



وزارة التعليم العالي و البحث العلمي  
جامعة محمد خيضر - بسكرة-  
كلية العلوم الاجتماعية و الإنسانية  
قسم العلوم الاجتماعية



تخصص علم اجتماع حضري

شعبة علم الاجتماع

عنوان المذكرة:

## ما دور الأحياء الهشة في انتشار أمراض الفقر

دراسة ميدانية بالحي الهش طابق الكلب بالعالية -مدينة بسكرة-

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم الاجتماع الحضري

إشراف الدكتورة:  
جيماوي نتيجة

إعداد الطالب:  
- منقري محمد

السنة الجامعية 2018/2019

# شكر و عرفان

أقدم شكري لله العلي القدير على نعمه التي لا تحصى و لا  
تعد و إلى كل من ساهم و ساعد في انجاز هذا العمل  
المتواضع، أذكر على الخصوص الأساتذة المشرفة و جميع  
أساتذة علم الاجتماع الحضري على ما قدموه من جهد طوال  
مدة عامين كاملين على التكوين.

# الفهرس

	شكر و عرفان
	الفهرس
	فهرس الجداول
	مقدمة
<b>الجانب النظري و المنهجي للدراسة:</b>	
08	<b>الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة</b>
09	-إشكالية الدراسة
10	-فرضيات الدراسة
10	-تحديد المفاهيم
12	-أسباب اختيار الموضوع
13	-أهمية الدراسة و أهدافها
14	-المنهج و التقنيات المتبعة في الدراسة
17	-الدراسات السابقة
21	<b>الفصل الثاني: الأحياء الهشة، المفهوم، الوظيفة، الخصائص و أسباب النشأة</b>
22	<b>المبحث الأول: مفهوم الأحياء الهشة و وظيفتها و خصائصها</b>
22	أولاً: مفهوم الأحياء الهشة
24	ثانياً: وظيفة الأحياء الهشة و خصائصها
28	<b>المبحث الثاني: أنواع الأحياء الهشة و أسباب نشأتها و انعكاساتها</b>
28	أولاً: أنواع الأحياء الهشة و تصنيفها
35	ثانياً: العوامل التي أدت إلى نشأة الأحياء الهشة و انعكاساتها
	ثالثاً: أهم السلبيات و المشاكل بالأحياء الهشة
43	خلاصة الفصل
44	<b>الفصل الثالث: ماهية الفقر و الصحة و المرض في المدينة</b>
45	<b>المبحث الأول: ماهية الفقر و انعكاساته</b>
45	أولاً: مفهوم الفقر و الفقراء
49	ثانياً: أنواع الفقر
50	ثالثاً: أسباب تفشي الفقر و خصائصه

52	رابعاً: النظريات المفسرة لظاهرة الفقر
56	خامساً: واقع الفقر وانعكاساته في الجزائر
62	<b>المبحث الثاني: ماهية و عوامل الصحة و المرض</b>
62	أولاً: مفاهيم الصحة و المرض
64	ثانياً: العوامل و الأسباب المؤدية لانتشار الأمراض
68	ثالثاً: مفهوم و أنواع أمراض الفقر
77	رابعاً: علاقة اعتلال الصحة بالأحياء الهشة
79	خامساً : أمراض الفقر في الجزائر
<b>الجانب الميداني للدراسة:</b>	
82	<b>الفصل الرابع: مدخل عام لمدينة بسكرة</b>
84	أولاً: نبذة تاريخية عن مدينة بسكرة
84	ثانياً: الموقع الجغرافي لمدينة بسكرة
87	ثالثاً: موضع مدينة بسكرة
88	رابعاً: النشأة و التطور العمراني لمدينة بسكرة
97	خامساً: التوزيع المجالي للأحياء الهشة في مدينة بسكرة
108	<b>الفصل الخامس: عرض و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة</b>
109	أولاً: عرض و تحليل البيانات
132	ثانياً: مناقشة نتائج الدراسة
133	الخاتمة
134	التوصيات
135	المراجع
137	الملاحق

## فهرس الجداول

الصفحة	الجدول	الرقم
	- حصيلة السكن للثلاثي الأول 2016	01
	- إحصاء السكنات الهشة عبر مدينة بسكرة	02
	- نشأة و مساحة الأحياء الهشة بمدينة بسكرة	03
	- توزيع أمراض الفقر بمدينة بسكرة	04
	- توزيع المبحوثين حسب الفئة العمرية	05
	- توزيع المبحوثين حسب الجنس	06
	- علاقة القرابة برب الأسرة	07
	- تحديد معيل الأسرة	08
	- عدد الأسر المعيشية بالمسكن الواحد	09
	- عدد الأفراد بالمسكن	10
	- متوسط دخل الأسرة	11
	- المستوى التعليمي للمبحوثين	12
	- وظيفة رب الأسرة	13
	- طبيعة البناء	14
	- ملكية المسكن	15
	- متوسط المساحة	16
	- عدد الغرف بالمسكن	17
	- مرافق المسكن	18
	- المرافق المزودة بالمياه	19
	- نوع أرضية المسكن	20
	- ربط المسكن بالشبكات	21
	- الاكتظاظ بالغرف	22
	- عدد الأفراد بالغرفة	23
	- المشاكل التي يعاني منها المسكن	24
	- المشاكل التي يعاني منها الحي	25

	26	- تحديد الأسر المعوزة
	27	- كفاية الوجبات الغذائية اليومية
	28	- أسباب عدم كفاية الوجبات الغذائية
	29	- غسل الخضر و الفواكه قبل الاستهلاك
	30	- أسباب عدم غسل الخضر و الفواكه قبل الاستهلاك
	31	- توفر المسكن على ثلاثة
	32	- تحديد مصدر المياه المأمونة
	33	- فترات التزود بالمياه
	34	- كفاية المياه المخصصة للاستهلاك و التنظيف اليومي
	35	- طرق تخزين المياه النقية
	36	- تنظيف خزان الماء بصفة دورية
	37	- تسجيل حالات مرضية جراء استهلاك الغذاء أو الماء
	38	- الأمراض المتفشية بين أفراد الأسرة
	39	- طرق التخلص من المياه العادمة
	40	- طرق التخلص من النفايات المنزلية
	41	- المعاناة من الروائح الكريهة
	42	- المعاناة من تكاثر الحشرات
	43	- المعاناة من بعض الأمراض
	44	- توفر منشأة صحية بالحي
	45	- بعد المنشأة الصحية عن الحي
	46	- التكفل الطبي الجيد
	47	- أسباب عدم التكفل الطبي
	48	- تلقيح الأطفال ضد الأمراض
	49	- أسباب عدم التلقيح
	50	- حالات المرض المسجلة
	51	- وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات

## مقدمة

إن دراسة الأحياء الهشة من الموضوعات التي تكتسي أهمية كبرى في حقل الدراسات السوسيولوجية و الانثروبولوجية. لذلك انبرى علماء الاجتماع و الانثروبولوجيا لدراستها في المجتمعات النامية و المتقدمة على حد سواء لفهم طبيعة تلك الأحياء و نظمها الاجتماعية و الثقافية و الاقتصادية و الايكولوجية و الصحية، لان وجود هذه المناطق يكاد يكون مسألة حتمية في المدينة.

إن هذه الأحياء تختلف من مجتمع إلى آخر و من ثقافة إلى أخرى، مما أدى إلى أن يترتب عليه تباين في نمط الحياة الاجتماعية على جانبيها الاجتماعي، و الايكولوجي من مجتمع إلى آخر. و هذا يشكل عائقا لعملية التحضر و التنمية الحضرية لان لها تداعيات و انعكاسات خطيرة، كالمشكلات الاجتماعية و الاقتصادية و الصحية و الأمنية، التي يمكن لها أن تمتد إلى أرجاء المدينة.

إن جوهر دراسة هذه الأحياء هو الوقوف على واقعها و أشكالها و أنماط مشكلاتها و خدماتها و من ثم إيجاد الحلول التي تغير أو تخفف من معاناة ساكنيها، بسبب هذا الواقع المؤلم.

و تعد مشكلة السكن الهش من أهم المشكلات التي تفرض نفسها في الحياة الحضرية خاصة بالدول النامية، و تعيش المدن الجزائرية نفس الأعراض، مما أثر بشكل مباشر على المظهر الحضري للمدينة الذي أصبح يجمع بين الأحياء المخططة التي تتمتع بكامل

حقوقها و تمثل محور اهتمام المسيرين من جهة و الأحياء الهشة التي تفتقر لأدنى متطلبات الحياة بسبب ما تعانيه من فقر و بؤس و حرمان و تهميش حضري متمثلة في نقص ضروريات الحياة الكريمة: كالطعام و السكن اللائق و الملابس و وسائل التعليم

و الصحة و عدم توافر ال مياه النقية المخصصة للاستهلاك و الصرف الصحي .. الخ،  
و هذا ما تسبب في اختلال توازن المد ن الجزائرية و انجر عن ذلك مشكلات ذات  
مستويات عدة خاصة الاجتماعية و الاقتصادية و الصحية و البيئية من جهة أخرى.

و تعد مشكلة الفقر من المشكلات اللافتة للانتباه و المثيرة للقلق ، بارتباطها المباشر  
بالأحياء الفقيرة و غير الرسمية، و هذا بانتشار مظاهر التخلف و الجوع و سوء التغذية  
و تفشي الأمراض.

إن الفقراء تنتشر بينهم أمراض قد لا تعرف عند الأغنياء، فهناك أنواع من الأمراض  
تتوطن في البيئات الفقيرة دون غيرها لتوفر العوامل المساعدة على ذلك، فالعديد من  
أمراض الفقر ترتبط بطريقة مباشرة بقلّة النظافة أو قلة الوعي الصحي أو العوز، خاصة  
منها المعدية و الطفيلية و المحصنة بالتلقيح و المتقلبة عن طريق الحيوانات التي لها آثار  
بالغة على صحة الأفراد و الصحة العامة، و تشكل تهديدا حقيقيا لحياة سكان الأحياء  
الهشة، لان لبعض تلك الأمراض القدرة في غالب الأحيان على عبور حدود الأحياء  
بسرعة و انتقال العدوى إلى تجمعات سكانية أخرى، على شكل أوبئة يصعب التحكم فيها.  
و لمعالجة موضوع البحث، اخترنا مدينة بسكرة كأنموذج لدراستنا، و بالتحديد حي طابق  
الكلب بمنطقة العالية كمجتمع بحث لهذه الدراسة. و تم في خضم ذلك تقسيم خطة الدراسة  
إلى خمس فصول على النحو التالي:

- الفصل الأول تضمن الإطار النظري للدراسة و تطرقنا من خلاله إلى مشكلة الدراسة و  
تساؤلاتها، و تحديد فرضيات البحث و المفاهيم المستعملة في البحث، بالإضافة إلى أسباب  
اختيار الموضوع و كذا أهمية الدراسة و أهدافها و المنهج و التقنيات المتبعة في الدراسة.  
كما تطرقنا إلى عدة دراسات سابقة تناولت الموضوع من زاوية أخرى.



- الفصل الثاني مقسم إلى مبحثين، تم التطرق فيها إلى: مفهوم الأحياء الهشة، و وظيفتها، و خصائصها و أنواعها و أسباب نشأتها و أثارها الاقتصادية و الاجتماعية و البيئية و الصحية.
- الفصل الثالث مقسم إلى ثلاثة مباحث، حيث تم التركيز على إبراز ماهية الفقر و الصحة و المرض في المدينة، ثم تناولنا مفهوم أمراض الفقر و طرق العدوى و علاقة اعتلال الصحة بالأحياء الهشة.
- الفصل الرابع تضمن مدخل عام لمدينة بسكرة و الموقع الجغرافي لمكان إجراء الدراسة و الخصائص العمرانية و المعمارية و مختلف النقائص للعيش الكريم بالحي.
- الفصل الخامس خصص لعرض أدوات البحث و تحليل البيانات و المعطيات و مناقشة نتائج الدراسة.

# الفصل الأول

## الإطار المنهجي للدراسة

- إشكالية الدراسة
- فرضيات الدراسة
- تحديد المفاهيم
- أسباب اختيار الموضوع
- أهمية الدراسة و أهدافها
- المنهج و التقنيات المتبعة في الدراسة
- الدراسات السابقة

إشكالية البحث:

يعزى القسط الأوفر من المشكلات الصحية في السياقات الحضرية السريعة النمو إلى حد بعيد إلى الظروف المعيشية الصعبة و ظروف العمل، و تشمل هذه الظروف محددات اجتماعية، مثل المساكن الهشة و غير اللائقة و المكتظة و ظروف العمل غير الآمنة و غير الصحية و تعذر الحصول على الغذاء و المياه النقية و خدمات الصرف الصحي اللائقة و الرعاية الصحية و النظافة الصحية الأساسية و الإقصاء الاجتماعي.. الخ. و في هذا الشأن يشير تقرير الأمم المتحدة الصادر عام 2003 أن هناك نحو مليار شخص من سكان المعمورة أصبحوا يعيشون في أحياء هشة، و أن هذا العدد سيتضاعف خلال الثلاثين عاما القادمة، ما لم تحدث تغييرات جذرية تعالج المشكلة، خاصة و أن الغالبية العظمى من هؤلاء السكان يعيشون في الدول النامية و الفقيرة، و أن هؤلاء السكان تتقصم الخدمات الأساسية للعيش الكريم.

و يمكن أن يتسبب نقص المياه المأمونة و سوء التغذية و التصريف غير الصحي للنفايات البشرية في انتشار أمراض وبائية خطيرة من قبيل الإسهال، و الكوليرا و الزحار، و التيفوئيد، و التهاب الكبد، و شلل الأطفال، و الرمد الحبيبي، و الدودة الشريطية و التسممات الغذائية و السل و فقر الدم الخ... و يمكن لكثير منها أن تفتك بالناس على مستوى هذه المناطق الفقيرة. و تصيب أمراض أخرى مثل الملاريا، و داء الخيطات، أعداد ضخمة من السكان في أنحاء العالم و يموت أكثر من مليون شخص كل عام من الملاريا وحدها.

و تعد المدن الجزائرية كمثيلاتها من البلدان النامية، تعاني من انتشار ظاهرة الأحياء الهشة، حيث تضاعف عددها خلال العقود الماضية نتيجة عملية التحضر السريع و هجرة أعداد كبيرة من سكان الأرياف نحو المدن و النمو الطبيعي للسكان، فكان

مستقرهم بضواحي المدن في مباني و ايواءات فقيرة تعكس أوضاعا عمرانية و اجتماعية متدنية.

و في هذا السياق و في خضم ما تعيشه هذه الأحياء الهشة من مشكلات صحية فان مدينة بسكرة كغيرها من مدن الشرق الجزائري أصبحت تعاني من انتشار هذا النوع من الأحياء في محيطها و أطرافها، مشكلة بذلك بؤرا لتفريخ و تفشي مختلف أمراض الفقر، مهددة بذلك صحة سكان المناطق المجاورة على شكل أوبة يصعب التحكم فيها. و لمعالجة موضوع الدراسة تم طرح التساؤل الرئيسي التالي:

**ما دور الأحياء الهشة في انتشار أمراض الفقر؟**

مرفوقة بالتساؤلات الفرعية الآتية:

- هل نقص و عدم مأمونية مياه الشرب يؤدي إلى تفشي أمراض الفقر؟
- هل سوء التغذية يفاقم من اعتلال الصحة؟
- هل للتصريف غير الصحي للنفايات البشرية علاقة بانتشار أمراض الفقر؟
- هل الاكتظاظ داخل المسكن يسهل تنقل عدوى المرض؟

**فرضيات الدراسة:**

- إن نقص و عدم مأمونية مياه الشرب يؤدي إلى تفشي أمراض الفقر.
- إن سوء التغذية يفاقم في اعتلال الصحة.
- إن للتصريف غير الصحي للنفايات البشرية علاقة بانتشار أمراض الفقر.
- الاكتظاظ داخل المسكن يسهل تنقل عدوى المرض بين أفراد الأسرة.

**تحديد المفاهيم:**

01- **الاكتظاظ:** و يعني "ازدحام الغرف السكنية (درجة الاحتشاد) و يتمثل في معيشة عدد

كبير من الأشخاص في غرفة واحدة". (محمد رأفت محمود ، 1998، ص164)

- 02- **النفايات المنزلية:** فقد عرفها الخبير لدى هيئة الأمم المتحدة، روبرت جيلات (Robert Gilat)، بأنها مجموعة البقايا المختلفة الأحجام، التي تنتجها البيوت كفضلات الأكل، الجرائد، الأواني المنزلية، إضافة إلى نفايات الأسواق، و الإدارات و كل الأشياء المحملة في الأرصفة و الطرقات. (نمر محمد ، 2009-2008، ص7)
- 03- **الصرف الصحي:** هو جزء من شبكة توزيع المياه، و هذه الشبكة تعني تصريف المخلفات السائلة من المباني و المصانع إلى محطة المعالجة أو أماكن التصريف. و هي إستراتيجية من أجل عيش الأفراد داخل وسط صحي.
- ويعرف من طرف منظمة اليونيسيف بأنه " مصطلح شامل لا ينحصر في المراحض. يفهم الصرف الصحي على انه تدخل يحد من تعرض البشر للأمراض من خلال توفير بيئة نظيفة للعيش. تتضمن هذه التدخلات السلوكيات و المرافق كذلك، و التي يمكنها أن تعمل سويا لتشكل بيئة نظيفة. (نمر محمد ، 2009-2008، ص9)
- 04- **المياه المأمونة:** هي المياه الصالحة للشرب و إعداد الطعام للبشر من دون إحداث مشاكل صحية، و تتصف بنظافتها و خلوها من مواد أو ميكروبات.
- 05- **سوء التغذية:** أو التغذية السيئة هي غياب الغذاء المتوازن و عدم استيفاء لحاجته من المواد المغذية، مما يؤدي إلى إصابته بمشاكل صحية. فليس الأمر في سوء التغذية يقف عند حد قياس الكمية التي يأكلها الإنسان أو الفشل في تناول الأكل. و من الناحية الطبية تشخص سوء التغذية بعدم تناول الكميات الملائمة من البروتينات و الطاقة و المواد الغذائية الأخرى و تشخص أيضا بالإصابة بعدوى ما أو مرض. و الحالة الغذائية لأي شخص تكون نتاج التفاعل المعقد ما بين الطعام الذي نأكله و حالة الصحة العامة و البيئة التي نعيش فيها و بإيجاز في ثلاث كلمات انعدام سوء التغذية: طعام- صحة- عناية و هم دعائم الصحة السليمة. (محمد رأفت محمود ، 1998، ص168)

06- الدور: فهو أن يكون أحد الشئئين متوقفا على الآخر و معلولا له، و يكون الآخر أيضا متوقفا عليه و معلولا به، إما بلا واسطة و يسمى "دورا مصرحا" أو بواسطة و يسمى "دورا مضمرا". (النراقي مهدي، 2005، ص42)

07- الحي السكني: يعرف الحي من وجهة نظر سوسولوجية بأنه مجموعة الأماكن السكنية التي يمنحها سكانه خصائص الارتباط الاجتماعي، و المصلحة المشتركة، و يؤثر بعضهم بعض، و هو أيضا المكان الذي يشعر فيه هؤلاء السكان بالانتماء إلى المجتمع الذي يعيشون فيه. (نمر محمد، 2009، ص7)

08- الهشاشة: في سنة 1987 قدم المجلس الاقتصادي و الاجتماعي الأوروبي تقريرا يعرف فيه الهشاشة كما يلي:

"هي غياب أو انعدام إحدى أو عدة شروط للحياة خاصة شرط العمل، الذي يسمح للأشخاص و الأسر بتحمل واجباتهم المهنية، العائلية، و الاجتماعية و التمتع بحقوقهم الفردية، و ما ينتج عن هذا الانعدام. قد يتسع و تكون له نتائج متفاوتة الخطورة، و يؤدي إلى الفقر المدقع حين يمس مجالات عدة من الحياة، و حين يصبح مزمن، و يحرم من حظوظ تحمل المسؤوليات و التمتع بالحقوق في أفق زمني متوقع". (السيد حنفي، سنة 1997، ص195)

09- انتشار المرض: في علم الوبائيات الانتشار (بالانجليزية prevalence) هو عدد حالات مرض محدد الموجود في جمهرة في نقطة زمنية محددة، الجديدة منها و القديمة. في الغالب ينسب عدد الحالات إلى الجمهرة، و يسمى معدل الانتشار.

### أسباب اختيار الموضوع:

#### الأسباب الذاتية:

- إن الدراسة تدخل في تخصصات الباحث ألا و هي علم الاجتماع الحضري بالإضافة إلى دراسة الأوبئة و الطب الوقائي.
- ميول الباحث لمواضيع علم الاجتماع الطبي و الحضري.

### الأسباب الموضوعية:

- موضوع الدراسة لم يستوفي القدر الكافي من الدراسة و البحث.
- الاطلاع على مدى تدهور البيئة السكنية بهذه الأحياء و إبراز حالة البؤس والحرمان التي يعاني منها السكان، و أمراض الفقر المنتشرة بها.
- المساهمة بدراسة مشكلة من مشكلات التحضر التي تدخل أساسا في تخصص الباحث.

### أهمية الدراسة و أهدافها:

#### أ- أهمية الدراسة:

- تكمن أهمية هذه الدراسة في تسليط الضوء على المعاناة الاجتماعية و الاقتصادية و البيئية و الصحية للفئات الفقيرة المهمشة بمدينة بسكرة. و تعد قضية الأحياء الهشة و الفقر و أمراض الفقر من أخطر القضايا التي تواجه المجتمع الجزائري عامة بما فيها مدينة بسكرة.
- إبراز أنواع أمراض الفقر المتوطنة بمنطقة الدراسة.
- إعطاء إحصائيات جديدة حول الوضعية الوبائية لأمراض الفقر على المستوى الوطني و المحلي.

#### ب- أهداف الدراسة:

تسعى هذه الدراسة لتحقيق الأهداف التالية:

- تحديد مفهوم الأحياء الهشة و كذا السمات و الخصائص التي تتميز بها.
- إبراز الدور الذي تلعبه الأحياء الهشة في انتشار أمراض الفقر بمنطقة الدراسة.
- معرفة طرق العدوى و عوامل و أسباب انتشار أمراض الفقر بمنطقة الدراسة.
- إبراز علاقة عدم مأمونية مياه الشرب و الصرف الصحي و النفايات المنزلية بتفشي أمراض الفقر.
- إبراز خطورة سوء التغذية و الاكتظاظ داخل المسكن و مساهمتهما في الاعتلال الصحي.
- التوصل لاقتراحات و توصيات وقائية للتخفيف من وطأة أمراض الفقر.

المنهج و التقنيات المتبعة في الدراسة:

## ▪ منهج البحث:

المنهج يعني الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسته للمشكلة لاكتشاف الحقيقة، و يمكن وصفه بأنه فن التنظيم الصحيح لسلسلة من الأفكار العديدة، إما من أجل الكشف عن الحقيقة حين نكون بها جاهلين، و إما من أجل البرهنة عليها للآخرين حين نكون بها عارفين. (عمار بوحوش و محمد محمود الذنبيات، 2001، ص99)

لقد استخدم الباحثون السابقون مناهج عديدة في دراسة الأمراض، فمنهم من استخدم الوصف لدراسة العلاقة بين البيئة و الأمراض، و منهم من استخدم المنهج الكمي لتوزيع الأمراض و الخدمات الصحية و مدى توفرها في المناطق المدروسة. و لتحقيق أهداف البحث فقد اعتمد الباحث بشكل أساسي على المنهج الوصفي التحليلي في بحث قضايا هذا الموضوع و معالجته من الناحية العلمية.

لقد اعتمدت طريقة البحث على استخدام الجداول الحسابية. و كذلك فقد اعتمد الباحث على الجداول المستمدة من المصادر الصحية و الطبية في منطقة الدراسة و استخلاص المعطيات منها و ربطها بالمعلومات المستقاة من الميدان لإبراز صورة دقيقة على منطقة الدراسة و من ثم استخدام المنهج الأستنتاجي (الاستنباطي) لاستنتاج العلاقة بين دور الأحياء الهشة في انتشار أمراض الفقر.

## ▪ مجال الدراسة:

1- المجال البشري: و قد تحدد بأرباب الأسر القاطنة بالحي محل الدراسة من الذكور و الإناث و عددها 800 رب أسرة.

2- المجال المكاني: الدراسة تركزت على الحي الهش المسمى "طابق الكلب" المتواجد بالشمال الشرقي لمنطقة العالية بمدينة بسكرة.

3- المجال الزمني: و قد تحدد بالفترة من 2019/01/02 إلى غاية 2019/06/16.



■ **نوع العينة و حجمها:** إن اختيار العينة بشكل علمي هو الذي يحدد مصداقية الأجوبة على أسئلة الاستمارة، كما يمكن من خلالها اختبار مدى صدق فرضيات الدراسة، لذلك فهي نقطة منهجية أساسية في تطبيق الاستمارة، حيث طبقت الاستمارة على عينة من سكان حي طابق الكلب بمنطقة العالية (مدينة بسكرة)، و ذلك باستخدام الكرة الثلجية، حيث قام الباحث بالاتصال بأول أسرة عشوائيا فطبقتنا عليها الاستمارة، و هي بدورها دللتنا و وجهتنا لباقي الأسر و هكذا إلى أن حصلنا على 100 رب أسرة من مجموع 800 سكن هس بمنطقة الدراسة.

■ **أدوات جمع البيانات:** يعتمد نجاح البحث الاجتماعي و تحقيق أهدافه العلمية على حسن اختيار الأدوات الملائمة للحصول على المعلومات و البيانات المطلوبة التي تخص الظاهرة أو المشكلة المدروسة. لذلك وظفنا كما يلي:

1- **الملاحظة:** تعد الملاحظة من أهم الأدوات تطبيقا في العلوم الاجتماعية إذ تتضمن على مميزات تجعلها أداة فعالة في جمع بيانات و معلومات كثير و محددة لا يمكن الحصول عليها بأداة أخرى وقد اعتمدنا على الملاحظة باعتبارها تعني توجيه الحواس لمشاهدة و مراقبة سلوك معين أو ظاهرة معينة وتسجيل جوانب ذلك السلوك أو خصائصه وقد عرفها البعض بأنها توجيه الحواس والانتباه إلى ظاهرة معينة أو مجموعة من الظواهر رغبة في الكشف عن صفاتها أو خصائصها بهدف الوصول إلى كسب معرفة جديد عن تلك الظاهرة أو الظواهر. (عمار بوحوش و محمد الذنبيات، سنة 2008، ص81)

ولقد استخدمت منذ بداية الدراسة وهذا من خلال القيام بزيارات استكشافية عن الحي حيث ساعدت على تحديد أهداف الدراسة وكان التركيز في ملاحظة على المباني نمط بنائها وشكلها وتخطيط الحي وملاحظة أهم المرافق المنتشرة في الحي وقد استمرت حتى أثناء القيام بالمقابلات مع سكان الحي و توزيع الاستمارة، حيث سمح لي بالدخول إلى المنازل و بالتالي ملاحظة الوضعية الداخلية للمساكن، و الظروف المعيشية المتدنية.

2- **المقابلة:** تعد المقابلة إحدى أدوات جمع البيانات و تستخدم في البحوث الميدانية لجمع البيانات التي لا يمكن الحصول عليها من خلال الدراسة النظرية أو المكتبة و يمكن تعريفها على أنها تفاعل لفظي يتم عن طريق موقف موجهة يحاول فيه الشخص القائم بالمقابلة أن يستشير معلومات أو آراء، معتقدات شخص آخر أو أشخاص آخرين للحصول على بعض البيانات الموضوعية. (رشيد زروالي، 2002، ص148)

لقد تم إجراء عدة مقابلات مع بعض المسؤولين على مستوى مديرية التخطيط و تهيئة المجال و مديرية الطاقة و مديرية الصحة و السكان لولاية بسكرة و مصلحة دراسة الأوبئة و الطب الوقائي بالمؤسسة العمومية للصحة الحوارية بسكرة حول عدد السكان و عدد المساكن و كذا الوضعية الوبائية للأمراض المنتشرة بمنطقة العالية و كذا الحي محل الدراسة.

3- **الاستبيان أو الاستمارة:** تعتبر استمارة البحث الوسيلة التي استعنت بها في جمع المعلومات و البيانات اللازمة و هي كما عرفها (ف. رايت F.WRIGHT): "الاستبيان واحد من الأدوات البسيطة المباشرة التي تستخدم في جمع البيانات المتعلقة بخبرات الناس و اتجاهاتهم في علاقاتها بموقف معين، و يتم جمع البيانات من خلال الاستبيان عن طريق توجيه أسئلة إلى الناس، بطريقة مباشرة و شخصية". (عبد الباسط عبد المعطي، سنة 1997، ص371)

خلال دراستي الميدانية ، قمت بتصميم استبيان مكون من خمس محاور موزعة أسئلتها كما يلي:

- **المحور الأول:** بيانات شخصية تضمنت أسئلة من 01 إلى 09
- **المحور الثاني:** بيانات حول المسكن و الحي احتوت أسئلة من 10 إلى 21
- **المحور الثالث:** الغذاء و المياه المأمونة للشرب تضمنت أسئلة من 22 إلى 34
- **المحور الرابع:** التصريف الصحي للنفايات السائلة و الصلبة احتوت أسئلة من 35 إلى 39
- **المحور الخامس:** الرعاية الصحية تضمنت أسئلة من 40 إلى 47

الدراسات السابقة :

تتطلب العملية البحثية القيام باستعراض بعض أهم الأعمال و الدراسات التي تناولت و ناقشت مشكلة الأحياء الفقيرة و أمراض الفقر في الجزائر أو غيرها، و الغرض من هذه الدراسات السابقة الإلمام بما تم انجازه في هذا الموضوع، حتى تتكامل العملية البحثية و تواصل الأبحاث مع بعضها البعض و حتى لا يكون هناك نوع من التكرار الذي يخل بالبحث أو يجعله مرفوضاً. و توجد العديد من الدراسات التي لها علاقة إما مباشرة أو غير مباشرة بموضوع الدراسة الحالية يمكن الاستفادة منها. ومن هذه الدراسات ما يلي:

■ نشرت **طويل فتيحة** من جامعة محمد خيضر بسكرة دراسة ميدانية سنة 2014 في مجلة العلوم الإنسانية و الاجتماعية العدد 15، بعنوان: "أمراض الفقر وسط الأحياء المتخلفة" و التي حاولت من خلالها أن تسلط الضوء على أساليب عيش الإنسان وسط الأحياء المتخلفة و المعاناة اليومية من سوء تغذية إلى رداءة المسكن و تلوث المحيط... و كيف تؤثر هذه الظروف على صحة الإنسان الفسيولوجية و النفسية بانتشار أمراض الفقر وسط الأحياء المتخلفة.

لقد اختارت بطريقة غير عشوائية، عينة قصدية تتكون من حوالي 10 بيوت قصديرية قريبة من منطقة حمام الصالحين بمدينة بسكرة، أخذت من كل بيت رب الأسرة سواء كان رجل أو امرأة. و لقد احتوت استمارة المقابلة على مجموعة من الأسئلة أوردتها في أربع محاور، تناول المحور الأول معلومات أولية عن المبحوث من الحالة المدنية إلى مستوى التعليم إلى الدخل و المحور الثاني جاء يعالج ظروف السكن و المرافق الموجودة فيه، أما المحور الثالث تناول بيانات عن المشاكل التي تعاني منها

المنطقة، و المحور الرابع تضمن جمع أنواع الأمراض الناتجة عن هذه الظروف التي يعانيها سكان الأحياء القصديرية. و توصلت من خلال هذه الدراسة إلى النتائج التالية: إن ظروف و أساليب عيش الإنسان وسط الأحياء القصديرية و المعاناة اليومية من سوء تغذية إلى رداءة المسكن إلى تلوث المحيط، تؤثر بدرجة كبيرة على صحة الإنسان الفيسيولوجية و النفسية و الاجتماعية.. بانتشار الأمراض العديدة كالليشمانيا و التيفويد و الحمى المالطية و فقر الدم الخ...

■ بحث تقدمت به **فيروز صولة و رقية خياري** ، من مركز البحث العلمي و التقني للمناطق الجافة بسكرة، تم نشرها بمجلة علوم الإنسان و المجتمع ، بعنوان: "أمراض الفقر في المجتمعات النامية" ، حيث تطرقت من خلال دراستها إلى مفهوم الفقر و المرض و ماهية أمراض الفقر و كذا أمراض الفقر في المجتمعات النامية و كذا الدول العربية بما فيها الجزائر و توصلت إلى أن أمراض الفقر جزءا من حلقة الفقر المغلقة و التي تعتبر واحدة من أخطر المشكلات التي تواجه مجتمعاتنا العربية خاصة فهي تشكل واحدة من اكبر التحديات التي يجب على الجزائر الانتباه لها خلال هذه الفترة خاصة و أنها تشهد تنامي أعداد الفقراء على الرغم من توفرها على كافة الشروط المادية و البشرية لإحداث نهضة تنموية شاملة تستأصل الفقر من جذوره.

■ قدمت **فاتن محمد البنا** دراسة بعنوان "الأبعاد الجغرافية لمرض الايدز في قارة إفريقيا"، و ذلك عام ( 1992م)، و قد هدفت من هذه الدراسة إلى إبراز وضع مرض الايدز في القارة الإفريقية و مدى خطورته عليها، و إبراز الأبعاد الجغرافية المختلفة للمرض في القارة ولاسيما الأبعاد العمرانية و الاقتصادية والاجتماعية كما هدفت إلى إبراز التباينات الجغرافية في الانتشار المرض سواء على مستوى القارة الإفريقية أو على مستوى العالم و قد اتبعت في دراستها منهجا تحليليا إقليميا يركز على البعد المكاني ومن الناتج التي توصلت إليها أن إفريقيا تقع على رأس أقاليم العالم من حيث عدد

المصابين تضررا بالايذز مع تباين إقليمها في شدة الإصابة و كذلك تتباين المناطق الداخلية في نسب الإصابة. كما توصلت إلى وجود علاقات بين كل من العوامل الاجتماعية و الحضارية و الاقتصادية و بين الإصابة بمرض الايدز و قدمت في نهاية دراستها جملة من التوصيات أهمها ضرورة إستراتيجية خاصة بمواجهة و مكافحة المرض في القارة في ضوء فهم الجوانب الجغرافية للقارة نفسها و ذلك قبل الاستعانة بأجانب لوضع هذه الاستراتيجية كما أوصت بضرورة تضافر جهود الدول الغنية مع إفريقيا لتدعيم مكافحة الايدز و ضرورة التركيز في محاربة الايدز على حملات تعليمية مختارة بعناية.

▪ ولناصر آل زينة بحث بعنوان توطن الأمراض وانتشارها في مراكز الفرشة دراسة في الجغرافيا الطبية ناقش فيها الأمراض المتوطنة في مراكز الفرشة و العوامل الطبيعية و البشرية المؤثرة و انتشار تلك الأمراض بالإضافة إلى معرفة التوزيع الجغرافي لهذه الأمراض ومدى اختلاف شعوبها باختلاف الزمان و المكان وكشفت الدراسة عن الأوضاع الصحية العامة في المنطقة المدروسة و أبرزت الصور التوزيعية للأمراض المتوطنة ونطاقات تركزها و عوامل انتشارها واعدت خرائط مرضية لها، و اشتملت الدراسة على إجمالي 3183 مصاب بالأمراض المتوطنة (الحمى المالطية، الملاريا، اللشمانيا، البلهارسيا، و تم استخدام معامل الاختلاف و التباين و الانحراف المعياري لمعرفة درجة الارتباط بين الظواهر، و لمعرفة درجة تركز الأمراض المتوطنة و انتشارها، كما طبق اختبار مربع كاي للتعرف على أثر كل متغير على المتغيرات المستخدمة في الأمراض المتوطنة، و تم استخدام بعض البرامج، مثل: نظم المعلومات الجغرافية Gis ، و برنامج الفوتوشوب، و الاتوكاد. و أظهرت الدراسة أن جميع قرى منطقة الدراسة تعاني من توطن و انتشار جميع الأمراض المتوطنة بنسب مختلفة، و أن سبب انتشار الحمى المالطية في منطقة الدراسة الالتصاق المباشر و العمل باستمرار على تربية الماشية المصابة، و هو أكثر الأمراض شيوعا بين سكان المنطقة، كما أن للعادات و التقاليد دورا هاما في توطن الأمراض و انتشارها، و أثبتت تدني مستوى الوعي الصحي للمواطنين.

