

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة منتوري - قسنطينة -

كلية العلوم الاجتماعية و العلوم الإنسانية
قسم علم الاجتماع و الديموغرافيا
رقم التسجيل :

الرقم التسلسلي :



وضعية الخدمات الصحية في الأحياء السكنية

دراسة مقارنة بين الأحياء المخططة و غير المخططة في مدينة قسنطينة
نموذج حي بوالصوف و حي البير

مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع الحضري

إشراف الأستاذ :

د/ بن السعدي إسماعيل

إعداد الطالبة :

رحمانية سعيدة

تاريخ المناقشة :

لجنة المناقشة :

رئيسا
مشرفا و مقررا
عضوا
عضوا

جامعة منتوري
جامعة منتوري
جامعة منتوري
جامعة منتوري

أستاذ محاضر
أستاذ محاضر
أستاذة محاضرة
أستاذة محاضرة

* د/ زردومي أحمد
* د / بن السعدي إسماعيل
* د / غضابنة ياسمين
* د / بن الشيخ لفقون فتيحة

السنة الجامعية : 2007 - 2008

شكر و تقدير

أشكر و أحمد الله سبحانه و تعالى الذي وفقني في إنجاز هذا العمل ،

ثم أتوجه بجزيل الشكر و فائق الامتنان و العرفان إلى أستاذي الفاضل

الدكتور / " بن السعدي إسماعيل " على مجهوداته و نصائحه الصائبة .

و أشكر كل من قدم لي يد المساعدة من أجل إتمام هذا العمل خاصة الاستاذ دليمي عبد

الحميد و مراد ، عمي عبد الحميد ، فؤاد ، عبلة و الصديقة العزيزة مرياح ليليا .

و كل عمال المركز الوطني للدراسات و الإنجاز العمراني (URBA.CO) و على

رأسهم السيد رياح أحسن و الآنسة صوفيا .

و شكر خاص لعمي البصيري على كل المساعدات التي قدمها لي

و في الأخير فأنا مدينة لكل مؤلف اعتمدت عليه في إنجاز هذه الرسالة .

أسأل الله التوفيق

الإهداء

إلى من قال فيهما سبحانه و تعالى :

" و قضي ربك ألا تعبدوا إلا إياه و بالوالدين إحسانا ... "

الآية (23) من سورة الإسراء

* إلى أمي العزيزة

* إلى أبي العزيز

* مقدمة:

إن نمو مدننا و توسعها بطريقة عشوائية ، و تراكم و تعقد مشكلاتها المتفاقمة ، ينبئ بمستقبل كارثي للمدينة و التي وصفها ذات يوم رواد النظرية الايكولوجية كبيئة طبيعية - جيوفيزيكية ، تخلو من المشاعر و القيم و بناء التفاعل (1) .

و تعتبر المدينة من وجهة نظر علماء الايكولوجيا البشرية بيئة طبيعية تظهر تنميتها في المنافسة الاقتصادية مقابل المنافسة البيولوجية ، و كذلك نتيجة الصراع من أجل البقاء فأدى بالسكان إلى التجمع في مجتمعات محلية ذات أحجام و سمات متباينة لتصبح فيما بعد ذلك أكثر تعقيد حتى تصل إلى شكل المدينة . هذه الأخيرة التي أصبح نموها و توسعها السريع على حساب الضواحي يخلق عدة مشاكل حضرية تشهدها جل مدن العالم ، و من أبرزها الأحياء غير المخططة التي تنشأ بصورة فوضوية و غير شرعية حيث نجدها تفتقر لأدنى شروط الحياة الضرورية و خاصة نقص الخدمات الاجتماعية مثل : المرافق التربوية ، و الإدارية ، و الصحية و غيرها .

و لقد أكد أصحاب الاتجاه الايكولوجي البشري على أن النمو الحضري يؤدي إلى ظهور مناطق مختلفة في النمط الحضري و سوء معيشة الأفراد وسط ثقافات غريبة عنهم و هامشية بالنسبة لهم (مناطق حضرية مخططة و مناطق حضرية غير مخططة) .

ومن هنا تبرز أهمية دراسة وضعية الخدمات الصحية في الأحياء السكنية في دورها الأساسي في المدينة، لأن سلامة الفرد تعد العمود الفقري لبناء مجتمع سليم فالخدمات الاجتماعية بشكل عام والخدمة الصحية بشكل خاص تحدد المستوى الحضاري للأمم و الشعوب .

(1) أ . د إسماعيل قبيرة : علم الاجتماع الحضري و نظرياته ، منشورات جامعة قسنطينة ، 2004 ، ص 3 .

و بالتالي فان هدف هذه الدراسة يكمن في معرفة واقع و وضعية الخدمات الصحية بالأحياء السكنية المخططة منها و غير المخططة. و تحديد خصائصهما و المشاكل التي توجد بهما .

كما تهدف الدراسة أيضا إلى معرفة حالة المجال البيئي و الثقافة البيئية و نظام الخدمات الصحية بالمنطقتين (الحي المخطط و الحي غير المخطط) و من أجل إنجاز هذه الدراسة ارتأينا أن نتبنى خطة منهجية التي ضمت قسمين، قسم نظري و قسم ميداني (تطبيقي) ،

فيما يخص القسم النظري فهو يضم خمس فصول بحيث خصصنا الفصل الأول لتحليل مفاهيمي و

نظري لعناصر البحث الأساسية و تطرقنا فيه للمدينة و مجالها الاجتماعي و العمراني و التخطيط و

مفهومه و مجالاته و أهدافه و للخدمات الحضرية و مجالاتها في المدينة . أما الفصل الثاني فتمثل في

الأحياء المخططة و غير المخططة، حيث تطرقنا فيه لاستعمالات المجال الحضري و أشكال المناطق

السكنية بالمدينة و كذلك للأحياء المخططة مفهومها و خصائصها و وضعيتها البيئية و الصحية و تطرقنا

كذلك للأحياء غير المخططة و مفهومها و خصائصها و أسباب انتشارها و وضعيتها البيئية و الصحية .

أما الفصل الثالث فتناول الصحة و الخدمات الصحية في الأحياء السكنية و الذي تطرقنا فيه إلى

مدخل للخدمة الاجتماعية الصحية و لمجالات الصحة العمومية بالمدينة و مفهومها و أهدافها و

مستويات تدخلها و كذلك للتربية الصحية و مفهومها و أهدافها و طبيعة استغلال الخدمات الصحية، و

للمشكلات الصحية و علاقتها بالبيئة الحضرية .

أما الفصل الرابع فيتناول مشكلات تخطيط الخدمات الاجتماعية في المدينة الجزائرية و يضم

الخصائص العمرانية و الاجتماعية للمدينة الجزائرية و الوضع العمراني و الاجتماعي للمناطق المتخلفة

و للمناطق السكنية الجديدة .

كما ضم هذا الفصل أيضا المدينة الجزائرية و تخطيط الخدمات الاجتماعية و كذلك وضعية الصحة العمومية و توزيع المرافق الصحية في المدينة، ونختم الجانب النظري بالفصل الخامس الذي يتناول مدينة قسنطينة و خصائصها العمرانية و الاجتماعية و الذي يضم الخصائص العمرانية للمدينة و المناطق الحضرية المخططة و مستوياتها التخطيطية العمرانية و الاجتماعية و المناطق العمرانية غير المخططة و وضعها الاجتماعي و الخدمي .

أما بالنسبة للقسم الميداني أو التطبيقي فقد تضمن فصلين هما الفصل السادس و الفصل السابع ، إذ تناولنا في الفصل السادس مجال البحث و إجراءاته المنهجية و يضم مجال الدراسة و العينة و كيفية اختيارها و المنهج و أدوات جمع البيانات ، أما الفصل السابع و الأخير فيتناول تحليل و تفسير البيانات الميدانية و استخلاص النتائج و نختم هذه الدراسة بالخاتمة التي تضم أهم نتيجة تم التوصل إليها من خلال هذه الدراسة بالإضافة إلى بعض الاقتراحات و التوصيات .

مشكلة البحث

*إشكالية الدراسة و تحديدها

*أهمية المشكلة و أسباب اختيارها

*أهداف الدراسة

*الفرضية و مؤشراتها

* اشكالية الدراسة و تحديدها:

يهتم علم الاجتماع الحضري بدراسة المدينة في نموها و تطورها كما يدرس الوظائف التي تؤديها ، و المشكلات التي تعانيها ، و الخدمات الصحية من بين الوظائف الأساسية في المدينة لما لها من أهمية كبيرة في المجتمع و المجتمع الحضري بصفة خاصة نظرا لطبيعة الحياة المتميزة بالحركية و التعقيد و التغير و ما إلى ذلك من الخصائص التي تميز حواضر اليوم ، و التي تفرض تكفلا مستمرا بالإنسان الذي يسكن هذا الوسط المتعرض دوما إلى مختلف الآثار الناجمة عن الاستغلال المتعدد الأوجه لمحيطه . إن الخدمة الصحية تمثل الجانب الإنساني في مجتمعنا الحديث فهي تتعامل بشكل مباشر مع الإنسان ، و المنطلق الإنساني مستمد من القيم الأخلاقية التي أتت بها الأديان السماوية ، بهدف حماية المجتمع و تكيفه و العمل على الاستمرار .

و ترتبط الخدمات الصحية بمختلف القطاعات الصحية العاملة في التنمية لان التقدم في مجال الصحة يؤدي إلى التقدم الاجتماعي الاقتصادي و في نفس الوقت يعتمد عليه، وهي مكمله لباقي الخدمات الاجتماعية الأخرى ، و تساهم في بناء اقتصاد البلد و إنتاجه القومي و حماية ثرواته و العمل على رفع مستوى معيشة الأفراد لأن المرض و الإعاقة يشكلان عبئا اجتماعيا و اقتصاديا في المجتمع ، و بشكل عام فان الخدمة الصحية تحدد المستوى الحضاري للأمم .

إن مفهوم الصحة كما قدمته منظمة الصحة العالمية ذا أبعاد: بدنية و عقلية و اجتماعية ، و قد تم اقتراح بعد رابع سمي بالصحة النفسية و الشخص الذي يتمتع بالصحة على هذا النحو يقال انه في حالة صحية متكاملة أو ايجابية و حتى تقوم الخدمة الصحية بوظيفتها بطريقة متكاملة يجب أن تأخذ بعين

الاعتبار التفاعل الديناميكي بين المظاهر الشخصية و الحيوية و النفسية ، و بين القوى الاجتماعية و الاقتصادية للبيئة (1) .

فعلم البيئة هو مفتاح الفلسفة الصحية في هذا العصر . فالصحة هي حالة التوازن أو التوافق

الديناميكي بين الإنسان و البيئة المحيطة به . إن الخدمات الصحية تقسم بوجه عام إلى خدمات علاجية و وقائية و رفع المستوى الصحي (2) .

وانطلاقاً منه لابد من الإشارة إلى وضعية الصحة في المدن خاصة في مدن الدول العربية حيث نلاحظ

في كثير من الدول العربية عدم كفاءة الخدمات الصحية أدت إلى عرقلة التقدم الصحي . و عدم وجود مساواة في توزيع الخدمات الصحية بالإضافة إلى الوضع المتردي للمستشفيات الحكومية و المتمثل في قدرة هذه المستشفيات على استيعاب المرضى من الطبقتين الدنيا و الوسطى ، و سوء الإدارة و الإهمال، و النقص الشديد للأدوية و المستلزمات الطبية الأساسية ، و سوء حالة المباني و التجهيزات الداخلية ، و النقص الواضح في الأطباء المتخصصين.... الخ ، و نقص الوعي و انعدامه أحياناً لدى قطاع كبير من المجتمع و حمى استهلاك الأدوية دون اللجوء إلى طبيب متخصص لوصف الدواء و لا تزال هناك بعض الأمراض المستوطنة في بعض المجتمعات العربية و التي تشكل خطورة على الصحة العامة للمجتمع .

وغياب الوعي بمفاهيم مثل صحة الأسرة ، و الصحة الإيجابية ، و الصحة النفسية . لذا فان توفير

(1) أحمد فايز النماس: الخدمة الاجتماعية الطبية ، دار النهضة للطباعة و النشر ، الطبعة الأولى ، بيروت ، 2000 ص 24 و

(2) نفس المرجع ، ص 57 .

الرعاية الصحية لجميع المواطنين في المجتمع يعد مطلباً جوهرياً لتحقيق التنمية الاقتصادية و الاجتماعية الشاملة فالتنمية الصحية جزء أساسي من التنمية المستدامة (1) ، وعلى الرغم من التقدم الملموس في المجال الصحي في كثير من المجتمعات النامية إلا هناك نقائص عديدة في هذا المجال . و الجزائر كواحدة من الدول النامية، ورثت بعد الاستقلال بنية صحية ضعيفة و متركزة ، و مستوى صحي متردي ، و تمركزاً لمستشفيات في المدن ، أدى هذا بدوره إلى أن الأعداد الهائلة من المهاجرين لم يسعفهم الحظ في إيجاد سكنات في أحياء المدينة المخططة الأمر الذي أدى بالبعض إلى اللجوء ضواحي المدينة ، هذا بدوره أدى إلى ظهور نوع آخر من الأحياء أطلق عليها الأحياء غير المخططة - وهي عكس الأحياء المخططة - .

من هنا جاءت هذه الدراسة كمحاولة لفهم و تحليل وضعية الخدمات الصحية في الأحياء السكنية

المخططة منها و غير المخططة في مدينة قسنطينة (مجال الدراسة) .

و قد يرجع السبب الأول و الرئيسي لظهور هذا النوع من الأحياء بالمدينة ، إلى سوء التخطيط الذي تعرفه البلاد ، فتبرز الحاجة إلى التخطيط كرد فعل من قبل المخططين الحضريين لمواجهة المشكلات المختلفة التي تنجم عن النمو السريع و التمدد الواسع الذي تشهده المناطق الحضرية أساساً . إن التخطيط الحضري للمدن يقوم على أساس مراعاة كل العوامل المؤثرة في الصحة مثل العوامل البيئية و تتضمن عوامل طبيعية و حيوية و نفسية و اجتماعية..... الخ .

(1) محمد على بدوي : دراسات سوسولوجية ، دار النهضة العربية ، بيروت ، بدون تاريخ ، ص 396

إن هذه الدراسة تتمثل في وضعية و واقع الخدمات الصحية في الأحياء المخططة و مقارنتها بوضعية و واقع الخدمات في الأحياء غير المخططة و غير المخططة .

و منه نطرح التساؤل التالي : ما هي وضعية الخدمات الصحية في الأحياء السكنية المخططة و غير المخططة ؟

و يتفرع عن هذا التساؤل عدة تساؤلات فرعية التي تساعد على صياغة فرضيات البحث و هي :

- 1 - ماهي وضعية المرافق الصحية في الأحياء المخططة و غير المخططة ؟
- 2- ماهي خصائص المجال أو الاطار العمراني في الأحياء المخططة و غير المخططة ؟
- 3- ماهي حالة و وضعية المجال أو الإطار البيئي و الثقافة البيئية ؟
- 4- ما هو نظام و نوعية الخدمات الصحية المقدمة في الأحياء المخططة و غير المخططة ؟
- 5- ما تقييم السكان في المجالين (سكان الحي المخطط و سكان الحي غير المخطط) لدور الخدمات الصحية ؟

* أهمية المشكلة و أسباب اختيارها :

تبرز أهمية دراسة وضعية الخدمات الصحية في دورها الأساسي في المدينة ، لان سلامة الفرد تعد العمود الفقري لبناء مجتمع سليم ، فالحفاظ على صحته و ضمان بقائه و نموه في أحسن الظروف أمر يستدعي الاهتمام .

إن الخدمة الصحية تمثل الجانب الإنساني في مجتمعنا الحديث و هي تتعامل بشكل مباشر مع الإنسان و أسرته و عمله و بيئته و هذا من منطلق إنساني مستمد من القيم الأخلاقية التي أتت بها الأديان السماوية ، بهدف حماية المجتمع و تكيفه و العمل على الاستمرار و الحياة السعيدة .

إن الخدمة الصحية الحديثة تساهم في بناء اقتصاد البلد و إنتاجه القومي و ثرواته و العمل على رفع مستوى معيشة الأفراد حيث تعمل على اختزال العوامل السلبية حول المرضى و المعاقين و تعمل على حل المشاكل المترتبة عنها لان المرض و الإعاقة تشكل عبئا اجتماعيا و اقتصاديا في المجتمع .

إن الخدمة الصحية ضرورية في المجتمع و ذلك للاهتمام المتزايد بالإنسان مريضا كان أو سليما أو معاقا ، و أن الخدمة الاجتماعية بشكل عام تحدد المستوى الحضاري للأمم مثلها مثل الخدمات الصحية .

و هكذا يتضح أن دور الخدمات الصحية في المدينة هو مساعدة المريض و المعاق و الإنسان السليم على النمو الاجتماعي و التكيف الاجتماعي و تكوين العلاقات الإنسانية بين الفئات الخاصة و أسرهم و بيئتهم ، حيث أن الخدمات الصحية تركز على القيم الإنسانية و الأخلاقية غيرها من الخدمات الأخرى في المدينة حيث تعتبر الإنسان هو أسمى كائنات الوجود و الخدمة الصحية تسعى إلى رفاهيته (1) .

إن هذه الدراسة تساعدنا على معرفة وضعية الخدمات الصحية في الأحياء السكنية المخططة و غير المخططة و منه يتم التعرف على خصائص و مميزات الحي المخطط و خصائص و مميزات الحي غير المخطط .

يعد موضوع الخدمات الصحية في الأحياء السكنية المخططة منها و غير المخططة ، من المواضيع الجادة ، و المثيرة للنقاش و الاهتمام و لذا سنذكر بعض الأسباب الأساسية في اختيار هذا الموضوع أولا : رغبتني في دراسة هذا الموضوع و هذا راجع لتقديري و اهتمامي بالخدمات الصحية بوجه عام نظرا لأهميتها في المجتمع .

(1) الدكتور أحمد فايز النماس : الخدمة الاجتماعية الطبية ، مرجع سابق ، ص25

ثانيا : حب الإطلاع و المعرفة ، أي معرفة وضعية الخدمات الصحية في الأحياء السكنية بمدينة قسنطينة المخططة منها وغير المخططة و سيتضح ذلك من خلال الدراسة الميدانية و من خلال الأدوات المستعملة من ملاحظة و استمارة و مقابلة .

ثالثا : إن هذه الدراسة ستتيح لنا الفرصة للاحتكاك بالواقع من خلال المقابلة و الاستمارة أو بالأحرى توزيع الاستمارات .

رابعا : الرغبة في إثارة تساؤلات أو مواضيع أخرى للمناقشة ربما من خلال النتائج التي يمكن التوصل إليها من خلال الدراسة الميدانية .

خامسا : مكانة الخدمات الصحية اليوم حيث مجالاتها الواسعة في خدمة الفرد و كذلك علاقتها المميزة و المكملة مع الخدمات الأخرى في مجالات التنمية .

سادسا : إن المرض و الإعاقة تشكلان عبئا اجتماعيا و اقتصاديا بالإضافة إلى كونها عبئا صحيا على المجتمع .

سابعا : من خلال ملاحظتنا للواقع وجدنا انعدام المساواة في توزيع فرص الوقاية و العلاج بين المدن و حتى الأحياء .

و بعدما تكونت لدينا هذه الفكرة المستمدة من الملاحظة ارتأيت القيام بهذه الدراسة لإثبات صحة هذه الفكرة أو خطئها .

و لهذا وجدت نفسي ملزمة بإعداد هذه الدراسة و بذل كل ما في وسعي لإتجازها ، لأهمية الخدمة الصحية في المجتمع .

* أهداف الدراسة :

تتمثل أهداف الدراسة في معرفة واقع ووضعية الخدمات الصحية بالأحياء السكنية المخططة و غير المخططة ، و منه نصل لمقارنة وضعية الخدمات الصحية في الأحياء المخططة بوضعية الخدمات الصحية في الأحياء غير المخططة و يمكن تحديد هذه الأهداف على النحو التالي :

1- تحديد خصائص الأحياء المخططة و غير المخططة و معرفة الخصائص العمرانية المتعلقة بهما و كذا المشاكل التي توجد بهما .

2- معرفة حالة المجال البيئي و الثقافة البيئية بهذه الأحياء .

3- معرفة نوعية و نظام الخدمات الصحية بمجال الدراسة .

و سيتضح كل هذا من خلال إجراءات الدراسة الميدانية و العينة و المنهج و الأدوات المستعملة أو وسائل جمع المعلومات (الملاحظة ، المقابلة ، الاستمارة) .

* الفرضية و مؤشراتها :

لكل دراسة فروض يقترحها الباحث ، و يحاول اختيارها قصد إثباتها أو نفيها انطلاقا من الميدان ، لذا للفروض دورا أساسيا في البحث العلمي ، و الفروض عبارة عن تخمينات و حلول أولية لمشكلة البحث (1) ، و تصاغ الفرضية بعد ملاحظات و قراءات عن الموضوع و اعتمدنا في دراستنا على فرضية واحدة أساسية و هي :

(1) : عبد القادر رضوان : سبع محاضرات حول الأسس العلمية لكتابة البحث العلمي ، ديوان المطبوعات الجامعية ، الجزائر ، ص 20 .

* ترتبط وضعية الخدمات الصحية بالخصائص العمرانية و المجالية للمنطقة السكانية و

باطارها البيئي و الثقافة الحضرية لسكانها .

معنى ذلك أن الخدمات الصحية بالمدينة مرتبطة بالبيئة المحيطة و بوضعية الحي السكني و بثقافة سكانه ، و للتأكد إجرائيا من صحة هذا الفرض لدينا مؤشرات و هي :

أ - المؤشرات متعلقة بالأحياء المخططة:

- 1- توفر المراكز الصحية أو الوحدات الصحية بالأحياء المخططة .
- 2- إقبال السكان على هذه المراكز أو الوحدات الصحية .
- 3- توفر الإعلام الصحي و النصائح و الإرشادات الصحية للمواطنين بالأحياء المخططة .
- 4- إقبال السكان على إجراء الفحوصات بالمراكز الصحية في هذه المنطقة .
- 5- توفر بيئة صحية للمواطنين بالأحياء المخططة .
- 6- توفر أقسام خاصة لمختلف فئات المجتمع (التخصصات) .
- 7- تزود العمران بمختلف الخدمات العمومية مثل : المياه و قنوات الصرف الصحي الخ .
- 8- مشاركة المواطنين في نظافة الحي المخطط (الوعي البيئي و الثقافة البيئية للسكان)

ب - المؤشرات المتعلقة بالأحياء غير المخططة :

- 1- قلة المراكز الصحية أو الوحدات الصحية بالأحياء غير المخططة .
- 2- غياب الإعلام الصحي و النصائح و الإرشادات الصحية للمواطنين بالأحياء غير المخططة .
- 3- اللامبالاة بإجراء الفحوصات الطبية .
- 4- تدهور البيئة بالأحياء غير المخططة .
- 5- نقص الاستفادة منى الخدمات العمومية بالأحياء غير المخططة مثل : المياه و الغاز الطبيعي و قنوات الصرف الصحي و الخ .
- 6- غياب المشاركة الجماعية للمواطنين بالحي غير المخطط في نظافة حيهم (غياب الوعي و الثقافة البيئية لسكان المنطقة) .

و سيتضح من خلال الدراسة الميدانية تحقق أو نفي هذه الفرضية و مؤشراتها

الفصل الأول

تحليل مفاهيمي و نظري لعناصر البحث الأساسية

* تمهيد

1- المدينة و مجالها الاجتماعي و العمراني

1-1 / تصنيف المدن و خصائصها

2-1 / الوظيفة الاجتماعية للمدينة

2- التخطيط

1-2 / مفهومه و مجالاته

2-2 / التخطيط الحضري و أهدافه العمرانية و الاجتماعية

أ- الاجتماعية

ب- العمرانية

3- الخدمات الحضرية و مجالاتها في المدينة

3-1 / الخدمات البيئية

3-2 / الخدمات الاجتماعية

3-3 / الخدمات و المرافق الصحية

*** تمهيد:**

تعتبر المدينة بصفتها نموذج لمجتمع حضاري ظاهرة قديمة، و هي تعتبر كذلك انعكاسا لتزايد التعقيد الاجتماعي و استجابة لظروف اجتماعية و ثقافية و جغرافية، و تنعكس هذه الظروف على طبيعة و خصائص تنظيم المدينة و الأنشطة و الخدمات، يتحدد فيه الموقع المكاني لكل وحدة، و علاقتها مع غيرها من الوحدات الأخرى. خاصة و أن النتيجة النهائية لترباط هذه الوحدات تتمثل في نوع من التنظيم و البناء له خصائص مميزة.⁽¹⁾

و في ضوء هذا سنتطرق في هذا الفصل إلى المدينة و مجالها الاجتماعي و العمراني و الذي يضم تصنيف المدن و خصائصها و كذلك الوظيفة الاجتماعية للمدينة. و نتطرق كذلك للتخطيط و مفهومه و مجالاته و التخطيط الحضري و أهدافه العمرانية و الاجتماعية. و نختم بالخدمات الحضرية و مجالاتها في المدينة خاصة البيئية و الاجتماعية و الصحية.

(1) د / حسن عبد الحميد أحمد رشوان : المدينة ، دراسة في علم الاجتماع الحضري ، المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية ، مصر ، ط 5 ، 1989 ، ص.ص 61 – 69.

1- المدينة و مجالها الاجتماعي و العمراني:

لقد تميز تنظيم الإنسان لحياته باتجاه معين، فقد درج على الانضمام إلى تجمعات أكبر و أكبر مع غيره من الناس فيما نسميه اليوم مدنا .

ويشهد التاريخ كيف أن المدن قد وسعت من قاعدتها بالغزو و القهر ثم بالآلية و الاكتشاف العلمي، و كانت النتيجة بالطبع مدنا أكبر و أوسع .

و لهذا قبل التطرق لتصنيف المدن و خصائصها و كذا الوظيفة الاجتماعية للمدينة لا بد من تقديم تعريفات لهذه الأخيرة ، لأن الكثير من علماء الاجتماع و غيرهم بحثوا في المدينة ، و هم يدركون تماما ماذا تعني كلمة المدينة، غير أن أحدا منهم لم يقدم تعريفا مرضيا و من هنا نتساءل ما معنى المدينة ؟ و ما هي بالتحديد و عندما نحاول الإجابة على هذا التساؤل فإننا نواجه صعوبة متعارف عليها بين العلماء و المفكرين خاصة منهم علماء الاجتماع في تحديد مفهوم محدد للمدينة و سنعرض الآن بعض التعاريف الواردة حول المدينة :

" كلمة مدينة ترجع أصلا إلى كلمة " دين " و عرفت المدينة عند الأكديين و الآشوريين بالدين أي" القانون "، كما أن الدين يقصد بها اللغة العبرية " القاضي " (1) .

و صعوبة تحديد مفهوم " المدينة " تكمن في أن جوانب المقارنة بين ما يسمى ريف أو قرية و ما يطلق عليه اسم مدينة كثيرة و متنوعة، فهناك من يقول أن الفرق بينهما في نوع المهنة أو الأساس الاقتصادي للوحدة العمرانية و يقول البعض أن الفرق هو في عدد السكان و ينتمي البعض الآخر إلى أن الفرق بين الريف و المدينة هو المظهر العمرانيالخ (2) .

(1) محمد عبد الستار عثمان : المدينة الإسلامية ، الكويت المجلس الوطني للثقافة و الفنون و الآداب ، 1988 ، ص 17

(2) حسين عبد الحميد أحمد رشوان : مرجع سابق ، ص 24

ولهذا و من أجل توضيح الصورة أكثر، و تكملة لما سبق ذكره بأن أصل كلمة " مدينة " ترجع أصلا لكلمة " دين " فنزيد على هذا فنقول أن التفسير القرآني ساهم في توضيح أكثر للفظ المدينة و بين أن كل المواضع التي أطلق عليها لفظ مدينة كان عليها حكام و ملوك. و جاء تمييز لمدينة عن القرية في القرآن الكريم على أساس سمة التقاضي، و هو ما أشارت إليه بعض المعاجم العربية من أن كلمة مدينة ترجع إلى كلمة " دين و يقول ابن منظور أن المدينة هي " الحصن يبني في أصطمة من الأرض، و كل أرض يبني عليها حصن في أصمتها فهي مدينة " (1) و الأصطمة معظم الشيء و تمامه. أما قاموس " La rousse " فيعرف المدينة على أنها : " تجمع لعدد كبير من المنازل منظم بطرقات. " (2) و المدينة تعرف في قاموس " Le rober " على أنها: " الوسط الجغرافي و الاجتماعي للمدينة يتكون من تجمع هام من البنين و البنيات. أين أغلبية السكان يعملون داخل هذا التجمع. " (3)

و الملاحظ في التعريف الأول أنه كان يرى في المدينة مجرد هياكل من الأبنية، أو هي منازل متجاورة فيما بينها. أما عن التعريف الثاني فقد أضاف للتعريف الأول على أن المدينة لها وسط جغرافي معين، و أن هذا الوسط هو عبارة عن مكان يعمل فيه أغلبية السكان، و رغم أن التعريف الثاني قد قدم إضافات في تعريفه للمدينة إلا أن هذه التعاريف لا تزال قاصرة في تقديم تعريف محدد للمدينة يكون أشمل و أوسع، و بالتالي فالتعاريف المقدمة سابقا تحتاج إلى كثير من الضبط و الدقة.

(1) محمد عبد الستار عثمان : المدينة الإسلامية ، مرجع سابق ، ص 18

(2) MICHEL DOTORO : - Dictionnaire Larousse des Debutants - Paris .France - Librairie La Rousse 1963 - P . 61

(3) ALAINEY: Dictionnaire Le Robert - Paris - France - 2 EME ÉDITION - 1995 - P13

و من تعاريف علماء الاجتماع للمدينة، تعريف ابن خلدون في مقدمته: " أن المدن قرار أي مكان للاستقرار تتخذة الأمم عند حصول الغاية المطلوبة من الترف و دواعيه، فتؤثر الدعة و السكون ، و تتوجه إلى اتخاذ المنازل للقرار. " (1)

أما ماكس فيبر و هو من رواد المدرسة الألمانية، فقد بحث هذا الأخير عن الظروف التي تجعل دور المدينة إيجابيا و ابتكاريا في الحياة العامة للإنسان، و هو يعرف المدينة بحيث يقول: " أنه من الممكن أن نطلق على منطقة للإقامة البشرية أنها كوسموبوليتانية أي عالمية إذا ظهرت فيها أساليب متنوعة للحياة جنبا إلى جنب مع ظهور أفراد ذوي اتجاهات مختلفة. " فالمدينة حسب رأيه إذن تعد مجالا مفتوحا على مختلف الثقافات و الاتجاهات، و لذلك فهي توصف بأنها كوسموبوليتانية أو عالمية .

و في هذا السياق نجد أن " جورج سيمل " G.SIMMEL لم يقدم تعريفا محدد للمدينة، و كان جل اهتمامه منصبا على الجانب السيكولوجي في دراسته للمدينة، بحيث أكد على أثر القيم السيكولوجية على سكان الحضر فأوضح أن " سمات الحضرية و المتمثلة في اللاشخصية و البيروقراطية، و انعدام الروابط المباشرة، و العقلنة الناتجة عن اقتصاد السوق يكون لها آثار على نفسية الفرد الحضري الذي يصبح يشعر بالانفصالية و الضياع، كما أنها سمات تخلق لديه ميكانزمات دفاعية تدفعه لأن يتحرر من الكلفة و الروتين و كذا تجاوز حالته النفسية. " (2)

أما أوزفارد شبينغلر فيري FIREY SPENGLER : " أنم المدينة تنمو بشكل دائري يبدأ من مرحلة النشأة و ينتهي بمرحلة الاحتطاط، و هكذا دواليك . "

و هذا ما أشار إليه فيبر عن فكرة الفساد التي ترتبط إلى حد كبير بخصائص المدن الحديثة ،

(1) حواس سليمان محمود : أزمة التخطيط العمراني في المدن العربية -، مجلة القافلة ، السعودية عدد 2 مجلد 44 ص 34

(2) محمد عاطف غيث : علم الاجتماع الحضري ، بيروت ، دار النهضة العربية ، 1982-، ص 32 - 33

كما تبين له أن المدن الكبيرة الحجم يشيع فيها الفساد بعد أن تصبح العلاقات بين الناس روتينية و خالية و رتيبة. و من الملاحظ أن سيمل SIMMEL قد أشار إلى هذه الحقيقة. نستنتج مما تقدم انه لا يمكن الأخذ بتعريف " فيبر " لكونه لا يعد تعريفا شاملا للمدينة، و هذا يرجع إلى أنه في دراسته للمدينة بحث عن المدن في الماضي بدلا من الحاضر. أضف إلى ذلك أن المدن القديمة تمتاز بالتعقيد أي معقدة و متداخلة، و هذا حسب رأيه طبعاً، غير أن النقد الذي يمكن أن نوجهه له هو أن الصورة الحضارية التي توجد في العصر الحديث تشير إلى إمكانية ظهور حياة حضارية جديدة و معقدة أيضا .

أما النقد الذي يمكن توجيهه لصاحب النظرة التشاؤمية " شبينغر " الذي يذهب إلى القول أن: " المدينة المعاصرة شيطان مدمر يفتك بكل شيء، ثم ما يلبث أن ينهار بفعل خطاياها " (1) و يقصد بذلك أن المدينة تضم في رحمها عناصر فنائها، لكن الواقع يؤكد عكس ما ذهب إليه " شبينغر " إذ أن المدينة شهدت تقدما تكنولوجيا واضح المعالم، و ازدهارا ثقافيا، رغم ما خلفته من مشاكل إلا أننا لم نعرف مدينة معاصرة انهارت بسبب مشكلاتها الحضارية مهما كانت خطورتها . و في المقابل نجد رواد مدرسة علم الاجتماع الحضري في شيكاغو هذه الأخيرة التي تأثرت بأعمال شبينغر فيري و من بينهم نجد " لويس ويرث " L. WIRTH و " روبارت بارك " R. PARK ، غير أننا سندرج تعريف "لويس ويرث" للمدينة لأهميته فالمدينة حسب رأيه هي: " مكان دائم للإقامة تتميز نسبيا بالكبر، و الكثافة و يسكنه أفراد غير متجانسين " (2) ، غير أن المتتبع لهذا التعريف يجده يقتصر على نمط معين من المدن ، فهو لا ينطبق على كل مدن العالم أي أن هذا التعريف يقتصر على المدينة الأمريكية، و ينطبق

(1) السيد الحسيني : المدينة -، دراسة في علم الاجتماع الحضري ، القاهرة ، دار المعارف -، ط 3 ، 1985-، ص 325

(2) حسين عبد الحميد أحمد رشوان : المدينة ، مرجع سابق ، ص 97 .

على المدينة في المجتمعات الأوروبية الكبرى أيضا، خاصة و أننا نعلم أن " لويس ويرث " عمد في دراسته للمدينة على دراسة المدينة الأمريكية من حيث نموها و تطورها و مشكلاتها في المجتمع الأمريكي، و هو بالتالي لا يتماشى أي هذا التعريف - مع نمط المدينة في دول العالم الثالث. كما أوضح بعض الباحثين المعاصرين أن العلاقات الاجتماعية بين سكان المدينة تتصف بالتنوع أكثر مما تتصف بالاشخصية .

و المدينة كما يرى البعض الآخر هي: " طراز متميز للحياة الجماعية الإنسانية، و هي نسبيا موطن أكبر و أكثر و أدوم لأفراد غير متجانسين اجتماعيا ". (1)

فهذا التعريف يشير إلى أن المدينة تاريخيا هي البوتقة التي اختلطت و ذابت بداخلها الأجناس و الشعوب و الثقافات، فهي تجمع، أناسا من أطراف الدنيا مختلفين، و لأنهم مختلفون فهم أنفع لبعضهم البعض مما لو كانوا متجانسين ذوي عقليات متشابهة .

ومنهم من يرى أن: " المدينة تجمع بين أشياء متعددة و متباينة من حيث الموقع و الحجم و الهندسة المعمارية و التنظيم الداخلي، و في الدور الذي تلعبه، أو تؤوله وظيفيا و حتى عالميا. " (2) ، و لذلك فالمدينة في فترة ما قبل الصناعة تتعارض مع المدينة في فترة ما بعد الصناعة سواء من حيث الحجم و الامتداد، أو من حيث الفكرة .

كما يعرف السيد الحسيني المدينة بقوله: " أن المدينة ليست مجرد نسق اجتماعي " محلي " تابع لنسق اجتماعي " قومي " إنها أيضا وحدة أساسية من الوحدات المكونة للبناء العالمي الشامل. (3)

(1) حسين عبد الحميد أحمد رشوان : المدينة ، مرجع سابق ، ص 97.

(2) جاكين بوجو قاريني : الجغرافيا الحضرية ، ترجمة: حلمي عبد القادر ، الجزائر ، ديوان المطبوعات الجامعية ، بدون تاريخ ، ص 12

(3) السيد الحسيني : مرجع سابق ، ص 6 .

و معنى ذلك أن المدينة لا تتأثر فقط بالتغيرات المحلية الوطنية، بل تتأثر بالتحولات العالمية الخارجية .

و الملاحظ مما سبق أن تعريف المدينة قد تعددت و اختلفت في الوقت ذاته، و الاختلاف يكمن في أن كل من يعرف المدينة يعرفها من وجهة نظره الخاصة . و من خلال ملاحظتنا للواقع المعاش نستطيع أن نقدم تعريفا إجرائيا كالاتي: أن المدينة هي تجمع بشري مركزي ذو فعالية اقتصادية متنوعة، قائم في بقعة واسعة من الأرض تدعم بقاؤه و استمراره متصل البنيان تتكاثف أبنيته باتجاه وسط رئيس نابض بالحركة تنشط فيه جملة من مرافق الخدمات العامة لجمهور واسع من الناس، و كثيرا ما يغلب نوع من الوظائف في المدينة على وظائف أخرى، فتعطي هذه الغلبة المدينة خصوصية معينة مع جميع ما يترتب على تلك من تغيير لاحق في مظهرها العام . و يمكن من وجهة النظر هذه التحدث عن المدينة المرفأ ، و مدينة الاصطياف و غير ذلك .

و من هذا المنطلق نصل بالقول إلى أنه من الصعوبة بمكان وضع تعريف محدد للمدينة، و ما يمكن قوله هو أن المدينة تبرز من خلال الأشكال المادية و ما توحى به من تصورات فكرية، فالمدينة في الجزائر كغيرها من المدن العربية و حتى الغربية وسط للتطور و التحول، إذ أنها مكان للاختراعات و التقدم التقني .

و يتبادر إلى أذهاننا بعد هذا العرض تساؤل هام هو : إذا كانت مدينة ما قبل الصناعة تختلف عن مدينة ما بعد الصناعة، فهل هذا يعني أن هناك أنواع عديدة من المدن و إذا كان كذلك فما هي هذه الأنواع ؟ و ما هي خصائصها ؟

1-1 / تصنيف المدن و خصائصها:

تختلف المدن عن بعضها البعض من نواح عدة، و لكل مدينة شخصيتها المستقلة نتيجة لأصلها التاريخي و تطورها الاقتصادي و الاجتماعي و العمراني .

فالمدينة العربية تختلف عن المدينة الغربية، و المدينة في دول العالم الثالث تختلف عن مثيلاتها في دول العالم المتقدم و هذا ما أكده علماء الاجتماع الماركسيين في كون " المدينة في فترة ما قبل الصناعة تتعارض مع المدينة في فترة ما بعد الصناعة سواء من حيث الحجم، و الامتداد، أو من حيث الفكرة .⁽¹⁾

و لقد حاول علماء الاجتماع تصنيف المدن إلى :

* تقسيم المدن من حيث عدد السكان: " أي تصنيفها على أساس الإحصائي "

يعد هذا الأساس أكثر شيوعا، و ذلك يرجع إلى بساطته، فيعتبر المعهد الوطني الفرنسي للإحصائيات و الدراسات الاقتصادية أن المدينة ليست أقل من بلدية بها 2000 ساكن ، بينما حدد الحد الأدنى في الدانمارك بـ 200 شخص و في اليابان بـ 25.000 نسمة . و لعل تقسيم المدن من حيث عدد السكان إلى أربع فئات هو أشهر أنواع التقسيمات، و سنعرض تقسيم عبد المنعم شوقي : (2)

أ- مدينة صغيرة (أقل من 25.000 نسمة)

ب- مدينة متوسطة (25.000 إلى أقل من 50.000)

ج- مدينة كبيرة (50.000 إلى أقل من 100.000)

د - مدينة كبرى (100.000 فما فوق)

(1) جاكلين بوجو قاريني : مرجع سابق ، ص 15.
(2) عبد المنعم شوقي: مجتمع المدينة ، بيروت ، دار النهضة العربية ، ط 7 ، 1981 ، ص 29.

مما يعيب هذا التقسيم أن كثيرا من القرى يمكن أن يكون لها نفس كثافة المدن فهناك مثلا قرى يبلغ عدد سكانها 30.000 نسمة، و لكن من الصعب أن نطلق عليها مدينة لأن مظاهر الحياة القروية لا زالت متأصلة فيها .

* تقسيم المدينة من حيث تطورها التاريخي:

فالمدينة من ناحية أخرى ظاهرة تاريخية، و لذلك فالرجوع للتاريخ أمر ضروري لكي يخلصنا من استبداد الأرقام، فكثير من المدن على الرغم من صغر حجمها في الوقت الحاضر، إلا أنها تدين للتاريخ بالكثير، مثل " York " في إنجلترا، و مدينة الرشيد بمصر كما يبدو هذا جليا في طرق البناء، و أنماط الحياة فيها، و مدينة روما في إيطاليا.

* تقسيم المدن على الأساس الاقتصادي و الإداري:

و يعني أن كل وحدة سكانية يعتمد أهلها على الزراعة تصبح قرية، بينما يطلق اسم مدينة على كل وحدة سكانية يعتمد أهلها على التجارة و الصناعة. فإذا استخدمنا هذه التفرقة أو هذا الأساس الاقتصادي وقعنا في مشكلة الوحدات السكانية التي نجتمع بين أنواع شتى من المهن، و مع ذلك تستعمل إيطاليا هذا الأساس للتفرقة بين الريف و الحضر، معتبرة في ذلك أن

التجمع السكاني الذي يعمل أقل من " 1/2 " نصف سكانه في الزراعة " مدينة "

أما عن الأساس الإداري فنجد الكثير من الدول تستعمل هذا الأساس مثلا: السويد، بولندا، رومانيا ، فجميعها تستعمل هذا الأساس للتفرقة بين الريف و المدينة و نخلص مما سبق إلى أن القانون السوري قد عالج هذا الموضوع بمرونة كبيرة حيث تحدث عن إمكانية إعطاء

بعض المراكز العمرانية الصغيرة صفة المدن لغايات سياحية و إدارية.⁽¹⁾

(1) ساطع المحلي: القرية و المدينة في مثال سورية، دمشق، ط 1، 1991، ص 18.

و السؤال الذي يتبادر في أذهاننا هو: إذا كانت المدن تتنوع و تختلف فيما بينها فهل هذا يعني أن خصائصها تتنوع أيضا ؟ بمعنى آخر نقول ما هي خصائص المدينة في العالم و بصفة خاصة ما هي خصائص المدينة الجزائرية ؟

لقد تطرقنا في العنصر السابق إلى أن المدينة في فترة ما قبل الصناعة تختلف عن المدينة في فترة ما بعد الصناعة. معنى هذا أن المدن تختلف عن بعضها البعض و بالتالي فخصائصها تختلف أيضا بمعنى أن لكل مدينة خصائصها المميزة لها. فالمدينة في البلاد الإسلامية تختلف في خصائصها عن المدينة العربية، و يمكننا الآن التعرض لبعض خصائص المدن في العالم و من ثم التطرق كذلك إلى خصائص المدينة الجزائرية و هذه الخصائص هي : (1)

* التضخم الحضري:

إذا تكلمنا عن التضخم الحضري فإننا نشير إلى أهم سلبيات المدن و مشاكلها، و لا يقتصر التضخم الحضري على المدينة العربية فحسب، بل نجده من سمات و خصائص المدينة العربية و يقصد به لدى السيد الحسيني: " ضخامة عدد سكان المدن في دولة معينة بالنظر إلى إمكانياتها و قدراتها الحضرية."

* المدينة تلقائية النشأة:

إذا كانت المدينة فيما مضى مجرد منازل متجاورة بنيت لمجرد الإيواء ثم توسعت و تحولت إلى قرية فالى مدينة، و كان هذا عبر مراحل طبعها. و من هنا نقول أن: " المدينة من صنع المجتمع و من خلقه، و تظهر على مسرحه بصورة طبيعية تلقائية، و بوحى من العقل الجمعي الذي ينشأ عن اجتماع الأفراد و من تبادل آرائهم و تفاعل وجهات

(1) السيد الحسيني : مرجع سابق ، ص 326.

نظرهم حول شؤون الحياة الاجتماعية، و انصهار رغباتهم و إرادتهم الخاصة." (1)

* المدينة تختص بسمة الترابط :

و نقصد من وراء العنصر أن نوضح بأن المدينة تترايط و تتصل أجزائها المختلفة بعضها ببعض، فدراسة النظام السياسي في المدينة يحتم علينا معرفة الوضع الاقتصادي للمدينة ، و مدى ترابطه بالأنظمة التعليمية و الدينية و الإدارية و التنظيمية، و كيف تتصل هذه المجالات بالنظام الأسري .

* تختص المدينة بصفة الجبر و الإلزام :

و معنى هذا أن الفرد يسعى دائما لتحقيق رغباته و متطلباته من تعليم و ترفيه و علاج... الخ ، و هذا لا يتأتى له إلا من خلال حياته في المدينة، فالفرد هنا ملزم بالعيش فيها .

* المدينة عامل جذب :

و دليلنا في ذلك الوفود الهائلة من المهاجرين ، هؤلاء الذين يكون اتجاههم صوب المدينة لما تتمتع به من ضروريات الحياة الحضرية .
و من الخصائص التي لفتت انتباهنا عن المدينة حركتها العمرانية التي لا تعرف الوقوف، هدم و بناء في كل جانب من جوانبها؟، حفر في الأرض، و رصف في الطرقات، و إصلاح في البيوت، و شوارع تشق، و طرق تتسع، و هذا ما تلاحظه في مدن الجزائر، و بالذات في مدينة قسنطينة .

* ازدحام المدينة :

تتسم المدينة الجزائرية بالازدحام، فهناك ازدحام في المواصلات، و ازدحام وقت دخول و

(1) حسين عبد الحميد أحمد رشوان : مرجع سابق ، ص 61 .

خروج الموظفين، و خاصة ازدحام أمام شبابيك البريد .

* اتساع المدينة و انتشار ظاهرة الأحياء غير المخططة :

و نقصد من هذا العنصر أن المدينة الآخذة في التوسع أصبحت ملجأ آمنا للمهاجر، و الجائع و المضطهد سياسيا. (1) هذا الأمر الذي يؤدي إلى زيادة عدد سكان المدينة و من ثم فالمدينة تصبح غير قادرة لتحمل أعباء هؤلاء الوافدين إليها من المهاجرين و حتى من سكان المدينة نفسها .

هنا يلجأ العديد من الأشخاص أو الأهالي إلى اتخاذ ضاحية من المدينة لإقامة و إنشاء أقل ما يقال عنها أنها سيئة و رديئة و تشوه الصورة العامة للمدينة، و نتيجة لتزايد السكان أيضا أدى هذا بدوره إلى حدوث أزمة سكن خطيرة في الجزائر على الرغم من المشروعات التي تقام من أجل التخفيف من حدتها.

* تعدد في الوظائف داخل المدينة:

في مرحلة مضت كانت المدينة تقوم بوظيفة واحدة كأن تكون مدينة دفاعية أو تجارية، أو صناعية ، و لكن نتيجة نمو المدينة و ازدهارها و بحلول عصر التكنولوجيا أصبحت المدينة تتعدد في وظائفها، حيث أن المدينة الواحدة تؤدي أكثر من وظيفة (الدفاع، الدين ، الإدارة ، الترفيه ، تجارة، صناعة ، الإنتاج، الخدمات) . و من ثم فالوظائف تتعدد داخل الحي الواحد في المدينة، و هذا واقع المدينة الجزائرية . (2)

(1) تشارلز أبرمز : المدينة ومشاكل الإسكان ، بيروت ، دار الأفاق الجديدة ، بدون تاريخ ، ص 17.
(2) نايف عتريسي : قواعد تخطيط المدن الجديدة ، بيروت ، دار الرتب الجامعية ، بدون تاريخ ، ص 13.

زيادة على ما ذكرنا سابقا فالمدينة تتسم بظاهرة ارتفاع معدلات البطالة، و ظاهرة الاختناق و التسول، بالإضافة إلى أن هناك توسع على حساب الأراضي الزراعية ، كما تبرز سمات أخرى " كالتلوث و النقل و المرور ."

1-2 / الوظيفة الاجتماعية للمدينة:

كان على المدينة أن تعمل في المقام الأول على المحافظة على الوظائف القديمة، كما كان عليها أن تطورها أيضا. ثم كان عليها - فضلا عن ذلك - أن تواجه مسؤوليات اتساع عملها و نمو دورها. فقد تطلب حتما إنشاء وحدات إدارية جديدة و إعادة تنظيم التجارة و الصناعة، علاوة على الأمور الأساسية طبعا، إذ يجب تطوير أجهزة الموظفين و الإجراءات اللازمة للإشراف على وسائل المواصلات، و الشرطة، و الجيش، و غيرها من أوجه النمو الإداري في الدولة .

إن الخدمات المتوفرة في المدينة تجعلها أكثر إنتاجية و إشباعا. و ربما كانت الصعوبة الأساسية في توفير التسهيلات و الخدمات اللازمة للمدن في البلاد النامية أن مناطق السكن تفوق عادة تلك التي يمكن أن تغطيها شبكة المرافق العامة القاصرة، كالمياه، و المجاري، و شبكة المواصلات المترامية الأطراف، و وسائل النقل العام. و من الأمور البالغة الصعوبة توفير تلك الخدمات و المرافق و المعقدة الباهظة التكاليف بسرعة مناسبة للوفاء بالاحتياجات المطلوبة. (1)

إن الاستثمارات في المرافق و الخدمات استثمارات ضخمة، و يجب أن تمول على نحو يسمح بتقسيم النفقات على سنوات كثيرة. و لا بد من توافر رأس المال بكميات ضخمة لضمان

(1) جيرالدبريز : مجتمع المدينة في البلاد النامية دار النهضة ، مصر للطبع و النشر ، القاهرة ، مصر ، 1972 ، ص 227.

حسن تصميم النظام المطلوب و كفايته، بما ذلك إمكانيات التوسع في المستقبل .
تقوم المدينة بكثير من التسهيلات الاجتماعية و الاقتصادية المفيدة لسكانها، منها تشجيعهم على ظاهرة التماسك الاجتماعي، و تهيئة المهاجرين الجدد لمعرفة طرق العيش في المدن .
إن وظيفة المدينة هي توفير المساكن المناسبة لذوي الدخل المحدود، و تعتبر مستقرا دائما للذين هاجروا إليها في بداية حياتهم .
أما في المدن التي تشهد حركة صناعية، و تطورا حضاريا كبيرا فتكون مهمتها أكبر في توفير وظائف هامة و عديدة . (1)

و هكذا يبدو جليا أن الوظيفة الاجتماعية للمدينة هي توفير الخدمات الاجتماعية و التسهيلات الضرورية ، التي تقدمها المؤسسات الاجتماعية الإدارية و التعليمية و الصحية و الترفيهية و حتى الدينية ، فالبنية الأساسية للمدينة تتمثل في الشوارع و الأزقة و الممرات و الأرصفة و شبكة مياه الشرب و شبكات الصرف الصحي و شبكة الكهرباء و الغاز و غيرها من التسهيلات و الخدمات مثل وسائل النقل، و الأسواق، و تجارة المواد الغذائية، و الإسكان، و توفر المستشفيات و المراكز الصحية و المدارس و الجامعات.... الخ .

إذن من أهم الوظائف الاجتماعية للمدينة التي تملئها عليها مكائنها في المجتمع ككل لكونها تضم أكبر عدد من السكان ، كذلك لأنها العنصر المسيطر على كل أجزاء المجتمع إذ أن الوظيفة الأولى للمدينة هي :

أ- الدفاع:

تحتوي المدينة على أكبر و أهم مؤسسات الدفاع و الأمن من شرطة و درك و أهم رجال الأمن و قواد الجيش يقطنون في المدينة، و المدينة تشرف على باقي المناطق الأخرى في

(1) جبرالدبريز : مرجع سابق ، ص 22

تحقيق الأمن و الاستقرار و حماية الحدود الإقليمية للبلاد .

ب - الدين :

تحتوي المدينة على معاهد علوم الدين و أكبر أماكن التعبد من مساجد و كاتدرائيات و معابد كذلك المؤسسات الدينية التي تقوم بإعداد و تكوين رجال الدين .

ج - الثقافة :

تعرف الثقافة حسب النظرية السوسيوثقافية على أنها السلوك المتعلم الذي قد يربط أولاً بالاستخدام الاقتصادي العقلاني للأرض و الموارد النادرة و تضم الثقافة القيم و المعتقدات و المعايير التي تحكم الفكر و التفاعل . (1)

و المدينة تضم مراكز الثقافة من مسارح و دور السينما و دور النشر كما أن المدينة تعتبر إشعاعاً ثقافياً من حيث طريقة الحياة و المعاملات ، و هي منبع الأفكار في كل المجالات الفن ، الموضة و غيرها من المظاهر الثقافية الأخرى .

د - الإدارة :

تضم المدينة مراكز الإدارة الكبيرة المتمثلة في الوزارات و مؤسسات الخدمات المختلفة التي تهتم بتلبية الحاجيات المختلفة للسكان .

هـ - الترفيه :

في المدينة مجالات للترفيه متعددة من حدائق التسلية و الحيوانات و مركبات السياحة و قاعات الحفلات المتعددة .

(1) حميد خروف و بقاسم سلاطينية و إسماعيل قيرة : الإشكالية النظرية و واقع مجتمع المدينة نموذجاً ، جامعة منتوري ، قسنطينة ، 1999-، ص 47 .

و في الأخير نقول أن زيادة عدد سكان المدينة بسبب الهجرة و غيرها، و تعدد وظائفها يؤدي إلى زيادة مشكلات النمو حدة و ضخامة، و كلما قلت الموارد اللازمة للقضاء عليها، كان أكثر منطقية و أكثر حتمية اللجوء إلى التخطيط للاستفادة إلى أقصى حد من أي جهد فعال ممكن ، فالتخطيط هو أفضل سبيل للتصدي لمشكلات النمو الحضري تصديا فعالا و هذا ما سنتطرق إليه .

2- التخطيط :

2 - 1 / مفهومه و مجالاته :

أصبح التخطيط طابع العصر الحديث فهو لم يعد قاصرا على مجموعة من الدول دون أخرى، فقد أخذت به، الدول الاشتراكية، كما أخذت به الدول الرأسمالية، و كلا الجانبين يرى في التخطيط سياسة و أسلوبا، و إن اختلفت أهداف السياسة و نوع الأسلوب⁽¹⁾ الذي يمارس به التخطيط و على هذا الأساس تعددت التعاريف الخاصة بالتخطيط و هذه بعض منها :

" إن التخطيط يعبر عن دراسات تستند إلى تقديرات نوعية و كمية للمجتمع و موارده ، القصد منها تكوين صيغة مستقبلية ناجحة " .⁽²⁾

هذا التعريف يبين أن التخطيط يضم مجموعة من الدراسات لتؤكد مواكبتها الواقعية للتحويلات الاجتماعية من ناحية، و اتجاهاتها لترجمة رغبات و طموح المجتمع الذي ترتبط به من ناحية ثانية، و بعبارة أخرى فإن هذا التعريف يؤخذ باعتباره ما يأتي :

- أن المجتمع في تحول مستمر و التخطيط يطبق في المجتمع و ليس في مختبر.

(1) منصور حسين كرم حبيب : التخطيط للتنمية ، مكتبة الوعي العربي ، بدون تاريخ ، ص 05.

(2) متعب مناف جاسم : " التخطيط و المجتمع " الأسس التكنولوجية الاجتماعية للتخطيط مفاهيم و أطر ، الكتاب الأول 1976 ، طبع بمطبعة

الأمة ، بدون تاريخ ، ص 17.

- أن التخطيط يستند إلى تقديرات نوعية تتناول بنية المجتمع و وظيفته .
- يحصر التخطيط حصرا شاملا موارد المجتمع الطبيعية و البشرية مخضعا إياها لتقديرات كمية .
- يتجه التخطيط نحو المستقبل حيث المجتمع الأفضل . (1)
- كما يعرف التخطيط: أنه عملية منظمة، تقوم على الأسلوب العلمي، في الدراسة و البحث عن طريق التفاعل الحقيقي لمشكلات المجتمع و القياس الواقعي لاحتياجاته و الحصر الدقيق لموارده و إمكانياته، و العمل على إعداد إطار عام لخطة واقعية قابلة للتنفيذ، لمقابلة احتياج المجتمع، حسب أولوياتها في ضوء الإمكانيات المتاحة لتحقيق أهداف التنمية الاقتصادية و الاجتماعية و الثقافية و السياسية (2) ، و أنه نشاط يهدف إلى تحديد أهداف متسقة و أولويات التنمية الاقتصادية الاجتماعية و تحديد الوسائل الملائمة لبلوغ تلك الأهداف و أعمال تلك الوسائل بالفعل بقصد تحقيق تلك الأهداف المنشودة (3) . و بناء على التعاريف السابقة التي تبين أن التخطيط عملية منظمة و موجهة لتحقيق هدف محدد في مجال محدد و يمكن وضع التعريف الإجرائي التالي :

" التخطيط هو أسلوب في التفكير و التصور الذهني القائم على خصائص متميزة، أهمها التداخل بين فروع المعرفة المختلفة "

فهو أسلوب علمي، و منهجي و فني، يشتمل على عمليات متعددة و مستمرة، تقوم على أساس مناهج و برامج و مشروعات عمل تفصيلية، تهدف إلى إحداث تغيرات مقصودة في

(1) متعب مناف جاسم : نفس المرجع السابق ، ص 17.

(2) محمد جمال برعي : التخطيط للتدريب في مجالات التنمية -، مكتبة القاهرة الحديثة ، ص 26

(3) نفس المرجع ، ص 27

المجتمع و أفراده ، خلال مراحل و فترات زمنية محددة الأداء و بتعبئة الموارد المختلفة لمقابلة الاحتياجات المتعددة، في جميع المستويات و الاتجاهات و القطاعات، مع تحديد واضح للمسؤوليات من قبل جهات التنفيذ اللازم توافرها لتنفيذ الخطط و السياسات و المناهج و أداء الأعمال في مختلف المستويات، و ذلك بغرض الوصول لتحقيق الأهداف المرسومة (1) .

و قبل التطرق لمجالات التخطيط، لا بد من الإشارة إلى مجموعة من الشروط الأساسية التي يجب الأخذ بها عند وضع المخطط و من أهمها :

- الواقعية:

إذا كان التخطيط هو في جوهره تصور معين لغايات اجتماعية معينة و الأساليب تحقيقها من خلال الإمكانيات المادية و المالية و البشرية المتاحة فإنه يجب أن يقوم على أساس تقدير موضوعي دقيق لهذه الإمكانيات و تبرز أهمية هذا المبدأ عندما نتصور أن خطة ما قد بنيت على أساس تقديرات غير حقيقية للواقع، فإن هذه الخطة تكون عرضة للانهار في أية لحظة.

- الشمول:

و يقصد بالشمول أن تتضمن الخطة - و خاصة خطط التنمية - كافة القطاعات الأساسية داخل المجتمع ذلك أن التخطيط السليم يقوم في جوهره على أساس التصور الشمولي للعناصر المترابطة للحياة الاجتماعية، و يقصد بالشمول أخذ جميع جوانب المشكلة التي يخطط لها. (2)

- المرونة:

يتوقف نجاح و تنفيذ الخطة على مقدار ما تتصف به من المرونة إذ أنها تيسر التنفيذ في

(1) محمد جمال برعي : مرجع سابق ، ص 28
(2) نبيل السمالوطي : علم اجتماع التنمية ، الطبعة الثانية ، 1978 ، ص 102

مراحلها المتعددة. و بقدر ما تتصف به الخطة من مرونة تكون درجة توقع تنفيذها لأن مرونة الخطة تجعل عمليات التنفيذ مأمونة و ميسرة لحل المشكلات الطارئة (1).

- تحديد الأولويات :

يعتمد تحديد الأولويات على جانبين هامين: الجانب الزمني و جانب العناية و الاهتمام بالمال كما أن درجة الأولويات تقوم أساسا على أهمية المشاريع التي تعد للقيام بها أي أن المقصود هو مراعاة الأفضلية و الأسبقية القائمة على درجة أهمية الأعمال أو المشروعات أو البرامج أو الخدمات أو غيرها .

- التعاون و التنسيق و التنظيم:

لا شك أن نجاح أي مشروع يعتمد على التعاون و التنسيق لاعتبارهما دعامتين أساسيتين تتمثلان في جهود المبذولة لتحقيق الأهداف العامة فالتعاون في التخطيط واجب على الأجهزة الرئيسية منها و المحلية .

- التكامل :

و يرتبط بالشمول حيث أن التخطيط لا يقوم على أساس التصور الانفصالي لكل مشروع على حدة فالخطة السليمة لا تتألف من مجموعة متكاملة وظيفتها من المشروعات التي تسهم كل منها في إنجاز المشروعات الأخرى. (2)

- تقدير الظروف الخارجية:

إن التخطيط يقوم على أساس دراسة الحاجات و الإمكانيات و الموارد دراسة حقيقية و

(1) محمد جمال برعي ، مرجع سابق ، ص 106

(2) نبيل السمالوطي : مرجع سابق ، ص 276

واقعية متكاملة و شاملة مع ملاحظة جميع الظروف المحيطة ضمانا لاستقرار السير في مراحل التنفيذ و خطواته إذن فالواجب الاهتمام بجميع الظروف الداخلية، كما يجب مراعاة الظروف و العوامل الخارجية لضمان نجاح الخطة و عدم حدوث عقبات فيما بعد . (1) و الآن نتطرق لمجالات التخطيط، فنقول هنا أنه تعددت أنواع التخطيط و ذلك بتنوع أهدافه، و المجالات التي يتصل بها التي يمكن ذكرها في ما يلي :

1- التخطيط الاجتماعي:

يهتم هذا النوع من التخطيط بتنسيق خدمات المجتمع بعد الكشف عن حاجاته، و هنا تبرز أهمية اعتماد هذا النوع من التخطيط في العديد من الدراسات و البحوث للوقوف على كافة نواحي الوظائف الاجتماعية اللازمة للقيام بعملية التخطيط و وضع قواعدها .

2- التخطيط الوظيفي:

و يقوم هذا النوع من التخطيط على حصر 2- التخطيط الوظيفي : و يقوم هذا النوع من التخطيط على حصر إمكانيات البيئة موضوع التخطيط و مواردها الطبيعية و الإنسانية و الثقافية و الاجتماعية، و ذلك بقصد رفع مستوى الأفراد و الجماعات في مختلف الميادين و هذا النوع من التخطيط ينقسم إلى أقسام أهمها :

أ- التخطيط الاقتصادي:

يهدف إلى تحقيق أقصى زيادة ممكنة في معدلات التنمية الاقتصادية، و العمل بكل الوسائل الممكنة على توفير الرفاهية للمجتمع، مع إشراك أفراد الشعب في المشروعات الاقتصادية.

(1) محمد جمال برعي : مرجع سابق ، ص 108

ب - التخطيط الثقافي :

عن طريق هذا النوع من التخطيط يمكن توفير حد معقول من الثقافة لأفراد الشعب، يساعدهم على التكيف مع مقتضيات التغيرات الجديدة في المجتمع الذي يعيشون فيه.⁽¹⁾

ج - التخطيط الطبيعي :

من خلاله يتم استغلال موارد البيئة و توزيع السكان على جهات الإقليم المختلفة توزيعاً يؤدي إلى تعادل السكان مع الموارد القائمة فيه .

د - التخطيط الإداري :

هو عبارة عن برنامج لتنفيذ مشروعات الخطة و تنسيق العلاقات في مختلف أوجه التخطيط في كافة الميادين، لضمان وصول الخدمات إلى أصحابها حتى يأتي التخطيط بالفائدة المرجوة منه . و يرى " لورون " Lorwin ضرورة ارتكاز مشروعات التخطيط على أسس إدارية متينة تساعد على وضع خطة بعيدة المدى تتضمن مشروعات تستهدف رفع مستوى الأفراد و علاج مشكلات المجتمع . (2)

3 - التخطيط العمراني :

أول من استخدم مصطلح العمران هو " ابن خلدون "، و يقصد به المجتمع و هو يشمل مجالات السكن، الطرق، المرافق العامة و الخدمات و التخطيط العمراني الحضري يتضمن العديد من المبادئ مثل: - تطبيق المعرفة العلمية و مراعاة الأحكام و القيم - العمل العشوائي

(1) منصور حسين كرم حبيب : مرجع سابق ، ص.ص 16 - 17.

(2) نفس المرجع ، ص.ص 18 - 19 .

معتمد على أساليب علمية حيث يقوم بجميع المعطيات و يحللها و يفسرها بالإضافة إلى الإحصاء و غيرها من الأساليب. و سنتناول الآن التخطيط في مجال السكن و في مجال الخدمات الصحية و ذلك تبعا لأهداف الموضوع .

أ- الإسكان :

إن قضية الإسكان أصبحت واحدة من القضايا المحورية التي تشمل عالم الاجتماع و المخطط الحضري و مسؤول التنفيذ على حد سواء ذلك أن الهدف من توفير الإسكان لا ينحصر في مجرد إقامة أو تشييد مباني صماء في المدن لكن ارتباط هذه القضية بالحاجات الاجتماعية التي ينبغي أن يشبعها المجتمع جعلها تأتي في مقدمة الجوانب التي يجب أن تبذل فيها الجهد و تصميم الخطط و أبعد من ذلك فإنه في بعض الحالات ينظر لإشباع هذا الجانب على أنه أحد المحكات التي يتم في ضوءها تقييم كفاءة الحكومات المختلفة على المستوى القومي و المحلي⁽¹⁾ .

ب- المرافق و الخدمات الصحية :

التخطيط للخدمات الاجتماعية يتضمن اتخاذ القرارات الخاصة بتوزيع أو تخصيص الموارد المحدودة بين البرامج الاجتماعية المتنافسة بهدف توزيع أو تخصيص الموارد بطريقة تحقق الغايات الاجتماعية بأحسن الوسائل الممكنة .

و البرامج الاجتماعية هي برامج لمواجهة مشاكل أو احتياجات أفراد أو جماعات أو مجتمعات و تقدم من خلال مجالات مهنية متخصصة " برامج رعاية المسنين ، برامج رعاية المعوقين ، برامج رعاية الطفولة ، برامج رعاية الأحداث ، برامج رعاية الصم و البكم (2)

(1) عبد الهادي محمد والي : التخطيط الحضري ، تحليل نظري و ملاحظات واقعية ، دار المعرفة الجامعية -، بدون تاريخ - ص 66
(2) أحمد شفيق السكري : المدخل في تخطيط و تنمية المجتمعات المحلية الحضرية و الريفية ، دار المعرفة الجامعية ، 2000 ، ص . ص 12 - 13 .

و برامج رعاية المكفوفين..... الخ".

إن تخطيط الخدمات تتضمن إعطاء سكان المدينة أحسن الخدمات اللازمة كالمياه و الإترارة و المجاري التي تتفق في حجمها و مرونتها مع حجم السكان و كثرة المباني كذلك مد المدينة بخدمات إنشاء المستشفيات و المرافق الصحية و ألوان الرعاية المتعلقة بالصحة العامة و لهذا فإن المسألة الصحية و الطبية في المجتمعات النامية تختلط بالمسألة الاجتماعية و الحضارية اختلاطا يجعل تكيف العمل الصحي مع الحقائق الاجتماعية شرطا لنجاحه و نحن في أشد الحاجة إلى صياغة العمل الطبي في الصورة الأقدر على تفهم البيئة الاجتماعية و العناية بكبر مشكلاتها كالأمراض المتوطنة و المعدية وسوء التغذية و الأمراض الناتجة عن البيئة الملوثة . و لهذا فإن المخطط العمراني لا يمكن أن يستغني عن مختلف المرافق الصحية المهمة كالمستشفيات و المراكز الصحية و المستوصفات و العيادات و تكوين الأطباء و توفير الدواء بهدف القضاء على المرض و الدولة تكلف المنشآت أو المراكز الخاصة بالتعمير لترجمة حاجة الأفراد إلى مراكز و مستشفيات و قاعات للعلاج و غيرها .

2 - 2 / التخطيط الحضري و أهدافه العمرانية و الاجتماعية:

تبرز الحاجة إلى التخطيط كرد فعل من قبل المخططين الحضريين لمواجهة المشكلات المختلفة التي تنجم عن النمو السريع و التمدد الواسع الذي تشهده المناطق الحضرية أساسا، و بالتالي فإن عملية التخطيط هي قبل كل شيء، طريقة تفكير، و تناول مختلف المشاكل الاقتصادية و الاجتماعية ، كما أنها أيضا طريقة تفكير و تنظيم لشؤون الحضر حاضرا و

مستقبلا . (1)

(1) حواس سلمان محمود : (أزمة التخطيط العمراني في المدن العربية) ، مجلة القافلة ، المملكة العربية السعودية ، العدد الثاني عشر ،

المجلد الرابع و الأربعون ، 1996 ، ص 36.

فالتخطيط الحضري : " هو نظرية و ممارسة لتخطيط المدن و بنائها و يشمل ذلك مجموعة من

التدابير الاجتماعية و الاقتصادية و الصحية العامة و البنائية التقنية و المعمارية. " (1)

و ما نفهمه من هذا، أن التخطيط الحضري و توجيهه و ضبط نمو و توسع المجال الحضري

بحيث يتاح للأنشطة و الخدمات أفضل توزيع، و للسكان أكبر الفوائد كما يسمح أيضا بتحديد

فرضيات التهيئة الخاصة بسعة و طبيعة و تمركز التطورات الحضرية .

و يجب بذلك أن تكون عملية التخطيط مطابقة للواقع و للحاجة، بحيث تتماشى مع طبيعة

الموقع و الاحتياجات الخاصة للسكان، و يوفر لهم الجمال و الصحة و الراحة.

و يرى " وحيد حلمي حبيب " أن التخطيط الحضري يهتم أساسا بالموضوعات التي تشمل

مجموعة محددة من الأنشطة الحضرية، كما أنه نشاط يمارس تحت تدريب مهني متخصص "

فلا يمكن إدراك نتائج معظم الأنشطة التخطيطية، إلا بعد اتخاذ قرار التنفيذ بفترة تتراوح من

خمسة إلى عشرين عاما مما يجعل عملية التصحيح صعبة. " (2)

فحسب ما جاء في هذا الرأي المقدم أنه قد تلغى فيه بعض القرارات أو تعدل و هذا قبل عملية

التطبيق، و بعد إعادة دراسة معمقة لما تحويه هذه القرارات التي اتخذتها و رسمتها

الجماعات المعنية.

و قد جاء في قاموس (Dictionnaire de l'urbanisme et de l'aménagement)

" أن التخطيط الحضري هو مجموعة الدراسات، و المساعي، و أيضا الإجراءات القانونية أو

العقارية التي تسمح للجماعات العامة بمعرفة نمو الأوساط الحضرية و المجالات لحمايتها، و

بعد ذلك التدخل في تنفيذ الاختيارات المختلفة . "

(1) حواس سلمان محمود : مرجع سابق ، ص 36.

(2) وحيد حلمي حبيب : تخطيط المدن الجديدة ، القاهرة : دار الكتب المصرية ، الجزء الأول ، 1991 ، ص 07.

و من ذلك فالتهيئة الحضري هو مجموعة القرارات الإدارية التي تهدف إلى توجيهه ، و مراقبة و استعمال و تهيئة المجال الحضري .

و مما سبق يمكن وضع تعريفا إجرائيا للتهيئة الحضري فنقول " بأنه التكوين النهائي للدور و المدارس المتعددة للبيئة الحضرية، بحيث تكون أثر عطاء و إنتاجية و ملائمة للجميع ، و النتيجة الثلاثية الأبعاد و لذلك تجمع بين الجانب المعماري و التصميم المدني و التجميل المعماري " . (1)

و يرتبط التخطيط الحضري بتخطيط المدن الذي يمثل عملية فنية فيزيقية تتمثل في موضع المدينة و حجمها، و في الاعتبارات الهندسية التي تبدو في صيغ كمية مثل عدد الشوارع، المنازل و المنشآت و في الحقيقة فإن التخطيط يقوم على إستراتيجية مؤاها إدراك أهمية المظاهر الديموغرافية و الثقافية و السلوك و المبادئ الإيكولوجية. و لا شك أن المسكن المخطط تخطيطا جيدا في بيئة مناسبة، يعدلا هدفا رئيسيا للتخطيط، حيث تقصد الأسرة مسكنا يحقق لها الوقاية الصحية و توفير الخدمات الاجتماعية. بالإضافة إلى الإمداد بالخدمات المختلفة و التركيب الاجتماعي في المنطقة و العلاقات الاجتماعية بين السكان و علاقة المناطق بعضها ببعض . (2)

بعدها تطرقنا لمفهوم التخطيط الحضري، سنتطرق الآن لأهدافه، فنقول إن الأهداف البعيدة للتخطيط هي اجتماعية بواقعها على الرغم من أن الخطط نفسها تتصل بالجوانب الطبيعية و الأماكن الطبيعية و أن المخططات و التغيرات إنما تعتمد على قيم اقتصادية بعيدة و متوسطة

(1) محمد عاطف غيث : مرجع سابق - ص.ص 28 و 29

(2) د/ إبراهيم عيسوي : حول مستقبل التخطيط في الأقطار العربية ، الكتيب رقم 06 – أبريل 1994 ، ص 10.

الأجل. و لعله من المناسب أن نسأل ما الغاية و الهدف من تخطيط المدينة المعاصرة اليوم. إن الغاية الأساسية مهما كانت نظريات التخطيط و فلسفته هي تحسين ظروف البيئة الطبيعية في الموقع الذي بنيت عليه المدينة ، و في المناطق المحيطة بها ، و كذلك تحسين الظروف العمرانية و الخدمات و المنافع و كذلك الأحوال الاجتماعية لسكانها، و يمكن تحديد أهم الغايات و الأهداف الاجتماعية في ما يلي :

أ- الأهداف الاجتماعية:

* تحسين العلاقة بين المساكن و الشوارع و المناطق الصناعية و الخدمات العامة ، بحيث لا يغطي قسم منها على القسم الآخر.

* المحافظة على المتنزهات العامة و المناطق الحضرية في الأحياء و الأماكن التي تعتبر متنفسا للسكان و مكانا لقضاء و شغل أوقات الفراغ ، و مكانا للاهتمام بالأشجار و المناطق الخضراء . (1)

* فصل المناطق السكنية بقدر الإمكان عن المناطق الصناعية للتقليل من ضوضاء الصناعة أو دخانها أو روائحها الكريهة، و حتى لا تحدث مضايقات للسكان، و مكافحة تلوث البيئة التي أصبحت تعاني منه معظم مدن العالم اليوم.

* تجميل محيط المدينة عن طريق اتخاذ طابع خاص للمباني أو عن طريق اتخاذ إجراءات معينة من شأنها أن لا توجد نوعا من التنافر بين المباني بعضها ببعض، و خلق نسق منسجم للمدينة، بحيث يكون لها طابع حضري و معماري معين .

(1) محمد عاطف غيث : مرجع سابق ، ص 119 و 120

* تخصيص مناطق معينة للأسواق و أماكن انتظار المركبات الآلية، بحيث تكون هذه المناطق في متناول المناطق الأخرى، و العمل على خلق تكامل بين مختلف أحياء المدينة الواحدة، فمن الممكن مثلا إقامة عيادة صحية تخدم أحياء متقاربة مع بعضها بعضا.

* مد جميع أحياء المدينة بالخدمات اللازمة كالمياه و الإنارة و المجاري و التي تتفق في حجمها و قدرتها مع حجم السكان و كثرة المباني ، و بحيث لا تكون هناك وفرة في بعض الأحياء و نقص في بعضها الآخر .

