرأة، والنظام الاقتصادي والسياسي

[1] وزارة التخطيط، اللجنة الوطنية للسياسات السكانية في العراق: مرجع سابق، ص 80-81.

[2] نفس المرجع السابق، ص ص 54 -55.

للبلد فضلا عن العوامل البيئية ونمط انتشار الأمراض والنظام الصحي المعمول به، كذلك فإن المحرك الأساسي والرئيسي لطلب الخدمات الصحية واستخدامها يكمن في تنظيم وهيكلية المجتمع ككل وطبيعة النظام الصحي.

1.5.العوامل الاجتماعية والثقافية المؤثرة في رعاية صحة للأم:

تعتبر المحددات الاجتماعية عاملا هاما من العوامل المؤثرة في صحة النساء والمواليد، فالفقر واللامساواة وانعدام الاستقرار الاجتماعي لها نتائج سلبية على رعاية الأمهات والمواليد بسبل متعددة مثل سوء الحالة التغذوية للفتيات والنساء (بمن فيهن الحوامل) وعدم ملاءمة ظروف السكن والإصحاح، وتسبب حالات الطوارئ الإنسانية المعقدة تحركات خطيرة للأشخاص (بمن فيهم الحوامل والمواليد) وتهدد إمكانية وصولهم للنظم الصحية العاملة، كما يعوق انخفاض مستويات التعليم، والتمييز بين الجنسين وانعدام التمكين التماس النساء للرعاية الصحية وتحول دون اتخاذ أفضل الخيارات لصحتهن ولصحة أطفالهن، مما يؤدي إلى تأجيلات خطيرة ووفيات لا داعي لها، وتتجسد خطة العمل هذه بالروابط المتأصلة بين العوامل الظرفية وصحة الأمهات والمواليد وتركز بالدرجة الأولى على الحلول المتصلة بالنظم الصحية[1].

2.5.العوامل الاقتصادية في الرعاية الصحة للأم:

تشكل الأمومة الآمنة وعناية الأم الصحية محور الحياة. وهما أساس العمل اللائق وإنتاجية النساء، فبالنسبة للنساء العاملات أكان على صعيد المشاركة في أسواق العمل أم العمل بلا أجر في المنزل أو مختلف أشكال العمل غير النمطي للحساب الخاص تعتبر مسألة تحقيق التوازن بين الأمومة والمسؤوليات العائلية والعمل جذور دورهن الرئيسي[2].

ويفتقر عدد لا يحصى من النساء إلى فرص العمل اللائق التي من شأنها تمكينهن من التخلص من الفقر أو العمل في ظل ظروف آمنة، وغالبا ما تجد النساء العاملات أنفسهن خارج إطار الحماية القانونية التقليدية وأنظمة الحماية الاجتماعية التي تحميهن من الانكشاف وتساعدهن في الحصول على الرعاية الصحية، ولا بد أن تتخلص النساء من التمييز والصرف على أساس الحمل أو الأمومة خصوصا وأن عدد كبير منهن يفتقر إلى إيصال الصوت والحصول على التمثيل لتحسين حياتهن، من جهتها تستلزم الأمومة الآمنة إنجازات على صعيد حق المرأة في

[1] منظمة الصحة العالمية، جمعية الصحة العالمية السابعة والستون: **صحة المواليد**، جنيف، 2014، ص 7.

[2] منظمة العمل الدولية: **حماية المستقبل – الأمومة والأبوة والعمل**–، المكتب الإقليمي للدول العربي، بيروت، 2009، ص 1.

الحصول على عمل لائق والتمكين الاقتصادي بالإضافة إلى فرص التعليم والمساواة السياسية والقانونية. فالنقص على صعيد العمل اللائق يهدد صحة الأمومة وضمان المرأة الاقتصادي[1].

6.وفيات الأمهات

يعتبر معدل وفيات الأمهات مؤشرا هاما وأساسيا لقياس مستوى التنمية المحققة في بلد ما، وهو من بين الأهداف الأساسية للتنمية البشرية (الأهداف الانمائية للألفية) يتوقف على تخفيض وفيات النساء بنسبة ثلاثة أرباع خلال المدة الزمنية 1990-2015، وأيضا على جعل الطب الانجابي في متناول جميع النساء، بحلول2015.

ونعني بوفيات الأمهات: هي الوفاة التي تحدث لامرأة أثناء حملها، أو أثناء الولادة أو خلال 42 يوما بعد انتهاء الحمل، بغض النظر عن فترة أو مكان الحمل، ومن أي سبب سواء كان ناتج عن الحمل ذاته، أو من جراء تفاقم سبب آخر بسبب الحمل، أو نتيجة العناية الطبية التي تتلقاها المرأة أثناء الحمل، ويستثنى من ذلك الوفيات الناتجة عن الحوادث أو الأسباب العرضية غير المتعلقة بالحمل والولادة[2].

وتعتبر نسبة وفيات الأمهات أهم مقاييس وفيات الأمهات، وتعرف بأنها عدد الوفيات بين الأمهات نتيجة الحمل والولادة منسوبة لكل 100 ألف ولادة خلال سنة معينة.

ومن خلال المعطيات الاحصائية لتطور معدل وفيات الامهات في الجزائر المتعلقة بتطور معدل وفيات الأمهات لكل 100.000ولادة حية، نلاحظ انخفاض ملحوظ من الثمانينات وإلى يومنا هذا، حيث نجد أن المعدل كان يقدر ب 230 وفاه لكل 100.000 ولادة حية خلال الفترة 1985-1989ليصل إلى 86,2 وفاه لكل100.000 ولادة حية سنة 2008، وحسب الأهداف الانمائية سيتم تخفيض النسبة إلى 57,5 وفاه لكل 100.000 ولادة حية، فقد انخفض المعدل بمقدار 143,8 نقطة من 1985 إلى 2008، وبمقدار 172,5 من 1985 إلى2015[3].

وهذا بفضل البرامج الوقائية التي تبنتها الدولة في مجال الاهتمام بصحة الأم والطفل منذ الاستقلال وإلى يومنا هذا، حيث كان أول برنامج قامت به الدولة في فترة الستينات من خلال إقامة العديد من البرامج من بينها مراكز حماية الأمومة التي تشهد تزايد مستمر من فترة إلى أخرى،

---

[1] نفس المرجع: ص 2.

[2] دائرة الإحصاءات العامة: **الوفيات في الأردن – وفيات الأمهات والبالغين-وبناء جداول الحياة- دراسة تحليلية استنادا إلى بيانات التعداد العام للسكان والمساكن 2015**، الأردن، 2016، ص 12.

[3] **بن زايد ريم:** " واقع الصحة الانجابية للمرأة في الجزائر مقارنة مع بلدان المغرب العربي" تونس والمغرب"، **مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية**، جامعة قاصدي مرباح، الجزائر، العدد 23، مارس 2016، ص 169.

حيث كانت تقدر ب 77 مركز سنة 1969، لتصل إلى 133مركز سنة1972[1]، إضافة إلى برنامج التوليد بدون خطر الذي يعرف منذ سنة 2000 حيوية كبيرة تتمثل في التكوين المتواصل للإطارات الطبية والشبه الطبية و تطوير اجراءات التكلف بالاستعجالات التوليدية و أكبر قسط من هذا البرنامج موجه للمناطق الريفية.

ثالثا: الرعاية الصحية للمولود:

يمكننا تقديم الرعاية الصحية للأطفال في المرحلة التي تسبق ولادتهم، وذلك عن طريق العناية بالأمهات، فوفاة الأم تشكل خطورة على حياة الطفل لأن الأطفال الذين تلقى أمهاتهم حتفهن هم أنفسهم عرضة للموت قبل بلوغ العام الثاني من أعمارهن وإذا ما توافرت وسائل الرعاية الأساسية في مراحل ما قبل الولادة و في أثنائها وبعدها وإذا تحسنت وسائل الحصول على العناية الطارئة في وقت الولادة يكون من الممكن تفادي وقوع هذه الوفيات.

ارتبط معدل الوفيات حول الولادة في الجزائر بنقص في التنظيم المنطقي للولادات وبنقص في الوسائل والأجهزة اللازمة لضمان ولادة بأقل خطورة ممكنة، وفي هذا الإطار ومن أجل التصدي بفعالية لوفيات حول الولادة والأمراض التي تصيب الأطفال حديثي الولادة، أصبح من الضروري تسوية الولادة ووضعها في ظروفها العادية.

1. الرعاية الصحية لحديثي الولادة:

1.1. شروط وضع المولود الجديد:

من أجل وضع المولود الجديد واستقباله لابد من تهيئة قاعة خاصة تتوفر فيها شروط معينة حرارتها حوالي 25 درجة، تتوفر على أجهزة خاصة بالتوليد...الخ، ومراجعة التقرير الطبي للأم وتحديد ما إذا كانت وضعيتها الصحية تتطلب حضور أخصائي للتكفل بالمولود الجديد، كما يفرض استقبال مولود جديد الالتزام بشروط نظافة معينة من قبل القائمين على هذه العملية، وفي الأخير إطلاق حركة مقياس الوقت Chronomètre بعد الولادة الفعلية للمولود[2].

بعد الولادة مباشرة يخضع المولود لتقييمين متتابعين[3]، يستخدم في التقييم الأول بعض المعايير تقدر بصفة تدريجية، ابتداء بالتنفس فنبض القلب ثم لون المولود، إذا كانت نتيجة التقييم

---

[1] جميلة عطار: **أثر الوفيات في الانتقال الديموغرافي**، مذكرة الماجيستير، قسم علم الاجتماع والديموغرافيا، جامعة الحاج لخضر، باتنة، 2014، ص 64.

[2] Lebane D.et Arfi H: **la naissance en milieu hospitalie** ، édition UNFPA، Alger، 2003، p 39.

[3] IBID. PP.138-140.

الأول جيدة تجري للمولود قياسات عامة، أما إذا حدث العكس فلابد من تنشيط وإنعاش المولود ثم إخضاعه للتقييم الثاني والذي يسمى علامة أبكار Score d'Apgar.

يعتمد Score d'Apgar على خمسة معايير هي: نبض القلب، حركات التنفس، انقباض العضلات، الاستجابة للتنبيه ولون المولد، حيث يتم تقييم المولود بالاعتماد على هذه المعايير الخمسة خلال الدقيقة الأولى، ثم الدقيقة الخامسة ثم في الدقيقة العاشرة. هنا تظهر قيمة إطلاق مقياس الوقت بعد الولادة مباشرة، إذا كانت نتيجة هذا التقييم جيدة تجرى للمولود قياسات عامة، أما إذا حدث العكس فلابد من إسعاف المولود ومتابعته كما يوضح المخطط أدناه.

2.1.الرضاعة الطبيعية لحديثي الولادة:

إن الطب الحديث يحث الأمهات للعودة إلى الرضاعة الطبيعية، لأنها تعتبر النظام الغذائي الأكثر غنى بالفيتامينات التي تساعد الأطفال خاصة حديثي الولادة منهم على النمو والبقاء، وتحميه من أخطار الإصابة بالأمراض. وبالتالي نتفادى حدوث الوفيات، خاصة الوفيات التي تحدث في الشهر الأول من الولادة (الوفاة حول الولادة)، وليس هذا فقط وإنما يوصي الأطباء بمتابعة الرضاعة الطبيعية الستة أشهر الأولى على الأقل لما لها من أهمية بالنسبة لصحة الطفل[1].

1.2.1.المتابعة الصحية للمولود:

تؤدي مراكز حماية الأمومة والطفولة دورا كبيرا في فاعلية الوقاية، فكل تشخيص لمرض ما، أو شك فيه على مستوى هذا المركز يتم بموجبه إرسال الطفل إلى مؤسسة استشفائية تتوفر على طبيب أطفال أو طبيب عام.

كما تتلخص أنشطة هذه المراكز في التلقيحات، ومتابعة تطور الحالات الصحية من خلال الدفتر الصحي الخاص بالطفل، الذي يحمل بعض التوضيحات المتعلقة بتطوره. إضافة إلى كل هذه الأنشطة تلعب مراكز حماية الأمومة والطفولة دورا هاما في التربية الصحية، فهي تشجع الأمهات وتحثهم للعودة إلى الرضاعة الطبيعية، كما تحثهم على نظافة الأطفال، وتقوم كذلك

[1] Le Collège National Des Gynécologues et Obstétriciens Français, **enseignement de 2éme** cycle **Polycopié national gynécologie –obstétrique**, Université Médicale Virtuelle Francophone, France, 2011, p.223.

بإرشادهم إلى ضرورة تجسيد الشعور العاطفي بين الأم والطفل[1]. بحيث بلغت مابين سنة (2012 –2013) نسبة الفحص الصحي للطفل المولود 91.5%[2].

2.2.1.الأخطار الصحية التي يتعرض لها المولود:

إن معظم المشاكل الصحية المتعلقة بحديثي الولادة تظهر خلال 24 ساعة بعد الولادة، لهذا فهذه الفترة تحتاج إلى أكبر قدر ممكن من الملاحظة والرعاية، فقد تظهر خلال اليوم الأول من الحياة خارج الرحم مشاكل كبرى كنقص التنفس، تشوهات خلقية ونقص الوزن، لكن بعد ذلك تختلف نوعية المشاكل الصحية. ومن أهم المشاكل الصحية التي قد يتعرض لها المولود والتي قد تؤدي إلى موته ما يلي[3].

أ.ضيق التنفس:

إن ضيق التنفس الذي يصيب حديثي الولادة يمثل أحد أهم الأمراض التي تمنع المولود من التكيف خارج الرحم، هذا المرض يصيب خاصة المواليد الخدج، الذين يولدون قبل الأسبوع 35 من الحمل، حيث يكون النظام الإنزيمي لديهم غير كافي أو غير موجود أصلا.

هذا المرض غالبا ما يكون سببه وجود ما يسمى بالأغشية الزجاجية أو الشفافة، والتي تكثر ملاحظتها عند المواليد المنخفضي الوزن والمواليد الذين يولدون من أمهات مصابات بمرض السكري، بالإضافة إلى المواليد الذين تتم ولادتهم عن طريق العمليات القيصرية، كما أن هناك أسباب أخرى يمكن أن تؤدي إلى هذا المرض كالتهاب الرئة Pneumonie والتأخر في امتصاص السائل الرئوي[4].

ب. التشوهات الخلقية:

نقول أن المولود مشوه خلقيا، إذا كان شكله يختلف عن الشكل الطبيعي الذي يمثله جنسه، هذه التشوهات يمكن أن تكون خارجية ظاهرة للعيان، أو داخلية، كما يمكن أن تكون بصفة كلية أي كل الجسم مشوه، أو تكون صغيرة، كذلك يمكن أن تكون منفردة أو متعددة تمس عدة أعضاء في نفس الجسم.

---

[1] Rapport MSPRH: **Santé maternelle et infantile 2000-2004**, édition ANDS, Alger، 2005, p.57.

[2] Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière : **Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS-4) 2012 – 2013**, Suivi de la situation des enfants et des femmes, Rapport final, Algérie, p 10.

[3] شريفي خيرة: **دراسة تحليلية للتحقيق الوطني الخاص بأسباب الوفيات حول الولادة في الجزائر**، الجزائر،2004، ص ص 52–54.

[4] Relier Jean Pierre: **Médecine Périnatale**، édition Médecine Sciences، Paris، 1989، pp.308-309.

لهذا لابد من فحص المولود جيدا بعد الولادة حتى يتم التأكد من سلامته من أي تشوه خلقي، وإن ثبت العكس فلابد من علاجه إن أمكن ذلك، ورعايته صحيا بتقديم ما يستلزم تقديمه من مرافقة وتأهيل، ومن متابعة مستمرة لحالته.

على العموم هناك ثلاث أمراض التهابية تتقاسم فيما بينها مسؤولية حدوث التشوه الخلقي، وهي: التوكسوبلازموز، الحصبة الألمانية[1].

ج.الولادات المبكرة:

إن الولادات المبكرة تشكل خطرا كبيرا على المولود، وقد تؤدي إلى حدوث وفيات حول الولادة. الولادات المبكرة هي كل ولادة تأتي قبل الأسبوع الـ 37 من الحمل، أو قبل اليوم الـ 259 ابتداء من أول يوم لآخر طمث عادي، هذا المعيار تم المصادقة عليه من قبل المنظمة العالمية للصحة في سنة 1961[2]، في حين تم إهمال معيار وزن المولود لعدة اعتبارات أهمها أن هناك بعض المواليد الخُدج، الذين يولدون قبل الأسبوع 37 من الحمل، لكن نموهم داخل الرحم يكون جيدا، أي أن وزنهم يسمح لهم بالعيش كالمواليد الطبيعيين، في حين أن هناك حالات أخرى تكون أوزانها ضعيفة ولا تسمح لهم بالعيش.

د.الأمراض الالتهابية:

إن الجرثومة المسبب لهذه الأمراض لدى حديثي الولادة تختلف من حالة لأخرى، كما يمكن لهذه الجرثومة أن تنتقل من الأم إلى المولود، أو أن تهاجم جسم المولود في الفترة ما بعد الولادة دون أن يكون هناك علاقة للأم في ذلك، وهذا ما سوف نوضحه فيما يلي[3]:

الحالة الأولى: انتقال الجرثومة من الأم إلى المولود:

في هذه الحالة تنتقل الجرثومة من الأم إلى المولود قبل أو أثناء عملية الولادة وهذا يعني:

1) تواجد الجرثومة في جسم الأم.
2) انتقال الجرثومة من الأم إلى المولود.
3) إصابة المولود.

كما يختلف نوع هذا الالتهاب الذي ينتقل عن طريق الأم حسب الحالة، لكن هناك ثلاث أنواع مهمة هي:

---

[1] IBID. P.129.
[2] IBID. p.259.
[3] Perlman R.، Amiel Tison، D. Desbois، J.C، **Pédiatrie pratique périnatalogie**، édition Maloine، Paris، 1985، pp.1278--1396.

1) الالتهابات البولية خاصة إذا لم يتم علاجها، أو أن نوع العلاج الموصى به لم يقضي على الجرثومة.

2) التهاب عام.

3) تعفن الدم.

رابعا: صحة الطفل:

إنّ صحة الأطفال تتأثر بالتغيرات والأوضاع التي تسود البلاد، كما أنها تختلف من بلد إلى آخر كل حسب إمكانياته، الشيء الّذي يؤّكد لنا أنه ليس كل الأطفال ينعمون بالصحة الجيدة فاعتلال الصحة أي المرض يعاني منه العديد من أطفال العالم، لذلك تم عرض الحالة التغذوية والمقاييس الصحية للأطفال، ثم الرعاية الصحية للطفل بدء من أهّم البرامج التي اهتمت بصحة الطفل وكذلك عرض الحالة الصحية للأطفال في العالم وفي الجزائر بالخصوص، لمعرفة الحالة التي كانت عليها صحة الأطفال وهذا من خلال بعض التقارير والبحوث التي اهتمت بالأمر، إضافة إلى الأمراض التي تمس هذه الشريحة من المجتمع، وأخيرا وفيات الأطفال التي تعتبر أهم مقياس لمعرفة الحالة الصحية للسكان.

1. الحالة التغذوية والمقاييس الصحية للأطفال

1.1. تعريف الحالة التغذوية:

وهي الحالة الصحية للفرد وعلاقتها بما يتناوله من عناصر غذائية في طعامه، وتعتبر الحالة التغذوية محصلة لكل من[1]:

- مجموعة ما يتناوله الفرد من غذاء بالنسبة إلى احتياجاته الغذائية.
- العناصر الغذائية التي يتناولها الفرد في الحاضر والماضي.
- الأعراض والظواهر المرضية إن وجدت.
- معدل النمو والتطور والنشاط.
- الفحوصات الطبية والكيميائية ومعدل إفراز العناصر الغذائية مع البول والبراز والعرق.

وبالتالي فإن الغذاء ضروري لاستمرار الحياة، وتسمى المواد الموجودة فيه والتي لها دور أساسي في الحفاظ على حياة الإنسان المغذيات أو العناصر الغذائية، وتمد هذه المغذيات، التي

[1] عصام حمدي نعمان الصفديذ: **التغذية في الحالات المرضية**، ط1، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن، 2001، ص 23.

تشمل البروتينات والدهون والكربوهيدرات والفيتامينات والعناصر المعدنية والماء، الإنسان بالطاقة والمواد البنائية الضرورية لنموه وبقائه، وتعتمد الكيفية التي تصبح بها هذه المغذيات أجزاء أساسية في الجسم تساهم في وظيفته على عمليات فيزيولوجية وكيميائية وحيوية تنظم عملها .وتساهم البروتينات، والدهون، والكربوهيدرات بنسب مختلفة في إنتاج الطاقة الكلية.

أما الفيتامينات والعناصر المعدنية فهي ضرورية لاستخدام وحفظ الطاقة لأغراض بناء وصيانة الجسم، حيث تعمل كتمائم إنزيمية، أو كعوامل مساعدة، أو عوامل منظمة في عمليات الاستقلاب الغذائي، وتتم الاستفادة من المغذيات في أنسجة الجسم وأجهزته، حيث يبدأ هضم وامتصاص الطعام في الجهاز الهضمي تمهيدا لنقله بعد ذلك إلى خلايا الجسم المختلفة للقيام بعملية الاستقلاب الغذائي.

2.1.العلاقة بين الغذاء والمغذيات:

للغذاء أدوار مختلفة بالنسبة للفرد فهو يشكل له أهمية نفسية واجتماعية وإشباعية تعتبر بمثابة المحددات لكمية ونوعية الطعام المستهلك أكثر من الاعتبارات التغذوية، وبالرغم من أهمية هذه الأدوار للغذاء، إلا أن دوره الأساسي يتمثل بتغذية الجسم، وإذا لم يتم اختيار الغذاء المناسب فإن الجسم سوف يكون عرضة للعوز في عنصر أساسي أو أكثر، وقد تم تعريف المغذي الأساسي بأنه العنصر الذي يجب تزويد الجسم به عن طريق الغذاء لأن الجسم لا يستطيع تصنيعه بالمعدل الكافي الذي يقابل احتياجاته له.

ويمكن اختصار وظائف المغذيات الأساسية في الجسم كالآتي[1]:

- تزويد الجسم بالطاقة.
- المساعدة في نمو وترميم أنسجة الجسم.
- تنظيم عمليات الجسم .

3.1.قياس الحالة التغذوية في المجتمع:

يهدف قياس الحالة التغذوية في المجتمع إلى الحصول على معلومات كافية تساعد في التعرف على المشكلات التغذوية التي تؤثر على الصحة العامة، وكذلك التعرف على أسباب هذه المشكلات وذلك للمساعدة في اتخاذ التدابير الوقائية والسيطرة على هذه المشكلات، ولكي نتعرف على المعلومات المطلوب الحصول عليها لقياس الحالة التغذوية والغذائية لابد أن نتفهم العوامل التي تؤثر على الحالة التغذوية في المجتمع.

[1] عبد الرحمن مصيقر وآخرون: **الغذاء والتغذية**، ط 2، أكاديميا إنترناشيونال للنشر والطباعة، بيروت، 2005، ص 13.

أ-من العوامل المسببة للحالة التغذوية ما يلي[1]:

- تتوقف الحالة التغذوية على ما يتناوله الفرد من غذاء.
- يتوقف استهلاك الغذاء للفرد داخل الأسرة على الغذاء المتاح للأسرة وعلى الوعي الغذائي لاختيار الطعام.
- يتوقف الغذاء المتاح للأسرة على وفرة الغذاء في المجتمع والعلاقة بين أسعار الغذاء وبين الدخل وعلى إنتاج المحاصيل الغذائية.
- تتأثر العلاقة بين أسعار الغذاء وبين الدخل بالتوازن بين إنتاج الغذاء وبين كل من مخزون الغذاء والواردات الغذائية، وفي بعض الحالات المساعدات الغذائية.
- يتأثر الإنتاج المحلي للغذاء بالطقس بالإضافة إلى عدد كبير من العوامل المرتبطة مع بعضها في داخل البلد أو خارجها.
- يتوقف الانتفاع بالغذاء على الحالة الفيزيولوجية والمرضية لجسم الإنسان الذي يتأثر بدوره بصحة البيئة وسهولة الحصول على ماء مأمون وعلى مدى تعرض الفرد للإصابة بالأمراض المعدية والطفيليات في المجتمع.

ب-قياس الحالة التغذوية والصحية للفرد والمجتمع.