تعليق على الدراسات السابقة:

تمثل الأحياء الفقيرة مظهر من مظاهر الفقر لارتباطها بالظروف المعيشية الاقتصادية والاجتماعية و البيئية و الصحية و السكنية للفئات الفقيرة، حيث لا يمكن تجاهلها، بل كان لزاما على الباحثين تعميق و توسيع مجالات البحث لإبراز الحلول و التوصيات اللازمة و هذا لتخفيف العبء على هذه الشريحة الضعيفة من المجتمع، لان الجانب الصحي مهم جدا في حياتنا و أي خلل قد يؤدي إلى تفشي أوبئة خطيرة قد تقضي على حياة الملايين من الناس و يصعب التحكم فيها.

## الفصل الثاني

الأحياء الهشة، المفهوم، الوظيفة،

الخصائص و أسباب النشأة

المبحث الأول: مفهوم الأحياء الهشة و وظيفتها و خصائصها

أولاً: مفهوم الأحياء الهشة

ثانياً: وظيفة الأحياء الهشة و خصائصها

المبحث الثاني: تصنيف الأحياء الهشة و أسباب نشأتها

أولاً: أنواع و تصنيف الأحياء الهشة

ثانياً: العوامل التي أدت إلى نشأة الأحياء الهشة

و انعكاساتها

استقطبت ظاهرة السكن الهش منذ نشوئها، اهتمام العديد من رواد الدراسات الحضرية على اختلاف مشاربهم واهتماماتهم البحثية (هندسة معمارية، تهيئة عمرانية قانون، علم الاجتماع الحضري...) والذين انكبوا عليها بالبحث والدراسة، مساهمين بذلك في توفير زخم نظري ومعرفي هائل، يلم بكل تفاصيل هذه الظاهرة، حيث يمثل الحي السكني الخلية والنواة التي تشكل المدينة بأكملها ويلعب دوراً هاماً في بناء المجتمع؛ فإذا طورت هذه الأحياء على أساس تخطيطي متين يراعي مقومات وعناصر البيئة السكنية الجيدة بحيث يتوافق فيها التشكيل العمراني للحي مع خصائصه البيئية، ويستجيب لاحتياجات السكان الحياتية والاجتماعية نمت المدينة بشكلٍ صحي سليم، وإذا افتقد الحي السكني لتلك العناصر تهالك الحي عمرانياً واجتماعياً، وأصبح نقطة سوداء في جبين المدينة.

وقد حاولنا تغطية بعض الجوانب النظرية في هذا الفصل، من خلال تناول المفهوم والمسببات الكامنة وراء ظهورها، وانعكاساتها المختلفة.

### المبحث الأول: مفهوم الأحياء الهشة وخصائصها

#### أولاً: مفهوم الأحياء الهشة:

يبتط مصطلح الهشاشة في الغالب بالفقر (حيث يزيد أو يخلق ظروف الهشاشة) ولكن هناك أنواعاً من الهشاشة ذات الطابع المادي أو الاجتماعي. وتعتبر الهشاشة في مفهومها العام عن وضعية غير قارة، عن مكتسبات قابلة للتراجع في أية لحظة، عن مستقبل غامض الأفق، عن انعدام الاطمئنان، عن صعوبة المواطنين والمواطنات على توفير شروط تضمن لهم الحياة الكريمة من شغل و سكن لائق، و تعليم، و تطبيب...الخ. و يطلق على الأحياء الهشة أسماء مختلفة من بينها أحياء الصفيح و التي تنتشر خارج المدن و أحياء المساكن الهامشية التي تقوم باستيعاب السكان الجدد في الأحياء القديمة.



و استخدام الأحواش و الفراغات و الأماكن الأثرية و المقابر للسكن، و الأحياء المتخلفة و غير المخططة و العشوائية و أحياء المتجاوزون و هو شكل من أشكال الحجز غير الشرعي حيث انه وضع يد و الأحياء المسيطر عليها المتدهورة عمرانيا.

كما يطلق عليها تسمية favelos في البرازيل و conquers, rancheros في فنزويلا و paracaidistas في المكسيك و kondu في تركيا و جميعها تعني نفس التعبير و هو واضعي اليد. كذلك تطلق كلمة slum على منطقة تضم مجموعة من المساكن المتهاككة أو التالفة التي تنشأ بصورة عشوائية دون أي تخطيط و دون أن تتوافر قواعد المعيشة الصحية كما تفتقر إلى المعايير المعيشية الأساسية. (علام، أحمد خالد، 1997، ص79)

- **تعريف السكن الهش:** يحصي هذا المعنى كم هائل من التعاريف، والتي تعكس سعة وانتقال الذي حظيت به هذه الظاهرة، والتي من بينها اخترنا الآتي:

أ. يرى **عبد القادر القصير** بأنه "عبارة عن تجمعات سكنية نمت وتوسعت بوضع اليد، لعى أراضي الغير داخل المدن وغالبا على أطرافها، لتبدو بشكل تكل متراصة من الأكوخ أو المسنكا المتقوما، المبنية غالبا من المهملات على أراضي خالية من الخدمات، كالماء الكهرباء، جملاي را تيمومعلا... كما تفتقر إلى المرافق الاجتماعية والصحية، وتسكنها أفقر قطاعات المجتمع المكونة غالبا من الريفيين، الذين أموا المدن رغبة في الحصول على معال وتأمين مستوى حياة أفضل". (عبد القادر القصير، 1993، ص09)

ب. يرى **فاروق بن عطية** بأن "الحي العشوائي، هو ذلك الحي المعزول في ضواحي ملادن الكبرى، والذي أقيم فوق أرضية اختيرت خصيصا على أساس التخفي وعدم الظهور لويس على أساس امتيازاتها العمرانية. حيث يتشكل هذا الحي من سكنات هشة أو برارك جنمزة من لوائح خشبية، وصفائح حديدية، حيث تكون محرومة من مياه الشرب والكهرباء وغاز المدينة والصرف الصحي، والطرق المعبدة، ولا تدخل في دائرة التسيير أو اهتمامات الجماعات المحلية".

ج. يعرفها **موتل الأمم المتحدة** بأنها "أية منطقة سواء كانت مدينة كاملة أو حي من أحياء تينيدملا، بيد يعاني نصف سكانها من شح في إمدادات المياه المحسنة، ومرافق الصرف صلاحي المطقرو، أو بافتقارها للحيز المعيشي الكافي أو السكن الدائم أو ضمان الحيازة أو أية مجموعة مما تم ذكره". (شوقي قاسمي، 2012-2013، ص74)

ح. **أما صالح سالم** جرادات "تمتثل ظاهرة نشوء المناطق العشوائية في قيام شريحة من متجماع بأخذ المبادرة وحل مشكلاتها الإسكانية بمفردها وخارج نطاق السلطة الرسمية وبعيدا عن نفوذها أو دخلها، وذلك من خلال إمكانياتها المادية والثقافية المحدودة، مما ينتج عن ذلك بيئة عمرانية غير مقبولة من كافة النواحي حيث تنقصها الكثير من القيم والمبادئ يرامعملاة والبيئية والتخطيطية تميلسلا. (صالح سالم جرادات، سنة 2009، ص106)

### التعريف الإجرائي لمفهوم الأحياء الهشة:

و مما سبق يمكن إعطاء للأحياء الهشة التعريف الإجرائي التالي: "هي المناطق المتدهورة عمرانيا و اقتصاديا و اجتماعيا و بيئيا، حيث أن أغلب مساكنها متهالكة عمرانيا و في حالة إنشائية متدنية، و أن معظم مواد بنائها من الخشب و الصفيح و المواد التي انتهى عمرها الافتراضي، كما تفنقر هذه المناطق إلى الخدمات البنية التحتية الأساسية كالمياه و الصرف الصحي و المدارس و الصحة و غيرها، و أن شبكة الطرق فيها بحالة سيئة و هي في معظمها عبارة عن ممرات و أزقة ضيقة، كما أن معظم سكانها من ذوي الدخل المحدود و ترتفع بينهم نسبة الأمية و البطالة و الأمراض."

### ثانيا: وظائف الأحياء الهشة و خصائصه:

#### 1- وظائف الأحياء الهشة:

على الرغم مما تحتويه هذه الأحياء الهشة من آثار سيئة على البيئة الحضرية، و ما ينتشر في أوساطها من ظواهر اجتماعية تشل حركة التنمية، إلا أنها تعتبر مسكنا للذين لا مسكن لهم من المهاجرين و المحرومين، بما تساهم به من وظائف هامة منها:

- تعتبر موطنا للمهاجرين و أماكن لتكيفهم و تهيئتهم قبل اندماجهم في الحياة الحضرية.
- تسهل هذه الأحياء مهمة من بدؤوا حياتهم فيه بتمكينهم من توفير بعض المال لبداية أعمال بسيطة تساعدهم، على تأخير مساكن في مناطق أفضل من مساكنهم الأصلية.
- كما تقوم هذه المناطق بالكثير من التسهيلات الاجتماعية و الاقتصادية المفيدة لسكانها منها تشجيعهم على ظاهرة التماسك الاجتماعي و تهيئتهم لمعرفة طرق المعيشية في المدن.
- كما تقوم هذه المناطق باستقطاب الأشخاص الذين رفضوا اجتماعيا و يعملون في المجالات غير المشروعة (سحنون، طيب، 1999، ص157).
- و غالبا ما تكون هذه الوظائف التي تساهم بها الأحياء الهشة تحكمها متغيرات أهمها:
  - **الموقع:** هو الذي يفسر على أساسه مدى قرب هذه المناطق الحضرية الهشة من أماكن العمل و الخدمات الاجتماعية المختلفة.
  - **الأرض المتوفرة:** تكون هذه المناطق ذات طوبوغرافية وعرة و صعبة نوعا ما، في مستوى الدخل المنخفض، بشرط أن تكون قريبة من سوق العمل، و النشاطات الاقتصادية و الصناعية المختلفة.
  - **الاستقرار:** يقوم أساسا على تحديد مدة الحيازة المطلوبة و التي تتراوح بين الإقامة القصيرة المؤقتة و الإقامة الطويلة التي تتطلبها الحيازة المستديمة.
  - **مستوى الدخل:** ففي حالة مستوى الدخل المنخفض تكون مواقعها ذات أمد طويل و ليس لها قابلية التلاؤم مع التحديث، أما إذا كان مرتفع فان مواقعها تكون ذات أمد قصير و التجديد في المستقبل.
  - **القابلية:** و نعني بها استيعاب هؤلاء السكان لأسباب الحياة الحضرية الحديثة، ضمن فترة قصيرة معينة و الذي له علاقة بالموقع و الاستقرار.
  - **فاعلية تنفيذ القانون:** و هو الذي يحد من عملية الاستيلاء على الأراضي الخالية.

## 2- خصائص الأحياء الهشة:

### أ- من الناحية العمرانية:

#### ■ الناحية المعمارية:

- المستوى الرديء لغالبية المساكن بالمنطقة لعدم وجود أي نوع من الرقابة وتتميز المساكن بان غالبيتها من دور أو دورين.
- عدم توافر مبادئ ومعايير التصميم البيئي من تهوية طبيعية وإضاءة وراحة حرارية وصوتية وضوئية للإنسان داخل الفراغات الداخلية.
- التصميم الداخلي لهذه المباني سيئ للغاية وذلك لان السكان يقسمون قطعة الأرض لأكثر قدر ممكن من الغرف السكنية واشترك أكثر من أسرة في دورة مياه واحدة دون مراعاة للناحية الصحية والبيئية.
- عدم مراعاة الأسس الوظيفية والبيئية .
- سوء مستوى التشطيب الداخلي للوحدات السكنية .

#### ■ الناحية التخطيطية:

- تداخل الأنشطة التجارية والصناعية مع المناطق السكنية.
- افتقار نسبة كبيرة من المساكن للمرافق العامة والخدمات الأساسية كالمياه والمجاري والكهرباء فقد أوضحت البحوث العلمية بهذه المناطق أن 35 % من مبانيها لا تصل مياه الشرب إليها و55 % من مبانيها لا يوجد بها صرف صحي وكذلك حرمان هذه المناطق من خدمات النظافة (جمع القمامة و نظافة الشوارع).
- قلة المساحات الخضراء المفتوحة بهذه المناطق وعدم وجود أي متنفس للسكان وسط هذا التكديس من المباني كما يعتبر الشارع المكان الرئيسي للترويح لأهالي المنطقة ويستخدمه الأطفال والشباب كمكان للهو واللعب.

عدم مراعاة لنسب الشوارع و الخدمات نتيجة التقسيم العشوائي الذي يستفيد أكبر ربح عن طريق بيع أكبر مساحة ممكنة مما ينتج عنه ضيق الشوارع وتعرجها وصعوبة وجود وسائل

مواصلات داخلية بعكس المجاورات بالأحياء المخططة إلي يتراوح سكانها بين ثلاثة إلى تسعة آلاف نسمة فما فوق مع توفير جميع الخدمات والمرافق.

### ب- من الناحية الاقتصادية و الاجتماعية :

- تكس أكثر من أسرة في مسكن واحد ، وقد أوضحت الدراسات الاجتماعية أن هذه الظاهرة تكثر في الأحياء الشعبية و الفقيرة حيث يتم استئجار أكثر من أسرة لشقة واحدة، كل يستأثر بجزء منها وينتفع الجميع بمرافقها معا بالتناوب مما يؤدي إلى ارتفاع معدل التزاحم في الغرفة الواحدة حتى يصل من ثلاثة إلى أربعة أفراد في الغرفة الواحد.
- غالبية السكان في هذه المناطق هم من ذوي الدخل المنخفض.
- سوء الحالة الصحية و التعليمية بهذه المناطق وارتفاع نسبة المشاكل الاجتماعية والاقتصادية كالا جرام و التشرذم والأحداث والطلاق و المشاجرات العائلية.

### ج- من الناحية البيئية :

- عدم وجود آلية لجمع النفايات مما يؤدي إلى تراكمها وقلّة النظافة و انتشار الأوبئة.
- عدم دخول أشعة الشمس و التهوية المناسبة بالقدر الكافي لهذه الناطق.
- عدم وجود صرف صحي وشبكة لتصريف السيول بالأحياء الهشة يؤدي إلى انتشار البرك و المستنقعات الملوثة وتزيد المشكلة سوءا . إن الشوارع بتلك المناطق ترابية و غير مسفلتة مما يؤدي إلى سوء الحالة البيئية بهذه المناطق.

### د- من الناحية الإدارية و التنظيمية:

- التأثير المحدود للهيكل الإداري المحلي و سلبيات آليات التنمية العمرانية.
- التفاوت بين الضوابط القانونية و قدرة الأجهزة المحلية على تنفيذها.
- غياب توزيع الأدوار و تحديد المسؤوليات و اختصاصات الكوادر و الجهات المختصة.
- القصور في العديد من التشريعات و أطر التنظيمات الإدارية المنظمة لعمليات التجديد.

**المبحث الثاني: تصنيف الأحياء الهشة و أسباب نشأتها****أولاً: أنواع الأحياء الهشة و تصنيفها:****1- أنواع الأحياء الهشة:**

وفي المدينة العربية هناك ثلاث أشكال للأحياء الهشة هي:

- **أحياء هشة في المدن القديمة الكبرى** : وهي الأحياء التي كانت في السابق تمثل قلب هذه المدن والتي نشأت بطريقة غير مخططة في أغلب الأحيان ومع مرور الوقت واتساع المدن تدهور الوضع في هذه الأحياء وساءت ظروفها السكنية وأصبحت ملاذا للمهاجرين والفقراء من أبناء المدن أو من يقصدونها للعيش أو للبحث عن فرص الحياة .

- **أحياء هشة هامشية** : وهو الشكل الأكثر انتشاراً في المنطقة العربية الذي تكون على أطراف المدن الحضرية والذي يضم فقراء الريف الذين قصدوا المدينة هروبا من الريف ولم يتمكنوا من الحصول على سكن داخل المدن فاجتمعوا على شكل تشكيلات سكنية في هذه الأحياء.

- **أحياء هشة على شكل جيوب متداخلة مع النسيج العمراني** : يمثل هذا الشكل، أحياء فقيرة كانت في السابق في أطراف المدن وخارجها ولكن بسبب التوسع العمراني من جهة وبقاء مثل هذه الأحياء وعدم حل مشكلتها أو إزالتها من جهة ثانية، جعل من هذه الأحياء لتكون وسط المدد العمراني الذي جاورها أو أحاط بها. (اسماعيل قيرة،، 2012، .151)

**2- تصنيف الأحياء الهشة:**

سمح تطور الدراسات الخاصة بأنماط السكن في العالم الثالث، من التوصل إلى صياغة تصنيفات متعددة، من قبل طائفة كبيرة من الباحثين، والتي انفقت جميعها على صعوبة ضبط تصنيف مرجعي موحد، يتم الاحتكام إليه على جميع الأصعدة، وذلك بسبب

التباين الناشئ في بنيتها الأساسية، فليست هناك منظومة قارة من المعايير التي يمكن تطبيقها بكل الأقطار.

وهي التصنيفات التي تتالت إلى يومنا هذا، والتي يمكننا بعد قراءتها إعادة تصنيفها إلى ثلاثة مستويات من التصنيف، لظاهرة السكن الهش، وهي:

▪ **تصنيفات نظرية:** يتأسس وجودها على عدد من المحاكات، التي لا يقترن اعتمادها ببيئة محددة، يتم فيها تقديم نماذج جاهزة سلفاً، تنطلق من منظومة أفكار وتصورات لها خصوصيتها، ومن ثمة محاولة إسقاطها على واقع وأوساط اجتماعية ذات خصوصية ثقافية مختلفة كلياً، وهو ما يجعلها لا تصلح دائماً للتعميم، وبالتالي تفسير الحقائق والظواهر المرتبطة بكل المجتمعات، بفعل ما يغلب عليها من افتقار إلى الفهم العميق للمجتمعات الأخرى في ديناميكيتها وتفاعل عواملها المختلفة. (شوقي قاسمي، 2012-2013، ص138)

- **تصنيف "جانيس بيرلمان":** والذي أستاذ في تصنيفه على معياري:

أ. **طبيعة الأرض:** ويقصد بها، الشاكلة الأصلية التي يتواجد عليها المجال الذي تتموضع عليه هذه العشوائيات، أو ما يعرف بالخصائص الجغرافية للمجال بما ينطوي عليه من مكونات وتراكيب طبيعية، من حيث كونه منطقة: منبسطة، جبلية، تخومية.

ب. **الموقع:** أي مكان تواجده بالنسبة للنسيج العمراني للمدينة في الوسط أو على الأطراف. وهو يعد عاملاً أساسياً للأغراض المتعلقة بالسياسات الحضرية، حيث تتعلق به مجموعة من المتغيرات الأخرى. من ذلك أن المساكن الواقعة على الأطراف تنقسم بدورها إلى نوعين: مساكن تطورت متزامنة وتوسعت مع مرور الوقت. ومساكن نشأت بتخطيط مسبق (المعهد العربي لانماء المدن، 2004، ص75). وهو ما يجعل في النهاية من هذا التصنيف تبعاً لما تقدم يتفرع عنه تسعة أنواع من التجمعات العشوائية، ثلاثة منها ذات موقع مركزي، وستة منها تلك التي تنشأ على الأطراف بسبب التقابل بين المخططة والعفوية.

- تصنيف برنارد قرانوتيه : ويعد تصنيف مبتكر، حاول من خلاله التحرر من المحاكاة الكلاسيكية، التي ألف الدارسون اعتمادها واستنباط أخرى مستحدثة، مستفيدا في ذلك من خبرته الطويلة، في دراسة مشكلات الإسكان في العالم الثالث، لإجراء المقارنة بين بعض أنماطها.

أ. درجة المشاركة الشعبية : وتعني التمييز بين المناطق في ضوء فاعلية ساكنيها ودرجة إقدامهم على رفع مقترحاتهم للسلطات، وأخذ زمام المبادرة المتاحة بين أيديهم للارتقاء بمستوى البيئة المحلية، حيث تتحدد في ضوء هذا المعطى صنفين من المناطق تختص أولهم باحتواء كبار السن، والمرضى وغيرهم من المكونات الاجتماعية، والتي تجتمع لتعطي أحياء بدون طموح، مما يسهم في إرباك التنمية وتعفن الجو الحضري بالشوائب والتشوهات التي تلحق الضرر بالنسيج العمراني، في مقابل نموذج ثاني نقيض له، برغم القواسم المشتركة التي صنعت وجودهم، والذي يأبى الخضوع للأمر الواقع الذي يزرع تحته، من خلال التحسين والتجديد والبناء. وهو ما يجعل من مسألة التعاطي مع كليهما بنفس المنظور سخافة سياسية.

ب. درجة المؤسساتية : ويهتم بالتمييز بين أنماط السكن الهش، في ضوء درجة ومستوى الاستقرار الذي تتمتع به الأحياء عن أخرى، والذي يأخذ شكلا مؤسساتيا، ذا طابع تمثيلي لهذه الأحياء، أو انتفاعي من الخدمات الحضرية...والذي ينتهي مع الوقت ليصبح أحيانا قانونيا، بخلاف مجموعات أخرى من المستغلين، والتي تبقى في وضعية إشغال غير شرعي مستدام للعقار، مما يبقيها هشة مع درجة ضعيفة لترتقي إلى مصاف المؤسساتية (شوقي قاسمي، 2012-2013، ص141). غير أن اللافت للنظر في هذا التصنيف، هو أنه يبدو كثير الانشغال بالموقف الرسمي، حيث حاول أن يثبت مدى مقدرة هذه التجمعات بالإمكانات التي تحوزها داخليا على الاندماج، ليبقى فقط معرفة مستوى الدعم، الذي يمكن أن تقدمه الجهات الرسمية لمسار إعادة الاعتبار، عبر تقنين خيار البناء الذاتي.



■ تصنيفات عربية : وهي تمثل اتجاهها تحليليا يقوم على المعاشية ورصد الواقع عن قرب، ولكنها تبقى قاصرة بشكل غالب على المواقع والمجالات التي خصتها بالدراسة لا غير، وذلك نظرا لخصوصية الوضع الذي تخصه بالمعينة والذي قد لا يتكرر في كل مكان.

- المملكة المغربية : تأخذ أحياء الصفيح في المغرب غالبا أحد الأشكال الثلاثة التالية:

أ. الدوار النصف حضري : هو عبارة عن مجموعة من المحلات، الشبيهة في شكلها بالمساكن الريفية، والتي تنشأ بصورة غير شرعية في مناطق الأطراف، سواء داخل أو خارج الحدود التنظيمية للمدن، حيث تتميز بيئيا بكونها غير مجهزة بالماء، والكهرباء والمجاري العمومية، أما اجتماعيا فيسودها التجانس القبلي، والروح الدينية القوية وبارتفاع معدلات الخصوبة والأمية.

ب. أحياء الصفيح الغير المنظمة : تعتبر من أقدم أشكال أحياء الصفيح، من حيث تاريخ تشييدها وإقامة السكان فيها، وهي التي تتشابه مع سابقتها في وجودها على أراضي الغير وعدم تجهيزها بالمرافق الحضرية، وتختلف عنها من ناحية قربها من المدينة، وارتفاع كثافتها السكانية، إلى جانب صغر مساحة المسكن، وعدم مزاوله ساكنيها لأي نشاط ريفي.

ت. الأحياء المنتظمة في شبكات صحية : وتكون متاخمة للأحياء العادية، مع مستوى أحسن في التنظيم والتجهيز من سابقتها، جراء التحسين الذي أدرج عليها، والذي أعتبر كاعتراف حكومي، مما عزز من طموحات قاطنيها لتشييد مباني من المواد الصلبة (الطوب الأحمر، الاسمنت...) (عبد القادر القصير، سنة 1993، ص 92-93)، وهي التي تتوفر على دكاكين لبيع السلع الغذائية، كما يوجد فيها بعض الحرفيين (نجارين، حدادين...).

- تصنيفه في الجزائر : عرف السكن الهش في الجزائر محاولات للتصنيف ، باشرها أكاديميون وهيئات بحثية مختصة، والتي انتهت لاعتماد العديد من النماذج، والتي منها اخترنا التالي:

. تصنيف فاروق بن عطية :واستهدف التوصل لصياغة منطقية، لأصناف السكن الهش السائدة في المدينة الجزائرية، والتي ضمنها في كتابه" الجزائر :خليط أم مدينة"، معتمدا في ذلك على معايير شكلية، وسوسيولوجية وأخرى تنبؤية، وهو ما مكنه أن يخلص إلى النموذج التالي:

أ . البيوت القصديرية الصغيرة أو الأكواخ :ويحدد عددها ما بين 10-15كوخ، وتعرف تجمع لأفراد من عرش أو من إقليم جغرافي واحد، لا يتجاوز عدد منتسبها 100 فرد كحد أقصى، بشكل يؤهلها لأن تنشأ في أقل المساحات التي يمكن توفرها .وهو ما يجعل منها مقدمة لمجتمعات عشوائية أكبر، سواء كانت تحمل نفس الانتماء السوسيوجغرافي أو تفتقده، طالما لم يتعارض ذلك مع شساعة المجال الذي تقيم فيه .وهو الأمر الذي لا يمكنها الاعتراض عليه غالبا، لاعتبارات تتعلق بالمصلحة العامة التي ينشدها الجميع، والهادفة إلى تعزيز موقعها ولفت الانتباه إلى أحوالها.

ب . البيوت القصديرية الحضرية الغير مستقلة :وهي المساكن التي تقع داخل المحيط الحضري، 150مسكن على أكثر تقدير، مع اتسامها بالتهيك النهائي وعدم إمكانية التوسع لاحقا - وتتكون من 15 بفعل عدم توفر العقار الشاغر المناسب لذلك، وذلك لاستنفاذها لما هو موجود أو لسرعة تطويقها من قبل العمران الرسمي، سواء كان مخطط أو غير مخطط وهو الاحتمال الأقل.

ت . البيوت القصديرية الغير مستقلة للضواحي :وتتشابه مع النمط السابق، ما عدا في خاصية التموضع على الأطراف، الأمر الذي يعطي الانطباع بإمكانية انتفاء باقي السمات والخصائص، سواء ما تعلق بحجم التركيبة السكانية القابلة للتنامي، أو بالتهيك المتجدد لها، على النحو يدفع لإمكانية تحولها إلى بيوت قصديرية ذات استقلالية عن النمط العمراني الرسمي.

ث . البيوت المستقلة الحضرية : وهي تقع داخل الهيكل الحضري، وتتميز بارتفاع عدد الأكواخ عن 150 كوخ، ذات أحجام صغيرة ومتلاصقة، على نحو يتم في ضوءه إشغال كل المجال، وضيق ممراته وتعرجها لتخلص إلى نهايات محدودة . أما جانبها الاجتماعي فهو يتميز بحميمية العلاقات من جهة، وحضور ممثلي السكان والمدافعين عن مصالح الحي وحاجاته : للصرف الصحي، الإنارة، مياه الشرب .. مستفيدين في ذلك من تواجدهم داخل المحيط الحضري، وبالقرب من مراكز صناعة القرار، لمحاولة مباشرة ضغط مكثف وهادف إلى تحقيق تدريجي لبعض المكاسب، والتي من شأنها رفع مستوى البيئة السكنية، أو الحصول على حلول نهائية لأوضاعهم.

ج . البيوت القصدية المستقلة والغير حضرية : وتتميز بتوسعها على مساحات واسعة، وأقل حجما من حيث تركيبها السكنية، في حين ينطوي تجسمها الهندسي على نوع من الازدواجية، والتي تتمثل في مخطط مستقيم ومنظم، مع شوارع موصلة وسهلة الاستعمال، بفعل تراصف المساكن على طول الطرقات، مع بقائها متباعدة ومفصولة بأراضي شاغرة بينها، إلى جانب احتوائها على حدائق صغيرة، تستغل في توفير أنواع من المنتجات الموجهة لإغراض الاستهلاك الشخصي، مع تراوح عملية تموقع المسكن بين درجتي أقل من التنظيم وأكثر من الفوضى . (شوقي قاسمي، 2012- 2013، ص141)

وهم في ذلك يعيدون إسقاط الموروث الريفي مجاليا، متجاوزين النقص في العقار اللازم لاستيعاب هذه المساكن وأخرى لاحقة.

- دراسة المركز الوطني للدراسات والتحليل في التخطيط : يعد خصوصية جزائرية محضنة، أفرزتها النتائج المتمخضة عن الدراسة المسحية، التي تم إجرائها في سنة 1984 لـ 18 مدينة جزائرية، والتي رغم قدم بياناتها إلا أنها ستعتبر كمرجع مهم، وذلك بسبب صدق نتائجها حتى الآن في ضوء مقارنتها مع عدة دراسات أخرى، وكذا رصدنا لأنماط هذه التجمعات في السنوات الأخيرة.

أ. الخيم :وهي ملاجئ من النسيج الجيد الذي يمكن حمله وتركيبه، وهي تعني في حالتنا هذه الصنف المسكون من طرف المنكوبين، في حيث تبقى خيم البدو الرحل غير مأخوذة بعين الاعتبار.

ب . المغارات والكهوف :وهي تجاويف طبيعية أو صناعية مهياة ومسكونة من طرف عائلة أو أكثر، وتتركز في الغالب الأعم بالغرب من مناطق المناجم، كما هو الحال في منطقة الونزة بتبسة، أو في المناطق الصناعية التي تتموضع بالقرب من المناطق الجبلية.

ت . أكواخ : ويشار إليها محليا باصطلاح القوربي (Gourbi) وهو من الناحية اللغوية مصطلح ، قاصر استثناء على الجزائر وتونس .تنتم بنيته المورفولوجية إجمالاً، بجدران الطوب وخليط الصلصال خارجياً، أما داخليا فالأرضية تكون من تراب مضروب وفي بعض الأحيان من الاسمنت.

ث . برارك وبرارك مجمعة (Baraque):ومفردها براكه، وهي عبارة عن ملاجئ بسيطة مسبقة الصنع وجاهزة التركيب، ذات هياكل معدنية أو خشبية، تكون فيها الواجهات من الخشب أو من الصفائح المزودة بعوازل حرارية أو من دونها، ومغطاة بواسطة صفائح من الألياف الإسمنتية أو المعدنية أو الخشبية .وهي مريحة نوعاً ما باعتبار أن تخصيصها الأساسي موجه للأغراض ذات الاستعمال السكني السياحي أو العمل المكتبي .وقد اتسمت حالتها بالتدهور الكبير، ومرد ذلك أنها استعملت كحل طارئ لإيواء السكان المنكوبين، لكنها تحولت لخيار شبه مستدام بعد التأخر في إعادة إسكان المتضررين .وهو الواقع الذي شهدته لاحقاً عين تيموشنت وبومرداس، جراء تعرضهما لزلزالي 1999 و2003 .

ج . بناء صلب : ويعد مزيج من البناءات الصلبة والقصديرية، حيث يكون البناء مصنوع من مواد مستعملة تقليدياً في عملية البناء مثل الأجور، الطوب، الصفائح والألياف الإسمنتية...حيث تكون الجدران من الصلب وأسقفها من القصدير، أين يكون إطارها مقبول من حيث تموضع البناءات، وشكلها الهندسي المنتظم، غير أنها تعد في المقابل متدهورة مورفولوجياً وبدون هيكلية.

ح . بناء صلب مجمع : وهو بنايات ذات تراكيب معقدة وممزوجة عشوائيا من مختلف المعادن الآتية من الاسترجاع، مع استعمال نسبة كبيرة من المواد التقليدية المفتقدة لأدنى هيكلية، إلى جانب غياب الروابط الهيدروليكية الضرورية في مثل هذه الحالات (قاسمي شوقي، 2012-2013، ص 142-143) .

### ثانيا: العوامل التي أدت إلى نشأة الأحياء الهشة و انعكاساتها

#### 1- العوامل التي أدت إلى نشأة الأحياء الهشة:

تعد ظاهرة النمو الأحياء الهشة في التجمعات السكنية ظاهرة عالمية تتميز بها غالبية دول العالم الثالث كمشكلة عمرانية اجتماعية اقتصادية ، و نمو السكن الهش ظاهرة عامة في المراكز الحضرية الرئيسية بالعالم الثالث لما توفره هذه المراكز من فرص عمل و خدمات أساسية وهي ما تسمى (عوامل جذب) في حين تعجز المناطق الريفية على توفير فرص عمل و الخدمات الأساسية وهو ما نطلق عليه (عوامل طرد) فبالتالي تبدأ الهجرة من الريف إلى المراكز الحضرية التي تعجز على توفير مساكن لهؤلاء المهاجرين الباحثين عن عمل فيعملون على توفير مساكن لهم حول التجمعات السكنية ومن هنا تبدأ المشكلة في شكل امتدادات عشوائية حول التجمعات السكنية .(محمد صبحي، عبد الحكيم، 1999)

ومن أهم الأسباب التي ساعدت على ظهور الأحياء الهشة:

- غياب سلطة المدينة أو على الأصح عدم قدرة المدينة على مراجعة هذه الهجرة و محاولة حل المشاكل المترتبة عليها.
- عدم توافر إسكان اقتصادي أو شعبي ملائم لهذه الفئات الوافدة.
- ارتفاع أسعار الأراضي في المدن وفي المناطق القائمة المتمتعة بوجود مرافق.
- تهاون السلطات الرسمية مع منتهكي القانون و مغتصبي الأراضي و بالتالي لجأ العديد من الأفراد و خاصة محدودي الدخل إلى الطرق و الوسائل غير القانونية لبناء المساكن و هذا أدى لظهور الأحياء الهشة ليس لها صفة قانونية.

- النقص في عدد الوحدات السكنية و الناتج عن الهجرة الواسعة من الريف إلى المدينة.  
- ضآلة فرص الحصول على المسكن سواء من القطاع العام أو القطاع الخاص الرسمي و بالتالي يلجأ الأهالي إلى محاولة توفير سكن بالجهود الذاتية وبناء في أي مكان دون رقابة أو توجيه.

- ظهور التنمية الريفية بالصناعية بالمدن الكبرى و عدم الرغبة في العمل الزراعي بالمناطق الريفية مما أدى إلى هجرة أعداد كبيرة من الريف إلى المدن للبحث عن فرص عمل ولم تستطيع المدن الكبيرة استيعاب هذه الأعداد من المهاجرين وتوفير المسكن الملائم لهم فقاموا بتوفير مساكنهم بأنفسهم.

- عدم وجود مخصص شامل يحدد النمو العمراني لهيكل المدن القائمة مما يجعل النمو العشوائي للمدينة أمرا واردا بالإضافة إلى القصور في القوانين المنظمة للامتداد و التوسع العمراني.

