

جامعة الطارف

كلية العلوم الاجتماعية والانسانية

قسم علم الاجتماع

الملتقى الوطني الأول: الصحة العامة والسلوك الصحي في المجتمع الجزائري

استمارة المشاركة

الاسم واللقب : د. بوبكر دبابي طارق شنقال

الرتبة والتخصص : أستاذ محاضر ب علوم التربية

المؤسسة: جامعة قاصدي مرباح ورقلة

الهاتف: 0663674524

البريد الإلكتروني: d.boubakeur@gmail.com

الاسم واللقب : طارق شنقال

الرتبة والتخصص : أستاذ مساعد ب ديموغرافيا

المؤسسة: جامعة قاصدي مرباح ورقلة

البريد الإلكتروني: chengal.tarek@gmail.com

الهاتف: 0660304915

محور المداخلة : المحور الثالث: مؤشرات الصحة العامة والسلوك الصحي في المجتمعات

المختلفة

عنوان المداخلة: واقع الأمراض المزمنة في الجزائر (تحليل معمق انطلاقا من نتائج

المسح الوطني لصحة الأسرة papfam 2002 والمسح العنقودي متعدد المؤشرات mics3

(2006)

الكلمات المفتاحية: الصحة ، الأمراض المزمنة ، السلوك الصحي ، المسح

ملخص المداخلة:

استناداً لتقارير الأمم المتحدة فإن الأمراض المزمنة تسببت في 60 % من الوفيات في العالم سنة 2001 أي ما يقارب 56.5 مليون حالة وفاة ، (60 % في الدول الصناعية و 40 % في الدول النامية)، وساهمت الأمراض المزمنة في 46 % من عبء الأمراض العالمي.

والمجتمع الجزائري كباقي مجتمعات الدول النامية عرف انتشاراً لهذه الأمراض المزمنة والتي لها علاقة بالضغوطات النفسية والاجتماعية والأنماط الغذائية والسلوكيات الصحية.. حيث أبرزت نتائج المسح الوطني لصحة الأسرة 2002 PAPFAM هذه الحقيقة، فأكد أن 10.4% من المبحوثين مصابون بمرض مزمن واحد على الأقل.

وفي المسح الوطني متعدد المؤشرات 2006 MICS3 "متابعة وضعية الأطفال والأمهات" فإن معدل انتشار الأمراض المزمنة هو 11.5 % من مجموع المبحوثين، بنسبة 8.4 % للذكور و 12.6 % للإناث، وبنسبة 11.5 % في الحضر و 9.3 % في الريف.

إن هذا التغير في الخارطة الصحية أو ما يعرف بالانتقال الوبائي ، جعل الدولة تنتهج سياسات ونظام صحي لمجابهة انتشار هذه الأمراض.

فلاحظ مما سبق أن ظهور وانتشار الأمراض المزمنة في الجزائر يرتبط بعدة متغيرات سوسيو ديمغرافية وجغرافية ، وهذا ما سنحاول إبرازه في دراستنا هذه ، بحيث نتطرق بالوصف والتحليل المعمق لتداخل مختلف هذه العوامل وتأثيرها في انتشار الأمراض المزمنة ، وبالتالي سنحاول الإجابة على التساؤل الرئيسي التالي:

ما هو واقع

الأمراض المزمنة في الجزائر ؟

والذي يتفرع إلى أسئلة فرعية، تتمثل فيما يلي:

ما هي العوامل

السوسيو ديموغرافية والجغرافية المؤثرة في انتشار وتوزيع الأمراض المزمنة؟

ما هي أهم التغيرات

في انتشار وتوزيع الأمراض المزمنة بين مسحي 2002 و 2006 ؟

مقدمة:

إن التغيير في المجتمعات من تقليدية إلى مجتمعات حديثة أدى إلى التغيير في الخارطة الصحية ، فطغت الأمراض المزمنة على أسباب الوفيات على حساب الأمراض المعدية ، ولقد ساعد على الإصابة بالأمراض المزمنة أسباب عديدة ومتعددة كالسّن مثلاً ، إذ أن شيخوخة السكان في معظم دول العالم أبرزت هذه الأمراض بحكم أن أكثر المصابين بالأمراض المزمنة من هاته الفئة، وترجع زيادة الإصابة بالأمراض المزمنة لعوامل كثيرة منها السلوكيات الصحية السيئة وسوء الأنماط الاستهلاكية مما أدى للإصابة بالبدانة وما يصاحبها من أمراض، ففي الأزمنة السابقة كانت المجتمعات الثرية والمتحضرة هي الأكثر تعرضاً للمخاطر المتعلقة بارتفاع ضغط الدم وارتفاع الكوليسترول واستعمال التبغ والاستهلاك المفرط للمشروبات الكحولية وإشاعة نمط الحياة المعتمد على قلة الحركة والنشاط البدني، أما في الوقت الحاضر فقد أخذت هذه الأمراض بالانتشار حتى في البلدان ذات الدخل المتوسط والمنخفض.