ويتم ذلك بعدة طرق أهمها ما يلي[2]:

- القياسات الجسدية (الطول، الوزن، محيط الزراع، ثخن الجلد).
- الفحص السريري، وملاحظة علامات سوء التغذية (العين، الجلد،...الخ)
- الفحوص المختبرية ومقارنتها بالمعدلات الطبيعية.
- الفحوص الفيزيائية الحيوية مثل تشخيص الرخو بالأشعة أو اختبار التلاؤم للظلام أو ما يسمي بالعشى الليلي في حالات نقص فيتامينA ...الخ.

4.1.التقييم الغذائي يستعمل ل:

- معرفة المرضى المصابون بسوء التغذية.
- معرفة (تحديد) المرضى المعرضون أو الذين سيصابون بسوء التغذية.
- توفير بيانات لتكون كقاعدة للتخطيط للدعم الغذائي لتصحيح أو منع سوء التغذية.
- توفير معلومات لمدى فعالية الدعم الغذائي.

[1] عبد الرحمن مصيقر وآخرون: مرجع سابق، ص 451.
[2] نفس المرجع السابق، ص ص 459-475.

إن تقييم الوضع التغذوي في المجتمع يهدف إلى الحصول على معلومات كافية تساعد في التعرف على المشكلات التغذوية التي تؤثر على الصحة العامة، وكذلك التعرف على أسباب هذه المشكلات وذلك للمساعدة في اتخاذ التدابير الوقائية والسيطرة على هذه المشكلات، ولكي نتعرف على المعلومات التي نريد الحصول عليها لتقييم الحالة التغذوية والغذائية لا بد أن نفهم العوامل التي تؤثر على الحالة التغذوية للفرد في المجتمع[1].

5.1. مؤشرات الحالة التغذوية

يوجز الجدول رقم(02) مؤشرات مقاييس الجسم البشري الأوسع استخداما في العالم لتقييم الحالة التغذوية للأطفال والبالغين. وتشمل هذه المؤشرات المقاييس المباشرة لطول الفرد ووزنه تليها مقارنة مع المعدلات العادية أو المقبولة بالنسبة للنوع والعمر، وتعتبر المقارنة مهمة بصورة خاصة في حالة الأطفال دون سن الخامسة، حيث يستمر الأطفال الأصحاء في النمو بسرعة في هذه المرحلة من حياتهم.

ولهذه المؤشرات الخاصة بالحالة التغذوية عدد من المزايا:

* هي طريقة بسيطة وعملية لرصد المشكلة.

* تفيد في وضع البيانات التقريبية عن عدد المعوقات التي تواجه رفاهية الإنسان مثل عدم كفاية الحصول على الأغذية و/ أو وجود حالات من العدوى أو مخاطر بيئية أخرى.

* وهي نذير قوى بخطر الأمراض المحتملة والإعاقة الوظيفية والوفيات سواء على مستوى الأفراد أو الفئات أو السكان بأسرهم.

* وهي مؤشرات ملائمة لتقييم نجاح أو فشل برامج التدخل.

وتتباين نظم الرصد التغذوي تباينا كبيرا فبعض هذه النظم يستخدم بيانات خضعت بمعرفة مرشدين صحيين مهنيين في العيادات، وتستخدم نظم أخرى معلومات جمعها المقيمون في المجتمع المحلي الذين تم تدريبهم خصيصا لهذا الغرض. ويستخدم البعض الآخر تقنيات أخذ العينات التي تصمم للخروج بتقديرات قطرية يعتمد عليها، وتستخدم نظم أخرى تقنيات المسح التشاركي التي تجري في مواقع تتسم بخصوصية تمثيلها لفئات معينة، والتي يطلق عليها اسم مواقع الرصد. وغالبا ما تدرج مقاييس الجسم المتعلقة بالوزن والطول نظرا لأنها توفر معلومات مفيدة للغاية بتكاليف منخفضة نسبيا. غير أنه يمكن قياس مجموعة من المؤشرات الأخرى كأسعار الأغذية ومؤشرات الإنتاج الزراعي وغير ذلك من نظم المعيشة والبيانات المتعلقة بالمرض والوفاة

[1] خالد بن على المدني: **المشكلات الصحية المرتبطة بنقص كمية الغذاء-التغذية العلاجية–**، دار المدني، جدة، 2004، ص ص 51-67.

والعامل الذي تشترك فيه نظم الرصد هو المعلومات التي يتم جمعها دوريا خلال فترة زمنية لرصد أي تطور[1].

الجدول(02): مؤشرات مقاييس الجسم التي يشيع استخدامها في نظم الرصد التغذوي

مؤشر مقاييس الجسم	ماذا يقيس؟	سياق استخدامه
نقص الوزن	انخفاض الوزن (أي انخفاض الوزن بالنسبة للعمر) يمثل كلا من عدم كفاية النمو الخطي(هيكل الجسم) وعدم اتساق نسب الجسم نتيجة لنقص التغذية	انخفاض الوزن أو نقص الوزن هو أكثر المؤشرات شيوعا التي يتم جمعها في نظم رصد النمو
توقف النمو	توقف النمو أو القصر (انخفاض الطول بالنسبة للعمر) يقيس فشل النمو طويل الأجل نتيجة لنقص التغذية المزمن	توقف النمو يرتبط بالفقر وقد يقيم في الأوضاع المستقرة على أنه قياس للتغيرات بمرور الوقت
الهزال	الهزال أو النحافة (نقص الوزن بالنسبة للطول) نتيجة لنقص التغذية الحادة	الهزال هو أكثر مؤشرات التقييم شيوعا في مسوحات التغذية في حالات الطوارئ

المصدر: منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة: **حالة انعدام الامن الغذائي في العالم 2001**، منشورات منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة، روما، 2001، ص 256.

22. الأمراض التي تصيب لأطفال

يصيب الأطفال عادة أمراضا متعددة قد تكون هذه الأمراض لها تأثير بسيط يمكن تلقى العلاج بسهولة دون أن يتعرض الطفل لمضاعفات وانعكاسات سلبية نتيجة الإصابة، ومنها ما هو مستعصي ومعقد ينجم عنه تلقي العلاج بسرعة بسبب الوضع الخطير الذي قد يؤول إليه الطفل، كما يعكس إصابة الطفل ببعض الأمراض المعدية الواقع البيئي للمجتمع والواقع الصحي الذي يتواجد فيه الطفل ويعيش فيه. مما يعطي صورة عن الوضع الاجتماعي لذلك المجتمع.

ومن بين الأمراض السارية التي المنتشرة بين وسط الأطفال والتطعيمات المضادة هي[2]:

أ- السل: مرض مزمن يصيب الانسان في كافة مراحل حياته لكنه غالبا ما يصيب الأطفال، وينتقل هذا المرض عن طريق الرذاذ بواسطة التنفس والكلام والسعال، واستعمال أدوات المريض

[1] منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة: **حالة انعدام الامن الغذائي في العالم 2001**، منشورات منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة، روما، 2001، ص 256.

[2] **أحمد شماني و رابح درواش:**" تطور مستويات التغطية التطعيمية للأطفال في الجزائر وأهم العوامل المحيطة بها حسب المسوح الوطنية المنجزة المتعلقة بمتابعة الأطفال"، **مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية**، جامعة قاصدي مرباح، الجزائر، العدد 29، جوان 2017، ص ص 122-124.

الملوثة بإفرازات الفم والأنف، وعن طريق شرب الحليب غير المغلي وتناول لحوم الحيوانات المريضة .ومن أعراض هذا المرض سعال جاف يدوم فترة طويلة، حمى مسائية يصحبها عرق غزير في الليل، فقر الدم مع هزال شديد، وخز في الصدر بسبب التهاب غشاء الرئة، سعال ملوث بالدم أو النزيف في الصدر .ومن أهم مضاعفاته :تدرن الحنجرة، سل الامعاء، السحايا الدماغية، سل العظام .ولا ينتقل مرض السل عبر المشيمة، لهذا يولد الطفل سليما ولكنه قد يتعرض للإصابة نتيجة وجوده باستمرار مع الأم المصابة خاصة أثناء الرضاعة والعناية به، كما أن الأم المصابة لا تعطي المناعة لطفلها، لذلك يفضل عزل الطفل عن الأم المصابة بالسل[1].

لهذا توصي المنظمة العالمية للصحة (OMS) بإعطاء المواليد جرعة واحدة من لقاح BCG بعد الولادة مباشرة، خاصة في البلدان التي تعرف انتشارا كبيرا للمرض.

ب- الدفتيريا أو الخانوق: الدفتيريا مرض معد حاد يصيب الأغشية المخاطية في الأنف والحلق وذلك نتيجة العدوى بجرثومة الدّفتيريا، ويتميز هذا المرض بتكوين غشاء كاذب في الفم والحلق مما ينتج عن ذلك الالتهاب في الحلق والفم والأذن وأحيانا يمتد الالتهاب إلى القصبات الهوائية والحنجرة مما ينتج عنه اختناق وعدم القدرة على التنفس.

وينتقل المرض عن طريق الرذاذ المتطاير أثناء الكلام والسعال وعن الاتصال المباشر مع المريض وملامسة حاجياته الملوثة، وللوقاية من المرض، يعطى للطفل التطعيم الثلاثيDTC3 (الدفتيريا+ الكزاز + السعال الديكي) عند اكماله الشهر الثاني من عمره بثلاث جرعات بين كل منها شهرين، وجرعة منشطة بعد سنة من الجرعة الثالثة، ويعطى للطفل جرعة أخرى عند دخوله الروضة[2].

ج-الكزاز أو التيتانوس: ينتج مرض التيتانوس من تلوث الجروح بميكروب خاص يفرز سمومه القوية في جسم الانسان فتصل إلى الجهاز العصبي المركزي بواسطة الأعصاب والدم فتسبب تقلصات في العضلات، خاصة عضلات المضغ (الحنك)، وينتشر هذا المرض في جميع أنحاء العالم وفي جميع فصول السنة، ويعيش الميكروب طبيعيا في أمعاء الحيوانات لا سيما آكلة العشب، ويعيش كذلك في أمعاء الإنسان أحيانا ويخرج مع البراز ويكون كيسا (أبواغ) حول نفسه ويبقى على هذا الحال حتى يجد الظروف المناسبة لدخوله في الجرح وعند ذلك يخرج ميكروب المرض من كيسه وينمو ويتكاثر في موضعه ويفرز

[1] أيمن سليمان مزاهرة وآخرون: **مبادئ صحة الطفل وتغذيته**، دار الخليج للنشر، الأردن، 2001، ص ص 49-60.

[2] أحمد شماني و رابح درواش: مرجع سابق، ص122.

السموم التي ينتج عنها المرض .وينتشر هذا المكروب بكثرة في تراب الشارع والحقول التي يتم تسميدها طبيعيا .ويدخل الميكروب إلى الجسم عن طريق الجرح ولا يستطيع هذا المكروب اختراق الجلد السليم، ولا يبقى الميكروب في الجرح ولا يسير في الدم مطلقا، لكنه يفرز سمومه التي تسري في الجسم وتصل إلى الجهاز العصبي المركزي عن طريق الأعصاب والدم.

وتتمثل مضاعفات المرض فيما يلي: التهاب الجهاز التنفسي، هبوط في القلب، انسداد الحنجرة (الاختناق)، الوفاة بنسبة 35% إلى 75 % من الحالات، وللوقاية من هذا المرض يجب إعطاء اللقاح الثلاثي (DTC) الذي يحتوي على مطعم الكزاز[1].

د-شلل الأطفال: مرض فيروسي حاد ينتقل بواسطة الملامسة المباشرة لإفرازات البلعوم أو البراز، ويدعى الفيروس (بوليوفايرس) وهو يصيب النخاع الشوكي .يقاوم هذا الفيروس صغير الحجم المحاليل الكيميائية ويموت بتأثير الاشعة والمحاليل المؤكسدة وماء الأكسجين ومحلول الكلور .قد تكون عملية الشفاء تامة خلال عدة أشهر، كما قد تؤدي إلى حدوث الشلل المزمن ويعتمد هذا على شدة المرض، وتكثر الإصابة بهذا المرض خلال أشهر الصيف والخريف، وتتمثل مضاعفات المرض في إلتهاب الجهاز التنفسي، وضمور الأطراف وفقدانها للحس والحركة، وحصر بول مؤقت، واضطرابات نفسية بسبب حدوث الشلل التام.

أطلقت المنظمة العالمية للصحة (OMS) 1988، المبادرة العالمية لاستئصال مرض شلل الأطفال وذلك بالتطعيم بلقاح VPO توجد ثلاث أمصال لفيروس شلل الأطفال الذي يؤخذ عن طريق الفم .وتوجد حاليا عدة تلقيحات أحادية التكافؤ وثنائية التكافؤ، وثلاثي التكافؤ أعطت هذه التلقيحات نتائج مذهلة[2].

هـ-الحصبة: الحصبة مرض فيروسي حاد سريع الانتشار بين الأطفال، تنتقل العدوى عن طريق الرذاذ المتطاير من فم المريض أو استعمال أدواته، وتتمثل مضاعفات هذا المرض في: الالتهاب الرئوي، التهاب الأذن الوسطى، التهاب الدماغ، سوء التغذية، الوفاة، ويعطى، من أجل الوقاية من هذا المرض، مطعوم الحصبة بعد الشهر التاسع وبجرعة واحدة، لأن

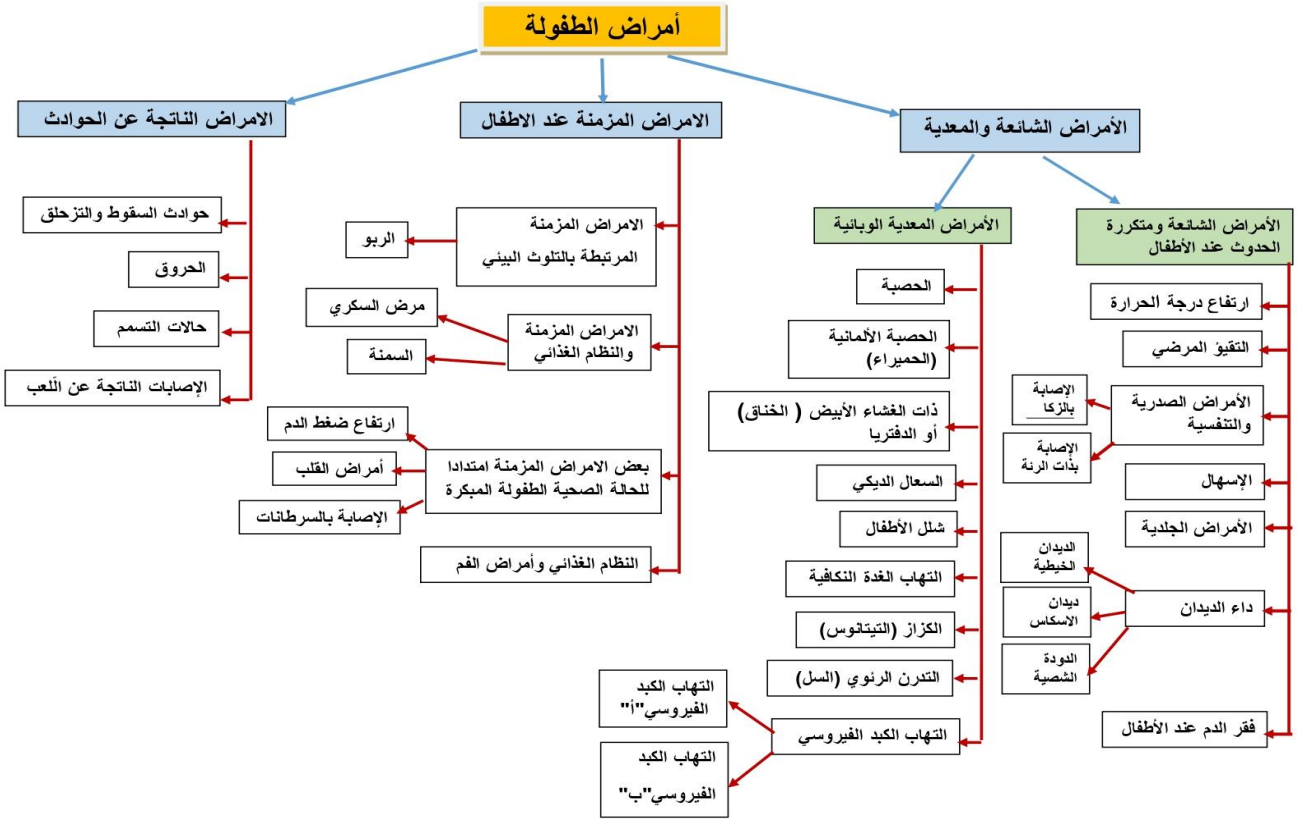
[1] أيمن سليمان مزاهرة وآخرون: مرجع سابق، ص ص 49-55.

[2] أحمد شماني و رابح درواش: مرجع سابق، ص 123.

الطفل تكون لديه مناعة طبيعية في الأشهر الأولى من عمره ومع تقدم العمر تقل هذه المناعة، ويعطي هذا المطعوم 90 %مناعة طيلة حياة الطفل.

و-التهاب الكبد الفيروسي" ب" : يعتبر مرض التهاب الكبد الفيروسي معد ومزمن وقاتل، حيث قدر عدد المصابين بالعدوى VHB بملياري شخص، بينهم 240 مليون عدوى مزمنة، كما يعتبر المسؤول عن وفاة 780 ألف شخص سنويا، ويمكن أن ينتقل هذا المرض من الأم، إلى الطفل عند الولادة أو من طفل لآخر خلال فترة الطفولة المبكرة، كما وضعت المنظمة العالمية للصحة، سنة 1992 ، إدراج التلقيح ضد هذا المرض (HVB) في برامج الأطفال التطعيمية المنتظمة (PEV) في كل بلدان العالم، كهدف أساسي، وذلك قبل حلول العام 1997 وفي سنة 2014 ، بلغ عدد الدول التي تعتمد الجرعات الثلاثة لهذا التطعيم في برامجها التطعيمية المنتظمة 184 بلد.

كما قامت خليفاوي فهيمة بتقسيم الأمراض التي تصيب الأطفال بطريقة مفيدة وأكثر تجميعا وجاء هذا التقسيم كالتالي[1]:



[1] فهيمة خليفاوي: **الأسرة ودورها في الرعاية الصحية لأطفالها الأقل من خمس سنوات – دراسة ميدانية على عينة من النساء في مستشفى محمد لمين دباغين بباب الوادي**، أطروحة دكتوراه علوم في علم الاجتماع الديمغرافي، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الجزائر2، السنة الجامعية 2015-2016، ص 261.

3.التدبير العلاجي المتكامل لأمراض الطفولة:

هو نهج متكامل إزاء صحة الطفل يركّز على عافية الطفل بشكل عام. والغرض من هذا النهج هو الحد من الوفيات وحالات المرض والعجز وتعزيز نمو ونماء الأطفال دون سن الخامسة، ويشمل هذا النهج عناصر وقائية وعلاجية على حد سواء ينبغي للأسر والمجتمعات المحلية والمرافق الصحية تنفيذها.

وتشمل الاستراتيجية ثلاثة عناصر رئيسية هي[1]:

- تحسين كفاءات العاملين الصحيين في مجال التدبير العلاجي للحالات
- تحسين النُظم الصحية بشكل عام
- تحسين الممارسات الصحية الأسرية والمجتمعية

وتسعى استراتيجية التدبير العلاجي المتكامل لأمراض الطفولة، في المرافق الصحية، إلى تعزيز عمليات تحديد أمراض الطفولة بشكل دقيق في العيادات الخارجية وضمان العلاج التوليفي المناسب لجميع الأمراض الخطيرة، وتدعيم أنشطة إسداء المشورة إلى الأولياء والتعجيل بإحالة الأطفال المصابين بحالات خطيرة. كما تسعى الاستراتيجية في البيوت، إلى الترويج للسلوكيات المناسبة فيما يخص إلتماس خدمات الرعاية، وتحسين التغذية وخدمات الرعاية الوقائية وتنفيذ مبادئ الرعاية الموصى بها على النحو الصحيح.

والمُلاحظ أنّ الأطفال الذي يُجلبون لالتماس العلاج، في العالم النامي، يعانون أكثر من حالة مرضية واحدة في غالب الأحيان، وعليه يتعذّر إجراء تشخيص واحد فقط. ويمثّل التدبير العلاجي المتكامل لأمراض الطفولة استراتيجية متكاملة تراعي مختلف العوامل التي تعرّض الأطفال لمخاطر عالية. وهي تضمن العلاج التوليفي لأمراض الطفولة الخطيرة وتركّز، في الوقت ذاته، على الوقاية من الأمراض من خلال التمنيع وتحسين التغذية.

الخطوات الرئيسية للقيام بذلك[2]:

- اعتماد نهج متكامل إزاء صحة الأطفال ونمائهم في السياسة الصحية الوطنية.
- تكييف الدلائل السريرية المعيارية المُحدّدة في إطار النهج الخاص بالتدبير العلاجي المتكامل لأمراض الطفولة مع احتياجات البلد والأدوية المتوافرة والسياسات القائمة ومع الأغذية المحلية ولغة السكان.

[1] https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/imci/ar/

[2] نفس المرجع مرجع سابق

- الارتقاء بمستوى خدمات الرعاية في العيادات المحلية بتدريب العاملين الصحيين على الأساليب الجديدة لفحص الأطفال وعلاجهم وتقديم النصائح للآباء بفعالية.
- إتاحة فرص الارتقاء بخدمات الرعاية بضمان كمية كافية من الأدوية المناسبة بأسعار منخفضة وضمان المعدات البسيطة.
- تعزيز خدمات الرعاية في المستشفيات خدمة للأطفال المصابين بحالات مرضية وخيمة لا تسمح لهم بتلقي العلاج في إحدى العيادات الخارجية.
- استحداث آليات دعم في المجتمعات المحلية لتوقي الأمراض ومساعدة الأسر على تقديم الرعاية للأطفال المرضى وأخذهم إلى العيادات أو المستشفيات عند اللزوم.

وتم الأخذ بنهج التدبير العلاجي المتكامل لأمراض الطفولة في أكثر من 75 بلداً في جميع أنحاء العالم.

ما الذي تم فعله لتقييم إستراتيجية التدبير العلاجي المتكامل لأمراض الطفولة؟

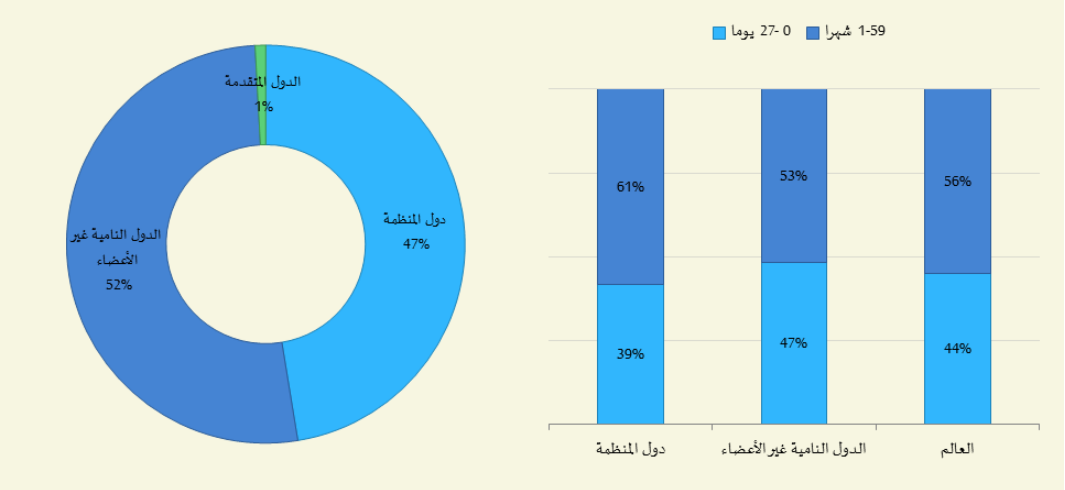
وجاءت العمل وفق النتائج التالية:

- تسهم إستراتيجية التدبير العلاجي المتكامل لأمراض الطفولة في تحسين أداء العاملين الصحيين ونوعية خدمات الرعاية التي يقدمونها.
- بإمكان إستراتيجية التدبير العلاجي المتكامل لأمراض الطفولة الحد من وفيات الأطفال دون سن الخامسة وتحسين حالتهم التغذوية إذا ما تم تنفيذها بشكل جيد.
- إستراتيجية التدبير العلاجي المتكامل لأمراض الطفولة من الاستراتيجيات الجديرة بالإستثمار، ذلك أنّ التكاليف المرتبطة بكل طفل يُعالج بالطرق السليمة في إطارها تقلّ عن تكاليف الرعاية الراهنة بنحو ستة مرّات.
- تقتضي برامج وقائية للأطفال وإيلاء المزيد من الاهتمام للأنشطة التي تسهم في تحسين سلوكيات الأسر والمجتمعات المحلية.
- لا بد من تكملة التدخلات الخاصة لباقي الأطفال بأنشطة تسهم في دعم النُظم.
- لن يتسنى الحد، بشكل كبير، من وفيات الأطفال دون سن الخامسة إلاّ إذا بلغت التغطية بالتدخلات نسبة عالية.

