مقدمة

يُعد المرض من أهم المشكلات الاجتماعية المعقدة نظراً لتعدد العوامل والأسباب التي تتداخل في تكوينه وظهوره. فالمرض من المواقف الصعبة التي تواجه الإنسان وتهدد استقراره الاجتماعي والنفسي إن لم تكن تهدد حياته ذاتها فهو من العوارض المفاجئة التي تصيب الإنسان وتهاجمه في وقت قد لا يكون مستعداً من الناحية النفسية أو المادية. كما أنه يؤدي إلى خسائر جسمية ونفسية واجتماعية ويؤثر في سلـــــوك الإنسان واتجاهاته، وتزداد صعوبة هذه المواقف إذا كان هذا المرض من الأمراض القاتلة مثل الامراض المعدية وآخرها (جائحة كورونا)، التي تصيب العالم الآن مسببة هلعاً عالمياً لم يسبق له مثيل؛ بل تحول مجتمعات برمتها إلى مخاطر صحية من فرط السرعة التي ينتشر بها المرض والعجز عن الحد من انتشاره.

وتعد الأمراض المعدية من الأمراض التي تسببها الكائنات الدقيقة التي لا تُرى بالعين المجردة وتسمى الجراثيم وتؤثر هذه الكائنات على الجسم وقد تفرز مواد سامة يقاومها الجسم فتظهر عليه أعراض وعلامات نتيجة لهذه المقاومة، ثم تحدث العدوى نتيجة انتقال جراثيم المرض من المريض إلى شخص آخر غير مريض فتسبب له الحالة المرضية نفسها، ومعظم الأمراض تنتقل عن طريق الاتصال أو الاقتراب اللصيق لأن البكتيريا أو الفيروسات المسببة لها تنتقل عن طريق الهواء.

فإذا كان المرض يمثل أهم المخاطر التي يتعرض لها الإنسان طيلة حياته وان حدوثه يؤدي إلى مضار عدة لا يقتصر تأثيرها على الجانب المادي فقط مثل عبء تكاليف العلاج والتبعيات المترتبة على انخفاض أو انقطاع الدخل فترة المرض، بل يمتد تأثيرها أيضاً الى الجانب النفسي نتيجة الشعور بالألم والقلق والعجز وفقد القدرة وانخفاض الكفاءة، وما يترتب على ذلك من ضغوط نفسية واجتماعية تثقل كاهل الانسان المريض، وقد يتعدى هذا التأثير شخص المريض نفسة ليشمل أفراد أسرته ثم المجتمع بأسره، لذلك تعد دراسة الأمراض المعدية من أهم المجالات التي يعنى بها علم الاجتماع الطبي حين دراسته لقضايا الصحة والمرض، ومن هنا كان اهتمام علم الاجتماع الطبي بدراسة الأمراض المعدية وانتشارها عالمياً (عولمة المرض)، لذا تسعى هذه الدراسة الى تحليل السياق الاجتماعي للمرض بحيث يصبح التعامل مع هؤلاء المرضى في ضوء بعض الأبعاد عاملاً لتوفير الرعاية الاجتماعية والنفسية لهم.

تعد خدمات الصحة وما يتعلق بها من أهم الأهداف الحيوية لأي دولة تهتم بمواطنيها وتعمل على إسعادهم وتيسير سبل الحياة لهم، وهناك جدل مستمر بين الطبقات المثقفة والملاكات الوظيفية وصناع القرار بخصوص ترتيب الأولويات حين يبدأ التخطيط لأية مشاريع

بناء أو تطوير في أي بلد، ونقاط الاختلاف عادة تكون حول سلم الأولويات: ما الذي يأتي على رأس هذا السلم الذي تعد كل درجة فيه بنفس القدر من الأهمية مع الأخرى؟ لاسيما عندما يتعلق الأمر ببلد مثل العراق، ويتم تحديد الأولويات الصحية من قبل الناس، وتختلف الطريقة التي يحدد بها الناس الأولويات ودرجة مشاركتهم مما يؤدي غياب المشاركة الاجتماعية في تحديد الأولويات الصحية إلى تأكيد الفجوة بين الأولويات الصحية كما يحددها المشتغلون بالمجال الصحي والحاجات الصحية كما يشعر بها الناس، ويمكن للخدمات الصحية أن تقف في سلم الأولويات، اذ انها وجهة نظر مقبولة وواقعية على الأقل في الأمد القريب، لأنه إذا ترك الإنسان المريض بدون علاج فإنه سيموت لا محالة إلا النادر المحظوظ، ومن هنا تعد الرعاية الصحية بؤرة اهتمام التنمية البشرية، حيث توفر هذه الرعاية فرصة القضاء على العلل والأمراض التي تحد من قدرات الأفراد على العمل والإنتاج، أو المشاركة في الحياة الاقتصادية والاجتماعية بصفة عامة، كما تتضمن الرعاية الصحية توفير خدمات التوعية الصحية والتغذية السليمة والوقاية من الأمراض، وهنا تمثل برامج الرعاية الصحية أحد المداخل أو الأعمدة التي تقوم عليها التنمية البشرية، حيث لا عمل من دون صحة جيدة، ولا مشاركة من دون توافر ظروف صحية يمكن تحقيقها، ولا أمن لمن يعانون من وطأة المرض وقسوته، وكذلك من دون معرفة واسعة بشروط توفير الصحة والسلامة، والوقاية من الأمراض، وهي أمور تقوم عليها القدرات الإنتاجية المادية، وكذلك السياسية والثقافية والاجتماعية.

تعد الصحة من المعايير المهمة للتنمية البشرية، والتحسينات في مجال الصحة والتغذية كما هو الحال في التعليم وربما يمثلان السبب أو النتيجة المباشرة للنمو البشري والمستدام بالوقت نفسه، كما أن تحسين الصحة يزيد من فاعلية قوة العمل أيضاً وذلك من خلال معالجة الضعف والوهن وخفض معدلات وفيات الأطفال وهذه تساعد على توسيع قاعدة الموارد البشرية، كما أن الطلب على الرعاية الصحية بشكل عام هو طلب مشتق من رغبة الأفراد والمجتمع في العيش ضمن وسط صحي سليم ، يأمن الفرد والمجتمع من إصابته بالأمراض.

ولمفهوم الصحة درجات ابتداء من مجرد الحياة والبقاء، أي الخلو من الأمراض، إلى المناعة ضد العدوى والإصابة بالمرض إلى قوة الاحتمال والنشاط الجسمي الحيوي، إلى سلامة الجسم والعقل والروح، إلى التوافق والتكيف مع المجتمع والقدرة المبدعة على العمل والمشاركة في مختلف جوانب الحياة وحق الإنسان في الصحة بوصفه احد حقوق الإنسان من وجهة النظر القانونية وكذلك أهمية تمتع الإنسان بالصحة بوصفها حاجة من حاجاته الإنسانية من وجهة النظر الاجتماعية الإنمائية، وهي من الناحية القانونية هدف نهائي، ومن ناحية التنمية البشرية هدف نهائي ووسيلة في الوقت ذاته.

اشتملت الدراسة على مقدمة وبابين رئيسين:

الباب الأول: الإطار النظري للدراسة .

الباب الثاني: الدراسة الميدانية وإجراءاتها وتحليل بيانات الدراسة

ويشتمل الباب الأول على خمسة فصول:

الفصل الأول: الإطار النظري للدراسة

الفصل الثاني: بعض نماذج من الدراسات والبحوث السابقة والمدخل النظري السوسيولوجي

الفصل الثالث: عولمة المرض ..المرجعية التاريخية للأوبئة والامراض والتصورات المستقبلية

الفصل الرابع: التقنية الصحية..التحديات والتأثيرات الاجتماعية

الفصل الخامس: الخدمات الصحية وتنمية رأس المال البشري

كما يشتمل الباب الثاني على خمسة فصول:

الفصل السادس: الإطار المنهجي للدراسة

الفصل السابع: نتائج الدراسة الميدانية أولاً: النتائج المرتبطة بالبيانات العامة لعينة الدراسة، ثانياً: النتائج المرتبطة بالعلاقة بين العولمة ونقل الأمراض المعدية

الفصل الثامن: نتائج الدراسة الميدانية أولاً: النتائج المرتبطة بالمتطلبات التقنية الطبية المطلوب توافرها في المستشفيات، وثانياً: النتائج المرتبطة بالخدمات الصحية وتنمية رأس المال البشري، وثالثاً: النتائج المرتبطة النتائج المرتبطة بمدى رضا عينة الدراسة عن دور وزارة الصحة والمجتمع في القضاء على الامراض المعدية في العراق

الفصل التاسع: نتائج الدراسة الميدانية أولاً: النتائج المرتبطة بالمعوقات التي تعوق أداء الأطباء في المؤسسات الصحية من اداء أدوارهم بالشكل المطلوب، وثانياً: النتائج المرتبطة بالعوامل التي تساعد على تحقيق تنمية صحية مستدامة في المجتمع العراقي، وثامناً نتائج الدراسة الميدانية المرتبطة بأهم المقترحات المناسبة للحد من الامراض المعدية في العراق.

الفصل العاشر: استنتاجات وتوصيات ومقترحات الدراسة وملاحقها.

وفي الختام احمد الله تعالى حمداً كثيراً عظيماً طيباً مباركاً كما ينبغي لجلال وجهه وعظيم سلطانه، داعياً إياه ان يوفقنا لما يحبه ويرضاه ، والحمد له أولاً واخراً.

تمهيد:

ليست الصحة ظاهرة خاصة معنية بدول معينة، لكنها ظاهرة عالمية تتفاوت حدتها من دولة إلى أخرى وفقاً لمعدلات نموها وتقدمها، وكذلك وفقاً لحجم ومعدل نمو السكان بها، ويتوقف تقدم الشعوب ورفاهيتها بدرجة كبيرة على مدى كفاءة استغلال الموارد المجتمعية المتاحة، ومنها البشرية التي تُمثِّل أفضل موارد المجتمع؛ بحكم ما يمكن أن تتميز به من القدرة على تسخير الموارد الطبيعية المتاحة لها، لكن يمثل مكمن الخطورة في تعطل جزء من هذه الثروة البشرية لكل من الفرد والمجتمع على السواء، حيث أن ذلك يُمثِّل إهداراً لأهم موارد المجتمع والمتمثل في رأس المال البشري، كما تحتل سياسات التنمية البشرية مكان الصدارة في مجال تهيئة الظروف المناسبة للإنسان للمشاركة في بناء مجتمعه، على إعتبار أنه هدف التنمية ووسيلتها في الوقت ذاته.

يعد موضوع المرض أحد القضايا الهامة التي يتناولها علم الاجتماع الطبي والتي شملت مجموعة من الموضوعات المرتبطة بالصحة والمرض وقاية وعلاجاً، ويمكن القول بأن هناك أربعة رواد في علم الاجتماع استطاعوا الإسهام المتميز في علم الاجتماع الطبي، وتوظيف المعرفة السوسيولوجية في فهم الممارسة الطبية والصحة والمرض، ولعل من أهم هؤلاء الرواد بارسونز Parsons حيث قدم تحليلاً سوسيولوجياً لدور المرض، كما قدم روبرت ميرتون R. Merton إسهامات عدة ضمن التعليم الطبي والنظرية الاجتماعية ودور المريض، ثم جاء فريدسون Freidson، وتبعه دافيد ميكانيك D. mechanic وما قدماه من دراسات حول سلوك المريض، فالمرض ظاهرة اجتماعية تحدث بين مختلف المجتمعات، ولكن تختلف طرق الاصابة من مجتمع لآخر، ويرجع ذلك إلى العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية المؤثرة على مرضى الامراض المعدية، وطبيعة المعاناة التي يعانيها المريض والمشكلات الناتجة عن الأمراض المعدية، ويُعد المرض تهديداً عاماً لمستقبل الانسان بصفة عامة والمجتمعات بصفة خاصة حيث تشكل ظاهرة المرض عبئاً مضاعفاً على العديد من المجتمعات، وعلى الرغم من التغيرات الرئيسية في الاقتصاد العالمي والتكنولوجيا الحديثة، واستحواذ الإكتشافات العلمية الجديدة والمستمرة نتيجة للتقدم العلمي الطبي والتقدم التكنولوجي في مجال الأجهزة والأدوات التي تساعد على الشفاء، وما زال ظهور عدة من الامراض المعدية المعاصرة والتي تواكب هذا التقدم والتحضر في الوقت الراهن، كان آخرها وما زال انتشار مرض فيروس كورونا.

في هذا الفصل من الدراسة الراهنة ستحاول الباحثة، أن تعرض اشكالية الدراسة، وتساؤلاتها، واهدافها، واهميتها، والأهمية العلمية، والمفاهيم الاساسية التي قامت عليها وهي: العولمة، المرض، وعولمة المرض، والامراض المعدية، ومفهوم التقنية، ومفهوم الصحة، ومفهوم

التنمية، ومفهوم رأس المال، ومفهوم رأس المال البشري، وتتناول مفاهيم الدراسة، سواء من الناحية المجردة أو الإجرائية.

أولاً: إشكالية الدراسة

تمثل الحاجة إلى الصحة ضرورة أساسية، من حيث أنها عنصر لا غنى عنه لبقاء الإنسان وللتنمية والنمو والإنتاجية والاستمتاع بالحياة، وفي العصور الحديثة صار ينظر إلى الرعاية الصحية على أنها حق لكل إنسان ومن ثمة أنها تستمد شرعيتها من حقيقة أنها تشبع إحدى الحاجات الإنسانية الأساسية.

يأتي موضوع الصحة على درجة متدنية من سلم الأولويات بالنسبة إلى الميزانيات والبرامج الخاصة بالتنمية في العراق، بل أن الصحة العامة تعامل كمسألة ثانوية مقارنة بقضايا أخرى، مثل الحاجات الأساسية وإيجاد فرص العمل والنمو الاقتصادي، وعلى هذا الأساس يتعذر على الهيئات الصحية أن تواجه التحديات القائمة أو المحتملة التي تواجه سكان العراق في وقت قلما تبذل فيه الجهود لتقصي الخيارات التي تنطوي على تظافر عدة قطاعات تمويلية لدعم مقاربة الصحة وأمن الإنسان معاً.

وهو ما لمسناه جميعاً في ظل ظهور (جائحة كورونا) إذ لابد ان تتكفل الدولة بتوفير الخدمات الصحية لأفرادها سواء الاغنياء او الفقراء والمحتاجين، وتعمل الحكومات على توفير الخدمات الصحية بالمجان أو بأسعار منخفضة للفقراء والمحتاجين. فوجدنا كثيراً من الافراد يتطوعون لبناء المستشفيات وتجهيزها. كما تعمل كثير من الجمعيات الخيرية على دعم المجال الصحي وكل ما يلزمه من مستشفيات وأجهزة وغيرها.

ففي الوقت الحالي لا يتحدث العالم اليوم سوى عن مفردة واحدة استطاعت أن تفرض نفسها في العالم بأسره، كلمة "كورونا" التي أصبحت اليوم تتردد على طرف كل لسان، وأصبحت تتداول الإحصائيات اليوم عن عدد الإصابات بفيروس كورونا بوصفه وباءً عالمياً فتاكاً يتجلى خطره في سرعة انتشاره، فـ (جائحة كورونا) مثلت أزمة عالمية صحية لفتت الأنظار إلى موضوع هام مثل العلاقة بين العولمة ونقل الأمراض المعدية، حيث اصبحت العلاقة بين التغيرات التكنولوجية ونقل الأمراض أو ظهور نوعية خاصة منها خلال العشرين سنة الماضية تدعو بشدة إلى تغيير الأفكار الكامنة في البنية العميقة لخطاب جديد لعولمة المرض نتيجة لظهور أمراض تظهر فجأة وبدون مقدمات وتنتشر بطريقة عشوائية يصعب السيطرة عليها مثل ظهور فيروس إيبولا ، وفيروس سارس، و انفلونزا الخنازير، ثم انفلونزا الطيور، وأخيراً جائحة كورونا التي تصيب العالم الآن بهلع عالمي لم يسبق له مثيل؛ بل انتقلت مجتمعات برمتها إلى مخاطر صحية من فرط السرعة التي ينتشر بها المرض والعجز عن الحد من انتشاره، لذلك صار علينا بسبب كورونا أن نستعد لزمن جديد" يمكن أن نطلق عليه "زمن الجوائح". فإن هذه النوعية من

الأمراض التي لا تعرف حدوداً لم تعد امراضاً تنتقل بل أصبحت –مثلها مثل السلع تماماً– لا تعرف حدود المجتمعات.

صار موضوع الصحة والمرض شغل العالم الشاغل اليوم، فالمرض والوباء بإختلاف أشكاله وأنواعه أصبح يشكل تهديدا لحياة الإنسان، والصحة والعامة بشكل عام، فما أن يظهر مرض مجهول في أي بقعة من العالم حتى تهرع منظمة الصحة العالمية لمعرفة أسباب ظهور المرض وبكل الوسائل المتاحة والمعروفة، تتضافر الجهود بين الدول والمؤسسات في الدولة الواحدة للقضاء على هذا الوباء خوفاً من إنتشاره، حيث إن هذه المخاوف ليست كما يتصورها البعض مجرد أوهام لا أساس لها من الصحة، فالإقتصاد والسياسة وكل مظاهر الحياة الأخرى مهددة إلى حد كبير بالإنهيار في ظل وجود أمراض معدية بين البشر، ولذا صار لزاماً على الدول أن تحافظ على صحة الإنسان الجسمية والنفسية والعقلية وتمده بكل ما من شأنه أن يدعم هذه الصحة كما هو الحال مع جائحة كورونا. إذ أن كل المجتمعات تفاعلت تفاعلاً إيجابياً من خلال استجابتها لنداءات الدول عبر الالتزام بالحجر الصحي، لكن ليس هذا ما قامت به الدولة والمجتمع فحسب، وإنما قام بتعاون مع كل أفراد الأجهزة الدولية في توجهاتها، بما فيها منظمة الصحة العالمية والأطباء.

ان مستويات الخدمات الصحية في العراق تتدنى إلى معدلات كبيرة سواء من حيث الاهتمام برعاية الأم والطفل أو المياه الصالحة للشرب أو خدمات الصرف الصحي ناهيك عن الخدمات العلاجية الأخرى، وليس أدل على ذلك من توافد العراقيين للعلاج في دول الجوار وبإعداد كبيرة في السنوات الماضية، وكذلك عدم تأهيل المستشفيات وعدم قدرتها على توفير خدمات الإسعاف في حالات الطوارئ، وتوجه انتقادات واسعة إلى قطاع الصحة العامة نظراً لتدني مستوى الجودة وانعدام الكفاءة فيه، وعدم تجاوبه مع احتياجات المرض والإحالة المتكررة للمرضى على القطاع الخاص، واتسمت الأوضاع الصحية في المرحلة السابقة بالتدهور والتدني وانعدام الثقة، ويمكن اعتبار الفساد الإداري أحد أهم الأسباب في تردي الخدمات الصحية في العراق، وأيضاً قلة اعداد المستشفيات فمعظمها متهالكة وقديمة جداً ولا تتماشى مع التطور الصحي العالمي، وهناك أيضاً عامل إنعدام الصيانة لهذه المباني والمنشآت بشكل حقيقي، وعدم تهيئتها من حيث المبدأ لتكون صالحة للظروف الجوية سواء حرارة الصيف الشديدة أو برد الشتاء القارص، والكثير منها لم يكن مخططاً لها بأن تأوي الحالات الطارئة أو أن تستطيع تقديم خدمات علاجية سريعة تكفي لإعداد المريض للنقل لمرافق صحيّة أكبر، هناك أيضاً غياب واضح للإهتمام بالمراكز الصحية في الاحياء السكنية نظراً لأن التخطيط المبدئي كان بأن تقوم هذه المراكز بتقديم خدمات علاجية محدودة جداً كالعناية بالجروح والإصابات البسيطة أو ربما قياس سكر الدم، وبعضها يمكن من خلاله تقديم خدمات الأمومة والطفولة المتواضعة جداً، فالكثير من هذه المراكز لا توجد بها

خدمات أشعة أو تخطيط القلب أو صيدلية، ولا يوجد بها طبيباً مقيماً أو حتى بدوام منتظم حلال الفترة الصباحيّة.

لا تختلف مستشفيات المدن كثيراً عن المستوصفات في الاقضية او القرى الريفية، وهي كلها بدون استثناء بها حاجة إلى إعادة تأهيل بما يتماشى مع التطورات الحديثة في التطبيب والعلاج، وتفتقر إلى أساسيات المرفق الصحي في بلد يعد طقسه ساخناً معظم أشهر السنة مع غياب شبه كلي لعمليات الصيانة الطارئة والروتينية، وتحتاج إلى الخدمات الأخرى المكملة لمهمّة الطبيب مثل العلاج الطبيعي وإعادة التأهيل وعلوم التغذية فهي كلها غير متوفرة نظراً لاعتبارها غير ذات قيمة علاجية في تفكير من كان يخطط للخدمات الصحية في بلادنا.

لذا تتجسد إشكالية الدراسة الراهنة ضمن اتجاه تسليط الضوء على الدوائر الصحية والطبية والمجتمع ومدى الاستعداد لمواجهة الامراض المعدية في ظل الأوضاع الراهنة التي يعيش فيها العالم بأسره بشكل عام، وفي مواجهة جائحة كورونا والاستعداد لها في المؤسسات الطبية عن طريق الإفادة من التقنية الصحية المتوفرة في المجال الصحي بشكل خاص.

ثانياً: تساؤلات الدراسة

إن كل بحث علمي ينحصر هدفه الأساسي في الإجابة على تساؤل لا تتوفر حوله إجابة في المعرفة العلمية الموجودة على الساحة العلمية، ومن ثم تتجسد تساؤلات الدراسة في الآتي:

1- ما دور العولمة في انتشار الإمراض المعدية (كجائحة كورونا)، والتي يمكن أن تكون أداة جديدة لنقل الأمراض التي توطنت في بلدان معينة إلى دول أخرى؟

2- ما مدى القدرة على التدخل في أي مرحلة من مراحل وجود مشكلة صحية على مدى توافر التكنولوجيا الصحية المطلوبة؟

3- ما مقدار الاجهزة المتوافرة من تقنيات واجهزة طبية وصحية جديدة في معالجة مشكلة صحية ما من وجهة نظر عينة الدراسة؟

4- هل هناك امكانية لخلق وتحسين نظم يمكنها استخدام التكنولوجيا الصحية الملائمة، أي التقنيات الصحية البسيطة والفعالة والمقبولة لمواجهة الأمراض ومعالجتها؟

5- ما الإجراءات المجتمعية التي اتخذتها الدولة للسيطرة على ظاهرة الأمراض المعدية مثل جائحة كورونا؟

6- ما التحدي الذي يواجه المشتغلين بالعمل الصحي في الوقت الحاضر؟

7- ما أهمية خدمات الرعاية الصحية وتنمية رأس المال البشري؟

ثالثاً: أهداف الدراسة

1- التعرف على دور العولمة في تفكيك المجتمعات او تضامنها في ظل الإمراض المعدية (كجائحة كورونا).

2- التعرف على القدرة على التدخل في أي مرحلة من مراحل وجود مشكلة صحية معينة ومدى توافر التكنولوجيا الصحية المطلوبة لذلك.

3- التعرف على المقدار المتوفر من تقنيات واجهزة طبية وصحية جديدة في معالجة مشكلة صحية ما من وجهة نظر عينة الدراسة.

4- التعرف على كيفية خلق وتحسين نظم يمكنها استخدام التكنولوجيا الملائمة، أي التقنيات البسيطة والفعالة والمقبولة لمواجهة الأمراض ومعالجتها.

5- التعرف على الإجراءات المجتمعية التي إتخذتها الدولة للسيطرة على ظاهرة الأمراض المعدية مثل جائحة كورونا.

6- التعرف على أهمية خدمات الرعاية الصحية وتنمية رأس المال البشري.

7- الاطلاع على اهم التحديات التي تواجه المشتغلين بالعمل الصحي في الوقت الحاضر.

رابعاً: أهمية الدراسة:

تتمثل أهمية الدراسة الراهنة التي تقوم بها الباحثة في أن للعولمة تجليّات ظهرت، وما زالت تظهر في الحياة اليومية للمجتمعات كافة، فالمنطق العلمي أن نقول " إن عولمة المرض سوف تمس كيان المجتمع العراقي كله"، غير أننا سنجانب الصواب في الدقة العلمية اذا قلنا " أن عولمة المرض سوف تؤثر على المجتمع العراقي كله بنفس القدر"، وهذا هو ما يهمنا معرفته في هذه الدراسة.

لا تسعى الدراسة الى التعرف على تجليات العولمة الصحية في حياة المجتمع العراقي بصفة عامة، لأن هذا سوف يكون من قبيل الخرافة العلمية، أن يدعي باحث القيام بمثل هذه المهمة العلمية، ولكن ما تود الباحثة التركيز عليه هو " تجليات العولمة وما يتعلق بالمرض فقط، وبالخصوص في ظل انتشار جائحة كورونا "، لذا يصبح من الانصاف قولنا أن الحياة اليومية لأبناء المجتمع العراقي، ليست منعزلة عن الحياة اليومية العالمية، هو بيت القصيد في هذه الدراسة.

من الأهمية بمكان أن نؤكد هنا أن العمومية لا تلغي الخصوصية، وبمعنى أدق أن الأثر الذي تتركه عولمة المرض على المجتمعات الرأسمالية، ليس هو الأثر ذاته الذي تتركه على المجتمعات النامية، والأثر ليس واحدًا على كل المجتمعات النامية، ولكن لكل مجتمع خصوصية يتميز بها، بالتالي يكون للمجتمع العراقي خصوصيته التي تميزه عن المجتمعات الأخرى.

وما يتعلق بأهمية الدراسة الراهنة للمجتمع فأنها تأتي من أهمية الموارد البشرية المؤهلة في المجتمع العراقي، ومستوى التحديات المستقبلية التي تواجهه من أجل المساعدة في تحقيق ما تصبوا إليه الدولة العراقية من تنمية، ورخاء، وعدالة اجتماعية، وصحة، وبيئة سليمة خالية من الامراض، وإنها تنبع من داخل المجتمع ذاته حيث تتناول نسقاً حساساً مهماً ومؤثراً خاصة في ظل المتغيرات الجديدة. وتأمل الباحثة ان تكون دراستها اسهامة متواضعة في توفير معلومات وتقديم تحليل وافٍ، والخروج بتوصيات في هذا الموضوع من المنظور السوسيولوجي الطبي.

بناءً على ما سبق فان أهمية هذه الدراسة تظهر في ثلاث نواحٍ:

الأولى: الأهمية التطبيقية

حيث لم تشمل الدراسات الاجتماعية في علم الاجتماع الطبي دراسة معمقة ومفصلة لعولمة المرض ومتطلبات التقنية الصحية لتنمية رأس المال البشري لمرضى الامراض المعدية.

الثانية: الاهمية المجتمعية

وتتمثل في التعرف على الأبعاد الاجتماعية المتعلقة بمرضى الأمراض المعدية والتعرف على عوامل القصور في التعامل مع هؤلاء المرضى، مما يؤدي إلى التصدي ومواجهة انتشار الامراض المعدية بصورة كبيرة ومتزايدة.

ثالثا: الأهمية المستقبلية

تتمثل أهمية الدراسة الراهنة من الناحية المستقبلية في كونها تعد دراسة قبلية لما يليها من دراسات مستقبلية تسعى للإسهام في تطوير العمل بالدراسات المتعلقة في مجال علم الاجتماع الطبي ضمن اقسام علم الاجتماع في الجامعات العراقية في مضمونها وأدواتها البحثية، لما يليها من دراسات أخرى في مجال الأجهزة المختلفة في عملية تنمية المجتمع ككل. والتي تتمثل في مواجهة الأمراض المعدية والتصدي لها، والعمل على الوقاية منها. اما أهميتها للعلم فأنها تأتي في كونها تضيف آفاق ورؤى جديدة للأبحاث العلمية يمكن الإستفادة منها في دراسات تنموية مستقبلية، وخاصة انها تدرس مجموعات تمتلك مهارات علمية عالية.

خامساً: مبررات اختيار الدراسة

أ- قلة الدراسات العلمية والعملية النابعة من دور وأهمية موضوع عولمة المرض والتقنية الصحية لتنمية رأس المال البشري في تنمية المجتمع العراقي, وتعد الدراسة الراهنة من الدراسات القليلة حول هذا الموضوع حسب اطلاعي المتواضع.

ب- الحاجة الماسة والملحة للمجتمع العراقي (في ظل هذه الظروف)للتقنية الصحية المؤهلة لأن تشارك في مواجهة عولمة المرض وخاصة في ظل انتشار جائحة كورونا بسواعد ملاكات طبية عراقية متخصصة تمتلك القدرة والمهارة, وتستطيع التعامل مع التكنولوجيا الحديثة.

ج- تنبيه الساسة والمسؤولين العراقيين الحاليين بالقيمة الثمينة لهذه الملاكات الطبية العراقية وما تطمح إليه البلاد من تقدم ورقي بأيدي سواعدها, ومن ثم عدم التفريط فيها بأقصى الحدود.

سادساً: متغيرات الدراسة

تنطلق الدراسة الراهنة من النظر الى (عولمة المرض) بوصفه "**متغيراً مستقلاً**" ينبغي معرفة تأثيره في تنمية رأس المال البشري "**متغيراً تابعاً**" كما تنظر الباحثة لمتطلبات التقنية الصحية في المؤسسات الطبية والصحية "**كمتغير وسيط**" بوصفه يسهم في تطوير وتوجيه وتنمية رأس المال البشري، وتعظيم الافادة منه لتحقيق التنمية المستدامة وذلك في مجالات عدة منها مجال التنمية الاجتماعية، ومجال التنمية الاقتصادية، ومجال التنمية الصحية، ومجال التنمية البيئية، ومجال التنمية السياسية.

سابعاً: مفاهيم ومصطلحات الدراسة

من الضروري توضيح المقصود بالمصطلحات المستعملة بالدراسة حتى لا يساء فهمها أو تفهم بدلالة غير الدلالة الواردة فيها إذ ساعد تعريف المفاهيم في وضع إطار مرجعي يستخدمه الباحث في التعامل مع المشكلة الخاصة بالدراسة، لأن كل تعريف منها يؤدي دوراً مهماً وضرورياً في البحث العلمي, فالتعريف المجرد للمفهوم يمثل همزة الوصل بين البحث الذي يجريه الباحث و النظرية الاجتماعية, فهو يستمد مفهومه وتعريفه من نظرية ما، من جهة، وأن النتائج التي سيتوصل إليها من دراسته لهذا المفهوم في مبحثه سوف تصب في هذه النظرية من جهة أخرى, أما التعريف الإجرائي فهو الذي سيحدد نوع المادة التي سيجمعها في بحثه، وهو نقطة الوصل بين ما هو تصوري وما هو إجرائي في البحث العلمي وتحويل التعريف النظري أو التكويني إلى مؤشرات واقعية يمكن قياسها أو مشاهدتها في الواقع. ونظراً لأهمية المفاهيم في

الدراسة صار تحديد المفاهيم إجراءً منهجياً مهماً يمكن أن يؤدي عبر سلسلة من التراكمات إلى حدوث اتجاه اتفاقي حول معنى تلك المفاهيم التي تستخدمها الدراسة.

لكي نجيب على التساؤلات السابقة، ونحقق أهداف هذه الدراسة، لابد أن نحدد المفاهيم الأساسية للدراسة وهي: مفهوم "العولمة، المرض– عولمة المرض، الامراض المعدية، التقنية، الصحة، تنمية، رأس المال البشري"، وكل مفهوم من هذه المفاهيم له تعريف مجرد، وآخر إجرائي، سيتم توضيحها بالآتي:

1– العولمة "Globalization":

اختلفت اتجاهات الباحثين في تعريف مصطلح العولمة باختلاف مذاهبهم الفكرية حيث يصعب إيجاد تعريف شامل ودقيق يصفه، وذلك لدخوله في مختلف مجالات الحياة الاقتصادية والسياسية والاجتماعية والثقافية.

وقد أشير إلى مصطلح العولمة لأول مرة في الستينات على لسان العالم السوسيولوجي الكندي (مارشال ماك لوهان) عندما صاغ مفهوم (القرية الكونية) في كتابه (حرب وسلام في القرية الكونية) الذي أكد من خلاله على دور التقدم التقني والتكنولوجي الواسع لوسائل الاتصال وأثره في جعل العالم قرية صغيرة [1].

إن الحديث عن ثقافة العولمة ينبع من فلسفتها المبنية على اتصال الشعوب في عالم بلا حدود. فالنظام العالمي الجديد ينزع إلى تنميط العالم ثقافياً وخلق المواطن العالمي بغض النظر عن مكانه أو هويته القومية والثقافية، وإن كُتاب العولمة يرون أن العصر القادم يتطلب توحيد القيم والرغبات والحاجات وأنماط الإستهلاك في الذوق والمأكل والمسكن وتنميط طريقة التفكير والنظر إلى الذات وإلى الآخر وغير ذلك من جوانب الثقافة والعلم والتعليم، وذلك بهدف الوصول إلى ثقافة منفتحة بلا حدود.

فمنذ بداية عقد التسعينات من القرن الماضي والفكر العربي مشغول بالظاهرة الجديدة التي لم يتفق الكتاب العرب على تسمية واحدة لهذه الظاهرة على الرغم من كثرة حديثهم عنها، فقد سمَاها بعضهم "العولمة"، وأطلق عليها البعض الآخر "الكونية"، وفريق ثالث سماها "الكوكبة"[1]. لكن "العولمة" هي التسمية العربية التي شاعت على الأقلام وفي وسائل الإعلام العربية، وأصبحت هي المصطلح العربي الذي يحمل دلالات هذا المفهوم الجديد في الفكر العالمي المعاصر.

ومصطلح العولمة هو الترجمة لكلمة (Globalization) المشتقة من كلمة (Globe) ومعناها الكرة الأرضية، وقد أطلق بعض علماء الاجتماع في مجال التحديث على (Global

[1] - محمد علي حوت، العرب والعولمة ، مجلة أوراق ، رابطة الكتاب الأردنيين ، عمان ، العدد (14) 2000، ص 8.

Culture) الثقافة العالمية[1]. وهذا المفهوم يشير إلى شيئين معا هما: "انكماش العالم" وزيادة الوعي في العالم[2].

وكلمة العولمة باللغة العربية، والبعض سماها بـ(الشوملة) [1]، هي ترجمة للكلمة الإنجليزية Globalization والكلمة الفرنسية Mondialisation فالكلمة تعني وضع الشيء على مستوى عالمي، أو تعميم خاص ليصبح عالميا[2] .

أما عن المعنى اللغوي للعولمة، فيمكن القول إنها مشتقة من "عالم" التي يعرفها المعجم بالخلق وتجمع عوالم، والعالمون أصناف الخلق[3]، والعالمين تشمل الكون أي عالمنا والعوالم الأخرى، ومصطلح العولمة العربي هو ترجمة لكلمة Globalization الإنجليزية المشتقة من كلمة Globe التي يعرفها قاموس المورد على أنها كرة أو الكرة الأرضية[4] .

من الواجب أن نعرض لوجهة النظر الغربية والعربية للعولمة:

يرى "هانس بيترمارتن وهارالد شومان"، مؤلفا كتاب "فخ العولمة" أن العولمة هي عملية الوصول بالبشرية إلى نمط واحد في التغيير، والأكل والملبس والعادات والتقاليد[5].

أما " ربرتسون " يعرف "العولمة" بأنها "هي تحويل العالم إلى مكان واحد يتسم بدرجات من الاعتماد الحضاري والمجتمعي المتبادل ومن الوعي بمشكلته"[6].

أما "جيمس روزانو" فيرى العولمة: "على انها العلاقة بين مستويات متعددة لتحليل الاقتصاد والسياسة والثقافة والأيديولوجيا، وتشتمل على: إعادة الإنتاج، وتداخل الصناعات عبر الحدود، وانتشار أسواق التمويل، وتماثل السلع المستهلكة لمختلف الدول نتيجة للصراع بين المجموعات المهاجرة والمجموعات المقيمة" [7].

---

(1) السيد يسين، العولمة فرص ومخاطر، ميريت للنشر والمعلومات، القاهرة 2000ص 5.