كما أن الوعي بين عامة السكان حول النتائج والآثار المترتبة علي السلوكيات الجديدة وأنماط الحياة منخفض جداً، و ذلك ناتج بشكل كبير بسبب التأخير الطويل بين السبب والآخر (السلوك الصحي والمرض)، لذلك يميل الناس عادة إلي التقليل من أخطار أنماط الحياة.

إن انتشار الأمراض المزمنة قاد إلى تغيير في كيفية التعامل مع الأمراض، ففي فترة انتشار الأمراض المعدية كان التعامل مع مسبب محدد للمرض وبالتالي معالجته، أما الآن فان مسببات

الأمراض المزمنة تتصف بالتعدد وبارتباطها بالسلوك البشري وكذلك هناك دور أساسي تلعبه المحددات الاجتماعية، الاقتصادية، والبيئية للصحة في انتشار هذه الأمراض.

الإشكالية :

لقد شهد العالم تحولات وتغيرات في جميع المستويات ، منها التغير في الخارطة الصحية ، فلقد كانت الأوبئة والأمراض المعدية هي الشغل الشاغل للدول والحكومات والهيئات الصحية ، لكن الاكتشافات العلمية للأمصال والأدوية وانتشار التطعيم وتحسن ظروف الحياة أزاحت جزءا كبيرا من هذا العبء الصحي والاجتماعي والاقتصادي.

لكن في الوقت الحاضر ونتيجة لتغير أنماط الحياة والسلوكات الصحية والغذائية وعوامل أخرى متعددة برز نمط جديد من الأمراض، وهي الأمراض المزمنة ، فأصبحت الآن تمثل أكبر مشكلات الصحة في العالم.

فاستناداً لتقارير الأمم المتحدة فإن الأمراض المزمنة تسببت في 60 % من الوفيات في العالم سنة 2001 أي ما يقارب 56.5 مليون حالة وفاة ، (60 % في الدول الصناعية و 40 % في

الدول النامية)، وساهمت الأمراض المزمنة في 46 % من عبء الأمراض العالمي.[1]

والمجتمع الجزائري كباقي مجتمعات الدول النامية عرف انتشاراً لهذه الأمراض المزمنة والتي

لها علاقة بالضغوطات النفسية والاجتماعية والأنماط الغذائية والسلوكيات الصحية.. حيث

أبرزت نتائج المسح الوطني لصحة الأسرة 2002 PAPFAM هذه الحقيقة، فأكد أن

10.4% من المبحوثين مصابون بمرض مزمن واحد على الأقل.[2]

وفي المسح الوطني متعدد المؤشرات 2006 MICS3 "متابعة وضعية الأطفال والأمهات" فإن معدل انتشار الأمراض المزمنة هو 11.5 % من مجموع المبحوثين، بنسبة 8.4 % للذكور

و 12.6 % للإناث ، وبنسبة 11.5 % في الحضر و 9.3 % في الريف.[3]

إن هذا التغير في الخارطة الصحية أو ما يعرف بالانتقال الوبائي ، جعل الدولة تنتهج سياسات ونظام صحي لمجابهة انتشار هذه الأمراض.

فلاحظ مما سبق أن ظهور وانتشار الأمراض المزمنة في الجزائر يرتبط بعدة متغيرات

سوسيو ديمغرافية وجغرافية ، وهذا ما سنحاول إبرازه في دراستنا هذه ، بحيث نتطرق

بالوصف والتحليل المعمق لتداخل مختلف هذه العوامل وتأثيرها في انتشار الأمراض المزمنة ،

وبالتالي سنحاول الإجابة على التساؤل الرئيسي التالي:

ما هو واقع

-

الأمراض المزمنة في الجزائر ؟

والذي ينفرع إلى أسئلة فرعية، تتمثل فيما يلي:

ما هي العوامل

-

السوسيو ديموغرافية والجغرافية المؤثرة في انتشار وتوزيع الأمراض المزمنة؟

ما هي أهم

-

التغيرات في انتشار وتوزيع الأمراض المزمنة بين مسحي 2002 و 2006 ؟

أهداف الدراسة :

بالنسبة للبحوث الوصفية فإنه يمكن تقديم الإجابات على التساؤلات في صيغة هدف البحث،

بدلاً من تقديمها في صيغة فرضيات [4].

فهذه الدراسة هي محاولة من خلال الفهم العلمي الدقيق والموضوعي والمبني إحصائياً لواقع

الأمراض المزمنة في الجزائر ، وتتمثل أهداف هذه الدراسة في :

- معرفة مدى انتشار الأمراض المزمنة في الجزائر.

- توزيع الأمراض المزمنة في الجزائر بحسب المتغيرات السوسيو ديموغرافية والجغرافية

(السن ، الجنس ، منطقة السكن ، المنطقة الجغرافية.....).