خامسا: وفيات الأطفال

معدل وفيات الأطفال هو عدد وفيات الأطفال دون سن الخامسة من العمر لكل 1000 مولود حي، وهو أحد أهم المؤشرات الدالة على وضع صحة الأطفال، والذي يعكس بالأساس التغطية الشاملة وفعالية خدمات الرعاية الصحية جنبا إلى جنب مع التنمية الاجتماعية والاقتصادية في البلاد، وكان بمثابة المؤشر المرجعي للهدف الرابع من الأهداف الإنمائية للألفية للأمم المتحدة، والذي كانت غايته خفض معدل وفيات الأطفال بمقدار الثلثين بين عامي 1990 و2015، معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة، وعلى الصعيد العالمي، توفي أكثر من 6 ملايين طفل قبل بلوغهم الخامسة في عام 2015خطر تعرض الطفل للموت هو أعلى في فترة ما بعد الولادة؛ في 28 يوما الأولى من الحياة، وفي عام2015، تم الإبلاغ عن 44% من وفيات الأطفال دون سن الخامسة خلال فترة ما بعد الولادة(الشكل) يمكن الوقاية من غالبية هذه الوفيات بسهولة، وذلك عن طريق ضمان الحصول على ظروف مواتية وفعالة للولادة الآمنة وخدمات رعاية الأطفال حديثي الولادة[1].

الشكل(02): يبين توزيع الوفيات دون سن الخامسة حسب المناطق والتركيبة العمرية لسنة 2015



المصدر: منظمة التعاون الاسلامي: **وضع الأطفال في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الاسلامي**، مركز الأبحاث الاحصائية والاقتصادية والاجتماعية والتدريب للدول الاسلامية (سيسرك)، تركيا، 2017، ص 8.

[1] منظمة التعاون الاسلامي: **وضع الأطفال في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الاسلامي**، مركز الأبحاث الاحصائية والاقتصادية والاجتماعية والتدريب للدول الاسلامية (سيسرك)، تركيا، 2017، ص 7.

تعد الوفيات من أهم الظواهر السكانية بوصفها عنصراً مهماً من عناصر التغيير السكاني الثلاث (الخصوبة، الوفيات، الهجرة). إذ تؤلف مع الخصوبة أحد أهم عناصر الزيادة السكانية الطبيعية وتتفاعل مع معادلة النمو السكاني باتجاهين متناقضين فهي تمثل العنصر السالب في معادلة النمو السكاني لكونها تؤدي إلى التناقص في أعداد السكان، كما يعد مؤشر وفيات الأطفال خاصة من المؤشرات الاقتصادية والاجتماعية والحضارية التي يتمتع بها المجتمع السكاني حيث أنها تقدم مقياساً للحكم على درجة التقدم التقني ومدى تطور الخدمات الصحية. فالوفيات بوصفها ظاهرة ديمغرافية تختلف من مكان لآخر من حيث معدلاتها وأنماط توزيعها والأسباب المؤدية لها. ومن أجل هذا يمكن طرح السؤال الآتي:

• ما هي الأسباب التي تؤثر في وفيات الأطفال دون الخمس سنوات، وهل يوجد تباين في معدلات هذه الأسباب؟

تعد ظاهرة الوفاة حتمية بيولوجية اجتماعية لابد منها لكل الكائنات على حد السواء بعد انقضاء العمر البيولوجي لكل منها[1]. وتعمل الوفيات على تناقص أعداد السكان والتأثير في تركيبهم النوعي والعمري، فالوفيات عنصر من عناصر التغير السكاني فهي حدث حيوي تجمع وتسجل له الإحصائيات[2]، كما أنها إحدى المتغيرات الرئيسية لمعرفة حركة السكان في الماضي والحاضر والمستقبل من خلال إجراء عملية الإسقاطات السكانية وتأثير ذلك على معرفة أحوال السكان[3]. لذا فإن تحليل هذه الظاهرة تحليلاً علمياً يخدم أغراضاً عديدة في مقدمتها رسم السياسة الصحية من أجل توفير أفضل الوسائل للسيطرة على الأمراض والرعاية الصحية وتوفير قاعدة لوضع برامج صحية عامة[4].

---

[1] عبد الرحيم بوادقجي وعصام خوري: **علم السكان نظريات ومفاهيم**، دار الرضا للنشر والتوزيع، سوريا، 2002، ص 105.

[2] فوزي سهاونة: **مبادئ الديموغرافيا**، المطبعة الأردنية، عمّان، 1982، ص55.

[3] سما سعدي الهاشمي: **دراسة إحصائية لوفيات الأطفال الرضع في محافظة نينوى**، رسالة ماجستير، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة بغداد،2004، ص52.

[4] رياض إبراهيم السعدي: " الوفيات واتجاهها في الجزائر"، **مجلة الجمعية الجغرافية العراقية**، جامعة بغداد، بغداد، العدد19، 1988، ص40.

لذا غدت دراسة وفيات الأطفال دون سن الخامسة من العمر ولاسيما وفيات الرضع من المؤشرات الدقيقة للأحوال الصحية في أي بلد فهي تقيس مستوى الصحة والخدمات الصحية وبالتالي هي مؤشر صحي له اعتبارات ديموغرافية لما تمثله وفياتهم من عدم أدائهم لدورهم الديموغرافي في المجتمع[1].

كما يعد معدل وفيات الأطفال دون الخامسة من المؤشرات الإنمائية المهمة لأي بلد كونه يرصد التقدم المحرز للأهداف الاقتصادية والاجتماعية والصحية ومدى تطورها، حينما تنخفض معدلاته يعكس تردي تلك الأهداف[2].

وتختلف معدلات وفيات الأطفال خاصة من مجتمع لآخر ومن مدة زمنية لأخرى داخل المجتمع الواحد فقد تحدث نتيجة لأسباب طبيعية كالبراكين والفيضانات وغير طبيعية كالأمراض والحوادث والحروب. ففي بعض المجتمعات تزداد وفيات الأطفال بشكل عام وفي بعضها الآخر تزداد وفيات كبار السن مقارنة بالفئات العمرية الشابة[3].

[1] عبد علي الخفاف: **تحليل العلاقات المكانية لوفيات صغار السن في محافظات الفرات الأوسط**، أطروحة دكتوراه، كلية الآداب، جامعة بغداد، 1990، ص24.

[2] مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل: **ورقة عمل تقدمت بها (اليونيسيف) عن وضع الأطفال في العالم**، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط وشمال أفريقيا، عمان، 1990، ص7.

[3] سالم علي الشواورة ومحمود الحبيس: **جغرافية السكان**، ط1، دار الصفا للنشر، الأردن،2001، ص250.

المحور الثالث: الشباب والصحة.

أولا: الحالة الصحية للشباب

ثانيا: الممارسات الضارة (الادمان، إدمان الأنترنت، تعاطي المخدرات، التدخين...)

ثالثا: الصحة الإنجابية والأمراض المنقولة جنسيا

الأهداف التعليمية

بعد الانتهاء من دراسة هذا المحور، يتوقع أن يكون الطالب قادر على:

- استيعاب الحالة الصحية للشباب.
- القدرة على إدراك خطورة الممارسات الضارة (الادمان، إدمان الأنترنت، تعاطي المخدرات، التدخين...).
- معرفة أهمية الصحة الإنجابية وخطورة الأمراض المنقولة جنسيا.

أولا: الحالة الصحية للشباب

1.الرعاية الصحية للشباب (ذكور/ إناث):

هناك اهتمام معاصر بين مختلف فروع الدراسات الإنسانية والعلوم الاجتماعية بدراسة أوضاع الشباب واتجاهاتهم وقيمهم ودورهم في المجتمع، ويكاد هذا الاهتمام أن يكون عالميا إذ أصبح مفهوم الشباب يحظى بالعناية والتحليل في المجتمعات المتقدمة والنامية على حد السواء، على الرغم من اختلاف الإطار الذي تُعالج منه قضايا الشباب وتتباين الأدوار وتتنوع المشكلات بتنوع السياق الاجتماعي والاقتصادي والسياسي الذي تُدرس منه الظواهر المتصلة بالشباب، ولعل السبب الرئيسي لمثل هذا الاهتمام بقضايا الشباب راجع أساسا إلى ما يمثله الشباب من قوة للمجتمع ككل.

فحينما ننظر إلى الشباب سنلاحظ أنها أكثر الفئات العمرية حيوية وقدرة على العمل والنشاط، فضلا عما تتسم به هذه الفئة من مرونة في عمليات التكيف مع المواقف التي تواجههم من جهة ودعامة يعتمد عليها المجتمع في رسم سياسات استثمار جهود الشباب من أجل التنمية والبناء من جهة أخرى. لكن لا يتم ذلك إلا إذا كان هذا الشاب يحظى بقدر من الرعاية الصحية التي تؤهله لأن يكون شاب معافى جسديا ونفسيا واجتماعيا.

لا تقل أهمية البرامج الصحية عن البرامج الرياضية بالنسبة لرعاية الشباب فكلاهما يدعّم وينمي الجانب الجسمي الذي له تأثير كبير على بقية جوانب الشخصية العقلية والنفسية والاجتماعية، ورعاية الشباب عندما تهتم بالبرامج الصحية فإنها تدرب الشباب على الإسعافات الأولية وعلى طرق الوقاية من الأمراض وتسعى إلى نشر الوعي الصحي ووقاية أنفسهم ومجتمعهم من مخاطر المرض والحوادث والإصابات.

والبرامج الصحية تتضمن كثير من الأنشطة منها المهرجانات السينمائية التي تعرض الأفلام الصحية، والندوات والمحاضرات الصحية التي يشترك فيها المختصون، زيادة عن ذلك الدورات التدريبية المستمرة للتدريب على عمليات الإسعاف والتمريض مثل: الحقن، التضميد....إلخ، والمسابقات الصحية التي يشترك فيها الشباب بأبحاث علمية أو تجميع أكبر قدر ممكن من المعلومات الصحية، إضافة إلى الزيارات الصحية للمستشفيات والمؤسسات الصحية للاطلاع على كيفية تقديم الخدمات الصحية[1].

[1] عطيات محمد خطاب: **أوقات الفراغ والترويح**، ط3، دار الكتاب للنشر، القاهرة، 1990، ص ص 82-87.

ينعم معظم الشباب بصحة جيّدة. غير أنّ كل عام يشهد وفاة أكثر من 2.6 مليون شاب من الفئة العمرية 10–24 سنة[1]. وهناك عدد هائل من الشباب الذين يعانون من أمراض تعرقل قدرتهم على النمو والنماء بالشكل الكامل. ولا يزال عدد كبير منهم ينتهجون سلوكيات لا تعرّض أحوالهم الصحية للخطر في الوقت الراهن فحسب، بل كذلك في السنوات المقبلة. وهناك علاقة بين نحو ثلثي الوفيات المبكّرة وثلث إجمالي عبء المرض الذي ينوء به البالغون وبين أمراض أو سلوكيات بدأت في مرحلة الشباب، بما في ذلك تعاطي التبغ أو نقص النشاط البدني أو ممارسة الجنس دون الاحتماء أو التعرّض للعنف.

والمعروف أنّ تعزيز الممارسات الصحية أثناء المراهقة واتخاذ الخطوات اللازمة لتحسين حماية الشباب من المخاطر الصحية من الأمور الحاسمة الأهمية لضمان صحة البلدان وضمان البنية التحتية الاجتماعية في المستقبل وتوقي المشاكل الصحية عند الكبر.

وفي عام 2002، أقرّت الدورة الاستثنائية المعنية بالطفل التي عقدتها الجمعية العامة للأمم المتحدة بالحاجة إلى "وضع وتنفيذ سياسات وبرامج وطنية بشأن صحة المراهقين، تشمل أهدافاً ومؤشرات، من أجل النهوض بصحتهم البدنية والعقلية[2]."

ومن الأُطر الهامة لتحسين صحة الشباب، المرامي الإنمائية للألفية التي يتعلّق بمرميين منها، بشكل خاص بصحة الشباب ومنها[3]:

– يتمثّل المرمى 5 في إتاحة خدمات الصحة الإنجابية للجميع، علماً بأنّ أحد مؤشراته هو معدل الحمل بين الفتيات من الفئة العمرية 15–19 سنة.

– يتمثّل المرمى 6 في وقف انتشار الأيدز والعدوى بفيروسه، ومن مؤشراته الحدّ بنسبة 25% من الإصابات بين الشباب، ويحدّد ذلك الهدف نسبة الشباب من الفئة العمرية 15–24 سنة ممّن ينبغي أن تكون لديهم معارف شاملة وصحيحة بشأن الأيدز والعدوى بفيروسه.

كما يُعد حق جميع الشباب في الصحة من الحقوق المنصوص عليها في الصكوك القانونية الدولية. ففي عام 2003، أصدرت اللجنة المعنية بمتابعة تنفيذ اتفاقية حقوق الطفل تعليقاً عاماً تم الاعتراف فيه بالاحتياجات الصحية والنمائية والحقوق الخاصة للمراهقين

[1] منظمة الصحية العالمية. **المخاطر الصحية المحدقة بالشباب والحلول المقترحة**، صحيفة رقم 345، آب/أغسطس 2011، ص 1.

[2] نفس المرجع، ص 2.

[3] نفس المرجع، ص 2.

والشباب. وما يزيد في دعم تلك الحقوق اتفاقية القضاء على جميع أشكال التميز ضدّ المرأة والحق في الصحة.

2.دور منظمة الصحة العالمية في تقديم الرعاية الصحية للشباب:

تقوم منظمة الصحة العالمية بمجموعة من الوظائف من أجل تحسين رعاية صحة الشباب ومنها[1]:

– حساب عدد الشباب الذي يتوفون ويتعرّضون للأمراض والإصابات، وعدد الشباب الذين ينتهجون ممارسات يمكنها أن تعرّضهم للأمراض أو الإصابات في المستقبل. ويشمل ذلك أيضاً تقدير العوامل المجتمعية التي تعرقل أو تساعد صحة المراهقين ونمائهم.

– تحديد أكثر السُبل فعالية في تعزيز صحة الشباب، وتوقي المشكلات الصحية، والاستجابة لها عند حدوثها.

– استحداث الأساليب والأدوات التي يمكن استخدامها لتطبيق البيّنات في البلدان.

– ضمان وجود ما يلزم من مجموعات الأفراد والمؤسسات القادرة على تطبيق تلك البيّنات في البلدان.

– إذكاء الوعي العام، ووعي الفئات الخاصة، بالقضايا ذات الصلة بصحة الشباب.

– بناء فهم متبادل بين الشركاء وشعور متبادل بالهدف المنشود من الإجراءات التي يتعيّن القيام بها.

– دعم البلدان في صوغها للسياسات والبرامج وتنفيذها ورصدها وتقييمها.

ثانيا: الممارسات الضارة (الادمان، إدمان الأنترنت، تعاطي المخدرات، التدخين...)

1.الشباب والإدمان:

هناك أنواع من الإدمان أفرزتها التغيرات الاجتماعية التي مست المجتمعات دون استثناء وباتت هذه الأنواع أمرا ملحا يستدعي البحث والدراسة.

ومن أنواع الإدمان غير الكلاسيكية المنتشرة في مختلف المجتمعات والمجتمعات الأكثر استهلاكا للتكنولوجيا ومنها المجتمع الجزائري وخاصة بين الشباب إدمان الأنترنت وألعاب الفيديو والتسوق ومن ثم تضاف إلى قائمة الأنواع المختلفة للإدمان:

* إدمان الكحول والخمر.

[1] منظمة الصحية العالمية: **المخاطر الصحية المحدقة بالشباب والحلول المقترحة**، صحيفة رقم 345، آب/أغسطس 2011، ص ص 6-7.

*إدمان المخدرات.

*إدمان الأنترنت.

*إدمان ألعاب الفيديو.

*إدمان التسوق.

والمقصود بالإدمان الاستمرارية والمداومة على استهلاك أو تعاطي مواد معينة أو القيام بنشاطات معينة لمدة طويلة بقصد الدخول في حالة من النشوة أو استبعاد الحزن، والاكتئاب[1].

إن معظم تفاسير الادمان تعتمد بالأساس على حقيقة راسخة في العلوم الاجتماعية في معناها أن الفرد نتاج للظروف الاجتماعية والاقتصادية التي يولد وينشأ فيها، فمن غير المعقول وجود شخص بمعزل عن المجتمع الذي يعيش فيه، أو أن هناك فردا ما يستطيع أن تكون قدراته وأفكاره وخصائصه الشخصية وبنائه الكلي خالي من تأثيرات المجتمع عليها، فالإنسان نتاج لتاريخ اجتماعي وتشكيلات اجتماعية ومن ثمة فإن نحت ودراسة الظروف الاجتماعية للأفراد تساعد وتمكن من فهم تصرفاتهم.

وعلى ضوء التفسيرات السوسيولوجية للإدمان يتم عرض مختلف صور الإدمان وأشكاله:

2.إدمان الأنترنت:

تؤكد دارسة حديثة ل" سمير يوسف فرحان قديسات "حول الآثار السلبية لاستخدام تكنولوجيا المعلومات والأنترنت على جيل الشباب في المجتمعات المستهلكة للتكنولوجيا، بأن هناك مشكلة إدمان حقيقة يواجهها شباب مجتمعاتنا تؤثر سلبا على العديد من جوانب حياته حيث دلت نتائج هذه الدراسة على الارتفاع المستمر لمستخدمي الانترنت ومدمنيها ويدل هذا الارتفاع لموضوع الإدمان كأثر سلبي نفسي كاعتراف لمستخدمي تكنولوجيا المعلومات والانترنت على وجود مشكلة ملازمة لها رغم الحاجة الملحة إليها[2].

وفي الاتجاه ذاته قدم" شرر وبوست" Scherer and Bost " دراسة اشتملت على (531) طالبا جامعيا مستخدما للانترنت واتضح أن (13 %) منه عينة الدراسة انطبقت عليهم

---

[1] إميل فهمي شنودة: " مشكلة الإدمان بين طلبة المرحلة الإعدادية"، **مجلة كلية التربية**، جامعة المنصورة، مصر، العدد 10، 1999، ص 11.

[2] **http :www.internetaddition.ca/treatment.htm** تم الاطلاع يوم 2019/11/25 على الساعة 12:20 مساء

معايير الإدمان، وأن الإدمان أثر على أدائهم الأكاديمي ومهاراتهم الاجتماعية، وخلص الباحثان إلى مجموعتين من الآثار النفسية والاجتماعية التي تركها إدمان استخدام الحاسوب والأنترنت[1].

ومن بين الآثار الاجتماعية تبني أنماط حياتية تتميز بالعزلة وضعف التفاعل الاجتماعي وإضعاف قدرة الفرد على القيام بدوره الاجتماعي وظهور مصطلح (الزوج، الابن، الصديق) الافتراضي لتتعمق أكثر الفجوة وتتسع المسافة بين أفراد الأسرة وخاصة الوالدين والأبناء.

أما فيما تعلق بالناحية النفسية فتوصلت الدراسة إلى أن مدمن الحاسوب والإنترنت يشعر بالذنب والتقصير في أداء واجباته وشعوره بالإحباط عند الانتقال من العالم الافتراضي إلى العالم الحقيقي، والإحساس بالوحدة كنتيجة للبعد عن البيئة الاجتماعية مما ينعكس أو يؤثر على تراجع وانخفاض الأداء العام للشخص المدمن على الحاسوب والانترنت.

ويتفق أغلب الباحثين في موضوع إدمان الإنترنت أن أعراض مدمني الإنترنت متشابهة إلى حد بعيد رغم اختلاف الثقافات والمجتمعات وتباينها، ومن هذه الأعراض زيادة حدة التوتر والقلق حين يفصل جهاز الكمبيوتر عن الانترنت بالنسبة للمستخدم، في المقابل يشعر بالسعادة البالغة والراحة النفسية حين يستمر اتصاله عبر الانترنت، كما أنه في حالة استعداد وترقب دائمين لفترة استخدامه المقبلة للإنترنت، ولا يشعر بالوقت وقيمته مدمن الإنترنت مما يوقعه في مشاكل اجتماعية وعملية وأكاديمية.

كما يحتاج مدمن الانترنت إلى فترات أطول من الاستخدام ليشبع رغبته، بالإضافة إلى أن محاولاته للإقلاع عن الإدمان تبوء تقريبا كلها بالفشل وفي غالب الأحيان ما يستعمل مدمن الإنترنت هذه الوسيلة للتهرب من مشاكله الخاصة.

ومن بين الآثار السلبية للإدمان على الإنترنت[2]:

-المشاكل الصحية المختلفة كاضطرابات النمو، التوتر، القلق، العياء المستمر، ضعف البصر مع مرور الوقت...إلخ.

---

[1] يزيد عباسي: **مشكلات الشباب الاجتماعية في ضوء التغيرات الاجتماعية الراهنة في الجزائر دراسة ميدانية على عينة من طلبة جامعة جيجل " القطب الجامعي تاسوست"جيجل"**، أطروحة دكتوراه العلوم في علم الاجتماع، تخصص علم اجتماع التنمية، جامعة محمد خيضر ، بسكرة، السنة الجامعية 2015-2016، ص163.

[2] نفس المرجع السابق: ص ص 163-164.

-المشاكل الأسرية، كاضطراب العلاقات الأسرية لمدمن الإنترنت نتيجة لقضائه أوقات كبيرة مع الإنترنت، إهمال الواجبات الأسرية.

-المشاكل المنزلية، كاضطرابات العلاقات الزوجية والوصول أحيانا إلى الطلاق لاكتشاف أحد الطرفان أن الآخر على علاقة من خلال الإنترنت، حيث أصبح يطلق على الزوجات اللواتي يعانين من هذا القبيل من الأزواج بأرامل الإنترنت.

-مشاكل أكاديمية، حيث أكدت إحدى الدراسات الأمريكية أن استخدام الطلاب للإنترنت لا يحسن من أدائهم الأكاديمي وذلك بسبب انعدام النظام في المعلومات على الإنترنت، إضافة إلى عدم وجود علاقة مباشرة بين معلومات الإنترنت ومناهج الجامعات، كما أن الكثير من الطلاب يستخدمون الإنترنت لأغراض غير دراسية كالبحث في مواقع لا صلة لها بدراستهم أو كالشات والتواصل عبر مواقع التواصل الاجتماعي أو استخدام ألعاب الإنترنت.

-مشاكل مهنية، ونتيجة لتوفر الاتصال عبر شبكة الإنترنت في أماكن العمل ينشغل الموظفون بالإبحار عبرها متناسين مهامهم الرئيسية مما يؤثر سلبا على أدائهم، ومن الحلول لهذه المشكلة لجوء بعض رؤساء العمل إلى مراقبة أجهزة الكمبيوتر للمستخدمين لتأكد من استخدام الشبكة لأغراض مهنية فقط.

3.إدمان المخدرات:

بالإضافة إلى إدمان الإنترنت وألعاب الفيديو يواجه الشباب مشكلة إدمان أعقد من سابقتها وهي إدمان الكحول والخمر والمخدرات بمختلف أنواعها.

وحسب تقديرات منظمة الصحة العالمية (OMS) بلغ عدد المدمنين على المخدرات في الوطن العربي 10 ملايين مدمن ومن المتوقع أن يرتفع هذا العدد بسبب زيادة أعداد مستهلكي هذه السموم من جهة وانخفاض أسعارها وزيادة معدلات البطالة والإحباط لدى الشباب العربي[1].

