



جمهورية العراق  
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي  
جامعة القادسية / كلية الآداب  
قسم علم الاجتماع / الدراسات العليا

## المنظومة المعرفية للمرأة والرعاية الصحية

دراسة سوسيولوجية في جامعة القادسية

اطروحة تقدمت بها

هند ناظم كزار الكرعاوي

إلى مجلس كلية الآداب، جامعة القادسية، وهي جزء من  
متطلبات نيل شهادة الدكتوراه في علم الاجتماع

إشراف

الأستاذ الدكتور

رحيم جبار ظاهر الحمزاوي

٢٠٢١م

الأستاذ الدكتور

نبيل عمران موسى الخالدي

١٤٤٢هـ

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿ قَالُوا سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ الْحَكِيمُ ﴾

صدق الله العظيم

سورة البقرة: الآية (٣٢)

## إقرار المشرف

نشهد أن إعداد هذه الأطروحة الموسومة (المنظومة المعرفية للمرأة والرعاية الصحية دراسة سوسيولوجية في جامعة القادسية)، والمقدمة من الطالبة (هند ناظم كزار الكرعوي)، قد جرت تحت إشرافنا في قسم علم الاجتماع - كلية الآداب في جامعة القادسية، وهي جزء من متطلبات نيل شهادة الدكتوراه في علم الاجتماع، ونوصي بمناقشتها.

التوقيع:

التوقيع:

أ. د. نبيل عمران موسى الخالدي

أ. د. رحيم جبار ظاهر الحمزاوي

التاريخ: / / ٢٠٢١

التاريخ: / / ٢٠٢١

## إقرار رئيس القسم

بناءً على التوصيات المتوافرة لدي أشرح هذه الرسالة للمناقشة

التوقيع:

أ.م. د. فلاح جابر جاسم

رئيس قسم علم الاجتماع

التاريخ: / / ٢٠٢١

## إقرار الخبر اللغوي

اشهد بأن الاطروحة الموسومة بـ (المنظومة المعرفية للمرأة والرعاية الصحية دراسة  
سوسيولوجية في جامعة القادسية) المقدمة من قبل الطالبة (هند ناظم كزار الكرعوي)، في  
جامعة القادسية كلية الآداب قسم علم الاجتماع وهي جزء من متطلبات نيل شهادة الدكتوراه في  
علم الاجتماع، قد جرى تقويمها لغوياً بإشرافي، فوجدت أنها سليمة وتصلح للمناقشة.

التوقيع:

أ. د

التاريخ: / / ٢٠٢١

## إقرار المقوم العلمي

أشهد أن هذه الأطروحة الموسومة بـ (المنظومة المعرفية للمرأة والرعاية الصحية دراسة سوسيولوجية في جامعة القادسية) المقدمة من قبل الطالبة (هند ناظم كزار الكرعوي) جامعة القادسية كلية الآداب قسم علم الاجتماع قد تم تقييمها علمياً من قبلي وقد أصبحت سليمة من الناحية العلمية.

التوقيع:

أ. د

التاريخ: / / ٢٠٢١

## إقرار لجنة المناقشة

نشهد نحن رئيس وأعضاء لجنة المناقشة أننا اطلعنا على الاطروحة الموسومة (المنظومة المعرفية للمرأة والرعاية الصحية دراسة سوسيولوجية في جامعة القادسية)، وقد ناقشنا الطالبة (هند ناظم كزار الكرعاوي)، في محتوياتها وفيما له علاقة بها، ونرى بأنها جديرة بالقبول لنيل شهادة الدكتوراه آداب في علم الاجتماع ، وبتقدير ( ) .

أ. د

أ. د

أ. د

أ. د

أ. د

أ. د

## مصادقة مجلس الكلية

صدقت الرسالة من قبل مجلس كلية الآداب في جامعة القادسية

أ. د. ياسر علي عبد سلمان

العميد

٢٠٢١ / /

## الإهداء

### إهداء إلى

إلى من علمني العطاء بدون إنتظار، إلى من أحمل اسمه بكل افتخار... أرجو  
الله أن يمد في عمرك لترى ثماراً قد حان قطفها بعد طول إنتظار، وستبقى كلماتك  
نجوماً أهتدى بها اليوم وفي الغد وإلى الأبد (والدي الحبيب) .

إلى ملاكي في الحياة.... إلى معنى الحب.... إلى معنى الحنان والتفاني....  
إلى بسمة الحياة وسر الوجود. إلى من كان دعائها سر نجاحي، وحنانها بلسم  
جراحي، إلى أغلى الأحبة (أمي الحبيبة).

إلى شمعات تنير حياتي إلى من عشت معهم أجمل ذكريات طفولتي، إلى  
سندي في الحياة، إلى من أشعر بالأمان بوجودهم (إخوتي وأخواتي).

أهدي ثمرة جهدي هذا

الباحثة

## شكر وعرافان

الحمد لله الذي علم بالقلم، علم الإنسان ما لم يعلم، والصلاة والسلام على النبي الأكرم، المبعوث رحمة للأمم، محمد وآله وصحبه وسلم... وبعد.

يشرفني أن أتقدم بوافر الشكر والعرافان، وخالص الود والامتنان إلى الأستاذ الدكتور نبيل عمران موسى الخالدي، والأستاذ الدكتور رحيم جبار ظاهر الحمزاوي لتفضلهما بالإشراف على هذه الرسالة، ولما قدماه إلي من نصح وإرشاد وتوجيه، منذ الخطوة الأولى للبحث وحتى الانتهاء منها، فلقد عهدتهما على الدوام معلمين مرشدين ومخلصين، أفاض علي الكثير من غزير علمهما، وفيض معرفتهما، ونصائحهما العلمية، وآرائهما السديدة، فكانا في تعاملهما مثالا لأستاذ الجامعة يحتذى به، وأدين لهما بالفضل الكبير في إتمام هذه الأطروحة. فشكراً لأساتذتي الكرام وأدعو الله أن يجزيهما عنا خير الجزاء.

كما أتوجه بالشكر إلى مشاعل العلم والأدب، أساتذتي الكرام بقسم علم الاجتماع بكلية الآداب جامعة القادسية، جعل الله ما علمتمونا في ميزان حسناتكم .

كما أتقدم بالشكر إلى (السادة أعضاء لجنة المناقشة) و (السادة الخبراء لتقييم استمارة الاستبيان) الذين تحملا عناء تجويد هذا العمل بملحوظاتهم الثمينة، فجزاهم الله عني خير الجزاء.

كما لا يفوتني أن أتقدم بجزيل الشكر والتقدير إلى كل من مد إلي يد العون والمساعدة من أجل إنجاز هذا العمل، وخص بالذكر د. ميسم محمد كاظم من مركز البحوث النفسية في وزارة التعليم العالي والبحث العلمي لتزويدي بالمصادر التي اعاننتي على انجاز اطروحتي.

كما أتقدم بالشكر إلى والدِّي أطل الله في عمرهما وأخوتي الذين وفروا لي الجو المناسب والوقت اللازم لإتمام هذه الدراسة.

وأخيراً أتقدم بخالص الشكر والتقدير إلى كل من تعاون معي ولو بكلمة واحدة أو جهد بسيط يذكر فيشكر صاحبه، فلهم مني كل الشكر والتقدير والاحترام معطراً بأجمل باقات الورد، وأدعو الله سبحانه وتعالى أن يجزي عني خير الجزاء، كلَّ مَنْ مدَّ لي يد العون والمساعدة، وأن يشملهم بفيض جوده ورحمته، إنه سميع مجيب.

وأخيراً أسأل الله عز وجل ان يجعل هذا العمل خالصاً لوجه الله الكريم، وان كنت قد أصبت فمن الله ، وان كنت قد أخطأت فالكمال لله وحده سبحانه وتعالى .

اللهم أجز كل من عاونني خير الجزاء، إنك نعم المولى ونعم النصير

الباحثة



أولاً: ثبت الموضوعات

| الصفحة | الموضوع  |
|--------|--|
| ٣-١    | المقدمة  |
| ١٢٨-٤  | الباب الأول الجانب النظري للدراسة  |
| ٢٧-٤   | الفصل الأول الإطار النظري للدراسة  |
| ٤      | التمهيد  |
| ٦-٥    | أولاً: إشكالية الدراسة   |
| ٦      | ثانياً: تساؤلات الدراسة  |
| ٧-٦    | ثالثاً: أهمية الدراسة  |
| ٧      | رابعاً: أهداف الدراسة  |
| ٢٧-٧   | خامساً: مفاهيم الدراسة   |
| ١٩-٨   | ١- مفهوم المنظومة المعرفية   |
| ٢٠-١٩  | ٢- مفهوم المرأة  |
| ٢٧-٢٠  | ٣- الرعاية الصحية  |
| ٤٣-٢٨  | الفصل الثاني تراث البحث في مفهوم المنظومة المعرفية للمرأة والرعاية الصحية      |
| ٢٨     | التمهيد  |
| ٣٢-٢٩  | أولاً: الدراسات العراقية   |
| ٣٥-٣٢  | ثانياً: الدراسات العربية   |
| ٣٩-٣٥  | ثالثاً: الدراسات الاجنبية  |
| ٤٣-٣٩  | رابعاً: التعقيب على الدراسات السابقة وأوجه الاستفادة منها                      |
| ٦٦-٤٤  | الفصل الثالث اتجاهات التنظير في دراسة المنظومة المعرفية للمرأة والرعاية الصحية |
| ٤٤     | التمهيد  |
| ٥٠-٤٥  | أولاً: البنائية الوظيفية وقضية الدراسة   |
| ٥٣-٥٠  | ثانياً: التفاعلية الرمزية وقضايا الرعاية الصحية                                |
| ٥٤-٥٣  | ثالثاً: نظرية النسق الاجتماعي  |
| ٥٧-٥٤  | رابعاً: نظرية الدور وصحة للمرأة  |
| ٦١-٥٧  | خامساً: نظرية الأنساق الأيكولوجية  |

|         |  |
|---------|--|
| ٦٥-٦١   | سادساً: نظرية الاعتماد على وسائل الإعلام                                     |
| ٦٦-٦٥   | نحو مدخل نظري للدراسة  |
| ٧٨-٦٧   | الفصل الرابع المنظومة المعرفية للمرأة وعلاقتها بظواهر الصحة والمرض           |
| ٦٧      | التمهيد  |
| ٧٨-٦٨   | أولاً: العوامل الاجتماعية المؤثرة على صحة المرأة وعلاقتها بالمنظومة المعرفية |
| ٧٨      | ثانياً: دور الدين في الصحة والوقاية من الامراض                               |
| ٨٠-٧٨   | ثالثاً: اعتماد المرأة على مواقع التواصل الاجتماعي كمصدر للمعلومات الصحية     |
| ١١١-٨٠  | رابعاً: الإعلام الصحي والرعاية الصحية للمرأة                                 |
| ٨٨      | الفصل الخامس الرعاية الصحية مدخل سوسيولوجي                                   |
| ٩٣-٨٩   | التمهيد  |
| ٩٣-٨٩   | أولاً: ماهية الرعاية الصحية وأهدافها   |
| ٩٤-٩٣   | ثانياً: تطور الرعاية الصحية  |
| ٩٥-٩٤   | ثالثاً : أساليب تقديم الرعاية الصحية   |
| ٩٧-٩٥   | رابعاً: أنماط تقديم الرعاية الصحية   |
| ٩٨-٩٧   | خامساً : واقع القطاع الصحي والمستشفيات في العراق                             |
| ١٠٠-٩٨  | سادساً: السياسة الصحية العامة لوزارة الصحة في العراق                         |
| ١٠١-١٠٠ | سابعاً: تقويم أداء أنظمة الرعاية الصحية                                      |
| ١٠٣-١٠١ | ثامناً: الرعاية الصحية والتنمية  |
| ١٠٧-١٠٣ | تاسعاً: المعوقات الاجتماعية والثقافية المؤثرة على نمط الرعاية الصحية         |
| ١٠٨-١٠٧ | عاشراً: ثورة المعلومات في مجال الرعاية الصحية                                |
| ١٠٨     | حادي عشر: دور التكنولوجيا في تدعيم الرعاية الصحية للمرأة والأسرة             |
| ١١١-١٠٩ | ثاني عشر: السياسة الاجتماعية والأولويات الصحية                               |
| ١٢٨-١١٢ | الفصل السادس النظم الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والرعاية الصحية للمرأة   |
| ١١٢     | التمهيد  |
| ١١٣-١١٢ | أولاً: النظم الاجتماعية والرعاية الصحية                                      |
| ١١٦-١١٣ | ١- النظم الأسري والرعاية الصحية للمرأة                                       |
| ١١٦     | ٢- النظم الاقتصادية والرعاية الصحية للمرأة                                   |

|         |  |
|---------|--|
| ١١٦-١١٩ | أ- الطبقة الاجتماعية والرعاية الصحية للمرأة  |
| ١١٩-١٢١ | ب- الفقر وصحة المرأة   |
| ١٢١-١٢٢ | ثانياً: النظم الثقافية والرعاية الصحية للمرأة  |
| ١٢٢-١٢٤ | ١- الثقافة وسلوك المرض   |
| ١٢٤-١٢٧ | ٢- العادات والتقاليد وسلوك المرض   |
| ١٢٧-١٢٨ | ٢- العوامل الديموغرافية  |
| ١٢٩     | الباب الثاني الجانب الميداني للدراسة   |
| ١٢٩-١٤٠ | الفصل السابع الاجراءات المنهجية للدراسة  |
| ١٢٩     | التمهيد  |
| ١٣٠-١٣٨ | أولاً: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية  |
| ١٣٠     | ١- نوع الدراسة   |
| ١٣٠     | ٢- منهج الدراسة  |
| ١٣١     | ٣- فروض الدراسة  |
| ١٣٢-١٣٤ | ٤- أداة الدراسة  |
| ١٣٤     | - اختبارات الصدق   |
| ١٣٤-١٣٥ | - إجراءات الثبات للدراسة الميدانية   |
| ١٣٥-١٣٧ | ٥- عينة الدراسة  |
| ١٣٧-١٣٨ | ٦- مجالات الدراسة  |
| ١٣٨     | ٧- أدوات التحليل الإحصائي المستخدمة في الدراسة   |
| ١٣٨-١٤٠ | ثانياً: عرض وتحليل البيانات الأساسية لعينة الدراسة   |
| ١٤١-١٥٨ | الفصل الثامن عرض وتحليل بيانات الدراسة ومناقشة نتائجها في ما يتعلق<br>بالمحور الثاني: العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة في الرعاية الصحية للمرأة<br>المحور الثالث: التأثيرات المعرفية وترتيب أولويات الاهتمام للرعاية الصحية للمرأة |
| ١٥٩-١٧٩ | الفصل التاسع عرض وتحليل بيانات الدراسة ومناقشة نتائجها في ما يتعلق<br>بالمحور الرابع: اعتماد المرأة على مواقع التواصل والدعم الصحي<br>والمحور الخامس: واقع النظام الصحي في العراق  |
| ١٨٠-١٩٩ | الفصل العاشر عرض وتحليل بيانات الدراسة ومناقشة نتائجها في ما يتعلق<br>أولاً: المحور السادس: رضا المرأة عن الرعاية الصحية   |

|         |   |
|---------|---|
|         | ثانياً: نتائج اختبار فرضيات الدراسة               |
| ٢٠٨-٢٠٠ | الفصل الحادي عشر الاستنتاجات والتوصيات والمقترحات |
| ٢٢٧-٢٠٩ | مراجع الدراسة                                     |
| ٢٣٩-٢٢٨ | ملاحق الدراسة                                     |

ثانياً: ثبت الجداول

| رقم الصفحة | عنوان الجدول   |
|------------|--|
| ٩٧         | جدول (١) تطور عدد المستشفيات والأسرة التابعة لوزارة الصحة من واقع المؤشرات الصحية للسنوات من ٢٠٠٩-٢٠١٧   |
| ٩٩         | جدول رقم (٢) يوضح مجموع الانفاق من نفقات تشغيلية واستثمارية للقطاع الصحي للمدة (٢٠٠٥ - ٢٠١٩)   |
| ١٣٥        | جدول رقم (٣) يوضح نتائج الثبات لأداة الاستبيان للمنظومة المعرفية للمرأة والرعاية الصحية باستخدام طريقة الاختبار وإعادة الاختبار ( Test . R . Test ) (ن=١٠) |
| ١٣٦        | جدول(٤) يوضح اعداد عينة البحث من التدريسيات في جامعة القادسية موزعين بحسب اللقب العلمي والشهادة والتخصص والكلية للعام الدراسي ٢٠٢٠-٢٠٢١                    |
| ١٣٧        | جدول (٥) يوضح حجم كل عينة ونسبته والعينة المراد سحبها منه  |
| ١٣٨-١٣٩    | جدول (٦) توزيع افراد العينة للمتغيرات الشخصية  |
| ١٤١        | جدول (٧) يبين اهتمام عينة الدراسة بمعرفة معلومات متعلقة بالصحة   |
| ١٤١-١٤٢    | جدول(٨) يبين رغبة عينة الدراسة بزيادة المعلومات عن الصحة   |
| ١٤٢        | جدول (٩) يبين اسباب رغبة عينة الدراسة في زيادة معلوماتك عن الصحة   |
| ١٤٣        | جدول (١٠) يبين اجابة عينة الدراسة على الذهاب إلى الطبيب في حال تعرض حالتها الصحية لإصابة بعارض معين  |
| ١٤٤        | جدول (١١) يبين اجابة عينة الدراسة عن اسباب عدم مراجعة الطبيب في حال تعرض حالتها الصحية لإصابة بعارض معين   |
| ١٤٥        | جدول (١٢) يبين إجابة عينة الدراسة حول أسباب الإصابة بمرض ما  |
| ١٤٥        | جدول (١٣) يبين إجابة عينة الدراسة عن السلوك الذي قامت به تجاه الأعراض المرضية  |
| ١٤٦        | جدول (١٤) يبين إجابة عينة الدراسة حول نوع المساعدة التي تقدمها الأسرة في حالة التعرض لمشكلة صحية   |
| ١٤٧        | جدول (١٥) يبين اجابة عينة الدراسة حول ابرز المشكلات التي تعترضها عند اصابتها بمشكلة صحية   |
| ١٤٨        | جدول (١٦) يبين اجابة عينة الدراسة عن آثار المرض على حياتها الاسرية وعلاقتها الاجتماعية داخل الأسرة عندما تتعرض لمرض ما                                     |
| ١٤٨        | جدول (١٧) يبين اجابة عينة الدراسة حول أهم التغيرات التي تعترضها في حالة تعرضها لمرض  |

|         | ما   |
|---------|--|
| ١٤٩     | جدول (١٨) يبين إجابة عينة الدراسة حول الرأي بأن للعادات والتقاليد أثر كبير على الاهتمام<br>بالبيئة والجوانب الصحية |
| ١٤٩     | جدول (١٩) يبين إجابة عينة الدراسة حول من المسؤول عن قرار علاجك عند تعرضك لمشكلة<br>صحية توجب زهابك للطبيب          |
| ١٥٠     | جدول (٢٠) يبين إجابة عينة الدراسة حول معرفة إن إهمال الأعراض المرضية قد يكون خطراً<br>على صحتك                     |
| ١٥١     | جدول (٢١) يبين إجابة عينة الدراسة حول اسباب إهمال أعراض المرض (ن=٣٣٣)  |
| ١٥٢-١٥١ | جدول (٢٢) يبين إجابة عينة الدراسة حول كيفية تناول الدواء في حالة الإصابة بمرض ما                                   |
| ١٥٢     | جدول (٢٣) يبين إجابة عينة الدراسة في حالة عدم تناول الدواء في حالة الإصابة بمرض ما<br>(ن=٢٣١)                      |
| ١٥٢     | جدول (٢٤) يبين إجابة عينة الدراسة حول اهم ماهي العادات الصحية التي تتبعها بعد الإصابة<br>بالمرض                    |
| ١٥٣     | جدول (٢٥) يبين إجابة عينة الدراسة حول أهم الجهات المسؤولة عن وعيك الصحي من وجهة<br>نظرها                           |
| ١٥٤     | جدول (٢٦) يبين اعتماد عينة الدراسة على الطب الشعبي إلى جانب الطب الحديث من وجهة<br>نظرهم                           |
| ١٥٤     | جدول (٢٧) يبين إجابة عينة الدراسة حول المعتقدات الطبية التي تؤمن بها كبديل للعلاج الطبي<br>من وجهة نظرهم           |
| ١٥٥     | جدول (٢٨) يبين إجابة عينة الدراسة حول الأساليب الوقائية المعتمدة لديك عند تعرضك لمشكلة<br>صحية من وجهة نظرهم       |
| ١٥٦     | جدول (٢٩) يبين إجابة عينة الدراسة حول الأساليب الوقائية المعتمدة لديك عند تعرضك لمشكلة<br>صحية من وجهة نظرهم       |
| ١٥٦     | جدول (٣٠) يبين إجابة عينة الدراسة حول المؤسسات الصحية (مستشفى، مركز صحي) ودورها<br>في تقليل حدة المرض بالمجتمع     |
| ١٥٧     | جدول (٣١) يبين إجابة عينة الدراسة حول الطريقة التي يجب اتباعها لنشر الثقافة الصحية<br>لمواجه المرض داخل المجتمع    |
| ١٥٨     | جدول (٣٢) يبين أهم مواقع التواصل الإجتماعي التي يستخدمها أفراد العينة  |

|         |  |
|---------|--|
| ١٥٨-١٥٩ | جدول (٣٣) يبين درجة الثقة بالمعلومات حول الجوانب الصحية التي يتم نشرها في مواقع التواصل الاجتماعي من وجهة نظر عينة الدراسة |
| ١٥٩     | جدول (٣٤) يبين اسباب اعتمادك على مواقع التواصل الاجتماعي كمصدر للمعلومات الصحية من وجهة نظر عينة الدراسة                   |
| ١٦٠     | جدول (٣٥) يبين أهداف اعتماد المرأة على مواقع التواصل الاجتماعي كمصدر للمعلومات الصحية من وجهة نظر عينة الدراسة             |
| ١٦١     | جدول (٣٦) يبين أكثر الموضوعات الصحية التي تتابعها عينة الدراسة على مواقع التواصل الاجتماعي                                 |
| ١٦٢     | جدول (٣٧) يبين التأثيرات المعرفية للمعلومات الصحية التي تعرض على مواقع التواصل على المرأة من وجهة نظر عينة الدراسة         |
| ١٦٤     | جدول (٣٨) يبين التأثيرات النفسية للمعلومات الصحية التي تعرض على مواقع التواصل على المرأة من وجهة نظر عينة الدراسة          |
| ١٦٥     | جدول (٣٩) يبين التأثيرات السلوكية للمعلومات الصحية التي تعرض على مواقع التواصل على المرأة من وجهة نظر عينة الدراسة         |
| ١٦٦     | جدول (٤٠) يبين مدى قيام عينة الدراسة بالتعليق عبر مواقع التواصل الاجتماعي على بعض المواضيع التي تتعلق بالصحة               |
| ١٦٧     | جدول (٤١) يبين قيام عينة الدراسة بمناقشة الموضوعات التي تساعد على انتشار المعلومات الصحية على الحساب الخاص                 |
| ١٦٧     | جدول (٤٢) يبين سبب عدم مناقشة الموضوعات الصحية على الحساب الخاص لعينة الدراسة (ن=٢٦٧)                                      |
| ١٦٨     | جدول (٤٣) يبين مدى مساهمة عينة الدراسة في نشر الموضوعات التي تناقش الوعي الصحي عبر مواقع التواصل الاجتماعي                 |
| ١٦٨     | جدول (٤٤) يبين اسباب عدم مساهمة عينة الدراسة في نشر الموضوعات التي تناقش الوعي الصحي عبر مواقع التواصل الاجتماعي           |
| ١٦٨-١٦٩ | جدول (٤٥) يبين درجة ثقة المرأة في المضامين التي تقدمها مواقع التواصل الاجتماعي حول القضايا الصحية من وجهة نظر عينة الدراسة |
| ١٦٩     | جدول (٤٦) يبين اجابة عينة الدراسة حول ماذا تعني خدمات الرعاية الصحية من وجهة نظرها   |
| ١٧٠     | جدول (٤٧) يبين أهم شروط توافر خدمات الرعاية الصحية الجيدة من وجهة نظر عينة الدراسة   |
| ١٧١     | جدول (٤٨) يبين اجابة عينة الدراسة حول هل تحقق الأنظمة الصحية الحالية ( من مستشفيات   |

|         |  |
|---------|--|
|         | وعيادات ومراكز طبية ) للرعاية الصحية المنشودة  |
| ١٧٢     | جدول (٤٩) يبين أسباب عدم تحقيق الأنظمة الصحية الحالية للرعاية الصحية المنشودة من وجهة نظر عينة الدراسة (ن=٣٠٣)                 |
| ١٧٣     | جدول (٥٠) يبين زيادة الإنفاق على الصحة هو الوسيلة التي تؤدي لتحسين مستوى خدمات الرعاية الصحية المقدمة من وجهة نظر عينة الدراسة |
| ١٧٣     | جدول (٥١) يبين أهم التحديات التي تعوق تحقيق جودة الخدمات الصحية بشكل كامل في الأنظمة الصحية من وجهة نظر عينة الدراسة           |
| ١٧٤     | جدول (٥٢) يبين أهم معوقات تطوير خدمات الرعاية الصحية من وجهة نظر عينة الدراسة  |
| ١٧٥     | جدول (٥٣) يبين أهم المقترحات لتفعيل تطوير خدمات الرعاية الصحية من وجهة نظر عينة الدراسة  |
| ١٧٦-١٧٥ | جدول (٥٤) يبين كيفية تطوير خدمات الرعاية الصحية من وجهة نظر عينة الدراسة   |
| ١٧٦     | جدول (٥٥) يبين دور القوانين والتشريعات في نشر الوعي الصحي والثقافة الصحية في المجتمع العراقي من وجهة نظر عينة الدراسة          |
| ١٧٧     | جدول (٥٦) يبين دور دوائر التوعية والإعلام بوزارة الصحة في تنمية الوعي الصحي في المجتمع من وجهة نظر عينة الدراسة                |
| ١٧٨     | جدول (٥٧) يبين اجابة عينة الدراسة حول ان تضع وزارة الصحة برامج متعددة لتنمية الوعي البيئي والصحي                               |
| ١٧٨     | جدول (٥٨) يبين أهم البرامج التي يجب ان تضعها الوزارة لتقوم بتنمية الوعي البيئي والصحي من وجهة نظر عينة الدراسة (ن=٣٣٩)         |
| ١٧٩     | جدول (٥٩) درجات بدائل الاستجابة على فقرات الاستبانة (المحور السادس)  |
| ١٧٩     | جدول رقم (٦٠) فئات الاستجابة لعينة الدراسة   |
| ١٨٠     | جدول (٦١) استجابات افراد عينة الدراسة على محور الرضا عن المنظومة الاجتماعية والرعاية الصحية                                    |
| ١٨٤     | جدول رقم (٦٢) يوضح رأي المرأة المتزوجة اتجاه المنظومة المعرفية للمرأة والرعاية الصحية تعزى لمستوى الدخل الشهري                 |
| ١٨٦     | جدول (٦٣) رأي المرأة المتزوجة اتجاه المنظومة المعرفية للمرأة والرعاية الصحية تعزى للحالة الاجتماعية                            |
| ١٨٧     | جدول (٦٤) يوضح رأي المرأة المتزوجة اتجاه المنظومة المعرفية للمرأة والرعاية الصحية تعزى   |



|     | للمستوى التحصيل الدراسي   |
|-----|---|
| ١٨٩ | جدول (٦٥) يوضح رأي المرأة المتزوجة اتجاه المنظومة المعرفية للمرأة والرعاية الصحية تعزى للمحل الإقامة  |
| ١٩١ | جدول (٦٦) يوضح رأي المرأة المتزوجة اتجاه المنظومة المعرفية للمرأة والرعاية الصحية تعزى للعمر  |
| ١٩٣ | جدول (٦٧) اختبار الفرضيات الفرعية الخاص في رغبة المرأة بزيادة المعلومات المتعلقة بالصحة العامة تعزى لمتغير العمر، الحالة الاجتماعية، محل الإقامة، العمر، التحصيل الدراسي  |
| ١٩٤ | جدول (٦٨) اختبار الفرضيات الفرعية الخاص في اهتمام المرأة بالمعلومات عن صحتها تعزى لمتغيرات (العمر، الحالة الاجتماعية، مستوى الدخل الشهري، محل الإقامة والتحصيل الدراسي)   |
| ١٩٥ | جدول (٦٩) اختبار الفرضيات الفرعية الخاص في اهتمام المرأة بالذهاب للطبيب عند الإصابة بحادث عرضي تعزى لمتغيرات (العمر، الحالة الاجتماعية، مستوى الدخل الشهري، محل الإقامة والتحصيل الدراسي)                           |
| ١٩٦ | جدول (٧٠) اختبار الفرضيات الفرعية الخاص في أن للعادات والتقاليد على المرأة أثر كبير على الاهتمام بالبيئة والجوانب الصحية تعزى لمتغيرات (العمر، الحالة الاجتماعية، مستوى الدخل الشهري، محل الإقامة والتحصيل الدراسي) |
| ١٩٨ | جدول (٧١) اختبار الفرضيات الفرعية الخاص في ان إهمال الأعراض المرضية قد يكون خطراً على صحة المرأة تعزى لمتغيرات (العمر، الحالة الاجتماعية، مستوى الدخل الشهري، محل الإقامة والتحصيل الدراسي)                         |

## ملخص الدراسة باللغة العربية

تتناول الدراسة الحالية التأثيرات المختلفة المترتبة على شدة اعتماد المرأة وثقتها بالمعلومات التي تحصل عليها من ما تتمتع به من المنظومة المعرفية التي تتجلى فيها، والعلاقة بين هذه الثقة وشدة الاعتماد والرعاية الصحية لها، ومن هذا المنطلق قد تحددت مشكلة الدراسة في محاولة التعرف على دور المنظومة المعرفية للمرأة والرعاية الصحية. **اما تساؤلات الدراسة فهي ما العوامل الاجتماعية والثقافية في تنمية الصحة العامة للمرأة بالمجتمع العراقي؟ وما مدى اعتماد المرأة العراقية على المستوى التعليمي كمصدر للحصول على المعلومات الصحية؟ وما العلاقة بين ثقة المرأة في المعلومات التي تقدمها الصفحات الصحية وشدة اعتمادها عليها؟ وما أسباب ودوافع المرأة للاعتماد على الحملات الإعلامية في التوعية الصحية للمرأة في حصولها على المعلومات الصحية؟، وتكمن أهمية دراسة دور منظومة المعرفة للمرأة والرعاية الصحية وذلك من خلال التنشئة الاجتماعية للمرأة ومدى فهمها للقيم الصحية، وذلك من خلال تأثير القيم الاجتماعية على الناحية الصحية، والبحث في تشكيل الوعي الاجتماعي بالصحة، وذلك من خلال استعراض دور ما تحمله المرأة من منظومة معرفية خاصة بها من الأسرة والتعليم والعمل، والتأثيرات التكنولوجية الحديثة المتمثلة بالإنترنت وما يوفره من واقع للتواصل الاجتماعي وما يتوفر في الاخيرة من المواقع الصحية، وتحدد أهداف الدراسة في التعرف على دور العوامل الاجتماعية والثقافية في تنمية الصحة العامة للمرأة بالمجتمع العراقي، والتعرف على مدى اعتماد المرأة العراقية على المستوى التعليمي كمصدر للحصول على المعلومات الصحية.**

لذا فإن نوع هذه الدراسة يتحدد في الدراسة الوصفية بهدف وصف واقع الظاهرة المراد دراستها بواسطة (الاستبيان) فقد اعتمدت الباحثة على منهج المسح الاجتماعي، وبالنظر إلى أن الباحثة سوف تطبق الدراسة الميدانية على عينة من التدريسيات مكونة من (٣٥٦) مفردة في كليات جامعة القادسية. **اما اهم الاستنتاجات فهي:** اهتمام عينة الدراسة بمعرفة معلومات متعلقة بالصحة أشاروا إلى أنهم مهتمين بمعرفة معلومات متعلقة بالصحة بشكل كبير، ورغبة عينة الدراسة بزيادة المعلومات عن الصحة قد اشاروا بأنهم يرغبون بزيادة المعلومات عن الصحة بشكل كبير هو لأنه موضوع الصحة مهم وحساس، ولكونها تمس صحة وحياة الإنسان. واهم التوصيات على وزارة الصحة التوسع في التأمين الصحي لتغطية جميع الفئات خاصة الأطفال، وكذلك تطبيق التأمين الصحي على السيدات في فترة الحمل والإنجاب لتوفير خدمات الأمومة الآمنة، والتوسع في تطبيق برنامج الإصلاح الصحي ويأتي في مقدمة ذلك التركيز على الرعاية الصحية الأساسية والوقائية من الأمراض، مع ضمان المساواة والجودة الشمولية في تقديم الخدمات مع تحسين الكفاءة وإستمرارية الخدمات.

# مقدمة الدراسة

## المقدمة:

إن الصحة نعمة من الله عز وجل، والعقل السليم في الجسم السليم لذلك كان الهدف الأساسي للقطاع الصحي تقديم الرعاية والتوعية الصحية على أسس علمية بهدف الوصول إلى أحسن نتائج للوصول إلى مجتمع صحيح وسليم.

فالصحة مطلب أنساني كل فرد من أفراد المجتمع يسعى إلى تحقيقه، والصحة السليمة تعد من أهم الأهداف الرئيسية التي يسعى الإنسان إلى تحقيقها، فالإنسان لا يمكنه المحافظة على صحته إذا لم تكن لديه الثقافة الصحية اللازمة حيث تعتبر مشكلة مهمة ومحورية في الوقت الحالي، وفي المستقبل المتسم بالعلومة والتنافس والتكنولوجيا.

يُعد الحق في الصحة تطلع إنساني عالمي ومن حقوق الإنسان الأساسية، انطلاقاً من الإيمان بأهمية تمتع أفراد المجتمع بالحق في الصحة، وبحياة سعيدة صحية وسليمة وآمنة من خلال تطبيق نظام صحي متكامل يتميز بالإتاحة والجودة وعدم التمييز، والقدرة على تحسين المؤشرات الصحية عن طريق تحقيق التغطية الصحية الشاملة لكافة المواطنين، ومع ضرورة توافر الرعاية الصحية لكافة أفراد المجتمع وشرائحه، فإن المساواة في الرعاية الصحية هو موضوع يتعلق بالعدل الاجتماعي، كما ان التحيز في توزيع خدمات الرعاية الصحية سواء على المستوى العالمي أو على المستوى المحلي يُعد بالأساس نتاج سياسات بشرية لم تراعي الأسباب والحلول الاجتماعية، حيث عمدت تلك السياسات إلى تقسيم المجتمع إلى طبقات، وزيادة الفجوة الاجتماعية والاقتصادية بين تلك الطبقات مما أدى إلى حدوث ظاهرة التحيز الاجتماعي في الصحة والخدمات الطبية فكلما كان الوضع الاجتماعي والاقتصادي منخفضاً كانت الرعاية الصحية المقدمة أسوأ، فالتحيز في خدمات الرعاية الصحية من القمة إلى القاع يكشف مدى التوزيع غير العادل للرعاية الصحية طبقاً للدخل سواء كان منخفضاً أو متوسطاً أو مرتفعاً.

وتعتبر الصحة هدفاً من أهداف التنمية والتطور الاجتماعي والاقتصادي وهي حق أساسي لجميع الشعوب، وهي وسيلة مهمة لرفاهية الشعب والمجتمع. فجزء كبير من التقدم الصحي يعتمد على التحسين الاقتصادي والتعليمي، ومن المسلم به أن الرعاية الصحية تعتبر من أهم الجهود البشرية لإيجاد نمطا أفضل في الحياة. فالتقدم الهائل الذي أحرزته العلوم الطبيعية والطبية لم يمس معظم سكان العالم، إذ ما زالت غالبية معظم سكان الدول النامية تعاني من نفس النتائج للأمراض التي عانى منها أسلافهم.

وتعرف أنظمة الرعاية الصحية باعتبارها الآلية في أي مجتمع التي تقوم بتحويل المدخلات من المعرفة والموارد البشرية والمالية إلى مخرجات من الخدمات ذات الصلة بالاهتمامات الصحية في المجتمع. كما أن الصحة ليست حكراً على الرعاية الصحية وحدها، فهناك أنظمة أخرى (أو قطاعات) في كل مجتمع يكون لها تأثير على صحة السكان، كما يمنح المجتمع أنظمة الرعاية الصحية "الشرعية" للعمل، ففي هذا العقد الاجتماعي يعطي المجتمع أعلى توقع وهو حق الإنسان في الصحة أي حق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة البدنية والعقلية.

ورفع الوعي بقضايا التوعية الصحية والاجتماعية للمرأة وتمييزها وتفعيل دورها في التنمية، ومعرفة الآثار التي تتركها الحملات الإعلامية في التوعية الصحية للمرأة وهل تلك الحملات قادرة على أن ترفع وعي المرأة الصحي، ويدعو إطار محددات الصحة إلى النظر إلى الواقع الاجتماعي للمرأة والعوامل المؤثرة في حالتها الصحية بنفس القدر الذي ينظر به إلى محددات الحالة الصحية ذاتها وتقسيم هذه المحددات إلى مستويات يأتي في المستوى الأقرب إلى الحالة المرضية ذاتها محدد التعرض للمرض أو عوامل المخاطرة المباشرة أما المستوى الوسيط فيتضمن أنماط الحياة والسلوكيات المتعلقة بالصحة واستخدام الخدمات الصحية. أما المستوى الأبعد فيحتوي على الموارد المتاحة للفرد في المجتمع.

تُعد المرأة هي التي تبدأ عندها حياة الفرد وهي المدرسة الأولى لجميع افراد المجتمع رجالاً ونساء وهي تساهم في القدر الأكبر في تشكيل شخصيتهم، ولما للمعلومات الصحية من أهمية قصوى في حياة الأفراد والمجتمعات وخاصة الموجهة لفئة المرأة بحكم ارتباطها القوي والتصاقها بمفاهيم هذا الجانب من المعلومات فنجد من الضروري تنمية الثقافة والوعي الصحي لديها، وإعدادها ورعايتها من أهم الأمور التي تجعل الشعوب تتقدم حضارياً، والأم في مجتمعنا هي المسؤولة عن صحة الأسرة، وبالتالي فإن صحتها ذات أهمية خاصة لان عدم توافر الصحة لها يعرقل الحفاظ على صحة الأسرة، وبالأخص صحة الطفل وتكون الأم خلال فترة الحمل والولادة والنفاس أكثر تعرضاً لخطر المرض والوفاة، وللمرأة في مجتمعنا عدة أدوار منها الدور الايجابي وهو الدور الرئيسي بالنسبة للغالبية العظمى من النساء في الدول النامية ويهيئ المجتمع البنت من الصغر لتقبل الدور وإعدادها بحيث تقتنع بأن الاهتمام بالأسرة والاطفال هو الدور المعول عليه لاحترامها والاعتراف بها، ومع الاعتراف بأهمية هذا الدور الا ان الإعداد له لا يتم بالطريقة المناسبة لان القيام بهذا الدور بالطريقة الصحيحة يتطلب قدر كبير من التعليم والثقافة والتجربة والاطلاع الواسع على امور الحياة، ولكن يتم التركيز فقط على الزواج وعدم الزواج وامكانية الانجاب وعدد الابناء والبنات دون الاهتمام بالطريقة المثلى لأداء هذه الادوار، وفي ضوء ما سبق يمكن ان نتظر الدراسة الراهنة إلى المرأة باعتبارها الاساس التي تقوم عليه الاسرة وان تمتعها بحالة صحية جيدة يتيح لها الفرصة لممارسة حياة منتجة اقتصادياً واجتماعياً، وبالتالي ينعكس ذلك بالإيجاب على باقي افراد الاسرة والمجتمع.

ومن هذا المنطلق تعد طريقة التعرف على المرض عملية اجتماعية تكشف عن أسباب ونتائج معدلات المرض المختلفة، هذا إلى جانب تحديد أهم الخصائص الاجتماعية والاقتصادية كمتغيرات مؤثرة في ظاهرتي الصحة والمرض، كما تتخلل الثقافة كل مكونات الحياة الاجتماعية للإنسان، وتهتم الثقافة بالعلاقة بين ثقافة المجتمع وظواهر الصحة والمرض فالثقافة تمثل إطاراً شاملاً لكل جوانب الحياة، فالصحة والمرض تعد انعكاساً لثقافة المجتمع، والتي سوف نعرض لاحقاً في الفصول النظرية لأهم الأبعاد والمحددات الاجتماعية والاقتصادية التي تعد متغيرات مرتبطة بظاهرتي الصحة والمرض.

يتأكد يوماً بعد يوم العلاقة الوثيقة بين صحة الأفراد أو مرضهم وبين الواقع الاجتماعي الذي يعيشونه، إذ توجد علاقة متداخلة بين صحة الإنسان ومرضه وبين الظروف البيئية والاجتماعية التي

تمثل محيطه الذي يتواجد فيه، وتزايد في العصر الحديث دور شبكات التواصل الاجتماعي تزايداً كبيراً وأصبح لأنواعها المتعددة دوراً واضحاً في التوعية والتثقيف الصحي. فأتجاه المرأة إلى الاعتماد على مواقع التواصل الاجتماعي واعتباره مصدراً لحصولها على كافة المعلومات التي تريدها بخصوص صحتها أو صحة أطفالها وأسرتها، فقد احتلت المعلومات الصحية مساحة واسعة على صفحات الفيسبوك، الأمر الذي يسهم في تعزيز الثقافة والوعي الصحي لديها، عن أشكال الامراض المختلفة وكيفية الوقاية منها والتعامل معها وما العلاج المناسب لها، ولاشك أن صحة المرأة ينبغي أن تكون محل عناية ورعاية بالقدر الذي يتناسب مع أدوارها المتعددة، حيث تمثل نصف سكان المجتمع تقريباً، وهي التي أنجبت النصف الآخر، وتقوم على رعايته والعناية به.

جاء اختيارنا لهذا الموضوع وفقاً لمبررات ذاتية وأخرى موضوعية وهي المبررات الذاتية التي تكمن في رغبة الباحثة في التعرف على موضوع الدراسة الراهنة من جوانبها المختلفة. أما المبررات الموضوعية فتتمثل في فشل الخطط والاستراتيجيات الصحية في العراق مع حجم سياسة الإنفاق المتبعة، حيث يغيب عن صانع القرار والمخططين وضع القيم المجتمعية عموماً في استراتيجيتهم، ودور الأسرة في المشاركة في تنفيذ الخطط.

واشتملت الدراسة على مقدمة وبابين رئيسيين: الباب الأول: الإطار النظري للدراسة، والباب الثاني: الإطار الميداني للدراسة، ويشتمل الباب الأول على ستة فصول: الفصل الأول: الإطار النظري للدراسة واشتمل على اشكالية الدراسة وتساؤلاتها، أهمية الدراسة، أهداف الدراسة، مفاهيم الدراسة، وقد تضمن الفصل الثاني الدراسات السابقة وهي دراسات عراقية، دراسات عربية، دراسات اجنبية، والفصل الثالث: اتجاهات التنظير في دراسة المنظومة المعرفية للمرأة والرعاية الصحية وتضمن التمهيدي، البنائية الوظيفية وقضية الدراسة، التفاعلية الرمزية وقضايا الرعاية الصحية، نظرية النسق الاجتماعي، نظرية الدور وصحة المرأة، نظرية الانساق الايكولوجية، والفصل الرابع: المنظومة المعرفية للمرأة وعلاقتها بظواهر الصحة والمرض، والفصل الخامس: الرعاية الصحية مدخل سوسيولوجي، وجاء الفصل السادس ليتناول النظم الاجتماعية والرعاية الصحية، وجاء بعد ذلك الباب الثاني الجانب الميداني للدراسة واشتمل على خمسة فصول، الفصل السابع: الإجراءات المنهجية للدراسة، والفصل الثامن: عرض وتحليل بيانات الدراسة ومناقشة نتائجها فيما يتعلق المحور الثاني العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة في الرعاية الصحية، والفصل التاسع: تناول عرض وتحليل بيانات الدراسة ومناقشة نتائجها في ما يتعلق بالمحور الرابع: اعتماد المرأة على مواقع التواصل الاجتماعي والدعم الصحي، والمحور الخامس واقع النظام الصحي في العراق، والفصل العاشر: تناول عرض وتحليل بيانات الدراسة ومناقشة نتائجها في ما يتعلق بالمحور السادس: رضا المرأة عن الرعاية الصحية، تناول نتائج اختبار فرضيات الدراسة، واخيراً الفصل الحادي عشر الاستنتاجات والتوصيات والمقترحات.

# الباب الأول

## الجانِب النظري للدراسة

# الفصل الأول

## الإطار النظري للدراسة

التمهيد

أولاً: إشكالية الدراسة

ثانياً: تساؤلات الدراسة

ثالثاً: أهمية الدراسة

رابعاً: أهداف الدراسة

خامساً: مفاهيم الدراسة



## التمهيد:

الصحة مطلب أنساني كل فرد من أفراد المجتمع يسعى إلى تحقيقه، والصحة السليمة تعد من أهم الأهداف الرئيسية التي يسعى الإنسان إلى تحقيقها، فالإنسان لا يمكنه المحافظة على صحته إذا لم تكن لديه الثقافة الصحية اللازمة.

تعتمد الصحة بشكل عام في أي مجتمع من المجتمعات على التفاعل والتوازن بين احتياجات المجتمع والموارد الصحية المتوفرة والاختيار والتطبيق والتدخلات المتعلقة بالصحة، كما أن هناك تغيرات كثيرة طرأت على القطاع الصحي والتي يجب أخذها في الاعتبار لتحقيق الأهداف المرجوة. تتأثر صحة المرأة كثيراً بمستويات الدخل، وأساليب الحياة، ووضع المرأة في المجتمع، ونوعية الرعاية الصحية ومدى توفرها. كما تتأثر بقدرة المرأة على الاختيار. كل هذا يؤكد أن الصحة ليست مفهوماً طبياً معزولاً، وإنما هي مفهوم شمولي للإنسان وبيئته مؤثراً فيها أو متأثراً بها. إن ما أشتمل عليه الفصل الأول، والذي يعد إطاراً تصورياً واضحاً تسترشد به الدراسة حتى وصلت إلى النتائج العامة. حيث ان الإطار التصوري له أهمية كبيرة في تحديد المفاهيم وتوضيح الرؤى للباحث، وله القدرة على تعديل الأفكار وتوجيهها، وضبط المسار في حال لم تكن الإمكانيات المتاحة ذات فاعلية في الدراسة، والإفادة من الإطار مكنت الباحث في السير بخطى حثيثة، الأمر الذي أزال الغموض وأصبحت الأهداف واضحة والمفاهيم محددة.

يركز هذا الفصل على مدخل الدراسة ويتضمن صياغة إشكالية الدراسة، كما يتناول هذا الفصل بيان أهمية الدراسة من حيث توضيح أهميتها العلمية وقابليتها للدراسة في الواقع الميداني، وأهداف الدراسة وتساؤلاتها، كما يتناول هذا الفصل المفاهيم الخاصة بالدراسة من خلال استعراض آراء الباحثين والعلماء لتلك المفاهيم ثم التوصل إلى التعريفات الإجرائية التي يمكن الاعتماد عليها في هذه الدراسة.

## أولاً: إشكالية الدراسة

إن المرأة في المجتمع بحاجة ماسة إلى الرعاية والعناية لتنشأ صحيحة الجسم والعقل قادرة على أن تسهم في تنمية هذا المجتمع، ولا يمكن أن تتوفر هذه الرعاية والعناية إلا في مجتمع منظم وفي وسط عائلي قادر على تأمين حاجة أفرادهِ منذ ولادتهم حتى يصبحوا أقوياء قادرين على تحمل مسؤولية أنفسهم في خضم الحياة، ولا شك أن صحة المرأة ينبغي أن تكون محل عناية ورعاية بالقدر الذي يتناسب مع أدوارها المتعددة، حيث تمثل نصف سكان المجتمع تقريباً، وهي التي أنجبت النصف الآخر، وتقوم على رعايته والعناية به، وعندما نتحدث عن صحة المرأة، فإننا نتحدث عن قطاع يشكل كميّاً نصف عدد السكان، بالإضافة إلى ذلك، فإن أوضاع المرأة خاصة تجعلها جديرة بالدراسة - ليس فقط من واقع أن للمرأة احتياجات خاصة بها من الناحية البيولوجية، ولكن يوجد العديد من المشكلات الصحية الخاصة بالمرأة والتي يشكلها دورها في المجتمع أو ما يسمى بالنوع الاجتماعي، والتي تعبر عن نفسها من خلال التفرقة المجتمعية بين الجنسين في الحقوق والموارد مما يؤدي إلى عدم التماثل في العبء الذي يقع على أي من النوعين في المجتمع ومنها عبء المشاكل الصحية.

غالباً ما تضغط الأعمال والأحداث اليومية على المرأة، فتسبب توتراً لها في جسمها وفي نفسها، ويمكن أن ينشأ التوتر من مشكلات جسدية، مثل المرض أو الإجهاد في العمل، وقد ينشأ من أحداث نفسية مثل نزاع في الأسرة أو لوم المرأة بسبب مشكلات لا تقدر على التحكم بها حتى الأحداث التي تجلب السرور - مثل ولادة طفل أو تسلم عمل جديد - قد تسبب ضغطاً لأنها تحدث تغييراً في حياة المرأة.

ونظراً لما للمرأة من دور متميز وأساس ومكانة سامية وحاسمة في تطوير المجتمعات الانسانية وإن رقي الأمم يأتي من خلال المكانة التي توليها المرأة لأبنائها على وجه الخصوص، ولما للمعلومات الصحية من أهمية قصوى في حياة الأفراد والمجتمعات وخاصة الموجهة لفئة المرأة بحكم ارتباطها القوي والتصاقها بمفاهيم هذا الجانب من المعلومات فنجد من الضروري تنمية الثقافة والوعي الصحي لديها، وإعدادها ورعايتها من أهم الأمور التي تجعل الشعوب تتقدم حضارياً، ومن هذا المنطلق كان لزاماً أن نتعرف على ماهية الدور الحقيقي الذي تقوم به المنظومة المعرفية للمرأة والرعاية الصحية في مجال نشر المعلومات الصحية التي تخص المرأة العراقية.

وتزايد في العصر الحديث اعتماد المرأة على التأثيرات المعرفية التي تتمتع بها كمصدر للمعلومات الصحية، وأصبح لهذه المنظومة دوراً واضحاً وملموساً وتأثيراً في حياة الأفراد من خلال تنمية مستوى الوعي لديهم وزيادة معلوماتهم وتطلعاتهم سواء كان هذا التأثير سلباً أو ايجاباً، وهذا يعني أننا نتوقع منها دوراً ملموساً في مجال التوعية والتثقيف الصحي.

تتناول الدراسة الحالية التأثيرات المختلفة المترتبة على شدة اعتماد المرأة وثقتها بالمعلومات التي تحصل عليها من ما تتمتع به من المنظومة المعرفية التي تتجلى فيها، والعلاقة بين هذه الثقة وشدة

الاعتماد والرعاية الصحية لها، ومن هذا المنطلق قد تحددت مشكلة الدراسة في محاولة التعرف على دور المنظومة المعرفية للمرأة والرعاية الصحية.

### ثانياً: تساؤلات الدراسة

- ١- ما العوامل الاجتماعية والثقافية في تنمية الصحة العامة للمرأة بالمجتمع العراقي؟
- ٢- ما مدى اعتماد المرأة العراقية على المستوى التعليمي كمصدر للحصول على المعلومات الصحية؟
- ٣- إلى أي مدى تحرص المرأة على النقاش مع الأخريات حول المعلومات الصحية التي تحصلن عليها؟
- ٤- ما العلاقة بين ثقة المرأة في المعلومات التي تقدمها الصفحات الصحية وشدة اعتمادها عليها؟
- ٥- ما أسباب ودوافع المرأة للاعتماد على الحملات الإعلامية في التوعية الصحية للمرأة في حصولها على المعلومات الصحية؟
- ٦- ما أسباب استخدام المرأة العراقية تقنيات الاتصال ونقل المعلومات؟
- ٧- ما الصفحات التي تحظى بثقتها في الحصول على معلومات تتعلق بصحتها وجمالها؟
- ٨- ما العوامل التي تساعد على تفعيل آليات الصحة وإزالة المعوقات الاجتماعية والثقافية، وأثرها على تحقيق تنمية الصحة العامة للمرأة في المجتمع العراقي؟

### ثالثاً: أهمية الدراسة

تكمن أهمية دراسة دور منظومة المعرفية للمرأة والرعاية الصحية وذلك من خلال التنشئة الاجتماعية للمرأة ومدى فهمها للقيم الصحية، وذلك من خلال تأثير القيم الاجتماعية على الناحية الصحية، والبحث في تشكيل الوعي الاجتماعي بالصحة، وذلك من خلال استعراض دور ما تحمله المرأة من منظومة معرفية خاصة بها من الأسرة والتعليم والعمل، والتأثيرات التكنولوجية الحديثة المتمثلة بالإنترنت وما يوفره من واقع للتواصل الاجتماعي وما يتوفر في الأخيرة من المواقع الصحية التي كثيراً ما تقوم المرأة بالاطلاع عليها والاستفسار منها عن كثير من الأمور التي تخص صحتها، والمؤثرات التي تحيط بها، والتي تشكل ظاهرة تستحق الدراسة، حيث نجد ان هناك الكثير من القيم الاجتماعية السائدة في المجتمع العراقي وفي أي مجتمع آخر، والتي تؤثر على صحة الافراد.

وتبرز أهمية الدراسة الحالية في أهمية الجانب الذي تتصدى لدراسته حيث أنها تسعى لدراسة المنظومة المعرفية للمرأة والرعاية الصحية في المجتمع عامة، وفي مجتمع الديوانية متمثلة بعينة من تدريسيات جامعة القادسية خاصة، ولا شك أن هذا الجانب ينطوي على أهمية كبيرة من النواحي العلمية والعملية والاجتماعية.

**الجانب العلمي:** تتناول الدراسة موضوعاً اجتماعياً يتعلق بالمنظومة المعرفية للمرأة والرعاية الصحية باعتبارها قضية مهمة من أهم قضايا المجتمع، ودور الأسرة من خلالها في غرس القيم الصحية بأبنائها.

**الجانب العملي:** هذه الدراسة تسعى إلى إبراز دور المنظومة المعرفية للمرأة في غرس القيم الصحية، كخط دفاع أول لمكافحة المرض وتعزيز الصحة، والبحث في المعوقات التي تحد من قيام الأسرة بدورها من خلال عملية التنشئة الاجتماعية، وتسليط الضوء أيضاً على مكانة الدولة كداعم للأسرة في القيام بدورها، من خلال عرض سياساتها الصحية، ومعرجتا على الإرث الثقافي للمجتمع والكامن تحديداً في بعض القيم الاجتماعية وما تحمله من معوقات تحول دون قيام الأسرة لدورها.

**الجانب الاجتماعي:** هذه الدراسة من خلال اهتمامها بطرح موضوع المنظومة المعرفية للمرأة والرعاية الصحية، وعلاقتها بمشكلات الصحة والمرض، وذلك من خلال تناول المنظومة القيمية للمجتمع. ان عرض القيم الاجتماعية عموماً والصحية تحديداً من شأنه ان يوضح أهمية ومكانة التنشئة الاجتماعية في مكافحة او الحد من انتشار الأمراض، حيث ان الصحة العامة جزء لا يتجزأ من العملية الاجتماعية.

**رابعاً: أهداف الدراسة:** تتحدد أهداف الدراسة في النقاط الآتية:

- ١- التعرف على دور العوامل الاجتماعية والثقافية في تنمية الصحة العامة للمرأة بالمجتمع العراقي.
  - ٢- التعرف على مدى اعتماد المرأة العراقية على المستوى التعليمي كمصدر للحصول على المعلومات الصحية.
  - ٣- التعرف على أي مدى تحرص المرأة على النقاش مع الأخريات حول المعلومات الصحية التي يحصلن عليها.
  - ٤- التعرف على العلاقة بين ثقة المرأة في المعلومات التي تقدمها الصفحات الصحية وشدة اعتمادها عليها.
  - ٥- الكشف عن أسباب ودوافع المرأة للاعتماد على الحملات الإعلامية في التوعية الصحية للمرأة في حصولها على المعلومات الصحية.
  - ٦- التعرف على دوافع استخدام المرأة العراقية تقنيات الاتصال ونقل المعلومات فيما يخص الرعاية الصحية.
  - ٧- معرفة الصفحات التي تحظى بثقتها في الحصول على معلومات تتعلق بصحتها وجمالها.
  - ٨- التعرف على العوامل التي تساعد على تفعيل آليات الصحة وإزالة المعوقات الاجتماعية والثقافية، وأثرها على تحقيق تنمية الصحة العامة للمرأة في المجتمع العراقي.
- خامساً: مفاهيم الدراسة**

ليست مفردات الواقع الاجتماعي بارزة وواضحة للجميع بالدرجة نفسها، بل تختلف باختلاف الراصدين لها أولاً، والمتخصصين لها ثانياً، والمتعايشين معها ثالثاً، ولهذا تختلف المفاهيم من باحث إلى آخر، والمفاهيم عبارة عن: الصورة الذهنية الإدراكية لمشكلة بواسطة الملاحظة المباشرة لأكثر من مؤشر واحد من واقع ميدان البحث<sup>(١)</sup>.

١- معن خليل العمر، مناهج البحث في علم الاجتماع، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، ١٩٩٧، ص ٥٦.

وتتحدد طريقة معالجتنا لهذه المفاهيم في الوقوف عند بعض الاتجاهات التي حاولت تحديد كل مفهوم، وعند محاولة تعريف المفهومات المستخدمة في البحث فإننا في هذه الحالة نقوم بعملية تحويل فيها التعريف المجرد إلى التعريف الإجرائي، أي ترجمة ما هو مجرد غير محسوس إلى شيء يمكن ملاحظته وقياسه وتعد هذه العملية في حد ذاتها جزءاً جوهرياً في البحث الاجتماعي<sup>(١)</sup>.

ونظراً لأن بعض المفهومات التي يزر بها علم الاجتماع بصفة عامة وعلم الاجتماع الطبي بصفة خاصة في حاجة إلى مزيد من التوضيح الفكري والتحديد العلمي، فقد وجدت الباحثة لزاماً عليها ان تناقش بعض المفاهيم الأساسية المتصلة بمشكلة الدراسة، والتي لها علاقة بموضوع الدراسة الراهنة، ومن هذا المنطلق سوف تحاول الباحثة تحيد الاطار المفهومي للدراسة مستعرضة المفهومات الأساسية التي سوف تضمنها الدراسة بالإضافة إلى المتغيرات الفرعية واستخلاصاتها المعبرة عن استخدامها، وفي محاولة من الباحثة في الوصول إلى صياغة تعريف إجرائي لكل مفهوم يكون موضحاً ومحدداً لطبيعة الظاهرة والمشكلة التي تدور حولها الدراسة، ولذلك سيكون تناولنا للمفاهيم بالشكل الآتي:

#### ١- مفهوم المنظومة المعرفية **The concept of cognitive system**:

يمكننا تقسيم هذا المفهوم إلى جزأين ليتسنى لنا الخروج بمفهوم إجرائي للمنظومة المعرفية وها:

**مفهوم المنظومة **The system****: من الناحية اللغوية نجد كلمة منظومة ذات معنى في لسان العرب: النظمُ التآليفُ نظمه ينظمه نظماً ونظماً ونظمه فانظم وتتنظم ونظمت اللؤلؤ أي جمعته في السلك والتنظيمُ مثله ومنه نظمتُ الشعر ونظمته ونظم الأمر على المثل وكل شيء قرنته بأخر أو صممت بعضه إلى بعض فقد نظمته، والنظام ما نظمت فيه الشيء من خيط وغيره وكل شعبه منه واصل نظام ونظام كل أمر ملاكه والجمع أنظمة و أناطيمُ ونظم<sup>(١)</sup>.

- مفهوم المعرفة **The Knowledge** وبعض المصطلحات التي لها علاقة وثيقة بالمنظومة المعرفية:

#### - مفهوم المعرفة **The Concept of The Knowledge**

اعتادت كل العلوم أن تكون فروعاً للفلسفة، حيث ولد العلم عندما انفصل عن الفلسفة، وبدأ يمارس على يد متخصصين، الفيزياء، البيولوجيا، والكيمياء، جميعها علوم ولدت بهذه الطريقة منذ زمن طويل، ولكنها جميعاً بدأت بوصفها فروعاً للفلسفة<sup>(٢)</sup>. ففي المعجم الفلسفي نجد أنه عرفها بأنها: إدراك الأشياء

1 - Royce S., Approches to social research Oxford university press, New York, 1988, p.65.

٢ - ابن منظور، معجم لسان العرب، دار المعارف (مادة نظم) ١٩٩٨، ص ٤٤٦٩.

3- Stilling, N. A. & Others, Cognitive Science: An Introduction, 2nd edition, The Mit Press, 1995, p. 331.

وتصورها ولها عند القدماء عدة معان منها إدراك الشيء بإحدى الحواس ومنها العلم مطلقا تصورا كان أم تصديقا أو إدراك البسيط أو الجزئي، ومنها الإدراك بعد الجهل. والمعرفة على أربع معاني: أولها حصول صورة الشيء في الذهن سواء كان مصحوبا بانفعال أو غير مصحوب به، وثانياً هي الفعل العقلي تم به النفوذ إلى جوهر الموضوع لتفهم حقيقة ما، وثالثاً مضمون المعرفة بالمعنى الأول. أما الرابع فالمعرفة بدرجات متفاوتة أدناها الحسية وأعلاها العقلية تامة وغير تامة مطابقة للشيء<sup>(١)</sup>.

أما عن مصطلح المعرفة: فهي بين العلماء تسمى "الأبستمولوجيا" EPISTEMOLOGY وهو مؤلف من جمع كلمتين يونانيتين هما: Episteme بمعنى المعرفة، Logos بمعنى علم، وعليه فإن هذا المصطلح يعني حرفياً: "علم المعرفة".

وعرف (فوكو) المعرفة EPISTEMOLOGY بأنها شبكة من المفاهيم تتضمن كل الأنماط المعرفية في حقبة زمنية معينة وعليه فإن المعرفة عنده تشمل مجموع المعارف الروحية والإقتصادية والسياسية والثقافية والعلمية في ذات الوقت<sup>(١)</sup>.

ويعتبر "جون لوك" ان التجربة هي المصدر الوحيد للمعرفة وأن العقل لحظة ولادته صفحة بيضاء وليس فيه أي معلومات، فكل ما لدينا من أفكار مصدرها التجربة عند لوك، وأشار لوك إلى رفضه مبدأ أن العقل البشري مزود بأفكار ومعلومات فطرية<sup>(٢)</sup>.

فقد أصبحت بعض المصطلحات المصحوبة "بكلمة المعرفة" مثل: مجتمع المعرفة، ثورة المعلومات، المجتمع المعلوماتي، ثورة التقنية، اقتصاد المعرفة، المجتمع الرقمي.. وغيرها من هذه المصطلحات ذات الدلالات الهامة أصبحت هي العلامة البارزة بل والسمة المميزة للحقبة التاريخية الحالية من تاريخ الإنسانية بل وربما الحقبة المستقبلية القادمة.

**ويرتبط بمفهوم المعرفة والذي يمكن تناوله في ما له علاقة بالمنظومة المعرفية، وهو:**

#### **- مجتمع المعرفة Cognitive Society :**

يرى البعض أن مصطلح مجتمع المعرفة أرقى من مصطلح مجتمع المعلومات الذي روجه علماء المستقبليات الغربيين والذي بدأ من عقد السبعينيات من القرن العشرين، فالواقع أن مصطلح المعلومة غامض ومراوغ، فليست هناك معلومات خام تهيم على وجهها دون مرشد أو منظومة فكرية ما، أما المعرفة فهي منظومات من البيانات ذات دلالة ومعنى، وبالتالي فإن مجتمع المعرفة مصطلح هدفه أرقى، لأننا لا ننشر المعلومات بذاتها ولذاتها وإنما لما فيها من دلالة ومعنى، وقد أدى هذا الأمر إلى أن يجمع

١ - ميشال فوكو، المعرفة والسلطة، ترجمة: عبد العزيز العيادي، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، القاهرة، ١٩٩٤، ص ١٦.

٢ - أحمد ناظم داود، نظرية المعرفة عند لوك، مجلة آداب الفراهيدي، جامعة كركوك، العدد (٥)، ٢٠١٠، ص ٣١٢.

بعض الباحثين بين المعلومة والمعرفة معاً ومن ثم استخدام مجتمع المعلومات والمعرفة. وإن لكل دولة مفهومها لمجتمع المعلومات الذي يتناسب مع توجهاتها السياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية<sup>(١)</sup>.

ويعد مجتمع المعرفة هو ذلك المجتمع الذي يتبنى مبادرات إدارة الموارد المعرفية وذلك بإنتاج المعرفة وتوليدها، وضبطها وتنظيمها ونشرها والتشارك فيها واستخدامها كمورد استثماري أساسي لجميع قطاعات المجتمع ومجالاته وأداة لإشباع الحاجات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية والتعليمية والثقافية للأفراد والجماعات معتمداً في ذلك على التقنية الحديثة للمعلومات بهدف تحقيق التنمية الإنسانية والمستدامة للمجتمع ومحاربة الفقر وتحسين نوعية الحياة<sup>(٢)</sup>.

وذكر "فينكا تاسوبرامانيان" أن مجتمع المعرفة هو المجتمع الذي يستغل بشكل كبير تقنيات المعلومات والاتصالات ويزيد من مهارات ومعرفة سكانه لتحقيق التنمية الفردية والمجتمعية<sup>(٣)</sup>.

ويعرفه البعض بأنه المجتمع الذي يقوم أساساً على نشر المعرفة وإنتاجها وتوظيفها بكفاءة في جميع المجالات حيث أصبحت المعرفة أهم معيار في تقييم الدول، وتمثل مصدر السلطة الحقيقي في عصر مجتمع المعرفة وسيكون الصراع في هذا العصر على امتلاك المعرفة وتنظيمها وتوزيعها أكثر من الصراع على الثروات والموارد الأخرى، حيث أن المعرفة هي المتغير الأساسي الذي سوف يؤثر على التقدم العلمي خلال القرن المقبل، وسوف تحتل المعرفة موقع الصدارة، فمن يملك المعرفة الصحيحة يملك عناصر القوة والسيطرة في عالم متغير يستند على العلم في كل شيء، فالولوج إلى عصر المعرفة يركز على استغلال معرفة العنصر البشري، هذا العصر الذي يعتبر الإنسان هو المورد الأساسي للمعرفة بما يُخزن في عقله من خبرة ومعرفة ومهارة لا يمكن لأي تكنولوجيا من التنبؤ بها وتقل منه إلى العقل الإلكتروني لتخزن فيه كما تخزن بقية أنواع المعرفة الموثقة<sup>(٤)</sup>.

ويعد مجتمع المعرفة في هذا العصر هو المجتمع الذي يهتم بدورة المعرفة ويوفر البيئة المناسبة لتفعيلها وتنشيطها وزيادة عطائها بما في ذلك البيئة التقنية الحديثة بشكلها العام، وبيئة المعلومات على وجه الخصوص، بما يسهم في تطوير إمكانات الإنسان وتعزيز التنمية والسعي نحو بناء حياة كريمة للجميع<sup>(٥)</sup>.

١- محمد فتحي عبد الهادي، مجتمع المعلومات بين النظرية والتطبيق، سلسلة العلوم الاجتماعية، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، ٢٠٠٨، ص ٢٥.

٢- السيد السيد النشار، أساسيات إدارة المعرفة، دار الثقافة العلمية، الإسكندرية، ٢٠١٢، ص ١٦٠.

٣- فرانسيسكو فييركاريللو، مدن المعرفة المداخل والخبرات والرؤى، ترجمة: خالد على يوسف، عالم المعرفة، العدد (٣٨١)، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت، ٢٠١١، ص ٤٧.

٤- نهال فؤاد إسماعيل، إدارة بناء وتنمية مقتنيات المكتبات في عصر المعرفة الرقمية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ٢٠١٢، ص ص ١٠٧ - ١٠٨.

٥- جبريل بن حسن العريشي، سحر بنت خلف مددين، التحول إلى مجتمع معلومات وتحديات المحافظة على الهوية الثقافية في المملكة العربية السعودية، دار المنهجية للنشر والتوزيع، عمان- الأردن، ٢٠١٦، ص ٢٤٨.

عامة يقصد بمجتمع المعرفة بأنه ذلك المجتمع القائم على اكتساب وإنتاج وتوظيف المعرفة في خدمة التنمية وهو مجتمع تتعدد فيه مناهل العلم والثقافة وتتكامل فيه منظومة التعليم في جهود التنمية، وتنمية مجتمع المعرفة بأنه يُعلم ويتعلم ويتواصل وابتكر ويتقدم في كافة مجالات الحياة من خلال استخدامه للتقنية الرقمية، ويقوم مجتمع المعرفة على أركان أساسية: وهي حرية الرأي والتعبير والفجوة المعرفية وإنتاج المعرفة وتوظيفها بكفاءة في النسيج المجتمعي وإبداع نموذج معرفي ذو خصوصية ثقافية<sup>(١)</sup>.

اما التعريف الإجرائي للمنظومة المعرفية في دراستنا الراهنة هي: مجموعة المعارف والآراء والافكار التي تحملها المرأة والتي تكونت لديها من معرفتها من المجتمع الذي تعيش فيه نتيجة تلقيها الخبرات السابقة من تنشئتها الاجتماعية والعادات والتقاليد والقيم والخبرة من كبار السن والمستوى التعليمي وبالإضافة الى المعلومات التي تحصل عليها من مواقع التواصل الاجتماعي والانترنت وغيرها.

**وُسجل الباحثة هنا بعض المصطلحات التي لها علاقة وثيقة بالتأثيرات المعرفية \* Cognitive Effects، والتي ترتبط بالمنظومة المعرفية للمرأة والرعاية الصحية، ومنها:**

#### أ – القيم Values :

تلعب الدور الأساسي في تنمية المجتمع، خاصة عندما يتبع المجتمع منظومة قيمية عالية الجودة تتميز بأنها: مستمدة من ثوابت المجتمع، طموحة، تواكب طبيعة المرحلة التي يمر بها المجتمع، واقعية وفاعلة للحقيقة، تحسن حفظ وتوجيه وتفعيل موارد وطاقات المجتمع نحو أهداف التنمية التي ينشدها.

القيم هي مجموعة المعتقدات التي يشارك فيها أفراد جماعة ما ويرغبون في ترويجها والحفاظ عليها مثل القيم ذاتية، والتي يقصد بذاتية القيم أنها تتعلق بالطبيعة الإنسانية والسيكولوجية للإنسان التي تشمل الرغبات والميول والعواطف وغيرها من عوامل نفسية، فالقيمة باعتبارها أحكاما تصدر على الأشياء تتضمن معاني كثيرة مثل الاهتمام والاعتقاد والرغبة وكل هذه المعاني تعبر عن عناصر شخصية ذاتية، وتتضمن القيمة عنصراً عاطفياً إلى جانب العنصر المعرفي السلوكي<sup>(٢)</sup>.

وتعرف القيم بأنها معتقدات عن ما هو افضل والسعي نحو ما هو صحيح وتساعد القيم في تحديد شرح معايير السلوك<sup>(٣)</sup>.

١- مجدى عبد الكريم حسب، مجتمع المعرفة والإبداع في القرن الحادي والعشرين، دار الفكر العربي، القاهرة، ٢٠٠٩، ص ٢٠.

\* بعض هذه المتغيرات من الممكن أن تصلح لتناولها من خلال الدراسة الحالية، وسيتم التحدث عنها بشيء من التفصيل في الفصول النظرية اللاحقة من دراستنا الراهنة.

٢- كمال التابعي، الاتجاهات المعاصرة في دراسة القيم والتنمية، دار المعارف، القاهرة، ١٩٨٣، ص ١٣٠.

3-Nell Moonie Health and Social Care London Helineman, 1993, p.95.



ويشير بعض الباحثين والمختصين إلى أن مصادر القيم بشكل عام تتمثل في: جملة المعتقدات التي يعتقدونها الفرد ويتبناها، التكوين الثقافي والتاريخي للفرد والمجتمع، الأعراف والتقاليد والعادات التي يتبناها المجتمع كمنظومة قيمية للجميع، الطاقة الكامنة في النفس (نفسياً، عاطفياً، عقلياً)<sup>(١)</sup>.

تعريف القيم بأنها "المعايير التي من خلالها يتعلم التمييز بين الحسن والسيئ والجميل والقبيح، وهي التي توجد اختياراتهم ورغباتهم نحو الأشياء المرغوبة، ويستخدمها علماء الاجتماع للإشارة إلى المعايير التي تحدد القواعد الصحية للسلوك"<sup>(٢)</sup>.

تُعرّف القيم على أنها تصورات دينامية صريحة وضمنية تميز الفرد أو الجماعة، وتحدد ما هو مرغوب فيها اجتماعياً، وتؤثر في اختيار الطرق والأساليب والأهداف الخاصة، وتتجسد مظاهرها في اتجاهات الأفراد والجماعات وأنماط سلوكهم ومثلهم ومعتقداتهم ومعاييرهم الاجتماعية، وترتبط ببقية مكونات البناء الاجتماعي وتؤثر فيها وتتأثر بها<sup>(٣)</sup>.

وتُعرف القيم على أنها عبارة عن الأحكام التي يصدرها الفرد بالترفضيل أو عدم التفضيل للموضوعات أو الأشياء، وذلك في ضوء تقييمه أو تقديره لهذه الموضوعات أو تلك الأشياء، وتتم هذه العملية من خلال التفاعل بين الفرد بتجاربه وخبراته، وبين ممثلي الإطار الحضاري الذي يعيش فيه ويكتسب من خلاله هذه الخبرات والمعارف<sup>(٤)</sup>.

ويُعرف "روكيش" القيم بأنها: "عبارة عن اعتقاد دائم بأن هناك نمطاً معيناً من السلوك أو حالة مثالية من الوجود متصلة شخصياً واجتماعياً". فالقيم في نظره ما هي إلا معايير مثالية، توجه السلوك من داخل الفرد، أي أنها في جوهرها شخصية ذاتية، في حين أن المعايير الاجتماعية تمثل قواعد أو توقعات من الجماعة لسلوك أو اتجاه معين، أي أن مصدرها الجماعة وليس الفرد<sup>(٥)</sup>.

فعلماء الاجتماع يتعاملون مع القيم الجماعية (Group values) حيث تمثل الجماعة بؤرة اهتمام علماء الاجتماع<sup>(٦)</sup>. مما سبق يتضح لنا ان القيم الاجتماعية التي يتبناها الاشخاص مصدرها الثقافة والمجتمع والخبرات والتغيرات التي تطرأ عليهم.

١- عبدالله بن سعيد بن محمد آل عبود، قيم المواطنة لدى الشباب وإسهامها في تعزيز الأمن الوقائي، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، ٢٠١١، ص ٦٣ - ٦٤.

2- James, N. Henslin: sociology, Adown to Earth Approach, U.S.A, congress catalog, card, 1993, p.40.

٣- عبد السميع أبو مغلي، عبد الحافظ سلامة، علم النفس الاجتماعي، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، ٢٠٠٢، ص ٨٧.

٤- محمد الجزار، القيم في تشكيل السلوك الإنساني، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، ٢٠٠٨، ص ٩٦.

٥ - إسماعيل عبد الفتاح عبد الكافي، موسوعة القيم والأخلاق الإسلامية، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية، ٢٠٠٥، ص ١٥.

٦- عبد اللطيف خليفة، ارتقاء القيم، دراسة نفسية، الكويت، عالم الفكر، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، عدد (١٦)، ١٩٩٢، ص ٤٠.

**التعريف الاجرائي للقيم:** هي انعكاس لأسلوب سلوك الفرد وموجهًا له في ضوء القواعد والمعايير المدركة من مصادر متعددة دينامية حيطة بالفرد خلال مراحل نموه الارتقائي.

## ب- الثقافة culture:

يُعد مفهوم الثقافة من المصطلحات المهمة الشائعة في الدراسات الاجتماعية والأنثروبولوجيا بصفة عامة ودراسات علم الاجتماع الطبي بصفة خاصة، ويستخدم مصطلح الثقافة بمعنى واسع ليشمل كل انجازات العقل البشري بل وكل ما يصدر عن الانسان من قول أو فعل أو فكر وكذلك كل ما أكتسبه الانسان من عادات وتقاليد وأساليب للسلوك وقيم ومعتقدات تسود المجتمع الذي ينتمي إليه<sup>(١)</sup>.

وقدم عديد من العلماء تعريفاً للثقافة، فقد عرف كل من ( كروبير kroeber و كلاهون kluckhohn) الثقافة بأنها تألف من أنماط مستترة أو ظاهرة للسلوك المكتسب والمنقول عن طريق الرموز والفن واللغة والطقوس والشعائر الدينية وذلك من خلال الإنجازات المتميزة للجماعات الإنسانية مما يعد نتاجاً للسلوك من ناحية أو تمثيل الشروط الضرورية له من ناحية أخرى، أما (هاتشينسون Hatchenson) يعرف الثقافة بأنها فئة أو مقولة عامة للسلوك تظهر عند جماعة معينة مما يعد سمة مميزة لها، بينما بواس Boas يعرف الثقافة بأنها تتضمن كل مظاهر العادات الاجتماعية في المجتمع المحلي واستجابات الأفراد نتيجة للعادات والمعتقدات وما ينتج عنها مرتبطاً بالنشاط الإنساني<sup>(٢)</sup>.

وقدم دينكن ميشيل تعريفاً آخر للثقافة بأنها ذلك الكل المكون من الأفعال والتراث البشري الذي ينتقل اجتماعياً من جيل إلى آخر مما يميز الإنسان ويجعله الكائن الوحيد الذي يستطيع السيطرة على موارد الارض سيطرة فعالة بفضل ما يتصف به من صفات وما يعتقد به من قيم واخلاق، اما تايلور فقد عرف الثقافة بأنها ذلك الكل المعقد المركب الذي يشمل على القيم والمعتقدات والعادات والتقاليد والفن والاخلاق والقوانين والدين والأدوات والاختراعات وبقية المقومات الاخرى التي اكتسبها الإنسان بوصفة عضواً في المجتمع<sup>(٣)</sup>.

ويتضح مما سبق استخلاص بعض العناصر المهمة التي تميز الثقافة بأنها كل مركب يتألف من عدد من المكونات التي قد تختلف في طبيعتها، كما أنها تندمج معاً في وحدة عضوية متماسكة ومتكاملة،

١- محمد عباس إبراهيم، الأنثروبولوجيا الثقافية، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، ٢٠٠٥، ص ٤٥.  
٢- دنس كوشي، مفهوم الثقافة في العلوم الاجتماعية، ترجمة: منير السعيداني، المنطقة العربية للترجمة، بيروت، ٢٠٠٧، ص ٣٦-٣١.  
٣- طوني بنيت واخرون، معجم مصطلحات الثقافة والمجتمع ترجمة: سعيد الغنامي، مركز دراسات الوحدة العربية بيروت، ٢٠١٠، ص ٢٣٢.

وبالتالي يعد مفهوم الثقافة أوسع وأشمل من مجرد الانتاج والابداع الذي يتمثل في العلوم والمعارف والفنون، فالثقافة هي حصيلة النشاط الإنساني في العديد من المجتمعات.<sup>(١)</sup>

تعرف الثقافة إجرائيًا على النحو التالي: منظومة متكاملة من المعاني والرموز والإشارات التي نسجها الإنسان لنفسه لإعطاء الغاية والمعنى لنفسه وجماعته والعالم والكون من حوله.

### ج- الأسرة Family:

لقد تعددت الآراء ووجهات النظر حول تعريف الأسرة وذلك نتيجة لاختلاف التخصصات التي تناولت هذا المفهوم وسنعرض لبعض هذه الآراء.

يستخدم مفهوم الأسرة في اللغات المختلفة بمعاني متعددة، ففي اللغة العربية: الأسرة من "أسر" الهمزة والسين والراء جذر ثلاثي واصل واحد، وإن اختلفت الحركات أو مددت (أسير، إيسار، أسرة)، ومعناه في الأصل (الحبس والإمساك) وجل ما اشتق منه يدور حول هذا المعنى، وقد اشتق مصطلح "الأسرة" من هذه المادة اللغوية، لما يترتب على كل واحد من أعضائها من التزامات نحو أعضائها من التزامات نحو الأعضاء الآخرين، فعقد النكاح ثم الأبوة والبنوة موثيق غليظة تقيد وتشد أعضائها بروابط مادية ومعنوية، كما أن الأسرة تعد لكل أعضائها الدرع الحصين<sup>(٢)</sup>. كما يجدر بنا أن نشير إلى معنى الأسرة في اللغات الأخرى كاللغتين الإنجليزية والفرنسية باعتبارهما لغتين عالميتين: ففي اللغة الإنجليزية يطلق على الأسرة أو العائلة لفظ Family الذي يفيد معنى الألفة أو المعرفة المؤدية إلى الألفة، وفي الفرنسية La Family وله نفس الدلالة<sup>(٣)</sup>.

ان الأسرة هي الخلية الأولى التي يتكون فيها الشخص، فلا يمكن تصور مجتمع من غير وجود هذه الخلية، ومن هنا فإن للأسرة أهمية كبيرة في بناء المجتمع، والأسرة بالتالي هي المسؤولة عن حويل الفرد من كائن بيولوجي إلى كائن اجتماعي، والمسؤولة عن تحقيق النمو النفسي والاجتماعي للأبناء، وإكسابه العديد من القيم والعادات والتقاليد السائدة في المجتمع<sup>(٤)</sup>. فيكتسب منها الأبناء العادات والتقاليد والقيم والاتجاهات السائدة في مجتمعهم، فالفرد عن طريق المحاكاة والتقليد تتكون لديه قيم تحدد ملامح شخصيته ونمط حياته فيما بعد من حيث أنها البيئة الاجتماعية الأولى التي يتم فيها تعديل سلوكه وتشكيله، ويكتسب الفرد من خلال هذه البيئة الاجتماعية القيم والمعايير والمهارات التي تتماشى مع عادات المجتمع الذي يعيش فيه وتقاليد.

١- جيل فيريول، معجم مصطلحات علم الاجتماع، ترجمة: أنسام الاسعد، دار ومكتبة هلال للنشر والتوزيع بيروت، ٢٠١٠، ص ١٩٠.

٢- عبد الله الشلان، موسوعة الأسرة، الجزء الأول، موسوعة الكويت لتقدم العلمي، الكويت، ٢٠٠٤، ص ٨٣.

٣- عبد الله الشلان، المصدر السابق، ص ٨٤.

٤- أسامة كمال محمد، التماسك الأسري ومهارات حل المشكلات الاجتماعية لدى الأبناء، المكتب الجامعي الحديث، القاهرة، ٢٠١٣، ص ٧.

يمثل أرسطو الاتجاه الأول مرحلة ما قبل البحث كفيلسوف إغريقي -يعرف أرسطو الأسرة بأنها أول اجتماع تدعو إليه الطبيعة إذ من الضروري أن يجتمع كائنان لا غني لأحدهما عن الآخر وتتألف الأسرة من الزوج والزوجة والبنين، العبيد والأرقاء<sup>(١)</sup>.

ويمثل الاتجاه الثاني الداروينية الاجتماعية بل Bell. N. W. وفوجل Vogel، ويعرفان الأسرة بأنها "وحدة بنائية تتكون من رجل وامرأة يرتبطان بطريقة منظمة اجتماعياً مع أطفالهما ونظراً لأن بعض الأطفال في الأسرة يصبحون أعضاء فيها عن طريق التبني فلا يلزم إذن أن يكون مرتبطين بيولوجياً بها وتسمى هذه الوحدة عادة "الأسرة"<sup>(٢)</sup>.

ويعرف أوجبرون الأسرة بأنها "نظام عالمي أكثر من كافة النظم الأخرى رغم قيام هذه النظم بوظائف جزئية عديدة في وظائف الأسرة". وفي كثير من المجتمعات نجد أن الأسرة ما زالت هي النمط الاجتماعي الأساسي الذي يمكن أن نطلق عليه كلمة نظام على الرغم من أن الضبط الاجتماعي، التعليم، الدين، الحماية، التجديد، هي من وظائف المنظمات والمؤسسات الأخرى إلا أنها تدار عن طريق الأسرة وحتى في مجتمعنا المعاصر نلعب الأسرة دوراً هاماً في هذه الوظائف العامة<sup>(٣)</sup>.

مما سبق يمكن صياغة المفهوم الإجرائي (الأسرة) الذي تتبناه الباحثة في هذه الدراسة على النحو التالي: جماعة اجتماعية تتكون من الزوج والزوجة قد يكون لديهم أبناء أو لا يكون، تجمعهم معيشة واحدة، وتقوم بتنشئة الأطفال، حيث تتبلور معالم شخصيتهم، وتوفر لهم الرعاية الاجتماعية الكاملة، وينشأ داخل هذه الأسرة مجموعة من العلاقات وأوجه التفاعل الحميم بين أفرادها.

#### د - التنشئة الاجتماعية:

لقد تعددت التعريفات حول مفهوم التنشئة الاجتماعية، فنجد إن مفهوم التنشئة الاجتماعية من وجهة نظر بعضهم هو إعداد الفرد منذ ولادته لأن يكون كائناً اجتماعياً وعضواً في مجتمع معين، ويشير هذا التعريف إلى إن التنشئة الاجتماعية تهدف إلى تحويل الفرد من كائن بيولوجي إلى كائن اجتماعي، حيث إن بداية التنشئة الاجتماعية تتم عن طريق الأسرة التي تشكل منذ البداية الوحدة الاجتماعية الأولى بالنسبة للفرد، فهو يتعلم منها كل متطلبات واحتياجات مجتمعه منه وحاجاته هو من المجتمع<sup>(٤)</sup>.

١- مصطفى الخشاب، علم الاجتماع العائلي، مطبعة لجنة البيان العربي، القاهرة، ١٩٩٦، ص ١٧ - ٢٠.

2-Bell. N. W & Vogel, EF. (eds) Amodern Introduction to the Family, New York. 1992. P. I.

3-Wiliam F. Ogburn and Meyer F. Nimkoff Technology and the changing Family, Houghton Uiffin company, Baston, 1995. Pp. 14 - 15.

٤ - فهمي سليم الغزوي وآخرون، المدخل إلى علم الاجتماع، ط٢، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان- الأردن، ٢٠٠٠، ص ٢٢٣.

ويعرفها بارسونز بأنه "عملية تعلم تعتمد على التلقين، والمحاكاة، والتوحد، مع الانمط العقلية، والعاطفية، والأخلاقية عند الطفل والراشد، وهي عملية دمج العناصر الثقافية في نسق الشخصية وهي عملية مستمرة"<sup>(١)</sup>.

وتعمل التنشئة الاجتماعية على أن يكون الفرد اجتماعياً، يعني أن يكون مراعيًا للالتقاء مع توقعات الآخرين الذين يحيطون به<sup>(٢)</sup>.

وتعرف التنشئة الاجتماعية على أنها هي العملية التي تحيل الانسان من كونه بيولوجيا حيويا الى كونه كائنا انسانيا، وتساعد هذه العملية، التي تؤدي الى صقل شخصيه الفرد وتكوينها الى حسن تكيف الفرد مع المجتمع الذي يعيش فيه وامتثاله لقيمه ومثله ومعايير<sup>(٣)</sup>.

اما "جولدن صن golden son" عرفها بأنها العمليات التي بواسطتها يصبح الفرد على وعى بمتغيرات (الحياه، والنماذج، والسلوك) وهي العمليات التي تجعل الفرد قادرا على تعلم القيم والنظام وتعلم نماذج السلوك للبيئة الاجتماعية التي يكون عضوا فيها وهذه العمليات تعمل على اكتساب الادوار والاتجاهات المتوقعة من الافراد في المجتمع<sup>(٤)</sup>.

تعريف إجرائي: التنشئة الاجتماعية هي العملية المستمرة التي تشكل الفرد منذ مولده وتعدده للحياة الاجتماعية المقبلة التي سيتفاعل بها مع الآخرين في اسرته، وهي من اهم العمليات تأثيرا على الابناء في مختلف مراحلهم العمرية، لما لها من دور أساسي في تشكيل شخصياتهم وتكاملها.

#### هـ - التعليم:

يُعد التعليم بوجه عام إحدى الأعمدة التي يستند إليها أي مجتمع ليقوم على أساس صحيح لأنه من الركائز الثلاثة التي أتفق عليها غالبية علماء الاجتماع ألا وهي التعليم والصحة والشعور بالأمن لكي يستطيع أي فرداً من أفراد المجتمع الإنتاج وبناء مجتمعاً متكامل فلا يمكن لأي مجتمع أن يقوم أو ينهض علي الجهل وتجديني مستوي ثقافة أفراده خاصة في ظل تصارع الثقافات وإنتشار ثقافة المعرفة والمعلومات وسيطرتها على الساحة العالمية حيث لم يعد الآن الإقتصاد يقوم علي المال فقط بل على رأس المال البشري وما يمتلكه من المعرفة وإطلاع بثورة المعلومات والإتصالات.

١ - رانيا عدنان، ورشا بسام، التنشئة الاجتماعية، دار البداية ناشرون وموزعون، عمان، الأردن، ٢٠٠٥، ص ١٢.  
٢ - حسين عبد الحميد رشوان، التنشئة الاجتماعية دراسة في علم الاجتماع النفسي، دار الوفاء لندنيا الطباعة والنشر، القاهرة، ص ٣.

٣- عبد الرحمن العيسوي، التربية النفسية للطفل و المراهق، دار الراتب الجامعية، بيروت، ٢٠٠٠، ص ٢٥٨.  
4-Golden son Rebert M. : Longman dictionary of psychology and psychiatry , N.Y,Longman 1984,p 691.

التعليم هو الذي يسمح لكل فرد أن يحدد مصيره ويتيح لجميع الأمم أن تتطور . فإنتاج المعرفة يأتي كمصدر نمو وازدهار بعد ملكية رؤوس الأموال وإنتاجية اليد العاملة إذ يعد الابتكار المفتاح الرئيس للتطور والوعي بذلك، قاد الدول إلى بذل المزيد من الجهود في سبيل إنشاء مؤسسات تعليمية كفيلة بأن تسهم في صناعة المعرفة<sup>(١)</sup>.

يتفق كثير من المختصين والمتخصصين وفقاً لقاموس العلوم الإنسانية بجامعة إكسفورد على أن التعليم هو " يعني أشياء مختلفة لأفراد مختلفين، ويعني تعلم ومعرفة الكثير والكثير عن القليل وينمي قدرة الطالب على السؤال والبحث عن الحقيقة ليكون أكثر كفاءة في نقد القضايا المعاصرة، ويوجه الطالب وقدراته العقلية ومهاراته نحو تخصص علمي دقيق، ويعطيه إنطباعاً عن العالم الذي يعيش فيه ويتفاعل منه<sup>(٢)</sup>.

من المفاهيم السابقة استطاعت الباحثة أن تصوغ ( مفهوم إجرائي ) للتعليم هو الحصول على المعرفة بمختلف أنواعها وبشتى الطرق والوسائل المسموح بها.

**و - مفهوم صفحات التواصل الاجتماعي:**

تعرف وسائل التواصل الاجتماعي أو شبكات الإعلام الاجتماعي (social net works) بأنها مواقع (websites) أو تطبيقات أخرى مخصصة لإتاحة القدرة للمستخدمين للتواصل فيما بينهم من خلال وضع معلومات، وتعليمات، ورسائل، وصور<sup>(٣)</sup>.

"وهي صفحات انتشرت في السنوات الأخيرة بشكل كبير وأصبحت أكبر وأضخم مواقع في فضاء الويب ولا زالت مستمرة في الانتشار الأفقي المتسارع. هي مواقع تقدم خدمة التواصل بين الأعضاء المنتسبين لها، حيث يمكن لأحد المستخدمين الارتباط بأحد الأصدقاء عبر الموقع ليصل جديد ما يكتب ويضيف ذلك الصديق إلى صفحة صديقه. كما أنها تمكن المستخدم من التحكم بالمحتوى الذي يظهر في صفحته، فلا يظهر إلا ما يضيفه الأصدقاء من كتابات وصور ومقاطع. أما أشهر تلك المواقع فهما : فيس بوك وتويتر "<sup>(٤)</sup>.

1- Kapil Sibal, the road of academic excellence: The making of world-class research universities , Altbach, Philip G.; Salmi, Jamil. World Bank , 2012 , p 2.

2-EdmundHreery and Mikenoon, "Dictionary of human and resource management", 1st edition, Oxford University Press, New Yourk, 2001.p.370.

٣- جمال سند السويدي، وسائل التواصل الاجتماعي ودورها في التحولات المستقبلية من القبيلة الى الفيس بوك، مركز الإمارات للبحوث الاستراتيجية، الامارات، ٢٠١٣، ص ٢٠ .

4- Prell, Christina, Social Network Analysis: History, Theory and Methodology, USA/Austalia: Sage Publications Ltd,November 9, 2011 ,p25.

وتعرف بأنها "تركيبة إجتماعية إلكترونية تتم صناعتها من أفراد أو جماعات أو مؤسسات، وتتم تسمية الجزء التكويني الأساسي (مثل الفرد الواحد) باسم (العقدة - Node)، بحيث يتم إيصال هذه العقد بأنواع مختلفة من العلاقات كتشجيع فريق معين أو الانتماء لشركة ما أو حمل جنسية لبلد ما في هذا العالم. وقد تصل هذه العلاقات لدرجات أكثر عمقاً كطبيعة الوضع الإجتماعي أو المعتقدات أو الطبقة التي ينتمي إليها الشخص"<sup>(١)</sup>.

ويعرفها أحد الباحثين بأنها "هي شبكة مواقع فعالة جداً في تسهيل الحياة الإجتماعية بين مجموعة من المعارف والأصدقاء، كما تمكن الأصدقاء القدامى من الاتصال بعضهم البعض وبعد طول سنوات، وتمكنهم أيضاً من التواصل المرئي والصوتي وتبادل الصور وغيرها من الإمكانيات التي توطن العلاقة الإجتماعية بينهم"<sup>(٢)</sup>.

كما تعتبر صفحات التواصل الاجتماعي "منظومة من الشبكات الالكترونية عبر الانترنت تتيح للمشارك فيها إنشاء موقع خاص فيه ومن ثم ربطه من خلال نظام اجتماعي إلكتروني مع أعضاء آخرين لديهم نفس الاهتمامات أو جمعه مع أصدقاء الجامعة أو الثانوية أو غير ذلك"<sup>(٣)</sup>.

وهو أيضاً مصطلح يطلق على "مجموعة من الصفحات على شبكة الانترنت ظهرت مع الجيل الثاني "الويب"، الذي يتيح التواصل بين الأفراد في بيئة مجتمع افتراضي يجمعهم حسب مجموعات اهتمام أو شبكات انتماء (بلد، جامعة، شركة،...)، كل هذا يتم عن طريق خدمات التواصل المباشر من إرسال الرسائل أو الاطلاع على الملفات الشخصية للآخرين ومعرفة أخبارهم ومعلوماتهم التي يتيحونها للعرض"<sup>(٤)</sup>.

وتعتبر شبكات التواصل الاجتماعي الفيس بوك face book والتويتير TWITTER وجوجل + GOOGLE PLUSE وماي سبيس MY SPACE وهاي فاي HI5 ولايف بورن LIFE BOON ولينكد ان LINKED IN وغيرها من أشهر المواقع التي تقدم خدمات للمستخدمين وهي المواقع التي تسمح بإنشاء صفحات خاصة بالأشخاص والتواصل مع أصدقائهم ومعارفهم، ونعرف بعضها منها<sup>(٥)</sup>.

1- Russell Matthew A , Mining the Social Web- Analyzing Data from Face book, Twitter, LinkedIn, and Other Social Media Sites. USA/UK O'Reilly Media; 1 edition, February 8, 2011, p97.

٢- جمال مختار، حقيقة الفيس بوك عدو أم صديق، شركة مترو بول للطباعة وأعمال الكارتون، القاهرة، ٢٠٠٨، ص. ٦٤  
٣- فتحي حسين عامر، وسائل الاتصال الحديثة من الجريدة إلى الفيس بوك، العربي للنشر والتوزيع، القاهرة، ٢٠١١، ص ١٨٧.

٤- عباس مصطفى صادق، الإعلام الجديد، البوابة العربية لعلوم الإعلام والاتصال، القاهرة، ٢٠١١، ص ٩.  
5- Anderson, K. J, Internet use among college students, An exploratory study, Journal of Psychology, 2001, p. 65.

وأصبحت وسائل التواصل الاجتماعي وتقنيات الاتصال ونقل المعلومات رافداً أساسياً، وركناً مهماً في بناء منظومة الإنسان الاجتماعية، والاقتصادية، والسياسية، والثقافية، في ظل التحولات والتطورات المعرفية في هذا العصر.

وتعرف إجرائياً على أنها: منظومة من شبكات الإلكترونيات التي تسمح للمشارك فيها بإنشاء موقع خاص به، ومن ثم ربطه عن طريق نظام اجتماعي إلكتروني مع أعضاء آخرين لديهم الاهتمامات والهوايات نفسها.

## ٢- مفهوم المرأة The Woman:

تُعد المرأة هي التي تبدأ عندها حياة الفرد وهي المدرسة الأولى لجميع أفراد المجتمع رجالاً ونساء وهي تساهم في القدر الأكبر في تشكيل شخصيتهم .

والأم في مجتمعنا هي المسؤولة عن صحة الأسرة وبالتالي فإن صحتها ذات أهمية خاصة لان عدم توافر الصحة لها يعرقل الحفاظ على صحة الأسرة وبالأخص صحة الطفل وتكون الأم خلال فترة الحمل والولادة والنفاس أكثر تعرضاً لخطر المرض والوفاة . وللمرأة في مجتمعنا عدة أدوار منها الدور الإيجابي وهو الدور الرئيسي بالنسبة للغالبية العظمى من النساء في الدول النامية ويهيئ المجتمع البنت من الصغر لتقبل الدور وإعدادها بحيث تقتنع بأن الاهتمام بالأسرة والأطفال هو الدور المعول عليه لاحترامها والاعتراف بها، ومع الاعتراف بأهمية هذا الدور إلا ان الأعداد له لا يتم بالطريقة المناسبة لان القيام بهذا الدور بالطريقة الصحيحة يتطلب قدر كبير من التعليم والثقافة والتجربة والاطلاع الواسع على امور الحياة، ولكن يتم التركيز فقط على الزواج وعدم الزواج وامكانية الانجاب وعدد الابناء والبنت دون الاهتمام بالطريقة المثلى لأداء هذه الادوار.

يقول ابن الأعرابي: إنه يقال للمرأة إنها لا مرؤ صدق، كالرجل وهذا نادر". ولا يوجد في اللغة العربية جمع لكلمة امرأة، لذا استخدموا لفظة أخرى تخص المرأة دون الرجل وهي لفظة نساء وقد جاءت من نساء ينسأ. ونسيء هي المرأة المظنون بها الحمل. ويقال: مرأة نساء كالتسوء على فعول. ونسوء ونسوة ونساء أي تأخر حيضها ورجي حملها<sup>(١)</sup>.

وكتب نجيب محفوظ الكاتب الاجتماعي الكبير عن المرأة العصرية: العلم نصفان، رجل وامرأة فالمرأة هي نصف المجتمع إذا اغفلنا العناية بالمرأة أغفلنا شططا نصف العالم، وأدرك المنفلوطي مكانة المرأة

١- جمانة طه، المرأة العربية في منظور الدين والواقع، اتحاد كتاب العرب، دمشق، ٢٠٠٤، ص ص ٢١-٢٢.



وأهمية دورها فقال عنها علموا المرأة لتجهلوا منها مدرسة يتعلم فيها أولادكم قبل المدرسة وأدبوا ليتربى في حجرها المستقبل العظيم للوطن العربي<sup>(١)</sup>.

وفي ضوء ما سبق يمكن ان تنظر الدراسة الراهنة الى المرأة باعتبارها الاساس التي تقوم عليها الاسرة وان تمتعها بحالة صحية جيدة يتيح لها الفرصة لممارسة حياة منتجة اقتصاديا واجتماعيا وبالتالي ينعكس ذلك بالإيجاب على باقي افراد الاسرة والمجتمع.

