

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد لمين دباغين. سطيف2

قسم: علم الاجتماع

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

الرقم التسلسلي:

رقم التسجيل:



أطروحة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه الطور الثالث في فرع علم السكان

تخصص: السكان والصحة

بعنوان:

تطور التركيب العمري والتنوعي للسكان وانعكاسه على احتياجات التنمية الصحية
في الجزائر - دراسة تحليلية لسكان ولاية سطيف-

إعداد الطالب: رجاء خشخوش

لجنة المناقشة:

الصفة	مؤسسة الانتساب	الرتبة	اسم ولقب الأستاذ
رئيسا	جامعة سطيف 2	أستاذ التعليم العالي	كمال بلخيري
مشرفا ومقررا	جامعة سطيف 2	محاضر-أ-	كريمة فوداد
ممتحنا	جامعة سطيف 2	محاضر-أ-	فايزة مجدوب
ممتحنا	جامعة باتنة 1	محاضر-أ-	سيهام عبد العزيز
ممتحنا	جامعة باتنة 1	محاضر-أ-	صلاح الدين عمراوي

السنة الجامعية: 2025/2024

إهداء وشكر:

بسم الله الرحمن الرحيم: "وَقُلْ رَبِّ زِدْنِي عِلْمًا" سورة طه: الآية 114

الحمد والشكر لله الذي تتم بحمده الصالحات، وبشكره تدوم النعم، لا يسعني وأنا وأنتهي من إعداد أطروحتي إلا أن أهدي عملي إلى روح أبي الطاهرة رحمة الله عليه، الذي كان بودي أن يشاركني فرحتي، فاللهم أسكنه الفردوس الأعلى وأحشره مع النبيين. كما أهدي ثمرة جهدي إلى أعز وأغلى إنسانة في حياتي، إلى من كان دعاؤها سر توفيقتي ونجاحي، إلى الغالية على قلبي أُمِّي "صحرة ورخ" بارك الله في عمرها.

كما أهدي هذا العمل إلى كل عائلتي وأخص بالذكر من وجودهم ينير حياتي أخي الوحيد عبد الرحمان وأخواتي الغاليات سعيدة، آمال، رشيدة، حدة، مبروكة وعائشة.

وعملاً بقول الرسول صلى الله عليه وسلم "من لم يشكر الناس، لم يشكر الله عز وجل"، أقدم بالشكر الجزيل وكل عبارات التقدير والاحترام والعرفان إلى أستاذتي العزيزة "فوداد كريمة" التي تفضلت بقبولها الإشراف على أطروحتي، أستاذتي التي أراها نموذجاً للعلم والمعرفة والعطاء، قد كانت لي بمثابة أخت، أشكرها على توجيهاتها القيمة التي كانت السبب لإخراج الأطروحة في صورتها النهائية، فجزاها الله عني خير الجزاء ورزقها من نعيم الدارين.

في النهاية أتمنى أن أكون قد وفقت في إعداد هذه الأطروحة، فإن وفقت فمن الله سبحانه وتعالى، وإن قصرت فمن نفسي والشيطان، والحمد لله الذي تقدر بصفة الكمال لنفسه.

فهرس المحتويات

إهداء وشكر .	
فهرس المحتويات.	
قائمة الجداول.	
قائمة الأشكال.	
مقدمة	ص أ-ب

الجزء الأول: الجانب النظري

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

1- الدراسات السابقة	صفحة 5
2- الإشكالية	صفحة 14
3- أسباب اختيار الموضوع	صفحة 16
4- أهداف الدراسة	صفحة 17
5- أهمية الدراسة	صفحة 17
6- مجالات الدراسة	صفحة 18
7- منهج وأساليب الدراسة	صفحة 19
8- مصادر البيانات	صفحة 22
9- تحديد المفاهيم	صفحة 23
10- صعوبات الدراسة	صفحة 26

الفصل الثاني: مؤشرات التركيب العمري والنوعي للسكان

تمهيد	27
أ. التركيب العمري للسكان	28
1- تصنيفات التركيب العمري للسكان	28
2- مؤشرات التركيب العمري	31
أ. التركيب النوعي للسكان	33
1- مؤشرات التركيب النوعي	34
أ. الهرم السكاني	35
1- تعريف الهرم السكاني	35
2- أنواع الهرم السكاني	36
3- المجتمعات البشرية تبعا لشكل الهرم السكاني	40
4- علاقة الهرم السكاني بالتركيبتين العمرية والنوعية	41
أ. أهمية التركيب العمري والنوعي للسكان	42
ب. العوامل المؤثرة في فتوة أو شيخوخة السكان	43
ج. الأخطاء التي تتعرض لها بيانات التركيب العمري والنوعي للسكان	44
د. أساليب تقييم وتقويم بيانات التركيب العمري والنوعي للسكان	45
خلاصة الفصل	49

الفصل الثالث: الخلفية المعرفية للتنمية الصحية

تمهيد	50
أ. التنمية	51
1- تعريف التنمية	51
2- أنواع التنمية	51
3- خصائص التنمية	51

4- مبادئ التنمية	53
5- أبعاد التنمية	53
6- مراحل العمل التنموي	54
ii. الصحة	55
1- تعريف الصحة	55
2- أنواع الصحة	55
3- مستويات الصحة	56
4- العوامل التي تقرر مستوى الصحة	57
5- العلاقة بين الصحة وتحقيق التنمية المستدامة	58
iii. التنمية الصحية	59
1- تعريف التنمية الصحية	59
2- أهداف التنمية الصحية	60
3- مؤشرات التنمية الصحية	61
4- العلاقة بين التنمية الصحية والسياسة الصحية	71
5- سبل تحقيق التنمية الصحية	73
خلاصة الفصل	78

الجزء الثاني: الجانب التطبيقي

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

تمهيد	79
الشق الأول: الديناميكية السكانية لولاية سطيف 1998 - 2022	80
1. النمو السكاني لولاية سطيف 2001 - 2022	80

- 1- تطور سكان سطييف 2001-2022 صفحة 81
- 2- مؤشرات النمو السكاني صفحة 88
- II. التركيب العمري لسكان سطييف 1998-2022 صفحة 94
- 1- تطور التركيب العمري لسكان سطييف حسب الفئات العمرية الكبرى 1998-2022 صفحة 94
- 2- مستوى دقة بيانات العمر صفحة 97
- 3- العمر الوسيط لسكان سطييف 1998-2022 صفحة 101
- 4- مؤشر التعمر لسكان سطييف 1998-2022 صفحة 104
- 5- نسبة الإعاالة الديموغرافية لسكان سطييف 1998-2022 صفحة 106
- III. التركيب النوعي لسكان سطييف 1998-2022 صفحة 110
- 1- تطور نسبة سكان سطييف حسب النوع 2001-2022 صفحة 111
- 2- تطور نسبة النوع لسكان سطييف 1998-2022 صفحة 112
- 3- مستوى دقة بيانات النوع لسكان سطييف 1998-2022 صفحة 118
- 4- الفجوة النوعية ومؤشر التكافؤ لسكان سطييف 1998-2022 صفحة 122
- * تقييم مستوى دقة بيانات العمر والنوع لسكان سطييف مؤشر سكرتارية الأمم المتحدة 1998-2022 صفحة 129
- * تقويم بيانات العمر والنوع لسكان سطييف التي تعاني من ضعف بدرجة متوسطة صفحة 133
- * تطور الأهرام السكانية لولاية سطييف 1998-2022 صفحة 137
- الشق الثاني: أطر تقييم التنمية الصحية واحتياجاتها بسطييف 2001-2020 صفحة 141
- I. تطور مؤشرات التنمية الصحية لولاية سطييف 2001-2020 صفحة 141
- II. الاحتياجات الصحية لسكان سطييف 2001-2019 صفحة 165
- 1- الاحتياجات الصحية البشرية (القطاع العام والخاص) بسطييف 2001-2019 صفحة 165

183	2- الاحتياجات الصحية المادية (القطاع العام والخاص) بسطيف 2001- 2020
190	الشق الثالث: التوقعات المستقبلية للاحتياجات الصحية لسكان سطيف (2019- 2054)
190	1- المعطيات المطلوبة في برنامج الطيف الديموغرافي
191	2- الفرضيات (السيناريوهات)
194	3- نتائج التوقعات
203	خلاصة الفصل
204	النتائج العامة
210	التوصيات
212	الخاتمة
213	القائمة البيبليوغرافية
	ملخص الدراسة.

قائمة الجداول

الصفحة	العنوان	رقم الجدول
63	تصنيف مستويات وفيات الرضع لمنظمة اليونيسيف	1-3
81	تطور عدد سكان سطيف ومعدلات النمو الصافي 2001-2022	1-4
85	تطور عدد سكان سطيف حسب المنطقة (حضر، ريف) 2001-2019	2-4
86	تطور عدد سكان سطيف حسب التجمعات السكنية (تجمع رئيسي، ثانوي ومنطقة مبعثرة) 2001-2022	3-4
88	تطور معدل الولادات الخام بسطيف 2001-2018	4-4
91	تطور معدل الوفيات الخام بسطيف 2001-2019	5-4
94	توزيع سكان سطيف حسب الفئات العمرية الكبرى والنوع 1998-2022	6-4
98	تطور نسبة العمر لسكان سطيف في السنوات 1998، 2008 و 2022	7-4
99	تطور مقياس دقة العمر لسكان سطيف 1998-2022	8-4
102	العمر الوسيط لسكان سطيف حسب النوع 1998-2022	9-4
104	مؤشر التعمر لسكان سطيف حسب النوع 1998-2022	10-4
107	نسبة الإعالة الديموغرافية لسكان سطيف 1998-2022	11-4
110	تطور نسبة سكان سطيف حسب النوع 2001-2022	12-4
112	تطور نسبة النوع لسكان سطيف 2001-2022	13-4
114	نسبة النوع لسكان سطيف حسب الفئات العمرية الكبرى 1998-2022	14-4
118	تحليل نسبة النوع لسكان سطيف 1998-2022	15-4
120	مقياس نسبة النوع لسكان سطيف 1998-2022	16-4
122	حجم الفجوة النوعية ومؤشر التكافؤ لنسبة الإناث والذكور حسب الفئات العمرية الكبرى 1998-2022	17-4
124	حجم الفجوة النوعية ومؤشر التكافؤ لمقياس دقة العمر لسكان سطيف 1998-2022	18-4
126	حجم الفجوة النوعية ومؤشر التكافؤ للعمر الوسيط بسطيف 1998-2022	19-4
128	حجم الفجوة النوعية ومؤشر التكافؤ لمعدل تعمر سكان سطيف 1998-2022	20-4
130	تصنيف مستوى جودة بيانات العمر والنوع حسب مؤشر سكرتارية الأمم المتحدة	21-4
130	مؤشر سكرتارية الأمم المتحدة لسكان سطيف وفقا لتعداد 1998	22-4
131	تطور مؤشر سكرتارية الأمم المتحدة لسكان سطيف 1998-2022	23-4
133	تقويم بيانات العمر والنوع لسكان سطيف باستخدام PAS-AGESMTU	24-4
135	التركيبية العمرية والنوعية المصححة بالاعتماد على نتائج مقياس Strong من برنامج PAS-AGESMTH	25-4
141	تطور معدل وفيات الأطفال الأقل من سنة بسطيف 2007-2018	26-4

143	تطور نسب متابعة الحمل بسطيف 2014-2017	4-27
145	تطور معدل وفيات الأمهات بسطيف 2014-2021	4-28
146	تطور نسبة وفيات الأمهات بسطيف 2014-2018	4-29
148	تطور متوسط عمر وفيات الأمهات بسطيف 2014-2021	4-30
149	تطور وفيات الأمهات حسب القطاع بسطيف 2014-2021	4-31
150	تطور وفيات الأمهات حسب مكان وقوعها بسطيف 2014-2021	4-32
152	أسباب وفيات الأمهات 2014-2021	4-33
156	الأسباب المباشرة وغير المباشرة لوفيات الأمهات بسطيف 2014-2021	4-34
157	نسبة تلقيح الأطفال الرضع (أقل من سنة) بسطيف 2010-2019	4-35
161	نسبة انتشار الأوبئة بسطيف 2010-2019	4-36
165	تطور نسبة الأطباء العامون (القطاع العام والخاص) بسطيف 2001-2019	4-37
168	تطور نسبة الأطباء الخاصون (القطاع العام والخاص) بسطيف 2001-2019	4-38
171	تطور نسبة الصيادلة (القطاع العام والخاص) بسطيف 2001-2019	4-39
173	تطور نسبة جراحو الأسنان (القطاع العام والخاص) بسطيف 2001-2019	4-40
176	تطور نسبة العاملين بشبة الطبي (القطاع العام والخاص) بسطيف 2001-2019	4-41
179	تطور عدد السكان وعدد الكوادر الصحية بالقطاعين العام والخاص في سطيف 2001-2019	4-42
183	تطور عدد السكان والمؤسسات الصحية (المستشفيات، العيادات متعددة الاختصاصات وقاعات العلاج) بسطيف 2001-2020	4-43
185	تطور عدد النساء في عمر الإنجاب (15-49 سنة) وعدد دور الأمومة في سطيف 2001-2020	4-44
187	تطور عدد السكان وعدد الأسرة في المستشفيات العمومية لولاية سطيف 2001-2020	4-45
189	تطور عدد الهياكل والتجهيزات بسطيف 2010-2013	4-46
192	الفرضيات المتعلقة بالخصوبة في سطيف 2019-2054	4-47
192	الفرضية المتعلقة بالوفاة في سطيف 2019-2054	4-48
193	الفرضية المتعلقة بالمؤشرات الصحية في سطيف 2019-2054	4-49
194	توقعات عدد الأطباء في سطيف 2019-2054	4-50
195	توقعات عدد الممرضين في سطيف 2019-2054	4-51
197	توقعات عدد المراكز الصحية في سطيف 2019-2054	4-52
198	توقعات عدد المستشفيات في سطيف 2019-2054	4-53
200	توقعات عدد الأسرة في المستشفيات بسطيف 2019-2054	4-54
201	توقعات الإنفاق الصحي السنوي في سطيف 2019-2054	4-55

قائمة الأشكال

الصفحة	العنوان	رقم الشكل
19	خريطة توضح التقسيم الإداري لولاية سطيف وحدودها	1-1
30	الفئات الكبرى لسكان الجزائر سنة 1998	1-2
30	الفئات الكبرى لسكان الجزائر سنة 2008	2-2
31	الفئات الكبرى لسكان الجزائر سنة 2024	3-2
37	الهرم السكاني لنيجيريا سنة 2024	4-2
37	الهرم السكاني لأنغولا سنة 2024	5-2
38	الهرم السكاني لسويسرا سنة 2024	6-2
39	الهرم السكاني لليابان سنة 2024	7-2
40	الهرم السكاني للجزائر سنة 2024	8-2
82	تطور عدد سكان سطيف ومعدلات النمو الصافي 2001-2022	1-4
85	تطور عدد سكان سطيف حسب المنطقة (حضر، ريف) 2001-2019	2-4
87	تطور سكان سطيف حسب التجمعات السكنية (تجمع رئيسي، ثانوي ومنطقة مبعثرة) 2001-2022	3-4
89	تطور معدل الولادات الخام بسطيف 2001-2018	5-4
92	تطور معدل الوفيات الخام بسطيف 2001-2019	6-4
96	توزيع سكان سطيف حسب الفئات العمرية الكبرى والنوع 1998-2022	7-4
100	مقياس دقة العمر للذكور والإناث بولاية سطيف 1998-2022	8-4
103	العمر الوسيط لسكان سطيف حسب النوع 1998-2022	9-4
105	مؤشر التعمر لسكان سطيف حسب النوع 1998-2022	10-4
108	نسبة الإعالة الديموغرافية لسكان سطيف 1998-2022	11-4
111	تطور نسبة سكان سطيف حسب النوع 2001-2022	12-4
113	تطور نسبة النوع لسكان سطيف 2001-2022	13-4
116	نسبة النوع لسكان سطيف حسب الفئات العمرية الكبرى 1998-2022	14-4
121	مقياس نسبة النوع لسكان سطيف 1998-2022	15-4
123	حجم الفجوة النوعية ومؤشر التكافؤ لنسبة الإناث والذكور حسب الفئات العمرية الكبرى 1998-2022	16-4
125	حجم الفجوة النوعية ومؤشر التكافؤ لمقياس دقة العمر لسكان سطيف 1998-2022	17-4
127	حجم الفجوة النوعية ومؤشر التكافؤ للعمر الوسيط بسطيف 1998-2022	18-4
129	حجم الفجوة النوعية ومؤشر التكافؤ لمعدل تعمر سكان سطيف 1998-2022	19-4
132	مؤشر سكرتارية الأمم المتحدة لسكان سطيف 1998-2022	19-4

137	الهرم السكاني لولاية سطيف لعام 1998	20 -4
138	الهرم السكاني لولاية سطيف لعام 2008	21 -4
139	الهرم السكاني لولاية سطيف لعام 2022	22 -4
142	تطور معدل وفيات الأطفال الأقل من سنة (وفيات الرضع) بسطيف 2007-2018	23 -4
143	تطور نسب متابعة الحمل بسطيف 2014-2017	24 -4
145	تطور معدل وفيات الأمهات بسطيف 2014-2021	25 -4
147	تطور نسبة وفيات الأمهات بسطيف 2014-2018	26 -4
148	تطور متوسط عمر وفيات الأمهات بسطيف 2014-2021	27 -4
149	تطور وفيات الأمهات حسب القطاع بسطيف 2014-2021	28 -4
151	تطور وفيات الأمهات حسب مكان وقوعها بسطيف 2014-2021	29 -4
154	أسباب وفيات الأمهات بسطيف 2014-2021	30 -4
158	نسبة تلقيح الأطفال الرضع (أقل من سنة) بسطيف 2010-2019	31 -4
162	نسبة انتشار الأوبئة بسطيف 2010-2019	32 -4
166	تطور نسبة الأطباء العامون (القطاع العام والخاص) بسطيف 2001-2019	33 -4
169	تطور نسبة الأطباء الخاصون (القطاع العام والخاص) بسطيف 2001-2019	34 -4
172	تطور نسبة الصيادلة (القطاع العام والخاص) بسطيف 2001-2019	35 -4
174	تطور نسبة جراحو الأسنان (القطاع العام والخاص) بسطيف 2001-2019	36 -4
177	تطور نسبة العاملين بشبه الطبي (القطاع العام والخاص) بسطيف 2001-2019	37 -4
180	تطور عدد السكان والكوادر الصحية بالقطاعات العام والخاص في سطيف 2001-2019	38 -4
184	تطور عدد السكان وعدد المؤسسات الصحية بسطيف 2001-2020	39 -4
186	تطور عدد النساء في عمر الإنجاب (15-49 سنة) وعدد دور الأمومة بسطيف 2001-2020	40 -4
188	تطور عدد السكان وعدد الأسرة بالمستشفيات العمومية لولاية سطيف 2001-2020	41 -4
189	تطور عدد السكان وعدد الهياكل والتجهيزات بسطيف 2010-2013	42 -4
194	توقعات عدد الأطباء في سطيف 2019-2054 بالاعتماد على برنامج الطيف الديموغرافي	43 -4
196	توقعات عدد الممرضين في سطيف 2019-2054 بالاعتماد على برنامج الطيف الديموغرافي	44 -4
197	توقعات عدد المراكز الصحية في سطيف 2019-2054 بالاعتماد على برنامج الطيف الديموغرافي	45 -4
199	توقعات عدد المستشفيات في سطيف 2019-2054 بالاعتماد على برنامج الطيف الديموغرافي	46 -4
200	توقعات عدد الأسرة في المستشفيات في سطيف 2019-2054 بالاعتماد على برنامج الطيف الديموغرافي	47 -4
202	توقعات الإنفاق الصحي السنوي في سطيف 2019-2054 بالاعتماد على برنامج الطيف	48 -4

		الديموغرافي	
--	--	-------------	--



تعتبر الدراسات السكانية من الأمور البالغة الأهمية على المستويين المحلي والعالمي، لاسيما لدى المسؤولين في العمل والمؤسسات. ومن الحقائق المهمة في العلوم الإنسانية أن السكان هم المحور الجوهري الذي تدور حوله وتتبع منه كثير من الدراسات، والأساس الذي تبنى عليه السياسات التنموية في شتى المجالات. (غرايبة، 2015، صفحة 23) وفي حال التطرق لموضوع السكان من الناحية الديموغرافية فإن دراسة تركيبهم العمرية والتنوعية تعد في غاية الأهمية لفهم تغيرات الواقع السكاني بشكل واضح ودقيق، خاصة أن التركيب العمري يبرز القوى العاملة في المجتمع وقدرتها على إعالة فئتي الأطفال والمسنين، إضافة إلى معرفة عدد سكان الفئة الفتية مقابل عدد سكان الفئة المسنة، مما يساعد في تحديد احتياجات كل منهما وإمكانية تلبيتها بكفاءة ونجاعة خاصة وأن الفئة الشابة تحتاج إلى تعليم، فرص عمل جديدة وسكن أما الفئة المسنة فتحتاج بالدرجة الأولى إلى رعاية وخدمات صحية. وفي هذا السياق، تشير إحصائيات التقرير الخاص بالتوقعات السكانية العالمية 2022 الصادرة عن الأمم المتحدة أن عدد السكان المسنين (65 سنة فأكثر) ينمو بسرعة أكبر من عدد السكان الذين تقل أعمارهم عن 65 سنة، ويتوقع أن ترتفع نسبة المسنين في العالم من 10% سنة 2022 إلى 16% بحلول سنة 2050. وفي الجزائر تظهر الإحصائيات أن نسبة الأطفال سنة 2024 بلغت 30.33% أما نسبة الفئة النشطة بلغت 59.64% في حين بلغت نسبة فئة المسنين 10.03% حسب الحساب الشخصي بناء على بيانات (Population Pyramid.net, 2024) من جهة أخرى يكشف التركيب النوعي التفاوت بين عدد الذكور وعدد الإناث وهذا يساعد في فهم سمات المجتمع الحالية وكيفية تغييرها عبر الزمن، وإمكانية التنبؤ بالأوضاع السكانية المستقبلية ومن ثم القدرة على إعداد برامج تنموية ملائمة وتلبي الاحتياجات المطلوبة، إذ تأتي الاحتياجات الصحية في المقدمة. إن معرفة هذه الأخيرة يعمل على تحسين الأوضاع الصحية الراهنة، ومتابعة تطورها عبر الزمن ومن ثم تتضح الرؤية للقيام بالتخطيط المستقبلي وفقا لأسس مدروسة وصحيحة ومنه الارتقاء إلى مجتمع يتمتع أفراده بعمر طويل وصحة أفضل. وهذا ما تهدف له التنمية الصحية من تحسين لنوعية الحياة ومجتمع أفراد أصحاء. من أجل ذلك نود تناول موضوع احتياجات التنمية الصحية في ظل تطور التركيب العمري والنوعي لسكان سطيف. وقد تم الاعتماد على خطة منهجية تحتوي جانبين، جانب نظري وآخر تطبيقي في أربعة فصول وهي كالتالي:

الفصل الأول: بعنوان "الإطار المنهجي للدراسة" وقد خصص للجانب النظري، تم التعرض فيه إلى الدراسات السابقة، إشكالية الدراسة، الأسباب التي دفعتنا لاختيار الموضوع، الأهداف التي تسعى لها الدراسة، الأهمية،

حدود الدراسة، المنهج والأساليب المعتمدة ثم مصادر البيانات المستخدمة، يليها تحديد المفاهيم لإزالة الغموض عن الموضوع وأخيرا الصعوبات التي واجهتنا في هذه الدراسة.

الفصل الثاني: بعنوان "مؤشرات التركيب العمري والنوعي للسكان" وقد عيّن أيضا للجانب النظري، تم فيه تناول مؤشرات التركيب العمري والتركيب النوعي، أنواع الهرم السكاني وعلاقته بالتركيبتين، ثم العوامل المؤثرة في فتوة أو شيخوخة السكان يليها الأخطاء التي تتعرض لها بيانات التركيبتين العمرية والنوعية، وفي الأخير أساليب تقييم هذه البيانات وتقويمها إذا كانت تعاني من أخطاء.

الفصل الثالث: بعنوان "الخلفية المعرفية للتنمية الصحية" كما كرس للجانب النظري، تم التطرق فيه أولا إلى التنمية، أنواعها، خصائصها، مبادئها، أبعادها ومراحل العمل التنموي. وثانيا إلى الصحة، أنواعها، مستوياتها والعلاقة بينها وبين التنمية المستدامة. وثالثا التنمية الصحية والأهداف التي تسعى لها، تليها أهم مؤشراتنا ثم علاقتها بالسياسة الصحية وفي الأخير سبل تحقيق التنمية الصحية.

الفصل الرابع: بعنوان "دراسة تحليلية لولاية سطيف من 1998 إلى 2022" خصص للجانب التطبيقي، وتم التطرق في الشق الأول منه إلى الديناميكية السكانية لولاية سطيف من نمو سكاني وتركيب عمري وتركيب نوعي، ثم تقييم دقة بيانات العمر والنوع لسكان سطيف باستخدام برنامج الـ PAS والقيام بالتقويم للبيانات التي تعاني من أخطاء بنفس البرنامج. وفي الأخير تطور الأهرام السكانية لولاية سطيف من 1998 إلى 2022. وفي الشق الثاني بعنوان أطر تقييم التنمية الصحية واحتياجاتها في سطيف من 2001 إلى 2022 تناولنا أولا تطور مؤشرات التنمية الصحية لولاية سطيف، وثانيا الاحتياجات الصحية لسكان الولاية بنوعها البشرية والمادية. في حين خصص الشق الثالث إلى التوقعات المستقبلية للاحتياجات الصحية لسكان سطيف سنة 2054.

الجزء الأول:
الجانب النظري



الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

1• الدراسات السابقة:

تعد الدراسات السابقة الأساس الذي ينطلق منه الباحث، لذا تأتي الحاجة في دراستنا بعنوان "تطور التركيب العمري والنوعي للسكان وانعكاسه على احتياجات التنمية الصحية في الجزائر-دراسة تحليلية لسكان ولاية سطيف" لعرض جملة من الدراسات التي تطرقت أو أشارت لهذا الموضوع، ومن ثم التعقيب عليها بإبراز مواطن الاختلاف والتشابه مع الدراسة الحالية، فضلا عن مجال الاستفادة منها.

إن الدراسات السابقة لموضوع "تطور التركيب العمري والنوعي للسكان وانعكاسه على احتياجات التنمية الصحية في الجزائر - دراسة تحليلية لسكان ولاية سطيف" تنوعت بين المحلية، العربية والأجنبية، والتي سوف نتناولها حسب التسلسل الزمني من 2021 إلى 2006.

1-1/ الدراسات المحلية:

الدراسة الأولى:

هدف مقال يحيى لعمارة محامد بعنوان "التركيبة السكانية حسب الجنس والعمر في الجزائر واتجاهاتها، دراسة تحليلية ديموغرافية (1966-2008)"، الصادر عن مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية بجامعة قاصدي مرباح ورقلة، 31 أكتوبر 2021، إلى الوقوف على واقع تطور المجتمع الجزائري من خلال التغيرات الحاصلة في تركيبته السكانية وفق الجنس والعمر. إذ قام الباحث بوصف وتحليل بيانات التعدادات السكانية الخمسة 1966، 1977، 1987، 1998 و2008، واعتمد على منهجين هما: المنهج التاريخي والمنهج الوصفي التحليلي. وفي نهاية المطاف أسفرت دراسته على جملة من النتائج أهمها: أن النمو الديموغرافي السريع الذي شهدته الجزائر والتطور في عدد سكانها هو الأمر الذي جعل بنيتها تتغير بالضرورة، وبالتالي ستعرف الجزائر مستقبلا تعمر لسكانها إذا ما حافظت على هذه الوتيرة في ظل انخفاض الخصوبة وارتفاع أمل الحياة. (محامد، 2021)

* التعقيب على الدراسة:

إن هذه الدراسة قدمت لنا رؤية عن الفصل الثاني الخاص بتطور التركيب العمري والنوعي للسكان، وذلك من خلال تناولها لأمرين مهمين، الأول البنية الجنسية التي تطرق فيها الباحث إلى نسبة النوع (1966-2008)، والثاني تطور التركيبة السكانية حسب الفئات العمرية الكبرى في التعدادات السكانية الخمسة بالجزائر.

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

إلا أن دراسة يحيى لعمارة محامد تعارضت مع الدراسة الحالية لأنها إضافة للمنهج الوصفي التحليلي اتبعت أيضا المنهج التاريخي، كما تناولت دراسته أثر العمليات السكانية (الهجرة، المواليد والوفيات) على التركيب العمري والنوعي للسكان، أما في دراستنا الحالية سوف نتناول أثر تطور التركيب العمري والنوعي لسكان ولاية سطيف، على احتياجات التنمية الصحية (1998-2022).

الدراسة الثانية:

هدف مقال لامية حمايزية وعبود زرقين بعنوان: "التنمية الصحية المستدامة ونتائجها على المورد البشري، دراسة مقارنة الجزائر، تونس والمغرب" الصادر عن مجلة رؤى اقتصادية بجامعة الشهيد حمه لخضر الوادي، 30 ديسمبر 2015، إلى التعرف على مفهوم التنمية الصحية المستدامة وإبراز نتائج هذه التنمية من خلال ثلاث بلدان (الجزائر، تونس، المغرب)، وذلك بغية المقارنة ومعرفة موقع الجزائر بين الدول المجاورة من ناحية التنمية الصحية بواسطة بعض مؤشرات التنمية الصحية المستدامة، إذ اعتمد الباحثان على المنهج الوصفي التحليلي للإجابة عن الإشكالية المطروحة. وفي الأخير خصلت الدراسة إلى النتائج التالية: أن التنمية الصحية تعتبر من بين مدخلات التنمية البشرية ومن ثم التنمية المستدامة. وأن تحسين جل المؤشرات الصحية هو دليل على تحسن الحالة الصحية العامة في دولة معينة، نتيجة ذلك يكون ارتفاع متوسط أمل حياة السكان. (حمايزية و زرقين، 2015)

* التعقيب على الدراسة:

قدمت دراسة لامية حمايزية وعبود زرقين صورة واضحة عن التنمية الصحية وأهم مؤشراتها كالعمر المتوقع عند الولادة، معدل وفيات الرضع، معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة، نسبة الإنفاق الصحي والحصول على الخدمات الصحية. إذ تتشابه الدراستان في اتباعهما للمنهج الوصفي التحليلي، إلا أن الباحثان لامية حمايزية وعبود زرقين قارنا نتائج التنمية الصحية على المورد البشري بين الدول الثلاثة (الجزائر، تونس والمغرب)، أما في الدراسة الحالية سوف نتناول احتياجات التنمية الصحية بنوعها المادية والبشرية في ظل تطور التركيب العمري والنوعي لسكان ولاية سطيف.

الدراسة الثالثة:

أشارت شنافي فوزية في الفصل الثالث من دراستها بعنوان: "تقييم المنظومة الإحصائية في الجزائر" أطروحة دكتوراه، قسم الديموغرافيا، جامعة وهران، 2013-2014، إلى تقييم الإدلاء ببيانات العمر والنوع في

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

تعدادات الجزائر 1987، 1998 و 2008 باستعمال عدة مقاييس خاصة بتوزيع الأعمار الخماسية وهي: تحليل نسبة النوع، تحليل نسبة العمر ومؤشر سكرتارية الأمم المتحدة. وفي النهاية أظهرت دراستها تحسن ملحوظ في الإدلاء ببيانات العمر والنوع لتعداد 2008 مقارنة بالتعدادين السابقين (1987، 1998). (شنافي، 2013)

* التعقيب على الدراسة:

لقد مكنتنا دراسة شنافي فوزية من التعرف على مقاييس تقييم دقة بيانات العمر والنوع. حيث تتشابه دراستها مع الدراسة الحالية في مقاييس دقة بيانات العمر والنوع المتعلقة بتوزيع الأعمار الخماسية، لكن تختلف دراسة شنافي فوزية عن الدراسة الحالية في أنها اكتفت بتقييم دقة بيانات العمر والنوع للتعدادات الثلاثة 1987، 1998 و 2008، أما في الدراسة الحالية فإننا نقوم بتقييم ثم تقويم بيانات العمر والنوع لسكان سطيف من 1998 إلى 2022.

1-2/ الدراسات العربية:

الدراسة الأولى:

تناولت دراسة قحطان عدنان مهلهل بعنوان: "التباين المكاني للتركيب العمري والنوعي لسكان محافظة بغداد لعامي 1997-2008"، رسالة ماجستير تربية في الجغرافية البشرية، كلية التربية للعلوم الإنسانية، قسم الجغرافية، جامعة بغداد، 2021، التغيرات الديموغرافية التي حدثت في التركيب العمري والنوعي لسكان محافظة بغداد نتيجة الأحداث السياسية والأمنية والاقتصادية التي مرت بها المحافظة. وقد هدفت دراسته إلى تحليل التباين المكاني للتركيب العمري والنوعي، وتفسير تلك التباينات المكانية لحجم وتوزيع ونمو سكان محافظة بغداد. ومن أجل تحقيق ذلك اعتمد الباحث على منهج التحليل الوصفي والمنهج المقارن، وقسم الدراسة إلى أربعة فصول الأول كان للإطار النظري والمؤشرات السكانية للمحافظة والثاني للتركيب العمري واختص الثالث بالتركيب النوعي أما الرابع للأهرامات السكانية. وفي الأخير خلصت دراسته إلى عدة استنتاجات أهمها: انتقال سكان محافظة بغداد من المرحلة الديموغرافية الثالثة إلى المرحلة الديموغرافية الرابعة، وأن سكان المحافظة من المجتمعات الفتية والشابة، كما أبرزت زيادة حجم الفجوة النوعية بين الجنسين. (مهلهل، 2021)

* التعقيب على الدراسة:

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

بينت لنا دراسة قحطان عدنان مهلهل كيفية معالجة الموضوع محل الدراسة من ناحية التركيب العمري والنوعي للسكان. ويكمن وجه التشابه بين الدراستين في تناولهما للتركيب العمري والنوعي للسكان من خلال مؤشر سكرتارية الأمم المتحدة، العمر الوسيط، معدل الإعالة، مؤشر التعمير، الهرم السكاني، نسبة النوع والفجوة النوعية. أما وجه الاختلاف فيكمن في أن الباحث قحطان عدنان مهلهل اعتمد في دراسته على فرضيات بحثية، وإضافة لمنهج التحليل الوصفي اتبع المنهج المقارن، وقد اكتفى بتقييمه لمستوى دقة بيانات العمر والنوع ولم يتم بتقويتها. كما تختلف دراسته عن الدراسة الحالية في أنها كشفت عن التباين المكاني للتركيب العمري والنوعي لسكان محافظة بغداد، أما الدراسة الحالية فإنها تدرس التطور الحاصل في التركيب العمري والنوعي لسكان سطيح وأثر هذا التطور على احتياجات التنمية الصحية.

الدراسة الثانية:

هدف مقال سونيا آررزوني وارتان بعنوان: "تحليل وتقييم مؤشرات التنمية الصحية في العراق"، الصادر عن مجلة كلية الإدارة والاقتصاد للدراسات الاقتصادية والإدارية والمالية بجامعة بابل - العراق، 2019، إلى تناول الإطار المفاهيمي للتنمية الصحية ثم تحليل مؤشرات التنمية الصحية وأخيرا تقييم تلك المؤشرات، وبغية تحقيق ذلك تبنت الباحثة فرضية. وفي النهاية خلصت دراستها إلى النتائج التالية: أن التنمية الصحية لا تقتصر على الاهتمام بالعلاج والوقاية فقط بل تمتد إلى الرقي بالثقافة الصحية للفرد، وأن المؤشرات الصحية للتنمية في العراق كتوقع الحياة عند الولادة ومؤشري معدل وفيات الأطفال الرضع والأطفال دون الخامسة من العمر شهدت تحسنا، في حين أنه يوجد قصور في تقديم الخدمات الصحية للمناطق الريفية. (وارتان، 2019)

* التعقيب على الدراسة:

أفادتنا دراسة سونيا آررزوني وارتان في تقديم فكرة واضحة عن مؤشرات التنمية الصحية بدءا بالاقتصادية التي تمثلت في متوسط الدخل، نسبة الإنفاق الصحي. ثم المؤشرات الصحية وهي توقعات الحياة عند الولادة، معدل وفيات الأطفال الرضع والأطفال دون الخمس سنوات. تليها المؤشرات الاجتماعية للتنمية الصحية كمعدل النمو السكاني، نسبة سكان الحضر ومعدل الخصوبة الكلية. فضلا عن مؤشرات الموارد البشرية والمادية وهي معدل عدد السكان لكل طبيب، معدل عدد السكان لكل طبيب أسنان، معدل عدد السكان لكل صيدلي، معدل عدد المرضين لكل طبيب ومعدل عدد السكان لكل سرير. إلا أن دراسة سونيا آررزوني وارتان تختلف عن الدراسة الحالية في استنادها إلى فرضية بحثية لتحليل وتقييم مؤشرات التنمية الصحية في العراق. أما في دراستنا

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

الحالية فإننا نكتفي بطرح مجموعة من التساؤلات، ونتطرق إلى احتياجات التنمية الصحية المادية والبشرية في ظل تطور التركيب العمري والنوعي لسكان ولاية سطيف (1998-2022).

الدراسة الثالثة:

أوضحت دراسة علياء عبد الرؤوف علي عامر بعنوان: "التركيب العمري والنوعي لسكان جمهورية جنوب إفريقيا وأثره على بعض مؤشرات التنمية البشرية -دراسة ديموجرافية" رسالة دكتوراه الفلسفة، كلية الدراسات الإفريقية العليا، قسم جغرافية السكان، جامعة القاهرة، 2018، الملامح العامة للتغيرات السكانية بالجمهورية كما ونوعاً وخصائصها في الفترة من 1996-2011. كما قامت الباحثة بتحليل التركيب العمري والنوعي وإبراز الفروقات في الخصائص العمرية والنوعية، إضافة لتحليل العلاقة بين التركيب العمري والنوعي وبعض مؤشرات التنمية الاقتصادية والاجتماعية وأثره عليها. وقد قسمت علياء عبد الرؤوف علي عامر دراستها إلى خمسة فصول، الأول يتكلم عن المؤشرات السكانية ويتعلق الثاني بالتركيب العمري والثالث بالتركيب النوعي، أما الرابع يختص بالأهرام السكانية، في حين يوضح الفصل الخامس علاقة التركيب العمري والنوعي ببعض مؤشرات التنمية البشرية. واعتمدت على مجموعة من الفرضيات واستخدمت عدة مناهج وهي: المنهج الموضوعي، المنهج الوصفي التحليلي، المنهج الأصولي والمنهج التاريخي، أما البيانات التي استخدمتها فقد جمعتها من جمهورية جنوب إفريقيا وأيضاً اعتمدت بيانات التعداد والإحصاءات الحيوية. وفي نهاية المطاف أسفرت دراستها على مجموعة من النتائج أهمها: إعداد برامج فعالة في مجال التربية السكانية من أجل التوعية بأهمية خفض مستويات الإنجاب حتى يمكن تحقيق انخفاض للحد من معدلات النمو السكاني، مع التنسيق والموازنة بين نمو سكاني منظم ومدروس لتحقيق تنمية شاملة في الجمهورية. (عامر، 2018)

* التعقيب على الدراسة:

إن دراسة علياء عبد الرؤوف علي عامر ساعدتنا في تقديم رؤية لإعداد خطة الدراسة، حيث تتشابه دراستها مع الدراسة الحالية في الفصل الثاني والثالث. وتختلف دراسة علياء عبد الرؤوف علي عامر عن الدراسة الحالية في اعتمادها على فرضيات بحثية، وإضافة للمنهج الوصفي التحليلي إتباعها لعدة مناهج أخرى. كما أنها في الفصل الثاني بعد تحديد مستوى دقة بيانات العمر والنوع باستخدام مؤشر سكرتارية الأمم المتحدة وجدت أن هذه البيانات دقيقة ولا تحتاج إلى تقييم، أما في الدراسة الحالية بعد حساب مؤشر سكرتارية الأمم المتحدة وجدنا أن هذه البيانات تعاني من ضعف بدرجة متوسطة وتحتاج إلى تقييم. كما تختلف دراستها عن

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

الدراسة الحالية في كونها تبحث عن أثر التركيب العمري والنوعي على بعض مؤشرات التنمية البشرية، أما دراستنا الحالية تسعى لمعرفة انعكاس تطور التركيب العمري والنوعي للسكان على احتياجات التنمية الصحية.

الدراسة الرابعة:

هدف مقال عادل عبد الأمير عبود بعنوان: "التباين المكاني لمؤشرات التنمية الصحية وآفاقها المستدامة في محافظة البصرة- دراسة في جغرافية التنمية" الصادر عن مجلة دراسات البصرة، العدد 21، 2016، إلى تحديد واقع التوزيع المكاني للخدمات الصحية في محافظة البصرة ومن ثم تقييم كفاءة أدائها من خلال تطبيق مقاييس مؤشرات التنمية الصحية كمعدل عدد السكان لكل مستشفى، معدل عدد السكان لكل سرير، نسبة انشغال السرير، معدل مكوث المرضى ومعدل عدد السكان لكل مركز صحي. ومقاييس مؤشرات القوى البشرية العاملة كمعدل عدد السكان لكل طبيب، معدل عدد السكان لكل طبيب أسنان، معدل عدد السكان لكل صيدلي، ومعدل عدد المرضى الراقدين لكل طبيب، وقد اعتمد الباحث على فرضية بحثية بغية تحقيق ذلك. وفي الختام أظهرت النتائج التي توصل إليها أن محافظة البصرة تعاني من نقص واضح في الخدمات الصحية وأن الأداء الوظيفي سلبي باتجاه المرضى والمراجعين والراقدين ضمن حدود التشخيص والعلاج. (عبود، 2016)

* التعقيب على الدراسة:

إن دراسة عادل عبد الأمير عبود أفادتنا في التعرف على مؤشرات التنمية الصحية بنوعها المادية والبشرية، إلا أن دراسته تختلف عن الدراسة الحالية في اعتمادها على فرضية بحثية وكشفها عن التباين المكاني لمؤشرات التنمية الصحية وآفاقها المستدامة لسكان محافظة البصرة، أما الدراسة الحالية تبحث عن احتياجات التنمية الصحية وتأثرها بتطور التركيب العمري والنوعي لسكان ولاية سطييف.

الدراسة الخامسة:

هدف مقال حبيب محمود وباسل أنور أسعد بعنوان: "دراسة واقع مؤشرات التنمية الصحية في الجمهورية العربية السورية ما بين عامي 2000 و 2010" الصادر عن مجلة تشرين للبحوث والدراسات العلمية- سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد 37، العدد 2، سنة 2015، إلى تحليل واقع مؤشرات التنمية الصحية في سوريا ما بين عامي 2000 و 2010. وقد اعتمدا الباحثان في دراستهما على فرضية واستخدما المنهج الإحصائي، لمعرفة مدى التطور الحاصل في قطاع الخدمات الصحية، كما ركز حبيب محمود وباسل أنور أسعد على دراسة وتحليل المؤشرات الصحية الاقتصادية والخدماتية والمتعلقة بانتشار المرض، وأبرزت إيجابياتها

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

وسلبياتها في سوريا وبالمقارنة مع بعض الدول العربية المجاورة. وكانت أهم النتائج التي خلصت إليها دراستها هي: انخفاض الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة وعدم تناسب توزيع الخدمات الصحية حسب المحافظة، وتحسن العديد من مؤشرات التنمية الصحية المتعلقة بالأمراض السارية والوفيات. (حبيب و باسل، 2015)

* التعقيب على الدراسة:

مكننا دراسة حبيب محمود وباسل أنور أسعد من التعرف والإحاطة بمؤشرات التنمية الصحية الأساسية كالاقتصادية والخدماتية والمتعلقة بانتشار المرض. وتتشابه دراسة الباحثان مع الدراسة الحالية في بعض الأمور كمؤشرات التنمية الصحية، إلا أن دراسة حبيب محمود وباسل أنور أسعد تختلف عن الدراسة الحالية في اعتمادها على الفرضية واستخدامها للمنهج الإحصائي ومقارنة سوريا بالدول المجاورة لها. كما تختلف دراسة الباحثان عن الدراسة الحالية في أنها أوضحت واقع مؤشرات التنمية الصحية في سورية أما الدراسة الحالية تبحث عن أثر تطور التركيبيين العمري والنوعي لسكان سطييف على احتياجات التنمية الصحية.

الدراسة السادسة:

قام خليف مصطفى حسن غرايبة في مقاله بعنوان: "التركيب العمري والنوعي للسكان في محافظة عجلون بالأردن للفترة من 2004-2012"، الصادر عن مجلة الواحات للبحوث والدراسات، جامعة غرداية، سنة 2015، بالتعرف على خصائص التركيب العمري والنوعي في محافظة عجلون، ثم مناقشة وتحليل التركيبيين. ولتحقيق ذلك اتبع الباحث المنهج الوصفي التحليلي، واستخدم برنامج MS Office Excel لمعالجة البيانات الإحصائية المتعلقة بالموضوع. ومن أهم النتائج التي خلصت إليها دراسته هي: اتساع قاعدة الهرم السكاني للمحافظة، وارتفاع نسبة الإعاقة. (غرايبة، 2015)

* التعقيب على الدراسة:

لقد قدمت دراسة "خليف مصطفى حسن غرايبة" صورة واضحة عن موضوع التركيبيين العمري والنوعي للسكان مكننا من إعداد الفصل الثاني، وتشارك دراسته مع الدراسة الحالية في اتباعها للمنهج الوصفي التحليلي وتناولها لتوزيع نسبة الإناث والذكور في الفئات العمرية الكبرى والخماسية، نسبة الإعاقة، نسبة النوع حسب المناطق الإدارية ونوع الهرم السكاني. لكن تختلف دراسة "خليف مصطفى حسن غرايبة" في الإطار الزمني (2004-2012) المحدود نوعا ما مقارنة بالدراسة الحالية التي مجالها الزمني (1998-2022) أوسع

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

ويظهر التطورات الحاصلة في التركيبين العمري والنوعية لسكان سطيح. كما أن الدراسة الحالية تطرقت لمستوى دقة بيانات العمر والنوع وتقييمها باستخدام تقنية الـ PAS.

الدراسة السابعة:

هدفت دراسة محمد أحمد الخولي بعنوان "تقييم بيانات التركيب العمري والنوعي لسكان إمارة أبو ظبي استنادا إلى التعداد السكاني لعام 2005" الصادرة عن المركز العربي للأبحاث ودراسة السياسات بالدوحة، قطر، يناير 2013. إلى تحليل بيانات التركيب العمري والنوعي لسكان إمارة أبو ظبي بدولة الإمارات العربية وتقييمها اعتمادا على نتائج تعداد السكان لعام 2005، وذلك بإجراء المقارنات تبعا للمدن الرئيسية التابعة لإمارة أبو ظبي، ومدى إمكانية الاسترشاد بهذه البيانات مستقبلا عند وضع الخطط والاستراتيجيات التي تستهدف معالجة نواحي القصور في عمليات الحصر والتسجيل الحيوي لسكان إمارة أبو ظبي عند إجراء التعدادات السكانية القادمة. إذ اعتمد الباحث في دراسته على منهج التحليل الإحصائي، وتمثل المصدر الأساسي لجمع البيانات في التعداد العام لسكان إمارة أبو ظبي لعام 2005، الصادر عن مركز أبو ظبي للإحصاء، وقد تم تقييم جودة بيانات العمر والنوع من خلال حساب معدلات البقاء، وتحليل الأفرج، ومعادلة التوازن فضلا على مقياس سكرتارية الأمم المتحدة. وكانت أبرز النتائج التي توصلت إليها دراسته هي: عدم الاعتماد على بيانات تعداد السكان لعام 2005 في إجراء تقديرات مستقبلية للسكان، وذلك إلى أن يجري تعديلها خصوصا المتعلقة بالمنطقة الغربية وجزر أبو ظبي، لأن مؤشر سكرتارية الأمم المتحدة أشار إلى وجود درجة متوسطة من الثقة والجودة في بيانات التسجيل بالنسبة للعمر والنوع. (الخولي، 2013)

* التعقيب على الدراسة:

لقد مكنتنا دراسة محمد أحمد الخولي من خلال تقييمها لبيانات التركيب العمري والنوعي لسكان إمارة أبو ظبي، توضيح طريقة حساب مؤشر سكرتارية الأمم المتحدة. إلا أن دراسته اتبعت منهج التحليل الإحصائي المتقدم للبيانات الديموغرافية، واستخدمت إضافة لمؤشر سكرتارية الأمم المتحدة معدلات البقاء، تحليل الأفرج ومعادلة التوازن لتقييم دقة بيانات العمر والنوع، وإجراء المقارنات تبعا للمدن الرئيسية التابعة لإمارة أبو ظبي، حيث اكتفى الباحث محمد أحمد الخولي في دراسته بتقييم دقة بيانات العمر والنوع، واعتمد على بيانات تعداد سكاني واحد (تعداد 2005)، بينما في الدراسة الحالية سوف نتبع المنهج الوصفي التحليلي، ونقوم أيضا بتقييم دقة بيانات العمر والنوع لكن خلال الفترة الزمنية من 1998 إلى 2022 بالاعتماد على مؤشر سكرتارية الأمم

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

المتحدة استنادا إلى (PAS- AGESEX)، ومن ثمّ تقويمهما إذا تطلب الأمر اعتمادا على (PAS- AGESMTH).

الدراسة الثامنة:

أوضح مقال عمر غالب فوزية ووادي وداد أدور بعنوان "تقويم بيانات التركيب العمري والنوعي لسكان العراق في بغداد عام 1997"، الصادر عن مجلة العلوم الاقتصادية بجامعة البصرة (العراق)، فيفري 2008، بأنه نظرا للأخطاء التي تعترض بيانات التركيب العمري والنوعي لسكان العراق، وما تتركه هذه الأخطاء من أثر سلبي على الخطط التنموية، القدرة على إجراء التعديلات وتقويم نتائج التعدادات، وتحديد حجم الخطأ في البيانات لكلا المجتمعين (الريف والحضر) والمقارنة بينهما من حيث حجم الخطأ النسبي ثم حصر هذه الأخطاء والوقوف على أسبابها وإيجاد معيار التصحيح المناسب لتلك الأخطاء وتقويمهما، وقد استندت الباحثتان في تحقيق ذلك إلى فرضية. وفي النهاية وصلت دراستهما إلى مجموعة من النتائج أهمها: أن بيانات التركيب العمري والنوعي لسكان العراق لا تخلو من الأخطاء، لكن أهم ما يميز تلك الأخطاء أنها لا تتجاوز حدود الأرقام القياسية مقارنة مع الدول النامية. (وادي و غالب عمر، 2008)

* التعقيب على الدراسة:

إن دراسة عمر غالب فوزية ووادي وداد أدور ساعدتنا في كيفية تحديد مستوى دقة بيانات التركيب العمري والنوعي للسكان، باستخدام مؤشر سكرتارية الأمم المتحدة، لكن تختلف دراسة الباحثتان عن الدراسة الحالية في اعتمادهما على فرضية لتقدير حجم الخطأ في بيانات التركيب العمري والنوعي لسكان العراق عام 1997. وبعد تقدير ذلك الخطأ إمكانية تعديل تلك البيانات باستخدام طريقة تعديل الفئات العمرية غير المبينة. أما في الدراسة الحالية اكتفينا بطرح عدة تساؤلات، واعتمدنا في تقويم بيانات العمر والنوع خلال الفترة الزمنية (1998-2022)، على برنامج الـ "PAS" أوراق تحليل السكان.

1-3/ الدراسات الأجنبية:

الدراسة الأولى:

هدف مقال Selome Bekele بعنوان: "تحليل جودة بيانات العمر والنوع المجمعة في تعدادي السكان والمساكن في إثيوبيا" الصادر عن مجلة العلوم الإثيوبية -SINET، العدد 29، المجلد 2، سنة 2006، إلى

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

تحليل جودة بيانات العمر والنوع لتعدادي 1984 و1994 في إثيوبيا باستخدام تقنيات ديموغرافية مختلفة كنسبة النوع، النسبة بين الجنسين عند الولادة والنسبة بين الجنسين في الوفاة هذا فيما يخص بيانات النوع، أما فيما يتعلق ببيانات العمر استخدم الباحث مؤشر وبيبل، مؤشر مايرس ومؤشر الأمم المتحدة لدقة بيانات العمر والنوع. وفي الأخير أظهرت نتائج الدراسة أن جودة البيانات في إثيوبيا خاصةً البيانات العمرية قد تراجعت وتدهورت في تعداد عام 1994 مقارنة بتعداد عام 1984. (Bekele, 2006)

* التعقيب على الدراسة:

إن مقال Selome Bekele أفادنا في التعرف على المقاييس المستخدمة لتحليل جودة بيانات العمر والنوع للسكان. إلا أن مقاله يختلف عن الدراسة الحالية في استعمال مقاييس دقة بيانات العمر والنوع الخاصة بتوزيع الأعمار الأحادية والخماسية، أما في الدراسة الحالية اكتفينا باستخدام مقاييس دقة بيانات العمر والنوع المتعلقة بتوزيع الأعمار الخماسية فقط والتمثلة في نسبة النوع، نسبة العمر ومؤشر سكرتارية الأمم المتحدة.

لقد ساهمت الدراسات التي تم عرضها في تشكيل خلفية لموضوع الدراسة، الأمر الذي سهل علينا التعرف على مؤشرات التنمية الصحية وتحليل تطور التركيب العمري والنوعي لسكان سطيف، ومن ثم أثر هذا التطور على احتياجات التنمية الصحية. علاوة على التوقع المستقبلي لهذه الاحتياجات بناءً على أسس علمية.

2• الإشكالية:

تعتبر التنمية الصحية ركيزة بالغة الأهمية وعنصر جوهري لتحقيق التنمية في مختلف المجالات الاجتماعية والاقتصادية لأي مجتمع، سواءً في الدول النامية أو المتقدمة، لاسيما أن المقصد منها يكمن في تحسين الحالة الصحية للفرد ورفع جودة الخدمات الصحية المقدمة له إلى أرقى مستوياتها. فالتنمية الصحية لم تعد تقتصر على الوقاية والعلاج من الأمراض بل أصبحت تتسع لتشمل تعزيز الثقافة الصحية لدى الأفراد، إذ تقاس التنمية الصحية من خلال عدة مؤشرات ديموغرافية تشكل الأداة الرئيسية لصانعي القرارات، وبواسطتها يتم التعرف على الظروف الصحية الراهنة والتخطيط للمستقبل. ولعل من أبرز هذه المؤشرات توقعات الحياة عند الولادة، معدل وفيات الأطفال الرضع ودون سن الخامسة من العمر، معدل الخصوبة، معدل وفيات الأمهات وتلقيح الأطفال الرضع. فضلا عن مؤشرات البشرية كالأطباء، جراحو الأسنان، الصيادلة، الممرضين، الإداريين وعمال النظافة بهذا القطاع، والمادية كالمستشفيات، المراكز الطبية العامة والخاصة، مراكز رعاية الأمومة والطفولة، نسبة الإنفاق الصحي، خدمات الإسعاف والطوارئ، الصيدليات، الأدوية. في حين أن

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

احتياجات التنمية الصحية والمتمثلة في متطلبات القطاع الصحي بنوعها البشرية والمادية تتأثر بالتطور الحاصل في التركيب العمري والنوعي للسكان، لأن هذا التطور في التركيبين يُمكننا من تحليل التغيرات الديموغرافية الحاصلة في المجتمع، ومن ثمَّ تحديد الاحتياجات الصحية للجنسين وفئات العمر المختلفة.

لقد شهد العالم منذ القرن الثامن عشر تطورا كبيرا في عدد السكان، يرجع ذلك إلى ظهور الثورة الصناعية وما خلفته من تقدم في مختلف المجالات خاصة المجال الصحي. ونظرا لأن العمر والنوع متغيرين ضروريين لدراسة السكان من كافة الجوانب، فإن دراسة التركيب العمري والنوعي للسكان من الدراسات التي لاقت عناية كبير من قبل الديموغرافيين والمختصين في الدراسات السكانية منذ أمد بعيد، وتعود تلك الأهمية لكون بيانات هذين التركيبين تشكلان المدخل الجوهري لعملية التخطيط. إن التركيب العمري والنوعي يقصد به تقسيم أو توزيع السكان في فئات عمرية حسب العمر والنوع، وهو ثمره لتفاعل العديد من المتغيرات الديموغرافية المؤثرة في النمو السكاني كالولادات، الخصوبة، الوفيات والهجرة.

إن الباحثين الجزائريين اهتموا بدراسة التركيب العمري والنوعي للسكان، لما لبياناته من أهمية في فهم المجتمع وتطوره الآني والمستقبلي، فهي تدل وبصورة غير مباشرة على أهم الاحتياجات الصحية لمختلف الفئات العمرية المعرفة بالعمر والنوع، كما تسمح أيضا بمعرفة مدى خصوبة السكان، تحسن المستوى الصحي، وتحديد ثقل السكان النشطين. ونظرا للتطور الذي شهدته الجزائر والمتمثل في تزايد عدد السكان في سن العمل (15-64 سنة) والمقدر بـ 59.24% لتعداد 1998 مقابل 66.52% لتعداد 2008 بوتيرة أسرع من وتيرة تزايد عدد كبار السن (65 سنة فأكثر) المقدر بـ 4.45% لتعداد 1998 حسب الحساب الشخصي بناءً على بيانات (ONS, 2013, p. 36) و 5.33% لتعداد 2008 حسب الحساب الشخصي بناءً على بيانات (ONS, 2020, p. 11) وانخفاض عدد الأطفال (أقل من 15 سنة) المقدر بـ 36.30% لتعداد 1998 مقابل 28.15% لتعداد 2008، فإن التزايد في عدد سكان الفئة النشطة يؤدي إلى انخفاض نسب الاعالة العمرية نتيجة لانخفاض معدلات الخصوبة. مما يتيح هذا التطور في التركيب العمري والنوعي المتمثل في ارتفاع نسبة السكان في سن العمل وتدني نسب الاعالة وتحسن الرعاية الصحية خاصة للأم إمكانية الاستفادة من العائد الديموغرافي. وهذا ما أدى بالجزائر لتحقيق الهدف الخامس من الأهداف الإنمائية للألفية، إذ ركز هذا الهدف على تحسين الرعاية الصحية للأم ويقاس بخفض معدل وفيات الأمهات أثناء الولادة بمقدار ثلاثة أرباع في الفترة ما بين عامي 1990 و 2015. (OMS, 2008, p. 3)

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

تعتبر بيانات التركيب العمري والنوعي للسكان من أهم البيانات التي يعتمد عليها في رسم الخطط والسياسات السكانية المستقبلية، لذا لا بد أن تكون هذه البيانات على مستوى عال من الدقة لتشكل انطلاقة سليمة. وللتأكد من دقة هذه البيانات علينا بتقييمها وذلك من خلال عدة مؤشرات كنسبة العمر، نسبة النوع ومؤشر سكرتارية الأمم المتحدة، ومن ثم تقويمها إذا تطلب الأمر ذلك، وبما أن لكل مجتمع تركيب عمري ونوعي يختص به فإن تطور هذا التركيب يعكس لنا احتياجات التنمية الصحية. وفي ظل الظروف التي يمر بها سكان ولاية سطيف فالأمر يتطلب منا معرفة انعكاس تطور التركيب العمري والنوعي لسكان الولاية على احتياجات التنمية الصحية.

من خلال ما تقدم ذكره نطرح التساؤل الرئيسي التالي:

" كيف ينعكس تطور التركيب العمري والنوعي للسكان على احتياجات التنمية الصحية في ولاية سطيف؟ "

يمكن الإجابة عن إشكالية الدراسة من خلال الإجابة عن الأسئلة الفرعية التالية:

- 1- ماهي خصائص التركيب العمري والنوعي لسكان ولاية سطيف؟
- 2- ما مدى دقة بيانات التركيب العمري والنوعي لسكان ولاية سطيف؟ وهل تحتاج هذه البيانات إلى تقويم؟
- 3- ما هي التغيرات التي طرأت على التركيب العمري والنوعي لسكان سطيف خلال الفترة الممتدة من سنة 1998 إلى سنة 2022؟
- 4- ما هي احتياجات التنمية الصحية في ظل تطور التركيب العمري والنوعي لسكان الولاية؟
- 5- ما هي الاحتياجات الصحية المستقبلية لسكان سطيف بين 2019 و2054؟

3• أسباب اختيار الموضوع:

إن الدوافع التي كانت وراء اختياري لهذا الموضوع بعنوان "تطور التركيب العمري والنوعي للسكان وانعكاسه على احتياجات التنمية الصحية في الجزائر- دراسة تحليلية لسكان ولاية سطيف" من بين المواضيع المقترحة هي:

- لدي رغبة لدراسة هذا الموضوع لما له من تأثير في وضع الخطط المستقبلية سواء الاقتصادية، الاجتماعية، التعليمية أو الصحية.

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

- الميل لتطبيق برنامج تقييم وتقويم بيانات العمر والنوع، وبرنامج تقدير الاحتياجات الصحية المستقبلية.

4• أهداف الدراسة:

ما من بحث أو دراسة أو عمل علمي إلا وله أهداف واضحة ودقيقة، وبالتالي تهدف هذه الدراسة بالأساس إلى تقصي التطور الحاصل في التركيبين العمري والنوعي لسكان ولاية سطيف خلال الفترة من 1998 إلى 2022، وانعكاس هذا التطور على احتياجات التنمية الصحية، وذلك من خلال:

- 1- التعرف على خصائص التركيب العمري والنوعي لسكان ولاية سطيف.
- 2- تحديد مستوى دقة بيانات التركيب العمري والنوعي لسكان الولاية اعتماد على نسبة العمر، نسبة النوع ومؤشر سكرتارية الأمم المتحدة، ثم تقويمها باستخدام برنامج "PAS".
- 3- الكشف عن الفئات العمرية الكبرى والخماسية وتوزيعها في ولاية سطيف.
- 4- الكشف عن التطور الذي حدث في مؤشرات التركيب العمري والنوعي كالعمر الوسيط، معدل الإعالة، نسبة التعمير ونسبة النوع.
- 5- دراسة توزيع السكان حسب النوع لمعرفة التوازن النوعي للمجتمع.
- 6- الكشف عن مقدار الفجوة النوعية ومؤشر التكافؤ بين الذكور والإناث وذلك لمعالجة نقاط الضعف لتحقيق التوازن بين الجنسين في مختلف احتياجاتهم خاصة الصحية منها.
- 7- دراسة التغير في الأهرامات السكانية لولاية سطيف خلال الفترة من 1998 إلى 2022.
- 8- الكشف عن مؤشرات التنمية الصحية في ولاية سطيف.
- 9- التعرف على احتياجات التنمية الصحية البشرية والمادية لسكان سطيف في ظل تطور تركيبهم العمري والنوعي.
- 10- تقدير الاحتياجات الصحية المستقبلية لسكان سطيف سنة 2054.

5• أهمية الدراسة:

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

تكمن أهمية موضوع الدراسة بعنوان "تطور التركيب العمري والنوعي للسكان وانعكاسه على احتياجات التنمية الصحية" فيما يلي:

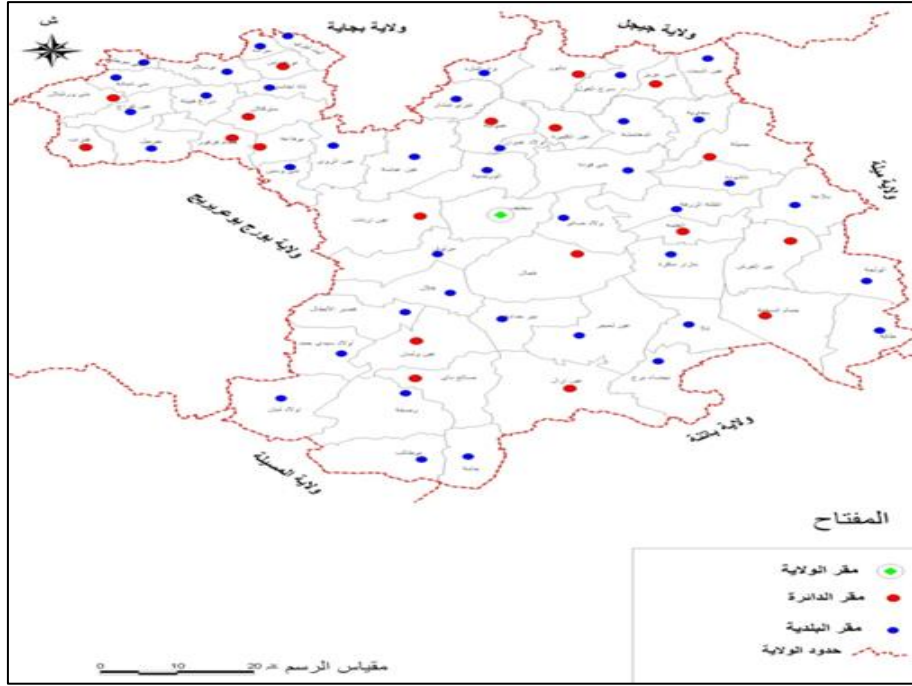
- 1- أن هذه الدراسة من المواضيع الديموغرافية المهمة والتي ينبغي تناولها بشكل علمي ومفصل.
- 2- أن هذه الدراسة لها تأثير في وضع خطط التنمية الاقتصادية، الاجتماعية، الصحية، التعليمية وغيرها.
- 3- اعتبار بيانات التركيب العمري والنوعي لسكان سطيف قاعدة ارتكاز جوهرية للتقديرات والإسقاطات السكانية عند التخطيط لمستقبل الولاية.
- 4- الربط بين تطور التركيب العمري والنوعي لسكان سطيف واحتياجاتهم الصحية.
- 5- فتح المجال إلى دراسات أخرى لها علاقة بالتركيب العمري والنوعي للسكان واحتياجات التنمية الصحية سواء على مستوى الولاية أو وحداتها الإدارية الأخرى أو باقي الولايات.

6• مجالات الدراسة:

* المجال الزمني: شملت الدراسة في معالجتها وتحليلها لهذا الموضوع البيانات المتعلقة بالتركيب العمري والنوعي والبيانات الخاصة بالتنمية الصحية لسكان سطيف والتي كانت خلال الفترة الزمنية الممتدة من 1998 إلى 2022، فضلا عن التوقعات لسنة 2054.

* المجال المكاني: يتمثل في ولاية سطيف، التي تقع فلكيا بين خطي طول 5,04 و 6,26 شرق خط غرينتش وبين دائرتي عرض 34,76 و 36,26 شمال خط الاستواء وهي بهذا تقع جغرافيا جنوب شرق العاصمة وتبعد عنها ب 330 كلم. وتتربع ولاية سطيف على مساحة قدرها 6549,64 كلم² أي ما يمثل 1,7% من مساحة الهضاب الشرقية و 0,27% من المساحة الإجمالية للوطن. وقد حددت الحدود الإدارية للولاية بموجب القانون رقم 09/84 المؤرخ في 4 فيفري 1984 المتعلق بإعادة التنظيم الإقليمي للوطن، فمن الشمال يحدها ولايتي جيجل وبجاية من الشرق ولاية ميلة من الغرب ولاية برج بوعرييج من الجنوب ولايتي باتنة والمسيلة، كما سميت بلدياتها الستون (60) ودوائرها الإدارية العشرون (20) (المدونة الإحصائية، 2019، الصفحات 12-13) كما هو مبين في الخريطة التالية:

الشكل (1- 1): خريطة توضح التقسيم الإداري لولاية سطيف وحدودها



المصدر: مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية بسطيف

7٠ منهج وأساليب الدراسة:

لتحقق هذه الدراسة الأهداف المأمولة منها، والإجابة عن الإشكالية المطروحة لابد من تبني المنهج المناسب، لأن المنهج من أساسيات البحث العلمي، وهو الطريق الذي يسلكه الباحث للوصول إلى هدفه المنشود، ولا يمكن اعتبار البحوث علمية وموضوعية إذا لم يعتمد الباحث فيها على منهج معين. لذلك ارتأينا في هذه الدراسة بعنون "تطور التركيب العمري والنوعي للسكان وانعكاسه على احتياجات التنمية الصحية في الجزائر - دراسة تحليلية لسكان ولاية سطيف" استخدام المنهج الوصفي التحليلي باعتباره ملائماً لطبيعة الموضوع، إذ يعرف بأنه "طريقة من طرق الوصف، التحليل والتفسير بشكل علمي للوصول إلى أغراض محددة لوضعية اجتماعية معينة". (شروخ، 2003، صفحة 147) وعند اسقاط هذا المنهج على الدراسة الحالية فإننا نقوم بتحليل وتفسير تطور التركيب العمري والنوعي لسكان ولاية سطيف والتعرف على احتياجاتهم الصحية البشرية والمادية، بغية الوصول إلى أثر هذا التطور على احتياجات التنمية الصحية.

لقد تم الاعتماد في هذه الدراسة على عدة مؤشرات لتقييم بيانات التركيب العمري والنوعي لسكان سطيف وهي: نسبة العمر، نسبة النوع ومؤشر سكرتارية الأمم المتحدة، إذ يعد هذا الأخير من أنجح المقاييس عند مقارنة دقة بيانات العمر والنوع بين تعدادين أو أكثر لنفس الدولة.

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

أما التقنيات المستخدمة في هذه الدراسة هي:

1- برنامج "أوراق تحليل السكان" **PAS Population Analysis Spreadsheets**: لقد اعتمدنا في دراستنا على برنامج "أوراق تحليل السكان" من أجل تقييم بيانات التركيب العمري والنوعي لسكان سطيف في الفترة الممتدة من 1998 إلى 2022، وفيما يلي تعريف لهذا البرنامج **"PAS"**:

مجموعة من أوراق إيكسال وضعها مكتب الإحصاء الأمريكي لإجراء التحليل الديمغرافي المتقدم وهي

مصنفة كما يلي: (Arriaga & al, 1994)

* التركيبة السكانية:

AGEINT, AGESEX, SINGAGE, PYRAMID, OPAG, MOVEPOP, GRPOPYB, BASEPOP, and BPSTRNG, AGESMTH.

* الوفيات:

ADJMX, BTHSRV, EOLGST, GRBAL, INTPLTM and INTPLTE, LOGITQX and LOGITLX, LTMXQXAD, LTNTH, LTPOPDTH, LTSTH, LTWST, PREBEN, PRECOA.

* الخصوبة:

ADJASFR, ARFE- 2 and ARFE- 3, ASFRPATT, CBR- GFR, CBR- TFR, PFRATIO, RELEFERT, REL- GMPZ REVCBR, TFR- GFR, TFRLGST, TFRSINE.

* الهجرة: .CSRMIG

* التحضر وتوزيع السكان: .URBINDEX

* أخرى: .CTBL32, FITLGSTC, LOGISTIC, LOGISTIC

2- برنامج الطيف الديموغرافي (**Spectrum**): هو برنامج حاسوبي صنع لأجل الإسقاطات السكانية للبلدان

والأقاليم، يتكون من العناصر التالية: (Avenir Health, s.d)

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

- DemProj: هو الإسقاط السكاني لبلد بأكمله أو منطقة ما حسب العمر والنوع، على أساس افتراضات حول الخصوبة، الوفيات والهجرة ويمكننا من عرض مجموعة كاملة من المؤشرات الديموغرافية يمكن عرضها لمدة تصل إلى 50 سنة في المستقبل، كما يمكننا أيضا من إعداد التوقعات الحضرية والريفية.
- النموذج الرفيق EasyProj: يوفر البيانات اللازمة لإجراء إسقاطات سكانية عن التقديرات التي تصدرها شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة.
- RAPID: يدرس الاحتياجات والتوقعات الاجتماعية والاقتصادية لارتفاع معدلات الخصوبة والنمو السريع لقطاعات مثل العمل، التعليم، الصحة، التحضر والزراعة. يُستخدم هذا البرنامج لرفع مستوى واضعي السياسات من أهمية الخصوبة والنمو السكاني في التنمية الاجتماعية والاقتصادية.
- FamPlan: يدرس متطلبات تنظيم الأسرة اللازمة لتحقيق أهداف وطنية لمعالجة الاحتياجات غير الملباة وتحقيق الخصوبة المرجوة، ويمكن استخدامه لتحديد أهداف واقعية، لتخطيط، توسيع الخدمات المطلوبة لتلبية أهداف البرنامج، وتقديم طرق بديلة لتحقيق الأهداف. يستخدم البرنامج افتراضات حول المحددات المباشرة للخصوبة وبرنامج تنظيم الأسرة لحساب التكلفة وعدد المستخدمين.
- Lives Saved Tool: يظهر التغيرات في معدل بقاء الطفل وفقا للتغيرات في تغطية التدخلات الصحية المختلفة للطفل.
- AIM: يتنبأ بمتطلبات وباء فيروس نقص المناعة البشرية، بما في ذلك الأشخاص المصابين بهذا الفيروس والإصابات الجديدة، والوفيات بسبب الإيدز حسب العمر والنوع فضلا على الحالات الجديدة من مرض السل، ويستخدم من قبل برنامج الأمم المتحدة المشترك لإجراء التقديرات الوطنية والإقليمية التي يصدرها كل سنتين.
- GOAL: يساعد نموذج الأهداف جهود الاستجابة لوباء فيروس نقص المناعة البشرية الإيدز من خلال إظهار مدى ارتباط مبلغ التمويل وتخصيصه لتحقيق الأهداف الوطنية للحد من انتشار فيروس نقص المناعة البشرية والتوسع في نطاق الرعاية والدعم.
- TIME: عبارة عن مجموعة من الأدوات التحليلية الخاصة بمرض السل والمستخدم في التحليل الوبائي والأثر وفعالية التكلفة والخطوات الراشدة الأخرى لتصميم السياسات والبرامج الاستراتيجية الخاصة بمرض السل.

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

- NCD: يقدر الأمراض غير السارية والأثر المحتمل للتدخلات على الأمراض غير المعدية مثل أمراض القلب والأوعية الدموية والسكري والسرطان، علاوة على الصحة العقلية وتعاطي المخدرات والاضطرابات العصبية.

8• مصادر البيانات:

تنقسم مصادر البيانات في الدراسات السكانية إلى نوعين هما: أولاً المصادر الثابتة وتختص بدراسة تركيب السكان وخصائصهم في فترة زمنية معينة كالتركيب العمري، التركيب النوعي، التركيب الاقتصادي والاجتماعي، مكان الميلاد ومكان الإقامة، وتتمثل هذه المصادر في التعدادات السكانية والمسح بالعينة. أما ثانياً المصادر المتغيرة (غير الثابتة) تهتم بدراسة الأحداث الحيوية التي تؤثر في التركيب السكاني والتغيرات التي تطرأ عليهم. كالولادات، الوفيات، الزواج، الطلاق والهجرة، وتتمثل المصادر المتغيرة في الإحصاءات الحيوية، السجلات السكانية وسجلات الهجرة.

بما أن الأبحاث العلمية تتطلب العديد من المصادر التي يستند إليها الباحث، لذا تأتي الحاجة في هذه الدراسة لاستخدام مجموعة من المصادر تمثلت في التعدادات السكانية بالجزائر لسنتي 1998 و2008 الصادرة عن الديوان الوطني للإحصائيات، ويعتبر التعداد السكاني المصدر الأول من المصادر الثابتة لجمع البيانات الديموغرافية، ويعرف بأنه: "جمع وتصنيف ونشر البيانات السكانية في زمن معين لكل الأشخاص في إقليم محدد، لذلك دوريته تعد من أهم خصائصه". (صليحي، 2000، صفحة 37)، أما رولان بريساً عرفه بأنه "مجموع العمليات التي تسمح بمعرفة عدد السكان في إقليم معين وفي تاريخ محدد مع تفاصيل حول توزيع هؤلاء السكان تبعاً للوحدة الإدارية ولمجموعة واسعة إلى حد ما من الخصائص" (بريسا، 1990، صفحة 60). فبعد الاستقلال وإلى غاية يومنا هذا قامت الجزائر بتنفيذ ستة تعدادات للسكان والسكن، وكما أشرنا سابقاً اعتمدنا في هذه الدراسة التعداد السكاني لسنتي 1998، 2008 وهي:

✓ تعداد الجزائر سنة 1998:

نفذت الجزائر التعداد العام للسكان والسكن الرابع في الفترة من 25 جوان إلى 9 جويلية 1998 وفقاً للمرسوم رقم 98-169 المؤرخ في 20 ماي 1998 والذي يتعلق بشروط تنفيذه. (ONS, 1999, p. 1) وقد تم الاعتماد على 45 ألف عداداً واستغرقت مدة تكوينهم 10 أيام من 14 إلى 24 جوان 1998. ولقد سمح هذا التعداد بتشكيل قاعدة بيانات حديثة وأكثر تفصيلاً مقارنة بالتعدادات السابقة.

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

✓ تعداد الجزائر سنة 2008:

أجرت الجزائر خامس تعداد للسكان والسكن خلال الفترة من 16 إلى 30 أبريل 2008 على 42268 مقاطعة 25763 منها مركز حضري، 6559 مركز شبه حضري و9946 مركز مبعثر. (ONS, 2009, pp. 2-4). وقد تم الاعتماد فيه على 52 ألف عداد، وفي الأخير سمحت نتائجه بالحصول على البيانات الرئيسية المتعلقة بخصائص السكان والأسر والمساكن في 48 ولاية و1541 بلدية في الوطن.