* اختصار رحلة العمل من محل السكن إلى موقع العمل، و ذلك عن طريق مد الطرق و الشوارع المناسبة، و كذلك بتيسير وسائل النقل و المواصلات المختلفة و تخفيض أجورها و تعاون و تكامل حركة النقل و المواصلات داخل المدينة.

* سهولة و يسر اتصال المدينة بالمناطق الأخرى و خاصة بالمناطق الريفية المجاورة أو بالموانئ و العواصم الأخرى .

* إنشاء المراكز الإدارية و التنفيذية و الخدمات الاجتماعية و الثقافية و الأمنية و الترويجية و غيرها في مناطق المدينة المختلفة، بحيث لا يشعر السكان بالإرهاق في الوصول إليها، ففي مدن البلاد النامية كثيرا ما يعاني المواطن من الوصول إلى أماكن الخدمات الإدارية أو

الاستهلاكية و ذلك بسبب عدم مراعاة الكثافة السكانية و التوزيع الجغرافي في تقديم الخدمات الإدارية أو الاستهلاكية فقد نجد مدينة مثلا سكانها مليون و نصف، و لا يوجد بها إلا عدد من الصيدليات، أو بيع و تصليح النظارات الطبية، أو بيع المعدات الطبية اللازمة للمعاقين.

* تحسين الأحوال الاجتماعية و الصحية للسكان عن طريق عدم السماح بازدهام بعض الأحياء و عدم السماح ببناء مساكن لا تتوفر فيها الشروط الصحية السكنية.

* تطور البنية الاقتصادية للمدينة بإنشاء مراكز صناعية جديدة أو خلق مجالات جديدة للإنتاج، و العمل على تشجيع الاستثمارات الاقتصادية التي من شأنها زيادة الإنتاج و خلق فرص عمل لسكان المدينة و التنمية الذاتية لها.

* العمل على دعم القيم الاجتماعية المرغوبة في سلوك و تصرفات أهل المدينة.⁽¹⁾
معنى هذا أن أهداف التخطيط أن يعمل تنظيم المجال بالنسبة للمدينة على تحقيق نوع من التوازن بين الجوانب المادية القائمة في المدينة و بين الطبيعة الاجتماعية و الأخلاقية و الثقافية التي يقوم عليها النسق البنائي الاجتماعي للمدينة كظاهرة اجتماعية حضرية. و أن يتجه التنظيم المجالي للمدينة إلى توفير نوع الخدمات على وجه الخصوص التي ينبغي توفيرها بنسب معقولة لاحتياجات الجماعات و الأفراد في المدينة. و أن يراعي تحقيق قدرات من المرونة و الديناميكية في مجال إشباع حاجات الأفراد الاقتصادية، الاجتماعية و الثقافية.... الخ.

بالإضافة إلى إقامة البيئة المناسبة اجتماعيا و نفسيا و عضويا لمساعدة الكائن الحي على استمرار حياته ككائن أخلاقي. (2)

بعد عرضنا للأهداف الاجتماعية للتخطيط الحضري نتطرق الآن للأهداف العمرانية للتخطيط

(1) محمد عاطف غيث : مرجع سابق ، ص 121.
(2) الدكتور أحمد النكلاوي : دراسة في علم الاجتماع الحضري ، دار النهضة العربية ، القاهرة ، ص 61 .

ب - الأهداف العمرانية:

إن الأهداف العمرانية للتخطيط الحضري تتمثل في جعل المدينة مستعدة ماديا للمعيشة الجماعية المرضية، فليس من عمل مخطط المدن تحديد مناهج التعليم و أفلام السينما التي يجب عرضها في دور السينما مثلا، و لكن عمله هو التأكد من أن المدارس و دور السينما موجودة في أنسب مكان لها.

عليه أن يتأكد من أن المباني السكنية و الحكومية و الأسواق و الجوامع و الكنائس و الحدائق و الملاعب و المصانع و المستشفيات و المدارس و محطات الإسعاف و الإطفاء و المواصلات و المجاري و الكهرباء و الطرق، سوف توجد في أنسب مكان لها بالنسبة لحاجات السكان، كما يجب أن يرسم خطة لامتداد المدينة حينما يزيد حجمها.

و يرتبط الموضوع ارتباطا وثيقا بحاجات السكان، فإذا احتاجوا مطعما في أول الشارع فيجب أن يكون هناك مطعم، و إذا احتاجوا ملعب للأولاد فيجب أن يكون هناك ملعب..... الخ .

أما شكل المطعم و الملعب فهذا من اختصاص الفنيين في المطاعم و الملاعب بالتعاون مع المهندسين، أما عملية التنفيذ فقد تكون من مسؤولية المواطنين أو الحكومات المحلية أو الإقليمية أو المركزية.....، كل هذا لا يهم مخطط المدن، فالذي يهمه هو توفير المكان لهذا النوع من النشاط. (1)

إن تخطيط المدينة لا يعني أكثر من جعلها مكانا مناسباً للحياة و العمل و بؤرة للنهوض و التقدم الاقتصادي و الحضاري بوجه عام في المجتمع.

و ينبغي أن نشير إلى أنه عند التخطيط تراعى بعض القيم التي تتمثل فيما يلي: (2)

(1) د / عبد المنعم شوقي ، مرجع سابق ،ص. 192 - 193.

(2) وحيد حلمي حبيب : مرجع سابق ،ص 08.

قيم صحية:

إذ يجب مراعاة الجانب الصحي عند وضع الخطط العمرانية لمجال حضري أو ريفي ما. حيث على المخططين الحضريين أن تكون نظرتهم مستندة إلى البيئة الصحية و إلى البرامج الصحية المدروسة و طرق تسخيرها لخدمة السكان.

قيم جمالية:

إذ تعتبر القيمة الجمالية للمدينة أو الحي إحدى الركائز الأساسية في عملية التخطيط و خاصة في العلم الذي يدرسه " علم التخطيط "، و هي التي تتجلى في الشوارع الفسيحة النظيفة، الحدائق العامة.... الخ .

قيم اجتماعية:

و هي التي تتمثل في توفير السكن المناسب لجميع طبقات المجتمع بما فيهم أصحاب الدخل المنخفض، و هي التي تؤدي بالتالي إلى تحقيق العدالة الاجتماعية، كما تتمثل هذه القيم في شبكات المواصلات اللازمة و الخدمات المطلوبة و الضرورية لمتطلبات المواطنين.

قيم إدارية:

حيث أن التخطيط عنصر مكمل للإدارة، فمثلا عندما تكون هناك خطة تنموية لمنطقة ما، فإن نجاح هذه الخطة يكون مرهونا بقدرة الإدارة المشرفة على التنفيذ .

قيم صيانة الموارد الطبيعية:

و هي تتمثل في الحفاظ مثلا على الماء، الأشجار و غيرها من الموارد الطبيعية إذ انه ليس من المعقول أن يقيم المخطط إنشاءات ما من المباني لسكن على حساب هدمها. و يمكن أن نضيف فيما يتعلق بالتخطيط الحضري إلى أنه يتم في ثلاث مستويات :

* التخطيط المحلي أو البلدي:

و هو الذي يعالج القرية أو الحي أو المدينة كوحدة إذ أنه يهتم بعملية التطوير العمراني و توزيع استعمالات الأرض و يتعلق بتحسين البيئة و تغيراتها من تحقيق متطلبات المعيشة المختلفة منها الاجتماعية، الاقتصادية، السياسية، الصحية، الثقافية و غيرها.

* التخطيط الجهوي أو الإقليمي:

و هو الذي يهدف على خلق نوع من التوازن الإقليمي عن طريق تضيق الفجوات بين مختلف المناطق، منها المهمشة و المتطورة.

* التخطيط الوطني:

و هو الذي يشمل الوطن ككل، فهو عبارة عن دراسة شاملة لحالة السكان الاجتماعية و حالة البلاد الطبيعية.

أما ما يهمنا هو التخطيط المحلي الذي تركز عليه دراستنا، و هذا حسب المفهوم الذي حدد له ، و يمكن أن نشير إلى أننا نهتم بالمدينة بصورة عامة و بالحي بصورة خاصة.

و بالتالي و بعدما تعرضنا إلى التخطيط الحضري، سنقوم بعرض مفهوم التخطيط العمراني و الذي يعرف أيضا بتنظيم التجمعات السكنية، فهناك تعاريف عديدة للتخطيط العمراني يمكننا هنا التعرض لبعضها لتقريب المفهوم .

" فالتخطيط العمراني يهدف إلى الاهتمام بالتنظيم الشامل للمدن و الحواضر بغية توفير ظروف

حقيقية و كاملة للإنسان ليعيش و ينتج و ينسجم".⁽¹⁾

(1) حواس سلمان محمود : مرجع سابق ، ص 37.

و تعرف أسس التخطيط العمراني على أنها " المبادئ الموحدة التي تنظم عملية تخطيط التجمعات السكانية و تتضمن المبادئ التالية :

- الأسس العلمية الهندسية العامة للتخطيط العمراني و البناء .

- الخطوات و المراحل الواجب إتباعها ف تحضير البرنامج التخطيطي الخاص بدراسة

المخطط التنظيمي العام و التفصيلي و نظام بناء أي مجتمع . " (1)

* و البرنامج التخطيطي :

هو البرنامج الذي يحدد الاحتياجات الآنية و المستقبلية لتجمع سكاني، وفق أسس التخطيط

العمراني، استنادا إلى واقع هذا التجمع، و يحدد البرنامج عدد السكان و الكثافات السكانية و

نوع و تعداد الخدمات، و المشيدات العامة اللازمة له .

* فالمخطط التنظيمي العام :

هو الذي يوضح الرؤية المستقبلية للتجمع السكاني و التوسع و يتم ذلك عن طريق تحديد

الحدود العمرانية و شبكة الطرق الرئيسية و استعمالات كافة الأراضي الواقعة ضمنه و منهاج

نظام بناء كل منها، بما لا يتعارض مع أسس التخطيط العمراني و البرنامج التخطيطي.

* أما المخطط التنظيمي التفصيلي :

فهو المخطط الذي يحدد كافة التفاصيل التخطيطية لشبكة الطرقات الرئيسية و الفرعية

و ممرات المشاة و الفراغات العامة و كافة التفاصيل العمرانية للأراضي حسب استعمال

(1) هولوبوظو : التشريع العقاري ، دمشق ، مطبعة الدودي ، 1981 ، 1982 ، ص 11.

المرسوم لها ، كل ذلك بما لا يتعارض مع المخطط التنظيمي العام و نظام البناء .
و بعدما تعرضنا إلى التخطيط الحضري و العمراني و دور كل منهما، سنقوم بعرض التهيئة العمرانية التي لها دور جد مهم و الذي هو مرتبط بكل من التخطيط الحضري و التخطيط العمراني، لأنهم (التخطيط الحضري و العمراني و التهيئة العمرانية) متداخلة و مكملة لبعضها البعض .

إن التهيئة العمرانية هي البحث عن التقسيم الأمثل و الأحسن لتسيير الموارد و النشاطات المختلفة (الاقتصادية، و الاجتماعية، و الصحية، و التربوية....) حيث تعتبر جملة من الحركات المتبعة لتنظيم النشاطات الإنسانية و خلق نوع من التوازن الفني و التقني بين السكان و نشاطاتهم و مختلف الهياكل الأخرى. لقد ظهر مفهوم " التهيئة العمرانية " لأول مرة بفرنسا عام 1947، عندما نشر J.F.Ggarrier كتابه " Paris et le desert Français " و في هذا الصدد نجد أن " eugene claudius petit " يعرف التهيئة العمرانية " على أنها البحث عن أفضل توزيع للإنسان بالنسبة للموارد الطبيعية و النشاطات الاقتصادية."(1)
و انطلاقا من هذا المفهوم، فإن التهيئة العمرانية هي التي تجسد اختيارات توزيع النشاطات الاقتصادية و السكان في المجال الجغرافي، حيث تندرج ضمن إطار تسيير إداري منسجم من أجل تحقيق تنمية اقتصادية و اجتماعية و ثقافية، و التي تخضع لها جملة من القرارات و الأعمال . ففي هذا المجال نجد أن " thierry paquot " يرى أن " التهيئة العمرانية هي :

(1) thierry paquot : le monde des villes , panorama urbain de la planete , Bruxelles : sabam bruxelle 1996 - p393.

" مجموعة من الأعمال التي تساهم في تنظيم، تخطيط، و توجيه النشاطات الإنسانية التي تمارس. " (1)

و بذلك فهي ذلك الفن أو التقنية التي بواسطتها تتم هذه العملية التي هي عبارة عن مجموعة النشاطات المركزة و الموجهة لتحقيق التوازن و النظام بين السكان، المهن، البناءات و التجهيزات و كذلك وسائل الاتصال الممكن توفرها في منطقة ما.

و بهذا فهي تقتضي ما يلي : (2)

- التوزيع المحكم للموارد البشرية.
 - حماية الموارد الطبيعية و تقويمها، و لاسيما منها المياه و الأراضي،
 - تحديد المنشآت الأساسية الكبرى (الاقتصادية، الثقافية، الإدارية، الصحية....الخ).
 - التوزيع المجالي للهيكل الحضري من أجل تشجيع تنمية المناطق الداخلية و تمددها،
 - توزيع الأنشطة الاقتصادية، الاجتماعية و غيرها عبر التراب الوطني.
 - تطوير التجهيزات التربوية، الاجتماعية، الصحية و الترفيهية.
- كما نجد أنها أي التهيئة العمرانية تقوم بـ :
- السهر على التحكم في نمو التجمعات الحضرية الكبرى.
 - تنظيم و تطوير المدن الصغيرة و المتوسطة.
 - تنشأ مدن جديدة في المناطق الواجب ترقيتها.

(1) thierry paquot : OP . CIT p 399

(2) Zucchelli Alberto : introduction à l'urbanisme operationnel et à la composition urbaine Alger : OPU , volume2 , 1983 , p 39.

و بهذا فهي (التهيئة العمرانية) " إدارة الموارد الطبيعية، الإنسانية، الاقتصادية، و المالية و التقنية المهيأة داخل منطقة ما، لوظيفة إستراتيجية و سياسة ، تطويرية و التي تتضمن :

- البرنامج التخطيطي للتوظيفات و إمدادات نشاطات السكان .

- مقاييس تقسيم و توزيع الموارد الوطنية و أهداف الترقية الاجتماعية .⁽¹⁾

" و يكن اعتبار أن التخطيط الحضري أداة لا تتجزأ من التهيئة العمرانية لأن التخطيط

الحضري يشكل مجموعة من الوسائل و النشاطات التي تقررها الإدارة السياسة الإدارية حتى

تتمكن من تحقيقها عبر الزمان و المكان ، و ذلك من أجل الوصول إلى أهداف البرنامج

المقرر، أي تلبية الحاجات الحاضرة و المستقبلية للسكان ."⁽²⁾

أما التهيئة الحضرية فهي التي تتمثل في التدخلات المطبقة في المجال السوسيوفيزيقي

الحضري الذي يرمي إلى تنظيمه، وظيفته و تطوره داخل المجال الحضري ، و هذا بتحديد و

إعادة تنظيمه من أجل التوسع الحضري .

كما أن هذا المفهوم يتضمن دلالات واسعة تمكننا من فهم كل الوظائف اللازمة لسياسة

حضرية، تريد أو تهدف إلى إبقاء المدينة منظمة أو نظام حي أين القديم و الجديد فيها ،

يستطيعا التعايش معا في انسجام و ديناميكية ، و ذلك في مستويات نوعية مناسبة .

غير أنه ينبغي أن نبين : " أن التهيئة الحضرية لا تستطيع إهمال البعد الإقليمي، ذلك أن

المدينة تشارك في تحديد ، عملية تنظيم و بناء المجال الريفي من خلال دورها الخاص، و من

خلال أهمية النمو الديموغرافي و الاقتصادي و المكاني ، فالبعد الإقليمي يجبر كل سياسة

(1) Zucchelli Alberto: OP . CIT p 34

(2) IBID p 35

تهيئة حضرية إلى أن تقرر، من خلال البرمجة و التخطيط، وظائف السلطات العامة و الخاصة، لكونها الطريقة الوحيدة لتوجيه و مراقبة التوسع الحضري" . (1)

و بالتالي و استنادا إلى كل ما سبق ذكره، فإن لتخطيط المدن دورا أساسيا في تحديد أنيب الأماكن لإنشاء المباني التي تضم ألوان مختلفة الأنشطة منها الاقتصادية، الاجتماعية، الثقافية ، الدينية....الخ، و التي تتماشى و احتياجات المدينة مساكن و مدارس و طرق و غيرها.

فالتخطيط عملية قائمة بذاتها يشترك فيها علماء علم الاجتماع مع الفنيين و المهندسين و المخططين و غيرهم في مختلف المجالات الطبية، الاقتصادية، الوقائية و غيرها.

و هو الذي جعل من المدينة أداة مستعدة اجتماعيا، اقتصاديا، ثقافيا و صحيا....الخ، من أجل معيشة مرضية .

3- الخدمات الحضرية و مجالاتها في المدينة:

الخدمات الحضرية ضرورة لا بد منها في المدينة، و يتشكل مجال الممارسة المهنية لهذه الخدمات عند توفر الشروط اللازمة للممارسة، و التي من أبرزها وجود مشكلة ناجمة عن موقف أو ظاهرة اجتماعية، فتشكل هذه المشكلة نقطة البدء في تكوين مجال الممارسة. حيث لا توجد مشكلة إلا وراءها حاجة إنسانية غير مشبعة، و يحاول المجتمع عادة إشباع حاجات أعضائه ما استطاع إلى ذلك سبيلا، من خلال نظمه الاجتماعية.

(1) Zucchelli Alberto: OP . CIT p36

و تتمخض جهود المجتمع في إشباع الاحتياجات عن إيجاد نسق للخدمات المنظمة، هذا النسق الذي يتكون من مؤسسات اجتماعية لها خططها و برامجها تبعا لاهتمامات النسق و وظائفه . إن الخدمات الحضرية تتنوع و تتعدد فهناك الخدمات البيئية أي المتعلقة بالبيئة و التي توفر للمجتمع بيئة صحية و ملائمة للعيش، و الخدمات الاجتماعية و التي تتمثل في الخدمات التعليمية و التجارية و الدينية و الخدمات الصحية.... و سنتطرق للخدمات و المرافق الصحية بأكثر تفصيل باعتبارها محور دراستنا .

3 - 1 / الخدمات البيئية:

تتعرض البيئة اليوم لأخطار بيئية حقيقية. فمع التقدم العلمي و التكنولوجي و مع تقدم الصناعة و الاختراعات، و مع زيادة معدلات التحضر و التوسع النووي، و مع طلب الإنسان لمزيد من الرفاهية، و سعيه لتحقيقها أهمل البيئة المحيطة به مما أدى إلى أخطار هائلة فعلى المستوى العالمي زاد التلوث البيئي في العالم بنسبة مخيفة . تتعرض البيئة في المدن لدرجة كبيرة من التدهور... و من ثم تسبب أضرارا خطيرة، فلا يمكن أن يتحملها الإنسان... و العوامل التي تسبب مثل هذا التدهور قد تعمل مستقلة عن بعضها البعض. و ذلك مثل الهواء الملوث و نقص ضوء الشمس و عدم كفاية مياه الشرب كما و كيفا و ندرة المساحات الخضراء و التأثيرات الضاغطة و الضوضاء و حوادث المرور و التوتر العصبي الشديد و الازدحام المتزايد في هذه المدن و غيرها... و التحضر هنا يحدث أضرارا نتيجة للظروف الصحية الرديئة و للتدهور البيئي الصحي أو بسبب الضغوط الناجمة عن قطاع عريض سائد من الأمور المثيرة (1) .

(1) محمد منير حجاب : التلوث و حماية البيئة ، دار الفجر للنشر و التوزيع ، مصر ، 1999 ، ص . ص 80 و 89

و هذه المخاطر عند تراكمها تحدث قلقا مزمنا يعرض السكان على امتداد حياتهم لأخطار جسيمة، و خاصة سكان الأحياء الفقيرة التي تسود فيها ظروف صحية سيئة . (1)

يرتبط المسكن بالمحيط الموجود فيه و الذي يتوفر على المراكز الخدمية الأساسية الضرورية التي توفر الحياة الاجتماعية السليمة لأفراد المجتمع، فالبيئة المحيطة بالفرد تؤثر على نفسيته و على صحته و على حياته ككل. لهذا فإن توفر بيئة صحية يضمن صحة الأفراد و البيئة المحيطة. حيث توفر عامل النظافة مثل توفر أماكن لرمي النفايات و وجود قنوات الصرف الصحي، و التي تسمى بخدمات النظافة أو التنظيف و تقوم بها المصالح المختصة بذلك مثل البلدية، بالإضافة لتوفر المساحات الخضراء و ترتيب الطرقات و الحدائق العمومية التي تعطي للمدينة منظر جميل .

و تجدر الإشارة إلى أن عند التخطيط يتم مراعاة عدة اعتبارات تتعلق بالبيئة مثل الاعتبارات الإيكولوجية و التي تتمثل في درجة انحدار المصارف و المجاري و البحيرات و البرك و طبيعة التربة لأنها هي التي تحدد الأساس المادي المناسب و أساسيات الأرض و مدى قوتها و اتجاه الرياح (2) و مصادر المياه و مجرى السيول و دراسة المناخ و دراسة التلوث و مصادره و الإمداد بالمياه الصالحة للشرب بإنشاء قنوات ضخمة تتدفق فيها المياه. و هذا كله حتى نضمن إعطاء سكان المدينة أحسن الخدمات اللازمة كالمياه و الإنارة و المجاري و قنوات الصرف الصحي و خدمات النظافة.... الخ و التي تتفق في حجمها و مرونتها مع حجم السكان و كثرة المباني .

(1) محمد منير حجاب : مرجع سابق ، ص 89

(2) ت باككس : الأبعاد الصحية للتخضر ، ترجمة محمد عبد الرحمان الشرنوبي ، جامعة الكويت ، وحدة البحث و الترجمة ، قسم

الجغرافيا ، 1985 ، ص. ص 82 - 83.

3 - 2 / الخدمات الاجتماعية:

الخدمات الاجتماعية هي واحدة من تلك المفاهيم المتداولة في قضايا السياسة الاجتماعية و الرعاية الاجتماعية، و الإدارة وغيرها. إلا أنه أيضا مفهوم يثير الكثير من الجدل و النقاش الذي يبدأ أولا من حيث معنى " الاجتماعية " " Social " في ذلك النوع من الخدمات، فهناك العديد من الأنشطة و الخدمات التي تندرج تحت هذا المفهوم ذات مردود اقتصادي أو سياسي ، و هي في ذات الوقت اجتماعية بمعنى أنها لا تتصل مباشرة بالإنتاج المادي أو الاقتصادي أو تتصل بالدخول (الدخل) و تتمثل الخدمات الاجتماعية في ما يلي: (1)

1- الخدمات التعليمية:

و التي نصنفها كما يلي:

أ- دور الحضانة:

يشكل دور الحضانة في المنظومة التربوية الحجر الأساس (2) لبقية المراحل التعليمية، و لذا فإن المدينة تتطلب تواجد مثل هذه الخدمات.

ب- رياض الأطفال:

تعد مرحلة رياض الأطفال الحلقة الثانية بعد دور الحضانة فهي التسلسل التربوي و التعليمي، و هي لا تقل أهمية عن بقية المراحل التعليمية الأخرى، بل أنها تعد جزءا لا يتجزأ من خطة التنمية البشرية .

(1) أحمد بوذراع : التطوير الحضري و المناطق الحضرية المتخلفة بالمدن ، منشورات جامعة باتنة ، بدون تاريخ ، ص 229

(2) دكتور حسين عبد الحميد أحمد رشوان : مرجع سابق ، ص 216

و تتطلب أبنية تحتوي على مرافق و فعاليات و المتمثلة في مرافق خاصة بفعاليات تربوية و تعليمية و الحركية و المرافق الإدارية و مرافق خاصة بالخدمات و المرافق الصحية.

ج- المدارس الابتدائية و المتوسطة و الثانوية:

يعد كل من التعليم الابتدائي و المتوسط و الثانوي حلقات لمراحل تعليمية تكمل بعضها البعض، و هي تعد أهم الركائز الأساسية في تكوين و بناء المجتمع. و هذه كذلك تتطلب مرافق تعليمية و خدمية و إدارية و حركية و صحية.

ج- المدارس الابتدائية و المتوسطة و الثانوية:

يعد كل من التعليم الابتدائي و المتوسط و الثانوي حلقات لمراحل تعليمية تكمل بعضها البعض، و هي تعد أهم الركائز الأساسية في تكوين و بناء المجتمع. و هذه كذلك تتطلب مرافق تعليمية و خدمية و إدارية و حركية و صحية .

2- الخدمات التجارية و التسويقية:

تعد الخدمات التجارية و التسويقية من الخدمات التي لها علاقة مباشرة بالأنشطة الاقتصادية التي تساهم في زيادة العوائد المالية، و هذا في مقابل إشباع الحاجات الأساسية من سلع و بضائع استهلاكية و كمالية. و يمكن تصنيفها إلى:

أ- الخدمات التجارية:

و هي تلك التي لها علاقة بما يقدمه مراكز المدن من خدمات تجارية، ذات الأمد الطويل في الإقبال عليها، مثل محلات الألبسة الجاهزة و الأقمشة و الأجهزة الكهربائية . (1)

(1) أحمد بونزاع: مرجع سابق ، ص 229

ب - الخدمات التسويقية:

و هي تكون على شكل مجمع يقوم بتوفير كل الحاجات الضرورية اليومية من سلع و بضائع استهلاكية (خبز، خضر، فواكه، لحم، سكر، كبريت.....) و التي تشكل الاحتياجات اليومية.

3- الخدمات الدينية:

تشكل الجانب الروحي للسكان و تعتبر المساجد محور و جوهر الخدمات الدينية. (1)

4- الخدمات البريدية:

يقوم بتقديم الخدمات السلكية و اللاسلكية منها إرسال البرقيات و بيع الطوابع البريدية و الرسائل و الطرود.....

5- الخدمات الأمنية:

لسلامة سكان المناطق الحضرية فإن إقامة مركز للأمن ضروري.

6- الخدمات الإدارية:

تعد الخدمات الإدارية وسيلة لمساعدة سكان المدينة لقضاء حوائجهم الورقية و معاملات ذات الصفة الإدارية، التي يحتاجونها.

7- مركز إطفاء للحرائق:

يعد تواجد مركز للإطفاء خدمة ضرورية لما لها من دور إيجابي في حالة التعرض للحرائق و الحوادث و الكوارث الطبيعية.

(1) أحمد بوذراع : مرجع سابق ، ص 232

8- مكتبة عامة :

يستحسن وجود مكتبة عامة، لما لها من منافع معنوية اتجاه السكان لما تحتويه من كتب و مجلات و جرائد مختلفة و متنوعة..... و يفضل أن توفر مراكز صحية.

9- مركز صحي:

إن المركز الصحي له دور ووظيفة يقوم بها اتجاه سكان المدينة و هذا من خلال ما يقدمه من خدمات صحية لمساعدة و تقليل من متاعب السكان، و عليه يمكن تحديد الحاجات الصحية التي يقدمها المركز الصحي و هي كما يلي: (1)

- أ- رعاية الأمومة و الطفولة.
- ب- السيطرة على الأمراض المعدية.
- ج- القيام بمجموعة من أنواع التلقيحات.
- د- القيام بالعمليات الفورية البسيطة.
- هـ- القيام بنشر الوعي الصحي بين السكان.
- و- تطهير الجروح و حقن الإبر.

10- المجلس الشعبي:

إن القصد من تواجد مجلس شعبي داخل المدينة هو الإشراف و المتابعة لحل مشاكل السكان، وهذا من خلال الهيئة الاجتماعية المنبثقة من أهالي المنطقة على أنها هيئة تنظيمية

(1) أحمد بوزراع : مرجع سابق ، ص 234.

تعمل على تدارك الشؤون والأمور المتعلقة بأحوال المنطقة وهذا لمساعدة السلطات المحلية للمدينة

11- مركز اجتماعي ثقافي:

يهدف من وجود مركز اجتماعي داخل المناطق الحضرية لتحسين وترقية قدرات سكان المناطق من الناحية التعليمية والفنية وحماية ورعاية الشباب ثقافيا وتدريب الفتيات والنساء على الأعمال المنزلية كالخياطة والطرز وفن الطهي..... الخ .

12- المناطق الخضراء:

تعد المناطق الخضراء بالنسبة للمدينة متنفسا هاما لسكانها وذلك لتلطيف الجو كما أنها تعد أماكن للراحة وربط أواصر العلاقة الاجتماعية بين زوارها من سكان المدينة .
بعدما تطرقنا للخدمات الاجتماعية، نتطرق الآن للخدمات الارتكازية في المدينة والتي تتشكل مما يلي: (1)

أ - شبكة مياه لشرب:

على الرغم من وجود شبكة مياه الشرب في المناطق الحضرية، إلا أنها تتطلب استبدال شبكة أخرى وهذا بسبب العطب الذي يصيبها حيث تتطلب المدينة شبكة أنابيب جديدة بدلا من القديمة وهذا وفق مقاييس حديثة، وهذا كله لخدمة السكان .

ب - شبكة الكهرباء:

ترتبط المناطق الحضرية بشبكة كهربائية مزودة بمحولات للتقوية إلا أن أسلاكها

(1) أحمد بوذراع : مرجع سابق ، ص 236

المنخفضة تشكل خطرا على أرواح المارة أثناء تنقلهم داخل الأزقة والشوارع وبالتالي فهي تتطلب دفن الأسلاك تحت الأرض وفق المعايير الحديثة المعمول بها في مجال شبكة الكهرباء.

ج - شبكة المجاري الصحية ومياه الأمطار:

تفتقر أغلب المناطق المتخلفة حضريا إلى مثل هذه الخدمات ولذا فهي تتطلب أثناء التطوير إلى تأسيس شبكة المياه الثقيلة ومياه الأمطار حتى تتخلص هذه المناطق من البرك ، والمستنقعات التي كانت تعاني منها أثناء هطول الأمطار خاصة في فصل الشتاء لتبقى هذه البرك لمدة طويلة لتصبح بؤرة اجتذاب الحشرات ولمدة طويلة وبالتالي تلوث البيئة وتجلب الأمراض .

د - شبكة الشوارع الرئيسية:

إن شبكة الشوارع ضمن المناطق الحضرية تعد بمثابة فك للعزلة أمام تنقل السكان بين الشوارع الداخلية والخارجية التي تربط أجزاء بعضها ببعض، وبالمناطق المجاورة الأخرى ويفضل أن تكون هناك شوارع ثانوية وأخرى رئيسية لربط المناطق بمراكز المدن.

د - مرافق السيارات ومحطات الحافلات:

من الضروري تواجد أماكن مخصصة لمواقف السيارات وتكون أمام الوحدات السكنية على أنها تكون موزعة بشكل منظم كما أن المنطقة تتطلب تواجد محطة دائمة للحافلات على الأطراف الخارجية للمناطق، محاذية لشوارعها الرئيسية المحيطة بها كمواقف مخصصة لتنقل السكان من مناطقهم إلى مراكز المدن وأحيائها المختلفة . (1)

(1) د / أحمد بوزداع : مرجع سابق ، ص 237

لذلك لا بد من وجود تخطيط في الخدمات وإدارتها، بما يكفل أن يترك أثرا في حياة المستفيدين منها.

فتخطيط الخدمات تتضمن إعطاء سكان المدينة أحسن الخدمات اللازمة كالمياه والإدارة والمجاري التي تتفق في حجمها ومرونتها مع حجم السكان وكثرة المباني وكذلك مد المدينة بخدمات إنشاء المساكن والمدارس والمستشفيات والمساجد..... إلخ، وإعادة توزيع الخدمات الترفيهية والمنتزهات العامة⁽¹⁾ ومراكز الشباب والأطفال وما إلى ذلك من المرافق العامة، ويزداد سكان المدن زيادة مطردة ، لذلك وجب وضع مشروعات الإسكان لتوفير السكن الملائم للسكان وإمدادهم بالمياه وتوفير خدمة المواصلات والخدمات التعليمية والترويحية والصحية وغيرها .

3 - 3 / الخدمات والمرافق الصحية:

من الخدمات التي تلقى اهتمام الحكومات ألوان الرعاية المتعلقة بالصحة العامة ولهذا فإن المسألة الصحية والطبية في المجتمعات النامية تختلط بالمسألة الاجتماعية والحضارية اختلاطا يجعل تكيف العمل الصحي مع الحقائق الاجتماعية شرطا لنجاحه ونحن في أشد الحاجة إلى صياغة العمل الطبي في الصورة الأقدر على تفهم البيئة الاجتماعية والعناية بكبر مشكلتها كالأمرض المتوطنة والمعدية وسوء التغذية وأمراض الطفولة قبل المشكلات التي تغلب عليها الصبغة العلاجية وذات الأهمية الأقل بالصورة الصحية غير المرضية التي ترى في الدول النامية ليس مرجعها ضعف العناية بهذه الاعتبارات قدر ما ترجع إلى أكبر عقبة تعوق التنمية

(1) د / أحمد بوداع : مرجع سابق ، ص 237

الصحية وهي قلة الموارد المالية المتاحة (1) ولا شك أن صحة الأفراد من أهم العناصر التي يتوقف عليها كيان العمل وقد حاولت الدولة الاهتمام بهذا الجانب ومن جانب الاهتمام بالحكومات فيما تصدره من قوانين وتشريعات إلزامية تلتزم بها الشركات والمؤسسات وتمثل الخدمة الصحية التي تقدمها للأفراد في : (2)

تنظيم الخدمة الطبية بمعنى توفير أساليب ووسائل الإسعافات الطبية بالمنشآت الطبية أي بناء مستشفيات ومراكز صحية بالإضافة إلى تخصيص أطباء وممرضين بعملية العلاج وتقديم الأدوية اللازمة لعلاجهم لذلك فإن الخدمات الصحية تعتبر موضوع اهتمام الحكومة وأرباب العمل على السواء لذلك فهي تكلف المنشآت أو المراكز الخاصة بالتعمير لترجمة حاجة الأفراد إلى مراكز ومستشفيات وقاعات للعلاج وغيرها لذلك فقد كثفت الدول النامية من بناء المستشفيات وتكوين الأطباء واستيراد التكنولوجيا الطبية والإنتاج الدوائي بهدف القضاء على الآفات المرضية في المجتمع فالدول كثفت من بناء المستشفيات نظرا لكثرة الأمراض وتعددتها ولهذا فالمخطط العمراني لا يمكن أن يستغني عن هذه المرافق المهمة .

ويقوم الاختصاصيين في مجال التعمير وخاصة المهندسين بوضع تقارير شاملة عن مشاريع بناء المستشفيات و التي تتمثل في النقاط التالية :

(1) أحمد محمد خليفة : في المسألة الاجتماعية ، دار المعارف بمصر ، 1970 ، ص 113- 114

(2) كيران جازية : الخدمة الاجتماعية وأثرها في معنوية العمال وإنتاجهم ، مذكرة ماجستير 1983 ، ص 25.

- دراسة حجم ونوعية وحركة المستشفيات وأهم التخصصات التي يمكن أن توجد فيها بالإضافة إلى تمويل المشروع من الناحية المالية وعند الانتهاء من هذه الدراسة تقدم للمنفذين الذين يقومون بخدمات قبل تنفيذ المشروع . (1)
- إجراء مسح طبوغرافي لموقع وإعداد الخرائط واختيار التربة وإجراء جميع الاختبارات السطحية وشبه السطحية للموقع ويمكن تكليف مقاولين من الباطن للقيام بكل أو ببعض تلك المهام.
- الاستشارة و التعاون الدائم مع الاستشاري الذي يقوم بتصميم المشروع لتحديد المتطلبات.
- تخطيط و تنفيذ جدولة لتقسيم المشروع تقسيما منطقياً إلى أجزاء منفصلة ذات طابع مميز و التعاون مع المهندسين الاستشاريين للخروج بتصميم جيد .
- إعداد تقرير مفصل للتكلفة مبني على فكرة الاستشاري المستخدمة في التصميم ثم يقوم بعد هذا المسح بتقديمه إلى المنفذين للقيام بعملية البناء . (2)
- و من خلال بناء المستشفيات و المراكز الصحية فقد عمم العلاج و إتاحته لكل الشرائح و الطبقات الاجتماعية على المستوى الدولي بالإضافة إلى تكوين الأطباء المختصين و استيراد التكنولوجيا الطبية و الإنتاج الدوائي بهدف القضاء على الآفات المرضية في المجتمع لهذا فقد خصصت مراكز صحية يعمل بها فريقاً من الأطباء و الفنيين و الممرضات و المساعدات الاجتماعية لهذه المراكز تستقبل آلاف المرضى أما الخدمات التي تقدمها هذه المراكز تشمل جميع الأمراض .

(1) محمد إبراهيم الجاد الله ومحمد جمال نواره : إدارة المشاريع الهندسية ، الرياض ، جامعة الملك سعود ، ص 20

(2) رياض الصمد : المؤسسات الاجتماعية و السياسية في الدولة الحديثة النموذج اللبناني ، ص 79.

إن الهدف الأسمى من السياسة الصحية هذه هي : (1)

- تعميم بناء المستشفيات و المراكز الصحية.
- تحقيق الرعاية الشاملة للعلاج الطبي بأنواعه العام و المتخصص و تكاليف الأدوية و الإقامة في المستشفى .
- إشباع الحاجيات الصحية و توفير الشروط الاجتماعية و العدالة داخل المستشفى.
- أعطت عملية تكثيف المستشفيات الجاهزة و استيراد تكنولوجيا طبية متطورة شهرة سياسية لل دول صاحبة المشاريع الصحية و تحقيق عدالة اجتماعية بين السكان داخل المجتمع الواحد .

(1) رياض الصمد : مرجع سابق ، ص 80.

الفصل الثاني

الأحياء المخططة و الأحياء غير المخططة

تمهيد*

1- استعمالات المجال الحضري و أشكال المناطق السكنية بالمدينة

2- الأحياء المخططة

- 1- 2 / مفهوم و خصائص الأحياء المخططة و تصنيفها
- 2- 2 / الخصائص السكنية و السكانية في الأحياء المخططة
- 2- 3 / الوضعية البيئية و الصحية في مجال الأحياء المخططة

3- الأحياء غير المخططة

- 3- 1 / مفهوم و خصائص الأحياء غير المخططة و أسباب انتشارها
- 3- 2 / الخصائص السكنية و السكانية في الأحياء غير المخططة
- 3- 3 / الوضعية البيئية و الصحية في مجال الأحياء غير المخططة

* تمهيد :

تعتبر المدينة بصفتها نموذج لمجتمع حضري ظاهرة قديمة يرجع تاريخها إلى ما يقرب من 7000 سنة - وهي تعتبر كذلك انعكاسا لتزايد التعقد الاجتماعي، واستجابة لظروف اجتماعية و ثقافية و جغرافية - و قد انعكس هذا على أساسها الوظيفي الذي يختلف باختلاف الزمان و المكان - فوظائف مدينة عام 1950 تختلف عن وظائف مدينة 1960 على الرغم من احتفاظها بالمكان الذي تقوم عليه و بنفس البناءات الداخلية التي تحتوي عليها. كما تنعكس هذه الظروف على طبيعة و خصائص تنظيم المدينة الاجتماعي و الإيكولوجي، بحيث تبدو في النهاية عبارة عن توزيع إيكولوجي للأفراد و الأنشطة و الخدمات، يتحدد فيه الموقع المكاني لكل وحدة، و علاقتها مع غيرها من الوحدات الأخرى⁽¹⁾ ، و يؤدي كل هذا إلى اختلاف المدن بعضها عن بعض و اختلاف الأحياء كذلك عن بعضها البعض.

و في ضوء هذا سنتطرق في هذا الفصل للأحياء المخططة و غير المخططة و الذي يضم استعمالات المجال الحضري و أنواع العمران بالمدينة و كذلك مفهوم وخصائص الأحياء المخططة و غير المخططة و تصنيفها و الخصائص السكنية و السكانية لكليهما و الوضعية البيئية و الصحية في كلا المجالين.

(1) دكتور حسين عبد الحميد أحمد رشوان : مرجع سابق ، ص . ص 61 - 69.

1 - استعمالات المجال الحضري و أشكال المناطق السكنية بالمدينة

1 - 1 / استعمالات المجال الحضري:

نعني باستعمالات الأرض تقسيم الأراضي وفق أغراض متعددة كالأراضي المخصصة للسكن و الخدمات الاجتماعية و المناطق الخضراء و الطرق و الشوارع، و الحدائق و الملاعب و غير ذلك و يفضل دائما أن تكون استعمالات أثناء إعادة تطوير المناطق المختلفة وفق المعايير و الأسس التي تنص عليها إستراتيجية التطوير الحضري⁽¹⁾.

يعتبر استخدام الأرض في مدن البلاد النامية ظاهرة بالغة الطرافة و الأهمية، و يختلف اختلافا كبيرا عن استخدام الأرض في المدن الغربية.

و من المهم - عند الكلام عن استخدام الأرض في المدن و البلدان النامية - أن نفرق بين مختلف أجزاء المدن، و خاصة الأجزاء الرئيسية التي تضم عادة:

1- " المدينة القديمة " أو " الحي القديم "

2- منطقة " أفرنجية " تضم الضواحي، و حي الأعمال المركزي الجديد، و ربما المناطق الصناعية المخططة.

3- مناطق " واضعي اليد " و يطلق عليها في تونس Gourbis أو Bidonville و في بغداد Sarifas و ليبيا Barrakas التي تحتشد بالبدو.

هناك بعض العوامل التي ترتبط مباشرة بالسماوات العامة لاستخدام الأرض في مدن البلاد النامية و من العوامل التي تؤدي إلى ارتفاع الكثافة بشكل بالغ، صغر حجم المواقع، و خاصة في الأحياء القديمة من المدن السريعة النمو، و تعدد أنواع استخدام الأرض، و كبر حجم الوحدات العائلية في البلاد النامية - فالأسرة مثلا - المكونة من ستة أفراد و تشغل موقعا مساحته نصف كيلومتر مربع

(1) أحمد بوزراع : مرجع سابق ، ص 228.

تعيش بكثافة مختلفة اختلافا بعيدا عن الأسرة التي تتكون من ستة أفراد و تعيش على مكان مساحته ثمن، أو عشر، أو جزء من ستة عشر جزءا من الكيلومتر المربع . (1) و مع تضاعف هذه النسبة عدة مرات يؤدي ذلك إلى تلك الكثافات السكانية المذهلة في ارتفاعها في الأحياء القديمة من المدن. كما أن صغر حجم المواقع يؤدي إلى ارتفاع كثافة الاستخدام التجاري مقيسا بعدد المتاجر في كل وحدة من وحدات المدينة. و هناك بعض أنواع استخدام الأرض في مدن البلاد النامية التي ليس لها موقع محدد أو مبنى ثابت. فعدد كبير من ألوان النشاط يتم مباشرة في الشارع أو في الأماكن العامة، على حين تشغل هذه النشاطات في المدينة الغربية مكانا معلوما محددًا. و ينشر بائعو الأرصعة أمامهم مجموعتهم الضئيلة من السلع التي يحصلون عليها في بعض الأحياء على سبيل الأمانة (بضاعة الأمانة هي تلك البضاعة التي يحصل عليها البائع من بائع أكبر و لا يكلف برد ثمنها إلا إذا بيعت) - بحيث يشتريها المارة مباشرة. فهذا نوع من أنواع الاستخدام التجاري للأرض، غير أن هذه المواقع المتحركة للعمليات التجارية لا تقتصر على باعة التجزئة الصغار فقط. و خلاصة القول أن المدن غير الغربية تعاني من قدر من اختلاط أنواع استخدام الأرض أكبر بكثير مما هو موجود في المدن الغربية. و يختلف هذا الاختلاط من مكان إلى مكان داخل المدينة، و لكن الملاحظ أن الأجزاء الحديثة من المدينة تكون أكثر تفاوتًا من حيث استخدام الأرض من الأجزاء القديمة فيها. و من هذا مثلا أنه من الأمور الشائعة تماما في الأجزاء القديمة من المدينة أن تجد ألوان النشاطات السكنية ، و الصناعية ، و التجارية، تنمو جميعا داخل نفس المنطقة، بل حتى داخل نفس المجموعة من البيوت أو داخل البيت الواحد. و كثيرا ما نجد صاحب المتجر يقيم في متجره و هو وضع مريح يخلصه من عناء الرحلة إلى العمل، و من الحاجة إلى موظفين إضافيين يحلون

(1) جبر الدبريز : مرجع سابق ، ص 216.

محلّه في المتجر خلال ساعات الأكل، أو عندما يذهب ليتشاور مع أصحاب المتاجر القريبة. و يبدو من بعض الأحيان أن التصنيف الرشيد الوحيد الموجود لاستخدامات الأرض - و خاصة في الأجزاء القديمة من المدن غير الغربية - عبارة عن تصنيف رأسي حيث تخصص الطبقات الأرضية من المباني للأغراض التجارية، أو المكتبية، أو الصناعية⁽¹⁾ أما الطابق الثاني، و الطبقات التالية، فتخصص للأغراض السكنية في الغالب. و من الواضح أن هذا الترتيب قد يخضع لشيء من التعديل في بعض المجالات، و خاصة الاستخدام التجاري. إذ نجد الطابق الأرضي يخصص للبيع بالتجزئة، على حين تخصص الطبقات التالية للتخزين، و الطبقات العليا للسكن .

كما يرجع الاختلاط الكبير للمتاجر، و الصناعات الصغيرة و الأحياء السكنية في أجزاء كبيرة من المدينة غير الغربية إلى أن النمط السائد في العمليات التجارية - على سبيل المثال - هو نمط التخصص .

و أكثر أنواع استخدام الأرض تميزا عن الاستخدامات الأخرى هو الاستخدام السكني، و خاصة في المناطق الجديدة للفئات ذات الدخل العالية التي تقع عادة على حدود المدينة أو بالقرب منها. و من المشكلات البارزة المتعلقة باستخدام الأرض في مدن البلاد النامية مشكلة توفير المكان اللازم لإقامة مساكن مؤقتة للمهاجرين الجدد، و لسكان المدينة نفسها المتضخمين باستمرار.

نجد في كل مكان تقريبا أن الأنواع المختلفة من استخدام الأرض ترتبط بقيم متباينة للأرض، مما قد يرتبط بأنماط العمليات التي تؤثر في الملكية، و لكن قد يعكس كذلك عوامل ملكية الأرض⁽²⁾.

هناك تنوع كبير في استخدام الأرض في المناطق الحضرية، فاستخدام الأرض للأغراض التجارية و استخدامها للأغراض السكنية و للأغراض الصناعية.... الخ .

بعدها تطرقنا لاستعمالات المجال الحضري نتطرق الآن لأشكال المناطق السكنية بالمدينة.

(1) جير الدبريز : مرجع سابق ، ص 219.

(2) نفس المرجع ، ص 220.

إن المدينة ظاهرة حضرية ذات كيان ملموس في جغرافية الأرض، فهي بذلك ظاهرة جغرافية كذلك، و لكنها تختلف عن الظواهر الطبيعية في أنها تحمل طابع الإنسان و حضارته تتجلا فيها خصائص الحضارات البشرية المختلفة في فترات التاريخ المختلفة، فهي مظهر حضارات الأمم و ثقافتها . و الذي يتجول في مدينة من المدن لن يميزها عن غيرها من المدن من حيث حضارتها و ثقافتها فحسب، بل وهو يتجول في شوارعها، أو يرقى إلى قلعتها، أو يهبط إلى مرفئها أو يتوسط أحد ميادينها أو يدخل أحد معابدها و قصورها، إنما هو يتجول في التاريخ، فالسائح الذي يزور القاهرة مثلا و يسير من العتبة الخضراء و يخترق شارع الموسكى حتى الحسين و يعرج و يصعد إلى القلعة، ثم يهبط إلى المدينة مرة أخرى و يسير في شارع 26 يوليو و ينتهي إلى بولاق إنما هو في الحقيقة قد عبر أكثر من ألف عام من تاريخ هذه المدينة العربية، و هو في القاهرة غيره في دمشق غيره في الخرطوم غيره في لندن، فالمدينة الإسلامية تختلف عن المدينة الإفريقية، و هذه تختلف عن الإنجليزية (1).

ذاتية المدينة و تفردتها بمميزات خاصة تحمل طابعها الحضاري و الثقافي لا تتجلى في مبانيها و عماراتها أي في مظهرها الداخلي فحسب، بل يبدو أيضا من مظهرها الخارجي أو ما يسمى بخط الأفق (Sky – line)، و لا يخطئ المسافر و هو مقبل على إحدى مدن العصور الوسطى بقلاعها و بقايا أسوارها، أو إحدى المدن الإسلامية بقبابها و مآذنها أو إحدى المدن الصناعية بمداخنها، أو إحدى المدن الحديثة الأمريكية بناطحات سحبها (2) فالمدينة بعماراتها و ميادينها و أحيائها المختلفة كتاب تاريخ مسطر بالحجارة.

و لهذا فإن العاملين في مجال التخطيط الحضري لهم دراية كافية بجميع المشكلات التي تثار و تظهر أثناء تنفيذ سياسة المحافظة و هذا لما لها من تشعبات عديدة في تعاملها مع أنواع مختلفة من

(1) الدكتور محمد السيد غلاب : البيئة و المجتمع ، مكتبة الأنجلو المصرية ، ط 3 ، القاهرة ، مصر ، 1963 ، ص 45.

(2) نفس المرجع ، ص 406.

الأبنية و التي تعكس في الكثير من الأحيان هوية و شخصية المدينة بل تتعدى إلى مراعاة أمور أخرى أهمها مراعاة القيم الفنية المعمارية حيث أصبح من المتعارف عليه لدى المختصين في مجال دراسة المدن بأن هذه الأخيرة تحتوي على مجموعة كبيرة من الأبنية ذات القيمة الفنية المعمارية، و التي لها مكانة كبيرة في مفهوم سياسة المحافظة على الأبنية، التي تسعى إلى فرض الصيانة و الحماية عليها كالأبنية الأثرية التي هي ذات طابع هندسي مميز اكتسب خاصية فنية و ثقافية و حضارية داخل المحيط الحضري للمدن، و على أنها مجموعة مميزة تبرز مدى رقي و تقدم الشعوب و الأمم .

و منه فإن كل مدينة تتميز بنمط و شكل عمراني خاص بها و يميزها عن غيرها فمثلا في المدن الهندية، يتم فهم المناطق الحضرية عن طريق تحليل مختلف أجزاء المركب الحضري و هي المدينة القديمة (الوطنية) و الحي الفرنجي " Civillines " و مناطق الإسكان الحكومي و المعسكرات و الباسطى و الجيوب القروية، و ما يعرف باسم " الملحقات الغربية" و مناطق النمو الحديث . و هناك ملاحظتان تستوجبان الالتفات تنطوي أولاهما على الفرق بين النمو " المحلية" و المستوددة " ، فنمط النمو المستورد يحمل الطابع الأتجلوأمريكي في تصوره لنوع الشوارع، و الفصل بين المناطق ذات الوظائف المختلفة، و غير ذلك من سمات النمو الحضري المألوفة للغربيين . و هكذا نجد مثلا مدن كلكتا، و بومباي ، و مدارس، تحمل في نموها هذا الطابع . اللهم إلا الأجزاء الشديدة القدم منها، و التي تمثل النواة، فحينما نجد التأثير الأوروبي لم يبلغ درجة عالية من الوضوح ، و لم يكن من القدم بحيث يؤثر في تشكيل المدينة، نجد نمط النمو المحلي أكثر انتشارا بما يتميز به من عدم التحكم في النمو ، و اختلاط أغراض استخدام الأرض، و صغر مساحة بوئر النشاط و تعددها (1)

و الآن يمكن أن نميز بين أشكال و أنماط المساكن فيما يلي :

(1) جير الدبريز : مرجع سابق ، ص 141

1- المسكن الفردي :

هو مسكن تستعمله أسرة واحدة تكون في أغلب الأحيان أسرة نووية ، و قد تكون هذه الأسرة هي من بنت هذه المساكن أو تكون قد قامت بشرائها أو كرائها بهدف الاستعمال الفردي .

أ - مسكن فردي قديم :

و يتمثل في الفلل الفاخرة التي ظهرت في أوروبا و انتقلت إلى الجزائر عن طريق المستعمر حيث شيد في الجزائر كنمط يعبر رغبة الأوروبي للوصول إلى مركزه اجتماعي يتمثل في البرجوازية الصغيرة التي تهدف إلى التباهي و التفاخر سواء بالسكن فيها أو تركها لمواسم الراحة و الاصطياف، و على الرغم من كونها تمطا قديما إلا أنها بنيت بمواد تعتبر حديثة نوعا ما في ذلك العصر كالحديد، و الخرسان و الحطب و الإسمنت، و تتضمن الشرفات و مرآب السيارات و الحدائق (1) ، أما الأنماط السكنية الخاصة بالجزائريين فإنه فلما نجد هذا النمط أو نمط آخر يتميز بالفرديّة نظرا لطبيعة المجتمع الجزائري عامة و الأسرة الجزائرية خاصة التي تميل إلى السكن مجتمعة في إطار عائلي قرابي.... الخ .

ب - مسكن فردي حديث:

بني هذا النمط من المساكن بعد الاستقلال، و فقد هذا النمط خاصيته كونه يشير إلى طبقة اجتماعية معينة، بل أصبح بإمكان الكثير من الفئات الاجتماعية المختلفة التي وجدت فيه متنفسا لأفكارها و رغباتها في إبداء رأيها في تصميم البيت و كيفية توزيع الغرف و وضع النوافذ... الخ. بالإضافة إلى إحساس الامتلاك و حرية التصرف في مشاريع جديدة كإضافة غرف جديدة، إضافة طوابق جديدة لتوسيع البيت.... الخ. لكن هذا المسكن كثيرا ما يتخذ الشكل

(1) د / عبد الحميد دليمي : النمو الحضري و أزمة الإسكان في مدينة قسنطينة ، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع الحضري ، جامعة قسنطينة ، 1991 - 1992 ، ص 217

التقليدي و ذلك ببناؤه على المستوى الأرضي بوضع فناء يتوسط الدار و تشكل الغرف حلقة دائرية أو رباعية تطل على الفناء عن طريق الأبواب و النوافذ و تضاف سلالم تؤدي إلى السطح و مما يمتاز به هذا النوع هو مدة البناء لأن عملية البناء تتطلب إمكانيات مادية و منها مواد البناء،.... الخ لذلك فإن أغلب هذه المساكن في الجزائر لا يبنى دفعة واحدة بل ينر بمراحل كما تلاحظ أن المسكن الفردي لا يأخذ شكلا نهائيا لأنه مسكن يرثه الابن عن الأب مما يدفع كل واحد منهم لإجراء تغييرات و إصلاحات وفقا للتغيرات التي تمر بها العائلة.(1)

2- المسكن الجماعي:

هو مسكن تستعمله أكثر من أسرة سواء كانت تربطها صلات قرابية أو معرفة سابقة أو لا تربطها أية صلات قرابية و قد تنوعت أشكال السكن حسب الفترات التاريخية التي تمر بها:

أ- مسكن جماعي تقليدي:

إن المسكن الجماعي التقليدي هو بناء منجز من طرف الأفراد الذين يرغبون فيه طبقا للحاجات الاجتماعية، و نجد هذا النوع مشاعا في المناطق الريفية، و المدن القديمة، و هو مبني بأبسط الوسائل التقليدية المتوفرة في المنطقة.(2)

و قد عرفه " Cote Marc " على أنه " بناء مفتوح على الداخل و مغلق على الخارج تتوسطه ساحة غير مغطاة و تحيطها غرف تشكل حلقة مربعة، كما أن هذه الغرف مفتوحة على فناء بواسطة الأبواب و النوافذ.(3) فهو من الخارج عبارة عن أسوار عمياء لا تحتوي على نوافذ خارجية تمكن من رؤية ما يجري وراءها حيث تبدو أكواما من البناءات لا حد لها لولا بعض الفواصل التي تحدتها بعض الممرات المغلقة .

(1) رابية نادية : السكن و العائلة بعد زواج الأبناء ، رسالة ماجستير ، ص 55.
(2) مصطفى بوتغنوش: العائلة الجزائرية ، التطور و الخصائص الحديثة ، ديوان المطبوعات الجامعية ، الجزائر ، 1984 ، ص 40

(3) Cote Marc : espace Botipré colonial et devoir de l'habitat en Algérie , séminaire international sur le système urbain , media du 19 à 21 Nov. 1985.

أما من الداخل فهي عبارة عن بناية تتمحور حول ساحة مركزية تدعى وسط الدار أو الفناء أو الحوش. و هو يعتبر كحيز مشترك ينتمي إليه جميع سكان المسكن يقومون فيه بجميع الأعمال المنزلية كالطبخ و التنظيف....الخ، و تفصله عن الشارع تجهيزات مختلفة تدعى ممرات، سقيفة، دهليز حيث يحمي السكان من كل مكروه و تدع للنساء فرصة للاختفاء عند حضور الضيوف من الرجال، فهذه الساحة تتجاوز كونها مجرد فراغ يهدف للحصول على الهواء و الإنارة بل هي أحد الركائز المعمارية و الاجتماعية الأساسية التي تميزها الإقامة في المدينة القديمة.⁽¹⁾

ب- مسكن جماعي حديث:

لقد نشأت فكرة السكن الجماعي بعد الحرب العلمية الأولى للتغلب على أزمة السكن التي عرفتها الدول الأوروبية عموماً نتيجة للخراب الذي حدث في قطاع الإسكان و بعد الحرب العالمية الثانية زادت هذه الدول في إنتاج هذا النمط من الإسكان نتيجة للفوائد الاقتصادية و المردود المرتفع الذي يقدمه بالمقارنة مع السكن الفردي.⁽²⁾

أما في الجزائر فقد ارتبط هذا النمط بالاستيطان الأوروبي للمدينة الجزائرية حيث شيدت مساكن مصنوعة من الإسمنت المسلح مصففة الواحدة تلو الأخرى و هي على شكل طوابق تتخللها أدراج يتراوح علو هذه المساكن ما بين 14 و 30 متراً أو أكثر و هي مقسمة إلى أحياء و وحدات جوار، و وحدات سكنية.⁽³⁾

و هي أيضاً تحتوي على شقق بها قاعة استقبال و غرف للنوم و مختلف التجهيزات و قد غزا هذا الأسلوب كل المستعمرات الفرنسية، حيث شكل هذا النمط أول أشكال البناء الحديثة حيث يتمتع

(1) بلقاسم بن مشيش : تحليل نفسي اجتماعي لحيازة المساحات السكنية خارج المسكن ، 1992 ، ص 13.

(2) عبد الحميد ديلمي : أزمة الإسكان في مدينة قسنطينة ، مرجع سابق ، ص 17.

(3) رابية نادية : مرجع سابق ، ص 58.

بنظام الشقق الذي لم يكن معروفا في مباني المدن الجزائرية القديمة بالإضافة إلى الشبكات التقنية

الحديثة من مياه، كهرباء و صرف صحي.....الخ. (1)

أما بعد الاستقلال فقد سارت الجزائر على نفس المنهاج، بهدف تغطية النقص الفادح في قطاع

السكن حتى كاد يحتل جميع البرامج المخططة للسكن سواء الموجهة للمدن الصغرى أو الكبرى.

و يتمثل الشكل في الجزائر للسكنات الجماعية الحديثة في شقق تتكون على الأقل غرفتين و هناك

ما يصل عدد غرفها إلى 5 أو 6 غرف رغم أن هذه الفئة قليلة حيث أن معظم السكنات التي تنتشر

حاليا تتكون من 3 إلى 4 غرف تكون مستقلة عن بعضها البعض و تتصل ببعضها عن طريق

الرواق، كما تحتوي على مجال مخصص للغرباء، حتى لا يعيق تحركات أهل المسكن اليومية

بالإضافة إلى وجود مطبخ و حمام و مرحاض و شرفة و هذه هي عناصر المسكن الجماعي الحديث

الداخلية، بالإضافة إلى صفة الضيق حيث أنه يضم في المعدل 7 - 10 أفراد، مما يجعل الكثير من

العائلات تفضل المسكن الفردي (الذاتي). (2)

بعدها تطرقنا لأنواع و أشكال المدن و كذلك لشكل و نوع المسكن نقول إن في دراسة المدن لا

بد من التمييز بين المدن المخططة و المدن غير المخططة فالأولى وضعت على أن تكون مدنا معينة،

من طراز معين، تقوم بوظيفة معينة ، أما المدن الأخرى فقد نشأت نشأة تلقائية و نمت و قامت

بوظائفها رغم كل شيء، و يميل بعض الكتاب إلى أن يشبه هذه المدن بالجسم العضوي و نموها

بالتنمو العضوي، و لا يقتصر أحد هذه النوعين من المدن على عصر دون آخر، فمن المدن

(1) محمد الهادي لعروق : عملية التحضر في الشرق الجزائري ، الإسكندرية ، مصر ، 1988 ، ص 45.
(2) بلقاسم بن مشيش : تحليل نفسي اجتماعي لحيازة المساحات السكنية خارج المسكن ، رسالة ماجستير 1992 ص 14.

القديمة ما كانت أسسها موضوعة طبقا لتخطيط خاص، و منها ما نشأ حول نواة معينة، ظلت تنمو دون تتبع خطة معينة (1) ، مثلما توجد مدنا مخططة ومدن غير مخططة توجد كذلك أحياء مخططة و أحياء غير مخططة و هذا ما سنتطرق إليه بالتفصيل.

2- الأحياء المخططة:

قبل التطرق إلى مفهوم الحي المخطط لا بد من أن نشير إلى مفهوم الحي أولا فالحي إذن هو جزء من المدينة، أي قسم منها، بمعنى آخر الحي ليس مدينة مصغرة بل هو جزء من النسيج الحضري الإجمالي للمدينة، و يطلق على " الحي " اسم الحارة، و يعد الحي مكان لإقامة و إيواء السكان، و يمكن أن يكون هذا الحي منظما بناءا على مخطط معين، من هنا نتساءل عن ماهية الحي المخطط ؟

1-2 / مفهوم و خصائص الأحياء المخططة و تصنيفها:

بادئ ذي بدء ، لا بد من الإشارة إلى صعوبة إيجاد تعريف محدد و شامل للأحياء المخططة، فالأحياء المخططة هي عبارة عن مجالات حضرية أو ريفية، و لقد توصلت دراسة عن الأحياء المخططة و غير المخططة بقسنطينة إلى أن : " الحي المخطط يتميز بهندسة معمارية تركز على توفير الخدمات العامة الاجتماعية و الثقافية و الاقتصادية، أي أنه يوفر شروط الحي العصري، و كل ما يتطلبه المسكن الملائم و البيئة المتكاملة لكل وحدة من وحدات المجتمع، مع توفير المرافق و المؤسسات العامة كالنقل، و المواصلات، و التموين و غير ذلك.

إنه وسط ملائم توفر فيه معظم الظروف التي تشبع حاجات الإنسان روحيا و ماديا ، كما توجد

مؤسسات تربوية و نوادي للشباب، و سينما و مقاهي، أي أنه يتصف بمفهوم التخطيط فعلا (2)

(1) الدكتور محمد السيد غلاب : البيئة و المجتمع ، مكتبة الأنجلو المصرية ، طبعة 3 ، القاهرة ، مصر ، 1963 ص 414.
(2) علي بوعنافة : الأحياء غير المخططة و انعكاساتها الاجتماعية و النفسية على الشباب ، ديوان المطبوعات الجامعية ، الجزائر ، 87 ص ص 48 - 49.

كأسلوب للحياة و وسيلة للتطور الاجتماعي " .

إذن فهذا التعريف يقدم لنا ماهية و خصائص الحي المخطط و من خلال ملاحظتنا للواقع نجد أن الحي المخطط هو المحيط الذي يتوفر على مراكز الخدمات الأساسية و الضرورية التي توفر الحياة الاجتماعية السليمة لأفراد المجتمع.

ويعرف الدكتور محمد السيد غلاب المدن المخططة على " أنها هي التي وضعت خططها على أن تكون مدنا معينة، من طراز معين، تقوم بوظيفة معينة." (1)

و مما يبيح يمكن أن نقدم التعريف الإجرائي للمدن المخططة كما يلي:

هي عبارة عن مجالات حضرية أو ريفية لها ارتباطا وثيقا مع المخطط الرئيسي للتهيئة و العمران سواء أكان مؤقتا أم نهائيا، له خصوصيات مجالية معينة من حيث ترتيب الطرقات، و المساحات العمومية، و المساحات الخضراء إلى غير ذلك من المجالات الوظيفية غير المبنية، و كذلك المبنية .

الأحياء المخططة يراعى في تخطيطها عدة اعتبارات و منها الاعتبارات الايكولوجية مثل درجة انحدار المصارف و المجاري و البحيرات و البرك و طبيعة التربة فهي التي تحدد الأساس المادي المناسب و أساسيات الأرض و مدى قوتها . بالإضافة إلى مراعاة المعطيات السكانية مثل حجم الأسرة و الكثافة السكانية في الهكتار أو الكيلومتر مربع الواحد .

ثم تقسيم الأراضي وفق أغراض متعددة كالأراضي المخصصة للسكن و الخدمات الاجتماعية و المناطق الخضراء و الطرق و الشوارع ، و الحدائق و الملاعب و غير ذلك وفق المعايير و الأسس المنصوص عليها و المعمول بها . (2)

(1) محمد السيد غلاب : البيئة و المجتمع ، بمكتبة الأنجور المصرية ، القاهرة ، ط 3 ، 1963 ، ص 414.

(2) أحمد بوزراع : التطوير الحضري ، مرجع سابق ، ص 228

و الخدمات الاجتماعية ، هي جميع الأعمال و الإنجازات التي ترمي إلى المساهمة في تحسين معيشة الأفراد ماديا و معنويا في شكل خدمات في مجال الصحة و السكان و الثقافة و التسلية و بصفة عامة في جميع التدابير ذات الطابع الاجتماعي التي تستهدف تسهيل الحياة اليومية للفرد و أسرته، مثل الخدمات الصحية من مستشفيات و عيادات و مستويات و مراكز صحية و مرافق الترويح مثل المسارح و السينما و المكتبات و الحدائق.....الخ و مرافق و خدمات النقل و الأسواق و المحلات العامة و المقاهي و مدارس و مؤسسات تربوية وخدمات البريد و المواصلات.....الخ

إذن الأحياء المخططة توفر شروط الحياة الملائمة و هي أصناف و أنواع فهناك الأحياء الجامعية و تتمثل في سكنات للطلبة الجامعيين و الأحياء العسكرية للعاملين في المجال العسكري، و أحياء خاصة بالعمال، و أحياء خاصة بالموظفين.....الخ .

أما ناحية الشكل فهناك المسكن الفردي و ينقسم هذا الأخير إلى مسكن فردي قديم و مسكن فردي حديث و أيضا المسكن الجماعي و ينقسم بدوره إلى مسكن جماعي قديم أو تقليدي و هناك مسكن جماعي حديث، هذا بصفة عامة نمط و شكل المسكن بالحي المخطط و لقد تطرقنا لشكل المسكن بأكثر تفصيل فيما سبق .

2 - 2 / الخصائص السكنية و السكانية في مناطق الأحياء المخططة:

يرى علماء الاجتماع أن المسكن يعتبر من أهم مقومات حياة الأسرة إذ في ظلّه تؤدي كل وظائفها الاجتماعية و التربوية و الأخلاقية، و السكن الذي لا يتناسب مع عدد أفراد الأسرة و الذي لا تتوفر فيه أدنى شروط الحياة و مستلزماتها يؤثر تأثيرا بالغا في جميع أنماط و سلوكيات الأفراد حيث اهتمت أغلب الدول النامية بمسألة توفير المسكن المناسب و أقامت دراسات و بحوث في هذا المجال و جعلته بعض الدول من أعظم المشاكل خاصة بعد أن داهم هذه البلدان التصنيع. (1)

(1) د / عبد الحميد دليمي : أزمة الإسكان في الجزائر ، دكتوراه دولة في علم الاجتماع الحضري ، معهد علم الاجتماع ، قسنطينة ، 2001 ، ص 9.

فكان على هذه الأخيرة أن توفر للوافدين إلى هذه المناطق مساكن تكون في مستوى طموحات الوفود المهاجرة ، و تعتبر مسألة توفير السكن للعمال من أهم الخدمات التي تستخدم عادة في تثبيت القوة العاملة و رفع مستوى المعيشة و كذلك المستوى الصحي للأسرة .

مما سبق فإن خصائص المسكن في الحي المخطط هو الذي يتوفر على التهوية و وسائل الإقامة اللازمة حيث يساعد الفرد على البقاء في البيت و قضاء وقت فراغه بجانب أسرته، و هذا يؤدي بدوره إلى حماية الأبناء من التشرد و الاحلال الخلقي.

و من الذين لفت انتباههم هذا الموضوع بالبحث و الدراسة روبرت لرو Robert Leroux حيث يوضح في دراسته إيكولوجية الإنسان أن المسكن يستجيب إلى ثلاثة وظائف:

1- يقي الإنسان من العواصف و الأمطار، الثلج، الشمس.

2- يحافظ على الفرد من العدو الخارجي .

3- يحافظ على الأشياء السرية.⁽¹⁾

و نظرا لأهمية السكن في حياة الأفراد جعلت الجزائر تهتم اهتماما بالغاً بهذه الناحية و من ذلك ما جاء في الميثاق " أن توفير السكن المحترم و المريح وفقاً للحد الأدنى لشروط السكن العصري يعتبر عاملاً أساسياً للتحسين المعيشي للجماهير."⁽²⁾ فمثلاً Pierre George يرى أن " السكن ليس وظيفة عضوية و لكن هو عنصر أساسي لارتباط الفرد و العائلة و الوسط الاجتماعي الذي هو وسط ثقافي و حضاري، و الصلة اليومية مع الإطار التاريخي الجمالي و وظيفي معين يصنع نموذج من الإنسانية."⁽³⁾

إن السكن هو الذي يوفر الأمان و يقوي الروابط الاجتماعية و الأسرية، و إذا كان المسكن ملائماً و الظروف حسنة فإن الأسرة في إطار سليم .

(1) عبد الحميد دليمي : أزمة الإسكان في الجزائر ، مرجع سابق ، ص 9.

(2) الميثاق الوطني : جبهة التحرير الوطني 1976 ، ص 275 - 276.

(3) عبد الحميد دليمي : النمو الحضري و أزمة الإسكان بمدينة قسنطينة ، مرجع سابق ، ص 66.

إن الإسكان ليس مجرد ملجأ فقط بل يشمل التجهيزات و الخدمات التي تدعم كل الروابط الاجتماعية و تقويها مثل المراكز الصحية و المستشفيات و مراكز البريد و الأسواق و المحلات و البنوك و المدارس و الجامعات و غيرها من الخدمات المرتبطة بالسكن المخطط له على هذا الأساس حتى توفر للمجتمع و الأفراد حياة جديدة في إطار حي مخطط.

عرفت العائلة تغييرا كبيرا في مكوناتها عندما غيرت مقر سكنها، حيث انفصلت الأسرة النووية تدريجيا عن العائلة خاصة عندما فقدت ملكية الأرض الجماعية و نمط الاقتصاد الجماعي و الاستهلاك الجماعي و انتقلت إلى الاستهلاك الذاتي و استقلت اقتصاديا عن طريق نظام الأجور. على هذا الأساس بدأ يتكون الإنسان الجديد، الحضري غير المنسجم مع الجماعة سلوكاته ارتبطت بمنطق المراتب الاجتماعية و الطبقات الاجتماعية⁽¹⁾.

لقد سكنت الأسرة العمارة في الحضر ليس كنتيجة لتطور تاريخي و إنما كنتيجة لآثار تطور تاريخي، لأن العمارة بشكلها الحالي في الجزائر من صنع أوروبي تتميز بعدة طوابق، بنيت في الأساس لأسرة تختلف، في ثقافتها و تقاليدها عن العائلة الجزائرية و لهذا السبب كانت في الأول مرفوضة كونها لم تقدم الوظائف الأساسية التي كانت موجودة بالمسكن الريفي، نجد في الكثير من العمارات عائلات و أسر من أصول جغرافية و عرقية مختلفة و البعض الآخر منها مشغول بسكان من نفس اللقب أو من نفس الأصل الجغرافي⁽²⁾.

إن للمسكن تأثير مباشر في حياة الفرد من كافة الجوانب فيمكنه أن يؤثر في صحته و في قدرته على السعي و الكسب، و يؤثر كذلك في علاقته الاجتماعية و إمكانياته المالية و المادية و كذلك في معنوياته إلى كونه يؤثر في المجتمع الذي يعيش فيه. و عليه نجد مشكلة السكن اليوم قائمة على الإصلاح في جميع الدول المتقدمة و النامية.

(1) د / عبد الحميد دليمي : أزمة الإسكان في الجزائر ، مرجع سابق ، ص 9

(2) عبد الحميد دليمي : رسالة ماجستير ، ص 67

إن قضية الإسكان أصبحت واحدة من القضايا المحورية التي تشغل عالم الاجتماع و المخطط الحضري و مسؤول التنفيذ على حد سواء ذلك أن الهدف من توفير الإسكان لا ينحصر في مجرد إقامة أو تشييد مباني صماء في المدن لكن ارتباط هذه القضية بالحاجات الاجتماعية التي ينبغي أن يشبعها المجتمع جعلها تأتي في مقدمة الجوانب التي يجب أن يبذل فيها الجهد و تصميم الخطط و أبعد من ذلك فإنه في بعض الحالات ينظر لإشباع هذا الجانب على أنه أحد المحكات التي يتم في ضونها تقييم كفاءة الحكومات المختلفة على المستوى القومي و المحلي . (1) فالمسكن له دورا اجتماعيا أساسيا في الحياة الحضرية خاصة أنه إطار للعلاقات الأسرية و مجال للتنشئة الاجتماعية كما أنه وحدة أساسية في إطار مجتمع الجيرة و من هنا فالمسكن الملائم عنصر جذب أفراد الأسرة و جماعات الجوار بينما سوء حالته و عدم احتوائه على وسائل الصحة و مقومات الحياة، بعده عن مراكز العمل وغيرها يدفع بأفراده لإشباع حاجاتهم بعيدا عنه مما يؤثر ذلك على نفسية السكان و على حالتهم الاجتماعية و الاقتصادية .

السكن الصحي أو السكن في الحي المخطط هو الذي يشتمل على التهوية و الإضاءة و التدفئة و الحماية من الضوضاء و توفر مساحات خضراء للعب الأطفال و أن يتوفر في المسكن المياه الصالحة للشرب و القضاء على كل ما يمد بصلة بالأمراض كأماكن الأوساخ و القاذورات و أن يتوفر فيه إجراءات للوقاية من الكهرباء و الغز مع قوة و صلابة جدران السكن حتى يمكن الوقاية من الحوادث و أن يكون المسكن موفر للحاجات النفسية من حيث مستلزمات النظافة و الراحة لأفراد الأسرة و الجو المناسب و بتوفير هذه الشروط للمسكن يمكنه من تادية وظيفته و تحقيق هدفه و ذلك بدفع مستوى معيشة الأفراد و المستوى الصحي لعائلاتهم.

(1) عبد الهادي محمد والي : التخطيط الحضري : تحليل ناري و ملاحظات واقعية ، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية ، 1983 ، ص 66.

إن السكن هو تلك المساحة المحددة لإقامة الفرد و يجب التركيز على التجهيزات الاجتماعية لأنها تعتبر من أهم العوامل التي تساعد على تثبيت العنصر البشري في أي مجتمع أو تجمع عمراني و تعطي صورة واضحة عن مدى تحضر المدن لأنها أيضا كلما توفرت للسكان كلما كانت سبل الحياة و الإبداع أفضل لدى المجتمع.(1) فالجزائر مثلا لم يكن اختيارها للنماذج السكنية الأوروبية عفويا و مباشرة منذ بداية الاستقلال و اتخذته الدولة كنموذج لحل أزمة السكن و تم تعميقه في الخطط الإنمائية قصد توفير السكن لفئات واسعة من الأفراد و العائلات، بانتهاج البناء العمودي و صناعة مواد البناء، و قد اختير هذا النموذج من السكن (البناء العمودي) كنموذج مثالي لأنه يستجيب لظروف اقتصادية و اجتماعية آنية. و يعتبر من طرف الكثير من العلماء و الاجتماعيين العمرانيين انه: " حل معماري مرن أمام تعقد الحياة و تعاقب الأجيال، لأنه يقدم بنايات سكنية باقية لأطول مدة ممكنة . (2) و هو الأمر الذي تسعى الدولة لتحقيقه .