ويقصد بالمرأة في هذه الدراسة المرأة العراقية المعتمدة على منظومتها المعرفية كمصدر للمعلومات الصحية دون غيرها من أجل حصولها على الرعاية الصحية؛ ولهذا قامت الباحثة بتطبيق الاستمارة الميدانية على عينة من التدريسيات من حملة شهادة الماجستير والدكتوراه فقط في جامعة القادسية.

٣- الرعاية الصحية **Healthcare**: قبل التعرض لمفهوم الرعاية الصحية لابد من عرض مفهوم الرعاية الاجتماعية:

#### - مفهوم الرعاية الاجتماعية **Social Welfare**

الرعاية الاجتماعية ترجمة عربية لكلمة (Social Welfare) وتعني بالأجنبية التحسين أو الإثراء وكلمة (Well-fare) تعني العمل الطيب بينما كلمة (Social) تعني الشؤون الإنسانية والاجتماعية العامة واستقر مصطلح الرعاية الاجتماعية منذ إنشاء هيئة الأمم المتحدة عام ١٩٤٦ ليعني كافة الجهود والخدمات والبرامج التي تستهدف تحسين حياة الناس الصحية والتعليمية والاجتماعية والاسكانية<sup>(١)</sup>.

وتعرف على أنها "تلك الجهود المادية والبشرية التي تهدف في الأساس إلى معالجة الأمراض الاجتماعية وإزالة العقبات التي تعترض نمو الأفراد والجماعات وتكيفهم مع بيئاتهم الاجتماعية"<sup>(٢)</sup>.

كما يعرفها البعض بأنها وظيفة أساسية في المجتمع تتضمن وسائل وأساليب لمساعدة الأفراد والأسر والمجتمعات على إشباع الاحتياجات الإنسانية وتحقيق مستوى أفضل من الحياة، حيث تهدف إلى تأمين مستويات مناسبة من المعيشة ومن الأداء الاجتماعي لأفراد المجتمع<sup>(٣)</sup>.

في حين يعرف الاتحاد الإقليمي للخدمة الاجتماعية NASW الرعاية الاجتماعية بأنها (مجموعة الأنشطة المنظمة التي تقوم بها المؤسسات التطوعية والحكومية من أجل العمل على التخفيف من هذه

١- نهى محمد امجد نافع، المرأة والسياسة في مصر، المكتبة المصرية، الاسكندرية، ٢٠٠٤، ص٢٦-٢٧.

٢- أحمد ابراهيم حمزة، السياسة الاجتماعية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان- الاردن، ٢٠١٥، ص١٨-١٩.

٣- عبدالفتاح عثمان وآخرون، مقدمة في الخدمة الاجتماعية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ١٩٨٤.

٤- سيد فهمي، الرعاية الاجتماعية من المنظور الإسلامي، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، ١٩٨٨، ص٧٦.

المشكلات الاجتماعية والمساعدة في التعرف عليها ، وتحاول تحسين الأداء الاجتماعي للأفراد والجماعات والمجتمعات<sup>(١)</sup> .

ويعرف (هوارد رسل) الرعاية الاجتماعية بأنها: (جمال المسئولية الناجح للشعب، أي لكل من الفرد والأسرة لإشباع الحاجات التي تقوم هيئات أخرى بإشباعها)<sup>(٢)</sup>.

ويمكن للباحثة أن تضع تعريفاً إجرائياً للرعاية الاجتماعية بأنها "عملية منظمة تؤدي وظيفة أساسية في المجتمع، وتشتمل على برامج وخدمات اجتماعية لجميع فئات المجتمع مبنية على سياسات محددة ومقرة من الدولة وموجهة للأفراد والجماعات والمجتمعات".

وكذلك قبل التعرض لمفهوم الرعاية الصحية لابد من عرض "مفهوم الصحة"، وبعض المصطلحات التي لها علاقة وثيقة بالرعاية الصحية:

#### - مفهوم الصحة The Health :

يعتبر مفهوم الصحة مفهوماً واسعاً، ولكن يمكن أن نأخذ تعريف الصحة في الإطار الذي أخذ به جميع علماء الصحة العامة وعلم الاجتماع، حيث ركزوا على البعد الاجتماعي في تعريفاتهم للصحة. وعلى الرغم من عدم الاتفاق على تعريف عام للصحة، فإنها تعني ذلك الفرع من العلوم الذي يدرس كيفية وتطوير وترقية الحياة الصحية للإنسان، سواء من ناحية دراسة الأمراض ومسبباتها وطرق انتقالها وكيفية الوقاية منها، أو ما يتعلق بنشر الوعي الصحي وتطوير صحة البيئة ومكافحة الأخطار الصحية ومعالجتها، الأمر الذي يستوجب تحقيق السلامة والكفاية الجسمية والعقلية والاجتماعية الكاملة<sup>(٣)</sup>.

فلقد لعب الاتجاه الطبي دوراً في تعريف مدلول الصحة: فقد عرفت منظمة الصحة العالمية الصحة بأنها الحالة الايجابية من السلامة والكفاية البدنية والعقلية والاجتماعية وليس مجرد الخلو من المرض أو العجز<sup>(٤)</sup>، والذي يشير إلى أن الصحة هي "حالة السلامة والكفاية البدنية والنفسية والاجتماعية وليست مجرد الخلو من المرض أو العجز". ويؤكد ذلك على أن الناحية الاجتماعية مكون أساسي في تعريف الصحة ولا يمكن للعاملين في الصحة العامة أن يتمكنوا من تحقيق السلامة والكفاية للفرد أو الجماعة دون دراسة الأوجه الاجتماعية لحياة الإنسان والارتقاء بها كهدف أساسي بجانب النواحي النفسية والبدنية.

١- إبراهيم عبد الهادي ومحمد السيد حلاوة، الرعاية الاجتماعية والقضايا المعاصرة، مكتبة سنان للمعرفة، القاهرة، ٢٠٠٩، ص ١٤.

٢- محمود حسن، مقدمة الرعاية الاجتماعية، مكتبة القاهرة الحديثة، القاهرة، ٢٠٠٣، ص ١٨-١٩.

٣- إحسان علي محاسنه، البيئة والصحة العامة، ط٢، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن، ١٩٩٤، ص ٧١.

٤- تالا قطيشات وآخرون، مبادئ في الصحة والسلامة العامة، دار المسيرة للنشر والتوزيع الاردن، ٢٠٠٢، ص ١٥.

كما تعرف بأنها" حالة من السلامة الجسمية والعقلية والنفسية والاجتماعية الكاملة، فسلامة الأعضاء وحدها لا تعنى الصحة إلا بتوافقها واتساقها مع أعضاء الأجهزة الأخرى<sup>(١)</sup>.

أما شيلي تايلور فيعرف الصحة بأنها " غياب المرض أو العجز، مع توافر حالة متكاملة من التوازن الجسدي والعقلي والاجتماعي، ويعتقد علماء النفس الصحي بأن الصحة حالة يمكن تحقيقها وليست مجرد غياب المرض<sup>(٢)</sup>.

تُعد الصحة احد المقومات الاساسية لحياة الانسان من اجل الحفاظ على استمراره وتطويره ووقايتهم من المرض، فالصحة هي حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم فهي علم وفن الوقاية من الامراض، والارتقاء بالصحة من خلال مجموعة من المجهودات المنظمة من قبل المجتمع<sup>(٣)</sup>.

وقدم بركنز Perkins تعريف الصحة أنها "حالة من التوازن النسبي لوظائف الجسم وان حالة التوازن تنتج من تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها وان عملية تكيف الجسم عملية إيجابية تقوم بها قوى الجسم للمحافظة على توازنه<sup>(٤)</sup>.

ولقد حاول العديد من العلماء تعريف الصحة فقد عرفها . ونسلو winalow ، بأنها علم وفن الوقاية من المرض واطالة العمر وذلك من خلال المجهودات المنظمة في المجتمع من أجل تحسين صحة الأفراد ومكافحة الأمراض وتعليم الفرد الصحة الشخصية وتنظيم خدمات الطب والعمل والعلاج والقدرة على التشخيص المبكر و الوقائي للأمراض وتطور الحياة ، كما قدم برنكز perkins تعريفا للصحة على أنها حالة من التوازن النسبي لوظائف الجسم ، وتنتج حالة التوازن من خلال تكيف الجسم من العوامل الضارة التي يتعرض لها ، ومن ثم يعد تكيف الجسم عملية ايجابية تقوم بها قوى الجسم للمحافظة على توازنه<sup>(٥)</sup>.

ويعرف بلاك استر Ester . B الصحة على أنها وجود الحالة الطبيعية حيث يمكن أن تتأثر عن طريق سيكولوجي أو فيزيقي أو كيميائي ولكن الطبيعي لا يعني بالضرورة حالة وظيفية حيث أنه لكي يكون الشخص سليما يجب أن يمارس حياته الطبيعية بدون ألم ولكن الأهداف قد تختلف من شخص لآخر ومن بيئة لأخرى. وتعرف الصحة بأنها الحياة الطبيعية، غياب المرض، والقدرة على العمل<sup>(٦)</sup>

١- عبد الكريم العفيفي، الخدمة الاجتماعية الطبية، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية، القاهرة ١٩٩٦، ص٤٨.

٢- سلوى عثمان الصديقي، مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية من منظور الخدمة الاجتماعية ، المكتب الجامعي الحديث ، الاسكندرية ، ٢٠٠٢، ص٢٥.

٣- نادية عمر، العلاقات بين الاطباء والمرضى، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، ٢٠٠٠، ص٣٠٦.

٤- عبد الحي محمود صالح، الصحة العامة وصحة المجتمع، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، ٢٠٠١، ص٢٤.

5-Jape , concepts in medical sociology , sage new york , 2004.p33.

6- cockerham , William , social causes of health and disease , Cambridge.: polity , 2007 .p52.

ومن ثم وجد أن التعريف الأكثر قبولا بين الأشخاص الناضجين الذين يتمتعون بالصحة البدنية والعقلية على أنها اللياقة البدنية، أما كبار السن ينظرون إلى الصحة على أنها تأقلمهم وتكيفهم مع الحياة اليومية أو الوظيفية والقدرة على تأدية أدوارهم الاجتماعية، وهكذا نجد أن للصحة معاني مختلفة باختلاف المجتمعات والمراحل الحياتية للحياة الإنسانية، ويرجع ذلك إلى تغيير الأفكار المتعلقة بكيفية الحفاظ على الصحة وذلك من خلال اختلاف الممارسات العلاجية التي تفضل الاتجاه الوقائي والعلاجي للصحة، ولذا يجب إيجاد طرق للتعامل مع المرض والألم من خلال الفهم الأكبر للأفراد والسياق الاجتماعي والثقافي المكون لهم حيث يشمل ذلك دراسة أفراد المجتمع من خلال فهم وتحليل الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية بالإضافة إلى دراسة الأفكار والمعتقدات التي تكون شخصيتهم ورؤيتهم إلى مفهومي الصحة والمرض<sup>(١)</sup>.

وتعرف الباحثة الصحة إجرائياً حالة من السلامة والكفاية البدنية والنفسية والعقلية والاجتماعية وليست مجرد الخلو من المرض أو العجز بحيث تؤثر فيها أوجه الحياة الاجتماعية سواء كانت قيماً اجتماعية أو تحولات بنائية اقتصادية وثقافية يمر بها مجتمع من المجتمعات.

#### - مفهوم الرعاية الصحية Healthcare :

يشير هذا المفهوم على كافة العوامل السياسية والإقتصادية والإجتماعية التي تؤثر في صحة الفرد بجانب الرعاية الطبية، وعلى ذلك يدور هذا المفهوم حول كافة الجهود التي تبذلها النظم الإجتماعية المختلفة للحفاظ على الصحة والوقاية من المرض. أي تطبيق الإجراءات والفعاليات من وقاية وعلاج ومحاولة اتقاء وحفظ وتجنب إصابة المجتمع بأي عوارض مرضية سواء كانت معدية أو سارية أو غير معدية. والرعاية الصحية الشاملة لجميع المسببات البيئية منها والاجتماعية بالإضافة إلى كل ما يتعلق وله علاقة مباشرة أو غير مباشرة مع الأفراد.

ويمكن تعريف الرعاية الطبية أنها الخدمة أو الخدمات العلاجية أو التشخيصية التي يقدمها أحد أعضاء الفريق الطبي إلى فرد واحد أو أكثر من أفراد المجتمع مثل معالجة الطبيب لشخص مريض سواء كان ذلك في عيادته الخاصة أو في العيادات الخارجية للمستشفى الحكومي<sup>(٢)</sup>.

الرعاية الصحية هي كل الجهود التي تبذلها النظم الاجتماعية المختلفة للحفاظ على الصحة والوقاية من المرض<sup>(٣)</sup>.

---

1- Graham And other ,society Health ; An Introduction to social science for Health professionals , Rouutledge , London , 1996,p73.

٢- أيمن مزاهره، علم اجتماع الصحة، دار اليازوري للعلمية للنشر والتوزيع، عمان - الأردن، ٢٠٠١، ص٧٥.  
٣- إقبال محمد بشير وأخرون ، الرعاية الطبية والصحية للمعوقين من منظور الخدمة الاجتماعية ، المكتب الجامعي الحديث ، الاسكندرية ، ٢٠٠٤، ص١٧.

كما تعرف الرعاية الصحية بأنها كل الجهود التي تبذلها النظم الاجتماعية المختلفة للحفاظ على الصحة والوقاية من المرض<sup>(١)</sup>.

ويمكن ان تعرف الرعاية الصحية بأنها " مجموعة الخدمات والإجراءات والرعاية الصحية الوقائية التي تقدمها الرعاية الصحية الأساسية والمؤسسات التابعة لها لجميع أفراد المجتمع، بهدف رفع المستوى الصحي للمجتمع والحيلولة دون حدوث الأمراض، الناتجة عن التلوث البيئي الناتج عن التلوث في المياه والغذاء، والتصريف الصحي، أو القيام بحملات التحصين والتطعيم التي تنظمها ضد الأمراض المعدية والخطيرة مثل شلل الأطفال، والسعال الديكي، الكوليرا... الخ<sup>(٢)</sup>.

بينما يعرف تايلور الرعاية الصحية بأنها "هي الخدمات الاجتماعية المنظمة التي تهدف إلى تحسين أحوال فئة أو جماعة، والمقصود بها أيضاً العناية التي يقدمها شخص لآخرين، والرعاية والخدمات التي تؤدي للفرد في حالات معينة قد تكون رعاية طبية أو رعاية الطفولة أو رعاية الأمومة أو رعاية الأحداث وتتم الرعاية داخل المؤسسات وهي نوعان : إما وقائية أو علاجية<sup>(٣)</sup>.

وتعرف الباحثة الرعاية الصحية إجرائياً بأنها: وهي تعني قدرة المجتمع على تقديم خدمات الرعاية الصحية للأفراد داخل المستوصفات الصحية والمستشفيات، والتي يستطيع الفرد من خلال برامج الرعاية الاجتماعية والخدمات الصحية المحافظة على صحته في حدود الإمكانيات المتاحة، وهذه الرعاية الاجتماعية تتمثل في نشر الثقافة الصحية باعتبارها توصيل الخدمات العامة التي تمس احتياجات الناس و ممارسته الاتجاهات الصحية الايجابية والسلوك السليم هو ما يؤدي إلى حفظ الصحة وحياة الأفراد وهكذا فإن الرعاية الصحية تعني إمداد أفراد المجتمع بمختلف فئاته بالخدمات الصحية والمساعدة على التخلص من العادات الخاطئة المرتبطة بالصحة والمرض والمساعدة على الوقاية من الامراض من خلال معرفة أسبابه وكيفية الوقاية من المرض وكيفية الحصول على العلاج.

وتسجل الباحثة هنا بعض المصطلحات التي لها علاقة وثيقة بالتأثيرات المعرفية والتي ترتبط بالمنظومة المعرفية للمرأة من ناحية الرعاية الصحية:

- **المعلومات الصحية:** تعرف بأنها "أي معرفة تكتسب من خلال الاتصال أو البحث أو التعليم أو الملاحظة عن الناس والأماكن والموضوعات"<sup>(٤)</sup>.

"المعلومات الصحية هي بيانات الرعاية الصحية المنظمة في صيغة ذات معنى، فقد تشير إلى بيانات منظمة جمعت حول مرض معين، أو ملخص لمعلومات حول كامل مواجهة ذلك المرض بمزود

١ - على المكاوي، الجوانب الاجتماعية والثقافية للخدمة الصحية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٨٨، ص ٥٦ .  
٢- عبد المجيد الشاعر وآخرون، الرعاية الصحية الأولية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان - الاردن، ٢٠٠٠، ص ١١.

٣- شيلي تايلور، علم النفس الصحي، مصدر سابق، ص ٥٢.

٤ - عاطف العبد، مدخل إلي الاتصال والرأي العام: الأسس النظرية والإسهامات العربية، ط٣، دار الفكر العربي، القاهرة، ١٩٩٩، ص ١٨.

الرعاية الصحية، والمعلومات الصحية ممكن أيضاً أن تكون المعلومات الكلية أو مجموع المعلومات حول المرضى الذين حضروا أو أدخلوا المستشفى أو المراكز الصحية أو العيادات أو مراكز التحصين أو برامج التمشيط الصحي" (١).

التعريف الإجرائي للمعلومات الصحية: وهي نشر الثقافة الصحية بين أفراد المجتمع وذلك من خلال تزويدهم بالمعلومات اللازمة و الضرورية والمهمة التي تعرفهم بالأمور الصحية وتزيد من خبراتهم حولها، باستخدام كافة الوسائل الحديثة بسهولة للحصول على المعلومات التي يحتاجونها فتزود من درجة وعيهم الصحي، وتؤثر في معلوماتهم واتجاهاتهم وسلوكهم فيما يتعلق بأمور الصحة تأثيراً إيجابياً ويدفع بهم نحو الأفضل.

### - الوعي الصحي:

إن الوعي الصحي هو مستوى معارف وإدراك الأفراد بطرق العناية بالصحة الشخصية وبأساليب الوقاية من الأمراض المختلفة ودورهم في العناية بالصحة بما يتضمنه من اتجاهات صحية وسلوك صحي (٢).

ويعرف الوعي الصحي بأنه عملية إعلام وحث الناس ليبنى نمط حياة وممارسات صحية دائمة وهي من أهم عناصر الوعي الصحي والتي يعنى تفعيلها إيصال المعلومة الصحية إلى الناس بطريقة صحيحة ومفهومة كما أنه الخطوة الأولى لتغيير سلوك الأفراد تجاه الأمور الصحية التي تؤثر على حياتهم وبالتالي تغيير المجتمع وكذلك إدخال تغييرات في البيئة حسب الحاجة من أجل تسهيل هذا الهدف وإجراء تدريبات مهنية وبحوث من أجل نفس الغرض والتوعية الصحية هي مسؤولية كل موظف وعامل في الرعاية الصحية الأولية كلاً في مجاله (٣).

وكما يعرف الوعي الصحي بأنه: تلك العملية التي يستخدم فيها وسائل التعليم والاتصال لكي ننقل للناس والأفراد والمجتمعات المعرفة من أجل الوقاية من الأمراض وعلاجها، وباستخدام هذه المعرفة تمكنهم من تطوير صحتهم وصحة أسرهم ومجتمعاتهم (٤).

ويشار إلى الوعي الصحي على أنه: إلمام المواطنين بالمعلومات والحقائق الصحية وأيضاً إحساسهم بالمسؤولية نحو صحتهم وصحة غيرهم، وفي هذا الإطار يعتبر الوعي الصحي هو الممارسة عن قصد نتيجة الفهم والإقناع (٥).

- ١ - نادية مصطفى العيدروس أحمد، فاعلية وسائل التثقيف الصحي في بث ونشر المعلومات الصحية لبناء مجتمع المعرفة الصحي السوداني، المركز القومي للبحوث - مركز التوثيق والمعلومات، الخرطوم - السودان، ٢٠١٢، ص ١٧٦٤.
- ٢ - السيد محمد السايح، التنوير البيئي والصحي لطلاب المدارس العليا والجامعات، عالم الكتب، القاهرة، ٢٠٠٩، ص ٥.
- ٣ - عاطف العبد، تصميم وتنفيذ استطلاعات وبحوث الاعلام والرأي العام، دار الفكر العربي، القاهرة، ٢٠٠٦، ص ٢٣.
- ٤ - حسن السباعي وآخرون، التثقيف الصحي مبادئه وأساليبه، دار السباعي، الرياض، ١٩٩٨، ص ٨.
- ٥ - سيد سلامة، الصحة والتربية الصحية، دار الفكر العربي، القاهرة، ١٩٩٧، ص ٢٢.

وفي ضوء ما سبق يمكن النظر إلى الوعي الصحي أنه لا يقتصر على جانب معين من الأمور المتصلة بالصحة، ولكن الوعي يتسع مجاله ليشمل كافة العناصر والتي هي ضرورية لكي يكون الإنسان متمتع بصحة جيدة، وهذه العناصر متداخلة بشكل يصعب فصلها، لأنها متشابكة بطبيعتها ويؤثر بعضها في الآخر.

#### - الاعلام الصحي:

يعرف الإعلام الصحي هو الذي يسهم بنقل الخبرات العالمية وتبسيط الضوء على التجارب الصحية والناجحة والقضايا الطبية للاستفادة منها إضافة إلى دوره في إكساب المعرفة وتزويد المتلقي بمعلومات طبية بالتعاون مع الجهات العاملة في الحقل الصحي، والدور الأهم الذي يمكن أن يقوم به الإعلام الصحي هو التعامل الشفاف مع الواقع الصحي بكل أبعاده بما فيه اكتشافه للأخطاء الطبية ورصد الإنجازات الصحية التي تتحقق على المستوي الوطني والإقليمي والدولي والمحافظة على هذه المكتسبات<sup>(١)</sup>.

**ويعرف الاعلام الصحي:** بأنه إعلام موجه للجماهير والرأي العام لتوجيه سلوكهم نحو صحة جيدة لمقاومة الأمراض وإرشادات حول كيفية التعامل مع الحالة المرضية أو مواجهة مرض معدٍ أو سارٍ أو مزمن مثل السرطان والسكري والضغط والإيدز ونقص الفيتامينات في الجسم أو حالات طارئة مثل كسوف الشمس وتأثيرها على العيون أو انتشار وباء مثل الكوليرا أو انفلونزا الخنازير أو الطيور أو جنون البقر أو ظهور مرض معين أو نزلات البرد في الشتاء أو في حالات الضيق في التنفس بسبب عواصف رملية أو غيرها، وقد يكون هذا المرض عابراً وينتهي الإعلام الصحي بانتهاء الحالة<sup>(٢)</sup>.

كما يعرف الإعلام الصحي: هو الإعلام الذي يتناول القضايا الطبية والصحية والتمريضية والعلاجية والصيدلانية والإرشاد والتنقيف الصحي بالحقائق الصحيحة والمعلومات الصادقة من خلال الإرشاد والنصح وتقديم الأخبار والمعلومات والحقائق الصادقة وليس معني بالإعلان عن السلع الطبية والمنتجات لكن الحديث عن فوائد هذه المنتجات لا يدخل ضمن باب الإعلان<sup>(٣)</sup>.

وتعريف آخر للإعلام الصحي يقول بأنه هو نوع من أنواع الإعلام الذي يختص بمناقشة كل ما يتعلق بالقضايا الصحية وهو الوسيلة الأولى التي تنقيف الجمهور وتوعيته بكل المشاكل الصحية التي

١- عبد الرزاق الدليمي، الإعلام المتخصص، ط٢، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان- الاردن، ٢٠١٥، ص ٢٢١.

٢- محمد أبو سمرة، الإعلام الصحي والطبي، دار الراية للنشر والتوزيع، الرياض- السعودية، ٢٠١٠، ص ٨.

٣- بسام عبد الرحمن المشاقبة، الإعلام الصحي، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان - الأردن، ٢٠١٢، ص ٩٢.

تؤثر على حياته وذلك من خلال الإعلام بمختلف وسائله المسموعة، والمقروءة والمرئية وبمختلف أشكاله الحواري، أو الحملات، التحقيقات أو البرامج الموجهة بهدف واحد وهو التوعية الصحية للجمهور<sup>(١)</sup>.

نخلص بالقول إن مفهوم الإعلام الصحي هو مفهوم متشابه ومتداخل يمتاز بالشمولية والتكامل ويعني مجموعة من التداخلات البرمجية التي تتميز بالشمول والتكامل والتي تهدف إلى تعزيز وتحقيق عملية تغيير المواقف والسلوكيات لدى جمهور معين باستخدام مزيج التقنيات والمنهجيات والعمليات الإعلامية بطريقة مرنة تتسم بالمشاركة ومن خلال طرق بحثية منظمة ودقيقة<sup>(٢)</sup>.

إن كل ما ذكر أشتمل عليه الفصل الأول، والذي يعد إطاراً تصورياً واضحاً تسترشد به الدراسة حتى وصلت إلى النتائج العامة مرتكز على ما ذكر في هذا الفصل. حيث إن الإطار التصوري له أهمية كبيرة في تحديد المفاهيم وتوضيح الرؤى للباحث. وله القدرة على تعديل الأفكار وتوجيهها، و ضبط المسار في حال لم تكن الإمكانيات المتاحة ذات فاعلية في الدراسة، والإفادة من الإطار مكنت الباحث في السير بخطى حثيثة، الأمر الذي أزال الغموض وأصبحت الأهداف واضحة والمفاهيم محددة.

---

١ - شوق اسعد محمود، علم الاجتماع الطبي، دار البداية موزعون وناشرون، مصر، ٢٠١٢، ص ١٢٩.  
٢ - بسام عبد الرحمن المشاقبة، الإعلام الصحي، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان- الاردن، ٢٠١٢، ص ٩٣.



## الفصل الثاني

# تراث البحث في موضوع المنظومة المعرفية للمرأة والرعاية الصحية

### رؤية نقدية

التمهيد

أولاً: الدراسات العراقية

ثانياً: الدراسات العربية

ثالثاً: الدراسات الأجنبية

رابعاً: التعقيب على الدراسات السابقة وأوجه الاستفادة منها

## التمهيد:

يستمد البحث العلمي تساؤلاته من نتائج الجهود العلمية السابقة، بإعتبار أن البحث العلمي عملية دائرية يغذي بعضها بعضاً، وتُعد مرحلة الإطلاع على الدراسات السابقة من أهم المراحل التي يمر بها البحث، ولذلك فيجب منحها أهمية بالغة فهي من الخطوات المهمة لأن الباحث يتعلم من أعمال الآخرين كيف صممت أبحاثهم والأدوات التي استخدموها والمناهج التي أتبعوها في جمع المادة العلمية والاستفادة من أهم النتائج التي توصلوا إليها كما أنها تعد وسيلة يتعرف الباحث من خلالها على أهم المراجع العلمية التي تخص الميدان الذي يبحث فيه حتى يكون على دراية بتطور العلم الذي يدرس فيه.

لاشك في أن دراسة السابقين من الباحثين والمرتبطة بحوثهم بالظاهرة موضوع الدراسة، يعود بالفائدة على الباحث في دراسته في نواح متعددة، فهي تسمح بتكوين إطار أكثر ثراء من المعلومات تعين الباحث في تحديد المصطلحات والمفاهيم العلمية والإجرائية، كما تساهم في معرفة نقاط القوة والضعف والدروس المستفادة منها، وفي تجنب تكرار الجهود المبذولة، فضلاً عن أنها تثري معرفة الباحث وتزيد في مجال توجيهه، باطلاعه على المناهج المتبعة فيها وأدواتها المستخدمة وفروضها المصاغة ونتائجها التي تم التوصل إليها فكل دراسة تبدأ من حيث انتهت إليه الدراسات الأخرى، كذلك فإن نتائجها تعد بمثابة نقطة بداية لدراسات أخرى تتبعها وتجيء بعدها، فتكون مرشداً وموجهاً وماناراً وأساساً لها<sup>(١)</sup>.

ولذا يركز هذا الفصل على عرض وتحليل لبعض الدراسات والأبحاث التي حصلت عليها حسب إهتمامها بجانب أو أكثر من جوانب الدراسة الحالية بهدف التعرف على أهم الدراسات التي تم إنجازها في هذا الشأن، وقد تم إنتقاء هذه الدراسات السابقة على أساس تمثيلها لمعظم الدراسات الاجتماعية التي تناولت موضوع الدراسة، وتستعرض الدراسة الراهنة في هذا الفصل بعض الدراسات السابقة والتي تتصل بموضوع البحث في بعض الجوانب، وستعرض هنا الباحثة تلخيص وتحليل للدراسات السابقة من خلال رؤية توضيحية أو تصور مقترح، لتحليل أوجه التشابه والإختلاف فيما بينهما، وكذلك جوانب القوة والضعف لإمكان الإفادة منها في الدراسة الحالية وأيضاً تحديد المساهمة البحثية التي يمكن أن تقدمها الدراسة الحالية. ومن هذا المنطلق قامت الباحثة بالإطلاع على عدد من الدراسات السابقة ذات العلاقة بموضوع الدراسة الحالية، وبناءً على ذلك تم تقسيم الدراسات السابقة إلى ثلاثة أقسام: دراسات عراقية ودراسات عربية ودراسات أجنبية مرتبة زمنياً من الأقدم إلى الأحدث:

١ - محمد شفيق، البحث الاجتماعي، الأسس والخطوات المنهجية، دمنهور، مطبعة البحيرة، ٢٠٠٨، ص ٢٠٨.

## أولاً: الدراسات العراقية

١- دور الوعي الاجتماعي في الوقاية من الأمراض المزمنة دراسة ميدانية في علم الاجتماع الطبي: (دراسة عبير نجم عبدالله الخالدي ٢٠٠٢) (١).

تهدف الدراسة إلى بحث الدور الذي يؤديه الوعي الاجتماعي في الوقاية من الأمراض المزمنة كضغط الدم العالي والواطئ وأمراض القلب والسكر، وعليه إن كان للفرد وعي اجتماعي يتعلق بالتغذية والغذاء والموازنة بين وقت العمل ووقت الفراغ وتجنب أماكن التلوث والعدوى فضلاً عن الوعي الاجتماعي المتعلق بالنوم والراحة، فإن ذلك الفرد سوف لا يكون عرضة للأمراض المزمنة بسبب الوعي الذي يحمله، من جهة أخرى إذا كان الفرد يفتقر إلى الوعي الاجتماعي الخاص بالنواحي المذكورة أعلاه فإنه يكون عرضة للإصابة بالأمراض المزمنة الخطيرة.

واستخدمت الباحثة في دراستها ثلاثة مناهج هي المنهج المقارن، والمنهج الاستنباطي، ومنهج المسح الميداني، وبعد التوصل إلى نتائج الفرضيات التي اختبرت في الدراسة الميدانية تم التوصل إلى النتائج الآتية:

١- هناك علاقة دالية بين العوامل الاجتماعية وبخاصة الوعي الاجتماعي والأمراض المزمنة. وعليه فإن كثرة العوامل الاجتماعية المحفزة للمرض تؤدي إلى ارتفاع معدلات الأمراض المزمنة.

٢- ان تلوث البيئة الاجتماعية يعد سبباً من أسباب الأمراض المزمنة وغير المزمنة الجسمية منها والنفسية.

٣- : إن ارتفاع دخل الفرد يؤدي إلى انخفاض معدل الإصابة بالأمراض والعكس صحيح.

٤- إن الأمراض المعدية أو الانتقالية بين أبناء الطبقة العمالية والفلاحية أوسع انتشاراً من أبناء الطبقة الوسطى والعليا، وتنتشر الأمراض المزمنة بين أبناء الطبقات العليا أكثر من انتشارها بين أبناء الطبقات الدنيا.

٥- إن مكانة الفرد الاقتصادية والاجتماعية تعد من العوامل الأساسية لحدوث الأمراض المزمنة. فكلما ارتفعت المكانة الاقتصادية والاجتماعية للفرد كان أكثر عرضة للإصابة بهذه الأمراض.

٦- وقوع الأمراض المزمنة على التوزيع النوعي للسكان إذ أن هناك اختلافاً في وقوع الأمراض المزمنة بين الذكور والإناث اعتماداً على طبيعة المرض.

٢- الصحة والمرض وأثرهما في التنمية دراسة تحليلية للواقع الصحي في مدينة الموصل: (دراسة هناء جاسم السبعواوي ٢٠٠٩) (١): تهدف الدراسة إلى التعرف على الواقع الصحي بمدينة الموصل، توضيح

١- عبير نجم عبدالله الخالدي، دور الوعي الاجتماعي في الوقاية من الأمراض المزمنة دراسة ميدانية في علم الاجتماع الطبي، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم علم الاجتماع، كلية الآداب، جامعة بغداد، ٢٠٠٢.

٢- هناء جاسم السبعواوي، الصحة والمرض وأثرهما في التنمية دراسة تحليلية لواقع الصحي في مدينة الموصل، مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية، مجلد (٨)، العدد (٤)، ٢٠٠٩، ص ٣٩٧-٤١٣.

العلاقة بين الواقع الصحي والتنمية الاجتماعية، محاولة تكوين صورة واقعية عن الواقع الصحي من خلال طرق واساليب مواجهه المرض.

تنتمي الدراسة الى نمط الدراسات الوصفية، واعتمدت المنهج الوصفي التحليلي والمسح الاجتماعي بطريقة العينة، كما اعتمدت ايضاً على العديد من ادوات جمع البيانات وهي المقابلة والملاحظة ودراسة الحالة بالإضافة إلى السجلات الرسمية والإحصاءات الطبية، وقد طبقت الدراسة على عينة من المرضى بمدينة الموصل بالعراق، وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج من أهمها:

١- توجد علاقة بين المرض وعملية التنمية الاجتماعية، حيث يعاني مجتمع البحث من انتشار عديداً من الأمراض المزمنة مثل أمراض القلب، الكبد، السكر، السرطان، وبالتالي يؤدي المرض إلى اعاقه عملية التنمية الاجتماعية.

٢- يعاني مجتمع البحث من قصور في الخدمات الصحية المقدمة ويرجع ذلك الى قلة الامكانيات المادية بالإضافة إلى انخفاض الامكانيات الطبية، وبالتالي تدني الواقع الصحي وارتفاع معدل الوفيات.

٣- تؤثر ظاهرتي الصحة والمرض على عملية التنمية الاجتماعية، فتقديم الرعاية الصحية الملائمة تؤثر على صحة الموارد البشرية في المجتمع وبالتالي ارتفاع الحالة الاقتصادية ثم تقدم المجتمع، وقدمت الدراسة عدة توصيات منها:

أ- العمل على رفع مستوى الصحة للأفراد وذلك من خلال توفير الأدوات الطبية اللازمة بالإضافة إلى تدريب الكوادر الطبية لمواكبة التكنولوجيا الحديثة .

ب- إجراء بحوث مماثلة في محافظات أخرى وذلك بغرض الكشف عن الواقع الصحي.

٣- الآثار الاقتصادية والاجتماعية لمعاناة ذوي الأمراض المزمنة في العراق (دراسة خليل إبراهيم إسماعيل ٢٠٠٩)<sup>(٢)</sup>

تهدف الدراسة إلى محاولة التعرف على أكثر الأمراض انتشارا بالعراق، تحديد اهم الآثار الاجتماعية والاقتصادية الناتجة عن المرض، محاولة وضع تصور للأوضاع الراهنة لصحة المجتمع والوصول إلى مخطط علمي لمواجهته.

تنتمي الدراسة إلى نمط الدراسات الوصفية، واعتمدت على المنهج الوصفي التحليلي والمسح الاجتماعي بطريقة العينة، واعتمدت أيضاً على العديد من أدوات جمع البيانات، وهي المقابلة والملاحظة ودراسة الحالة بالإضافة إلى السجلات الرسمية والإحصاءات الطبية، وقد طبقت الدراسة على عينة من المرضى في العراق.

توصلت الدراسة إلى عدة نتائج من أهمها:

١ - خليل ابراهيم اسماعيل، الآثار الاقتصادية والاجتماعية لمعاناه ذوي الامراض المزمنة في العراق، المجلة العراقية لبحوث السوق وحماية المستهلك، مجلد (١) العدد (٢)، ٢٠٠٩، ١٢٩-١٤٣.

أ- انتشار عديد من الأمراض المتوطنة بمجتمع البحث، حيث تعد أمراض القلب والكلى والصدر والربو الأكثر شيوعاً بالعراق.

ب- تعدد الآثار الاجتماعية والاقتصادية الناتجة عن الإصابة بالمرض، مثل انخفاض مستوى الدخل نتيجة ارتفاع العلاج، وبالتالي عدم القدرة على توفير متطلبات الحياة اليومية، بالإضافة إلى انهيار العلاقات الاجتماعية والروابط الأسرية للمريض مما يعود بالسلب على المريض، هذا بالإضافة إلى عدم توفر الدعم الاجتماعي لتمائله الشفاء العاجل من المرض.

ج- تعدد المسارات العلاجية في المجتمع، فالغالبية العظمى من المرضى فالغالبية العظمى من المرضى يفضلون العلاج الطبي الرسمي الحديث بالمجتمع، بينما يفضل البعض العلاج الشعبي ويرجع ذلك إلى تشكيل الثقافة وتصورات الأفراد ومعتقداتهم حول الصحة والمرض.

٤- أثر العوامل البيئية الداخلية والخارجية في تحسين الخدمات الصحية دراسة تطبيقية من وجهة نظر متلقي الخدمات الصحية في مدينة الطب العراقية: (دراسة عادل عنوض جمعة، ٢٠١٠)<sup>(١)</sup>:

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على اثر العوامل البيئية الداخلية والخارجية في تحسين الخدمات الصحية من وجهة نظر متلقي الخدمات الصحية في مدينة الطب العراقية، ولتحقيق أهداف الدراسة تم تطوير استبانة لغرض جمع البيانات، تكونت عينة الدراسة من (٥٤٥) مبحوثاً، واستخدمت الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) لتحليل بيانات الاستبانة.

وقد أسفرت نتائج الدراسة إلى الآتي:

- أن تصورات المبحوثين للعوامل البيئية الداخلية جاءت بدرجة مرتفعة، وأن تصوراتهم للعوامل البيئية الخارجية، ولجودة الخدمة الصحية جاءت بدرجة متوسطة.

- وجود أثر لأبعاد عوامل البيئية الداخلية في الخدمة الصحية، وأن أبعاد عوامل البيئية الداخلية تفسر ما مقداره (٦٥.٧%) من التباين في جودة الخدمة الصحية.

- وجود أثر لأبعاد عوامل البيئية الخارجية في جودة الخدمة الصحية، وأن أبعاد عوامل البيئية الخارجية تفسر ما مقداره (٥٠.٥%) من التباين في الخدمة الصحية.

٥- دور الأسرة العراقية في تنمية بعض القيم الإيجابية لدى الأبناء في الظروف الراهنة: (دراسة فاطمة إسماعيل محمود ٢٠١١م)<sup>(٢)</sup>:

هدفت الدراسة إلى التعرف على دور الأسرة العراقية في تنمية بعض القيم الإيجابية لدى الأبناء في الظروف الراهنة، إعطاء بعض التوصيات لأولياء الأمور بخصوص إشاعة روح التسامح والمساعدة والتواصل الاجتماعي مع الآخرين. نوع الدراسة: دراسة وصفية، المنهج المستخدم المسح الاجتماعي.

١- عادل عنوض جمعة، اثر العوامل البيئية الداخلية و الخارجية في تحسين الخدمات الصحية دراسة تطبيقية من وجهة نظر متلقي الخدمات الصحية في مدينة الطب العراقية، جامعة مؤتة، الأردن، ٢٠١٠.

٢- فاطمة إسماعيل محمود، دور الأسرة العراقية في تنمية بعض القيم الإيجابية لدى الأبناء في الظروف الراهنة، مجلة كلية الآداب، عدد(١٥٥)، جامعة ديالى، ٢٠١١.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية: حيث أن هناك بعض القيم الإيجابية التي تسعى الأسرة العراقية إلى غرسها في نفوس الأبناء وهي: بث روح التسامح والابتعاد عن المواقف المتطرفة، وإزالة الخلافات بين الأطراف المتناحرة، وتنمية الشعور بالوحدة الوطنية بين مختلف الطوائف، تنمية مهارات الاتصال بين أفراد الأسرة، وعدم استعمال الألفاظ التي توحى بالتمييز العرقي والطائفي، وعدم السماح للأطفال بمشاهدة المسلسلات والبرامج التي تثير العنف والأنانية، اعتماد مبادئ الدين الإسلامي الحنيف في التعامل مع الآخرين.

## ثانياً: الدراسات العربية

### ١ - التصورات الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض في الجزائر: (دراسة سليمان بومدين ٢٠٠٤)<sup>(١)</sup>:

تهدف الدراسة إلى محاولة تشخيص الواقع الفعلي للتصورات الاجتماعية لظاهرتي الصحة والمرض، توضيح العلاقة بين السياق الثقافي السائد والممارسات والتصورات المتعلقة بالمرض. تنتمي الدراسة إلى نمط الدراسات الوصفية، واعتمدت على المنهج الوصفي التحليلي والمسح الاجتماعي بطريقة العينة، كما اعتمدت الدراسة أيضاً على العديد من أدوات جمع البيانات وهي المقابلة والملاحظة ودراسة الحالة بالإضافة إلى السجلات الرسمية والإحصاءات الطبية، وقد طبقت الدراسة على عينة من مرضى مدينة سكسيكدة بالجزائر. توصلت الدراسة إلى عدة نتائج من أهمها:

- يرتبط مفهوم ظاهرتي الصحة والمرض بالسياق الثقافي السائد بالمجتمع، فلا يوجد مفهوم محدد للصحة والمرض، إنما توجد مجموعة من المعاني المعقدة ترتبط جميعها بالثقافة العربية.
- يلعب عامل التعليم دوراً هاماً في توعية الفرد وإثراء معارفه وثقافته الصحية حيث أن الأقل تعليماً هم الأكثر تأييداً لتداوى بالعلاج الشعبي بينما الأعلى تعليماً فهم يلجؤون إلى العلاج الطبي الرسمي.
- تعدد المسارات العلاجية بالمجتمع، فالغالبية العظمى من المرضى يفضلون العلاج الطبي الرسمي الحديث بالمجتمع، بينما يفضل البعض العلاج الشعبي ويرجع ذلك إلى تشكيل الثقافة تصورات ومعتقدات الأفراد حول ظاهرتي الصحة والمرض.

### ٢ - المستوى الاجتماعي الاقتصادي للمرأة وتأثيره على صحتها: (دراسة إيناس إبراهيم عبد القوي، ٢٠٠٤)<sup>(٢)</sup>:

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على تأثير المستوى الاجتماعي الاقتصادي للمرأة وتأثيره على صحتها وتفاعيل التفاوت الطبقي على وضع المرأة في المجتمع وكذلك التعرف على المشكلات الصحية التي

١ - سليمان بومدين، التصورات الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض في الجزائر، رسالة دكتوراه غير منشورة، قسم علم اجتماع، كلية العلم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قسنطينة، الأردن، ٢٠٠٤.

٢ - إيناس إبراهيم عبد القوي، المستوى الاجتماعي الاقتصادي للمرأة وتأثيره على صحتها دراسة سوسولوجية في مدينة الإسكندرية، رسالة ماجستير غير منشورة، شعبة التنمية الاجتماعية، معهد العلوم الاجتماعية، كلية الآداب، جامعة الإسكندرية، ٢٠٠٤.

سوف تواجهها المرأة بعامة والمرأة الإسكندرانية بخاصة ونتيجة لذلك فقد اختلافات المستويات الاجتماعية والاقتصادية لمحاولة التوصل لصورة شاملة للوضع الصحي للمرأة في الإسكندرية من خلال مقارنة بين المستويات الاجتماعية والاقتصادية المختلفة.

وتنتهي هذه الدراسة إلى نمط الدراسات الوصفية واعتمدت الدراسة على منهج المسح الاجتماعي بطريقة العينة، كما اعتمدت أيضًا على الملاحظة والمقابلة مع النساء في بيئات اجتماعية مختلفة واستخدام استمارات الاستبيان وفحص السجلات الموجودة بمديرية الشؤون الصحية بالإسكندرية ومراكز رعاية الأمومة والطفولة، وقد تم اختيار عينة البحث من النساء المنجبات في الخصوبة من ٢٠-٤٩ سنة بشرط أن تكون العينة عشوائية طبقية وتم تحديد عينة البحث لتمثل ٢٠% من إجمالي عدد السيدات بالإسكندرية من منطقة رشدي والطارين وعزبة محسن أي ٢٨٣ سيدة متزوجة منجبه واستغرقت الدراسة من أكتوبر ٢٠٠٣ حتى أكتوبر ٢٠٠٤.

ومن أهم النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة:

١- إن الحالة الصحية للمرأة ترتبط بارتفاع مستواها العلمي الذي يعطيها الذي يعطيها الفرصة للاهتمام أكثر بالرعاية الطبية لأفراد أسرتها ولنفسها، وبذلك أصبح لديها القدرة على مواجهه الضغوط الشخصية أو ضغوط العمل حيث يعطيها الفرصة للحصول على رعاية طبية في أماكن أكثر تخصيصًا كالعيادات الخاصة أو حتى المستشفيات الخاصة.

٢- عن مدى الوعي الصحي للمرأة بخاصة والربط بين مستواها المعيشي وحالتها الصحية والانجابية خاصة في مناطق البحث الثلاث، ولقد أظهرت نتائج هذه الدراسة أن منطقة رشدي، كانت المبحوثات بها أكثر اهتمامًا بصحتهن العامة والانجابية من حيث التردد على العيادات الخاصة والحرص على تقليل عدد مرات الحمل، وفترة المباشرة بين الحمل، وكذلك الحصول على غذاء خاص أثناء الحمل بل والاهتمام بالغذاء الصحي لأفراد أسرتها أيضًا على عكس عزبة محسن حيث تعيش السيدات في مستوى اجتماعي واقتصادي منخفض مما يؤثر على طبيعة حياتهم في منازل صغيرة تملؤها الحشرات مما يصيبها بالأمراض المعدية بجانب انخفاضها مستواها المادي مما لا يسمح بالتردد المستمر على الطبيب أو تناول الدواء بصفة منظمة مما يدل على أنه كلما ارتفع المستوى المعيشي للمرأة كلما زاد الاهتمام بصحتها والعكس صحيح.

٣- مظاهر السلوك الصحي في مجتمع الإمارات: (دراسة أحمد فلاح العموش وآخرون، ٢٠٠٩) (١):

تهدف الدراسة إلى محاولة التعرف على مظاهر السلوك الصحي في مجتمع الإمارات وذلك من خلال رصد وتحليل مجموعة من المؤشرات الدالة على مدى الإدراك والوعي الصحي المتجسدة في مجموعة من القضايا المتعلقة بالممارسات والإجراءات السلوكية الصحية. تنتمي الدراسة إلى نمط

١- أحمد فلاح العموش وآخرون، مظاهر السلوك الصحي في مجتمع الإمارات دراسة ميدانية، مجلة شؤون اجتماعية، العدد (١٠٢)، الشارقة، ٢٠٠٩، ص ص ٢٢٦ - ٢٤٠.

الدراسات الوصفية، واعتمدت على المنهج الوصفي التحليلي والمسح الإجتماعي بطريقة العينة، كما اعتمدت الدراسة أيضاً على العديد من أدوات جمع البيانات وهي المقابلة والملاحظة ودراسة الحالة بالإضافة إلى السجلات الرسمية والإحصاءات الطبية، وقد طبقت الدراسة على عينة مكونة من ٤٤٤ مبحوث بإمارة السبع بدولة الإمارات العربية المتحدة.

وأهم نتائج الدراسة:

- الاهتمام بنشر الثقافة الصحية والوعي الصحي بمجتمع البحث من خلال المراكز والمؤسسات المتخصصة وذلك بهدف الحد من انتشار أو الوقاية من المرض.

- يرتبط مفهوم ظاهري الصحة والمرض بالسياق الثقافي والاجتماعي والاقتصادي السائد بالمجتمع، فلا يوجد مفهوم محدد للصحة والمرض، إنما توجد مجموعة من المعاني المعقدة ترتبط جميعها بالثقافة العربية.

- يفضل الغالبية العظمى من المرضى العلاج بالنسق الطبي الرسمي بالمجتمع والمتمثل في المستشفيات والمراكز المتخصصة الرسمية، ويرجع ذلك إلى ارتفاع مستوى التعليم بالإضافة إلى الثقة بالمؤسسات الطبية وإمكاناتها الحديثة وبالتالي يمتاز الفريق الصحي بأكثر دقة وكفاءة.

٤- فاعلية وسائل التثقيف الصحي في بث ونشر المعلومات الصحية لبناء مجتمع المعرفة الصحي السوداني: (دراسة نادية مصطفى العيدروس أحمد ٢٠١٢)<sup>(١)</sup>:

هدفت الدراسة إلى الوقوف على مدى اهتمام وكفاية قنوات البث السوداني للبرامج الخاصة بالتوعية الصحية (التثقيف الصحي)، ومدى ملائمة أوقات بثها ومساهمتها في إثراء مجتمع المعرفة الصحي لدى شرائح المجتمع السوداني، كما تهدف إلى التعريف بالوسائل الأفضل للحصول على المعلومات الطبية والصحية الدقيقة من الإنترنت ليتمكن الجمهور السوداني من القيام بدور أكثر فاعلية في رعايته الصحية، استخدمت الدراسة المنهج الوصفي والتحليلي لجمع البيانات وتوصلت الدراسة للنتائج الآتية:

- إن من أهم دعائم نجاح وسائل الإعلام في هذه المهمة الإنسانية هو دعم وزارة الصحة وتطويع الأطباء والعاملين في حقول الصحة والتغذية.

- على الرغم من وجود مؤشرات إيجابية كنتيجة لبرنامج التثقيف الصحي في ولاية الخرطوم إلا أن النتائج تشير وبشكل عام إلى ضرورة القيام بالدراسات الأولية حول احتياجات المجتمع وذلك بهدف تحديد الأولويات الخاصة بكافة البرامج التطويرية والتثقيفية لرسم سياسات واضحة تتعلق بطرح الموضوعات المختلفة الخاصة بالتوعية الصحية في مجتمع ولاية الخرطوم.

- أن من أهم الأسباب التي تدفع أفراد العينة للبحث أو القراءة عن المعلومات الصحية هي الوقاية من الأمراض، ثم يليها البحث عن المعلومات الصحية يتم بعد إصابتهم بالمرض، ثم يليه البحث عن المعلومات

١- نادية مصطفى العيدروس أحمد، فاعلية وسائل التثقيف الصحي في بث ونشر المعلومات الصحية لبناء مجتمع المعرفة الصحي السوداني، مصدر سبق ذكره، ص ص ١٧٦٢-١٧٨٠.



بعد انتشار وباء لمرض معين، ثم اللذين يبحثون عن المعلومات الصحية للمعرفة الثقافة العامة ونقلها للأفراد المجتمع.

٥- مستوى الوعي الصحي ومصادر الحصول على المعلومات الصحية لدى جامعة البلقاء التطبيقية في الأردن: (دراسة جعفر فارس العرجان وآخرون ٢٠١٣) (١):

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الوعي الصحي ومصادر الحصول على المعلومات الصحية لدى طلبة جامعة البلقاء التطبيقية في الأردن، وتبعاً لمتغيرات الجنس والمستوى الدراسي (السنة الأولى، الثانية، الثالثة والرابعة والتفاعل بينهما) استخدم المنهج الوصفي المسحي، وتكون مجتمع الدراسة من جميع طلبة جامعة البلقاء التطبيقية من مستوى درجة البكالوريوس ولجميع السنوات الدراسية ومن الجنسين ومن جميع الكليات التابعة لها والبالغ عددهم (٦١٥٦) طالباً وطالبة وتم اختيار عينة عشوائية بسيطة، وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- أن أكثر المصادر التي يحصل منها الطلبة على المعلومات الصحية هي وسائل الإعلام.
- أن مستوى الوعي الصحي العام جاء عالياً بنسبة مئوية للاستجابة، وأن الوعي الصحي يتباين تبعاً لمتغيرات (الجنس والمستوى الدراسي).
- حيث أظهرت النتائج وجود فروق إحصائية دالة في مستوى الوعي الصحي تبعاً للمتغيرين ولصالح الإناث وطلبة السنة الرابعة.

#### ثالثاً: الدراسات الأجنبية

١- تأخر طلب الرعاية الصحية عوامل الخطر، الأسباب، النتائج: (دراسة جويل وآخرون ١٩٩١) (٢):

هدفت الدراسة إلى تحديد خصائص المرضى الذين يبلغون عن التأخيرات في الرعاية قبل العلاج في المستشفى وأسباب تلك التأخيرات، وقد تم إجراء مقابلات شخصية على عينة متتالية من جميع المرضى البالغون (باستثناء التوليد ومرضى الطب النفسي) في خمسة مستشفيات في ولاية ماساتوستس خلال الستة أشهر الأولى لعام ١٩٨٧. توصلت نتائج الدراسة إلى أن ١٦% تأخيرات في تقديم العناية للمرضى، وكانت احتمالية ذكر تأخيرات في العناية للمرضى السود الفقراء غير المؤمنين أو بدون طبيب منتظم وكانت نسبتهم (٤٠%-٨٠%) أكثر من المرضى الآخرين وأكثرهم من المرضى الذين يتأخرون اعتقاداً منهم أن مشكلتهم ليست خطيرة بنسبة (٦٤%)، وكانت الكلفة عاملاً مهماً في تأخير الاهتمام بالمرضى في المواقع الاجتماعية والاقتصادية الدنيا، وكانت احتمالات تأخير الرعاية الصحية بسبب التكلفة للمرضى الفقراء وغير المؤمنين أكثر من (١٢) مرة من احتمالات المرضى الآخرين.

١- جعفر فارس العرجان وآخرون، مستوى الوعي الصحي ومصادر الحصول على المعلومات الصحية لدى جامعة البلقاء التطبيقية في الأردن، مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد (١٤)، العدد (١)، ٢٠١٣.

2 - Joel Weissman , Robert stern , Stephen L.fielding and Arnold M.Epstein , Delayed access to health care : risk factors , reasons and consequences , Annals of internal medicine , vol 114 , No 4 , 15 february 1991 .

## ٢- الرعاية الصحية والأمراض: (دراسة كلين ميد ٢٠٠٢)<sup>(١)</sup>:

تهدف الدراسة إلى محاولة تقييم الرعاية الصحية من رؤية المريض الذاتية. تنتمي الدراسة إلى نمط الدراسات الوصفية، واعتمدت على المنهج الوصفي التحليلي والمسح الاجتماعي بطريقة العينة، كما اعتمدت الدراسة أيضاً على العديد من أدوات جمع البيانات وهي المقابلة والملاحظة ودراسة الحالة بالإضافة إلى السجلات الرسمية والإحصاءات الطبية، وقد طبقت الدراسة على عينة مكونة من ٢٤٥ مرضياً بمستشفيات التأمين الصحي بمنطقة درسين بألمانيا.

### توصلت الدراسة إلى عدة نتائج من أهمها:

- يتوقع المريض من خلال إقامته بالمستشفى الراحة والعلاج والعناية الصحية، وذلك من خلال سرعة الاستجابة لتقديم الدعم والرعاية الطبية للمرضى.
- يمثل سلوك سرعة الاستجابة لدى المؤسسة الصحية وأداء العاملين ومدة الانتظار ومدى توفير العلاج من أهم المتغيرات التي يتم من خلالها تقييم الرعاية الصحية من قبل المريض.
- تقدم المؤسسة الصحية المساندة الاجتماعية والدعم المعنوي للمرضى من خلال الاهتمام بالبرامج الصحية من أجل التفاعل داخل النظام الاجتماعي بالمجتمع.

## ٣- التغير في جودة الرعاية المقدمة للمستفيدين بالرعاية الطبية: (دراسة ستيفن إف يانكس وآخرون، ٢٠٠٣)<sup>(٢)</sup>:

هدفت هذه الدراسة لقياس التغير في الأداء على المستوى الوطني ومستوى الولايات بعد استخدام ٢٢ مؤشر في مجموعة من المنظمات الصحية التي تعمل بالتنسيق مع مؤسسة متخصصة بتحسين الجودة الصحية وذلك في الفترة من ١٩٩٨ وحتى نهاية ٢٠٠١ .

وقد أسفرت نتائج الدراسة إلى الآتي:

- خلصت هذه الدراسة إلى أن الرعاية في هذه المنظمات الصحية تطورت بشكل ملموس في الفترة المشار إليها. إلا أنه وعلى الرغم من ذلك فإنه ما زال هناك فرصة كبيرة لتحقيق المزيد من التحسين والتطوير.
- خلصت الدراسة إلى أن ترتيب المنظمات الصحية حسب الولايات تغير بشكل طفيف.
- أن الدراسة لم تستطع الجزم إلى أي مدى يمكن قياس نسبة هذا التحسن في الخدمات إلى جهود منظمة تحسين الجودة .

1- Cline Med, The Health Care And Disease, The Journal Clinical Medicine, Vol 2, No3, 2002, P335-339.

2- Stephen F. Jancks, Edwin D. Huff, Timothy Cuerdon, Change in the quality of care delivered to Medicare Beneficiaries, JAMA, 2003;289:305-312 .

٤- العرقية والطبقية في الرعاية الصحية مقارنة وجهات نظر نساء الطبقتين المتوسطة والفقيرة (دراسة روبرتا داوونينغ، ٢٠٠٤)<sup>(١)</sup>:

هدفت الدراسة للوصول إلى تحليل اجتماعي - نفسي للتمييز العرقي والطبقي ضد نساء الطبقة الفقيرة في أثناء تلقي الرعاية الصحية ، فهدفت بشكل أساسي إلى توثيق حالات الظلم الحاصل عند طلب النساء للرعاية الصحية الإنجابية، ومقارنة تصورات نساء الطبقتين الفقيرة والمتوسطة حول عدم المساواة في الحصول على خدمات الرعاية الصحية آخذين بعين الاعتبار مفاهيمهم للفقير، وقد اعتمدت الدراسة على أداة الاستبيان لجمع البيانات حيث تم توزيع الاستبانة على ١٩٢ امرأة من نساء الطبقة الفقيرة و ١٤٦ امرأة من نساء الطبقة المتوسطة في ولاية لوس أنجلوس، وقد توصلت نتائج الدراسة إلى:

أ- أن النساء البيض في الطبقة المتوسطة لم يؤيدوا (أو أيدوا بشكل لا يذكر) مساهمة العرقية والطبقية بالفقر.

ب- ان أغلبية نساء الدراسة يكاد يكون الجميع لم يختلفوا على أن للفرد أثر ومساهمة في الفقر. ج- كما توصلت الدراسة إلى التأثير الكبير للهم العرقي والطبقي بالرعاية الصحية المقدمة للنساء وتحكمه بها.

٥- الاهداف الموجهة للرعاية الصحية لمرضى الألم المزمن: (دراسة ديفيد ووترز وفكتور، ٢٠٠٨)<sup>(٢)</sup>:

تهدف الدراسة إلى محاولة تحديد الهدف الرئيسي للرعاية الصحية للمريض المصاب بالمرض المزمن. تنتمي الدراسة إلى نمط الدراسات الوصفية، واعتمدت على المنهج الوصفي التحليلي والمسح الإجتماعي بطريقة العينة، كما اعتمدت الدراسة أيضاً على العديد من أدوات جمع البيانات وهي المقابلة والملاحظة ودراسة الحالة بالإضافة إلى السجلات الرسمية والإحصاءات الطبية، وقد طبقت الدراسة على عينة من المراكز الطبية بمدينة فرجينيا وشارل وستغل بالولايات المتحدة الأمريكية.

توصلت الدراسة إلى عدة نتائج من أهمها:

- يتمتع المرضى بالرضا التام لمستوى الرعاية الصحية التي يقدمها الطبيب للمريض مما أدى إلى وجود تفاعلاً إيجابياً بين الطبيب والمريض ويتضح ذلك من خلال الكفاءة العلمية للطبيب في عملية التشخيص والعلاج وبالتالي نجاح العملية العلاجية ومن ثم تحسين الحالة الصحية للمرضى.

- ارتفاع درجة الوعي الصحي لدى المرضى من حيث الاهتمام بالبرامج الصحية والغذاء السليم، بالإضافة إلى الوعي بدعم القيادة السياسية للخدمات الصحية وما توليه من اهتمام ودعم مادي للمؤسسات والمراكز الصحية بالمجتمع.

1-Roberta Anne , Downing perceptions of Racism and classism in Health care : Comparing the standpoints of poor and middle class women , university of california , santa cruz , 2004 .

2- David Waters And Victor Sierpina, The Goole Health Care To Patient Chronic Disease, The Journal Of Pain Physician, Vol 9, No 4, 2006, PP353- 360.

- يرتبط النمط الثقافي بالحياة الصحية وذلك من خلال العادات الغذائية ونوعية الحياة بظاهرتي الصحة والمرض، حيث يتمتع المرضى بارتفاع مستوى الوعي الصحي عن الأعراض المرضية وطرق الوقاية من المرض.

٦- التأمين الصحي والحصول على الرعاية الصحية في الصين: (دراسة فيريندا جين إستير فيك، ٢٠٠٨)<sup>(١)</sup>:

أكدت هذه الدراسة على أن الحكومة الصينية قد بذلت مؤخرا جهودا لتوسيع مظلة التأمين الصحي للمناطق الريفية التي كانت تعتمد في المقام الأول على مقدمي الرعاية الصحية الخاصة، ولأن الجهات الخاصة لا تقبل التأمين، فإن نظام التأمين قد يتسبب في تحول المرضى من الجهات الخاصة إلى الجهات العامة، وبالتالي لا يؤدي بالضرورة إلى التوسع الشامل في تقديم الرعاية الصحية. وتستخدم هذه الدراسة مسحا لعام ٢٠٠١ على ٣٦٠٠ أسرة في ثلاث مقاطعات صينية، وذلك لتحليل ما إذا كان التأمين الصحي هو في الواقع توسيع تقديم الخدمات الشاملة، أو هو ببساطة التحول من استخدام المرضى الجهات العامة بدلا من الخاصة، ومن خلال مقارنة إحصائية لخيارات الجهات بالنسبة للأسر المؤمن عليها صحيا والأسر غير المؤمن عليها، فقد توصلت الدراسة إلى الدليل على أن التأمين الصحي يوسع الاستفادة من الرعاية الصحية الشاملة في الصين.

٧- داء البطانة الرحمية ولايف جورنال : كيف تستخدم النساء وسائل التواصل الاجتماعي للتواصل الصحي (دراسة بينا جهيل ٢٠١٣)<sup>(٢)</sup>.

استهدفت الدراسة إلى معرفة كيفية استخدام النساء المصابات أو المتضررات بداء بطانة الرحم لموقع التدوين الاجتماعي لايف جورنال كوسيلة للتواصل حول الاضطراب، والإرضاءات التي يتلقينها من هذه العملية، والإطار المنهجي لهذه الدراسة ينبع من عمل مارتن بوبر (١٩٥٨/١٩٢٣) حول الأخلاقيات الحوارية، وقد تم جمع البيانات كجزء من دراسة تحليل المضمون والتي طرحتها المدونة، وقد تم جمع تعليقاتهم، وترميزها وتحليلها. وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

أن النساء يستخدمن مدونة لايف جورنال لتحقيق واحدة أو أكثر من ذلك من حاجات الاتصال التالية: المعرفية و الشخصية و العاطفية و التكاملية الاجتماعية، والرضا ناتج عن حدوث: الاعتراف و

1- Verinda Jean Esther Fike , Health Insurance and Health Care Access In China , Submitted to the Graduate School of Arts & Sciences at Georgetown University , In partial Fulfilment of the requirements for the degree of master of public policy , Georgetown public policy Institute , 2008 . <http://repository> .

2 -Beena Gohil , Endomertiosis And Livejornal : How Women Use Social Media For Health Communication , A Thesis presented to the faculty in communication and leadership studies Scool of professionai studies Gonzaga University published by proquest LLC ,2013.

المشورة والمعلومات، والتعاطف وأيضاً الرغبات والدعم العاطفي والمصادقة، والاستفادة من وجهات النظر المختلفة والتنقيص والمحادثة والتعاطف والتقدير .

## ٨- انخفاض محو الأمية الصحية وتقييم المعلومات الصحية عبر الإنترنت (دراسة أنوشيا انثيران ٢٠١٥)<sup>(١)</sup>:

هدفت الدراسة إلى مراجعة الدليل الحالي على العلاقة بين كلاً من انخفاض محو الأمية الصحية وبين قدرة الأفراد على تقييم المعلومات الصحية عبر الإنترنت، والجودة المدركة للمعلومات الصحية عبر الإنترنت وكذلك معرفة مدى ثقتهم في استخدام المعلومات الصحية، واستخدام معيار التقييم في المعلومات الصحية عبر الإنترنت. وقد تم البحث عن خمس قواعد بيانات أكاديمية (الميادين -المعلومات النفسية \_ موقع العلوم \_ CINAHL \_ الاتصالات ووسائل الإعلام الجماهيرية الكاملة) وقد تضمنت أبحاث تمت مراجعتها من قبل، تدور حول دراسة الاختلافات في المعلومات عبر الإنترنت بين الأفراد في مختلف مستويات محو الأمية الصحية، وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- أن انخفاض محو الأمية الصحية يرتبط بشكل سلبي مع القدرة على تقييم المعلومات الصحية عبر الإنترنت و أيضاً في الثقة في المعلومات الصحية عبر الإنترنت.
- لا يزال الدليل على العلاقة أو الارتباط بين الجودة المدركة للمعلومات الصحية عبر الإنترنت وبين استخدام معيار التقييم غير حاسم.
- أن انخفاض محو الأمية الصحية و المهارات ذات الصلة تلعب دوراً هاماً في تقييم المعلومات الصحية عبر الإنترنت.

### رابعاً: التعقيب على الدراسات السابقة وأوجه الاستفادة منها

أ- أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة: من خلال استعراض الدراسات السابقة العربية والأجنبية المتعلقة بموضوع الدراسة استطاعت الباحثة أن تحدد أهم أوجه الاستفادة منها بشكل عام كالتالي:

- ١- أسهم تنوع هذه الدراسات في توجيه مسار الدراسة وخاصة من ناحية الأطر النظرية التي استخدمتها وكيفية تفسير وتحليل النتائج.

- ٢- استفادت الباحثة من المناهج البحثية التي اعتمدت عليها هذه الدراسات في تحديد المنهج الملائم لدراستها بالإضافة إلى التحقق من الاختيار المناسب للأدوات البحثية التي تمكنها من جمع البيانات الميدانية.

---

1-Anushia Inthiran &Saadat M.Alhashmi &Pervaiz K .Ahmed (A Preliminary study on the usage of search assisting features when searching for a personal health task ) ,Aslib Journal of Management vol.67,NO.2, 2015 ,Pp159-181 .

٣- استفادت الباحثة من الدراسات السابقة في صياغة المشكلة والتعرف عليها ومن المنهج الوصفي التحليلي المتبع في هذه الدراسات الذي ساعد الباحثة في صوغ الدراسة النظرية والعملية للبحث، بالإضافة إلى طرق اختيار العينة وشروطها وملاءمتها للبحث.

٤- وقد استفادت الباحثة من الأدوات المستخدمة في الدراسة السابقة نظرياً وعملياً في بناء أدوات بحثها.

ب- من حيث الموضوع والهدف: تتفق الدراسات السابقة من حيث الموضوع لكنها تختلف معها في بعض النقاط حيث أشارت الدراسات العربية والأجنبية المتعلقة بموضوع الدراسة التي تتمثل في المنظومة المعرفية للمرأة والرعاية الصحية، حيث جاءت بعض الدراسات التي تتعلق بالمنظومة المعرفية، وتتمثل في دراسة (دراسة عبير نجم عبدالله الخالدي ٢٠٠٢)، ودراسة (دراسة عادل عرنوص جمعة، ٢٠١٠)، و (دراسة سليمان بومدين، ٢٠٠٤)، ودراسة (دراسة إيناس إبراهيم عبد القوي، ٢٠٠٤)، (دراسة أحمد فلاح العموش وآخرون، ٢٠٠٩)، و (دراسة نادية مصطفى العيدروس أحمد ٢٠١٢)، و (دراسة جعفر فارس العرجان وآخرون ٢٠١٣)، و (دراسة روبيرتا داونينغ، ٢٠٠٤)، و (دراسة Beena Gohil ٢٠١٣)، و (دراسة Anushia Inthiran ٢٠١٥).

وجاءت دراسات أخرى تتعلق بالرعاية الصحية، وتتمثل في (دراسة هناء جاسم السبعوي ٢٠٠٩)، و(دراسة خليل إبراهيم إسماعيل ٢٠٠٩)، و(دراسة أحمد فلاح العموش وآخرون، ٢٠٠٩)، و(دراسة جويل وآخرون ١٩٩١)، و (دراسة كلين ميد ٢٠٠٢)، و (دراسة ستيفن إف يانكس وآخرون ، ٢٠٠٣)، و (دراسة روبيرتا داونينغ، ٢٠٠٤)، و (دراسة ديفيد ووترز وفكتور، ٢٠٠٨)، و(دراسة فيريندا جين إستير فيك، ٢٠٠٨)، و(دراسة بريندا منيشيلو، ٢٠٠٩)، و (دراسة كومار وآخرون ٢٠١١)، و (دراسة بينا جهيل ٢٠١٣)، و (دراسة أنوشيا انثيران ٢٠١٥).

وهناك وجه اختلاف بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة، حيث هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة دور المنظومة المعرفية للمرأة والرعاية الصحية.

ج- من حيث المنهج: استخدمت دراسة (دراسة هناء جاسم السبعوي ٢٠٠٩) المنهج الوصفي التحليلي والمسح الاجتماعي بطريقة العينة، بينما استخدمت دراسة (دراسة خليل إبراهيم إسماعيل ٢٠٠٩) المنهج الوصفي التحليلي والمسح الاجتماعي بطريقة العينة، بينما استخدم كل من دراسة (دراسة سليمان بومدين، ٢٠٠٤)، و (دراسة أحمد فلاح العموش وآخرون، ٢٠٠٩)، و(دراسة كلين ميد ٢٠٠٢)، و(دراسة ديفيد ووترز وفكتور، ٢٠٠٨) المنهج الوصفي التحليلي والمسح الاجتماعي بطريقة العينة، واستخدمت دراسة (دراسة إيناس إبراهيم عبد القوي، ٢٠٠٤) منهج المسح الاجتماعي بطريقة العينة، بينما استخدمت دراسة

(دراسة جعفر فارس العرجان وآخرون ٢٠١٣) المنهج الوصفي المسحي، وانفقت الدراسة الحالية مع بعض الدراسات السابقة لاستخدامها منهج المسح الاجتماعي بالعينة.

د- من حيث الأداة: قامت (دراسة هناء جاسم السبعواوي ٢٠٠٩) باستخدام العديد من أدوات جمع البيانات وهي المقابلة والملاحظة ودراسة الحالة بالإضافة إلى السجلات الرسمية والإحصاءات الطبية، و(دراسة خليل إبراهيم إسماعيل ٢٠٠٩)، و(دراسة أحمد فلاح العموش وآخرون، ٢٠٠٩)، و(دراسة سليمان بومدين، ٢٠٠٤)، و(دراسة كلين ميد ٢٠٠٢) باستخدام العديد من أدوات جمع البيانات وهي المقابلة والملاحظة ودراسة الحالة بالإضافة إلى السجلات الرسمية والإحصاءات الطبية، و(دراسة عادل عرنوص جمعة، ٢٠١٠) استخدام استبانة لغرض جمع البيانات، و(دراسة إيناس إبراهيم عبد القوي، ٢٠٠٤) باستخدام الملاحظة والمقابلة مع النساء في بيئات اجتماعية مختلفة واستخدام استمارات الاستبيان وفحص السجلات الموجودة بمديرية الشؤون الصحية بالإسكندرية ومراكز رعاية الأمومة والطفولة، دراسة (دراسة روبرتا داوونينغ، ٢٠٠٤) واعتمدت الدراسة على أداة الاستبيان لجمع البيانات، ودراسة (دراسة ديفيد ووترز وفيكتر، ٢٠٠٨) اعتمدت على العديد من أدوات جمع البيانات وهي المقابلة والملاحظة ودراسة الحالة بالإضافة إلى السجلات الرسمية والإحصاءات الطبية، وانفقت الدراسة الحالية مع بعض الدراسات السابقة في استخدام أداة الاستبيان لجمع المعلومات.

هـ- من حيث العينة: تعددت العينات المستخدمة في الدراسات السابقة، فقامت (دراسة هناء جاسم السبعواوي ٢٠٠٩) عينة من المرضى بمدينة الموصل بالعراق، و(دراسة خليل إبراهيم إسماعيل ٢٠٠٩) عينة من المرضى في العراق، و(دراسة سليمان بومدين ٢٠٠٤) عينة من مرضى مدينة سكسيكدة بالجزائر، و(دراسة إيناس إبراهيم عبد القوي، ٢٠٠٤) تم اختيار عينة البحث من النساء المنجبات في الخصوبة، و(دراسة أحمد فلاح العموش وآخرون، ٢٠٠٩) على عينة من إمارة السبع بدولة الإمارات العربية المتحدة، و(دراسة جعفر فارس العرجان وآخرون ٢٠١٣) تم اختيار عينة عشوائية بسيطة، و(دراسة جويل وآخرون ١٩٩١) عينة متتالية من جميع المرضى البالغون، و(دراسة كلين ميد ٢٠٠٢) عينة من المرضى بمستشفيات التأمين الصحي بمنطقة درسين بألمانيا، و(دراسة روبرتا داوونينغ، ٢٠٠٤) على عينة من نساء الطبقة الفقيرة والطبقة المتوسطة في ولاية لوس أنجلوس، وقامت دراسة ديفيد ووترز وفيكتر، ٢٠٠٨) على عينة من المراكز الطبية بمدينة فرجينيا وشارل وستغل بالولايات المتحدة الأمريكية. بينما اختلفت الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة من حيث العينة، حيث قامت على عينة من الإناث من كافة التدريسيات في كليات جامعة القادسية.

و- من حيث النتائج: من خلال استعراض التراث العلمي المتاح حول موضوع الدراسة، يتضح الآتي :

١- يوجد تنوع في التراث العلمي المتعلق بموضوع البحث، ويمكن القول بأن الدراسات السابقة تقيّد قضاياها في صياغة نظرية واضحة لطبيعة المنظومة المعرفية الرعاية الصحية، وأخفقت عنه من قضايا أخرى تشكل الأهداف الرئيسية التي ستحاول الدراسة الرهانة رصدها وتحليلها.

٢- هناك عدداً من النقاط الرئيسية التي اجتمعت عليها الدراسات السابقة على المستويين العالمي والمحلي والتي من شأنها الوقوف عليها بالنقد والتحليل والاستفادة.

٣- لقد تناولت الدراسات العالمية والعربية في وضع مفاهيم الرعاية والوعي الصحي والتنمية، ولكنها لم تستطيع وضع مفهوم واضح ودقيق للمنظومة المعرفية، وهذا ما تحاول الدراسة الرهانة القيام بها.

٤- التعرف على الأدوات التي استخدمت في هذه الدراسات السابقة والتعرف على التساؤلات الهامة التي دارت حولها هذه الدراسات، وحاولت الوصول إلى إجابة عليها بالإضافة إلى التعرف على طرق معالجة هذه الدراسات السابقة لكل من مشكلة الباحثين عن الرعاية الصحية والطبية، والتعرف على أهم النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسات.

٥- شكلت هذه الدراسات جزءاً هاماً من الخليفة التي إنبثقت عنها التصورات العامة للدراسة وإجراءاتها ومناهجها وأدواتها.

٦- ساعدت هذه الدراسات الباحثة حيث قدمت لها العديد من الأفكار التي مكنتها من فهم جوانب هامة في موضوع الدراسة، وهو الأمر الذي أدى إلى تطور فكر الباحثة من خلال ظهور أفكار جديدة لديها باستمرار، مما أدى إلى التعديل المستمر حتى تظهر الدراسة بالشكل اللائق.

**وتختلف الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة فيما يلي:**

١- ستحاول الدراسة الحالية الوقوف على دور المنظومة المعرفية للمرأة في تنمية الوعي الصحي والرعاية الصحية، وكذلك الإشارة إلى دور مواقع التواصل الاجتماعي بشكل خاص، وكذلك الإعلام في تنمية الوعي الصحي.

٢- إتمدت الدراسة على عينة من الاناث من التدريسيات في كليات جامعة القادسية للعام الدراسي ٢٠٢٠-٢٠٢١.

**خاتمة:**

إن مراجعة البحوث السابقة في موضوع المنظومة المعرفية للمرأة والرعاية الصحية، ودراسة ما أسفرت عنه الجهود المبذولة - على المستوى العملي - المتغيرات الأساسية التي كشفت عنها هذه الدراسات والجهود كمتغيرات مؤثرة في المنظومة المعرفية للمرأة في تنمية الوعي الصحي والرعاية الصحية حيث تطرح مجموعة القضايا الجوهرية التي تحتاج إلى مزيد من الدراسة والبحث والمتابعة العلمية، وقد



قامت الباحثة بمراجعة أهم الدراسات والبحوث السابقة ذات الصلة المباشرة بموضوع دراستها، ودورها في الوقوف على تلك الأدوار بغية إستخلاص لأهم النتائج والمؤشرات العامة التي أسفرت عنها هذه البحوث، والتعرف على أهم ما طرحته من قضايا وتساؤلات بحثية حتى تتواصل دراستنا مع هذه الدراسات فتفيد منها، وتنطلق من نتائجها وتضيف إلى المعرفة السابقة في موضوع المنظومة المعرفية للمرأة والرعاية الصحية بعداً جيداً على مستوى الممارسة العملية بها، ومن هنا كان استعراضنا للدراسات السابقة التي يمكن أن تفيدنا في موضوع الدراسة، وقد أشرنا إلى أهمية هذه الدراسات للدراسة الحالية ولكن يهمننا القول بأن الدراسة الحالية تتميز بأنها ذات بعد شمولي من عدة جوانب ولم تقتصر على جانب أو متغير واحد فقط كما في الدراسات السابقة.

# الفصل الثالث

## اتجاهات التنظير في دراسة المنظومة المعرفية للمرأة والرعاية الصحية

التمهيد

أولاً: البنائية الوظيفية وقضية الدراسة

ثانياً: التفاعلية الرمزية وقضايا الرعاية الصحية

ثالثاً: نظرية النسق الاجتماعي

رابعاً: نظرية الدور وصحة للمرأة

خامساً: نظرية الأنساق الأيكولوجية

سادساً: نظرية الاعتماد على وسائل الإعلام

نحو مدخل نظري للدراسة

## التمهيد:

لم تعد النظرية تتمثل في تلك الأنساق الفلسفية أو النظرية المنفصلة عن الواقع، ولكنها في المرحلة المعاصرة أصبحت أكثر ارتباطاً بالملاحظة والتجريب وإنها غالباً ما تنمو وتتطور بنمو المعرفة، وتؤدي دوراً هاماً للبحث الاجتماعي، ومن أهم وظائفها تلخيص المعرفة الموجودة لتقديم التفسير المناسب للوقائع أو الظواهر الخاصة للملاحظة، والتنبؤ بمستقبلها بالإضافة إلى أنها تدفع البحث إلى المسالك والمجالات المثمرة، وعليه فمن الضروري في إطار السعي لإجراء بحثاً علمياً جاداً أن يوجه هذا البحث نظرية ما، وهي بذلك تمثل المنظار الذي يكشف الضوء عن عناصر المواقف البارزة التي يجب أن يضعها الباحث أمامه<sup>(١)</sup>.

الإطار النظري هو الخلفية العلمية التي يحتاجها الباحث للعلم بها ليستطيع بالتالي أن يعد بحثاً علمياً له أهداف وفروض علمية يكون لتحقيقها أثر في البناء المعرفي<sup>(٢)</sup>، وذلك لأن الباحث عندما يتخذ إطاراً نظرياً مرجعياً سوف يبحث ظواهر وعلاقات معينة ويهمل الظواهر والعلاقات الأخرى<sup>(٣)</sup>.

كما نحتاج في البداية إلى فهم واضح للنظريات الاجتماعية وخاصة إذا تطلعنا إلى إحداث تغييرات إيجابية في العلاقة القائمة بين المنظومة المعرفية للمرأة ونظام الرعاية الصحية والمجتمع، وتتعلق الدراسة الراهنة من مسلمة أساسية مؤداها أن التوجه النظري للباحث في معالجة موضوع الدراسة، إنما تحكمه مجموعة من المحددات الموضوعية في تبني اتجاه نظري محدد، وهو الأمر الذي ينعكس على طبيعة القضايا التي تتناولها الدراسة، ولذا ينبغي معرفة الاتجاه النظري الذي تنطلق منه الدراسة ومدى ملائمة هذا الإطار النظري، وهذا ما أدى إلى تبني الدراسة الراهنة موقف نظري ومنهجي محدد منذ البداية، فمن الأهمية بمكان أن نعرض للاتجاهات النظرية في دراسة المنظومة المعرفية للمرأة والرعاية الصحية، ومن ثم يعرض الفصل أيضاً لأهم الاتجاهات النظرية الخاصة بموضوع الدراسة في شكل تحليل سوسيولوجي، إذ إنه لا غنى عنه لأي باحث في كل مجالات الدراسة العلمية والاجتماعية عن رؤية نظرية توجهه في جمعه للوقائع المتعلقة بالظواهر التي يريد دراستها وفي اختباره للفروض التي يريد اختبار صدقها، ومن هذا المنطلق سوف تعتمد الباحثة إلى تناول أهم المداخل النظرية المعاصرة وهي:

١- علي ليلة، البنائية الوظيفية في علم الاجتماع - الرواد، ط٢، المكتبة المصرية، القاهرة، ٢٠٠٣، ص ٤

٢- رحيم العزاوي، مقدمة في منهج البحث العلمي، دار دجلة، عمان، ٢٠٠٨، ص ٤٥ .

٣- محمد الجوهري وعبد الله الخريجي، مناهج البحث العلمي، ط٥، لم يتم ذكر ذكره في النسخة، القاهرة، ٢٠٠٨، ص ٩٧.

## أولاً: البنائية الوظيفية وقضية الدراسة

تمثل هذه النظرية واحدة من الأركان الرئيسة في علم الأنثروبولوجيا وعلم الاجتماع وأحياناً يطلق عليها الوظيفية وتحاول هذه النظرية شرح كيف يتم خلق العلاقات بين مكونات المجتمع ثم الكيفية التي تؤدي بها وظائفها، وهي تركز على النظام الاجتماعي والبناء أو الهيكل والوظيفة في المجتمع، ويتخذ هذا الاتجاه أسماء مختلفة أهمها الوظيفية والاتجاه الوظيفي والبنائية الوظيفية، وترجع تسمية هذه النظرية بالبنائية الوظيفية لاستخدامها مفهومَي البناء structure والوظيفة function في تحليل المجتمع من خلال مقارنته بالكائن العضوي أو الجسم الحي<sup>(١)</sup>. فالإتجاه الوظيفي يؤكد ضرورة تكامل الأجزاء في إطار الكل، أو ما يطلق عليه في بعض الأحيان تساند الأجزاء<sup>(٢)</sup>.

ترى النظرية الوظيفية البنائية المجتمع على أنه نظام معقد أجزائه تعمل سوياً للنهوض بالتضامن والاستقرار، وهي تنص على أن حياتنا الاجتماعية يوجهها هيكل أو بناء اجتماعي يتصف بالاستقرار وعبارة عن أنماط مستقرة من السلوك الاجتماعي، ويتم فهم البناء الاجتماعي من ناحية الوظيفة الاجتماعية والتي هي تبعات لعمليات المجتمع، وجميع الهياكل الاجتماعية تسهم في تشغيل المجتمع، ويؤكد الجانب الوظيفي في هذه النظرية على الدور الذي يلعبه كل مكون في النظام الاجتماعي حيث يقترح المنظور البنائي صورة للمجتمع يشعر فيها الأفراد أنهم مقيدون بفعل القوى الاجتماعية والخلفية الاجتماعية والعضوية في الجماعات، والكبار من علماء الاجتماع أمثال أوجست كومت August Comte وإميل دوركايم Emile Durkheim وهربرت سبنسر Herbert Spencer والأمريكيون المشاهير مثل تالكوت بارسونز Talkot Parsons وروبرت ميرتون Robert Merton هم من أنصار هذه النظرية<sup>(٣)</sup>.

كما تنتظر النظرية الوظيفية البنائية للمجتمع على أنه بناء استاتيكي جامد بل تؤكد على تكرار الأنماط والإسهامات الوظيفية التي تقدمها عناصر متشابكة من النظام وهذا الميل للتركيز على الخصائص المستقرة بالنظام الاجتماعي يمثل نظرة أحادية للخصائص الديناميكية للمجتمع<sup>(٤)</sup>.

١- عبد الباسط عبد المعطي، اتجاهات نظرية في علم الاجتماع، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت، ١٩٨١، ص ١٥١.

٢- نيقولا تيماشيف، نظرية علم الاجتماع: طبيعتها وتطورها، ترجمة: محمود عودة وآخرون، دار المعارف، القاهرة، ١٩٨٣، ص ٣٢٠.

3- Zerihun Doda, M.A., Introduction to Sociology : Lecture Notes , For Health Science Students , Debu University , June 2005 , p 22.

4- Mark Beeman , A Sociological Interpretation of Aminata Sow Fall's The Beggars Strike , Contributions in Black Studies , Vol .9 , 1992 , Art.12 , p .p 163-164 .

والبنائية الوظيفية تمثل أكثر النظريات السوسولوجية المعاصرة شيوعاً ليس فقط في المجتمعات الأوروبية والولايات المتحدة بل أيضاً في كثير من بلدان العالم ومنها البلدان النامية<sup>(١)</sup>، والمنظور الوظيفي البنائي للمجتمع يقوم على أربعة مبادئ:

- ١- كل مجتمع عبارة عن بناء مستقر من العناصر.
- ٢- كل مجتمع هيكل متكامل من العناصر.
- ٣- لكل عنصر بأي مجتمع وظيفة يؤديها وهو ما يقدم إسهاماً للنظام بكامله.
- ٤- كل هيكل اجتماعي يقوم على توافق للقيم فيما بين الأعضاء.
- ٥- أما بالنسبة لدوركايم فنستشف اهتمامه بموضوع الوعي من خلال مناقشته لمفهوم الضمير الجمع ، و هو يرى بأسبقية الوعي الجمعي عن الوعي الفردي<sup>(٢)</sup>.

استخدم دوركايم مفهوم الضمير الجمعي للتعبير عن الوعي الاجتماعي و قد تأثر بذلك كثيرون ممن ينتمون للاتجاه المثالي في علم الاجتماع حيث استخدم بعضهم مفهوم " الشعور الجمعي " conscience collective كمفهوم مساوي للوعي الاجتماعي ويعرف هذا الشعور الجمعي بأنه إدراك الأفراد في مجتمع ما بالتزاماتهم نحو العلاقات الاجتماعية بينهم وتحملهم لمسئولياتهم تجاه حل مشكلاتهم الاجتماعية و تحسين أحوالهم الاجتماعية والاقتصادية<sup>(٣)</sup>.

قابلت البنائية الوظيفية مقولة ماركس، حول أن الوجود الاجتماعي للناس، هو الذي يحدد وعيهم بتصور دوركايم حول " الوعي الجمعي " أو " الضمير الجمعي " الذي يعكس واقعاً اجتماعياً، دون أن تتخلى الوظيفية عن أن القيم هي العنصر الحاسم في النسق الاجتماعي، لأن المثل هي التي تشكل جوهر الضمير الجمعي، وهي ذات بعد زمني وتاريخي، يجعلها أكبر مما هو في الحاضر ويمنحها قدرة على تشكيل هذا الحاضر وفقاً لقوالها. كما يرى الوظيفيون أن وعي البشر هو أساس سائر الأحداث الاجتماعية، والوعي بالنسبة لهم يعني " الروح " أحياناً، و " العقل " أحياناً أخرى، أما التعبير عنه فيتم من خلال استخدام مقولات مثل "الرأي العام" أو "الروح المعنوية " أو " الروح الشعبية " واعتبر أوليدوف<sup>(٤)</sup> دوركايم أن " الوعي الجمعي " هو المصدر الحقيقي لعقلانية سلوك الإنسان بوصفه محددًا للقواعد المنظمة للسلوك الظاهري، وغايات السلوك، والتي تشكل جوهر الشخصية الفردية، ويذهب إلى القول إنه مادام

١- طارق السيد، علم اجتماع التنمية، الإسكندرية، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، ٢٠٠٧، ص ٥٥.

٢- إحسان حفطي علم اجتماع التنمية ، دار المعرفة الجامعية ، مصر، ٢٠٠٤ ، ص ٣٥٠.

٣- احمد زكي بدوي، معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، مكتبة لبنان، بيروت، ١٩٩٢، ص ٨١.

٤- أ.ك. أوليدوف، الوعي الاجتماعي، ترجمة: ميشيل كيلو، دار ابن خلدون، بيروت، ١٩٧٨، ص ٩٤.

نسق القيم، هو المحدد لعقلانية السلوك في الواقع، فإن القيم الدينية هي التي تحدد عقلانية هذا السلوك في إطار العالم غير الواقعي، الضمير الجمعي والسلوك مفروض أساساً من قبل الضمير الجمعي<sup>(١)</sup>.

وفي معالجته لمسألة العلاقة بين الوجود والوعي يذهب ماكس فيبر الى أن الفعل الإنساني لا يخضع لسبب واحد او عله واحدة، ولذلك فلا يمكن تفسيره تفسيراً مباشراً، وعلى ذلك يري فيبر انه ليس هناك فائدة من الربط بين القاعدة المادية والذهنيات حيث أنه يرى أن السبب المادي لا يؤدي إلى ذلك الوعي الذي يوصف بأنه منقوص، ويرى فيبر أن حل تلك المسألة يأتي من خلال بناء ما يطلق عليه " النماذج الذهنية " أو " الأنماط المثالية " التي تساعد في فهم الواقع المادي و تكييفه وتحديد مساره<sup>(٢)</sup>.

اهتم بارسونز بمسألة الوعي من خلال تصويره عن العلم الذي يرى أنه يحاول أن يعيد بناء الواقع معتمدا على رموز تصويره ولا يجب الخلط بينهما وبين الواقع الملموس<sup>(٣)</sup>.

وظواهر المجتمع ليس لها وجود خارج وعي الأفراد و إدراكهم لها، و أن الذات تحمل في طياتها كما هائلا من التفسيرات و المعاني المختلفة للموضوعات، وتعتمد في ذلك على الرموز وشبكة الاتصالات الرمزية. مما يمكنه من ترجمة الذات إلى ذوات و ذكريات ومخيلات الآخرين، وهو ما يجعل السلوك اجتماعياً، و بذلك يستطيع الفرد تجاوز رغباته وعواطفه، ويندمج مع الآخرين، ومن علامات ذلك ارتداء ملابس معينة واتخاذ أسماء معينة وإتباع طريقة معينة في الحياة والتعامل، وهو ما يتيح للفرد الحكم على التفاعل إن كان مرضيا أو صحيا<sup>(٤)</sup>.

وفي النظرية البنائية الوظيفية فإن هدف أي نظام هو الحفاظ على وحدة المكونات الوظيفية بطريقة تؤدي إلى حدوث استقرار أو توازن، ولأن الأجزاء أو المكونات قد تمثل الأفراد الذين يشاركون في الحياة الاجتماعية، ويشغلون أوضاع داخل النظام فإن الشبكة الاجتماعية مكونة من علاقات اجتماعية بين أفراد المجتمع، وهم جميعاً، وبدورهم يخضعون لقواعد وأنماط تحكم سلوكياتهم وتعمل كمعايير توجيه وإرشاد تساعد على إعادة المجتمع إلى حالته الطبيعية بعد أن يعصف به أي اضطراب<sup>(٥)</sup>، وبذلك فالنسق الصحي يتكون من مجموعة من الأنساق الفرعية ولكل نسق اهتمامات وأدواره المنوطة به ولكنهما يشتركان في تكامل النسق وأدائه لوظائفه الأساسية وهي الوظيفة الطبية.

١- علي ليلة، النظرية الاجتماعية المعاصرة ، ط ٢ ، دار المعارف ، القاهرة، ١٩٨٣، ص ٥١٥.  
٢- ارفنج زاتلين، النظرية المعاصرة في علم الاجتماع، ترجمة: محمود عودة و ابراهيم عثمان، دار ذات السلاسل، الكويت ١٩٨٩، ص ٢٨٣.  
٣- روشيه، جي، علم الاجتماع الأمريكي: دراسة لأعمال تالكوت بارسونز، ترجمة: محمد الجوهري وأحمد زايد، دار المعارف، ١٩٨١، ص ٤.  
٤- علي الحوات، النظرية الاجتماعية اتجاهات أساسية ، منشورات جامعة الفاتح ، ليبيا، ١٩٩٧، ص ص ١٨٠-١٨٢.  
5- Kalu N.Kalu , Institution-building, not nation-building: a structural-functional model, Internationa Review of Administrative Sciences , 77(1) , 2011, pp 121-122.

وعلى الرغم ما تحمله وظيفة استمرار النوع للمرأة من الآلام والخطورة على صحتها وحياتها إلا إنها تربطها بالطبيعة وتجعل إبداعها الممثل في إيجاد كائنات حية جديدة أقرب إلى العمليات الطبيعية، لأن المواليد في هذه السن المبكر يعتبرون كائنات طبيعية أكثر منها ثقافية.

ولقد اعتبر بارسونز أن الفعل الاجتماعي (Social action) يتكون من مجموعة من العناصر المترابطة التي تتصف بنص الصفات التي يتسم بها المركب الكلي، ووحدة السلوك هي الصورة المصغرة للفعل الاجتماعي، فنسق الفعل يتحلل إلى وحدات سلوكية صغرى، وتسهم القيم والمعايير في خلق درجة من الانتظام والترابط بين وحدات السلوك المختلفة المشكلة لمختلف الأفعال الاجتماعية<sup>(١)</sup>، إضافة إلى أن بارسونز أوضح أن لأنساق الفعل الاجتماعي محددات بنائية تتمثل في الأنماط الثقافية وهي تحدد هذه الأنماط من قيم ومعايير، وما تفرضه من ضوابط على سلوك الأفراد. فلا يتحول الفعل إلى سلوك عشوائي، بل يصبح فعلاً يلتزم بمجموعة من المبادئ الثقافية يدمجها الفرد بداخله فتصبح ضابطة لسلوكه، ومن هنا فإن خضوع الفرد لها سيكون خضوعاً طوعياً وليس قهراً<sup>(٢)</sup>.

ومن أبرز أنصار الاتجاه البنائي الوظيفي عالم الاجتماع الأمريكي تالكوت بارسونز، والذي يعد في الوقت ذاته من أبرز واضعي الأسس النظرية لعلم الاجتماع الطبي غير ان ما يهم الباحثة هنا آراء بارسونز حول الصحة، حيث أشار إلى أهمية الوظيفة للصحة بالنسبة للمجتمع ونظر إلى الصحة على أنها حالة من الطاقة الكاملة للفرد يستطيع في ظلها أداء أدواره التي تم تنشئته على تأديتها بصورة مثالية<sup>(٣)</sup>، واعتبرها مادة اجتماعية ذات قيمة ومصدراً أساسياً لإنجاز الأفراد وتطور المجتمعات، كما نظر إلى المرض أو اعتلال الصحة على أنه يمثل حالة من عدم القدرة على القيام بالأدوار الاجتماعية (ككسب العيش، الأبوة) كما اعتبره عبئاً على المجتمع التي يستطيع المجتمع عن طريقها تقليل حجم المرض والحد بالتالي من آثاره السلبية، وكان يرى بارسونز أن كل ذلك يمكن أن يتحقق عن طريق خلق أدوار قيم تعريفها اجتماعياً ليؤديها المرضى والأطباء، فقد ادرك بارسونز أهمية الصحة كمطلب ضروري لكي يقوم النسق الاجتماعي بوظائفه على خير وجه، وقد كان اهتمام بارسونز ينصب على الصلة بين احتياجات النسق الاجتماعي والصحة كقيمة ذات طابع اجتماعي، وهنا يؤكد "بارسونز" على أن الاهتمام البالغ الذي يمنحه المجتمع الأمريكي للصحة إنما يرجع لارتباطها بعدد من القيم المحورية في هذا المجتمع مثل: قيم النشاط والمشاركة في الحياة العامة، وفي أنشطة المحافظة على البيئة وقيم الاهتمام بالحياة الدنيوية والمصالح غير الدينية، ولذلك فإن حرص الأفراد على صحتهم يعد مطلباً وظيفياً لأنه يساعد المجتمع على أداء وظائفه ويتوافق مع قيم السعي وراء التفوق والانجاز فقد كان بارسونز ينظر الى المجتمع على

١- أحمد زايد، علم الاجتماع بين الاتجاهات الكلاسيكية والنقدية، القاهرة، دار المعارف، ١٩٩٦، ص ١١٤.

٢- أحمد زايد، المصدر السابق نفسه، ص ١١٦.

٣- علي عبد الرزاق جلبي وحسن محمد حسن، علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ٢٠٠١، ص ٦٣.

انه نظام اجتماعي يتكون من تراكيب اجتماعية متداخلة يلعب كلا منها وظيفة محددة وذلك للحصول على الاستقرار والتكامل لأفراده وأدوارهم الاجتماعية<sup>(١)</sup>.

ينظر أصحاب الاتجاه الوظيفي للتنظيمات الطبية كنسق اجتماعي يتكون من مجموعة أنساق فرعية، وهو نفسه يعتبر نسقا فرعيا " لنسق أكبر وهو المجتمع ويرون أن استمرار هذا التنظيم يلزمه مجموعة متطلبات وظيفية منها المواءمة وتحقيق الهدف، والتدعيم والتكامل والكمون، وينظرون حديثا " للتنظيمات الطبية كنسق صحي يتميز بنظام لتقسيم العمل يختلف عن غيره من التنظيمات الأخرى، هذا التقسيم هو ما يجعل الإنجاز والفاعلية التنظيمية أيضا يتسمان بنفس سمات التمييز. ما زالت الدراسة الوظيفية الحديثة للتنظيمات الطبية مهتمة بدراسة التغير في نظام تقسيم العمل فيها، على اعتبار تميز وخصوصية هذا التقسيم، وتضمنه لهيئة إدارية وأخرى طبية، ولكل منها تركيبته الوظيفية وصراعاته الداخلية وصراعاته مع الهيئة الأخرى، ولكنهما يشتركان في استمرار وتكامل النسق الصحي وكان لمتغير "التكنولوجيا" تأثير كبير علي هذا التقسيم، وفي بحث لـ "جورج إي فراير" بعنوان "المهن الطبية في الولايات المتحدة الأمريكية شكل غير طبيعي لتقسيم العمل" يدرس المؤلف التنظيمات الطبية الأمريكية من خلال التغيرات التي طرأت على نظام تقسيم العمل فيها، ويرى جورج فراير أن المهن الطبية في القرن الأخير كانت غالبيتها تحت مسمى " الممارس العام " ولكنها الآن تحولت إلى مهن طبية عالية التخصص، ومع الوقت صارت أعداد هؤلاء الأطباء - الدقيقي التخصص - أكثر كثيرا " عما هو مطلوب، في الوقت ذاته هناك حاجة ماسة لأولئك الممارسين، إضافة إلى سوء توزيع كليهما في مختلف التنظيمات الطبية، مما قد يجعل أحدهما يقوم بأدوار الآخر، للدرجة التي جعلت " جورج فراير " يعتبر هذا النظام غير طبيعي في استجابته لاحتياجات المرضى، ويرجع فراير ذلك لعدم وجود توافق في العمل بين الممارس العام والطبيب المتخصص الذي أهمل منذ البداية الاهتمامات الشعبية ويشير إلى أهمية التضامن المفترض تواجهه - إذا وجد هذا التوافق - وغيباه عندما يغيب، وفي بحثه عن أسباب ذلك تحدث جورج عن الطب الأمريكي الذي يرى أنه قد تحول من نظام الرعاية الأولية إلى الرعاية المتخصصة ويرى للتعليم الطبي عبر الجامعات والمدارس الطبية دوراً في تشكيل هذه النظرة، فخلقت الكثير من المشكلات لكليهما<sup>(٢)</sup>.