(2)أحمد السيد، العولمة ورسالة الجامعة -رؤية مستقبلية-، الدار المصرية اللبنانية، القاهرة،2002، ص 34.

(3) محمد عابد الجابري، قضايا في الفكر المعاصر، مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت-لبنان،1997 ، ص136.

(4) محمد بن أبى بكر بن عبد القادر الرازي، مختار الصحاح، ترتيب محمود خاطر، الهيئة المصرية العامة للكتاب، 1987، ص1118.

(5)منير البعلبكي، المورد "قاموس إنكليزي عربي" ، دار العلم للملايين، بيروت- لبنان، 1983، ص132.

(6) هانس بيتر مارتين – هارالد شومان، فخ العولمة، ترجمة: عدنان عباس علي، عالم المعرفة عدد(238)، 1998، ص55- 58.

(7)محمد حافظ دياب، تعريب العولمة: مسألة نقدية، سلسلة كتاب "قضايا فكرية"، يصدر عن قضايا فكرية للنشر والتوزيع، القاهرة، الكتاب التاسع والعشرون، 1999 ، ص143.

(8) نعيمة شومان، العولمة بين النظم التكنولوجية الحديثة، مؤسسة الرسالة، بيروت، 1998، ص40.

والعولمة عند **رونالد روبرتسون** تطور نوعي جديد في التاريخ الإنساني، بعد أن أصبح العالم أكثر ترابطاً وأكثر انكماشاً كما يرى أن الوعي بهذا الترابط والانكماش هو أحد سمات هذه اللحظة التاريخية[1].

يعرفها **مالكولم والتر** Moalcolm Walter بأنها كل المستجدات والتطورات التي تسعى بقصد أوبدون قصد إلى دمج سكان العالم في مجتمع عالمي واحد[2].

لقد حاول بعض المفكرين تعريف العولمة بوصفها مصطلحاً وظاهرة تجتاح العالم مع نهايات القرن العشرين، ومن هذه التعريفات ما أوردته ساندرا تايلور من أن العولمة أصبحت بمثابة الفكرة الأساسية التي يحاول بها واضعو النظريات الاجتماعية أن يفهموا ويفسروا كيفية انتقال المجتمع الإنساني إلى الألفية الثالثة[3].

يمكن تعريف العولمة على أنها "عملية إلغاء تأميم الأسواق والقوانين والسياسة بمعنى تشابك الشعوب والأفراد من أجل الصالح العام"[4]. والتي تتميز بتزايد تدفقات السلع والخدمات ورأس المال والأشخاص والمعلومات عبر الحدود ، تعتبر عاملاً حاسماً في تأثير العولمة على الصحة[5].

أما المفكرون العرب فبعضهم ينظر للعولمة بوصفها عملية اجتياح للثقافات الأخرى ومحوها كاملاً، وإذا كان لهذه الثقافات من بقاء فسيكون بقاء فلكلوريا لمجرد الاستمتاع وليس التنمية وإخصاب الذات الإنسانية، حيث يهدف دعاة العولمة إلى السيطرة الثقافية التي تؤدي إلى تشويه أو تذويب الخصوصية[4]. ويرى د. محمد عابد الجابري أنها (جعل الشيء على مستوى عالمي، أي نقله من المستوى المحدود المراقب إلى اللامحدود الذي ينأى عن كل مراقب، والمحدود هنا هو أساس الدولة القومية التي تميز بحدود جغرافية وديمغرافية صارمة تحفظ كل ما يتصل بخصوصية الدولة وتفردها، أما اللامحدود فيعني العالم بكامله)[5].

---

(9)رونالد روبرتسون، العولمة: النظرية الاجتماعية والثقافة الكويتية، ترجمة: حسن محمود، المجلس الأعلى للثقافة، الكويت، 1998 ، ص 28-40 0

(10)Moalcom Walter, Globalization, London, 1995, P.P 22-31.

(1) Sandra Taylor: Educational Policy and the Politics of Change, (London &New York: T.J. Press, Pads Rouse Ltd, 1997, P. 56.

(4)Delbrück, "Globalization of Law, Politics, and Markets – Implications for Domestic Law – A European Perspective," Indiana Journal of Global Legal Studies 1, no. 1 (1993): 9 - 36. Google Grant.

(5) D. Woodward et al. Globalization, global public goods and health, in Trade in Health Services: Global, Regional, and Country Perspectives, ed. C Viera One. Dräger (Washington: American Health Organization, 2002, Google Scholar

(4)محمد مهدي شمس الدين، موقف الإسلام من العولمة في المجال السياسي والثقافي، مجلة قضايا إسلامية معاصرة، العدد الثالث، بيروت، 1998، ص 62.

(5) محمد عابد الجابري، قضايا في الفكر المعاصر، مصدر سابق، ص 136.

عرف عبد الإله بلقزير: عرف العولمة بأنها الدرجة العليا في علاقات الهيمنة والتبعية الامبريالية، وهي لحظة التتويج لانتصار النظام الرأسمالي العالمي كونياً الذي خرج من رحم الدولة الوطنية[1].

وتطرح الباحثة تعريفًا للعولمة تنطلق منه في دراستها هو: انها حرية انتقال تدفق المعلومات والسلع والتكنولوجيا ورؤوس الأموال والأفكار والمنتجات الإعلامية والثقافية، وحتى البشر أنفسهم بين جميع المجتمعات الإنسانية، بقصد إحداث تغيرات اجتماعية واقتصادية وفكرية وقيمية للمجتمعات الأخرى.

2- مفهوم المرض Disease:

تعددت وجهات النظر لدى الكثير من الباحثين عن المرض، فنراه مرتبطاً بالجوانب الجسمية والوظيفية تارة، ومرتبطاً بالجوانب الثقافية والاجتماعية تارة أخرى، وما إلى ذلك.

إن المرض غُصة الحياة وكدرها وهو عائق أمام صحة الإنسان، وطبيعتة ويختلف مفهوم المرض باختلاف الأفراد وباختلاف الثقافات والشعوب، إلا أن منظمة الصحة العالمية لم تعرف مفهوم المرض تعريفاً دقيقاً كما عُرف مفهوم الصحة، ولعل شعور الإنسان بالمرض يمثل أحد الأسباب التي تجعل تعريف المرض أمراً صعباً للغاية، فلا يمكن أن نضع تعريفاً دقيقاً للمرض مالم تحدد الطبيعة التي يمكن أن نطلق عليها مرضاً إذا ما أصيب بها الإنسان.

يُعرف المرض لغويًا كما جاء في لسان العرب لابن منظور بأنه: "السقم نقيض الصحة، يكون للإنسان والبعير وهو اسم للجنس[2].

فالمعنى الحرفي لكلمة المرض هو الاحتياج للراحات وتوجد العديد من التعريفات للمرض، والبعض يراه بأنه حالة التغير في الوظيفة أو الشكل لعضو ما يكون الشفاء منه صعب أو مستحيل بدون علاج، وآخر يراها أنها مجموعة انعكاسات ناجمة عن اضطراب في الجسم أو أحد أجزائه جواباً لتنبيه قد يحدث مرضاً وفريق آخر بأنه الحالة التي يحدث فيها خلل إما من الناحية العقلية أو العضوية أو الاجتماعية للفرد علي مواجهة لأقل الحاجات اللازمة لأداء وظائف مناسبة[3].

---

(1) عبد الإله بلقزير، عولمة الثقافة أم ثقافة العولمة، العرب والعولمة ، مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت 1998، ص 38 0

(2) ابن منظور، لسان العرب، مادة: مرض، ج7، المحتوى: ص ض ظ، دار الكتب العلمية، بيروت،2003، ص260.

(3) عبد المجيد الشاعر وآخرون، علم الاجتماع الطبي، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان- الاردن، 2000، ص ص 77-78 .

لا يوجد شخصان يعني المرض بالنسبة لهما شيئاً واحداً، حتى لو كان يعانيان من مرض واحد وقد يحصل شخص على الرضا كونه مريضاً أكثر من كونه سليماً معافى، وقد لا يرغب مريض في المستشفى كمكان يرتبط بالموت[1].

وهناك أكثر من تعريف لمفهوم المرض، فالبعض يعرفه بأنه "انحراف ما عن حالة الأداء الوظيفي السوية تكون له نتائج غير مرغوبة نظراً لما يؤدي إليه من إزعاج شخصي أو ما ينجم عنه من آثار تتعلق بالمكانة الصحية للإنسان في المستقبل"[2].

ويُعرف المرض بأنه الانحراف الباثولوجي الذي يتم تحديده بمجموعة من الشواهد والأعراض بالإضافة إلى حالة الجسم أو جزء منه ويفهم من خلال التركيز على النواحي البيولوجية والمفاهيم المرتبطة بالحالة العضوية المحددة للجسد[3].

وهناك تعريف آخر للمرض بأنه يحدث قصور عضو أو أكثر من أعضاء الجسم عن القيام بوظيفتة خير قيام، كما يحدث المرض أيضاً إذا احتل أو انعدم التوافق بين عضوين أو أكثر من أعضاء الجسم في أداء وظائفهما[4].

ذكر دوباس Dubas أن الطب الحديث يصف المرض بوصفه حالة من التغييرات العضوية والنفسية التي تحدث للفرد وتسبب له نوعًا من الخلل أو الاضطراب يخرجه عن الحالة الطبيعية السوية، ويعجزه عن القيام بالوظائف الإنسانية الطبيعية، ويمكن تحديد معنى داء المرض Disease بأنه مفهوم بيولوجي بحت إلا أن الأطباء لا يغفلون عن دور العوامل الشخصية والاجتماعية للمريض والتي أدت لإصابته بتلك الإعاقة العضوية[5].

وهو الحالة التي تؤدي إلى حدوث إضطراب للفرد تحد من قدرته على أداء أدواره الإجتماعية المعتادة[6].

---

[1]) أيمن مزاهره وآخرون، علم الاجتماع الصحة، دار اليازوري للنشر والتوزيع ،عمان- الاردن،2003 ، ص 58.

(2)محمد على محمد وآخرون، دراسات في علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1984، ص 149.

(3) Field And David, The Social Definition Of Illness; An Introduction To Medical Sociology,London,1993,P334.

([4]) نادية محمد السيد عمر، علم الاجتماع الطبي: المفهوم والحالات ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، 2003، ص 263.

([5]) Renedubs, Determinats of Health and Disease In David Landy (ed.), Culture, Disease and Healing, Op. Cit., PP 31-41.

(6) Conklin, John, Sociology: an introduction, Macmillan Publishing Company New York, 1997, p .410.

ويمثل المرض كما وصفته الموسوعة البريطانية بأنه انحرافاً ضاراً ومؤذياً عن البناء الطبيعي أو الحالة الوظيفية للكائن الحي، حيث تظهر علية عادة علامات وأعراض تدل على أن حالته غير طبيعية، ولذلك فهم الحالة الطبيعية للكائن الحي لكي يمكن التعريف على السمات المميزة لحالة المرض ورغم ذلك، فإن الخطوط الفاصلة والقاطعة بين المرض والصحة غير واضحة دائماً[1].

كما يعرف المرض من الناحية الاجتماعية بأنه الحالة التي تؤدي إلى حدوث إضطراب للفرد تحد من قدرته على أداء أدواره الاجتماعية المعتادة[2].

وينطوي التعريف الاجتماعي للمرض بحسب دوركايم Durkheim إلى أنه يلازم الإنسان بنسب متفاوتة، وأنه باعتباره قاعدة لا يوجد إنسان خالٍ من الأمراض، وأن الصحة عنده معناها أن يكون الإنسان في حالة شعورية بأقل قدر ممكن من الأمراض ، أما الإنسان الخالي من الأمراض فهو غير موجود ويشير دوركايم إلى علامات مرضية تبدو على الإنسان، ولكنها في الواقع علامة على الصحة، فإذا إختفت وظهر على الإنسان أنه سليم فإنه في الواقع يكون مريضاً، والمثل الذي قدمه دوركايم هو المرض الشهري عند النساء[3].

ويعرف مانفريد فلانز وهنريش كيوب مفاهيم المرض بإنها أنماط من الافكار تتعلق بتعريف الحوادث التي تنتمى إلى عالم المرض واسبابها ومظاهرها في بيئة ثقافية حضارية معينة وهي عناصر اجتماعية يومية وليست أيديولوجيات مقصورة على رجال العلم [4].

ومفهوم المرض عند كلاودين هيرزلش claudine Herzlich يعني " اختلال يدفع الفرد المريض لطلب العلاج لتحقيق هدفه المرغوب وهو الشفاء بحيث يرى المريض نفسه بين آخرين لديهم مشكلات متشابهة ويتعاملون معها[5].

والمرض يعني انحرافاً عن الحالة الطبيعية للجسم إلى الحد الذي تصبح فيه الفعاليات الفسيولوجية للأنسجة غير كافية لإعادة الجسم إلى حالته الطبيعية[6]، أو بمعنى آخر وهو التغيير في الأنسجة الحية يؤدي إلى تهديد بقاء هذه الأنسجة في بيئتها بالخطر، ويعني هذا أن

---

[1]() إبراهيم المليجي، الرعاية الطبية والتأهيلية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1991، ص 95.

(2)Conklin, John, Sociology: an introduction, Macmillan Publishing Company New York, 1997, P. 410

(3)إقبال إبراهيم مخلوف، العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية (اتجاهات تطبيقية)، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، 1991، ص ص 8 – 9.

4() مانفريد فلانز وهنريش كيوب، نظرة اجتماعية لمفاهيم المرض، ترجمة: أمين شريف، المجلة الدولية للعلوم الاجتماعية مطبوعات اليونيسكو، العدد 32، 1987، ص 22.

[5]()عماد الدين عيد، الصحة العامة وبرامجها، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية ، 1993، ص 2.

6()حكمت فريحات وأخرون، مبادئ الصحة العامة، دار المستقبل للنشر والتوزيع، عمان – الأردن، 1990م، ص 60.

المرض هو التعبير المؤقت لسوء توافق الفرد الذي يحاول جاهداً مقاومة تحديات البيئة التي يعيش فيها، والنتيجة النهائية لسوء التوافق وفقاً لهذا النموذج هي حدوث نوع من التوفيق أو التصالح بين العائل والكائن المسبب للمرض على مستوى المجموعة السكانية[1].

في ضوء ما سبق يمكن تعريف المرض بانه: ناتج احتكاك الفرد بظروف مجتمعة وبأفراد آخرين، وبالتالي يظهر المرض الذي ينتج عن عدم إلمام الفرد بقواعد النظافة الشخصية وقلة الوعي الصحي لديه، وينتج عنه حدوث خلل في عضو أو أكثر من أعضاء الجسم البشري يعوقه أو يعطله عن القيام بدوره الطبيعي المنوط به، مما يؤثر على الفرد وعلى فاعليته في وسطه الذي يعيش فيه ويتفاعل معه.

وقبل تعريف مفهوم عولمة المرض ترى الباحثة بأنه من الضروري تعريف مفهوم الامراض المعدية لعلاقتها بمفهوم عولمة المرض لاسيما وان الباحثة تتحدث عن الامراض المعدية كجائحة كورونا .

- مفهوم الامراض المعدية Infectious Disease :

تعرف الأمراض المعدية بأنها السقم الذي ينتقل من سقيم إلى صحيح فيصبح سقيماً بسبب إنتقال المرض إليه[2].

كما تعرف الأمراض المعدية بأنها الأمراض التي تتسبب من جراثيم الأمراض وتنتقل من المريض إلى السليم، وتسببها طفيليات مجهرية تشمل الفيروسات والبيكتيريا والريكيتسيات وهي متوسطة بين الفيروسات والبيكتيريا ثم الأميبا والفطريات وكلها تنتقل عدواها بأي طريقة من طرق انتقال العدوى المباشرة أو غير المباشرة[3].

والامراض المعدية تعني دخول المسبب النوعي وهو العائل او الكائن الحي مثل الميكروبات أو الطفيليات والبكتريا والفطريات.. الخ إلى جسم المُضيف وهو الإنسان أو الحيوان غالباً، وتطور وتكاثر هذا المُسبب النوعي داخل الجسم العائل المضيف وقد يحدث المرض للعائل المضيف وقد لا يحدث المرض وفي هذه الحالة يبقى المضيف مستودع أو كعامل للمسبب النوعي[4].

1() مصطفى عوض إبراهيم، التنمية والايكولوجيا والمشكلات الصحية في الأنثروبولوجيا الطبية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2005، ص 451.

(1) يوسف صلاح الدين يوسف، الآثار المترتبة على الإصابة بالأمراض المعدية في المنظور الشرعي الطبي، دار الفكر العربي ، 2008 ، ص 15.

(3)CoE.Rodney,sociology of medicin,mc_grow hill book company ,New.York.1989,p.92.

4() محمد توفيق خضير، الشامل في الصحة العامة، عمان- الاردن، 1991، ص31.

ويمكننا تعريف الأمراض المعدية إجرائياً: بانها تلك الأمراض التي تسببها أنواع مختلفة من الفيروسات والميكروبات تصيب حسم الإنسان، وتنتقل من شخص لآخر إما عن طريق الرذاذ أو الدم أو الهواء الملوث أو الحشرات أو الملامسة أو الإتصال الجنسي، او الاتصال أو الإقتراب اللصيق.

وتود الباحثة تعريف مفهوم جائحة (فيروس كورونا) بوصفه اهم الامراض الوبائية التي ظهرت اخيراً في المجتمع العالمي المعاصر كمدخل قبل المضي بتعريف عولمة المرض كإشارة من الباحثة على ان فيروس كورونا هو احد الموضوعات التي تتناولها الدراسة الراهنة في ما يتعلق بعولمة المرض، وهنا تسجل الباحثة الآتي:

- مفهوم الفيروسات:

وهي كائنات صغيرة جدا في الحجم تسمى الميكروبات وتسبب أمراض الإنفلونزا وشلل الاطفال وإلتهاب الغدد النكفية والالتهاب الكبدي الفيروسي الوبائي[1]، والفيروسات في حقيقة الأمر عالم قائم بذاته من الألغاز والأحاجي فهي تتفوق في دقتها على جميع أنواع الميكروبات المعروفة ولما كان من غير المستطاع مشاهدتها لا بالعين المجرد ولا بالمجهر "الميكروسكوب العادي" فقد أطلق عليها العلماء "تحت الميكروبات" أو "ما وراء الميكروبات"، وقد قيل في تعريفها أنها أجسام دقيقة تنتج أنواعا عديدة من الأمراض للنباتات والحيوانات على السواء ونستطيع أن نستنتج من هذا التعريف أنه لا توجد أي فيروسات غير مرضية على الإطلاق فجميع ما عرف منها حتى هذه اللحظة يرتبط بالأمراض المعدية سريعة الإنتشار[2]، ولا يعرف في الحقيقة ما إذا كانت (حية) أو (غير حية) دقيقة جدا بحيث لا يمكن رؤيتها بأي تكبير بالميكروسكوب الضوئي وتمر من خلال أدق المشرحات ويمكن رؤية صورها الآن بواسطة المجاهر الإلكترونية وهي متباينة فيما بينها بالحجم من كائن صغير لا يزيد عن كونه جزيئه بروتينية قد لا يزيد عن 10 ملي ما يكرون أي 1، 000,000:1 ملي متر بينما توجد رواشح تزيد على الحجم بحوالي 25 مرة, وكل الفيروسات ليس لها ليس لها من صفات الحياة سوى التكاثر ولا يمكن التعرف عليها إلا من خلال الأعراض المرضية التي تسببها في الخلايا الحية أو عن طريق ظاهرة التسريب الذي يحدث إذا ما جمعت مع الأجسام المضادة التي تنتجها الكائنات الحية ضدها[3]، وقد تمكن

---

(1) لوك مونتانية، الفيروسات والايدز، ترجمة: مي فارس، المشروع القومي للترجمة، القاهرة، 2005، ص504.

(2) سعد الدين محمد المكاوي، أمراض بشرية معاصرة الأسباب وطرق الوقاية، مكتبة بستان المعرفة للطبع والنشر والتوزيع، جامعة دمنهور، مصر، 2012، ص 17.

(3) يوسف صلاح الدين يوسف، الآثار المترتبة على الإصابة بالأمراض المعدية في المنظور الشرعي الطبي، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 2008، ص ص 18 - 19.

بعض العلماء مثل العالم الأمريكي وندل ستانلي من الصول على الفيروسات في صورة متبلورة والتبلور كما هو معروف ضد طبيعة الكائنات الحية على كوكبنا، فمن ذا الذي يستطيع أن يصدق أن هناك كائنا لا يأكل ولا يشبع ولا يتنفس ثم يدخل مع ذلك في عداد الأحياء ولاشك أن أفضل إجابة عن هذا التساؤل هي تلك التي أوردها "هوج نيكول" في كتابه "الميكروبات بالملايين" حيث قال "الفيروسات هي كائنات حية أو غير حية أو الإثنان معا، وتوضح هذه الإجابة الساخرة مدى الحيرة الشديدة التي يواجهها العلماء في تحديد مركز الفيروسات في عالم الأحياء[1].

- فايروس كورونا:

يشتق اسم Corona virus (عربياً فايروس كورونا) واختصاراً .Cov وباللاتينية Corona وتعني التاج أو الهالة إذ يشير الاسم إلى المظهر المميز لجزيئيات الفايروس والذي يظهر عبر المجهر الإلكتروني، إذ تمتلك خملاً من البروزات السطحية مما يظهر على شكل تاج الملك أو الهالة الشمسية[2].

وهو نوع جديد من الفايروسات نوعه يصيب الجهاز التنفسي للمرضى المصابين بالتهاب رئوي وهو مجهول السبب حتى الآن، وقد ظهر في مدينة "ووهان" الصينية في أواخر عام 2019، وفي عام 2020 أطلقت لجنة الصحة الوطنية في جمهورية الصين الشعبية تسمية "فايروس كورونا المستجد" على الالتهاب الرئوي الناجم من الإصابة بفيروس كورونا ثم غيرت في 22 فبراير الاسم الانجليزي الرسمي للمرض الناجم من فيروس كورونا المستجد إلى COVID-19[3].

ويعرف: بأنه سلالة واسعة من الفايروسات التي قد تسبب المرض للحيوان والإنسان، ومن المعروف أن عدداً من فايروسات كورونا تسببت لدى البشر وأمراض تنفسية تتراوح حدتها من نزلات البرد الشائعة إلى الأمراض الأشد ولاسيما مثل متلازمة الشرق الأوسط التنفسية (ميرس)

---

(1) سعد الدين محمد المكاوي، أمراض بشرية معاصرة الأسباب وطرق الوقاية، مرجع سابق، ص 18.

(2) مشتاق طالب وآخرون، جائحة كورونا دراسة في تداعياتها وسياسات إدارتها، مركز الدراسات الاستراتيجية، جامعة الأنبار، 2021، ص19.

(3) أيوب محمد، ياسمين أيمن، المشكلات الاجتماعية للمرأة العاملة في القطاعين العام والخاص في ظل جائحة فايروس كورونا، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية، العدد 54، الجزء 4، القاهرة، 2021، ص900.

والمتلازمة التنفسية الوخيمة (سارس)[1]، وتحول كوفيد إلى جائحة تؤثر في العديد من بلدان العالم.

سجلت أول إصابة في العراق في الرابع والعشرين من شباط 2020، ولم تكن مفاجئة على أكثر من صعيد وذلك بسبب قرب العراق من إيران التي كانت واحدة من بؤر الفايروس في العالم

وفي الخامس والعشرين أعلن عن تعطيل الدوام الرسمي في جميع المدارس العراقية وتوقفت الرحلات السياحية، وفي السادس والعشرين صدر قرار عن خلية الأزمة يوجه بتعطيل الدوام الرسمي في المؤسسات التعليمية والتربوية وإغلاق دور السينما والنوادي والمقاهي والمنتديات[2].

اما ما يتعلق بمفهوم عولمة المرض: (globalization of disease)

فيُعد من المفاهيم القديمة والحديثة نظراً لقدم الأمراض المعدية وطريقة انتشارها بين المجتمعات المتصلة مع بعضها البعض وعليه يمكن ان تُعرف عولمة المرض بأنها الطبيعة العالمية للتهديد الذي تشكله الأمراض المعدية الجديدة والتي تستلزم تعاونًا دوليًا في تحديد هذه الأمراض ومكافحتها والوقاية منها، وبسبب هذه الحاجة إلى التعاون الدولي، سيلعب القانون الدولي بالتأكيد دورًا في الاستراتيجية العالمية للسيطرة على الأمراض الناشئة[3].

اما منظمة الصحة العالمية تؤكد في مفهوم عولمة المرض على تحديد مجموعة واسعة ومتنوعة من المتغيرات المشتركة بين دول العالم المتقدمة، والنامية مثل الفقر والوضع الاقتصادي الاجتماعي والجنس والعمر والعرق والمستوى التعليمي، الحصول على نظام غذائي مناسب ومياه آمنة، والحصول على سكن لائق، وظروف المعيشة، والسلوك المعتاد، والتعرض للمخاطر (المهنية)، والتعرض للتلوث، وإدارة النفايات، والتعرض للعنف، والقدرة على ممارسة السيطرة على حياة الفرد والظروف التي تربط الصحة، والنظام الطبقي، ومخزون الإسكان،

---

(1) كاتبة بوروبة، الآثار الاقتصادية والاجتماعية لجائحة كورونا، مجلة وحدة البحث في تنمية الموارد البشرية، المجلد 12، العدد، الجزء 1، الجزائر، 2021، ص196.

(2) لطيف حسين كاظم وآخرون، الفقر ومستويات المعيشة في العراق في ظل تداعيات أزمة كورونا، مركز الرافدين للنشر والتوزيع، ط1، 2020، ص15.

(3) Ackermann M et al. Health and the environment: an analysis of differences within cities with a focus on the city of São Paulo, Brazil. Revista de Saude Publica, 1994, 28: 320-325.

والنظام التعليمي، ونظام الرعاية الصحية، وسوق العمل، والسياسة العامة والاجتماعية على انتشار الأمراض[1].

وكذلك يمكن تعريف عولمة المرض بأنه تلاحم وتداخل المجتمعات مع بعضها البعض، مما زاد من تركيز البشر والحيوانات في بعض المناطق من دون غيرها من المناطق الأخرى، الأمر الذي أدى إلى ظهور أمراضٍ جديدةٍ، والتي تحورت بعضها لتنتقل من الحيوانات إلى البشر[2].

وتعرف الباحثة إجرائياً مفهوم عولمة المرض بأنها الأمراض التي تنتشر في اكثر من بلد نتيجة لتطور وسائل النقل الحديثة للعديد من الأفراد، وانتقال المزيد من البضائع حول أرجاء العالم أجمع بصورةٍ أسرعٍ مما سبق أدى إلى انتشار الأمراض المعدية عالمياً، وتتطلب تكاتف الجهود الدولية من أجل معالجتها ولحد من انتشارها، وتحتاج بالفعل الى مراجعة اللوائح الصحية الدولية التي تقترحها منظمة الصحة العالمية.

3- مفهوم التقنية

يشير معنى التقنية أو التكنولوجيا الى كونه مصطلحاً متداخلاً ومتشابكاً مع التقنية technique، فمصطلح التكنولوجيا من المصطلحات المطاطة التي باستطاعتها استيعاب العديد من الاجتهادات والآراء. والتكنولوجيا من الظواهر المتنامية والمتغيرة بصورة مستمرة، وقد تطورت كماً ونوعاً عبر العصور بشكل تراكمي، وذلك من خلال تراكم المتغيرات وتنميتها في المجالات كافة وعلى جميع المستويات[3]

التقانة لغةً: التقانة مشتقة من إتقان الأمر أي أحكامه، وان الرجل التقن هو الرجل الحاذق بالأشياء وحاضر المنطق والجواب، وتقن اسم رجل كان جيد الرمي يضرب به المثل ولم يكن يسقط له سهم، وهذا اصل عبارة التقن ابن تقن[3]، والتقانة تستخدم اليوم مرادفاً لتعريب مصطلح تكنولوجيا المأخوذ من اللغة اليونانية (تكنولوجيك , Technologic–) وهو مصطلح مركب من

([1])Ackermann M et al. Health and the environment: an analysis of differences within cities with a focus on the city of São Paulo, Brazil. Revista de Saude Publica, 1994, 28: 320-325.

([2])M.A. Feki.F. Kawsar,M.Boussard and L, Trappeniers, "the of Things: The Next Technological, Revolution," Computer, Vol. 46, no. 2, 2013. Pp.24-25.

([3]) أنطونيوس كرم، العرب أمام تحديات التكنولوجيا، سلسلة عالم المعرفة، عدد 59، المجلس الوطني للثقافة والآداب، الكويت، 1982م، ص34.)

[3]) ابن منظور الافريقي، لسان العرب، المجلد الثاني، دار صادر، بيروت، 2000 ، ص 41.

كلمتين (Techno) وتعني المهارة التقانية، و (logo) وهي علم دراسة أو تنظيم المهارة التقانية لتأدية وظيفة محدد[1].

التقانة اصطلاحاً هي علم الإتقان، وهو علم قديم جداً ظهر في بابل، وركز عليه أرخميدس، لكن عصر التقانة بدأ في القرن العشرين وبات يدل على الدراسة العلمية للمهن والفنون مع معداتها وموادها واساليبها ومرتكزاتها الأساسية بغية انتاج صناعي واسع، وتعتمد التقانة على الرياضيات والفيزياء والكيمياء، وهي الحقل المميز للاختراع العلمي الذي تنتشر في كل الميادين[2].

ويعرف أونيدو **Unido التقنية** أنها نتاج تجسيد وتجميع المعارف والخبرات في شكل وسائل عينية لإنتاج آلات ومعدات وفنون إنتاجية يستخدمها الإنسان لصنع أو لإنشاء وحدات تقوم بصناعة هذه المنتجات[2].

ويعرف قاموس علم الاجتماع التقنية بأنها مجموعة الوسائل المتكيفة التي يستخدمها الناس في وقت معين بغرض التكيف مع الوسط الفيزيقي[3].

أن التقنيات هي: "كل معرفة فنية تنطوي على منطق وتبعث جدلاً حولها، وتشكل في معطياتها منظومة متكاملة تتفاعل فيها المعرفة العلمية مع التطبيقات العملية ضمن نسق منطقي متكامل"[3].

وتُعرف التقنيات في ضوء توفير الوقت والجهد والتكلفة بأنها "أدوات مبتكرة تسهم في تحسين الأداء من خلال اعتمادها على العلم والخبرة والمعرفة؛ لتحقيق نتائج أفضل مما تحققه الأدوات والأساليب السابقة من خلال توفير الوقت والجهد والتكلفة"[4].

وتعرف ايضاً بكونها مجموعة المعارف المقرونة بالأساليب العلمية التطبيقية التي تجعل من الممكن إنجاز هدف محدد على اساس اتقان المعرفة المختصة به[5].

فالتقانة تعني دورة حياة تجري عبر مراحلها عملية الأبداع مبتدئة بالافتراض ثم التجريب والانتقال منه إلى الإنتاج، وأخيراً تنتهي باستهلاك المنتوجات غير المعروفة سابقاً، وتبدأ بعد ذلك

---

[1]) محمد محمود الحيلة، تكنولوجيا التعليم بين النظرية والتطبيق، دار السيرة للنشر والتوزيع، عمان-الاردن،2004 ، ص 21.

[2]() عبد اللطيف عبد الحميد العاني، تمهيد في علم الاجتماع، دار الكتب العلمية، بيروت،2014 ، ص 216.

(3)Uindo , Guidelines for the Acquisition of foreign Technology in Developing Countries,Vienna,1973,p,1.

[4]) جابر عوض سيد، التكنولوجيا والعلاقات الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1992، ص ص 18- 19.

[5]) محمود صفوح الأخرس، الأبعاد الإجرامية والنظرية لأثر التقنية في المجتمع العربي، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 1991، ص65.

[6]) محمد فتحي عيد، الأساليب والوسائل التقنية التي يستخدمها الإرهابيون وطرق التصدي لها ومكافحته، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2001 ، ص52.

(7) محمد هاشم البشير محمد ، مخاطر تكنولوجيا النانو، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، 2012 ، ص13.

عملية النقد الاجتماعي لتأثير تلك المنتجات االاستهلاكية وتحديد مخاطرها فتشكل افتراضات جديدة لتلاقي عيوب المنتجات وتجريب وإنتاج واستهلاك[1].

هي إجمالاً المعرفة البشرية التي تستخدم في تغيير الموارد لتحقيق احتياجات الناس وجعل الأشياء تعمل بصورة أفضل فهي طريقة لمساعدة البشر على البقاء على قيد الحياة وهي الوسيلة التي يتحكم بها الناس في بيئتهم او يغيروا بها اذ تعتمد على تطبيق المعرفة ومعرفة التطبيق[2]. **التعريف الإجرائي للتقنية:** التقنية هي العلم الذي يعني عملية التطبيق المنهجي للبحوث والنظريات من خلال استعمال الآلات والادوات التكنولوجية الأجهزة الحديثة في شتى مجالات التصنيع المختلفة لتلبية احتياجات العاملين في المجال الصحي وتسهيل واشباع احتياجاتهم بطريقة أسرع وأسهل.

4- مفهوم الصحة The Health

التعريف اللغوي للصحة عند الصحاح: خلاف السقم وذهاب المرض، وقد صح فلان من علته واستصاح[3]، وفي اللغة الفرنسية "sante" اصل هذه الكلمة من اللغة اللاتينية ,"salutare "saluto" " وهي تعني البقاء سليما معافى، أي المحافظة على الجسم، وكذلك كلمة ،sanare، soon ، في اللغة اللاتينية تعني: جعله سليم الجسم، معالجته ارجاعه الى جادة الصواب[4].

اما اصطلاحاً فتعرف بانها: هي حالة السلامة والكفاية البدنية والنفسية والاجتماعية، وليست مجرد الخلو من المرض او العجز، ويوضح لنا هذا التعريف أن الصحة ليست مجرد الخلو من المرض او العاهة وان اكتمال صحة الإنسان تأتي عن طريق اكتمال النواحي البدنية النفسية وكذلك الاجتماعية[5].

وقد جرت عدة محاولات لتعريف الصحة نذكر منها : أن الصحة هي علم وفن الوقاية من المرض، إطالة العمر، ترقية الصحة والكفاية[6].

وقد عرفت منظمة الصحة العالمية **w.o.H** الصحة على أنها حالة السلامة والتكامل والكفاية من الناحية البدنية والنفسية والاجتماعية وليست مجرد الخلو من المرض أو العجز[1].

---

(1) جيل فيريول، معجم مصطلحات علم الاجتماع، ترجمة: أنسام محمد الأسعد وبسام بركة، دار البحار، بيروت،2011، ص 69.

2) ميشيل هاركر، روبرت باردن، مقدمة للتقنيات المعاصرة في عصر المعلومات، ترجمة: سرور ابراهيم سرور، دار المريخ للنشر، الرياض، المملكة العربية السعودية، 2006، ص ،37.

3) ، لسان العرب ، لابن منظور الافريقي، المجلد الرابع ج 28، دار المعارف القاهرة مصر، 1981، ص 2041.

(4) Etymologie française latin Grec **Sonskert: etymologie latingrec**/home/s/santémaladie- salut

5) انطوني كدنز، علم الاجتماع، ترجمة فائز الصباغ، المنظمة العربية للترجمة، بيروت، لبنان، 2005، ص 234.

6)حكمت فريحات وأخرون، مبادئ في الصحة العامة ، دار المستقل للنشر والتوزيع ، عمان ، 1990 ، ص 55.

كما أكد دستور منظمة الصحة العالمية على أن التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه هو أحد الحقوق الاساسية لكل إنسان، دون تمييز بسبب العنصر أو الدين أو العقيدة أو الحالة الاقتصادية أو الاجتماعية[2]، ولقد ساهم هذا التعريف في دفع التفكير الصحي قدماً متجاوزاً حدود الرؤية التقليدية المحدودة التي تربط الصحة بالمرض فقط، إلى رؤية أكثر شمولية وإيجابية فيما يخص رفاهية وإنتاجية الإنسان وربطها بالأبعاد الاجتماعية والاقتصادية لما له من تأثير على التنمية.

ويعرفها "توماس بنس" بانها تعني العلاقة بين الشخص وجسده ومن العلاقة الموجودة مع الأقارب ومع الخطاب الطبي ومع الثقافة[3].