- تحليل وتفسير انتشار الأمراض المزمنة بحسب المتغيرات المذكورة سابقاً

تحديد المفاهيم:

الصحة :

يعرف نيومان الصحة بأنها "حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم ، وأن حالة التوازن هذه

تنتج عن تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها ، كما أن تكيف الجسم عملية

إيجابية تقوم بها قوة الجسم للمحافظة على توازنه". [5]

والتعريف الإجرائي الذي سنتبناه هو تعريف منظمة الصحة العالمية، حيث عرّفت الصحة بأنها "حالة الاكتمال و السواء الجسمي والعقلي والاجتماعي وليست مجرد الخلو من المرض أو

العاهة".[6]

وبالتالي تأخذ الصحة ثلاثة أبعاد :

الصحة الجسمية

–

العضوية

الصحة النفسية

–

والعقلية

الصحة الاجتماعية

–

المرض :

إن للمرض معاني متعددة تختلف باختلاف الأفراد ، فالمرض يحدث من قصور عضو أو أكثر من أعضاء الجسم عن القيام بوظيفته خير قيام ، كما يحدث إذا اختل أو انعدم التوافق بين عضوين أو أكثر من أعضاء الجسم في أداء وظائفها ، ويعرف قاموس ويسترن الدولي المرض باعتباره حالة يكون الإنسان فيها معتل الصحة ، وأن يكون الجسم في حالة توعك بسبب هذا المرض ، والمعني الحرفي لكلمة المرض هو الاحتياج للراحة.[7]

ويُعرف المرض في القاموس الطبي Petit Larousse médicale على أنه اعتلال أو عجز في الصحة، حيث أن هذه العلة تحمل عدة خصائص، أسباب، علامات وأعراض تدل على أن الجسم غير قادر على القيام بوظائفه.[8]

المريض :

إن المفهوم الجديد للمريض هو ذلك " الشخص الذي يبحث عن العناية الطبية " [9] ، حيث يوجد تساؤل حول من هو الفرد الذي يطلق عليه كلمة مريض ، هل هو المريض الذي يعاني من اضطراب عضوي يستوجب عليه فحصه وتقديم المساعدة الطبية له ، أو هو الشخص الذي يلجأ إلى المؤسسات الصحية.

وفي دراستنا هذه فإن المريض هو ذلك الشخص الذي يعاني من مرض مزمن واحد أو أكثر، والذي يلجأ إلى المؤسسات الصحية طالبا المساعدة الطبية.

الأمراض المزمنة:

يعرفها إحسان محمد الحسن بأنها : " تلك الأمراض الملازمة للإنسان فترة طويلة من حياته تفوق ثلاثة أشهر عادة ، والتي تحدث تأثيرات مباشرة وسيئة على صحته العامة ، وتسبب له مشاكل صحية واجتماعية واقتصادية ، وذلك لأن المصاب بها لا يستطيع القيام بأعماله المعتادة كما يجب ، وعلى هذا ينظر إلى المصاب بالمرض المزمن على أنه ليس مريضا بالمفهوم

العادي ، ولكنه مريض يعيش مشكلة دائمة تقريبا".[10]

وتشتمل دراستنا على الأمراض المزمنة المحددة في استمارة المسح، وهي: ارتفاع ضغط الدم، السكري، أمراض القلب، الربو، أمراض المفاصل...

السلوك الصحي:

يشير مفهوم السلوك الصحي إلى أي نشاط يمارسه الفرد بهدف البرء أو الوقاية من المرض

أو لغرض التعرف على المرض أو تشخيصه في المرحلة المبكرة. [11]

ويتضمن السلوك الصحي ثلاثة أبعاد أساسية وهي:

البعد الوقائي	-
بعد الحفاظ على	-
	الصحة
بعد الارتقاء	-
	بالصحة

مصادر جمع المعطيات:

يقول موريس أنجرس : " تتمثل عملية جمع المعطيات في حد ذاتها المرحلة الهامة التي يدخل

فيها الباحث حقيقة في اتصال بالواقع الميداني ". [4]

تعتمد الدراسات السكانية على مجموعة من المصادر الإحصائية المختلفة، ذلك لأنها تتناول دراسة أحوال السكان في وقت معين بما في ذلك توزيعهم الجغرافي وتراكيبهم. تتعرض هذه الدراسات كذلك لحركة السكان الطبيعية وما ينتج عنها من زيادة أو نقصان.

لكل دولة من دول العالم نظام معلومات خاص بها، يسمح بجمع المعطيات و المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية التي تمكنها من إنجاز بحوث، وتتغير هذه الدراسات من بلد لآخر لارتباطها بعوامل عديدة: الطرق والتقنيات والوسائل المتاحة مثلا.

تجدد الجزائر كغيرها من البلدان عدة مصادر لجمع المعطيات، أهمها الحالة المدنية، التعدادات والمسوح الديموغرافية.

سنعتمد في دراستنا هذه وبشكل رئيسي على معطيات مسح صحة الأسرة 2002 والمسح العنقودي متعدد المؤشرات 2006 MICS3 الخاص بمتابعة وضعية الأطفال والنساء.