يمتاز إنجاز أي حي سكني جماعي بإنشاء إطار لمستقبل حياة السكان يرتبط بنجاح أو فشل هذه التجمعات السكنية في مهمتها بطريقة أو كيفية استعمالها اليومي من قبل الأفراد و العائلات. لا يحدد المعماري نمط الحياة و لا الأبعاد الاجتماعية الثقافية، أو النفسية التابعة لها التي تنظم هذا الاستعمال، بل يحرص المعماري على تحديد الكثافة النظرية و عدد الطوابق على جانب عدد الغرف و اتجاه الشرفات و امتداد المساحات حيث يمكن أن نجد في عمارة ما أن كل شققها تتكون من أربعة أو ثلاثة أو غرفتين بالإضافة إلى المطبخ و الحمام و الشرفات و رواق يربط بين أجزاء المسكن.(3)

و استغلال المجال داخل أي سكن يعود إلى حجم و نوع الأسرة التي تقطنه. لكن في أنواع السكن المهيأة من طرف الدولة مثل السكن الجماعي فإن تقسيمها و تحديد وظائفها و استعمالاتها تحدد في أولى مراحل إنجاز السكن و هي مرحلة التصميم حيث تكون غرفة الاستقبال واسعة مقارنة بغرف

(1) عبد الهادي محمد والي ، مرجع سابق ، ص 67.

(2) إروبير أوزيل : فن تخطيط المدن ترجمة بهيج شعبان ، الشركة الوطنية للنشر و التوزيع ، الجزائر ، 1973 ، ص 52.

(3) صادق مزهود : أزمة السكن في ضوء المجال الحضاري ، مدينة قسنطينة ، دار النور هادف الرواشد ، الجزائر ، 1995 ، ص 61.

النوم ، و المطبخ يهياً حسب استعماله و الحمام أيضاً. أما الشرفات فهي فضاء يستقبل من خلاله المسكن الإضاءة و التهوية و أشعة الشمس.

إن المدينة تتكون من نسيج متباين و معقد من الأنشطة و الفعاليات، سواء كانت اقتصادية، كالتجارة و الصناعة و الخدمات، أو ثقافية كالمدارس و الجامعات أو إدارية كالوزارات و الدوائر و البلديات، و غيرها . و في السنوات الأخيرة شهدت مدننا و مازالت تشهد نمواً و توسعاً سريعاً، كباقي مدن العالم، مما أدى على ظهور مشاكل عدم منها: و من بينها و خصوصاً، البنايات العشوائية أو الفوضوية، و التي تشكل أحياء فوضوية تعرف بالأحياء غير المخططة.

وقد يرجع السبب الأول و الرئيسي إلى ظهور هذا النوع من الأحياء بالمدينة إلى سوء التخطيط الذي تعرفه البلاد. و أصبح بحاجة لوجود أحياء مخططة أو عمران مخطط.

و الإسكان شيء أساسي في العمران و لا بد من مراعاة العوامل المؤثرة في هذا المجال كالزيادة السكانية و حجم الطلب، و مراعاة نتائج الهجرة و التوسع .

من أجل تخطيط المحيط هناك العديد من الطرق و ذلك بإمكانية تقسيم المحيط إلى مساحات مبنية يمكن تعديلها كتغيير جزء من المباني و إنشاء أخرى محلها ، و مساحات غير صالحة (المباني القصدية) و مساحات غير معمرة (تخطيطها قبل البناء فيها) و الهدف من كل هذا هو إيجاد عمران متوازن و البحث على الأساليب للمحافظة على هذا التوازن و ذلك من أجل تحسين الوظائف المختلفة للمدينة و إيجاد التوازن الإيكولوجي للمجتمع .

هناك العديد من الأسباب التي كانت وراء ظهور الأحياء المخططة لعل أهمها تتمثل في: (1)

(1) السيد الحسيني : الإسكان و التنمية الحضرية ، دراسة في الأحياء الفقيرة ي مدينة القاهرة ، دار غريب للطباعة ، مصر ، بدون تاريخ ، ص 56.

* انتشار ظاهرة انهيار المساكن القديمة و كذلك المساكن المبنية بطريقة فوضوية و مغشوشة و هذا ما أكده السيد الحسيني في دراسته للأحياء الفقيرة في مدينة القاهرة .

* انتشار الأحياء الفوضوية و غير المخططة و القصديرية التي لا تتمتع بنصيب معقول من الخدمات الإدارية الضرورية لاستمرار وجودها كما أنها تنخفض فيها مستويات الدخل و الحيات الاقتصادية، مما يجعل الأفراد عاجزون على العيش فيها بحكم ظروفها و مستواها الاقتصادي فأدى إلى الحاجة إلى أحياء مخططة متوفرة بها كل الخدمات الضرورية و تتميز بمستوى من التنظيم و ظروف العيش الملائمة للأفراد .

* الزيادة الطبيعية للسكان و التي يقابلها نمو التجمعات غير المخططة.

* نتيجة لتركز المصانع من المدن " عامل الصناعة " أصبحت المدينة مركز جذب لليد العاملة، فأصبحت الحاجة ملحة لوجود أحياء مخططة خاصة بالعمال و قريبة من المصانع حتى يتم توفير الجو الملائم للعمل و تحسين الإنتاج .

* إن الهجرة هي السبب الرئيسي في ظهور الحاجة للأحياء المخططة لأن الهجرة تؤدي لظهور الأحياء القصديرية و الدولة تحاول القضاء على مثل هذه الأحياء غير الملائمة للعيش و المشوهة للمدينة.

* الأحياء المخططة هي خاصة و ميزة تتسم بها المدينة، و الأحياء المخططة هي مؤشر لدرجة التحضر في المدينة.

* الحاجة إلى تطوير كل قسم من أقسام المدينة وفق مستوى معقول من نواحي الحجم و الإضاءة و الأماكن الخضراء في المناطق السكنية و أماكن وقوف وسائل النقل في المناطق التجارية، وأن تكون البيوت قوية البناء و صحية و مريحة بالنسبة للمناطق السكنية المختلفة لكي تنسجم (1)

(1) السيد الحسيني : مرجع سابق ، ص 56

و الحاجات المتعددة لكل أنواع و أحجام العائلات و تعيين أماكن اللهو و المدارس و غيرها من الخدمات التي يحتاجها المجتمع الحضري و الذي يتميز بكبر حجمه و موقعه و نوعيته. و توفر المياه و قنوات الصرف و المنافع الأخرى و الخدمات العامة التي يجب أن تؤدي بشكل فعال و اقتصادي و كل الخدمات الاجتماعية للمجتمع الحضري .

الأحياء المخططة تخلق لنا بيئة حضرية صحية و تقدم للأفراد خدمات مريحة و بسرعة و كفاءة عالية و لعل أول ما يتوجب تدخلا حكوميا هو القضاء على المناطق ذات السكن الرديء و غير المخطط و تحويلها إلى مناطق سكنية مقبولة و منظمة من قبل الحكومة لكي تجعل من المناطق المتخلفة و غير المخططة مناطق حضرية بالفعل و ليست مجرد فنادق سكنية.

2- 3 / الوضعية البيئية و الصحية في مجال الأحياء المخططة:

إن نوع السكن و الوظائف التي يقدمها هي صورة تعكس تفاعل الإنسان مع بيئته، و تفسير حاجات الإنسان الخاصة بالحياة .

للواقع البشري أثر كبير في تحديد التطلعات في ظهور حاجات جديدة و تغيير علم القيم، لأن متطلبات السكن تشتت تجهيزات تتماشى مع شروط الحياة العصرية قصد توفير الراحة للسكان و يذهب الدكتور تشارلز إيرمز في كتابه " المدينة و مشاكل الإسكان " إلى أن الإسكان لا يعني المنزل فقط بل أنه جزء من إطار المنافع العامة و النقل و المدارس و الترفيه و التمويل و الإنتاج و التدريب و جميع ضروريات الحياة الأخرى.⁽¹⁾ إن الإسكان يتعلق بالمسكن و المحيط الموجود فيه و الذي يتوفر على المراكز الخدمية الأساسية الضرورية التي توفر الحياة الاجتماعية السليمة لأفراد المجتمع .

(1) محمد السويدي : علم الاجتماع السياسي و ميدانه و قضاياها ، ديوان المطبوعات الجامعية ، بن عكنون ، الجزائر ، 1985 ، ص 17

إن البيئة المحيطة بالفرد تؤثر على نفسيته أي أن المحيط و البيئة تنعكس بالإيجاب على الحالة النفسية للأفراد .

و الأحياء المخططة لها خصوصيات مجالية معينة من حيث ترتيب الطرقات و المساحات العمومية، و المساحات الخضراء إلى غير ذلك من المجالات الوظيفية المبنية و غير المبنية .

إن الوضعية البيئية في الأحياء المخططة لا بد أن تكون على درجة كبيرة من العناية و الاهتمام ، لأنها تعد خاصية مميزة لهذه الأحياء . فتوفر عامل النظافة في الأحياء المخططة يجعلها مميزة عن غيرها من الأحياء حيث توفر أماكن لرمي النفايات و وجود قنوات الصرف الصحي و هذا كله لخلق جو صحي . و من إجراءات إعداد المخطط التوجيهي مراعاة الجانب البيئي حيث يتم دراسة الناحية الجيولوجية للمنطقة و التي تشكل شرط أساسي في إعداد المخطط و كذلك دراسة نوعية التربة و السطح (الانحدار) و مصادر المياه و مجرى السيول و دراسة المناخ و دراسة التلوث و مصادره التي يصنعها المخطط للتخلص من هذا التلوث. هكذا يتضح لنا أن الحي المخطط يتميز ببيئة صحية ملائمة للسكن. و هي منطقة سكنية منظمة من قبل الحكومة لكي تجعل من المناطق المتخلفة مناطق حضرية بالفعل و ليست مجرد فنادق سكنية و مواكبة لهذه المسؤولية فقد برزت فكرة إحاطة المدن بالحدائق لأنها بالفعل توفر وسطا سكنيا مريحا للإنسان و تحاول القضاء على المناطق الفقيرة و المتخلفة و الحفاظ على الوسط الحضري طبيعيا و اجتماعيا.(1)

3- الأحياء غير المخططة:

بعدها تطرقنا إلى الأحياء المخططة و أهم خصائصها السكنية و السكانية و تصنيفاتها و الوضعية البيئية و الصحية بها نتطرق الآن للأحياء غير المخططة و نقصد بها الأحياء الفوضوية أو القصديرية ، العشوائية ، و المتخلفة ... الخ .

(1) أحمد بونراع : مرجع سابق ، ص 13

3-1 / مفهوم و خصائص الأحياء غير المخططة و تصنيفها و أسباب انتشارها:

أ- تعريفها:

ليس هناك اتفاق على تعريف العمران غير المخطط أو الأحياء المتخلفة لأن هناك صعوبة في إيجاد تعريفا شاملا للأحياء المخططة كذلك الشأن في الأحياء غير المخططة إذ من الصعوبة بمكان إيجاد تعريف محدد للحي غير المخطط.

من هذا المنطلق يصف السيد الحسيني سكان هذه المناطق بالهامشية الحضرية، فهم جغرافيا يعيشون على أطراف المدينة و هم وظيفيا محرومون من الخدمات الحضرية، و اجتماعيا و نفسيا و اقتصاديا بعيدون عن الحياة الحضرية بوجه عام .

و قد برزت عدة مصطلحات للأحياء غير المخططة، فمثلا من التعريف السابق نجد أن السيد الحسيني يطلق على الأحياء غير المخططة مصطلح: المناطق العشوائية، أيضا هناك مصطلحات أخرى مثل: المنطقة المتخلفة أو المنطقة المتدهورة، و القصديرية، أو مناطق الأكواخ أو الخرائب أو منطقة الباسطي، أو المنطقة الفقيرة . (1)

و الحقيقة أن هذه المصطلحات متعددة غير أنها تصب جميعها حول مفهوم واحد و شامل ألا و هو الأحياء غير المخططة. و الآن سنعرض جملة من التعاريف الواردة حول هذا الموضوع:

يعرفها مثلا (هاري فاي)، " Harrey "، بأنها: " عبارة عن منطقة سكنية مزدحمة بالسكان

الذين قدموا من مناطق متخلفة من الريف و يأتي هذا العمران في الأخير بعد تكونه أشبه ما

يكون بالحزام المحيط بوسط المدن الكبرى و هو حزام متأخر في إسكانه و سكانه يعزل فيه فريق

من السكان . أما عبد المنعم نور فيعرف الأحياء المتخلفة أو العمران غير المخطط فيقول:

(1) تشالز إيرمز : المدينة و مشاكل الإسكان ، ترجمة لجنة من الأساتذة الجامعيين : بيروت ، دار الآفاق الجديدة ، د، ت، ص 07

" إذا أردنا أن نتعرف على مشكلة الأحياء المتخلفة أو العيش فيجدر بنا أن نبدأ بوصفها فهي

مجموعة من المساكن في المدينة يلاحظ عليها الازدحام و التأخر و سوء الأحوال الصحية . " (1)

أما " هيربرت جانز " (J . HERBERT) فيميز بين نوعين من المناطق الحضرية المتخلفة النوع الأول يسمى منطقة الدخول و يجد المهاجرون من الريف في هذه المنطقة مكانا للاستقرار في المراحل الأولى من هجرتهم إلى المدينة، و يحاول هؤلاء المهاجرون من أن تتكيف طريقتهم في المعيشة و سكان هذه المناطق حيث أنهم يحاولون التكيف مع نمط الحياة الحضرية الجديدة. أما النوع الثاني الذي يحدده هو المنطقة التي يعيش فيها هؤلاء المهاجرون الذين فشلوا في التكيف مع ثقافة المدينة. (2) إذن فمن خلال هذا التعريف اعتبر مدخل المدن أو أطراف المدن الكبرى المكان المستقبل للنازحين من الأرياف و خصوصا غير القادرين على التكيف مع الحياة الحضرية و يطلق

(جانز) على مثل هذه الأحياء اصطلاح (القرية الحضرية) في حين يرى (تشارلس ستوكس)

تقسيم آخر للمناطق الحضرية المتخلفة و يشمل هو الآخر نوعين فالأولى مناطق متخلفة تأمل الاندماج مع الحياة الحضرية داخل المراكز الكبرى و يشاركونه نمط حياته، و النوع الثاني تعرف " باسم مناطق يسود سكانه القنوط . " لما أصابها من خيبة الأمل في تغيير هذه المنطقة التي تعتبر بالنسبة لهم نهاية المطاف. أما حسن النكلاوي فيعرفها في كتابه دراسة في علم الاجتماع الحضري: " أنها عبارة عن مناطق سكنية مزدحمة بالسكان و الذين أتوا من مناطق مختلفة من الريف و يعزل

فيه خليطه من السكان الذين يتصفون بأنهم من المستويات الاقتصادية المنخفضة. " (3)

يتضح إذن من خلال هذه المفاهيم أن المناطق المتخلفة هي تلك المناطق المستقبلية للمهاجرين

الأرياف و الذين يشغلون المجال المدني بطريقة عشوائية ، و يعيشون داخل مجموعات من الأكوخ

(1) علي بوعنقة : العمران غير المخطط ، رسالة ماجستير ، في علم الاجتماع ، قسنطينة ، ص 44 - 45.

(2) محمد حسن غامري : ثقافة الفقراء " دراسة في أنثروبولوجية التنمية الحضرية " ، المركز العربي للنشر و التوزيع ، الإسكندرية ، 1980 ، ص 110.

(3) نفس المرجع ، ص 111.

و إن هذه المشكلة تتزايد شدتها في البلدان النامية لأنها تعاني من النقص في الأراضي سواء للمهاجرين أو لسكان المدن أنفسهم الذين يشهدون زيادة في الكثافة السكانية مما يؤدي إلى تركيز السكان المهاجرين من الريف في أحياء تعرف باسم (الأطراف الغضة) و ذلك لأنها تفتقر إلى المرافق الحضرية الضرورية . (1) و تنتشر مثل هذه المناطق في الكثير من البلدان بمصطلحات مختلفة ففي الولايات المتحدة مثلا تعرف باسم (مدن و أكواخ) و هي تكون أفضل بكثير من مثيلاتها في الدول النامية و أما في الهند فتعرف هذه الأحياء باسم (الباسطي) و هي عبارة عن مساكن و أكواخ صغيرة و مؤقتة و متداعية و هي عادة ما تكون بدون ترخيص إداري .

هناك تعرف مادي يعمل على وصف الحالة الايكولوجية أو المرفولوجية للحي إلى جانب المواد التي بنيت بها المساكن ، و منها نذكر : " أن الأحياء غير المخططة عبارة عن أكواخ من صفيح يقيمها المعدمون في الضواحي ، أي ضواحي المدن " (2) .

و منهم من يرى " أنها مجموعة المساكن التي بنيت بالقصدير في الأماكن التي تنعدم فيها التجهيزات الاجتماعية .

الملاحظ من التعريف السابق أنه يصف الحالة المادية للأحياء، و بالتالي فقد أهمل الجانب الاجتماعي، و لذلك فهذا التعريف و غيره من التعريفات الأخرى الواردة في كتب علم الاجتماع و غيرها تبقى قاصرة و سطحية .

أما التعريف الاجتماعي " يشمل الجوانب النفسية، و الصحية و الأوضاع الاقتصادية و الاجتماعية لسكان الأحياء غير المخططة إلى جانب انعكاساته الثقافية و الخلقية"

يرى البعض أن الأحياء غير المخططة هي إحدى صور التوسع، و النمو العمراني غير المدروسة

(1) محمد حسن غامري : مرجع سابق ، ص113
(2) سهيل إدريس و جبور عبد النور : المنهل " قاموس فرنسي عربي " ، بيروت ، دار الآداب طبعة 6 ، 1980 ، ص115

مسبقا و التي تمت بدون خطة مدروسة علميا من ناحية احترام قوانين و نظريات التخطيط⁽¹⁾ .
و يمكن النظر إلى الحي غير المخطط بأنه مساحة تتميز بالمنازل لمتداعية التي يتكدس فيها
شاغلوها و يعيش فيها ضحايا الفقر الذين يحيون طريقة حياة و يسلكون وفقا لمستويات تخالف تلك
نجدها عند أصحاب المستويات الاقتصادية المرتفعة .⁽²⁾

و من الملاحظ أن مثل هذه الأحياء منتشرة في بلادنا " الجزائر " . فيقول تشارلز ابرمز في هذا
" أن في مدينة الجزائر لا تبعد المدن المبنية من التتك (و يقصد بالتتك صفائح من حديد رقيقة تطلو
بالقصدير) عن قلب العاصمة أكثر من 5 دقائق و ذلك من جميع نواحيها ، و قد بنيت هذه الأكوخ
بشكل متراص بحيث لم يكن هناك مكان إلا للممرات ضيقة ، و هي مصنوعة من البراميل القديمة، و
الفضلات المعدنية، و أخشاب الصناديق المستعملة ."⁽³⁾

مما سبق، و مما عرضناه من تعاريف للأحياء غير المخططة نستطيع أن نقدم التعريف الإجرائي :
" الأحياء غير المخططة هي تلك الأحياء التي لم تمسها يد المخطط إطلاقا أو أسوء تخطيطها، و
لا يشترط فيها أن تكون قديمة، إذ يمكن تواجدها في أحياء حديثة العمران إلا أنها سيئة التخطيط ."
بمعنى أن هذا النوع من الأحياء يفتقر إلى المرافق و الخدمات الاجتماعية الضرورية أي
التجهيزات الضرورية للحياة الحضرية . من هذا المنطلق نستطيع أن نعتبرها أحياء للإيواء فقط .
هذه الأحياء التي يمتاز سكانها بتدني مستواهم الثقافي و الأخلاقي ، و يعانون من ضعف مدخلهم
الاقتصادي، و قلة المرافق الاجتماعية، و تعتبر هذه البيئات أكثر عرضة للجرائم الفتاكة و الأمراض
الكثيرة .

و لكن إذا طرحنا سؤالاً ما هو هدف هذا النمو العشوائي ؟ فالإجابة ستكون كالآتي : نجد أن الهدف

(1) كمال رياض : المناطق العشوائية و خطط التنمية العمرانية اللازمة لتطويرها عمرانيا ، المؤتمر الدولي المعماري الثاني في صعيد مصر ،
من 05-07 ديسمبر 1995 ، جامعة أسبوط ، ص 233
(2) حسين عبد الحميد رشوان : مرجع سابق ، ص 57
(3) تشارلز ابرمز : مرجع سابق ، ص 22

يتجلى في الرد على متطلبات هذه الطبقة من ذوي الدخل المحدود، التي تعتمد في خدماتها على مناطق المدنية المتلاحمة معها خاصة في الأنشطة التعليمية و الصحية و الأمنية... الخ، و لذلك يعتبر هذا النمو غير المخطط عالية على مناطق المدينة .⁽¹⁾

كما قد يؤدي النمو غير المخطط إلى تدهور هذه المناطق و انخفاض مستوى الخدمات بها نظرا لزيادة عدد المستخدمين لهذه الخدمات عن العدد الذي تم على أساسه التخطيط و من هنا نستنتج أن للأحياء غير المخططة خصائص و سمات تميزها عن المخططة فما هي هذه الخصائص ؟

ب- خصائصها :

بالرغم من اختلاف أنماط المناطق الحضرية المتخلفة عن بعضها البعض، إلا أن هناك بعض الظواهر الاجتماعية و المادية المشتركة ، منها أن المنطقة الحضرية المتخلفة أو غير المخططة تتميز برداءة نوعية المساكن ، و عدم توفر الخدمات الاجتماعية و المرافق العامة، و شدة الازدحام ، و تراكم القمامة في أزقتها ، و شوارعها ضيقة، و طرقها غير المعبدة إلا أنها تعتبر من الناحية الاجتماعية نمط حياة ذا معايير و قيم معينة، تتجلى في تدهور الأحوال الصحية و التعليمية ، و انتشار الجريمة، و جنوح الأحداث، و قلة الاهتمام بالأمر الخاصة و العامة لسكانها ، و بذلك يعتبرون أنفسهم أدنى مرتبة في المنزل الاجتماعية ، و أقل رغبة في الاتصال بالعالم الخارجي .⁽²⁾

ومن أبرز الخصائص المشتركة للأحياء غير المخططة ما يلي :

1- الأحوال السكنية في الأحياء غير المخططة :

اهتم الباحثون اهتماما متزايدا بالأحوال السكنية في الأحياء غير المخططة بالمقارنة مع بقية بعض الخصائص الأخرى، على أنها تشكل أهم الأجزاء السكنية في المدن و التي تتميز بازدهام السكان ، و ذا طابع عمراني قديم و مهمل، لم يمسه الترميم و لا الصيانة ، كما ترجع أغلب

(1) كمال رياض : مرجع سابق ، ص 233

(2) الدكتور أحمد بوزراع : مرجع سابق ، ص 26

النواقص إلى طبيعة السكن نفسه ، و ذلك لرداعته و عدم توفر الإنارة و التهوية، و المعاناة الشديدة في نقص الخدمات الصحية و التعليمية ، و المرافق العامة الأخرى . أما الغرف التي تتألف منها المساكن فهي قديمة و بالية . أما تصميم هذه المساكن فيوحي بالفقر و البؤس الاجتماعي ، و لا تكاد تخلو منطقة حرية في العالم من هذا النوع من المساكن حتى في الدول الأوروبية المتقدمة . (1)

2- الازدحام السكاني :

إن الأحياء غير المخططة أو المناطق الحضرية المتخلفة أماكن مزدحمة بالأبنية، أو بالأبنية المكتظة بالسكان ، أو كلتا الظاهرتين معا، و إن الكثافة السكانية لا تؤدي بالضرورة إلى نتائج اجتماعية خطيرة، و إنما الذي يؤدي إلى تلك النتائج بصورة حساسة هو شدة الازدحام داخل الغرفة الواحدة و ضمن البيت الواحد. و قد أكد " وايت " على أهمية الازدحام كمعيار لقياس ظروف الحياة في المناطق الحضرية المتخلفة، و يرى أنها تتصف بخاصية تميزها عن بقية الأحياء الأخرى. و هي شدة ازدحام الناس فيها، و على أنها من الأماكن المتخلفة سكنيا . (2)

ولعل من أبرز الخصائص المميزة التي لها علاقة بشدة الازدحام، خاصة في المناطق الحضرية المتخلفة القديمة المتداعية، و التي تسكنها الطبقة الفقيرة، ذات الكثافة الكبرى للسكان و يرجع سبب ذلك إلى الحاجة الماسة إلى بيوت رخيصة كما يؤدي إلى وجود تكديس سكاني في بنايات متجاورة و متزاحمة لا تصلح للمأوى .

3- كثرة تغيير محل السكن:

إن أغلبية سكان الأحياء غير المخططة أو المتخلفة يعيشون في حرية دائمة و مستمرة في التنقل من محل سكنهم إلى مناطق و أحياء أخرى، و ذلك أكثر من الذين يقيمون في مناطق

(1) د / أحمد بوذراغ : مرجع سابق ، ص 26
(2) نفس المرجع : ص 28 - 29.

حضرية متطورة .

و قد تكون هذه الحركة و التنقل داخليا أيضا ضمن المنطقة الحضرية المتخلفة أو من منطقة متخلفة إلى أخرى، أو من منطقة متخلفة إلى مناطق خالية . (1)

كما أن حركة السكان و تغيير السكن يختلف من منطقة إلى أخرى و يتوقف على خلفيتهم الاجتماعية، و أن هذه الحركة تتأثر بعوامل و روابط عديدة منها: العامل الديني و الأسري و الثقافي و الاجتماعي و الاقتصادي، التي تعمل على الثبات و الاستقرار في محل السكن أكثر منه على التنقل، باعتبار أن محل السكن مشغول من طرف الأسر لا من طرف الأفراد، علما بأن أغلبية سكان هذه الأحياء غير المخططة هم من الفقراء و الباحثين عن وسائل بسيطة للعيش تدعوهم بطبيعة الحال إلى التنقل . و قد تكون هناك ظروف معينة تتعلق بحياة سكان هذه الأحياء غير المخططة مثل عدم توفر فرص العمل و انتشار البطالة و غيرها.

4- نقص الخدمات الاجتماعية و المرافق العامة:

تتميز الأحياء غير المخططة بالنقص المستديم في الخدمات الاجتماعية و التسهيلات الضرورية، التي تقدمها المؤسسات الاجتماعية و الإدارية و التعليمية و الصحية و الترفيهية و حتى الدينية و التي تكون عادة غير كافية. كما أنها تعاني من نقص في الأبنية الأساسية التي تتمثل في الشوارع و الأزقة و الممرات و الأرصفة بدون صيانة ، و كذلك شبكة مياه الشرب و شبكات الصرف الصحي و شبكة الكهرباء و الغاز و غيرها. و إن هذه الخدمات غالبا ما تهمل في المناطق الحضرية المتخلفة في الدول المتقدمة، أما في دول العالم الثالث فإن قلتها أو عدم توفرها صفة من الصفات الدائمة في كافة المناطق الحضرية المتخلفة . (2)

(1) د / أحمد بوذراع : مرجع سابق ، ص . ص 28 - 29.

(2) نفس المرجع ، ص . ص 28 - 29.

5 - تدهور الصحة العامة و تفشي الأمراض:

تتصف الأحياء غير المخططة بصورة عامة بمستوى صحي منخفض جدا، و هذا نتيجة لانعدام الوقاية الصحية حتى أصبحت تلك الأحياء أماكن خصبة لانتشار الأمراض و ارتفاع معدل الوفيات، و هذا لقفارة الأحياء غير المخططة بسبب قلة الوسائل الفعالة للتخلص من الأوساخ و القمامة في تلك الأحياء المزدحمة، و سكانها يتعرضون بصورة مباشرة إلى خطر انتقال المرض إليهم عن طريق الجراثيم، بسبب تلوث البيئة المحيطة بهم .

كما تبين دراسة قام بها كل من " فارس " و " دنهام " في مدينة شيكاغو أن أسباب ارتفاع الوفيات في المناطق المتخلفة ترجع إلى الإقامة في المساكن الرديئة المظلمة و إلى سوء التغذية و فساد المناخ الطبيعي، و تعاطي المشروبات الروحية التي تفقد الشهية للطعام، و التي لها علاقة بظهور أمراض عديدة كالسكر و أمراض الكلى و غيرها. كما أن سوء التغذية يؤدي إلى الإصابة بفقر الدم الذي يؤدي بدوره إلى ظهور عوارض مرضية منها مرض السل . (1)

6- تدهور الحالة المعيشية و انخفاض الدخل:

يؤكد " أوسكار لويس " " Louis Oscar " في كتابه:

" The children of sanebez " أن هناك تشابها واضحا في الحالة المعيشية للطبقات الفقيرة في كافة أنحاء المناطق المتخلفة، و يتجلى هذا التشابه في عدد من النواحي منها أن سكان تلك المناطق يعيشون على هامش الحياة حتى و إن كانوا في مراكز المدن، و تلازمهم ظاهرة البطالة و لا ينتمون إلى نقابات العمال و رواتبهم منخفضة لنقص مهارتهم و يعانون من عجز دائم في توافر النقد مما يؤدي إلى انعدام التوفير و اللجوء إلى الاقتراض بالربا و شيوع ظاهرة رهن الحاجات

(1) د / أحمد بونزاع : مرجع سابق ، ص . ص 28 - 29.

الشخصية و استعمال الأثاث و الملابس القديمة المستعملة، و أن مناطقهم مزدحمة و يغلب عليهم

انعدام التفكير في المستقبل . (1)

7- انخفاض مستوى التعليم و انتشار الأمية :

يتأثر التعليم بصورة مباشرة بمستوى الدخل خاصة في ظل المستوى المعيشي المنخفض غالبا ما يؤدي إلى عدم استطاعة الوالدين الاستمرار في الإنفاق على أبنائهم لمتابعة تعليمهم و هذا يفسر قلة المتعلمين في المناطق و الأحياء غير المخططة . و هذا يعكس انخفاض مستواهم التعليمي و الثقافي و التربوي، و هذا بالمقارنة ببقية المناطق غير المتخلفة (المخططة) في المدن، كما نجد أرباب الأسر الفقيرة في تلك المناطق، يفضلون دائما العمل لأبنائهم بدلا من الاستمرار في الدراسة، لأن ذلك الاستمرار غالبا ما يؤدي إلى انقطاع جزء ليس باليسير من دخل الأسرة، و من ثم فإن إمكانيات التعليم في تلك المناطق أقل من بقية المناطق الأخرى كما أن المعلمين غالبا ما يكونون أقل جدية و حبا لمعلمهم بسبب الظروف السيئة السائدة في المدارس التي تقع في الأحياء غير المخططة و المتخلفة .

كما أن حالة أبنية المدارس تكاد تكون قديمة أو متداعية ، و تجهيزاتها ناقصة و غير كافية في

أغلب الأحيان . (2)

8- التفكك الاجتماعي :

يرى العديد من علماء الاجتماع أن قوى التغيير الاجتماعي تؤدي إلى ظاهرة التفكك في النظام الاجتماعي التقليدي و خاصة في نظام العائلة الممتدة أو التقليدي و سبب التفكك الاجتماعي يرجع إلى كون بعض السكان الذين كانوا قد أجبروا على الإقامة في مناطق غير مناطقهم الأصلية

(1) د / أحمد بوذراع : التطور الحضري ، مرجع سابق ، ص . 30 - 31.

(2) نفس المرجع ، ص 33

أدت تحت طائلة الظروف الجديدة إلى النزوح بالابتعاد عن الأهل و الأصدقاء فترتب على ذلك ضعف في العلاقات الاجتماعية السائدة بينهم .

و يتضح أن هناك علاقة بين ظاهرة التفكك و الأحوال السكنية التي تسود المناطق المتخلفة مؤكدين على أن تحسين الأحوال السكنية لتلك المناطق لكفيل بالقضاء على التفكك الاجتماعي .

9- الجريمة و السلوك المنحرف :

الجريمة مشكلة اجتماعية تنتشر بين سكان الأحياء غير المخططة أو المتخلفة في المدن حيث ترتفع نسبتها نتيجة لانحراف الأحداث الجانحين على حد سواء .

و لما كان أغلب سكان المناطق الحضرية المتخلفة من الفقراء ، فإن هناك علاقة بين الفقر و ارتكاب الجريمة لأن الفقر يؤدي بالفقير و أسرته لأن يخضع لظروف و مؤتمرات اجتماعية و اقتصادية صعبة ، تلعب دورا هاما في تكوين الشخصية الإجرامية .

10- العزلة الاجتماعية :

إن تواجد الفواصل الجغرافية بين أحياء المدينة و مناطقها الحضرية المتخلفة ، يعتبر من رموز العزلة فيها ، إلى أن المناطق الحضرية المتخلفة تتصف بالهامشية من نوع معين ، منها ثقافة سكانها و مكائهم و مهنتهم ، و كذلك مظهرهم لا يتيح لهم فرص الاختلاط بغيرهم من سكان المدينة إلا في الأماكن العامة، و هذا على الرغم من أن وظيفة سكان المناطق الحضرية المتخلفة مساوي لوظائف سكان المدينة ، و هذا لا يعني أن جميع سكان تلك المناطق يشعرون بالنقص أو الرفض الاجتماعي ، و إنما ظروفهم المادية و المعيشية و الاجتماعية و الثقافية كانت من وراء رغبتهم في البقاء و عدم التخلي عن مناطقهم يعيشوا في شبه عزلة ، و ذلك لعدم قدرتهم في الحصول على المسكن في مناطق أخرى . (1)

(1) د / أحمد بوزراع : مرجع سابق ، ص 38

هذه بصفة عامة بعض الخصائص التي تتميز بها الأحياء غير المخططة و هي مشتركة بين المدن العالم كرداءة و نوعية المسكن و عدم توفر الخدمات الاجتماعية و المرافق العامة ... الخ ، و يمكن أن نصنف هذه الخصائص في جانبين أو ناحيتين و هما : (1)

أ- من الناحية المادية :

- نجد أن بيوتها صنعت في الغالب من الطوب و القصدير و الاسمنت و هي بذلك تمتاز بالضيق ، كما أنها سيئة الإضاءة و التهوية و المجاري و المياه (2)
- طرقات ضيقة و أمكنة اللعب و الحدائق غير موجودة
- توجد حنفيات مشتركة خارج البيوت في بعض الأحياء
- حالة المواصلات سيئة
- القذارة زائدة في كل مكان

ب- من الناحية الاجتماعية : فتمثل في :

- ازدياد كثافة السكان و سكن أكثر من عائلة في كل وحدة سكنية
 - سوء الحالة الصحية و التعليمية
 - انتشار الأمية و الفقر الشديد
 - عدم اطمئنان السكان لأسلوب التخطيط الذي تقوم به البلدية في المنطقة
- بعد ما تطرقنا للخصائص المميزة للأحياء غير المخططة نتطرق الآن لتصنيفاتها و سنعرض التصنيف الذي قامت به مصر سنة 1991 ، حيث قسمت هذه الأحياء حسب حالتها العمرانية و درجة تدهورها كما يلي :

(1) د / أحمد بوذراع : مرجع سابق ، ص41
(2) عبد المنعم شوقي : مجتمع المدينة ، بيروت ، دار النهضة العربية ، ط7 ، 1981 ، ص 170

1 - مناطق متدهورة و لا تحتاج إلى إزالة ، و لا يجدي معها التطوير

2- مناطق يمكن تطويرها و الارتقاء بها عن طريق تحسين الخدمات بها و إمدادها بالمرافق

العمرانية .

3- إما الصنف الثالث فيتمثل في المناطق القديمة داخل الكتلة العمرانية ، و لكنها تدهورت و

تحتاج إلى صيانة و ترميم نظرا لقيمتها الأثرية و التاريخية⁽¹⁾

و هناك تصنيف آخر للأحياء غير المخططة و يتمثل في الأنواع التالية :⁽²⁾

1- المناطق المتخلفة داخل المدن :

هي المناطق التي قامت على بقايا مدن قديمة ، أو على الأجزاء القديمة من المدن و تتميز

حالتها العمرانية بالتدهور، و يغلب عليها طراز البناء القديم ، و تعتبر هذه المناطق أماكن إقامة

فقراء المدينة ، و كذا أماكن سكن المهاجرين نظرا لعوامل عديدة منها رخص مساكنها و قربها من

أماكن العمل بدورها تنقسم إلى :

أ- المناطق الحضرية المتخلفة الأصلية :

و هي مناطق مكونة من مباني غير ملائمة و لا يمكن إدخال صلاحيات عليها منذ بداية و

يلاحظ وجود مثل هذا النوع من المناطق في كثير من الأحياء القديمة في مدن العالم الثالث .

ب- المناطق الحضرية المتخلفة بفعل الحركة الدائرة للسكان :

و هي مناطق نجدها تقع في وسط المدينة و في الأحياء القديمة ، تأوي فقراء الحضر الذين

يحلون محل السكان الأصليين لتلك المناطق ، حيث كانت أكثر تقدما تشغلها الأسر ذات المستوى

المادي المتوسط و العالي ثم تركت ، ليتمكن بذلك ذو الدخل المحدود من الإقامة و العيش فيها ، مما

(1) السيد الحسيني : الإسكان و التنمية الحضرية ، دراسة في الأحياء الفقيرة في مدينة القاهرة ، دار غريب للطباعة ، بدون تاريخ ، ص. 56-

57

(2) د أحمد بوزراع : مرجع سابق ، ص. 52 - 53

أدى إلى تدهورها تدريجيا بسبب حركة السكان لمدة طويلة لتصبح منطقة حضرية متخلفة .

2- المناطق الحضرية المتخلفة خارج المدن :

و هي المناطق العمرانية التي تحيط بالمدن أو تلك التي تقع خارج نطاق الخدمات الحضرية ، و قد ظهر هذا النوع نتيجة الدفع السكاني من مراكز المدن إلى أطرافها أو بسبب الهجرة كما أن زيادة الطلب على المأوى دفع إلى إقامة مثل هذه المناطق في الأماكن الخالية أو حول المؤسسات الصناعية حديثة المنشأة ، و هي غير المخططة و غير ملائمة للسكن و تنعدم فيها المرافق العامة و الخدمات الاجتماعية و تنقسم بدورها إلى : (1)

أ- مناطق مؤقتة :

و هي المناطق التي قد تنمو و تتطور أو تهدم و تزال لتحل محلها مناطق جديدة مخططة تستفيد من مزايا الموقع .

ب- مناطق دائمة :

و هي المناطق التي تجد أمامها فرصة كبيرة للنمو و التطور في المستقبل لتتكامل مع أجزاء المدن .

د- أسباب انتشار الأحياء غير المخططة :

كما قلنا سابقا أن الأحياء غير المخططة منتشرة في كل مدن العالم ، و على الرغم من اختلافها إلا أن لها خصائص مشتركة فيما بينها و أن هذه الظاهرة لم تكن وليدة الصدفة بل كانت نتيجة لعوامل عديدة متنوعة .

(1) د أحمد بونذراع : مرجع سابق ، ص 53

و قبل التطرق إلى العوامل التي أدت إلى نشوئها نود أن نشير في البداية إلى مشكلة أو ظاهرة الأحياء غير المخططة ظهرت في الكثير من المدن الجزائرية ، غداة الاستقلال في سنة 1962 كظاهرة متزامنة مع الاستقلال و مشروعات التنمية الاقتصادية ، و أن هذه الأحياء غير المخططة كانت تقام في العطل الأسبوعية و الأعياد ، و أثناء الليل حيث تكون السلطات المحلية معطلة (1) و أمام هذا النوع تجد السلطات نفسها أمام الأمر الواقع فتحاول التخفيف من معاناة هؤلاء السكان في الأخير فتمدهم بالماء و الكهرباء، و المدرسة و الطريق و الخدمات الصحية .

و إذا ما تساءلنا من خلال ما سبق عن الدوافع أو العوامل الموضوعية التي ساعدت على نمو و انتشار هذه الأحياء ؟ فسنقول أن هناك العديد من الأسباب التي كانت وراء انتشار الأحياء غير المخططة بالمدن ، لعل أهمها تتمثل في :

* عجز سوق السكن عن مواجهة متطلبات النمو العشوائي، و انتشار ظاهرة انهيار المساكن القديمة بسبب انقضاء عمرها الافتراضي (2) و هذا ما أكده السيد الحسيني في دراسته للأحياء الفقيرة في مدينة القاهرة .

* كذلك غياب التخطيط الشامل و التشريعات العمرانية حتى يمكن مواجهة متطلبات السكان .

* الزيادة الطبيعية للسكان و التي لم يقابلها زيادة في إقامة التجمعات السكانية الملائمة ، ساعد على خلق و نمو هذه التجمعات غير المخططة .

(1) الطيب سحنون: المدينة الجزائرية و تحديات المستقبل المؤتمر الدولي الثاني للعمارة ، نوفمبر 1999 ، جامعة محمد خيضر بسكرة ، ص 156
(2) السيد الحسيني : مرجع سابق ، ص 56

* عامل الصناعة :

نتيجة لتركز المصانع في المدن أصبحت المدينة مركز جذب لليد العاملة . هذه الأخيرة التي تميل إلى التجمع في مناطق سكنية فقيرة، و يبنون مساكن منيعة أغلبها من صفائح القصدير و الخشب و غيره .

* عامل سياسي و تاريخي :

إن دور الاستعمار الفرنسي و ما مارسه من ضغوط على الفلاحين من أجل ترك أراضيهم لدليل واضح لدور السياسة الاستعمارية في ظهور مثل هذه الأحياء بالمدن بحيث يتضح أن أغليتهم و بما أنهم فقراء سيسكنون أحياء غير مخططة.

* عامل الهجرة :

لقد توصلت العديد من الدراسات التي أجريت على الكثير من مدن العالم إلى أن الهجرة هي السبب الرئيسي في نشوء مثل هذه الأحياء، و الآن و بعد أن كانت الهجرة من الريف إلى المدينة ، أصبحت الهجرة في الجزائر تأخذ بعد آخر، الذي يتمثل في الهجرة من المدينة إلى المدينة . و هذا راجع للظروف الأمنية الصعبة التي تعيشها الجزائر و الاقتصادية و الاجتماعية من أجل ظروف المعيشة أو العمل أو السكن ... الخ . (1)

3- 2 / الخصائص السكنية و السكانية في مناطق الأحياء غير المخططة :

على الرغم من أن فقراء الأحياء المتخلفة في مدن البلدان لنامية يمثلون نسبة ضئيلة إذا ما قورنوا بفقراء الريف ، إلا أنهم يتزايدون بوتيرة عالية نتيجة النمو الديموغرافي السريع و الزيادات الحضرية غير المخططة ففي سنة 1975 قدر البنك العالمي عدد الفقراء الذين دخلهم عن

(1) الطيب سحنون: مرجع سابق ، ص 157

30 سنتي في اليوم بحوالي 900 مليوناً ، 700 م في المناطق الريفية و 200 م في المناطق الحضرية ، كما وضع تنبؤات تتعلق بتزايد تدني أوضاعهم ، و في هذا الإطار ركزت بعض الدراسات على تشخيص هذا التدني و التدهور في مستويات المعيشة و السكن لسكان الأحياء المختلفة⁽¹⁾ لذلك يقر وايد Wad في إحدى دراساته الامبريقية عملية مفادها أن فهم الوضع المتدني لفقراء المدن و سكان الأحياء المختلفة يتطلب النظر إليهم في ضوء العلاقة غير المتكافئة بينهم و بين الأغنياء من ناحية و في ضوء ارتباطهم بالنظام المجتمعي الأشمل من ناحية أخرى⁽²⁾ هناك دراسات أخرى عالجت تدني أوضاع سكان الأحياء المختلفة في ضوء محاكاة ارتفاع الأسعار و التضخم المطلق الذي يتجلى في نقص أو سوء التغذية (Under Nourishment) .

إن المناطق المختلفة التي تقع على أطراف المدن، نجد مساكنها في الغالب جديدة إلى حد ما ، غير أنها تفتقد إلى الأسس و المقاييس التخطيطية و الشروط السليمة العمارة، فهي غير قائمة على أساسيات قوية الدعائم و مساحاتها صغيرة الحجم ، و بالتالي فإن حجراتها ضيقة، مكونة بذلك مساكن من أكواخ خشبية ، أو من مخلفات معينة، أما بالنسبة للمناطق الحضرية المختلفة الواقعة داخل الأحياء القديمة من المدن فمساكنها متداعية⁽³⁾ بفعل عامل الزمن ، و ذات طابع عمراني قديم و مهمل .

و بصفة عامة فإن خصائص السكن في الأحياء غير المخططة يتميز بالقدم و بالإهمال و لم يمسه الترميم و لا الصيانة . كما ترجع أغلب النواقص إلى طبيعة السكن نفسه وذلك لرداءته و عدم توفير الإنارة و التهوية ، و المعاناة الشديدة في نقص الخدمات الصحية و التعليمية و المرافق العامة الأخرى ، أما الغرف التي تتألف منها المساكن فهي قديمة و بالية، يملؤها الدخان و روائح كريهة لاستخدام سكانها الخشب كوسيلة للوقود . أما تصميم هذه المساكن فيوحي بالفقر و البؤس

(1) أحمد عبد الرحمان : فقراء الأحياء المختلفة ، دار المعارف القاهرة ، 1992 ، ص . ص 15- 21
(2) محمد الكردي : التحضر " دراسة اجتماعية " ، دار المعارف ، القاهرة سنة 1986- ، ص . ص 266 - 286
(3) د/ أحمد بوزراع : مرجع سابق ، ص.ص 20 - 21

الاجتماعي ، و لا تكاد تخلو منطقة حضرية في العالم من هذا النوع من المساكن حتى في الدول الأوروبية المتقدمة . (1)

و يلاحظ وجود مناطق حضرية متخلفة حول المدن أو بالقرب من مراكزها في العديد من المدن، أكواخ مزدحمة مبنية من صناديق الخشب القديمة أو الصفيح أو القش و الطين، أو من أي شيء مناسب آخر، و إن سكانها من الفقراء اللاجئين و الغرباء و الهاربين من العدالة، و غيرهم من الشرائح الاجتماعية الأخرى . (2)

و تجد انتشار الأمية بين سكان المنطقة الحضرية المتخلفة بالإضافة إلى أنه يوجد شعور بين سكان المنطقة الحضرية المتخلفة بأن مجتمعهم الحضري يهملهم، و من ثم يشعرون بالإحباط و تشكك في أية محاولة لمساعدتهم من طرف جهات غريبة عن مناطقهم . بالإضافة لانتشار البطالة و الأمية و الأمراض و ندهور الأحوال الصحية .

و يوجد تباين بين سكان المنطقة الحضرية المتخلفة إلى حد ما مقارنة مع بقية سكان المدينة ، بسبب النمط المعيشي و الثقافي المغاير لبعض الأوجه الاقتصادية و الثقافية العامة للمجتمع الحضري غير أن هذا التباين يأخذ صورة تدرجية التكامل مع الحياة الحضرية، و ليس من الضروري أن تكون المنطقة الحضرية المتخلفة منطقة للجريمة و الاحراف بسبب التباين في القيم و المستوى المعيشي . كما أن الاحراف الذي يؤدي إلى الجريمة و أنواعها أمر نسبي يختلف من منطقة إلى أخرى .

كما أن أغلب الأعمال و الأنشطة التي يمارسها معظم سكان المنطقة هي تشكل وظائف أو حرف لا تتطلب بالضرورة إعداد مهنيًا أو تأهيلاً فنياً .

(1) د/ أحمد بوذراع : مرجع سابق ، ص 26

(2) نفس المرجع ، ص 27

نتيجة لشعور سكان المنطقة المتخلفة بالإهمال، و هكذا العزلة النسبية و سوء أحوالهم الاقتصادية و السعي الدائم و الدؤوب وراء الحصول على العيش، و انخفاض مستواهم التعليمي، فقد أصبح هؤلاء السكان يتسمون بالسلبية و عدم المبالاة و قلة المساهمة و الاندماج في النشاطات الطوعية داخل المجتمع الحضري ، و بالمقارنة مع بقية سكان المناطق الأخرى التي تشارك بنشاطاتها في جميع أوجه الحياة الحضرية العامة .

و بصفة عامة نستطيع القول أن أهم خصائص سكان الإحياء غير المخططة من الناحية الثقافية و الاجتماعية تتمثل في :

- التقارب العقلي و الديني و الفني
 - المركز مورث و المكانة أيضا
 - الاستعانة بالتزامات المجتمع المحلي الصغير
 - سوء الحالة الصحية و التعليمية
 - انتشار الأمية و الفقر .
 - ازدياد كثافة السكان و ارتفاع نسبة الأحداث و التشرذم و الطلاق (1)
 - عدم اطمئنان السكان لأسلوب التخطيط الذي تقوم به البلدية في المنطقة
- إن الظروف المادية للمنطقة المتخلفة هي التي تجلب الانتباه ، و تسهل التعرف عليها و ذلك دون عناء من خلال مشاهدة الأبنية المزدهمة و المتداعية و المهملة ، غير أن الظواهر المادية و حدها غير كافية للحكم على تلك المناطق ، و لا تعتبر قاعدة للقياس، إذ أن حالة المباني السكنية المتخلفة تعاني منها جميع المجتمعات الحضرية ، حيث ينفرد كل مجتمع بمستوياته الخاصة للحالة

(1) د/ أحمد بوذراع : مرجع سابق ، ص . ص 19 - 20

العمرانية ، و بالتالي فإن مسألة المباني القديمة المتدهورة نسبية ، و تتماشى مع الواقع السائد (1) للحالة السكنية لكل مجتمع على حدى لذا فإن حالة المباني في المناطق الحضرية المتخلفة التي تقع في مدينة " نيويورك " أو " شيكاغو " تعتبر متخلفة ، و قد يحكم عليها بأنها ملائمة من الناحية العمرانية و جيدة وصالحة للمأوى في أجزاء كثيرة من العالم . (2)

لقد تقدمت الأمم بوصف للمناطق الحضرية المتخلفة على أنها مناطق غير مريحة ، و ليست خاضعة للمراقبة ، باعتبارها قد نشأت بعيدا عن مراقبة السلطات المسؤولة عن ضبط و إنشاء المساكن و التهيئة و التخطيط للمناطق العمرانية . (3)

3 - 3 / الوضعية البيئية و الصحية في مجال الأحياء غير المخططة :

مما سبق يتضح لنا أن الأحياء غير المخططة تفتقر للخدمات المختلفة و لمتطلبات الحياة الملائمة للعيش و البيئة الصحية ، حيث أنها تتميز ببيئة ملوثة و تنعدم فيها المياه و قنوات الصرف الصحي و غيرها .

بالإضافة إلى انعدام المرافق و الخدمات الاجتماعية و مختلف التجهيزات مثل الحدائق و المساحات الخضراء و أماكن رمي النفايات و النظافة و انتشار البناءات الفوضوية و البيوت القصديرية ... الخ .

إن قذارة الأحياء غير المخططة و المتخلفة بسبب قلة الوسائل الفعالة للتخلص من الأوساخ و القمامة في تلك المناطق المزدهمة ، تؤدي إلى تدني المستوى الصحي و انعدام الوقاية الصحية حتى

(1) د/ عبد الحميد دليمي : الواقع و الظواهر الحضرية ، منشورات جامعة منتوري ، ص 121

(2) د/ أحمد بوذراع : التطوير الحضري ، ص 17

(3) نفس المرجع ، ص . ص 17 - 27

أصبحت تلك المناطق أماكن خصبة لانتشار الأمراض و ارتفاع معدل الوفيات ، حيث أن سكانها يتعرضون بصورة مباشرة إلى خطر انتقال المرض عن طريق الجراثيم ، و يعد هذا عادي لأن

المنطقة المتخلفة تتصف بارتفاع عدد السكان و انتشار الفقر و البطالة فيها .⁽¹⁾

و قد أظهرت عدة دراسات لحالات الجنون في العديد من المدن الأمريكية بأن أعلى المعدلات توجد بين أفراد ينتمون إلى مراكز حضرية متخلفة .

و في دراسة قام بها كل من " فارس " و " دنهام " في مدينة شيكاغو وجدوا أن نمط المأوى في المناطق الحضرية المتخلفة له علاقة بأمراض الجنون المتنوعة ، و نوعية الحياة السائدة في تلك

المناطق تنطبق إلى حد كبير على حالات الانتحار و الهروب من الحياة .⁽²⁾

كما تبين أن أسباب ارتفاع الوفيات في المناطق المتخلفة ترجع إلى الإقامة في المساكن الرديئة المظلمة و إلى سوء التغذية و فساد المناخ الطبيعي، و التلوث في المياه في البيئة المحيطة ككل .

كما بينت دراسة لسكان " الصناديق " بمدينة الرياض " بالسعودية " أن هذه الصناديق لا يتوفر بها

المرافق الضرورية كالإضاءة الكهربائية و مياه الشرب و المطابخ .⁽³⁾

كما أن السكان يقضون حاجاتهم حول الصناديق و يلقون بمخلفاتهم في الطرقات بالإضافة إلى

أن بعض الصناديق تستخدم أفنيئتها في تربية الأغنام و الماعز .⁽⁴⁾

و بينت دراسة أخرى عن العمران غير المخطط في مدينة فسنطينة أن المهاجرين يقيمون في مساكن حول المدينة في مناطق لا تتوفر على شروط الحياة ، مما نجم عنه مشاكل عديدة منها : انتشار

الأمراض، نقص فرص التعليم و الترفيه، صعوبة التموين ، و نقص وسائل النقل ... الخ .

(1) تشالز إيرمز : المدينة و مشاكل الإسكان ، مرجع سابق ص . ص 12- 13
(2) حسين عبد الحميد رشوان : المدينة ، دراسة في علم الاجتماع الحضري ، المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية ، مصر ، ص 60
(3) نفس المرجع ، ص 65
(4) نفس المرجع ، ص 57

يضاف إلى هذا ازدحام هذه المساكن بشكل منقطع النظير حيث كان معدل أفراد الأسرة الواحدة ما بين 10 و 12 فردا يسكنون جميعا في غرفة واحدة في الكثير من الأحيان، و تستعمل للأكل ، و الاستقبال و السهر و النوم....الخ . (1)

و مما سبق نقول أن عدم وجود بيئة صحية يؤدي إلى ظهور الأمراض ، و معظم الدراسات و البحوث أكدت أن الأحياء غير المخططة لا يتوفر بها المرافق و الخدمات المختلفة من إضاءة كهربائية و مياه صالحة للشرب و قنوات الصرف الصحي و النظافة و الخدمات الصحية و التعليم و غيرها ، و أكدت الدراسات كذلك على أن سكان الأحياء غير المخططة يلقون بمخلفاتهم و قاذوراتهم في الطرقات مما يؤدي بطبيعة الحال لتلوث البيئة و انتشار الأمراض مثل : الحمى و السعال الديكي و الزكام و الأمراض الجلدية و الرمذ...الخ و هذا ما أشارت إليه الدراسة عن العمران غير المخطط بمدينة قسنطينة

إن تلوث البيئة يؤدي إلى تدني المستوى الصحي و كذلك انعدام الوقاية و قلة الوعي الصحي لأهمية العلاج و التطعيم ... و قلة المراجعة للمراكز الصحية و العيادات الشعبية . و عدم الاهتمام بالنظافة العامة . و كل هذا يعد مؤشرات على مدى انتشار الأمراض المعدية المختلفة بالمناطق المتخلفة و غير المخططة .

و لذا أصبح تدهور الحالة الصحية لسكان المناطق الحضرية المتخلفة مرهونا بمدى حالة تلك المناطق من الناحية الطبيعية و العمرانية و التوسعية و الجمالية و الإنسانية التي يعيشها سكانها . (2)

(1) علي بو عناق : الأحياء غير المخططة و انعكاساتها النفسية الاجتماعية على الشباب ، ديوان المطبوعات الجامعية ، الجزائر ، ص.ص 31 - 32

(2) سابا جورج شبر : آفاق جديدة للمدن ، الكويت ، مطبعة الكويت 1966 ، ص 25

الفصل الثالث

الصحة و الخدمات الصحية في الأحياء السكنية

* تمهيد

1- مدخل إلى الخدمة الاجتماعية الصحية

2 - مجالات الصحة العمومية بالمدينة

1-2 / مفهوم و أهداف الصحة العمومية

2-2 / مستويات تدخل الصحة العمومية

أ - العلاج

ب - الوقاية

2-3 / التربية الصحية

أ - مفهومها و أهدافها

ب - طبيعة استغلال الخدمات الصحية

3 - المشكلات الصحية و علاقتها بالبيئة الحضرية

* تمهيد :

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

لقد أصبح المرض و الإعاقة تشكلا عبا اجتماعيا و اقتصاديا بالإضافة إلى كونها عبئا صحيا على المجتمع ، و برامج الرعاية الصحية الأساسية و الخدمات الصحية وحدها لا تستطيع أن تحل كل المشاكل المترتبة عن المرض و الإعاقة و خصوصا و نحن نعيش في عصر تزداد فيه نسبة الإعاقات و الأمراض بسبب ملوثات البيئة المحيطة أو الظروف السيئة التي تعاني منها الأحياء المتخلفة بالإضافة لعدة أسباب أخرى .

و في ضوء ذلك سنتطرق في هذا الفصل إلى مدخل للخدمة الاجتماعية الصحية ثم لمجالات الصحة العمومية بالمدينة ، ثم نتطرق للمشكلات الصحية و علاقتها بالبيئة الحضرية .

1 - مدخل إلى الخدمة الاجتماعية الطبية:

إذا ما تحدثنا عن الخدمة الاجتماعية التقليدية فإنها تعتبر جهودا إنسانية طوعية و إنها قديمة جدا و أخذت أشكالاً و أساليب مختلفة و دوافع لتسلل الأشكال الاجتماعية المختلفة عبر التاريخ و هنا، و بطبيعة الحال فهي قائمة بوجود الخدمات الإنسانية التي فيها من هم بحاجة إلى التكيف و إشباع الحاجات ، و قد ظهرت بين القبائل البدائية نزعات الرحمة و البر و خصوصا اتجاه العجزة و الأطفال و قراءة الطقوس على المجانين و ضعاف العقول لتخليصهم من الأرواح الشريرة.

وقد ظهرت مبادئ الرعاية الاجتماعية عند المصريين القدامى و في جنوب آسيا و الصين حيث كانت الناس تتنافس على تقديم الإعانة و المساعدة إلى الفقراء و كذلك القيام بأعمال الرعاية

الصحية و النظافة و قد دلت تعاليم اليهوديين على فعل الخير و تقديم المساعدة و الرعاية للضعفاء في المجتمع .

في العصر الإغريقي و الروماني ظهرت الرعاية الاجتماعية على شكل تقديم العون و المساعدة لمشوهي الحرب و المعاقين منهم كما كان لظهور فلاسفتهم المشهورين أمثال سقراط، أفلاطون، أرسطو، دور كبير و أثر عميق في ترسيخ مبادئ الرعاية بالضعفاء و المرضى و تقديم العلاج و الغذاء لهم .

إن للأديان السماوية جميعها أثرا كبيرا في تطور مفهوم الرعاية الاجتماعية حيث أثرت في مبادئها الإنسانية الحقوق الكاملة لكل إنسان على حد سواء أكان سليما أم مريضا، أو معاقا صغيرا أم كبيرا ، و كأن للديانة السماوية دورا بارزا في تشريع الحياة الاجتماعية و شؤون الحياة العامة و قد أخذت الخدمة الاجتماعية طابعا و مسلكا أخلاقيا في تهذيب السلوك الإنساني و تحقيق العدالة الاجتماعية، و خلال القرنين الثامن عشر و التاسع عشر، و أوائل القرن الحالي كانت الحروب المتتالية سببا في زيادة المشاكل الاجتماعية بسبب ضحايا الحروب من مشوهين و معاقين و مرضى. و قد كان لظهور العلوم الإنسانية و علم النفس و الاجتماع أثر مهم في إبراز التعاريف الأساسية لمفهوم الخدمة الاجتماعية و ذلك محاولة للقضاء على المشكلات الاجتماعية المتزايدة فتقدم علم النفس التجريبي و ظهور مدرسة التحليل النفسي و كذلك ظهور علم الاجتماع بنظرياته و حقائقه و تفسيره للظواهر الاجتماعية السلبية في المجتمع، كلها ساهمت في ظهور الخدمة الاجتماعية . (1)

و مع تطور و زيادة الأبحاث العلمية الاجتماعية و الصحية و تقدم علم الحياة و الوراثة و علم الإنسان أخذت الخدمة الاجتماعية مسارا جديدا في مفهومها و أهدافها لحل المشاكل الاجتماعية خصوصا في القرن الماضي و في أوائل القرن الحالي، و أخذت الخدمة الاجتماعية أنماطا و أشكالالا

(1) د/ أحمد فايز النماس : -الخدمة الاجتماعية الطبية،-دار النهضة العربية،-بيروت ، الطبعة01 ، سنة 200 ص. ص 19 - 20

مختلفة من الاتجاهات الإنسانية و منها الخدمة الاجتماعية الطبية و التي أصبحت اليوم مهنة تخدم الفرد و الجماعات .

بالفعل فإن التقدم العلمي التقني و الصناعي ساهم بشكل فعال في ظهور الخدمة الاجتماعية الطبية كتنظيم مهني في أواخر القرن الحالي و قد أصبحت الخدمة الاجتماعية ميدانا متخصصا يهدف إلى تقديم الرعاية الاجتماعية لفئات المرضى و المعاقين و كان ذلك في الولايات المتحدة حيث تشير المؤلفات إلى أن عام 1955 م تاريخ إنشاء أول قسم الخدمة الاجتماعية الطبية و كان ذلك في مدينة "يوسطن " .

و كان لظهور نظام سيدة الإحسان في بريطانيا و الولايات المتحدة إبان القرن الثامن عشر و كذلك ظهور الطب النفسوجسمي في بريطانيا و ظهور الحركات الإنسانية لرعاية مرضى العقول في كل من فرنسا و ألمانيا و بريطانيا و الولايات المتحدة في أوائل الثامن عشر، كان لها جميعها أثر كبير في تطور مهنة الخدمة الاجتماعية الطبية و التي أصبحت اليوم مهنة قائمة على ركائز علمية و مهارات فنية يقوم بها أخصائيو متدربون في المجال .

بعد الحرب العالمية الثانية لم تقتصر الخدمات الاجتماعية على الجوانب الاجتماعية البحتة في رعاية المرضى و المعاقين بسبب مخلفات الحرب، بل تعدت هذه الجوانب المحيطة لتأخذ اتجاها جديدا في رعاية المرضى و المعاقين و العجزة، و كان على الأطباء و الممارسين المهنيين في مجال الصحة أن يعملوا على دراسة المشاكل الاجتماعية و الظروف المحيطة بالمرضى و المعاق و العجزة، و لما كان هذا عبئا على الأطباء سرعان ما ظهرت هناك مدارس تؤهل عاملين في حقل الخدمة الاجتماعية لمساعدة المرضى و المعاقين و أسرهم و دراسة أحوالهم المعيشية أيضا و كان ذلك في الولايات المتحدة بين عامي 1950 و 1955م و نشطت حركة التعليم الاجتماعي في أوروبا كما هو الحال في بريطانيا و فرنسا و لإيطاليا و ألمانيا بين عامي 1950 و 1960م و بدأت الخدمة

الاجتماعية الطبية تأخذ طابعا علميا مستقلا كغيرها من العلوم و طابعا مهنيا أكثر تطبيقا كغيرها من المهن الأخرى. (1)

كانت بداية الستينيات من القرن العاشر نقلة سريعة لتطور العلم الاجتماع مع تطور أبحاثه وهذا ما عزز مفهوم الخدمة الاجتماعية الحديثة.

أصبحت الخدمات الاجتماعية المختلفة تسير وفق نظم و شرائع و أساليب علمية و خصوصا بعد ظهور قوانين الضمان الاجتماعي و الحماية و الرعاية الاجتماعية في عصرنا هذا.

و قد كان لتطور العلوم الطبية و التأهيلية الذي نشهده اليوم أثره في تطوير برامج الخدمة الاجتماعية الطبية، حيث أصبحت الآن مكملة للخدمات الصحية و الطبية و التأهيلية لتشمل خدمات المؤسسات الطبية و التأهيلية و صحة البيئة و غيرها...

و هذا يدفعنا إلى التساؤل عن ماهية الخدمة الاجتماعية الطبية؟

لقد تناول الكثير من العلماء و الباحثين في العلوم الاجتماعية و الطبية تعريف و فلسفة و مفهوم الخدمة الاجتماعية الطبية منذ ظهورها في أوائل القرن الماضي و حتى يومنا هذا اتخذت عدة تعاريف من وجهات نظر مختلفة .

فقد عرفها البعض بأنها تلك الجهود الفنية التي تمارسها وحدات الخدمة الاجتماعية في المؤسسات الطبية و التأهيلية و الصحية و تقوم بها نحو الإنسان المريض أو المعاق أو الإنسان السليم و ذلك بغرض إشباع حاجات الذين فقدوا القدرة على التكيف الاجتماعي لفترة قصيرة أو طويلة.

و هناك تعريف آخر على أنها خدمات فنية تركز على أساليب علمية و مهارات لمساعدة الإنسان على إشباع حاجاته في بيئته الاجتماعية و إزالة جميع العوائق التي تمنع الشخص المريض أو المعاق من الحصول على أقصى ما تسمح به قدراته .

مما سبق يمكن وضع تعريفا إجرائيا للخدمة الاجتماعية الطبية على أنها(مجال من مجالات الخدمة الاجتماعية تسخر أهدافها داخل المؤسسات الطبية و الصحية و التأهيلية لأغراض وقائية و علاجية و إنشائية يمارسها أخصائيو متدربون و مؤهلون في هذا المجال و هي على علاقة وطيدة مع المجالات الصحية و الطبية و الاجتماعية) .

أما بالنسبة لخدمات الاجتماعية الطبية فهي مميزة في ثلاث اتجاهات :

أولا : الخدمات الفردية : هدفها مساعدة المريض المعاق عل الاستفادة من الخدمات الصحية و الطبية و الاجتماعية إلى أقصى حد ممكن، و إزالة العوائق التي تعترض استفادته منها و هذه العوائق ذاتية أو خارجية كما أن الخدمات الفردية تمتاز بأنها وسائل علاجية . (1)

ثانيا : الخدمات الاجتماعية : أي أن أسلوب المعاملة جماعي حيث تقدم أنواع الخدمات لجماعات المرضى و المعاقين و أسرهم بغرض الوقاية أو العلاج أو الترويح و هناك أغراض ثقافية و تعليمية أيضا .

ثالثا : الخدمات التنظيمية و التنسيقية : هذه تمثل أسلوبا آخر من الخدمات في المجال الصحي لأفراد المجتمع حيث أن الممارسين لهذه المهنة يقومون بعمل منسق و منظم مع المؤسسات الاجتماعية و الجمعيات و الاتحاديات و النقابات التي تعمل في محيط الصحة العامة لخدمة الإنسان المريض و المعاق و السليم.

للخدمة الاجتماعية الطبية دوافع تركز على فلسفة إنسانية هدفها رعاية الإنسان السليم و المريض و المعاق و أهم هذه الدوافع : (2)

(1) د/ أحمد فايز النماس : نفس المرجع ،ص34

(2) نفس المرجع ، ص24

أ- الدوافع الإنسانية:

حيث أن الخدمة الاجتماعية الطبية تمثل الجانب الإنساني في مجتمعنا الحديث و هي تتعامل بشكل مباشر مع الإنسان و أسرته و عمله و بيئته.

ب- الدوافع الأخلاقية:

و هذا منطلق إنساني مستمد من القيم الأخلاقية التي أتت بها الأديان السماوية بهدف حماية المجتمع و تكيفه و العمل على الاستمرار و الحياة السعيدة.

ج- الدوافع الاقتصادية:

حيث أن الخدمة الاجتماعية الطبية الحديثة تساهم في بناء اقتصاد البلد و إنتاجه القومي و ثرواته و العمل على رفع مستوى معيشة الأفراد حيث سبق أن أشرت إلى أن الخدمة الاجتماعية تعمل على اختزال العوامل السلبية حول المرضى و المعاقين و تعمل على حل المشاكل المترتبة عنها لأن المرض و الإعاقة تشكل عبئا اجتماعيا و اقتصاديا في المجتمع.

د الدوافع الحضارية:

ذلك من منطلق أن الخدمة الاجتماعية الطبية تساهم في المجتمع و ذلك للاهتمام المتزايد بالإنسان مريضا كان أم معاقا و أن الخدمة الاجتماعية بشكل عام تحدد المستوى الحضاري للأمم مثلها مثل الخدمات الصحية.

إن الخدمة الاجتماعية الطبية لها علاقاتها المميزة مع برامج الرعاية الاجتماعية من جهة و مع برامج لرعاية الصحية الأساسية من جهة أخرى و لكن هناك خصائص رئيسية لها و أهمها:
أولاً: الخدمة الاجتماعية الطبية كمهنة حديثة تساهم بشكل مباشر و فعال مع المهن الأخرى في جهود لرعاية الاجتماعية و الصحية و الطبية و التأهيلية بغرض تحقيق أهداف كل منها.

ثانيا: الخصائص العلاجية لخدمة الاجتماعية الطبية حيث أنها تهدف أساسا إلى علاج المشاكل التي تحيط بالمريض أو المعاق منذ بداية مرضه و لغاية تحقيق أهداف التكيف و الاندماج الاجتماعي.

ثالثا: الخدمات الاجتماعية الطبية هي خدمات وقائية إنشائية بالإضافة إلى كونها خدمات علاجية و ذلك بطرق مباشرة أو غير مباشرة و هذه الخدمات مكملة لبعضها البعض.

رابعا: الخدمة الاجتماعية الطبية تتأثر بالظروف الاجتماعية و الثقافية و الاقتصادية للمجتمع.

خامسا: تعمل الخدمة الاجتماعية الطبية على تأمين كل الإمكانيات الضرورية لمساعدة الإنسان لتزيد قدراته و العمل على حمايته.

سادسا: تعمل الخدمة الطبية على توفير وسائل الرفاهية و الحاجات الأساسية للإنسان و اختزال العوامل السلبية المحيطة في البيئة الاجتماعية.

سابعا: للخدمة الاجتماعية الطبية أهداف ترمي إلى زيادة الإنتاج و الدخل القومي و سعادة الإنسان.

ثامنا: الطرق المتبعة في برامج الخدمات الاجتماعية الطبية متنوعة و تتفق مع وضع الحالات المرضية و الإعاقات و حالات العجز فهناك معاملة الفرد و معاملة الجماعة و التعاون المتبادل بين الأخصائيين و أسر المرضى و المعاقين و كذلك المؤسسات الإنتاجية المختلفة.

و لهذا فإن من مبادئ الخدمة الاجتماعية الطبية أنها تساهم بشكل مباشر و تكمل الخدمات الصحية الأساسية التأهيلية لرفع مستواها و الحد من المرضية و انتشار الأوبئة و الحد من الإعاقة و تأمين الصحة للأفراد و المجتمع.

تقوم الخدمة الاجتماعية الطبية بوظيفتها بطريقة متكاملة آخذة بعين الاعتبار التفاعل الديناميكي بين المظاهر الشخصية و الحيوية و النفسية، و بين القوى الاجتماعية و الاقتصادية للبيئة. و بشكل عام تهدف الخدمة الاجتماعية الطبية إلى مساعدة المرضى و المعاقين و أفراد المجتمع حتى يصلوا إلى أقصى درجة ممكنة من الرفاهية الاجتماعية و النفسية و الجسمية .

و يعتبر الأخصائي الاجتماعي الطبي المسؤول المهني عن جميع عمليات التغيير الاجتماعي و المساهمة مع الفريق الصحي أو التأهيلي في إعادة تأهيل المرضى و المعاقين و تمكين تفهمهم و

اندماجهم الاجتماعي و العمل على تحسين الظروف الصحية في البيئة . (1)

أما مسؤوليات الأخصائي الاجتماعي الطبي اتجاه المجتمع فتتمثل في عمليات التوجيه النفسية الاجتماعية و الإرشاد الاجتماعي الصحي من خلال وحدات الخدمات الاجتماعية بالأحياء لسكنية أو الوحدات داخل المؤسسات الطبية و التأهيلية و كذلك يتعاون مع المصادر البيئية في المجتمع تعاوناً يكفل للمرضى و المعاقين للحصول على المساعدة المادية و المعنوية و غيرها و يعمل الأخصائي على تدوين المرضى و المعاقين المترددين على وحدات الخدمة الاجتماعية ليسهل ذلك من عملية المتابعة .

يستعمل الأخصائي الوسائل المختلفة في تلك العمليات كالمحاضرات التي يلقيها الأخصائيون في مختلف التخصصات كعملية إرشادية وقائية وعلاجية والأشرطة المرئية والدعايات الإرشادية و نشرات الصحة . (2)

2 - مجالات الصحة العمومية بالمدينة:

سننظر الآن للصحة العمومية من حيث مفهومها و أهدافها و مجالاتها لكن قيل ذلك لا بد من

تعريف ما معنى الصحة ؟

الصحة:

تعد الصحة أحد المقومات الأساسية لحياة الإنسان من أجل الحفاظ على استمراره و تطوره

(1) د/أحمد فايز النماس ،مرجع سابق ،ص . ص 26-27 - 43
(2) شبيخة شبيخة : دور ومكانة المساعدة الاجتماعية في النشاطات الصحية مذكرة تخرج سلك المساعدات الاجتماعية الحاصلة على شهادة دولة غير منشورة ، مدرسة الشبه الطبي "بسكر"دفعة 1996-1999 ، ص 17

فالصحة لها دور فعال تلعبه في حماية المجتمع بتكفلها بوقايتها من الأمراض الوبائية و المعدية و مكافحتها و كذا خلق طريقة مثلى ل حمايته بتكلفة عقلانية و ذلك بالتخطيط المحكم و التحكم في تقديم العلاج و المساعدات للإنسان. و لا يتم ذلك داخل مجتمع ما لا بوجود من يقوم بالسهر على تحقيق ذل ففي بلادنا نجد أن الاهتمام بصحة المواطن كان جليا بعد الاستقلال و بذلك نجد أن أهداف السياسة الوطنية للصحة "تتركز على العدالة الاجتماعية و المراد ودية في المجالين التاليين" :

• حماية السكان و استمرار الحياة الجيدة لهم بدون ظهور الإعاقات الجسمية و العقلية و الاجتماعية .

• رفع مستوى صحة المجتمع و ذلك برفع الطاقات البشرية السليمة بتوفير الموارد البشرية التي تعمل على بعث التطور و الترقية الاجتماعية و الاقتصادية و الثقافية لتحسين المستوى الصحي للفرد.

الصحة هي حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم و هي علم و فن الوقاية من المرض و الارتقاء بالصحة من خلال مجموعة من الجهود المنظمة من قبل المجتمع و تشمل العديد من المجالات و الميادين .

الصحة بصفة عامة مفهوم نسبي تقوم أساسا على التوازن بين وظائف الجسم و التي تنتج من حالة التكيف مع العوامل الضارة التي يتعرض لها... بصورة ميكانيكية فطرية أو مكتسبة.

وقد عرفت هيئة الصحة العالمية مفهوم الصحة على أنها "حالة السلامة و الكفاية البدنية و العقلية و الاجتماعية الكاملة و ليست مجرد الخلو من المرض أو العجز" و إذا نظرنا إلى هذا المفهوم فإننا

نجد : (1)

(1) سلوى عثمان الصديقي : مدخل في الصحة العامة الرعاية الصحية من منظور و الخدمة الاجتماعية المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية ، مصر ، 2002 ، ص25

٧ أن الصحة لا تعني الخلو من الأمراض.

٧ التكامل بين الجوانب البدنية و النفسية و الاجتماعية.

٧ انتقاص أي عنصر من هذه العناصر يتيح عنه عدم اكتمال الصحة.

٧ نسبية الصحة فلا يمكن تحديدها تحديدا مطلقا يميز بين مثاليا و ما هو دون ذلك.