اما عن المرض فكان ينظر إلى المرض باعتباره ظاهرة تنتج إما بسبب سلوك اجتماعي معين أو نتيجة العدوى وقد يكون بسبب عوامل بيولوجية كالوراثة مثلاً، إلا أن المرض في اغلب الأحيان يعتبر ظاهرة عامة، تؤثر في كل الناس أينما كانوا بدرجات متفاوتة واتجاهات متباينة، وتمثل الدراسة التي

1 -White, k.,An introduction to the sociology of Health and Illness ,London : Sage, 2002,p.106.

٢- عاطف محمد شحاتة عبد العزيز، الاتجاهات الحديثة في دراسة التنظيمات الطبية، مطبوعات مركز البحوث والدراسات الاجتماعية، القاهرة، ٢٠٠١، ص٣٩-٤١ .



توضح الكيفية التي تؤثر بها الأمراض في الجماعات الإنسانية وطريقة استجابة هذه الجماعات للمرض ميداناً حيويًا وهاما لتطبيق المعرفة السوسولوجية وأساليب البحث الاجتماعي في هذا المجال<sup>(١)</sup>.

### ثانياً: التفاعلية الرمزية وقضايا الرعاية الصحية:

يمكن تفسير قضية الدراسة من خلال التفاعلية الرمزية، وذلك من منطلق تصورات المرأة عن الرعاية الصحية، وأن أنماط التفاعل الاجتماعي ترتبط بمجموعة من الأدوار والمعاني والتي تتغير بدورها حسب المواقف والجماعة وعضوية الفرد أو الذات فيها، وأن تأثير العوامل الاجتماعية والاقتصادية يعتمد على التوقعات المرتبطة بالأدوار أو المكانات في الأسرة.

ظهرت نظرية التفاعلية الرمزية من خلال اعتقاد مؤداه أن السلوك البشري أساسه نتاج اتصال الرموز الاجتماعية بين الأفراد ربما تكمن الفكرة الأساسية للتفاعلية الرمزية في أن العقل والذات ليسا أمراً فطرياً وراثياً ولكنهما - بالدرجة الأولى - نتاجاً للبيئة الاجتماعية<sup>(٢)</sup>.

وهي تبدأ بمستوى الوحدات الصغرى (MICRO)، منطلقةً منها لفهم الوحدات الكبرى، بمعنى أنها تبدأ بالأفراد وسلوكهم كمدخل لفهم النسق الاجتماعي<sup>(٣)</sup>. فأفعال الأفراد تصبح ثابتةً لتشكل بنية من الأدوار؛ ويمكن النظر إلى هذه الأدوار من حيث توقعات البشر بعضهم تجاه بعض من حيث المعاني والرموز<sup>(٤)</sup>، وهنا يصبح التركيز إما على بُنى الأدوار والأنساق الاجتماعية، أو على سلوك الدور والفعل الاجتماعي.

ويكشف هيربرت بلومر H. Bullmer عن مجموعة فرضيات ينطلق منها الاتجاه التفاعلي الرمزي مؤداه: أن البشر يتصرفون حيال الأشياء على أساس ما تعنيه تلك الأشياء لهم، وهذه المعاني هي نتاج للتفاعل الاجتماعي في المجتمع الإنساني<sup>(٥)</sup>. ومن ثم يرى فاربيرمان Farberman أن التفاعل يتحقق إذن من خلال الرمز، ومن خلال الرموز يمكن للإنسان التعرف على منظور آخر وذاتي، فإذا اعتبرنا منظور الآخر في يدور معين، وهي عملية عقلية، تمكن الإنسان من توقع دور الآخر، وبالتالي توجيه سلوكه على هذا الأساس للحصول على استجابة يرغب في تحقيقها<sup>(٦)</sup>.

١- محمد علي محمد، دراسات في علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩١، ص ٣٩.  
٢- فرانك وليام وآخرون، السلوك الإجرامي النظريات، ترجمة عدلي السمري، دار المعرفة الجامعية، ١٩٩٩، ص ١٠٨.  
٣- فادية عمر الجولاني، علم الاجتماع التربوي، مركز الإسكندرية للكتاب، ١٩٩٧، ص ٢١٥.  
٤- إيان كريب، النظرية الاجتماعية من بارسونز إلى هابرماس، ترجمة: محمد حسين غلوم، عالم المعرفة، عدد (٢٤٤)، الكويت، ١٩٩٩، ص ١٣٠.  
٥- سمير نعيم أحمد، النظرية في علم الاجتماع " دراسة نقدية " ، دار الكتب ، ط٤ ، القاهرة ، ١٩٩٢ ، ص ٢٤٢.  
6-Farberman, Harvey, "The Foundation of Symbolic Interaction: James, Cooley and Mead " in studies in symbolic Interaction, A Research annual supplement, 1, 1985, PP 13-27.

والمجتمع من منطلق التفاعلية الرمزية هو في نهاية الأمر كمية أو حجم معين من التفاعلات التي تجرى بين أعضائه، وهو يتكون من جماعات يرتبط الأفراد من خلالها ببعضهم البعض، بالإضافة إلى العلاقات التي تربط بين هذه الجماعات ذاتها كجماعات<sup>(١)</sup>.

كما تجاهل تحليل الوحدات الكبرى للمجتمع Macro Analysis، وبذلك اختزلت التفاعلية الرمزية، والنظريات السلوكية الاجتماعية الحياة الاجتماعية بأسرها إلى مجرد حالات سيكولوجية متجزأة تماماً من سياقها العام. كما أن أسلوب دراستها يركز على الاستيطان وملاحظة السلوك وأغفلت تماماً الأسلوب التاريخي، والمبالغة في الاعتماد على المعنى والذاتية، وإغفال نسبي للواقع الموضوعي<sup>(٢)</sup>. وإن ما يجعل البشر متفردين كنوع، وما يجعل كل فرد يمتلك مجموعة خصائص متميزة؛ نتيجة التفاعل المشترك في المجتمع، وبالعكس فإن ما يجعل المجتمع ممكناً هو القدرات التي يكتسبها الناس وهم ينمون وينضجون في المجتمع<sup>(٣)</sup>.

### مصطلحات التفاعلية الرمزية:

١- التفاعل Interaction: وهو سلسلة متبادلة من الاتصالات بين فرد وفرد مع جماعة، أو جماعة مع جماعة.

٢- المرونة Flexibility: ويقصد بها استطاعة الإنسان أن يتصرف في مجموعة ظروف بطريقة واحدة في وقت واحد، وبطريقة مختلفة في وقت آخر، وبطريقة متباينة في فرص ثلاثة.

٣- الرموز Symbols: وهي مجموعة من الإشارات المصطنعة، يستخدمها الناس فيما بينهم لتسهيل عملية التواصل، وهي سمة خاصة فينة الإنسان، وتشمل عند(ميد) اللغة، وعند(بلومر) المعاني، وعند (جوفمان) الانطباعات والصور الذهنية<sup>(٤)</sup>.

٤- الوعي الذاتي Self-Consciousness: وهو مقدرة الإنسان على تمثل الدور، فالتوقعات التي تكون لدى الآخرين عند سلوكنا في ظروف معينة، وهي بمثابة نصوص يجب أن نعيها حتى نُمثلها، على حد تعبير جوفمان<sup>(٥)</sup>.

١- محمود عودة، أسس علم الاجتماع، مكتبة سعيد رأفت، القاهرة، ١٩٨٣م، ص ١١٩.

٢- سمير نعيم أحمد، النظرية في علم الاجتماع دراسة نقدية، ط ٤، دار الكتب، القاهرة، ١٩٩٢، ص ٢٤٣.

٣- عدلي علي أبو طاحون، النظريات الاجتماعية المعاصرة، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، ١٩٩١، ص ٤٩٥.

٤- علي عبد الرازق، علم الاجتماع الطبي، مصدر سبق ذكره، ص ٢٣٨.

٥- إيان كريب، النظرية الاجتماعية من بارسونز إلى هابرماس، مصدر سابق، ص ١٣٥.

يوضح اتجاه التفاعلية الرمزية أن تعليم الرموز وتقبلها يكون من خلال عملية التفاعل مع الآخرين، ويتضح هذا من خلال أدوار الجنس التي يتخذها الأفراد في توجيه سلوكهم أثناء التفاعل الاجتماعي<sup>(١)</sup>.

### المبادئ الأساسية للتفاعلية الرمزية:

١- يحدث التفاعل الاجتماعي بين الأفراد الشاغلين لأدوار اجتماعية معينة ويأخذ زماً يتراوح بين أسبوع إلى سنة.

٢- بعد الانتهاء من التفاعل يكون الأفراد المتفاعلون صوراً رمزية ذهنية على الأشخاص الذين يتفاعلون معهم، وهذه الصورة لا تعكس جوهر الشخص، وحقيقته وإنما تعكس الحالة الانطباعية السطحية التي كونها الشخص عن الشخص الآخر.

٣- تلتصق الصورة الانطباعية عن الشخص بمجرد رؤيته أو السماع عنه، وهذه الصورة قد تكون إيجابية أو سلبية.

٤- حينما تتكون الصورة الرمزية عن شخص معين، فإن هذه الصورة سرعان ما ينشرها الشخص الذي كونها عن الشخص الآخر المتفاعل معه، فيكون الآخرون صورة رمزية عن هذا الشخص.

٥- من الصعب تغيير الصورة الذهنية التي تكونت لدى الشخص، ولكن الشخص عندما يعلم هذه الصورة يقيم نفسه بموجبها.

وينظر إلى التفاعلية الرمزية كمدخل أو منظور تفسيري إلى المجتمع باعتباره نسقاً من العمليات التفسيرية التي تسيطر على السلوك البشري<sup>(٢)</sup>.

و يتفق H.Blumer مع جورج ميد في أن التفاعل الرمزي و السمة المميزة للتفاعل البشري، وأن تلك السمة الخاصة تنطوي على ترجمة رموز وأحداث الأفراد وأفعالهم المتبادلة. وقد أوجز فرضياته في النقاط التالية<sup>(٣)</sup>:

- إن البشر يتصرفون حيال الأشياء على أساس ما تعنيه تلك الأشياء بالنسبة إليهم.

- هذه المعاني هي نتاج للتفاعل الاجتماعي الإنساني.

- هذه المعاني تحوّر وتعديل، ويتم تداولها عبر عمليات تأويلٍ يستخدمها كل فردٍ في تعامله مع الإشارات التي يواجهها.

1-Lindale Lindsey. Gender Roles, Prentice Hall Inc. New Jersey, 1997, P8

2-Blumer , R, Comments On Parsons as Symbolic Interaction ist , Sociological Inquiry , VOL.(45), 1974 ,pp:409-410 .

٣- أيان كريب، النظرية الاجتماعية من بارسونز إلى هابرماس، ص ١٣٢.

وبالنسبة للتفاعلية الرمزية ودورها في تفسير قضية الدراسة. فإنه يمكن القول من منطلق تصورات المرأة عن الرعاية الصحية، وأن أنماط التفاعل الاجتماعي ترتبط بمجموعة من الأدوار والمعاني والتي تتغير بدورها حسب المواقف والجماعة وعضوية الفرد أو الذات فيها، وتتوضح كيفية تأثير العوامل الاجتماعية والاقتصادية يعتمد على التوقعات المرتبطة بالأدوار أو المكانات في الأسرة.

### ثالثاً: نظرية النسق الاجتماعي

ترتبط نشأة هذه النظرية بالنظرية البنائية الوظيفية السوسولوجية التي ظهرت في الولايات المتحدة الأمريكية وأوروبا خلال بداية الخمسينات من القرن العشرين، وانتشرت على أيدي عالم الاجتماع الأمريكي "تالكوت بارسونز"، والذي بلورها من الناحية السوسولوجية، وكذلك إسهامات علماء الاجتماع أمثال "دور كايم"، و"كارل مانهايم" ... وغيرهم من يندرج تحت هذه النظرية<sup>(١)</sup>.

وقد اهتم الكثير من الباحثين بتبني فكرة النسق المفتوح على تحليل الدور الوظيفي، الذي تلعبه المؤسسات الصحية من تقديم الخدمات الصحية للمتلقين، وعليه يجدر بنا من خلال هذه النظرية التركيز على دور فريق العمل الطبي بالمؤسسات الطبية، والتي تعتبر مؤسسات اجتماعية لها نظام معين حسب طبيعة أهدافها ووظائفها، التي تؤديها في المجتمع، وتعد المؤسسات الطبية مؤسسات اجتماعية حديثة من خلال التنظيم الموجود بها نسقاً فرعياً ينتمي إلى نسق أكبر وهو المجتمع، الذي يتكون منه أنساق وتنظيمات فرعية أخرى، ومنها المؤسسات الصحية بصفة عامة، وتتميز هذه النظرية في معالجتها للتنظيمات وبناءاتها المختلفة مركزة على فريق العمل الطبي داخل المؤسسات الصحية، والتي تعتبر عامل للمحافظة على هذا الكيان من أجل بقاء التنظيم واستمراره، ومما سبق نستنتج أن نظرية الأنساق تهتم بالتركيز على أهمية العوامل الخارجية "البيئية" التي تقوم بتشكيل العمليات الداخلية والتي تؤثر وتتأثر بالمؤسسات الطبية.

ووفقاً للتغيرات النظرية وتصوراتها في دراسة التنظيمات الاجتماعية ومن خلال رؤيتها على أنها أنساق اجتماعية مفتوحة، فإنه يمكن القول بأن دراسة دور فريق العمل الطبي ودوره في تقديم الخدمات الصحية اللازمة في المؤسسات الصحية من خلال تعاونه المؤسسة الطبية وجميع أعضائها والقائمين عليها وما يملكونه من مهارات وخبرات وما يقومون به من أنشطة وبرامج تخدم البيئة وتساهم في نشر الوعي الصحي داخل المجتمع، وتساهم في تطوير الخدمات الصحية للمتلقين.

وتفترض نظرية الأنساق بأن الكل أكبر من مجموع الأجزاء المكونة له، وأن الارتباط القائم بين الأجزاء المكونة لأي نسق يؤدي إلى وجود خصائص جديدة في النسق هي بالضرورة نتيجة لهذا الارتباط والاعتمادية المتبادلة بين الأجزاء المكونة للنسق، فمهنة الطب بالمؤسسات الطبية باعتبارها نسقاً اجتماعياً قائماً على مجموعة من الأفراد، وهذا يعني أكثر من مجرد مجموعة أفراد، فالتفاعلات التي تحدث داخله

١- عبد الله محمد عبد الرحمن، إدارة المؤسسات الاجتماعية بين الاتجاهات النظرية والممارسة الواقعية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ٢٠٠١، ص ٣٦٨.

تعكس أهمية هذا النسق، التي توصلنا إلى العملية العكسية المتمثلة في القوى الإنتاجية التي تعتبر جزء من المؤسسات الصحية النسق الأكبر.

والمؤسسة الصحية بصفتها نسقاً تتكون من عدد من الأعضاء، منهم العاملون والأطباء والمرضى والفنيون والإداريون والأخصائيون الاجتماعيون الطبيون، فكل عضو من هؤلاء يؤدي وظيفة أو جملة وظائف، قد تسهم في رفع مستوى الخدمات الصحية، وهذه الوظائف تتكامل وتتفاعل من أجل تحقيق أهداف المؤسسة الصحية التي يعملون بها، وأي خلل في هذه الوظائف يؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر في البناء الاجتماعي الكلي للمؤسسة، وعند توظيف هذه الأفكار في الدراسة الحالية، نجد أن المؤسسات الطبية تتكون من أنساق فرعية داخلية متمثلة في البناء الداخلي للمؤسسة، باعتبارها بمثابة نسق محدد ومميز، له وظيفة يشارك بها في عملية تنمية المجتمع، وذلك على ضوء فكرة التنظيم وعلاقته بما يسمى بالنسق الأكبر، وتهتم الدراسة الحالية بتدعيم جهود العاملين بالمؤسسات الطبية باعتبارها نسقاً جزئياً من المجتمع "النسق الكلي"، والتي تساهم في نشر الوعي الصحي داخل المجتمع من خلال برامجها وأنشطتها المختلفة، وهي تعد جزءاً وظيفياً يساهم مع الأنساق الأخرى في المحافظة على النسق الأكبر، ويسعى في تنميته من أجل تقديم رعاية صحية كاملة، تهدف إلى رفع مستوى الخدمات الصحية لأفراد المجتمع، وبالتالي تحقيق أهداف الرعاية الصحية المتوخاة.

وتعد نظرية الأنساق إحدى النظريات الإنسانية المفسرة للسلوك الاجتماعي، وبها يتم إدراك الوحدات الصغيرة المكونة للتفاعل، والتي تتساند وظيفياً لتكون كيان المجتمع واستمراره، فإدراك الجزء وما يتضمنه يتم فهم الكل والتعامل معه<sup>(١)</sup>.

#### رابعاً: نظرية الدور وصحة للمرأة

ظهرت هذه النظرية في مطلع القرن العشرين إذ تعد من النظريات الحديثة في علم الاجتماع، وتعتقد أن سلوك الفرد وعلاقاته الاجتماعية، كما تعتمد على الدور أو الأدوار الاجتماعية التي يشغلها في المجتمع. فضلاً عن أن منزلة الفرد الاجتماعية ومكانته تعتمد على أدواره الاجتماعية.

تركز هذه النظرية على أداء الدور في التنظيمات الاجتماعية المحددة التي تتبنى تحليل أنماط وسلوك الأدوار المحددة للأفراد<sup>(٢)</sup>، وتعد نظرية الدور من النظريات الهامة وذلك لأنها تفسر التفاعل بين الفرد وبيئته الاجتماعية والعلاقة المتبادلة بينهما حيث أن الكثير من مشكلات الفرد تظهر في عدم قدرته على أداء أدواره الاجتماعية بنجاح، فطبيعة الحياة الاجتماعية المعقدة وكثرة الاحتياجات تجعل الإنسان يلعب أكثر من دور في المجتمع وهذا يتطلب منه أسلوب وطريقة معينة<sup>(٣)</sup>.

١- عيد الفتح عثمان، علاء الدين سيد محمد، خدمة الفرد المعاصرة، القاهرة ١٩٩٦، ص ٢٨٧.

٢- جوثان ثريز، بناء نظرية علم الاجتماع، ترجمة: محمد سعيد فرج، دار المعارف، الاسكندرية، ٢٠٠٦، ص ٢٣٢.

3- Lemay, R. Roles, identities, and expectancies: positive contribution of role theory to normalization and social role valorization. in R.J.flynn &R.A.Lemay (ed)A quarter century of normalization and social role valorization: Evaluation and impact. ottawa, on: university of Ottawa, 1999, pp: 230-235.

ذلك أن الدور الاجتماعي ينطوي على واجبات وحقوق اجتماعية. فواجبات الفرد يحددها الدور الذي يشغله، أما حقوقه فتحددها الواجبات والمهام التي ينجزها في المجتمع.

إن دور المرأة داخل المجتمع الذي تعيش فيه له تأثير كبير في تفاعلها الاجتماعي، ويرتبط بالمكانة الاجتماعية التي تشغلها، ويتأثر أداء الدور بالتوقعات الاجتماعية التي يفرضها البناء الثقافي للمجتمع، ويتضمن الدور مجموعة من الحقوق والواجبات يراعيها الفرد أثناء أداء الدور، ويتسم أداء الدور بالاستمرار والثبات طالما تكرر نفس الموقف الاجتماعي الذي يتم فيه الأداء، فدور المرأة ثابت بيولوجيا واجتماعيا ولكن يتغير في أدوارها العملية، وهذه الأدوار لا تتغير إلا إذا تغيرت مبادئ وقيم اجتماعية ومعتقدات أساسية في البناء الثقافي تحتم إحداث تغيير في أداء الدور.

وقد استمدت نظرية الدور العديد من قضاياها من تحليل "لنتون" لمفهومي الدور والمكانة حيث أنه قدم أول تحليل منهجي لمفهوم الدور في ارتباطه بالمكانة في إطار البناء الاجتماعي، وجاء هذا التحليل من خلال: دراسته للأنساق للخلفية الثقافية للشخصية. ويرى "لنتون" أن الدور هو الجانب الحركي للمكانة فالدور هو مجموعة من الحقوق والواجبات التي تقوم بها المرأة والتي تفرضها المكانة التي تشغلها، ولذا فإن الدور والمكانة مرتبطان ارتباطاً وثيقاً فلا توجد أدوار بدون مكانات، ولا توجد مكانات بدون أدوار، وتشتق الأدوار والمكانات الاجتماعية من التوقعات الاجتماعية التي يفرضها عليها البناء الاجتماعي، ويشير "لنتون" كذلك إلى أن ارتباط دور المرأة بمكانتها يمثل مؤشراً لمدى توافق المرأة مع سلوكيات واتجاهات الآخرين المشاركين لها في موقف التفاعل، حيث إن ذلك يمثل الحد الأدنى من السلوك الذي يتوقعه الآخرون من المرأة، يركز على الارتباط الوثيق بين الدور الذي تلعبه المرأة والمكانة الاجتماعية، كما يهتم بالتوقعات الاجتماعية المرتبطة بأداء أدوارها وشغل المكانة باعتبار أن ذلك مؤشراً على قوة التفاعل الاجتماعي، ويمثل ذلك إحدى قضايا نظرية الدور الذي تلعبه المرأة.

ويؤكد بارسونز إن الدور هو قطاع من النسق التوجيهي الكلي للفرد الفاعل وهو ينتظم حول التوقعات في علاقتها بمحتوى تفاعل معين، تلك التوقعات التي تتكامل مع مجموعة بعينها من المعايير القيمية التي تتحكم في التفاعل مع واحد أو أكثر من المتغيرات في الأدوار التكميلية المناسبة<sup>(١)</sup>.

### المبادئ العامة لنظرية الدور:

تستند نظرية الدور على عدد من المبادئ العامة أهمها:

- **اختلاف الأدوار الاجتماعية:** يلاحظ انه ليس للفرد دور اجتماعي واحد بل تتعدد الادوار الاجتماعية<sup>(٢)</sup>.

١- سامية الساعاتي، نظرية الدور، دراسات في علم الاجتماع والأنثروبولوجيا، مركز البحوث والدراسات الاجتماعية، كلية الآداب، جامعة القاهرة، ٢٠٠٠، ص ص ١١٦، ١١٧.

٢- سلوى عثمان الصديقي، أساسيات في طريقة العمل مع الحالات الفردية، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، ١٩٨٨، ص ٢٧٧.

- **تعلم الأدوار الاجتماعية:** إن الفرد في نموه عليه ان يتعلم أدواراً اجتماعية جديدة، والفرد يتعلم الادوار الاجتماعية المتعددة لتسهم في تكوين مفهوم الذات لديه، وتعتبر الادوار عملية تعلم اجتماعي تكفل للمجتمع بقاءه واستمراره<sup>(١)</sup>.

- **توزيع الأدوار:** من الواضح في حياتنا أن سلوك الفرد خاص وعام في نفس الوقت، أن حياتنا الخاصة تتأثر باستمرار بحياتنا العامة، كما تتأثر حياتنا العامة بحياتنا الخاصة، كما يحدد الدور الاجتماعي سلوك الفرد الذي يتوقعه الآخرون، فإنه يحدد سلوك الآخرين الذي يتوقعه الفرد بحكم قيامه بهذا الدور<sup>(٢)</sup>.

- **صراع الادوار:** أن عملية صراع الادوار تبرز بصفة خاصة عندما يحدث تغيير اجتماعي في حياة الفرد، كأن ينتقل الفرد من طبقة الى طبقة ادنى نتيجة لانخفاض مستواه الاقتصادي، و لاشك أن صراع الادوار يؤثر على الشخصية تأثيراً سيئاً، ويخلق الكثير من المشكلات<sup>(٣)</sup>.

- **متطلبات الدور:** وهي المقومات اللازمة لأداء دور معين، وهي تنشأ من المعايير الثقافية ومن شأنها ان تواجه الفرد عند اختياره وسعيه للقيام بدور معين أي ان كل دور يمارسه الفرد له متطلبات محددة يقوم به كل من يشغل نفس الادوار<sup>(٤)</sup>.

- **توقعات الدور:** وهي الفكرة التي يحملها الآخرون لهم واهميتهم للشخص عما يجب ان يكون عليه سلوك شاغل الدور في أدائه لحقوق وواجبات التمركز<sup>(٥)</sup>.

- **غموض الدور:** ويعني عدم الاعتراف بموقع ومكانة هذه الادوار على خريطة العلاقات الاجتماعية، وعدم تحديد مدى قبولها أو رفضها من جانب المجتمع، ومن ذلك عدم اعتراف الاباء من خلال اتباعهم لبعض أساليب المعاملة الوالدية بأدوار أبنائهم في الاسرة ، وبالأخص عند اتباع اسلوب القسوة والنبذ والتسلط مما يجعل هناك غموض فيما يجب على الابناء القيام به من واجبات في الاسرة وبالأخص فيما يتعلق بعلاقتهم بوالديهم<sup>(٦)</sup>.

ولقد أطلق (ميد) على هذه القدرة الأساسية (اتخاذ الدور) بمعنى القدرة على رؤية اتجاهات الشخص واستعداداته للعمل، ولإزالة انصار التفاعل الرمزي يؤكدون على عملية اتخاذ الدور باعتباره الية اساسية يحدث من خلالها وبها التفاعل الرمزي<sup>(٧)</sup>، تحديد السلوكيات المتوقعة منهن وهذا يساهم في صقل الجهود المبذولة في البحوث العلمية مما يثري المعرفة وينمي المجتمع، ويتألف بناء النسق الاجتماعي من وجهة

١- محمد سيد فهمي، قواعد البحث في الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث الإسكندرية، ٢٠٠٠، ص ٢٠-٢١.

٢- محمد عاطف غيث، قاموس علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية الاسكندرية، ٢٠٠٠، ص ٣٩-٤٠.

٣- حكمت عرابي، نظريات معاصرة في علم الاجتماع، دار الخريجي، الرياض، ١٩٩١، ص ١٢٢.

٤- عبد العزيز فهمي النوحى نظريات خدمة الفرد، الجزء الثاني، دار الثقافة المصرية القاهرة، ١٩٩٩، ص ٨.

٥- عبد المجيد الشاعر، علم الاجتماع الطبي، دار البيازوري العلمية، عمان، ٢٠١٠، ص ٢٧.

٦- معن خليل عمر، نقد الفكر الاجتماعي المعاصر، ط ٢، دار الافاق الجديدة، بيروت، ١٩٩١، ص ١٧٣.

٧- عدلي علي ابو طاحون، مناهج واجراءات البحث الاجتماعي، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، ١٩٩٨، ص ٤٩٤.

نظر علماء التفاعل من ثلاث وحدات متكاملة هي: انماط التفاعل، الأنشطة، العواطف، حيث ان كل تغير في واحد منها تصاحبه تغيرات في الاجزاء الاخرى<sup>(١)</sup>.

ولعل من أهم مبررات الاختيار النظري، استفادت الباحثة من نظرية الدور في التعرف على رؤية المرأة لدور الطبيب في المستشفيات وأهم متطلبات ومقومات أدائه بالإضافة إلى قوة ووضوح هذا الدور بالنسبة للمرأة في ما يتعلق بالرعاية الصحية لها.

وهناك مجموعة من الأدوار المتعددة في حياة المرأة والرعاية الصحية لها، وتتأثر هذه الأدوار بسبب إصابتها بالمرض، تصعب في درجة ممارستها والتي تختلف شدتها حسب طبيعة وشكل ونوع المرض، الأمر الذي يعيق القيام بمتطلباته على أكمل وجه، بسبب تعارضها مع قدرات المرأة المريضة الصحية، وما يصحب ذلك من فقدان بعض الأدوار بسبب وجود مرض خطير يعترض حياة هذا المريضة، فنجد أن الطبيب له مقومات معينة تمثل المهام والمسؤوليات التي تتطلبها أدواره الاجتماعية والتي اكتسبها عن طريق الإعداد الأكاديمي والتدريب العملي والخبرات العملية المكتسبة، كما أن المحيطين به أطباء وإداريين وفنيين وممرضين ومرضى يتوقعون منه أنشطة وسلوك فعال.

وفيما يتعلق بصراع الأدوار المختلفة التي تعترض الرعاية الصحية للمرأة، نجد أن المشكلة تبرز من خلال أدوار المرأة نفسها مثل دورها باعتبارها مريضاً والذي يتعارض مع كونه أم، وتعارض ذلك مع مسؤولياتها تجاه من تعيلهم، وتلبية متطلبات الأسرة والعناية بشؤونها، كما يؤثر على دورها كموظفة إذ يتطلب وجود صفات شخصية فقدها جراء مرضها، والتي أثرت على وضعها في ميدان العمل، وانطلاقاً من نظرية الدور فإن أي تدخل مهني يهدف إلى مساعدة المريضة على تقبل مرضها، ومساعدتها على تحقيق التوازن في أداء أدوارها والآخرين، والعمل على تحقيق تكامل بين أدوار المريضة وأدوار المحيطين بها، وعدم حدوث الصراع، بالإضافة إلى مساعدة الأسرة على تنظيم ما يعترضها من خلل واستعادة توازنها، ومن ثم دعمها لمريضها ورفع معنوياته الأمر الذي يحقق له التكيف النفسي والاجتماعي.

**خامساً: نظرية الأنساق الأيكولوجية:** ظهر مفهوم النسق الأيكولوجي كمنظور يقوم على أساس مشترك من علم الأيكولوجيا البشرية ونظرية الأنساق ويختص بالتلاؤم أو التوافق بين الكائنات والبيئات التي تعيش فيها هذه الكائنات بالشكل الذي يحقق توازناً ديناميكياً بين الأطراف<sup>(٢)</sup>.

نشأ هذا المنظور عن تركيب يجمع بين نظريات الأنساق الاجتماعية والأنساق العامة ونظريات الأيكولوجية الإنسانية وتطبيقاتها في ممارسة الرعاية الصحية، ففي أواخر الخمسينات قام "لوتز" و "هيران" ثم "ليبيت" وزملاؤه بتطبيق نظرية الأنساق، وكان له آثار كبيرة على كثير من المتخصصين الاجتماعيين،

١ - علي عبد الرزاق جلب (واخرون)، علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، ٢٠٠١، ص ٨٨.  
٢ - ماهر أبو المعاطي علي، الاتجاهات الحديثة في مجالات الخدمة الاجتماعية، مكتبة الزهراء، الرياض، ٢٠٠٩، ص ١١٠.



ولما كانت الرعاية الاجتماعية تحاول الوصول إلى إطار شامل واضح المعالم يساعد في تحديد مفاهيم مدرسة الجشطالت أو الكل الدينامي الذي يضم المشكلة والوحدة الإنسانية والبيئة كحالة أو وحدة للخدمة، فقد وجدت في نظرية الأنساق الاجتماعية ما يساعدها في تحقيق التكامل والشمول النظري الذي لم تستطع الوصول إليه من قبل، وتعتبر الأيكولوجية الإنسانية عن مفهوم نظري وأسلوب لدراسة العلاقات المتبادلة بين الأشخاص وبيئتهم الاجتماعية الثقافية والفيزيائية، ويؤكد هذا المنظور على التفاعل المتبادل بين الأشخاص والبيئات التي يعيشون فيها وعلى الاعتماد الوظيفي المتبادل فيهما بينهم وبين بيئاتهم الطبيعية والبيئات التي يصنعها الإنسان بنفسه، ومن ثم فهي تهتم بالعلاقات التي تنشأ بين الأنساق وبين الأنساق الفرعية<sup>(١)</sup>.

ويُعد النسق الأيكولوجي مفهوماً جديداً يمكن من خلاله تحليل علاقة المرضى - باعتباره نسقاً- بالبيئة، فيعد "النسق الأيكولوجي" من المفاهيم البيولوجية التي استعارتها الأيكولوجيا البشرية عند تطور إطارها التصوري المبكر، ومؤداه أن كل المجتمعات الطبيعية كالكائنات الحية التي تعيش وتتفاعل مع بعضها ترتبط ارتباطاً وثيقاً ببيئاتها، ومن ثم يبدو من الملائم تصور طرفي العلاقة (الكائنات الحية وبيئاتها المختلفة) كما لو كان يشكلان كلاً واحداً ومركباً وهو يشير إلى مفهوم النسق الأيكولوجي<sup>(٢)</sup>.

ولقد تطور المنظور الأيكولوجي بفصل جهود الباحثين في العلوم الاجتماعية والطب خلال النصف الثاني من القرن العشرين، مستخدمين فكري التطور والتكيف في دراسة علاقة المرض بتغير البيئة، ففي المجتمعات الغربية وبخاصة في أمريكا الشمالية تم إجراء العديد من الدراسات البيو - ثقافية Bio - cultural منذ نهاية الحرب العالمية الثانية حتى بداية الستينات ففي تلك الفترة أجريت سلسلة من الدراسات تناولت بالتحليل أوجه التفاعل بين العوامل الاجتماعية والثقافية البيئية والبيولوجية في حدوث المرض، وأجريت هذه الدراسات نخبة من علماء الأنثروبولوجيا مثل " ألاند Baker وبيكر براون Brown<sup>(٣)</sup>.

وتقدم هذه النظرية إطاراً تصورياً للناس والبيئة كنسق واحد في ثقافة معينة ومحتوى تاريخي معين؛ حيث أن الإنسان والبيئة يمكن فهمها فيما يتعلق بالعلاقات المتبادلة بينهما وتأثير كل منهما على الآخر وكل المفاهيم الأيكولوجية لا تشير إلى الإنسان بمفرده أو للبيئة بمفردها ولكن تشير إليهما في إطار العلاقة بين الإنسان والبيئة سواء كانت هذه العلاقة إيجابية أو سلبية فالسمة الرئيسية للمنظور الأيكولوجي

١- محمود حسن محمد، ممارسة خدمة الفرد، دار النهضة العربية، بيروت، ١٩٩٢، ص ٦٨.  
٢- حاتم عبدالمنعم أحمد، مشكلات التنمية الريفية، دراسة أيكولوجية مقارنة، دار النصر للتوزيع والنشر، القاهرة، ٢٠٠٢، ص ٨٧.

3 - Duncan. Pederson; Disease Ecology at across roads: man-made Environment; Human rights and perpetual development utopias; soc.sci; med; vol. 43; No. 5 ; 1996 ; p. 745.

هي في رؤيته للأفراد والبيئات كأجزاء من النسق المتكامل الذي يعمل فيه كل جزء مع الآخر فكلأ من الشخص والبيئة أجزاء متكاملة<sup>(١)</sup>.

ويشير هذا الاتجاه إلى أن البشر في تفاعل دائم مع بيئاتهم ومن ثم يحاول الإنسان تحقيق التوافق والانسجام مع البيئة باستمرار ومن ثم يقدم لنا إطاراً لفهم هذه التفاعلات المعقدة حيث يرى أن حاجات الناس ومشكلاتهم ما هي إلا نتاج علاقات غير طبيعية بين الإنسان وبيئته ومن ثم ينبغي إصلاح وتعديل هذه العلاقات وتمكين الإنسان من إعادة توافقه مع البيئة مرة أخرى، ويُعد التوافق بين الشخص والبيئة من أهم المفاهيم المحورية والذي يعكس طبيعة العلاقة التفاعلية بين الإنسان والبيئة فتحسين التعاملات بين الناس وبيئاتهم من أهم المهام التي تركز عليها النظرية لتحقيق التوافق بين حاجات الشخص وخصائص البيئة<sup>(٢)</sup>.

كما أن النسق الأيكولوجي من المفهومات الحديثة لتحليل علاقات الإنسان بالبيئة المحيطة ويؤكد هذا المفهوم على أثر البيئة الفيزيائية المحيطة بالإنسان على سلوكه الاجتماعي فالنسق الأيكولوجي نسق تفاعلي وظيفي بين الإنسان والبيئة الفيزيائية المحيطة بما تشمله من مناخ وحرارة، وبيئة العمل بما تضمنه من تسييرات أو مشكلات تنعكس على الأفراد الموجودين بها، والتفاعلات مستمرة ومتبادلة بين الأنساق والعوامل الفيزيائية المحيطة، والتركيز على الشخص وزيادة قدراته لمساعدته على مواجهة مشكلاته وتنمية قدراته على التوافق<sup>(٣)</sup>.

**تعريف نظرية الأنساق الأيكولوجية:** هي ذلك المدخل الذي يعنى بدراسة وفهم مجموعة من العلاقات المتشابكة بين الإنسان والبيئة بعناصرها ويركز على كيفية تأثير كل من الإنسان والبيئة في المشكلة ومحددات هذا التأثير والتأثير المتبادل وعمليات التوافق التي يقوم بها الإنسان لكي يتواءم مع البيئة.

**أهمية نظرية الأنساق الأيكولوجية:** ترجع أهمية نظرية الأنساق الأيكولوجية بالنسبة للممارس العام في الخدمة الاجتماعية للأسباب التالية:

١- تحتوى النظرية على تفضيلات كافية لتوجيه الممارس العام للعمل مع المواقف المتعددة للممارسة؛ حيث تحدد له وتمده بطرق العمل المرتبطة بمن يشملهم موقف الممارسة من الأنساق المختلفة كما تساهم في تعرفه على كافة الجوانب المادية والاجتماعية المرتبطة بالبيئة والتي يجب أن يضعها في اعتباره أثناء تعامله مع الموقف وتحدد أسلوباً واضحاً للفهم والتأثير والتفاعل المتبادل بين الأفراد والبيئة.

١- هشام سيد عبدالمجيد وآخرون، المدخل إلى الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية، دار المهندس للطباعة، القاهرة، ٢٠٠٨، ص ٧١.

٢- جمال شحاته حبيب، السلوك الإنساني والبيئة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، ٢٠١٠، ص ٢٢٢.

3- Mark Lymuthery: Social Work With Older People Context, Policy and Practice, S.A.G. E.. Publication, London, 2005, pp. 141 – 149.

٢ - تقدم النظرية إطاراً مناسباً لفهم التفاعل القائم والمستمر بين النسق والبيئة بما يسمح للباحثة بتحديد نقاط التدخل الملائمة في الموقف.

٣- توفر النظرية إطاراً علمياً حيث تركز النظرية الأيكولوجية على الأنساق والتفاعل القائم بين مستوياتها فتركز النظرية على مفهوم الإجراءات بين الناس وبيئاتهم في مواقف التأثير المتبادل بينهما وتشير إلى الحياة باعتبارها التفاعل الدينامي الذي يتضمن المشاركة الفعالة بين أفراد المجتمع من خلال التفاعلات الدينامية بين بعضهم البعض وبينهم وبين بيئتهم الاجتماعية والمادية.

٤- إن مفاهيم النظرية الأيكولوجية تمكن الممارس العام من التركيز في آن واحد على الإنسان والبيئة وعلاقتها المتبادلة وتزيد من فهم تفاعل العوامل الشخصية والبيئية والثقافية مع بعضها.

٥- تتيح مفاهيم النظرية الأيكولوجية أن يفهم الممارس العام الارتباط بين المتغيرات المرتبطة بمختلف الحالات أو المواقف بما يساعده على التدخل في البيئة والإنسان بما يتضمنه ذلك من البحث عن أوجه القصور في أي منهما حتى يمكن التدخل لمواجهة هذا القصور<sup>(١)</sup>.

وقد لخص "هيرن Hern" الأفكار السبعة لنظرية الأنساق الأيكولوجية كما يلي<sup>(٢)</sup>:

أن الرعاية الصحية لها بؤرة تركيز ذات بعدين أساسيين ومزدوجين متزامنين فهي تركز على الشخص والموقف من ناحية وعلى النسق وبيئته من ناحية أخرى، أن الرعاية الصحية تعمل عند الالتقاء بين الشخص والبيئة، الظاهرة التي تحدث عند الالتقاء هي تفاعل بين النسق والبيئة، يؤدي هذا التفاعل إلى بذل جهد بين طرفين يكون تركيزه على سلوك الأفراد من ناحية وظروف البيئة من ناحية أخرى، أن التلاقي أو التصادم بين الفرد والبيئة يجعل كلاً منها يتغير، أفضل التفاعلات هي التي تسمح بنمو الفرد وفي نفس الوقت تعمل على تحسين البيئة المحيطة، حيث تصبح البيئة مكاناً مناسباً لكافة الأنساق التي تعتمد على البيئة، الأنساق التي لا تلقى الاهتمام الكافي تتجه نحو الاضطراب، وعدم التنظيم أو الزيادة الإيجابية في الطاقة غير المستفاد، وهكذا فإنه من أجل النمو يجب أن يكون هناك توزيع مستمر للطاقة غير المستفاد بين الكائن والبيئة.

لذا فإن هذه النظرية تدرس المؤسسة الطبية كنسق في علاقاته وتفاعلاته في المواقف مما يساعد على الاتصال بينه والمؤسسة التي يعمل فيها، ومن خلال هذا المنظور فإن التفاعلات أو التحولات والاعتماد المتبادل بين المرضى (النسق الفرعي) والبيئة (النسق الكبير) يعتبران شيئاً هاماً من أجل بقاء كلاً منهما، وأن أي تغيير في أي منهما قد يكون له تأثير إيجابي أو سلبي على الآخر.

وتُعد نظرية الأنساق الأيكولوجية مناسبة لهذه الدراسة وتفيدنا من خلال تأكيدها على أهمية وأثر البيئة المحيطة بالإنسان على سلوكه الاجتماعي والمتمثلة في هذه الدراسة في (المنظومة المعرفية للمرأة

١- ماهر أبو المعاطي علي، الاتجاهات الحديثة في الرعاية والخدمة الاجتماعية، نور الإيمان للطباعة، القاهرة، ٢٠٠٩، ص ٣٥٦.

2- Maria O, Neil McMahon: The General Method of Social Work Practice A Problem – Solving Approach, Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice Hall, Inc., 2nd ed, 1990, PP.8-9.

والرعاية الصحية) وما تشمله من عناصر فيزيقية وبشرية وبيئة عمل بما فيها من تيسيرات أو مشكلات تنعكس على الأفراد الموجودين، وبذلك تفسر التفاعل المتبادل بين الأشخاص والبيئات التي يعيشون فيها، فقد استفادت الباحثة من هذه النظرية في الإجراءات التحضيرية لهذه الدراسة.

## سادساً: نظرية الاعتماد على وسائل الإعلام Dependency Theory of Mass Communication

تنسب هذه النظرية إلى ملفين ديفلير و ساندر روكيتش، وقد كانت البدايات الأولى لظهورها عام ١٩٧٤، وتهتم هذه النظرية برصد ودراسة التأثيرات المختلفة لوسائل الإعلام على كل من الفرد والمجتمع، ومفهوم نظرية الاعتماد يمكن أن يتلخص في العبارة التالية: أن لوسائل الإعلام القدرة على تحقق قدرًا كبيراً من التأثيرات المعرفية والعاطفية والسلوكية، ويزداد التأثير عند قيام هذه الوسائل بوظائفها في نقل المعلومات بشكل مميز ومكثف<sup>(١)</sup>، وتعتمد هذه النظرية على الحاجات والإشباع تحدد كيفية استخدام الأفراد لوسائل الإعلام ومدى اعتمادهم عليها<sup>(٢)</sup>.

ويمكن القول أن نظرية الاعتماد على وسائل الإعلام هي "نظرية بيئية"، والنظرية البيئية تنظر إلى المجتمع باعتباره تركيباً عضوياً، وهي تبحث في كيفية ارتباط أجزاء من النظم الاجتماعية الصغيرة والكبيرة يرتبط كل منها بالآخر ثم تحاول تفسير الأجزاء فيما يتعلق بهذه العلاقات، والمفترض أن يكون نظام وسائل الإعلام جزءاً هاماً من النسيج الاجتماعي للمجتمع الحديث، وهذا النظام له علاقة بالأفراد والجماعات والمنظمات والنظم الاجتماعية الأخرى، وقد تتسم هذه العلاقات بالتعاون أو بالصراع، وقد تكون ديناميكية متغيرة أو ساكنة ثابتة، وقد تكون مباشرة وقوية أو غير مباشرة وضعيفة كما يوحي اسم النظرية فإن العلاقة الرئيسية التي تحكمها هي علاقة الاعتماد بين وسائل الإعلام والنظام الاجتماعي والأفراد، وقد تكون هذه العلاقات مع نظام وسائل الإعلام جميعاً، أو مع أحد أجزائها<sup>(٣)</sup>.

ولكن تكمن قوة وسائل الإعلام في السيطرة على مصادر معلومات معينة تلزم الأفراد لبلوغ أهدافهم الشخصية، وعلاوة على ذلك أنه كلما زاد المجتمع تعقيداً زاد اتساع مجال الأهداف الشخصية التي تتطلب الوصول إلى مصادر معلومات ووسائل الإعلام<sup>(٤)</sup>.

ويرصد "ملفين ديفلير" و "ساندر بول" الآثار المعرفية **Cognitive Effects** التي تنتج عن اعتماد الأفراد على وسائل الإعلام والتي تشمل وفقاً لنظرية الاعتماد على كشف الغموض، وتكوين

١- ميرفت الطرايشي، وعبد العزيز السيد، نظريات الاتصال، الدار المصرية اللبنانية للنشر، القاهرة، ٢٠٠٦، ص ١٢١.  
2- Ball-Rokeach ,S .J.,& Defler ,M.L., A dependency model of mass media effects communication Research , 1986, 3, 3-21 .

٣- حسن عماد مكوي، ليلي حسين السيد، الاتصال ونظرياته المعاصرة، الدار المصرية اللبنانية، القاهرة، ٢٠٠٤، ص ٣١٤.

4 -Stephn W., Littlejohn, "Theories of Human Communication" Albuquerque, New Mexico, Seventh Edition, 2007, p, 324.

الاتجاهات، وترتيب أولويات الاهتمام، واتساع المعتقدات والقيم، ويتم استخدام مفهوم الاعتماد على وسائل الإعلام على النظم الإعلامية بالنسبة لقرارات التعرض الانتقائي الفردي وتأثيرات الرسائل الإعلامية على المعتقدات والسلوكيات في الأبحاث<sup>(١)</sup>.

ويوضح النموذج المتكامل لنظرية الاعتماد التداخل الكبير بين العناصر الرئيسية للعملية الاتصالية ( وسائل الإعلام \_ المجتمع \_ الجمهور ) ويقدم مجموعة معقدة من المتغيرات التي تؤدي إلى تأثير وسائل الإعلام التي تظهر نتيجة الاعتماد المتبادل بين وسائل الجمهور والنظم الاجتماعية الأخرى<sup>(٢)</sup>.

وينشأ تدفق للأحداث من المجتمع الذي يضم مجموعة من النظم الاجتماعية التي تحكمها الوظيفة البنائية، وتحدث علاقات اعتماد متبادلة بين هذه النظم الاجتماعية ووسائل الإعلام، ويتميز كل مجتمع بثقافة خاصة تعبر عن القيم والتقاليد وكذلك عاداته وأنماط السلوك التي يتم نقلها عبر رموز لفظية وغير لفظية وتحدث العمليات الدينامية لنشر الثقافة، وتشمل هذه الفعاليات على قوى تدعو إلى ثبات المجتمع والحفاظ على استقراره من خلال الإجماع والسيطرة والتكيف الاجتماعي، وتوجد أيضاً في المجتمع قوى أخرى تدعو للصراع والتغيير، وتتم هذه العمليات على مستوى البناء الكلي للمجتمع أو بين الجماعات أو المراكز الاجتماعية المرتبة بشكل تصاعدي، ويتضمن هذا البناء عناصر رسمية وغير رسمية<sup>(٣)</sup>، وتؤثر ثقافة المجتمع الذي توجد به وسائل الإعلام على عمل الوسيلة نفسها إيجابياً وسلبياً، وهي التي تحدد خصائص وسائل الإعلام.

تقوم وسائل الإعلام بتغطية الأحداث التي تقع داخل النظم الاجتماعية المختلفة، ومن الأشخاص داخل هذه النظم وتنتقي وسائل الإعلام التركيز على جملة من القضايا والموضوعات التي تشكل رسائل وسائل الإعلام المتاحة للجماهير، وهؤلاء الأفراد لديهم بناء متكامل للواقع الاجتماعي يستخدم هؤلاء الأفراد وسائل الإعلام لاستكمال بناء الواقع الاجتماعي الذي لا يدركونه بالخبرة المباشرة، والواقع الاجتماعي حين يكون محدداً للأفراد ويلبي احتياجاتهم وتطلعاتهم قبل و أثناء استقبال الرسائل الإعلامية لن يكون لوسائل الإعلام تأثير يذكر سواء تدعيم المعتقدات والقيم وأنماط السلوك الموجودة بالفعل، وعلى النقيض حيث لدى الأفراد واقع اجتماعي حقيقي يسمح بالفهم والتوجيه والسلوك فإنهم يعتمدون على وسائل الإعلام بقدر أكبر لفهم الواقع الاجتماعي، وإن المعلومات تتدفق من وسائل الإعلام ليكون لها تأثير كبير على الأفراد وفي بعض الحالات يحدث العكس بحيث تتدفق المعلومات من الأفراد لتؤثر في وسائل الإعلام وفي

1- Ball, Rokeach, op .cit, p. 485.

٢- حسن عماد مكاي، نظريات الإعلام، ط ٣، الدار العربية للنشر والتوزيع، القاهرة، ٢٠١٥، ص ٢١٠.

3 -Thomas A. Norton: "Social Identity and Media", Commutation Research, Vol., 27, No. 4, August, 2000, p. 439.

المجتمع ككل وتؤدي إلي تكوين جماعات اجتماعية جديدة مثل أحداث قد تؤدي إلى تغييرات في طبيعة العلاقات بين النظم الاجتماعية<sup>(١)</sup>.

ويرجع سبب الخلاف حول تأثيرات وسائل الإعلام (من قوية إلى محدودة إلى نماذج أكثر قوة) إلى التغييرات والتحولات الاجتماعية في العالم، ويحتمل ولكنه ليس من المؤكد أنه خلال هذه الفترة حدثت العديد من المتغيرات منها تزايد اعتماد الافراد داخل المجتمع على وسائل الإعلام كمصدر للمعلومات والإرشاد، وتكوين وسائل أكثر تأثيراً وفاعلية في الأمور التي تكون خارج الخبرة الشخصية المباشرة وتعد الأزمات مثال على ذلك<sup>(٢)</sup>.

ويمكن القول أن كل نظرية أو نموذج من نظريات ونماذج التأثير الإعلامي تركز على جانب من الجوانب، فهناك من يركز على الآثار المباشرة والسريعة، بينما تركز نظريات أخرى على الآثار الطويلة أو غير المباشرة، وهناك من يركز على آثار الإعلام، على القيم والثقافة والمنظمات الاجتماعية<sup>(٣)</sup>.

**المعرفة والمعلومات في نظرية الاعتماد على وسائل الإعلام:** المعلومات تعرف بأنها تلك التي تؤدي إلى تغيير سلوك وأفكار الأفراد واتخاذ القرارات والمعلومات وسيط لاكتساب المعرفة ضمن عدة وسائل أخرى كالتخمين والحدس والممارسة الفعلية.

وتبين أن المعرفة تختلف عن المعلومات في أنها حصيلة الامتزاج الخفي بين المعلومات والخبرة والمدرجات الحسية، فنحن نتلقى المعلومات ونمزجها بما ندركه بجواسنا ونقارنه بما تختزنه عقولنا لنصل إلى أحكام ونتائج وقرارات<sup>(٤)</sup>.

تهتم نظرية الاعتماد بالظروف التاريخية والبناء الاجتماعي أكثر من المتغيرات الشخصية والفردية، لذلك فهي أكثر ملائمة في التعامل مع النظام الاجتماعي بصورة أكبر من النماذج الأخرى المرتبطة بوسائل الإعلام.

تعتبر الأهداف المعرفية التي يسعى الفرد إلى تحقيقها ويعتمد فيها على وسائل الإعلام مثل "الحاجة إلى معرفة العالم الاجتماعي حولنا وغيرها"، تعتبر كلها وظائف للاتصال الرقمي ويحفظها نظام المعلومات الذي يتميز به هذا الاتصال، ونجدها موجودة بوفرة على المواقع العديدة لشبكة الإنترنت، وعلى قدر أهمية هذه الحاجات وقدرة المواقع المختلفة على تنظيمها وتقديمها تتفاوت درجات اعتماد الأفراد عليها في الظروف العادية، وتتصدر التأثيرات على وسائل الإعلام وخاصة أن وفرة المعلومات تجعل المستخدم

١- إبراهيم عبد الله المسلمي، الإعلام و المجتمع، ط٣، دار الفكر العربي، القاهرة، ٢٠٠٧، ص ١٢٨-١٢٩ .

2- Shainaz M., Tal Aat, Communication Process & Effects, The Anglo Egyptian Book Ship, 1993, p. 164.

٣- محمود شومان، الإعلام والأزمات مدخل نظري وممارسات عملية، دار الكتب العلمية للنشر والتوزيع، القاهرة، ٢٠٠٢، ص ١٣٤ .

٤- محمد منير حجاب، المعجم الإعلامي، دار الفجر للنشر والتوزيع، مصر، ٢٠٠٤، ص ٥٠٩.

يتجاوز المشكلات الخاصة بعدم كفاية المعلومات والغموض الناتج من ذلك، بجانب مساعدة الفرد في تشكيل الاتجاهات وتدعيمها أو التحول عنها خصوصاً في أوقات الأزمة أو عدم الاستقرار<sup>(١)</sup>.

وأن الأفراد يعتمدون على وسائل الإعلام باعتبارها مصدراً من مصادر تحقيق أهدافهم، فالفرد يهدف إلى تأييد حقه في المعرفة لاتخاذ القرارات الشخصية والاجتماعية المختلفة. إلا أن الأفراد لا يستطيعون ضبط أو تحديد نوع الرسائل التي تبثها وسائل الإعلام أكثر مما هي عليه، ولكنهم يستطيعون تحديد ما لم ينشر من رسائل لأن وسائل الإعلام تحدد ما ينشر أولاً ينشر بناءً على العلاقة الدائرية مع أفراد المتلقين مثلها مثل النظم الاجتماعية. ويظهر بالتالي تأثير الخصائص والسمات الفردية والاجتماعية على تطوير هذه العلاقة الدائرية مع وسائل الإعلام. وفي الآونة الأخيرة، ونظراً لانتشار المواقع العلمية الطبية على التواصل الاجتماعي فقد زاد اعتماد المرأة على المعلومات والطبية وتصفحها لتلك المواقع للحصول على الاستشارة الطبية والحصول على المعلومات عن طريق الاعلام، وبالتالي شكل هذا التصور لديها نوع من الاعتماد على تلك المواقع الصحية والذي يعتبر جزء من منظومتها المعرفية في ما يخص الرعاية الصحية للمرأة.

وتعتبر درجة اعتماد الأفراد على معلومات وسائل الإعلام هي الأساس لفهم المتغيرات الخاصة بزمان ومكان تأثير الرسائل الإعلامية على المعتقدات والمشاعر<sup>(٢)</sup>.

**تقوم نظرية الاعتماد على وسائل الإعلام على انه كلما كانت المعلومات والقضايا التي تبث عبر وسائل الإعلام ذات أهمية للفرد زاد اعتماده على هذه الوسائل للتعرف على تلك القضايا والمعلومات، وفي استقاء المعلومات زادت التأثير المعرفية والوجدانية والسلوكية لتلك الوسائل على هؤلاء الأفراد، وكلما زادت حالات التغير وعدم الاستقرار في المجتمع زاد اعتماد الأفراد فيه على وسائل الإعلام المختلفة، ويختلف الأفراد فيما بينهم من حيث درجة الاعتماد على وسائل الإعلام فجمهور الصغرة من المفترض أن يكون لديهم مصادر متعددة للمعلومات تجعلهم يتفاوتون في درجة اعتمادهم على وسائل الإعلام<sup>(٣)</sup>.**

ويقل اعتماد الأفراد على وسائل الإعلام الجماهيرية كلما توفرت لديه مصادر أخرى بديلة للمعلومات أو مصادر إعلام خارجية، وكلما أصبح الشخص أكثر اعتماداً على وسائل الإعلام لإشباع حاجاته كلما زادت أهمية الإعلام بالنسبة له وسيصبح لديها تأثير قوي على ذلك الفرد، إذا كان الشخص معتمداً بشكل

1-Stephn W., Littlejohn, op .cit, p, 324.

٢- محمد منير حجاب ، المعجم الإعلامي، المصدر السابق ، ص ٢٣٤ .

3- Melvin L.Defleur&Sandra J .Ball-Rokeach,"Theories of Mass communication, 4th ed NewYork,Longman,1982, p241.

كبير على وسائل الإعلام في الحصول على المعلومات وكانت وسائل الإعلام هي وسيلته الوحيدة للحصول عليها<sup>(١)</sup>.

ومن أهم العوامل التي تؤثر على عملية الاعتماد هي طبيعة الجمهور وأهدافه من الاعتماد على وسائل الإعلام، وطبيعة المجتمع ومدى تنوع مصادر الحصول على المعلومات في هذا المجتمع، وطبيعة وسائل الإعلام وتنوعها وقدرتها على تقديم المعلومات للجمهور، وتحقيق أهدافه من خلال التعرض لها، وطبيعة الوقت أو الطرف الذي يمر به الفرد أو المجتمع، والاختلافات الديموغرافية بين أفراد الجمهور، ومدى تأثيرها في أهدافهم ودوافعهم من الاعتماد على وسائل الإعلام، وطبيعة المعلومات التي تقدمها وسائل الإعلام، ومدى إشباعها لحاجات الأفراد<sup>(٢)</sup>، ومن هنا يكون تأثير وسائل الإعلام على المعرفة والشعور والسلوك في مجالات عديدة، ويرتد هذا التأثير أيضاً على العلاقة بين وسائل الإعلام، والمجتمع بالتالي، وهذا ما يؤكد العلاقة الثلاثية بين وسائل الإعلام، والأفراد، والمجتمع<sup>(٣)</sup>.

**دوافع اختيار نظرية الاعتماد على وسائل الإعلام:** هدفت الباحثة إلى اختيار نظرية الاعتماد على وسائل الإعلام، لأنه من خلال اختيار نظرية الاعتماد يمكن معرفة مدى ثقة المرأة العراقية في المعلومات الصحية المتاحة عبر مواقع التواصل الاجتماعي في غياب البدائل الأخرى للحصول على المعلومات الصحية. كما أن هذه النظرية تعمل على توضيح الآثار المعرفية التي تتركها وسائل التواصل الاجتماعي لدى المرأة، ومدى وجود اختلافات بينهم وبين المستخدمين اللاتي لا يستخدمن هذه المواقع.

**نحو مدخل نظري للدراسة:**

من خلال قراءة النظريات السابقة يتضح لدى الباحثة عدم قدرة نظرية واحدة على تقديم تفسير جامع مانع للدراسة الحالية، ولذا رأت الباحثة صعوبة الاعتماد على مدخل نظري واحد، ومن هذا المنطلق حاولت صياغة عدة مقولات يمكن من خلالها تفسير قضايا الدراسة، وتتمثل هذه القضايا فيما يلي:

القضية الأولى: تمثل الرعاية الصحية للمرأة في المجتمع أهم الوظائف في المحافظة على التوافق الاجتماعي سواء على مستوى الأسرة أم المجتمع.

القضية الثانية: تتحدد أبعاد الرعاية الصحية من خلال الالتزام نحو تحمل المسؤولية الاجتماعية والاقتصادية تجاه الأسرة والمجتمع.

---

1-Sven Windah 1& Denis Mcquil ."communication models for the study of mass communication " , Net York, Longman publishing ,1993 ,p.112.

٢- محمد عبد الحميد، نظريات الإعلام واتجاهات التأثير، ط٣، عالم الكتب، القاهرة، ٢٠٠٤، ص ٢٣٦.

٣- عاطف عدلي العبد، ونهى عاطف العبد، نظريات الإعلام وتطبيقاتها العربية، ط٢، دار الفكر العربي، القاهرة، ٢٠١١، ص ٢٣٤ - ٢٣٥.



القضية الثالثة: أن القيم هي العنصر الحاسم في النسق الاجتماعي، حيث تؤثر القيم على طبيعة الرعاية الصحية للمرأة، وذلك مثل قيم الزواج المبكر أو إنجاب الذكور أو غير ذلك من القيم التي تؤثر على السلوك الإيجابي للمرأة.

القضية الرابعة: إنه مادام نسق القيم، هو المحدد لعقلانية السلوك في الواقع، فإن القيم الدينية هي التي تحدد عقلانية هذا السلوك، حيث تضيء المرأة على بعض محددات الصحة تفسيرات ومرجعيات دينية.

القضية الخامسة: يؤثر عمل المرأة ودورها الإنتاجي على الجانب الصحي والرعاية الصحية المقدمة للمرأة، باعتبار أن الأبعاد الاقتصادية تؤثر على الأبعاد الاجتماعية والصحية والثقافية.

القضية السادسة: يمثل الدخل والأوضاع الاقتصادية أحد المحددات التي تؤثر على السلوك الصحي والرعاية الصحية ومكونات الصحة بشكل عام للمرأة.

القضية السابعة: تعد الصحة أحد الأدوار الوظيفية في المحافظة على النسق الاجتماعي، حيث يؤدي السلوك الصحي الصحيح وظيفية اجتماعية تتمثل في المحافظة على الأسرة والمجتمع.

القضية الثامنة: أن مكونات وسلوكيات الرعاية الصحية ترتبط بمجموعة من الأدوار والمعاني والعوامل الاجتماعية والاقتصادية المرتبطة بالأدوار أو المكانات في الأسرة والمجتمع.

القضية التاسعة: الظواهر الاجتماعية والصحة تتكون وتتشكل من خلال العوامل الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، ومن خلال خبرة المرأة التي تتكون من خلال حياتهن اليومية والتي تتكون من المعاني التي تشترك فيها الجماعة والمستمدة من الواقع.

تم عرض لنظريات الدراسة متمثلة في البنائية الوظيفية، التفاعلية الرمزية وقضايا الصحة للمرأة، نظرية الدور والصحة للمرأة، وحاولت الباحثة صيغة ندخل نظري للدراسة يتمثل في تسعة قضايا . ومن أوجه استفادة الباحثة من النظريات العلمية فأنها استفادت في توجيه الدراسة العملية، وتفسير نتائج الدراسة الميدانية وصياغتها، تحديد مشكلة الدراسة هذا بالإضافة إلى استفادة الباحثة من كل نظرية من النظريات السابقة على حده، ومحاولة الإفادة منها في تحديد القضايا الأساسية للدراسة الراهنة، وذلك من خلال إمكانية توظيف الاتجاهات التنظيرية في قضايا المنظومة المعرفية والرعاية الصحية.

وقد تبنت الدراسة الراهنة النظرية البنائية الوظيفية لكلا من بارسونز وفريدسون، حيث تعد آراء كلا منهما مدخل نظرياً هاماً في تفسير ظاهرتي الصحة والمرض والرعاية الصحية، وخصائص السلوك المرضى في العديد من المجتمعات، فالافتراض الأساسي الذي بني عليه كلا من بارسونز تصوره من خلال نظرية الدور هو رغبة المريض في استعادة الصحة، ويتضح ذلك من خلال تفسير وتحليل دور المريض وما يتميز به من بعض الحقوق والالتزامات التي حددها المجتمع.

# الفصل الرابع

## المنظومة المعرفية للمرأة وعلاقتها بظواهر الصحة والمرض

### التمهيد

أولاً: العوامل الاجتماعية المؤثرة على صحة المرأة وعلاقتها بالمنظومة  
المعرفية

ثانياً: دور الدين في الصحة والوقاية من الامراض

ثالثاً: اعتماد المرأة على مواقع التواصل الاجتماعي كمصدر للمعلومات  
الصحية

رابعاً: الإعلام الصحي والرعاية الصحية للمرأة

## التمهيد:

الإنسان كائن اجتماعي، يعيش في جماعة، يتأثر بها ويؤثر فيها من خلال عملية مستمرة من التفاعل. ومنذ بدأ الخليقة؛ عندما خلق الله "عز وجل" آدم "عليه السلام"، لم يتركه يحيا وحده، بل خلق من ضلعه حواء؛ ليأنس إليها ويعيش معها، ثم خلق من بعدهم ذرية كثير.

والإنسان في حياته الاجتماعية، يقوم بتنظيم تفاعلاته مع الآخرين (من الأسرة والأقارب والجيران ومجتمعه الصغير... وتستمر هذه الدائرة في الاتساع حتى تصل للعالم كله) وفقاً لرؤاه الخاصة التي تتأتى من منظومة القيم التي ينشأ في ظلها. وتتأثر هذه المنظومة القيمية الشخصية - بل إنها تتبع - من المنظومة القيمية الأعم الراسخة في المجتمع التي تقوم على أساس الاعتقاد السائد في المجتمع، والذي يتأتى من عوامل الدين والثقافة والتاريخ.

أن التطور الحادث في تكنولوجيا المعلومات والاتصال يفرض على المجتمعات التطور في وسائل الاتصال وطرقه والتفاعل الاجتماعي بين الأفراد والمجتمعات، وذلك يزيد من فرض تطور منظومة القيم والأفكار في المجتمع ويؤثر عليها سلباً وإيجاباً، مما يستدعي وجود نظام واضح من القيم والمعايير الخاصة بكل مجتمع للحفاظ على هويته وأمنه واستقراره.

إن صحة الفرد في المجتمع هي الغاية التي يسعى لتحقيقها المخططون لأن التنمية الصحية أساسية للتنمية الاجتماعية والاقتصادية فهي القوة الدافعة الحقيقية للتنمية، ولذا فإن الفرد في المجتمع بحاجة ماسة إلى الرعاية والعناية لينشأ صحيح الجسم والعقل قادراً أن يسهم في تنمية هذا المجتمع، ولا يمكن أن تتوفر هذه الرعاية والعناية إلا في مجتمع منظم وفي وسط عائلي قادر على تأمين حاجة أفرادهم منذ ولادتهم حتى يصبحوا أقوياء قادرين على تحمل مسؤولية أنفسهم في خضم الحياة.

سيتناول هذا الفصل الراهن أولاً: العوامل الاجتماعية المؤثرة على صحة المرأة وعلاقتها بالمنظومة المعرفية، وثانياً: دور الدين في الصحة والوقاية من الأمراض، وثالثاً: اعتماد المرأة على مواقع التواصل الاجتماعي كمصدر للمعلومات الصحية

## أولاً: العوامل الاجتماعية المؤثرة على صحة المرأة وعلاقتها بالمنظومة المعرفية

تلعب العوامل الاجتماعية دور في الإصابة بالأمراض يمكن دراسته بطريقتين مختلفتين، قد يكون هناك تأثير غير مباشر إذ تؤدي العوامل الاجتماعية من خلاله إلى نشوء العامل الضار المادي- الحيوي بكيفية ما. وكبديل لذلك فإن العوامل الاجتماعية قد يكون لها تأثير مباشر مثل وجود عامل ما في البيئة الاجتماعية إلى الإصابة بالمرض دون وجود عوامل مادية أخرى، وللبحث في ماهية العلاقة بين العوامل الاجتماعية وعلاقتها بالصحة والمرض كجزء من المنظومة المعرفية لها ترى الباحثة عرضها على النحو التالي:

### ١- القيم والاتجاهات:

تعتبر القيم عنصراً هاماً من عناصر الثقافة ويحاول افراد أي مجتمع تحقيق القيم المجتمعية من خلال السلوك ويلاحظ أنه في الحالة المثالية لا تتعارض المعايير مع القيم ولكنه في الواقع احياناً يحدث الصراع بينهما على سبيل المثال إذا كانت قيمة الإنجاز تعتبر من القيم التي تسود في المجتمع. فإن الصحة كقيمة هو مفهوم منتشر على نطاق واسع ومع ذلك فإن المعايير تجبر الأشخاص أن يعملوا في مهن تؤدي إلى توترات شديدة لديهم ويعيشون في مناطق جغرافية ملوثة أو يتناولون طعاماً يؤدي على المدى الطويل إلى تأثير على الصحة<sup>(١)</sup>.

ويمكن فهم دور القيم في فهم قضايا الصحة والمرض، حيث لا يمكن فهمها بعزل عن البناء الاجتماعي والثقافي، ولقد شهدت العقود الماضية تغيراً جذرياً في أنماط الأمراض وانتشارها بين أفراد المجتمع، من الأمراض المعدية إلى الأمراض المزمنة، حيث ان المجهودات التي يبذلها أي مجتمع من أجل تحسين الحالة الصحية للسكان ونشر الخدمات الصحية بينهم تصطدم بشكل مباشر بتصورات هؤلاء السكان عن الصحة والمرض، وأنماط سلوكهم في التغذية والترفيه وغيرها، وهذا ما تؤكد بعض الاطروحات السائدة في الدراسات الاجتماعية حول إمكانية التنبؤ بشكل معقول بالصورة التي تتخذها الحالات المرضية إذا ما عرفنا مضمون الثقافة.

فالقيم الاجتماعية هي نتاج خبرات اجتماعية، والقيم كعنصر من عناصر الثقافة لها دور في مواجهة المرض حيث أشارت بعض الدراسات الاجتماعية والانثروبولوجية إلى التنشئة الاجتماعية، ودورها في تعزيز القيم الايجابية في مواجهة المرض ودعم الصحة، وتلعب أيضاً دور في تحديد الطلب على الخدمة الطبية، ومن ناحية أخرى فإن دور القيم على سبيل المثال يتجلى في انصراف الناس عن النسق الطبي الرسمي لتجاهله لطبيعة البناء الاجتماعي وثقافة المجتمع، وانحصار اهتمام التعليم الطبي في العلوم الطبية فحسب، دون التطرق إلى بعض المعوقات الثقافية لدور الطبيب والنسق الطبي في المجتمع، وإغفال دور الأسرة في غرس القيم الصحية الايجابية من خلال عملية التنشئة الاجتماعية، والملاحظ ان دور القيم يمتد تأثيره الى استجابات الناس للمرض، وسلوكهم حياله، وطلبهم للخدمة الصحية، أضف إلى ذلك ان التنوع الثقافي هو

١- نبيل صبحي حنا، الطب والمجتمع، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، ١٩٨٧، ص ٢١٥.

الأخر يلعب دوراً ملحوظاً في السلوك الاجتماعي، والتعامل مع المؤسسات الصحية. استخلاصاً مما سبق نستطيع التأكيد على أهمية إدراك القيم بالنظر إلى الأبعاد التالية:

١- أن القيم تشكل رموزاً ثقافية تحدد ما هو مرغوب فيه وما هو مرغوباً عنه، هذا إلى جانب أنها تلعب دور المحددات التي توجه السلوك وتدعم الاتجاهات في مختلف المواقف التي يتفاعل فيها البشر داخل المجتمع.

٢- أن القيم تشكل جوهر البيئة الثقافية لأي مجتمع من المجتمعات التي تستند إليه المعايير والتقاليد والأعراف والقواعد التنظيمية في أي مجتمع من المجتمعات، ومن ثم فالانحراف عن القيم يعتبر انحرافاً عن ثقافة المجتمع ونسيج العلاقات الاجتماعية فيه.

٣- أن القيم هي التي تشكل حلقة الصلة بين الأنساق الثلاثة المشكلة للمجتمع نسق الثقافة ونسق الشخصية، والنسق الاجتماعي. فالقيم تشكل المحور الرئيسي لنسق الثقافة في المجتمع، ثم هي التي يتم استيعابها بواسطة نسق الشخصية من خلال عمليات التنشئة الاجتماعية في المجتمع، ثم إنها تمثل المحكمات أو المعايير التي يتفاعل الإنسان مع غيره على أساسها في مختلف مجالات الواقع الاجتماعي داخل بناء النسق الاجتماعي.

٤- وتمثل الروافد الأساسية لتتشكل نسق القيم في رافدين رئيسيين الأول أنها تنحدر إلى المجتمع عن إرثه التاريخي، إذ تنقل إلينا ثقافة وقيم الأجداد لكي يستفيد منها في تنظيم واقعنا الاجتماعي المحيط، أما الرافد الثاني فيمثل في أن القيم تنبع عادة عن التفاعل الاجتماعي الذي يحدث بين مجموعة الأفراد في المجتمع وهو التفاعل الذي يفرز مجموعة من الرموز الثقافية القيم التي تتحول بدورها لكي تتولي ضبط التفاعل وتنظيمه.

٥- تتميز منظومة القيم في أي مجتمع من المجتمعات بخاصية النسبية، وأن نسبة القيم تضم عادة ثلاث أنماط من القيم: الإدراكية التي تساعد على الإدراك الموضوعي للأشياء، والتفضيلية التي تساعد على الاختيار بين الأشياء، والإرشادية التي توجه الإنسان في مختلف المواقف.

ومن ثم نجد أن القيم هي مجموعة من الأحكام المعيارية المتصلة بمضامين واقعية، يتشربها الفرد من خلال انفعاله وتفاعله مع المواقف والخبرات المختلفة، ويشترط أن تتال هذه الأحكام قبولاً من جماعة إجتماعية معينة تتجسد في سياقات الفرد السلوكية أو اللفظية أو اتجاهاته واهتماماته<sup>(١)</sup>.

أن العلاقة وثيقة بين القيم والاتجاه حيث أن كل اتجاه مصحوب بقيمة، وأن الاتجاه والقيمة وجهان لعملة واحدة ولا معنى لأحدهما دون الآخر. فحياة الإنسان الحقنة خاضعة للاتجاهات والقيم معاً،

1- Goode E , Socialization , Prentice , Hall , Ing , New.jersey .1984, P.138.

وإذا كان الاتجاه اتجاه إقدام وقبول ورضا كانت القيمة التي تصحبه وترتبط به قيمة إيجابية. أما إذا كان اتجاه إحجام ونفور وعدم قبول كانت العملية سلبية، والقيمة السلبية هي تلك التي يعبر عنها العامة بقولهم "قلة قيمة" وغني عن الذكر أن أي شيء يرفع قدرنا ومركزنا يعد ذا قيمة إيجابية. أما ما يقلل من قدرنا ومركزنا فيكون ذا قيمة سلبية والقيمة الإيجابية تجذب الشخص نحوها. أما القيمة السلبية فتدفع الشخص بعيداً عنها، وأنها ترتبط ارتباطاً عضوياً بالاتجاهات وإنما نستطيع دراسة وتحليل القيم والتعرف عليها من خلال مؤشرات الاتجاه، غير أنه في الحقيقة الاتجاه يكون أقل تجريداً من القيمة وأقل ثباتاً. فهو أسهل تعبيراً فضلاً على أنه يتكون بسرعه فهو لا يحتاج لخبرات كثيرة لأنه يعبر عن موقف أو عن موضوع واحد أو عدد قليل من المواقف، وقد لا يحتاج لمواقفة إجتماعية فهو مجرد ميل لفعل ما مرغوب حول موضوع معين ويمثل وعياً فردياً من جانب شخصي، وبالتالي فهو معياري ولا يصلح كأحكام نهائية، ولذا نجد أن الفرق بين القيمة والاتجاه أو الرغبة أو الدافع أو غير ذلك من المفهومات الدالة على السلوك الإنساني. فالقيمة مفهوم ينطوي على تلك المفاهيم ويزيد عليها بالعنصر المعياري، فإذا تحقق هذا الشرط المعياري في الاتجاه أي أصبح الاتجاه نحو الأفضل أو الأصوب التقى الاتجاه مع القيمة.

## ٢ - المعتقدات والأمثال الشعبية:

تلعب المعتقدات الشعبية لدى أفراد المجتمع العراقي دوراً خطيراً بما تمثله من عائق منيع أمام الجهود الطبية التي تبذلها الدولة للقضاء على الأمراض ويرجع ذلك لأنها راسخة ومتأصلة في نفوس الأفراد ومتوارثة من السلف إلى الخلف ومن امثلة هذه المعتقدات: الاعتقاد بالحسد والعين ومما يؤكد ذلك خوف أفراد المجتمع من الحسد وقد انتشرت نتيجة لهذا الاعتقاد بعض العادات الخاطئة التي تؤثر على الصحة .

كذلك فإن المواقف والمعتقدات الفرعية بشأن الرعاية الطبية قد تعمل أيضاً على تحويل الناس من اللجوء الى الخدمات العانة للرعاية الصحية إلى أنماط بديلة للرعاية مثل أساليب الطب الشعبي، والطب الشعبي في أبسط معانيه جميع الافكار ووجهات النظر التقليدية حول المرض وطرق العلاج، وما يتصل بذلك من ممارسات وسلوكيات تتعلق بالوقاية والتطبيب بصرف النظر عن النسق الرسمي للطب الحديث<sup>(١)</sup>.

وتلعب الأمثال الشعبية دوراً خطيراً في دعم او الوقوف دون اللجوء إلى الخدمات الطبية الرسمية، ودعم الطب التقليدي (الشعبي)، وذلك في أنها يمكن ان توظف في تعزيز العلاج والوقاية أيضاً من الأمراض، وعلى سبيل المثال في الحث على إجراء عملية جراحية، وذلك من خلال تعبئة المريض وحثه على إجراء الجراحة، وغيرها من الأمثال التي لها وقع خاص في نفس المريض، والمربي، وحتى الطبيب. وقد تكون أداة ناجعة اذا تم توظيفها لتعزيز عملية التنشئة الاجتماعية وتعديل او محاربة القيم السلبية في

١ - محمد ابراهيم عباس، المدخل الى الانثروبولوجيا، الجزء الاول، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، ١٩٩٢ ، ص ١٨٣.

المجتمع. حيث ان هناك آليات أخرى لا يقل دورها عن دور الأمثال في تعزيز القيم الايجابية، والتي منها أيضاً دور القيم من خلال الدين، فقد دلت الشواهد الاثنوجرافية على العلاقة الوثيقة التي تربط بين الدين وبين الصحة والمرض، منذ العصر الإغريقي وحتى الوقت الراهن، حيث تجسدت نظرة الإغريق في زيارتهم للأضرحة المشهورة وتقديرهم وتقديسهم لها، في حين ان الدين الإسلامي اهتم بالقيم الصحية واللجوء إلى الخدمات الصحية، بما يتضمنه من أوامر ونواه تحض على النظافة والطهارة الروحية والجسدية، والإسراع بالتداوي، لان الله لم يخلق داء الا وخلق الدواء.

والملاحظ ان مفهوم المرض وأسلوب مواجهته وتفسيره تتحدد في ضوء مجموعة من الاعتبارات منها المعتقدات الدينية والشعبية المتعلقة بوجود الإنسان والمخلوقات المختلفة وعلاقتها بالكون والبشر، ورؤية الإنسان للحياة والموت والصحة والمرض وتأثير الموجودات الطبيعية وما وراء الطبيعة، وبالتالي يتشكل أبناء الثقافة الواحدة في تفسير أسباب المرض وكيفية تلمس الشفاء، وبما ان الصحة حالة من التكامل البدني والنفسي والعقلي والاجتماعي والروحي وليست مجرد الخلو من المرض والعجز، وتعزيز الصحة هي ذلك العلم الذي يساعد الأفراد على تحسين أنماط حياتهم الى جانب تمكينهم من التحكم وتحسين صحتهم، العادة الصحية هي ما يؤديه الفرد عن قصد نابع من تمسكه بقيم معينة ويمكن ان تتحول الممارسات الصحية السليمة الى عادات تؤدي بلا شعور نتيجة كثرة التكرار وهذه مسؤولية الأسرة حيث يبدأ تكوين القيم من الناحية الصحية، والوعي الصحي، هو إمام الناس بالمعلومات والحقائق الصحية وإحساسهم بالمسؤولية نحو صحتهم وصحة أبنائهم، وهو الهدف الذي نسعى إليه الى ان تبقى المعلومات الصحية قيم صحية إيجابية، وللقيم دوراً هاماً في توضيح ان البيئة تعتبر الوسيط لنقل معظم الأمراض وكيفية التغلب على العوامل البيئية لمواجهة المرض والحد من انتشاره وتنقيف أفراد المجتمع بتوضيح ماهية المرض وأسبابه.

### ٣- العادات الاجتماعية:

إن العادات الاجتماعية في المجتمعات التقليدية تكون مرتبطة أكثر بعناصر سحرية وخرافية وتوجد هناك علاقة بين العادات وانتشار الأمراض، كما ان العادات والتقاليد الموجودة بالمجتمعات المتخلفة من الممكن ان تكون معوقة في الاستفاداة من الخدمة الصحية وذلك تبعاً لنوع التنشئة الاجتماعية التي تمنحها البيئة الاجتماعية للفرد مما يؤثر على المستوى الصحي لهذه المجتمعات، وأمثلة العادات الاجتماعية السيئة كثيرة من صورها: العادات الغذائية تكثر الأم من إطعام طفلها المواد النشوية وتهمل المواد البروتينية ويرجع ذلك إلى عدم الوعي الصحي بالغذاء المتوازن مما يؤدي إلى إصابة الطفل بالأنيميا وغيرها من الأمراض، وقد لا ترضع الأم طفلها رضاعة طبيعية حفاظاً على جمال صدرها وتستبدل بذلك الحليب الصناعي، وبالتالي يكون الطفل عرضه للأمراض، فحليب الام يقي الطفل من كثير من الأمراض كما ثبت ذلك علمياً، ويزيد من مناعة الجهاز المناعي للطفل. كذلك بعض الأمهات يلزمن أطفالهن المشي

مبكراً قبل الأوان فينتج عنه تقوس عظام الساقين وتشوههما. اما الكبار فنجدهم يخرجون إلى العمل من غير تناول طعام الإفطار او يقومون بالتدخين قبل تناول الطعام مما يقلل من شهيتهم للطعام. وعلى سبيل المثال، زواج البنات المبكر يعتبر من العادات الاجتماعية السيئة التي تؤثر على صحة المرأة حيث يؤدي إلى إصابة المرأة بالعقم ويزيد من نسبة الوفيات بين الأطفال أثناء الوضع او بعده لعدم قدرة الام على العناية اللازمة بطفلها وقد زادت هذه العادة في المجتمع العراقي في الآونة الأخيرة. فزواج الأقارب حيث يعد سبباً من أسباب انتقال الأمراض عن طريق الجينات الوراثية خاصة اذا كانت الأسرة ينتشر بين أفرادها مرض يمكن تناقله وراثياً كالتخلف العقلي مثلاً وقد نبه الطب إلى مخاطر الزواج من الأقارب، ويفضله الكبار في السن وبعضهم الشباب لقلة وعيهم الصحي وتمكن العادات الاجتماعية منهم ولا يعتقدون ان مصدر الإصابة بالأمراض هو زواج الأقارب السلوكيات الضارة بالصحة مثل التدخين وتحويل الطفل الرضيع وغيرها، وهذه كلها عادات ضارة على صحة الإنسان حيث يرتبط بالتدخين بمعظم حالات الوفاة المبكرة في بلدان العالم، والتدخين يعتبر مشكلة طبية في حد ذاته وايضاً النتائج السيئة المترتبة عليه على التدخين السلبي، وأثار ذلك على الأبناء أيضاً من خلال التقليد والمحاكاة<sup>(١)</sup>.

كما ان العادات والتقاليد الموجودة بالمجتمعات المتخلفة من الممكن ان تكون معوقة في الاستفادة من الخدمة الصحية وذلك تبعاً لنوع التنشئة الاجتماعية التي تمنحها البيئة الاجتماعية للفرد مما يؤثر على المستوى الصحي لهذه المجتمعات. وقد بدأ علماء الأنثروبولوجيا يلاحظون أن الصحة ذاتها، وكذلك الطرق التي يستخدمها الناس في تحديد المرض والاعتلال هي نفسها طرق محددة ومكررة ثقافياً. فأعراض الصحة المعتلة تختلف وتتنوع بدرجة كبيرة حسبما تعنيه هذه الأعراض من الناحية الوظيفية للأفراد والذين يحملونها من الناس، فمثلاً قد يكون الإسهال أمر مزمنًا وعادياً، ومن ثم فهو لا يشكل سبباً للإزعاج<sup>(٢)</sup>. ومن ثم نجد أن القيم تتفق مع العادات في كونها تمثل واقع وطاقت السلوك متأثراً بالنسق الثقافي للمجتمع، فالعادة هي سلوك إجتماعي متكرر بطريقة تلقائية في مواقف محددة، في حين أن القيمة تتضمن متطلبات أكثر تعقيداً من السلوك المتكرر وأكثر تجريداً، كما أنها تتطوي على أحكام معيارية للتمييز بين الصواب والخطأ والخير والشر، وهذا كله لا يمكن توافره في العادة الفردية، وأيا كانت طبيعة العادة، إجتماعية أو فردية، فإن العلاقة بينها وبين القيم تتمثل في أن العادات تكون مشتقة عامة من قيم المجتمع، أو هي سلوكيات تعمل وفقاً لمعايير هذه القيم<sup>(٣)</sup>.

1- Antti Untela and JaakaTuomilehto : Social saince of Medicine Vol 35 No 4 1992, p 392 .

2- Moony A nny Nagy .J.Assessing the contributions of the social sciences to Health ,OP,cit,p.26.

٣ - محمد الجوهري وآخرون، علم الاجتماع الطبي، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان - الاردن، ٢٠٠٩، ص ٩٨.



وكما أن هناك تبايناً كبيراً بين الأنساق القيمية للأفراد، فإن هناك اختلافاً كبيراً في القيم داخل الأنساق القيمي لكل مجتمع من المجتمعات، ويتميز النسق القيمي بالمرونة الوظيفية ويعاد ترتيبه من جديد في ضوء التغيرات والتحويلات الإجتماعية والفكرية الجديدة، ومن ثم نجد أن كل المتغيرات السابقة كالاتجاه أو العادة، والسلوك، والتقاليد، والأعراف ليست سوى مؤشرات ذاتية للقيم لأن القيم مهما تشكلت أو تعددت فهي بالضرورة إجتماعية لأنه عند إختيار القيمة لا بد أن يتجه السلوك إلى المجتمع بخبراته ومواقفه المتنوعة. فالتقاليد والعادات مشتقة من نسق القيم في الماضي منحدره إلينا، وهي باقية طالما أن هناك إستمرار لذات النسق القيمي، فإذا تغيرت القيم فلا بد من تغير العادات والتقاليد ولو بدرجة بطيئة وتدريجية. أما بالنسبة للإتجاهات، فالقيم تحتل قاعدة تشكل الإتجاه. فبالنظر إلى مجموعة القيم المحددة، يحدد الشخص إتجاهه نحو موضوع إجتماعي معين، أما بالنسبة للأعراف والمعايير فهي ليست سوى قواعد متفق عليها للسلوك أو لتوجيه السلوك مشتقة من القيم الثقافية السائدة، أو هي القيم في حالة فاعليتها الإجتماعية أو أدائها لدورها واقعياً.

#### ٤- التعليم ومستوى الرعاية الصحية:

يمثل التعليم أحد المحاور الهامة التي يتركز عليها البعد الاجتماعي، وبالتالي يمارس دوراً هاماً ومؤثراً في رفع المستوى الصحي لدى الأفراد بالمجتمع، مما ينعكس ذلك على التعامل مع المرض وكيفية مواجهته، ومن ثم تمارس المؤسسات التعليمية دوراً هاماً في رفع المستوى الصحي من خلال إمكانية تزويد الأفراد بالحقائق والمعلومات عن الأمراض المنتشرة داخل المجتمع، هذا إلى جانب طرق الوقاية من المرض وتوضيح العادات الضارة بالصحة والمرتبطة بالإصابة بالمرض<sup>(١)</sup>.

وتؤكد العديد من الدراسات على ارتباط مستوى التعليم بمعدل الإصابة بالمرض، حيث تؤكد دراسة كلاً من ميغل وكريمير على ارتباط الإصابة بمرض البلهارسيا والإنكلستوما بمستوى التعليم لدى الأطفال، حيث يتأثر معدل الحضور والالتزام بالمؤسسة التعليمية بالإصابة بالمرض، وبالتالي تنخفض معدلات الحضور لدى الأطفال المرضى بالإضافة إلى عدم القدرة على التحصيل الدراسي أو التسرب من التعليم مقارنةً بالأطفال الأصحاء، ويرجع ذلك إلى أن الرعاية الصحية للمرضى تنال وقتاً طويلاً أثناء ساعات الدراسة المنتظمة مما تعرقل وتعوق التزام الأطفال بالحضور للمؤسسة التعليمية، ومن ثم تعد العلاقة بين معدل الإصابة بالمرض ومستوى التعليم علاقة معقدة، حيث تستنزف طبيعة المرض الطاقة الحيوية والبشرية لدى الطفل، وبالتالي يعرقل المرض مشاركة الطفل في الحياة الأكاديمية والاجتماعية داخل المؤسسة التعليمية<sup>(٢)</sup>.

١- حسن عبد الحميد رشوان، دور المتغيرات الاجتماعية في الطب والأمراض: دراسة في علم الاجتماع الطبي، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، ١٩٨٨، ص ٢٣٧-٢٣٨.

2- Rexford Santerre And Other, Health Economic, Richard Dtrwin Times Mirror Higher Education Groupm , u.s.a, 1996, P112.

ويتضح مما سبق أن متغير التعليم أحد العوامل الأساسية التي تلعب دوراً رئيسياً في إدراك المريض بالألم وكيفية التعبير عن المرض، فالمرضى المتعلمون أكثر وعياً ومعرفة بالأعراض المرضية بالإضافة إلى توقع الألم، بينما المرضى الأقل تعليماً هم الأكثر قلقاً وبالتالي تزداد نسبة استجابتهم للمرض<sup>(١)</sup>، ومن ثم يتناسب مستوى التعليم طردياً مع الحالة الصحية للمريض في أي مجتمع، فكلما ارتفع مستوى التعليم كلما ارتفع المستوى الصحي وبالتالي انخفاض نسبة الإصابة بالمرض، وعلى العكس كلما أنخفض مستوى التعليم كلما أنخفض المستوى الصحي وبالتالي ارتفاع نسبة الإصابة بالمرض في العديد من المجتمعات التي لا تهتم بالحالة التعليمية لأفرادها، حيث يؤدي الجهل وتدني مستوى التعليم بهذه المجتمعات إلى عدم البحث عن الأسباب الفعلية للمرض هذا إلى جانب عدم البحث عن الوسائل الطبية الحديثة للقضاء على المرض، ومن ثم يرتبط مستوى التعليم ارتباطاً وثيقاً بمعدل الإصابة بالمرض<sup>(٢)</sup>.

لذا يُعد التعليم أحد الجوانب الهامة للتنمية البشرية، حيث أن التنمية البشرية لها جانبان.

**الأول:** تشكيل القدرات البشرية مثل تحسين مستوى الصحة والمعرفة والمهارات.

**الثاني:** انتفاع الناس بقدراتهم المكتسبة للاستمتاع بوقت الفراغ أو في التعليم يشمل كل من شأنه تنمية المعرفة والمهارة فالتعليم كنتاج يجعل الناس أكثر إنتاجية وصحة، وأكثر قدرة على الإبتكار، ومن ثم يصبحون أكثر غنى في كل نواحي الحياة، كما أن التعليم مدخل ضروري للتقدم في مجالات التنمية البشرية الأخرى.

#### ٥- التنشئة الاجتماعية وصحة المرأة:

لقد شغلت العلاقة بين التنشئة الاجتماعية والقيم مقارنة هامة وبارزة في الدراسات الاجتماعية المعاصرة، ويعود ذلك إلى ديناميكية هذه العلاقة وشدة ارتباطها بمجموعة التغيرات التي تمر بها المجتمعات<sup>(٣)</sup>. ذلك ان منظومة القيم السائدة تختلف من مجتمع إلى آخر ومن فترة تاريخية لأخرى، بل ومن جماعة لأخرى داخل المجتمع الواحد. كما أن التنشئة الاجتماعية بما تمثله من أهمية كعملية اجتماعية قد ستحدث -وما تزال- العديد من التبدلات بدءاً من المؤسسات القائمة بها كوظيفة تربية حتى مجموعة المصادر والروافد التي باتت تتحكم في مسيرة التنشئة الاجتماعية للفرد والجماعة<sup>(٤)</sup>. بالإضافة إلى أن العلاقة بين التنشئة الاجتماعية والقيم تعد علاقة جدلية ديناميكية تعكس بشكل أو بآخر عملية

١- نادية عمر، العلاقات بين الأطباء والمرضى، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ٢٠٠٣، ص ١٩٤.

٢- الوحسي أحمد البيري، مقدمة في علم الاجتماع الطبي، مصدر سبق ذكره، ص ٨٢.

٣- سناء الخولي، الأسرة والحياة العائلية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ٢٠١١، ص ١٨ - ١٩.

٤- محمد أحمد بيومي، علم اجتماع القيم، دراسة في علم الاجتماع الثقافي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٦، ص

ص ٤١- ٤٤.

التغير الاجتماعي بأسبابها وعواملها وتوضح في نفس الوقت إحلال نماذج ثقافية محل أخرى ومن متغيرات متشابكة<sup>(١)</sup>.

إن العوامل المختلفة كالتنشئة الاجتماعية والاهتمام بالصحة الايجابية للأسرة تنعكس انعكاساً مباشراً على تحقيق تنمية الصحة العامة بالمجتمع، كما أن النهوض بالصحة الايجابية يتم عن طريق إزالة جميع العوائق والمعوقات، ويعتبر من الضروريات الهامة لتحسين الخدمة الصحية وتمكنها من الاستمرار والتطور في ظل التغيرات الاجتماعية الراهنة، وبالنظر إلى المجتمع العراقي يمكن القول أنه قد مر بالعديد من العوامل التاريخية لكل منها قيمها الاجتماعية المعبرة عنها، شأنه في ذلك شأن المجتمعات العربية الأخرى، وبنفس التطور تمر الأسرة العراقية بالعديد من التغيرات الحادة والسريعة المؤكدة على وجود منظومة قيم جديدة تتفاعل مع منظومة قيم تتسم بالتقليدية والثبات شبه المطلق. لتبقى التساؤلات المطروحة من نوع: ما هي الأسباب التي أدت إلى خلق هذه الازدواجية بين القيم التقليدية والقيم المستحدثة بصورة متداخلة ومعقدة؟ وإلى أي مدى يرتبط الصراع القيمي بتحولات عالمية تتفاعل جديلاً مع تحولات أخرى محلية؟ وما هي القيم الثابتة والقيم المتغيرة في الحياة الاجتماعية العراقية في الوقت الحاضر؟ وعليه يمكننا الكشف عن فهم دور الأسرة العراقية في غرس القيم الصحية الايجابية لدى الأبناء، ذلك أن البناء الأسري العراقي قد شهد خلال العقود الخمسة الأخيرة العديد من التغيرات التي أدت إلى تغيرات موازية في عملية التنشئة الاجتماعية، وقد أشارت العديد من الدراسات في مجال علم الاجتماع العائلي إلى هذه التغيرات ومن أبرزها:

- ١- انتشار التعلم من خلال المؤسسات التعليمية خاصة الجامعية، إذ أدى ذلك إلى اتخاذ وتبني التعلم كقيمة اجتماعية لدى الأسرة العراقية سواء بالنسبة للذكور أو الإناث.
- ٢- اتخاذ سياسات محدثة للتوظيف والتشغيل دفعت بالمرأة للخروج إلى العمل الرسمي أدى ذلك إلى تغييرات شبه جذرية في عملية التنشئة الاجتماعية، ما تزال حتى الآن محل تقييم من جانب المتخصصين في علم الاجتماع والتربية.
- ٣- انتقال النمط الأسري من شكل الأسرة الممتدة إلى الأسرة النووية، أدى ذلك إلى تغيرات واضحة في شبكة العلاقات الاجتماعية وبالتالي في مجال القيم الاجتماعية ووسائل غرسها.
- ٤- اكتساب الأسرة العراقية ثقافة استهلاكية تبدأ بالإبهار وتنتهي بالإجبار، وانعكاسات ذلك على الحياة اليومية والتنشئة الاجتماعية وأيضاً آليات غرس القيم المأمولة من ناحية ثانية.

١- علياء شكري، الأسرة والطفولة دراسات اجتماعية وأنتربولوجية، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، ١٩٩٩، ص ص

ومن هذا المنطلق تعتبر الأسرة وسائر جماعات القرابة مسؤولة عن المريض وخاصة في المجتمع فهي التي تناقش أعراض المرض والاستفسار عن أنسب وسائل العلاج بالإضافة إلى تدبير نفقات العلاج، وبالتالي تعتبر مسؤولية الاستشفاء مسؤولية الأسرة، ولا يتحملها المريض فقط، ولذلك يجب على الطبيب مواجهة الظروف والتوترات الوجدانية للأسرة وتحديد طريقة التشخيص والتكهن بمستقبل المرض ومساره مع الأسرة والمريض معاً<sup>(١)</sup>.

## ٦- الثقافة ومعلومات الانسان عن المرض والوقاية منه:

أن القيم الثقافية السائدة في مجتمعاتنا الحديثة في الواقع تتسبب في عدد كبير من المخاطر الصحية. فالثقافة تحدد نوعية معلومات الانسان عن المرض والوقاية منه، ولذلك توجد اختلافات بين الناس حيال هذا الموضوع باختلاف المجتمعات والثقافات، وقد أوضحت كثير من الدراسات كيفية تأثير الثقافة على استجابات الناس للآلام والعلل في مختلف الثقافات، وبالتالي كشف النقاب عن تباين هذه السلوكيات في حالات المرض، ومنها دراسة ستشمان، ودراسة زبوروفسكي على سبيل المثال، كذلك اشار إيرل كوس إلى تأثير الثقافة على المعرفة الفعلية لأبنائها وعلى مدى الاعتماد على الخدمة الصحية، واستنتج أن الثقافة الشعبية لا ترى خطورة في بعض الأعراض المرضية كالسعال المستمر وتورم رسغي القدم، ولذلك لا تستحق اللجوء إلى الخدمات الصحية<sup>(٢)</sup>.

تحوي الثقافة مجموعة من العناصر التي تمارس تأثيرها بوضوح على الصحة والمرض، وتحكم تصرفات الإنسان، من خلال الموجهات السلوكية التي تتضمنها. فهي تتخلل معظم صور السلوك الإنساني من قيم وعادات اجتماعية ومعتقدات مثل قيمة النظافة، والمحافظة على نظافة البيئة، والالتزام بالقواعد والتعليمات الصحية، والاهتمام بالنظافة الشخصية، والحفاظ على سلامة الجسم، وإدراك أهمية الوقاية والعلاج، و إدراك أهمية الطعام المناسب والجيد.

ان ثقافة الجماعة تؤثر في كل جوانب نمو الفرد وتطوره، واكتساب أساليب الحياة، وتحديد الاهداف والتطلعات، وعوامل الخطر التي يتعرض لها الفرد، وأساليب استجابته لهذه الاخطار وتواقفه معها. فمنذ الحمل وحتى الموت، تكون كل تجربة من تجارب الحياة مشروطة الى حد ما بالقيم والاتجاهات الثقافية. فجوانب مثل حجم الاسرة وظروف السكن، والتغذية والفظام وغيرها، تعتمد جميعاً على العادات الاجتماعية والتحرير الاجتماعي، واكتساب الام لبعض القيم الصحية، ومهارات الامومة يؤثر في نمو ابنائها، وتؤثر أساليب التغذية أيضاً تأثيراً كبيراً في الحالة الصحية، وجدير بالذكر ان إعداد الطعام والسلوك الغذائي في الاسرة هي مسائل تحدها معايير وقيم سائدة<sup>(٣)</sup>.

١- علي مكاوي، الإنسان والبيئة والصحة: دراسة في علم الاجتماع، دار النصر للنشر والتوزيع، القاهرة، ٢٠٠٥، ص ١١٢-١١٤.

٢- علي مكاوي، الأنثروبولوجيا الطبية دراسات نظرية وبحوث ميدانية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ٢٠١٠، ص ٨.  
٣ - محمد علي وآخرون، دراسات في علم الاجتماع الطبي، ط ٣، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، ٢٠١٤، ص ٧٩.