ونعرف الصحة تعريفاً إجرائياً بانها كل عضو من أعضاء الجسم البشري دوره الطبيعي دون أن يعتريه أي خلل أو تعطل يؤثر علي فاعليته الفرد في مجتمعه.

5- التنمية Development:

يمثل مفهوم التنمية مصطلحاً غير محدد ومتسع كثرت فيه الآراء وتضاربت، وان مفهوم التنمية عموماً مفهوماً واسعاً وشمولياً، "ومهما جرت محاولات لوضعها في إطار محدد والخروج بتعريف – جامع مانع – فإن النتيجة غير موفقة حتماً، ولكن يمكن أن يلاحظ أنها جميعاً تتفق على اعتبار التنمية مدخلاً ومنهجاً ووسيلة وأداة للتغيير الاجتماعي الإرادي الواعي المنظم الموجب والموجه، وأنها تتطلب اختيار استراتيجية ملائمة أو تخطيط مناسب إذا أريد لها أن تكون تنمية حقيقية، حيث الهدف العام لهذه الاستراتيجية إحداث التغيير الإيجابي الحقيقي في المجتمع، والذي يتم عن طريق التخلي عن ممارسات وسياسات وسلوكيات واتجاهات ومستويات أداء اقتصادي وفني واجتماعي غير فعالة، وتطويرها إلى الأفضل والأحدث والأكثر إنتاجية وكفاءة وفاعلية تتفق والبعد الحضاري لهذا المجتمع".[4]

([1]) CecillyMaller& et.al, Healthy People : the Health Benefits of Contact with Nature in a Park context ; A Review of Current Literature, Vol. 1, School of Health Sciences, Faculty of Health & Behavioural Sciences, Deakin University, Victoria,2002, P.9.

([2])Clair A Poduca, Measuring the Progressive Realization of Economic, Social And Cultural Rights, A paper prepared for the human Right Institute Conference, Economic Rights : Conceptual, Measurement and Policy Issues, October 2005 , 27-29,P.17.

[3]) نور الدين حاروش، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الأردن، 2012، ص71.

4) لويس معلوف، قاموس المنجد في اللغة والاعلام ، دار المشرق، بيروت،1996، ص840.

تعرف التنمية لغوياً على أنها: – نما – ينمو– نمواً: زاد وكثر "ارتفاعا" ونمي، نمي ينمي نميا ونماء ونمية المال وغيره: زاد وكثر[1].

تستخدم مصطلحات "متقدم Developed" ، "وغير متقدم Under Developed" و "متخلف UnDeveloped " ، "وأقل تقدماً Less Developed " للدلالة على حالة للسكان في بلد معين، أو في منطقة معينة، ومفهوم التنمية مفهوم غامض مائع، فهو مفهوم لا كظروف حياة فحسب، بل كهدف يراد بلوغه وكقدرة على النمو والتغيير والتطور وهذه الصور الذهنية الثلاثة للتنمية متلازمة في كل جهد يبذل من أجل فهم ظاهرة التنمية والتعامل معها[2].

تُعرف التنمية على انها تطوير رأس المال البشري والاجتماعي الذي يتوفر عن طريق التعليم والخدمات الأخرى الأساسية بشكل جيد، فضلاً عن البرامج المخصصة لتدريب الأفراد حتى يسمح لهم بالارتقاء الوظيفي[3].

ويشير المعنى المنبثق من التنمية على أنه تحديد ما بها من مدخلات ومحاولة توفير كل ما يلزم لها من أداء عالي الجودة والكفاءة لتحسينها عند تحويلها إلى مخرجات نافعة للفرد وللمجتمع[4].

كما تُعرف التنمية بأنها تحسين قدرات البشر، ليس من خلال التعليم والصحة والتغذية فقط، بل إنها– إضافة إلى ذلك – تعني انتفاع البشر بقدراتهم وبالتحسينات فيها سواء في مجال العمل أو التمتع بوقت الفراغ، فالإنسان ليس مجرد وسيلة أو عنصر إنتاج، بل إنه الهدف أيضاً من التنمية، بمعنى أن التنمية تستهدف تحقيق رفاهية البشر في نهاية المطاف[5].

كما تعرف بأنها عملية تغيير واع يحدث في المجتمع من خلال التوحد والمشاركة بين جهود المواطنين والحكومة بهدف الاستفادة من كافة الموارد المتاحة في المجتمع، وتحقيق الرفاهية الاجتماعية والاقتصادية، ويتم ذلك وفق خطة مرسومة[6].

([4]) لويس معلوف، قاموس المنجد في اللغة والاعلام ، دار المشرق، بيروت،1996، ص840.

([1])جورج.ف.جانت، إدارة التنمية (مفهومها .أهدفها. وسائلها)، ترجمة: منير لبيب موسى، دار المعارف للنشر، القاهرة، 2002، ص12.

([2])Mohamed Ali Fulazzaky, Hilman Akil, Development Of Data And Information Centre System To Improve Water Resources Management In Indonesia, Water Retour mange, 23, DOI 10.1007/S11269 – 008 – 9314-0, 2009, P. 1056 – 1057.

([3])Scott A. Snell, Control Theory In Strategic Human Resource Management- The Mediating Effect Of Administrative Information ,(The Academy Of Management Journal, Vol.35, No. 2, Jun, 1992, PP. 292 – 293.

(4) هشام حسن مخلوف، السكان والصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة، جمعية الديموجرافيين المصريين، القاهرة، 2004، ص ص63 ، 64 .

([6]) إحسان حفظي، علم اجتماع التنمية، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، 2003، ص 33.

والتنمية بشكل عام ينظر الهيا بوصفها عملية تغير ثقافية دينامية (أي متصلة وواعية) وموجهة تتم في إطار اجتماعي معين بصرف النظر عن حجم المجتمع، وترتبط عملية التنمية بإزدياد أعداد المشاركين من أبناء الجماعة في دفع هذا التغيير وتوجيهه وكذلك في الانتفاع بنتائجه وثمراته، أي أن التنمية بهذا المعنى تنطوي على توظيف جهود الكل من أجل صالح الكل خاصة تلك القطاعات والفئات الاجتماعية التي حرمت في السابق من فرص النمو و التقدم[1].

ويرى "السيد الحسيني" بأن التنمية تفترض توافر بعض الخصائص ومنها: الدينامية، التغير، التصنيع، الاستغلال، التأثير، القوة، الوحدة الوطنية الداخلية. وذلك بغض النظر عن صدق هذا التغيير الذي يعد تعريفاً من التعريفات العديدة للتنمية، إلا أنه يشير إلى حقيقة أساسية وهى أن عملية التنمية عملية معقدة ومتكاملة وتضم جوانب الحياة الاقتصادية والسياسية والاجتماعية والثقافية والأيديولوجية [2].

ويعرفها "نبيل السمالوطي" بمعناها العام انها التمويل المخطط لمجموعة من العمليات الاجتماعية والاقتصادية ضمن أيديولوجية معينة لتحقيق التغير المستهدف من أجل الانتقال من حالة غير مرغوب فيها إلى حالة مرغوب الوصول إليها [3].

فالتنمية مفهوم معنوي يعبر عن عملية ديناميكية تهدف لإحداث مجموعة من المتغيرات الوظيفية والهيكلية لإعداد الطاقات البشرية الريفية بالشكل والحجم الذى يمكن للمجتمع من زيادة حجم الموارد الميسرة والاستفادة منها الى أقصى الدرجات المختلفة وذلك عن طريقة استيعاب الأساليب اللازمة لإحداث هذا التغير[4].

وتعرف التنمية تعريفاً إجرائياً على أنها "عملية ديناميكية لها مداخلاتها ولها أيضاً مخرجاتها، معتمدة بذلك الاعتماد الأول والأخير على رأس المال البشري أو المورد البشري باعتباره كائناً مؤثراً فاعلاً ومتفاعلاً مع النظم من حوله، لذا كان ولابد من الاهتمام بالتنمية من خلال التعليم وإتاحته للمورد البشري حتى تتحسن قدراته وطاقاته ومهاراته ومعارفه على المدى الطويل أو النقل مدى الحياة حتى يتعايش مع كل ما هو جديد داخل المجتمع، وذلك بقصد الارتقاء بالمستوى الاقتصادي والاجتماعي والصحي.

---

[1]) كمال التابعي وآخرون، علم الاجتماع العام، القاهرة، دار النصر للنشر والتوزيع،2004، ص 46.

[2]) السيد الحسيني، التنمية والتخلف، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، 2002، ص ص 5-6.

[3]) نبيل السمالوطي، التنمية بين الاجتهادات الوصفية والدينية (دراسة مقارنة)، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، 2003، ص 10.

[4]) مسعد الفاروق حمودة، التنمية والمجتمع مدخل نظري لدراسة المجتمعات المحلية، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، 2001، ص41.

6- مفهوم رأس المال Capital:

يمثل رأس المال احد عوامل الانتاج، بل ان عملية تراكم رأس المال تمثل الدينامية لنمط الانتاج او النظام الرأسمالي الحديث، والفكر السائد يؤكد على ان جوهر التنمية هو تكوين رأس المال العيني الثابت على نحو تراكمي، بما يتضمنه من تعاظم الأصول الإنتاجية من معدات وآلات وطرق ...الخ، إلا ان خبرات وتجارب التنمية أكدت ان التنمية في أي مجتمع ترتكز، إلى جانب رأس المال المادي، على رأس المال البشري، وأصبحت الموارد البشرية تشكل جانبا هاما في التصنيف المعروف (العمل + رأس المال)، واصبح ينظر إلى التنمية على أنها عملية تفاعل الانسان مع الموارد الطبيعية[1].

توسع "بورديو" في كتابه "اشكال رأس المال" في مفهوم رأس المال، ولقد استعار "بورديو" هذا المفهوم من علم الاقتصاد واستطاع من خلاله ان يقدم تفسيرات وتحليلات العلاقة بين الثقافة والبنية الاجتماعية القائمة في المجتمع، ومفهوم رأس المال عند "بورديو" أوسع من فكرة رأس المال النقدي عند "ماركس"، فرأس المال عند "بورديو" يشمل على رأس المال النقدي ورأس المال غير النقدي[2].

يرتبط "رأس المال" في جوهره بالنشاط الاقتصادي، والموارد المادية الملموسة والأصول المالية. ومع ذلك، فهذا المفهوم قد حصل مؤخراً على أهمية جديدة، ومن أهم الجوانب الرئيسية له التعليم النوعي والتدريب والمعرفة والتكنولوجيا والابتكار، بالإضافة إلى تطوير الثقة والمصداقية والتنظيم والرؤية والقيادة والمبادرة واتخاذ القرارات. فهذه الجوانب عناصر لا تقل أهمية عن رأس المال؛ في الواقع، بالنسبة للأفراد والمجتمع ومتطلبات التنمية، ودورة الإنتاج، فهي مهمة مثل رأس المال المادي، وبخاصة في عصر الاتصالات والمعلومات والثورات وفي ضوء الاتجاه العالمي نحو الثورات المعرفة[3].

التعريف الاجرائي لرأس المال: يمثل رأس المال احد عوامل الإنتاج وأن عملية تراكم رأس المال تمثل الدينامية المميزة لنمط الإنتاج الرأسمالي، وان رأس المال يتسع ليشمل رأس المال النقدي ورأس المال غير النقدي.

---

[1]()جوردن مارشال، موسوعة علم الاجتماع، ترجمة: محمد الجوهري وآخرون، المجلد الثاني، المجلس الأعلى للثقافة، الثقافة، 2000، ص762.

[2]() بورديو، اسئلة علم الاجتماع، ترجمة: ابراهيم منجي، دار العالم الثالث، القاهرة، 1995، ص66.

([3]) Abdulkhaleq Abdullah: The Challenges of Human Capital Investment in the GCC, chapter in: Human Resources and Development the Arabian Gulf, The Emirates Center for Strategic Studies and Research, The Emirates Center for Strategic, Abu Dhabi, 2010, p 51.

7- مفهوم رأس المال البشري Human Capital :

يعرف بأنه كل أفراد المجتمع الذين يشاركون فعليا في عملية التنمية سواء على مستوى ضيق في داخل مؤسسة أو منظمة أو على مستوى واسع في تنمية المجتمع ككل، وهو مجموعة المعارف والمهارات والخبرات والمؤهلات المتوافرة لدى العاملين بمنشأة ما[1].

ويعرف رأس المال البشري على أنه مجموع القدرات والخبرات والمهارات البشرية المتباينة في مستوى أدائها، العاملة في المنظمة حالياً أو التي ستهيأ للعمل مستقبلاً، أو المعطلة منها بسبب حوادث أو إصابات العمل أو الإجازات أو الغياب اللا ارادي، والتي ينطبق عليها الحد الأدنى من موصفات الوظيفة وتقع عليها مسؤولية تنفيذ الأهداف العامة للمؤسسة[2].

ولقد عرف هاربسون Harbison رأس المال البشري على أنه عملية قوامها زيادة عدد الأشخاص الذين يتمتعون بالمهارات والمعارف والخبرات التي تعظم الحاجة إليها التنمية الاقتصادية والاجتماعية في البلاد، وهكذا يرتبط تكوين رأس المال البشري بالاستثمار في الإنسان كمورد منتج متميز. ومن هنا؛ يتضمن تكوين رأس المال البشري: الاستثمار الاجتماعي في التعليم، واستثمار المشروعات في التدريب[3].

بينما يرى " دى أنسورينا " بأنه المهارات والقدرات – التي تعكس جوهر رأس المال البشري – على أنها غالبا ما تكون مبرمجة وذات طبيعة تكنيكية، كما تعكس هذه المهارات الملامح الفردية للعناصر البشرية[4].

ومن الواضح أن رأس المال البشري يختلف عن راس المال المادي من ناحية أساسية هي أنه غير مادي بطبيعته، أي ليس له مثل الآلات والمعدات والأبنية عرضاً وارتفاعاً وكثافةً، فلا يمكن قياسه مادياً مثلها، على الرغم من الدور الكبير لراس المال البشري في زيادة الإنتاج

---

1) كمال بربر، إدارة الموارد البشرية، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت، 1997 ، ص 33 .

(2)عادل حرحوش المفرجي، و أحمد علي صالح، رأس المال الفكري طرق قياس وأساليب المحافظة عليه، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 2003 ، ص132.

(3) André Gorz, L'immatériel: Connaissance, Valeur et capital, Edition Galilée, Paris,2003, P11..

(4) Sonia Agut; Managerial Competency Needs and Training Requests : The Case The Spanish , Human Resource Development Quarterly , Spring , 2002 , p . 33 .

الاقتصادي من سلع وخدمات مثلاً يمكن اعتبار المعرفة المتخصصة التي اكتسبها(الطبيب أو المهندس أو المحامي).

اما التعريف الاجرائي لـ "رأس المال البشري" انه المورد البشري الذي تمتلكه دولة ما من السكان الأصحاء المتعلمين الأكفاء والمنتجين، والذي يعد عاملاً رئيسياً في تقدير إمكانياتها من حيث النمو الاقتصادي وتعزيز التنمية البشرية ويتميز بالمعرفة والكفاءة التي تعد المركبات الأكثر الأهمية في رأس المال البشري.

تمهيد:

من الضروري تناول البحوث والدراسات السابقة وذلك أن العلم تراكمي يبدأ الباحث من حيث انتهى الآخرون، ولذا لابد من معرفة من درس هذا الموضوع أو أحد جوانبه؟ وكيف درسه؟ وما المنهج الذي استخدمه؟ وما النظرية التي اعتمد عليها؟ وذلك حتى يمكن وضع الدراسة الحالية على خريطة الدراسات السابقة بشكل يضيف ويصحح دون تكرار.

عند الاطلاع وعمل مسح للأدبيات التي تناولت عولمة المرض ومتطلبات التقنية الصحية لتنمية رأس المال البشري، لم تعثر الباحثة على دراسة واحدة سواء إقليميًا أو محليًا أو عالميًا على حد اطلاع الباحثة تتناول موضوع الدراسة الراهنة، ومن هنا تأتي أهمية الدراسة الراهنة سواء النظرية أو العملية ضمن موضوعات علم الاجتماع، وستركز الباحثة على بعض الدراسات التي تناولت واحدًا أو أكثر من مفاهيم الدراسة.

لذلك اهتمت الباحثة بتجميع أكبر قدر من الدراسات والبحوث المتعلقة بموضوع الدراسة، وقد رجعت إلى المصادر العلمية المختلفة، سواء باستخدام المسح الالكتروني ذاتياً عن طريق الباحثة، أو عن طريق اقسام علم الاجتماع في الجامعات العراقية والعربية الأخرى.

كما تنَّه الباحثة إلى أنها قامت بعرض مجموعة من الدراسات والبحوث العربية والأجنبية و المحلية ذات الصلة بمتغيرات الدراسة الحالية، والتي تنقسم إلى دراسات ذات صلة مباشرة بموضوع الدراسة الراهنة التي تمت دراستها في موضوع دراستها من مناقشة نتائج دراستها وتفسيرها بشكل منهجي في ضوء ما توصلت إليه هذه الدراسات من نتائج، كما مكنتها من الوقوف على نقاط الاتفاق أو الاختلاف مع هذه النتائج، بما يساعد الباحثة بعدها من صياغة مشكلة جديدة تنبثق من هذه النقاط، وتحليلاً لنتائج تلك الدراسات للإفادة منها والتعرف على السلبيات والايجابيات التي يمكن استنباطها.

ومن هذه الأساليب تقسيم الدراسات وتصنيفها على دراسات محلية، ودراسات عربية، ودراسات عالمية وذلك للمقارنة بين الدراسات التي تتشابه في تناول نفس الموضوع، ومعرفة مدى تأثير طبيعة المجتمع وثقافته وعاداته وتقاليده في الظاهرة موضوع الدراسة، وكذلك تصنيف الدراسات حسب الأهداف والمراحل الزمنية. ستتبع هذه الدراسة التصنيف الأول وستقسم الدراسات السابقة على دراسات محلية وعربية وعالمية لفائدتها مع الإلمام بالأدوات والأهداف والمراحل الزمنية المستخدمة، وسنعرض بعض هذه الدراسات على وفق الأسس المتبعة في عرض الدراسات السابقة، ووفقاً للتسلسل الزمني لإبراز التطور البحثي في هذا المجال، وفي ما يأتي تفصيلاً لكل منها:

أولاً: نماذج من بعض الدراسات والبحوث السابقة

1- دراسات عراقية

أ- دراسة عدنان ياسين مصطفى الموسومة (جائحة كورونا وبناء مجتمع المنعة في العراق دروس وفرص)،(2020)[1]:

تُعد هذه الدراسة من بواكير الدراسات التي تركز على دور رأس المال البشري والاجتماعي في تعزيز صمود الدولة والمجتمع من الأخطار والتحديات الناجمة عن الأوبئة, وأنها تهدف الى ابلاغ السياسات الحالية بأهمية رأس المال البشري والاجتماعي في تعزيز المرونة والصمود في المجتمعات المحلية. وأن أهمية هذه الدراسة جاءت من خلال تركيزها على الاهتمام المتنامي على الصعد المحلية والدولية بموضوع الصمود وعلاقته بالتنمية البشرية والاجتماعي وان العراق استمر ومنذ عقود من الزمن يتعرض لأزمات متواصلة ذات اثار بنيوية مدمرة للزرع والضرع, وعلى الرغم من الجهود الرسمية وغير الرسمية الحثيثة في مواجهة تلك الآثار غير أنها ظلت محدودة في تركيزها وعمقها وطبيعة تناولها لأهم الإشكاليات ومحاولة سبر أغوارها. لذا فإن هذه الدراسة تتطلع إلى تحسين فرص الفهم وأثارة الوعي بين جميع شركاء التنمية على المستوى المحلي والوطني والدولي، بأهمية القوة الحيوية الفاعلة للمؤسسات الرسمية وغير الرسمية، التعاون والتشبيك، العمل التطوعي والاندماج الاجتماعي في بناء الصمود المجتمعي، وهذه المظاهر للصمود والمنعة تصبح اكثر أهمية عندما يفتقد نظام درء المخاطر وتخفيف الصدمات للموارد المادية وضعف القدرات البشرية ووضوح الرؤية والاستجابة للآثار الناجمة عن الكوارث.

فالمعرضون للازمات والكوارث ليسوا فقط الفئة الأكثر هشاشة لجهة الاحتياجات الأساسية والضرورية من إيواء، وغذاء وعناية طبية، وغيرها بل، هم أيضا الفئة التي تعاني من اشكال متعددة من التهميش والإقصاء والتمييز، داخل البلد الواحد مما يهدد النسيج المجتمعي بالتفكك على وفق هذه المعطيات يصبح رأس المال البشري والاجتماعي اكثر أهمية للتخفيف من الصدمات ودرء المخاطر وبناء مجتمع المنعة. لتحقيق تنمية بشرية (صحية وتعليمية ومعيشية) مستدامة وشاملة ومنسقة، وتوصلت الدراسة إلى ما يأتي:

1- لمواجهة أزمات الأوبئة ولتلبية احتياجات النمو السكاني المتسارع ولتلبية ورعاية الفئات الهشة وذوي الاحتياجات الخاصة لابد من اعتماد نظام صحي متنوع ورصين وهو ما يتطلب

1) عدنان ياسين مصطفى، جائحة كورونا وبناء مجتمع المنعة في العراق دروس وفرص، مركز الرافدين للحوار RCD ، بغداد - العراق ، 2020.

الاهتمام بمستويات التغطية والارتقاء بالرعاية دون الاعتماد على الحكومة فقط. وهذا يتطلب جهودا متضافرة وتعاوناً فعالاً بين الحكومة والقطاع الخاص والمجتمع .هذا المسار يفرض على الحكومة العراقية تحسين بيئة السياسات وتشجيع مجتمع الأعمال والمنظمات الاجتماعية للمشاركة في تقديم خدمات رعاية عالية الجودة على وفق عمليات مؤمنة وشراكة فاعلة بين القطاع العام والخاص.

2. تتطلب مواجهة الفقر متعدد الابعاد تعزيز الدوافع الذاتية للحد منه، وتأسيس آلية مستدامة للتخفيف من حدة الفقر، تركز عملها في المساعدة على تمكين الأبناء في بناء قدراتهم المعرفية بشكل مستقل والحد من التسرب، ولتحقيق هذه الغاية من الضروري ان تعطى أولوية لتطوير التعليم وتمكين الطلاب من خلال التعليم، حتى يتمكن السكان الفقراء من زيادة رأس المال البشري، وتعزيز قدراتهم على التنمية الذاتية، وتجنيد الطلاب في المناطق المستهدفة والمنكوبة بالفقر والأوبئة، للعب أدوار تنموية عبر المأسسة للأعمال التطوعية وتشجيعهم على المبادرات الفردية والجماعية التي تعزز فرص تضميد الجراح.

3. تطوير آليات التعامل مع المتغيرات الاجتماعية: إذ عدت أهداف التنمية المستدامة بناء الإنسان وتوسيع الخيارات المتاحة هي الغايات الأساسية المنشودة لإسعاد المجتمع ودوام رفاهه واستقراره، من هنا ينصب الهدف الأساس في مرحلة ما بعد التعافي بالتركيز على الأمن الإنساني للمجتمع وهو ما يتطلب من الحكومة تحول دائرة اهتماماتها نحو" توسيع رفاه الناس"، وتعزيز خيارات التنمية البشرية الشاملة لتحقيق التقدم الاجتماعي الشامل وصولا إلى" الازدهار المشترك".

4- استنفار الجهد الدولي وتوجيهه من خلال لجنة مركزية تحدد الأولويات وتوزع المهام متمثلة بوزارة المالية، التخطيط، الصحة، هيأة المستشارين، الأمانة العامة لمجلس الوزراء، العمل والشؤون الاجتماعية) حيث ان وزارة التخطيط تعكف حاليا مع البنك الدولي واليونيسف لقراءة التأثير السريع والمتوسط والطويل المدى للازمة على القطاعات الاجتماعية والاقتصادية على مختلف شرائح المجتمع وخاصة الفئات الهشة والفقيرة وكذلك أثره على القطاع الخاص.

ب- دراسة حنان موحي علي الموسومة (تقانة النانو وانعكاساتها على الأمن الصحي دراسة ميدانية في بغداد)،(2020)[1]:

[1]()حنان موحي علي ، تقانة النانو وانعكاساتها على الأمن الصحي دراسة اجتماعية في بغداد ، أطروحة دكتوراه غير منشورة ، قسم علم الاجتماع، كلية الآداب- جامعة بغداد ، 2020.

تكمن مشكلة الدراسة بانعدام وجود تنظيم مركزي لتقانة النانو، وغياب دور الخدمة الاجتماعية والمختصين بها في ذلك التنظيم، إذ تقع على عاتقهم التنويه لطبيعة تأثيرات تقانة النانو على الخدمات الاجتماعية التي نشأت لنوفر الأمن الانساني العراقي بصورة عامة، وضمنياً الأمن الصحي، ليجعل التنمية المحدثة بتقانة النانو تنمية مسؤولة تتكفل بتمكين الافراد صحياً وحمايتهم من مخاطر تقانة النانو، وتثير الدراسة عددا من التساؤلات هي: ما المقصود بتقانة النانو وتطبيقاتها الصحية؟ و ما امكانياتها في الارتقاء بالأمن الصحي او الاضرار به؟ ، وأن الدراسة الحالية حاولت التعريف بتقانة النانو وتطبيقاتها التي ترتقي بصحة الإنسان وبيئته والكشف عن بعض مخاطرها وواقعها في العراق ومدى قدرة مختصي العمل الاجتماعي على الإسهام بتنظيمها بما يضمن التنمية المسؤولة والحد من المخاطر في المجال الصحي، وهي دراسة وصفية اعتمدت منهج المسح الاجتماعي لمجتمع الدراسة البالغ (107) مختصاً يعملون بتقانة النانو في عدد من مؤسسات في مدينة بغداد.

وقد توصلت الدراسة إلى عدد من النتائج أهمها:

1-أن تطبيقات (تنقية مياه الشرب، ومعالجة مياه الصرف، وتنقية الهواء، والطاقة المتجددة، والأدوية والأجهزة الطبية)ترتقي بالأمن الصحي

2-وتبين بان هناك بعض الخصائص في تقانة النانو تضر بصحة الإنسان ولاسيما العاملين فيها.

3- هناك حاجة للمختصين بالعمل الاجتماعي في عملية تنظيم تقانة النانو.

وخلصت الدراسة إلى عدد من الاستنتاجات أهمها أن طبيعة انعكاسات تقانة النانو على الأمن الصحي تتأثر بطبيعة القيمة التي يحميها الأمن الصحي الا وهي(الصحة) اذ أن سلامة اي عضو يحسن وظائف سائر الأعضاء، وكذلك تضرر صحة اي عضو يخل بسلامة الأعضاء الأخرى، مما يجعل جميع الانعكاسات هامة سواء سلبا او إيجابا. وقد وصت بإيلاء المزيد من الاهتمام لتقانة النانو في العراق، واستثمارها لتحسين خدمات الرعاية الطبية، وضمان حماية المستهلكين وزيادة العناية بصحة العاملين بهذه التقانة.

ج- دراسة استبرق طه محمود الموسومة (التحديات الصحية والتكافل الاجتماعي فايروس كورونا انموذجاً دراسة ميدانية في مدينة بغداد)، (٢٠٢١)[1].

استهدفت الدراسة التعرف على اهم التحديات الصحية التي فرضتها جائحة كورونا على المجتمع العراقي ، التعرف على دور الحكومة و المنظمات غير الحكومية في التكافل الاجتماعي

[1] استبرق طه محمود، التحديات الصحية والتكافل الاجتماعي فايروس كورونا نموذجا دراسة ميدانية في مدينة بغداد، قسم علم الاجتماع، رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة بغداد، 2021.

للتخفيف من أزمة جائحة كورونا والتعرف على دور المؤوسسات الدينية و القرابية و المجتمع المحلي في تحقيق متطلبات التكافل الاجتماعي لمواجهة جائحة كورونا .

واستندت هذه الدراسة الى منهج المسح الاجتماعي لجمع البيانات و المعلومات.

وكانت الاستبانة والمقابلة أهم الادوات المستعملة لجمع البيانات و المعلومات.

وقد استعملت الباحثة عينة قصدية تتكون من مسؤولي منظمات المجتمع المدني ومسؤولي الحملات التطوعية في المجتمع المحلي.
ولتحليل بيانات الدراسة استعملت الباحثة التقنيات الاحصائية الآتية : النسبة المئوية ، الوسط الحسابي ، الانحراف المعياري ، معامل ارتباط بيرسون و اختيار مربع كاي.

أهم النتائج التي توصلت لها الدراسة
1-ان اكثر من نصف المبحوثين يؤيدون ان ازمة كورونا قد زادت من التكافل الاجتماعي التطوعي بين افراد المجتمع .
2-ان معظم المبحوثين اكدوا أن حملات التكافل الاجتماعي لم تكن كافية لمواجهة المشكلات و التحديات التي فرضتها جائحة كورونا .
3-تبين ان لجائحة كورونا وما نتج عنها من إغلاق وحظر أثراً كبيراً في زيادة مشكلات الاكتئاب و الخوف و القلق و العزلة و الملل.
4-تبين ان لجائحة كورونا أثراً كبيراً في ازدياد نسبة البطالة و ضعف الدخل اليومي و زيادة مصروفات العائلة.
5-تبين ان جائحة كورونا أسهمت وبشكل كبير في ازدياد نسبة جرائم الاعتداء والعنف الاسري.

د- دراسة فادية شاكر حسين الموسومة (الامراض الوبائية والتضامن الاجتماعي- دراسة ميدانية في مدينة بغداد جائحة كورونا انموذجاً)، (2021)[1]:

سعت الدراسة الى التعرف على الأمراض الوبائية والتضامن الاجتماعي، أثناء جائحة كورونا، والتعرف على مفهوم التضامن الاجتماعي والتآزر والتلاحم كمساعدة الغني او القوي للإنسان الفقير، او الضعيف فهو سلوك انساني يتمثل في تخفيف الأم ومعاناة الناس وتقديم المساعدة للأخرين عند الحاجة.

ويستمد التضامن الاجتماعي قواعده من التعاليم الدينية، والمواثيق، والقوانين الدولية ومن الشعور الداخلي في كل انسان سوي سليم يؤمن بان الإنسان مخلوق ضعيف يحتاج في مرحلة

[1]() فادية شاكر حسين، الأمراض الوبائية والتضامن الاجتماعي- دراسة ميدانية في مدينة بغداد جائحة كورونا انموذجاً، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم علم الاجتماع، كلية التربية للبنات - جامعة بغداد، 2021.

ما الى مساعدة الآخرين ولاسيما أثناء الأزمات والكوارث وهي قيمة إنسانية تضمن استقرار المجتمعات وتقدمها ولتحقيق ذلك اتبعت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي بتطبيق استبانة على عينه قصدية مكونه من 250 من العاملين في مؤسسات العمل الاجتماعي والحكومية والاهلية، وفرق العمل التطوعي من مناطق كثيرة في مدينة بغداد باتباع منهج المسح الاجتماعي بطريقة العينة فضلا عن استخدام ادوات جمع البيانات، وهي الاستبانة والملاحظة والمقابلة وطرحت الدراسة عدة تساؤلات اهمها:

1-ما اهم تداعيات جائحة كورونا على الواقع الصحي في العراق.

2-هل لمؤسسات العمل الاجتماعي الحكومية والأهلية دور في مواجهة جائحة كورونا؟

3-ما اهم مظاهر التضامن الاجتماعي إثناء الحجر الصحي؟

4- ما اهمية العمل الاجتماعي التطوعي في مواجهة الازمات؟

ولقد سعت الدراسة إلى تحقيق الأهداف الآتية:

1-التعرف على تداعيات جائحة كورونا في المجتمع العراقي.

2-تسليط الضوء على أثار التضامن الاجتماعي في إرساء مظاهر التكافل الاجتماعي بين أفراد المجتمع.

3-التعرف على دور مؤسسات العمل الاجتماعي في مواجهة جائحة كورونا.

وتوصلت الدراسة الى مجموعة من النتائج أهمها:

1- أظهرت نتائج الدراسة ان ما يقارب نصف أقراد عينه الدراسة أجابوا بان خططهم المستقبلية نشر ثقافة التعاون, والمساندة بين أفراد المجتمع في مواجهة الأزمات بواقع(105) بنسبة(42%)

2- أظهرت نتائج الدارسة ان اغلب أفراد عينه الدراسة كانت تواجههم تحديات صعوبة التنقل بسبب الحجر في المنزل بنسبة بواقع(152) بنسبة(60,8%).

3-تبين نتائج الدارسة ان اغلب أفراد عينه الدراسة أجابوا بان اكثر سلوك إيجابي برز في إثناء جائحة كورونا هو تعزيز مظاهر التكافل الاجتماعي بنسبة (72,8).

4- تشير نتائج الدراسة ان اغلب افراد عينه الدراسة أجابوا بان اخطر تداعيات جائحة كورونا هي فقدان الوظائف والأعمال اليومية بنسبة(80,4%).

5-تشير نتائج الدراسة الى ان ما يقارب نصف افراد عينه الدراسة أجابوا بان مستوى الخدمات التي تقدمها المؤسسات الحكومية ضعيفة بنسبة (40%).

6-تبين نتائج الدراسة ان ما يقارب نصف إفراد العينة اجابوا بان اهم الأعمال التي يشارك بها إفراد عينه الدراسة هي تعفير الشوارع والأماكن بالمرتبة الأولى بنسبة (47,1%).

7-اظهرت نتائج الدراسة ان ما يقارب نصف افراد عينه الدراسة اجابوا بان من اهداف التضامن الاجتماعي هي مساعدة الآسر المتعففة بنسبة(43,3%).

8- تبين نتائج الدراسة ان معظم أفراد عينه الدراسة اجابوا ب(نعم) اسهم العمل التطوعي بتقليل من أوقات الفراغ لدى الشباب بنسبة(87,6%).

2- الدراسات العربية:

أ- دراسة محمود سمير محمود عثمان بعنوان (ديناميات التكيف الاجتماعي لتكنولوجيا الطب الحديث: دراسة في الأنثروبولوجيا الطبية للمتضمنات الاجتماعية للتلقيح الاصطناعي)، (1991) [1].

تسعى هذه الدراسة إلى إيضاح المعرفة الخاصة بتقنيات التلقيح الاصطناعي واطفال الأنابيب، فإذا كانت الكتب التي تتناول الجوانب الطبية للموضوع متوافرة، فبالأولى أن يوجد جزء يناقش الجوانب والأبعاد الاجتماعية للقضية كما أن العلاقة بين عدم الإنجاب تعتبر وصمة اجتماعية وارتباطها بتقنيات التكاثر الجديدة من خلال دراسة الطرق والأساليب التي قد يقبل عليها الأزواج ومدي تأثيرها بتقنيات المعايير والتقاليد الاجتماعية وكذلك تتم دراسة مساعدتهم طبيًا بواسطة التلقيح الاصطناعي ومعرفة تصور الأزواج والزوجات، ورأي رجال الدين حول التقنيات الحديثة، ودراستها من منظور اجتماعي ديني لتوضح شدة ملاءمتها مع قيم وتقاليد المجتمع المصري.

اعتمدت الدراسة على المنهج الانثروبولوجي بأدواته البحثية المختلفة، حيث اعتمدت أيضًا على الملاحظة وإجراء المقابلات المقننة مع عينه البحث من حالات العقم، وبعض المسؤولين، وطبق استمارة الاستبيان من خلال المقابلة على (60 حالة) زواج تقع في فئة سن الإنجاب، كما روعي أن تكون ممثلة لمختلف المستويات التعليمية، وبينها اختلافات في مكان الإقامة، وتمت هذه الدراسة خلال ستة شهور متتابعة، حيث تم البحث من عيادات أطباء النساء والتوليد.

ولقد توصلت هذه الدراسة إلى عدة نتائج منها:

أ- إذا كان طفل الأنابيب قد يعاني من جهله لتاريخه، فمن خلال هذه الدراسة يتبين لنا أن طفل الأنابيب طفل شرعي طبيعي لا يختلف عن الآخرين.

ب- أن المرأة المصرية تتعرض لكثير من المخاطر الناشئة عن الأدوية التي تتناولها لزيادة هرمونات المبيض، فإن المصريات أقل تحملًا للآلام من سيدات الغرب.