- نمو المدينة عمرانيا في احد الاتجاهات بطريقة غير شرعية بمعنى أن المخطط العام للمدينة لم يحدد ذلك النمو من حيث المساحة المبنية و غير المبنية وعروض الشوارع و انعدام المرافق و وسائل النقل و البنية الأساسية. (غادة محمد، ربحان، 2001)

- التساهل من قبل السلطات المخصصة بتنفيذ القوانين الخاصة بتنظيم عملية البناء ، وذلك لعجزها عن تقديم البدائل الواقعية و الملائمة لظروف واحتياجات السكان و غالبا ما تلجأ هذه السلطات تحت الضغوط الشعبية و السياسية إلى إضفاء الصفة الشرعية على مناطق الامتداد العشوائي.

- عدم وجود رقابة على النمو العمراني في المناطق الخارجية المحيطة بحدود المدن القائمة.

- المعدلات المرتفعة للقوانين والاشتراطات الخاصة بالبناء في مناطق الإسكان الخاص مما جعل إمكانية البناء لمحدودي الدخل أمر مستحيلاً، إضافة إلى ارتفاع سعر الأرض بهذه المناطق على عكس أطراف المدينة حيث يقل سعرها كثيراً.
- التعقيدات الإدارية والضرائب المفروضة على المناطق داخل نطاق المدن مما يؤدي إلى قيام الأفراد بأنفسهم بتقسيم الأراضي وبيعها دون الخضوع لقواعد التقسيم ودون اللجوء إلى تسجيل الأراضي تسجيلاً قانونياً.
- إهمال الريف وعدم تطويره مع انخفاض الإنتاجية لدى سكانه وقلة الخدمات وارتفاع معدلات البطالة به مما يؤدي إلى هجرتهم إلى المدن.
- انخفاض تكاليف السكن الهش مقارنة بتكاليف المساكن المقامة في أماكن أخرى.
- هناك سبب يمكن أن نضيفه، أن طبيعة بعض المهاجرين من القرى أو البدو القاصدين للمدينة يرغبون أن يسكنوا في منطقة واحدة، ولصعوبة شراء مساكن متجاورة لهم في مناطق جيدة يلجئون إلى البناء في مناطق خارج حدود المدينة وبالطبع تكون هذه المباني غير نظامية وغير شرعية، إضافة إلى أنها سيئة التنفيذ لعدم التزامها بأنظمة البناء. مع العلم أنه باستطاعة بعض هؤلاء الأفراد السكن في مناطق أفضل ولكن رغبته في أن يكون مع أهل قبيلته جعله يسكن معهم في هذه المناطق.
- قلة قطاع الأراضي المجهزة بشبكات البنية الأساسية والملائمة للطبقات ذوي الدخل المحدود سواء من ناحية المساحات أو السعر بالمتري المربع.
- الملكية وشيوعها في غالبية الأراضي السكنية تؤدي إلى تفشيت الأراضي.
- التحام القرى بالمدن المجاورة من أهم العوامل التي أدت إلى ظهور الأحياء الهشة حيث تمتد هذه القرى ملتصقة بالأراضي الزراعية المجاورة بلا أي تخطيط حتى تلتحم بالمدن الملاصقة ثم يتم ضم هذه القرى داخل كردون المدينة بكل ظروفها وخدماتها غير الملائمة وذلك تحت الضغوط الشعبية و السياسية لتصبح من المناطق الهشة داخل المدينة. (أبا حسين، مشهور سعود، 2002)

## 2- انعكاسات الأحياء الهامشية:

تشير الأبحاث والدراسات إلى الكثير من المشكلات الصحية والاجتماعية والبيئية التي تنشأ نتيجة تزايد مثل هذه الأحياء وإلى مدى تأثير سكان هذه المناطق بهذه المشكلات ومنها ما يلي:

- انتشار الأمراض و الأوبئة نتيجة الازدحام وسوء حالات شبكات البنية التحتية وقلة المياه الصالحة للشرب وقلة العناية الصحية ونقل القمامة وعدم توافر دورات المياه والمراحيض الخاصة والعامة (الوحشي، أحمد بيبي، 2002، ص147) وخير دليل على ذلك ما يعني منه الكثير من سكان مدن العالم الثالث اليوم فمرض السل ينتشر في الهند كنتيجة للازدحام والفقر وسوء التغذية.

- فقدان الخصوصية نظرا للازدحام و التعرض للمرض و الإخفاق في إقامة روابط عائلية هي نتائج الحياة في مكان مزدحم فالغرفة الواحدة في مثل هذه الأحياء يسكنها خمسة أو ستة أشخاص وهذا يساهم في التقليل من قيمة نظام التربية العائلية أن الازدحام يجبر الطفل على الخروج للشارع.

- العلاقات بين الآباء و الأبناء في هذه الأحياء أقل انسجاما

- تتوافر أسباب الانحراف في الأحياء العشوائية (الوحشي، أحمد بيبي، 2002، ص147) باعتبار أن الحي هو أهم عوامل الإجرام وان اثر الحي لا يقتصر على الأحداث فقط إذ أن الكبار كذلك يتأثرون به فالحي الفاسد يشكل منطقة جغرافية إجرامية تزود الأطفال و الكبار على حد سواء باتجاهات قد تساعد على الجنوح و الإجرام.

- يعاني سكان مثل هذه الأحياء من البطالة و سوء الأوضاع الاجتماعية و الاقتصادية و الأخلاقية و التي تؤدي إلى مشاكل كبيرة و ازدياد معدل الجريمة و الانحراف الأخلاقي.



- انتشار العادات السيئة بين الأطفال نتيجة لعوامل مثل وجود الأطفال والشباب خارج المؤسسات الاجتماعية كالمدرسة بسبب تسريحهم منها أو عدم التحاقهم بها أصلاً ووجودهم خارج الأسرة في اغلب الأوقات لضيق المسكن و عدم التحاقهم بالمؤسسات الاقتصادية بسبب صغر منهم أو عدم توفر العمل .

- إن المسكن بطبيعته يحقق الكثير من الأشياء غير أن في هذه الأحياء انعدمت هذه الميزة، فهو لا يمثل سوى مجرد لإشباع حاجة النوم فقط هذا إذا ما توفر مكان للنوم الأمر الذي يدفع بالكثيرين و خاصة الشباب إلى أن يبقوا خارج البيت أطول مدة بعيدة عن الأسرة وهو ما يقلل كذلك من عمليات الارتباط العائلي .

### ثالثاً- أهم السلبيات و المشاكل بالأحياء الهشة:

#### 1- السلبيات:

من أهم المشاكل التي تواجه الأحياء الهشة و التي يجب معالجتها بأسرع وقت ممكن قبل نموها و استفحالها:

#### أ- المشاكل العمرانية

من أهم المشاكل التي تواجه الأحياء الهشة هي المشاكل العمرانية رغم المحاولات التي تذل لحل تلك المشاكل حيث أنها قاصر عن الشمولية في تلك الناطق فإنها أشبه بسياسات الترقيع العمراني في جزء من المدينة.

#### ب- طريقة البناء و مواد الإنشاء:

تنوع السكن الهش من حيث طريقة البناء يمكن أن تبدأ بمباني بسيطة و مؤقتة من الصفيح و الكرتون ثم تتحول بعد ذلك إلى مباني من الخشب ثم تحويل أجزاء منها إلى مباني من الطوب أو أن تنشأ من البداية من الطوب الحمر و الهيكل الخرساني و عادة ما يقوم أصحاب المساكن في هذه المناطق ببناء مساكنهم بأنفسهم حسب إمكانياتهم المادية و احتياجاتهم . وتشير إحدى الدراسات التي تمت على الوطن العربي أن طريق البناء في تلك المناطق تحمد أغلبها على الطريقة الفريدة و يبين الجدول التالي طرق البناء في المناطق العشوائية بالوطن العربي.

**ج- التصميم:**

يعتبر التصميم في هذه الأحياء الهشة رديئاً نسبياً وذلك لافتقاره إلى النواحي الجمالية والمساحات المخصصة للأنشطة اليومية مما يخلق أزمة لساكني تلك المناطق، وذلك لأن الغالبية العظمى لتلك المساكن يقوم أصحابها ببنائها بأنفسهم كما تفتقر إلى النواحي الصحية، حيث تؤدي إلى قلة التهوية كافية ودخول الإضاءة الطبيعية للغرف وسوء توزيع للعناصر حيث أنها لا تتبع شكلاً أو وظيفة. (علام، أحمد خالد، 1997، ص135)

**2- المشاكل:**

**أ- المشاكل الاجتماعية :**

تعتبر الأحياء الهشة بؤراً للمشاكل الاجتماعية، حيث ترتفع بها نسب الجهل والامية والوفيات مما يزيد من معدل الجرائم في هذه المناطق ومن أهم المشاكل الاجتماعية التي تتميز بها المناطق العشوائية هي:

- التزاحم السكاني في معظم الأحياء الفقيرة .

- عدم توفر خدمات أساسية و دور العابدة ينعكس سلباً على التنشئة الاجتماعية بتلك المنطقة

- ارتفاع نسب الطلاق و المشاجرات و المشاحنات وزيادة النسل دون عناية كما ترتفع نسب الجرائم وخاصة جرائم الإحداث حيث ينطلق كن هذه الأماكن كثير من المخالفين للقانون.

- ارتفاع نسبة تسرب الأطفال من الدراسة ولجوئهم إلى التسول سواء بسبب ارتفاع تكاليف الدراسة أو لأن الأسرة أصبحت بحاجة إلى ما يجمعه الأطفال من نقود بسبب الفقر

- تشير إحدى الدراسات للمعهد العربي لإنماء المدن عام 1997 م نسب الجريمة والغلاء والتضخم وارتفاع الأجور ونقص المواد الغذائية وغيرها في المناطق العشوائية ويمكن تحديد الخصائص التي يتسم بها سكان المناطق في الآتي:

- انتشار الأمية (بصفة خاصة بين الإناث)
- المهن الغالبة (حرف صغيرة عمال باليومية)
- حجم الأسر يرتفع متوسط حجم الأسرة حيث يبلغ ستة أفراد

### ب- المشاكل الاقتصادية:

- ظهور طبقة اغتمت السمسرة في الأراضي وأنعشت السوق السوداء وهذا يؤدي إلى اختلال الاقتصاد.
- المناطق العشوائية جزءا مريضا من وجهة نظر الجهات المسؤولة وبالتالي يجب معالجته ومعالجته تحتاج ميزانيات عالية جدا ومبالغ باهظة.
- انتشار الأمراض وتوطين الأوبئة في تلك المناطق وطلبك لعدم وجود البنية التحتية المناسبة من مياه وصرف صحي وتوفير خدمات .
- ومما سبق يمكن القول بان كثيرا من دوت العالم تعاني كثيرا من مشكلة السكن الهش وقد استعملت عدة طرق في معالجة تلك المشكلة والعلاج لابد أن يكون جذريا وسريعا لإنهائها وعدم العودة إليها مرة أخرى لان الحل المؤقت لا يجدي بفائدة قوية وإنما تتعقد المشكلة أكثر فلا يفيد تجاهل المناطق العشوائية بالرفض وعدم الاعتراف بها وعدم حل مشاكلها يضخم من المشكلة ويعقدها بعكس ما إذا اتبعت طرق سريعة لحل هذه المشكلة حتى ولو كان حلا تدريجيا يستمر مع الوقت ليعالج المشكلة كليا وليس جزئيا ومن ثم يجب العمل على السعي في إيجاد الحلول الملائمة لكل منطقة.

### ج- المشاكل البيئية والصحية:

تتميز الأحياء الهشة:

- بكثافة سكانية عالية حيث يبلغ متوسط الذين يقيمون بالغرفة الواحدة خمسة أشخاص وهي درجة عالية تساعد على انتشار الأمراض المعدية. و تدني الحالة الصحية بتلك المناطق لان السكن فيها لا يتمتع بالقدر الكافي من التهوية الكافية والمناور القانونية والإضاءة مما يساعد على تدني الحالة الصحية بهذه المناطق.
- طفق مياه المجاري في الطرق غير المسفلتة مما يساعد على انتشار الأمراض إضافة إلى تلوث الهواء برائحة كريهة.

- تراكم أكوام القمامة بشكل سيئ مما يجعل رائحة القمامة هي الرائحة السائدة في المنطقة. (علام، أحمد خالد، 1997، ص197)

- عدم وجود الوعي الكافي لسكان المنطقة مما يزيد المنطقة سوء الافتقار إلى المسطحات الخضراء والمفتوحة و أماكن الترفيه واللعب وعدم وجود متنفس للسكان وسط تكديس المباني والناس ، إلا الشارع الضيق الذي يعتبر المكان الرئيسي للترويح عن أهالي المنطقة.

- الضجيج والضوضاء نتيجة لرداءة تنفيذ هذه المساكن.

- مشكلة الأخطار الصحية التي تنتج عن التكدس السكاني وتشجع على انتشار الأمراض المعدية وانتشار الحشرات بسبب الزحام.

## خلاصة الفصل:

الأحياء الهشة مشكلة عالمية تنتشر في الدول النامية وحتى المتقدمة وهي ناتج عن التحضر السريع وأمور سياسية واقتصادية واجتماعية وتنظيمية...الخ.

وقد أجمعت جميع التعاريف للأحياء الهشة على أنها عبارة عن مساكن مؤقتة أو دائمة تقام بدون تراخيص نظامية أو مكيات نظامية من الحكومات وبناها ساكنيها بالحد الأدنى من الموارد نتيجة للحاجة للمسكن وبجهود وموارد ذاتية ومحلية على أراضي خاصة أو عامة وتقع هذه الأراضي في أطراف المدينة كمناطق جديدة أو داخل المدينة أو ملاصقة للمخططات النظامية أو في المناطق المختزلة بين المخططات وهي تفتقر إلى الخدمات من (الصرف الصحي والمياه الصالحة للشرب.... الخ) وينعدم بها الشعور بالأمان من ناحية ساكنيها وتفتقر إلى أبسط أبجديات التخطيط ومن أسباب ظهورها الهجرة من الريف إلى المدن الكبرى الزيادة الطبيعية في أعداد السكان و حجم توفير السكن الذي يناسب دخل جميع الفئات وعدم التخطيط الجيد من الجهات ذات العلاقة لاستيعاب تلك الأعداد المهاجرة لتلك المدن والنمو الطبيعي للسكان و غيره من الأسباب التي أدت إلى ظهورها ونتج عن ظهورها عدة مشاكل مثل (المشاكل العمرانية والبيئية و الصحية...الخ) .

## الفصل الثالث

### ماهية الفقر و الصحة و المرض في المدينة

المبحث الأول: ماهية الفقر و انعكاساته

أولاً: مفهوم الفقر و الفقراء

ثانياً: أنواع الفقر و سماته

ثالثاً: أسباب تفشي الفقر

رابعاً: النظريات المفسرة لظاهرة الفقر

خامساً: الانعكاسات السلبية لظاهرة الفقر في الجزائر

المبحث الثاني: ماهية و عوامل الصحة و المرض

أولاً: مفاهيم الصحة و المرض

ثانياً: العوامل و الأسباب المؤدية لانتشار الأمراض

ثالثاً: مفهوم و أنواع أمراض الفقر

رابعاً: أمراض الفقر في الجزائر

المبحث الثالث: علاقة اعتلال الصحة بالأحياء الهشة

تمهيد :

تعتبر ظاهرة الفقر معضلة متعددة الأبعاد الاقتصادية و الاجتماعية و السياسية و الصحية فهي من أعقد المشكلات التي تواجه الدول.

المبحث الأول: ماهية الفقر و انعكاساته

أولاً: مفهوم الفقر و الفقراء

يعتبر مفهوم الفقر مفهومًا نسبيًا يمكن تعريفه من عدة أوجه تختلف بحسب الموضوع والحالة الموصوفة، ولذلك لا بد من تحديد مفهوم كل من الفقر و الفقراء عند القيام بأي دراسة ترتبط بالفقر في مجتمع ما.

**1- مفهوم الفقر:** عادة ما يتم تحديد ظاهرة الفقر ضمن إطار الفقر المطلق و الفقر النسبي باعتبارهما الإطار العام لمختلف التعاريف التي أعطيت لمفهوم الفقر . وفيما يلي إشارة لكل من مفهوم الفقر المطلق و الفقر النسبي.

**أ -الفقر المطلق:** يركز مفهوم الفقر المطلق على تقدير الحد الأدنى من الضروريات لتلبية حاجات الفرد الأساسية، حيث يكون الفرد فقيراً من الناحية المادية عند الحد الذي تصبح فيه حياته على حافة خطر العيش . وفي هذا الإطار يأتي تعريف البنك الدولي للفقر المطلق من خلال ما تضمنه تقرير التنمية لسنة 1980 " **الفقر يعبر عن سوء التغذية و الأمية و الأمراض ليكون دخل الفرد ادني من مستوى العيش اللائق.**"

**ب -الفقر النسبي:** يتضمن مفهوم الفقر النسبي الإشارة إلي أن الفقراء يعتبرون أكثر حرماناً بالنظر إلي فئات المجتمع الأخرى .وبهذا يصبح الفقراء هم الذين لا يتحصلون على حد ادني مقبول من الرفاه البشري، وهو ما يعني أن الفقر النسبي يشير إلي مستوى إشباع الحاجات الأساسية وتدني المعيشة ونوعية الحياة وخصائص وقدرات الأفراد والجماعات داخل المجتمع.

**ج - التعريف الضيق و العريض للفقر:** يعتبر كل من مفهومي الفقر المطلق و النسبي نقطة الانطلاق الأساسية لكل المحاولات التي هدفت لوصف و تعريف ظاهرة الفقر تعريفاً دقيقاً، حيث ارتبطت بداية بالجوانب الكمية فقط متمثلة في نقص الدخل الفردي و عدم كفايته لتلبية الحاجات الأساسية، وبعد ذلك سرعان ما بدأ مفهوم الفقر يتوسع ليشمل مختلف الجوانب

المرتبطة بحياة الإنسان المادية و المعنوية في كافة المجالات .وفي هذا الإطار لابد من الإشارة إلي منظورين أساسيين لتعريف الفقر و ذلك من خلال ما يلي:

1 -**التعريف الضيق للفقر**: المفهوم الضيق يتضمن تفسير ظاهرة الفقر ضمن إطار واحد يتمثل في النقص الحاصل في الدخل المقبول اجتماعياً، وبهذا يصبح الفقر حالة من الحرمان المادي تتجلى أهم مظاهره في انخفاض الاستهلاك من الغذاء كماً ونوعاً، وتدني الحالة الصحية والمستوى التعليمي والوضع السكاني، وفقدان الاحتياطي أو الضمان لمواجهة الحالات الطارئة كالمرض والإعاقة والبطالة والكوارث والأزمات (زيد بن محمد الرماني، 2005، ص12) ، وتندرج ضمن هذا المنظور عدة تعاريف نوجز أهمها وفق ما يلي:

– **تعريف بنيامين رونتري : B. S. Rowentree** قدم رونتري في نهاية القرن التاسع عشر مقاربة مهمة في تعريف الفقر بوصفه "كمية المبالغ النقدية المقبولة اجتماعياً للحصول على الحد الأدنى الضروري للحياة من اجل بقاء و استمرار الكفاءة البدنية." (سالم توفيق النجفي، 2008، ص39)

**تعريف البنك الدولي**: جاء في تقرير التنمية في العالم الصادر عن البنك الدولي "الفقر هو عدم القدرة على تحقيق الحد الأدنى لمستوى المعيشة في مجتمع من المجتمعات خلال مدة زمنية محددة".

– **يعرف الباحث عبد الرزاق الفارس الفقر على انه** "عدم القدرة على تحقيق مستوى معين من المعيشة المادية، كما انه يمثل الحد الأدنى المقبول والمعقول في مجتمع ما خلال فترة زمنية محددة." ( عبد الرزاق الفارس، 2001، ص21)

تتميز كل التعاريف الخاصة بالفقر ضمن المنظور الضيق في كونها تركز على ثلاثة أبعاد أساسية تتمثل أساساً في:

- مفهوم الحد الأدنى.
- مستوى المعيشة.
- المجتمع الذي تتم فيه حالة التوصيف.



ب -التعريف الموسع للفقر: ركزت مختلف التجارب التنموية التي خاضتها الدول النامية على تحسين متوسط الدخل الفردي خاصة في عقدي الستينيات و السبعينيات وذلك بهدف تحسين مستوى معيشة الأفراد الاقتصادية و الاجتماعية، وبالرغم من كل الجهود فقد جاءت النتائج على عكس التوقعات حيث تفاقمت المشاكل الاقتصادية و الاجتماعية وساءت أحوال الأفراد نتيجة لنقص التغذية و سوء العناية الصحية و انعدام السكن اللائق و انتشار الأمية و زيادة في عدد الفقراء، وفي هذا الإطار أشار الاقتصادي محبوب الحق لهذا الواقع المرير بقوله " لقد تعلمنا أن نعني بناتجنا القومي الإجمالي باعتبار ذلك سيؤدي إلي العناية بالفقر، فدعونا الآن نعني بالفقر لأن ذلك سيؤدي إلي العناية بالناتج القومي الإجمالي". (محبوب الحق، 1988، ص61)

وضمن نفس السياق أشار امارتيا سن إلي رفضه القبول بالمؤشرات الكمية للفقر كمتوسط الدخل الوطني و اعتبارها غير كافية تماما للتعبير عن ظاهرة الفقر نظرا لسببين أساسيين: (مصطفى احمد حامد رضوان، 2012، ص32-35)

•المؤشرات الكمية أخفقت في أن تعكس قضايا توزيع الدخل.

•إن رفاه الفرد و حريته يعتمدان على كثير من التأثيرات الغير مرتبطة بالدخل.

إن كل هذه الظروف و الوقائع ساهمت في ظهور مفاهيم موسعة تتعلق بالفقر و التنمية، حيث أدرك المجتمع الدولي أن الفقر اكبر من انعدام أو قلة الدخل و إنما يتوسع مفهومه ليشمل انعدام الحاجات الأساسية المرتبطة بمعيشة الإنسان و المتشابكة فيما بينها كالرعاية الصحية، التعليم، المشاركة السياسية و الأمن...الخ.

وكان نتيجة الجهود الدولية المبذولة في مجال التنمية أن تم الاتفاق على اعتبار **الفقر الهدف المحوري للتنمية** حيث صيغت الأهداف التنموية للألفية وفق نظرة إستراتيجية لمكافحة الفقر . وقد أدرك الباحثون و المختصون أنه لابد من مخاطبة الفقر في كافة الاتجاهات و ليس من خلال الدخل فقط لأن حرمان الفرد في مجال من مجالات الحياة يشكل صورة من صور الفقر و على هذا الأساس تم ربط الفقر بالحرمان لتتضح لنا حقيقة أساسية و هي أن الفقر و الحرمان لهما ثلاث أبعاد أساسية:

–العيش و البقاء و الوفاة في سن مبكر.

–المعرفة و عدم القدرة على القراءة و الكتابة.

–مستوى الحياة أو المعيشة و إجمالي التوفير.

وبهذا تم التوصل إلى صياغة مفهوم للفقر و فق منهج القدرات و الاستحقاقات التي جاء بها A.Sen بحيث أصبح الفقر لا يعني قلة الدخل أو الفشل في الحصول على الحاجات الأساسية أو قلة المنفعة فقط و لكنه يعني قصور القدرة الإنسانية على تلبية مختلف المتطلبات الأساسية نتيجة لمختلف أوجه الحرمان (سالم توفيق النجفي، 2008، ص44) وبهذا اتخذ مفهوم الفقر طابعا شموليا من خلال كونه:

•الفقر هو الحالة التي يعجز فيها الإنسان بسبب مجموعة من العوامل الموضوعية والذاتية عن تلبية مختلف حاجاته المادية والمعنوية في ظل نظام اجتماعي وثقافية و اقتصادي و سياسي محدد.

•الفقر هو عدم القدرة على بلوغ الحد الأدنى من الشروط الاقتصادية و الاجتماعية و السياسية و الثقافية التي تمكن الفرد من أن يحيا حياة كريمة.

•الفقر يعبر عن " فقدان القدرات الإنسانية عن تحقيق مستوى من الرفاهية الإنسانية المستحقة للإنسان من بينها الاستمتاع باحترام الذات و ضمان حقوق المواطنة من خلال المشاركة الفاعلة في المؤسسات الاجتماعية و السياسية والاقتصادية و القدرة على التأثير فيها." (مصطفى محمود عبد السلام، 2012، ص53)

•عرف الفقر حسب البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة على انه " الفقر يشمل تلك العوامل التي تعزز تحكم الفرد على الموارد كالحفاظ على الصحة الجيدة و القدرة على القراءة و الكتابة." ( البرنامج الأمم المتحدة الإنمائي، 2010، ص33)

•عرفت لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية و الاجتماعية و الثقافية الفقر على انه " ظرف إنساني يتسم بالحرمان المستدام أو المزمن من الموارد و المقدرات و الخيارات و الأمن و القوة الضرورية للتمتع بمستوى لائق من الحقوق المدنية و السياسية و الثقافية و الاقتصادية و الاجتماعية." ( منظمة الأمم المتحدة و منظمة الصحة العالمية، 2010، ص6)

ومن خلال التعاريف السابقة يتضح لنا بأن المفهوم الموسع للفقر يتضمن أوجه متعددة نوجزها فيما يلي:

-الفقر الاقتصادي:عدم قدرة الفرد على كسب المال، الاستهلاك، التملك، الوصول للغذاء.

-الفقر الإنساني:عدم تمكن الفرد من الصحة، التربية، التعليم، الماء الصالح للشرب، السكن.

-الفقر السياسي:عدم وجود حقوق الإنسان و المشاركة السياسية و حرية التعبير.

-الفقر الوقائي:عدم وجود القدرة على مقاومة الصدمات الاقتصادية.

2- مفهوم الفقراء :يعرف الفقراء بشكل عام من خلال ثلاث منطلقات أساسية :ذاتية، اجتماعية و موضوعية و ذلك وفق ما يلي:

-التعريف الذاتي :الفقير من وجهة نظر ذاتية كل الفرد يشعر بأنه لا يحصل على ما يحتاج إليه من احتياجات أساسية.

-التعريف الاجتماعي :الفقراء هم الذين يحصلون على مساعدة اجتماعية من المجتمع بحيث يعتبر الحد الفاصل للفقر الحد الأدنى الرسمي من المعونة الاجتماعية الذي يحصل عليه الفرد عندما يعتمد على المعونة الاجتماعية.

-التعريف الموضوعي :الفقراء هم غير القادرين على تحقيق الحد الأدنى من مستوى المعيشة.

### ثانياً: أنواع الفقر

يمكن النظر لظاهرة الفقر من عدة زوايا منها:

- الفقر المطلق والفقر النسبي : حيث يعطي الأول حداً معيناً من الدخل و تعتبر الأسرة فقيرة إذا قل دخلها عن هذا الحد ، في حين يشير الفقر النسبي إلى الحالة التي يكون فيها دخل الأسرة أقل بنسبة معينة من متوسط الدخل في البلد، وبالتالي تتم المقارنة في هذه الحالة بين فئات المجتمع المختلفة من حيث مستويات المعيشة.

- الفقر الدائم و المؤقت :الفقر الدائم و المتواصل يرجع إلى خلل هيكلي في الاقتصاد المحلي أما الفقر الطارئ و المؤقت فينتج عن أزمة اقتصادية أو عسكرية أو سياسية عابرة أو عن

كوارث طبيعية و هو عادة ما يتم تجاوزه بالتكافل والتضامن الشعبي والدولي. كما توجد تصنيفات أخرى للفقر و هي:

- 1 **الفقر الاقتصادي**: ويعني عدم قدرة الفرد على كسب المال و على الاستهلاك والتملك و الحصول على الغذاء...الخ.
- 2 **الفقر الإنساني**: هو عدم حصول الفرد على بعض الخدمات مثل: الصحة والتغذية والمياه النقية و المسكن الملائم.
- 3 **الفقر السياسي**: ويتمثل في غياب حقوق الإنسان وعدم المشاركة السياسية ونقص الحريات السياسية و الإنسانية.
- 4 **الفقر الاجتماعي والثقافي**: ويتمثل في عدم القدرة على المشاركة و فقدان الهوية وعدم الانتماء وصعوبة التواصل بين الفرد والمجتمع. (سحر عبد الرؤوف، 2014، ص34)

#### ثالثاً: أسباب انتشاره الفقر و خصائصه

- لظاهرة الفقر جملة من الأسباب التي ساهمت في انتشارها، كما لها عدة أنواع منها:

▪ أسباب الفقر:

- توجد مجموعة من الأسباب التي أدت إلى ظهور الفقر في المجتمعات، ومن أهم هذه الأسباب ما يلي:

- 1 **حجم الأسرة**: يؤدي كبر حجم الأسرة إلى ارتفاع معدل الإعالة وزيادة الأعباء على نفقات الأسرة وبالتالي مواجهة حالة عجز توفير المتطلبات الأساسية، وقد تزداد حالة العجز هذه باستمرار وتتفاقم فينتج عنها الفقر بمعناه التام.
- 2- **التضخم**: إن التضخم الذي يعرف بأنه الارتفاع العام في أسعار السلع والخدمات معبرا عنها بالنقود فيؤدي إلى انخفاض القوة الشرائية للنقود، وبالتالي تتأثر الدخول الحقيقية للأسر وتصل إلى حالة العجز عن اقتناء كل المتطلبات التي تحتاجها وتصبح ضمن دائرة الفقراء.

3- برامج التصحيح الهيكلي: تعتبر برامج التعديل أو التصحيح الهيكلي من أهم الأسباب التي أدت إلى تنامي الفقر وزيادة معدلاته خاصة في الدول النامية. (حسين وسن عبد الرزاق 2013، ص104)

4- سوء توزيع الدخل والثروات: إن غياب التوزيع العادل للدخل القومي والثروات يؤدي إلى غنى البعض وفقير البعض الآخر.

5- النزاعات الداخلية والخارجية: وهي تشمل الحروب التي تؤدي إلى عدم الاستقرار وينتج عنه ضياع فرص العمل و الممتلكات، وبالتالي سهولة الوصول إلى الفقر.

6- تدني المستوى التعليمي و البطالة: فهذا السبب يقلل من مستويات انخراط الأفراد في سوق العمل ومنه عدم القدرة على تحصيل الدخل اللازم لسد احتياجات و متطلبات العيش) .

7- الفساد والبيروقراطية : ينتج و يسبب البطء في التصرف وتعقد الإجراءات، وأن الفساد الإداري المتسم بالبيروقراطية يساهم في تعطيل مشاريع حيوية مهمة للاقتصاد ، كما أنه يؤخر ويقلص الإنفاق الاستثماري على البنية التحتية ، ويزيد من تكلفة التشغيل ، ويقلل من النمو الاقتصادي: ( إيد عبد الفتاح النور، 2013، ص233 )

#### ▪ خصائص الفقر:

لظاهرة الفقر مجموعة من الخصائص نذكر منها ما يلي:

أ- الحالة الصحية : إن السمة الرئيسية للحالة الصحية للأسرة الفقيرة هو التدهور المستمر مقارنة مع غيرها من الفئات، ويرجع السبب في ذلك إلى عدم قدرة الفقراء على التمتع بالرعاية الصحية نظرا لارتفاع تكاليفها، ونسبة إصابة الأسر الفقيرة بالأمراض المزمنة والمتكررة مرتفعة.

ب- الحالة السكنية : تعاني الأحياء التي يقطنها الفقراء من الاكتظاظ و العمران العشوائي ويقدر البنك الدولي أن ربع سكان المناطق الحضرية في معظم الدول الإفريقية لا يستطيعون تأمين الاحتياجات السكنية.

ج- الحالة الديموغرافية : تمتاز الأسرة الفقيرة عن غيرها بالارتفاع النسبي لعدد أفرادها و بالتالي يرتفع معدل الإعالة و يرتبط حجم الأسرة ارتباطا وثيقا بحالة الفقراء ، فالأسر الكبيرة أكثر فقرا من الأسر الصغيرة.

د- الحالة التعليمية : تعاني المجتمعات الفقيرة من ارتفاع نسبة الأمية عند البالغين وانخفاض معدل الالتحاق بالتعليم الابتدائي، فأغلبية الفقراء لم ينهوا سوى التعليم الابتدائي أو لم يحصلوا على أي قسط من التعليم.

و- الحرمان: يوجد حرمان مادي و آخر معنوي، فالأول يمكن قياسه عبر البطالة و الازدحام السكاني و غياب الأمان و الافتقار إلى مواد معينة، أما الثاني اجتماعي يتمثل خصوصا في تدني المشاركة في العلاقات و الأعراف الاجتماعية. (علي وهب، 1996، ص 133)

#### رابعا: النظريات المفسرة لظاهرة الفقر

بما أن الفقر ظاهرة متعددة الجوانب فقد اختلفت الآراء و النظريات المفسرة له باختلاف واقع و ظروف كل مجتمع، حيث يختلف تفسير الفقر في مجتمع يسوده الفقر و الحرمان عن مجتمع آخر يعتبر الفقر فيه ظاهرة هامشية وليست مركزية. وفيما يلي أهم النظريات المفسرة للفقر.

**1 -نظرية الحلقة المفرغة للفقر:** تعتمد هذه النظرية على تفسير الفقر وفقا لما يعرف بالسببية الدائرية في الربط بين مختلف مظاهره، والحلقة الدائرية تعبر عن مجموعة من القوي و العوامل التي تتفاعل فيما بينها لإبقاء البلد الفقير فقير، حيث أن انخفاض مستوى الدخل الفردي هو سببا للفقر ونتيجة له في نفس الوقت. فالفقر عبارة عن حلقة تبدأ بسبب تدني مستوى الدخل الفردي الذي يساهم في تدني المستوى الصحي و التعليمي و ينتج عن ذلك كله Nurkse انخفاض في إنتاجية الفرد مما يؤدي إلي انخفاض دائم في مستوى الدخل الفردي. وفي هذا الصدد يشير إلي أن الحلقة المفرغة للفقر تعبر عن " مجموعة من القوي الدائرية تتجه نحو الفعل و رد الفعل على بعضها البعض بطريقة تجعل البلد الفقير في حالة فقر دائم2" (مدحت القرشي، 2007، ص)، و تنطلق هذه النظرية من فكرة أساسية و هي أن أصحاب الدخل المرتفعة يمكنهم الادخار و الاستثمار أما أصحاب الدخل المنخفضة لا يمكنهم القيام .

كما أن المتطلع لواقع الدول المتخلفة يلاحظ امتداد نموذج السببية الدائرية لمختلف الجوانب المرتبطة بحياة الفرد، فنتيجة للفقر أصبحت هناك عدة حلقات مفرغة كالحلقة المفرغة الخاصة بالتعليم التي تبدأ بانخفاض المستوى التعليمي و ينتج عنه انخفاض الكفاءة و المهارة الفنية مما يؤدي إلى انخفاض إنتاجية العامل و ينتج عن ذلك انخفاض في مستوى الدخل و تنتهي الحلقة بانخفاض المستوى التعليمي .ونفس الأمر يتعلق بالصحة بحيث تبدأ الحلقة و تنتهي بانخفاض المستوى الصحي للفرد.

ونشير في الأخير إلي انه هناك من يعتقد أنه لا يمكن كسر الحلقة المفرغة للفقر، وهو ما يعني بقاء الدول الفقيرة فقيرة، غير أن هذا الاتجاه غير مقبول عمليا لسببين أساسيين وهما:  
إن الدول المتقدمة اليوم مرت بمراحل متباينة و شهدت الفقر و التخلف و بعد ذلك تمكنت من الوصول إلي حالة التقدم الذي تسايره اليوم.

إن استقراء الواقع الاقتصادي يوضح بان العديد من الدول النامية استطاعت كسر هذه الحلقة مثل ماليزيا، الصين، دول الخليج...الخ.