✓ تعداد الجزائر سنة 2022:

هو آخر تعداد للسكان والسكن أجرته الجزائر في الفترة ما بين 25 سبتمبر و9 أكتوبر 2022، والذي لم تصدر نتائجه بعد.

كما تم الاعتماد في هذه الدراسة على الحوصلات الإحصائية السنوية من سنة 2001 إلى غاية 2022 والتي تحصلنا عليها من مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية بولاية سطيف، وهي تحتوي على مجموعة من البيانات الخاصة بتوزيع سكان سطيف حسب العمر والنوع، وأيضا توزيع الهياكل الصحية البشرية من أطباء عامون، أطباء خاصون، جراحو الأسنان، صيادلة وشبه الطبي في القطاعين العام والخاص. والمادية كعدد المستشفيات، المراكز الصحية، قاعات العلاج، دور الأمومة والتجهيزات.

9• تحديد المفاهيم:

من أجل إزالة الغموض المتعلق بالدراسة يجب على الباحث تحديد المفاهيم بدراسته، كونها تساعده على الإلمام بكل جوانب الظاهرة المدروسة، لذا من أهم المفاهيم المتعلقة بموضوع الدراسة هي:

1- التركيب العمري للسكان:

هو عبارة عن تصنيف السكان تبعا لسنوات الحياة التي عاشوها ويمكن تحديد ذلك إما حسب ميلاد الأشخاص أو بعدد السنوات التي أكملها كلاً منهم، فالتركيب العمري هو عدد السكان أو نسبهم في الأعمار أو الفئات العمرية المختلفة. (المعجم الديموغرافي المتعدد اللغات، 1999، صفحة 322)

إن الديموغرافيين عند دراستهم للتركيب السكاني يحتل التركيب العمري الصدارة، لأنه مقياس يمكن من خلاله معرفة نسبة العمر، نسبة الإعاقة ويعطي صورة تقريبية للنمو المستقبلي للسكان. إذ يمكن أن نميز بين

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

ثلاث فئات رئيسية للأعمار وهي: فئة صغار السن (0-14 سنة)، الفئة النشطة (15-64 سنة) وفئة كبار السن (65 سنة فأكثر).

يعرف بأنه توزيع السكان بحسب فئات العمر المختلفة مثل الأحادية والخماسية والعشرية، وغالبا ما يتم تقسيم السكان إلى ثلاث فئات عمرية رئيسية هي: فئة صغار السن (0-14 سنة)، الفئة النشطة (15-64 سنة) وفئة كبار السن (65 سنة فأكثر). (الشرجي، 2023، صفحة 5)

ويقصد به تقسيم السكان بحسب الفئات العمرية، وتعتبر بيانات هذا التركيب من أهم البيانات في الدراسات السكانية وذلك لارتباطها ارتباطا وثيقا بالنشاطات الاقتصادية التي يقوم بها السكان وقدرتهم على تأدية الخدمات. (إسماعيل، 1984، صفحة 86)

إن التركيب العمري يتأثر بثلاثة عوامل مباشرة هي الولادات، الوفيات والهجرة، كما يتأثر أيضا بالظروف الاقتصادية والاجتماعية. (يسري عبد الرزاق و حافظ، 1971، صفحة 279)

وفي سياق الحقائق سابقة الذكر يمكن القول بأن التركيب العمري يستفاد منه في معرفة نسب الولادات والوفيات، أمل الحياة المتوقع والنمو المستقبلي للسكان. إذ يدل الهيكل العمري الفتى على وجود إمكانية كبيرة للنمو في المستقبل خاصة في حالة كان عدد الإناث اللواتي يدخلن في سن الانجاب أكبر من عدد من يبلغن سن اليأس، أو في حالة كان هناك عدد كبير من النساء في قمة خصوبتهن (20-29)، أو باجتماع العاملين معا. (السعدي، 2014، صفحة 398)

* التعريف الإجرائي:

يعرف التركيب العمري للسكان بأنه توزيع سكان ولاية سطيف تبعا لمتغير العمر، أي يتم تصنيفهم حسب الفئات العمرية الخماسية أو الفئات العمرية الكبرى (0-14 سنة) (15-64 سنة) (65 سنة فأكثر).

2- التركيب النوعي للسكان:

هو تصنيف أو تقسيم السكان إلى ذكور وإناث. ومعرفة عدد الذكور والإناث في المجتمع ومدى الاختلاف فيما بينهما له آثاره في نوعية المشكلات الاقتصادية والاجتماعية وعلى قوة العمل ومعدلات المواليد والوفيات والزواج والهجرة والتوزيع المهني للسكان، وتحسب هذه النسبة للسكان عامة ولكل فئة من فئات السن على حدا، وعندئذ تصبح النسبة ذات دلالة وأهمية خاصة. (عبد الحي، 1999، صفحة 122)

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

يعتبر هذا المقياس من أكثر المقاييس استعمالاً لمعرفة التوازن النوعي للسكان، بمعنى معرفة أيّ الجنسين أكثر سيطرة في مجتمع سطييف، وذلك من خلال عدة مؤشرات أهمها نسبة النوع.

ويقصد به توزيع السكان حسب طبيعة الجنس ما بين الذكور والإناث، فهو يعكس الاختلافات العددية بينهما والآثار المترتبة على ذلك وتتجلى أهمية دراسة هذا التركيب في معرفة قدرات السكان الحيوية والاقتصادية. (إسماعيل م.، 1977، صفحة 98)

* التعريف الإجرائي:

التركيب النوعي للسكان هو تقسيم سكان ولاية سطييف تبعاً لمتغير الجنس، أي يتم تصنيفهم إلى إناث وذكور.

3- الاحتياجات:

هي ما يتطلبه الشيء لاستكمال نقص أو قصور فيه. (Mario, 1983, p. 637) وتعرف بأنها كل مستلزمات الإنسان سواء كانت من الناحية الاقتصادية، الاجتماعية، الصحية أو غيرها.

4- التنمية:

هي تغيير في المجتمع لتحقيق رفاه الفرد من جيل إلى جيل، من أجل توسيع خياراته في الصحة والتعليم والدخل، فضلاً عن توسيع حرياته وفرص مشاركته الفعالة في المجتمع. (منظمة الصحة العالمية، 2013، صفحة 68)

إذن فالتنمية يقصد بها تحسين مستوى الفرد في مختلف مجالات الحياة سواءً من الناحية الاقتصادية، التعليمية، البيئية أو الصحية.

5- التنمية الصحية:

هي: "عملية تنمية متمركزة حول الإنسان بوصفها عملية إعلاء قدر الإنسان بواسطته ومن أجله، ولا يقتصر على الاهتمام بالعلاج والوقاية أو العلم أو التكنولوجيا بل تمتد إلى الرقي بالثقافة الصحية للمواطن والتنظيم الاجتماعي والعلاقات الإنسانية وأساليب الحياة". (وارتان، 2019، صفحة 64)

يمكن القول بأن التنمية الصحية هي مدخل من مداخل تحقيق التنمية في مختلف المجالات.

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

* التعريف الإجرائي:

هي عبارة عن مجموعة من البرامج والخدمات التي تعنتي بصحة الإنسان والقطاع الصحي، وتهدف إلى تحسين هذا القطاع وتجاوز المشاكل التي يعاني منها ومن ثم تطويره والرقى به.

6- احتياجات التنمية الصحية:

هي متطلبات ومستلزمات القطاع الصحي بنوعها البشرية (كالأطباء، الصيادلة، جراحو الأسنان، المرضين والإداريين بهذا القطاع...) أو المادية (كالمستشفيات، المراكز الصحية، دور الأمومة، الأدوية، الصيدليات...).

• 10 صعوبات الدراسة:

ما من باحث علمي إلا ويواجه بعض المشاكل والصعوبات التي تعرقل سير دراسته، ومن الصعوبات التي واجهتنا في هذه الدراسة بعنوان: "تطور التركيب العمري والنوعي للسكان وانعكاسه على احتياجات التنمية الصحية في الجزائر - دراسة تحليلية لولاية سطيف" هي:

1- عدم توفر العديد من البيانات المرتبطة بأهم مؤشرات الدراسة، وحتى التي توفرت أغلبها لسنوات منفردة لا تعكس التطور الحاصل في الولاية منها المؤشر التركيبي للخصوبة، أمل الحياة والإنفاق الصحي.

2- تم تبني الفئة العمرية الكبرى من 60 سنة فما فوق في هذه الدراسة بسبب أن العديد من الحوصلات الإحصائية السنوية المتحصل عليها من مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية في سطيف تنتهي عند 60 سنة فأكثر.

تمهيد الفصل 2:

تعد دراسة التركيب السكاني الأساس الجوهري لفهم الكثير من الصعوبات الاقتصادية، الاجتماعية والصحية التي تواجه الفرد أو العائلة أو المجتمع بأكمله. وربما نكون على صواب إذا قلنا بأن التركيب العمري والنوعي من أهم أنواع التركيب السكاني في الدراسات والتحليلات الديموغرافية، فمن ناحية التركيب العمري ضروري لمعرفة نوع المجتمع فتيا كان أو ناضجا أو هرما، كما أنه يعكس لنا القوى العاملة ومدى قدرتها على إعالة فئتي الأطفال والمسنين، علاوة على أنه يمكننا من القيام بالتقدير المستقبلي للسكان قصد تلبية احتياجاتهم المختلفة فالأطفال مثلا يحتاجون إلى التلقيح، المدارس، الأساتذة والمناهج التعليمية الحديثة. أما الأشخاص في سن العمل يحتاجون إلى تعليم عالي ووظائف، في حين أن المسنين يحتاجون إلى رعاية وخدمات خاصة الصحية منها. ومن ناحية أخرى التركيب النوعي يعطي رؤية عن التوازن النوعي في المجتمع، ومهم لمعرفة احتياجات كلا الجنسين من فرص عمل وخدمات صحية، كما يساهم في التخطيط المستقبلي بواسطة تصميم برامج تلبية الاحتياجات بطريقة أفضل. وسنلقي الضوء في هذا الفصل على مؤشرات التركيب العمري والتركيب النوعي للسكان.

الفصل الثاني: مؤشرات التركيب العمري والنوعي للسكان

يحظى التركيب العمري والنوعي للسكان بأهمية عظيمة في الدراسات السكانية، لكونه من أهم المرتكزات التي تقوم عليها العملية التخطيطية لتقدير النمو المستقبلي للسكان واحتياجات المجتمع في مختلف الميادين الاقتصادية، الاجتماعية والصحية. ومن ثمة القدرة على تلبية هذه الاحتياجات بكفاءة وفعالية.

1. التركيب العمري للسكان:

إن بيانات العمر كما أوردتها التعدادات السكانية المصدر الأساسي لدراسة التركيب العمري، إذ يتم جمع هذه البيانات عن طريق أحد السؤالين إما بالسؤال مباشرة عن العمر أو السؤال عن تاريخ الميلاد، أو الاثنين معاً، ويتسم السؤال مباشرة عن العمر بالسهولة لدى الأشخاص في الإجابة عليه، لكنه في المقابل قد يؤدي إلى معلومات أقل دقة، ومن جهة أخرى فالسؤال عن تاريخ الميلاد قد يلقي صعوبة عند البسطاء والمسنين الذين يجهلون تواريخ ميلادهم، إلا أنه يمكن التغلب عن هذا الأمر بعدة طرق. (سرج، 2009، صفحة 66) والجزائر تتبع الطريقتين معاً في تحديد بيانات العمر أي بالسؤال عن العمر وتاريخ الميلاد، لأنه توجد العديد من التعليمات الموجهة للعددين لمساعدة الأشخاص الذين يجهلون أعمارهم للتصريح بها.

1- تصنيفات التركيب العمري للسكان:

يتم تصنيف السكان حسب العمر إلى فئات عمرية مختلفة إما فئات منفردة، خماسية أو عشرية. فالفئات الأحادية قد تكون ضرورية لتوضيح التغيرات في أجزاء معينة من التركيب العمري مثل السكان في الأعمار الصغيرة، وفي الغالب تكون فئات عمرية خماسية مع تفصيل الفئة الأولى (أقل من 5 سنوات) حسب سنوات العمر المنفردة، وهذا التصنيف يكون كافياً لإعطاء مؤشرات عن التركيب العمري ولخدمة أغراض أخرى. (الشلقاني، 1994، صفحة 457) كما يمكن تقسيم التركيب العمري إلى ثلاث فئات عمرية كبرى رئيسية وهي:

* فئة صغار السن (0-14 سنة):

تأتي أهمية دراسة فئة صغار السن في أي مجتمع من كونها تعطي مؤشراً لتصنيف المجتمعات السكانية إلى شابة أو ناضجة أو معمرة. (خورشيد، 2015، صفحة 442)

تمثل هذه الفئة قاعدة الهرم السكاني وتتصف بأنها غير منتجة، كما أنها تتأثر بعوامل المواليد والوفيات، وذلك لأن الوفيات ترتفع عند صغار السن وخاصة في الأعمار المبكرة، حيث ترتفع نسبة صغار السن في الدول النامية وتتنخفض في الدول المتقدمة. (كرادشة، 2009، صفحة 167) إذ يدل ارتفاع نسبة صغار السن

الفصل الثاني: مؤشرات التركيب العمري والنوعي للسكان

في الدول النامية والتي تقدر بحوالي 40% وقد تصل إلى 50% على فتوتها وزيادة الولادات فيها، الأمر الذي يؤدي إلى زيادة نسبة الإعالة وانخفاض الخدمات المقدمة بسبب ضغط هذه الفئة. أما في الدول الصناعية المتطورة والتي عملت على تنظيم الأسرة لتتخفف نسبة صغار السن حتى تصل إلى حدود 25% من مجموع الفئات العمرية. (السعدي، 2014، صفحة 401) ويبلغ عدد سكان الجزائر في هذه الفئة سنة 1998 10663750 نسمة بواقع 5443388 للذكور و 5220362 للإناث حسب الحساب الشخصي بناءً على بيانات (ONS, 2013, p. 36) أما في سنة 2008 تراجع عدد سكان الجزائر في فئة صغار السن إلى 9737962 نسمة منها 4986731 للذكور و 4751231 للإناث حسب الحساب الشخصي بناءً على بيانات (ONS, 2020, p. 11) بينما في سنة 2024 شهد سكان الجزائر في هذه الفئة ارتفاعا كبيرا 14198315 نسمة من بينهم 7245541 ذكورا و 6952774 إناثا حسب الحساب الشخصي بناءً على بيانات (Population Pyramid.net, 2024)

* الفئة النشطة (15- 59 سنة):

تعد هذه الفئة الثروة الحقيقية في المجتمع والتي يقع على عاتقها إعالة كل من فئة صغار السن وكبار السن وبناء اقتصاد الدولة (أي الفئة المنتجة)، فضلا عن كونها الأساس الذي تستمد منه الخصوبة وهي أكثر الفئات العمرية تأثرا بحركة الهجرة. (أبو عيانة ف.، 1993، صفحة 294)

إن نسبة الفئة النشطة تتخفف في الدول النامية، أما في الدول المتقدمة التي تتصف بمعدلات إنجاب ووفيات منخفضة ترتفع فيها هذه النسبة، إلا أنها تتزايد ببطء وذلك لاستمرار تزايد نسبة كبار السن من ناحية وتناقص نسبة صغار السن من ناحية أخرى. وقد تقسم هذه المجموعة إلى فئة البالغين الشباب (15- 34 سنة) والبالغين الكبار (35- 59 سنة). (السعدي، 2014، صفحة 402) ويبلغ عدد سكان الجزائر في الفئة النشطة سنة 1998 16774559 نسمة بواقع 8459519 للذكور و 8315040 للإناث حسب الحساب الشخصي بناءً على بيانات (ONS, 2013, p. 36) ثم ارتفع عدد سكان الجزائر في هذه الفئة سنة 2008 إلى 22287687 نسمة منهم 11240215 ذكورا و 11047472 إناثا حسب الحساب الشخصي بناءً على بيانات (ONS, 2020, p. 11) وقد واصل عدد سكان الفئة النشطة في الارتفاع سنة 2024 ليصل إلى 27922385 نسمة منها 14318246 لدى الذكور و 13604139 لدى الإناث حسب الحساب الشخصي بناءً على بيانات (Population Pyramid.net, 2024)

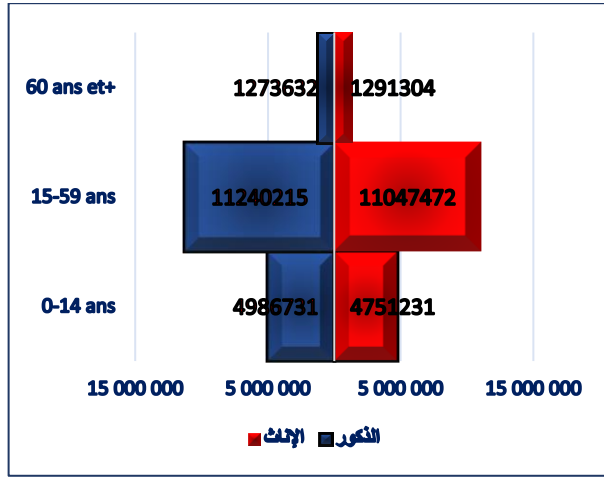
* فئة كبار السن (60 سنة فأكثر):

الفصل الثاني: مؤشرات التركيب العمري والنوعي للسكان

تمثل هذه الفئة قمة الهرم السكاني، وتضم الأشخاص الذين لا تقل أعمارهم عن 60 سنة، وهي بمثابة انعكاس لظروف الخصوبة والوفيات.

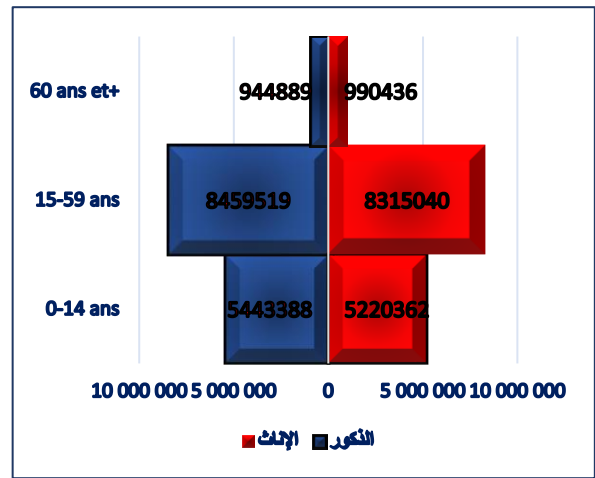
تعتبر هذه الفئة غير منتجة وتشتمل على عدد كبير من الإناث والأرامل، وكلما زادت هذه الفئة زاد المجتمع هرمًا وشكلت عبئًا على الدول خاصة من ناحية الرعاية الصحية والتكفل بها بشكل عام. (كرادشة، 2009، صفحة 167) ويبلغ عدد سكان الجزائر سنة 1998 في الفئة المسنة 1935325 نسمة بواقع 944889 للذكور و990436 للإناث، حسب الحساب الشخصي بناءً على بيانات (ONS, 2013, p. 36) ليرتفع بعدها العدد في هذه الفئة سنة 2008 إلى 2564936 نسمة منهم 1273632 عند الذكور مقابل 1291304 عند الإناث حسب الحساب الشخصي بناءً على بيانات (ONS, 2020, p. 11) أما في سنة 2024 كاد يتضاعف العدد 4693616 نسمة مقارنة بسنة 2008 من بينهم 2310601 ذكورا و2383015 إناث حسب الحساب الشخصي بناءً على بيانات (Population Pyramid.net, 2024) والأشكال التالية توضح ذلك:

الشكل (2-1): الفئات الكبرى لسكان الجزائر سنة 1998 الشكل (2-2): الفئات الكبرى لسكان الجزائر سنة 2008



المصدر: من إعداد الباحثة باستخدام Excel بناءً على بيانات

(ONS, 2020, p. 11)

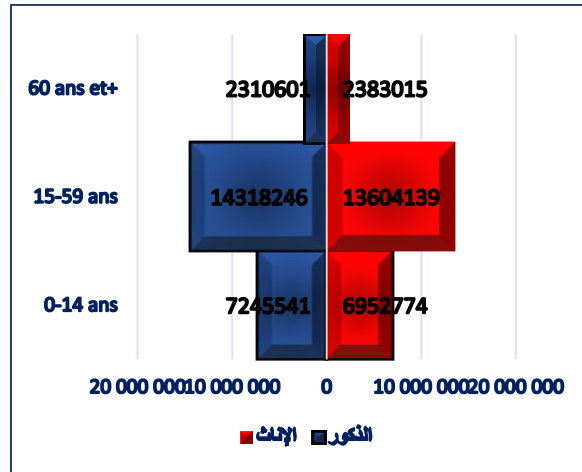


المصدر: من إعداد الباحثة باستخدام Excel بناءً على بيانات

(ONS, 2013, p. 36)

الفصل الثاني: مؤشرات التركيب العمري والنوعي للسكان

الشكل (2-3): الفئات الكبرى لسكان الجزائر سنة 2024



المصدر: من إعداد الباحثة باستخدام Excel بناءً على بيانات [/https://www.populationpyramid.net/algeria](https://www.populationpyramid.net/algeria)

2- مؤشرات التركيب العمري:

لدراسة التركيب العمري للسكان في أي مجتمع لابد من استخدام مجموعة من المؤشرات لفهم ووصف هذه التركيبة، ومن أهم هذه المؤشرات نسبة العمر، العمر الوسيط، مؤشر التعمر ونسبة الإعالة الديموغرافية التي تعكس العلاقة بين الفئات العمرية الثلاثة خاصة فئتي صغار السن وكبار السن من ناحية والفئة النشطة من ناحية أخرى.

2-1/ نسبة العمر:

هي نسبة عدد السكان (ذكورا وإناثا) في فئة عمرية معينة إلى متوسط عدد السكان في الفئتين العمريتين السابقتين والتالية لها. والقيمة المتوقعة لنسبة العمر (القيمة المثلى) هي 100، وأي انحراف عن هذه النسبة يدل على وجود أخطاء في بيانات العمر. (اللجنة الوطنية للسكان، 2010)

عند دراسة التركيب العمري للسكان تعد نسبة العمر مؤشرا له أهمية بالغة. لكن ينبغي أن يكون انحراف نسبة العمر عن الرقم 100 ضئيلا، ماعدا الفئات ذات الأعمار المتقدمة، لأنه إذا كان فرق النسب عن الرقم 100 ضئيلا يمكن القول بأن الخطأ في هذه الفئة قليل، أما إذا كان الفرق كبير فيكون الخطأ في تلك الفئة كثيرا. وتحسب هذه النسبة لكل الفئات العمرية عدا الفئتين الأولى والأخيرة. (شنافي، 2013، صفحة 124)

الفصل الثاني: مؤشرات التركيب العمري والنوعي للسكان

2-2/ العمر الوسيط:

هو أحد مؤشرات مقاييس النزعة المركزية في علم الإحصاء. ويعد أكثر المقاييس ملائمة لدراسة التركيب العمري. حيث يعد نافذة لكشف النقاب عن تصنيف المجتمعات إلى فتية أو هرمة أو معمرة، ويعرف العمر الوسيط أنه السن الذي تقسم فيه السكان إلى جزئين متساويين: أحدهما فوقه والآخر دونه. (السرياني، 1980، صفحة 31)

كما يعرف بأنه العمر الذي يقسم السكان إلى قسمين متساويين أحدهما أكبر منه والآخر أصغر منه، ويتأثر العمر الوسيط بالمتغيرات التي تشهدها العوامل الديموغرافية كالمواليد، الوفيات والهجرة. (الأوجلي، 2012، صفحة 188) وبالتالي يمكن القول بأنه العمر الذي يكون عنده نصف عدد السكان أكبر سنا منه ونصفهم الآخر أصغر سنا منه.

2-3/ مؤشر التعمر السكاني:

يعتبر مؤشر التعمر أحد المؤشرات التي تعطي صورة عن طبيعة التركيب العمري للسكان، حيث يتأثر بانخفاض معدلات المواليد. ويحسب وفقا للعلاقة التالية: (الخریف و المطيري، 2019، صفحة 22)

$$\text{مؤشر التعمر} = (\text{كبار السن} / \text{صغار السن}) \times 100$$

يستخدم مؤشر التعمر لوصف المجتمع السكاني إذا كان هرما أو فتيا أو ناضجا كما يلي: (العيسوي، 2001، الصفحات 340-341)

- إذا قل التعمر السكاني عن 15% فإن السكان يوصفون بأنهم فتوة أو شباب.
- أما إذا تراوح التعمر السكاني بين 15% وأقل من 60% فالسكان يعدون ناضجين.
- وفي حال بلغ التعمر السكاني 60% فأكثر فالسكان يعدون هرمين.

2-4/ نسبة الإعالة الديموغرافية:

ترتبط نسبة الإعالة بالتركيب العمري، وتقوم على أساس أن الأفراد في المجتمع ينقسموا إلى فئتين، فئة منتجة (مُعيلة) وفئة مستهلكة (مُعالة).

الفصل الثاني: مؤشرات التركيب العمري والنوعي للسكان

إن نسبة الإعاقة الكلية تقاس بنسبة إعالة صغار السن مضافا إليها نسبة إعالة كبار السن. (الأشقر، 2009، صفحة 130) حيث يعتبر الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و 59 سنة في التركيب العمري للسكان على أنهم في سن العمل أي الفئة المعيلة، في حين أن الأشخاص الذين أعمارهم بين 0 و 14 سنة (فئة صغار السن) والأشخاص الأكثر من 60 سنة (فئة كبار السن) يعتبروا أشخاص مُعالين في هذه الدراسة.

إذ تعرف بأنها نسبة الأفراد النشطين اقتصاديا إلى المُعالين من السكان. (كرادشة، 2009، صفحة 171)

يعد مؤشر نسبة الإعاقة أحد مؤشرات التنمية البشرية والاقتصادية، ويدل ارتفاع المؤشر على وجود نسبة كبيرة من السكان غير المنتجين الأمر الذي يؤدي إلى زيادة العبء الاقتصادي على السكان المنتجين. (خميس، 2013، صفحة 85)

تحسب نسبة الإعاقة الديموغرافية لكبار السن، صغار السن والإعاقة الكلية كما يلي:

* نسبة إعالة كبار السن:

نسبة إعالة كبار السن = [كبار السن/جملة السكان في المدى العمري (64-15 سنة)] × 100.

* نسبة إعالة صغار السن:

نسبة إعالة صغار السن = [صغار السن/جملة السكان في المدى العمري (64-15 سنة)] × 100. (أبو عيانة، 1987، صفحة 244)

* نسبة الإعاقة الكلية:

نسبة الإعاقة الكلية = نسبة إعالة كبار السن + نسبة إعالة صغار السن.

II. التركيب النوعي للسكان:

يشير التركيب النوعي إلى توزيع السكان بناءً على النوع أي (ذكور وإناث) وفي مناطق عديدة كالحضر والريف، وقد تكون هناك فوارق في هذا التركيب بين المناطق الحضرية والمناطق الريفية، وذلك لأسباب مختلفة تشير إلى أهمها:

- عادة ما تكون نسبة الشباب أعلى في المناطق الحضرية نظرا لتوفر فرص الدراسة والعمل. أما فئة الأطفال وكبار السن تكون أقل نسبيا مقارنة بالمناطق الريفية.

الفصل الثاني: مؤشرات التركيب العمري والنوعي للسكان

- غالبا ما تشهد المناطق الريفية تفاوت بين نسب الذكور ونسب الإناث وفقا للعوامل الاقتصادية والاجتماعية كهجرة الذكور إلى المدن للدراسة والعمل. في المقابل قد تكون المناطق الحضرية أكثر توازنا بين عدد الذكور والإناث لكن يمكن ان تكون تفاوتات ناتجة عن الأنشطة الاقتصادية.

استنادا لما سبق، تجدر الإشارة إلى أن التفاوتات بين الجنسين تساهم في تشكيل السياسات التنموية الموجهة لكل من المناطق الحضرية والريفية بناءً على احتياجاتهم.

1- مؤشرات التركيب النوعي:

إن دراسة التركيب النوعي للسكان في أي مجتمع حتى يكون لها أهمية لا بد من الاستناد إلى مجموعة من المؤشرات التي تقدم رؤية توضيحية عن المجتمع إذا كان متوازنا بين الإناث والذكور أو أن هناك تفاوتات بينهما، ومن أهم هذه المؤشرات نسبة النوع، الفجوة النوعية ومؤشر التكافؤ.

1-1/ نسبة النوع:

تعرف بنسبة عدد الذكور إلى عدد الإناث، وهي تبلغ عموما عند الميلاد 105 ذكر مقابل 100 أنثى. وتتناقص نسبة النوع مع تقدم العمر، بحيث أنّ ثمانية من كل عشرة معمرين هم من النساء. (الخولي، 2013، صفحة 4)، وتعتبر نسبة النوع (الجنس) دليلا على التوازن الديموغرافي، وتتفاوت هذه النسبة تبعا لعوامل الهجرة. (اللجنة الوطنية للسياسات السكانية، 2011، صفحة 19)

كما يقصد بها عدد الذكور بالنسبة إلى كل مئة أنثى، ونحصل عليها بقسمة عدد الذكور الكلي على عدد الإناث وضرب الناتج في 100. وهي أحد المقاييس التي توضح الملامح الديموغرافية للمجتمع ذكورا وإناثا، وقد تتأثر هذه النسبة بعدة عوامل أبرزها الحروب، نمط الوفيات والهجرة، إضافة إلى الأخطاء التي تقع عند جمع البيانات.

1-2/ الفجوة النوعية:

حسب اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الاسكوا) تعرف الفجوة النوعية بأنها الفرق بين القيمة النسبية للذكور من القيمة النسبية للإناث لخاصية معينة، وقد تم اعتماد الطريقة الآتية لحساب حجم الفجوة النوعية وهي:

الفصل الثاني: مؤشرات التركيب العمري والنوعي للسكان

الفجوة النوعية = الذكور - الإناث (اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الاسكوا)، وزارة التخطيط، و الجهاز المركزي للإحصاء والتعاون الانمائي، 2009، صفحة 18)

إذا كانت النتيجة بعد حساب حجم الفجوة النوعية (صفرًا) فيدل ذلك على عدم وجود فجوة نوعية بين الذكور والإناث في الخاصية المدروسة، أما إذا كانت النتيجة (موجبة) فإن الفجوة النوعية لصالح الذكور على حساب الإناث، وفي حال كانت النتيجة (سالبة) فإن الفجوة النوعية لصالح الإناث على حساب الذكور. (دائرة الإحصاءات العامة، 2016، صفحة 8)

1-3/ مؤشر التكافؤ:

هو مؤشر لقياس التكافؤ للنوع الاجتماعي ويستخدم عادة لتقييم الفوارق بين الجنسين في نفس المجال، ويهدف هذا المؤشر لإظهار وتمييز الاختلاف لتحقيق المساواة بين الجنسين وردم الفجوة وصولاً إلى نتيجة إيجابية. (اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الاسكوا)، وزارة التخطيط، و الجهاز المركزي للإحصاء والتعاون الانمائي، 2009، الصفحات 140-141)

يحسب مؤشر دليل التكافؤ كما يلي: (مهلهل، 2021، صفحة 143)

مؤشر دليل التكافؤ = قيمة مؤشر الإناث / قيمة مؤشر الذكور

تتراوح قيمة مؤشر دليل التكافؤ بين (0 - 1)، وكلما اقتربت قيمة المؤشر من (1) كان مستوى التكافؤ أو المساواة بين الجنسين مرتفعاً، وإذا كانت قيمة هذا المؤشر أقل من (1) يدل ذلك على وجود اختلاف بين الجنسين لصالح الذكور على حساب الإناث، أما إذا كان مؤشر دليل التكافؤ أعلى من (1) فهذا يدل على أن الاختلاف بين الجنسين لصالح الإناث على حساب الذكور. (مهلهل، 2021، صفحة 142)

III. الهرم السكاني:

1- تعريف الهرم السكاني:

هو عبارة عن رسم بياني يعرض توزيع السكان حسب العمر والنوع أي (التركيبية العمرية والنوعية) لأي منطقة أو بلد، إذ يمكن من خلاله معرفة العديد من الأمور أهمها نوع المجتمع فتياً أو ناضجاً أو هرماً كما يمكن من خلاله أن نستقرئ ما مرَّ بالسكان من أحداث كالأمراض، الأوبئة، الحروب والأزمات الاقتصادية لأنها تترك آثارها عليه. بالنسبة لشكل الهرم السكاني يأخذ في الحالة العادية قاعدة عريضة وتمثل صغار

الفصل الثاني: مؤشرات التركيب العمري والنوعي للسكان

السن، وفي المنتصف القوى العاملة أما قمة الهرم تمثل كبار السن وتكون جد ضيقة. إلا أن شكله يختلف من مجتمع لآخر لكونه يتأثر بمستويات الخصوبة، الوفيات، الهجرة ونسبة الإعالة.

يحتل الهرم السكاني أهمية كبيرة لدى الديموغرافيين لأنه يعطي فكرة عن الماضي الذي قد يمتد إلى مائة عام وصورة للحاضر، وهو عبارة عن شكل بياني يوضح الحجم العددي المطلق للسكان في الفئات العمرية أو نسبهم حسب العمر والنوع. (رشود ، 2001، صفحة 15)

يعتبر الهرم السكاني أحد الوسائل لفهم التركيبة السكانية لأي بلد، لاسيما ما يتعلق بالتقسيم حسب السن، ويتكون هذا الهرم من محورين، الأول أفقي يقيس النسب المئوية (أو عدد السكان) لكل فئة من فئات العمر بالنسبة لإجمالي عدد السكان، مقسمة إلى ذكور وإناث، في حين يقيس المحور العمودي فئات العمر ذاتها مقسمة إلى فئات خماسية عادة. (يونس، 2011، صفحة 54)

2- أنواع الهرم السكاني:

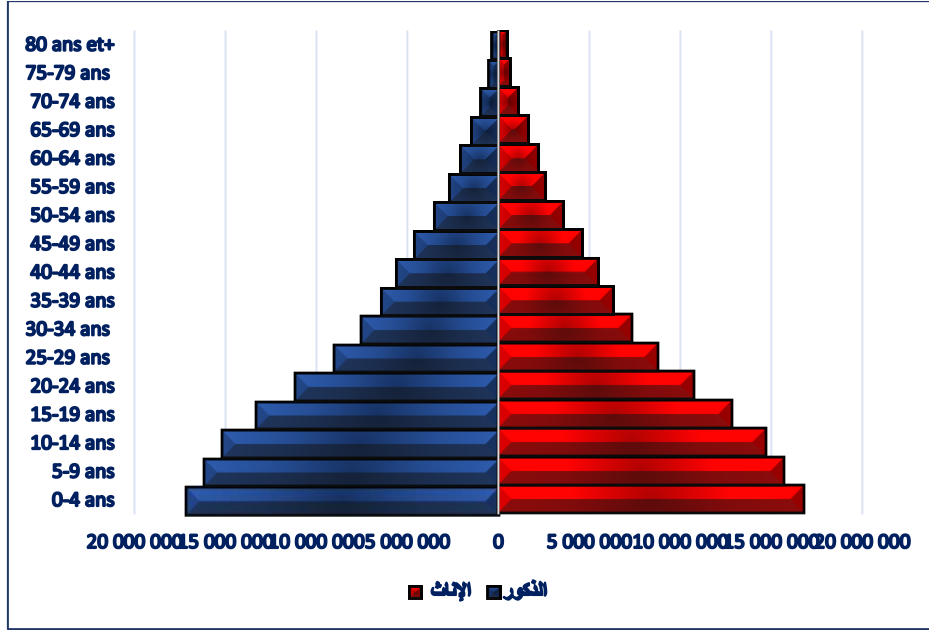
تختلف أشكال الأهرامات السكانية، فلكل دولة أهرامات سكانية فريدة من نوعها، وتتغير أشكالها لنفس الدولة على مدار فترة زمنية. لذلك، هناك اختلافات مكانية وزمنية في الأهرامات السكانية. وكأشكال بيانية يعتمد شكل الأهرامات السكانية في نهاية المطاف على التركيبة العمرية والنوعية لسكان معينين. وقد تتخذ هذه الأشكال شكل هرم مثلثي، أو هرم عمودي أو مستطيل (ذو جوانب رأسية بدلاً من الجوانب المائلة)، أو شكل غير منتظم. وفيما يلي الأنواع الرئيسية للأهرامات السكانية: (Jitender, 2018, pp. 59-62)

2-1/ الهرم السكاني المتوسع:

يُعرف أيضا بالهرم السكاني ذو القاعدة العريضة والذي يشهد انخفاضا متتاليا في حصة السكان من الفئات الأعلى بالهرم المتوسع. ويمثل هذا الهرم حالة من الخصوبة العالية، ومعدلات الوفيات المرتفعة، ومتوسط العمر المتوقع المنخفض، ومعدلات النمو السكاني المرتفعة، وحصة منخفضة من كبار السن. وهو يشير إلى التوسع من السكان لأن حجم كل مجموعة يصبح أكبر من حجم المجموعة السابقة. توسعي الأهرامات العمرية شائع في البلدان النامية بشكل رئيسي في إفريقيا وآسيا. وتعتبر نيجيريا وأنغولا مثالا لهذا النوع من الأهرامات السكانية سنة 2024.

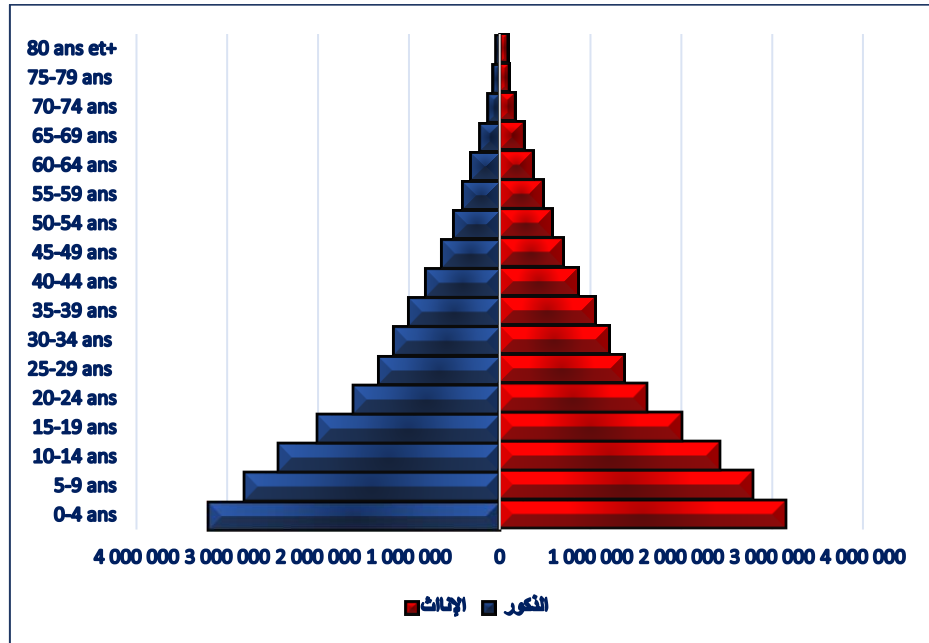
الشكل (2-4): الهرم السكاني لنيجيريا سنة 2024

الفصل الثاني: مؤشرات التركيب العمري والنوعي للسكان



المصدر: من إعداد الباحثة باستخدام Excel بناءً على بيانات [/https://www.populationpyramid.net/nigeria](https://www.populationpyramid.net/nigeria)

الشكل (2-5): الهرم السكاني لأنغولا سنة 2024



المصدر: من إعداد الباحثة باستخدام Excel بناءً على بيانات [/https://www.populationpyramid.net/angola](https://www.populationpyramid.net/angola)

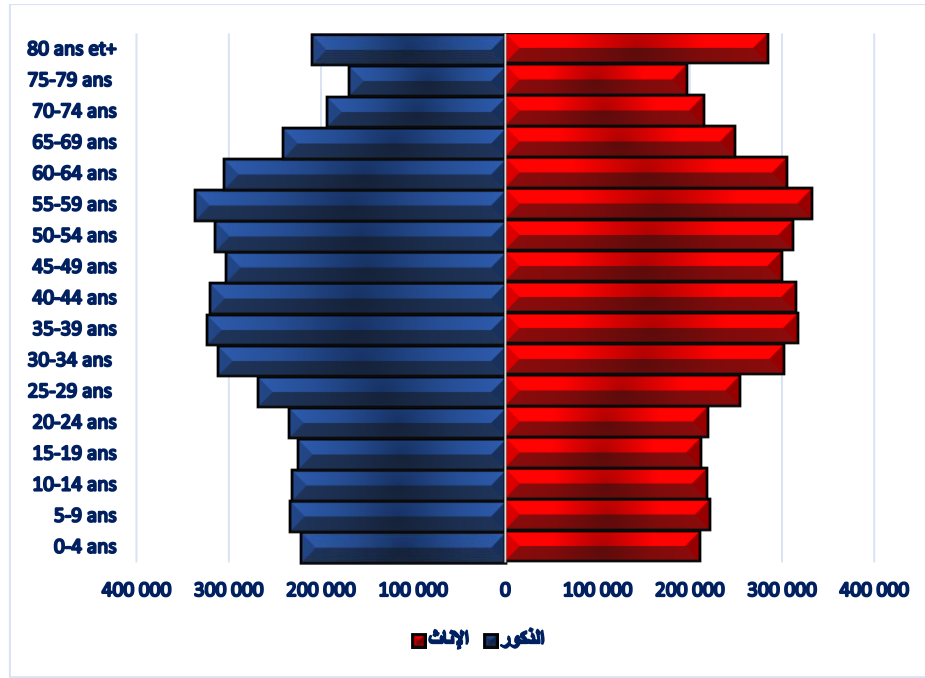
2-2 الهرم السكاني الثابت:

يوصف الهرم السكاني بأنه ثابت عندما تظل حصة السكان ثابتة في الفئات العمرية المختلفة على مدار فترة زمنية. ويمثل هذا الهرم حالة من انخفاض الخصوبة وانخفاض معدل الوفيات ومتوسط العمر المتوقع

الفصل الثاني: مؤشرات التركيب العمري والنوعي للسكان

مرتفع. ويشير إلى النمو السكاني البطيء أو السكان المستقرين. ويعرض الهرم السكاني الثابت أو شبه الثابت حصة متساوية إلى حد ما من الفئات العمرية الشابة والبالغة. وتعد سويسرا نموذجا لهذا النوع من الأهرامات السكانية.

الشكل (2-6): الهرم السكاني لسويسرا سنة 2024



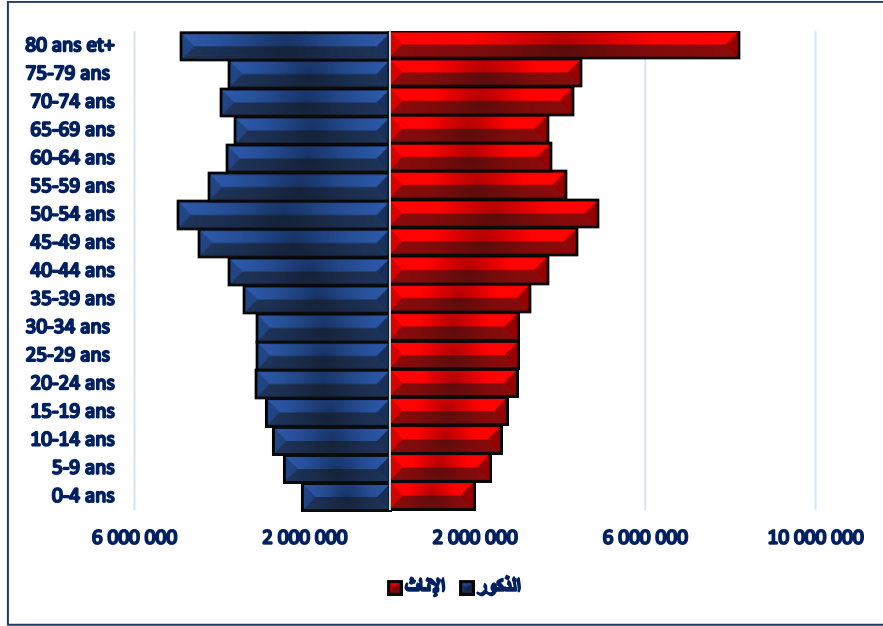
المصدر: من إعداد الباحثة باستخدام Excel بناءً على بيانات [/https://www.populationpyramid.net/switzerland/2024](https://www.populationpyramid.net/switzerland/2024)

2-3/ الهرم السكاني الضيق:

يسمى الهرم ذو القاعدة الضيقة بالهرم الضيق، ويمثل انخفاض الخصوبة وانخفاض معدل الوفيات وارتفاع متوسط العمر المتوقع وشيخوخة السكان. ويرتبط عادة بالدول المتقدمة للغاية التي تتمتع بمستوى عالٍ من معرفة القراءة والكتابة وسهولة الوصول إلى تدابير تحديد النسل ومرافق صحية وطبية جيدة للغاية. ومن أبرز الدول التي تمثل هذا النوع من الأهرامات السكانية حالياً هي، اليابان.

الفصل الثاني: مؤشرات التركيب العمري والنوعي للسكان

الشكل (2-7): الهرم السكاني لليابان سنة 2024

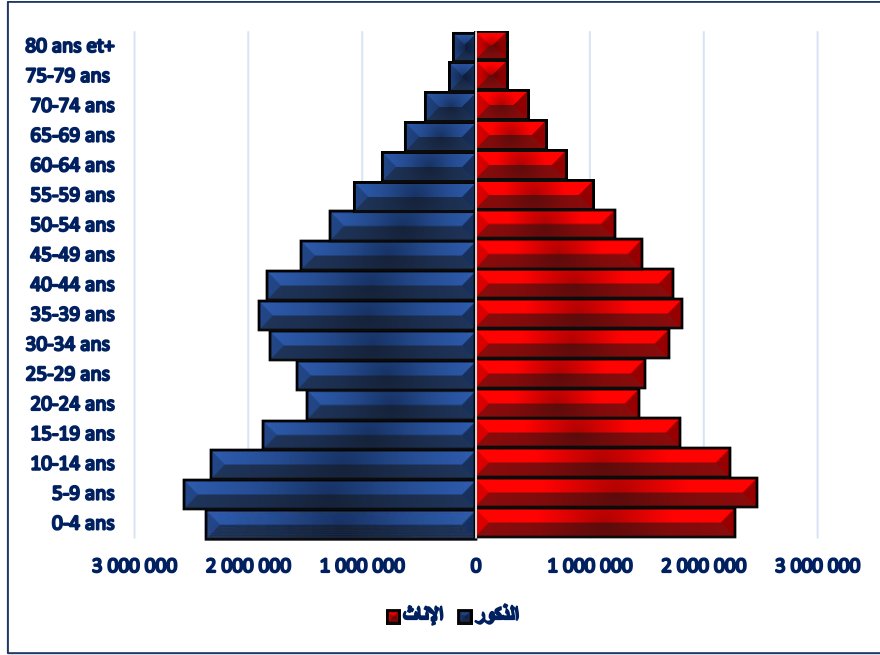


المصدر: من إعداد الباحثة باستخدام Excel بناءً على بيانات [/https://www.populationpyramid.net/japan/2024](https://www.populationpyramid.net/japan/2024)

بالنسبة للجزائر يمكن القول بأنها تشهد مرحلة انتقالية بين الهرم السكاني المتوسع والهرم شبه الثابت، حيث تراجعت معدلات الولادات في الجزائر من 20.03% سنة 2001 (ONS, 2020, p. 6) إلى 19.32% سنة 2023 (ONS, 2024, p. 6) هذا التراجع نتج عنه تقليص في فئة صغار السن، على الرغم من أن معدلات الخصوبة كانت في ارتفاع من 2.5 طفل لكل امرأة سنة 2002 (ONS, 2020, p. 6) إلى 2.8 طفل لكل امرأة سنة 2023 حسب مجموعة البنك الدولي. وقد كان لهذا التقليص الذي عرفته الفئات صغيرة السن انعكاس على الفئات الناضجة التي بدأت في الاتساع. ولقد تراجعت معدلات الوفيات من 4.56% سنة 2001 (ONS, 2020, p. 7) إلى 4.15% سنة 2023 (ONS, 2024, p. 6) وفي المقابل تحسن أمل الحياة المتوقع من 72.4 سنة عام 2001 إلى 79.6 سنة عام 2023 من ذات المصادر مما ترتب عليه شروع الفئات المسنة في التوسع، مع ذلك تظل الجزائر لا تعاني من مشكلة المسنين في المجتمع بشكل واضح مقارنة بالدول المسنة.

الفصل الثاني: مؤشرات التركيب العموري والنوعي للسكان

الشكل (2-8): الهرم السكاني للجزائر سنة 2024



المصدر: من إعداد الباحثة باستخدام Excel بناءً على بيانات [/https://www.populationpyramid.net/algeria/2024](https://www.populationpyramid.net/algeria/2024)

3- المجتمعات البشرية تبعا لشكل الهرم السكاني:

يمكن التمييز بين ثلاث أنماط رئيسية من المجتمعات البشرية، في حال تقسيم هذه المجتمعات حسب

شكل الهرم السكاني وهي: (الراوي، 2002، صفحة 347)

3-1/ المجتمع السكاني الشاب (النمط المتزايد- الهرم السكاني في مرحلة الشباب):

يتميز الهرم السكاني في هذا المجتمع بقاعدته العريضة التي تمثل صغار السن دون الخمس (5) سنوات، وهي ناتجة من ارتفاع معدلات الخصوبة ثم تنقلص تدريجيا إلى أن تضيق قمته نتيجة ارتفاع معدلات الوفيات في فئات كبار السن (65 سنة فأكثر). ويمثل هذا النمط معظم سكان الدول النامية. ويقع في مثل هذا المجتمع عبء كبير على السكان في سن العمل، وهم يعولون حوالي نصف السكان، ويعد المجتمع في هذه المرحلة مستهلك أكثر منه منتج.

3-2/ المجتمع السكاني الناضج (النمط الثابت- الهرم السكاني في مرحلة النضج):

الفصل الثاني: مؤشرات التركيب العمري والنوعي للسكان

يتميز الهرم السكاني في المجتمع الناضج بضيق القاعدة نسبيا لقلة عدد الولادات مقارنة بالفئة الشابة ويعود ذلك لعدة عوامل منها، استخدام وسائل لتنظيم النسل، وارتفاع سن الزواج خاصة عند النساء والى غير ذلك. ويتسع الهرم السكاني في وسطه أي (الفئة النشطة) أما القمة تكون أكثر اتساعا من سابقتها.

3-3/ المجتمع السكاني في حالة الشيخوخة (النمط الناقص - الهرم السكاني في مرحلة الشيخوخة):

يتميز الهرم السكاني في هذا المجتمع بقاعدته بالضيق حيث تتخفف نسبة صغار السن أكثر مما هو عليه في الهرمين السابقين ويرجع ذلك إلى ارتفاع سن الزواج عند الإناث، استخدام وسائل تنظيم النسل وإباحة الإجهاد. وتتسع القمة بشكل أكبر مما هو عليه في الهرمين السابقين ويعود ذلك إلى ارتفاع أمل الحياة نتيجة للتقدم الهائل في المجالات الصحية والاقتصادية.

4- علاقة الهرم السكاني بالتركيبتين العمرية والنوعية:

4-1/ علاقة الهرم السكاني بالتركيب العمري للسكان:

يعطي التركيب العمري صورة واضحة لتوزيع السكان بين فئات الأعمار العاملة وفئات الأعمار العاطلة عن العمل والتي تشكل عبء على عاتق فئات الأعمار العاملة، كما أن عدد المسنين الذين تجاوزوا سن العمل له معنى يختلف عن المعنى الذي يقدمه عدد الأطفال، علاوة على مقارنة عدد المستهلكين والمنتجين. كما يمكن من خلاله ملاحظة مستقبل تطور سوق العمل وتهيئة فئات العمال المؤهلين خاصة حسب احتياطي اليد العاملة المتمثلة بفئة أعمار الفتوة. (فياض، 2012، صفحة 20)

يمكن توضيح التركيب العمري للسكان من خلال الهرم السكاني، فهو عبارة عن شكل يظهر نسبة السكان في كل فئة عمرية، ويوجد ثلاثة أنواع رئيسية من الأهرام السكانية الأولى وهي التي تبرز نمو سكاني سريع، والثانية تظهر نمو سكاني بطيء، بينما الثالثة تشير إلى نمو سكاني سلبي.

4-2/ علاقة الهرم السكاني بالتركيب النوعي للسكان:

تُعبّر الأهرام السكانية عن نسب الذكور والإناث في كل فئة عمرية، وإذا كان يصعب تمييز التغييرات الصغيرة في أحجام الذكور والإناث من خلال الهرم السكاني، فيلاحظ أن بعض الأحداث التاريخية الحادة والأمراض والمجاعات تترك أثر واضح على شكل الهرم السكاني. على سبيل المثال عند ملاحظة تأثير الهجرة على الهرم السكاني، يظهر الهرم بشكل منبعج من الوسط في الدول التي تكون الهجرة إليها، وإذا كانت هناك

الفصل الثاني: مؤشرات التركيب العمري والنوعي للسكان

هجرة من الدول فيلاحظ تقلص في شكل الهرم السكاني من الوسط، وغالبا ما يتأثر الهرم السكاني بنمط الهجرة غير المتوازنة. (يونس، 2011، صفحة 56)

IV. أهمية التركيب العمري والنوعي للسكان:

تتجلى أهمية دراسة التركيب العمري والنوعي للسكان فيما يلي: (الخریف، 2008، الصفحات 184-188)

1- التركيب العمري ومستقبل النمو السكاني:

يمكن التعرف على مستقبل النمو السكاني وطبيعته وخصائصه من خلال دراسة التركيب العمري، فالمجتمع الذي يمتاز بتركيب فتي يدل غالبا على وجود إمكانية كبيرة للنمو في المستقبل، نتيجة أن عدد الإناث اللواتي يدخلن في سن الإنجاب أكبر من عدد الإناث اللواتي يبلغن سن اليأس، أو بسبب وجود عدد كبير من النساء في قمة سن الخصوبة (20-29 سنة)، أو باجتماع الاثنين معا. والمجتمع الذي يتكون من عدد كبير من الشباب سينمو بمعدلات أسرع بغض النظر عن مستوى الخصوبة فيه.

2- علاقة التركيب العمري بالخصوبة والوفيات والهجرة:

يتأثر التركيب العمري والنوعي للسكان بالعمليات الديموغرافية الثلاثة (الخصوبة، الوفيات والهجرة) ويؤثر فيها، لذا نجد أن اختلاف نمط التركيب العمري يؤخذ في الاعتبار عند مقارنة تعدادين أو مجتمعين معدلات الخصوبة، الوفيات والهجرة.

3- علاقة التركيب العمري والنوعي بالتخطيط:

تعد معطيات التركيب العمري والنوعي مهمة جدا في التخطيط للقوى العاملة، التخطيط العسكري، الصحي والتربوي، وبالتالي التركيب العمري والنوعي يساهم في التعرف على الموارد البشرية ومن ثم تحديد متطلباتها. على سبيل المثال تعتبر بيانات التركيب العمري والنوعي ضرورية في التخطيط الاقتصادي كونها تساعد في تحديد احتياجات القوى العاملة، التخطيط للتقاعد وتقدير الطلب على السلع والخدمات. وبالنسبة للتخطيط الاجتماعي تعد أيضا هذه البيانات أساسية لأنها يمكن من خلالها توجيه السياسات المتعلقة بالتعليم، الرعاية الصحية، الأنشطة والبرامج الاجتماعية لمختلف الفئات العمرية.

الفصل الثاني: مؤشرات التركيب العمري والنوعي للسكان

4- التركيب العمري وأنماط المجتمعات البشرية:

استنادا إلى بيانات التركيب العمري يمكن تصنيف المجتمعات السكانية إلى ثلاثة أنماط وهي: الفتية، الناضجة والهرمة، والمقارنة بينها.

5- التركيب العمري والحالة الصحية للمجتمع:

عادة يمكن أن نستدل على النمط السائد للحالة الصحية في المجتمع بالنظر إلى طبيعة التركيب العمري، فالتركيب السكاني الفتى يدل غالبا على النمط المتخلف للمستوى الصحي، حيث يمتاز بانتشار الأمراض المعدية، أمراض نقص التغذية والأمراض المصاحبة للحمل والولادة. أما التركيب السكاني الهرم يعكس المستوى الصحي المتقدم، وفي هذا النوع من التركيب تنتشر أمراض القلب، السرطان وأمراض الشيخوخة وبالتالي فإن أمل الحياة عند الولادة في هذه المجتمعات يكون طويلا.

6- التركيب العمري والسياسات العامة:

يوجد علاقة بين التركيب العمري والسياسات العامة وخاصة الإنفاق العام على بعض الخدمات المتعلقة ببعض الفئات العمرية، كما يتعلق التغير في التركيب العمري ببعض الأمور كالطلب على خدمات صحية معينة، التعليم، الإسكان، العمل وغيرها.

V. العوامل المؤثرة في فتوة أو شيخوخة السكان:

يتأثر التركيب العمري بعدد من العوامل التي تجعل المجتمع فتيا أو تؤدي إلى شيخوخته وهرمه. إذ يتميز السكان في الدول النامية بفتوتهم، في حين تبدو مجتمعات الدول الصناعية أقل فتوة. ويتفاعل التركيب العمري والنمو السكاني لينتج عن هذا التفاعل أنواع متباينة من التركيب العمري، لذا يمكن إيجاز العوامل المؤثرة في فتوة أو شيخوخة السكان فيما يلي: (الخریف، 2008، الصفحات 220-222)

* الخصوبة:

إن انخفاض الخصوبة هو العامل الأساس الذي يؤدي إلى شيخوخة السكان، حيث إن قلة الأعداد في الأعمار الدنيا تزيد من ثقل السكان النسبي في الأعمار المتقدمة، مما يؤدي إلى ارتفاع العمر الوسيط،

الفصل الثاني: مؤشرات التركيب العمري والنوعي للسكان

ومن ثم شيخوخة المجتمع. وبعبارة أخرى، ليس هناك عامل أقوى تأثيراً في التركيب العمري من الخصوبة. فإذا ارتفع مستوى الخصوبة أصبح المجتمع فتياً، وإذا انخفض مستوى الخصوبة صار المجتمع هرمياً.

* الوفيات:

لا يؤدي انخفاض مستوى الوفيات إلى شيخوخة السكان بدرجة كبيرة، كما يبدو للوهلة الأولى، بل إن انخفاض مستوى الوفيات قد يجعل السكان أكثر فتوة في بعض الأحيان، لأن انخفاض مستوى الوفيات يحدث في الغالب في الأعمار الصغرى مما يخفض العمر الوسيط.

* الهجرة:

تعد الهجرة من العوامل المؤثرة في شيخوخة أو فتوة السكان، فهي تجعل بعض المجتمعات أكثر فتوة، وبعضها الآخر أكثر شيخوخة، فالنماذج الإحصائية التي تنتبأ بالهجرة تؤكد على تأثير العمر على قرارات الهجرة لأن الهجرة تحدث غالباً في أعمار معينة والعائد من هذه الهجرة يعتمد بالدرجة الأولى على العمر وبالأخص في السنوات المتبقية في سن العمل.

وتجدر الإشارة أنه إذا انخفضت الخصوبة ارتفع العمر الوسيط، وإذا انخفضت الوفيات في مجتمع ما وكذلك الهجرة إليه انخفض العمر الوسيط.

* الكوارث والحروب:

يمكن أن تؤثر الكوارث مثل المجاعات والحروب في التركيب العمري للسكان في بلد ما، على سبيل المثال فالحروب يمكن أن تؤدي إلى وفيات مرتفعة للشباب في سن التجنيد، وتحدث انحساراً ملحوظاً في معدلات المواليد خلال سنوات الحرب. كما تؤثر المجاعات بدرجة كبيرة خاصة في كبار السن (65 سنة فأكثر) وصغار السن (أقل من 15 سنة) أكثر من غيرهم.

VI. الأخطاء التي تتعرض لها بيانات التركيب العمري والنوعي للسكان:

تعتبر بيانات العمر والنوع كما أوردتها التعدادات السكانية المصدر الأساسي لدراسة التركيب العمري والنوعي للسكان، إلا أن هذه البيانات تعاني من بعض الأخطاء والتي يمكن تقسيمها إلى قسمين رئيسيين هما:

الفصل الثاني: مؤشرات التركيب العمري والنوعي للسكان

1- أخطاء في الشمول النسبي لعملية العد من مختلف فئات العمر. (الشلقاني، 1994، صفحة 385)

ومن الأمثلة على هذا النوع من الخطأ ما يلي:

- القصور أو الزيادة في الحصر لأشخاص من أعمار معينة، ففي التعداد نلاحظ إغفال حصر كثير من الأطفال دون سن الخامسة.

- أخطاء في التبليغ عن المواليد، فبعض الأسر لا تقيد أطفالها عند الولادة ويتبع ذلك عدم ذكرها في بيانات التعداد أو ذكرها خطأ خوفاً من العقوبات.

- أخطاء في تسجيل الوفيات بالنسبة للسكان في فئات العمر المختلفة.

2- أخطاء في التبليغ عن العمر: من أهمها ما يلي: (الخریف، 2008، صفحة 189)

- تصغير الأعمار أو تكبيرها لأسباب ذاتية أو اعتقادات وهمية من قبل بعض الناس، فيقال إن هناك ميلاً عاماً لدى الإناث نحو تصغير الأعمار، مع تفاوت في هذا الميل حسب العمر. كما أن هناك ميلاً نحو تكبير الأعمار لدى بعض كبار السن لكسب الوقار والتقدير من غيرهم.

- ميل كثير من الناس إلى التقريب لأرقام تنتهي بالصفير أو الخمسة. ولا نبالغ إذا قلنا إنه لا يكاد يخلو مسح ديموغرافي أو تعداد سكاني من هذه المشكلة. ويمكن أن يتضح هذا الخطأ بشكل واضح عند تمثيل بيانات العمر بالسنوات المفردة.

- عدم ذكر الأطفال الرضع وخاصة الإناث، مما ينتج عنه انخفاض ملحوظ في نسبة السكان الذين لا تصل أعمارهم إلى سنة أو الذين أعمارهم أقل من خمس سنوات.

VII. أساليب تقييم وتقويم بيانات التركيب العمري والنوعي للسكان:

نظراً للأخطاء التي تتعرض لها بيانات العمر والنوع والتي ذكرت آنفاً، فإن هذه الأخطاء قد تؤثر على

دقة التحليلات الديموغرافية، لذا وجدت بعض المؤشرات لتقييم مستوى دقة بيانات العمر والنوع نذكر منها:

الفصل الثاني: مؤشرات التركيب العمري والنوعي للسكان

1- تحليل نسبة العمر (Age Ratio):

تعرف نسبة العمر بأنها عدد السكان إناثا وذكورا في فئة عمرية معينة إلى متوسط عدد السكان في الفئتين العمريتين السابقة واللاحقة لها، والقيمة المثلى لنسبة العمر هي 100، وأي انحراف عن هذه القيمة يدل على وجود أخطاء في بيانات العمر. (شجاع الدين، 2001، صفحة 79) وتعد نسبة العمر من المؤشرات التي يمكن استخدامها للكشف عن وجود عيوب في بيانات العمر للسكان.

يتم حساب نسبة العمر لكل الفئات العمرية عدا الفئة الأولى والأخيرة مصنفة حسب الجنس وفق الصيغة الرياضية التالية: (العيسوي، 2001، صفحة 321)

$$Age Ratio = \frac{P_a}{1/2(P_{a-5} + P_{a+5})} \times 100$$

P_a : عدد الأشخاص في الفئة العمرية a .

P_{a-5} : عدد الأشخاص في الفئة العمرية السابقة.

P_{a+5} : عدد الأشخاص في الفئة العمرية اللاحقة.

إن انحراف نسبة العمر عن المائة (100) في ظل الظروف العادية للبلد وباستثناء الأعمار المتقدمة يكون ضئيلاً، أما إذا كان الانحراف عن الـ 100 كبيراً فذلك يدل على وجود أخطاء في بيانات العمر، أو أن المجتمع المدروس ربما مرَّ بظروف صعبة مثل (الأوبئة، الحروب والهجرة)، أدت إلى وجود التراكم العمري عند فئات عمرية معينة دون غيرها. لكن يمكن الحصول على مقياس شامل يعبر عن دقة التوزيع العمري يسمى "مقياس دقة العمر" من خلال حساب متوسط الانحرافات المطلقة عن الـ 100 (أي بغض النظر عن إشارة الانحراف عن الـ 100). وكلما كانت النتيجة التي يتم الحصول عليها من "مقياس دقة العمر" صغيرة، دل ذلك على أن بيانات العمر هي أكثر دقة. (شنافي، 2013، الصفحات 124-125)

2- تحليل نسبة النوع (Sex Ratio):

تعرف بأنها عدد الذكور لكل مائة من الإناث وتبلغ عند الميلاد 105 ذكر مقابل 100 أنثى، وتتناقص نسبة النوع مع تقدم العمر، وقد تصل إلى أن ثمانية من كل عشرة معمرين هم نساء في بعض دول العالم. (الزعيبي وآخرون، 2015، صفحة 24)

الفصل الثاني: مؤشرات التركيب العمري والنوعي للسكان

إن دراسة نسبة النوع يستفاد منها في الكشف عن أخطاء توزيع السكان حسب العمر والنوع عند مقارنتها بالشكل العام لها. ويتم حساب هذه النسبة لكل الفئات العمرية وفقاً للعلاقة الرياضية التالية: (وادي و غالب عمر، 2008، صفحة 139)

$$\text{Sex Ratio} = \frac{P_{mx}}{P_{fx}} \times 100$$

P_{mx} : عدد الذكور في فئة معينة.

P_{fx} : عدد الإناث في نفس الفئة.

تتفاوت نسبة النوع تفاوتاً طفيفاً بين الفئات العمرية المختلفة، وتكون هذه النسبة مرتفعة عند الميلاد لتبلغ حوالي 105 ذكر مقابل كل 100 أنثى. لتأخذ بعد ذلك في التناقص التدريجي مع تقدم العمر لتصل حوالي 100 ذكر مقابل كل 100 أنثى عند الأعمار الشابة، ثم تواصل نسبة النوع في التناقص بصورة ملحوظة أكثر في الفئات العمرية المتقدمة أي الأعمار الكبيرة والتي عادة ما تتخفف عن 100 ذكر مقابل كل 100 أنثى بسبب بقاء الإناث على قيد الحياة إلى أعمار متقدمة أكثر من الذكور. ومن الجدير بالذكر أن ارتفاع نسبة النوع أو انخفاضها عن الحد المقبول لأي فئة من الفئات العمرية يشير إلى وجود أخطاء في التصريح بالأعمار، أو بسبب نقص في تسجيل الإناث أو الذكور، أو أن المجتمع المدروس تعرض لظروف صعبة كالأوبئة، الحروب وغيرها أدت إلى اختلال في نسبة النوع. (محامد، 2021، صفحة 217)

3- مؤشر سكرتارية الأمم المتحدة (United Nation Age– Sex Accuracy Index)

في عام 1952 اقترح قسم السكان بالأمم المتحدة مقياساً للتعرف على درجة وحجم الخطأ في بيانات التركيب العمري والنوعي، وهذه الطريقة من أنسب الطرق في حالة عدم توفر بيانات التركيب العمري حسب أحاد السن، وإنما تتوفر بيانات التوزيع العمري للسكان في فئات عمرية خماسية. (الجعفري، 1991، صفحة 67) ويعد مؤشر سكرتارية الأمم المتحدة من أنجح المقاييس خاصة عند مقارنة دقة البيانات بين منطقتين أو تعدادين أو أكثر لنفس الدولة.

ولحساب هذا المؤشر تتبع الخطوات التالية: (الشلقاني، 1994، الصفحات 441-442)

- تحسب نسبة النوع للسكان بالطريقة المعتادة (سألغة الذكر) لكل فئة عمرية.

- توجد الفروق المتتالية لهذه النسب مع إهمال الإشارة.

الفصل الثاني: مؤشرات التركيب العمري والنوعي للسكان

- تستخرج نسبة العمر للسكان لكل نوع (إناث وذكور) مع مراعاة عدم امكان حسابها للفئتين الأولى والأخيرة، ثم توجد أيضا الفروق المتتالية بين هذه النسب.

- تحسب متوسطات الفروق المتتالية لنسبة النوع، كذلك متوسطات الفروق المتتالية لنسبة العمر للجنسين (إناث وذكور).

- يتم حساب قيمة مؤشر سكرتارية الأمم المتحدة وفقا الصيغة الرياضية التالية: (عبد الحميد، 1987، صفحة 145)

$$\text{Age-Sex Accuracy Index} = 3X_1 + X_2 + X_3$$

حيث أن:

X_1 : متوسط مجموع الفروق المطلقة والمتتالية لنسبة النوع.

X_2 : متوسط مجموع انحرافات نسب العمر عن العدد 100 للذكور، مع أخذ الناتج بالقيمة المطلقة، أي مقياس دقة العمر للذكور.

X_3 : متوسط مجموع انحرافات نسب العمر عن العدد 100 للإناث، مع أخذ الناتج بالقيمة المطلقة، أي مقياس دقة العمر للإناث.

كما أنه يمكن حساب قيمة مؤشر سكرتارية الأمم المتحدة باستخدام ورقة AGESEX من برنامج الـ PAS للقيام بعملية التقييم. وفي حال وجدت أخطاء في بيانات العمر والنوع فإنه يتم تقويمها بواسطة ورقة AGESMTH من برنامج الـ PAS والذي عرفناه سابقا.

خلاصة الفصل 2:

سعيًا في هذا الفصل الإلمام بمؤشرات التركيب العمري والمتمثلة في توزيع السكان حسب الفئات العمرية الكبرى نسبة العمر، العمر الوسيط، مؤشر التعمر السكاني والإعالة الديموغرافية. كما تناولنا مؤشرات التركيب النوعي المتمثلة في نسبة النوع، الفجوة النوعية ومؤشر التكافؤ علاوة على الهرم السكاني الذي يجسد التركيب العمري والنوعي معًا، ولقد وضحنا أنواعه وضرربنا أمثلة على ذلك كنيجيريا وأنغولا نموذجًا للهرم السكاني المتوسع وسويسرا نموذجًا للهرم السكاني الثابت واليابان نموذجًا للهرم السكاني الضيق سنة 2024. أما الجزائر فهي في مرحلة انتقالية بين الهرم السكاني المتوسع والهرم السكاني الثابت. كما أبرزنا علاقة الهرم السكاني بالتركيب العمري الذي يسهم في معرفة احتياجات كل فئة عمرية ويعطي صورة عن القوى العاملة في المجتمع، أما علاقته بالتركيب النوعي تمكن من معرفة ما إذا كان المجتمع متوازنًا نوعيًا. وتناولنا أهم العوامل المؤثرة في فتوة أو شيخوخة السكان كالخصوبة، الوفيات، الهجرة، الكوارث والحروب. وفي الأخير تطرقنا إلى الأخطاء التي تتعرض لها بيانات التركيب العمري والنوعي للسكان، وتقييمها من خلال تحليل نسبة العمر، تحليل نسبة النوع ومؤشر سكرتارية الأمم المتحدة بواسطة ورقة AGESEX في برنامج الـ PAS، ومن ثم تقويمها إذا تطلب الأمر ذلك بواسطة ورقة AGESMTH في برنامج الـ PAS.

تمهيد الفصل 3:

تعتبر التنمية عملية تسعى إلى ازدهار ورفاهية المجتمع في مختلف مجالات الحياة من تعليم، اقتصاد، صحة وبيئة. لذا ينظر للصحة على أنها جزء حيوي ومهم في العملية التنموية، لأن المجتمع الذي يتمتع بأفراد أصحاء يكونون أكثر قدرة على القيام بالنشاطات الاقتصادية والاجتماعية مما يؤدي إلى تقدم وتطور هذا المجتمع. ومنه يتضح أن التنمية الصحية تهدف إلى تحسين صحة الأفراد من خلال توفير الرعاية الصحية اللازمة. بناءً على هذا الأساس وقبل أن نتطرق في هذا الفصل إلى التنمية الصحية لابد من الوقوف أولاً على التنمية وأبعادها ومراحل العمل التنموي، بعدها نتناول الصحة ومستوياتها وعواملها وصولاً إلى التنمية الصحية.

الفصل الثالث: الخلفية المعرفية للتنمية الصحية

1. التنمية:

1- تعريف التنمية:

هي عملية مستمرة يشارك فيها أفراد المجتمع للعمل على نقل مجتمعهم من الحالة السلبية إلى الحالة الإيجابية عن طريق إحداث بعض التغيرات الإيجابية في قطاعات العمل المختلفة والتي تؤدي إلى زيادة وتحسين مستوى معيشة الأفراد. (مدحت و مدحت، 2007، صفحة 67)

كما أن "جوا فرانك داكوا ست" Frank D يرى من الضرورة أن تكون التنمية شاملة تأخذ في اعتبارها الجوانب الاقتصادية والعوامل الاجتماعية التي تتمثل في التغذية، الصحة والظروف المعيشية. (رشاد، 2001، صفحة 10)

يمكن تعريف التنمية بأنها عملية منظمة تهدف إلى تحسين مستوى وجودة حياة الأفراد والمجتمعات، وذلك من خلال تجسيد العدالة الاجتماعية وتوفير الرعاية الصحية، تأمين التعليم، تحسين مستوى المعيشة، دعم وتعزيز النمو الاقتصادي، الحفاظ على البيئة، وتطوير البنية التحتية.

2- أنواع التنمية:

يمكن التمييز بين نوعين رئيسيين للتنمية وهما: (رشاد، 2001، الصفحات 13-14)

2-1/ تنمية ذاتية:

وهي التنمية التي يقوم بها المجتمع بنفسه وذلك لحل بعض مشكلاته وتوفير بعض احتياجاته وهذا لن يتم إلا من خلال وعي السكان أنفسهم بالمشكلات التي يعانون منها ثم التحرك لمواجهة هذه المشكلات.

2-2/ التنمية الخارجية:

في هذا النوع يوجد مؤثر خارجي يدفع المجتمع إلى القيام ببرامج التنمية وقد يكون هذا المؤثر الخارجي نتيجة تدخل من بعض العناصر مثل: الإعلام، رجال السياسة ورجال العلوم الاجتماعية، أو تأثر من مجتمع آخر متقدم أو نامي.

3- خصائص التنمية:

الفصل الثالث: الخلفية المعرفية للتنمية الصحية

للتنمية مجموعة من الخصائص أهمها ما يلي: (مدحت و مدحت، 2007، الصفحات 68-69)

- التنمية عملية مقصودة ومخططة.
 - التنمية عملية ضرورية للتغيير المنظم.
 - التنمية عملية داخلية ذاتية أي أن مقوماتها وبذورها موجودة في داخل كيان المجتمع نفسه، وأن قوى خارجية لا تعدو إلا أن تكون عوامل مساعدة أو ثانوية.
 - التنمية عملية ديناميكية.
 - التنمية عملية مستمرة.
 - التنمية ضرورية لكل مجتمع حتى المتقدم منها.
 - أهمية المشاركة الشعبية في جميع مراحل العمل التنموي.
 - ضرورة إزاحة المعوقات التي تعوق عمليات التنمية في أي مرحلة من مراحلها.
 - ضرورة أن تراعي التنمية البعد البيئي في جميع مشروعاتها.
 - التنمية لها أنواع عديدة حسب المجال الذي تعمل به مثل: التنمية الاجتماعية، التنمية الاقتصادية، التنمية التعليمية والتنمية الصحية.
 - التنمية لها مستويات عديدة حسب المستوى الجغرافي الذي تعمل عليه مثل: التنمية الدولية الإقليمية، التنمية القومية والتنمية المحلية (تنمية المجتمع المحلي).
 - التنمية لا بد أن تكون تنمية مستدامة.
- من خلال تعريف التنمية التي تم تناولها سابقا يمكن أن نخلص إلى بعض الخصائص وهي:
- التنمية تشمل كافة جوانب الحياة البشرية منها: الاقتصادية، الاجتماعية، الصحية، التعليمية والبيئية.
 - التنمية تهدف لتحقيق التوازن بين الاحتياجات الحالية والمستقبلية.
 - التنمية تنقل الفرد والمجتمع من حالته إلى حالة أفضل.

الفصل الثالث: الخلفية المعرفية للتنمية الصحية

4- مبادئ التنمية:

ترتكز التنمية على عدة مبادئ وهي: (فارعة و آخرون، 2015، الصفحات 6-7)

- **الشمولية:** تتصف التنمية بالشمولية، أي يجب أن تشمل كل جوانب الحياة سواء السياسية، الاقتصادية، الاجتماعية والثقافية، كما تشارك فيها جميع المؤسسات بالدولة سواء الحكومية أو الخاصة.

- **التكامل:** تعد التنمية عملية تكاملية حيث توجد علاقات تبادلية وتكاملية بين جميع القطاعات المختلفة ويتأثر كل قطاع بالآخر ويؤثر فيه، فمثلا التقدم في قطاعي الصحة والتعليم يؤثر في القطاع الاقتصادي، لذلك يجب أن تهتم التنمية بجميع القطاعات المختلفة داخل الدولة حتى لا يحدث نمو لقطاع على حساب القطاعات الأخرى.