---

[1]() محمود سمير محمود عثمان، ديناميات التكيف الاجتماعي لتكنولوجيا الطب الحديث: دراسة في الأنثروبولوجيا الطبية للمتضمنات الاجتماعية للتلقيح الاصطناعي، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم الاجتماع، كلية الآداب، جامعة القاهرة، 1991.

ج- حيث اتفقت (55) حالة على أنها حامل فورًا إذا تم التأكد من أن الطفل غير طبيعي أو مشوه كما رفضت كل الحالات لبيع المرأة لبويضاتها والرجل لحيواناته المنوية وكذلك للأمومة البديلة.

د- معظم الأطباء أكدوا على أهمية العلاقة بين الطبيب والمريض مع ضرورة وجود الحاجز المهني.

ب- دراسة سلامة محمد جمعة بعنوان (الصحة والتنمية البشرية: دراسة اجتماعية لجودة الخدمات الصحية بمدينة دبي)، (2007)[1]:

تستهدف هذه الدراسة الكشف عن ديناميات العلاقة بين بعض مؤشرات التنمية البشرية في مجتمع دبي وجودة الخدمات الصحية، وكذلك الكشف عن البرامج المتبعة في مجال جودة الخدمات الصحية وكيفية. الممارسات العملية في التطبيق ودور ثقافة المجتمع عند كل من الملتقى ومقدمي الخدمة الصحية، ومعرفة أهم المعوقات التي تعوق الاستفادة من خدمات الرعاية الصحية.

حيث تنتمي هذه الدارسة إلى نمط الدراسات الحقلية المسحية وهى دراسة وصفية تحليلية، أما العينة الأولى فهي العينة المستفادة من الخدمات الصحية في إمارة دبي وهي عينة عشوائية متشعبة عنقودية تتكون من (778) فرداً من أفراد المجتمع، أما عن العينة الثانية فتشمل (790) مبحوثًا من مقدمي الخدمة الصحية، كما تشمل الأطباء والفنين والإداريين وهي عينة عشوائية (متشعبة) ومنظمة، والعينة الثالثة تم اختيارها بطريقة عمدية فهي تحتوي على فئة من المسئولين بوزارة الصحة والخدمات الطبية والقطاع الخاص، وبلغ عددهم (40) مسؤولاً من وزارة الصحة، (30) من دائرة الصحة، (20) من القطاع الخاص، وقد تم الاعتماد على استمارة البحث والسجلات الصحية والتقارير الإحصائية السنوية والعمليات الإحصائية. ولقد توصلت هذه الدراسة إلى عدة نتائج منها:

أ- أن معظم أفراد عينة الدراسة كانوا يفضلون التعامل مع المؤسسات الصحية الحكومية فهذا يدل على أن المستفيدين يفضلون القطاع الحكومي على الخاص، ويرجع ذلك إلى توفير جميع الأدوية والأجهزة الطبية الحديثة في المستشفيات الحكومية، فضلاً عن وعى فئة المستفيدين بدعم القيادة السياسية للخدمات الصحية وما توليه من اهتمام ودعم مادى لهذه المستشفيات والمراكز.

ب- فقد أصبح مستوى الوعي الاجتماعي الصحي ضعيفًا لدى عينة الدراسة من فئة المستفيدين من الخدمات الصحية المتاحة (العلاجية والتعزيزية والتأهيلية والوقائية) .

---

[1]() سلامة محمد جمعة الرحومي، الصحة والتنمية البشرية: دراسة اجتماعية لجودة الخدمات الصحية بمدينة دبي، رسالة دكتوراه غير منشورة، قسم الاجتماع، كلية الآداب، جامعة القاهرة، 2007.

ج- تؤكد هده الدراسة أن مؤسسات المجتمع المدني سوف يقوم بدور تعزيز صحة المجتمع ووقايته من المخاطر الصحية، وكيفية المشاركة في التخطيط والتنفيذ والتقييم للخدمات الصحية والمشاركة في التمويل للخدامات الصحية.

3- الدراسات الأجنبية

أ- دراسة كلوفداي .أ.س.ي.A, Klovdan وأخرون بعنوان (الشبكات الاجتماعية والمرض المعدي)، (1994)[1]:

اجريت هذه الدراسة في إحدى المدن الأمريكية المتوسطة الحجم وهي كلورادو سبرنجس Colorado Springs بولاية "كلورادو" وكان الهدف من هذه الدراسة الكشف عن العلاقة بين الشبكات الاجتماعية والإصابة بين الأمراض المعدية، فعندما يترابط الافراد معاً لكي يشكلوا شبكة اجتماعية، فإن تحليل مفاهيم والشبكات سوف تؤدي إلى فهم أفضل للعوامل المؤثرة علي انتشار الوسائط المعدية أثناء الارتباط الشخصي الحميم ويؤدي هذا الفهم إلى المزيد من وسائل السيطرة الفعالة على المرض.

كما تعد هذه الدراسة محاولة أولى لاستخدام مدخل الشبكة الاجتماعية من أجل فهم أفضل للعوامل المؤثرة في انتقال عدد من الوسائط المعدية، فمن هذه الوسائط فيروس مرض الإيدز (HIV) وفيروس الالتهاب الكبدي B (HBV) وانتشارهم بين جماعات البغايا، ومدمني المخدرات والأشخاص القريبين منهم في مدينة متوسط الحجم.

فقد كان الرجال والنساء المعرضون للفيروسات الناقلة للمرض هم الفئة المختارة لهذه الدراسة وهم البغايا ومدمنون المخدرات والأشخاص القريبون منهم والمرتبطون بهم سواء بعلاقات جنسية أو المشاركة في تعاطي المخدرات بالإبر.

اعتمدت هذه الدراسة في منهجيتها على منهج المسح الاجتماعي بالعينة حيث تم اختبار عينة من المدمنين والبغايا، كما تم فحص عينات من دم المبحوثين للكشف عن وجود فيروس الإيدز والالتهاب الكبدي B والزهري في مركز السيطرة والوقاية من المرض. وقد استخدم الباحثون أداء السوسيو جرام أو المعاملات الإحصائية لتحليل متغيرات الدراسة، كما استعانوا بصحيفة الاستبيان والمقابلة كأداتين أساسيتين لجمع البيانات.

لقد انتهت هذه الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها:

1- وقد تنوعت شبكة العلاقات الاجتماعية بالنسبة للبغايا والمدمنين، حيث بلغ حجم من يقيمون العلاقات القوية مع الأقارب 15%، والجيران 5%، وعلاقات العمل 6% و72% علاقات

(1) Klovdahi, A. S., et. al., Social Network and Infections disease: The Colorado Spring Study, Soc. Sci. med., Vol. 38, NO. 1, 1994 Jan, PP. 79-88.

متعددة كالصداقة والزواج السابق والمعارف والأخويين، ويتضح من ذلك بأنه يوجد علاقة وثيقة بين هؤلاء والبغايا المدمنين التي تقود إلى مدى واسع من انتشار الأمراض المعدية.

2- كما كشفت هذه الدراسة عن طبيعة العلاقات التي تؤدي إلى انتقال الأمراض الفيروسية حيث تبين أن 24% من العينة قد مارسوا السلوك الجنسي السوي (غير الشاذ)، 23% يتشاركون في تعاطي (بدون إبر)، و6% يتعاطون المخدرات بالإبر، و24% يمارسون الجنس ويتعاطون المخدرات في نفس الوقت.

3- إن مدخل شبكة العلاقات الاجتماعية لها أهمية في فهم كيفية انتقال الأمراض المعدية، كما كشفت هذه الدراسة أيضاً عن أهمية هذا المدخل في التعامل مع الأشخاص المعرضين للعدوى.

ب- دراسة wisman بعنوان: التفاعلات الأسرية وتأثير التكنولوجيا في تيسير المرض المزمن عند الأطفال،(1995) [1] :

تهدف الدراسة إلى توضيح الدعم الاجتماعي من قبل الأسرة للطفل المريض بالمرض المزمن، تحديد دور التكنلوجيا الحديثة في موجهه المرض وقدرتها على العمل .

تنتمي الدراسة إلى نمط الدراسات الوصفية ، واعتمدت على المنهج الوصفي التحليلي والمسح الاجتماعي بطرقة العينة ، كما اعتمدت الدراسة ايضاً على عديد من أدوات جمع المعلومات وهي المقابلة والملاحظة ودراسة الحالة بالإضافة إلى السجلات الرسمية والإحصاءات الطبية , وقد طبقت الدراسة على عينة مكونه من 15 أسرة لديهم اطفال مصابين بمرض الكلى المزمن بفرنسا.

توصلت الدراسة إلى نتائج عدة من أهمها :

أ- توفر الأسرة المساندة الاجتماعية والدعم المعنوي للطفل المريض من خلال المشاركة في الانشطة الاجتماعية المختلفة ما يحق قدرا عالياً من تماثل الشفاء .

ب- يعتمد الجانب الطبي في التحكم للمرض على البعد والنظام الاجتماعي للأسرة ، حيث أصبحت العلاقة بين الأطباء والأسر علاقة تبادلية أو انتقاليه تعتمد على تبادل المعلومات بين الأسرة والطبيب من أجل تفعيل المرضى المصابين بالأمراض المزمنة بالمسار الاجتماعي داخل المجتمع .

ج- توجد انطباعات ايجابية لدى المرضى تجاه المراكز الصحية بمجتمع البحث ، ويتضح ذلك من خلال مدى توفير وسائل الراحة في قاعات الانتظار المرضى , توفير الأدوية المناسبة ، النظافة العامة , اتاحة الوقت بين الطبيب والمريض .

([1]) wisman ,lnteraction familiale Et lmpact De technologie Dans La Gestion D,une Maladie chronique chez L enfant ; sciences Et santé ,paris, yo l13 ,no 1, 1995.

ج- دراسة انغا سيف دانيلدوتير الموسومة (خطة الاستجابة كانت منقذنا .. الامن الصحي والاستجابة للوباء .. اختبار لحالة وباء الانفلونزا (A(H1N1 في ايسلندا)(2012) [1] :

أشارت الباحثة في دراستها الى تأثير التغيير في مفهوم الامن وانعكاسه على ظهور مصطلح الامن الصحي لقد اكد تان الصحة كانت منفصلة عن الامن الذي حصر مفهومه بحدود الامن العسكري لكنهما سرعان ما اندمجا بعد التطور الحاصل في مفاهيم الامن الإنساني فاصبح الامن الصحي بعدا إنسانيا يرتبط منهجه مع بقية ابعاد الامن الإنساني ، وقد شكلت الأوبئة وتفشيها تهديدا واضحا للأمن الصحي بدرجة اكبر مما تفعله إزاء بقية أبعاد الأمن الإنساني الأخرى فيتطلب تضافر جهود العديد من المؤسسات متنوعة التخصص محليا فضلا عن الاستعانة بالجهات الفاعلة دوليا في مجال الأوبئة لكبح التاثير بامرين احدهما انتشار انفلونزا الخنازير التي اجتاحت العالم بين العامين (2009-2010) واعدت ايسلندا مسبقا خطة استجابة وتقييم المخاطر وقد اطلعت عليها الباحثة وقت ذاك – والامر الاخر ندوة علمية الباحثة قد حضرتها بشان (الجهات الفاعلة في الامن غير العسكري عام 2009) فاستشعرت الباحثة بان دراستها يجب ان تعمل على الإجابة عن سؤالين هما:

1. هل تم تعريف الوباء وطرائق التعامل معه بشكل كاف لضمان نجاح خطة الاستجابة؟.

2- هل أن وباء أنفلونزا الخنازير شكل بالفعل تهديدا كافيا يبرر تفعيل خطة استجابة واسعة النطاق، واتخاذ تدابير الطوارئ متعددة القطاعات التي نفذتها أيسلندا؟

ومن اجل الحصول على الإجابة للسؤالين المذكورين أنفاً انتهجت الدراسة منهجا وصفيا تحليلياً قائم على الإلمام بالأدبيات المتوافرة حول الموضوع ، كما استعملت منهج دراسة الحالة (حالة تنفيذ برنامج الاستجابة لأنفلونزا الخنازير الأيسلندي) واتخذت من المقابلة أداة لجمع المعلومات ، وأجريت المقابلات مع اثنين من الخبراء بالأمن الصحي وهما المسؤولين المباشرين عن تنفيذ خطة الاستجابة ، وخلصت الدراسة الى نتائج عدة منها:

1- ان استجابة أيسلندا للوباء تضمنت تعريفا شموليا لم يقتصر على تاثير الوباء على الامن الصحي فقط وإنما اشتملت جوانب وطنية ومجتمعية أخرى.

2- اما جواب السؤال الثاني فان الباحثة وجدت بان وباء أنفلونزا الخنازير لم يشكل بالفعل تهديدا كافيا يبرر تفعيل كامل لخطة الاستجابة ولم يكن هناك من داع لتخويف الناس ، وكان يكفي تنفيذ جزءا محدودا من خطة الاستجابة للتعامل الصائب مع الوباء.

(2)Inga Sif Danielsdottir, the response plan was our savior..Health security and pandemic response : a test – case of the pandemic influenza A(H1N1) in Iceland , Lokaverkefni til MA- graou I alpjooasamskiptum. Stjornmalafraeoideild Felagsvisindasvio Haskola Islands.2012.

3- ان عملية التأهب ساهمت في تخفيض من معاناة الناس وتخفيف العبء على مؤسسات الرعاية الصحية ، وكان لوحدة العناية المركزة جهود كبيرة على وفق التداعيات وطبيعتها وحجمها.

4- لقد تبين بان توسيع رقعة المشمولين باللقاحات كان له الفضل الكبير في خفض معدل الوفيات المتوقعة مما يثبت بان اللقاح كان فاعلا لمكافحة الفايروس.

5- ان السلطات الأيسلندية فشلت جزئيا في مهمة إعداد خطة الاستجابة، اذا لم تتضمن تشكيل لجنة إعلامية تنبى عن تطور تنفيذ خطة الاستجابة وتعلن عن الانتهاء بالوضع الأخير، ولهذا لا يوجد تقرير أيسلندي مناسب عن وباء أنفلونزا الخنازير.

4- تعقيب على الدراسات السابقة

للدراسات السابقة أهمية كبيرة لدى كافة الباحثين الاكاديميين او المؤسسات التعليمية ومراكز الأبحاث العلمية والمؤسسات البحثية عند القيام بأي بحث علمي، وقد يستفيد من هذه الدراسات الباحثون أو الجهات البحثية الأخرى، إذا كانت تتعلق بمواضيع بحوثهم أو تقترب منها في الإجابة على تساؤلات الدراسة و صياغة فروضها و تحقيق أهدافها، ومن خلالها يتوصل الباحثون إلى نتائج و استنتاجات و مقترحات قد تسهم في اثراء مواضيعهم البحثية، و التي من شأنها أن تعوض النقص الحاصل في الدراسات التي سبقتها، و من خلال استقراء الباحثة للدراسات السابقة يمكن لها الخروج بما يأتي:

1. من حيث الأهداف : تلاحظ الباحثة تنوع واختلاف أهداف الدراسات السابقة بحسب التوجهات النظرية ومشكلة الدراسة.

2. من حيث المنهج المتبع في هذه الدراسات : تلاحظ الباحثة أن معظم الدراسات قد اتفقت على إتباع المنهج الوصفي التحليلي، و ذلك لرصد ظاهرة الأمراض والأوبئة العالمية وتنمية راس المال البشري

3. من حيث العينات المستخدمة في الدراسات السابقة.

4. من حيث الأدوات المستخدمة في الدراسات السابقة: رأت الباحثة أن الدراسات السابقة قد اعتمدت الاستبيان كأداة للوصل الى أهداف الدراسة.

5. بالنسبة للنتائج المتحصل عليها في الدراسات السابقة:

توصلت الباحثة من خلال اطلاعها على الدراسات السابقة عدة مضامين من النتائج حصلت عليها من الدراسات، وهذا ما يوحي بمدى أهمية الدراسة الحالية:

أ. لاحظت الباحثة أن الأفراد الأقل تأثراً بهذه الإمراض والأوبئة هم فئة والشباب، الذين تتزايد نسبتهم من دراسة إلى أخرى، وهذا ما أشارت اليه بعض الدراسات أوجه الاختلاف بين الدراسات السابقة والدراسة الحالية:

ب- أظهرت نتائج الدراسات السابقة مدى التضامن الاجتماعي بين أبناء المجتمع عند التعرض لازمة صحية او اجتماعية.

ت- تشير نتائج الدراسات الى ان معظم الدول العالمية لا يمكنها السيطرة على الأوبئة والحد من انتشارها.

اختلفت الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في أمور عدة منها:

1-إنها تشتمل على أكثر من متغير بخلاف بعض الدراسات السابقة التي تركز على متغير أو متغيران، وهذا عكس الدراسة الحالية إذ تعتمد على متغيرات عديدة.

2- من حيث العينة ومجتمع الدراسة فقد تنوعت إذ اعتمدت هذه الدراسة على الملاكات الطبية لجميع المؤسسات الصحية في منطقة الدراسة.

3. على الرغم من الانتشار الواسع للأمراض والأوبئة العالمية في معظم بلدان العالم، وما يترتب عن ذلك من آثار صحية تؤدي الى هلاك أرواح المواطنين، إلا أن الملاحظ ان الدراسات العراقية و العربية والأجنبية التي تناولت هذا الموضوع -عولمة المرض ومتطلبات التقنية الصحية- مازالت محدودة، حيث تناولت بعض الدراسات أجزاء من متغيرات دراستنا الحالية وبذلك اختلفت نتائج الدراسات السابقة مع دراستنا.

4. لقد أغفلت بعض هذه الدراسات نوعا ما دراسة التأثر العالمي للمرض وعلاقته بتنمية راس المال البشري باعتبارهم الأكثر تعرضا وتأثرا بالتقنيات الحديثة و ما تحدثه من تأثيرات اجتماعية و ثقافية، واقتصادية سواءً كان بالإيجاب أو السلب.

أوجه التشابه بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة:

لقد أفادت الدراسة الحالية من الدراسات السابقة في أوجه عديدة ، مما زاد في مردوديتها، و التي يمكن إيجازها فى ما يأتي:

1- تعد الدراسات السابقة جزءا من الإطار النظري الخاص بالدراسة الحالية، إذ تم الاستفادة منها في الأدبيات والخلفيات النظرية للدراسات و البحوث السابقة.

2- مكنت الدراسات السابقة الباحثة في التعرف على كيفية بناء الأداة الخاصة بالدراسة ، إذ تعد بعض هذه الدراسات إحدى مصادر اشتقاق الاستبيان الذي قامت الباحثة بإعداده وتطبيقه في الدراسة الحالية.

3- تلاحظ الباحثة كذلك حول مكان إجراء الدراسات المشابه والمقاربة لها، أنها أجريت في دول عديدة ومختلفة من دول العالم عربية أو أجنبية وهذا وان دل على شيء فإنما يدل على انتشار الأمراض والأوبئة لا يقتصر على منطقة دون أخرى، أو على دولة دون أخرى، وانما هو جائحة عالمية، استفادت الباحثة من دراسة (فادية شاكر حسين) الى التعرف على الأمراض الوبائية

والتضامن الاجتماعي، أثناء جائحة كورونا ،والتعرف على مفهوم التضامن الاجتماعي والتآزر والتلاحم الاجتماعي، تضامن داخلي إزاء التهديد الخارجي. ان الفاعلية التنظيمية للمؤسسة الصحية هي التي تعبر عن قدرة المنظمة في تحقيق أهدافها وان هذه الدراسة تحاول تحقيق التهيئة الكاملة للعاملين بالمؤسسات الصحية لتوفير ثقافة إيجابية لديهم نحو تقديم خدمة افضل، ومن ثم تحقيق الفاعلية المجتمعية وان ما يتم تطبيقة على المؤسسة الصحية يمكن القياس عليه في المؤسسات الخدمية في المجالات كافة.

إفادت الباحثة من دراسة (عدنان ياسين مصطفى) في زيادة معرفتها بمفهوم عولمة المرض ومتطلبات التقنية الصحية المختلفة لمواجهة الامراض وكذلك فيما توصلت اليه من نتائج، أهمها ان تحسين العمليات والأنشطة التقنية يزيد من الفاعلية التنظيمية للمستشفيات العامة والخاصة الذي سياهم بشكل كبير في تنمية راس المال البشري.

كما إفادت الباحثة من دراسة (حنان موحي علي) في معرفة مدى أهمية تقانة النانو وتطبيقاتها التي ترتقي بصحة الإنسان وبيئته والكشف عن بعض مخاطرها وواقعها في العراق ومدى قدرة مختصي العمل الاجتماعي على الإسهام بتنظيمها بما يضمن التنمية البشرية المسؤولة والحد من المخاطر في المجال الصحي .

ثم افادت الباحثة من دراسة (محمود سمير محمود) في انه من الممكن تكيف افراد المجتمع مع التقنيات الصحية بشكل سريع مع التركيز على المريض والتحسين المستمر ومدى التزام الإدارة العليا هي من ابعاد إدارة الجودة بالإضافة الى ابعاد ومتغيرات أخرى سيتم تضمينها في دراسته لتكون الرؤيا أوضح والنتائج اشمل.

كما افادت الباحثة من دراسة (سلامة محمد جمعة) من حيث ان متغيري تحقيق الأهداف والتكيف البيئي المتعلقة بالكشف عن ديناميات العلاقة بين بعض مؤشرات التنمية البشرية في مجتمع دبي وجودة الخدمات الصحية، وكذلك الكشف عن البرامج المتبعة في مجال جودة الخدمات الصحية وكيفية. الممارسات العملية في التطبيق ودور ثقافة المجتمع عند كل من الملتقى ومقدمي الخدمة الصحية، ومعرفة أهم المعوقات التي تعوق الاستفادة من خدمات الرعاية الصحية قد ضمنها الباحث في دراسته وان النتائج التي توصل اليها ليست بالضرورة ان تكون نفسها في قطعات أخرى.

وقد افادت الباحثة من دراسة **(كلوفداي .أ.س.ي.A, Klovdan)** الى أهمية دور الإدارة العليا في تبني الجودة الشاملة لتحسين الأداء في المؤسسات الصحية الدراسة والكشف عن العلاقة بين العلاقات الاجتماعية والإصابة بالأمراض المعدية، فعندما يترابط الأفراد معاً لكي يشكلوا شبكة اجتماعية، فإن تحليل المفاهيم والشبكات سوف تؤدي إلى فهم أفضل للعوامل المؤثرة علي انتشار الوسائط المعدية أثناء الارتباط الشخصي الحميم ويؤدي هذا الفهم إلى المزيد

من وسائل السيطرة الفعالة على المرض وهذا يعني ان ثقافة التضامن الاجتماعي تسهم في انتشار الأمراض المعدية نتيجة تمسكهم بالعادات والتقاليد الاجتماعية.

كما أفادت الباحثة من دراسة **(دراسة الباحثة: انغا سيف دانيلدوتير inga Sif Danielsdottir)** أن انتشار الأوبئة وتفشيها يمثل تهديدا واضحا للأمن الصحي بدرجة اكبر مما تفعله إزاء بقية أبعاد الأمن الإنساني الأخرى فيتطلب تضافر جهود العديد من المؤسسات متنوعة التخصص محليا فضلا عن الاستعانة بالجهات الفاعلة دوليا في مجال الأوبئة مما ساهم في تحديد أولويات الدراسة ومضمونها.

كما افادت الباحثة من دراسة (نيكولا ديفاني **Nicola Diviani**) من التعرف على التحديات التي تتم مواجهتها من خلال المستهلكين الصحيين والتي استخدمت لعمل البحث الصحي وهذا ماسعت الباحثة الى معرفته من خلال الدراسة الميدانية لتحديد اهم الصعوبات التي تواجه العاملين في المجال الصحي.

ثانياً: المدخل النظري السوسيولوجي في دراسة عولمة المرض ومتطلبات التقنية الصحية لتنمية رأس المال البشري:

تحتل النظرية العلمية مكانه متميزة في البحث العلمي بصفة عامة، سواء كان موضوع البحث ظاهرة طبيعية أو ظاهرة إنسانية، ويعلق عليها الباحثون أهمية خاصة في تحديد "هوية" أي علم من العلوم، حتى أن بعضاً من هؤلاء الباحثين يذهب إلى جعل دورها أكثر أهمية من دور المنهج العلمي، على اعتبار أن المنهج العلمي شيء مشاع بين كل العلوم أما نظرية أي علم – كعلم النفس و علم الاجتماع مثلاً – فهي التي تحدد موضوعه وتنظيم عملياته وأدواره، بل وسماته[1].

اذن تُعد النظرية نقطة البدء، حيث تمد الباحث بإطار تصوري يمهد له الطريق لجمع معطياته وتنظيمها وتحديد ما بينها من ارتباطات وتداخلات، فالبحث العلمي بدون نظريات يعطينا نتائج صماء لا قيمة لها.

إن الدراسة الراهنة وفي إطار تحليلها لقضايا عولمة المرض ومتطلبات التقنية الصحية لتنمية رأس المال البشري، والتي تربطها علاقة متماسكة لا يمكن فصلها عن بعضها البعض وذلك نظرا لتداخلها وأيضا تكاملها الأمر الذي يجعل بطبيعة الحال كلا منها مكملا للآخر في نسقا عاما يخدم الفرد والمجتمع، وعليه فإنه لا يمكن فهم إشكالية الدراسة الحالية، إلا في ضوء النظريات المفسرة والتي تعد النبراس الذي يسير عليه الباحث، ويستكشف من خلاله عمق هذه الظاهرة، وسوف تعتمد الباحثة على بعض النظريات التي ترى انها يمكن الاستعانة بمفاهيمها وفرضيتها في تحليل موضوع الدراسة.

وجاءت الإسهامات السوسيولوجية النظرية المختلفة كمحاولات قديمة وحديثة من علماء الإجتماع منذ نشأته وحتى وقتنا الراهن، وكلا منها له تصوراته وأفكاره ومداخله التي طرحها كأفكار وأطر أساسية لقضايا عولمة المرض ومتطلبات التقنية الصحية لتنمية رأس المال البشري.

رغم تعدد النظريات التي تفسر الدراسة الحالية، فأن نظرية النسق الاجتماعي هما الأنسب كموجهات نظرية ترشد مسار العمل الحالي وفقاً لما يلي:

نظرية النسق الاجتماعي:

---

(1) عبد الباسط عبد المعطي، اتجاهات نظرية في علم الاجتماع، سلسة عالم المعرفة، العدد 44 ، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب ، الكويت ، أغسطس 1981م ، ص ص 10-11 .

ترتبط نشأة هذه النظرية بالنظرية البنائية الوظيفية السوسيولوجية التي ظهرت في الولايات المتحدة الأمريكية وأوروبا خلال بداية الخمسينات من القرن العشرين، وانتشرت على أيدى عالم الاجتماع الأمريكي " تالكوت بارسونز"، والذي بلورها من الناحية السوسيولوجية، وكذلك إسهامات علماء الاجتماع أمثال "دور كايم ، و"كارل مانهايم" ... وغيرهم من يندرج تحت هذه النظرية[1].

إن قطاع الصحة الذي هو نسق جزئي ضمن النسق الإجتماعي العام يتأثر بشدة وبشكل متصل بأنساق أخرى جزئية ضمن هذا النسق العام، كما يتأثر بمناخ القيم السائدة في المجتمع سلباً وإيجاباً ، فالصحة والمجتمع صنوان فكما يكون المجتمع تكون الصحة[2].

وقد اهتم كثير 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 الطبيب 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 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، فأنه يمكن القول بأن دراسة دور الطبيب ضمن فريق العمل الطبي ودوره في تقديم الخدمات الصحية اللازمة في المؤسسات الصحية من خلال تعاونه مع الفريق الطبي والمؤسسة الطبية وجميع أعضائها والقائمين عليها وما يملكونه من مهارات وخبرات وما يقومون به من أنشطة وبرامج تخدم البيئة وتساهم في نشر الوعى الصحي داخل المجتمع، وتساهم في تطوير الخدمات الصحية للمتلقين[3].

وتفترض نظرية الأنساق بأن الكل أكبر من مجموع الأجزاء المكونة له، وأن الارتباط القائم بين الأجزاء المكونة لأي نسق تؤدي إلى وجود خصائص جديدة في النسق هي بالضرورة نتيجة لهذا

---

(1) عبد الله محمد عبد الرحمن، إدارة المؤسسات الاجتماعية بين الاتجاهات النظرية والممارسة الواقعية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية ،2001، ص368.

(2) شبل بدران ، جمال الدهشان ، تجديد التعليم الجامعي والعالي – صيغ وبدائل، عين للدراسات والبحوث الإنسانية والإجتماعية، القاهرة ، 2008 ، ص 14.

(3) بيرسى كوهن، النظرية الاجتماعية الحديثة، تقديم عادل مختار الهواري، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، 2001، 83.

الارتباط والاعتمادية المتبادلة بين الأجزاء المكونة للنسق، فمهنة الطب في المجال الطبي بالمؤسسات الطبية باعتبارها نسقاً اجتماعياً قائماً على مجموعة من الأفراد، وهذا يعنى أكثر من مجرد مجموعة أفراد، فالتفاعلات التي تحدث داخله تعكس أهمية هذا النسق، التي توصلنا إلى العملية العكسية المتمثلة في القوى الإنتاجية التي تعتبر جزء من المؤسسات الصحية النسق الأكبر [1].

والمؤسسة الصحية بصفتها نسقاً تتكون من عدد من الأعضاء، منهم العاملون والأطباء والممرضون والفنيون والإداريون، 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 الكلى للمؤسسة، كذلك تقودنا إلى التركيز على مهنة الطبيب الذي يقدم خدمات أو أدوار تسهم في تطوير هذه المؤسسات مستقبلاً، 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"، وأن الدور الذي يقوم به الطبيب في تحقيق أهداف المؤسسة الطبية، 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 اجل تقديم رعاية صحية كاملة، تهدف إلى رفع مستوى الخدمات الصحية لأفراد المجتمع، وبالتالي تحقيق أهداف الرعاية الصحية المتوخاة.

ويرى "بارسونز" أن هناك مجموعة من الوظائف التي يجب أن يلتزم بها الطبيب إلى حد ما من أجل أن يتوافق سلوكه مع ما يتوقعه منه المجتمع ومن هذه الوظائف:

-تطبيق أعلى درجة من الخبرة والمعرفة والمهارة لحل مشاكل المريض.

-بذل أقصى جهدة للعمل على رفاهية المريض وصالح المجتمع التي من المتوقع أن يضعها الطبيب فوق اهتماماته الشخصية .

-أن يكون حكمه على المرض من واقع ممارسته الطبية المتخصصة، بحيث يكون الطبيب مقتدرا ومتخصصا في مجال العناية حتي يستطيع أن يتعامل مع مواقف الضعف الصحي

([1]) م. روزنتال – ب . يودين، الموسوعة الفلسفية، ترجمة : سمير كرم، دار الطليعة، بيروت، 1985، ص 316 – 318.

–أن يتعهد بأن يكون متعاونا في الوظائف التي تساهم في المحافظة على صحة الفرد ذاته وأن يكون البادئ بالدور الأقوى والفعال في علاقته بمرضاه

وإذا كان "بارسونز" قد عرف المريض بأنه فرد منحرف فمن الطبيعي أن ينظر إلى الطبيب بإعتباره المسؤول عن تقويم هذا الإنحراف وتحقيق الضبط الاجتماعي، فدور الطبيب في تحقيق الضبط الإجتماعي إنما يتمثل في قدرته على تقليل حده المرض الذي يعاني منه المريض، فهو يرغم المريض على الشفاء وذلك بإتباع نصائحه والسير على النظام العلاجي الذي يحدده له، وبما أن رعاية المريض نشاط مهني متخصص فيستلزم هذا أن يكون دور الطبيب معتمدا على خبرته ومهارته الفنية في مزاوله مهنة الطب، وهذه بالفعل قد يتم للطبيب الحصول عليها من خلال التدريب الذي تلقاه والممارسة والخبرة في هذا المجال[1].

وهذه الدراسة ستتبنى نظرية النسق الاجتماعي بشكل أساسي، وبعض النظريات المنبثقة عنها، وحيث أن نظرية النسق الاجتماعي تنظر للمجتمع كنسق عام يتكون من مجموعة أنساق فرعية أخرى تكمل كل منهما الآخر عن طريق تفاعلات اجتماعية مضبوطة، وإن كانت قد وجهت لها العديد من الانتقادات في هذا الاتجاه، فالأطباء والمستشفى والمرضى بطبيعة الحال جزء لا يتجزأ من هذا المكون العام المسمى النسق الإجتماعي العام، والذي له وظائف وأدوار وواجبات، وهو مرتبط ارتباطاً وثيقاً بالأبنية الأخرى كالبناء الاقتصادي والاجتماعي والثقافي والسياسي، حيث تعول عليه كل المجتمعات.

ومن ثم يمكن أن نستخلص من هذه النظرية ما يأتي:

1- المجتمع وحدة واحدة متكاملة ومتناسقة لا يمكن الفصل بينها وإن اختلف الزمان والمكان.

2- كل بناء اجتماعي في هذا العالم عنده وظيفة أو مهمة معينة قام بها على أكمل وجه أم قصر في ذلك.

3- الأبنية الاجتماعية لها القدرة على التعاون من أجل الاستمرار.

4- تحفيز وتطوير الأبنية الفرعية يؤدي بطبيعة الحال إلى تنشيط واستمرار البناء الاجتماعي العام.

5- تحديث المجتمع من خلال تحديث أنساقه الاجتماعية مرحلة طبيعية نسبية بين المجتمعات.

6- الأنساق الاجتماعية كل منها يكمل الأخر داخل منظومة متكاملة لا يمكن الفصل بينها وعلى رأسها النظام الصحي الشريان الرئيسي.

([1]) محمد عباس ابراهيم وآخرون، الأنثروبولوجيا الطبية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2012، ص ص 350 - 355.

تمهيد:

إن الصحة والمرض مفهومان متقابلان يتجاوزان في معناهما البعد الطبي المعروف إلى ما هو أعمق ليشملا بعداً ثقافياً اجتماعياً فالشعور بالصحة والاعتدال قضية ثقافية تحكمها ظروف المجتمع ومحدداته التي يستمدها من منطلقاته الفكرية، والتاريخية، والبيئية .

يُعد المرض تجربة من تجارب الحياة التي قد يمر بها كل فرد من أفراد المجتمع، كما يرتبط المرض أيضًا بكثير من المشكلات الصعبة والمتنوعة التي يتحملها المريض، وكذلك المحيطين به، ولكن يختلف معنى المرض وتأثيره من فرد إلى آخر، فلا يوجد شخصان، يعني المرض بالنسبة لهما شيئًا واحدًا حتى لو كانا يعانيان من مرض واحد، لأن ذلك قد يرتبط بمجموعة من العوامل المتداخلة التي سوف تتصل بالجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، الضغوط البيئية، الوضع الاجتماعي والاقتصادي والثقافي، فإن النتائج النهائية للمرض أصبحت تحدد استجابة المريض للمرض، كما تدخل هذه العوامل في تحديد نوعية المشكلات المرتبطة بالمرض والتي تتفاوت تبعًا لاستجابة المريض للمرض، وتبعًا لنوع المرض سواء كان هذا المرض حاد أو مزمن أو معدي أو غير معدي، كما تتفاوت أيضًا تبعًا لفترة العلاج ونوعيته سواء كانت طويلة أو قصيرة، مجاني أو غير مجاني، ووفقًا لخصائص المريض نفسه من حيث الجنس، والحالة الاجتماعية، ومما تجدر الإشارة إليه أن هذه المشكلات لا تؤثر على المريض وحده بل يمتد تأثيرها إلى المحيطين به.

بسبب اساليب العولمة، فإن النطاق الجغرافي مهم كون القضايا الصحية تتزايد تدريجياً. وعلى سبيل المثال، والذي نراه بوضوح من خلال الانتشار السريع لالتهابات للجهاز التنفسي الحاد وباء متلازمة (جائحة كورونا) في عام 2019. فقد أصبحت الصحة الجيدة هدف حيوي لجميع السكان مقبولة دوليًا. والنظر في التطورات الماضية والمعاصرة في صحة الإنسان، يمكننا القول أنه كانت هناك مكاسب واسعة في متوسط العمر المتوقع خلال القرن الماضي، ومع ذلك فأن عدم المساواة الصحية بين الأغنياء والفقراء ستستمر، وتعتمد الآفاق المستقبلية للصحة بشكل متزايد على ما هو نسبي من عمليات جديدة للتغيير العالمي والعولمة.