2 - التفسير الماركسي Alis & Buchanan : يؤكد اليساريون على أن حلقة الفقر هي نتاج الطغيان الاقتصادي الذي يتجلي في عدم المساواة الاجتماعية، و لذلك فهم يطالبون بتفعيل دور الدولة من خلال سياسات الدعم و الإنفاق لصالح الفقراء في مختلف المجالات 1 ، و تعتبر هذه الآراء بمثابة نتاج لما توصل إليه كارل ماركس من خلال تحليله للصراع الطبقي في المجتمعات الرأسمالية الذي يقوم على أساس سيطرة الطبقة الرأسمالية على عناصر الإنتاج و استغلالها لطبقة العمال، وهو ما يعني بأن الانتماء الطبقي الذي يقوم على أساس العلاقة بوسائل الإنتاج هو الذي يحدد المستوى المادي لكافة الأفراد، و نتيجة لهذا الوضع يحدث التفاوت الكبير في المستوى المادي لأفراد المجتمع .فالرأسماليون يستأثرون بقدر كبير من الدخل بينما طبقة العمال تأخذ جزء يسير اقل من حقاها تجعلها تحت وطأة الفقر و أساس المشكلة هو سوء التوزيع، ولمعالجتها لابد من إزالة التركيب الطبقي و إحداث عدالة في التوزيع.

3 - نظرية الأنظمة الاقتصادية والسياسية: يشير أصحاب هذا الاتجاه إلى أن الفرد ليس مسؤولاً ولا عن الفقر الذي يعانيه ولكن الأنظمة الاقتصادية والاجتماعية والسياسية لها دور مباشر في عدم قدرة الناس على الحصول على الفرص و الوسائل التي تمكنهم من تحقيق مستوى معيشي لائق، و يؤكد المفكر الاجتماعي الفرنسي Jencks أن الدخل المتدنية لا تتيح للعائلات فرص تحقيق الاكتفاء الذاتي من الناحية الاقتصادية فتتناقص فرص التحصيل العلمي والتدريب المهني لتلك العائلات مما يمنعها من الحصول على وظائف جيدة مما يساهم في بقاء مستويات الدخل ضعيفة. وبالإضافة إلى ذلك فإن طبيعة النظم السياسية وفق هذه النظرية تشكل عائق حقيقي يقف أمام الفقراء، حيث أن التأثير و النفوذ السياسي يرتبط طردياً مع الثروة والغنى وهو ما يعني أن الفقراء الذين لا يملكون القدرة على التأثير المطلوب ضمن النظام السياسي لا تتحقق لهم منافع تحسن من مستوى معيشتهم و تمنحهم المزيد من العدالة.

4 - نظرية العوامل الجغرافية و الموارد: تتمحور هذه النظرية حول حقيقة أن المناخ الملائم يهيئ أساساً صاحب هذه Shaw للتقدم و المناخ غير الملائم لا يساعد على التطور و التقدم، فقد أكد المفكر البريطاني شو النظرية على أن للموقع الجغرافي وعدم توفر المؤهلات والظروف المحفزة أثراً مباشراً في تفاقم مشكلة الفقر. ويشير Alis & Buchanan إلى أن الكرة الأرضية مقسمة إلى بلدان متقدمة في المناطق الشمالية و الشمالية الغربية و أخرى متخلفة يقع أغلبها في إفريقيا و آسيا و أمريكا اللاتينية، وتتميز مناطق الدول الفقيرة بكونها مناطق حارة و استوائية تساعد على انتشار العديد من الأمراض كما أنها عرضة للأمطار الغزيرة و الفيضانات و تنتشر بها العديد من الآفات و الحشرات التي تؤثر على الإنسان و المحاصيل الزراعية مما يفسر فقر و تخلف هذه المناطق. وبجانب العوامل الجغرافية هناك من يشير إلى مدى تأثير وفرة الموارد و الثروات الطبيعية على التقدم، غير أن هذا الاتجاه يبدو ضعيفاً خاصة من حيث الثروات الطبيعية نظراً لتوفر عدد كبير من هذه الثروات في الدول الفقيرة حيث لا يزال العديد منها غير مستغل (لقريشي مدحت، 2007، ص 42-43)، بينما يمكن قبول فكرة ضعف كفاءة وفعالية الموارد البشرية في الدول الفقيرة باعتباره أحد المشاكل المزمنة التي تواجه هذه الدول.



5 -نظرية العلاقات الغير متكافئة : تعتبر هذه النظرية أن الفقر الجماهيري و التخلف لا يمثلان الحالة الأصلية أو الطبيعية لمجتمعات الدول النامية وذلك من حيث أن الفقر نشأ و تطور مع تطور الدول الرأسمالية المتقدمة .ويشير "جون اند فرانك " أن تقدم و تطور الدول الرأسمالية يتم غالبا على حساب تخلف و فقر الدول النامية بسبب العلاقة غير المتكافئة التي تجمع بين دول المركز المتقدمة و دول الأطراف المتخلفة (جامعة الدول العربية، المنظمة العربية للتنمية،2002، ص17) .وقد فرضت العلاقات الغير متكافئة بعدة أساليب و طرق منها الاستعمار و السيطرة المباشرة على العديد من الدول النامية، والسيطرة غير المباشرة من خلال الشركات متعددة الجنسيات المملوكة للدول الصناعية الكبرى (قريشي مدحت، 2007، ص47-50) .وعليه يصبح الفقر محصلة لظروف تاريخية تميزت باستغلال الدول المتقدمة للدول المتخلفة .إن هذا الاتجاه بالرغم من كونه واقعا نسبيا إلا انه يركز على العوامل الخارجية للفقر و التخلف و لا يشير للعوامل و الظروف الداخلية التي تميز الدول المتخلفة و التي ساهمت في تفاقم مشكلة الفقر كسوء التوزيع و الفساد الإداري و السياسي... الخ.

6 -النظرية الحتمية :يعتبر " اوسكار لويس " بأن ثقافة الفقر هي ثقافة فرعية ظهرت نتيجة لضغوط التغيرات الاجتماعية و التكنولوجية في المجتمع (جامعة الدول العربية، المنظمة العربية للتنمية الزراعية،...، ص17) .حيث يتصف بهذه الثقافة كل من نشأ في عالم الطبقات الدنيا و هي تنتقل من جيل لآخر و تعيش في نطاق حاملها دون أن يشعروا بها أو تثير انتباههم أو اندهاشهم لأنها تمثل جزءا منهم، مما يعني بأن صفات الفقر و خصائصه تتوطن في الفقراء أنفسهم و لذلك فهي حتمية و لا أمل في تغييرها .فالفقراء سيظلون فقراء لوجود عوامل و قوى ثقافية و اجتماعية و نفسية تشدهم للفقر .ولذلك نلاحظ بأن كل الفقراء في العالم تجمعهم نفس الأنماط السلوكية .إن هذه النظرية تبدو غير واقعية لأنها تركز على جانب واحد من جوانب ظاهرة الفقر. كما أن التغيرات التي يشهدها العالم منذ عصر الثورة الصناعية إلي يومنا هذا لا يتطابق مع التوجه العام للنظرية من حيث أن العديد من المناطق حققت قفزات نوعية في مجال التنمية كمنطقة جنوب شرق آسيا و الصين.

خامسا: واقع الفقر و انعكاساته في الجزائر

أمام اكتساح ظاهرة العولمة فان عدد الفقراء في تزايد مستمر ، فقد أخذت هذه الفئات في تزايد محسوس في الجزائر خلال الفترة الممتدة ما بين 1961 و 1979 ن ثم واصلت تلك الفئات توسعها بوتيرة عالية ابتداء من بداية الثمانينات بسبب تناقص الاستثمارات في القطاعات الإنتاجية، و تعرض الجزائري لإختلالات هيكلية.

كما ساهمت الأزمة الاقتصادية التي عرفتها الجزائر منتصف الثمانينات في زيادة مظاهر الفقر ، فقد تميزت سنة 1986 بتدهور كبير في الاقتصاد الوطني ، حيث سجل انخفاض معدل النمو الاقتصادي بنسبة 6% و نقصان مستوى الاستهلاك العائلي بنسبة 4.2% و كذا تدني في مخزون المواد الإنتاجية بنسبة 15.6% بالإضافة إلى انخفاض مناصب الشغل الجديدة بنسبة 40% ، ورغم تطبيق جملة الإصلاحات الهيكلية والاقتصادية إلا أنها لم تأتي بالنتائج المرجوة ، بل على العكس من ذلك فلقد زادت من حدة الفقر و انتشاره ، و شهدت مرحلة التسعينات من القرن الماضي ظهور الإرهاب و الذي اثر بطريقة مباشرة في زيادة الفقر بهجرة سكان الأرياف نحو المدن تاركين ممتلكاتهم بحثا عن الأمن ، و اثر الإرهاب على الاقتصاد و ساهم في إضعاف القاعدة الاقتصادية و الاجتماعية من جراء التخريب و التدمير

و قد اتسعت دائرة الفقر لتضم أعداد كبيرة من الأشخاص كانوا يعيشون عيشة كريمة في الريف كما ازداد عدد الأسر الفقيرة بفقدان رب الأسرة ، ومنه ارتفاع عدد المتشردين من جميع الأعمار، وقد أخذت مسألة الفقر بعدا هاما في المجتمع الجزائري في أعقاب الأزمة متعددة الأبعاد بحيث كان لها أثرا مباشرا و سلبيا على العمل و عوائد العائلات الجزائرية .

وقد انخفضت نسبة الفرد من الناتج الداخلي الخام من 2400 دولار عام 1990 إلى 1784 دولار عام 2000 مع انخفاض بالدينار ناهزت 12% بين 1990 و 1995 و ارتفاع قدره 8% بين 1995 و 2000 أي انخفاض قدره 3% سنويا .(التقرير الأول حول أهداف التنمية للألفية الخاص بالجزائر، 2004، ص11) وأصبح 17 مليون جزائري يعيشون تحت مستوى الفقر سنة 2002، و انتقل عدد البطالين من 2.4 مليون شخص سنة 2000 إلى 2.8 مليون شخص مع

بداية سنة 2002 ، و عرفت الأجور الحقيقية في كافة القطاعات تدهور بنسبة % 35 منذ بداية التسعينات. وصنفت الجزائر حسب التقرير العالمي حول التنمية البشرية لسنة 2002 في المرتبة 106 بينما احتلت المرتبة 100 سنة 999، كما تضاعفت الفوارق الاجتماعية حيث أن الخمس الخامس في المجتمع أصبح يستحوذ على ما يقارب % 50 من المداخيل بينما يتحصل الخمس الأول على اقل من %7 من المداخيل و الباقي موزع على الفئات المتوسطة .(بوساق كريمة، 2013، ص11)

### الانعكاسات السلبية لظاهرة الفقر على النسيج الاجتماعي الجزائري:

الفقر يلقي بظلاله على العديد من القضايا الاجتماعية التي تهز وتخلخل كيان المجتمع الجزائري من خلال المساهمة في ارتفاع معدل الجريمة التسرب المدرسي الهجرة غير الشرعية (ظاهرة الحرقاة) التفكك الأسري الجهل وانتشار الأمية.

**1- الجهل والأمية الأمية في الجزائر** تعتبر نتيجة مباشرة من نتائج ارتفاع معدل الفقر فهي لا تزال مرتفعة في الجزائر مثلها كمثل أي بلد عربي فلقد تطور عدد الأميين في الوطن لتبلغ 70 مليون أمة سنة 2010 ومن المتوقع أن لا يستطيع العالم العربي القضاء على أمية الرجال قبل 2025 أما بالنسبة للنساء فلن يكون ذلك قبل 2040.

وكشف الديوان الوطني لمحو الأمية وتعليم الكبار أن نسبة الأمية في الجزائر انخفضت إلى 18 بالمائة عام 2012 بينما كانت في حدود 22 بالمائة عام 2009 و 31.90 بالمائة لعام 1998 و 43 بالمائة عام 1990 و 85 بالمائة غداة الاستقلال في العام 1962 وقال رئيس الديوان الوطني الجزائري لمحو الأمية وتعليم الكبار محمد الطاهر بكوش أن الحكومة وضعت إستراتيجية شاملة للقضاء على الأمية نهائيا في البلاد قبل 2016 وبلغت قيمة الرصيد المالي الذي خصصته الحكومة لتنفيذ هذه الإستراتيجية 50 مليار دينار .

ورغم أن الجزائر حققت نتائج ايجابية في مكافحة الأمية إلا أن معدل الأمية لا يزال مرتفعا إذا ما قارناه بمعدل الأمية لبعض الدول العربية كالأردن والغريب في الأمر انه ونحن في الألفية الثالثة (عصر المعرفة) مازال العديد من الأطفال أميون خاصة أبناء البدو الرحل القرى النائية في بعض الولايات الداخلية وولايات الجنوب .

2- التدهور الصحي للسكان وانتشار الأمراض المزمنة والخبيثة رغم أن الجزائر تخصص حوالي 4.3 بالمائة من إجمالي الإنتاج الداخلي الخام ما يعادل بين 2.5 و 3.6 مليار دولار خلال السنوات الأخيرة وخصص لها قانون مالية 2013 ما يعادل 3.8 مليار دولار إلا أنها تمتلك أفضل منظومة صحية في الطن العربي هذا ينعكس مباشرة على الطبقة الفقيرة من المجتمع التي أصبحت تعاني اشد المعاناة من مختلف الأمراض العادية والمزمنة التي تعتبر مكلفة من ناحية العلاج مما يزيد الفقراء فقرا وبما أن إحصائيات صندوق النقد الدولي تشير إلى أن ما يفوق 40 بالمائة من الشعب الجزائري فقير فيمكن إذا تخيل معدل انتشار الأمراض في وسط الفقراء والزائر للمستشفيات الجزائرية يمكنه ملاحظة ذلك وتشير الإحصائيات إلى أن أكثر أنواع الأمراض المزمنة خاصة المنتشرة بين فئة الفقراء هي ارتفاع الضغط الشراييني الذي يحتل المرتبة الأولى بنسبة 404 بالمائة متبوعا بمرض السكري بنسبة 1.29 بالمائة وسجل التحقيق الذي خص 30 ألف عائلة موزعة عبر التراب الوطني نقشي هذه الأمراض عند المرأة أكثر منه عند الرجال ب 6.12 بالمائة مقابل 4.8 بالمائة عند النساء أما عن الأمراض الخبيثة بين الفقراء فيحتل مرض السرطان المرتبة الأولى حيث يتم تسجيل سنويا أكثر من 300 ألف حالة جديدة 90 بالمائة منها عن العائلات المعوزة .

و يعتبر اغلب المختصين أن السبب الرئيسي في انتشار الأمراض هو الفقر الذي تعيشه الأسر الجزائرية والذي ينتج عن القلق المستمر الذي يسبب مرض الضغط الشراييني ومرض السكر وسوء التغذية الذي يسبب الأمراض الأخرى على رأسها مرض السرطان.

3- انتشار الجريمة : العلاقة التي تربط الفقر بالجريمة هي علاقة طردية في المجتمع حيث كلما زادت حدة الفقر ارتفع معدل الجريمة المنظمة واستغلال الأفراد في الأعمال غير القانونية التي تمس بالأفراد والممتلكات وخرق القانون....وتحدث تقرير صادر عن جهات أمنية جزائرية في 16 يوليو 2013 أن عدد القضايا الإجرامية بالبلد ارتفع إلى 42 ألف 761 قضية خلال النصف الأول من العام الجاري مقابل 36 ألف و 668 قضية خلال نفس الفترة من العام الماضي أي ارتفاعا إجماليا قدر بقرابة 14 بالمائة مقارنة بالنصف الأول من 2012 واثر القضايا

الإجرامية انتشارا هي المساس بالأشخاص ثم القضايا المتعلقة بالمساس بالممتلكات وتأتي تلك المتعلقة بانتهاك القوانين الخاصة في المرتبة الثالثة وتمثل الجريمة المنظمة التي تشمل التهريب والمتاجرة بالمخدرات والأسلحة والهجرة غير الشرعية وتزوير السيارات وجرائم أخرى متعلقة بالمساس بالاقتصاد الوطني المرتبة الرابعة.

وبالتالي ما يمكن قوله أن الفقر هو من العوامل الأساسية التي تساهم في زيادة الجريمة في الجزائر خاصة في ظل غياب التنمية الحقيقية وغياب فضاءات علمية وترفيهية تستوعب طاقات الشباب خاصة البطال منه.

ثانيا- عمل الأطفال والتسرب المدرسي: الإحصائيات التي قامت بها المنظمة العالمية للطفولة في السداسي الأول من سنة 2012 عقب دراسة ظاهرة عمالة الأطفال في العالم تشير إلى انه يوجد نحو 13 مليون طفل عامل في المنطقة العربية تحتل بلدان المغرب العربي صدارة البيانات وتأتي الجزائر في مقدمة هذه الدول حيث يقدر عدد الأطفال الجزائريين الذين يعملون بـ 8.1 مليون طفل بينهم 3.1 مليون تتراوح أعمارهم بين 6-13 سنة من ضمنهم 56 بالمائة من الإناث و 28 بالمائة لا يتعدى سنهم 15 سنة كما أن 15.40 بالمائة أيتام وفقذوا سواء الأب أو الأم فيما يعيش 52.10 بالمائة منهم في المناطق الريفية .

كما أوضحت الدراسة أن الأطفال العاملين على نحو غير شرعي - باعتبار أن المسألة محظورة في مجموعة المعاهدات الدولية سارية المفعول - هم في اغلب الحالات أبناء لأمهات ذوات مستوى تعليمي منخفض أو لم يتلقين تعليما على الإطلاق وأنهم يميلون إلى التركيز ضمن الـ 20 بالمائة الأكثر فقرا مع الإشارة إلى المعلومات التي تضمنها تقرير اليونيسيف عن حالة الأطفال المزرية في الجزائر ومفعول الظاهرة، التي ولدت مشاهد اخطر في صورة التسرب المدرسي والانحراف الاجتماعي وما نجم عنهما من ظواهر أكثر ضررا واشد خطورة على غرار ما يعرف تجاوزا بـ "أطفال الشوارع" فالطفل الذي خرج من المدرسة أو لم يلتحق بها لا مكان له سوى العمل أو الشارع وما يترتب عنهما من مخاطر اجتماعية وتربوية.

وقسمت الدراسة ذاتها منظومة تشغيل الأطفال في المنطقة العربية إلى أربع مجموعات وضعت الجزائر في المجموعة الرابعة التي تضم إلى جانبها كل من الصومال جيبوتي والعراق السودان فلسطين التي مرت بظروف استثنائية في حين ربطت ظاهرة تشغيل الأطفال بتقديرات منظمة اليونيسكو التي تحدثت عن 8 ملايين في سن الالتحاق بالمرحلة الأولى للتعليم ظلوا خارج المدارس من بينهم 700 ألف طفل جزائري .

وعلى الرغم من مجانية التعليم الأساسي فللفقر دوره إذ يقترن التعليم بمصروفات مباشرة أو غير مباشرة إضافية إلى محدودية العائد الاقتصادي فضلا عما يقتضيه استكمال التعليم الأساسي من كفاح الفتيان والفتيات لإعالة أسرهم والوفاء بحاجياتها في مقابل نيل شهادات يصعب ترجمتها إلى قيمة اقتصادية واجتماعية كما لا تزيد نسبة التحاق الشباب بالمرحلة الثانية للدراسة عن 40 بالمائة من الشريحة العمرية التقريبية 12-18 سنة وبين هذا وذاك فإن ما يقرب من 90 بالمائة من التلاميذ يبلغون الصف الخامس من المرحلة الأولى لكن عدد الذين يستكملون إلى المرحلة الثانية يتقلص إذ لا يزيد عن طالبين من بين كل ثلاثة طلاب في الجزائر وإذا كانت معدلات الرسوب في المستوى الثاني مرتفعة بالجملة فهي تظل أقل لدى الإناث 31 بالمائة من الذكور مقابل 24 بالمائة لدى الإناث. وفي نفس السياق كشف مدير التوجيه المدرسي أن الجزائر سجلت في السنوات القليلة الماضية 500 ألف حالة تسرب مدرسي أي ما يقارب 30 بالمائة من نسبة الأطفال المتمدرسين وهي نسبة أرجعها المختصون إلى عوامل عديدة أهمها الفقر وعدم مقدرة العديد من الأسر على إعالة أبنائها وهي نسبة مرتفعة جدا وفي تزايد مستمر من سنة لأخرى . و برأي الدكتورة "خولة مطر" مسؤولة قسم الأطفال في منظمة العمل الدولية فإن عمل الأطفال له عدة مبررات من أهمها الفقر وتدني مستوى التعليم وتراجع العائد الاقتصادي والاجتماعي من التعليم.

4- **تشرذ و انحراف الأطفال:** بعد صدور دراسة حديثة أجراها مخبر الوقاية التابع لجامعة الجزائر، و تم الإعلان عن نتائجها خلال مؤتمر الأسرة و التربية بين التواصل و القطيعة، التي كشفت عن تراجع القيم الاجتماعية و الأخلاقية التي كانت معروفة لدى الأسرة و المجتمع

الجزائري بسبب تخلي بعض الأطراف عن أداء مهامها في التكفل بالتربية و التوجيه خاصة الأسرة و السبب يعود إلى الفقر الذي أصبحت تعيشه الأسر الجزائرية و الذي ألقى بظلاله مباشرة على تشرد و انحراف الأطفال، حيث أن 80% من أسباب انحراف الأطفال يعود إلى التفكك الأسري و الحرمان و الفقر.

**5- الهجرة غير الشرعية و هجرة الأدمغة** يعرف المهاجرون السريون في الجزائر باسم محلي شهير وهو (الحرقة) وكان هذا الوصف يطلق في العقود الماضية على ركاب القاطرات و الحافلات العمومية الذين يتهربون من دفع أسعار رحلاتهم ولكنه أصبح يطلق خصيصا على المهاجرين السريين و غير الشرعيين منذ بداية ظاهرة (الحرقة) في التسعينيات و أصبح هذا الوصف يتداول الآن بشكل واسع جدا حتى من طرف وسائل الإعلام المحلية و القوى السياسية بالجزائر. وظهرت (الحرقة في التسعينيات وربما في الثمانينيات تزامنا مع ظهور الأزمة الاقتصادية و اشتدادها بالجزائر حيث تفاقمت ظاهرتي الفقر و البطالة و خاصة لدى فئة الشباب فأصبح الكثير منهم يرى أوروبا بمثابة الخلاص و الحل السحري ولكن بما أن إجراءات التأشيرة معقدة بسبب التضييق الأوروبي على هجرة الجزائريين إليها فقد بدأت محاولات الهجرة السرية إليها في ما أصبح يطلق عليه (قوارب الموت) و يرى الدكتور ناصر جابي أستاذ علم الاجتماع بجامعة الجزائر أن هذه الظاهرة تعد تعبيرا صارخا عن فشل اندماج الشباب الجزائري في مجتمعه و يرجع السبب إلى الفقر و البطالة العالية للشباب و ظروفه الاجتماعية و الثقافية و استغراب تفاقم الظاهرة في بلد بترولي ارتفعت احتياطاته من العملات الصعبة مؤخرا إلى أكثر من 200 مليار دولار .

أما عن هجرة الأدمغة فسجلت معدلات مرتفعة في السنوات الأخيرة حيث بلغت في 2011 حوالي 214 ألف كادر بشري على رأسهم الأطباء مما يسبب نزيف في الكوادر العلمية المؤهلة و ذلك راجع إلى غياب البيئة الحاضنة لهم.

المبحث الثاني: ماهية و عوامل الصحة و المرض

أولاً: مفاهيم الصحة و المرض

- مفهوم الصحة:

تشير المدلولات اللغوية لكلمة الصحة إلى انعدام المرض وانتقائه فالصحة هي نقيض السقم وهو التعريف الذي جاء في قاموس لاروس الذي يشير إلى أن الصحة تعني حالة البدن الذي يعمل بطريقة عادية دون مرض. ( نور الدين حاروش، سنة 2008، ص ص: 58،59)

أما من الناحية الاصطلاحية فنجد أن هناك صعوبة في إيجاد تعريف شامل للصحة نظراً لتعدد أبعادها فقد أورد الفريد مارشال في الجزء الرابع من كتابه مبادئ الاقتصاد تعريفاً بسيطاً لها مفاده أن الصحة تعني القوة الجسمية والعقلية للفرد (عائشة عتيق، سنة 2011-2012، ص 34).

أما منظمة الصحة العالمية فقد عرفت الصحة في المادة الأولى من ميثاقها الصادر بتاريخ 22 جويلية 1964 بأنها تلك الحالة الكاملة من الراحة الجسمانية والعقلية والاجتماعية للفرد وليس فقط غياب المرض أو العاهة (Dedier Castiel, Année 2004 ,p154).

وفق هذا التعريف نجد أن مفهوم الصحة حسب رؤية منظمة الصحة العالمية يتجاوز التعريف الكلاسيكي لها بأنها مجرد الخلو من الأمراض الذي يعتبر تعريفاً قاصراً ولا يفسر المعنى المقصود من مصطلح الصحة بأبعاده المختلفة، والذي ينصرف إلى حالة السلامة البدنية والعقلية والنفسية للفرد. التي ترتبط بالحالة الاجتماعية للفرد والتي تشمل المسكن ومستوى نظافة البيئ ة والمرافق الصحية المتاحة ومدى إمكانية الحصول على خدماتها.

ثم تطور هذا التعريف في تصور المنظمة خاصة في إطار مشروع الصحة من أجل الجميع الذي أطلقتته المنظمة بعد إعلان ألماتا لسنة 1978 ثم في إطار ميثاق أوتاوا لترقية الصحة سنة 1986 ليصبح أكثر من حالة مجردة بل وسيلة وموردا لتمكين الناس من التمتع بحياة منتجة فردياً و اجتماعياً واقتصادياً. (Ottawa Charter, Année 1986,p1).



وبناء على ما سبق نستطيع القول أن الصحة وان كانت تشير مبدئياً إلى مدلول بسيط ذو علاقة بالسلامة أو المعافاة الجسدية من المرض إلا أن مراجعة الأدبيات المتخصصة في هذا الموضوع تحيلنا إلى مدلولات أكثر عمقا وتطورا عبر الزمن تركز خاصة على الجوانب الايجابية للصحة التي تمكن الإنسان من المساهمة في البناء الاجتماعي والاقتصادي للدولة.

#### - مفهوم المرض:

يمثل المرض كما وصفته الموسوعة البريطانية انحرافا ضارا و مؤذيا عن البناء الطبيعي أو الحالة الوظيفية للكائن الحي، حيث تظهر عليه عادة علامات و أعراض تدل على أن حالته غير طبيعية. (نادية محمود عمر، سنة 2003، ص 263)

أما من حيث المفهوم الثقافي للمرض فان معظم المداخل الاجتماعية و السلوكية تحرص على إبراز دور الثقافة في تحديد معنى المرض و التعرف عليه و فهم أعراضه و أسبابه، حيث أن مفهوم معنى المرض ما هو إلا مفهوم ثقافي يتنوع مع مجتمع إلى آخر ويعكس وجهة نظر السكان هذا المجتمع ودور المرض في حياتهم بل إن استجابة الفرد للمرض و التي تتم بطريق معينة قد توضع بعض القيم الثقافية و الاجتماعية الموجودة في المجتمع أو بمعنى آخر أن لكل جماعة استجابتها الخاصة للأمراض الموجودة في مجتمعاتها مما يوضع مدى التباينات الثقافية الموجودة فيها(مرفت العشماوي، سنة 1996، ص 202).

#### المفهوم البيولوجي للمرض:

يتمثل الوضع الطبيعي للكائن الحي في حالة من التوازن الفسيولوجي الدقيق أو ما يطلق عليه الاتزان البدني من حيث استمرار العمليات الوظيفية و الفيزيكية والكيميائية بواسطة ميكانيزمات معتقدة داخل الجسم من ثم فان المعنى البدني للمرض يتمثل في التبعات المترتبة على تعطل الميكانيزمات التي تتحكم و تسيطر على الاتزان البدني داخل الكائن الحي .

وقد يمكن السبب الأولى لحالة المرض داخل الكائن الحي الفرد نفسه وهنا يقال ان هذا المرض ذاتي أو خلقي أو ابتدائي ا واصلي كما قد ينشا المرض خلال مرحلة العلاج الطبي أما كآثار

جانبيه لا مفر منها لان العلاج نفسه كان غير حكيم وفي كلتا الحالتين يصنف المرض كمرض طبي المنشأ أي انه ناشئ عن المعالجة الطبية كما قد يعزى امرض إلى عامل بعينه خارجي عن الكائن الحي كما كيميائية عامل سام وفي هذه الحالة يكون المرض غير قابل للانتقال أي انه يؤثر في الكائن الحي الذي تعرض له وحدة كما قد ينجم المرض بسبب اختلالات اىضية محدد موجودة بالوراثة مثل نقص أنزيم معين ضروري لتوازن عمليات البناء و الهدم داخل الجسم و التي تترك الكائن الحي مهيناً للمرض بالتعامل مع المواد الطبيعية التي تواجهه في الحياة اليومية او بسبب الاختلالات الايضية التي ظهرت مؤخرا في الحياة من قبيل مرض التقرس و مرض السكر كما ترتبط الاختلالات الايضية بالشيخوخة، التدهور المرافق لها في ميكانيزمات محاولة التخلص من حالته المرضية و علاج نفسه حتى يصبح سليما معافا وان يبحث عن المادة الطبية المتخصصة.

إن المرض لا ينتشر بين الناس في المجتمع الواحد بدرجة واحدة بل أن كل فئة أو شريحة من السكان لها درجة معينة من الحالة الصحية وأنواع من المرض تنتشر بين أعضائها أكثر من انتشارها بين فئات أو شرائح أخرى من السكان ويرجع ذلك إلى أسباب يعتقد أنها ترتبط بضعف الوضع الصحي للطبقات الاجتماعية الفقيرة منها قلة الوعي الصحي و الاجتماعي و عدم القدر على تحمل تكاليف العلاج وعدم وجود فرص متكافئة للرعاية الصحية بين الفئات المجتمع.

#### ثانيا: أسباب حدوث الأمراض وطرق نقل العدوى:

##### أ- أسباب حدوث الأمراض:

تشمل العوامل المرتبطة بمسببات المرض:

1 - نشر العدوى: وتعني قدرة الميكروبات على الانتشار السريع من الشخص العائل للمرض

إلى الشخص السليم

2 - غزو الجسم: وتعني قدرة الميكروبات على الانتشار داخل الجسم العائل

3 - درجة الشراسة: وتعني قدرة الميكروبات على إحداث مرض شديد

4 عدد الميكروبات الداخلة إلى الجسم : يعتمد حدوث المرض على كمية الميكروبات الداخلة إلى الجسم فكلما زادت الكمية أخفقت وسائل الجسم الدفاعية.

5 - درجة مقاومة الجسم: ( وسائل الجسم الدفاعية ودرجة المناعة ) إن جسم الإنسان مزود بوسائل دفاعية طبيعية تحميه من التعرض للعدوى والأمراض وهي تنقسم إلى نوعين وسائل ميكانيكية ووسائل دفاع داخلية وتمثل الوسائل الميكانيكية خط الدفاع الأول للجسم وتشمل الجلد والأغشية المخاطية المبطنة للجهازين التنفسي والهضمي والعين والمهبل وكذلك الدموع والشعيرات الدقيقة الموجودة بالأنف وأيضا الشمع الموجود بالأذن أما الوسائل الداخلية (خط الدفاع الثاني) فتتعامل مع مسببات المرض التي تمر من الحواجز الطبيعية السابقة وتتمثل في الجهاز المناعي بالجسم ويشمل خلايا الدم البيضاء الملتهمة وبلازما الدم التي تكون الأجسام المضادة .

#### - المناعة:

المناعة في حالة زيادة مقاومة الجسم ضد مادة معينة وتنقسم المناعة إلى مناعة خاصة أو محددة ومناعة مكتسبة.

#### أ - المناعة الخاصة أو المحددة:

- المناعة الناتجة عن وجود الأجسام المضادة التي تكونها الخلايا اللامفاوية من الغاماغلوبين الموجود ببروتين البلازما عند تنبيهها بمولد المضاد

- المناعة الناتجة عن الخلايا

#### ب - المناعة المكتسبة

التمنيع السلبي: ويتم بحقن مضادات أجسام جاهزة للتكوين مثل:

مضادات الأجسام البشرية وتحضر من بلازما الدم للأشخاص الذين يعيشون في أماكن توطن أو الناقلين أو الذين اكتسبوا مناعة نشطة من خلال التمنيع.

مضادات السموم الحيوانية تستخدم للوقاية من أو علاج بعض الأمراض السارية التي تتميز بوجود سموم بالدم وتعطي مناعة لمدة قصيرة 2-3 أسابيع.

ب- طرق نقل العدوى: (المشهادي، عبد الفتاح محمد، 2012، ص566)

الأمراض المعدية تنتقل من مصادر العدوى إلى من هم عرضة لها أو لهم القابلية لذلك بطرق واسعة ومختلفة وتنتقل هذه العدوى بطريق واحد أو طرق جانبية ويمكن تصنيف طرق نقل العدوى إلى:

1 +الانتقال بالتلامس والاحتكاك

2 +الانتقال عن طريق الجراثيم

3 +الانتقال عن طريق المطية

4 +الانتقال عن طريق الجو /الهواء

1 - الانتقال بالتلامس والاحتكاك: ويكون إما بشكل مباشر أو غير مباشر فعوامل المرض

تنتقل بشكل مباشر من فرد مسببا العدوى إلى فرد قابل للتأثر بالمرض أو العدوى عن طريق ملامسة واحتكاك طبيعي (بالملامسة والتقبيل والاتصال الجنسي والمرض الجلدي أو عن طريق مرض عيون معدي وعن طريق مرض الجذام والبعض من المهتمين بالدراسات الوبائية يعتبرون أن قطرة صغيرة جدا معدية تعد شكلا من أشكال الانتقال بالتلامس.

وعلى الأغلب فمن الممكن أن يكون انتقال الأمراض بشكل غير مباشر فان عوامل المرض من الممكن أن تحمل عن طريق أشياء ملوثة كالطعام والماء والحليب والهواء والتي تكون في اتصال مع العدوى ولها احتمالية نقل العدوى عن طريق المناشف المشتركة والمناديل وعن طريق استخدام الأكواب والأقداح وملعق الأكل أو عن طريق أقلام الكتابة والألعاب و مسكات الأبواب والحفنية أو عن طريق استخدام زرق الإبر أو استخدام المراض.

2 - الانتقال عن طريق المطية: ويقصد بالمطية المواد أو الأشياء غير الحية التي تتلوث

بالعامل المعدي ويتضمن الانتقال عن طريق المطية انتقال عوامل الأمراض من خلال الماء

والطعام والحليب ومشتقاته ويعد الماء الأكثر انتقالا في العديد من الأماكن في العالم بسبب انه يستخدم من قبل أي شخص أن الأمراض التي يسببها الانتقال عن طريق المطية هي الكوليرا وحمى التيفويد التسمم بالطعام وشلل الأطفال والتهاب الكبد الفيروسي والحمى المتموجة والطفيليات والأمراض المنقولة بواسطة الدم وغيرها من الأمراض .