- **الاستدامة:** يقصد بها تنمية الموارد بحيث تلبى حاجة الأجيال الحالية دون تدهور للموارد بما يؤثر على حقوق الأجيال القادمة، فهي تبحث في برامجها عن التوازن بين الجوانب الاقتصادية، الاجتماعية والبيئية في الحاضر والمستقبل.

5- أبعاد التنمية:

يوجد أربعة أبعاد متكاملة ومتفاعلة للتنمية لا بد من مراعاتها عند ممارسة التنمية وهي: (مدحت و مدحت،

2007، الصفحات 69-70)

* **التنمية كعملية:** التنمية عبارة عن عملية ديناميكية لها أهداف ومكونة من مجموعة من المراحل والخطوات المتفاعلة والمتداخلة معا. أيضا في هذه العملية يكون التركيز على التغيرات المتتالية والمتتالية، التي من خلالها ينتقل المجتمع من النمط البسيط إلى النمط الأكثر تعقيدا، وهي بذلك تؤكد الآثار الاجتماعية والنفسية على الأفراد.

* **التنمية كمنهج:** التنمية منهج أو طريق أو مسار يجب التحرك على هداه. والمنهج هو عبارة عن مجموعة الخطوات التي يتم الاسترشاد بها. أيضا التنمية تعتبر اتجاها نحو الفعل، وهي بهذا تتضمن معنى العملية مع التركيز على المرحلة النهائية، وليس على عملية التتابع، فهي إذن وسيلة لتحقيق غاية.

* **التنمية كبرنامج:** حيث يكون التركيز على مجموعة من الأنشطة تمثل مضمون البرنامج الذي يصبح هدفا في حد ذاته.

الفصل الثالث: الخلفية المعرفية للتنمية الصحية

* التنمية كحركة: حيث تحمل معنى الالتزام وتكون التنمية موجهة نحو التقدم وتصبح نوعا من التنظيم.

6- مراحل العمل التنموي:

لتحديد أهداف التنمية لابد من تحديد مراحل العمل التنموي وتحديد خطوات كل مرحلة، وهذه المراحل متكاملة ومتفاعلة ومتداخلة معا وهناك آراء عديدة في تحديد هذه المراحل والخطوات، وأحيانا نجد بعض الاختلافات البسيطة بين هذه الآراء، ويمكن تحديد مراحل وخطوات العمل التنموي كالتالي: (مدحت و مدحت، 2007، الصفحات 70-71)

• المرحلة التمهيديّة: تحتوي هذه المرحلة الخطوات التالية:

1- تحديد الأهداف.

2- تحديد الحاجات.

3- تحديد المشكلات.

4- تحديد الموارد.

• المرحلة التخطيطية: خطوات هذه المرحلة هي:

1- وضع المحكات أو المعايير أو المؤشرات.

2- تحديد الأولويات.

3- وضع الخطة.

4- وضع الموازنة.

• المرحلة التنفيذية: تشمل هذه المرحلة الخطوات التالية:

1- تنفيذ الخطة.

2- الالتزام بالموازنة.

• المرحلة التقويمية: تتضمن هذه المرحلة الخطوات التالية:

الفصل الثالث: الخلفية المعرفية للتنمية الصحية

1- المتابعة.

2- التقييم.

3- التقويم.

4- التغذية العكسية أو الراجعة أو المرتدة.

II. الصحة:

1- تعريف الصحة:

قدمت منظمة الصحة العالمية في دستورها لعام 1948 أول تعريف للصحة على أنها: "حالة الرفاهية البدنية، الذهنية، والاجتماعية الكاملة، وليست مجرد غياب المرض أو العجز". (منظمة الصحة العالمية، 1980، صفحة 99)

كما جاء تعريف الصحة في المعجم الوجيز من مجمع اللغة العربية هي: البرء من كل عيب أو ريب فهو صحيح أي سليم من العيوب والأمراض، والصحة حالة طبيعية تجرى أفعال البدن معها على المجرى الطبيعي. (منصور يوسف، 1997، صفحة 16)

أيضا في قاموس لاروس الطبي Larousse médicale تعرف الصحة بأنها: "حالة العمل الجيد للعضوية". (Larousse médicale, 2000, p. 917)

أما نيومان يرى الصحة أنها حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم، وحالة التوازن هذه تنتج عن تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها. (الشاعر و آخرون، 2001، صفحة 13)

استنادا لما سبق، الصحة هي أن يكون الجسم والعقل في حالة سليمة وجيدة، أي أن يكون الفرد قادرا على ممارسة حياته اليومية والتفاعل بأسلوب ايجابي مع مجتمعه، وليس مجرد عدم وجود المرض والعجز.

2- أنواع الصحة:

للصحة جانبان: جانب يتعلق بالمجتمع ويدعى (الصحة العامة)، وآخر يتعلق بالفرد ويدعى (بالصحة الشخصية).

الفصل الثالث: الخلفية المعرفية للتنمية الصحية

* الصحة العامة:

وهي الترتيبات، الأولويات والإجراءات التي يتخذها المجتمع بغرض منع المرض، ورفع درجة كفاءة الظروف البيئية وتحسينها وغير ذلك من الجهود والخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية والطبية، التي تهدف إلى رفع المستوى الصحي وتوفير وسائل الوقاية من الأمراض وتشخيصها وعلاجها. (الرازي، 2002، صفحة 682)

* الصحة الشخصية:

هي الممارسات الفردية للعادات الصحية في نطاق الظروف العامة التي تكفل للفرد التمتع بالصحة، وهذه الممارسات يكتسبها الفرد في صورة عادات يومية يمارسها في حياته اليومية. (مzahere، 2014، صفحة 123)

3- مستويات الصحة:

للصحة العديد من المستويات تتمثل فيما يلي:

3-1/ **الصحة المثالية:** يقصد بها تكامل في النواحي الجسمانية والعقلية والاجتماعية للفرد ونادرا ما يتوفر هذا المستوى نظرا لظروف الحياة التي نعيشها. (محاسنه، 1991، صفحة 45)

3-2/ **الصحة الإيجابية:** هي قدرة الفرد على مواجهة المشاكل والمؤثرات البدنية، النفسية والاجتماعية دون ظهور أي أمراض أو علامات مرضية. (الشاعر و آخرون، 2001، صفحة 13)

3-3/ **الصحة المتوسطة:** في هذا المستوى يكون جسم الشخص قادر على القيام بواجباته في ظل الظروف العادية، لكن عند التعرض لأي مؤثرات ضارة أو غير طبيعية يسقط الشخص فريسة للمرض. (النجار، 2019، صفحة 68)

3-4/ **المرض غير الظاهر:** في هذا المستوى لا يشكو الفرد من أعراض مرضية ولكن يمكن اكتشاف المرض بالفحوصات والتحليل الطبية. (النجار، 2019، صفحة 68)

3-5/ **المرض الظاهر:** هي الحالة التي يشكو فيها الفرد من علامات مرضية ظاهرة. (النجار، 2019، صفحة 68)

3-6/ **انعدام الصحة:** حيث تسوء الحالة الصحية للمريض ويصعب فيها استعادة صحته. (النجار، 2019، صفحة 68)

الفصل الثالث: الخلفية المعرفية للتنمية الصحية

4- العوامل التي تقرر مستوى الصحة:

يمكن تقسيم العوامل التي تقرر مستويات الصحة إلى عوامل تتعلق بالمسببات النوعية للأمراض وعوامل تتعلق بالإنسان (العائل المضيف) وهي: (مzahere، الصفدي، و أبو حسن، 2003، صفحة 61)

4-1/ العوامل المتعلقة بالمسببات النوعية للأمراض: تشمل المسببات النوعية للأمراض عدة أقسام وهي:

- المسببات الحيوية: كالبكتيريا، الطفيليات، الفطريات والفيروسات.

- المسببات الغذائية: يؤدي نقص أو زيادة عناصر من الغذاء إلى حدوث أمراض معينة، مثل نقص الحديد يؤدي إلى فقر الدم، ارتفاع الدهون الثلاثية إلى تصلب الشرايين أو التهاب البنكرياس.

- المسببات الكيميائية: قد تكون خارجية أي من البيئة وتدخل جسم الإنسان مثل التسمم بالرصاص، أو داخلية أي تسمم داخل جسم الإنسان مثل: الإصابة بمرض الكلى، مرض الداء السكري.

- المسببات الطبيعية (الفيزيائية): كالحرارة، البرد، الرطوبة، الضوء والإشعاعات.

- المسببات الميكانيكية: كالزلازل، الفيضانات، الأعاصير والحرائق.

- المسببات الوظيفية: كالاختلال في نسبة الهرمونات التي تفرزها الغدد الصماء.

- المسببات النفسية والاجتماعية: مثل ضغط الحياة الحديثة، الإحساس بالمسؤولية يدفع بعض الأشخاص إلى تعاطي الخمر والمخدرات.

4-2/ العوامل المتعلقة بالإنسان (العائل المضيف): وتشمل ما يلي:

- المقاومة الطبيعية (غير النوعية): هي مقاومة غير محددة لنوع معين من الأمراض، أي يبديها جسم الإنسان ضد أي جسم غريب.

- المقاومة النوعية (المناعة): يقصد بها مقاومة ضد أمراض معينة، وهي نوعين:

• خلايا لمفاوية P وهي المسؤولة عن المناعة الخلطية.

• خلايا لمفاوية T وهي المسؤولة عن المناعة الخلوية.

الفصل الثالث: الخلفية المعرفية للتنمية الصحية

- العوامل الوراثية: هناك أمراض تنتقل وراثيا بواسطة الجينات مثل: داء السكري، فقر الدم المنجلي.

- العوامل الاجتماعية والعادات: مثل العادات التي تتعلق باللباس، بإعداد الطعام والسلوك الجنسي.

- النوع: هناك بعض الأمراض تكون الإصابة بها لدى أحد الجنسين (الذكور والإناث) أكثر مثل: سرطان الرئة يصيب الرجال أكثر من النساء، ويوجد العكس مثل التهاب المفاصل، هشاشة العظام ومشكلات الغدة الدرقية.

- العمر: يوجد أمراض تصيب الأطفال مثل: شلل الأطفال، وأخرى تصيب المسنون مثل: السكري، الزهايمر.

5- العلاقة بين الصحة وتحقيق التنمية المستدامة:

أتاح مؤتمر (ريو +20) فرصة مهمة لإعادة النظر في العلاقة بين الصحة والتنمية المستدامة، وأشار لهذه العلاقة بأنها تتألف من ثلاثة عناصر أساسية وهي: (منظمة الصحة العالمية، 2012، صفحة 1)

1- أن تحسين الصحة البشرية يسهم في تحقيق التنمية المستدامة والحد من الفقر.

2- أن الصحة قد تكون أحد المجالات الرئيسية المستفيدة من الاستثمار في مجال التنمية المستدامة والاقتصاد الأخضر.

3- أن مؤشرات الصحة توفر أداة قوية لقياس التقدم المحرز في الدعامات الاجتماعية، الاقتصادية والبيئية التي تركز عليها التنمية المستدامة.

مما سبق نستدل أن العلاقة بين الصحة والتنمية المستدامة وثيقة جدا ومتكاملة، فمن جهة الصحة الجيدة تلعب دورا مهما وحيويا في تحقيق التنمية المستدامة، فالأفراد الأصحاء يكونون أكثر قدرة على المساهمة في النمو الاقتصادي وتعزيز الاستقرار الاجتماعي. ومن جهة أخرى التنمية المستدامة تتطلب اهتماما بالصحة كجزء من استراتيجياتها لتحقيق نتائج فعالة وشاملة لكل المجالات.

الفصل الثالث: الخلفية المعرفية للتنمية الصحية

III. التنمية الصحية:

1- تعريف التنمية الصحية:

هي: "عملية الانتقال من الحالة الجسمانية الراهنة التي أنت عليها بكل سلبياتها إلى حالة متفوقة تعطي جسمك إمكانيات لم تكن متوافرة له عن طريق خطوات بسيطة لا تؤثر على نمط حياتك، بل ربما تغيره للأحسن". (عبد الرزاق صالح، 2011، صفحة 22)

كما تعرف التنمية الصحية بأنها: "حركة عملية لمجهود يستهدف غاية أو مقصد نافع، تتبع أساسا من الرغبة في التحديث لتقديم الإمكانيات الصحية بكامل طاقاتها الخدماتية للمنظمة الصحية أو للمستشفى مستهدفة مقدمي الخدمات والمستفيدين منها". (وارتان، 2019، صفحة 64)

أيضا هي عبارة عن مجموعة من البرامج التي تعنى بالقطاع الصحي على اختلاف أنواعه (نوعية الخدمات، العتاد المستعمل، التكنولوجيا المعتمدة...) والتي يكون هدفها تنمية القطاع الصحي والرقمي به إلى درجات أعلى مما عليه. (جفال محمد و سيدي دريس، 2014، صفحة 23)

كما تؤكد المديرية العامة لمنظمة الصحة العالمية الدكتورة "مارغرين تشان" أن التنمية الصحية للفرد تؤدي إلى تنمية اقتصادية واجتماعية وثقافية وسياسية. (الشبيب، 2007، صفحة 8)

يمكن اعتبار التنمية الصحية على أنها وسيلة وغاية تسعى التنمية المخططة إلى تفعيلها في الوسط المجتمعي، نظرا لارتباطها بمختلف الأنساق في البناء الاجتماعي، باعتبار أن عملية التنمية تهدف إلى تغيير الواقع بما في ذلك الجانب الصحي، ولذلك تطلق على هذه العملية اصطلاح التنمية الصحية، وهي تستهدف تحسين الحياة الصحية العامة للإنسان، إلى جانب نشر الوعي الصحي بهدف إحلال ثقافة صحية في المجتمع، والتي تعد مطلبا هاما في المجتمع، وهو ما يمكن أن تعبر عنه المخططات التنموية. (بلباي، 2022، صفحة 279)

من التعاريف السابقة يتبين لنا أن التنمية الصحية هي مجموعة من الأنشطة، البرامج والإجراءات التي تتخذ لتحسين المستوى الصحي للفرد والمجتمع، وذلك من خلال عدة معايير كتعزيز الوقاية من الأمراض، توفير خدمات الرعاية الصحية، تطوير البنية التحتية الصحية، تنفيذ سياسات صحية فعالة. حيث تساهم هذه المعايير في تحديد مدى نجاح الجهود المبذولة في تحسين الأوضاع الصحية وتطويرها.

الفصل الثالث: الخلفية المعرفية للتنمية الصحية

2- أهداف التنمية الصحية:

في عالم متسارع، تظل الصحة من أعظم النعم التي تستحق اهتماما خاصا. إن التنمية الصحية تخطت مجرد معالجة الأمراض، لتشمل الوقاية منها، التثقيف الصحي وتحسين جودة الحياة. ومن أهم الأهداف التي تسعى هذه التنمية إلى تحقيقها ما يلي: (حبيب و باسل، 2015، صفحة 301)

* تحسين ورفع مستوى مؤشرات التنمية الصحية للسكان في بلد ما، بهدف الوصول إلى أفضل نتائج صحية ممكنة التحقيق عن طريق إتباع الخطط والاستراتيجيات المناسبة.

* العمل على تطوير نظام الرعاية الصحية الموجود، ورفع مستوى خدماته المقدمة للمواطنين وتحسين أدائه.

* توفير التمويل اللازم لتطوير النظم الصحية وفقا للخطط والاستراتيجيات الصحية الموجودة، والتوزيع العادل بين مختلف المناطق الجغرافية للخدمات الصحية.

* يجب أن تركز الاستراتيجية الصحية على مفهوم الصحة وليس على مفهوم المرض مما يعني توجيهها الرئيسي نحو الرعاية الصحية الأولية وليس نحو الطلب العلاجي.

* العمل على تأمين الكوادر الصحية المناسبة (أطباء، أطباء أسنان، صيادلة، ممرضين ... الخ) بهدف تغطية الحاجات الضرورية للكوادر الطبية في مختلف المناطق الجغرافية.

* توفير المشافي والمراكز الصحية والعيادات الخارجية الحكومية اللازمة وزيادة عددها والعمل على زيادة الأسرة وعدالة توزيعها بين مختلف المناطق الجغرافية.

* رفع مستوى التغطية الصحية وزيادة عدد المستفيدين من أنظمة التأمين الصحي لكافة المواطنين.

* الحد من المخاطر البيئية التي تؤثر على صحة الإنسان.

تسعى هذه الأهداف إلى تحقيق مجموعة من النتائج الجوهرية والمتمثلة في تقليل معدلات الأمراض (خاصة المعدية والمزمنة)، الوفيات (خاصة وفيات الرضع، وفيات الأطفال دون الخمس سنوات ووفيات الأمهات) من خلال استراتيجيات فعّالة في الوقاية والعلاج، وضمان وصول الجميع إلى خدمات صحية ذات جودة عالية دون تمييز. وهذا بدوره يؤدي إلى بناء مجتمع يتمتع فيه الجميع بفرص صحية أفضل، وحياة أطول وأكثر صحة.

الفصل الثالث: الخلفية المعرفية للتنمية الصحية

3- مؤشرات التنمية الصحية:

هي مقاييس كمية تستخدم لتقييم المستوى الصحي للسكان، وإبراز التغيرات التي تطرأ على الحالة الصحية مع مرور الوقت.

لقد أثبتت العديد من التقارير والدراسات أن الفروقات في المؤشرات الصحية بين الدول، ما هي إلا انعكاسات للفروقات في التنمية الاقتصادية والاجتماعية، وإذا كانت الصحة غاية أساسية من غايات التنمية فإن القدرة على التنمية نفسها تتوقف على الصحة. على هذا الأساس شددت القمم والمؤتمرات العالمية المتوالية على الاهتمام بالتنمية الصحية المستدامة. (حمایزیه و زرقین، 2015، صفحة 257)

تجدر الإشارة إلى أن مؤشرات التنمية الصحية تساهم بشكل فعال في تحسين المستوى الصحي، فمن خلال المعلومات الدقيقة التي توفرها هذه المؤشرات عن الوضعية الصحية للسكان يمكن:

- تقييم فعالية البرامج والسياسات الصحية.
- توجيه الموارد نحو المجالات الأكثر احتياجاً.
- تحديد ما إذا كانت الأهداف الصحية تحققت أو تحتاج إلى تعديل.
- معرفة الوضعية الصحية الحالية والتخطيط للإجراءات والتدابير الصحية المستقبلية.
- إنشاء سياسات صحية فعالة وهادفة.

من أبرز مؤشرات التنمية الصحية ما يلي:

3-1/ العمر المتوقع عند الولادة:

3-1-1/ تعريف العمر المتوقع عند الولادة:

يقصد بالعمر المتوقع عند الميلاد عدد السنوات التي يتوقع أن يعيشها الطفل حديث الولادة، في حال استمرار أنماط الوفاة السائدة عند ولادته على ما هي عليه طوال مدة حياته. (وزارة التخطيط، 2013، صفحة 17)

الفصل الثالث: الخلفية المعرفية للتنمية الصحية

3-1-2/ أنماط توقع الحياة بالعالم:

يقصد بأنماط توقع الحياة في العالم هو التعبير عن مستويات توزيعه في المعمورة، وإذا كان العالم يصنف إلى ثلاث مستويات حسب التنمية أي دول متقدمة وأخرى سائرة في طريق النمو وأخيرة متخلفة. فذلك هو الشأن بالنسبة لمستويات توزيع أمل الحياة في العالم وهي على الشكل التالي: (إسماعيل أ.، 1997، الصفحات 60-62)

3-1-2-1/ أدنى أمل حياة متوقع (أقل من 50 عاما):

يوجد في حوالي 22 دولة، منها 20 دولة في إفريقيا وموقعها في الإقليم المداري الصحراوي من القارة في كل من وسط وشرق وغرب القارة وكذلك في جنوبها ومن بين هذه الـ 20 دولة توجد دولتين عربيتين وهما الصومال وموريتانيا والباقي من العدد الإجمالي هما دولتان تقعان في قارة آسيا ألا وهما أفغانستان وباكستان. حيث لا توجد أي دولة من قارة أوروبا أو أمريكا اللاتينية أو الشمالية أو الأقيانوسية. ومن الملاحظ أن كل الدول التي تدخل في هذه الفئة هي الدول الفقيرة التي لا تتوفر بها الخدمات العامة والمرافق خاصة المياه النقية الصالحة للشرب والكهرباء، وكذا تتميز باقتصاد هش ودخل فردي متدن.

3-2-1-2/ أمل حياة منخفض (من 50 إلى 59 عاما):

أما هذا المستوى يتمثل في 25 دولة، تشكل الدول الإفريقية في هذا المستوى الغالبية بـ: 15 دولة. أما الدول الآسيوية تمثل هنا بـ: 07 دول، أما الباقي فواحدة في أمريكا اللاتينية ودولتان في الأقيانوسية¹.

3-2-1-3/ أمل الحياة المتوسط (60-69 عاما):

ويتمثل هذا المستوى بـ: 36 دولة، ولقد كان لآسيا في هذا المستوى حصة الأسد ممثلة بـ: 13 دولة، ثم إفريقيا بـ: 8 دول.

¹ الأقيانوسية وهي الاسم القديم لأستراليا حاليا

الفصل الثالث: الخلفية المعرفية للتنمية الصحية

3-1-2-4/ أمل الحياة المرتفع (70 عاما فما فوق):

يمثل هذا المستوى العدد الأكبر ويضم حوالي 61 دولة. ومعظم هذه الدول هي الأكثر تقدما من الناحية الاقتصادية والاجتماعية، والتي حققت ظروف معيشية وخدمات طبية متميزة ولهذا استطاعت أن ترفع من توقع الحياة لسكانها.

3-2/ معدل وفيات الرضع (الأطفال الأقل من سنة):

3-2-1/ تعريف معدل وفيات الرضع:

هو عدد وفيات الأطفال الذين تقل أعمارهم عن السنة الواحدة لكل 1000 طفل يولدون أحياء، ويحسب إحصائيا كما يلي: (أبو عيانة ف.، 2000، الصفحات 122-124)

معدل وفيات الرضع = (عدد وفيات الأطفال الأقل من سنة/ عدد المواليد الأحياء في نفس السنة) × 1000

3-2-2/ تصنيف مستويات وفيات الرضع حسب اليونيسيف:

الجدول (3-1): تصنيف مستويات وفيات الرضع لمنظمة اليونيسيف

المستوى	معدل وفيات الرضع
أكثر من 90 ٪	مرتفع جدا
من 50 ٪ إلى 90 ٪	مرتفع
من 18 ٪ إلى 49 ٪	متوسط
أقل من 18 ٪	ضعيف

المصدر: (Bachir, 2013, p. 74)

3-3/ معدل وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات:

هو عدد وفيات الأطفال دون عمر 5 سنوات سنويا لكل 1000 ولادة حية خلال الفترة ذاتها قبل بلوغ الخامسة من العمر مع احتمالية الوفاة بين الولادة وعيد الميلاد الخامس حسب برنامج الأمم المتحدة للبيئة UNEP، الغرض من هذا المؤشر هو تخمين نسبة المواليد الجدد التي تموت دون عمر 5 سنوات ومعرفة مدى الحالة الصحية لهم وأسباب الوفاة المبكرة، ومن ثم محاولة الحد منها، ويحسب إحصائيا كما يلي: (وزارة التخطيط، 2013، صفحة 17)

معدل وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات = (عدد وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر/ عدد الولادات الحية) × 1000

الفصل الثالث: الخلفية المعرفية للتنمية الصحية

3-4/ وفيات الأمهات:

3-4-1/ تعريف وفيات الأمهات:

عرفت منظمة الصحة العالمية وفيات الأمهات على أنها الوفاة التي تحدث للمرأة أثناء الحمل أو في غضون 42 يوما بعد انتهاء الحمل، بغض النظر عن مدة الحمل أو مكانه، بسبب متعلق بالحمل أو أن الحمل قد تسبب في تقادم حالة ما أدت إلى الوفاة، لكن لم تكن الوفاة بسبب حادث أو صدفة. (OMS, 2008, p. 4)

3-4-2/ قياس وفيات الأمهات:

لقياس وفيات الأمهات يمكن الاستعانة بثلاثة مؤشرات وهي: (OMS, 2008, p. 5)

* نسبة وفيات الأمهات (RMM): وهي عدد وفيات الأمهات خلال فترة معينة لكل 100000 مولود حي خلال نفس الفترة. ويحسب كما يلي:

نسبة وفيات الأمهات = (عدد وفيات الأمهات خلال فترة معينة / عدد المواليد الأحياء في نفس الفترة) × 100000

* معدل وفيات الأمهات (TMM): يقصد به عدد وفيات الأمهات خلال فترة معينة لكل 100000 امرأة في سن الإنجاب خلال نفس الفترة. ويحسب كما يلي:

معدل وفيات الأمهات = (عدد وفيات الأمهات خلال فترة معينة / عدد النساء في سن الإنجاب 15-49 لنفس الفترة) × 100000

* خطر وفاة الأمهات على مدى عمر البالغين (احتمال وفاة الأمهات في جميع مراحل الحياة): احتمالية وفاة المرأة لسبب يتعلق بالأمومة خلال سنوات الخصوبة (15-50 سنة).

إن هذه المؤشرات الثلاثة كل منها يقدم رؤية مختلفة حول صحة الأمهات، إذ تساعد نسبة وفيات الأمهات في تقييم الرعاية الصحية المقدمة للنساء الحوامل، أما معدل وفيات الأمهات يساهم في تحديد التدخلات اللازمة للوقاية من الوفيات وأيضاً يستخدم للمقارنة بين المناطق كالحضر والريف، في حين أن احتمال وفاة الأمهات يعكس مدى نجاح النظام الصحي في تقليل مخاطر الوفاة المتعلقة بالحمل والولادة. إلا أنها تستعمل بشكل متكامل لتقديم صورة شاملة وواضحة عن الصعوبات ومدى النجاح في تحسين رعاية الأمومة. (OMS, 2008, p. 6)

الفصل الثالث: الخلفية المعرفية للتنمية الصحية

يتضح مما ورد، أن معدل وفيات الأمهات يستخدم في حالة قياس انتشار الوفيات بين الأمهات في المجتمع ككل، أما نسبة وفيات الأمهات تستخدم عند قياس المخاطر الصحية المرتبطة بالحمل.

3-4-3 أسباب وفيات الأمهات:

تنقسم أسباب وفيات الأمهات إلى مجموعتين هما: (OMS, 2008, p. 179)

3-4-3-1 الوفيات الناجمة عن أسباب الولادة المباشرة:

هي الوفيات الناتجة عن مضاعفات الولادة أثناء الحمل، المخاض، النفاس، التدخلات، الإهمال، والعلاج غير الصحيح أو سلسلة من الأحداث الناتجة عن أي عامل من العوامل المذكورة أعلاه.

3-4-3-2 الوفيات الناجمة عن أسباب الولادة غير المباشرة:

هي الوفيات الناجمة عن مرض موجود من قبل أو مرض ظهر أثناء فترة الحمل ولا يرتبط بأسباب توليدية مباشرة، ولكنه تقام بسبب الآثار الفيسيولوجية للحمل.

3-5 الأمراض المعدية (الوبائية):

3-5-1 تعريف الأمراض المعدية:

هي الأمراض القادرة على الانتقال بسهولة بين التجمعات البشرية، وخاصة بين الفئات المتماثلة في السمات كتلك التي تحدث في المدارس وغيرها من المنشآت. ومن الأمراض المعدية يوجد التي تنتقل من خلال الجهاز التنفسي مثل: الأنفلونزا، الكاف والحصبة وغيرها، أو هناك التي تنتقل عن طريق الطعام والشراب وتتسبب في حدوث النزلات المعوية، التسممات الغذائية، والإصابة بفيروس الالتهاب الكبدي (أ)، أو أمراض أخرى مثل التهاب ملتحة العين والجديري المائي وغيرها من الأمراض المعدية. (وزارة الصحة والسكان، 2013، صفحة 3) وحسب منظمة الصحة العالمية يشكل ارتفاع معدلات الوفيات الناجمة عن بعض الأمراض المعدية والتي قد تتحول إلى أوبئة وإمكانية انتشارها السريع مشاكل خاصة، لذلك فإن المراقبة والاستجابة الدقيقة وفي الوقت المناسب لها أهمية قصوى من أوبئة هذه الأمراض ومكافحتها. (WHO, 2007, p. 3)

مما سبق نستدل أن الأمراض المعدية هي أمراض تنتقل من شخص لآخر أو من مصدر لآخر، وهي سريعة الانتقال والتفشي. وللوقاية من هذه الأمراض وتقليل مخاطر الإصابة بها لابد من اتباع عدة سبل فعالة

الفصل الثالث: الخلفية المعرفية للتنمية الصحية

منها: التطعيمات، استخدام وسائل الحماية والوقاية، العلاج بشكل فوري عند الإصابة، عزل الشخص المصاب، النظافة الشخصية وغيرها.

3-5-2/ أنواع الأمراض المعدية:

تتعدد أنواع الأمراض المعدية (الأوبئة) نذكر منها:

3-5-2-1/ حمى التيفوئيد: هي مرض بكتيري تسببه السلمونيلا التيفية، مصدر العدوى في الإنسان هو (من شخص مريض أو حامل للمرض إلى شخص سليم) من خلال تلوث الماء أو الطعام بمواد برازية تحتوي على جراثيم من شخص مريض أو حامل للعدوى. (وزارة الصحة والسكان، 2013، صفحة 4)

3-5-2-2/ التسمم الغذائي: هو مرض نتيجة تناول غذاء ملوث، وأسبابه معقدة نظرا للتنوع الواسع في العوامل المسببة له والتي تشمل الجراثيم، الفطريات، الطفيليات، الفيروسات والكيماويات. ومن أكثر الأسباب شيوعا للتسمم الغذائي ترتبط بالسموم التي تنطلق نتيجة لتكاثر الجراثيم في الطعام قبل تناوله. (وزارة الصحة والسكان، 2013، صفحة 9)

3-5-2-3/ الحصبة: مرض فيروسي معدي من أعراضه الحمى والطفح الجلدي مع رشح في الأنف والتهاب بالملتحمة وسعال كما يتميز بوجود بقع بيضاء على الغشاء المخاطي للفم والحلق تعرف بـ "Koplik's spots"، ويظهر الطفح الجلدي عادة في اليوم الرابع مع انخفاض درجة الحرارة. (وزارة الصحة والسكان، 2013، صفحة 21)

3-5-2-4/ التهاب السحايا: هو التهاب الأغشية المغطية للمخ والنخاع الشوكي ويشمل السائل النخاعي، وقد يمتد الالتهاب إلى المادة السنجابية (المخ) محدثا ما يسمى بالتهاب السحائي المخي الحاد ويكون بسبب الإصابة بعدة ميكروبات مختلفة (بكتيريا- فيروسات- فطريات- طفيليات). وله نوعان: (وزارة الصحة والسكان، 2013، صفحة 26)

* الالتهاب السحائي الوبائي: عن طريق النيسيريا السحائية، وهو الميكروب الوحيد القادر على إحداث تفشيات وبائية.

* الالتهاب السحائي غير الوبائي: عن طريق الإنفلونزا البكتيرية (نمط ب)، السبقيات الرئوية، المكورات العنقودية، ... وغيرها.

الفصل الثالث: الخفية المعوية للتنمية الصحية

3-5-2-5/ الالتهاب الكبدي: مرض ينتج عن الإصابة بفيروس يؤدي إلى التهاب الكبد، أعراضه الحمى، الضعف، فقدان الشهية، القيء، اصفرار الجلد والصفراء، تنتقل عدواه عن طريق الغذاء الملوث، نقل الدم الملوث والحقن الملوثة. (أحمد مختار، 2008، صفحة 2392) يصيب مرض الالتهاب الكبدي حوالي عشرة ملايين شخص في أنحاء العالم كل عام، وتكثر الإصابة خاصة في المناطق الفقيرة والنامية نظرا لظروف النظافة والبيئة الصحية. (وزارة الصحة والسكان، 2013، صفحة 25)

3-5-2-6/ السل: مرض معدي ومزمن يصيب الإنسان في كافة مراحل حياته لكنه غالبا ما يصيب الأطفال، وينتقل هذا المرض عن طريق الرذاذ، بواسطة التنفس، الكلام، السعال، استعمال أدوات المريض الملوثة بإفرازات الفم والأنف وعن طريق شرب الحليب غير المغلي وتناول لحوم الحيوانات المريضة. لمرض السل أعراض عديدة منها: سعال جاف يدوم فترة طويلة، حمى مسائية يصحبها عرق غزير في الليل، فقر الدم مع هزال شديد، وخز في الصدر بسبب التهاب غشاء الرئة، سعال ملوث بالدم أو النزيف في الصدر. (مزهرة و آخرون، 2001، الصفحات 49-60)

3-5-2-7/ شلل الأطفال: هو مرض فيروسي شديد العدوى يصيب الجهاز العصبي وقد يتسبب في الشلل في غضون ساعات. وهو ينتقل عن طريق الانتشار من شخص لآخر بصورة رئيسية عن طريق براز الشخص المصاب، وبصورة أقل عن طريق وسيلة مشتركة مثل: المياه الملوثة أو الطعام ويتكاثر في الأمعاء ويفرز مع البراز. (لجنة التطعيمات في مملكة البحرين، 2023، صفحة 20)

3-5-2-8/ الدفتيريا (الخناق): هو مرض بكتيري يصيب الحلق وينتج عنه تكوّن طبقة سميكة في الجزء الخلفي منه، مما يؤدي إلى صعوبة في التنفس، وهو ينتقل عادة من شخص لآخر عبر الهواء وذلك من خلال السعال أو العطاس ونادرا ما ينتقل المرض عن طريق الدم بسبب الجروح أو ملامسة الأجسام الملوثة بهذه البكتيريا. ومن مضاعفاته التهاب في عضلة القلب. (الهيئة العامة للغذاء والدواء، 2022، صفحة 2)

3-5-2-9/ السعال الديكي (الشاهوق): هو عدوى بكتيرية تصيب الجهاز التنفسي، وتسبب هذه العدوى السعال الحاد وصعوبة في التنفس مع حدوث صوت خاص يشبه صياح الديك بعد نوبة السعال. ومن الممكن أن تصاب به جميع الفئات العمرية، ويكون أكثر حدة عند الرضع الأقل من سنة واحدة. وهو ينتقل من الشخص المصاب إلى الآخرين عن طريق السعال أو العطاس أو عن طريق الإفرازات التنفسية. (لجنة التطعيمات في مملكة البحرين، 2023، صفحة 37)

الفصل الثالث: الخلفية المعرفية للتنمية الصحية

3-5-2-11/ الكزاز (التيتانوس): هو مرض بكتيري خطير جدا يسبب تقلصات عضلية مؤلمة في الرقبة والفكين ويؤدي أيضا إلى صعوبة في الرضاعة والتنفس، وفي الحالات الخطيرة قد يؤدي إلى الوفاة. وهو ينتقل عن طريق التشققات الجلدية وعادة من خلال الإصابات الناتجة بسبب استخدام الأدوات الملوثة مثل: الجروح الملوثة بالأوساخ، البراز، اللعاب، استخدام أدوات ملوثة في العمليات الجراحية وغيرها. (الهيئة العامة للغذاء والدواء، 2022، صفحة 2)

3-5-2-12/ الإيدز: هو اختصار لمتلازمة فقدان المناعة المكتسبة، وهو عبارة عن مجموعة من الأعراض المرضية والتي يدل ظهورها على أن المصاب يعاني من فقدان المناعة. وبما أن فقدان المناعة قد يكون وراثيا فقد أضيفت لفظة المكتسب للتدليل على الفرق بينهما. ويؤدي نقص المناعة المكتسب إلى انتشار الميكروبات من الفيروسات والبكتيريا بالإضافة إلى الطفيليات والفطريات في جسم المصاب والتي تعرف باسم الأحماج الانتهازية Opportanistic Infections كما يحدث أيضا انتشار لورم خبيث يدعى غرن (ساركوما كابوسي) Kaposi Sarcoma. (البار، 1986، صفحة 133)

3-6/ تلقيح الأطفال الرضع (الأقل من سنة):

توفر اللقاحات حماية فعالة ضد العديد من أمراض الطفولة الخطيرة كالديفتيريا (الخناق)، التيتانوس (الكزاز)، السعال الديكي، السل، شلل الأطفال الفموي، وبدون تلقيح فإن الكثير من الأطفال سوف تكون حياتهم مهددة إما بالمرض أو الموت، لأن الأطفال في المرحلة العمرية من صفر إلى واحد سنة يكون جهازهم المناعي ضعيف. لذا فالتلقيح يساعد في بناء وتكوين جهاز مناعي قوي يمكنه التعامل مع الأمراض والدفاع عن الجسم.

3-6-1/ تعريف التلقيح:

هو إعطاء الشخص اللقاح الذي يتكون من الميكروبات أو أجزاء منها أو منتجا معدلا منها (سموم تمت معالجتها، مستضدات منقاة أو مستضدات أنتجت بطريقة الهندسة الوراثية)، يعمل هذا المطعوم على حث الجسم واستحداث استجابة مناعية شبيهة لتلك الناتجة عن عدوى طبيعية ولا تسبب المرض للإنسان. هذه المناعة تكون على شكل مناعة خلطية عبر تكوين الأجسام المضادة أو خلوية من خلال بعض الخلايا اللمفاوية. (العبدالات و آخرون، 2017، صفحة 13)

الفصل الثالث: الخلفية المعرفية للتنمية الصحية

3-6-2/ أنواع التلقيح:

هناك العديد من أنواع اللقاحات منها: (العبدالات و آخرون، 2017، صفحة 14)

3-6-2-1/ اللقاحات الحية الموهنة: مثل لقاح الشلل الغموي OPV و لقاح السل BCG.

3-6-2-2/ اللقاحات المعطلة (الميتة): مثل لقاح السعال الديكي و لقاح الشلل المقتول.

3-6-2-3/ اللقاحات المكونة من الذوفان²: مثل لقاح الدفتيريا الكزاز.

3-6-2-4/ اللقاحات المكونة من أجزاء الميكروب: مثل لقاح السحايا البوابي (الحمى المخية الشوكية) و لقاح

السعال الديكي اللاخلوي.

3-6-2-5/ لقاحات مصنعة بطريقة الهندسة الوراثية: مثل لقاح التهاب الكبد الفيروسي نوع (ب) HBV.

3-6-3/ لقاحات الأطفال الرضع (الأقل من سنة) في الجزائر:

استنادا إلى الدفتر الصحي للطفل لسنة 2022، فإن أهم اللقاحات التي يتلقاها الأطفال الرضع (الأطفال الأقل من سنة) في الجزائر هي: لقاح السل، لقاح شلل الأطفال المعطل، لقاح شلل الأطفال الحي الموهن الغموي، لقاح التهاب الكبد ب، لقاح الثلاثي البكتيري، لقاح المستديمة النزلية ب، لقاح المكورات الرئوية، لقاح الحصبة و لقاح الثلاثي الفيروسي. (وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، 2022، صفحة 18)

وتعرف هذه اللقاحات كما يلي:

3-6-3-1/ لقاح السل (التدرن) BCG: يتكون هذا اللقاح من عصيات الدرن الحية الموهنة، وتسمى نسبة

لأسماء العالمين الفرنسيين الذين عملا على تطويره (B-Bacillus, C-Calmette, G-Guerin). يؤجل

هذا اللقاح في حالات الولادة غير مكتملة النمو أو التشوهات الخلقية إلى حين استقرار وضعية الطفل، وأيضا

إذا كان الطفل يعاني من أمراض نقص المناعة سواء كان من الولادة أو فيما بعد، خاصة الأطفال الذين يولدون

لأمهات يحملن فيروس الإيدز. (العبدالات و آخرون، 2017، الصفحات 20-21)

² الذوفان: هو سموم البكتيريا تم تعطيلها باستعمال مواد كيميائية مثل الفورمالين.

الفصل الثالث: الخلفية المعرفية للتنمية الصحية

3-6-3-2/ لقاح شلل الأطفال المعطل: يتم إعطاؤه عن طريق الحقن، ومن مميزاته يعمل على تكوين مناعة فردية حيث يمنع حدوث شلل الأطفال، ويؤدي إلى إفراز أجسام مضادة (تكون المناعة الأصلية) تكفي لمنع فيروس شلل الأطفال من دخول الجهاز العصبي. (العبدالات و آخرون، 2017، صفحة 22)

3-6-3-3/ لقاح شلل الأطفال الحي الموهن الغموي: يتم إعطاؤه عن طريق الفم، من مميزاته يعمل على تكوين مناعة موضعية معوية ضد فيروس شلل الأطفال بالإضافة إلى تكوين المناعة المصلية حيث تمنع هذه المناعة الموضعية من تكاثر فيروس شلل الأطفال البري داخل أمعاء الطفل الذي تلقى اللقاح في حالة إصابته بالعدوى مما يحد من انتشار الفيروس في البيئة. (العبدالات و آخرون، 2017، صفحة 22)

3-6-3-4/ لقاح التهاب الكبد "ب": يتكون هذا اللقاح من المستضد السطحي لفيروس التهاب الكبد نوع "ب" المصنع بطريقة الهندسة الوراثية. (العبدالات و آخرون، 2017، صفحة 26)

3-6-3-5/ لقاح الثلاثي البكتيري: يعطى للحماية من أمراض الدفتيريا، السعال الديكي والكزاز وهي: (العبدالات و آخرون، 2017، صفحة 23)

- لقاح الدفتيريا (الخناق) والكزاز (التيتانوس) هو عبارة عن سموم البكتيريا (الذيفان) تمت معالجتها حيث فقدت سميتها (الذوفان)، ولكنها احتفظت بخاصيتها لتكوين المناعة.

- لقاح السعال الديكي (الشاهوق) يتكون من خلية البكتيريا المسببة للمرض ولكنها مقتولة، وهناك نوع آخر من لقاح الشاهوق يتكون من جزء من الخلية المقتولة والذي بدوره يقلل من الآثار الجانبية.

3-6-3-6/ لقاح المستدمية النزلية "ب": عبارة عن مطعم يتكون من المحفظة عديدة السكريات (الكبسولة الخارجية) لبكتيريا المستدمية النزلية نوع "ب" مقترن مع بروتين الكزاز أو الدفتيريا. (العبدالات و آخرون، 2017، صفحة 26)

3-6-3-7/ لقاح المكورات الرئوية: يتكون هذا اللقاح من المحفظة الخارجية للبكتيريا التي تتكون من عديدات السكريات، ويتم إعطاؤه للوقاية من الإصابة بالأمراض التي تسببها هذه البكتيريا مثل: التهاب الرئة، السحايا، تجرثم الدم والتهاب الأذن الوسطى. (العبدالات و آخرون، 2017، صفحة 32)

3-6-3-8/ لقاح الحصبة: لقاح فيروسي حي موهن للوقاية من الحصبة. (العبدالات و آخرون، 2017، صفحة 26)

الفصل الثالث: الخلفية المعرفية للتنمية الصحية

3-6-3-9/ لقاح الثلاثي الفيروسي: يتكون من لقاح الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية، وهي مطاعيم فيروسية حية موهنة. (العبدلات و آخرون، 2017، صفحة 27)

3-7/ نسبة الإنفاق الصحي:

يقصد بها الإنفاق على المستشفيات، المراكز الصحية، العيادات، خطط التأمين الصحي وتنظيم الأسرة منسوبا إلى إجمالي الإنفاق الحكومي أو الناتج المحلي الإجمالي. (حمایزیه و زرقین، 2015، صفحة 258)

يعتبر الإنفاق الصحي من الأمور الضرورية لتحسين جودة الحياة والارتقاء بالمستوى الصحي للفرد والمجتمع، فمن خلاله يمكن توفير الرعاية الصحية اللازمة، وهذا بدوره يؤدي إلى الوقاية من الأمراض، وإمكانية العلاج المبكر علاوة على ضمان وصول الخدمات الصحية إلى كافة المناطق خاصة الريفية والنائية.

4- العلاقة بين التنمية الصحية والسياسة الصحية:

السياسة الصحية هي عبارة عن موقف الحكومة الرسمي في ميدان الصحة، والذي تعبر عنه من خلال الخطابات الرسمية أو من خلال وثائقها الدستورية الإدارية. (حسيني، 2012-2013، صفحة 51)

تقوم السياسة الصحية بدور فعال لتحسين المستوى الصحي والارتقاء به إلى وضعيات أفضل، لذا عملت الجزائر على تنفيذ سياسة صحية يمكنها تحقيق تحسينات وتعديلات في القطاع الصحي بهدف تعزيز جودة الحياة، توفير الخدمات الصحية للجميع، تقليل معدلات الأمراض والوفيات خاصة وفيات الرضع، وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات ووفيات الأمهات. وقد شهدت السياسة الصحية في الجزائر تطورات عديدة يمكن إجمالها فيما يلي:

* السياسة الصحية 1962 - 1965:

ورثت الجزائر عام 1962 حالة صحية متدنية، حيث كان النظام الصحي متمركزا أساسا في المدن الجزائرية الكبرى كالجزائر العاصمة، قسنطينة ووهران، ومنحصر في الطب العمومي وعيادات تشرف عليها البلديات حيث تقدم الخدمة مجانا. (حاروش، 2008، صفحة 69)

الفصل الثالث: الخلفية المعرفية للتنمية الصحية

لقد خلف الاستعمار الفرنسي مشاكل صحية عديدة، لذا قامت الجزائر برسم استراتيجية تهدف لتعديل

هذه المشاكل، واتسمت بـ: (حاروش، 2008، صفحة 71)

- الوقاية: عبر حملات التلقيح وإجراءات النظافة ومحاصرة المرض والعمل على عدم وقوعه.

- علاج الأمراض: لتحقيق ذلك تم وضع مستويات عديدة يتلقى فيها المريض الخدمة الضرورية انطلاقا من المراكز الصحية القاعدية وصولا إلى المستشفيات عند استعصاء العلاج.

- التوزيع العقلاني للأطباء: بغية تحقيق تغطية صحية كاملة للتراب الوطني من حيث الموارد البشرية والهيكل والمعدات الضرورية.

* السياسة الصحية 1965 - 1979:

في سنة 1965 صدرت قرارات جديدة، من ضمنها مرور المسؤولين بفترة تدريبية بالمركز الاستشفائي الجامعي، وإنشاء لجنة لشراء اللوازم الضرورية للمستشفيات والوحدات الصحية التابعة للمساعدة الطبية والاجتماعية، مع إيضاح التقسيم الإداري للمهن واختصاص كل مسؤول، كما تعمل هذه اللجنة على إعداد جداول الأعمال للموظفين وإعداد قائمة الاجتماعات واللوازم للمستشفيات. (حوالف، 2017، صفحة 224)

مع صدور الأمر المنظم لمهنة الأطباء والصيدلة عام 1966، أخذت الأمور تتحسن شيئا فشيئا من خلال تحسين ودفع عجلة التكوين الطبي وشبه الطبي، وكذا إنشاء بعض الهياكل القاعدية بين سنتي 1967 و1969. (حاروش، 2008، صفحة 73)

تتميز هذه المرحلة بالهيكل القاعدية ومضاعفة قاعات العلاج خلال 1967-1969، عبر توفير قاعات العلاج والمراكز الصحية على مستوى كل ولاية، وقد كان الهدف منها: الوقاية، علاوة على إنشاء العيادات المتعددة الخدمات بداية من عام 1974. (بن لوصيف، 2003، صفحة 139)

* السياسة الصحية 1979 - 2009:

تميزت هذه الفترة بإصلاح القطاع الصحي، وكانت الدولة هي الفاعل الوحيد تقريبا في مجال توجيه وتحقيق وتمويل الاستثمارات الصحية، ومن أهم الاهتمامات العمل على التثقيف الصحي للسكان خاصة في الأرياف من خلال وحدات العلاج التي أقامتها هناك. (حوالف، 2017، صفحة 226)

الفصل الثالث: الخلفية المعرفية للتنمية الصحية

* السياسة الصحية 2009 - 2014:

من أجل مواصلة المسار الذي بادرت به الحكومة ابتداءً من سنة 2001 إلى غاية 2009 فقد التزمت الحكومة على الأخذ بعانتها مواصلة هذه الجهود تحت إطار برنامج التنمية الخماسي 2010 - 2014 وعلى هذا الأساس فقد تطلبت هذه الخطوة جرأة سياسية من قبل الحكومة عبر تخصيص غلاف مالي ضخم قدر بـ 286 مليار دولار (أي ما يعادل 21.214 مليار دج). وبالتالي فقد استطاع القطاع الصحي من أن يستفيد من حصة وافرة من مخصصات هذا البرنامج بـ 619 مليار دج (أي ما يعادل 155 مليار دج في كل سنة وهذا بهدف التكفل بإنشاء: 172 مستشفى، 45 مركبا صحيا متخصصا، 337 عيادة متعددة الاختصاصات، 1000 قاعة علاج و 17 مدرسة تكوين شبه الطبي. (بيان اجتماع مجلس الوزراء، 2010، صفحة 9)

* السياسة الصحية بعد 2014:

توجه الجزائر نحو رقمنة القطاع الصحي من خلال تبني التكنولوجيا الرقمية بهدف تحسين الوصول إلى المعلومات الصحية والتسهيل بين مقدمي الرعاية الصحية والمرضى وتوفير الوقت والتكاليف وذلك من خلال المبادرة بمنصة "دوكتا" التي جاءت في إطار تحسين الرعاية الصحية في ظل الوضع الوبائي كوفيد-19 الذي مرت به الجزائر. (كعش، 2021)

يمكن أن نوجز العلاقة بين التنمية الصحية والسياسة الصحية في أن هذه الأخيرة تقوم بتوجيه التنمية الصحية من جهة، ومن جهة أخرى نجاح برامج التنمية الصحية يتوقف على مدى فعالية السياسة الصحية. إذن فالسياسة الصحية تعمل على إعداد الإجراءات اللازمة للتنمية الصحية، بينما تسعى التنمية الصحية إلى تحقيق الأهداف التي وضعتها السياسة الصحية.

5- سبل تحقيق التنمية الصحية:

يوجد العديد من الأساليب التي تهدف لتحقيق التنمية الصحية نوجزها فيما يلي:

5-1/ التثقيف الصحي:

التثقيف الصحي يدور بشكل أساسي حول تقديم النصح والتواصل الصحي مع أفراد المجتمع بهدف استثارة الدوافع لديهم، أو امدادهم بالمعرفة والمهارات اللازمة لتبني السلوكيات الصحية السوية، وبالتالي لرفع مستوى الصحة أو الوقاية من المرض، أو التقليل ما أمكن من مضاعفاته، والمعروف أن العادة هي سلوك

الفصل الثالث: الخلفية المعرفية للتنمية الصحية

مكتسب بالتعليم، والإنسان يكتسب عاداته ولا يرثها، والصحة هي محصلة عوامل أهمها العادات الصحية، إضافة إلى العوامل الوراثية والبيئية التي يعيش بها الإنسان، لذلك فالتثقيف الصحي هو عملية توجيه المجتمع لحماية نفسه من الأوبئة والأمراض المعدية ومشاكل البيئة المحيطة به. (بدح، مزاهرة، و بدران، 2019، الصفحات 14-15)

يهدف التثقيف الصحي إلى تحسين المعرفة لدى الأفراد حول موضوعات عديدة متعلقة بالصحة، مما يؤدي إلى ممارسة سلوكيات صحية مثل الوقاية من الأمراض، تبني نمط حياة صحي والتعامل بأسلوب واعي مع المرض في حال وقوعه.

5-2/ التوعية الصحية:

هي جزء مهم من الرعاية الصحية التي تعني بتحسين السلوك الصحي الناجح والفعال الذي يجعل المعلومات المعطاة سهلة الفهم والاستخدام في الحياة اليومية، مما يغير أو يعدل من العادات الصحية للشخص والمجتمع نحو الأفضل، والعالم العربي بحاجة إلى التركيز أكثر على برامج التوعية الصحية لتحقيق الأهداف المرجوة منها من خلال خطط محددة وواضحة تستطيع أن ترفع من المستوى الصحي في المجتمع. (الخطيب، 2015، صفحة 28)

تهدف التوعية الصحية إلى زيادة الوعي لدى أفراد المجتمع لانتهاج سلوكيات صحية وذلك من خلال الوقاية من الأمراض المعدية، أهمية الفحص الطبي، اتباع نظام غذائي صحي وغيرها. ويتم ذلك بواسطة الحملات الإعلامية، التوعية في المدارس والمساجد، منشورات وغيرها.

5-3/ تعزيز الرعاية الصحية الأولية:

الرعاية الصحية الأولية هي: أسلوب للرعاية يتعلق بمجتمع بعينه، وهو المجتمع المخصص الرعاية لخدمته، وهي تتكون من أساليب ووسائل مناسبة وغير باهظة التكاليف ومقبولة من المجتمع، وفي حدود ما تسمح به الظروف من قوى بشرية عاملة في تلك البيئة وكذلك من معدات وتجهيزات واعتمادات مالية منبثقة جميعها من نفس المجتمع. وينبغي أن تكون تلك الرعاية جزءا من النظام الصحي الإقليمي أو الوطني. (الصدقي، 2007، صفحة 12)

الفصل الثالث: الخلفية المعرفية للتنمية الصحية

إن تعزيز الرعاية الصحية الأولية أمر ضروري ومطلب ملخ لا غنى عنه لتحسين الصحة العامة، إذ تسعى هذه الرعاية إلى الوقاية من الأمراض، التشخيص المبكر، خفض الأمراض المزمنة، وتقليل الضغط على الأنظمة الصحية المتخصصة كما تضمن وصول الخدمات الصحية لجميع الأفراد.

لقد كان إعلان "ألما- آتا" عام 1978 بخصوص الرعاية الصحية الأولية محطة فارقة في تاريخ الصحة العالمية. وبعد مرور 40 عاما، وفي سنة 2018 استنادا إلى مبادئ إعلان "ألما- آتا" أعاد إعلان "أستانا" في المؤتمر العالمي المعني بالرعاية الصحية الأولية والمنعقد يومي 25 و26 أكتوبر 2018 التأكيد على الرعاية الصحية الأولية بوصفها حجر الزاوية للنظم الصحية المستدامة اللازمة لتحقيق التغطية الصحية الشاملة وأهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالصحة. (منظمة الصحة العالمية و منظمة الأمم المتحدة للطفولة، 2021، صفحة 20)

4-5/ التوجه نحو الصحة الرقمية (الإلكترونية):

هي مصطلح جديد استخدم في وصف الاستخدام المزدوج للاتصالات الإلكترونية وتقنية المعلومات في القطاع الصحي. ويمكن تعريف الصحة الرقمية في القطاع الطبي بأنها استخدام البيانات الرقمية المرسله والمخزنة والتي يمكن استرجاعها آليا للاستخدامات الطبية والتعليمية والإدارية محليا أو خارجيا ولمسافات متباعدة في القطاعين العام والخاص. (السديري، 2014، صفحة 188)

يتبوء قطاع الصحة بمكانة بالغة الأهمية خاصة مع تزايد الأمراض وبعض الأوبئة في جميع أنحاء العالم. لذا لجأت الجزائر كسائر دول العالم إلى تبني استراتيجية رقمية لمواجهة الصعوبات والتحديات الراهنة من خلال استثمار الموارد والامكانيات المتاحة واستغلالها تكنولوجيا استغلال أمثل، بغية توفير الرعاية الصحية لكافة أفراد المجتمع والارتقاء بالمستوى الصحي للبلاد. وسوف نتطرق إلى متطلبات الإدارة الرقمية وتجربة إطلاق منصة رقمية صحية تربط المرضى بالأطباء في الجزائر.

1-4-5/ متطلبات الإدارة الرقمية لتحسين القطاع الصحي:

تطمح الدولة الجزائرية للارتقاء بالقطاع الصحي وتقديم خدمات صحية ذات جودة عالية ولكافة الفئات العمرية من خلال عدة متطلبات أهمها: (خلاصي و نصري، 2020، صفحة 9)

الفصل الثالث: الخلفية المعرفية للتنمية الصحية

- التكنولوجيا الرقمية الصحية: وتشمل الآليات الأساسية التكنولوجية كالحاسوب، شبكات الأنترنت، الاكسترنات وتكنولوجيا المعلومات والاتصالات، وتعتمد على مجموع آليات إدارة أهمها المرتبطة بالقطاع الصحي.

- العمليات الإلكترونية على النطاق الصحي: هي جهود إعادة تصميم العمل الإداري الصحي من جديد باستخدام أدوات حديثة اعتمادا على نظام صحي رقمي.

- الاستراتيجية الإلكترونية الصحية: تطوير التفكير الإلكتروني الصحي بتحديد أولويات المؤسسة الصحية وتحديد القدرات الجوهرية عن طريق إنشاء خطط مستقبلية تعمل على تنمية القطاع الصحي لتطبيق هذه الاستنتاجات، وكذا تشجيع ثقافة العمل بالمشاركة وتقاسم المعلومات والمعرفة والتنسيق بين العاملين لتحسين أداء الخدمات الصحية.

- تحسين أداء الخدمات الإدارية على مستوى القطاع الصحي: وذلك بهدف تلبية حاجات المستفيدين بفضل التحليل العميق لاحتياجاتهم الصحية التي يتم تحديدها من خلال العلاقات الإلكترونية للمؤسسة الصحية مع عملائها.

- الهيكل الإلكتروني الصحي: هو بمثابة شبكة للإدارة الإلكترونية في القطاع الصحي، تستند إلى قاعدة تقنية ومعلوماتية متطورة، وثقافة تعظم الابتكار والمبادرة والكفاءة في أداء الخدمات الصحية.

- القيادة الإدارية الإلكترونية في القطاع الصحي: وهي تشير إلى المؤهلات والكفاءات القادرة على الابتكار في المجال الصحي، وصنع المعرفة من خلال القرارات الصائبة والحلول اللازمة في الأوقات المناسبة.

5-4-2/ إطلاق منصة رقمية صحية تربط المرضى بالأطباء في الجزائر:

أطلقت مجموعة من الكفاءات الجزائرية منصة رقمية خاصة بالصحة موجهة للأطباء والمواطنين للانضمام إليها، من أجل ضمان تجربة رعاية صحية أكثر سهولة، تحت اسم "دوكتا". تأتي هذه الفكرة الجديدة في الجزائر في إطار الحاجة إلى حلول رقمية تساير الواقع وتحسن من تجربة الرعاية الصحية في البلاد، خاصة في ظل الوضع الوبائي (كوفيد 19) الذي مرت به الجزائر. وتهدف منصة "دوكتا" إلى تنظيم المواعيد الطبية، وإدارة المعلومات والملفات الطبية الخاصة بالمرضى على منصة واحدة، إضافة إلى تحسين علاقة الطبيب مع المريض بتسهيل التواصل مع الأخير. وقد قالت مسؤولة الإعلام في منصة "دوكتا" الطبية آمال

الفصل الثالث: الخلفية المعرفية للتنمية الصحية

درويش، في لقاء مع موقع "سكاي نيوز عربية" إن الفكرة تحولت إلى واقع يستقطب العديد من المهتمين بميدان الصحة والرقمنة. كما أوضحت الطبيبة آمال درويش أن هذه المنصة الجديدة "دوكتا" تضمن تجربة رعاية صحية ذكية وسهلة، مضيفة أنها "وُجدت لتسهيل عمل الطبيب عن طريق تنظيم المواعيد وتسهيل التواصل مع المريض بشكل خاص"، كما أشارت إلى أن هناك تفكير في تصميم البطاقة الصحية الخاصة بهذه المنصة، من أجل وضع كافة معلومات المريض بشكل رقمي وبطريقة سهلة عوضاً عن الحاجة إلى حمل النسخة الورقية. (كعيش، 2021)

مما سبق يمكن القول بأن منصة "دوكتا" لها أهمية عظيمة في المجال الصحي، والعديد من الفوائد أهمها: توفير قاعدة بيانات متكاملة عن الأطباء والخدمات الصحية، مما يسهل على المرضى الوصول إلى المعلومات الطبية والتواصل مع مقدمي الخدمات الصحية وسهولة حجز المواعيد هذا من جهة، ومن جهة أخرى تهدف هذه المنصة مستقبلاً لتوفير بطاقة رقمية تحتوي على معلومات المريض بدلاً من الملفات الورقية.

خلاصة الفصل 3:

من خلال ما تم تناوله في الفصل الثالث حاولنا توضيح العلاقة بين التنمية، الصحة والتنمية الصحية والتدرج في طرحها. وقد استعرضنا أولاً مفهوم التنمية، أنواعها، مبادئها، أبعادها ومراحل العمل التنموي لأن من أهداف التنمية الارتقاء بالفرد في ميادين الحياة المختلفة على رأسها الصحة التي تطرقنا لمفهومها، أنواعها، مستوياتها ومن ثم العلاقة بينها وبين التنمية المستدامة وصولاً إلى التنمية الصحية التي ركزنا فيها على الأهداف التي تسعى لتمتع الجميع بعمر أطول وصحة أفضل. فضلاً عن أهم مؤشراتها من عمر متوقع عند الولادة، معدل وفيات الأطفال الرضع، معدل وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات، معدل وفيات الأمهات وأسبابها، والأمراض المعدية كحمى التيفوئيد، التسمم الغذائي، الحصبة، التهاب السحايا، الالتهاب الكبدي، السل، شلل الأطفال، الدفتيريا، السعال الديكي، الكزاز، والإيدز. وأشرنا إلى اللقاحات التي يتلقاها الأطفال الرضع في الجزائر وأهمية الإنفاق الصحي. كما وضحنا أن كفاءة السياسة الصحية تؤدي إلى نجاعة برامج وخطط التنمية الصحية.

الجزء الثاني:
الجانب التطبيقي



تمهيد الفصل 4:

يعد التركيب العمري والنوعي للسكان ثمرة لتفاعل العديد من المؤشرات الديموغرافية المؤثرة في النمو السكاني كالخصوبة، الولادات، والوفيات والهجرة بنوعيتها. إن دراسة هذا الموضوع تتخطى دور التحليل الديموغرافي في الدراسات السكانية إلى كيفية تعزيز رفاهية السكان وتلبية احتياجاتهم في الحاضر والمستقبل. لذا يقتضي الأمر من الباحثين الديموغرافيين إلى فهم جوهر التركيب العمري وما يتضمنه من ملامح ديموغرافية سواء فيما يتعلق بالقوى العاملة في المجتمع والتي يقع على عاتقها عبء إعالة فئتي الأطفال والمسنين أو معرفة نوع المجتمع فنياً كان أو ناضجاً أو هرماً. وكذلك الإلمام بالتركيب النوعي الذي يقدم رؤية عن المجتمع من حيث التوازن بين الإناث والذكور، ومن ثم القدرة على تلبية احتياجاتهم بكفاءة وفعالية. إذ تأتي في القمة الاحتياجات الصحية بنوعيتها البشرية من الأطباء العامون والخاصون، الصيادلة، جراحو الأسنان والمرمضين. والمادية كالمستشفيات وعدد الأسرة بها، المراكز الصحية ودور الأمومة. في حين أن تلبية هذه الاحتياجات يؤدي إلى تحسن الأوضاع الصحية والرقى إلى مجتمع يمتاز أفراده بصحة أفضل. وهذا بدوره يساهم في تحقيق التنمية الصحية التي تقاس بواسطة عدة مؤشرات لعل أهمها العمر المتوقع عند الولادة، وفيات الأطفال الرضع، وفيات الأمهات والإنفاق الصحي. بناءً على هذا المنطلق سوف نحل في هذا الفصل التركيب العمري والنوعي لسكان سطيف والاحتياجات الصحية في ظل هذا التطور وصولاً إلى التوقعات المستقبلية لهذه الاحتياجات في سطيف لسنة 2054.

الشق الأول: الديناميكية السكانية لولاية سطيف 1998-2022:

ترمز الديناميكية السكانية إلى دراسة التطورات والتغيرات التي تطرأ على السكان مع مرور الزمن، بما في ذلك النمو السكاني، التركيب العمري والتركيب النوعي للسكان.

تعتبر دراسة النمو السكاني ومكوناته من الأمور الضرورية والمهمة لفهم التغيرات التي تطرأ على المجتمعات البشرية وإيجاد الحلول للمشكلات التي تواجهها والتنبؤ بمستقبلها. كما يحظى التركيب العمري والنوعي للسكان بقيمة جوهرية في الدراسات السكانية لكونه يمكننا من تحديد الأولويات وتقدير أهم احتياجات السكان المختلفة التي تتفاوت باختلاف كل فئة عمرية. فعلى سبيل المثال تحتاج فئتي الأطفال والشباب إلى نظام تعليمي فعال وفرص عمل مستقبلية، في حين أن فئة كبار السن تحتاج إلى رعاية وخدمات صحية متخصصة. وتتجلى أيضاً أهمية التركيب العمري والنوعي للسكان في كونه يؤثر ويتأثر بالمشكلات الديموغرافية الثلاثة، أولاً، معدلات الخصوبة التي تحدد حجم الأسرة، القوى العاملة وتوضح ملامح المجتمع فتيا كان أو مسنناً. ثانياً، معدلات الوفيات التي تؤثر على العمر المتوقع وثالثاً، معدلات الهجرة التي تؤثر في توزيع السكان بين المناطق.

1. النمو السكاني لولاية سطيف 2001-2022:

تتميز المجتمعات البشرية بحيويتها وديناميتها، فلا توجد مجتمعات سكانية ثابتة أو ساكنة. ويعد الزمن العامل الكفيل لإحداث تغيير في الحجم السكاني لأي مجتمع، حيث يطلق على التغيير في حجم السكان سواءً بالزيادة أو النقصان اسم (النمو)، ونمو السكان الموجب أو السالب مصدره ثلاث عوامل، عاملين طبيعيين هما: المواليد والوفيات (الزيادة الطبيعية)، وعامل غير طبيعي يتمثل في ظاهرة الهجرة. (الزيادي، 2008، صفحة 20)

تبرز نظرية التحول الديموغرافي المراحل المتميزة للنمو السكاني، والتي استنبطت من التجربة الأوروبية وتفترض وجود أربع مراحل رئيسية لنمو السكان، وتعكس هذه النظرية الأثر الذي تتركه التحولات الاقتصادية والاجتماعية والصحية على مستويات المواليد والوفيات، وبالتالي على حجم الزيادة الطبيعية للسكان. (جاسم، 2013، صفحة 81)

إذن دراسة النمو السكاني تحمل في ثناياها فوائد عديدة منها تحليل التغيرات والتطورات التي تطرأ على التركيبة السكانية العمرية والنوعية، كما أنها تمكن من صنع سياسات فعالة لاتخاذ قرارات مستنيرة ومواجهة التحديات التي قد تنجم عن النمو السكاني مثل البطالة، الفقر، ارتفاع نسبة كبار السن وصعوبة في جذب

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

المهاجرين، فضلا على أنها تساهم في تقدير الاحتياجات المستقبلية للسكان من تعليم، عمل، رعاية صحية، سكن وغيرها.

1- تطور سكان سطيف 2001 - 2022:

السكان هم ثروة الأمة البشرية، ولا عجب في أن ينشأ من العلوم ما يجعل السكان شغله الشاغل، يحصي عددهم، يحلل تركيبهم ويستخرج من المعدلات والنسب ما يمكنه من فهم وتصور وحل المشكلات التي تواجههم. (السعدي، 2002، صفحة 99) لذا سوف نتناول تطور حجم سكان سطيف حسب المنطقة (حضر وريف) وحسب التجمعات السكنية (تجمع رئيسي، تجمع ثانوي ومنطقة مبعثرة) فضلا عن معدلات نموهم.

1-1/ تطور عدد سكان سطيف ومعدلات النمو الصافي 2001 - 2022:

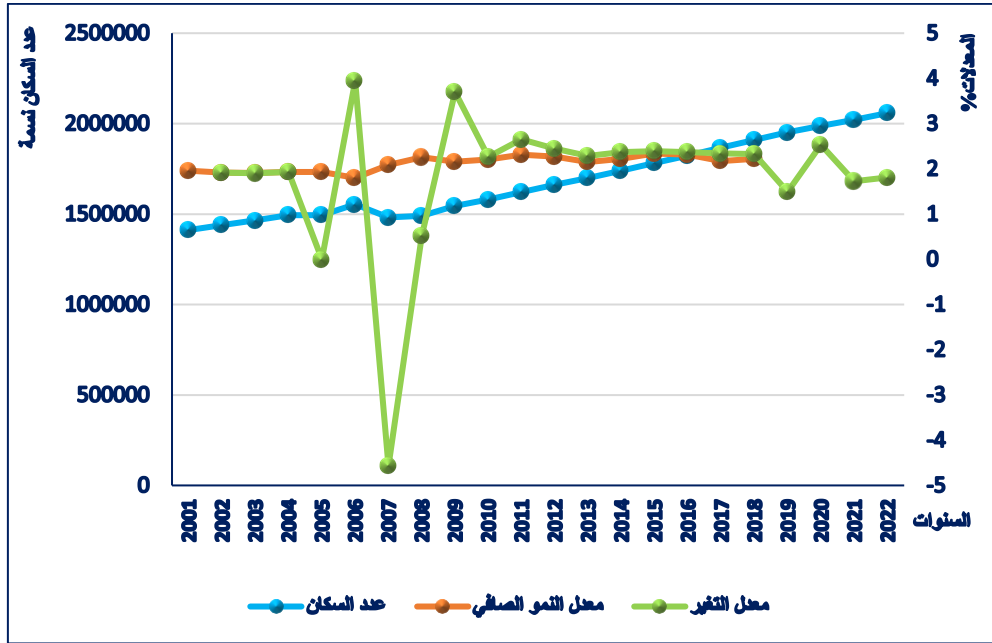
الجدول (4-1): تطور عدد سكان سطيف ومعدلات النمو الصافي 2001 - 2022

السنوات	عدد السكان	معدل النمو الصافي %	معدل التغير %	السنوات	عدد السكان	معدل النمو الصافي %	معدل التغير %
2001	1411630	1.96	-	2012	1661798	2.27	2.45
2002	1438702	1.92	1,92	2013	1699738	2.15	2,28
2003	1466125	1.91	1,91	2014	1740021	2.22	2,37
2004	1494449	1.93	1,93	2015	1781597	2.34	2,39
2005	1494449	1.93	0,00	2016	1823802	2.31	2,37
2006	1553387	1.80	3,94	2017	1866485	2.17	2,34
2007	1482336	2.09	-4,57	2018	1909916	2.22	2,33
2008	1489979	2.26	0,52	2019	1938363	-	1.49
2009	1545172	2.16	3,70	2020	1987357	-	2.53
2010	1580154	2.21	2,26	2021	2021687	-	1,73
2011	1622051	2.31	2,65	2022	2058243	-	1,81

المصدر: من إعداد الباحثة بناءً على بيانات DPSB

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

الشكل (4-1): تطور عدد سكان سطيف ومعدلات النمو الصافي 2001-2022



المصدر: من إعداد الباحثة بناءً على بيانات DPSB

نلاحظ من خلال بيانات الجدول (4-1) والشكل (4-1) أن عدد سكان سطيف شهد تزايد بشكل مستمر، وقد ارتفع من 1411630 نسمة سنة 2001 إلى 2058243 نسمة سنة 2022 بزيادة قدرها 45.81% خلال 21 سنة. باستثناء سنتي 2004 و2005 اللتين حظيتا بالاستقرار وسنة 2007 التي سجلت انخفاضا ملحوظا وسلبيا قد يعود ذلك إلى ارتفاع الوفيات أو انخفاض الولادات أو الهجرة لولايات أخرى ذات مستوى معيشي أفضل أو الدراسة أو العمل.

أما على المستوى الوطني نجد أن عدد سكان الجزائر ارتفع من 30879000 نسمة سنة 2001 إلى 45631000 نسمة سنة 2022 بمعدل زيادة قدره 47.77%. (ONS, 2024, p. 6) إذا قارنا المستويين الوطني والمحلي نلاحظ أن هناك فارق طفيف بين المعدلين قدره 1.96% وهذا يشير إلى أن معدل النمو السكاني في سطيف أقل قليلا من المعدل الوطني. وعلى الرغم من أن ولاية سطيف تساهم بنسبة جيدة تقدر بـ 4.38% في النمو السكاني الوطني لكن من المتوقع أن تلك النسبة أقل مقارنة ببعض الولايات الكبرى الأخرى التي قد تكون شهدت نموا سكانيا أسرع كالجزائر العاصمة وهران وذلك بسبب نوعية الحياة، فرص العمل والأنشطة الاقتصادية الجاذبة للسكان.

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998-2022

كما يتبين أن معدلات التغير السنوي في عدد سكان سطيف كانت معظمها إيجابية، إلا أنها شهدت تذبذب. ويمكن تصنيفها إلى مراحل مختلفة وهي:

• 2001-2005: عرفت سطيف نمو سنوي بطيء في عدد سكانها، وقد تراوح معدل التغير السنوي بين 1.91 و 1.93 خلال الفترة من 2001 إلى 2004، بينما سجل هذا المعدل ثبات بين 2004 و 2005.

• 2006-2008: في سنة 2006 كانت هناك نقلة نوعية في عدد سكان سطيف بمعدل تغير قدره 3.94% قد يرجع ذلك إلى ارتفاع الولادات أو توفر فرص استثمار في الولاية، وبالنسبة لسنة 2007 شهد عدد السكان انخفاضا حاداً وسلبياً بمعدل قدره 4.57% - يمكن أن يكون هذا الانخفاض ناتجاً عن عوامل عدة كالهجرة أو انخفاض معدل الولادات. أما سنة 2008 ارتفع معدل التغير السنوي ارتفاعاً ملفتاً ليصل إلى 0.52% بعد أن كان سلبياً في سنة 2007.

• 2009-2015: شهد معدل التغير السنوي لسكان سطيف استمراراً في الارتفاع وتراوح بين 2.26% و 3.70% مع بعض التقلب الضئيل.

• 2016-2022: شهد معدل التغير السنوي توارجاً بين 1.49% و 2.37% في الفترة من 2016 إلى 2021، هذا التواني يحتمل أن يعود إلى تأثيرات عديدة كالإقتصادية والاجتماعية خاصة الصحية التي مرت بها البلاد جراء جائحة كورونا. بعد ذلك ارتفع معدل النمو السنوي إلى 1.81% سنة 2022.

أما فيما يخص معدلات النمو الصافي لسكان سطيف يتضح أنها شهدت استقراراً مع بعض التآرجح بين الارتفاع والانخفاض خلال الفترة من 2001 إلى 2018، حيث تراوحت هذه المعدلات بين أقل معدل نمو صافي قدره 1.80% سنة 2006 وأعلى معدل قدره 2.34% سنة 2015. ويظل معدل النمو الصافي قريباً من 2% تقريباً خلال معظم سنوات الدراسة. ويمكن تفصيله إلى عدة مراحل وهي:

• من 2001 إلى 2005: شهدت معدلات النمو الصافي خلال هذه الفترة نوعاً من الثبات حيث تراوحت بين 1.91% و 1.96% من المحتمل أن يرجع هذا الثبات إلى الاعتدال في عوامل النمو السكاني والمتمثلة في الولادات، الوفيات والهجرة.

• من 2006 إلى 2010: عرفت معدلات النمو الصافي لسكان سطيف تقلبات بسيطة مع بعض الارتفاعات كالارتفاع المسجل سنة 2008 والمقدر بـ 2.26% ربما يعود هذا الارتفاع لتحسن الأوضاع الصحية أو زيادة

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

في الهجرة الداخلية خاصة وأن ولاية سطيف تعد قطب تجاري وصناعي مهما نظرا لتمتعها بموقع استراتيجي.

- من 2011 إلى 2015: شهدت ولاية سطيف ارتفاع في معدلات النمو الصافي، حيث تتراوح بين 2.15% و 2.34%، من المحتمل أن يعود هذا الارتفاع إلى تطور في الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية والصحية.
- من 2016 إلى 2018: شهدت معدلات النمو الصافي نوع من الاستقرار مع تفاوتات طفيفة وتراوحت بين 2.17% سنة 2017 و 2.22% سنة 2018، لكن هذه المعدلات استقرت في مستويات أقل بقليل مقارنة بالسنوات التي عرفت معدلات نمو أعلى.