وفي الجزائر هناك ما يشبه حربا إحصائية حول تعاطي وإدمان المخدرات وسط الشباب، فالأرقام والإحصائيات التي قدمها الديوان الوطني لمكافحة المخدرات تشير إلى 300 ألف مدمن ومستهلك للمخدرات في الجزائر، في حين أحصت المنظمة الوطنية لرعاية الشباب350 ألف مدمن في المقابل قدرت الهيئة الوطنية لترقية الصحة وتطوير البحث (الفورام) وجود

[1] http://repository.nauss.edu.sa/handle/

تم الاطلاع يوم 2019/11/25 على الساعة 12:20مساء

مليون مدمن ومستهلك للمخدرات في الجزائر، بالموازاة أحصى المركز الوطني للدراسات والتحليل الخاص بالسكان والتنمية 180 ألف مدمن على المخدرات و300 ألف مستهلك[1].

هذه الدلائل الرقمية هي لمدمني المخدرات بمختلف أنواعها يضاف إليها مدمني الخمر والكحول والمهلوسات المختلفة، وماذا ينتج عنها من آثار اجتماعية ومخاطر لا تقل سلبية عن المشكلات السابقة والتي سنورد أمثلة منها:

1.3.المخاطر النفسية: ومن أهم آثارها:

-التأثيرات السلبية على مختلف الوظائف العقلية والعاطفية من إحساس، تذكر، إدراك، تخيل، تصور، تحليل، استنتاج وخمول ذهني، فقدان الذاكرة الزمانية والمكانية، ضعف وفقدان القدرة على الحكم على الأشياء و قلة التركيز والتزود الذهني.

-التأثيرات السلبية على الجانب الانفعالي للشاب المدمن مما يؤثر على مستوى التوافق الذاتي ومع الأقران، بالإضافة إلى التأثير على الجهاز العصبي مما يترتب عنه خلل واضطراب وتدمير لهذا الجهاز.

-ضعف الرغبة في الحياة والسلبية واليأس اتجاه الحاضر والمستقبل.

-التأثير السلبي على الجانب المزاجي للشاب فيصبح ما بين قمتي الابتهاج والاكتئاب في الوقت ذاته مما يؤدي إلى انكسار وتحطم نفسيته.

-ضعف الحيوية والنشاط وقلة الطموح.

-ارتفاع وزيادة التبعات المصاحبة للإدمان كحالات الذهان والعصاب والانهيارات العصبية مما يؤدي في غالب الأحيان إلى الجنون أو الانتحار.

2.3.المخاطر والآثار الاجتماعية[2]:

-سوء التكيف الاجتماعي للشباب وتدهور علاقاتهم الاجتماعية مع مختلف المستويات والفئات الاجتماعية.

-الوصم والرفض الاجتماعي للمدمن من قبل المجتمع والذي يصل إلى حد النبذ الاجتماعي.

-عجز وفشل المدمن عن إقامة حياة أسرية ناجحة.

-النزعة إلى ارتكاب الجرائم وتكوين جماعات الأشرار والعصابات مما يؤدي إلى الخلل الاجتماعي وارتفاع معدلات الانحراف والجريمة.

---

[1] يزيد عباسي: مرجع سابق، ص 164-165.

[2] خالد إسماعيل غنيم: **أضرار تعاطي المخدرات**، مكتبة التوبة، بيروت، 1991، ص 62.

-تعطل الدور الاجتماعي للشباب نتيجة لوقوعه تحت طائلة القانون بسبب التعاطي أو المتاجرة في المخدرات.

-سوء العلاقة مع أفراد الأسرة واضطراب الحياة الأسرية نتيجة للمخالفات السلوكية المدمن.

-التفكك الأسري واضطراب العلاقات الأسرية.

-انخفاض المكانة الاجتماعية للأسرة.

-زيادة حالات الطلاق والهجر.

-إعاقة النمو الجسمي للشاب المدمن وتأخر مستويات النضج لديه.

-زيادة الوفيات بين الشباب المتعاطي وانتشار الإصابة بمختلف الأمراض المزمنة والخطيرة.

-حرمان المجتمع من طاقات الشباب كمورد هام للثروة الاقتصادية.

-انتشار الأمراض الاجتماعية كالرشوة، الاختلاس، النفاق الاجتماعي والمحسوبية الشيء الذي يضر بمصالح المجتمع.

-زيادة الحوادث المرورية المميتة والإعاقات المختلفة.

-ضعف مستوى الولاء والانتماء الوطني.

3.3.المخاطر والآثار الاقتصادية:

-توقف دورة حياة الشاب لعجزه عن العمل ووجوده في مراكز العلاج أو في السجون أو عضوا في فئة المتعاطين أو المتاجرين في المخدرات.

-استنزاف وهدر الثروة البشرية والذي يتأتى من تدهور أو تناقص في إسهام المتعاطين والمدمنين في العملية الإنتاجية في مجموعها، وأهم مظاهر هذا التدهور والهدر عدم الانتظام والمواظبة في العمل وذلك بسبب اختلال ارتباطاتهم بجميع مواقيت العمل وصولا إلى التغيب بسبب سوء الصحة والتمارض الذي يتميز به الشاب المدمن.

-تناقص إنتاجية المتعاطي، ومعنى إنتاجية المتعاطي مقدار ما ينتجه الشخص خلال وحدة زمنية، معينة (ساعة، يوم، أسبوع، شهر....إلخ)[1].

-التكلفة الاقتصادية المرتفعة الموجهة سواء لمحاربة ومكافحة تهريب وتجارة المخدرات أو لعلاج المدمنين.

[1] مصطفى سويف: **المخدرات والمجتمع (نظرة تكاملية)** ، عالم المعرفة، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، العدد 205، الكويت، 1996، ص 180.

-تبييض وغسل عائدات المخدرات والدخول بها إلى السوق الوطنية مما تحط من قيمة الإنجاز كقيمة اقتصادية.

4.3.المخاطر السياسية والأمنية:

-الانخراط في جماعات العنف والإرهاب وأي من الجماعات المضادة للمجتمع طلبا للمال لتوفيره لشراء المخدرات أو الكحول أو الأنواع الأخرى المخدرة.

-وقوع الشباب كعملاء أو كضحايا في قبضة شبكات تجارة المخدرات وتهريبها.

-كنتيجة لما يحدثه الإدمان من تهديدات لأمن واستقرار المجتمع.

ومن مختلف التهديدات التي يسببها الإدمان للمجتمع تكون لها آثار سلبية على[1]:

* خطط وبرامج التنمية الوطنية
* أمن واستقرار المجتمع.
* الروح المعنوية للمجتمع.
* الموارد المادية والبشرية للمجتمع.

ومن ثمة يكون للإدمان كمشكلة اجتماعية آثار سلبية على المشاريع المستقبلية والإمكانيات المتاحة لمواجهة ومجابهة حاجات ومتطلبات الشباب، الشيء الذي يزيد من حدة مشكلاتهم لأن الشباب كمشروع هم هدف التنمية وأداتها الرئيسية في الوقت ذاته.

4. التدخين:

يعد التدخين من المشاكل العالمية التي تواجه الأمم على اختلاف درجات رقيها وتقدمها، والمشكلة تتفاقم يوما بعد يوم مسببة المزيد من الأضرار الصحية والاجتماعية والمادية، ولعل هذا التأثير السلبي للتدخين ناتج عن وجود الكثير من المركبات السامّة والمؤذية، مثل النيكوتين والقطران في دخان التبغ، والعالم ما زال يعاني من آثارها الاجتماعية والمرضية التي تفتك بالمدخنين، ففي كل عام يقتل ثلاثة ملايين مدخن، ومن المتوقع أن يرتفع هذا العدد إلى عشرة ملايين بحلول عام 2030، وعلى الرغم من محاربة دول العالم لهذه القضية، إلا أن المزيد من الشباب يقبلون عليها، لذا كان لزاما على كل مجتمع واع أن يحارب بقوة هذا العدو بكل الأسلحة الممكنة[2].

---

[1] يزيد عباسي: مرجع سابق، ص ص 167-168.

[2] أمل الخاروف: "التدخين لدى طالبات وطلاب الجامعة الأردنية-أسبابه ومضاره وطرق علاجه-"، **مجلة دراسات العلوم الاجتماعية**، جامعة الأردن، الأردن، المجلد 1، العدد 36، 2009، ص 61.

يبين التحقيق حول صحة التلاميذ على مستوى المدارس العالمية من عام 2011 أن 9.2 ٪ من الطلاب الذين تتراوح أعمارهم بين 13 و15دخنوا السجائر في يوم أو أكثر خلال الشهر السابق للتحقيق، مع 18 ٪ من الذكور و1.4٪ للفتيات من الطلاب الذين دخنوا مسبقا، وتعد نسبة من حاولوا التدخين قبل سن 14 عاما82.1٪.

وعلاوة على ذلك، وفقا لتحقيق جزائري لصحة الأسرة 2002 37.5 ٪ من الشباب الذكور، يستهلك التبغ 97 و63.8٪ من الشباب بدأ التدخين بين 15 و19عاما، يبلغ متوسط أعمارهم 16.3 عاما، أما بالنسبة لأسباب أول استهلاك للتبغ، يصرح 39.2 ٪ منهم بتقليد الأصدقاء، 16.3 ٪ منهم مجرد تجربة، و14.1 ٪ بداعي الفضول و 11.1 ٪ بسبب المشاكل الشخصية / العائلية.

أيضا، كشف استطلاع "علم الأوبئة الوطنية ومعدل انتشار المخدرات في الجزائر" انتشر في عام2000 نسبة 18.4 ٪ من مستخدمي التبغ (3.6٪ بين 12 –15 سنة، و 25.1٪ لأعمار 20– 39 سنة و30.1 ٪ لمن هم فوق 40 سنة)[1].

ويستمر تعاطي التبغ كونه عامل خطر مهم للإصابة بالأمراض المزمنة، بما في ذلك أمراض الرئة وسرطان الرئة .فإنه يتطلب منع صارم يحمي المستهلكين النشطين من مستهلكين سلبيين.

5.البطالة:

بالإضافة إلى المشكلات السابقة التي يواجهها الشباب في مجتمعاتنا العربية، يواجه أم المشكلات وأعقدها وهي البطالة، فحين ينظر أي مختص إلى أهم المشكلات التي تطغى على واقع اجتماعي معين يدرك ويعي إلى أين يتجه هذا المجتمع، وحسب ما تشير إليه التقديرات فإنه في العالم العربي لوحده يوجد أكثر من 16 مليون عاطل عن العمل أغلبهم شباب، كما يسجل العالم العربي أعلى معدلات البطالة بين دوله المختلفة (الشرق الأوسط وشمال إفريقيا) حيث أنه ونسبة إلى تقرير منظمة العمل الدولية فإن متوسط نسبة البطالة في العالم 6.2 %، بينها في الوطن العربي تصل إلى 12.2 %، بمعنى أنه في العالم من كل1000 فرد في العالم منهم 62 فرد عاطل عن العمل، بينما في العالم العربي من كل 1000 فرد يوجد 122 عاطل عن العمل، هذا في المجموع العام بالموازاة بطالة الشباب في العالم12% ، بينما في

[1] أمقران فوزي وآخرون: **ما مكانة الشباب في التنمية المستدامة في الجزائر**، منشورات المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، الجزائر، 2014، ص 135 .

الوطن العربي نسبة البطالة هي 26.5% بمعنى أن كل شباب في الوطن العربي يوجد منهم 256بطال أو عاطل عن العمل، بتعبير آخر ربع(4/1) شباب العالم العربي بطال، وفي الجزائر لا يختلف الوضع كثيرا لأنها جزء من العالم العربي والعالم.

ولا يمكن تناول مشكلة البطالة دون التعرض إلى أنواعها المعروفة لدى الاقتصاديين وغير الاقتصاديين، حيث تأخذ أشكالا متعددة منها البطالة طويلة الأمد، والبطالة القصيرة الأمد، أما بالنسبة لمفهوم البطالة طويلة الأمد فيشير إلى الفترة التي يبقى فيها الفرد معطل بدون عمل إلى ستة أشهر أو أكثر، أما البطالة القصيرة الأمد فهي التي تقل عن ستة أشهر، ومما هو معلوم فإن أعلى مستويات البطالة يوجد بين الفئات الاجتماعية الأكثر فقرا وتنقسم البطالة التي يعاني منها ويواجهها الشباب إلى أنواع ثلاث:

-**البطالة السافرة:** وتشير إلى وجود أفراد قادرين ويرغبون في العمل ولكن لا تتوفر لهم فرص العمل لأسباب متعددة.

-**البطالة الجزئية:** وتعني وجود أفراد يعملون لأقل مما يقدرون عليه ولكن فرص العمل المتاحة لهم لا تمنح لهم إلا الدوام الجزئي.

-**البطالة المقنعة:** وهي الحالة التي يكون الأفراد في حالة عمل لكنهم لا يستخدمون في هذا العمل كل المهارات والقدرات التي يمتلكونها الشيء الذي يؤدي إلى هذه الطاقات والمهارات.

أما أبعاد البطالة فتمكن تحديدها في البعد السياسي، الاقتصادي والاجتماعي[1]:

أ-البعد السياسي للبطالة: تعد البطالة من أهم مسببات المشاكل السياسية كما أن انتشارها بين الشباب يؤدي إلى عزلهم عن مجموع أفراد المجتمع، وبالتالي تنهار الثقة لديهم في النظم والمؤسسات السياسية الحاكمة الذي يؤدي حتما إلى زيادة التوترات والاضطرابات السياسية وانعدام الأمان والأمن الاجتماعي في أي مجتمع.

ب- البعد الاقتصادي للبطالة: من أهم مؤشرات البعد الاقتصادي للبطالة وارتفاعها بين الشباب الكساد والركود الاقتصادي على المستوى المحلي والوطني لأي اقتصاد كان، وبالإمكان أن تمتد آثاره أحيانا خارج حدود الدولة وذلك لأن أسواق العمل أصبحت الآن متشابكة، بالإضافة إلى كون البطالة سببا في فقدان الكثير من المخرجات والدخل الذي لا يمكن تعويضه، كما أنها تؤثر تأثيرا مباشرا في فقدان الدولة واقتصادها من المساهمات القيمة في الأنشطة الاقتصادية المختلفة من قبل أكبر فئة قوية ونشطة في أي مجتمع وهم الشباب.

[1] يزيد عباسي: مرجع سابق، ص 167-168.

ج-البعد الاجتماعي: تؤثر البطالة بشكل كبير وسلبي على نمو الشباب وتطورهم خاصة فيما يتعلق بفرصهم في الاستقرار وما تعلق بتكوين أسرة مستقلة، وبصورة عامة المشاركة في الحياة الاجتماعية، كما أن مشكلة البطالة تؤدي بالشباب إلى الحرمان من إشباع الحاجات الاقتصادية بسبب الدخل غير المستمر وغير المستقر، مما يحرم الشاب من التمتع بقيمة الحياة، كما أنها سبب الحرمان الاجتماعي، بحيث أن الشباب البطال لا يشارك في الأنشطة التي يمارسها بقية أفراد المجتمع والتفاعل الاجتماعي المرتبط بالتواجد في مكان العمل، والذي يتأثر بالاستبعاد عن العمل، وهذا الحرمان والاستبعاد ينتج عنهما وضعية من التفكك والفوضى الاجتماعية.

كما تؤدي البطالة والآثار الناجمة عنها إلى انتشار ظواهر وأمراض اجتماعية ونفسية تصيب الفرد والمجتمع، مثل حالات الإحباط والانطواء والعزلة، وهي أمراض ومشكلات تؤثر على المدى البعيد على سلامة الأبنية الاجتماعية والاقتصادية والسياسية لأي دولة، وقد تنتج عنها مشكلات تتعدى حدود الدولة القطرية كالهجرة السرية والجريمة عابرة للحدود، كما أن هذه الظاهرة الاقتصادية السلبية تسهم في فقدان وتراجع الإمكانيات الخاصة بالمستوى المهاري الذي يمتلكه الشاب سواء في برامج التعليم أو التدريب أو أثناء العمل، بالإضافة إلى فقدان الشباب للثقة في قدراتهم وإمكانياتهم في الحصول على عمل أو وظيفة والذي من شأنه إيقاعهم في ظواهر أكثر سلبية كالجريمة بمختلف أنواعها، الإدمان،..إلخ.

ثالثا: الصحة الإنجابية للشباب والأمراض المنقولة جنسيا

1.الصحة الإنجابية:

يشير مفهوم الصحة الإنجابية كما ورد في وثيقة المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في الفقرة 7.2 بأنها حالة رفاه كامل بدنيا وعقليا واجتماعيا في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته، وليست مجرد السلامة من المرض أو الإعاقة.

ولذلك تعني الصحة الإنجابية قدرة الأفراد على التمتع بحياة جنسية مرضية وآمنة، وقدرتهم على الإنجاب وحريتهم في تقرير الإنجاب وموعده وتواتره، ويشتمل هذا الشرط الأخير ضمنيا على حق الرجل والمرأة في معرفة واستخدام أساليب تنظيم الخصوبة التي يختارانها والتي لا تتعارض مع القانون، وعلى الحق في الحصول على خدمات الرعاية الصحية المناسبة التي تمكن المرأة من أن تجتاز بأمان فترة الحمل والولادة وتهيئ للزوجين أفضل الفرص لإنجاب وليد متمتع بالصحة[1].

[1] الأمم المتحدة، **تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بالقاهرة**، 5-13 سبتمبر 1994، نيويورك، 1995، ص 38.

2.أهداف الصحة الإنجابية

تهدف الصحة الإنجابية إلى تحقيق ما يلي:

- خفض وفيات الأطفال الرضع ووفيات الأمومة الناتجة عن الحمل والولادة.
- رفع نسبة الولادات التي تتم على أيدي مدربة لإنجاب مولود سليم يتمتع بصحة جيدة.
- تحسين الاستفادة من الرعاية الصحية الإنجابية ومكافحة الأمراض الجنسية المعدية وخفض معدلات المرض لدى النساء في سن الإنجاب.
- ممارسة العلاقة الجنسية بين الزوجين بأمان ومسؤولية.
- إتاحة وسائل تنظيم الأسرة لكل من يرغب فيها وبأفضل الطرق المناسبة.
- رفع مستوى التغطية الخاصة بالرعاية الصحية للحوامل وتنظيم الأسرة في المراكز الصحية.
- الوقاية من الإجهاض والعقم عند الزوجين.
- توفير الخدمات الأساسية والرعاية الطبية قبل وأثناء الحمل والولادة وبعدها بحيث تصبح شاملة وسهلة المنال.
- تطوير قدرات وتنمية مهارات جميع العاملين في مجال تقديم خدمات الصحة الإنجابية.
- توصيل المعلومات وخدمات الصحة الإنجابية ذات الجودة إلى الفئات المحرومة في المناطق النائية خاصة للمراهقين والشباب.
- ضمان حق المرأة في التمتع بأعلى مستويات الصحة طيلة حياتها مثلها مثل الرجل، وتجنب الأمراض التي تضر بالصحة الإنجابية.
- توفير المعلومات والخدمات المتعلقة بالوقاية من الأمراض المنتقلة جنسيا بما فيها فيروس نقص المناعة البشرية(الإيدز.)
- الوقاية من الأمراض الوراثية والتشوهات الخلقية.
- نشر وتقوية خدمات التوعية والتثقيف الصحي في المرافق الصحية.

3.الصحة الانجابية ومرحلة المراهقة والشباب

يبدأ الاهتمام بموضوع الصحة الإنجابية في الأعمار المبكرة، حيث أن التهيئة للزواج والإنجاب تبدأ في مرحلة الطفولة ثم مرحلة المراهقة والشباب.

أ.مرحلة المراهقة

فترة المراهقة هي تلك الفترة من حياة الإنسان التي ينتقل فيها من الطفولة إلى الشباب والنضج، وتحدث فيها تغيرات تشمل النمو الجسدي والعقلي والأخلاقي والنمو العاطفي والاجتماعي، وقد تكون فترة المراهقة مبكرة (13-16سنة) أو متأخرة (17-20).

-**النمو الجسدي:** يترك هذا النمو أثرا نفسيا على الفتاة المراهقة، فيشتد اهتمامها بمظهرها وصحة جسمها ورشاقتها ومحاولة جذب انتباه الآخرين إليها.

-**النمو العقلي:** وهو عملية تتضمن التغيير في القدرات العقلية العامة والخاصة وصولا بالمراهقة إلى مرحلة الاستعداد الوظيفي المتكامل، أي النضج العقلي لتصبح الفتاة بالغة راشدة عاقلة، وأهم ما يميز النمو العقلي في هذه المرحلة هو نمو القدرات والمواهب، كما تمتاز هذه الفترة بالتطور على صعيد الآراء والمواقف.

-**النمو العاطفي:** تمر المراهقة بمرحلة نمو الانفعالات حتى تصل إلى مرحلة الرشد التي تتزن فيها انفعالاتها وتنضبط، والمراهقة في هذه المرحلة تسعى إلى الاستقلال عن الوالدين الكبار وتكوين شخصيتها المستقلة، كما يلاحظ انطوائها وتمركزها حول ذاتها وخجلها وإحساسها بالذنب أو الخطيئة، وتتميز بفيض غزير من العاطفة والحماس وتمتزج هذه العاطفة بالتأثيرات الروحية.

إن الحدث الطبيعي في حياة كل فتاة في مرحلة المراهقة هو حدوث الدورة الشهرية وبداية فترة الإنجاب، وقد تكون الأنثى في هذه المرحلة معرضة للإصابة بالأمراض المنتقلة جنسيا، وهذا يحدث في بعض المجتمعات غير المحافظة دينيا، وقد تعاني بعض الفتيات من مشاكل نفسية تصطحب التغيرات التي تتبع مرحلة البلوغ، ولابد من الانتباه إلى مثل هذه المشاكل النفسية وإيجاد المعالجة الصحيحة لها.

ب. مرحلة الشباب

تشتمل هذه المرحلة على عنصرين هامين لضمان صحة الأفراد وهما التثقيف الإنجابي والفحص الطبي قبل الزواج.

* **التثقيف الإنجابي:** حث المؤتمر الدولي للسكان والتنمية(1994) الحكومات على الاهتمام بوجه خاص بتلبية الحاجات التثقيفية والخدمات للمراهقين، كي يتمكنوا من معالجة الجانب الجنسي من حياتهم معالجة إيجابية ومسؤولة .كما حث على تنفيذ البرامج المتعلقة بالتعليم

وتقديم المعلومات بشأن قضايا الصحة الجنسية والإنجابية والأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي بما فيها فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز.

ويعتمد التثقيف الإنجابي على إعطاء معلومات ونصائح عن الزواج والإنجاب للأفراد المقبلين على الزواج وتوعيتهم عن[1]:

-مشاكل زواج الأقارب والأمراض الوراثية المنتشرة في المجتمع.

-خطورة التصرفات غير السليمة ولا سيما التدخين والمخدرات.

-الأمراض الحادة والمزمنة وتأثيرها على الزواج والإنجاب.

-أسس الصحة الإنجابية لدى الجنسين بما فيها مفاهيم تنظيم الأسرة والأمومة السليمة.

-أهمية إعطاء اللقاحات ولا سيما الكزاز والحصبة الألمانية للفتيات والتهاب الكبد للجنسين معا.

* **الفحص الطبي قبل الزواج:** ويعني عملية الاسترشاد بالخبرة المتخصصة طبيا ونفسيا واجتماعيا، وذلك بهدف تقليل فرص فشل الزواج والمعاناة الناتجة من وجود مخاطر صحية كالأمراض الوراثية والمزمنة والمنتقلة جنسيا .ويعني كذلك العمل على توفير القدر الضروري من المعرفة بالصحة الجنسية والإنجابية التي تسهل على الزوجين حياتهما، وتيسر لهما القدر الضروري والكافي من الصحة والمتعة، وهذه المشورة أصبحت ضرورية لكلا الجنسين من الشباب والفتيات، ويمكن توفيرها من خلال المراكز المتخصصة وعيادات طب النساء.