لقد أكدت منظمة الصحة العالمية على شعار الصحة للجميع.. و يتطلب هذا تضافر مختلف الجهود و القطاعات لتوفير الصحة للجميع كما يتطلب المشاركة الإيجابية و الفعالة من جميع الهيئات على اعتبار أن الصحة هي أساس عملية التنمية الشاملة في أي مجتمع من المجتمعات و تتأثر صحة أي مجتمع بعديد من التفاعلات و المؤثرة ببعضها البعض.. و هذه العوامل هي التي تقرر مستويات الصحة بها. و تتمثل هذه العوامل في : (1)

٧ عوامل طبيعية: و تتمثل في العوامل المناخية و البيئية الجغرافية.

٧ عوامل بيولوجية {حيوية}: و تتمثل في ناقلات العدوى سواءا كانت حشرات مثل الذباب و الناموس أو الحيوانات كالفئران و الذباب و الكلاب.

٧ عوامل اجتماعية: و تتمثل في مستويات المعيشة و العادات و التقاليد و التعقيم.

٧ عوامل اقتصادية: مثل قصور الإمكانيات المادية المتمثلة في عدم وجود إمكانيات لتنفيذ برامج الرعاية الصحية مثل المسببات و التشخيص و الحصينات أو انتشار الفقر و عدم توافر الإمكانيات التي تساعد على توفير حياة صحية جيدة مسكن و غذاء و رعاية طبية.

٧ عوامل بيئية: و تتمثل في عدم توافر المياه الصحية للشرب و صرف الفضلات بصورة صحية و ما يترتب عليها من انتشار للأمراض المعدية مثل الدوسنتاريا، النزلات المعوية،

(1) سلوى عثمان الصديقي : مرجع سابق ، ص 27

تلوث الهواء بعوادم السيارات و المصانع .

٧ عوامل سكانية: حيث التركيبية السكانية و زيادة معدلات المواليد و الوفيات و الخصوبة

مما يترتب عليه مشاكل صحية و اجتماعية.

٧ عوامل طبية: مثل مدى توافر العيادات الطبية و المتخصصين و الأطباء و التمريض...

كل هذا يؤدي إلى المشاكل صحية و اجتماعية تؤثر في الحالة الصحية و مستوى الصحة العامة بالمجتمع.

العوامل التي تقرر مستويات الصحة في المجتمع:

تتأثر مستويات الصحة في أي مجتمع بالعوامل و المسببات التي تؤدي إلى الأمراض و لقد حددها علماء الصحة في العديد في النظريات.

أولاً/ نظرية السبب الواحد للمرض:

يفترض أن هناك سببا واحدا محددًا يؤدي إلى المرض -فمثلا: ميكروب السل هو السبب في ظهور مرض السل - بالتالي: يمكن التحكم و التخطيط للوقاية من هذا المرض بإبعاد ميكروب السل للوقاية أو القضاء عليه في حالة الإصابة(هنا تجاهلت النظرية العوامل البيئية المؤثرة في المرض و العوامل الشخصية المرتبطة بالمرضى).

ثانيا: نظرية الأسباب المتعددة للمرض:

فالمستوى الصحي للفرد أو المجتمع ينتج من تفاعل عدة عوامل و قوى يعمل كل منها في اتجاه قد يكون إيجابيا أو سلبيا فيما يتعلق باكتساب الصحة أو فقدانها و المستوى الصحي، يكون بمثابة محصلة أو نتيجة للتفاعل الذي ينشأ بين هذه العوامل و تظهر الحالة المرضية في حالة إذا تغلبت

العوامل السلبية، فمثلا: مرض السل يحدث نتيجة تفاعل مجموعة من العوامل منها ميكروب السل و العوامل البيئة المحيطة و الإنسان المصنف للمرض.

وحيث يتضح لنا مفهوم الصحة أكثر لا بد من تعريف "المنظومة الصحية" التي تعرف على أنها: عبارة عن نظام يتكون من مجموعة من العناصر. و المتمثلة في الموارد المادية و البشرية التي يسيرها نصوص قانونية و تتأثر بالعوامل المحيطة حيث: أن كل اختلال يحدث عن هذه المنظومة هو ناتج عن خلل في أحد عناصرها و الذي يؤثر حتما في نوعية الإنتاج أي خدماتها الصحية.

و عليه المنظومة الصحية عبارة عن نظام حيوي مفتوح يتكون من اتحاد تفاعل داخلي و خارجي: (1)

التفاعل الداخلي:

وهو الذي يمثل العلاقة بين مختلف مستخدمي الصحة من مسؤولي و ممارسي الطب و مساعديهم .

التفاعل الخارجي:

فهو الذي يتمثل في اتصال القطاع الصحي مع المحيط الخارجي أي التعامل بين العناصر المكونة للفريق الصحي مع أفراد و مؤسسات اجتماعية في إطار منظم من أجل حماية واستمرارية الحياة . (2) وبذلك نجد أن النظام الوطني للصحة يعمل على تنظيم الخدمات الصحية بتحضير البرامج والتخطيط واتخاذ الاستراتيجيات المناسبة التي تعمل على حل مشاكل الصحة، فهي تعمل و تسهر على حماية و تأمين الأدوات للقطاعات و الهياكل الطبية و الصحية المختلف، كل من أجل تلبية احتياجات السكان الصحية،(لأن الصحة تتمثل في حالة توازن و تلاؤم الإنسان في الوسط الذي يعيش فيه، و لكن هناك عوامل مختلفة "طبيعية، اجتماعية، اقتصادية" يمكنها أن تتدخل و بالتالي تقوم باختلال هذا التوازن و الذي يعطينا المرض) . (3)

(1) شيخة شيخة : مرجع سابق ، ص16

(2) نفس المرجع ، ص16

(3) Boussouf Rabah La géographie et la santé –Revue des sciences humaines- université de Constantine –Algérie Publication de l'université de Constantine N 07 1996

و في هذا الصدد فإن منظمة الصحة العالمية تعرف الصحة باعتبارها حالة كاملة من السلامة الجسمية و النفسية و العقلية و الاجتماعية، لا مجرد الخلو من المرض أو العجز أو الضعف" . (1) لذلك ينبغي الحفاظ على الإنسان و حياته مما يدفع بالسلطات و الحكومات إلى الاهتمام بهذا الجانب و من جميع الجوانب .

و مما سبق يمكن أن نقدم تعريفا إجرائيا للصحة كما يلي:

"إن الصحة ذات ثلاثة أبعاد: بدنية و عقلية و اجتماعية و نفسية و الصحة هي حالة توازن أو توافق ديناميكي بين الإنسان و البيئة المحيطة به و ينتج المرض عندما يختل التوازن".

2 - 1 / مفهوم و أهداف الصحة العمومية.

النظرة السريعة لاصطلاح الصحة العمومية تؤكد لنا أن هذا المصطلح مكون من كلمتين :

إحدهما : نتيجة وهدف الصحة وهي الصحة .

الثانية : العملاء أو المستفيدين وهي العمومية أو "العامة" بمعنى الناس، وهذا يؤكد ضرورة دراسة الناس أو المجتمع حتى يمكن أن يحقق لهم أعلى مستوى من الصحة وهذا لا يتأتى إلا بدراسة العلوم الاجتماعية . (2) في الواقع فإن هذا الاتجاه يكتسب أهمية خاصة نتيجة تحول صورة المشاكل الصحية إلى أنواع التي لا يمكن علاجها إلا بالمشاركة الإيجابية من جانب عامة الناس مثل أمراض سوء التغذية أو أمراض {البلهارسيا، الاتكلستوما، الإسكارس} فهي تتطلب تجاوب الناس مع العادات الغذائية السليمة و كذلك سلوكهم السلوك الصحي السليم فيما يتعلق بشرب المياه النقية أو قضاء الحاجة في المراحيض لمنع تلوث المياه و الطعام، وقبل التطرق إلى المفاهيم المتعلقة بالصحة العمومية لا بد من تعريف معنى المرض .

(1) أميرة منصور يوسف علي : مدخل الاجتماعي للمجلات الصحية الطبية والنفسية-، مصر ، دار المعرفة الجامعة ، 1997 ، ص17

(2) نفس المرجع ، ص22

{المرض حدث اجتماعي يتعرض له الإنسان في كافة مراحل حياته نتيجة بعض العوامل الطبيعية و الاجتماعية، مما يوجب على الفرد أو الجماعة أعباء مقاومته عليه إن أمكن أو التخفيف من حدته عند حدوثه...} . (1)

ويعرف قاموس "وبستر" الدولي المرض: باعتباره حالة أن يكون الإنسان معتل الصحة وأن يكون الجسم في حالة توعك بسبب المرض والمعنى الحرفي الكلمة مرض هو الاحتياج للراحة و الحقيقة أن المرض له معان متعددة تختلف باختلاف الأفراد و هو يشتمل على نواحي طبية و اجتماعية و اقتصادية و يؤثر المرض على الناس بطرق مختلفة إما مباشرة أو غير مباشرة و له نتائج خاصة على الأفراد و الجماعات و المجتمعات . (2)

يمكن تقسيم الأمراض إلى أمراض جسمية و عقلية و نفسية و أمراض اجتماعية، ومنه يمكن وضع تعريفا إجرائيا لمرض كما يلي: "المرض مفهوم يشير إلى انحراف ما عن حالة الفرد السوية بدرجات مختلفة فقد يكون:

طيبيا: أي هناك حالة مرضية معينة تحتاج إلى علاج طبي خاص، مثل الأنيميا، السل، السرطان..أو:

سلوكيا: أي أن هنالك انحرافات سلوكية معينة تتمثل في مشكلات اجتماعية للأفراد أو الجماعات و المجتمع كله.أو:

اجتماعيا: الإدمان والجريمة والانتحار والانحراف . (3)

(1) أميرة منصور يوسف : مرجع سابق ، ص 26

(2) نفس المرجع ، ص 27

(3) نفس المرجع ، ص 28

والآن نتطرق لتحديد مفهوم الصحة العمومية حيث:تعرف الصحة العمومية على أنها: " مجموعة من الوقايات و الوسائل التي تهدف إلى تحسين و التحكم في الصحة داخل مجتمع إنساني من خلال نشاطات مقرررة و قانونية " . (1)

فهي إذن الوقاية من الأمراض و حماية حياة الأفراد العقلية و النفسية و الاجتماعية.

من خلال عدة نشاطات وطرق وبرامج تقرها السلطات المعنية أن الصحة العمومية ترمي إلى تحقيق أربع أهداف أساسية و هي:

✓ معالجة الأمراض و ترقية الصحة.

✓ الوقاية من الأمراض المعدية و تفاديها.

✓ تنظيم و تشكيل مصالح معالجة الأمراض و تشخيصها و التنبؤ بها.

✓ رد الاعتبار إلى المرضى و العاجزين.

و إضافة إلى هذه الأهداف و حسب ما جاء في *encyclopédie micro soft encarta* الصحة العمومية تهدف أيضا إلى الراحة الجسمية والعقلية والاجتماعية وهي تبعا لاتفاقات المقاييس العالمية المعدة من طرف منظمة الصحة العالمية والتي ضمت إلى كل هذه المقاييس الصحية قيمة إنسانية . (2)

أما المنظومة الوطنية للصحة فهي ترى بأنها مجموع الأعمال و الوسائل التي تضمن حماية صحة السكان و ترقيتها،والتي تقوم بتنظيم كيفية حاجيات السكان في مجال الصحة توفيراً شاملاً و منسجماً و موحداً في الخريطة الصحية، كما نجد أيضا أن هناك من يرى أن الصحة العمومية هت العلم و الفن الذي ينبئنا بالأمراض ويقوم بحماية الحياة الإنساني وتحسين الصحة الحيوية العقلية والجسمية للأفراد من خلال نشاط جماعي يهدف إلى:

(1) Encarta 1998

(2)Encarta . IBID

✓ تطهير الوسط (المياه غير الصالحة للشرب، الحشرات الناقلات للأمراض...)

✓ مكافحة الآفات الاجتماعية (المخدرات، الأمراض المنتقلة عبر الجنس....)

✓ تحقيق و تنفيذ مختلف الخدمات الاجتماعية والصحية.

مما سبق قمنا بصيانة تعريف إجرائيا على النحو التالي من أجل تحقيق و تنفيذ الأهداف التي تسعى إلى تحقيقها الصحة العمومية التي عرفناها على أنها مجموع التدابير الوقائية والعلاجية والتربوية الاجتماعية التي تسهر على للمحافظة على صحة الفرد والجماعة وتحسينها، فينبغي بذلك توفير شبكة ولاتية ووطنية تخدم جميع المواطنين، وبذلك فإن مختلف أنماط الهياكل الصحية تنشأ حسب الحاجيات الصحية للسكان وبهذا فيجب أن تكون الهياكل الصحية في متناول جميع السكان والعمل على توفير أكبر قدر من الخدمات الصحية.

2 - 2 / مستويات تدخل الصحة العمومية:

ترمي الصحة العمومية إلى وضع و تهيئة برامج تضمن للسكان الصحة طول العمر، ومن أجل هذا فإن "الأنشطة العلاجية و الوقائية يجب أن تشكل وحدة عضوية" . (1) وذلك لأداء مختلف التلقيحات الإيجابية و الإعلان عن الأمراض المعدية و الحفاظ على نظافة الوسط من مياه و غيرها و التي تشارك في حماية المجتمع.

سنتطرق فيما يلي إلى الإلمام بكل ما يحمله كلا من العلاج و الوقاية و هذا استنادا لما ذكر أعلاه.

* العلاج: يتمثل في :

" الحماية من مرض مصرح به كما يهدف إلى مكافحة مرض ما يعاني منه أحد الأفراد أو

الجماعة من أجل التخفيف من معاناته وآلامه ومحاربه بشكل نهائي حتى يسترجع حيويته " . (2)

(1) Encarta 1998

(2) Khalati Mokhtar –urbanisme et système sociaux –la planification urbaine Algérie Alger OPU 1991 P25

ويمكن بهذا العلاج أن نميز بين نوعين من العلاجات :

- علاج أولي : مثل جروح خفيفة أو متوسطة ألم في أحد أعضاء الجسم ألم الرأس كسرن..
الحقن و بعد أيضا علاج سريع المفعول و غيرها، بحيث يجدر بنا أن نذكر أن هذه العلاجات الأولية نجدها خصوصا في مختلف القطاعات أو المنشآت الصحية غير الاستشفائية، لكن بصورة أقل منها عن سابقتها لأن المستشفى دور كبير و أعم من المنشآت الأخرى غير الاستشفائية. (1)
- علاج مستمر : وهو الذي يتمثل في علاج الأمراض المزمنة مرض السكري الضغط الدموي.. إضافة إلى علاج حالات أخرى تنتج عن حوادث يتعرض لها الإنسان في حياته قد تؤدي به إلى أن يعاق جسميا أو تطول مدة علاجه و غيرها من الأمراض الأخرى التي تتطلب علاج مستمر وتكون هذه العلاجات خاصة في المستشفيات التي تتكفل بهؤلاء المرضى.

* الوقاية:

وهي أشمل من العلاج إذ أنها تهدف إلى تفادي حدوث أمراض أو ظهور أوبئة وإن حدثت فهي تسعى إلى القضاء عليها والسهر على أن لا تحدث أو تظهر مرة أخرى.
الوقاية من الأمراض أو الوقاية بشكل عام تتحدد في ثلاث مستويات و هي: وقاية أولية أو وقاية ثانوية و تتمثل في الكشف المبكر عن المرض أو الوباء ووقاية في مستوى ثالث يقلل من خطر ظهور مرض ما ، (2) فالوقاية تسترشد بالنتائج الوبائية التي تسمح لها بالإحاطة بتاريخ ظهور المرض كما تسمح أيضا هذه النتائج الوبائية باختبار الفروض السببية و تقييم قياسات المراقبة التي تعد من أهم الوسائل التي تستعين بها من أجل تفادي الأمراض و الأوبئة التي قد تؤثر سلبا على حياة السكان وإن حدث هذا أي تعرض الفرد إلى مرض أو وباء فما عليه إلا مكافحته.

(1) Encarta op. cit

(2) Encart. IBID.

مكافحة الأوبئة و الأمراض المعدية عن مجموعة من الأعمال التي ترمي إلى معرفة و تشخيص العوامل البيئية ذات التأثير السلبي على الإنسان من أجل التقليل منها وتفاديها والقضاء عليها وذلك بتحدي مقاييس صحية بغية توفير ظروف سليمة و عادية لحياة السكان وذلك لتحقيق ما يلي:

- تفادي الأمراض و الجروح و الأحداث.
- الكشف عن الأعراض المرضية في الوقت المناسب لمنع حدوث المرض.

2 - 3 / التربية الصحية:

بعدما تطرقنا إلى الصحة العمومية من حيث مفهومها وأهدافها ومجالاتها فسننتقل الآن إلى التربية الصحية و نتعرف على مفهومها وأهدافها وكذلك طبيعة استغلال الخدمات الصحية

أ- مفهومها وأهدافها:

إن التربية الصحية أو التثقيف الصحي هو الدعاية الصحية الذي يعني تحسين السلوك الصحي من خلال مساعدة الناس على فهم سلوكهم وتشخيصهم على اختبار ما يفضلونه من أجل حياة صحية سليمة دون إجبارهم على التغيير . (1)

فهو إذن تثقيف صحي من أجل إعداد الناس للمحافظة على صحتهم لتفادي الأمراض وتزويدهم بمفاهيم و قيم ومهارات جديدة.

كما تعد التربية الصحية من المفاهيم الأساسية ومن أهم مجالات الصحة العامة الحديثة وأبرز تعاريف التربية الصحية أو التثقيف الصحي هو تعريف منظمة الصحة العالمية . (2)

(1) منظمة الصحة العالمية-دليل التثقيف الصحي : نقلا عن نبيلة بوخرزة ، الاتصال الصحي بالجزائر رسالة ماجستير في الإعلام غير منشورة ، معهد علو الاجتماع ، جامعة الجزائر 1995 ص04
(2) أسيا الشريف : دور الأم في مواجهة إسهال الطفل "تأثير العوامل الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية"، رسالة ماجستير غير منشورة معهد علم الاجتماع ، جامعة الجزائر، 1997 ، ص72

فالتربية الصحية تمثل كل فعل يهدف إلى تغيير سلوكيات الأفراد واكتساب عادات سليمة وكذا الحفاظ عليها فضلا عن الاستفادة من الخدمات الصحية المتاحة وتجعلهم قادرين فرديا وجماعيا على

تحسين الحالة الصحية والوسط الذي يعيشون فيه . (1)

ومما سبق يمكن وضع تعريف إجرائيا للتربية الصحية كما يلي: "التربية الصحية هي عملية تعليم المجتمع كيفية حماية نفسه من الأمراض والمشاكل الصحية وهي كذلك تزويد أفراد المجتمع بالخبرات اللازمة بهدف التأثير في معلوماتهم واتجاهاتهم وممارساتهم فيما يتعلق بالصحة تأثيرا حسنا".

التربية الصحية وسيلة فعالة لرفع مستوى صحة الفرد والمجتمع عامة .

"إن الهدف الرئيسي من التربية الصحية هو مساعدة الناس على تحقيق السلامة والكفاية البدنية والنفسية والاجتماعية بجهودهم الذاتية . (2)

بالإضافة إلى هذا نجد أنها تهدف إلى تغيير مفاهيم الأهالي و قيمهم فيما يتعلق بالصحة والمرض وجعل الصحة هدفهم الخاص. فهي بذلك تؤهلهم إلى الاحتكاك والتعرف على مختلف الخدمات والمنشآت التي تقدم لهم كل ما يحتاجونه من خدمة صحية. فتمثل الخدمات الصحية حسب ما يراه "عمر بن يوسف" أحد المجهودات الجد مهمة التي اتخذها الإنسان من أجل تحسين نوعية الحياة". (3) ومن أجل تحقيق ذلك ينبغي معرفة الحالة الصحية للسكان والوقوف على أهم المؤشرات الصحية التي تحددتها وهي مختلفة وعديدة منها المؤشرات الصحية "البحتة" أي الخاصة بالصحة في حد ذاتها وهناك أيضا مؤشرات سويسرا اقتصادية وأخرى متعلقة بنظافة الوسط "المحيط".

(1) آسيا شريف : مرجع سابق ، ص32

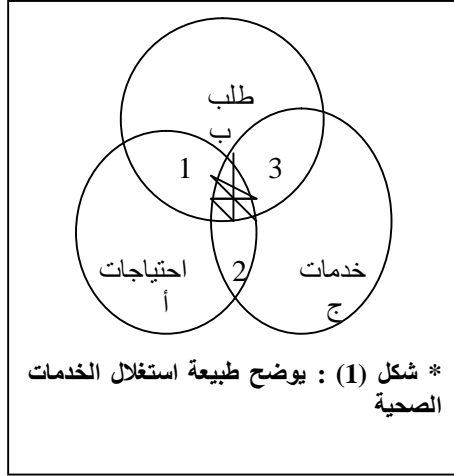
(2) Amor Ben youssef « la santé des nations »Revue internationale des sciences sociales. France imprimerie des press universitaires de France UNESCC N 9 1997 P329 .

(3) Amor Ben youssef . même revue P329

أما التي تهمننا وتخدم موضوع دراستنا، فهي تلك المؤثرات المتعلقة بالتغطية وعمل الخدمات الصحية التي تتوقف على تسيير الفريق العامل والخدمات الصحية واستعمالها من طرف السكان. (1)

ب - طبيعة استغلال الخدمات الصحية :

حتى نتضح لنا طبيعة استغلال الخدمات الصحية وتحديد الاحتياجات الصحية من قبل السكان سنقوم بعرض هذا الشكل الآتي : (2)



- إن المنظمة المخططة التي تشترك فيها الدوائر الثلاثة (للخدمات والمتطلبات والاحتياجات الصحية) تمثل جزء الاحتياجات الصحية المعبر عنها من طرف السكان - مدى تلبيتها أي الخدمات الصحية التي يقدمها الفريق الصحي أو الطبي

فلاحظ من خلال هذا الشكل أن الجزء من الاحتياجات المعينة للسكان معبر بطلب غير ملبي بالخدمات الصحية "المنطقة 1" وذلك لنقص قدرات الاستقبال أو انعدامها في عدد من المصالح.

أما "المنطقة 2" فتمثل الاحتياجات الصحية التي من أجلها مصالح صحية ولكنها غير محببة من طرف السكان وذلك لكونهم يجهلوا مهمة هذه الأخيرة أو لأنهم لا يعملون تواجد هذه الهياكل الصحية ونلاحظ أيضا أن جزء كبير من الطلب وضع في "المنطقة ب" لا تطابق الاحتياجات الحقيقية خاصة وأن مرحلة عدم الاستقرار الاجتماعي الاقتصادي معاش، وكذلك حينما يكون المستوى الثقافي قليل (أي تربية السكان تربية صحية حقيقية) تكون جد ضعيفة .

وبالتالي ينبغي تربية السكان تربية صحية من أجل تقليص هذا الضعف في الطلب .

وما نستنتج من الشكل السابق أنه يوجد جزءا صغيرا فقط يمثل الخدمات (وهو الموضح في المنطقة المخططة) مستعملة بطريقة فعالة من قبل السكان وأن جزءا من هذه الخدمات "منطقة2" ليس مستغلا لنقص المعلومات أو تربية السكان صحيا أو حتى لجهلهم في بعض الأحيان فيتبع كل هذا قلة استعمال هذه الخدمات وأن جزءا آخر يمثل "منطقة3" أن المنشآت الصحية مستعملة بشكل غير منطقي، وأن عددا من الخدمات الصحية لا يتطابق والاحتياجات الصحية الحقيقية للسكان .

فهذه الهياكل و المنشآت مسيرة وتشرف عليها سلطات وهيئات خاصة معينة بذلك والتي من خلالها تسهر على تقديم مختلف الخدمات الصحية للسكان . (1)

سنقوم في العنصر التالي بعرض أهم المشاكل الصحية وعلاقتها بالبيئة الحضرية

3 – المشكلات الصحية و علاقتها بالبيئة الحضرية:

إن المناطق الحضرية تختلف بعضها عن بعض فهي تتباين في معدلات النمو، وقد فرض النمو الحضري عددا من المشكلات التي أخذت تهدد سلامة الإنسان، ومشكلات المدينة وهي وإن كانت تختلف من مجتمع إلى آخر ومن مدينة إلى أخرى، إلا أن هناك مشكلات عامة تظهر مع نمو المجتمعات الإنسانية في الحضر. سنعرض الآن أكبر المشكلات في أي مدينة من المدن العالم التي عرضها وقدمها "عبد المنعم شوقي" وهي أربع وتتمثل في : (2)

• مشكلات أساسية:

المقصود هنا عدم كفاية الخدمات الموجودة في المجتمع أي أنه لا يمكنها أن تقابل حاجات كل أفراد المجتمع كالمستشفيات التي لا تكفي للمرضى مثلا .

(1)Ben Adouda Meme revue P19

(2) عبد المنعم شوقي : مجتمع المدينة ، بيروت دار النهضة العربية الطبعة 07 ، ص 153

مشكلات تنظيمية:

في هذه الحالة تكون الخدمات موجودة فعلا ولكن بغير تنظيم مما يجعلها لا تقابل حاجات المجتمع مثلا: إن تكون هنالك مكاتب للبريد كافية ولكنها موزعة توزيعا غير عادل بين الأحياء المختلفة.

• مشكلات مرضية:

من أمثلتها الإجمام، السرقة، التسول، البطالة، انحراف، الأحداث.

• مشكلات مجتمعية:

• كسوء العلاقات بين الجماعات المختلفة في المجتمع، عدم اهتمام المواطنين بمشكلاتهم وترك أمرها للظروف ويمكن تصنيفها إلى:

Ø مشكلات تربوية وتعليمية: وتختص بالتعليم المدرسي تعليم الكبار...

Ø مشكلات صحية: مشكلات الصحة الوقائية، مشكلات الإرشاد الصحي.

Ø مشكلات عمرانية: الإسكان، المياه، المجاري، الإنارة

Ø مشكلات خاصة: تختص بالبرامج والمؤسسات التي توعي الفئات الخاصة كالأحداث

المتشردين والمتوسلين.

• سوء التخطيط:

لقد أدت ظاهرة التحضر السريع إلى استيلاء المهاجرين على الأراضي خاصة تلك التي تقع خارج المدن ليقيموا لهم عليها مساكن بطريقة عشوائية وبصورة غير منتظمة ومن مجموع تلك المساكن تتكون أحياء سكنية كاملة تفتقر إلى أهم الخدمات الضرورية للحياة الإنسانية كالطرق، المياه المجاري والكهرباء والحدائق وغيرها: "هذه الأحياء نتيجة لظهورها العشوائي غير المخطط

تصبح عبئا على المدينة وعلى مرافقها مما يؤدي إلى تدهور مستوى أداء الخدمة لمواطني المدينة الأصليين والناخبين إليها على السواء" . (1)

إن البيئة الملوثة وغير الصحية تؤدي لظهور الأمراض والأوبئة وهذا ما تؤكدته كل الدراسات والأبحاث ففي الدراسة التي قام بها "فارس ودنهام" في مدينة شيكاغو: أن الأحياء الخربة"غير المخططة" في المناطق الداخلية تتميز بأشكال الغنة المتعددة ابمعنى أن هذه الأحياء غير سليمة وغير صحية وتتشير الأدلة إلى أن معدل الوفاة أكبر في تلك المناطق منه في غيرها وأن بعض الأوبئة أكثر انتشارا مثل السل والأمراض التناسلية وأمراض التغذية . (2)

في الدراسة التي قام بها "حسين عبد الحميد رشوان" لسكان الصناديق وهي دراسة ميدانية بمدينة الرياض بالسعودية أن هذه الصناديق لا يتوفر بها المرافق الضرورية كالإضاءة الكهربائية، ومياه الشرب والمطابخ كما أن السكان يقضون حاجاتهم وراء الصناديق ويلقون مخلفاتهم في الطرقات بالإضافة إلى بعض الصناديق تستخدم في تربية الأغنام والماعز . (3) وكل هذه المظاهر تعبر عن بيئة ملوثة وغير صحية وتؤدي لظهور الأمراض حتما.

هناك دراسة أخرى قام بها الأستاذ"علي بوعنافة" عن العمران غير المخطط في المدينة قسنطينة وتوصل إلى أن هذه الأحياء لا تتوفر على شروط الحياة مما نجم عنه مشاكل عديدة منها: انتشار الأمراض، نقص فرص التعلم والترفيه، صعوبات التموين، نقص وسائل النقل....

يضاف إلى هذا ازدحام هذه المساكن بشكل منقطع النظير وكان معدل أفراد الأسرة الواحدة ما بين 10 و12 فردا سيكون جميعها في غرفة واحدة في الكثير من الأحيان وتستعمل للأكل والاستقبال

والسهر والنوم . (4)

(1) حسين عبد الحميد أحمد رشوان : مشكلات المدينة- دراسة في علم الاجتماع الحضري الإسكندرية المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع ، 1997 ، ص100

(2) نفس المرجع-، ص57

(3) نفس المرجع-، ص65

(4) علي بوعنافة : الأحياء غير المخططة وانعكاساتها النفسية الاجتماعية على الشباب ، ديوان المطبوعات الجامعية الجزائر ص. ص 31- 32

هذا وأشارت الدراسة إلى انتشار أمراض مثل الحمى والسعال الديكي والزكام والأمراض الجلدية والرمم...

إن المسألة الصحية والطبية في المجتمعات النامية تختلط بالمسألة الاجتماعية والحضارية اختلاطاً يجعل تكيف العمل الصحي مع الحقائق الاجتماعية شرطاً لنجاحه ونحن في أشد الحاجة إلى صيانة العمل الطبي في الصورة الأقدر على تفهم البيئة الاجتماعية والعناية بكبير مشكلاتها كالأمراض المتوطنة والمعدية وسوء التغذية وأمراض الطفولة قبل المشكلات التي تغلب عليها الصبغة العلاجية وذات الأهمية الأقل فالصورة الصحية غير المرضية التي ترى في الدول النامية ليس مرجعها ضعف العناية بهذه الاعتبارات قدر ما ترجع إلى أكبر عقبة تعوق التنمية الصحية وهي قلة الموارد المالية المتاحة . (1) ولاشك أن صحة الأفراد من أهم العناصر التي يتفوق عليها كيان العمل وقد حاولت الدولة الاهتمام بهذا الجانب ومن بين الاهتمام الحكومات فيما تصدره من قوانين وتشريعات إلزامية بها الشركات والمؤسسات وتمثل الخدمة الصحية التي تقدمها للأفراد في تنظيم الخدمة الصحية الطبية بمعنى توفير أساليب ووسائل الإسعافات الطبية بالمنشآت الطبية أي بناء مستشفيات ومراكز صحية، بالإضافة إلى تخصيص أطباء ومرضى بعملية كعلاج وتقديم الأدوية اللازمة لعلاجهم (2) لذلك فإن الخدمات الصحية تعتبر موضوع اهتمام الحكومة وأرباب العمل على حد السواء، لذلك فهي تكلف المنشآت أو المراكز الخاصة بالتعمير لترجمة حاجة الأفراد إلى مراكز ومستشفيات وقاعات للعلاج وغيرها .

فقد كنف معظم الدول من بناء المستشفيات وتكوين الأطباء والمتخصصين وصناعة الدواء وذلك بهدف القضاء على الآفات المرضية في المجتمع وكثرة الأمراض وتعددتها ولهذا لا يمكن الاستغناء عن المرافق الصحية المهمة للمجتمع .

(1) أحمد محمد خليفة : في المسألة الاجتماعية ، دار المعارف بمصر ، 1970 ، ص 113-114
(2) كيرا جازية : الخدمة الاجتماعية وأثرها في معنوية العمال وإنتاجهم ، مذكرة ماجستير ، 1983 ، ص 25

لهذا نستنتج أن المشكلات الصحية لها علاقة بالبيئة الحضرية حيث أن هنالك أمراض ترتبط بالظروف البيئية المحيطة مثل التصريف الصحي للفضلات الآدمية وعدم استعمال المياه الصالحة وصحة الأغذية وعدم مراعاة الاشتراطات الصحية لشخصية فيما يتعلق بنظافة الشرب والأكل ونظافة المسكن وأماكن الإقامة والبيئة الخارجية المحيطة بالإنسان ومن أهم هذه الأمراض التيفود و البارافيفود و الدوسنتاريا و غيرها .

إن المشاكل الصحية لا يمكن علاجها إلا بالمشاركة الإيجابية من جانب عامة الناس مثل أمراض سوء التغذية والأمراض الطفيلية فإنها تتطلب تجاوب الناس مع العادات الغذائية السليمة والسلوك الصحي السليم فيما يتعلق بشرب واستعمال المياه النقية أو قضاء الحاجة... كما أن هنالك الكثير من الأسباب غير الطبية لكثير من المشاكل الصحية سواء كانت بطريقة مباشرة أو غير مباشرة من عادات وتقاليد وثقافة اجتماعية حيث تؤثر هذه العوامل على استمرارية الكثير من المشاكل الصحية ومن أهم هذه العوامل : (1)

1/ الفقر وانخفاض مستوى معيشة المواطنين حيث يتبعه نقص في التغذية وافتقار لشروط المسكن الصحي وعدم وجود إمكانيات للوقاية والعلاج من الأمراض.. مما يترتب عليه زيادة معدلات الوفيات بين الناس بصفة عامة والأطفال بصفة خاصة.

2/ انتشار الجهل والأمية وما يتبعه من عدم وعي أولياء الأمور فيما يتعلق بالشؤون الصحية وطرق الوقاية من الأمراض أو أهمية العلاج المبكر.

3/ المعتقدات الخاصة فيما يتعلق بالقضاء والقدر والتواكل بحجة أن ما كتبه الله على الإنسان لا بد وأن يراه الإنسان "المكتوب" فهناك فهم خاطئ للدين حيث تحت جميع الأديان السماوية على ضرورة المحافظة على النفس ويعتقد البعض بأن الأطفال الذين يموتون في سن مبكرة يقومون بخدمة

(1) سلوى عثمان الصديقي : مرجع سابق ، ص 71

والديهم والتشفع لهم في الآخرة علاوة على أنهم يدخلون الجنة. مما يجعلهم يهملون في الوقاية وعلاج الأطفال .

4/ انتشار كثير من الأمراض بسبب عوامل وأسباب غير طبية مرض "البلهارسيا" في مصر حيث يعتبره البعض مرضاً مهنياً لانتشاره في القطاع الريفي بين الفلاحين كما يرجع إلى الجهل بأسبابها من جانب الريفيين حتى يترك الأطفال للسياحة والانسجام في التبرع و بالتالي يتم الإصابة بالمرض ونتيجة لعدم توفر الوعي الصحي وبالتالي تنتقل العدوى من المصابين إلى الأشخاص غير المصابين. ومن الأمراض الأخرى نجد مرض الانكلستوما والرمد الحبيبي..... الخ .

5/ المعتقدات والأساليب غير العلمية في تفسير أسباب وعلاج المشاكل الصحية فمن هذه الأساليب الاعتقاد السائد بين العامة بتأثير العين الحاسدة بسبب أساسي لكثير من الأمراض ولاسيما أمراض الطفولة مما يجعل الأهل يخفون الطفل عن الأنتظار أو يستخدمون أساليب غير صحية في التعامل معه فيلبسوا ملابس قذرة أو يقومون بلفه في خرت حتى لا يسقط فريسة للعين الحاسدة وبالتالي تتأثر حالته الصحية بملابسه القذرة، كما أن العلاج بالكي بالنار لبعض الأورام أو الروماتيزم قد تؤدي إلى تلوث الجرح الناتج من الكي ويؤدي إلى مضاعفات كثيرة . (1)

مما لا شك فيه أن لهذه العوامل أثر كبير في التخلف الصحي للمجتمع.

ومنه فإن المحافظة على صحة البيئة يقلل من المشاكل الصحية وتحسين البيئة. والمشاكل البيئية التي تؤثر في الجماعات مثل مياه الشرب وتصريف الفضلات الآدمية وجمع القمامات والتخلص منها وصحة الطعام والمطاعم وتخزين الطعام والتهوية والإضاءة في المساكن والمنشآت ونظافة الشوارع والمنزهات ومكافحة الحشرات ومنع الضوضاء والغازات الضارة بالصحة.

لذلك تزايد الاهتمام العالمي خلال العقدين الماضيين بالنتائج البيئية السيئة الناشئة عن الكثافة

(1) د/ محمد علي بدوي : مرجع سابق ، ص 399

السكانية العالية في مناطق متعددة من العالم وحركة النمو الاقتصادي السريعة خاصة النمو الصناعي وصدرت صيحات عالية تبين الأضرار الناتجة عن التلوث الصناعي للبيئة وتنادي بوضع مقاييس بيئية لأن التلوث الصناعي يسبب عدة أمراض وأبرزها مرض الربو أو ضيق التنفس، ولهذا وجب المحافظة على صحة البيئة الحضرية حتى تقل المشاكل الصحية في المجتمع الحضري.

كما أن للمساحات الخضراء والحدائق والمنتزهات أهمية كبيرة في المدينة خاصة على صحة المجتمع وقد تعززت أهمية الحدائق والمنتزهات من خلال النتائج التي توصلت إليها عدد من الدراسات الفنية، وفي هذا الإطار فقد أكدت إحدى هذه الدراسات أن منتزه يتألف من هكتار واحد من الأشجار والحشائش وغيرها، يمتص من الهواء 900 كيلو غرام من غاز ثاني أكسيد الكربون. ويطلق في الهواء 600 كيلو غرام من الأوكسجين وذلك خلال 12 ساعة.

فقد اقيست درجة الحرارة في مجال مدينة "Vancouver" الكندية في سبتمبر 1973 وأعطت النتيجة التالية:

- ارتفاع درجة الحرارة في المنطقة الصناعية ومركز المدينة.
- انخفاض معتبر في درجة الحرارة في الريف المجاورة وقد لعب الغطاء النباتي دورا هاما في ذلك.

كما يشتمل الغطاء الأخضر عموما على عدد من الوظائف الفنية من خلال أبعادها الجمالية إضافة إلى أن يستعمل مثلا التوجيه السير في خط معين وإظهار وحدة التكوين العمراني كما تخفف الأشجار من انعكاس الضوء والحرارة من المباني والطرق.

كما تشير الدراسات أن درجة الحرارة ترتفع في أوسط المدن مما يؤدي بالهواء الحار من الارتفاع في الجو مشكلات بذلك منطقة ضغط منخفضة الأمر الذي يجعل الهواء البارد ينسحب إلى المنطقة الريفية المجاورة، فتزداد درجة حرارة هذه المنطقة وتنخفض كمية الأوكسجين بها بالإضافة

إلى التقاطها لكميات من الغازات الملوثة و الأتربة، وتتضح نتيجة هذه الحركة بما يشاهد في أوساط المدن عموماً. ومن بين التجارب المسجلة في هذا الإطار تجربة مدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية حيث بلغت المساحات الخضراء في هذه لمدينة سنة 2000 ما يفوق 260 مليون متر مربع حيث فاقت المساحات الخضراء بها نسب 50% من المساحات الإجمالية للمدينة.

ومن بين النتائج التي تمخضت عن ذلك تخلص المدينة من الرياح والعواصف الرملية كما زادت نسبة الرطوبة بها وتلطفت حرارة الجو، كما امتصت هذه المساحات النسبة العالية من الروائح والغازات.

وبالرغم من أهمية هذه الدراسات والتجارب الفنية إلا أنها ارتكزت على الأبعاد الجمالية و كفيات مواجهة الآثار الناجمة عن التلوث البيئي، ومع أنها كانت تنطوي على مضامين صحية ونفسية إلا أنها كانت تعبر عن أهمية تخطيطية ثانوية وغامضة وعموما جعلها تكاد تخلو من مفهومها الاجتماعي . (1)

ولعل من بين أحسن التجارب تعبيراً عن تكامل المضادين الفنية الاجتماعية في تخطيط الحدائق والمنزهات تجربة مدينة "مايو نس" الألمانية فهي عبارة عن مدينة متوسطة الحجم تأسست نع بداية الثورة الصناعية وقد تمحورت أهداف الخطة بها حول الفصل بين المدينة والمنطقة الصناعية بحزام أخضر ليحجز الآثار السلبية كالدخان والغازات السامة والضجيج.

- الاعتماد على المشاركة الاجتماعية وتعاون السكان من أجل توحيد اهتماماتهم الاجتماعية وغرس قيم التضامن والتآزر الغير رسمية المفقودة بالمدينة في تطور المساحات الخضراء.

-التنسيق مع التنظيمات الرسمية المحلية والتنظيمات الاجتماعية غير الرسمية لمواجهة المشكلة.

وقد وضعت الخطة سنة 1977 و البداية في التنفيذ كانت سنة 1980 حيث تم غرس الأشجار

(1) نش عمر : التخطيط الحضري و الجوانب السلوكية ، مذكرة ماجستير في علم الاجتماع ، جامعة منتوري قسنطينة ، 2005 - 2006 ، ص ص 53-54

والحشائش على جوانب الشوارع والمساحات العامة كما تم منع الحركة الميكانيكية من الجزيرات السكنية كما تم غرس الممرات بين الجزيرات السكنية بالأشجار والأزهار وغرست أفنية الجزيرات بالمأكولات الفلاحية المتنوعة فتحولت إلى بساتين فلاحية.

- تزيين واجهات العمارات بالنباتات المتسلقة والزهور المطلة من النوافذ والشرفات.

-تحويل معظم المساحات العامة ومواقف السيارات إلى حدائق معلقة بعد أن تحولت تلك المواقف

إلى تحت أرضية.

- كما استغلت المساحات تحت أرضية لتجمع مياه الأمطار ببناء خزانات تستعمل للسقي

والتنظيف في فصل الصيف.

- إنشاء الحدائق الشتوية بغرض توفير الطاقة عن طريق العناصر الطبيعية وبتكلفة ضعيفة جدا

لأن الغطاء النباتي يلطف كمن برودة الجو ولا يترك الصقيع يتشكل بطبقات سميكة . (1)

من النتائج التي تبلورت عن هذه الخطة.

- تناقض معتبر في معدلات الاحتراف والجريمة والهامشية في المدينة.

- إحرار نوع من التجانس الاجتماعي زيادة معدلة العلاقات الغير رسمية بين سكان المدينة.

إضافة إلى تدعيم الخصوصية الاجتماعية.

- تناقض الملف للأمراض التنفسية والأمراض العضوية كالسكري وضغط الدم والأمراض المعدية

والصدرية.

- زيادة الإنتاج الصناعي بنسبة 17% مما كان عليه في السابق.

- نقص كبير في التلوث الجوي من الأدخنة والغبار والغازات السامة.

- تناقص في التلوث الضوئي والضوضاء.

(1) نش عمر : مرجع سابق ، ص. ص 54-55

- إحداث العديد من مناصب الشغل بالحدائق والمنتزهات النحلية.

- ووفق ذلك كله أدى إلى تحقيق المدينة لاكتفائها الذاتي من الخضر والفواكه المختلفة . (1)

يتضح مما سبق أن البيئة تأثيرا كبيرا على المجتمع وعلى الأفراد والبيئة الصحية تؤدي إلى رفع المستوى الصحي وهذا ما لا تتصف به الأحياء غير المخططة وهذا نتيجة انعدام الوقاية الصحية حتى أصبحت تلك المناطق أماكن خصبة لانتشار الأمراض وارتفاع معدل الوفيات، وهذا لقذارة المناطق المختلفة بسبب قلة الوسائل الفعالة للتخلص من الأوساخ والقمامة في تلك المناطق المزدحمة حيث أن سكانها يتعرضون بصورة مباشرة إلى خطر انتقال الأمراض إليهم عن طريق الجراثيم، وأن هذه الحالة تعد أمرا عادي في هذه المناطق الحضرية المختلفة والتي تتصف بارتفاع عدد السكان وانتشار الفقر والبطالة فيها . (2)

كما تبين أن أسباب ارتفاع الوفيات في المناطق الحضرية المختلفة ترجع إلى الإقامة في المساكن الرديئة المظلمة وإلى سوء التغذية وفساد المناخ الطبيعي، وتعاطي المشروبات الروحية التي تفقد الشهية للطعام التي لها علاقة بظهور أمراض الكلى وأمراض السكر وغيرها.

كما أن سوء التغذية يؤدي إلى الإصابة بفقر الدم الذي يؤدي بدوره إلى ظهور عوارض مرضية منها السل . (3)

تتعرض البيئة في المدن لدرجة كبيرة من التدهور ومن تم تسبب أضرار خطيرة فلا يتمكن أن يتحملها الإنسان هناك والعوامل التي تسبب مثل هذا التدهور قد تعمل مستقلة عن بعضها البعض وذلك مثل الهواء الملوث، نقص ضوء الشمس وعدم كفاية مياه الشرب، ندرة المساحات الخضراء والتأثيرات الضاغطة والضوضاء وحوادث المرور والتوتر العصبي الشديد والازدحام المتزايد في هذه

(1) نش عمر : مرجع سابق ، ص 55

(2) جارلز إيرمز : المدينة ومشاكل الإسكان ، مرجع سابق ، ص. 12- 13

(3) Boulfour E.b the livingsoil .London faver and F ltd. 1944. P39

المدن وغيرها.. والتحضر هنا يحدث أضرار نتيجة للظروف الصحية الرديئة وللتدهور البيئي الصحي أو بسبب الضغوط الناجمة عن قطاع عريض سائد من الأمور المثيرة وهذه المخاطر عند تراكمها تحدث قلقا مزمننا يعرض السكان على امتداد حياتهم لأخطار جسمية وبخاصة سكان الأحياء الفقيرة التي تسود فيها ظروف صحية سيئة . (1)

ذلك راجع للعادات الخاصة بالتخلص من الصرف الصحي والقمامة والميل للتكدس العمراني وإقامة المناطق العشوائية.. وظاهرة إهمال التداوي وعدم الاهتمام بالنظافة.. والتلوث الضوضائي.. وغير ذلك من الجوانب الاجتماعية التي تحتاج إلى جهد كبير للتوعية بأخطاره وتأثيرها على البيئة. جاء في تقرير صادر عن اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا التابعة للأمم المتحدة عن البيئة في العالم العربي " نشر في القاهرة في أغسطس 1991 " (2)

لقد أدى التطور البطيء في الوعي البيئي على المستويين الشعبي والحكومي مع عدم المبالاة بالمظاهر السلبية المرئية والنفسية للتلوث وغيره من أشكال التدهور إلى عدم الاعتداد باتجاهات الرأي العام عند إعداد خطط وبرامج حماية البيئة وعلى الرغم من أن وعي الجماهيري في الوطن العربي يزداد تدريجيا إلا أن الآلية المؤسسية لازالت لا تسمح بمساءلة صانعي القرار من جانب الجماهير أو الجماعات الأهلية المعنية بالحفاظ على البيئة وبالرغم من المحاولات الجادة لأجهزة حماية البيئة والصحة العامة والتعليم والإعلام والنشر وتعميق الوعي البيئي إلا أن الأحوال المتدهورة للبيئة والفعل السلبي لدى القاعات العريضة من الجماهير يدل أن التوعية البيئية مازالت تواجه العديد من المشكلات".

(1) ت . باككس الأبعاد الصحية للتحضير : ترجمة عبد الرحمان الشرنوبي ، جامعة الكويت وحدة البحث والترجمة ، قسم الجغرافيا ، 1985 ، ص.ص 82- 83

(2) سعد لبيب : التوعية البيئية والمشاركة في مواجهة مشاكل البيئة بالنيل ، عدد 48 يناير 1992 ، الهيئة العامة للاستعلامات ، القاهرة ، مصر

الفصل الرابع

مشكلة تخطيط الخدمات الاجتماعية في المدينة

الجزائرية

* تمهيد

1- الخصائص العمرانية و الاجتماعية للمدينة الجزائرية

1-1 / المناطق المتخلفة و غير المخططة و وضعها العمراني و الاجتماعي

1-2 / الوضعية الاجتماعية في المناطق السكنية الجديدة " المخططة "

2 - المدينة الجزائرية و تخطيط الخدمات الاجتماعية

3 - وضعية الصحة العمومية و توزيع المرافق الصحية في المدينة

* تمهيد :

تؤكد أدبيات الدراسات الحضرية ، تزايد الاهتمام بالمشكلات الحضرية التفصيلية ، دون محاولة فهم هذه المشكلات في بعدها الميكرو - حضري، و الماكرو مجتمعي. و في هذا الإطار يميل بعض علماء الاجتماع إلى وصف مشكلات المدينة المعاصرة " بالأزمة الحضرية " ، في حين يركز البعض الآخر على تراكم و تشابك تعقد المشكلات التي تواجه حياة المدن، و مما لا شك فيه أن هذه المشكلات الاجتماعية و الاقتصادية و البيئية و الإدارية و الإنسانية ، قد أخذت أبعادا خطيرة ، تنبئ بمزيد من الترددي و التدهور لحياة المدينة، و من هذه المشكلات : (1)

- القصور الواضح في المرافق و الخدمات الأساسية (التعليم ، الصحة ، الترويح ، الترفيه... الخ)
- انهيار البيئة الفيزيائية و ترديها (فسادها ، و سوء استعمالها و تراكم الأوساخ)
- مشكلات الواقع الامبريقي الحضري ، مثل : الإسكان ، التلوث، النقل، البطالة ، الفقر، التسول، السرقة، الجريمة، الاحتياي ، المخدرات و المسكرات ، إمدادات المياه، الصرف الصحي، الكهرباء، النظافة و ارتفاع تكاليف المعيشة ، الضوضاء، الرشوة ، الفساد، الاحراف و التفكك الاجتماعي... الخ
- مشكلات عدم الفعالية السياسية ، و فشل الجهاز الحكومي و الإداري و غيرها من المشاكل الحضرية التي أصبحت تشكل أزمة في المدينة في وقتنا الحالي . و في هذا الإطار سنتطرق في هذا الفصل لمشكلة تخطيط الخدمات الاجتماعية في المدن الجزائرية حيث سنتطرق أولا للخصائص العمرانية و الاجتماعية للمدينة (المناطق المتخلفة أو غير المخططة و المناطق السكنية الجديدة " المخططة ") ثم نتطرق لتخطيط الخدمات الاجتماعية في المدينة و وضعية الصحة العمومية و توزيع المرافق الصحية في المدينة .

(1) أ.د. إسماعيل قيرة : أي مستقبل للفقراء في البلدان العربية ؟ ، مخبر الإنسان و المدينة ، جامعة منتوري قسنطينة ، دار الهدى للطباعة و النشر و التوزيع ، بدون تاريخ ، ص.ص 172 - 173

1- الخصائص العمرانية والاجتماعية للمدينة:

القطر الجزائري يضم أربعة مدى كبرى إحداهما هي المدينة الأم أي العاصمة متميزة بالحجم و الدور الوطني و الإقليمي و الهيمنة الاقتصادية و الثقافية والإدارية على منطقة واسعة أو على مجموع البلاد . (1)

و هي الولايات الكبرى في الجزائر في أقصى شرق القطر ك عنابة تبعد عن العاصمة ب: 600 كلم² و هي أقرب إلى قسنطينة جغرافيا و هي ثاني مدينة كبرى في الشرق الداخلي، أما في وهران فهي تقع على بعد 400 كلم² غرب العاصمة على الشريط الساحلي مقابلة لمدينة "Alicante" الاسبانية . (2)

و حسب إحصائيات 1966 فإن هذه المدن كانت تضم 1.618.000 من مجموع السكان الجزائري من الإجمالي: 11.664.000 نسمة، هذا ما هو إلا دليل رقمي على أن هذه المدن الكبرى تمثل في مجمل سكانها حوالي نصف سكان الجزائر بأكمله . (3)

و عندما نقرأ خريطة الجزائر السكانية للتعرف على الكثافة السكانية نلاحظ تبين منطقة شاسعة و واسعة غير مكتظة بالسكان و أن 34 مليون نسمة تعيش فوق مساحة تقدر ب: 2.283.000 كلم بكثافة عشرة أفراد للكلم الواحد، لكن لما ندرس الخريطة الجيولوجية لأرض الجزائر نجد أن معظمها صحراء، و تتكون من الجبال و الرمال، و هي تحتوي على مساحة تقدر ب: 2174.508 كلم ، إذ تعتبر من أكبر الصحاري في العالم و لهذا ما بقي كمساحة قابلة للحياة إلا 207493 كلم يسكن فوق هذه المساحة الصغيرة 80٪ من السكان .

(1) مصطفى بوتغنوش: العائلة الجزائرية ، التطور و الخصائص الحديثة ، مرجع سابق ، ص 88
(2) وكالة الأنباء الجزائرية: ولايات في تطور ، الجزائر ، مؤسسة الجزائر للطباعة ، 1989 ص 130
(3) وكالة الأنباء الجزائرية: مرجع السابق ص 130

و نسبة سكان المدن تشهد تزايد مستمرأ خاصة في المدن الكبرى بالإضافة إلى انتشار و تفاقم العديد من المشكلات الاجتماعية و الايكولوجية، التي أصبحت تؤرق و تقلق الباحثين و السياسيين على حد سواء، و ثمة أدلة وافية توحى بتزايدها و تراكمها و تعقدتها لترسم في النهاية ملامح أزمة حضرية متصاعدة و صورة مدينة الإسمنت البائسة .

لذلك لم يكن من المستغرب أن يؤدي هذا الوضع الحضري المتأزم إلى مزيد من الترددي و النمو الحضري العشوائي الغير مخطط، في ظل التعايش و التداخل بين الأنساق : أنساق القيمة الريفية و أنساق القيمة الحضرية.

إن المدينة الجزائرية اليوم تواجه بصفة عامة العديد من المشاكل كأى مدينة تنشأ بعيدا من التخطيط السليم الذي به وحده يمكن أن تتحدد وظيفة و حجم الإنشاءات و المواقع الملائمة، و توجيه و ضبط النمو العمراني و علاج المشاكل ، و كان نمو المراكز الحضرية في الجزائر قد تم أغلبه على يد الاستعمار الفرنسي الذي وضع المعالم الرئيسية لنمو هذه الحواضر و لم تكن هذه المعالم ملائمة لجعل النمو العمراني فيما بعد ينمو بدون مشاكل. إضافة إلى خضوع جانب من هذا النمو إلى الأهواء و الرغبات من سوء استخدام الأرضي و نوعية الاستخدام و هذا ما جعل إعادة تخطيط المدينة الجزائرية يلاقي العديد من الصعوبات و خاصة في مدن الشمال التي تشهد تركزا سكانيا كبيرا مع زيادة مظاهر الهجرة و النمو الفوضوي و غير المخطط . (1)

و إذا كانت زيادة السكان في المدن تشهد نموا مستمرا فإن نمو السكن لم يسر على نفس لوتيرة التي ينمو بها السكان و خصوصا في المدن الكبرى التي تعيش أزمة حقيقة في السكن و قد تولدت

(1) د/ إسماعيل قنيرة: أي مستقبل للفقر في البلدان النامية مرجع سابق ، ص170

عن أزمة السكن هذه أوضاعا اجتماعية خطيرة ، (1) و ربما كان هذا المشكل سببا في ظهور العديد من الاختبارات للذين يعانون من مشكل السكن، أدى بهم الأمر إلى إنشاء مساكن بأي صفة كانت و في أي مكان كان من المدينة، و هذه الوضعية ساعدت من جهتها في التأثير على المساحة الحضرية خاصة إذا ساد ذلك النوع من التنافس على الرقعة الأرضية التي تصبح أسعارها عالية بسبب دخول المالكين و تجار الأراضي هذه العملية م النتيجة هي تدهور البيئة الحضرية (2) ، و وجود مناطق عديدة تعاني من الحرمان و مظاهر التخلف و نقص الخدمات الاجتماعية إن لم نقل انعدامها .

و هذا ما أدى بالبعض إلى الاعتقاد بأن إعادة التخطيط في مثل هذه الحالات يعد من المستحيلات بالنسبة للدول النامية بسبب النمو المزايد في البناء بنوعية المخطط و غير المخطط الذي يتطلب إجبار المالكين على بيع أراضيهم للحكومة لأجل تنظيم استعمال الأرض و حتى تتضح الصورة أكثر سوف نتطرق بأكثر تفصيل للأحياء غير المخططة و وضعها العمراني و الاجتماعي ثم للمناطق الجديدة و المخططة و وضعيتها الاجتماعية (3) .

1-1 / المناطق المتخلفة و غير المخططة و وضعها العمراني و الاجتماعي:

إن نظرة متأنية في الأحياء المتخلفة و العشوائيات الحضرية سوف يسلم بالتأكيد إلى حقيقة هامة مؤداها أن هذه الأحياء تمثل نشوها حضريا و نسيجا اجتماعيا غير منسجم و من ثمة تميل الدراسات الاجتماعية الحضرية إلى ربط هذا المجال لمختلف بالفئات الدنيا التي تعيش ظروفًا فيزيقية اجتماعية متردية تتمثل على الخصوص في تدني مستوى المعيشة التكديس السكاني البطالة سوء

(1) بن السعدي إسماعيل: المعوقات الاجتماعية للتنمية العمرانية، مذكرة مقدمة لنيل دبلوم الدراسات المعمقة في علم الاجتماع الريفي و الحضري

1983 1984 ص 30

(2) نفس المرجع ، ص 32

(3) تشالز ابرمز : المدينة و مشاكل الإسكان ، مرجع سابق ، ص 70 .

نقص التغذية تدني السلوك البشري انتشار الأمية الافتقار إلى خدمات الصرف الصحي و الكهرباء المواصلات و المياه النقية الصالحة الشرب و تراكم الأوساخ و تكاثر الحشرات و ما يصاحبه كل ذلك من تأثيرات سلبية على السكان الذين يظلون و مع ذلك متفائلين و متطلعين إلى المستقبل.

و الواقع أنه حين تجري مقارنات بين قطاعات فقراء المدن يتوصل المحللون إلى وجود علاقات مشاركة أضعف بين سكان الأزقة الحضرية الفقراء مما هي بين سكان أحياء المهاجرين الفقراء هنا تبدو الأدلة شديدة النفي لفكرة "حضارة الفقر" ضمن المهاجرين و شديدة التأكيد لفكرة "ثقافة الفقر" (1) التي ترتبط بسكان الأحياء المختلفة من حيث الملبس و العادات الغذائية و الحياة العائلية سياسة الإيجاب المتبعة و النظرة إلى الذات و إلى الآخرين و نتيجة لذلك يبدو أن هذه الأحياء ترتبط في نموها بالهجرة الريفية الحضرية البطالة مشكلة الإسكان الحضري ارتفاع معدلات الزيادة الطبيعية لدى سكانها قصور السياسات الحضرية و من ثمة فهي إفراس الاختلال الهيكلي في البناء الاجتماعي. و تتخذ هذه الأحياء نمطين سائدين هما:

الأحياء الميئوس منها و الأحياء المأمول منها، (2) التي يطلق عليها "لويدي" أكواخ الأمل *slums of hope* ففي المغرب العربي يسود عموما مفهوم *Les bidonvilles* (مدن الصفيح أو أحياء الصفيح) و في الجزائر *Gourbi villes* (مدن الأكواخ أو الأحياء المختلفة) و في المغرب (مدن الخيم) ، أما مصر فيستخدمون مفهوم العشوائيات أو المناطق العشوائية الحضرية *zone d'urbanisation spontanée* (3).

(1) إسماعيل قنيرة : أي مستقبل للفقراء في البلدان العربية ، مرجع سابق ، ص 19

(2) السيد عبد العاطي السيد: علم الاجتماع الحضري بين النظرية و التطبيق الجزء 2 مشكلات و تطبيقات ، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية ،

1987 ، ص.ص 273-275

(3) د / إسماعيل قنيرة: أي مستقبل للفقراء في البلدان العربية، مرجع سابق ، ص 20

و هكذا فإن الحي المختلف هو نتاج معقد لعدة عوامل متشابكة شأنه في ذلك شأن الظواهر الاجتماعية الأخرى و لكن من المؤكد أن الفقر و انخفاض مستوى الدخل يمثل العامل الحاسم في كل ما يرتبط بهذا الحي من مشكلات اجتماعية خطيرة .

إن التوسع العمراني غير المنظم في الجزائر أطلق عدة مصطلحات منها البناء الفوضوي لبناء السري و البناء الغير القانوني و الأحياء القصديرية و السكن الانتقالي عشش الصفيح....

هذه الظاهرة العمرانية السلبية التي تعاني منها أغلب بلدان العالم السائرة في طريق النمو و إن تعددت تعليقات توأجدها فإن أسبابها الرئيسية ترجع إلى الانفجار الديموغرافي في المدن وحدة أزمة الإيواء بها ، و النزوح الريفي المكثف نحوها بسبب انعدام وجود سياسة تنمية متوازنة بين مختلف الأقاليم و التركيز على المدن الكبرى و المتوسطة في مجال التنمية الحضرية بصفة خاصة و التنمية الاقتصادية بصفة عامة و الإخفاق في إيجاد سياسة تهيئه حكيمة في الأرياف و المناطق النائية تحفز الإنسان على الاستقرار بمسقط رأسه. (1)

ظاهرة النسيج العمراني غير المنظم (البناء الفوضوي أو غير المخطط) في الجزائر و إن تزايد بشكل مدهش في العشرين سنة الأخيرة بحواف المدن الكبرى و المتوسطة الحجم فإن جذوره و أنويته ترجع إلى العهد الاستعماري و يمكن القول أن هذه الظاهرة برزت في الجزائر مع سياسة الاستيطان الأوروبي المكثف بها بعد الحرب العالمية الثانية، وما صاحبه من أنماط السياسة الاستعمارية التنموية في مختلف المجالات و القطاعات و الاعتماد على الأيدي العاملة الرخيصة القادمة من الأرياف لانجاز مشاريعها الكبرى في إقامة الهياكل الأساسية كشف الطرق و مد السكك الحديدية بناء و توسيع الموانئ و المدن و استصلاح الأراضي الفلاحية و استغلالها بحيث لم يكن هنالك تفكير اجتماعي و إنساني لتهيئة وسائل الإقبال لهؤلاء الوافدين الجدد من الأرياف بحثًا

(1) د / بشير التجاني : التحضير و التهيئة العمرانية في الجزائر ، ديوان المطبوعات الجامعية ، بن عكنون ، الجزائر ، 2000 ، ص86

عن العمل والعيش بعد أن أصبحت الفلاحة في المناطق الجبلية النائية و الأرياف بصفة عامة غير كافية لمعيشتهم نتيجة الاكتظاظ السكاني و هروبا من الأوبئة و المجاعات التي كانت تحصدهم فانتقلوا إلى المدن يقيمون بحواف المستوطنات الأوروبية في أماكن تحددها لهم الإدارة الاستعمارية يطلق عليها اسم الأحياء العربية و هي عبارة عن عشش من الصفيح كانت تمثل أتعس أماكن الإيواء على وجه الأرض . (1)

كانت أنماط الاستيطان البشري في الجزائر قبل الاستعمار الفرنسي تتمثل خيم يقيم فيها البدو الرحل في الصحراء و الهضاب العليا و السهوب أو في بيوت ريفية مبنية بالمواد المحلية من طوب و حجر و خشب الأخضر و الذين كانوا يكونون أقلية من مجموع السكان آنذاك و كانوا مستقرين بمدن تقليدية ذات طابع عربي إسلامي و أندلس في شبكة حضرية ذات توجيه إقليمي تضبطه علاقات متينة بين الأرياف و المدن تحددها اختصاصات الأنشطة الحضرية و الريفية.

و نعود الآن إلى ظاهرة الأحياء القصديرية التي لم تكن موجودة على الإطلاق في الجزائر قبل دخول الاستعمار الفرنسي إلى الجزائر بل توسعت مع وجوده من جراء عملية التحضر التي شاهدها الجزائر بسبب الاستيطان الأوروبي المكثف و سياسة التفرقة العرقية التي كانت متواجدة في الإسكان و التي نتج عنها في المدن ظهور الأحياء السكنية الأوروبية الراقية و الأحياء العربية التي كانت تتواجد في المدن التقليدية أو أحياء من السكن المتدني و عشش الصفيح التي هيكل بعضها فيما بعد ليطلق عليها اسم تجزئات السكن العربي و التي كانت مأهولة بالجزائريين فقط . (2)

تقلصت ظاهرة الأحياء القصديرية في الجزائر في المرحلة ما بين 1962 و 1970 نتيجة توفر حظيرة سكنية كافية متكونة في الغالب من السكن الشاغر بعد مغادرة ما يقرب من ثلاثة ملايين و نصف من الأوروبيين للجزائر .

(1) د/ بشير التيجاني : مرجع سابق ، ص 87

(2) نفس المرجع ، ص 87

لكن سرعان ما بدأت تتفاعل هذه الظاهرة مع بداية مرحلة التخطيط الاقتصادي في الجزائر سنة 1970 و تبني سياسة التصنيع في الأقاليم الحضرية بحواف المدن الكبرى و المتوسطة مع تهميش التهيئة الريفية و إهمال تطوير و تنمية الفلاحة في القطاع الخاص بل قضى عليها بسبب التأميم مع تطبيق نموذج الثورة الزراعية الذي أثبت فشله فيما بعد .

و بالتالي فإن هذه التحولات الاقتصادية أوجدت عوامل جذب قوية في الأقاليم العمرانية و المدن الكبرى و المتوسطة ف الشمال (و المتمثلة في المصانع المنجزة و ورشات الأشغال الكبرى و من جهة أخرى ساهمت في بروز عوامل طرد قوية في القرى و الأرياف و المناطق النائية التي أصبحت تعاني من ركود في مجال التنمية الأمر الذي أدى إلى تحريك ظاهرة الهجرة الريفية نحو المدن خاصة خلال مرحلة التخطيط المركزي ما بين 1970 و 1977 عندما سخرت جل مداخل النفط و الاستثمارات لعملية التصنيع (حوالي 52٪ من مجموع الاستثمارات) في حين أهمل قطاع السكن و لم تعط له الأهمية المنوطة به و الذي أصبح يعاني من عجز متزايد منذ 1970 . (1)

و بسبب سوء التوازن بين التزايد السريع لعدد السكان في المدن و جمود حظيرة السكن الحضري تواجدت ظاهرة الأحياء القصديرية و استمر نموها و انتشار بشكل سريع فيما بعد حول المدن الكبرى خصوصا و باقي التجمعات الحضرية عموما، وفاق معدل نموها المقدر بحوالي 10٪ سنويا معدل النمو الحضري المقدر بحوالي 5٪ في أكبر تقدير، بحيث أصبحت أغلب المدن الكبرى و المتوسطة و حتى الصغرى في بعض الأحيان محاطة بأحياء قصديرية تقام فوق أراضي أملاك الدولة بشكل غير قانوني و بطريقة عشوائية و سريعة عجزت المصالح الإدارية و الجماعات المحلية من

إيقافها و التحكم فيها . (2)

(1) د / بشير التيجاني : مرجع سابق ، ص 88

(2) نفس المرجع ، ص 89

و إن لم يوجد كل العاجل لهذا الفطر العمراني المشوه و المتكاثر بشكل مدهش فإن جل المدن الجزائرية في المستقبل القريب ستصبح محاطة بأحياء من البؤس و الشقاء تكون انعكاساتها خطيرة و مهددة في نفس الوقت في مختلف المجالات الاقتصادية و الاجتماعية و الصحية و السياسية ليس فقط على سكان هذه الأحياء بل و على سكان المدن المجاورة و المجتمع ككل كذلك .

و قد بدأت انعكاساتها في البروز خلال السنوات الأخيرة بحيث أصبحت جل مظاهر الشغب و الفوضى و الاتحرافات و العنف و تعاطي المخدرات و انعدام الأمن في المدن الكبرى لها ارتباط مباشر أو غير مباشر بهذه الأحياء الفوضوية .

لقد حاولت السلطة المركزية الجزائرية في سنة 1963 وضع مشروعا للتغلب على ظاهرة أزمة السكن و ذلك بإدخال ترميمات و تحسين مساكن الأحياء القصدية و بناء التجهيزات الجماعية الضرورية .

قامت أول تجربة في جانفي 1963 بالعاصمة في حي قصديري يقع بوادي أوشاح و كان عدد سكانه 900 ساكن يقطنون 20 كوخا و بعد سنتين من البناء الذاتي جددت معظم المساكن و أنجزت مدرستان و مستوصف و سوق تجاري .

هذه التجربة ليست فاشل و استطاع السكان أن يوفرُوا بأنفسهم المرافق الضرورية تكونت حياة اجتماعية و اقتصادية دون أن يهدم الحي و ينتقل سكانه إلى مناطق سكانية أخرى .

و قد لاحظنا في العشرية الأخيرة أن سكان الأحياء القصدية ينجزون مساكن في أماكن تثير الانتباه (انتباه السلطات المحلية و الولاية و حتى الوزارية) حتى يكون انتقالهم سريع و سهل يرجع هذا الأمل إلى اعتقاد السكان أن السلطات المركزية همها الوحيد أن تحترم سياسة البلاد أمام الآخرين .

و هذا لا يكون إلا بتتحية الأكواخ التي أنجزت بجانب الطرق التي يمر عليها الوفود السياسية (1)

(1) د/ عبد الحميد دليمي : الواقع و الظواهر الحضرية ، منشورات جامعة منتوري ، قسنطينة ص . ص 188 - 119 - 120

الوافدة من خارج الجزائر، و نظرا لإقامة الأكواخ فوق أرض الدولة و القطاع الخاص فهي ممنوعة قانونيا، ينجز السكان الأكواخ في يوم الخميس و الجمعة حتى لا تستطيع الشرطة طردهم و إن فعلت لا يكون إلا بقرار من العدالة، نظرا لأزمة الإسكان الخانقة و عدم قدرة السلطات و المؤسسات الحكومية على توفير هذه الحاجة الضرورية للسكان تتغاضى عن هذه الإمدادات العمرانية غير المشروعة .

هذه الوضعية و الحالة التي تعيشها المدينة بفعل النمو الحضري المرتفع و زيادة الأكواخ القصديرية تؤثر بدون شك على النمو العمراني السليم للمدينة في شتى النواحي و تفرز مشاكل عديدة يرجع ثمن علاجها غال عن ميزانية البلدية و الولاية. (1)

إن الأحياء الغير مخططة (أو البناء غير المشروع) بالجزائر تفتقر إلى أنشطة الاجتماعية و الاقتصادية و التربوية و الصحة و الدينية و مختلف المرافق و التجهيز الضرورية للسكان كما أن السكان في هذه الأحياء يعيشون في ظروف فيزيقية صعبة تؤثر سلبا على صحتهم و أمنهم. و عليه نجد مشكلة السكن اليوم قائمة على الإصلاح في جميع الدول المتقدمة و النامية و انطلاقا من هذا أخذت الجزائر (باعتبارها دولة نامية) على عاتقها و توفير المسكن الصحي لأن المسكن الملائم عنصر جذب لأفراد الأسرة و جماعات الجوار بينما يدفع المسكن غير الملائم الأفراد لإشباع حاجاتهم بعيدا عنه و قد يترتب على ذلك مشكلات يصعب مواجهتها . (2)

يعتبر المسكن الملاذ الأول و الأخير لراحة الإنسان و هو الوحيد الذي يعطي الهدوء و الطمأنينة لجميع أفراد العائلة، فإذا كان كذلك فهو الأمل المنشود لجميع أفراد المجتمع .

إن العمران غير المخطط هو الذي أنشأ بشكل عفوي و دون مراعاة لقوانين البناء و التعمير أي

(1) د / عبد الحميد دليمي : الواقع و الظواهر الحضرية ، مرجع سابق ، ص 120

(2) د / عبد الهادي محمد والي : التخطيط الحضري و تحليل نظري و ملاحظات واقعية ، دار المعرفة الجامعية ص 67

ليس له ارتباط مع المخطط الرئيسي للتهيئة و العمران فالبناء الفوضوي هو جميع المساكن التي بنيت في النسيج الحضري سواء فوق أرض الدولة أو الخواطر و هو في غالب الأحيان أنجز بالمواد الصلبة مثل (البريك، النجارة، الحديد....) و قد ظهر هذا النوع من البناء في الثلاثينات و من جراء التنمية السريعة للبلاد و من جراء الموجات المتدفقة من المهاجرين نحو المدن و الذين شوهوا المظهر العام للمدينة .

إن مفهوم البناء الفوضوي و الأحياء القصدية استعمالها قابل للتبادل أي من الممكن استعمال أحدهما عوضا عن الآخر غير أن تقدم الفوضوي الصلب في طريقة و مادة البناء يجعل المعنى يختلف نوعا ما إذن إن تلك الأحياء معظمها أنجز بالمواد الصلبة الغالية الثمن مثل: الخرسان، الأجر الحديد الزجاج.... الخ . (1)

إذن البناء الفوضوي رغم أنه غير مخطط إلا أنه منظور و ذلك مقارنة مع الأنماط القصدية التي تنعدم بها أدنى شروط الحياة لكن رغم ذلك يبقى هذا البناء الفوضوي يفتقر للخدمات و المرافق الاجتماعية و التجهيزات المختلفة و بمعنى أنه يحتاج إلى التخطيط المنظم و المحكم .

1 - 2 / الوضعية الاجتماعية و العمرانية في المناطق السكنية الجديدة " المخططة":

بدأت الجزائر تتبنى سياسة بناء مناطق حضرية جديدة بعد سنة 1970 ، و كان الهدف منها إدخال نمط عمراني جديد و حل أزمة السكن التي عانت منها المدن الجزائرية إلا أن هذا النمط لم يراع فيه تقاليد و عادات السكان .

إن تفاقم أزمة السكن و الإسكان بعد الاستقلال في المدن أدى بالمسؤولين عن قطاع الإسكان إلى زرع هذا النمط من العمارات في جميع أنحاء المدينة بطريقة عشوائية و بدون دراسة مسبقة

(1) د / عبد الحميد دليمي : الواقع و الظواهر الحضرية ، مرجع سابق ، ص 120

لحاجات الأسرة الجزائرية ، من الناحية الثقافية و الاجتماعية و الديموغرافية و لا من حيث المواصلات و وجود الماء بالأماكن المختارة. الحاجة الماسة إلى ملجأ يأوي إليه الإنسان تدفعه عندما يتحصل على مسكن أن يقبل أي نمط من السكن و بدون شروط .

المسكن بنية اجتماعية ثقافية بالدرجة الأولى قبل أن يكون مجموعة جدران و أرضيات و أسقف و نوافذ و أبواب و لهذا السبب معظم السكنات الحالية التي أنجزت بالمدن لا تستجيب إلى المكونات الثقافية للأسرة و العائلة الجزائرية .

المتجول في مختلف أحياء السكن الجماعي الجديد يلاحظ تغيرا في الكثير من أجزاء العمارة و خاصة في الشريقات و الفتحات حيث أغلقت معظمها لأنها تسمح للمارة أو الجيران العمارة المقابلة أن ترى ما تفعله الأسر الأخرى داخل المسكن، لهذا السبب فإن العمارة الممثلة للنموذج الثقافي و الأفكار المجتمع تختلف تماما عن أفكارنا حيث أهملت أحد أسس الثقافة العربية و هو "الحرمة". (1)

و مما سبق نستطيع أن نستخلص أن هذا النوع من العمارات صمم بطريقة تختلف كل الاختلاف مع المكونات الثقافية و الاجتماعية و الديموغرافية و الدينية و الاقتصادية للأسرة الجزائرية .

كما سبق و قلنا أن الجزائر بدأت العمل على إنشاء مناطق قسنطينة حضرية جديدة منذ سنة 1975 لهدف التحكم في التوسع العمراني (الذي لا مفر منه) بالمستوطنات الحضرية من أجل توفير السكن لأعداد سكانها المتزايدة و حسب التوجيهات التشريعية العمرانية الجزائرية يمكن للمناطق السكنية الحضرية الجديدة أن تنشأ بشكل اختياري عندما تكون طاقة المشروع إنتاج 400 سكن فما فوق و تنشأ بشكل إجباري عندما يتطلب المشروع المعماري إنشاء 1000 سكن أو أكثر ، و قد شاهدت أغلب المدن الجزائرية بمختلف أنماطها و أحجامها توسعا في نسيجها بواسطة هذه الوسيلة المعمارية في الثلاثين للسنة الأخيرة .

(1) د / عبد الحميد دليبي : الواقع و الظواهر الحضرية ، مرجع سابق ص 127

و قد قدر عدد المساكن المنجزة بواسطة هذه الوسيلة المعمارية إلى غاية 1990 بحوالي مليون سكن جماعي على النمط العمودي "عمارات" يتوزع عبر مختلف المدن الكبرى و المتوسطة و الصغرى و تتمركز كثافة هذه المناطق السكنية الحضرية الجديدة بالأخص في المدن الكبرى المتروبولية مثل : مدينة الجزائر و وهران قسنطينة، عنابه ثم تأتي المدن المتوسطة الحجم في الدرجة الثانية مثل: تلمسان، سيدي بلعباس، الشلف، معسكر، سعيدة، مستغانم، تيارت، المسيلة، البليدة، تيزي وزو، بجاية، سطيف، المدية، الخميس، ميله، جيجل، باتنة، سوق أهراس، تبسة...