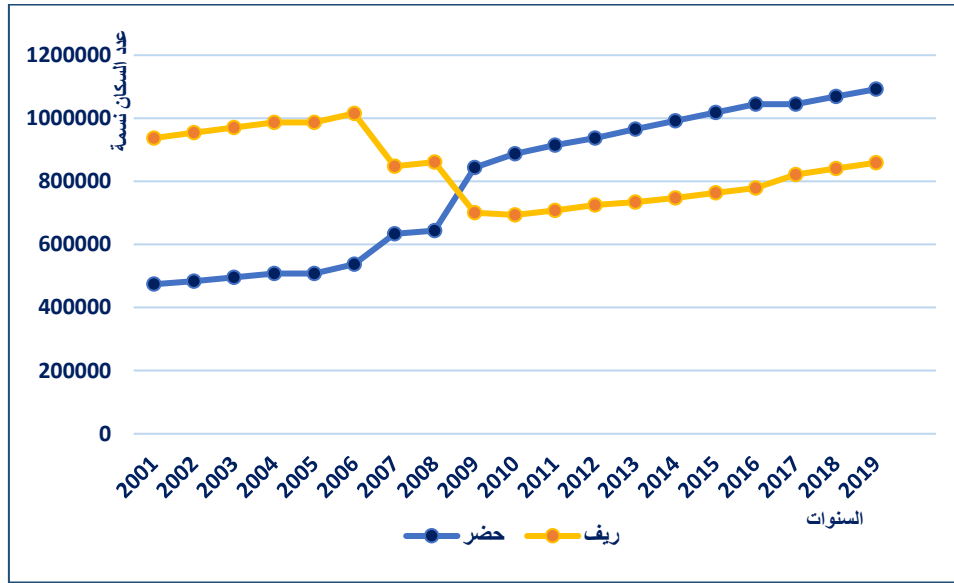
1-2/ تطور عدد سكان سطيف حسب المنطقة (حضر وريف) 2001 - 2019:

الجدول (4-2): تطور عدد سكان سطيف حسب المنطقة 2001 - 2019

السنوات	المنطقة	عدد السكان	النسب %	السنوات	المنطقة	عدد السكان	النسب %
2001	حضر	474007	33.58	2011	حضر	914451	56.38
	ريف	937623	66.42		ريف	707600	43.62
2002	حضر	483852	33.63	2012	حضر	936859	56.38
	ريف	954850	66.37		ريف	724939	43.62
2003	حضر	495614	33.80	2013	حضر	965852	56.82
	ريف	970511	66.20		ريف	733886	43.18
2004	حضر	507660	33.97	2014	حضر	992215	57.02
	ريف	986789	66.03		ريف	747807	42.98
2005	حضر	507660	33.97	2015	حضر	1018338	57.16
	ريف	986789	66.03		ريف	763259	42.84
2006	حضر	537799	34.62	2016	حضر	1044636	57.28
	ريف	1015588	65.38		ريف	779167	42.72
2007	حضر	633970	42.77	2017	حضر	1044636	55.97
	ريف	848366	57.23		ريف	821849	44.03
2008	حضر	643595	42.78	2018	حضر	1068944	55.97
	ريف	860838	57.22		ريف	840973	44.03
2009	حضر	844360	54.65	2019	حضر	1092170	55.97
	ريف	700812	45.35		ريف	859246	44.03
2010	حضر	887632	56.13				
	ريف	693694	43.87				

المصدر: من إعداد الباحثة بناءً على بيانات DPSB

الشكل (4-2): تطور عدد سكان سطيف حسب المنطقة (حضر وريف) 2001-2019



المصدر: من إعداد الباحثة بناءً على بيانات DPSB

نلاحظ من خلال بيانات الجدول (4-2) والشكل (4-2) أن نسبة سكان الحضر في سطيف شهدت تصاعد تدريجي ودائم، بينما عرفت نسبة سكان الريف تراجع ملفت خلال الفترة الزمنية من 2001 إلى 2019، وهذا ما يدل على تزايد هجرة السكان من المناطق الريفية إلى المناطق الحضرية، باستثناء السنوات التي سجلت ثباتا كسنتي 2004 و 2005.

لقد ارتفعت نسبة سكان الحضر في سطيف من 33.58% سنة 2001 إلى 55.97% سنة 2019 أي بفارق زيادة قدره 22.39% خلال 18 سنة، وهذا يعني أن 55.97% من سكان سطيف في سنة 2019 كانوا يقيمون في المناطق الحضرية، مقارنة بـ 33.58% سنة 2001. وهذا ما يدل على التوسع العمراني والتحضر في سطيف. وفي المقابل انخفضت نسبة سكان الريف من 66.42% سنة 2001 إلى 44.03% سنة 2019، وهذا ما يوضح ارتفاع الهجرة الريفية في سطيف قد تكون لأسباب عدة كالبحث عن فرص عمل أفضل، جودة الحياة والخدمات الاقتصادية، الاجتماعية والصحية في المناطق الحضرية.

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

كما نلاحظ أنه يوجد بعض السنوات التي كانت النسب فيها ثابتة، مثلما حدث في سنتي 2004 و 2005 فقد قدرت نسبة الحضر بـ 33.97% ونسبة الريف بـ 66.03% وكذلك سنتي 2011 و 2012 قدرت نسبة الحضر بـ 56.38% ونسبة الريف بـ 43.62%، وأيضا في سنتي 2017 و 2019 كانت النسب ثابتة عند 55.97% للحضر و 44.03% للريف هذا الثبات يدل على مرحلة من الاستقرار والتشبع في الهجرة من الريف إلى الحضر في سطيف.

1-3/ تطور عدد سكان سطيف حسب التجمعات السكنية (تجمع رئيسي، ثانوي ومنطقة مبعثرة) - 2001-2022:

الجدول (4-3): تطور عدد سكان سطيف حسب التجمعات السكنية (تجمع رئيسي، ثانوي ومنطقة مبعثرة) 2001-2022

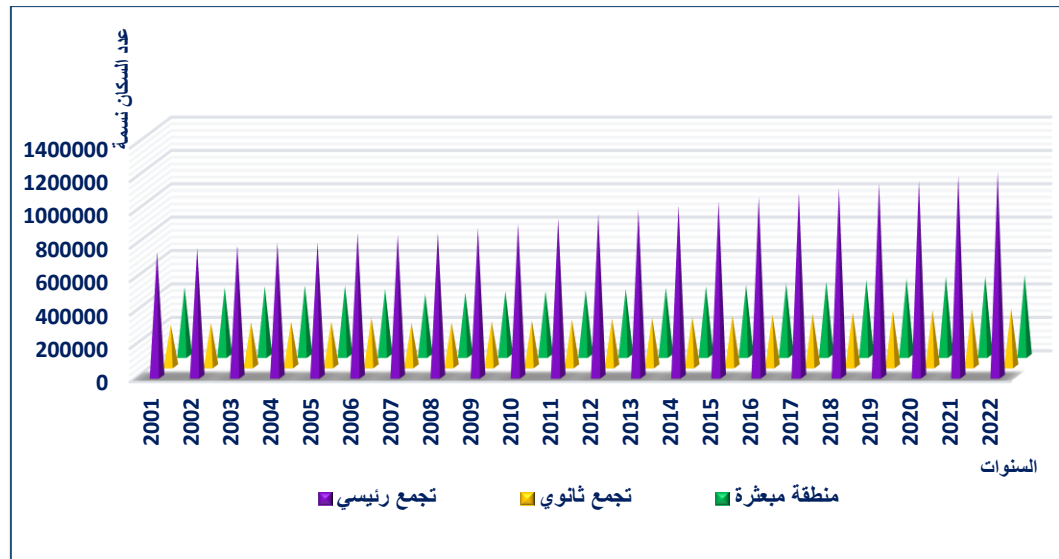
السنوات	التجمعات السكنية	عدد السكان	النسب %	السنوات	التجمعات السكنية	عدد السكان	النسب %
2001	تجمع رئيسي	749643	53.10	2012	تجمع رئيسي	974815	58.66
	تجمع ثانوي	248778	17.62		تجمع ثانوي	286445	17.24
	منطقة مبعثرة	413209	29.27		منطقة مبعثرة	400535	24.10
2002	تجمع رئيسي	768779	53.44	2013	تجمع رئيسي	999120	58.78
	تجمع ثانوي	259437	18.03		تجمع ثانوي	292085	17.18
	منطقة مبعثرة	410486	28.53		منطقة مبعثرة	408533	24.04
2003	تجمع رئيسي	786230	53.63	2014	تجمع رئيسي	1024943	58.90
	تجمع ثانوي	263858	18.00		تجمع ثانوي	298026	17.13
	منطقة مبعثرة	416037	28.38		منطقة مبعثرة	417053	23.97
2004	تجمع رئيسي	803105	53.74	2015	تجمع رئيسي	1050881	58.99
	تجمع ثانوي	268314	17.95		تجمع ثانوي	304379	17.08
	منطقة مبعثرة	423030	28.31		منطقة مبعثرة	426337	23.93
2005	تجمع رئيسي	803105	53.74	2016	تجمع رئيسي	1077152	59.06
	تجمع ثانوي	268314	17.95		تجمع ثانوي	311023	17.05
	منطقة مبعثرة	423030	28.31		منطقة مبعثرة	435627	23.89
2006	تجمع رئيسي	859203	55.31	2017	تجمع رئيسي	1103819	59.14
	تجمع ثانوي	293653	18.90		تجمع ثانوي	317479	17.01
	منطقة مبعثرة	400531	25.78		منطقة مبعثرة	445187	23.85
2007	تجمع رئيسي	850098	57.35	2018	تجمع رئيسي	1131152	59.23
	تجمع ثانوي	258701	17.45		تجمع ثانوي	324228	16.98
	منطقة مبعثرة	373536	25.20		منطقة مبعثرة	454536	23.80
2008	تجمع رئيسي	862595	57.35	2019	تجمع رئيسي	1157713	59.33

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

16.94	330511	تجمع ثانوي		17.45	262504	تجمع ثانوي	
23.74	463193	منطقة مبعثرة		25.20	379028	منطقة مبعثرة	
59.06	1173749	تجمع رئيسي		57.40	886960	تجمع رئيسي	
17.05	338915	تجمع ثانوي	2020	17.49	270270	تجمع ثانوي	2009
23.89	474693	منطقة مبعثرة		25.11	387942	منطقة مبعثرة	
59.55	1203848	تجمع رئيسي	2021	57.89	915428	تجمع رئيسي	2010
16.86	340815	تجمع ثانوي		17.48	276389	تجمع ثانوي	
23.60	477024	منطقة مبعثرة		24.63	389508	منطقة مبعثرة	
59.63	1227363	تجمع رئيسي	2022	58.43	947770	تجمع رئيسي	2011
16.82	346181	تجمع ثانوي		17.32	280878	تجمع ثانوي	
23.55	484699	منطقة مبعثرة		24.26	393480	منطقة مبعثرة	

المصدر: من إعداد الباحثة بناءً على بيانات DPSB

الشكل (4-3): تطور سكان سطيف حسب التجمعات السكنية (تجمع رئيسي، ثانوي ومنطقة مبعثرة) 2001-2022



المصدر: من إعداد الباحثة بناءً على بيانات DPSB

نلاحظ من خلال بيانات الجدول (4-3) والشكل (4-3) اللذين يعرضان تطور عدد سكان سطيف

من 2001 إلى 2022 حسب التجمعات السكنية الثلاثة بأن:

- التجمع الرئيسي: إن نسبة سكان التجمع الرئيسي تمثل أكثر من 50% من إجمالي سكان سطيف على مر سنوات الدراسة، وقد شهدت هذه النسبة ارتفاع متتابع، حيث ارتفعت من 53.10% سنة 2001 إلى 59.63% سنة 2022 بفارق زيادة قدره 6.53% خلال 21 سنة، هذا الارتفاع في نسبة سكان سطيف بالتجمعات الرئيسية يدل على أنه يوجد انتقال لسكان سطيف نحو المناطق الحضرية، ومن المحتمل أن يعود السبب في

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

ذلك إلى رفاهية الحياة في الحضر. كما أن عدد سكان سطيف في هذا التجمع شهد زيادة كبيرة حيث ارتفع من 749643 نسمة سنة 2001 إلى 1227363 نسمة سنة 2022 بمعدل زيادة قدره 63.73% وهذا ما يدل أن سكان سطيف بالتجمعات الرئيسية كادوا يتضاعفون خلال 21 سنة.

• التجمع الثانوي: إن نسبة سكان التجمع الثانوي تراوحت بين 16% و 18% من مجموع سكان سطيف خلال فترة الدراسة، وقد عرفت هذه النسبة ارتفاعات وانخفاضات، حيث تراجع من 17.62% سنة 2001 إلى 16.82% سنة 2022. وبالرغم من هذا التراجع في النسب إلا أن عدد سكان التجمع الثانوي في سطيف ارتفع من 248778 نسمة سنة 2001 إلى 346181 نسمة سنة 2022 بمعدل زيادة قدره 39.15% خلال 21 سنة، وهذا ما يوضح أنه يوجد نمو سكاني في المناطق الريفية.

• المنطقة المبعثرة: إن نسبة سكان المنطقة المبعثرة تراوحت بين 23% و 29% من إجمالي سكان سطيف على مر السنوات، وقد شهدت هذه النسبة تراجع مستمر من 29.27% سنة 2001 إلى 23.55% سنة 2022 بمعدل نقصان قدره 5.72% - خلال 21 سنة. وعلى الرغم من هذا التراجع في النسبة إلا أن عدد سكان سطيف في المناطق المبعثرة شهد صعود، حيث ارتفع من 413209 نسمة سنة 2001 إلى 484699 نسمة سنة 2022 لكنه بنسبة أقل مقارنة بالتجمعات الرئيسية، وهذا الارتفاع قد يُبين أنه لا زال يوجد نمو سكاني في المناطق المبعثرة.

2- مؤشرات النمو السكاني لولاية سطيف 2001 - 2022

2-1/ الولادات:

الجدول (4-4): تطور معدل الولادات الخام بسطيف 2001 - 2018

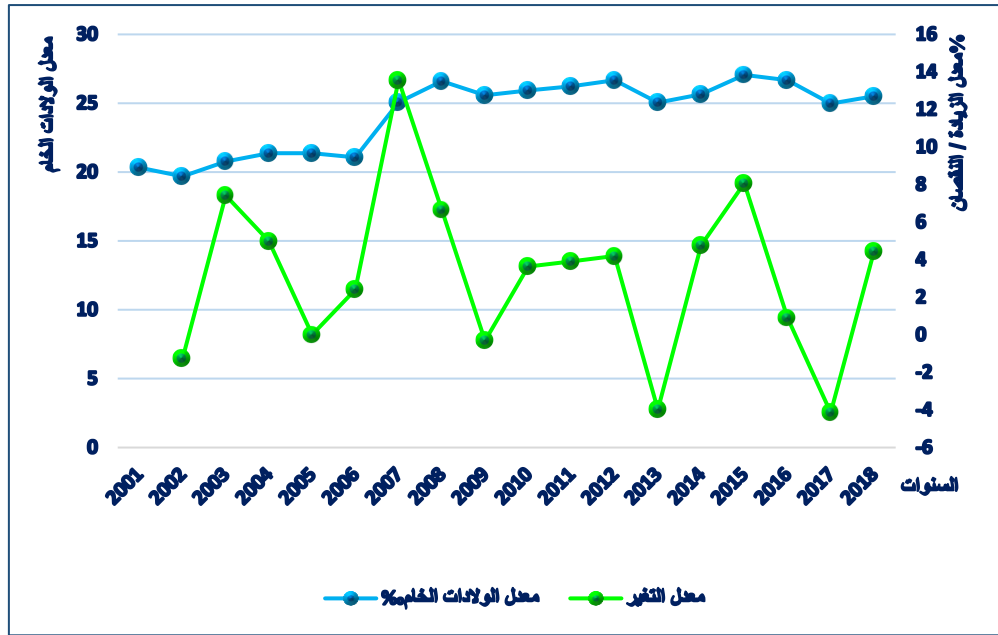
السنة	عدد الولادات	معدل التغير %	معدل الولادات الخام ‰
2001	28694	-	20,33
2002	28329	-1,27	19,69
2003	30434	7,43	20,76
2004	31951	4,98	21,38
2005	31951	0,00	21,38
2006	32720	2,41	21,06
2007	37161	13,57	25,07
2008	39632	6,65	26,60

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

25,57	-0,31	39510	2009
25,92	3,64	40950	2010
26,23	3,91	42553	2011
26,68	4,20	44341	2012
25,05	-3,98	42576	2013
25,64	4,77	44609	2014
27,06	8,07	48211	2015
26,67	0,91	48649	2016
24,98	-4,14	46633	2017
25,50	4,45	48709	2018

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات DPSB

الشكل (4-4): تطور معدل الولادات الخام بسطيف 2001-2018



المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات DPSB

نلاحظ من خلال الجدول (4-4) والشكل (4-4) أن معدل الولادات الخام في سطيف خلال الفترة من 2001 إلى 2018 شهد ارتفاع ملفت باستثناء بعض السنوات كسنة 2006، لكنه عموماً ظل ضمن اتجاه صاعد.

عند تحليل معدل الولادات الخام في سطيف من 2001 إلى 2018 على فترات زمنية نلاحظ ما يلي:

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

- من 2001 إلى 2002: عرف معدل الولادات الخام بين 2001 و2022 انخفاضا بسيطاً من 20.33% إلى 19.69%، نتيجة لانخفاض عدد الولادات من 28694 ولادة إلى 28329 ولادة بمعدل نقصان قدره 1.27%.
- من 2002 إلى 2003: شهد المعدل في هذه الفترة زيادة كبيرة، حيث ارتفع من 19.69% سنة 2002 إلى 20.76% سنة 2003، بسبب ارتفاع عدد الولادات من 28329 ولادة سنة 2002 إلى 30434 ولادة سنة 2003 بمعدل زيادة قدره 7.43%، هذا الارتفاع قد يكون نتيجة لتحسن الأوضاع الصحية في سطيف في تلك الفترة.
- من 2003 إلى 2007: ارتفع معدل الولادات الخام من 20.76% سنة 2003 إلى 21.38% في سنتي 2004 و2005، وبعدها تراجع في سنة 2006 إلى 21.06%، ثم ارتفع مجدداً سنة 2007 إلى 25.07%، هذا الارتفاع يرجع إلى تصاعد في عدد الولادات في سطيف من 32720 ولادة سنة 2006 إلى 37161 ولادة سنة 2007 بأكبر معدل زيادة قدره 13.57%، وقد يعود ذلك إلى تحسن الأوضاع الصحية وارتفاع معدلات الخصوبة.
- من 2007 إلى 2012: شهد معدل الولادات الخام ارتفاعاً بسيطاً من 25.07% سنة 2007 إلى 26.68% سنة 2012.
- من 2012 إلى 2013: شهد معدل الولادات الخام في سطيف سنة 2013 أكبر انخفاض خلال فترة الدراسة كاملة، حيث انخفض المعدل من 26.68% سنة 2012 إلى 25.05% سنة 2013 بسبب تناقص عدد الولادات من 44341 ولادة سنة 2012 إلى 42576 ولادة سنة 2013 بمعدل نقصان قدره 3.98%، هذا التناقص قد يكون نتيجة لانخفاض معدلات الخصوبة أو تغير القيم في المجتمع كالتوجه نحو تأجيل الزواج والإنجاب أو مساهمة المرأة في سوق العمل.
- من 2013 إلى 2015: شهد معدل الولادات الخام صعوداً كبيراً من 25.05% سنة 2013 إلى 27.06% سنة 2015، نتيجة لارتفاع عدد الولادات من 42576 ولادة سنة 2013 إلى 48211 ولادة سنة 2015 بمعدل زيادة قدره 13.24%، وقد يعود ذلك إلى ارتفاع معدلات الخصوبة في سطيف خلال هذه الفترة.
- من 2015 إلى 2017: عرف معدل الولادات الخام تراجعاً ملفتاً خلال هذه الفترة، حيث انخفض من 27.06% سنة 2015 إلى 24.98% سنة 2017 وهذا بسبب انخفاض عدد الولادات من 48211 ولادة

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

سنة 2015 إلى 46633 ولادة سنة 2017 بمعدل نقصان قدره 3.27- %، يحتمل أن يعود هذا الانخفاض إلى تراجع في معدلات الخصوبة والتي قد يكون سببها تغيرات اقتصادية واجتماعية في المجتمع أدت إلى تخفيض الانجاب في سطيف.

• من 2017 إلى 2018: شهد معدل الولادات الخام ارتفاعا مجددا من 24.98% سنة 2017 إلى 25.50% سنة 2018 نتيجة لارتفاع عدد الولادات من 46633 ولادة سنة 2017 إلى 48709 ولادة سنة 2018 بمعدل زيادة قدره 4.45%، نتيجة لارتفاع معدلات الخصوبة.

عند المقارنة بين المستويين الوطني والمحلي في معدل الولادات الخام نلاحظ أن المعدل في الوطن ارتفع من 20.03% سنة 2001 إلى 24.39% سنة 2018، يمكن إرجاع هذا الارتفاع إلى زيادة في معدلات الخصوبة حيث ارتفعت من 2.5 طفل لكل امرأة سنة 2001 إلى 3 طفل لكل امرأة سنة 2018. (ONS, 2020, p. 6) في المقابل ارتفع أيضا المعدل بولاية سطيف من 20.33% سنة 2001 إلى 25.50% سنة 2018. لكن على الرغم من الزيادة في معدلات الولادات الخام لكلا المستويين، يبدو أن ولاية سطيف شهدت زيادة أكبر في هذه المعدلات مقارنة بالوطن لأن المعدل في سنة 2001 بالوطن 20.03% مقابل 20.33% بسطيف والفارق بينهما ضئيلا جدا 0.3%، وفي سنة 2018 كان المعدل بالوطن 24.39% مقابل 25.50% بسطيف بفارق كبير 1.11%، علاوة على أن فارق الزيادة بين 2001 و 2018 بسطيف قدر بـ 5.17% أكبر منه في الوطن والمقدر بـ 4.36%.

2-2/ الوفيات:

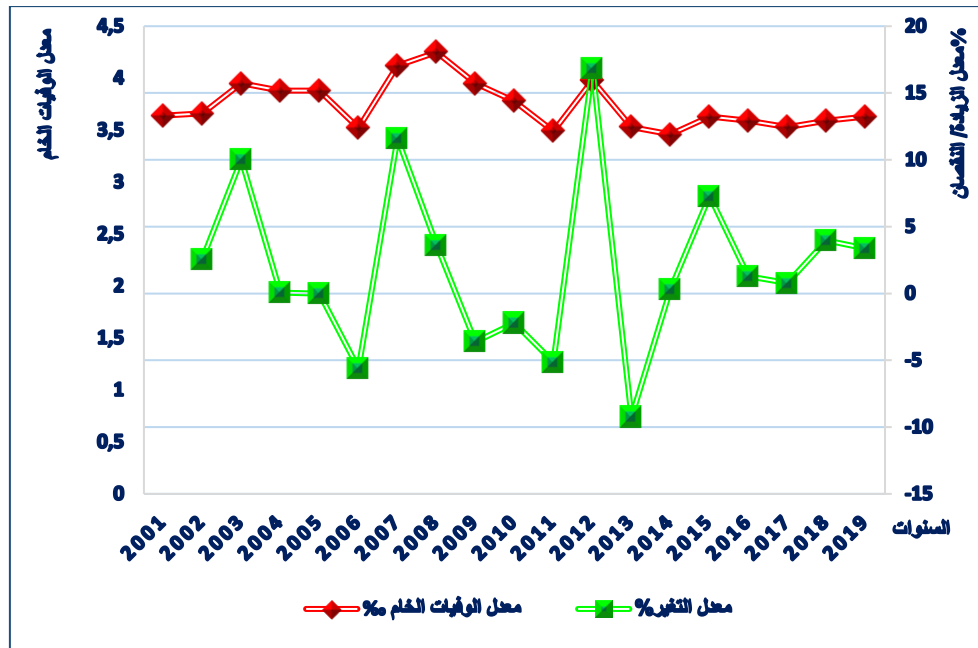
الجدول (4-5): تطور معدل الوفيات الخام بسطيف 2001 - 2019

السنة	عدد الوفيات	معدل التغير %	معدل الوفيات الخام %
2001	5136	-	3,64
2002	5268	2,57	3,66
2003	5796	10,02	3,95
2004	5800	0,07	3,88
2005	5800	0,00	3,88
2006	5474	-5,62	3,52
2007	6110	11,62	4,12
2008	6332	3,63	4,25

3,95	-3,62	6103	2009
3,78	-2,21	5968	2010
3,49	-5,14	5661	2011
3,98	16,85	6615	2012
3,53	-9,25	6003	2013
3,46	0,32	6022	2014
3,63	7,29	6461	2015
3,59	1,28	6544	2016
3,53	0,78	6595	2017
3,59	3,96	6856	2018
3,63	3.38	7088	2019

المصدر: من إعداد الباحثة بناءً على بيانات DPSB

الشكل (4-5): تطور معدل الوفيات الخام بسطيف 2001-2019



المصدر: من إعداد الباحثة بناءً على بيانات DPSB

نلاحظ من خلال الجدول (4-5) والشكل (4-5) أن معدل الوفيات الخام في سطيف خلال الفترة من 2001 إلى 2019 تراوح بين 3.46% و 4.25%، مما يدل على نوع من الاستقرار في هذا المعدل. وقد عرف عدد الوفيات في سطيف تغيرات بعض السنوات شهدت ارتفاعات كبيرة كالارتفاع المسجل بين سنتي 2011 و 2012 من 5661 وفاة إلى 6615 وفاة، بمعدل زيادة قدره 16.85% وهو أكبر معدل زيادة خلال فترة الدراسة. وفترات أخرى شهدت انخفاضات حيث سجل أكبر انخفاض بين سنتي 2012 و 2013 من

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998-2022

6615 وفاة إلى 6003 وفاة بمعدل نقصان 9.25- %، كل هذه التغيرات تعكس الأوضاع الصحية في سطيف.

في حال تتبع معدل الوفيات الخام في سطيف بشكل تفصيلي خلال الفترة من 2001 إلى 2019 عبر فترات زمنية، نلاحظ ما يلي:

• من 2001 إلى 2008: عرف معدل الوفيات الخام في سطيف ارتفاع من 3.46% سنة 2001 إلى 4.25% سنة 2008 نتيجة لارتفاع عدد الوفيات من 5136 وفاة سنة 2001 إلى 6332 وفاة سنة 2008، بمعدل زيادة قدره 23.29%، قد يعود هذا الارتفاع إلى زيادة عدد كبار السن في سطيف من 87240 مسنا سنة 2001 إلى 99292 مسنا سنة 2008، بمعدل زيادة قدره 13.81%، لكن بما أن معدل زيادة الوفيات أكبر من معدل زيادة المسنين فهذا يدل بأن ارتفاع الوفيات قد يعود إلى أسباب أخرى كتدهور الأوضاع الصحية على سبيل المثال ارتفاع الوفيات بسبب الأمراض المزمنة أو الأوبئة المعدية وغيرها.

• من 2008 إلى 2014: شهد معدل الوفيات الخام انخفاض من 4.25% سنة 2008 إلى 3.46% سنة 2014 نتيجة لتناقص عدد الوفيات في سطيف من 6332 وفاة سنة 2008 إلى 6022 وفاة سنة 2014، بمعدل نقصان قدره 4.90- % خلال ست سنوات، هذا الانخفاض قد يكون نتيجة لتحسن الأوضاع الصحية سواء كانت رعاية أو منشآت صحية وما قد يثبت ذلك هو زيادة عدد المؤسسات الصحية في سطيف كارتفاع عدد المستشفيات العمومية من 9 مستشفيات سنة 2008 إلى 10 مستشفيات سنة 2014، وعدد العيادات المتعددة الاختصاصات من 62 عيادة سنة 2008 إلى 68 عيادة سنة 2014، وعدد قاعات العلاج من 218 قاعة سنة 2008 إلى 238 قاعة سنة 2014.

• من 2014 إلى 2019: شهد معدل الوفيات الخام في سطيف انخفاض طفيف من 3.46% و 3.63%، هذا قد يدل على نوع من الاستقرار في الأوضاع الصحية في سطيف خلال تلك الفترة.

عند مقارنة معدل الوفيات الخام على المستويين الوطني والمحلي يتبين أن هذا المعدل في الوطن شهد انخفاض طفيف جدا من 4.56% سنة 2001 إلى 4.55% سنة 2019 (ONS, 2020, p. 7) بفارق نقصان بسيط للغاية قدره 0.01%، كما أن سطيف شهدت نفس فارق النقصان، حيث انخفض المعدل من 3.64% سنة 2001 إلى 3.63% سنة 2019. لكن بالرغم من أن فارق النقصان نفسه على المستويين الوطني والمحلي، يظهر بجلاء أن معدل الوفيات الخام في سطيف أقل منه في الوطن لأن المعدل في سنة 2001

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

في سطيف 3.64% مقابل 4.56% بالوطن، وفي سنة 2019 المعدل بسطيف 3.63% مقابل 4.55% بالوطن، وهذا يعني أن الوضع الصحي في سطيف أفضل مقارنة بالوطن.

II. التركيب العمري لسكان سطيف 1998 - 2022:

إن التركيب العمري هو نتاج لمكونات النمو السكاني كالخصوبة، الولادات، والوفيات، وبالتالي فهو عامل مؤثر على السكان في حاضرهم ومستقبلهم. (مصطفى عوض، 2018، صفحة 13)

يحظى التركيب العمري للسكان بأهمية بالغة من قبل الباحثين في الدراسات السكانية، لما له من أثر كبير في تقدير احتياجات السكان من أجل توفير متطلباتهم الضرورية وتحقيق رفاهيتهم. إضافة لكونه يعطي صورة واضحة للتوزيع العمري للسكان حسب الفئات العمرية المختلفة خاصة الكبرى التي تبرز الجانب الاقتصادي للمجتمع وذلك بتحديد الفئات العمرية المعالة والمتمثلة في فئة صغار السن (أقل من 15 سنة) وفئة كبار السن (65 سنة فأكثر)، وفئة السكان في سن العمل أي الفئة التي يقع عليها عبء الإعالة (الفئة المعيلة وتكون من 15 إلى 64 سنة). وكذا معرفة قيمة العمر الوسيط الذي يقسم السكان إلى قسمين متساويين أحدهما أقل منه وثانيهما أكبر منه، مؤشر التعمر، مؤشر الإعالة ومستوى دقة بيانات العمر اعتمادا على نسبة العمر، ومؤشر سكرتارية الأمم المتحدة.

1/ تطور التركيب العمري لسكان سطيف حسب الفئات العمرية الكبرى 1998 - 2022:

الجدول (4-6): توزيع سكان سطيف حسب الفئات العمرية الكبرى والنوع 1998 - 2022

السنة	الفئات	الذكور		الإناث		السنة	الفئات	الذكور		الإناث	
		النسب %	العدد	النسب %	العدد			النسب %	العدد	النسب %	العدد
1998	0-14	39,12	258965	38,36	249003	2012	0-14	28,75	242036	28,52	232222
	15-59	55,09	364730	55,34	359213		63,99	538672	64,05	521542	
	60et+	5,79	38334	6,3	40865		7,25	61061	7,43	60542	
2001	0-14	36,35	258452	35,76	250582	2013	0-14	28,89	248506	28,65	238450
	15-59	57,89	411600	57,63	403756		63,6	547147	63,65	529826	
	60 et+	5,76	40933	6,61	46307		7,51	64594	7,7	64093	
2	0-14	35,09	254272	34,51	246429	2	0-14	29,09	255920	28,86	245728

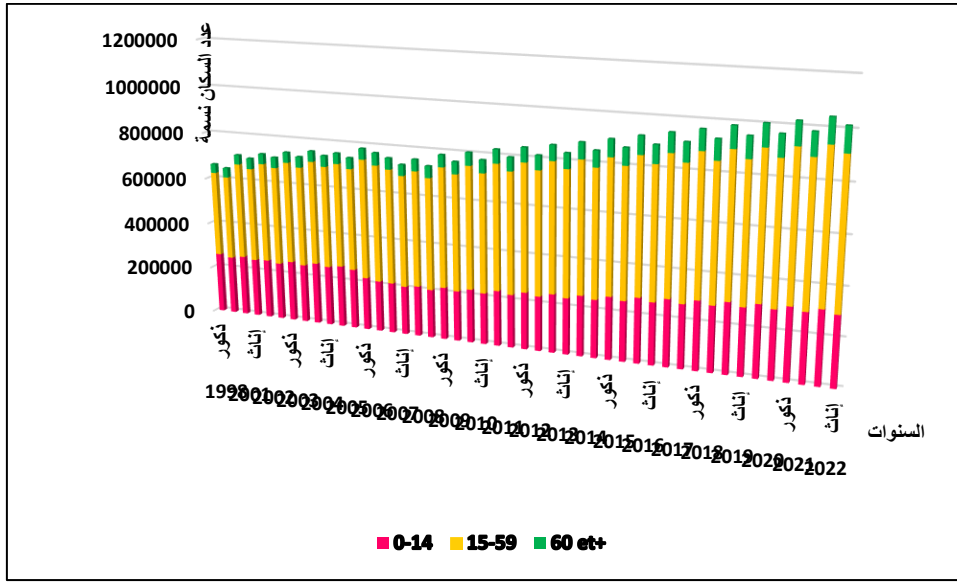
الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

63,17	537937	63,14	555509	15-59		59,12	422137	58,89	426748	15-59	
7,97	67876	7,77	68329	60et+		6,37	45510	6,02	43606	60 et+	
29,16	254213	29,43	265193	0-14	2015	34,62	251366	35,09	259823	0-14	2003
62,62	545933	62,57	563847	15-59		59	428317	58,89	436064	15-59	
8,21	71608	8,01	72152	60 et+		6,38	46297	6,02	44558	60 et+	
29,42	262355	29,75	274597	0-14	2016	34,63	256173	35,08	264791	0-14	2004
62,11	553967	62	572289	15-59		58,98	436313	58,9	444513	15-59	
8,47	75553	8,25	76179	60 et+		6,38	47216	6,02	45443	60 et+	
29,52	268918	29,94	282696	0-14	2017	34,63	256173	35,08	264791	0-14	2005
61,72	562194	61,52	580829	15-59		58,98	436313	58,9	444513	15-59	
8,76	79824	8,53	80550	60 et+		6,38	47216	6,02	45443	60 et+	
29,71	276787	30,1	290523	0-14	2018	28,28	217672	28,84	226015	0-14	2006
61,24	570556	61,09	589592	15-59		64,84	499074	65,18	510805	15-59	
9,05	84331	8,81	85071	60 et+		6,88	52957	5,98	46864	60 et+	
29,81	283753	30,22	298135	0-14	2019	28,47	207743	28,67	215759	0-14	2007
60,84	579056	60,67	598549	15-59		65,04	474612	64,9	488433	15-59	
9,35	88998	9,11	89871	60 et+		6,49	47362	6,43	48427	60 et+	
29,91	289472	30,27	303652	0-14	2020	28.21	206763	28.43	215023	0-14	2008
60,72	587606	60,57	607603	15-59		65.00	476514	65.02	491655	15-59	
9,37	90664	9,16	91941	60 et+		6.79	49776	6.55	49516	60 et+	
29.78	293149	30,15	307691	0-14	2021	28,19	214436	28,42	223004	0-14	2009
60.58	596373	60,44	616911	15-59		64,96	494122	64,98	509820	15-59	
9.65	94977	9,41	96026	60 et+		6,84	52042	6,6	51748	60 et+	
29,16	295756	29,8	310661	0-14	2022	28,15	218684	28,39	228039	0-14	2010
60,67	615376	60,36	629292	15-59		64,83	503626	64,79	520403	15-59	
10,17	103103	9,83	102527	60 et+		7,03	54590	6,82	54813	60 et+	
						28,3	225622	28,57	235651	0-14	2011
						64,47	514070	64,39	531052	15-59	
						7,23	57638	7,03	58016	60 et+	

المصدر: من إعداد الباحثة بناءً على بيانات ONS و DPSB

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998-2022

الشكل (4-6): توزيع سكان سطيف حسب الفئات العمرية الكبرى والنوع 1998-2022



المصدر: من إعداد الباحثة بناءً على بيانات DPSB

نلاحظ من خلال الجدول (4-6) والشكل (4-6) اللذان يعرضان تطور توزيع سكان سطيف خلال الفترة من 1998 إلى 2022 حسب الفئات العمرية الكبرى الثلاثة وهي: فئة صغار السن (0-14 سنة) وفئة متوسطو السن (15-59 سنة) وفئة كبار السن (60 سنة فما فوق)، ويأخذ الجدول في الحسبان الأعداد والنسب المئوية لكل فئة عمرية حسب النوع.

- فئة صغار السن (فئة معالة): شهدت نسبة صغار السن انخفاض طوال سنوات الدراسة من 39.12% للذكور و38.36% للإناث في سنة 1998 إلى 29.80% للذكور و29.16% للإناث في سنة 2022، مما يوضح تراجع في عدد سكان الفئة العمرية للأطفال في سطيف، وقد يكون هذا التراجع ناتج عن تناقص معدلات الخصوبة بسبب التغيرات الاجتماعية كالزواج المتأخر وارتفاع نسب التعليم وعمل المرأة وزيادة الوعي، أو ارتفاع معدلات الوفيات في هذه الفئة.

- فئة متوسطو السن (فئة معيلة): عرفت نسبة الأشخاص المعيلين ارتفاع من 55.09% للذكور و55.34% للإناث سنة 1998 إلى 60.36% للذكور و60.67% للإناث سنة 2022، مما يظهر أن هناك ارتفاع في عدد سكان الفئة العمرية العاملة في سطيف، وهذا قد يكون ناتج عن ارتفاع الهجرة الوافدة للولاية أو ارتفاع عدد النساء العاملات أو تحسن في أمل الحياة. وهذا الوضع إذا واصل على هذا المنوال قد يؤدي إلى تقوية وتنمية الاقتصاد المحلي.

• فئة كبار السن (فئة معالة): شهدت فئة المسنين ارتفاع من 5.79% للذكور و6.30% للإناث في سنة 1998 إلى 9.83% للذكور و10.17% للإناث في سنة 2022، وهذا الارتفاع قد يدل على تغير في التركيبة السكانية في سطيف بالاتجاه صوب مجتمع أكثر شيخوخة، نتيجة لارتفاع أمل الحياة. لكن في المقابل قد يتطلب هذا الوضع زيادة في الخدمات الصحية المتعلقة بكبار السن.

عند المقارنة بين الجنسين نلاحظ أنه في معظم السنوات كانت النسب بين الذكور والإناث متقاربة في جميع الفئات العمرية، لكن يمكن ملاحظة أن نسبة الذكور أكبر بقليل مقارنة بالإناث في الفئة العمرية من 0 إلى 14 سنة، وهذا يدل على أن نسبة النوع عند الميلاد في سطيف متوافقة مع النسبة الطبيعية والمتمثلة في 105 ذكر لكل 100 أنثى. أما في الفئة العمرية 60 سنة فأكثر نلاحظ أن نسبة الإناث أكبر بقليل من نسبة الذكور، وهذا ما يعكس أمل الحياة المرتفع لدى الإناث مقارنة بالذكور.

2/ مستوى دقة بيانات العمر:

إن بيانات العمر هي المصدر الأساسي لدراسة التركيب العمري، ويتم جمع المعلومات عن العمر في كل من التعدادات والمسوح السكانية التي تجرى في الدول بشكل دوري. إلا أن هذه البيانات أياً كان مصدرها تعترضها أخطاء عديدة منها: أخطاء الشمول، أخطاء التبليغ وأخطاء الإدلاء بالعمر، إذ تكثر هذه الأخطاء خاصة في الدول السائرة في طريق النمو، ولكون الجزائر واحدة من هذه الدول فإن بيانات العمر قد تعاني من هذه الأخطاء. لذلك لا بد من تقييم مستوى دقة بيانات العمر قبل الاعتماد عليها ويتم ذلك باستخدام عدة مقاييس ومؤشرات أهمها: نسبة العمر، إذ أنه كلما كان مستوى دقة هذه البيانات عالي انعكس ذلك على رسم الخطط السليمة والسياسات السكانية المستقبلية الصحيحة.

1-2/ تحليل نسبة العمر لسكان سطيف 1998 - 2022: (Age Ratio)

تعد نسبة العمر أداة حيوية وجوهرية لفهم التركيب السكاني وتوجيه الخطط المستقبلية في مختلف المجالات، إن تحليل بيانات نسبة العمر يساهم في معرفة احتياجات ومتطلبات كل فئة عمرية في المجتمع. وهذا يساعد في صياغة خطط وسياسات مستقبلية تلبي كل المتطلبات.

في حال ظلت الأوضاع الاعتيادية والمألوفة بولاية سطيف فإن النمط المتوقع لنسب العمر هو انحرافها البسيط عن الـ 100 باستثناء الأعمار المتقدمة، أما إذا كان انحراف هذه النسب عن الـ 100 كبير فذلك يدل

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998-2022

عن وجود أخطاء في بيانات العمر، أو من المحتمل أن ولاية سطيف مرت بظروف غير معتادة كانتشار الأوبئة أو هجرة أدت إلى وجود تراكم عمري عند فئات عمرية معينة دون غيرها.

الجدول (4-7): تطور نسبة العمر لسكان سطيف في السنوات 1998، 2008 و2022

2022				2008				1998				الفئات العمرية
الانحرافات عن الـ 100		نسبة العمر		الانحرافات عن الـ 100		نسبة العمر		الانحرافات عن الـ 100		نسبة العمر		
الذكور	الإناث	%	%	الذكور	الإناث	%	%	الذكور	الإناث	%	%	
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	0-4
3,12	3,19	103,12	103,19	-15,88	-17,67	84,12	82,33	4,96	4,71	104,96	104,71	5-9
-1,46	-1,41	98,54	98,59	-0,68	0,09	99,32	100,09	8,73	9,10	108,73	109,10	10-14
-4,62	-4,23	95,38	95,77	6,19	5,59	106,19	105,59	3,23	3,23	103,23	103,23	15-19
-1,88	-2,66	98,12	97,34	9,39	9,19	109,39	109,19	-0,82	-1,25	99,18	98,75	20-24
0,74	0,65	100,74	100,65	1,59	3,48	101,59	103,48	-4,46	-4,29	95,54	95,71	25-29
3,13	3,27	103,13	103,27	-2,40	-2,77	97,60	97,23	-4,26	-5,11	95,74	94,89	30-34
2,95	3,28	102,95	103,28	-6,01	-7,57	93,99	92,43	2,96	5,30	102,96	105,30	35-39
1,10	1,31	101,10	101,31	-1,93	-2,37	98,07	97,63	-1,13	-5,52	98,87	94,48	40-44
-0,73	-0,84	99,27	99,16	5,57	3,82	105,57	103,82	3,67	12,72	103,67	112,72	45-49
-1,14	-1,62	98,86	98,38	-2,96	-1,48	97,04	98,52	-19,82	-25,96	80,18	74,04	50-54
5,77	4,85	105,77	104,85	2,84	7,75	102,84	107,75	-2,63	-4,64	97,37	95,36	55-59
-15,12	-14,34	84,88	85,66	-19,32	-22,91	80,68	77,09	10,06	6,70	110,06	106,70	60-64
2,31	0,63	102,31	100,63	2,31	0,63	102,31	100,63	4,93	13,51	104,93	113,51	65-69
7,46	5,33	107,46	105,33	7,45	5,32	107,45	105,32	-7,24	-13,90	92,76	86,10	70-74
-13,87	-8,31	86,13	91,69	-13,87	-8,30	86,13	91,70	-25,30	-16,05	74,70	83,95	75-79
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	+80

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات ONS و DPSB

نلاحظ من خلال الجدول (4-7) ما يلي:

- في سنة 1998: الفئة العمرية من 50 إلى 54 سنة شهدت أكبر انحراف بمقدار -25.96 للذكور و19.82 للإناث، وهذا ما يدل على الأخطاء الكثيرة التي عرفتتها هذه الفئة مقارنة بباقي الفئات الأخرى، في المقابل كان أصغر انحراف لنسب العمر عن الـ 100 بالفئة العمرية من 20 إلى 24 سنة بمقدار -1.25 للذكور و-0.82 للإناث، وهذا ما يعكس قلة الأخطاء في هذه الفئة العمرية. أما إذا قارنا بين الذكور والإناث نلاحظ أن انحرافات نسبة العمر عن الـ 100 لدى الذكور أكبر منها لدى الإناث باستثناء بعض الفئات، مما يشير إلى أن الأخطاء عند الإناث أقل مقارنة بالذكور.

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998-2022

• في سنة 2008: الفئة العمرية التي سجلت أكبر انحراف لنسبة العمر عن الـ 100 هي الفئة من 5 إلى 9 سنة بمقدار 17.67- للذكور و 15.88- للإناث، وهذا ما يظهر أن أكثر الأخطاء كانت في هذه الفئة العمرية. في المقابل الفئة العمرية التي شهدت أصغر انحراف هي الفئة من 10 إلى 14 سنة بمقدار 0.09 للذكور و 0.68- للإناث، ما يفسر قلة الأخطاء بهذه الفئة العمرية. وعند المقارنة بين الجنسين نرصد أن هناك تفاوت، حيث أن هناك فئات كان انحراف نسبة العمر عن الـ 100 لدى الذكور أكبر مثل الفئة 5-9 سنة، 25-29 سنة و 55-59 سنة، ويدل ذلك على أن الأخطاء في هذه الفئات عند الذكور أكثر منها عند الإناث، أم في الفئات الأخرى كان الانحراف لدى الإناث أكبر مثل الفئة العمرية 15-19 سنة، 20-24 سنة و 45-49 سنة، مما يعكس الأخطاء الكثيرة لدى الإناث مقارنة بالذكور في هذه الفئات.

• في سنة 2022: الفئة العمرية من 55 إلى 59 سنة شهدت أكبر انحراف لنسبة العمر عن الـ 100 بمقدار 4.85 للذكور و 5.77 للإناث، وهذا ما يعكس الأخطاء الكثيرة التي عرفتتها هذه الفئة. وفي المقابل أصغر انحراف كان في الفئة العمرية من 25 إلى 29 سنة بمقدار 0.65 للذكور و 0.74 للإناث. وفي حال المقارنة بين الجنسين نرى أن انحرافات نسبة العمر عن الـ 100 لدى الإناث أكبر منها لدى الذكور، وهذا يشير إلى كثرة الأخطاء لدى الإناث مقارنة بالذكور.

يمكن الاعتماد على مقياس دقة العمر، وذلك من خلال حساب متوسط الانحرافات المطلقة عن القيمة 100 لنسب العمر في مختلف الفئات العمرية. وكلما كانت النتيجة التي يتم الحصول عليها من مقياس دقة العمر أقل، كان ذلك مؤشرا على أن بيانات العمر أكثر دقة.

الجدول (4-8): تطور مقياس دقة العمر لسكان سطيف 1998-2022

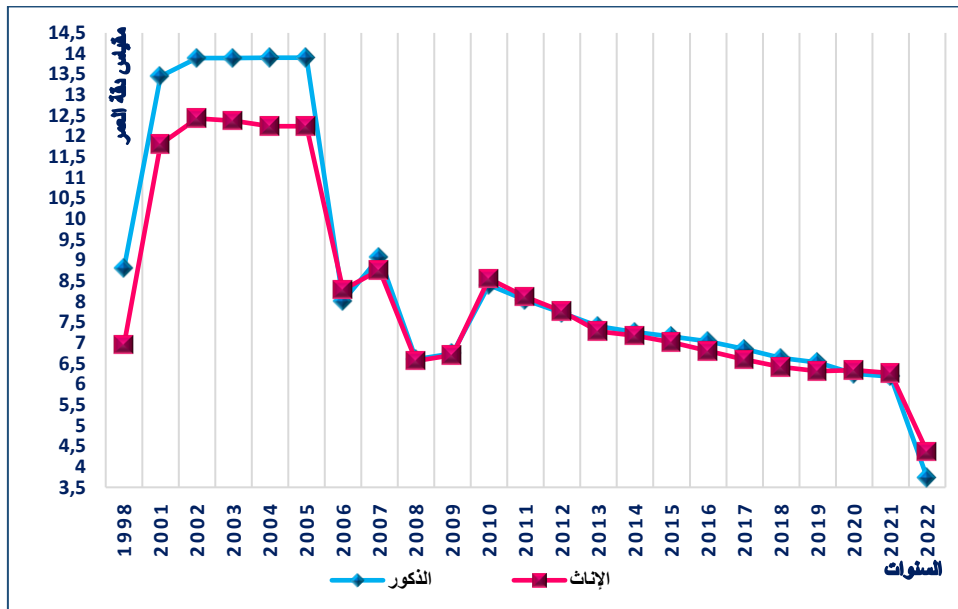
السنوات	الذكور		الإناث	
	مقياس دقة العمر	مجموع انحرافات نسبة العمر عن الـ 100	مقياس دقة العمر	مجموع انحرافات نسبة العمر عن الـ 100
1998	8,80	131,98	6,95	104,19
2001	13,45	147,90	11,81	129,93
2002	13,89	152,80	12,43	136,68
2003	13,89	152,80	12,37	136,07
2004	13,90	152,85	12,24	134,66
2005	13,90	152,85	12,24	134,66
2006	8,01	88,09	8,28	91,10

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

8,76	96,32	9,07	99,74	2007
6,56	98,38	6,60	98,95	2008
6,70	100,56	6,74	101,12	2009
8,55	94,06	8,40	92,43	2010
8,11	89,18	8,03	88,34	2011
7,76	85,37	7,72	84,88	2012
7,27	79,94	7,40	81,44	2013
7,17	78,88	7,26	79,81	2014
7,01	77,09	7,15	78,70	2015
6,80	74,81	7,03	77,31	2016
6,59	72,44	6,85	75,32	2017
6,41	70,54	6,63	72,89	2018
6,31	69,36	6,52	71,67	2019
6,34	95,11	6,25	93,82	2020
6,27	94,05	6,18	92,64	2021
4,36	65,40	3,73	55,92	2022

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات ONS و DPSB

الشكل (4-7): مقياس دقة العمر للذكور والإناث بولاية سطيف 1998 - 2022



المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات ONS و DPSB

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998-2022

نلاحظ من خلال الجدول (4-8) والشكل (4-7) اللذان يوضحان تطور مقياس دقة العمر لسكان سطيف أن هذا المقياس شهد تراجع بارز عند كلا الجنسين خلال الفترة من 1998 إلى 2022، حيث انخفض من 8.80 للذكور و6.95 للإناث سنة 1998 إلى 3.73 للذكور و4.36 للإناث بفارق نقصان لدى الذكور 5.07 و2.59 لدى الإناث، وهذا ما يوضح تحسن في الإدلاء بالأعمار لدى الجنسين في سطيف نتيجة الجهود المبذولة من قبل الدولة في جمع البيانات وزيادة الوعي لدى أفراد المجتمع بأهمية هذه البيانات.

أما إذا قمنا بالمقارنة بين الجنسين في مقياس دقة العمر نلاحظ أن، الإناث أكثر دقة في الإدلاء بأعمارهن من الذكور خلال الفترة من 1998 إلى 2022 باستثناء السنوات التالية 2006، 2010، 2011، 2012، 2020، 2021 و2022 والتي كان الذكور فيها أكثر دقة في الإدلاء بأعمارهم من الإناث. وقد ترجع هذه الدقة في الإدلاء بالأعمار لدى الإناث إلى زيادة في الوعي أو تغير في القيم والمعايير الاجتماعية والثقافية السائدة في سطيف.

3/ العمر الوسيط لسكان سطيف (1998-2022):

يمكن الحكم إحصائياً على توزيع السكان حسب فئات السن باستخدام ما يعرف بالعمر الوسيط، أي السن التي تقسم السكان إلى جزئين متساويين أحدهما فوقه والآخر دونه. (أبو عيانة ف.، 1993، صفحة 297) وكلما ارتفع معدلي المواليد والوفيات قل العمر الوسيط للسكان، أما إذا تناقص هذين المعدلين فإن العمر الوسيط يزيد، أي أنه يوجد ارتباط عكسي قوي بين العمر الوسيط ومعدلي المواليد والوفيات.

إن المجتمعات النامية تمتاز بعمر وسيط أقل لسكانها، ويرجع ذلك لزيادة معدلات المواليد فيها بالتالي زيادة السكان في قاعدة الهرم أي فئة صغار السن، وكذلك قلة عدد المعمرين فيها وهذا بالمقارنة مع الدول المتقدمة. (جلبي، 2008، صفحة 153)

الجدول التالي يوضح اتجاه تطور العمر الوسيط بسطيف 1998-2022

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

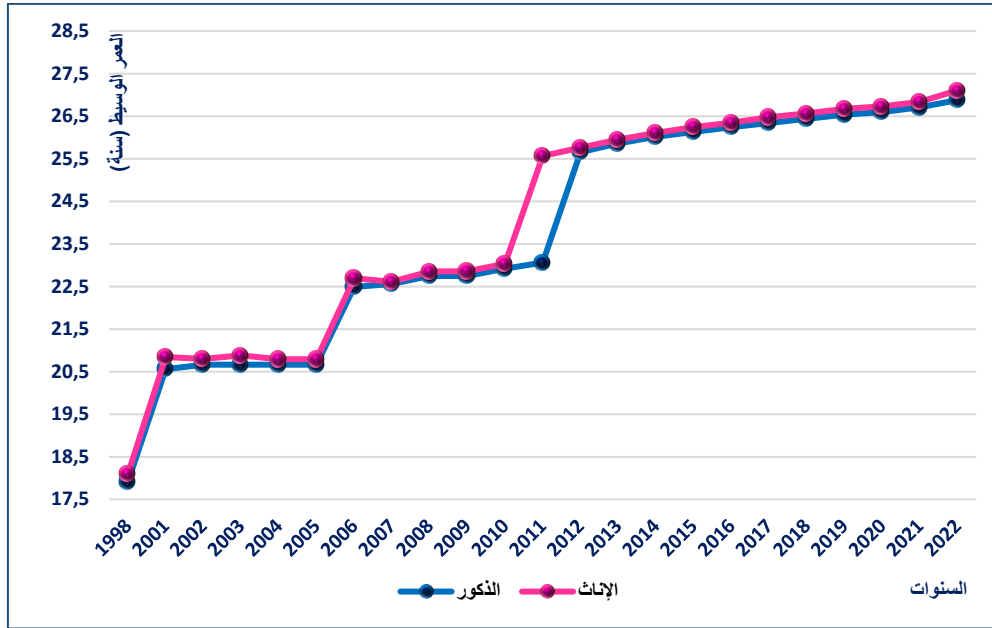
الجدول (4-9): العمر الوسيط لسكان سطيف حسب النوع 1998 - 2022

العمر الوسيط		السنوات
الإناث	الذكور	
18,09	17,90	1998
20,84	20,56	2001
20,80	20,66	2002
20,88	20,66	2003
20,79	20,66	2004
20,79	20,66	2005
22,69	22,49	2006
22,61	22,56	2007
22,85	22,75	2008
22,86	22,75	2009
23,03	22,92	2010
25,57	23,06	2011
25,76	25,66	2012
25,95	25,86	2013
26,11	26,02	2014
26,24	26,13	2015
26,35	26,24	2016
26,48	26,34	2017
26,57	26,44	2018
26,67	26,54	2019
26,73	26,60	2020
26,84	26,71	2021
27,11	26,88	2022

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات ONS و DPSB

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

الشكل (4-8): العمر الوسيط لسكان سطيف حسب النوع 1998-2022



المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات ONS و DPSB

نلاحظ من خلال الجدول (4-9) والشكل (4-8) أن العمر الوسيط في سطيف شهد ارتفاع كبير خلال الفترة من 1998 إلى 2022، حيث ارتفع من 17.90 سنة للذكور و 18.09 سنة للإناث في عام 1998 إلى 26.88 سنة للذكور و 27.11 سنة للإناث في عام 2022، بفارق زيادة قدره 8.98 سنة للذكور و 9.02 سنة للإناث، وهذا يوضح تحسن في الظروف المعيشية في سطيف وانخفاض الوفيات وزيادة العمر المتوقع. وعلى الرغم من هذا الارتفاع في العمر الوسيط إلا أن سطيف لا تزال تشهد استحواذ وهيمنة من الشريحة العمرية الشابة في التركيبة السكانية. أما عند المقارنة بين الجنسين في العمر الوسيط لسكان سطيف نلاحظ أنه لا توجد فروقات كبيرة، وهذا يعني أن ظروف الحياة متناسقة بين الذكور والإناث.

كما نلاحظ من خلال الجدول (4-9) أن العمر الوسيط في سطيف 26.67 سنة في عام 2020 وهذا يعني أن نصف سكان سطيف أعمارهم أقل من 26.67 سنة والنصف الآخر أعمارهم تجاوزت 26.67 سنة. وفي حال مقارنة العمر الوسيط في سطيف (المستوى المحلي) بالمستويين الوطني والعالمي في سنة 2020، فعلى المستوى الوطني يمكن القول بأن العمر الوسيط بسطيف 26.67 سنة قريب جدا من العمر الوسيط في الوطن 27.60 سنة، (Worldometer, 2020) مما يدل أن ولاية سطيف تتماشى مع الاتجاهات السكانية في الوطن، وفيما يخص الفارق الطفيف بين المستويين المحلي والوطني قد يعود إلى اختلافات محلية في نوعية الخدمات الصحية. أما على المستوى العالمي ليكن أولا العمر الوسيط في السودان 17.8 سنة في عام

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

2020 وهو منخفض جدا مقارنة بسطيف 26.67 سنة، (Worldometer, 2020) هذا يدل على أن السودان يشهد نموا سكانية سريعا وأن تركيبته السكانية شابة جدا مقارنة بسطيف، قد يعود ذلك إلى الخصوبة المرتفعة وتحديات في الرعاية الصحية بالسودان. ثانيا لما نقارن العمر الوسيط في سطيف مع العمر الوسيط في تونس 31.1 سنة في عام 2020 (Worldometer, 2020) نجد أنه أعلى قليلا في تونس، قد يعود ذلك بالأساس إلى الفروق في الرعاية الصحية وانخفاض معدلات الخصوبة وموجات كبيرة من الهجرة إلى خارج تونس. أما ثالثا عند مقارنة العمر الوسيط في سطيف مع العمر الوسيط في اليابان 47.7 سنة في عام 2020 (Worldometer, 2020) فإننا نلاحظ حالة مختلفة تماما، حيث يعكس العمر الوسيط المرتفع جدا في اليابان مقارنة بسطيف انكماش في نسبة الشباب وارتفاع كبير في نسبة كبار السن، مما يخلق صعوبات وتحديات اقتصادية واجتماعية ضخمة قد تواجه الدول المتقدمة التي تشهد عمر وسيطي مرتفع جدا كإيطاليا 46.4 سنة 2020. (Worldometer, 2020)

بعد المقارنات يمكن القول بأن ولاية سطيف في عام 2020 تمثل حالة متوازنة نوعا ما من حيث العمر الوسيط مقارنة بالدول التي تشهد عمر وسيطي منخفض جدا كالسودان والدول التي تشهد عمر وسيطي مرتفع جدا كاليابان وإيطاليا. إذن ولاية سطيف تعتبر من المجتمعات الشابة نسبيا، هي وفي مرحلة انتقالية نحو الشيخوخة مثلما يحدث في بعض الدول المجاورة كتونس.

4/ مؤشر التعمير لسكان سطيف حسب النوع 1998 - 2022:

مؤشر التعمير السكاني هو أحد المقاييس المهمة كونه يقدم رؤية عن طبيعة التركيب العمري للسكان، وهو عبارة عن تناسب بين كبار السن وصغار السن، ومن خلال الجدول التالي سوف نلاحظ مؤشر التعمير لسكان سطيف حسب النوع من 1998 إلى 2022.

الجدول (4-10): مؤشر التعمير لسكان سطيف حسب النوع 1998 - 2022

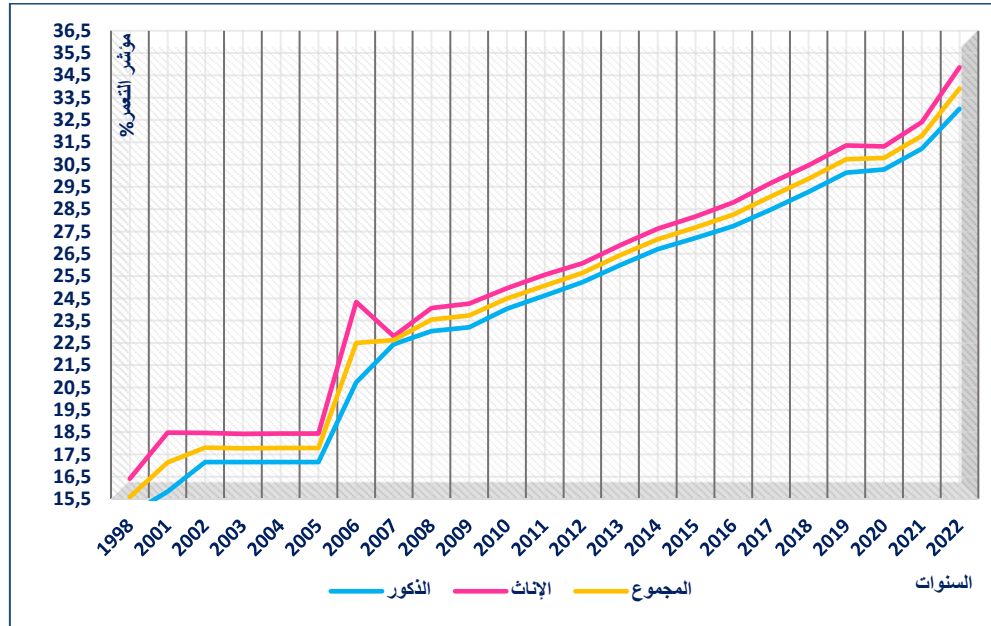
السنوات	الذكور			الإناث			المجموع		
	0-14	60et+	المؤشر %	0-14	60et+	المؤشر %	0-14	60et+	المؤشر %
1998	258965	38334	14,80	249003	40865	16,41	507968	79199	15,59
2001	258452	40933	15,84	250582	46307	18,48	509034	87240	17,14
2002	254272	43606	17,15	246429	45510	18,47	500701	89116	17,80
2003	259823	44558	17,15	251366	46297	18,42	511189	90855	17,77
2004	264791	45443	17,16	256173	47216	18,43	520964	92659	17,79
2005	264791	45443	17,16	256173	47216	18,43	520964	92659	17,79

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

22,50	99821	443687	24,33	52957	217672	20,73	46864	226015	2006
22,62	95789	423502	22,80	47362	207743	22,44	48427	215759	2007
23,54	99292	421786	24,07	49776	206763	23,03	49516	215023	2008
23,73	103790	437440	24,27	52042	214436	23,20	51748	223004	2009
24,49	109403	446723	24,96	54590	218684	24,04	54813	228039	2010
25,07	115654	461273	25,55	57638	225622	24,62	58016	235651	2011
25,64	121603	474258	26,07	60542	232222	25,23	61061	242036	2012
26,43	128687	486956	26,88	64093	238450	25,99	64594	248506	2013
27,15	136205	501648	27,62	67876	245728	26,70	68329	255920	2014
27,68	143760	519406	28,17	71608	254213	27,21	72152	265193	2015
28,26	151732	536952	28,80	75553	262355	27,74	76179	274597	2016
29,07	160374	551614	29,68	79824	268918	28,49	80550	282696	2017
29,86	169402	567310	30,47	84331	276787	29,28	85071	290523	2018
30,74	178869	581888	31,36	88998	283753	30,14	89871	298135	2019
30,79	182605	593124	31,32	90664	289472	30,28	91941	303652	2020
31,79	191003	600840	32,40	94977	293149	31,21	96026	307691	2021
33,91	205630	606417	34,86	103103	295756	33,00	102527	310661	2022

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات ONS و DPSB

الشكل (4-9): مؤشر التعمير لسكان سطيف حسب النوع 1998-2022



المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات ONS و DPSB

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

نلاحظ من خلال الجدول (4-10) والشكل (4-9) أن مؤشر التعمر السكاني في سطيف شهد ارتفاع كبير خلال الفترة من 1998 إلى 2022، حيث صعد من 15.59% سنة 1998 إلى 33.91% سنة 2022 بزيادة قدرها 18% أي تجاوز التضاعف خلال 24 سنة، وذلك بسبب زيادة عدد كبار السن من 79199 مسنا سنة 1998 إلى 205630 مسنا سنة 2022 وهذا دليل على شيخوخة مرتفعة لسكان سطيف نتيجة لتحسن العمر المتوقع وانخفاض معدلات الخصوبة.

في حال المقارنة بين الجنسين نلاحظ أن التعمر السكاني لدى الإناث أكبر مقارنة به عند الذكور طوال فترة الدراسة، فعلى سبيل المثال في سنة 1998 مؤشر التعمر لدى الإناث 16.41% مقابل 14.80% لدى الذكور، وفي سنة 2022 بلغ المؤشر لدى الإناث 34.86% مقابل 33% لدى الذكور، إن هذا الفارق بين الجنسين في التعمر السكاني يعكس الفروق البيولوجية والجينية فمثلا نساء سطيف في عام 2022 يتمتعن بأمل حياة قدره 80 سنة وهو أعلى من أمل الحياة عند رجال سطيف والمقدر بـ 77 سنة، وهذا ما يؤدي إلى زيادة نسبة الإناث في الفئات العمرية المتقدمة، وأيضا الفروقات السلوكية الصحية كالتدخين وتناول الكحول مما يؤدي إلى احتمالية أعلى عند الرجال للإصابة بأمراض القلب والشرابيين وسرطان الرئة، ومنه تنخفض نسبة الذكور في الفئات العمرية المتقدمة.

عموما بما أن التعمر السكاني يتراوح بين 15% وأقل من 60% فإن سكان سطيف يعدون ناضجين خلال الفترة من 1998 إلى 2022 باستثناء سكان سطيف الذكور سنة 1998 فإنهم يدرجون ضمن المجتمع الفتى والشاب.

5/ نسبة الإعالة الديموغرافية لسكان سطيف 1998 - 2022:

إن نسبة الإعالة توضح التركيب العمري للسكان، حيث يدل ارتفاعها على تركيب عمري فتى وانخفاضها على تركيب عمري معمر.

إن نسبة الإعالة الديموغرافية تقوم على أساس أن كل فرد في المجتمع إما مُعال أو مُعيل، وإذا نظرنا إلى توزيع السكان حسب فئات العمر الكبرى فتعتبر فئة صغار السن (أقل من 15 سنة) وفئة كبار السن (60 سنة فأكثر) فئتين مُعاليتين، في حين تعد فئة متوسطو السن هي الفئة المُعيلة، وارتفاع نسبة الإعالة الديموغرافية تبرز زيادة العبء الذي يتحمله المُعيلون لغيرهم من صغار وكبار السن. وقد تتفاوت نسبة الفئة المُعيلة والمُعالة بين الدول المتقدمة والدول النامية، ويرجع ذلك لعدة أسباب لعل أهمها تأثر هذين الفئتين بالظواهر الديموغرافية

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998-2022

كالمواليد، الوفيات والهجرة. فالدول النامية تتميز بفئة صغار السن الشاسعة نظرا لارتفاع معدلات المواليد، وبالتالي ترتفع نسبة إعالة صغار السن فيها. في حين تتسع فئة كبار السن في الدول المتقدمة بسبب الرعاية الصحية الجيدة المؤدية لارتفاع أمل الحياة فيها، وهذا ينتج عنه ارتفاع في نسبة إعالة كبار السن بهذه الدول.

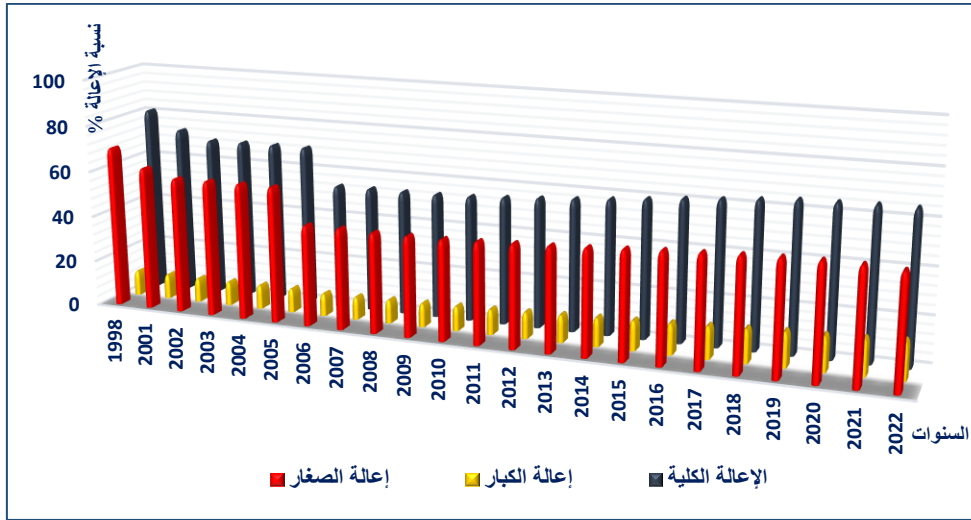
الجدول (4-11): نسبة الإعالة الديموغرافية لسكان سطيف 1998-2022

السنوات	0-14	15-59	60+	إعالة صغار السن %	إعالة كبار السن %	الإعالة الكلية %
1998	507968	723943	79199	70,17	10,94	81,11
2001	509034	815356	87240	62,43	10,70	73,13
2002	500701	848885	89116	58,98	10,50	69,48
2003	511189	864381	90855	59,14	10,51	69,65
2004	520964	880826	92659	59,14	10,52	69,66
2005	520964	880826	92659	59,14	10,52	69,66
2006	443687	1009879	99821	43,93	9,88	53,82
2007	423502	963045	95789	43,98	9,95	53,92
2008	421786	968169	99292	43,57	10,26	53,82
2009	437440	1003942	103790	43,57	10,34	53,91
2010	446723	1024029	109403	43,62	10,68	54,31
2011	461273	1045122	115654	44,14	11,07	55,20
2012	474258	1060214	121603	44,73	11,47	56,20
2013	486956	1076973	128687	45,22	11,95	57,16
2014	501648	1093446	136205	45,88	12,46	58,33
2015	519406	1109780	143760	46,80	12,95	59,76
2016	536952	1126256	151732	47,68	13,47	61,15
2017	551614	1143023	160374	48,26	14,03	62,29
2018	567310	1160148	169402	48,90	14,60	63,50
2019	581888	1177605	178869	49,41	15,19	64,60
2020	593124	1195209	182605	49,63	15,28	64,90
2021	600840	1213284	191003	49,52	15,74	65,26
2022	606417	1244668	205630	48,72	16,52	65,24

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات ONS و DPSB

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

الشكل (4-10): نسبة الإعاقة الديموغرافية لسكان سطيف 1998-2022



المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات ONS و DPSB

نلاحظ من خلال الجدول (4-11) والشكل (4-10) اللذان يعرضان تطور نسب الإعاقة الديموغرافية

لسكان سطيف من 1998 إلى 2022 ما يلي:

- شهدت نسبة إعاقة صغار السن في سطيف انخفاض من 70.17% سنة 1998 إلى 48.72% سنة 2022 بفارق نقصان قدره 21.45%، وهذا يبرز تحسن في الظروف التي تقلل من حاجة صغار السن إلى الإعاقة من قبل غيرهم، سواءً كانت هذه الظروف اقتصادية أو تعليمية أو اجتماعية.

- عرفت نسبة إعاقة كبار السن في سطيف ارتفاع من 10.94% سنة 1998 إلى 16.52% سنة 2022 بفارق زيادة قدره 5.58%، هذا الارتفاع يشير إلى أن ولاية سطيف أصبحت تواجه صعوبات مرتبطة بزيادة نسبة كبار السن من 6.04% سنة 1998 إلى 10% سنة 2022 والذين يحتاجون إلى إعاقة لتلبية احتياجاتهم المرتفعة، وقد تكون هذه الزيادة ناتجة عن تحسن الأوضاع الصحية في سطيف التي بدورها أدت إلى ارتفاع أمل الحياة.

- سجلت نسبة الإعاقة الكلية في سطيف انخفاض من 81.11% سنة 1998 إلى 65.24% سنة 2022 بفارق نقصان قدره 15.87%، وهذا يعني أن سكان سطيف أصبحوا أكثر قدرة على تأمين احتياجاتهم بأنفسهم سواءً من خلال تحسن الأجور أو زيادة فرص العمل والتوظيف.

وفي حال المقارنة بين المستويين المحلي (سطيف) والوطني فإن:

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

• نسبة إعالة صغار السن في الوطن انخفضت من 63.57% سنة 1998 حسب الحساب الشخصي بناءً على بيانات (ONS, 2013, p. 36) إلى 51.7% سنة 2022، (ONS, 2024, p. 6) بينما في سطيف انخفضت النسبة بشكل أقل من 70.17% سنة 1998 إلى 48.72% سنة 2022، وهذا يعني أن المستوى الوطني شهد تحسن كبير في تقليص نسبة الإعالة لصغار السن بالمقابل في سطيف التي ظل التقليل فيها أقل، وهذا يدل على أن الوضع في سطيف مازال يواجه صعوبات تؤدي إلى نسبة أعلى من إعالة صغار السن مقارنة بالوطن.

• إن نسبة إعالة كبار السن في الوطن عرفت زيادة كبيرة من 11.54% سنة 1998 حسب الحساب الشخصي بناءً على بيانات (ONS, 2013, p. 36) إلى 17.2% سنة 2022، (ONS, 2024, p. 6) في المقابل ارتفعت هذه النسبة في سطيف من 10.94% سنة 1998 إلى 16.52% سنة 2022، مما يدل على زيادة في إعالة كبار السن في سطيف ولكن بوتيرة أقل مقارنة بالوطن. وقد تعود الزيادة الكبيرة في هذه النسبة بالوطن إلى زيادة في عدد كبار السن أو تحسن في الأوضاع الصحية الذي أدى إلى ارتفاع أمل الحياة، أما الزيادة الأقل في سطيف قد تعود إلى أن ولاية سطيف لم تستفيد القدر الكافي من التحسينات التنموية أو بسبب الرعاية الصحية المرتفعة لكبار السن.

• إن نسبة الإعالة الكلية في الوطن انخفضت من 75.11% سنة 1998 حسب الحساب الشخصي بناءً على بيانات (ONS, 2013, p. 36) إلى 68.9% سنة 2022، (ONS, 2024, p. 6) في المقابل انخفضت أيضا النسبة في سطيف لكن بوتيرة أكبر من 81.11% سنة 1998 إلى 65.24% سنة 2022، وهذا يدل على أن التحسن في الإعالة بسطيف كان أكبر مقارنة بالوطن، وقد يعود هذا التحسن الأكبر لوجود تطورات اقتصادية واجتماعية في سطيف ساعدت في تقليل الاعتماد على القوى العاملة من قبل الأفراد غير العاملين سواء كانوا كبار سن أو أطفالا.

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

III. التركيب النوعي لسكان سطيف 1998 - 2022:

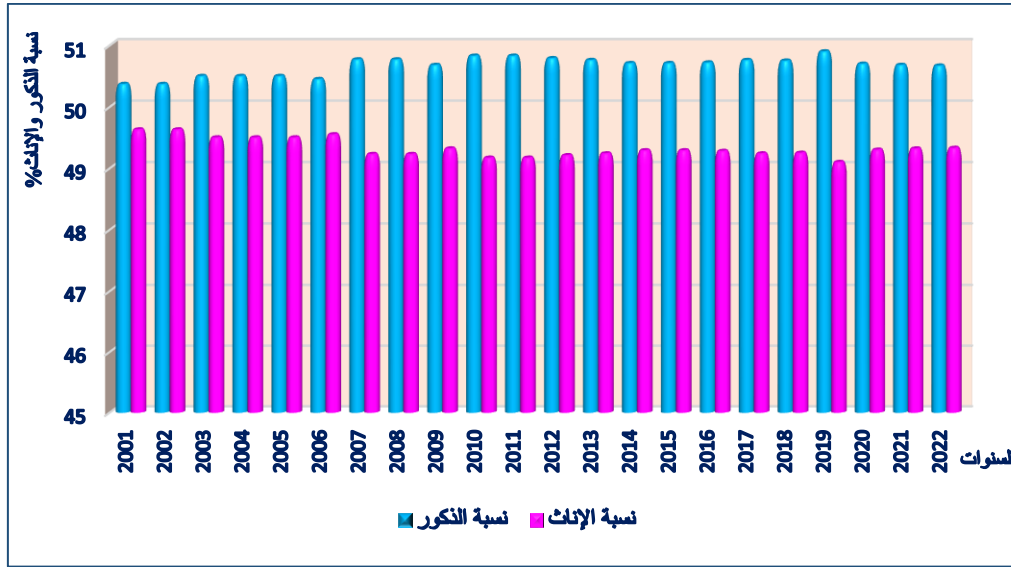
1/ تطور نسبة سكان سطيف حسب النوع 2001 - 2020:

الجدول (4-12): تطور نسبة سكان سطيف حسب النوع 2001 - 2022

النسب %	عدد السكان	النوع	السنوات	النسب %	عدد السكان	النوع	السنوات
50.79	844076	ذكور	2012	50.37	710985	ذكور	2001
49.21	817722	إناث		49.63	700645	إناث	
50.76	862722	ذكور	2013	50.37	724626	ذكور	2002
49.24	837016	إناث		49.63	714076	إناث	
50.71	882333	ذكور	2014	50.50	740445	ذكور	2003
49.29	857688	إناث		49.50	725680	إناث	
50.71	903493	ذكور	2015	50.50	754747	ذكور	2004
49.29	878104	إناث		49.50	739702	إناث	
50.72	924969	ذكور	2016	50.50	754747	ذكور	2005
49.28	898833	إناث		49.50	739702	إناث	
50.76	947359	ذكور	2017	50.45	783684	ذكور	2006
49.24	919126	إناث		49.55	769703	إناث	
50.75	968296	ذكور	2018	50.77	752619	ذكور	2007
49.25	939783	إناث		49.23	729717	إناث	
50.90	986555	ذكور	2019	50.77	756434	ذكور	2008
49.10	951808	إناث		49.23	733545	إناث	
50.70	1007603	ذكور	2020	50.68	783144	ذكور	2009
49.30	979754	إناث		49.32	762028	إناث	
50.68	1024614	ذكور	2021	50.83	256803	ذكور	2010
49.32	997073	إناث		49.17	776898	إناث	
50.67	1042983	ذكور	2022	50.83	824527	ذكور	2011
49.33	1015260	إناث		49.17	797524	إناث	

المصدر: من إعداد الباحثة بناءً على بيانات ONS و DPSB

الشكل (4-11): تطور نسبة سكان سطيف حسب النوع 2001-2022



المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات ONS و DPSB

نلاحظ من خلال الجدول (4-12) والشكل (4-11) اللذان يظهران تطور نسبة سكان سطيف حسب النوع من 2001 إلى 2022 أن نسبة الذكور ارتفعت من 50.37% سنة 2001 إلى 50.67% سنة 2022، في المقابل انخفضت نسبة الإناث من 49.63% سنة 2001 إلى 49.33% سنة 2022، وهذا قد يرجع لأسباب اقتصادية منها أن ولاية سطيف تعتبر قطب تجاري وصناعي مما يجعلها تجذب السكان إليها خاصة من فئة الذكور. أو قد تكون لأسباب اجتماعية كالدراسة. كما يتضح أن نسبة الذكور شهدت ارتفاع بسيط خلال الفترة من 2001 إلى 2005، أما من سنة 2006 إلى 2017 كانت متذبذبة بين الارتفاع والانخفاض، بينما تراجع نسبة الذكور منذ 2019، وقد يعود هذا التذبذب والتراجع إلى أن معدل زيادة الإناث أكبر من معدل زيادة الذكور فعلى سبيل المثال ارتفع عدد الإناث من 739702 سنة 2005 إلى 769703 سنة 2006 بمعدل زيادة قدره 4.06%، وفي المقابل ارتفع عدد الذكور من 754747 سنة 2005 إلى 783684 سنة 2006 بمعدل زيادة قدره 3.83% وهو أقل من معدل زيادة الإناث. لكن على الرغم من ذلك، بقيت نسبة الذكور أكثر مقارنة بنسبة الإناث في كافة السنوات.