بالإضافة إلى بيانات التعدادات العامة للسكان والسكن و على معطيات أخرى للديوان الوطني للإحصاء (ONS) وكذلك على بعض معطيات وتقارير المعهد الوطني للصحة العمومية (INSP) وتقارير ومنشورات وزارة الصحة والسكان والمستشفيات.

فترتبط دقة وجودة البحث بدقة وجودة المعطيات، وبخاصة على الباحث الذي يركز عمله على بيانات جاهزة، إذ أن الباحث يتلقى هذه الإحصاءات على أنها ملاحظات غير مباشرة لأن غيره هو الذي تولاهها، وقيمتها تتوقف على الدقة التي تمت بها والنزاهة والأمانة في إجرائها

واستخلاص نتائجها والظروف التي تمت فيها والوسائل التي اتخذت والاحتياجات التي وفى بها
ابتغاء الاستقصاء والدقة في البيانات.[12]

منهجية الدراسة :

للقيام بأي عمل ينبغي استحضار الأدوات اللازمة لإنجازه ومعرفة الطريقة المثلى لتحقيقه ،
كذلك فإن إنجاز أي بحث علمي يتطلب إتباع طرق منهجية صحيحة للوصول إلى النتائج
المرجوة منه .

فالمنهج هو مجموعة من القواعد والأنظمة العامة التي يتم وضعها من أجل الوصول إلى حقائق
مقبولة حول الظاهرة موضوع البحث ، أي أنه الطريقة التي يستعين بها الباحث في حل مشكلة
بحث ، ولا شك أن مثل هذه الطريقة أو المنهج يختلف باختلاف مشكلة البحث.[13]

وعلى هذا الأساس تعددت المناهج كما تعدد تصنيفها ، التصنيف الشائع بين العلماء حيث
صنفوا المناهج إلى المنهج التاريخي والمنهج التجريبي والمنهج الوصفي.[14]

وقد استخدمنا في دراستنا هذه المنهج الوصفي ، وذلك لأن المنهج الوصفي يتناسب مع دراسة
مختلف الظواهر الاجتماعية ، فإن البحث الوصفي ليس وصفا بسيطا للظاهرة بعبارات براءة
ولبقة بل ————— وتشخيص علمي وذلك بقدر ما يتوفر من أدوات موضوعية ، ثم يعبر

عن هذا التشخيص برموز رياضية مضبوطة وفق تنظيم محكم.[15]

ويعرف المنهج الوصفي بأنه أحد أشكال التحليل والتفسير العلمي المنظم ، لوصف ظاهرة معينة، أو مشكلة محددة ، و تصويرها كميًا ، عن طريق جمع البيانات ومعلومات مقننة عن الظاهرة أو المشكلة، و تصنيفها ، و تحليلها وإخضاعها للدراسة الدقيقة.[16]

وعليه فإننا قمنا باستخدام المنهج الوصفي ، وذلك بجمع المعطيات المتعلقة بموضوع الدراسة من مختلف المصادر إضافة إلى المسح الوطني متعدد المؤشرات 3 MICS 2006 ثم معالجتها وتحليلها.

1- نظرية الانتقال الوبائي:

وضعها الطبيب عبدالرحيم عمران في عام 1971م، أستاذ الوبائيات بمدرسة الصحة العامة ومدير المركز المتعاون بجامعة كارولينا الشمالية North Carolina University بتشابيل هيل في الولايات المتحدة الأمريكية، وشرح عمران في نظريته هذه العلاقة بين الحالة الصحية العامة التي تمر بها المجتمعات، ومراحل نمو السكان، حيث يركز نمو السكان على معدلات الإصابة بالأمراض وما يرتبط بها من وفيات، والتي لها آثارها على نمو السكان العام. [17]

وقد أرسى عمران نظريته على الاستدلال الوبائي للتغير في المرض والصحة والوفاة والبقاء على قيد الحياة والخصوبة عبر الزمن ، وذلك من خلال التعرف على الخلفية الاجتماعية

والاقتصادية والبيئية وأسلوب حياة الفرد والمجتمع والعوامل الديموغرافية ومستوى الرعاية الصحية في الدولة والمستوى التقني المستخدم فيها.

1.1. مراحل نظرية الانتقال الوبائي:

لاحظ عمران أن المجتمع السكاني في أي منطقة من مناطق العالم من الناحية الصحية يمر بثلاث

مراحل، هي على النحو الآتي: [18]

1.1.1. المرحلة الأولى: مرحلة الأوبئة والمجاعات

تمتد هذه المرحلة منذ قرون عديدة حتى بدايات منتصف القرن العشرين الميلادي، حيث صنف عمران أمراض هذه المرحلة على أساس أنها امتداد لأنماط الأمراض السائدة في العصور القديمة، والتي تشكل فيها الأمراض المتوطنة، وأمراض نقص التغذية "المجاعات"، والأوبئة خطرا قضي على العديد من السكان في تلك الفترة خاصة فئة صغار السن والشباب. وتميزت هذه المرحلة بانخفاض معدلات نمو السكان، حيث إن ارتفاع معدلات المواليد تزامن مع ارتفاع معدلات الوفيات. وقد كانت للمجاعات والأمراض الوبائية السائدة في ذلك الوقت دورا رئيسا في حدوث ذلك.