ثم تليها مدن أخرى في المرتبة الثالثة مثل مغنية/ سبدو/ الغزوات/ بني إنصاف/ الرمشي/ سيف/ المحمدية/ غليزان/ فرنده/ واد تليلات/ عين الدفلة/ العفرون/ سدراتة/ تندوف/ بشار/ أدرار/ ورقلة/ غرداية/ لغواط/ عين صالح/ تامنراست/ و غيرها.... (1)

كما يلاحظ أن أكبر هذه المناطق السكنية الحضرية الجديدة أخذت مواطنها في المدن الكبرى بسبب الانفجار السكاني الذي تشهده هذه المدن إذ نجد أن هذه المناطق السكنية يضم ما بين 6000 و 10000 سكن كما هو الحال في مدينة الجزائر و وهران .

إن نجحت هذه الوسيلة العمرانية في توفير السكن الجماعي و حل جزء مهم من أزمة السكن في البلاد و زيادة على التحكم في التوسع العمراني المنظم فإنها لم تنجو من الانتقادات حول نقائصها فيما يتعلق بإخفاقها في توفير جميع الهياكل و التجهيزات الضرورية لسكانها بحيث لا تزال هذه المناطق السكنية الحضرية المتواجدة بحواف المدن عبارة عن مراقد للسكان فقط، و تعتمد اعتماد كلياً على الخدمات و التجهيزات المتواجدة في مراكز المدن التي أنشئت بها و يعاني سكانها من مشكل النقل في رحلة العمل اليومية كما وجه الانتقاد إلى الوعاء العقاري الذي أقيمت فيه هذه المناطق السكنية و الذي اقتطع في الأكثر الحالات من الأراضي الفلاحية الخصبة .

(1) د/ بشير تيجاني : مرجع سابق ، ص71

و قد أنجزت جميع هذه المناطق السكنية في إطار المخططات الاقتصادية الوطنية أو المخططات الولائية و المخططات البلدية للتنمية من إجراء الاعتماد المالية الحكومية المسخرة لقطاع السكن¹ كما تمت جميع العمليات العمرانية في هذا المجال بواسطة الصندوق الوطني للتهيئة القطرية الذي تولى الدراسات التقنية، أما الإجاز فقد تولته عدة شركات و مؤسسات وطنية للبناء مثل : الشركة الوطنية لأشغال السكن و البناء و غيرها... ولم يشارك القطاع الخاص الوطني و الأجنبي في الإجاز إلا بنسب ضئيلة مثل: المناطق السكنية التي أنجزت من طرف شركة حسناوي بسيدي بلعباس و بعض مشاريع البناء الأخرى التي تولت إنجازها شركات أجنبية في إطار الشراكة مع شركات البناء العمومية. (1)

توجد وسيلة عمرانية أخرى تهدف إلى توفير السكن الحضري الفردي المنظم و المنسجم مع النسيج العمراني و المدمج ضمن مخططات التوجيه و التهيئة العمرانية تعرف بالتجزئة التي تقوم البلديات و وكالاتها العقارية بتهيئتها و الإشراف على إنجازها من أجل توفير السكن الفردي في إطار البناء الأفقي المعروف بالبناء الفردي أو الذاتي . (2)

و قد ساهم نمط التجزئة في توفير السكن الفردي الحضري المنظم بشكل ملموس في مختلف أرجاء البلاد، إذ يشير الديوان الوطني للإحصائيات في وثائقه المتعلقة بموضوع السكن عن إنجاز ما يقرب 1.5 مليون سكن في المدة ما بين 1966 و 1992 في هذا الإطار و بواسطة الأفراد الذين استفاد أغلبهم من سلفه قدمها الصندوق الوطني للتوفير بفوائد منخفضة جدا و لمدة تتراوح ما بين 10 و 20 سنة. إلا أن هذه الوسيلة المعمارية التي تهدف إلى توفير السكن الحضري من جهة و ضبط التوسع العمراني المنظم لم تخلو من الانتقادات الهادفة خاصة فيما يتعلق الأمر بالتأخير من طرف

(1) بشير تيجاني : مرجع سابق ، ص 71 - 72

(2) نفس المرجع ، ص 73

البلديات ووكالاتها العقارية في توفير الهياكل الأساسية من كهرباء و غاز و أنابيب تصريف المياه المبتدلة و تهيئة الطرق و التجهيزات الضرورية من مدارس و أسواق و مرافق عمومية و إدارية و مساجد.... و غياب المراقبة و المتابعة المعمارية خلال إنجاز السكن من طرف الإدارة البلدية المحلية .

كما لوحظ في أغلب التجزئة غياب الوعي المعماري لذا ملاك البيوت المنجزة بسبب كثرة مخالفاتهم المعمارية و عدم احترامهم للمقاييس و التصاميم المتفق عليها مع مديرية التعمير و البناء و الإدارة و البلدية المحلية، الأمر الذي أدى إلى غياب الانسجام بين البيوت المنجزة من حيث الشكل الخارجي و الارتفاع و عدم احترام المساحات المخصصة للحدائق داخل البيوت .

تبنت الحكومة الجزائرية إستراتيجية المدن الجديدة لمواجهة التحضر السريع في الجزائر خاصة عبر الشريط الساحلي و التل أين وصل التشعب الحضري أقصاه في المدن الكبرى و المتوسطة الحجم و ما نتج عنه من انعكاسات خطيرة على الوسط الطبيعي و بالأخص تراجع مساحة الأراضي الفلاحية بسبب التوسع العمراني سواء كان ذلك التوسع العمراني منظما في إطار المخططات العمرانية أو عشوائيا على شكل أحياء قصديرية تنقصها التجهيزات و الهياكل الأساسية الضرورية للحياة الحضرية .

صادقت الحكومة الجزائرية سنة 1995 على عدة مشاريع و مدن جديدة تنشأ بالقرب من المدن المترو بولية (الجزائر وهران قسنطينة) مثل مشاريع المدن الكبرى الجديدة بالقرب من مدينة الجزائر و المتمثلة في المحلثة و بونيان و الناصرية و العفرون و مشاريع مائة لمدينة وهران و قسنطينة و مدن مائة في الهضاب العليا كمشروع مدينة بوغزول يبدأ في تنفيذها مع نهاية القرن الحالي لتحقيق التوازن في الشبكة الحضرية و التخفيف من أزمة السكن و القضاء على الأحياء القصديرية زيادة على بعث التنمية الاقتصادية في الهضاب العليا و الجنوب من أجل استقطاب

الفائض السكاني الموجود في شمال الجزائر و تخفيف الضغط الديموغرافي على المستوطنات البشرية عبر الشريط الساحلي و التل التي وصلت درجة التحضر بها درجة الإشباع و التي يتوقع أن

ترتفع نسبة السكان الحضر بهذه المناطق حوالي 75٪ من مجموع السكان مع نهاية 2000 . (1)

يعتقد البعض من أصحاب القرار في الجزائر أن المدن الجديدة هي الحل الأمثل لمعالجة إشكالية سرعة التحضر التي تعيشها بلدان المغرب العربي عموما و الجزائر خصوصا من أجل التحكم و تنظيم الاستيطان البشري الحضري الذي سيكون الخاصية الرئيسية لبلدان المغرب العربي خلال القرن المقبل ، إلا أن الفكرة في حد ذاتها تحتاج إلى استثمارات خاصة و ضخمة لانجاز مثل هذه المشاريع الطموحة، لأن المدن الجديدة بالمفهوم العمراني المعاصر لا يقتصر على إنشاء مرافق للبشر فقط قدر ما يشترط في مخططات العمرانية أن تتوفر جميع الهياكل الأساسية و التجهيزات التجارية و الاجتماعية و الثقافية و الإدارية الضرورية، زيادة على تواجد المؤسسات الاقتصادية التي تضمن لها نوعا من الاستقلالية و إلا فإن مثل هذه المشاريع يعقد النظام الحضري أكثر و ستظل هذه الكويكبات العمرانية الجديدة المبرمجة تعتمد كليا على المدن الرئيسية المجاورة في مختلف التجهيزات الحضرية و مناصب الشغل .

إن نموذج المدن الجديدة كإستراتيجية لمواجهة إشكالية التحضر ينبغي أن تؤخذ بكثير من الحذر

بعيدة عن الأهداف الديموغرافية و السياسية . (2)

كما تحتاج إلى دراسات و أبحاث مقنعة و جدية لإيجاد أحسن البدائل و الحلول لإشكالية التحضر قبل تبني مشاريع يكون وقع سلبياتها و انعكاساتها أقوى من ايجابياتها و في مثل هذه الدراسات العمرانية ينبغي الاستفادة من تجارب البلدان المتقدمة في هذا المجال .

(1) د/ بشير تيجاني : مرجع سابق ، ص 74

(2) نفس المرجع ، ص 74

إن أول الأفكار و النظريات التي تناولت هذا الموضوع و عالجتة من جراء سرعة التحضر كانت في إنجلترا و أشهرها كتاب "باتريك غيدس" RIDES BATRIK تحت عنوان : مدن في تطور الذي حاول أن يحلل فيه العلاقات الوسطية في الإقليم الوظيفي للمدن مستعملا جدولة المشهور : سكن ، عمل و سكان ، و غيدس هو أول من استعمل مصطلح إقليم المدينة كما حاول أن يحدد مجال نفوذ المراكز العمرانية في الوسط و يتطور شبكة حضرية متزنة مستقبلا بإضافة مدن جديدة صغيرة الحجم تشاطر المدن الكبرى في الوظائف الحضرية و تقلل من هيمنتها و تخفف عليها الضغط في مختلف مجالات الأنشطة الحضرية .

كما أن كتاب "هورد ايبنزر" " I. HORD " حول المدن الحداثقية للمستقبل تعتبر النواة الأولى لمفاهيم المدن الجديدة التي ظهرت في إنجلترا بعد الحرب العالمية الثانية بحواف المجمعات الحضرية و بالأخص مدينة لندن لتنتشر فيما بعد عبر مختلف جهات إنجلترا بالقرب من المناطق الصناعية و المناجم .

نتظهر فيما بعد مدن جديدة مماثلة و مستتبطة من التجربة الانجليزية بضواحي باريس و باقي أقاليم المدن الكبرى بأوروبا و أمريكا الشمالية و اليابان بحيث أصبحت المدن الجديدة في الوقت الحاضر نموذجا معماريا يقتدي بع التوسع العمراني في مختلف بلدان العالم المتطورة أو السائرة في طريق النمو التي تملك الإمكانيات المادية الضخمة أو الخبرة التكنولوجية العالية التي يتطلبها انجاز مثل هذه المستوطنات الحضرية الراقية في مجال التجهيزات الحضرية المتنوعة و المتكاملة أو الوظائف و الخدمات التي تؤيدها هذه المدن الجديدة في إطار شبكة حضرية متزنة و متناسقة . (1)

نعود الآن إلى الجزائر فنقول : إن أغلب البرامج و المشاريع العمرانية التي أنجزت من طرف الدولة و مؤسساتها كانت خاضعة لوسائل التهيئة العمرانية مع وجود طبعا بعض النقائص في بعض

(1) د/ بشير تيجاني : مرجع سابق ، ص 75

البرامج و المشاريع كبعض الأخطاء في اختيار المواقع أو المبالغة في المساحات الأرضية المخصصة لهذه البرامج أو المشاريع العمرانية في مجال السكن الجماعي و المناطق الصناعية و المركبات الجامعية و التعدي على الأراضي الفلاحية و إهمال جانب المساحات الخضراء في بعض مشاريع التوسع العمراني و عدم إعطاء أهمية كبيرة لحماية البيئة و عناصرها الطبيعية عند تنفيذ بعض هذه المشاريع . (1)

يسود الاعتقاد أن النقائص التي وجدت في برامج و خطط التهيئة العمرانية بالجزائر لا يستبعد وجودها في بعض البلدان المماثلة السائرة في طريق النمو كما أنها تعتبر دروسا للتقنيين الجزائريين الذين قاموا بإجاز هذا البرنامج هي جزائرية و ليست أجنبية . (2)

إلى جانب الأعمال الكبرى في مجال التهيئة العمرانية و التي أنجزت من طرف الدولة و التي تدخل في إطار النسيج العمراني المنظم كالمناطق السكنية الحضرية الجديدة و المناطق الصناعية و الهياكل القاعدية، توجد أعمال البناء الموجه لتوفير السكن الفردي المنجز من طرف الأفراد في ساحات أرضية تشرف الجماعات المحلية البلديات على تهيئتها و توفير الهياكل الأساسية بها ، و تعرف هذه المساحات الأرضية المهينة بالتجزئات و ما يلاحظ في هذا النوع من التوسع العمراني "بالتجزئات" الهادف إلى توفير السكن هو عدم الانسجام بين البيوت المنجزة شكلا و تباين الارتفاعات من سكن إلى آخر و تقارب جهات البيوت لبعضها البعض و الخلط بين المهام السكنية التي أنشئ المنزل من أجلها و الأنشطة التجارية، زيادة على عدم إعطاء الجوانب الترويحية الأهمية المنوط بها في المسكن كعدم تخصيص مساحة من المنزل للحديقة أو تقليصها .

باختصار فإن المنازل الفردية المنجزة من طرف الأفراد أو الخواص في هذا الإطار ارتكب عند إنجازها مخالفات معمارية و لم يحترم فيها أصحاب البيوت التصميم المصدق عليه من طرف مديرية

(1) د/ بشير تيجاني : مرجع سابق ، ص 76

(2) نفس المرجع ، ص 85

التعمير و الإدارة البلدية المحلية و يمكن إرجاع أسباب المخالفات المعمارية إلى ضعف أجهزة المراقبة المعمارية على مستوى البلديات من جهة و إلى انعدام التوعية المعمارية عند الأفراد من جهة ثانية . و لهذا السبب يلاحظ أن التوسع العمراني المنجز من طرف الخواص في الأراضي المهينة من طرف الدولة غير منسجم مع النسيج الحضري المنظم و المنجز من طرف الدولة كالمناطق السكنية الحضرية الجديدة أو النسيج العمراني الموروث عن العهد الاستعماري .

هذه الوضعية تستدعي إعادة النظر في قوانين تسليم رخص البناء و شهادة التطابق المعمارية و نظام مراقبة و متابعة ورشات البناء من أجل الوصول إلى تركيب عمراني منسجم و متجانس على الأقل من حيث الشكل و الارتفاع و هنا لا يفوتنا أن نذكر بأن بعض البلدان المتقدمة يشترط في عمراتها زيادة على الانسجام و التجانس في المواصفات و المقاييس المعمارية في البنايات حسب المناطق العمرانية و وظائفها، صباغة الأبواب و النوافذ الخارجية بلون موحد . (1)

و الآن سنتطرق إلى تخطيط الخدمات الاجتماعية في المدينة الجزائرية .

2 - المدينة الجزائرية و تخطيط الخدمات الاجتماعية:

تخطيط الخدمات هي إعطاء السكان المدينة أحسن الخدمات اللازمة كالمياه و الإنارة و المجاري التي تتفق في حجمها و مرونتها مع حجم السكان و كثرة المباني و كذلك من المدينة بخدمات إنشاء المساكن ، المدارس و المستشفيات و المساجد و إعادة توزيع الخدمات الترفيهية و المنتزهات العامة و مراكز الشباب و الأطفال و ما إلى ذلك من المرافق العامة و الحفاظ على فعالية المناطق التجارية لمواجهة متطلبات تزايد السكان و تنقلاتهم و كذلك تقصير رحلة العمل في منطقة العمل و تسيير وسائل المواصلات و نقص أجورها كما يجب العمل على سهولة و يسر اتصال المدينة بالمناطق الأخرى و خاصة المجاورة أو الموائى أو العواصم أو بمناطق الخدمات أو بمراكز

(1) د / بشير تيجاني : مرجع سابق ، ص 86

الأسواق و كذلك إنشاء المراكز الإدارية التنفيذية و الخدمات التعليمية و القضائية و الترويجية بحيث لا يشعر السكان بالإرهاق للوصول إليها ، و في كثير من مجالات الخدمات الاجتماعية يقوم القطاع الخاص بدور هام فيها يكون هذا الدور صغيرا في حالات التعليم و الصحة و يكون كبيرا في حالة الإسكان ففي بريطانيا يمتلك القطاع الخاص ثلثي المساكن و في اسكتلندا يملك ما يزيد عن نصفها (1) و عندما ندرس خريطة التجهيزات الجماعية و الاجتماعية الجزائرية للمدينة ، نجدها تتجمع و تتركز في التجمعات القديمة و في المناطق التي بنيت في فترة زمنية بعيدة و في وسط المدينة ومع مرور الزمن باتت لا تلبي حاجات السكان المتزايدة و أن زيادة عدد السكان المعتبرة بالأحياء الجديدة أحدث خلل بين كثافة السكان و التجهيزات الجماعية الاجتماعية . و في سنة 1978 قدم مركز البحوث عناصر الإسكان التي يجب أن تتوفر في جميع أحياء الجزائر و هي كالتالي :

(1) د/ حسين عبد الحميد رشوان : مرجع سابق ، ص. ص 223 - 224

الفصل الرابع : مشكلة تخطيط الخدمات الاجتماعية في المدينة الجزائرية

* جدول رقم (01) : يبين عناصر الإسكان التي يجب أن تتوفر في جميع أحياء الجزائر و

التجهيزات و المرافق و الخدمات .

عناصر الإسكان	إدارية	صحية	تربوية	اجتماعية	ثقافية	تجارية
حنفية عامة						
مغسل						
فضاءات خضراء						
بساتين عامة						
حمامات						
مركز حماية الأمومة و الطفولة						
مستوصف		—				
دار حضانة		—				
متوسطة			—			
ثانوية			—			
ثانوية تقنية			—			
نهج تجاري			—			
محلات و دكاكين						—
سوق						—
تعاونية						—
سوق الفلاح						—
صناعات يدوية						—
مركز الشرطة						—
خدمات و مصالح	—					
مكاتب إدارية	—					
دار الشباب	—					
مركز ثقافي					—	
سينما					—	
مسرح					—	
مكتبة					—	
مسجد					—	
مطعم					—	
مقهى					—	
مركز التعليم المهني			—			

تبين هذه التجهيزات الجماعية و المساكن الموزعة في المجال بطريقة منظمة أو عشوائية للعمليات و الفروق الاجتماعية بين الفئات الاجتماعية كون أن العدالة الاجتماعية تأتي في أول الأمر إلا عن طريق توزيع المجال على السكان بصفة متساوية، و تعبر جميع الميادين المسجلة في المجال عن فعل إنساني جوهري و هذا لا يعني أن المجال بات سندا للحاجات البسيطة الضرورية للإنسان و لكن لأن الإنسان ينتج مجاله و يؤكد فعله هذا بصفة شاملة و تعبر المباني أيضا و بصورة واضحة عن منطق له دلالة و كثير الإشارات فهو: موجه حسب بعض الخطوط المحددة و تطبيقه و رمزية، و من المعروف أن المجال الحضري كإنتاج يعتبر إشارة للعلاقات الاجتماعية تؤثر في عملية الإنتاج و في قوة المؤسسات الاقتصادية في قدسية المجالات الدينية، و كل إشارة لها كثير من الدلالات بمعنى أن المسجد ينظر إليه كمكان مقدس و كمكان فن للهندسة المعمارية و كمكان للتجمعات و كمنطقة إشارة للقوات العسكرية و المسابقات و العدو الريفي و للسواحل . (1)

إذا كانت الدولة غير مهتمة بجميع هذه التجهيزات و لم يبذل الأفراد و الجماعات كل مجهوداتهم و طاقاتهم في إنجازها و مقارنتها بالإجازات الحالية و إذا بقيت على حالها تصبح بصفة سريعة معوقا للإجازات السكنية الضرورية و تعوق التقدم على مستوى الحياتي، لأن انتشار التجهيزات الجماعية على مستوى مختلف أحياء المدن هو أحد العوامل الأساسية الذي يبعث الحياة في نفوس الناس و ينشط السكان و دونها تموت الحياة الاجتماعية و على هذا الأساس من التحليل تتصف الأحياء التي تفتقر إلى مثل هذه التجهيزات بأنها أحياء مراقدة أحياء بنيت الخرسان للنوم فقط، أحياء لا تكمل وظائفها الاجتماعية و الاقتصادية و الثقافية و الدينية و السياسية و في هذا الموضوع بالذات يقول "فوريه" "أصبحت المدن مدنا آلية و العمارات صناديق بها أقفاص لدجاج و هي آلية وظيفتها إجاب الأطفال فقط" ، و علاوة على ذلك أن عدم توافر هذه التجهيزات و المرافق

(1) د/ عبد الحميد دليمي : الواقع و الظواهر الحضرية ، مرجع سابق ، ص 65

الضرورية بالأحياء هو الأساس المتسبب في إبراز العديد من المشكلات الاجتماعية: التشرّد و الانحراف و انتشار الأمية و الأمراض الأخرى و إن دراسة التجهيزات من حيث طبيعتها و نوعها و تأثيرها بالأحياء هو الدليل القاطع لكشف عملية التعبير في سلوك و نمط حياة الأفراد و الجماعات و يتضح هذا جليا من خلال قدرة مشاركة السكان في تسيرها و التردد عليها و الافتقار إلى خطة تنظيم و توزيع بصفة معقولة للتجهيزات الجماعية الأساسية عبر المدن الجزائرية و في مختلف أحيائها أدى بالأفراد و الجماعات إلى بناء الفوضوي و غير المخطط و غير الشرعي لبعض الأسواق و المقاهي و المساجد، الشيء الذي لفت انتباه السلطات المعنية بهذه الأمور و وضع قوانين تضع حدا للمبادرات الحرة و التي تدخل في المخطط الحضري.

و قد أوضح كلود في بحث عالج فيه سياسة السكن فقال: { أن فن البناء لا يمارس كفن الموسيقى أو الرسم } . و تحتاج الأرض الواسعة إلى ضرورة مادو أولية حتى تتغير و تنجز فيها مباني و مساكن و تجهيزات اجتماعية جماعية ، و تعتبر مسالك مجاري المياه و الفضلات و القناة الموصلة للمياه الشرب و شبكة الغاز و الإضاءة بالنسبة للسكن ما تمثله الطائرات بالنسبة للمطار و الطريق للسيارات . و يبين في هذه الدراسة عدد المنشآت و التجهيزات الحضرية التي يجب توفرها . (1)

التجهيزات الحضرية التي يجب توفرها في المدينة التي تتكون من 10000 مسكن .

(1) د / عبد الحميد دليبي : الواقع و الظواهر الحضرية ، مرجع سابق ، ص 65

الفصل الرابع : مشكلة تخطيط الخدمات الاجتماعية في المدينة الجزائرية

* الجدول رقم (02) : التجهيزات الحضرية التي يجب توفرها في المدينة التي تتكون من 10000 مسكن (1)

تتركب التجهيزات التالية	تعيين
طرق حظائر للسيارات: مساحات تقدر ب: 28٪/مساحة كلية مختلفة	طريق و حظائر السيارات شبكات
شبكة مياه، غاز، كهرباء، مياه مستعملة، مياه الأمطار مع خارجي، تجهيزات ملحقة (مركز لعلاج المياه مخبر) بلدية، المصلحة التقنية للبلدية مصلحة إدارية تابعة للدولة مكتب للبريد، مركزها تقني، الدرك، 04 مراكز للشرطة، محطة للحافلات.	التجهيزات العامة
08 مدراس ابتدائية و حضانية، التربية البدنية، متوسطة للذكور، 650 تلميذ و أخرى للبنات بنفس الحجم، ثانوية للذكور مع مراحل المخالطة المتعددة للذكور و الإناث، المجموع 1600 تلميذ، ثانوية تقنية، متوسطة، ملحقة 900 تلميذ.	التجهيزات المدرسية
مستوصف ضد الأمراض الصدرية و العقلية، مستشفى عام، مستشفى للأمراض العصبية و مصلحة للإسعافات.	التجهيزات الصحية
04 مراكز اجتماعية، 04 مراكز ثقافية اجتماعية مع مركز عيادي، مركز للضمانات الاجتماعية، 04 حضانات و روضتان للأطفال، 06 مراكز للشباب العامل، 04 أحياء كنائس	التجهيزات الاجتماعية و الثقافية و العبادة
08 ملاعب لكرة الطائرة، التنس أو كرة السلة، 08 ملاعب لكرة القدم أو المخصصة للتدريب فقط.	التجهيزات الرياضية
04 أسواق فضاء أخضر عام أو خاص مقبرة، مجموعة هذه الفضاءات تمثل 45٪ من مجموع مساحة المدينة.	التجهيزات التجارية الفضاءات الخضراء

(1) د / عبد الحميد دليمي : الواقع و الظواهر الحضرية ، مرجع سابق ، ص 65

عرف المسكن أنه البيئة السكنية، الجيرة، الحي الصغير أو الهيكل البنائي الذي يستخدمه الإنسان للمأوى و البيئة التي تجاور هذا البناء بما فيه كل الخدمات الضرورية و التسهيلات و الاستعدادات و الوسائل اللازمة للصحة الجسمية و العقلية و التعايش الاجتماعي السليم للأسرة .

نلاحظ أن التجهيزات الجماعية تختلف من حيث حجمها و طبيعتها و نشاطها و من حيث المصالح التي تقدمها للجماهير و تختلف أيضا من حيث مدى استعمالها من قبل الجماعات و الأفراد و نلاحظ تجهيزات ذات طابع وطني و تجهيزات ذات طابع ولائي و أخرى محلية و نجد تجهيزات حضرية و أخرى ريفية و يظهر هذا الاختلاف من خلال الخصائص التالية : (1)

1- من البسيط إلى المركب:

نجد فروقا كبيرة بين حجم و وظائف التجهيزات الصحية التالية:

المستوصف:

يستعمل في أغلب الأحيان للعلاج الأولي، للوقاية و المعاينة الطبية فقط.

مستشفى الأمراض العقلية:

تجهيزها يتطلب تقنيات كبيرة متخصصة في ميدان علاج الأمراض العصبية .

مستشفيات الخاصة بالعمليات الجراحية:

فهو يعتبر تجهيز معقد لأنه يتطلب آلات متطورة و أماكن شاسعة لاستقبال المرضى على

مستوى الوطني خاصة عندما يكون الأمر يتعلق بالأمراض الجراحية الصعبة.

2- من الصغير إلى الكبير:

من ملعب لكرة القدم و الذي نجده منتشرا في معظم البلديات و في بعض الأحياء إلى مركب

(1) د / عبد الحميد دليمي : الواقع و الظواهر الحضرية ، مرجع سابق ، ص 6

رياضي أولمبي لا نجده في الولايات الكبرى .

3- من الأكثر انتشار إلى النادر:

نظام التربية الاجتماعي هو المنوط بالمحافظة على التراث المعرفي و التكنولوجي و الديني و الخلفي... و انتقاله من جيل إلى جيل آخر ضمانا لبقاء المجتمع و استمرارية مع تعاقب العصور. عن جميع المؤشرات توضع تدهور مستوى المرافق و الخدمات في المدن الجزائرية التي أصبحت طاقتها محدودة لمواجهة تزايد عدد السكان الحضري.

من بين هذه المؤشرات ك اختناق المدن الكبرى بحركة المرور نتيجة الزيادة المرتفعة في عدد السيارات و عدم تطور شبكة الطرق لتلبية متطلبات حركة المرور المكثفة بها، كما أو وسائل النقل الحضري أصبحت عاجزة عن تلبية احتياجات تنقل السكان خلال رحلاتهم اليومية خاصة اتجاه مقرات العمل و الخدمات العمومية ، و أحسن مثال عن ذلك حركة المرور في كل من مدينة الجزائر و وهران و قسنطينة و عنابة أين أصبحت تعاني خاصة من أوقات الذروة من الاختناق بل تصل إلى درجة الشلل في بعض الأحيان.... و إن شرع في إيجاد بعض الحلول المستعجلة لها كانجاز بعض الأحزمة من الطرق المزدوجة المحيطة بحواف المدن الكبرى و انطلاقا أشغال مترو الجزائر فإن مشكلة النقل و المرور خاصة في مراكز المدن الكبرى ستتعدد أكثر في العشرية المقبلة بسبب تزايد السيارات و لقد وصل عدد السيارات في سنة 1990 حوالي 500000 سيارة نفعية/ و 800000 سيارة سياحية حيث يقدر معدل الزيادة بحوالي 10% سنويا . (1)

لهذا يستلزم من الآن فصاعدا التفكير الجيد و التخطيط المحكم لتوفير الهياكل القاعدية الضرورية للنقل بصفة عامة و شبكة النقل الحضري بصفة خاصة، كما ينبغي اتخاذ إجراءات تديرية مسبقة لتفادي أزمة حركة المرور الخائفة في المدن الكبرى .

(1) د/ عبد الحميد دليمي : الواقع و الظواهر الحضرية ، مرجع سابق ، ص 67

من بين هذه الإجراءات المستعجلة مثلا : إخراج مقرات الإدارة العمومية و المؤسسات الإنتاجية و محطات النقل الجهوي و الوطني خارج مراكز المن و ضرورة تجهيز المدن الجديدة المنشأة و

الأحياء السكنية و العمارات المحيطة بجميع الخدمات و المرافق الضرورية . (1)

لهذا تسعى عدة بلدان جاهدة للتوصل إلى توزيع عادل لثمرات و فوائد النمو بين مختلف طبقات السكان سواء عن طريق رفع إمكانيات التشغيل أو عن طريق تحسين نوعية الخدمات المقدمة للمؤسسات البشرية على سبيل المثال الوقاية الصحية و التعليم و تشمل كل مخططات التنمية تقريبا فقرات خاصة بضرورة تحسين نوعية معيشية و ضمان الخدمات لفقرات المناطق الحضرية و نمو مدخولاتهم و توفير لهم إمكانيات التشغيل لهذا، لا بد من إنشاء و بناء منشآت قاعدية (تجهيز جماعي ، طرق ، جسور، موانئ، مطارات) و منشآت خاصة بالهندسة المدنية (سدود، محطات كهربائية و شبكات الري) و بنايات تضمن الخدمات اليومية (مراكز صناعية و تجارية، مدارس و مستشفيات و مساكن) خاصة المرافق و الخدمات الصحية التي تعطيها معظم الدول أهمية كبرى و الرعاية و الصحة العمومية أو المسألة الصحية في المجتمعات النامية تختلط بالمسألة الاجتماعية و الحضارية اختلاط يجعل تكيف العمل الصحي مع الحقائق الاجتماعية شرطا لنجاحه و سنتعرض للصحة العمومية و توزيع المرافق الصحية في المدن الجزائرية بأكثر تفصيل في النحور الموالي.

(1) الديوان الوطني للإحصائيات 1994 المجموعة الإحصائية السنوية للجزائر : المجلد رقم 16 ص 444 الجدول رقم 18 عنوانه : النقل بثلاث

لغات العربية الفرنسية و الإنجليزية

3 - وضعية الصحة العمومية و توزيع المرافق الصحية في المدينة:

تعطي معظم الدول و الحكومات اهتماما بالغا للصحة العمومية فالمسألة الصحية في المجتمعات النامية تختلط بمسألة الاجتماعية و الحضارية اختلاطا يجعل تكيف العمل الصحي مع الحقائق الاجتماعية شرطا لنجاحه و نحن في أشد الحاجة إلى صياغة العمل الطبي في الصورة الأقدر على تفهم البيئة الاجتماعية و العناية بكبر مشكلاتها كالأمرض المتوطنة و المعدية و سوء التغذية و أمراض الطفولة.... فالصورة الصحية غير المرضية التي ترى في الدول النامية ليس مرجعها ضعف العناية بهذه الاعتبارات قدر ما ترجع إلى أكبر عقبة تعوق التنمية الصحية و هي قلة الموارد المالية المتاحة . (1)

و لا شك أن توفير الرعاية الصحية لجميع المواطنين في المجتمع العربي يعد مطلباً جوهرياً لتحقيق التنمية الاقتصادية و الاجتماعية الشاملة فالتنمية الصحية جزء من التنمية المستدامة، و على الرغم من التقدم الملموس في المجال الصحي في كثير من المجتمعات العربية إلا أن هناك أوجه نقص و قصور في هذا المجال تتمثل في :

- الوضع المتردي للمستشفيات الحكومية و المتمثل في عدم قدرة هذه المستشفيات على استيعاب المرضى من الطبقتين الدنيا و الوسطى و سوء الإدارة و الإهمال و النقص الشديد للأدوية و المستلزمات الطبية الأساسية و سوء حالة المباني و التجهيزات الداخلية و النقص الواضح في الأطباء المختصين....
- ارتفاع أسعار الدواء بالنسبة للمواطنين ذوي الدخل المحدودة و المتوسطة و ارتفاع العلاج في المستشفيات الخاصة .

(1) د/ بشير تيجاني : التحضر و التهيئة العمرانية في الجزائر ، ديوان المطبوعات الجامعية ، 2000 ، ص 58

- نقص الوعي الصحي و انعدامه أحيانا لدى قطاع كبيرة من المجتمع و لا سيما المجتمع الريفي .
- حمى استهلاك الأدوية دون اللجوء إلى طبيب مختص لوصف الدواء.
- لا تزال هناك بعض الأمراض المستوطنة في بعض المجتمعات العربية و التي تشكل خطورة على الصحة العامة للمجتمع.
- غياب الوعي بمفاهيم مثل صحة الأسرة و الصحة الإيجابية و الصحة النفسية.
- لا تزال نسبة وفيات الأطفال خلال السنة الأولى مرتفعة في المجتمع العربي خاصة في

المناطق الريفية . (1)

1- الهياكل الصحية العمومية :

و تنقسم إلى قسمين :

أ- الهياكل الصحية الإستشفائية :

و هي تقسم حسب وظيفتها الصحية في العلاج لذلك نجد ثلاث أصناف من المستشفيات في

الجزائر . (2)

* المستشفى الجامعي :

يتواجد على مستوى مقر ولاية جامعية ، و يقدم خدماته لسكان كل الإقليم الصحي و نجد

به كل التخصصات، في العلاجات العامة و المختصة و به يتم تكوين المستخدمين الصحيين .

* مستشفى الولاية :

يتوضع في مقر الولاية ، و يعمل دور الوسيط بين المستشفى الجامعي و مستشفى الدائرة ،

(1) د/ محمد علي بدوي : دراسات سوسيوولوجية ، مرجع سابق ، ص.ص - 396 - 397
(2) عن مديرية الصحة و السكان

ويحتوي على تخصصات قاعدية موجهة لحاجيات السكان في مقر الولاية بالإضافة إلى بعض العلاجات المختصة مثل: الأمراض المعدية، العقلية، الأعصاب، جراحة العظام، أمراض القلب و الأمراض الصدرية تكون موجهة لسكان كل الولاية .

* مستشفى الدائرة :

يتوضع في الدائرة و يمثل مستشفى قطاع صحي، و عموما لا يكون ضغط السكان عليه كبيرا لأنه يتوفر على المصالح الاستشفائية القاعدية أساس مثل : الطب الداخلي، طب الأطفال، الجراحة العامة ، أمراض النساء، طب العيون ... الخ

ب - الهياكل الصحية القاعدية :

تصنف إلى 3 مستويات أساسية حسب نوعية كل هيكل صحي : (1)

* عيادة متعددة الخدمات :

هي الهيكل الثاني بعد المستشفى ، من حيث الخدمة الصحية المقدمة للسكان حيث تقوم بعلاج مختلف الأمراض في مختلف الاختصاصات الرئيسية التالية : طب الأطفال، طب العيون، أمراض النساء، الطب الداخلي، أمراض الكلى .

كما لها جانب استشفائي يبرز في المجال الريفي حيث يوجد عموما بالعيادة مصلحة ولادة ريفية بمتوسط 10 أسر في إطار حماية الأمومة و الطفولة

* المركز الصحي :

هو وحدة قاعدية صحية ، يقدم الخدمات الأولية لعلاج السكان، فهو يقوم بحملات تلقيح ضد الأمراض المعدية، و له أهمية في المناطق البعيدة عن العيادات المتعددة الخدمات و المستشفيات ،

(1) بريمة يمينة و آخرون : التجهيز الصحي و تنظيم المجال في ولاية قسنطينة ، مشروع مقدم لنيل شهادة مهندس دولة في التهيئة الإقليمية ،

حيث يقوم بالعلاج في الطب العام و الاستعجالات الطبية و الجراحية و نشاطات جراحة الأسنان ، قد يحتوي على مصلحة ولادة ريفية من أجل تخفيف الضغط على المستشفى و تقريب الخدمة الصحية للسكان .

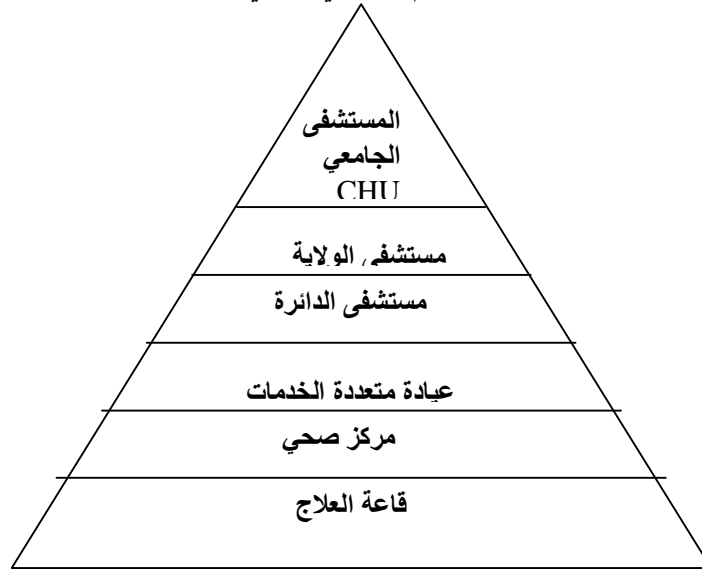
* قاعة العلاج و الفحص:

هي هيكل صحي قاعدي يقتصر على تقديم الخدمات الأولية للسكان، و يبرز خاصة هذا الدور في المجال الريفي لفك العزلة على المنطقة المبعثرة، التي تنعدم فيها المراقبة الصحية.

* هداركية العلاج: (1)

تبدأ هداركية العلاج من أبسط مستوى، أي قاعة العلاج و الفحص إلى غاية الوصول إلى أعلى

مستوى (CHU) و هذا حسب الهرم الصحي التالي: (2)



* الشكل رقم (02) : يبين الهرم الصحي

(1) مفاهيم عن الصحة العمومية ، وزارة الصحة و السكان.

(2) بريمة يمينة و آخرون : مرجع سابق ، ص 7

تجدر الإشارة إلى أن هذا التسلسل هو نظري، بعيد عن ما هو موجود فإذا عدنا إلى أرض الواقع نجد أن المرضى لا يتبعون هذا الهرم، فكل مواطن يلجأ إلى الهيكل الصحي القريب منه.

2- الهياكل الصحية الخاصة:

و تضم ما يلي:

* العيادات الطبية المتخصصة و تتمثل في:

- عيادات طبية متخصصة في جراحة العظام.
- عيادات طبية متخصصة في الجراحة العامة.
- عيادات طبية متخصصة في الأشعة .

و غيرها منى التخصصات الأخرى.

* العيادات الطبية العامة " طب عام " و منها:

جراحة الأسنان، أمراض الجلد وغيرها.

* الوكالات الصيدلانية:

و هي التي تقوم بتقديم مختلف المواد الصيدلانية للمواطن.

* العيادات الشبه طبية:

و نذكر منها:

القبالات، قياس البصر، تركيب النظارات الطبية، التدليك.

* عيادات مختصة في علم النفس.

* الصيدلة و الأدوية :

وهي التي تتمثل في توفير المواد الصيدلانية و التحكم في البرنامج الوطني للصحة العمومية.(1)
بعد التطرق إلى مختلف الهياكل الصحية بالجزائر، لا بد من تقديم بعض المفاهيم لمصطلحات متعلقة بالصحة تتمثل في : (2)

* الإقليم الصحي:

هو مجال يتكون من مجموعة ولايات إدارية، أين تتوفر معظم التخصصات في هرم العلاج.

* القطاع الصحي:

هو الوحدة الأساسية للتنظيم الصحي في الجزائر، و هو مجال يتكون من مجموعة المنشآت الصحية العمومية للوقاية و التشخيص و العلاج و الاستشفاء، و التي تغطي مجموعة من السكان موزعين على مجموعة من البلديات، و كثيرا ما تتوقف حدودها مع الحدود الإدارية للدوائر.

* القطاع الصحي الفرعي :

هو وسيلة تنظيم للوحدات الصحية، في إطار تقني إداري مقره عيادة متعددة الخدمات، أو مركز صحي ، و يغطي مجموعة معتبرة من السكان، و يقوم بعمليات المراقبة و التنسيق بين النشاطات الصحية " العلاج، الوقاية، حماية الأمومة و الطفولة، و خدمات الوحدات الصحية التابعة له في البلديات أو الحي ."

* النظام الصحي:

هو تنظيم مختلف النشاطات الصحية الرئيسية و الموضوعية " وقاية، ترفيه، الصحة، التكوين الصحي، الصحة الجماعية"، و يعرف النظام الصحي بميزات نظام العلاج، و الآلة الإنتاجية ،

(1) عن مديرية الصحة و السكان.
(2) خيراني محمد : التجهيز الصحي و إمكانية تنظيم المجال ، ولاية بسكرة ، مدرج التخرج ، دورة سبتمبر ، 1998.

و توزيع المصالح الصحية، و هذا عن طريق التسيير و المالية .

و كل نظام صحي يعتمد على الإمكانيات الاقتصادية، و الموارد البشرية و مستوى التجهيز المتوفر، و يعتمد خاصة على التوجيه السياسي " الإدارة السياسية " ، و أهداف النظام الصحي في الجزائر جد واضحة تماشيا مع القدرات الاقتصادية و هذا يؤخذ بعين الاعتبار المميزات الاجتماعية و الاقتصادية، الجغرافية، الديمغرافية و كذلك خصائص كل منطقة، لأن كل واحدة يمكن أن تمثل حالة مغايرة للمنطقة الأخرى، كما أن الحاجيات تختلف حسب السكان، و عددهم، و حسب المناطق الريفية و الحضرية، حيث أنه لا معنى لبناء نفس التجهيزات بولاية ساحلية، و أخرى صحراوية لأنهما مختلفان من حيث الاحتياجات، شروط الحياة، المناخ، الوسط الفيزيائي، السكان،.... الخ

و النظام الصحي يجب أن يكون خاصا بوضعية جد محددة، أي أن كل تغيير يطرأ على شروط الحياة أو على السكان ، أو على الوضعية المالية، يؤدي إلى تغير في الاحتياجات، و يتطلب مراجعة موضوعية ، غذ يجب أن يكون النظام الصحي متطور باستمرار تماشيا مع العوامل السابقة .

و قد عرف النظام الصحي في الجزائر عدة تغيرات منذ فترة الاحتلال الفرنسي إلى وقتنا الحالي ، و مر بعدة مراحل نلخصها فيما يلي : (1)

1- مرحلة الاحتلال الفرنسي (1830-1962) " خدمات غير متساوية " :

عرف النظام الصحي في الجزائر خلال المرحلة الاستعمارية عدة تحولات ن و ذلك بظهور بعض النصوص، و المراسيم ، من أجل تطويره و لكن هذا التطور كان موجه بالدرجة الأولى لخدمة المعمرين، بحيث بدأت السلطات الاستعمارية بخلق عدة عيادات عسكرية، و بعد ذلك سمحت بعلاج بعض المرضى المدنيين بهذه العيادات، و في سنة 1850 قامت بتقسيم المجال الجزائري إلى 13

(1) د/ راجح بوصوف : أقاليم المستشفى ، دكتورا دولة في الجغرافيا الصحية ، جامعة نابولي-، مارس 1998-، ص 35

دائرة طبية، مع تزويدها ببعض الأطباء الفرنسيين في المدن الكبرى و هي : الجزائر، وهران،
قسنطينة، عنابة .

و ابتداء من سنة 1875 ، شرعت السلطات الاستعمارية في بناء المستشفيات المدنية و العيادات
الأهلية و قاعات العلاج الريفية، بالإضافة إلى عدة إجراءات و تقسيمات مجالية صحية أخرى ، غير
أن السياسة الصحية في هذه المرحلة تميزت بالتمييز العنصري ، و كانت الوضعية الصحية
للجزائريين جد سلبية مقارنة بوضعية السكان الأوروبيين .

2- مرحلة التصحيح (1962 - 1974) :

بعد الاستقلال و جدت الدولة الجزائرية نفسها أمام سياسة صحية غير عادلة إذ أن الأوضاع
الصحية كانت متدهورة، بالإضافة إلى نقص في الهياكل و التجهيزات و ما وجد منها كان موزعا
توزيعا غير عادل في المجال، حيث كانت تنتشر في المدن الكبرى أين يتركز المعمرين ، و ذلك
لخدمتهم و هذه الهياكل كانت بدون تأطير لأن معظم المستخدمين الطبيين و شبه الطبيين قد
غادروها .

فقامت الدولة ببعض التصحيحات ، محاولة منها تصحيح الوضع الصحي للمواطنين و تطبيق
مبدأ المساواة بهدف القضاء على الفوارق التي كانت موجودة على المستوى الاجتماعي و المجالي،
و بالتالي الوصول إلى عدالة اجتماعية و مجالية، فقررت الدولة جعل العلاج مجاني لتمكين جميع
المواطنين من العلاج . و لتوسيع حق العلاج للجميع مهما كان وضعهم الاجتماعي و الاقتصادي و
كان ذلك سنة 1974⁽¹⁾

3- المرحلة (1974-1984) " سياسة صحية مثمرة " :

بتطبيق مبدأ العلاج المجاني الذي احدث تطورا ايجابيا في النظام الصحي الوطني أصبح في

(1) د/ راجح بوضوف : مرجع سابق ، ص 36

إمكان جميع المواطنين حماية صحتهم، و بذلك تمكنوا من القضاء على عدة أمراض، كانت سائدة آنذاك في المجتمع الجزائري مثل السل وشلل الأطفال و ذلك عن طريق حملات التلقيح ، كما تم إنشاء عدة تجهيزات جديدة مثل المستشفيات ، العيادات المتعددة الخدمات ، مراكز العلاج و قاعات العلاج ، و قد اتبع قرار العلاج المجاني بوضع خريطة صحية سنة 1981 من أجل تصحيح الاختلالات ، و قد وضعت الخريطة عدة مؤشرات صحية من أجل الوصول إلى تغطية جيدة بالمستخدمين و الهياكل الصحية ، هذه الخريطة هي عبارة عن وثيقة إدارية و قانونية تقسم المجال إلى قطاعات صحية و اجتماعية ، و يتضمن تخطيط و برمجة التجهيزات الصحية " مؤسسات استشفائية عمومية و خاصة" و كذلك المستخدمين الطبيين و شبه الطبيين، و هذا من أجل تقديم خدمة أفضل للسكان . و قد قسمت الجزائر إلى 13 إقليم صحي يتكون كل إقليم صحي من مجموعة ولايات و تقسم الولاية بدورها إلى قطاعات صحية ، متكونة هي الأخرى من قطاعات جزئية . (1)

4- إعادة النظر في السياسة الصحية المطبقة في الجزائر منذ 1984 :

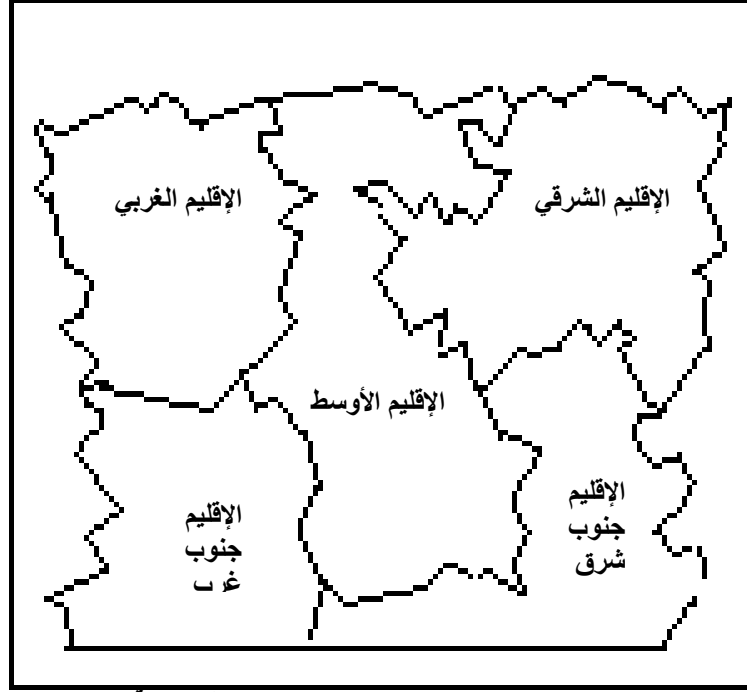
بعد تطبيق مبدأ العلاج المجاني و استفادة جميع المواطنين من الخدمات الصحية تم القضاء على عدة أمراض و تقليص عدد وفيات الأطفال . و انخفض معدل النمو الديمغرافي حيث قدر بـ: 3.2 % خلال الفترة 1966 - 1977 ، ثم انخفض إلى 3.0 % خلال الفترة 1977 - 1987 ثم إلى 3.2 % خلال الفترة 1987 - 1998 نتيجة التوعية إلا أن هذه السياسة لها عدة انعكاسات سلبية ، حيث أصبحت المستشفيات مكتظ بالمرضى مما أفقدها قدسيته، و إلغاء الوقاية الطبيعية ، بالإضافة إلى إرهاق الأطباء و ذلك بزيادة عدد الفحوصات ، و الاستهلاك المفرط للدواء كل هذا أثر على ميزانية الدولة حيث أصبحت تزداد عاما بعد عام ، مما أثقل كاهل الدولة و أصبحت لا تتحمل النفقات و من تم بدأت إعادة النظر في مجانية العلاج(2)، بتطبيق مبدأ التدرج الزمني للحيلولة دون

(1) د/ راجح بوصوف : مرجع سابق ، ص 37

(2) نفس المرجع : ص 38

الوقوع في مآزق انتشار الأمراض و تردي الحالة الصحية، بسبب عدم القدرة المادية لبعض الطبقات من المجتمع ، و هذا سنة 1984 .

* الشكل رقم (03) : خريطة الأقاليم الصحية بالجزائر



المصدر وزارة الصحة و السكان

و مع تفاقم الأزمة الاقتصادية في البلاد ، طبقت فكرة دفع ثمن العلاج و الفحص سنة 1995 .
كما تجدر الإشارة أنه خلال الفترة الأخيرة قلص عدد الأقاليم الصحية إلى 5 أقاليم و هي منطقة الشرق ، منطقة الوسط ، منطقة الغرب ، منطقة الجنوب الشرقي و منطقة الجنوب الغربي ، حسب الشكل رقم (03) .

تعتمد الدولة إلى وضع عدة معايير و معدلات وطنية هي ، بمثابة مقياس تقيس عليه مدى التغطية بمختلف التجهيزات والهياكل تماشيا مع عدد السكان وهذا في مختلف المجالات والميادين ، منها الميدان الصحي حيث كما ذكرنا جاءت الخريطة الصحية بعدة مؤشرات تهدف إلى خلق تغطية جيدة بالهياكل و المستخدمين الصحيون، حيث تحدد الدولة معيارا وطنيا يكون بمثابة رقم مثالي و تسعى الدولة جاهدة إلى تحقيقه ، بالإضافة إلى المعدل الوطني و هو الرقم الفعلي الموجود على أرض الواقع . و من خلال المعيار و المعدل يمكننا تحديد نوعية التغطية إذا كانت جيدة ، متوسطة ، ضعيفة ، و يلخص الجدول التالي الوضعية الوطنية من حيث الهياكل الصحية : (1)

*** الجدول رقم (03) : الوضعية الوطنية من حيث الهياكل الصحية**

سريـر / ساكن	عيادة متعددة الخدمات / ساكن	مركز صحي / ساكن	قاعة علاج / ساكن	
560	61239	26278	7744	المعدل الوطني
400	48000	12000	2000	المعيار الوطني
40	27.58	116.46	287.2	العجز المسجل %

و نريد أن نقدم ملاحظة أن المعايير و المعدلات الوطنية التي تعتمد عليها الدولة تعرف باسم

" المؤشرات الصحية "

و الآن نعرض الجدول رقم (04) الممثل للوضعية الوطنية بالنسبة إلى المستخدمين الصحيين

فهي كالتالي :

(1) عن وزارة الصحة و السكان

* الجدول رقم (04) : الممثل للوضع الوطنية بالنسبة إلى المستخدمين الصحيين

المستخدمون الصحيون	المعيار الوطني	المعدل الوطني	العجز المسجل %
طبيب	1200	984	21.95
جراح أسنان	5000	5810	16.20
صيدلي	6000	12185	103.08
شبه طبي	200	342	70.50

من هنا نستنتج أن التغييرات الجذرية التي مست السياسة الصحية في الجزائر قد أثرت على قطاع الصحة، و هذا ارتباطا بتغير الظروف السياسية و الاقتصادية و المؤشرات الديموغرافية للبلاد لقد سعت الدولة الجزائرية جاهدة لتحسين الوضعية الصحية للمواطنين و يتجلى لنا هذا من خلال اهتمامها بصحة المواطن مهم كانت حالته الاجتماعية، و خير دليل على ذلك تطبيق مبدأ مجانية العلاج ، هذا الأخير الذي كان من وراءه تقسيم جديد للمجال بخلق قطاعات صحية "حسب مرسوم فيفري 1973" ⁽¹⁾ . و هذا القضاء على مركزية العلاج ، و التكفل الجيد بصحة السكان و عموما كل دائرة اختيرت لتكون على رأس عدد معين من البلديات باعتبارها مقر القطاع الصحي ، و قد اتبعت الجزائر هذا التقسيم من أجل تقريب مختلف الهياكل الصحية من السكان، و كذلك تسهيل عمل هذه الهياكل .

و لهذا فالقطاع الصحي أصبح الهيكل القاعدي المنظم للنشاطات الصحية، و هو المحور الأساسي لتوزيع العلاج و كل قطاع صحي يتركز حوله مستشفى، كما يحتوي على تجهيزات صحية و يتمتع باستقلالية في التسيير .

(1) رابح بوضوف : أقاليم المستشفى ، مرجع سابق ، ص 43

اعتمادا على المعايير و المعادلات الوطنية التي جاءت بها الخريطة الصحية التي تمكنا من معرفة العدد الحقيقي للمستخدمين الصحيين الذين يسببون هذه التجهيزات و يسهرون على تقديم الخدمات الصحية للمواطنين .

إن الخريطة الصحية تبقى مثالية و لا يمكننا الوصول إلى تحقيقها، لأن المرضى لا يحترمون مثل هذه الأمور حيث أنهم يلجئون للتداوي أينما شاءوا تحكمهم في ذلك عدة عوامل منها ، الأسباب الشخصية و المسافة و البحث عن الاختصاصات حيث أنهم يتجاوزون الحدود المرسومة على الخريطة الصحية و يرسمون مجال استشفائي خاص بهم . هذا اللاتوافق و اللاتطابق بين الحدود الجغرافية و المجال الحقيقي لطلب العلاج يؤكد لنا عدم وجود كافية محلية (سواء من حيث الهياكل أو نقص الاختصاصات) و يبين أن عرض الخدمات الصحية لا يوافق الطلب عليها . كما أن التغيرات الجذرية التي تعرفها البلاد في السنوات الأخيرة تؤكد أن ميدان الصحة كغيره من الميادين الأخرى سوف يعرف سيطرة القطاع الخاص و هذا ما بدأ بالظهور فعلا ، من خلال العيادات الصحية الخاصة ، لذا يتحتم على القطاع العام أن يجد مكانا له ، و أن يستعد للمنافسة و بالتأكيد البقاء سوف يكون للقطاع الذي يقدم أحسن الخدمات و بأقل الأسعار و بالتالي يتحتم على الدولة إعطاء الأولوية للصحة و نفص الغبار على هذا القطاع الخدماتي الحساس بغرض الوصول إلى خدمة أحسن للمواطن الذي يعتبر العنصر المتجدد لكل المجتمعات .

الفصل الخامس

مدينة قسنطينة و خصائصها العمرانية و الاجتماعية

*مدخل عام

1 - الخصائص العمرانية للمدينة

2 - المناطق الحضرية المخططة و مستوياتها التخطيطية العمرانية و الاجتماعية

3 - المناطق العمرانية غير المخططة و وضعها الاجتماعي و الخدمي

مدخل عام:

كانت قسنطينة قديما تسمى " سيرتا " و هي مدينة قديمة جدا يرجع تاريخها حسب اتفاق المؤرخين إلى ما قبل القرن العاشر قبل الميلاد و اسم " سيرتا " قد أطلق على قاعدة نوميديا الوسطى في القرن الثالث قبل الميلاد، بعد انقسام موريطانيا الشرقية إلى قسمين: شرقي عاصمته سطيف و وسط عاصمته سيرتا، و تسمى أيضا في القديم باسم " نوميديا " الوسطى و هو يشمل شرق البلاد و حتى تونس، فقد تعرضت سيرتا للخراب بسبب الثورات البربرية في عهد الملك الروماني " دوميتيوس " سنة 308م و بقيت خرابا حتى عهد الملك " قسطنطين الأول " الذي أعاد بناءها من جديد في بداية القرن الرابع ميلادي فسميت باسمه Constantine.⁽¹⁾

شيدت مدينة قسنطينة من أجل الدفاع بتالدرجة الأولى و للقيام بوظيفتها الدفاعية اختير موضعها فوق الصخرة، فأكسبها وادي الرمال حماية و مناعة طبيعية و يبلغ طوله 2800م بداية من سيدي راشد ليصل إلى الناحية الشمالية الشرقية عند سيدي مسيد. و بهذا فهو يحيط بالصخرة من كل جوانبها ما عدا الشريط الذي يصل الصخرة بهضبة الكدية و يبلغ عرضه 300م، أما الشكل العام لهذه الصخرة يتمثل في أن قاعدته في الشمال و رأسه في الجنوب. إن أعلى نقطة له في الشمال تبلغ 644 م فوق سطح الأرض، و أخفض نقطة في الجنوب تبلغ 534م فوق سطح الأرض.⁽²⁾

و من خلال موضعها هذا فقد أحيط نصف محيطها بأسوار يتم الدخول إليها عن طريق أربعة أبواب تتمثل في: باب الواد - باب الجديد - باب القنطرة - باب الجابية .

و حتى نتعرف أكثر على مدينة قسنطينة لا بد من التطرق إلى العناصر التالية:

(1) د / مسعود طفطاف : أثر الهجرة الخارجية على التماسك الأسري ، دراسة ميدانية في أسر المهاجرين بقسنطينة ، جوان ، 1985 ، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير ، 1985.

(2) د / الصادق مزهود : أزمة السكن في ضوء المجال الحضري ، دراسة تطبيقية على مدينة قسنطينة ، دار النور هادف ، الجزائر ، 1995 ، ص 13.

1 - البيئة الطبيعية لمدينة قسنطينة:

إن أهم ما يميز سطح الأرض هو الاختلاف في المظاهر الطبيعية من ناحية التضاريس، و المظاهر البشرية من الناحية السكانية، و إن هذا الاختلاف يؤدي إلى التباين في الموقع على سطح الأرض، و تفاوت بعضها عن الأخرى . (1)

و تتجلى الأهمية الجغرافية للمدينة في مدى فعالية الموقع و قدرة الموضع على استيعاب التطور العمراني المتزايد، لأن المدن تقع في أماكن معينة لتؤدي خدمات ضرورية للمجتمع يتغير نوعها بمرور الزمن، و لكن الذي يحدد نوع الوظيفة التي قامت من أجلها المدينة هو طبيعة المكان الذي تقوم عليه .

* الموقع: يعتبر موقع المدينة من أهم العناصر في دراسة جغرافية المدن و قد تم دراسة مدينة قسنطينة من وجهتين هما :

الموقع الفلكي: تقع مدينة قسنطينة على خط 36.23 شمالا، و خط 7.35 شرقا. (2) و هي تحتل بذلك رقعة مميزة بالنسبة للشرق الجزائري .

الموقع الإقليمي:

تتوسط مدينة قسنطينة إقليم شرق الجزائر، حيث تبعد بمسافة 245 كلم عن الحدود الشرقية الجزائرية التونسية، و حوالي 431 كلم عن الجزائر العاصمة، و 235 كلم عن بسكرة و 89 كلم عن سكيكدة . تتربع قسنطينة فوق الصخرة العتيقة على جانبي وادي الرمال، تحف بها العوائق و الانحدارات الشديدة من كل الجهات، و إذا تتبعنا مظاهر سطح المدينة نلاحظ أن المنطقة التي تقوم عليها غير متجانسة من حيث ارتفاعها عن سطح البحر. فهي تنحصر بين خطي كنتور 400م و

(1) بشير مقبيس : مدينة وهران، دراسة في جغرافية العمران، المؤسسة الوطنية للكتاب الجزائر، 1983، ص 29

(2) محمد الهادي لعروق : مدينة قسنطينة، دراسة في جغرافية العمران، ديوان المطبوعات الجامعية، 1984، ص 14

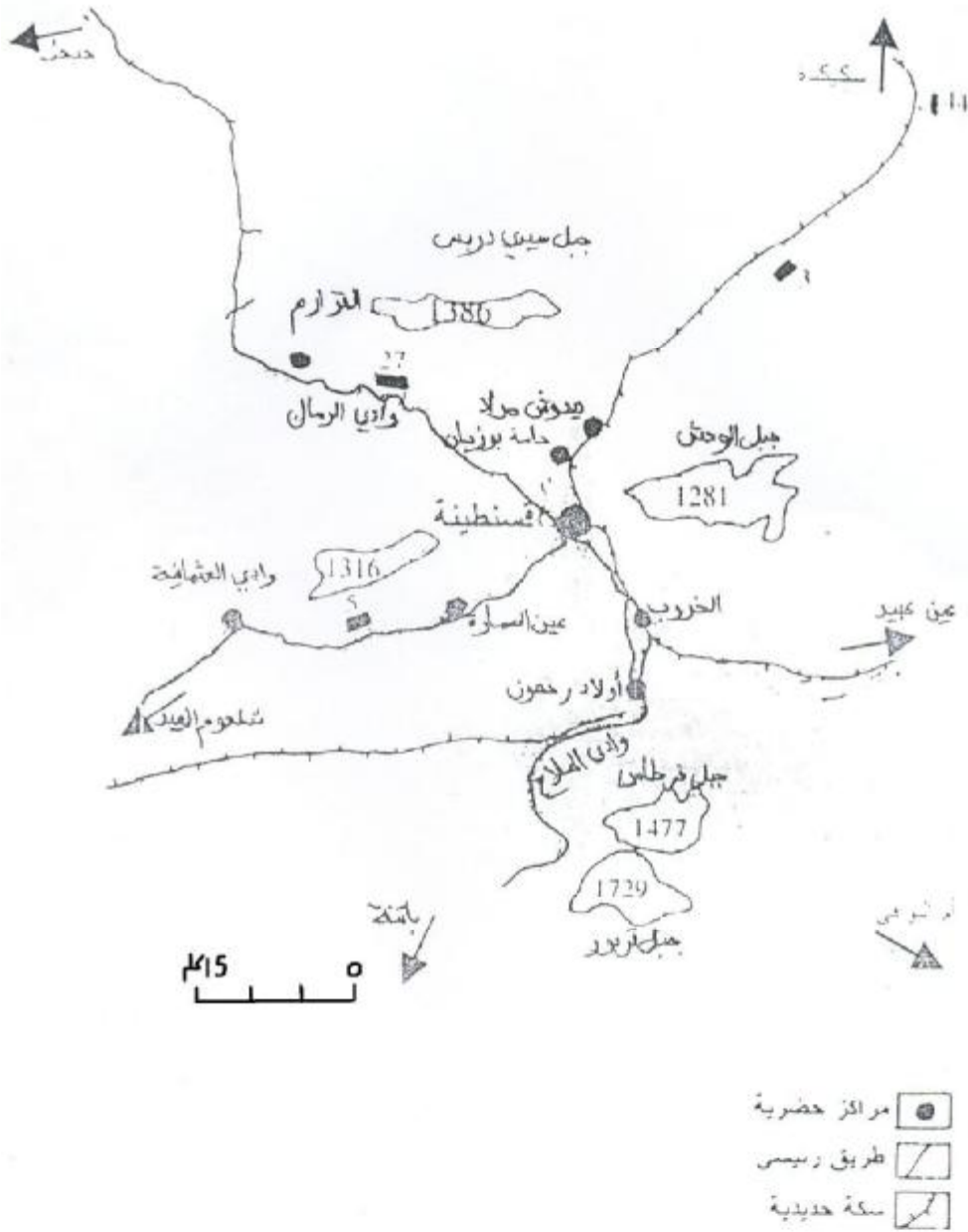
800م في الشمال و 800م و 1200م في الجنوب .

إن إقليم مدينة قسنطينة من أهم الأقاليم الاقتصادية و السكانية الهامة في الجزائر، فهي عاصمة إقليمية تتباعد عن مراكز العمران بمسافات لها دلالتها، و أهم ما يطرأ على موقعها أنه يتميز عن باقي المدن الجزائرية بمجموعة من الخصائص المتصلة بالمظاهر الجغرافية الطبيعية، كالتضاريس و الموارد الطبيعية المائية، و نجد هذه المميزات لها دورها الإيجابي في هيكلية المدن و توزيعها و تبيين أحجامها، فتوجد مدن في الساحل تميزها الموانئ التجارية كما توجد مناطق و مراكز في الصحراء و يتوسطها خط بالمدن الداخلية. و تعتبر قسنطينة من بين هذه المدن الداخلية (1) ، و قد تمت بين مناطق الساحل و شمال الصحراء علاقات تجارية في ميادين عدة منها النقل، المواصلات و التبادل التجاري، و تم كل هذا في إقليم قسنطينة الذي يقع في خط يعتبر العمود الفقري بالنسبة لشبكة المدن في الجزائر بفضل المركزية في طرق المواصلات فكل من مفترقا طرق الحامة في الشمال و الخروب في الجنوب . (أنظر خريطة الموقع - الشكل رقم 04)

(1) محمد الهادي لعروق : مرجع سابق ، ص 120.

(2) نفس المرجع ، ص 120

الشكل رقم 04: موقع مدينة قسنطينة



- الموقع الإداري :

يتمثل الموقع الإداري لمدينة قسنطينة فيما يلي:

يحدّها شمالا ولاية سكيكدة، شرقا ولاية قالمة، غربا ولاية ميلّة و جنوبا ولاية أم البواقي. أما كمدينة فيحدّها شمالا بادية حامة بوزيان و ديدوش مراد و شرقا بن باديس و عين عبيد و جنوبا الخروب و غربا كل من ابن زياد و عين السمارة. و تعتبر هاته البلديات المناطق الحضرية لولاية قسنطينة (أنظر الخريطة رقم 05) .

* التركيب السكاني للمدينة :

إن قضية النمو السكاني أصبحت موضوع الساعة على مستوى العالم بأسره، و تعتبر الجزائر من بين الدول العربية و واحدة من الدول الإفريقية التي تعاني من مشكل تزايد السكان، حيث تكبر هاته الدولة بغير نظام قادر على التحكم في قضاياها، فتراكم أزماتها الواحدة تلو الأخرى دون انقطاع أدى إلى انفجار ديموغرافي يتضاعف بشكل مكثف غير موازي أبدا لنمو القدرات الإنتاجية بالإضافة إلى نقص المرافق و الخدمات العامة التي لا تكفي لتلبية حاجات السكان.

إن دراسة نمو و تطور سكان مدينة قسنطينة و تطورهم منذ بداية نشأتها و حتى عهد قريب " حتى سنة 1926م تاريخ إجراء أول تعداد رسمي في تاريخ المدينة " أمر صعب، و ذلك إما لغياب المعلومات الإحصائية المتعلقة بهذا الموضوع، و إما لعدم دقتها.⁽¹⁾ و تتميز قسنطينة منذ نشأتها، بأنها كانت ملتقى حضارات عدة، حيث كان سكانها يمثلون شعوبا عديدة.

إن سكان مدينة قسنطينة في القرن التاسع عشر تزايد و بكثرة رغم ارتفاع معدل الوفيات، و رغم بطش الاستعمار و سطوته، أما في القرن العشرين شهدت المدينة تطورا متباينا، من حيث حجم

(1) محمد الهادي لعروق : مرجع سابق ، ص 109.

السكان و معدل نموهم، و ترجع هذه الزيادة الهامة إلى ارتفاع الزيادة الطبيعية من جهة، و إلى الهجرة من جهة أخرى .

كما ذكرنا فيما سبق، تعتبر الجزائر من أكبر البلدان التي تعاني من النمو السكاني و تعتبر مدينة قسنطينة من أكبر المدن الجزائرية التي تعرف نموا سريعا لسكانها.

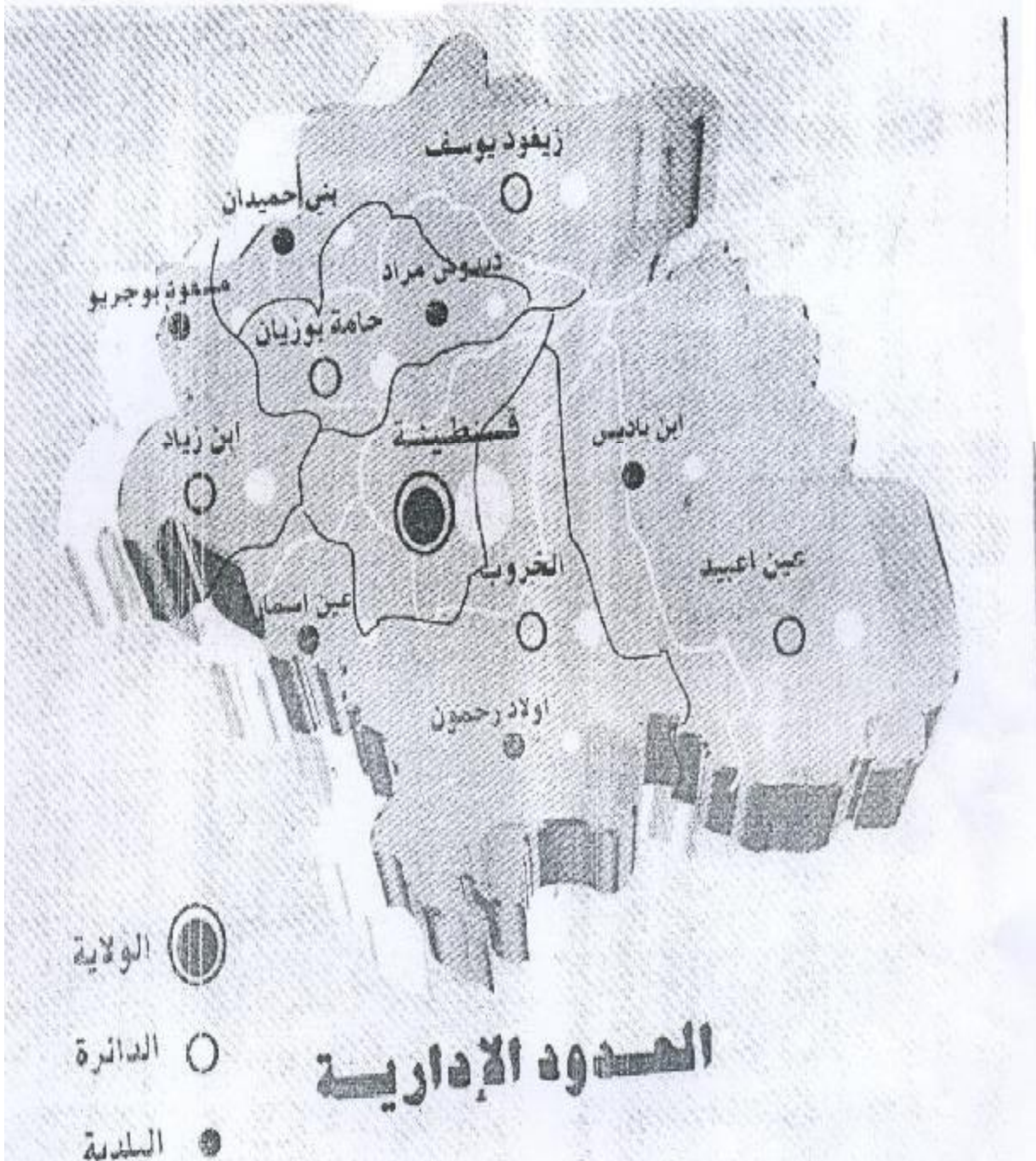
و الملاحظ من آخر الإحصائيات المقدمة م طرف الديوان الوطني للإحصاء لعام 1998 هو تركيز ما يقارب 85% من سكان الولاية بدوائرها المركزية و هو ما يقدر بكثافة 679.6 ساكن / كم² . (1)

و تظهر نفس هذه الإحصائيات ما يلي:

- أن دائرة قسنطينة يتركز بها 3/2 من العدد الإجمالي لسكان الولاية و هو ما يجعلها من المدن الكبرى سكانيا في الشرق الجزائري .

(1) قماش زينب : المجمعات السكنية الحضرية بمدينة قسنطينة ، مذكرة ماجستير ، 2006 ، ص 60

الشكل رقم 05 : يوضح الحدود الإدارية لمدينة قسنطينة



- تتراوح الكثافة السكانية بالصخر القديم من 700 إلى 2000 ساكن / الهكتار، أما بالنسبة للأحياء السكنية القديمة أمثال : الأمير عبد القادر، بوذراع صالح، حي التوت،.... الخ ، فيهم كثافة سكانية تقدر بحوالي 900 إلى 1000 ساكن / الهكتار، و هذا ما ترتب عنه تكديس للسكان في أماكن معينة مما أدى خلق الأحياء الفوضوية التي قدرت في الآونة الأخيرة ب 11000 مسكن فوضوي ، و إن دل هذا على شيء فهو يدل على الخطر الذي أصبح يهدد بلدية قسنطينة على الخصوص و الولاية على العموم . و يمكن توضيح أهم هذه المعطيات من خلال الجدول التالي : (1)

* جدول رقم (05) : يبين معدل التركيز الحضري

الدوائر	المساحة /كم ²	السكان حسب الإحصاء 98	الكثافة ساكن / كم ²	معدل التركيز الحضري %	ملاحظة
قسنطينة	230.000	447806	1947	98	حضرية
الخروب	244.65	50786	208	72	حضرية
حامة بوزيان	700.92	36656	500	77	حضرية
ديدوش مراد	114.00	16547	145	53.4	نصف حضرية
عين السمارة	175.00	13655	78	77.6	نصف حضرية

(1) قلماس زينب : مرجع سابق ، ص 60.

نلاحظ من خلال الجدول أن سكان قسنطينة حسب إحصائيات 1998 يقدرون بـ 447 806

نسمة و هم في تزايد مستمر حيث قدروا في 2005 بـ 496 300 نسمة و الشيء نفسه لزيادة

السكان في مختلف بلدياتها و ذلك راجع إلى:

- زيادة عدد المواليد و انخفاض نسبة الوفيات

- زيادة نسبة الهجرة الريفية، حيث ساهم سكان أرياف البلديات بـ 291.555 نسمة عند إحصاء

1987 من الهجرة، في حين ساهمت الدوائر بـ 51.117 نسمة، كما ساهمت الولايات المجاورة بـ

968.79 نسمة. و تشير الإحصائيات إلى أن 31.5% من مجموع سكان مدينة قسنطينة يمثلون

الربع يرجع أصلهم إلى خارج المدينة و هذا باعتبارها منطقة استقطاب و نفوذ من خلال تأثيرها في

سكان القرى المجاورة لها. و الملاحظ من آخر الإحصائيات لعام 1998 هو تركيز ما يقارب 85%

من سكان الولاية بدوائرها المركزية، و قد سبق التطرق له.