أولاً: مدخل دراسة المرض عبر العصور المختلفة

ارتبطت الصحة بالمرض. منذ الأزل فعدم مرض الإنسان، وظهور علامات المرض عليه من جميع النواحي الفسيولوجية والعضوية والعقلية والاجتماعية يعني أن الإنسان يتمتع بقدر متفاوت ونسبي من الصحة.

إذا تتبعنا تطور فكرة المرض عبر العصور المختلفة فاننا نجد أن البدائيين اعتقدوا أن حياتهم تحكمها الأرواح أو الشياطين، فالبعض منها خير وطيب والبعض الآخر شرير ومعادي. وكان الكهنة والسحرة من رجال القبيلة هم الأقدر على الاتصال والتعامل معها فكان يتم استدعائهم ويطلب منهم طرد هذه الأرواح والشياطين بأسرع ما يمكن.

لقد تغير تفسير المرض في أوائل العصر الإغريقي ولكنه ظل يعزى الى أسباب فوق طبيعية، فكان عقاباً تنزله الآلهة على الناس الذين أسرفوا في الطغيان، ولم يدرك الأطباء بطلان هذه النظرية إلا بظهور أبقراط حيث تعلموا أن النظر إلى الأمراض على أنها ظواهر طبيعية تُراقُب وتُدرَس ومع تقدم علم الأمراض الحديث ظهر تفسير أدق لطبيعة المرض حيث أصبح ينظر إليه باعتباره نتيجة لعدة عوامل مجتمعة، حيث بدء النظر إلى الإنسان باعتباره كل متكامل[1].

وهنالك العديد من المحاولات التي حاولت تفسير الظواهر الطبية قبل نشأة علم الطب الحديث، وقد كانت معظم الأفكار المتعلقة بعملية الصحة والمرض تندرج تحت تعليلين أساسيين هما التعليل الشخصي والتعليل الطبيعي، وسوف نتناول هذين التعليلين بشيء من التفصيل: **التعليل الشخصي:** يتبنى هذا التعليل فكرة أن المرض ما هو إلا عدوان يقع على الشخص أو أنه نوع من العقاب الذي ينزل بالشخص. أي أنه قد يحدث بسبب غضب من الآلهة أو بسبب قوة خارقة أو حتى بسبب الأرواح الشريرة والأشباح، وفي المجتمعات البدائية يتم تفسير الظواهر المرضية على نحو خرافي كما سبق أن ذكرنا وذلك لأن موضوع الروح يسيطر على كل الأفكار الأخرى، وبالرغم من أن الخرافات تحكم أفراد هذه الجماعات، إلا أن هنالك بعض الاستثناءات، حيث يفكرون بطريقة سليمة فيما يتعلق ببعض الظواهر مثل الحروق والحميات والولادات، ويختلف الطب الصيني القديم عن طب القبائل البدائية في أن المريض لا يلجأ إلى الكهنة والسحرة وإنما يبحث عن العلاج باستخدام الأعشاب الطبية.

[1]() أيمن مزاهره وآخرون، علم الاجتماع الصحة، دار اليازوري للنشر والتوزيع ،عمان ،2003 ، ص59.

ومن الجدير بالذكر أن المدارس الفكرية الأوروبية ظلت متأثرة بكل من (التعليل الشخصي والتعليل الطبيعي) حتى نهاية القرن الثامن عشر. ولكن بعد ظهور **النموذج العلمي للطب:** الذي أوضح أن لكل مرض أسبابه العلمية المحددة، حدث تغيير في عملية تفسير الظواهر المرضية و العلاج في نفس الوقت. ثم تعددت الاكتشافات بعد ذلك وأصبح هنالك الكثير من الأمراض المعروفة السبب، ونتيجة لهذه الاكتشافات أصبح جسم الإنسان ينظر إليه وكأنه آلة مركبة من عدة أجزاء مختلفة بحيث يمكن فحص كل جزء فيها على حدة، ودون تأثير على الأجزاء الأخرى، وهكذا زاد الاهتمام بعملية التشخيص وقل الاهتمام بدور الحالة النفسية والحالة المزاجية للمريض كسبب لحدوث الأمراض، وليس معنى ذلك أن حالة المريض النفسية ليست عنصرا مهما في حدوث المرض ولكنها بطبيعة الحالة لا يمكن أن تفسر سبب حدوث الأمراض المعدية على سبيل المثال[1].

يُطلق مصطلح "التاريخ الطبيعي للمرض" على الطريق التي يسلكه المرض في الإنسان، فهو يتكون من مرحلتين:

المرحلة الأولى: تُعد ما قبل وصول المسبب المرضي إلى جسم الإنسان، أو ما قبل تفاعله مع أنسجة الجسم، ويُطلق عليها مرحلة "ما قبل المرض أو مرحلة ما قبل التغيرات المرضية". وفي هذه المرحلة سوف تقوم العوامل السابقة بعرضها، أما عن تلك العوامل التي تقرر مستوى الصحة والمرض أو مسببات المرض بالدور الرئيسي، فقد يُطلق على هذه العوامل بالثالوث الوبائي[2].

المرحلة الثانية: تبدأ مع بدء التفاعل بين المسبب وجسم الإنسان وما يعقب ذلك من مرض ونتائجه تتضمن التغيرات الفسيولوجية والمرضية التي تبدأ باستقرار المسبب المرضي الأحيائي بأنسجة الجسم أو بابتداء تفاعل العامل المسبب مع تلك الأنسجة بالإضافة إلى الأعراض والعلامات المميزة للمرض والنتيجة النهائية سواء كانت شفاء مع تخلف (عجز أو عاهة) أو وفاة[3].

وحول **أسباب المرض** توجد علاقة وثيقة بين العوامل والظروف الاجتماعية المحيطة بالإنسان وبين فهمه للصحة والمرض، فإن كثير من الناس قد ينظرون إلى الأمراض من منظور مجتمعاتهم وثقافتهم الخاصة، وذلك لأن قيم الفرد وثقافته ومعتقداته ونموذج حياته أثرت على

---

[1]()طارق السيد، اساسيات علم الاجتماع الطبي، مؤسسة شباب الجامعة، الاسكندرية،2007 ، ص28-30.

[2]() حكمت فريحات وآخرون، مبادئ الصحة العامة، دار المستقبل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 1990م، ص، 61.

[3]- المصدر السابق نفسه، ص63.

حالته الصحية، وبالتالي على نوعية وأسباب المرض عنده، فقد اعتبرت دراسة مسببات المرض من أهم المنظورات البحثية لتحديد المرض، ومن خلال هذا المنظور يمكن معرفة أكثر الناس تعرضًا لمرض معين، وفي أي شعب من هذه الشعوب وإزاء أي ظروف وتحت أية تأثيرات يحدث هذا المرض، بالإضافة إلى الفهم المتزايد للأمراض التي مازالت أسبابها غير معروفة، كما يساعد على التعرف لتلك المعلومات المتعلقة بالمرض وتركيباتهم النوعية ...إلخ.

وأنه يمكن **تفسير أسباب المرض عن طريق السبب الواحد للمرض Single Cause (أو العلة)** وتفترض هذه النظرية أن هناك سببًا واحدًا محددًا لحدوث المرض بمعنى أن حدوثه قد يتوقف على وجود هذا السبب، وفي هذه الحالة يظهر وجود الحالة المرضية[1].

فمثلًا مرض الدرن نتيجة وجود ميكروب الدرن، أي أنه في هذه الحالة يوجد هذا الميكروب الذي ينتج عنه ميكروب الدرن بالضرورة، وعلى هذا الأساس يمكن التخطيط من المرض ويكون ذلك بإبعاد هذا الميكروب عن الإنسان، أو التخطيط لعلاج الدرن وذلك من أجل القضاء على هذا الميكروب، ومما دعا هذه النظرية إلى ظهور تعضيدها، واكتشاف الميكروبات كمسببات للأمراض، وفي غمار موجة الحماس التي صاحبت اكتشاف هذه الميكروبات، تناسى العلماء آثار البيئة على الميكروب، وعلى المضيف وكذلك تناسوا صفات العائل ومدى مقاومته[2].

أما عن **النظرية الثانية فتتمثل في نظرية العلل والأسباب المتعددة للمرض Multiple Causes** وتعني هذه النظرية أن المستوى الصحي للفرد أو المجتمع لا يعد في حالة ثابتة إستاتيكية وإنما في حاله حركة دينامية، وهذا لا ينتج من تفاعل عدة قوى أو عوامل يعمل كلٍ منهما في اتجاه قد يكون إيجابيًا أي تستمر فيه حالة الصحة والسلامة، والآخر يسمى الاتجاه السلبي، فهو يتعلق بإكساب الصحة أو فقدها[3].

ويكون هذا المستوى صحي في كل وقت بمثابة محصلة أو نتيجة للتفاعل الذي ينشأ بين هذه العوامل فإذا تغلبت العوامل السلبية ظهرت الحالة المرضية، وإذا تغلبت العوامل الإيجابية استمرت حالة الصحة، أما عن مرض الدرن فقد تأثر بالتفاعل بين ميكروب الدرن والعوامل المتعلقة به من ناحية، والإنسان العائل المضيف والعوامل المتعلقة به من ناحية أخرى، كما يتأثر هذا التفاعل بالبيئة التي تحيط ميكروب الدرن وبالإنسان، وقد تعمل بجانب عوامل ميكروب الدرن، أو تعمل بجانبه عوامل الإنسان العائل، وتكون الصورة النهائية للصحة والمرض فيما

---

[1]() نادية عمر، العلاقة بين الأطباء والمرضى، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1993م، ص 190-191.

[2]() إبراهيم عبد الهادي المليجي، الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية، دار المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1991م ، ص123.

[3]() إقبال إبراهيم مخلوف، العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية، اتجاهات تطبيقية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1991م ، ص50.

يتعلق بالدرن، فهي محصلة لتفاعل كل هذه العوامل ويترتب على ذلك أخذ كل هذه العوامل في الاعتبار عند الوقاية أو العلاج من مرض الدرن[1].

إن العوامل التي تقرر مستوى الصحة والمرض قد تحتوي على العوامل المتعلقة بالمسببات النوعية للمرض، وتلك المتعلقة بالإنسان العائل والمضيف، وكذلك العوامل البيئية التي تؤثر فيه.

ويمكن النظر إلى مسببات المرض بعوامل تتعلق بالمسببات النوعية للمرض Disease agent factors ويعرف المسبب النوعي بأنه العنصر أو المادة أو القوة سواء كانت حية أو غير حية والتي في وجودها أو غيابها قد تبدأ أو تستمر فيها عملية مرضية، حيث تنقسم المسببات النوعية إلى عدة أقسام، منها المسببات النوعية الحيوية فهي تكون في الأصل حيواني (الأميبا)، حيواني (حمى الملاريا)، ديدان (البلهارسيا)، أو الأنكلستوما أو الإسكارس. هذه الكائنات على الجسم، حيث تفرز مواد سامة تقاومها الجراثيم وتظهر عليه أعراض وعلامات نتيجة لهذه المعركة، وتحدث العدوى عن طريق انتقال جراثيم المرض من المريض إلى شخص آخر غير مريض فتسبب له نفس الحالة المرضية[2].

فهناك أنواع متعددة من الأمراض المعدية تسمى حسب نوع الجرثوم المسبب، فعلى سبيل المثال يوجد أمراض بكتيرية تسبب أعراضاً فيروسيةً [*]، كالالتهاب الكبدي الفيروسي، وأمراض طفيلية وأمراض فطرية، حيث تنقسم الأمراض المعدية حسب انتشارها بين الأفراد إلى: أمراض معدية وبائية أو سارية Contagious Diseases كأمراض التيفوئيد وهي تنتقل من شخص لآخر، والجدري والكوليرا في الإنسان، وهذه الأمراض تسببها جراثيم سهلة الانتقال من الفرد المريض إلى الأفراد الآخرين وذلك بواسطة التلامس المباشر أو غير المباشر وذلك عن طريق الهواء أو تلويث الماء أو المأكولات أو الأوساط المحيطة، كما تنقسم على أمراض معدية غير وبائية أو سارية Non-Contagious Disease كحالات التسمم الغذائي الجرثومي، وقد لا تنتقل الأمراض من الفرد المريض إلى الفرد المخالط بسرعة[3].

---

[1]() عبد المجيد الشاعر وآخرون، علم الاجتماع الطبي، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2000م ، ص 79.

[2]() نادية عمر، العلاقات بين الأطباء والمرضى: دراسة في علم الاجتماع الطبي، مرجع سابق، ص، 297.

* - أول من أطلق مصطلح الفيروس هو العالم "فينوفيسكي" فقد عرفه بأنه سائل حي معدي عديم التركيب الخلوي كما يتركب أي فيروس من عنصرين هما: الأول: الحمض النووي (DNA OR RNA) والثاني: غطاء بروتيني لحماية الحامض النووي من العوامل البيئية والإنزيمات المحللة للأحماض الأمينية، وتمثل العدوى الفيروسية أحد أهم أسباب المرض. ينظر في: تأثير البيئة على الكائنات الحية، شبكة العلوم العربية، المنتديات العلمية، "منتدى علوم البيئة"، 2003/10/15، نت من http://olom.inf/ib3/iB-htm1

[3]() حكمت فريحات وآخرون، مبادئ الصحة العامة، دار المستقبل للنشر والتوزيع، عمان – الأردن، 1990، ص، 103.

وتتمثل في الأمراض غير المعدية وهي الأمراض التي لا تسببها الجراثيم ولا يمكن أن تنتقل من المريض إلى الآخرين فلها أسباب كثيرة تختلف باختلاف نوع المرض[1].

يوجد تصنيف آخر للأمراض قد صنفها العلماء بشكل عام إلى عدة أنواع، منها: الأمراض الخلقية (الولادية): وهي الأمراض التي تصيب الطفال أثناء وجوده داخل رحم الأم مثل: خلع الورك الخلقي والأمراض الوراثية: وهي الأمراض التي سوف تنتقل من الآباء إلى الأبناء ولا أمل في الشفاء، وكذلك الأمراض المعدية والسارية: وهي تنتقل من شخص لآخر، وقد تكون بكتيرية أو فيروسية مثل: الحصبة أو فطرية مثل: القُراع، حيث هناك أيضًا أمراض غير معدية وهي لا تنتقل من شخص لآخر، مثل: الأمراض العضوية، كقرحة المعدة، السرطان، وإضافة إلى ذلك فإن الأمراض المهنية: وهي أمراض خاصة ترتبط بظروف العمال كعمال المناجم والمطابع وغيرها... ومثل هذه الأمراض تصيب الرئة، وأخيرًا الأمراض الاجتماعية والنفسية مثل القلق[2].

إن الأمراض المعدية قد تشترك في أعراضها العامة، وتتمثل اشهر هذه الأعراض في التوعك والشعور بالإرهاق، وفقدان الشهية، والإحساس بالبرودة أو الرجفة مع ارتفاع في درجة الحرارة، والعرق الغزير، إلى جانب تلك الأعراض العامة توجد أعراض خاصة تميز كل مرض[3].

وبذلك فقد اشتركت الأمراض المعدية في سمات عدة منها:

أ- تنتج هذه الأمراض عن كائنات حية دقيقة حيث لا تُرى بالمجهر، وإنما لا يُرى منها إلا بالمجهر الإليكتروني كالفيروسات.

ب- تنتقل هذه الأمراض من كائن حي لآخر، وتتنوع وسائل الانتقال أو العدوى بتعدد الكائنات الناقلة للمرض.

ج- تتكيف الوسائط المعدية لتعيش في مختلف البيئات، فمنها من يعيش في الكائنات متعددة الخلايا Multi-Cellular Organisms مثل تلك التي تعيش في جثث الحيوانات النافقة، ومنها من يعيش في بعض النباتات، كما تتسبب بعض الكائنات في نقل الأمراض من الحيوان للإنسان.

د- الوسائط المعدية تمتلك كل متطلباتها الخاصة بالنمو، وبذلك تعيش في مختلف الظروف، فبعض أنواع البكتيريا تنمو في كل أنسجة الجسم وسوائله، ويمكن أن تسبب أمراضًا في مختلف أجزاء الجسم، وعلى عكس ذلك توجد بعض أنواع الفيروسات لا يمكن أن تعيش إلا في ظروف معينة.

---

[1] () نادية عمر، العلاقة بين الأطباء والمرضى: دراسة في علم الاجتماع الطبي، مصدر سابق، ص، 297.

[2] () عيسى غانم، الصحة العامة، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان، 1997م ، ص 13-14.

[3] () محمد صادق صبور، الأمراض المعدية، دار المعارف، القاهرة، 1990م، ص، 7.

يهتم علم الاجتماع الطبي بدراسة المرض في الجماعات الإنسانية، فدراسة العلاقة بين المرض تقوم من خلال إجابات على عدة تساؤلات هامة وهي: ما هو حجم المرض؟ وأين يكمن في المجتمع الإنساني؟ وكيف يؤثر ذلك في بناء وظائفها للجماعات الإنسانية؟ وما هو تدبير هذه الجماعات في مواجهة المرض وكيفية القضاء عليه؟ ولذلك قد تساعد معرفة نطاق المرض على دراسة توزيعه بين أفراد المجتمع على وضع حدود للمرض في اتصاله بالجماعات الفرعية داخل المجتمع، بمعنى أن هناك بعض الأمراض التي غالبًا ما تنتشر بين جماعات الفقراء وأمراض أخرى تتفشى بين الأغنياء، وهناك أمراض قد تصيب ضحاياها بصرف النظر عن طبقتهم الاجتماعية، وبالتالي فإن المرض يصيب نوعًا معينًا من الأفراد، أو فئة معينة، أو طبقة اجتماعية بعينها، ففي هذه الحالة يصبح من الممكن تركيز الجهود الوقائية والعلاجية على تلك الجماعة، كما أن عدد غير قليل من الحالات المرضية لا تعرف لها تفسير مناسب، وبناءًا على ذلك يجب أن نركز على الجهود تجاه هذه مشكلة نطاق المرض وتوزيع المرض، حيث نعرف نطاق المرض بدراسة توزيع المرض في مجتمع معين باسم "علم الوبائيات" Epidemiology وقد عرف وفسر هذا العلم بأنه علم طبي يتناول موضوع الأوبئة، فقد يكون هذا التعريف صحيحًا من الناحية التاريخية حيث كان مدخل علم الأوبئة يساهم في توثيق الحالة الصحية في المجتمعات ببعض المؤشرات الصحية مثل: معدل الوفيات في المجتمع[1]، وذلك يعني أن الدراسات الوبائية المبكرة كانت تهتم بالتركيز على الأمراض المعدية إبان انتشار الوباء، غير أن هذا التعريف المعاصر لعلم الوبائيات أصبح أكثر شمولًا. فعلى سبيل المثال يذهب Maxcy إلى أن هذا المجال من العلم أصبح الآن يتناول العلاقات بين مجموعة من العوامل المتنوعة التي تحدد تكرارات وتوزيعات عملية العدوى والمرض أو الحالة الفسيولوجية في المجتمع الإنساني، كما أن هذا التعريف لا يحصر علم الوبائيات فقط، ولكنه يتسع لكي يشمل معالجة الأمراض المزمنة وكذلك الحالات المرضية الأخرى، فعلى الرغم من ذلك فإن علم الوبائيات يقوم بدراسة وقوع المرض وتوزيعه في المجتمع ويكون ذلك من خلال مجموعه من البيانات المتعددة والمستمدة من مصادر مختلفة وبواسطة بناء سلسلة منطقية الاستدلال لتفسير العوامل المشتركة التي تمثل بسبب المرض[2].

كما اتسع نطاق هذا العلم، فأصبح يشمل دراسة توزيع المرض المعدي بين السكان، دراسة إيكولوجية المرض أو الإعاقة الفيزيقية أيضًا، وفي نفس الوقت قد ركزت اهتمامها في التعرف على أسباب المرض وعلى نتائجه المتباينة بين مجموعات السكان المختلفة وفي بيئات مختلفة

([1]) Taylor, S. and Field, D.,Sociology of health and health care, Oxford, Blackwell scientific publications, London, 1993, P. 42.

[2]() محمد علي محمد وآخرون، دراسات في علم الاجتماع الطبي، درا المعرفة الجامعية، الاسكندرية، 2005، ص 287.

ويترتب على ذلك بلورة الفكرة التي يستند إليها التمييز بين السبب المباشر للمرض فهو سبب نهائي، بمعنى أن عوامل البيئة الاجتماعية والسيكولوجية التي توضح العلاقات بين حامل المرض ومكان الإقامة، وبذلك قد تزداد أعداد علماء الوبائيات الذين تلقى اهتماماتهم النظرية مع اهتمام الديموجرافيا ودراسات المجتمع المحلي[1].

تشير بعض الدراسات إلى انخفاض نسب الوفيات الناتجة عن تفشي الأمراض المعدية والأوبئة في الأربعينيات والخمسينيات في المجتمعات الغربية وذلك بسبب التحسن الملحوظ في وسائل التغذية والنظافة الشخصية وتغير السلوك الصحي عند الأفراد بدرجة أكبر من العلاج والتحصين ضد العدوى[2]، ومنها مرض المارازماس فهو مرض أكثر انتشارًا في البيئة الفقيرة فقط يحدث بسبب نقص الغذاء كله وليس البروتين فقط، مرض نقص فيتامين A، البري بري، الكُساح، تضخم الغدة الدرقية، البلاجرا، الإسقربوط.

لقد قام البعض الآخر بوضع تصنيفات للأمراض التي ركزت على الأمراض ذات الصبغة الاجتماعية، ومنها: الأمراض المعدية وهي مجموعة من الأمراض التي تسببها ميكروبات أو طفيليات حيث تنتشر بكثرة إذا تواجدت الظروف البيئية المناسبة، فهناك عوامل عديدة تساعد على انتشار الأمراض المعدية كوجود مسبب للمرض مثل: الميكروبات أو الفيروسات أو وجود مصدر للعدوى كالإنسان أو الحيوان، إن الشخص المريض بمرض معدي قد يكون مصدرًا خطرًا للعدوى حيث أن الميكروبات تنتشر من جسمه بكميات كبيرة خلال فترة المرض، فالشخص الحامل للميكروب فهو شخص سليم ظاهريًا أي أنه لا يشكو من أي أعراض للمرض، فإنه يوجد داخل جسمه ميكروبات مرضية قوية والتخلص منها عن طريق إفرازها للخارج، كما أن دور حامل الميكروب في انتشار العدوى قد يكون أشد خطرًا من المريض نفسه. كما يعتبر الحيوان مصدرًا آخر للعدوى وارتفاع الأمراض المعدية حيث أن هذه الأمراض تنتشر نتيجة تناول المريض منتجات الحيوان مثل: اللبن واللحوم أو استعمال منتجاته كالجلد أو الشعر في عمل فرش الحلاقة أو غزل الصوف أو عن طريق الاختلاط المباشر بالحيوان أو عن طريق الحشرات الناقلة للعدوى مثل مرض الطاعون الذي ينتقل للإنسان من الفئران بواسطة حشرة البرغوث، كما تنتشر أيضًا الأمراض المعدية وذلك عن طريق الرذاذ الحامل للميكروبات من الجهاز التنفسي وهذا يساعد على انتشارها نتيجة التواجد في أماكن مزدحمة أو سيئة التهوية أو باستعمال بعض ادوات المريض أو حامل الميكروب فهي تنقل العدوى عن طريق الطعام والشراب بواسطة

---

[1]() علي عبد الرازق جلبي، نادية عمر، دراسات في الصحة والمجتمع، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1992، ص، 17-18.

([2]) Anderson, J. E., et. al., Incidence, prevalence and Outcomes End-stage renal Disease Patients placed in Nursing Homes, USA, Jun 1993, P. 45.

الميكروبات أو بواسطة بويضات الطفيليات الموجودة على الجلد أو الأظافر، وقد تنتقل العدوى أيضًا بواسطة الجروح، وذلك عندما ينتقل الجرثوم إلى الإنسان السليم بواسطة الجروح[1].

إن عملية إظهار العلم الطبي والممارسات الطبية تعد خطوة تقدمية للقضاء على المرض، فلقد أظهرت في نفس الوقت انحياز للمعرفة الطبية، فكان العلم الطبي يعكس الأفكار السائدة في المجتمع في حينها. وقد تظهر هذه العملية وذلك من خلال انبثاق ثلاثة نظم طبية متميزة، أو الأطر التي يُفهم من خلالها الممارسون الطبيون أعراض وعلامات المرض ويضعون خطط العلاج. كما تُعد أيضًا هذه النظم بمثابة أنماط تفاعل اجتماعي موضوعة داخل علاقة اجتماعية لإظهار المعرفة الطبية. كما أن الطب إلى عهد قريب يعتبر أن العوامل البيولوجية والطبيعية هي الأسباب الوحيدة التي تحدث المرض. ولكن علم الاجتماع والأنثروبولوجيا قد ساهما في توضيح أهمية الأبعاد الاجتماعية والثقافية في قضايا الصحة والمرض[2].

وبذلك فقد عد العلماء أن مدخل دراسة المرض وتفسير أسبابه من أهل المداخل المنهجية لعلم الاجتماع الطبي، فهناك جانبين أساسيين للمدخل السببي إلى دراسة المرض، **أحدهما** يشير إلى عدد الحالات للأمراض الجديدة التي حدثت في المجتمع خلال فترة زمنية معلومة، أما **الثاني** فيشير إلى كل الحالات المصابة بمرض معين في المجتمع وذلك في فترة زمنية معلومة، وبصرف النظر عن التوقيت الذي بدأت فيه[3].

ومن ثم أسهم علم الاجتماع الطبي في إلقاء الضوء على أهمية العوامل الاجتماعية في إحداث المرض، وكيفية طرق علاجه والوقاية منه، وبذلك امتد نطاق المرض ليشمل الحياة الاجتماعية والنفسية للمريض[4].

والمرض يعد ظاهرة بيولوجية واجتماعية في الوقت نفسه، فهو يشتمل على مواقف وعلاقات وتفاعلات وسلوك وأساليب تمكن أعضاء أي جماعة من الناس لكي يتعرفوا على الأمراض المتوطنة المختلفة والتصرف فيها بمقتضى ذلك والاستفادة بكم من المعرفة لمواجهة وكيفية طرق علاجه[5].

---

[1]() نادية عمر، علم الاجتماع الطبي، المفهوم والمجالات، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2003م ، ص، 373.

([2]) Nawal Elmesseri, Rural Health Care In Egypt, International Development Research Centre, Ottawa, 1980, P. 5.

([3])Armitage, P. and Berry, G., "Statistical methods in medical research", London, 1981, P. 465.

([4])Acheson and Aird, "editors", seminars in community Medr-Cine, Vol. I: Sociology, Oxford Uni.-Press, London, 1996, PP. 1-12.

[5]() حكمت فريحات وآخرون، مبادئ الصحة العامة، دار المستقبل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 1990، ص60.

ومعنى ذلك أن معظم المداخل الاجتماعية والسلوكية تلعب دورًا كبيراً في تحديد معنى المرض وكذلك التعرف عليه وفهم أعراضه وأسبابه، ويذهب Acker Knecht إلى أن علم الطب على الرغم من كونه علمًا مستقلًا إلا أنه قد يستمد خصائصه المميزة له من الأنماط الثقافية الموجودة في المجتمع، فمفهوم المرض هو مفهوم ثقافي يتنوع من مجتمع لآخر وذلك ينعكس في وجهة نظر سكان هذا المجتمع ودور المرض في حياتهم بل إن استجابة الفرد للمرض والتي تتم بطريقة معينة قد توضح بعض القيم الثقافية والاجتماعية الموجودة في المجتمع، كما أن لكل جماعة عرقية لها استجابتهم الخاصة للأمراض الموجودة في مجتمعاتها مما يوضح مدى التباينات الثقافية الموجودة فيها[1].

ومن هنا يُعد المرض ظاهرة عامة تشترك فيها كل الثقافات والمجتمعات باختلاف درجات تقدمها التكنولوجي ولا يخلو منه أي نمط من الأنماط الاجتماعية ولكن الاختلاف هنا يكمن في أسلوب استجابة السكان للمرض حيث يختلف المرض في مجتمع ما ولا يعتبر كذلك في مجتمع آخر، فقد يعتبره السكان أعراضًا مرضية في أحد الثقافات ولا يُعد كذلك في ثقافة أخرى، كما أن أسباب المرض قد تختلف باختلاف الثقافات الإنسانية وكيفية وطرق العلاج ونوعية المعالجين[2].

فقد يعد المرض أعراض مرضية تتطلب رعاية طبية خاصة، وبذلك يشير إلى نقطة هامة وهي مسئولية الثقافة عن تحديد الأشخاص الذين يمتلكون السلطة الشرعية لتحديد وعلاج هذه الأعراض المرضية[3].

ثانياً: السياق التاريخي للأوبئة والامراض المعدية وانتشارها عالمياً

يعكس التاريخ تغييراً مستمراً في نمط الامراض المعدية وإختفاء بعضها أو تراجعها وزيادة إنتشار أمراض أخرى أو ظهور جديدة لم تكن معروفة من قبل (أو لم تكن موجودة)، فالطاعون انتشر في أوربا لقرون ثلاثة ثم إختفى منها بدون سبب واضح، وكان الجدري بطل المسرح لقرن أو ما يزيد ثم سرعان ما تراجع ثم إختفى، والمسبب فايروس انتشر من اوروبا إلى العالم, وادى إلى وفاة 55 مليون شخص[4].

([1]) مرفت العشماوي، الأنثروبولوجيا الطبية والطب الشعبي-الأنثروبولوجيا وعلم الإنسان، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1996م، ص 252.

([2]) محمد عباس إبراهيم وآخرون، الأنثروبولوجيا الطبية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2005م، ص 551.

([3]) Henry Yomi Akinsola, Behavioural Sciences For Nurses, Churchll Living Stone, London, 1983, P.

([4]) طارق الدريدي , جائحة كورونا كوفيد-19- وتداعياتها على اهداف التنمية المستدامة 2020, طباعة للمنظمة العربية والثقافة والعلوم, العدد الثاني –يونيو, تونس, 2020, ص 13 .

تعد مهمة متابعة الاوبئة وتأثيراتها في المجتمعات، والتأمل في الكيفيات التي واجهت بها اسلافنا الجوائح عملية نافعة للبحث الاكاديمي في الاوضاع الاستثنائية التي يعيشها العالم بسبب الوباء المستشري(مرض فايروس كورونا 2019) من أجل دراسة ما وصلنا من اخبار، وتأليف، وشهادات لاستخلاص دروس بليغة تفيدنا في الحاضر، وربما في المستقبل ايضاً[1].

فقد شهد القرن الماضي أوبئة كوليرا أو حمى تيفودية وشهد هذا القرن أكبر وبائين عالميين للإنفلونزا (1918–1957)، وأكبر أوبئة لشلل الأطفال شهدتها البشرية، وبدأت الكوليرا في سنواتنا الأخيرة تطل علينا بوجهها القبيح وسارت متوطنة في مجتمعات كثيرة ذات مستوى منخفض من الصحة العامة بميكروبها الاقل فتكاً، والأخف خطراً من فصيلة (فيبريو الطيور) وشهد الربع الأخير من القرن العشرين إنتشاراً متسارعاً لطاعون القرن العشرين، مرض نقص المناعة المكتسبة المعروف (بالإيدز)[2].

فقد تعاقبت الازمات والابتلاءات والمحن التي إصابة البشرية على مر تاريخها الطويل ونزل بالناس صنوف شتى من الابتلاء، والأوبئة كالطاعون والمجاعات والفيضانات والزلازل والجفاف وغير ذلك، ولقد نال العالم من تلك الابتلاءات والاوبئة والجوائح الكثيرة، وسجل تاريخ احداثها، ووقائعها، واثارها، ولعل اكثرها فتكاً كان مرض الطاعون الذي انتشر اكثر من مرة في مصر، والشام، والمغرب، والعراق، والاندلس، وقتل الوفاً من سكانها[3].

فالأوبئة والطاعون اخطار كبيرة تصيب الأمم، والشعوب فتهلكها وتهدد وجودها وتؤذن بزوالها، وادبارها فالطاعون تسبب في مقتل الكثير من الناس، وادى بحياة عشرات الملايين في انحاء العالم جميعها، وتفشت الأوبئة، ولاسيما وباء الطاعون غير مرة على مر التاريخ في عدة عصور، وعرف المرض بأسماء مختلفة مثل (اثينا، وانتونيتوس، وقبرص، وجوستينيانوس)، وبعد ذلك ظهر الكثير من الاوبئة، والامراض منها (الكوليرا، والحمى النزيفية، والجدري، والتيفوس، والانفلونزا الاسبانية، ووباء فيروس نقص المناعة البشرية (الايدز)، وفايروس السارس وأنفلونزا الخنازير، وفيروس ايبولا، وآخرها فايروس كورونا[4].

وقد كانت الأمراض المعدية (ولازالت) سبباً مهماً في أسباب وفيات البشر في كل أرجاء العالم، وفي جميع الأعمار بصورة عامة، وبين الأطفال والشيوخ بصفة خاصة، وما تزال الملاريا والدرن والإسهال المعدي وغير ذلك من الأمراض تسبب أعداداً مرعبة من المعاناة والوفيات

---

[1] () محمود الحاج قاسم محمد، البيئة والاوبئة في التراث الطبي الاسلامي، دار ماشكي للطباعة والنشر، نينوى-العراق 2020 ص 269-325.

[2] () محمد صادق صبور، الامراض المعدية ماضيها وحاضرها ومستقبلها، دار المعارف، القاهرة،1990، ص5.

[3] () شلدون واتس، الأوبئة والتاريخ المرض والقوة والامبريالية، ترجمة: احمد محمود، المركز القومي للترجمة، القاهرة، 2010، ص 291.

[4] () يونس ابارو، الامراض الاكثر قتلا للإنسان عبر التاريخ، الجزء الأول، المغرب،2020 ص 4.

وبخاصة في دول العالم النامية، ولفترة من الزمن ساد الإعتقاد بأن الأمراض المعدية باتت تحت السيطرة على الأقل في الدول الصناعية، غير أن ظهور الإيدز والصحوة الحديثة للدرن، بما في ذلك نشوء سلالات مقاومة لعقاقير كثيرة اوضحت بجلاء ان الوحش لم يذبح وإنما كان نائماً فقط[1].

وبالرغم من التطورات الكبيرة التي حصلت في جميع مجالات الحياة ومنها إرتفاع المستوى المعاشي والثقافي للناس وتطور العلوم الطبية وما رافقه من إكتشاف أنواع عديدة من اللقاحات والعقاقير الفعالة التي تستعمل للعلاج أو الوقاية من عدد كبير من هذه الامراض التي تفتك بالكثيرين فيما مضى إلا أن العلم لازال يواجه تحديات أخرى كبيرة[2].

وفيما يأتي عرض موجز لأهم الامراض الوبائية للسنوات الماضية:

1 – جائحة الطاعون (الموت الاسود):

لم يتسبب مرض في القضاء على عدد كبير من الارواح مثل الطاعون ما بين القرن الرابع عشر والقرن الثامن عشر الميلادي، ولم يثر وباء من الذعر ما أثاره وباء الطاعون أو الموت الاسود كما كان يسمى، وقد جاء ذكر الطاعون أول مرة في الكتاب المقدس، فقرأنا أن طاعون الفئران إنتشر بين الفلسطنيين حوالى ألف سنة قبل الميلاد، في هذا الوقت استولى الفلسطينيون على تابوت العهد (لدى اليهود)، وكلما تجولوا، وأينما ذهبوا به تابعهم الطاعون، حتى ردوه أخيراً إلى قبيلة لادي العبرانية ومعه خمسة فئران ذهبية اللون، وجاء ذكر الطاعون مرة أخرى في التاريخ في القرن الاول الميلادي، عندما هاجم مدينة روما فهرب منها الطبيب الأشهر (جالينوس) كما هرب بعده أطباء البندقية وأطباء لندن في العصور الوسطى عندما هاجم الطاعون مدنهم، ليتجنبوا العدوى، ومنذ القرن السادس الميلادي انتشر الطاعون في بلدان حوض البحر الابيض المتوسط، وقد غزا شمال أوروبا في منتصف القرن الرابع عشر حيث ، وانتشر وأفزع وشرد وأفنى، ثم اختفى فجأة بدون سبب ظاهر في إنجلترا بعد حريق لندن الكبير، كما اجتاح واستشرى قبلها بأربعة قرون بدون علة واضحة، وبدأ طاعون القرون الوسطى في الهند ووصل أوروبا عام 1347 وصل أولاً إلى مينائي البندقية وجنوى مع جرذان السفن التي كانت تنقل البضائع من الشرق ومن ثم إجتاح أوروبا، ويذكر التاريخ أنه إجتاح العالم ما لا يقل عن عشرة أوبئة كاسحة من الطاعون بين عامي 1348 – 1720، بلغ عدد ضحاياه 25 مليون إنسان فقد بلغ عدد من ماتوا في لندن في وباء 1563 – 1564 حوالى 14 ألف مواطن، وبلغ

1() نخبة من العلماء، الأمراض المعدية وعلاجها، تعريب: أيمن توفيق، مكتب سطور للنشر والتوزيع، القاهرة، ص299.