فتأثير الثقافة الفرعية في تفسير العلاقة بين الاطار الثقافي وبين الصحة والمرض في المجتمع يتم وفقاً لمعايير الجماعات العرقية وأبنيتها الثقافية التقليدية، ومدى إمكانية تعديل نماذج التكيف الثقافي لديها، وانهايار الأنساق القديمة والظروف الثقافية السائدة وقت حدوث الأمراض وكيفية مواجهتها بالطرق والأساليب التقليدية لديها، كما تؤثر الثقافة الفرعية التي ينشأ فيها الأبناء ويتلقون فيها التربية في أفكارهم وقيمهم واتجاهاتهم بالمعنى العام. إذا أن مولد الفرد في طبقة اجتماعية معينة او جماعة عرقية دينية بالذات أمر له دلالاته العميقة في عملية النمو الاجتماعي كلها كما ترتبط الثقافة الفرعية التي ينمو بها الأبناء باحتمالات كثيرة مثل معدل العمر المتوقع، ونماذج الصحة والمرض التي سوف يتعرض لها<sup>(١)</sup>. كذلك فإن المواقف والمعتقدات الفرعية بشأن الرعاية الطبية قد تعمل أيضاً على تحويل الناس من اللجوء إلى الخدمات الصحية إلى أنماط بديلة للرعاية مثل أساليب الطب الشعبي، والطب الشعبي في أبسط معانيه جميع الأفكار ووجهات النظر التقليدية حول المرض وطرق العلاج، وما يتصل بذلك من ممارسات وسلوكيات تتعلق بالوقاية والتطبيق بصرف النظر عن النسق الرسمي للطب الحديث<sup>(٢)</sup>.

كذلك اهتمت الدراسات بدراسة العلاقة بين المضمون الثقافي أي أساليب الحياة الثقافية ومختلف تعريفات الصحة وأنواع الاستجابات للمرض وذلك على افتراض ان النماذج الثقافية والأساليب النمطية للحياة الاجتماعية تؤثر تأثيراً كبيراً في تصورنا للمرض واستجابتنا له، فالمناخ الثقافي يحدد بدرجة ما نعتبره حالات مرضية، والأسباب التي ننسبها إلى هذه الحالات والأشخاص الذين لديهم السلطة المشروعة في تقييم هذه الحالات تحديدها وبالمثل، فان التعريفات الثقافية تؤثر في العوامل التي تجعلنا ننظر للشخص باعتباره حالة خاصة مريضة، ومن ثم فإن الذي يحدد هذه الاستجابات هو السياق الثقافي للجماعة. وقد أشار إلى ذلك رالف لينتون بتأكيدده على إننا إذا عرفنا مضمون الثقافة أمكننا التنبؤ بشكل معقول، وبالصورة التي تتخذها هذه الحالة المرضية. والواقع أن وجهة النظر هذه تكشف عن حقيقة هامة وهي أن المجرى الاجتماعي للمرض يتأثر إلى حد كبير بالمضمون الثقافي للمجتمع، كما أن صحة الناس تعكس الأسلوب الذي يختارونه للحياة. فأنواع الأمراض ومعدلات الوفاة وأنواعها في المجتمع تتأثر تأثيراً كبيراً بالقيم المتصلة بتنظيم الأسرة، العمل، الترويح<sup>(٣)</sup>.

ان ثقافة الجماعة تؤثر في كل جوانب نمو الفرد وتطوره، واكتساب أساليب الحياة، وتحديد الأهداف والتطلعات، وعوامل الخطر التي يتعرض لها الفرد، وأساليب استجابته لهذه الأخطار وتوافقه معها. فمنذ الحمل وحتى الموت، تكون كل تجربة من تجارب الحياة مشروطة إلى حد ما بالقيم والاتجاهات الثقافية. فجوانب مثل حجم الأسرة وظروف السكن، والتغذية والفظام وغيرها، تعتمد جميعاً على العادات الاجتماعية والتحرير الاجتماعي، واكتساب الأم لبعض القيم الصحية، ومهارات الأمومة يؤثر في نمو أبنائها. وتؤثر

١- محمد إبراهيم عباس، المدخل الى الانثروبولوجيا، الجزء الأول، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٢، ص ١٧٢.

٢- محمد إبراهيم عباس، المصدر السابق نفسه، ص ١٨٣.

٣- محمد علي وآخرون، دراسات في علم الاجتماع الطبي، ط٣، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان- الاردن، ٢٠١٤، ص ٧٨.

أساليب التغذية أيضاً تأثيراً كبيراً في الحالة الصحية، وجدير بالذكر ان إعداد الطعام والسلوك الغذائي في الأسرة هي مسائل تحددتها معايير وقيم سائدة<sup>(١)</sup>.

### ثانياً: دور الدين في الصحة والوقاية من الامراض

أن الدين يلعب دوراً في الصحة والوقاية من المرض في مجتمعنا الإسلامي عموماً. فهو يحض على نظافة البدن بالوضوء والطهارة، وكذلك نظافة الروح بالعبادة والإيمان، ونظافة العقل بالتدبر، وبالتالي يقينا من الأمراض الفيزيائية والعصبية والنفسية، ويعالج الدين الإسلامي بعض القيم والعادات والتي منها قيم الطعام، فيوصي بالاعتدال في المأكل والمشرب، حيث يعرف بان المعدة بيت الداء، ويحدد قواعد النظافة قبل الأكل وبعده وآداب الطعام. كما يحمل الإنسان مسؤولية الحفاظ على صحته واستثمارها في الخير قبل ان يسأل عن شبابه فيما أبلاه، كما وضع نظاماً للمحرمات الغذائية للوقاية من المرض. إضافة الى ذلك يأمر الدين الإسلامي ان يعامل المسلم أخاه بالحسنى، وجعل التبسم في وجه أخيه صدقة، وأخير يستخدم مفهوم الثقافة بطرق وأساليب مختلفة.

كما ان توصيفات القيم والاتجاهات والتوجهات الثقافية تختلف من حيث درجة التجريد التي تتميز بها، ومن الأمثلة على ذلك، أننا نلاحظ جميعاً أن الصحة تعتبر قيمة ثقافية لها أهمية كبرى في المجتمع. وقد أشار تالكوت بارسونز أثناء تحليله لقيم الصحة، الى ان الأهمية التي أعطيت للصحة - في المجتمع الأمريكي - ترتبط بمجموع قيم ثقافية أخرى مثل الفاعلية وهي عبارة عن مجموعة الاتجاهات التي تحبذ السيطرة على البيئة. والعلمانية اي التأكيد على أهمية الممارسات التطبيقية العملية وقدرتها على تحقيق الأهداف والوسيلة وهي عبارة عن منظور موجه نحو التقدم غير المحدود، ويستطرد بارسونز حديثه قائلاً إن الأمر لا يقتصر على ان تؤدي كل قيمة من هذه القيم الى تطوير علوم الصحة، بل إن نمو هذه العلوم يعزز بدوره فرص الإنسان في ان عيش متضامناً مع تلك القيم، لان تدعيم قيمة الصحة الجيدة، يفتح الطريق أمام تفوق الإنسان وتقدمه<sup>(٢)</sup>.

### ثالثاً: اعتماد المرأة على مواقع التواصل الاجتماعي كمصدر للمعلومات الصحية

ان استخدام شبكات التواصل الاجتماعي للحصول على معلومات صحية قد ارتفع في الفترة الاخيرة، ففي آخر تقرير لوكالة (Crossing) اظهر ان الانترنت كان المصدر الاوسع استخداماً للحصول على معلومات صحية<sup>(٣)</sup>.

أن اعتماد المرأة على نظام وسائل الإعلام يظهر بتأثير دوافع النمو والبقاء في المراحل العمرية المختلفة التي تجعل الفرد يسعى إلى تحقيق ثلاثة أهداف رئيسية هي:

١- محمد علي محمد وآخرون، دراسات في علم الاجتماع الطبي، مصدر سبق ذكره، ص ٧٩.

٢- محمد علي محمد وآخرون، المصدر السابق نفسه، ص ١٦٥.

3-Joe EJae Eun Chung social network in online support gropoes for Health :How network Benefits Patentes Peper Presented at the annual meeting of the Internetational communtiation Association TBA,Boston MA,2001 , p.25.

١ - فهم الذات والعالم المحيط به: فالمرأة في حاجة إلى فهم وإدراك الذات بما يساعدها في الكشف عن قدراتها ودعمها وتفسير معتقداتها وسلوكها وإدراكها لجوانب الشخصية بشكل عام، وكذلك الحاجة إلى فهم العالم الاجتماعي المحيط بالمرأة، والمعاني التي تقوم بتشكيلها وسائل الإعلام عن هذا العالم واستخدام هذه المعاني في إدراك الحقائق وتشكيل التوقعات.

٢ - توجيه المرأة: فإن المرأة تحتاج إلى العديد من التفسيرات التي تساعدها على اتخاذ القرارات الذاتية التي تنعكس على ذاته وتلك التي تنعكس على علاقته بالآخرين .

٣ - التسلية: وكذلك حاجة الفرد إلى الاسترخاء والتسلية، سواء كانت التسلية تتم بشكل فردي منعزل أو تتم في إطار اجتماعي، وتكمن قوة وسائل الإعلام طبقاً لنظرية الاعتماد هذه في سيطرة وسائل الإعلام على نظم المعلومات التي يحقق من خلالها الفرد أهدافه الرئيسية المذكورة. يمكن أن تتسع وتزيد كلما زاد المجتمع تعقيداً، ويزيد معها بالتالي اعتماد الأفراد على وسائل الإعلام التي تصلهم بمصادر المعلومات التي تحقق لهم هذه الأهداف<sup>(١)</sup>.

في السنوات القليلة شهدنا تغيير كبير في محتويات وسائل الإعلام يصاحبه تغير في استخدام الجمهور للوسائل وهذا الجمهور على دراية ومعرفة كبيرة بمحتويات الوسيلة لدرجة أنه أصبح ناقداً إعلامياً وأصبحت لكل وسيلة لغتها الخاصة وجمهورها الخاص<sup>(٢)</sup> .

ومن هذا المنطلق يمكن تحديد المتغيرات التي تؤثر على علاقة المرأة بوسائل الإعلام وهي كالتالي:

١ - المستوى التعليمي: تم قياس هذا المتغير في دراسات الاعتماد للدلالة على المستوى المعرفي بالدرجة الأولى، فهناك من يرى أن أخبار مواقع الانترنت تُعد مصدر المعلومات الأكبر لمن في مستواهم التعليمي والثقافي أقل من الصفوة الذين قد يعتمدون بشكل أكبر على الصحف.

٢ - مستوى الثقة: تلعب الثقة بمعلومات أي وسيلة إعلامية والقناعة بكفاءة رجالها دوراً هاماً في زيادة مستوى الاعتماد على هذه الوسيلة، خاصة حينما تكون الثقة بالمحتوى الإخباري لا تتناقض، واتجاهات ومعلومات الفرد.

٣ - المستوى الاجتماعي الاقتصادي: يعتبر الدخل والمنزلة الاجتماعية عوامل هامة في تحديد علاقات الاعتماد ؛ حيث أن الجمهور الذي يعجز عن القيمة الشرائية لوسائل الإعلام المطبوعة ينخفض اعتماده عليها لصالح الاعتماد المسموع ويليه الإعلام المتلفز عكس الجمهور ذوي الدخل المرتفع .

١- محمد عبد الحميد، نظريات الإعلام واتجاهات التأثير الاجتماعي، مصدر سبق ذكره، ص ٢٣٥ - ٢٣٦ .  
2- Francis & Iudmila Voelker: "Mass Media", St. Cloud State College; United State & America, 2011, p. 1.

٤- **العمر:** يُعد الجمهور الناضج أكثر اعتماداً على الصحف بينما يعتبر بقية أعضاء الجمهور أكثر اعتماداً على وسائل الإعلام المسموعة والمرئية .

٥ - **مستوى الاهتمام:** يعتبر الجمهور الغافل أقل اعتماداً على وسائل الإعلام بينما الجمهور المهتم نشط يبحث عن المعلومة، لوجود دافع معرفي حول قضايا معينة، فعلى سبيل المثال يجتمع الأفراد الذين يهتمون بالشؤون المحلية بدرجة كبيرة في فئة لها نظامها الإعلامي الخاص عندما يرون أن اعتمادهم على وسيلة معينة يحقق لهم اهتمامهم.

تلعب شبكات التواصل الاجتماعي دوراً فاعلاً في عملية خلق مجتمع صحي وحيث أن المرأة بما لها دور فاعل فهي تمثل نواة المجتمع وهذا الدور ينعكس على المجتمع العراقي ككل وهو بأمس الحاجة إلى نشر الثقافة الصحية بين أفرادها ونظراً لما للمرأة من دور متميز وأساس ومكانه سامية وحاسمة في تطوير المجتمعات الانسانية وإن رقي الأمم يأتي من خلال المكانة التي توليها المرأة لأبنائها على وجه الخصوص، ولما للمعلومات الصحية من أهمية قصوى في حياة الأفراد والمجتمعات وخاصة الموجهة لفئة المرأة بحكم ارتباطها القوي والتصاقها بمفاهيم هذا الجانب من المعلومات فنجد من الضروري تنمية الثقافة والوعي الصحي لديها، وإعدادها ورعايتها من أهم الأمور التي تجعل الشعوب تتقدم حضارياً، ومن هذا المنطلق كان لزاماً أن نتعرف على ماهية الدور الحقيقي الذي تقوم به مواقع التواصل الاجتماعي في مجال نشر المعلومات الصحية التي تخص المرأة العراقية.

التفاعل في هذه المواقع أتاح للمرأة القدرة على التحاور والتواصل بين الأفراد، وكذلك القدرة على التحاور والتفاعل مع الآخرين والتعرف على وجهات النظر المختلفة مما يكسبها ثراء معلوماتي كبير.

**رابعاً: الإعلام الصحي والرعاية الصحية للمرأة**

يحمل الإعلام الصحي مضامين إرشادية وتوعية للوقاية من الأمراض وتغيير صورة وسلوك الجمهور والسبب في ذلك انه أقرب إلى الإرشاد والتوجيه<sup>(١)</sup>. ويعد مفهوم الإعلام الصحي من المجالات البحثية الجديدة ولاسيما في المجتمعات النامية، ويدرجة الباحثون تحت الاتصال التنموي كونه يحمل رسائل فيها مضامين توعية للوقاية من الأمراض، سواء السارية أو غير السارية والمزمنة والوراثية... إلخ. ورغم أن علماء الاتصال بدأوا بتطبيق خبراتهم في مجال الترويج الصحي والوقاية من الأمراض بشكل ملموس في النصف الأخير من القرن العشرين إلا أن الجهود لا تزال مبعثرة لاستخدام الاتصال من أجل تحسين الصحة العامة<sup>(٢)</sup>.

١- بسام عبد الرحمن الجرايدة، الاعلام وقضايا حقوق الانسان، دار أسامة للنشر والتوزيع الاردن-عمان، ٢٠١٣، ص ٨٢.  
2- Lynn, Morgan, Community participation in health: perpetual allure persistent challenge. health policy and planning. Oxford University Press, No. 16, 2001, p5.



وأنة ذلك النوع من الإعلام المتخصص الذي يقوم بتقديم الأخبار والحقائق حول مختلف القضايا الصحية والطبية والأحداث والمستجدات الصحية الأساسية والثانوية والتطورات الطبية والتمريضية الطارئة التي يواجهها المجتمع أو الأمراض المزمنة وكيفية التعامل معها وتقديم الإرشادات بهدف توجيه وتوعية الرأي العام بالقضايا الصحية من خلال التثقيف الصحي.

اما عن أهمية الاعلام الصحي فأن وسائل الإعلام الصحي تلعب دوراً هاماً في إعطاء شكل وتصور للوعي لدى أفراد المجتمعات في شتى المجالات، بما فيها تزويد المجتمع بالمعلومات الصحيحة عن القضايا والمواقف المختلفة وتحديد الاتجاهات، كما يلعب الإعلام دوراً بارزاً في تعزيز المعرفة لدى كافة الفئات في المجتمع، من خلال إقامة حملات صحية توعوية، تهدف إلى زيادة إدراك المواطنين بكافة الفئات العمرية والمستويات التعليمية للمشكلات المختلفة، التي تساعد المجتمع على إتخاذ دور فعال في التعامل مع كثير من الموضوعات المطروحة والقضايا الصحية البارزة، ولقد باتت وسائل الإعلام الآن تسهم في تعزيز الوعي، وهي الوسيلة المثلى لإطلاع المجتمع على الحقائق<sup>(١)</sup>.

ومن هذا المنطلق فقد اعتبر خبراء الإعلام الصحي بصفته علماً وفناً يروج لأنماط سلوكية صحية سليمة مما يتطلب خلق بيئة داعمة لهذه السلوكيات بهدف تخفيض الإصابة بالأمراض مع التأكيد على ان تغيير السلوك لكثير من الممارسات والعادات الصحية السيئة لا يمكن ان يتم تحقيقه في وقت قصير، ومن هنا ولمواجهة ذلك يستدعي من القائمين بالإعلام الصحي ومن مخططي البرامج الإعلامية ان تكون مبنية على الأبحاث المنهجية العلمية من خلال التركيز وتسليط الضوء على السلوكيات الصحية السليمة والإيجابية على اعتبار ان الاتصال الموجه لتغيير السلوك عملية تفاعلية تستخدم رسائل مختارة يتم تصميمها بدقة لتغلب على العوامل التي تعوق هذا التغيير بالابتعاد عن أسلوب الإجبار أو الإملاء، ودفع المتلقين إلى التفكير معمقاً لضمان نجاح الحملات الاتصالية والإعلامية<sup>(٢)</sup>.

وإننا بحاجة إلى إعلام صحي متوازن يعمل التجديد في الأسلوب والطرح لكافة القضايا الصحية المختلفة سواء ما يتعلق بسلامة ومأمونية المريض أو الأخطاء الطبية أو غيرها من الأمور الصحية، ونحتاج إلى إعلام صحي هادف ينشد المعرفة والوعي والإدراك ويتحرى صحة الأخبار ودقتها وسلامة المعلومات ووضوح الحقائق دون تهويل أو تهوين، وكذلك نحتاج إلى إعلام صحي يراعي المثالية والموضوعية لتتوير الفرد والمجتمع وتثقيفه بالمعلومات الطبية والمفيدة والمعتبرة وتكوين رأي صائب لديه فيما يتعلق بالوقائع والموضوعات المثارة والمشكلات القائمة<sup>(٣)</sup>.

١- بسام عبد الرحمن الجرايدة، الاعلام وقضايا حقوق الانسان، مصدر سبق ذكره، ص ٨٤ .  
٢ - عبد الرحمن الجرايدة، الاعلام وقضايا حقوق الانسان، المصدر السابق نفسه، ص ٨٤.  
٣- عبد الرزاق الدليمي، الإعلام المتخصص، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع ، ٢٠١٥، ص ٢٢٢.

ويسهم الإعلام الصحي في نقل الخبرات العالمية وتسليط الضوء على التجارب الصحية الناجحة والقضايا الطبية؛ للاستفادة منها إضافة إلى دوره في إكساب المعرفة وتزويد المتلقي بمعلومات صحية مستقاة من العاملين في المجال الصحي، كما أن الدور الأهم الذي يمكن أن يقوم به الإعلام الصحي هو التعامل بشفاافية مع الواقع الصحي بكل أبعاده بما فيه اكتشافه للأخطاء الطبية ورصد الإنجازات الصحية التي تتحقق على المستوى الوطني والإقليمي والدولي والمحافظة على هذه الإنجازات<sup>(١)</sup>.

وكذلك يلعب دوراً مهماً في حث الحكومة والمنظمات على التحرك الاستباقي والعاجل والمخطط لمنع اندلاع الأوبئة والأمراض في المجتمع، كذلك التأثير على الحكومة وتبنيها نحو ما يقع من أخطاء طبية مع الأخذ بعين الاعتبار الكيفية التي سيتم بها التداول الإعلامي للموضوع دون الوقوع في دائرة إثارة الرعب والفرع بين الناس أو تشتيت أفكار وجهود المسؤولين الصحيين في التصدي للأحداث المختلفة التي تصيب القطاع الصحي، ولاشك فإن للإعلام الواعي والمسؤول والمهتم كفيل بالحفاظ على الخيط الدقيق بين نشر الوعي وإثارة الفرع.

وهنا تكمن الأهمية البالغة في ضرورة أن توفر الحكومات مؤسسة إعلام صحي متخصصة تعمل مع وسائل الإعلام على نشر الوعي الصحي بكافة الوسائل الإعلامية بما ينعكس إيجاباً على الثقافة الصحية المجتمعية، والتي بدورها تسهم في التقليل من أعداد المرضى والمراجعين للمستشفيات والمراكز الطبية، مما يساعد على التخفيف من الضغط المتزايد على الكوادر الطبية والمقدرات الصحية<sup>(٢)</sup>، وسنتناول في دراستنا الراهنة بعض الموضوعات التي لها علاقة بالإعلام الصحي والتي تؤثر بشكل أو بآخر على المنظومة المعرفية للمرأة والرعاية الصحية، وهي:

## ١ - الوعي الصحي وأهميته

لقد أصبح الوعي الصحي عملاً فنياً يعتمد على الحقائق العلمية والخبرات المكتسبة نظراً لأهميته البالغة فقد حظى باهتمام الأطباء والمتخصصين باعتباره الوسيلة الفعالة للنهوض بالمستوى الصحي لأفراد المجتمع. وتوضح أهمية الوعي الصحي بتأكيد من مركز الاتصال بجامعة جونز الامريكية وكلية الصحة العامة، إذ عد الباحثون الاتصال والإعلام مفتاح المعرفة والاتجاهات عن طريق تبني أفكار جديدة وصولاً إلى سلوك إيجابي بعد العملية الاتصالية برمتها ليست عملية تغيير المعرفة والاتجاهات فحسب بل لديها القدرة على نشر القيم الاجتماعية وتكوين سلوك اجتماعي<sup>(٣)</sup>، وتكمن أهمية الوعي الصحي في الآتي:

1 - Merton Tomas and Julie M. Duck, Communication Research, Health Beliefs, Mass and interpersonal Influence on perceptions of risk to self and others, Communication Research, Vol. 28, No. 5. 2001,p.53.

٢ - عبدالرزاق الدليمي، الإعلام المتخصص، مصدر سبق ذكره، ص ٢٢٣.

٣ - جهاد كاظم العكيلي، الوعي الصحي عبر وسائل الاتصال، دراسة لقياس الوعي الحي لدى طلبة جامعة بغداد بشأن مرض الإيدز، الباحث الاعلامي، العدد (٢٧) ٢٠١٥، ص ١٢٥.

١- تمكين الأفراد من التمتع بنظرة علمية صحيحة تساعده في تفسير الظواهر الصحية، وتجعله قادراً على البحث عن أسباب الأمراض وعللها بما يمكنه من تجنبها والوقاية منها.

٢- أنها تولد لدى الفرد الرغبة في الاستطلاع وتغرس فيه حب اكتشاف المزيد منها كونها نشاط غير جامد يتسم بالتطور المتسارع.

٣- خلق روح الاعتزاز والتقدير والثقة بالعلم كوسيلة من وسائل الخير وبالعلماء المتخصصين في الصحة.

٤- أنها رصيد معرفي يستفيد منه الانسان من خلال توظيفه لها وقت الحاجة له في اتخاذ قرارات صحية صائبة.

**مكونات الوعي الصحي:** من أهم مكونات الوعي الصحي هو مجموعة المعارف والمعتقدات التي يكونها الأفراد عن الأمور والقضايا والمشكلات الصحية المزمنة كالتدخين والإدمان والإصابة بالأمراض الجنسية والسمنة فإن مكافحة ذلك تعتمد على تغيير أنماط حياة وعادات الأفراد السلوكية في مجالات محددة، وحجر الأساس في هذا التغيير هو المعرفة، والتي تعني المعرفة الأولية بالعوامل والمسببات التي تؤدي إلى هذه المشكلة الصحية<sup>(١)</sup>.

#### أهداف الوعي الصحي:

١- توجيه الأشخاص لاكتساب المعلومات الصحية.

٢- حث الأشخاص على تغيير مفاهيمهم الصحية.

٣- توجيه الأشخاص لإتباع السلوك السليم المرغوب فيه.

٤- تأكيد أهمية الصحة مصدر قوة المجتمع.

٥- إمداد المجتمع بالخبرات والمعلومات لمساعدة الأفراد على حل مشكلاتهم الصحية بأنفسهم وبطاقاتهم الذاتية.

#### ٢- التثقيف الصحي:

يشار إلى التثقيف الصحي على أنه ذلك الجزء من الرعاية الصحية الذي يعني بتحسين السلوك الصحي، من خلال التثقيف الصحي يساعد الناس على فهم سلوكهم والكيفية التي تؤثر بها في صحتهم فنحن نشجعهم على اختيار ما يفضلونه من أجل الحياة صحية، ولا نجبرهم على التغيير، ولا يحل التثقيف

1 -Adam Kuper Jessica Kuper, The social Encyclopedia, 2nd edition Rutledge, London and New York, First publishers, 1990, p.94 .

الصحي محل غيره من الخدمات الصحية، ولكنه ضروري للتشجيع على الاستخدام الصحيح لتلك الخدمات، فالتثقيف يحث على السلوك الذي يحسن الصحة ويقي من العلل ويشفي من الامراض ويسهل التأهيل كذلك فأن احتياجات واهتمامات الافراد والعائلات والجماعات الهيئات والمجتمعات تقع في برامج التثقيف الصحي<sup>(١)</sup>.

### يهدف التثقيف الصحي إلى الآتي:

- ١- جعل الصحة شيء له قيمة عليا لدى الأفراد والمجتمع.
- ٢- نشر المفاهيم والمعارف الصحية السليمة في المجتمع.
- ٣- تمكين الأشخاص من تحديد مشاكلهم الصحية واحتياجاتهم، ومساعدتهم في حلها باستخدام إمكانياتهم.
- ٤- تحسين الصحة علي مستوى الفرد والمجتمع من حيث خفض حدوث الأمراض، وخفض الإعاقات والوفيات، وتحسين نوعية الحياة للفرد والمجتمع<sup>(٢)</sup>.

**عناصر التثقيف الصحي:** المثقف الصحي في حقيقته هو عملية اتصال حيث يتم فيه نقل الرسالة (المعلومات والمعارف الصحية) من المرسل المثقف الصحي إلى المستقبل (المستهدف بالتثقيف الصحي) عن طريق قناة اتصال، ومن هنا فإن عناصره هي:

- أ- **الرسالة الصحية:** يجب أن تكون المعلومة صحيحة وواضحة ومفهومة وفي مستوى المتلقي ومشوقة وتحقق الهدف المنشود.
- ب- **المثقف الصحي:** تكون لديه المعرفة (المعلومة) مع القدرة على توصيلها ويكون مقتنعاً، ومؤمناً بالرسالة التي ينوي إيصالها ولديه مهارات الاتصال .
- ج- **المستهدف بالتثقيف الصحي:** يجب تحديد درجة فهمه وثقافته أن تتوفر فيه الرغبة في التغيير مع التركيز على حاجته الصحية .
- د- **وسائل التثقيف الصحي:** تتنوع وسائل التثقيف الصحي المستخدمة في نشر المعلومات الصحية من وسائل تقليدية نمطية إلى تقنيات عصرية حديثة وكلما كانت وسيلة الاتصال تفاعلية وتخاطب أكثر من حاسة كلما كان تأثيرها أكبر<sup>(٣)</sup>.

---

١- نادية عمر، العلاقات بين الأطباء والمرضى، دراسة في الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٣، ص ٥٠.

٢- قدرى الشيخ علي وآخرون، علم الاجتماع الطبي، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع، عمان- الأردن، ٢٠٠٨، ص ٢١-٢٢.

٣- إبراهيم عبد الهادي المليجي، الرعاية الطبية والتأهيل من منظور الخدمة الاجتماعية، مكتبة دار المعارف الحديثة، الإسكندرية، ٢٠٠٦، ص ٢٧.

### ٣- المعلومات الصحية عبر وسائل الاتصال:

قد أحدثت الإنترنت ثورة في تبادل المعلومات والوصول إليها، حيث أصبح الآن استرجاعها والحصول عليها أسهل من أي وقت مضى، ومع ظهور الشبكات الاجتماعية ومحركات البحث الحديثة أصبح من الممكن وصول المعلومات إلى أي مكان من خلال العديد من الأجهزة مثل الهواتف الذكية أو أجهزة الكمبيوتر الشخصي أو الكمبيوتر اللوحي، فتكون بذلك المعلومات متوفرة طوال اليوم ويمكن للناس الوصول إليها في أي وقت، وقد أصبح الإنترنت المصدر الأول للمعلومات الصحية لكثير من الناس بدلاً من الأطباء .

أما عن آراء الأطباء حول المعلومات الصحية عبر الإنترنت فتبين البحوث أن وجهات النظر للأطباء تتناقض إلى حد ما تجاه استخدام المريض الإنترنت للحصول على المعلومات الصحية، يدرك الأطباء أن استخدام الإنترنت يسمح لهم بتفسير القضايا الصحية المعقدة بسهولة أكثر، ويعتقدون أن استخدام الإنترنت لديه القدرة الكافية على تحسين صحة المرضى.

وهناك بعض الأطباء يشعرون بالقلق إزاء المرضى اللذين تكون لديهم مخاوف لا لزوم لها حول صحتهم، مع ملاحظة أن المرضى غالباً ما يأتون بمعلومات غير دقيقة وليس لها صلة بمرضهم، وبسبب هذا الأطباء قلقون من أن باستخدام الإنترنت تتزايد الحالات المرضية من خلال التشخيص غير الصحيح والعلاجات الخاطئة. وعلى الرغم من هذه المخاوف، فإن معظم الأطباء لا يواجهون صعوبة في معالجة المعلومات التي تحصل عليها مرضاهم ويقومون بتوضيح المعلومات التي قد تكون مضللة أو غير دقيقة<sup>(١)</sup>.

### ٤- المواقع الصحية والطبية على شبكة الإنترنت

تنقسم المواقع الصحية والطبية إلى عدة أنواع بحسب ملكية هذه المواقع والمعلومات التي تقدمها وطبيعة المستفيدين منها (مرضى، طلاب، ومختصين) إلى الآتي:

أ- **المواقع الحكومية:** هي مواقع تمثل وزارة الصحة والدوائر الصحية والمستشفيات الصحية والحكومية، وتكون تحت إشراف موظفين حكوميين.

ب- **مواقع طبية متخصصة** وهي طبية متخصصة بنوع واحد من المواضيع أو أكثر، وتكون موجهة إلى شريحة معينة من المرضى أو المهتمين بالحصول على المعلومات في هذا المجال.

ج- **مواقع طبية عامة:** تقدم الكثير من المواضيع الطبية والصحية في مختلف المجالات، وتكون موجهة عادة إلى شريحة كبيرة من المرضى، وتقدم معظم موضوعاتها بشكل مبسط لكي تغني القارئ العادي.

د- **المواقع الطبية التعليمية:** تنقسم إلى نوعين:

١- مواقع تعليمية متخصصة ٢- مواقع الجامعات والكليات .

1 -Van Uden-Kraan CF, Drossaert CH, Taal E, Smit WM, Seydel ER, van de Llar M. Experiences and attitudes of Dutch rheumatologists and oncologists with regard to their patients' health-related Internet use. Clin Rheumato.2010 ;29(11) :1229-36.

- ٥- مواقع شخصية طبية: وهي مواقع لأشخاص يعملون في المجال الطبي، تقدم معلومات عن صاحب الموقع و إنتاجه العلمي والطبي، وبعض المعلومات الصحية.
- ٦- مواقع الشركات الصحية<sup>(١)</sup>.

### مميزات المعلومات الصحية على الإنترنت

- ١- يمكن للمعلومات الصحية على الإنترنت زيادة معرفة وكفاءة المرضى بخصوص الأمراض التي يعانون منها، وكذلك تمكنهم من المشاركة في صنع القرار في مجال الصحة.
- ٢- يمكن الاستفادة من الاستفسارات المستقلة والمعلومات الصحية على الإنترنت بحيث يمكن أن تستخدم في التشاورات وفي الحديث بين المرضى والطبيب في العيادة.
- ٣- أصبح للمرضى الآن القدرة على العثور لإجابات عن أسئلة إضافية يمكن يكونوا قد نسوها وهم عند الطبيب، أو الحصول عن اجابات للأسئلة المحرجة والحساسة بخصوصية تامة وهم في منازلهم .
- ٤- من خلال المواقع والمدونات التي تركز على صحة المريض، يمكن للمرضى تبادل الخبرات الصحية بخصوص الأمراض الشخصية لديهم، فإنها يمكن أن تقدم رؤى وتأملات خاصة من التجارب الواقعية عن الظروف الصحية الخاصة بهم، والتي قد يكون الأطباء غير قادرين على توفيرها، وهذا يعني أن إتاحة المعلومات الصحية عبر الإنترنت ومواقع التواصل الاجتماعي، يساعد المرضى في أن يصبحوا على دراية أكثر بأمراضهم، وتقلل أيضاً من شعورهم بالوحدة والعزلة بسبب الحرج من طرح بعض الاسئلة على أطبائهم<sup>(٢)</sup>.

### عيوب المعلومات الصحية على الإنترنت

- ١- من الصعب تنظيم المعلومات الصحية على الإنترنت.
- ٢- المرضى تختلف مستوياتهم التعليمية والثقافية بحيث يمكن استخدامهم للمعلومات الصحية بطريقة سيئة وغير سليمة ، وبذلك يمكن أن تكون هذه المعلومات ضارة للغاية.
- ٣- قد يثق المرضى بالمعلومات الصحية الغير صحيحة والمضللة، أو قد يتخذون قرارات صحية مهمة بناء على القصص المثيرة أو المشحونة عاطفياً، التي يتم تناقلها بينهم عبر مواقع التواصل الاجتماعي والتي ليست لها صلة بواقعهم الصحي.
- ٤- في كثير من الأحيان المرضى يعانون من وضع صحي متدهور ومترددي، وبالتالي فهم على استعداد لقبول المعلومات التي تجعل لديهم أملاً كبيراً في الشفاء حتى ولو لم تكن هذه المعلومات صحيحة.
- ٥- يمكن استخدام الإنترنت كمنصة لتعزيز الممارسات الصحية الخاطئة والتي ليس لها أسس علمية.

١ - سعاد عثمان وآخرون، الصحة والمرض، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، ١٩٩١، ص ٣٦-٣٧ .

وهذا يعني أنه لا يمكن الاعتماد كلياً على المعلومات الصحية التي تنتشر عبر الانترنت ومواقع التواصل الاجتماعي لأنها غالباً ما تكون غير صحيحة ومضللة وبالتالي لا يتم الشفاء بشكل سريع، أو ربما تتدهور الحالة الصحية للمريض جراء استخدامه ذلك العلاج الخاطئ<sup>(1)</sup>.

---

1- Ubel PA, Jepson C, Baron J. The inclusion of patient testimonials in decision aids: effects on treatment choices. Med Decis Making 2001,21:60-8.

# الفصل الخامس

## الرعاية الصحية مدخل سوسيولوجي

التمهيد:

أولاً: ماهية الرعاية الصحية وأهدافها

ثانياً: تطور الرعاية الصحية

ثالثاً : أساليب تقديم الرعاية الصحية

رابعاً: أنماط تقديم الرعاية الصحية

خامساً : واقع القطاع الصحي والمستشفيات في العراق

سادساً: السياسة الصحية العامة لوزارة الصحة في العراق

سابعاً: تقويم أداء أنظمة الرعاية الصحية

ثامناً: الرعاية الصحية والتنمية

تاسعاً: المعوقات الاجتماعية والثقافية المؤثرة على نمط الرعاية الصحية

عاشراً: ثورة المعلومات في مجال الرعاية الصحية

حادي عشر: دور التكنولوجيا في تدعيم الرعاية الصحية للمرأة والأسرة

ثاني عشر: السياسة الاجتماعية والأولويات الصحية



## التمهيد:

تهتم الدول في العصر الحديث بالسياسة الصحية لأفراد المجتمع سواء كانت هذه السياسة عبارة عن تغطية شاملة لخدمات الرعاية الصحية السليمة لجميع افراد المجتمع أو مستحدثة بعض الدول في مفهوم الصحة العامة، وتعتبر الرعاية الصحية ضرورية أساسية ومطلب ملح بل أنها عنصر لا غنى عنه لبقاء الإنسان والتنمية والنمو والإنتاجية والاستمتاع بالحياة، وفي العصور الحديثة أصبح ينظر إلى الرعاية الصحية على أنها حق لكل إنسان ومن ثم فإنها تستمد شرعيتها من حقيقة أنها تشبع إحدى الحاجات الإنسانية الأساسية، وتهدف الرعاية الصحية في كثير من الدول إلى الاهتمام بالمشكلات الصحية وتوفير الخدمات الوقائية والعلاجية والتنمية، وحيث أن هذه الخدمات تعد انعكاساً للظروف الاقتصادية والقيم الاجتماعية للمجتمع فإنها تختلف باختلاف البلاد والمجتمعات المحلية، وعلى الرغم من توفير القدر المناسب من الرعاية الصحية في المجتمع إلا أن هناك بعض الممارسات التي تقف عثرة أمام الاستفادة من هذه الرعاية ومن أهمها ركيزة القيم وأنماط السلوك والتقاليد الراسخة التي تحول دون الاستفادة من الخدمات الصحية في المجتمع، وحيث أن العديد من الأمراض يكون لها أبعاد اجتماعية وبيئية متعددة فإنه يجب العمل على إدراك هذه الأبعاد والعمل على علاجها من أجل الارتقاء بصحة المجتمع وتحسين نوعية الحياة التي تنعكس إيجابياً على تحقيق التنمية المنشودة في المجتمع.

تعد الأنظمة الصحية بما تقدمه من خدمات - سواء علاجية أو وقائية - عنصراً أساسياً في التنمية البشرية والاجتماعية والاقتصادية، باعتبار أن الإنفاق على هذه الخدمات نوع من الاستثمار الموجه إلى أحد العناصر الرئيسية للإنتاج ألا وهو العنصر البشري، بل هو العنصر الأساسي لإنجاح كافة الأعمال والأنشطة التي تؤديها منظمات الأعمال سواء كانت إنتاجية أم خدمية لتحقيق أهدافها.

وتعرف أنظمة الرعاية الصحية باعتبارها الآلية في أي مجتمع التي تقوم بتحويل المدخلات من المعرفة والموارد البشرية والمالية إلى مخرجات من الخدمات ذات الصلة بالاهتمامات الصحية في المجتمع. كما أن الصحة ليست حكراً على الرعاية الصحية وحدها، ففي هذا العقد الاجتماعي يعطي المجتمع أعلى توقع وهو حق الإنسان في الصحة أي حق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة البدنية والعقلية.

سوف نتناول في هذا الفصل أولاً: ماهية الرعاية الصحية وأهدافها وتطورها، والتعرف على أساليب تقديم الرعاية الصحية، ثم التعرف على أنماط تقديم الرعاية الصحية، ثم تسليط الضوء مصادر تمويل الخدمات الصحية، حتى يتمكن من تقويم أداء أنظمة الرعاية الصحية، ثم التعرف المعوقات الاجتماعية والثقافية المؤثرة على نمط الرعاية الصحية وأخيراً عرض لأهمية الرعاية الصحية ودورها في التنمية.

## أولاً : ماهية الرعاية الصحية وأهدافها:

تُعد الصحة من أهم مؤشرات نجاح التنمية واستدامتها، إذ إن المجتمع الذي يتمتع بمؤشرات الصحة أكثر قدرة على التعلم والقابلية على الانتاج والتطور. لقد أكدت التشريعات الدولية على ان التمتع بأعلى مستويات الصحة حق مشروع لكل انسان بغض النظر عن العرق، الدين، المعتقدات الحالة الاقتصادية والاجتماعية. لذا فان التوجه الأساس يتطلب التوجه نحو تبني مفهوم تعزيز الصحة والوقاية من الامراض في خطة التنمية الوطنية كاستثمار مستقبلي لتقليل العبء المرضي الاقتصادي والاجتماعي مع استمرار الجهود لتطوير خدمات الرعاية الصحية الأولية والثانوية والثالثية لمواكبة المستجدات العالمية وبما يحقق التغطية الصحية الشاملة<sup>(١)</sup>.

١- ماهية الرعاية الصحية: ان الرعاية الصحية هي الأسس التي تعتمد على الوسائل والسبل المقبولة علمياً واجتماعياً وأن تكون ميسرة لكافة فئات المجتمع لرفع المستوى الصحي.

نعني بالرعاية الصحية بمفهومها العام والشامل كافة الإجراءات والفعاليات والطرق والأساليب والوسائل التي تقدمها مديرية الرعاية الصحية في المؤسسة الطبية وجميع الهيئات والمنظمات والمؤسسات المساندة لها والتي تساندها بتقديم المعرفة أو المشورة أو العمل أو الفعل وتقديم هذه الرعاية الصحية لأفراد المجتمع بجميع فئاته العمرية والنوعية أو البيئية أو الطبقة بهدف الرقي الصحي وتفاذي انتشار الأمراض في المجتمع ورفع المستوى الصحي إلى أعلى مراتب الكمال والمثالية من أجل بيئة نظيفة خالية من المرض والعدوى<sup>(٢)</sup>.

ويعرفها محمود حسن بأنها " مجهودات إنسانية تقدم من خلال برامج معينة، وتقدمها الهيئات الطبية لعملائها في مرحلتي العلاج وما بعده<sup>(٣)</sup>."

هذا وتتظر منظمة الصحة العالمية لمفهوم الرعاية الصحية الأولية على أنه الفعاليات والإجراءات التي تشمل كل نواحي الحياة البيئية والاجتماعية للأفراد بأقل التكاليف وأسهل الطرق باستخدام الكفاءات المهنية المعروفة والإمكانيات المادية والأجهزة والأدوات على أن يكون من الأفضل أن تكون الكوادر الطبية العاملة في هذا المجال من نفس بيئة المجتمع الذي سنقوم برعايته صحياً إلى جانب الأجهزة والأدوات والمواد اللازمة لذلك. إلى جانب مراعاة الظروف السياسية والاقتصادية والاجتماعية للمجتمع المراد رعايته لأن معرفة هذه الظروف ومراعاتها يعتبر جزءاً مهماً في نجاح برامج الصحة والرعاية الصحية في هذه المجتمعات، وبالتالي وضع برامج تناسب قدرات وإمكانات وثقافات المجتمعات،

١ - خطة التنمية الوطنية ٢٠١٨-٢٠٢٢، وزارة التخطيط، جمهورية العراق، ص٢٢٧.  
٢ - إقبال إبراهيم مخلوف، الرعاية الطبية والصحية ورعاية المعوقين، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، ٢٠٠٠، ص ١٧٧.  
٣- محمد حسن، الخدمات الاجتماعية المقارنة، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، ١٩٨٢، ص٢٥.

وبالتالي نلاحظ أن الرعاية الصحية مسؤولية جماعية للنسق الطبي وإنما تقدم عن طريق فريق صحي متكامل في جميع التخصصات والمهام والوظائف<sup>(١)</sup>.

لذلك أصبحت الرعاية الصحية محل اهتمام كافة الحكومات، وتعتبر برامج الرعاية الصحية من بين الخدمات الاجتماعية التي تقدمها الدولة لمواطنيها في شكل برامج وقائية وعلاجية تقدم من خلال شبكة من الأجهزة والمؤسسات المختلفة. والخدمات الصحية ليست شيئاً منفصلاً عن الرعاية الصحية، ولكنها جزء منها، ولهذا يرى البعض أن الخدمات الصحية يمكن تحديدها من خلال مجموعة من الجوانب وهي<sup>(٢)</sup>:

١- فحص المريض إكلينيكيًا.

٢- تشخيص المرض.

٣- تقديم الدواء والعلاج المناسب.

٤- تقديم الغذاء المناسب للحالة الصحية.

٥- تعيين فريق العمل بالمؤسسة الطبية لخدمة المريض.

٦- مساعدة المريض على مواجهة مشكلاته داخل المستشفى.

٧- مساعدة المريض وأسرته على مواجهة المشاكل داخل بيئة المريض.

ويضيف آخرون أبعاد مهنية أخرى للرعاية الصحية ترتبط بالأدوار المهنية للطبيب والممرضة ونوعية تأهيل الطبيب ونوع المستشفى وإمكانياتها، وعلاقة ذلك بالمجتمع المحلي، وأبعادا اجتماعية تتعلق ببناء المجتمع وعناصره الأساسية التي تحدد ملامح الخدمة الصحية ومدى فاعليتها، وأبعاداً ثقافية تتضمن مجموعة العناصر الثقافية العامة، ذات العامة الوثيقة بالخدمة الصحية بحيث تحدد طبيعة أدائها، ومدى وصولها إلى مستحقيها ودرجة نجاحها، علاوة على أن هذه العناصر تلعب دوراً بارزاً في نجاح أو فشل الخدمة الصحية وينعكس أثرها بوضوح على المستوى الصحي في المجتمع<sup>(٣)</sup>.

وفي العراق تشمل الرعاية الصحية الأولية جميع الخدمات الأساسية المتكاملة والشاملة المقدمة في المجالات الوقائية والعلاجية من خال مراكز الرعاية الصحية الأولية والمؤسسات الصحية الأخرى لغرض تحسين صحة الفرد والمجتمع وخصوصاً صحة الأم والطفل وتشمل اعداد مراكز الرعاية الصحية الأولية ١٨١٣ مركزاً، وعدد مراكز الرعاية الصحية الأولية (فرعي) العدد الكلي ٨١٥ مركزاً. اما عدد مراكز الرعاية الصحية الأولية (رئيسي) ٩٩٨ مركزاً، مركز صحي رئيس لكل ١٥٩٣٨ من السكان، اما ما يتعلق بالموارد البشرية الصحية فقد شهدت المؤشرات الخاصة بالموارد البشرية العاملة في

١ -قديري الشيخ علي وآخرون، علم الاجتماع الطبي، مصدر سبق ذكره، ص ١١٠ - ١١١.

٢ - عبد الحي محمود صالح، الممارسات الطبية في المجال الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ٢٠٠٨، ص ٣١-٣٢.

٣ - ماهر أبو المعاطي علي، مؤشرات تخطيطية لتطوير الخدمات الصحية بالمستشفيات العامة، المؤتمر العلمي الثاني، كلية الخدمة الاجتماعية بالفيوم، جامعة القاهرة، ٢٠٠٦، ص ٩٦٥.

القطاع الصحي تطوراً خلال المدة (٢٠١٣-٢٠١٦) ، وبعض تلك المؤشرات وصل إلى الغاية المخطط لها ويتبين ذلك من خلال مؤشر طبيب لكل (١٠٠٠ سكان) فقد ارتفعت نسبة طبيب لكل (١٠٠٠ نسمة) من السكان للأعوام (٢٠١٣ و ٢٠١٤ و ٢٠١٥ و ٢٠١٦) وبلغت قيمة المؤشر ( ٧٩,٠ و ٨٠,٠ و ٨٥,٠ و ٨٤,٠) على التوالي، وهذه النسب في تزايد طفيف على الرغم من التعيين المركزي للأطباء<sup>(١)</sup>.

ووفق ما جاء في خطة التنمية الوطنية في العراق في الرؤية لقطاع الصحة فهي نظام صحي يعتمد الرعاية الصحية الأولية كمرتكز أساسي يضمن خدمات صحية تلبي احتياج الفرد والمجتمع وفق المعايير الصحية العالمية قدر الإمكان لتحقيق الأهداف الآتية<sup>(٢)</sup>:

١- تقليص معدل عدد المرضى لكل طبيب، وزيادة عدد الأسرة قياساً لحجم السكان، وتوخي العدالة في توزيع المؤسسات الصحية على الريف والحضر، وزيادة أعداد المؤسسات ذات الوظائف الطبية التخصصية، وتزويدها بالأجهزة والمستلزمات الضرورية.

٢- توسيع وتطوير المؤسسات الصحية الحالية بنسبة ٥٠ % .

٣- إنشاء مؤسسات صحية متطورة في جميع المحافظات لزيادة أعداد الاسرة في دوائر الصحة بنسبة ٤١% .

٤- توسيع خدمات الرعاية الصحية الأولية من خلال زيادة أعداد المراكز الصحية لتغطية حاجة دوائر الصحة في بغداد والمحافظات الأخرى و بنسبة ٢٠% .

٥ - زيادة أعداد المراكز الطبية التخصصية لتغطي احتياجات المحافظات من الخدمات المتخصصة ( جراحية دقيقة - تشخيصية وقائية ) بنسبة ٥٠% .

ومن التحديات الاجتماعية في قطاع الصحة وجود مشاكل كبيرة في النظام الصحي والمتمثلة بتدني عدد الاسرة وعدد الاطباء لكل ١٠٠٠ شخص وارتفاع معدلات وفيات حديثي الولادة والنساء الحوامل... مقارنة بالمؤشرات الدولية، ناهيك عن عدم الاستغلال الأمثل للإمكانات الصحية المتاحة حيث ان درجة اشغال الاسرة في المستشفيات الحكومية لا يتجاوز ٦٥% مما قد يعكس ضعف ثقة المواطن بالخدمات الصحية المقدمة من قبل المؤسسات الصحية الحكومية. فضلاً عن تدني مستويات الخدمات ذات العلاقة بالصحة العامة كتدني مستويات تجهيز المياه الصالحة للشرب وعدم معالجة مياه الصرف الصحي والنفايات مما ينعكس على نسبة المراضة وانتشار الامراض<sup>(٣)</sup>.

٢- **أهداف الأنظمة الصحية وأهميتها:** إن الأنظمة الصحية لا يجب أن تضطلع بتحسين مستوى صحة الناس فحسب، بل بحمايتهم من التكاليف المالية التي تترتب عليها الأمراض ومعاملتهم باحترام كرامتهم. فالأنظمة الصحية تحدد ثلاثة أهداف أساسية ترمي إلى تحقيقها. وتتمثل فيما يلي:

١ - خطة التنمية الوطنية ٢٠١٨-٢٠٢٢، وزارة التخطيط، جمهورية العراق، ص ٢٢٧-٢٢٨.

٢ - عرض موجز للخطة الوطنية ٢٠١٠-٢٠١٤، وزارة التخطيط، جمهورية العراق.

٣ - عرض موجز للخطة الوطنية ٢٠١٠-٢٠١٤، وزارة التخطيط، جمهورية العراق.

أ- تحسين مستوى صحة الشعوب التي توفر لها الخدمات.

ب- الاستجابة لتوقعات الناس.

ت- ضمان الحماية المالية من التكاليف المترتبة على الأمراض<sup>(١)</sup>.

ومن أهم أهداف المنظمة الصحية تقديم الرعاية الصحية والوقائية لمرضى وسكان الدولة والارتقاء بمستوى الخدمات الصحية، والقضاء على الأمراض السارية والإقليمية، وخلق مجتمع نظيف خالي من الأوبئة والأمراض المعدية، وكذلك العمل على رفع مستوى الوعي الصحي لدى مواطني وسكان الدولة، هذا بالإضافة لأهداف أخرى قد تكون تعليمية وإنسانية وغيرها، وتجدر الإشارة لأهم أهداف الأنظمة الصحية وهي:

١- العمل على تحقيق أقصى رعاية صحية ممكنة للمرضى والمصابين الحاليين والمرقبين، وسد حاجات المجتمع من الخدمات الصحية.

٢- رفع مستوى جودة الخدمات والتسهيلات الصحية المختلفة.

٣- أهداف وقائية لمكافحة أمراض البيئة، والقضاء على الأمراض السارية والإقليمية.

٤- أهداف إنسانية للمرضى في حالة النكبات أو الزلازل والحروب وغيرها.

٥- أهداف اقتصادية تتمثل في العمل على تخفيض تكلفة الخدمات الصحية.

٦- أهداف اجتماعية كتنظيم الأسرة، ورفع مستوى الوعي الصحي لدى المواطنين.

٧- أهداف تعليمية وتدريبية وأبحاث واستشارات طبية<sup>(٢)</sup>.

ومن الملاحظ أن جوهر النظام الصحي إلى الوقاية قبل وقوع المرض، ويرى بعض الباحثين: أن هدف الصحة أصبح معالجة الأصحاء توفياً للمرض، بديلاً مفضلاً عن معالجة المرضى كلما أمكن ذلك، وقد برزت قضية الوقاية كموضوع رئيسي يمتد إلى ما هو أبعد من القطاع الصحي، حيث أصبح موضوعاً سكانياً وبيئياً وغذائياً، كوقاية للحوادث ومتجنباً العوامل المهيأة للمرض ومتباعداً عن مصادر العدوى والتلوث، وذلك يحقق عمراً أطول أفضل وتعاملاً أكفأ مع المرض والحوادث، إقلالاً للعجز والعاقة، بل وتكيفاً معها عند استقرارها وتجاوزاً لقيودها بالتفوق عليها وتجاوز لقيودها بالتفوق عليها وتجاوز محدداتها<sup>(٣)</sup>.

ان التنمية البشرية والاجتماعية في المجال الصحي في العراق تحدد ثمانية أهداف أساسية ترمي إلى تحقيقها، وتتمثل فيما يلي<sup>(٤)</sup>:

١ - تحسين أداء النظم الصحية، التقرير الخاص بالصحة في العام ٢٠٠٠، منظمة الصحة العامة، جنيف، ٢٠٠٢، ص ٣٣.

٢ - سهام حامد حجازي، الإدارة في المنظمات الصحية: بالتطبيق علي المنظمات الصحية في دولة الكويت، مكتبة البابطين، الكويت، ٢٠٠٨، ص ص ٧٦-٧٧.

٣ - سمير فياض، الصحة في مصر الواقع وسيناريوهات المستقبل حتى عام ٢٠٢٠، دار الكتب، القاهرة، ٢٠١٠، ص ٣٥٤.

٤ - خطة التنمية الوطنية ٢٠١٨-٢٠٢٢، وزارة التخطيط، جمهورية العراق، ص ٢٣١-٢٣٣.

**الهدف الأول:** تحسين وتحديث النظام الصحي، ووسائل تحقيق هذا الهدف تتمثل في تطوير البنى التحتية للمؤسسات الصحية، وتطوير وتحديث مراكز الرعاية الصحية الأولية، وتحسين آلية تقديم الخدمات الصحية، ورفع مستوى مخرجات التعليم للمالكات الطبية والصحية.

**الهدف الثاني:** تحسن نظام الوقاية الصحية، ومن وسائل تحقيق هذا الهدف هي انشاء مختبرات متكاملة في مراكز المحافظات الحدودية لفحص المواد المستوردة وتزويد المختبرات بالمعدات والأجهزة اللازمة.

**الهدف الثالث:** تطوير إدارة المعلومات الصحية من خلال تحديث آلية الرصد والتقويم في الإحصاءات الصحية، وتحسين الجاهزية الالكترونية، وتحسين طرائق تقديم الخدمة الالكترونية (مشروع البطاقة الصحية الالكترونية).

**الهدف الرابع:** تحسن آليات تقديم الخدمات الصحية من خلال تحسين الخدمات الصحية التشخيصية، وازدواجية العمل للمالكات الطبية والصحية بين القطاعين العام والخاص، وارتفاع مستوى تطبيق أدلة العمل والالتزام بالوصف الوظيفي للمالكات الصحية والإدارية.

**الهدف الخامس:** تطبيق الحوكمة الإدارية في القطاع الصحي من خلال تحديث نظم تطبيق اللامركزية الإدارية، وتعديل وتفعيل التشريعات الإدارية والقانونية ذات الصلة بالقطاع الصحي، وتحديث معايير الجودة الصحية وفق المعايير العالمية، وحديث وتفعيل أنظمة المراقبة والتقييم.

**الهدف السادس:** خفض معدلات الامراض الانتقالية وغير الانتقالية من خلال تطوير وتحديث وتأهيل البنى التحتية لخدمات المياه والصرف الصحي، وتحسين نظام الوقاية الصحي، واثارة وعي الناس بأنماط الحياة والممارسات غير الصحية، وخفض مستويات تأثير القيود والممارسات والمحددات الاجتماعية على الواقع الصحي.

**الهدف السابع:** إعادة اعمار وتأهيل المؤسسات الصحية في المناطق المتضررة من الإرهاب.

**الهدف الثامن:** تعظيم الموارد المالية والنهوض باقتصاديات الصحة من خلال توفير مناخ استثماري جاذب في المجال الصحي، وابتكار وسائل لتعظيم الموارد المالية، وتطوير مفاهيم اقتصاديات الصحة والحساب الصحي الوطني، وتطبيق الآليات المناسبة لديمومة توافر السيولة المالية لتنفيذ البرامج والخدمات الصحية.

**ثانياً: تطور الرعاية الصحية:**

العودة والاطلاع على التراث الإنساني وما تركه الفلاسفة والمفكرون في هذا المجال من تراث مكتوب، نجد العديد منهم تعرضوا للجوانب ذات العلاقة بالصحة والمرض، وكان للتعاون المثمر والمستمر ما بين علماء الاجتماع وعلماء الطب في دراسة قضيتي الصحة والمرض الأثر الكبير في تطور العلوم الاجتماعية الطبية وكان للتطور الهائل في العلوم الطبية الأثر الكبير في تسارع الاهتمام بالعلوم الطبية

عن طريق العلوم الاجتماعية والذي درس أهمية العلاقة الحميمة ما بين العلمين والذي أوجد لاحقاً علم خاص بهذه العلاقة هو علم الاجتماع الطبي<sup>(١)</sup>.

ونظراً للأهمية الاجتماعية لقضيتي الصحة والمرض فقد ارتبطت المصطلحات والدراسات والاتجاهات نحو القضيتين بأهمية اجتماعية من نظرة طبية وأهمية طبية إلى نظرة اجتماعية معتمدة في نظرياتها وحقائقها وتفسيراتها ودراساتها على الارتباط الوثيق بين الطب والاجتماع كعلاقة متلازمة مترابطة متداخلة لا يمكن الفصل بينهما.

تؤكد معظم الدراسات المتاحة على أن للعوامل الاجتماعية دوراً بارزاً في الصحة والمرض، وفي أسلوب تقديم الخدمة الصحية ذاتها، والدليل على ذلك أن المستوى الطبقي مثلاً يحدد نوع المرض، ونوع الخدمة الصحية التي يتلقاها المريض، كما يؤكد التراث السوسولوجي والانثروبولوجي والطبي على تأثير العوامل الاجتماعية على صحة الإنسان، والواقع أن الصحة والمرض والرعاية الطبية لا يمكن فهمها إلا من خلال وضعها في السياق الاجتماعي الأكبر، ولذلك فلا مغزى للطب ولا لمهامه العلاجية ما لم نضع في حسابنا أهمية العوامل الاجتماعية والنفسية مثلما نراعي العوامل البيولوجية ومعظم النشاط الطبي، وهذا ما يؤكد بارسونز من أن وجهة النظر الطبية كانت ترد المرض إلى أسباب فسيولوجية وبيولوجية، ولكن تغيرت هذه النظرة بالفعل وصارت تراعي الأسباب الاجتماعية كما صار تعريف المرض تعريفاً بيولوجياً اجتماعياً<sup>(٢)</sup>.

### ثالثاً: أساليب تقديم الرعاية الصحية:

لقد عاش العالم سنوات طويلة وفي تصوره أن مهمة علوم الطب هي علاج المرضى فإذا امتدت هذه المهمة إلى أكثر من ذلك فإنها لا تتجاوز الوقاية من الأمراض، ويلزم المرض الإنسان بنسب متفاوتة ولا يوجد إنسان خال الأمراض فقد ذهب "دوركايم" إلى أن الصحة أن يكون الإنسان في حالة أقل قدر ممكن من الأمراض أما الإنسان الخالي من الأمراض فليس له وجود، ويشير "دوركايم" إلى علامات مرضية تبدو على الإنسان ولكنها في الواقع علامة على الصحة مثل المرض الشهري عند النساء، فإذا اختفت عُدَّ الإنسان مريضاً، وقد ظهرت مدرسة فكرية جديدة يمكن تسميتها بالمنهج (التكاملي) وهو المنهج الاجتماعي الطبي وتقوم فلسفة هذا المنهج على النظر إلى الإنسان كوحدة متكاملة يكون المرض أحد جوانبها وعوارضها ولا يمكن تحقيق الشفاء للمريض إلا إذا سلمنا بان مرضه وعائقه وظروفه الاجتماعية، كلها مؤثرات متبادلة إحداها يؤثر في الآخر ويتأثر به في نفس الوقت<sup>(١)</sup>.

١ - ردينة عثمان يوسف، التسويق الصحي والاجتماعي، دار المناهج للنشر والتوزيع، الأردن، ٢٠٠٨، ص ص ٢٨-٢٩.

٢- علي محمد مكاري، علم الاجتماع الطبي مدخل نظري، مصدر سبق ذكره، ص ٢٧٩-٢٨٠.

٣- سلوى عثمان الصديقي، عبد المحي محمود حسن، الأسرة والسكان من منظور الخدمة الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ٢٠٠٠، ص، ٢٠.

ويرى البعض أنه يجب تحويل الرعاية الصحية من رعاية طبية بحتة إلى رعاية اجتماعية تعتمد على مشاركة أفراد المجتمع وتؤثر عليها كافة الظروف الاجتماعية والاقتصادية، ولتحقيق ذلك يتم من خلال:

- ١- تمتع سكان المجتمع بالديمقراطية، بحيث تستطيع الفئات الفقيرة التعبير عن اهتماماتها واحتياجاتها.
- ٢- أن تكون الخدمات الصحية شاملة لجميع أفراد المجتمع، وخاصة سكان المجتمع الريفي.
- ٣- أن يكون هناك نوع من التكامل بين الأبحاث العلمية الطبية والمشكلات الصحية للمجتمع، وأن تعتمد البحوث على الموارد الذاتية.
- ٤- أن تحدد المؤشرات التي تحدد المستوى الصحي السائد لأفراد المجتمع، بمعنى متى تعتبر الخدمات الصحية كافية ومتى نعتبرها غير كافية.
- ٥- توافر نوع من الرقابة، على مدى كفاءة الخدمات الصحية وتوفيرها لسكان المجتمع من خلال نظام إداري.
- ٦- يجب الاهتمام بنشر الوعي الصحي والتثقيف الصحي والوعي الاجتماعي بصفه عامة لكل مشكلات المجتمع<sup>(١)</sup>.
- ٧- والمدخل الاجتماعي يهتم بالعلاقة بين الصحة والمؤسسات الاجتماعية الأخرى، بمعنى الاهتمام بالعلاقات بين المستشفيات والتنظيمات الصناعية والقانون وحياة الأسرة ومستواها الطبقي.

وبالتالي فإنه يركز على تحديد مدى الدور الذي تلعبه مؤسسات الرعاية الصحية، والهيئة الطبية العاملة في الحياة الاجتماعية للمجتمع والحالة الصحية لأعضائه، ولذلك فإن مفهوم الدور يعد واحداً من المفاهيم القليلة، والتي تربط بكفاءة بين البناء الاجتماعي، والعملية الاجتماعية، والشخصية من جهة، وبين الرعاية الصحية من جهة أخرى، كما يؤكد التراث السوسيولوجي والانثروبولوجي والطبي على تأثير العوامل الاجتماعية على صحة الإنسان.

والواقع أن الصحة والرعاية الصحية لا يمكن فهمهما حق الفهم إلا من خلال وضعها في السياق الاجتماعي الأكبر لمحاولات الإنسان الدائبة للتكيف مع شؤون حياته، ولذلك فلا مغزى للطب ولا لمهامه العلاجية ما لم نضع في حساباتنا أهمية العوامل الاجتماعية والنفسية، مثلما نراعي العوامل البيولوجية، وهذا ما يؤكد، "بارسونز" من أن وجهة النظر الطبية كانت ترد المرض إلى أسباب فسيولوجية، ولكن تغيرت هذه النظرة بالفعل، وصارت تراعي الأسباب الاجتماعية، كما صار تعريف المرض تعريفاً بيولوجياً واجتماعياً<sup>(١)</sup>.

**رابعاً: أنماط تقديم الرعاية الصحية:** إن خدمات الرعاية الصحية تقدم غالباً من خلال الأنظمة والمنظمات، وهي مؤلفة من ثلاثة أشكال فرعية مميزة ولكنها متداخلة بشكل متزايد وهي:

١- محمد سيد فهمي، وفايزة محمد رجب، الصحة الاجتماعية، دار الوفاء لنديا الطباعة، الاسكندرية، ٢٠١٢، ص ٣٦٣.  
٢- علي مكاوي، علم الاجتماع الطبي مدخل نظري، مرجع سابق ص ٣٣٢-٣٣٣.



١- الرعاية الصحية الأولية: تعد الرعاية الصحية الأولية هي الرعاية الصحية الأساسية القائمة على الطرائق التكنولوجية العملية، والسليمة علمياً، والمقبولة اجتماعياً، والمتاحة عموماً للأفراد والأسر في المجتمع، من خلال مشاركته التامة، وبكلفة يستطيع المجتمع والبلد تحملها كما أنها تشكل جزءاً لا يتجزأ من كل من النظام الصحي للبلد، حيث تعتبر مهمته المركزية، ومحور تركيزه الرئيسي، والتنمية الاجتماعية والاقتصادية الشاملة للمجتمع المحلي<sup>(١)</sup>.

وتشمل الرعاية الصحية الأولية تقديم الخدمات التي تساعد على النهوض بالمستوى الصحي العام، كالمحافظة على نظافة البيئة وسلامة المياه من التلوث، والعناية بالأمهات أثناء الحمل والولادة، والاهتمام بتغذية الأطفال وتلقيحهم بالتطعيمات اللازمة، علاج الإصابات المرضية في وقت مبكر<sup>(٢)</sup>. وتقوم الرعاية الصحية الأولية على المبادئ الخمسة التالية:

أ- التوزيع المتساوي في مد الخدمات الصحية والبيئية، وهذا الأمر يتنافى مع توجه بعض الحكومات لتحسين الصحة بالمدينة، لتكون مرآة للخدمات المعقدة في العالم المتقدم، بدلاً من توفير الحد الأدنى من الخدمات الاجتماعية والصحية للتجمعات التي لا صوت لها في القرى الريفية والأحياء المدنية الفقيرة .

ب- المشاركة الأهلية في الارتفاع بمستوى الرعاية الصحية في البيئة المحلية، ويشتمل ذلك على الاكتساب المعرفي البسيط عن طريق التوعية الصحية، وعلى تدريب العمل الصحيين الذين يستطيعون التعامل مع كثير من المشكلات الصحية الصغيرة، والذين بسبب ارتباطهم بالمجتمع المحلي يصبحون حجز الزاوية في الفريق الصحي، وانتهاءً بأن يكون لأفراد المجتمع دور فعال في اتخاذ القرارات الهامة، مثل تحديد أولويات المشكلات الصحية في المنطقة، توفير الموارد لتحقيق ذلك.

ج- التركيز على مهمة الوقاية من الأمراض، لأنها ضرورية لحل المشكلات الصحية على المدى الطويل، ولكن الأمر يتطلب بالطبع وجود الخدمات العلاجية على ألا يطغى الاهتمام بالجانب العلاجي على الجانب الوقائي، كما يحدث في أغلب المراكز الصحية.

د- التكنولوجيا الملائمة اجتماعياً، بمعنى أن تكون التكنولوجيا بسيطة لكنها مفيدة ومتناسبة مع تكلفتها، كما يجب أن تكون متوفرة محلياً.

هـ- وتأتي أخيراً عوامل مؤثرة على الصحة بشكل سلبي أو إيجابي، بداية من السكن ووسائل الانتقال إلى التغذية ومصادر المياه، فلا يمكن النهوض بالصحة بدون اهتمام السلطات به الجوانب مجتمعية<sup>(٣)</sup>.

٢- الرعاية الصحية الثانوية: تقدم خدمات الرعاية الثانوية في المستشفيات بصورة اعتيادية في الدول الأكثر تقدماً، ويمكن وصفها على أنها علاج مرحلي يقدم للمرضى أو المشكلات الصحية وينظر إليها

1- Frank.O "The Demand for Fertility Control in Sub-Saharan Africa" Studies in Family Planning, 1987, p.4-18.

٢ - أمل البكري وآخرون، الصحة والسلامة العامة، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، الأردن، ٢٠٠٠، ص ٢٢ .

3- Bongaarts. J, "Trends In Unwanted Childbearing In the Developing World" Studies in Family Planning Vol: (24) No.(4), 1997,p.76.

عموماً على أنها استشفائية-علاجية في طبيعتها، وتنقسم على نحو نموذجي إلى خدمات الرعاية الثانوية تتلقى الغالبية العظمى من مرضاها المحولين من أطباء الأسرة ولكن يمكنهم فحص المرضى الذين يدخلون مباشرة من خلال دوائر الطوارئ، ومن هنا يمكن للمرء أن يلحظ التداخل بين الرعاية الأولية والثانوية حيث تقوم دائرة الطوارئ التي ربما تقوم غالباً بدور مقدم الرعاية الطبية الأولية ولكنها تتواجد في المحيط التنظيمي لمستشفى عام يقدم خدمات الرعاية الصحية الثانوية<sup>(١)</sup>.

٣- الرعاية الصحية الثالثة: تقوم الرعاية الثالثة على خدمة الحالات التي تحتاج إلى درجة كبيرة من التخصص والتكنولوجيا الحديثة مثل جراحة القلب أو الصدر أو نقل الأعضاء، وقوامها المراكز الطبية والمستشفيات التخصصية والجامعية.

### خامساً: واقع القطاع الصحي والمستشفيات في العراق

على الرغم من الازمات المتعاقبة التي مرت بالعراق وتأثيرها في مجمل الأوضاع الصحية إلا ان تلك الأوضاع شهدت تحسناً نسبياً في المؤشرات الصحية خلال الاعوام القليلة الماضية، إذ ارتكزت إستراتيجية الصحة في العراق بالسعي لبناء نظام رعاية صحية يحقق تغطية شاملة للخدمات الصحية لجميع المواطنين، والتركيز على تطوير البنى التحتية للرعاية الاجتماعية ومراقبتها وتمويلها لضمان تقديم خدمات فعالة للمواطنين مع استمرار التوسع في إنشاء وحدات الرعاية الاجتماعية الصحية الأولية في المحافظات كافة، فضلاً عن تطوير المستشفيات العامة والمستوصفات ودوائر الرعاية الاجتماعية الصحية التي تؤمن الحاجات في الحضر والريف إلى جانب تعزيز فرص القدرات الطبية والتمريضية في كافة المجالات، والسعي لإدخال الوقاية والكشف المبكر في جميع جوانب النظام الصحي، وتمكين الناس من المشاركة الفعالة في تحسين الصحة، والرعاية، والوقاية من الامراض<sup>(٢)</sup>.

جدول (١) تطور عدد المستشفيات والأسرة التابعة لوزارة الصحة من واقع المؤشرات الصحية للسنوات

من ٢٠٠٩-٢٠١٧

| العام | عدد المستشفيات | سرير لكل ١٠٠٠ سكان | عدد اشغال أسرة |
|-------|----------------|--------------------|----------------|
| ٢٠٠٩  | ٣٦             | ١,١٤               | ٥١,٦           |
| ٢٠١٠  | ٣٧             | ١,١٤               | ٥١,٤           |
| ٢٠١١  | ٣٧             | ١,١٧               | ٦٠,١           |
| ٢٠١٢  |                | ٢,٧                | ٥٨             |
| ٢٠١٣  | ٣٧             | ١,٢                | ٦١             |
| ٢٠١٤  | ٤٠             | ١,٢٥               | ٦٣             |
| ٢٠١٥  | ٤٢             | ١,٣                | ٦٥             |

١ - كيران وولش وجوديت سميث، إدارة الرعاية الصحية، ترجمة: نبيل أبو النجا، دار الكتب، القاهرة، ٢٠٠١، ص ١٢٥.  
٢ - خطة التنمية الوطنية ٢٠١٣-٢٠١٧، وزارة التخطيط، جمهورية العراق، ص ١٧.

|    |     |    |      |
|----|-----|----|------|
| ٦٧ | ١,٤ | ٤٤ | ٢٠١٦ |
| ٧٠ | ١,٥ | ٤٦ | ٢٠١٧ |

#### ب- المراكز الصحية والعيادات والمستوصفات الطبية

تقدم المراكز الصحية والعيادات والمستوصفات الطبية الخدمة والرعاية الطبية إلى جانب المستشفيات، وقد جاءت إقامة مثل هذه المؤسسات الصحية لتخفيف الضغط على المستشفيات التخصصية المرجعية والمستشفيات العامة، وبلا شك أن الخدمة الطبية التي لا تطلب فحوصات دقيقة أو استشارات طبية متخصصة أو للحالات الطارئة في بعض الأحيان إلى جانب الرعاية الدورية للأمومة والطفولة وتقديم التحصينات والجرعات الطبية الضرورية سواء كانت على مستوى الأطفال أو الكبار، وتضم بعض المراكز الصحية والعيادات والمستوصفات الطبية بعض الأسرة للحالات التي تستدعي إقامة المريض في تلك المؤسسة الصحية لساعات معينة أو ليلة أو ليلتين. وقد جاءت الزيادات في أعداد المراكز الصحية والمستوصفات الطبية والعيادات الخاصة في العراق استجابة للحاجة المتزايدة للخدمة الطبية، وظهور مدن ومخططات سكنية جديدة تحتضن مثل تلك المؤسسات الصحية، فضلاً عن حرص جهات الاختصاص على تبسيط المسافة أمام الشخص الراغب في العلاج أو الاستشارة الطبية.

#### سادساً: السياسة الصحية العامة لوزارة الصحة في العراق:

من المعروف أن السياسات هي أهداف أو تصريحات عما يجب عمله في الواقع، وتهدف السياسات الاجتماعية بصفة عامة إلى تحسين رعاية الإنسان ومقابلة احتياجاته من التعليم والصحة والضمان الاجتماعي، وبالتالي فسياسة الرعاية الصحية تتمثل في الأهداف والأفكار التي من خلالها تتمكن الحكومة من تقديم خدمات الرعاية الصحية للأفراد<sup>(١)</sup>.

وتشير سياسة الرعاية الصحية إلى مجموعة التوجهات والأحكام العامة المتعلقة بالنظام الصحي، وتكون في شكل ترتيبات مرتبطة ببعضها في شكل علاقات تكاملية تبادلية، ويتفق أفراد المجتمع على تخصيص موارد معينة لها بالتعاون مع الحكومة، لاستخدامها بشكل منظم، وتهدف إلى التعامل مع المشكلات الصحية التي تواجه المجتمع، وتخطيط وتنفيذ الأنشطة الكفيلة بذلك<sup>(٢)</sup>، ويدخل في نطاق اهتمام السياسة الصحية العديد من السياسات الأخرى المتعلقة بالتدخين وتشريعات البيئة وتلوث المياه والطعام الأمن وإجراءات المحافظة على الصحة العامة في المجتمع<sup>(٣)</sup>.

1- Ken Blak More, Social Policy, An Introduction, 2nd, Edition, London, Open University Press, 2003, P78.

2- Thomas S. Bodenheimer And Kevin Grumbach, Understanding Health Policy 2nd Edition, USA, Appleton & Lang Stamford Co, 2002, P 90.

3- Howard M. Leichter, Health Policy Reform In America, USA, M.E. Sharpe, Inc, 1992, P4.

وينبثق عن سياسة الرعاية الصحية ما يعرف بالتخطيط الصحي والذي يعني عملية تطوير وإعادة توجيه الموارد الصحية لمقابلة احتياجات السكان الحالية والمستقبلية من الخدمات الصحية<sup>(١)</sup>. وينظر إلى صنع السياسة على أنها عملية يتم بمقتضاها توزيع المسؤولية بين الحكومات المحلية والمنظمات المدنية، بهدف وضع إطار للتعامل مع الصحة والتعليم والخدمات الاجتماعية<sup>(٢)</sup>. وتميزت وجهة النظر هذه بأنها وصفت عملية صنع السياسة بأنها مسؤولية مشتركة تضم جهات رسمية وغير رسمية وأكدت على ضرورة التفاعل بينهم ومسؤوليتهم في التقييم المستمر للسياسة القائمة، وهناك من يركز على أن مفهوم صنع السياسة يجب أن يتضمن الغايات والأهداف والإستراتيجيات ووسائل تحقيقها، ويرى أنها عملية تتطلب إيجاد إستراتيجية يلتزم بتنفيذها المجتمع بأسره<sup>(٣)</sup>. وفي ضوء تحليل الموقف الصحي في العراق، وإنجازات الخطط الصحية السابقة، وتحليل ما ظهر من المشكلات والصعوبات، تمت تسجيل مجموع الانفاق من نفقات تشغيلية واستثمارية للقطاع الصحي للمدة (٢٠٠٥-٢٠١٩) على السياسة العامة لوزارة الصحة وفقاً لما يلي كما في الجدول (٣):

**جدول رقم (٢) يوضح مجموع الانفاق من نفقات تشغيلية واستثمارية للقطاع الصحي للمدة (٢٠٠٥-٢٠١٩)**<sup>(٤)</sup>

| السنة | مجموع النفقات العامة في الموازنة ككل / ترليون | مجموع الانفاق الصحي العام ترليون | النفقات التشغيلية ترليون | النفقات الاستثمارية ترليون | نسبة الانفاق الصحي الى الانفاق العام % | الانفاق على الادوية |
|-------|---|----------------------------------|--------------------------|----------------------------|--|---------------------|
| ٢٠٠٥  | ٣٥  | ١,٥                              | ١,٤                      | ٠,١                        | ٤%                                     | ٨٦٧ مليار           |
| ٢٠٠٦  | ٥١  | ١,٦                              | ١,٥                      | ٠,١                        | ٣,١%                                   | ٨٦٧ مليار           |
| ٢٠٠٧  | ٥٢  | ٢                                | ١,٨                      | ٠,٢                        | ٣,٨%                                   | ٧٢٨ مليار           |
| ٢٠٠٨  | ٦٠  | ٢                                | ٢                        | -                          | ٣,٣%                                   | ٨٢٣ مليار           |
| ٢٠٠٩  | ٦٩  | ٤                                | ٣,٦                      | ٠,٤                        | ٥,٨%                                   | ٢٥٠ ترليون          |
| ٢٠١٠  | ٨٥  | ٦                                | ٥                        | ١                          | ٧%                                     | ١,٥ ترليون          |
| ٢٠١١  | ٩٧  | ٦                                | ٥                        | ١                          | ٦,٢%                                   | ١,٥ ترليون          |
| ٢٠١٢  | ١١٧   | ٦                                | ٥                        | ١                          | ٥%                                     | ١,٥ ترليون          |
| ٢٠١٣  | ١٣٨   | ٧                                | ٦                        | ١                          | ٥%                                     | ١,٥ ترليون          |

1- Edward A. Mckinney, Health Planning In Richard L. Edwards, Ed In Chief, Encyclopedia Of Social Work, 19th Ed, USA, Nasw Press, 1995, P1199.

2- Cliff Alcock Et El, Introducing Social Policy, England, Pentice Hill, 2000, P63.

٣- طلعت السروجي، السياسة الاجتماعية في إطار المتغيرات العالمية الجديدة، دار الفكر العربي، القاهرة، ٢٠٠٤، ص ١٣.

٤- ميس محمد كاظم، سياسة الانفاق الاجتماعي وبناء السلم المجتمعي في العراق دراسة ميدانية في مدينة بغداد، أطروحة دكتوراه غير منشورة، قسم علم الاجتماع، كلية الآداب، جامعة بغداد، ٢٠٢٠، ص ٢٠.

|            |      |     |     |     |                    |                      |
|------------|------|-----|-----|-----|--------------------|----------------------|
| -          | -    | -   | -   | -   | لم تقر<br>الموازنة | ٢٠١٤                 |
| ١,٥ ترليون | %٤,٢ | -   | ٥   | ٥   | ١١٩                | ٢٠١٥                 |
| ١,٥ ترليون | %٤,٧ | -   | ٥   | ٥   | ١٠٦                | ٢٠١٦ الصحة<br>البيئة |
| ٦٤٦ مليار  | %١,٤ | ٠,١ | ١,٤ | ١,٥ | ١٠٧                | ٢٠١٧                 |
| ٩٠٠ مليار  | %٢   | ٠,٢ | ١,٨ | ٢   | ١٠٤                | ٢٠١٨                 |
| ١,٥ ترليون | %٢,٢ | ٠,١ | ٢,٩ | ٣   | ١٣٣                | ٢٠١٩                 |

### سابعاً: تقييم أداء أنظمة الرعاية الصحية:

إن نظام الرعاية الصحية لابد أن يتم تقييمه علي أساس ثلاث مؤشرات هي الفاعلية، والكفاءة، والإنصاف، وكما يلي :

أ- **الفاعلية:** وتعني بنافع الرعاة الصحية من منظور تحسين الحالة الصحية .  
ب- **الكفاءة:** وهي العلاقة بين هذا التحسين في الحالة الصحية والطاقات المستهلكة لتحقيق التحسين المنشود.

ت- **الإنصاف:** وهو تقييم لعدالة توزيع منافع وأيضاً أعباء ( تكاليف ) الرعاية الصحية .  
وهناك ثلاثة محددات رئيسية للفاعلية هي: إمكانية الوصول، والجودة، والتكامل<sup>(١)</sup>. كما تعني فاعلية الرعاية الطبية بمنافع هذه الرعاية بما ينعكس على التحسن في الحالة الصحية للناس، حيث لا يعني هذا تحسين فقط مجموعة المنافع المفردة مثل: انخفاض معدلات الوفيات، وارتفاع توقعات الحياة، وانخفاض معدلات انتشار المرض، بل يعني أيضاً أن توزيع المرض والصحة يكون في سبيل تعظيم الإنتاجية الاقتصادية عامة، ورفع مستوى الصحة والرفاهة.

ويسعى الهدف الثاني "الكفاءة" لنظام تقديم الرعاية الصحية إلى تحقيق الكفاءة على اعتبار الرعاية الطبية كنتائج، فإننا نهتم بالكفاءة الإنتاجية، أي تقديم الخدمات بأقل تكلفة. حيث أن عنصر الكفاءة متعدد الأبعاد، فكفاءة توزيع الموارد داخل قطاع الصحة يشير إلى أي مدى يتم توزيع الموارد القطاعية لمعظم الاستخدامات الفعالة من حيث التكلفة. أما كفاءة التخصيص فهو أيضاً مفهوم ذو صلة بتقييم حجم القطاع الصحي في الاقتصاد الوطني، وهكذا تستطيع السياسيات أن تؤثر على كفاءة تخصيص الموارد، عن طريق تحويل توزيع الموارد داخل القطاع الصحي أو بين القطاع الصحي وبقية الاقتصاد. بينما الكفاءة الفنية مفهوم أضيق، حيث تشير إلى إدارة واستخدام الموارد التي تم تخصيصها داخل القطاع، وتحاول تحليلات الكفاءة الفنية تحديد ما إذا كان يتم إنتاج الخدمات بأقل تكلفة ممكنة لتخصيص معين الوارد، بالتالي غالباً ما تركز على مدى ممارسات سوء الإدارة أو الحوافز غير الملائمة. أما البعد الثالث، والذي

1 -Duncan. Pederson; Disease Ecology at across roads: man-made Environment ;Human rights and perpetual develops entutopias; soc.sci;med; vol .43; No. 5 ; 1996, p.97.

يرتبط بالكفاءة الفنية، وهو الكفاءة لإدارية والذي يعني بتكاليف إدارة النظام الصحي، فالقدرة على إدارة النظام الصحي بكفاءة هو أيضاً عنصر هام من عناصر القدرة على الاستمرار كمؤسسة<sup>(١)</sup>.

أما الإنصاف فيعني بالتوزيع العادل لكل من منافع تقديم الرعاية الصحية وإبائها، ما في ذلك توزيع التكاليف بين المجموعات والإفراد، ومن صعوبة تحقيق هذه العدالة المنشودة وضع تعريف محدد للعدالة إذ يختلف الحكم على وصف إجراء ما بالعدالة وفق القيم المستخدمة في وضع هذا الحكم. حيث ينظر البعض للعدالة من خلال منظور يقيس تكلفة الرعاية مقابل النتائج المنشودة للأشخاص والمجتمع ككل، وأي هل يعامل الجميع بالتساوي، وهل تقديم الرعاية لمن هم بحاجة لها، وهل يتم تحسين وضع المجتمع ككل وليس تحسين وضع أفراد معينين أو مجموعات نحدده، وهل تم تكتيف الأفراد وراء "ستار الجهل" وغير قادرين على معرفة ظروف حياتهم الخاصة أو أقرانهم، وفي هذه الظروف يفترض "رولز" أن نموذج العقد الاجتماعي الذي يضمن ظهور "المساواة العادلة في الفرص" لجميع الأفراد، حيث يتم ذلك في إطار السعي من أجل العناصر الأساسية للحياة بما في ذلك الرعاية الصحية<sup>(٢)</sup>.

#### ثامناً: الرعاية الصحية والتنمية:

تُعد الرعاية الصحية للأفراد حقاً من حقوقهم، فالإنسان هو مصدر العمل والإنتاج، وهناك العديد من الأدلة على تأكيد هذا الحق من خلال ما نصت عليه دساتير هيئة الصحة العالمية، الذي ينص على أن التمتع بأعلى مراتب الصحة أحد الحقوق الرئيسية لكل إنسان دون تمييز بالنسبة لجنسه أو عقيدته السياسية أو حالته الاجتماعية والاقتصادية، وأن مسؤولية الحكومات عن صحة شعوبها هي مسؤولية مباشرة وعليها تحقيق ذلك باتخاذها تدابير فاعلة في إطار من العدالة الاجتماعية، وبالتالي فالرعاية الصحية تعد نوعاً من الاستثمار البشري، وتنميته كماً وكيفاً في العملية الإنتاجية، فمن خلال توفير الرعاية الصحية بالمستويات المطلوبة تقلص نسب الوفيات خاصة بين الأفراد والشباب، والحد من انتشار الأمراض والأوبئة، وبالتالي زيادة القوي العاملة

إن الصحة هي البعد الأساسي للفرد ورفاهية السكان، كما أنها أيضاً عنصراً أساسياً من عناصر التنمية البشرية والاقتصادية. وتشكل سوء الأحوال الصحية عائقاً أمام تطوير القدرات البشرية.

وهناك العديد من الحقائق المبدئية حول موقع (الصحة أو الرعاية الصحية) كمكون حيوي ضمن خطط، وأولويات التنمية في دول العالم المختلفة سواء أكانت متقدمة أو نامية، وأبرز هذه الحقائق ما يلي:

١- أن هناك دوراً اقتصادياً وتنموياً هاماً لقطاع الصحة يمكن أن يحوله من عبء على التنمية إلى قوة دفعة لها.

1- David mechanic, medical sociology, the free press, N.Y. 1987, p.132.

2-Duncan. Pederson, Disease Ecology at across roads: man-made Environment, Human rights and perpetual develop mentutopias, soc.sci, med, vol .43, No. 5 , 1996, p.213.

٢- والاعتقاد السائد حالياً لدى العديد من دول العالم أن الحالة الصحية الجيدة في مجتمع ما إنما تمثل رافعة لنمو اقتصادي جيد، وأن الاستثمار في الصحة - مع ضمان كفاءته - يمكن أن يمثل أحد الأدوات الناجعة - ضمن أدوار أخرى- لإدارة فعالة للاقتصاد الكلي، كما أنه أداة فعالة لتحجيم الفقر في الدول الفقيرة لأن الأصحاء هم الأكثر قدرة على العمل والإنتاج في هذه الدول<sup>(١)</sup>.

يقف ملف الرعاية الصحية على سلم أولويات الحكومات المختلفة لي طرح بدوره عدداً بدوره عدداً من الإشكاليات التي تصطدم بها سياسات الرعاية الصحية، ويشير في الوقت ذاته إلى سبل تفعيل ونجاح مثل هذه السياسات، وتكتسب قضية الرعاية الصحية أهميتها من ارتباطها بالمكان، وذلك المكون الذي يقوم على ويتأثر بعملية وسياسات التنمية الشاملة والمستدامة. وبطبيعة الحال فإن أحد معايير تقييم نوعية البشري هو ذلك المعيار المتعلق بحالته الصحية. ويأتي تقييم هذه الحالة بدوره ليقلي الضوء على بعدين أساسيين: البعد الأول: هو ذلك المتعلق بسياسات الرعاية الصحية، والبعد الثاني: وهو المتعلق بالبيئة والقيم المجتمعية التي تتفاعل مع هذه السياسات<sup>(٢)</sup>.

### وتساهم الصحة الجيدة في النمو الاقتصادي بطرق رئيسية هي:

- أنها تقلل من الخسائر الناجمة عن الأمراض.
- تسمح باستخدام الموارد الطبيعية التي كان الوصول إليها متعذراً تماماً أو تقريباً بسبب المرض.
- تزيد من التحاق الأطفال بالمدارس وتجعلهم أقدر على تحصيل التعليم.
- تحرر الموارد للاستفادة منها ف استخدامات بديلة، ولولا ذلك لأنفقت على علاج الأمراض.
- تساعد الصحة الأطفال في التحصيل وتعلم مهارات منتجة ووضع جسماني سليم خلال سنوات الدراسة.

مما لا شك فيه أن الموارد البشرية بمثابة حجر الأساس في عملية التنمية، ومن ثم فإن الموارد البشرية هي المحدد الرئيسي لنجاح أو إخفاق هذه العملية، وتتطوي متطلبات التنمية البشرية في إكساب الأفراد في المجتمع المعرفة والمعلومات والمهارات التي تؤهلهم للاستخدام الأمثل للموارد الطبيعية والمادية التي في حوزتهم لتحقيق أهدافهم، أي الوفاء باحتياجاتهم المادية والروحية المتزايدة<sup>(٣)</sup>.

ولكي تحدث عملية التنمية في أي نشاط، فإن ذلك يحتاج إلى حشد كافة الورد والإمكانيات المتاحة - سواء في ذلك الإمكانيات المادية أو البشرية - حيث أن تنمية الثروة البشرية وزيادة قدرتها على العطاء والعمل يعتبر من أهم عناصر إستراتيجية التنمية الاجتماعية التي تعتبر ضرورة حتمية للتنمية الاقتصادية وتحقق التقدم المادي والاستقرار السياسي.

١ - عبد السلام بشير الدويبي، علم الاجتماع الطبي، دار الشروق للنشر و التوزيع، القاهرة، ٢٠٠٦، ص ٨٣.  
٢ - عبد المجيد الشاعر، علم الاجتماع الطبي، دار اليازوري لعلمية للنشر والتوزيع، ٢٠٠٠، ص ١٢٢-١٢٤.  
٣ - لورنس بسطا زكري، نظام التأمين الصحي في مدارس التعليم الإعدادي " فاعليته " رؤية مستقبلية"، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ٢٠١٥، ص ١٢.

ولا يخفى على أحد أهمية دور الإنسان في بناء المجتمع حيث أنه العنصر الرئيسي في الإنتاج، كلما نجحت التنمية الاجتماعية في زيادة قوة العمل المنتجة ورفع مستوى مهارتها وكفاءتها وقدرتها على الابتكار أدى ذلك إلى زيادة الإنتاج القومي وإلى زيادة الدخل القومي بالتبعية.

### تاسعاً: المعوقات الاجتماعية والثقافية المؤثرة على نمط الرعاية الصحية:

يقصد بالمعوقات في هذا الفصل تلك العوامل والصعوبات الاجتماعية والاقتصادية التي تؤثر على نمط الرعاية الصحية، حيث توجد مجموعة من العوامل التي تشخص طبيعة النظرة الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض، وهي تنطلق أساساً من قضايا ومقولات علم الاجتماع العام وعلم الاجتماع الطبي، وبالتالي فهي تحدد بدقة مدى تأثير المجتمع والثقافة في صياغة هذه العوامل والصعوبات، وسوف تقوم الباحثة بعرض تفصيلي لتلك العوامل والصعوبات من خلال محورين رئيسيين هما:

#### أولاً: المعوقات الاجتماعية المؤثرة على نمط الرعاية الصحية:

لعل نظرات الناس لموضوع الصحة والمرض تختلف من فرد إلى آخر، فهي مرتبطة بالقيم والمفاهيم الاجتماعية لهذه المصطلحات، فضغوط الحياة اليومية وكثرة الالتزامات، والمشاكل المتلاحقة في العصر الحديث أدت إلى ظهور العديد من الأمراض والمشاكل النفسية، وتعتبر المشاكل الصحية المنتشرة في الكثير من المجتمعات المعاصرة دليلاً على التخلف الاجتماعي وتدني مستوى المعيشة وسوء توزيع الثروة بين أفراد المجتمع، وتعد الرعاية الصحية تبعاً لذلك جانباً متأثراً بالحياة الاجتماعية سلباً وإيجابياً. فالفقر مثلاً يفرض على الإنسان أن يعيش في مسكن غير صحي وأن يحرم من الحصول على الغذاء الجيد ان لم يكن يحرم من الحصول على الغذاء بشكل كامل<sup>(١)</sup>.

وقد يكون العلاج الوقائي للأمراض ذات المنشأ الاجتماعي أو التي تعالج بطرق اجتماعية في التكاتف الاجتماعي والتكافل والترابط الأسري والذي يحد من مشاكل الإنسان الاجتماعية والنفسية كما أن توفير وسائل الترفيه وقضاء وقت الفراغ والعمل المستمر، كلها تؤدي إلى انخفاض نسبة المرض. لأنه كلما (تآكل نظام الدعم الاجتماعي والنفسي يقلل من قدرة الأفراد والأسر والمجتمع في مواجهة المشاكل وعوقهم عن أداء أدوارهم وتدفع هذه المشكلات النفسية والاجتماعية بأصحابها إلي الهروب عن طريق تناول المواد المخدرة من حبوب أو حقن أو شم أو الإدمان في التدخين أو المشروبات الكحولية بأنواعها والتي تؤدي إلى تدهور حالتهم الصحية والنفسية والاجتماعية)<sup>(٢)</sup>.

١- الوحيشي أحمد يسري، عبد السلام بشير الدويبي، مقدمة في علم الاجتماع الطبي، الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع، طرابلس، ١٩٨٩، ص ٩٧.

2 -E.J.Dyksterhuis, commotions encyclopedias, division of encyclopedia Britannica, volume 7, the university of Chicago press ,Chicago ,1986 ,p.158.



## ثانياً: المعوقات الثقافية المؤثرة على نمط الرعاية الصحية:

١- تأثير العادات والتقاليد على الصحة والمرض: إن العادات والتقاليد تلعب دوراً مهماً في عملية الصحة والمرض وهذا ربما يكون ملحوظاً بشكل ملفت للنظر في الوقت الحالي<sup>(١)</sup>.

وإذا تحدثنا عن العادات والتقاليد في موضوع الصحة والمرض فإننا لا نعني هنا عادات الناس وتقاليد كيف تؤثر عليهم بل نعني إلى جانب ذلك عادات الأطباء وكيف تؤثر على سلوكهم مع مرضاهم.

وبالرغم من أن الأطباء قد تحصلوا على نصيب من التعليم إلا أنهم أفراد يعيشون في مجتمع يؤثر فيه ويتأثرون به، فعاداتهم جاءت من المجتمع والتربية والدين، والمرضى يتعاملون داخل مجتمع يؤثر على صحتهم سلباً وإيجاباً بسبب العادات والتقاليد والموروث الشعبي.

وليس كل العادات والتقاليد تفضي إلى المرض، وليس كل الصحة بسبب العادات والتقاليد، فلكل مجتمع عاداته وتقاليد الخاصة وممارساته المميزة لنمط شخصيته ومنها ما هو ظاهر ومنها ما هو غير ظاهر.

ونلاحظ أن أفراد يلتزمون بهذه العادات والتقاليد بصورة تلقائية حتى أولئك الذين نالوا حظاً من التعليم. كان الجهل بالعادات والتقاليد ومازال أحد الأسباب الرئيسية في إخفاق نظم الخدمات الصحية في كثير من أنحاء العالم.

فلكي تنجح أي مؤسسة طبية لابد من معرفة العادات والتقاليد في المجتمع الذي توضع له سياسات طبية معينة، وربما يكون من الأفضل تخصيص منهج دراسي لطلاب الطب في هذا المجال لزيادة الحصيلة العلمية عن عادات المجتمع وتقاليد الذي يعيش فيه.

أن إهمال المناهج في كليات الطب في بلادنا لموضوع العادات والتقاليد وتأثيرها على الصحة، إذ أن أغلب المراجع في الطب لكتاب غربيين وضعوها لمجتمعات تختلف تركيبها السكانية وثقافتها تماماً عن مجتمعاتنا، ويرى المختصون في مجال طب الأسرة والمجتمع أنه كي يمارس طبيب الأسرة والمجتمع عمله بنجاح فإن معرفته بالعادات والتقاليد أمر لازم، وقد أدى ذلك إلى أن نشأ تخصص جديد يعرف اليوم في الآداب الطبي باسم الانثروبولوجيا الطبية Medicaid anthropology وهو تخصص يعني بأثر التقاليد والتقاليد على الصحة عموماً<sup>(٢)</sup>.

ولكي يقوم الطبيب بدوره كاملاً في تقديم الخدمات الطبية لابد وأن يكون قادراً على تفهم طبيعة المجتمع ونظامه، فالمحيط يؤثر على سلوك الطب في المجتمعات لذلك نجد أعلى مستوى لمهنة الطب في المجتمعات الراقية وأقل مستوى في المجتمعات المتأخرة، ويعاني الأطباء من العوامل المؤثرة في سلوكيات الناس عناء شديداً وإن كفاح الطبيب ضد الخرافة يوازي بأهمية كفاحه ضد المرض.

١ - عبد الفتاح عثمان، علي الدين السيد محمد، الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي، مؤسسة نبيل للطباعة، والكمبيوتر، القاهرة، ١٩٩٩، ص ٩٤.

٢- عبد الوهاب عبد القادر، ومصطفى الحلبي، السلوك الطبي وآداب المهنة، جامعة الموصل، العراق، ١٩٨٨، ص ص ٥٦-١٤٩.

ويعالج كثير من الناس المرض بطرق بدائية أو ربما لا يعالجون تلك الأمراض، وقد يسود الاعتقاد بأن تلك الأمراض تعالج بطرق شعبية، بالرغم من خطورتها، فهذه العادات والتقاليد منها ما هو ضار، ومنها ما هو نافع، ويمكن الاستفادة منها، فليس كل العادات والتقاليد ضارة، وليس كل العادات والتقاليد نافعة، ويمكن تصنيفها على النحو التالي:

١- **عادات وتقاليد نافعة (مفيدة):** وهي التمكن الاستفادة منها وتشجيعها وتضمينها في المناهج الدراسية وفي تقديم الخدمات الصحية.

٢- **عادات لا ضارة ولا نافعة:** وهذه يمكننا تجاهلها أو تضمينها للخدمات والمناهج حسب الظروف وإمكانية الاستفادة من عدمها.

٣- **عادات وتقاليد ضارة:** وهذه يجب محاربتها والقضاء عليها ومكافحتها بكل الوسائل بالإقناع والامتناع، لأنها غير مجدية ولا فائدة فيها.

نظرة الأطباء إلى أهمية التشخيص والعلاج الطبي دون الاهتمام بالجوانب الاجتماعية والنفسية، ولم تصل بعد في المستشفى إلى تحقيق التعاون المطلوب كفريق للعمل حيث بعض الأطباء لا يعتقدون في أهمية العوامل الاجتماعية والنفسية في العلاج<sup>(١)</sup>، ويعتبرونها عوامل ثانوية ولا أهمية لها. بل أن بعض الأطباء يرون أنهم أقدر على تفهم احتياجات المريض النفسية والاجتماعية من أي شخص آخر.

## ٢- العوامل التي تؤثر في استجابة المريض للمرض:

تختلف الاستجابة للمرض من مريض لآخر طبقاً لظروفه الاجتماعية والثقافية، ولقد أجريت الكثير من الدراسات للتعرف على عوامل استجابة المريض للمرض والتي تتأثر بظروفه، فقد لاحظ Koos أن من أهم العوامل التي تؤثر في سرعة الاستجابة للمرض هي الطبقة الاجتماعية التي ينتمي إليها المريض، فالأشخاص الذين ينتمون إلى الطبقات العليا إنما يشعرون بالمرض حينما يقومون بأي مجهود عن الأشخاص الذين ينتمون إلى الطبقات الدنيا، ولذلك فإن بحثهم عن المساعدة الطبية لتخفيف شعورهم بهذا الألم يكون أسرع. وهذا يرجع بالطبع إلى "اعتبارات اقتصادية" حيث أن الشخص الأول حينما يشعر بالمرض لا يهمله إذا كان يترك عمله لكي يرى الطبيب، أما الشخص الفقير فهو يرى أن ذهابه إلى الطبيب سيجعله يفقد يوم في عمله هو في حاجة إليه، كما أن هذه النوعية من المرضى غالباً ما تؤمن بالقدرية في المرض، وهذا يجعلهم أقل اتجاهاً إلى استخدام الطب الوقائي حينما يمرضون.