1- الخصائص العمرانية للمدينة:

عرفت قسنطينة عدة توسعات عمرانية، حيث استغلت الجيوب الفارغة بين الأحياء و ذلك

بتوطين البناء الجاهز الفردي، في المناطق التالية، بين القماص و سيساوي في الجنوب الشرقي،

وبين بوذراع صالح و المنطقة السكنية الحضرية الجديدة بوالصوف في الغرب، الإخوة فراد في

الجنوب⁽¹⁾، ففي خضم التسعينيات شهدت المدينة توسعات عمرانية تشمل كلا من المنطقة الحضرية

الجديدة بوالصوف ، إنشاء حي الزاوش، توسع حي القماص و بناء المنطقة الحضرية الجديدة جبل

الوحش أما الجهة الشرقية فنجد كل من حي بومرزوق و سيساوي و من الجنوب توسعا في هضبة

عين الباي .

(1) نوال برطالي و أخرون : السياسات السكنية و انعكاساتها على نوعية السكن ، مذكرة تخرج ، جامعة قسنطينة ، 2000 ، ص 80

أما في الفترة الأخيرة فقد كان هنالك شكل مكثفا آخر للتوسع و هو الخاص بتحصينات نذكر

منها تحصينات بوالصوف و الجباس بالجهة الغربية 61.11 هـ - تحصينات سيدي مسيد 8.69

هـ - تحصينات جبل الوحش 82.80 هـ - المنية 22.80 هـ و الباردة 87.62 هـ .

أما الجهة الجنوبية أ ي هضبة عين الباي فهي تستحوذ على حصة الأسد من هذه التحصينات و

ذلك على مساحة قدرها 152 هـ " عين الباي I - عين الباي II - عين الباي III " الإخوة فراد و

عين الباي . (1)

إن هذا الانفجار في التحصينات " Lotissements " ناتج عن أزمة سكنية خانقة و صعوبة

في ايجاد الأموال اللازمة لإقامة مشاريع بناء جديدة ، مما أدى بالدولة إلى فسح المجال للأشخاص و

الأفراد حتى يتسنى لهم بناء مساكنهم . أما في سنة 1998 فقد جاء المخطط التوجيهي للتهيئة و

التعمير محاولا ايجاد بدائل لمجموع المشاكل الناجمة عن التعبير العشوائي ، و هذا بتوجيه النمو

الحضري و العمراني نحو مناطق استقبال جديدة " Zones d'accueilles " بالإضافة إلى اقتراحات

إعادة تهيئة المجال الحضري الحالي و التحكم في التسيير .

إن المخطط التوجيهي للتهيئة و التعمير لولاية قسنطينة " 1998 " ركز على دراسة الدور الذي

يلعبه التجمعات السكنية بقسنطينة على الناحية الشرقية للبلاد عامة و الولاية خاصة و هذا بمحاولة

حماية و تطوير موقعها كعاصمة للشرق " Méthoppole " .

و قد اقترح هذا المخطط " PDAU " بلدية قسنطينة بالتنسيق مع توجيهات مخطط تهيئة الولاية "

PAW " أن تكون كل العمليات الخاصة بالتعمير على مستوى تجمعات قسنطينة ، لا بد و أن تكون

مبرمجة على مدى المتوسط و القصير ، و التوسعات القصيرة و متوسطة المدى فهي موجهة في

منطقة " سركنية " ، المنية ، جبل الوحش . (2)

(1) فواد بن غضبان : المدن التوابع حول مدينة قسنطينة ، رسالة ماجستير ، معهد علوم الأرض ، قسنطينة ، 2001 ، ص 32

(2) زينب قماص : مرجع سابق ، ص 70

1- أنواع المجمعات السكنية و نمط البناء بمدينة قسنطينة :

أ- المجموعات السكنية الكبرى : Les grands ensembles

و هي عبارة عن مجموعة بها أعداد من المساكن، تتميز بالرقابة و البعد التام عن عادات السكان و يبلغ عددها في مدينة قسنطينة 3 مجموعات (الزيدانية ، ساقية سيدي يوسف ، 5 جويلية و بوجناتة) (1) .

* جدول (6) : يبين البرامج السكنية ضمن الاحتياجات العقارية في مدينة قسنطينة

البرنامج السكني	المساحة (هـ)	%	عدد المساكن	%
المجموعات السكنية الكبرى	53	7.81	4220	33.95
المناطق السكنية الحضرية الجديدة	501	73.78	5445	43.79
التحصيلات	125	18.41	2768	22.26
المجموع	679	100	12433	100

(1) نوال زيتوني : انتاج السكن في ظل اقتصاد السوق ، مذكرة ماجستير ، جامعة قسنطينة ، 2003 ، ص14

ب- المناطق السكنية الحضرية الجديدة : Zones D'habitats urbaines Nouvelles

هي مجموعة من العمليات الفردية و الجماعية " 40 % من مجموعة المساكن الفردية + 60 % مساكن جماعية " و تبدأ دراسة هاته المساكن من 100 و ترفق هاته التجمعات بشبكة للتجهيزات ، و من أهم أهدافها : (1)

- استغلال أراضي الاحتياطات العقارية و مخطط التعمير PUD
- تنمية طاقات إستعاب المدن
- تلبية الطلبات المتزايدة على السكن
- برمجة التجهيزات وإدخال الشبكات وأشغال التهيئة

ج- التحصيلات " LOTISSEMENT " :

كان لهذا النوع من المجموعات السكنية فضلا كبيرا في تشكيل المحيط الحضري والنسيج العمراني ، وقد جاءت هذه التحصيلات أساسا لحل

جملة مت المشاكل إذ كان من أهم أهدافها : (2)

- حل مشكلة السكن باستيعاب أكبر عدد ممكن من السكان .
- تمكين الأفراد من إنجاز مساكنهم الخاصة .

ويبلغ عدد التحصيلات في مدينة قسنطينة 11 تحصيلات تنقسم إلى :

- تحصيلات المخطط الرئيسي للتعمير PUD :
- المنزه ، الزهور ، الحياة في منطقة سيدي مبروك .
- تحصيلات المناطق الحضرية السكنية الجديدة : بوالصوف ، جبل الوحش ، سرينة .

(1) نوال زيتوني : مرجع سابق ، ص 13

(2) نفس المرجع ، ص 13

تحصيلات أخرى : سيدي مسيد ، الجباس ، المنية ، المشجرة LAURIER ROSES

إن لكل مجال سكني مجموعة أساسية من المكونات العمرانية ، وهي تلعب دورا هاما في

الحياة اليومية للفرد ، إذ أنها من الضروريات التي لا يمكن الاستغناء عنها ، ويمكن حصرها في :

• الشبكات بأنواعها .

• المرافق العمومية (التجهيزات) .

أما الأنماط السكنية التي تتميز بها مدينة قسنطينة تتمثل في : (1)

1- النمط التقليدي :

يعود أصله إلى عهد ما قبل الاستعمار يوجد في الناحية الجنوبية للمدينة القديمة " السويقة ،

رحبة الصوف ، سيدي جليس " فهو ذو طابع معماري إسلامي يحتوي على طابق أو 3 طوابق

يتوسطه فناء مع اشتراك العائلات القاطنة به في المرافق المتوفرة فيه تكون أزقته الخارجية

ضيقة ، كذلك عدم وجود المساحات الخضراء كالحداثق .

2- النمط الأوروبي الجماعي :

يوجد هذا النمط في الضواحي الاستعمارية نشأ خلال فترة الخمسينات ، يكون على شكل

عمارات يتراوح عدد طوابقها من 3 إلى 13 طابقا ، لها مدخل واحد تتوفر على مختلف تجهيزات

ومرافق الحياة توجد بحي سيدي مبروك الأعلى و الأسفل ، القنطرة، الأمير عبد القادر، و هي

كذلك خالية من المساحات الخضراء المحيطة بها .

3- النمط الأوروبي الفردي :

يعود هذا النمط إلى الاحتلال الفرنسي و هو حديث النشأة لا يتجاوز علو بناياته طابقا واحد على

(1) د/ الصادق مزهود : أزمة السكن في ضوء المجال الحضري ، دراسة تطبيقية على مدينة قسنطينة ، دار النور هادف ، الجزائر

العموم ، و هذا النمط يخص الطبقة الأرستقراطية و التجار المستوطنين و هي سكنات فردية على شكل فيلات تتوفر على حدائق توجد في حي المنظر الجميل و حي سيدي مبروك .

4- النمط الفردي الحديث :

يوجد في تحصيصات الدولة حيث تهيأ الطرق و الشبكات ، و يأخذ شكل فيلات بطابقين أو 3 و هي تختلف عن الفيلات الاستعمارية لأنها أكبر حجما، تتوفر على معظم التجهيزات و المرافق الضرورية .

كما أنها تتوفر على حدائق و غالبا ما تكون مجاورة لبعضها البعض و هي موجودة في سيدي مبروك العلوي و تخصيص جبل الوحش كما انتشرت في منطقة عين الباي .

5- النمط الجماعي الحديث :

جاء كحل لأزمة السكن ، حيث شكل عمارات متجانسة و متشابهة ذات 4-9 طوابق ، لها مدخل واحد، تختلف في حجم و مساحة غرفها و عددها و تتوفر على كل التجهيزات و المرافق الداخلية ، لها شوارع واسعة و هي تتواجد في أحياء الدقسي ، الزيادة ، جبل الوحش ، سيدي مبروك العلوي ، المنصورة ، بوالصوف ، 5 جويلية .

6- النمط النصف جماعي :

يتكون هذا النمط من طابق إضافي تكون في الغالب متحدة في المظهر الخارجي قد تكون ذات مدخل واحد، أو تكون عبارة عن مسكن خاص، مرفقة بحدائق مشتركة أو خاصة و تنتشر في كل من الإخوة عباس ، الزيادة .

7- النمط القصديري :

يفتقر هذا النوع إلى أدنى شروط النظافة ، مواد بناءه متكونة من الطوب ذات سقف قصديري أو مغطاة بالترنيت توجد في كل من المنصورة، باردو... يحتل مواضع غير صالحة للتعمير عموما⁽¹⁾ و منه فإن مدينة قسنطينة تعتبر مركب سكاني و سكني ، فسكانها في كل جهات الوطن و أنماطها السكنية متنوعة كذلك ، سواء من حيث العصور التاريخية التي مرت على المدينة أو من خلال متطلبات الزمن الحاضر إلى مساكن و أنماط مخططة و منظمة .

2- الخصائص الوظيفية للمدينة : تتمثل في :

أ- التجارة :

تعتبر مدينة قسنطينة من بين المدن الجزائرية التي يغلب عليها الطابع التجاري، نتيجة للزيادة الطبيعية السريعة في سكانها و من خلال هذا برزت عدة أسواق بمعظم أحياء المدينة كسوق " العصر" و " رحبة الصوف" ، " رحبة الجمال" ، " السويقة" ، " الرصيف" ، " الرمبلي" ، إضافة إلى أنها تزخر بأنواع مختلفة من المحلات التجارية سواء خاصة بالمواد الغذائية أو محلات خاصة بالألبسة و غيرها من المنتوجات المحلية الأخرى و نظرا للتوسع الحالي لمدينة قسنطينة ساهم في بروز عدة أسواق أخرى تحتل مساحات كبرى و تلبى معظم و مختلف حاجات المواطن القسنطيني ، كالأروقة الجزائرية و أسواق الفلاح .

ب- الصناعة :

شهدت مدينة قسنطينة حركة صناعية معتبرة تم إنشاءها خلال فترة السبعينات تمثلت في مصنع الجرارات، الرافعات ، مصنع المحركات ، مصنع النسيج، مصنع الحليب و مشتقاته و المتمركزة بعين السمارة ، وادي حميمم شعب الرصاص ، إضافة إلى معمل الإسمنت بحامة بوزيان، كما أن

(1) د/الصادق مزهود : مرجع سابق ، ص15

القطاع الخاص يعمل على توفير بعض المواد الغذائية النسيجية ، الكيميائية ، على عكس القطاع العام الذي يقوم بإنتاج احتياطات المؤسسات ، الهيئات ، الجماعات و الأفراد في مختلف مجال التجهيز و مواد البناء و غيرها، كل هذا ساهم في خلق ثغرة بين المناطق الحضرية لتوافد أعداد كبيرة من سكان المناطق الريفية نحو المدن خلال العقدين الأخيرين .

ج- التعليم : توفرت مدينة قسنطينة على عدة مرافق تعليمية متمثلة في المدارس الإبتدائية موزعة عبر مختلف البلديات ، و مؤسسات التعليم المتوسط و مؤسسات التعليم الثانوي من ثانويات و متقنات ، صف إلى هذا فمدينة قسنطينة تزخر بجامعتين هامتين " جامعة منتوري " و " جامعة الأمير عبد القادر " للعلوم الإسلامية إضافة إلى جامعة زرزارة و جامعة العلوم الاقتصادية و كلية العلوم الاجتماعية و الإنسانية و جامعة زواغي سليمان . كما توفرت على مجموعة من المعاهد كمعهد تكوين الأساتذة بحي سيدي مبروك و معهد تكوين الإطارات الشبه طبية و مدرسة الوطنية للشرطة، كذلك مركز التكوين المهني و مركز التكوين المتواصل ... الخ . (1)

د- الثقافة : تتمثل المراكز الثقافية المتواجدة في مدينة قسنطينة في المسارح و معاهد

الموسيقى و قاعات

السينما ، و هي تتركز في وسط المدينة ، كما تشهد بعض البلديات نقص في هذه المرافق في حين تنعدم في بعضها الآخر .

ه- الرياضة : يوجد في مدينة قسنطينة مركب رياضي بمنطقة حي التوت بالإضافة إلى ملعب

الشهيد " حملوي" و ملعب " بن عبد المالك " كما لا ننسى الملاعب الصغيرة المنتشرة في كل

القطاعات . (2)

(1) د/الصادق مزهود : مرجع سابق ، ص 16

(2) د/ محمد الهادي لعروق : مدينة قسنطينة ، دراسة جغرافية العمران ، ديوان المطبوعات الجامعية ، الجزائر 198

و - الصحة :

تتوفر مدينة قسنطينة على مستشفى جامعي و بعض المستوصفات الصحية و كذلك مراكز صحية . إضافة إلى العيادات الخاصة المتعددة لعلاجات المتواجدة في معظم أحياء المنطقة الحضرية، كما تتوفر على عدد لا بأس به من الصيدليات . (أنظر الخريطة) و حتى تتوضح الصورة أكثر سنقوم بعرض مختلف الهياكل الصحية الموجودة بالمدينة و تحتوي مدينة قسنطينة على الهياكل الصحية التالية .

1- الهياكل الصحية الاستشفائية : و تتمثل فيما يلي : (1)

أ- المركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس :

حسب المرسوم التنفيذي رقم 298/86 الصادر بتاريخ 16 ديسمبر 1986 أصبح هذا المستشفى مركز استشفائي جامعي، حيث كان يعتبر بمثابة ثكنة عسكرية إبان الاحتلال الفرنسي، و قد حول إلى مستشفى يعد أن عرف عدة تسميات و هي :

- مستشفى قسنطينة العسكري (قبل 1950)
- مستشفى قسنطينة المدني (بعد 1950)
- المركز الاستشفائي الجهوي (في 1960)
- القطاع الصحي الجامعي لقسنطينة (في 1981)
- المركز الاستشفائي لقسنطينة (في 1986)

يحتوي هذا المستشفى على 1449 سرير ، موجهة لتلبية احتياجات المرضى ، و هذا المستشفى مكلف بالاهتمام بالتكوين الطبي و الشبه الطبي ، و كذا الاهتمام بالبحث العلمي ، و يضم عدة

(1) بريمة يمينة وآخرون : مرجع سابق ، ص 41

اختصاصات من البسيطة إلى العالية .

ب- المؤسسات الاستشفائية المتخصصة :

توجد على مستوى مدينة قسنطينة أربعة مؤسسات استشفائية متخصصة و هي :

* المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالدقسي :

هي مؤسسة متخصصة في أمراض الكلى و المسالك البولية تحتوي على 120 سرير، موزعة كما يلي : قسم المسالك البولية بـ 22 سرير - قسم أمراض الكلى بـ 30 سرير - قم تصفية الدم بـ 28 سرير - قسم زراعة الكلى بـ 40 سرير ، كما تحتوي المؤسسة على مخبر للتحاليل الكيميائية و البكتيرية و مخبر للأشعة .

* المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالرياض :

هي مؤسسة متخصصة في الجراحة القلبية تحتوي على 120 سرير بها قسم للأشعة ، و مخبر للتحاليل البيولوجية .

* المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بسيدي مبروك :

هي مؤسسة استشفائية متخصصة في طب الأطفال ، و الجراحة الأطفال و في طب النساء و التوليد و تحتوي على قسمين و هما :

1- قسم طب الأطفال بالمنصورة به 132 سرير موزع كمايلي : طب الأطفال بـ 92 سرير، جراحة الأطفال بـ 32 سرير ، الاستجالات بـ 8 أسر (سرير) ، يحتوي هذا القسم على مخبر

للتحاليل الطبية، بالإضافة إلى مصلحة الأشعة . (1)

(1) بريمة يمينة وآخرون : مرجع سابق ، ص 41

2- قسم طب النساء و التوليد بسيدي مبروك ، يحتوي على 74 سرير كما يحتوي هو الآخر على

مخبر للتحاليل الطبية و مصلحة للأشعة .

* المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بجبل الوحش :

هي مؤسسة استشفائية متخصصة في الأمراض العقلية، و تحتوي على 240 سرير، موزعة على

كل من قسم الرجال، النساء و الاستعجالات يحتوي هذه المؤسسة على مخبر بيولوجي و مصلحة

للاشعة و قسم العلاج العضلي .

ج- مستشفيات القطاعات الصحية :

* مستشفى قطاع البير "حي بوذراع صالح" :

يمثل مستشفى القطاع الصحي لقسنطينة ، يحتوي على 120 سرير، كما يحتوي على عدة أقسام و

هي قسم الطب الداخلي، قسم طب الأطفال ، قسم الجراحة العامة، و قسم الأمراض المعدية ، بمعدل

30 سرير لكل قسم .

* المستشفى اليومي لمرضى السكري :

الموجود بالمنظر الجميل بمدينة قسنطينة، الذي يتكفل بحوالي 6150 مصاب بداء السكري من

حيث العلاج و المتابعة . و الجدول التالي يبين لنا توزيع الأسرة عبر الهياكل الاستشفائية بمدينة

قسنطينة . (1)

(1) بريمة يمينة وآخرون : مرجع سابق ، ص 4

* جدول رقم (07) : يبين لنا توزيع الأسرة عبر الهياكل الاستشفائية

بمدينة قسنطينة

عدد الأسر	المستشفى
1449	المركز الاستشفائي الجامعي بن باديس
120	مستشفى القطاع الصحي لقسنطينة " البير "
120	مركز استشفائي متخصص في أمراض الكلى و المسالك البولية بالدقسي
120	مركز استشفائي متخصص في جراحة القلب بالرياض
240	مركز استشفائي متخصص في الأمراض العقلية بجبل الوحش
206	مركز استشفائي متخصص في طب النساء و التوليد و طب الأطفال بسيدي مبروك
2255	المجموع

المصدر : مونوغرافية ولاية قسنطينة لسنة 2000 مديرية التخطيط و التهيئة العمراني

2- الهياكل الصحية القاعدية :

فيما يتعلق بالهياكل الصحية القاعدية تحوي مدينة قسنطينة على :

- مراكز صحية في مختلف الاختصاصات و هي : (1)

- مركز خاص بمكافحة أمراض السل

- مركز بصحة العقلية

- مركز خاص بطب العيون

- مركز للتلقيح
- مركز خاص بالوقاية المدرسة
- مركز لنقل الدم
- مركز خاص بالتحليل الطبي
- * الهياكل الصحية الملحقة = تحتوي المدينة على هياكل صحية تابعة أو ملحقة و التي

تمثل فيما يلي:

- مخبر الوقاية الولائي، مكلف بمراقبة المياه و المواد الغذائية .
- ملحق المخبر الوطني لمراقبة المنتوجات الصيدلانية، و هو هيكل ذو طابع جهوي مكلف بمراقبة المنتوجات الصيدلانية المستوردة
- المرصد الجهوي للصحة و هو مكلف بالمراقبة الإبيديمولوجيا.

* الهياكل الصحية الشبه عمومية:

تحتوي المدينة على هياكل الشبه عمومية التالية:

- مراكز طبية اجتماعية CNAS .
- مراكز صيدلانية CNAS .
- و هناك هياكل مسيرة من قبل صندوق الضمان الاجتماعي و هي:
- مراكز طبية اجتماعية تابعة للمؤسسات العامة، مختصة في طب العمل، و تقوم بمعالجة عائلات العمال التابعين لهذه المؤسسات .

- مراكز صيدلانية ENDIMED .

* الهياكل الصحية للقطاع الخاص:

فيما يخص الهياكل الصحية التابعة للخواص في مدينة قسنطينة هي:

- عيادة طبية جراحية.
- عيادة طبية جراحية محمد المهدي.
- عيادة طبية جراحية نوفل .
- مراكز للصور الطبية.
- عيادات لجراحة الأسنان.
- صيدليات.
- مخابر للتحاليل الطبية.
- مؤسسات لتوزيع المنتوجات الصيدلانية.
- مؤسستان لإنتاج المواد الصيدلانية.
- عيادات طبية خاصة موزعة كما يلي: ← عيادات للطب العام.
أطباء مختصين موزعين على الاختصاصات التالية: ←

- طب النساء - معالجة الكسور - طب العيون - الأمراض العقلية - أمراض الأعصاب -
- جراحة عامة - البيولوجيا - أمراض المعدة - أمراض الجلد - الإنعاش - الترشيح - أمراض الفك -
- الأمراض الصدرية - طب الأطفال - أمراض الأنف و الأذن و الحنجرة - أمراض القلب - الطب
- الداخلي - أمراض الغدد - قسم الأشعة - داء المفاصل - جراحة الأطفال - أمراض الدم -
- البيولوجيا المجهرية - إعادة التأهيل . (1)

(1) بريمة يمينة وآخرون : مرجع سابق ، ص 4

* جدول (08): يوضح توزيع العيادات المتعددة الخدمات بمدينة قسنطينة (و عددها 11 عيادة)

العيادات	مكان توطنها
1 - عيادة فيلاي	حي فيلاي
2- عيادة عبان رمضان	حي عبان رمضان
3- عيادة منتوري	حي سيدي مبروك
4- عيادة القماص	حي القماص
5- عيادة الدقسي	حي الدقسي
6- عيادة البير	حي البير
7- عيادة الأمير عبد القادر	حي الأمير عبد القادر
8- عيادة بوذراع صالح	حي بوذراع صالح
9- عيادة بن مهدي	حي بن مهدي
10- عيادة عين الباي	المدينة الجديدة
11- عيادة بن عزوز	المنظر الجميل

المصدر: مديرية الصحة و السكان سنة 2000 (قسنطينة)

و يتركز بمدينة قسنطينة كذلك و لوحدها أكثر من نصف مركز صحي حيث يوجد بها 12 مركز

موزع على مجالها (حسب تقديرات سنة 2000) كما هو موضح في الجدول رقم (09) :

*الجدول رقم (09) : يوضح توزيع المراكز الصحية بمدينة قسنطينة

نوعه	مكان توطنه	المركز الصحي
عام	شوارع بن عميرة مولود	1- بن عميرة مولود
عام	حي الزيادة	2- الزيادة
عام	حي صالح باي	3- صالح باي
عام	حي رحمانى عاشور	4- رحمانى عاشور
عام	حي الحطابية	5- الحطابية
عام	حي سيدي راشد	6- سيدي راشد
عام	حي القصبية	7- سيدي عبد الله
مختص	حي الأمير عبد القادر	8- الأمير عبد القادر
مختص	حي سان جان	9- مركز بلوزداد
مختص	بن القنطرة	10- مركز مكافحة الأمراض المعدية
مختص	بن مهدي	11- مركز خاص بطب العيون
مختص	حي رحمانى عاشور	12- مركز مكافحة أمراض السل

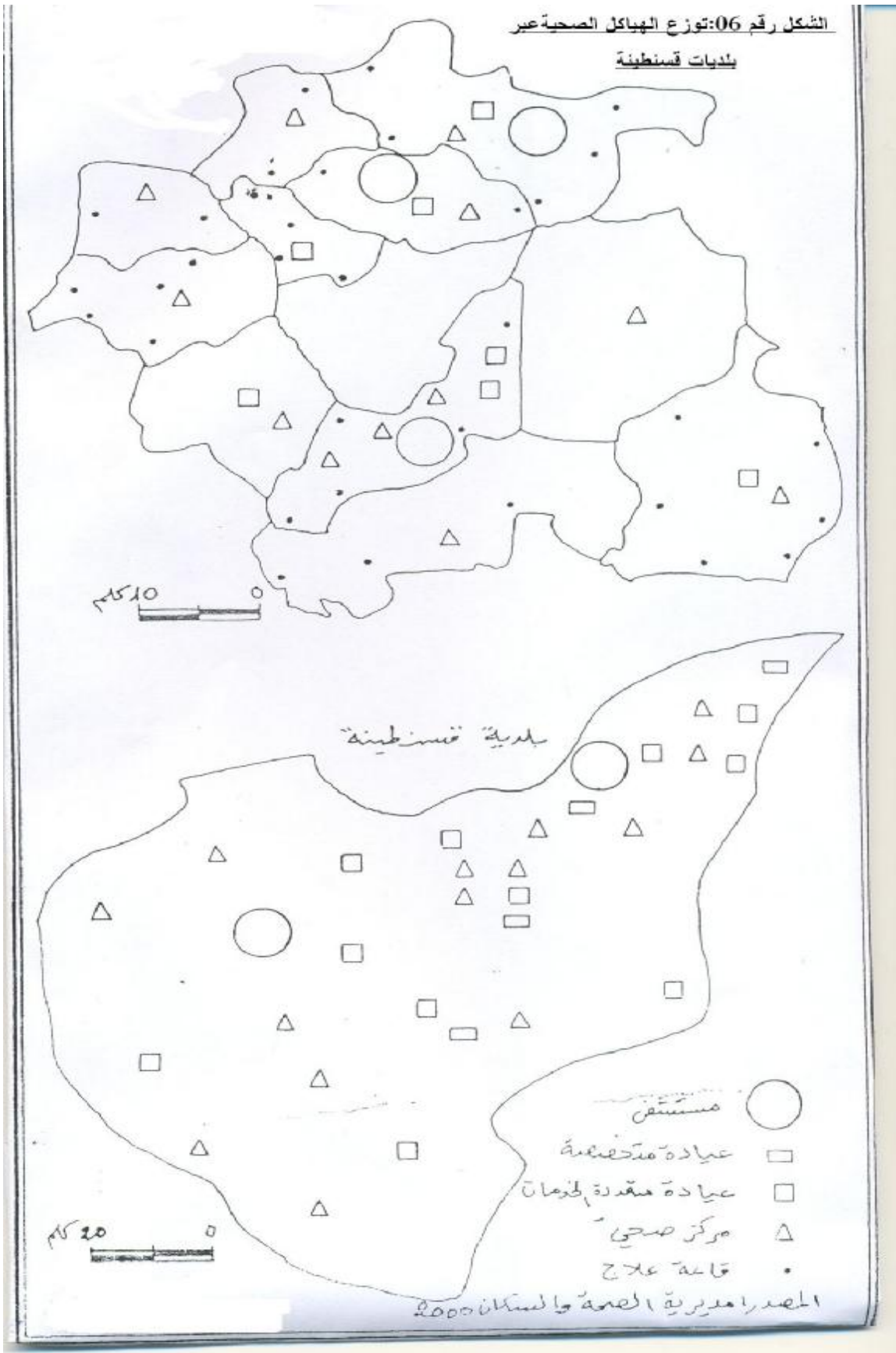
مديرية الصحة و السكان سنة 2000 (و لاية قسنطينة)

3- المقاطعات الحضرية لمدينة قسنطينة:

قسمت بلدية قسنطينة إلى 08 قسامات خاضعة لتقسيمات جغرافية مختلفة صودق على هذا المخطط من طرف المجلس الشعبي البلدي عام 1991 ، و زادت عليها قسمتان أخرتان و هما : الزيادة ، قيطوني عبد المالك ، و بهذا قسمت بلدية قسنطينة إلى 10 مقاطعا حضرية و هي :⁽¹⁾

1- سيدي مبروك ، 2- سيدي راشد ، 3- قيطوني عبد المالك ، 4- 5 جويلية ، 5- التوت (les mûries) ، 6- المنظر الجميل ، 7- القنطرة ، 8- بوذراع صالح، 9- الزيادة ، 10- القماص .

(1) زينب قماس : مرجع سابق ، ص 71



1- القطاع الحضري " سيدي ميروك " :

يوجد به منطقة معمورة مساحتها 335 هكتار تحافظ على وضعيتها في المنطقة الشمالية بها جيوب فارغة، و المنطقة العسكرية، تبلغ مساحتها 120 هكتار، و المنطقة الغابية " الصنوبر " تبلغ مساحتها 60 هكتار.

2- القطاع الحضري " سيدي راشد " :

يعتبر هذا القطاع كوحدة عمرانية متجانسة تبلغ مساحتها 85 هكتار، به كثافة عالية مع تركيز سكاني و نشاطات خدمتية.

3- القطاع الحضري " قيطوني عبد المالك " :

يوجد به منطقة معمورة تشكل جزءا من وسط المدينة أين تتركز الخدمات الإدارية " الكوديا "، مساحتها 30 هكتار، و منطقة أخرى معمورة " سيدي مسيد " بها سكن فوضوي كذلك، و منطقة مساحتها 140 هكتار مهددة بالانزلاق غير قابلة لأي نوع من التعمير و منطقة واد الرمال كذلك مهددة بالانزلاق و تقدر مساحتها بـ 255 هكتار.

4- القطاع الحضري " 5 جويلية " :

و تضم منطقة معمورة مساحتها 320 هكتار، مشكلة من عدة وحدات سكنية " بوالصوف ، 5 جويلية. و منطقة معمورة مساحتها 130 هكتار، تحتوي على سكنات فردية في طريق الإنجاز و المنطقة الصناعية مساحتها 95 هكتار و منطقة العيفور و هي منطقة غير قابلة للتعمير و هي ذات خصائص فلاحية و منطقة الزاوش و تبلغ مساحتها 110 هكتار، منطقة بحاجة إلى إعادة تهيئة، بها أكواخ قصديرية و سكنات فوضوية، و التعاونية العقارية تبلغ مساحتها 28 هكتار.

5- القطاع الحضري " التوت " :

نجد به منطقة معمرة مساحتها 180 هكتار و تشمل المركب الجامعي، و منطقة معمرة مساحتها 332 هكتار، و منطقة توسع مساحتها 62 هكتار موجهة للتعمير على المدى القصير، و منطقة معمرة مساحتها 110 هكتار، بها مركب رياضي و وحدات صناعية مثل شعبة الرصاص " حليب، نسيج، و بناء." و منطقة مساحتها 100 هكتار، بها سكن فوضوي و هي بأمس الحاجة إلى التشجير بسبب حساسيتها " واد غير مستقر بومرزوق." منطقة معمرة مساحتها 40 هكتار و هي تمثل حي التوت، و حي بن تليس (مجال الدراسة) و هي بأم الحاجة إلى عملية تهيئة. و منطقة معمرة مساحتها 70 هكتار بها سكن فوضوي و أكواخ قصديرية و هي مهددة بانزلاق التربة، و منطقة معمرة مساحتها 65 هكتار، بحاجة إلى عملية إعادة هيكلة .⁽¹⁾

6- القطاع الحضري " المنظر الجميل " :

يضم منطقة معمرة مساحتها 225 هكتار، تحفظ على حالتها، و المنطقة الصناعية مساحتها 130 هكتار " إدخال عمليات التهيئة و إعادة الهيكلة ."

7- القطاع الحضري " القنطرة " :

به نسيج حضري عتيق تبلغ مساحتها 90 هكتار ،يحفظ على حالته ما عدا بعض عمليات الصيانة الخاصة بالطرق و تجميل العمارات . و منطقة مساحتها 130 هكتار تشمل السكن اللاشعري . و أيضا منطقة مساحتها 60 هكتار تضم منطقة سياحية " بانوراما " غابة" + أراضي عسكرية " .

8- القطاع الحضري " بوذراع صالح " :

تضم منطقة عمرانية تبلغ مساحتها 10 هكتار و تمثل مركز صالح باي مخطط، و مساحة المخطط 30 هكتار، خصصت بأنها منطقة غير قابلة للتعمير . منطقة عمرانية مساحتها 130 هكتار متكونة

(1) زينب قماس : مرجع سابق ، ص 73.

من عدة أحياء و منطقة معمرة من الناحية الجنوبية " بن شرقي" و هي غير مهيئة تعاني العزلة و نقص الخدمات و التجهيزات تبلغ مساحتها 95 هكتار، و منطقة معمرة تبلغ مساحتها 80 هكتار مستغلة بالسكن الفوضوي و السكنات الجاهزة، و منطقة مساحتها 130 هكتار، غير قابلة للتعمير أو للتجهيز فهي مهيئة للتشجير .

9- القطاع الحضري "الزيادية":

و تضم منطقة التوسع " الشطر الثاني" لسركينة ، تخصيص الباردة ، بالإضافة إلى البرنامج السكني التطوري، الأراضي الفارغة المبرمجة للتهيئة مساحتها 86 هكتار، و منطقة مساحتها 56 هكتار و هي منطقة فارغة، و منطقة معمرة مساحتها 190 هكتار و بها مجموعات سكنية " تخصيص جبل الوحش، السكن الجماعي الزيادية، الحي البلدي ، حي ساقية " سيدي يوسف" و منطقة مساحتها 75 هكتار، بها تجهيزات كمركب التسلية لجبل الوحش و المقبرة .

10- القطاع الحضري " القماص " :

يوجد به منطقة مساحتها 68 هكتار، بها أجزاء من المناطق السكنية و تبلغ مساحة المجال الفارغ 30 هكتار، و منطقة معمرة مساحتها 170 هكتار، يجب إعادة هيكلتها ، و منطقة معمرة مساحتها 130 هكتار بها سكن فوضوي و منطقة معمرة 80 هكتار ، بها سكن فوضوي و حي الرياض و هو منطقة معمرة مساحته 50 هكتار .⁽¹⁾

(1) زينب قماص : مرجع سابق ، ص 73

2- المناطق الحضرية المخططة و مستوياتها التخطيطية العمرانية

و الاجتماعية

بدأت الجزائر تتبنى سياسة بناء مناطق حرية جديدة بعد سنة 1970، و كان الهدف منها إدخال نمط عمراني جديد و حل أزمة السكن التي عانت منها المدن الجزائرية إلا أن هذا النمط لم يراع فيه تقاليد و عادات السكان، إلا أنها عرفت عدة تغيرات داخلية و خارجية، و خير مثال على ذلك في مدينة قسنطينة مثلا : حي الدقي، حي 20 أوت ، حي 5 جويلية و حي بوالصوف و الزيادة ، و هذه الأحياء عبارة عن مجموعات إسمنتية متوسطة الارتفاع من 5-10 طوابق ، لها شكل هندسي يكاد يكون واحد. مع عدم وجود حدائق و أسواق و أماكن التسلية و الترفيه ، إلا أنها تتوفر على جميع الشبكات الحيوية " ماء، كهرباء، قنوات صرف، غاز ، هاتف " مع تمتعها بدرجة تشمس جيدة كما أن لها شوارع واسعة و بها مرافق للسيارات ، و قد بلغ مساكن هذا النمط بمدينة قسنطينة حسب تقديرات عام 1976 حوالي 4225 مسكن⁽¹⁾.

إن تفاقم أزمة السكن و الإسكان بعد الاستقلال في المدن أدنى بالمسؤولين عن قطاع الإسكان إلى زرع هذا النمط من العمليات في جميع أنحاء المدينة، بطريقة عشوائية و بدون دراسة مسبقة لحاجات الأسرة الجزائرية ، من الناحية الثقافية و الاجتماعية و الديمغرافية ، و لا من حيث المواصلات و وجود الماء بالأمكان المختارة . الحاجة الماسة إلى ملجأ يأوي الإنسان تدفعه عندما يتحصل على مسكن أن يقبل أي نمط من السكن و بدون شروط . المسكن بنية اجتماعية ثقافية بالدرجة الأولى قبل أن يكون مجموعة جدران و أرضيات و أسقف و نوافذ و أبواب ولهذا السبب معظم السكنات الحالية التي أنجزت بالمدن لا تستجيب إلى المكونات الثقافية للأسرة و العائلة (2)

(1) بوطرس أحمد : المنطقة السكانية الحضرية الجديدة بوالصوف و دورها في تنظيم المجال الحضري بمدينة قسنطينة ، مذكرة تخرج مهندس ، معهد علوم الأرض ، جامعة قسنطينة ، 1990 ، ص 06.
(2) عبد الحميد دليمي : الواقع و الظواهر الحضرية ، مرجع سابق ، ص 128 .

الجزائرية . هذه الصناديق الصماء المستوردة تنجز في الدول الأوروبية للأسر النووية و العزاب ، لأن فكرة العائلة الممتدة تتجه نحو الانقراض وهي على العموم مساكن عادية تستجيب لمتطلباتهم الشخصية للانفراد و للنوم و للراحة و للعلاج الجسدي ، للدراسة الفردية ، و لاستقبال الأصدقاء . بينما في الجزائر فلا زالت العائلات من الصنف الممتد و يصل عدد أفراد بعض العائلات إلى عشرين . ترجع صغر و ضيق البناءات الجديدة بالدرجة الأولى إلى خزينة الدولة، باتت غير قادرة على تمويل المشاريع الضخمة التي تحتوي على العمارات العالية و الفاخرة و ذات غرف واسعة فالقواعد المستعملة في معظم برامج البناء في مدن قائمة على التوزيع التالي: خصصت من 55% إلى 65% من المشاريع إلى العمارات ذات مساكن تتضمن خمس غرف و الباقي وزع بالتساوي ما بين اثنين و أربع غرف و قد حدد مؤتمر فنكور - كندا سنة 1996 المعايير العالمية لاستعمال الغرف من قبل الأفراد و ذلك كما يلي : (1)

*الجدول رقم (10) : يوضح المعايير العالمية لاستعمال الغرف من قبل الأفراد

المعايير	نسبة الأفراد، في استعمال الغرفة الواحدة
كثافة السكن ضعيفة	من 0.1 إلى 0.7
عادية	من 01 إلى 1.1
اكتظاظ مقبول	من 1.9 إلى 02
اكتظاظ	من 2.3 إلى 3.3
اكتظاظ غير مقبول	من 3.4 إلى 15

المصدر: المؤتمر العالمي للسكن و الإسكان كندا 1992

(1) عبد الحميد دليمي : الواقع و الظواهر الحضرية ، منشورات جامعة منتوري ، ص 128.

يتضح من خلال هذا الجدول أن نسبة شغل الغرفة الواحدة في المدن تجاوز معيار ثلاث أفراد و

يترجم حالة الاختناق و المساكن التي تعيشها العائلات بالأحياء الجديدة. و قياسا على ما سبق

90% من 135 ألف مسكن جماعي في المدن يعرف الاكتظاظ نتيجة أزمة السكن الحادة بحيث يبقى

صاحب المسكن في البحث عن مساكن تستجيب إلى جميع متطلباته و يعتبر ما تحصل عليه من

مسكن اجتماعي هو مرحلة مؤقتة ملزمة بالضرورة الالتجاء. تعرف هذه المساكن رطوبة كبيرة في

فصل الشتاء من جراء تكديس 06 إلى 10 أفراد في غرفة واحدة. هذا التجمع له آثار خطيرة على

الأسر من الناحية الصحية و الأخلاقية و الاجتماعية .

رغم هذا نجد أن المساحات التي تمنح لمساكن العمارات في المدن بعيدة كل البعد عن المقاييس

العالمية، حيث وزعت دون الأخذ بعين الاعتبار العامل الديمغرافي و حاجة الفرد الدائمة في البحث

عن كمية أكبر من الأمتار المربعة أو المكعبة الخاصة بالحجم.

مهما كان النموذج المساحي بالنسبة للعمارات الجديدة، فإن المشكلة الكبرى التي تعاني منها

الأسرة و العائلة الجزائرية اليوم تكمن في الصعوبات التي تواجهها عند الحصول على سكن لأن

مساحات المساكن الحالية لا تستجيب مع الحجم. النماذج . (1)

وعلى أساس أن لكل فرد الحق أن تلبى جميع حاجاته و التي تحددت من قبل علم الحياة البيولوجية

تحديدا دقيقا لا تترك مجالا للنقاش و حدد مؤتمر كولون " بألمانيا " الحد الأدنى للمعايير المساحية

حسب عدد الأفراد و عدد الغرف :

(1) د/ عبد الحميد دليمي: الواقع و الظواهر الحضريّة ، مرجع سابق ، ص 126

* جدول رقم (11) : يبين الحد الأدنى للمعايير المساحية حسب عدد الأفراد

و عدد الغرف

المساحة	عدد الأفراد	الغرف
2م 56	3	3
2م 62	4	3
2م 65	4	4
2م 75	5	4
2م 82	6	4
2م 87	6	5
2م 94	7	5
2م 110	8	5
2م 114	8	6

يعود استيراد البناءات الجاهزة الخفيفة من الخارج بالدرجة الأولى إلى اتساع الهوة بين العرض

و الطلب الخاص بالسكنات، و إلى عجز الشركات الجزائرية في توفير السكنات اللازمة للسكان و إلى

أن أزمة السكن و الإسكان و صلت إلى ذروتها في معظم المدن الجزائرية. (1)

اعتبرت هذه البناءات الجاهزة بناءات مؤقتة، فأنجزن خصيصا لإسكان المنكوبين و قد وزعت هذه

البناءات في مناطق كثيرة من المدن. تتكون هذه المساكن من غرفتين أو ثلاث و حوش و تقدر

المساحة الإجمالية ب 65 م² تتضمن مساحة الغرفتين 50 م².

(1) د/ عبد الحميد دليمي : الواقع و الظواهر الحضرية، مرجع سابق، ص 130

أما مساحة المساكن ذو ثلاث غرف فتقدر بـ 55 م² هذه المساحات صغيرة جدا قرنت بحجم الأسر الجزائرية. قد لاحظنا بحي القماص " كنموذج " أن البناءات الجاهزة الخفيفة التي أقيمت لا تستطيع أن تقاوم الحرارة و الأمطار، حيث تعرض معظمها لتسرب المياه في فصل الشتاء و أن موضع المنطقة غير مدروس من الناحية المناخية. معظم الأسر التي سكنت حي القماص من أصل ريفي تحمل معها عادات و تقاليد و أعراف تختلف عما هو موجود بالمدينة. هذا الشكل الهندسي المفروض لا يساعد السكان بتاتا .

أفرز هذا النمط من الإسكان المستورد عدة مشاكل و يتطلب ما يلي:

- مساحات واسعة من الأراضي لإقامة البناء الأفقي بالإضافة إلى تكاليف تجهيزها و تحفيظها
- الالتزام المالي الذي يترتب على الحكومة لأن معظم هذا النوع يستورد بالعملة الصعبة
- لا يترك المجال لتطوير صناعة أنماط بناءية محلية
- المواد المستعملة في هذا النوع من البناء غير مرضية من ناحية الديمومة و لا من ناحية الاقتصادية أو الوفرة و لا على مستوى الرفاهية (1).
- علاج سريع لأزمة الإسكان
- يقتضي ضرورة قيام مؤسسات الأشغال العمومية لإقامة طرق، و نحن نعلم أن الإمكانيات المتوفرة في هذا الميدان في مدينة قسنطينة ضعيفة. إذا كان هذا النمط من الإسكان مقبولا في هذه الحقبة من الزمن نظرا للأزمة الاقتصادية الصعبة التي تعرفها البلاد، و نظرا لحاجة السكان إلى الالتجاء إلى مكان ما يسكنون فيه دون شرط، بحيث يضمن لعائلته أدنى شروط الحياة . و لما تتغير الظروف و تتحسن حالة الاقتصاد الوطني من المعلوم يصبح هذا النمط من الإسكان غير مقبول .

(1) د/ عبد الحميد دليمي : الواقع و الظواهر الحضرية، مرجع سابق، ص 130

إن زيادة نشاط عملية البناء و التعمير في مدينة قسنطينة و زيادة التوسع العمراني

أدى إلى :

- ظهور كتل و مجتمعات سكنية حضرية كبيرة منها : الزيادة، الدقي، ساقية سيدي يوسف

القماص شرقا و غربا ، حي 20 أوت 1955 و 5 جويلية 1962

- ظهور المناطق السكنية الحضرية على أطراف المدينة مثل بوالصوف، بكيرة، جبل الوحش .

- باعتبار المدينة عاصمة الشرق الجزائري انتشرت فيها التجهيزات الكبرى كإنشاء جامعة

عين الباي، المناطق الصناعية بومرزوق ، الرمال .

و نتيجة للنمو الحضري السريع بدأت أزمة السكن تتفاقم بشكل أقل المخططين و المسؤولين

المحليين خاصة بعد انتشار الأكواخ الفوضوية في معظم أحياء المدينة فاحتلت 42 موقعا عام 1977

- ظهور مراكز العبور عبر مختلف أحياء مدينة قسنطينة الخاصة بإيواء المنكوبين كمركز العبور

حي البير ، مركز العبور بحي الإخوة عباس، و مركز العبور الكلم 7 و خلال الفترة الممتدة بين

1983 - 2000 استمر توسع المدينة من خلال انجاز سكنات البناء الفردي الجاهز في كل من حي

القماص و سيساوي بالجهة الجنوبية الشرقية و كذلك بين حي بوذراع صالح و بوالصوف في

الغرب .

و نلاحظ مؤخرا أن مدينة قسنطينة عرفت شكلا آخر للتوسع العمراني تمثل في التخصيصات

في أماكن مختلفة من المدينة نذكر منها : تخصيصات بو الصوف و تخصيص سيدي مسيد، جبل

الوحش ، المنية ، في حين نجد أن هضبة عين الباي تملك الحصة الكبرى من هذه التخصيصات .⁽¹⁾

(1) د/ محمد الهادي لعروق : مدينة قسنطينة ، دراسة جغرافية العمران ، ديوان المطبوعات الجامعية الجزائر ، 1987

يمكننا الآن عرض بعض مظاهر السياسة السكنية المنتهجة باعتماد السكن الاجتماعي لمواجهة
الوضعية السكنية في مدينة قسنطينة باعتبارها إحدى البدائل الأكبر فعالية و نشاط في مجال الإسكان
و نجد أنه قبل عام 1999 كان معدل شغل المسكن 7 أفراد في حين تقلص هذا المعدل إلى 5 أفراد
بعد 1999 و حتى 2003 ، فوصلت مساحة المسكن من 52 م² إلى 75 م² ففي الفترة الممتدة بين
1999-2003 بلغ حجم إنجاز المسكن الاجتماعي الإجمالي 607.504 وحدة سكنية موزعة كمايلي:
* 228.426 وحدة خاصة بالسكن الاجتماعي .

* 27.688 وحدة خاصة بالسكن التساهمي

* 132,248 وحدة خاصة بالسكنات الريفية (الترقوية، التطورية) .

في حين نجد أن هناك 255.997 وحدة سكن اجتماعي في طور الانجاز .

ومن خلال هذا يمكننا القول بأن السياسة السكنية في مدينة قسنطينة برزت من خلال ثلاث توجهات
كبديل للسياسات القديمة و هي :

1- التوجه نحو خيار السكن الاجتماعي

2- التوجه نحو خيار السكن الترقوي

3- التوجه نحو خيار التخصيصات .

و بالتالي نقول أن الفجوة السكنية بدأت بالتقلص بعدما تدخلت القطاعات الخاصة في العملية

الإنتاجية و تعدد مصادر و وسائل التمويل للتخفيف من حدة أزمة السكن .

ومن بين أهم نماذج السكن الاجتماعي نجد : (1)

- اجتماعي تطوري : يكون نمط بناءه فردي و يشرف على انجازه كل من الدولة و الخواص و

المواطن و حتى البنوك، و يتم توزيعه من خلال لجنة مشتركة مكونة من البلدية . الوكالة

(1) د / عبد العزيز بونن : دراسات ميدانية ، إحصاء 2004 - 2005

- العقارية للبلدية ، الدائرة .

اجتماعي ترقوي : يسود فيه نمط البناء الجماعي و النصف الجماعي و الفردي يشرف على إنجازه

كل من الخواص و الدولة ، و يتم توزيعه عن طريق القطاع الخاص المتعامل مع المواطن و كذلك

صندوق التوفير الذي يتعامل هو أيضا مع المواطن (1)

و نقول أن الهدف من انتهاج سياسة السكن الاجتماعي في مدينة قسنطينة يتمثل في :

- ترقية الإنسان داخل مجال سكني لائق يتوفر على الشروط الضرورية التي تضمن مستوى معيشي

أحسن و أفضل للفرد .

- توجيه السكن الاجتماعي للفئات الضعيفة أو المحدودة الدخل أو عديمة الدخل .

- مواجهة ظاهرة الأحياء الفوضوية (العشوائية) .

من خلال كل ما سبق يمكننا القول أنه بالرغم من المشروعات التي قامت و تقوم بها مدينة

قسنطينة إلا أن مشكلة الإنسان تتفاقم و تزداد تعقيدا كل سنة ، نتيجة لضعف الجهاز الإداري و

التخطيط لمواجهة متطلبات التوسع العمراني، فالتخطيط السكني لا يحتوي فقط على الجانب الفيزيقي

و العمراني بقدر ما يحتويه من جوانب اجتماعية ، ثقافية و صحية ... الخ

إن النمو الحضري السريع و غير مخطط في مدينة قسنطينة خلق الكثير من المشكلات

الاجتماعية و الاقتصادية و الفيزيكية، فشهدت المدينة تغيرات في بنيتها و وظيفتها و علاقاتها

بالمناطق المجاورة لها ، إذ نلاحظ على نمو السكان بمدينة قسنطينة و توزيعهم أن هناك زيادة كبيرة

في عدد السكان نتيجة لارتفاع معدل المواليد و انخفاض معدل الوفيات، إضافة إلى ارتفاع معدل

صافي الهجرة بسبب دخول المهاجرين ، و هذا يعني أن الهجرة كانت عاملا في نمو حجم السكان ،

بسبب عوامل الجذب المختلفة، كانتشار المراكز الصناعية الكبرى في مركز المدينة و المؤسسات

(1) د / عبد العزيز بونن : دراسات ميدانية ، إحصاء 2004 - 2005

الخدمائية تعتبر التوسعات الحضرية الجديدة بمثابة النمط العمراني الذي استطاع أن يستجيب لحاجات المجتمع و لو بنقائص، حيث حددت لها السياسة العمرانية في الجزائر أهدافا سامية منها الإدماج الحضري و تحسين البيئة السكنية صحيا، بالإضافة إلى أهداف اجتماعية و اقتصادية تمكن الفرد من الاستقرار و تحقيق الذات (1) .

و بالتالي يتم القضاء على العمران غير المخطط و العشوائي و غير المنتظم و سنتطرق إليه بأكثر تفصيل فيما يأتي .

3- المناطق العمرانية غير المخططة و وضعها الاجتماعي و الخدمي:

تعتبر زيادة نسبة الديمغرافي الحضري، و النزوح الريفي المستمر و الأمل في الحصول على حياة أفضل من خلال العمل في المؤسسات الصناعية، من المؤشرات الأساسية في زيادة الأحياء القصديرية بالمدن .

إنها ظاهرة منتشرة في معظم دول العالم ، رغم أن انتشارها يختلف من مدينة إلى أخرى من حيث أسباب وجودها و أنماط مبانيها و نوعية الحياة بها. فالتى توجد في الدول المتقدمة هي أفضل بكثير من الأحياء التي نعرفها عموما في البلاد النامية من حيث مبانيها و انخفاض كثافتها و قربها من المرافق العامة .

إن تكوين المناطق العشوائية و الأحياء السكنية المتدهورة نتيجة حتمية النمو العمراني و هي من أهم مشاكل الأراضي الحضرية في البلاد النامية و عملية إزالتها لا تكون مبررة إلا عندما تكون الدولة قادرة على إعادة تسكين العائلات التي تم إحلالها ، بحيث تكون عملية الإحلال هي المرحلة الثانية من البرنامج السكني بينما تكون المرحلة الأولى هي توفير السكن البديل . و في الجزائر

(1) فعاليات الملتقى الوطني : حول أزمة المدينة الجزائرية 2003/ 2004 ص 106

ليست الأحياء القصديرية وليدة التصنيع، لأنها أول ما ظهرت في عهد الاستعمار و تحت ضغطه و بالتهديد في سنة 1929 ، و هي السنة التي عرفت فيها فرنسا أزمة اقتصادية .

أمام هذا الوضع السياسي اهتم المخطط بهذه الأحياء في عملية التنمية و الاقتصاد و باتت من الأمور الضرورية . يشغل سكان الأحياء القصديرية مكانة خاصة في نظام الإنتاج و إعادة إنتاجهم بأقل كلفة بطريقة غير رسمية غير قانونية و ذات صبغة إيديولوجية ن هذه الأحياء لا تعطي صورة جميلة للمدينة – بل تقدم الهامشية الاجتماعية بطريقة واضحة و مباشرة .

و في سنة 1965 وضعت السلطة المركزية الجزائرية مشروعا للتغلب على ظاهرة أزمة السكن و ذلك بإدخال ترميمات و تحسين مساكن الأحياء القصديرية و بناء التجهيزات الجماعية الضرورية و كانت البداية في جانفي 1963 بالعاصمة في حي قصديري يقع بوادي أوشايح و كان عدد سكانه 900 ساكن يقطنون 20 كوخا، و بعد سنتين من البناء جددت معظم المساكن و أنجزت مدرستان و مستوصف و سوق تجاري . هذه التجربة ليست فاشلة و استطاع السكان أن يوفرُوا بأنفسهم المرافق الضرورية و حسب إحصاء البلدية لسنة 1999 أن مدينة قسنطينة محاطة بـ6500 كوخا ، منها ما بني منذ أكثر من 30 سنة ومنها ما بني بعد الاستقلال .

و انتشر العمران الفوضوي في وسط المدينة و على أطرافها و الوضع الحضري الحالي هو نتيجة خلفيات تاريخية لها علاقة مباشرة مع إنشاء الأحياء القصديرية التالية :حي المنصورة، الكلم الرابع، سيدي المسيد، محجرة لاتيني، طنوجي، أمزيان، الأقواس، وادي الكحلة، رمانية السفلى ، باردو، جانيس ، ساقية سيدي يوسف، مما لاشك فيه أنه يوجد اختلاف في درجة الفقر بين هذه الأحياء ، و يتجلى ذلك حسب اندماج السكان في الحياة الحضرية . (1)

و قد لاحظنا في العشرية الأخيرة أن سكان الأحياء القصديرية ينجزون مساكنهم في أماكن تثير

(1) د. عبد الحميد دليمي : الواقع و الظواهر الحضرية ، مرجع سابق ، ص 144

الانتباه " انتباه السلطات المحلية و الولاية و حتى الوزارة " حتى يكون انتقالهم سريع و سهل .
يرجع هذا الأمل إلى اعتقاد السكان أن السلطات المركزية همها الوحيد أن تحترم سياسة البلاد أمام
الآخرين . و هذا لا يكون إلا بتحتية الأكواخ التي أنجزت بجانب الطرق التي يمر عليها الوفود
السياسية الوافدة من خارج الجزائر . و نظرا لإقامة الأكواخ فوق أرض الدولة و القطاع الخاص
فهي ممنوعة قانونيا . ينجز السكان الأكواخ في يوم الخميس و الجمعة حتى لا تستطيع الشرطة
طردهم و إن فعلت لا يكون إلا بقرار من العدالة و نظرا لأزمة الإسكان الخانقة و عدم قدرة السلطات
و المؤسسات الحكومية على توفير هذه الحاجة الضرورية للسكان تتغاضى عن هذه الإمدادات
العمرانية المشروعة .

هذه الوضعية و الحالة التي تعيشها المدينة بفعل النمو الحضري المرتفع و زيادة الأكواخ
القصديرية تؤثر بدون شك على النمو العمراني السليم للمدينة في شتى النواحي و تفرز مشاكل
عديدة يرجع ثمن علاجها غال على ميزانية البلدية و الولاية .⁽¹⁾

إن الأحياء غير المخططة أو العمران غير المخطط يشمل البناءات الفوضوية و البناءات
القصديرية و من خلال الخريطة المقدمة من طرف مديرية التعمير لبلدية قسنطينة يمكن أن نميز بين
الأحياء الفوضوية و الأحياء القصديرية و مكان انتشارها في مدينة قسنطينة كما يلي :
رغم المجهودات المبذولة من قبل الدولة لتوفير السكن و المرافق الضرورية و التجهيزات الكافية إلا
أنها لازالت ضعيفة . هدف صعب تحقيقه على المدى القصير و خاصة في الظرفية الحالية التي
تعرف فيها البلاد جمودا لبعض المشاريع الهامة و التي تحتاج إلى عملة صعبة ، خاصة بعد انزلاق
تربة حي صباطي و توسع البناءات الفوضوية بطريقة سريعة لم يحدث مثلها في تاريخ الجزائر .

(1) د / عبد الحميد دليبي : الواقع و الظواهر الحضرية ، مرجع سابق ، ص . 119 - 120

نظرا للوضع الخطير الذي تعرفه المدينة و نظرا لتوقعات الزلزال ستتخطم المنطقة و تنجم خسائر بشرية كبيرة .

وضعت المصالح المختصة مشروعا لبناء حي جديد يوزع على المنكوبين لكن ما تم إنجازاه لا يفي بالغرض و يبقى دائما هناك قصور و نقائص في مجال السكن .

لا ترجع بالدرجة الأولى مسؤولية إقامة المساكن غير الرسمية إلى سكان الإحياء القصدية ، بل تعود إلى القوانين التي صدرت من المجلس البلدي بحيث عمل على اغتراب وحث السكان نحو العمل المخالف للقانون و البناء الغير الشرعي و أهمل علاقة الأحياء الفوضوية و الإستراتيجية العامة للتخطيط في النظام الحضري .

لقد اقترحت بلدية قسنطينة على الداخلية تسوية أحياء غير قانونية بالمدينة ، حيث ذكر رئيس لجنة التعمير لدى المجلس الشعبي لبلدية قسنطينة بتاريخ 17 ديسمبر 2005 ردا على السؤال "جريدة النصر" خلال ندوة صحفية أن بلدية قسنطينة اقترحت على الوزارة الداخلية تسوية الوضعية القانونية لسكنات و بنايات عدة أحياء بقسنطينة أقيمت بطريقة غير قانونية و ذكر المتحدث أن أحياء سيساوي بن شرقي البير و فيلات "لونا" على الطريق المؤدي إلى الخروب من ضمن ما اقترحت البلدية تسويته و ابرز الرئيس لجنة التعمير أهمية العملية و ما سترده على خزينة البلدية من إيرادات مالية و قال انه من غير المعقول التفكير في هدم تلك بنايات بعد سنين من انجازها بصورة مخالفة للقوانين خلال السنوات السابقة

لقد هدمت البلدية عدة بنايات فوضوية بعدة أحياء و منها حي سيدي مبروك و استغرقت أربعة أيام و تم خلالها حجز 50 متر مكعب من الرمل و الحصى ، إضافة إلى 200 وحدة من الطوب

الإسمتي . (1)

(1) جريدة النصر : الصادرة بتاريخ 18 ديسمبر 2005 ، ص 07 (على لسان توفيق بلجاوي رئيس لجنة التعمير لدى المجلس الشعبي لبلدية قسنطينة)

و أبدى المصدر ذاته عزم المجلس البلدي على انتهاء حالة الفوضى ولو إنهم كمنتخبين يدافعون على المواطنين لكنهم لا يسمحون لهم بتجاوز القوانين ووصف رئيس لجنة التعمير العلاقة بشرطة العمران إنها متناسقة و حسنة خاصة بعد صدور القوانين المنظمة لعمل كل جهة و كل طرف صار يعرف صلاحياته و كل تصرف ينبع من نص القانون 90 / 11 لسنة 2004 .

و قال أن مفتشي مديرية التعمير عبر الطاعات البلدية يقومون بمهامهم و يبلغون عن مختلف المخالفات. و أن هذه العملية ليست ظرفية و لا حملة عابرة و أن كل الذين تعثر عليهم البلدية يقومون بأشغال بناء دون رخصة أو بطريقة مخالفة للرخصة الممنوحة ستهدم بناياتهم و تحيل قضاياهم على العدالة. و اعترف رئيس لجنة التعمير أن العملية جرت في ظروف صعبة أحيانا و غالبا ما يتعرض أعوان البلدية إلى الرشق بالحجارة لكنه أوضح أنها تمت بطريقة قانونية و بعد إغذارات للمخالفين. و عمليات الهدم كانت بكل من حي بوذراع صالح ، و القماص ، المنظر الجميل، 5 جويلية ، و حي التوت و الزيادة و القنطرة و غيرها .⁽¹⁾

إن الأحياء غير المخططة أو العمران غير المخطط يشمل البناءات الفوضوية و البناءات القصديرية و من خلال الخريطة المقدمة من طرف مديرية التعمير لبلدية قسنطينة يمكن أن نميز بين الأحياء الفوضوية و الأحياء القصديرية و مكان انتشارهما في مدينة قسنطينة كما يلي :⁽²⁾

(1) جريدة النصر : الصادرة بتاريخ 18 ديسمبر 2005 ، ص 07.
(2) حمزة بشير : الأحياء غير المندمجة في الجزائر الوضعية و المعالجة ، رسالة ماجستير في التهيئة العمرانية ، قسنطينة 2003 ، ص.ص 200 – 201.

1- المباني الفوضوية :

تنتشر في المناطق التالية :

الزيادية - القنطرة - سيدي راشد - بوذراع صالح - التوت - المنظر الجميل .

2- المباني القصديرية :

نجدها في المناطق التالية :

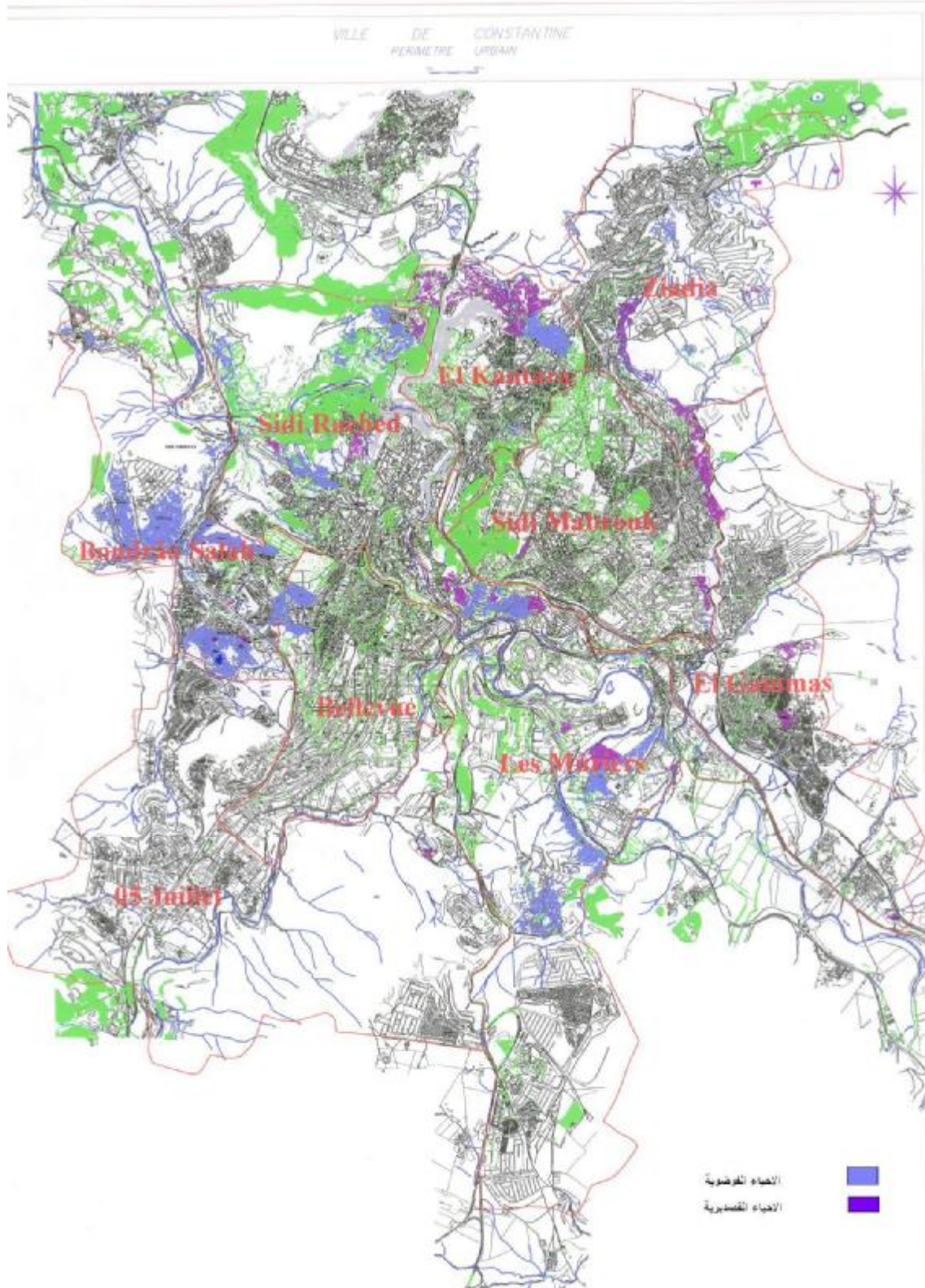
الزيادية - سيدي مبروك - القنطرة - القماص - التوت (les mûries) - بوذراع صالح - سيدي

راشد .

(أنظر الخريطة) - الشكل رقم (07)

الفصل الخامس : مدينة قسنطينة و خصائصها العمرانية و الاجتماعية

الشكل رقم 07: توزيع الاحياء غير المندمجة بالمجال الحضري لمدينة قسنطينة



الفصل السادس

مجال البحث و إجراءاته المنهجية

* تمهيد

1 - مجال الدراسة و العينة و طريقة اختيارها

1 - 1 / التعريف بمجال الدراسة

أ- المجموعة الأولى (حي بوالصوف)

ب- المجموعة الثانية (حي البير)

1 - 2 / العينة و طريقة اختيارها

2 - المنهج و أدوات جمع المعلومات

2 - 1 / المنهج

2 - 2 / أدوات جمع المعلومات

* تمهيد :

يرتكز البحث الاجتماعي على جانبين أساسيين ، جانب نظري و آخر ميداني ، فأما الجانب النظري فهو عبارة عن تلك المفاهيم و النظريات التي تتصل بالموضوع . و في هذه الدراسة تم التعرف على المدينة و مجالها الاجتماعي و العمراني و التخطيط و أشكاله و مجالاته و على الخدمات الحضرية و مجالاتها في المدينة و تعرفنا على الأحياء المخططة و الأحياء غير المخططة من حيث المفهوم و الخصائص و وضعية كل حي و تطرقنا كذلك للخدمات الصحية في الأحياء السكنية و إلى مشاكل تخطيط الخدمات الاجتماعية في المدينة الجزائرية و لمدينة قسنطينة و خصائصها العمرانية و الاجتماعية ، و نصل بعد ذلك إلى الجانب الميداني ، هذا الأخير الذي يعتبر مجالا لاختبار فرضية الموضوع أو الدراسة ليتم التحقق منها خلال ما هو قائم في الميدان و الواقع ، و في هذا الجانب سيتم التطرق إلى التعريف بالمجال الخاص الخاص بالدراسة ، و تجدر الإشارة إلى انه يوجد مجالين في هذه الدراسة ، المجال الأول و هو حي بالصوف و المجال الثاني يتمثل في حي البير (قطاع بوزراع صالح) و كذا المنهج المتبع في هذه الدراسة و أدوات جمع البيانات ، هذه الأخيرة التي يتم عرضها في جداول ثم تحليلها و تفسيرها و نتوصل في الأخير إلى عرض نتائج الدراسة .

و نتطرق الآن للفصل السادس و المتمثل في مجال البحث و إجراءاته المنهجية .

1 - مجال الدراسة و العينة و طريقة اختيارها :

1 - 1 / التعريف بمجال الدراسة (حدود الدراسة) :

تعرفنا من خلال الفصل الخامس على الإطار العام للدراسة و هو مدينة قسنطينة من جوانب مختلفة ، حيث تعرفنا على الخصائص العمرانية و الاجتماعية للمدينة و على المناطق الحضرية المخططة بالمدينة و مستوياتها التخطيطية العمرانية و الاجتماعية ، و على المناطق الحضرية غير المخططة و وضعها الاجتماعي و الخدمي . و تضم مدينة قسنطينة عدة أحياء لكل حي خصوصية عمرانية تميزه عن الحي الآخر . و المقصود بمجال الدراسة هو وضع حدود للموضوع الذي ندرسه من الناحية العلمية و العملية ، و التي تضمنت مجالات أساسية

* المجال الزمني :

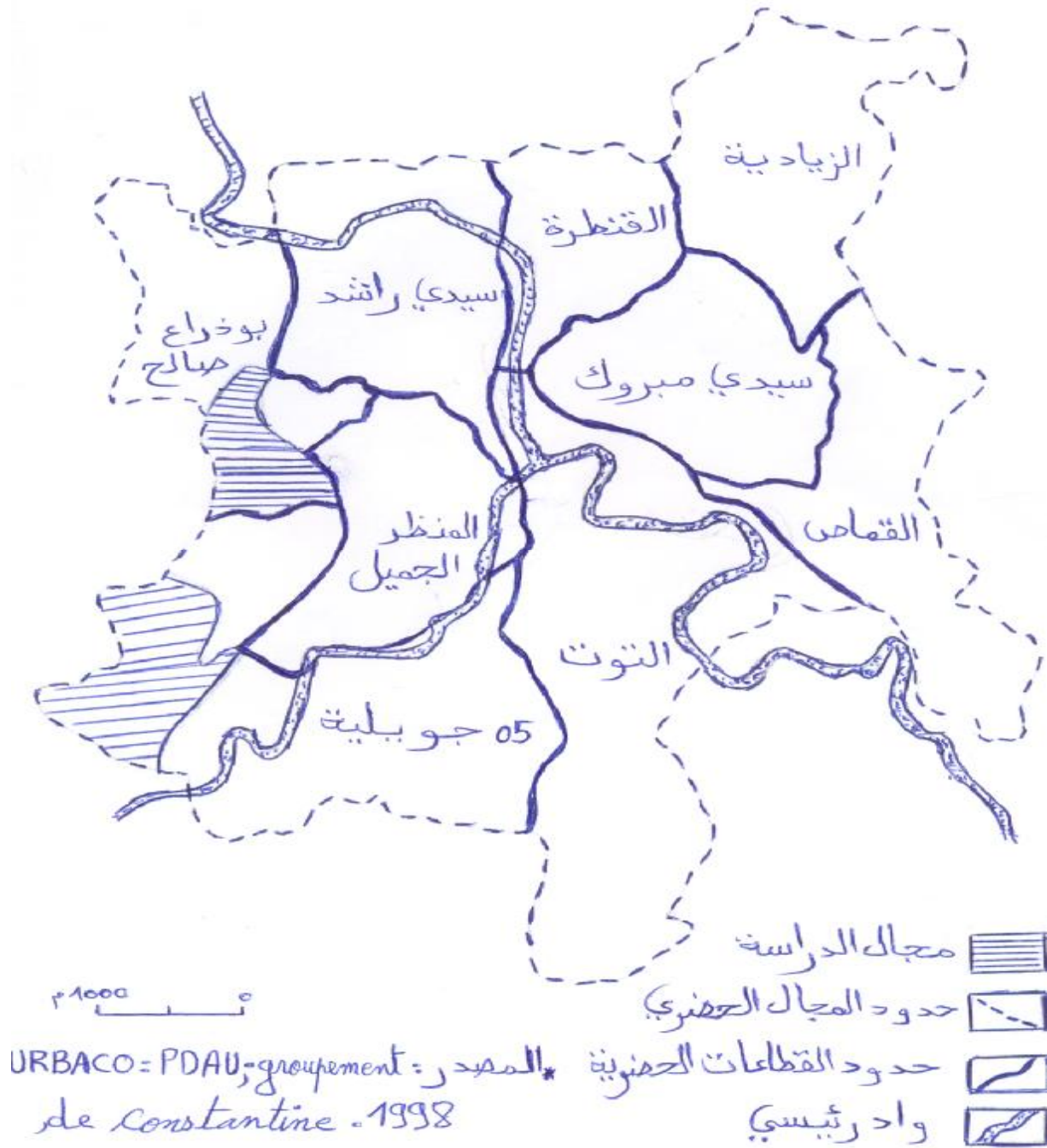
و نقصد به المدة الزمنية التي استغرقتها الدراسة ، حيث دامت سنة كاملة ابتداء من أول سبتمبر 2006 إلى بداية شهر سبتمبر 2007 .

* المجال الجغرافي :

و نقصد به المجال المكاني الذي أقيمت فيه الدراسة سواء كان ذلك مؤسسة صناعية ، مدرسة ، بلدية ، الخ ، و فيما يخص دراستنا فقد حددت بمنطقتين هما حي بوالصوف و حي البير

(أنظر الشكل رقم 08)

الشكل رقم 08: موقع حي بو الصوف و حي البير بالمجال الحضري - قسنطينة



أ- المجموعة الأولى (حي بوالصوف) :

1-الموقع و المساحة :

يقع حي بوالصوف في الجنوب الغربي لمدينة قسنطينة ، يحده من الشرق المنطقة الصناعية بالما و الرمال ، ومن الغرب حي بوذراع صالح و حي صالح باي ، ومن الشمال حي بوجنانة ، و يتربع على مساحة تقدر ب 803 هكتار إلا أن المساحة المعرضة لانزلاق التربة تقدر ب 3 هكتار . و يتراوح ارتفاع حي بوالصوف عن سطح البحر بحوالي : (550-576) م ، و هو متواجد في منطقة خالية من العوائق الطبيعية ، و لهذا فهو معرض للتغيرات المناخية و كثيرا ما تهطل به الثلوج في فصل الشتاء .

2- لمحة تاريخية :

يرجع بناء حي بوالصوف إلى توصيات المخطط العمراني التوجيهي (PDO) لمدينة قسنطينة سنة 1982 ، و جاء انطلاق تنفيذ المشروع في نفس السنة ، و بدأ بإقامة أولى بناياته بمحاذاة الطريق الوطني رقم 5 ، أين وجدت كثافة سكانية عالية ، ثم في المرحلة الموالية أخذ العمران الاتجاه الغربي ، حيث قدر عدد المساكن سنة 1982 بحوالي 36 مسكن ، تأوي 217 ساكن ، ثم وصل سنة 1983 إلى 107 مسكن تضم 778 ساكن ، و في سنة 1984 قدر عدد المساكن 379 مسكن ل 2275 ساكن ، و في سنة 1991 قدر عدد المساكن بأكثر من 1600 مسكن . ويسود المنطقة الحضرية بوالصوف النمط الجماعي المتمثل في عمارات ذات علو متوسط ما بين 4-10 طوابق ، (1) تحيط بها مساحات شاغرة و .

(1) بوطرس أحمد - المنطقة السكنية الحضرية الجديدة بوالصوف و دورها في تنظيم المجال الحضري لمدينة قسنطينة ، مذكرة تخرج مهندس ،

معهد علوم الأرض ، جامعة قسنطينة ، 1985-1988 ، ص 6

مواقف للسيارات و ممرات وتمثل المساحة المبنية من الحي سنة 1991 ب 23% من المساحة الكلية).
و أهم المؤسسات و المقاولات التي عملت على تحقيق مشاريع إسكانية بحي بوالصوف نذكر :
SONATIBA ، ROTRACO ، COPREBA إضافة إلى بعض المقاولات الخاصة .

3- السكن و السكان :

يبلغ عدد سكان حي بوالصوف حسب الإحصائيات الجديدة لسنة (2007-2008) حوالي :
18593 ن ، و قد كان عام 1998 يقدر بحوالي 16977 ن ، و في سنة 1987 كان عدد السكان يقدر
بحوالي 12346 ن ، و منه نلاحظ أن عدد السكان قد ازداد بنسبة معتبرة من سنة 1987 إلى سنة
1998 و استمرت الزيادة حتى سنة 2007 و يتوقع زيادة السكان في السنوات القادمة ، و هذا راجع
لعدة عوامل منها التطور العمراني الذي يزداد عاما بعد عام بالإضافة إلى تحسن الخدمات و الظروف
المعيشية و زيادة نسبة المواليد .