2() فؤاد عبد الوهاب الشعبان، الامراض المعدية ماذا تعرف عنها، الدار الدولية للنشر والتوزيع، القاهرة، 2010، ص 7.

عدد ضحايا وباء الطاعون العظيم عام 1665 حوالى 70 ألف شخص، وقد جاء ذكر الطاعون في كثير من أمهات المؤلفات الادبية، من أشهرها قصص جيوفانى يوكاشيو (1313–1376)، ومسرحية ألم المسيح لاوبرامرجو التي مثلت لأول مرة عام 1634 وترجع إلى عهد قطعه المؤلف على نفسه شكرا لله الذى أنقذ قريته من أن يصيبها الطاعون، وكثير من مسرحيات شكسبير الخالدة جاء فيها ذكر وأوصاف للطاعون[1].

إن الأمراض بغض النظر على أشكالها وانواعها تعد سبباً رئيسياً في تأخر عجلة الحياة، فكم من أمراض وأوبئة حصدت أرواح الألاف من البشر، وفي زمن قياسي، كمرض الطاعون، الذي ينتشر في لحظات ويقضى على حياة الإنسان الذي يتعرض له في أقل من 24 ساعة، والمسبب بكتريا, الذي انتشر بأوروبا وحصد ارواح 200 مليون شخص اصيب بالمرض.

وهو كفيل بأن يقضي على مدينة كاملة في غضون 3 أيام على اعلى تقدير، فهذا المرض حصد في فترة من الفترات في دول عديدة أرواح بشر، وقضى على مدن كاملة، ولعل الامراض التي تنتشر بسرعة بين بني البشر اليوم تلقى في كثير من الاحيان إستجابة سريعة منه المنظمات وهيئات الإغاثة العالمية والحكومات والدول، وبالرغم من ذلك يبقى أمر السيطرة على المرض أمر مرهوناً بوعي الإنسان وثقافته وإبتعاده عن التقاليد والعادات الضارة وإتباع الطرق العلمية الصحيحة في العلاج والوقاية من الأمراض، ومهما يكن من أمر فإن العلاج اليوم قد لا يكون متوفراً دائماً بصورة متماثلة أو حتى كافية لكل المرضى، فهناك دول فقيرة لا يمكنها أن توفر العلاج الكامل وبأسعار مناسبة لكل المرضى فيها وقد يكون المريض نفسة لا يملك ثمن الدواء، ناهيك عن الحروب التي مزقت البشر، وسمحت للمرض بأن ينتشر بسبب كثرة الجثث في الشوارع، ومخلفات القنابل وما ينتج عنها من مواد كيميائية سامة وضارة بالإنسان والحيوان بل وحتى الحياة النباتية والمائية[2].

2 – جائحة الجدري:

عرف الجدري بين المجتمعات البشرية منذ فجر التاريخ وتظهر على وجه مومياء الفرعون رمسيس الخامس ندبات الجدري بوضوح إذ يرجع عمر هذه المومياء إلى حوالى 1160 قبل الميلاد وقد وصف الجدري في الهند وفي الصين قبل العصور المسيحية هناك راي أن وباء الجدري هو الذي أهلك جيش أبرهة الذي قدم من الحبشة لمحاولة هدم الكعبة في عام الفيل عام 570 بعد الميلاد، ويجمع العلماء على أن أول وصف دقيق للأعراض الإكلينيكة والعلامات

---

[1]() محمد صادق صبور، الامراض المعدية ماضيها وحاضرها ومستقبلها، دار المعارف، القاهرة، 1990، ص 114- 115.

(2) سامي عبدالكريم الازرق، الطب الشعبي والبديل والسحر(دراسة في علم الاجتماع الطبي)، دار الشجرة للنشر والتوزيع، دمشق، 2011، ص ص 10 – 11.

المرضية لمرض الجدري يرجع الفضل فيه إلى الطبيب المسلم أبو بكر محمد بن زكريا الرازي الذي عاش بين عامي (865 –923) ، وعندما بدأت منظمة الصحة العالمية برنامجها للقضاء على مرض الجدري في العالم عام 1967 كان الخبراء يقدرون عدد المصابين بهذا المرض الفظيع بحوالي 15 مليون من البشر، وقد تم بحمد الله تنفيذ هذا البرنامج ونجح العالم في تخليص البشرية من هذا المرض، تخلصت قارة أمريكا الجنوبية من الجدري عام 1971 وتلتها أندونسيا التي حررت من الجدري عام 1972 ثم شبة القارة الهندية (الهند وباكستان وبنجلاديش) عام 1975، وبعد التخلص من الجيوب الباقية في الصومال وأثيوبيا ووفاة أخر مريض بالجدري في العالم عام 1978 لم تظهر أي حاله جديدة من هذا المرض حتى الآن، وهكذا أعلنت منظمة الصحة العالمية بكل فخر وطهارة قارتنا الأرضية من الجدري وأعلنت أنه لم تعد هناك ضرورة للتطعيم بلقاح هذا المرض[1].

وعقب إستيلاء بريطانيا على جزيرة مالطا تلك الجزيرة متناهية الصغر التي تقع في قلب البحر الأبيض المتوسط جنوب جزيرة صقلية – في مطلع القرن التاسع عشر، حولها البريطانيون إلى قاعدة بحرية وعسكرية كبرى وصارت مالطا وقناة السويس على الطرق الرئيسية البحرية للإمبراطوية البريطانية، وقد لوحظ أن الجنود البريطانيين الذين يبعثون إلى القاعدة البحرية في مالطا سرعان ما يقعون فريسة مرض يتميز بإرتفاع في درجة الحرارة وعرق غزير وآلام في الرجلين والذراعين ولا يستطيعون أداء أعمالهم لمدة طويلة مما قلل لحد كبير من فاعلية هذه القاعدة العسكرية، حاول الأطباء البريطانيون معرفة كنة هذا المرض الغريب – الذي أطلقوا عليه إسم الحمى المالطية – وأرسلوا مبعوثاً طبياً تلو مبعوث منذ عام 1861 ولم يستطيعوا حل سر هذا المرض حتى تمكن الطبيب البريطاني دايفيد برس عام 1883 من عزل ميكروب جديد – لم يكن قد سبق وصفه – من طحال جندي بريطاني كان قد توفى لإصابته بالحمى المالطية وسمى هذا الميكروب بإسم مكتشفة – ميكروب بروساليا، وإستمرت الأبحاث في جزيرة مالطا عن وبائيات الحمى المالطية وتبين أطباء القاعدة العسكرية بين عامي 1904– 1906 أن هذا الميكرب يفرز في لبن الماعز والغنم ويصيب الانسان الذي تناول اللبن بدون غلى أو بسترته – بالحمى المالطية (منتجات الألبان التي تصنع من اللبن الملوث تسبب أيضاً العدوى كالبن والزبادي والجبن وغيرها)، وسرعان ما تبين العلماء أن هذا المرض لا يقتصر على جزيرة مالطا ولكنه منتشر في حوض البحر الابيض المتوسط وبلدانه جميعاً، ثم تم الكشف عن بؤرات من مرض البروساليا في جميع أنحاء العالم: في الصين، جنوب إفريقيا، أمريكا الجنوبية، أستراليا وغيرها، وفي عام 1896 تمكن الطبيب البيطري الدنماركي براند بانج من عزل الميكروب

[1]() محمد صادق صبور، الامراض المعدية ماضيها وحاضرها ومستقبلها، مصدر سابق ، ص ص 29 - 30.

المسبب لمرض الإجهاض الوبائي الذي ينتشر بين الأبقار وتبين أنه ميكروب يشابه كثيراً الميكروب المسبب للحمى المالطية[1].

وفي عام1892 لاحظ فون بوكاى أن بعض حالات الجدري في الاطفال قد حدثت أثر عدوى من مرض يعانون من الهربس العصبي، وذكر أن المرضين قد يكونان متقاربين، وفي عام 1925 تمكن العالم كوندراتيتيز من إحداث مرض الجدري في أطفال تم حقنهم بمصل من حويصلات مرضى يعانون من الهربس العصبي، وفي عام 1943 إفترض جارلاند أن الهربس العصبي هو مرض ينتج عن معاودة نشاط فيروس الجدري الذي إستمر كامنا في عقد أعصاب الحس، وفي عام 1965 تمكن هوب سمبسون من تأكيد هذا الفرض[2].

3 – السل: في عام 1900 أدى إلى وفاة 200 أمريكي من كل 100 ألف مصاب، ومع تحسن الاجراءات الصحية نقص عدد الوفيات إلى 60 حالة من كل 100 ألف في الولايات المتحدة عام 1940، أما في الدول المتقدمة فقد ظلت أعداد الوفيات قليلة ولكنها زادت في الدول النامية، وإرتفعت معدلات السل في العالم من 61,8 حالة كل 100 ألف شخص بين عام 1984 وعام 1986 إلى 74,6 حالة كل 100 ألف شخص بين عام 1989 وعام 1991، مع وجود أكبر نسبة من الحالات في جنوب شرقي آسيا أي زيادة من 115 إلى 146 حالة كل 100 ألف شخص، وتقدر الوفيات عام 1993 نتيجة هذا المرض الرئوي إلى 2.7 مليون شخص[3].

4 – **الاعوام (1817–1923) جائحة الكوليرا**, والمسبب بكتريا, وادت إلى وفاة مليون شخص.

5 – عام 1855 اعادة ظهور **جائحة مرض الطاعون**, بدأ في الصين وانتشر في الهند, المسبب بكتريا, واودت بحية 12 مليون شخص.

وقد تفشى وباء الكوليرا الذي بدأ في بيرو عام 1991 وهو أول ظهور له في أمريكا اللاتينية بعد أكثر من 60عاماً، وقد وصلت أعداد المصابين إلى أكثر من 500 ألف نسمة قبل أن تتكسر حدة المرض بعد سنتين من بدء إنتشاره، وقد خسرت المنطقة حوالي 750 مليون دولار نتيجة لتوقف تصدير الأسماك بأنواعها خوفا من الكوليرا[4].

6 – الاعوام (1889–1890) وباء **الانفلونزا الروسية** انتشرت في روسيا والمسبب فايروس الانفلونز (H2N2),A وادت بحياة مليون شخص.

---

[1]() شلدون واتس، الأوبئة والتاريخ المرض والقوة والامبريالية، مصدر سابق، ص ص112 - 113.

[2]() محمد صادق صبور، الامراض المعدية ماضيها وحاضرها ومستقبلها، مصدر سابق، ص 39 .

[3]() ان ا. بلات، الأمراض المعدية وكيف ننقلها لأنفسنا.. كيف تساعد الفوضى البيئية والاجتماعية على انتشار الأمراض، ترجمة: شويكار زكي، الدار الدولية للنشر والتوزيع، القاهرة، 1999، ص ص 28 - 29 .

[4]()ان ا. بلات، الأمراض المعدية وكيف ننقلها لأنفسنا، المصدر السابق ، ص 75.

7 – عام 1899 , **وباء الحمى الصفراء** انتشر في الولايات المتحدة الامريكية, والمسبب فايروس انتشر بوساطة البعوض, وادى إلى وفاة 150 الف شخص.

ظهر فيروس (أ) الذي يسبب الإنفلونزا عام 1933 وظهر فيروس (ب) عام 1940 وظهر فيروس (ج) عام 1950، ومنذ الكشف عن فيروس الإنفلوانزا (أ) عام 1933 تم التعرف على أنواع أربعة منه حتى الآن، حل الواحد منها محل الآخر في تتابع زمني مطرد، في المدة بين عامي 1933 – 1946 كان الفيروس المنتشر في العالم هو ما سمي فيروس إنفلونزا أصفر، ثم حل محله في المدة من 1947–1956 فيروس إنفلونزا 1–(أ) والذي ظهر في أستراليا عام 1946 وفي عام 1957 ساد العالم فيروس إنفلونزا 2–(أ) وهو ما عرف بفيروس الإنفلونزا الآسيوية، وفي عام 1968 ظهر فيروس إنفلونزا 3–(أ) وهو ما سمي بإنفلونزا هونج كونج، وقد شهد التاريخ أوبئة عالمية للإنفلونزا في أعوام 1889 –1892، 1918 –1919، 1957 – 1958، ولعل أكثر الأوبئة العالمية شهرة هو الوباء الذي إجتاح العالم بمجرد أن وضعت الحرب العالمية الأولى أوزارها عام 1918 وهو الوباء المعروف بإسم الحمى الأسبانيولية، وقد ابتدئ هذا الوباء في حظائر الخنازير في اسبانيا عام 1918، وقد تبين أن هذا الفيروس الخنازير ومنها إنتقل للإنسان[1].

وقد أصدرت وزارة الصحة النيجيرية، تقريراً عن وباء الحمى الصفراء عام 1987 والذي تفشى في ولاية أويو، يشير إلى أن هناك 883 إصابة و 477 حالة وفاة، وبعد مرور 4 سنوات، راجع الباحثون المعلومات الوبائية وغيروا الأعداد التقديرية إلى 116 ألف حالة إصابة و24 ألف حالة وفاة، إعتماداً على هذه المعلومات فإن الـ 11 ألف إصابة بالحمى الصفراء التي كان يقصد بها جميع الإصابات في إفريقيا بأكملها بين عام 1986 وعام 1990، ممكن أن تمثل 1,4 مليون إصابة[2].

8 – الملاريا: منذ القرن الخامس قبل الميلاد شخص أبقراط الملاريا في أسيا الصغرى، وقد لعبت الملاريا أحياناً دوراً أشد فتكا من القتال في بعض الهزائم العسكرية الكبرى، ففي الحروب النابلونية فشل الإنجليز في النزول إلى الشاطئ الأوروبي في هولندا عام 1809 حيث سقطت قوات كبيرة من قواتهم مرضى بالملاريا، ونابليون نفسه أرتد خائباً من فلسطين بعد حصار عكا لإنتشار الملاريا بين قواته فقفل راجعاً عام 1798 بدون أن يتمكن من فتحها، وفي الحرب العالمية الأولى أصاب الشلل الكامل حملة الحلفاء على مقدونيا عامي 1916 –1917 لإصابة قواتهم بالملاريا على نطاق واسع، فبين القوات الفرنسية وحدها التي كانت تبلغ 150 ألف مقاتل،

[1]()محمد صادق صبور، الامراض المعدية ماضيها وحاضرها ومستقبلها، مصدر سابق، ص ص 55 - 56.
[2]()ان ا. بلات، الأمراض المعدية وكيف ننقلها لأنفسنا، مصدر سابق، ص 23.

أصابت الملاريا 100 ألف على الأقل وأصابت كذلك 70 ألف مقاتل من القوات البريطانية[1]، وبالرغم من الإعتقاد السائد بأن مرض الملاريا أصبح تحت السيطرة منذ التسعينات إلا أن صفات مقاومة العقاقير لبروتوزوا بلاسموديوم أدت إلى ظهور المرض من جديد، إن حالات الملاريا التي تم تسجيلها رسمياً بالمكتب الإقليمي الإفريقي لمنظمة الصحة العالمية قد قفزت من 3 مليون حالة إلى 23 مليون حالة بين عام 1983 وعام 1988، 1990، (وتوقفت التقارير الخاصة بهذا الإقليم منذ عام 1990 أساساً بسبب الإضطرابات الأهلية والإقليمية)، ولقد إرتفعت حالت الإصابة في الأمريكتين من 830 ألف إصابة عام 1983 إلى 1.1 مليون إصابة عام 1992 كما زادت حالات الإصابة أيضا في جنوب شرقي آسيا من حوالى 300 ألف إلى أكثر من 3 ملايين حالة في نفس الحقبة الزمنية، وعلى مستوى العالم زادت حالات الإصابة بالملاريا والمعلن عنها من أقل من مليون إصابة بين عام 1960 وعام 1965إلى 5,5 مليون إصابة سنوياً في أواخر الثمانينات وقد إنفجر وباء الملاريا بشكل حاد في الهند بين عام 1974 وعام 1978 حيث وصلت الحالات المعلن عنها إلى أكثر من 6 مليون إصابة وقد إنتشرت حالياً سلالات مقاومة للعقاقير المتعددة لمرض الملاريا في جنوب شرقي أسيا[2].

9- **جائحة فايروس الانفلونزا الاسبانية (H1N1)** في الاعوام (1918-1920): بدأت في الخنازير وانتقلت إلى الانسان على ثلاث موجات, واودت بحياة حوالي 50 مليون شخص.

وظهرت الأنفلونزا والتي قتلت 75 مليون شخص حول العالم في جائحة عام 1918 -أي أكثر من ضحايا الحرب العالمية الأولى حينها، ويقصد بالإنفلونزا هنا الإنفلونزا الإسبانية، وقد تسبب بهذا الوباء نوع خبيث ومدمر من فيروس الإنفلونزا (أ) من نوع H1N1 وتميز الفيروس بسرعة العدوى حيث تقدر الإحصائيات الحديثة أن حوالى 500 مليون شخص إصيبوا بالعدوى وأظهروا علامات إكلينيكية واضحة، إن الغالبية العظمى من ضحايا هذا الوباء كانوا من البالغين واليافعين الاصحاء بعكس ما يحصل عادة أن يستهدف الوباء كبار السن والأطفال والأشخاص المرضى أو ضعيفي المناعة، وقد حصد الوباء حوالى 5 % من مجموع سكان الهند وقد قدر الرقم بنحو 17 مليون شخص، وفي اليابان أحصيت أكثر من 23 مليون حالة إصابة نتج عنها حوالى 390 ألف حالة وفاة، أصيب حوالي 28% من السكان في الولايات المتحدة بالمرض وحصد أرواح ما بين 500 و 675 ألف شخص، وفي بريطانيا رصدت أكثر من 250 ألف ضحية، وفي فرنسا بلغ العدد 400 ألف وسقط من كندا حوالي 50 ألف مريض، وتميزت

(1) سامي عبد الكريم الأزرق، العلاقات الاجتماعية بين الأطباء والمرضى، دار الشجرة للنشر والتوزيع، دمشق، 2008، ص 131.

(2) فيليب سانسونيتى، الامراض المعدية تقهقر مؤلم نحو مستقبل غير آمن، ترجمة: مي فارس، المشروع القومي للترجمة، المجلس الأعلى للثقافة، القاهرة، 2005، ص ص 27 - 28.

الإنفلونزا الاسبانية على عكس الإنفلونزا الاخرى بقدرتها على إحداث مضاعفات مميته في من أعمارهم أقل من 45 سنة.

فالإحصائيات تشير إلى أن 99% من الوفيات كانت في أشخاص أعمارهم أقل من 65 سنه، وأكثر من نصف الوفيات كانت في المجموعة العمرية ما بين 20–40 سنه، وكان السبب الرئيسي للوفاة هو الاختناق نتيجة نزيف رئوي أو التهاب رئوي ثانوي، ويرى البعض أن سبب مناعة كبار السن النسبية ضد الإنفلونزا الاسبانية يعود لتعرضهم للإنفلونزا الروسية عام 1889 مما أكسبهم مناعة جزئية ضد الفيروس[1].

10- الاعوام (1957–1958) **وباء الحمى الاسيوية** التي انتشرت في الصين والمسبب فايروس الانفلونزا (H2N2), واودى بحياة مليونين شخص.

11 - **وباء انفلونزا هونج كونج** الاعوام (1968–1970): انتشر بالصين والمسبب فايروس الانفلونزا (H3N3) والذي تحور جينياً من فايروس (H2N2), واودى بحياة مليون شخص.

12- عام 1976 ظهرت حمى **الايبولا القاتلة** في السودان والكونغو, وتكررت عدت مرات بعد ذلك.

13- الاعوام (1981 إلى الآن), **جائحة مرض نقص المناعة المكتسبة** والمسبب فيروس(HIV), والذي يمتلك الجينيوم RNA , بدأ بالظهور في وسط وغرب افريقيا في القرود, وانتقل إلى الانسان وانتشر في انحاء العالم جميعها, وادى وفاة 35 مليون شخص.

وقد ظهر الايدز عام 1908 حيث قال باحثون أمريكيون إن فيروس الإيدز القاتل بدأ لأول مرة الانتشار بين البشر مطلع القرن العشرين في بلدان افريقيا جنوب الصحراء مع بداية ظهور المدن الحديثة بالمنطقة، وكتب الباحثون في دورية الطبيعة ان كشفهم يدفع بداية ظهور فيروس نقص المناعة المكتسب (H I V) إلى الوراء عدة عقود مضت، ويعتقد الباحثون ان نمو المدن والسلوكيات عالية الخطورة المرتبطة بالحياة المدنية. قد تكون ساعدت الفيروس في الانتشار، وكانت تقديرات سابقة ارجعت تاريخ المرض إلى عام 1930. ولكن مايكل ووروبي الباحث بجامعة اريزونا في توكسن يعتقد الآن أن فيروس نقص المناعة المكتسب بدأ في اصابة البشر خلال الفترة بين 1884 و1924[2].

وقد تبع الذعر الذي أصاب المجتمع الأمريكي في الثمانينات من جراء ظهور وباء نقص المناعة المكتسبة المعروف بإسم إيدز موجة من الرعب سببتها الأنباء التي إنتشرت عن إنتشار

---

[1]()عبد الحميد محمد عمر الشيخ، إنفلوانزا الخنازير بين التهوين والتهويل، مؤسسة حورس الدولية، الإسكندرية، 2010، ص ص 76 - 77.

(2) مقالات، دراسة عن تاريخ ظهور الإيدز، شيكاغو 2 اكتوبر 2008، موقع من نت، http://ara.reuters.com/article/internetNews/

مرض تناسلي آخر هو مرض الهربس، وقد كشف عن فيروس هذا المرض الطبيب النمساوي بتيامين ليبشوتز (1878–1931) ثم تبين العلماء أن هناك نوعين من هذا الفيروس المسمى فيروس الهربس الإنساني (حيث يقتصر على الإنسان) البسيط: نوع واحد ويسبب مرضاً بالوجه والشفتين والفم والفيروس المسبب لمرض الهربس التناسلي وأطلق على هذا الأخير إسم فيروس الحب، وقد أعلن عالم الفيروسات الأمريكي كفين ميرفي أن (من حقائق عصر الثمانينات الذي نعيشه أنك معرض لإلتقاط عدوى الهربس التناسلي كلما مارست الجنس)[1].

وفي عام 1995 ولأول مرة تم إكتشاف أن أكثر الناس إصابة بفيروس العوز المناعي البشري موجودون بـ آسيا، وعلى مستوى العالم توفي 1,8 مليون شخص من فيروس العوز المناعي البشري والإيدز، أي أكثر من وفيات الحصبة وما يقرب من الوفيات الناتجة عن الإصابة بالملاريا حيث كانت الوفيات في عام 1994 مليون شخص فقط[2].

14- الاعوام (2009–2010), وباء انفلونزا الطيور, انتشر في الولايات المتحدة الامريكية, والمسبب (H1N1), وادى إلى وفاة 200 الف شخص.

15- الاعوام (2013–2016), انتشار وباء " ايبولا " في دول غرب افريقيا, والمسبب فايروس ايبولا, ادى إلى وفاة 1100 شخص.

16- عام 2015 انتشر فاشية متلازمة الشرق الاوسط التنفسية (MERS) في السعودية والمسبب فايروس كورونا, والذي يعتقد انه انتقل من الجمل إلى الانسان, وادى إلى وفاة 850 شخص.

17- عام 2016, تفشى فايروس زيكا في امريكا الوسطى والجنوبية واسيا, وعاد الوباء ليضرب مجددا في 2018 في جمهورية الكونكو الديمقراطية, عدد الوفيات يتراوح من 50 إلى 200 وفاة.

18–الاعوام (2019 – لغاية الان) جائحة فايروس كورونا (كوفيد – 19), الذي ظهر في ووهان – الصين في ديسمبر 2019, وانتشر إلى بقية دول العالم وما زالت رحلة البحث عن اللقاح للمتحور من الفيروس, والعلاج للسلالة الجديدة من فايروس كورونا.

ثالثاً: التغيرات الاجتماعية والصحية والتطورات البيئية وعلاقتها بالعولمة

لم يعد الدخول في العولمة خياراً بل أصبح ضرورة يفرضها الواقع والتطور التكنولوجي. بل ومصلحة الدول ذاتها حيث تؤدي العولمة إلى سرعة نقل الابتكار والتكامل بين الدول، وقد

[1]() فيليب سانسونيتى، الامراض المعدية تقهقر مؤلم نحو مستقبل غير آمن، مصدر سابق، ص 225.
[2]()ان ا. بلات، الأمراض المعدية وكيف ننقلها لأنفسنا، مصدر سابق، ص 32.

وصفها رونالد روبنسون بأنها خطوة تاريخية وحتمية ومستقبل لابد منه[1] ، ومن خلال العولمة تصبح شعوب العالم متصلة ببعضها في كل أوجه حياتها.

هناك توقعات تشير بشكل صريح إلى العديد من التغيرات الاجتماعية والثقافية والاقتصادية والتطورات البيئية كمحددات للصحة وعلاقتها بالعولمة، والتي تصف الصحة بشكل ملائم وبطريقة متكاملة، مما يشير إلى أن الصحة لا يتم التعامل معها باستمرار ضمن التوقعات العالمية الحالية[2].

ومع ذلك، فإن التطورات الأخرى قد تؤثر وتسبب مخاطر على الانسان، وعلى الصحة المستقبلية (مثل الغذاء والماء والبيئة والاجتماعية التغيير والنمو الاقتصادي والتكنولوجيا)[3].

عندما يصبح العالم من حولنا أكثر ترابطا وتعقيداً، ينظر إلى صحة الإنسان بشكل متزايد على أنها النتيجة المتكاملة للمحددات البيئية، والاجتماعية، والثقافية، والاقتصادية، والمؤسسية. لذلك، يمكن اعتباره مؤشراً هاماً للتكامل رفيع المستوى يعكس حالة–استدامة– الطبيعية والبيئة الاجتماعية والاقتصادية[4].

وإذا كان البشر قد تعرضوا للمخاطر طوال تاريخهم المكتوب، إلا أن المجتمع الحديث معرض لنمط خاص من الخطر، والذي هو نتيجة لعملية التحديث ذاتها التي غيرت من التنظيم الاجتماعي، والتي لها آثار سلبية على الناس، وأن المخاطر الحديثة من ناحية أخرى هي نتاج النشاط الإنساني في الأساس، وقد ترتب على نشوء المجتمع الصناعي بما يتضمنه ذلك من استخدام واسع للآلات في المصانع والمزارع في البدايات الأولى له وتطوير الاعتماد على التكنولوجيا التي غزت في الواقع كل ميادين الحياة، إلى ظهور أنواع شتى من المخاطر لم تكن معروفة من قبل[5].

بالتالي من حق المجتمع في منع إنتشار العدوى بإعتباره كتلة واحدة وجزء لا يتجزأ فهو كالجسد الواحد إذا إشتكى منه عضو أثر ذلك في بقية الأعضاء وذلك ما نجده واضحاً في كتاب الله تعالى حيث قال: ﴿مِنْ أَجْلِ ذَٰلِكَ كَتَبْنَا عَلَىٰ بَنِي إِسْرَائِيلَ أَنَّهُ

---

[1])هانس بيتر مارتين وهارالد شومان، فخ العولمة ـ الاعتداء على الديموقراطية والرفاهية، ترجمة: عدنان عباس علي، سلسلة عالم المعرفة، عدد(238) ، الكويت، 1998، ص 67.

([2])UNEP, Global Environmental Outlook 3, London: Earthscan, 2002.

([3]) NIC, Global trends 2015: a dialogue about the future with non-governmental experts, National Intelligence Council, 2000.p.p.53-76.

([4])McMichael A.J., Integrated assessment of potential health impact of global environmental change: prospects and limitations, Environmental Modeling and Assessment, 1997, pp. 129-137.

[5]() أولريتش بيك، مجتمع المخاطر العالمي: بحثاً عن الأمان المفقود، ترجمة: علا عادل، هند ابراهيم، بسنت حسن، المركز القومي للترجمة، القاهرة، 2013 ، ص41.

مَنْ قَتَلَ نَفْسًا بِغَيْرِ نَفْسٍ أَوْ فَسَادٍ فِي الْأَرْضِ فَكَأَنَّمَا قَتَلَ النَّاسَ جَمِيعًا وَمَنْ أَحْيَاهَا فَكَأَنَّمَا أَحْيَا النَّاسَ جَمِيعًا ۚ وَلَقَدْ جَاءَتْهُمْ رُسُلُنَا بِالْبَيِّنَاتِ ثُمَّ إِنَّ كَثِيرًا مِنْهُمْ بَعْدَ ذَٰلِكَ فِي الْأَرْضِ لَمُسْرِفُونَ﴾ [1].

من هذا المنطلق كان على المجتمع أن يعمل لمصلحة أفراده، والأمراض المعدية أمرها عظيم وخطرها جسيم فقد تؤدي إلى الهلاك المحقق أو العجز الكامل أو إنتشار الوباء في المجتمع، والمصاب بمرض معد قد يتعمد نقل عدواه إلى الآلاف البشر فيفتك بهم جميعاً سواء كان ذلك لسوء طويته أو بتسليط من الأعداء.

توحد الإهتمامات بين الباحثين في المجال الطبي والإجتماعي في بحث العلاقات المتبادلة بين الإنسان والبيئة وإنعكاس ذلك على إنتشار الأمراض المعدية، وقد كشف التراث العلمي في علم الإجتماع عن المتغيرات الايكولوجية والإجتماعية المؤثرة في حدوث العديد من الأمراض المعدية وإنتشارها، وقد نظر الباحثون للمرض كمتغير مستقل ومتغير تابع، وبالنظر للمرض كمتغير مستقل تم التعرف على الآثار والمصاحبات الإجتماعية للمرض بما في ذلك العولمة والجوانب المعرفية بحدوث المرض في جماعة معينة، وبالنظر للمرض كمتغير تابع حاولوا التعرف على الكيفية التي تؤثر عليها العوامل البيولوجية وضغط البيئة على حدوث المرض وتوزيعه، وتتكامل العوامل البيئية والطبيعية في إحداث المرض المعدي وتؤثر في مواجهته، فالبيئة عامل مهم في نمو الطفيليات وتطورها، وبذلك فلكل منطقة أيكولوجية أمراضها وتلعب المتغيرات الإجتماعية دوراً كبيراً في إنتشار الفقر والامية والكثافة السكانية العالية لمعدل زيادة إنتشار الامراض المعدية وتتحدد شدة العدوى بدرجة تلويث الأفراد لبيئاتهم، وتحدث الأمراض بسبب عوامل حيوية بيولوجية مثل البكتيريا والفيروسات والفطريات والطفيليات وغيرها، كما أن هناك عوامل وظروفاً ومتغيرات إجتماعية مختلفة تلعب دوراً في هذا الصدد[2].

تلعب العولمة دوراً محورياً في النمو الاقتصادي والتطورات التكنولوجية التي ستبلغ ذروتها في منتصف القرن الواحد والعشرين وتنخفض بعد ذلك بسبب سرعة التحول الديموغرافي في جميع أنحاء العالم، وسوف تؤكد المجتمعات على الاحتياجات الصحية للسكان، على الرغم من أن التنمية الاقتصادية تتطلب تحسينات في الظروف الاجتماعية، فإن التركيز على النمو الاقتصادي قد يؤدي إلى "الاستبعاد الاجتماعي" لبعض المجتمعات المحلية[3].

ويؤكد الاطباء أن هناك علاقة بين المرض والبيئة الإجتماعية، ويقصد بالبيئة هو كل ما يحيط بالإنسان في المكان الذي يعيش أو يعمل فيه، من عوامل قد تكون اجتماعية أو ثقافية أو

---

[1]() سورة المائدة، الآية رقم 32.

[2]() يوسف صلاح الدين يوسف، الآثار المترتبة على الإصابة بالأمراض المعدية في المنظور الشرعي الطبي، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 2008، ص76.

([3])Ahmad OA et al. Age standardization of rates: a new WHO standard. Geneva, World Health Organization, 2000 (GPE Discussion Paper No. 31),p.145.

اقتصادية أو بيولوجية .. إلى أخر هذه العوامل، والبيئة الحسنة بطبيعة الحال تعكس أثارها على الإنسان أما البيئة السيئة فهي تتسبب في العديد من السلبيات بالنسبة للفرد، وبعض هذه السلبيات قد يكون بالغ الخطورة على الإنسان ومع تحضر الإنسان بدأت عملية التحكم في البيئة، إذا أنه قد صار من الممكن تنقية الماء وتكييف الهواء على سبيل المثال، ومع ذلك فإن تحضر الإنسان قد تكون له أثار بالغة الخطورة وذلك عندما تصير البيئة غير صالحة للسكن بفعل الإنسان، ويمكن القول بأن تلوث الهواء يتسبب في عدد من الأضرار وهو خطير بصفة خاصة لأن الإنسان قد يكون في مقدوره الإمتناع عن شرب الماء لعدة أيام وقد يكون في مقدوره الإستغناء عن الطعام لعدة أسابيع ولكنه ليس في مقدوره أن يستغنى عن الهواء لبضع دقائق، لذلك فإن استنشاق الهواء النظيف هو ضرورة لإستمرار حياة الإنسان[1].

تعمل كل هذه الميزات في سياق تحديد مستوى الصحة والتأثير على العوامل البعيدة مثل الصحة وعلاقتها، السياسة والتنمية الاقتصادية والتجارة والتفاعلات الاجتماعية والمعرفة، وسلع وخدمات النظام البيئي. في المقابل، هذه التغييرات في البعيدة العوامل لديها القدرة على التأثير على محددات الصحة القريبة[2].

رابعاً: العولمة ومسببات الأمراض المعدية

من المحتمل أن يكون انتشار الأمراض المعدية أحد الآثار الصحية الأكثر ذكرًا للعولمة وقد تم ربط تفشي الأمراض السابقة بعوامل مرتبطة بعملية العولمة على سبيل المثال ان تفشي مرض الالتهاب الرئوي الحاد (سارس) مؤخرًا إمكانية انتشار الأمراض المعدية الجديدة بسرعة في عالم اليوم، مما يزيد من خطر حدوث جائحة عالمي[3].

إن الجمع بين حركة البضائع والأشخاص، والتغيرات العميقة التي تؤثر على سلع وخدمات النظام البيئي كلها تسهم في زيادة خطر انتشار المرض[4]. على سبيل المثال، ارتبطت عولمة إنتاج الأغذية وتجارتها واستهلاكها بزيادة انتشار الأمراض المنقولة عن طريق الأغذية وانتقالها،

---

[1]()طارق أحمد، قضايا بيئية وأسرية، مؤسسة شباب الجامعة، الاسكندرية، 2008، ص ص 163 – 164.

([2])IPCC, Special Report on Emission Scenarios, Cambridge: Cambridge University Press, 2000.p.121.

([3]) Linthicum KJ et al Ciimate and satellite indicators for predicting epidemics of Rift Valley fever in Kenya. (Comment). Science, 1909, 285: 397-

([4]) Matt KE et al. Parasitic diseases and urban development Bulletin of the World Health Organization, 1990, p. 68.

إذ يمكن لأمراض مثل فيروس نقص المناعة البشرية "الإيدز أو التهاب الكبد B" أن تنتشر أيضًا من خلال التجارة في المنتجات البيولوجية المصابة (مثل الدم) [1].