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

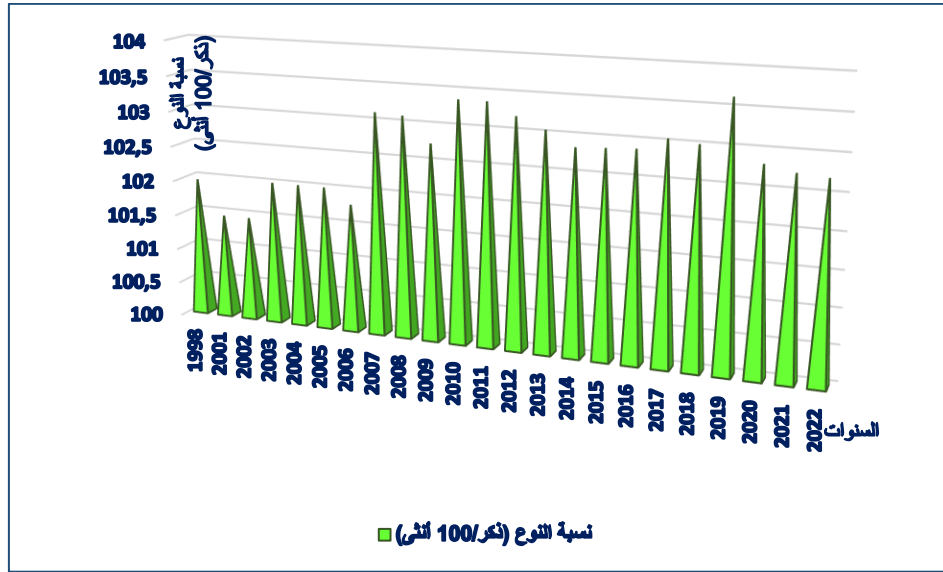
2/ تطور نسبة النوع لسكان سطيف 1998 - 2022:

الجدول (4-13): تطور نسبة النوع لسكان سطيف 2001 - 2022

نسبة النوع (ذكر/100 أنثى)	إناث	ذكور	السنوات
101,98	649277	662135	1998
101,48	700645	710985	2001
101,48	714076	724626	2002
102,03	725680	740445	2003
102,03	739702	754747	2004
102,03	739702	754747	2005
101,82	769703	783684	2006
103,14	729717	752619	2007
103,12	733545	756434	2008
102,77	762028	783144	2009
103,39	776898	803256	2010
103,39	797524	824527	2011
103,22	817722	844076	2012
103,07	837016	862722	2013
102,87	857688	882333	2014
102,89	878104	903493	2015
102,91	898833	924969	2016
103,07	919126	947359	2017
103,03	939783	968296	2018
103,65	951808	986555	2019
102,84	979754	1007603	2020
102,76	997073	1024614	2021
102,73	1015260	1042983	2022

المصدر: من إعداد الباحثة بناءً على بيانات DPSB

الشكل (4-12): تطور نسبة النوع لسكان سطيف 2001-2022



المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات ONS و DPSB

نلاحظ من خلال الجدول (4-13) والشكل (4-12) اللذان يوضحان تطور نسبة النوع في سطيف من 1998 إلى 2022 أن هذه النسبة شهدت تذبذب وتراوحت بين 101.48 و 103.39 نكر لكل 100 أنثى، مما يعني أن عدد الذكور في الولاية يفوق عدد الإناث. وعند تحليل نسبة النوع عبر فترات زمنية، نلاحظ ما يلي:

- من 1998 إلى 2006: عرفت نسبة النوع خلال هذه الفترة تذبذب وتراوحت بين 101.48 و 102.03 نكر لكل 100 أنثى، أي أن عدد الذكور تجاوز عدد الإناث لكن بتفاوت بسيط.
- من 2007 إلى 2016: رغم أن نسبة النوع ظلت في تذبذب خلال هذه الفترة لكنها شهدت ارتفاع مقارنة بالفترة السابقة، وتراوحت بين 102.77 نكر لكل 100 أنثى سنة 2009 و 103.39 نكر لكل 100 أنثى سنتي 2010 و 2011 وهذه الأخيرة تعد أعلى نسبة سجلتها الولاية خلال كامل مدة الدراسة، وقد يرجع هذا الارتفاع إلى أن معدلات الولادة للذكور أكبر مقارنة بمعدلات ولادة الإناث أو هجرة الذكور إلى الولاية كانت أكثر أو هجرة الإناث من سطيف إلى ولايات أخرى.

- من 2017 إلى 2022: عرفت نسبة النوع انخفاض متسلسل من 103.07 نكر لكل 100 أنثى سنة 2017 إلى 102.73 نكر لكل 100 أنثى سنة 2022 باستثناء سنة 2019، وقد يدل هذا الانخفاض على أن زيادة عدد الإناث كانت أكبر من زيادة عدد الذكور، فعلى سبيل المثال ارتفع عدد الإناث من 919126 سنة 2017

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998-2022

إلى 105260 سنة 2022 بمعدل زيادة قدره 10.46%، في المقابل ارتفع عدد الذكور من 947359 سنة 2017 إلى 1042983 سنة 2022 بمعدل زيادة 10.09%. وقد يرجع هذا الانخفاض في نسبة النوع إلى ارتفاع أمل الحياة لدى الإناث مقارنة بأمل الحياة لدى الذكور، فمثلا في سنة 2022 كان أمل الحياة للذكور 77 سنة مقابل 80 سنة للإناث.

عند المقارنة بين الولاية والوطن في نسبة النوع سنة 2022، نجد أن هذه النسبة في الوطن هي 104.20 ذكر لكل 100 أنثى (ONS, 2024, p. 6) تفوق نسبة النوع في ولاية سطيف المقدر بـ 102.73 ذكر لكل 100، مما يدل على أن عدد الذكور في الوطن يطغى على عدد الإناث بدرجة أعلى مقارنة بالولاية. أما إذا نظرنا إلى نسبة النوع في العالم المقدر بـ 101.26 ذكر لكل 100 أنثى سنة 2022 نجد أن عدد الذكور في الولاية يتجاوز عدد الإناث بمقدار أعلى مقارنة بالعالم.

مما سبق، يتضح أن نسبة النوع في سطيف من 1998 إلى 2022 رغم تذبذبها عبر السنوات إلا أنها توافقت مع نسبة النوع في حالتها الطبيعية والمقدرة بـ 105 ذكر لكل 100 أنثى، أي أن ولاية سطيف تمتاز بمجتمع ذكوري، وقد يرجع ذلك لأسباب عدة منها الاقتصادية كالعامل أو الاجتماعية كالهجرة والدراسة أو حتى الثقافية.

الجدول (4-14): نسبة النوع لسكان سطيف حسب الفئات العمرية الكبرى 1998-2022

نسبة النوع (ذكر/100 أنثى)	عدد السكان		السنوات	نسبة النوع (ذكر/100 أنثى)	عدد السكان		الفئات العمرية	السنوات
	الإناث	الذكور			الإناث	الذكور		
104	232222	242036	2012	104	249003	258965	0-14	1998
103	521542	538672		102	359213	364730	15-59	
101	60542	61061		94	40865	38334	60et+	
104	238450	248506	2013	103	250582	258452	0-14	2001
103	529826	547147		102	403756	411600	15-59	
101	64093	64594		88	46307	40933	60 et+	
104	245728	255920	2014	103	246429	254272	0-14	2002
103	537937	555509		101	422137	426748	15-59	
101	67876	68329		96	45510	43606	60 et+	
104	254213	265193	2015	103	251366	259823	0-14	2003
103	545933	563847		102	428317	436064	15-59	
101	71608	72152		96	46297	44558	60 et+	

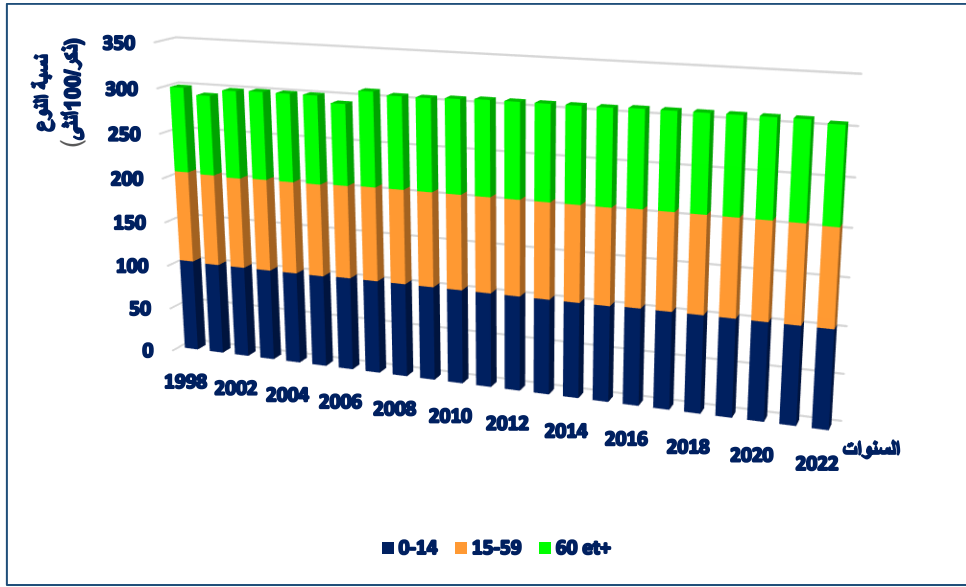
الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

105	262355	274597	2016	103	256173	264791	0-14	2004
103	553967	572289		102	436313	444513	15-59	
101	75553	76179		96	47216	45443	60 et+	
105	268918	282696	2017	103	256173	264791	0-14	2005
103	562194	580829		102	436313	444513	15-59	
101	79824	80550		96	47216	45443	60 et+	
105	276787	290523	2018	104	217672	226015	0-14	2006
103	570556	589592		102	499074	510805	15-59	
101	84331	85071		88	52957	46864	60 et+	
105	283753	298135	2019	104	207743	215759	0-14	2007
103	579056	598549		103	474612	488433	15-59	
101	88998	89871		102	47362	48427	60 et+	
105	289472	303652	2020	104	206763	215023	0-14	2008
103	587606	607603		103	476514	491655	15-59	
101	90664	91941		99	49776	49516	60 et+	
105	293149	307691	2021	104	214436	223004	0-14	2009
103	596373	616911		103	494122	509820	15-59	
101	94977	96026		99	52042	51748	60 et+	
105	295756	310661	2022	104	218684	228039	0-14	2010
102	615376	629292		103	503626	520403	15-59	
99	103103	102527		100	54590	54813	60 et+	
				104	225622	235651	14-0	2011
				103	514070	531052	59-15	
				101	57638	58016	60et+	

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات ONS و DPSB

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

الشكل (4-13): نسبة النوع لسكان سطيف حسب الفئات العمرية الكبرى 1998 - 2022



المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات ONS و DPSB

نلاحظ من خلال الجدول (4-14) والشكل (4-13) اللذان يوضحان تطور نسبة النوع لسكان

سطيف حسب الفئات العمرية الكبرى من 1998 إلى 2022 ما يلي:

• نسبة النوع لدى فئة صغار السن (0-14 سنة):

شهدت نسبة النوع في هذه الفئة العمرية تراجع من 104 سنة 1998 إلى 103 ذكر لكل 100 أنثى سنة 2001، وهذا يعني أن عدد الإناث ارتفع من 249003 سنة 1998 إلى 250582 سنة 2001 بمعدل زيادة قدره 0.63%، في المقابل عرف عدد الذكور انخفاض من 258965 إلى 258452 في نفس الفترة بمعدل نقصان قدره 0.20%، بعدها سجلت النسبة ارتفاع من 103 ذكر لكل 100 أنثى سنة 2001 إلى 105 ذكر لكل 100 أنثى ابتداءً من سنة 2016 إلى غاية 2022، مما يشير إلى أن عدد الذكور كان أعلى مقارنة بالإناث، ومنه يمكن القول بأن ولاية سطيف جسدت نسبة النوع الطبيعية والمتمثلة في أنه كلما يولد 105 ذكور تولد 100 أنثى، أي أن المجتمع متوازن نوعياً في فئة صغار السن.

• نسبة النوع لدى الفئة النشطة (15-59 سنة):

عرفت نسبة النوع في الفئة العمرية من 15 إلى 59 سنة ارتفاع من 102 إلى 103 ذكر لكل 100 أنثى في المدة من 1998 إلى 2022 باستثناء سنة 2002 والتي انخفضت فيها النسبة إلى 101 بعد أن

كانت 102 سنة 2001، كما تراجعَت النسبة أيضا في سنة 2022 إلى 102، وذلك نتيجة ارتفاع المقدار الذي زاد به عدد الإناث مقارنة بالذكور. ففي سنة 2021 ارتفع عدد الإناث من 596373 إلى 615376 سنة 2022 بمعدل زيادة قدره 3.19%، كما شهد عدد الذكور ارتفاعا من 616911 إلى 639292 في نفس الفترة بمعدل زيادة قدره 2.01% لكنه أقل مقارنة بالإناث. وقد يعود التراجع في نسبة النوع في سنتي 2002 و 2022 إلى أن سطيف شهدت هجرة من قبل الذكور إلى خارج الولاية أو أنها استقطبت أعداد كبيرة من الإناث. وعلى الرغم من هذه التغيرات والتطورات التي حصلت لكلا الجنسين ظل عدد الذكور أعلى مقارنة بعدد الإناث، مما يشير إلى أن البنية النوعية بقيت محافظة على شكلها العام لدى الفئة النشطة.

• نسبة النوع لدى فئة كبار السن (60 سنة فأكثر):

تراوحت نسبة النوع بين 88 و 102 ذكر لكل 100 أنثى، وقد كانت في أغلب السنوات ابتداءً من سنة 2007 والفترة من 2010 إلى غاية 2021 بين 100 و 102 ذكر لكل 100 أنثى، وهذا يعني أن عدد الذكور تجاوز عدد الإناث وقد يكون ذلك نتيجة لارتفاع أمل الحياة لدى الذكور مقارنة بالإناث. أما باقي السنوات من 1998 إلى 2006 وفي سنة 2022 فقد تراوحت نسبة النوع بين 88 و 96 ذكر لكل 100 أنثى، أي أن عدد كبار السن من النساء يفوق عدد كبار السن من الرجال وهذا تماشى مع الحالة العامة التي ترى بأن توقع الحياة للإناث أكبر مقارنة بالذكور.

من خلال ما ورد، يتبين أنه رغم ارتفاع نسبة النوع في الفئات العمرية الكبرى خلال الفترة من 1998 إلى 2022 إلا أن فئة صغار السن والفئة النشطة ظلت تشير إلى أن عدد الذكور يفوق عدد الإناث، أي أن البنية النوعية حافظت على شكلها العام في هاتين الفئتين، في المقابل نجد أن فئة كبار السن عرفت تغير في الشكل العام للبنية النوعية، حيث كانت في الفترة من 1998 إلى 2002 وفي سنة 2022 عدد الإناث أعلى مقارنة بالذكور ثم تغيرت إلى العكس في سنة 2007 وفي الفترة من 2010 إلى 2021. عموما، يمكن القول بأن كل هذه التغيرات التي طرأت في نسبة النوع تدل على تحول في التركيبة النوعية حيث أصبح مجتمع سطيف يغلب عليه جنس الذكور في كافة فئاته العمرية الكبرى.

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

3/ مستوى دقة بيانات النوع لسكان سطيف 1998 - 2022:

3-1/ تحليل نسبة النوع لسكان سطيف 1998 - 2022:

الجدول (4-15): تحليل نسبة النوع لسكان سطيف 1998 - 2022

2022		2008		1998		السنوات
الفروق المتتالية	نسبة النوع %	الفروق المتتالية	نسبة النوع %	الفروق المتتالية	نسبة النوع %	الفئات العمرية
/	105,26	/	105,35	/	104,22	4-0
-0,17	105,08	-2,93	102,42	-0,38	103,84	09-05
-0,35	104,73	1,52	103,95	0,13	103,97	14-10
-0,56	104,17	-0,27	103,68	-0,60	103,37	15-19
-1,53	102,64	0,86	104,54	-0,83	102,55	20-24
0,13	102,77	1,38	105,92	-0,15	102,40	25-29
0,31	103,08	-2,75	103,17	-0,70	101,70	30-34
0,03	103,11	-3,32	99,85	1,21	102,91	35-39
-0,66	102,45	-0,66	99,18	-3,82	99,09	40-44
-1,37	101,08	0,17	99,35	5,88	104,98	45-49
-1,64	99,44	4,37	103,72	-13,55	91,43	50-54
-1,16	98,29	3,21	106,93	-2,41	89,02	55-59
0,32	98,61	-8,29	98,64	1,29	90,31	60-64
-1,83	96,78	-1,83	96,81	8,11	98,42	65-69
1,33	98,11	1,33	98,15	-6,14	92,28	70-74
7,66	105,77	7,66	105,81	9,54	101,82	75-79
-4,33	101,44	-4,33	101,48	-13,69	88,13	80et+

المصدر: من إعداد الباحثة بناءً على بيانات DPSB

نلاحظ من خلال الجدول (4-15) الذي يوضح تحليل نسبة النوع لسكان سطيف في سنة 1998،

2008 و 2022 ما يلي:

- سنة 1998: تراوحت نسبة النوع في هذه السنة بين 88.13 و 104.98 ذكر لكل 100 أنثى، وابتداءً من الفئة 4-0 سنة إلى غاية الفئة 35-39 سنة وإضافة لفئتي 45-49 سنة و 75.79 سنة كانت نسبة النوع محصورة بين 101.70 و 104.98 ذكر لكل 100 أنثى، أي أنها تشير إلى وجود توازن نوعي في هذه الفئات، وقد يرجع ذلك في الفئات العمرية الصغيرة إلى أن الذكور يولدون بأعداد تفوق الإناث (نسبة النوع عند الميلاد

105 ذكر لكل 100 أنثى). أما في الفئات الشابة ربما يعود إلى استقطاب الولاية للذكور بأعداد تتجاوز الإناث سواءً كان للدراسة أو العمل خاصة وأن سطيف ولاية صناعية وتجارية، وفيما يخص الفئات العمرية المتقدمة فيمكن أن يبرر ذلك بتدهور الحالة الصحية للنساء في الفئة 75-79 سنة مقارنة بالذكور. أما في باقي الفئات العمرية الأخرى والمتمثلة في الفئة 40-44 سنة، والفئات من 50-54 سنة إلى 70-74 سنة والفئة 80 سنة فأكثر كانت نسبة النوع تتراوح بين 88.13 و 99.09 ذكر لكل 100 أنثى وهذا يدل على غياب التوازن النوعي وأن عدد الإناث يفوق عدد الذكور. فيما يخص الفئات العمرية الشابة من الممكن تفسير هذه النسبة على أنها نتيجة لارتفاع معدلات الوفيات لدى الذكور والتي قد تكون بسبب حوادث العمل أو السفر وغيرها، أما في الفئات العمرية المتقدمة قد تبرر نسبة النوع بأنها انعكاس لارتفاع أمل الحياة لدى الإناث مقارنة بالذكور وما يعزز هذا التفسير أقوال بعض العلماء بأن ثمانية من كل عشرة معمرين هم من النساء.

• سنة 2008: تراوحت نسبة النوع سنة 2008 بين 96.81 و 106.93 ذكر لكل 100 أنثى، حيث ارتفعت حدود هذا المجال مقارنة بسنة 1998 وهذا ما يعكس أن سنة 2008 عرفت توازن نوعي أكثر من 1998. من جهة شهدت هذه النسبة توازن نوعي في الفئات العمرية من 0-4 سنة إلى 30-34 سنة وفي الفئتين من 50-54 سنة إلى 55-59 سنة وأيضاً من 75-79 سنة إلى 80 سنة فأكثر، ويمكن أرجاع ذلك في الفئة صغيرة السن إلى ارتفاع المواليد من الذكور مقارنة بالإناث، أما في الفئات النشطة إلى الهجرة وفي الفئات المسنة إلى ارتفاع أمل الحياة لدى الذكور مقارنة بالإناث وبسنة 1998. من جهة أخرى غاب التوازن النوعي في بعض الفئات وهي من 35-39 سنة إلى 45-49 سنة ومن 60-64 سنة إلى 70-74 سنة وقد يعود ذلك في الفئات الشابة إلى انخفاض معدلات وفيات الأمهات أو ارتفاع معدلات الوفيات لدى الرجال، أما فيما يخص الفئات المسنة قد يفسر ذلك بارتفاع توقع الحياة لدى النساء مقارنة بالذكور.

• سنة 2022: تراوحت نسبة النوع في هذه السنة بين 96.78 و 105.77 ذكر لكل 100 أنثى، من جانب عرفت هذه النسبة توازن نوعي في الفئات من 0-4 إلى 45-49 سنة و 75-79 سنة إلى 80 سنة فأكثر، وقد يرجع ذلك في الفئات الصغيرة السن إلى ارتفاع معدلات مواليد الذكر، أما في الفئتين الشابة المسنة يمكن تفسير ذلك بأن الوفيات بسبب كوفيد-19 مست جنس النساء أكثر مقارنة بالرجال. ومن جانب آخر غاب التوازن النوعي في بعض الفئات وهي من 50-54 سنة إلى 70-74 سنة، وقد يعود ذلك لارتفاع معدلات الوفيات الناجمة عن كورونا عند الرجال أكثر مقارنة بالنساء في هذه الفئات العمرية.

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

مما سبق، يتضح أن سكان سطيف من 1998 إلى 2008 ثم إلى غاية 2022 يتجهون إلى توازن نوعي في أغلب الفئات العمرية.

يمكن الاستناد إلى مقياس نسبة النوع من خلال حساب متوسط مجموع الفروق المتتالية لنسبة النوع، وكلما كانت القيمة المتحصل عليها من هذا المقياس أقل دل ذلك على أن بيانات النوع دقيقة.

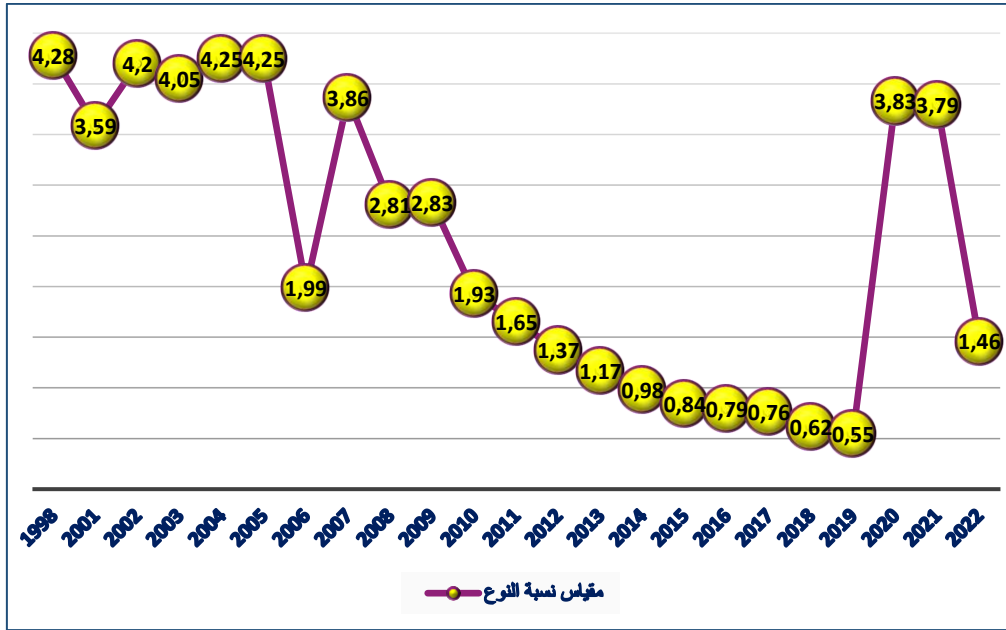
الجدول (4-16): مقياس نسبة النوع لسكان سطيف 1998 - 2022

مقياس نسبة النوع		
مقياس نسبة النوع	مجموع الفروق المتتالية لنسبة النوع (بالقيمة المطلقة)	السنوات
4,28	68,42	1998
3,59	43,05	2001
4,20	50,45	2002
4,05	48,56	2003
4,25	50,96	2004
4,25	50,96	2005
1,99	23,83	2006
3,86	46,29	2007
2,81	44,90	2008
2,83	45,23	2009
1,93	23,20	2010
1,65	19,77	2011
1,37	16,39	2012
1,17	14,00	2013
0,98	11,75	2014
0,84	10,05	2015
0,79	9,46	2016
0,76	9,14	2017
0,62	7,45	2018
0,55	6,61	2019
3,83	61,23	2020
3,79	60,68	2021
1,46	23,39	2022

المصدر: من إعداد الباحثة بناءً على بيانات ONS و DPSB

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

الشكل (4-14): مقياس نسبة النوع لسكان سطيف 1998-2022



المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات ONS و DPSB

نلاحظ من خلال الجدول (4-16) والشكل (4-14) اللذان يظهران تطور مقياس نسبة النوع لسكان

سطيف خلال الفترة من 1998 إلى 2022 ما يلي:

من 1998 إلى 2005 كان مقياس نسبة النوع مرتفع مما يدل على أن بيانات النوع تعاني من أخطاء، قد تكون نتيجة للعادات والتقاليد كأن يرفض الأشخاص المستجابين الإذلاء بعدد الإناث أو الذكور، أما من 2007 إلى 2009 ومن 2020 إلى 2021 فإن المقياس شهد انخفاض طفيف لكنه ظل يشير على وجود أخطاء في بيانات النوع إلا أنها بدرجة أقل مقارنة بالسنوات السابقة، وقد يرجع السبب لنقص في التسجيل لأحد الطرفين. بينما عرف مقياس نسبة النوع في الفترة من 2010 إلى 2019 وفي سنة 2022 تراجع وهذا يعني أن بيانات النوع لا تشوبها أخطاء.

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998-2022

4/ الفجوة النوعية ومؤشر التكافؤ لسكان سطيف 1998-2022:

الجدول (4-17): حجم الفجوة النوعية ومؤشر التكافؤ لنسبة الإناث والذكور حسب الفئات العمرية الكبرى 1998-2022

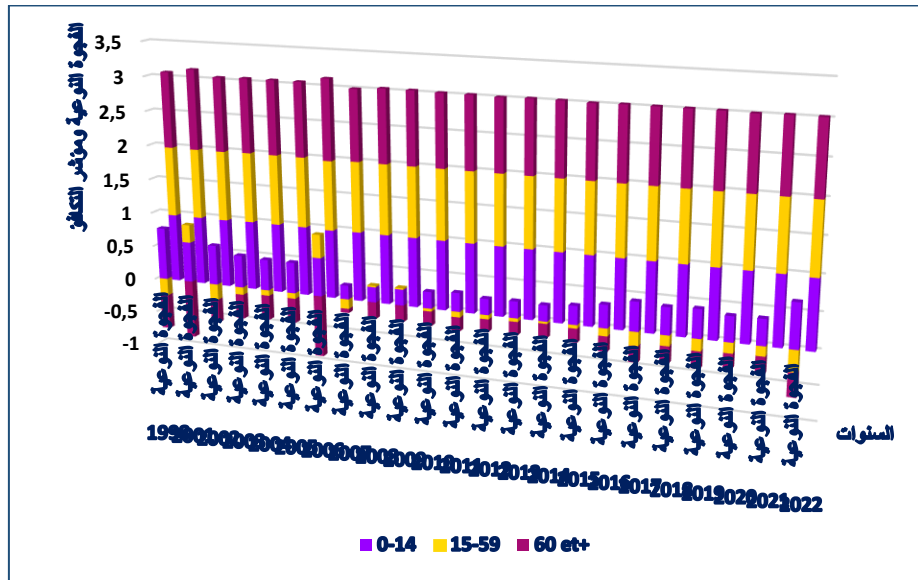
السنوات	الفئات	الفجوة النوعية	مؤشر التكافؤ	السنوات	الفئات	الفجوة النوعية	مؤشر التكافؤ
1998	0-14	0,76	0,98	2012	0-14	0,23	0,99
	15-59	-0,25	1,00		15-59	-0,06	1,00
	60et+	-0,51	1,09		60 et+	-0,18	1,02
2001	0-14	0,59	0,98	2013	0-14	0,24	0,99
	15-59	0,26	1,00		15-59	-0,05	1,00
	60 et+	-0,85	1,15		60 et+	-0,19	1,03
2002	0-14	0,58	0,98	2014	0-14	0,23	0,99
	15-59	-0,23	1,00		15-59	-0,03	1,00
	60 et+	-0,35	1,06		60et+	-0,20	1,03
2003	0-14	0,47	0,99	2015	0-14	0,27	0,99
	15-59	-0,11	1,00		15-59	-0,05	1,00
	60 et+	-0,36	1,06		60 et+	-0,20	1,02
2004	0-14	0,45	0,99	2016	0-14	0,33	0,99
	15-59	-0,08	1,00		15-59	-0,11	1,00
	60 et+	-0,36	1,06		60 et+	-0,22	1,03
2005	0-14	0,45	0,99	2017	0-14	0,42	0,99
	15-59	-0,08	1,00		15-59	-0,2	1,00
	60 et+	-0,36	1,06		60 et+	-0,23	1,03
2006	0-14	0,56	0,98	2018	0-14	0,39	0,99
	15-59	0,34	0,99		15-59	-0,15	1,00
	60 et+	-0,9	1,15		60 et+	-0,24	1,03
2007	0-14	0,2	0,99	2019	0-14	0,41	0,99
	15-59	-0,14	1,00		15-59	-0,17	1,00
	60 et+	-0,06	1,01		60 et+	-0,24	1,03
2008	0-14	0,22	0,99	2020	0-14	0,36	0,99
	15-59	0,02	1,00		15-59	-0,15	1,00
	60 et+	-0,24	1,04		60 et+	-0,21	1,02
2009	0-14	0,23	0,99	2021	0-14	0,37	0,99
	15-59	0,02	1,00		15-59	-0,14	1,00
	60 et+	-0,24	1,04		60 et+	-0,24	1,03

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998-2022

0,98	0,64	0-14	2022	0,99	0,24	0-14	2010
1,01	-0,31	15-59		1,00	-0,04	15-59	
1,03	-0,34	60 et+		1,03	-0,21	60 et+	
				0,99	0,27	0-14	2011
				1,00	-0,08	15-59	
				1,03	-0,20	60 et+	

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات ONS و DPSB

الشكل (4-15): حجم الفجوة النوعية ومؤشر التكافؤ لنسبة الإناث والذكور حسب الفئات العمرية الكبرى 1998-2022



المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات ONS و DPSB

نلاحظ من خلال الجدول (4-17) والشكل (4-15) اللذان يوضحان حجم الفجوة النوعية ومؤشر

التكافؤ لنسبة الإناث والذكور في الفئات العمرية الكبرى من 1998 إلى 2022 ما يلي:

• فئة صغار السن (0-14 سنة):

كانت الفجوة النوعية بين نسبة الإناث والذكور لصالح الذكور على حساب الإناث في كافة السنوات من 1998 إلى 2022، ويمكن تفسير ذلك بأن نسبة النوع عند الميلاد والمتمثلة في كلما ما يولد 105 ذكر تولد 100 أنثى مجسدة في هذه الفئة العمرية، على الرغم من ذلك نلاحظ أنه مع مرور الوقت بدأت الفجوة النوعية في تناقص وهذا يعني أن عدد الإناث بدأ في الارتفاع بالفئة صغار السن مما قد يحدث تحول نوعي في مجتمع سطيف. كما يتضح أن تكافؤ الفرص كان أيضا لصالح الذكور على حساب الإناث طوال مدة الدراسة، وقد يكون ذلك نتيجة لارتفاع معدلات الوفيات لدى الإناث أكثر مقارنة بالذكور في هذه الفئة.

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998-2022

• الفئة النشطة (15-59 سنة):

في هذه الفئة العمرية كانت الفجوة النوعية من 1998 إلى 2009 تارة لصالح الإناث وتارة أخرى لصالح الذكور، أما من سنة 2010 إلى غاية سنة 2022 كانت هذه الفجوة لصالح الإناث على حساب الذكور، ومن المحتمل أن يعود ذلك لعدة أسباب كارتفاع معدلات الوفيات لدى الذكور خاصة في أماكن العمل، أو حوادث الطريق أو تحسن في الرعاية الصحية المقدمة للنساء في هذه الفئة العمرية، رغم أن فرص التكافؤ كانت متساوية لدى الجنسين من 2010 إلى 2021.

• فئة كبار السن (60 سنة فأكثر):

كانت الفجوة النوعية في الفئة المسنة لصالح الإناث على حساب الذكور من 1998 إلى 2022، كما أن فرص التكافؤ كانت تصب أيضا في صالح الإناث، وقد يرجع ذلك إلى ارتفاع أمل الحياة لدى الإناث مقارنة بالذكور لأنه كلما ما تقدم العمر كانت النساء هن الأكثر تعميرا رغم إصابتهن أكثر بالأمراض المزمنة، أو بسبب ارتفاع معدلات الوفيات لدى الرجال المسنين خاصة الذين ينتهجون سلوكيات غير صحية كالتدخين أو تعاطي الكحول.

مما ورد، يمكن أن يتضح من خلال الفجوة النوعية أن ولاية سطيف تمتاز بمجتمع يسوده الذكور أكثر من الإناث في فئة صغار السن. أما في الفئة النشطة يظهر أن مجتمع سطيف شهد تذبذب من 1998 إلى 2009 تارة لصالح الإناث وتارة لصالح الذكور، ومن 2010 إلى 2021 كان المجتمع يطغى عليه الإناث أكثر مقارنة بالذكور. أما في فئة المسنين كان مجتمع سطيف يغلب عليه الطابع النسوي طوال فترة الدراسة.

الجدول (4-18): حجم الفجوة النوعية ومؤشر التكافؤ لمقياس دقة العمر لسكان سطيف 1998-2022:

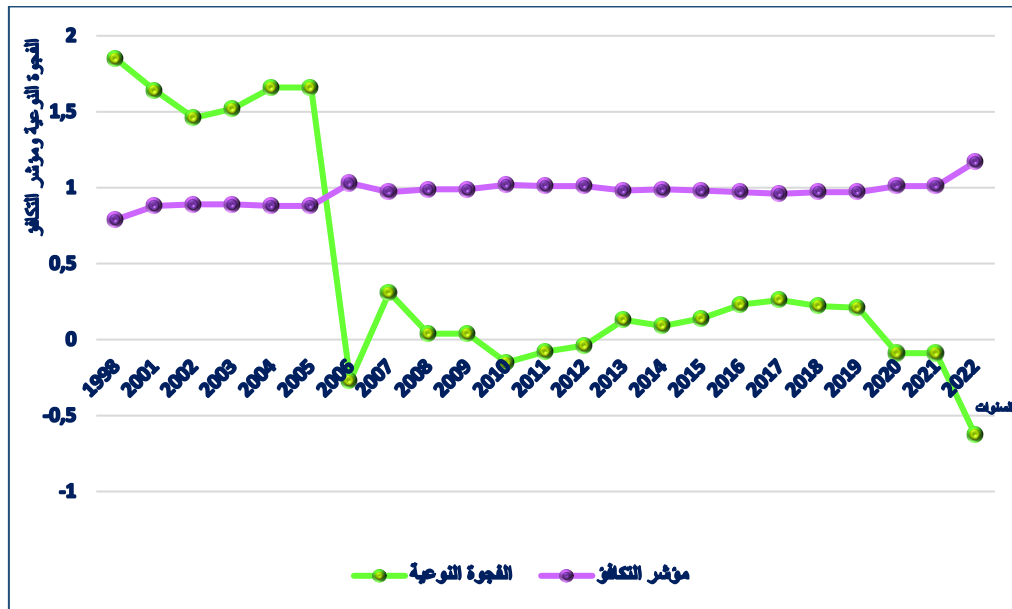
السنوات	مقياس دقة العمر للذكور	مقياس دقة العمر للإناث	الفجوة النوعية	مؤشر التكافؤ
1998	8,80	6,95	1,85	0,79
2001	13,45	11,81	1,64	0,88
2002	13,89	12,43	1,46	0,89
2003	13,89	12,37	1,52	0,89
2004	13,90	12,24	1,66	0,88
2005	13,90	12,24	1,66	0,88
2006	8,01	8,28	-0,27	1,03

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998-2022

0,97	0,31	8,76	9,07	2007
0,99	0,04	6,56	6,60	2008
0,99	0,04	6,70	6,74	2009
1,02	-0,15	8,55	8,40	2010
1,01	-0,08	8,11	8,03	2011
1,01	-0,04	7,76	7,72	2012
0,98	0,13	7,27	7,40	2013
0,99	0,09	7,17	7,26	2014
0,98	0,14	7,01	7,15	2015
0,97	0,23	6,80	7,03	2016
0,96	0,26	6,59	6,85	2017
0,97	0,22	6,41	6,63	2018
0,97	0,21	6,31	6,52	2019
1,01	-0,09	6,34	6,25	2020
1,01	-0,09	6,27	6,18	2021
1,17	-0,63	4,36	3,73	2022

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات ONS و DPSB

الشكل (4-16): حجم الفجوة النوعية ومؤشر التكافؤ لمقياس دقة العمر لسكان سطيف 1998-2022



المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات ONS و DPSB

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998-2022

نلاحظ من خلال الجدول (4-18) والشكل (4-16) اللذان يظهران الفجوة النوعية ومؤشر التكافؤ لمقياس دقة العمر خلال الفترة من 1998 إلى 2022 لسكان سطيف أنه في السنوات من 1998 إلى 2005، ومن 2007 إلى 2009، ومن 2013 إلى غاية 2019 كانت الفجوة النوعية في مقياس دقة العمر لصالح الذكور على حساب الإناث، مما يدل على أن الذكور أكثر دقة في الإدلاء بأعمارهم مقارنة بالإناث، كما أن فرص التكافؤ بين الجنسين للتصريح بأعمارهم كانت لصالح الذكور على حساب الإناث ومن الممكن أن يعود ذلك لأسباب عدة على سبيل المثال، أن العمر المطلوب في توظيف العمل لدى الرجال أعلى منه لدى النساء أو لاعتبارات مجتمعية أو ثقافية كأن تفضل بعض المجتمعات الذكور على الإناث. بينما في السنوات 2006، ومن 2010 إلى 2012 ومن 2020 إلى 2022 كانت الفجوة بين الإناث والذكور في التصريح بأعمارهم لصالح الإناث على حساب الذكور، وهذا يعني أن النساء هن الأكثر دقة في الإدلاء بأعمارهن مقارنة بالذكور، كما أن فرص التكافؤ كانت لصالح الإناث في هذه السنوات وقد يكون ذلك نتيجة لتعزيز مكانة المرأة في المجتمع وزيادة الوعي لدى أفرادها بالأهمية العظمى للمرأة في الحياة، وهذا بدوره أدى إلى تراجع بعض العادات والتقاليد التي كانت تقلل من شأن المرأة. أما أعلى فجوة بين الجنسين في دقة الإدلاء بأعمارهم كانت سنة 1998 بعدها بدأت تتقلص من 2001 إلى 2022 بصرف النظر ما إذا كانت هذه الفجوة لصالح الإناث أو الذكور.

الجدول (4-19): حجم الفجوة النوعية ومؤشر التكافؤ للعمر الوسيط بسطيف 1998-2022

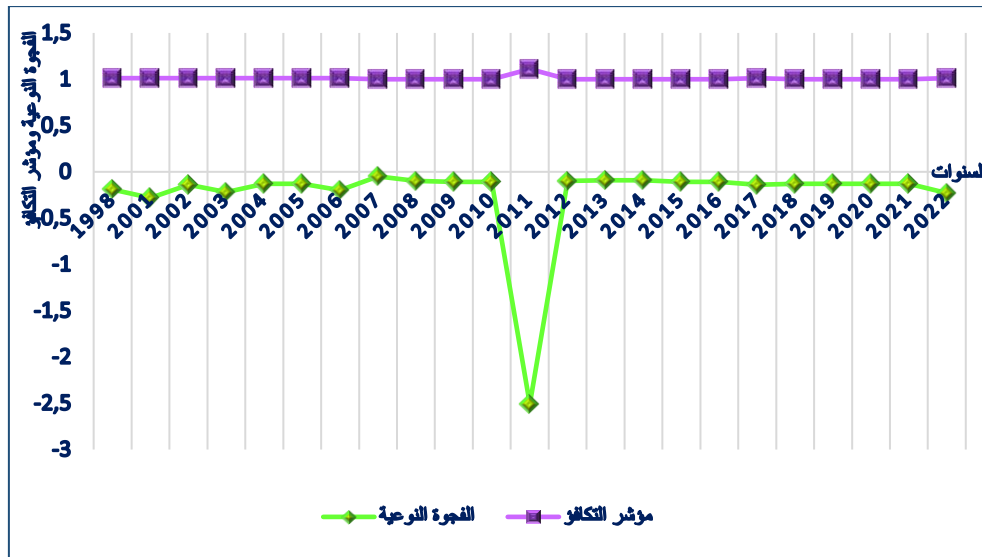
السنوات	العمر الوسيط		مؤشر التكافؤ	الفجوة النوعية
	الذكور	الإناث		
1998	17,90	18,09	1,01	-0,19
2001	20,56	20,84	1,01	-0,28
2002	20,66	20,80	1,01	-0,14
2003	20,66	20,88	1,01	-0,22
2004	20,66	20,79	1,01	-0,13
2005	20,66	20,79	1,01	-0,13
2006	22,49	22,69	1,01	-0,20
2007	22,56	22,61	1,00	-0,05
2008	22,75	22,85	1,00	-0,10
2009	22,75	22,86	1,00	-0,11
2010	22,92	23,03	1,00	-0,11
2011	23,06	25,57	1,11	-2,51

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

1,00	-0,10	25,76	25,66	2012
1,00	-0,09	25,95	25,86	2013
1,00	-0,09	26,11	26,02	2014
1,00	-0,11	26,24	26,13	2015
1,00	-0,11	26,35	26,24	2016
1,01	-0,14	26,48	26,34	2017
1,00	-0,13	26,57	26,44	2018
1,00	-0,13	26,67	26,54	2019
1,00	-0,13	26,73	26,60	2020
1,00	-0,13	26,84	26,71	2021
1,01	-0,23	27,11	26,88	2022

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات ONS و DPSB

الشكل (4-17): حجم الفجوة النوعية ومؤشر التكافؤ للعمر الوسيط بسطيف 1998-2022



المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات ONS و DPSB

نلاحظ من خلال الجدول (4-19) والشكل (4-17) اللذان يظهران حجم الفجوة النوعية ومؤشر التكافؤ للعمر الوسيط بسطيف خلال الفترة من 1998 إلى 2022 أن الفجوة بين الجنسين في العمر الوسيط كانت لصالح الإناث على حساب الذكور طوال فترة الدراسة وهذا يعني أن العمر الوسيط لدى الإناث أعلى منه لدى الذكور، أي أن الإناث هن اللاتي يعمرن أكثر من الذكور، كما يتضح أن تكافؤ الفرص بين الجنسين كان أيضا لصالح الإناث، ومن المتحمل أن يعود ذلك لارتفاع أمل الحياة لدى الإناث أكثر مقارنة بالذكور أو ارتفاع معدلات الوفيات عند الرجال خاصة الناجمة عن السلوكيات غير الصحية لديهم مقارنة بالإناث كالتدخين

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998-2022

والكحول وغيرها، أو الوفاة بسبب الأمراض المزمنة رغم أن النساء قد يكن أكثر إصابة بهذه الأمراض لكن يحتمل أن لديهن القدرة على التعايش معها مقارنة بالرجال الذين قد لا يتقبلونها أو لا يتبعون النظام الصحي مما يزيد من احتمال وفاتهم بها. وفيما يخص أعلى فجوة بين الجنسين في العمر الوسيط كانت سنة 2011 المقدر بـ 2.51- وهو تحول كبير جدا في سنة واحدة، ما يرجح وجود تغيرات ديموغرافية مفاجئة وغير عادية بين 2010 و 2011 حسب النوع وفقا لهذه البيانات. بعد ذلك تقلصت هذه الفجوة وعادت إلى الحالة العادية منذ سنة 2012 إلى غاية 2021، وفي سنة 2022 عرفت الفجوة النوعية اتساع لكن بمقدار بسيط جدا.

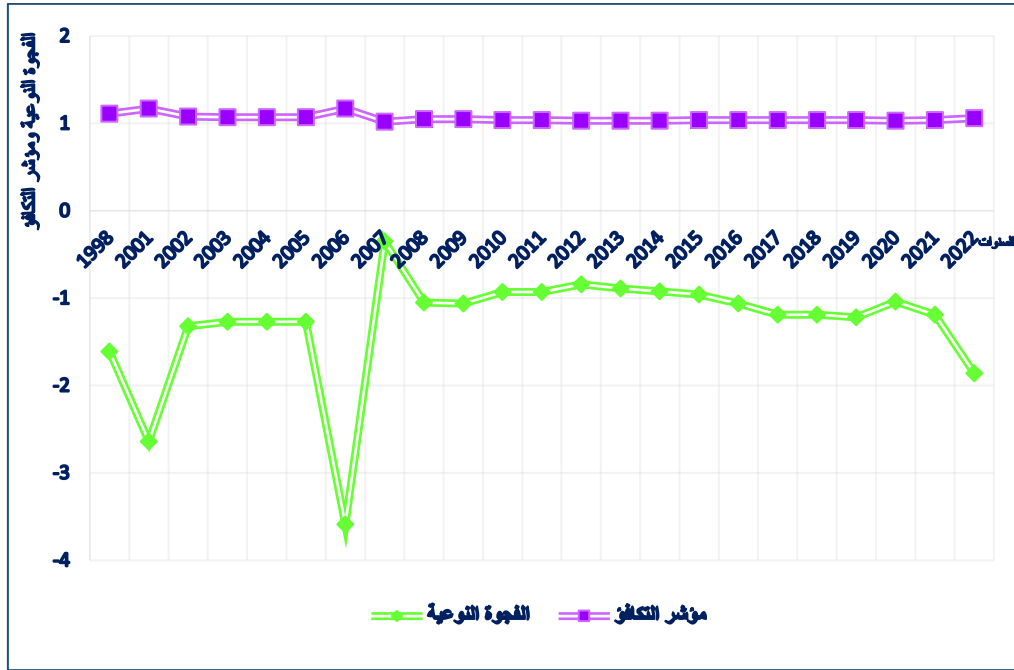
الجدول (4- 20): حجم الفجوة النوعية ومؤشر التكافؤ لمعدل تعمر سكان سطيف 1998-2022

السنوات	مؤشر التعمر للذكور	مؤشر التعمر للإناث	الفجوة النوعية	مؤشر التكافؤ
1998	14,80	16,41	-1,61	1,11
2001	15,84	18,48	-2,64	1,17
2002	17,15	18,47	-1,32	1,08
2003	17,15	18,42	-1,27	1,07
2004	17,16	18,43	-1,27	1,07
2005	17,16	18,43	-1,27	1,07
2006	20,73	24,33	-3,59	1,17
2007	22,44	22,80	-0,35	1,02
2008	23,03	24,07	-1,05	1,05
2009	23,20	24,27	-1,06	1,05
2010	24,04	24,96	-0,93	1,04
2011	24,62	25,55	-0,93	1,04
2012	25,23	26,07	-0,84	1,03
2013	25,99	26,88	-0,89	1,03
2014	26,70	27,62	-0,92	1,03
2015	27,21	28,17	-0,96	1,04
2016	27,74	28,80	-1,06	1,04
2017	28,49	29,68	-1,19	1,04
2018	29,28	30,47	-1,19	1,04
2019	30,14	31,36	-1,22	1,04
2020	30,28	31,32	-1,04	1,03
2021	31,21	32,40	-1,19	1,04
2022	33,00	34,86	-1,86	1,06

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات ONS و DPSB

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998-2022

الشكل (4-18): حجم الفجوة النوعية ومؤشر التكافؤ لمعدل تعمر سكان سطيف 1998-2022



المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات ONS و DPSB

نلاحظ من خلال الجدول (4-20) والشكل (4-18) اللذان يوضحان حجم الفجوة النوعية ومؤشر التكافؤ لمعدل تعمر سكان سطيف خلال الفترة من 1998 إلى 2022، أن الفجوة بين الجنسين في معدل تعمر سكان سطيف كانت لصالح الإناث على حساب الذكور طوال فترة الدراسة، أي أن الإناث يعشن مدة أطول مقارنة بالذكور، ويتبين أن هذه الفجوة تقلصت في السنوات من 2010 إلى 2015 ثم اتسعت مجدداً من 2016 إلى 2022. أما أعلى فجوة بين الجنسين سجلت سنة 2006. وفيما يتعلق بمؤشر التكافؤ فقط كان لصالح الإناث على حساب الذكور، ومن المحتمل أن يعود ذلك إلى أن النساء يتبعن سلوكيات صحية أكثر من الرجال، مما يؤدي إلى أمل حياة مرتفع لديهن مقارنة بالرجال على الرغم من أن النساء قد يكن الأكثر إصابة بالأمراض خاصة المزمنة.

* تقييم مستوى دقة بيانات العمر والنوع لسكان سطيف بواسطة مؤشر سكرتارية الأمم المتحدة (United Nation Age-Sex Accuracy Index) من 1998 - 2022:

يعتبر هذا المؤشر من أهم المقاييس التي اقترحتها الأمم المتحدة لتقييم مستوى دقة بيانات العمر النوع للسكان، سواءً عند المقارنة بين بلدين أو في البلد الواحد عبر فترات زمنية. والجدول التالي يوضح الأساس

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

الذي يُستند إليه في معرفة مستوى دقة هذه البيانات إذا كانت دقيقة أو تعاني من ضعف بدرجة متوسطة أو تعاني من أخطاء كبيرة في الإدلاء بالعلم.

الجدول (4- 21): تصنيف مستوى جودة بيانات العمر والنوع حسب مؤشر سكرتارية الأمم المتحدة. (الخولي، 2013، صفحة 8)

قيمة المؤشر	مستوى جودة ودقة البيانات
أقل من 20	البيانات دقيقة ويمكن الاعتماد عليها
من 20 إلى 40	البيانات تعاني من ضعف وبدرجة متوسطة
أكبر من 40	البيانات غير دقيقة وتعاني من مشاكل كبيرة في الإدلاء بالعلم

بغية تقييم مستوى دقة بيانات العمر والنوع لسكان سطيف من 1998 إلى 2022 طبقنا تقنية ال PAS

وهي إحدى التقنيات غير المباشرة، وتم استخدام ورقة AGESEX منها (تحسب مؤشر سكرتارية الأمم المتحدة)، والنتائج المتوصل إليها موضحة في الجدول التالي:

الجدول (4- 22): مؤشر سكرتارية الأمم المتحدة لسكان سطيف وفق تعداد 1998

الفئات العمرية	عدد الذكور	عدد الإناث	نسبة النوع %	الفروق المتتالية X_1	نسبة العمر للذكور	X_2	نسبة العمر للإناث	X_3
4-0	76092	73011	104,2	/	/	/	/	/
9-5	88993	85701	103,8	-0,4	104,7	4,7	105,0	5,0
14-10	93880	90291	104,0	0,1	109,1	9,1	108,7	8,7
19-15	83099	80386	103,4	-0,6	103,2	3,2	103,2	3,2
24-20	67122	65455	102,5	-0,8	98,8	-1,2	99,2	-0,8
29-25	52839	51600	102,4	-0,1	95,7	-4,3	95,5	-4,5
34-30	43291	42568	101,7	-0,7	94,9	-5,1	95,7	-4,3
39-35	38407	37321	102,9	1,2	105,3	5,3	103,0	3,0
44-40	29658	29929	99,1	-3,8	94,5	-5,5	98,9	-1,1
49-45	24377	23221	105,0	5,9	112,7	12,7	103,7	3,7
54-50	13594	14868	91,4	-13,5	74,0	-26,0	80,2	-19,8
59-55	12343	13865	89,0	-2,4	95,4	-4,6	97,4	-2,6
64-60	12293	13612	90,3	1,3	106,7	6,7	110,1	10,1
69-65	10699	10871	98,4	8,1	113,5	13,5	104,9	4,9
74-70	6559	7108	92,3	-6,1	86,1	-13,9	92,8	-7,2
79-75	4536	4455	101,8	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A
80et+	4247	4819	/	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A
المعدل (بقسمة المجموع على عدد القيم)			3.2	8.3	5.6			

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على "PAS- AGESEX"

$$\text{Age-Sex Accuracy Index} = 3X_1 + X_2 + X_3$$

$$\text{Age-Sex Accuracy Index} = (3 \times 3.2) + 8.3 + 5.6$$

$$\text{Age-Sex Accuracy Index} = 23.6$$

تُشير قيمة مؤشر سكرتارية الأمم المتحدة حسب الجدول (4- 21) والمقدرة بـ 23.6 سنة 1998 بالاعتماد على ورقة AGESEX في برمجية الـ PAS إلى أن بيانات العمر والنوع تعاني من ضعف وبدرجة متوسطة.

بقية نتائج السنوات الأخرى ملخصة في الجدول التالي:

الجدول (4- 23): تطور مؤشر سكرتارية الأمم المتحدة لسكان سطيف 1998 - 2022

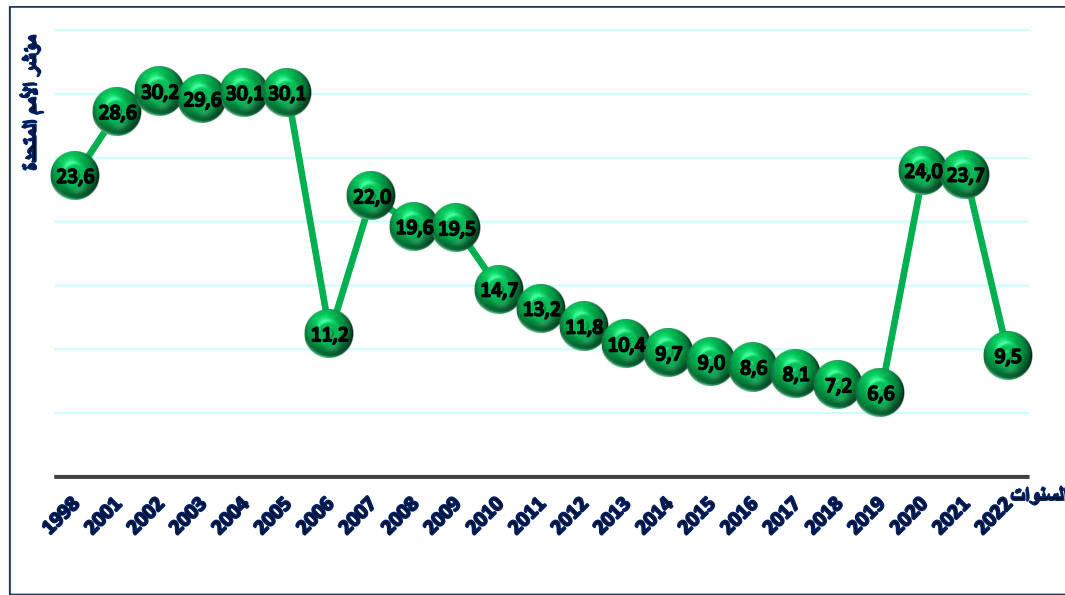
السنوات	مقياس نسبة النوع	مقياس دقة العمر للذكور	مقياس دقة العمر للإناث	قيمة المؤشر
1998	3,2	8,3	5,6	23,6
2001	3,8	9,4	7,7	28,6
2002	4,0	9,8	8,5	30,2
2003	3,8	9,8	8,4	29,6
2004	4,0	9,8	8,3	30,1
2005	4,0	9,8	8,3	30,1
2006	1,0	4,1	4,0	11,2
2007	4,1	4,8	4,8	22,0
2008	2,3	6,5	6,0	19,6
2009	2,3	6,5	6,0	19,5
2010	1,6	5,0	4,9	14,7
2011	1,4	4,6	4,4	13,2
2012	1,2	4,2	4,1	11,8
2013	1,0	3,8	3,5	10,4
2014	0,9	3,6	3,4	9,7
2015	0,8	3,5	3,2	9,0
2016	0,8	3,3	3,0	8,6

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

8,1	2,7	3,0	0,8	2017
7,2	2,5	2,7	0,7	2018
6,6	2,3	2,5	0,6	2019
24,0	6,3	6,4	3,7	2020
23,7	6,2	6,4	3,7	2021
9,5	3,7	3,4	0,8	2022

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على "PAS- AGESEX"

الشكل (4- 19): مؤشر سكرتارية الأمم المتحدة لسكان سطيف 1998 - 2022



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على "PAS- AGESEX"

يتضح بعد تقييم مستوى دقة بيانات العمر والنوع لسكان سطيف من سنة 1998 إلى سنة 2022 باستخدام ورقة AGESEX في برنامج الـ PAS أنه يوجد منها الدقيقة والتي يمكن الاعتماد عليها في الدراسات السكانية لرسم البرامج والخطط المستقبلية في مختلف المجالات، والتي بلغت نتائجها 11.2 / 19.6 / 19.5 / 14.7 / 13.2 / 11.8 / 10.4 / 9.7 / 9.0 / 8.6 / 8.1 / 7.2 / 6.6 و 9.5 في سنة 2006، ومن 2008 إلى 2019 وسنة 2022 على التوالي. في المقابل هناك بيانات تعاني من ضعف وبدرجة متوسطة والتي حازت نتائجها على 23.6 / 28.6 / 30.2 / 30.1 / 29.6 / 30.1 / 30.1 / 24 / 23.7 في سنة 1998، من 2001 إلى 2005، سنة 2007، 2020 و 2021 على التوالي. لذا فالأمر يتطلب تقييم لبيانات العمر والنوع في هذه السنوات.

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

* تقويم بيانات العمر والنوع لسكان سطيف التي تعاني من ضعف بدرجة متوسطة:

نظرا لكون البيانات المعتمد عليها في هذه الدراسة مخضرة، منها المأخوذة من التعداد السكاني والتي فنتها العمرية الأخيرة 80 سنة فأكثر. وأخرى متحصل عليها من الإحصائيات السنوية لمديرية البرمجة ومتابعة الميزانية بسطيف وفنتها العمرية الأخيرة 60 سنة فأكثر. لذلك لابد من:

أولا- إعادة توزيع السكان حسب العمر والنوع:

نطبق ورقة OPAG من برنامج ال "PAS"، نقوم بإدخال أمل الحياة للذكور والإناث ثم ندرج بيانات الفئة 45- 49 سنة إلى غاية الفئة 65 سنة فأكثر، ومن ثم نتحصل على تركيبة جديدة بنفس العدد الإجمالي وفنتها العمرية الأخيرة 80 سنة فأكثر. لكن قبل تطبيق هذه الورقة ولكون البيانات المتوفرة لدينا تتوقف عند 60 سنة فأكثر فإنه يتوجب علينا قسمة هذه الفئة بالتساوي لتصبح فئتين، فئة من 60-64 سنة وأخرى من 65 سنة فأكثر.

ثانيا- تأتي مرحلة تقويم بيانات العمر والنوع لسكان سطيف والتي تعاني من ضعف بدرجة متوسطة:

نستخدم ورقة AGESMTU من برنامج ال "PAS" للقيام بالتقويم، والنتائج المتحصل عليها موضحة في الجدول التالي:

الجدول (4- 24): تقويم بيانات العمر والنوع لسكان سطيف باستخدام "PAS-AGESMTH"

السنوات	المقاييس	Carrier Farrag	K.-King Newton	Arriaga	United Nations	Strong
1998	مؤشر نسبة العمر للذكور	1,99	2,17	1,97	2,20	0,97
	مؤشر نسبة العمر للإناث	7,29	7,37	7,01	4,99	2,01
	مؤشر نسبة النوع	6,00	5,89	5,66	4,51	1,97
	مؤشر دقة	19,27	19,77	18,57	16,10	6,91
2001	مؤشر نسبة العمر للذكور	2,61	2,80	2,60	3,74	1,32
	مؤشر نسبة العمر للإناث	12,20	11,93	11,48	10,03	2,41
	مؤشر نسبة النوع	10,35	9,83	9,61	9,05	2,58
	مؤشر دقة	30,39	30,16	28,89	30,30	8,95
2002	مؤشر نسبة العمر للذكور	2,75	3,02	2,73	3,70	0,69
	مؤشر نسبة العمر للإناث	12,69	12,36	11,91	10,81	2,58

2,66	9,62	9,71	10,06	10,59	مؤشر نسبة النوع	2003
7,33	31,55	29,81	31,48	31,52	مؤشر دقة	
0,69	3,64	2,76	3,03	2,77	مؤشر نسبة العمر للذكور	2003
2,58	10,82	11,90	12,35	12,68	مؤشر نسبة العمر للإناث	
2,63	9,52	9,68	10,02	10,54	مؤشر نسبة النوع	2003
7,28	31,27	29,85	31,47	31,53	مؤشر دقة	
0,71	3,84	2,88	3,18	2,90	مؤشر نسبة العمر للذكور	2004
2,57	10,80	11,84	12,30	12,62	مؤشر نسبة العمر للإناث	
2,64	9,54	9,52	9,86	10,39	مؤشر نسبة النوع	2004
7,34	31,87	30,01	31,69	31,71	مؤشر دقة	
0,71	3,84	2,88	3,18	2,90	مؤشر نسبة العمر للذكور	2005
2,58	10,80	11,85	12,30	12,63	مؤشر نسبة العمر للإناث	
2,65	9,54	9,52	9,86	10,39	مؤشر نسبة النوع	2005
7,34	31,87	30,02	31,70	31,72	مؤشر دقة	
0,73	3,16	2,56	2,74	2,58	مؤشر نسبة العمر للذكور	2007
2,10	5,35	4,01	4,20	4,80	مؤشر نسبة العمر للإناث	
2,05	6,27	5,52	5,74	6,26	مؤشر نسبة النوع	2007
6,33	21,11	17,20	18,16	18,81	مؤشر دقة	
0,58	1,27	0,94	0,78	0,96	مؤشر نسبة العمر للذكور	2020
1,67	2,23	2,97	2,83	2,91	مؤشر نسبة العمر للإناث	
1,45	2,29	2,55	2,49	2,50	مؤشر نسبة النوع	2020
4,84	8,33	8,33	7,66	8,30	مؤشر دقة	
1,24	0,95	0,79	0,98	2,84	مؤشر نسبة العمر للذكور	2021
2,20	2,73	2,62	2,55	3,03	مؤشر نسبة العمر للإناث	
2,29	2,30	2,29	2,17	4,13	مؤشر نسبة النوع	2021
4,75	8,23	7,87	7,28	7,65	مؤشر دقة	

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على "PAS- AGESMTH"

نلاحظ من خلال الجدول (4- 24) الذي يوضح تقويم بيانات العمر والنوع لسكان سطيف التي تعاني من ضعف بدرجة متوسطة في سنة 1998، ومن 2001 إلى 2005، وسنة 2007، 2020 و 2021، باستخدام ورقة AGESMTU في برنامج الـ PAS التي تحتوي على خمس مقاييس وهي: Strong، United Nations، Arriaga، K-King Newton، Carrier Farrag، أن النتائج التي قدمها مقياس Strong تعتبر

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

هي الأكثر دقة في تصويب بيانات العمر والنوع عبر كامل السنوات. وبالتالي سوف يتم تبني التركيبة العمرية والنوعية المصححة على هذا الأساس، والجدول التالي يبرز ذلك.

الجدول (4- 25): التركيبة العمرية والنوعية المصححة بالاعتماد على نتائج مقياس Strong من برنامج "PAS-

"AGESMTH

2002		2001		1998		الفئات العمرية
عدد الإناث	عدد الذكور	عدد الإناث	عدد الذكور	عدد الإناث	عدد الذكور	
66946	69252	70499	72201	78355	81618	0-4
79770	82020	79850	82362	80357	83467	05-09
90003	92145	87072	90206	81061	83975	10-14
87282	89060	83650	86464	75271	77774	15-19
78036	79198	74911	76750	66054	67985	20-24
67634	68530	65087	66410	56727	58223	25-29
54358	55088	52831	53641	45858	46969	30-34
44709	45367	43588	44234	37735	38434	35-39
35765	36538	34786	35622	30122	30415	40-44
28713	29222	27968	28452	24323	24186	45-49
21899	21884	21407	21236	18922	18197	50-54
17564	17327	17273	16714	15302	14431	55-59
14809	14396	14739	13708	12710	11818	60-64
11150	10751	11181	10168	9902	9196	65-69
7351	7043	7439	6618	7139	6717	70-74
3409	3270	3514	3058	4424	4378	75-79
/	/	/	/	/	/	80et+

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على "PAS- AGESMTH"

2005		2004		2003		الفئات العمرية
عدد الإناث	عدد الذكور	عدد الإناث	عدد الذكور	عدد الإناث	عدد الذكور	
70070	72123	70070	72123	68750	70764	0-4
82938	85415	82938	85415	81379	83810	05-09
93169	95957	93170	95956	91420	94155	10-14
90223	92749	90222	92748	88524	91003	15-19
80640	82491	80640	82490	79103	80926	20-24
69876	71381	69876	71380	68556	70025	25-29

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

56174	57376	56173	57376	55140	56291	30-34
46198	47249	46198	47248	45374	46356	35-39
36935	38051	36936	38051	36320	37336	40-44
29657	30431	29656	30430	29174	29859	45-49
22646	22790	22643	22788	22267	22357	50-54
18168	18040	18164	18035	17863	17699	55-59
15314	14973	15305	14965	15053	14697	60-64
11527	11178	11519	11171	11333	10976	65-69
7594	7323	7587	7318	7469	7190	70-74
3515	3404	3510	3405	3464	3341	75-79
/	/	/	/	/	/	80et+

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على "PAS- AGESMTH"

2021		2020		2007		الفئات العمرية
عدد الإناث	عدد الذكور	عدد الإناث	عدد الذكور	عدد الإناث	عدد الذكور	
108397	114147	108046	113749	58664	60968	0-4
98155	102935	97349	102047	69957	72635	05-09
88741	92635	87571	91356	79611	82578	10-14
83458	86891	82388	85730	81074	83903	15-19
80414	83600	79860	83013	80199	82746	20-24
77266	80240	76722	79669	73230	75241	25-29
75748	78682	75093	77997	62428	63569	30-34
70298	72836	69342	71826	52813	53630	35-39
63632	65663	62113	64028	42188	42764	40-44
55533	56943	53890	55196	34452	35194	45-49
45975	46521	44341	44823	27481	28800	50-54
38034	38224	36537	36703	22038	23365	55-59
29938	29736	28679	28518	17617	18807	60-64
23998	24153	22940	23136	12806	13642	65-69
18847	19636	17990	18797	7979	8358	70-74
14484	16185	13827	15500	3134	2957	75-79
/	/	/	/	/	/	80et+

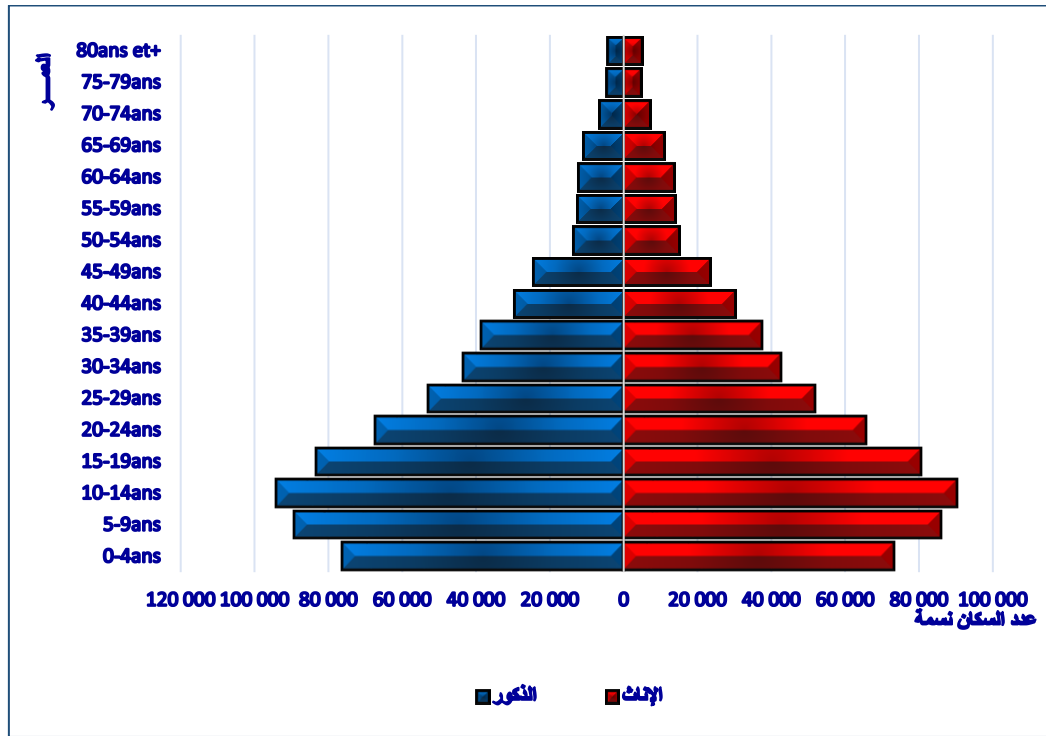
المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على "PAS- AGESMTH"

* تطور الأهرام السكانية لولاية سطيف من 1998 إلى 2022:

تعتبر دراسة الهرم السكاني ذات أهمية عظمى في الدراسات السكانية، فهو شكل بياني يعكس الخصائص العمرية والنوعية معا، ويبرز المرحلة الديموغرافية التي يمر بها المجتمع السكاني. ويمكن من خلاله معرفة نسبيتي الإناث والذكور، ونسب السكان في الفئات العمرية المختلفة كتحديد عدد النساء في سن الإنجاب واللاتي تتراوح أعمارهن بين (15- 49 سنة)، ومعرفة حجم قوة العمل أي الفئة المُعيلة. فضلا عن معرفة اتجاهات نمو السكان ونوع المجتمع فتيا كان أو هرما.

- الهرم السكاني سنة 1998:

الشكل (4- 20): الهرم السكاني لولاية سطيف لعام 1998



المصدر: من إعداد الباحثة باستخدام Excel بناء على بيانات ONS

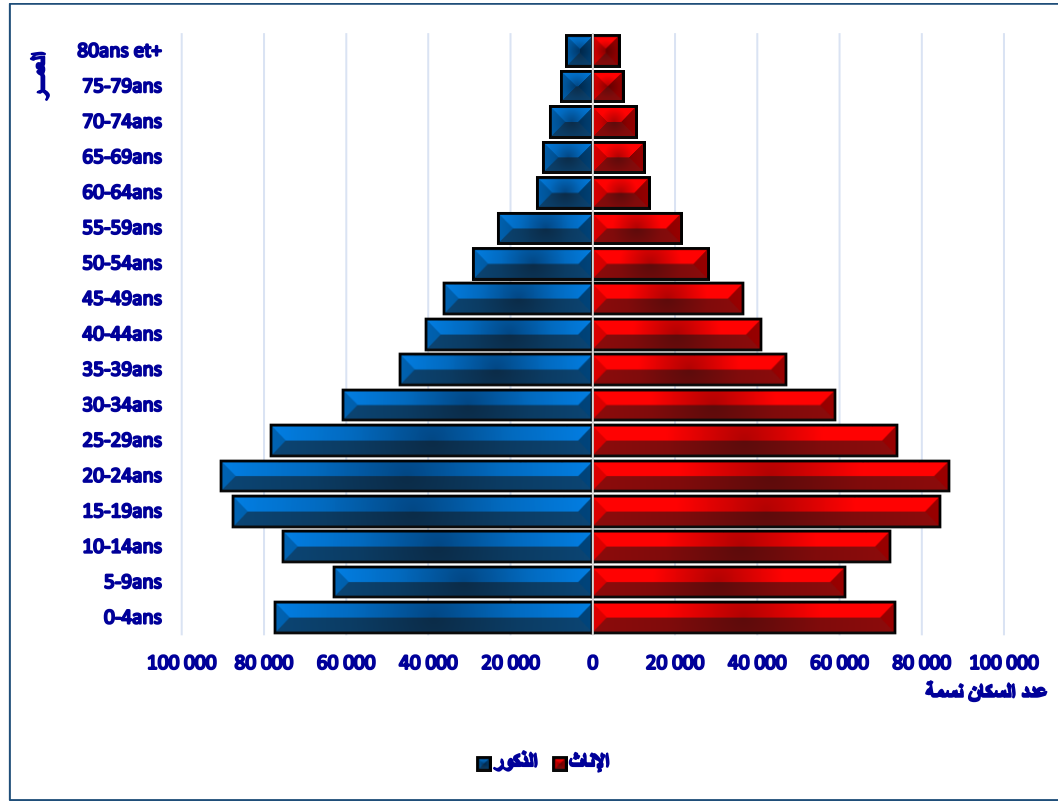
نلاحظ من خلال الشكل (4- 20) الذي يظهر الهرم السكاني لولاية سطيف سنة 1998 أن الفئات العمرية الصغيرة من 0-4 سنة إلى 10-14 سنة شهدت زيادة مستمرة في الاتساع، قد يكون ذلك انعكاس لارتفاع معدلات المواليد في الفترة السابقة. أما الفئات الشابة من 15-19 سنة إلى غاية 55-59 سنة فقد عرفت تقلص متواصل نتيجة لانخفاض معدلات المواليد أو الهجرة أو ارتفاع الوفيات في بعض الفئات. في

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

حين واصلت الفئات المسنة في الانكماش لكن كانت عند الرجال بدرجة أكثر من النساء باستثناء الفئة الأخيرة، ويحتمل أن يكون هذا الانكماش ناتجا لتدني الأوضاع الصحية التي أدت إلى أمل حياة منخفض.