يبلغ عدد البنايات بحي بوالصوف حسب إحصائيات (1998) 1198 بناية ، منها 2513 مستعملة
للسكن و 1165 شاغرة ، و يسكن هذه المساكن 2541 أسرة ، و يبلغ عدد الفئة النشطة بحي
بوالصوف 2921 .

4- المرافق و التجهيزات :

بصفته منطقة حضرية فان حي بوالصوف يتوفر على عدة مرافق و في كل المجالات ، و نذكر منها :
- فيما يخص المرافق الاقتصادية فان حي بوالصوف يتوفر على منطقة صناعية كبيرة و هي المنطقة
الصناعية الرمال ، و سميت بهذا الاسم لأنها تتواجد بقرب من واد الرمال و تتربع على مساحة 80
هكتار ، تتوفر على عدة مؤسسات صناعية ، تجارية و سياحية ، نذكر منها : EDEL بيع الآلات

- الكهرومنزلية ، NCOPHARME تخزين و بيع الأدوات ، DERLE صيانة المحركات ، محطة لغسل السيارات و مطعم ضخم (قطاع خاص) ، محلات بيع المواد الغذائية (قطاع عام وخاص) معرض بيع السيارات الجديدة ، مصنع لمواد البناء ، مصنع الملح و مشتقاته ENSEL ، و رشات للتجارة ، مصنع للمواد الحديدية و غيرها من المصانع و الورشات و في مختلف الصناعات والخدمات . أما المرافق التعليمية فنجد 6 مدارس في التعليم الابتدائي و في التعليم المتوسط يوجد اكمايتين ، و في التعليم الثانوي و التقني يوجد ثانوية واحدة و متقنة . في التكوين المهني و التمهيدي ، يتوفر حي بوالصوف على مركز واحد للتكوين المهني. أما المرافق الدينية فان الحي يتوفر به 4 مساجد ، و في مجال الرياضة و الترفيه فان حي بوالصوف يزخر بأنه يتوف على مركب الفروسية الوحيد في ولاية قسنطينة إضافة إلى قاعة متعددة الرياضات ، دون أن ننسى وجود مكتب رئيسي و آخر ملحق للبريد و المواصلات و مركز شرطة و محطتين للتزود بالوقود .

أما فيما يخص المرافق الصحية فان حي بوالصوف يتوفر على عيادتين متعددتي الخدمات ، واحدة عمومية و الأخرى قطاع خاص ، و يتميز حي بوالصوف بخصائص عمرانية نلخصها فيما يلي :

مزيج بين عدة أنماط عمرانية ، فنلاحظ عند الوقوف في مدخل الحي النمط الجماعي و عمارات متفاوتة الحجم و العلو و لا يتعدى بعضها 8 طوابق تنتشر المحلات التجارية في الطوابق الأرضية لهذه العمارات . هذا بالنسبة للقسم الجنوبي للحي ، أما بالنسبة للقسم الغربي فنلاحظ نمطين رئيسيين للبناء الفردي ، فمن الجهة اليسرى نمط الفيلات و البنائيات الفخمة الكبيرة ، مساحة و علوا و التي تفنن أصحابها في بنائها و تجهيزها .

و في الجانب الأيمن نمط التخصيصات أي منازل صغيرة محدودة المساحة ، أسقفها من القرميد حتى لا تكون هناك إمكانية بناء طوابق أخرى لها ، كما أنها مبنية في منطقة منحدرية معرضة لانزلاق التربة و المفروض أنها مساكن مؤقتة و ليست دائمة . (أنظر الشكل رقم 09)



الصورة رقم (1) : تمثل الصورة مدخل حي بوالصوف



الشكل رقم 09: بوضوح الحدود الإدارية و المقاطعات المدرسة لحي بو الصوف



الصورة رقم (2) : تمثل منظر لعمارات و طرقات بحى بوالصوف (مجال الدراسة)



الصورة رقم (3) : تمثل عيادة متعددة الخدمات بحى بوالصوف

ب - المجموعة الثانية (حي البير - قطاع بوذراع صالح -) :

1- الموقع و المساحة :

يقع حي البير غرب مدينة قسنطينة ضمن القطاع الحضري بوذراع صالح ، يحده من الشمال و الشرق الطريق الحضري الأولي الذي يعتبر مركز عبور بين الطريق الوطني رقم 5 و الطريق الوطني رقم 79 نحو ميله و رقم 27 نحو جيجل و رقم 3 نحو سكيكدة و عنابة ، و يحده من الجنوب الشعابة ، و حبت الزاوش و حي الزاوش ، و من الغرب الشعابة و حبت المرجة و المحيط الحضري يتربع حي البير على مساحة تقدر ب 80 هكتار ، و يوجد به منحدر خطير يمتد من جنوب شرق إلى شمال غرب على طول الطريق الوطني رقم 27 بميل يقدر ب 10% ، و هذا المنحدر يسمى بمنحدر الموت بسبب كثرة حوادث المرور به (1) .

2 - لمحة تاريخية عن المنطقة :

حي البير هو حي حضري قديم و فوضوي و تقريبا فقير من كل المتطلبات و الخدمات الضرورية للحياة الملائمة و المرضية .
يعتبر حي البير من الأحياء التي تمت المصادقة على تسويتها لأنها عبارة عن بناءات فوضوية و قصديرية ، تحتاج إلى إعادة تسوية و تنظيم لأراضيها و بناياتها تنظيم كامل لإعطاء إطار منظم لحياة السكان و تحسين ظروف حياتهم حتى نعطي شكل حضري للمنطقة و تسوية ارتفاعات المساكن و الفراغات بين المباني و كثافة المساكن أو البنايات الخ .
و القضاء بطبيعة الحال على المساكن القصديرية نهائيا و كذلك تسوية البنايات الفوضوية و كل هذا طبعا لم يدخل حيز التنفيذ .

(1) المركز الوطني للدراسات و الإنجاز العمراني (URBA.CO s.p.a) - قسنطينة- 2000 .

3- السكان :

يوجد بحي البير 2737 مسكن أو بناية و يقيم بها 4680 أسرة ، و يبلغ عدد سكان حي البير 18094 ن و هذا حسب إحصائيات 1998 ، و عدد الأفراد العاملين أو الفئة النشطة في هذا الحي تقدر ب 2418 فرد ، أما عدد الأفراد غير العاملين (البطالين) فيقدرون ب 2207 فرد .

تنتشر بحي البير عدة أنواع و أنماط من البناءات و المساكن و كلها مساكن فوضوية و غير مخططة فنجد مساكن رديئة و سيئة التخطيط و تحتاج إلى تسوية سريعة و عاجلة ، و نوع آخر عبارة عن شاليهات تعرف باسم (SOTRACO) و هي عبارة عن مساكن مؤقتة ، و قدر عددها ب 237 مسكن ، هذه الشاليهات أصبحت غير صالح للعيش بسبب قدمها ، حيث تم بناؤها في شكل بنايات جاهزة لشغلها لفترات محدودة ، تماشيا مع ظروف استثنائية ، غير انه حسب شهادة سكان هذه الشاليهات فان هذه الأخيرة أدت إلى إصابتهم بعدة أمراض خاصة مرض السرطان بسبب مادة " الأميونت " التي صنعت منها هذه الشاليهات ، و لكن لا توجد أرقام دقيقة عن حجم الإصابات بهذه المادة الخطيرة ، و هكذا فان الدولة تبقى عاجزة على توفير السكن الملائم ، و بجوار هذه الشاليهات توجد أكواخ قصديرية و حديثة النشأة تتمثل في 26 كوخ قصديري ، و أيضا منطقة سكنية شعبية يطلق عليه اسم حي الكومينال " communale cité " يرتبط بالطريق الوطني رقم 27 و توجد به 451 بناية و 2/3 منها تحتاج لتعديلات من المجموعة الإجمالية ، وفي منحدر توجد سكنات رديئة و سيئة و هي عبارة عن سكنات مهدمة من نوع أكواخ و توجد في منطقة سفلية و منخفضة .

3- المرافق و التجهيزات :

يوجد بحي البير عدة مرافق و تجهيزات ، تتمثل في 3 مدارس ابتدائية و اكمالية و ثانوية و مكتبة
ومسجد ودار للشباب و ملعب و بلدي و مركز شرطة و سوق مغلق و آخر مفتوح و محطة للتزود
بالوقود ، و محطة لغسل السيارات و حديقة تابعة البلدية و مركز للبريد ، أما فيما يخص المرافق
الصحية فان الحي يتوفر على مستشفى (مستشفى البير) و عيادة متعددة عمومية .

(أنظر الجدول رقم 1)

* الجدول رقم (1) : يوضح أهم الإنجازات والمنشآت الموجودة بحي البير

المساحة		الإنجازات و المنشآت
النسبة %	بالهكتار	
22.03	17.62	السكن
8.23	6.59	المرافق و التجهيزات
6.90	5.52	طرقات أولية
4.94	3.95	طرقات ثانوية
2.06	1.65	طرقات ثلاثية
5.71	4.57	طرقات الراجلين
2.29	1.83	حدائق
47.84	38.27	مجالات التسلية - مساحات خضراء - مجالات فارغة
100.00	80.00	المجموع



الصورة رقم (4) : تمثل صورة لبيت قصديري بحي البير



الصورة رقم (5) : تمثل تراكم و تكديس البنايات بحي البير

1 - 2 / العينة و طريقة اختيارها :

المجموعة الأولى (حي بوالصوف) هو مجال متعدد الأنماط السكنية و يغلب عليها النمط الجماعي و هذا الذي يشكل محل اهتمام هذا البحث و في اعتبار تحديد العينة .

و هذه الأنماط يرجع تكوينها إلى المنجزين للمشروع من مقاولين وشركات عمومية . وما يهم الموضوع هو تحديد الحجم السكاني الذي يمثل المقيمين في هذه المنطقة .

وهو مجال متعدد الأنماط السكنية و يغلب عليها النمط الجماعي و هذا الذي يشكل محل اهتمام هذا البحث و في اعتبار تحديد العينة .

و هذه الأنماط يرجع تكوينها إلى المنجزين للمشروع من مقاولين وشركات عمومية وما يهم الموضوع هو تحديد الحجم السكاني الذي يمثل المقيمين في هذه المنطقة .

في حين أن المجموعة الثانية (حي البير - قطاع بوذراع صالح -) فهو منطقة طبيعية - بمعنى أنها أتت بمبادرة فردية - و تم إنجازها بدون تحديد مراحل أو أهداف محددة . ولذلك فإن الوحدات السكنية المشكلة للمنطقة فهي متعددة و ذات مستويات تعبر عن ظروف و خصائص و مستويات سكانها (أنظر الشكل رقم 2 و 3) و بناء على هذا الطرح يتضح أن تحديد العينة و حجم مفرداتها يتوقف على طبيعة كل منطقة أو مجال . و بالنظر إلى الحجم العمراني و السكاني الكبير في كلا المنطقتين و التي تعذر معها إجراء مسح شامل و كذلك بالنظر إلى خصائص كل منطقة فإنه يمكن حسب مستوى التجانس في كلا المنطقتين يمكن تحديد الحجم المعبر عنها ، بحيث أن هناك نوعا من التجانس في المجموعة الأولى ، مما يعني إمكانية اختيار مجموعة محددة من القطاعات ، بينما يمكن رفع حجم التمثيل أو العينة في المجموعة الثانية بالنظر إلى احتمال عدم التجانس السكني و السكاني و من الطرح السابق يمكن تحديد الحجم الملائم لعينة البحث حسب الجدول التالي و ذلك بعد اختيار نسبة 10% في كلتا المجموعتين .

الجدول رقم (2) : يبين كيفية اختيار حجم العينة بالنسبة للمجموعتين

النسبة 10%	عدد المساكن	عدد المباني	المقاطعات	المجموعة
16	158	14	268	مجموعة 1 حي بوالصوف
15	150	11	269	
16	156	06	273	
13	130	14	283	
60	594	45	المجموع	
18	180	147	218	مجموعة 2 حي البير
16	156	97	239	
19	187	97	241	
18	175	121	247	
70	698	462	المجموع	

و من الجدول تم تحديد الحجم الملائم في كل مجموعة (بحيث يشكل الوحدات المعاينة و المتضمنة في مجموعة أصحاب المساكن المعاينة أو من يمثلهم و المقيمين بصفة دائمة سواءا مالكين أو مستأجرين) و لتحديد توزيع الوحدات المعاينة على القطاعات المحددة بمجال المنطقة تم حساب المدى الفاصل بين الوحدات في حجم كل مجموعة و ذلك على النحو التالي :

$$1- \text{المجموعة الأولى} : 10 = 60 \div 594$$

$$2- \text{المجموعة الثانية} : 10 = 70 \div 698$$

و من ذلك و بعد تشكيل إطار العينة تم تعيين تحديد و تحديد توزيع الوحدات في كل مجموعة حسب قطاعاتها . و ذلك بطريقة عشوائية منتظمة و يعد اختيار الرقم العشوائي في المجموعتين هو 5 . و بذلك حددت الوحدات المعاينة الممثلة في أصحاب المساكن المعاينة أو من يمثلهم و المقيمين بصفة دائمة أو مستأجرين و الذين يشكلون مصدر البيانات التي تهدف إليها الاستمارة كما سيأتي :

* الجدول رقم (3) : يبين الوحدات المعاينة في المجموعتين (حي بوالصوف و حي البير)

المجموعة	المقاطعات	عدد المباني	عدد المساكن	إطار العينة	عدد المساكن المعاينة	أرقام المساكن المعاينة
مجموعة 1	268	14	158	.....1	16	-54-44-34-24-14-5 -104-94-84-74-64 -144-134-124-114 .154
	269	11	150	.....1	15	-54-44-34-24-14-5 -104-94-84-74-64 . 144-134-124-114
	273	06	156	.....1	16	-54-44-34-24-14-5 -104-94-84-74-64 -144-134-124-114 . 154
حي بوالصوف	283	14	130	.....1	13	-54-44-34-24-14-5 -104-94-84-74-64 . 124-114
	239	97	156	.....1	16	-54-44-34-24-14-5 -104-94-84-74-64 -144-134-124-114 . 154
	241	97	187	.....1	19	-54-44-34-24-14-5 -104-94-84-74-64 -144-134-124-114 . 184-174-164-154
حي البير	218	147	180	.....1	18	-54-44-34-24-14-5 -104-94-84-74-64 -154-134-124-114 . 174-164
	247	121	175	.....1	17	-54-44-34-24-14-5 -104-94-84-74-64 -144-134-124-114 . 164-154

2- المنهج و أدوات جمع المعلومات :

2 - 1 المنهج :

إن البحث العلمي هو الدراسة العلمية الدقيقة ، و المنظمة لظاهرة معينة ، باستخدام المنهج العلمي للوصول إلى حقائق يمكن توصيلها ، و الاستفادة منها و التحقق من صحتها (1) . فماذا نعني بالمنهج ؟ من هذا المنطلق نقول أن المنهج هو الطريقة التي يسلكها الباحث للوصول إلى نتيجة معينة (2) و المناهج تتعدد ، و تختلف باختلاف المواضيع ، و لما كان هدف الدراسة المقارنة فإننا قمنا أولا بالملاحظة و الوصف ، أي معرفة خصائص الأحياء التي هي محور دراستنا و كذا معرفة واقع الخدمات الصحية بها أي معرفة وضعية الخدمات الصحية في كل حي ، و بعدها إجراء مقارنة بينهما - أي بين وضعية الخدمات الصحية في " حي بوالصوف " باعتباره حي مخطط و وضعية الخدمات الصحية في " حي البير - قطاع بونزراع صالح - " باعتباره حي غير مخطط . من هنا كان المنهج الذي وقع عليه الاختيار و هو المنهج الوصفي المقارن ، باعتباره الطريقة المثلى أو الأسلوب الأنجع لوصف جوانب الموضوع ، كما أن هذا المنهج يمكننا من تحقيق بعض الأهداف ، و يلم بكل أبعاد الموضوع أيضا .

2 - 2 / أدوات جمع المعلومات :

كل بحث علمي و اجتماعي يتطلب أدوات لجمع البيانات و لكن الأدوات تختلف باختلاف المواضيع ، كما أن نجاح عملية جمع المعلومات مرتبطة بمدى فعالية الأدوات المستخدمة لأنها تساهم في إعطاء النتائج الدقيقة التي يمكن التوصل إليها ، و من بين الأدوات التي استخدمت في هذا البحث ما يلي :

(1) فضيل دليو و علي غربي : المنهجية في العلوم الاجتماعية ، قسنطينة ، منشورات جامعة منتوري ، 1999 ، ص 111

(2) عمار بوحوش : دليل الباحث في المنهجية و كتابة الرسائل الجامعية ، الجزائر ، المؤسسة الوطنية للكتاب ، ط 2 ، 1990 ، ص 23

1- الملاحظة :

تعتبر الملاحظة من بين الوسائل الهامة في جمع البيانات فهي تستخدم في كافة مجالات العلوم المختلفة فلا يقتصر استخدامها في علم دون الآخر و يرجع الفضل إلى علماء الانتروبولوجيا في العصر الحديث في لفت أنظار الباحثين الاجتماعيين إلى أهمية الملاحظة كوسيلة أساسية لجمع البيانات و المعلومات ، و تنطوي الملاحظة على مميزات تجعلها أداة فعالة يمكن عن طريقها الحصول على معلومات و بيانات لا يمكن الحصول عليها بأداة أخرى و ذلك باستخدامها الحواس مع إدراك الحقائق و الظواهر .

و قد اعتمدت هذه الوسيلة منذ بداية البحث و ذلك من خلال الخرجات الاستطلاعية ، حيث اعتمدنا على الملاحظة المباشرة ، لكل ما هو موجود في حي بوالصوف و حي البير مثل : الطرقات ، و الشوارع والعمارات والمساكن و المرافق المختلفة ، و السكان..... الخ ، و استخدمنا الملاحظة كذلك أثناء الخرجات الميدانية و ملئ الاستمارات حيث لاحظنا طبيعة وخصائص كل منطقة و كذلك طبيعة سكانها و ظروف و نمط معيشتهم و علاقاتهم مع بعضهم .

2 - المقابلة :

تعتبر المقابلة أهم الوسائل المستخدمة في البحث الاجتماعي لأنها تجمع بين مميزات أدوات البحث الأخرى ، كالملاحظة و استمارة البحث و تستخدم كأداة أساسية لجمع البيانات في كثير من العلوم الاجتماعية ، و بعض العلوم الطبيعية .

وهي من أكثر الوسائل شيوعا ، حيث يمكن عن طريقها جمع أكبر عدد ممكن من البيانات ، فهي تترك البحوث بدلي برأيه بكل حرية .

لقد استعملنا نوعين من المقابلة ، المقابلة العامة (الحررة) و المقابلة الخاصة (المقتنة) :

أ - المقابلة العامة:

فهي عملية اجتماعية تحدث بين شخصين الباحث و المبحوث ، فقد كانت البداية بمقابلة المسؤولين في مختلف الإدارات و المؤسسات فقمنا بإجراء المقابلة مع مسؤولين في بلدية قسنطينة ، و مع موظفين في مركز الإحصاء (ONS) ، و مع مسؤولين و موظفين في URBCO .

ب - المقابلة الخاصة (المقتنة) :

استخدمنا هذه المقابلة حين قيامنا بملاً الاستمارات حيث في كثير من الحالات قمنا بتوضيح أسئلة الاستمارة لبعض السكان و قراءتها لهم ثم قمنا بتدوين إجاباتهم كما هي دون أي تغيير ، و ذلك بطرح الأسئلة سؤال تلو الآخر .

3 - الاستمارة :

إن الاستمارة من بين أهم أدوات البحث في العلوم الاجتماعية ، و أكثرها شيوعا و انتشارا ، لما تمتاز به عن غيرها من الأدوات الأخرى ، و تعد الاستمارة أكثر أدوات جمع البيانات شهرة و هي تفيد تقريبا في كافة البحوث الاجتماعية فهي تستخدم في البحوث الكشفية و البحوث الوصفية و التجريبية و التقويمية و غيرها الاستمارة تتضمن عدد من الأسئلة يوجهها الباحث للمبحوث ، و في بحثنا هذا فإننا قمنا بإعداد استمارة بحث حسب الفرضية و مؤشراتنا ، و هي مقسمة إلى محاور مرتبة و تشمل على 41 سؤالا :

* المحور الأول :

و يتضمن بيانات أولية عن المبحوث ، و تشمل 6 أسئلة حول الجنس و السن و مكان الميلاد و المستوى التعليمي و الحالة المدنية و المهنية .

* المحور الثاني :

و هي بيانات تتعلق بوضعية الإقامة ، و يتضمن 9 سؤالا يتعلق بتاريخ الإقامة في الحي و مكان الإقامة السابق و صفة الإقامة بالمسكن و الصلة و العلاقة مع الجيران الخ .

* المحور الثالث :

و هي بيانات خاصة بالمسكن و استعمالاته ، و يتضمن 6 أسئلة حول عدد الغرف و عدد أفراد الأسرة و المرافق و التجهيزات الموجودة بالمسكن الخ .

* المحور الرابع :

و هي بيانات متعلقة بحالة الخدمات الصحية ، و يتضمن 5 أسئلة حول زيارتهم في حالة مرضهم للمراكز و الوحدات الصحية و حول الصعوبات و المشاكل التي تواجههم و غيرها .

* المحور الخامس :

يتضمن بيانات خاصة بالثقافة البيئية و الإعلام الصحي و يتضمن 14 سؤالا يدور حول الوسيلة المستعملة للتخلص من القمامة المنزلية و عن المشاركة في حملات تطوعية لنظافة الحي و عن معرفتهم للأمراض الناجمة عن التلوث البيئي و غيرها .

4 - الوثائق :

اعتمدنا في بحثنا على بعض الوثائق و السجلات الخاصة بمدينة قسنطينة و بحي بوالصوف و حي البير ، و التي تم التحصل عليها من بلدية قسنطينة و الديوان الوطني للإحصاء (O. N. S) و

المركز الوطني للدراسات و الإنجاز العمراني (URBA.CO) .

الفصل السابع

تحليل و تفسير البيانات الميدانية

*تمهيد

- 1- الخصائص العامة لمجتمع البحث
- 2- بيانات خاصة بوضعية الإقامة
- 3- بيانات متعلقة بالمسكن و استعمالاته
- 4- بيانات متعلقة بحالة الخدمات الصحية
- 5- بيانات متعلقة بالثقافة البيئية و الإعلام الصحي

استخلاص النتائج

* الخاتمة

* تمهيد :

إن كل بحث اجتماعي لا تكتمل أهميته إلا بعد التأكد من نتائجه ميدانيا و ذلك من خلال جمع البيانات الخاصة بموضوع البحث وهذا باستخدام أدوات مناسبة تمكننا من الربط بين ما هو نظري و ما هو ميداني ، و بعد قيامنا بتطبيق الاستمارة على مجتمع البحث (العينة المختارة) و المتمثلة في مجموعتين ، المجموعة الأولى خاصة بحي بوالصوف و المجموعة الثانية خاصة بحي البير انتقلنا إلى مرحلة تفريغ الإجابات المتحصل عليها للحصول على نتائج إذ قمنا بتبويبها في جداول ، و ذلك بالاعتماد على طرق التحليل الإحصائي الكمي ، باعتبارها من عمليات المنهج المستخدم في دراستنا ، كما أننا استعملنا المنهج الوصفي المقارن في تفسير الظواهر ، و المنهج الإحصائي الكمي في عرض النتائج في شكل قيم عددية كمية مبوبة في جداول ، حيث كل جدول يمثل سؤالا واحدا من الأسئلة الواردة في الاستمارة .

و تم استعراض أهم البيانات التي تخدم الموضوع و تم قياس الفرضية و مؤشراتنا بناءا على أكبر نسب معبرة عنها .

1- الخصائص العامة لمجتمع البحث :

سنتناول في هذا المحور مجمل الخصائص التي تميز مجتمع البحث من خلال التحليل الإحصائي للبيانات الرقمية لإجابات المبحوثين حول المتغيرات التالية و هي : الجنس ، السن ، مكان الميلاد ، المستوى التعليمي ، الحالة المدنية ، الحالة المهنية ، و نوع العمل الذي يمارسونه ، حيث معرفتنا لهذه الجوانب يساعدنا على معرفة جوانب أخرى تفيد البحث .

* الجدول رقم (4) : يبين توزيع أفراد العينة حسب الجنس

المجموعة الثانية		المجموعة الأولى		الجنس
النسبة %	التكرارات	النسبة %	التكرارات	
52.86	37	36.67	22	مذكر
47.14	33	63.33	38	مؤنث
100	70	100	60	المجموع

يعرض لنا هذا الجدول جنس المبحوثين ، و الملاحظ فيه أن الفئة الأكثر تكرارا في المجموعة الأولى هي مجموعة الإناث حيث تمثل 63.33% من أفراد العينة يقابلها 47.14% من أفراد العينة في المجموعة الثانية ، في حين نجد أن فئة الذكور المبحوثين في المجموعة الأولى تقدر ب 36.67% فقط بالمقابل نجد أن نسبة الذكور في المجموعة الثانية تقدر ب 52.86% أي أكثر من نصف (1/2) أفراد عينة هذه المجموعة هم ذكور و هذا يعني أن في المجموعة الأولى نجد انه بحكم ذهاب الرجال إلى العمل فان المرأة هي التي تتولى المسؤولية ، بينما في المجموعة الثانية نجد العكس حيث أن الرجال هم أكثر اهتماما برعاية العائلة و هم غالبا متواجدون بالمسكن بسبب البطالة و بسبب نوع الأعمال التي يمارسونها و التي تكون قريبة من المسكن الذي يقيمون فيه .

* الجدول رقم (5) : يبين توزيع أفراد العينة حسب مكان الميلاد

المجموعة الثانية		المجموعة الأولى		مكان الميلاد
%	ك	%	ك	
58.57	41	80	48	قسنطينة
7.14	5	6.66	4	ميلة
25.71	18	3.33	2	جيجل
1.43	1	3.33	2	قالمة
0	0	1.67	1	باتنة
0	0	1.67	1	عناية
1.43	1	1.67	1	مسيلة
2.86	2	0	0	سكيكدة
1.43	1	0	0	أم البواقي
1.43	1	0	0	تيزي وزو
0	0	1.67	1	تونس
100	70	100	60	المجموع

لا شك أن مكان الميلاد له علاقة بالثقافة الحضرية للسكان و تقاليدهم و عاداتهم و نمط

معيشتهم... الخ ، و الجدول يبين لنا أن أغلب المبحوثين مكان ميلادهم كان بقسنطينة ، فنجد

في المجموعة الأولى نسبة 80% كان مسقط رأسهم بقسنطينة في حين أن النسبة الباقية و المقدرة بـ

20% كان مكان ميلادهم الولايات التالية : ميلة ، جيجل ، قالمة ، باتنة ، عناية ،

مسيلة ، و فرد واحد ولد بتونس ، أما المجموعة الثانية فإن 58.57% كان مكان ميلادهم قسنطينة و

النسبة الباقية كان مكان ميلادهم الولايات المجاورة لقسنطينة و هي : جيجل ، ميلة سكيكدة ، قالمة ،

مسيلة ، أم البواقي ، تيزي وزو .

و مما هو ملاحظ أن نسبة كبيرة من المجموعة الثانية كان مكان ميلادهم الولايات المجاورة لقسنطينة ، و هذا يبين لنا أن هؤلاء الأفراد هم مهاجرون قدموا إلى قسنطينة بسبب ظروف معينة مثل العمل ، تحسين مستوى المعيشة أو للقرب من المدينة الخ ، و لهذا السبب هم يقيمون في أحياء قصديرية و فوضوية و تنطبق عليهم خصائص سكان الأحياء الفوضوية و غير المخططة .

* الجدول رقم (6) : يبين توزيع أفراد العينة حسب السن (أعمار المبحوثين)

المجموعة الثانية		المجموعة الأولى		المجموعة
ك	%	ك	%	
00	00	03	05	25 - 15
12.86	09	08	13.33	35 - 26
27.14	19	12	20	45 - 36
11.43	08	10	16.67	50 - 46
48.57	34	27	45	من 51 فأكثر
100	70	60	100	المجموع

لقد كان السؤال حول السن مباشرا و مفتوحا ، فحصلنا على السن بالضبط ، مما أتاح لنا تصنيفه إلى 5 فئات ، فيعرض لنا هذا الجدول إذن فئات السن للمبحوثين ، حيث تبين أن نسبة كبيرة من المبحوثين تتجاوز أعمارهم 50 سنة ، و يمثل هذه الفئة 27 فرد في المجموعة الأولى و 34 فرد في المجموعة الثانية ، و الفئة التي تليها هي الفئة التي تتراوح أعمارهم ما بين 36-45 سنة و يمثل هذه الفئة 12 فرد في المجموعة الأولى و 19 فرد في المجموعة الثانية ، أما فئة 46-50 سنة فتقدر نسبتها في المجموعة الأولى ب 16.67 % و 11.43 % في المجموعة الثانية ، بينما فئة 26-35 سنة فيمثلها 8 أشخاص في المجموعة الأولى ، و 9 أشخاص في المجموعة الثانية ،

أما أصغر فئة و هي من 15-25 سنة و بنسبة 5% في المجموعة الأولى و منعدمة في المجموعة الثانية .

و إذا قمنا بمقارنة أقل فئة في السن و المتمثلة في فئة الشباب ، و أعلى فئة في السن و المتمثلة في الشيوخ ، فنلاحظ أن أغلبية أفراد العينة هم شيوخ و كهول و هم متواجدون على الدوام بالمنزل و هذا راجع ربما لكبر السن أو تقاعدهم عن العمل أو بسبب المرض الخ ، بينما الفئة النشطة و المتمثلة في فئة الشباب فمن النادر تواجدهم بالمنزل و هذا راجع للعمل أو للدراسة الخ خاصة خلال النهار و ما يمكن ملاحظته أيضا من خلال الجدول هو أن هناك تقارب في السن بين العينتين (الأولى و الثانية) ، و هذا سيساعدنا في التحليل ، حيث أن أغلبية أفراد العينة يتميزون بالنضج العقلي ، و كذا المسؤولية ، خاصة و أن أغلبية الأفراد هم متزوجين ، عايشوا هذه الأحياء و تأثروا بها ، و بالتالي أصبحت حياتهم تتماشى مع هذه البيئة ، بالإضافة إلى أن المبحوثين في هذه الفترة من العمر أصبحوا واعون و يعرفون كيف يحافظون على صحتهم ، و صحة عائلاتهم .

* الجدول رقم (7) : توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي

المجموعة الثانية		المجموعة الأولى		المجموعة	الفئات
%	ك	%	ك		
32.86	23	11.67	07		أمي
30	21	21.66	13		ابتدائي
24.28	17	15	09		متوسط
10	07	40	24		ثانوي
2.86	02	11.67	07		جامعي
100	70	100	60		المجموع

إن معرفة المستوى التعليمي للمبحوثين يمكننا من تحديد مستواهم الثقافي و درجة وعيهم ... الخ، خاصة و أن العلم له دور في تنوير العقول و يساهم في رفع مستوى وعي الأفراد ، و الجدول أعلاه يبين المستوى التعليمي للمبحوثين ويوضح أن الفئة الأكثر تكرارا في المجموعة الأولى هي فئة الذين بلغوا مستوى التعليم الثانوي إذ تقدر نسبتهم ب 40% ، يقابلها 10% في المجموعة الثانية ، في حين نجد أن الفئة الأكثر تكرارا في المجموعة الثانية يمثلها الأميين بنسبة تقدر ب 32.86% ، و تنخفض نسبتهم في المجموعة الأولى حيث قدرت ب 11.67% ، أما الذين بلغوا المستوى الجامعي فقد كانت نسبتهم في المجموعة الأولى 11.67% ، بينما في المجموعة الثانية 2.86% ، أما الذين لديهم المستوى المتوسط فنجد 15% في المجموعة الأولى ، و 24.28% في المجموعة الثانية ، و فيما يخص المستوى الابتدائي فالنسبة تقدر ب 21.66% في المجموعة الأولى و 30% في المجموعة الثانية .

و من خلال الجدول يمكن أن نلاحظ أن أكثر من نصف (1/2) أفراد عينة المجموعة الأولى لديهم

مستوى ثانوي و جامعي ، بينما في المجموعة الثانية نسبتهم تقل بكثير ، حيث أغلبهم أميين و البعض الآخر لديهم مستوى تعليمي منخفض ، وهذا ما تطرقنا له في الفصل الثاني من الجانب النظري حيث أن الظروف التي تحيط بالأحياء غير المخططة لا تشجع سكانها على إتمام الدراسة لان الآباء في هذه الأحياء يدفعون أطفالهم للعمل ، خاصة و أن اغلبيهم فقراء و ذوي دخل منخفض لا يساعدهم على تعليم أطفالهم .

إن الوسط يلعب دورا في التحصيل الدراسي ، نتيجة المتابعة و توفير الجو الدراسي المناسب ، و هذا سيعمل بدوره على سهولة استيعاب المواطنين للإرشادات و النصائح الطبية المقدمة سواء في المراكز أو الوحدات الصحية أو عن طريق وسائل الإعلام ، خاصة و أن التربية الصحية تلعب دورا فعالا في توعية المواطنين .

* الجدول رقم (8) : يمثل توزيع أفراد العينة حسب الحالة المدنية للمبحوثين

المجموعة الثانية		المجموعة الأولى		المجموعة
%	ك	%	ك	
7.14	05	6.67	04	أعزب
84.29	59	85	51	متزوج
00	00	1.66	01	مطلق
8.57	06	6.67	04	أرمل
100	70	100	60	المجموع

يظهر الجدول الحالة المدنية للمبحوثين ، حيث يتضح أن أغلبهم من المتزوجين إذ تمثل 85% في المجموعة الأولى ، و بنسبة 84.29% في المجموعة الثانية ، تليها فئة الأرمال بنسبة تقدر ب 6.67% في المجموعة الأولى ، و 8.57% في المجموعة الثانية ، أما فئة العزاب فتقدر بنسبة 6.67% في المجموعة الأولى ، و بنسبة 7.14% في المجموعة الثانية ، بينما أصغر فئة هي فئة المطلقين إذ نجدها في المجموعة الأولى و تقدر ب 1.66% ، و منعدمة تماما في المجموعة الثانية و تظهر قيمة و أهمية الحالة المدنية في أن تصورات المتزوجين بطبيعة الحال تختلف عن تصورات الشباب العازب و كذلك الشأن بالنسبة للأرمال ، و المطلقين ، و بذلك يختلف تفكير كل منهم باختلاف الخبرة و التجارب ، و من هنا تظهر أهمية هذا الجدول في الكشف عن تصورات الشباب العازب حول وضعية الخدمات الصحية ، و كيف تختلف عن غيرها من تصورات و أفكار و خبرة المتزوجين و بدورها تختلف عن خبرة الأرمال ، و المطلقين و هكذا ، و من الملاحظ إن نسبة المتزوجين في المجموعتين كبيرة ، فالمتزوجين يهتمون أكثر بصحتهم و بصحة أطفالهم خاصة من جانب المرأة ، إذ تولي جل اهتمامها لرعاية نفسها صحيا و تتبع حملها أيضا و تحاول تطبيق الإرشادات الطبية ، و إتباعها بانتظام لمواعيد التقيحات ، و المتزوجين بحكم خبرتهم و تجاربهم أصبحت لديهم نظرة شمولية عن إطار الخدمات الصحية و عن مختلف المراكز الصحية و المستشفيات و عن كل الأقسام الموجودة بالمركز أو الوحدة الصحية ، في حين نجد الشباب العازب ليس له علم بالأقسام الموجودة ، و كل اهتمامه منصب حول نفسه ، و بالتالي تكون لديهم نظرة ضيقة نوعا ما .

* الجدول رقم (9) : يمثل توزيع أفراد العينة حسب الحالة المهنية

المجموعة الثانية		المجموعة الأولى		المجموعة	الفئات
%	ك	%	ك		
22.86	16	26.67	16		يعمل
77.14	54	73.33	44		لا يعمل
100	70	100	60		المجموع

بما أن العمل ضرورة اجتماعية لاغنى عنه في استمرار الحياة ، و من هنا فدعائم المجتمع الحديث تقوم على العمل و الإنتاج ، و إن المقياس الرئيسي لمدى تكيف الفرد مع مجتمعه هو مقدار ما يساهم به من عمل منتج في النهوض بمجتمعه ، و من هنا تظهر أهمية هذا الجدول الذي يوضح لنا نسبة الأفراد العاملين و نسبة الأفراد الذين لا يعملون في المجموعتين ، فنلاحظ من خلال الجدول أن الفئة الأكثر تكرارا هي فئة من لا يعملون و المقدرة بنسبة 73.33 % في المجموعة الأولى و اغلبهم نساء مآكثات بالبيت أو ربات بيوت و يقابلها 77.14% في المجموعة الثانية و أغلبهم ذكور و هذا راجع للظروف السيئة التي تعيشها هذه الأحياء غير المخططة مثل البطالة و التهميش و الفقر.....الخ، خاصة و أن عمل الرجل أساسي في الأسرة و المجتمع بينما أما نسبة العاملين فتقدر ب 26.67% في المجموعة الأولى و اغلبهم يعملون كموظفين بشركات و مؤسسات عمومية أو خاصة و منهم من يعمل بالتجارة و منهم معلمين و سائق سيارة أجرة و مما هو ملاحظ أن أغلبهم يشتغلون بوظائف محترمة و لهم مستوى ثقافي و تعليمي مناسب مقارنة مع المجموعة الثانية حيث نسبة العاملين تقدر ب 22.86% أغلبهم تجار و حرفيين و نسبة قليلة منهم يعملون كموظفين بشركات عمومية أو خاصة و

منهم من يعمل كسائق سيارة ، أي أن أغلبهم يشتغلون في التجارة و الأعمال اليدوية و الحرفية و هذا راجع لمستواهم التعليمي و الثقافي المتدني و المنخفض ، فهم لا يقومون إلا بالأعمال البسيطة و بذلك ستكون أجورهم منخفضة و متدنية و لا تلبي جميع حاجيات أسرهم ، و هذا ما يدفع بالسكان للتوجه إلى الوحدة الصحية المتواجدة بحيهم نظرا لقلّة تكلفتها ، و أحيانا عدم الذهاب لعدم توفر تكلفة العلاج أو شراء الدواء ، و هذا ما رأيناه عند زيارتنا الميدانية و مقابلتنا مع بعض الأشخاص هناك ، و ما يمكن قوله هو أن هذه الوظائف ترتبط بالمستوى التعليمي ، و هذه المهن تحدد لنا مستوى الدخل و مستوى معيشة الأسرة .

2- بيانات خاصة بوضعية الإقامة :

بعدما تطرقنا لبيانات أولية عن المبحوث ، نتطرق الآن للبيانات الخاصة بوضعية الإقامة ، حيث سنتعرف على تاريخ الإقامة بالمسكن و مكان الإقامة السابق و صفة الإقامة بالمسكن إذا كان مالك أو مستأجر أو له صفة أخرى و درجة الرضى عن الإقامة بالمنطقة و الأسباب و عن رغبتهم في الانتقال إلى منطقة أخرى و عن الصلة التي تربطهم بجيرانهم المباشرين .

* الجدول رقم (10) : يبين توزيع أفراد العينة حسب تاريخ الإقامة بالمنطقة

المجموعة الثانية		المجموعة الأولى		المجموعة الفئات
%	ك	%	ك	
1.43	01	00	00	1950-1945
1.43	01	00	00	1956-1951
00	00	00	00	1962-1957
4.28	03	1.67	01	1968-1963
10	07	00	00	1974-1969
22.86	16	1.67	01	1980-1975
17.14	12	13.33	08	1986-1981
22.86	16	26.67	16	1992-1987
11.43	08	33.33	20	1998-1993
7.14	05	13.33	08	2004-1999
1.43	01	10	06	2007-2005
100	70	100	60	المجموع

إن معرفة تاريخ الإقامة بالحي يمكننا من تحديد مدى تكيف و تأقلم و انسجام السكان مع المنطقة ، بالإضافة إلى اكتشاف نوعا ما الثقافة السكانية السائدة بالإضافة إلى تمييز السكان الأصليين عن المهاجرين ، كما أن طول المدة تعزز و تؤكد الانتماء للمنطقة .

و من الجدول يتضح أن بعض أفراد المجموعة الثانية أقاموا بالحي منذ الأربعينات أي في عهد الاستعمار الفرنسي و هذا يدل على أن حي البير قديم جدا و أن سكانها لهم احتكاك و دراية كبيرة بالمنطقة و عايشوها خلال فترات زمنية طويلة و متغيرة و زاد الإقبال على المنطقة خلال فترة ما بين (1975 - 1980) و قدرت نسبتهم ب 22.86% و سجلت أيضا نفس النسبة خلال الفترة ما بين (1987-1992) ، بينما المجموعة الأولى بدأت تقيم بالحي بعد الاستقلال أي في فترة الستينات و السبعينات و هذا يدل على حي بوالصوف منطقة جديدة و حديثة النشأة ، و قدرت النسبة التي أقامت في الفترة ما بين (1993-1998) ب 33.33% .

إن هذه الزيادة في الإقبال على المنطقتين راجع طبعاً لزيادة الكثافة السكانية و زيادة الطلب على السكن خاصة بعد الاستقلال حيث شهدت معظم المدن الجزائرية نمو سكاني و عمراني كبير ، خاصة بسبب الهجرة الريفية .

* الجدول رقم (11) : يبين توزيع أفراد العينة حسب محل الإقامة السابق

المجموعة الثانية		المجموعة الأولى		محل الإقامة السابق
%	ك	%	ك	
34.28	24	00	00	قسنطينة
30	21	28.33	17	
00	00	10	06	
10	07	8.33	05	
00	00	05	03	
4.28	03	6.67	04	
2.86	02	21.67	13	
1.43	01	00	00	
1.43	01	1.67	01	
00	00	3.33	02	
00	00	3.33	02	
84.28	59	88.33	53	
1.43	01	05	03	ميلة
00	00	1.67	01	مسيلة
00	00	1.67	01	عناية
00	00	3.33	02	الجزائر العاصمة
2.86	02	00	00	سكيكدة
1.43	01	00	00	أم البواقي
10	07	00	00	جيجل
100	70	100	60	المجموع

إن أغلب سكان المجموعة الأولى قدموا من وسط المدينة و من حي المنظر الجميل ، حيث نجد 17 أسرة من وسط المدينة و 13 أسرة من حي المنظر الجميل ، و 5 أسر من سيدي مبروك ، و 4 أسر من حي التوت و أغلبهم يجمعون على سبب انتقالهم إلى هذا الحي كان بسبب حصولهم على سكنات بالحي ، حيث هناك من تهدمت مساكنهم القديمة و تم ترحيلهم إلى سكنات جديدة بالمنطقة ، و هناك من انتقل إلى هذا الحي بسبب الضيق حيث أنهم كانوا يقيمون مع العائلة و كذلك من اجل القرب من مقر العمل .

أما المجموعة الثانية فان أغلبية سكانها كانوا يقيمون بنفس المنطقة لأنها منطقة قديمة عكس المجموعة الأولى حيث أن حي بوالصوف يعتبر منطقة سكنية جديدة ، عليه فقد قدرت نسبة السكان الأصليين لحي البير ب 34.28% أي ما يعدل 24 أسرة ، و 21 أسرة قدموا من وسط المدينة و 7 أسر من مدينة جيجل و 7 أسر كذلك من سيدي مبروك ، و سبب انتقالهم إلى هذا الحي كان بسبب ضيق مساكنهم القديمة ، حيث هناك من كان يقيم مع العائلة و هناك من كان يستأجر سكن و بسبب غلاء الإيجار انتقلوا إلى هذا الحي للإقامة بطريقة غير شرعية وفي سكنات قصديرية و بسيطة لا تكفهم دفع أي إيجار ، و هناك من تهدمت مساكنهم القديمة و بعضهم بسبب القرب من مقر العمل و منه نستنتج أن سكان المجموعتين سواءا حي بوالصوف أو حي البير من مناطق مختلفة و هذا دليل على تداخل الثقافات و تداخل العادات و القيم و اللهجات و الثقافات و هذا له تأثير على العلاقات بين السكان .

* الجدول رقم (12) : يبين توزيع أفراد العينة حسب صفة الإقامة بالمسكن

المجموعة الثانية		المجموعة الأولى		المجموعة	الاحتمالات
%	ك	%	ك		
62.86	44	31.67	19	مالك	
10	07	63.33	38	مستأجر	
27.14	19	5	03	أخرى	
100	70	100	60	المجموع	

من خلال الجدول يتضح أن أكبر نسبة نجدها في المجموعة الثانية و هي تمثل نسبة المالكين

للسكنات و تمثل 62.86 % و 10% مستأجرين ، بالمقابل نجد في المجموعة الأولى نسبة

31.67 % مالكين لسكناتهم و 63.33% مستأجرين و نسبة 27.14% يقيمون في سكنات بصفة مؤقتة

أو هي ملك لأحد أقاربهم ، و هذا راجع إلى أن معظم من يقيمون بالمجموعة الثانية هم سكانها

الأصليون و منهم من أقاموا فيها منذ عهد الاستعمار حيث اشتروا أراضي و شيدوا مساكنهم بطريقة

فوضوية و غير شرعية و استمروا في البقاء فيها إلى يومنا هذا ، و منهم من قام بشراء أو بناء

سكنات قصديرية ، أما المجموعة الثانية و المتمثلة في حي بوالصوف فإنها تعتبر منطقة حديثة النشأة

و معظم من انتقلوا إليها تحصلوا على سكنات بالإيجار ، بالإضافة إلى أن نسبة تقدر ب 5% تمثل من

يقيمون بسكنات ملك لأحد من أقاربهم .

* الجدول رقم (13): يبين توزيع أفراد العينة حسب رضاهم عن المنطقة

السكان عن على انسجامهم و المنطقة بالإضافة بها ، و العكس يتضح من خلال	المجموعة الثانية		المجموعة الأولى		المجموعة الفئات	إن رضى المنطقة دلالة تأقلمهم مع تحسن الخدمات صحيح ، و
	ك	%	ك	%		
	2	2.86	41	68.33	نعم	
	68	97.14	19	31.67	لا	
	70	100	60	100	المجموع	

الجدول أنه في المجموعة الأولى نجد نسبة 68.33 % راضون عن المنطقة ، بينما نسبة قليلة نوعا ما

تقدر ب 31.67 غير راضية عن المنطقة و يرجعون السبب لضيق المساكن حيث أن أغلبية المساكن

بحي بوالصوف تتكون من ثلاث غرف ، و منهم من يرجع عدم رضاه عن الحي ، بالمقابل نجد أن

أغلبية أفراد عينة المجموعة الثانية غير راضية عن المنطقة و تقدر ب 97.14 % و هي نسبة كبيرة

جدا و يرجعون سبب عدم رضاهم عن لسوء حالة المسكن و ضيقه و لتلوث الحي و ضيق

الشوارع و فساد المحيط و نقص بعض الخدمات و انعدام المساحات الخضراء . *

الجدول رقم (14): يبين توزيع أفراد العينة حسب رغبتهم في الانتقال إلى منطقة أخرى

المجموعة الثانية		المجموعة الأولى		المجموعة الفئات
ك	%	ك	%	
67	95.71	17	28.33	نعم
03	4.29	43	71.67	لا
70	100	60	100	المجموع

تم التطرق في الجدول السابق لدرجة رضى السكان عن المنطقة ، و هذه النقطة تفسر لنا السبب الذي يدفع هؤلاء للانتقال من الحي ، حيث أن الرغبة في الانتقال إلى منطقة أخرى قد تعبر عن عدم الرضى عن نوع السكن أو بسبب عدم التفاهم مع السكان المجاورين أو بسبب نقص الخدمات ... الخ ، و الجدول أعلاه يبين أن نسبة كبيرة جدا في المجموعة الثانية ترغب في الانتقال إلى منطقة أخرى و هي تقدر ب 95.71 % و هذا راجع لسوء حالة المساكن التي يقيمون بها و ضيقها ، و انعدام المرافق الضرورية و الخدمات و كذلك بسبب التلوث و الأوساخ الموجودة بالحي .

أما المجموعة الأولى فأغلبهم لا يرغبون في الانتقال و يمثلون نسبة 71.67 % في حين نجد نسبة قليلة تمثل 28.33 % يرغبون في الانتقال من المنطقة بسبب ضيق المساكن التي تحصلوا عليها و بعضهم الآخر بسبب عدم انسجامهم مع الجيران و المحيط .

*** الجدول رقم (15) : يبين توزيع أفراد العينة حسب الصلة التي تربطهم بجيرانهم المباشرين**

المجموعة الثانية		المجموعة الأولى		المجموعة
%	ك	%	ك	الصلة
31.42	22	3.34	02	أقرب
44.29	31	43.3 3	26	أصدقاء
24.29	17	53.3 3	32	لا صلة بهم
100	70	100	60	المجموع

إن معرفة الصلة التي تربط أفراد العينة بجيرانهم المباشرين تسعدنا في تحديد مدى ترابط و انسجام أفراد العينة مع بعضهم و بالتالي يتضح لنا نمط الثقافة السكانية السائدة ، و الجدول يوضح أن أكثر من نصف (1/2) أفراد عينة المجموعة الأولى لا صلة لهم بالجيران المباشرين و يمثلون نسبة 53.33 % ، في حين نسبة أخرى تقدر ب 43.33 % لهم علاقة صداقة مع جيرانهم بينما نسبة قليلة جدا و تمثل 3.34 % لهم علاقة قرابة مع جيرانهم ، بالمقابل نجد في المجموعة الثانية نسبة معتبرة تقدر ب 44.29 % لهم علاقة صداقة مع جيرانهم ، و نسبة لا تقل عنها كثيرا تقدر ب 31.42 % تمثل الأفراد الذين لهم علاقة قرابة مع جيرانهم و هي نسبة مهمة و معتبرة لا يمكن إهمالها و هذا راجع لطبيعة و خصائص سكان هذا الحي غير المخطط التي سبق و تطرقنا لها في الفصل الثاني من الجانب النظري .

3 - المسكن و استعمالاته :

سنتطرق في هذا المحور للمسكن و استعمالاته، حيث نتعرف على عدد غرف المسكن و عدد أفراد الأسرة و إذا كان يقيم أفراد آخريين بالمسكن و مختلف المرافق و الخدمات و التجهيزات المتوفرة بالمسكن .

* الجدول رقم (16) : يبين توزيع أفراد العينة حسب عدد غرف المسكن

المجموعة الثانية				المجموعة الأولى				المجموعة
ك	%	عدد الأفراد	%	ك	%	عدد الأفراد	%	
13	18.57	71	12.3	00	00	00	00	F1
19	27.14	148	25.6	2.2	08	3.33	02	F2
33	47.14	303	52.4	85.5	306	86.67	52	F3
02	2.86	30	5.2	10.3	37	8.33	05	F4
03	4.29	26	4.5	2	07	1.67	01	F5
70	100	578	100	100	358	100	60	المجموع

نلاحظ في المجموعة الأولى أن نوع السكن F5 كانت النسبة التي تشغله هي 2% و هي نسبة صغيرة بالنسبة لباقي النسب الأخرى مثل 85.5% التي تخص النوع F3 و هي أكبر النسب و هذا ما يؤكد أن جل العائلات قد تحصلت على سكنات من هذا النوع ، كما نجد نسبة 10.3% تمثل الذين يشغلون سكنات من النوع F4 و نسبة صغيرة تتمثل في 2.2% الذين يشغلون سكنات من النوع F2 . و حسب تصريحات الكثير من السكان خلال إجرائنا للدراسة الميدانية أن السكنات من النوع F1 و F2 و F3 غير كافية خاصة و إن أغلب الأسر الجزائرية واسعة و كبيرة نوعا ما .

* الجدول رقم (17) : بين توزيع أفراد العينة حسب عدد أفراد الأسرة

المجموعة الثانية		المجموعة الأولى		عدد أفراد الأسرة
%	ك	%	ك	
1.43	01	6.67	04	فردين
1.43	01	6.67	04	3 أفراد
7.14	05	10	06	4 أفراد
5.71	04	23.33	14	5 أفراد
8.57	06	20	12	6 أفراد
14.29	10	11.66	07	7 أفراد
22.85	16	5	03	8 أفراد
12.85	09	10	06	9 أفراد
14.29	10	3.33	02	10 أفراد
2.86	02	1.67	01	11 فرد
1.43	01	00	00	13 فرد
2.86	02	1.67	01	14 فرد
1.43	01	00	00	15 فرد
2.86	02	00	00	20 فرد
100	70	100	60	المجموع

تطرقنا من خلال الفصل الثاني من الجانب النظري على خصائص الأحياء المخططة و غير المخططة ،

حيث وجدنا أن الأحياء غير المخططة تميزها كثافة سكانية كبيرة نظرا لكبر حجم أفراد الأسرة بها ولقد تم

التحقق من خلال هذه الدراسة صحة ذلك ، و الجدول يبين أن النسبة الأكبر في المجموعة الأولى تمثل نسبة

الأسر المتكونة من 5 أفراد و تقدر ب 23.33 %، تليها نسبة 20 % تمثل نسبة الأسر المتكونة من 6

أفراد ، معنى ذلك أن معدل أفراد الأسرة بالحي المخطط هو معدل متوسط و متلائم وأن هناك كثافة

سكانية متوسطة و معتدلة ، بالمقابل نجد في المجموعة الثانية نسبة تمثل 22.85 % ، و نسبة 14.29

% تمثل نسبة الأسر المتكونة من 7 أفراد ، و نفس النسبة 14.29 تمثل نسبة الأسر المتكونة من 10

أفراد ، و هذا يدل على أن هناك كثافة سكانية و زيادة في معدل الأسر و عند مقارنة عدد أفراد الأسرة بعدد الغرف نجد أن هناك ازدحام سكاني و كثافة سكانية عالية في هذه المنطقة غير المخططة .

بالضبط ما تطرقنا له في الفصل الثاني من الجانب النظري ، حيث أن المناطق الحضرية المتخلفة و غير المخططة تتصف بشدة الازدحام السكاني و تكديس السكان في بنايات متجاورة و متزاحمة وفوضوية تجدر الإشارة إلى أن نسبة إقامة أفراد آخرين بالمسكن منعدمة في كلا المجموعتين ، و هذا دليل على أن مجتمع البحث عبارة عن أسر نووية و هذا ما يميز المجتمع الحضري و ما نتج عن عملية التحضر .

*** جدول (18) : يبين نسبة شغل الغرف من طرف أفراد الأسرة**

المجموعة الثانية		المجموعة الأولى		المجموعة
T.O.P	المتوسط الحسابي	T.O.P	المتوسط الحسابي	
5.5	5.5	0	0	F1
4	8	2	4	F2
3	9	2	6	F3
4	15	2	7.5	F4
2	8.6	1.5	7	F5

إن تناسب عدد غرف المسكن مع عدد أفراد الأسرة ضروري من أجل العيش في جو صحي و سليم ، و المقياس المتفق عليه هو فردين في غرفة واحدة ، و الجدول رقم (18) يوضح لنا نسبة شغل الغرف من طرف أفراد الأسرة .

$$\text{لدينا } T.O.P = \text{نسبة شغل المسكن} = \frac{\text{عدد أفراد الأسرة}}{\text{عدد الغرف}}$$

$$\text{كذلك المتوسط الحسابي مح} = \frac{\text{مجموع عدد الأفراد}}{\text{مجموع عدد الأسر}}$$

نلاحظ في المجموعة الأولى أن الوسط الحسابي للنوع F2 = مجموع عدد الأفراد = $\frac{8}{2}$
مجموع عدد الأسر

$$4 =$$

$$6 \approx 5.88 = \frac{306}{52} = F3 \text{ و بالنسبة للنوع}$$

$$7.5 \approx 7.4 = \frac{37}{5} = F4 \text{ و بالنسبة للنوع}$$

$$7 = \frac{7}{1} = F5 \text{ أما النوع}$$

$$2 = \frac{4}{2} = T.O.P \text{ F2 أما بالنسبة لـ}$$

$$2 = \frac{6}{3} = T.O.P \text{ F3 و}$$

$$2 \approx 1.875 = \frac{7.5}{4} = T.O.P \text{ F4 و}$$

$$1.5 \approx 1.4 = \frac{7}{5} = T.O.P \text{ F5 و}$$

نلاحظ أن في كل السكنات الخاصة بهذه المجموعة $T.O.P$ يعادل ما هو متفق عليه
و هو: $T.O.P = 2$ ، معنى هذا أن عدد الغرف يتلاءم مع عدد السكان في حي بوالصوف .

$$5.5 \approx 5.46 = \frac{71}{13} = F1 \text{ مع بالنسبة للمجموعة الثانية فإن :}$$

$$8 \approx 7.87 = \frac{148}{19} = F2 \text{ و مع}$$

$$9 \approx 9.18 = \frac{303}{33} = F3 \text{ و مع}$$

33

$$\text{و مح F4} = \frac{30}{2} = 15$$

$$\text{و مح F5} = \frac{26}{3} = 8.66$$

$$\text{و منه فان T.O.P F1} = \frac{5.5}{1} = 5.5$$

$$\text{و T.O.P F 2} = \frac{8}{2} = 4$$

$$\text{و T.O.P F 3} = \frac{9}{3} = 3$$

$$\text{و T.O.P F 4} = \frac{15}{4} = 3.75 \approx 4$$

$$\text{و T.O.P F 5} = \frac{8.66}{5} = 1.72 \approx 2$$

نلاحظ في المجموعة الثانية أن *T.O.P F1* و *T.O.P F2* و *T.O.P F3* و

T.O.P F4 لا تتماشى أبدا مع ما هو متفق عليه لأنه يصل إلى 3 و 4 و 5 أفراد و أكثر في غرفة واحدة ، معنى ذلك أن حجم الأسر في حي البير لا يتلاءم مع عدد غرف المساكن التي يقيمون بها ، بينما في السكن *T.O.P F5* يصل إلى فردين (2) و هذا يعادل ما هو متفق عليه و هو: $T.O.P = 2$.

و هذا يدل على أن هناك كثافة سكانية و زيادة في معدل الأسر و عند مقارنة عدد أفراد الأسرة بعدد

الغرف نجد أن هناك ازدحام سكاني و كثافة سكانية عالية في المجموعة الثانية (حي البير) .

*** الجدول رقم (19) : يبين المرافق المتوفرة في المساكن**

المجموع الكلي		المجموعة الثانية				المجموعة الأولى				المجموعة
%	ك	%	لا	%	نعم	%	لا	%	نعم	المرافق
100	130	75.71	53	24.29	17	00	00	100	60	غرفة استقبال
100	130	62.86	44	37.14	26	00	00	100	60	حمام
100	130	37.14	26	62.86	44	00	00	100	60	مطبخ
100	130	44.29	31	55.71	39	100	60	00	00	حوش
100	130	87.14	61	12.86	09	80	48	20	12	حديقة أمامية
100	130	97.14	68	2.86	02	00	00	100	60	شرفة

إن توفر المرافق بالمسكن يتوقف على نوعية و طبيعة المسكن ، فمساكن الأحياء المخططة لها مميزات و خصائص و نفس الشيء بالنسبة للأحياء غير المخططة ، و قد تطرقنا لكل هذا في الجانب النظري ، و الجدول يبين أن المجموعة الأولى مساكنها تتوفر على مختلف المرافق من غرفة استقبال و حمام و مطبخ و شرفة أي أن كل المساكن تتوفر على هذه المرافق بنسبة 100 % ، ماعدا الحديقة الأمامية التي لا تتوفر بكل المساكن و 20 % فقط تمثل المساكن التي تتوفر على حديقة أمامية و باعتبار أن المجموعة الأولى عبارة عن سكن جماعي فإن الحوش لا يوجد بأي سكن .

أما المجموعة الثانية تفتقر إلى كل المرافق الضرورية بالمسكن خاصة غرفة الاستقبال و الحمام حيث نجد أن نسبة 75.71 % ليس لديهم غرفة استقبال و 44.29 % ليس لديهم حمام ، و 78.14 % ليس لديهم حديقة أمامية و 97.14 % ليس لديهم شرفة ، و من كل يبدووا جليا أن حي البير تفتقر مساكنه لمعظم المرافق الضرورية للحياة و هذه هي خصائص المسكن بالحي غير المخطط .

* الجدول رقم (20) : يبين الخدمات المتوفرة بالمساكن

المجموع الكلي		المجموعة الثانية				المجموعة الأولى				المجموعة
%	ك	%	لا	%	نعم	%	لا	%	نعم	الخدمات
100	130	2.86	02	97.14	68	00	00	100	60	مياه جارية
100	130	00	00	100	70	00	00	100	60	الكهرباء
100	130	58.57	41	41.43	29	00	00	100	60	الغاز (غاز المدينة)
100	130	00	00	100	70	00	00	100	60	شبكة صرف صحي

ما قلناه عن المرافق المتوفرة بالمساكن في الجدول السابق (رقم 19) ، ينطبق كذلك على الخدمات المتوفرة بالمسكن ، حيث يتوقف ذلك على نوعية المسكن (قصديري ، فوضوي ، مسكن فردي ، مسكن جماعي ،) .

والجدول يبين أن المجموعة الأولى كل مساكنها تتوفر على كل الخدمات الضرورية من مياه جارية و كهرباء و غاز و شبكة صرف صحي بنسبة 100 % ، في المقابل نجد أن المجموعة الثانية تفتقر بعض مساكنها لعدد من الخدمات الضرورية و المتمثلة في الغاز و المياه ، حيث نجد أن نسبة كبيرة تتمثل في 58.57 % تفتقر للغاز الطبيعي و نسبة أخرى تمثل 2.86% تنقصها المياه ، و هذا يدل على أن المساكن بالحي غير المخطط تفتقر للخدمات الضرورية و الهامة للعيش و هذا راجع لنوعية المساكن بهذه الحي و لغياب التخطيط .

* الجدول رقم (21) : يبين التجهيزات المتوفرة بالمسكن

المجموع الكلي		المجموعة الثانية				المجموعة الأولى				المجموعة
%	ك	%	لا	%	نعم	%	لا	%	نعم	التجهيزات
100	130	2.86	02	97.14	68	00	00	100	60	ثلاجة
100	130	1.43	01	98.57	69	00	00	100	60	تلفاز
100	130	70	49	30	21	8.33	05	91.67	55	هاتف
100	130	32.86	23	67.14	47	00	00	100	60	طباخة
100	130	81.43	57	18.57	13	31.67	19	68.33	41	غسالة

إن التجهيزات المتوفرة بالمسكن ترتبط بمستوى دخل الأسرة و بحجم المسكن و نوعيته ، و الجدول يوضح لنا أن المجموعة الأولى و التي تمثل حي مخطط مساكنها تتوفر بها كل التجهيزات الضرورية للحياة فنجد أن الثلاجة و التلفاز و الطباخة متوفرة بكل المساكن بنسبة 100% و المساكن التي تتوفر بها هاتف تمثل نسبة 91.67% و التي تتوفر بها غسالة تمثل 68.33% و هذا يدل على كل مساكن المجموعة الأولى (بوالصوف) تتوفر معظم التجهيزات الضرورية للعيش و التي يجب أن تكون بكل مسكن ، بالمقابل نجد أن المجموعة الثانية أغلبية مساكنها تفتقر لوجود بعض التجهيزات الضرورية مثل الغسالة و تقدر نسبتهم ب 81.43% ، تليها نسبة 70% لا يوجد بمسكنهم هاتف و نسبة أخرى تقدر ب 32.86% لا يملكون طباخة ، بينما من لا يملكون ثلاجة تقدر نسبتهم ب 2.86% و فرد واحد لا يملك تلفاز ، و منه فإن المجموعة الثانية و التي تمثل حي غير مخطط تفتقر للتجهيزات الضرورية في كل مسكن ، الذي له علاقة بدخل الأسرة ، و قد تطرقنا في الفصل الثاني لخصائص الأحياء غير المخططة و عرفنا أن معظم سكان الأحياء غير المخططة هم من الطبقة الفقيرة و المهمشة و أغلبهم أميين أو لهم مستوى تعليمي منخفض و هذا ما يجعلهم يشتغلون بأعمال بسيطة و ذات أجر منخفض .

4 - حالة الخدمات الصحية :

سنتطرق في هذا المحور لحالة الخدمات الصحية في الأحياء السكنية ، حيث نتعرف على الأفراد الذين يترددون على المراكز و الوحدات الصحية في حالة مرضهم و سبب اختيارهم لهذه المراكز أو الوحدات الصحية و أهم الصعوبات و المشاكل التي تواجههم و اقتراحاتهم لحل هذه المشاكل .

* الجدول رقم (22) : يبين توزيع أفراد العينة حسب ترددهم على المراكز و الوحدات الصحية

المجموعة الثانية		المجموعة الأولى		المجموعة	الفئات
ك	%	ك	%		
54	77.14	48	80	102	نعم
16	22.86	12	20	28	لا
70	100	60	100	130	المجموع

إن الجدول يوضح أن المجموعة الأولى توجد بها أكبر نسبة من الأفراد يترددون على المراكز أو الوحدات الصحية و تقدر نسبتهم ب 80 % ، بالمقابل نجد 77.14% من المجموعة الثانية يترددون على المراكز و الوحدات الصحية ، بينما تقل نسبة الأفراد الذين لا يقومون بزيارة المراكز الصحية في حالة مرضهم و هذا في كلا المجموعتين حيث تقدر نسبتهم ب 20% في المجموعة الأولى و بنسبة 22.86 % في المجموعة الثانية ، و عليه فان اغلب أفراد العينة يقومون بزيارة المراكز و الوحدات الصحية في حالة مرضهم وهذا يساعدنا في دراستنا حيث نتمكن من معرفة حالة الخدمات الصحية في هذه الأحياء .

* الجدول رقم (23) : يبين أسباب التردد على هذه المراكز أو الوحدات الصحي

المجموع الكلي		المجموعة الثانية				المجموعة الأولى				المجموعة
%	ك	%	لا	%	نعم	%	لا	%	نعم	الأسباب
78.46	102	4.28	03	72.86	51	16.67	10	63.33	38	لقربها من المسكن
78.46	102	55.71	39	21.43	15	8.33	05	71.67	43	لحسن الاستقبال
78.46	102	57.14	40	20	14	11.67	07	68.33	41	لحسن المعاملة
78.46	102	31.43	22	45.71	32	26.67	16	53.33	32	ارتفاع مستوى خبرة المعالجين
78.46	102	10	07	67.14	47	31.67	19	48.33	29	عدم وجود بديل آخر (مضطر)
78.46	102	74.28	52	2.86	02	60	36	20	12	لتوفرها على مختلف التجهيزات الطبية
78.46	102	77.14	54	00	00	58.33	35	21.67	13	لتوفرها على مختلف التخصصات الطبية
78.46	102	77.14	54	00	00	80	48	00	00	أسباب أخرى

إن سبب تردد الأفراد في المجموعة الأولى على المراكز و الوحدات الصحية هو بسبب حسن الاستقبال و نسبتهم تقدر ب 71.67 % و لحسن المعاملة و نسبتهم 68.33 % ، بينما هناك من يتردد على هذه المراكز بسبب قربها من المسكن و بنسبة 63.33 % و هناك من يقصد هذه الوحدات و المراكز الصحية لارتفاع مستوى خبرة المعالجين بنسبة 48.33 % و نسبة 20% بسبب توفرها على التجهيزات الصحية و نسبة 21.67 % بسبب توفرها على مختلف التخصصات الطبية .

يتضح من الجدول أن ما توفره المراكز و الوحدات الصحية في المجموعة الأولى من حسن استقبال و حسن معاملة و توفر التجهيزات الصحية و التخصصات الطبية نجده بنسب قليلة في المراكز و الوحدات

* الجدول رقم (24) : يبين نسبة الأفراد الذين واجهتهم صعوبات بالمراكز

أو الوحدات الصحية

المجموعة الثانية		المجموعة الأولى		الفئات
%	ك	%	ك	
67.14	47	28.33	17	نعم
10	07	51.67	31	لا
77.14	54	80	48	المجموع

إن أكبر نسبة من الأفراد الذين واجهوا صعوبات عند زيارتهم للمراكز أو الوحدات الصحية نجدها

في المجموعة الثانية (حي البير) و يمثلون نسبة 67.14 % ،

و هي نسبة كبيرة و لا يمكن إهمالها ، و أهم المشاكل و الصعوبات التي يواجهونها عند زيارتهم

للمراكز الصحية تتمثل في سوء الاستقبال و المعاملة و نقص الأطباء المتخصصين و نقص الأجهزة

الطبية و سيطرة العلاقات الخاصة (المعروفة) و استعمال الوساطة في العلاج ، و يقترحون لحل

هذه الصعوبات إعادة تنظيم و إصلاح المنظومة الصحية و عقوبة كل من يقوم بتجاوزات و ضرورة

توفير الأجهزة الطبية الحديثة و التسيير المحكم و المراقبة المستمرة و توفير الأطباء المتخصصين

، بالمقابل نجد في المجموعة الأولى نسبة 28.33 % فقط واجهتهم صعوبات تتمثل خاصة في

سيطرة العلاقات الخاصة و استعمال الوساطة في العلاج و نقص الأطباء المتخصصين ، و يقترحون

لحل هذه الصعوبات إعادة تنظيم المنظومة الصحية و المراقبة و عقوبة كل من يقوم بتجاوزات و توفير أطباء متخصصين و خاصة في الفترات الليلية .

5 - الثقافة البيئية و الإعلام الصحي :

نتطرق الآن للمحور الخامس الذي يدور حول الثقافة البيئية و الإعلام الصحي ، و نتعرف من خلاله على الوسيلة المستعملة من طرف أفراد العينة للتخلص من القمامة المنزلية و كذا من يتولى مسؤولية إخراج القمامة و ما إذا كانت أماكن جمع القمامة بالحي ملائمة و ما إذا كان توقيت مرور شاحنة جمع القمامة مناسب و عن من يتحمل مسؤولية نظافة الحي و ما إذا كان أفراد العينة يشاركون في حملات تطوعية لنظافة حييهم و إن قدمت شكاوي عن وضعية الحي الذي يقيمون فيه و معرفة فيما تتمثل هذه الشكاوي و ما إذا كان أفراد العينة لهم إطلاع ببعض الأوبئة و الأمراض الناجمة عن التلوث البيئي و الوسيلة المعتمدة في إطلاعهم على هذه الأمراض و طريقة الوقاية من هذه الأمراض و ما إذا كانوا قد أصيبوا بهذه الأمراض .

* الجدول رقم (25) : يبين الوسيلة المستعملة للتخلص من القمامة المنزلية

المجموع الكلي		المجموعة الثانية				المجموعة الأولى				المجموعة
%	ك	%	لا	%	نعم	%	لا	%	نعم	الوسيلة
100	130	52.86	37	47.14	33	6.67	04	93.33	56	كيس بلاستيكي
100	130	47.14	33	52.86	37	93.33	56	6.67	04	وعاء مخصص
100	130	100	70	00	00	100	60	00	00	أخرى

إن الوسيلة المستعملة للتخلص من القمامة المنزلية تعبر عن مستوى الثقافة البيئية للأفراد و عن وعيهم ، لأن دون شك أن رمي القمامة على الأرض دون وضعها في أكياس و ربطها بإحكام سيؤدي إلى تلوث المحيط و بالتالي ظهور أمراض عديدة . و أغلب أفراد العينة يعتمدون على الكيس البلاستيكي أو وعاء مخصص ، و لكن نسبة كبيرة من المجموعة الأولى يستعملون كيس بلاستيكي للتخلص من قماماتهم المنزلية و يمثلون نسبة 93.33 % و هذا يدل على أنهم واعون بأهمية النظافة في حياتهم ، بالمقابل نجد انه في المجموعة الثانية نسبة 52.86 % يستعملون وعاء مخصص للتخلص من قماماتهم المنزلية و بالتالي فان هذه القمامة ستتسبب في تلوث المحيط و ظهور الأمراض حيث أن هذه القمامة ستنشر في كل مكان بفعل الرياح و ستصعب الأمر على عمال النظافة حيث يجدون صعوبة في جمع هذه القمامة المنتشرة و لكن عند وضعها في أكياس فان هذا يقلل من انتشارها و يسهل المهمة على عمال النظافة و بالتالي يبقى الحي نظيف ، و هذا يدل على إن سكان حي البير (المجموعة الثانية) يفتقدون لثقافة بيئية و وعي بأهمية النظافة في حياتهم .

*** الجدول رقم (26) : يبين من يتولى إخراج القمامة من المسكن**

المجموعة الثانية		المجموعة الأولى		المجموعة	الاحتمالات
ك	%	ك	%		
29	41.43	18	30	الأطفال	
15	21.43	12	20	الأب	
02	2.86	05	8.33	الأم	
24	34.28	25	41.67	غير محدد	
70	100	60	100	المجموع	

إن إخراج القمامة من المنزل و وضعها في المكان المخصص لها من مسؤولية إنسان عاقل و راشد ، له و عي بأهمية النظافة ، و لهذا فان إسناد هذه المهمة للأطفال يجب أن تكون متنوعة بالمراقبة و التوعية و الإرشاد حتى نزرع فيهم ثقافة بيئية و حب النظافة و المحافظة على المحيط . و عليه نتجت عن هذه الدراسة و كما نلاحظ في الجدول أن في المجموعة الأولى هناك نسبة 41.67 % تمثل الأسر الذين ليس لديهم شخص محدد لإخراج القمامة فأى شخص من العائلة يخرج القمامة ، و نسبة 30% تمثل الأسر الذين يكلفون الأطفال بإخراج القمامة ، و 12 عائلة يتولى فيها رب الأسرة (الأب) إخراج القمامة و 5 عائلات تتولى فيها الأم رمي القمامة ، أما المجموعة الثانية نسبة 41.43 % تمثل الأسر الذين يكلفون أطفالهم بإخراج القمامة ، و نسبة 34.28 % من العائلات غير محدد عندهم شخص معين فأى فرد من العائلة يتولى هذه المهمة ، و 15 عائلة يتكفل فيها الأب بإخراج القمامة و عائلتين تتحمل فيها الأم مهمة إخراج القمامة ، و ما يمكن ملاحظته من الجدول كذلك هو أن الأطفال هم من يتولون في العادة إخراج القمامة و بنسبة أكبر في المجموعة الثانية ، و كما هو معروف عن الأطفال فهم غير مسؤولين و قد يلقون القمامة في أي مكان غير المكان المخصص لها أو قد يلعبون بها و ينتج عن كل هذا تلوث للمحيط و ظهور للأمراض .

*** الجدول رقم (27) : يبين مدى ملائمة أماكن جمع القمامة**

المجموعة الثانية		المجموعة الأولى		المجموعة	الاحتمالات
ك	%	ك	%		
18	25.71	44	73.33	ملائمة	
52	74.29	16	26.67	غير ملائمة	
70	100	60	100	المجموع	

إن ملائمة أو عدم ملائمة أماكن جمع القمامة هو أمر مهم بالنسبة لصحة السكان ، حيث أن قرب هذه الأماكن من المساكن يؤثر على صحة السكان بالسلب و العكس صحيح ، و منه فلقد تبين من خلال الجدول أن نسبة 73.33 % في المجموعة الأولى ترى أن أماكن جمع القمامة بالحي ملائمة و من خلال معاينتنا للحي لاحظنا أن أماكن جمع القمامة بني لها إطار خاص بها وهي بعيدة عن المساكن و العمارات حتى لا تنقل لهم الأمراض ، بالمقابل نجد أن نسبة 25.71 % فقط في المجموعة الثانية ترى أن أماكن جمع القمامة بالحي ملائمة و نسبة كبيرة تقدر ب 74.29 % ترى أن أماكن جمع القمامة بالحي غير ملائمة و مقارنة مع المجموعة الأولى يتضح أن أغلب الأفراد في المجموعة الثانية غير راضين عن الأماكن المخصصة لرمي القمامة بالحي و هذا يدل على أنها لا توجد في أماكن ملائمة و مناسبة ، و من خلال دراستنا الميدانية و معاينتنا للحي لاحظنا أن أماكن جمع القمامة قريبة جدا من المساكن و لم يبنى إطار مخصص لها مما أدى إلى تلوث الحي و ظهور أمراض متعددة .