كما يلعب الدين والأصل العرقي دور كبير في السلوك المرضي والاستجابة للمرض وذلك من خلال اختلاف الاتجاهات الثقافية والتوقعات، فنجد مثلاً أن هناك بعض الجماعات الثقافية تكون أكثر

١- محمد عبد المنعم نور، الطب والمجتمع دراسة أساسية في الاجتماع الطبي، دار اللواء للنشر، القاهرة، ١٩٨٣، ص ٧٢.

اهتماماً بالطب الشعبي، حينما يمرضون، في حين أن هناك جماعة ذات ثقافة مختلفة يلجئون إلى البحث عن العناية الطبية الحديثة لدى الأطباء المتخصصون<sup>(١)</sup>.

وهناك كثير من العوامل التي تؤثر أيضاً في الاستجابة للمرض وبخاصة تلك العوامل المتصلة بالتعليم والبيئة الاجتماعية والاقتصادية للمريض، فنجد أن استجابة الفرد للألم تتأثر إلى حد بعيد بالأفراد الذين يقابلهم الفرد في حياته وبخاصة في مراحل الطفولة سواء من والديه أو المدرسة أو الرفاق فالعائلة مثلاً تلعب دور هام في هذا التأثير الثقافي سواء بطريقة مباشرة أو غير مباشرة، فبالرغم من أن الطفل يكتسب الكثير من الاتجاهات من عائلته، إلا أنه لا يقبلها ويعمل بها إلا إذا اتفقت تلك الاتجاهات مع الاتجاهات التي يعتنقها أصدقائه، فاستجابة الفرد للألم تتأثر بمراحل حياته المختلفة، وبالأفراد الذين يقابلهم في هذه الحياة، ونستطيع حصر هذه العوامل الاجتماعية والاقتصادية التي تؤثر في الاستجابة للمرض أو الشعور به على النحو التالي:

١- التعليم.

٢- الاتجاهات والرغبات.

٣- الدخل.

٤- المعتقدات الدينية.

٥- عدد أفراد الأسرة وتركيبها.

٦- العمر.

٧- الجنس.

٨- المكانة الاجتماعية والاقتصادية.

٩- العادات والتقاليد<sup>(٢)</sup>.

١٠- المشاكل التي تحيط بالأفراد وقدرتهم على تحمل الألم وعدم الإفصاح عنه.

وتعتبر شخصية الفرد من أهم العوامل التي تؤثر في استجابتهم للأمراض، والشخصية بمعناها الواسع إنما تشير إلى أنماط الفرد المختلفة سواء ما تعلق منها بالفكر أو السلوك أو مشاعر الأفراد، كما يشمل المصطلح أيضاً نموذج الإدراك والمزاج وتحمل القلق وأنماط الدفاع ومكافحة المرض، وبرغم أن لكل فرد شخصيته الفريدة والمستقلة إلا أنه من المفيد في العناية الطبية تصنيف المرض حسب نوع الشخصية لإدراك مدى الاختلاف في استجابتهم للمرض، كما أن الاقتراب من شخصية المريض إنما تساعدنا على

١- عبد المجيد الشاعر، علم الاجتماع الطبي، دار اليازوري العلمية، عمان، ٢٠٠٠، ص ١٢٥.

٢- نبيل حنا، الطب والمجتمع، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ١٩٨٧، ص ٢١٤.

فهم معنى المرض كما يقوله المريض كما أنه تؤثر على معرفتنا بكيفية إنجاز المريض لدوره وإمدادنا بطرق متقدمة للتفاعل مع المرض.

### عاشراً: ثورة المعلومات ومجال الرعاية الصحية:

التكنولوجيا بإمكاناتها الواسعة ودقتها في عصرنا الحالي تساعد في التطبيب عن بعد، وفي تغيير انماط تقديم الرعاية الصحية وتحسين صحة الملايين من البشر في انحاء العالم كما أنها تدفع بالمعرفة الطبية لدى المتخصصين نحو افاق جديدة.

فيشهد العالم اليوم ثورة مذهلة في جميع مجالات الحياة وتحول في كثير من اساليب العمل كنتيجة لثورة المعلومات والاتصالات، وقد تأثر المجال الصحي كغيره من المجالات سلباً وإيجاباً لظهور التقنية الحديثة وما رافقها من تبعيات، وكان من اهم النتائج الايجابية في مجال الصحة ظهور فكرة الطب الاتصالي والعلاج عن بعد والتي ظهرت أول مبشراته في الستينيات عندما قامت وكالة الفضاء الأمريكية (ناسا) بدراسة التغيرات الفسيولوجية لرواد الفضاء ومراقبة بعض الوظائف الفسيولوجية كضغط الدم وحرارة الجسم ونبضات القلب بواسطة اطباء على الارض ومن ثم توالت الافكار وتزايدت التجارب وأثبتت إمكانية إجراء التشخيص عن بعد ونقل المعلومات والبيانات الطبية<sup>(١)</sup>.

وعموماً تقوم فكرة العلاج عن بعد أو الطب الاتصالي كما يحلو للبعض تسميته على استخدام الحاسب وتقنية المعلومات مقرونة بالخبرة والمعرفة الطبية لتقديم الرعاية الصحية والاستشارات الطبية والعلاجية لأشخاص يعيشون في اماكن بعيدة عن المراكز الطبية المتخصصة.

ويستخدم الطب عن بعد تكنولوجيا المعلومات والاتصالات لنقل المعلومات الطبية اللازمة للتشخيص والعلاج والتوعية الصحية، وتضم الصور الطبية والملفات الثنائية المباشرة للصوت والفيديو، والسجلات الطبية للمرض، والبيانات الناتجة من الأدوات الطبية والملفات الصوتية ويشمل التفاعل بواسطة التطبيب عن بعد زيارات مباشرة ثنائية الاتجاه بالصوت والصورة بين المرضى والاطباء والاختصاصيين. بالإضافة إلى إرسال بيانات مراقبة المرضى من المنزل إلى العيادة أو نقل الملف الطبي للمريض من مقدم الرعاية الصحية الأولية إلى الاختصاص<sup>(٢)</sup>.

وتتيح التطبيقات الحديثة إمكان الاتصال المباشر بين المريض ومقدم خدمات الاتصال والطبيب والاختصاصي، وبهذه الطريقة يمكن إن يوفر التطبيب عن بعد الخدمات الطبية بصورة مباشرة إلى موقع الحاجة إليها.

1-index.php /http . www.marefa.orglsources.

2- Thomas E .copeland,the Information Revolution And National security,the george washington University, August ,2000,p24.

ويمكن لتطبيب عن بعد السماح للمستهلكين بالتحول إلى مقدم أولي لصحتهم الخاصة، كما يمنحهم الشعور بالعافية من خلال نقل الرعاية الصحية إلى المريض بدلاً من نقل المريض إلى الطبيب ومن خلال توفير اتصالات مباشرة بين الممارس العام والمراكز الطبية الرئيسية.

ويتيح الدمج بين الأجهزة الطبية المتقدمة وتكنولوجيا الاتصالات الحديثة لمقدمي الرعاية الصحية إمكان الاتصال بغيرهم من مقدمي الرعاية أو المرض، إما باستخدام الاتصال المباشر بالصوت والصورة، وإما من خلال تخزين ثم نقل معلومات الوسائط المتعددة، مثلما يحدث عند إرسال تلك المعلومات بالبريد الإلكتروني<sup>(١)</sup>.

### حادي عشر: دور التكنولوجيا في تدعيم الرعاية الصحية للمرأة:

تمثل تكنولوجيا المعلومات والاتصالات فرصة كبيرة لتعزيز الدور التنموي للمرأة من خلال تحسين أوضاعها وتمكينها من الحصول على حقوقها كاملة بما يتضمن الحقوق الأساسية كالتعليم والصحة ويتجاوزها إلى تعظيم فرصتها في المشاركة المجتمعية والسياسية وهو ما يبدأ بزيادة فرصتها في الحصول على عمل وكذلك زيادة فرصتها في مجالات العمل الحر والأنشطة الاقتصادية المتنوعة وسيتمكن هذا التمكين للمرأة من خلال ما تحمله أدوات تكنولوجيا المعلومات من تحول شكلي وموضوعي في طريقة تنفيذ المهام وإدارة الأعمال.

وتتعدد الصور التي تلعب من خلالها تكنولوجيا المعلومات والاتصالات دوراً حيوياً في تحسين جودة حياة المرأة وتحقيق المساواة بينها وبين الرجل، وتتمثل الصورة الأساسية لهذا الدور في أن مجرد الحصول على المعلومات يساعد على تحسين قدرات المرأة الشخصية والإنتاجية وبالتالي القدرة على اكتساب المهارات والقدرات المطلوبة لسوق العمل، فإن الجزء المكمل من الصورة هو دور تكنولوجيا المعلومات وتطبيقاتها في تغيير طبيعة الأنشطة الاقتصادية بما يتجه بصورة كلية في ناحية التوافق مع قدرات المرأة "التحول من مفهوم الأيدي العاملة إلى مفهوم العقول المفكرة".<sup>(٢)</sup>

وأتاح تكنولوجيا المعلومات الجديدة للنساء إمكانية الوصول بعضهن إلى البعض الآخر، وإنشاء شبكة تربطهن بعضهن ببعض بفاعلية أكثر لمشاركة المعلومات والمصادر بشكل أسرع، واستخدمت الحركات النسائية الوسائل الإلكترونية للدفاع عن حقوق المرأة ودعم التضامن معها، ففي وسط آسيا أصبح البريد الإلكتروني أداة قوية في تبادل الأفكار والمعلومات بين المنظمات النسائية، كما أصبح أسلوباً لمكافحة العزلة النسبية للبلاد التي تقع على الأطراف والمعزولة عن الحركة العالمية للمرأة.<sup>(٣)</sup>

١- سوزان موزي، الثورة المعلوماتية والتكنولوجية وسياسات التنمية، دراسة المنهل اللبناني، بيروت، ٢٠٠٩، ص ١٠٤.  
٢- عاطف عدلي العبد، ونهى عاطف العبد، مدخل إلى الاتصال مفاهيمه مجالاته أنواعه تاريخه وتأثيراته، دار الفكر العربي، القاهرة، ٢٠٠٩، ص ٢٣٨.  
٣- شريف درويش اللبان، ومنى الحديدي، فنون الاتصال والاعلام المتخصص، الدار اللبنانية، القاهرة، ٢٠٠٩، ص ٢٦١.

## ثاني عشر: السياسة الاجتماعية والأولويات الصحية:

عندما نتحدث عن السياسة الاجتماعية، فإننا نعني بذلك مجموعة القرارات الصادرة من الهيئات المختصة التي توضح الاتجاهات الملزمة المختلفة، والتي يجب مراعاتها عند اختيار ميادين النشاط وأنواع المشكلات الاجتماعية المتصلة بها، وكذلك مناهج العمل وأساليبه التي يجب إتباعها لتحقيق الأهداف العامة للمجتمع.

وعلى ذلك فالسياسة الاجتماعية تتضمن اتجاهات بعيدة عن الارتجال والعفوية نتيجة الاعتماد على الدراسة المنظمة والمعلومات الدقيقة والصحيحة، والتروي والتفكير والتدبير بما يتناسب مع مستوى السياسة الاجتماعية ومدى أهميتها، حيث نقرر ان السياسة الاجتماعية ما هي الا الإطار العام الذي يجب علينا ان نسير في حدوده وفقاً لخطوطه العريضة بغية الوصول بالمجتمع الى تحقيق الأهداف المرجوة<sup>(١)</sup>. إن صياغة السياسة الاجتماعية في شكل مجموعة من القرارات هي عمل جماعي وليست قراراً فردياً وهي بذلك نمط من الأفعال التي تستمر خلال فترة زمنية معينة وتأتي قراراتها في النهاية لتمثل مجموعة من الأهداف التي يسعى المجتمع لتحقيقها في إطار رؤية صفة صناع القرار لهذه الأهداف، وتكشف بعض الدراسات المعنية بتحليل عمليات صياغة السياسة عن وجود مراحل متعددة تبدأ من وجود اهتمام بقضية ما، ثم تتصاعد العمليات حتى تصل إلى منظم في دراسات وبحوث علمية للوقوف على الحقائق وصياغة أهداف وبرامج، وأخيراً استصدار القرارات والتشريعات او القوانين المنظمة لهذه السياسة<sup>(٢)</sup>.

ويلاحظ ايضاً ان صياغة السياسة على هذا النحو ليست مجرد عمليات منطقية تخضع لاعتبارات العقلانية والرشد فقط، فهناك كثير من العوامل والمتغيرات التي تتدخل في اتخاذ قراراتها، ومن بينها الإطار الثقافي السائد في المجتمع وما يحتويه من نسق قيمي واتجاهات أيديولوجية، كما ان لمراكز القوى تأثيراً على هذه القيم وتلك الاتجاهات والعلاقات السائدة، وكذلك تأثير جماعات الضغط، فضلاً عن الأهمية التي يتوقعها سكان المجتمع مما سوف يترتب على تطبيق السياسة، وكذلك تكلفة تنفيذها ومدى تناسب التكلفة مع العائد المتوقع من تنفيذها السياسة أي جدوى تنفيذها.

لقد تصدرت منظمة الصحة العالمية (w.h.o) موقع الريادة وذلك عندما وافقت اللجنة الإقليمية على الإستراتيجية الأوروبية الصحية للجميع. فكانت الموافقة إنجاز ملموساً من حيث إنها المرة الأولى التي توافق فيها الدول الأعضاء في الأقاليم على سياسة صحية عامة، كما وافقت على ان يتم مراقبة التقدم نحو تحقيق هذه الإستراتيجية، ويراجع هذا البحث ما حققته الدول الأعضاء، في سياق مبادئ أساسية يركز عليها برنامج الصحة للجميع، ويشير هذا البحث الى ان التزام جميع الدول باستراتيجيات الصحة

١- منى عويس وآخرون، التخطيط الاجتماعي والسياسة الاجتماعية، دار الفكر العربي، القاهرة، ١٩٩٤، ص ١٥١.  
٢- محروس محمود خليفة، السياسة الاجتماعية والتخطيط في العالم الثالث، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٣، ص ٣٠.

للجميع كان جزئياً وذلك بسبب النجاح المتواضع في تحقيق الأهداف، ويعزى التقدم القليل الذي تحقق الى تغيير السياسات الدولية والمحلية والظروف الاقتصادية والموارد المحدودة، ولكن من المحتمل ان الأكثر أهمية هو على الإرادة السياسة التي سوف تتعامل مع الاستراتيجية بحذر<sup>(١)</sup>.

لقد مرت أكثر من ثلاثة عقود منذ ان أعلن مجلس الصحة العالمية (W.H.A) في ١٩٧٧ ان الهدف الدولي هو: الهدف الاجتماعي الرئيسي للحكومات و (W.H.A) في عشرات السنوات القادمة هو حصول جميع مواطني العالم على مستوى صحة يساعدهم على التمتع بالحياة التي تتصف بالإنتاجية من الناحيتين الاجتماعية والاقتصادية .

ومن الممكن ترجمة هذا القرار على أساس انه يمثل بياناً للمهمة العالمية للصحة، وبصرف النظر عن عظمة البيان واختيار عباراته بعناية، الا انه لن يكون له أي قيمة، ما لم يستند على سياسة معينة. هذا مع العلم بأن المؤتمر الدولي الخاص بالرعاية الصحية الأولية والذي هدف الى ان مبادئ الصحة للجميع تمثل الإستراتيجية العالمية التي سبق النجاح ان اتبعتها الدول الأعضاء في ١٩٨١ .

وهناك الكثير من العوامل التي قد تؤثر في مستوى الصحة الاجتماعية التي تحول دون النجاح الكامل للتخطيط الصحي، وتتمثل في البرامج الصحية عندما تتعارض توجهات الأفراد - في نطاق الأسرة - مع إبتائهم فيما يتعلق بأهداف البرامج الصحية وفلسفتها، حيث إن البعض لا يزال يفكر بعقلية الجيل القديم والآخرين يفكرون تفكيراً متجدداً ملائماً للعصر الحديث، وأيضاً في تقبل المعلومات الصحية حيث نجد أن بعض أفراد الأسرة لا يؤمنون بالمعلومات الصحية، الأمر الذي يؤدي إلى تأييد المعلومات الصحية الخاطئة، وضعف فاعلية وقوة وحدة الأسرة وعدم ترابطها بنفس القدر الذي كانت عليه سابقاً نتيجة للتطورات الاقتصادية والاجتماعية والتكنولوجية المعاصرة، لهذا وجب إدخالها في الاعتبار عند تنظيم وتخطيط البرامج الصحية لزيادة فاعلية العائلة في المجالات الصحية من أجل إتاحة الفرصة لإفرادها في تفهم المشكلات الصحية، وهذا إلى جانب الاعتبارات الأخرى التي لا بد أن تؤخذ في الحسبان عند التخطيط الصحي، ومنها ظهور جماعات الضغط المختلفة، وزيادة الأمراض المهنية، وحوادث العمل، وازدياد السكان، وزيادة أعداد المصابين بأمراض عقلية، وتغير وسائل الاتصال والمواصلات وتنوعها، وارتفاع مستوى المعيشة<sup>(٢)</sup>.

ان العراق اليوم بلد يخضع لتغيرات كبيرة، بما فيها التقدم المتزايد في معظم مؤشرات التنمية الاجتماعية والصحية وبالتالي لا بد لواضعي السياسات وصانعي القرار من ايجاد سياسة صحية وطنية بسبب محدودية الموارد المتاحة نسبة الى الاحتياجات الصحية السكانية المتنامية، وتعمل وزارة الصحة على إتاحة الرعاية الصحية المتكاملة والشاملة لكافة أفراد المجتمع لأخلاقيات المهنة وقيم المجتمع

1 - Tom Rathwell :Realities of health for all by the year2000, Social Scienal and Medicine, Vol , 35, NO ,4,1992,p541.

٢- عادل عبدالحسين شكاره ، علم الاجتماع ، وزارة التعليم العالي هيئة المعاهد الفنية ، بغداد ، ١٩٨٩ ، ص ص ١٤١ - ١٤٢ .

وبأعلى مستوى من الجودة وباستثمار الموارد المتاحة بكفاءة وفقاً لضمان التنمية الصحية المستدامة للحد من المراضة والوفيات وبمشاركة اصحاب الشأن. ويوفر تحليل الوضع الراهن في العراق للسياسة الصحية الوطنية نظرة عامة عن الوضع الصحي الحالي للسكان وعن أداء القطاع الصحي وقدرته على الاستجابة للتحديات الحالية والمستقبلية والموارد الصحية ومواقف أصحاب الشأن (ذوي العلاقة). وان الغرض من السياسة الصحية الوطنية هو زيادة كفاءة وفاعلية النظام الصحي العراقي في تحسين صحة الفرد والمجتمع من خلال توفير سياسة صحية وطنية شاملة تحدد الرؤية والقيم والاتجاهات والاستراتيجيات لأصحاب الشأن والمجتمع فيما يتعلق بالصحة والنظام الصحي، وان الالتزام بسياسة صحية وطنية واحدة من قبل جميع أصحاب الشأن هو شرط مسبق لنجاحها وبناء على هذه السياسة الاستراتيجية والمبادئ التوجيهية والنهج الاستراتيجية، سيتم موائمة جميع السياسات الاجرائية للأهداف الاستراتيجية والمحددة ضمن استراتيجيات أصحاب الشأن والتي تمثل ادوات تنفيذ السياسة الصحية الوطنية<sup>(١)</sup>.

---

١ - السياسة الصحية الوطنية (٢٠١٤-٢٠٢٣)، وزارة الصحة، جمهورية العراق، كانون الثاني ٢٠١٤، ص ٥-٦.



# الفصل السادس

## النظم الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والرعاية الصحية للمرأة

التمهيد:

أولاً: النظم الاجتماعية والرعاية الصحية

١ - النظام الأسري والرعاية الصحية للمرأة

٢ - النظم الاقتصادية والرعاية الصحية للمرأة

أ - الطبقة الاجتماعية والرعاية الصحية للمرأة

ب - الفقر وصحة المرأة

ثانياً: النظم الثقافية والرعاية الصحية للمرأة

١ - الثقافة وسلوك المرض

٢ - العادات والتقاليد وسلوك المرض

٢ - العوامل الديموغرافية

## التمهيد:

سوف نتناول في هذا الفصل النظم الاجتماعية الاقتصادية والثقافية المؤثرة في الرعاية الصحية للمرأة المتمثلة في النظم الاجتماعية والرعاية الصحية، النظام الأسري والرعاية الصحية للمرأة، والنظم الاقتصادية والرعاية الصحية، ثم التعرف على النظم الثقافية للرعاية الصحية من خلال التعرف ثقافة دورها في الرعاية الصحية وسلوك المرضى، والعادات والتقاليد المؤثرة في سلوك المرضى ورعايتهم الصحية .

### أولاً: النظم الاجتماعية والرعاية الصحية:

تعكس النظم والعوامل الاجتماعية التفسير الثابت لظاهرتي الصحة والمرض وكيفية مواجهة الأمراض لدى جميع المجتمعات وفي كل العصور وعلى مختلف المستويات الحضارية، ولقد تطور اهتمام هذه المجتمعات بموضوعات الصحة ومقاومة المرض من الاعتقاد الغيبي إلى الإدراك الواعي القائم على نتائج البحث العلمي في مجالات الطب وتفسيره الاجتماعي لظاهرتي الصحة والمرض من خلال تطور اتجاهات الفكر الذي ترتبط بالوعي الانتقادي للأسباب التقليدية لممارسة مهنة الطب في غياب اعتبارات المجتمع وأوضاعه وأسلوب حياة الأفراد<sup>(١)</sup>، ومن هنا تُعد موضوعات الصحة والمرض ظاهرة اجتماعية بجانب كونها ظاهرة فيزيقية أو بيولوجية.

ترتبط ظاهرتي الصحة والمرض بالقلب الاجتماعي لمجموعة الأبعاد الاجتماعية السائدة في المجتمع، فإن حدوث أي تحولات اجتماعية تطراً تؤدي إلى تغيير في السياق الاجتماعي للمجتمع، وبالتالي يتغير إدراك الفرد للمرض والتعبير عنه واستشعار الأعراض المرضية المصاحبة للمرض وطلب المساعدة الطبية، فتغير أنماط المرض في المجتمع لا يرجع إلى توافر الخدمات الصحية الرسمية وتقدم الطب وزيادة نفقات العلاج فقط، إنما يرجع هذا التغيير إلى أنماط الحياة لأفراد المجتمع، ولذلك فإن تغير مظاهر الصحة وأنماط المرض في المجتمع ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية التي يشهدها المجتمع، فالمجتمع يرفض الأمراض أو يستجيب لها حسب نمط بنائه الاجتماعي والاقتصادي والسياسي وتنوع جماعته وتفاوت طبقاته<sup>(٢)</sup>، ومن ثم ترتبط ظاهرتي الصحة والمرض بتوضيح التداخل بين المسببات المرضية والبيولوجية كسبب رئيسي للإصابة بالمرض والعوامل الاجتماعية المهيأة لحدوث المرض ويتضح ذلك من خلال النظريات المسببة للمرض والعوامل التي تقرر مستوى الصحة والمرض<sup>(٣)</sup>. تعد العوامل الاجتماعية بمثابة أنماط من التفاعل الاجتماعي داخل السياق الاجتماعي لإظهار المعرفة الطبية للقضاء على المرض من خلال الأفكار السائدة في المجتمع، ويعكس النظم الاجتماعية

١- الوحيشي أحمد بيري، مقدمة في علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ٢٠٠٢، ص ٥-٦.  
٢- قدرى الشيخ على وآخرون، علم الاجتماع الطبي، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع، عمان، ٢٠٠٨، ص ١٦٣.  
٣- على عبد الرازق جليبي وآخرون، دراسات في علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ٢٠٠٩، ص ٣٩.

السائدة بالمجتمع، وسترکز الباحثة هنا على بعض الانظمة الاجتماعية التي تكون ذات تأثير مباشر فيما يتعلق بالصحة والمرض، وهي:

#### ١- النظام الأسري والرعاية الصحية للمرأة:

تُعد الأسرة The Family هي الخلية الأولى في المجتمع، والوحدة الأساسية في البناء الاجتماعي Social Structure ، وتختلف مفاهيم الأسرة تبعاً لاختلاف مداخل دراستها، فهي وحدة اجتماعية بالتنظيم العام للمجتمع، كما أنها تتصف بالثبات والعمومية والانتشار، ومن ثم ترتبط بين أعضائها العديد من الوظائف والأدوار والمسؤوليات تبعاً لتنظيمها الداخلي، كما أنهم يتفاعلون بداخلها وتؤثر في شخصياتهم وتحدد سلوكهم وفقاً للسياق الاجتماعي والثقافي السائد بالمجتمع، كما أن الأسرة تزود أفرادها برؤية خاصة لتنظيمها الاجتماعي والعالم المحيط بها بالإضافة إلى نظرتها الخاصة لظاهري الصحة والمرض<sup>(١)</sup>.

تأخذ الأسرة كتنظيم اجتماعي مكانة خاصة ليس فقط لكونها أقدم تنظيم عرفه الإنسان ولكن لأنها أساساً ضرورة حتمية لبقاء الجنس البشري واستمراريته، وللأسرة قديماً وحديثاً دور كبير في تحديد الوضع الاجتماعي والمركز الذي يحتله كل فرد من أفرادها في المجتمع وكأي تنظيم اجتماعي تتنوع الأدوار داخل الأسرة ويقوم كل فرد بممارسة الدور الخاص به.

وتتعرض الأسرة المعاصرة للعديد من المتغيرات البنائية التي أثرت على خصائصها وطبيعتها دورها في تقديم الرعاية الطبية للمريض، ولعل أهمها الانتقال من النمط النووي وزيادة الحراك الجغرافي وتعدد فرص العمل المتاحة للمرأة، حيث تذهب بعض الآراء إلى أن الأسرة الممتدة كانت أقدر كفاءة على تقديم الرعاية المنزلية للمريض بحكم كثرة عددها والتنوع العمري بين أعضائها وثراء معرفتهم وخبرتهم بظاهري الصحة والمرض، على الحين يرى آخرون أن الأسرة النووية لا تقل شأنًا عن الأسرة الممتدة في رعاية المريض حيث أنها تستعين ببعض المؤسسات الصحية لتقديم الرعاية للمريض، بالإضافة إلى زيادة الحراك الجغرافي للأسرة الحديثة تبعاً لمقتضيات التصنيع والتحضر حيث يزداد استعدادهم لرعاية المريض حينما يتواجدون معاً، كما أن زيادة فرص العمل المتاحة للمرأة أثرت على قيامها بالرعاية المنزلية الكافية للمريض بالأسرة<sup>(٢)</sup>.

فالسباق الاجتماعي social context هو الإطار الأشمل الذي تدرج فيه الصحة والمرض فيعطيها طابعها الاجتماعي، ويميزهما كظواهر ذات طابع اجتماعي يسمو على الطابع الفردي، والواقع أن الصحة والمرض يوجدان في سياق اجتماعي يتفرع إلى سياقين هما سياق التنظيم organization وسباق المعنى meaning ويعد سياق المعنى بدوره سياقاً اجتماعياً، لأنه يشير إلى عملية الاتصال

١- نجلاء عاطف خليل، في علم الاجتماع الطبي، ثقافة الصحة والمرض، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ٢٠٠٦، ص ١٣٠-١٣١.

٢- على مكاوي، علم الاجتماع الطبي، مصدر سبق ذكره، ص ٢٩٥-٢٩٦.

الرمزي وعلى ذلك تتحدد احدى المهام الجوهرية لعلم الاجتماع الطبي في ربط الصحة والمرض بملامح البيئات والأبنية الاجتماعية التي توجد فيها<sup>(١)</sup>.

ولذلك تعد الأسرة هي المحرك الأول في حدوث المرض، كما أنها الخطوة الأولى والرئيسية في نجاح خطة العلاج، فالاستقرار العائلي والانسجام بين أعضاء الأسرة يقلل من فرص حدوث الضغوط والمشكلات الاجتماعية وبالتالي انخفاض نسبة الإصابة بالمرض، فاحتواء الأسرة لأحد أعضائها المريض وتقربها منه ورعايته اجتماعياً يعد أولى خطوات العلاج وذلك من خلال الاستقرار والتماسك الأسري بين أعضائها<sup>(٢)</sup>.

يرتبط البناء الأسري بالشكل الذي تعيش فيه الأسرة سواء كانت أسرة ممتدة أو أسرة نواة بدرجة التفاعل بين أفراد الأسرة من خلال درجة التماسك بين أعضاء الأسرة والدعم المتبادل بينهم، وتؤكد العديد من الدراسات على ارتباط الوضع الصحي بالأسرة، فالأسر كجماعات اجتماعية تؤثر بشكل مباشر على المريض، وقد يكون ذلك التأثير إما إيجابياً أو سلبياً، فيعتمد الدعم الاجتماعي على توفير المساندة الاجتماعية للمريض خلال المراحل المختلفة للمرض بينما يؤدي الدعم السلبي إلى انهيار الروابط والعلاقات الاجتماعية، ومن هذا المنطلق يعتمد الدعم الاجتماعي على شبكة العلاقات الاجتماعية القائمة بين أعضاء الأسرة مما يحقق قدراً من المساندة الاجتماعية لأفراد الأسرة خلال مراحل المرض<sup>(٣)</sup>.

فالأسر المتماسكة والمتساندة اجتماعية يتميز أفرادها بالشخصية المتكاملة السوية بالإضافة إلى تعدد الفرص لتكوين علاقات أسرية جيدة ومثبتة، بينما الأسر المفككة تؤدي إلى نشأة أفراد غير متكاملة الشخصية ولا تتيح له الفرصة لتكوين علاقات أسرية قوية بين أفرادها، ويظهر ذلك الفرق من خلال مواقف المرض، فالمريض الذي ينشأ في أسرة مترابطة تساعده على مواجهة المرض دون اضطراب أو قيود مما يؤدي إلى قوة التماسك الأسري، أما المريض الذي ينشأ في أسرة مفككة لا يجد اهتمام من قبل الأسرة مما يؤدي إلى تأكيد النبذ الأسري له، حيث يعتبر المرض عاملاً هاماً في عزل الأسرة عن المريض، وبالتالي إذا أصاب هذا الكيان الاجتماعي خلل أو أزمة عند أي عضو من أعضائها فإن ذلك سيؤثر حتماً على استقراره وثباته<sup>(٤)</sup>.

فعندما يتبين للأسرة إصابة أحد أعضائها بالمرض يعاد تكييف العلاقات داخل الأسرة وجماعة الجوار، وبالتالي تعد إعادة توزيع الواجبات والمسؤوليات أحد أهداف العلاج ويتضح ذلك من خلال تولي بعض أفراد الأسرة ملاحظة المريض والأعراض وتقديم النصيحة الطبية وإذا لم تستجب هذه الأعراض

---

١- علي مكاوي، المصدر السابق نفسه، ٦٣٠ - ٦٣٢ .

2- Marion Broome, Children And Families In Health And Illness, Saye Publications Inc, U.S.A, 1998, P180.

3- John, And Monica, Public Health And Society, Palgrave Macmillan, New York, 2003, P57.

4- Mike Bure, Key Concepts In Medical Sociology, Sage Publication, London, 2004, P77.

لعلاج. فأن تتخذ الأسرة قرار المساعدة الطبية، فالأسرة هي المحيط الذي يحتوي المريض بين كيانها، ولهذا يمر المريض بثلاثة أطوار تساعده على التكيف والتوافق داخل الأسرة وهي:

- ١- المرحلة الأولى المرور Passing: وهي مرحلة يصاب فيها المريض بالمرض ويستطيع احتماله.
- ٢- المرحلة الثانية التوافق Compatibility: وهي المرحلة التي تتعود فيها الأسرة وجماعات الجوار على أن هذا الشخص مريضاً.
- ٣- المرحلة الثالثة التفكك Dissociation: وهي المرحلة التي تقتضي انسحاب المريض من ممارسة أدواره مع الآخرين ليتجنب مواجهة الحقيقة بالعجز<sup>(١)</sup>.

وعند تناول العلاقة بين النظام الأسري والمرض، نجد أن المرض يؤثر على جميع أعضاء الأسرة حيث يضطرب نظام الحياة اليومية، بالإضافة إلى الأعباء والمسؤوليات التي يتحملها أعضاء الأسرة، ومن ثم تعد العوامل التي تساعد على اختلاف ردود الأفعال الخاصة بالأسرة اتجاه المريض مثل النوع والعمر والمكانة الاجتماعية للمريض داخل الأسرة سواء إذا كان المريض الأب أو الأم أو أحد الأبناء، بالإضافة إلى اختلاف المستوى الاجتماعي والاقتصادي للمريض وأسرته، وتعاني الأسرة كثيراً عندما يتعرض رب الأسرة للإصابة بالمرض، حيث يعد العائل الوحيد لها مما يؤدي إلى توقف دخل الأسرة ولا تستطيع الإنفاق مما يضر بنفقات الأسرة على مختلف متطلبات الحياة، وبالتالي عدم القدرة على تدبير متطلبات العلاج مما تزايد الأعباء الملقاة على عاتق الأسرة<sup>(٢)</sup>، ويترتب على ذلك خروج الأم للعمل لسد احتياجات الأسرة، مما يؤدي إلى تحمل الأبناء المسؤولية بشكل نسبي، أو خروج الأبناء للعمل وترك الدراسة لتوفير نفقات الأسرة نظراً لمرض الأب وتدبير نفقات العلاج، أما في حالة إصابة الأم بالمرض يؤدي إلى آثار سيئة على البناء الاجتماعي للأسرة، حيث تعجز الأم أحياناً عن القيام بأدوارها المنوطة بها نحو الأسرة، مما يؤدي إلى اختلال النظام داخل الأسرة واضطراب حياة أفراد الأسرة نظراً لمسؤوليات الأم التي لا يستطيع الأب أن ينجزها، ومن هذا المنطلق يؤدي مرض رب الأسرة أو الأم إلى تغيير الأدوار الاجتماعية المتعلقة بدور كلاً من الأب أو الأم داخل الأسرة مما ينتج عن تغيير المهام الرئيسية المؤثرة في حياة الأطفال بصفة خاصة والكيان الأسري بصفة عامة، ومن جانب آخر ينال مرض الطفل طابع خاص داخل الأسرة، حيث يجذب المرض انتباه الأسرة وجميع أعضائها لرعاية الطفل والاهتمام به، كما تؤدي العديد من التغيرات التي تحدث في حياة الطفل نتيجة المرض إلى تبادل وتغيير الأدوار الاجتماعية داخل الأسرة، فالعديد من الأطفال المرضى لديهم وجهه نظر مشوهه نحو أجسادهم مما يؤدي إلى انخفاض تقدير الذات لديهم وبالتالي ضعف فرص النجاح لديهم أو إمكانيات الترقى في المستقبل، ومن ثم يلقى المرض على الطفل ظلاً ثقیلاً من العزلة والوحدة وانخفاض الذات أو فرص النجاح<sup>(٣)</sup>.

١- إليس اسكندر بشاي، علم الاجتماع والأنثروبولوجيا الطبية، دار المعارف، القاهرة، ٢٠٠٠، ص ٧٥.  
2- Bradby And Hannah, Medical Sociology An Introduction, Op;Cit, P68.  
3- Marion Broome, Children And Families In Health And Illness, Publication INC, U.S.A ,1998, PP180 – 182.

ويتضح مما سبق أن طبيعة العلاقة بين الأسرة والمرض لا يتمكن من خلالها افتراض أيهما مستقل وأيهما التابع، فإذا كان المرض يؤثر على مسلك الأسرة ونوعية حياتها، فإن الأسرة هي أيضاً تؤثر على المريض في مسلكه ونوعيه حياته، ومع ذلك فإن الميكانيزمات التي تربط بين خصائص الأسرة والمرض لم تتضح بعد، فمعظم الباحثين يرون أن بناء الأسرة وطبيعة العلاقات بداخلها تنطوي على أهمية كبرى، ومن ثم تلعب هذه العوامل دوراً مباشراً أو وسيطاً من خلال موقف الأسرة بالنسبة للمرض بأنه وسيطاً باثولوجياً في حد ذاته أو يؤثر على فرص الفرد في الاحتكاك بالوسائط التي تحدث المرض أو يؤثر على قوة الاضطراب في الصحة وخطورته أو يؤثر على فرص حدوث الاضطراب الناجم عن هذا الاحتكاك أو يؤثر على إمكانية تلقي العلاج أو يمارس نفوذه على الاستجابة للعلاج، وبالتالي تمارس الأسرة تأثيرها على نقاط مختلفة في مسار المرض<sup>(١)</sup>.

## ٢ - النظم الاقتصادية والرعاية الصحية للمرأة:

يرتبط النظام الاقتصادي بظاهرتي الصحة والمرض ارتباطاً وثيقاً، ويعد مقياس الوضع الاجتماعي الاقتصادي مؤشراً هاماً لمواقع بنائية خاصة داخل المجتمع تتمثل في محددات قوية لاحتمالية التعرض لمهلكات الصحة أو امتلاك مصادر خاصة لتدعيم الصحة، ومن ثم تعتبر تلك القاعدة مؤشراً هاماً لتحليل العلاقة بين ظاهرتي الصحة والمرض والوضع الاقتصادي<sup>(٢)</sup>.

فالتقدم في فهمنا لظاهرة الرعاية الصحية يعتمد على معرفة تأثيرات الأبنية المؤسسية داخل البناء الاجتماعي، والأشكال المختلفة لعدم الاستقرار في السكن أو الدخل، أو محددات نوعية الحياة، أو الطبقة والتدرج الاجتماعي، وتعكس هذه المصطلحات مختلف الجذور التاريخية والتصورية للأسس التي تقوم عليها الأبحاث المهمة بدراسة العلاقة بين ظاهرتي الصحة والمرض والأبعاد الاجتماعية<sup>(٣)</sup>، ومن ثم يؤثر النظام الاقتصادي على إدراكنا لمفهوم ظاهرتي الصحة والمرض ومدى استجابة المريض لألم المرض ونوعية المعالجات ونمط العلاج.

وفيما يلي عرض لأهم العوامل الاقتصادية التي ترتبط ارتباطاً مباشراً بظاهرتي الصحة والمرض:

### أ - الطبقة الاجتماعية والرعاية الصحية للمرأة:

يُعد مفهوم الطبقة الاجتماعية من أهم مفهومات العوامل الاجتماعية والاقتصادية بالمجتمع، ويدل مفهوم الطبقة على معنى أكثر تحديداً للكيان الاقتصادي بصفة عامة والوضع الاجتماعي بصفة خاصة، ويعد كارل ماركس من أهم العلماء الذين اهتموا بدراسة طبقات المجتمع، حيث قسم المجتمع إلى طبقتين هما الطبقة الرأسمالية وهي الطبقة المالكة والطبقة العاملة وهي تمثل العمال أي الطبقة الفقيرة، أما ماكس فيبر قسم المجتمع إلى ثلاثة طبقات مختلفة وهي الطبقة العليا وهي طبقة الأغنياء والطبقة الوسطى وطبقة

١- علي مكاوي، علم الاجتماع الطبي، مصدر سبق ذكره، ص ٢٩٧.

2- Pater Zweifel And Other, Health Economics, Oxford University Press, Oxford, 1997,P23.

3-James Mcxen And Other, Communhty Health , Jones And Bartlett Publisher, u.s.a, 1997, PP84-85.

الفقراء وهم المعدمين، ومن ثم تدل الطبقة الاجتماعية على المكانة الاجتماعية لأفراد المجتمع مما يمثلون كياناً خاصاً وتربطهم عقائد وعادات وتقاليد وطريقة حياة واحدة في المجتمع<sup>(١)</sup>.

وترتبط الطبقة الاجتماعية ارتباطاً وثيقاً بظاهرة الرعاية الصحية، وتعد الطبقة عاملاً هاماً في العديد من الدراسات السوسيواقتصادية والمرض، وتؤكد دراسة دوجلاس بلاك Douglas Black على مدى التأثيرات والاختلافات الاجتماعية والاقتصادية بين الأفراد والمجتمعات على الصحة العامة في إنجلترا، وتعد العلاقة بين الصحة والمرض والعوامل الاقتصادية علاقة أكثر تعقيداً مع المستويات المختلفة للتدرج الاجتماعي، ومن ثم يختلف توزيع مستوى الصحة والمرض طبقاً لتنوع السمات العامة، حيث وجد أن نسبة الوفيات بالطبقة الدنيا ضعفي نسبة الوفيات بالطبقة العليا، ويرجع ذلك إلى اختلاف ردود الأفعال اتجاه المرض بين الطبقات الاجتماعية المختلفة، فأفراد الطبقة العليا عند شعورهم بالمرض يسارعون بطلب المساعدة الطبية المتخصصة وطلب العلاج بالإضافة إلى أنهم يتمتعون بالضمان الصحي في حالة المرض، أما أفراد الطبقة الدنيا أو الفقيرة يتميزون بانخفاض الدخل ومستوى المعيشة وبالتالي افتقارهم للرعاية الصحية الأزمة في حالة الإصابة بالمرض<sup>(٢)</sup>.

إن التدرج الاجتماعي الذي ينشأ فيه الفرد له تأثير هام على الصحة العامة، حيث أوضحت العديد من الدراسات أن هناك أمراض مرتبطة بالفقراء وهي أمراض ذوى الياقات الزرقاء Blue Collars وأمراض مرتبطة بالأغنياء وهي أمراض ذوى الياقات البيضاء White Collars ويفسر اختلاف نوعية المرض بين طبقة الدنيا والطبقة العليا إلى عامل الدخل، ويساعد ارتفاع مستوى المعيشة بالنسبة للطبقة العليا على توفير نفقات العلاج وبالتالي الحصول على الرعاية الطبية المتخصصة والقضاء على المرض، أما الطبقة الدنيا لا تستطيع توفير نفقات العلاج وبالتالي انخفاض الرعاية الصحية بالمستشفيات العامة أو نظام التأمين الصحي، كما أن عدم الاهتمام بمناطق سكن الفقراء يؤدي إلى انتشار العديد من الأمراض بتلك المناطق<sup>(٣)</sup>، وتؤكد دراسة كلاً من لاور Lauer ودوتون Dutton على أن أبناء الطبقة الفقيرة أو المعدمة يقلل اهتمامهم بالصحة العامة ويرجع ذلك إلى تدني مستوى المعيشة وانخفاض الدخل وبالتالي عدم القدرة على طلب المساعدة الطبية وتحمل نفقات العلاج<sup>(٤)</sup>.

وتعد دراسة كلاً من واتسون وسوسر من أهم الدراسات التي تبين العلاقة بين المرض والطبقة الاجتماعية، حيث تنتشر أمراض القلب والكبد والسكر وقرحة المعدة والاثني عشر وضغط الدم بين أبناء الطبقة العليا ويرجع ذلك إلى مستوى المعيشة ونوعية الحياة، أما عن أهم الأمراض التي تعاني منها

- 1- Senior And Michaelm Health And Illness, Macmillan, Press, London, 1998, P.75.
- 2- John Costello And Monica Haggart, Public Health And Society, Palgrave Macmillan Company, New York, 2003, P23.
- 3- James And Zander, The Social Experhnce An Introduction To Sociology, Hill Publishing Company, New York, 1990, P519.

٤- الوحسيى احمد البيرى ، مقدمة في علم الاجتماع الطبي ، مرجع سابق ، ص ١٠٠

- 5- Bradby And Hannad. Medical Sociology An Introduction, Op;Cit, P75.

الطبقات الفقيرة أمراض سوء التغذية ونقص المناعة، حيث تبدأ تلك الأمراض معهم منذ الصغر أي في السنوات الأولى من العمر وتظهر أثارها في مرحلة الشباب وتستمر حتى نهاية العمر، ومن ثم يصبح الجسم معرضاً لجميع الأمراض ويرجع ذلك إلى تدني مستوى المعيشة<sup>(١)</sup>.

يؤكد روبرت ويلسون Robert Wilson على ارتباط التدرج الاجتماعي السائد بالمجتمع بظاهرتي الصحة والمرض، حيث تنتشر الأمراض المعدية والسرطان بين أفراد الطبقة الدنيا، بينما الطبقة العليا غالباً ما ينتشر بين أفرادها أمراض القلب والسكر والضغط، ويحدد روبرت ويلسون مجموعة من الأعراض الاجتماعية والسيكولوجية التي تؤدي إلى انتشار المرض، وتتمثل تلك الأعراض والعوامل فيما يلي:

- ١- الشعور العام بالنقص والدونية نتيجة المرض، حيث تعد رؤية المريض لذاته مشوهة.
- ٢- عدم الكفاءة والصلاحية In Competence مما يؤدي إلى خلل في القدرة المكتسبة التي تقوم بالأدوار الاجتماعية المحددة.

ويتضح مما سبق أن المرض بين أفراد الطبقة الدنيا يؤدي إلى شعور المريض بالنقص والدونية وعدم الكفاءة والمعاناة نتيجة تراكم خبرات المرض، ولذا يصبح الفرد أقل قدرة على الانخراط في أنماط المعيشة ويقع تحت طائلة الأمراض<sup>(٢)</sup>.

ويمارس الوضع الطبقي الذي ينتمي إليه المريض تأثيراً واضحاً في تحديد نوعية المرض والسلوك المرضى للمريض، فالأشخاص الذين ينتمون إلى الطبقات العليا يشعرون بالمرض حينما يقومون بأي مجهود عن الأشخاص الذين ينتمون إلى الطبقات الدنيا، ومن ثم يتصف سلوك البحث عن المساعدة الطبية للطبقة الدنيا بالتخفيف عن الشعور بألم المرض، ويرجع ذلك إلى الاعتبارات الاقتصادية، فالغالبية العظمى من مرضى الطبقة العليا حينما يشعرون بالمرض يسارعون بطلب المساعدة الطبية ولا يأخذ في اعتبارهم العمل، أما بالنسبة للمرضى بالطبقة الدنيا يرون أن سلوك الذهاب إلى الطبيب يجعلهم يفقدون العمل الذي يعد مصدر الدخل الأساسي إليهم، كما أن الغالبية العظمى من هؤلاء المرضى تؤمن بالقدرية في حالة الإصابة بالمرض مما يجعلهم أقل اتجاهاً إلى استخدام الطب الوقائي حينما يمرضون<sup>(٣)</sup>.

ويتضح مما سبق أن العلاقة بين التدرج الطبقي السائد والمرض علاقة قوية، حيث توضح هذه الاختلافات الطبقيّة المعتقدات الصحية والسلوك الصحي لأفراد المجتمع، فالصحة الجيدة عند أفراد الطبقة الدنيا هي غياب الأعراض المرضية، كما تفسر أعراض المرض على أنها عوامل داخلية مثل الوراثة، بينما أفراد الطبقة العليا لديهم تعريفات أكثر اتساعاً وأكثر إيجابية لمفهوم الصحة، حيث يفسرن الأمراض على أنها أفعال فردية أكثر من كونها عوامل داخلية، كما أنهم أكثر توقعاً للأخطار المستقبلية مما يؤدي إلى تفادي الإصابة بالمرض، بالإضافة إلى المحددات الأساسية للطبقات الاجتماعية ومدى الاستفادة من خدمات الرعاية الصحية مثل الدخل ومستوى المعيشة والمهنة ومستوى التعليم وبيئة العمل، وبالتالي تفسر

١- إليس إسكندر بشاي، علم الاجتماع والأنثروبولوجيا الطبية، مصدر سبق ذكره، ص ص ١١٠ - ١١٤.  
٢- نادية محمد عمر، العلاقات بين الأطباء والمرضى، مصدر سبق ذكره، ص ص ١٨٦ - ١٨٧.



تلك المقاييس مجموعة من العوامل التي ترتبط ارتباطاً وثيقاً بين مقياسي الطبقة والدخل وظاهرتي الصحة والمرض<sup>(١)</sup>.

#### ب- الفقر وصحة المرأة:

يُعد الفقر من الظواهر الاجتماعية الهامة ذات الأبعاد المتعددة والتي ترتبط ارتباطاً وثيقاً بظاهرتي الصحة والمرض منذ القدم، وبالرغم من التقدم العلمي في مجال الطب والاهتمام بالصحة والرعاية الطبية ونقص معدلات الوفيات، إلا مازال هناك العديد من الأمراض في المجتمع والتي تعرف غالباً بأمراض الفقر<sup>(٢)</sup>.

ويشير مفهوم الفقر إلى عجز موارد الأفراد عن إشباع الحاجات الضرورية والثانوية وضالة نصيب الفرد من هذه الموارد، ويعرف الفقر على أنه عجز الأفراد اليومية نتيجة تعقد البناء الاجتماعي، ويُعرف الفقر بأنه مشكلة اجتماعية تحول بين الإنسان وتحقيق المستوى الاقتصادي والمكانة الاجتماعية المرغوب بها، كما عُرف الفقر بأنه حالة معيشية لا يستطيع الفرد من خلالها الحفاظ على مستوى معيشي لائق، أما صموئيل عرف الفقر بأنه العجز المادي عن تحقيق الرفاهية الاقتصادية والاجتماعية<sup>(٣)</sup>، ويمكن تقسيم الدراسات عن الروابط بين الفقر والصحة إلى مجموعتين: الدراسات التي لديها توجه جزئي أو فردي يؤكد العلاقة بين التجربة الشخصية للفقر والحالة الصحية الشخصية، وتلك ذات التوجه الكلي أو السكاني التي تؤكد العلاقة بين العيش في مجتمع مع توزيع غير متكافئ للدخل ونتائجه السيئة على صحة السكان<sup>(٤)</sup>.

#### ولذلك يجب أن نميز بين نوعين من الفقر هما:

١- الفقر المطلق: ويعنى افتقار الشخص للموارد الأساسية والضرورية التي تساعده للبقاء على قيد الحياة.

٢- الفقر النسبي: ويعنى عجز الفرد عن توفير مستوى معيشي يتناسب مع الأشخاص الآخرين داخل مجتمعه<sup>(٥)</sup>.

ومن هذا المنطلق يمكن يشير الفقر إلى عجز البناء الاجتماعي عن توفير مستلزمات الإنسان المادية والمعنوية، مما يؤثر ذلك على عمليات الاندماج والعلاقات الاجتماعية داخل المجتمع بالإضافة إلى التأثير في تكوين شخصية الفرد بالمجتمع وتشكيل إطاره الثقافي وتحديد دوره الاجتماعي والاقتصادي،

---

1- Fied And Taylors, Sociology Of Health And Care , Op;Cit, Pp62- 65.  
٢- رقية حجازي وآخرون، أمراض الفقر في المجتمعات النامية، مجلة علوم الإنسان والمجتمع، العدد الثالث، القاهرة، سبتمبر ٢٠١٢، ص ٩٢.  
٣- إليس إسكندر بشاي، علم الاجتماع والأنثروبولوجيا الطبية، مرجع سابق، ص ١٢٢- ١٢٣.  
4 - Stewart, F. (ed.), , Adjustment and Poverty. Options and choices, Routledge, London , 1995 , pp:76 – 78 .  
٥- جوردن مارشال ، موسوعة علم الاجتماع ، دار النهضة العربية ، القاهرة ، ص ٥٢١ - ٥٢٢.

فالفقر حالة يعجز فيها الأفراد بسبب مجموعة من العوامل الموضوعية والذاتية عن تلبية حاجاته المعنوية والمادية في ظل نظام اجتماعي محدد<sup>(١)</sup>.

ويرتبط المرض وارتفاع معدل الوفيات ارتباطاً وثيقاً بالفقر، ويرجع ذلك إلى مجموعة من الخصائص التي تتميز بها الأسر الفقيرة وترتبط بالمرض، كإنخفاض مستوى التعليم انتشار الأمية وبالتالي عدم الاهتمام بنشر الثقافة الصحية، تدني طبيعة المسكن والمستوى المعيشي بصفة عامة، تدني الخدمات والمرافق العامة، بالإضافة إلى قصور الأداء الصحي وخلل النظام الصحي بتوفير الإمكانيات الطبية الأزمة لتلك المناطق، مما يترتب على ذلك ارتفاع معدل الوفيات والمرض، وتعد هذه الخصائص ملحماً مشتركاً في العديد من البيئات الفقيرة، وبالتالي انتشار العديد من الأمراض وخاصة الأمراض المعدية والطفيلية وأمراض الرئة والتدرن من المسببات الرئيسية للوفاة بين أفراد البيئات الفقيرة<sup>(٢)</sup>.

وتعتبر ظاهرة الفقر من أهم الظواهر التي يعاني منها المجتمع، ولذلك للفقر عدة مؤشرات أهمها المؤشر الاجتماعي الاقتصادي، ويمثل عامل الدخل مقياساً جيداً للكيان الاجتماعي والاقتصادي لإدراك ظاهرتي الصحة والمرض، ويرتبط مقياس الدخل ارتباطاً مباشراً بالأوضاع المادية التي تؤثر على الصحة، فالدخل المناسب يؤدي إلى ارتفاع المستوى المعيشي للأفراد مما يعد مصدراً هاماً للوصول إلى خدمات أكثر تنوعاً والتي تمارس تأثيراتها على الصحة كنوعية الحياة والرعاية الصحية والنشاط الثقافي والاجتماعي ونوعية العلاج، ومن ثم يعتبر مقياس الدخل حاجزاً هاماً لضغوط الحياة اليومية، فمعظم الضغوط الاجتماعية والاقتصادية لا تقع بشكل عشوائي بين الأفراد ولكنها تقع على الجماعات ذات الدخل المنخفض وبالتالي فهم أكثر عرضه للإصابة بالمرض<sup>(٣)</sup>، وهكذا يؤثر متغير الدخل على ظاهرتي الصحة والمرض، فارتفاع معدل الوفيات والإصابة بالمرض في البيئات الفقيرة ترجع إلى انخفاض الدخل وبالتالي انخفاض أسلوب الحياة لأفراد مما يساعد ذلك على انتشار العديد من الأمراض التي تعد مصدراً رئيسياً للوفاة وأهمها الأمراض المعدية وأمراض سوء التغذية، بينما يؤدي ارتفاع الدخل في الطبقات العليا إلى قلة فرص الإصابة بالمرض، حيث يؤدي ارتفاع الدخل إلى تنوع فرص الحصول على رعاية صحية أفضل وتوقع أطول للحياة للأفراد.

إن لفقر المرأة أثراً سلبية متعددة على نفسها وعلى أطفالها، وبالتالي على تقدم مجتمعتها وتنمية وبلادها، وأن الفقر وانعكاساته على سوء التغذية والوقاية والعلاج يلعب دوراً واضحاً في وفيات الإناث، ويرتبط المرض وبصفة خاصة أنواع منه بحالة الفقر التي تكون عليها الأسرة والمجتمع وذلك لقلة الموارد من جهة ولضعف الوعي من جهة أخرى ولقصور التغذية من جهة ثالثة، أو لما ينشأ عنها من ظروف

١- أحمد مجدي حجازي وآخرون، الصحة والبيئة: دراسات اجتماعية وأنتروبولوجية، دار المعارف، القاهرة، ٢٠٠١، ص ٣٨٨-٣٨٩.

٢- زيد محمد الروماني، اقتصاد الفقر: بؤس وأزمات، مكتبة الرشيد للنشر والتوزيع، الرياض، ٢٠٠٤، ص ٣٠.

3- John And Kaplan, Socioeconomic Position, Lisaf Beckman Ichiro Karachi, Social Epidemiology, Oxford, 2000, PP24- 25.

ويتصل بها من ملاسبات تؤدي كلها إلى انعدام الصحة وقائياً وعلاجياً، وأهم ما يرتبط بفقر المرأة في هذا المجال هو موضوع سوء التغذية ونقص السعرات الحرارية والفيتامينات واعتلال الصحة والإنجابية أثناء الحمل والولادة والتي من الممكن أن تؤدي إلى الوفاة. بالإضافة إلى أمراض الجهاز التنفسي وأمراض الجهاز الهضمي والتي أثبتت العديد من التقارير الصحية والتنمية العالمية صلتها الوثيقة بالفقر، كما أن التفاعلات بين البيئة والصحة والفقر تفاعلات ذات دلالات واضحة فالتلوث البيئي (قذارة المياه والهواء) يعتبر مساهماً رئيساً في الإصابة بالإسهال وأمراض الجهاز المعوي وأمراض الجهاز التنفسي وهي أكبر أسباب الوفاة شيوعاً للنساء والأطفال الفقراء حسب ما جاء في كثير من تقارير الأمم المتحدة ووكالاتها المتخصصة منذ عام (١٩٩٠م - ٢٠٠٣م) (١).

ثانياً: النظم الثقافية والرعاية الصحية للمرأة:

ترتبط الأطر الثقافية ارتباطاً وثيقاً بالمرض وذلك من خلال التأثير المتبادل بين ظاهرتي الصحة والمرض والمنظومة القيمية السائدة في المجتمع، حيث تعدد الأنماط الثقافية واختلاف مكونات المنظومة القيمية داخل المجتمع الواحد، ومن ثم تهتم دراسة الأطر الثقافية لظاهرتي الصحة والمرض على فهم وتصنيف المرض وأسبابه وأعراضه ونمط العلاج ونوعية المعالجين وذلك من خلال تجربة المريض الثقافية والاجتماعية، ومدى دورها في تحديد وتفسير المتغيرات المتعلقة بالمرض أي الاهتمام بدراسة مختلف التقنيات الفردية الاجتماعية التي تحدد معنى المرض، بالإضافة إلى التقنيات الأخرى التي تساهم في تفسير المرض سواء كانت اجتماعية أو نفسية أو فيزيولوجية في إطار العمليات الرمزية بحياة المريض في الثقافات التقليدية والمجتمعات المختلفة (٢).

فالثقافة كما تعرف المرض وأسبابه ونتائجه فهي أيضاً تحدد سلوك المرض وكيفية التصرف اتجاه وعلاجه، كما أنها تعبر عن استجابة المرض للمرضى وفقاً للمبادئ الثقافية المكتسبة، وبالرغم من أن سلوكيات المرض هي سلوكيات ثقافية وفقاً للثقافة النابعة منها، بالإضافة إلى تلك الممارسات التي تصاحب المرض واختلال الأداء الوظيفي (٣)، إلا أنها لا تزال تعكس دور التنشئة الثقافية اتجاه المرض وسلوك المريض باختلاف قطاعاته ومؤسسات الصحة المختلفة، ففي الثقافات الحضرية تشكل الثقافة طرق ألتماس المريض لأساليب العلاج، وعلى هذا يصبح الاعتماد على الخدمة الطبية والاهتمام بالصحة سريعاً في حالة ارتفاع الدخل والوعي الصحي، أما في حالة الفقر يصبح الاعتماد على الطب الشعبي وبالتالي يختلف سلوك المرض باختلاف الثقافة ونوعية المرض، أما سلوك المريض في الثقافة البدوية يتمثل في اللجوء إلى الطب الشعبي وخاصة في أمراض الكلى والسكر والعظام والجلد، بينما سلوك

1-Padma, T and Morty G.s, Inbreeding of the 8th international Congress of Human Genetics(abstracts) “ In the American Journal of Human Genetics vol49,no4 1991, P132.

2- Frantz Samy Kohl, Les Representation Sociales De La Schizophrenia, Masson, Parism 2006, P P29-30.

3 - Aslam Mustapha; Boudoir De Guerin Boudoir Social Et Prestige Religieuse :Au Tour Du Cheikh Kurd, These Nouveau Regime En Ethnologies, University Aix Marseille, 1998, P13.

المريض في الثقافة الريفية تتمثل في بطء الاستجابة والانتظار حتى تظهر علامات خطورة المرض وحمية اللجوء للخدمة الطبية، ومن ناحية أخرى تشكل الثقافة العلاقات الاجتماعية بالمجتمع الريفي والبدوي فتصف العلاقات بالتدين والصبر والتحمل عند المرض، ومن ثم تحدد الأبعاد الثقافية العوامل والأعراض التي تفهم كعلامات وأعراض غير طبيعية، كما أنها تساعد على تحديد التغيرات الجسمية والوجدانية المنتشرة داخل المجتمع باختلاف قطاعاته لكي يفهمه المريض والمحيطين به، فيسود كل مجتمع بعض العادات والتقاليد حول الكيفية التي يتصرف بها الأفراد حينما يكونوا مرضى بالإضافة إلى كيفية التعبير عن المرض<sup>(٢)</sup>

للتقافة أهميتها الحيوية في مجالي الصحة والمرض من خلال تأثيرها للرؤية الأفراد الذاتية حول مفهوم ظاهرتي الصحة والمرض بالإضافة إلى طريقة التعبير عن المرض وإعراض وآلام المرض، وبالتالي يتضح من خلال الاختلافات الثقافية عبر الثقافات المختلفة التعرف على معنى المرض والممارسات العلاجية لظاهرة المرض، ومن هذا المنطلق تساهم الثقافة في الابتعاد عن المرض والحد من انتشاره أو تؤدي بنا إلى ممارسة أساليب تجعلنا أكثر عرضه للإصابة بالمرض ومشكلاته مما تجعل من المرض أكثر انتشاراً بين المجتمعات.

ومن هنا فان الثقافة لها دوراً بارزاً من خلال تزويد الأفراد بالمعارف اللازمة من اجل المحافظة على الصحة الجيدة، وفيما يلي عرض لأهم المؤثرات والأبعاد الثقافية المرتبطة بظاهرتي الصحة والمرض.

١- **الثقافة وسلوك المرض:** تُعد سلوكيات المرض في أي مجتمع سلوكيات متسقة ثقافياً، كما أن الأسلوب أو الطريقة التي يعبر بها الأفراد عن أعراض المرض وكيفية الإبلاغ عن مشاكلهم الصحية والقرارات التي يتخذونها بشأن الرعاية الصحية تتأثر كلها بالمعتقدات الثقافية والقيم المتعلقة بالمرض، ومن ثم تعد العلاقة بين الثقافة وسلوكيات المرض والمعتقدات المرتبطة بالصحة علاقة مركبة، لذا تعد تعتمد القرارات التي يتخذها الأفراد بشأن الرعاية الصحية على سلوكياتهم ومعتقداتهم المرتبطة بالصحة وبالتالي تتأثر هذه القرارات بالتفاعل بين مجموعة من العوامل التي تشمل المعتقدات الثقافية عن المرض والعلاج والخبرة الذاتية بالمرض<sup>(١)</sup>.

ومن ثم يؤكد التقييم الثقافي للسلوك المرضي ومعرفة العلاقات المختلفة بين أنواع السلوك وحالات العقاب والمكافأة التي تصاحب المريض على أن ظاهرتي الصحة والمرض يعتبران ظواهر ثقافية واجتماعية بقدر ما هي ظواهر بيولوجية، ومن هذا المنطلق يرتبط المرض ارتباطاً وثيقاً بالعوامل الثقافية في البناء الاجتماعي بالمجتمع الذي يكون معظم صور السلوك الإنساني من خلال العادات والمعتقدات والقيم الاجتماعية كارتفاع تماسك العائلة أو زيادة العلاقات داخلها أو الشعائر والمعتقدات الدنية أو

١- عبد الحي محمود صالح، الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ٢٠٠٣، ص ٦٤-٦٥.

٢- نادية عمر، علم الاجتماع بين النظرية والتطبيق، الرواد للكمبيوتر والتوزيع، الإسكندرية، ٢٠٠٧، ص ٢٩ - ٣٠.

القيم والتنشئة الثقافية، وهكذا يحدد السياق الثقافي الحالات والظروف التي نتعرف عليها ونذكرها كأمراض وأسبابها والأشخاص ذو السلطة التشريعية في تقييمها بالإضافة إلى تمارس التعريفات الثقافية تأثيرها على نتائج المرض مما يتأثر المسار الاجتماعي للمرض إلى حد كبير بالمضمون الثقافي في المجتمع، كما تعبر مفاهيم المرض عن اتجاهات عديدة في الثقافات المختلفة فمنها ما يعبر عن الوصف العام للمرض ومظاهره وأعراضه وتصنيفه وأسبابه والأحكام الأخلاقية وغيرها من الأحكام التقييمية للمرض وهي أحكام تهم الفرد والمجتمع وتتصل بأسباب المرض ومظاهره ومعناه ونتائجه، فالمرض إذن ظاهرة من صنع المجتمع وسيظل دائماً كذلك علاوة على رسوخ حقيقة الخلفية الثقافية وراء المرض<sup>(٢)</sup>.

يرتبط مفهوم المرض ارتباطاً مباشراً بالمضمون الثقافي السائد بالمجتمع ويتكامل مع نماذج الحياة القائمة في تلك الثقافة، والواقع ان هذه الوجة من النظر تكشف عن حقيقة هامة وهي ان المجرى الاجتماعي للمرض يتأثر الى حد كبير بالمضمون الثقافي للمجتمع ويتكامل مع نماذج الحياة القائمة في تلك الثقافة ومن ثم فإن الاطلاع على التصورات الاجتماعية للصحة والمرض يفيدنا في رسم استراتيجية شاملة من أجل نشر ثقافة صحية، واستبدال السلوكيات المفضية الى الإصابة بسلوكيات صحية. حيث يختلف معنى المرض باختلاف الثقافات الإنسانية وتصورات الشعوب حول المرض فما نعتبره مرضاً في مجتمعاً ما قد لا يعد كذلك في مجتمع آخر بل يعتبر مظهراً من مظاهر الصحة.

وفي هذا السياق يفسر أكينسولا Akinsola إختلاف نظرة المجتمعات الإنسانية للمرض، ففي المجتمعات البدائية والتقليدية يرتبط مفهوم المرض بالثقافة ويختلف عن المفهوم العلمي له يرجع ذلك إلى أن الثقافة تشكل صياغة وتحديد إدراك أعضائها لمفهوم المرض وأسبابه وطرق الوقاية ونمط العلاج، فالمعتقدات الثقافية والأيدولوجية لها تأثير عميق على الطريقة التي يدرك بها السكان المرض، فقد تبدو العديد من السلوكيات والأفعال الخاصة بظاهرة المرض مقبولة في العديد من المجتمعات بينما نجد تلك السلوكيات غير مقبولة في ثقافات أخرى، فيسود الاعتقاد عند قبائل اليوربا Yoraba للوقاية والعلاج من مرض الجدري لا يتم إلا من خلال استشارة إله الجدري وذلك عن طريق إقامة الطقوس والشعائر الدنية الخاصة بالعلاج من المرض، ومن ثم ينتشر نمط العلاج التقليدي بهذه المجتمعات ويرجع ذلك إلى مسؤولية الثقافة عن تشكيل تصورات الأفراد حول المرض وأسبابه ونمط العلاج ونوعية المعالجين، كما أنها تحدد للمريض تقييمه وتصوره لحالته المرضية وردود أفعاله اتجاه المرض وفقاً للسياق الثقافي السائد بالمجتمع<sup>(١)</sup>.

ويتضح مما سبق أن الإطلاع على التصورات الثقافية لظاهرتي الصحة والمرض يساهم في رسم استراتيجية شاملة من أجل نشر الثقافة الصحية وتغيير السلوكيات المؤدية إلى الإصابة بالمرض وانتشاره، فالثقافة تقدم نموذجاً هاماً لتفسير المريض في بعض جوانب حياته الفردية والاجتماعية، ويعد هذا البناء

١- مصطفى عوض ابراهيم وآخرون، الانثروبولوجيا الطبية، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، ٢٠٠٥، ص٨٠.  
2- Poul Fejos, Magic, Witchcraft And Medical Theory, Indigo, Gallo Stan Man, Singe In Medicine Anthropology, U.S.A, 1998,P109.

التفسيري في الغالب منغرساً بعمق داخل الثقافة التي ينتمي إليها الفرد مما يؤدي إلى توضيح شبكة معاني المرض أي الإشارة إلى مجموع الرموز والمعاني المرتبطة بالمرض<sup>(١)</sup>.

٢ - **العادات والتقاليد وسلوك المرض:** تُعد العادات والقيم الاجتماعية بمثابة الدعائم الأولى التي تقوم عليها التراث الثقافي في كل بيئة اجتماعية، كما أنها الأصول الأولى التي استمدت منها النظم والقوانين حيث لا يمكن قيام أي مجتمع دون عادات ومعتقدات اجتماعية، ومن ثم تصبح الأفعال والممارسات والإجراءات التي تنشأ في كل جماعة من الجماعات ويزاولها الأفراد لتنظيم أحوالهم والتعبير عن أفكارهم وتحقيق الغايات التي يسعون إليها، ولذا تعد أهم عوامل التنظيم والضبط الاجتماعي في علاقات الأفراد داخل المجتمع والهيئات الاجتماعية الخاصة<sup>(٢)</sup>.

وتُعرف العادات بأنها مجموعة من الأفعال والأعمال وأنواع السلوك التي تنشأ بطريقة تلقائية بهدف تحقيق أعراض تتعلق بظواهر سلوكية في تنظيم الجماعات المختلفة، ويمكن تصنيف العادات كالاتي:

- ١- عادات شخصية "فردية": وهي ترتبط باتجاهات واهتمامات الأفراد ومن شخص لآخر وتتسم بالسهولة.
- ٢- العادات الجماعية "الاجتماعية": وهي مرتبطة بممارسة السلوكيات الجماعية التي تحتاجها الحياة الاجتماعية وهي تخص جميع شرائح المجتمع.

كما تعرف التقاليد بأنها مجموعة من القيم الثقافية المتوارثة التي تحافظ على التراث والتمسك بكل ما يعتقد فيه الآباء والأجداد، وبالتالي هي ممارسات اجتماعية مكتسبة من جيل إلى آخر لها قيمتها عند كل أفراد المجتمع بالإضافة إلى أنها تمارس دوراً هاماً في عملية الضبط الاجتماعي، ومن أهم صور التقاليد بالمجتمع هي:

- ١- الشعائر والطقوس الدينية وهي سلوكيات لها صفة الالتزام والقداسة.
- ٢- المراسيم وهي سلوكيات ليس لها صفة القدسية ولكنها إجبارية إلزامية.
- ٣- الاحتفالات وهي سلوكيات عامة تمارس في مناسبات مختلفة<sup>(٣)</sup>.

تمثل العادات والتقاليد قواعد للسلوك الجمعي الذي أصبح شائعاً بفضل التكرار المستمر لسلوك الفرد بعد التدريب والممارسة والتي تنتقل من جيل إلى آخر، وتتكون العادة من اللغة والأنماط الرمزية الأخرى التي تعبر عن أفكار الفرد ومعتقداته وأنواع السلوك التي تعبر عن تكيف الفرد للوسط الذي يعيش فيه، ولذا تعد العادات الاجتماعية ظاهرة أساسية من ظواهر الحياة الاجتماعية<sup>(٤)</sup>، ومن هذا المنطلق ترتبط العادات والتقاليد الاجتماعية ارتباطاً وثيقاً بظاهرتي الصحة والمرض سواء كان ذلك سلبياً أم إيجابياً أي بالحد منها أو المساهمة في انتشارها، فالثقافة تحتوي على العديد من العناصر المؤثرة والموجهة لسلوك

١- محمد على وآخرون ، دراسات في علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، ٢٠٠٦، ص ٩٦.  
٢- أحمد مصطفى خاطر، تنمية المجتمع المحلي - الاتجاهات المعاصرة والاستراتيجيات، المكتبة الجامعية، الإسكندرية، ٢٠٠٠، ص ٣٠٣-٣٠٥.  
٣- أحمد رشيد عبد الرحيم، علم الصحة المجتمعية، دار الكتب ، القاهرة، ٢٠٠٩، ص ١٤٥-١٤٥.  
٤- حسين عبد الحميد رشوان، الثقافة - دراسة في علم الاجتماع الثقافي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ٢٠٠٣، ص ١٥٧ - ١٥٨.

الأفراد والمشكلة لعاداتهم وقيمهم والتي تؤثر بشكل مباشر على الصحة العامة، ففي كل مجتمع مجموعة من العادات والتقاليد الاجتماعية والممارسات الخاصة بتلك العادات بالإضافة إلى إلتزام الأفراد بتلك العادات والتقاليد الاجتماعية بصورة تلقائية حتى أصبحت جزء لا يتجزأ من حياته اليومية، بينما تؤدي عادة التدخين إلى الإصابة بأمراض القلب والسرطان، كما تؤدي إهمال عادات النظافة إلى الإصابة بأمراض الجلدية وأمراض العيون، في حين تؤدي إهمال العادات الغذائية الصحية إلى الإصابة بأمراض العظام والأنيميا الحادة، بينما تؤدي عادة التحية والحديث وعادات التزاور والعلاقات الاجتماعية إلى الإصابة بأمراض المعدية كالجدري والحصبة وأمراض الصدر والجهاز التنفسي، ومن ثم تؤثر العادات والتقاليد والمعتقدات أثر بالغ على كلاً من المريض وأسرته وبالتالي يتمكن المرض بصورة تجعل من الصعب إن لم يكن من المستحيل علاجه<sup>(١)</sup>.

وتدخل الأعراف والعادات الاجتماعية قد تؤدي الإصابة ببعض الأمراض الجسمية إلى اللجوء إلى الطب الشعبي السائد حسب ثقافة المجتمع الذي يعيش فيه المريض كالكي بالنار، أو إرجاع المرض لأسباب الحسد وغيره؛ وبالتالي فإن هذه الممارسات الشعبية قد تؤدي إلى تردي الوضع الصحي بالمريض. حتى إذا كان المريض غير راغب إلى اللجوء إلى هذه الممارسات فإن أسرته أو المحيطين به قد يجبروه على ذلك.

وتمارس العادات والتقاليد الاجتماعية دوراً هاماً في تحديد كيفية الإعلان عن المرض وتحديد نمط العلاج ونوعية المعالجات، وتؤكد دراسة كلاً من ميكانيك Mechanic وفولكارت Volkart عن مدى تدخل العادات الاجتماعية في تقييم المرض بإفريقيا الاستوائية، حيث يسود بتلك المجتمعات نمط العلاج الغير رسمي وفقاً للعادات التي يتكون منها المجتمع وبالتالي لم تنال محاولات الفريق الصحي نجاحاً لتغيير عادات العلاج الغير رسمية والاعتماد على الخدمات الطبية الحديثة ويرجع ذلك إلى ارتباط نسق الطب التقليدي بالعادات والتقاليد الاجتماعية السائدة بالمجتمع، ولذلك تمارس العادات والتقاليد دوراً هاماً في تشكيل السلوك المرضى للمريض<sup>(٢)</sup>.

ولا تقتصر تأثير تلك العادات والتقاليد عند هذا الحد فقط بل تمتد أيضاً إلى أسرة المريض، فقد تقلل الأسرة من شأن المرض وفقاً للعادات السائدة بالمجتمع لدرجة تأخر اكتشاف المرض، وبالتالي يتمكن المرض من المريض بصورة تجعل من الصعب إن لم من المستحيل علاجه، وهكذا تعرقل القيم

١- عبد الحي محمود صالح ، الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ٢٠٠٨، صص ٧٥-٨٢.

2- David Armstrong, Out Line Of Sociology As Applied To Medicine, Butterworth Heinemann, Britain, 1994, PP4- 5.

والمعتقدات السائدة بالمجتمع الاستفادة من المؤسسات الطبية، ومن ثم تعد العادات الاجتماعية انعكاساً لرؤية المريض الذاتية تجاه مفهوم المرض بالإضافة إلى تحديد السلوك المرضى للمريض<sup>(١)</sup>.

تعد العادات الاجتماعية الأداة الجوهرية التي تعكس أو توضح العلاقة بين الثقافة والسلوك المرضى، وتعتبر العادات الغذائية من أهم المرتبطة بسلوك المرض هذا إلى جانب عادة التغير في شكل الجسم وارتباطها بالمرض، وفيما يلي نعرض بالتفصيل لمدى ارتباط هذه العادات بالمرض:

١- **العادات الغذائية:** تعتبر العادات الغذائية من أهم الموضوعات التي تمارس دوراً هاماً وحيوياً بالنسبة للإنسان، فالغذاء ضروري لبناء أنسجة الجسم وإمداده بالطاقة الكافية التي تساعد على العمل والحياة ولذلك يجب الاهتمام به، وللغذاء معان كثيرة يختلف مفهومه من شخص لآخر، فالغذاء بالنسبة لأخصائي التغذية مفهوم كيميائي، بينما يعد مفهوم الغذاء بالنسبة للمؤسسة الطبية وجبات تقدم للمريض في حدود معينة من السرعات الحرارية، وبالتالي يعرف الغذاء بأنه عمليات التفاعل الموجودة داخل الجسم التي يتسلم بها الكائن الحي من الموارد الغذائية الضرورية للاستفادة والمحافظة على وظائف الجسم أي أنه مفهوم بيوكيميائي يساعد على حفظ الكائن العضوي بصحة جيدة، بينما يمثل مفهوم الغذاء بالنسبة لعلماء الاجتماع والأنثروبولوجيا مفهوم ثقافي من خلال دراسة وتحليل المعتقدات والعادات الاجتماعية والدور الحيوي الذي تلعبه في تأسيس ورسوخ المحافظة على النمط الغذائي<sup>(٢)</sup>.

ويؤكد التراث السوسولوجي على ارتباط العادات الغذائية بظاهرتي الصحة والمرض، حيث تؤكد دراسة نتاشا كلاندر في غينيا على ارتباط العوامل الاجتماعية والثقافية بالعادات الغذائية ومن يعد استهلاك الفرد للغذاء ترجمة للقيم والثقافة السائدة بالمجتمع<sup>(٣)</sup>.

يعد الغذاء سلاح ذو حدين فهو يساعد على مقاومة العدوى من جانب، كما أنه يؤدي أيضاً إلى الإصابة بالمرض كأمراض القلب وضغط الدم والسكري والسمنة من جانب آخر، وتؤكد دراسة وايت هيد Whitehead على ارتباط الغذاء بالمرض من خلال المستوى الاقتصادي، فالأسر ذات الدخل المنخفض ينقص لديها المعرفة الثقافية بأهمية العادات الغذائية الصحيحة ومدى ارتباط الغذاء بالصحة هذا إلى جانب انخفاض الدخل، وبالتالي تفضيل العادات الغذائية الغير صحية ثم الإصابة بالمرض، بينما تؤكد دراسة جرين هيلج Green Halgh على ارتباط العادات الغذائية بظاهرتي الصحة والمرض، فالعادات الغذائية الصحية تؤدي إلى صحة جيدة في حين ارتباط العادات الغذائية الضارة بالأمراض المزمنة وخاصة أمراض القلب والسكري والسمنة، ومن ثم يرتبط نمط الغذاء بظاهرتي الصحة والمرض<sup>(٤)</sup>. هذه العوامل على تغذية الإنسان منذ مراحل الطفولة المبكرة مروراً بمرحلة المراهقة ثم مرحلة الشباب

١- إبراهيم عبد الهادي المليجي، الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية، مكتبة المعارف الحديثة، الإسكندرية، ط ١، ١٩٩١، ص ١٤٩.

٢- هندومة محمد أنور، الأنثروبولوجيا الطبية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ٢٠٠٦، ص ١٢٧.

٣- أحلام كاظم حسين وآخرين، تمرريض صحة المجتمع، أكاديمية انترناشيونال للنشر والطباعة، بيروت، ٢٠٠٦، ص ١٠٧-١١٠.

4- Senior And Michael, Health And Illness, Macmillan, Press, London, 1998, P94.



والشيخوخة، ومن ثم تؤدي الأبعاد والعوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية إلى تغييرات جذرية بالعادات الغذائية لفئات المجتمع المختلفة<sup>(١)</sup>، ومن أهم العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة على استهلاك الإنسان للغذاء:

أ- **مستوى الدخل:** يؤثر مستوى الدخل على استهلاك الغذاء لدى أفراد المجتمع، فتعد العلاقة بين الغذاء والوضع الاقتصادي والمستوى الصحي لأفراد المجتمع علاقة طردية، فيؤدي ارتفاع عامل الدخل لدى الأفراد إلى زيادة القدرة على توفير أنواع مختلفة من الغذاء وبالتالي التنوع في العادات الغذائية للأسرة، بينما يؤدي انخفاض الدخل إلى قصور الفرد عن توفير الاحتياجات الغذائية بصورة دائمة وبالتالي يحدد دخل الأسرة نوعية الاحتياجات الغذائية مستوى الصحة الجيدة.

ب- **مستوى التعليم:** يعتبر مستوى التعليم من أهم العوامل الاجتماعية المؤثرة على استهلاك الغذاء، فيؤدي ارتفاع مستوى التعليم إلى الإحاطة والمعرفة بالقيم الغذائية لأفراد الأسرة مما يحقق قدرًا من التوازن والتكامل للعادات الغذائية بالأسرة بالإضافة إلى إتباع نمط غذائي يكفل الصحة الجيدة لأفراد الأسرة، ومن ثم يؤدي ارتفاع مستوى التعليم إلى انتشار وتنمية مستوى التثقيف الصحي والغذائي بالمجتمع، بينما يؤدي انخفاض مستوى التعليم إلى انتشار العديد من الأمراض بالمجتمع<sup>(٢)</sup>.

٢- **العوامل الديموغرافية:** تعتبر العوامل الديموغرافية أحد أهم العوامل التي تؤثر في طلب الأفراد على خدمات الرعاية الصحية، لما يتميز به هذه العوامل في تحديد شكل وتركيبه وسلوك الفرد والتي تميزه عن غيره من الأفراد تجاه طلب خدمة أو سلعة ما، ويمكن تقسيمها كما يلي:

١- **العمر:** تختلف معدلات الانتفاع والإنفاق على الخدمات الصحية باختلافات الفئات العمرية حيث يزداد حجم الطلب على الخدمات الصحية في الفئات العمرية الأولى والأخيرة من حياة الفرد، فيعد أن يتجاوز الفرد (سن الطفولة) وما يتبعها من استخدام للعديد من الخدمات الصحية الأولية يبدأ حجم الانتفاع والإنفاق بالانخفاض في الفئات العمرية الوسطى (سن الشباب) ليعود بالازدياد مرة أخرى بازدياد عمر الفرد (سن الكهولة) حيث تزداد نسبة استهلاك الفرد من رصيد الصحة الذي يتمتع به، وحتى يعوض هذا الشخص النقص الحاصل في صحته فإنه يستخدم نوعاً أو أكثر من أنواع الخدمات الصحية المتقدمة<sup>(٣)</sup>.

٢- **الجنس:** بالنظر إلى الطبيعة البيولوجية المختلفة بين الرجل والمرأة والتي عادة ما تمر في فترات حمل وولادة وبسبب سرعة استجابة المرأة لأعراض المرض أكثر من الرجل، لذلك تقدم على استخدام خدمات الرعاية الصحية بشكل أكبر من الرجال في الغالب، ولكن عادة ما يتمتع الذكور بمستوى تعليم ودخل مرتفعين يجعلان الوصول إلى الخدمات الصحية واستخدامها من قبل تلك الأسر بشكل أفضل من الأسر التي يكون ر الأسرة فيها أنثى.

١- محمود خليل الشاذلي وآخرون، طب المجتمع، أكاديمية انترناشيونال للنشر والطباعة، بيروت، ٢٠٠٥، ص ٤٧٤.  
٢- زهير صبحي حلاج، الغذاء والتغذية، ط٢، أكاديمية انترناشيونال للنشر والطباعة، بيروت، ٢٠٠٥، ص ٦٩ - ٩٨.  
٣- محمد الجوهري وآخرون، علم الاجتماع الطبي، مصدر سبق ذكره، ص ٢٥.

٣- حجم الأسرة: يعتبر زيادة عدد في الأسرة من العوامل التي تساعد في زيادة عدد الأمراض التي قد يتعرض لها أفراد الأسرة وبالتالي يرتفع حجم الانتعاج والإنفاق الصحي لها.

٤- عدد الأطفال: تختلف حاجات الأطفال من الرعاية من وقت لآخر وخاصة في المراحل الأولى من عمر الطفل، فتزداد عناية واهتمام الأبوين بزيادة عدد الأطفال في الأسرة لذلك يتطلب منهم طلب خدمات رعاية صحية متعلقة بأطفالهم أكثر من الذين لا يوجد لديهم أطفال.

يعكس الواقع الاجتماعي لظاهرتي الصحة والمرض طرق الرعاية الصحية للمريض وأساليب مواجهة المرض، فمنذ القرن العشرين ظهر من جانب الطب اعتراف بتأثير العوامل الاجتماعية في صحة الفرد ولإصابة بالمرض وبالتالي أدرك الأطباء بأن المرض لا يرجع إلى النواحي البيولوجية فقط بل إلى تأثير العوامل الاجتماعية أيضاً، فالأمراض التي تصيب الإنسان هي نتيجة لأسباب اجتماعية أو اقتصادية بطريقة مباشرة أو غير مباشرة كالنظام الأسري، مستوى التعليم، البيئة، النظام الاقتصادي "الدخل، المهنة، الطبقة"، ومن هذا المنطلق تعد الحالة الصحية هي انعكاس للمتغيرات والأبعاد الاجتماعية لأعضاء المجتمع، وتعددت العوامل الاجتماعية المرتبطة بظاهرتي الصحة والمرض ومنها النظام الأسري، حيث يرتبط البناء الأسري الذي يعيش فيه الفرد سواء كانت أسرة نواة أو أسرة ممتدة بمقدار الرعاية الصحية الخاصة التي تقدم لأعضائها، ويعتمد ذلك أيضاً على درجة التفاعل بين أفراد الأسرة والتماسك بينهم هذا إلى جانب الدعم الاجتماعي للمريض، وبالإضافة إلى العاملين السابقين فهناك عامل الطبقة، فالتردد الاجتماعي للفرد يرتبط ارتباطاً وثيقاً بظاهرتي الصحة والمرض، ولذلك يعد الدخل مقياساً جيداً للوضع الاجتماعي للمريض من خلال أسلوب الحياة، فالإصابة بالمرض وطرق الوقاية والمساعدة الطبية ونمط العلاج يختلف باختلاف الطبقات والشرائح الاجتماعية بالمجتمع.

كما تعد العوامل الثقافية والاجتماعية في العديد من المجتمعات ذو أهمية كبرى في تحديد مفهومي الصحة والمرض، فالبيئة الاجتماعية التي ينتمي إليها الفرد تفرض عليه عادات وتقاليد ومعتقدات تتناسب مع وضعه الاجتماعي والثقافي، ومن ثم تتأثر رؤية الذاتية لتحديد معنى الصحة والمرض، فمن خلال العديد من التغيرات والأبعاد الثقافية يمكن أن يقع الإنسان فريسة للمرض.

## **الباب الثاني**

### **الجانِب الميداني للدراسة**

# الفصل السابع

## الاجراءات المنهجية للدراسة

### التمهيد

أولاً: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

١- نوع الدراسة

٢- منهج الدراسة

٣- فروض الدراسة

٤- أداة الدراسة

- اختبارات الصدق

- إجراءات الثبات للدراسة الميدانية

٥- مجتمع وعينة الدراسة

٦- مجالات الدراسة

٧- أدوات التحليل الإحصائي المستخدمة في الدراسة

ثانياً: عرض وتحليل البيانات الأساسية لعينة الدراسة

## التمهيد:

تعتبر الإجراءات المنهجية هي السمة التي تميز البحوث الميدانية بشكل عام، ويتولد ذلك من خلال عملية الإعداد العلمي بما يناسب البحث الميداني من القاعدة المعرفية العلمية والتطبيق الميداني والإستراتيجيات المنهجية المختلفة، كما يتطلب البحث العلمي تحديد التصميم المنهجي الملائم لموضوع الدراسة، وأهدافها.

وفي هذا الفصل سيتم عرض الإجراءات المنهجية التي استعانت بها الباحثة للإجابة عن تساؤلات الدراسة، بما يحقق أهداف الدراسة، بحيث شملت هذه الإجراءات تحديداً لنوع الدراسة بناءً على المعلومات المتوفرة لدى الباحثة والأهداف الرئيسية للدراسة.

عملت الباحثة في هذا الفصل عرض أهم الأساليب والأدوات التي استخدمت في الدراسة، تم التطرق إلى مجالات الدراسة (المكاني، والبشري، الزمني) والتطرق أيضاً إلى كيفية اختيار العينة وحجمها.

أن هذا التعرض يعطي الدراسة أهمية كبيرة للباحث ولا يكتفي بعرض النتائج التي أمكن التوصل إليها وإنما يجب عليه إيضاح كل الخطوات التي قام بها في دراسته من البداية حتى النهاية وتوضيح كل المراحل التي مرت به الدراسة من أجل أن تكون تلك المراحل والخطوات بؤرة اهتمام من يأتي بعده من الباحثين لدراسة طرق البحث التي طبقها والحكم على النتائج بالنقد أو التأييد.

يشتمل هذا الفصل على لمحة تاريخية لمنطقة الدراسة المتمثلة في جامعة القادسية، وكذلك مبررات اختيار الباحثة لهذه الجامعة، بالإضافة إلى الإجراءات المنهجية التي تحتاجها الباحثة في الدراسة الميدانية، بداية من متغيرات الدراسة، وكذلك صياغة الفروض وإجراءات المعاينة المتمثلة في تحديد مجتمع الدراسة ونوع الدراسة ونوع العينة ووحدة التحليل وإطار العينة وحجم العينة وطريقة اختيار العينة، واختبارات الصدق والثبات لأداة جمع البيانات.

وبناء على ما سبق، فسوف يتم عرض بعض نتائج الدراسة الميدانية التي تم التوصل إليها من خلال تحليل البيانات الإحصائية للأسئلة الواردة في استمارة الاستبيان وكذلك أهم التوصيات الخاصة بالدراسة الراهنة، وستعرض الباحثة هذه العناصر على النحو التالي:

## أولاً: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

### ١- نوع الدراسة

لما كانت الدراسة الراهنة تهدف إلى بيان المنظومة المعرفية للمرأة والرعاية الصحية، وبالرجوع إلى ما تم طرحه في إشكالية الدراسة، وما تسعى إليه من أهداف فإن الدراسة الراهنة تندرج ضمن الدراسات الوصفية التحليلية، لذا فإن نوع هذه الدراسة يتحدد في الدراسة الوصفية.

حيث إن الدراسة الوصفية تهدف بلا شك (وكما هو واضح من تسميتها) إلى اكتشاف الوقائع وكشف الظواهر ووصفها وصفاً دقيقاً وتحديد خصائصها تحديداً كميّاً أو كميّاً بالكشف عن الحالة السابقة للظواهر وكيف وصلت إلى صورتها الحالية، وتحاول التنبؤ بما ستكون عليه في المستقبل<sup>(١)</sup>.

وبناء عليه فإن هذا النوع من الدراسات يهدف إلى الكشف عن الحقائق والظواهر ومحاولة تفسيرها وتحليلها وتوضيح العلاقات والارتباطات القائمة بينها، والدراسة الراهنة تدخل ضمن إطار النمط الوصفي التحليلي باعتباره من أفضل الأنماط وأكثرها دقة وتلائم موضوع الدراسة الراهنة، بهدف الوصول إلى معرفة دقيقة عن المنظومة المعرفية للمرأة والرعاية الصحية.

٢- منهج الدراسة: إن علماء الاجتماع الذين يرغبون في إنتاج بيانات إحصائية أصلية عادة ما يقومون بإجراء مسح اجتماعي، ومنه يتم جمع بيانات مقننة من مجتمع البحث، ويتمثل الغرض الرئيسي من إجراء المسح الاجتماعي في إنتاج بيانات تشكل أساساً للتعميم حول مجتمع البحث أو الجماعات المستهدفة<sup>(٢)</sup>.

وبالنظر إلى الهدف الوصفي الذي تسعى إليه هذه الدراسة فضلاً عن طبيعة التساؤلات المطروحة، فإن الدراسة الراهنة في حاجة إلى أسلوب يمكنها من توصيف الدور الذي تقوم به المنظومة المعرفية للمرأة والرعاية الصحية.

تتجسد في اعتمادها على الواقع الاجتماعي والتفاعل معه وجمع المعلومات منه وبناء على ذلك فقد اعتمدت الباحثة على منهج المسح الاجتماعي الذي يعرف بأنه محاولة منظمة وفهم الوضع الراهن لموضوع الدراسة وتحليل وتفسير الواقع في الزمن الحالي. وسوف تستخدم الباحثة من أساليب هذا المنهج ما يتفق مع أهداف الدراسة، عليه وبالنظر إلى أن الباحثة سوف تطبق الدراسة الميدانية على عينة من التدريسيات في كليات جامعة القادسية والتي تتمثل في: أسلوب المسح الاجتماعي الشامل بهدف وصف واقع الظاهرة المراد دراستها بواسطة (الاستبيان).

وقد كانت الأسباب التي دعت إلى اختيار هذا المنهج هي:

١- مروان عبد المجيد إبراهيم، أسس البحث العلمي لإعداد الرسائل الجامعية، مؤسسة الوراق للنشر، الأردن، ٢٠٠٢، ص ٤٠.

٢- محمد الجوهري، أسس البحث الاجتماعي، دار المسيرة لنشر والتوزيع، عمان- الأردن، ٢٠٠٩، ص ٣٦٧.

أ- يعد المسح الاجتماعي من المناهج المناسبة للدراسة الحالية حيث يتيح الفرصة للكشف عن جوانب مشكلة البحث والحصول على بيانات ومعلومات كافية يمكن الاستفادة بها في وضع بحوث تالية أكثر عمقاً.

ب- تتعرض الباحثة في دراستها لعدد كبير من المفردات ويعتبر المسح مناسباً في هذا الصدد.

ج- البيانات المطلوب دراستها كثيرة ومتنوعة ومنهج المسح يتيح لنا الفرصة للحصول على إجابات على كل البيانات المطلوبة.

٣- فروض الدراسة:

أ- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠.٠٥)، في رغبة المرأة بزيادة المعلومات المتعلقة بالصحة العامة تعزى لمتغيرات ( العمر، الحالة الاجتماعية، مستوى الدخل الشهري، محل الإقامة والتعليم الدراسي).

ب- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠.٠٥)، في اهتمام المرأة بالمعلومات عن صحتها تعزى لمتغيرات ( العمر، الحالة الاجتماعية، مستوى الدخل الشهري، محل الإقامة والتعليم الدراسي).

ج- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠.٠٥)، في اهتمام المرأة بالذهاب للطبيب عند الإصابة بحادث عرضي تعزى لمتغيرات ( العمر، الحالة الاجتماعية، مستوى الدخل الشهري، محل الإقامة والتعليم الدراسي).

د- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠.٠٥)، في ان إصابة المرأة بحادث عرضي يؤثر على الحياة الأسرية والعلاقات الاجتماعية داخل الأسرة تعزى لمتغيرات ( العمر، الحالة الاجتماعية، مستوى الدخل الشهري، محل الإقامة والتعليم الدراسي).

هـ- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠.٠٥)، في أن للعادات والتقاليد على المرأة أثر كبير على الاهتمام بالبيئة والجوانب الصحية تعزى لمتغيرات ( العمر، الحالة الاجتماعية، مستوى الدخل الشهري، محل الإقامة والتعليم الدراسي).

و- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠.٠٥)، في ان إهمال الأعراض المرضية قد يكون خطراً على صحة المرأة تعزى لمتغيرات ( العمر، الحالة الاجتماعية، مستوى الدخل الشهري، محل الإقامة والتعليم الدراسي).

٤- أداة جمع البيانات: نظرًا لأنه من الضروري أن يكون هناك اتساق وترابط بين الإطار المنهجي للدراسة، وبين الأدوات التي تستخدم في جمع بياناتها، فقد اعتمدت الباحثة في هذه الدراسة على أداة رئيسية وهي استمارة الاستبيان لجمع البيانات وتبويبها إلى الوصول إلى نتائج الدراسة.

إن استمارة الاستبيان هي الوسيلة التي من خلالها يحصل الباحث على المعلومات التي يدلي بها المبحوث للباحث<sup>(١)</sup>، وفي حالة تدوين المبحوث البيانات الواردة في الاستمارة من قبله وبعيدًا عن الباحث تسمى هذه الأدوات باستمارة الاستبيان وهو عبارة عن قائمة من الأسئلة المعدة سلفًا يوجهها الباحث إلى أفراد العينة (المبحوثين)، ويعد الاستبيان أحد وسائل البحث العلمي التي تستعمل على نطاق واسع من أجل الحصول على بيانات أو معلومات تتعلق بأحوال الناس أو ميولهم أو اتجاهاتهم أو دوافعهم أو معتقداتهم، والاستبيان في بحثنا هذا هو الأداة الرئيسية التي استخدمتها الباحثة في جمع المعلومات، وقد عملت الباحثة على الاستبيان الإلكتروني الذي تم توزيعه في المواقع الرسمية للكليات في جامعة القادسية وقد تمت المتابعة المستمرة من قبل الباحثة وحث عينة الدراسة على ملئ استمارة الاستبيان.

وقد استخدمت الباحثة استمارة الاستبيان بوصفها أكثر أدوات البحث الاجتماعي شيوعًا في المسوح الاجتماعية، وذلك لسهولة تطبيقها على جمهور من المبحوثين، وسهولة معالجة بياناتها إحصائيًا، بالإضافة إلى القدرة على التحقق من مدى ثباتها وصدقها، وتم تصميم استمارة الاستبيان وفقاً للخطوات التالية:

#### أ - مرحلة تحديد موضوع اداة الاستبيان ومحاوره:

- تحديد موضوع اداة الاستبيان، وذلك في ضوء المتغير التابع الذي تريد الباحثة التعرف على مدى التغير فيه، ويتمثل المتغير التابع في الرعاية الصحية للمرأة، وذلك من خلال الرجوع إلى التراث النظري الموجه للدراسة والرجوع إلى الدراسات السابقة والادوات المرتبطة بموضوع الدراسة .

- تحديد المحاور المتصلة بالموضوع وتتمثل هذه الأبعاد في عدة محاور هما:

١- المحور الأول: البيانات الأساسية لعينة الدراسة.

٢- المحور الثاني: العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة في الرعاية الصحية للمرأة.

٣- المحور الثالث: التأثيرات المعرفية وترتيب أولويات الاهتمام للرعاية الصحية للمرأة.

٤- المحور الرابع: اعتماد المرأة على مواقع التواصل والدعم الصحي.

٥- المحور الخامس: واقع النظام الصحي في العراق.

1- Moser , C . A . Survey methods in Social Investigation , Heiremann , London, 1977 , p. 214 .



## ٦ - المحور السادس: رضا المرأة عن الرعاية الصحية.

وقامت الباحثة بصياغة عبارات اداة الاستبيان في ضوء الاعتبارات التالية:

- أ - أن تكون العبارة مرتبطة بالبعد الذي يتم قياسه.
  - ب - أن تخلو من الألفاظ المركبة أو المزدوجة.
  - ج - أن تكون واضحة وسهلة الفهم.
  - د - أن تشتمل اداة الاستبيان على عبارات إيجابية وأخرى سلبية لضمان دقة النتائج.
- ب - مرحلة تحكيم اداة الاستبيان:

تم عرض استمارة الاستبيان قبل تطبيقها على مجموعة من المحكمين المختصين بعلم الاجتماع(\*)، وذلك لإبداء آراءهم العلمية والاستفادة من توجيهاتهم البناءة على مدى صلاحية الاستمارة لإجراء الدراسة، وتحقيق أهدافها وتساؤلاتها، وتم إجراء تعديلات عديدة في أبعاد وعبارات اداة الاستبيان سواء بالحذف أو الإضافة أو التعديل من حيث ارتباط العبارات بمضمون المؤشرات، سلامة العبارات من حيث الصيغة اللغوية، ووضوح العبارات، وقابلية للتطبيق الميداني على المرأة المبحوثة.

ج - مرحلة تعديل اداة الاستبيان:

تم إجراء التعديلات اللازمة لأداة الاستبيان وفقاً لآراء السادة المحكمين؛ حيث تم استبعاد العبارات التي تقل نسبة الاتفاق فيها عن ٨٠٪، وتعديل صياغة البعض لآخر منها، وبذلك أصبحت اداة الاستبيان في صورته النهائية اثنان وسبعون عبارة موزعة كالتالي:

١ - المحور الأول: البيانات الأساسية لعينة الدراسة، ويتكون من خمسة اسئلة

٢ - المحور الثاني: العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة في الرعاية الصحية للمرأة، ويتكون من احد عشر سؤالاً.

٣ - المحور الثالث: التأثيرات المعرفية وترتيب أولويات الاهتمام للرعاية الصحية للمرأة، ويتكون من اثنا عشر سؤالاً.