وتعتبر المجاعات والأمراض الوبائية بشكل عام ضلعين مهمين في ما عرف بثالوث مالتوس المشؤوم "المجاعات والأوبئة والحروب"، فالمجاعات تنتج غالبا بفعل الكوارث الطبيعية التي تتسبب أما في حدوث فيضانات تدمر وتتلغ المحاصيل الزراعية، أو جفاف يقضي عليها أو

يحول دون قيامها، مما يؤدي إلى عدم توفر الأغذية اللازمة لسكان المناطق التي تعرضت لتلك الكوارث.

وترتبط العديد من الأوبئة بالقحط والمجاعات، فعلى إثر حدوث المجاعة يتبع ذلك ظهور بعض الأمراض الوبائية كالتاعون، الحصبة، الجدري، الكوليرا، الدفتيريا، الإسهالات المعوية، السل، والأنفلونزا، وجميع تلك الأمراض كانت تحصد أرواح الملايين من الناس خاصة الأطفال منهم، فهؤلاء لم يكونوا قد اكتسبوا المناعة ضد الأمراض، ولم تكن الأمصال واللقاحات قد عرفت بعد، أو لم تكن منتشرة في كل أنحاء العالم.

كما ارتبط انتشار الأمراض الوبائية بعوامل عدة كنقص المياه النقية، وسوء الشروط الصحية والبيئية العامة، وسوء حالة المواصلات، ونقص التعليم، وغياب التوعية الصحية، وهذه العوامل جميعها كانت سائدة في ذلك الوقت.

وتعتبر الأمراض المعدية والطفيلية من المسببات الكبرى للوفيات المرتفعة في الدول النامية، وهي المسؤولة بصفة خاصة عن وفيات الأجنة قبل الوضع ووفيات الطفولة، وهذه الأمراض لا تزال تلعب دورا في الدول الفقيرة حيث أن معدلات الوفاة عموما ووفيات الأطفال الرضع على الخصوص تصل إلى 150% في السنة وهي تماثل تلك التي سادت في دول أوروبا خلال القرن السابع عشر والثامن عشر.

هذا ويعتبر مرض الطاعون "الموت الأسود" من أشد أمراض المرحلة الأولى من مراحل التحول الوبائي فتكا وخطرا. ففي أوروبا في مرحلة ما قبل التصنيع أدى مرض الطاعون إلى فقد معظم سكان المدن الأوروبية خلال بضعة شهور، حيث أن إيطاليا فقدت نصف سكانها، وإن

كلا من إنجلترا وفرنسا فقدتا ثلث سكانهما فيما فقدت قبرص كل سكانها. أما في الدول النامية فقد انتشر مرض الطاعون بصورة خطيرة ومفزعة ففي دولة الكويت على سبيل المثال انتشر المرض سنة 1831 م وهلك معظم السكان، ولم ينج من الوباء إلا بعض البحارة الذين كانوا خارج الكويت وقت اجتياح المرض، وحين وصلوها وجدوها شبة خالية من السكان. كما أدت الأنفلونزا Influenza إلى قتل أعداد كبيرة من السكان، كان أضخمها الذي حدث في 1918-1919م حيث أودى المرض بحياة ما يربو عن 20 مليون نسمة، وهو أكثر من العدد الكلي لضحايا الوفيات في الحرب العالمية الأولى.

2.1.1. المرحلة الثانية: مرحلة انحسار الأوبئة

تبدأ هذه المرحلة من منتصف القرن العشرين، حيث انخفض فيها معدل الوفيات بشكل متسارع - وإن كان يبدو ذلك الانخفاض بطيئاً في البداية-، في حين أن معدلات المواليد بقيت مرتفعة. وأدى ذلك الانخفاض في معدلات الوفيات خاصة في فئة صغار السن وفئة الشباب لزيادة معدلات نمو السكان، ويعود ذلك الأمر إلى التحسن الذي طرأ على الحالة الصحية للسكان منذ نهاية الحرب العالمية الثانية. فمع تطور الطب بشقيه العلاجي والوقائي من خلال اكتشاف الطعوم والأمصال، وتوفر الأدوية استطاع العالم التغلب على العديد من الأمراض الوبائية التي كانت في الماضي تشكل تهديداً عظيماً يقف في وجه الإنسان ويهدد وجوده على الأرض، وقد ساعد التطور الاقتصادي الذي طرأ على عدداً من الدول في تحسين الحالة الصحية بفعل تبني السياسات الرامية لتحقيق ذلك.

كما أن لمنظمة الصحة العالمية دورا كبيرا ساهمت من خلاله ببرامجها المتعددة في القضاء على العديد من تلك الأمراض والأوبئة.