لذلك من الممكن الاستفادة من التقنيات الصحية والمعرفة المعززة والتقنيات الجديدة على تحسين مراقبة الأمراض المعدية ورصد مقاومة المضادات الحيوية[2]، ومن المحتمل أن تزيد العولمة من سرعة الاستجابات في بعض الحالات.

يذكر ويلسون أن الاستجابة لظهور المرض تتطلب منظورًا عالميًا – مفاهيميًا وجغرافيًا – حيث أن الوضع العالمي الحالي يفضل تفشي الأمراض المعدية وانتشارها السريع[3].

ونتيجة لذلك، أصبحت السياسات والإجراءات التي تتخذها منظمة الصحة العالمية ذات أهمية متزايدة في مكافحة الأمراض المعدية على المستوى العالمي فقد لعبت منظمة الصحة العالمية دورًا مهمًا في السيطرة على السارس عن طريق التنبيهات العالمية، وإرشادات السفر المحددة جغرافيًا والمراقبة[4].

كما أصبحت تجارة الأغذية عاملاً متزايد الأهمية فيما يتعلق بالأمن الغذائي في جميع أنحاء العالم في الوقت الحاضر، فعادة ما تدعم البلدان المتقدمة قطاعاتها الزراعية، ومن المتوقع أن يكون لسياسات التحرير الحالية آثار عميقة على تجارة الأغذية ، وبالتالي على الأمن الغذائي[5]. ويجادل البعض بأن التجارة الحرة الناتجة ستخلق الوصول إلى إمدادات غذائية أفضل وأرخص عن طريق الواردات الغذائية ويمكن أن تحفز على استخدام أكثر كفاءة لموارد العالم وكذلك إنتاج الغذاء في المناطق الأكثر ملاءمة للقيام بذلك[6].

تسمح التجارة الحرة لاستهلاك الغذاء بالنمو بوتيرة أسرع من الإنتاج الغذائي المحلي في البلدان التي توجد فيها قيود على زيادة هذا الإنتاج. يمكن أن يساهم النمو الاقتصادي المتسارع

([1])Hales S et al. E.L. Nino and The Dynamics of Vector-borne Disease Transmission, Fnvironmental Heuith Ferspectives 1990. Pp. 99–102.

([2])National Institute of Allergy and Infectious Diseases Washington, 1998. Kaferstein FK et al. Foodborne disease control: a transnational challenge. Emerging Infectious Diseases, 1997. Pp. 503-510.

([3])Rogers DJ, Randolph SE. Mortality rates and population density of tsetse flies are related to nature. 1991, Pp. 739-741.

([4])Ravallion M. The Good and the Bad Growth: Human Development Reports. Global Development, 1997, pp. 627-630.

([5])Strickland GT. Providing health services on the Aswan High Dam. World Health Forum, 1982, pp. 297-300,

([6])Molyneux DH. Vector-borne infections in the tropics and issues Health Policy in the Twenty-first Century Transactions of the Royal Society of Residential Medicine and Hygiene 2001, pp. 233-238.

أيضًا في الأمن الغذائي. ومع ذلك، يجادل آخرون بأن قوى العولمة تعرض في الواقع الأمن الغذائي للخطر[1].

يمكن أن تؤثر العولمة على الأمن الغذائي عبر تعزيز معرفة الدول الأجنبية حول فائدة المعونة الغذائية[2]. إلى جانب تجارة المواد الغذائية، يمكن للمرء أيضًا التعامل مع عدم التوافق بين العرض والطلب عن طريق زيادة إنتاج الغذاء في المناطق التي تعاني من نقص الغذاء. يمكن أن تؤدي عملية العولمة إلى زيادة الأمن الغذائي من خلال تسهيل التنفيذ العالمي للتقنيات الأفضل والمعرفة المحسنة (مثل تقنيات الري والبحوث حول الأغذية المعدلة وراثيًا). في الوقت نفسه، تتعرض قاعدة الموارد الطبيعية لإنتاج الغذاء للتهديد بشكل متزايد أخيرًا ، تشكل النزاعات، بالطبع، تهديدًا للأمن الغذائي[3].

كما أن آثار العولمة تثير مخاوفاً بشأن الأمن المائي يصاحب عملية العولمة الحالية سياسات خصخصة تؤثر على توفير المياه تشجع الحكومات والمؤسسات المالية الدولية الخصخصة، لأنها تعتقد أنها ستعزز المنافسة والكفاءة في السوق[4]، ومع ذلك، فإن البعض الآخر أقل تفاؤلاً بشأن آثار الخصخصة. في الواقع، تظهر بعض الحالات أن الأسعار والتفاوتات في الوصول ترتفع[5]، ويقال أيضًا أن المياه، ذات الأهمية الحيوية اجتماعياً وثقافياً وبيئيا، "لا يمكن حمايتها بقوى السوق البحتة"[6].

فعلى المستوى العالمي، هناك جهود متزايدة لوضع مبادئ توجيهية أو سياسات عالمية فيما يتعلق بالمياه العذبة، ومع ذلك لا تتطلب أي من الإعلانات الدولية وبيانات المؤتمرات من الدول تلبية متطلبات المياه للفرد بشكل فعلي[7].

([1])Tchuente L.A. et al. Effect of Water Pump Fixation on Transmission of Focused Schistosomiasis in Cameroon Transactions of the Royal Society af Tropical Meticine & Health, 2001, pp. 255-256.

([2])Carnea GA Globalization and health: outcomes and options Bulletin of the World Health Organization, 2001, pp. 834–841.

([3])McMichael Al Haines A Glabal cimate chamj Intrinsic Effects on Health Britis Aticar Jouml 1997, p. 115.

([4]) Farid MA. Irrigation and malaria in arid lands. In: Worthington EB, Irrigation of Arid Lands in Developing Countries Environmental Problems and Impacts, Oxford, Pergamon, 1977, pp.413-429.

([5]) Pata JA etal Glebal cimate change and eging infectioun d Jma 1996, p. 223.

([6]) Sanders D. Chopra M. Guballzation and chailenge of heath for alla view frem su - Saara Atrics In Lee K Heth pactf ihuttion onds Global pemance London Paigve Macmilan, 2002.p.132

([7])Vasquer tji 0 et al. Soil contamination with Toxocara sp. Eggs in parks and home gardens from Mexico City. Politen Cellino de Parasitology, 1996,pp. 51-54.

فضلاً عن ذلك فانه، يمكن أن تؤدي عملية العولمة إلى زيادة الأمن المائي من خلال تسهيل التنفيذ العالمي لتقنيات أفضل وتحسين المعرفة في الوقت نفسه، تتعرض قاعدة الموارد الطبيعية للتهديد بشكل متزايد، على سبيل المثال، يؤثر تغير المناخ العالمي وإزالة الغابات بشكل عميق على قدرة النظم البيئية لدينا على تزويدنا بما يكفي من المياه العذبة[1].

خامساً: التحولات الصحية والتوقعات المستقبلية

إذن ما "مستقبل الصحة" الذي ينتظرنا بالأيام المقبلة؟ نستكشف هذا السؤال من خلال النظر في مجموعتين من التوقعات التي تم تطويرها مؤخرًا من خلال الصورة المتوقعة للمستقبل المتعلق بتطور الصحة للجمع من التطورات والتحولات الصحية في المحددات الصحية ذات الصلة بالتغيرات الاجتماعية والثقافية والمؤسسية والاقتصادية والتطورات البيئية وقد ينتج عنها (عصر العدوى الناشئة الأمراض، عصر التكنولوجيا الطبية، وعصر استدامة الصحة)[2]، وعلى الرغم من أن هذه التغيرات المستقبلية افتراضية، إلا أنها تستند إلى وجهات نظر في الأدبيات الحالية و "العلامات المبكرة" المحتملة التي لوحظت داخل المجتمع. كما أنها تبني على التطورات السابقة والحالية التي وصفها التحول الصحي على المستوى العالمي[3].

ان المراحل مستقبلية المحتملة نتيجة التحول الصحي تشمل التغييرات السابقة في صحة السكان والتي تتميز بالعديد من التطورات ذات الصلة مثل زيادة متوسط العمر المتوقع، وانخفاض معدل الوفيات والخصوبة، تغيير أسباب الوفاة، والطابع المتغير للمرض واستمرارها التطورات في تقديم الخدمات الصحية[4].

هذا على المدى الطويل فأن التغيرات في أنماط الصحة والمرض ومحدداتها المتعددة يمكن وصفها وشرحها ضمن إطار مفاهيمي معروف على أنه التحول الصحي (يشار إليه أحيانًا باسم علم الأوبئة الانتقالية)[5].

على الرغم من وجود قيود، فإن التحول الصحي هو أداة مفيدة لفهم الاتجاهات الصحية الحالية واستكشاف مستقبل التطورات. فأن مستقبل صحة الإنسان لا يمكن التنبؤ به على وجه

([1])wikinson R. Lnhealthy soceties: unequal affiliations. Lendon, Routiedge, 1996.p.54.

([2])Martens P., McMichael A.J., Patz J., Globalization, environmental change and health, Global Change and Human Health, 2000, P.8-7.

([3])WBCSD, Exploring sustainable development: global scenarios 2000-2050, London: World Business Council for Sustainable Development, 1998,p. 98.

([4])Gallopin G., Rijsberman F., Three global water scenarios, International Journal of Water, 2000, pp. 16-40.

([5])NIC, Global trends 2015: a dialogue about the future with non-governmental experts, National Intelligence Council, 2000.p.p.53-76.

اليقين، هناك أنماط للتغيير وعلامات يمكن توقعها بخصوص آراء مستقبلية صحية محتملة، ولكنها افتراضية؛ وهذه تعتمد على مراحل الانتقال" السابقة والحالية[1].

واذا تتبعنا مراحل التحول الصحي التي شهدناها في الماضي والتي تواجه في الوقت الحاضر فأن هناك أيضًا احتمال أن تتسبب الأزمات السياسية أو الاجتماعية أو البيئية في عملية الانتقال إلى الركود أو العودة إلى الوراء[2].

فضلاً عن ذلك، ظهور الأمراض المعدية المتفشية الحالية وغيره من الأمراض الناشئة يمثل تذكير بأن الظهور المفاجئ للمرض هو جزء دائم من العالم وينبغي توقعها، ومن المسلم به أن الأمراض المعدية هي التهديدات المحتملة على مستقبل البشرية، على سبيل المثال، يمكن أن تكون المرحلة التالية في التحول الصحي التي تتميز بتفشي الأمراض المستجدة[3].

في هذه الصورة الصحية المستقبلية، سيكون هناك ظهور أمراض معدية جديدة أو عودة ظهور "القديمة" التي سيكون لها تأثير كبير على الصحة، وهناك عدد من العوامل التي ستؤثر على هذا التطور: السفر والتجارة، المقاومة الميكروبيولوجية، السلوك البشري، الانهيارات في النظم الصحية، وأيضاً زاد الضغط على البيئة الاجتماعية والسياسية والبيئية وما يمكن لنا ان نطلق عليه "عصر الأوبئة والمجاعة" التي تتميز هذه المرحلة الأولى من التحول الصحي بنوع الفناء الذي ساد معظم تاريخ البشرية، وخاصة معظم البلدان النامية الآن في المرحلة الثانية: "عصر انحسار الأوبئة"، والذي ينطوي على الحد من انتشار الأمراض المعدية وانخفاض معدل الوفيات معدلات[4].

اما في المرحلة الثالثة "عصر الأمراض المزمنة" فان القضاء على الأمراض المعدية يفسح المجال للأمراض المزمنة بين كبار السن.

ان من اهم العوامل التي تسبب انتشار وزيادة مثل هذه الامراض هو حركة الناس والتي بدورها ستزيد الاتصال بين الناس والميكروبات، وايضاً التغيرات البيئية التي يسببها الإنسان النشاط (مثل بناء السدود والطرق وإزالة الغابات والري والمناخ التغيير) في زيادة انتشار المرض، والإفراط في استخدام المضادات الحيوية والمبيدات الحشرية، بالإضافة إلى المستوى المتدهور للبنى التحتية الصحية التي تؤدي إلى إعاقة أو تأخير الاستجابات لتزايد المرض التهديدات، ومن

([1])Huynen M.M.T.E., Martens P., Future health: the health dimension in global scenarios, Maastricht: ICIS, 2002, pp.132.

([2])Martens P., Huynen M.M.T.E., A future without health? Health dimension in global scenario studies, Bulletin of the World Health Organization, 2003,p. 81.

([3])Omran A.R., The epidemiological transition: a preliminary update, Journal of Tropical Pediatrics, 1983, pp. 305-316.

([4]) Omran A.R., The epidemiological transition theory revisited thirty years later, World Health Statistics Quarterly, 1998, pp. 99-199.

ثم السيطرة على الأمراض المعدية، وعدم القدرة على استخدام التقنيات الحالية. كنتيجة لذلك، ستزداد الأمراض المعدية بشكل كبير، وسيزيد متوسط العمر المتوقع تقع (كما هو الحال حالياً في العديد من البلدان النامية بسبب جائحة كورونا)، وسيؤدي اعتلال الصحة إلى انخفاض مستويات النشاط الاقتصادي، والبلدان سوف يقعون في دوامة من التدهور البيئي.

وان الطرق المناسبة للتقليل من اعتلال الصحة يمثل الاستغلال الامثل لعصر التكنولوجيا الطبية وفي الأنماط الصحية وعمليات التحديث المرتبطة بها [1]، وتحسينات في التكنولوجيا (الطبية) والرعاية الصحية، والعكس صحيح، لقد أثرت التحولات في أنماط الصحة والمرض على الاستجابة المنظمة للاحتياجات المتغيرة لسكان العالم، ولا سيما في توفير من الخدمات الصحية. في العالم المتقدم، على سبيل المثال، فقد تم ظهور العديد من المشاكل الصحية المزمنة وأنماط الحياة غير الصحية التي تغيرت تركيز الأنظمة الصحية بشكل كبير.

تركز السياسات في العالم النامي على التطبيق الواسع للرعاية الصحية الحديثة، وبرامج التنمية، ويمكن وصف استمرار هذه الاتجاهات بأنه عصر التكنولوجيا الطبية يتماشى مثل هذا المستقبل مع مرحلة تسمى نوعية الحياة المنشودة مع طول العمر المتناقض والمثابرة ستكون هناك إنجازات مستمرة في مكافحة الأمراض تعزيز الصحة وإطالة العمر إلى حد كبير، وزادت المخاطر الصحية الناجمة عن أنماط الحياة غير الصحية والتغيرات البيئية، من بين أمور أخرى، سوف يقابلها زيادة النمو الاقتصادي والتكنولوجي تحسينات. ومع ذلك، فإن بعض المشاكل الصحية، على الأقل بالنسبة، لتحدي القدرات التشخيصية والعلاجية الموجودة[2].

بالإضافة إلى ذلك، فإن طول العمر يكون مصحوبًا بزيادة معدلات الإصابة بالأمراض المزمنة وتزايد التكاليف الطبية، وكما سيكون هناك استمرار عدم المساواة الاجتماعية والاقتصادية. زيادة البيئة قد يؤدي الضغط واختلال التوازن الاجتماعي في النهاية إلى دفع المجتمعات الفقيرة في "عصر الأمراض المعدية الناشئة". من ناحية أخرى، إذا يتم في النهاية موازنة الموارد البيئية والاجتماعية مع الموارد الاقتصادية النمو، ثم يمكن تحقيق الصحة المستدامة[3].

([1]) Mackenbach J.P., The epidemiological transition theory, Journal of Epidemiology and Community Health, 1994, pp. 329-331.

([2]) Newcomb J., Biology and borders: SARS and the new economics of biosecurity, Cambridge: Bio Economic Research Associates, 2003.p35.

([3])Olshansky S.J., Carnes B.A., Rogers R.G., Smith L., Emerging infectious diseases: the fifth stage of the epidemiological transition?, World Health Statistics Quarterly, 1998, pp. 207-217.

لذا، كان من الممكن وصفها التطورات المستقبلية في الصحة كنتيجة لهذه الدوافع المتعددة والضغوط. حيث هناك مجموعة من التوقعات العالمية المتكاملة بشأن المستقبل الذي لم يتوقع ان يتم إنشاء الصحة حتى الآن تعطي وصفاً معقولاً للتطورات المستقبلية في الصحة.

تعقيب

من خلال العرض السابق يتضح لنا أن المرض قديم قدم الحياة ذاتها، وأن وجود الأمراض المعدية في المجتمع ما هو إلا نتيجة مباشرة لإهمال الإنسان لبيئته، وإهماله لنظافته الشخصية، وكذلك المسببات التي أدت لظهور الأمراض المعدية، فضلاً عن الإجراءات المجتمعية التي تتخذ من أجل القضاء على هذه الأمراض المعدية، وكذلك ضرورة التعاون بين كافة المؤسسات وبين الأفراد للقضاء على هذه الأمراض .

فهناك مجموعة من العوامل الاجتماعية والثقافية، التي تقرر مستوى الصحة و تعمل مجتمعة على حدوث المرض، إذ أنه لا يمكن أن يحدث أي نوع من أنواع الأمراض في غياب أحد هذه العوامل، فعلى الرغم من نتيجة التغير الاجتماعي والثقافي الذي تعرضت له المجتمعات الإنسانية إلا أنها تُعد من أعمق العلاقات الإنسانية لما لها من تأثير بالغ على نجاح العملية العلاجية، كما تعمل على تحسين حال المريض بل وحال المجتمع ككل، لذلك فقد لا يمثل المرض مشكلة فردية تهدد المريض وحده بل يمكن عده مشكلةً اجتماعية يمتد تأثيرها ليشمل أسرته والمحيطين به والمجتمع بأسره.

تمهيد:

أصبح التطور والتقدم التكنولوجي في عصرنا الحالي المعيار المحدد لمدى نجاح الدول وتقدمها، لاسيما في المجال الصناعي، لذلك اهتمت البلدان النامية بالتصنيع لتلحق بركب الدول المتقدمة ولتواجه شبح العولمة، الذي أصبح يطاردها في كل حين، فالتطور الاقتصادي هو المرآة العاكسة لمدى التطور في باقي المجالات الأخرى، وهو الوسيلة الفعالة لحماية الحضارة والثقافة، ومن أهم القضايا الاجتماعية التي أثارت اختلافاً كبيراً في الآونة الأخيرة التكنولوجيا, حيث أنها أحدثت طفرة حضارية في شتى المجالات في العصر الحديث، كغيرها من الوسائل الحديثة التي استخدمت بطريقة خاطئة في بعض الأحيان، ولكن بالرغم من قيام بعض الأشخاص بتشويه الصورة الصحيحة للتكنولوجيا وأهميتها، فإنها ما زالت تحافظ على بعض المزايا التي أحدثتها في العصر الحديث، والتي لا يستطيع أحد أن ينكرها على الاطلاق.

وتلعب تكنولوجيا التصنيع دوراً هاماً ورئيسياً في إحداث تنمية وتقدم في كافة السياسات الصحية، فقد تم اختراع ماكينات التحكم الرقمي بالحاسب **Numerical Control Machines** لتحد بشكل فعال من الحاجة الملحة للمهارات اليدوية اللازمة للتشغيل، ومنذ خمسينيات القرن العشرين الميلادي حدثت عدة تطورات علمية وتقنية، أثرت تأثيراً بالغاً على نظم التصنيع واستراتيجياته، وكان من أبرز هذه التطورات اختراع الحاسوب الذي يشكل العمود الفقري لتطور عدة تقنيات ونظم صناعية أهمها التحكم الرقمي والإنسان الآلي (ربوت) **Robot** والتصنيع المدعم بالحاسب **CAM** ونظم التصنيع المرن **FMS**. لقد وفرت هذه التقنيات المبنية على الحاسوب إمكانية تصنيع منتجات على شكل دفع **(Lots)** صغيرة وبتكلفة منخفضة.

ان تعاظم دور التقنيات الصحية في مختلف دول العالم مع مطلع القرن الواحد والعشرين تمثل احتياجاً ضرورياً في ظل العولمة وما يصاحبها من تحرير قوى السوق وضعف إمكانية الدولة في تحقيق مختلف ألوان الرعاية الاجتماعية للأفراد، فالمجتمعات الصناعية المتقدمة تشهد تهميشاً للفئات المستضعفة اقتصادياً في المجتمع وتتخلى عن دورها في مد جسور التكامل الاجتماعي بين أفراد المجتمع .

أولاً: ظاهرة العولمة والسياسات الصحية

لقد كان لظهور العولمة، وما نتج عنها من تأثيرات حضارية واقتصادية أثره في توجه العديد من الدول المتقدمة لإعادة النظر في السياسات الصحية بها، ومن بين المراجع التي تطرح رؤى نقدية للسياسات الصحية في ظل ما يتطلبه التعامل مع ظاهرة العولمة كتاب من تحرير جان كورى وجانس نيوسون Currie, J. & Newson J. ، حيث عرضا للعديد من الدراسات حول سياسات الصحية في ظل ظاهرة العولمة في عدة دول أوربية وأمريكا وكندا واستراليا[1].

وقد بات التعامل مع ظاهرة العولمة يتطلب امتلاك أدواتها من علم وتكنولوجيا، وأيضاً ضرورة توافر القاعدة الفكرية التي تهيئ لنا مناخاً اجتماعيا يساعد على مواكبتها، ويتوافر فيه العقلانية والديمقراطية، بحيث يفرز لنا عقلاً جديداً قادراً على التواجد بالفعل في عصر تتحول فيه العولمة إلى هيمنة ثقافية واقتصادية.

ولا تجدى محاولات لإعداد هذا العقل الإصلاح الجزئي لبرامج أو السياسات الصحية، وإنما بات الأمر يتطلب حركة ثقافية متعددة ومتكاملة الأبعاد، على أن تكون المؤسسات الطبية في قلب هذه الحركة، ويقتضى هذا التواجد داخل المجتمع والاشتباك والتفاعل مع كافة المؤسسات، وخاصة تلك التي لها دور في إعداد هذا العقل المنشود[2].

فالعولمة – بايجاز – تتمثل في مجموعة معقدة من العمليات التي يحركها مزيج من التأثيرات السياسية والاقتصادية. حيث أنها تغير الحياة اليومية، خاصة في الدول النامية، من خلال ما تخلقه من نظم وقوة عبر قومية[3].

تمثل العولمة عملية التحول من المحلية إلى العالمية، حيث أن شعوب العالم هي موحدة في مجتمع واحد وتعمل معاً وهذه العملية هي مزيج من القوى الاقتصادية والتكنولوجية والاجتماعية والثقافية والسياسية، وغالباً ما يستخدم مصطلح العولمة للتركيز في المقام الأول على الاقتصاد – دمج الإقتصادات الوطنية في الاقتصاد الدولي من خلال التجارة وتدفقات رؤوس الأموال للاستثمار الأجنبي المباشر، والهجرة، وانتشار التكنولوجيا.

فبالعولمة يتم إلغاء الحواجز بين الدول والشعوب التي تنتقل فيها المجتمعات من حالة الفرقة والتجزئة إلى حالة الاقتراب والتوحد، ومن حالة التباين إلى حالة التجانس والتماثل، ومن ثم

---

(1)J. & Newson Currie, J., Universities and Globalization – Critical Perspectives; SAGE Publication, London , 1998, pp.67.

(2) Peter N . Stearns , Globation in Worldhistory , Routledge , New York ,2010 , p 10.

(3) أنتونى جينيز ، الطريق الثالث – تحديد الديمقراطية الاجتماعية ، ترجمة: أحمد زايد و محمد محي الدين ، المجلس الأعلى للثقافة ، المشروع القومي للترجمة ، القاهرة ، 1999، ص 67 .

تشكل وعياً عالمياً وقيماً موحدة تقوم على مواثيق إنسانية عامة، وبلورة ثقافة خاصة تستفيد منها الفئات المسيطرةَ على العمليات الاقتصادية والسياسية والإعلامية حيث تحتكر التقنية والإنتاج الإعلامي على المستوى العالمي، ولا شك أن ذلك من شأنه تشكيل نمط محدد من الوعى الثقافي، وفرض نماذج وفلسفات غربية من خلال إنتاج وتوزيع واستهلاك المواد الإعلامية والاتصالية[1].

لولا العولمة، لم يكن لهذا الوباء (كورونا) أن ينتشر بسرعة في العصر الحديث، فهي أيضاً فرت ونجت من قوة العلماء وسرية المختبرات، هذه هي الآثار الضارة وغر المتوقعة للسيطرة اللامتناهية على الطبيعة باسم العلم والتكنولوجيا.

يمكن القول بأن المستقبل هو "عصر الصحة المستدامة"، لأن السياسات الصحية ستركز على مجموعة واسعة من المحددات الصحية، والمشاركة الاجتماعية، والعدالة الاجتماعية، والاستخدام المستدام للبيئة، وهذه ستؤدي إلى مزيد من الاستثمارات في الخدمات الاجتماعية، والتي بدورها تؤدي إلى انخفاض معدل الأمراض في نمط الحياة، ومعظم الأمراض المعدية ذات الصلة بالبيئة ستكون القضاء عليها[2].

سيبقى التركيز على السياسات الصحية لتحسين الحالة الصحية للسكان بطريقة لا تعرض صحة الأجيال القادمة للخطر، على سبيل المثال، وعلى الرغم من وجود احتمال ضئيل فقط للأمراض المعدية سوف تظهر، وتحسين أنظمة المراقبة والرصد في جميع أنحاء العالم. أي تعديل النظم الصحية بشكل جيد ومنع تفشي الامراض الوبائية، علاوة على ذلك، وان هذه الصورة للصحة في المستقبل تماشياً مع رؤية المستقبلية للصحة التي توصف بأنها جودة الحياة، والإنصاف، والتنمية والعدالة الاجتماعية للجميع، والتي تأخذ نظرة شمولية للصحة في سياق رفاه الإنسان وحقوق الإنسان[3]، وتلعب العولمة دوراً مركزياً في النمو الاقتصادي والتطورات التكنولوجية.

تعمل المجتمعات على التركيز باحتياجات كبار السن من السكان، فعلى الرغم من أن التنمية الاقتصادية سوف تساهم في تحسين الظروف الاجتماعية، وستنخفض بشكل نسبي

(1)Barrie Axford ," Globalization " in Gary Browing , Abigial Halcli, Frank Web Stester (eds). Vander Standing Contemporary Society, London Sage Rublications, 2000 , p 249.

(2) Martens P., Health transitions in a globalizing world: towards more disease or sustained health?, Futures, 2002, p. 37.

(3) Barrett R., Kuzawa C.W., McDade T., Armelagos G.J., Emerging and re-emerging infectious diseases: the third epidemiologic transition Annual Review of Anthropology, 1998, pp. 247-271.

الفوارق في الدخل، فان ذلك، سيؤدي نمو الدخل إلى الضغط على الموارد (العالمية)، مما يؤدي إلى الزيادة للتدهور البيئي[1]، لذلك فأن الرؤى المنهجية قائمة على السوق والتكنولوجية والتي ستكون استجابة مشتركة للمشاكل البيئية من منظور صحي، وقد يشهد هذا السيناريو تباعدًا بين العالم المتقدم وأجزاء من العالم النامي، وذلك للتطور الذي سيحصل في تلك البلدان، وزيادة الثروة والتكنولوجيا والتحسينات في الرعاية الصحية، نتيجة لذلك، فأن التقدم المادي، سيعمل على تحسين الظروف الاجتماعية، مما ستؤدي إلى مكاسب في الصحة العامة للسكان، لذلك فإن معظم السكان قد يعاني من تحسينات صحية واضحة بشكل خاص مع تقدمهم إلى "عصر التكنولوجيا الطبية"، وعلى الرغم من أن البلدان الأكثر فقراً ستشهد نمواً اقتصادياً، ومن ثم تحسين الخدمات الصحية، مما يؤدي إلى زيادة متوسط العمر المتوقع وزيادة الانتشار من الأمراض المزمنة، وستكون هناك فروق مطلقة في الدخل، وهذا بدوره إلى ان البلدان الفقيرة لن تتقدم إلى "عصر التكنولوجيا الطبية" لأنه لن يكون لديها الوسائل الكافية لتمويل الاستخدام الواسع النطاق للمطورين حديثًا التقنيات (على الرغم من انتشار المعرفة التكنولوجية). كنتيجة لذلك لن يكونوا قادرين على تحقيق نفس المستوى من الرعاية الصحية مثل البلدان المتقدمة[2]. وسوف تواجه المزيد من الصعوبات لتبيان التأثيرات الصحية الناتجة عن زيادة الضغوط البيئية (مثل المياه نقص). وبالتالي، قد يكون هناك ايضاً عودة ظهور الأمراض القديمة وزيادة الإصابات الجديدة. من المرجح أن يواجه العالم النامي زيادة في كل من الأمراض المزمنة والمعدية[3].

ان شبكة الرفاهية الواسعة ستمنع الاستبعاد الاجتماعي القائم على الفقر. بالرغم من زيادة متوسط عمر السكان بسبب السرعة في التحول الديموغرافي في جميع أنحاء العالم، فمن المحتمل أن يتم تعديل أنظمة الرعاية الصحية بشكل جيد إلى السكان الأكبر سنًا، قد تكون البلدان المتقدمة جيدة أكمل الانتقال نحو "عصر الصحة المستدامة [4].

وبفضل عمليات نقل المعرفة والتكنولوجيا، فان ذلك سيؤدي إلى انخفاض النمو السكاني، ورفع مستويات التعليم، وانخفاض الضغوط الاجتماعية والبيئية، وسوف تعيش دول العالم النامية عصر تراجع الأوبئة". على الرغم من أن بعض الدول ستصل إلى عصر الأمراض المزمنة" (أي

(1) Bobadilla J.L., Possas C., Health policy issues in three Latin American countries: implications of the epidemiological transition. In: The epidemiological transition: policy and planning. Implications for develop-2002, p.37.

(2) Maud Huynen & Pim Martens, Globalization and Human Health toward Scenarios for the 21st Century ,p.289.

(3) HuynenM., Scenarios and global health: the road ahead, IHDP Newsletter, issue 3, 2003,p. 14

(4) Omran A.R., The epidemiological transition theory revisited thirty years later, World Health Statistics Quarterly, 1998, p.111.

المرحلة التي وصل إليها العالم المتقدم نفسها اليوم)، فإن النهج العالمي تجاه الاستدامة سيمكن معظم لتخطي هذه المرحلة والانتقال نحو "عصر الصحة المستدامة[1].

ثانياً: الآثار الصحية للعولمة

من خلال كشف المحددات الرئيسة لصحة السكان والسمات الرئيسية لعملية العولمة. يتصور النموذج المفاهيمي الناتج بوضوح أن العولمة تؤثر على المحددات المؤسسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية والبيئية لصحة السكان ، وأن عملية العولمة تعمل بشكل أساسي على المستوى السياقي ، بينما تؤثر على الصحة من خلال محدداتها الأكثر بُعدًا من خلال رؤى قيمة حول كيفية تنظيم التعقيد الذي ينطوي عليه دراسة الآثار الصحية الناتجة عن العولمة. وبالتالي ، يمكن أن يقدم مساهمة ذات مغزى لمزيد من البحث التجريبي من خلال العمل "كنموذج فكري" ويوفر أساسًا لتطوير سيناريوهات مستقبلية بشأن الصحة.

فقد أصبحت الصحة الجيدة لجميع السكان هدفاً دولياً مقبولاً ويمكننا القول أنه قد تحققت مكاسب واسعة في متوسط العمر المتوقع خلال القرن الماضي. لكن التفاوتات الصحية بين الأغنياء والفقراء لا تزال قائمة، بينما تعتمد آفاق الصحة المستقبلية بشكل متزايد على العمليات الجديدة النسبية للعولمة. في الماضي ، كان يُنظر إلى العولمة غالبًا على أنها عملية اقتصادية إلى حد ما. في الوقت الحاضر، يُنظر إليها بشكل متزايد على أنها ظاهرة أكثر شمولاً، تتشكل من خلال العديد من العوامل والأحداث التي تعيد تشكيل مجتمعنا بسرعة. لتأثيرات العولمة على صحة السكان. هناك إطاران حديثان وشاملان يتعلقان بالعولمة والصحة هما الإطاران اللذان تم تطويرهما بواسطة .Woodward et al ولابونتي وتوجرسون[2].

ان التأثيرات التي حددها .Woodward et al حيث أن العوامل الاقتصادية هي الأكثر أهمية للصحة. ويركز لابونت وتورجرسون بشكل أساسي على آثار العولمة الاقتصادية والحوكمة الدولية. ومع ذلك ، فإننا نرى أن المسارات من العولمة إلى الصحة أكثر تعقيدًا. لذلك، يتطلب الإطار المفاهيمي للآثار الصحية لعملية العولمة نهجًا أكثر شمولية ويجب أن يكون متجذرًا في مفهوم واسع لكل من صحة السكان والعولمة. نظرًا لأن العالم من حولنا أصبح مترابطًا ومعقدًا بشكل تدريجي، فإن صحة الإنسان يُنظر إليها بشكل متزايد على أنها نتيجة متكاملة لمحدداتها البيئية والاجتماعية والثقافية والاقتصادية والمؤسسية. لذلك، يمكن اعتباره مؤشر تكامل عالي

(1) HuynenM., Scenarios and global health: the road ahead, IHDP Newsletter, issue 3,2003, p.89.

(2) Ayliffe GA. Transcontinental spread of methicillin-resistant Staphylococcus aureus. Climatological Infectious Diseases, 1997, pp. 24-79.

المستوى مهم يعكس حالة – وعلى المدى الطويل، استدامة – بيئاتنا الطبيعية والاجتماعية والاقتصادية[1].

فإن تحديد جميع الآثار الصحية المحتملة لعملية العولمة يتجاوز بكثير القدرة الحالية لقدرتنا العقلية على التقاط ديناميات نظامنا العالمي؛ بسبب جهلنا وتداخلنا مع النظام العالمي الذي قد يكون بعيد المنال[2].

وبإمكاننا ان نميز – مع التعريف الأوسع للعولمة– السمات المهمة التالية لعملية العولمة، وهي:

1– تحديد الحاجة إلى هياكل حوكمة عالمية جديدة.
2– الأسواق العالمية، والتواصل العالمي ونشر المعلومات.
3– انتقال السكان على مستوى العالم.
4– التفاعل بين الثقافات والتغيرات البيئية العالمية والتغيرات البيئية العالمية باعتبارها سمات مهمة للعولمة[3].

تعمل هذه السمات جميعها على مستوى تحديد الصحة وتؤثر على العوامل البعيدة مثل السياسات الصحية (المرتبطة)، والتنمية الاقتصادية، والتجارة، والتفاعلات الاجتماعية، والمعرفة، والتزويد من سلع وخدمات النظام البيئي. في المقابل، هذه التغييرات في العوامل البعيدة لديها القدرة على التأثير على محددات الصحة القريبة، وبالتالي على الصحة[4].

ان هذا لا يعني أن العولمة عملية مستقلة، فالعولمة تتأثر بالعديد من التطورات على المستويات الأخرى، على الرغم من عدم تضمين هذه الارتباطات في الشكل لأسباب التبسيط. بالإضافة إلى ذلك، يجب على المرء أيضًا أن يضع في اعتباره أن المحددات داخل المستوى البعيد وداخل المستوى القريب تتفاعل أيضًا مع بعضها البعض[5].

---

(1)Arevedo SM et al. Human microcysteine poisoning during hemodialysis treatment in Caruaro, Brazil. Toxicology, 2002, pp. 181-182.

(2)Baris E. Mcleod K Globalization and International Trade in the Twenty-first Century: Opportunities and Threats to the Health Sector in the South. Jourmai International Health Services, 2000, pp. 187-210.

(3)Public service palaces in Bana et al. and Aedes aegypti breeding sites in Venezuela. Bulletin from the American Health Organization. 2005, pp. 193-205.

t is an autoimmune outbreak of acute Chagas disease in the São -(4) Barrett TVet Francisco Valley region of Bahia, Brazet: Triatomine vecton and zoonotic resin of Trinosum VP. Framsactions of the Royal Sociey of Iopical meice & Hy. 1979, p .79.

Bhatnagar S, Schaware R. Information and Communication Technologies in (5) Development: Cases from India. New Delhi, Sage Publications, 2000.p.855.