3- الانتقال عن طريق الناقل: ويقصد بالناقل المكان الحي من المفصليات (الحشرات ) الذي يمكن أن ينقل العامل المعدي ميكانيكيا (تلوث أقدام الناقل أو خرطومه بالعامل المعدي أو مرور ذلك العامل ضمن القناة الهضمية للناقل دون تكاثره أو تطوره فيه) أو بيولوجيا(حدوث تكاثر أو تطور دوري للعامل المعدي أو كليهما معا ضمن الناقل قبل أن يتمكن من نقل الشكل المعدي للعامل الممرض إلى الإنسان )

4 - الانتقال عن طريق الجو (الهواء) هناك ثلاثة أنواع من انتقال المرض عن طريق الجو فعندما يسعل الشخص أو يعطس أو حتى عندما يتكلم بصوت عال فان قطيره أو رذاذ السعال وإفرازات تتطاير وتنتشر في الجو هذه القطيرات الصغيرة عادة تكون من 5-10 أمتار أو أكثر من ذلك وتعتمد على قوة دفع الشخص الذي يدفعها وهذه عادة ما تكون مصدرا لحالات كثيرة من العدوى او انتقال الامراض المعدية مثل أمراض البرد العامة والأنفلونزا ومرض الجدري والسعال الديكي والتهابات الغدة النكافية وبعض من هذه القطيرات التي تتكاثر أثناء السعال و العطاس تستقر في ارض الغرف والسجاد والأثاث والملابس وأحيانا يوجد هذا الغبار في المستشفيات والقواويش لذا فان الجراثيم في هذه الأجواء يستنشق كما انه أحيانا تستقر هذه الجراثيم على الطعام المكشوف والحليب ارتبطت كلمة وباء بحدوث الأمراض المعدية بشكل انفجاري حاد ولقد تغير استخدام هذا المصطلح فلم يعد مقصورا على الأمراض المعدية بل وصف كل تغير تصاعدي في معدل الإصابة أو الانتشار لمرض م كما أن الفترة الزمنية للأوبئة لم تعد محددة بالأسابيع أو الشهور وإنما أصبحت تدرس على مدى سنوات.

لقد عرف العرب طبيعة العدوى وطريقة عملها في حمل المرض من المريض المعافى وأدركوا أن ملامسة المجذوم أو المجذور والولوج إلى مخدعه يعقبه نفس المرض في الشخص الذي

يخالط هذه الفئة المريضة كما اعتبروا أن انتقال الأمراض بالوراثة من صنف العدوى أيضا ويحاول (المجوسي) أن يفسر العدوى الجماعية في حالات الأوبئة وان يجعل الهواء و تبدلات الأجواء الموسمية له علاقة بإحداث الأمراض التي تنجم عن تبدل الأجواء بسبب العفونات التي يجعلها كأحد أسباب حدوث الأمراض وانتشارها بشكل قاطع. تنجم معظم الأمراض عن العوامل البيئية أو تتأثر بها فنحن بحاجة إلى فهم الطرق التي يمكن من خلالها أن تتدخل عوامل بيئية نوعية في الصحة من اجل تصميم برامج وقائية فعالة فهناك عوامل بيئية تؤثر على الصحة منها عوامل نفسية مثل الضغط النفسي والبطالة وتغيير العمل والعلاقات النفسية وعوامل بيولوجية مثل الجراثيم والفيروسات والطفيليات وكذلك عوامل فيزيائية ترتبط بالمناخ عبء العمل وعوامل كيميائية المواد الكيميائية والمهيجات الجلدية والإضافات الغذائية.

### ثالثا : مفهوم أمراض الفقر و أنواعها:

الأمراض المعدية والأوبئة الصحية التي تهدد سلامة وصحة الملايين من البشر كل عام، لاسيما الفقراء في الدول المتأخرة بسبب عجزهم المادي عن المعالجة كما يفعل الأغنياء، وعلى الرغم من التطور الكبير الذي يشهده عالم الطب لا تزال تشكل تحدي كبير وخطر قائم لا يمكن الاستهانة به أو تجاهله، خصوصا مع انتشار الأمراض الحديثة التي يمكن لها أن تتحول إلى أوبئة يصعب السيطرة عليها كما يقول بعض الخبراء في هذا المجال. والذين أكدوا على وجود ترابط كبير بين الفقر والمرض خصوصا وان العديد من التقارير والدراسات قد أثبتت أن المجتمعات الفقيرة هي أكثر عرضة لمخاطر انتشار الأمراض والأوبئة الصحية بمختلف أشكالها. (المشهادي، عبد الفتاح محمد، 2012، ص556)

1- مفهوم أمراض الفقر: هي الأمراض التي تنفشي بين الفقراء أكثر منها بين الأغنياء. و يعد الفقر في حالات عديدة عامل الخطر الرئيسي لمثل هذه الأمراض، و في بعض الحالات يمكن أن يكون المرض سبب الفقر. و في مقابل هذه الأمراض هناك أمراض الأغنياء و يعتقد أن هذه الأمراض هي نتيجة لتزايد الغنى في المجتمع.

## 2- أنواع أمراض الفقر

يمكن تقسيم أمراض الفقر إلى مجموعتين، المجموعة الأولى و هي أمراض الفقر السارية و المجموعة الثانية و هي أمراض الفقر غير السارية أو المزمنة:

## أ- الأمراض السارية:

تعتبر الأمراض السارية (المعدية) من الأمراض الخطيرة نتيجة انتشارها ومسها عدد كبير من الأشخاص مشكلة وباء قد يصعب التخلص منه بشكل بسيط وسريع إذا لم يتم التكفل الصحي الكامل والعاجل به بما في ذلك الإجراءات الوقائية للحد من شدة الظاهرة.

و كانت الأمراض السارية (المعدية) دوما السبب الرئيسي لوفيات البشر في كل أرجاء العالم، وما تزال الملاريا والدرن والإسهال الحاد وغير ذلك من الأمراض تسبب أعدادا مرعبة من المعاناة والوفيات وبخاصة في دول العالم النامي، ولفترة من الزمن ساد الاعتقاد بأن الأمراض المعدية قد باتت تحت السيطرة على الأقل في الدول الصناعية المتقدمة، غير أن ظهور الأيدز والصحة الحديثة للسل (الدرن) بما في ذلك نشوء سلالات مقاومة لعقاقير علاجية كثيرة قد أوضحت بجلاء أن الوحش لم يذبح بعد و إنما كان نائما فقط، وعليه تظل الأمراض المعدية مصدر القلق و موضع اهتمام الأبحاث العلمية في القرن الحادي والعشرين. (أيمن توفيق، 2011، ص7)

## ■ الخلفية التاريخية للأمراض المعدية:

تعد الأمراض المعدية من الأمراض الأولى و السبابة في التاريخ البشري و التي ارتبطت في عموميتها بسوء الحالة الاجتماعية و الاقتصادية للمجتمعات، فلو تتبعنا التاريخ الوبائي لهذه الأمراض بالمجتمعات المتقدمة الغربية لوجدنا هناك مراحل عدة تم إدراجها من طرف الباحثين و المتمثلة في ثلاث مراحل على التوالي:

**المرحلة الأولى:** هي المرحلة التي عرفت نسب عالية من الوفيات جراء الإصابة بالأمراض المعدية مثل: مرض الجدري، الكوليرا، التيفوئيد، الطاعون والأمراض المعدية التي تصيب الجهاز التنفسي في الجسم وغيرها من الأمراض المعدية الأخرى، هذه الأمراض كان من السهل انتشارها بين أفراد المجتمع من خلال الظروف المواتية لذلك مثل الوضع المعيشي السيئ داخل المنزل، الطعام السيئ والفقير بالمكونات والمواد الرئيسية، إضافة إلى اكتظاظ المدن بالسكان غير المهية لذلك الحجم الكبير، كل ذلك ساعد على ظهور مثل هذه الأمراض المعدية وسرعة انتشارها قبل القرن الثامن عشر، هذه الأمراض سببت نسبة كبيرة من الوفيات بين الأطفال والرضع على وجه التحديد، العمر المتوسط كان 40 سنة في فترة من الفترات على مستوى المجموعات السكانية محصورا في الفئة 20 .

**المرحلة الثانية:** تميزت هذه المرحلة ببعض التحسينات في تدابير الصحة العامة في المجتمع بالنسبة للسكن والحالة المعيشية، والذي صاحبه انخفاض كبير في بعض الأمراض المعدية، والذي أثره تم الانتقال والتحول في معدلات الوفيات لتشمل فئة كبار السن، وبالتالي أصبحت فرصة الأطفال أكبر في الحياة وبلوغ مرحلة الشباب، وفي هذه المرحلة بدأ العمر الافتراضي للوفاة يصل إلى الخمسين سنة.

**المرحلة الثالثة:** ارتبطت هذه المرحلة ببداية القرن العشرين تقريبا، في هذه المجتمعات، حيث أصبح هناك تحول رئيسي في مسببات الوفاة بفضل بعض الإجراءات الوقائية التي تم استخدامها واستحداثها، فكثيرا من الأمراض المعدية لم تعد تسهم بإصابة السكان بحالات من الوفيات في المجتمعات المتقدمة، بينما ظلت هذه الأمراض المعدية في بداية القرن العشرين موجودة ومنتشرة في كثير من أقطار البلدان المتخلفة والمجتمعات النامية، فظلت البعض من الأمراض موجودة خاصة تلك التي تصيب صغار السن

والأطفال، كالدرن وغيرها من الأمراض التي قلت بشكل كبير في البلدان والمجتمعات المتقدمة (يعقوب يوسف الكندري ، 2003، ص286)



▪ تعريف الأمراض السارية:

الأمراض السارية (المعدية) تتمثل في الأمراض التي يمكن أن يسببها أي نوع من الأحياء، خاصة المجهرية الواسعة الانتشار، فهي الأمراض التي يمكن أن تنتقل من شخص لآخر، إما مباشرة أو بوسيط بسبب الميكروبات و الطفيليات (عبد المنعم مصطفى، 1990، ص10)

▪ وسائل نقل العدوى:

يعد خروج مسبب العدوى من مصدره يمكنه أن يحدث عدوى جديدة إذا وجد وسيلة إلى مضيف جديد، و يمكن تقسيم طرق نقل العدوى إلى:

أ- العدوى المباشرة: ينتقل مسبب العدوى من شخص إلى شخص، فهو لا يتطلب أي وسيط مثل: حمى التيفوئيد، الكوليرا، السل، الخصبية وغيرها، وفي هذه الحالة لا يمكن للعدوى أن تنتشر إلا إذا كان هناك تركيز بشري شديد إلى حد ما، ففيما يخص المناطق المنعزلة، العامل المرضي لديه حظوظ كبيرة للاختفاء بسرعة أكبر، ولهذا السكان الأقل عددا والأعزل جغرافيا يكونون أكثر حماية من الأمراض المعدية مقارنة بالسكان المتفتحة وذات الحجم الواسع. (السيد محمد السايح، 2009، ص 86)

ب- العدوى غير المباشرة: معناها وجود وسيط بين مصدر العدوى وبين المضيف الجديد ولا يستلزم هذا النوع من العدوى اختلاط مصدر العدوى مع المضيف وقد يكون الوسيط: وسيط غير حي كالماء واللبن والأطعمة و الهواء والأدوات الشخصية، أو وسيط حي ويشمل الحشرات.

▪ مصادر العدوى: هي الأماكن التي تنمو و تتكاثر فيها الكائنات المعدية عادة، ونظرا لأن غالبية الكائنات المسببة للأمراض المعدية للإنسان لا يمكنها العيش والتكاثر لمدد طويلة تحت الظروف العادية خارج الأجسام الحية، لذلك تمثل المملكة الحيوانية أهم مصادر العدوى للأمراض المعدية للإنسان.

1- الإنسان كمصدر للعدوى: يكون الإنسان مصدرا للعدوى في عدة ظروف وهي:

- مريض بمرض واضح و هناك مخرج للعدوى.

- مريض بأعراض خفية غير واضحة خفيفة.

- حاملو الميكروب و هؤلاء لا تظهر عليهم أي أعراض ولا يشعرون بحالتهم، ويمكن تقسيم حاملي الميكروب إلى عدة أنواع هي : حاملي ميكروب ناقهين إذا استمروا في حمل الميكروب لفترة بعد الشفاء، و حاملي ميكروب مزمنين من مستمرين في حمل الميكروب لمدة طويلة وقد تكون مدى الحياة، و حاملي ميكروب مؤقتين ممن يحملون الميكروب دون أعراض و لفترة وجيزة.

2- **الحيوان كمصدر للعدوى** :هي الأماكن و الفتحات من جسم الإنسان أو الحيوان، التي عن طريقها يخرج مسبب العدوى، و يتوقف مكان خروج العدوى على موضع التكاثر المسبب و تواجد في المصدر، و يمكن أن تخرج العدوى من المخارج الآتية :عن طريق .الجهاز التنفسي، القناة البولية، فتحات الجروح أو البثور، المخارج الآلية. (السيد محمد السايح، 2009 ، ص86)

▪ **أنواع الأمراض المعدية** :هناك أنواع كثيرة من الأمراض المعدية والتي تشكل خطورة على حياة الأفراد الصغار منهم والكبار، كما أن هناك بعض الأمراض الذي قد تم السيطرة عليها بشكل كبير في الوقت الحالي من خلال الوقاية الصحية وتحسين الظروف الاجتماعية بالإضافة إلى بعض التفقيحات المعدة للتصدي لمثل هذه الأمراض وعليه، سنقوم بتعريف بعض هذه الأمراض:

- **حمى التيفوئيد** :مرض شديد العدوى يتوافق حدوثه موافقة طردية مع تلوث الماء والحليب والطعام، وهذا المرض شأنه شأن الكوليرا، من الأمراض المستوطنة في تلك الأقطار من المعمورة التي مازال الوعي الصحي والنظافة والتطبيقات الوقائية الأخرى فيها بدائية إلى درجة مزرية (حسان جعفر، غسان جعفر، 1998، ص19)

- **الكوليرا** :مرض إنثاني خطير وشديد، تشبه أعراضه التهاب المعى، والتهاب المعدة ويتسم باضطرابات في التوازن القلوي الحامضي والمائي الإلكتروليتي، يطال كل الأعمار،

خصوصا الصغار، ينتشر بسبب الظروف الاجتماعية السيئة، عدم كفاية الغذاء، تلوث مياه الشرب ومياه الغسيل، وانعدام الثقافة الصحية والطبية العامة لدى المواطنين .

- **السل**: السل هو مرض معد مثل زكام مبتدل ينتشر عن طريق الهواء، وتتم العدوى من طرف الأشخاص ذوي الرئتين المصابتين الذين بإمكانهم نقلها وهذا عند السعال، العطس، الكلام أو البصق، بطرح الجراثيم المسببة للمرض في الهواء والتي تسمى بعصيات السل، بحيث يكفي طرح البعض منها فقط فتتم العدوى<sup>2</sup>

- **الحمى المتموجة (الحمى المالطية)**: هو مرض معد ينتقل إلى الإنسان عن طريق الحيوانات الأليفة (الماعز، الغنم، البقر)، سمي بالحمى المالطية نظرا لكونه كان منتشرا في جزيرة مالطا التي يتناول سكانها لبن الماعز، يصيب المرض الكبار أكثر من الصغار، يكمن المرض في ظهور التناذر المعدي -التسمي -والذي يطال بشكل رئيسي الجهاز اللمفاوي، الطحال، الكبد و لب العظم و كذلك الجهاز الحركي و العصبي والتناسلي<sup>3</sup>

- **شلل الأطفال**: هو داء فيروسي معد وحاد يصيب الجهاز العصبي ويؤدي إلى شلل الأطفال، تم اكتشافه عام 1840 م من قبل طبيب العظام الألماني هني، وفي الثمانينيات من القرن التاسع عشر، تمكن طبيب الأعضاء الروسي كوجفنيكوف من وضع فرضية النظرية حول الطابع الساري للمرض ووصف أعراضه المرضية مشيرا إلى عوارض التهاب السحايا و الدماغ، وفي عام 1890 م، اكتشف الطبيب السويدي ميدين وباء شلل الأطفال وأثبت وجود علاقة وبائية بين الحالات المتعددة للمرض، ويعتبر اكتشاف وتحضير اللقاح المضاد للشلل انجازا كبيرا وهاما في الكفاح الطبي ضد هذا المرض، وضع الطعم المضاد للشلل العالم سالك عام 1954 و سنة 1961 تم تحضير طعم جديد .يسمى لقاح سبان. (حسان جعفر، غسان جعفر، 1998، ص123)

- **الأنفلونزا**: مرض فيروسي معد وحاد، يمكن أن يصيب أي جزء من أجزاء الجهاز التنفسي: من الأنف والحنجرة على الرئتين وكانت تأتي على شكل وباء فتاك وهذا ما حدث في 1919 حين فتكت الأنفلونزا بما يقرب من عشرين مليون من البشر. وسبب هذا الارتفاع

في معدلات الموت هو إصابة المريض بأمراض جرثومية جانبية أخرى، خاصة ذات الرئة، التي لم يوجد حينذاك دواء يقاوم الداء و يشفى منه.

- **الحصبة:** الحصبة بمثابة مرض معد و حاد، يحصل بشكل دوري غير منتظم، مع ارتفاع في الحرارة و نزلة في المجاري التنفسية و طفح جلدي بثري (السيد محمد السايح، 2009، ص42)

- **السعال الديكي ( الشاهوق):** مرض معد يسبب نزلة في المجاري التنفسية العليا، و السعال الناتج عن المرض متقطع، حاد يسمى أيضا الكحة و ينتهي بشهاق، شبيه بصياح الديك، و من هنا جاءت تسمية هذا الداء بالسعال الديكي، يصيب هذا المرض بشكل رئيسي الأطفال من عمر السنة حتى الست سنوات و المواليد الجدد، لكنه نادرا ما يطال الأطفال فوق العشر سنوات، كذلك من النادر أن يصيب الشاهوق الكبار و المسنين و الكهول (حسان جعفر، غسان جعفر، 1998، ص50)

#### 6- العوامل البيئية:

تلعب البيئة دورا هاما في حدوث العدوى بالأمراض السارية و خاصة عند توافر بعض العوامل مثل التلوث البيئي (تلوث الهواء الماء و الطعام) و الازدحام و عدم توفر الغذاء الكافي و انتشار القمامة و الفضلات و عدم التخلص منها بطريقة صحية سليمة مما يساعد على توالد و انتشار الحشرات هذا إلى جانب عدم استقصاء الأمراض أو التراخي في تبليغ الجهات الصحية المختصة لاتخاذ اللازم للحد من انتشار الأمراض و خاصة في البلاد النامية.

#### ■ آليات انتقال العدوى:

و هي الطريقة التي تنتقل بها الميكروبات من مكان إلى آخر و تنتقل الأمراض المعدية بواسطة خمس طرق هي:

أ- **المخالطة:** و تكون بطريقة مباشرة من شخص إلى شخص مثل نزلات البرد و الأمراض التي تنتقل عن طريق الجنس أو بطريقة غير مباشرة كاستخدام أدوات ملوثة كما في حالات الالتهاب الكبدي الفيروسي أو عن طريق الرذاذ من خلال اللعب و الإفرازات المخاطية حيث تبقى

حببيات الرذاذ الدقيقة المحملة بالميكروبات معلقة في الهواء إلى أن يستنشقها العائل الجديد(السيد محمد السايح، 2009 ، ص88)

ب- **نواقل عامة:** وفيها تنتقل جراثيم المرض عن طريق الطعام أو الماء أو اللبن أو الدم ومن أهم الأمراض التي ينقلها الطعام التسمم الغذائي و التيفوئيد و الباراتيفوئيد و الدوسنتاريا الباسيلية (الزحار العصوي) وتتم النزلات المعوية والالتهاب الكبدي الفيروسي و الكوليرا و التدرن أو عن طريق الهواء وتتم العدوى عن طريق الماء المحمل بالميكروبات والمعلق في الهواء أو عن طريق الغبار المحمل بالميكروبات.

ج- **الحشرات كنواقل للأمراض:** تلعب الحشرات دورا هاما في نقل الأمراض من شخص إلى آخر ومن هذه الحشرات:

- الذبابة المنزلية تسبب أمراض الطعام والتهاب ملتحمة العين

- الصراصير تسبب أمراض الطعام

- البعوض يسبب الملاريا الفيالريا والتهاب المخ

- القمل التيفوس الوبائي والحمى الراجعة

- البراغيث الطاعون والتيفوس الفاري

- القرادة الحمى الراجعة وحمى الكيو

د- من خلال المشيمة: مثل مرض الايدز (السيدا)

ب- **الأمراض غير السارية:**

تعتبر الأمراض المزمنة من أهم الأمراض غير السارية وقد ظهرت نتيجة للتقدم الواضح في علاج الأمراض السارية وخفض نسبة الوفيات في السنوات الأولى من العمر مما أدى إلى زيادة أعمار الأفراد حيث أصبحت نسبة كبيرة منهم تصل إلى سن متقدمة وترجع أهمية هذه الأمراض إلى أنها إلى جانب إحداث الإصابة والعجز وعدم القدرة على القيام بأعباء الحياة اليومية فان بعضها يعد من أهم الأسباب المؤدية للوفاة عند البالغين وكبار السن 25-62 سنة

وتعد الأمراض المزمنة أيضا من المشاكل الاجتماعية التي تؤثر على المريض نفسيا واجتماعيا وعاطفيا كما تمثل عبئا اقتصاديا على أسرة المريض والمجتمع ككل و لهذا وجب الاهتمام بالوقاية من هذه الأمراض وعلاجها وتأهيل المرضى للتغلب على العجز ومساعدتهم في الاعتماد على النفس والقدرة على التعايش والإحساس بكيانهم و لرفاهية المجتمع.

#### ■ تعريف الأمراض غير السارية:

هي أمراض لا تسببها الجراثيم ولا تنتقل من المريض إلى الآخرين ولها أسباب متعددة ومختلفة. (منظمة الصحة العالمية، 2004، ص14)

#### ■ تعريف الأمراض المزمنة:

هي الأمراض التي تبدأ وتتطور ببطء وتدوم لسنوات عديدة وهي تشمل إصابة أو ضعف أجهزة الجسم بشكل يعوقها عن تأدية وظائفها الفيزيولوجية الطبيعية ومن أمثلة هذه الأمراض: السرطان، أمراض القلب والأوعية الدموية، أمراض الكبد، أمراض الرئة المزمنة، أمراض السكر، التهاب المفاصل...

#### ■ العوامل المؤثرة في الأمراض المزمنة:

**العوامل البيئية:** تؤثر العوامل البيئية في حدوث بعض الأمراض المزمنة مثل الدرن وأمراض القلب الروماتيزمية.

**نمط الحياة:** التدخين يعرض المدخنين إلى الأمراض التنفسية المزمنة وسرطان الرئة وأمراض الشرايين التاجية

**طبيعة العمل:** هناك بعض الأعمال التي تعرض المرء لبعض المواد مثل الغبار الذي يؤدي إلى بعض أنواع السرطانات

**العادات الخاطئة:** يؤدي الإفراط في تناول الطعام إلى السمنة التي تساعد على حدوث أمراض القلب والسكر وتآكل المفاصل كما يؤدي نقص اليود إلى أمراض الغدة الدرقية وثمة ارتباط أيضا بين زيادة الدهون بالطعام و حدوث أنواع معينة من السرطانات و لان أمراض القلب والأوعية الدموية وكذلك السرطان من أهم الأمراض المزمنة غير السارية لذلك سوف نلقي بعض الضوء عليها.

#### رابعا: علاقة اعتلال الصحة بالأحياء الهشة:

##### - الحالة السكنية:

تعتبر الحالة السكنية من مكونات البيئة الايكولوجية، و تعد من الموضوعات الهامة عند دراسة موضوعات تتعلق بالمستوى الصحي، لان البيئة السكنية لها أثرها على الوضع الصحي للأفراد، فالمساكن التي تفتقر إلى الخدمات الأساسية مثل المياه النقية و الصرف الصحي الجيد، التهوية الكافية و الأسلوب الصحي للتخلص من النفايات، لا تعتبر مساكن صحية مناسبة للسكن و الحياة، و هي تشكل مصدرا للإصابة بالعديد من الأمراض. لذا يمكن القول أن المسكن الصحي يعتبر أهم أسباب تحقيق الصحة الإنسانية، و عندما يفتقر المسكن لأي من شروط الصحية سيؤدي إلى مشكلات جسمية أو نفسية أو اجتماعية حيث العلاقة واضحة بين المستوى الصحي و مستوى السكن.

إن من ابرز المشكلات المرتبطة بالحالة السكنية هي الاكتظاظ داخل المسكن أو ما يسمى بمعدل الازدحام داخل المسكن عدد الأفراد في الغرفة وهذا الاكتظاظ يساعد في نقل ونشر بعض الأمراض مثل لمرض الجهاز التنفسي، كما تؤدي المساكن المكتظة إلى ارتفاع درجة الحرارة و الرطوبة داخل المنزل حيث البيئة مناسبة لتكاثر الجراثيم كما يؤثر الازدحام سلبا على الناحية النفسية، حيث الشعور بعدم الراحة .

- الأبعاد الاجتماعية:

تعتبر الأبعاد الاجتماعية من العوامل التي ترتبط بالحالة الصحية للسكان و التي لها انعكاساتها على معدلات الاستخدام للخدمات الصحية المتاحة من هذه الأبعاد الاجتماعية و المتعلقة بالصحة و المرض المستوى التعليمي و الثقافي و الحضاري للسكان.

يعتبر المستوى التعليمي احد الأبعاد الاجتماعية التي تؤثر على الحالة الصحية العامة

لأي مجتمع من خلال السلوك الصحي للوقاية من الأمراض و البحث عن طرق و أساليب

العلاج عند الإصابة بأي مرض فانتشار الجهل و الأمية يؤدي إلى عدم الوعي فيما يتعلق

بالشؤون الصحية، من طرق الوقاية من الأمراض أو ضرورة العلاج المبكر للأمراض. كما أن

تدني المستوى التعليمي يؤدي إلى البطالة أو إشغال وظيفة متدنية الأجور. و هذا بالتالي يؤدي

إلى الفقر و الفقر يؤدي إلى الإقامة في المناطق سكنية ذات شروط صحية متدنية تؤدي للإصابة

بالأمراض .

تعتبر درجة الحضرية احد الأبعاد الاجتماعية التي تؤثر على الحالة الصحية للسكان

و الحضرية تشمل على عدة مظاهر تتعلق بعادات الناس و سلوكياتهم و ثقافتهم و دياناتهم

و مآكلهم و ملابسهم و مسكنهم و علاقاتهم الاجتماعية، فكل مظهر من هذه المظاهر يمكن أن

تكون له علاقة بظاهرة صحية خاصة أو بمرض معين .

إن من العادات والتقاليد التي يمكن أن تؤثر في حالة للإنسان المعتقدات الخاطئة فيما يتعلق

بالقضاء و القدر و التواكل ما كتبه الله على الإنسان لابد وان يراه الإنسان مما يعني إهمال

الوقاية و العلاج من الأمراض كما أن هناك معتقدات و أساليب غير علمية في التفسير أسباب

و علاج المشاكل الصحية مثل الإيمان كسبب أساسي لكثير من الأمراض. حيث يبحث هؤلاء

عن العلاج عند المشعوذين الذين لا ينفعون بل يضررون في كثير من الأحيان. (منظمة الصحة

العالمية،2004،ص20)

يعتبر الكحول و المخدرات و التدخين من العادات و السلوكيات الاجتماعية الخاطئة و التي تؤثر

على صحة السكان. فالتدخين وباء قاتل و آفة حضارية كريهة ألحقت بالإنسان الكثير من العلل



و خسائر مادية كبيرة يمكن الضرر الأساسي للتدخين فيما ينتج عن احتراق التبغ من مواد كيميائية تشمل النيكوتين و الكحول... الخ.

#### - تلوث البيئة السكنية:

يعتبر التلوث البيئي من العوامل التي لها علاقة بالصحة و المرض، و أكثرها ارتباطا بانتشار الأمراض. يعرف التلوث البيئي بأنه إدخال أية مادة في البيئة تخل بالتوازن البيئي، و تلحق الضرر بسلامة الإنسان أو الحيوان أو النبات. يمكن تصنيف الملوثات حسب مسبباتها أو نشأتها إلى ملوثات طبيعية لا دخل للإنسان فيها مثل الرياح المحملة بالأتربة. أما الملوثات المستحدثة فهي تأتي كنتيجة لأنشطة الإنسان في البيئة و ما تخلفه من نفايات متنوعة، ووسائل المواصلات و غيرها. و مهما تعاضم حجم الملوثات الطبيعية في عصرنا، فإنها اقل بكثير من حجم الملوثات البشرية، كما أنها اقل خطورة و تأثير على البيئة و الصحة العامة مقارنة مع الملوثات التي أحدثها الإنسان في بيئته. أما أهم أنواع التلوث في الأحياء الهشة و التي تتعكس سلبا على صحة الإنسان و البيئة فهي: تلوث الهواء و تلوث الماء و تلوث التربة و تلوث الأغذية و الطعام.

#### خامسا: أمراض الفقر في الجزائر:

إن المرض لا ينتشر بين الناس في المجتمع الواحد بدرجة واحدة بل أن كل فئة أو شريحة من السكان لها درجة معينة من الحالة الصحية وأنواع من المرض تنتشر بين أعضائها أكثر من انتشارها بين فئات أو شرائح أخرى من السكان ويرجع ذلك إلى أسباب يعتقد أنها ترتبط بضعف الوضع الصحي للطبقات الاجتماعية الفقيرة منها قلة الوعي الصحي و الاجتماعي و عدم القدر على التحمل تكاليف العلاج و عدم وجود فرص متكافئة للرعاية الصحية بين الفئات المجتمع. تلعب الأبعاد الاجتماعية و الطبية دورا هاما في انتشار الأوبئة في المجتمعات المختلفة فيخذ الوباء بعدا طبيا يركز على نوع الميكروبات أو الجرثومية أو الفيروس و سبل العلاج أو الوقاية الطبية. أما ما يتعلق بالعوامل الاجتماعية و انتشار الأوبئة إذ تساعد الظروف الاجتماعية السيئة كالفقر و البطالة و الازدحام و رداءة السكن و تلوث مياه الشرب و غيرها في انتشار الأوبئة (عبير نجم عبد الله الخالدي، سنة 2002، ص61)

و تعد أمراض الفقر في الجزائر مشكل مقلق و الشغل الشاغل للمشرفين على البرامج الصحية نظرا لما تسببه من وفيات و إعاقات مستديمة في المجتمع. لذا كان لزاما علينا أن نتطرق إلى الوضع الوبائي لهذه الأمراض على المستوى الوطني لإبراز الأهمية التي يجب أن تعنى بها دراسة الأمراض المذكورة. و المعطيات التالية تعبر على الوضع الوبائي للحالات المرضية ذات التصريح الإجباري و المثبتة مخبريا فقط لسنة 2015 حسب ما يلي الكشف الوبائي الصادر من المعهد الوطني للصحة العمومية (R.E.M,2015):

**1- الأمراض المتنقلة عبر المياه و الغذاء:** و هي مجموعة من الأمراض يمكن أن تتسبب في أوبئة خطيرة داخل البيئة السكانية نظرا لارتباطها بعنصر الماء و الغذاء، و بما أن الإنسان لا يمكنه أن يستغنى على هذه المادتين الحيويتين، حيث يتم استهلاك الماء عدة مرات في اليوم و الغذاء على الأقل ثلاث وجبات في اليوم.

- التيفوئيد : 96 حالة

- الزحار الاميبي : 158 حالة

- التهاب الكبد (أ): 1356 حالة

- الكوليرا: -

- التسممات الغذائية الجماعية: 6261

**2- الأمراض المتنقلة عن طريق الحيوانات:** هذه المجموعة من الأمراض أصبت تشكل هاجسا حقيقيا لما تسببه من عبء للمريض، خاصة مرض الكيس المائي الذي يتطلب عمليات جراحية لاستئصال الأكياس المائية على مستوى الكبد أو الرئة:

- الكيس المائي: 374 حالة

- الحمى المالطية: 6452 حالة

- داء الكلب: -

**3- الأمراض المتنقلة عن طريق النواقل و الحشرات:**

- الملاريا: 747 حالة

- التسمم العقربي: 48067 حالة

- بلهارسيا: 6 حالة

- تراكوم: 1955 حالة

4- الأمراض ذات التغطية التلقيحية:

- الحصبة: 197 حالة

- الكزاز: -

- السعال الديكي: 38 حالة

- الديقثيريا: -

- شلل الأطفال: 166 حالة

5- الأمراض الجنسية:

- الايدز (السيدا): 90 حالة جديدة

6- الامراض المتنقلة عن طريق الهواء و الرذاذ:

- السل: 8590 حالة

- التهاب السحايا: 29 حالة

**ملاحظة :** هذه المعطيات تعبر عن الحالات المثبتة مخبريا فقط، أي لا تشمل جميع الحالات المشخصة سريريا من طرف أطباء الصحة العمومية، بالإضافة إلى ذلك القطاع الخاص لا يصرح بالحالات المشخصة على مستوى العيادات التابعة له.

## الفصل الرابع

تقديم عام لمدينة بسكرة

ومنطقة الدراسة

أولاً: نبذة تاريخية عن مدينة بسكرة

ثانياً: الموقع الجغرافي لمدينة بسكرة

ثالثاً: موضع مدينة بسكرة

رابعاً: النشأة والتطور العمراني لمدينة بسكرة

**تقديم :**

سنحاول من خلال هذا الفصل التعرف على مدينة بسكرة بما يحتويه نسيجها العمراني من خصائص انطلاقاً من إلقاء نظرة على النبذة التاريخية للمدينة، ثم تحديد موقعها، بالإضافة إلى إلقاء نظرة حول موضعها ، مروراً بالتحليل العمراني و المجالي للمدينة، و الذي يشمل تطور النسيج العمراني في المدينة عبر الزمن انطلاقاً من فترة ما قبل الحكم العثماني وصولاً إلى النسيج القائم حالياً، ثم التعرف على مختلف أنماط المباني و الخصائص التي يحتويها نسيج المدينة من ت خصيصات سكنية و سكنات جماعية و مباني هشة، لنصل إلى عنصر آخر يوضح لنا التوزيع المجالي للأحياء الفوضوية بمختلف أصنافها في المدينة، و في الأخير وضع دراسة تحليلية لعينتين من هذه الأحياء الفوضوي، والخروج بالانعكاسات المترتبة عن هذا النوع من الأحياء سواء كانت بصرية أو عمرانية أو وظيفية على مدينة بسكرة .

أولاً: نبذة تاريخية لمدينة بسكرة :

تباينت تسمية مدينة بسكرة بين المؤرخين العرب و الأجانب، فمنهم من رأى أن اسمها ينحدر من كلمة "فيسكيرة" veskra الرومانية و تعني المحطة التجارية، و البعض الآخر كزهير الزاهري الذي نسب كلمة بسكرة إلى "سكرة" نسبة لحلاوة تمورها و عذوبة مياهها، و كما يعتقد البعض الآخر أن التسمية الحقيقية لها هي "أد بيسكينام" Ad piscinam و هي كلمة رومانية أيضا و تعني المنبع المعدني نسبة لحمام الصالحين. (حاجي يسين رابح، 2016، ص19)

كان لنشأة مدينة بسكرة ارتباطا وثيقا بتاريخ الزيبان، فقد كانت و لا تزال دائما عاصمة له، إضافة إلى أن كل الفترات الزمنية التي تعاقبت عليها و نسجت تاريخها، لها انعكاسات على المنطقة بأكملها و لكي نفهم تشكل واقعها الحضري لا بد من رسم تصوره التاريخي في عدة مراحل، فمن خلال الدراسة التاريخية نستطيع استكشاف مراحل نموها، لأن الحاضر ما هو إلا امتداد للماضي .