و يمكن تسمية هذه المرحلة بالمرحلة الانتقالية، والتي ينتقل فيها المجتمع من ناحية صحية من المرحلة الأولى إلى المرحلة الثالثة من مراحل التحول الوبائي، بحيث ينتقل المجتمع صحيا من نمط الأمراض الوبائية المعدية والتقليدية نحو نمط الأمراض المزمنة.

3.1.1. المرحلة الثالثة: مرحلة الأمراض الانتكاسية والأمراض من صنع الإنسان

تتميز معدلات نمو السكان في هذه المرحلة بنموها البطيء، حيث تنخفض معدلات الوفيات وكذلك معدلات المواليد مما يؤدي إلى النمو السكاني البطيء.

وتحدث الوفيات في هذه المرحلة في سن متأخرة " سن الشيخوخة" عكس الوفيات في المرحلة الأولى والتي كانت تحدث لدى فئة صغار السن والشباب.

ففي الدول التي وصلت لهذه المراحل - وهي بشكل عام دول متقدمة - تم القضاء على الأمراض الوبائية الخطرة بشكل تام، وانتقلت بتغير طبيعة الأمراض لمرحلة الأمراض المزمنة كالأمراض الخبيثة مثل مرض السرطان Cancer بأنواعه المختلفة، وأمراض القلب، ومرض السكري، وأمراض ضغط الدم، وأمراض الفشل الكلوي، والسمنة والأمراض الانحلالية الناجمة عن التفسخ الأخلاقي كمرض نقص المناعة المكتسب الإيدز.

فمرض القلب يعتبر حاليا المسبب الأول للوفاة في العالم، حيث يؤدي سنويا بحياة أكثر من ستة ملايين شخص... ففي بريطانيا مثلا يتسبب مرض القلب بوفاة شخص كل ثلاث دقائق، أما في الولايات المتحدة الأمريكية فتسقط ضحية بسببه كل دقيقة واحدة، ويموت العديد من

الأشخاص بهذا المرض في سن مبكرة، لقد أصبح مرض القلب مرضا متفشيا ومميتا، والمشكلة مرشحة للاستمرار والتفاقم لأن الناس يعيشون حياة أطول اليوم ويتبعون أساليب عيش غير صحية، وإذا استمرت الأحوال على ما هي عليه، فإن هذا المرض سيكون مسؤولا بحلول عام 2020م عن وفاة 19 مليون شخص كل سنة. [19]

وكذلك فإن معظم الأمراض المزمنة التي يشهدها العالم تنجم عن نمط الحياة العصرية بوتيرتها المتسارعة وطبيعتها الفوضوية، والتي ساعدت في خلق تلك الأمراض، فنمط الغذاء السائد في العديد من الدول والذي يمتاز بارتفاع السرعات الحرارية وقلّة المواد المغذية، أدى لظهور أمراض لم يعرفها الإنسان من قبل، كما أن وسائل المواصلات التي سهلت انتقال الإنسان بين مختلف الأقاليم والمناطق في العالم ساعدت في انتقال الأمراض خاصة ذات الطبيعة الانتقالية كمرض الإيدز والأمراض الالتهابية الحادة، كما أنها ساعدت في إعادة توزيع وانتشار الأمراض على مستوى العالم، كما أن للتطور الصناعي والحضاري دورا سلبيا في تلويث البيئة والذي انعكس على الإنسان وصحته في المقام الأول، ثم أن لحالة الفوضى الذي عاشها العالم من خلال الحرب الكونية الأولى والثانية والحروب الإقليمية، التي استخدمت فيها الأسلحة النووية والذرية والبيولوجية، والمحرمة دوليا، والسباق الدولي للتسلح خاصة التسلح النووي أدت جميعها لظهور العديد من الأمراض الفتاكة التي وقف الإنسان عاجزا في حيرة من أمره أمامها. وبشكل عام فإن دول العالم تتفاوت في المرور بهذه المرحلة من مراحل التحول الوبائي، ويرجع ذلك للتباين في معدلات النمو الصناعي والحضاري والاقتصادي والطبي. [20]

ففي حين أن الدول المتقدمة قد وصلت لمرحلة الأمراض الانتكاسية والأمراض من صنع الإنسان، إلا أنه في المقابل نجد أن العديد من الدول النامية لا تزال تمر بالمرحلة الانتقالية من مراحل التحول الوبائي، فمعظم هذه الدول استطاعت القضاء على العديد من الأمراض الوبائية المعدية ولكنها في نفس الوقت أصبحت تعاني من ظهور أمراض مزمنة عصرية، ولكن ليس بالمستوى الذي وصلت له الدول المتقدمة.

2.1. نماذج الانتقال الوبائي: لقد وضع عمران أربعة نماذج للانتقال الوبائي، وهي: [21]

1.2.1. النموذج الكلاسيكي:

يتميز هذا النموذج بأنه قد تم به انتقال كامل لنوع الأمراض السائدة من مرحلة الأوبئة والمجاعات إلى مرحلة الأمراض الانتكاسية والتحضر، وينطبق هذا النموذج على الدول المتقدمة مثل أوروبا الغربية، الولايات المتحدة الأمريكية، كندا وأستراليا.