- الهرم السكاني سنة 2008:

الشكل (4- 21): الهرم السكاني لولاية سطيف لعام 2008

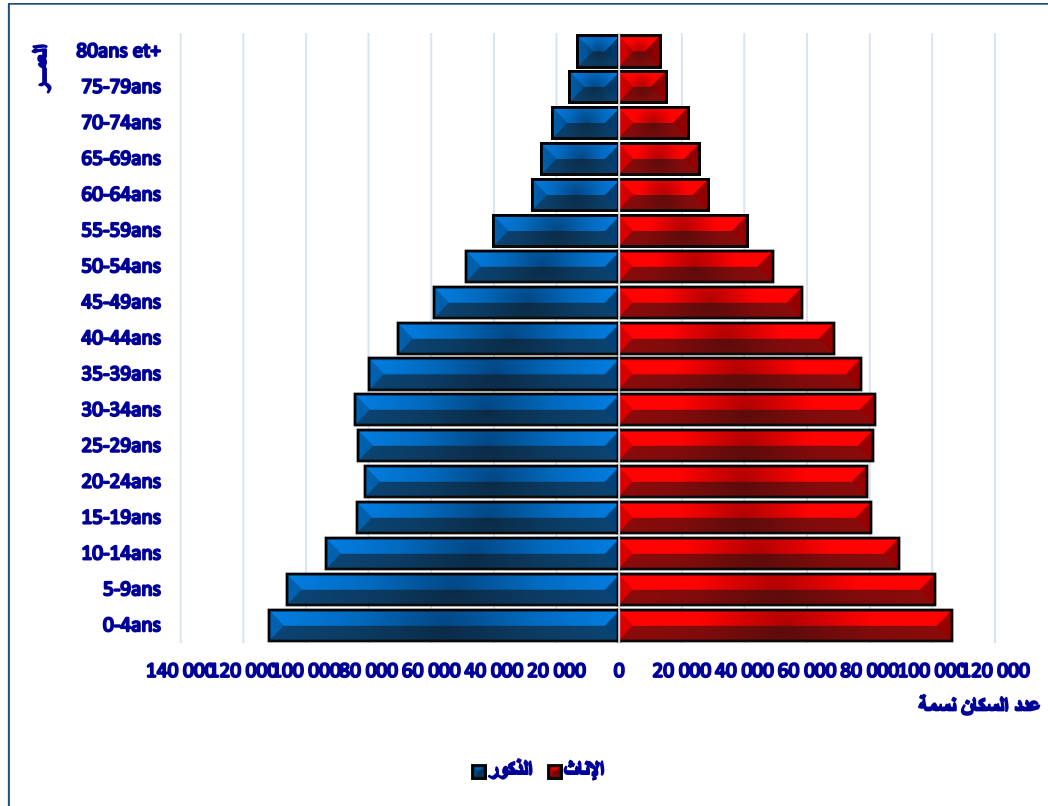


المصدر: من إعداد الباحثة باستخدام Excel بناء على بيانات DPSB

نلاحظ من خلال الشكل (4- 21) الذي يبرز الهرم السكاني لولاية سطيف سنة 2008 أن الفئة العمرية من 5-9 سنة تقلصت وقد يرجع ذلك إلى ارتفاع معدلات الوفيات فيها بسبب الأمراض المعدية مثلا. بعد ذلك، شهدت الفئات العمرية من 10-15 سنة إلى غاية 20-24 سنة اتساعا من المحتمل أن يعود لتحسن في الظروف الاقتصادية والاجتماعية كتوفر فرص دراسية ممتازة أو مناصب توظيف مناسبة لهذه الشريحة العمرية. أما التقلص الذي سجل في الفئات العمرية من 25-29 سنة إلى 80 سنة فأكثر قد يكون انعكاس لانخفاض معدلات الخصوبة أو قلة فرص العمل، مما دفع بالعديد من شباب هذه الفئات إلى الهجرة بحثا عن فرص عمل أفضل، أما فيما يتعلق بالتقلص لدى الفئات المسنة قد يعود لتدني وتدهور أوضاع الرعاية الصحية التي أدت لانخفاض أمل الحياة.

- الهرم السكاني لسنة 2022:

الشكل (4-22): الهرم السكاني لولاية سطيف لعام 2022



المصدر: من إعداد الباحثة باستخدام Excel بناء على بيانات DPSB

نلاحظ من خلال الشكل (4-22) الذي يوضح الهرم السكاني لولاية سطيف سنة 2022 أن الفئات العمرية من 4-0 سنة إلى 20-24 سنة عرفت تقلصا. في المقابل نلاحظ أن الفئتين من 25-29 سنة إلى 30-34 سنة شهدت توسعا، قد يكون ذلك انعكاس لارتفاع معدلات الخصوبة في فترات زمنية سابقة أو توفر فرص عمل حفزت على الاستقرار أو تأخر الإناث في إنجاب الأطفال حتى بلوغهم سن 30 إلى 34 سنة بسبب إكمال الدراسة أو العمل. أما فيما يخص الفئات العمرية المسنة فقد عرقت تقلص لكن بدرجات بسيطة جدا مما يدل على زيادة السكان في هذه الشريحة العمرية نتيجة لتقدم النظام الصحي ومنه ارتفاع أمل الحياة المتوقع.

- مقارنة بين الهرم السكاني لسنة 1998 و 2008:

عند المقارنة بين الهرمين لسنتي 1998 و 2008 نلاحظ أنه يوجد زيادة في عدد السكان في سن العمل سنة 2008 مقارنة بـ 1998، وهذا يعني زيادة في عدد المُعِيلين مقارنة بالمُعَالين مما أدى إلى تراجع في معدل

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

الإعالة الكلية من 81.11% سنة 1998 إلى 53.82% سنة 2008. أما عدد السكان في الشريحة العمرية الصغيرة فقد شهد تراجعا، مما أدى إلى انخفاض معدل إعالة صغار السن من 70.17% سنة 1998 إلى 43.57% سنة 2008. وبالنسبة لعدد المسنين فقد عرف زيادة كبيرة سنة 2008، وما يدل على ذلك ارتفاع مؤشر التعمر من 15.59% إلى 23.54% سنة 2008. على الرغم من ذلك إلا أن الزيادة في عدد السكان في سن العمل تفوق زيادة عدد كبار السن وهذا ما أدى إلى تراجع معدل إعالة المسنين من 10.94% سنة 1998 إلى 10.26% سنة 2008.

مما سبق ذكره، يتضح أن عدد السكان في سن العمل عام 2008 زاد مقارنة بصغار السن وكبار السن، وهذا يتيح الفرصة للاستفادة من العائد الديموغرافي. إلا أن أقصى استفادة من هذا العائد لا بد لها من استراتيجيات تعزز من استدامة هذه الفرصة وذلك من خلال توفير تعليم بمستوى عال وذو كفاءة ورعاية صحية علاوة على فرص العمل. وفي حال تم الاستغلال بطريقة جيدة، فهذا حتما سيؤدي إلى نمو مستدام في كافة الأصعدة الاقتصادية، الاجتماعية والصحية.

- المقارنة بين الهرم السكاني لسنة 2008 و 2022:

نلاحظ من خلال المقارنة بين الهرمين لسنتي 2008 و 2022 أن فئة صغار السن شهدت توسعا كبيرا لدى الجنسين سنة 2022 مقارنة بسنة 2008، وذلك نتيجة لارتفاع معدلات المواليد ومنه ارتفاع معدل إعالة الشريحة العمرية الصغيرة من 43.57% سنة 2008 إلى 48.72% سنة 2022. في المقابل عرف عدد السكان في سن العمل بالفئتين العمريتين 15-19 و 20-24 سنة تقلصا كبيرا سنة 2022 مقارنة بسنة 2008، مما أدى إلى ارتفاع معدلات الإعالة الكلية من 53.82% سنة 2008 إلى 65.24% سنة 2022. أما شريحة المسنين فقد عرفت توسعا معتبرا سنة 2022 مقارنة بسنة 2008، وما يدل على ذلك ارتفاع مؤشر التعمر من 23.54% سنة 2008 إلى 33.91% سنة 2022 ومنه ارتفعت إعالة هذه الشريحة من 10.26% سنة 2008 إلى 16.52% سنة 2022. وهذا نتيجة للاستفادة من العائد الديموغرافي الذي ساهم في تحسين الأوضاع الصحية التي أدت إلى ارتفاع العمر المتوقع إلى 77 سنة للذكور مقابل 80 سنة للإناث.

خلاصة لما سبق، إن التوجه الحالي لشكل الهرم السكاني لسطيف يشير إلى تراجع السكان في سن العمل وفي المقابل ارتفاع في الشريحة العمرية المسنة، نتيجة لاستغلال الفرصة الثمينة التي اتاحت سنة 2008 للاستفادة من العائد الديموغرافي (وهو زيادة عدد السكان في سن العمل مقارنة بالصغار والكبار) في

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

تحسين الأوضاع الصحية التي أدت إلى ارتفاع أمل الحياة المتوقع. ومع ذلك فإن مجتمع سطيف حاليا لا يعاني من مشكلة المسنين بدرجة مخيفة مقارنة بالمجتمعات المسنة، وهذا لا يمنع من توخي الحذر المطلوب مستقبلا.

الشق الثاني: أطر تقييم التنمية الصحية واحتياجاتها بسطيف 2001 - 2020:

1. تطور مؤشرات التنمية الصحية لولاية سطيف 2001 - 2020:

1/ معدل وفيات الأطفال الأقل من سنة (وفيات الرضع) بسطيف 2007 - 2019:

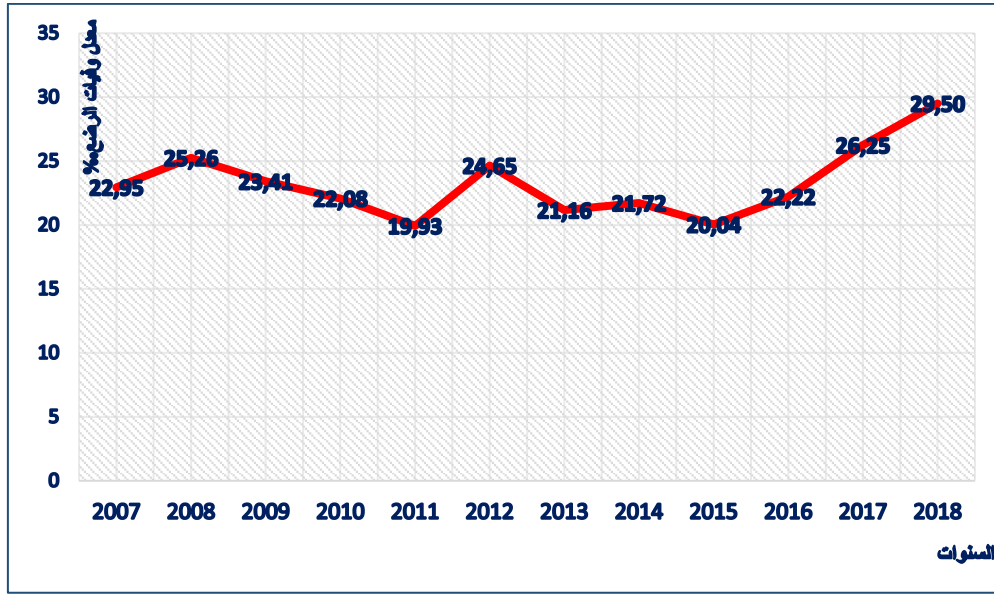
الجدول (4-26): تطور معدل وفيات الأطفال الأقل من سنة بسطيف 2007 - 2018

السنة	المعدل %
2007	22,95
2008	25,26
2009	23,41
2010	22,08
2011	19,93
2012	24,65
2013	21,16
2014	21,72
2015	20,04
2016	22,22
2017	26,25
2018	29,50

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات DPSB

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

الشكل (4-23): تطور معدل وفيات الأطفال الأقل من سنة (وفيات الرضع) بسطيف 2007 - 2018



المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات DPSB

نلاحظ من خلال بيانات الجدول (4-26) والشكل (4-23) أن معدل وفيات الأطفال الأقل من سنة في سطيف شهد تقلبات خلال الفترة الزمنية من 2007 إلى 2018، حيث سجلت الولاية أدنى معدل قدر بـ 19.93% سنة 2011، هذا قد يدل على تقدم وتطور الأوضاع الصحية للأطفال في تلك السنة أو أن الولاية خضعت لحمولات تطعيمية ناجحة، وما يبرهن على ذلك ارتفاع نسبة تلقيح الأطفال الرضع ضد السل من 26.22% سنة 2010 إلى 35.94% سنة 2011 وأيضاً تصاعد نسبة تلقيحهم ضد الديفتيريا من 25.27% سنة 2010 إلى 26.73% سنة 2011. في حين عرفت وفيات الأطفال الرضع أعلى معدل قدر بـ 29.50% سنة 2018 وهذا قد يشير إلى تدني وتدهور الأوضاع الصحية للأطفال الرضع بسطيف في تلك السنة مقارنة بالسنوات السابقة، ومن المتحمل أن يعود السبب في هذا التدهور إلى المشاكل المتعلقة بالرعاية ما قبل الولادة أو محدودية الرعاية الأمومية الناتجة عن الفقر أو الطلاق أو عمل المرأة، كما قد تكون بسبب نقص الوعي الصحي في بعض مناطق الولاية، وما يعزز ذلك هو التراجع الكبير في نسبة تلقيح الأطفال الرضع بسطيف ضد السعال الديكي من 16.76% سنة 2011 إلى 8.04% سنة 2018 بفارق نقصان قدره 8.72%.

أما إذا قارنا معدل وفيات الأطفال الرضع بين المستويين الوطني والمحلي خلال الفترة من 2007 إلى 2018 نجد أن هذا المعدل على المستوى الوطني عرف تراجعاً من 26.2% سنة 2007 إلى 21% سنة 2018 (ONS, 2024, p. 6) بفارق نقصان قدره 5.2% خلال 11 سنة، بينما شهد معدل وفيات الأطفال الرضع

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

على المستوى المحلي ارتفعا من 22.95% سنة 2007 إلى 29.50% سنة 2018 بفارق زيادة قدره 6.55%، وعلى الرغم من هذا التقلب والارتفاع المسجل إلا أنه بعد الاطلاع على تصنيف مستويات وفيات الأطفال الرضع من طرف منظمة اليونيسيف في الجدول (3-1) يمكننا القول بأن معدل وفيات الأطفال الرضع بسطيف في مستوى متوسط خلال المدة من 2007 إلى 2018 وقد اقترب من المستوى الضعيف خاصة في سنة 2011، مما يدل على أنه هناك تحسن في الرعاية الصحية للأطفال الرضع في سطيف، سواءً كان هذا التحسن بسبب زيادة الوعي أو تكثيف الحملات التوعيمية أو تبني طرق علاجية جديدة وحديثة في علاج أمراض الأطفال الرضع.

2/ وفيات الأمهات بسطيف 2014 - 2021:

2- 1/ تطور نسب متابعة الحمل بسطيف 2014-2017:

الجدول (4-27): تطور نسب متابعة الحمل بسطيف 2014-2017

السنوات	حمل عادي		حمل خطير	
	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد
2014	87,79	50675	12,21	7049
2015	87,00	50826	13,00	7593
2016	89,69	45585	10,31	5240
2017	89,49	44729	10,51	5254

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات DSP

الشكل (4-24): تطور نسب متابعة الحمل بسطيف 2014-2017



المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات DPSB

نلاحظ من خلال الجدول (4- 27) والشكل (4- 24) اللذان يعرضان تطور نسب متابعة الحمل في سطيف من 2014 إلى 2017 أن عدد حالات الحمل العادي تراجع من 50675 حالة سنة 2014 إلى 44729 حالة سنة 2017، بمعدل نقصان قدره 11.73% خلال ثلاث سنوات، وعلى الرغم من هذا التراجع إلا أن نسب الحمل العادي شهدت ارتفاعا من 87.79% سنة 2014 إلى 89.49% سنة 2017 بفارق زيادة قدره 1.7%. أما فيما يخص عدد حالات الحمل الخطير فقد عرف انخفاض من 7049 حالة سنة 2014 إلى 5254 حالة سنة 2017 بمعدل نقصان قدره 25.46%، كما رافقه أيضا انخفاض في نسب الحمل الخطير في سطيف من 12.21% سنة 2014 إلى 10.51% سنة 2017 لكنه ليس تراجعاً كبيراً.

في حالة تقسيم تطور نسب متابعة الحمل بسطيف من 2014 إلى 2017 على فترات زمنية، نلاحظ ما يلي:

• من 2014 إلى 2015: شهدت نسب الحمل العادي في هذه الفترة انخفاض طفيف من 87.79% سنة 2014 إلى 87% سنة 2015، في المقابل عرفت نسب الحمل الخطير زيادة من 12.21% سنة 2014 إلى 13% سنة 2015، هذه الزيادة تعكس ارتفاع في عدد حالات الحمل الخطير بسطيف من 7049 حالة إلى 7593 حالة خلال نفس الفترة والتي قد تكون نتيجة للعمر المتقدم للأم أو الزواج المبكر أو نقص الرعاية الصحية للأم أو الضغط على الأم من قبل أفراد العائلة لإنجاب عدد كبير من الأطفال خاصة في المناطق الريفية أو مضاعفات الحمل والولادة أو الأمراض المزمنة، وما يعزز ذلك ارتفاع نسبة وفيات الأمهات في سطيف بسبب ارتفاع ضغط الدم من 5.26% سنة 2014 إلى 23.08% سنة 2015 وبسبب أمراض القلب من 5.26% إلى 19.23% في سنتي 2014 و 2015 على التوالي.

• من 2015 إلى 2016: عرفت نسب الحمل العادي ارتفاع من 87% إلى 89.69% في عامي 2015 و 2016 على التوالي، هذا الارتفاع الكبير يعكس انخفاض في نسب الحمل الخطير من 13% إلى 10.31% في نفس الفترة، مما يوضح تحسن الرعاية الصحية للأمهات في سطيف ووعيهن بأهمية المتابعة المبكرة للحمل.

• من 2016 إلى 2017: شهدت نسب الحمل العادي في عامي 2016 و 2017 انخفاض ضئيل من 89.69% إلى 89.49% هذا من جهة، أما في الجهة المقابلة فقد رافق هذا الانخفاض زيادة طفيفة في نسب الحمل الخطير من 10.31% إلى 10.51% في عامي 2016 و 2017 على التوالي، هذه الزيادة البسيطة

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

قد تعكس نقص الوعي الصحي لدى بعض نساء سطيف، وما يعزز ذلك ارتفاع نسبة وفيات الأمهات خارج دار الأمومة من 19.23% سنة 2016 إلى 23.07% سنة 2017.

2-2/ تطور معدل وفيات الأمهات بسطيف 2014 - 2021:

الجدول (4-28): تطور معدل وفيات الأمهات بسطيف 2014 - 2021

السنة	عدد وفيات الأمهات	عدد النساء في سن الانجاب 15-49	معدل وفيات الأمهات لكل 100000 مولود حي
2014	19	473237	4
2015	26	478670	5
2016	25	484081	5
2017	26	489615	5
2018	31	495198	6
2019	14	500844	3
2020	25	506514	5
2021	40	512275	8

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات DPSB

الشكل (4-25): تطور معدل وفيات الأمهات بسطيف 2014 - 2021



المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات DPSB

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998-2022

نلاحظ من خلال الجدول (4-28) والشكل (4-25) أن معدل وفيات الأمهات في سطيف خلال الفترة من 2014 إلى 2021 شهد تذبذب، حيث كان في البداية منخفضا عند 4 لكل 100000 مولود حي سنة 2014 ثم ارتفع تدريجيا وبلغ 5 لكل 100000 مولود حي سنة 2015 وظل ثابتا عند هذا المعدل لمدة ثلاث سنوات من 2015 إلى 2017، بعدها ارتفع إلى 6 لكل 100000 مولود حي سنة 2018 قبل أن ينخفض إلى 3 لكل 100000 مولود حي سنة 2019. ولكن في سنة 2020 ارتفع المعدل مجددا إلى 5 لكل 100000 مولود حي، وفي سنة 2021 ارتفع بشكل كبير ليصل إلى 8 وفيات لكل 100000 مولود حي. قد يكون هذا الارتفاع الكبير في معدل وفيات الأمهات سنة 2021 مرتبطا بتأثيرات جائحة كورونا التي تسببت في تدهور الرعاية الصحية وتأخر في الحصول على الخدمات الطبية، مما أدى إلى زيادة في عدد الوفيات، والشاهد على ذلك أن نسبة وفيات الأمهات في سطيف بسبب كوفيد 19 سنة 2021 بلغت 45.50%. أما الانخفاض الحاد في معدل وفيات الأمهات سنة 2019 إلى 3 وفيات لكل 100000 مولود حي يمكن أن يعكس تحسن في الخدمات الصحية والرعاية المتعلقة بالأمومة في سطيف أو تراجع في عدد الولادات المعقدة والخطيرة.

كما يتضح لنا أيضا من الجدول (4-28) أن عدد نساء سطيف في سن الإنجاب في تصاعد متواصل خلال الفترة من 2014 إلى 2021، حيث ارتفع عددهم من 473237 امرأة سنة 2014 إلى 512275 امرأة سنة 2021 بمعدل زيادة قدره 8.25%.

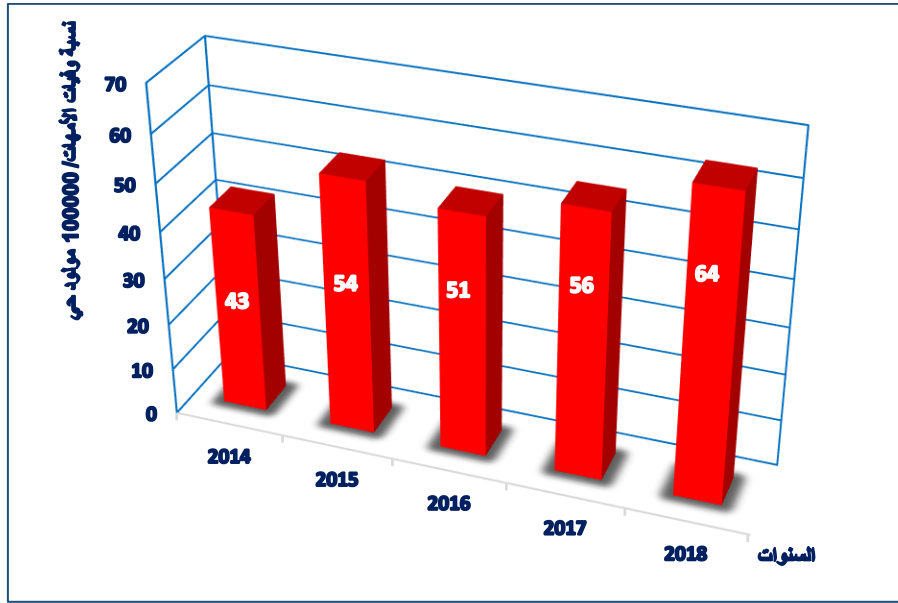
2-3 تطور نسبة وفيات الأمهات بسطيف 2014-2018:

الجدول (4-29): تطور نسبة وفيات الأمهات بسطيف 2014-2018

السنة	عدد وفيات الأمهات	الولادات الحية	نسبة وفيات الأمهات لكل 100000 مولود حي
2014	19	44609	43
2015	26	48211	54
2016	25	48649	51
2017	26	46633	56
2018	31	48709	64

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات DPSB

الشكل (4- 26): تطور نسبة وفيات الأمهات بسطيف 2014- 2018



المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات DPSB

نلاحظ من خلال الجدول (4- 29) والشكل (4- 26) أن نسبة وفيات الأمهات بسطيف في سنة 2014 كانت 43 وفاة لكل 100000 مولود حي مع تسجيل 19 حالة وفاة. وفي سنة 2015 ارتفعت النسبة إلى 54 وفاة لكل 100000 مولود حي مع تسجيل 26 حالة وفاة. ثم انخفضت النسبة قليلا في سنة 2016 إلى 51 وفاة لكل 100000 مولود حي لكن بقيت في نطاق مرتفع مع تسجيل 25 حالة وفاة. بينما شهدت النسبة زيادة طفيفة في سنة 2017 إلى 56 وفاة لكل 100000 مولود حي مع 26 حالة وفاة. أما في سنة 2018 ارتفعت النسبة مجددا بشكل كبير إلى 64 وفاة لكل 100000 مولود حي مع تسجيل 31 حالة وفاة. قد يعود ارتفاع نسبة الوفيات في سنتي 2015 و 2018 مقارنة بالسنوات الأخرى إلى نقص في الوصول للرعاية الصحية الجيدة في الوقت المناسب أو ارتفاع في مخاطر الحمل والولادة وما قد يؤكد ذلك زيادة نسبة وفيات الأمهات في سطيف بسبب ارتفاع ضغط الدم ونزيف الولادة من 7.69% سنة 2017 إلى 16.13% سنة 2018، وبسبب الانتان (تسمم الدم) من 5.26% سنة 2014 إلى 7.69% سنة 2015.

ومن الجدير بالذكر، أنه على الرغم من زيادة عدد الولادات الحية في سطيف من 44609 ولادة حية في سنة 2014 إلى 48709 ولادة حية في سنة 2018، إلا أن نسبة وفيات الأمهات شهدت ارتفاع لافت، مما يستدعي إلى ضرورة تحسين الرعاية الصحية للأُم وتوفير بيئة طبية آمنة للحمل والولادة.

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

2- 4/ تطور متوسط عمر وفيات الأمهات بسطيف 2014 - 2021:

الجدول (4-30): تطور متوسط عمر وفيات الأمهات بسطيف 2014 - 2021

العمر المتوسط	السنة
31	2014
31	2015
33	2016
31	2017
32	2018
33	2019
34	2020
32	2021

المصدر: DPSB

الشكل (4-27): تطور متوسط عمر وفيات الأمهات بسطيف 2014 - 2021



المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات DPSB

نلاحظ من خلال الجدول (4-30) والشكل (4-27) بأن متوسط عمر وفيات الأمهات في سطيف شهد ارتفاع خلال الفترة من 2014 إلى 2021 وتراوح بين 31 سنة و34 سنة، مما يظهر تحسن متوقع في عوامل الرعاية الصحية للأمهات باستثناء سنة 2021 التي عرفت انخفاض في متوسط عمر الوفاة. وبالرغم من أن هناك العديد من العوامل التي قد تؤثر في صحة الأمهات إلا أن تأثير جائحة كورونا في سنة 2021

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

يعتبر أحد الأسباب الرئيسية وراء هذا الانخفاض، إذ أن 42.50% من وفيات الأمهات بسطيف في 2021 كانت بسبب كوفيد-19، وهذا يدل على أن جائحة كورونا ساهمت في زيادة المخاطر الصحية للأمهات الحوامل بسطيف في سنة 2021.

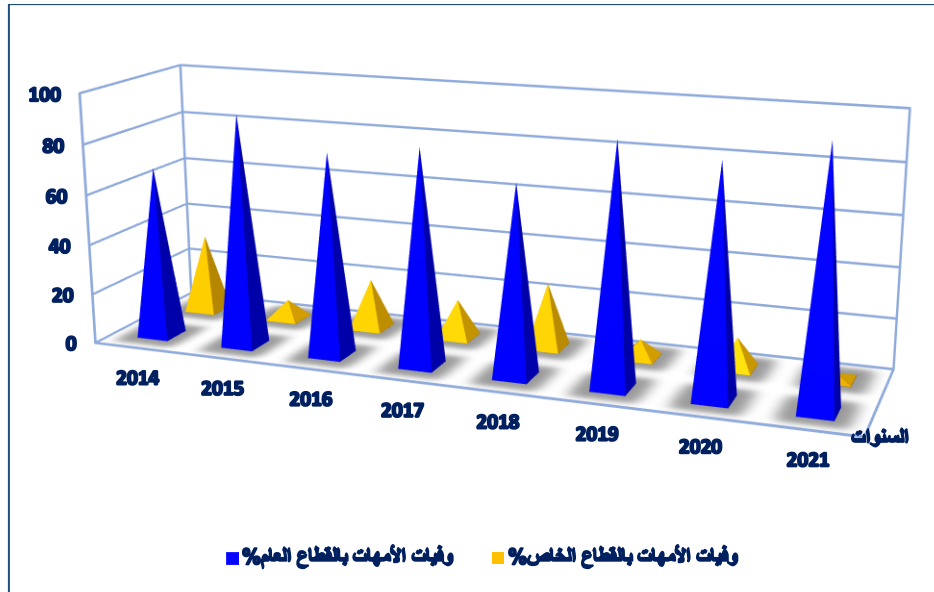
2- 5/ تطور وفيات الأمهات حسب القطاع (العام والخاص) بسطيف 2014 - 2021:

الجدول (4-31): تطور وفيات الأمهات حسب القطاع بسطيف 2014 - 2021

القطاع	القطاع العام		القطاع الخاص	
	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %
2014	13	68,42	6	31,58
2015	24	92,31	2	7,69
2016	20	80,00	5	20,00
2017	22	84,62	4	15,38
2018	23	74,19	8	25,81
2019	13	92,86	1	7,14
2020	22	88,00	3	12,00
2021	39	97,50	1	2,50

المصدر: من إعداد الباحثة بناءً على بيانات DPSB

الشكل (4-28): تطور وفيات الأمهات حسب القطاع بسطيف 2014 - 2021



المصدر: من إعداد الباحثة بناءً على بيانات DPSB

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998-2022

نلاحظ من خلال الجدول (4-31) والشكل (4-28) اللذان يوضحان تطور وفيات الأمهات حسب القطاع في سطيف من 2014 إلى 2021 بأن القطاع العام شهد تذبذب واضح في نسب وفيات الأمهات حيث كان في أعلى مستوياته 97.50% سنة 2021 مقارنة بـ 68.42% سنة 2014، ومر بعدة ارتفاعات وانخفاضات خلال السنوات، ولكن الزيادة الجسيمة في السنوات الأخيرة تُبين تقاوم تدني الأوضاع الصحية في القطاع العام بسطيف، وقد يعود ذلك إلى عدة عوامل كزيادة حالات الحمل المعقدة والخطيرة التي تحتاج إلى رعاية متخصصة أو ضغط كبير على الموارد الصحية بسبب النمو السكاني. أما الارتفاع الكبير سنة 2021 يعود إلى تأثير جائحة كورونا التي تسببت في زيادة المخاطر الصحية للأمهات الحوامل وأدت إلى وفاة 42.50% منهن بسبب كوفيد-19، إضافة إلى صعوبة الوصول إلى الرعاية الصحية المناسبة في ظل الظروف الاستثنائية إذ توفيت 2.50% من الأمهات في المنزل سنة 2021 و20% خارج دار الأمومة. في المقابل أظهر القطاع الخاص مسلك تنازلي حيث انخفضت نسبة وفيات الأمهات من 31.58% سنة 2014 إلى 2.50% سنة 2021، مما يدل على تقدم ملحوظ في رعاية الأمهات بالقطاع الخاص. هذا التقدم قد يكون نتيجة لتحسن جودة الخدمات الصحية المقدمة للأمهات في المستشفيات الخاصة كالتركيز على رعاية الأم والطفل وزيادة الوعي الطبي حول أهمية الوقاية من المضاعفات المرتبطة بالحمل والولادة.

عموماً، يمكن القول بأن القطاع العام يواجه صعوبات وتحديات أكبر في معالجة وفيات الأمهات مقارنة بالقطاع الخاص، وهذا ما قد يدل على الحاجة إلى إصلاح وتحسين جودة الرعاية الصحية للأمهات بسطيف في القطاع العمومي. أما فيما يتعلق بالقطاع الخاص فإنه يظهر تحسناً وتقدماً، وهذا قد يدل على أن الاستثمار في الرعاية الصحية الخاصة يمكن أن تساهم في خفض نسبة وفيات الأمهات. وبالنسبة لسنة 2021 يبدو أن القطاع العام كان أكثر تأثراً بوفيات الأمهات بسبب كوفيد-19 من القطاع الخاص وذلك نتيجة للضغط الكبير الممارس على القطاع العام مقارنة بالقطاع الخاص.

2-6/ تطور وفيات الأمهات حسب مكان وقوعها بسطيف 2014-2021:

الجدول (4-32): تطور وفيات الأمهات حسب مكان وقوعها بسطيف 2014-2021

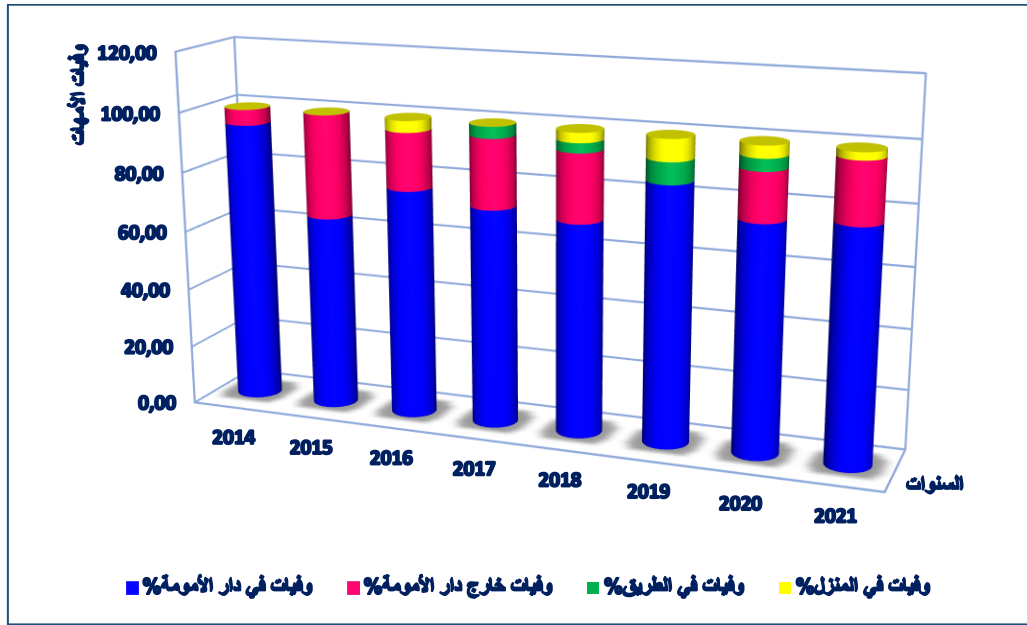
المكان	وفيات في دار الأمومة		وفيات خارج دار الأمومة		وفيات في الطريق		وفيات في المنزل	
	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %
2014	18	94,74	1	5,26	0	0,00	0	0,00
2015	17	65,38	9	34,62	0	0,00	0	0,00
2016	20	76,92	5	19,23	0	0,00	1	3,85

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

0,00	0	3,85	1	23,07	6	73,08	19	2017
3,23	1	3,23	1	22,58	7	70,96	22	2018
7,17	1	7,14	1	0,00	0	85,72	12	2019
4,00	1	4,00	1	16,00	4	76,00	19	2020
2,50	1	0,00	0	20,00	8	77,50	31	2021

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات DPSB

الشكل (4- 29): تطور وفيات الأمهات حسب مكان وقوعها بسطيف 2014- 2021



المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات DPSB

نلاحظ من خلال الجدول (4- 32) والشكل (4- 29) اللذان يوضحان تطور وفيات الأمهات حسب

مكان وقوعها بسطيف من 2014 إلى 2021 ما يلي:

- شهدت نسبة وفيات الأمهات داخل دار الأمومة في سطيف ارتفاع بارز في سنة 2014 بنسبة 94.74%، وبعد ذلك بدأت في الانخفاض التسلسلي، ومنذ 2015 إلى 2021 عرفت تذبذب لكن في المجمل بقيت مرتفعة وتتراوح بين 65.38% و 85.72% على مدار هذه السنوات، مما يدل على أن أغلب حالات الوفاة حدثت في دار الأمومة.

- عرفت نسبة وفيات الأمهات خارج دار الأمومة علو واضح في سنة 2015 بنسبة 34.62%، هذا الصعود قد يشير إلى صعوبات في الوصول إلى الرعاية الصحية الكافية في تلك السنة. وبحلول سنة 2019 انعدمت النسبة، مما يظهر تحسن هائل في الوصول إلى الرعاية الصحية وتوافر خدمات الأمومة في سطيف. ومع

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998-2022

ذلك فإن الزيادة التي شهدتها النسبة في 2020 و2021 (16% و20%) قد تعبر على عودة بعض المشاكل كصعوبة الوصول إلى دور الأمومة في سطيف، وهذا يستدعي إلى ضرورة القيام بتحسينات مستقبلية.

• لقد كانت نسبة وفيات الأمهات في الطريق معدومة في الفترة من 2014 إلى 2016، مما يوضح توفر وسائل النقل والرعاية الطارئة في سطيف بالقدر الكافي، وبعد سنة 2016 وإلى غاية سنة 2020 تم تسجيل حالة وفاة في كل سنة، قد يعود ذلك إلى التأخر في الوصول إلى دار الأمومة في الوقت المناسب بسبب تأثير الظروف البيئية الصعبة أو البعد الجغرافي أو نقص في خدمات الطوارئ. أما في سنة 2021 لم تسجل أي حالة وفاة في الطريق رغم الظروف الصحية الاستثنائية التي مرت بها الولاية جراء جائحة كورونا والتي تسببت في 42.50% من وفيات الأمهات، مما يدل على توفر خدمات الإسعاف والطوارئ بشكل فعال وكافي في تلك السنة.

• سجلت ولاية سطيف فيما يخص وفيات الأمهات في المنزل حالات استثنائية وفردية كما حدث في عام 2016 ومن 2018 إلى 2021، وهذا قد يُبين أن بعض الأمهات في الولاية كن يفضلن الولادة في المنزل أو لا يذهبن إلى المستشفيات ودور الأمومة بسبب العوامل الثقافية والاجتماعية. وهذا راجع إلى نقص الوعي حول أهمية الولادة في بيئة طبية وآمنة.

في المجمل، يمكن التوصل إلى أن معظم وفيات الأمهات في سطيف تحدث داخل دار الأمومة، مما يدل على تحسن ملحوظ في جودة الرعاية الصحية للأمهات. ومع ذلك، وبالرغم من هذا التحسن، لا تزال هناك وفيات خارج دار الأمومة وفي الطريق وفي المنزل، مما يستدعي الحاجة الملحة لضرورة تحسين الوصول إلى دور الأمومة في جميع مناطق الولاية من خلال تطوير خدمات النقل والإسعاف الطارئ لضمان أن الأمهات في سطيف يحصلن على الرعاية اللازمة في الوقت المناسب وفي كافة الظروف.

2-7/ أسباب وفيات الأمهات بسطيف 2014-2021:

الجدول (4-33): أسباب وفيات الأمهات بسطيف 2014-2021

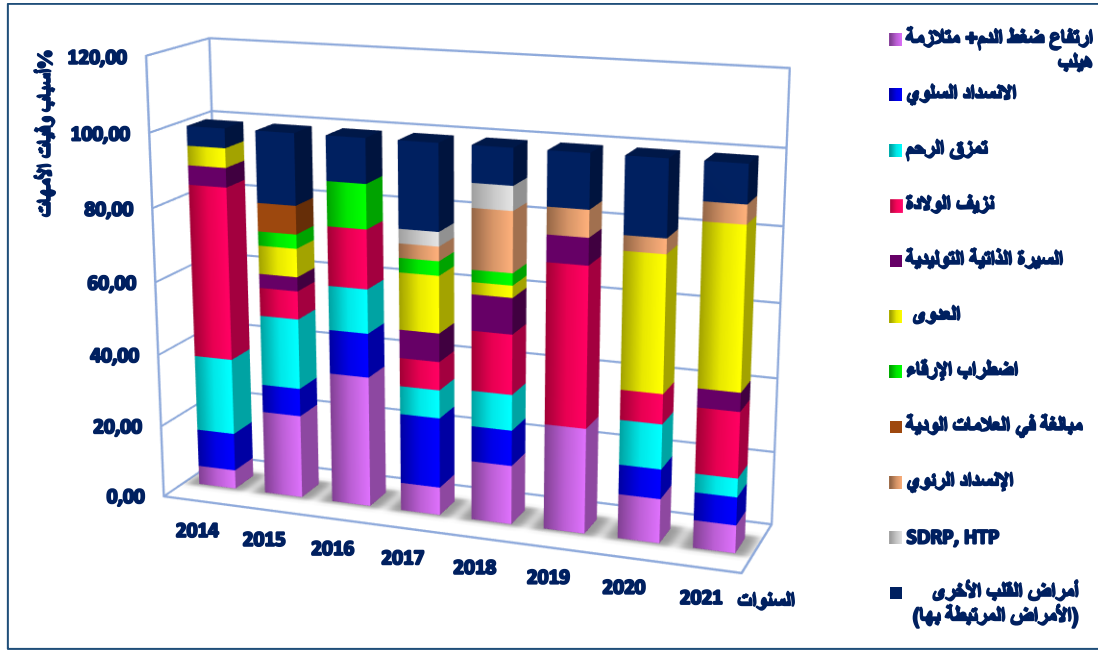
النسب %				أسباب وفاة الأمهات
2017	2016	2015	2014	
7,69	36,00	23,08	5,26	ارتفاع ضغط الدم+ متلازمة هيلب
19,23	12,00	7,69	10,53	الانسداد السلوي
7,69	12,00	19,23	21,05	تمزق الرحم

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيح 1998 - 2022

7,69	16,00	7,69	47,37	نزيف الولادة
7,69	0,00	3,85	5,26	السيرة الذاتية التوليدية: الجمود الرحمي، تمزق عنق الرحم، المشيمة الملتصقة بشكل زائد في الحمل عالي المخاطر
15,38	0,00	7,69	5,26	العدوى (الإنتان، السل، كوفيد-19)
3,85	12,00	3,85	0,00	اضطراب الإرقاء: التخثر المنتشر داخل الأوعية CIVD، سرطان الدم
0,00	0,00	7,69	0,00	مبالغة في العلامات الودية
3,85	0,00	0,00	0,00	الإنسداد الرئوي
3,85	0,00	0,00	0,00	متلازمة الفشل الكلوي التدريجي SDRP، التهاب الكبد السلبي الأساسي HTP
23,08	12,00	19,23	5,26	أمراض القلب الأخرى (الأمراض المرتبطة بجا) فقر الدم، الانسداد، اعتلال رئوي، التهاب الكبد الدهني الحاد، الوذمة الرئوية الحادة، السرطان، التهاب الكبد التصلي وحالة الصدمة
النسب %				أسباب وفاة الأمهات
2021	2020	2019	2018	
7,50	12,00	28,57	16,13	ارتفاع ضغط الدم+ متلازمة هيلب
7,50	8,00	0,00	9,68	الانسداد السلوي
5,00	12,00	0,00	9,68	تمزق الرحم
17,50	8,00	42,86	16,13	نزيف الولادة
5,00	0,00	7,14	9,68	السيرة الذاتية التوليدية: الجمود الرحمي، تمزق عنق الرحم، المشيمة الملتصقة بشكل زائد في الحمل عالي المخاطر
42,50(Covid-19)	36,00	0,00	3,23	العدوى (الإنتان، السل، كوفيد-19)
0,00	0,00	0,00	3,23	اضطراب الإرقاء: التخثر المنتشر داخل الأوعية CIVD، سرطان الدم
0,00	0,00	0,00	0,00	مبالغة في العلامات الودية
5,00	4,00	7,14	16,13	الانسداد الرئوي
0,00	0,00	0,00	6,45	متلازمة الفشل الكلوي التدريجي SDRP، التهاب الكبد السلبي الأساسي HTP
10,00	20,00	14,29	9,68	أمراض القلب الأخرى (الأمراض المرتبطة بجا) فقر الدم، الانسداد، اعتلال رئوي، التهاب الكبد الدهني الحاد، الوذمة الرئوية الحادة، السرطان، التهاب الكبد التصلي وحالة الصدمة

المصدر: من إعداد الباحثة بناءً على بيانات مديرية الصحة والسكان بسطيح.

الشكل (4-30): أسباب وفيات الأمهات بسطيف 2014-2021



المصدر: من إعداد الباحثة بناءً على بيانات مديرية الصحة والسكان بسطيف.

نلاحظ من خلال الجدول (4-33) والشكل (4-30) اللذان يعرضان أسباب وفيات الأمهات في

سطيف من 2014 إلى 2021 ما يلي:

- ارتفاع ضغط الدم ومتلازمة هيلب: سجلت نسبة وفيات الأمهات بسبب ارتفاع ضغط الدم صعود كبير 36% سنة 2016، لكنها بعد ذلك بدأت في التراجع بشكل واضح، وفي سنة 2021 انخفضت بدرجة كبيرة ووصلت إلى 7.5%، وهذا قد يدل على تحسن في التعامل مع مثل هذه الحالات والنجاح في الوقاية من الوفاة بسببها.
- الانسداد السلوي: شهدت نسبة وفيات الأمهات بسبب الانسداد السلوي تأرجح عبر السنوات، وكانت أعلى نسبة 19.23% سنة 2017، ثم انعدمت سنة 2019، وبعدها عادت للارتفاع 8% سنة 2020 و 7.5% سنة 2021، هذا التأرجح والتغير في نسبة وفيات الأمهات بسبب الانسداد السلوي قد يوحي باحتمالية التحسن في تشخيص وعلاج هذه الحالات.

- تمزق الرحم: سجلت نسبة وفيات الأمهات في سطيف بسبب تمزق عنق الرحم ارتفاع لافت في سنة 2014 و 2015 و 2016 بنسب 21.05% و 19.23% و 12% على التوالي، بعد ذلك انخفضت النسبة تدريجياً إلى 5% سنة 2021، مما قد يشير إلى تقدم وتطور في الوقاية والعلاج أو التشخيص المبكر لهذه الحالات.

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998-2022

• نزيف الولادة: عرفت نسبة وفيات الأمهات في سطيف بسبب نزيف الولادة ارتفاع عالي جدا 47.37% سنة 2014، بعدها تراجعت إلى 17.5% سنة 2021، إلا أنها بقيت تحتل المرتبة الثانية بعد كوفيد-19 سنة 2021، مما يبرز أنه على الرغم من التحسن في التدخلات الطبية لمثل هذه الحالات، إلا أن وفيات الأمهات بسبب نزيف الولادة تبقى تمثل تحدي في مجال رعاية الأمهات في سطيف، والتي لا بد لها من حلول.

• السيرة الذاتية التوليدية (الجمود الرحمي، تمزق عنق الرحم، المشيمة الملتصقة بشكل زائد في الحمل عالي المخاطر): تراوحت نسب وفيات الأمهات بسبب السيرة الذاتية التوليدية بين 3.85% و 9.68% وكانت معدومة في سنتي 2016 و 2020، مما يدل على أنها ليست من الأسباب الرئيسية ولكنها قد تشكل تهديبا.

• العدوى (الإنتان، السل، كوفيد-19): شهدت نسبة وفيات الأمهات بسبب العدوى ارتفاع كبير في سنتي 2017 و 2020 بنسبة 15.38% و 36% على التوالي، لكن العدوى في هاتين السنتين بسبب الإنتان والسل، أما في سنة 2021 بلغت النسبة 42.50% بسبب كوفيد-19، مما يوضح التأثير الكبير للجائحة على وفيات الأمهات في سطيف.

• اضطراب الإرقاء (التخثر المنتشر داخل الأوعية CIVD، سرطان الدم) ومبالغة في العلامات الودية ومتلازمة الفشل الكلوي التدريجي SDRP والتهاب الكبد السلي الأساسي HTP: تعتبر هذه الأسباب من العوامل الضعيفة جدا في وفيات الأمهات في سطيف.

• الانسداد الرئوي: بدأت وفيات الأمهات بسبب الانسداد الرئوي منذ سنة 2017 وكانت منخفضة للغاية في جميع السنوات حيث تراوحت نسبتها بين 3.85% و 16.13%، وهذا يعني أن الانسداد الرئوي ليس من الأسباب الرئيسية لوفيات الأمهات في هذه الفترة.

• أمراض القلب الأخرى (الأمراض المرتبطة بها: فقر الدم، الانسداد، اعتلال رئوي، التهاب الكبد الدهني الحاد، الوذمة الرئوية الحادة، السرطان، التهاب الكبد التصليبي وحالة الصدمة): شهدت نسبة وفيات الأمهات بسبب أمراض القلب الأخرى ارتفاع كبير إلى 23.08% سنة 2017، لكنها بعد ذلك انخفضت تدريجيا في السنوات الأخيرة إلى 10% سنة 2021. وهذا قد يدل على تقدم وتحسن في معالجة الحالات المصاحبة لأمراض القلب والتقليل من مخاطرها على الأمهات.

استنادا لما سبق، يمكن القول بأن وفيات الأمهات في سطيف خلال الفترة من 2014 إلى 2021 كانت لأسباب عديدة، حيث شهدت نسبة الوفيات الناجمة عن بعض الأسباب تأرجح مثل نسبة الوفيات بسبب

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

الانسداد السلوي، وتحسنت نسبة الوفيات الناجمة عن أسباب أخرى كنسبة الوفيات بسبب ارتفاع ضغط الدم ومتلازمة هيلب، في حين ظلت نسبة الوفيات الناجمة عن أسباب ما تواجه تحديات مثل نزيف الولادة. وفيما يخص نسبة وفيات الأمهات الناجمة عن كوفيد-19 يتضح أن له تأثير كبير في سنة 2021، وهذا يعني أنه لابد من تحسين الإجراءات الصحية المتعلقة بالعدوى للحفاظ على حياة الأمهات في سطيف مستقبلا.

من الممكن تصنيف وفيات الأمهات في سطيف بين عامي 2014 و 2021 إلى نوعين: وفيات ناجمة عن أسباب الولادة المباشرة وأخرى ناجمة عن أسباب غير مباشرة للولادة.

الجدول (4-34): الأسباب المباشرة وغير المباشرة لوفيات الأمهات بسطيف 2014 - 2021

السنوات	الوفيات الناجمة عن أسباب الولادة المباشرة	الوفيات الناجمة عن أسباب الولادة غير المباشرة
2014	89,47	10,53
2015	73,08	26,92
2016	88,00	12,00
2017	57,69	42,31
2018	80,65	19,35
2019	85,71	14,29
2020	44,00	56,00
2021	47,50	52,50

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات DPSB

نلاحظ من خلال الجدول (4-34) أن نسبة الوفيات الناجمة عن أسباب الولادة المباشرة كانت مرتفعة في معظم السنوات، حيث بلغت أعلى نسبة 89.47% سنة 2014، ثم تراجعت تدريجيا في السنوات اللاحقة. مع ذلك، ظلت النسبة تتراوح بين 57.69% و 88%. وفي سنتي 2020 و 2021 انخفضت النسبة بشكل واضح إلى 44% و 47.5%، هذا الانخفاض قد يدل على تحسن الأوضاع في دور الأمومة وقدرتها على تقديم العناية والرعاية اللازمة في الوقت المناسب وبالتالي التقليل من المخاطر وتحسين صحة الأمهات في سطيف. في المقابل كانت نسبة الوفيات الناجمة عن الأسباب غير المباشرة ضئيلة نسبيا في معظم السنوات. ففي سنة 2014 كانت النسبة 10.53% ولكنها شهدت زيادة ملفتة في بعض السنوات، حيث ارتفعت في سنتي 2020 و 2021 إلى 56% و 52.5%، هذا الارتفاع يعود إلى تأثيرات جائحة كوفيد-19 على دور الأمومة في سطيف.

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998-2022

عند تحليل الأسباب المباشرة وغير المباشرة لوفيات الأمهات في سطيف من 2014 إلى 2021 عبر فترات زمنية، نلاحظ ما يلي:

- من 2014 إلى 2019: خلال هذه الفترة، يتضح أن الوفيات المباشرة كانت هي السائدة، على الرغم من وجود تأرجح طفيف في النسب بين السنوات إلا أن الاتجاه العام يُظهر أن نسبة الوفيات المباشرة تفوق بكثير نسبة الوفيات غير المباشرة.

- سنة 2020: تعتبر السنة المحورية حيث شهدت نسبة الوفيات غير المباشرة ارتفاع كبير بلغت 56% هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى انخفضت نسبة الوفيات المباشرة بشكل ملحوظ إلى 44%.

- سنة 2021: لقد ظلت نسبة الوفيات غير المباشرة مرتفعة في هذه السنة 52.5% رغم التحسن الضئيل مقارنة بسنة 2020، بينما ارتفعت الوفيات المباشرة إلى 47.5%، هذا قد يدل على تحسن في الرعاية الصحية للأمهات في سطيف من جهة، وتواصل لبعض التحديات من جهة أخرى.

على العموم، يمكن القول بأن هناك تحسن بسيط في تقليل وفيات الأمهات الناجمة عن أسباب مباشرة، في المقابل بقيت الوفيات غير المباشرة مرتفعة في السنوات الأخيرة، وهذا قد يدل على أن الأسباب غير المباشرة تتطلب اهتماما أكبر من حيث الوقاية والعلاج في المستقبل. أما التحسن يدل على النجاح والتقدم في تقليل وفيات الأمهات الناجمة عن أسباب مباشرة في سطيف خاصة وأن هذه الوفيات خطيرة مقارنة بالوفيات غير المباشر لطبيعتها الطارئة والتأثير الفوري لها.

3/ تلقيح الأطفال الرضع (أقل من سنة) بسطيف 2010-2019:

الجدول (4-35): نسبة تلقيح الأطفال الرضع (أقل من سنة) بسطيف 2010-2019

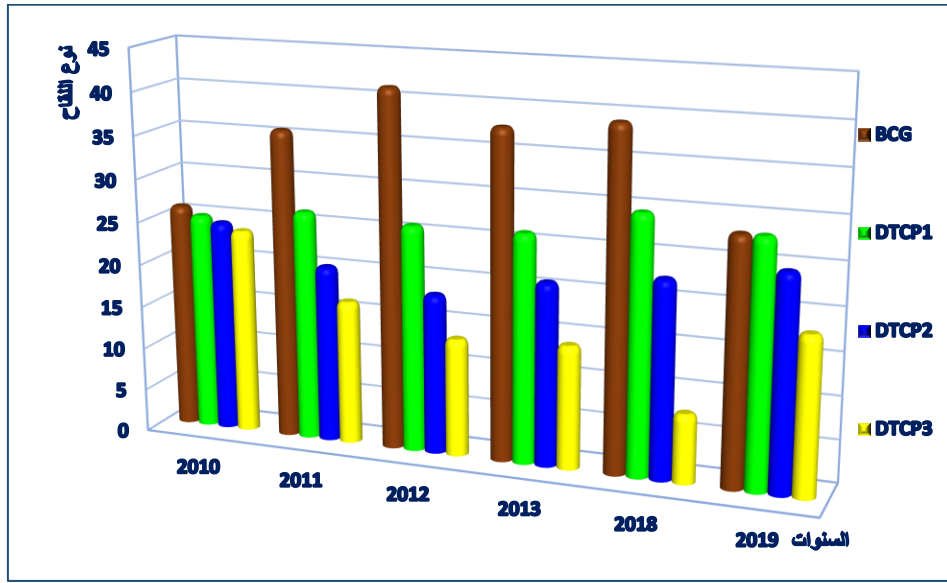
السنوات	نوع التلقيح	لقاح السل BCG	لقاح الدفتيريا DTCP1	لقاح الكزاز DTCP2	لقاح السعال الديكي DTCP3
2010	العدد	36303	34984	34083	33073
	النسبة %	26,22	25,27	24,62	23,89
2011	العدد	36044	26806	20625	16809
	النسبة %	35,94	26,73	20,57	16,76
2012	العدد	35439	22403	15841	11700
	النسبة %	41,51	26,24	18,55	13,70
2013	العدد	36076	25198	20145	13650

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

14,36	21,19	26,50	37,95	النسبة %	2018
8490	24100	31526	41532	العدد	
8,04	22,81	29,84	39,31	النسبة %	2019
28672	38777	44352	44344	العدد	
18,36	24,83	28,40	28,40	النسبة %	

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات DPSB

الشكل (4-31): نسبة تلقيح الأطفال الرضع (أقل من سنة) بسطيف 2010-2019



المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات DPSB

نلاحظ من الجدول (4-35) والشكل (4-31) اللذان يوضحان تطور نسبة تلقيح الأطفال الرضع

في سطيف من 2010 إلى 2019 ما يلي:

1- لقاح السل (BCG): من خلال تحليل بيانات نسبة تلقيح الأطفال الرضع ضد السل عبر فترات زمنية، نلاحظ ما يلي:

• من 2010 إلى 2013: شهدت نسبة تلقيح الأطفال ضد السل صعودا من 26.22% سنة 2010 إلى 35.94% سنة 2011، وهذا قد يدل على تحسن في برامج التلقيح، وما يعزز ذلك هو أن التلقيح شمل كل بلديات الولاية، وقد سجل في سنة 2010 أكبر عدد من الأطفال الملقحين ضد السل ببلدية سطيف 8405 رضيع ملقح تليها بلدية العلمة 3950 رضيع ملقح أما أقل عدد كان بلدية واد الباراد 48 رضيع ملقح، ليرتفع العدد في سنة 2011 إلى 8640 رضيع ملقح ببلدية سطيف و4814 رضيع ملقح ببلدية العلمة و50 رضيع

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

ملح بلدية واد البارد. أما سنة 2012 فقد شهدت ارتفاع بشكل أكبر لتصل إلى 41.51% وهذا تحسن بارز في التغطية التطعيمية. بينما حدث انخفاض طفيف سنة 2013 إلى 37.95%، قد يعود هذا الانخفاض البسيط لقلّة الوعي بأهمية تلقيح الأطفال الرضع ضد السل.

• من 2013 إلى 2018: ارتفعت نسبة الأطفال الملقحين إلى 39.31% سنة 2018، إلا أنها تعد منخفضة مقارنة بسنة 2012 التي بلغت 41.51%، وما قد يثبت ذلك أن بلدية قنرات لم يتم فيها تلقيح أي طفل سنة 2018.

• من 2018 - 2019: شهدت نسبة تلقيح الأطفال ضد السل انخفاض إلى 28.40% سنة 2019، قد يعود ذلك إلى تدهور الوضع الصحي في بعض مناطق الولاية كنقص في توفر اللقاحات.

مما سبق، يظهر أن نسبة تلقيح الأطفال الرضع ضد السل شهدت تحسن بين 2010 و 2012، أما الفترة من 2013 إلى 2018 عرفت تذبذب، وفي سنة 2019 سجلت هذه النسبة تراجع ملفت قد يتطلب في المستقبل تعزيز الحملات التوعوية بأهمية تلقيح الأطفال الرضع ضد السل وحسن توزيع اللقاحات.

2- لقاح الدفتيريا (DTCP1): من خلال تحليل بيانات نسبة تلقيح الأطفال الرضع ضد الدفتيريا عبر فترات زمنية، نلاحظ ما يلي:

• من 2010 إلى 2013: شهدت نسبة تلقيح الأطفال الرضع ضد الدفتيريا تذبذب خلال هذه الفترة، وسجلت أعلى نسبة 26.73% سنة 2011. وبعدها تراجعت إلى 26.50% سنة 2013.

• من 2013 إلى 2018: عرفت نسبة تلقيح الأطفال الرضع ارتفاع حيث وصلت إلى 29.84% سنة 2018، يمكن تفسير هذا الارتفاع بزيادة الوعي أو الحملات التوعوية الفعالة التي قد تكون ساهمت في تشجيع الأسر على تلقيح أطفالهم. وبالرغم من التحسن الملاحظ سنة 2018 إلا أنه هناك ست بلديات لم يتم فيها تلقيح أي طفل ضد الدفتيريا كبلدية بني ورثيلان وبلدية بني موحلي، مما يتطلب تحسين في توزيع اللقاحات مع التوعية بأهميته مستقبلا.

• من 2018 إلى 2019: شهدت نسبة تلقيح الأطفال الرضع ضد الدفتيريا انخفاض طفيف إلى 28.40% سنة 2019. ومن المحتمل أن يكون هذا التراجع البسيط بسبب صعوبة في الوصول إلى بعض المناطق النائية مثلا.

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998-2022

مما سبق، يتضح أن نسبة تلقيح الأطفال الرضع ضد الدفتيريا في سطيف شهدت تحسن بين سنتي 2010 و2018 مع تراجع ضئيل سنة 2019، وهذا يدل على تقدم وتطور في البرامج التطعيمية من ناحية، ومن ناحية أخرى لا تزال بعض الصعوبات كالتغطية كامل مناطق الولاية.

3- لقاح الكزاز (DTCP2): من خلال تحليل بيانات نسبة تلقيح الأطفال الرضع ضد الكزاز عبر فترات زمنية، نلاحظ ما يلي:

• من 2010 إلى 2013: شهدت نسبة تلقيح الأطفال الرضع ضد الكزاز تراجع من 24.62% سنة 2010 إلى 18.55% سنة 2012، هذا التراجع قد يكون ناتجا لتدهور في البرامج التطعيمية لأن البلدية التي سجلت أكبر عدد من الأطفال الملقحين ضد الكزاز سنة 2010 هي بلدية سطيف بـ 8128 رضيع ملقح، ثم شهدت انخفاضا في سنة 2012 إلى 3309 رضيع ملقح مع أنها بقيت البلدية المسجلة أكبر عدد من الأطفال الملقحين ضد الكزاز. أو قد يدل التراجع في نسب التلقيح عدم الوصول إلى المناطق النائية لأن البلدية التي شهدت أقل عدد من الأطفال الملقحين ضد الكزاز سنة 2010 هي بلدية واد البار بـ 45 رضيع ملقح، انخفض عدد الملقحين فيها إلى 9 رضع ملقحين سنة 2012. بعد ذلك، شهدت نسبة تلقيح الأطفال ضد الكزاز ارتفاع بسيط إلى 21.19% سنة 2013 وهذا قد يدل على الجهود المبذولة لتحسين التغطية التطعيمية.

• من 2013 إلى 2018: شهدت نسبة تلقيح الأطفال ضد الكزاز ارتفاع من 21.19% سنة 2013 إلى 22.81% سنة 2018، هذا التحسن قد يكون نتيجة لحملات التطعيم أو زيادة الوعي لدى الأسر بأهمية تلقيح الأطفال الرضع ضد الكزاز.

• من 2018 إلى 2019: عرفت نسبة تلقيح الأطفال الرضع ضد الكزاز قفزة من 22.81% سنة 2018 إلى 24.83% سنة 2019، وهذا يوضح الاستمرار في الجهود لتحسين التغطية التطعيمية.

استنادا لما ذكر، يمكن القول بأن نسبة تلقيح الأطفال الرضع ضد الكزاز في سطيف تأرجحت بين التراجع والتقدم، مع تحسن في سنتي 2018 و2019. وهذا قد يظهر تعزيز وتدعيم البرامج التطعيمية بعد فترات صعبة.

4- لقاح السعال الديكي (DTCP3): من خلال تحليل بيانات نسبة تلقيح الأطفال الرضع ضد السعال الديكي عبر فترات زمنية، نلاحظ ما يلي:

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

• من 2010 إلى 2013: شهدت نسبة تلقيح الأطفال الرضع ضد السعال الديكي انخفاض ملفت من 23.89% سنة 2010 إلى 13.70% سنة 2012، هذا التراجع الكبير من المحتمل أن يكون نتيجة لضعف حملات التوعية أو صعوبات في توزيع اللقاحات. بينما ارتفعت نسبة الأطفال اللقاحين قليلا إلى 14.36% سنة 2013، إلا أنها لا تزال منخفضة مقارنة بسنة 2010.

• من 2013 إلى 2018: عرفت نسبة تلقيح الأطفال ضد السعال الديكي انخفاض حاد إلى 8.04% سنة 2018، هذا الانخفاض قد يُبين تحديات كبيرة في تنفيذ البرامج التطعيمية كنقص توفر اللقاحات وما يثبت ذلك أن 49 بلدية لم يتم فيها تلقيح أي طفل ضد السعال الديكي سنة 2018 منها بلدية سطيف، عين آرنات، عين عباس، العلمة، بوقاعة، قجال إلخ.

• من 2018 إلى 2019: سجلت نسبة تلقيح الأطفال ضد السعال الديكي ارتفاع واضح حيث وصلت إلى 18.36% سنة 2019، ومن المحتمل أن يفسر هذا التحسن أنه نتيجة لجهود موجهة لتحسين التغطية التطعيمية. وما يؤيد ذلك زيادة توفير اللقاحات في الولاية خاصة وأن عدد البلديات التي لم يتم فيها تلقيح أي طفل ضد السعال الديكي تراجع من 49 بلدية سنة 2018 إلى 10 بلديات سنة 2019 منها بلدية سطيف، عين ولمان، قلال ... إلخ.

من خلال ما تم ذكره، يتضح أن نسبة تلقيح الأطفال الرضع ضد السعال الديكي كانت متذبذبة على مر السنوات، حيث يعود الانخفاض الكبير سنة 2018 لعدم توفر اللقاح في 49 بلدية، أما التحسن في سنة 2019 دليل على الجهود الكبيرة الهادفة للوصول إلى أكبر قدر ممكن من التغطية التطعيمية.

4/ انتشار الأوبئة بسطيف 2010 - 2019:

الجدول (4-36): نسبة انتشار الأوبئة بسطيف 2010 - 2019

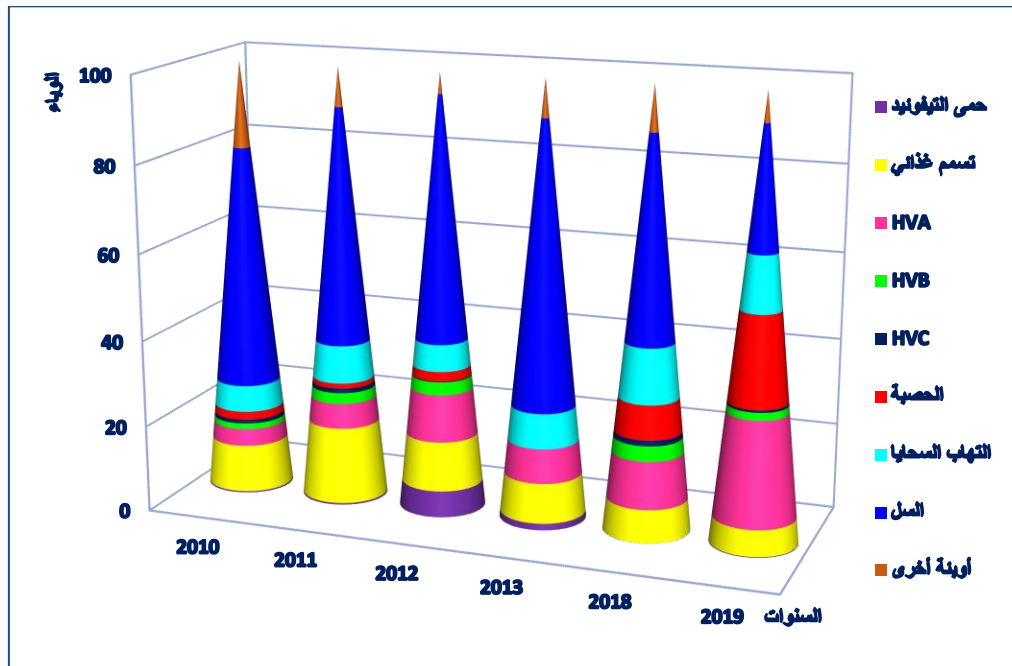
2012		2011		2010		السنوات
النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	الوباء
5,94	125	0,39	8	0,32	5	حمى التيفوئيد
11,21	236	17,33	359	10,75	167	تسمم غذائي
10,78	227	5,75	119	3,93	61	التهاب الكبد أ HVA
2,99	63	2,51	52	1,35	21	التهاب الكبد ب HVB
0,19	4	1,06	22	0,9	14	التهاب الكبد ج HVC
2,14	45	1,16	24	1,87	29	الحصبة

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

التهاب السحايا	6,08	128	8,59	178	6,05	94
السل	55,68	1172	53,98	1118	54,95	854
أوبئة أخرى	4,99	105	9,23	191	19,88	306
السنوات	2019		2018		2013	
الوباء	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد
حمى التيفوئيد	0,17	8	0,03	1	1,49	30
تسمم غذائي	5,88	273	7,48	227	9,01	182
التهاب الكبد أ HVA	23,81	1105	10,68	324	7,78	157
التهاب الكبد ب HVB	1,75	81	3,46	105	-	-
التهاب الكبد ج HVC	0,52	24	1,25	38	-	-
الحصبة	20,52	952	7,78	236	0	0
التهاب السحايا	12,61	585	12,46	378	7,92	160
السل	27,65	1283	46,34	1406	64,93	1311
أوبئة أخرى	7,09	329	10,52	319	8,87	179

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات DPSB

الشكل (4-32): نسبة انتشار الأوبئة بسطيف 2010 - 2019



المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات DPSB

نلاحظ من خلال الجدول (4-36) والشكل (4-32) اللذان يظهران تطور انتشار الأوبئة في سطيف

من 2010 إلى 2019 ما يلي:

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

• حمى التيفوئيد: شهدت نسبة حمى التيفوئيد في سطيف انخفاض من 0.32% سنة 2010 إلى 0.17% سنة 2019، هذا التراجع قد يكون نتيجة لتحسين أنظمة المياه والصرف الصحي وزيادة التثقيف الصحي، فضلا عن تقدم الأساليب الوقائية وتطور العلاجات والأدوية. أما فيما يخص الارتفاع البارز في نسبة حمى التيفوئيد التي بلغت 5.94% سنة 2012، فهذا يدل على أن الولاية شهدت تفشي كبير لحالات حمى التيفوئيد سنة 2012 بـ 125 حالة موزعة على 12 بلدية منها بلدية سطيف 83 حالة، بلدية عين آرنات 18 حالة، بلدية الرصفة حالة واحدة.

• التسمم الغذائي: عرفت نسبة التسمم الغذائي ارتفاع واضح من 10.75% سنة 2010 إلى 17.33% سنة 2011، بعد ذلك سجلت انخفاض تدريجي حتى 5.88% سنة 2019، قد يعود هذا الانخفاض إلى اتباع قواعد النظافة والمراقبة المستمرة لسلامة الغذاء وزيادة الوعي لدى أفراد المجتمع حول تجنب الأضرار الغذائية كالأكل السريع في الشارع. أما الارتفاع المسجل سنة 2011 يعود إلى تفشي 359 حالة في الولاية موزعة على 18 بلدية منها بلدية سطيف بـ 129 حالة، بلدية ذراع قبيلة 50 حالة.

• التهاب الكبد أ (HVA): شهدت نسبة التهاب الكبد أ قفزة كبيرة من 3.93% سنة 2010 إلى 23.81% سنة 2019، من المحتمل أن يكون ذلك بسبب نقص في الإجراءات الوقائية أو مشاكل في مراقبة المياه أو قلة الوعي كتناول أطعمة ملوثة لأن كل بلديات الولاية سجلت حالات، على سبيل المثال سجلت بلدية سطيف 278 حالة، العلمة 133 حالة، عين ولمان 75 حالة، عين الكبيرة 70 حالة، بازر السخرة 38 حالة هذا من جهة. من جهة أخرى قد يدل ارتفاع عدد الحالات المصابة بالتهاب الكبد أ إلى 1105 حالة سنة 2019 إلى تحسن في التشخيص.

• التهاب الكبد ب (HVB): شهدت نسبة التهاب الكبد ب ارتفاع من 1.35% سنة 2010 إلى 3.46% سنة 2018 وذلك نتيجة لارتفاع عدد البلديات التي سجلت حالات من 15 بلدية سنة 2010 إلى 22 بلدية سنة 2018، وهذا الارتفاع قد يرجع إلى زيادة الوعي لدى أفراد المجتمع للقيام بالفحوصات التي أدت إلى اكتشاف حالات أكثر. أما في سنة 2019 انخفضت نسبة التهاب الكبد ب إلى 1.75% وهذا قد يدل على تطور إيجابي في السيطرة على التهاب الكبد ب، وما يثبت ذلك هو تراجع الحالات المسجلة من 105 حالة سنة 2018 إلى 81 حالة سنة 2019.

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

• التهاب الكبد ج (HVC): عرفت نسبة التهاب الكبد ج انخفاض من 0.9% سنة 2010 إلى 0.52% سنة 2019، إلا أن الانخفاض الحاد كان في سنة 2012 بنسبة 0.19% وهي أربع حالات فقط، حالتين ببلدية قجال وحالة ببلدية بيضاء برج وحالة ببلدية العلمة، هذا الانخفاض قد يدل على تحسن في الأساليب الوقائية وتطور في العلاجات.

• الحصبة: شهدت نسبة الحصبة صعود ملفت من 1.87% سنة 2010 إلى 20.52% سنة 2019، هذا الصعود قد يدل على انخفاض الوعي الصحي لدى أفراد المجتمع حول أهمية التلقيح أو نقص في التغطية التطعيمية ضد الحصبة لأن الولاية سجلت 29 حالة سنة 2010 موزعة على أربع بلديات فقط وهي بلدية عين عباس 14 حالة، بلدية عين آزال 13 حالة، وبلديتا الأوريسيا وقجال بحالة حالة. أما في سنة 2019 سجلت الولاية 952 حالة موزعة على 37 بلدية منها بلدية عين ولمان ب 303 حالة.

• التهاب السحايا: عرفت نسبة التهاب السحايا ارتفاع من 6.05% سنة 2010 إلى 12.61% سنة 2019، هذا الارتفاع قد يكون بسبب تحسن في تقنيات التشخيص التي ساعدت في اكتشاف حالات أكثر أو سرعة نقشي المرض، حيث ارتفعت الحالات المسجلة في الولاية من 94 حالة سنة 2010 موزعة على 29 بلدية إلى 585 حالة مست كل البلديات باستثناء 8 بلديات من أصل 60 بلدية سنة 2019.

• السل: عرف مرض السل نسب عالية جدا، حيث كانت 54.95% سنة 2010، وبلغت إلى 64.93% سنة 2013، لكنها تراجعت إلى 27.65% سنة 2019، هذا الانخفاض من المحتمل أن يعود إلى ارتفاع الوعي الصحي لدى أفراد المجتمع حول أهمية الوقاية والعلاج المبكر لأن عدد الحالات تراجع من 1311 حالة سنة 2013 موزعة على كل البلديات إلى 1283 حالة سنة 2019 مست كل البلديات باستثناء 3 بلديات وهي بني موحلي، آيت تيزي وآيت نوال مزادة لم تسجل أي حالة، وبلديات أخرى تراجع فيها عدد الحالات كبلدية سطيف من 338 حالة سنة 2013 إلى 293 حالة سنة 2019.

• أوبئة أخرى: شهدت نسبة الأوبئة الأخرى تذبذب بين الارتفاع والانخفاض خلال هذه الفترة، فقد كانت مرتفعة 19.88% سنة 2010 ثم انخفضت إلى 4.99% سنة 2012. بعد ذلك ارتفعت إلى 8.87% سنة 2013، لتتخف مرة أخرى إلى 7.09% سنة 2019.

استناد لما ذكر، نلاحظ أن ولاية سطيف شهدت تحسن في الوقاية والعلاج من بعض الأوبئة مثل، حمى التيفوئيد، التسمم الغذائي والسل، وذلك من خلال الرصد المبكر للأوبئة. في المقابل لا تزال هناك تحديات

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

تتعلق بأوبئة أخرى مثل، التهاب الكبد أ، الحصبة والتهاب السحايا، التي أظهرت ارتفاع في نسب انتشارها، هذا الارتفاع يتطلب الحاجة الملحة لتكثيف جهود الجهات المعنية للوقاية من هذه الأوبئة ومكافحتها.

II. الاحتياجات الصحية لسكان سطيف 2001 - 2020:

1/ الاحتياجات الصحية البشرية (القطاع العام والخاص) بسطيف 2001 - 2019:

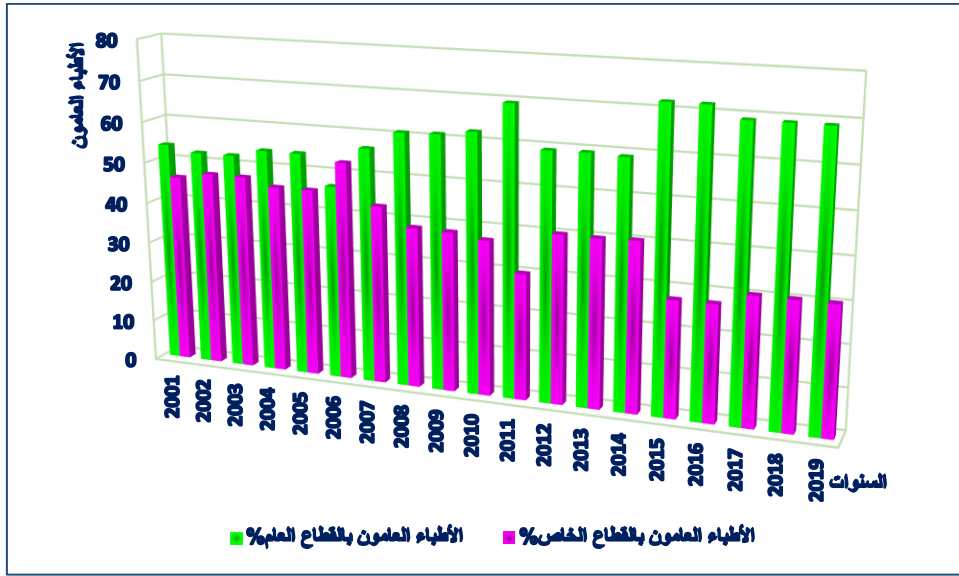
1-1/ الأطباء العامون (القطاع العام والخاص) بسطيف 2001 - 2019:

الجدول (4-37): تطور نسبة الأطباء العامون (القطاع العام والخاص) بسطيف 2001 - 2019

الخاص			العام			القطاع
معدل التغير %	النسبة %	العدد	معدل التغير %	النسبة %	العدد	السنوات
-	46,07	264	-	53,93	309	2001
5,68	47,45	279	0,00	52,55	309	2002
0,00	47,45	279	0,00	52,55	309	2003
-0,36	45,65	278	7,12	54,35	331	2004
0,00	45,65	278	0,00	54,35	331	2005
18,71	52,97	330	-11,48	47,03	293	2006
-6,36	43,22	309	38,57	56,78	406	2007
1,29	38,83	313	21,43	61,17	493	2008
-0,64	38,59	311	0,41	61,41	495	2009
6,43	37,44	331	11,72	62,56	553	2010
-2,11	30,34	324	34,54	69,66	744	2011
2,16	40,46	331	-34,54	59,54	487	2012
2,72	40,33	340	3,29	59,67	503	2013
0,88	40,64	343	-0,40	59,36	501	2014
1,17	27,89	347	79,04	72,11	897	2015
0,00	27,89	347	0,00	72,11	897	2016
2,02	30,73	354	-11,04	69,27	798	2017
0,00	30,73	354	0,00	69,27	798	2018
0,00	30,73	354	0,00	69,27	798	2019

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات DPSB

الشكل (3-33): تطور نسبة الأطباء العامون (القطاع العام والخاص) بسطيف 2001-2019



المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات DPSB

نلاحظ من خلال الجدول (4-37) والشكل (4-33) اللذان يعرضان تطور نسبة الأطباء العامون في القطاعين العام والخاص بسطيف من 2001 إلى 2019 ما يلي:

1- القطاع العام: عند تحليل تطور الأطباء العامون في القطاع العام عبر فترات زمنية، نلاحظ ما يلي:

- من 2001 إلى 2005: شهدت نسبة الأطباء العامون ثبات محدود، وقد تراوحت بين 53.93% سنة 2001 و54.35% سنة 2005، نتيجة لثبات عدد الأطباء العامون الذي قدر بـ 309 طبيب من 2001 إلى 2003 مع زيادة طفيفة في سنتي 2004 و2005 إلى 331 طبيب. هذا الثبات قد يدل على استقرار في توزيع الأطباء العامون بين القطاعين.