ومن أهم التحاليل الطبية التي تجرى على المقبلين على الزواج نذكر:

* **تحليل الدم** :يتم تحليل الدم لقياس نسبة الهيموجلوبين فيه وحجم كريات الدم الحمراء والبيضاء .فإذا كانت نتيجة التحليل غير طبيعية، يطلب من الشخص عمل تحاليل الدم المفصلة لأنواع الهيموجلوبين عن طريق الفصل الكهربائي، وذلك للكشف على المرض أو الداء قبل الحمل أو الزواج، وبالتالي معالجته أو تجنب عواقبه ومضاعفاته.

***تحليل العامل Rh:** إذا كانت الزوجة سالبة والزوج إيجابي فإن الأطفال غالبا ما يكون فصيلة دمهم إيجابي، وعند الولادة يختلط دم الطفل بدم الأم مما يساعد على تكوين أجسام مضادة تؤثر على الأطفال في الحمل الموالي، لذلك يجب إعطاء الأم بعد الولادة حقنة تمنع تكوين الأجسام المضادة حفاظا على صحة طفلها.

[1] أحمد دردیش ومسعودة العفریت: "ماهية الصحة الإنجابية والعوامل المحددة لها"، **مجلة الآداب والعلوم الاجتماعية**، جامعة البليدة 2، الجزائر، العدد 16، ديسمبر 2016، ص ص 13- 14.

***تحليل الهرمونات والسائل المنوي:** يتم تحليل الحيوانات المنوية عند الرجل لمعرفة عددها ونسبتها السليمة ونسبة الحركة الفاعلة

فيها .كما يتم فحص عمل هرمونات الذكورة والهرمونات عند المرأة في اليوم الثالث من الدورة الشهرية للاطمئنان على الوضع الصحي للإنجاب، وهذه التحاليل تمكننا من معرفة قدرة المقبلين على الزواج على إنجاب الأطفال.

*هناك فحوصات أخرى تجرى للكشف عن الأمراض المنتقلة جنسيا كمرض الزهري والكلاميديا والإيدز وغيرها، وذلك لمنع انتقال العدوى بين الزوجين ولحماية الجنين من التشوهات أو الإجهاض.

يهدف الفحص الطبي قبل الزواج إلى الكشف عن:

* العقم كعجز الرجل الجنسي أو فتور المرأة الحسي وما في جهازها التناسلي من نقص كأن تكون محرومة من الرحم.

* الأمراض التي تؤثر في الحمل والولادة والذرية مثل عاملRh .

*الأمراض المعدية كالأمراض الجلدية مثل الجرب والالتهابات الفطرية وغيرها، وفى حالة وجود أي مرض معدي يجب علاجه قبل الزواج حتى لا تنتقل العدوى بين الزوجين.

* الأمراض التناسلية حيث يتم التأكد من عدم وجود قرح على الأعضاء التناسلية أو إفرازات غير طبيعية من الجهاز التناسلي، وفي حالة وجود أي مرض تناسلي يجب علاجه قبل الزواج لتفادى الأمراض المنقولة جنسيا.

* الأمراض الحرجة، حيث يجرى للمرأة فحص عام للكشف عن أي مرض مزمن قد يتأثر بالحمل ويحتاج لرعاية خاصة أثناء الحمل كأمراض القلب والكلى وارتفاع ضغط الدم والسكري.

* الأمراض الوراثية ويتم ذلك بمعرفة التاريخ الصحي للأسرة، أي الكشف عن وجود أي مرض وراثي لدى أي فرد من الأسرتين كمرض السكر وتخلف العقل والهيموفيليا.

المحور الرابع: صحة كبار السن.

أولا: مفهوم الشيخوخة

ثانيا: معدلات كبار السن

ثالثا: مشكلات مرحلة الشيخوخة

رابعا: احتياجات الشيخوخة

خامسا: الحالة الصحية لكبار السن وتوفر الخدمات

سادسا: بعض أنماط الرعاية الموجهة للمسنين

سابعا: رعاية كبار السن بالجزائر

الأهداف التعليمية

بعد الانتهاء من دراسة هذا المحور، يتوقع أن يكون الطالب قادر على:

- إجراء مقارنة معدلات كبار السن بين مختلف الدول.
- القدرة على إدراك أهمية صحة كبار.
- معرفة أهمية توفير الخدمات لكبار السن.
- توضيح أهمية الرعاية الصحية للأسرة.
- معرفة المشاكل الصحية التي تعيق نشاط المسنين.

أولا: مفهوم الشيخوخة:

يستخدم الباحثون في مجال دراسة المسنين أحيانا مفهوم الشيخوخة وأحيانا أخرى مفهوم التقدم في العمر على أنهما مترادفان ويشيران إلى نفس المعنى. وكلاهما قد استخدم بأشكال مختلفة، فمفهوم التقدم في العمر هو أحد المفاهيم المراوغة إلى درجة جعلت من غير المستطاع لعدد كبير من الباحثين تناوله تجريبيا. كما تعددت المقاييس المستخدمة في تحديد مرحلة الشيخوخة، وشملت هذه المقاييس العمر الزمني، العمر البيولوجي، والعمر السيكولوجي، والعمر الاجتماعي.

1- العمر الزمني: يرى " برومليي" أن مرحلة الشيخوخة تنقسم إلى أربعة مستويات[1]:

• المستوى الأول: فترة ما قبل التقاعد وتمتد من 55 إلى 65 سنة.

• المستوى الثاني: فترة التقاعد (65 سنة فأكثر) حيث الانفصال عن الدور المهني وشؤون المجتمع، ويصاحبها تغيرات عديدة في النواحي العقلية والبيولوجية والنفسية والاجتماعية.

المستوى الثالث: وهي فترة التقدم في العمر، والتي تمتد من 70 سنة فأكثر حيث يعتمد على الآخرين بسبب الضعف الجسمي والعقلي.

• المستوى الرابع: فترة الشيخوخة والعجز التام والمرض والوفاة والتي تمتد حتى 110 سنوات.

أما "هيرلوك" فتشير إلى وجود مرحلتين متميزتين:

• الأولى: المرحلة الأولية أو المبكرة من التقدم في العمر (الشيخوخة المبكرة من 60 إلى 70 سنة)

• الثانية: المرحلة المتقدمة (الهرم) وتبدأ من 70 سنة وحتى نهاية الحياة

وقد لوحظ أن هناك اختلافات في تحديد السن التي تبدأ عنده الشيخوخة، وتراوح هذا السن بين بين 55-65 سنة، ولكن مع تقدم وسائل المعيشة الحديثة وارتفاع الوسائل الصحية أصبح سن 55 غير مقبول كسن لبدء الشيخوخة، وأصبح الاتفاق على أن سن بدء الشيخوخة هو سن الستين وهذا هو ما اصطلح عليه الدارسون للشيخوخة[2].

فسن الستين كما ترى "هيرلوك" هو الحد الفاصل بين مرحلة الكهولة والشيخوخة

• من جهة أخرى، يجدر بنا أيضا التطرق إلى مصطلحي «العمر الثالث» و«العمر الرابع» هذين الأخيرين حديثي الظهور وكثيري الانتشار ويخصان في نفس الوقت المسنين البالغين 60 سنة وأكثر والأشخاص من فئة العمر(80 – 90 سنة) الذين غالبا ما يشار إليهم من قبل المجتمع

[1] عبد اللطيف محمد خليفة: **دراسات في سيكولوجية المسنين**، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 1997، ص ص11 -12.

[2] عصا فكري: **عالم الشيخوخة**، عالم الفكر، المجلد 6، العدد6، وزارة الإعلام، الكويت، ص13

بالصفات والتسميات السلبية المرتبطة بالشيخوخة (الركود، أو النشاطات الإبداعية والترويحية، العزلة الاجتماعية، الجنون والخرف الهرم..الخ.)

2- العمر البيولوجي: ويستخدم في تحديد بداية الشيخوخة العضوية، وهو مقياس وصفي يقوم على أساس المعطيات البيولوجية مثل معدل الأيض، معدل نشاط الغدد الصماء، قوة دفع الدم .....الخ[1].

3-العمر الاجتماعي Social age: ويشير إلى الأدوار الاجتماعية، وعلاقة الفرد بالآخرين ومدى توافقه الاجتماعي[2].

4- العمر السيكولوجي Psychological age: ويستخدم هذا المقياس في تحديد الشيخوخة النفسية، وهو مقياس وصفي يقوم على جملة الخصائص النفسية والتغيرات في سلوك الفرد ومشاعره وأفكاره ....الخ[3].

وفي نفس السياق حددت المنظمة العالمية للصحة OMS مراحل حياة الانسان من 45 سنة كما يلي[4]:

- العمر المتوسط «Age moyen» 45-59 سنة.
- المسن «Personne âgée » 60-74 سنة.
- الشيخ «Vieillard» 75-90 سنة
- المعمر أو الطاعن في السن «Grand vieillard» 90 سنة فأكثر.

لهذا تعتبر المنظمة العالمية للصحة أن الأشخاص الذين يبلغون 60 سنة فما فوق يمثلون المجتمع المسن وهذا المقياس يعتبر أكثر استعمالا لأنه يستجيب لمجموعة من المقاييس الاجتماعية والاقتصادية لاسيما فترة الإحالة على المعاش.

ثانيا: معدلات كبار السن

هناك عدة مؤشرات لتحليل مدى تشيخ مجموعة سكانية معينة، والرائج في الاستعمال هي نسبة تمثيل العمر الثالث 60 " سنة فما فوق " في المجموع العام للسكان كذلك يمكن تشيخ السكان بالسن المتوسط وهو مؤشر ذو أهمية كبيرة لمعرفة حركة السكان وتوزيعهم وترتيبهم وتوقعاتهم.

---

[1] عبد اللطيف محمد خليفة: مرجع سابق، ص 14.

[2] نفس المرجع السابق، ص 14.

[3] قناوي هدى محمد: **سيكولوجية المسنين**، مركز التنمية البشرية والمعلومات، القاهرة، 1987، ص 51.

[4] Amyot, J-J. Travailler auprès des personnes âgées, Ed Dunod, 2ème édition , Paris. 1998, P10.

1. تطور نسب المسنين في العالم:

يقدر عدد مسني العالم 60 سنة فما فوق في بداية القرن 21 بحوالي 600 مليون نسمة كما تقدر نسبة نمو هذه الشريحة العمرية في السكان 2 % في السنة وهي أكبر من نسبة النمو الطبيعي في السكان ككل، توزيع نسب المسنين في الخريطة الديموغرافية هي غير متوازنة فنسب المسنين ترتفع في الدول المتقدمة عن الدول النامية، وهذا نابع لخاصية التحول الديموغرافي التي سبقت في الدول المتقدمة فيها عن الدول المتخلفة، إلا أن احصائيات تطور المسنين أو توقعات تطور نسبهم تشمل كل سكان العالم حتى 2050.

وتزداد ظاهرة الشيخوخة بين سكان العالم بشكل مطرد وبمعدل مذهل تماما، فقد ازداد مجموع الذين يبلغون من العمر 60 سنة فأكثر من 200 مليون نسمة في عام 1950 إلى 400 مليون في عام 1980 ثم إلى 600 مليون في عام 2001، ومن المقدر أن يصل إلى 1.2 مليار مسن في عام 2025[1].

أما معظم الدول العربية فهناك تقدم كبير فيما يتعلق بالعمر المتوقع عند الولادة خلال العقدين الماضيين فقد بلغ معدل العمر المتوقع عند الولادة 58 سنة للرجال، و61.3 سنة للنساء في الفترة 1980–1985، أما حاليًا فالنساء والرجال على السواء يعيشون لفترة أطول 7 سنوات مما عاش نظراؤهم قبل 20 عاما، ويتوقع أن يصل معدل العمر المتوقع عند الولادة إلى 73 عاما بحلول عام 2025 و76 عاما بحلول عام2050[2].

كما عرفت الجزائر هي الأخرى كغيرها من باقي الدول العربية والمسلمة تغيرات عميقة على مستوى البنى العمرية والتركيبية لسكانها، وأضحت شيخوخة السكان أمرا مؤكدا على المدى الطويل وزيادة أعداد المسنين بين مجموع السكان حقيقة واقعة، فحسب توقعات الديوان الوطني للإحصائيات ينتظر أن تفوق نسبة السكان البالغين 60 سنة وأكثر نسبة السكان الأقل من 20 سنة في آفاق سنة 2040، فالتغيرات الديمغرافية الملاحظة خلال العشرين سنة الماضية من انخفاض الخصوبة بأكثر من 4 أطفال لكل امرأة وارتفاع أمل الحياة عند الولادة بأكثر من ثلاثة عشرة سنة تنبئ بزحف ظاهرة تشيخ السكان. ففي سنوات الثمانينات من القرن الماضي كان المجتمع الجزائري من أكثر سكان العالم شبابا حيث تجاوزت نسبة فئة البالغين أقل من 15 سنة 58 %، غير أن التطورات الحالية والمستقبلية للخصوبة والوفيات سوف تقود إلى مستوى تشيخ

[1] منظمة الأمم المتحدة: **أهداف عالمية في مجال الشيخوخة لسنة 2001: استراتيجية عملية**، تقرير الأمين العام، ص 5.

[2] اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا الاسكوا: **شيخوخة السكان في البلدان العربية**، الأمم متحدة نيويورك، 2007، ص6.

سكاني أكبر من المتوسط .وهكذا فإن السكان المسنين البالغين 60 سنة وأكثر والذين يمثلون حاليا ما يعادل نسبة 7.6% من إجمالي السكان[1] سوف يتضاعفون خلال سنوات 2030- 2050 مع وصول الأجيال 1970- 1980 أي أجيال الانفجار السكاني إلى سن التقاعد، كما تشير الإسقاطات الديمغرافية المستقبلية إلى أن السكان المسنين في الجزائر سوف يمثلون 14.7 % من مجموع سكان الجزائر سنة 2030 وستصل نسبتهم إلى 22 % سنة 2050، وأن عدد السكان البالغين 60 سنة وأكثر الذي كان يقدر ب 2,2 مليون مسن خلال سنة 2002 ثم 2,8 مليون مسن سنة 2010 سوف يبلغ 4,2 مليون شخص مسن سنة 2020، وسيصل إلى 6,2 مليون مسن سنة 2030[2].

وبالتالي يمكن القول بأن المسنين سيشكلون نسبة مهمة من مجموع السكان في السنوات المقبلة، فمن الضروري توفير معلومات إحصائية أفضل حول ديمغرافية التشيخ في الجزائر وعواقبه وتأثيراته المتعددة المستويات، وذلك من أجل إرشاد السياسات والبرامج.

2. الخصائص والتغيرات المصاحبة لمرحلة الشيخوخة:

عند تناول الخصائص والتغيرات المصاحبة لمرحلة الشيخوخة يتبين أن مرحلة الشيخوخة تتسم بعدة خصائص وتغيرات تميزها عن غيرها من المراحل وهذه التغيرات هي نتيجة لبعض العوامل السيكولوجية، والبيولوجية، والاجتماعية، والاقتصادية التي يمر بها الفرد، فالفرد لا ينتقل مباشرة إلى الشيخوخة ببلوغه سن الستين أو الخامسة والستين سن التقاعد الرسمي وإنما تظهر الخصائص الفسيولوجية والتغيرات البيولوجية والفسيولوجية الوظيفية على المسن بشكل تدريجي قبل هذا السن بفترة طويلة أو قصيرة وهذه الفترة تتحدد بناءا على العوامل الوراثية والبيئية .وتتمثل أهم التغيرات الجسمية البيولوجية المصاحبة لمرحلة الشيخوخة في التغير في الشكل العام للجسم: ومن أبرزها التغير في وزن الجسم، حيث يتجه نحو الانخفاض، وكذلك سقوط الشعر والصلع، وجفاف الجلد، ورعشة اليدين وسقوط الأسنان وشيب الشعر، والتغيرات الفسيولوجية الوظيفية في بطء انقباض الأوعية الدموية وبطء انقباض القلب وارتفاع ضغط الدم، وبطء استجابة الجهاز العصبي للمثيرات مما يؤدي إلى بطء الحركة وهبوط الذاكرة ونقص مدى الانتباه، وتطرأ على معظم الأعضاء تغيرات ملحوظة، فيحدث ضمور في الطحال والكبد والقلب والرئتين والبنكرياس وضمور

[1] Office National des Statistiques (ONS). **L'Algérie en quelques chiffres**، N°40، 2010.
[2] Office National des Statistiques (ONS) .**Projections de populations à l'horizon 2030**. Collection statistiques Séries S : **Statistiques Sociales**. N°106 .Décembre 2004.

في الغدد الصماء ونقص في إفرازاتها، كما يحدث نقص لكفاءة الأجهزة الحسية مثل السمع والبصر[1].

أما الخصائص والتغيرات الاجتماعية فعادة ما تحدث نتيجة للتغيرات الفسيولوجية والذهنية التي تطرأ على المسن، كما أنها تكون نتيجة لانتقال الفرد إلى التقاعد سواء إجباريا أو اختياريا ولعل أهم التغيرات الاجتماعية التي تطرأ على المسن:

أ-تغير الأدوار الاجتماعية للمسن بعد التقاعد فيتحول من العمل الحكومي أو الخاص إلى ممارسة الهوايات.

ب-التحول التدريجي في حجم الأسرة بعد زواج الأبناء أو بعد وفاة الزوج أو الزوجة أو الانتقال للعيش مع أحد الأقارب أو في دار للمسنين.

ج-التناقص التدريجي في التفاعل الاجتماعي بعد انشغال الأبناء ووفاة الأصدقاء والأقارب أو مرضهم أو تغير ظروفهم الاجتماعية وصعوبة التواصل معهم.

د-نقص الكفاءة الاجتماعية في تكوين علاقات اجتماعية جديدة، وفي تصريف الأمور، واتخاذ القرارات، وحل المشكلات الاجتماعية.

هـ-نقص النشاط الاجتماعي، وتدهور الرغبة في الأنشطة الترويحية في الرحلات والزيارات وانشغال المسن بنفسه أكثر من الآخرين.

و-زيادة الرغبة في الأنشطة الدينية والإقبال على أداء العبادات.

ولا تنفصل التغيرات الجسمية عن التغيرات النفسية حيث أن دورة التأثر والتأثير بينهما مستمرة ومتبادلة فقد استطاع المهتمون بدراسة التغيرات النفسية التي تلازم مرحلة الشيخوخة من تحديدها في:

أ-القلق على الصحة، والقلق على التقاعد وبالتالي فقد المكانة، والأهمية، والعزلة، والفراغ، وقلق الانفصال عن الذين ارتبط بهم من الأبناء والأصدقاء، وقلق الموت والقلق على المال وميراث الأبناء.

ب-التغير في الاهتمام حيث يصبح المسن أكثر شكوى من الأمراض، والتوهم بالإصابة بالعديد من الأمراض، كما قد يقبل على القراءة أو مشاهدة التليفزيون بكثرة.

ج-اللجوء إلى الدين خلاصا من الشعور بالذنب، ومن الإحساس ببعض الخطايا التي ارتكبت في الماضي، ولذلك قد يصبح الفرد أكثر تسامحا، وأقل تعصبا للجوانب الدينية وقد يحدث العكس.

---

[1] مصطفى محمد الماحي: **المسنون -المسح الشامل للمجتمع المصري(1952- 1980)-**، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، مصر، 1985، ص ص 276 – 277.

د-اللامبالاة الانفعالية ومحاولة تحاشي المواقف المثيرة.

هـ-نقص الدافعية وضعف الآمال ومستوى الطموح.

و-نقص القدرة على فهم مشاعر الآخرين ومشاركتهم وجدانيا.

ز-الميول إلى التشاؤمية والشعور بالتعاسة والتوجس الشديد والتشكك في الآخرين.

ح-الحساسية الانفعالية العالية وسرعة التأثر بكل ما يقع عليه من ضغوط.

أما فيما يختص بالخصائص والتغيرات الاقتصادية فإن تقاعد الفرد سواء كان إجباريا أو اختياريا يعني انسحاب الفرد من مكانة العمل، وبطبيعة الحال فسوف يفقد جزءا ليس بقليل من دخله مع تزايد الأعباء المادية وتدهور الحالة الصحية وعدم وجود مصادر إضافية للدخل غير المعاش المقرر له عند التقاعد. إذا كان موظف حكومي سابق وبذلك تكون أهم التغيرات التي تطرأ على حياة المسن هي ثبات الدخل أو نقصه مقابل ارتفاع أسعار السلع الأساسية والعلاج وزيادة متطلبات المعيشة.

كلما كثر أعداد المسنين كلما تعددت وتنوعت الاحتياجات وظهرت مشكلة الوفاء بالاحتياجات، الأمر الذي يجعل رعاية المسنين قضية ملحة من قضايا العصر، وتختلف المجتمعات في تعاملها مع هذه الظاهرة.

ثالثا: مشكلات مرحلة الشيخوخة:

تتميز حياة كبار السن بكثرة أوقات الفراغ التي يصعب ملؤها فيستسلمون إلى اليأس والعزلة وينتابهم الشعور بالإحباط، ونقص الشعور بالذات، والضياع والإحساس بفقدان الأهمية، مع تقدم العمر يعاني المسن من مشاكل عديدة منها ما هي مرتبطة به وبطبيعته وتغيرات المراحل التي يعيشها وهي مرحلة الشيخوخة، ومنها ما هي مرتبطة بالمجتمع وبالمحيط الخارجي ويمكن إجمال المشكلات التي يعاني منها الشيخ وهي: المشاكل الصحية والمشاكل الاجتماعية والمشاكل الاقتصادية وهي مشاكل مترابطة تؤثر ببعضها البعض.

1- المشكلات الصحية والنفسية للمسنين:

يصاحب التقدم في السن مشكلات صحية، تكون ناجمة بالدرجة الأولى تلك التغيرات التي تحدث للمسن خاصة التغيرات الفيزيولوجية كالضعف الجسمي، وضعف الحواس، وغيرها من التغيرات التي تعتبر من مظاهر التقدم في السن فما يلاحظ في هذه المرحلة هو " زيادة معدل الفقدان على معدل الزيادة في جميع مظاهر النمو"[1].

[1] حامد عبد السلام زهران: **علم النفس الاجتماعي**، ط 4، عالم الكتب، القاهرة،1977، ص422.

وتتحكم في الحالة الصّحيّة للمسن إضافة إلى تغيرات التقدم في العمر العديد من العوامل الاجتماعية كمستوى المعيشة، ودرجة التعليم، ارتفاع مستوى الصحة العامة[1]، كما أن الحالة الصحية للمسن لها تأثير على العديد من الجوانب الأخرى كقدرته على العمل، وعلاقته داخل الأسرة وخارجها، وعلى الجوانب الاقتصادية أيضا كالدخل.

فمن ناحية التغيرات التي تصاحب التقدم في السن نجد أنها قد تخلق مشكلات وأمراض يطلق عليها أمراض الشيخوخة لأنها كثيرا ما تنتشر عند المسنين أكثر من غيرهم، ومن أكثر الأمراض التي تنتشر عند المسنين وتشكل لهم عقبات أمام تكيفهم مع المحيط الذين يعيشون فيه.

– التهاب المفاصل الناتج عن نقص الكالسيوم في العظام، والروماتيزم الذي يعتبر من الأمراض الشائعة عند المسنين وأمراض القلب التي يرجع إلى تصلب الشرايين، وارتفاع ضغط الدّم وتضخم البروستات وهي غدة مركزها الحوض الصغير تحت المثانة (الكيس البولي) مما يصعب عملية التبول ويتسبب في اضطرابات خطيرة في الكليتين وقد يؤول هذا التضخم في النهاية إلى ظهور السرطان، إضافة إلى أمراض الجهاز التنفسي وأمراض الجهاز الهضمي (المعدة والأمعاء) وداء السكري[2]، وفي دراسة إحصائية عن أسباب الوفاة عند المسنين وجد أنّ مسببات الوفاة تمثلت في النسب التالية:

- 30 % نتيجة لأمراض القلب والدورة الدموية.
- 30 % نتيجة للأورام الخبيثة.
- 40 % نتيجة لباقي الأمراض.

ومما يزيد من حدّة هذه الأمراض أنّ المسن يتأثر بها لمدة أطول، كما قد يعاني من عدة أمراض أخرى في نفس الوقت وهذا بسبب ضعف المناعة لديه. ويمكن النظر إلى أمراض التقدم في السّن من زاويتين وهي:

أ–زاوية الوراثة: وهي المقومات الوراثية التي يرثها الإنسان والتي تؤثر على شيخوخته بالإيجاب أو السلب أي المرض والضعف.