---

\* - أ. د نبيل نعمان اسماعيل قسم علم الاجتماع كلية الآداب جامعة بغداد  
- أ. د عدنان ياسين مصطفى قسم علم الاجتماع كلية التربية للبنات جامعة بغداد  
- أ. د صلاح كاظم جابر قسم علم الاجتماع كلية الآداب جامعة القادسية  
- أ. د بسملة رحمن عودة قسم علم الاجتماع كلية الآداب جامعة القادسية  
- أ. د ميادة أحمد عبد الرحمن قسم علم الاجتماع كلية الآداب جامعة بغداد  
- أ. د آلاء محمد رحيم قسم علم الاجتماع كلية التربية للبنات جامعة بغداد  
- أ. د طالب عبد الكريم القرشي قسم علم الاجتماع كلية الآداب جامعة القادسية  
- أ. د علي جواد وتوت قسم علم الاجتماع كلية الآداب جامعة القادسية

٤- المحور الرابع: اعتماد المرأة على مواقع التواصل والدعم الصحي، ويتكون من اربع عشر سؤالاً.

٥- المحور الخامس: واقع النظام الصحي في العراق، ويتكون من ثلاث عشر سؤالاً.

٦- المحور السادس: رضا المرأة عن الرعاية الصحية، ويتكون من ثمانية عشر سؤالاً.

#### صدق الاداة (اختبارات الصدق والثبات):

تدل كلمة الصدق على أن الأداة قادرة بالفعل على قياس ما وضعت لقياسه من متغيرات وهذا القياس لا يتم بدون مجموعة من الإجراءات المتبعة في التحليل مثل اختيار العينة ووضع الفئات وتحديدها بصورة دقيقة ومحكمة إلى جانب درجة الثبات في التحليل.

#### أولاً: الصدق الظاهري:

نعني بثبات المقياس قدرة المقياس على الحفاظ على الدرجات التي يتوصل اليها مهما تكن عدد المرات التي يتكرر فيها الاختبار. اذ تتراوح درجات قبول المقياس كمقياس ثابت (٠,٨ - ٠,٩) (١).

استخدمت الباحثة أسلوب الصدق الظاهري (Face validity) لتحكيم اداة الاستبيان، حيث تم عرض المقياس على عدد تسع من الخبراء في تخصص علم الاجتماع والاحصاء، وقد سبق توضيح ذلك بشكل مفصل في مرحلة التحكيم، وقد تم التأكد من الصدق الظاهري للأداة.

#### ثانياً: إجراءات الثبات للدراسة الميدانية

ويقصد بها الحصول على نتائج متشابهة عند تطبيق المقياس على نفس العينة بعد فترة أسبوعين من التطبيق الأول، وفيما يتعلق باختبار الثبات (Reliability) فقد تم التحقق منه وفقاً لأسلوب الاختبار وإعادة الاختبار، لتجنب الأخطاء في الصياغة أو المفردات أو حالات الالتباس وعدم الفهم، حيث قامت الباحثة باستخدام أسلوب إعادة الاختبار (Test-Retest)، وبعد جمع بيانات الدراسة الميدانية بإجراء دراسة أولية على ١٠٪ من إجمالي مفردات الدراسة الميدانية، ثم قامت بإعادة الاختبار عليهم مرة أخرى لقياس الثبات وقد بلغ معامل الثبات ٩١,٥٪ مما يدل على وجود درجة اتساق عالية بين إجابات المبحوثين، وهي نسبة جيدة تضمن ثبات الأداة المستخدمة في الدراسة. وقد جاءت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

---

1- Back , M. and et. Al . Basic Issues In Social Research , New York , John Wiley and Son , 1983 , P. 76 .

جدول رقم (٣) يوضح نتائج الثبات لأداة الاستبيان للمنظومة المعرفية للمرأة والرعاية الصحية باستخدام طريقة الاختبار وإعادة الاختبار ( Test . R . Test ) ( ن = ١٠ )

| م | المحاور   | معامل الارتباط | الدلالة |
|---|---|----------------|---------|
| ١ | المحور الأول: البيانات الأساسية لعينة الدراسة                                   | ٠.٥٩٨          | **      |
| ٢ | المحور الثاني: العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة في الرعاية الصحية للمرأة  | ٠.٦٠٨          | **      |
| ٣ | المحور الثالث: التأثيرات المعرفية وترتيب أولويات الاهتمام للرعاية الصحية للمرأة | ٠.٦٧٨          | **      |
| ٤ | المحور الرابع: اعتماد المرأة على مواقع التواصل والدعم الصحي                     | ٠.٦٧١          | **      |
| ٥ | المحور الخامس: واقع النظام الصحي في العراق                                      | ٠.٥٨٧          | **      |
| ٦ | المحور السادس: رضا المرأة عن الرعاية الصحية                                     | ٠.٥٠٦          | **      |
|   | ثبات المقياس ككل  | ٠.٧٥٦          | **      |

ويتضح من الجدول السابق أن معظم معاملات الثبات للمحاور تتمتع بدرجة عالية من الثبات، وبذلك يمكن الاعتماد على نتائجها وأصبحت الأداة في صورتها النهائية.

#### ٥- مجتمع وعينة الدراسة

حيث تسعى إلى دراسة اعتماد المرأة العراقية على المنظومة المعرفية كمصدر للمعلومات الصحية، ويساعد على تحقيق الهدف الرئيسي للدراسة باعتبار ان المرأة تمثل نصف المجتمع، وقد اقتصرَت الدراسة على المرأة دون غيرها ذلك كونها تمر بمراحل صحية مختلفة (حمل، وولادة، ورضاعة، رعاية الأبناء، ادارة المنزل، عمل... الخ) بالإضافة إلى توفير الرعاية الصحية اللازمة لأبنائها، وكذلك نظراً لأنها لم تحظى باهتمام كبير من قبل الباحثين في المواضيع والقضايا التي تهم المرأة في العراق، وكذلك لقلّة الدراسات التي تركز على المنظومة المعرفية للمرأة ونظام الرعاية الصحية، والاعتماد عليها كمصدر للمعلومات الصحية.

يتمثل مجتمع وعينة الدراسة في مجموع الوحدات التي يسعى الباحث للحصول على بيانات منها، بناءً على ذلك فإن مجتمع الدراسة يتمثل في التدريسيات في جامعة القادسية، حيث تم توزيع الاستمارة على عينة مكونة من (٥٠٠) مفردة من كافة التدريسيات في كليات جامعة القادسية، باستخدام أسلوب العينة العمدية (القصديّة)، بحيث تتضمن العينة مجموعة متنوعة من الألقاب العلمية المتنوعة في جامعة القادسية في محافظة الديوانية. وتم استرجاع وجمع (٣٥٦) استمارة للمبحوثين حيث ان عدد الاستمارات المتبقية قد تم استبعادها لعدم الاجابة على كل محاور فقراتها وترك قسم من الاسئلة دون اجابة ، وان هناك عدد من العينة يتمتعن بإجازات امومة وهناك عدد من افراد عينة الدراسة لم يجبن على استمارة الاستبيان بالرغم من المرجعات المتكررة للباحثة ، وبالتالي فإن صافي عدد عينة الدراسة هو (٣٥٦) .

- **وحده التحليل:** هي كل التدريسيات في كليات جامعة القادسية حيث اقتصرت الدراسة على التدريسيات من كافة الالقاب العلمية ومن حملة شهادتي الماجستير والدكتوراه.

- **إطار العينة:** هو مجموع التدريسيات من حملة شهادتي الماجستير والدكتوراه في جامعة القادسية في محافظة الديوانية والبالغ عددهن بحوالي (٤١٥) تدريسية.

- طريقة اختيار العينة: قسمت جامعة القادسية إلى ثمانية عشر كلية.

**جدول (٤) يوضح اعداد عينة البحث من التدريسيات في جامعة القادسية موزعين بحسب اللقب العلمي**

**والشهادة والتخصص والكلية للعام الدراسي ٢٠٢٠-٢٠٢١**

| المجموع | التخصص |        | الشهادة |         | اللقب العلمي |      |             |       | مكان العمل                             |
|---------|--------|--------|---------|---------|--------------|------|-------------|-------|--|
|         | علمي   | انساني | دكتوراه | ماجستير | مدرس مساعد   | مدرس | استاذ مساعد | استاذ |  |
| ١١      | ٩      | ٢      | ١       | ١٠      | ٧            | ٣    | ١           | ٠     | رئاسة الجامعة                          |
| ٤       | ٠      | ٤      | ٢       | ٢       | ٢            | ١    | ١           | ٠     | كلية الآثار                            |
| ٣٩      |        | ٣٩     | ٢١      | ١٨      | ٦            | ٩    | ١٧          | ٧     | كلية الآداب                            |
| ٤١      | ٣٩     | ٢      | ٩       | ٢٧      | ٨            | ١٥   | ١٧          | ١     | كلية الإدارة والاقتصاد                 |
| ١١٤     | ٦١     | ٥٣     | ٥٥      | ٥٩      | ٢٢           | ٤٠   | ٤٢          | ١٠    | كلية التربية                           |
| ٧       | ٥      | ٢      | ٤       | ٣       | ٣            | ٠    | ٢           | ٢     | كلية التربية البدنية وعلوم الرياضة     |
| ٢١      | ٧      | ١٤     | ٤       | ١٧      | ٥            | ١١   | ٣           | ٢     | كلية التربية للنبات                    |
| ١٤      | ١٣     | ١      | ٦       | ٨       | ٣            | ٦    | ٥           | ٠     | كلية التقانات الاحيائية                |
| ٨       | ٨      | ٠      | ٤       | ٤       | ٢            | ٤    | ١           | ١     | كلية التمريض                           |
| ١٩      | ١٨     | ١      | ٧       | ١٢      | ٨            | ٧    | ٣           | ١     | كلية الزراعة                           |
| ١٣      | ١٢     | ١      | ٢       | ١١      | ٥            | ٣    | ٣           | ٢     | كلية الصيدلة                           |
| ٥١      | ٥١     | ٠      | ٣٩      | ١٢      | ٥            | ٢٠   | ٢٠          | ٦     | كلية الطب                              |
| ٥١      | ٥٠     | ١      | ١٣      | ٣٧      | ٨            | ١٨   | ٢٠          | ٥     | كلية الطب البيطري                      |
| ٤٧      | ٤٧     | ٠      | ٢٢      | ٢٥      | ٩            | ٢١   | ١٥          | ٢     | كلية العلوم                            |
| ١       | ٠      | ١      | ١       | ٠       | ٠            | ١    | ٠           | ٠     | كلية الفنون الجميلة                    |
| ١٨      | ٠      | ١٨     | ٩       | ٩       | ٧            | ٢    | ٩           | ٠     | كلية القانون                           |
| ٣١      | ٢٩     | ٢      | ٦       | ٢٥      | ١١           | ١٥   | ٤           | ١     | كلية الهندسة                           |
| ١٥      | ١٤     | ١      | ٤       | ١١      | ٦            | ٥    | ٤           | ٠     | كلية طب الاسنان                        |
| ١٨      | ١٥     | ٣      | ٣       | ١٥      | ٥            | ١٠   | ٣           | ٠     | كلية علوم الحاسوب وتكنولوجيا المعلومات |
| ٥٢٣     | ٣٧٨    | ١٤٥    | ٢١٢     | ٣١١     | ١٢٢          | ١٩١  | ١٧٠         | ٤٠    | المجموع                                |

جدول (٥) يوضح حجم كل عينة ونسبته والعينة المراد سحبها منه

| ت  | اسم الكلية              | حجم العينة | نسبة التمثيل من العينة الكلية |
|----|-------------------------|------------|-------------------------------|
| ١  | رئاسة الجامعة           | ٤          | ١,١                           |
| ٢  | كلية الآثار             | ٣          | ٠,٨                           |
| ٣  | كلية الآداب             | ٣٨         | ١١,٧                          |
| ٤  | كلية الإدارة والاقتصاد  | ٣٠         | ٨,٤                           |
| ٥  | كلية التربية            | ٥٠         | ١٤                            |
| ٦  | كلية التربية الرياضية   | ٧          | ١,٩                           |
| ٧  | كلية التربية للنبات     | ١٤         | ٣,٩                           |
| ٨  | كلية التقانات الاحيائية | ١٤         | ٣,٩                           |
| ٩  | كلية التمريض            | ٧          | ١,٩                           |
| ١٠ | كلية الزراعة            | ١٤         | ٣,٩                           |
| ١١ | كلية الصيدلة            | ٨          | ٢                             |
| ١٢ | كلية الطب               | ٣٠         | ٨,٤                           |
| ١٣ | كلية الطب البيطري       | ٢٨         | ٧,٩                           |
| ١٤ | كلية العلوم             | ٤٣         | ١٢                            |
| ١٥ | كلية الفنون الجميلة     | ١          | ٠,٣                           |
| ١٦ | كلية القانون            | ١٨         | ٥                             |
| ١٧ | كلية الهندسة            | ١٨         | ٥                             |
| ١٨ | كلية طب الاسنان         | ١٤         | ٣,٩                           |
| ١٩ | كلية علوم الحاسوب       | ١٥         | ٤                             |
|    | المجموع                 | ٣٥٦        | ١٠٠                           |

٦- مجالات الدراسة:

هناك اتفاق شبه تام بين المختصين في مناهج البحث الاجتماعي على أن لكل بحث ثلاثة مجالات أساسية يجب توضيحها وتحديدها عند اجراء أي بحث، وهي تمثل الحدود التي يتحرك الباحث من خلالها لجمع بيانات بحثه، وهذه المجالات تتمثل في المجال الجغرافي والبشري والزمني، ويمكن توضيحها على النحو الآتي:

أ- **المجال المكاني:** ويقصد به الموقع المكاني الذي يجري في حدوده الدراسة ويشمل المجال المكاني للدراسة، وتم تحديد مجتمع البحث عينه من التدريسيات من حملة شهادتي الماجستير أو الدكتوراه في جامعة القادسية.

ب- **المجال الزمني:** وهي فترة جمع البيانات ميدانياً وتحليلها وتفسيرها، واستغرقت عملية جمع البيانات خمسة أشهر في جمع البيانات الخاصة بالدراسة الميدانية من مجتمع الدراسة الفترة الزمنية من ٢٠٢٠/٣/٥ الى ٢٠٢٠/٨/٥.

ج- **المجال البشري:** المجال البشري في هذه الدراسة يتمثل في العينة المقرر إجراء البحث عليها، وهن التدريسيات والبالغ عددهن (٤١٥) من حملة شهادتي الماجستير والدكتوراه في كافة كليات جامعة القادسية البالغة (١٨) كلية.

#### ٧- المعالجة الإحصائية للبيانات:

سيتم تفرغ الإجابات وإدخالها إلى الحاسوب، ثم سيتم إجراء التحليل الإحصائي لبيانات الدراسة باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS، لإجراء الاختبارات الإحصائية والتحقق من صحة الفروض. بالإضافة إلى أنها تمكنا من معرفة حجم الظاهرة موضوع الدراسة وإيضاح حجم العينة المطبقة ومدى تمثيلها، من خلال استخدام النسب المئوية والمتوسطات الحسابية والبيانات الإحصائية لمعالجة البيانات وتفرغها ثم تحليلها علمياً واستخلاص النتائج.

#### ثانياً: عرض وتحليل البيانات الأساسية لعينة الدراسة

يمكن تلخيص خصائص افراد عينة الدراسة على النحو التالي:

#### جدول (٦) توزيع افراد العينة للمتغيرات الشخصية

| المتغير           | الفئة        | العدد   | %     |
|-------------------|--------------|---------|-------|
| العمر             | اقل من ٢٥    | ١٧      | ٤,٧٨  |
|                   | ٢٥-٣٤        | ٥٩      | ١٦,٥٧ |
|                   | ٣٥-٤٤        | ١٠٢     | ٢٨,٦٥ |
|                   | ٤٥-٥٤        | ٩٥      | ٢٦,٦٩ |
|                   | ٥٥ سنة فأكثر | ٨٣      | ٢٣,٣١ |
|                   | المجموع      |         | ٣٥٦   |
| المتغير           | الفئة        | التكرار | %     |
| الحالة الاجتماعية | عزباء        | ٥٨      | ١٦,٢٩ |
|                   | متزوجة       | ٢٢٥     | ٦٣,٢٠ |
|                   | مطلقة        | ٦٨      | ١٩,١٠ |

|       |     |              |                       |
|-------|-----|--------------|-----------------------|
| ١,٤١  | ٥   | ارملة        |                       |
| ١٠٠   | ٣٥٦ | المجموع      |                       |
| ١٨,٢٦ | ٦٥  | لا يكفي      | مستوى الدخل<br>الشهري |
| ٦٣,٧٦ | ٢٢٧ | يكفي         |                       |
| ١٧,٩٨ | ٦٤  | يكفي ويزيد   |                       |
| ١٠٠   | ٣٥٦ | المجموع      |                       |
| ٤١,٨٦ | ١٤٩ | مركز المدينة | محل الإقامة           |
| ٤٤,١٠ | ١٥٧ | قضاء         |                       |
| ١٣,٤٨ | ٤٨  | ناحية        |                       |
| ٠,٥٦  | ٢   | قرية         |                       |
| ١٠٠   | ٣٥٦ | المجموع      |                       |
| ٣٧,٠٨ | ١٣٢ | ماجستير      | التحصيل الدراسي       |
| ٦٢,٩٢ | ٢٢٤ | دكتوراه      |                       |
| ١٠٠   | ٣٥٦ | المجموع      |                       |

تشير البيانات في الجدول اعلاه إلى توزيع أفراد العينة حسب الفئة العمرية إذ تم توزيعها إلى خمسة فئات، كان أكثر المبحوثين من الفئة العمرية (٣٥-٤٤) بنسبة (٦٥,٢٨%) يليها من هم في الفئة العمرية (٤٥-٥٤) بنسبة (٦٩,٢٦%) ثم تأتي الفئة العمرية (٥٥ فأكثر) بنسبة (٣١,٢٣%) ثم تأتي الفئة العمرية (٢٥-٣٤) بنسبة (٥٧,١٦%) وأخيراً الفئة العمرية التي تتراوح اقل من (٢٥ سنة) وبنسبة (٤,٧٨%).

تشير البيانات الى توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية، وكان أكثر المبحوثين من المتزوجين بنسبة (٢٠,٦٣%) في حين من كان من أفراد عينة الدراسة من المطلقين بنسبة (١٠,١٩%) وكانت نسبة العزاب بلغت (٢٩,١٦%) وقد بلغت نسبة الارامل من أفراد عينة الدراسة (١,٤١) .

تشير البيانات إلى توزيع أفراد العينة حسب مستوى الدخل الشهري، فقد بينت أن اغلب المبحوثين يتميزون بدخل يكفي بشكل نسبة (٧٦,٦٣%) يليهم افراد العينة الذي لديهم دخل لا يكفي فيشكلون نسبة (٢٦,١٨%) وبعدها يأتي افراد العينة الذين لديهم دخل يكفي ويزيد ويشكلون نسبة (٩٨,١٧%) من أفراد العينة.

تشير البيانات إلى ان توزيع أفراد العينة حسب محل الإقامة كان أكثر المبحوثين يقيمون في الاقضية بنسبة (١٠,٤٤%) ويأتي بعدها ممن يقيمون في مركز المدينة فقد بلغت نسبتهم (٨٦,١٤%)

أما الذين يقيمون في النواحي فقد بلغت نسبتهم ( ٤٨,١٣ %) وبعدها القرى فقد شكلت نسبة ( ٥٦,٠ %) من أفراد العينة.

أما فيما يتعلق بمستوى التحصيل الدراسي فتشير البيانات إلى أن أغلب المبحوثين من الحاصلين على شهادة الدكتوراه فقد شكلت نسبة ( ٩٢,٦٢ %) من أفراد العينة ويأتي بعدها الحاصلين على شهادة الماجستير بنسبة ( ٠٨,٣٧ %) من أفراد العينة.

والعينة على هذا النحو تمتلك من المستوى العلمي ما يؤهلها لفهم ما تعنيه الرعاية الصحية، كما يتيح هذا المستوى العلمي العالي قدرة أفراد العينة على فهم موضوع البحث والإجابة على تساؤلاته.

يُعد التعليم أحد الجوانب الهامة للتنمية البشرية، حيث أن التنمية البشرية لها جانبان.

**الأول:** تشكيل القدرات البشرية مثل تحسين مستوى الصحة والمعرفة والمهارات.

**الثاني:** انتفاع الناس بقدراتهم المكتسبة للاستمتاع بوقت الفراغ أو في التعليم يشمل كل من شأنه تنمية المعرفة والمهارة فالتعليم كنتاج يجعل الناس أكثر إنتاجية وصحة، وأكثر قدرة على الإبتكار، ومن ثم يصبحون أكثر غنى في كل نواحي الحياة، كما أن التعليم مدخل ضروري للتقدم في مجالات التنمية البشرية الأخرى.



# **الفصل الثامن**

**عرض وتحليل بيانات الدراسة ومناقشة نتائجها في ما يتعلق**

**بالمحور الثاني: العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة**

**في الرعاية الصحية للمرأة**

**المحور الثالث: التأثيرات المعرفية وترتيب أولويات**

**الاهتمام للرعاية الصحية للمرأة**

## التمهيد:

سنتناول من خلال هذا الفصل تحليلاً شاملاً لبيانات الدراسة الميدانية والتي تم جمعها من خلال استمارة الاستبيان لإعطاء صورة واضحة وواقعية عن موضوع الدراسة الراهنة، وذلك عن طريقة إلقاء الضوء على ما اجابته عينة الدراسة حول موضوع الدراسة الراهنة المنظومة المعرفية للمرأة والرعاية الصحية.

## المحور الثاني: العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة في الرعاية الصحية للمرأة

### ٦- اهتمام عينة الدراسة بمعرفة معلومات متعلقة بالصحة:

جدول (٧) يبين اهتمام عينة الدراسة بمعرفة معلومات متعلقة بالصحة

| الحالة     | العدد | %    |
|------------|-------|------|
| بشكل كبير  | ١٦٣   | ٨,٣  |
| بشكل متوسط | ٦٣    | ١٧,٧ |
| بشكل محدود | ٧٣    | ٢٠,٥ |
| لا اهتم    | ٥٧    | ١٦   |
| المجموع    | ٣٥٦   | ١٠٠  |

يتضح من الجدول ان (١٦٣) مبحوثاً وبنسبة (٨,٤ %) قد أشاروا إلى أنهم مهتمين بمعرفة معلومات متعلقة بالصحة بشكل كبير في حين أشار (٧٣) مبحوثاً وبنسبة (٢٠,٥ %) اشاروا بشكل محدود، وأشار عدد (٦٣) مبحوثاً وبنسبة (١٧,٧ %) بشكل متوسط وأشار عدد من (٥٧) وبنسبة (١٦ %) بأنهم لا يهتمون بمعرفة معلومات متعلقة بالصحة.

يتضح من اجابات عينة الدراسة حول اهتمامها بمعلومات متعلقة بالصحة فقد كانت اهتمام كبير بهذا الموضوع وهذا يدل على حرص عينة الدراسة على الاهتمام ومتابعه الاحوال الصحية ولاسيما كونهم من ذات مستويات علمية متعددة .

### ٧- رغبة عينة الدراسة بزيادة المعلومات عن الصحة:

جدول (٨) يبين رغبة عينة الدراسة بزيادة المعلومات عن الصحة

| الحالة     | العدد | %    |
|------------|-------|------|
| بشكل كبير  | ٣٣٤   | ٩٣,٨ |
| بشكل متوسط | ١٥    | ٤,٢  |
| بشكل محدود | ٧     | ١,٩  |

|         |     |     |
|---------|-----|-----|
| لا اهتم | -   | ٠,٣ |
| المجموع | ٣٥٦ | ١٠٠ |

يتضح من الجدول أن ( ٣٣٤ ) مبحوثاً وبنسبة ( ٩٣,٨ % ) قد اشاروا بأنهم يرغبون بزيادة المعلومات عن الصحة بشكل كبير . في حين أشار ( ١٥ ) مبحوثاً وبنسبة ( ٤,٢ % ) يرغبون بزيادة المعلومات بشكل متوسط ، وأشار عدد ( ٧ ) وبنسبة ( ١,٩ % ) من المبحوثين يرغبون بزيادة المعلومات عن الصحة بشكل محدود، بينما اشار عدد ( ١ ) من المبحوثين وبنسبة ( ٠,٣ % ) لا يهتمون بزيادة المعلومات عن الصحة.

نستنتج من الجدول ان أفراد عينة الدراسة يهتمون اهتمام كبير بزيادة معلوماتهم عن الصحة وهذا يرجع الى التوعية الصحية لدى افراد عينة الدراسة وارتفاع المستوى الثقافي والعلمي الذي دفع بالأفراد الى زيادة رغبتهم في الحصول على المعلومات الصحية سواء كانت من مواقع التواصل الاجتماعي او من خلال الاطلاع على بعض الكتب الثقافية اضافة الى دور الاعلام الصحي في نشر المعلومات الصحية فقد كانت نسبة كبير من أفراد العينة يهتمون بالمعلومات الصحية .

#### ٨- أسباب رغبة عينة الدراسة في زيادة معلوماتك عن الصحة:

#### جدول (٩) يبين اسباب رغبة عينة الدراسة في زيادة معلوماتك عن الصحة

| الحالة   | العدد | %    |
|--|-------|------|
| لا توجد لدي معرفة كافية                        | ٢٩    | ٨,١  |
| فيه تداخل وغموض في بعض مفاهيم الصحة            | ١٩    | ٥,٣  |
| لأنها تمس صحة وحياة الإنسان                    | ٥٦    | ١٥,٧ |
| لأن موضوع الصحة مهم وحساس                      | ٨٤    | ٢٣,٦ |
| لخطورة الأمراض                                 | ٨٠    | ٢٢,٥ |
| لأهمية فهم الرعاية الصحية للأم والطفل          | ٤٠    | ١١,٢ |
| لأنها خطوة لتحقيق الأمان الصحي للأسرة والزوجين | ٣٠    | ٨,٤  |
| أخرى   | ١٨    | ٥,٠  |
| المجموع  | ٣٥٦   | ١٠٠  |

يتضح من الجدول أن ( ٨٤ ) مبحوثاً وبنسبة ( ٢٣,٦ % ) قد اشاروا أن اسباب رغبتهم في زيادة معلومات عن الصحة هو لان موضوع الصحة مهم وحساس، بينما أشار ( ٨٠ ) مبحوثاً وبنسبة ( ٢٢,٥ % ) ان اسباب رغبتهم في زيادة المعلومات عن الصحة هي خطورة الأمراض، بينما اشار ( ٥٦ ) مبحوثاً وبنسبة ( ١٥,٧ % ) ان اسباب رغبتهم في زيادة المعلومات عن الصحة لكونها تمس صحة وحياة

الإنسان، وأشار (٤٠) مبحوثاً وبنسبة (١١,٢ %) لا أهمية فهم الرعاية الصحية للأم والطفل، وأشار (٣٠) مبحوثاً وبنسبة (٨,٤ %) لكونها خطوة لتحقيق الأمان الصحي للأسرة والزوجين، وأشار (٢٩) مبحوثاً وبنسبة (٨,١ %) لا توجد لديهم معرفة كافية، وأشار (١٩) مبحوثاً وبنسبة (٥,٣ %) لانه فيه تداخل وغموض في بعض المفاهيم، بينما أشار (١٨) وبنسبة (٥,٠ %) الى اسباب أخرى.

ان مجتمعنا العراقي مثله مثل بقية المجتمعات يفسر الأمراض وخاصة البعض منها تفسيرات خاصة به، تفسيرات نجدها في الخيال الجمعي للناس او تصوراتهم، وبالتالي تصبح الصحة والمرض وسيلة نجدها للتعبير عن المعتقدات والقيم التي يؤمنون بها، والواقع ان التصورات الاجتماعية للصحة والمرض تكتسي أهمية خاصة، فهي التي تحدد الإجراءات الوقائية للحفاظ على الصحة وتحسينها وتحدد استجابات الناس للأغراض والأمراض، وهي التي تحدد مساهم العلاج ومدى نجاح العملية العلاجية برمتها، وهكذا يتفاوت اللجوء إلى الخدمات الصحية الرسمية وغير الرسمية بتفاوت الإطار الثقافي السائد، فقد يحول هذا الإطار مثلاً دون استفادة الحوامل او أزواجهن الحصول على هذه الخدمات، خاصة إذا كان من يقوم بها رجالاتاً، فعلى الرغم من نجاح الطب الحديث في تفسير معظم الأمراض وتقديم العلاج الطبي المناسب لها، وعلى الرغم من انتشار الخدمات الصحية في المجتمع، فأن بعض قطاعات البناء الاجتماعي تظل على تمسكها بتقافتها تصر على تفسير المرض تفسيرات غيبية، ويزداد الامر خطورة عندما يضاف الى ذلك قصور هذه الخدمات الرسمية عن تغطية حاجات المجتمع الصحية.

٩- اجابة عينة الدراسة على الذهاب إلى الطبيب في حال تعرض حالتها الصحية لإصابة بعارض معين:

جدول (١٠) يبين اجابة عينة الدراسة على الذهاب إلى الطبيب في حال تعرض حالتها الصحية لإصابة بعارض معين

| الحالة  | العدد | %    |
|---------|-------|------|
| دائماً  | ٢٢٨   | ٦٤,٠ |
| احياناً | ١٠٢   | ٢٨,٧ |
| ابداً   | ٢٦    | ٧,٣  |
| المجموع | ٣٥٦   | ١٠٠  |

يتضح من الجدول أن (٢٢٨) مبحوثاً وبنسبة (٦٤,٠ %) قد اجابوا بـ دائماً، في حين أشار (١٠٢) مبحوثاً وبنسبة (٢٨,٧ %) احياناً، وأشار (٢٦) مبحوثاً وبنسبة (٧,٣ %) اجابوا بـ ابداً.

نستنتج من ذلك: أنه من العوامل المؤثرة على صحة المرأة هي أنه عندما تكون صحة المرأة جيدة، تكون لديها الطاقة والقوة لتؤدي عملها اليومي، ولتقوم بالمهام العديدة التي لها في أسرتها ومجتمعها،

ولتبنى علاقات مرضية مع الآخرين. بمعنى آخر، تؤثر صحة المرأة في كل مجالات حياتها. غير أن "الرعاية الصحية النسائية" ظلت لسنوات عديدة، لا تعنى تقريباً غير خدمات الأمومة الصحية، كالرعاية أثناء الحمل وعند الولادة، هذه الخدمات ضرورة لا شك، لكنها لا ترى من حاجات النساء سوى حاجة الأمهات<sup>(١)</sup>.

١٠- اجابة عينة الدراسة عن اسباب عدم مراجعة الطبيب في حال تعرض حالتها الصحية لإصابة بعارض معين:

جدول (١١) يبين اجابة عينة الدراسة عن اسباب عدم مراجعة الطبيب في حال تعرض حالتها الصحية لإصابة بعارض معين

| الحالة                                     | العدد | %    |
|--|-------|------|
| أفضل العلاج بالوصفات الشعبية               | ٥     | ٢,٢  |
| لا أذهب نتيجة لخجلي فيما يتعلق بهذه الأمور | ٨١    | ٣٥,٥ |
| لعدم ثقتي في آراء الأطباء في هذا الجانب    | ٥٥    | ٢٤,١ |
| الحالة لا تستحق الكشف                      | ٦٧    | ٢٩,٤ |
| اخرى                                       | ٢٠    | ٨,٨  |
| المجموع                                    | ٢٢٨   | ١٠٠  |

يتضح من الجدول ان ( ٨١ ) مبحوثاً وبنسبة ( ٣٥,٥ %) انهم لا يذهبون إلى الطبيب نتيجة خجلهم فيما يتعلق بهذه الامور، و اشار ( ٦٧ ) مبحوثاً وبنسبة ( ٢٩,٤ %) الحالة لا تستحق الكشف، بينما اشار (٥٥) مبحوثاً وبنسبة ( ٢٤,١ %) لعدم ثقتهم في آراء الأطباء في هذا الجانب، في حين اشار (٢٠) مبحوثاً وبنسبة ( ٨,٨ %)، و اشار ( ٥ ) مبحوثاً وبنسبة ( ٢,٢ %) يفضلون العلاج بالوصفات الشعبية.

**نستنتج من ذلك:** إنه أيضاً أنه من الملاحظ أن تكاليف العلاج في تزايد، مما يجعل من الصعب عليها القيام بدفع هذه التكاليف المرتفعة بالإضافة لذلك أهمية الحالة الصحية للمرأة نفسها التي ينعكس أثرها على قيامها بأدوارها المتعددة وعلى كفاءتها في العمل<sup>(٢)</sup>.

١١- إجابة عينة الدراسة حول أسباب الإصابة بمرض ما:

١ - أوغست برنز وآخرون، الصحة لجميع النساء حيث لا توجد عناية طبية، ترجمة: فيكتور سحاب وآخرون، دار الفرات للنشر، القاهرة، ٢٠٠١، ص١٩.

2- United Nations Women Invisible Women Secluded or Excluded New York 2001 p14.

جدول (١٢) يبين إجابة عينة الدراسة حول أسباب الإصابة بمرض ما

| الحالة                                     | العدد | %    |
|--|-------|------|
| القضاء والقدر                              | ٢١    | ٥,٩  |
| التطورات التكنولوجية الحديثة               | ٣٣    | ٩,٣  |
| الخوف من المستقبل وضغوط العمل              | ٧٦    | ٢١,٣ |
| الآزمات المالية والمستوى الاقتصادي المنخفض | ٩٣    | ٢٦,١ |
| إهمال ذاتي وعدم العناية بالصحة             | ٦٨    | ١٩,١ |
| منذ الولادة                                | ٦٥    | ١٨,٣ |
| المجموع                                    | ٣٥٦   | ١٠٠  |

يتضح من الجدول ان (٩٣) مبحوثاً وبنسبة (٢٦,١ %) ان سبب المرض هو الآزمات المالية والمستوى الاقتصادي المنخفض، واثار (٧٦) مبحوثاً وبنسبة (٢١,٣ %) الخوف من المستقبل وضغوط العمل، واثار (٦٨) مبحوثاً وبنسبة (١٩,١ %) إهمال ذاتي وعدم العناية بالصحة، في حين اثار (٦٥) مبحوثاً بنسبة (١٨,٣ %) ان سبب المرض منذ الولادة، في حين اثار (٣٣) مبحوثاً بنسبة (٩,٣ %) سبب المرض هي التطورات التكنولوجية الحديثة، واثار (٢١) مبحوثاً بنسبة (٥,٩ %) القضاء والقدر.

نستنتج من ذلك ان اهم اسباب الأمراض هو الآزمات المالية والمستوى الاقتصادي المنخفض الذي أدى الى عدم قدرة الافراد ذات الدخول المنخفضة في مراجعة الاطباء والكشف عن حالتهم الصحية واتخاذ العلاجات المناسبة كون العلاجات ذات اسعار مرتفعة لا تتناسب مع الانخفاض الاقتصادي والآزمات الامر الذي ادى الى ارتفاع نسبة الاصابات بالأمراض المختلفة في المجتمع .

١٢- إجابة عينة الدراسة عن السلوك الذي قامت به تجاه الأعراض المرضية

جدول (١٣) يبين إجابة عينة الدراسة عن السلوك الذي قامت به تجاه الأعراض المرضية

| الحالة                                     | العدد | %    |
|--|-------|------|
| اللجوء إلى الله سبحانه وتعالى وطلب الشفاء  | ٢٥    | ٧    |
| الاستعانة بالطبيب                          | ٢٦    | ٧,٣  |
| الاستعانة بالوصفات الشعبية                 | ٣٧    | ١٠,٤ |
| إهمال الأعراض المرضية                      | ٦١    | ١٧,١ |
| مراقبة الأعراض المرضية ذاتياً              | ٧٧    | ٢١,٦ |
| عرض الاعراض المرضية على الأسرة أو الأصدقاء | ٦٥    | ١٨,٣ |

|      |     |  |
|------|-----|--|
| ١٢,٤ | ٤٤  | تناول ادوية وعقاقير كانت تستخدم من قبل                                 |
| ٤,٨  | ١٧  | شراء أدوية دون وصفات طبية  |
| ١,١  | ٤   | أستعين بالإنترنت ومواقع التواصل الاجتماعي لعرض حالتي وللحصول على ادوية |
| ٠    | ٠   | اخرى   |
| ١٠٠  | ٣٥٦ | المجموع  |

يتضح من الجدول ان (٧٧) مبحوثاً وبنسبة ( ٢١,٦ %) اكدوا ان السلوك الذي قاموا به تجاه الأعراض المرضية هو مراقبة الأعراض المرضية ذاتياً، وأشار ( ٦٥ ) مبحوثاً وبنسبة ( ١٨,٣ %) ان الاسلوب هو عرض الاعراض المرضية على الأسرة أو الأصدقاء، وأشار ( ٦١ ) مبحوثاً وبنسبة ( ١٧,١ %) هو اهمال الأعراض المرضية، وأشار ( ٤٤ ) مبحوثاً وبنسبة ( ١٢,٤ %) تناول أدوية وعقاقير كانت تستخدم من قبل، وأشار ( ٣٧ ) مبحوثاً وبنسبة ( ١٠,٤ %) الى الاستعانة بالوصفات الشعبية، وأشار ( ٢٦ ) مبحوثاً وبنسبة ( ٧,٣ %) الاستعانة بالطبيب، في حين اشار (٢٥) مبحوثاً وبنسبة ( ٧,٠ %) اللجوء إلى الله سبحانه وتعالى وطلب الشفاء، وأشار ( ١٧ ) مبحوثاً وبنسبة ( ٤,٨ %) شراء أدوية دون وصفات طبية، في حين اشار ( ٤ ) مبحوثاً وبنسبة ( ١,١ %) الى الاستعانة بالإنترنت ومواقع التواصل الاجتماعي لعرض حالتي والحصول على ادوية.

ونستنتج من اعلاه بأنه حتى يتمتع الإنسان بصحة جيدة متكاملة لابد له: من الحفاظ على الصحة والعمل على تحسينها باستمرار بتوقيع الكشف الطبي الدوري على الجسم ومعالجة ما يتعرض له من أمراض أولاً بأول، ومن ثم الأخذ بأسباب الوقاية أيضاً فالوقاية خير من العلاج ثم الأهم هو المبادرة باتباع سبل العلاج السليم، ولهذا أصبح تضافر الجهود الحكومية في مجال الصحة أمراً لازماً من أجل تحسين الصحة العامة لأفراد المجتمع، فنجد أن المستشفيات كمؤسسات حكومية مثلاً تقوم بخدمات طبية علاجية من أجل تحسين مستوى صحة المجتمع التي تنعكس على صحة الأفراد.

١٣- إجابة عينة الدراسة حول نوع المساعدة التي تقدمها الأسرة في حالة التعرض لمشكلة صحية:

جدول (١٤) يبين إجابة عينة الدراسة حول نوع المساعدة التي تقدمها الأسرة في حالة التعرض لمشكلة صحية

| الحالة   | العدد | %    |
|--|-------|------|
| تخصيص ميزانية الأسرة لتوفير نفقات العلاج         | ٦١    | ١٧,١ |
| الاستعانة بالأقارب والأصدقاء لتوفير نفقات العلاج | ١٠٣   | ٢٨,٩ |
| اللجوء للاستدانة للمساعدة على توفير نفقات العلاج | ١٩٢   | ٥٣,٩ |

|         |     |     |
|---------|-----|-----|
| المجموع | ٣٥٦ | ١٠٠ |
|---------|-----|-----|

يتضح من الجدول ان (١٩٢) مبحوثا وبنسبة ( ٥٣,٩ %) إلى اللجوء للاستدانة لمساعدة على توفير نفقات العلاج، وأشار (١٠٣) مبحوثا وبنسبة ( ٢٨,٩ %) الى الاستعانة بالأقارب والاصدقاء لتوفير نفقات العلاج، في حين اشار (٦١) مبحوثا وبنسبة ( ١٧,١ %) تخصيص ميزانية الأسرة للتوفير نفقات العلاج. يتضح من ذلك ان عدد كبير من الاسر يتجه الى الاستدانة من اجل توفير العلاج المناسب الذي يحتاجه المريض في حالة تدهور وضعة الصحي، ان انخفاض الدخل لدى هذه الاسر ادى بها الى الاعتماد على استدانة بعض الاموال من اجل توفير المستلزمات الصحية المناسبة.

١٤- اجابة عينة الدراسة حول ابرز المشكلات التي تعترضها عند اصابتها بمشكلة صحية  
جدول (١٥) يبين اجابة عينة الدراسة حول ابرز المشكلات التي تعترضها عند اصابتها بمشكلة صحية

| الحالة  | العدد | %    |
|---|-------|------|
| تبادل الأدوار الإجتماعية بين الأبوين داخل الأسرة                      | ١٢    | ٣,٤  |
| إنخفاض السلطة الأبوية داخل الأسرة                                     | ٥٠    | ١٤   |
| توتر العلاقات الأسرية   | ٧٨    | ٢١,٩ |
| زيادة الضغوط الحياتية وعدم القدرة على تلبية المتطلبات الأساسية للأسرة | ١٨٥   | ٥١,١ |
| اخرى  | ٣١    | ٨,٧  |
| المجموع   | ٣٥٦   | ١٠٠  |

يتضح من الجدول ان (١٨٥) مبحوثا وبنسبة ( ٥١,١ %) اكدوا ان ابرز المشكلات التي يتعرضون لها عند اصابتهم بمشكلة صحية هي زيادة الضغوط الحياتية وعدم القدرة على تلبية المتطلبات الأساسية للأسرة، في حين اشار (٧٨) مبحوثا وبنسبة ( ٢١,٩ %) توتر العلاقات الأسرية، في حين اشار (٥٠) مبحوثا وبنسبة ( ١٤ %) انخفاض السلطة الأبوية داخل الأسرة، في حين اشار (٣١) مبحوثا وبنسبة ( ٨,٧ %) الى اسباب اخرى، في حين اشار (١٢) مبحوثا وبنسبة ( ٣,٤ %) الى تبادل الادوار الاجتماعية بين الابوين داخل الاسرة .

نستنتج من ذلك ان زيادة الضغوط الحياتية وعدم القدرة على تلبية المتطلبات الاساسية تعتبر واحدة من اهم المشاكل التي يتعرض لها الافراد في حالة تدهور اوضاعهم الصحية وعدم القدرة على تلبية الاحتياجات التي يتطلبها المريض من اجل تحسين حالته الصحية ادت الى تدهور اوضاع الاشخاص المرضى.

١٥- اجابة عينة الدراسة عن آثار المرض على حياتها الاسرية وعلاقتها الاجتماعية داخل الأسرة  
عندما تتعرض لمرض ما:



جدول (١٦) يبين اجابة عينة الدراسة عن آثار المرض على حياتها الاسرية وعلاقتها الاجتماعية داخل الأسرة عندما تتعرض لمرض ما

| الحالة    | العدد | %    |
|-----------|-------|------|
| لا        | ٥     | ١,٤  |
| الى حد ما | ٦٩    | ١٩,٤ |
| نعم       | ٢٨٢   | ٧٩,٢ |
| المجموع   | ٣٥٦   | ١٠٠  |

يتضح من الجدول أن ( ٢٨٢ ) مبحوثا وبنسبة ( ٧٩,٢ % ) اجابوا بنعم ، في حين أن ( ٦٩ ) مبحوثا وبنسبة ( ١٩,٤ % ) اجابوا ب الى حد ما ، في حين اشار ( ٥ ) مبحوثا وبنسبة ( ١,٤ % ) اجابوا ب لا . يتضح من ذلك ان الامراض التي تمر بها المرأة لها تأثير كبير على حياتها الأسرية وعلاقتها الاجتماعية فنلاحظ ان المرآه تمر بمراحل حياتها بالكثير من الامراض اضافة الى ضغوط العمل التي تسبب مشاكل كثيرة .

١٦- اجابة عينة الدراسة حول أهم التغيرات التي تعترضها في حالة تعرضها لمرض ما:

جدول (١٧) يبين اجابة عينة الدراسة حول أهم التغيرات التي تعترضها في حالة تعرضها لمرض ما

| الحالة                                      | العدد | %    |
|---|-------|------|
| عدم القدرة على توجيه الأبناء ورعايتهم       | ٧     | ٢,٥  |
| عدم القدرة على إتخاذ القرارات الأسرية       | ١٧٥   | ٦٢   |
| فقدان الدور الاجتماعي والإعتماد على الآخرين | ٦٢    | ٢١,١ |
| اخرى  | ٣٨    | ١٣,٥ |
| المجموع                                     | ٢٨٢   | ١٠٠  |

يتبين من الجدول ان ( ١٧٥ ) مبحوثا وبنسبة ( ٦٢,١ % ) أشاروا الى عدم القدرة على اتخاذ القرارات الأسرية، في حين اشار ( ٦٢ ) مبحوثا وبنسبة ( ٢١,١ % ) فقدا اجابوا بفقدان الدور الاجتماعي والاعتماد على الآخرين، في حين اشار ( ٣٨ ) مبحوثا وبنسبة ( ١٣,٥ % ) اسباب اخرى، و اشار ( ٧ ) مبحوثا وبنسبة ( ٢,٥ % ) عدم القدرة على توجيه الابناء .

نستنتج من ذلك ان اهم التغيرات التي تعترضها المرأة في حالة تعرضها للمرض معين هي عدم القدرة على اتخاذ القرارات الشخصية كون المرض يسبب التوتر والتعب في نفسها وجسدها فتكون غير قادرة على اصدار القرارات بصورة صحيحة اضافة الى كون المرأة تتعرض الى انواع مختلفة من الامراض التي يشكلها دورها في المجتمع.

المحور الثالث: التأثيرات المعرفية وترتيب أولويات الاهتمام للرعاية الصحية للمرأة

١٧- إجابة عينة الدراسة حول الرأي بأن للعادات والتقاليد أثر كبير على الاهتمام بالبيئة والجوانب الصحية:

جدول (١٨) يبين إجابة عينة الدراسة حول الرأي بأن للعادات والتقاليد أثر كبير على الاهتمام بالبيئة والجوانب الصحية

| الحالة    | العدد | %    |
|-----------|-------|------|
| لا        | ٣٩    | ١٢,٩ |
| الى حد ما | ١٥٣   | ٤٢,١ |
| نعم       | ١٦٤   | ٤٦   |
| المجموع   | ٣٥٦   | ١٠٠  |

يبين من الجدول ان ( ١٦٤ ) مبحوثا وبنسبة ( ٤٦ % ) اجابوا بنعم اي ان للعادات والتقاليد اثر على الاهتمام بالبيئة والجوانب الصحية، في حين اشار ( ١٥٣ ) مبحوثا وبنسبة ( ٤٢,١ % ) الى حد ما، واثار ( ٣٩ ) مبحوثا وبنسبة ( ١٠,١ % ) لا .

نستنتج من ذلك ان نسبة مرتفع من افراد عينة الدراسة اكد بأن للعادات والتقاليد اثر كبير على الاهتمام بالبيئة والجوانب الصحية ، وهذا يرجع الى المستوى الثقافي لدى افراد عينة الدراسة ومدى التزامهم بهذه العادات والتقاليد فبعض العادات اصبح لها دور كبير في توجيه المجتمع الى الاهتمام بالصحة وكذلك البيئة ومنع حدوث التلوث بمختلف أنواعه في البيئة .

١٨- إجابة عينة الدراسة حول من المسؤول عن قرار علاجك عند تعرضك لمشكلة صحية توجب ذهابك للطبيب:

جدول (١٩) يبين إجابة عينة الدراسة حول من المسؤول عن قرار علاجك عند تعرضك لمشكلة صحية توجب ذهابك للطبيب

| الحالة                           | العدد | %    |
|----------------------------------|-------|------|
| أنا وحدي أتخذ قرار الذهاب للطبيب | ٣٩    | ١١   |
| الأسرة                           | ٧٢    | ٢٠,٢ |
| الأصدقاء والأقارب                | ٧٢    | ٢٠,٢ |
| الصيدلي                          | ١٤٧   | ٤١,٣ |
| المعالج الشعبي                   | ٢٦    | ٧,٣  |

|         |     |     |
|---------|-----|-----|
| المجموع | ٣٥٦ | ١٠٠ |
|---------|-----|-----|

يتضح من الجدول ان ( ١٤٧ ) مبحوثا وبنسبة ( ٤١,٣ %) ان الصيدلي هو المسؤول عن قرار علاجهم عند تعرضهم للمشكلة صحية، بينما اشار ( ٧٢ ) مبحوثا وبنسبة ( ٢٠,٢ %) ان الاسرة هي المسؤول عن قرار علاجهم وكذلك اشار ( ٧٢ ) مبحوثا وبنسبة ( ٢٠,٢ %) ان الاصدقاء والأقارب هما المسؤولين عن قرار علاجهم، في حين اشار ( ٣٩ ) مبحوثا وبنسبة ( ١١%) بأنهم وحدهم من يتخذون قرار الذهاب إلى الطبيب، وأشار ( ٢٦ ) مبحوثا وبنسبة ( ٧,٣ %) ان المعالج الشعبي هو المسؤول عن قرار علاجهم.

يتضح من ذلك ان اغلب افراد عينة الدراسة يتوجهون إلى الصيدلي من اجل اخذ العلاج الذي يتناسب مع وضعهم الصحي في حالة تدهور وضعهم الصحي من اجل اخذ العلاج المناسب، ومن خلال مراجعة عينة الدراسة الى الصيدلية لغرض اقتناء الدوام للحالة المرضية التي تعاني فتبادر باستشارة الصيدلي والذي بدوره ينصحها بالذهاب الى الطبيب لغرض العلاج، والبعض يتوجه الى المعالج الشعبي وهذا يرجع الى طبيعة المستوى العلمي والثقافي لدى افراد عينة الدراسة ومدى تأثيرهم بالعلاج الذي يوصفه لعلاج حالتهم المتدهورة.

١٩- إجابة عينة الدراسة حول معرفة إن إهمال الأعراض المرضية قد يكون خطراً على صحتك:

جدول (٢٠) يبين إجابة عينة الدراسة حول معرفة إن إهمال الأعراض المرضية قد يكون خطراً على صحتك

| الحالة       | العدد | %    |
|--------------|-------|------|
| اعرف جيدا    | ٣٣٥   | ٩٤,١ |
| لا اعرف      | ١٧    | ٤,٨  |
| معرفة محدودة | ٤     | ١,١  |
| المجموع      | ٣٥٦   | ١٠٠  |

يتضح من الجدول ان ( ٣٣٥ ) مبحوثا وبنسبة ( ٩٤,١ %) يعرفون جيدا ان اهمال الأعراض المرضية قد يكون خطرا على صحتهم، في حين اشار ( ١٧ ) مبحوثا وبنسبة ( ٤,٨ %) لا اعرف، في حين اشار ( ٤ ) مبحوثا وبنسبة ( ١,١ %) معرفة محدودة.

**وهنا لابد من التركيز:** ان حق المرأة في الخدمات الصحية يعتبر تطور الوضع الصحي وتحسين الإمكانات الصحية والعلاجية من أهم مؤشرات التحديث، فالحصيلة الأساسية لتحسين الوضع الصحي يمكن التعرف عليها من خلال التطور الذي شهده مؤشر طول العمر أو معدل توقع الوفاة عند الولادة، فمن المعلوم أن المرأة تتمتع بميزة عن الرجل من حيث العمر المتوقع، وهي ميزة معتقد أنها ترتبط بالفوارق

البيولوجية الفطرية بين الجنسين، وتبدأ هذه الميزة عن الولادة و تستمر طيلة حياة الفرد، حيث يكون الرجل أكثر عرضة من المرأة للإصابة بالأمراض التي تقضي بالموت، ويمكن أن تعيش المرأة في ظل الظروف العادية أكثر من الرجل بعدة سنوات، بيد أنه حينما يكون العمر المتوقع أعلى من الرجل بقليل، فقد تكون العوامل الاجتماعية والثقافية والاقتصادية أو البيئية الضارة بالمرأة هي التي عارضت هذه الميزة الطبيعية<sup>(١)</sup>.

٢٠- إجابة عينة الدراسة حول اسباب إهمال أعراض المرض:

جدول (٢١) يبين إجابة عينة الدراسة حول اسباب إهمال أعراض المرض (ن=٣٣٣)

| الحالة   | العدد | %    |
|--|-------|------|
| قلة الوعي والإدراك بمخاطر المرض                | ٢٥    | ٧,٥  |
| صعوبة الوصول لاماكن العلاج                     | ٤١    | ١٢,٣ |
| اللامبالاة لمشكلاتي الصحية                     | ١٠٧   | ٣٢,١ |
| غلاء اجور فحص الاطباء                          | ٨٠    | ٢٤   |
| غلاء اسعار العلاج                              | ٥٩    | ١٧,٧ |
| لعدم ثقتي بالإمكانات الطبية في المؤسسات الصحية | ٢١    | ٦,٤  |
| المجموع  | ٣٣٣   | ١٠٠  |

يتضح من الجدول ان (١٠٧) مبحوثا وبنسبة (٣٢,١ %) ان سبب اهمال اعراض المرض هو اللامبالاة لمشكلاتهم الصحية، في حين اشار (٨٠) مبحوثا وبنسبة (٢٤ %) ان سبب إهمال المرض هو غلاء اجور فحص الاطباء، في حين اشار (٥٩) مبحوثا وبنسبة (١٧,٧ %) غلاء اسعار العلاج، و اشار (٤١) مبحوثا وبنسبة (١٢,٣ %) صعوبة الوصول إلى اماكن العلاج، في حين اشار (٢٥) مبحوثا وبنسبة (٧,٥ %) الى قلة الوعي والإدراك بخطورة المرض، في حين اشار (٢١) مبحوثا وبنسبة (٦,٣ %) ان اسباب اهمال اعراض المرض لعدم ثقتهم بالإمكانات الطبية في المؤسسات الصحية.

٢١- إجابة عينة الدراسة حول كيفية تناول الدواء في حالة الإصابة بمرض ما:

جدول (٢٢) يبين إجابة عينة الدراسة حول كيفية تناول الدواء في حالة الإصابة بمرض ما

| الحالة         | العدد | %    |
|----------------|-------|------|
| أتناول بانتظام | ٤٢    | ١١,٨ |
| بشكل متقطع     | ٨٣    | ٢٣,٣ |

١- علي شلق وآخرون، المرأة ودورها في حركة الوحدة العربية، ط٢، مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت، ١٩٨٦، ص ٣٤٠.

|      |     |           |
|------|-----|-----------|
| ٦٤,٩ | ٢٣١ | لا أتناول |
| ١٠٠  | ٣٥٦ | المجموع   |

يتبين من الجدول ان ( ٢٣١ ) مبحوثا وبنسبة ( ٦٤,٩ % ) بانهم لا يتناولون الدواء عندما يتعرضون للمرض، في حين اشار (٨٣) مبحوثا وبنسبة ( ٢٣,٣ % ) يتناولون الدواء بشكل منقطع، و اشار (٤٢) مبحوثا وبنسبة ( ١١,٨ % ) انهم يتناولون الدواء بانتظام.

٢٢- إجابة عينة الدراسة في حالة عدم تناول الدواء في حالة الإصابة بمرض ما:

جدول (٢٣) يبين إجابة عينة الدراسة في حالة عدم تناول الدواء في حالة الإصابة بمرض ما  
(ن=٢٣١)

| الحالة                                     | العدد | %    |
|--|-------|------|
| لاعتقادي ان العلاج فيه اعراض خطيرة على صحي | ١٩    | ٨,٢  |
| لأنه يضر الجسم أكثر من الاستفادة منه       | ٨٧    | ٣٧,٧ |
| حتى يمكن الاستفادة منه في اوقات مرضية أخرى | ٤٦    | ١٩,٩ |
| عدم امتلاك ثمن الدواء                      | ٦٠    | ٢٥,١ |
| اخرى                                       | ١٩    | ٨,٢  |
| المجموع                                    | ٢٣١   | ١٠٠  |

يتبين من الجدول ان ( ٨٧ ) مبحوثا وبنسبة ( ٣٧,٧ % ) لا يتناولون الدواء لانه يضر الجسم أكثر من الاستفادة منه، في اشار (٦٠) مبحوثا وبنسبة ( ٢٥,١ % ) الى عدم امتلاك ثمن الدواء، في حين اشار (٤٦) مبحوثا وبنسبة ( ١٩,٩ % ) حتى يمكن الاستفادة منه في اوقات اخرى، و اشار (١٩) مبحوثا وبنسبة ( ٨,٢ % ) لاعتقادهم ان العلاج فيه اعراض خطيرة على صحتهم، في حين اشار (١٩) مبحوثا وبنسبة ( ٨,٢ % ) إلى اسباب أخرى.

٢٣- إجابة عينة الدراسة حول اهم ماهي العادات الصحية التي تتبعها بعد الإصابة بالمرض:

جدول (٢٤) يبين إجابة عينة الدراسة حول اهم ماهي العادات الصحية التي تتبعها بعد الإصابة بالمرض

| الحالة                          | العدد | %    |
|---------------------------------|-------|------|
| إتباع عادات غذائية صحية         | ٢١    | ٥,١  |
| الاهتمام بعادات النظافة الشخصية | ٥١    | ١٤,٦ |
| إجراء كشوفات وفحوصات دورية      | ١٣٣   | ٣٧,٤ |

|      |     |   |
|------|-----|---|
| ٤٢,٤ | ١٥١ | الالتزام بالبرامج الوقائية والتأهيلية المصاحبة لمرض |
| ١٠٠  | ٣٥٦ | المجموع   |

يتبين من الجدول ان (١٥١) مبحوثاً وبنسبة (٤,٤٢ %) ان العادات الصحية التي تتبعها بعد الإصابة بالمرض هو الالتزام بالبرامج الوقائية والتأهيلية المصاحبة لمرض، في حين اشار (١٣٣) مبحوثاً وبنسبة (٣٧,٤ %) إجراء كشوفات وفحوصات دورية، و اشار (٥١) مبحوثاً وبنسبة (١٤,٣ %) الاهتمام بعادات النظافة الشخصية، في حين اشار (٢١) مبحوثاً وبنسبة (٥,٩ %) إلى اتباع عادات غذائية صحية.

**هنا لا بد من التذكير:** إن صحة المرأة هي رفايتها الكلية التي لا تحددتها العوامل البيولوجية والإنجابية وحسب؛ إنما تتحدد أيضاً بتأثيرات عبء العمل والتغذية والتوتر والحرية والهجرة من بين عوامل أخرى<sup>(١)</sup>، ويمكننا أن نضيف إلى هذه العوامل أيضاً وضع المرأة في المجتمع، وتعليمها واستقلالها الاقتصادي والقيم الثقافية البالية التي تميز ضدها أو تضطهدها. وبعبارة أخرى إن صحة المرأة - ومع الأخذ في الاعتبار حقائق دور النساء في الإنجاب والتنشئة - تأخذ منظوراً أوسع لحياة المرأة وتجعل متطلباتها من الخدمات التي تلبي احتياجات النساء ككل مشروعة بصرف النظر عن السن أو الوضع الاجتماعي<sup>(٢)</sup>.

٢٤ - إجابة عينة الدراسة حول أهم الجهات المسؤولة عن وعيك الصحي من وجهة نظرها:

جدول (٢٥) يبين إجابة عينة الدراسة حول أهم الجهات المسؤولة عن وعيك الصحي من وجهة نظرها

| الحالة           | العدد | %    |
|------------------|-------|------|
| الخبرات اليومية  | ١٥    | ٤,٢  |
| الأسرة والاصدقاء | ٤٦    | ١٢,٩ |
| التعلم           | ١٣١   | ٣٦,١ |
| وسائل الإعلام    | ١١٣   | ٣١,٧ |
| اخرى             | ٥١    | ١٤,٣ |
| المجموع          | ٣٥٦   | ١٠٠  |

يتبين من الجدول ان (١٣١) مبحوثاً وبنسبة (٣٦,٨ %) ان الجهات المسؤولة عن الوعي الصحي التعلم، في حين اشار (١١٣) مبحوثاً وبنسبة (٣١,٨ %) وسائل الاعلام، و اشار (٥١) مبحوثاً وبنسبة (١٤,٣ %) اسباب اخرى، في حين اشار (٤٦) مبحوثاً وبنسبة (١٢,٩ %) في الاعتماد على

1 - Van Der Kwaak et al, Women and Health. Vena Journal 3(1):233 quoted in Koblinsky et al, 1993.

2 - Orr J., Women's Health in the community. London: John Wiley, 1987.

الأسرة والاصدقاء، وأشار (١٥) مبحوثا وبنسبة ( ٤,٢ %) الخبرات اليومية هي المسؤولة عن الوعي الصحي.

٢٥- اعتماد عينة الدراسة على الطب الشعبي إلى جانب الطب الحديث من وجهة نظرهم:

جدول (٢٦) يبين اعتماد عينة الدراسة على الطب الشعبي إلى جانب الطب الحديث من وجهة نظرهم

| الحالة  | العدد | %    |
|---------|-------|------|
| دائما   | ٤٢    | ١١,٨ |
| احيانا  | ٨٣    | ٢٣,٣ |
| ابدا    | ٢٣١   | ٦٤,٩ |
| المجموع | ٣٥٦   | ١٠٠  |

يتبين من الجدول ان ( ٢٣١ ) مبحوثا وبنسبة ( ٦٤,٩ %) اجابوا ابداء، وأشار (٨٣) مبحوثا وبنسبة ( ٢٣,٣ %) احيانا، وأشار (٤٢) مبحوثا وبنسبة ( ١١,٩ ) دائما يعتمدون على الطب الشعبي الى جانب الطب البديل .

٢٦- إجابة عينة الدراسة حول المعتقدات الطبية التي تؤمن بها كبديل للعلاج الطبي من وجهة نظرهم:

جدول (٢٧) يبين إجابة عينة الدراسة حول المعتقدات الطبية التي تؤمن بها كبديل للعلاج الطبي من وجهة نظرهم

| الحالة                                     | العدد | %    |
|--|-------|------|
| للجوء للجدة كبيرة السن                     | ١٦    | ٤,٥  |
| الاستعانة بالعطارين المتخصصين بالطب الشعبي | ٩٧    | ٢٧,٢ |
| التبرك بزيارة الأضرحة والاولياء            | ١٤٨   | ٤١,٦ |
| اللجوء للعلاج بالحجامة                     | ٨٤    | ٢٣,٦ |
| اخرى                                       | ١١    | ٣    |
| المجموع                                    | ٣٥٦   | ١٠٠  |

يتبين من الجدول ان ( ١٤٨ ) مبحوثا وبنسبة ( ٦,٤١ %) اشاروا الى التبرك بزيارة الأضرحة والاولياء لكونها معتقدات طبية يؤمنون بها كبديل لعلاج الطبي، وأشار ( ٩٧ ) مبحوثا وبنسبة ( ٢٧,٢ %) الى الاستعانة بالعطارين المتخصصين بالطب الشعبي، في حين اشار (٨٤) مبحوثا وبنسبة ( ٢٣,٦ %) للجوء للعلاج بالحجامة، وأشار ( ١٦ ) مبحوثا وبنسبة ( ٤,٥ %) للجوء للجدة كبيرة السن، وأشار (١١) مبحوثا وبنسبة (٣%) إلى اسباب اخرى.

٢٧- إجابة عينة الدراسة حول الأساليب الوقائية المعتمدة لديك عند تعرضك لمشكلة صحية من وجهة نظرهم:

جدول (٢٨) يبين إجابة عينة الدراسة حول الأساليب الوقائية المعتمدة لديك عند تعرضك لمشكلة صحية من وجهة نظرهم

| الحالة                                  | العدد | %    |
|---|-------|------|
| اجراء الفحوصات الطبية بصورة منتظمة      | ٢٣    | ٦,٥  |
| اتباع نمط غذائي مثالي                   | ٣٢    | ٨,١  |
| الإلتزام بالبرامج الوقائية              | ١٠٣   | ٢٨,٩ |
| الإطلاع الدائم على مصادر المعرفة الطبية | ١٢٦   | ٣٥,٤ |
| اخرى                                    | ٧٢    | ٢٠,٢ |
| المجموع                                 | ٣٥٦   | ١٠٠  |

يشير الجدول ان ( ١٢٦ ) مبحوثا وبنسبة (٤,٣٥ %) اكدوا ان الاساليب الوقائية المعتمدة لديهم عند تعرضهم للمشكلة صحية هو الاطلاع الدائم على مصادر المعرفة الطبية، في حين اشار (١٠٣) مبحوثا وبنسبة ( ٢٨,١ %) الى الالتزام بالبرامج الوقائية، و اشار (٧٢) مبحوثا وبنسبة ( ٢٠,٢ %) اسباب اخرى، و اشار (٣٢) مبحوثا وبنسبة (٨,١ %) الى اتباع نمط غذائي مثالي، في حين اشار (٢٣) مبحوثا وبنسبة (٦,٥ %) اجراء الفحوصات الطبية بصورة منتظمة.

**نستنتج من ذلك:** ان الخدمات الصحية وتقديم الرعاية الطبية تُعد من الحاجات الضرورية اللازمة لحفظ حياة الإنسان وتأمين رفاهية وهي المدخل الحقيقي للتنمية، كما أن الرعاية الطبية للمواطنين لم تصبح رعاية علاجية فحسب بل أيضا رعاية وقائية وذلك من خلال تحسين منظومة الصحة في الفترة المقبلة عن طريق العمل على استكمال البنية الأساسية لتقديم الرعاية الطبية في مستوياتها المختلفة، ولذلك يجب توفير الرعاية الصحية بالنسبة للغالبية العظمى من الشعب، كما أنه لا بد من الارتقاء بنظام العلاج المجاني في كل من الريف الحضر، حيث أن الخدمات الصحية أصبحت احد دعائم المجتمع الرئيسية ومظهراً لحضاراته وأساسياً هاماً لاستقراره ورضاه، وهي خدمات لا ينبغي أن ينظر إليها على أنها ليست سوى مشروعات استهلاكية فقط، بل أنه مما لا لاشك فيه أن هذه الخدمات تؤدي إلى عائد اقتصادي مباشر ينتج عن اكتساب الصحة والعافية كنتيجة للخدمات الصحية مما يؤثر أيضاً في القدرة على العمل ومواصلته.

٢٨- إجابة عينة الدراسة حول هل للمؤسسات الصحية نشاط فعال في إحداث الوعي الصحي:



جدول (٢٩) يبين إجابة عينة الدراسة حول الأساليب الوقائية المعتمدة لديك عند تعرضك لمشكلة صحية من وجهة نظرهم

| الحالة    | العدد | %    |
|-----------|-------|------|
| لا        | ٣١    | ٨,٧  |
| الى حد ما | ١٤٢   | ٣٩,٩ |
| نعم       | ١٨٣   | ٥١,٤ |
| المجموع   | ٣٥٦   | ١٠٠  |

يتبين من الجدول ان ( ١٨٣ ) مبحوثا وبنسبة ( ٥١,٤ % ) نعم ان للمؤسسات الصحية نشاط فعال في احداث الوعي الصحي، في حين اشار ( ١٤٢ ) مبحوثا وبنسبة ( ٣٩,٩ % ) الى حد ما، و اشار ( ٣١ ) مبحوثا وبنسبة ( ٨,٨ % ) لا .

ويتأكد يوماً بعد يوم العلاقة الوثيقة بين صحة الأفراد أو مرضهم وبين الواقع الاجتماعي الذي يعيشونه، إذ توجد علاقة متداخلة بين صحة الإنسان ومرضه وبين الظروف البيئية والاجتماعية التي تمثل محيطه الذي يتواجد فيه، فإن البعد السريري والإكلينيكي رغم أهميته فإنه وحده لا يكفي للتعامل مع ظاهرتي الصحة والمرض وقاية وعلاجاً، ولا مع انتشار الأوبئة في فئات كبيرة بين الناس، وباتت الحاجة أكثر إلحاحاً في الأخذ في الحسبان العديد من العوامل الاجتماعية التي تلعب دوراً مباشراً أو غير مباشر في ما يتعرض له الأفراد من أمراض أو ما يتوافر لهم من معطيات اجتماعية تجعلهم أكثر تمتعاً بالصحة بمفهومها الجسمي والمعنوي.

٢٩- إجابة عينة الدراسة حول المؤسسات الصحية (مستشفى، مركز صحي) ودورها في تقليل حدة المرض بالمجتمع:

جدول (٣٠) يبين إجابة عينة الدراسة حول المؤسسات الصحية (مستشفى، مركز صحي) ودورها في

تقليل حدة المرض بالمجتمع

| الحالة              | العدد | %    |
|---------------------|-------|------|
| ليس لها دور         | ٤٦    | ١٢,٩ |
| دور مقبول الى حد ما | ١٦٨   | ٤٧,٢ |
| دور جيد جدا         | ١٤٢   | ٣٩,٩ |
| المجموع             | ٣٥٦   | ١٠٠  |

يتبين من الجدول ان ( ١٦٨ ) مبحوثا وبنسبة ( ٤٧,٢ % ) اكدوا بان للمؤسسات الصحية دور مقبول الى حد ما في تقليل حدة المرض بالمجتمع، في حين اشار ( ١٤٢ ) مبحوثا وبنسبة ( ٣٩,٩ % ) ان

للمؤسسات الصحية دور جيد جدا في تقليل حدة المرض بالمجتمع، وأشار ( ٤٦ ) مبحوثا وبنسبة ( ١٢,٩ % ) ليس لها دور .

من هنا نرى أن تقدم الخدمات الصحية في مجتمع ما يكون سببه الهدوء والانضباط الاجتماعي إلى جانب الرضاء الاقتصادي لحاجة هذه البرامج ولأن من أهم معوقات التنمية الصحية تطبيقها في مجتمع آمن متفهم متطور يقبل التغيير الإيجابي ومستعد للتعاون والتفاني في تطبيق هذه البرامج<sup>(١)</sup>.  
٣٠- إجابة عينة الدراسة حول الطريقة التي يجب اتباعها لنشر الثقافة الصحية لمواجهة المرض داخل المجتمع:

جدول (٣١) يبين إجابة عينة الدراسة حول الطريقة التي يجب اتباعها لنشر الثقافة الصحية لمواجهة المرض داخل المجتمع

| الحالة  | العدد | %    |
|---|-------|------|
| اهتمام مؤسسات الدولة بصفة خاصة بتوفير الميزانيات الخاصة ببرامج نشر الوعي الصحي داخل المجتمع | ٢٦    | ٧,٣  |
| مساهمة المؤسسة الطبية لتعريف الأمراض داخل المجتمع وأسبابها وكيفية الوقاية منها              | ٧١    | ١٩,٩ |
| مساهمة الجمعيات الأهلية بنشر الوعي الصحي داخل المجتمع                                       | ١٠٦   | ٢٩,٨ |
| اخرى  | ١٥٣   | ٤٢,١ |
| المجموع   | ٣٥٦   | ١٠٠  |

يتبين من الجدول ان ( ١٥٣ ) مبحوثا وبنسبة ( ٤٢,١ % ) اشاروا بان توجد طرق اخرى للنشر الثقافة الصحية لمواجهة المرض داخل المجتمع، في حين اشار ( ١٠٦ ) مبحوثا وبنسبة ( ٢٩,٨ % ) مساهمة الجمعيات الاهلية بنشر الوعي الصحي داخل المجتمع، وأشار (٧١) مبحوثا وبنسبة ( ١٩,٩ % ) مساهمة المؤسسات الطبية لتعريف الأمراض داخل المجتمع وأسبابها وكيفية الوقاية منها، وأشار ( ٢٦ ) مبحوثا وبنسبة ( ٧,٣ % ) اهتمام مؤسسات الدولة بصفة خاصة بتوفير الميزانيات الخاصة ببرامج نشر الوعي الصحي داخل المجتمع.

إن من أولويات الدول المحافظة على الصحة العامة واتباء المجتمع من الإصابة بالأمراض ووضع برامج صحية عامة لتكفل ذلك ولا يمكن وضع برامج تنمية مجتمعية للمجتمع أو تنمية اقتصادية إلا ببقاء وصفاء المجتمع من الأمراض الاجتماعية والعضوية، فعند وضع أي خطة للتطوير والتنمية الاجتماعية والاقتصادية لا بد أن يسبق ذلك أو يلازم ذلك تطوير وتنمية صحية بوضع برامج صحية هادفة.

١ - قديري الشيخ علي وآخرون، علم الاجتماع الطبي، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع، ٢٠٠٩، ص٦٧.

من هنا نرى أن تقدم الخدمات الصحية في مجتمع ما يكون سببه الهدوء والانضباط الاجتماعي إلى جانب الرضاء الاقتصادي لحاجة هذه البرامج ولأن من أهم معوقات التنمية الصحية تطبيقها في مجتمع آمن متفهم متطور يقبل التغيير الإيجابي ومستعد للتعاون والتفاني في تطبيق هذه البرامج<sup>(١)</sup>.

---

١ - قدرى الشيخ على وآخرون، علم الاجتماع الطبي، مصدر سبق ذكره، ص ٦٧.

# **الفصل التاسع**

**عرض وتحليل بيانات الدراسة ومناقشة نتائجها في ما يتعلق**

**بالمحور الرابع: اعتماد المرأة على مواقع التواصل والدعم الصحي**

**والمحور الخامس: واقع النظام الصحي في العراق**

## المحور الرابع: اعتماد المرأة على مواقع التواصل والدعم الصحي

٣١- أهم مواقع التواصل الإجتماعي التي يستخدمها أفراد العينة

جدول (٣٢) يبين أهم مواقع التواصل الإجتماعي التي يستخدمها أفراد العينة

| الحالة    | العدد | %     |
|-----------|-------|-------|
| الفيس بوك | ١٠١   | ٢٨,٤  |
| تويتر     | ٤٨    | ١٣,٥  |
| يوتيوب    | ٦٤    | ١٧,١٠ |
| انستغرام  | ٩٥    | ٢٦,٧  |
| جوجل بلس  | ٣٠    | ٨,٤   |
| اخرى      | ١٨    | ٥,٠   |
| المجموع   | ٣٥٦   | ١٠٠   |

يتضح من الجدول ان (١٠١) مبحوثاً وبنسبة ( ٢٨,٤ %) استخدموا الفيس بوك، وأشار (٩٥) مبحوثاً وبنسبة (٢٦,٧) استخدموا انستغرام، وأشار (٦٤) مبحوثاً وبنسبة ( ١٧,١٠ %) يوتيوب، في حين اشار (٤٨) مبحوثاً وبنسبة (١٣,٥) تويتر، وأشار (٣٠) مبحوثاً وبنسبة ( ٨,٤ %) جوجل بلس، وأشار (١٨) مبحوثاً وبنسبة (٥,٠) اخرى.

ولا بد من الإشارة هنا إلى: ان استخدام شبكات التواصل الاجتماعي للحصول على معلومات صحية في مجال الصحة والتوعية الصحية قد ارتفع في الفترة الاخيرة، ففي آخر تقرير لوكالة ( Crosing ) للتسويق الرقمي أظهر أن الانترنت كان المصدر الاوسع استخداما للحصول على معلومات صحية<sup>(١)</sup>.

٣٢- درجة الثقة بالمعلومات حول الجوانب الصحية التي يتم نشرها في مواقع التواصل الاجتماعي من وجهة نظر عينة الدراسة

جدول (٣٣) يبين درجة الثقة بالمعلومات حول الجوانب الصحية التي يتم نشرها في مواقع التواصل الاجتماعي من وجهة نظر عينة الدراسة

| الحالة      | العدد | %    |
|-------------|-------|------|
| درجة عالية  | ٢٣    | ٦,٥  |
| درجة متوسطة | ١٣٣   | ٣٧,٣ |
| درجة قليلة  | ٢٠٠   | ٥٦,٢ |
| المجموع     | ٣٥٦   | ١٠٠  |

يتبين من الجدول اعلاه ان (٢٠٠) مبحوثاً وبنسبة (٥٦,٢ %) اشاروا ان درجة الثقة في المعلومات الصحية التي ينشرها مواقع التواصل الاجتماعي درجة قليلة، في حين اشار (١٣٢) مبحوثاً، وبنسبة (٣٧,٤ %) درجة متوسطة، و اشار (٢٣) مبحوثاً وبنسبة (٦,٥ %) درجة عالية.

٣٣- اسباب الاعتماد على مواقع التواصل الاجتماعي كمصدر للمعلومات الصحية:

جدول (٣٤) يبين اسباب اعتمادك على مواقع التواصل الاجتماعي كمصدر للمعلومات الصحية من وجهة نظر عينة الدراسة

| الحالة  | العدد | %     |
|---|-------|-------|
| تساعدني في فهم و إدراك أبعاد الموضوع الصحي    | ٢٦    | ٧,٣   |
| تساعدني في اتخاذ قرارات معينة في الجانب الصحي | ٤٣    | ١٢,١  |
| تساعدني في الحصول على رأي ثان                 | ٤٢    | ١١,٨  |
| تساعدني في مناقشة حالتي مع الطبيب المعالج     | ٦٤    | ١٧,١٠ |
| تساعدني في اختيار الطبيب المعالج الأفضل       | ٩٦    | ٢٦,١٠ |
| تساعدني في القضاء على التوتر والقلق           | ٨٥    | ٢٣,٩  |
| المجموع                                       | ٣٥٦   | ١٠٠   |

يتبين من الجدول ان (٩٦) مبحوثاً وبنسبة (٢٦,١٠ %) ان اسباب اعتمادهم على مواقع التواصل الاجتماعي كمصدر للمعلومات الطبية لكونها تساعدهم في اختيار الطبيب المعالج الافضل، في حين اشار (٨٥) مبحوثاً وبنسبة (٢٣,٩ %) تساعدني في القضاء على التوتر والقلق. في حين اشار (٦٤) مبحوثاً وبنسبة (١٧,١٠ %) تساعدني في مناقشة حالتي مع الطبيب المعالج، في حين اشار (٤٣) مبحوثاً وبنسبة (١٢,١ %) تساعدهم في اتخاذ قرارات مهمة في الجانب الصحي، و اشار (٤٢) مبحوثاً وبنسبة (١١,٨ %) تساعدني في الحصول على رأي ثاني. في حين اشار (٢٦) مبحوثاً وبنسبة (٧,٣ %) تساعدني في فهم وإدراك أبعاد الموضوع الصحي.

نستنتج مما سبق أن الوعي الصحي له أهمية كبيرة حيث يعني المام اعضاء المجتمع بالمعلومات والحقائق الصحية مع ضرورة احساسهم بالمسؤولية نحو صحتهم وصحة غيرهم، ولذا فإن هدف التوعية الصحية هو رفع الوعي الصحي لدى افراد المجتمع مع التركيز على انماط الحياة الصحية، تعزيز اهمية دور الفرد في الوقاية لنفسه من الامراض، المساهمة في تحسين السلوكيات المرتبطة بالصحة لدى افراد المجتمع من خلال تنفيذ البرامج التوعوية المستمرة واستخدام الوسائل الحديثة والمتطورة المبتكرة في اصال المعلومات بمشاركة جميع القطاعات بالمجتمع ومن خلال العمل بروح الفريق الواحد.

وفي ضوء ما سبق يمكن النظر إلى الوعي الصحي أنه لا يقتصر على جانب معين من الأمور المتصلة بالصحة، ولكن الوعي يتسع مجاله ليشمل كافة العناصر والتي هي ضرورية لكي يكون الإنسان متمتع بصحة جيدة، وهذه العناصر متداخلة بشكل يصعب فصلها، لأنها متشابكة بطبيعتها ويؤثر بعضها في الآخر.

#### ٣٤- أهداف اعتماد المرأة على مواقع التواصل الاجتماعي كمصدر للمعلومات الصحية:

جدول (٣٥) يبين أهداف اعتماد المرأة على مواقع التواصل الاجتماعي كمصدر للمعلومات الصحية من وجهة نظر عينة الدراسة

| العدد | %    | الحالة   |
|-------|------|--|
| ١٨    | ٥,٠  | الحفاظ على صحي ومتابعتها باستمرار                                |
| ١٦    | ٤,٥  | القضاء على الشك داخلي من مرض معين                                |
| ١٩    | ٥,٣  | أحد أفراد عائلتي مصاب بمرض مما يدفعني للاهتمام بالمعلومات الصحية |
| ٥٩    | ١٦,٦ | متابعة كل جديد بخصوص مرض أعاني منه                               |
| ٨١    | ٢٢,٨ | لاتخاذ قرارات تتعلق بالجانب الصحي                                |
| ٧٣    | ٢٠,٥ | لتخفيض الوزن واتخاذ حمية غذائية معينة                            |
| ٦٨    | ١٩,١ | لاهتمامي بالتجميل  |
| ١٦    | ٤,٥  | لوجود مرض ما يهدد صحي  |
| ٦     | ١,٧  | لانتشار مرض معدي في بلدي   |
| ٣٥٦   | ١٠٠  | المجموع  |

يتبين من الجدول ان (٨١) مبحوثا وبنسبة (٢٢,٨ %) ان من اهداف اعتمادهم على مواقع التواصل الاجتماعي كمصدر للمعلومات الصحية هو لاتخاذ قرارات تتعلق بالجانب الصحي، في حين اشار (٧٣) مبحوثا وبنسبة (٢٠,٥ %) لتخفيض الوزن واتخاذ حمية غذائية ، و اشار (٦٨) مبحوثا وبنسبة (١٩,١ %) لاهتمامي بالتجميل، في حين اشار (٥٩) مبحوثا وبنسبة (١٦,٥ %) متابعه كل جديد بخصوص مرض اعاني منه و اشار (١٩) مبحوثا وبنسبة (٥,٣ %) احد افراد عائلتي مصاب بمرض مما يدفعني لاهتمام بالمعلومات الصحية ، و اشار (١٨) مبحوثا وبنسبة (٥,٠ %) الحفاظ على صحي ومتابعتها باستمرار، و اشار (١٦) مبحوثا وبنسبة (٤,٥ %) القضاء على شك داخلي من مرض معين ، و اشار (١٦) مبحوثا وبنسبة (٤,٥ %) لوجود مرض ما يهدد صحي ، و اشار (٦) مبحوثا وبنسبة (١,٧ %) لانتشار مرض معدي في بلادهم.

إن المعلومات الصحي هو مستوى معارف وإدراك الأفراد بطرق العناية بالصحة الشخصية وبأساليب الوقاية من الأمراض المختلفة ودورهم في العناية بالصحة بما يتضمنه من اتجاهات صحية وسلوك صحي<sup>(١)</sup>. كما أنه يشكل الممارسة الصحية عن الوعي الصحي هو الممارسة الصحية عن قصد نتيجة الفهم والإقتناع، وأن تتحول تلك الممارسات الصحية إلى عادات تمارس بلا شعور أو تفكير ولا يتحقق الوعي الصحي بشكل عام إلا بتوافر الصحة البيئية الجيدة التي تمثل علم وفن حفظ وتحسين البيئة والمشاكل البيئية التي تؤثر في الجماعات.

٣٥- أكثر الموضوعات الصحية التي تتابعها عينة الدراسة على مواقع التواصل الاجتماعي:

جدول (٣٦) يبين أكثر الموضوعات الصحية التي تتابعها عينة الدراسة على مواقع التواصل الاجتماعي

| الحالة                              | العدد | %     |
|-------------------------------------|-------|-------|
| الامراض الموسمية الخطيرة            | ١٦    | ٤,٥   |
| الصحة والجمال                       | ٢٥    | ٧,٠   |
| صحة المرأة                          | ٢٦    | ٧,٣   |
| صحة الأطفال                         | ٥٢    | ١٤,٦  |
| الاكتشافات الطبية الحديثة           | ٥٧    | ١٦,٠  |
| الأمراض التي أكتشفها العلماء مؤخراً | ٧٣    | ٢٠,٥  |
| سرطان الثدي                         | ٦٠    | ١٦,٩  |
| مرض نقص المناعة المكتسبة (الإيدز)   | ٣٣    | ٩,٢   |
| فوائد الغذاء بأنواع المختلفة        | ١٢    | ٣,٤   |
| طرق انتقال الأمراض المعدية          | ٢     | ٠,٦   |
| الطب البديل                         | ٠     | ٠,٠٠٠ |
| المجموع                             | ٣٥٦   | ١٠٠   |

يتبين من الجدول ان (٧٣) مبحوثاً وبنسبة ( ٢٠,٥ %) اجابوا ان اكثر الموضوعات التي يتابعوها على مواقع التواصل الاجتماعي هي الأمراض التي أكتشفها العلماء مؤخراً ، في حين اشار (٦٠) مبحوثاً وبنسبة ( ١٦,٩ %) سرطان الثدي من اكثر الموضوعات الصحية التي يتابعونها على مواقع التواصل الاجتماعي، في حين اشار (٥٧) مبحوثاً وبنسبة ( ١٦,٠ %) الاكتشافات الطبية الحديثة ، و اشار (٥٢) مبحوثاً وبنسبة ( ١٤,٦ %) صحة الاطفال، في حين اشار (٣٣) مبحوثاً وبنسبة ( ٩,٢ %) مرض نقص المناعة المكتسبة الايدز، في حين اشار (٢٦) مبحوثاً وبنسبة ( ٧,٣ %) صحة المرأة ، في حين اشار

١- السيد محمد السايح، التنوير البيئي والصحي لطلاب المدارس العليا والجامعات، القاهرة، عالم الكتب، ٢٠٠٩م، ص ٥.



(٢٥) مبحوثا وبنسبة (٧,٠%) الصحة والجمال من اكثر الموضوعات الصحية التي يتابعها على مواقع التواصل الاجتماعي، في حين اشار (١٦) مبحوثا وبنسبة (٤,٥%) الأمراض الموسمية الخطيرة، في حين اشار (١٢) مبحوثا وبنسبة (٣,٣%) فوائد الغذاء بأنواع مختلفة ، في حين (٢) مبحوثا وبنسبة (٠,٥٦٢%) طرق انتقال الأمراض المعدية.

**نستنتج من ذلك:** ان من مميزات المعلومات الصحية على الإنترنت فإنه يمكن للمعلومات الصحية على الإنترنت زيادة معرفة وكفاءة المرضى بخصوص الأمراض التي يعانون منها، وكذلك تمكنهم من المشاركة في صنع القرار في مجال الصحة، ويمكن الاستفادة من الاستفسارات المستقلة والمعلومات الصحية على الإنترنت بحيث يمكن أن تستخدم في التشاورات وفي الحديث بين المرضى والطبيب في العيادة، وأصبح للمرضى الآن القدرة على العثور لإجابات عن أسئلة اضافية يمكن يكونوا قد نسوها وهم عند الطبيب، أو الحصول عن اجابات للأسئلة المحرجة والحساسة بخصوصية تامة وهم في منازلهم، ومن خلال المواقع والمدونات التي تركز على صحة المريض، يمكن للمرضى تبادل الخبرات الصحية بخصوص الأمراض الشخصية لديهم، فإنها يمكن أن تقدم رؤى وتأملات خاصة من التجارب الواقعية عن الظروف الصحية الخاصة بهم، والتي قد يكون الأطباء غير قادرين على توفيرها، وهذا يعني أن إتاحة المعلومات الصحية عبر الإنترنت ومواقع التواصل الاجتماعي، يساعد المرضى في أن يصبحوا على دراية أكثر بأمراضهم، وتقلل أيضاً من شعورهم بالوحدة والعزلة بسبب الحرج من طرح بعض الاسئلة على أطبائهم<sup>(١)</sup>.

### ٣٦- التأثيرات المعرفية للمعلومات الصحية التي تعرض على مواقع التواصل على المرأة:

جدول (٣٧) يبين التأثيرات المعرفية للمعلومات الصحية التي تعرض على مواقع التواصل على المرأة من وجهة نظر عينة الدراسة

| الحالة   | العدد | %    |
|--|-------|------|
| زادت معرفتي بالموضوعات الصحية وأبعاها المختلفة | ١٨    | ٥,١  |
| ساهمت في رفع مستوى الوعي لدي القضايا الصحية    | ١٧    | ٤,٨  |
| تزودني بمعلومات عن الامراض الخاصة بالنساء      | ٤٧    | ١٣,٢ |
| تزودني بمعلومات عن امراض الاطفال               | ٩٣    | ٢٦,٤ |
| تزودني بطرق الوقاية من مرض معين                | ٩٧    | ٢٧,٢ |
| تزودني بمعلومات عن طرق العلاج                  | ٨٤    | ٢٣,٦ |

|     |     |         |
|-----|-----|---------|
| ١٠٠ | ٣٥٦ | المجموع |
|-----|-----|---------|

يتبين من الجدول ان (٩٧) مبحوثا وبنسبة (٢٧,٢ %) اجابوا ان من اهم التأثيرات المعرفية للمعلومات الصحية التي تعرض على مواقع التواصل هو تزودني بطرق الوقاية من مرض معين، في حين اشار (٩٣) مبحوثا وبنسبة (٢٦,١ %) تزودني بمعلومات عن مرض الاطفال في حين اشار (٨٤) مبحوثا وبنسبة (٢٣,٦ %) تزودني بمعلومات عن طرق العلاج، في حين اشار (٤٧) مبحوثا وبنسبة (١٣,٢ %) تزودني بمعلومات عن الأمراض الخاصة بالنساء، في حين اشار (١٨) مبحوثا وبنسبة (٥,١) % زادت معرفتي بالمعلومات الصحية وأبعادها المختلفة، واثار (١٧) مبحوثا وبنسبة (٤,٨) % ساهمت في رفع مستوى الوعي لدى القضايا الصحية.

نستنتج من ذلك: ان وسائل الاتصال كمصدر للمعلومات الصحية على الإنترنت. فقد أحدثت الإنترنت ثورة في تبادل المعلومات والوصول إليها، حيث أصبح الآن استرجاعها والحصول عليها أسهل من أي وقت مضى، ومع ظهور الشبكات الاجتماعية ومحركات البحث الحديثة أصبح من الممكن وصول المعلومات إلى أي مكان من خلال العديد من الأجهزة مثل الهواتف الذكية أو أجهزة الكمبيوتر الشخصي، فتكون بذلك المعلومات متوفرة طوال اليوم ويمكن للناس الوصول إليها في أي وقت، وقد أصبح الإنترنت المصدر الأول للمعلومات الصحية لكثير من الناس بدلاً من الأطباء.

اما عن آراء الأطباء حول المعلومات الصحية عبر الإنترنت فتبين البحوث أن وجهات النظر للأطباء تتناقض إلى حد ما تجاه استخدام المريض الإنترنت للحصول على المعلومات الصحية، يدرك الأطباء أن استخدام الإنترنت يسمح لهم بتفسير القضايا الصحية المعقدة بسهولة أكثر، ويعتقدون أن استخدام الإنترنت لديه القدرة الكافية على تحسين صحة المرضى.

وهناك بعض الأطباء يشعرون بالقلق إزاء المرضى اللذين تكون لديهم مخاوف لا لزوم لها حول صحتهم، مع ملاحظة أن المرضى غالباً ما يأتون بمعلومات غير دقيقة وليس لها صلة بمرضهم، وبسبب هذا الأطباء قلقون من ان باستخدام الإنترنت تتزايد الحالات المرضية من خلال التشخيص غير الصحيح والعلاجات الخاطئة، وعلى الرغم من هذه المخاوف، فإن معظم الأطباء لا يواجهون صعوبة في معالجة المعلومات التي تحصل عليها مرضاهم ويقومون بتوضيح المعلومات التي قد تكون مضللة أو غير دقيقة<sup>(١)</sup>.

٣٧- التأثيرات النفسية للمعلومات الصحية التي تعرض على مواقع التواصل على المرأة:

جدول (٣٨) يبين التأثيرات النفسية للمعلومات الصحية التي تعرض على مواقع التواصل على المرأة من وجهة نظر عينة الدراسة

| الحالة   | العدد | %    |
|--|-------|------|
| اتخاذ الحيطة و الحذر من الإصابة بإحدى الأمراض  | ٢٤    | ٦,٧  |
| رفع روعي المعنوية عند معرفه اخبار الاكتشافات الصحية  | ٤٣    | ١٢,٠ |
| اتبعت عادات صحية جديدة من خلال اكتساب المعلومات من مواقع التواصل الاجتماعي                               | ٨٣    | ٢٣,٣ |
| أشعر بالأمل و التفاؤل عند قراءة الموضوعات الصحية   | ١٢٣   | ٣٤,٦ |
| أشعر بالرغبة في تقديم النصح والإرشاد للآخرين من مخزون المعلومات التي اكتسبتها من مواقع التواصل الاجتماعي | ٨٣    | ٢٣,٣ |
| المجموع  | ٣٥٦   | ١٠٠  |

يتبين من الجدول ان ( ١٢٣ ) مبحوثا وبنسبة ( ٣٤,٥ %) يشعرون بالأمل والتفاؤل عند قراءة الموضوعات الصحية، في حين اشار ( ٨٣ ) مبحوثا وبنسبة ( ٢٣,٣ %) اتبعت عادات صحية جديدة من خلال اكتساب المعلومات من مواقع التواصل الاجتماعي، في حين اشار (٨٣) مبحوثا وبنسبة (٢٣,٣ %) اشعر بالرغبة في تقديم النصح والارشاد للآخرين من مخزون المعلومات التي اكتسبتها من مواقع التواصل الاجتماعي ، في حين اشار (٤٣) مبحوثا وبنسبة (١٢,١ %) رفع روعي المعنوية عند معرفة اخبار الاكتشافات الصحية، وشار (٢٤) مبحوثا وبنسبة (٦,٧ %) اتخاذ الحيطة والحذر من الإصابة بإحدى الأمراض.

ومن عيوب المعلومات الصحية على الإنترنت أنه من الصعب تنظيم المعلومات الصحية على الإنترنت، وان المرضى تختلف مستوياتهم التعليمية والثقافية بحيث يمكن استخدامهم للمعلومات الصحية بطريقة سيئة وغير سليمة، وبذلك يمكن أن تكون هذه المعلومات ضارة للغاية، وقد يثق المرضى بالمعلومات الصحية الغير صحيحة والمضللة، أو قد يتخذون قرارات صحية مهمة بناء على القصص المثيرة أو المشحونة عاطفياً، التي يتم تناقلها بينهم عبر مواقع التواصل الاجتماعي والتي ليست لها صلة بواقعهم الصحي، وفي كثير من الأحيان المرضى يعانون من وضع صحي متدهور ومرتدي، وبالتالي فهم على استعداد لقبول المعلومات التي تجعل لديهم أملاً كبيراً في الشفاء حتى ولو لم تكن هذه المعلومات صحيحة، ويمكن استخدام الإنترنت كمنصة لتعزيز الممارسات الصحية الخاطئة والتي ليس لها أسس علمية.

وهذا يعني أنه لا يمكن الاعتماد كلياً على المعلومات الصحية التي تنشر عبر الانترنت ومواقع التواصل الاجتماعي لأنها غالباً ما تكون غير صحيحة ومضللة، وبالتالي لا يتم الشفاء بشكل سريع، أو ربما تتدهور الحالة الصحية للمريض جراء استخدامه ذلك العلاج الخاطئ<sup>(١)</sup>.

٣٨- التأثيرات السلوكية للمعلومات الصحية التي تعرض على مواقع التواصل على المرأة:

جدول (٣٩) يبين التأثيرات السلوكية للمعلومات الصحية التي تعرض على مواقع التواصل على المرأة من وجهة نظر عينة الدراسة

| الحالة  | العدد | %    |
|---|-------|------|
| اتخذت وسائل الوقاية من المرض                              | ١٦    | ٤,٥  |
| قاطعت منتجات و أدوية بعد انتشار معلومات عن اضرارها الصحية | ٥٤    | ١٥,٢ |
| تناقلت المعلومات الصحية مع الاصدقاء                       | ١١٤   | ٣٢,١ |
| تزويدي بمادة أستفيد منها في نقاشاتي مع زملائي وأصدقائي    | ١٠٦   | ٢٩,٩ |
| استقدت من خبرات الآخرين في طرق الوقاية و العلاج           | ٦٦    | ١٨,٦ |
| المجموع   | ٣٥٦   | ١٠٠  |

يتبين من الجدول ان (١١٤) مبحوثاً وبنسبة (٣٢,١%) تناقلت المعلومات الصحية مع الاصدقاء، في حين اشار (١٠٦) مبحوثاً وبنسبة (٢٩,٩%) تزويدي بمادة استفيد منها في نقاشاتي مع زملائي وأصدقائي، وأشار (٦٦) مبحوثاً وبنسبة (١٨,٦%) استقدت من خبرات الآخرين في طرق الوقاية والعلاج، في حين اشار (٥٤) مبحوثاً وبنسبة (١٥,٢%) قاطعت منتجات وأدوية بعد انتشار معلومات عن اضرارها الصحية، وأشار (١٦) مبحوثاً وبنسبة (٤,٥%) اتخذت وسائل الوقاية من المرض.

تؤكد معظم الدراسات المتاحة على أن للعوامل الاجتماعية دوراً بارزاً في الصحة والمرض، وفي أسلوب تقديم الخدمة الصحية ذاتها، والدليل على ذلك أن المستوى الطبقي مثلاً يحدد نوع المرض، ونوع الخدمة الصحية التي يتلقاها المريض، كما يؤكد التراث السوسولوجي والانثروبولوجي والطبي على تأثير العوامل الاجتماعية على صحة الإنسان، والواقع أن الصحة والمرض والرعاية الطبية لا يمكن فهمها إلا من خلال وضعها في السياق الاجتماعي الأكبر، ولذلك فلا مغزى للطب ولا لمهامه العلاجية ما لم نضع في حسابنا أهمية العوامل الاجتماعية والنفسية مثلما نراعي العوامل البيولوجية ومعظم النشاط الطبي، وهذا ما يؤكد بارسونز من أن وجهة النظر الطبية كانت ترد المرض إلى أسباب فسيولوجية وبيولوجية، ولكن

1- Ubel PA, Jepson C, Baron J. The inclusion of patient testimonials in decision aids: effects on treatment choices. Med Decis Making 2001,21:60-8.

تغيرت هذه النظرة بالفعل وصارت تراعي الأسباب الاجتماعية كما صار تعريف المرض تعريفاً بيولوجياً اجتماعياً<sup>(١)</sup>.

**وتعتقد الباحثة أن المدخل الاجتماعي يهتم بالعلاقة بين الصحة والمرض والمؤسسات الاجتماعية الأخرى، بمعنى الاهتمام بالعلاقات بين المستشفيات والتنظيمات الصناعية والقانون وحياة الأسرة ومستواها الطبقي، وبالتالي فإنه يركز علي تحديد مدى الدور الذي تلعبه مؤسسات الخدمة الصحية، والقوى الطبية العاملة في الحياة الاجتماعية للمجتمع، والحالة الصحية لأعضائه.**

٣٩- مدى قيام عينة الدراسة بالتعليق عبر مواقع التواصل الاجتماعي على بعض المواضيع التي تتعلق بالصحة:

**جدول (٤٠) يبين مدى قيام عينة الدراسة بالتعليق عبر مواقع التواصل الاجتماعي على بعض المواضيع التي تتعلق بالصحة**

| الحالة    | التكرار | %    |
|-----------|---------|------|
| لا        | ٣٠      | ٨,٤  |
| الى حد ما | ١٤٥     | ٤٠,٧ |
| نعم       | ١٨١     | ٥٠,٨ |
| المجموع   | ٣٥٦     | ١٠٠  |

يتبين من الجدول ان ( ١٨١ ) مبحوثا وبنسبة ( ٥,٨ % ) نعم، في حين اشار ( ١٤٥ ) مبحوثا وبنسبة ( ٤٠,٧ % ) الى حد ما، و اشار ( ٣٠ ) مبحوثا وبنسبة ( ٨,٤ % ) لا .

**نستنتج من ذلك:** ان معرفة ما مدى استخدام المرأة لمواقع وشبكات التواصل الاجتماعي وما أكثر مواقع وشبكات التواصل الاجتماعي متابعة بخصوص الوعي الصحي، وما الدوافع الأساسية لتعرض المرأة للقضايا الصحية وما الإشباعات المتحققة من ذلك. هو ارتفاع معدل استخدام النساء لمواقع وشبكات التواصل، وأن أكثر دوافع تعرض المرأة للقضايا الصحية عبر مواقع وشبكات التواصل الاجتماعي هو للتثقيف والتوعية الصحية ولتصحيح السلوك الصحي والوقائي، وأن أكثر الإشباعات المتحققة من تعرض المرأة للقضايا الصحية عبر مواقع وشبكات التواصل الاجتماعي هو معرفة أسباب وطرق الوقاية من الأمراض.

١- علي محمد مكاي، علم الاجتماع الطبي مدخل نظري، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، ١٩٩٦، ص ٢٧٩-٢٨٠.