- من 2006 إلى 2011: شهدت نسبة الأطباء العامون ارتفاع في القطاع العام من 47.03% سنة 2006 إلى 69.66% سنة 2011، وهذا يدل على أن نسبة الأطباء العامون بالقطاع العام أكثر مقارنة مع القطاع الخاص، ومن المحتمل أن يعود هذا الارتفاع لتحسينات في البنية التحتية الصحية أو ارتفاع الطلب على الخدمات الصحية العامة. كما يتضح أن عدد الأطباء العامون عرف ارتفاع من 293 طبيب سنة 2006 إلى 744 طبيب سنة 2011، هذا الارتفاع في عدد الأطباء العامون يتماشى مع الارتفاع الكبيرة في نسبهم، مما يدل على امتداد وتوسع ضخم في القطاع العام في سطيف وما قد يثبت ذلك ارتفاع عدد المستشفيات العمومية والعيادات المتعددة الاختصاصات وقاعات العلاج من 8 و7 و229 على التوالي سنة 2006 إلى 10

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

مستشفيات و 68 عيادة متعددة الاختصاصات و 238 قاعة علاج سنة 2011. وبالتالي فإن هذه الزيادات المسجلة في القطاع العام تؤدي إلى استقطاب نسبة أكبر من الأطباء العامون إليه مقارنة بالقطاع الخاص.

• من 2012 إلى 2019: شهدت نسبة الأطباء العامون في القطاع العام ثبات عند 69.27% منذ سنة 2017 إلى 2019، هذا الثبات يعني أن هناك استقرار في توزيع الأطباء العامون بين القطاعين. على الرغم من هذا الاستقرار إلا أن عدد الأطباء صعد قليلا من 744 طبيب سنة 2011 إلى 798 طبيب سنة 2019، ومن المحتمل أن يعود الاستقرار إلى بداية تشبع القطاع العام من الأطباء العامون بعد القمة التي وصلها في 2011، وما يؤكد ذلك أنه من 2012 إلى 2019 زاد مستشفى عمومي واحد وعيادة واحدة متعددة الاختصاصات.

2- القطاع الخاص: عند تحليل تطور الأطباء العامون في القطاع الخاص عبر فترات زمنية نلاحظ، ما يلي:

• من 2001 إلى 2005: تراوحت نسبة الأطباء العامون في القطاع الخاص بين 46.07% سنة 2001 و 45.65% سنة 2005، في المقابل شهد عدد الأطباء ارتفاع طفيف من 264 طبيب سنة 2011 إلى 278 طبيب سنة 2005، وهذا قد يدل على عدم وجود طلبات كثيرة على الأطباء العامون في القطاع الخاص خلال هذه الفترة.

• من 2006 إلى 2011: شهدت نسبة الأطباء العامون في القطاع الخاص ارتفاع إلى 52.97% سنة 2006، وهذا الارتفاع قد يدل على تحسن في نسبة الأطباء العامون بالقطاع الخاص مقارنة مع القطاع العام. لكن من 2006 إلى 2011 عرفت نسبة الأطباء العامون انخفاض حاد وصل إلى 30.34% سنة 2011، مما يعني أن هناك تحول كبير من قبل الأطباء العامون نحو القطاع العام، هذا التحول قد يكون نتيجة لتحسينات كبيرة في القطاع العام علاوة على الاستقرار الوظيفي فيه. كما يتضح أن عدد الأطباء العامون شهد زيادة من 309 طبيب سنة 2007 إلى 324 طبيب سنة 2011 في القطاع الخاص، لكن بالرغم من زيادة عدد الأطباء العامون إلا أن النسب تراجعت في هذا القطاع.

• من 2012 إلى 2019: شهدت نسبة الأطباء العامون في القطاع الخاص استقرار عند 30.73% من 2017 إلى 2019، هذا الاستقرار بعد التراجع الكبير في سنة 2011، قد يدل على حالة من التوازن بين القطاعين، وأن القطاع الخاص ظل يحتفظ بنسبة ثابتة من الأطباء العامون.

3- المقارنة بين القطاعين:

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998-2022

شهد القطاع العام بين سنتي 2006 و 2011 ارتفاع في نسبة الأطباء العامون، مما جعله القطاع المهيمن والأكثر امتداد مقارنة بالقطاع الخاص. وذلك نتيجة للإصلاحات والتطورات في النظام الصحي العمومي كزيادة المؤسسات الصحية أو زيادة الطلب على الخدمات الصحية العامة، مما دفع بالأطباء العامون للتوجه نحو القطاع العام. في المقابل شهد القطاع الخاص تراجع في نسبة الأطباء العامون خلال نفس الفترة، هذا التراجع يدل على توجه الأطباء العامون نحو القطاع العام، ربما بسبب العديد من الامتيازات كارتفاع الرواتب أو الاستقرار الوظيفي في القطاع العام مقارنة بالقطاع الخاص الذي لا يتيح نفس هذه الفرص والامتيازات. أما بعد سنة 2011، استقرت نسبة الأطباء العامون في القطاع العام عند 69.27%، مما يظهر استقرار وصله القطاع العام بعد فترة من الارتفاع. وفي المقابل استقرت نسبة الأطباء في القطاع الخاص عند 30.73%، مما يدل استقرار بلغه القطاع الخاص بعد فترة من التراجع الكبير. هذا يوضح أن كلا القطاعين عرف استقرار بعد التحولات الكبيرة التي حدثت في كليهما.

أما فيما يتعلق بمعدلات التغير السنوي في عدد الأطباء العامون في سطيف خلال الفترة من 2001 إلى 2019 فإن القطاع العام شهد زيادات كبيرة وملفة خاصة بين سنتي 2006 و 2007، وبين 2014 و 2015. أما القطاع الخاص فقد شهد زيادة بطيئة طوال الفترة.

1-2/ الأطباء الخاصون (القطاع العام والخاص) بسطيف 2001-2019:

الجدول (4-38): تطور نسبة الأطباء الخاصون (القطاع العام والخاص) بسطيف 2001-2019

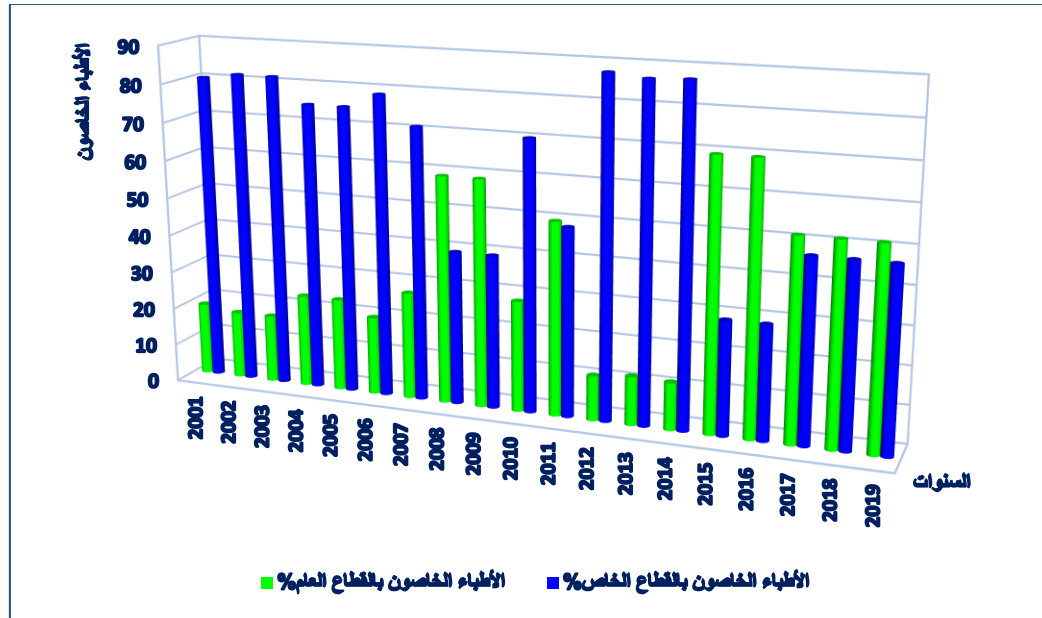
القطاع السنوات	العام			الخاص		
	العدد	النسبة %	معدل التغير %	العدد	النسبة %	معدل التغير %
2001	40	19,14	-	169	80,86	-
2002	41	17,83	2,50	189	82,17	11,83
2003	41	17,83	0,00	189	82,17	0,00
2004	64	24,43	56,10	198	75,57	4,76
2005	64	24,43	0,00	198	75,57	0,00
2006	59	20,63	-7,81	227	79,37	14,65
2007	92	28,22	55,93	234	71,78	3,08
2008	353	59,73	283,70	238	40,27	1,71
2009	353	59,73	0,00	238	40,27	0,00
2010	110	29,10	-68,84	268	70,90	12,61
2011	276	50,64	150,91	269	49,36	0,37

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

5,58	88,20	284	-86,23	11,80	38	2012
0,70	87,20	286	10,53	12,80	42	2013
13,64	87,60	325	9,52	12,40	46	2014
3,08	29,78	335	1617,39	70,22	790	2015
0,00	29,78	335	0,00	70,22	790	2016
-0,30	47,65	334	-53,54	52,35	367	2017
0,00	47,65	334	0,00	52,35	367	2018
0,00	47,65	334	0,00	52,35	367	2019

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات DPSB

الشكل (4-34): تطور نسبة الأطباء الخاصون (القطاع العام والخاص) بسطيف 2001-2019



المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات DPSB

نلاحظ من خلال الجدول (4-38) والشكل (4-34) اللذان يوضحان تطور نسبة الأطباء الخاصون

في القطاعين العام والخاص بسطيف خلال الفترة من 2001 إلى 2019 ما يلي:

1- القطاع العام: عند تحليل تطور الأطباء الخاصون في القطاعين عبر فترات زمنية، نلاحظ ما يلي:

- من 2001 إلى 2006: شهدت نسبة الأطباء الخاصون ارتفاع طفيف خلال هذه الفترة وتراوح بين 17.83% و 24.43% بالرغم من هذا الارتفاع إلا أنها تعتبر منخفضة، حيث تتوافق هذه النسب المنخفضة مع أعداد الأطباء الخاصون المنخفضة التي شهدت زيادة ضئيلة جدا من 40 و 64 طبيب في القطاع العام خلال نفس الفترة، مما يدل على تدني الأطباء الخاصون في القطاع العام.

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

• من 2007 إلى 2016: شهدت نسبة الأطباء الخاصون نقلة نوعية في سنة 2008 ووصلت إلى 59.73%، وهذا يدل على ارتفاع كبير في عدد الأطباء الخاصون بالقطاع العام في تلك السنة، إذ وصل عدد الأطباء إلى 353 طبيب وهو بمثابة تحول مقارنة بـ 40 طبيب سنة 2001. وفي سنتي 2015 و2016 وصلت نسبة الأطباء الخاصون إلى 70.22%، مما يظهر الاستقطاب الكبير للأطباء الخاصون في القطاع العام خلال هاتين السنتين، حيث بلغ عددهم بالقطاع العام 790 طبيب سنة 2016، هذا الارتفاع في عدد الأطباء الخاصون بالقطاع العام يوضح تحفيزات الدولة لجذب الأطباء الخاصون لتحسين وتطوير الخدمات الصحية العامة.

• من 2017 إلى 2019: شهدت نسبة الأطباء الخاصون ثبات عند 52.35% بين 2017 و2019، نتيجة لثبات عدد الأطباء عند 367 طبيب خلال نفس الفترة.

2- القطاع الخاص: عند تحليل تطور الأطباء الخاصون في القطاع الخاص عبر فترات زمنية، نلاحظ ما يلي:

• من 2001 إلى 2006: شهدت نسبة الأطباء الخاصون في القطاع الخاص ارتفاع ملفت خلال الفترة من 2001 إلى 2006، حيث تراوحت بين 75.57% و82.17%، مما يظهر أن الغالبية العظمى من الأطباء الخاصون كانوا يعملون في القطاع الخاص في هذه الفترة. كما أن عدد الأطباء الخاصون عرف ارتفاع واضح، من 169 طبيب سنة 2001 إلى 227 طبيب سنة 2006.

• من 2007 إلى 2016: شهدت نسبة الأطباء الخاصون انخفاض حاد من 71.78% سنة 2007 إلى 29.78% سنة 2016، هذا الانخفاض يدل على أن القطاع الخاص تراجع في جذب الأطباء الخاصون على الرغم من أن عدد الأطباء استمر في الارتفاع من 234 طبيب سنة 2007 إلى 335 طبيب سنة 2016، ولكن ليس بقدر الارتفاع في القطاع العام من 92 طبيب سنة 2007 إلى 790 طبيب سنة 2016.

• من 2017 إلى 2019: شهدت نسبة الأطباء الخاصون بين 2017 و2019 ثبات عند 47.65%، نتيجة لثبات عدد الأطباء عند 334 طبيب في نفس الفترة، من المحتمل أن يدل هذا الثبات على توازن بين القطاعين العام والخاص في جذب الأطباء الخاصون.

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

3- المقارنة بين القطاعين:

شهد القطاع الخاص نسبة أطباء 80.86% سنة 2001 مقابل 19.14% في القطاع العام، لكن مع مرور الوقت لاحظنا أن النسب تقاربت بين القطاعين حيث تقلصت الفجوة بشكل واضح في السنوات الأخيرة. على الرغم من أن القطاع الخاص تفوق في النسبة أغلبية فترة الدراسة، إلا أن تزايد عدد الأطباء الخاصون في القطاع العام بشكل كبير في السنوات الأخيرة أدى إلى تقارب في النسب وتوازن بين القطاعين.

أما فيما يخص معدلات التغير السنوي في عدد الأطباء الخاصون خلال الفترة من 2001 إلى 2019 في سطيف، فقد كانت تدل على وجود تقلبات ضخمة في القطاع العام، في المقابل كان القطاع الخاص أكثر ثباتا واستقرارا.

3-1/ الصيادلة (القطاع العام والخاص) بسطيف 2001 - 2019:

الجدول (4-39): تطور نسبة الصيادلة (القطاع العام والخاص) بسطيف 2001 - 2019

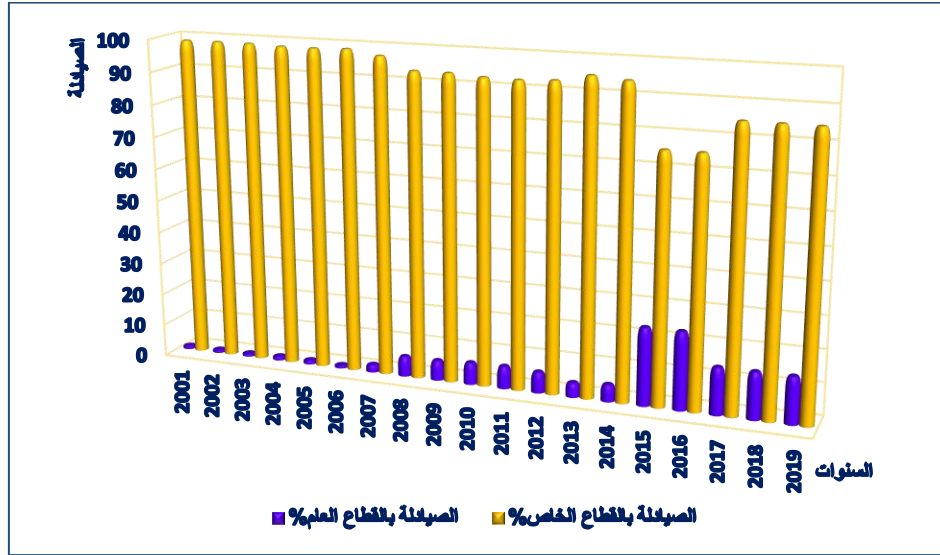
القطاع	العام			الخاص		
	العدد	النسبة %	معدل التغير %	العدد	النسبة %	معدل التغير %
2001	2	1,02	-	194	98,98	-
2002	2	0,95	0,00	209	99,05	7,73
2003	2	0,95	0,00	209	99,05	0,00
2004	3	1,27	50,00	234	98,73	11,96
2005	3	1,27	0,00	234	98,73	0,00
2006	3	0,91	0,00	328	99,09	40,17
2007	8	2,37	166,67	330	97,63	0,61
2008	22	6,21	175,00	332	93,79	0,61
2009	22	6,21	0,00	332	93,79	0,00
2010	26	6,82	18,18	355	93,18	6,93
2011	27	6,98	3,85	360	93,02	1,41
2012	25	6,49	-7,41	360	93,51	0,00
2013	17	4,50	-32,00	361	95,50	0,28
2014	21	5,28	23,53	377	94,72	4,43
2015	117	24,02	457,14	370	75,98	-1,86
2016	117	24,02	0,00	370	75,98	0,00
2017	61	14,52	-47,86	359	85,48	-2,97

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

0,00	85,48	359	0,00	14,52	61	2018
0,00	85,48	359	0,00	14,52	61	2019

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات DPSB

الشكل (4-35): تطور نسبة الصيدلة (القطاع العام والخاص) بسطيف 2001-2019



المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات DPSB

نلاحظ من خلال الجدول (4-39) والشكل (4-35) اللذان يعرضان تطور نسبة الصيدلة في القطاعين العام والخاص خلال الفترة من 2001 إلى 2019 بسطيف ما يلي:

1- القطاع العام:

كان عدد الصيدلة في القطاع العام منخفض في السنوات الأولى من 2001 إلى 2006، حيث تراوح بين 2 و3 صيدلة، مما رافقه نسبة ضئيلة جدا للصيدلة في هذا القطاع تراوحت بين 0.91% و1.27%. ومنذ سنة 2007 بدأ العدد في الارتفاع بشكل تسلسلي حيث ارتفع من 8 صيدلة سنة 2007 إلى 117 صيدلي سنة 2016، هذا الارتفاع في العدد أدى إلى ارتفاع في النسبة من 2.37% سنة 2007 إلى 14.52% سنة 2016. هذا الارتفاع قد يكون نتيجة للطلب على الصيدلة في القطاع العام. بعد هذا الارتفاع الواضح سنة 2016 استقر عدد الصيدلة في القطاع العام عند 61 صيدلي من 2017 إلى 2019، مما أدى إلى استقرار النسبة عند 14.52% خلال نفس الفترة، ومن المحتمل أن يكون هذا الاستقرار نتيجة لتشبع القطاع العام وعدم الحاجة إلى المزيد من الصيدلة.

2- القطاع الخاص:

شهد عدد الصيدالة ارتفاع من 194 صيدلي سنة 2001 ووصل إلى 377 صيدلي سنة 2014، على الرغم من هذا الارتفاع إلا أن نسبة الصيدالة عرفت تراجع، حيث كانت النسبة في البداية مرتفعة جدا تتراوح بين 98.98% و 90.09% إلى غاية سنة 2006. لكن مع ارتفاع عدد الصيدالة في القطاع العام تراجع نصيب القطاع الخاص حيث انخفضت النسبة فيه إلى 75.98% سنة 2016 قبل أن تستقر عند 85.48% خلال الفترة من 2017 إلى 2019.

3- المقارنة بين القطاعين:

شهد القطاع العام زيادة أكبر في نسبة الصيدالة مقارنة بالقطاع الخاص، حيث ارتفعت نسبة الصيدالة في القطاع العام من 2.37% سنة 2007 إلى 24.02% سنة 2016، بينما تراجعت النسبة في القطاع الخاص من 98.98 سنة 2001 إلى 75.98% سنة 2016 رغم زيادة عدد الصيدالة من 194 صيدلي سنة 2001 إلى 370 سنة 2016، هذا قد يدل على تغير في توزيع الصيدالة بين القطاعين، ويظهر أن القطاع العام بدأ يستقطب ويجذب عدد كبير من الصيدالة خاصة في السنوات الأخيرة.

أما بشأن معدلات التغير السنوي في عدد الصيدالة بالقطاعين العام والخاص خلال الفترة من 2001 إلى 2019 في سطيف فإن القطاع العام شهد تغيرات أسرع وأكثر تقلب في عدد الصيدالة خاصة بين سنتي 2007 و 2008 وبين 2014 و 2015، مقارنة بالقطاع الخاص الذي كان التغير السنوي فيه تدريجي وأقل حدة.

1-4/ جراحو الأسنان (القطاع العام والخاص) بسطيف 2001 - 2019:

الجدول (4-4): تطور نسبة جراحو الأسنان (القطاع العام والخاص) بسطيف 2001 - 2019

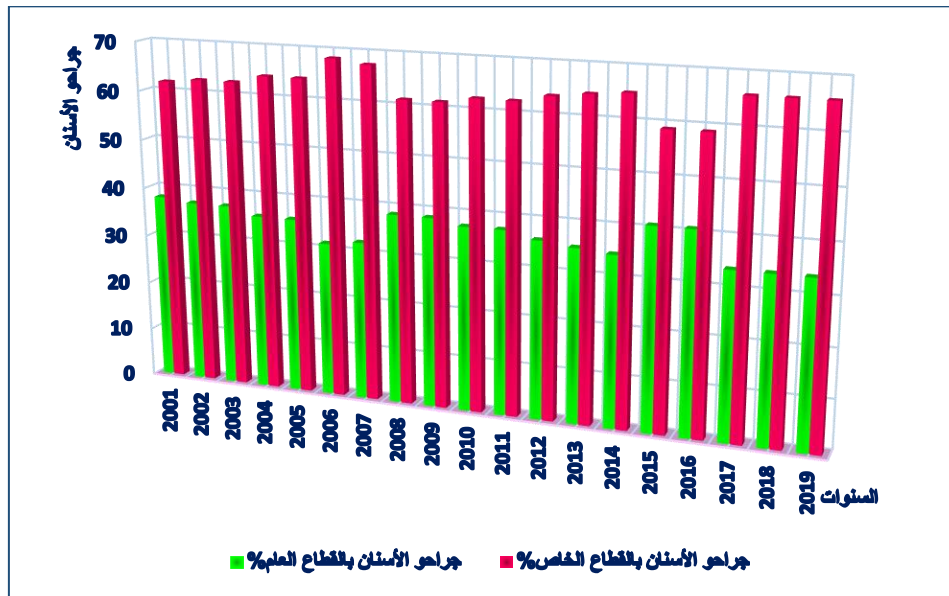
القطاع	العام			الخاص		
	السنوات	العدد	النسبة %	معدل التغير %	العدد	النسبة %
	2001	100	38,02	-	163	61,98
	2002	100	37,31	0,00	168	62,69
	2003	100	37,31	0,00	168	62,69
	2004	98	35,77	-2,00	176	64,23
	2005	98	35,77	0,00	176	64,23

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

18,75	68,52	209	-2,04	31,48	96	2006
7,18	67,67	224	11,46	32,33	107	2007
8,48	61,36	243	42,99	38,64	153	2008
0,00	61,36	243	0,00	38,64	153	2009
2,06	62,47	248	-2,61	37,53	149	2010
1,21	62,44	251	1,34	37,56	151	2011
13,94	63,84	286	7,28	36,16	162	2012
4,20	64,64	298	0,62	35,36	163	2013
4,03	65,26	310	1,23	34,74	165	2014
0,97	59,06	313	31,52	40,94	217	2015
0,00	59,06	313	0,00	40,94	217	2016
3,19	66,05	323	-23,50	33,95	166	2017
0,00	66,05	323	0,00	33,95	166	2018
0,00	66,05	323	0,00	33,95	166	2019

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات DPSB

الشكل (4-36): تطور نسبة جراحو الأسنان (القطاع العام والخاص) بسطيف 2001-2019



المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات DPSB

نلاحظ من خلال الجدول (4-40) والشكل (4-36) اللذان يوضحان تطور نسبة جراحو الأسنان

في القطاعين العام والخاص خلال الفترة من 2001 إلى 2019 في سطيف ما يلي:

1- القطاع العام:

شهدت نسبة جراحو الأسنان تذبذب خلال الفترة من 2001 إلى 2019، حيث بلغت النسبة 38.02% سنة 2001 ثم تراجعت بشكل متسلسل إلى 34.74% سنة 2014. لكن بعد ذلك شهدت نسبة جراحو الأسنان زيادة ضئيلة في سنتي 2015 و2016 إلى 40.94%، ثم استقرت عند 33.95% خلال الفترة من 2017 إلى 2019. هذا التذبذب في نسبة جراحو الأسنان هو انعكاس لتقلب في عدد جراحو الأسنان، حيث شهد عدد جراحو الأسنان ارتفاع من 100 جراح أسنان سنة 2001 إلى 217 جراح أسنان سنة 2016، هذا الارتفاع قد يدل على جهود الدولة للاستثمار في جراحو الأسنان بالمستشفيات العمومية. لكن بعد 2016 تراجع عدد جراحو الأسنان واستقر عند 166 جراح أسنان من 2017 إلى 2019، وقد يكون هذا الاستقرار بسبب اكتفاء القطاع العام وعدم الحاجة للمزيد من جراحو الأسنان.

2- القطاع الخاص:

بلغت نسبة جراحو الأسنان في القطاع الخاص 61.98% في سنة 2001 بعدها شهدت النسبة تراجع إلى 59.06% في سنتي 2015 و2016. هذه النسب المرتفعة تدل على تزايد عدد جراحو الأسنان في القطاع الخاص، حيث كان عدد جراحو الأسنان في القطاع الخاص أعلى بكثير من القطاع العام، ففي سنة 2001 سجل عدد جراحو الأسنان 163 جراح أسنان بعدها ارتفع إلى 313 جراح أسنان سنة 2016. ليستقر العدد عند 323 جراح أسنان من 2017 إلى 2019، ومن المحتمل أن يكون سبب هذا الاستقرار تشجيع القطاع الخاص.

3- المقارنة بين القطاعين:

يظهر أن القطاع العام شهد ارتفاع في عدد جراحو الأسنان من 2001 إلى 2016، تليها فترة من الاستقرار في العدد والنسبة، في حين أن القطاع الخاص عرف ارتفاع متواصل في عدد جراحو الأسنان، مع تقلبات طفيفة في النسبة، إلا أنه حافظ في استحواده على النسبة الأكبر مقارنة بالقطاع العام.

أما فيما يتعلق بمعدلات التغير السنوي في عدد جراحو الأسنان خلال الفترة من 2001 إلى 2019 في سطيف فإن القطاع العام شهد تذبذب أكثر في معدلات التغير السنوي مثل الارتفاع بين 2007 و2008، في المقابل كان القطاع الخاص أقل تذبذب وتمتع باستقرار أكثر، حيث كان الارتفاع فيه تدريجي على مدار السنوات.

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

1-5/ شبه الطبي (القطاع العام والخاص) بسطيف 2001 - 2019:

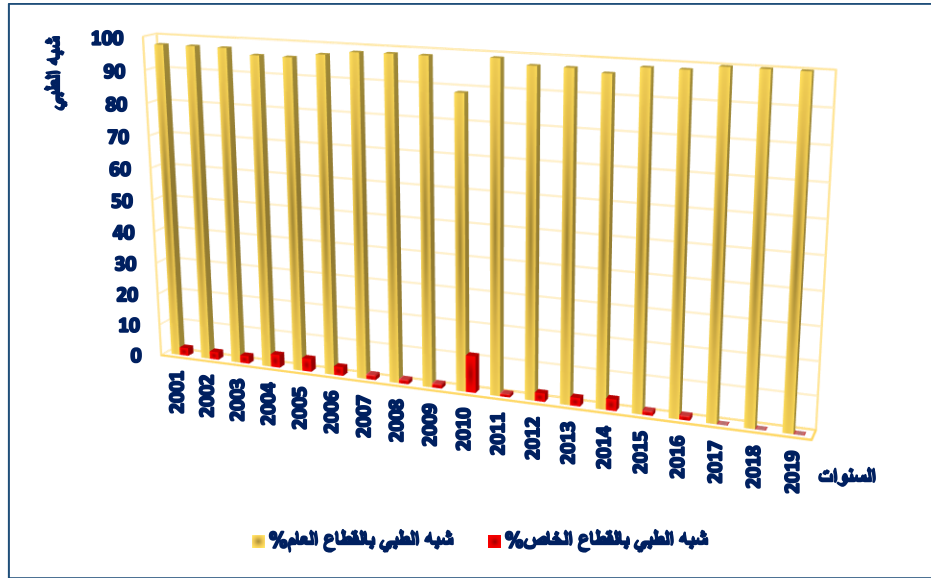
الجدول (4- 41): تطور نسبة شبه الطبي (القطاع العام والخاص) بسطيف 2001 - 2019

الخاص			العام			القطاع
معدل التغير %	النسبة %	العدد	معدل التغير %	النسبة %	العدد	السنوات
-	2,46	54	-	97,54	2145	2001
0,00	2,39	54	2,98	97,61	2209	2002
0,00	2,39	54	0,00	97,61	2209	2003
66,67	4,06	90	-3,80	95,94	2125	2004
0,00	4,06	90	0,00	95,94	2125	2005
-43,33	2,72	51	-14,31	97,28	1821	2006
-5,88	1,55	48	67,05	98,45	3042	2007
-4,17	1,38	46	7,82	98,62	3280	2008
0,00	1,38	46	0,00	98,62	3280	2009
506,52	11,31	279	-33,32	88,69	2187	2010
-86,38	0,97	38	76,82	99,03	3867	2011
5,26	2,55	40	-60,51	97,45	1527	2012
-2,50	2,53	39	-1,57	97,47	1503	2013
48,72	3,51	58	6,05	96,49	1594	2014
0,00	1,32	58	171,64	98,68	4330	2015
0,00	1,32	58	0,00	98,68	4330	2016
-100,00	0,00	0	-3,28	100,00	4188	2017
-	0,00	0	0,00	100,00	4188	2018
-	0,00	0	0,00	100,00	4188	2019

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات DPSB

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998-2022

الشكل (4-37): تطور نسبة شبه الطبي (القطاع العام والخاص) بسطيف 2001-2019



المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات DPSB

نلاحظ من خلال الجدول (4-41) والشكل (4-37) اللذان يظهران تطور نسبة شبه الطبي في القطاعين العام والخاص خلال الفترة من 2001 إلى 2019 في سطيف ما يلي:

1- القطاع العام:

شهدت نسبة العاملين في مجال شبه الطبي في القطاع نسب عالية جدا، حيث تراوحت بين 95.94% و100% طوال الفترة الممتدة من 2001 إلى 2019، هذه النسب المرتفعة تدل على الدور الكبير الذي تقوم به الدولة في توفير وظائف للعاملين في مجال شبه الطبي كمطلب أساسي لتلبية احتياجات القطاع الصحي العام. أما فيما يتعلق بعدد العاملين في مجال شبه الطبي فقد شهد ارتفاع كبير، حيث بدأ العدد من 2145 سنة 2001 ليصل إلى 4188 سنة 2019، على الرغم من بعض التراجعات الطفيفة في سنوات مثل، سنة 2006 و2012، إلا أن عدد العاملين بشكل عام شهد ارتفاع ملفت، خصوصا في بعض السنوات مثل، سنة 2011 بـ 3867 و2015 بـ 4330. هذا الارتفاع الكبير في العدد مع الحفاظ على النسبة المرتفعة يشير إلى أن الدولة كانت تبذل جهود كبيرة لتوظيف المزيد العاملين في مجال شبه الطبي لضمان تقديم خدمات صحية عامة وفعالة ومغطية لكل مناطق الولاية.

2- القطاع الخاص:

شهد القطاع الخاص تواجد محدود للغاية في نسبة العاملين في مجال شبه الطبي، حيث كانت النسبة 2.46% سنة 2001 وبعدها تراجعت إلى أن انعدمت في سنة 2017 لتظل معدومة حتى سنة 2019، هذه النسب تظهر انخفاض كبير لدور القطاع الخاص في توظيف العاملين في مجال شبه الطبي، ليس هذا فحسب بل لدرجة الغياب الكامل لهذه الوظائف في السنوات الثلاثة الأخيرة. أما فيما يخص عدد العاملين في مجال شبه الطبي فقد كان قليل جدا طوال الفترة، حيث بدأ بـ 54 عامل سنة 2001 ثم ارتفع إلى 279 عامل سنة 2010، ولكن سرعان ما انخفض بشكل حاد إلى أن انعدم في الفترة من 2017 إلى 2019، وهذا ما يعكس اختفاء شبه الطبي في القطاع الخاص تماما، من الممكن أن يكون هذا الانخفاض بسبب تراجع الحاجة إلى هذه الوظائف في القطاع الخاص أو لتحديات اقتصادية جعلت هذا القطاع غير قادر على توظيف العاملين في مجال شبه الطبي.

3- المقارنة بين القطاعين:

بينما كان القطاع العام يشهد ارتفاع متواصل في عدد ونسبة العاملين في مجال شبه الطبي، وهذا دليل على جهود الدولة المبذولة لتوفير هذه الوظائف لتلبية احتياجات المواطنين في القطاع الصحي العام. كان القطاع الخاص يعاني من نقص واضح في توفير وظائف شبه الطبي، حيث تراجع العدد والنسبة بشكل كبير مع مرور الوقت إلى أن انعدمت في السنوات الأخيرة.

أما فيما يخص معدلات التغير السنوي في عدد العاملين في مجال شبه الطبي خلال الفترة من 2001 إلى 2019 في سطيف فإن القطاع العام كان أكثر استقرارا في التغيرات السنوية مقارنة بالقطاع الخاص الذي شهد تقلبات كبيرة كالزيادة الملحوظة سنة 2010 والانخفاض الحاد سنة 2011.

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998-2022

1-6/ تطور عدد السكان وعدد الكوادر الصحية (الأطباء، الصيادلة، جراحو الأسنان والعمال في مجال شبه الطبي) بالقطاعين العام والخاص في سطيف 2001-2019:

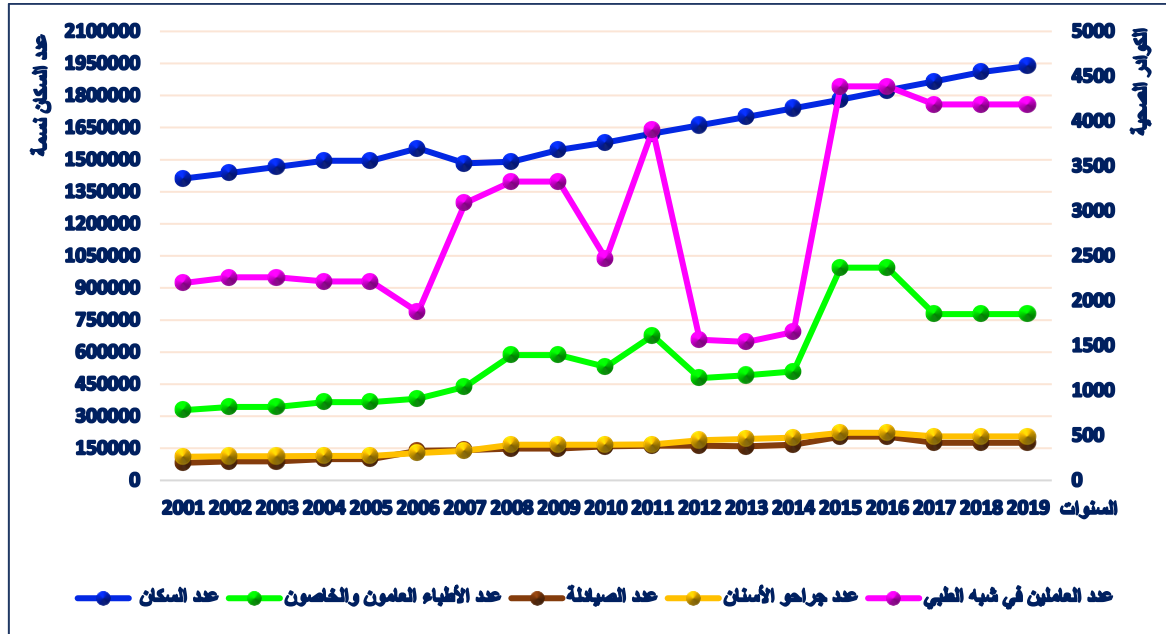
الجدول (4-42): تطور عدد السكان وعدد الكوادر الصحية بالقطاعين العام والخاص في سطيف 2001-2019

السنوات	عدد السكان نسمة	الأطباء العامون والخاصون		الصيدالـة		جراحو الأسنان		شبه الطبي	
		العدد	طبيب/1000 نسمة	العدد	صيدلي/1000 نسمة	العدد	جراح أسنان/1000 نسمة	العدد	عامل شبه طبي 1000/ نسمة
2001	1411630	782	0,55	196	0,14	263	0,19	2199	1,56
2002	1438702	818	0,57	211	0,15	268	0,19	2263	1,57
2003	1466125	818	0,56	211	0,14	268	0,18	2263	1,54
2004	1494449	871	0,58	237	0,16	274	0,18	2215	1,48
2005	1494449	871	0,58	237	0,16	274	0,18	2215	1,48
2006	1553387	909	0,59	331	0,21	305	0,20	1872	1,21
2007	1482336	1041	0,70	338	0,23	331	0,22	3090	2,08
2008	1489979	1397	0,94	354	0,24	396	0,27	3326	2,23
2009	1545172	1397	0,90	354	0,23	396	0,26	3326	2,15
2010	1580154	1262	0,80	381	0,24	397	0,25	2466	1,56
2011	1622051	1613	0,99	387	0,24	402	0,25	3905	2,41
2012	1661798	1140	0,69	385	0,23	448	0,27	1567	0,94
2013	1699738	1171	0,69	378	0,22	461	0,27	1542	0,91
2014	1740021	1215	0,70	398	0,23	475	0,27	1652	0,95
2015	1781597	2369	1,33	487	0,27	530	0,30	4388	2,46
2016	1823802	2369	1,30	487	0,27	530	0,29	4388	2,41
2017	1866485	1853	0,99	420	0,23	489	0,26	4188	2,24
2018	1909916	1853	0,97	420	0,22	489	0,26	4188	2,19
2019	1938363	1853	0,96	420	0,22	489	0,25	4188	2,16

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات DPSB

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

الشكل (4- 38): تطور عدد السكان وعدد الكوادر الصحية بالقطاعين العام والخاص في سطيف 2001- 2019



المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات DPSB

نلاحظ من خلال الجدول (4- 42) والشكل (4- 38) اللذان يوضحان تطور عدد السكان وعدد الكوادر الصحية (عدد الأطباء، الصيادلة، جراحو الأسنان والعاملين في مجال شبه الطبي) في القطاعين العام والخاص خلال الفترة من 2001 إلى 2019 في سطيف ما يلي:

• تحليل تطور عدد السكان وعدد الأطباء:

شهدت ولاية سطيف خلال الفترة من 2001 إلى 2019 زيادة ملحوظة في عدد السكان، حيث ارتفع من 1411630 نسمة سنة 2001 إلى 1938363 نسمة سنة 2019 بمعدل زيادة قدره 37.31%، في نفس الفترة ارتفع عدد الأطباء من 782 طبيب إلى 1853 طبيب مما يعكس معدل زيادة كبير قدره 136.96%، نتيجة لذلك تحسنت كثافة الأطباء في سطيف من 0.55 طبيب لكل 1000 نسمة سنة 2001 إلى 0.96 طبيب لكل 1000 نسمة سنة 2019، مما يشير إلى أن تطور عدد الأطباء يتماشى مع تطور عدد سكان سطيف بشكل ممتاز باستثناء بعض السنوات مثل، 2010 و 2012. على الرغم من معدل الزيادة الكبير في عدد الأطباء تظل كثافة الأطباء في ولاية سطيف سنة 2019 أقل من الوطنية والعالمية. فبينما كانت كثافة الأطباء في الجزائر سنة 2019 1.94 طبيب لكل 1000 نسمة حسب الحساب الشخصي بناءً على بيانات (الديوان الوطني للإحصائيات، 2021، صفحة 146) كانت ولاية سطيف تسجل 0.96 فقط، مما يجعلها تحت المستوى

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998-2022

الوطني. كما أن كثافة الأطباء في الولاية أقل من كثافة الأطباء في العالم التي بلغت 1.70 طبيب لكل 1000 نسمة. (Perspective Monde, 2019) هذا يوضح أن ولاية سطيف بالرغم من التحسن الكبير الذي حققته في زيادة عدد الأطباء بما يواكب النمو السكاني، لا تزال بحاجة إلى المزيد من الأطباء لتلبية احتياجات سكانها بشكل أفضل وتحقيق توازن مع المعدلات الوطنية والعالمية. وقد يعود هذا الاختلاف بين الولاية والوطن والعالم إلى التركيز على زيادة عدد الأطباء في ولاية سطيف في مناطق معينة وتجاهل مناطق أخرى.

• تحليل تطور عدد السكان وعدد الصيادلة:

عرفت ولاية سطيف خلال الفترة من 2001 إلى 2019 زيادة في عدد السكان وعدد الصيادلة. ففي سنة 2001 كان عدد سكان سطيف 1411630 نسمة مع وجود 196 صيدلي، مما يعكس كثافة 0.14 صيدلي لكل 1000 نسمة. أما في سنة 2019 فقد ارتفع عدد سكان الولاية إلى 1938363 نسمة في حين زاد عدد الصيادلة إلى 420 صيدلي، مما يعكس كثافة 0.22 صيدلي لكل 1000 نسمة، ومعدل زيادة لعدد الصيادلة قدره 114.29% مع تفوق هذا الأخير على معدل زيادة عدد السكان المقدر بـ 37.31%. وهذا ما يشير إلى أن زيادة عدد الصيادلة تواكب الزيادة في عدد سكان سطيف باستثناء بعض السنوات كسنة 2012 و 2013 و 2017. بالرغم من التوازن المحقق على مستوى الولاية إلا أنه عند مقارنة كثافة الصيادلة في سطيف بكثافة الصيادلة على المستوى الوطني والعالمي نلاحظ أن الكثافة في الولاية سنة 2019 كانت أقل من الكثافة في الوطن المقدر بـ 0.30 صيدلي لكل 1000 نسمة سنة 2019 حسب الحساب الشخصي بناءً على بيانات (الديوان الوطني للإحصائيات، 2021، صفحة 147) بفارق قدره 0.08 صيدلي لكل 100 نسمة. كما أن الكثافة في الولاية أقل بكثير من كثافة الصيادلة على مستوى العالم الذي بلغ 0.48 صيدلي لكل 1000 نسمة سنة 2022. (منظمة الصحة العالمية، 2024) إذن رغم أن زيادة الصيادلة في سطيف تزامنت مع النمو السكاني إلا أنها لم تصل إلى المستوى الوطني والعالمي، ومن خلال هذا يتضح أن الولاية بحاجة كبيرة لتعزيز الصيادلة مع الاعتدال في توزيعهم لمواكبة احتياجات سكانها الصحية في كافة المناطق وتحقيق مستوى أكبر من التوازن في تقديم هكذا خدمات.

• تحليل تطور عدد السكان وعدد جراحو الأسنان:

شهدت ولاية سطيف ارتفاع في عدد سكانها بين سنتي 2001 و 2019 من 1411630 نسمة إلى 1938363 نسمة بمعدل زيادة قدره 37.31%، بينما زاد عدد جراحو الأسنان من 263 جراح أسنان سنة

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

2001 إلى 489 جراح أسنان سنة 2019 بمعدل زيادة قدره 85.93%، وهذا التحسن يعكس زيادة في كثافة جراحو الأسنان في نفس الفترة من 0.19 جراح أسنان لكل 1000 نسمة إلى 0.25 جراح أسنان لكل 1000 نسمة. وبما أن معدل زيادة جراحو الأسنان يفوق معدل زيادة السكان فهذا يشير إلى أن زيادة عدد جراحو الأسنان تتماشى بامتياز مع النمو السكاني باستثناء سنة 2017. ومع ذلك، تظل كثافة جراحو الأسنان في الولاية سنة 2019 أقل من الكثافة في الوطن التي بلغت 0.36 جراح أسنان لكل 1000 نسمة سنة 2019 حسب الحساب الشخصي بناءً على بيانات (الديوان الوطني للإحصائيات، 2021، صفحة 148) وأيضاً أقل من الكثافة في العالم التي بلغت 0.33 جراح أسنان لكل 1000 نسمة سنة 2022. (منظمة الصحة العالمية، 2024) مما يدل أنه بالرغم من التحسن الواضح والكبير الذي حققته سطيف لا تزال تعاني من فجوة في توفير هذه الخدمة مقارنة بالمستويات الأعلى (الوطن والعالم)، مما يستدعي تعزيز عدد جراحو الأسنان في سطيف لضمان تغطية صحية أفضل للسكان وشاملة لكل المناطق.

• تحليل تطور عدد السكان وعدد العاملين في مجال شبه الطبي:

حققت ولاية سطيف تطوراً بارزاً في عدد سكانها حيث ارتفع من 1411630 نسمة سنة 2001 إلى 1938363 نسمة سنة 2019 بمعدل زيادة قدره 37.31%، في نفس الفترة ارتفع عدد العاملين في مجال شبه الطبي من 2199 عامل إلى 4188 عامل بمعدل زيادة قدره 90.45%، مما يعكس تحسن في كثافة العاملين في مجال شبه الطبي من 1.56 عامل لكل 1000 نسمة سنة 2001 إلى 2.16 عامل لكل 1000 نسمة سنة 2019. ولكون معدل زيادة العاملين في مجال شبه الطبي تجاوز معدل زيادة السكان فهذا يشير إلى أن زيادة عدد العاملين في شبه الطبي تتناسب مع النمو السكاني في سطيف باستثناء بعض السنوات مثل 2004 و2012. علاوة على ذلك فإن كثافة العاملين في شبه الطبي بالولاية سنة 2019 تفوقت عن الكثافة في الوطن التي بلغت 0.3 عامل في شبه الطبي لكل 1000 نسمة في نفس السنة، (مجموعة البنك الدولي، 2019) وهذا يعتبر تقدماً ملحوظاً للولاية مقارنة بالوطن. أما إذا قارنا بين الكثافة في الولاية والكثافة في العالم التي بلغت 3.70 عامل في شبه الطبي لكل 1000 نسمة سنة 2022 (منظمة الصحة العالمية، 2024) نلاحظ أن هناك فجوة كبيرة جداً بين مستوى الولاية والمستوى العالمي، وبالتالي رغم التفوق على المستوى الوطني فإن سطيف بحاجة لتكثيف عدد العاملين في شبه الطبي لتقليص الفجوة وضمان تغطية صحية أفضل للسكان والارتقاء إلى المستوى العالمي.

مما سبق، يتضح أنه رغم تماشي ومواكبة زيادة عدد الأطباء والصيادلة وجراحو الأسنان والعاملين في شبه الطبي مع النمو السكاني في سطيف خلال الفترة من 2001 إلى 2019، إلا أنه من الضرورة تحسين

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

وتعزيز هذه الكوادر الصحية والتوازن في توزيعها للوصول إلى المستوى الوطني والعالمي. باستثناء كثافة العاملين في شبه الطبي التي فاقت المستوى الوطني كثيرا.

2/ الاحتياجات الصحية المادية (القطاع العام والخاص) بسطيف 2001 - 2020:

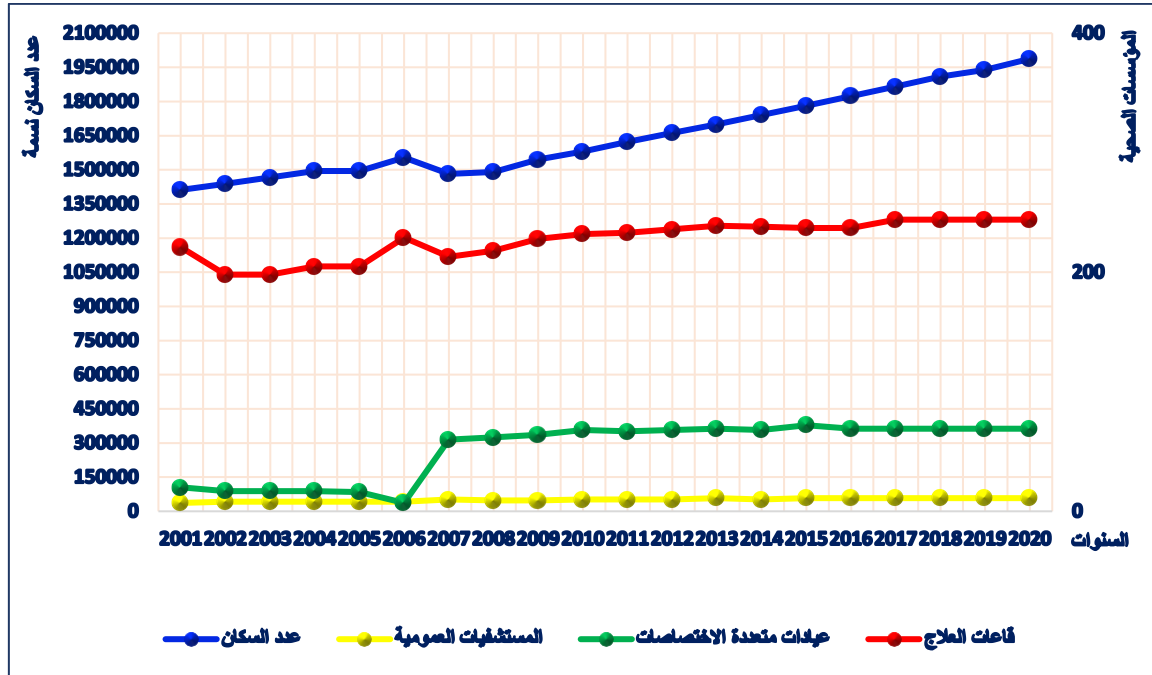
1-2/ تطور عدد السكان وعدد المؤسسات الصحية (المستشفيات، العيادات متعددة الاختصاصات، قاعات العلاج) بسطيف 2001 - 2020:

الجدول (4-43): تطور عدد السكان وعدد المؤسسات الصحية (المستشفيات، العيادات متعددة الاختصاصات، قاعات العلاج) بسطيف 2001 - 2020

السنوات	عدد السكان	المستشفيات العمومية	عيادة متعددة الاختصاصات	قاعات العلاج
2001	1411630	7	20	221
2002	1438702	8	17	198
2003	1466125	8	17	198
2004	1494449	8	17	205
2005	1494449	8	16	205
2006	1553387	8	7	229
2007	1482336	10	60	213
2008	1489979	9	62	218
2009	1545172	9	64	228
2010	1580154	10	68	232
2011	1622051	10	67	233
2012	1661798	10	68	236
2013	1699738	11	69	239
2014	1740021	10	68	238
2015	1781597	11	72	237
2016	1823802	11	69	237
2017	1866485	11	69	244
2018	1909916	11	69	244
2019	1938363	11	69	244
2020	1987357	11	69	244

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات DPSB

الشكل (4-39): تطور عدد السكان وعدد المؤسسات الصحية بسطيف 2001-2020



المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات DPSB

نلاحظ من خلال الجدول (4-43) والشكل (4-39) اللذان يظهران تطور عدد السكان وعدد المؤسسات الصحية (المستشفيات العمومية، العيادات متعددة الاختصاصات وقاعات العلاج) في القطاعين خلال الفترة من 2001 إلى 2020 في سطيف أن عدد السكان شهد ارتفاعاً من 1411630 نسمة سنة 2001 إلى 1987357 نسمة سنة 2020 بمعدل زيادة قدره 40.78%، كما زاد عدد المستشفيات العمومية من 7 مستشفيات إلى 11 مستشفى في نفس الفترة بمعدل زيادة قدره 57.14%، وبما أن هذا الأخير تجاوز معدل زيادة عدد السكان فهذا يدل على أن الزيادة في عدد المستشفيات تتماشى مع النمو السكاني في سطيف باستثناء بعض السنوات التي عرفت تراجعاً في عدد المستشفيات كسنة 2008 و2014. وفي سنة 2020 عدد المستشفيات في الولاية 7 وفي الوطن 210 مستشفى (الديوان الوطني للإحصائيات، 2021، صفحة 152) ومنه نسبة المتشفيات العمومية في سطيف من إجمالي مستشفيات الوطن هي 5.24%، وقد تعتبر هذه الأخيرة متوسطة إذا قارنا عدد السكان الكبير في سطيف ببعض الولايات الأخرى، وقد تكون هذه النسبة ضعيفة إذا كانت المستشفيات في سطيف متركزة في مناطق معينة على حساب مناطق أخرى. إذن على الرغم من زيادة عدد المستشفيات بما يتناسب مع النمو السكاني لكن قد تحتاج الولاية إلى مزيد من التوسيع في منشآت الصحة (المستشفيات العمومية) لضمان تغطية عادلة وشاملة لجميع مناطقها. في نفس الفترة من 2001 إلى 2020 ارتفع عدد العيادات متعددة الاختصاصات من 20 عيادة إلى 69 عيادة بمعدل زيادة قدره 245%، ولكون

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

هذه الزيادة أكبر من الزيادة السكانية المقدرة بـ 40.78% فهذا يدل على أن عدد العيادات متعددة الاختصاصات يواكب النمو السكاني في سطيف باستثناء بعض السنوات التي عرفت تراجع في عدد العيادات مثل سنة 2006 و 2011. وفي سنة 2020 عدد العيادات في الولاية 69 عيادة و 1748 عيادة في الوطن (الديوان الوطني للإحصائيات، 2021، صفحة 152) ومنه فإن نسبة العيادات في سطيف من إجمالي العيادات متعددة الاختصاصات في الوطن هي 3.95%، مما يدل على أن سطيف تحصلت على مقدار لا بأس به مقارنة ببعض الولايات، وفي حال كانت هذه النسبة كافية لتوزيع العيادات في كل مناطق الولاية فإنها قد تعتبر مناسبة جدا. وإذا نظرنا إلى الزيادة السكانية الكبيرة التي تشهدها سطيف مقارنة ببعض الولايات فقد يتطلب الأمر مراجعة هذه النسبة بما يلبي الاحتياجات المتزايدة للسكان. في ذات المدة من 2001 إلى 2020 ارتفع عدد قاعات العلاج من 221 قاعة علاج إلى 244 قاعة علاج بمعدل زيادة قدره 10.41% وهو أقل من معدل الزيادة السكانية المقدر بـ 40.78% مما يدل على أن الزيادة الضئيلة في عدد قاعات العلاج لا تكفي لمواكبة الزيادة الكبيرة في عدد سكان سطيف، وبالتالي فالوضع يتطلب المزيد من الاستثمارات في القطاع الصحي وتوسيع البنية التحتية لكي تلبي احتياجات السكان. وبخصوص سنة 2020 فعدد قاعات العلاج في الولاية 244 قاعة علاج وفي الوطن 6160 قاعة علاج (الديوان الوطني للإحصائيات، 2021، صفحة 152) ومنه فإن نسبة قاعات العلاج في الولاية من إجمالي الوطن هي 3.96%، مما يدل على أن الولاية تملك حصة بسيطة من إجمالي قاعات العلاج خاصة وأن عدد سكانها كبير جدا ويقترّب من مليوني نسمة، على الرغم من ذلك فإن النسبة الأكبر لقاعات العلاج قد تكون في ولايات ذات كثافة سكانية أكبر من سطيف.

2-2/ تطور عدد النساء في عمر الانجاب (15-49 سنة) وعدد دور الأمومة في سطيف 2001 - 2020:

الجدول (4-44): تطور عدد النساء في عمر الإنجاب (15-49 سنة) وعدد دور الأمومة في سطيف 2001-2020

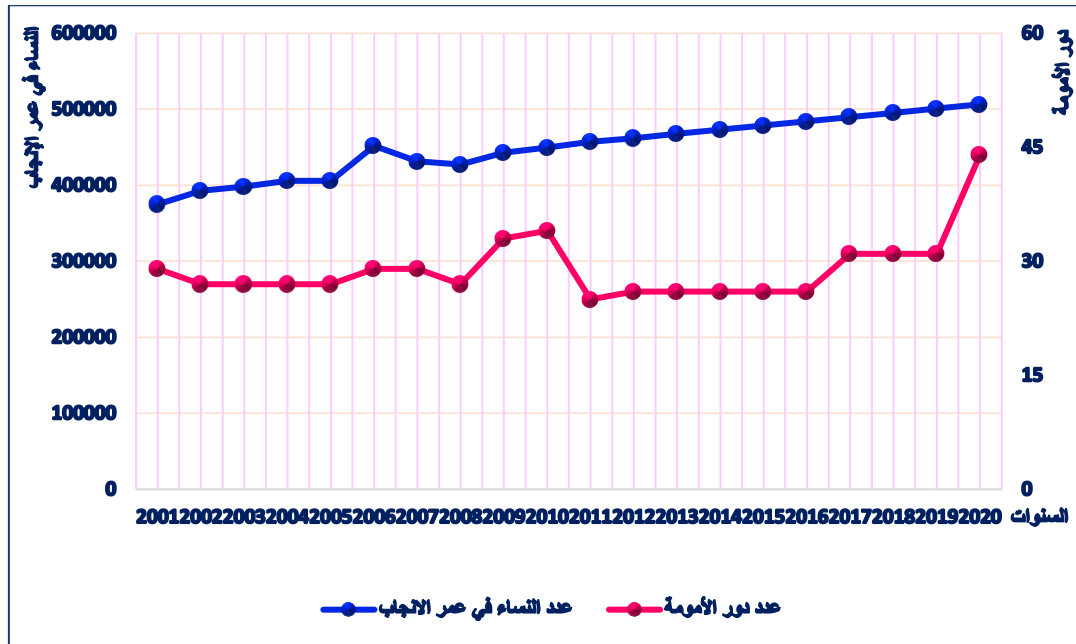
السنوات	عدد النساء في عمر الانجاب 15-49 سنة	دور الأمومة
2001	374957	29
2002	392718	27
2003	398352	27
2004	405716	27
2005	405716	27
2006	451892	29
2007	431573	29

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998-2022

27	427210	2008
33	442987	2009
34	449637	2010
25	457153	2011
26	462076	2012
26	467728	2013
26	473237	2014
26	478670	2015
26	484081	2016
31	489615	2017
31	495198	2018
31	500844	2019
44	506514	2020

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات DPSB

الشكل (4-40): تطور عدد النساء في عمر الإنجاب (15-49 سنة) وعدد دور الأمومة في سطيف 2001-2020



المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات DPSB

نلاحظ من خلال الجدول (4-44) والشكل (4-40) اللذان يوضحان تطور عدد النساء في عمر الإنجاب من 15 إلى 49 سنة وعدد دور الأمومة خلال الفترة من 2001 إلى 2020 في سطيف بأن عدد النساء في عمر الإنجاب ارتفع من 374957 امرأة سنة 2001 إلى 506514 امرأة سنة 2020 بمعدل زيادة

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998-2022

قدره 35.09%. في المقابل زاد عدد دور الأمومة من 29 دار أمومة سنة 2001 إلى 44 دار أمومة سنة 2020 بمعدل زيادة قدره 51.72%، وبما أن هذا الأخير يفوق زيادة عدد النساء في عمر الإنجاب فهذا يدل على أن الزيادة في عدد هؤلاء النساء تتماشى مع زيادة عدد دور الأمومة بامتياز. وفي سنة 2020 عدد دور الأمومة في الولاية 44 دار أمومة وفي الوطن 538 دار أمومة (الديوان الوطني للإحصائيات، 2021، صفحة 152) أي أن نسبة دور الأمومة في ولاية سطيف من إجمالي دور الأمومة في الوطن هي 8.18%، مما يدل على أن الولاية تحصلت على حصة معتبرة، وهذا قد يعكس اهتمام السلطات المحلية في سطيف بتوفير خدمات الأمومة والاعتدال في توزيعها على كافة مناطق الولاية بما يلبي احتياجاتهم خاصة أنه في سنة 2019 عدد دور الأمومة في الحضر 3 مقابل 28 في الريف.

2-3/ تطور عدد السكان وعدد الأسرة في المستشفيات العمومية لولاية سطيف 2001-2020:

الجدول (4-45): تطور عدد السكان وعدد الأسرة في المستشفيات العمومية لولاية سطيف 2001-2020

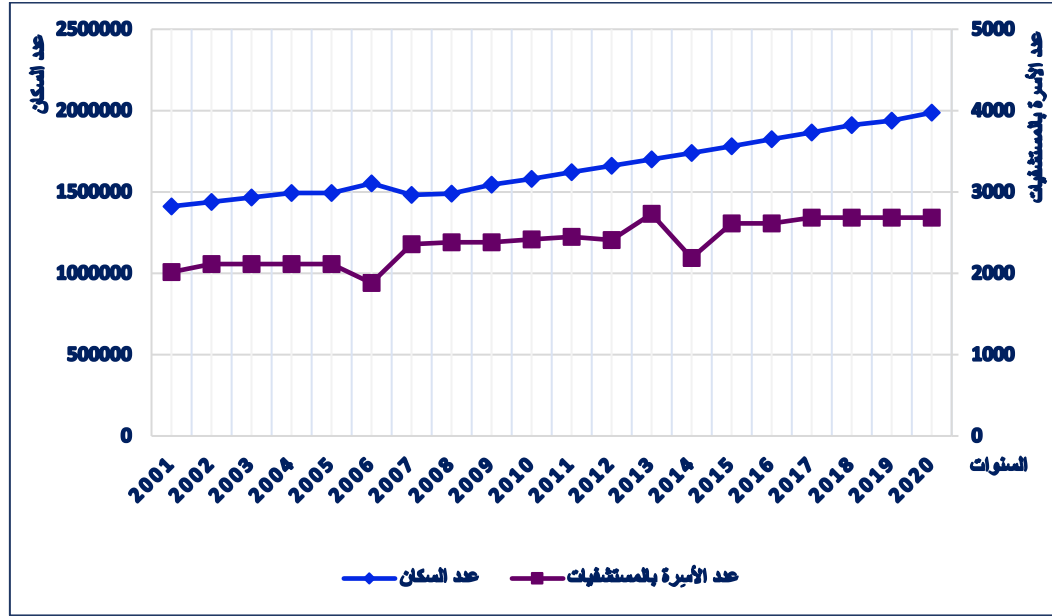
السنوات	عدد السكان	عدد الأسرة	كثافة الأسرة في المستشفيات/1000 نسمة
2001	1411630	2017	1,43
2002	1438702	2115	1,47
2003	1466125	2115	1,44
2004	1494449	2115	1,42
2005	1494449	2115	1,42
2006	1553387	1880	1,21
2007	1482336	2359	1,59
2008	1489979	2383	1,60
2009	1545172	2383	1,54
2010	1580154	2415	1,53
2011	1622051	2449	1,51
2012	1661798	2409	1,45
2013	1699738	2730	1,61
2014	1740021	2188	1,26
2015	1781597	2613	1,47
2016	1823802	2613	1,43
2017	1866485	2685	1,44
2018	1909916	2685	1,41

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

1.39	2685	1938363	2019
1,35	2685	1987357	2020

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات DPSB

الشكل (4- 41): تطور عدد السكان وعدد الأسرة بالمستشفيات العمومية لولاية سطيف 2001- 2020



المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات DPSB

نلاحظ من خلال الجدول (4- 45) والشكل (4- 41) اللذان يظهران تطور عدد السكان وعدد الأسرة في المستشفيات العمومية خلال الفترة من 2001 إلى 2020 في سطيف أن عدد السكان ارتفع من 1411630 نسمة سنة 2001 إلى 1987357 نسمة سنة 2020 أي بمعدل زيادة قدره 40.78%. في المقابل زاد عدد الأسرة في المستشفيات من 2017 سرير سنة 2001 إلى 2685 سرير سنة 2020 بمعدل زيادة قدره 33.12%. على الرغم من زيادة عدد الأسرة إلا أن كثافتها في المستشفيات تراجعت من 1.43 سرير لكل 100 نسمة سنة 2001 إلى 1.35 سرير لكل 1000 نسمة سنة 2020، مما يدل على أن الزيادة في عدد الأسرة بالمستشفيات لم تكن كافية لمواكبة الزيادة الكبيرة في عدد السكان خلال هذه المدة، لكن إذا أخذنا المدة مثلا من 2001 إلى 2013 فنجد أن عدد الأسرة يواكب عدد السكان. أما عند مقارنة الولاية بالوطن نجد أن كثافة الأسرة في المستشفيات في الولاية 1.35 سرير لكل 1000 نسمة سنة 2020 تفوق الكثافة على مستوى الوطن التي بلغت 1 سرير لكل 1000 نسمة في نفس السنة حسب الحساب الشخصي بناءً على بيانات (الديوان الوطني للإحصائيات، 2021، صفحة 152) مما يدل أن سطيف توفر تغطية لعدد الأسرة في المستشفيات أفضل من العديد من الولايات. أما إذا نظرنا إلى المستوى العالمي الذي يبلغ 3.30 سرير لكل 1000 نسمة سنة 2020

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

نجد أن ولاية سطيف لا تزال متأخرة بشكل كبير في تقديم تغطية في هذا المجال بمعايير عالمية. (مجموعة البنك الدولي، 2020)

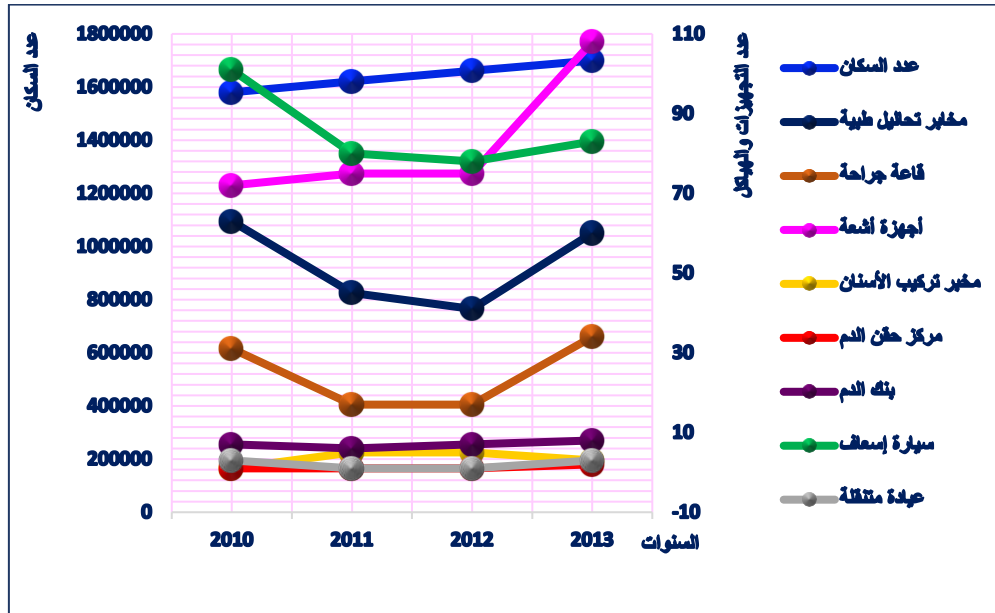
2-4/ تطور عدد السكان وعدد الهياكل والتجهيزات بسطيف 2010 - 2013:

الجدول (4-46): تطور عدد السكان وعدد الهياكل والتجهيزات بسطيف 2010 - 2013

2013	2012	2011	2010	الهياكل والتجهيزات
1699738	1661798	1622051	1580154	عدد السكان
60	41	45	63	عدد مخابر تحاليل طبية
34	17	17	31	قاعة جراحة
108	75	75	72	أجهزة أشعة
3	5	5	1	مخبر تركيب الأسنان
2	1	1	1	مركز حقن الدم
8	7	6	7	بنك الدم
83	78	80	101	سيارة إسعاف
3	1	1	3	عيادة متنقلة

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات DPSB

الشكل (4-42): تطور عدد السكان وعدد الهياكل والتجهيزات بسطيف 2010 - 2013



المصدر: من إعداد الباحثة بناء على بيانات DPSB

نلاحظ من خلال الجدول (4-46) والشكل (4-42) اللذان يظهران تطور عدد السكان وعدد الهياكل والتجهيزات الصحية في القطاع العام من 2010 إلى 2013 في سطيف أن عدد السكان شهد ارتفاعاً من 1580154 نسمة سنة 2010 إلى 1699738 نسمة سنة 2013 بمعدل زيادة قدره 7.57%. ويتضح أن هناك بعض الهياكل والتجهيزات تماشت مع الزيادة السكانية مثل زيادة قاعات الجراحة، أجهزة الأشعة، مخابر تركيب الأسنان، مراكز حقن الدم وبنوك الدم بمعدلات زيادة 9.68%، 50%، 200%، 100% و 14.29% على التوالي. أما بعض الهياكل والتجهيزات الأخرى لم تواكب الزيادة السكانية مثل عدد مخابر التحاليل الطبية وسيارات الإسعاف الذي انخفض بمعدلات نقصان قدرها 4.76% و 14.29% على التوالي. في حين أن عدد العيادات المتنقلة بقي عند 3، مما قد يدل أنه غير كافي لتلبية احتياجات السكان في المناطق النائية.

الشق الثالث- التوقعات المستقبلية للاحتياجات الصحية لسكان سطيف:

تستخدم التوقعات بقصد معرفة الاحتياجات المستقبلية للسكان وتوفيرها، وذلك بناءً على خلفية علمية أساسها حزمة من السيناريوهات القائمة على تتابع الأحداث الماضية والحاضرة، والتي تبدو أكثر احتمالاً للحدوث مستقبلاً. ومن ثمّ يمكن الركون إليها من قبل المسؤولين عند القيام بالتخطيط في المجال الصحي لتحسينه وتطوره علاوة على تقادي المشاكل والأزمات التي قد تقع فيه مستقبلاً. وقد ارتأينا في هذه الدراسة على أن تكون مدة التوقع 35 سنة انطلاقاً من سنة 2019 (سنة الأساس) حتى سنة 2054 (سنة التوقع)، بالاعتماد على برنامج الطيف الديموغرافي.

1- المعطيات المطلوبة في برنامج الطيف الديموغرافي :

1-1/ المؤشرات الديموغرافية : يجب أن تكون هذه المؤشرات في سنة الأساس 2019، والتي تتمثل فيما يلي:

- التركيب العمري والنوعي لسكان سطيف.

- أمل الحياة عند الولادة لكلا الجنسين.

- المؤشر التركيبي للخصوبة.

1-2/ المؤشرات الصحية :

- عدد السكان لكل طبيب.

- عدد السكان لكل ممرض.

- عدد السكان لكل مركز صحي.

- عدد السكان لكل مستشفى.

- عدد السكان لكل سرير في المستشفى.

- الانفاق الصحي السنوي للفرد (دج)

2- الفرضيات (السيناريوهات) :

اعتمدنا في هذه الدراسة على ثلاثة سيناريوهات (فرضيات) لتقلب الظواهر الديموغرافية والمتمثلة في الخصوبة، الوفيات والهجرة انطلاقا من سنة الأساس 2019 إلى غاية سنة التوقع 2054. بينما اعتمدنا على فرضية واحدة للمعطيات الخاصة بالمؤشرات الصحية في جميع الفرضيات، فكانت الفرضيات كما هو موضح أدناه:

1- الفرضيات المتعلقة بالظواهر الديموغرافية:

1- 1 / ظاهرة الخصوبة:

إن برنامج الطيف الديموغرافي في تعامله مع هذه الظاهرة يتوقف على المؤشر التركيبي للخصوبة، لذا افترضنا ثلاث حالات والمتجلية في:

• ارتفاع الخصوبة في الفرضية الأولى (الفرضية المرتفعة)، وهذا الارتفاع مبني على أساس أن المؤشر التركيبي للخصوبة ارتفع من 2.5 طفل لكل امرأة سنة 2001 إلى 3 طفل لكل امرأة سنة 2019، بمعدل زيادة قدره 0.5 طفل لكل امرأة خلال 18 سنة، وبما أن مدة التوقع 35 سنة قمنا بمضاعفة معدل الزيادة ليصبح المؤشر التركيبي للخصوبة 4 طفل لكل امرأة سنة 2054.

• ثبات الخصوبة في الفرضية الثانية (الفرضية الثابتة) أي أن المؤشر التركيبي للخصوبة في سنة التوقع نفسه في سنة الأساس 3 طفل لكل امرأة.

• انخفاض الخصوبة في الفرضية الثالثة (الفرضية المنخفضة)، وكان الانخفاض بناءً على أن المؤشر التركيبي للخصوبة يصل إلى مستوى الإحلال 2.10 طفل لكل امرأة. كما هو مبين في الجدول التالي:

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998-2022

الجدول (4-47): الفرضيات المتعلقة بالخصوبة في سطيف 2019-2054

2054	2049	2044	2039	2034	2029	2024	2019	الخصوبة
4	3,86	3,71	3,57	3,43	3,29	3,14	3*	خصوبة مرتفعة
3	3	3	3	3	3	3	3*	خصوبة ثابتة
2,1	2,23	2,36	2,49	2,61	2,74	2,87	3*	خصوبة منخفضة

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج الطيف الديموغرافي

* (ONS, 2020, p. 6)

1-2 / ظاهرة الوفاة:

بالنسبة لظاهرة الوفاة فإن هذا البرنامج يتعامل معها من خلال استعمال مؤشر توقع الحياة عند الولادة لكلا الجنسين. وانطلاقاً من تطور هذا المؤشر خلال الفترة السابقة رصدنا أنه شهد ارتفاع لدى الجنسين منذ 2001 إلى 2019 على الرغم من أنه كان لدى الإناث أعلى منه لدى الذكور، وبالتالي من غير المرجح أن يسجل استقراراً أو انخفاضاً. فقد ارتفع من 71.9 سنة لدى الذكور سنة 2001 إلى 76.6 سنة عام 2019، بعائد سنوات قدره 4.7 سنة خلال 18 سنة. أما عند الإناث ارتفع من 73.6 سنة عام 2001 إلى 78.6 سنة عام 2019، بعائد سنوات قدره 5 سنوات خلال 18 سنة. لذا افترضنا أن يستمر العمر المتوقع عند الميلاد في الارتفاع لكن بحكم فترة التوقع 35 سنة قمنا بمضاعفة العائد الأقل لكلا الجنسين. ليصبح أمل الحياة عند الميلاد في سنة التوقع 2054 عند الذكور 86 سنة وعند الإناث 88 سنة. كما هو ظاهر في الجدول التالي:

الجدول (4-48): الفرضية المتعلقة بالوفاة في سطيف 2019-2054

2054	2049	2044	2039	2034	2029	2024	2019	أمل الحياة عند الولادة
86	84,7	83,3	82	80,6	79,3	77,9	76,6*	الذكور
88	86,7	85,3	84	82,6	81,3	79,9	78,6*	الإناث

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج الطيف الديموغرافي

DPSB *

1-3 / ظاهرة الهجرة:

نظراً لعدم توفر المعطيات المرتبطة بظاهرة الهجرة، لذلك افترضناها في برنامج الطيف الديموغرافي بأن تكون معدومة في جميع الفرضيات.

2- الفرضية المتعلقة بالمؤشرات الصحية:

لقد قمنا بوضع فرضية واحدة متعلقة بالمؤشرات الصحية تهدف إلى تحسينها في المستقبل، انطلاقاً من سنة الأساس 2019 إلى غاية سنة التوقع 2054. وافترضنا أن معدل النمو السنوي المركب لتحسن هذه المؤشرات سيكون 1% وهو في مقام هدف تسعى هذه الدراسة للوصول إليه. لكن مع الأخذ بعين الاعتبار أن معدل النمو السنوي يكون سلبياً -1% مع المؤشرات التالية، عدد السكان لكل طبيب، عدد السكان لكل ممرض، عدد السكان لكل مركز صحي، عدد السكان لكل مستشفى، عدد السكان لكل سرير، لأنه كلما انخفض معدل هذه المؤشرات دل ذلك على توفر عدد أقل من السكان لكل طبيب أي أن الاحتياجات زادت. في المقابل يكون معدل النمو السنوي موجب 1% مع مؤشر الانفاق الصحي السنوي للفرد، لأنه كلما زادت قيمة هذا المؤشر دل ذلك على استثمار أكثر في تحسين الاحتياجات الصحية. كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول (4- 49): الفرضية المتعلقة بالمؤشرات الصحية في سطيف 2019 - 2054

المؤشرات الصحية	2019	2024	2029	2034	2039	2044	2049	2054
عدد السكان لكل طبيب	1046*	1002	957	913	869	825	780	736*
عدد السكان لكل ممرض	463*	443	424	404	385	365	346	326*
عدد السكان لكل مركز صحي	6193*	5931	5668	5406	5143	4881	4618	4356*
عدد السكان لكل مستشفى	176215*	168750	161284	153819	146354	138889	131423	123958*
عدد السكان لكل سرير	722*	691	661	630	600	569	539	508*
الانفاق الصحي السنوي للفرد(دج)	9180**	9726	10273	10819	11365	11911	12458	13004**

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج الطيف الديموغرافي

* حساب شخصي بناءً على بيانات DPSB

** حساب شخصي بناءً على بيانات (الأمانة العامة للحكومة، 2018، صفحة 29)

ومجمل الفرضيات (السيناريوهات) يكون على النحو التالي:

- الفرضية المرتفعة: فرضية خصوبة مرتفعة+ فرضية الوفاة+ فرضية المؤشرات الصحية.
- الفرضية الثابتة: فرضية خصوبة ثابتة+ فرضية الوفاة+ فرضية المؤشرات الصحية.
- الفرضية المنخفضة: فرضية خصوبة منخفضة+ فرضية الوفاة+ فرضية المؤشرات الصحية.