فقد عرفت مدينة بسكرة منذ نشأتها إلى يومنا هذا مراحل عديدة لنموها العمراني، وخير دليل على ذلك ما وجد من آثار شاهدة لها ( آثار ما قبل التاريخ، آثار رومانية، آثار إسلامية، و أخيرا الآثار الفرنسية) وهذا النمو يكون تارة من الشرق و تارة أخرى من الغرب، و هذه سمة تميز كل مدن الواحات وخاصة مدن الزيبان . (صبرينة معاوية، 2016/2015، ص 171)

ثانياً: موقع مدينة بسكرة:

يعتبر الموقع من أهم العوامل المؤثرة في دراسة التجمعات الحضرية و هذا لما له من تأثير مباشر على مختلف العلاقات التي تربط بين المدن و سنتطرق إلى دراسة موقع مدينة بسكرة كما يلي:

## 1.الموقع الجغرافي :

تقع مدينة بسكرة في الجهة الجنوبية الشرقية للجزائر بالسفوح الجنوبية لـجبال الأوراس، وهي بذلك تمثل الحد الطبيعي الفاصل بين الشمال و الجنوب بارتفاع عن سطح البحر يقدر بـ 128م، تبعد عن الجزائر العاصمة بـ 422 كلم، و تتربع على مساحة قدرها 21.671.2 كم<sup>2</sup>، تتمركز الجبال في شمالها وتحتل مساحة هامة والسهول تمتد على محور شرق/غرب وتمثل سهوب لوطاية، و الدوسن، وليوة وطولقة، وسیدی عقبة وزربية الوادي وتتميز تلك المناطق بتربة عميقة وخصبة، أما الهضاب فتقع في الناحية الغربية من إقليم الولاية، وتشمل دائرتي أولاد جلال و سیدی خالد فيما تغطي المنخفضات المناطق الجنوبية والشرقية من تراب المدينة وأهمها شط ملغیغ. (حاجب صهیب، 2012، ص08)

كما نميز أن مدينة بسكرة تعتبر نقطة ربط إستراتيجية لتلتقي بها أهم المحاور الرئيسية الكبرى المساهمة في تنشيط المجال و الإقليم ككل، ما يجعلها همزة وصل بين الشمال و الجنوب و يزيد من ضرورة الاهتمام بكيانها الحضري و إمكانيات توسعه . و من بين بلديات ولاية بسكرة نختص بالدراسة مقر الولاية و الدائرة معا، بلدية بسكرة و التي تعد أهم قطب حضري للجنوب الشرقي الجزائري، و الذي يتميز بوقوعه بين سلاسل جبلية بالجهة الغربية و السهول بالجهة الشرقية فهو منطقة منخفضة، ويكسبه أساسا وجود:

### ■ أهم المحاور المهيكلية لمدينة بسكرة :

-الطريق الوطني رقم (46) : الرابط بين بسكرة - باتنة و قسنطينة .

-الطريق الوطني رقم (31) : الرابط بين بسكرة - أريس .

-الطريق الوطني رقم (83) : الرابط بين بسكرة - سيدي خليل .

إضافة إلي استفادتها من عبور خط السكة الحديدية غرب المنطقة و الرابط بين الشمال و الجنوب، و كذا المطار الدولي (محمد خيضر) جنوب بلدية بسكرة، ما جعل من الموقع

يتمتع بالأهمية البالغة التي سمحت له بتأدية ديناميكية في مجال تأدية التبادلات الاقتصادية ويزيد من أهميته الوظيفية الجهوية.

## 2. الموقع الفلكي :

تقع مدينة بسكرة على خط 34.48 عرضا شمال خط الاستواء، وخط 5.44 طولاً شرق خط غرينتش، وبهذا الموقع تحل مكانا هاما في الشمال الشرقي للصحراء الجزائرية مما أهلها لأن تكون همزة وصل بين الشمال والجنوب وكذلك بين الشرق و الغرب. (حاجب صهيب، 2012، 08)

## 3. الموقع الإداري:

أصبحت مدينة بسكرة مركز رئيسي للولاية اثر التقسيم الإداري في سنة 1974 وتظم الولاية 33 بلدية و 12 دائرة، و حدودها كالتالي:

ـ من الشمال ولاية باتنة .

ـ من الشمال الغربي ولاية مسيلة .

ـ من الشرق ولاية خنشلة .

ـ من الناحية الجنوبية ولاية الوادي .

ـ من الناحية الجنوبية الغربية ولاية الجلفة .

يقع مجال الدراسة وسط ولاية بسكرة، متربعا على مساحة 127.70 كم<sup>2</sup> أي بنسبة

0.06% من المساحة الإجمالية للولاية، حدودها الإدارية كالتالي :

ـ من الشمال: كل من بلدية البرانيس و لوطاية .

ـ من الشرق: بلدية مشونش .

ـ من الجنوب: مجوع بلديات سيدي عقبة، أوماش، أمليلي .

ـ من الغرب: كل من بلديتي طولقة و بوشقرون . (صيفي زهير، 2012، ص02)



ثالثا: موضع مدينة بسكرة :

تتموضع مدينة بسكرة عند ملتقى جبال الأوراس وجبال الزاب، أي عند التقاء المجال الأطلسي والمجال الصحراوي، على ارتفاع 128م عن مستوى سطح البحر، و تتموضع على سطح قابل للتعمير في معظمه بنسبة 87%، أي في منطقة مقببة قليلا و مائلة نحو الجنوب متفتحة على منخفض الصحراء، أما أراضيها الأكثر ارتفاعا فتقع في الشمال حيث يصل ارتفاعها إلى 150م فوق مستوى سطح البحر، و أما أخفض أراضيها فهي في جنوب غابة النخيل حيث يقل ارتفاعها عن 95 م فوق مستوى سطح البحر، و يمر عبر المدينة مجرى وادي بسكرة المعروف بوادي سيدي زرزور، والذي يتميز بفيضاناته الفجائية حيث يتراوح عرضه ما بين 400 و 500 م (صيفي زهير، 2012، ص10)، و الصورة الجوية التالية تبرز موضع مدينة بسكرة .

صورة جوية بقوئل ارث توضح موضع مدينة بسكرة



المصدر : إعداد الطالب بالإعتماد على الصورة الجوية ل google eareth pro 2018 .

## 1. التحليل العمراني و المجالي لمدينة بسكرة :

يتم التطرق لدراسة التحليل العمراني و المجالي لمدينة بسكرة، كون هذا العنصر يشتمل على النقاط التالية : مراحل التطور العمراني و تعداد أنماط المباني بمختلف أصنافها على مستوى المدينة بالإضافة إلى توزيع انتشار الأحياء الفوضوية بالمدينة، هذا لما لها من أهمية في تشخيص الوضعية العمرانية التي تشهدها مدينة بسكرة .

### 1. التطور التاريخي للعمراني بمدينة بسكرة:

#### رابعا: النشأة و التطور العمراني لمدينة بسكرة

عند دراسة النشأة و التطور العمراني لمدينة ما عبر مراحل متعاقبة بشكل مفصل على مستوى نسيجها العمراني يتسنى لنا فهم و إدراك الديناميكية الحضرية للمدينة، ومختلف العلاقات التي تربط قطاعاتها وأجزائها، وهذا ما نحن بصدد القيام به لمدينة بسكرة، التي شهدت عدة مراحل تاريخية ساهمت في تطورها العمراني إلى أن وصلت للصورة التي هي عليها حاليا .

#### أ. المرحلة الأولى : ما قبل الحكم العثماني :

تميزت بانتشار بيوت جميلة تتوسطها ساحات كبيرة و بها سطوح مفتوحة من الخلف على بساطين جميلة شيدت بالجهة الجنوبية الغربية من المدينة .

#### ب. المرحلة الثانية : الحكم العثماني (1541 - 1844) :

لم يدخل العثمانيون المدينة بسهولة بل فرضوا عليها حصارا دام أشهر و خلاله مات الكثير من السكان عطشا و لم يستسلموا إلا بعد مدة و عندما دخلوا خرج السكان إلى غاباتهم وحقولهم و مزارعهم، و بهذا قسمت المدينة إلى قسمين:

- المدينة القديمة المهجورة: قداشة، باب الضرب، البرج التركي.
- المدينة الجديدة: لمسيد، رأس القرية، سيدي بركات.(حاجب صهيب، 2012، ص17)

و قد نمت هذه المراكز نموا خطيا تماشيا مع جريان السواقي أي من الشمال نحو الجنوب (صبرينة معاوية، 2016/2015، ص 199-200) فكانت تتربع المدينة آنذاك على مساحة تقدر ب: 531.87 هكتار تقريبا.(حاجب صهيب، 2012، ص17)

### ت. المرحلة الثالثة : الاحتلال الفرنسي :

تشكل فترة الاحتلال الفرنسي مرحلة هامة نظرا للطابع الاستيطاني، تميزت هذه المرحلة بنسيجين يختلف الواحد عن الآخر:

#### 1) النمط الأول:

المعمرون يسكنون مدينة عصرية صممت بأسلوب شطرنجي، يتميز بشوارع متقاطعة و متماثلة، و محلات سكنية موحدة حجما و شكلا و مساحة في غالبيتها، و باستعمال مواد بناء لم تعرفها المنطقة كالبلاط و الاسمنت، و كل ما يحمله هذا النمط من تقنيات صحية و عمرانية لضمان حياة أفضل لعنصر الفرنسي كما تبينه الملاحظة الميدانية لمركز المدينة (حي المحطة حاليا)

#### 2) النمط الثاني :

وهو نمط قديم متمثل بالمجمعات السبعة (قداشة، مجنيش، باب الضرب، باب الفتح، المسجد، المصلى، رأس القرية)، و التي تم تشكيلها و توسعها بمحاذاة المجاري الناتجة من المياه المنحدرة من السواقي بالجهة الشمالية نحو البساتين الممتدة آنذاك على مساحة واسعة من رقعة المدينة، التي تحولت في وقت لاحق لشوارع رئيسية تخترقها لتتفرع منها أزقة ثانوية تضمن الاتصال بالمساكن بصورة مختلفة.(صبرينة معاوية، 2016/2015، ص 200)

#### ث. المرحلة الرابعة : مرحلة الخمسينيات :

ما يميز المدينة خلال فترة ( 1950 - 1960) هو امتداد المجال المبني نحو الجنوب إلى الضفة الغربية للوادي وعلى جانب محور الزعاطشة و الحكيم سعدان و صالح باي من جهة، ومن جهة أخرى التوسع نحو الجنوب الغربي بمحاذاة السكة الحديدية و امتداد

المدينة القديمة نحو الشمال على الطول الشرقي و ظهور قطب آخر إلى الشمال يتمثل في حي العالية الشمالي (على حافة الوادي) و هي توسعات لا تخضع لنظام هندسي معين.  
ج. المرحلة الخامسة : مرحلة ما بعد الاستعمار : تم تقسيم هذه المرحلة إلى عدة فترات لدراستها.

### 1) فترة (1962 – 1975):

ما يميز هذه الفترة هو الجمود الكلي في الحركة العمرانية غداة الاستقلال، أي جمود في البرامج المسطرة من طرف الهيئات المحلية أو الوطنية، ما عدا ظهور برنامج 150 مسكن جماعي اجتماعي سنة 1969، و بعض العمليات التوسعية الشخصية للسكان المحليين أو الوافدين من الضواحي و البلديات المجاورة لإشغال مساكن الفرنسيين من جهة أو النشاط الإنشائي على عقارات خاصة و أراضي عمومية أو خاضعة لمضاربة عقارية من جهة ثانية.

حيث لوحظ تكثيف لبناءات فوضوية غير مخططة في جميع أنحاء المدينة، في حين تعرضت المساكن المحاذية للوادي (حي الوادي) لانهدامات جراء الأمطار الطوفانية التي اجتاحت إقليم الزاب عام 1969، مما زاد في حدة الطلب على المساكن و تعميق أزمة السكن، والتي كان لها أثر بالغ على هياكل المدينة الرسمية، الشيء الذي أدى إلى توسعات عشوائية لم تخضع ليد المخطط، فكانت على حساب واحات النخيل مثل حي فلياش المحاذي لحافة الوادي بالجهة الجنوبية الشرقية و حي العالية الشمالية المعروف بحارة الوصفان إضافة إلى حي سيدي غزال بالجهة الجنوبية الغربية .

كما استفادت المدينة من عدة مشاريع عمرانية بعد أن تم ترقيتها إلى رتبة مقر الولاية سنة 1974 لاسيما من ناحية توطن مختلف التجهيزات التي تتناسب مع الرتبة الإدارية الجديدة.

## 2) فترة (1975 - 1986):

عرفت المدينة خلال هذه الفترة حركة عمرانية سريعة و مكثفة خاصة بعد توطين المنطقة الصناعية بالجهة الغربية من المدينة و تقدر مساحتها بـ 177 هكتار. كما استفادت مدينة بسكرة من برنامج سكني يدخل في إطار إقامة مناطق سكنية حضرية جديدة "ZHUN" حيث تم إنشاء منطقتان سكنيتان جديدتان، الأولى في الجهة الغربية والثانية في الجهة الشرقية من المدينة.

### - المنطقة الحضرية السكنية الغربية:

أنشأت سنة 1979 (من خلال التشريع العقاري رقم 001 الصادر بتاريخ 1979/11/24) وهي امتداد وتوسع للمدينة من جهة الغرب، ابتداء من طريق الوطني رقم 3 و تمتد على مساحة 100 هكتار تقريبا و قدر استيعابها بـ 8500 مسكن.

### - المنطقة الحضرية السكنية الشرقية:

أنشأت سنة 1979 (من خلال التشريع العقاري رقم 31 الصادر بتاريخ 1979/04/30) و هي امتداد لمدينة بسكرة في الجهة الشرقية للوادي، تقدر مساحتها بـ 250 هكتار و طاقة استيعابها تقدر بـ 11000 مسكن. و قد برمجت المساكن بالمنطقتين الحضريتين على عدة سنوات لتصل إلى قدرة الإستيعاب المحددة لهم.

## 3) فترة (1986 - 1996):

و هي مرحلة حساسة تميزت بالانسحاب الجزئي لدعم الدولة في ميدان التعمير و الإعلان عن عهد جديد يتميز بتشجيع الاقتصاد الحر حيث ظهرت في هذه الفترة التخصيصات و هي مساهمة السكان في التعمير وذلك لترقية البناء الفردي.

فمن بين 8585 مسكن استفادت منها المدينة خلال هذه الفترة هناك 3917 مسكن عبارة عن قطع تجزئة غير أن أغلب هاته المساكن لم تنجز نظرا للظروف الاقتصادية و الاجتماعية للمستفيدين منها، و كذا ارتفاع سعر مواد البناء و ندرتها أحيانا .

#### 4) فترة (1996 - 2018):

عرفت المدينة خلال هذه الفترة حركة عمرانية متواضعة مقارنة بالفترات السابقة، حيث استفادت المدينة من برنامج سكني معتبر يقدر بـ 3241 مسكن منها 1372 في شكل تحصيصات، تربعت على مساحة تقارب 55 هكتار، إذ يمكننا القول أن هذه الفترة هي مرحلة التوسع في شكل تحصيصات، وهذا بعد انسحاب الدولة جزئيا من ميدان التعمير، حتى سنة 2007.

أما السنوات الأخيرة عادت برامج السكن خاصة مشاريع السكن الاجتماعي التساهمي، والتي طغت على التوسع الجديد للمدينة في كامل الاتجاهات، و مع هذا تبقى مدينة بسكرة تعاني من العجز في السكن.

(حاجب صهيب، 2012، ص19-20)

إنطافا مما ذكرنا سابقا استطعنا الخروج بخلاصة حول مختلف المراحل التي مرت بها مدينة بسكرة لتطور نسيجها العمراني و بالتالي تجسيد هذه الخلاصة بالجدول أعلاه، يشرح كل مرحلة و تاريخها و مختلف التطورات التي جرت خلالها، إضافة إلى رسم خريطة تبين توزيع انتشار و تطور مدينة بسكرة عمرانيا، إنطافا من النواة الأولى إلى غاية النسيج القائم حاليا .

#### ■ أنماط المباني بمدينة بسكرة:

نحاول من خلال هذا العنصر إلقاء الضوء على أنماط و أنواع المباني السكنية المتوطنة ضمن النسيج العمراني لمدينة بسكرة مع تحديد خصائصها و أماكن تواجدها و تاريخ

نشأتها بالإضافة إلى الأسباب الداعية لتكوينها و انتشارها، و التي ساهمت في التطور العمراني للمدينة و توسعها.

## 2 1 التحصيلات السكنية :

حسب القانون 29/90 المتعلق بالتهيئة و التعمير فإن التحصيلات السكنية هي كل عملية تقسيم لقطعة أرضية أو اثنين من ملكية عقارية واحدة أو عدة ملكيات مهما كان موقعها، بهدف استعمال القطع الأرضية الناتجة عن هذا القسيم لتشيد المباني مهما كانت وظيفتها (سكنية، تجارية، صناعية...) ، (الجريدة الرسمية العدد 90/52، 1990) وقد كان لإنتاج التحصيلات السكنية الأثر البالغ لتوسع المدينة و تطورها العمراني بحيث ارتبط تشييدها بعدة مراحل قانونية سواء من الناحية الكمية أو النوعية، و نميز مرحلتين لتطورها بمدينة بسكرة كالتالي :

### أ. المرحلة الأولى: 1990/1975.

مجمّل التحصيلات خلال هذه الفترة كان إنجازها من طرف البلدية التي كانت حينها تمثّل الفاعل الرئيسي و الوحيد في مجال التهيئة و التعمير، بالاعتماد على مجموعة من القوانين الخاصة بالتعمير، كقانون 02/82 المحدد لكيفية الحصول على رخصة البناء و رخصة تجزئة الأراضي المعدة للبناء، و القانون 26/74 المتضمن تكوين إحتياجات عقارية لصالح البلدية، و خلال هذه الفترة تم إنجاز 28 تحصيل موزعة على مجال المدينة كالتالي: 16 تحصيل بالمنطقة الغربية بنسبة 42.85 % من إجمالي التحصيلات المقدرة ب 37 تحصيل، و 11 تحصيل بالمنطقة الشرقية أي بنسبة 39.28 % ، و بالنسبة لمنطقة العالية كان نصيبها 4 تحصيلات أي ما نسبته 14.28 %، ومنه نجد أن خلال هذه الفترة شهدت مدينة بسكرة نموا تدريجيا ساهم إلى حد ما في تحسين الحضيرة السكنية كما و نوعا، لما تم إنجازها من تحصيلات سكنية . (الوكالة الولائية للتنظيم و التسيير العقار الحضري لولاية بسكرة، 2018).

## ب. المرحلة الثانية ما بعد 1990 :

تعتبر أهم مرحلة في إنجاز التخصيصات بمدينة بسكرة، حيث تم خلالها إنجاز 16 تخصيص للوكالة العقارية، و 20 تخصيص للخواص موزعة على مجال المدينة، أي على عدة مناطق مختلفة داخل الحاضرة السكنية، و ما يلاحظ خلال هذه الفترة أن التوزيع المجالي للتخصيصات السكنية المنجزة كان أكثر تركزا في المنطقة الغربية و المنطقة الشرقية، إضافة إلى بعض التخصيصات التي أنجزت في حي العليا الشمالية و بعدد قطع متفاوتة و بوتيرة إنجاز سريعة وهو ما ساهم في إنعاش الحاضرة السكنية لمدينة بسكرة. (الوكالة الولائية للتنظيم و التسيير العقار الحضري لولاية بسكرة، 2018)

وبصفة عامة يمكن القول أن التخصيصات السكنية في مدينة بسكرة تميزت بالانتشار عبر كامل المجال العمراني، حيث يختلف توزيعها من منطقة إلى أخرى، فكانت أكبر حصة من إجمالي التخصيصات متركز بالمنطقة الغربية لتليها المنطقة الشرقية .

## 2 2 السكن الجماعي :

نعني بالسكن الجماعي العمارات المقسمة على عدة سكنات، ما ينتج عنه كثافة عالية للسكان في الهكتار الواحد عكس السكن الفردي، يتميز هذا النوع عن غيره من أنماط السكنات، بإرتفاع نسبة الفضاءات المشتركة من طرف السكان (قفص السلم، بهو العمارات، أسطح العمارات...) وكذلك يتميز بعدد الطوابق الذي يكون أكثر من اثنين (ط+2، فأكثر). (Pierre Labored , 1992, p92)

انتهجت الدولة الجزائرية برامج السكن الجماعي كسياسة ذات توجه اقتصادي و إجتماعي من أجل خلق التوازن بين مختلف الشرائح سواء على مستوى الإقليم أو على مستوى



المدينة ، كما هو الحال بمدينة بسكرة التي قدرت حظيرة السكن لديوان الترقية و التسيير العقاري لها، منذ سنة 1999 إلى غاية 31 مارس 2016 ب 28137 مسكن، و تفصل بكل صيغة كما يوضحه الجدول رقم (01) :

جدول رقم (01) : حصيلة السكن الثلاثي الأول لسنة 2016 .

صيغة السكن الجماعي	عدد المساكن	صيغة السكن الجماعي	عدد المساكن
السكن العمومي الإيجاري	24883	سكن بيع بالإيجار	1200
السكن التساهمي	1918	السكن الترقوي المدعم	136

المصدر: مديرية السكن و التجهيز لولاية بسكرة .

حيث قدر مجموع عدد السكنات الجماعية حسب ما ورد في الجدول رقم 02 أعلاه، ب 28137 مسكن، و يشغل هذا الأخير مساحة متواضعة من إجمالي مساحة مدينة بسكرة تقدر ب: 163.5 هكتار أي ما يعادل نسبة 3.41 % من المساحة الإجمالية لمدينة بسكرة .

## 2 3 البناء الهش :

يقصد بالبناء الهش، تلك المساكن الواقعة ضمن الحدود الإدارية للمناطق الحضرية الناتجة عن عمليات البناء التي تتم خارج إطار القانون العمراني، فنجدها تفتقر لأبسط القيم و المعايير التقنية من جهة، و من جهة أخرى لا نلتمس بها الروح الفنية أو حتى الإبداعات الهندسية، فتتباين حجما و مساحة بصورة عفوية، و هي بذلك تعكس صورة مشوهة و قبيحة عن مناطق توأجدها و انتشارها . (مشروع لائحة تطوير المناطق العشوائية بمنطقة مكة المكرمة، 2008، ص10)

و تشهد مدينة بسكرة كغيرها من المدن الجزائرية ظهور و انتشار البناءات ال هشة خاصة في فترة ما بين 1962 و 1975م حيث تميزت هذه المرحلة بالجمود الكلي للحركة

العمرانية، و كما لوحظ تكثيف للبناءات الفوضوية غير المخططة في جميع أنحاء المدينة، في حين تعرضت المساكن المحاذية للوادي (حي الوادي) لانهيئات جراء الأمطار الطوفانية التي اجتاحت إقليم الزاب عام 1969م، مما زاد في حدة الطلب على المساكن و تعميق أزمة السكن، والتي كان لها بالغ الأثر على هياكل المدينة الرسمية (حاجب صهيب، 2012، ص 13) ، الشيء الذي أدى إلى توسعات عشوائية لم تخضع ليد المخطط، فكانت على حساب واحات النخيل مثل حي فلياش المحاذي لحافة الوادي بالجهة الجنوبية الشرقية و حي العاليا الشمالية المعروف بحارة الوصفان إضافة إلى حي سيدي غزال بالجهة الجنوبية الغربية، و قد شهدت مدينة بسكرة اليوم اجتياح كبير من طرف البناءات الفوضوية حيث تشغل هذه الأخيرة نسبة لا بأس بها من المساحة الكلية للمدينة ويمكن تقديرها بنسبة 4 % أي ما يعادل 428.3 هكتار .

و الجدول التالي يعرض نتيجة الإحصاء العام للسكنات الهشة عبر مدينة بسكرة في جويلية 2011، و موقف الدولة من تواجدها، فمنها ما أزيل و عوض إما بقطع أرضية أو سكنات تساهمية، ومنها ما يزال قائما إلى غاية اليوم .

الجدول رقم (02) : إحصاء السكنات الهشة عبر مدينة بسكرة في جويلية 2011 .

الموقع	عدد الأكواخ	أزيلت	لا زالت قائمة	عوضت بسكنات تساهمية	عوضت بقطع أرضية
ميدان سابق الخيل (سابق) المنطقة الغربية	25	X		X	
المنطقة الغربية-حي زميط	18	X		X	
المنطقة الغربية-حي زميط (ب)	11	X		X	
المنطقة الغربية - حي زميط (س)	05	X		X	
طريق طوفاة	06	X		X	
عين الحامية	07	X		X	

	X		X	14	حي لبشاش
	X		X	04	حي لبشاش (أ)
	X		X	03	محجرة حليمي
	X		X	14	برج الترك- جنان بكار
	X		X	01	حي الحنية
	X		X	08	شعبة روبة
	X		X	39	حي فلياش
X		X		01	طريق شتمة- منطقة الحضائر
X		X		98	حي العالية - مقاطعة 184
X		X		382	حي العالية - مقاطعة 185
X		X		266	حي العالية - مقاطعة 186
X		X		08	حي العالية - مقاطعة 187
X		X		06	حي العالية - مقاطعة 193
X		X		07	حي العالية - مقاطعة 194
X		X		08	الزاوية القادرية ( حي الوادي)
				931	المجموع

المصدر: المصلحة التقنية لبلدية بسكرة ..

#### خامسا: التوزيع المجالي للأحياء الهشة في المدينة :

أخذ توسع مدينة بسكرة خلال فترة ما بعد الاستعمار طابعا فوضويا كونها مرحلة انتقالية، خاصة مع غياب القوانين العمرانية، حيث ظهرت أحياء منفردة و بعيدة عن مركز المدينة، متمثلة في حي فلياش الذي يقع في الجهة الجنوبية الشرقية من المدينة الذي يمتاز بالطابع العمراني الريفي، ثم حي العليا وهو عبارة عن عدة أحياء متجاورة، كحي المستقبل و المعروف بحارة الوصفان و قد كان هذا الحي مخصصا للحراس و الخدم الذين كانوا يشتغلون عند بن قانة، لذلك فهو حي غير منتظم و أزقته ضيقة و مبانيه من طوب، و حي العالية نور و المعروف بطابق الكلب الذي يعتبر امتداد للحي الأول،

بالإضافة إلى حي سوق الفلاح الذي تنتشر في القسم الشمالي منه مجموعة معتبرة من السكنات الهشة، و حي شعبة روبة الذي على الرغم من أنه احتياط عقاري للتوسع المستقبلي إلى انه تشغله سكنات فوضوية، هذا بالنسبة للجهة الشرقية من المدينة و المتوضعة على مساحة اجمالية تقارب 130.68 هكتار، أي بنسبة % 29.13 من إجمالي مساحة الأحياء الفوضوية في المدينة ككل و % 2.72 من مساحة المدينة، أما في الجهة الغربية فنجد كل من حي سيدي غزال الذي بدأ ظهوره سنة 1969 م، و حي باب الضرب، باب الفتح، قداشة، سيدي بوعصيد، لبشاش، الرمايش، مجنيش في شكل أحياء فوضوية، بالإضافة إلى ظهور العديد من السكنات الهشة التي ساهمت في تفاقم المشاكل العمرانية البيئية بالمدينة و لازالت لحد الساعة تشكل تحديا للقائمين على قطاع التعمير و البيئة، وتشغل مساحة تقارب 317.9 هكتار، أي بنسبة % 70.87 من إجمالي مساحة الأحياء الفوضوية في المدينة ككل و % 6.63 من مساحة المدينة، ثم أصبح التوسع يسير بسرعة نتيجة النمو الديموغرافي الكبير الذي شهدته المدينة في هذه الفترة ما أدى إلى تشبع جل تراب البلدية و أصبحت تتوسع على حساب البلديات المجاورة وهذا ما نشهد من تلاحم بين بلديتي بسكرة و شتمة.

و الجدول التالي يلخص مجمل المعلومات عن الأحياء ال هشة بمدينة بسكرة، حيث أن أغلب هذه الأحياء تعود نشأتها إلى الحكم العثماني و الاستعمار الفرنسي لكن بعد تدخل المواطنين الجزائريين خاصة في فترة ما بعد الاستعمار وفي ظل عدم تفعيل القوانين العمرانية أصبحت هذه الأحياء عبارة عن مناطق فوضوية لتجمع مساكن لا تخضع لأي نظم تقنية أو معايير هندسية، فالغاية الوحيدة منها أنذاك تكمن في الإيواء و السكن والهروب من المناطق الأقل أمانا .

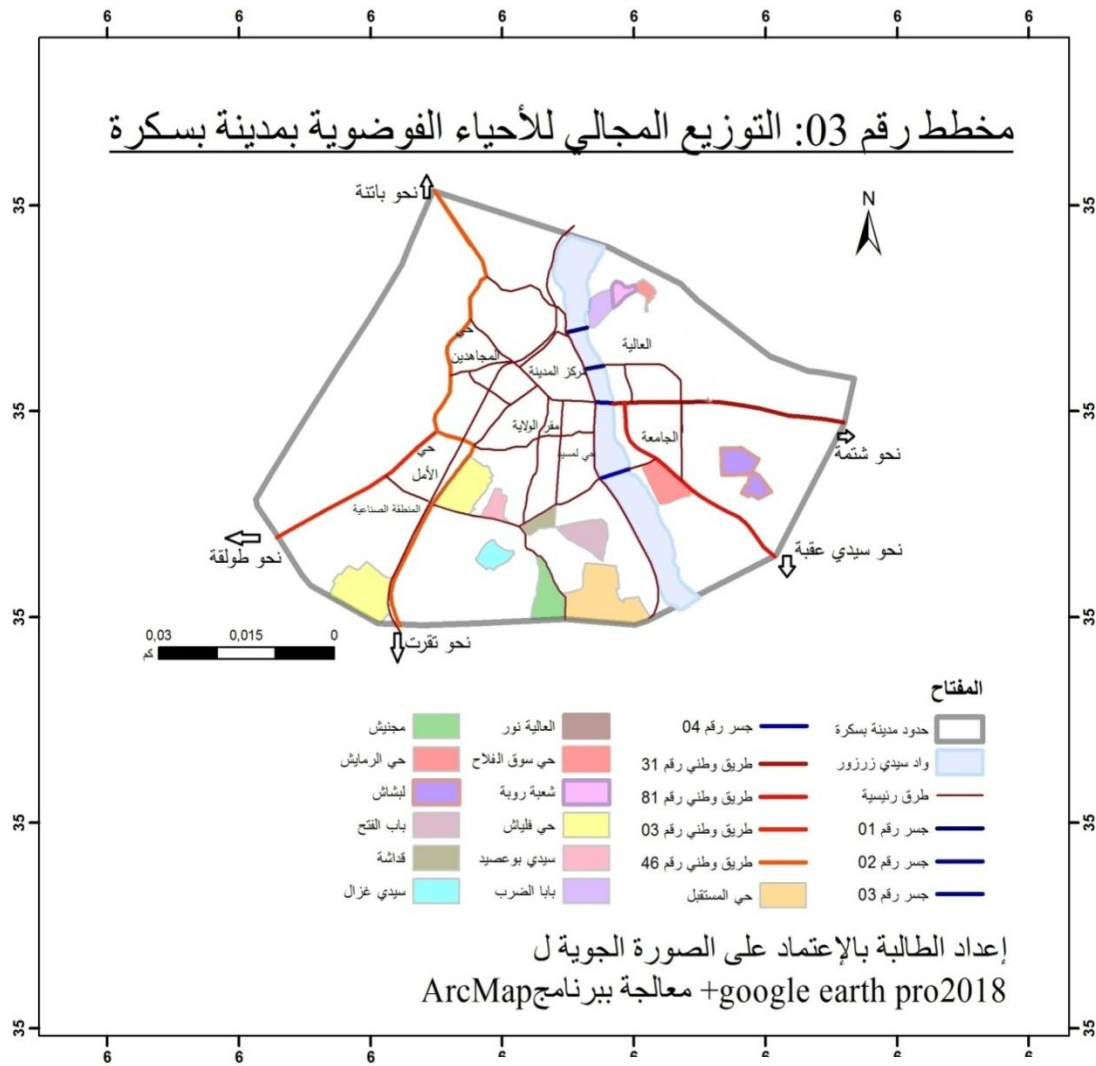
الجدول رقم(03) : نشأة و مساحة الأحياء الفوضوية بمدينة بسكرة :

النسبة من مساحة المدينة %	المساحة	الموقع بالنسبة للمدينة بسكرة	أصل النشأة	الأحياء الفوضوية
0.12	14 هكتار	جنوب غرب	الحكم العثماني	باب الضرب
0.14	18 هكتار	جنوب غرب	الحكم العثماني	قداشة
0.12	14 هكتار	جنوب غرب	الاستعمار الفرنسي	مجنيش
0.28	36 هكتار	جنوب غرب	الاستعمار الفرنسي	باب الفتح
0.26	33 هكتار	جنوب غرب	1975/1962	علب بو عصيد
0.56	66 هكتار	جنوب غرب	1975/1962	سيدي غزال
0.67	85 هكتار	جنوب غرب	1975/1962	لبشاش
0.34	51 هكتار	جنوب غرب	1975/1962	الرميش
0.24	31 هكتار	جنوب شرق	1975/1962	فلياش
0.27	35 هكتار	جنوب شرق	خلال 2000	شعبة روبة
0.14	18.5 هكتار	شمال شرق	1986/1996	حي سوق الفلاح
0.07	9.3 هكتار	شمال شرق	1960/1950	حي العالية نور
0.14	17.5 هكتار	شمال شرق	1960/1950	حي المستقبل
3.35	428.3 هكتار	-	-	المجموع

المصدر: معطيات التطور العمراني لمدينة بسكرة + الصور الجوية ل google earth pro2018

و الاستعانة بالمصالح التقنية لبلدية بسكرة .

انطلاقا مما سبق ذكره و بالإطلاع على مختلف الوثائق المتعلقة بالأحياء الفوضوية لمدينة بسكرة و الاتصال بالمصالح التقنية لبلدية بسكرة بالإضافة إلى الاستعانة بالصورة الجوية ل google earth pro 2018 تمكنا من معالجة مجمل المعطيات المتعلقة بالأحياء الفوضوية باستخدام برنامج ArcMap و الحصول على المخطط رقم 03 الذي يبرز التوزيع المجالي للأحياء الفوضوية بمدينة بسكرة .



### ثانيا: دراسة تحليلية لعينة من الأحياء الهشة بمدينة بسكرة

يعتبر الوسط الحضري عنصرا حيا ينمو و يتطور مع مرور الزمن، و تكمن قوته الحقيقية في قدرته على إبراز نشاط سكانه، و كذا تلبية رغباتهم و متطلباتهم الضرورية و هذا استنادا إلى الإلمام بمختلف المعلومات الناتجة عن الدراسة التحليلية للنسيج العمراني القائم بالمنطقة المعنية .

و من أجل إبراز الحالة التي آل إليها النسيج العمراني القائم بمدينة بسكرة نتيجة انتشار عدة أحياء فوضوية على مستواه، تم اختيار الحي الهش "طابق الكلب" بالعالية الشمالية الواقع ضمن مخطط شغل الأراضي رقم ( 01 ) لبلدية بسكرة، كعينة للدراسة، و الذي

تحكم في ظهوره و نشأته الأراضي الواسعة التي سمحت بوجود بناء غير شرعي ينتشر بشكل نقطي و عشوائي في كامل أجزاء المجال، حيث يمتاز مجال الدراسة بعدم التنظيم، و كونه احتياط عقاري خاص بالبلدية من أجل التوسع المستقبلي و برمجة التجهيزات و المرافق لتلبية احتياجات السكان، لكن نتيجة جهل سكان المنطقة لطبيعة العقار و اعتباره مجرد أراضي شاغرة قاموا بالاستيلاء عليه و تعميره بطريقة فوضوية، فشهدت المنطقة نمو انتشارا هائلا للسكن الصفيح خلال زمن قياس.