ب–زاوية الشيخوخة نفسها: فالمسن الذي لا يلقى عناية صحية يكون عرضة للانهيار السّريع وتأخذ حالته في التدهور المستمر والسريع في نفس الوقت.

ورغم أن الأمراض سالفة الذكر قد يتعرض لها الإنسان في أي مرحلة عمرية إلاّ أنّ المسن يعتبر من أكثر الفئات عرضة لها، بل أنّ هناك من تكون خطرا عليه مثل ضمور المخ الذي يقود

[1] سيد سلامة إبراهيم: **رعاية المسنين**، الجزء الثاني، المكتب العالمي للكمبيوتر للنشر والتوزيع، القاهرة،1997، ص141.

[2] محمد سيد فهمي: **رعاية المسنين اجتماعيا**، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1984، ص 74 – 75.

إلى نقص مطرد لقدراته العقلية وزيادة مطردة في ضعف الذاكرة ويزداد هذا المرض انتشارا مع التقدم في السن أكثر فأكثر.

وتؤثر بعض التغيرات الفيزيولوجية على نفسية الشخص المسن كضعف السمع الذي يقلل التواصل مع الآخرين مما يشعره بالعزلة ويثير في نفسه الشعور بإحراجه للآخرين عند مطالبتهم بتكرار ما قيل له، وكذلك ضعف البصر الذي يجد معه المسن عناء كبيرا في تحديد الأماكن التي يتحرك فيها، أو الأشخاص الذين يكلمهم وهو الأمر الذي يشعره بالخجل والضعف وفقدان الثقة في النفس ويعتبر النسيان أيضا من المشكلات الشائعة عند المسنين. ومشكلات الصحة النفسية ترتبط بعدة عوامل منها العجز الجسمي وسوء التغذية والوحدة واختفاء الأصدقاء.

ولقد بيّن اريكسون Erikson في دراسة حول المسنين أنّ القلق يعدّ سمة مميزة لمرحلة الشيخوخة، وأن الأفراد كلما تقدموا في العمر زاد معدل القلق لديهم، كما بيّن أن قلق المسنين ينتج عن أربع مصادر هي[1]:

أ- الصحة: نتيجة اضمحلال في بناء الجسم ونقص القدرة على مقاومة المؤثرات الخارجية.

ب- التقاعد وترك العمل: وما يترتب عليه من عدم الأمان الاقتصادي.

ت- الإحساس بالوحدة والفراغ.

ث- قلق الموت: الإحساس بالنهاية واليأس من الشفاء وانتظار الموت.

ومن أسباب الشعور بالوحدة والفراغ زواج الأبناء وانشغالهم وكذلك فقد الزوج أو الزوجة وتناقص أفراد الجيل الذي ينتمي إليه المسن يوما بعد يوم، إضافة إلى شعوره بالاستغناء عليه وعدم الحاجة إليه، ومن المشكلات التي تبدو عامة عند المسنين مشكلة النوم، فالغالبية العظمى يعانون من اضطرابات النوم بسبب القلق والتألم من الأمراض أو بسبب عدم توفر الهدوء داخل الأسرة.

2 -المشكلات الاجتماعية للمسنين:

إن الإنسان يعاني من الحرمان الاجتماعي عندما يفقد القدرة على حرية الاتصال الاجتماعي طبقا لحاجته ورغباته، والمسن يعتبر من أكثر فئات المجتمع تعرضا للحرمان الاجتماعي نظرا لقلة موارده المالية وضعف قواه الجسدية، ويزيد من حدة المشكلات الاجتماعية شعور المسن بالوحدة والعزلة عن حياة المجتمع، ويبدأ هذا الشعور بحياة الحرمان من العلاقات العائلية والتي كانت تؤلف جزءا كبيرا من نشاطه واهتماماته اليومية، مما يضع القيود على تحركات المسنين وعلاقاتهم الشخصية بأفراد المجتمع، ولذلك نجد أن كبار السن تتقلص علاقاتهم

[1] عبد اللطيف محمد خليفة: مرجع سابق، ص ص 30-31.

الاجتماعية إلى حد كبير، فنراها تقتصر على الأصدقاء القدامى القريبين، وعموما يمكن القول أنّ تقلص العلاقات الاجتماعية ووسائل الاتصال بالآخرين تبعث مظاهر الملل والسأم والإحباط والشعور بأن الحياة تسير بلا هدف وهذا قد يؤدي إلى اضطرابات سوء التكيف مع البيئة.

ومن أهم المشكلات التي يعانيها المسنون هي اغترابهم عن المجتمع نتيجة لعدم استجابة المجتمع لاحتياجاتهم وعدم توفير الفرص لهم للاشتراك في اتخاذ القرارات الهامة المتعلقة بإشباع متطلباتهم، فينشأ ما يسمى باغتراب المسنين عن المجتمع[1]، ويتبع هذا الاغتراب ما يلي:

أ- قلة الاهتمامات الاجتماعية للفرد فيما يتعلق بالجهود والأنشطة التي تخدم مجتمعه.

ب- قلة مشاركاته في المنظمات الاجتماعية أو محاولاته إيجاد المنظمات الأكثر فاعلية في إشباع حاجاته.

ج- عدم الثقة الكافية في المقدرة على تغيير الأوضاع السيئة في المجتمع.

ونتيجة لاغتراب المسنين عن مجتمعهم واضطراب علاقاتهم يميل المسنون إلى الاتصاف بمجموعة من الخصائص الاجتماعية من أهمها:

أ- العزلة والوحدة، ويزيد عن عزلة المسن زواج الأبناء أو موت أحد الزوجين والضعف البدني.

ب- يفتقد المسنون مراكزهم في العلاقات العائلية ويفقدون تأثيرهم على الأسرة وانسحاب المسن وانقطاعه عن المجتمع سمة من سمات التقدم في السن، ويكون هذا الانسحاب متبادلا بين المسن والمجتمع ككل، وقد يرجع ذلك لنظرة المجتمع واتجاهاته إلى الاختلاط الاجتماعي بالمشاركة مع أفراده المسنين.

3-المشكلات الاقتصادية للمسنين:

ومن المشكلات التي يمكن أن تعترض المسن هناك المشكلات الاقتصادية والتي ترجع أساسا إلى نقص في الموارد والدخل بسبب التقاعد أو المرض أو انخفاض القدرة على العمل والكسب. فتقاعد المسن عن العمل يعني نقصان دخله وبالتالي انخفاض مستوى معيشته وحتى بالنسبة للذين يعملون في مهن حرفية، فإنّ تقدمهم في السّن يحول دون تمكنهم من ممارسة العمل بالصورة التي كانت عليه في المراحل السابقة وهذا ما قد يشعر المسن بعدم الأمن الاقتصادي.

ويعد تقاعد المسن عن العمل من أسوأ ما يواجه من أحداث في حياته، وذلك لما يترتب عليه من فقدان المكانة الاجتماعية المرتبطة بالمهنة خاصة لأصحاب المناصب الرفيعة ورجال

[1] خالد الطحان: **نظرة مستقبلية حول رعاية المسنين في ضوء خصائصهم النفسية**، الندوة العلمية لرعاية المسنين بالدول العربية الخليجي، المنامة، البحرين، 1982، ص 4.

السلطة[1]، والذين لا يملكون أي دخل آخر غير دخل ذلك العمل، فالعمل كأحد الأدوار الاجتماعية يمكن اعتباره المركز الذي تلتف حوله الكثير من الأدوار الاجتماعية الأخرى، حيث تتأثر تلك الأدوار بالفقد أو الضعف إذا ما افتقد الفرد عمله.

إن انخفاض الدخل وعدم إشباع الحاجات المادية للمسن يؤدي إلى أثار الحرمان المادي عنده والذي ينجم عنه كثير من الأمراض الناجمة خاصة من سوء التغذية وسوء المسكن ومما يزيد من المشكلات الاقتصادية عند المسن هو عبء العلاج أو الدّواء "فما أن تَطْرق الشيخوخة باب فرد حتى يصبح تردده على الأطباء أمراً متزايداً، فهذه أدوية للضغط وهذه للقلب وهذه لداء السكري وغيرها من الأدوية "[2].

وقد تعترض حياة المسن أزمات اقتصادية تؤثر في حالته النفسية والصحية عامة خاصة عند عدم قدرته على تغطية أدنى حاجياته، حيث يشعر بنوع من العجز الذي يؤثر على حالته النفسية وحتى الجسدية، لأنّ كثير من الأمراض الجسدية يكون سببها الحالة النفسية للفرد كما أن عجز على تغطية تكاليف العلاج والدواء، إذا كان مصابا بإحدى الأمراض وعجز أسرته على ذلك يؤدي إلى تفاقم المرض.

رابعا: احتياجات الشيخوخة:

لقد حاول أحد الباحثين أن يحدد أهم ما يتمناه كبار السن على النحو التالي:

- صحة الجسم حتى لا يصبح أسير الفراش ويحتاج إلى من يعاونه.
- صحة النفس، وتعتمد أساسا على الطمأنينة وراحة البال وعلى تقبل حالة التقدم في السن برضا ودون تذمر.
- حالة من القناعة حيث تساعدهم على أن يتقبلوا ما لا يستطيعون تغييره.
- حالة من اليسر المادي حيث أن معظم المسنين يعرفون أن المال لن يصنع لهم السعادة في شيخوختهم ولن يعوض لهم صحتهم ولا شبابهم.
- الأصدقاء حيث يحتاجهم كبار السن على الرغم من أنه كلما تقدم بهم العمر كلما فقدوا المزيد من الأصدقاء وهذا هو القانون المحزن للحياة.
- نوع من النشاط حيث يشعرهم هذا النشاط بأنهم مازالوا ذو قيمة وبأن هناك أشياء ما يزالوا يستطيعون أدائها.
- علاقات أسرية حيث يريدون أن لا يعاملوا مثل التحف الأثرية لهم دورهم.

[1] حسين محمد حسن وآخرون: **دراسات بيئية وأسرية**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1998، ص 234.

[2] خالد الطحان: مرجع سابق، ص 05.

– رؤية أبنائهم وأحفادهم وهم يكبرون حيث يشعرهم ذلك بالسعادة.

– الحصول على التقدير والاحترام.

وتعد احتياجات كبار السن كثيرة ومتنوعة ويمكن إضافة ما يلي:

• الاحتياجات المادية البيولوجية:

وتتلخص هذه الحاجات المادية في المسكن والطعام والملبس والصحة ويحتاج توفير هذه الحاجات ابتداء إلى توفير القدرة المالية لدى المسن وهنا يصطدم أغلب المسنين وخاصة المتقاعدين عن العمل بمشكلة ثبات المعاش الذي يحصلون عليه بعد تقاعدهم في الوقت التي تتزايد فيه الأعباء وخاصة في الجوانب الصحية، وهنا نشير إلى أهمية توعية الشباب بحيث يستعدون للشيخوخة بالادخار والاستثمار ما يكفل لهم في مستقبل أيامهم، وفيما يتصل بالسكن فإن الأمر لا يقتصر على توفير المسكن فحسب وإنّما تمتد إلى مشاركة الأبناء في السكن حتى بعد زواجهم وما يسببه ذلك قلق المسن ومن هنا يأتي دور الأسرة والمجتمع لتوفير المناخ المناسب لإشباع الاحتياجات المادية للمسن.

خامسا: الحالة الصحية لكبار السن وتوفر الخدمات

1.الرعاية الصحية للمسنين:

تم تخصيص عام 1982 سنة دولية لمناقشة قضايا المسنين بدعوة من الجمعية العامة للأمم المتحدة، وتركيز الجهود من أجل معالجة مشاكلهم، وزيادة الاهتمام برعايتهم الاجتماعية والصحية والنفسية والاقتصادية، وجعل المسنين الفئة الأولى المعنية بالرعاية ومن جميع الجوانب[1]، كما جعلت سنة 1999 سنة دولية للمسنين وهذا من أجل توفير مختلف أنواع الرعاية وتحسين نوعية حياة المسنين.

رغم تمكن نظم الرعاية الصحية الحديثة من إطالة عمر أفرادها مما زاد من نسبة المسنين في الدول المتقدمة بصفة خاصة، التي زادت بها نظم الرعاية الوقائية والعلاجية والتأهيلية، مما خفض نسبة الأمراض المسببة للوفاة، إلا أن هذه الزيادة باتت أيضا تسبب مشاكل صحية[2]، التي أصبحت تتطلب زيادة في كم وكيف الخدمات الصحية المقدمة لهم، ذلك أنه قد تزداد مشاكل المسنين تعقيدا في حالة عدم وجود من يرعاهم الرعاية الأسرية اللازمة، ولذلك فالأمر يتطلب عدد

[1] عبد الله بن ناصر السدجان: **رعاية المسنين في الإسلام**، مطابع الجامعة، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، الرياض، 1997، ص ص 6-7.

[2] سلوى عثمان الصديقي والسيد رمضان: **الصحة العامة والرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2004، ص ص193-196.

من المؤسسات الاجتماعية التي تتولى رعايتهم سواء الرعاية الطبية، أو الغذائية، أو الاجتماعية، أو النفسية[1].

أما إذا ركزنا خاصة على الجانب الصحي، فإن تلك الاحتياجات الصحية لهذه الفئة تختلف بطبيعتها عن احتياجات الفئات العمرية الأخرى، وعادة ما يكون المسنون أكثر من البالغين إصابة، وذلك بما تتميز به من أمراض تدل على انحلال القوى وضعفها، والتي يطلق عليها أمراض الشيخوخة وهي تميز الفئات العمرية المتقدمة[2]، والذي يؤثر بطبيعة الحال على نوع الخدمات في المستشفيات، وكذلك طبيعة التخصصات الطبية سواء التي تدرس في الكليات، أو التي يجب أن تتوفر في المؤسسات الاستشفائية، والتي نجدها أكثر في الدول المتقدمة، نظرا لما تتميز به من انتشار لهذه الأمراض بسبب النسبة المرتفعة للمسنين، الأمر الذي يستدعي إنشاء دور خاصة بالمسنين وتوفير العمال المتدربين لرعايتهم، وما يستدعي أيضا ضرورة إنشاء أقسام خاصة في كليات الطب تهتم بتدريس طب الشيخوخة[3].

وبما أن الشيخوخة لا تختلف عن أي مرحلة عمرية أخرى، حيث أن لها أنواعها من الرعاية الصحية والتي هي في الواقع ترتكز على أساسين الأول وقائي والثاني علاجي، فمن حيث الأساس العلاجي فإنه لابد أولا من العمل على تخليص المسن من الشوائب الصحية التي لحقت به وأصابته، وذلك من خلال توفير المؤسسات الصحية المجانية، وتوفير خدمات الإقامة بالمؤسسات الصحية في حالة الإصابة بالأمراض التي تتطلب هذا النوع من الخدمات، فمثلا نجد في أمريكا نسبة 5% من المسنين الذين تزيد أعمارهم عن 65 سنة يتواجدون في المستشفى أو دور التمريض، وتغطى التكاليف من خلال برامج الرعاية الطبية التي وضعتها هذه المؤسسات[4].

أما الأساس الوقائي فيتمثل في توفير الخدمات الصحية الوقائية، التي يمكن لها أن تمنع أو تأخر الأمراض، سواء كانت مرحلية أو مزمنة، من خلال زيادة المعلومات الصحية لهم عن طريق عمليات التوعية، وتوضيح الممارسات التي يمكن أن تعرضهم للمرض، وتحسيسهم بضرورة تجنبها، وتوضيح الممارسات التي يمكن أن تجنبهم ذلك، وحثهم بضرورة القيام بها، فعلى سبيل المثال العمل على تجنيب المسن وإبعاده عن مجموعة من المواد الغذائية المضرة بصحته، وحثه

---

[1] نفس المرجع، ص193.

[2] مسعودة ناصري: **أهم العوامل المؤثرة في الرعاية الصحية للمسنين في الأسرة الجزائرية**، رسالة ماجستير، علم الاجتماع العائلة والسكان، جامعة الجزائر، السنة الجامعية 2011-2012، ص 74.

[3] المركز الديمغرافي لشمال إفريقيا: **تعمر السكان ونتائجه الاقتصادية والاجتماعية**، تر: صلاح الدين شريف، دراسات سكانية، رقم 260، القاهرة، 1956، ص134.

[4] مسعودة ناصري: المرجع السابق، ص 75.

على ممارسة مجموعة من الأنشطة الجسمية، كالمشي وغيرها، وكذا الاهتمام بنظافته بصفة عامة، وذلك حتى لا يكون عرضة لبعض الأمراض، أو من خلال الكشف الدوري للمسنين في المؤسسات الصحية، التي قد تكشف عن الأمراض في مراحلها المبكرة وبالتالي علاجها قبل أن يتفاقم الوضع[1].

يتضح مما سبق أن رعاية المسنين لها محورين أساسيين لا يمكن غض الطرف عن إحداهما أو التقليل من أهميته، فالأول يتمثل في الرعاية البيئية أو الخارجية التي يتلقاها المسن من غيره أو من البيئة الاجتماعية المحيطة به، حيث تكون ملائمة لحاجته وملبية لمتطلباته ومتماشية مع حالته الشخصية والخصائص العامة التي يندرج تحتها هو وأمثاله من المسنين، أما المحور الثاني فيتمثل في الرعاية الذاتية للمسن نفسه بما يكون لديه من وعي بنفسه وظروفه الصحية، فلابد له أن يكون متمتعا بمجموعة من المعلومات المفيدة وبمجموعة من المهارات الصحية والعادات السليمة، وأن يكون على حذر دائم من أن يقع تحت مجموعة من العادات السيئة التي قد تنال من صحته فيقضي بذلك شيخوخة مليئة بالأمراض[2].

إن الاهتمام والحفاظ على صحة وجودة نوعية الحياة على مدى العمر يسهم إسهاما بالغا في إحساس المرء بأنه حقق ما كان يصبوا إليه، ذلك أنه غالبا ما يقترن التقدم في العمر في أذهان الناس باعتلال الصحة والضعف والعجز، مما يترتب على ذلك ضرورة توفير الرعاية الصحية والاجتماعية والاقتصادية[3].

2. الرعاية الصحية للمسن في الأسرة:

تختلف أنواع الرعاية التي تقدمها الأسرة لأفرادها المسنين باختلاف الاحتياجات المتعلقة بهذه الفئة من العمر، حيث نجدها توفر له الرعاية من الجانب الاجتماعي والنفسي من خلال معاملاته باحترام وتقدير من طرف أفراد أسرته واستشارته، وتجنيبه الوحدة والعزلة[4] والتكفل به ورعايته إذا فقد شريك حياته ومن الجانب الاقتصادي بتوفير متطلبات العيش أو العلاج الذي يحتاجها المسن وتقديم المساعدة المادية له سواء طلبها أو لم يطلبها ولا يتحقق ذلك إلا من خلال روح التعاون والتكافل بين أفراد الأسرة[5].

---

[1] نفس المرجع، ص 75.

[2] يوسف أسعد ميخائيل: **رعاية الشيخوخة**، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2000، ص179.

[3] نفس المرجع. ص ص.169-170.

[4] يوسف أسعد ميخائيل: مرجع سابق، ص 57.

[5] مسعودة ناصري: المرجع السابق، ص 143.

وكذلك من بين أنواع الرعاية التي تسهر الأسرة على تقديمها للمسن تلك الرعاية الصحية، باعتبارها جزء لا يتجزأ من الرعاية الاجتماعية التي تقوم بها الأسرة اتجاه المسن، خاصة ما يتميز به المسن من تدهور في حالته الصحية وإصابته بالأمراض، وهذه الرعاية تعتمد على مجموعة من الأسس تتمثل أساسا في العلاقة بين أفراد العائلة، الوقت المخصص لتقديم هذه الرعاية، والتمويل (توفير الجانب المالي)[1]، فتوفر هذه العناصر الثلاث تضمن للأسرة تقديم رعاية صحية ونفسية جيدة من الجانب العلاجي والجانب الوقائي.

وإذا كانت الرعاية الصحية النفسية والجسمية تحتم ضرورة توفير ظروف عيش ملائمة للمسن خاصة في فترة المرض، سواء كانت متعلقة بظروف السكن، أو من خلال العلاقات الأسرية الجيدة التي تجمع بين المسن وأفراد أسرته، حيث أن الروابط القوية بين الأفراد والرغبة في المشاركة في رعاية المسن تخلق وسائل للتفاعل الجيد والتجاوب مع احتياجات المسن دون الإساءة إليه أو إهماله في بعض الأحيان.

كما تعمل الأسرة أيضا على توفير المال ليتسنى للمسن تلقي الرعاية الصحية اللازمة[2] سواء من الناحية العلاجية التي ترتكز على تخليص المسن من الشوائب الصحية التي لحقت به، بتوفير خدمات صحية جيدة من خلال التوجه إلى المؤسسات الصحية الرسمية وتوفير الدواء له، أو من الناحية الوقائية من خلال توفير الغذاء الصحي المتوازن، خاصة وأن المسن في هذا العمر وفي هذه الوضعية الصحية يبقى يحتاج إلى تطبيق حمية غذائية تتماشى مع المرض الذي يعاني منه أو لتجنب الإصابة من بعض الأمراض، وهذا يتطلب من الأسرة توفير المواد الغذائية التي تحتويها هذه الحمية والغذاء المقدم للمسن بصفة عامة، والحرص على تقديمها له[3].

ولذلك نجد أن هذه الرعاية بمختلف جوانبها (الوقائي والعلاجي) تخضع للوضعية الاقتصادية المتاحة للأسرة أو المسن وأيضا علاقات التكافل والتعاون بين أفرادها، حيث نجد أن للمستوى الاقتصادي للأسرة تأثير في تحديد نوع الخدمات الصحية المطلوبة، بمعنى ما إذا كان الوضع يسمح بالذهاب إلى الطب الرسمي أو الاكتفاء بالطب الشعبي، أو الذهاب إلى القطاع الخاص أو الاقتصار على القطاع العمومي، وإذا تعلق الأمر بالمسن في هذه الحالة فإن عملية تقديم الرعاية بصفة عامة تتأثر أيضا بنمط الأسرة التي ينتمي إليها[4].

---

[1] محمد سيد فهمي وفهمي نورهان: **الرعاية الاجتماعية للمسنين**، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1999، ص59.

[2] عبد المنعم عاشور: **صحة المسنين، كيف يمكن رعايتها؟**، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، 2009، ص 69.

[3] نفس المرجع، ص75.

[4] هدى محمد قناوي: **سيكولوجية المسنين**، ط1، مركز التنمية البشرية والمعلومات، الجيزة، 1987، ص 121.

سادسا: بعض أنماط الرعاية الموجهة للمسنين:

1-الرعاية الصحية:

مما سبق يمكن القول بأن الرعاية الصحية للمسنين يقصد بها توفير المصادر المختلفة لرعايتهم صحيا بالإضافة إلى تدريب الأطباء تدريبا تخصصيا في مجال طب الشيخوخة وكذلك العمل على توفير الخدمات الطبية والمستشفيات لرعاية فئة المسنين والتخطيط لخدمات الطب والتوسع في مظلة الرعاية الطبية وإرشاد المسنين عن كيفية الحصول على هذه الرعاية والخدمات.

وفيما يتعلق بطبيعة الخدمات الصحية التي تقدم للمسنين فهم يحتاجون إلى خدمات متميزة مرتبطة بالسن مثل:

أ-النظارات الطبية: ويحتاج إليها معظم المسنين، كما أنهم يحتاجون دائما للكشف الدوري للعيون.

ب-السّماعات الطبية: وتقدم هذه السماعات للمسنين الذين يعانون من ضعف في السمع وتقدم لهم هذه السماعات مجانا وتقوم هيئات متخصصة بتوفير تنقل الشيوخ إلى المستشفيات لقياس السمع وتوفير السماعات.

ج-علاج الأسنان: ويجدر بالدولة أن توفر هذا النوع من العلاج للمسن.

د-المقاعد المتحركة: هذا النوع من الخدمات يمكن أن يفيد كثيرا من المسنين لما توفره من راحة وقدرة على الحركة والتنقل.

هـ-خدمات الإقامة بالمستشفيات: كعرض المسن على كافة أقسام المستشفى لكي نضمن التشخيص لكافة أمراضه ومقابلتها بالعلاج.