2.2.1. النموذج الكلاسيكي المتسارع:

وهو نموذج شبيه بالكلاسيكي، ومن خصائصه أن انتشار الإجهاض المتعمد يلعب دوراً أساسياً في انخفاض الخصوبة، ويحدث هذا النموذج في فترة قصيرة نسبياً كما في اليابان وبلدان شرق أوروبا بما في ذلك روسيا.

3.2.1. النموذج متخلف الحدوث:

وهو النموذج الذي يحدث الآن في معظم الدول النامية بما فيها البلدان العربية، وقد سمي كذلك لأن انخفاض معدل الوفيات تخلف إلى منتصف القرن العشرين، أي بعد مائة أو مائتي سنة منذ انخفاضه في أوروبا.

4.2.1. النموذج الانتقالي:

هذا نموذج متفرع من النموذج متخلف الحدوث، إذ حدث في بعض البلدان النامية نجاح لبرامج تنظيم الاسرة مع ارتفاع مستوى المعيشة، وانخفاض معدلات المواليد منذ الحرب العالمية الثانية، حيث ابتدأ الانخفاض في أواخر الستينات أو بداية التسعينات، ومن أمثلة ذلك تايوان وكوريا

الجنوبية وتايلاند وسنغافورة وجاميكا وماليزيا وإندونيسيا وتونس ولبنان وبلدان أخرى.

2. واقع الأمراض المزمنة في الجزائر:

1.2. معدل الانتشار: يحسب معدل الانتشار بقسمة مجموع حالات الإصابة بالأمراض المزمنة

على مجموع العينة مضروب في أس عشري، وفي دراستنا هذه هي نسبة مئوية.

1.1.2. معدل الانتشار الإجمالي: في مسح 2002 بلغ عدد أفراد الأسر التي شملها المسح

121152 فردا، صرح 13811 شخص بإصابته بمرض مزمن واحد على الأقل، بمعدل

انتشار قدر بـ 11.4%، و 8.4% يعانون من مرض مزمن واحد مقابل 2.5% يعانون من مرضين مزمنين.

في مسح 2006 بلغ عدد أفراد الأسر التي شملها المسح 276267 فردا، صرح 29008

شخص بإصابته بمرض مزمن واحد على الأقل، بمعدل انتشار قدر بـ 10.5%، و 7.7% يعانون من مرض مزمن واحد مقابل 2.5% يعانون من مرضين مزمنين.

2.1.2. معدل الانتشار حسب المتغير:

* حسب وسط الإقامة:

جدول رقم 01: النسب المئوية لانتشار الأمراض المزمنة حسب وسط الإقامة:

ريف			حضر			المسح
مرض واحد وأكثر	مرضي ن	مرض واحد	مرض واحد وأكثر	مرضي ن	مرض واحد	
10.4	2.1	7.8	12.1	2.8	8.7	2002
9.2	2.0	7.0	11.5	2.9	8.2	2006

المصدر:

وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصائيات، جامعة الدول العربية، المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002، التقرير الرئيسي، الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر، 2004، ص 37.

Ministère de la santé et de la population et de la réforme hospitalière, office national des statistiques, suivi de la situation des enfants et des femmes, enquête nationale a indicateurs multiples MICS 3 Algérie, rapport préliminaire, office national des statistiques, Alger, 2007

نلاحظ من خلال الجدول أن انتشار المرض دائما هو في الحضر أعلى مما هو عليه في الريف، ويفسر هذا بأن ضغوطات الحياة الناتجة عن الازدحام السكاني تعد واحدة من مسببات الأمراض المزمنة خاصة أمراض القلب والضغط الدموي، كما يرجع أيضا إلى التغير في الأنماط الغذائية بشكل أكثر حدة مما هو عليه في الريف، مما أدى إلى أمراض السمنة والجهاز الهضمي والسكري.

* حسب الجنس:

جدول رقم 02: النسب المئوية لانتشار الأمراض المزمنة حسب الجنس:

إناث			ذكور			المسح
مرض واحد وأكثر	مرضي ن	مرض واحد	مرض واحد وأكثر	مرضي ن	مرض واحد	
13.1	3.2	9.1	9.7	1.8	7.6	2002
12.6	3.4	8.9	8.4	1.7	6.5	2006

المصدر:

وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصائيات، جامعة الدول العربية، المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002، التقرير الرئيسي، الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر، 2004، ص 38.

Ministère de la santé et de la population et de la réforme hospitalière, office national des statistiques, suivi de la situation des enfants et des femmes, enquête nationale a indicateurs multiples MICS 3 Algérie, rapport préliminaire, office national des statistiques, Alger, 2007,p 54.

نلاحظ من خلال الجدول ارتفاع معدلات انتشار الأمراض المزمنة عند الإناث مقارنة مما هي عند الذكور وهذا راجع إلى الطبيعة الفيزيولوجي للمرأة، إذ دائما هي تحت ضغط نفسي كبنت وزوجة وأم ووظائفها المنزلية تساهم بشكل كبير في هذه الفروق، إضافة إلى هذا فإن أمل الحياة عند الإناث دائما أكبر مما هو عند الذكور وبالتالي نتحدث عن فترة شيخوخة إضافية تساعد في رفع هاته المعدلات.