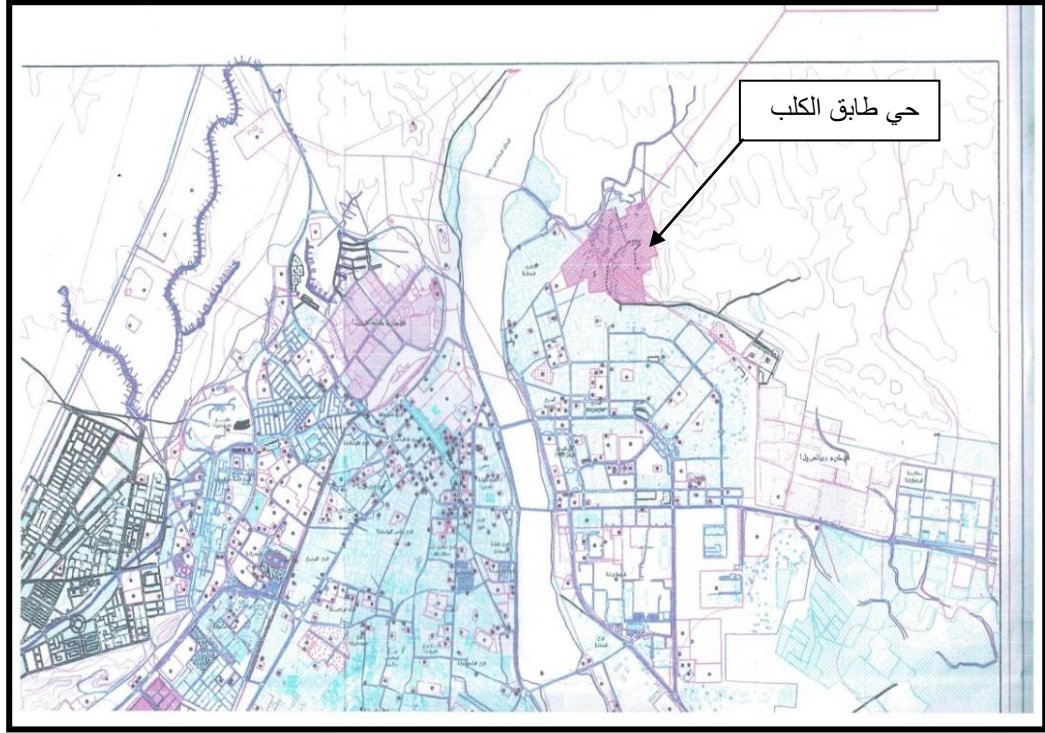
باتباع الإشكالية المحددة للبحث و الأهداف المسطرة و المنهجية المتبعة حاولنا انتقاء عينه الدراسة انطلاقا من درجة التدهور التي يعاني منها الحي الفوضوي، و المساحة التي يشغلها بالإضافة إلى موضعه بالنسبة للمدينة، و تاريخ نشأته و العوامل التي ساعدت على ظهوره.

و المخطط الموالي يعرض لنا موقع كل من العينتين المعنيتين بالدراسة بالنسبة لمدينة بسكرة و الذي تم إعداده انطلاقا من المخطط التوجيهي للتهيئة و التعمير بالإضافة إلى الإستعانة بالصورة الجوية ل google earth pro 2018 و معالجة ببرنامج ArcMap

**التعريف بالحي الهش طبق الكلب .**

يقع هذا الحي في الشمال الشرقي النسيج العمراني لمنطقة العالية بمدينة بسكرة و يعتبر امتداد للنسيج العمراني الحالي، فقد احتل جزء من المساحة المبرمجة للتوسع من المدينة حسب ما اقترح في مخطط شغل الأراضي ساري المفعول، يتربع على مساحة إجمالية تقدر ب 15.000 م<sup>2</sup>، يضم نسيجه حوالي 800 سكن هش من الصفيح و بعض الجدران من بقايا و طوب الاسمنت.

صورة جوية بقوئل ارث توضح موضع منطقة الدراسة (الحي الهش طابق الكلب) مدينة بسكرة



موقع منطقة الدراسة: المصدر صورة بالمقع قوئل ايرث

### 1. حدود مجال الدراسة :

نظرا لكبر مساحة حي طابق الكلب ، إرتئينا إلى حصر مساحة الحي في الجزء المحجوز فعلا بالمباني الهشة و التي قدرت ب 800 سكن هش ، و استبعاد تلك التي تم إدخال المرافق إليها من ماء و صرف صحي.

### 2. ملئحة الأرض:

بالاطلاع على مخطط شغل الأراضي لبلدية بسكرة فيما يتعلق بالملكية العقارية بمجال الدراسة و المعاينة الميدانية و الذي من خلاله توصلنا إلى أن معظم الأراضي ملكا للدولة.



### 3. شبكة الصرف الصحي:

أثناء المعاينة الميدانية لمنطقة الدراسة لاحظنا غياب شبكة الصرف الصحي على العموم، و الحي يخلو من بالوعات تصريف مياه التساقط نتيجة لغياب شبكة الطرق المهيئة و ضيق الشوارع، ما يجعل سكان الحي يعانون من منسوب المياه الفائض و الذي ينتج أثناء تساقط الأمطار.

### 4. شبكة التزويد بالمياه الصالحة للشرب :

عند قيامنا بالخرجة الميدانية إلى منطقة الدراسة و الاتصال بالمصالح التقنية تم التوصل أن سكان الحي الكثير منهم يقومون بإيصالات فوضوية للمياه الصالحة للشرب AEP .

### 5. شبكة الكهرباء:

لا تتوفر سكنات الحي بربط قانوني بشبكة الكهرباء مما يزيد من معاناة السكان خاصة في فصل الصيف و الشتاء .

### 5. الإنارة العمومية:

من خلال الملاحظة الميدانية لحي طابق الكلب تبين أن الإنارة في الحي منعدمة في معظم الشوارع.

### 6. شبكة الغاز :

يعتبر هذا الحي غير مزود بشبكة الغاز، يلجأ السكان إلى استعمال قارورات البوتان للطبخ.

### 7. نمط البناء :

من خلال دراسة هذا العنصر نستطيع تمييز نمط السكن المتوفر بالحي إضافة على علو البناءات و الوظيفة التي يؤديها الحي في مجمله و بالتالي أخذنا فكرة عن ما هو مجسد بالحي، فمن خلال الزيارة الميدانية بمجال الدراسة لاحظنا أن الحي يحتوي على نمط

سكني واحد متمثل بالسكن الفردي، وهو من الصفيح و بعض الجدران من طوب الإسمنتي في معظمه.

#### 8. عدد الهباني بالحي :

استنادا للمعاينة الميدانية لمنطقة الدراسة "حي طابق الكلب" ، أين قدر عدد ال مباني الإجمالية بالحي بما يقارب 800 مسكن.

#### 9. الكثافة السكنية:

يتم التطرق لعنصر الكثافة السكنية بمجال الدراسة من أجل التعرف على نسبة تعميم المنطقة و ما هو الإطار الغالب بمجال الدراسة المبني أو الغير مبني و فيما تكمن وضيقة الحي. و عند دراسة مجال حي طابق الكلب وجدنا أن عدد السكان يقارب 4500 ساكن.

#### 10. التجهيزات :

على مستوى الحي لاحظنا غياب كلي للمدارس و الوحدات الصحية و المساجد و المؤسسات الأمنية و الإدارية.

#### 11. الإطار الغير مبني

##### أ- المساحات الخضراء:

يعاني حي طابق الكلب من غياب شديد في المساحات الخضراء، تبقى فقط تلك المحاولات اليتيمة و الفردية للسكان المتمثلة في غرس شجيرات أمام منازلهم.

##### ب- مساحات لعب الأطفال :

هناك غياب تام لهذه المرافق، حيث يعاني السكان وخاصة الأطفال بالنسبة لأماكن اللعب و الترفيه، فخلال المعاينة الميدانية لهجال الدراسة صرحت نسبة كبيرة من السكان بلنعدام الساحات المهيأة للعب الأطفال، حيث لاحظنا أن الأطفال يلتجئون لممارسة ألعاب أخرى خطيرة في الفضاءات الشاغرة بالحي كالتأرجح في أعمدة الكهرباء و الرمي بالحجارة و اللعب بمخلفات البناء .

ج- أماكن توقف السيارات :

من خلال المعاينة الميدانية لمجال الدراسة لاحظنا أن السكان يعانون من انعدام مواقف السيارات بالحي، لذا نجد بعض السكان يلجئون لركن السيارات أمام منازلهم أو باستغلال المساحات الشاغرة بالحي كمواقف للسيارات، ما ينتج عنه ضيق و تعطيل الحركة بالشارع هذا ناتج عن غياب قارعة الطريق و حواف الرصيف.

ثانيا: أمراض الفقر المنتشرة بمنطقة العالية (مدينة بسكرة):

جدول رقم (04) الوضعية الوبائية لأمراض الفقر بمنطقة العالية

العدد			الأمراض
2016	2017	2018	
312	397	211	- الإسهال
69	64	21	- ليشمانيا الجلدي
8	5	10	- الحمى المالطية
-	1	-	- الكيس المائي
9	3	5	-التهاب الكبد (أ)
3	-	6	- التيفوئيد
-	2	-	- الزحار الاميبي
-	2	-	- شلل الاطفال
1	-	89	- الحصبة
-	-	-	- التهاب السحايا
3	-	2	- التسمم الغذائي
4	-	-	- الرممد الحبيبي
-	-	-	- السل الرئوي (الدرن)
-	2	-	- السفلس (مرض جنسي)
3	3	-	- السيدا

المصدر: مصلحة دراسة الأوبئة و الطب الوقائي بسكرة

**ملاحظة:** هذه المعطيات تم التصريح بها من طرف أطباء الفحص على مستوى المؤسسات الصحية العمومية، لكن المؤسسات الصحية الخاصة لا تقوم بالتصريح الوبائي للأمراض، أي أن هذه المعطيات لا تبرز الحقيقة الميدانية بالتدقيق.

**خلاصة الفصل :**

من خلال الإطلاع على مختلف العناصر التي يحتويها هذا الفصل نجد أن مدينة بسكرة تعاني انتشار نوع متطفل من الأحياء متجسد بأحياء فوضوية ذو أشكال مختلفة، و الذي يشكل عائق أمام التنمية العمرانية بالمدينة، ما يستلزم وضع دراسة شاملة لهذه الأحياء و بالتالي النهوض ببيئة عمرانية سليمة منظمة تتوفر على مختلف شروط الاستدامة .

من ناحية أخرى الوضعية الوبائية لأمراض الفقر مثيرة للقلق مما يتطلب اتخاذ إجراءات وقائية داخل هذه الأحياء الفقيرة و الإسراع بتطويرها بإمدادها بمياه الشرب و الصرف الصحي و تصريف النفايات بطريقة صحية و كذا المرافق الضرورية الأخرى.

# الفصل الخامس

عرض و تحليل و مناقشة

نتائج الدراسة

أولاً: تحليل و تفسير البيانات الدراسة

ثانياً: مناقشة نتائج الدراسة

أولاً: تحليل و تفسير البيانات

المحور الأول: بيانات شخصية

1 - العمر: تراوحت أعمار المبحوثين بين 20 إلى 70 سنة، حيث بلغ عدد من تراوحت أعمارهم بين 20-40 سنة 25 مبحوثاً و بنسبة مقدارها 25%. أما من تراوحت أعمارهم بين 40-60 سنة بلغ عددهم 60 مبحوثاً و بنسبة 60%، في حين بلغ عدد من تراوحت أعمارهم 60 فما فوق 15 مبحوثاً و بنسبة مقدارها 15%. و هذا يعني أن جميع أرباب الأسر هم من فئة الكهول و هذه نتيجة طبيعية لان هذه الشريحة هي من تستطيع تحمل أعباء إعالة الأسرة مقارنة بما يعانيه الشباب من بطالة لا تمكنه من إكمال نصف دينه. و الجدول (5) يوضح ذلك.

الجدول (5): توزيع المبحوثين حسب الفئة العمرية

الفئة العمرية	العدد	%
40-20	25	25
60-40	60	60
ما فوق 60	15	15
المجموع	100	100

2 - الجنس: وجدناه في عينة الدراسة حيث أن 80 ذكر مسئول عن إعالة أسرهم و يشكلون نسبة مقدارها 80% أما ما تبقى من العينة 20 أنثى و يشكل نسبة 20% كن مسؤولات عن إعالة أسرهن ، و الجدول (6) يوضح ذلك.

الجدول (6): توزيع المبحوثين حسب الجنس

الجنس	العدد	%
ذكر	80	80
أنثى	20	20
المجموع	100	100

3 - علاقة القرابة برب الأسرة: حسب الجدول رقم 07 فان المبحوثين الذين تم مخاطبتهم هم 69% رب الأسرة نفسه، أما الباقي هو للأزواج سواء تلك التي لم نجد زوجها بالبيت أو مطلقة أو أرملة بنسبة 31% من مجموع المبحوثين.

الدراسة

الجدول (7): علاقة القرابة برب الأسرة

علاقة القرابة	العدد	%
نفسه	69	69
الزوجة	31	31
الابن الأكبر	-	-
البنت الكبرى	-	-
الجد و الجدة	-	-
المجموع	100	100

4 معيل الأسرة: من مجموع المبحوثين وجدنا 75% المعيل هو الرجل، أما النساء فيقدر نسبتهن بـ 20%، أما الأبناء فكانت النسبة 5%.

الجدول (8): معيل الأسرة

معييل الأسرة	العدد	%
الأب	75	75
الأم	20	20
الأبناء	5	5
آخر	-	-
المجموع	100	100

5 -حجم الأسر المعيشية بالمسكن: النتائج هنا موزعة حسب ما يلي: 80 % عائلة واحدة بالمسكن و 20% عائلتين، مما يجعل المسكن عبارة عن محتشد نظرا لكثرة أفراد الأسر المعيشية.

الجدول (9): عدد الأسر المعيشية بالمسكن الواحد

عدد الأسر المعيشية	العدد	%
واحدة	80	80
اثنتان	20	20
أكثر	-	-
المجموع	100	100



الدراسة

6- عدد أفراد الأسرة في المسكن: نلاحظ حسب الجدول أن عدد الأفراد بالمسكن، حيث سجلنا 40 % 5-7 أفراد و أكثر من 7 أفراد قدرت نسبته بـ 57 % و هذا يشكل خطراً لأنه عامل يساعد في انتشار الأمراض التنفسية و المعدية.

الجدول (10): عدد الأفراد بالمسكن

عدد أفراد الأسرة	العدد	%
4-1 أفراد	3	3
7-5 أفراد	40	40
أكثر من 7 أفراد	57	57
المجموع	100	100

7- متوسط الدخل للأسرة: نلاحظ من استقراءنا للجدول رقم 11 أن متوسط الدخل 92% أقل من الحد الأدنى للدخل المحدد بـ 18.000 دج، أي أن هذه الأسر تعيش في مستوى الفقر.

الجدول (11): متوسط الدخل للأسرة

متوسط دخل الأسرة	العدد	%
أقل من 10.000 دج	35	35
من 10.000-18.000 دج	57	57
من 18.000-30.000 دج	8	8
أزيد من 30.000	-	-
المجموع	100	100

8- المستوى التعليمي لرب الأسرة: تطلعنا البيانات المسجلة بالجدول رقم 12، أن 30% من أفراد العينة ، لا يجيدون القراءة و الكتابة و 51% لم يتجاوز مستواهم الدراسي المرحلة الابتدائية، أما بالنسبة لمستوى المتوسط فكانت النسبة 13% مما يدل أن هذه الفئة لم تسمح لهم ظروفهم الاقتصادية و الاجتماعية على مواصلة تعليمهم. و نجد بالمقابل أن 6% فقط سمح لهم الحظ في الوصول إلى المستوى الثانوي.

الدراسة

الجدول رقم (12): المستوى التعليمي لرب الأسرة

المستوى التعليمي	العدد	%
أمي	30	30
ابتدائي	51	51
متوسط	13	13
ثانوي	6	6
أزيد من ذلك	-	-
المجموع	100	100

9- وظيفة رب الأسرة: نلاحظ من المعطيات المدونة بالجدول رقم 13، أن 61% من المبحوثين يمتنون عمل يومي و 20% دون عمل أي بطالين و 12% عمل مؤقت، و منه يمكن أن نستنتج أن 93% من مجموع العينة لا يكفيهم دخلهم الشهري لضمان لقمة العيش الكريم بالإضافة إلى مستوى المعاناة المادية و الاجتماعية لهذه الشريحة الفقيرة.

الجدول رقم (13): وظيفة رب الأسرة

نوع العمل	العدد	%
عمل دائم	3	3
عمل مؤقت	12	12
عمل يومي	61	61
متقاعد	4	4
بطل	20	20
المجموع	100	100

المحور الثاني: بيانات حول المسكن و الحي

10- طبيعة البناء: إن نوع مواد البناء المستعملة في بناء هذه المساكن تشير أو تدل إلى المستوى المعيشي المتدني، لأن معظم السكنات تم بنائها بمواد هشة من مزيج من اسمنت و الصفيح و بطريقة مؤقتة وهذا لا يضمن الراحة و الاستقرار لأفراد الأسر بهذا الحي، خاصة الأطفال لأن هذا لا يقيهم لا من البرد في فصل الشتاء و لا الحر في فصل الصيف، كما عبر عليها بالجدول رقم 14.

الدراسة

الجدول رقم (14): طبيعة البناء

طبيعة البناء	العدد	%
مزيج اسمنت و صفيح	100	100
طوب	-	-
اسمنت مسلح	-	-
المجموع	100	100

11- ملكية المسكن: يشير الجدول رقم 15 ، أن 91% من أفراد العينة صرحوا بان مساكنهم بدون وثائق رسمية أي بوضع اليد (الأرض تعود ملكيتها للدولة) و أن هؤلاء يمكن أن يتم ترحيلهم قسريا في أي وقت.

الجدول رقم (15): ملكية المسكن

نوع الملكية	العدد	%
مستأجر	9	9
ملك	-	-
دون وثائق (وضع يد)	91	91
المجموع	100	100

12- مساحة المسكن: من الملاحظ للجدول رقم 16، نستخلص أن 65% من مساحة المساكن محدد بين 50-70 م<sup>2</sup> و 35% أقل من 50 م<sup>2</sup> و هذه المساحة لا تكفي لعيش الأسرة في خصوصية بين الآباء و الأبناء و الأولاد و البنات.

الجدول رقم (16): مساحة المسكن

متوسط المساحة	العدد	%
أقل من 50 م <sup>2</sup>	35	35
50-70 م <sup>2</sup>	65	65
أكبر من 70 م <sup>2</sup>	-	-
المجموع	100	100

الدراسة

13- عدد الغرف بالمسكن: من قراءتنا للجدول رقم 17 نستنتج ان 62% من المساكن تحتوي على غرفتين و 35% منها تضم غرفة واحدة، مما يؤدي إلى الازدحام داخل الغرفة و هذا الوضع يساعد على تنقل الأمراض المعدية بصفة عامة بين أفراد الأسرة و الأمراض التنفسية و الجلدية بصفة خاصة.

الجدول رقم (17): عدد الغرف بالمسكن

عدد الغرف	العدد	%
غرفة واحدة	35	35
غرفتين	62	62
ثلاثة غرف	3	3
أكثر من 3 غرف	-	-
المجموع	100	100

14- توفر المرافق الضرورية بالمسكن: معظم أفراد العينة صرّوا حسب الجدول رقم 18 ، بان مساكنهم يتوفر على مرحاض، و 30% عبروا أن مساكنهم تتوفر على مطبخ، لكن جميع المساكن لا تتوفر على مرش للاستحمام، مما يؤدي إلى نقص النظافة الجسمانية لدى أفراد الأسر المبحوثة و هذا يعرضهم لأخطار صحية شديدة.

الجدول رقم (18): توفر المرافق بالمسكن

المسكن مجهز	العدد	%
مرحاض	100	100
مرش	-	-
مطبخ	30	30

15- تزويد المرافق بمياه الحنفية: الإجابات المتحصل عليها من خلال الجدول رقم 19 ، توضح بان كل المرافق المراحيض و المطابخ لم يتم تزويدها بمياه الشبكة و هذه الوضعية لا تسمح بنشر الوعي الصحي فيما يخص الاغتسال و غسل اليدين بالصابون بدورات المياه و كذا غسل الخضرة و الفواكه جيد قبل تناولها.

الدراسة

الجدول رقم (19): تزويد المرافق بمياه الحنفية

المرافق المزودة بالمياه	العدد	%
مرحاض	00	00
مرش	00	00
مطبخ	00	00

16- نوع أرضية المسكن: حسب بيانات الجدول رقم 20، 75% من أراضي المساكن ترابية لا تساعد بتنظيفها يوميا بالماء و المنظفات و المواد المطهرة، مما يساهم في تكاثر المكروبات و الأوساخ. أما الإجابات الأخرى المتبقية فكانت نسبة 25% إسمنتية.

الجدول رقم (20): أرضية المسكن

نوع الأرضية	العدد	%
ترابية	75	75
إسمنتية	25	25
بلاط	-	-
المجموع	100	100

17- ربط المسكن بمختلف الشبكات: من الملاحظ عندما نستقرأ الجدول رقم 21، أن المساكن تفتقر إلى الربط بالشبكات العمومية، و أن كامل الإيصالات تمت بطريقة فوضوية دون موافقة المصالح العمومية فيما يخص الكهرباء و المياه النقية ( النسب 100 % بالنسبة للكهرباء و 70% بالمياه النقية). هذا الوضع يشكل خطرا كبيرا على صحة هذه الأسر خاصة انتشار الأمراض ذات الانتقال المائي.

كما نلاحظ غياب شبكة الغاز و الصرف الصحي بالحي مما يزيد من معاناة هذه الأسر و يزيد في احتمالات تلويث البيئة المحيطة بالفضلات البشرية.

الدراسة

الجدول رقم (21): ربط المسكن بمختلف الشبكات

%		بطريقة		المسكن مربوط بشبكة
فوضوية	قانونية	فوضوية	قانونية	
100	-	100	-	الكهرباء
00	-	00	-	الغاز
70	-	70	-	المياه النقية
00	-	00	-	الصرف الصحي

18- وجود الاكتظاظ بالغرف: حسب الجدول رقم 22، نجد الإقرار بوجود اكتظاظ هو 89% و 11% فقط كانت الإجابة بالنفي.

الجدول رقم (22): وجود الاكتظاظ بالغرف

%	العدد	الاكتظاظ
89	89	نعم
11	11	لا
100	100	المجموع

19- عدد الأفراد بالغرفة الواحدة: نستنتج من الجدول رقم 23 بان 79% من المبحوثين ادلى بان لديهم 5-7 أفراد في الغرفة الواحدة و 18% منهم صرحوا بان العدد يفوق السبعة أفراد و هذا يعتبر بان هذه المساكن تشكب بؤر لتفريخ الأمراض المعدية نظرا لعامل الاكتظاظ و نقص البنى التحتية مثل المياه المأمونة و الصرف الصحي.

الجدول رقم (23): عدد الأفراد بالغرفة الواحدة

%	العدد	عدد أفراد في الغرفة
3	3	أقل أو يساوي 4 أفراد
79	79	5-7 أفراد
18	18	أكثر من 7 أفراد
100	100	المجموع

الدراسة

20- المشاكل التي يعاني منها المسكن: حسب الجدول 24، 100% طرحوا مشكل ضيق المسكن و 100% طرحوا كذلك مشكل دورة المياه غير ملائمة و 95% أكدوا تشقق الجدران و 90% يعانون من أن السقف غير ملائم لأنه من الصفيح و الخشب، بالإضافة إلى 82% صرحوا بنقص التهوية.

الجدول رقم (24): المشاكل التي يعاني منها المسكن

المشاكل	العدد	%
ضيق المسكن	100	100
السقف غير ملائم	90	90
نقص التهوية	85	85
دورة المياه غير ملائمة	100	100
تشقق الجدران	95	95

21- المشاكل التي يعاني منها الحي: معظم المبحوثين اتفقوا في تصريحاتهم أن الحي يعاني من ضيق الشوارع و انعدام الإنارة العمومية و نقص مياه الشرب و الصرف الصحي و تصريف القمامة و مشكلة تلوث المحيط بالأوساخ و نقص النظافة بالإضافة إلى نقص الأمن بالحي.

الجدول رقم (25): المشاكل التي يعاني منها الحي

المشاكل	العدد	%
ضيق الشوارع	100	100
انعدام الإنارة العمومية	100	100
نقص مياه الشرب	100	100
تصريف المياه العادمة	100	100
تصريف القمامة	100	100
مشكلة تلوث المحيط و نقص النظافة	100	100
نقص الأمن	97	97

المحور الثالث: الغذاء و المياه المأمونة للشرب

22- العائلة معوزة: كانت الإجابة حسب الجدول رقم 26 بان 92% من العائلات التي احتوتها العينة كانت معوزة من الطبقة الفقيرة جدا أي تعيش بالمساعدات التي تقدمها الجمعيات و المؤسسات الخيرية، أما الباقي من العائلات 8% صرحت بأنها ليست معوزة أي أنها لم تصل بعد خط الفقر.

الجدول رقم (26): العائلة معوزة

الإجابة	العدد	%
نعم	92	92
لا	8	8
المجموع	100	100

23- كفاية الوجبات الغذائية اليومية للعائلة: نرى أن الإجابات التي احتوى عليها الجدول رقم 27، بأنها تظهر بان 95% لا تكفيها الوجبات الغذائية اليومية و الباقي 5% نوعا ما كافية و هذا قد يؤدي إلى انتشار أمراض سوء التغذية و الجوع وسط هذه الأسر.

الجدول رقم (27): كفاية الوجبات الغذائية اليومية للعائلة

الإجابة	العدد	%
نعم	-	-
لا	95	95
نوعا ما	5	5
المجموع	100	100

24- أسباب عدم كفاية الوجبات الغذائية: تعود أسباب عدم كفاية الوجبات الغذائية حسب الجدول رقم 28 إلى 97% من الإجابات إلى ضعف القدرة الشرائية للأسرة و 3% من الإجابات ترجع إلى أسباب أخرى.



الدراسة

الجدول رقم (28): أسباب عدم كفاية الوجبات الغذائية

الأسباب	العدد	%
ضعف القدرة الشرائية	97	97
بعد السوق	-	-
أسباب أخرى	3	3
المجموع	100	100

25- غسل الخضر و الفواكه قبل استهلاك الخضر و الفواكه: حسب الإجابة المتحصل عليها بالجدول رقم 29، نلاحظ 72% من الإجابات كانت لا و 21% كانت أحيانا. و لم تسجل إلا 7% كانوا يقومون بغسل الخضر و الفواكه قبل الاستهلاك.

الجدول رقم (29): غسل الخضر و الفواكه قبل استهلاك الخضر و الفواكه

غسل الخضر و الفواكه	العدد	%
نعم	7	7
لا	72	72
أحيانا	21	21
المجموع	100	100

26- الإجابة على أسباب عدم غسل الخضر و الفواكه جيدا: تعود أسباب عدم غسل الخضر و الفواكه جيدا إلى الظروف السكنية غير الملائمة بـ 49% و نقص المياه النقية بـ 46% و 3% صرحوا بان ذلك يعود لأسباب أخرى.

الجدول رقم (30)

الأسباب	العدد	%
نقص المياه النقية	46	46
الظروف السكنية غير ملائمة	49	49
نقص الوعي الصحي	-	-
أسباب أخرى	5	5
المجموع	100	100

الدراسة

27- وجود ثلاجة بالمنزل: حوالي 77% صرحوا بأنهم لا يمتلكون ثلاجة لحفظ الغذاء و المأكولات و 23% أكدوا انه لديهم ثلاجة بالمسكن حسب التصريحات المدونة بالجدول رقم 31. و هذه الوضعية تشكل خطرا على صحة أفراد هذه الأسر لان التسممات الغذائية يكون احتمال وقوعها كبير و هذا راجع لفساد الوجبات و المواد الغذائية.

الجدول رقم (31): وجود ثلاجة بالمنزل

وجود ثلاجة لحفظ الغذاء و المأكولات	العدد	%
نعم	23	23
لا	77	77
المجموع	100	100

■ المياه المأمونة

28- مصدر المياه المأمونة: حسب الإجابات المسجلة بالجدول رقم 32 فان 70% منها أشارت بان مصدر المياه النقية كان الإيصال الفوضوي بشبكة المياه و 20% يتمنون من عند الغير و 15% من شاحنة المياه.

و هذه الوضعية خطيرة على صحتهم من انتشار الأمراض المتنقلة عبر المياه مثل الكوليرا و التيفوئيد و الزحار و الإسهال الخ... بالإضافة إلى تحمل العديد من العائلات الفقيرة العبء المادي لشرائهم مياه الشرب من شاحنة المياه.

الجدول رقم (32): مصدر المياه المأمونة

مصدر المياه	العدد	%
الشبكة العمومية لمياه الشرب	00	00
إيصال فوضوي	70	70
بئر	-	-
شاحنة المياه	15	15
من عند الغير	20	20
المجموع	100	100

الدراسة

29- فترات التزود بالمياه: حسب المعطيات نستنتج المعانات اليومية لهذه الأسر في البحث على كمية من المياه تلبي حاجياتهم من الاستهلاك للشرب و الغسل، حيث نرى بالجدول رقم 33 حوالي 87% من العائلات تقوم بالتزود اليومي، قد يكون ذلك لغياب خزانات تخزين المياه أو عدد أفراد العائلة معتبر أو الإيصالات الفوضوية لا تلبي الغرض الخ.. و 13% كان جوابهم كل يومين.

الجدول رقم (33): فترات التزود بالمياه

العدد	%	تلجأ للتزود بالمياه
87	87	يومية
13	13	كل يومين
-	-	أكثر من ثلاثة أيام
100	100	المجموع

30- كفاية المياه المخصصة للاستهلاك و التنظيف اليومي: معظم المبحوثين كانت إجابتهم 100% بان المياه المخصصة للاستهلاك و التنظيف اليومي غير كافية لتلبية حاجياتهم اليومية من الشرب و الاستحمام و الغسيل و تنظيف مختلف مرافق المسكن، مما يجعل جانب النظافة منعدم و هذا الوضع يرجع سلبا على صحة أفراد هذه الأسر و يؤدي إلى اعتلال الصحة .

الجدول رقم (34): كفاية المياه المخصصة للاستهلاك و التنظيف اليومي

العدد	%	كافية
-	-	نعم
100	100	لا
100	100	المجموع

31- تخزين المياه النقية: عند تحليل معطيات الجدول رقم 35، نلاحظ و أن 75% من المبحوثين صرحوا بامتلاكهم براميل بلاستيكية لتخزين المياه مقابل 16% يمتلكون خزانات حديدية، حيث نستنتج أن البراميل البلاستيكية لا يمكن ضمان نظافتها لوجودها في متناول الأطفال و عرضة للحشرات. أما الخزانات الحديدية فهي خطيرة على صحة الإنسان لأنها معرضة للصدأ و التآكل و لم يبقى إلا 6% من المبحوثين الذين يمتلكون خزانات بلاستيكية فوق السطوح.

الدراسة

الجدول رقم (35): تخزين المياه النقية

العدد	%	الخزان
9	9	خزان بلاستيكي
16	16	خزان حديدي
75	75	براميل بلاستيكية
100	100	المجموع

32- تنظيف خزان الماء بصفة دورية: أن خطر المياه على صحة الفرد تكون مرتفعة عندما يكون جانب النظافة منعدم، حيث نلاحظ 92% من إجابات المبحوثين حسب الجدول رقم 36 لا يقومون بتنظيفها دوريا و قد يرجع ذلك الى نقص الوعي عند المبحوثين أو نقص كمية المياه المتزود بها. و سجلنا سوى 8% منهم يقومون بتنظيف خزاناتهم بصفة دورية.

الجدول رقم (36): تنظيف خزان الماء بصفة دورية

العدد	%	تنظيف الخزان
8	8	نعم
92	92	لا
100	100	المجموع

33- تسجيل حالات مرضية جراء استهلاك الغذاء أو الماء: الإجابات كانت 100% موجبة حسب البيانات المدونة بالجدول رقم 33، فيما يخص بتسجيل حالات مرضية جراء استهلاك الماء و الغذاء، و هذه النتيجة متوقعة خاصة عند غياب جانب النظافة في أوساط هذه الأسر و نقص الوعي الصحي لدى هذه الشريحة من شدة الظروف البائسة التي يعيشون فيها.

الجدول رقم (37): تسجيل حالات مرضية جراء استهلاك الغذاء أو الماء

العدد	%	الإجابة
100	100	نعم
-	-	لا
100	100	المجموع

الدراسة

34- الأمراض المتفشية بين أفراد العائلة: حسب الجدول رقم 38، الأمراض المنتشرة تتمثل في مرض الإسهال الحاد بـ 66% من الإجابات ثم تليها التسممات الغذائية بـ 31% و بعدها فقر الدم بـ 29% و 2% صرحوا بوجود حالات تيفوئيد بين أفراد العائلة.

الجدول رقم (38): الأمراض المتفشية بين أفراد العائلة

نوع الأمراض	العدد	%
إسهال حاد	66	66
كوليرا	-	-
تيفوئيد	2	2
تسممات غذائية	31	31
فقر الدم	29	29

المحور الرابع: التصريف الصحي للنفايات البشرية

■ الصرف الصحي للمياه العادمة (المستعملة)

35- طريقة التخلص من المياه العادمة: نظرا لغياب شبكة الصرف الصحي بالحي، تلجأ أسر المبحوثين إلى التخلص بالمياه العادمة باستعمال الهواء الطلق بـ 72% و استعمال بئر 21% و استعمال الحفر بـ 7%. هذه التصريفات غير الصحية، تعرض أسر المبحوثين إلى أوبئة خطيرة قد تتسبب في وفيات و إعاقات جسيمة بين أفراد هؤلاء السكان.

الجدول رقم (39): طريقة التخلص من المياه العادمة

الطريقة	العدد	%
الشبكة العمومية للصرف	-	-
الهواء الطلق	72	72
بئر	21	21
حفرة	7	7
المجموع	100	100

■ التصريف الصحي للنفايات المنزلية:

الدراسة

**36- التخلص من النفايات المنزلية:** تشكل النفايات خطرا على صحة الإنسان إن لم يتم تصريفها بطريقة صحية و بعيدة عن المساكن و الحي، لكن الإجابات الواردة بالجدول رقم 40 تؤكد أن 78% يقومون بتجميع و تفريغ القمامة بالقرب من المنازل و 22% يقومون بعملية الحرق على مستوى الحي و هذا نظرا لغياب شاحنة جمع النفايات المنزلية و يرجع هذا إلى الطابع الفوضوي للحي و ضيق الشوارع من جهة أخرى.

الجدول رقم (40): التخلص من النفايات المنزلية

طريقة التخلص	العدد	%
شاحنة البلدية	-	-
بالقرب من المنزل	78	78
بالحرق	22	22
المجموع	100	100

**37- المعاناة من الروائح الكريهة:** باستقراء الجدول رقم 41 نلاحظ أن 79% من المبحوثين يعانون دوما من الروائح الكريهة المنبعثة من الفضلات و القاذورات المنزلية، نظرا لتواجدها الدائم بأزقة الحي. و 21% صرحوا أحيانا تصلهم هذه الروائح الكريهة، مما يسبب إزعاجا للسكان و عدم الشعور بالراحة.

الجدول رقم (41): المعاناة من الروائح الكريهة

طريقة التخلص	العدد	%
نعم	79	79
لا	-	-
أحيانا	21	21
المجموع	100	100

**38- المعاناة من تكاثر الحشرات:** إن الأوضاع المزرية التي يعيشها سكان هذا الحي من غياب كلي للنظافة و انتشار القاذورات بين مساكن الحي و داخلها، أدت و ساعدت على انتشار مختلف الحشرات و الفئران و العقارب، حيث كانت إجابات المبحوثين بالجدول رقم 42، متوافقة مع وضع الحي

الدراسة

المزري. 100% من المبحوثين يعانون من انتشار الذباب و الصراصير و 89% من الفئران و 66% من العقارب و 26% من الديدان الزاحفة. و حسب الأخصائيين في علم الأوبئة و الطب الوقائي هذه الحشرات تلعب دورا كبيرا في انتشار مختلف الأمراض المتنقلة و المعدية، أما العقارب تكمن خطورتها في سمومها، حيث قد تؤدي إلى الوفاة مباشرة.