***الجدول رقم (28) : يبين مدى ملائمة توقيت مرور شاحنة جمع القمامة**

المجموعة الثانية		المجموعة الأولى		المجموعات الاحتمالات
ك	%	ك	%	
46	65.71	60	100	مناسب
24	34.29	00	00	غير مناسب
70	100	60	100	المجموع

إن احترام توقيت إخراج القمامة سيضمن العيش في محيط نظيف حيث لا تكون هناك روائح كريهة و لا أمراض . و ما نتج عن الجدول أن كل أفراد عينة المجموعة الأولى يرون أن توقيت مرور شاحنة جمع القمامة مناسب و أيضا هناك نسبة معتبرة في المجموعة الثانية والتي تقدر نسبتهم ب 65.71 %

ترى كذلك أن توقيت مرور شاحنة جمع القمامة مناسب، وهذا دليل على أن عمال النظافة يقومون بدورهم و يحافظون على نظافة المحيط ، غير أن هناك نسبة 34.29 % في المجموعة الثانية ترى أن توقيت جمع القمامة غير مناسب ، و هذا يدل على أن هناك نقائص بهذا الحي غير المخطط .

*** الجدول رقم (29) : يبين توزيع أفراد العينة حسب رأيهم في من يتحمل مسؤولية نظافة الحي**

المجموعة	المجموعة الأولى		المجموعة الثانية	
	ك	%	ك	%
الاحتمالات				
السكان	05	8.33	03	4.29
البلدية	06	10	28	40
الاثنين معا	49	81.67	39	55.71
المجموع	60	100	70	100

النظافة هي مسؤولية الجميع ، فان كان عمال النظافة يقومون بمهمتهم على أكمل وجه فان هذا غير كافي إن لم تتضافر جهودهم مع السكان مثل احترام مواقيت إخراج القمامة ، و وضعها في الأماكن المخصصة لها ، بالإضافة إلى القيام بحملات تطوعية و جماعية للسكان من أجل تنظيف حيهم من حين لآخر ، و هذا سيضمن بالتأكيد العيش في بيئة نظيفة ، و الدليل أن أغلب أفراد العينة يرون أن السكان و البلدية معا يتحملان مسؤولية نظافة الحي و أعلى نسبة سجلت في المجموعة الأولى و تقدر ب 81.67 % ، و الأخرى في المجموعة الثانية و تقدر ب 55.71 % ، في حين نجد نسبة معتبرة تقدر ب 40 % في المجموعة الثانية ترى أن البلدية هي التي تتحمل مسؤولية نظافة الحي بينما نسبة 10 % فقط في المجموعة الأولى تحمل البلدية مسؤولية نظافة الحي و نسبة أخرى ترى أن السكان هم من يتحملون مسؤولية نظافة الحي و تقدر نسبتهم في المجموعة الأولى ب 8.33 % و في المجموعة

الثانية ب 4.29 % . و يتضح أن هناك نسبة كبيرة من أفراد العينة يحسون بالمسؤولية اتجاه الحي الذي يقيمون فيه و هم واعون بأهمية نظافة المحيط و الذي له علاقة بصحتهم و صحة أطفالهم .

* الجدول رقم (30) : يبين مدى المشاركة في حملات تطوعية لنظافة الحي

المجموعة الثانية		المجموعة الأولى		المجموع
ك	%	ك	%	
25	35.71	42	70	نعم
45	64.29	18	30	لا
70	100	60	100	المجموع

فيما سبق تم التطرق لأهمية الحملات الجماعية و التطوعية للسكان في نظافة المحيط و الجدول رقم

(30) يبين أن أفراد المجموعة الأولى أكثر مشاركة في الحملات التطوعية لنظافة حييهم من المجموعة

الثانية ، حيث تقدر نسبتهم في المجموعة الأولى ب 70 % بينما في المجموعة الثانية ب 35.71 % فقط ،

و هذا يدل على أن المجموعة الأولى لهم ثقافة بيئية و واعون و حريصون على العيش في محيط نظيف ،

بينما المجموعة الثانية رغم المبادرات التي يقوم بها البعض إلا أن نسبة كبيرة من الأفراد لا يعملون من

أجل نظافة حييهم و غير واعون و غير مباليين بنظافة المحيط و تنقصهم ثقافة بيئية و وعي بأهمية

النظافة .

*** الجدول رقم (31) : يبين مقدار الشكاوي المقدمة عن وضعية الحي**

المجموعة الثانية		المجموعة الأولى		الفئات
%	ك	%	ك	
40	28	38.33	23	نعم
60	42	61.67	37	لا
100	70	100	60	المجموع

إن ارتفاع عدد الشكاوي المقدمة عن وضعية الأحياء تعبر عن تضرر و عدم رضى السكان عن المنطقة أو الحي ، و الجدول يبين لنا أن هناك نسبة معتبرة من أفراد العينة قدموا شكاوي عن أحيائهم ، و أكبر نسبة سجلت في المجموعة الثانية و تقدر ب 40 % و أغلبها شكاوي عن تسرب المياه و تلوث المحيط و تراكم القمامات و المياه القذرة ، بينما في المجموعة الأولى نجد نسبة 38.33 % أغلبهم قدموا شكاوي عن نقص المساحات الخضراء و تسرب المياه .

إن تقديم شكاوي من طرف السكان عن وضعية الحي هي دلالة على أن الحي يعاني من نقائص ، كما أنها دلالة على وعي هؤلاء الأفراد الذين قدموا الشكاوي و شعورهم بالمسؤولية اتجاه المحيط الذي يعيشون فيه .

*** الجدول رقم (32) : يبين توزيع أفراد العينة حسب معرفتهم بالأوبئة و الأمراض
الناجمة عن التلوث البيئي**

المجموعة الثانية		المجموعة الأولى		المجموعات
%	ك	%	ك	
88.57	62	88.33	53	نعم
11.43	08	11.67	07	لا
100	70	100	60	المجموع

إن أغلب أفراد العينة لهم دراية بالأوبئة و الأمراض الناجمة عن التلوث البيئي حيث نجد نسبة

88.33 % في المجموعة الأولى لهم دراية بمرض التسمم و التيفوئيد و الكوليرا و الأمراض الجلدية و

أمراض العيون و مرض السرطان ، و نسبة 88.57 % في المجموعة الثانية لهم إطلاع و دراية بمرض

الحساسية و التسمم و أمراض العيون و ضيق التنفس و التيفوئيد و السرطان و الأمراض الجلدية .

* الجدول رقم (33) : يبين توزيع أفراد العينة حسب الوسيلة المعتمدة في إطلاعهم على الأمراض الناجمة عن التلوث البيئي

المجموع		المجموعة الثانية				المجموعة الأولى				المجموعة
%	ك	%	لا	%	نعم	%	لا	%	نعم	الوسيلة
88.46	115	88.57	62	00	00	81.66	49	6.67	04	عن طريق الإعلانات الخاصة المتواجدة بالمراكز الصحية
88.46	115	58.57	41	30	21	36.66	22	51.67	31	عن طريق الإذاعة المحلية
88.46	115	60	42	28.57	20	41.66	25	46.67	28	عن طريق الصحف
88.46	115	00	00	88.57	62	30	18	58.33	35	أخرى

إن أفراد المجموعة الأولى يعتمدون في إطلاعهم على الأمراض الناجمة عن التلوث البيئي على

وسائل عديدة تتمثل في التلفاز أو عن طريق المحيط الخارجي و هما يندرجان في وسائل أخرى ، و

يعتمدون كذلك على الإذاعة المحلية و الصحف و نسبة قليلة جدا تطلع على هذه الأمراض عن طريق

الإعلانات المتواجدة بالمراكز الصحية ، و يرجعون سبب هذه الأمراض للتلوث وانتشار الأوساخ خاصة

تلوث مياه الشرب و تلوث الهواء علما أن نسبة قليلة منهم أصيبوا بهذه الأمراض و يقترحون للوقاية

من هذه الأمراض ضرورة التوعية و النظافة الدائمة و الشاملة ، بينما المجموعة الثانية نجد أن

نسبة كبيرة من الأفراد يعتمدون في إطلاعهم على هذه الأمراض على التلفاز و المحيط الخارجي و

الإذاعة المحلية و الصحف و لا يوجد أي شخص في هذه المجموعة يعتمد على الإعلانات المتواجدة

بالمراكز الصحية ، و يرون أن سبب هذه الأمراض هو التلوث و الأوساخ خاصة تلوث المياه و الهواء و كذا نوعية و طبيعة المسكن (مسكن قصديري أو قديم أو مصنوع من مواد تؤثر على صحة سكانه مثل مادة الأميونت) ، خاصة و أن أغلبية أفراد هذه المجموعة (حي البير) أصيبوا بهذه الأمراض الناجمة عن التلوث البيئي و هو دليل على شدة تلوث هذا الحي و على أنه يعاني من نقائص عديدة و هذا ينطبق على ما تطرقنا له في الفصل الثاني من الجانب النظري عندما تناولنا خصائص الأحياء غير المخططة ولهذا فإنهم يقترحون للوقاية من هذه الأمراض ضرورة التوعية و النظافة الشاملة سواء في الملبس أو المسكن أو الحي ، و المطالبة بالإقامة في سكنات لائقة و ملائمة و صحية و تتوفر على كل الخدمات الضرورية .

استخلاص النتائج :

إن الهدف من الدراسة هو معرفة واقع و وضعية الخدمات الصحية بالأحياء السكنية المخططة و غير المخططة ، و منه نصل لمقارنة وضعية الخدمات الصحية في الأحياء المخططة بوضعية الخدمات الصحية في الأحياء غير المخططة ، و من خلال هذا المنطلق و ضعنا فرضية نحاول التحقق من صحتها من خلال النتائج التي تم التوصل إليها من تحليل للبيانات الميدانية و توصلنا إلى ما يلي :

1 - النتائج المتعلقة بخصائص مجتمع البحث :

* إن الفئة العمرية الغالبة في مجتمع البحث و بالنسبة للمجموعتين تنحصر بين 40 - 60 ، و هذا يدل على أن أفراد العينة يتميزون بالنضج العقلي و بالمسؤولية و الوعي و لهم دراية و علم بحالة و وضعية الخدمات الصحية . (أنظر الجدول رقم 5) .

* أغلبية أفراد عينة المجموعة الأولى (حي بوالصوف) لهم مستوى تعليمي لا باس به يمكنهم من فهم كل ما يدور حولهم و من معرفة وضعية الخدمات الصحية بمنطقتهم ، أما المجموعة الثانية فاعليهم لهم مستوى تعليمي منخفض و بعضهم غير متعلمين . (أنظر الجدول رقم7)

* أغلب أفراد العينة هم متزوجين ومسؤولون عن أسر و عائلات هذا يدل على أنهم لهم دراية أكثر من الشباب العازب بمختلف الأمراض و الأقسام و التخصصات الموجودة بالمراكز الصحية و بكل ما يتعلق بالخدمات الصحية . (أنظر الجدول رقم 8)

2 - النتائج المتعلقة بوضعية الإقامة :

* أغلبية فراد عينة المجموعة الأولى أقاموا بالمنطقة في سنوات متقاربة و هي العشرية الأخيرة (10 سنوات السابقة) ، لأنها منطقة سكنية حديثة النشأة ، أما المجموعة الثانية فان أغلب أفرادها أقاموا فيها منذ سنوات طويلة تتعدى العشرين سنة باعتبارها منطقة سكنية قديمة (أنظر الجدول رقم 10) .

* إن أغلب الأفراد في المجموعة الأولى راضون عن منطقتهم و هذا يدل على تحسن الخدمات بالمنطقة ، بينما المجموعة الثانية غير راضون عن المنطقة التي يقيمون بها و هذا دليل على أنها تعاني من نقائص في الخدمات و مشاكل أخرى (أنظر الجدول رقم 13) .

* إن أغلب أفراد المجموعة الأولى لا صلة لهم بجيرانهم المباشرين و بعضهم لهم علاقة صداقة و هذا يدل على الأسرة اليوم تحولت إلى أسرة نووية و فردية ، أما المجموعة الثانية فان أغلبهم لهم علاقة صداقة و قرابة و هذا طابع و سمة تميز سكان الأحياء غير المخطط .

(أنظر الجدول رقم 15)

3 - النتائج المتعلقة بالمسكن و استعمالاته:

* إن عدد أفراد الأسرة في المجموعة الأولى (حي بوالصوف) تتلاءم مع عدد غرف المسكن حيث $T.O.P = 2$ و هو يعادل ما هو متفق عليه أي فردين في الغرفة و هذا ما يؤكد الجدول رقم (18) .

أما في المجموعة الثانية (حي البير) فان عدد أفراد الأسرة لا يتلاءم مع عدد الغرف حيث أن الأسر التي تعيش في النط F 1 و F 2 و F 3 و F 4 هي أسر كبيرة بالنسبة لهذا النوع ، و هذا ما يسبب مشكل ضيق المسكن ، و هذا ما يؤكد الجدول رقم (18) حيث أن $5.5 = T.O.P F 1$

و $4 = T.O.P F 2$ و $3 = T.O.P F 3$ و $4 = T.O.P F 4$ أي 3 أفراد في الغرفة و 4 و 5 أفراد في الغرفة و هو حد يفوق بكثير ما هو متفق عليه و هو 2 في الغرفة .

* أغلبية المساكن في المجموعة الأولى مجهزة بمختلف المرافق و الخدمات و التجهيزات الضرورية ، بينما مساكن المجموعة الثانية تفتقر لبعض الخدمات و التجهيزات و المرافق الضرورية (أنظر الجداول رقم 19 و 20 و 21) .

4 - النتائج المتعلقة بحالة الخدمات الصحية :

* أغلب أفراد العينة و في كلا المجموعتين يترددون على المراكز و الوحدات الصحية ، و هذا يساعدنا على معرفة حالة الخدمات الصحية (أنظر الجدول رقم 22) .

* أن أغلب أفراد المجموعة الأولى يترددون على المراكز الصحية بسبب حسن الاستقبال و المعاملة و ارتفاع خبرة المعالجين ، و هذا دليل على أن الخدمات الصحية بهذا الحي جيدة ، أما أغلبية الأفراد في المجموعة الثانية يترددون على المراكز الصحية لقربها من المسكن ولأنهم مضطرين للذهاب إليها بسبب عدم وجود بديل آخر و هذا دليل على عدم رضى الأفراد عن الخدمات الصحية المقدمة في هذا الحي (انظر الجدول رقم 23) .

* أغلب أفراد عينة المجموعة الثانية واجهتهم صعوبات خلال زيارتهم للمراكز و الوحدات الصحية ،
بينما نسبة قليلة في المجموعة الأولى واجهتهم صعوبات و هذا دليل على كلامنا السابق
(أنظر الجدول رقم 24) .

5 - نتائج متعلقة بالثقافة البيئية و الإعلام الصحي :

* أغلب الأفراد في المجموعة الأولى يستعملون كيس بلاستيكي للتخلص من القمامة المنزلية ، بينما
أفراد المجموعة الثانية يستعملون إناء مخصص لرمي القمامة و هذا دليل على أن المجموعة الأولى
تساهم في نظافة البيئة و تسهل المهمة على عمال النظافة ، أما المجموعة الثانية تعمل على تلوث
البيئة و تصعب الأمر على عمال النظافة (أنظر الجدول رقم 25) .

* أغلب الأفراد في المجموعة الأولى يرون أن أماكن جمع القمامة ملائم ، و أغلبهم يشاركون في
حملات تطوعية لنظافة الحي ، بينما أغلب الأفراد في المجموعة الثانية يرون أنها غير ملائمة و نسبة
قليلة منهم فقط يشاركون في حملات تطوعية لنظافة الحي ، و هذا دليل على أن المجموعة الأولى لها
ثقافة بيئية و وعي أكثر من المجموعة الثانية (أنظر الجدول رقم 26) .

* أغلب الأفراد و في المجموعتين لهم دراية و إطلاع على مختلف الأمراض الناجمة عن التلوث البيئي
، و هذا دليل على اهتمامهم و خوفهم على صحتهم و صحة عائلاتهم ، أو لأنه راجع لإصابتهم بهذه
الأمراض أو إصابة أحد أفراد عائلتهم و بالتالي أصبحوا على علم بهذه الأمراض ، خاصة في المجموعة
الثانية التي بها نسبة كبيرة من الأفراد الذين تعرضوا للإصابة بهذه الأمراض
(أنظر الجدول رقم 27) .

* مطابقة النتائج مع الفرضية و مؤشراتها:

انطلاقاً من هذه الدراسة نحاول الوصول إلى استنتاجات مبنية على حقائق علمية تبرز مدى صحة أو خطأ الفرضية، هذه الاستنتاجات مأخوذة من النتائج التي توصلنا لها عن طريق تفريغ البيانات التي تم جمعها من الميدان ووضعها أو تفريغها في جداول، ثم تحليلها و تفسيرها و ربطها بإشكالية البحث ، و ذلك حفاظاً على الترابط لخدمة أغراض البحث و أهدافه .

اعتمدت الدراسة على فرضية واحدة و أساسية هي :

* ترتبط وضعية الخدمات الصحية بالخصائص العمرانية و المجالية للمنطقة السكنية و بإطارها البيئي و الثقافة الحضرية لسكانها .

و اعتمدنا على عدد من المؤشرات ، و عليها بنيت الفرضية ، بأهداف البحث المتمثلة في :

- تحديد خصائص الأحياء المخططة و غير المخططة و معرفة الخصائص العمرانية المتعلقة بهما و كذا المشاكل التي توجد بهما .

- معرفة حالة المجال البيئي و الثقافة البيئية بهذه الأحياء .

- معرفة نوعية و نظام الخدمات الصحية بمجال الدراسة .

و عليه فإننا قمنا بوضع مؤشرات خاصة بالحي المخطط و مؤشرات خاصة بالحي غير المخطط و

كنتيجة للعمل الميداني استطعنا إثبات المؤشرات التالية :

أ - مؤشرات خاصة بالأحياء المخطط (حي بوالصوف) :

* إن حي بوالصوف تتوفر به مراكز صحية تتمثل في عيادتين ، عيادة خاصة و أخرى عمومي .

* إن سكان حي بوالصوف يقبلون على هذه المراكز بسبب حسن الاستقبال و المعاملة و ارتفاع خبرة

المعالجين و لقرب هذه المراكز من مقر سكنهم .

* إن سكان حي بوالصوف لهم إطلاع على بعض الأوبئة و الأمراض الناجمة عن التلوث البيئي و أغلب الوسائل التي يعتمدون عليها في إطلاعهم على هذه الأمراض تتمثل في التلفاز و الإذاعة المحلية و الجرائد و من المحيط الخارجي أي عن طريق الناس ، و منه نستخلص أن وسائل الإعلام سواء المرئية أو المسموعة أو المقروءة تلعب دورا فعالا في إبلاغ المواطنين بالأمراض و النصائح و الإرشادات الطبية و لا يعتمدون على الإعلانات الخاصة المتواجدة بالمراكز الصحية و مهما تعددت و اختلفت الوسائل التي يعمد عليها السكان في إطلاعهم على الأمراض و النصائح و الإرشادات الطبية إلا انه دليل على وعي و اهتمام السكان بصحتهم و صحة عائلاتهم .

* إن سكان حي بوالصوف يقبلون على إجراء الفحوصات بالمراكز الصحية و هذا دليل على وعي السكان و اهتمامهم بصحتهم و صحة أطفالهم .

* توفر بيئة صحية لسكان حي بوالصوف هذا نتيجة حرص السكان على وضع القمامة المنزلية بأكياس بلاستيكية و وضعها في أماكن جمع القمامة ، بالإضافة إلى مشاركتهم في الحملات التطوعية لنظافة حييهم ، و حرصهم و اهتمامهم بوضعية الحي و يتضح ذلك من خلال تقديم شكاوي عن تسرب المياه بالحي كما أن أغلب سكان الحي لم يتعرضوا لأمراض ناجمة عن التلوث البيئي و هذا دليل على نظافة المحيط الذي يعيشون فيه .

* إن المراكز الصحية بحي بوالصوف لا تتوفر على كل التخصصات و الأقسام الخاصة بمختلف فئات المجتمع و هذا دليل على أن الخدمات الصحية غير كافية و هناك بعض النقائص .

* تزود العمران بحي بوالصوف بمختلف الخدمات العمومية مثل : المياه و الغاز و قنوات الصرف الصحي و مختلف التجهيزات و الخدمات و المرافق الضرورية .

* أغلب السكان بحي بوالصوف يعملون على المشاركة في الحملات التطوعية لنظافة حييهم و هذا دليل على وعيهم و أن لهم ثقافة بيئية .

ب - مؤشرات خاصة بالأحياء غير المخططة (حي البير)

* رغم أن حي البير هو حي فوضوي و غير مخطط إلا أنه يتوفر على مراكز و وحدات صحية و تتمثل في مستشفى البير و عيادة عمومية .

* سكان حي البير هم كذلك يعتمدون في إطلاعهم على الأمراض و النصائح و الإرشادات الطبية على وسائل الإعلام مثل : التلفاز و الإذاعة المحلية و الجرائد أو الصحف أو من المحيط الخارجي . معنى

ذلك أن وسائل الإعلام تحتل المركز الأول في تقديم الإرشادات الطبيعية للمواطنين

* إن سكان حي البير يقبلون على المراكز الصحية لإجراء الفحوصات الطبية و سبب إقبالهم على هذه المراكز هو قربها من مقر سكنهم و لأنهم مضطرين للذهاب إلى هذه المراكز أي عدم وجود بديل آخر . و بعضهم يقبل على هذه المراكز لارتفاع خبرة المعالجين ، و هي دليل على اهتمامهم و خوفهم على صحتهم و صحة أطفالهم .

* ثبت فعلا أن البيئة بالحي غير المخطط متدهورة ، حيث أن حي البير يعاني من شدة تلوث البيئة و

هي إحدى خصائصه فمن خلال ملاحظتنا وجدنا أن هناك انتشار للقمامات و الأوساخ ، و تشرب المياه القذرة ، التي أدت إلى تلوث الهواء و فساد المحيط ككل . كما أن سكان الحي ساهموا في انتشار

الأوساخ و القمامات و تلوث البيئة حيث أن أغلبهم يعتمدون على وعاء مخصص لرمي القمامة

المنزلية و بالتالي تبقى هذه القمامة معرضة للعب الأطفال بها أو تسبب الرياح في انتشارها فتصعب

المهمة على عمال النظافة . بالإضافة إلى ذلك فإن أغلبية سكان الحي لا يشاركون في حملات تطوعية

لنظافة حيهم و رغم مجهودات البعض ، إلا أنه غير كافي و هذا ما يزيد في فساد المحيط و تلوث البيئة

بهذا الحي كما إن أغلبية السكان بحي البير أصيبوا بأمراض ناجمة عن التلوث البيئي وهذا دلالة على

تلوث البيئة بهذا الحي .

هناك نقص في الخدمات العمومية حيث أن معظم المساكن بهذا الحي غير مزودة بالغاز الطبيعي (غاز المدينة) ، علما أن هذه المساكن عبارة عن مباني قصديرية .

* إن أغلبية سكان حي البير يشاركون في حملات تطوعية لنظافة حيهم ، رغم أن هناك نسبة قليلة

تشارك في هذه الحملات التطوعية إلا أنه غير كافي ، و مقارنة مع المجموعة الأولى

(حي بوالصوف) فان هذا الحي يحتاج إلى تضافر كل الجهود و مشاركة كل فرد من هذا الحي

للتخلص و القضاء على التلوث الموجود به و التمتع ببيئة صحية ، معنى هذا أن سكان الحي تنقصهم ثقافة و وعي بأهمية النظافة في حياتهم .

* مطابقة النتائج لأهداف البحث :

كانت أهداف الدراسة تحاول الكشف عن :

1 - تحديد خصائص الأحياء المخططة و غير المخططة و معرفة الخصائص العمرانية المتعلقة بهما و

كذا المشاكل التي توجد بهما ، و قد توصلنا من خلال هذه الدراسة إلى أن أغلب سكان الأحياء المخططة

لهم مستوى معيشي و تعليمي لا بأس به ، حيث أنهم يشتغلون بوظائف و مهن مناسبة توفر لهم دخل

ملائم ، بالإضافة إلى تحسن حالتهم الصحية حيث أنهم يقيمون في سكنات ملائمة و مناسبة تتوفر بها

كل التجهيزات و الخدمات العمومية و المرافق الضرورية ، كما أنهم يتمتعون ببيئة صحية و محيط

نظيف و الأحياء المخططة طرقها معبدة و شوارعها واسعة و تتوفر بها الخدمات الاجتماعية و المرافق

العامة ، أما الأحياء غيرا لمخططة فأغلب سكانه لهم مستوى معيشي منخفض و هذا بسبب انخفاض

الدخل و هذا راجع بدوره إلى أن أغلبهم أميين و البعض لهم مستوى تعليمي منخفض ، فيضطرون إلى

العمل في أنشطة و أعمال يدوية أو حرفية لا تتطلب بالضرورة إعدادا مهنيا أو تأهيلا فنيا ، و هذا ما

يفسر انخفاض الدخل ، كما أن سكان الأحياء غير المخططة يعانون من تدني مستوى الحالة الصحية

الذي يعد كمؤشر على مدى انتشار الأمراض المعدية المختلفة و هذا نتيجة تلوث البيئة و فساد المحيط

بهذه الأحياء غير المخططة ، بالإضافة إلى أن أغلبية سكان هذه الأحياء يشعرون بان مجتمعهم الحضري يهملهم ، و من ثم يشعرون بالإحباط و التشكك في أية محاولة لمساعدتهم من طرف جهات غريبة عن مناطقهم و هذا ما لمسناه عند إجراء الدراسة الميدانية مع سكان حي البير ،بالإضافة إلى أن الأحياء غير المخططة تتميز بالازدحام السكاني ، حيث أن الأبنية مكتظة بالسكان و البنائيات و متداخلة و طرقها غير معبدة و انتشار القمامات و الأوساخ بأحيائها .

كما تتميز هذه الأحياء بنقص الخدمات الاجتماعية و المرافق العامة وأن المساكن تفتقر لبعض الخدمات العمومية و التجهيزات و المرافق الضرورية .

2 - معرفة حالة المجال البيئي و الثقافة البيئية بهذه الأحياء ، و قد تبين أن الأحياء تتميز ببيئة صحية

و محيط نظيف كما أن سكان هذه الأحياء يتمتعون بوعي صحي و ثقافة بيئية ، بينما الأحياء غير المخططة تتميز ببيئة ملوثة و غير صحية و انتشار للقمامات و الأوساخ و المياه القذرة و تلوث الجو و فساد المحيط ككل ، بالإضافة إلى غياب الثقافة البيئية و الوعي الصحي لأغلب سكان هذه الأحياء .

3 - معرفة نوعية و نظام الخدمات الصحية بمجال الدراسة ، و قد توصلنا إلى أن نوعية و نظام

الخدمات الصحية المقدمة بالمجال الأول (حي بوالصوف) تلبى إلى حد ما متطلبات سكان هذا الحي

رغم بعض النقائص و المتمثلة في نقص التجهيزات الصحية و التخصصات الطبية بالمراكز الصحية

الموجودة بهذه المنطقة ، لكن هذا الحي له ارتباطا وثيقا مع المخطط الرئيسي للتهيئة و العمران

باعتبار أن الحي المخطط يتمتع بكل الامتيازات خاصة توفر الخدمات الصحية ، التي تقدم عن طريق

المراكز و الوحدات الصحية مثل المستشفيات و العيادات و المستوصفات .

أما نوعية و نظام الخدمات الصحية بالمجال الثاني (حي البير) فهي تلبى حاجات السكان إلى حد ما

رغم بعض النقائص مثل نقص بعض التخصصات الطبية و التجهيزات الصحية و الأطباء المتخصصين و

سوء الاستقبال و المعاملة بالمراكز الصحية الموجودة بهذا الحي حسب ما صرح به السكان خلال الدراسة الميدانية . و لكن تواجد خدمات صحية بهذا الحي ما هي إلا مجرد تسوية وضعية فقط من جهة ، و من جهة ثانية هو ذلك الهدف الأسمى الذي ترمي إليه الصحة و هو هدف إنساني بالدرجة الأولى .

* الخاتمة :

بعد أن بينا إشكالية الدراسة ، و أهمية البحث و أهدافه و الفرضية و مؤشراتهما و المفاهيم الأساسية ، و جمعنا معلومات نظرية من (كتب و رسائل جامعية و مجلات و جرائد و مؤتمرات ...) و معلومات من الميدان (من خلال الاستمارة و المقابلة و الملاحظة) ، هذه الأخيرة التي لها ارتباطا وثيقا بالمعلومات النظرية و المكتملة لها كما أن المعلومات النظرية تخدم المعلومات الميدانية ، و كل ذلك لغرض الكشف عن بعض الحقائق من واقعنا الاجتماعي المعاش حتى نبين من خلال كل هذا مدى صدق فرضية الدراسة و ذلك عن طريق النتائج المتوصل إليها و بالتالي نستخلص من هذا العمل ما يلي :

أنه تم التأكد نسبيا من صحة فرضية الدراسة ، حيث فعلا وضعية الخدمات الصحية ترتبط بالخصائص العمرانية و المجالية للمنطقة السكنية و بإطارها البيئي و الثقافة الحضرية لسكانها ، باعتبار أن الأحياء غير المخططة كما تعرضنا له في الفصل الثاني من الجانب النظري محرومة من كل ضروريات الحياة الحضرية نظرا لنشوئه بطريقة فوضوية و غير قانونية على خلاف الأحياء المخططة التي تتمتع بكل الامتيازات بسبب ارتباطها بالمخطط الرئيسي للتهيئة و العمران ، الذي له خصوصيات مجالية معينة من حيث ترتيب الطرقات و المساحات الخضراء و المساحات العمومية و توفر الخدمات الاجتماعية و غيرها من المجالات الوظيفية ، و عليه فان تواجد خدمات صحية بالأحياء غير المخططة ما هي إلا مجرد تسوية وضعية فقط من جهة ، و من جهة ثانية هو ذلك الهدف الأسمى الذي ترمي إليه الصحة و هو هدف إنساني لا محالة .

ومن خلال قيامنا بهذا البحث المتواضع يمكننا وضع بعض الاقتراحات و التوصيات التي تخص مجالي البحث و تتمثل في :

1- الإقتراحات:

من خلال ما تم دراسته و ما هو موجود في الواقع فان هناك بعض النقائص في المجموعتين

(مجال الدراسة) و بالتالي يمكن اقتراح :

* الاهتمام بمختلف المرافق الخدماتية في عملية تهيئة الأحياء مثل :

- إنجاز المزيد من العيادات متعددة الخدمات تضمن الخدمة لكل سكان الحي .
- إنشاء ملاحق إدارية مختلفة .
- استغلال المساحات الشاغرة بالحي لإنشاء قاعات متعددة الخدمات و فضاءات للعب و حدائق و أسواق و غيرها .

- إعادة تعبيد الطرقات و القيام بصيانة الإنارة العمومية و الصيانة الدائمة و المستمرة

- للقتوات .

- تهيئة مواقف للسيارات و الحافلات بهذه الأحياء .

- وضع وحدات لرمي القمامات بالحي .

* يجب القضاء على المباني القصديرية و بناء مساكن لائقة و صحية للسكان .

* إعادة تسوية البناءات الفوضوية و العشوائية في القريب العاجل و هذا بإعادة تنظيمها و توفير

مختلف الخدمات الاجتماعية و المرافق العمومية و تعبيد الطرقات و الشوارع .

* محاولة الارتقاء بالخدمات الصحية إلى أرقى مستوياتها ، في الأحياء المخططة و غير

المخططة ، و إمدادها بزيادة من الأطباء العاميين و المتخصصين خاصة و أن نسبة السكان بالأحياء غير

المخططة كبير ، كما أن مستواهم المعيشي لا يسمح لهم بالتنقل إلى وسط المدينة لتلقي العلاج

بالمراكز الموجودة بها ، كما أن ظروفهم المادية لا تسمح لهم أيضا بالذهاب إلى طبيب الخاص .

إضافة إلى محاولة تعويض الأطباء و تطبيق قانون العمل بالتناوب - أي في حالة غياب طبيب لا بد من أن يعوض بطبيب آخر في نفس المجال حتى لا يحدث خلل في تقديم الخدمات الصحية للمواطنين - .

* ضرورة توفر كل التخصصات الطبية بالمراكز و الوحدات الصحية و العمل و زيادة فعالية و نشاط الإعلام الصحي لان له دور فعال في توعية و تقديم الإرشادات و النصائح الطبية للمواطنين و من الأفضل توفر مرشد صحي في كل من المركز و الوحدة الصحية و كذا إمداد كل المراكز و الوحدات الصحية بالعتاد الطبي و بمختلف التجهيزات الطبية الحديثة .

2- التوصيات :

* إن موضوع الخدمات الصحية في الأحياء السكنية موضوع هام و حساس و قد أثار بعض التساؤلات نذكر منها :

- هل المؤشرات التي عرضناها سابقا لغرض معرفة وضعية الخدمات الصحية في الأحياء السكنية المخططة منها و غير المخططة كافية ، أم أن هناك مؤشرات أخرى ذات دلالة كبرى لمعرفة وضعية الخدمات الصحية بهذه الأحياء ؟
- كذلك تساؤل آخر و يتمثل في :
- ما هي الجهود المقدمة للنهوض بالخدمة الصحية في الأحياء السكنية المخططة و غير المخططة ، سواءا مجهودات الحكومة ، أو المواطنين ؟
- و لهذا نطمح إلى أن تكون هناك بحوث اجتماعية يقوم بها الباحثين و الدارسين في نفس المجال أو الموضوع من أجل الوصول إلى الحلول المناسبة للمشاكل المجسدة على واقعا الحضري .

* الخاتمة :

بعد أن بينا إشكالية الدراسة ، و أهمية البحث و أهدافه و الفرضية و مؤشراتنا و المفاهيم الأساسية ، و جمعنا معلومات نظرية من (كتب و رسائل جامعية و مجلات و جرائد و مؤتمرات ...) و معلومات من الميدان (من خلال الاستمارة و المقابلة و الملاحظة) ، هذه الأخيرة التي لها ارتباطا وثيقا بالمعلومات النظرية و المكملة لها كما أن المعلومات النظرية تخدم المعلومات الميدانية ، و كل ذلك لغرض الكشف عن بعض الحقائق من واقعنا الاجتماعي المعاش حتى نبين من خلال كل هذا مدى صدق فرضية الدراسة و ذلك عن طريق النتائج المتوصل إليها و بالتالي نستخلص من هذا العمل ما يلي :

أنه تم التأكد نسبيا من صحة فرضية الدراسة ، حيث فعلا وضعية الخدمات الصحية ترتبط بالخصائص العمرانية و المجالية للمنطقة السكنية و بإطارها البيئي و الثقافة الحضرية لسكانها ، باعتبار أن الأحياء غير المخططة كما تعرضنا له في الفصل الثاني من الجانب النظري محرومة من كل ضروريات الحياة الحضرية نظرا لنشوئه بطريقة فوضوية و غير قانونية على خلاف الأحياء المخططة التي تتمتع بكل الامتيازات بسبب ارتباطها بالمخطط الرئيسي للتهيئة و العمران ، الذي له خصوصيات مجالية معينة من حيث ترتيب الطرقات و المساحات الخضراء و المساحات العمومية و توفر الخدمات الاجتماعية و غيرها من المجالات الوظيفية ، و عليه فان تواجد خدمات صحية بالأحياء غير المخططة ما هي إلا مجرد تسوية وضعية فقط من جهة ، و من جهة ثانية هو ذلك الهدف الأسمى الذي ترمي إليه الصحة و هو هدف إنساني لا محالة .

ومن خلال قيامنا بهذا البحث المتواضع يمكننا وضع بعض الاقتراحات و التوصيات التي تخص مجالي البحث و تتمثل في :

1- الإقتراحات:

من خلال ما تم دراسته و ما هو موجود في الواقع فان هناك بعض النقائص في المجموعتين

(مجال الدراسة) و بالتالي يمكن اقتراح :

* الاهتمام بمختلف المرافق الخدماتية في عملية تهيئة الأحياء مثل :

- إنجاز المزيد من العيادات متعددة الخدمات تضمن الخدمة لكل سكان الحي .
- إنشاء ملاحق إدارية مختلفة .
- استغلال المساحات الشاغرة بالحي لإنشاء قاعات متعددة الخدمات و فضاءات للعب و حدائق و أسواق و غيرها .

- إعادة تعبيد الطرقات و القيام بصيانة الإنارة العمومية و الصيانة الدائمة و المستمرة

- للقتوات .

- تهيئة مواقف للسيارات و الحافلات بهذه الأحياء .

- وضع وحدات لرمي القمامات بالحي .

* يجب القضاء على المباني القصديرية و بناء مساكن لائقة و صحية للسكان .

* إعادة تسوية البناءات الفوضوية و العشوائية في القريب العاجل و هذا بإعادة تنظيمها و توفير

مختلف الخدمات الاجتماعية و المرافق العمومية و تعبيد الطرقات و الشوارع .

* محاولة الارتقاء بالخدمات الصحية إلى أرقى مستوياتها ، في الأحياء المخططة و غير

المخططة ، و إمدادها بزيادة من الأطباء العاميين و المتخصصين خاصة و أن نسبة السكان بالأحياء غير

المخططة كبير ، كما أن مستواهم المعيشي لا يسمح لهم بالتنقل إلى وسط المدينة لتلقي العلاج

بالمراكز الموجودة بها ، كما أن ظروفهم المادية لا تسمح لهم أيضا بالذهاب إلى طبيب الخاص .

إضافة إلى محاولة تعويض الأطباء و تطبيق قانون العمل بالتناوب - أي في حالة غياب طبيب لا بد من أن يعوض بطبيب آخر في نفس المجال حتى لا يحدث خلل في تقديم الخدمات الصحية للمواطنين - .

* ضرورة توفر كل التخصصات الطبية بالمراكز و الوحدات الصحية و العمل و زيادة فعالية و نشاط الإعلام الصحي لان له دور فعال في توعية و تقديم الإرشادات و النصائح الطبية للمواطنين و من الأفضل توفر مرشد صحي في كل من المركز و الوحدة الصحية و كذا إمداد كل المراكز و الوحدات الصحية بالعتاد الطبي و بمختلف التجهيزات الطبية الحديثة .

2- التوصيات :

* إن موضوع الخدمات الصحية في الأحياء السكنية موضوع هام و حساس و قد أثار بعض التساؤلات نذكر منها :

- هل المؤشرات التي عرضناها سابقا لغرض معرفة وضعية الخدمات الصحية في الأحياء السكنية المخططة منها و غير المخططة كافية ، أم أن هناك مؤشرات أخرى ذات دلالة كبرى لمعرفة وضعية الخدمات الصحية بهذه الأحياء ؟
- كذلك تساؤل آخر و يتمثل في :
- ما هي الجهود المقدمة للنهوض بالخدمة الصحية في الأحياء السكنية المخططة و غير المخططة ، سواءا مجهودات الحكومة ، أو المواطنين ؟
- و لهذا نطمح إلى أن تكون هناك بحوث اجتماعية يقوم بها الباحثين و الدارسين في نفس المجال أو الموضوع من أجل الوصول إلى الحلول المناسبة للمشاكل المجسدة على واقعا الحضري .

الملاحف

1- تقرير حول عملية تسوية البناءات الفوضوية

2- استمارة البحث

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة منتوري - قسنطينة -

كلية العلوم الاجتماعية و العلوم الإنسانية
قسم علم الاجتماع و الديموغرافيا

استمارة البحث

وضعية الخدمات الصحية في الأحياء السكنية

دراسة مقارنة بين الأحياء المخططة و غير المخططة في مدينة قسنطينة
نموذج حي بوالصوف و حي البير

إشراف الأستاذ :
د/ بن السعدي إسماعيل

إعداد الطالبة :
رحمانية سعيدة

السنة الجامعية : 2007 - 2008

I - بيانات أولية عن المبحوث :

1- الجنس: ذكر

أنثى

2- السن: سنة

3- مكان الميلاد:

4- المستوى التعليمي: أمي

ابتدائي

متوسط

ثانوي

جامعي

5- الحالة المدنية: أعزب

متزوج

مطلق

أرمل

6- الحالة المهنية: تعمل

لا تعمل

7- في حالة يعمل يسأل ما نوع العمل الذي تمارسه؟

.....

P بيانات خاصة بوضعية الإقامة:

8- متى أقمت في هذا الحي ؟

.....

9- أين كنت تقيم قبل انتقالك إلى هذا الحي ؟

- في نفس المنطقة

- في منطقة أخرى تحدد:

.....

10 - ما سبب انتقالك إلى هذا الحي ؟

.....

مالك

مستأجر

أخرى

11- ما صفة إقامتك بهذا السكن ؟

12- هل أنت راضي عن الإقامة بالمنطقة ؟

نعم

لا

13- في حالة الإجابة بـ "لا" يسأل عن السبب ؟

.....

.....

14- هل ترغب في الانتقال إلى منطقة أخرى ؟

نعم

لا

15- في حالة الإجابة بـ "نعم" يسأل لماذا ؟

.....

.....

16- ما هي الصلة التي تربطك بجيرانك المباشرين ؟

أقارب

أصدقاء

لا صلة لك بهم

III - المسكن و استعمالاته :

17- كم هو عدد غرف المسكن الذي تقيم فيه ؟

.....

18- كم عدد أفراد أسرتك المقيمين في المسكن ؟

.....

19 - هل يقيم أفراد آخريين بالمسكن غير أفراد الأسرة ؟

نعم

لا

20- هل يتوفر مسكنك على المرافق التالية :

- غرفة استقبال نعم لا

- حمام نعم لا

- مطبخ نعم لا

- حوش نعم لا

- حديقة أمامية نعم لا

- شرفة نعم لا

21- هل يتوفر مسكنك على الخدمات التالية :

- مياه جارية نعم لا

- الكهرباء نعم لا

- الغاز نعم لا

- شبكة صرف صحي نعم لا

22- هل يتوفر مسكنك على التجهيزات التالية :

- | | | | | |
|--------------------------|----|--------------------------|-----|---------|
| <input type="checkbox"/> | لا | <input type="checkbox"/> | نعم | - ثلاجة |
| <input type="checkbox"/> | لا | <input type="checkbox"/> | نعم | - تلفاز |
| <input type="checkbox"/> | لا | <input type="checkbox"/> | نعم | - هاتف |
| <input type="checkbox"/> | لا | <input type="checkbox"/> | نعم | - طبخة |
| <input type="checkbox"/> | لا | <input type="checkbox"/> | نعم | - غسالة |

IV - حالة الخدمات الصحية :

23- هل تقوم عادة بزيارة مراكز أو وحدات صحية في حالة مرضك أو مر أفراد أسرتك ؟

- نعم
- لا

24- في حالة الإجابة بـ " نعم " يسأل لماذا تتردد على هذه المراكز أو الوحدات الصحية ؟

- | | | | | |
|--------------------------|----|--------------------------|-----|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | لا | <input type="checkbox"/> | نعم | - لقربها من المسكن |
| <input type="checkbox"/> | لا | <input type="checkbox"/> | نعم | - حسن الاستقبال |
| <input type="checkbox"/> | لا | <input type="checkbox"/> | نعم | - حسن المعاملة |
| <input type="checkbox"/> | لا | <input type="checkbox"/> | نعم | - ارتفاع مستوى خبرة المعالجين |
| <input type="checkbox"/> | لا | <input type="checkbox"/> | نعم | - عدم وجود بديل آخر (مضطر) |
| <input type="checkbox"/> | لا | <input type="checkbox"/> | نعم | - لتوفرها على مختلف التجهيزات الصحية |
| <input type="checkbox"/> | لا | <input type="checkbox"/> | نعم | - لتوفرها على مختلف التخصصات الطبية |
| | | | | - أخرى : |

25- هل واجهتك بعض الصعوبات أثناء زيارتك لهذه المراكز أو الوحدات الصحية ؟

- نعم
- لا

26 - يسأل في حالة " نعم " ما هي هذه الصعوبات ؟

.....

.....

27- ما هي اقتراحاتك لعلاج هذه الصعوبات ؟

.....

.....

V - الثقافة البيئية و الإعلام الصحي :

28- ما هي الوسيلة التي تستعملها للتخلص من القمامة المنزلية ؟

- كيس بلاستيكي نعم لا
- وعاء مخصص نعم لا

أخرى :

29- من يتولى في العادة إخراج القمامة من المسكن ؟

- الأطفال
- الأب
- الأم
- غير محدد

30 - هل ترى أن أماكن جمع القمامة بالحي هي : ملائمة

غير ملائمة

مناسب

غير مناسب

31- هل ترى أن توقيت مرور شاحنة جمع القمامة هو :

32- في رأيك من يتحمل مسؤولية نظافة الحي ؟

- السكان
- البلدية
- الاثنين معا

نعم

لا

نعم

لا

33- هل تشارك في حملات تطوعية لنظافة الحي ؟

34- هل سبق لك و أن قدمت شكوى عن وضعية الحي ؟

35- في حالة الإجابة بـ " نعم " فيما تتعلق هذه الشكوى ؟

.....

36- هل أنت على إطلاع ببعض الأوبئة و الأمراض الناجمة عن التلوث البيئي ؟

نعم

لا

37- هل بإمكانك ذكر هذه الأمراض ؟

.....

.....

38- ما هي الوسيلة المعتمدة في إطلاعك على هذه الأمراض بالمنطقة ؟

نعم لا

- عن طريق الإعلانات الخاصة المتواجدة بالمراكز الصحية : نعم لا

لا نعم

لا نعم

- عن طريق الإذاعة المحلية

- عن طريق الصحف

- أخرى :

39- ما هي أسباب هذه الأمراض في رأيك ؟

.....
.....

40- ما هي طريقة الوقاية من هذه الأمراض حسب رأيك ؟

.....
.....

41- هل تعرضت للإصابة بواحدة من هذه الأمراض ؟

.....
.....

فهرس الأجدول

1 - جداول خاصة بالجانب النظري

2- جداول خاصة بالجانب الميداني

1 - جداول خاصة بالجانب النظري :

الرقم	العنوان	الصفحة
1	يبين عناصر الإسكان التي يجب أن تتوفر في جميع أحياء الجزائر و التجهيزات و المرافق و الخدمات	156
2	يبين التجهيزات الحضرية التي يجب توفرها في المدينة التي التي تتكون من 1000 مسكن	159
3	ممثل للوضع الوطنية من حيث الهياكل الصحية	173
4	ممثل للوضع الوطنية بالنسبة إلى المستخدمين الصحيين	174
5	يبين معدل التركز الحضري	184
6	يبين البرامج السكنية ضمن الاحتياجات العقارية في مدينة قسنطينة	187
7	توزع الأسر عبر الهياكل الاستشفائية بمدينة قسنطينة	196
8	يوضح توزيع العيادات المتعددة الخدمات بمدينة قسنطينة	199
9	يوضح توزع المراكز الصحية بمدينة قسنطينة	200
10	المعايير العالمية لاستعمال الغرف من قبل الأفراد	207
11	يبين الحد الأدنى للمعايير المساحية حسب عدد الأفراد و عدد الغرف	209

2 - جداول خاصة بالجانب الميداني :

الصفحة	العنوان	الرقم
234	يوضح أهم الانجازات و المنشآت الموجودة بحي البير	1
238	يبين كيفية اختيار حجم العينة بالنسبة للمجموعتين	2
240	يبين الوحدات المعاينة في المجموعتين	3
247	يبين توزيع أفراد العينة حسب الجنس	4
248	يبين توزيع أفراد العينة حسب مكان الميلاد	5
249	يبين توزيع أفراد العينة حسب السن	6
251	توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي	7
252	يمثل توزيع أفراد العينة حسب الحالة المدنية للمبحوثين	8
254	يمثل توزيع أفراد العينة حسب الحالة المهنية	9
256	يبين توزيع أفراد العينة حسب تاريخ الإقامة بالمنطقة	10
258	يبين توزيع أفراد العينة حسب محل الإقامة السابق	11
260	يبين توزيع أفراد العينة حسب صفة الإقامة بالمسكن	12
261	يبين توزيع أفراد العينة حسب رضاهم عن المنطقة	13
262	يبين توزيع أفراد العينة حسب رغبتهم في الانتقال إلى منطقة أخرى	14
263	يبين توزيع أفراد العينة حسب الصلة التي تربطهم بجيرانهم المباشرين	15
264	يبين توزيع أفراد العينة حسب عدد غرف المسكن	16
265	يبين توزيع أفراد العينة حسب عدد أفراد الأسرة	17
266	يبين نسبة شغل الغرف من طرف أفراد الأسرة	18
269	يبين المرافق المتوفرة بالمساكن	19

270	يبين الخدمات المتوفرة بالمساكن	20
271	يبين التجهيزات المتوفرة بالمسكن	21
272	يبين توزيع أفراد العينة حسب ترددهم على المراكز و الوحدات الصحية	22
273	يبين أسباب التردد على هذه المراكز أو الوحدات الصحية	23
274	يبين نسبة الأفراد الذين واجهتهم صعوبات بالمراكز أو الوحدات الصحية	24
275	يبين الوسيلة المستعملة للتخلص من القمامة المنزلية	25
276	يبين من يتولى إخراج القمامة المنزلية من المسكن	26
277	يبين مدى ملائمة أماكن جمع القمامة	27
278	يبين مدى ملائمة توقيت مرور شاحنة جمع القمامة	28
279	يبين توزيع أفراد العينة حسب رأيهم في من يتحمل مسؤولية نظافة الحي	29
280	يبين مدى المشاركة في الحملات التطوعية لنظافة الحي	30
281	يبين مقدار الشكاوي المقدمة عن وضعية الحي	31
282	يبين توزيع أفراد العينة حسب معرفتهم بالأوبئة و الأمراض الناجمة عن التلوث البيئي	32
283	يبين توزيع أفراد العينة حسب الوسيلة المعتمدة في اطلاعهم على الأمراض الناجمة عن التلوث البيئي	33

فهرس الخرائط والأسكال

الصفحة	العنوان	الرقم
123	يوضح طبيعة استغلال الخدمات الصحية	1
166	يبين الهرم الصحي	2
172	خريطة الأقاليم الصحية بالجزائر	3
180	خريطة تمثل موقع مدينة قسنطينة	4
183	خريطة توضح الحدود الإدارية لمدينة قسنطينة	5
202	خريطة توضح توزع الهياكل الصحية عبر بلديات قسنطينة	6
220	خريطة تبين توزع الأحياء غير المخططة بالمجال الحضري - قسنطينة -	7
224	خريطة توضح موقع الدراسة بالمجال الحضري - قسنطينة -	8
229	خريطة توضح الحدود الإدارية و المقاطعات المدروسة لحي بوالصوف	9
235	خريطة تبين المقاطعات المدروسة بحي البير	10

فهرس الصور

الصفحة	العنوان	الرقم
228	تمثل صورة لمدخل حي بوالصوف	1
230	تمثل منظر لعمارات و طرقاٲ بحي بوالصوف (مجال الدراسة)	2
230	تمثل عيادة متعددة الخدمات بحي بوالصوف	3
236	تمثل صورة لببٲ قصديري بحي البير	4
236	تمثل تراكم و تكديس البنائيات بحي البير	5

قائمة المصادر و المراجع

أولاً: المراجع باللغة العربية

أ- الكتب

ب- الرسائل الجامعية

ج- المجلات و الجرائد

د- المؤتمرات و الملتقيات و الوثائق و التقارير

و- القواميس

ثانياً: المراجع باللغة الأجنبية

أ- الكتب (LES LIVRES)

ب - المجلات (LES REVUES)

ج - القواميس (LES DICTIONNAIRES)

أولاً: المراجع باللغة العربية :

أ- الكتب:

- 1- أ . د إسماعيل قيرة : علم الاجتماع الحضري و نظرياته ، منشورات جامعة قسنطينة ، 2004
- 2- أحمد فايز النماس: الخدمة الاجتماعية الطبية ، دار النهضة للطباعة و النشر ، الطبعة الأولى ، بيروت ، 2000
- 3- محمد على بدوي : دراسات سوسولوجية ، دار النهضة العربية ، بيروت ، بدون تاريخ
- 4- عبد القادر رضوان : سبع محاضرات حول الأسس العلمية لكتابة البحث العلمي، ديوان المطبوعات الجامعية ، الجزائر
- 5- د / حسن عبد الحميد أحمد رشوان : المدينة ، دراسة في علم الاجتماع الحضري ، لمكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر ، ط 5، 1989
- 6- محمد عبد الستار عثمان : المدينة الإسلامية ، الكويت المجلس الوطني للثقافة و الفنون و الآداب، 1988
- 7- محمد عاطف غيث : علم الاجتماع الحضري ، بيروت ، دار النهضة العربية، 1982
- 8- السيد الحسيني : المدينة ، دراسة في علم الاجتماع الحضري، القاهرة، دار المعارف، ط 3، 1985
- 9- جاكين بوجو قاريني : الجغرافيا الحضرية (ترجمة : حلمي عبد القادر) الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية ، بدون تاريخ .
- 10- عبد المنعم شوقي: مجتمع المدينة ، بيروت، دار النهضة العربية، ط 7، 1981
- 11- ساطع المحلي : القرية و المدينة في مثال سورية ، دمشق ، ط 1 ، 1991
- 12- تشارلز أبرمز : المدينة ومشاكل الإسكان ، بيروت ، دار الآفاق الجديدة، بدون تاريخ
- 13- نايف عتريسي : قواعد تخطيط المدن الجديدة، بيروت، دار الرتب الجامعية ، بدون تاريخ
- 14- جيرالدبريز : مجتمع المدينة في البلاد النامية دار النهضة ، مصر للطبع و النشر، القاهرة ، مص، ر 1972 .
- 15- حميد خروف و بقاسم سلاطنية و إسماعيل قيرة : الإشكالية النظرية و واقع مجتمع المدينة نموذجاً، جامعة منتوري، قسنطينة، 1999
- 16- منصور حسين كرم حبيب : التخطيط للتنمية، مكتبة الوعي العربي، بدون تاريخ
- 17- متعب مناف جاسم : " التخطيط و المجتمع " الأسس التكنواجتماعية للتخطيط مفاهيم و أطر ، الكتاب الأول 1976 ، طبع بمطبعة الأمة ، بدون تاريخ .
- 18- محمد جمال برعي : التخطيط للتدريب في مجالات التنمية، مكتبة القاهرة الحديثة

- 19- نبيل السمالوطي : علم اجتماع التنمية، الطبعة الثانية، 1978
- 20- عبد الهادي محمد والي : التخطيط الحضري ، تحليل نظري و ملاحظات واقعية، دار المعرفة الجامعية ،بدون تاريخ
- 22- أحمد شفيق السكري: المدخل في تخطيط الخدمات و تنمية المجتمعات المحلية الحضرية و الريفية ،دار المعرفة الجامعية،2000
- 23- وحيد حلمي حبيب : تخطيط المدن الجديدة ، القاهرة، دار الكتب المصرية ، الجزء الأول ، 1991
- 24- د/ إبراهيم عيساوي : حول مستقبل التخطيط في الأقطار العربية، الكتيب رقم 06 ، أبريل 1994
- 25- الدكتور أحمد النكلاوي : دراسة في علم الاجتماع الحضري ، دار النهضة العربية، القاهرة
- 26- هولوبوظو : التشريع العقاري ، دمشق ، مطبعة الدودي ، 1981 – 1982
- 27- ت . باكاس : الأبعاد الصحية للتحضر، ترجمة محمد عبد الرحمان الشرنوبى ، جامعة الكويت، وحدة البحث و الترجمة ، قسم الجغرافيا، 1985
- 28- محمد منير حجاب : التلوث و حماية البيئة ، دار الفجر للنشر و التوزيع ، مصر ، 1999
- 29- أحمد بوذراع : التطوير الحضري و المناطق الحضرية المتخلفة بالمدن ، منشورات جامعة باتنة ، بدون تاريخ
- 30- أحمد محمد خليفة ، في النسالة الاجتماعية ،دار المعارف بمصر ، 1970
- 31- محمد إبراهيم الجاد الله و محمد جمال نواره : إدارة المشاريع الهندسية، الرياض ، جامعة الملك سعود ، بدون تاريخ .
- 32- رياض الصمد : المؤسسات الاجتماعية و السياسية في الدولة الحديثة النموذج اللبناني
- 33- الدكتور محمد السيد غلاب: البيئة و المجتمع ، مكتبة الأنجلو المصرية، ط 3، القاهرة، مصر،1963،
- 34- محمد الهادي لعروق : عملية التحضر في الشرق الجزائري ، الإسكندرية ، مصر ، 1988 .
- 35- علي بوغناقة : الأحياء غير المخططة و انعكاساتها الاجتماعية و النفسية على الشباب، ديوان المطبوعات الجامعية ،الجزائر ، 1987
- 36- السيد الحسيني : الإسكان و التنمية الحضرية ، دراسة في الأحياء الفقيرة ي مدينة القاهرة دار غريب للطباعة ، مصر ، بدون تاريخ
- 37- محمد السويدي : علم الاجتماع السياسي و ميدانه و قضاياها ، ديوان المطبوعات الجامعية ، بن عكنون ، الجزائر ، 1985 .
- 38- محمد حسن غامري:ثقافة الفقراء " دراسة أنثروبولوجية التنمية الحضرية " ،المركز العربي للنشر و التوزيع ، الإسكندرية، 1980
- 39- أحمد عبد الرحمان : فقراء الأحياء المتخلفة ، دار المعارف القاهرة ، 1992
- 40- محمد الكردي : التحضر " دراسة اجتماعية " ، دار المعارف ، القاهرة سنة 1986

- 41- سلوى عثمان الصديقي : مدخل في الصحة العامة الرعاية الصحية من منظور والخدمة الاجتماعية
المكتب الجامعي الحديث- الاسكندرية ،مصر2002
- 42- أميرة منصور يوسف علي : مدخل الاجتماعي للمجلات الصحية الطبية والنفسية، مصر ،دار
المعرفة الجامعية ،1997
- 43- سابا جورج شبر : آفاق جديدة للمدن ، الكويت ،مطبعة الكويت، 1966
- 44- إروبير أوزيل ، فن تخطيط المدن ترجمة بهيج شعبان ، الشركة الوطنية للنشر و التوزيع ،
الجزائر ، 1973
- 45-- د. إسماعيل قيرة : أي مستقبل للفقراء في البلدان العربية ؟ - مخبر الإنسان و المدينة، جامعة
منتوري قسنطينة ، دار الهدى للطباعة و النشر و التوزيع ، بدون تاريخ
- 46- مصطفى بوتغنوشت : العائلة الجزائرية، التطور و الخصائص الحديثة، الجزائر ديوان المطبوعات
الجامعية 1984
- 47- تشالز ابرمز : المدينة و مشاكل الإسكان ، ترجمة لجنة من الأساتذة الجامعيين منشورات دار
الآفاق الجديدة - بيروت- لبنان
- 48- السيد عبد العاطي السيد: علم الاجتماع الحضري بين النظرية و التطبيق الجزء 2 مشكلات
وتطبيقات دار المعرفة الجامعية الاسكندرية 1987
- 49- د / بشير التجاني : التحضير و التهينة العمرانية في الجزائر ، ديوان المطبوعات الجامعية ، بن
عكنون الجزائر 2000 ص1986
- 50- عبد الهادي محمد والي : التخطيط الحضري تحليل نظري و ملاحظات واقعية ، دار المعرفة
الجامعة
- 51- د/ عبد الحميد دليمي : الواقع و الظواهر الحضرية ، منشورات جامعة منتوري قسنطينة ص 188
- 52- الصادق مزهود : أزمة السكن في ضوء المجال الحضري ، دراسة تطبيقية على مدينة قسنطينة،
دار النور هادف ،الجزائر ، 1995
- 53- بشير مقبيس : مدينة وهران، دراسة في جغرافية العمران، المؤسسة الوطنية للكتاب الجزائر
1983،
- 54- محمد الهادي لعروق: مدينة قسنطينة ، دراسة جغرافية العمران، ديوان المطبوعات الجامعية
،الجزائر 1987 .
- 55- فضيل دليو و علي غربي : المنهجية في العلوم الاجتماعية قسنطينة ،منشورات جامعة
منتوري ، 1999 .
- 56- عمار بوحوش : دليل الباحث في المنهجية و كتابة الرسائل الجامعية ، الجزائر ، المؤسسة
الوطنية للكتاب ، ط 2 ، 1990 .
- 57 - مصطفى بوتغنوشت : العائلة الجزائرية ، التطور و الخصائص الحديثة ، ديوان المطبوعات
الجامعية ، الجزائر، 1984

ب- الرسائل الجامعية :

- 1- د/ بن السعدي إسماعيل : المعوقات الاجتماعية للتنمية العمرانية : مذكرة مقدمة لنيل دبلوم الدراسات المعمقة في علم الاجتماع الريفي و الحضري ، 1983-1984.
- 2- فماص زينب : المجمعات السكنية الحضرية بمدينة قسنطينة ، مذكرة ماجستير ، 2006.
- 3- نوال برطالي و آخرون: السياسة السكنية ، انعكاساتها على نوعية السكن ، مذكرة تخرج ، جامعة قسنطينة ، 2000.
- 4- فواد بن غضبان : المدن التوابع حول مدينة قسنطينة ، رسالة ماجستير ، معهد علوم الأرض ، قسنطينة ، 2001.
- 5- نوال زيتوني : إنتاج السكن في ظل اقتصاد السوق، رسالة ماجستير ، جامعة قسنطينة. 2000.
- 6- د/ راجح بوالصوف : أقاليم المستشفى ، دكتوراه دولة في الجغرافيا الصحية ، جامعة مونيوليه ، 1998.
- 7- خيراني محمد : التجهيز الصحي و إمكانية تنظيم المجال ، ولاية بسكرة ، 1998.
- 8- د/ مسعود صفصاف : أثر الهجرة الخارجية على التماسك الأسري ، دراسة ميدانية في أسر المهاجرين بقسنطينة ، رسالة ماجستير ، 1985.
- 9- عبد الحميد الدليمي : النمو الحضري و أزمة الإسكان في مدينة قسنطينة ، رسالة ماجستير في علم الاجتماع الحضري، قسنطينة ، 1991 - 1992 .
- 10- د / عبد الحميد دليمي : أزمة الإسكان في الجزائر ، دكتوراه دولة في علم الاجتماع الحضري ، مقدمة بمعهد علم الاجتماع ، قسنطينة ، 2001
- 11- رابية نادية : السكن و العائلة بعد زواج الأبناء ، رسالة ماجستير .
- 12- بلقاسم بلمشيش : تحليل نفسي اجتماعي لحيازة المساحات السكنية خارج المسكن ، رسالة ماجستير ، 1992 .
- 13- بريمة يمينة و آخرون : التجهيز الصحي و تنظيم المجال في ولاية قسنطينة ، مشروع مقدم لنيل شهادة مهندس دولة في التهيئة الإقليمية ، 2001 .

- 14- بوطرس أحمد: المنطقة السكنية الحضرية الجديدة بوالصوف و دورها في تنظيم المجال الحضري لمدينة قسنطينة ، مذكرة تخرج مهندس ، معهد علوم الأرض ، جامعة قسنطينة ، 1988-1985 .
- 15- حمزة بشير : الأحياء غير المندمجة في الجزائر الوضعية و المعالجة ، رسالة ماجستير في التهيئة العمرانية ، قسنطينة 2003 .

ج- المجلات و الجرائد :

- 1- حواس سليمان محمود : أزمة التخطيط العمراني في المدن العربية - مجلة القافلة - السعودية عدد 2 مجلد 44
- 2- سعد لبيب : والتوعية البيئية والمشاركة في مواجهة مشاكل البيئة بالنيل عدد 48 يناير 1992 الهيئة العامة للاستعمالات القاهرة ، مصر
- 3- جريدة النصر : الصادرة بتاريخ 18 ديسمبر 2005 (على لسان توفيق بلجاوي ، رئيس لجنة التعمير لدى المجلس الشعبي لبلدية قسنطينة)

د- المؤتمرات و الملتقيات و الوثائق و التقارير:

- 1- فعاليات الملتقى الوطني : حول أزمة المدينة الجزائرية 2004/2003
- 2- وكالة الأنباء الجزائرية: ولايات في تطور ، الجزائر، مؤسسة الجزائر للطباعة، 1989
- 3- الديوان الوطني للإحصائيات 1994 : المجموعة الإحصائية السنوية للجزائر – المجلد رقم 16 ص 444 الجدول رقم 18 عنوانه : النقل بثلاث لغات العربية الفرنسية و الإنجليزية
- 4- مديرية الصحة و السكان
- 5- الميثاق الوطني : جبهة التحرير الوطني 1976
- 6- كمال رياض : المناطق العشوائية و خطط التنمية العمرانية اللازمة لتطويرها عمرا، المؤتمر الدولي المعماري الثاني في صعيد مصر ، من 05-07 ديسمبر 1995 ، جامعة

أسيوط ، مصر .

7- الطيب سحنون: المدينة الجزائرية و تحديات المستقبل المؤتمر الدولي الثاني للعمارة – نوفمبر 1999 – جامعة محمد خيضر بسكرة .

8- أ.د عبد العزيز بووذن : دراسات ميدانية ،إحصاء 2004-2005

9- ENCARTA 1998

10-المركز الوطني للدراسات و الانجاز العمراني (URBA.CO s.p.a) : قسنطينة ،
2000

و- القواميس:

سهيل ريس و جبور عبد النور : المنهل " قاموس فرنسي عربي " ، بيروت : دار الآداب طبعة 6 – 1980 .

ثانيا: المراجع باللغة الأجنبية

*** LES LIVRES :**

1-THIERRY PAQUOT ; LE MONDE DES VILLES , PANORAMA
URBAIN DE LA PLANTE , BRUXELLE : SABAM BRUXELLE 1996-

2-ZUCHELLI ALBERTO : INTRODUCTION à L'URBANISME
OPERATIONNEL ET à LA COMPOSITION URBAINE , ALGER : OPU ,
VOLUME2 , 1983 ,

3-KHALATI MOKHTAR URBANISME ET SYSTEME SOCIAUX – LA
PLANIFICATION URBAINE ALGERIE ALGER OPU 1991,

4-BEN ADOUDA « MEDECINE SOCIALE EPIDEMIOLOGIE
APPROCHE EN SANTE COMMUNAUTAIRE ALGER OPU 1985 .

*** LES REVUES:**

**1-BOUSSOUF RABAH .(LA GEOGRAPHIE ET LA SANTE) . REVUE
DES SCIENCES HUMAINES . UNIVERSITE DE
CONSTANTINE . PUBLICATIONS DE L'UNIVERSITE DE
CONSTANTINE – ALGER N°7-1996.**

**2-AMOR BEN YOUSSEF « LA SANTE DES NATIONS » REVUE
INTERNATIONALE DES SCIENCES SICALS . France IMPRIMERIE
DES PRESSE UNIVERSITAIRES DE France UNESCC N 9 1997 .**

*** LES DICTIONNAIRES :**

**1- MICHEL DOTORO – DICTIONNAIRE LAROUSSE DES
DEBUTANTS – PARIS . France – LIBRAIRIE LA ROUSSE 1963 –**

**2- ALAINEY DICTIONNAIRE LE ROBERT – PARIS – France – 2EME
EDITION – 1995 –**

**3- PIERRE MERLIN , Française CHOAY , DICTIONNAIRE DE
L'URBANISME ET DE L'AMENAGEMENT , France PRESSE
UNIVERSITAIRE DE France 1ERE EDITION 1988**

الفطرس

فهرس المحتويات

الصفحة	العنوان
أ، ب، ج	المقدمة
10 - 1	<u>مشكلة البحث</u>
5 - 2	*إشكالية الدراسة و تحديها
7 - 5	*أهمية المشكلة و أسباب اختيارها
8	*أهداف الدراسة
10 - 8	*الفرضية و مؤشراتها
59 - 11	<u>الفصل الأول : تحليل مفاهيمي و نظري لعناصر البحث الأساسية</u>
12	*تمهيد
19 - 13	1- المدينة و مجالها الاجتماعي و العمراني
24 - 19	1- 1 / تصنيف المدن و خصائصها
27 - 24	1 - 2 / الوظيفة الاجتماعية للمدينة
28	2- التخطيط
35 - 28	2 - 1 / مفهومه و مجالاته
38 - 35	2 - 2 / التخطيط الحضري و أهدافه العمرانية و الاجتماعية
40 - 38	أ- الأهداف الاجتماعية
48 - 41	ب-الأهداف العمرانية
49 - 48	3- الخدمات الحضرية و مجالاتها في المدينة
50 - 49	3 - 1 / الخدمات البيئية
57 - 51	3 - 2 / الخدمات الاجتماعية
59 - 57	3 - 3 / المرافق و الخدمات الصحية
102 - 60	<u>الفصل الثاني : الأحياء المخططة و الأحياء غير المخطط</u>
61	* تمهيد
70 - 62	1- استعمالات المجال الحضري و أشكال المناطق السكنية بالمدينة

71	2- الأحياء المخططة
73 - 71	1 - 2 / مفهوم و خصائص الأحياء المخططة و تصنيفه
80 - 73	2 - 2 / الخصائص السكنية و السكانية في الأحياء المخططة
81 - 80	2 - 3 / الوضعية البيئية و الصحية في مجال الأحياء المخططة
81	3 - الإحياء غير المخطط
82	3 - 1 / مفهوم و خصائص الأحياء غير المخططة و تصنيفها و لسباب انتشارها
100 - 96	3 - 2 / الخصائص السكنية و السكانية في الأحياء غير المخططة
102- 100	3 - 3 / الوضعية البيئية و الصحية في مجال الأحياء غير المخططة
134 - 103	<u>الفصل الثالث : الصحة و الخدمات الصحية في الأحياء السكنية</u>
104	*تمهيد
111 - 104	1- مدخل إلى الخدمة الاجتماعية الصحية
116 - 111	2- مجالات الصحة العمومية بالمدينة
119 - 116	2 - 1 / مفهوم و أهداف الصحة العمومية
121 - 119	2 - 2 / مستويات تدخل الصحة العمومية
119	أ- العلاج
120	ب- الوقاية
121 - 120	2 - 3 / التربية الصحية
121	أ- مفهومها و أهدافها
123	ب- طبيعة استغلال الخدمات الصحية
134 - 124	3- المشكلات الصحية و علاقتها بالبيئة الحضرية
175 - 135	<u>الفصل الرابع : مشكلة تخطيط الخدمات الاجتماعية في المدينة الجزائرية</u>
136	* تمهيد
154 - 137	1 - الخصائص العمرانية و الاجتماعية للمدينة الجزائرية
146 - 139	1 - 1 / المناطق المتخلفة و غير المخططة و وضعها العمراني و الاجتماعي
154 - 146	1 - 2 / الوضعية الاجتماعية في المناطق السكنية الجديدة (المخططة)
162 - 154	2 - المدينة الجزائرية و تخطيط الخدمات الاجتماعية
175 - 163	3 - وضعية الصحة العمومية و توزيع المرافق الصحية في المدينة

220 - 176	<u>الفصل الخامس : مدينة قسنطينة و خصائصها العمرانية و الاجتماعية</u>
185 - 177	*مدخل عام
205 - 185	1- الخصائص العمرانية للمدينة
214 - 206	2- المناطق الحضرية المخططة و مستوياتها التخطيطية العمرانية و الاجتماعية
220 - 214	3- المناطق العمرانية غير المخططة و وضعها الاجتماعي و الخدمي
244 - 221	<u>الفصل السادس : مجال البحث و إجراءاته المنهجية</u>
222	* تمهيد
236 - 223	1- مجال الدراسة و العينة و طريقة اختيارها
236 - 223	1 - 1 / التعريف بمجال الدراسة
230 - 225	أ- المجموعة الأولى (حي بوالصوف)
236 - 231	ب- المجموعة الثانية (حي البير)
240 - 237	1 - 2 / العينة و طريقة اختيارها
244 - 241	<u>2 - المنهج و أدوات جمع المعلومات</u>
241	2 - 1 / المنهج
244 - 241	2 - 2 / أدوات جمع المعلومات
293 - 245	<u>الفصل السابع: تحليل و تفسير البيانات الميدانية</u>
246	تمهيد
255 - 247	1- الخصائص العامة لمجتمع البحث
263 - 255	2- بيانات خاصة بوضعية الإقامة
271 - 264	3- بيانات متعلقة بالمسكن و استعمالاته
275 - 272	4- بيانات متعلقة بحالة الخدمات الصحية
284 - 275	5- بيانات متعلقة بالثقافة البينية و الإعلام الصحي

293 - 284	استخلاص النتائج
296 - 294 304 - 297	<u>قائمة المصادر و المراجع</u>
303 - 298	أولا : المراجع باللغة العربية
304 - 303	ثانيا : المراجع باللغة الأجنبية
313 - 305	<u>الملاحق</u>
307 - 306	1- تقرير حول عملية تسوية البناءات الفوضوية
313 - 308	2- استمارة البحث
324 - 314	<u>الفهارس</u>
318 - 315	<u>فهرس الجداول</u>
316	1- جداول خاصة بالجانب النظري
318 - 317	2- جداول خاصة بالجانب الميداني
319	<u>فهرس الخرائط و الأشكال</u>
320	<u>فهرس الصور</u>
324 - 321	<u>فهرس المحتويات</u>

ملخص

بالرغم من وجود الإطار القانوني و التقني و المؤهلات البشرية للتعوير، إلا أن البناء المخالف (غير المخطط و غير الشرعي) و تشويه النسيج العمراني يتفاقم يوما بعد يوم على حساب النواحي الفنية و الجمالية للمدينة و مقوماتها ، أخطاء قد سببت خلا كبيرا في حسن تنمية و ترقية مدننا في الجزائر ، و مدينة قسنطينة من بين المدن الجزائرية التي تعاني من هاته الإشكالية .

إن المدن قد تعرضت للتغيرات و تحولات جذرية عن طريق الاعتماد على التصنيع الذي ساعد بدوره على زحف التحضر و زيادة حاجيات السكان إلى المرافق و الخدمات المختلفة خاصة الخدمات الاجتماعية .

و الصحة تعتبر عنصر أساسي في الميدان الاجتماعي ، لذا فان التوزيع الصحي العادل في الإقليم (توزيع المرافق و التجهيزات الصحية) يضمن توفير العلاج لكل أفراد المجتمع ، و تجنب تركيز و حصر الخدمات الصحية في المناطق و المدن الكبرى ، بسبب ازدياد هذه الأخيرة ، و عليه يجب ربطها بمقاطعات صحية أخرى قريبة مع توفر برنامج صحي متطور من أجل تبني أسلوب و سياسة صحية تتماشى مع المتطلبات الجديدة المرتبطة السوق و التي لها دور في تحول و تطور و نمو الدولة .

RÉSUMÉ

Malgré la présence d' un cadre juridique et technique et des capacités humaines pour l'urbanisme les constructions illicites et la déformation du tissu urbain s'étendent de jour en jour au détriment des aspects artistiques et esthétiques et des bases de la ville , erreurs qui ont causé une grande défaillance dans le bon développement et l'essor des villes algériennes , constantine est une ville parmi les villes algériennes qui souffrent de cette problématique .

Sous l'effet de l'industrialisation , les différentes agglomérations urbaines ont subi de profondes transformations . Cette industrialisation a produit des effets pervers et suscite une augmentation drastique en équipement et services , surtout dans le domaine social (les services social) .

La santé étant un élément essentiel du domaine social , l'équité territoriale doit être érigée en règle ,

de manière à assurer une offre de soins satisfaisante à la population , éviter l 'afflux vers les grands centres et la congestion de ces derniers .

Cela implique une refonte des secteurs sanitaires et une autre approche des programmes de développement sanitaire , pour adapter le système de santé aux exigences nouvelles liées à l'économie de marché et au rôle social dévolu l'état .

SAMMURY

Although , there are lams and technical and human resources for construction , illegal building and the destruction of the urbain zone keeps growing day after day instead of the artistic and beautiful views of our city , mistakes that have made a big unbalance in the developing and evolution in our algerian cities . the city of constantine is one of these cities which suffer from this problems .

Cities has exposed to changes and complete makeovers which are relied to manufacturing which helped for the crowhing and the raising of people's need for public spaces and different services especially the social .

Health is considred as the main element in the social field , so the fair distribution of medical services in the region garanties the supply of cure for all the citizens and the avoidance of manupulation of medical services in the big cities and countries , because of that we should connect the suburbs to the nearest medical countries with developed health schedule for adopting a style and a medical policy follows the requirments which is related to the economy of the country , and this last one has a major role in the transforming , growing and the developing of the country .