* حسب العمر:

لقد تم اعتماد تقسيمين للفئات العمري في كل مسح مما يصعب المقارنة، وسنعرض الجدول الخاص بمسح 2006 لتوضيح تأثير العمر في التوزيع.

جدول رقم 03: النسب المئوية لانتشار الأمراض المزمنة حسب العمر مسح 2006:

الفئة	18-0	19-24	25-34	35-59	60 وأكثر
-------	------	-------	-------	-------	----------

30.6	14.1	3.9	3.0	2.4	مرض واحد
19.5	4.0	0.3	0.1	0.1	مرضين
51.0	18.5	4.3	3.2	2.6	مرض على الأقل

المصدر:

Ministère de la santé et de la population et de la réforme hospitalière, office national des statistiques, suivi de la situation des enfants et des femmes, enquête nationale a indicateurs multiples MICS 3 Algérie, rapport préliminaire, office national des statistiques, Alger, 2007, p 54.

نلاحظ من خلال الجدول ارتفاع معدلات الانتشار كلما زاد العمر، اذن أن نصف من تفوق أعمارهم الستين مصابون بمرض مزمن واحد على الأقل وهذا راجع إلى الطبيعة البيولوجية والفيزيولوجية لكبار السن، بحيث كلما تقدم الانسان في العمر ضعفت قواه لمجابهة المرض.

قائمة المراجع:

- [1] منظمة الصحة العالمية، تقرير الصحة في العالم 2002 : الحد من المخاطر والتشجيع على الحياة الصحية ، جنيف ، 2002 ، ص19.
- [2] وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصائيات، جامعة الدول العربية، المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002، التقرير الرئيسي، الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر، 2004، ص 37.

[3] Ministère de la santé et de la population et de la réforme hospitalière, office national des statistiques, suivi de la situation des enfants et des femmes, enquête nationale a indicateurs multiples MICS 3 Algérie, rapport préliminaire, office national des statistiques, Alger, 2007, p31.

- [4] مورييس أنجرس ، تر : بوزيد صحراوي وآخرون ، منهجية البحث في العلوم الإنسانية (تدريبات عملية) ، ط2 ، دار القصة للنشر ، الجزائر، 2004 ، ص152.
- [5] عبد المجيد الشاعر وآخرون ، علم الاجتماع الطبي ، دار اليازوري العلمية ، ط1 ، عمان ، الأردن ، 2000 ، ص 62.
- [6] عبد السلام الدويبي ، علم الاجتماع الطبي ، دار الشروق ، ط1 ، عمان ، الأردن ، 2006 ، ص 54.

[7] إبراهيم المليجي ، الرعاية الطبية من منظور الخدمة الاجتماعية ، جدرن المعرفة ، الإسكندرية ، 2006 ، ص 98.

[8] André Domart et Jacques Bourneuf , Petit Larousse de la médecine , libraire Larousse , paris , 1983 , p 555.

[9] نادية محمد السيد عمر ، علم الاجتماع الطبي : المفهوم والمجالات ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، 1987 ، ص 60.

[10] إحسان محمد الحسن ، علم الاجتماع الطبي ، دار وائل للنشر ، ط1 ، عمان ، الأردن ، 2008 ، ص 225.

[11] مفتاح عبد العزيز ، مقدمة في علم نفس الصحة ، دار وائل للنشر ، ط1 ، عمان ، الأردن ، 2010 ، ص 61.

[12] فتحي محمد أبو عيانة ، جغرافية السكان وأسسها الديموغرافية ، دار الجامعات ، القاهرة ، 1977 ، ص18.

[13] محمد عبيدات وآخرون ، منهجية البحث العلمي ، دار وائل للنشر ، عمان ، الأردن ، 1999 ، ص35.

[14] المعهد الوطني لتكوين مستخدمي التربية وتحسين مستواهم، منهجية البحث ، الجزائر ، 2005 ، ص13.

[15] سامي ملحم ، مناهج البحث العلمي في التربية وعلم النفس ، ط1 ، دار المسيرة ، عمان ، الأردن ، 2000 ، ص324.

[16] خلف الله حسن محمد اللبان، الصحة والبيئة في التخطيط الطبي، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، 1999، ص61.

[17] Omran Abdel R, The epidemiologic transition in USA : the health factor in population change, population bulletin, Vol 32, N° 02, 1975, pp 83-88.

[18] ليناس جاكى، الطبىح الصحى لمرضى القلب، أكاديمية انترناشيونال، بيروت، لبنان، 2004، ص14.

[19] خلف الله حسن محمد اللبان، مرجع سابق، ص62.

[20] عبد الرحيم عمران، سكان العالم العربى حاضرا ومستقبلا، صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية، نيويورك، 1988، ص64.

[21] المرجع نفسه، ص66.