الجدول رقم (42): المعاناة من تكاثر الحشرات

الحشرات	العدد	%
الذباب	100	100
الصراصير	100	100
الديدان	26	26
الفئران	89	89
العقارب	66	66

39- المعاناة من بعض الأمراض: حسب الجدول رقم 43، المبحوثين يعانون حسب النسب التالية من الأمراض مثل ليشمانيا الجلدي أو بما يسمى حبة بسكرة ( Clou de Biskra ) بـ 69% و أمراض العيون بـ 39% و الأمراض الجلدية بـ 27% و التسمم العقربي بـ 4%. كل هذه الأمراض مرتبطة بالبيئات الفقيرة.

الجدول رقم (43): المعاناة من بعض الأمراض

نوع الأمراض	العدد	%
ليشمانيا	69	69
أمراض جلدية أخرى	27	27
لدغ بالعقرب	4	4
أمراض العيون	39	39
أمراض أخرى	-	-

المحور الخامس: الرعاية الصحية

40- توفر منشأة صحية بالحي: من الملاحظ من إجابات المبحوثين الحي لا يتوفر على منشآت صحية قاعدية بناتا، مما يحرمهم من الخدمات و الرعاية الصحية مثل الفحوصات الطبية و العلاجات البسيطة و متابعة الأمهات الحوامل و تطعيم الأطفال بطريقة جيدة ضد الأمراض.

الدراسة

الجدول رقم (44): توفر منشأة صحية بالحي

توفر منشأة صحية قاعدية	العدد	%
نعم	-	-
لا	100	100
المجموع	100	100

41- بعد المنشأة عن الحي: كامل الإجابات أيدت بعد المنشآت الصحية القاعدة، هذا الوضع لا يساعد من معاودة هذه المؤسسات خاصة فحص و تلقيح الأطفال ضد الأمراض و متابعة النساء الحوامل حسب ما ورد في الجدول رقم 45.

الجدول رقم (45): بعد المنشأة عن الحي

بعد منشأة الصحية قاعدية	العدد	%
أقل من 1 كم	-	-
من 1-2 كم	-	-
أكثر من 2 كم	100	100
المجموع	100	100

42- التكفل الطبي جيد: تمثلت الإجابات بكاملها في الجدول رقم 46 بان التكفل على مستوى المنشآت الصحية القاعدية غير جيد.

الجدول رقم (46): التكفل الطبي جيد

التكفل جيد	العدد	%
نعم	-	-
لا	100	100
المجموع	100	100

43- أسباب عدم التكفل الطبي: اتفق معظم المبحوثين أن هناك اكتظاظ عند الفص بالإضافة إلى نقص التجهيز الطبي و نقص الطاقم الطبي. هذه الأسباب تدفع هذه الأسر الفقير إلى مراجعة الأطباء الخواص مما يزيد من معاناتهم المادية من ناحية قيمة الفحص و التحاليل المخبرية و الأشعة.



الدراسة

الجدول رقم (47): أسباب عدم التكفل الطبي

توفر منشأة صحية قاعدية	العدد	%
نقص الطاقم الطبي	21	21
الاكتظاظ عند الفحص	100	100
نقص التجهيز	35	35
أسباب أخرى	8	8

44- تلقيح الأطفال ضد الأمراض: 71% من تصريحات المبحوثين أدلت بان أطفالهم غير ملقحين جيداً ضد الأمراض المؤمنة بالتلقيح و هذا يعرض حياتهم لأخطار جسيمة لان هذه الأمراض يمكن أن تشكل أوبئة على نطاقات واسع و تؤدي إلى وفيات معتبرة و هذا راجع في معظم الأوقات إلى نقص الوعي الصحي لدى الأهالي. و نلاحظ كذلك استثناء بـ 29% مهتمين بتلقيح أولادهم ضد هذه الأمراض كما تؤكد معطيات الجدول رقم 48.

الجدول رقم (48): تلقيح الأطفال ضد الأمراض

نوع المشاكل	العدد	%
نعم	29	29
لا	71	71
المجموع	100	100

45- أسباب عدم تلقيح الأطفال: يرجع أهالي الأطفال حسب الجدول رقم 49، الأسباب بعدم تلقيحهم ضد الأمراض بالدرجة الأولى إلى عدم ملائمة البرنامج الأسبوعي للتلقيح بـ 44% و بعد مسافة بالنسبة للمنشأة الصحية بـ 32% و نقص الوعي الصحي بمخاطر الأمراض بـ 11% و عدم توفر اللقاح في العديد من المرات بـ 10% من الإجابات.

الجدول رقم (49): أسباب عدم تلقيح الأطفال

الأسباب	العدد	%
عدم توفر اللقاحات بالمجمع الصحي	10	10
البرنامج الأسبوعي للتلقيح	44	44

الدراسة

		غير مناسب
32	32	بعد المسافة
11	11	نقص الوعي بمخاطر الأمراض
3	3	أسباب أخرى

46- حالات المرض المسجلة: تؤكد الإجابات بالجدول رقم 50 أن هناك أمراض منتشرة مثل مرض الحصبة بالدرجة الأولى و السعال الديكي بالدرجة الثانية ثم يليه مرض السل و شلل الأطفال بنسب متفاوتة 15% و 7% للسل و 6% للسعال الديكي و أخيراً شلل الأطفال بـ 1%.

الجدول رقم (50): حالات المرض المسجلة

%	العدد	نوع المشاكل
15	15	الحصبة
6	6	السعال الديكي
1	1	شلل الأطفال
-	-	الكزاز
7	7	السل
100	100	المجموع

47- وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات: حسب ما ورد في الجدول رقم 51، فإن 9 مبحوثين سجلوا وفيات ضمن أطفالهم الأقل من 5 سنوات أي 9% من مجموع المبحوثين، أما 91% الأخرى صرحوا بعدم تسجيل لأي وفاة في وسط أطفالهم.

الجدول رقم (51): وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات

%	العدد	نوع المشاكل
9	9	نعم
91	91	لا
100	100	المجموع

## مناقشة وتحليل النتائج:

## - النتائج العامة:

إن محاولة إثبات الدراسة النظرية بالدراسة العلمية الميدانية ، لملء الفجوة القائمة بين النظري والواقع، و هذا بغية تحقيق أهداف هذه الدراسة والمتمثلة في معرفة الوضع الصحي في الأحياء الهشة، والبحث في ظروفها المعيشية و مرافقها غير الصحية والمعاناة اليومية، و مدى مساهمتها بطريقة أو بأخرى في انتشار مختلف أمراض .

إن منطقة الدراسة تمت على الحي الهش طابق الكلب بمنطقة العالية بمدينة بسكرة، هذه المدينة التي تضم العديد من الأحياء الهشة أين عرفت بسكرة هجرة كبيرة خاصة من الولايات الأخرى المجاورة مثل خنشلة و تبسة، هذه الأحياء التي تفتقر لأساسيات العيش الكريم مشكلة بذلك حزام من البؤس على أطراف المدينة، تبين مقدار معاناة هذه الأحياء من تشوه مبانيها و تدهورها. والتي تبنى غالبا من الخشب و القصدير و بقايا طوب الاسمنت. هذه السكنات تنعدم فيها التهوية و دورات المياه المحسنة إلى جانب ضيق الشوارع و تعرجها، مشكلة بذلك عائقا في تنقل السكان بحرية و انتشار القذارة نظرا لغياب جمع و تصريف النفايات المنزلية التي تبقى ملاصقة للبنىات مؤدية بذلك إلى انتشار الروائح الكريهة و الحشرات الضارة مثل الذباب و الديدان و الصراصير و العقارب الخ...

تراوحت أعمار المبحوثين بين 20 إلى 70 سنة، حيث بلغ عدد من تراوحت أعمارهم بين 20-40 سنة 25 مبحثا أي بنسبة مقدارها 25%. أما من تراوحت أعمارهم بين 40-60 سنة بلغ عددهم 60 مبحثا و بنسبة 60%، في حين بلغ عدد من تراوحت أعمارهم 60 فما فوق 15 مبحثا و بنسبة مقدارها 15%. و هذا يعني أن جميع أرباب الأسر هم من فئة الكهول و هذه نتيجة طبيعية لان هذه الشريحة هي من تستطيع تحمل أعباء إعالة الأسرة مقارنة بما يعانيه الشباب من بطالة لا تمكنه من إكمال نصف دينه.

إن المبحوثين الذين تم مخاطبتهم هم 69% رب الأسرة نفسه، أما الباقي هي الأزواج، سواء تلك التي لم نجد زوجها بالبيت أو مطلقة أو أرملة بنسبة 31% من مجموع المبحوثين. و ضمن مجموع المبحوثين وجدنا 75% المعيل فيها هو الرجل، أما النساء فيقدر نسبتهن بـ 20%، أما الأبناء فكانت النسبة 5%.

أما فيما يخص المستوى العلمي، فوجدنا 30% من أفراد العينة لا يجيدون القراءة و لا الكتابة و 51% لم يتجاوز مستواهم الدراسي المرحلة الابتدائية، أما بالنسبة لمستوى المتوسط فكانت النسبة 13% مما يدل أن هذه الفئة لم تسمح لهم ظروفهم الاجتماعية و الاقتصادية على مواصلة تعليمهم. و نجد في المقابل 6% فقط سمح لهم الحظ في الوصول إلى المستوى الثانوي.

أما المهنة فسجلنا أن 65% من المبحوثين يمتنون عمل يومي و 19% دون عمل أي بطالين و 12% عمل مؤقت، و منه نلاحظ أن 96% من مجموع العينة لا يكفيهم دخلهم الشهري لضمان لقمة العيش الكريم، بالإضافة إلى مستوى المعاناة المادية و الاجتماعية لهذه الشريحة الفقيرة.

إن نوع مواد البناء المستعملة في بناء هذه المساكن تشير أو تدلل إلى المستوى المعيشي المتدني لأن معظم السكنات تم بنائها بمواد هشة من مزيج من اسمنت و الصفيح و بطريقة مؤقتة وهذا لا يضمن الراحة و الاستقرار لأفراد الأسر بهذا الحي، خاصة الأطفال لأن هذا لا يقيهم لا من البرد في فصل الشتاء و لا الحر في فصل الصيف.

#### - تحليل النتائج حسب الفرضية الفرعية:

**نتائج الفرضية الفرعية الأولى: "إن نقص و عدم مأمونية مياه الشرب يؤدي إلى تفشي أمراض الفقر"**

تلحق الأمراض المتعلقة بالماء ضررا فظيحا بصحة الإنسان، و هذه الأمراض أنواع كثيرة، و لكنها جميعا لها علاقة مباشرة بالحاجة إلى مياه نظيفة. و ينشأ العديد من تلك الأمراض ببساطة بسبب عدم توفر مياه للشرب و تنظيف الأطعمة، بينما يتفشى غيرها بسبب عدم توفر منشآت ملائمة لتوفير الصحة العامة الوقائية و الممارسات غير السليمة للنظافة الصحية الشخصية التي لها علاقة مباشرة بعدم وجود مياه نظيفة.

أكدت الدراسة الميدانية في 70% من الإجابات بأن مصدر التزود بالمياه المأمونة هي إيصالات غير قانونية (فوضوية) قام بها المبحوثين، و هذا يعرض هذه المياه إلى التلوث البكتريولوجي. كما كانت إجابة المبحوثين بنسبة 100% بأن المياه المخصصة للاستهلاك و التنظيف اليومي لا تكفي لتلبية حاجياتهم اليومية من الشرب و الاستحمام و الغسيل و التنظيف.

و من ناحية أخرى يتم تخزين هذه المياه في براميل بلاستيكية بنسبة 75% و 16% يتم في خزانات حديدية وهي كلها غير مضمونة و لا يمكن ضمان نظافتها لأنها معرضة للأطفال و الحشرات. كما أضافوا بأن 92% لا يقومون بتنظيف الخزانات دوريا. و تعتبر هذه الوضعية خطرة على الصحة العامة.

أما فيما يخص تسجيل حالات مرضية جراء استهلاك الغذاء و الماء كانت الإجابات 100% موجبة بوجود حالات إسهال في المرتبة الأولى ثم تليها التسممات الغذائية و فقد الدم و التيفويد.

وفي ضوء هذه الشواهد الكمية يبدو جليا أن الفرضية الأولى قد تحققت بدرجة عالية من الإيجابية. حيث تبين أن هناك علاقة ارتباطية بين نقص و عدم مأمونية مياه الشرب و بين تفشي أمراض الفقر.

#### نتائج الفرضية الفرعية الثانية: "إن سوء التغذية يفاقم في اعتلال الصحة"

تؤثر الأمراض السارية المختلفة خصوصا الإسهال و الأمراض التي تصيب الجهاز التنفسي، و الحصبة، و الملاريا، و الطفيليات المعوية و الايدز، تأثيرا كبيرا على حالة التغذية. و يسبب التفاعل بين الإصابة بالمرض و نقص استهلاك الأغذية تأخيرا في النمو عند الأطفال مما يفضي إلى حلقة مفرغة أو ما يسمى مركب الإصابة بالمرض و سوء التغذية، فالأشخاص المصابون بسوء التغذية يكونون أكثر عرضة للإصابة بالأمراض، بل إن إصابتهم تكون أكثر حدة و أطول زمنا. (منظمة الصحة العالمية، 1992، ص08)

بينت الدراسة أن 92% من العائلات التي احتوتها العينة معوزة و اتضح أن نسبة 95% من أفراد العينة لا تكفيهم الوجبات الغذائية، وذلك بسبب ضعف القدرة الشرائية للأسرة و هذا أكدته 97% من إجابات المبحوثين ..

أما فيما يخص غسل الخضر و الفواكه قبل الاستهلاك، كانت الإجابات على هذا النحو، 72% منهم صرحوا ب (لا) و 21% ب (أحانا) و فقط 6% الذين أكدوا بأنهم يقومون بغسل الخضر و الفواكه جيدا قبل الاستهلاك. و تعود أسباب ذلك إلى نقص المياه النقية و الظروف السكنية غير الملائمة.

و تؤكد كل هذه الإحصائيات و البيانات أن هناك علاقة أكيدة بين سوء التغذية و اعتلال الصحة بمجموع المبحوثين، و منه يمكن أن نقول أن الفرضية الثانية محققة.

#### نتائج الفرضية الفرعية الثالثة: "إن للتصريف غير الصحي للنفايات البشرية و علاقة بانتشار أمراض الفقر"

تعتبر النفايات البشرية المتمثلة في المياه العادمة و النفايات المنزلية الصلبة من أخطر الملوثات إطلاقا على صحة الإنسان و البيئة بصفة عامة، عندما لا يتم التخلص منها بطريقة صحية. هذا راجع لكثافة المكروبات و الطفيليات المختلفة الموجودة بهذه المياه. و عليه يستوجب إبعاد النفايات السائلة عبر قنوات بقدر المطلوب عن التجمعات السكانية. أما النفايات الصلبة يجب تجميعها و تفريغها في أماكن بعيدة مخصصة لذلك.

أما بمنطقة الدراسة يتم التخلص من المياه العادمة بنسبة 72% في الهواء الطلق و 21% باستعمال حفر أعدت من طرف المبحوثين أنفسهم. أما النفايات المنزلية الصلبة يتم في 78% من الحالات بتجميعها و تفريغها بالقرب من المنازل و 22% يقومون بعملية الحرق على

مستوى الحي و هذا نظرا لغياب شاحنة جمع النفايات المنزلية. و يرجع ذلك إلى الطابع الفوضوي للحي و التهميش و ضيق الشوارع من جهة أخرى. تبرز المعانات التي يتكدها المبحوثين من جراء انتشار مختلف الحشرات، فكانت إجاباتهم بأنهم يعانون في المرتبة الأولى من الذباب و الصراصير ثم تليها الفئران و العقارب و الديدان. هذه الحشرات الكثير منها ناقل للأمراض. و يمكن تلخيص أنواع الأمراض التي تسببها هذه الحشرات، حسب تصريحات المبحوثين في المرتبة الأولى مرض ليشمانيا ثم تليه أمراض العيون ثم الأمراض الجلدية و أخيرا التسمم العقربي. كل هذه النسب شواهد على صحة الفرضية التي تحققت بصورة واضحة وفسرت ايجابيا العلاقة الوطيدة بين التصريف غير الصحي للنفايات البشرية وتفشي أمراض الفقر.

### نتائج الفرضية الفرعية الرابعة: " الاكتظاظ داخل المسكن يسهل تنقل عدوى المرض بين أفراد الأسرة "

في البيت يحتاج الإنسان للخصوصية في بعض شؤونه، و للاعتزال جانبا أحيانا، كما يجب أن تتوفر سعة وفسحة ملائمة لكل شخص لتوفير نوع من الخصوصية التي يحتاجها الفرد من وقت لآخر، وهذه حاجة نفسية أساسية من احتياجات الإنسان. كما أن توفير مساحة مناسبة يقلل من انتقال العدوى الناجمة عن جراثيم ومسببات الأمراض المعدية، خاصة المتنقلة من شخص لشخص، كما هو الحال في أمراض الجهاز التنفسي، وقد أوضحت ذلك الإحصائيات والنسب التي أكدت صحة الفرضية وبينت أن الاكتظاظ والازدحام في المسكن يؤدي إلى تنقل عدوى المرض بين أفراد الأسرة .

حيث عبرت الإجابات على الأسئلة الفرعية التي تضمنتها البيانات الخاصة بالحجم الأسري وتبين ذلك من خلال الموقف الذي أبداه أفراد العينة من أرباب الأسر وجاء نسبة 57% دليل على الاكتظاظ في الأسرة والتزام على الغرفة الواحدة بحيث نجد أن 5 إلى 7 أفراد تمثلهم نسبة 79%. وفي ضوء هذه الشواهد الكمية يبدو جليا أن الفرضية الرابعة قد تحققت .

## خاتمة:

يمكن القول على ضوء ما تقدم أن الفقراء يتركزون في المناطق غير المرغوب فيها، الأمر الذي يعرضهم لدرجة مرتفعة من مخاطر الإصابة بالأمراض و مواجهة الكوارث و انعدام الأمن. فقراء الحضر يواجهون عبء إضافي يتمثل في الاكتظاظ و أوضاع معيشية كثيرا ما تكون غير صحية على مستوى ابيوات و أحياء هشة ، حيث رداءة الهواء و نوعية الماء، المضرة بالصحة بشكل كبير، و غياب الصرف الصحي و النظافة الأساسية.

إن الأمراض التي تنتشر في الأحياء الحضرية الهشة عادة هي الأمراض التي ترتبط ظروف الإسكان في هذه المناطق. و التي تعود بالخصوص إلى غياب الشروط الضرورية للإسكان، كعدم توفر المياه، و عدم وجود الصرف الصحي، و غياب أماكن رمي القمامة، و انتشار الأوساخ، هذا بالإضافة إلى التأثيرات التي يفرزها نوع الإسكان أو البناء في حد ذاته الذي لا يخضع للمعايير العمرانية والصحية المطلوبة ولهذا عادة ما نجد في الأبحاث والدراسات السابقة التي أجريت حول مناطق السكن الهشة تتكلم عن أمراض مثل التيفوئيد، الأوبئة ، والأمراض الجلدية، والكوليرا، والسل، والسيدا.. أو بما يعرف بأمراض الفقر التي تفرزها ظروف الإسكان بهذه المناطق.

### التوصيات و الاقتراحات:

- برمجة زيارات لفرق طبية متنوعة لتشخيص الوضع الصحي بالحي مع اتخاذ إجراءات وقائية مستعجلة.
- الإسراع في ربط هذه الأحياء بالمياه المأمونة المخصصة للاستهلاك اليومي.
- ربط هذه الأحياء بشبكة الصرف الصحي.
- برمجة مفرغات عمومية لجمع و رمي القمامة المنزلية
- برمجة مرافق عمومية كالمدارس و الوحدة الصحية و مركز للآمن.
- تخصيص مساحات خضراء و أخرى للعب.
- ربط الحي بالكهرباء و الغاز.
- وضع برنامج لامتنصاص البطالة بهذه الأحياء.
- تقديم مساعدات غذائية و إعانات مادية للأسر الفقيرة جدا لتخفيف وطأة الفقر.
- مراجعة وإعادة تهيئة و تخطيط و تعمير الأحياء الهشة المتواجدة بمدينة بسكرة و من ضمنها الحي الهش طابق الكلب الذي أجريت عليه الدراسة الميدانية لتفادي أمراض الفقر و الآفات الاجتماعية المتوطنة بها.



الملاحق



وزارة التعليم العالي و البحث العلمي  
جامعة محمد خيضر - بسكرة-  
كلية العلوم الاجتماعية و الإنسانية  
قسم العلوم الاجتماعية



تخصص علم اجتماع حضري

شعبة علم الاجتماع

### استمارة الدراسة

## ما دور الأحياء الهشة في انتشار أمراض الفقر

دراسة ميدانية بالحي الهش طابق الكلب بالعالية -مدينة بسكرة-

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم الاجتماع الحضري

السنة الجامعية 2019/2018

إعداد الطالب: منقري محمد

يسرني أن أضع بين أيديكم استمارة بحث علمي، الرجاء ملء المعلومات بكل عناية و صدق

تقبلوا مني أسى عبارات التقدير و الاحترام.

ملاحظة: كل المعلومات لا تستعمل إلا لغرض الدراسة فقط.

## استمارة بحث رقم: .....

### المحور الأول: بيانات شخصية

- 01 - ما هو عمرك؟ .....  18-40 سنة  40-60 سنة  60 فما فوق
- 02 - ما هو جنس المبحوث؟  ذكر  أنثى
- 03 - علاقة القرابة برب الأسرة: نفسه  الزوجة  الابن الأكبر  البنت الكبرى  الجد أو الجدة
- 04 - من هو معيل الأسرة؟ الأب  الأم  الأبناء  آخر
- 05 - حجم الأسر المعيشية بالمسكن: أسرة واحدة  أسرتين  أكثر
- 06 - عدد أفراد الأسرة المعيشية: 1-4 أفراد  5-7 أفراد  أكثر من 7
- 07 - متوسط دخل الأسرة: أقل من 10.000 دج  من 10.000-18.000 دج  من 18.000-30.000 دج  أكثر من 30.000 دج
- 08 - مستوى التعليمي لرب الأسرة: أمي  ابتدائي  متوسط  ثانوي  أزيد من ذلك
- 09 - وظيفة رب أسرة: عمل دائم  عمل مؤقت  عمل يومي  متقاعد  بطال

### المحور الثاني: بيانات حول المسكن و الحي

- 10- طبيعة البناء:  قصديري  طوب  اسمنت مساح
- 11- ملكية المسكن: مستأجر  ملك  دون وثائق رسمية (وضع اليد)
- 12- مساحة المسكن: أقل من 50 م<sup>2</sup>  من 50-70 م<sup>2</sup>  أكثر من 70 م<sup>2</sup>
- 13- عدد الغرف: غرفة واحدة  غرفتين  ثلاثة غرف  أكثر من ذلك
- 14- المسكن متوفر على:  مرحاض  مرش  مطبخ
- 15- هل المرافق الصحية مزودة بمياه الحنفية؟  مرحاض  مرش  مطبخ
- 16- أرضية المسكن:  ترابية  إسمنتية  بلاط (كرلاج)
- 17- هل المسكن مربوط بشبكة؟  الكهرباء  الغاز  المياه النقية  الصرف الحي
- 18- هل هناك اكتظاظ بالغرف؟  نعم  لا
- 19- إن كان الجواب نعم، فكم عدد الأفراد في الغرفة الواحدة؟ أقل أو يساوي 4  5-7 أفراد  أكثر من 7
- 20- ما هي المشاكل التي يعاني منها المسكن؟  ضيق  السقف غير ملائم  نقص التهوية  دورة المياه غير ملائمة  تشقق في الجدران

21- ما هي المشاكل التي يعاني منها الحي؟

- \* ضيق الشوارع  
 \* انعدام الإنارة العمومية  
 \* نقص مياه الشرب  
 \* مشكل تصريف المياه العادمة  
 \* مشكل تصريف القمامة (النفايات)  
 \* مشكلة التلوث و عدم النظافة

### المحور الثالث: الغذاء و المياه المأمونة للشرب

#### • الغذاء:

- 22- هل العائلة من المعوزين؟  نعم  لا
- 23- هل الوجبات الغذائية اليومية كافية للعائلة؟  نعم  لا
- 24- إن كان الجواب بلا، ما هي الأسباب؟  ضعف القدرة الشرائية  بعد السوق  أسباب أخرى
- 25- هل يتم غسل الخضرو الفواكه جيدا قبل الاستهلاك؟  نعم  لا  أحيانا
- 26- إن كان الجواب بلا ما هي الأسباب؟  نقص المياه النقية  الظروف السكنية غير ملائمة
- نقص الوعي الصحي  أسباب أخرى
- 27- هل لديكم ثلاجة لحفظ الغذاء والمأكولات؟  نعم  لا

#### • المياه المأمونة:

- 28- مصدر المياه النقية:  من الشبكة بطريقة قانونية  إيصال فوضوي بالشبكة
- بئر  شاحنة المياه  من عند الغير
- 29- هل يتم تزودك بالمياه؟  يوميا  كل يومين  كل ثلاثة أيام  أكثر من ذلك
- 30- هل كمية المياه كافية للاستهلاك و التنظيف اليومي؟  نعم  لا
- 31- تخزين المياه النقية يتم في:  خزان بلاستيكي  خزان حديدي  براميل بلاستيكية
- 32- هل يتم تنظيف و تطهير خزان الماء بصفة دورية؟  نعم  لا
- 33- هل هناك حالات مرضية بين أفراد العائلة جراء استهلاك الغذاء أو الماء؟  نعم  لا
- 34- إن كان الجواب بنعم، هل هذه الأمراض متفشية بين أفراد العائلة؟
- إسهال حاد  أمراض معوية  كوليرا  تيفوئيد  تسممات غذائية  فقر الدم

## المحور الرابع: التصريف الصحي للنفايات السائلة و الصلبة

### • الصرف الصحي للمياه المستعملة (المياه العادمة):

35- كيف يتم التخلص من المياه العادمة؟ شبكة الصرف  بئر  حفرة  في الهواء الطلق

### • التصريف الصحي للنفايات الصلبة:

36- هل يتم التخلص من النفايات المنزلية؟ عن طريق شاحنة البلدية  بالقرب من المسكن  بالحرق

37- هل تعاونون من الروائح الكريهة من هذه الفضلات؟ نعم  لا  أحيانا

38- هل تعاونون من تكاثر الحشرات؟ الذباب  الصراصير  الديدان  العقارب

39- هل يعاني بعض أفراد العائلة من الأمراض التالية؟ ليشمانيا  أمراض جلدية أخرى  أمراض طفيلية

لدغ بالعقرب  أمراض أخرى

### المحور الخامس: الرعاية الصحية

40- هل هناك منشآت صحية قاعدية بالحي؟ نعم  لا

41- كم تبعد عنكم أقرب منشأة صحية، أقل من 1 كم  1-2 كم  أكثر من 2 كم

42- هل التكفل الصحي و الطبي جيد؟ نعم  لا

43- إن كان الجواب بلا ما هي الأسباب؟ نقص الطاقم الطبي  الاكتظاظ عند الفحص  نقص التجهيز الطبي  أخرى

44- هل أطفالكم ملقحين ضد الأمراض حسب الرزنامة الوطنية؟ نعم  لا

45- إن كان لا، ما هي الأسباب؟ السبب راجع للعائلة  عدم توفر يومي للقاحات  بعد المسافة

46- هل هناك حالات مرضية بالأمراض التالية؟ الحصبة  السعال الديكي  شلل الأطفال  السل

47- هل هناك وفيات بين أطفالكم خلال الثلاث سنوات الماضية؟ نعم  لا

# قائمة المراجع

## ■ الكتب:

- الحسيني، السيد. (1991). الإسكان والتنمية الحضرية. دراسة لأحياء الفقيرة في مدينة القاهرة. القاهرة: مكتبة غريب.
- السامراني، كمال. (1985). مختصر تاريخ الطب العربي. الجزء الثاني. العراق: منشورات وزارة الثقافة والاعلام.
- السيد، طارق. (2007). السياسات في علم الاجتماع الطبي. الإسكندرية: مؤسسة شباب الجامعة.
- الفارس، عبد الرزاق. (2001). الفقر و توزيع الدخل في الوطن العربي، ط1. بيروت: مركز دراسات الوحدة العربية.
- القصير، عبد القادر. (1993). أحياء الصفيح. بيروت: دار النهضة العربية لطباعة والنشر.
- النجفي، سالم توفيق، أحمد فتحي، عبد المجيد. (2008). السياسات الكلية و الفقر مع إشارة خاصة إلى الوطن العربي. بيروت: مركز دراسات الوحدة العربية.
- النعيم، عبد الله العلي. (1994). إدارة المدن الكبرى. تجربة مدينة الرياض. الرياض: مكتبة الملك فهد.
- الوحش، احمد بيبي، الدويبي، عبد السلام بشير. (1989). مقدمة في علم الاجتماع الطبي. طرابلس: الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع.
- انتوني، غيدنز. (2005). علم الاجتماع، ط4. ترجمة د. فائز الصياغ. بيروت: مركز دراسات الوحدة العربية.
- حاروش، نور الدين. (2008). إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية (الطبعة الاولى) الجزائر: دار كتامة للكتاب.
- رشوان، حسين عبد الحميد. (2005). المدينة. دراسة في علم الاجتماع الحضري. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
- روبرت بونيتو وآخرون. (2008). أساسيات علم الوبائيات، ط2. ترجمة جيهان احمد فرج. دمشق: منظمة الصحة العالمية.
- زكي، رمزي. (1984). المشكلة السكانية. وخرافة المالتوسية الجديدة. سلسلة عالم المعرفة. الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
- زيد، بن محمد الرمانى. (2005). الفقر حقيقته و أسبابه، ط1. الرياض: دار الورقات العلمية.
- عبد الحميد، صلاح محمد. (2009). ثقافة العشوائيات. القاهرة: مؤسسة طبية.
- عبد السلام، مصطفى محمود. (2012). المعالجة الإسلامية للتخلف الاقتصادي، ط1. عمان: الوراق للنشر و التوزيع.
- عمر، نادية محمود، عمر، السيد. (2003). علم الاجتماع الطبي - المفهوم والمجالات، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- قرانوتيه، برنارد. (2009). السكن الحضري في العالم الثالث. دراسات إقليمية. ترجم من طرف فاضل محمد كوريا، تشارلز. (1999). الشكل الجديد لمدن العالم الثالث. ترجم من طرف إبراهيم محمد بن حسين. الرياض: النشر العلمي والمطابع.
- محبوب، الحق، (1988). ستار الفقر ترجمة أحمد فؤاد بلبع. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- مصطفى أحمد، حامد رضوان. (2012). الفقر في ظل العولمة، ط1. الإسكندرية: الدار الجامعية للكتاب.
- نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي. (1999). طب المجتمع. منظمة الصحة العالمية. بيروت: المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، أكاديميا انترناشيونال.
- إبراهيم، محمد عباس. (2000). التنمية والعشوائيات الحضرية. اتجاهات نظرية وبحوث تطبيقية. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- اسماعين قيرة. (2005). اي مستقبل في البلدان النامية. الجزائر عين مليلة: دار الهدى للنشر و التوزيع رشيد زروالي
- السيد حنفي عوض. (1997). سكان المدينة، الزمان و المكان. مصر: المكتب العالمي للكمبيوتر و النشر و التوزيع عبد الباسط عبد المعطي. (1997). اتجاهات نظرية في علم الاجتماع. مصر: الناشر مكتبة الانجلو المصرية علام أحمد خالد. (1997). تخطيط المدن. القاهرة: الناشر مكتبة الانجلو المصرية.
- عمار بوحوش و محمد الذنبيات. (2008). منهاج وطرق اعداد البحوث ط3. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.

نمر، محمد. (2008-2009). التسيير المستدام للنفايات المنزلية. دراسة ميدانية لبلدية قسنطينة. كلية العلوم الاقتصادية. جامعة قسنطينة.

#### ■ التقارير الوطنية و الدولية

24- البرنامج الأمم المتحدة الإنمائي. (2010). تقرير حول الفقر و النمو و توزيع الدخل في لبنان.

25- الأمم المتحدة. (2004). التقرير الأول حول أهداف التنمية للألفية الخاص بالجزائر.

#### ■ دراسات و بحوث

26- بوساق، كريمة. (...). سياسات مكافحة الفقر بالدول النامية، حالة الجزائر، رسالة الماجستير، مرجع سابق.

27- غربي، علي. (2005). عولمة الفقر، يوم دراسي تحت عنوان التحديات المعاصرة، جامعة قسنطينة، الجزائر.

28- الخالدي، عبيد نجم عبد الله. (2002). دور الوعي الاجتماعي في الوقاية من الأمراض المزمنة، دراسة ميدانية في علم الاجتماع الطبي، رسالة ماجستير غير منشورة مقدمة إلى مجلس كلية الآداب في جامعة بغداد.

29- قنديل، رمضان، (2012). الحق في الصحة في القانون الجزائري، دراسة تحليلية مقارنة. مجلة دفاتر السياسية والقانون، العدد 6.

30- عتيق، عائشة. (2011-2012). جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية. رسالة ماجستير كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية. تلمسان: جامعة ابو بكر بالقايد.

31- الشريف، محمد بن مسلط. (2006). المناطق العشوائية بمكة المكرمة. مجلة المدينة العربية. الكويت: المعهد العربي لإنماء المدن.

32- سحنون، طيب. (1999). المدينة الجزائرية و تحديات المستقبل. الملتقى الوطني لتنمية المناطق الصحراوية. معهد الهندسة المعمارية. جامعة محمد خيضر بسكرة.

33- قاسمي شوقي. (2012-2013). معوقات المشاركة الشعبية في برنامج امتصاص السكن الهش. دراسة ميدانية لبرنامج RHP للبنك الدولي للإنشاء و التعمير بالجزائر.

34- حاجي، يسين رابح. (2016). التراث في منطقة الزيبان. مجلة تراث الزيبان، العدد الأول.

35- معاوية، صبرينة. (2015-2016). أطروحة الدكتوراه في علم الاجتماع. تخصص علم الاجتماع البيئية، التطوير الحضري و التنمية المستدامة في المدن الصحراوية.

36- حاجب، صهيب. (2012). مخطط شغل الأراضي رقم 03 لبلدية بسكرة. المرحلة الأولى.

37- صيفي، زهير. (2012). الديناميكية الفلاحية في إقليم الزيبان. مجلة علوم التكنولوجيا D.

#### livres :

- Benatia, Farouk, (1980). Alger : agrégat ou cité ?, L'intégration citadine de 1919 à 1979, Alger :SNED.

#### ■ Articles

- Debla, Abd Ellaali & Belaadi Brahim, (2003). Typologies des bidonvilles: analyse critique. Revue des sciences humaines. Biskra: Université Mohamed Khider,

- Pierre Labored, (1992). collection Nathan université, les espaces urbaine dans le monde.

- Dedier Castiel. (2004). Le Calcul Economique En Sante. Méthodes et Analyses Critiques. paris: Ed EHESP.

- Ottawa Charter for health promotion. (1986). First International Conférence on Health promotion. Ottawa : WHO/HPR/HEP/95.

- J.P park . (1983). preventive and social medicine india :9th edition .

- Richard t. (2003). schacfer sociology. newyork : 8th edition , mc grow hill.