٤٠ - قيام عينة الدراسة بمناقشة الموضوعات التي تساعد على انتشار المعلومات الصحية على حسابك الخاص:

جدول (٤١) يبين قيام عينة الدراسة بمناقشة الموضوعات التي تساعد على انتشار المعلومات الصحية على الحساب الخاص

| الحالة    | التكرار | %    |
|-----------|---------|------|
| لا        | ٢٣      | ٦,٥  |
| الى حد ما | ٦٦      | ١٨,٥ |
| نعم       | ٢٦٧     | ٧٥   |
| المجموع   | ٣٥٦     | ١٠٠  |

يتبين من الجدول ان (٢٦٧) مبحوثا وبنسبة (٧٥%) الاجابة ب نعم يناقشون الموضوعات التي تساعد على انتشار المعلومات الصحية، في حين اشار (٦٦) مبحوثا وبنسبة (١٨,٥٣٩%) إلى حد ما، في حين اشار (٢٣) مبحوثا وبنسبة (٦,٤٦١%) اجابوا ب لا.

نستنتج من ذلك ان اهتمام واندماج النساء بتكنولوجيا الاتصال الحديثة واعتمادهن على الانترنت كان بشكل كبير، وان من اهم اسباب اعتماد المرأة على المواقع الالكترونية في اكتساب المعلومات الصحية، هو سهولة الوصول إلى المعلومات، وذلك لأن نسبة كبيرة منهن يمتلكن أجهزة النقال الذكي.

٤١ - سبب عدم مناقشة الموضوعات الصحية على الحساب الخاص لعينة الدراسة:

جدول (٤٢) يبين سبب عدم مناقشة الموضوعات الصحية على الحساب الخاص لعينة الدراسة (ن=٢٦٧)

| الحالة                                   | التكرار | %    |
|--|---------|------|
| عدم ثقتي بقدراتي على المناقشة بشكل جيد   | ١٨      | ٦,٧  |
| أخشى النقد اللاذع أثناء مشاركتي المختلفة | ١٤٢     | ٥٣,٢ |
| أفضل أن احتفظ بالمعلومة لنفسني           | ١٠٧     | ٤٠,١ |
| المجموع                                  | ٢٦٧     | ١٠٠  |

يتبين من الجدول ان (١٤٢) مبحوثا وبنسبة (٥٣,٢%) اخشى النقد اللاذع أثناء مشاركتي المختلفة، في حين اشار (١٠٧) مبحوثا وبنسبة (٤٠,١%) افضل ان احتفظ بالمعلومة لنفسني، و اشار (١٨) مبحوثا وبنسبة (٦,٧%) عدم ثقتي بقدراتي على المناقشة بشكل جيد.

٤٢ - مدى مساهمة عينة الدراسة في نشر الموضوعات التي تناقش الوعي الصحي عبر مواقع التواصل الاجتماعي:

جدول (٤٣) يبين مدى مساهمة عينة الدراسة في نشر الموضوعات التي تناقش الوعي الصحي عبر مواقع التواصل الاجتماعي

| الحالة   | العدد | %    |
|----------|-------|------|
| لا اساهم | ٢٤٥   | ٦٨,٨ |
| احيانا   | ١٠١   | ٢٨,٤ |
| دائما    | ١٠    | ٢,٨  |
| المجموع  | ٣٥٦   | ١٠٠  |

يتبين من الجدول ان ( ٢٤٥ ) مبحوثا وبنسبة (٦٨,٨%) لا يساهمون في نشر الموضوعات التي تناقش الوعي الصحي عبر مواقع التواصل الاجتماعي ، في حين اشار (١٠١) مبحوثا وبنسبة (٢٨,٤%) احيانا ، واثار (١٠) مبحوثا وبنسبة (٢,٨%) دائما .

٤٣ - اسباب عدم مساهمة عينة الدراسة في نشر الموضوعات التي تناقش الوعي الصحي عبر مواقع التواصل الاجتماعي:

جدول (٤٤) يبين اسباب عدم مساهمة عينة الدراسة في نشر الموضوعات التي تناقش الوعي الصحي عبر مواقع التواصل الاجتماعي

| الحالة                                   | العدد | %    |
|--|-------|------|
| عدم ثقتي بقدراتي على المناقشة بشكل جيد   | ١٢    | ٤,٩  |
| أخشى النقد اللاذع أثناء مشاركتي المختلفة | ١٢٤   | ٥٠,٦ |
| أخشى التهكم الاجتماعي                    | ١٠٩   | ٤٤,٥ |
| المجموع                                  | ٢٤٥   | ١٠٠  |

يتبين من الجدول ان(١٢٤) مبحوثا وبنسبة (٥٠,٦%) اخشى النقد اللاذع أثناء مشاركتي المختلفة، في حين اشار (١٠٩) مبحوثا وبنسبة (٤٤,٥%) اخشى التهكم الاجتماعي، في حين اشار (١٢) مبحوثا وبنسبة (٤,٩%) اجابوا بعدم ثقتي بقدراتي على المناقشة بشكل جيد.

٤٤ - درجة ثقة المرأة في المضامين التي تقدمها مواقع التواصل الاجتماعي حول القضايا الصحية:

جدول (٤٥) يبين درجة ثقة المرأة في المضامين التي تقدمها مواقع التواصل الاجتماعي حول القضايا الصحية من وجهة نظر عينة الدراسة

| الحالة            | العدد | %    |
|-------------------|-------|------|
| أثق فيها كثيراً   | ٢٢    | ٦,٢  |
| أثق إلى حد        | ١٤١   | ٣٩,٦ |
| لا أثق فيما تقدمه | ١٩٣   | ٥٤,٢ |
| المجموع           | ٣٥٦   | ١٠٠  |

يتبين من الجدول ان (١٩٣) مبحوثاً وبنسبة (٥٤,٢ %) لا يثق فيما تقدمه مواقع التواصل الاجتماعي من مضامين حول القضايا الصحية، في حين اشار (١٤١) مبحوثاً وبنسبة (٣٩,٦ %) اثق الى حد ما، و اشار (٢٢) مبحوثاً وبنسبة (٦,٢ %) يثقون كثيراً فيما تقدمه مواقع التواصل الاجتماعي من مضامين حول القضايا الصحية.

**نستنتج من ذلك:** إننا بحاجة إلى إعلام صحي متوازن يعمل التجديد في الأسلوب والطرح لكافة القضايا الصحية المختلفة سواء ما يتعلق بسلامة وأمنوية المريض أو الأخطاء الطبية أو غيرها من الأمور الصحية، ونحتاج إلى إعلام صحي هادف ينشد المعرفة والوعي والإدراك ويتحرى صحة الأخبار ودقتها وسلامة المعلومات ووضوح الحقائق دون تهويل أو تهوين، وكذلك نحتاج إلى إعلام صحي يراعي المثالية والموضوعية لتنوير الفرد والمجتمع وتثقيفه بالمعلومات الطبية والمفيدة والمعتبرة وتكوين رأي صائب لديه فيما يتعلق بالوقائع والموضوعات المثارة والمشكلات القائمة<sup>(١)</sup>.

ويسهم الإعلام الصحي في نقل الخبرات العالمية وتبسيط الضوء على التجارب الصحية الناجحة والقضايا الطبية؛ للاستفادة منها إضافة إلى دوره في إكساب المعرفة وتزويد المتلقي بمعلومات صحية مستقاة من العاملين في المجال الصحي، كما أن الدور الأهم الذي يمكن أن يقوم به الإعلام الصحي هو التعامل بشفافية مع الواقع الصحي بكل أبعاده بما فيه اكتشافه للأخطاء الطبية ورصد الإنجازات الصحية التي تتحقق على المستوى الوطني والإقليمي والدولي والمحافظة على هذه الإنجازات<sup>(٢)</sup>.

١- عبد الرزاق الدليمي، الإعلام المتخصص، مصدر سبق ذكره، ص ٢٢٢.

2-Merton Tomas and Julie M. Duck, Communication Research, Health Beliefs, Mass and interpersonal Influence on perceptions of risk to self and others, Communication Research, Vol. 28, No.2001, p. 5.



## المحور الخامس: واقع النظام الصحي في العراق

٤٥- اجابة عينة الدراسة حول ماذا تعني خدمات الرعاية الصحية من وجهة نظرها:

جدول (٤٦) يبين اجابة عينة الدراسة حول ماذا تعني خدمات الرعاية الصحية من وجهة نظرها

| الحالة                               | العدد | %    |
|--------------------------------------|-------|------|
| الأسعار المعتدلة للكشف الطبي         | ٢٠    | ٥,٦  |
| توفر الطبيب المتخصص                  | ٤٠    | ١١,٢ |
| توفر الأجهزة والمعدات الطبية اللازمة | ٦٠    | ١٦,٩ |
| توفر جهاز التمريض المعد              | ١٤٦   | ٤١   |
| توفر المعامل وأقسام الأشعة اللازمة   | ٧٢    | ٢٠,٢ |
| توفر العدد المناسب من الأسرة         | ١٨    | ٥,١  |
| المجموع                              | ٣٥٦   | ١٠٠  |

يتبين من الجدول ان (١٤٦) مبحوثا وبنسبة (٤١ %) تعني خدمات الرعاية الصحية توفير الجهاز المعد، في حين اشار (٧٢) مبحوثا وبنسبة (٢٠,٢%) توفير المعامل واقسام الاشعة اللازمة، في حين اشار (٦٠) مبحوثا وبنسبة (١٦,٩%) توفير الاجهزة والمعدات الطبية اللازمة، و اشار (٤٠) مبحوثا وبنسبة (١١,٢%) توفير الطبيب المتخصص، و اشار (٢٠) مبحوثا وبنسبة (٥,٦%) الاسعار المعتدلة لكشف الطبي، و اشار (١٨) مبحوثا وبنسبة (٥,١%) توفير العدد المناسب من الاسرة.

أن الخدمات الصحة في واقع الأمر إنما هي توازن بين الإنسان والوسط الذي يعيش فيه من النواحي البدنية والتربوية والسلوكية والنفسية والطبية، فسوء الحالة الصحية وأخطار المهنة ورداءة المسكن وارتفاع معدلات الوفيات وانتشار الأمراض المعدية، قد أدت ببعض الأمم إلى التفكير في الاستعانة بنظام الشرطة الصحية، وهو تدبير له مبرراته، فهو يعطيها فكرة عن مدى الإحساس بتغلغل العوامل المجتمعية في المسائل المرضية، وتعتبر الصحة هدفاً من أهداف التطور الاجتماعي والاقتصادي.

٤٦- أهم شروط توافر خدمات الرعاية الصحية الجيدة من وجهة نظر عينة الدراسة:

جدول (٤٧) يبين أهم شروط توافر خدمات الرعاية الصحية الجيدة من وجهة نظر عينة الدراسة

| الحالة  | العدد | %    |
|---|-------|------|
| السهولة في الحصول على الخدمات الصحية            | ٣٠    | ٨,٤  |
| عدم الانتظار طويلاً في الحصول على الخدمة الصحية | ٢٩    | ٨,١  |
| الإدارة المنظمة لخدمات الرعاية الصحية           | ٦٦    | ١٨,٥ |

|      |     |                                    |
|------|-----|------------------------------------|
| ٣١,١ | ١١١ | كفاءة الجهاز الصحي في تحقيق اهدافه |
| ٣٣,٧ | ١٢٠ | التكلفة المناسبة للخدمات الصحية    |
| ١٠٠  | ٣٥٦ | المجموع                            |

يتبين من الجدول ان (١٢٠) مبحوثاً وبنسبة (٣٣,٧ %) ان من اهم شروط توافر خدمات الرعاية الصحية الجيدة هو التكلفة المناسبة للخدمات الصحية، في حين اشار (١١١) مبحوثاً وبنسبة (٣١,١ %) كفاءة الجهاز الصحي في تحقيق اهدافه، و اشار (٦٦) مبحوثاً وبنسبة (١٨,٥ %) الإدارة المنظمة لخدمات الرعاية الصحية، و اشار (٣٠) مبحوثاً وبنسبة (٨,٤ %) السهولة في الحصول على الخدمات الصحية، و اشار (٢٩) مبحوثاً وبنسبة (٨,١ %) عدم الانتظار طويلاً في الحصول على الخدمة الصحية.

من خلال إطار فلسفة السياسة الاجتماعية للمجتمع العراقي والتي اعتبرت الصحة حقاً من حقوق الإنسان وعاملاً أساسياً لتوفير الحاجات الاجتماعية للجميع للقضاء على المرض والتخلف والفقر وتحقيق الرعاية الصحية لأبناء المجتمع مجاناً بدون مقابل، فقد سعت السياسة الصحية جاهدة إلى توفير الخدمات الصحية والإنفاق عليها والتي حل محل الصدارة في عملية التنمية البشرية.

ومن ناحية الأطباء والأداء الوظيفي للخدمة الصحية، فإن الأطباء يمثل القاعدة الرئيسة لتقديم الخدمات الصحية للمجتمع، وبالتالي يتوقف مستوى الخدمات على مدى التأهيل العلمي للطبيب، والدورات التدريبية التي اجتازها، وإمكانيات التدريب الطبي بالمؤسسة الصحية التي يعمل بها لتحديث معارفه العلمية وتوسيع نطاق خبراته، والواقع أن المهارة الطبية والتأهيل العلمي وتدريب الطبيب لا جدوى منها في رفع مستوى الأداء للخدمة الصحية إلا بمراعاة الوضع الاجتماعي للطبيب في المجتمع ومستوى دخله الشهري، والحفاظ عليها ليتفرغ لتحسين أدائه الطبي.

٤٧- اجابة عينة الدراسة حول هل تحقق الأنظمة الصحية الحالية ( من مستشفيات وعيادات ومراكز طبية ) للرعاية الصحية المنشودة:

جدول (٤٨) يبين اجابة عينة الدراسة حول هل تحقق الأنظمة الصحية الحالية ( من مستشفيات وعيادات ومراكز طبية ) للرعاية الصحية المنشودة

| الحالة    | العدد | %    |
|-----------|-------|------|
| لا        | ٣٠٣   | ٨٥,١ |
| الى حد ما | ٣٥    | ٩,٨  |
| نعم       | ١٨    | ٥,١  |
| المجموع   | ٣٥٦   | ١٠٠  |

يتبين من الجدول ان (٣٠٣) مبحوثا وبنسبة (٨٥,١ %) اكدوا ان الانظمة الصحية الحالية من مستشفيات وعيادات ومراكز طبية لا تحقق الرعاية الصحية المنشودة، في حين اشار (٣٥) مبحوثا وبنسبة (٩,٨ %) الى حد ما، و اشار (١٨) مبحوثا وبنسبة (٥,١ %) نعم تحقق الانظمة الصحية الحالية الرعاية الصحية المنشودة.

**نستنتج من ذلك:** ان الخدمات الصحية داخل المؤسسة الصحية فإننا نجد أن لها بناء، ولها وظيفة، وهذا البناء يتساند أجزاءه وظيفياً لتحقيق أهدافها من خلال مجموعة وحدات هذا البناء الذي يطلق عليه التنظيم الإداري للمؤسسة الطبية، وتتميز هذه التنظيمات بخصائص معينة مثل تقسيم وتوزيع السلطة، والاتصال لا يقوم بالعفوية أو العشوائية بل على التصميم بعناية للوفاء بأهداف معينة، إلى جانب وجود مركز قوى أو أكثر من مركز، يتحكم ويسيطر على نشاط التنظيم، ويوجهه لتحقيق أهدافه، وتهدف المؤسسة الطبية إلى تقديم رعاية صحية سواء كانت علاجية، أو وقائية، أو خدمية، وسواء كانت رعاية عامة أو رعاية متخصصة، بلا استثناء، وتكتسب المؤسسة هذه الصفة العلاجية أو الوقائية الصحية لوجود عدد مناسب من التخصصين في شؤون الطب كالأطباء والممرضين والإخصائيين في شؤون العلاج أو الكشف أو التحليل.. الخ<sup>(١)</sup>.

٤٨ - أسباب عدم تحقيق الأنظمة الصحية الحالية للرعاية الصحية المنشودة:

**جدول (٤٩) يبين أسباب عدم تحقيق الأنظمة الصحية الحالية للرعاية الصحية المنشودة من وجهة نظر عينة الدراسة (ن=٣٠٣)**

| الحالة   | العدد | %    |
|--|-------|------|
| ضعف الموارد والإمكانيات المتاحة للأنظمة الصحية الحالية                   | ١٤    | ٤,٦  |
| ضعف الإنفاق على القطاع الصحي   | ١٠٠   | ٣٣   |
| فشل النظام الإداري في الأنظمة الصحية الحالية                             | ١٤٦   | ٤٨,٢ |
| عدم وجود إرادة سياسية تسعى نحو تحقيق الرعاية الصحية الكافة لكل المواطنين | ٤٣    | ١٤,٢ |
| المجموع  | ٣٠٣   | ١٠٠  |

يتبين من الجدول ان (١٤٦) مبحوثا وبنسبة (٤٨,٢ %) اجابوا ان سبب عدم تحقيق الانظمة الصحية الحالية للرعاية الصحية المنشودة هو فشل النظام الإداري في الأنظمة الصحية الحالية. في حين اشار (١٠٠) مبحوثا وبنسبة (٣٣ %) الى ضعف الإنفاق على القطاع الصحي، في حين اشار (٤٣) مبحوثا وبنسبة (١٤,٢ %) عدم وجود إرادة سياسية تسعى نحو تحقيق الرعاية الصحية الكافة لكل

١- إبراهيم عبد الهادي المليجي، وسامي مصطفى زايد، الرعاية الطبية والتأهيلية، المكتب الجامعي الحديث، القاهرة، ٢٠١٢، ص ٤٢-٤٣.

المواطنين، وأشار (١٤) مبحوثا وبنسبة (٤,٦ %) ضعف الموارد والإمكانيات المتاحة للأنظمة الصحية الحالية.

**وهنا لابد من القول:** ان الجانب الطبي يعتمد في التحكم للمرض على البعد والنظام الاجتماعي للأسرة، حيث أصبحت العلاقة بين الأطباء والأسر علاقة تبادلية أو انتقالية تعتمد على تبادل المعلومات بين الأسرة والطبيب من أجل تفعيل المرضى المصابين بالأمراض المزمنة بالمسار الاجتماعي داخل المجتمع، وتوجد انطباعات ايجابية لدى المرضى تجاه المراكز الصحية وذلك من خلال مدى توفير وسائل الراحة في قاعات الانتظار المرضى، وتوفير الأدوية المناسبة، والنظافة العامة، واطاحة الوقت بين الطبيب والمريض.

٤٩- زيادة الإنفاق على الصحة هو الوسيلة التي تؤدي لتحسين مستوى خدمات الرعاية الصحية المقدمة:

جدول (٥٠) يبين زيادة الإنفاق على الصحة هو الوسيلة التي تؤدي لتحسين مستوى خدمات الرعاية الصحية المقدمة من وجهة نظر عينة الدراسة

| الحالة    | العدد | %    |
|-----------|-------|------|
| لا        | ١٢    | ٣,٤  |
| الى حد ما | ١٧٨   | ٥٠   |
| نعم       | ١٦٦   | ٤٦,٦ |
| المجموع   | ٣٥٦   | ١٠٠  |

يتضح من الجدول ان (١٧٨) مبحوثا (٥٠,٠ %) الى حد ما، في حين اشار (١٦٦) مبحوثا، وبنسبة (٤٦,٦ %) اجابوا نعم ان زيادة الأنفاق هو الوسيلة التي تؤدي لتحسين مستوى خدمات الرعاية الصحية المقدمة ، وأشار (١٢) مبحوثا وبنسبة (٣,٤ %) لا .

٥٠- أهم التحديات التي تعوق تحقيق جودة الخدمات الصحية بشكل كامل في الأنظمة الصحية:

جدول (٥١) يبين أهم التحديات التي تعوق تحقيق جودة الخدمات الصحية بشكل كامل في الأنظمة الصحية من وجهة نظر عينة الدراسة

| الحالة   | العدد | %    |
|--|-------|------|
| تغير الدعم السياسي لبرامج الجودة بتغير القيادات والوزارات            | ٨     | ٢,٢  |
| الاختلاف في الأداء والممارسة والنتائج واختلاف مستويات الخدمة         | ٣١    | ٨,٧  |
| تعدد التبعية والملكية للمؤسسات الصحية                                | ٧٨    | ٢١,٩ |
| التفاوت الكبير في مستوى الكوادر البشرية ومستويات الإمكانيات والموارد | ١٢٩   | ٣٦,٢ |

|      |     |   |
|------|-----|---|
| ٢٥,٦ | ٩١  | ضعف الفاعلية والكفاءة في تقديم الخدمات الصحية، من جراء الإسراف والتقصير أو الإساءة استعمال الخدمات الصحية |
| ٥,٣  | ١٩  | عدم تضمين المناهج الدراسية بكليات الطب والتمريض تنويه كاف عن إدارة الجودة ومعايير الرعاية الصحية          |
| ١٠٠  | ٣٥٦ | المجموع   |

يتبين من الجدول ان (١٢٩) مبحوثا وبنسبة ( ٣٦,٢ %) اجابوا ان من اهم التحديات التي تعوق تحقيق جودة الخدمات الصحية بشكل كامل في الأنظمة الصحية هو التفاوت الكبير في مستوى الكوادر البشرية ومستويات الإمكانيات والموارد، في حين اشار (٩١) مبحوثا وبنسبة (٢٥,٦ %) ضعف الفاعلية والكفاءة في تقديم الخدمات الصحية، من جراء الإسراف والتقصير أو الإساءة استعمال الخدمات الصحية، في حين اشار (٧٨) مبحوثا وبنسبة (٢١,٩ %) تعدد التبعية والملكية للمؤسسات الصحية، و اشار (٣١) مبحوثا وبنسبة (٨,٧ %) الاختلاف في الاداء والممارسة والنتائج واختلاف مستويات الخدمة ، و اشار (١٩) مبحوثا وبنسبة ( ٥,٣ %) عدم تضمين المناهج الدراسية بكليات الطب والتمريض تنويه كاف عن إدارة الجودة والمعايير الصحية، في حين اشار (٨) مبحوثا وبنسبة ( ٢,٢ %) تغير الدعم السياسي لبرامج الجودة بتغير القيادات والوزارات.

#### ٥١ - معوقات تطوير خدمات الرعاية الصحية:

#### جدول (٥٢) يبين أهم معوقات تطوير خدمات الرعاية الصحية من وجهة نظر عينة الدراسة

| العدد | %    | الحالة   |
|-------|------|--|
| ٩     | ٢,٥  | أهداف المستشفى غير واضحة بالنسبة لي  |
| ١٩    | ٥,٣  | خدمات الرعاية الصحية المقدمة لا تتناسب مع احتياجاتنا                       |
| ٤٣    | ١٢,١ | لا يتم الالتزام بالتشريعات والقرارات المرتبطة بتحقيق الرعاية الصحية للمرضى |
| ٨٨    | ٢٤,٧ | ضعف الموارد والإمكانيات المتعلقة بتقديم خدمات الرعاية الصحية لنا           |
| ٨٤    | ٢٣,٦ | توافر أطباء على مستوى عالي من الكفاءة                                      |
| ٥٩    | ١٦,٦ | عدم توافر للعدد الكافي من هيئة التمريض لمتابعتنا                           |
| ٣٤    | ٩,٦  | ضعف المخصصات المالية من وزارة الصحة لرعايتنا                               |
| ١٢    | ٣,٤  | نقص عدد الأطباء المتخصصين للإشراف علينا                                    |
| ٨     | ٢,٢  | الفساد المالي والاداري المستشري في المؤسسات الصحية                         |
| ٣٥٦   | ١٠٠  | المجموع  |

يتبين من الجدول ان (٨٨) مبحوثا وبنسبة ( ٢٤,٧ %) اجابوا ان من معوقات تطوير خدمات الرعاية الصحية هو ضعف الموارد والإمكانيات المتعلقة بتقديم خدمات الرعاية الصحية لنا، في حين اشار ( ٨٤ ) مبحوثا وبنسبة (٢٣,٦ %) توافر أطباء على مستوى عالي من الكفاءة، و اشار (٥٩) مبحوثا

وبنسبة (١٦,٦%) عدم توافر العدد الكافي من هيئة التمريض لمتابعتنا، وأشار (٤٣) مبحوثاً وبنسبة (١٢,١%) لا يتم الالتزام بالتشريعات والقرارات المرتبطة بتحقيق الرعاية الصحية للمرضى، وأشار (٣٤) مبحوثاً وبنسبة (٩,٦%) ضعف المخصصات المالية من وزارة الصحة لرعايتنا، في حين أشار (١٩) مبحوثاً وبنسبة (٥,٣%) خدمات الرعاية الصحية المقدمة لا تتناسب مع احتياجاتنا، وأشار (١٢) مبحوثاً وبنسبة (٣,٤%) نقص عدد الاطباء المتخصصين للإشراف علينا، وأشار (٩) مبحوثاً وبنسبة (٢,٥%) أهداف المستشفى غير واضحة لهم، في حين أشار (٨) مبحوثاً وبنسبة (٢,٢%) الفساد المالي والاداري المستشري في المؤسسات الصحية.

## ٥٢- المقترحات لتفعيل تطوير خدمات الرعاية الصحية من وجهة نظر عينة الدراسة:

### جدول (٥٣) يبين أهم المقترحات لتفعيل تطوير خدمات الرعاية الصحية من وجهة نظر عينة الدراسة

| العدد | %    | الحالة   |
|-------|------|--|
| ٩     | ٢,٥  | إتاحة الفرصة في التعبير عن آراءنا فيما يتم تقديمه من خدمات الرعاية                                     |
| ١٩    | ٥,٣  | إيجاد نظاماً يساعد في تقديم خدمات الرعاية الصحية بشكل فعال   |
| ٣٥    | ٩,٨  | التأكيد على روح المشاركة بيننا وبين المسؤولين  |
| ٧٠    | ١٩,٧ | التأكيد على مراقبة تقديم الخدمات الصحية لنا لمكافحة الفساد في مجتمعنا                                  |
| ٩٦    | ٢٦,٩ | وجود إلزامية صارمة بسيادة القانون عن تقديم خدمات الرعاية الصحية داخل المستشفى                          |
| ٧٤    | ٢٠,٨ | العمل على توفير عدد كافي من هيئة التمريض لأداء أفضل في تقديم خدمات الرعاية الصحية                      |
| ٣١    | ٨,٧  | وجود إشراف مستمر لمراقبة صرف كمية الأدوية بشكل كافي لنا  |
| ٢٢    | ٦,١  | العمل على تسهيل إجراءات الحصول على الخدمات الرعاية الصحية بالمستشفى سواء بالمجتمعات الحضرية أو الريفية |
| ٣٥٦   | ١٠٠  | المجموع  |

يتبين من الجدول ان (٩٦) مبحوثاً وبنسبة (٢٦,٩%) اجابوا ان من اهم مقترحات لتفعيل تطوير خدمات الرعاية الصحية هو وجود إلزامية صارمة بسيادة القانون عن تقديم خدمات الرعاية الصحية داخل المستشفى، وأشار (٧٤) مبحوثاً وبنسبة (٢٠,٨%) العمل على توفير عدد كافي من هيئة التمريض لأداء أفضل في تقديم خدمات الرعاية الصحية داخل المستشفى، وأشار (٧٠) مبحوثاً وبنسبة (١٩,٧%) التأكيد على مراقبة تقديم الخدمات الصحية لنا لمكافحة الفساد في مجتمعنا، وأشار (٣٥) مبحوثاً وبنسبة (٩,٨%) التأكيد على روح المشاركة بيننا وبين المسؤولين، وأشار (٣١) مبحوثاً وبنسبة (٨,٧%) وجود إشراف مستمر للمراقبة صرف كمية الأدوية بشكل كافي لنا، وأشار (٢٢) مبحوثاً وبنسبة (٦,٢%) العمل على تسهيل إجراءات الحصول على الخدمات الرعاية الصحية بالمستشفى سواء بالمجتمعات الحضرية أو الريفية، وأشار (١٩) مبحوثاً وبنسبة (٥,٣%) إيجاد نظاماً يساعد في تقديم خدمات الرعاية الصحية بشكل فعال، وأشار (٩) مبحوثاً وبنسبة (٢,٥%) أهداف المستشفى غير واضحة بالنسبة لهم.

## ٥٣ - كيفية تطوير خدمات الرعاية الصحية من وجهة نظر المبحوثين:

جدول (٥٤) يبين كيفية تطوير خدمات الرعاية الصحية من وجهة نظر عينة الدراسة

| العدد | %    | الحالة  |
|-------|------|---|
| ١٠    | ٢,٨  | توزيع المستشفى علينا نشرات عن السلوكيات الصحية السليمة                                      |
| ٢٩    | ٨,١  | تنظيم المستشفى حملات التوعية البيئية في المجتمع   |
| ٤٥    | ١٢,٦ | زيادة اعداد المستشفيات والمراكز الصحية بما يتناسب مع الزيادة السكانية                       |
| ٨٤    | ٢٣,٦ | تشارك إدارة المستشفى ومختلف القيادات المحلية في حملات التوعية ببرامج رعاية الطفولة والأمومة |
| ٦٩    | ١٩,٤ | يزود المسؤولين بكافة المعلومات عن وسائل تنظيم الأسرة  |
| ٦١    | ١٧,١ | تنفيذ المستشفى ندوات للتوعية بالأمراض وطرق الوقاية منها                                     |
| ٤٧    | ١٣,٢ | يتوفر بالمستشفى جميع التخصصات الطبية التي أحتاجها   |
| ١١    | ٣,١  | يتم تزويد المستشفى بالأجهزة الطبية الحديثة باستمرار   |
| ٣٥٦   | ١٠٠  | المجموع   |

يتبين من الجدول ان (٨٤) مبحثاً وبنسبة (٢٣,٦ %) ان تطور خدمات الرعاية الصحية من وجهة نظر المبحوثين، من خلال تشارك ادارة المستشفى ومختلف القيادات المحلية في حملات التوعية ببرامج رعاية الطفولة والأمومة، وأشار (٦٩) مبحثاً وبنسبة (١٩,٤%) يزود المسؤولين بكافة المعلومات عن وسائل تنظيم الأسرة، في حين اشار (٦١) مبحثاً وبنسبة (١٧,١ %) تنفيذ المستشفى ندوات للتوعية بالأمراض وطرق الوقاية منها، وأشار (٤٧) مبحثاً وبنسبة (١٣,٢ %) يتوفر بالمستشفى جميع التخصصات الطبية التي أحتاجها، وأشار (٤٥) مبحثاً وبنسبة (١٢,٦ %) زيادة اعداد المستشفيات والمراكز الصحية بما يتناسب مع الزيادة السكانية، وأشار (٢٩) مبحثاً وبنسبة (٨,١ %) تنظيم المستشفى حملات التوعية البيئية في المجتمع، وأشار (١١) مبحثاً وبنسبة (٣,٠٩%) يتم تزويد المستشفى بالأجهزة الطبية الحديثة، في حين اشار (١٠) مبحثاً وبنسبة (٢,٨ %) توزيع المستشفى علينا نشرات عن السلوكيات الصحية السليمة.

## ٥٤ - دور القوانين والتشريعات في نشر الوعي الصحي والثقافة الصحية في المجتمع العراقي:

جدول (٥٥) يبين دور القوانين والتشريعات في نشر الوعي الصحي والثقافة الصحية في المجتمع العراقي من وجهة نظر عينة الدراسة

| العدد | %    | الحالة                                  |
|-------|------|---|
| ١٢    | ٣,٣  | زيادة الوعي الصحي والثقافة الصحية       |
| ٤٩    | ١٣,٨ | الحد من التلوث البيئي والصحي            |
| ٨٠    | ٢٢,٥ | تطوير الجوانب التي تختص بالأنشطة الصحية |

|      |     |   |
|------|-----|---|
| ٢٩,٥ | ١٠٥ | مراقبة الأنشطة المتعلقة بالجوانب الصحية       |
| ٢٣,٩ | ٨٥  | تنفيذ القوانين التي تتعلق بالرقابة الصحية فقط |
| ٧    | ٢٥  | أخرى تذكر                                     |
| ١٠٠  | ٣٥٦ | المجموع                                       |

يتبين من الجدول ان (١٠٥) مبحوثا وبنسبة (٢٩,٤%) اشاروا ان دور القوانين والتشريعات في نشر الوعي الصحي والثقافة الصحية في المجتمع العراقي هو مراقبة الأنشطة المتعلقة بالجوانب الصحية، و اشار (٨٥) مبحوثا وبنسبة (٢٣,٩%) تنفيذ القوانين التي تتعلق بالرعاية الصحية فقط، و اشار (٨٠) مبحوثا وبنسبة (٢٢,٥%) تطوير الجوانب التي تختص بالأنشطة الصحية، و اشار (٤٩) مبحوثا وبنسبة (١٣,٧%) الحد من التلوث البيئي الصحي، و اشار (٢٥) مبحوثا وبنسبة (٧%) الى عوامل أخرى، و اشار (١٢) مبحوثا وبنسبة (٣,٤%) زيادة الوعي الصحي والثقافة الصحية.

ان مراقبة الأنشطة المتعلقة بالجوانب الصحية، وتنفيذ القوانين التي تتعلق بالرقابة الصحية، يجب ان لا يقتصر على ذلك فقط وانما نود الاشارة هنا إلى أن تفعيل او تحديث التشريعات والقوانين في المؤسسات ان يتناول ظاهرة جديرة بالذكر هنا وهي ظاهرة الاعتداء على الكوادر أو العاملين في المؤسسات الطبية لأن ظاهرة الاعتداء على الكوادر الطبية بصورة عامة والاطباء والممرضات بصورة خاصة تُعد من الظواهر التي تزايدت في العراق واتخذت اشكالا متنوعة من التجاوز اللفظي والاعتداء البدني إلى التهديد والمطالبة بالفصل العشائري وصولاً إلى الاختطاف والمطالبة بالفدية لأسباب مجهولة واسوءها الحوادث بالغة الاسف ولعل اهم الاسباب هو غياب او عدم تفعيل التشريعات الضامنة لحماية الكوادر الطبية وعدم سيادة تطبيق سلطة القانون على جميع افراد المجتمع وعدم كفاية او فعالية الحماية المتوفرة للكوادر الطبية في بعض المؤسسات، وكذلك استغلال بعض الافراد لانتماءات معينة كذريعة للتجاوز والاعتداء على تلك الكوادر بدون وجه حق ووجود اعتقاد خاطئ لدى بعض ذوي المرضى بان المضاعفات التي حصلت لمريضهم او وفاته تعود إلى تقصير من الطبيب او الكوادر الطبية العاملة في المؤسسة او العيادات الطبية بينما قد تعود المضاعفات او حالة الوفاة إلى المرض نفسه او الامراض المزمنة المرافقة، وكذلك استغلال بعض العوائل لأي مضاعفات او حالة وفاة يسببها المرض نفسه وليس الاخطاء الطبية للحصول على تعويضات. علما ان هنالك طرق وضوابط ادارية وقانونية واقسام ولجان فنية متخصصة يمكن لذوي المريض اللجوء اليها لعرض قضيتهم ومن ثم يمكن دراسة الحالة لمعرفة الاسباب الحقيقية وراء المضاعفات او الوفاة وان هنالك قاعدة مهنية طبية وهي ان مسؤولية الطبيب هي مسؤولية عناية وليس شفاء اي ان واجب الطبيب ان يبذل اقصى جهده وما هو متفق عليه علميا لتشخيص وعلاج المرض بكل ما هو متاح لديه اما شفاء المريض او عدم شفائه او حصول مضاعفات او وفاة نتيجة المرض بعد تقديم



الرعاية الطبية العلمية الصحيحة الكاملة فان ذلك شيء لا يضمنه وليتحكم به الا ارادة رب العالمين (واذا مرضت فهو يشفين).

٥٥- دور دوائر التوعية والإعلام بوزارة الصحة في تنمية الوعي الصحي في المجتمع:

جدول (٥٦) يبين دور دوائر التوعية والإعلام بوزارة الصحة في تنمية الوعي الصحي في المجتمع من وجهة نظر عينة الدراسة

| الحالة  | العدد | %    |
|---|-------|------|
| الإرشاد بإتباع السلوكيات السليمة التي تحافظ على الجوانب الصحية  | ١١٢   | ٣١,٥ |
| الإرشاد بإتباع السلوكيات السليمة التي تحافظ على الجوانب البيئية | ٢٤٤   | ٦٨,٥ |
| المجموع   | ٣٥٦   | ١٠٠  |

يتبين من الجدول ان (٢٤٤) مبحوثا وبنسبة (٦٨,٥ %) اشاروا بأن دور دوائر التوعية والإعلام بوزارة الصحة في تنمية الوعي الصحي في المجتمع هو الإرشاد بإتباع السلوكيات السليمة التي تحافظ على الجوانب البيئية، في حين اشار (١١٢) مبحوثا وبنسبة (٣١,٥ %) الارشاد بأتباع السلوكيات السليمة التي تحافظ على الجوانب الصحية.

٥٦- اجابة عينة الدراسة حول ان تضع وزارة الصحة برامج متعددة لتنمية الوعي البيئي والصحي:

جدول (٥٧) يبين اجابة عينة الدراسة حول ان تضع وزارة الصحة برامج متعددة لتنمية الوعي البيئي والصحي

| الحالة    | التكرار | %    |
|-----------|---------|------|
| لا        | ٣       | ٠,٨  |
| الى حد ما | ١٤      | ٣,٩  |
| نعم       | ٣٣٩     | ٩٥,٣ |
| المجموع   | ٣٥٦     | ١٠٠  |

يتبين من الجدول ان (٣٣٩) وبنسبة (٩٥,٣ %) اجابوا بنعم، ان تضع وزارة الصحة برامج متعددة لتنمية الوعي البيئي والصحي، في حين اشار (١٤) مبحوثا وبنسبة (٣,٩ %) الى حد ما، في حين اشار (٣) مبحوثا وبنسبة (٠,٨ %) لا .

٥٧- أهم البرامج التي يجب ان تضعها الوزارة لتقوم بتنمية الوعي البيئي والصحي من وجهة نظر عينة الدراسة:

جدول (٥٨) يبين أهم البرامج التي يجب ان تضعها الوزارة لتقوم بتنمية الوعي البيئي والصحي من وجهة نظر عينة الدراسة (ن=٣٣٩)

| الحالة  | العدد | %    |
|---|-------|------|
| الندوات   | ٢٦    | ٧,٧  |
| المحاضرات                                       | ٢٧    | ٧,١  |
| المنشورات والمطويات                             | ١١٢   | ٣٣,٠ |
| إصدار كتيبات تتعلق بالوعي التنموي البيئي والصحي | ١٠٢   | ٣٠,١ |
| برامج توعوية تتعلق بالسلامة الغذائية والبيئية   | ٤٥    | ١٣,٣ |
| كل ما سبق                                       | ٢٧    | ٧,١٠ |
| المجموع   | ٣٣٩   | ١٠٠  |

يتضح من الجدول ان (١١٢) مبحثا وبنسبة (٣٣,١%) المنشورات والمطويات من اهم برامج التي يجب ان تضعها الوزارة لتقوم بتنمية الوعي البيئي والصحي، في حين اشار (١٠٢) مبحثا وبنسبة (٣٣,٠%) إصدار كتيبات تتعلق بالوعي التنموي البيئي والصحي، في حين اشار (٤٥) مبحثا وبنسبة (١٣,٣%) برامج توعوية تتعلق بالسلامة الغذائية والبيئية، وأشار (٢٧) مبحثا وبنسبة (٧,١٠%) المحاضرات، وأشار (٢٧) مبحثا (٧,١٠%) كل ما سبق، في حين اشار (٢٦) مبحثا وبنسبة (٧,٧%) الندوات.

# **الفصل العاشر**

**عرض وتحليل بيانات الدراسة ومناقشة نتائجها في ما  
يتعلق**

**أولاً: المحور السادس: رضا المرأة عن الرعاية الصحية**

**ثانياً: نتائج اختبار فرضيات الدراسة**

يتضمن هذا الفصل استجابات عينة الدراسة على اسئلة عامة عن الرضا عن المنظومة المعرفية والرعاية الصحية، وقد شمل على (١٩ فقرة) بحيث تتم الإجابة على كل فقرة من فقراته بشكل مغلق وتبعاً للمقياس الثلاثي (لا، الى حد ما، نعم)، بحيث تمنح الاستجابة على المقياس الثلاثي درجة تتراوح ما بين (٣-١) على الترتيب وكما موضح في الجدول الآتي:

**جدول (٥٩) درجات بدائل الاستجابة على فقرات الاستبانة (المحور السادس)**

| بدائل الاستجابة | لا | الى حد ما | نعم |
|-----------------|----|-----------|-----|
| الدرجة          | ١  | ٢         | ٣   |

وقد تراوحت الدرجة الكلية للاستجابة على هذا المحور ما بين (٢٦ - ٧٨) ثم تم تقسيم الاستجابات إلى استجابات منخفضة ومتوسطة ومرتفعة وحسب الجدول الآتي:

**جدول رقم (٦٠) فئات الاستجابة لعينة الدراسة**

| الفئة     | الفئة الاولى                  | الفئة الثانية                  | الفئة الثالثة                  |
|-----------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| الاستجابة | (استجابة منخفضة) اقل من ١,٦٦٧ | (استجابة متوسطة) ١,٦٦٧ - ٢,٣٣٤ | (استجابة مرتفعة) اكبر من ٢,٣٣٤ |
| الاسئلة   | لا                            | محايد                          | نعم                            |

ولغرض تقسيم مستوى اجابات عينة الدراسة حول الرضا الوظيفي تم اختبار جميع فقرات استمارة الاستبيان باستخدام مربع كاي والجدول الاتي يعرض درجة الموافقة والوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة مربع كاي ودرجة الحرية والدلالة الاحصائية .

**جدول ( ٦١ ) استجابات افراد عينة الدراسة على محور الرضا عن المنظومة الاجتماعية والرعاية**

#### الصحية

| رقم العبارة   | درجة الموافقة |           |     | الانحراف المعياري | الوسط الحسابي | قيمة كا <sup>٢</sup> | درجة الحرية | الدلالة الاحصائية | الرتبة | تقييم |
|---|---------------|-----------|-----|-------------------|---------------|----------------------|-------------|-------------------|--------|-------|
|   | لا            | الى حد ما | نعم |                   |               |                      |             |                   |        |       |
| ١٠- هل الطبيب بشكل مرضي يقوم بشرح المرض وماهي طرق الوقاية والعلاج       | ٧             | ٤١        | ٢٠٢ | ٠,٤٧٨             | ٢,٧٨          | ٢٦٠,٤٠٨              | ٢           | ٠,٠٠٠             | ١      | مرتفع |
| ٦- هل هناك عدد مناسب من الموظفين في المستشفى لأداء جميع احتياجات المرضى | ٨             | ٤٢        | ٢٠٠ | ٠,٤٩٣             | ٢,٧٦٨         | ٢٥١,٩٣٦              | ٢           | ٠,٠٠٠             | ٢      | مرتفع |

|       |    |       |   |         |       |       |     |    |    |   |
|-------|----|-------|---|---------|-------|-------|-----|----|----|---|
| مرتفع | ٣  | ٠,٠٠٠ | ٢ | ٢٤٧,٣٥٢ | ٠,٥٠٥ | ٢,٧٦  | ١٩٩ | ٤٢ | ٩  | ١٧- هل انت مقتنعة بالخدمات بالمستشفيات العامة المتعلقة بالصيدلية من وجهة نظر المرضى   |
| مرتفع | ٤  | ٠,٠٠٠ | ٢ | ٢٤٣,٦٠٨ | ٠,٥٠٧ | ٢,٧٥٦ | ١٩٨ | ٤٣ | ٩  | ١٨- هل انت مقتنعة بالخدمات بالمستشفيات العامة المتعلقة بالصيدلية من وجهة نظر المرضى   |
| مرتفع | ٧  | ٠,٠٠٠ | ٢ | ٢٤٥,٨٦٤ | ٠,٥٢٥ | ٢,٧٥٢ | ١٩٩ | ٤٠ | ١١ | ١١- هل هناك قلق حول جودة الخدمات  |
| مرتفع | ٨  | ٠,٠٠٠ | ٢ | ١٥٢,٢٣٧ | ٠,٥٠١ | ٢,٧٥٢ | ١٩٦ | ٤٦ | ٨  | ١٩- الخدمات المتعلقة بالتغذية   |
| مرتفع | ٩  | ٠,٠٠٠ | ٢ | ٢٣٣,٨٨٨ | ٠,٥٤  | ٢,٧٣٦ | ١٩٦ | ٤٢ | ١٢ | ١٦- هل تثقين في الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية   |
| مرتفع | ١٣ | ٠,٠٠٠ | ٢ | ١٥٢,٠٢٤ | ٠,٦٦٥ | ٢,٥٩٦ | ١٧٤ | ٥١ | ٢٥ | ١٥- هل تثقين في عمل الاطباء والكوادر العاملة في المستشفى  |
| مرتفع | ١٤ | ٠,٠٠٠ | ٢ | ١٣١,٠٤٨ | ٠,٦٨١ | ٢,٥٦  | ١٦٧ | ٥٦ | ٢٧ | ١٣- هل وسائل وانشطة التعقيم التي تلقيتها في المستشفى كانت مفيدة لكي، وتلبي جميع احتياجات المريضة  |
| مرتفع | ١٥ | ٠,٠٠٠ | ٢ | ٥٦,٢٦٤  | ٠,٧٤٢ | ٢,٣٨٤ | ١٣٥ | ٧٦ | ٣٩ | ٩- هل الاطباء في المستشفى على مستوى عالي من الكفاءة والقدرة في الاجابة على جميع الأسئلة التي تتعلق بالمرأة  |
| متوسط | ١٦ | ٠,٠٠٠ | ٢ | ٤١,٣٨٤  | ٠,٨٠٩ | ٢,٣٠٤ | ١٣١ | ٦٤ | ٥٥ | ٣- هل يعاني القطاع الصحي في العراق من ضعف الإنفاق بالمقارن بالقطاعات الأخرى في المجتمع  |
| متوسط | ١٧ | ٠,٠٠٠ | ٢ | ٢٧,٢٧٢  | ٠,٧٨٤ | ٢,٢٦٨ | ١١٩ | ٧٩ | ٥٢ | ١٤- هل تعتقدين ان ادارة المستشفى تقوم بتقديم الخدمات الصحية والعلاجية التي تحتاج اليها المرأة بصورة مستمرة، وكل ما لديها للمريضة من عناية ورعاية صحية |
| متوسط | ١٨ | ٠,٠٤٣ | ٢ | ٦,٢٧٢   | ٠,٨٣٣ | ٢,١١٢ | ١٠٢ | ٧٤ | ٧٤ | ١- هل تحقق الأنظمة الصحية الحالية ( من مستشفيات وعيادات ومراكز طبية ) للرعاية الصحية المنشودة   |
| متوسط | ١٩ | ٠,١١٩ | ٢ | ٤,٢٥٦   | ٠,٨٢  | ٢,١٠٤ | ٩٨  | ٨٠ | ٧٢ | ٨- هل الرعاية الصحية تقوم بتوفير الاجهزة والمعدات الطبية التي يحتاجها المريض عندما يطلب ذلك مثل   |

|        |    |       |   |        |       |       |    |     |     | الفحص بالأشعة .. الخ   |
|--------|----|-------|---|--------|-------|-------|----|-----|-----|--|
| متوسط  | ٢٠ | ٠,١٣٨ | ٢ | ٣,٩٦٨  | ٠,٨٣٧ | ٢,٠٨  | ٩٨ | ٧٤  | ٧٨  | ٧- هل الانظمة الصحية الحالية الرعاية الملائمة للمرأة التي تقوم على توفير الاجهزة والمعدات الطبية التي يحتاجها المريض |
| متوسط  | ٢١ | ٠,٧٣٨ | ٢ | ٠,٦٠٨  | ٠,٨٣١ | ٢,٠١٦ | ٨٨ | ٧٨  | ٨٤  | ٥- هل الفساد المالي والاداري المستشري في المؤسسات الصحية أدى الى عدم توفير الرعاية الكاملة للمرضى                    |
| متوسط  | ٢٢ | ٠,٠١٤ | ٢ | ٨,٥٠٤  | ٠,٧٦٣ | ١,٩٨٨ | ٧١ | ١٠٥ | ٧٤  | ٢- ما أسباب عدم تحقيق الأنظمة الصحية الحالية للرعاية الصحية المنشودة   |
| متوسط  | ٢٣ | ٠,٠٠٩ | ٢ | ٩,٤٦٤  | ٠,٧٦١ | ١,٩٤٨ | ٦٦ | ١٠٥ | ٧٩  | ١٢- لا توجد خدمات تراعي المرضى في المستشفيات مما يضطر المريض الى الانتظار فترة طويلة لرؤية الطبيب                    |
| منخفضة | ٢٦ | ٠     | ٢ | ٦١,٩٢٨ | ٠,٧٢٩ | ١,٥٩٦ | ٣٦ | ٧٧  | ١٣٧ | ٤- هل زيادة الإنفاق على الصحة هو الوسيلة التي تؤدي لتحسين مستوى خدمات الرعاية الصحية المقدمة                         |

جاء في الترتيب الأول الفقرة (١٠) التي تنص \*هل الطبيب بشكل مرضي يقوم بشرح المرض وماهي طرق الوقاية والعلاج من وجهه نظر افراد عينة الدراسة وبوسط حسابي (٢,٧٨).

في حين جاءت في الترتيب الثاني الفقرة (٦) \*هل هناك عدد مناسب من الموظفين في المستشفى لأداء جميع احتياجات المرضى من وجهه نظر عينة الدراسة وبوسط حسابي (٢,٧٦٨).

اما بالنسبة الى الفقرة (١٧) \* هل انت مقتنعة بالخدمات بالمستشفيات العامة المتعلقة بالصيدالية من وجهة نظر المرضى فقد جاءت في الترتيب الثالث لأفراد عينة الدراسة، وبوسط حسابي (٢,٧٦).

ان توفير الخدمات بالمستشفيات العامة وفي جميع القطاع الصحي يعتبر من اهم واجبات الدولة تجاه مواطنيها وهذا يعتمد على السياسة الصحية للدولة ومدى توفير الامكانيات المادية بخصوص هذا القطاع الذي يساعد الاهتمام به على تطوير المجتمع والتخلص من الامراض.

اما بالنسبة إلى الفقرة (١٨) \*هل انت مقتنعة بالخدمات بالمستشفيات العامة المتعلقة بالصيدلة من وجهه نظر المرضى فقد جاءت في الترتيب الرابع لأفراد عينة الدراسة، وبوسط حسابي (٢,٧٥٦).

في حين جاءت في الترتيب الخامس الفقرة (١١) \* هل هناك قلق حول جودة الخدمات لأفراد عينة الدراسة، وبوسط حسابي (٢,٧٥٢).

اما بالنسبة لفقرة (١٩) \* الخدمات المتعلقة بالتغذية فقد جاءت في الترتيب السادس لأفراد عينة الدراسة، وبوسط حسابي (٢,٧٥٢).

في حين جاءت الفقرة (١٦) \* هل تثقين في الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية في الترتيب السابع لأفراد عينة الدراسة، وبوسط حسابي (٢,٧٥٢).

في حين جاءت الفقرة (١٥) \* هل تثقين في عمل الاطباء والكوادر العاملة في المستشفى في الترتيب الثامن لأفراد عينة الدراسة، وبوسط حسابي (٢,٥٩٦).

وجاءت الفقرة (١٣) \* هل وسائل وانشطة التثقيف التي تلقيتها في المستشفى كانت مفيدة لكي وتلبي جميع احتياجات المريضة في الترتيب التاسع لأفراد عينة الدراسة بمجموع، وبوسط حسابي (٢,٥٦).

فقد جاءت الفقرة (٩) \* هل الاطباء في المستشفى على مستوى عالي من الكفاءة والقدرة في الاجابة على جميع الاسئلة التي تتعلق بالمرأة في الترتيب العاشر لأفراد عينة الدراسة، وبوسط حسابي (٢,٣٨٤). وجاءت الفقرة (٣) \* هل يعاني القطاع الصحي في العراق من ضعف الانفاق بالمقارن بالقطاعات الاخرى في المجتمع في الترتيب الحادي عشر لأفراد عينة الدراسة، وبوسط حسابي (٢,٣٠٤).

في حين احتلت الترتيب الثاني عشر الفقرة (١٤) \* هل تعتقدين ان ادارة المستشفى تقوم بتقديم الخدمات الصحية والعلاجية التي تحتاج اليها المرأة بصورة مستمرة، وكل ما لديها للمريضة من عناية ورعاية صحية من وجهه نظر أفراد عينة الدراسة، وبوسط حسابي (٢,٢٦٨).

جاءت الفقرة (١) \* هل تحقق الانظمة الصحية الحالية من مستشفيات وعيادات ومراكز طبية الرعاية الصحية المنشودة في الترتيب الثالث عشر من وجهه نظر أفراد عينة الدراسة، وبوسط حسابي (٢,١١٢).

احتلت الفقرة (٨) \* هل الرعاية الصحية تقوم بتوفير الاجهزة والمعدات الطبية التي يحتاجها المريض عندما يطلب ذلك مثل الفحص بالأجهزة في الترتيب الرابع عشر من وجهه نظر أفراد عينة الدراسة، وبوسط حسابي (٢,١٠٤).

جاءت الفقرة (٧) \* هل الانظمة الصحية الحالية الرعاية الملائمة للمرأة التي تقوم على توفير الاجهزة والمعدات الطبية التي يحتاجها المريض في الترتيب الخامس عشر من وجهه نظر أفراد عينة الدراسة وبوسط حسابي (٢,٠٨).

وجاءت في الترتيب السادس عشر الفقرة ( ٥ ) \* هل الفساد المالي والاداري المستشري في المؤسسات الصحية أدى الى عدم توفير الرعاية الكاملة للمرضى من وجهه نظر أفراد عينة الدراسة وبوسط حسابي (٢,٠١٦).

في حين احتلت الفقرة ( ٢ ) \* ما أسباب عدم تحقيق الانظمة الصحية الحالية للرعاية الصحية المنشودة في الترتيب السابع عشر من وجهه نظر أفراد عينة الدراسة، وبوسط حسابي ( ١,٩٨٨ ).

وجاءت الفقرة (١٢) \* لا توجد خدمات تراعي المرضى في المستشفيات مما يضطر المريض الى الانتظار فترة طويلة للرؤية الطبيب في الترتيب الثامن عشر من وجهه نظر أفراد عينة الدراسة، وبوسط حسابي ( ١,٩٤٨ ).

واحتلت الفقرة ( ٤ ) هل زيادة الانفاق على الصحة هو الوسيلة التي تؤدي لتحسين مستوى خدمات الرعاية الصحية المقدمة في الترتيب التاسع عشر من وجهه نظر أفراد عينة الدراسة، وبوسط حسابي(١,٥٩٦).

يشير الجدول أعلاه أنه توجد فروق ذات دلالة احصائية في رأي المرأة المتزوجة اتجاه المنظومة المعرفية للمرأة والرعاية الصحية لها في جميع الفقرات ماعدا الفقرات(٥- هل الفساد المالي والاداري المستشري في المؤسسات الصحية أدى الى عدم توفير الرعاية الكاملة للمرضى، ٧- هل الانظمة الصحية الحالية الرعاية الملائمة للمرأة التي تقوم على توفير الاجهزة والمعدات الطبية التي يحتاجها المريض، ٨- هل الرعاية الصحية تقوم بتوفير الاجهزة والمعدات الطبية التي يحتاجها المريض عندما يطلب ذلك مثل الفحص بالأشعة .. الخ) تحت مستوى دلالة اقل من(٠,٠٥). مما يشير إلى إمكانية رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البديل المشير إلى وجود فروق ذات دلالة احصائية في رأي المرأة المتزوجة اتجاه المنظومة المعرفية للمرأة والرعاية الصحية لها.

**نستنتج من ذلك:** ان أهمية الدور الاجتماعي للمستشفى لا تقل أبداً عن دورها العلاجي، حيث يجب أن تقوم المستشفى بمبادرات لتعزيز دورها الاجتماعي ومسئوليتها الاجتماعية في الرعاية الصحية والوقاية من الأمراض، وكان لزاماً عرض تلك المبادرات والتعرض لها وقياس مدى تأثيرها على المجتمع. وأكدت عينة البحث ضرورة الاهتمام برضى المريض عن طريق خطة موضوعة هدفها وصول المرضى والعاملين لمرحلة الرضا، حيث أن مستوى الرضا عينة الدراسة عن الإداريين والطاقم الفني (أطباء وتمريض) كذلك المرضى هو مستوى ليس لا يلبي الطموح، ويجب العمل على الوصول إلى جودة الخدمات الصحية المقدمة للمريض حيث تعتبر مسؤولية يشترك فيها الجميع، ويتطلب وضع خطة استراتيجية تكون قائمة على رؤية واضحة تتغلب على أي فجوات تعيق تقديم خدمات الرعاية الصحة.



اسئلة دراسة الرضا الوظيفي:

-السؤال الاول هل توجد فروق ذات دلالة احصائية في رأي المرأة المتزوجة اتجاه المنظومة المعرفية للمرأة والرعاية الصحية تعزى لمستوى الدخل الشهري.

للإجابة على السؤال اعلاه نجد الفرضية الاتية:

الفرضية الصفرية: لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في رأي المرأة المتزوجة اتجاه المنظومة المعرفية للمرأة والرعاية الصحية تعزى للمستوى الدخل الشهري

الفرضية البديلة: توجد فروق ذات دلالة احصائية في رأي المرأة المتزوجة اتجاه المنظومة المعرفية للمرأة والرعاية الصحية تعزى للمستوى الدخل الشهري

جدول رقم (٦٢) يوضح رأي المرأة المتزوجة اتجاه المنظومة المعرفية للمرأة والرعاية الصحية تعزى لمستوى الدخل الشهري

| ارقام العبارات | قيمة كا <sup>٢</sup> | درجة الحرية | مستوى الدلالة الاحصائية | ارقام العبارات | قيمة كا <sup>٢</sup> | درجة الحرية | مستوى الدلالة الاحصائية |
|----------------|----------------------|-------------|-------------------------|----------------|----------------------|-------------|-------------------------|
| ١              | ٦,٠٩٧                | ٤           | ٠,١٩٢                   | ١١             | ٢,٤٠٢                | ٤           | ٠,٦٦٢                   |
| ٢              | ٧,٠٢٩                | ٤           | ٠,١٣٤                   | ١٢             | ٥,٢٩                 | ٤           | ٠,٢٥٩                   |
| ٣              | ٩,٢١٨                | ٤           | ٠,٠٥٦                   | ١٣             | ٣,٠٩٦                | ٤           | ٠,٥٤٢                   |
| ٤              | ٣,٩٥١                | ٤           | ٠,٤١٣                   | ١٤             | ١١,٣٢١               | ٤           | ٠,٠٢٣                   |
| ٥              | ١,٧١٨                | ٤           | ٠,٩٤٩                   | ١٥             | ١,٠٩                 | ٤           | ٠,٨٩٦                   |
| ٦              | ١,٠٧٧                | ٤           | ٠,٨٩٨                   | ١٦             | ١,٨١٢                | ٤           | ٠,٧٦٩                   |
| ٧              | ٣,٦٦                 | ٤           | ٠,٤٥٤                   | ١٧             | ١,٤٧                 | ٤           | ٠,٨٣٢                   |
| ٨              | ٤,٠٨٢                | ٤           | ٠,٣٩٥                   | ١٨             | ١,٩١                 | ٤           | ٠,٧٥٢                   |
| ٩              | ٥,٣٣٣                | ٤           | ٠,٢٥٥                   | ١٩             | ١,٦٧٦                | ٤           | ٠,٧٩٥                   |
| ١٠             | ١,٤٠٨                | ٤           | ٠,٨٤٣                   |                |                      |             |                         |

من الجدول اعلاه نجد ان جميع الفقرات ليس لها دلالة احصائية تحت مستوى معنوية اقل من (٠,٠٥) باستثناء الفقرة رقم (١٤) - هل تعتقد ان ادارة المستشفى تقوم بتقديم الخدمات الصحية والعلاجية التي تحتاج اليها المرأة بصورة مستمرة، وكل ما لديها للمريضة من عناية ورعاية صحية

حيث وجد ان هنالك فروق ذات دلالة احصائية في رأي المرأة المتزوجة اتجاه الثقة بالكوادر الطبية العاملة في المستشفى يعزى إلى الدخل الشهري حيث كانت الاستجابة متوسطة على هذه الفقرة وبلغ المتوسط الحسابي لها (٢,٢٦٨) بانحراف معياري قدره (٠,٧٨٤). مما يشير إلى إمكانية رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البديل المشير إلى وجود فروق في رأي المرأة المتزوجة اتجاه الثقة بالكوادر الطبية العاملة في المستشفى.

هذه البيانات السابقة تؤكد على أنه كلما ارتفع دخل الأسرة، امكن للأسرة الحصول على احتياجاتها من الخدمات الصحية، وكذلك قيامها والتزامها ببعض القيم الصحية حيث يوصم في أدبيات علم الاجتماع ان تدني مستوى الدخل من شأنه ان يكون سبب في انتشار الانحراف والجريمة والمرض.

-السؤال الثاني هل توجد فروق ذات دلالة احصائية في رأي المرأة المتزوجة اتجاه المنظومة المعرفية للمرأة والرعاية الصحية تعزى للحالة الاجتماعية.

للإجابة على السؤال اعلاه نجد الفرضية الاتية .

الفرضية الصفرية : لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في رأي المرأة المتزوجة اتجاه المنظومة المعرفية للمرأة والرعاية الصحية تعزى للحالة الاجتماعية

الفرضية البديلة : توجد فروق ذات دلالة احصائية في رأي المرأة المتزوجة اتجاه المنظومة المعرفية للمرأة والرعاية الصحية تعزى للحالة الاجتماعية .

جدول (٦٣) رأي المرأة المتزوجة اتجاه المنظومة المعرفية للمرأة والرعاية الصحية تعزى للحالة الاجتماعية

| ارقام العبارات | قيمة كا <sup>٢</sup> | درجة الحرية | مستوى الدلالة الاحصائية | ارقام العبارات | قيمة كا <sup>٢</sup> | درجة الحرية | مستوى الدلالة الاحصائية |
|----------------|----------------------|-------------|-------------------------|----------------|----------------------|-------------|-------------------------|
| ١              | ٥,٦١٣                | ٦           | ٠,٤٦٨                   | ١١             | ٤,١١١                | ٦           | ٠,٦٦٢                   |
| ٢              | ٧,٩٦٢                | ٦           | ٠,٢٤١                   | ١٢             | ٨,٦٧٣                | ٦           | ٠,١٩٣                   |
| ٣              | ١٢,٧٩٩               | ٦           | ٠,٠٦٤                   | ١٣             | ١٥,٥٥                | ٦           | ٠,٠٦٩                   |
| ٤              | ٢,١٥٩                | ٦           | ٠,٩٠٥                   | ١٤             | ١٢,٩٥                | ٦           | ٠,٠٤٤                   |
| ٥              | ٣,٨٦٨                | ٦           | ٠,٦٩٥                   | ١٥             | ٨,٩٢٣                | ٦           | ٠,١٧٨                   |
| ٦              | ٧,٢٣٥                | ٦           | ٠,٣٠٠                   | ١٦             | ١,٩٨١                | ٦           | ٠,٩٢١                   |

|       |   |       |    |       |   |       |    |
|-------|---|-------|----|-------|---|-------|----|
| ٠,٥٦٩ | ٦ | ٤,٨٠٢ | ١٧ | ٠,٧٢٤ | ٦ | ٣,٦٥١ | ٧  |
| ٠,٥٧٦ | ٦ | ٤,٧٥٣ | ١٨ | ٠,٥٦٢ | ٦ | ٤,٨٥٦ | ٨  |
| ٠,٢٨٥ | ٦ | ٧,٤٠٥ | ١٩ | ٠,٣٧٧ | ٦ | ٦,٤٢٤ | ٩  |
|       |   |       |    | ٠,١٤٩ | ٦ | ٩,٤٦٣ | ١٠ |

من الجدول اعلاه نجد ان جميع الفقرات ليس لها دلالة احصائية تحت مستوى معنوية اقل من (٠.٠٥) باستثناء الفقرات (٣- هل يعاني القطاع الصحي في العراق من ضعف الإنفاق بالمقارن بالقطاعات الأخرى في المجتمع، ١٤- هل تعتقد ان ادارة المستشفى تقوم بتقديم الخدمات الصحية والعلاجية التي تحتاج اليها المرأة بصورة مستمرة، وكل ما لديها للمريضة من عناية ورعاية صحية). بالنسبة للفقرة (٣- هل يعاني القطاع الصحي في العراق من ضعف الإنفاق بالمقارن بالقطاعات الأخرى في المجتمع) وجد ان هنالك فروق ذات دلالة احصائية في رأي المرأة المتزوجة اتجاه قيام الصيادلة بالتعريف عن كيفية تناول الدواء يعزى إلى للحالة الاجتماعية حيث كانت الاستجابة متوسطة على هذه الفقرة وبلغ المتوسط الحسابي لها (٢,٣٠٤) بانحراف معياري قدره (٠,٨٠٩).

بالنسبة للفقرة (١٤- هل تعتقد ان ادارة المستشفى تقوم بتقديم الخدمات الصحية والعلاجية التي تحتاج اليها المرأة بصورة مستمرة، وكل ما لديها للمريضة من عناية ورعاية صحية) وجد ان هنالك فروق ذات دلالة احصائية في رأي المرأة المتزوجة اتجاه الثقة بالكوادر الطبية العاملة في المستشفى يعزى إلى الحالة الاجتماعية حيث كانت الاستجابة متوسطة على هذه الفقرة وبلغ المتوسط الحسابي لها (٢,٢٦٨) بانحراف معياري قدره (٠,٧٨٤).

أن نقص الموارد البشرية من الأطباء والتمريض كذلك الإداريين الصحيين يُمثل مشكلة كبيرة في تسيير العمل داخل المستشفيات، الأمر الذي ينعكس سلباً على الكيفية التي تؤدي بها الخدمات الطبية في المستشفى، وايضا ضرورة توحيد أهداف المستشفى الاستراتيجية مع أهداف الدولة الخاصة بالرعاية الصحية والارتقاء الشامل بمستوى الخدمات الصحية وتوفير خدمات صحية متاحة للجميع وذات جودة عالية وتحقيق أهم أهداف الدولة الاستراتيجية في المنظومة الصحية وهو (تطبيق نظام صحي متكامل يتميز بالإتاحة والجودة وعدم التمييز).

-السؤال الثالث هل توجد فروق ذات دلالة احصائية في رأي المرأة المتزوجة اتجاه المنظومة المعرفية للمرأة والرعاية الصحية تعزى للتحصيل الدراسي:

للإجابة على السؤال اعلاه نجد الفرضية الاتية:

الفرضية الصفرية: لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في رأي المرأة المتزوجة اتجاه المنظومة المعرفية للمرأة والرعاية الصحية تعزى للمستوى التحصيل الدراسي

الفرضية البديلة : توجد فروق ذات دلالة احصائية في رأي المرأة المتزوجة اتجاه المنظومة المعرفية للمرأة والرعاية الصحية تعزى للمستوى التحصيل الدراسي

جدول (٦٤) يوضح رأي المرأة المتزوجة اتجاه المنظومة المعرفية للمرأة والرعاية الصحية تعزى للمستوى التحصيل الدراسي

| ارقام العبارات | قيمة كا <sup>٢</sup> | درجة الحرية | مستوى الدلالة الاحصائية | ارقام العبارات | قيمة كا <sup>٢</sup> | درجة الحرية | مستوى الدلالة الاحصائية |
|----------------|----------------------|-------------|-------------------------|----------------|----------------------|-------------|-------------------------|
| ١              | ١٣,٢٧٥               | ٤           | ٠,٠٠١                   | ١١             | ١٧,٧٦٤               | ٤           | ٠,٠٠٣                   |
| ٢              | ٢,٣١                 | ٤           | ٠,٦٧٩                   | ١٢             | ٤,٦٦٦                | ٤           | ٠,٣٢٣                   |
| ٣              | ١,٦٩٨                | ٤           | ٠,٧٩١                   | ١٣             | ١,٤٧٣                | ٤           | ٠,٨٣١                   |
| ٤              | ٣,١٦٩                | ٤           | ٠,٥٣                    | ١٤             | ٨,٦٣٩                | ٤           | ٠,٠٧١                   |
| ٥              | ٤,٦١٩                | ٤           | ٠,٣٢٩                   | ١٥             | ٤,٥٧٣                | ٤           | ٠,٣٣٤                   |
| ٦              | ٤,٥٢٥                | ٤           | ٠,٣٤                    | ١٦             | ٧,٩٥٣                | ٤           | ٠,٠٩٣                   |
| ٧              | ١,٥٧٨                | ٤           | ٠,٨١٣                   | ١٧             | ١٤,٤٣٢               | ٤           | ٠,٠٠٦                   |
| ٨              | ٤,٠٣٥                | ٤           | ٠,٤٠١                   | ١٨             | ١٧,٣٦                | ٤           | ٠,٠٠٢                   |
| ٩              | ٣,٥٤                 | ٤           | ٠,٤٧٢                   | ١٩             | ١٤,٥٥٧               | ٤           | ٠,٠٠٦                   |
| ١٠             | ٦,٢١٥                | ٤           | ٠,١٨٤                   |                |                      |             |                         |

من الجدول اعلاه نجد ان جميع الفقرات ليس لها دلالة احصائية تحت مستوى معنوية اقل من ٥% باستثناء الفقرة (١) - هل تحقق الأنظمة الصحية الحالية ( من مستشفيات وعيادات ومراكز طبية ) للرعاية الصحية المنشودة، ١١- هل هناك قلق حول جودة الخدمات، هل انت مقتنعة بالخدمات بالمستشفيات العامة المتعلقة بالصيدلية من وجهة نظر المرضى، ١٨- هل انت مقتنعة بالخدمات بالمستشفيات العامة المتعلقة بالصيدلية من وجهة نظر المرضى، ١٩- الخدمات المتعلقة بالتغذية) حيث وجد ان هناك فروق ذات دلالة احصائية في رأي المرأة المتزوجة بتوفير جميع الخدمات الصحية لها ولعائلتها التي تحتاجها في

المستشفى، وهذا يعزى إلى التحصيل الدراسي حيث كانت الاستجابة متوسطة وبلغ المتوسط الحسابي (٢,١١٢) بانحراف معياري (٠,٨٣٣).

بالنسبة للفقرة (١١- هل هناك قلق حول جودة الخدمات، هل انتِ مقتنعة بالخدمات بالمستشفيات العامة المتعلقة بالصيدلية من وجهة نظر المرضى) وجد ان هنالك فروق ذات دلالة احصائية في رأي المرأة المتزوجة اتجاه بأن لا توجد خدمات تراعي المرضى في المستشفيات مما يضطر المريض الى الانتظار لفترة طويلة لرؤية الطبيب يعزى الى التحصيل الدراسي حيث كانت الاستجابة مرتفعة وبلغ المتوسط الحسابي لها (٢,٧٥٢) بانحراف معياري (٠,٥٢٥).

بالنسبة للفقرة (١٨- هل انتِ مقتنعة بالخدمات بالمستشفيات العامة المتعلقة بالصيدلية من وجهة نظر المرضى) وجد ان هنالك فروق ذات دلالة احصائية في رأي المرأة المتزوجة في الثقة في الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية يعزى هذا إلى التحصيل الدراسي حيث كانت الاستجابة مرتفعة وبلغ المتوسط الحسابي لها (٢,٧٥٦) بانحراف معياري (٠,٥٠٧).

بالنسبة للفقرة (١٩- الخدمات المتعلقة بالتغذية) وجد ان هنالك دلالة احصائية في رأي المرأة المتزوجة فيما يتعلق بمستوى الاقناع بالخدمات بالمستشفيات العامة المتعلقة بالصيدلة من وجهه نظر المرضى يعزى لتحصل الدراسي حيث كانت الاستجابة مرتفعة على هذه الفقرة، وبلغ المتوسط الحسابي لها (٢,٧٥٢) بانحراف معياري (٠,٥٠١).

إن نجاح أي مجتمع من عدمه يُقاس من حيث التحسين المستمر في صحة ورفاهة مواطنيه، فالصحة هي جزء يرتبط بكافة أجزاء المجتمع السياسية والاقتصادية والاجتماعية، وتطبيق منظومة صحية متكاملة تعمل على تطوير الرعاية الصحية دليل على تقدم المجتمعات، فالاهتمام بالثروة البشرية في المجتمعات والاستثمار في صحتهم وتعليمهم أمر بالغ الأهمية لازدهار ذلك المجتمع وهي الداعم الأساسي لتقدمه.

-السؤال الرابع هل توجد فروق ذات دلالة احصائية في رأي المرأة المتزوجة اتجاه المنظومة المعرفية للمرأة والرعاية الصحية تعزى لمحل الإقامة:

للإجابة على السؤال اعلاه نجد الفرضية الآتية:

الفرضية الصفرية : لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في رأي المرأة المتزوجة اتجاه المنظومة المعرفية للمرأة والرعاية الصحية تعزى للمحل الإقامة.

الفرضية البديلة : توجد فروق ذات دلالة احصائية في رأي المرأة المتزوجة اتجاه المنظومة المعرفية للمرأة والرعاية الصحية تعزى للمحل الإقامة.

جدول (٦٥) يوضح رأي المرأة المتزوجة اتجاه المنظومة المعرفية للمرأة والرعاية الصحية تعزى للمحل الإقامة

| ارقام العبارات | قيمة كا <sup>٢</sup> | درجة الحرية | مستوى الدلالة الاحصائية | ارقام العبارات | قيمة كا <sup>٢</sup> | درجة الحرية | مستوى الدلالة الاحصائية |
|----------------|----------------------|-------------|-------------------------|----------------|----------------------|-------------|-------------------------|
| ١              | ٥,٦١٣                | ٦           | ٠,٤٦٨                   | ١١             | ٤,١١١                | ٦           | ٠,٦٦٢                   |
| ٢              | ٧,٩٦٢                | ٦           | ٠,٢٤١                   | ١٢             | ٨,٦٧٣                | ٦           | ٠,١٩٣                   |
| ٣              | ١٢,٧٩٩               | ٦           | ٠,٠٤٦                   | ١٣             | ١٥,٥٥                | ٦           | ٠,٠١٦                   |
| ٤              | ٢,١٥٩                | ٦           | ٠,٩٠٥                   | ١٤             | ١٢,٩٥                | ٦           | ٠,٠٤٤                   |
| ٥              | ٣,٨٦٨                | ٦           | ٠,٦٩٥                   | ١٥             | ٨,٩٢٣                | ٦           | ٠,١٧٨                   |
| ٦              | ٧,٢٣٥                | ٦           | ٠,٣                     | ١٦             | ١,٩٨١                | ٦           | ٠,٩٢١                   |
| ٧              | ٣,٦٥١                | ٦           | ٠,٧٢٤                   | ١٧             | ٤,٨٠٢                | ٦           | ٠,٥٦٩                   |
| ٨              | ٤,٨٥٦                | ٦           | ٠,٥٦٢                   | ١٨             | ٤,٧٥٣                | ٦           | ٠,٥٧٦                   |
| ٩              | ٦,٤٢٤                | ٦           | ٠,٣٧٧                   | ١٩             | ٧,٤٠٥                | ٦           | ٠,٢٨٥                   |
| ١٠             | ٩,٤٦٣                | ٦           | ٠,١٤٩                   |                |                      |             |                         |

من الجدول أعلاه نجد ان جميع الفقرات ليس لها دلالة احصائية تحت مستوى معنوية اقل من (٥%) باستثناء الفقرة (٣) - هل يعاني القطاع الصحي في العراق من ضعف الإنفاق بالمقارن بالقطاعات الأخرى في المجتمع، ١٣- هل وسائل وانشطة التنظيف التي تلقيتها في المستشفى كانت مفيدة لكي، وتلبي جميع احتياجات المريضة، ١٤- هل تعتقد ان ادارة المستشفى تقوم بتقديم الخدمات الصحية والعلاجية التي تحتاج اليها المرأة بصورة مستمرة، وكل ما لديها للمريضة من عناية ورعاية صحية) حيث وجد ان هنالك فروق ذات دلالة احصائية في رأي المرأة المتزوجة بقيام الصيادلة بتعريفها كيفية تناول الدواء يعزى إلى محل الإقامة حيث كانت الاستجابة متوسطة، وبلغ المتوسط الحسابي لها (٢.٣٠٤) بانحراف معياري (٠,٨٠٩).

بالنسبة لفقرة (١٣) - هل وسائل وانشطة التنظيف التي تلقيتها في المستشفى كانت مفيدة لكي، وتلبي جميع احتياجات المريضة) وجد هنالك فروق ذات دلالة احصائية في رأي المرأة المتزوجة فيما يتعلق باعتقادها ان ادارة المستشفى تقوم بتقديم الخدمات الصحية والعلاجية التي تحتاج اليها المرأة بصورة

مستمرة وكل ما لديها للمريضة من عناية ورعاية صحية يعزى الى محل الإقامة حيث كانت الاستجابة مرتفعة وبلغ المتوسط الحسابي (٢,٥٦) بانحراف معياري (٠,٦٨١).

بالنسبة لفقرة (١٤) - هل تعتقد ان ادارة المستشفى تقوم بتقديم الخدمات الصحية والعلاجية التي تحتاج اليها المرأة بصورة مستمرة، وكل ما لديها للمريضة من عناية ورعاية صحية) وجد هنالك فروق ذات دلالة احصائية في رأي المرأة المتزوجة فيما يتعلق بتقتها في عمل الاطباء والكوادر العاملة في المستشفى يعزى إلى محل الإقامة حيث كانت الاستجابة متوسطة وبلغ المتوسط الحسابي (٢,٢٦٨) بانحراف معياري (٠,٧٨٤).

تُعد الظروف الاجتماعية والاقتصادية من أهم العوامل التي توضح طبيعة المرضى ونوعيتهم بالمستشفيات، و طبيعة الوسط الاجتماعي والثقافي والمهني لها تأثير مباشر في توضيح العلاقة بين المريض وهيئة الأطباء والتمريض باعتبارهم من أهم الفئات التي تتعامل مباشرة مع المريض. من هنا نرى أن تقدم الخدمات الصحية في مجتمع ما يكون سببه الهدوء والانضباط الاجتماعي إلى جانب الرضاء الاقتصادي لحاجة هذه البرامج، ولأن من أهم معوقات التنمية الصحية تطبيقها في مجتمع آمن متهم متطور يقبل التغيير الإيجابي ومستعد للتعاون والتفاني في تطبيق هذه البرامج<sup>(١)</sup>.

- السؤال الخامس هل توجد فروق ذات دلالة احصائية في رأي المرأة المتزوجة اتجاه المنظومة المعرفية للمرأة والرعاية الصحية تعزى للعمر:

للإجابة على السؤال اعلاه نجد الفرضية الاتية

الفرضية الصفرية: لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في رأي المرأة المتزوجة اتجاه المنظومة المعرفية للمرأة والرعاية الصحية تعزى للعمر

الفرضية البديلة: توجد فروق ذات دلالة احصائية في رأي المرأة المتزوجة اتجاه المنظومة المعرفية للمرأة والرعاية الصحية تعزى للعمر.

جدول (٦٦) يوضح رأي المرأة المتزوجة اتجاه المنظومة المعرفية للمرأة والرعاية الصحية تعزى للعمر

| ارقام العبارات | قيمة كا <sup>٢</sup> | درجة الحرية | مستوى الدلالة الاحصائية | ارقام العبارات | قيمة كا <sup>٢</sup> | درجة الحرية | مستوى الدلالة الاحصائية |
|----------------|----------------------|-------------|-------------------------|----------------|----------------------|-------------|-------------------------|
| ١              | ٩,٤٥                 | ٨           | ٠,٣٠٦                   | ١١             | ١٢,١١٩               | ٨           | ٠,١٤٦                   |
| ٢              | ٥,٨٢٨                | ٨           | ٠,٦٦٦                   | ١٢             | ١١,٦٧٨               | ٨           | ٠,١٦٦                   |

١- قدرى الشيخ علي وآخرون، علم الاجتماع الطبي، مصدر سبق ذكره، ص ٦٧.

|       |   |        |    |       |   |        |    |
|-------|---|--------|----|-------|---|--------|----|
| ٠,٦٧٧ | ٨ | ٥,٧٣٥  | ١٣ | ٠,٣٣٩ | ٨ | ٩,٠٤٣  | ٣  |
| ٠,٢١٤ | ٨ | ١٠,٧٨٢ | ١٤ | ٠,١١١ | ٨ | ١٣,٠٢٤ | ٤  |
| ٠,٠٣٤ | ٨ | ١٦,٦١  | ١٥ | ٠,٤٧٨ | ٨ | ٧,٥٥٢  | ٥  |
| ٠,١٨٣ | ٨ | ١١,٣٤٧ | ١٦ | ٠,٠٨٧ | ٨ | ١٣,٧٩٧ | ٦  |
| ٠,٢٦٢ | ٨ | ١٠,٠٥  | ١٧ | ٠,٠٨  | ٨ | ١٤,٠٨١ | ٧  |
| ٠,١٧٥ | ٨ | ١١,٤٩٣ | ١٨ | ٠,١٨٨ | ٨ | ١١,٢٤٧ | ٨  |
| ٠,٢٥٤ | ٨ | ١٠,١٦٢ | ١٩ | ٠,١٩٩ | ٨ | ١١,٠٤٥ | ٩  |
|       |   |        |    | ٠,٠٧٢ | ٨ | ١٤,٤٠٣ | ١٠ |

من الجدول أعلاه نجد ان جميع الفقرات ليس لها دلالة احصائية تحت مستوى معنوية اقل من (٥%) باستثناء الفقرة (١٥- هل تتقين في عمل الاطباء والكوادر العاملة في المستشفى) حيث وجد ان هنالك فروق ذات دلالة احصائية ، بالنسبة لفقرة (١٥) وجد ان هنالك فروق ذات دلالة احصائية في رأي المرأة المتزوجة عن رضاها عن نظافة الغرف اثناء اقامتها في المستشفى يعزى للعمر حيث كانت الاستجابة مرتفعة وبلغ المتوسط الحسابي (٢,٥٩٦) بانحراف معياري (٠,٦٦٥).

يعتبر تطور الوضع الصحي وتحسين الإمكانيات الصحية والعلاجية من أهم مؤشرات التحديث، فالحصيلة الأساسية لتحسين الوضع الصحي يمكن التعرف عليها من خلال التطور الذي شهده مؤشر طول العمر أو معدل توقع الوفاة عند الولادة، فمن المعلوم أن المرأة تتمتع بميزة عن الرجل من حيث العمر المتوقع، وهي ميزة معتقد أنها ترتبط بالفوارق البيولوجية الفطرية بين الجنسين، و تبدأ هذه الميزة عن الولادة وتستمر طيلة حياة الفرد، حيث يكون الرجل أكثر عرضة من المرأة للإصابة بالأمراض التي تقضي بالموت، ويمكن أن تعيش المرأة في ظل الظروف العادية أكثر من الرجل بعدة سنوات، بيد أنه حينما يكون العمر المتوقع أعلى من الرجل بقليل، فقد تكون العوامل الاجتماعية والثقافية والاقتصادية أو البيئية الضارة بالمرأة هي التي عارضت هذه الميزة الطبيعية<sup>(١)</sup>.

**وترى الباحثة أن مهنة الطب من المهن التي يجب أن تقوم على حب الناس ومعاملتهم المعاملة الحسنة التي تقوم على الاحترام والتقدير، وكذلك ترى الباحثة أن التعطش للاستغلال والربح المادي من السلوكيات المرفوضة والسلبية التي تضر بممارسة مهنة الطب.**

١- علي شلق وآخرون، المرأة و دورها في حركة الوحدة العربية، مركز دراسات الوحدة العربية، ط٢، بيروت، ١٩٨٦ ، ص ٣٤٠ .



ومن القيم والمبادئ الأخلاقية السامية التي يجب أن يلتزم بها الطبيب والكادر الطبي العامل في المستشفيات هي

- ١- التعامل مع المرضى لا ينبغي أن يكون على أساس التمييز بينهم بحسب الجنس أو الأصل أو المكانة الاجتماعية أو الوظيفية بل ينبغي أن يقوم على المساواة بين الغني والفقير.
  - ٢- على الممارس للمهن الطبية أن يتعامل مع مرضاه على أساس إنساني محض.
  - ٣- الالتزام بصون حياة الإنسان مهما كانت ظروفه الصحية ووضعه الاجتماعي أو الاقتصادي ومهما كان دوره في المجتمع صالحاً كان أو طالها عدواً أو صديقاً.
  - ٤- المثابرة على تنمية المعارف الطبية بما يعود على الناس بالخير مع عدم توظيف هذه المعارف والعلوم الطبية لإلحاق الأذى والضرر بالناس<sup>(١)</sup>.
- ثانياً: نتائج الإجابة عن اختبار فرضيات الدراسة

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠.٠٥)، في رغبة المرأة بزيادة المعلومات المتعلقة بالصحة العامة تعزى لمتغيرات ( العمر، الحالة الاجتماعية، مستوى الدخل الشهري، محل الإقامة والتحصيل الدراسي):

١ - فرضية العدم: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠.٠٥)، في رغبة المرأة بزيادة المعلومات المتعلقة بالصحة العامة تعزى لمتغير العمر، الحالة الاجتماعية، محل الإقامة، العمر، التحصيل الدراسي.

الفرضية البديلة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠.٠٥)، في رغبة المرأة بزيادة المعلومات المتعلقة بالصحة العامة تعزى لمتغير العمر، الحالة الاجتماعية، محل الإقامة، العمر، التحصيل الدراسي.

جدول (٦٧) اختبار الفرضيات الفرعية الخاص في رغبة المرأة بزيادة المعلومات المتعلقة بالصحة العامة تعزى لمتغير العمر، الحالة الاجتماعية، محل الإقامة، العمر، التحصيل الدراسي

| الفرضية الصفرية  | المتغير            | قيمة كا <sup>٢</sup> | درجة الحرية | مستوى الدلالة الاحصائية |
|--|--------------------|----------------------|-------------|-------------------------|
| لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠.٠٥) ، في رغبة المرأة بزيادة المعلومات المتعلقة بالصحة العامة | العمر              | ٣٧٥.٢٢١              | ١٢          | ٠,٠٠٠                   |
|  | الحالة الاجتماعية  | ٢٧٥.٧١٩              | ٩           | ٠,٠٠٠                   |
|  | مستوى الدخل الشهري | ٢٨٩.٠٢٧              | ٦           | ٠,٠٠٠                   |

١- عبد السلام بشير الدويبي، علم الاجتماع الطبي، دار الشروق للنشر والتوزيع، القاهرة، ٢٠٠٦، ص ٨٨-٩١.

|       |   |         |                 |  |
|-------|---|---------|-----------------|--|
| ٠,٠٠٠ | ٩ | ٣٢٩.٧٩٠ | محل الإقامة     | بالصحة العامة تعزى لمتغيرات ( العمر        |
| ٠,٠٠٠ |   |         | التحصيل الدراسي | ، الحالة الاجتماعية ، مستوى الدخل          |
|       | ٣ | ١٨٤.٣٣٤ |                 | الشهري ، محل الإقامة والتحصيل<br>(الدراسي) |

من جدول اعلاه يتضح انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠.٠٥) في مستوى تقديرات أفراد العينة في رغبة المرأة بزيادة المعلومات المتعلقة بالصحة العامة تعزى لمتغيرات ( العمر ، الحالة الاجتماعية، مستوى الدخل الشهري، محل الإقامة والتحصيل الدراسي).

**وتعزو الباحثة ذلك إلى:** أن السلامة الجسمية والعقلية والاجتماعية ذاتها قد تعتمد على السياق الذي نعيش فيه وعلاقتنا بالآخرين والمخاطر الجسمية التي نتعرض لها في حياتنا، ويُعد مفهوم الصحة مطلبًا أساسيًا حتى ولو كان من المتعذر أن نعرفها تعريفًا دقيقًا؛ وفضلاً عن ذلك وحتى من وجهة النظر العملية فعلينا أن نعترف أكثر فأكثر على أنه في المدى البعيد فإن سلامتنا سوف يقل اعتمادها على تقدم الممارسات الطبية، وسوف تزيد اعتمادها على الأسلوب الذي نختاره للحياة وما يحدث في البيئة التي نعيش فيها والأكثر من ذلك أن جانبًا كبيرًا من حيويتنا الجسمية ترجع إلى المشاركة والاندماج في أنشطة الحياة اليومية، وعلى هذا الأساس فإن النشاط الاجتماعي الذي نمارسه في الحياة لو تم إنكاره فهذا يعني أننا نعتبر الإنسان آلة، وأن أعضاء المهن الطبية هم مجرد متخصصين في صيانة هذه الآلة والمحافظة عليها<sup>(١)</sup>.

**نتائج الإجابة عن اختبار الفرضية:** هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠.٠٥)، في اهتمام المرأة بالمعلومات عن صحتها تعزى لمتغيرات ( العمر ، الحالة الاجتماعية، مستوى الدخل الشهري، محل الإقامة والتحصيل الدراسي):

١- **فرضية العدم:** لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠.٠٥) ، في اهتمام المرأة بالمعلومات عن صحتها تعزى لمتغيرات ( العمر، الحالة الاجتماعية، مستوى الدخل الشهري، محل الإقامة والتحصيل الدراسي)

٢- **الفرضية البديلة:** توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠.٠٥)، في اهتمام المرأة بالمعلومات عن صحتها تعزى لمتغيرات ( العمر ، الحالة الاجتماعية ، مستوى الدخل الشهري ، محل الإقامة والتحصيل الدراسي):

١- محمد علي محمد وآخرون، علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩١، ص ٦٣-٦٤.

جدول (٦٨) اختبار الفرضيات الفرعية الخاص في اهتمام المرأة بالمعلومات عن صحتها تعزى لمتغيرات ( العمر ، الحالة الاجتماعية ، مستوى الدخل الشهري ، محل الإقامة والتحصيل الدراسي )

| الفرضية الصفرية  | المتغير            | قيمة كا <sup>٢</sup> | درجة الحرية | مستوى الدلالة الاحصائية |
|--|--------------------|----------------------|-------------|-------------------------|
| لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥) ، في اهتمام المرأة بالمعلومات عن صحتها تعزى لمتغيرات ( العمر ، الحالة الاجتماعية ، مستوى الدخل الشهري ، محل الإقامة والتحصيل الدراسي ) | العمر              | ٢٩٨.٨٨١              | ٨           | ٠,٠٠٠                   |
|  | الحالة الاجتماعية  | ٢٨٨.٧٤٣              | ٦           | ٠,٠٠٠                   |
|  | مستوى الدخل الشهري | ٣٢١.٣٦١              | ٤           | ٠,٠٠٠                   |
|  | محل الإقامة        | ١٨٩.١١٥              | ٦           | ٠,٠٠٠                   |
|  | التحصيل الدراسي    | ٢١٨.٩٦٧              | ٢           | ٠,٠٠٠                   |

من جدول اعلاه يتضح انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠.٠٥) في مستوى تقديرات أفراد العينة في اهتمام المرأة بالمعلومات عن صحتها تعزى لمتغيرات ( العمر ، الحالة الاجتماعية ، مستوى الدخل الشهري ، محل الإقامة والتحصيل الدراسي).

**وتعزو الباحثة ذلك إلى:** ان الأفراد قد يرون أن الصحة هي احساس عام بالحالة الجيدة، ولكنها مفهوم يوضح ان الأفراد في عديد من المجتمعات هم القادرين على وصف احساسهم بالوضع الجيد، والصحة مفهوم نسبي بالنسبة للإنسان، فهي اكثر من وضع فيزيقي، وقد يرى آخرون أن الصحة هي توقع بأن يكون الفرد مريضاً أو لدية احساس عام بالحالة الجيدة، وقد يرى آخريين أن الصحة هي توقع بالآ يكون الفرد مريضاً أو لدية القدرة على الشفاء سريعاً إذا مرض، وبالنسبة لمعظم الأفراد فإن الصحة تمثل القدرة على أداء ما يريد الإنسان بدون وجود صعوبات في أداء ذلك<sup>(١)</sup>.

**نتائج الإجابة عن اختبار الفرضية:** هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠.٠٥)، في اهتمام المرأة بالذهاب للطبيب عند الاصابة بحادث عرضي تعزى لمتغيرات ( العمر ، الحالة الاجتماعية ، مستوى الدخل الشهري ، محل الإقامة والتحصيل الدراسي):

١- فرضية العدم: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠.٠٥) ، في اهتمام المرأة بالذهاب للطبيب عند الاصابة بحادث عرضي تعزى لمتغيرات ( العمر ، الحالة الاجتماعية ، مستوى الدخل الشهري ، محل الإقامة والتحصيل الدراسي)

1- Baer ,And,medical Anthropology And the world system, 2001, London.

٢- الفرضية البديلة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠.٠٥) ، في اهتمام المرأة بالذهاب للطبيب عند الإصابة بحادث عرضي تعزى لمتغيرات ( العمر ، الحالة الاجتماعية ، مستوى الدخل الشهري ، محل الإقامة والتحصيل الدراسي):

جدول (٦٩) اختبار الفرضيات الفرعية الخاص في اهتمام المرأة بالذهاب للطبيب عند الإصابة بحادث عرضي تعزى لمتغيرات ( العمر، الحالة الاجتماعية، مستوى الدخل الشهري، محل الإقامة والتحصيل الدراسي)

| الفرضية الصفرية   | المتغير            | قيمة كا <sup>٢</sup> | درجة الحرية | مستوى الدلالة الاحصائية |
|---|--------------------|----------------------|-------------|-------------------------|
| لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠.٠٥) ، في اهتمام المرأة بالذهاب للطبيب عند الإصابة بحادث عرضي تعزى لمتغيرات ( العمر ، الحالة الاجتماعية ، مستوى الدخل الشهري ، محل الإقامة والتحصيل الدراسي) | العمر              | ٢٩٨.٨٨١              | ٨           | ٠,٠٠٠                   |
|   | الحالة الاجتماعية  | ٢٨٨.٧٤٣              | ٦           | ٠,٠٠٠                   |
|   | مستوى الدخل الشهري | ٣٢١.٣٦١              | ٤           | ٠,٠٠٠                   |
|   | محل الإقامة        | ١٨٩.١١٥              | ٦           | ٠,٠٠٠                   |
|   | التحصيل الدراسي    | ٢١٨.٩٦٧              | ٢           | ٠,٠٠٠                   |

من جدول اعلاه يتضح انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠.٠٥) ، في مستوى تقديرات أفراد العينة في اهتمام المرأة بالذهاب للطبيب عند الإصابة بحادث عرضي تعزى لمتغيرات ( العمر، الحالة الاجتماعية، مستوى الدخل الشهري، محل الإقامة والتحصيل الدراسي).

نستنتج مما سبق أن الطبيب هو أكثر مصدر يلجأ إليه غالبية المبحوثين للحصول على معلوماتهم الصحية حيث أنه الإنسان القادر على تشخيص الأمراض وعلاجها بإذن الله تعالى، وهو الإنسان القادر على التخفيف من أوجاع الناس وآلامهم بقدرته على تحديد المرض ووضع العلاج المناسب له، ولا شك بأن هذا الأمر مهم للناس لما تسببه الأمراض لهم من معاناة وآلام تجعلهم في حالة نفسية سيئة، إلى جانب عدم قدرتهم على القيام بأعمالهم وواجبات حياتهم بالصورة الصحيحة بسبب آثار المرض على صحة الإنسان وبدنه، مما يعطل شؤون حياتهم ويعرقل مسيرها.

نتائج الإجابة عن اختبار الفرضية: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠.٠٥) ، في ان اصابة المرأة بحادث عرضي يؤثر على الحياة الاسرية والعلاقات الاجتماعية داخل الاسرة تعزى لمتغيرات ( العمر، الحالة الاجتماعية، مستوى الدخل الشهري، محل الإقامة والتحصيل الدراسي):

١ - فرضية العدم: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠.٠٥)، في أن للعادات والتقاليد على المرأة أثر كبير على الاهتمام بالبيئة والجوانب الصحية تعزى لمتغيرات ( العمر ، الحالة الاجتماعية، مستوى الدخل الشهري، محل الإقامة والتحصيل الدراسي)

٢ - الفرضية البديلة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠.٠٥)، في أن للعادات والتقاليد على المرأة أثر كبير على الاهتمام بالبيئة والجوانب الصحية تعزى لمتغيرات ( العمر، الحالة الاجتماعية، مستوى الدخل الشهري، محل الإقامة والتحصيل الدراسي):

جدول (٧٠) اختبار الفرضيات الفرعية الخاص في أن للعادات والتقاليد على المرأة أثر كبير على الاهتمام بالبيئة والجوانب الصحية تعزى لمتغيرات ( العمر، الحالة الاجتماعية، مستوى الدخل الشهري، محل الإقامة والتحصيل الدراسي)

| الفرضية الصفرية   | المتغير            | قيمة كا <sup>٢</sup> | درجة الحرية | مستوى الدلالة الاحصائية |
|---|--------------------|----------------------|-------------|-------------------------|
| لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥) ، في أن للعادات والتقاليد على المرأة أثر كبير على الاهتمام بالبيئة والجوانب الصحية تعزى لمتغيرات ( العمر ، الحالة الاجتماعية ، مستوى الدخل الشهري ، محل الإقامة والتحصيل الدراسي) | العمر              | ٣٢٤.٤٩١              | ١٢          | ٠,٠٠٠                   |
|   | الحالة الاجتماعية  | ٣١١.٢٨٠              | ٩           | ٠,٠٠٠                   |
|   | مستوى الدخل الشهري | ٢٢٩.٠١٧              | ٦           | ٠,٠٠٠                   |
|   | محل الإقامة        | ٣١٥.١٦٦              | ٩           | ٠,٠٠٠                   |
|   | التحصيل الدراسي    | ٤١٥.٩٩٨              | ٣           | ٠,٠٠٠                   |

من جدول اعلاه يتضح انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠.٠٥) في مستوى تقديرات أفراد العينة في أن للعادات والتقاليد على المرأة أثر كبير على الاهتمام بالبيئة والجوانب الصحية تعزى لمتغيرات ( العمر ، الحالة الاجتماعية ، مستوى الدخل الشهري ، محل الإقامة والتحصيل الدراسي).

وتعزو الباحثة ذلك إلى: ان فالشعور بالصحة والاعتدال هي قضية ثقافية تحكمها ظروف المجتمع ومحدداته التي يستمدّها من منطلقاته الفكرية والتاريخية والبيئية، فالصحة ليست مجرد الاعتدال أو المرض إنما تعني أيضاً الشعور بالوضع الجديد في القوى العقلية والفيزيقية والاجتماعية، ومن ثم فالصحة ليست فقط الحالة الفيزيقيه والعقلية والاجتماعية الجيدة ولكنها ايضا القدرة على المشاركة في الأنشطة اليومية في

الأسرة والمجتمع والعمل والاهتمام بالمصادر الشخصية والاجتماعية المهمة لتغيير الظروف السيئة التي تؤثر على الوضع الجيد إلى جانب القدرة على التكيف في مواجهه الظروف المتغيرة (1).