2-الرعاية الاجتماعية:

تهتم برامج الرعاية الاجتماعية في هذا المجال بتوفير المناخ الاجتماعي السليم لتفهم وتقبل حاجات كبار السن وقضاياهم، وتتعدد برامج تلك الرعاية لتتضمن الكثير من الجوانب الهامة في حياة المسن مثل ضمان حد أدنى من الدخل الذي يسمح للمسن بحياة كريمة، وكذلك منها ما تعلق بتنشيط الجانب الترويحي في حياة المسن لما لذلك من آثار ايجابية تساهم في تكيف المسن.

وكذلك إصدار التشريعات الاجتماعية التي تساهم في حل مشكلات المسنين خاصة فيما يتعلق بالناحية الاقتصادية أو العلاجية أو المعيشية بصفة عامة، وتتضمن تلك البرامج أيضا التوسع في إنشاء دور لإيواء المسنين والتي توفر حسن الإقامة والإشراف الطبي والاجتماعي لكبار السن.

إضافة إلى برامج الإعداد الاجتماعية للتقاعد التي تعتبر من أهم أنشطة وبرامج الرعاية الاجتماعية للمسنين وتتضمن مساعدة الأفراد في مرحلة السن المتقدم على كيفية اختيار النشاطات

والأعمال التي يمكن أن تعوضهم عن فقدانهم لأعمالهم الوظيفية وتحقيق لهم في نفس الوقت حد أدنى من الإشباع والرضا ويمكن أن نلخص محتويات لبرامج إعداد الأفراد للتقاعد على الوجه التالي:

✓ تنظيم مقابلات شخصية بين الأفراد المقبلين على التقاعد والمتخصصين في جوانب مختلفة التي تتعرض لها الشيخوخة.

✓مساعدتهم على الاهتمام بالتخطيط للمستقبل في مختلف جوانب الحياة المادية والصحية والنفسية والعقلية والاجتماعية.

✓مساعدة الأفراد على اختيار النشاطات والأدوات الاجتماعية التي يمكن أن يعوضوا بها فقدانهم لوظائفهم وأعمالهم عند التقاعد.

✓الاستفادة بكافة وسائل الإرشادية عند تنظيم برامج الإعداد للتقاعد، فعلى سبيل المثال الاستفادة بالأفلام الوثائقية لتوضيح بعض الحالات الباثولوجية للتعرف على المخاطر التي يمكن أن تواجه المسن بعد التقاعد وكيفية العمل على مواجهتها.

3-الرعاية الاقتصادية:

لعل هناك الكثير من الأسباب التي تدعو إلى رعاية المسنين اقتصاديا والاهتمام بهم ماديا، فالدولة كما هي مسؤولة عن رعاية الطفولة فهي مسؤولة بنفس القدر عن رعاية الشيخوخة ويتمثل دور الدولة في رعاية المسنين اقتصاديا فيما يلي:

❖ توفير عمل للمسنين يتناسب مع قدراتهم: إذ أن كل المسنين الذين يزيد عمرهم عن ستين سنة غير قادرين جسميا وعقليا على العمل أو غير قادرين على التعلم أو منعزلين، ويحتاجون إلى مساعدة المجتمع، بل غالبا ما نجد الغالبة العظمى من المسنين على درجة جيدة من الصحة والقوة الجسمية وهؤلاء الشيوخ مازالوا يعتبرون فئة عاطلة.

❖ توفير قاعدة مجانية فيما يتعلق بالمسنين: من واجب الدولة إزاء فئة المسنين أن توسع قاعدة المساعدات العينية والخدمات المجانية التي يحظى بها الشيوخ.

ومن أهم المجالات التي تشمل الخدمات المجانية للمسنين:

أ- مجال العلاج والدواء

ب- مجال المواصلات:

لابد أن يتولى الجميع العناية بهذه الفئة خصوصا رعاية الجانب الاقتصادي الذي يمكنهم من سد حاجاتهم التي لم يعد في استطاعتهم سدّها بأنفسهم ويمكن أن يتم ذلك عن طريق: الخدمات من الأطباء والصيادلة بتقديم العلاج والأدوية بالمجان ومن جهة يمكن للأفراد تقديم

تبرعات المادية و العينية لدور المسنين سواء كان بطريقة مباشرة يقدمونها إليهم أو غير مباشرة عن طريق دور العجزة.

سابعا: رعاية كبار السن بالجزائر

1. التكفل السوسيو–صحي بكبار السن في الجزائر:

تعرف الجزائر تحولات متواصلة فيما يخص الناحية الديمغرافية، فإن هذه التغيرات تنبئ بقدوم الشيخوخة الديمغرافية كظاهرة ستميز سكان الجزائر في السنوات المقبلة، وكنتيجة لهذا سوف يرتفع عدد الأشخاص المسنين مولدا احتياجات خاصة في مجال الصحة والعلاج والتكفل الاجتماعي والخدماتي لهذه الشريحة السكانية. وسيكون على المؤسسات الصحية في البلاد التكيف مع نوعية الأمراض الجديدة المتميزة بالهشاشة والضعف مما يتطلب تكفلا خاصا، ومع التقدم في السن تصبح أمراض الشيخوخة المصدر الرئيسي للمراضة والعجز والوفيات، هذه الأمراض جد مكلفة للأشخاص وللعائلات وميزانية الدولة، وبالموازاة هناك إمكانية تجنب أو تأخير ظهور هذه المشاكل الصحية، وإذا لم يتم اتخاذ الإجراءات اللازمة للوقاية والتحكم في تطور هذه الأمراض، فإنها ستولد تكاليف إنسانية واجتماعية جد باهظة، والتي سوف تمتص الكثير من الموارد التي يمكن أن تسخر في معالجة المشاكل الصحية لدى فئات عمرية أخرى من المجتمع.

كما يشهد السكان المسنون زيادة تدريجية في عددهم مقارنةً بإجمالي السكان، ويتزامن هذا مع تغيرات اجتماعية واقتصادية وثقافية في المجتمع الجزائري، وتُعدّ أساليب الرعاية والمرافقة لهذه الفئة العمرية تحديًا كبيرًا في تعزيز الصحة وتحسين الرعاية الطبية والاجتماعية، ومع ذلك لا يزال مستوى الرعاية الصحية لكبار السن دون المستوى المطلوب.

حاليا يجمع التكفل بالأشخاص المسنين في نفس الوقت التضامن الأسري عن طريق المساعدة المقدمة من طرف الأقارب وتضامن خارجي (المجتمع المدني، الوزارات، الجمعيات...الخ) عن طريق تقديم بعض الخدمات، فكبار السن لهم الحق في العلاج المجاني على مستوى المصالح الصحية العمومية (مراكز العلاج القاعدية، المستشفيات العمومية، المراكز الاستشفائية الجامعية).

كما أن الكثير من المشاكل تعيق استفادتهم من نوعية جيدة للخدمات من بينها طول مدة الانتظار للحصول على العلاج، عدم احترافية مقدمي الخدمات فيما يخص التعامل مع هذه الشريحة الحساسة من المجتمع وعدم وجود مؤسسات طبية وطاقم طبي متخصص في مجال طب الشيخوخة يأخذ بعين الاعتبار خصوصية الأمراض المتعلقة بفترة الشيخوخة ولا يعتبرها حتمية لا بد من وجودها في مرحلة الشيخوخة وبالتالي عدم التدخل الفعال للتقليل من حدة انتشارها ومن ثقل

آثارها، وكنتيجة لهذا النقص الفادح فيما يخص نوعية العلاج المقدم لأشخاص المسنين، فقد قامت الدولة الجزائرية متمثلة في وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات وباقتراح من المجلس الشعبي الوطني بفتح تخصص جديد يدعى طب الشيخوخة على مستوى كلية الطب بجامعة الجزائر، وقد جاء هذا القرار كإجراء وقائي من الأمراض والحوادث التي قد تصيب المسنين من جهة، ودعم للتكفل الطبي بكبار السن في إطار أسري ملائم من جهة أخرى. وفيما يتعلق بكبار السن المصابون بمرض مزمن والمحرومون وبدون تأمين اجتماعي، فإنه يتم التكفل بهم للحصول على الأدوية مجانا في إطار اتفاقية ممضية مع الصندوق الوطني للتضامن (CNAS)، كما يستفيد الفقراء والمحرومون من المسنين بمجانية أو تخفيض في أسعار وسائل النقل البرية والبحرية والجوية، بما فيها التنقل للخارج من أجل العلاج، ويبقى المشكل مع كل هذه الإجراءات المقترحة من أجل التكفل الصحي والطبي بكبار السن هو التطبيق الفعلي لها بدون إقصاء أو تفضيل أو محسوبية.

إن تطور الوحدة العائلية وتغير الظروف الاقتصادية والصحية تجعل من الشيخوخة حالة اجتماعية ومركبة ديمغرافية تحث على اعتبار مسألة التبعية والعجز وموائمة إمكانيات الأسرة مسألة حيوية لضمان تكفل جيد بكبار السن بالفعل، يعتمد المسنون في مجتمعنا في حالة فقدان الاستقلالية على النظام العائلي بشكل أساسي، فالأسرة يجب أن تكون حاضرة لتلبية حاجياتهم وتشكل حاجزا ضد الإقصاء، الانعزال والإهمال، غير أن أدوار ومكانة كبار السن في البنية الاجتماعية والعائلية في الجزائر كغيرها في باقي دول المغرب العربي والعالم الإسلامي عامة عرفت تغيرات عميقة.

كانت الشيخوخة في المجتمعات التقليدية مجرد مسألة فردية وعائلية، أما حاليا، فسواء في الدول المتقدمة أو في الدول النامية، أضحت الشيخوخة تستقطب المجتمع كله، لم يعد الأمر يتعلق بمسألة فردية وإنما أصبحت مسألة جماعية[1]، ولأجل مساعدة الأسر الجزائرية و دعمها للقيام بواجباتها في التكفل بكبار السن ولتشجيع إدماج هذه الشريحة في الوسط الأسري والاجتماعي، فقد قامت وزارة التضامن الوطني والأسرة بوضع واقتراح عدة خدمات جديدة تهدف إلى إبقاء المسن في وسطه الأسري الطبيعي وتشمل منح التضامن، توفير العلاج والوسائل والإمكانات، المتابعة الطبية

[1] Labidi، L. **Vieillesse et société en Tunisie : Analyse de l'intégration des personnes âgées dans la société tunisienne**، edition MIP، Tunis، 2003، p.108.

والخدمات الصحية المنزلية. وتدور هذه السياسة الاجتماعية التدريجية لصالح الأشخاص المسنين المحرومين والفقراء حول عدة محاور هي كالتالي[1]:

* المساعدة المنزلية :يقدم هذا الإجراء خدمات منزلية ذات طبيعة طبية واجتماعية وبسيكولوجية، إذ يخفف على الأسر الأعباء ويجنبها الملل والتعب من التكفل بذويها من المسنين وخاصة المرضى منهم ويسمح لكبار السن في نفس الوقت المكوث مع أفراد أسرهم و يجنبهم الحرمان العاطفي الأسري، ويقوم طاقم متخصص يعمل بمراكز إيواء العجزة بضمان وتقديم هذه الخدمات، هذه الخدمة قليلة الانتشار في الجزائر وسارية المفعول فقط في بعض المدن الكبرى و تبقى شريحة واسعة من الأسر الجزائرية المحرومة خاصة مقصاة وملغاة من هذه الخدمات، وقد بلغ عدد المسنين المعدودين من قبل وزارة التضامن الوطني المحتاجين إلى إعانة منزلية سنة 2011 حوالي 120000 شخص مسن.

* الإيواء في أسر مستقبلة: يتمثل هذا النوع من التكفل في إدماج ووضع المسنين بدون روابط أسرية ضمن أسر خارجية ترغب في استقبالهم وإيوائهم مقابل دعم من قبل الدولة لهذه الأسر المستقبلة فيما يخص المتابعة الطبية والبيوطبية والنفسية. غير أن هذا الإجراء جد محدود، ففي سنة 2011 تم إدماج 141 مسن في أسرهم الطبيعية وتم إيواء 10 مسنين فقط ضمن أسر مستقبلة.

* الدعم والمساعدة لصالح الأسر المحرومة: تستفيد الأسر التي تتكفل بكبار السن ولا تملك الموارد المادية اللازمة لأجل ذلك من مساعدة مادية و مالية من قبل مؤسسات متخصصة كوزارة التضامن الوطني والأسرة وإدارة النشاط الاجتماعي (DAS) وكالات التنمية الاجتماعية (ADS)، عن طريق إمدادهم وتزويدهم بالأدوية والعلاج المجاني والمنح وبعض المؤن(الطعام، المواد الأساسية، اللباس، الحفاظات...الخ.)

* المساعدة الشخصية عن طريق منحة التضامن(AFS): يتم إدماج كبار السن البالغين 60 سنة وأكثر بدون موارد أو دخل وبدون معاشات ضمن الشبكة الاجتماعية، ويستفيدون بالتالي من منحة التضامن (AFS) من قيمة التي يجب ألا تقل عن ثلثي⅔ من الدخل الوطني الأدنى. وذلك وفق القرار رقم 94-336 بتاريخ 24 أكتوبر 1994 ووضعت خصيصا لأشخاص المسنين والأشخاص المعاقين المسؤولون عن أسرهم وبدون دخل منتظم، وامتدت سنة 2001 إلى الأشخاص المسنين

[1] Direction chargée de la protection des personnes âgées**. Projet de décret exécutif fixant les conditions de placement ainsi que les missions، l'organisation et le fonctionnement des établissements spécialisés et des structures d'accueil des personnes âgées**. Ministère de la solidarité sociale et de la famille (document non publié)، 2010، p 12.

المعاقين حركيا والمصابون بمرض مزمن والأشخاص المصابون بالعمى، كما أن تقديم هذه المنحة لم يعد مرتبطا بكون الشخص المسن رب أسرة، وكانت قيمة المنحة 1000 دج في الشهر ليتم مراجعتها سنة 2008 وزيادتها لتصل إلى 3000 دج في الشهر، وتمثل النساء نسبة 52% من المستفيدين من هذه المنحة[1].

* أما عن الخدمات والإجراءات المستقبلية الجديدة المقترحة في إطار التوجيهات الجديدة للسياسة الصحية فقد تم اعتماد مشروع قانون جديد لحماية كبار السن المقترح سنة 2010 وذلك قصد تحفيز وتشجيع بقاء المسنين في وسطهم الطبيعي العائلي وذلك بوضع عدة إجراءات للمرافقة والمساعدة المتخصصة لصالح الأشخاص المسنين في وضعية الحرمان والهشاشة الاجتماعية، هذا المشروع يوصي ببناء وتهيئة مؤسسات استقبال نهارية، واستقبال مؤقت واستقبال ليلي لكبار السن في إطار تنويع التكفل المعدل وتدعيم حماية المسنين من التهميش والإقصاء.

* الاستقبال النهاري لكبار السن: تستقبل مراكز إيواء نهارية الأشخاص البالغين 61 سنة فأكثر الذين يعيشون في بيوتهم والذين يحتاجون إلى مساعدة ومرافقة سوسيو–بسيكولوجية مناسبة خلال اليوم وخلال غياب أسرهم، هذا الإجراء يسمح للأسر بالحصول على متنفس من المساعدة التي يقدموها لذويهم من المسنين، ويسمح لكبار السن بالحفاظ على علاقات اجتماعية أو خلقها بالخروج من المنزل وعزلتهم ويحفزهم على الحفاظ على قدراتهم الوظيفية في حياتهم اليومية وذلك باستفادتهم من مساعدة فردية وعلاج متكيف مع حالاتهم.

* الاستقبال المؤقت: يسمح هذا الإجراء باستقبال كبار السن في مركز الإيواء للمسنين لفترة قصيرة وذلك لمناوبة الأسرة مؤقتا وخاصة بالنسبة لأجسر التي تضطرها الظروف العملية مثلا للغياب أو التنقل لفترة محدودة.

* الاستقبال الليلي: يتم استقبال كبار السن في هذه المؤسسات في الفترة الليلية فقط من اليوم عندما يستلزم الأمر مساعدة وعلاج ضروري طوال الليل.

كل هذه الإجراءات الجديدة (الاستقبال النهاري، الاستقبال المؤقت، الاستقبال الليلي) سوف تخصص لمجموع الأشخاص المسنين الذين هم بحاجة للمساعدة أو للذين قد تحتاج أسرهم للمساعدة سواء كانوا محرومين أم لا، غير أنه يتوجب على كبار السن أو الأشخاص الذين يتكفلون بهم الذين يملكون دخلا كافيا المساهمة في دفع مصاريف التكفل في هذه المؤسسات المستقبلة.

[1] Direction chargée de la protection des personnes âgées, Ibid , p.7.

2- الخدمات الموجهة لكبار السن في الجزائر:

من خلال المرسوم الرئاسي80 - 82 ربيع الثاني 1400 في 15 مارس 1980 فإنه يشير إلى تشكيل وإنشاء منشآت لدور المسنين أو المعاقين، ومن خلال هذا المرسوم تم بناء وإنشاء 32 مركز، إلى غاية الثلاثي الأول من 2011 موزعة عبر 27 ولاية من مختلف مناطق التراب الوطني، وتصل قدرة الاستيعاب فيها إلى 3711 مسن، إضافة إلى ثمانية مراكز مبرمجة أو في طور الإنجاز، موجهة إلى التكفل ورعاية هؤلاء المسنين الموجهون إلى هذه المراكز والتي تحوي أغلبيتهم من المسنين المعاقين بمقدار 1462 معاق مقابل 2123 مسن في المراكز بنسبة 86% وتختلف درجة الإعاقة لدى وهؤلاء المسنين من المعاقين عقليا والذين يشكلون 33 % والمعاقين سمعيا بصريا يشكلون 8.63%، ومعاقين حركيا بـ11 % ومتعددو الإعاقة بـ15 % وبنفس النسبة للمصابين بأمراض مزمنة.

في حين يشكل المسنون الأصحاء نسبة 17 % من المتواجدون داخل هذه المراكز، ويمكن أن يكون من الأسباب التي يؤدي إلى أخذ هؤلاء المسنين إلى هذه المراكز هي الإعاقة التي هي حاضرة بشكل كبير داخل هذه المراكز.

إلى جانب هذه الهياكل الحكومية هنالك اهتمام ضعيف من قبل المجتمع المدني، فيمكن تسجيل أربع جمعيات مسجلة لدى الهيئات المحلية تهتم بالمسنين على كامل التراب الوطني واثنان منهم متواجدة في البليدة نادي الإحسان ودار الأمل، إضافة إلى جمعية الصديق في غليزان وديار الرحمة مزاغران من مستغانم رغم أن القوانين الجزائرية تشجع هذه الجمعيات ولها تسهيلات وقوانينها لإنشائها.

على غرار المراكز والهياكل والأجهزة التي توفرها الدولة لحماية المسنين، يشرع القانون الجزائري نصوص وأحكام تحفظ حماية الأشخاص الكبار وتصون كرامتهم، وتضمن التكفل بالمسنين المحرومين أو المقصين والمعرضين إلى هشاشة اجتماعية أو محرومين من أسرهم ويتكفل بهذا الأسرة أولا والدولة والجماعة المحلية والمجتمع المدني، من خلال قانون 10 - 12 المؤرخ في 12/29/ 2010 من المواد الأولى والثانية والثالثة.

وفي إطاره الأسري يشرع المشرع الجزائري مواد تساعد الأسر على حماية المسنين في داخل أسرهم من خلال تعزيز الإدماج الأسري ومحاربة أشكال اقتلاع المسنين من وسطهم الأسري، كما تساعد الأسر الهشة والمغلوب عليها من إعانات مادية ومالية للتكفل بالمسنين من طرف أصولهم من خلال المواد 5 و7 من نفس القانون، كما يشجع الأبحاث والجمعيات المهتمة

بالمسنين ويضمن مجانية العلاج في الهياكل الصحية العمومية، إضافة إلى إمكانية الاستفادة من مجانية النقل بشتى أنواعه للمسنين المعوزين من خلال المادة 14 و15.

كذلك يصدر نفس المرسوم تابع لقانون العقوبات أحكام جزائرية لمعاقبة كل أشكال الاعتداء والإهمال والتعسف واستغلال المسنين أو استغلال هياكل خاصة لهم خارج إطارها، ويعرض للعقوبات كل من ترك مسن عرضة للخطر.

3 – المساعدات الخاصة للمسنين المعوزين:

أ– المساعدات الإضافية الشهرية للمعاش التقاعد والعجز– ICPRI –

منذ 1 جويلية سنة 2006 حدد منحة للمتقاعدين والعاجزين من الصنف الثاني والثالث والذين لديهم دخل شهري أقل من 10000 دج يستفيدون بمساعدات شهرية محددة بموجب المادة 29 من القرار 06–04 المؤرخ في 15 جويلية 2006 من القانون المالية التكميلي لسنة 2006.

ب– المساعدات الإضافية الشهرية للمنح التقاعد ICAR

وهي خاصة بالمسنين المتحصلين على منح تقاعد بملغ شهري أقل من 7000 دج يستفيدون بمساعدات شهرية محددة أيضا في نفس المادة 29 من القرار 06– 04 المؤرخ في 15 جويلية 2006 في القانون المالية التكميلي لسنة 2006 والمبلغ المستفاد به من المساعدة يتراوح بين 10% و50 % من مستوى المنحة وهو محدد عن موجب القرار التنفيذي 06– 418 المؤرخ في 22 نوفمبر 2006 وهي محدد في حد أدنى لهذه المنحة والمقدرة ب 3500 دج للشهر وسقف لحوالي 11000 دج، مع منع من اقتطاع الضريبة على الدخل الخام لصالح المتقاعدين الذين يقل مبلغ معاشهم عن 20000 دج وهذا بداية من جويلية 2008، وتخفيض من اقتطاع ضريبي على الدخل الخام بتخفيض ب 80 % لمن معاشهم الشهري ما بين 20000 و25000دج و90 % لمن مبلغ معاشهم ما بين 35 و40 ألف دج .

وضعية دور الأشخاص المسنين أو المعوقين في الجزائر

النص الأساسي المتضمن إنشاء وتسيير دور الأشخاص المسنين أو المعوقين مرسوم 80-82 المؤرخ في 15 مارس 1980.

الرقم	الولايات	المقر	قدرة الاستيعاب	ن.ت.م (*)	عدد المقيمين المتكفل بهم			نوع اللغة المستقبلة			العدد الكلي للمستخدمين			الأشخاص المسجلون في قائمة الانتظار		عدد العمال بالنوع والجنس					
					مجموع	ملكر	مؤنث	معوق	جسدي	نظري	إداري	بيداغوجي	مؤقتين	ملكر	مؤنث	إداري		بيداغوجي		طبي	
																ملكر	مؤنث	ملكر	مؤنث	ملكر	مؤنث
1	بلكنة	بلكنة	180		125	60	65	x	0	x	29	21	12	0	0	13	14	10	8	7	5
2	بجاية	بجاية	100		12	3	9	X	0	10	5	4	14	0	0	4	1	2	2	7	7
3	بويرة	بويرة	120		جديد																
4	تبسة	تبسة	60		35	15	20	X	2	6	13	5	16	0	0	3	4	3	5	13	9
5	تيارت	تيارت	100		66	33	33	0	41	25	35	8	0	0	0	3	4	5	3	7	15
6	تيزي وزو	بوخلفة	100		17																
7	الجزائر	دالي ابراهيم	120		114	114	0	78	21	15	43	10	14	0	0	27	16	2	8	5	12
8		باب الزوار	185		167	0	167	167	101	66	43	10	14	21	0	34	9	8	2	7	7
9		سيدي موسى	300		159	59	159	33	136	49	80	11	8	4	0	10	3	6	5	4	4
		ديار الرحمة	360		140	100	140	0	0	0	18	16	59	0	0	3	15	2	14	2	3
10	سطيف	صالح باي	120		32	48	80	23	4	53	27	8	0	0	0	19	8	4	4	0	0
11	سكيكدة	رمضان جمال	100		جديد																
12		سكيكدة	100		33	55	88	56	14	18	49	8	14	5	6	22	27	3	5		
13	سيدي بلعباس	سيدي بلعباس	109		40	40	80	49	4	27	7	3	20	4	6	1	6	2	1	10	10
14	عنابة	عنابة	130		73	40	113	0	78	45	48	10	13	0	0	20	28	5	5	7	6
15	قالمة	حمام دباغ	150		36	52	88	10	25	53	40	8	9	16	19	18	14	6	5	8	8
16	قسنطينة	العلرية	150		52	45	97	x	x	0	32	11	16	0	0	1	1	2	0	1	6
17	مدية	بن شيكو	80		40	40	80	0	0	x	1	3	7	10	15	7	1	2	1	7	5
18	مستغانم	مستغانم	120		14	33	47	0	16	31	8	3	10	0	0	23	12	3	4	3	8
19		سيق	110		57	48	105	x	x	0	35	7	11	0	0	20	15	1	6	8	6
20	معسكر	معسكر	120		61	51	112	x	x	x	35	7	14	0	0	13	19	2	8	6	8
21	وهران	وهران	70		0	61	61	47	6	8	32	10	24	23	43	9	2	3	2	0	0
22	بومرداس	برج منايل(**)	80		0	0	0	0	0	0	16	0	0	0	0	0	0				
23	الطارف	عين العسل	100		جديد																
24	خنشلة	خنشلة	100		جديد																
25	سوق اهراس	سوق اهراس	70		28	17	45	18	11	26	6	6	12	3	3	1	5	2	3	8	4
26		سدراتة	35		17	13	30	24	6	6	18	5	5	2	9	9	2	3	3	3	2
27	عين الدفلة	حمام ريغة	150		38	37	75	40	6	29	39	6	17	0	0	25	14	3	3	10	1
28	عين تموشنت	عين تموشنت	100		جديد																
	المجموع		3259		974	864	1855	576	471	436	641	163	253	87	97	313	227	77	87	133	128

(1)نمط التأطير: 01 مربي مختص لكل 25 شخص.