3- نتائج التوقعات:

بعد إدخال المعطيات في برنامج الطيف الديموغرافي توصلنا إلى النتائج التالية:

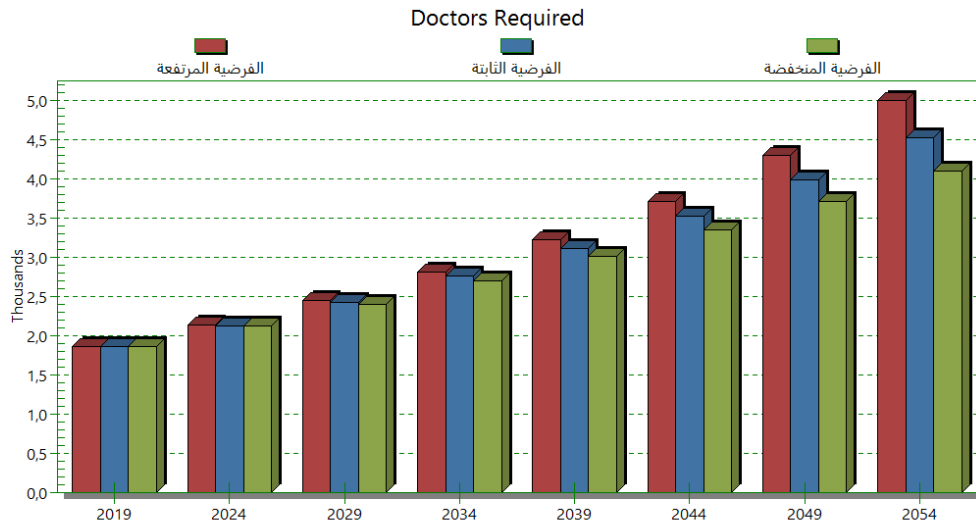
• التوقعات المتعلقة بعدد الأطباء:

الجدول (4-50): توقعات عدد الأطباء في سطيف 2019-2054

الفرضية المنخفضة		الفرضية الثابتة		الفرضية المرتفعة		السنوات
الأطباء المطلوبون	عدد السكان	الأطباء المطلوبون	عدد السكان	الأطباء المطلوبون	عدد السكان	
1 853	1 938 363	1 853	1 938 363	1 853	1 938 363	2019
2 121	2 124 370	2 127	2 130 269	2 133	2 136 823	2024
2 403	2 300 965	2 426	2 322 807	2 451	2 347 075	2029
2 702	2 467 091	2 755	2 515 404	2 813	2 569 085	2034
3 015	2 619 357	3 115	2 706 358	3 226	2 803 057	2039
3 349	2 761 633	3 521	2 902 907	3 711	3 060 336	2044
3 713	2 897 486	3 989	3 112 722	4 299	3 354 622	2049
4 099	3 017 193	4 524	3 329 336	5 008	3 686 082	2054

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج الطيف الديموغرافي

الشكل (4-43): توقعات عدد الأطباء في سطيف 2019-2054 بالاعتماد على برنامج الطيف الديموغرافي



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج الطيف الديموغرافي

نلاحظ من خلال الجدول (4-50) والشكل (4-43) اللذان يوضحان توقعات عدد الأطباء في سطيف خلال الفترة من 2019 إلى 2054 أن عدد الأطباء في سنة انطلاق التوقعات 2019 بلغ 1853

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

طبيب ليرتفع عدد الأطباء المطلوبون سنة التوقع 2054 في الفرضيات الثلاثة لكن بوتائر مختلفة. فقد ارتفع عددهم إلى 5008 طبيب في الفرضية المرتفعة و4524 طبيب في الفرضية الثابتة و4099 طبيب في الفرضية المنخفضة، بفارق خلال 35 سنة قدره 3155 طبيب في الفرضية المرتفعة و2671 طبيب في الفرضية الثابتة و2246 طبيب في الفرضية المنخفضة. وهذا راجع إلى تأثير الخصوبة الذي بدأ من سنة 2024 بوتيرة زيادة متقاربة في كل الفرضيات، فقد زاد عدد الأطباء المطلوبون في سنة 2024 بـ 280 طبيب في الفرضية المرتفعة و274 طبيب في الفرضية الثابتة و268 طبيب في الفرضية المنخفضة. بعد ذلك، مع مرور الوقت وتأثير الخصوبة اختلفت الزيادة في عدد الأطباء المطلوبون وكانت هذه الزيادة بوتيرة سريعة في الفرضية المرتفعة لتصل إلى 709 طبيب بين عامي 2049 و2054 مقابل 535 طبيب في الفرضية الثابتة و386 طبيب في الفرضية المنخفضة. ويمكن ارجاع زيادة الأطباء المطلوبون في الفرضية الثابتة والمنخفضة بوتيرة أقل لكونها انعكاس لأمل الحياة المرتفع.

• التوقعات المتعلقة بعدد الممرضين:

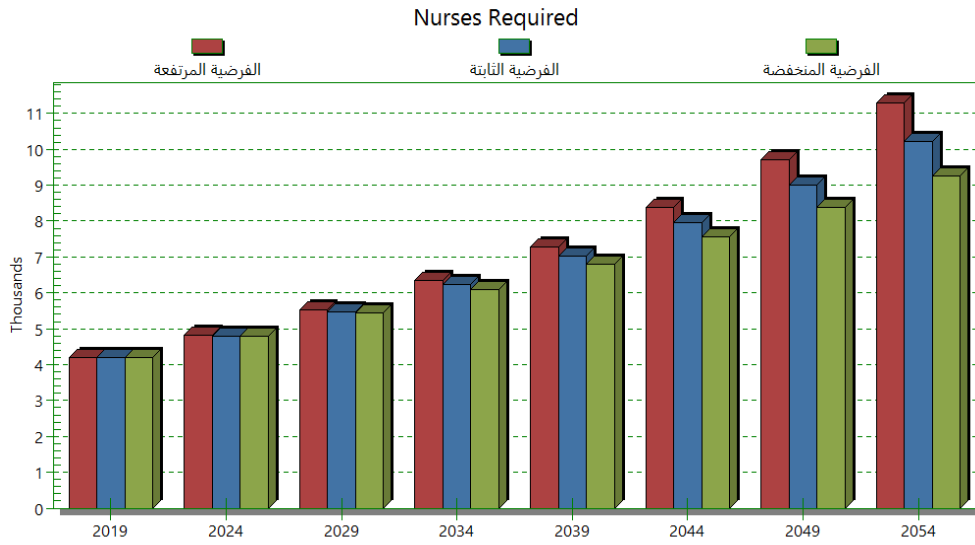
الجدول (4-51): توقعات عدد الممرضين في سطيف 2019-2054

السنوات	الفرضية المرتفعة		الفرضية الثابتة		الفرضية المنخفضة	
	عدد السكان	الممرضين المطلوبين	عدد السكان	الممرضين المطلوبين	عدد السكان	الممرضين المطلوبين
2019	1 938 363	4 187	1 938 363	4 187	1 938 363	4 187
2024	2 136 823	4 819	2 130 269	4 804	2 124 370	4 791
2029	2 347 075	5 537	2 322 807	5 480	2 300 965	5 429
2034	2 569 085	6 355	2 515 404	6 222	2 467 091	6 102
2039	2 803 057	7 286	2 706 358	7 035	2 619 357	6 809
2044	3 060 336	8 381	2 902 907	7 950	2 761 633	7 563
2049	3 354 622	9 707	3 112 722	9 007	2 897 486	8 385
2054	3 686 082	11 307	3 329 336	10 213	3 017 193	9 255

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج الطيف الديموغرافي

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

الشكل (4- 44): توقعات عدد الممرضين في سطيف 2019- 2054 بالاعتماد على برنامج الطيف الديموغرافي



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج الطيف الديموغرافي

نلاحظ من خلال الجدول (4- 51) والشكل (4- 44) اللذان يظهران توقعات عدد الممرضين في سطيف خلال الفترة من 2019 إلى 2054 أن عدد الممرضين في سنة شروع التوقع سجل 4187 ممرض، بعدها ارتفع عدد الممرضين المطلوبين سنة 2054 في كافة الفرضيات ليبليغ 11307 ممرض في الفرضية المرتفعة بفارق زيادة قدره 7120 ممرض خلال 35 سنة، أما في الفرضية الثابتة وصل إلى 10213 ممرض بفارق زيادة قدره 6026 ممرض خلال فترة التوقع، بينما بلغ في الفرضية المنخفضة 9255 ممرض بفارق زيادة قدره 5068 ممرض خلال 35 سنة، من هنا يتضح أن الزيادة في عدد الممرضين المطلوبين كانت بنسق مختلف في الفرضيات الثلاثة نتيجة لتأثير الخصوبة. فبين عامي 2019 و2024 كانت زيادة عدد الممرضين المطلوبين بوتيرة بطيئة ومقاربة لتصل 632 ممرض في الفرضية المرتفعة و617 ممرض في الفرضية الثابتة و604 ممرض في الفرضية المنخفضة. بعدها تجلت آثار الخصوبة بشكل واضح مع مرور الزمن، حيث كانت زيادة عدد الممرضين المطلوبين بوتيرة أسرع في الفرضية المرتفعة لتصل إلى 1600 ممرض بين عامي 2049 و2054 مقارنة بالفرضية الثابتة والمنخفضة اللتان كانتا فيهما الزيادة بوتيرة أقل لتصل إلى 1206 ممرض و870 ممرض بين 2049 و2054 على التوالي. وهذا يشير إلى أن زيادة عدد الممرضين في الفرضية المرتفعة نتيجة لزيادة صغار وكبار السن في المجتمع أي الخصوبة العالية وأمل الحياة المرتفع، أما في الفرضية المنخفضة تعود زيادة عدد الممرضين المطلوبين إلى زيادة كبار السن فقط.

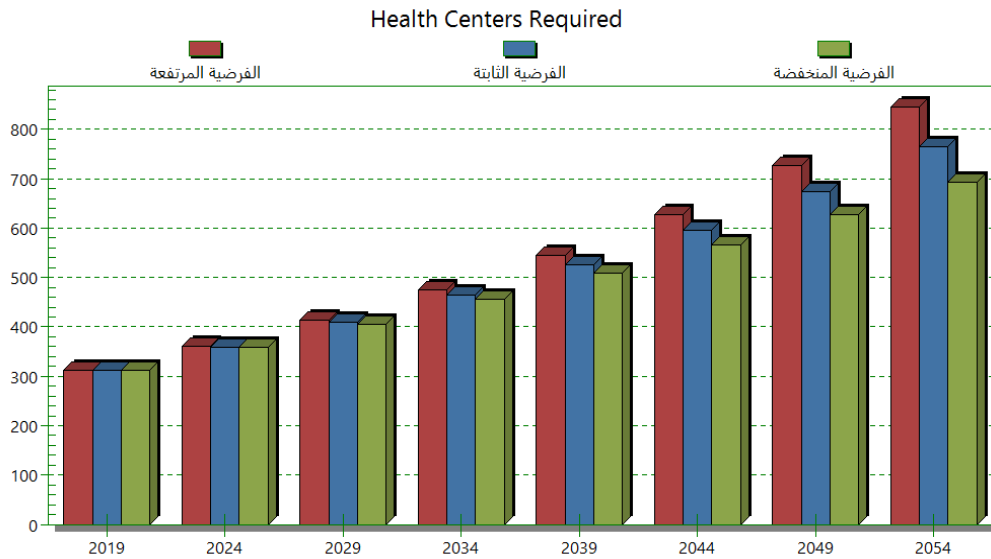
• التوقعات المتعلقة بعدد المراكز الصحية:

الجدول (4-52): توقعات عدد المراكز الصحية في سطيف 2019 - 2054

الفرضية المنخفضة		الفرضية الثابتة		الفرضية المرتفعة		السنوات
المراكز الصحية المطلوبة	عدد السكان	المراكز الصحية المطلوبة	عدد السكان	المراكز الصحية المطلوبة	عدد السكان	
313	1 938 363	313	1 938 363	313	1 938 363	2019
358	2 124 370	359	2 130 269	360	2 136 823	2024
406	2 300 965	410	2 322 807	414	2 347 075	2029
456	2 467 091	465	2 515 404	475	2 569 085	2034
509	2 619 357	526	2 706 358	545	2 803 057	2039
566	2 761 633	595	2 902 907	627	3 060 336	2044
627	2 897 486	674	3 112 722	726	3 354 622	2049
693	3 017 193	764	3 329 336	846	3 686 082	2054

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج الطيف الديموغرافي

الشكل (4-45): توقعات عدد المراكز الصحية في سطيف 2019 - 2054 بالاعتماد على برنامج الطيف الديموغرافي



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج الطيف الديموغرافي

نلاحظ من خلال الجدول (4-52) والشكل (4-45) اللذان يوضحان توقعات عدد المراكز الصحية في سطيف خلال الفترة من 2019 إلى 2054 أن عدد المراكز الصحية عند انطلاق التوقعات سنة 2019 بلغ 313 مركز صحي، بعد ذلك ارتفع عدد المراكز الصحية المطلوبة سنة 2054 إلى 846 مركز صحي

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

في الفرضية المرتفعة و764 مركز صحي في الفرضية الثابتة و693 مركز صحي في الفرضية المنخفضة بفارق زيادة خلال 35 سنة قدره 533 مركز صحي في الفرضية المرتفعة و451 مركز صحي في الفرضية الثابتة و380 مركز صحي في الفرضية المنخفضة. وهذا الاختلاف في الزيادة يعود إلى تأثيرات الخصوبة التي اتضحت مع مرور الوقت. فبين عامي 2019 و2024 زاد عدد المراكز الصحية المطلوبة بـ 47 مركز صحي في الفرضية المرتفعة و46 مركز صحي في الفرضية الثابتة و45 مركز صحي في الفرضية المنخفضة وهنا يتضح أن الزيادات كانت متقاربة في كل الفرضيات لأن تأثير الخصوبة مازال في البداية. فبين عامي 2034 و2039 زاد عدد المراكز الصحية المطلوبة بـ 70 مركز صحي في الفرضية المرتفعة و61 مركز صحي في الفرضية الثابتة و53 مركز صحي في الفرضية المنخفضة، وبين هاتين السنتين يتضح الفارق أكثر في زيادة عدد المراكز الصحية بين الفرضيات الثلاثة مما يشير ظهور تأثيرات أكثر للخصوبة. أما بين عامي 2049 و2054 كانت زيادة عدد المراكز الصحية المطلوبة في الفرضية المرتفعة بوتيرة أسرع وصلت إلى 120 مركز صحي مقابل 90 مركز في الفرضية الثابتة و66 مركز صحي في الفرضية المنخفضة وهذا يدل على أن المراكز الصحية تزيد مع مرور الوقت بوتيرة سريعة بسبب ارتفاع صغار وكبار السن في الفرضية المرتفعة على عكس الفرضية المنخفضة التي تكون فيها وتيرة زيادة المراكز الصحية المطلوبة أقل لأنها بسبب زيادة كبار السن فقط.

• التوقعات المتعلقة بعدد المستشفيات:

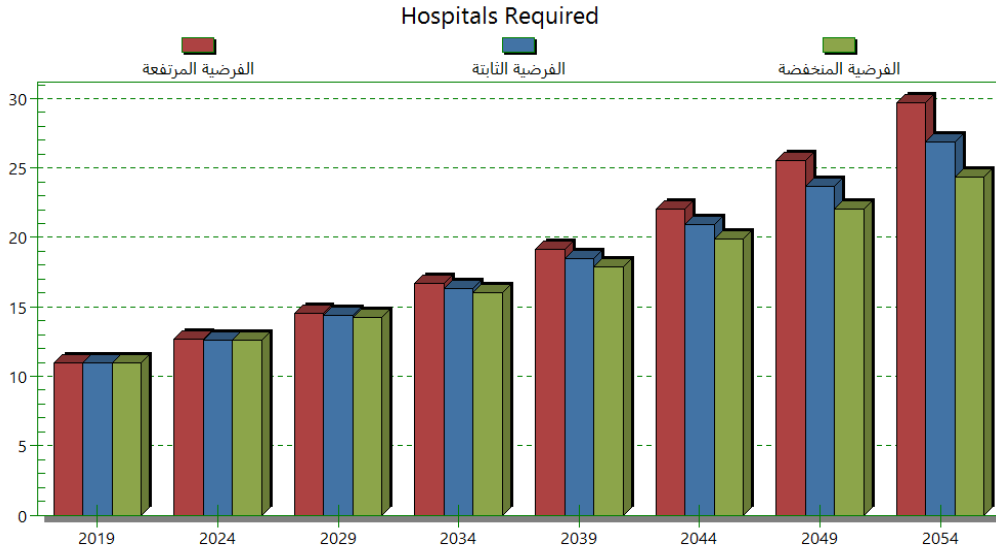
الجدول (4-53): توقعات عدد المستشفيات في سطيف 2019 - 2054

السنوات	الفرضية المرتفعة		الفرضية الثابتة		الفرضية المنخفضة	
	عدد السكان	المستشفيات المطلوبة	عدد السكان	المستشفيات المطلوبة	عدد السكان	المستشفيات المطلوبة
2019	1 938 363	11	1 938 363	11	1 938 363	11
2024	2 136 823	13	2 130 269	13	2 124 370	13
2029	2 347 075	15	2 322 807	14	2 300 965	14
2034	2 569 085	17	2 515 404	16	2 467 091	16
2039	2 803 057	19	2 706 358	18	2 619 357	18
2044	3 060 336	22	2 902 907	21	2 761 633	20
2049	3 354 622	26	3 112 722	24	2 897 486	22
2054	3 686 082	30	3 329 336	27	3 017 193	24

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج الطيف الديموغرافي

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998-2022

الشكل (4-46): توقعات عدد المستشفيات في سطيف 2019-2054 بالاعتماد على برنامج الطيف الديموغرافي



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج الطيف الديموغرافي

نلاحظ من خلال الجدول (4-53) والشكل (4-46) اللذان يوضحان توقعات عدد المستشفيات في سطيف خلال الفترة من 2019 إلى 2054 أن عدد المستشفيات عند بداية التوقع سنة 2019 بلغ 11 مستشفى، بعد ذلك ارتفع عدد المستشفيات المطلوبة في سنة 2054 إلى 30 مستشفى في الفرضية المرتفعة و 27 مستشفى في الفرضية الثابتة و 24 مستشفى في الفرضية المنخفضة بفارق زيادة خلال 35 سنة قدره 19 مستشفى في الفرضية المرتفعة و 16 مستشفى في الفرضية الثابتة و 13 مستشفى في الفرضية المنخفضة. كما نلاحظ أن وتيرة زيادة المستشفيات كانت نفسها في الفرضيات الثلاثة سنة 2024 وذلك لكون تأثير الخصوبة لا يزال في بدايته. ومن سنة 2029 ظهرت تفاوتات زيادة عدد المستشفيات المطلوبة بين الفرضية المرتفعة والفرضيتين الثابتة والمنخفضة، حيث زاد عدد المستشفيات المطلوبة في 2029 بمستشفيين في الفرضية المرتفعة أما في الفرضيتين الثابتة والمنخفضة زاد مستشفى واحد فقط. وظلت وتيرة الزيادة في الفرضية المرتفعة أسرع مقارنة بوتيرة الزيادة التي كانت أقل وبنفس المقدار في الفرضيتين الثابتة والمنخفضة. ومنذ سنة 2049 برزت الفروقات في زيادة عدد المستشفيات المطلوبة بين الفرضيات الثلاثة، حيث بلغت هذه الزيادة بين 2049 و 2054 أربعة مستشفيات في الفرضية المرتفعة وثلاثة مستشفيات في الفرضية الثابتة ومستشفيين في الفرضية المنخفضة. وهذه التفاوتات هي مجرد انعكاس للخصوبة العالية وأمل الحياة المرتفع في الفرضية المرتفعة، وبالتالي أدى إلى زيادة الطلب على المستشفيات بعدد أكبر مقارنة بالفرضية المنخفضة التي كانت الزيادة فيها على طلب المستشفيات بعدد أقل لأنها بسبب كبار السن.

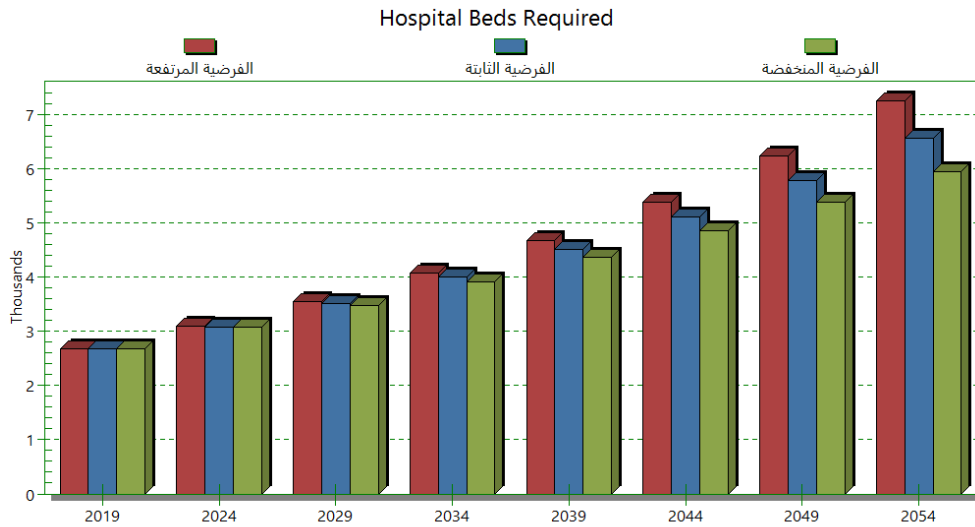
• التوقعات المتعلقة بعدد الأسرة في المستشفيات:

الجدول (4-54): توقعات عدد الأسرة في المستشفيات بسطيف 2019-2054

السنوات	الفرضية المرتفعة		الفرضية الثابتة		الفرضية المنخفضة	
	عدد السكان	الأسرة المطلوبة	عدد السكان	الأسرة المطلوبة	عدد السكان	الأسرة المطلوبة
2019	1 938 363	2 685	1 938 363	2 685	1 938 363	2 685
2024	2 136 823	3 090	2 130 269	3 081	2 124 370	3 072
2029	2 347 075	3 552	2 322 807	3 515	2 300 965	3 482
2034	2 569 085	4 076	2 515 404	3 991	2 467 091	3 914
2039	2 803 057	4 674	2 706 358	4 513	2 619 357	4 368
2044	3 060 336	5 377	2 902 907	5 100	2 761 633	4 852
2049	3 354 622	6 229	3 112 722	5 780	2 897 486	5 380
2054	3 686 082	7 256	3 329 336	6 554	3 017 193	5 939

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج الطيف الديموغرافي

الشكل (4-47): توقعات عدد الأسرة في المستشفيات بسطيف 2019-2054 بالاعتماد على برنامج الطيف الديموغرافي



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج الطيف الديموغرافي

نلاحظ من خلال الجدول (4-54) والشكل (4-47) اللذان يوضحان توقعات عدد الأسرة في المستشفيات بسطيف خلال الفترة من 2019 إلى 2054 أن عدد الأسرة كان في سنة 2019 انطلاق التوقع 2685 سرير، بعد ذلك ارتفع عدد الأسرة المطلوبة في سنة التوقع 2054 إلى 7256 سرير في الفرضية المرتفعة و6554 سرير في الفرضية الثابتة و5939 سرير في الفرضية المنخفضة، بفارق زيادة خلال 35 سنة قدره 4571 سرير في الفرضية المرتفعة و3869 سرير في الفرضية الثابتة و 3254 سرير في الفرضية

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

المنخفضة وذلك نتيجة لارتفاع عدد السكان الذي كان في سنة الأساس 1938363 نسمة إلى عدد السكان المتوقع في سنة 2054 بـ 3686082 نسمة في الفرضية المرتفعة و3329336 نسمة في الفرضية الثابتة و3017193 نسمة في الفرضية المنخفضة، بمعدل زيادة قدره 90.16% في الفرضية المرتفعة و71.76% في الفرضية الثابتة و55.66% في الفرضية المنخفضة. كما نلاحظ أن وتيرة زيادة عدد الأسرة المطلوبة كانت متقاربة في بداية فترة التوقعات، ففي سنة 2024 بلغت الزيادة 405 سرير في الفرضية المرتفعة و396 سرير في الفرضية الثابتة و387 سرير في الفرضية المنخفضة، إلا أن وتيرة الزيادة تظل في الفرضية المرتفعة أكثر مقارنة بالفرضيتين الثابتة والمنخفضة. أما بين عامي 2049 و2054 تجلى الفرق بين الفرضيات الثلاثة بشكل واضح، حيث زاد عدد الأسرة المطلوبة بـ 1027 سرير في الفرضية المرتفعة و774 سرير في الفرضية الثابتة و559 سرير في الفرضية المنخفضة. وهذا راجع ظهور تأثيرات الخصوبة مع مرور الوقت.

• التوقعات المتعلقة بالإنفاق الصحي السنوي:

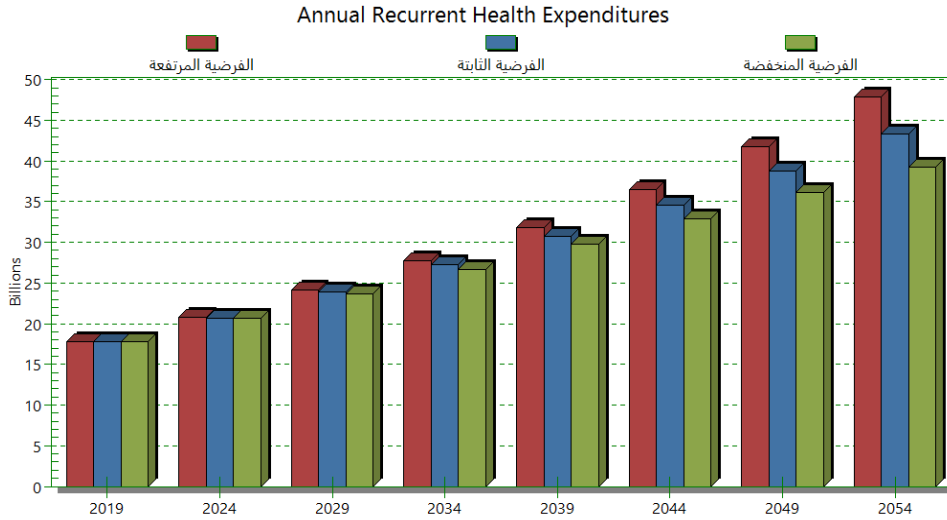
الجدول (4-55): توقعات الإنفاق الصحي السنوي في سطيف 2019-2054

السنوات	الفرضية المرتفعة	الفرضية الثابتة	الفرضية المنخفضة
	الانفاق الصحي السنوي المطلوب	الانفاق الصحي السنوي	الانفاق الصحي السنوي
2019	17 794 172 340,00	17 794 172 340,00	17 794 172 340,00
2024	20 783 354 344,75	20 719 600 970,72	20 662 225 608,82
2029	24 110 495 258,28	23 861 197 930,09	23 636 826 996,14
2034	27 794 567 024,39	27 213 794 529,70	26 691 100 366,36
2039	31 857 136 777,04	30 758 138 854,88	29 769 365 768,01
2044	36 452 971 117,66	34 577 766 807,12	32 894 997 583,13
2049	41 790 917 894,14	38 777 403 138,53	36 096 048 407,75
2054	47 933 810 328,00	43 294 682 093,00	39 235 581 023,00

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج الطيف الديموغرافي

الفصل الرابع: دراسة تحليلية لولاية سطيف 1998 - 2022

الشكل (4- 48): توقعات الإنفاق الصحي السنوي في سطيف 2019- 2054 بالاعتماد على برنامج الطيف الديموغرافي



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على برنامج الطيف الديموغرافي

نلاحظ من خلال الجدول (4- 55) والشكل (4- 48) اللذان يوضحان توقعات الإنفاق الصحي السنوي في سطيف خلال الفترة من 2019 إلى 2054 أن الإنفاق الصحي السنوي في سنة 2019 بداية التوقعات بلغ 17794172340 دج، بعدها وفي سنة التوقع 2054 ارتفع الإنفاق الصحي السنوي المطلوب إلى 47933810328 دج في الفرضية المرتفعة و 43294682093 دج في الفرضية الثابتة و 39235581023 دج في الفرضية المنخفضة، بمعدل زيادة خلال 35 سنة قدره 169.38% في الفرضية المرتفعة و 143.31% في الفرضية الثابتة و 120.50% في الفرضية المنخفضة. لكن نلاحظ أن الاختلافات بين الفرضيات الثلاثة في زيادة الإنفاق الصحي السنوي المطلوب كانت متقاربة في بداية التوقعات، حيث بلغت زيادة الإنفاق الصحي بين عامي 2019 و 2024 2989182004.75 دج في الفرضية المرتفعة و 2925428630.72 دج في الفرضية الثابتة و 2868053268.82 دج في الفرضية المنخفضة. ومع مرور الزمن برزت تأثيرات الخصوبة مما أدى إلى تفاوتات جد واضحة بين الفرضيات الثلاثة في زيادة الإنفاق الصحي السنوي، حيث زاد بين عامي 2049 و 2054 بـ 6142892433.86 دج في الفرضية المرتفعة و 4517278954.47 دج في الفرضية الثابتة و 3139532615.25 دج في الفرضية المنخفضة.

خلاصة الفصل4:

من خلال ما تم عرضه في هذا الفصل وتحليلنا للإحصائيات والنتائج المتوصل إليها ارتأينا فيما يخص الشق الأول أن ولاية سطيف شهدت زيادة سكانية خلال الفترة من 2001 إلى 2022 وقد كانت هذه الزيادة في المناطق الحضرية فقط، كما أن الاتجاه العام لمعدل الولادات كان مرتفع في المقابل كان معدل الوفيات منخفض. بالإضافة إلى بداية توجه مجتمع سطيف نحو الشيخوخة وقد كانت النساء أكثر تعمرًا من الرجال، وارتفعت إعالة كبار السن. ولقد أظهرت نسبة النوع أن مجتمع سطيف عموماً متوازن نوعياً ما بين 1998 و2022، وفي حال فصلنا في الأمر فإن فئة الأطفال والفئة النشطة شهدت توازن أما فئة المسنين فقد كانت تدل على أن عدد الإناث أكثر من عدد الذكور في أغلب الفترة. علاوة على ذلك قمنا بتقييم بيانات العمر والنوع باستخدام ورقة AGESEX في برنامج الـ PAS، وصححنا البيانات التي تعاني ضعف بدرجة متوسطة باستخدام ورقة AGESMTH في برنامج الـ PAS. وكانت التركيبة العمرية والنوعية المصححة بناءً على نتائج مقياس Strong لكونه الأقوى في تصويب هذه البيانات مقارنة بالمقاييس الأخرى خلال كافة السنوات المصححة. وفيما يتعلق بالشق الثاني تكلمنا عن مؤشرات التنمية الصحية وتبين أن نسبة وفيات الأمهات في سطيف ارتفعت خلال الفترة من 2014 إلى 2018 وكانت أغلبها تحدث في القطاع العام مقارنة بالقطاع الخاص، وقد تعددت أسبابها ولا تزال تعاني حالياً سطيف من وفيات الأمهات بسبب نزيف الولادة، أما الوفيات بسبب ارتفاع ضغط الدم فقد تحسنت. وقد كان مستوى وفيات الأطفال الرضع ما بين 2007 و2018 متوسط حسب تصنيف منظمة اليونيسيف لهذه الوفيات. إذ نجحت سطيف في مكافحة بعض الأوبئة ما بين 2010 و2019 كحمى التيفوئيد، التسمم الغذائي والسل، بينما عرفت زيادة انتشار في أوبئة أخرى كالتهاب الكبد "أ"، الحصبة والتهاب السحايا. أما إذا انتقلنا إلى الاحتياجات الصحية بداية بالبشرية فإن زيادة عدد الأطباء، وعدد الصيادلة وعدد جراحو الأسنان والعاملين في مجال شبه الطبي واكبت النمو السكاني في سطيف خلال الفترة من 2001 إلى 2019. كما أن الاحتياجات المادية من زيادة في عدد المستشفيات وعدد العيادات المتعددة الاختصاصات تماشت مع النمو السكاني ما بين 2001 و2019، أما الزيادة في عدد قاعات العلاج وعدد الأسرة بالمستشفيات فلم تواكب هذا النمو السكاني خلال نفس الفترة. وفيما يخص الشق الثالث فإن توقعات عدد سكان سطيف لسنة 2054 زادت حسب الفرضيات الثلاثة وكانت أكثر حسب الفرضية المرتفعة الخصوبة تليها الفرضية الثابتة ثم الفرضية المنخفضة. وأيضاً توقعات الطلب على الأطباء، الممرضين، المراكز الصحية، المستشفيات، عدد الأسرة بالمستشفيات والإنفاق الصحي السنوي لسنة 2054 في سطيف زادت حسب الفرضيات الثلاثة وكانت حسب الفرضية المرتفعة الخصوبة أكثر تليها الفرضية الثابتة ثم الفرضية المنخفضة.

نتائج الدراسة

توصلت هذه الدراسة بعنوان: "تطور التركيب العمري والنوعي للسكان وانعكاسه على احتياجات التنمية الصحية- دراسة تحليلية لولاية سطيف" إلى جملة من النتائج وهي:

1- شهدت ولاية سطيف ارتفاع في عدد السكان من 1411630 نسمة سنة 2001 إلى 2058243 نسمة سنة 2022.

2- أكبر زيادة في عدد سكان سطيف سجلت سنة 2005، بينما وقع الانخفاض الحاد والسلبى سنة 2006.

3- ساهمت ولاية سطيف بنسبة 4.38% من الزيادة السكانية في الجزائر خلال الفترة من 2001 إلى 2022.

4- عرف معدل النمو الصافي لسكان سطيف تغيرات قليلة جدا. وعلى العموم تتراوح حول 2% في أغلب السنوات.

5- ارتفعت نسبة سكان الحضر في سطيف من 33.58% سنة 2001 إلى 55.97% سنة 2019، بفارق زيادة قدرة 22.39% خلال 18 سنة، في المقابل تراجعت نسبة سكان الريف من 66.42% سنة 2001 إلى 44.03% سنة 2019، وهذا يدل على التوسع العمراني والتحضر في سطيف.

6- ارتفعت نسبة سكان سطيف في التجمعات الرئيسية من 53.10% سنة 2001 إلى 59.63% سنة 2022 أي التحول نحو الحضر.

7- على الرغم من تراجع نسبة سكان سطيف في التجمعات السكنية الثانوية من 17.62% إلى 16.82% ما بين 2001 و 2022 والمناطق المبعثرة من 29.27% إلى 23.55% في نفس المدة، إلا أن هذه المناطق لا تزال تسجل ارتفاع في عدد السكان.

8- حسب تصنيف مستويات وفيات الأطفال الرضع من قبل منظمة اليونيسيف فإن الوفيات بسطيف خلال الفترة من 2007 إلى 2018 تدرج ضمن المستوى المتوسط الذي يتراوح بين 18‰ و 49‰، وفي الولاية تراوح بين 19.93‰ و 29.50‰.

9- يوجد تحسن في صحة النساء الحوامل في سطيف خلال الفترة من 2014 إلى 2017 نتيجة لانخفاض نسبة الحمل الخطير من 12.21% سنة 2014 إلى 10.51% سنة 2017. في المقابل ارتفعت نسبة الحمل العادي من 87.79% إلى 89.49% خلال نفس الفترة.

نتائج الدراسة

- 10- شهد معدل وفيات الأمهات في سطيف ارتفاع كبير سنة 2021 بلغ 8 وفيات لكل 100000 مولود حي ب 40 حالة وفاة نتيجة للظروف الصحية الاستثنائية التي مرت بها البلد آنذاك والمتمثلة في كوفيد-19.
- 11- أعلى معدل زيادة في عدد المواليد سجل سنة 2007 ب 13.57%، بينما بلغ أدنى معدل نقصان في عدد المواليد سنة 2017 ب 4.14%.
- 12- تميز معدل الوفيات الخام في سطيف بالثبات النسبي خلال الفترة من 2001 إلى 2019 وتراوح بين 3.46% و 4.25%.
- 13- ثمة تحسن في الإدلاء بالأعمار في سطيف خلال 1998 إلى 2022، لكن عند المقارنة بين الجنسين نجد أنه في أغلب السنوات كانت الإناث أكثر دقة في الإدلاء بأعمارهن مقارنة بالذكور.
- 14- تعتبر ولاية سطيف من المجتمعات الشابة نسبيا وهي في مرحلة انتقالية نحو الشيخوخة بسبب ارتفاع العمر الوسيط من 18 سنة في عام 1998 إلى 27 سنة في عام 2022، مع عدم وجود فروقات كبيرة بين الجنسين.
- 15- ولاية سطيف تتوافق وتواكب الاتجاهات السكانية في الوطن نظرا للتقارب في العمر الوسيط بين الولاية المقدر ب 26.67 سنة والوطن المقدر ب 27.60 سنة عام 2020.
- 16- ارتفاع مؤشر التعمير السكاني في سطيف من 15.59% سنة 1998 إلى 31.91% سنة 2022 يدل على شيخوخة السكان. إذ أن الإناث في سطيف أكثر تعمرًا من الذكور.
- 17- سجلت ولاية سطيف انخفاض في نسبة الإعاقة الكلية خلال الفترة من 1998 إلى 2022، وعند مقارنة بين إعالة صغار السن وإعالة كبار السن تبين أن هذه الأخيرة ارتفعت من 10.94% سنة 1998 إلى 16.52% سنة 2022 بينما إعالة صغار السن انخفضت من 70.17% سنة 1998 إلى 48.72% سنة 2022.
- 18- شهدت ولاية سطيف خلال الفترة من 1998 إلى 2022 تحول ديموغرافي نحو مجتمع أكبر سنًا، في ذات الوقت ارتفعت نسبة السكان في سن العمل وتناقصت نسبة الأطفال.
- 19- إن نسبة الذكور في سطيف تتجاوز نسبة الإناث في الفئة العمرية من 0 إلى 14 سنة رغم تراجعها، حيث قدرت 39.12% للذكور مقابل 38.36% للإناث سنة 1998 وفي سنة 2022 قدرت 29.80% للذكور مقابل 29.16%، بينما ظلت نسبة الإناث في الفئة العمرية من 60 سنة فأكثر تتفوق على نسبة الذكور رغم

نتائج الدراسة

ارتفاعها، حيث قدرت 5.79% للذكور مقابل 6.30% للإناث سنة 1998. وفي سنة 2022 قدرت 9.83% للذكور مقابل 10.17% للإناث.

20- عرف مجتمع سطيف توازن نوعي، حيث تراوحت نسبة النوع فيه بين 101.48 و 103.39 ذكر لكل 100 أنثى خلال الفترة من 1998 إلى 2022.

21- إن نسبة النوع لسكان سطيف خلال الفترة من 1998 إلى 2022 في فئة صغار السن وفئة متوسطو السن تدل على أن المجتمع متوازن نوعيا، أما لدى فئة كبار السن فقد كانت تدل على أن عدد الإناث يفوق عدد الذكور في الفترة من 1998 إلى 2006 وسنة 2008، 2009 و 2022 لأن النسبة تراوحت بين 88 و 99 ذكر لكل 100 أنثى خلال هذه السنوات.

22- إن بيانات النوع لسكان سطيف تعاني من أخطاء خلال الفترة من 1998 إلى 2005، وأخطاء بدرجة أقل من 2007 إلى 2009 وسنتي 2020 و 2021، أما سنة 2006 ومن 2010 إلى 2019 وسنة 2022 فإن البيانات تحسنت ولا تشوبها أخطاء.

23- كانت الفجوة النوعية لنسبة سكان سطيف في فئة صغار السن لصالح الذكور على حساب الإناث، أما في الفئة النشطة كانت تارة لصالح الإناث وتارة لصالح الذكور، بينما في فئة المسنين كانت لصالح الإناث.

24- أظهرت الفجوة النوعية أن الذكور أكثر دقة في الإدلاء بأعمارهم في سطيف مقارنة بالإناث، كما أن فرص التكافؤ للتصريح بأعمارهم كانت لصالح الذكور على حساب الإناث من 1998 إلى 2005 ومن 2007 إلى 2009 ومن 2013 إلى 2019. في المقابل كانت الإناث أكثر دقة في التصريح بأعمارهن سنة 2006 ومن 2010 إلى 2012 ومن 2020 إلى 2022 مع فرص تكافؤ لصالحهن.

25- لقد كانت الفجوة النوعية في العمر الوسيط لصالح الإناث على حساب الذكور خلال الفترة من 1998 إلى 2022.

26- إن الفجوة النوعية في معدل تعمر سكان سطيف كانت لصالح الإناث على حساب الذكور خلال الفترة من 1998 إلى 2022.

27- من خلال النتائج التي أسفرت عليها ورقة AGESEX من برنامج الـ PAS تبين أن بيانات العمر والنوع لسكان سطيف في سنة 2006 ومن 2008 إلى 2019 وسنة 2022 دقيقة ويمكن الاعتماد عليها عند رسم

نتائج الدراسة

البرامج والخطط المستقبلية، أما البيانات في سنة 1998 ومن 2001 إلى 2005 وسنة 2007، 2020 و2021 فإنها تعاني من ضعف وبدرجة متوسطة.

28- إن التركيبة العمرية والنوعية المصححة كانت بناءً على مقياس Strong لكونه الأقوى في تصويب هذه البيانات مقارنة بالمقاييس الأخرى عبر كامل السنوات المصححة.

29- إن التوجه الحالي لشكل الهرم السكاني في سطيف يشير إلى تراجع السكان في سن العمل وفي المقابل ارتفاع في الشريحة العمرية المسنة.

30- شهد عدد الأطباء العامون في سطيف ارتفاع كبير في القطاع العام من 309 طبيب سنة 2001 إلى 798 طبيب سنة 2019 مقارنة بالقطاع الخاص الذي عرف ارتفاع بطيء من 264 طبيب سنة 2001 إلى 354 طبيب سنة 2019.

31- تأرجح عدد الأطباء الخاصون في سطيف بين الارتفاع والانخفاض في القطاع العام، بينما كان القطاع الخاص أكثر استقراراً.

32- عدد الصيادلة كان في القطاع العام أقل بكثير مقارنة بالقطاع الخاص في سطيف خلال الفترة من 2001 إلى 2019، إلا أنه شهد قفزة كبيرة في القطاع العام من 21 صيدلي سنة 2014 إلى 117 صيدلي سنة 2015، أما القطاع الخاص فقد كان الارتفاع في عدد الصيادلة تدريجي.

33- عرف عدد جراحو الأسنان في القطاع العام تذبذب مقارنة بالقطاع الخاص الذي كان الارتفاع فيه تدريجي، كما أن عدد جراحو الأسنان في القطاع العام 166 جراح أسنان سنة 2019 أقل مقارنة بالقطاع الخاص 323 جراح أسنان في نفس السنة.

34- شهد عدد العاملين في مجال شبه الطبي ارتفاع كبير في القطاع العام بمعدل زيادة قدره 95.24% خلال الفترة من 2001 إلى 2019 مقارنة بالقطاع الخاص الذي كان فيه عدد هؤلاء العاملين قليل جداً إلى أن انعدم في سنة 2017، 2018 و2019 باستثناء سنة 2010 التي عرفت تصاعد معتبر وصل إلى 279 عامل.

35- إن زيادة عدد الأطباء والصيادلة وجراحو الأسنان والعاملين في مجال شبه الطبي واكبت النمو السكاني في سطيف خلال الفترة من 2001 إلى 2019.

نتائج الدراسة

36- شهدت ولاية سطيف زيادة في عدد المستشفيات وعدد العيادات متعددة الاختصاصات تماشت مع الزيادة السكانية خلال الفترة من 2001 إلى 2019، أما الزيادة في عدد قاعات العلاج فلم تواكب النمو السكاني لأن معدل زيادة قاعات العلاج قدر بـ 10.41% أقل بكثير من معدل الزيادة السكانية المقدر بـ 40.78% خلال نفس الفترة.

37- إن الزيادة في عدد نساء سطيف في عمر الإنجاب (15- 49 سنة) بمعدل قدره 35.09% تماشت مع الزيادة في عدد دور الأمومة بمعدل قدره 51.72% خلال الفترة من 2001 إلى 2019.

38- الزيادة في عدد الأسرة بالمستشفيات في سطيف بمعدل 33.12% لم تكن كافية لمواكبة الزيادة الكبيرة في عدد السكان بمعدل 40.78% خلال الفترة من 2001 إلى 2020.

39- إن الزيادة السكانية في سطيف خلال الفترة من 2010 إلى 2013 واكبت الزيادة في بعض الهياكل والتجهيزات مثل زيادة عدد قاعات الجراحة، أجهزة الأشعة، مخابر تركيب الأسنان، مراكز حقن الدم وبنوك الدم. بينما الزيادة السكانية لم تواكب الزيادة في بعض الهياكل والتجهيزات الأخرى مثل عدد مخابر التحاليل الطبية، وسيارات الإسعاف والعيادات المتنقلة.

40- توقعات عدد سكان سطيف لسنة 2054 حسب الفرضية المرتفعة الخصوبة هو 3686082 نسمة، وحسب الفرضية الثابتة هو 3329336 نسمة، وحسب الفرضية المنخفضة هو 3017193 نسمة.

41- توقعات الطلب على عدد الأطباء في سطيف لسنة 2054 حسب الفرضية المرتفعة الخصوبة هو 5008 طبيب، وحسب الفرضية الثابتة هو 4524 طبيب، وحسب الفرضية المنخفضة هو 4099 طبيب.

42- توقعات الطلب على عدد الممرضين في سطيف لسنة 2054 حسب الفرضية المرتفعة الخصوبة هو 11307 ممرض، وحسب الفرضية الثابتة هو 10213 ممرض، وحسب الفرضية المنخفضة هو 9255 ممرض.

43- توقعات الطلب على عدد المراكز الصحية في سطيف لسنة 2054 حسب الفرضية المرتفعة الخصوبة هو 846 مركز صحي، وحسب الفرضية الثابتة هو 764 مركز صحي، وحسب الفرضية المنخفضة هو 693 مركز صحي.

نتائج الدراسة

44- توقعات الطلب على عدد المستشفيات في سطيف لسنة 2054 حسب الفرضية المرتفعة الخصوبة هو 30 مستشفى، وحسب الفرضية الثابتة هو 27 مستشفى، وحسب الفرضية المنخفضة هو 24 مستشفى.

45- توقعات الطلب على عدد الأسرة بالمستشفيات في سطيف لسنة 2054 حسب الفرضية المرتفعة الخصوبة هو 7256 سرير، وحسب الفرضية الثابتة هو 6554 سرير، وحسب الفرضية المنخفضة هو 5939 سرير.

46- توقعات الطلب على الإنفاق الصحي في سطيف لسنة 2054 حسب الفرضية المرتفعة الخصوبة هو 47933810328 دج، وحسب الفرضية الثابتة هو 43294682093 دج، وحسب الفرضية المنخفضة هو 39235581023 دج.

التوصيات

في ضوء نتائج الدراسة الحالية توصي الباحثة بما يلي:

* العناية أكثر بالإحصائيات الديموغرافية وعلى وجه الخصوص بيانات العمر والنوع لما لها من أهمية في تقديم رؤية واضحة عن الواقع من حيث القوى العاملة فيه، نسب الإعاقة، عدد المسنين والفجوة بين الجنسين. لأن الدراسات التي تتأسس على بيانات دقيقة تكون نتائجها معبرة عن الواقع المعاش في المجتمع، وبالتالي يمكن الاستناد إليها عند القيام بالتخطيط المستقبلي.

* مراعاةً لتوجه مجتمع سطيف نحو الشيخوخة فالأمر يتطلب من الجهات المسؤولة توفير متطلبات هذه الشريحة المسنة خاصة الصحية منها.

* نظرا لزيادة عدد سكان سطيف في سن العمل فإن ذلك يستدعي من المسؤولين وأصحاب القرار أن تشمل خططهم المستقبلية توفير فرص عمل جديدة.

* العمل على تخفيض وفيات الأمهات في سطيف خاصة الوفيات بسبب نزيف الولادة.

* السعي إلى تحسين التغطية التطعيمية للأطفال الرضع (أقل من سنة) في سطيف مستقبلا، خاصة التلقيح ضد السعال الديكي.

* الإجتهد أكثر في مكافحة بعض الأوبئة في سطيف خاصة التي زاد انتشارها بين عامي 2010 و2019 كالتهاب الكبد "أ"، الحصبة والتهاب السحايا.

* الضرورة الحتمية لزيادة قاعات العلاج وعدد الأسرة بالمستشفيات في سطيف نظرا لأنها لم تواكب النمو السكاني بين عامي 2001 و2019.

* تأسيس برامج تنموية جديدة تهدف إلى تلبية الاحتياجات الصحية البشرية والمادية في المستقبل لسكان سطيف خاصة وأن نتائج التوقعات لسنة 2054 أظهرت زيادة الطلب على عدد الأطباء، الممرضين، المراكز الصحية، المستشفيات، عدد الأسرة بالمستشفيات والإنفاق الصحي السنوي حسب الفرضيات الثلاثة، الفرضية المرتفعة الخصوبة، الفرضية الثابتة والفرضية المنخفضة.



الختام

في الختام، يمكن القول بأن دراسة التركيب العمري والنوعي للسكان تقدم رؤية عن الأوضاع السائدة في المجتمع لذا لا بد من الحرص على أن تكون بيانات العمر والنوع على درجة عالية من الدقة، لكي يتم اعتماد النتائج المتوصل إليها في إعداد برامج تنموية حقيقية قائمة على ركائز مدروسة. ولقد أسفرت نتائج هذه الدراسة بعد تقييم مستوى دقة بيانات العمر والنوع لسكان سطيف من سنة 1998 إلى سنة 2022 باستخدام ورقة AGESEX في برنامج الـ PAS أنه يوجد منها الدقيقة والتي يمكن الاعتماد عليها في الدراسات السكانية لرسم البرامج والخطط المستقبلية في مختلف المجالات، والتي بلغت نتائجها 11.2 / 19.6 / 19.5 / 14.7 / 13.2 / 11.8 / 10.4 / 9.7 / 9 / 8.6 / 8.1 / 7.2 / 6.6 و 9.5 في سنة 2006، ومن 2008 إلى 2019 وسنة 2022 على التوالي. في المقابل هناك بيانات تعاني من ضعف وبدرجة متوسطة والتي حازت نتائجها على 23.6 / 28.6 / 30.2 / 29.6 / 30.1 / 30.1 / 22 / 24 و 23.7 في سنة 1998، من 2001 إلى 2005، سنة 2007، 2020 و 2021 على التوالي، والتي تم تقييمها باستخدام ورقة AGESMTH من برنامج الـ PAS، وكانت التركيبة العمرية والنوعية المصححة بناءً على نتائج مقياس Strong لكونه الأقوى في تصويب هذه البيانات مقارنة بالمقاييس الأخرى خلال كافة السنوات المصححة. في ذات الوقت تعتبر مؤشرات التنمية الصحية والاحتياجات الصحية بنوعيتها البشرية والمادية مؤشر على مدى رفاهية الفرد والمجتمع. وقد أسفرت هذه الدراسة على أن نسبة وفيات الأمهات في سطيف ارتفعت خلال الفترة من 2014 إلى 2018 وقد تعددت أسبابها، ولا تزال تعاني حالياً سطيف من وفيات الأمهات بسبب نزيف الولادة، أما الوفيات بسبب ارتفاع ضغط الدم فقد تحسنت. كما نجحت الولاية في مكافحة بعض الأوبئة ما بين 2010 و 2019 كحمى التيفوئيد، التسمم الغذائي والسل، بينما عرفت زيادة انتشار في أوبئة أخرى كالتهاب الكبد "أ"، الحصبة والسحايا. أما فيما يخص زيادة عدد الأطباء، الصيادلة، جراحو الأسنان، العاملين في مجال شبه الطبي، عدد المستشفيات، العيادات متعددة الاختصاصات ودور الأمومة واكبت النمو السكاني في سطيف خلال الفترة من 2001 إلى 2019، بينما زيادة عدد قاعات العلاج وعدد الأسرة بالمستشفيات لم يواكب النمو السكاني في نفس الفترة. بناءً على ذلك، فإن الضرورة الملحة تستدعي من المسؤولين وصناع القرار تلبية هذه الاحتياجات الصحية الحالية، خاصة وأن نتائج التوقعات المستقبلية لعدد السكان والمتطلبات الصحية في سطيف لسنة 2054 زادت حسب الفرضيات الثلاثة. وفي ظل هذه النتائج تقترح الباحثة إجراء دراسات جديدة في موضوع تقييم بيانات العمر والنوع في ولايات أخرى، وكذلك دراسات بخصوص التوقعات المستقبلية للاحتياجات الصحية في مناطق أخرى، ومنه يتسنى للدولة إعداد برامج تنموية مبنية على أسس علمية وشاملة لكافة ولايات الوطن.

قائمة المراجع العربية:

- 1- أبو عيانة, ر. (1987). *مدخل إلى التحليل الإحصائي في الجغرافيا البشرية*. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- 2- أبو عيانة, ف. (1993). *جغرافية السكان - أسس وتطبيقات*. (الطبعة الثالثة). الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- 3- أبو عيانة, ف. (2000). *دراسات في علم السكان*. (الطبعة الأولى). بيروت, لبنان: دار النهضة العربية للطباعة والنشر.
- 4- أحمد مختار, ع. (2008). *معجم اللغة العربية المعاصرة*. (الطبعة الأولى). القاهرة: عالم الكتب.
- 5- إسماعيل, أ. (1984). *أسس علم السكان وتطبيقاته الجغرافية*. (الطبعة الخامسة). القاهرة, مصر: دار الفكر العربي.
- 6- إسماعيل, أ. (1997). *أسس علم السكان وتطبيقاته الجغرافية*. (الطبعة الثامنة). القاهرة: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- 7- إسماعيل, م. (1977). *قضاء خانقين دراسة في جغرافية السكان*. *الطبعة الأولى*. 98. بغداد: مطبعة العاني.
- 8- الأشقر, أ. (2009). *علم السكان*. سوريا: مديرية الكتب والمطبوعات الجامعية.
- 9- الأمانة العامة للحكومة. (2018). ديسمبر 30. *الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية*. 29. Récupéré sur https://www.mf.gov.dz/pdf/texte/lois_finances_ar/lois_finances_ar_2019.pdf
- 10- الأوجلي, س. (2012). *سكان إقليم طرابلس من (1973-2006) دراسة جغرافية*. 188. القاهرة, كلية البنات, قسم الجغرافيا: جامعة عين الشمس.
- 11- البار, م. (1986). *الأمراض الجنسية أسبابها وعلاجها*. (الطبعة الثانية). جدة: دار المنارة للنشر والتوزيع.
- 12- الجعفري, ب. (1991). *تقديرات القوى العاملة في العراق للفترة 1987-2002 حسب التعداد العام للسكان 1987* باستخدام دالة البقاء. بغداد, كلية الإدارة والاقتصاد, قسم الإحصاء, العراق.
- 13- الخريف, ر. (2008). *السكان - المفاهيم والأساليب والتطبيقات*. (الطبعة الثانية). الرياض, المملكة العربية السعودية: دار المؤيد.
- 14- الخريف, ر. & المطيري, ف. (2019). *التغير في التركيب العمري وآثاره في العائد الديموغرافي وشيخوخة المجتمع السعودي*. *مجلة الدارة*. 22, (3), 45.
- 15- الخطيب, ر. (2015). *اتجاهات الجمهور الأردني نحو البرامج الصحية في الإذاعة الأردنية دراسة ميدانية*. 28. كلية الإعلام, الأردن.

- 16- الخولي, م. أ. (2013). *التركيب العمري والنوعي لسكان إمارة أبو ظبي استنادا إلى التعداد السكاني لعام 2005*. الدوحة، قطر: المركز العربي للأبحاث ودراسة السياسات.
- 17- الديوان الوطني للإحصائيات. (2021). *حوصلة إحصائية 1962 إلى 2020 الفصل 5 الصحة*. 146. الجزائر.
- 18- الرازحي, ع. (2002). *تطوير أداة لتقييم العادات غير الصحية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية المؤتمر العلمي الرابع عشر* مناهج التعليم في ضوء مفهوم الأداء. 682.
- 19- الراوي, م. (2002). *سكان الوطن العربي- دراسة تحليلية في المشكلات الديموغرافية*. بغداد: مطبعة بيت الحكمة.
- 20- الزعبي وآخرون, ق. (2015). *التحليل الديموغرافي وتقييم بيانات التركيب العمري والنوعي للسكان التعداد العام للسكان والمساكن*. 24. الأردن: دائرة الإحصاءات العامة.
- 21- الزيايدي, ح. (2008). *تباين خصائص السكان والمؤشرات التنموية في مملكة البحرين للمدة من 1991 إلى 2001 وآفاقها المستقبلية*. 20. العراق: جامعة بغداد.
- 22- السديري, م. (2014). *مدى استخدام الأعمال الالكترونية في المستشفيات السعودية دراسة تحليلية لمستشفيات مدينتي جدة والرياض في المملكة العربية السعودية*. مجلة الملك عبد العزيز. 188, (1), 28.
- 23- السرياني, م. (1980). *العمر الوسيط لسكان المملكة العربية السعودية، حسب تعداد 1394هـ (1974م)*. مجلة الدارة , 15 (العدد الأول), 31.
- 24- السعدي, ع. (2002). *دور نمو السكان وتوزيعهم في قوة الدولة دراسة تطبيقية على الوطن العربي*. مجلة كلية الآداب. 99, (58).
- 25- السعدي, ع. (2014). *المفصل في جغرافية السكان*. الأردن: الوراق للنشر والتوزيع.
- 26- الشاعر, ع & , آخرون. (2001). *الصحة والسلامة العامة*. (الطبعة الأولى). عمان, الأردن: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
- 27- الشبيب, ك. (2007). *جوان 28*. (معوقات التنمية الصحية. 8, (2202). صحيفة العكاظ.
- 28- الشرجبي, ق. (2023). *تقويم بيانات التركيب العمري والنوعي لسكان محافظة عمران في الجمهورية اليمنية بحسب تعداد عام 2004*. مجلة جامعة عمران. 5, (3), 001.
- 29- الشلقاني, م. (1994). *الإحصاء السكاني والديموغرافي: طرق التحليل الديموغرافي*. (الطبعة الثانية). الكويت: جامعة الكويت.

القائمة البيبليوغرافية

- 30- الصديقي, س .(2007). *مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية*. الاسكندرية, مصر: مطبعة البحيرة.
- 31- العبدالات, م & ,آخرون .(2017). *الدليل الإرشادي للتطعيم ورصد الأمراض التي يطعم لها*. (الطبعة الرابعة). الأردن: مديرية الأمراض السارية قسم التطعيم.
- 32- العيسوي, ف .(2001). *أسس جغرافية السكان*. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- 33- اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا(الاسكوا), ا.، وزارة التخطيط, و & ,الجهاز المركزي للإحصاء والتعاون الانمائي, ا .(2009). *تقويم إحصاءات النوع الاجتماعي في العراق*. نيويورك: الأمم المتحدة.
- 34- اللجنة الوطنية للسكان .(2010). *تقييم جودة بيانات العمر*. سلطنة عمان: وزارة الاقتصاد الوطني.
- 35- اللجنة الوطنية للسياسات السكانية. (2011). *التقرير الوطني الأول حول سكان العراق في إطار توصيات مؤتمر القاهرة للسكان والأهداف الإنمائية بدعم من صندوق الأمم المتحدة*. مكتب العراق.
- 36- المدونة الإحصائية. 12-13. (2019). *سطيف: مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية، مصلحة الإحصائيات*.
- 37- *المعجم الديموغرافي المتعدد اللغات*. (1999). القاهرة: دار الكتاب العربي.
- 38- النجار, ع .(2019). *صحة الطفل وتغذيته*. القاهرة: دار الفكر للنشر والتوزيع.
- 39- الهيئة العامة للغذاء والدواء .(2022). *لمقاح الثلاثي البكتيري*. السعودية: قطاع الدواء الإدارة التنفيذية للتنقيط الدوائي.
- 40- بدح, أ., مزاهرة, أ & ,بدران, ز .(2019). *الثقافة الصحية*. (الطبعة السابعة). الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- 41- بريسا, ر .(1990). *معجم المصطلحات الديموغرافية*. (1).ن. حلا. Trad, المؤسسة الجامعية للنشر والتوزيع.
- 42- بلباي, إ .(2022). *التنمية الصحية المستدامة*. مجلة القانون العام الجزائري والمقارن. 279, (1), 8 ,
- 43- بن لوصيف, ز .(2003). *تسيير المؤسسات الصحية العمومية في ظل المتغيرات المعاصرة*. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية. 139, (1)
- 44- بيان اجتماع مجلس الوزراء .(2010). *برنامج التنمية الخماسي 2010-2014 برئاسة السيد عبد العزيز بوتفليقة*. الجزائر.
- 45- جاسم, ص .(2013). *نمو سكان العالم وتحديات المستقبل*. مجلة دراسات تربوية. 81, (21)
- 46- جفال محمد, ع & ,سيدي دريس, ع .(2014). *التنمية الصحية وعلاقتها بالتنمية البشرية*. عمان: دار الأيام للنشر والتوزيع.

- 47- جليبي, ع. (2008). *علم اجتماع السكان*. الإسكندرية, مصر: دار المعرفة الجامعية.
- 48- حاروش, ن. (2008). *إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية*. الجزائر: دار كتامة للنشر.
- 49- حبيب, م & ,باسل, أ. (2015). دراسة في واقع مؤشرات التنمية الصحية في الجمهورية العربية السورية ما بين عامي 2000 و 2010. *مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العليا سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية*. 301, (2), 37, 37
- 50- حسيني, م. (2013-2012). *السياسة الصحية في الجزائر دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث 1990-2002*. 51. الجزائر: جامعة قاصدي مرباح كلية الحقوق والعلوم السياسية.
- 51- حمازية, ل & ,زرقي, ع. (2015). *التنمية الصحية المستدامة ونتائجها على المورد البشري دراسة مقارنة الجزائر تونس والمغرب*. *مجلة رؤى اقتصادية*. 257, (9), 9
- 52- حوالف, ر. (2017). *واقع الخدمات الصحية في الجزائر بين الإنجازات والصعوبات*. *مجلة المؤسسة*. 224, (6), 6
- 53- خلاصي, ع & ,نصري, م. (2020). *جويلية 12*. (الإدارة الالكترونية كخيار استراتيجي لتحسين الخدمات الصحية في الجزائر أعمال المؤتمر الدولي الافتراضي التحول الرقمي في عصر المعرفة الواقع التحديات والانعكاسات. *مجلة كلية الاقتصاد للبحوث العلمية*. 9, (6), 1
- 54- خميس, و. (2013). *التحول الديموجغرافي لريف مركزكفرالدوار وعلاقته بالتنمية المستدامة*. 85. الإسكندرية, كلية الآداب, قسم الجغرافيا والنظم المعلومات الجغرافية: جامعة الإسكندرية.
- 55- خورشيد, ع. ط. (2015). *التركيب النوعي والعمري لسكان قضاء طوزخورماتو لعامي 1997/ 2012*. 442, (2), 26
- 56- دائرة الإحصاءات العامة, د. (2016). *قضايا النوع الاجتماعي (دراسة تحليلية استنادا إلى بيانات التعداد العام للسكان والمساكن 2015*. 8. الأردن.
- 57- رشاد, أ. (2001). *التنمية المحلية*. (الطبعة الأولى). الإسكندرية: دار الوفاء لنديا الطباعة والنشر.
- 58- رشود, ب. (2001). *المفاهيم والأساليب والتطبيقات*. السعودية.
- 59- سرح, ع. (2009). *تقييم وتنقيح بيانات التعداد السكاني مع التطبيق على محافظة القليوبية بجمهورية مصر العربية لعام 2006*. 66. كلية التجارة, مصر: جامعة بنها.
- 60- شجاع الدين, أ. (2001). *أساسيات علم السكان- طرق وتطبيقات*. صنعاء: جامعة صنعاء, مركز التدريب والدراسات السكانية.
- 61- شروخ, ص. ا. (2003). *منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية*. الجزائر: دار العلوم للنشر والتوزيع.

- 62- شنافي, ف. (2013). تقييم المنظومة الإحصائية في الجزائر . وهران, قسم الديموغرافيا, الجزائر: جامعة وهران.
- 63- صليحي, ف. (2000). *جغرافية السكان*. القاهرة: مطبعة النعمان الحديثة.
- 64- عامر, ع. (2018). التركيب العمري والنوعي لسكان جمهورية جنوب إفريقيا وأثره على بعض مؤشرات التنمية البشرية دراسة ديموجرافية. القاهرة, كلية الدراسات الإفريقية العليا, مصر: جامعة القاهرة.
- 65- عبد الحميد, و. (1987). *سكان دولة البحرين- دراسة ديموغرافية وجغرافية*. البحرين: دار السيرة للطباعة والنشر.
- 66- عبد الحي, ع. ا. (1999). *علم السكان*. القاهرة: المكتب الجامعي الحديث.
- 67- عبود, ع. (2016). التباين المكاني لمؤشرات التنمية الصحية وأفاقها المستدامة في محافظة البصرة دراسة في جغرافية التنمية. *مجلة دراسات البصرة*. (21)
- 68- غرايبة, خ. (2015). التركيب العمري والنوعي للسكان في محافظة عجلون بالأردن للفترة من 2004 إلى 2012. *مجلة الواحات للبحوث والدراسات*.
- 69- فارعة, ح & , آخرون. (2015). *جغرافية التنمية نماذج عالمية وتطبيقات عربية*. مصر: مركز تطوير المناهج والمواد التعليمية.
- 70- فياض, ع. (2012). *الاقتصاد السكاني*. (الطبعة الأولى). عمان, الأردن: دار البداية.
- 71- كرادشة, م. ع. (2009). *علم السكان الديموغرافيا الاجتماعية*. الأردن: عالم الكتب الحديث.
- 72- كعبش, إ. (2021). *أغسطس 5 قناة سكاي نيوز عربية* Récupéré sur <https://www.skynewsarabia.com/middle-east/1455269> بالأطباء
- 73- لجنة التطعيمات في مملكة البحرين. (2023). *الدليل الإرشادي حول التطعيمات والأمراض المستهدفة بها-استكمال التطعيمات حماية للفرد والمجتمع*. (الطبعة الثالثة). مملكة البحرين: وزارة الصحة.
- 74- مجموعة البنك الدولي. (2019). Récupéré sur <https://data.albankaldawli.org/indicator/SH.MED.NUMW.P3?locations=DZ>
- 75- مجموعة البنك الدولي. (2020). Récupéré sur <https://data.albankaldawli.org/indicator/SH.MED.BEDS.ZS>
- 76- محاسنه, إ. (1991). *البيئة والصحة العامة*. الأردن: دار الشروق.

- 77- محامد، ي. (2021). التركيبة السكانية حسب الجنس والعمر في الجزائر واتجاهاتها دراسة تحليلية ديموغرافية 1966-2018. مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية. 217، (04)13،
- 78- محمود عبد الرزاق صالح. (سبتمبر، 2011). أثر التعليم في التنمية الصحية في مدينة الموصل - دراسة ميدانية. مجلة دراسات موصلية، 10(34)، 22.
- 79- مدحت، أ. & مدحت، ي. (2007). التنمية المستدامة مفهومها أبعادها مؤشراتها. (الطبعة الأولى). القاهرة: المجموعة العربية للتدريب والنشر.
- 80- مزاهرة، أ. & آخرون. (2001). مبادئ صحة الطفل وتغذيته. عمان، الأردن: دار الخليج للنشر.
- 81- مزاهرة، أ. (2014). التربية الصحية للطفل. عمان: وزارة الثقافة.
- 82- مزاهرة، أ.، الصفي، ع. & أبو حسن، ل. (2003). علم اجتماع الصحة. عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
- 83- مصطفى عوض، د. (2018). التركيب النوعي والعمر لسكان منطقة حلايب وشلاتين بجمهورية مصر العربية، مدرس بقسم الجغرافية ونظم المعلومات الجغرافية. كلية الآداب، جامعة كفر الشيخ.
- 84- منصور يوسف، أ. (1997). المدخل الاجتماعي للمجالات الصحية الطبية والنفسية. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- 85- منظمة الصحة العالمية. (1980). التقرير السادس عن الحالة الصحية في العالم. 99. جنيف.
- 86- منظمة الصحة العالمية. (2012). يناير 19. مؤتمر الأمم المتحدة للتنمية المستدامة ريو +20. 1. ريو دي جانيرو، البرازيل.
- 87- منظمة الصحة العالمية. (2013). تقرير التنمية البشرية نهضة الجنوب- تقدم بشري في عالم متنوع .
- 88- منظمة الصحة العالمية. (2024). Récupéré sur <https://data.who.int/ar/indicators/i/C668579/45CA7C8>
- 89- منظمة الصحة العالمية. (2024). doi:<https://data.who.int/ar/indicators/i/C25EFD6/9F88C44>
- 90- منظمة الصحة العالمية. (2024). Récupéré sur <https://data.who.int/ar/indicators/i/B54EB15/5C8435F>
- 91- منظمة الصحة العالمية & منظمة الأمم المتحدة للطفولة. (2021). الإطار التشغيلي للرعاية الصحية الأولية تحويل الرؤية إلى عمل. جنيف.

- 92- مهلهل, ق. (2021). التباين المكاني للتركيب العمري والنوعي لسكان محافظة بغداد لعامي (1997- 2018). 143. كلية التربية للعلوم الإنسانية، قسم الجغرافية: جامعة بغداد.
- 93- وادي, و. & .غالب عمر, ف. (2008). تقويم بيانات التركيب العمري والنوعي لسكان العراق في بغداد عام 1997. مجلة العلوم الاقتصادية. 139, 5(20), .
- 94- وارتان, س. (2019). تحليل وتقييم مؤشرات التنمية الصحية في العراق. مجلة كلية الإدارة والاقتصاد للدراسات الاقتصادية والادارية والمالية. 64, 11(3), .
- 95- وزارة التخطيط. (2013). مؤشرات البيئة والتنمية المستدامة ذات الأولوية في العراق. 17. بغداد: الجهاز المركزي للإحصاء قسم إحصاءات البيئة.
- 96- وزارة الصحة والسكان. (2013). خطة وزارة الصحة والسكان للوقاية والتعامل مع الأمراض المعدية والشروط الصحية الواجب توفرها على مستوى المنشآت التعليمية. مصر: الإدارة العامة لمكافحة الأمراض المعدية.
- 97- وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات. (2022). الدفتر الصحي .
- 98- يسري عبد الرزاق, ا. & .حافظ, م. (1971). جغرافية السكان. (الطبعة الأولى). الإسكندرية: دار الكتب الجامعية.
- 99- يونس, م. ذ. (2011). اقتصاديات السكان. عمان, الأردن: الأكاديميون للنشر.

قائمة المراجع الأجنبية:

- 100- Arriaga, E. E., & al. (1994). www.census.gov/population/international/software/pas/pasdocs.htm. Récupéré sur Population analysis with microcomputers; volume I: presentation of techniques; U.S.Bureau of the Census; Washington; D.C.
- 101- *Avenir Health*. (s.d). Récupéré sur <http://www.futuresinstitute.org/spectrum2.aspx#rapid>
- 102- Bachir, Z. (2013). évolution de la mortalité en Algérie . 74. Oran: université Oran.
- 103- Bekele, S. (2006). Analysis on the quality of age and sex data collected in the two population and housing censuses of Ethiopia. *SINET Ethiopian Journal of Science*, 2(29).
- 104- Jitender, S. (2018). Types and Significance of Population Pyramids. *World Wide Journal of Multidisciplinary Research and Development*, 4(4), 59-62.
- 105- Larousse médicale. (2000). Paris, France: édition Larousse.
- 106- Mario, P. (1983). The lexicon webster dictionary. 11, 637.

- 107- OMS. (2008). Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. 2(*Dixième révision*), 179. Genève.
- 108- OMS. (2008). Mortalité maternelle en 2005 estimation de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale. 5.
- 109- ONS. (1999). Recensement général de la population et de l'habitat de 1998. (83), 1. Alger.
- 110- ONS. (2009). Recensement général de la population et de l'habitat de 2008. 2-4. Alger.
- 111- ONS. (2013). Rétrospective Statistique 1962-2011 Chapitre I Démographie. 36.
- 112- ONS. (2020). Démographie Algérienne 2019. (N°890/Bis), 6-7-8. Alger.
- 113- ONS. (2024). Démographie Algérienne 2020 à2023. (N°1030), 6. Alger.
- 114- *Perspective Monde*. (2019). Récupéré sur <https://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BilanEssai/3/SH.MED.PHYS.ZS/2019/2/x//sans/sansLogUni/Vert/11px/>
- 115- *Population Pyramid.net*. (2024). doi:<https://www.populationpyramid.net/algeria/>
- 116- WHO. (2007). *Addressing sex and gender in epidemic-prone infectious diseases*. Geneva.
- 117- *Worldometer*. (2020). Récupéré sur <https://www.worldometers.info/demographics/algeria-demographics/#median-age>
- 118- *Worldometer*. (2020). Récupéré sur <https://www.worldometers.info/demographics/sudan-demographics/#median-age>
- 119- *Worldometer*. (2020). Récupéré sur <https://www.worldometers.info/demographics/tunisia-demographics/#median-age>
- 120- *Worldometer*. (2020). Récupéré sur <https://www.worldometers.info/demographics/japan-demographics/#median-age>
- 121- *Worldometer*. (2020). Récupéré sur <https://www.worldometers.info/demographics/italy-demographics/#median-age>

ملخص الدراسة:

أنت هذه الدراسة لتعالج موضوع في غاية الأهمية، وقد قمنا أولاً بتحليل تطور التركيب العمري والنوعي لسكان سطيف من 1998 إلى 2022، وهذا ساهم في تقديم رؤية واضحة أظهرت ارتفاع عدد سكان سطيف ما بين 2001 و2022، وبداية توجه هذا المجتمع نحو الشيخوخة مما أدى إلى ارتفاع نسبة إعالة كبار السن. كما ارتفع عدد سكان سطيف في سن العمل، لذا فالوضع يتطلب من المسؤولين توفير فرص عمل جديدة للشباب ورعاية صحية للمسنين. في حين بين التركيب النوعي أن مجتمع سطيف متوازن نوعياً حيث تراوحت نسبة النوع فيه بين 101.48 و103.39 ذكر لكل 100 أنثى خلال الفترة من 1998 إلى 2022. ولقد أبرزت نتائج ورقة AGESEX من برنامج الـ PAS أن بيانات العمر والنوع لسكان سطيف منها الدقيقة التي يمكن الاعتماد عليها عند رسم الخطط التنموية المستقبلية، وأخرى تعاني من ضعف وبدرجة متوسطة. والتي تم تقييمها بواسطة ورقة AGESMTH من برنامج الـ PAS. وثانياً تطرقنا إلى تطور مؤشرات التنمية الصحية في سطيف التي عرف بعضها تحسناً، ولا يزال بعضها يواجه تحديات. كما تطرقنا إلى الاحتياجات الصحية البشرية والمادية في ظل النمو السكاني. وفي الأخير أظهرت نتائج التوقعات أن عدد السكان والطلب على الأطباء، الممرضين، المراكز الصحية، المستشفيات وعدد الأسرة بها والإنفاق الصحي السنوي لسنة 2054 في سطيف زادت حسب الفرضيات الثلاثة. كل هذه الحقائق المتوصل إليها تساهم في إعداد برامج تنموية تلبي احتياجات سكان سطيف بكفاءة في المستقبل.

الكلمات المفتاحية: التركيب العمري، التركيب النوعي، الاحتياجات، التنمية والتنمية الصحية.

Study Summary:

This study came to address a very important topic. We first analyzed the development of the age and gender structure of the population of Setif from 1998 to 2022. This contributed to providing a clear vision that showed the increase in the population of Setif between 2001 and 2022, and the beginning of this society's tendency towards aging, which led to an increase in the percentage of elderly dependency. The number of Setif's working-age population also increased, so the situation requires officials to provide new job opportunities for young people and health care for the elderly. While the gender structure showed that Setif society is qualitatively balanced, as the gender ratio ranged between 101.48 and 103.39 males per 100 females during the period from 1998 to 2022. The results of the AGESEX paper from the PAS program highlighted that some of the age and gender data for the population of Setif are accurate and can be relied upon when drawing up future development plans, while others suffer from weakness and to a moderate degree. Which was evaluated by the AGESMTH paper from the PAS program. Secondly, we addressed the development of health development indicators in Setif, some of which have improved, while others still face challenges. We also addressed human and material health needs in light of population growth. Finally, the forecast results showed that the population, demand for doctors, nurses, health centers, hospitals and the number of beds in them, and annual health spending for the year 2054 in Setif increased according to the three hypotheses. All these facts reached contribute to the preparation of development programs that efficiently meet the needs of Setif's population in the future.

Keywords: Age structure, gender structure, needs, development, and health development.