ان المعلومات العامة حول الصحة والمرض إذا ما لم يتم التأثير على نوعيتها تحول دون الاستفادة من الخدمات الصحية، وتصعب من مهمة العاملين والممارسين الصحيين الذين عليهم تكيف تعاملهم مع المرضى بناء على التصورات الاجتماعية السائدة، وفي هذا السياق بالنسبة لأولئك الأفراد الذين يعطون للأسرة والألفة الاجتماعية قيمة كبرى نجدهم يتصورون الإقامة في المستشفى للعلاج مسببا للعزلة والوحدة، وقد يتحفظون على إجراءات عزل المريض والقواعد الخاصة بالزيارة ويعتبرون ذلك تهديداً خطيراً لحياتهم الاجتماعية. كما نلاحظ ان الناس في ثقافات عديدة لديهم توجهها نحو الحاضر لا المستقبل، ومن الملاحظ أيضاً ان مسؤولي الصحة العامة يجدون صعوبة كبيرة في إقناع الناس بتغيير قيمهم الغذائية، وذلك لارتباطها بقيم ثقافية ودينية (2)

**نتائج الإجابة عن اختبار الفرضية:** هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) ، في ان إهمال الأعراض المرضية قد يكون خطراً على صحة المرأة تعزى لمتغيرات ( العمر ، الحالة الاجتماعية ، مستوى الدخل الشهري ، محل الإقامة والتحصيل الدراسي):

١- فرضية العدم: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) ، في ان إهمال الأعراض المرضية قد يكون خطراً على صحة المرأة تعزى لمتغيرات ( العمر ، الحالة الاجتماعية ، مستوى الدخل الشهري ، محل الإقامة والتحصيل الدراسي)

٢- الفرضية البديلة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) ، في ان إهمال الأعراض المرضية قد يكون خطراً على صحة المرأة تعزى لمتغيرات ( العمر ، الحالة الاجتماعية ، مستوى الدخل الشهري ، محل الإقامة والتحصيل الدراسي):

**جدول (٧١) اختبار الفرضيات الفرعية الخاص في ان إهمال الأعراض المرضية قد يكون خطراً على صحة المرأة تعزى لمتغيرات ( العمر ، الحالة الاجتماعية ، مستوى الدخل الشهري ، محل الإقامة والتحصيل الدراسي)**

| الفرضية الصفرية                    | المتغير | قيمة كا <sup>٢</sup> | درجة الحرية | مستوى الدلالة الاحصائية |
|------------------------------------|---------|----------------------|-------------|-------------------------|
| لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند | العمر   | ٢٧١.٨٢٦              | ٨           | ٠,٠٠٠                   |

1- Lawrence Grwnn And other,community And population Health, wcb mcgra whill, 1999.  
٢- محمد علي محمد وآخرون، دراسات في علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، ١٩٨٧، ص ٦٩.

|       |   |         |                    |  |
|-------|---|---------|--------------------|--|
| ٠,٠٠٠ | ٦ | ٢٣٣.١٩٤ | الحالة الاجتماعية  | مستوى الدلالة (٠.٠٥) ، في ان إهمال         |
| ٠,٠٠٠ | ٤ | ١٧٨.٣٨٢ | مستوى الدخل الشهري | الأعراض المرضية قد يكون خطراً على          |
| ٠,٠٠٠ | ٦ | ٢٣٤.٩٩٢ | محل الإقامة        | صحة المرأة تعزى لمتغيرات ( العمر ،         |
| ٠,٠٠٠ |   |         | التحصيل الدراسي    | الحالة الاجتماعية ، مستوى الدخل            |
|       | ٢ | ١٧٨.٩٣٧ |                    | الشهري ، محل الإقامة والتحصيل<br>(الدراسي) |

من جدول اعلاه يتضح انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠.٠٥) في مستوى تقديرات أفراد العينة في أن للعادات والتقاليد على المرأة أثر كبير على الاهتمام بالبيئة والجوانب الصحية تعزى لمتغيرات ( العمر ، الحالة الاجتماعية، مستوى الدخل الشهري، محل الإقامة والتحصيل الدراسي).

وتعزو الباحثة ذلك إلى: ان فالصحة هي مسؤولية جماعية تستهدف كل أفراد المجتمع دون استثناء، ومن هنا وضعت أساليب وإجراءات وطرق للمجتمع لمعالجة الأمراض السائدة والارتقاء بالصحة العامة للمجتمع، وأول هذه الإجراءات التثقيف الصحي وذلك حسب طبيعة ثقافة المجتمع السائدة إلى جانب الارتقاء بالمستوى الفكري الاجتماعي إلى جانب الارتقاء بالمستوى الصحي العضوي لأن الاثنين متلازمين لا يمكن الفصل بينهما لأن كل واحد منهما يكمل الآخر ويخدم كل واحد الآخر<sup>(1)</sup>.

نستنتج مما سبق أن الوعي الصحي له أهمية كبيرة حيث يعني المام اعضاء المجتمع بالمعلومات والحقائق الصحية مع ضرورة احساسهم بالمسؤولية نحو صحتهم وصحة غيرهم ، ولذا فإن هدف التوعية الصحية رفع الوعي الصحي لدى افراد المجتمع مع التركيز على انماط الحياة الصحية، تعزيز اهمية دور الفرد في الوقاية لنفسه من الامراض ، المساهمة في تحسين السلوكيات المرتبطة بالصحة لدى افراد المجتمع من خلال تنفيذ البرامج التوعوية المستمرة واستخدام الوسائل الحديثة والمتطورة المبتكرة في اصال المعلومات بمشاركة جميع القطاعات بالمجتمع ومن خلال العمل بروح الفريق الواحد.

1 - قدرى الشيخ واخرون، دراسات في علم الاجتماع الطبي، مصدر سبق ذكره، ص ٣٢.

# الفصل الحادي عشر

الاستنتاجات والتوصيات والمقترحات



## أولاً: الاستنتاجات

### ١- الاستنتاجات الخاصة بعرض وتحليل البيانات الأساسية لعينة الدراسة

أ- توزيع أفراد العينة حسب الفئة العمرية إذ تم توزيعها إلى خمسة فئات، كان أكثر المبحوثين من الفئة العمرية (٤٤-٣٥) بنسبة (٢٨,٦٥%) يليها من هم في الفئة العمرية (٥٤-٤٥) بنسبة (٢٦,٦٩%) ثم تأتي الفئة العمرية (٥٥ فأكثر) بنسبة (٢٣,٣١%) ثم تأتي الفئة العمرية (٣٤-٢٥) بنسبة (١٦,٥٧%) وأخيراً الفئة العمرية التي تتراوح اقل من (٢٥ سنة) وبنسبة (٤,٧٨%).

ب- تشير البيانات الى توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية، وكان أكثر المبحوثين من المتزوجين بنسبة (٦٣,٢٠%) في حين من كان من أفراد عينة الدراسة من المطلقين بنسبة (١٩,١٠%) وكانت نسبة العزاب بلغت (١٦,٢٩%) وقد بلغت نسبة الارامل من أفراد عينة الدراسة (١,٤١%).

ت- تشير البيانات إلى توزيع أفراد العينة حسب مستوى الدخل الشهري ، فقد بينت أن اغلب المبحوثين يتميزون بدخل يكفي بشكل نسبة (٦٣,٧٦%) يليهم افراد العينة الذي لديهم دخل لا يكفي فيشكلون نسبة (١٨,٢٦%) وبعدها يأتي افراد العينة الذين لديهم دخل يكفي ويزيد ويشكلون نسبة (١٧,٩٨%) من أفراد العينة.

ث- تشير البيانات إلى ان توزيع أفراد العينة حسب محل الإقامة كان أكثر المبحوثين يقيمون في الاقضية بنسبة (٤٤,١٠%) ويأتي بعدها ممن يقيمون في مركز المدينة فقد بلغت نسبتهم (١٤,٨٦%) أما الذين يقيمون في النواحي فقد بلغت نسبتهم (١٣,٤٨%) وبعدها القرى فقد شكلت نسبة (٠,٥٦%) من أفراد العينة.

ج- أما فيما يتعلق بمستوى التحصيل الدراسي فتشير البيانات إلى أن أغلب المبحوثين من الحاصلين على شهادة الدكتوراه فقد شكلت نسبة (٦٢,٩٢%) من أفراد العينة ويأتي بعدها الحاصلين على شهادة الماجستير بنسبة (٣٧,٠٨%) من أفراد العينة.

### ٢- الاستنتاجات الخاصة بالمحور الثاني: العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة في الرعاية الصحية للمرأة

أ- في ما يتعلق باهتمام عينة الدراسة بمعرفة معلومات متعلقة بالصحة أشاروا إلى أنهم مهتمين بمعرفة معلومات متعلقة بالصحة بشكل كبير .

ب- رغبة عينة الدراسة بزيادة المعلومات عن الصحة قد اشاروا بأنهم يرغبون بزيادة المعلومات عن الصحة بشكل كبير .

ت- ومن أسباب رغبة عينة الدراسة في زيادة معلوماتك عن الصحة هو لأنه موضوع الصحة مهم وحساس، وان ايضاً من اسباب رغبتهم في زيادة المعلومات عن الصحة لكونها تمس صحة وحياة الإنسان.

ث- وما يخص الذهاب إلى الطبيب في حال تعرض حالتها الصحية لإصابة بعارض معين قد اجابوا بدائماً، لأنه من العوامل المؤثرة على صحة المرأة هي أنه عندما تكون صحة المرأة جيدة، تكون لديها الطاقة والقوة لتؤدي عملها اليومي، ولتقوم بالمهام العديدة التي لها في أسرتها ومجتمعها.

ج- عن اسباب عدم مراجعة الطبيب في حال تعرض حالتها الصحية لإصابة بعارض معين انهم لا يذهبون إلى الطبيب نتيجة خلطهم فيما يتعلق بهذه الامور، وأشار البعض منهم لعدم ثقتهم في آراء الأطباء في هذا الجانب، وأشار آخرون إلى انهم يفضلون العلاج بالوصفات الشعبية.

ح- حول أسباب الإصابة بمرض ما هو الازمات المالية والمستوى الاقتصادي المنخفض، وإهمال ذاتي وعدم العناية بالصحة.

خ- إجابة عينة الدراسة عن السلوك الذي قامت به تجاه الأعراض المرضية، اكدوا ان السلوك الذي قاموا به تجاه الأعراض المرضية هو مراقبة الأعراض المرضية ذاتياً، وان الاسلوب هو عرض الاعراض المرضية على الأسرة أو الأصدقاء.

د- إجابة عينة الدراسة حول نوع المساعدة التي تقدمها الأسرة في حالة التعرض لمشكلة صحية، إلى للجوء للاستدانة لمساعدة على توفير نفقات العلاج، والى الاستعانة بالأقارب والاصدقاء لتوفير نفقات العلاج.

ذ- حول ابرز المشكلات التي تعترضها عند اصابتها بمشكلة صحية، فقد اكدوا ان ابرز المشكلات التي يتعرضون لها عند اصابتهم بمشكلة صحية هي زيادة الضغوط الحياتية وعدم القدرة على تلبية المتطلبات الأساسية للأسرة.

ر- عن آثار المرض على حياتها الاسرية وعلاقاتها الاجتماعية داخل الأسرة عندما تتعرض لمرض ما، فإن اغلبهم اجابوا ب نعم، في حين أن آخرين اجابوا ب الى حد ما.

ز- حول أهم التغيرات التي تعترضها في حالة تعرضها لمرض ما، أشاروا الى عدم القدرة على اتخاذ القرارات الأسرية، في حين اجابوا آخرون بفقدان الدور الاجتماعي والاعتماد على الآخرين.

٣- الاستنتاجات الخاصة بالمحور الثالث: التأثيرات المعرفية وترتيب أولويات الاهتمام للرعاية الصحية للمرأة:

أ- حول الرأي بأن للعادات والتقاليد أثر كبير على الاهتمام بالبيئة والجوانب الصحية، اجابوا بنعم اي ان للعادات والتقاليد اثر على الاهتمام بالبيئة والجوانب الصحية.

ب- حول من المسؤول عن قرار علاجك عند تعرضك لمشكلة صحية توجب ذهابك للطبيب، ان الصيدلي هو المسؤول عن قرار علاجهم عند تعرضهم للمشكلة الصحية.

ت- حول معرفة إن إهمال الأعراض المرضية قد يكون خطراً على صحة عينة الدراسة، اتضح انهم يعرفون جيداً ان اهمال الأعراض المرضية قد يكون خطراً على صحتهم.

- ث- حول اسباب إهمال أعراض المرض هو اللامبالاة لمشكلاتهم الصحية.
- ج- حول كيفية تناول الدواء في حالة الإصابة بمرض ما، اشار القسم الاكبر منهم إلى انهم لا يتناولون الدواء عندما يتعرضون للمرض، في حين اشار القسم الآخر إلى انهم يتناولون الدواء بشكل متقطع.
- ح- حول اهم ماهي العادات الصحية التي تتبعها بعد الإصابة بالمرض، هو الالتزام بالبرامج الوقائية والتأهيلية المصاحبة لمرض.
- خ- وعن اعتماد عينة الدراسة على الطب الشعبي إلى جانب الطب الحديث من وجهة نظرهم، أجابوا بعدم الاعتماد على هذا البديل.
- د- إجابة عينة الدراسة حول المعتقدات الطبية التي تؤمن بها كبديل للعلاج الطبي من وجهة نظرهم، اشاروا الى التبرك بزيارة الأضرحة والاولياء لكونها معتقدات طبية يؤمنون بها كبديل لعلاج الطبي.
- ذ- حول الأساليب الوقائية المعتمدة لديك عند تعرضك لمشكلة صحية من وجهة نظرهم، اكدوا ان الاساليب الوقائية المعتمدة لديهم عند تعرضهم للمشكلة صحية هو الاطلاع الدائم على مصادر المعرفة الطبية.
- ر- حول هل للمؤسسات الصحية نشاط فعال في إحداث الوعي الصحي، اشار القسم الاكبر منهم إلى ان للمؤسسات الصحية نشاط فعال في احداث الوعي الصحي.
- ز- حول المؤسسات الصحية (مستشفى، مركز صحي) ودورها في تقليل حدة المرض بالمجتمع، فقد اكد قسم كبير منهم بان للمؤسسات الصحية دور مقبول الى حد ما في تقليل حدة المرض بالمجتمع.
- س- حول الطريقة التي يجب اتباعها لنشر الثقافة الصحية لمواجهة المرض داخل المجتمع، اشاروا بان توجد طرق اخرى للنشر الثقافة الصحية لمواجهة المرض داخل المجتمع.

#### ٤- الاستنتاجات الخاصة بالمحور الرابع: اعتماد المرأة على مواقع التواصل والدعم الصحي

- أ- أهم مواقع التواصل الإجتماعي التي يستخدمها أفراد العينة هي ان استخدام شبكات التواصل الاجتماعي للحصول على معلومات صحية في مجال الصحة والتوعية الصحية قد ارتفع في الفترة الاخيرة.
- ب- درجة الثقة بالمعلومات حول الجوانب الصحية التي يتم نشرها في مواقع التواصل الاجتماعي من وجهة نظر عينة الدراسة، اشاروا ان درجة الثقة في المعلومات الصحية التي ينشرها مواقع التواصل الاجتماعي درجة قليلة.

ت- عن اسباب الاعتماد على مواقع التواصل الاجتماعي كمصدر للمعلومات الصحية لكونها تساعد في اختيار الطبيب المعالج الافضل.

ث- أهداف اعتماد المرأة على مواقع التواصل الاجتماعي كمصدر للمعلومات الصحية، هو لاتخاذ قرارات تتعلق بالجانب الصحي.

ج- أكثر الموضوعات الصحية التي تتابعها عينة الدراسة على مواقع التواصل الاجتماعي، هي الأمراض التي أكتشفها العلماء مؤخراً.

ح- التأثيرات المعرفية للمعلومات الصحية التي تعرض على مواقع التواصل على المرأة، اجابوا ان من اهم التأثيرات المعرفية للمعلومات الصحية التي تعرض على مواقع التواصل هو تزودني بطرق الوقاية من مرض معين.

خ- التأثيرات النفسية للمعلومات الصحية التي تعرض على مواقع التواصل على المرأة بأنهم يشعرون بالأمل والتفاؤل عند قراءة الموضوعات الصحية.

د- التأثيرات السلوكية للمعلومات الصحية التي تعرض على مواقع التواصل على المرأة تناقلت المعلومات الصحية مع الاصدقاء، وتزويدي بمادة استفيد منها في نقاشاتي مع زملائي وأصدقائي.

ذ- نستنتج من ذلك ان اهتمام واندماج النساء بتكنولوجيا الاتصال الحديثة واعتمادهن على الانترنت كان بشكل كبير، وان من اهم اسباب اعتماد المرأة على المواقع الالكترونية في اكتساب المعلومات الصحية، هو سهولة الوصول إلى المعلومات، وذلك لأن نسبة كبيرة منهن يمتلكن أجهزة النقال الذكي.

ر- عن مدى مساهمة عينة الدراسة في نشر الموضوعات التي تناقش الوعي الصحي عبر مواقع التواصل الاجتماعي اشاروا بأنهم لا يساهمون في نشر الموضوعات التي تناقش الوعي الصحي عبر مواقع التواصل الاجتماعي.

ز- عن درجة ثقة المرأة في المضامين التي تقدمها مواقع التواصل الاجتماعي حول القضايا الصحية إننا بحاجة إلى إعلام صحي متوازن يعمل التجديد في الأسلوب والطرح لكافة القضايا الصحية المختلفة سواء ما يتعلق بسلامة ومأمونية المريض أو الأخطاء الطبية أو غيرها من الأمور الصحية.

## ٥- الاستنتاجات الخاصة بالمحور الخامس: واقع النظام الصحي في العراق

أ- أهم شروط توافر خدمات الرعاية الصحية الجيدة من وجهة نظر عينة الدراسة توافر خدمات الرعاية الصحية الجيدة هو التكلفة المناسبة للخدمات الصحية.

ب- حول هل تحقق الأنظمة الصحية الحالية ( من مستشفيات وعيادات ومراكز طبية ) للرعاية الصحية المنشودة اكدوا ان الانظمة الصحية الحالية من مستشفيات وعيادات ومراكز طبية لا تحقق الرعاية الصحية المنشودة.

ت- عن أسباب عدم تحقيق الأنظمة الصحية الحالية للرعاية الصحية المنشودة اجابوا ان سبب عدم تحقيق الانظمة الصحية الحالية للرعاية الصحية المنشودة هو فشل النظام الإداري في الأنظمة الصحية الحالية.

ث- أهم التحديات التي تعوق تحقيق جودة الخدمات الصحية بشكل كامل في الأنظمة الصحية من وجهة نظر عينة الدراسة اجابوا ان من اهم التحديات التي تعوق تحقيق جودة الخدمات الصحية بشكل كامل في الأنظمة الصحية هو التفاوت الكبير في مستوى الكوادر البشرية ومستويات الإمكانيات والموارد.

ج- معوقات تطوير خدمات الرعاية الصحية اجابوا ان من معوقات تطوير خدمات الرعاية الصحية هو ضعف الموارد والإمكانيات المتعلقة بتقديم خدمات الرعاية الصحية لنا.

ح- المقترحات لتفعيل تطوير خدمات الرعاية الصحية من وجهة نظر عينة الدراسة اجابوا ان من اهم مقترحات لتفعيل تطوير خدمات الرعاية الصحية هو وجود إلزامية صارمة بسيادة القانون عن تقديم خدمات الرعاية الصحية داخل المستشفى.

خ- كيفية تطوير خدمات الرعاية الصحية من وجهة نظر المبحوثين وذلك من خلال تشارك ادارة المستشفى ومختلف القيادات المحلية في حملات التوعية ببرامج رعاية الطفولة والأمومة.

د- دور القوانين والتشريعات في نشر الوعي الصحي والثقافة الصحية في المجتمع العراقي اشاروا هو مراقبة الأنشطة المتعلقة بالجوانب الصحية.

ذ- دور دوائر التوعية والإعلام بوزارة الصحة في تنمية الوعي الصحي في المجتمع هو الإرشاد بإتباع السلوكيات السليمة التي تحافظ على الجوانب البيئية.

## ٦- الاستنتاجات الخاصة بالمحور السادس: رضا المرأة عن الرعاية الصحية

أ- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( ٠.٠٥ ) في مستوى تقديرات أفراد العينة في رغبة المرأة بزيادة المعلومات المتعلقة بالصحة العامة تعزى لمتغيرات ( العمر ، الحالة الاجتماعية ، مستوى الدخل الشهري ، محل الإقامة والتحصيل الدراسي).

ب- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( ٠.٠٥ ) في مستوى تقديرات أفراد العينة في اهتمام المرأة بالمعلومات عن صحتها تعزى لمتغيرات ( العمر ، الحالة الاجتماعية ، مستوى الدخل الشهري ، محل الإقامة والتحصيل الدراسي).

ت- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( ٠.٠٥ )، في مستوى تقديرات أفراد العينة في اهتمام المرأة بالذهاب للطبيب عند الاصابة بحادث عرضي تعزى لمتغيرات ( العمر ، الحالة الاجتماعية ، مستوى الدخل الشهري ، محل الإقامة والتحصيل الدراسي).

ث-توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠.٠٥) في مستوى تقديرات أفراد العينة في أن للعادات والتقاليد على المرأة أثر كبير على الاهتمام بالبيئة والجوانب الصحية تعزى لمتغيرات ( العمر، الحالة الاجتماعية، مستوى الدخل الشهري، محل الإقامة والتحصيل الدراسي).

ج-توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠.٠٥) في مستوى تقديرات أفراد العينة في أن للعادات والتقاليد على المرأة أثر كبير على الاهتمام بالبيئة والجوانب الصحية تعزى لمتغيرات ( العمر، الحالة الاجتماعية، مستوى الدخل الشهري، محل الإقامة والتحصيل الدراسي).

### ثانياً: التوصيات

#### ١- مجلس النواب العراقي:

١- العمل علي زيادة الموارد المالية وتوفير الميزانيات اللازمة لتنفيذ خطط واستراتيجيات تطوير الخدمة بوزارة الصحة.

٢- التوسع في تطبيق برنامج الإصلاح ويأتي في مقدمة ذلك التركيز على الرعاية الصحية.

٣- العمل على زيادة الموارد المالية لتطوير الخدمة الصحية المقدمة للأم وطفلها.

#### ب-وزارة الصحة:

١- التوسع في التأمين الصحي لتغطية جميع الفئات خاصة الأطفال، وكذلك تطبيق التأمين الصحي على السيدات في فترة الحمل والإنجاب لتوفير خدمات الأمومة الآمنة.

٢- التوسع في تطبيق برنامج الإصلاح الصحي ويأتي في مقدمة ذلك التركيز على الرعاية الصحية الأساسية والوقائية من الأمراض، مع ضمان المساواة والجودة الشمولية في تقديم الخدمات مع تحسين الكفاءة وإستمرارية الخدمات.

٣- التحكم في الأمراض المعدية الخطيرة والأمراض الطفيلية من خلال نظام جيد للتوحيد وإدخال طعوم جديدة للوقاية من الأمراض.

٤- محاولات تدريب الأطباء في مجالات التوعية الصحية والاتصال بتنظيم الأسرة عليها أن تبدأ أثناء دراسة الطب وليست فقط بعدها.

٥- نزول حملات توعية صحية كل فترة لتوعية الناس للاهتمام بصحتهم والحد من الأمراض.

٦- لا بد من تضافر الجهود الحكومية والأهلية في مجال الصحة أمراً لازماً من أجل تحسين الصحة العامة لأفراد المجتمع، وإنماء الوعي الصحي والشعور بالمسؤولية تجاه صحة المجتمع.

٧- تعليم الأفراد كيفية الاهتمام بصحتهم الشخصية من خلال المحاضرات والندوات التثقيفية والتوعية المختلفة.

٨- تضمين مناهج كليات الطب أهمية القيم والعادات والممارسات المتعلقة بالصحة، وأصدق نقد يمكن ان يوجه للتعليم الطبي في بلادنا، هو ان الأطباء يتعلمون طباً لا يمارسونه، ويمارسون علوماً اجتماعية لم يتعلموها، والسبب في ذلك خلل المناهج وعدم كفاءتها وملائمتها لأحوالنا.

٩- تحديد أهم البرامج و الخدمات الصحية التي تقدم إلى المرأة في المجتمع العراقي مثل الطب العلاجي، والتوعية و التثقيف الصحي، وخدمات الرعاية الصحية الأولية، وصحة الأسرة وهي تشمل العناية بالأم و الطفل و العناية بالتغذية.

١٠- تفعيل الاهتمام بدور القوافل الطبية بالتعاون مع المستشفيات الحكومية للعمل على التشخيص المبكر والعلاج الوقائي للأمراض وتجنب مضاعفاتها وأخيراً العمل على تطوير الحياة الإجتماعية والمعيشية للأفراد.

١١- تزويد الأفراد والأسر والمجموعات بالمعلومات الصحية المناسبة والتي تخدمهم في مجالات متعددة منها التغذية السليمة، والتعرف على أماكن تقديم الخدمات الصحية والعلاجية وترشيد انتفاعهم بها.

١٢- الاستعانة بالخبراء في مجال الصحة والتثقيف الصحي ورجال الدين من أجل حشد الجهود وتوحيدها للارتقاء بالمستوى الصحي للمجتمع ككل.

١٣- الاهتمام بوضع الخطط قصيرة وطويلة الأجل والعمل على تطوير الأجهزة والمعدات الطبية ومواكبة التطورات الحديثة في العلاج وإدخال التقنية الحديثة في الإدارة بالإضافة إلي وجود إرادة سياسة ومجتمعية للتطوير والاستفادة من تجارب الدول المختلفة في خدمات الرعاية الصحية.

١٤- ضرورة اهتمام الكادرين الطبي والتمريضي بالمريض بشكل أفضل وتوفير العدد الكافي لكل منهما .

١٥- معاملة المرضى بالتساوي والعدل عند إدخالهم دون النظر إلي الوضع الاجتماعي للمريض أو الوساطة .

١٦- ضرورة توحيد أهداف المستشفى الاستراتيجية مع أهداف الدولة الخاصة بالرعاية الصحية والارتقاء الشامل بمستوى الخدمات الصحية وتوفير خدمات صحية متاحة للجميع وذات جودة عالية وتحقيق أهم أهداف الدولة الاستراتيجية في المنظومة الصحية وهو (تطبيق نظام صحي متكامل يتميز بالإتاحة والجودة وعدم التمييز).

ج- وزارة التربية:

١- تشكيل لجان في المدارس والجامعات من المتخصصين في مجال الاهتمام بالتوعية الصحية للأم والطفل.

٢- على المؤسسات التربوية والتعليمية دوراً هاماً في رفع المستوى الصحي من خلال إمكانية تزويد الأفراد بالحقائق والمعلومات عن الأمراض المنتشرة داخل المجتمع.

د-وزارة الثقافة والسياحة والآثار:

١- على الجهات المختصة في شؤون الثقافة والإعلام أن تقوم بمتابعة وسائل الإعلام (التقليدية والحديثة) وشبكات التواصل الاجتماعي تكون من شأنها تقوية نشر الثقافة الصحية للمرأة للوقاية من الأمراض وحماية الأبناء لمساعدة المجتمع على وجود شيء قوى وصحى في الأجيال القادمة.

٢- البعد عن العادات والتقاليد والمعتقدات الشعبية الخاطئة التي تستخدم كبديل للعلاج الطبي.  
٣- على المجتمع بعد التثقيف الجيد للأسرة سرعة المبادرة بالتوجه للكشف الطبي مجرد ظهور أي اعراض مرضية.

٤- تفعيل دور وسائل الإعلام بشتى أنواعها والقيام بالتوعية الصحية الشاملة لأمرض ومسبباتها.  
**ثانياً: المقترحات:**

١-دراسة القيم الصحية واليات غرسها.

٢-إجراء دراسات ميدانية حول أدوار المؤسسات التربوية الأخرى، مثل المدرسة والمسجد والاعلام، حتى تتضافر الجهود في سبيل تنمية القيم الصحية لدى الابناء.  
٣-دعم البحوث و الدراسات في مجال الصحة.



# مراجع الدراسة

## أولاً: المراجع العربية

### أ- الكتب

- ١- إبراهيم عبد الله المسلمي، الإعلام و المجتمع، ط٣، دار الفكر العربي، القاهرة، ٢٠٠٧.
- ٢- إبراهيم عبد الهادي المليجي، الرعاية الطبية والتأهيل من منظور الخدمة الاجتماعية، مكتبة دار المعارف الحديثة، الإسكندرية، ٢٠٠٦.
- ٣- إبراهيم عبد الهادي ومحمد السيد حلاوة، الرعاية الاجتماعية والقضايا المعاصرة، مكتبة سنان للمعرفة، القاهرة، ٢٠٠٩.
- ٤- إحسان حفطي علم اجتماع التنمية، دار المعرفة الجامعية، مصر، ٢٠٠٤.
- ٥- إحسان علي محاسنه، البيئة والصحة العامة، ط٢، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن، ١٩٩٤.
- ٦- أحلام كاظم حسين وآخرين، تمرير صحة المجتمع، أكاديمية انترناشيونال للنشر والطباعة، بيروت، ٢٠٠٦.
- ٧- أحمد ابراهيم حمزة، السياسة الاجتماعية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان- الاردن، ٢٠١٥.
- ٨- أحمد رشيد عبد الرحيم، علم الصحة المجتمعية، دار الكتب، القاهرة، ٢٠٠٩.
- ٩- أحمد زايد، علم الاجتماع بين الاتجاهات الكلاسيكية والنقدية، القاهرة، دار المعارف، ١٩٩٦.
- ١٠- احمد زكي بدوي، معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، مكتبة لبنان، بيروت، ١٩٩٢.
- ١١- أحمد مجدي حجازي وآخرون، الصحة والبيئة: دراسات اجتماعية وأنتربولوجية، دار المعارف، القاهرة، ٢٠٠١.
- ١٢- أحمد مصطفى خاطر، تنمية المجتمع المحلي - الاتجاهات المعاصرة والاستراتيجيات، المكتبة الجامعية، الإسكندرية، ٢٠٠٠.
- ١٣- أسامة كمال محمد، التماسك الأسري ومهارات حل المشكلات الاجتماعية لدى الأبناء، المكتب الجامعي الحديث، القاهرة، ٢٠١٣.
- ١٤- إسماعيل عبد الفتاح عبد الكافي، موسوعة القيم والأخلاق الإسلامية، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية، ٢٠٠٥.
- ١٥- إقبال إبراهيم مخلوف، الرعاية الطبية والصحية ورعاية المعوقين، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، ٢٠٠٠.

- ١٦- إقبال محمد بشير وآخرون، الرعاية الطبية والصحية للمعوقين من منظور الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، ٢٠٠٤.
- ١٧- إليس اسكندر بشاي، علم الاجتماع والأنثروبولوجيا الطبية، دار المعارف، القاهرة، ٢٠٠٠.
- ١٨- أمل البكري وآخرون، الصحة والسلامة العامة، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، الأردن، ٢٠٠٠.
- ١٩- أيمن مزاهره، علم اجتماع الصحة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان - الأردن، ٢٠٠١.
- ٢٠- بسام عبد الرحمن الجريدة، الاعلام وقضايا حقوق الانسان، دار أسامة للنشر والتوزيع الاردن-عمان، ٢٠١٣.
- ٢١- بسام عبد الرحمن المشاقبة، الإعلام الصحي، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان - الأردن، ٢٠١٢.
- ٢٢- تالا قطيشات وآخرون، مبادئ في الصحة والسلامة العامة، دار المسيرة للنشر والتوزيع الاردن، ٢٠٠٢.
- ٢٣- جبريل بن حسن العريشي، سحر بنت خلف مددين، التحول إلى مجتمع معلومات وتحديات المحافظة على الهوية الثقافية في المملكة العربية السعودية، دار المنهجية للنشر والتوزيع، عمان- الأردن، ٢٠١٦.
- ٢٤- جمال سند السويدي، وسائل التواصل الاجتماعي ودورها في التحولات المستقبلية من القبيلة الى الفيس بوك، مركز الإمارات للبحوث الاستراتيجية، الامارات، ٢٠١٣.
- ٢٥- جمال شحاته حبيب، السلوك الإنساني والبيئة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، ٢٠١٠.
- ٢٦- جمال مختار، حقيقة الفيس بوك عدو أم صديق، شركة مترو بول للطباعة وأعمال الكارتون، القاهرة، ٢٠٠٨.
- ٢٧- جمانة طه، المرأة العربية في منظور الدين والواقع، اتحاد كتاب العرب، دمشق، ٢٠٠٤.
- ٢٨- حاتم عبدالمنعم أحمد، مشكلات التنمية الريفية، دراسة أيكولوجية مقارنة، دار النصر للتوزيع والنشر، القاهرة، ٢٠٠٢.
- ٢٩- حسن السباعي وآخرون، التثقيف الصحي مبادئه وأساليبه، دار السباعي، الرياض، ١٩٩٨.
- ٣٠- حسن عبد الحميد رشوان، دور المتغيرات الاجتماعية في الطب والأمراض: دراسة في علم الاجتماع الطبي، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، ١٩٨٨.

- ٣١- حسن عماد مكاوي، نظريات الإعلام ، ط ٣، الدار العربية للنشر والتوزيع ، القاهرة، ٢٠١٥.
- ٣٢- حسن عماد مكاوي، ليلي حسين السيد، الاتصال ونظرياته المعاصرة، الدار المصرية اللبنانية، القاهرة، ٢٠٠٤.
- ٣٣- حسين عبد الحميد رشوان، التنشئة الاجتماعية دراسة في علم الاجتماع النفسي، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، القاهرة.
- ٣٤- حسين عبد الحميد رشوان، الثقافة - دراسة في علم الاجتماع الثقافي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ٢٠٠٣.
- ٣٥- حكمت عرابي، نظريات معاصرة في علم الاجتماع، دار الخريجي، الرياض، ١٩٩١.
- ٣٦- رانيا عدنان، ورشا بسام، التنشئة الاجتماعية، دار البداية ناشرون وموزعون، عمان، الأردن، ٢٠٠٥.
- ٣٧- رحيم العزاوي، مقدمة في منهج البحث العلمي، دار دجلة ، عمان ، ٢٠٠٨ .
- ٣٨- ردينة عثمان يوسف، التسويق الصحي والاجتماعي، دار المناهج للنشر والتوزيع، الأردن، ٢٠٠٨.
- ٣٩- زهير صبحي حلاج، الغذاء والتغذية، ط٢، أكاديمية انترناشيونال للنشر والطباعة، بيروت، ٢٠٠٥.
- ٤٠- زيد محمد الروماني، اقتصاد الفقر: بؤس وأزمات، مكتبة الرشيد للنشر والتوزيع، الرياض، ٢٠٠٤.
- ٤١- سعاد عثمان وآخرون، الصحة والمرض، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، ١٩٩١.
- ٤٢- سلوى عثمان الصديقي، مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية من منظور الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية ، ٢٠٠٢.
- ٤٣- سلوى عثمان الصديقي، أساسيات في طريقة العمل مع الحالات الفردية، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، ١٩٨٨ .
- ٤٤- سلوى عثمان الصديقي، عبد المحي محمود حسن، الأسرة والسكان من منظور الخدمة الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ٢٠٠٠.
- ٤٥- سمير فياض، الصحة في مصر الواقع وسيناريوهات المستقبل حتى عام ٢٠٢٠، دار الكتب، القاهرة، ٢٠١٠.
- ٤٦- سمير نعيم أحمد، النظرية في علم الاجتماع " دراسة نقدية " ط ٤ ، دار الكتب، القاهرة، ١٩٩٢.
- ٤٧- سناء الخولي، الأسرة والحياة العائلية، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية ، ٢٠١١ .

- ٤٨- سهام حامد حجازي، الإدارة في المنظمات الصحية: بالتطبيق على المنظمات الصحية في دولة الكويت، مكتبة البابطين، الكويت، ٢٠٠٨.
- ٤٩- سوزان موزي، الثورة المعلوماتية والتكنولوجية وسياسات التنمية، دراسة المنهل اللبناني، بيروت، ٢٠٠٩.
- ٥٠- السيد السيد النشار، أساسيات إدارة المعرفة، دار الثقافة العلمية، الإسكندرية، ٢٠١٢.
- ٥١- سيد سلامة، الصحة والتربية الصحية، دار الفكر العربي، القاهرة، ١٩٩٧.
- ٥٢- سيد فهمي، الرعاية الاجتماعية من المنظور الإسلامي، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، ١٩٨٨.
- ٥٣- السيد محمد السايح، التنور البيئي والصحي لطلاب المدارس العليا والجامعات، عالم الكتب، القاهرة، ٢٠٠٩.
- ٥٤- شريف درويش اللبان، ومنى الحديدي، فنون الاتصال والاعلام المتخصص، الدار اللبنانية، القاهرة، ٢٠٠٩.
- ٥٥- شوق اسعد محمود، علم الاجتماع الطبي، دار البداية موزعون وناشرون، مصر، ٢٠١٢.
- ٥٦- طارق السيد، علم اجتماع التنمية، الإسكندرية، مؤسسة شباب الجامعة، الاسكندرية، ٢٠٠٧.
- ٥٧- طلعت السروجي، السياسة الاجتماعية في إطار المتغيرات العالمية الجديدة، دار الفكر العربي، القاهرة، ٢٠٠٤.
- ٥٨- عاطف العبد، تصميم وتنفيذ استطلاعات وبحوث الاعلام والرأي العام، دار الفكر العربي، القاهرة، ٢٠٠٦.
- ٥٩- عاطف العبد، مدخل إلي الاتصال والرأي العام: الأسس النظرية والإسهامات العربية، ط٣، دار الفكر العربي، القاهرة، ١٩٩٩.
- ٦٠- عاطف عدلي العبد، ونهى عاطف العبد، مدخل الى الاتصال مفاهيمه مجالاته أنواعه تاريخه وتأثيراته، دار الفكر العربي، القاهرة، ٢٠٠٩.
- ٦١- عاطف عدلي العبد، ونهى عاطف العبد، نظريات الإعلام وتطبيقاتها العربية، ط٢، دار الفكر العربي، القاهرة، ٢٠١١.
- ٦٢- عاطف محمد شحاتة عبد العزيز، الاتجاهات الحديثة في دراسة التنظيمات الطبية، مطبوعات مركز البحوث والدراسات الاجتماعية، القاهرة، ٢٠٠١.
- ٦٣- عباس مصطفى صادق، الإعلام الجديد، البوابة العربية لعلوم الإعلام والاتصال، القاهرة، ٢٠١١.

- ٦٤- عبد الباسط عبد المعطي، اتجاهات نظرية في علم الاجتماع، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت، ١٩٨١.
- ٦٥- عبد الحي محمود صالح، الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ٢٠٠٨.
- ٦٦- عبد الحي محمود صالح، الصحة العامة وصحة المجتمع، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ٢٠٠١.
- ٦٧- عبد الحي محمود صالح، الممارسات الطبية في المجال الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ٢٠٠٨.
- ٦٨- عبد الرحمن العيسوي، التربية النفسية للطفل و المراهق، دار الراتب الجامعية، بيروت، ٢٠٠٠.
- ٦٩- عبد الرزاق الدليمي، الإعلام المتخصص، ط٢، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، ٢٠١٥.
- ٧٠- عبد السلام بشير الدويبي، علم الاجتماع الطبي، دار الشروق للنشر والتوزيع، القاهرة، ٢٠٠٦.
- ٧١- عبد السميع أبو مغلي، عبد الحافظ سلامة ، علم النفس الاجتماعي، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، ٢٠٠٢.
- ٧٢- عبد العزيز فهمي النوحى نظريات خدمة الفرد، الجزء الثاني، دار الثقافة المصرية القاهرة، ١٩٩٩.
- ٧٣- عبد الفتاح عثمان، علاء الدين سيد محمد، خدمة الفرد المعاصرة، القاهرة، ١٩٩٦.
- ٧٤- عبد الفتاح عثمان، علي الدين السيد محمد، الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي، مؤسسة نبيل للطباعة، والكمبيوتر، القاهرة، ١٩٩٩.
- ٧٥- عبد الكريم العفيفي، الخدمة الاجتماعية الطبية، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية، القاهرة. ١٩٩٦.
- ٧٦- عبد المجيد الشاعر، علم الاجتماع الطبي، دار اليازوري العلمية، عمان، ٢٠٠٠.
- ٧٧- عبد المجيد الشاعر وآخرون، الرعاية الصحية الأولية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان -الأردن، ٢٠٠٠.
- ٧٨- عبد المجيد الشاعر، علم الاجتماع الطبي، دار اليازوري العلمية، عمان ، ٢٠١٠.
- ٧٩- عبد لله محمد عبد الرحمن، إدارة المؤسسات الاجتماعية بين الاتجاهات النظرية والممارسة الواقعية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ٢٠٠١.
- ٨٠- عبد الفتاح عثمان وآخرون، مقدمة في الخدمة الاجتماعية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ١٩٨٤.

- ٨١- عدلي علي ابو طاحون، مناهج واجراءات البحث الاجتماعي، المكتب الجامعي الحديث ، الاسكندرية، ١٩٩٨.
- ٨٢- على المكاوي، الجوانب الاجتماعية والثقافية للخدمة الصحية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٨٨.
- ٨٣- علي الحوات، النظرية الاجتماعية اتجاهات أساسية ، منشورات جامعة الفاتح ، ليبيا، ١٩٩٧.
- ٨٤- علي عبد الرزاق جلب (واخرون)، علم الاجتماع ، دار المعرفة الجامعية ، الاسكندرية، ٢٠٠١.
- ٨٥- علي عبد الرزاق جلبي وحسن محمد حسن، علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ٢٠٠١.
- ٨٦- علي ليلة، البنائية الوظيفية في علم الاجتماع - الرواد، ط٢، المكتبة المصرية، القاهرة، ٢٠٠٣.
- ٨٧- علي ليلة، النظرية الاجتماعية المعاصرة ط ٢ ، دار المعارف القاهرة، ١٩٨٣.
- ٨٨- علي مكاوي، الأنثروبولوجيا الطبية دراسات نظرية وبحوث ميدانية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ٢٠١٠.
- ٨٩- علي مكاوي، الإنسان والبيئة والصحة: دراسة في علم الاجتماع، دار النصر للنشر والتوزيع، القاهرة، ٢٠٠٥.
- ٩٠- علياء شكري، الأسرة والطفولة دراسات اجتماعية وأنثروبولوجية، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، ١٩٩٩.
- ٩١- فتحي حسين عامر، وسائل الاتصال الحديثة من الجريدة إلى الفيس بوك، العربي للنشر والتوزيع، القاهرة، ٢٠١١.
- ٩٢- فهمي سليم الغزوي وآخرون، المدخل إلى علم الاجتماع، ط٢، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان- الاردن، ٢٠٠٠.
- ٩٣- قدري الشيخ علي وآخرون، علم الاجتماع الطبي، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع، عمان- الأردن، ٢٠٠٨.
- ٩٤- كمال التابعي، الاتجاهات المعاصرة في دراسة القيم والتنمية، دار المعارف، القاهرة، ١٩٨٣.
- ٩٥- لورنس بسطا زكري، نظام التأمين الصحي في مدارس التعليم الإعدادي " فاعليته " رؤية مستقبلية "، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ٢٠١٥.

- ٩٦- ماهر أبو المعاطي علي، الاتجاهات الحديثة في الرعاية والخدمة الاجتماعية، نور الإيمان للطباعة، القاهرة، ٢٠٠٩.
- ٩٧- مجدى عبد الكريم حسب، مجتمع المعرفة والإبداع في القرن الحادي والعشرين، دار الفكر العربي، القاهرة، ٢٠٠٩.
- ٩٨- محروس محمود خليفة، السياسة الاجتماعية والتخطيط في العالم الثالث، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٣.
- ٩٩- محمد إبراهيم عباس، المدخل الى الانثروبولوجيا، الجزء الاول، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، ١٩٩٢.
- ١٠٠- محمد أبو سمرة، الإعلام الصحي والطبي، دار اليازة للنشر والتوزيع، الرياض- السعودية، ٢٠١٠ .  
محمد أحمد بيومي، علم اجتماع القيم، دراسة في علم الاجتماع الثقافي، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، ١٩٩٦.
- ١٠١- محمد الجزار، القيم في تشكيل السلوك الإنساني، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، ٢٠٠٨.
- ١٠٢- محمد الجوهرى وآخرون، علم الاجتماع الطبي، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان - الاردن، ٢٠٠٩.
- ١٠٣- محمد الجوهرى وعبد الله الخريجي، مناهج البحث العلمي، ط٥، لم يتم ذكر ذكره في النسخة، القاهرة، ٢٠٠٨.
- ١٠٤- محمد الجوهرى، أسس البحث الاجتماعي، دار المسيرة لنشر والتوزيع، عمان- الأردن، ٢٠٠٩.
- ١٠٥- محمد حسن، الخدمات الاجتماعية المقارنة، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، ١٩٨٢.
- ١٠٦- محمد سيد فهمي، قواعد البحث في الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث الإسكندرية، ٢٠٠٠.
- ١٠٧- محمد شفيق، البحث الاجتماعي، الأسس والخطوات المنهجية، دمنهور، مطبعة البحيرة، ٢٠٠٨.
- ١٠٨- محمد عاطف غيث، قامس علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية، ٢٠٠٠.
- ١٠٩- محمد عباس إبراهيم، الأنثروبولوجيا الثقافية، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، ٢٠٠٥.
- ١١٠- محمد عبد الحميد، نظريات الإعلام واتجاهات التأثير، ط٣، عالم الكتب، القاهرة، ٢٠٠٤ .



- ١١١- محمد عبد المنعم نور، الطب والمجتمع دراسة أساسية في الاجتماع الطبي، دار اللواء للنشر، القاهرة، ١٩٨٣.
- ١١٢- محمد علي وآخرون، دراسات في علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ٢٠٠٦.
- ١١٤- محمد علي محمد، دراسات في علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩١.
- ١١٥- محمد علي وآخرون، دراسات في علم الاجتماع الطبي، ط٣، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، ٢٠١٤.
- ١١٦- محمد علي وآخرون، دراسات في علم الاجتماع الطبي، ط٣، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان- الأردن، ٢٠١٤.
- ١١٧- محمد فتحي عبد الهادي، مجتمع المعلومات بين النظرية والتطبيق، سلسلة العلوم الاجتماعية، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، ٢٠٠٨.
- ١١٨- محمود حسن محمد، ممارسة خدمة الفرد، دار النهضة العربية، بيروت، ١٩٩٢.
- ١١٩- محمود حسن، مقدمة الرعاية الاجتماعية، مكتبة القاهرة الحديثة، القاهرة، ٢٠٠٣.
- ١٢٠- محمود خليل الشاذلي وآخرون، طب المجتمع، أكاديمية انترناشيونال للنشر والطباعة، بيروت، ٢٠٠٥.
- ١٢١- محمود شومان، الإعلام والأزمات مدخل نظري وممارسات عملية، دار الكتب العلمية للنشر والتوزيع، القاهرة، ٢٠٠٢.
- ١٢٢- مروان عبد المجيد إبراهيم، أسس البحث العلمي لإعداد الرسائل الجامعية، مؤسسة الوراق للنشر، الأردن، ٢٠٠٢.
- ١٢٣- مصطفى الخشاب، علم الاجتماع العائلي، مطبعة لجنة البيان العربي، القاهرة، ١٩٩٦.
- ١٢٤- مصطفى عوض إبراهيم وآخرون، الانثروبولوجيا الطبية، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، ٢٠٠٥.
- ١٢٥- معن خليل العمر، مناهج البحث في علم الاجتماع، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، ١٩٩٧.
- ١٢٦- معن خليل عمر، نقد الفكر الاجتماعي المعاصر، ط٢، دار الافاق الجديدة، بيروت، ١٩٩١.
- ١٢٧- منى عويس وآخرون، التخطيط الاجتماعي والسياسة الاجتماعية، دار الفكر العربي، القاهرة، ١٩٩٤.

١٢٨-ميرفت الطرابيشي، وعبد العزيز السيد، نظريات الاتصال، الدار المصرية اللبنانية للنشر، القاهرة، ٢٠٠٦.

١٢٩-نادية عمر، العلاقات بين الأطباء والمرضى، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ٢٠٠٣.

١٣٠-نبيل صبحي حنا، الطب والمجتمع، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، ١٩٨٧.

١٣١-نجلاء عاطف خليل، في علم الاجتماع الطبي، ثقافة الصحة والمرض، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ٢٠٠٦.

١٣٢-نهال فؤاد إسماعيل، إدارة بناء وتنمية مقتنيات المكتبات في عصر المعرفة الرقمية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ٢٠١٢.

١٣٣-نهى محمد امجد نافع، المرأة والسياسة في مصر، المكتبة المصرية، الاسكندرية، ٢٠٠٤.  
١٣٤-هشام سيد عبدالمجيد وآخرون، المدخل إلى الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية، دار المهندس للطباعة، القاهرة، ٢٠٠٨.

١٣٥-هندومة محمد أنور، الأنثروبولوجيا الطبية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ٢٠٠٦.  
١٣٦-الوحيشي أحمد يسري، عبد السلام بشير الدويبي، مقدمة في علم الاجتماع الطبي، الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع، طرابلس، ١٩٨٩.

#### ب- الكتب المترجمة من الأجنبية إلى العربية:

١٣٧-أ.ك. أوليدوف، الوعي الاجتماعي، ترجمة: ميشيل كيلو، دار ابن خلدون، بيروت، ١٩٧٨.  
١٣٨-ارنجن زاتلين، النظرية المعاصرة في علم الاجتماع، ترجمة: محمود عودة و ابراهيم عثمان، دار ذات السلاسل، الكويت، ١٩٨٩.

١٣٩-أوغست برنز وآخرون، الصحة لجميع النساء حيث لا توجد عناية طبية، ترجمة: فيكتور سحاب وآخرون، دار الفرات للنشر، القاهرة، ٢٠٠١.

١٤٠-إيان كريب، النظرية الاجتماعية من بارسونز إلى هابرماس، ترجمة: محمد حسين غلوم، عالم المعرفة، عدد (٢٤٤)، الكويت، ١٩٩٩.

١٤١-جوثان ثريز، بناء نظرية علم الاجتماع، ترجمة: محمد سعيد فرج، دار المعارف، الاسكندرية، ٢٠٠٦.  
١٤٢-جيل فيريول، معجم مصطلحات علم الاجتماع، ترجمة: أنسام الاسعد، دار ومكتبة هلال للنشر والتوزيع بيروت، ٢٠١٠.

١٤٣- دنس كوشي، مفهوم الثقافة في العلوم الاجتماعية، ترجمة: منير السعيداني، المنطقة العربية للترجمة، بيروت، ٢٠٠٧.

١٤٤- روشيه، جي، علم الاجتماع الأمريكي: دراسة لأعمال تالكوت بارسونز، ترجمة: محمد الجوهري وأحمد زايد، دار المعارف، ١٩٨١.

١٤٥- طوني بنيت وآخرون، معجم مصطلحات الثقافة والمجتمع ترجمة: سعيد الغنامي، مركز دراسات الوحدة العربية بيروت، ٢٠١٠.

١٤٦- فادية عمر الجولاني، علم الاجتماع التربوي، مركز الإسكندرية للكتاب، ١٩٩٧.

١٤٧- فرانسيسكو فيركاريللو، مدن المعرفة المداخل والخبرات والرؤى، ترجمة: خالد على يوسف، عالم المعرفة، العدد (٣٨١)، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت، ٢٠١١.

١٤٨- فرانك وليام وآخرون، السلوك الإجرامي النظريات، ترجمة عدلي السمري، دار المعرفة الجامعية، ١٩٩٩.

كيران وولش وجوديت سميث، إدارة الرعاية الصحية، ترجمة: نبيل أبو النجا، دار الكتب، القاهرة، ٢٠٠١.

١٤٩- ميشال فوكو، المعرفة والسلطة، ترجمة: عبد العزيز العيادي، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، القاهرة، ١٩٩٤.

١٥٠- نيقولا تيماشيف، نظرية علم الاجتماع: طبيعتها وتطورها، ترجمة: محمود عودة وآخرون، دار المعارف، القاهرة، ١٩٨٣.

### ج- المعاجم والقواميس:

١٥١- ابن منظور، معجم لسان العرب، دار المعارف (مادة نظم)، ١٩٩٨.

١٥٢- محمد منير حجاب، المعجم الإعلامي، دار الفجر للنشر والتوزيع، مصر، ٢٠٠٤.

### ثانياً: الأطاريح والرسائل الجامعية

١٥٣- عبير نجم عبدالله الخالدي، دور الوعي الاجتماعي في الوقاية من الأمراض المزمنة دراسة ميدانية في علم الاجتماع الطبي، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم علم الاجتماع، كلية الآداب، جامعة بغداد، ٢٠٠٢.

١٥٤- ميس محمد كاظم، سياسة الانفاق الاجتماعي وبناء السلم المجتمعي في العراق دراسة ميدانية في مدينة بغداد، أطروحة دكتوراه غير منشورة، قسم علم الاجتماع، كلية الآداب، جامعة بغداد، ٢٠٢٠.

١٥٥- إيناس إبراهيم عبد القوي، المستوى الاجتماعي الاقتصادي للمرأة وتأثيره على صحتها دراسة سوسولوجية في مدينة الإسكندرية، رسالة ماجستير غير منشورة، شعبة التنمية الاجتماعية، معهد العلوم الاجتماعية، كلية الآداب، جامعة الإسكندرية، ٢٠٠٤.

١٥٦- سليمان بومدين، التصورات الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض في الجزائر، رسالة دكتوراه غير منشورة، قسم علم اجتماع، كلية العلم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قسنطينة، الأردن، ٢٠٠٤.

### ثالثاً: دوريات ومجلات علمية

١٥٧- أحمد فلاح العموش وآخرون، مظاهر السلوك الصحي في مجتمع الإمارات دراسة ميدانية، مجلة شؤون اجتماعية، العدد (١٠٢)، الشارقة، ٢٠٠٩.

١٥٨- أحمد ناظم داود، نظرية المعرفة عند لوك، مجلة آداب الفراهيدي، جامعة كركوك، العدد (٥)، ٢٠١٠.

١٥٩- جعفر فارس العرجان وآخرون، مستوى الوعي الصحي ومصادر الحصول على المعلومات الصحية لدى جامعة البلقاء التطبيقية في الأردن، مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد (١٤)، العدد (١)، ٢٠١٣.

١٦٠- جهاد كاظم العكيلي، الوعي الصحي عبر وسائل الاتصال، دراسة لقياس الوعي الحي لدى طلبة جامعة بغداد بشأن مرض الإيدز، الباحث الاعلامي، العدد (٢٧)، ٢٠١٥.

١٦١- خليل ابراهيم اسماعيل، الاثار الاقتصادية والاجتماعية لمعاناته ذوي الامراض المزمنة في العراق، المجلة العراقية لبحوث السوق وحماية المستهلك، مجلد (١) العدد (٢)، ٢٠٠٩.

١٦٢- سامية الساعاتي، نظرية الدور، دراسات في علم الاجتماع والأنثروبولوجيا، مركز البحوث والدراسات الاجتماعية، كلية الآداب، جامعة القاهرة، ٢٠٠٠.

١٦٣- عادل عبدالحسين شكاره، علم الاجتماع، وزارة التعليم العالي هيئة المعاهد الفنية، بغداد، ١٩٨٩.

١٦٤- عادل عرنوص جمعة، اثر العوامل البيئية الداخلية و الخارجية في تحسين الخدمات الصحية دراسة تطبيقية من وجهة نظر متلقي الخدمات الصحية في مدينة الطب العراقية، جامعة مؤتة، الأردن، ٢٠١٠.

١٦٥- عبد اللطيف خليفة، ارتقاء القيم، دراسة نفسية، الكويت، عالم الفكر، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، عدد (١٦)، ١٩٩٢.

١٦٧- عبد الله الشلان، موسوعة الأسرة، الجزء الأول، موسوعة الكويت لتقدم العلمي، الكويت، ٢٠٠٤.

١٦٨- عبد الوهاب عبد القادر، ومصطفى الحلبي، السلوك الطبي وآداب المهنة، جامعة الموصل، العراق، ١٩٨٨.

١٦٩- عبدالله بن سعيد بن محمد آل عبود، قيم المواطنة لدى الشباب وإسهامها في تعزيز الأمن الوقائي، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، ٢٠١١.

١٧٠- فاطمة إسماعيل محمود، دور الأسرة العراقية في تنمية بعض القيم الإيجابية لدى الأبناء في الظروف الراهنة، مجلة كلية الآداب، عدد (١٥٥)، جامعة ديالى، ٢٠١١.

١٧١- ماهر أبو المعاطي علي، مؤشرات تخطيطية لتطير الخدمات الصحية بالمستشفيات العامة، المؤتمر العلمي الثاني، كلية الخدمة الاجتماعية بالفيوم، جامعة القاهرة، ٢٠٠٦.

١٧٢- نادية مصطفى العيدروس أحمد، فاعلية وسائل التثقيف الصحي في بث ونشر المعلومات الصحية لبناء مجتمع المعرفة الصحي السوداني، المركز القومي للبحوث - مركز التوثيق والمعلومات، الخرطوم - السودان، ٢٠١٢.

١٧٣- هناء جاسم السبعوي، الصحة والمرض وأثرهما في التنمية دراسة تحليلية لواقع الصحي في مدينة الموصل، مجلة ابحاث كلية التربية الاساسية، مجلد (٨)، العدد (٤)، ٢٠٠٩.

#### خامساً: التقارير والبرامج

١٧٤- تحسين أداء النظم الصحية، التقرير الخاص بالصحة في العام ٢٠٠٠، منظمة الصحة العالمية، جنيف، ٢٠٠٢.

١٧٥- خطة التنمية الوطنية ٢٠١٣-٢٠١٧، وزارة التخطيط، جمهورية العراق.

١٧٦- خطة التنمية الوطنية ٢٠١٨-٢٠٢٢، وزارة التخطيط، جمهورية العراق.

١٧٧- السياسة الصحية الوطنية (٢٠١٤-٢٠٢٣)، وزارة الصحة، جمهورية العراق، كانون الثاني ٢٠١٤.

١٧٨- عرض موجز للخطة التنموية الوطنية ٢٠١٠-٢٠١٤، وزارة التخطيط، جمهورية العراق.

#### سادساً: المراجع الاجنبية

#### 1-Books:

179-Bell. N. W & Vogel, EF. (eds) A modern Introduction to the Family, New York. 1992.

180-Edward A. McKinney, Health Planning In Richard L. Edwards, Ed In Chief, Encyclopedia Of Social Work, 19th Ed, USA, Nasw Press, 1995.

181-Cliff Alcock Et El, Introducing Social Policy, England, Pentice Hill, 2000.

182–David Armstrong, Out Line Of Sociology As Applied To Medicine, Butterworth Heinemann, Britain, 1994.

183–Poul Fejos, Magic, Witchcraft And Medical Theory, Indigo, Gallo Stan Man, Singe In Medicine Anthropology, U.S.A, 1998.

184–Senior And Michaelm Health And Illness, Macmillan, Press, London, 1998.

185–John Costello And Monica Haggart, Public Health And Society, Palgrave Macmillan Company, New York, 2003.

186–James And Zander, The Social Experhnce An Introduction To Sociology, Hill Publishing Company, New York, 1990.

187–Rexford Santerre And Other, Health Economic, Richard Dtrwin Times Mirror Higher Education Groupm , u.s.a, 1996.

188–E.J.Dyksterhuis, commotions encyclopedias, division of encyclopedia Britannica, volume 7, the university of Chicago press ,Chicago ,1986.

189–Pater Zweifeld And Other, Health Economics, Oxford University Press, Oxford, 1997.

190–James Mcxen And Other, Communhty Health , Jones And Bartlett Publisher, u.s.a, 1997.

191–Sven Windah 1& Denis Mcquil ."communication models for the study of mass communication " , Net York, Longman publishing ,1993.

192–Marion Broome, Children And Families In Health And Illness, Publication INC, U.S.A ,1998.

193–Van Uden–Kraan CF, Drossaert CH, Taal E, Smit WM, Seydel ER, van de Llar M. Experiences and attitudes of Dutch rheumatologists and oncologists with regard to their patients’ health–related Internet use. Clin Rheumato.2010 ;29(11).

194–Ken Blak More, Social Policy, An Introduction, 2nd, Edition, London, Open University Press, 2003.

195–Thomas S. Bodenheimer And Kevin Grumbach, Understanding Health Policy 2nd Edition, USA, Appleton & Lang Stamford Co, 2002.

Howard M. Leicheter, Health Policy Reform In America, USA, M.E. Sharpe, Inc, 1992.

196–Back , M. and et. Al . Basic Issues In Social Research , New York , John Wiley and Son , 1983.

197–Edward A. Mckinney, Health Planning In Richard L. Edwards, Ed In Chief, Encyclopedia Of Social Work, 19th Ed, USA, Nasw Press, 1995.

198–Cliff Alcock Et El, Introducing Social Policy, England, Pentice Hill, 2000.

199–Moser , C . A . Survey methods in Social Investigation , Heiremann , London, 1977.

200–Ubel PA, Jepson C, Baron J. The inclusion of patient testimonials in decision aids: effects on treatment choices. Med Decis Making 2001.

201–Padma, T and Morty G.s, Inbreeding of the 8th international Congress of Human Genetics(abstracts) “ In the American Journal of Human Genetics vol49,no4 1991.

202–Frantz Samy Kohl, Les Representation Sociaux De La Schizophrenia, Masson, Parism 2006.

203–Aslam Mustapha; Boudoir De Guerin Boudoir Social Et Prestige Religious :Au Tour Du Cheikh Kurd, These Nouveau Regime En Ethnologies, University Aix Marseille, 1998.

204–Thomas E .copeland,the Information Revolution And National security,the ceorge washington University, August ,2000.

204–Stephn W., Littlejohn, "Theories of Human Communication" Albuquerque, New Mexico, Seventh Edition, 2007.

205–Melvin L. Defleur & Sandra J. Ball-Rokeach, "Theories of Mass communication, 4th ed New York, Longman, 1982.

206–John And Kaplan, Socioeconomic Position, Lisaf Beckman Ichiro Karachi, Social Epidemiology, Oxford, 2000.

207–Shainaz M., Tal Aat, Communication Process & Effects, The Anglo Egyptian Book Ship, 1993.

208–Adam Kuper Jessica Kuper, The social Encyclopedia, 2nd edition Rutledge, London and New York, First publishers, 1990.

209–Melvin L. Defleur & Sandra J. Ball-Rokeach, "Theories of Mass communication, 4th ed New York, Longman, 1982.

210–Senior And Michael, Health And Illness, Macmillan, Press, London, 1998.

211–Graham And other, society Health ; An Introduction to social science for Health professionals, Routledge, London, 1996.

212–William F. Ogburn and Meyer F. Nimkoff Technology and the changing Family, Houghton Uiffin company, Baston, 1995.

213–Francis & Ludmila Voelker: "Mass Media", St. Cloud State College; United State & America, 2011.

214–Joe E Jae Eun Chung social network in online support gropoes for Health :How network Benefits Patentes Peper Presented at the annual meeting of the Internetational communtiation Association TBA, Boston MA, 2001.

215–Russell Matthew A, Mining the Social Web– Analyzing Data from Face book, Twitter, LinkedIn, and Other Social Media Sites. USA/UK O'Reilly Media; 1 edition, February 8, 2011.



216–Royce S., Approches to social research Oxford university press, New York, 1988.

217–Stilling, N. A. & Others, Cognitive Science: An Introduction, 2nd edition, The Mit Press, 1995.

218–David mechanic, medical sociology, the free press, N.Y. 1987.

219–James, N. Henslin: sociology, Adown to Earth Approach, U.S.A, congress catalog, card, 1993.

220–Marion Broome, Children And Families In Health And Illness, Saye Publications Inc, U.S.A, 1998.

221–John, And Monica, Public Health And Society, Palgrave Macmillan, New York, 2003.

222–Mike Bure, Key Concepts In Medical Sociology, Sage Publication, London, 2004.

223–White ,k.,An introduction to the sociology of Health and Illness ,London : Sage, 2002.

224–Ball–Rokeach ,S .J.,& Defler ,M.L., A dependency model of mass media effects . communication Research , 1986.

225–Lemay ,R .Roles . identities ,and expectancies :positive contribution of role theory to normalization and social role valovization .in R.J.flynn &R.A.Lemay (edt)Aquarter.century of normalization and social role valovization :Evaluation and impact .ottawa ,on:university of Ottawa ,1999 .

226–Golden son Rebert M. : Longman dictionary of psychology and psychiatry , N.Y,Longman 1984.

227–Lynn, Morgan, Community participation in health: perpetual allure persistent challenge. health policy and planning. Oxford University Press, No. 16, 2001.

228–Kapil Sibal, the road of academic excellence: The making of world–class research universities , Altbach, Philip G.; Salmi, Jamil. World Bank , 2012.

229–Frank.O "The Demand for Fertility Control in Sub–Saharan Africa" Studies in Family Planning, 1987.

230–EdmudHreery and Mikenoon, “Dictionary of human and resource management”, 1st edition, Oxford University Press, New Yourk, 2001.

231–Prell, Christina, Social Network Analysis: History, Theory and Methodology, USA/Austalia: Sage Publications Ltd,November 9, 2011.

232–Anderson, K. J, Internet use among college students, An exploratory study, Journal of Psychology,2001.

233–Goode E , Socialization , Prentice , Hall , Ing , New.jersey .1984.

234–Mark Lymuthery: Social Work With Older People Context, Policy and Practice, S.A.G. E.. Publication, London, 2005.

235–Kalu N.Kalu , Institution–building, not nation–building: a structural–functional model, Internationa Review of Administrative Sciences , 77(1), 2011.

236–Jape , concepts in medical sociology , sage new york , 2004.

cockerham , William , social causes of health and disease , Cambridge.: polity , 2007.

237–Joel Weissman , Robert stern , Stephen L.fielding and Arnold M.Epstein , Delayed access to health care : risk factors , reasons and consequences , Annals of internal medicine , vol 114 , No 4 , 15 february 1991 .

238–Stephen F. Jancks, Edwin D. Huff, Timothy Cuerdon, Change in the quality of care delivered to Medicare Beneficiaries, JAMA, 2003.

239–Tom Rathwell :Realities of health for all by the year2000, Social Scienal and Medicine, Vol , 35, NO ,4,1992.

240–Roberta Anne , Downing perceptions of Racism and classism in Health care : Comparing the standpoints of poor and middle class women , university of california , santa cruz , 2004 .

241–Zerihun Doda,M.A. , Introduction to Sociology : Lecture Notes , For Health Science Students , Debu University , June 2005.

242–Mark Beeman , A Sociological Interpretation of Aminata Sow Fall’s The Beggars Strike , Contributions in Black Studies , Vol .9 ,1992.

243–Farberman, Harvey, "The Foundation of Symbolic Interaction: James, Cooley and Mead "in studies in symbolic Interaction, A Research annual supplement, 1, 1985.

244–Lindale Lindsey. Gender Roles, Prentice Hall Inc. New Jersey, 1997.

Blumer , R, Comments On Parsons as Symbolic Interaction ist , Sociological Inquiry , VOL.(45), 1974.

245–Merton Tomas and Julie M. Duck, Communication Research, Health Beliefs, Mass and interpersonal Influence on perceptions of risk to self and others, Communication Research, Vol. 28, No.2001.

246–Maria O, Neil McMahon: The General Method of Social Work Practice A Problem – Solving Approach, Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice Hall, Inc., 2nd ed, 1990.

Antti Untela and JaakaTuomilehto : Social saine of Medicine Vol 35 No 4 1992.

247–Bongaarts. J,“Trends In Unwanted Childbearing In the Developing World” Studies in Family Planning Vol: (24) No.(4), 1997.

## **2–Theses & dissertation**

248–Verinda Jean Esther Fike , Health Insurance and Health Care Access In China , Submitted to the Graduate School of Arts & Sciences at Georgetown University , In partial Fulfilment of the requirements for the degree of master of public policy , Georgetown public policy Institute , 2008 .<http://repository> .

249–Beena Gohil , Endomertiosis And Livejornal : How Women Use Social Media For Health Communication , A Thesis presented to the faculty in

communication and leadership studies School of professional studies Gonzaga University published by proquest LLC ,2013.

### **3–Journal & Periodical**

250–Neil Moonie Health and Social Care London Helineman, 1993.

251–Duncan. Pederson; Disease Ecology at across roads: man–made Environment ;Human rights and perpetual develops entutopias; soc.sci;med; vol .43; No. 5 ; 1996.

252–Duncan. Pederson, Disease Ecology at across roads: man–made Environment,Human rights and perpetual develop mentutopias,soc.sci, med, vol .43, No. 5 , 1996.

253–Thomas A. Norton: "Social Identity and Media", Commutation Research, Vol., 27, No. 4, August, 2000.

Cline Med, The Health Care And Disease, The Journal Clinical Medicine, Vol 2, No3, 2002.

254–David Waters And Victor Sierpina, The Goole Health Care To Patient Chronic Disease, The Journal Of Pain Physician, Vol 9, No 4, 2006.

255–Anushia Inthiran &Saadat M.Alhashmi &Pervaiz K .Ahmed (A Preliminary study on the usage of search assisting features when searching for a personal health task ,Aslib Journal of Management vol.67,NO.2, 2015.

# ملاحق الدراسة

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

جامعة القادسية كلية الآداب

قسم علم الاجتماع

الدراسات العليا الدكتوراه



م/ استبانة

تقوم الباحثة باستبيان بشأن الدراسة الموسومة " المنظومة المعرفية للمرأة والرعاية الصحية دراسة سوسيولوجية في جامعة القادسية"، وقد صممت الباحثة هذه الاستمارة لمعرفة العديد من القضايا التي لها صلة بموضوع الدراسة. إن الاستمارة التي بين يديك للأغراض العلمية فقط، ولن يطلع على نتائجها أي شخص سوى الباحثة، فلا داعي لذكر اسمك أو عنوانك، فالغاية في مشاركتك ومعرفة رأيك في موضوع الدراسة والإجابة عن الأسئلة بكل صداقية لها دور أساس في إنجاح الدراسة، التي ستعود بالفائدة أن شاء الله على المجتمع بشكل عام.

مع الشكر والامتنان

ملاحظة:

- بيانات هذه الاستمارة سرية ولن تستخدم إلا في أغراض البحث العلمي
- أجب عن الأسئلة بوضعك علامة (✓) داخل الأقواس أمام الاختيار الذي يعبر عن آرائك

|                            |                                       |               |
|----------------------------|---------------------------------------|---------------|
| المشرف                     | المشرف                                | الباحثة       |
| أ. د نبيل عمران موسى       | أ.د رحيم جبار ظاهر                    | هند ناظم كزار |
| كلية الآداب جامعة القادسية | كلية الادارة والاقتصاد جامعة القادسية |               |

## المحور الأول: البيانات الأساسية لعينة الدراسة

- ١- العمر: أقل من ٢٥ ( ) - من ٢٥ - ٣٥ ( ) - من ٣٥ - ٤٥ ( ) - من ٤٥ - ٥٥ ( ) - أكثر من ٥٥ ( )
- ٢- الحالة الاجتماعية: عزباء ( ) متزوجة ( ) أرملة ( ) مطلقة ( )
- ٣- مستوى الدخل الشهري والإنفاق على الرعاية الصحية: لا يكفي ( ) يكفي ( ) يكفي ويزيد ( )
- ٤- محل الإقامة: مركز المدينة ( ) قضاء ( ) ناحية ( ) قرية ( )
- ٥- التحصيل الدراسي: ماجستير ( ) دكتوراه ( )

## المحور الثاني: العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة في الرعاية الصحية للمرأة

- ٦- هل تهتمين بمعرفة معلومات متعلقة بصحتك ؟
- أ- بشكل كبير ( ) ب- بشكل متوسط ( ) ج- بشكل محدود ( ) د- لا يوجد ( )
- ٧- هل ترغبين بزيادة معلوماتك عن الصحة ؟
- أ- بشكل كبير ( ) ب- بشكل متوسط ( ) ج- بشكل محدود ( ) د- لا يوجد ( )
- ٨- في حالة الإجابة "بشكل كبير" هل لك أن تحدد أسباب رغبتك في زيادة معلوماتك عن الصحة ؟
- أ- لأنه لا توجد لدي معرفة كافية ( )
- ب- لأن فيه تداخل وغموض في بعض مفاهيم الصحة ( )
- ج- لأنها تمس صحة وحياة الإنسان ( )
- د- لأن موضوع الصحة مهم وحساس ( )
- هـ- لخطورة الأمراض ( )
- و- لأهمية فهم الرعاية الصحية للأم والطفل ( )
- س- لأنها خطوة لتحقيق الأمان الصحي للأسرة والزوجين ( )
- ح- أخرى تذكر ( )
- ٩- في حالة إصابتك بعراض صحي قد يؤثر على حالتك الصحية هل تذهبين إلى الطبيب؟
- أ- دائماً ( ) ب- أحياناً ( ) ج- أبداً ( )
- ١٠- في حالة الإجابة بـ"لا" لماذا
- أ- أفضل العلاج بالوصفات الشعبية ( )
- ب- لا أذهب نتيجة لخجلي فيما يتعلق بهذه الأمور ( )
- ج- لعدم ثقتي في آراء الأطباء في هذا الجانب ( )
- د- الحالة لا تستحق الكشف ( )
- هـ- أخرى تذكر ( )
- ١١- في حالة الإصابة بمرض ما؟ برأيك ما سبب المرض؟

- أ- القضاء والقدر ( ) ب- التغيرات التكنولوجية الحديثة ( ) ج- الخوف من المستقبل وضغوط العمل ( )  
د- الأزمات المالية والمستوى الاقتصادي المنخفض ( ) هـ- إهمال ذاتي وعدم العناية بالصحة ( ) و- منذ  
الولادة ( )

١٢- ما السلوك الذي قمت به تجاه الأعراض المرضية ؟ (تحديد أكثر من خيار)

- أ- اللجوء إلى الله سبحانه وتعالى وطلب الشفاء ( )  
ب- الاستعانة بالطبيب ( )  
ج- الاستعانة بالوصفات الشعبية ( )  
د- إهمال الأعراض المرضية ( )  
هـ- مراقبة الأعراض المرضية ذاتياً ( )  
و- عرض الأعراض المرضية على الأسرة أو الأصدقاء ( )  
س- تناول ادوية وعقاقير كانت تستخدم من قبل ( )  
ح- شراء أدوية دون وصفات طبية ( )  
ط- أستعين بالإنترنت ومواقع التواصل الاجتماعي لعرض حالتي وللحصول على ادوية ( )  
ك- أخرى تذكر .....

١٣- كيف تساعدك اسرتك عند تعرضك لمشكلة صحية؟

- أ- تخصيص ميزانية الأسرة لتوفير نفقات العلاج ( )  
ب- الاستعانة بالأقارب والأصدقاء لتوفير نفقات العلاج ( )  
ت- اللجوء للعمل الإضافي للمساعدة على توفير نفقات العلاج ( )

١٤- ما أبرز المشكلات التي تعترضك عند إصابتك بمشكلة صحية؟

- أ- تبادل الأدوار الإجتماعية بين الأبوين داخل الأسرة ( )  
ب- إنخفاض السلطة الأبوية داخل الأسرة ( )  
ت- توتر العلاقات الأسرية ( )  
ث- زيادة الضغوط الحياتية وعدم القدرة على تلبية المتطلبات الأساسية للأسرة ( )  
ج- أخرى تذكر .....

١٥- عندما تتعرضين لمرض ما.. هل يؤثر مرضك على حياتك الاسرية وعلاقاتك الإجتماعية داخل الأسرة؟

- أ- لا ( ) ب- إلى حد ما ( ) ج- نعم ( )

١٦- إذا كانت الإجابة "نعم" ، ما هي أهم تلك التغيرات؟

- أ- عدم القدرة على توجيه الأبناء ورعايتهم ( )  
ب- عدم القدرة على إتخاذ القرارات الأسرية ( )



ت- فقدان الدور الاجتماعي والإعتماد على الآخرين ( )  
ث- أخرى تذكر .....

المحور الثالث: التأثيرات المعرفية وترتيب أولويات الاهتمام للرعاية الصحية للمرأة

١٧- هل ترين أن للعادات والتقاليد أثر كبير على الاهتمام بالبيئة والجوانب الصحية؟

أ- لا ( ) ب- إلى حد ما ( ) ج- نعم ( )

١٨- من المسؤول عن قرار علاجك عند تعرضك لمشكلة صحية توجب ذهابك للطبيب؟

أ- أنا وحدي أتخذ ذلك قرار الذهاب للطبيب ( )

ب- الأسرة ( )

ج- الأصدقاء والأقارب ( )

د- الصيدلي ( )

هـ- المعالج الشعبي ( )

١٩- هل تعرفين ان إهمال الأعراض المرضية قد يكون خطراً على صحتك ؟

أ- اعرف جيداً ( ) ب- معرفة محدودة ( ) ج- لا اعرف ( )

\*في حالة الإجابة "اعرف جيداً" تسأل، ما هو سبب إهمال أعراض المرض ؟

أ- قلة الوعي والإدراك بمخاطر المرض ( )

ب- صعوبة الوصول لاماكن العلاج ( )

ج- اللامبالاة لمشكلاتي الصحية ( )

د- غلاء اجور فحص الاطباء ( )

هـ- غلاء اسعار العلاج ( )

و- لعدم تقني بالإمكانات الطبية في المؤسسات الصحية ( )

ح- أخرى تذكر .....

٢٠- عندما اصابتك بمرض، كيف تتناولين الدواء؟

أ- أتناول بانتظام ( ) ب- بشكل متقطع ( ) ج- لا أتناول ( )

\*في حالة الإجابة بـ "لا أتناول" تسأل بذكر السبب؟

أ- لاعتقادي ان العلاج فيه اعراض خطيرة على صحتي ( )

ب- لأنه يضر الجسم أكثر من الاستعادة منه ( )

ج- حتى يمكن الاستعادة منه في اوقات مرضية أخرى ( )

د- عدم امتلاك ثمن الدواء ( )

هـ-أخرى تذكر .....

٢١- ماهي العادات الصحية التي تتبعها بعد الإصابة بالمرض؟

- أ- إتباع عادات غذائية صحية ( )  
ب- الاهتمام بعادات النظافة الشخصية ( )  
ج- إجراء كشوفات وفحوصات دورية ( )  
د- الالتزام بالبرامج الوقائية والتأهيلية المصاحبة لمرض ( )

٢٢- ما هي الجهات المسؤولة عن وعيك الصحي؟

- أ- الخبرات اليومية ( )  
ب- الأسرة والاصدقاء ( )  
ج- التعلم ( )  
د- وسائل الإعلام ( )  
هـ - اخرى تذكر ( )

٢٣- هل اعتمدت على الطب الشعبي إلى جانب الطب الحديث؟

- أ- دائماً ( ) ب- أحياناً ( ) ج- أبداً ( )

٢٤- في حالة الاجابة بـ "نعم" ماهي المعتقدات الطبية التي تؤمن بها كبديل للعلاج الطبي؟

- أ- للجوء للجدة كبيرة السن ( ) ب- الاستعانة بالعطارين المتخصصين بالطب الشعبي ( ) ج- التبرك بزيارة الأضرحة والاولياء ( ) ج- اللجوء للعلاج بالحجامة ( ) د- أخرى تذكر .....

٢٥- ما هي الأساليب الوقائية المعتمدة لديك عند تعرضك لمشكلة صحية؟

- أ- اجراء الفحوصات الطبية بصورة منتظمة ( )  
ب- اتباع نمط غذائي مثالي ( )  
ج- الإلزام بالبرامج الوقائية ( )  
د- الإطلاع الدائم على مصادر المعرفة الطبية ( )

- اخرى تذكر .....

٢٦- هل للمؤسسات الصحية نشاط فعال في إحداث الوعي الصحي ؟

أ- لا ( ) ب- إلى حد ما ( ) ج- نعم ( )

٢٧- هل للمؤسسات الصحية (مستشفى، مركز صحي) دور في تقليل حدة المرض بالمجتمع ؟

أ- ليس لها دور ( ) ب- دور مقبول الى حد ما ( ) ج- دور جيد جدا ( )

\* في حالة الاجابة بدور جيد جدا يسأل

٢٨- ما هي الطريقة التي يجب أتباعها لنشر الثقافة الصحية لمواجهة المرض داخل المجتمع؟

أ-اهتمام مؤسسات الدولة بصفة خاصة بتوفير الميزانيات الخاصة ببرامج نشر الوعي الصحي داخل المجتمع ( )

ب-مساهمة المؤسسة الطبية لتعريف الأمراض داخل المجتمع وأسبابها وكيفية الوقاية منها ( )

ج-مساهمة الجمعيات الأهلية بنشر الوعي الصحي داخل المجتمع ( )

د- أخرى تذكر .....

### المحور الرابع: اعتماد المرأة على مواقع التواصل والدعم الصحي

٢٩- ما أهم مواقع التواصل الإجتماعي التي يستخدمها أفراد العينة (متعدد الاستجابات)

الفيس بوك ( ) تويتر ( ) يوتيوب ( ) انستغرام ( ) جوجل بلس ( ) أخرى ( )

٣٠- ما درجة الثقة بالمعلومات حول الجوانب الصحية التي يتم نشرها في مواقع التواصل الاجتماعي ؟

بدرجة عالية ( ) بدرجة متوسطة ( ) بدرجة قليلة ( )

٣١- ما أسباب اعتمادك على مواقع التواصل الاجتماعي كمصدر للمعلومات الصحية؟

أ- تساعدني في فهم و إدراك أبعاد الموضوع الصحي

ب- تساعدني في اتخاذ قرارات معينة في الجانب الصحي

ت- تساعدني في الحصول على رأي ثان

ث- تساعدني في مناقشة حالتي مع الطبيب المعالج

ج- تساعدني في اختيار الطبيب المعالج الأفضل

ح- تساعدني في القضاء على التوتر والقلق

٣٢- ما أهداف اعتماد المرأة على مواقع التواصل الاجتماعي كمصدر للمعلومات الصحية؟

أ- الحفاظ على صحتي ومتابعتها باستمرار

ب- القضاء على الشك داخلي من مرض معين

ت- أحد أفراد عائلتي مصاب بمرض مما يدفعني للاهتمام بالمعلومات الصحية

ث- متابعة كل جديد بخصوص مرض أعاني منه

- ج- لاتخاذ قرارات تتعلق بالجانب الصحي  
 ح- لتخفيض الوزن واتخاذ حمية غذائية معينة  
 خ- لاهتمامي بالتجميل  
 د- لوجود مرض ما يهدد صحي  
 ذ- لانتشار مرض معدي في بلدي  
 ٣٣- ما أكثر الموضوعات الصحية التي تتابعها على مواقع التواصل الاجتماعي؟

- أ- الامراض الموسمية الخطيرة  
 ب- الصحة والجمال  
 ت- صحة المرأة  
 ث- صحة الأطفال  
 ج- الاكتشافات الطبية الحديثة  
 ح- الأمراض التي أكتشفها العلماء مؤخراً  
 خ- سرطان الثدي  
 د- مرض نقص المناعة المكتسبة (الإيدز)  
 ذ- فوائد الغذاء بأنواع المختلفة  
 ر- طرق انتقال الأمراض المعدية  
 ز- الطب البديل  
 س- ثقافة صحية عامة

٣٤- ما التأثيرات المعرفية للمعلومات الصحية التي تعرض على مواقع التواصل على المرأة؟

- أ- زادت معرفتي بالموضوعات الصحية وأبعادها المختلفة  
 ب- ساهمت في رفع مستوى الوعي لدي القضايا الصحية  
 ت- تزودني بمعلومات عن الامراض الخاصة بالنساء  
 ث- تزودني بمعلومات عن امراض الأطفال  
 ج- تزودني بطرق الوقاية من مرض معين  
 ح- تزودني بمعلومات عن طرق العلاج

٣٥- ما التأثيرات النفسية للمعلومات الصحية التي تعرض على مواقع التواصل على المرأة؟

- أ- اتخاذ الحيطة و الحذر من الإصابة بإحدى الأمراض  
 ب- رفع روعي المعنوية عند معرفه اخبار الاكتشافات الصحية  
 ت- اتبعت عادات صحية جديدة من خلال اكتساب المعلومات من مواقع التواصل الاجتماعي  
 ث- أشعر بالأمل و التفاؤل عند قراءة الموضوعات الصحية  
 ج- أشعر بالرغبة في تقديم النصح والإرشاد للآخرين من مخزون المعلومات التي اكتسبتها من مواقع التواصل الاجتماعي

٣٦- ما التأثيرات السلوكية للمعلومات الصحية التي تعرض على مواقع التواصل على المرأة؟

- أ- اتخذت وسائل الوقاية من المرض
- ب- قاطعت منتجات و أدوية بعد انتشار معلومات عن اضرارها الصحية
- ت- تناقلت المعلومات الصحية مع الاصدقاء
- ث- تزويدي بمادة أستفيد منها في نقاشاتي مع زملائي وأصدقائي
- ج- استقدت من خبرات الآخرين في طرق الوقاية و العلاج
- ٣٧- ما مدى قيامك بالتعليق عبر مواقع التواصل الاجتماعي على بعض المواضيع التي تتعلق بالصحة؟
- أ- لا ( ) ب- إلى حد ما ( ) ج- نعم ( )
- ٣٨- هل قمتي بمناقشة الموضوعات التي تساعد على انتشار المعلومات الصحية على حسابك الخاص؟
- أ- لا ( ) ب- إلى حد ما ( ) ج- نعم ( )
- ٣٩- في حالة الاجابة ب "لا" ما سبب عدم مناقشة الموضوعات الصحية على حسابك الخاص؟
- أ- عدم ثقتي بقدراتي على المناقشة بشكل جيد
- ب- أخشى النقد اللاذع أثناء مشاركتي المختلفة
- ت- أفضل أن احتفظ بالمعلومة لنفسي
- ٤٠- ما مدى مساهمتك في نشر الموضوعات التي تناقش الوعي الصحي عبر مواقع التواصل الاجتماعي؟
- أ- لا اساهم ( ) ب- احيانا ( ) ج- دائما ( )
- ٤١- في حالة الاجابة ب "لا" ما اسباب عدم مساهمتك في نشر الموضوعات التي تناقش الوعي الصحي عبر مواقع التواصل الاجتماعي؟

- أ- عدم ثقتي بقدراتي على المناقشة بشكل جيد ( )
- ب- أخشى النقد اللاذع أثناء مشاركتي المختلفة ( )
- ت- أخشى التهكم الاجتماعي ( )
- ٤٢- ما درجة ثقة المرأة في المضامين التي تقدمها مواقع التواصل الاجتماعي حول القضايا الصحية؟
- أ- أثق فيها كثيراً ( )
- ب- أثق إلى حد ما ( )
- ت- لا أثق فيما تقدمه ( )

### المحور الخامس : واقع النظام الصحي في العراق

- ٤٣- ما تعني لديك خدمات الرعاية الصحية؟
- أ- الأسعار المعتدلة للكشف الطبي ( )
- ب- توفر الطبيب المتخصص ( )
- ج- توفر الأجهزة والمعدات الطبية اللازمة ( )
- د- توفر جهاز التمريض المعد ( )
- هـ- توفر المعامل وأقسام الأشعة اللازمة ( )
- و- توفر العدد المناسب من الأسرة ( )

٤٤- ما أهم شروط توافر خدمات الرعاية الصحية الجيدة:

- أ- السهولة في الحصول على الخدمات الصحية ( )
- ب- عدم الانتظار طويلاً في الحصول على الخدمة الصحية ( )
- ج- الإدارة المنظمة لخدمات الرعاية الصحية ( )
- د- كفاءة الجهاز الصحي في تحقيق أهدافه ( )
- هـ- التكلفة المناسبة للخدمات الصحية ( )
- ٤٥- هل تحقق الأنظمة الصحية الحالية ( من مستشفيات وعيادات ومراكز طبية ) للرعاية الصحية المنشودة؟ أ- لا ( ) ب- إلى حد ما ( ) ج- نعم ( )
- ٤٦- في حالة الإجابة ب "لا" ما أسباب عدم تحقيق الأنظمة الصحية الحالية للرعاية الصحية المنشودة:
- أ- ضعف الموارد والإمكانيات المتاحة للأنظمة الصحية الحالية ( )
- ب- ضعف الإنفاق على القطاع الصحي ( )
- ج- فشل النظام الإداري في الأنظمة الصحية الحالية ( )
- د- عدم وجود إرادة سياسية تسعى نحو تحقيق الرعاية الصحية الكافية لكل المواطنين ( )
- ٤٧- هل زيادة الإنفاق على الصحة هو الوسيلة التي تؤدي لتحسين مستوى خدمات الرعاية الصحية المقدمة؟ أ- لا ( ) ب- إلى حد ما ( ) ج- نعم ( )
- ٤٨- ما أهم التحديات التي تعوق تحقيق جودة الخدمات الصحية بشكل كامل في الأنظمة الصحية؟
- أ- تغير الدعم السياسي لبرامج الجودة بتغير القيادات والوزارات ( )
- ب- الاختلاف في الأداء والممارسة والنتائج واختلاف مستويات الخدمة ( )
- ج- تعدد التبعية والملكية للمؤسسات الصحية ( )
- د- التفاوت الكبير في مستوى الكوادر البشرية ومستويات الإمكانيات والموارد ( )
- هـ- ضعف الفاعلية والكفاءة في تقديم الخدمات الصحية، من جراء الإسراف والتقصير أو الإساءة استعمال الخدمات الصحية ( )
- و- عدم تضمين المناهج الدراسية بكليات الطب والتمريض تنويه كاف عن إدارة الجودة ومعايير الرعاية الصحية ( )
- ٤٩- ما معوقات تطوير خدمات الرعاية الصحية؟
- أ- أهداف المستشفى غير واضحة بالنسبة لي ( )
- ب- خدمات الرعاية الصحية المقدمة لا تتناسب مع احتياجاتنا ( )
- ج- لا يتم الالتزام بالتشريعات والقرارات المرتبطة بتحقيق الرعاية الصحية للمرضى ( )
- د- ضعف الموارد والإمكانيات المتعلقة بتقديم خدمات الرعاية الصحية لنا ( )
- هـ- توافر أطباء على مستوى عالي من الكفاءة ( )
- و- عدم توافر للعدد الكافي من هيئة التمريض لمتابعتنا ( )
- س- ضعف المخصصات المالية من وزارة الصحة لرعايتنا ( )
- ح- نقص عدد الأطباء المتخصصين للإشراف علينا ( )
- ط- الفساد المالي والإداري المستشري في المؤسسات الصحية ( )
- ٥٠- ما مقترحات لتفعيل تطوير خدمات الرعاية الصحية من وجهة نظرك؟
- أ- إتاحة الفرصة في التعبير عن آراءنا فيما يتم تقديمه من خدمات الرعاية ( )

- ب- إيجاد نظاماً يساعد في تقديم خدمات الرعاية الصحية بشكل فعال ( )
- ج- التأكيد على روح المشاركة بيننا وبين المسؤولين ( )
- د- التأكيد على مراقبة تقديم الخدمات الصحية لنا لمكافحة الفساد في مجتمعنا ( )
- هـ- وجود إلزامية صارمة بسيادة القانون عن تقديم خدمات الرعاية الصحية داخل المستشفى ( )
- و- العمل على توفير عدد كافي من هيئة التمريض لأداء أفضل في تقديم خدمات الرعاية الصحية ( )
- س- وجود إشراف مستمر لمراقبة صرف كمية الأدوية بشكل كافي لنا ( )
- ح- العمل على تسهيل إجراءات الحصول على الخدمات الرعاية الصحية بالمستشفى سواء بالمجتمعات الحضرية أو الريفية ( )

#### ٥١- كيفية تطوير خدمات الرعاية الصحية من وجهة نظر المبحوثين؟

- أ- توزيع المستشفى علينا نشرات عن السلوكيات الصحية السليمة ( )
- ب- تنظيم المستشفى حملات التوعية البيئية في المجتمع ( )
- ج- زيادة اعداد المستشفيات والمراكز الصحية بما يتناسب مع الزيادة السكانية ( )
- د- تشارك إدارة المستشفى ومختلف القيادات المحلية في حملات التوعية ببرامج رعاية الطفولة والأمومة ( )

- هـ- يزود المسؤولين بكافة المعلومات عن وسائل تنظيم الأسرة ( )
- و- تنفيذ المستشفى ندوات للتوعية بالأمراض وطرق الوقاية منها ( )
- س- يتوفر بالمستشفى جميع التخصصات الطبية التي أحتاجها ( )
- ح- يتم تزويد المستشفى بالأجهزة الطبية الحديثة باستمرار ( )

#### ٥٢- ما دور القوانين والتشريعات في نشر الوعي الصحي والثقافة الصحية في المجتمع العراقي؟

- أ- زيادة الوعي الصحي والثقافة الصحية ( )
- ب- الحد من التلوث البيئي والصحي ( )
- ج- تطوير الجوانب التي تختص بالأنشطة الصحية ( )
- د- مراقبة الأنشطة المتعلقة بالجوانب الصحية ( )
- هـ- تنفيذ القوانين التي تتعلق بالرقابة الصحية فقط ( )
- و- أخرى تذكر .....

#### ٥٣- ما دور دوائر التوعية والإعلام بوزارة الصحة في تنمية الوعي الصحي في المجتمع؟

- أ- الإرشاد بإتباع السلوكيات السليمة التي تحافظ على الجوانب الصحية ( )
- ب- الإرشاد بإتباع السلوكيات السليمة التي تحافظ على الجوانب البيئية ( )

#### ٥٤- برأيك ؟ هي يجب ان تضع وزارة الصحة برامج متعددة لتنمية الوعي البيئي والصحي؟

أ- لا ( ) ب- إلى حد ما ( ) ج- نعم ( )

٥٥- إذا كانت الإجابة بنعم، برأيك؟ ما هي البرامج التي يجب ان تضعها الوزارة لتقوم بتنمية الوعي البيئي والصحي؟

- أ- الندوات ( )  
ب- المحاضرات ( )  
ج- المنشورات والمطويات ( )  
د- إصدار كتيبات تتعلق بالوعي التنموي البيئي والصحي ( )  
هـ- برامج توعوية تتعلق بالسلامة الغذائية والبيئية ( )  
و- كل ما سبق ( )

### المحور السادس: رضا المرأة عن الرعاية الصحية :

١- هل تحقق الأنظمة الصحية الحالية ( من مستشفيات وعيادات ومراكز طبية ) للرعاية الصحية المنشودة؟  
نعم ( ) لا ( ) إلى حد ما ( )

٢- ما أسباب عدم تحقيق الأنظمة الصحية الحالية للرعاية الصحية المنشودة؟

- ضعف الموارد والإمكانيات المتاحة للأنظمة الصحية الحالية ( )  
- ضعف الإنفاق علي القطاع الصحي ( )  
- فشل النظام الإداري في الأنظمة الصحية الحالية ( )  
- عدم وجود إدارة سياسية تسعى نحو تحقيق الرعاية الصحية الكافية لكل المواطنين ( )

٣- هل يعاني القطاع الصحي في العراق من ضعف الإنفاق بالمقارن بالقطاعات الأخرى في المجتمع؟

نعم ( ) لا ( ) إلى حد ما ( )

٤- هل زيادة الإنفاق على الصحة هو الوسيلة التي تؤدي لتحسين مستوى خدمات الرعاية الصحية المقدمة؟

نعم ( ) لا ( ) إلى حد ما ( )

٥- هل الفساد المالي والإداري المستشري في المؤسسات الصحية أدى الى عدم توفير الرعاية الكاملة للمرضى

نعم ( ) لا ( ) الى حد ما ( )

٦- هل هناك عدد مناسب من الموظفين في المستشفى لأداء جميع احتياجات المرضى؟

نعم ( ) لا ( ) الى حد ما ( )

٧- هل الأنظمة الصحية الحالية الرعاية الملائمة للمرأة التي تقوم على توفير الاجهزة والمعدات الطبية التي

يحتاجها المريض؟ نعم ( ) لا ( ) الى حد ما ( )

٨- هل الرعاية الصحية تقوم بتوفير الاجهزة والمعدات الطبية التي يحتاجها المريض عندما يطلب ذلك مثل

الفحص بالأشعة .. الخ؟ نعم ( ) لا ( ) الى حد ما ( )

٩- هل الاطباء في المستشفى على مستوى عالي من الكفاءة والقدرة في الاجابة على جميع الأسئلة التي تتعلق

بالمرأة؟ نعم ( ) لا ( ) الى حد ما ( )

١٠- هل الطبيب بشكل مرضي يقوم بشرح المرض وماهي طرق الوقاية والعلاج؟

نعم ( ) لا ( ) الى حد ما ( )

١١- هل هناك قلق حول جودة الخدمات؟ نعم ( ) لا ( ) الى حد ما ( )



- ١٢- لا توجد خدمات تراعي المرضى في المستشفيات مما يضطر المريض الى الانتظار فترة طويلة لرؤية الطبيب؟ نعم ( ) لا ( ) الى حد ما ( )
- ١٣- هل وسائل وانشطة التثقيف التي تلقيتها في المستشفى كانت مفيدة لكي، وتلبي جميع احتياجات المريضة؟ نعم ( ) لا ( ) الى حد ما ( )
- ١٤- هل تعتقد ان ادارة المستشفى تقوم بتقديم الخدمات الصحية والعلاجية التي تحتاج اليها المرأة بصورة مستمرة، وكل ما لديها للمريضة من عناية ورعاية صحية؟ نعم ( ) لا ( ) الى حد ما ( )
- ١٥- هل تتقين في عمل الاطباء والكوادر العاملة في المستشفى؟ نعم ( ) لا ( ) الى حد ما ( )
- ١٦- هل تتقين في الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية؟ نعم ( ) لا ( ) الى حد ما ( )
- ١٨- هل انت مقتنعة بالخدمات بالمستشفيات العامة المتعلقة بالصيدلية من وجهة نظر المرضى؟
- عدم توافر الأدوية الكافية بصيدلية المستشفى. نعم ( ) لا ( ) الى حد ما ( )
  - لا يصرف الدواء بالكامل للمريض. نعم ( ) لا ( ) الى حد ما ( )
  - إجراءات صرف الدواء من صيدلية المستشفى نعم ( ) لا ( ) الى حد ما ( )
  - معقدة جداً نعم ( ) لا ( ) الى حد ما ( )
- ١٩- الخدمات المتعلقة بالتغذية
- يتم طهي الطعام بطريقة غير جيدة. نعم ( ) لا ( ) الى حد ما ( )
  - أنواع الطعام المقدمة غير متكاملة. نعم ( ) لا ( ) الى حد ما ( )
  - يتم تقديم الطعام للمرضى بطريقة غير حسنة. نعم ( ) لا ( ) الى حد ما ( )
  - مواعيد الغذاء لا تتناسب مع المرضى. نعم ( ) لا ( ) الى حد ما ( )
  - كمية الطعام المقدمة للمرضى غير كافية. نعم ( ) لا ( ) الى حد ما ( )
  - لا يقدم الطعام الذي يوصى به الطبيب. نعم ( ) لا ( ) الى حد ما ( )

## Abstract:

The current study deals with the different effects of the intensity of a woman's dependence and her confidence in the information she obtains from her knowledge system in which she is manifested, and the relationship between this trust and the intensity of dependence and health care for her, and from this standpoint the problem of the study has been identified in an attempt to identify the role of the cognitive system. For women and health care. As for the questions of the study, they are what are the social and cultural factors in developing the general health of women in Iraqi society? What is the extent of Iraqi women's dependence on the educational level as a source for obtaining health information? What is the relationship between women's confidence in the information provided by the health pages and the severity of their dependence on them? What are the reasons and motives for women to rely on media campaigns to raise women's health awareness in obtaining health information? The importance of studying the role of the knowledge system for women and health care lies through the socialization of women and the extent of their understanding of health values, through the impact of social values on the health aspect, and research In the formation of social awareness of health, by reviewing the role of the knowledge system that women carry in terms of family, education and work, and the modern technological influences represented by the Internet and the reality it provides for social communication and what is available in the last health sites, and the objectives of the study are determined in identifying the role Social and cultural factors in developing the general health of women in Iraqi society, and identifying the extent to which Iraqi women depend on the educational level as a source for obtaining health information.

Therefore, the type of this study is determined in the descriptive study with the aim of describing the reality of the phenomenon to be studied by

means of the questionnaire. The researcher has relied on the method of the social survey, given that the researcher will apply the field study to a sample of (356) female teachers in the colleges of the University of Qadisiyah. As for the most important conclusions, they are: The study sample's interest in knowing health-related information. They indicated that they are interested in knowing health-related information in a large way, and the study sample's desire to increase health information has indicated that they want to increase the information about health substantially because it is an important and sensitive topic of health, and because it affects health. And human life. The most important recommendations for the Ministry of Health are the expansion of health insurance to cover all groups, especially children, as well as the application of health insurance to women during pregnancy and childbirth to provide safe motherhood services, and the expansion of the application of the health reform program, with a focus on basic and preventive health care from diseases. Ensure equality and inclusiveness in providing services while improving efficiency and continuity of services.

Republic of Iraq  
Ministry of Higher Education  
and Scientific Research  
University of Al- Qadisiya  
College of Arts  
(Department of Sociology / Higher Studies)



# KNOWLEDGE SYSTEM OF WOMEN AND HEALTH CARE

SOCIOLOGICAL STUDY AT AL-QADISIYAH  
UNIVERSITY

A thesis submitted by

Hind Nazim Kazar Al-Karawi

To the Council of the College of Arts, University of Al-  
Qadisiya, in partial Fulfillment of the Requirement for the  
Degree Ph.D. of Arts in Sociology

supervision

Prof. Dr.

Nabil Omran Musa Al-Khaldi

Prof. Dr.

Rahim Jabbar Zahir Al-Hamzawi

1442 A.H

2021 A.D