(*): ن.ت.م: نمط التكفل بالمقيمين

(**): مشغول من طلرف الجيش الوطني الشعبي.

مصدر المعلومات: وزارة التضامن الوطني سبتمبر 2008.

قائمة المراجع:

المراجع باللغة العربية:

1- الكتب:

1. إبراهيم طلعت الدمرداش: **اقتصاديات الخدمات الصحية**، ط 2، مكتبة القدس، مصر، 2006 م.

2. إبراهيم ناصر: **علم الاجتماع التربوي**، ط 2، دار للجيل للنشر، بيروت، 1996.

3. أحمد زكي بدوي: **معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية-انجليزي-فرنسي-عربي**، مكتبة لبنان، لبنان، بدون سنة.

4. أحمد عبد الله الصلاحي وآخرون: **دليل العاملين الصحيين حول الصحة والسكان**، دار المجد للطباعة والاشهار، اليمن، بدون سنة.

5. أحمد محمد بدح وآخرون: **الثقافة الصحية**، ط 1، دار المسيرة، الأردن، 2009.

6. أميرة منصور يوسف علي: **المدخل الاجتماعي للمجالات الطبية والنفسية**، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، 1999.

7. أيمن سليمان مزاهرة وآخرون: **مبادئ صحة الطفل وتغذيته**، دار الخليج للنشر، عمان، الأردن، 2001.

8. أمقران فوزي وآخرون: **ما مكانة الشباب في التنمية المستدامة في الجزائر**، منشورات المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، الجزائر، 2014.

9. بهاء الدين سلامة: **الصحة والتربية الصحية**، دار الفكر العربي، القاهرة، 2007.

10. تالا قطيشان وآخرين: **مبادئ في الصحة والسلامة العامة**، ط1، دار الميسرة للنشر والتوزيع، الأردن، 2002.

11. جمال الطحاوي: **إدراك الشباب لمفهوم الأسرة ووظائفها وأدوارها تجاه المجتمع دراسة حالة في محافظة القاهرة**، منشورات المجلس القومي، مصر، يونيو 2012.

12. جمال شعبان وآخرون: **فكر ابن خلدون الحداثة والحضارة والهيمنة**، ط 2، مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت، 2010.

13. جورج قاريللي وآن ماري موزر: **حقائق ومعلومات حول الحمل والولادة**، ترجمة (معصومة المبارك)، الجمعية الكويتية لتقديم الطفولة العربية، الكويت، بدون سنة.

14. حامد عبد السلام زهران: **علم النفس الاجتماعي**، الطبعة 4، عالم الكتب، القاهرة،1977.

15. حسين عبد الحميد رشوان: **الأسرة والمجتمع-دراسة في علم اجتماع الأسرة-**، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، 2003.

16. حسين عبد الرزاق الجزائري وآخرون: **تمريض صحة المجتمع**، أكاديميا إنترناشيونال للنشر والطباعة، لبنان، 2006.

17. حسين محمد حسن وآخرون: **دراسات بيئية وأسرية**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1998.

18. خالد إسماعيل غنيم: **أضرار تعاطي المخدرات**، مكتبة التوبة، بيروت، 1991.

19. خالد بن على المدني: **المشكلات الصحية المرتبطة بنقص كمية الغذاء-التغذية العلاجية**–، دار المدني، جدة، 2004

20. سالم علي الشواورة ومحمود الحبيس: **جغرافية السكان**، ط1، دار الصفا للنشر، الأردن،2001.

21. ستيوارت كامبل وآخرون: **طب التوليد بقلم عشرة أساتذة**، ترجمة: عمر أحمد ميرغني وروفائيل عطا الله، المركز العربي للتعريب والترجمة والتأليف والنشر، دمشق، 2007.

22. سلوى عثمان الصديقي والسيد رمضان: **الصحة العامة والرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2004.

23. سيد سلامة إبراهيم: **رعاية المسنين**، الجزء الثاني، المكتب العالمي للكمبيوتر للنشر والتوزيع، القاهرة،1997.

24. شريفي خيرة: **دراسة تحليلية للتحقيق الوطني الخاص بأسباب الوفيات حول الولادة في الجزائر**، الجزائر،2004.

25. شيلي تايلور: **علم النفس الصحي**، ترجمة: وسام درويش بريك وفوزي شاكر داود، دار الحامد، عمان، 2008.

26. صلاح محمود ذياب: **إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة**، دار الفكر للنشر والتوزيع، الأردن، 2009 م.

27. صلاح محمود ذياب: **إدارة خدمات الرعاية الصحية**، ط 1، دار الفكر للنشر والتوزيع، الأردن، 2010.

28. طلال الأحمدي: **إدارة الرعاية الصحية**، معهد الإدارة العامة، مركز البحوث العربية السعودية، المملكة العربية السعودية، 2004.

29. عبد الرحمن مصيقر وآخرون: **الغذاء والتغذية**، ط 2، أكاديميا إنترناشيونال للنشر والطباعة، بيروت، 2005.

30. عبد الرحيم بوادقجي وعصام خوري: **علم السكان نظريات ومفاهيم**، دار الرضا للنشر والتوزيع، سوريا، 2002.

31. عبد اللطيف محمد خليفة: **دراسات في سيكولوجية المسنين**، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 1997.

32. عبد الله بن ناصر السدجان: **رعاية المسنين في الإسلام**، مطابع الجامعة، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، الرياض.

33. عبد المجيد الشاعر وآخرون: **علم الاجتماع الطبي**، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2000.

34. عبد المنعم عاشور: **صحة المسنين، كيف يمكن رعايتها؟**، الهيئة المصرية، العامة للكتاب، القاهرة، 2009.

35. عصام حمدي نعمان الصفديذ: **التغذية في الحالات المرضية**، ط1، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2001.

36. عطيات محمد خطاب: **أوقات الفراغ والترويح**، ط3، دار الكتاب للنشر، القاهرة، 1990.

37. علي عبد الواحد وافي: **علم الاجتماع**، نهضة مصر للطباعة والنشر والتوزيع، نهضة مصر للطباعة والنشر والتوزيع ، مصر، 1990.

38. عيسى بن خدوش: **التغيرات الوظيفية في الأسرة**، ط1، مطبوعات الكتاب والحكمة، الجزائر، 2008.

39. فاتن محمد عبد المنعم: **علم الاجتماع واجتماعيات التربية**، ط 1، دار الزهراء –الرياض، 2012.

40. فرزانة رودي فهيمي ولوري آشفورد: **الصحة الإنجابية والجنسية في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا–دليل الإعلاميين–**، ترجمة: أحمد رجاء عبد الحميد رجب، المكتب المرجعي للسكان، أمريكا، 2008.

41. فوزي سهاونة: **مبادئ الديموغرافيا**، المطبعة الأردنية، عمّان، 1982.

42. قدري الشيخ علي وآخرون: **علم الاجتماع الطبي**، ط 1، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع، الأردن، 2008.

43. قناوي هدى محمد: **سيكولوجية المسنين**، مركز التنمية البشرية والمعلومات، القاهرة، 1987.

44. كريمان بدير: **الطفل من الجنين إلى عامين**، عالم الكتب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2004.

45. محمد الجوهري: **علم الاجتماع التطبيقي**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1998.

46. محمد توفيق خضير: **مبادئ في الصحة والسلامة العامة**، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2001.

47. محمد سيد فهمي وفهمي نورهان: **الرعاية الاجتماعية للمسنين**، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1999.

48. محمد سيد فهمي: **رعاية المسنين اجتماعيا**، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1984.

49. محمد عاطف غيث: **قاموس علم الاجتماع**، دار المعرفة الجامعية، القاهرة، 1988.

50. محمد عبد اللطيف وآخرون: **موسوعة سفير لتربية الأبناء**، المجلد 1، سفير الدولية للنشر، القاهرة، 2012.

51. محمد عصام طربيه وشادي أحمد أبو خضرا: **أساسيات في علم الاجتماع الطبي**، ط 1، دار حمورابي للنشر والتوزيع، الأردن، 2009.

52. محمد علي محمد: **الشباب العربي والتغير الاجتماعي**، دار النهضة العربية، بيروت، 1985.

53. محمد نجاتي الغزالي: **تغذية الأطفال والمراهقين والمسنين**، ط 1، عالم الكتب، القاهرة، 2015.
54. محمود خليل الشاذلي وآخرون: **طب المجتمع**، ط 2، أكاديميا إنترناشيونال، لبنان،2011 .
55. مصطفى الخشاب: **دراسات في علم الاجتماع العائلي**، ط 1، القاهرة، 1957.
56. مصطفى بوتفنوشت: **العائلة الجزائرية – التطور والخصائص الحديثة**–، ترجمة (أحمد دمري)، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1984.
57. مصطفى سويف: **المخدرات والمجتمع (نظرة تكاملية)** ، عالم المعرفة، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، العدد205 ، الكويت، 1996.
58. مصطفى محمد الماحي: **المسنون –المسح الشامل للمجتمع المصري(1952– 1980)**–، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، مصر، 1985.
59. معن خليل عمر: **انشطار المصطلح الاجتماعي**، ط 2، دار الأمل للنشر والتوزيع، الأردن، 1994.
60. مجموعة من المؤلفين: **الموسوعة العربية العالمية**، ط 2، مؤسسة أعمال الموسوعة للنشر والتوزيع، المملكة العربية السعودية، 1999.
61. نجلاء عاطف خليل: **في علم الاجتماع الطبي ثقافة الصحة والمرض**، ط1، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 2006.
62. نورمان سميث: **الحمل**، ط 1، ترجمة: مارك عبود، دار المؤلف، الرياض، 2013.
63. هدى محمد قناوي. **سيكولوجية المسنين**، مركز التنمية البشرية والمعلومات، ط1، الجيزة، 1987.
64. هشام مصطفى الجمل: **دور الموارد البشرية في تمويل التنمية بين النظام المالي الإسلامي والنظام المالي الوضعي**–دراسة **مقارنة**–، ط 1، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 2006.
65. وليد يوسف الصالح: **إدارة المستشفيات والرعاية الصحية، دار أسامة للنشر والتوزيع**، الأردن، بدون سنة.
66. ويلارد أولسون: **تطور نمو الأطفال**، ترجمة إبراهيم حافظ وآخرون، عالم الكتب، القاهرة، 1962.
67. يوسف أسعد ميخائيل: **رعاية الشيخوخة**، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2000.

2– المجلات والدوريات:

68. أحمد دردیش ومسعودة العفريت: "ماهية الصحة الإنجابية والعوامل المحددة لها"، **مجلة الآداب والعلوم الاجتماعية**، جامعة البليدة 2، الجزائر، العدد 16، ديسمبر 2016
69. أحمد دردیش: " أثر العوامل الاقتصادية على الرعاية الصحية الإنجابية للمرأة في الجزائر"، **مجلة دراسات نفسية وتربوية**، جامعة لونيسي علي البليدة2، الجزائر، العدد 21، مارس 2014.
70. أحمد شماني ورابح درواش:" تطور مستويات التغطية التطعيمية للأطفال في الجزائر وأهم العوامل المحيطة بها حسب المسوح الوطنية المنجزة المتعلقة بمتابعة الأطفال"، **مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية**، جامعة قاصدي مرباح، الجزائر، العدد 29، جوان 2017.

71. آسيا شريف واقع الصحة الإنجابية والجنسية في البلاد العربية من واقع نتائج المسح العربي لصحة الأسرة"، **مجلة صحة الأسرة العربية والسكان**، الجامعة العربية، القاهرة، المجلد5، العدد 13، 2012.

72. أمل الخاروف: "التدخين لدى طالبات وطلاب الجامعة الأردنية-أسبابه ومضاره وطرق علاجه-"، **مجلة دراسات العلوم الاجتماعية**، جامعة الأردن، الأردن، المجلد 1، العدد 36، 2009.

73. إميل فهمي شنودة: " مشكلة الإدمان بين طلبة المرحلة الإعدادية"، **مجلة كلية التربية**، جامعة المنصورة، مصر، العدد 10 ، 1999.

74. بن زايد ريم: " واقع الصحة الانجابية للمرأة في الجزائر مقارنة مع بلدان المغرب العربي" تونس والمغرب"، **مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية**، جامعة قاصدي مرباح، الجزائر، العدد 23، مارس 2016.

75. حسين منصور: " الخدمات الصحية المقدمة للمرضى المنومين في المستشفيات الحكومية بمدينة إربد (الأردن)- دراسة في جغرافية الخدمات-"، **مجلة المنارة للبحوث والدراسات**، جامعة آل البيت، الأردن، المجلد 13، العدد 1، .2006

76. رياض إبراهيم السعدي: " الوفيات واتجاهها في الجزائر"، **مجلة الجمعية الجغرافية العراقية**، جامعة بغداد، بغداد، العدد1988،19.

77. عمر زدام: " محاولة لتحديد مفهوم الشباب"، **مجلة المربي**، المعهد الوطني لتكوين لإطارات الشباب، دار شريفة، الجزائر، العدد الثاني، نوفمبر 1996.

78. عائشة سوالمة وأحمد الصمادي: " فعالية العلاج الواقعي الجمعي في تخفيف الضغوط النفسية وقلق الحالة لدى الحوامل"، **المجلة الأردنية في العلوم التربوية**، جامعة الأردن، الأردن، مجلد 8، عدد 4، 2012.

79. عصا فكري: عالم الشيخوخة، مجلة عالم الفكر، وزارة الإعلام، الكويت، المجلد 6، العدد6، 1996.

80. موسى مرمون: " الفحص الطبي قبل الزواج مستجدات قانون الأسرة 84 / 11 لسنة 1984 بموجب الأمر رقم 05 / 02 المؤرخ في 27 / 02 / 2005 المعدل والمتمم له"، **مجلة العلوم الإنسانية**، جامعة قسنطينة 1، الجزائر، عدد 41، مجلد ب، 2014.

3- المنشورات والتقارير:

81. الأمانة العامة للمجلس الوطني للسكان: نقابة المهن التعليمية والتربوية بالأمانة، **وثائق المنتدى الوطني لقيادات مؤسسات المجتمع المدني**، المرجان للدعاية والاعلان، صنعاء، 14-16 مايو 2001.

82. اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا الاسكوا: **شيخوخة السكان في البلدان العربية**، الأمم متحدة نيويورك، 2007.

83. منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة: **حالة انعدام الامن الغذائي في العالم 2001**، منشورات منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة، روما، 2001.

84. منظمة الأمم المتحدة: **أهداف عالمية في مجال الشيخوخة لسنة 2001: استراتيجية عملية**، تقرير الأمين العام.

85. منظمة التعاون الاسلامي: **وضع الأطفال في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الاسلامي**، مركز الأبحاث الاحصائية والاقتصادية والاجتماعية والتدريب للدول الاسلامية (سيسرك)، تركيا، 2017.

86. المنظمة الدولية لرعاية الأسرة: **العمل من أجل القرن الحادي والعشرين، الصحة والحقوق الانجابية للجميع**، نيويورك، 1996.

87. منظمة الصحة العالمية: **الأمومة المأمونة وثيقة الأم والطفل**، قسم الصحة العائلية، المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط، الإسكندرية، 1996.

88. منظمة الصحة العالمية: **المصطلحات المستخدمة في سلسلة الصحة للجميع**، المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط، الإسكندرية، 1984.

89. منظمة الصحة العالمية، جمعية الصحة العالمية السابعة والستون: **صحة المواليد**، جنيف، 2014.

90. منظمة الصحية العالمية. **المخاطر الصحية المحدقة بالشباب والحلول المقترحة**، صحيفة رقم 345، آب/أغسطس 2011.

91. منظمة العمل الدولية: **حماية المستقبل – الأمومة والأبوة والعمل**–، المكتب الإقليمي للدول العربي، بيروت، 2009.

92. وزارة التخطيط، اللجنة الوطنية للسياسات السكانية في العراق: **صحة الأمهات في المرحلة الإنجابية التباينات وخيارات التدخل**، العراق، صندوق الأمم المتحدة للسكان مكتب العراق، 2013.

93. وزارة العدل: **قانون الأسرة**، المادة الثانية والثالثة، ط 4، الديوان الوطني للأشغال التربوية، الجزائر، 2003.

4- المؤتمرات:

94. الأمم المتحدة، **تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بالقاهرة**، 5-13 سبتمبر 1994، نيويورك، 1995.

95. محمود زرزور: **دور التربية في تنمية الثقافة الصحية –دراسة تحليلية**–. بحث مقدم إلى المؤتمر العلمي العربي الثالث التعليم وقضايا المجتمع المعاصر جامعة سوهاج، 20-21-3-2008.

96. المركز الدولي الإسلامي للدراسات والبحوث السكانية، **التربية السكانية، جامعة القاهرة**، القاهرة، 1997.

97. المركز الديمغرافي لشمال إفريقيا. **تعمر السكان ونتائجه الاقتصادية والاجتماعية**، تر: صلاح الدين شريف، دراسات سكانية، رقم 260، القاهرة، 1956.

98. مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل: **ورقة عمل تقدمت بها (اليونيسيف) عن وضع الأطفال في العالم**، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط وشمال أفريقيا، عمان، 1990.

5- الرسائل والأطروحات الجامعية:

99. آسيا شريف: **واقع رعاية الأمومة وأبعادها أثناء الحمل والولادة وما بعدها**، أطروحة دكتوراه في علم الاجتماع، تخصص ديموغرافيا، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة الجزائر، السنة الجامعية 2004-2005.

100. بوجلال عبد الله محمد: **الإعلام والوعي الاجتماعي لدى الشباب الجزائري**، رسالة دكتوراه في الإعلام، جامعة القاهرة، كلية الإعلام، قسم العلاقات العامة والإعلان، جانفي 1989.

101. جميلة عطار: **أثر الوفيات في الانتقال الديموغرافي**، مذكرة الماجيستير، قسم علم الاجتماع والديموغرافيا، جامعة الحاج لخضر، باتنة، السنة الجامعية 2014.

102. ربيع محمد عبد الرحيم على قناوي: **وفيات الأمهات الأسباب والعلاج بمعتمدية الدويم -ولاية النيل الأبيض-**، بحث مقدم لنيل درجة الدكتوراه في الجغرافيا، كلية الدراسات العليا-كلية الآداب-قسم الجغرافيا، جامعة الخرطوم، الخرطوم، يوليو 2007.

103. فهيمة خليفاوي: **الأسرة ودورها في الرعاية الصحية لأطفالها الأقل من خمس سنوات – دراسة ميدانية على عينة من النساء في مستشفى محمد لمين دباغين بباب الوادي**، أطروحة دكتوراه علوم في علم الاجتماع الديمغرافي، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الجزائر2، السنة الجامعية 2015-2016.

104. سما سعدي الهاشمي: **دراسة إحصائية لوفيات الأطفال الرضع في محافظة نينوى**، رسالة ماجستير، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة بغداد،2004.

105. عبد علي الخفاف: **تحليل العلاقات المكانية لوفيات صغار السن في محافظات الفرات الأوسط**، أطروحة دكتوراه، كلية الآداب، جامعة بغداد، 1990.

106. مسعودة ناصري: **أهم العوامل المؤثرة في الرعاية الصحية للمسنين في الأسرة الجزائرية**، رسالة ماجستير، علم الاجتماع العائلة والسكان، جامعة الجزائر، السنة الجامعية 2011-2012.

107. مليكة لبديري: **ظاهرة لجوء الشباب لإعلانات الزواج عبر الصحافة في المجتمع الحضري الجزائري**، دراسة ميدانية حول أسبابها والموقف منها، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاجتماعية، جامعة الجزائر، معهد علم الاجتماع،1999.

108. يزيد عباسي: **مشكلات الشباب الاجتماعية في ضوء التغيرات الاجتماعية الراهنة في الجزائر دراسة ميدانية على عينة من طلبة جامعة جيجل " القطب الجامعي تاسوست"جيجل"**، أطروحة دكتوراه العلوم في علم الاجتماع، تخصص علم اجتماع التنمية، جامعة محمد خيضر – بسكرة، السنة الجامعية 2015-2016.

6- مراجع باللغة الأجنبية:

109. Amyot, J-J. **Travailler auprès des personnes âgées**, Ed Dunod, 2ème édition , Paris. 1998.
110. Benamor Linda et Kleeman Françoise: **Sensibilisation mobilisation et action pour la maternité sans risque: guide pratique, l'alliance du ruban blanc pour la maternité sans risque**, Washington, usa, network for Heath, 2001.
111. Direction chargée de la protection des personnes âgées. **Projet de décret exécutif fixant les conditions de placement ainsi que les missions‹ l'organisation et le fonctionnement des établissements spécialisés et des structures d'accueil des personnes âgées**. Ministère de la solidarité sociale et de la famille (document non publié), 2010.
112. Emile .D: **La famille conjugal,** Revue Philosophique, Paris, 1921 .
113. Henri Mendras: **Elément de sociologie**, Armand colin, collection u, paris, 1975.
114. Henry Silver, **Current Pediatric Diagnosis and Treatment**, Third edition, Lange Medical, California, 1979.
115. Joseph Sumph et Michel. Hugues: **Dictionnaire de sociologie**, librairie La rousse, Paris 1973.
116. Labidi. L: **Vieillesse et société en Tunisie : Analyse de l'intégration des personnes âgées dans la société tunisienne‹** edition MIP‹ Tunis‹ 2003.
117. Le Collège National Des Gynécologues et Obstétriciens Français, **enseignement de 2éme** cycle **Polycopié national gynécologie –obstétrique**, Université Médicale Virtuelle Francophone, France, 2011.
118. Lebane D.et Arfi H: **la naissance en milieu hospitalie** , édition UNFPA, Alger, 2003.
119. Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière : **Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS-4) 2012 – 2013**, Suivi de la situation des enfants et des femmes, Rapport final, Algérie, 2015.
161.Mothers cars mothers, Vol 5, n°4, Août 1996.
120. Office National des Statistiques (ONS) .**Projections de populations à l'horizon 2030**. Collection statistiques Séries S : Statistiques Sociales. N°106 .Décembre 2004.
121.Office National des Statistiques (ONS). **L'Algérie en quelques chiffres‹** N°40‹ 2010.
122. Perlman R.‹ Amiel Tison‹ D. Desbois‹ J.C‹ **Pédiatrie pratique périnatalogie‹** édition Maloine, Paris, 1985.
123. Rapport MSPRH: **Santé maternelle et infantile 2000-2004‹** édition ANDS‹ Alger‹ 2005.
124. Relier Jean Pierre: **Médecine Périnatale**, édition Médecine Sciences, Paris,1989.
125. Robert Schell and Elizabeth Hall. **Development Psychology Today**, Third edition, Random House, New York, 1979.

7- المواقع الالكترونية:

126. http :www.internetaddition.ca/treatment.htm
127. http://repository.nauss.edu.sa/handle/
128. http://www.who.int/features/2017/quality-care-facilities/ar/
129. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/imci/ar/