لمزيد من التفاصيل ينظر:

ثالثاً: العولمة والخدمات صحية

تتأثر الخدمات الصحية بشكل متزايد بالتغيرات الناجمة عن العولمة في سياسة الرعاية الصحية، والتنمية الاقتصادية والتجارة، والمعرفة، والهجرة [1]، وعلى الرغم من أن منظمة الصحة العالمية تهدف إلى مساعدة الحكومات على تعزيز الخدمات الصحية، إلا أن مشاركة الحكومة في سياسات الرعاية الصحية آخذة في التناقص، وبالتالي أصبحت المؤسسات الطبية تواجه بشكل متزايد النموذج الاقتصادي النيوليبرالي. يُنظر إلى الصحة بشكل متزايد على أنها سلعة خاصة تاركًا لقانون السوق تحديد من تكون صحته مفيدة للاستثمار ومن لا تكون صحته وفقًا لكولينز [2]، ولم تعد مجموعات الاقتصادات التي تمر بمرحلة انتقالية محمية من قبل قطاع صحي مركزي يوفر وصولاً شاملاً للجميع، بل إن بعض المجموعات محرومة من أبسط الخدمات الطبية. فقد شهدت الولايات المتحدة والعديد من دول أمريكا اللاتينية انخفاضًا في إمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية بعد خصخصة الخدمات الصحية[3]().

يمكن أن تكون للتجارة المتزايدة في الخدمات الصحية آثار عميقة على توفير الرعاية الصحية المناسبة. على الرغم من أنه يُنظر إليه على أنه يحسن اختيار المستهلك، إلا أنه يعتقد أن بعض التطورات تنطوي على مخاطر طويلة الأجل، مثل إنشاء نظام صحي، وانتقال المهنيين الصحيين من القطاع العام إلى القطاع الخاص، والوصول غير العادل إلى الرعاية الصحية وتقويض النظم الصحية الوطنية[4]، ويعتبر الاتجار غير المشروع بالمخدرات وتوفير الوصول إلى الأدوية الخاضعة للمراقبة عبر الإنترنت مخاطر صحية محتملة[5]. بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن تؤدي عملية العولمة أيضًا إلى "هجرة الأدمغة" في قطاع الصحة نتيجة لهجرة اليد العاملة من المناطق النامية إلى المناطق المتقدمة.

-Birley MH. Guidelines for predicting the effects of vector-borne diseases on water . resource development. Geneva, World Health Organization, 1991.p 124-128

(1) Koopman JS et al Determinants and predictors of dengue infection in Mexico. American Epidemiology Friday 1991, p.133.

(2)Yehudsbury JM, Emifepur AMA. Small healthy dams statistics. Parasitology Today, 1988, pp. 57-58.

(3)Gubler DJ. The re-emergence of vector-borne diseases as a global health problem. Emerging Infectious Diseases, 1998, pp. 442-450.

(4)Traser HS, McGrath 53. Information technology and telemedicine in sub-Saharan Africa, British Medical Journal, 2000, pp.321- 465.

(5) Edger IT. Dissemination of health definition in developing countries: the role of the Internet. Bntish Medical Journal, 2000, pp. 321.

ومع ذلك، يُعتقد عمومًا أن النمو الاقتصادي المتزايد يعزز التحسينات في الرعاية الصحية. زيادة المعرفة (التكنولوجية) الناتجة عن نشر المعلومات يمكن أن تزيد من تحسين العلاج والوقاية من جميع أنواع الأمراض.

رابعاً: التقنية الصحية والتصورات المستقبلية للاحتياجات الصحية

لقد استلزم الابتكار التكنولوجي قدرًا كبيرًا في التقدم بالرعاية الصحية، وخاصة خلال العقود الثلاثة الماضية إذ التقدم في مجالات مثل التكنولوجيا الحيوية والمواد الحيوية والتقنيات الجراحية وأدت تكنولوجيا الكمبيوتر إلى تحسين الصحة بشكل ملحوظ تقديم الرعاية ونتائج المريض، فقد ساهما كلاهما في شروط القدرة التشخيصية والفعالية العلاجية، وانتشار تكنولوجيا الرعاية الصحية مصحوبة بتكاليف الرعاية الصحية المتزايدة، ولهذا السبب، فإن عددًا متزايدًا من الموضوعات (الأطباء، صانعي المنتجات الصحية والمنظمين والمرضى، المستشفيات والمديرين والدافعين والقادة الحكوميين(معلومات راسخة لدعمها قرارات حول التطوير، التبني، الاستحواذ واستخدام التقنيات الجديدة والحالية. تطوير تقييم التكنولوجيا الصحية في القطاعين الحكومي والخاص). فقد ساهم عصر الابتكار التكنولوجي في تعزيز ودعم القرارات في السياسة الصحية ليشمل مجال الرعاية الصحية[1].

ان تقنية الصحة (HT) هي التطبيق العملي للمعرفة التي تهدف الى الوقاية والتشخيص وعلاج المرض. وبالتالي، لا يتعلق هذا المصطلح فقط الأجهزة والمعدات ولكن أيضًا للإجراءات السريرية، وبرامج الوقاية والعلاجات الدوائية والأنظمة الإدارية والتنظيمية[2]. فانتشار التكنولوجيا في مجال الصحة دخل في مراحل العلاج واجراء الاختبار والتشخيص وكل ما يتعلق بالرعاية الصحية، ويمكن تصنيف التكنولوجيا الصحية على أساس مادتها الطبيعية والغرض منها ومرحلة انتشارها، فهناك تقنيات صحية تتناسب بشكل والتطور الحاصل في الطب مثلا هناك بعض التقنيات "الهجينة"، كزراعة عقار ومضخات القلب وأجهزة الاستنشاق، وتجمع بين خصائص الأدوية والأجهزة. فالعديد من الاختبارات والتقنيات الأخرى تستخدم للتشخيص أيضا تستخدم

(1) Bousquet J., Van Cauwenberge P., Khaltaev N. - Allergic Rhinitis And Its Impact On Asthma. J Allergy Clin Immunol, 2001,p.334.

(2) Thomas M. Allergic rhinitis: evidence for impact on asthma. BMC Pulm Med 2006, p44.

للفحص وتستخدم بعض التقنيات للتشخيص مثل وكذلك العلاج (مثل تصوير الأوعية التاجية للتشخيص أمراض القلب ومراقبة رأب الأوعية التاجية)[1].

ان تشجيع المنافسة العالمية لإنتاج ولتسويق فعال من المنتجات والخدمات والأفكار في مجال الصحة، وتكاليف البحث والتطوير قد زادت، وبالتالي يتطلب من الشركات التركيز على تطوير الإنتاجيات الخاصة بها، وبين ظهور شبكات تجارية لإنتاج الدواء وتسويقه عبر العالم؛ والسؤال الكبير الذي لا يزال في عقول كل المهتمين: لماذا فشلنا في خلق نهضة مبتكرة معاصرة؟ ما هو أوجه الاختلاف عن اليابان وأوروبا وشرق أسيا، واللاتي حققن ثورة عالمية في العديد من المجالات خاصة في مجال التقنيات الصحية، إنها التكنولوجيا التي تلعب دورا محوريا في تحديد ما إذا كانت الدولة تملك مثل هذه القدرات لتحويل الموارد والمواد الخام إلى سلع وخدمات وتقود الدولة لتطوير قاعدة الصناعات بها التي من شأنها أن تسهل عملية التصنيع بالسرعة والجودة والسعر المناسبين، وتجارة الشركات الدوائية العالمية لعلاج هذه الأمراض المعدية التي تصدرها الي جميع دول العالم النامي والمتقدم[2].

للتقنيات الصحية الحديثة خصائص متعددة وكثيرة منها : تراث لنتاج نشاط إنساني، ومكتسبة ومتراكمة وقابلة للنقل والانتشار ومتنوعة ومتكاملة، ومن بين هذه الخصائص ان التقنيات الصحية علم مستقل له أصوله وأهدافه ونظرياته، وهي علم تطبيقي يسعى لتطبيق المعرفة، وانها عملية تمس حياة الناس، وعملية تشتمل مدخلات وعمليات ومخرجات، وهي عملية شاملة لجميع العمليات الخاصة بالتصميم والتطوير والإدارة، والتقنيات الصحية عملية نظامية تعتني بالمنظومات ومخرجاتها نظم كاملة أي أنها نظام من نظام، وتهدف للوصول إلى حل المشكلات، والتقنيات متطورة ذاتيًا تستمر دائمًا في عمليات المراجعة والتعديل والتحسين[3].

تعد الرعاية الصحية أبعد ما تكون عن الإسهام في إشباع الحاجات الصحية، فقد كان ينظر اليها على أنها مقتصرة على مكافحة المرض، ويتمثل ذلك في الدواء والتطعيمات، لكن الإشباع يتم تحقيقه أساساً من خلال الغذاء الكافي، والسكن المناسب، والملبس والمياه الصالحة للشرب، والصرف الصحي، وتشمل التنمية التقنية الصحية العديد من العناصر منها :تحديد

---

(1) Ariano R., Berto P., Puccinelli P., Incorvaia C., Frati F. - Economic evaluation of specific immunotherapy versus symptomatic treatment in allergic asthma. Allergy 2007,p.76.

(2)Abramson M.-J., Puy R.-M., Weiner J.-M. - Is allergen immunotherapy effective in asthma? A meta-analysis of randomized controlled trials. Am J Respir Crit Care Med,1995,pp. 74-151.

(3)Ariano R., Berto P., Puccinelli P., Incorvaia C., Frati F. - Economic evaluation of specific immunotherapy versus symptomatic treatment in allergic asthma. Allergy 2007,p. 53.

الأهداف التكنولوجية العاجلة ومتوسطة وبعيدة المدى، والتعامل مع المعلومات الصحية، التخطيط المرحلي والبعيد المدي، تقييم واختيار التكنولوجيا، التطبيق والتطويع، المحاكاة والابتكار، البحث والابتكار، التأهيل والتدريب والتنظيم والادارة، دراسات الجدوى، تخطيط وتصميم المشروعات، التصميم الصناعي والتنفيذ، التعاقد والمفاوضة ، الاستيعاب والانتشار، المتابعة والتقييم، التسويق، الآثار الاجتماعية والبيئية[1].

وتتطلب عملية التنمية التكنولوجية الصحية إنشاء وإدارة وحدات الإنتاج والخدمات الحديثة المتطورة والتي يمكن أن تتم من خلال احتمالين: استيراد هذه التكنولوجيات من الخارج، وتوليد هذه التكنولوجيات محليًا عن طريق مراكز البحث والتطوير التكنولوجي الوطني والحاضنات التكنولوجية. وفيما يتعلق بعملية استيراد التكنولوجيا يجب لفت الأنظار إلى بعض الممارسات التي يمكن أن تظهر خلال عمليات الترخيص بنقل التكنولوجيا، وأهمها[2]:

- تقديم التكنولوجيا في هياة حزمة متكاملة وإقامة الصناعة بطريقة تسليم المفتاح بما ينطوي على قيام المورد بكل عمليات التصميم للمنشآت والإشراف على تنفيذها، إضافة إلى مستلزمات التكنولوجيا المنقولة من معدات وآلات ومعلومات المعرفة الفنية والأسرار الصناعية حتى نقطة التشغيل الكامل.
- اشتراط قيام الشركة الناقلة بتوريد أجهزة الإنتاج وإقامة خطوط الإنتاج بمعرفتها حتى ولو كانت الأجهزة والخطوط من النوع متعدد الأغراض والاستخدامات (أي غير التخصصي)، أو اشتراط الموردين والمتعاقدين الفرعيين الذين يقومون بذلك التوريد.
- اقتصار المعلومات المنقولة على الجوانب الفنية والعملية التي تخص التشغيل بشكل مباشر دون الكشف عن المعلومات العلمية التي تمثل القيمة الكامنة والعمق الحقيقي للتكنولوجيا، والتي تمكن الطرف المستقبل من استيعاب التكنولوجيا وهضمها بعد ذلك، إذا لزم الأمر.
- المغالاة في تقدير أثمان المواد الوسيطة التي يوردها الطرف الناقل أو التي يحتكر حقوق توريدها.
- توريد تكنولوجيا في حالة تقادم أو بعد أن تكون قد أصبحت متخلفة بالفعل ولم يعد يستخدمها الطرف الناقل في بلده.
- اشتراط نقل أية تحسينات يتوصل إليها الجانب المستقبل إلى الطرف المورد دون وجود شرط مماثل في الاتجاه العكسي.

(1)Thomas M. Allergic rhinitis: evidence for impact on asthma. BMC Pulm Med 2006,pp. 43-54.

(2)Szeinbach SL, Seoane-Vazquez EC, Beyer A, Williams PB. The impact of allergic rhinitis on work productivity. Prim Care Respir J, 2007,pp. 98-105.

- فرض قيود على أنشطة البحث والتطوير المحلي لدى الطرف المستقبل للتكنولوجيا بما يمنع من تطويرها وإدخال تعديلات عليها.
- استخدام سلاح مواصفات الجودة على النحو الذي يمنع من استيراد المواد الخام والوسيطة وغيرها من المنتجات من غير الشركة الناقلة للتكنولوجيا.

أما في ما يتعلق بعملية توليد وتنمية التكنولوجيا محليًا فإن هذا الموضوع يتطلب وجود العديد من العوامل والظروف الاقتصادية والاجتماعية التي تساعد على تنمية روح الإبداع والرغبة في إحداث تنمية تكنولوجية حقيقية للمجتمع، والتي تعمل الحاضنات بوجه عام على تنميتها[1].

هناك حاجة إلى أنواع من الخبراء الأطباء والممرضات وصانعي السياسات الصحية ومديري المستشفيات ومنظمات الرعاية الصحية الأخرى؛ والمرضى والمواطنون للجوانب الاجتماعية والثقافية؛ وعلماء الأوبئة والإحصاء الحيويون، والاقتصاديون والمحامون وعلماء الاجتماع وعلماء الأخلاق والعديد من الشخصيات الأخرى، وغيرهم من العاملين الصحيين المشاركين في المجال الأبحاث الطبية. حيث أن الهدف من تقييم التكنولوجيا الصحية هو دعم صانعي القرار لتخصيص أفضل ما هو متاح من الموارد على فاعلية القرارات المتعلقة بالتقنيات الصحية [2].

لقد اتفقت الآراء على أهمية الاستثمار في الصحة بحسب الأولويات التي يتطلبها المجتمع، لما لها من انعكاسات على معدلات العوائد الاجتماعية وبالتالي على التنمية والنمو، كما أن انخفاض العدوى يزيد من العوائد الاجتماعية وينعكس إيجابياً على التنمية والنمو، وبالتالي فإن عناصر الصحة والتغذية والتعليم والإنتاجية ذات ارتباط قوي من حيث علاقتها مع بعض البعض في التأثير على تراكم رأس المال البشري، فالأشخاص الذين يحصلون على تغذية جيدة يساهمون في رفع الإنتاجية بطريقتين:

الطريقة الأولى: من خلال تأثيرها على المستوى الصحي للفرد وهو ما سيخفض من أيام المرض للعامل وبالتالي سيزيد قدرته على تحمل أعباء العمل مما يساهم في رفع مستوى إنتاجيته.

أما الطريقة الأخرى: فهي ستؤثر بالإيجاب على المستوى التعليمي للأفراد مما يزيد من مهاراتهم ومعرفتهم وهو ما سيساهم في زيادة الصحة الجيدة ومستوى الدخل.

---

(1)Omnes L.-F., Bousquet J., Scheinmann P. et al. - Pharmacoeconomic assessment of specific immunotherapy versus current symptomatic treatment for allergic rhinitis and asthma in France. Allerg Immunol (Paris) 2007,pp.148-56.

(2) Inal A., Altintas D.-U., Yilmaz M., Karakoc G.-B., Kendirli S.- G., Sertdemir Y. - Prevention of new sensitizations by specific immunotherapy in children with rhinitis and/or asthma monosensitized to house dust mite. J Investig Allergol Clin Immunol 2007,pp. 85-91.

تمثل التحسينات في صحة الأفراد ذات علاقة وثيقة بالنمو الاقتصادي، فتطور الدولة اقتصادياً يحسن من مستوى صحة سكانها، وهو أيضاً برهان مباشر على أن الناس تحيا حياة جيدة، وبالتالي تساهم في رفع مستويات التنمية الاجتماعية والاقتصادية من خلال زيادة تراكم رأس المال البشري للأفراد، كما أن التحسينات في الصحة المنتجة ستساهم بصورة غير مباشرة في تطوير رأس المال البشري للأطفال على المدى الطويل وذلك من خلال الحفاظ على أمهاتهم على قيد الحياة وبشكل صحيح.

فالاهتمام بصحة الفرد يعد الأساس لبقائه، فالرعاية الصحية تهدف إلى القضاء على الأمراض الوبائية وتوفر الخدمة الصحية اللازمة في حالة المرض وذلك عن طريق المستشفيات أو غيرها من المصحات الطبية ولاشك أن توفير الصحة يعتبر من الحقوق الرئيسية للأفراد.

فقد كانت الدول تنظر إلى الخدمات الصحية على أنها: "خدمات اجتماعية ليست ذات صفة إنتاجية، تجود بها الدول وتمنحها لشعبها إذا توافر لديها فائض في ميزانيتها، أما إذا قصرت تلك الموارد فإنها تمنعها عن الشعب ولا تقوم بها[1].

خامساً: نقل المعرفة والتقنية الصحية من الدول المتقدمة إلى الدول النامية

يشهد العالم اليوم تطوراً هائلا في وسائل وتقنية المعلومات الصحية؛ حتى أصبح يطلق على هذا العصر –عصر الثورة المعلوماتية –وذلك للتغيرات السريعة والمتلاحقة المترتبة على التقدم العلمي والتقني والتي شملت معظم جوانب الحياة، حيث أن ثورة المعلومات هي القوة الأساسية القادمة لجميع الدول، ومن خلال هذه القوة تستطيع البلدان تحريك عصى اقتصادها وتوفير فرص العمل لشعوبها، وجذب رؤوس الأموال من جميع دول العالم ،وقد كان التوسع في استخدام تكنولوجيا المعلومات في المجال الصحي خصوصا، ناتجا عن تأثيرات العولمة، كونها فرضت نفسها بقوة في البيئة العالمية، مما أدى إلى تطوير في المنتجات والخدمات المقدمة في الصحة وحتى في بنية وتكوين المجتمعات؛ حيث أصبح معدل انتشار استخدام التقنية الصحية مقياسا لمدى تقدم المجتمع.

وتولي الدول الحديثة أهمية فائقة الموضوع الصحة والرعاية الصحية لمواطنيها وقد جاء هذا الاهتمام نتيجة لعنصرين أساسين ظهرا في المجتمعات الحديثة[2]:

(1)هشام مصطفى الجمل، دور الموارد البشرية في تمويل التنمية، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية ، 2010 ، ص34.

(2) فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية ، دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة ، عمان، 2008، ص 53 .

أ- اعتراف الدول الحديثة بالصحة وخدمات الرعاية الصحية، كحق أساسي لكل مواطن، وتبنيها لذلك عمليا حيث نصت على ذلك الحق بصراحة في دساتيرها كالتزام سياسي أمام مواطنيها، ومما يذكر بهذا الاعتراف بالصحة كحق لكافة المواطنين، ومحاولة توفير خدمات الرعاية الصحية للجميع وبشكل عادل ومتوازن، هو نتيجة للاتجاه الفكري الحضاري الذي يؤكد على أن توفير الخدمات الرعاية الصحية وضمان الوصول إليها والانتفاع بها، من قبل كافة الأفراد في المجتمع هو حق أساسي لكل مواطن، كما أكدت على ذلك منظمة الصحة العالمية.

ب- رسوخ القناعة الأكيدة لدى الأفراد والمسؤولين، بالارتباط القوي بين صحة الفرد والرفاه العام للمجتمع، فهنالك علاقة وترابط قوي بين صحة الفرد وصحة المجتمع، حيث يعتمدان على بعضهما البعض ويؤثر كل منهما في الآخر إضافة إلى العلاقة القوية بين التنمية الصحية والتنمية الشاملة، فتمتع الفرد بصحة جيدة يزيد من إنتاجيته وبالتالي مقدار مساهمته في تحقيق أهداف التنمية الشاملة، بينما يؤدي المستوى الصحي المتدني للفرد والمجتمع إلى عرقلة الجهود المبذولة في هذا السبيل.

وما يميز القرن الحادي والعشرين هو ظهور قوة المعرفة، وكيفية استخدامها في المؤسسات الصحية خصوصاً ذات القاعدة المعرفية، وأهمية عمال المعرفة (صناعها) في تكوين الثروة والقوة معا، وبناء على ذلك أصبحت تنمية وإدارة الموارد البشرية عاملا مهما في تعزيز القدرات للأفراد داخل المجتمع، لاستقطابها وتوظيفها والمحافظة عليها وتدريبها وتحفيزها والعناية بها[1].

فقد أدى التنامي المتسارع الإيقاع في المعرفة الإنسانية العالمية، وتوظيفها في مختلف صور الحياة إلى اطراد الفجوة بين اكتساب المعرفة الصحية لدينا وتوليد المعرفة العالمية ونشرها واستيعاب تطبيقاتها في حياة الناس، نتيجة تخلف ثقافة التقنية الصحية، وقيم التقنية الصحية لدى مختلف مستويات صناعة القرار، من حيث أهدافه ومحتواه وطرقه وأساليبه، لهذه التقنية البالغة التسارع والتعقيد والأهمية في الوقت ذاته وينعكس نقل المعرفة لدينا في التخلف الشديد في المجالات التالية: (اكتساب واستيعاب التقنية الصحية، و توليد وإنتاج وتفعيل التقنية الصحية وإدارتها، تطبيقات التقنية الصحية، وتوظيفها واستخدامها تكنولوجياً وحياتياً)[2].

(1)عبد الستار العلي، المدخل إلى المعرفة ، دار المسيرة للنشر والتوزيع ، عمان ، 2006 ، ص 343 .

(2) Omnes L.-F., Bousquet J., Scheinmann P. et al. - Pharmacoeconomic assessment of specific immunotherapy, versus current symptomatic treatment for allergic rhinitis and asthma in France. Allerg Immunol ,Paris, 2007, pp.39-56.

تقليدياً كان النقل السائد هو نقل التقنية في صورة آلات وأدوات وأجهزة، لكن عملية النقل اليوم تتضمن المعلومات ونقل التقنية الصحية من الدول المتقدمة على سبيل المثال: برامج الكمبيوتر والأفكار الجديدة التي قد لا تصاحب أي آلات، وقد بينت خبرات نقل التقنية الصحية أنه لا يمكن نقل تلك التقنية لكونها معقدة نوعًا ما بدون نقل المعرفة، فالأخيرة هي المفتاح الرئيسي لضبط وإدارة التقنية وعرف أحد الباحثين مفهوم النقل بأنه تحرك العلم والتكنولوجيا من مجموعة إلى أخري وهذه الحركة تتضمن استخدام المعرفة والتكنولوجيا وتوظيفها ويعد نقل المعرفة مسألة حيوية لنجاح أي مجتمع يروم الدخول إلى مجتمع المعرفة[1].

لا يقتصر نقل المعرفة على نقل البيانات والمعلومات بصفة دقيقة من حيث جملة من الأوجه التي تمكن الإنسان من إدراكها بعقله، أو تلك الأوجه التي تعتبر جديدة وبالتالي نافعة من حيث قدرتها على التطبيق والانجاز، بل إن نقل المعرفة يتعداه أعمق من ذلك بكثير، إذ يسهم إسهاماً فعالاً في التثاقف العلمي للمجتمع بكل فئاته ومكوناته، أي الإسهام في كسر الهوة بين العارف والجاهل، ومن الواضح إذن ظهور تحولات جديدة تخلق التقنيات فرصًا وتحديات كبيرة للمجتمعات. في الواقع ، بالنسبة للكثيرين البلدان النامية ، ومستوى وصولها إلى هذه التقنيات الجديدة والحالية سوف تحديد مسار تطورهم والعناية بصحة الناس ورفاههم التقدم المحرز، والتحديات المتبقية لمكافحة الأمراض وتحسين الصحة والصرف الصحي[2].

ومن أهم مشاكل نقل التكنولوجيا هي عدم موائمة التكنولوجيا المنقولة لطبيعة المجتمع المعنى، إذ لا يخفى أن التكنولوجيا المختلفة هي من إبداع المجتمعات التي ابتكرتها وهي تعكس خصائص هذه المجتمعات بما في ذلك قيمتها وتركيبها الاجتماعي، ونماذج العمل والحالة العلمية والتكنولوجية السائدة والموارد المتوفرة، لذا فلا بد وأن تراعى جميع هذه المعايير عند القيام بعملية نقل التقنية الصحية، ومن الواضح أن عدم ملائمة التكنولوجيا المنقولة لأي من خصائص أو عادات وتقاليد المجتمع المستقبل لها يؤدى إلى عدم نجاحها أو فشلها بالكامل وهذا يعود إلى تأثير التقنيات الجديدة على الصحة الوطنية وتكاليف الرعاية أو لتأثير التقنيات على توزيع الموارد ، والتأثيرات الاجتماعية والقانونية والأخلاقية والسياسية، من مجموعة متنوعة من التقنيات

(1) Ortolani C., Berto P., Frati F., Aiello A., Bertani G. - Effect Of Immunotherapy On Drug Use And Cost In Ragweed Pollen Allergic Disease In Lombardia. ISPOR 10th Annual European Congress - 20/23 October, Dublin, Ireland, 2007,pp.232.

(2) O'Rourke B, Oortwijn W, Schuller T. The new definition of health technology assessment: a milestone in international collaboration. Int J Technol Assess Health Care. 2020,pp.12–23.

(مثل الجينية الاختبارات وعلاجات الخصوبة باهظة الثمن أو غير علاجية التقنيات) تثير الاهتمامات الاجتماعية والأخلاقية الأساسية[1].

والواقع أن الدول المتقدمة تصدر لنا المعرفة والتكنولوجيا في أغلفة لا نملك أن نفضها وحزم يصعب علينا تفكيكها وفك شفراتها وأنهم يحجبون عنا تفاصيلها الدقيقة تحت دعوى جعل التكنولوجيا أكثر يسرا لشعوب العالم المختلفة وهم بذلك ينكرون علينا حق التعامل مع "التعقد" يحتكرونه لأنفسهم لنعيش نحن تحت وهم البساطة في "غيبوبة تكنولوجية مخدرة"، وسيعفوننا من مسؤوليات دراسة الجدوى وتقييم الأداء وتنمية القدرات الذاتية وما دورنا إلا مهمة تسلم المفاتيح[2].

بالإضافة إلى أن العديد من الأفراد يعطون مهابة وتعظيم للأجهزة والمعدات المستوردة وفي المقابل الاستهانة بكل ما هو محلي أو ممكن تصنيعه وتركيبه محليا، فلا بد أن يكون للجهاز كتالوج بلغة أجنبية ولا بد الخبير الأجنبي أن يقول أن هذا هو أحدث جهاز ومضمون نجاحه في العمل المخصص لأدائه وأن أي فشل يرجع للعاملين على الجهاز أو مستخدمي هذه التكنولوجيا، وهو الأخطر لأن مافيا المصالح التي ربطت مصالحها بالشركات الموردة بالخارج هي التي تحارب بكل شراسة ضد أي تكنولوجيا محلية وتدفع السوق دفعا للاعتماد كليا على كل ما هو مستورد مما أدى إلى أضعاف القدرات المحلية على التطوير[3] .

ولا جدال انه لو استطعنا عبور فجوة المعرفة بين الشمال والجنوب بنجاح ونعني نقل المعرفة وتداولها بالسرعة اللازمة، إلا انه سيبقي أمامنا التحدي الأعظم وهو الإسهام في إنتاج المعرفة ذاتها، ذلك أن استهلاك المعرفة المنتجة في الخارج على الرغم من أهميته القصوى وضرورته إلا أنه ليس ضماناً للتقدم، فقد ثبت أن نقل التكنولوجيا وإن كان يمكن ان يشبع عدداً من الحاجات الأساسية للتنمية في مرحلة ما إلا انه لابد للمجتمع أن ينتقل إلى مرحلة إبداع التكنولوجيا والتي من خلالها يستطيع المجتمع ان يخلق التكنولوجيا الملائمة له بالإضافة إلى الإسهام في عملية الإبداع العالمية العلمية والتكنولوجية ولذلك مردود اقتصادي عالي القيمة، بالإضافة إلى أنه يحقق بعض مطالب الاعتماد على الذات[4] .

---

(1) Thomas M. Allergic rhinitis: evidence for impact on asthma. BMC Pulm Med 2006, p.33.

2() نبيل علي، تحديات عصر المعلومات، سلسلة الأعمال العلمية، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، 2003، ص 29.

(3) ممدوح فتحي عبد الصبور، نقل التكنولوجيا إلى الدول النامية، مجلة أسيوط للدراسات البيئية، مركز الدراسات والبحوث البيئية، العدد (30) ، جامعة أسيوط ، يناير 2006 ، ص 109 .

4() السيد يسين، العالمية والعولمة، ط2، نهضة مصر للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2001 ، ص ص 349-350 .

ومن المفيد التمييز بين نقل المعرفة وتوطين المعرفة والقدرة الاستيعابية لتوطين المعرفة، حيث أن التوطين يتطلب إنتاج وتوظيف المعرفة داخليا ولذلك يعتبر نقل المعرفة وسيلة ضرورية ولكنها ليست كافية لتوطينها، ولذلك يصبح نقل المعرفة والتكنولوجيا مفيدا حينما تتكامل استراتيجيات نقل المعرفة وتندمج مع وفي سياسات واستراتيجيات توطين وإنتاج المعرفة ،أما القدرة الاستيعابية فتعني توفر القدر الكافي من البيئات التمكينية والموارد المالية والبشرية والتعليم والتدريب والبنية التحتية وتكنولوجيا المعلومات والاتصالات والبحوث والتطوير وحقوق الملكية الفكرية [1] .

لذا لابد من تمهيد الطريق لنقل التكنولوجيا إلى الإنسان العربي بتثقيفه وتأهيله لتطبيقها وتقبلها والتعامل معها بشكل طبيعي ويتم كذلك توفير كافة الإمكانات المطلوبة للعلماء المتخصصين حتى تنمو القدرة الذاتية للعالم العربي، فلا يتوقف إبداعه عند استخدامه التكنولوجيا الغربية واستيعابها، بل يتجاوز ذلك إلى المنافسة والتفوق من واقع إدراكه لمشكلات بيئته التي تتطلب تكنولوجيا من نوع معين، وإن أكبر خطأ نرتكبه في عالمنا العربي المعاصر هو أن نركز على دراسة التكنولوجيا وتطبيقاتها ونواتجها دون أن يتواكب مع ذلك التركيز على التقدم العلمي على المستوى النظري، وأن السبب الرئيسي في تخلفنا عن الركب الحضاري في الميدان التكنولوجي هو أننا نكتفى في معظم الأحيان باستيراد التكنولوجيا ونحاول استيعاب تطبيقاتها المختلفة دون الاهتمام بمعرفة ما وراء هذه التطبيقات التكنولوجية، وبالطبع فإن غياب المعرفة بالنظرية العلمية يجعل من الصعب جدا على دارس أو باحث أن يفهم تطبيقاتها ونواتجها التكنولوجية بصورة جيدة[2].

تعد البلدان العربية بعيدة عن مجتمع المعرفة، بمعنى ان فجوة المعرفة بين العديد من البلدان العربية ضخمة وتتنامي بصورة متسارعة، حتى يقدر البعض أن فرصة البلدان العربية في اللحاق بمجتمعات المعرفة تتطلب قيام نمط من النمو الأساسي في اكتساب المعرفة وتوظيفها حتى يمكن سد الفجوة المعرفية، وينطوي نمط النمو هذا على تسارع إنتاج المعرفة وتوظيفها بمعدلات أسرع مما ساد في مجتمعات المعرفة الحالية [3].

ومما سبق، يتبين لنا الارتباط الوثيق بين الثورة المعرفية وما يرافقها من أمية تكنولوجية، وبين قدرة الأفراد العاديين على الوصول إلى مصادر المعلومات والمعرفة، وهذه القدرة تتطلب

---

(1)الشباب وتوطين المعرفة، تقرير المعرفة العربي 2014 ، دار الغرير للطباعة والنشر، الإمارات العربية المتحدة، 2014، ص 41 .

2()مصطفى النشار، ضد العولمة، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2001 ، ص ص 228–29

(3) نحو إقامة مجتمع المعرفة، تقرير التنمية الإنسانية العربية 2003 ، المكتب الإقليمي للدول العربية، عمان، 2003 ، ص ص 40-41 .

أولا: التطوير الجذري للبنية التحتية للمعلومات والاتصالات في كل بلد، وثانياً: خفض كلفة الوصول إلى مصادر المعلومات وثالثاً القضاء على الأمية السائدة في مجال التعامل مع التكنولوجيا[1].

(1) عمر أحمد همشري، المكتبة ومهارات استخدامها، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان ، 2009، ص 39 .

تمهيد:

أصبحت التنمية في عالمنا المعاصر من أهم القضايا التي يزداد الاهتمام بها يوماً بعد يوم في كل المجتمعات المتقدمة منها أو النامية على حد سواء والمجتمعات إذ تهتم بتنمية مواردها وثرواتها العامة والاقتصادية فإن العنصر البشري هو الأصل في كل ما عداه من عناصر المجتمع حيث يلقى الاهتمام الأول من حيث أن الإنسان هو العنصر الأساسي للتنمية.

ويعد العنصر البشري هو قوة الدفع الحقيقية لعملية التنمية ومن ثم كان الاهتمام بضرورة تنمية الموارد البشرية على أساس أن الإنسان هو غاية عملية التنمية وفى نفس الوقت وسيلتها.

كما يعد العنصر البشري من أهم الموارد التي يجب الاهتمام بها حتى يتمكن من أداء أدواره والمساهمة الفّعالة في الأنشطة التنموية في المجتمع ومن ثم فإن نجاح أي جهد تنموي يعتمد على السلامة الجسمية والعقلية والنفسية للإنسان حتى يتمكن المجتمع من استثماره لتحقيق أهداف التنمية، وعلى الرغم من الاهتمام بالعنصر البشري سواء على مستوى الدول المتقدمة أو النامية إلا أنه يتعرض للعديد من المشكلات سواء الصحية أو الاجتماعية والتي تنعكس بدورها على التنمية.

تحتل الصحة مكانة أساسية في مجال تنمية راس المال البشري، كونها نقطة الارتكاز التي يقوم عليها النشاط الإنساني، فبقاء واستمرارية الإنسان والحماية من المرض هما صلب الرفاه البشري، ومن منطلق أن الصحة الجيدة هي التي تمكن المرء من الاختيار والتمتع بالحرية وإحراز التقدم، أما تردي الصحة في حالات المرض والإصابة والعجز؛ فإنه يقلص هذه القدرات الإنسانية الأساسية ويؤدي بالإنسان إلى الضعف والوهن، وعدم القدرة على تلبية احتياجاته.

أمام تزايد الدعوات التي تنادي بضرورة توفير الرعاية الصحية وتحسينها من طرف المنظمات والهيئات العالمية المختصة في مجال الصحة، وكذا ما تبذله الدول من مجهودات قصد توفير وتحسين رعاية صحية لمواطنيها بالإضافة إلى هذا؛ فإن التنمية البشرية تجعل من الصحة ركيزة أساسية ضمن مؤشراتها، التي تعتمد عليها في إعداد وإصدار تقاريرها حول وضعية التنمية البشرية في مختلف دول العالم، فالمتمعن في هذه التقارير يتأكد لديه أنها في كل مرة تحمل قضايا جوهرية مثل: التعليم، التغذية، الصحة، المياه، حقوق المرأة وغيرها من القضايا المثارة على مستوى المجتمعات خاصة المجتمعات النامية أو المتخلفة.

فضلاً عن ذلك فان، عدم الإنصاف الذي تنطوي عليه التنمية المستدامة بين الأجيال يجبرنا أيضًا على النظر في حق الأجيال القادمة في حياة صحية. غالبًا ما تكون المسارات من العولمة إلى الصحة معقدة من خلال العديد من العوامل، مثل التنمية الاقتصادية، نمط الحياة

والتغيرات البيئية. لذلك تحديد الآثار الصحية المستقبلية للعولمة تتطلب نهجًا أكثر شمولية مما كان عليه في السابق. لإضافة بُعد صحي إلى السيناريوهات العالمية الحالية من أجل استكشاف الآثار الصحية المستقبلية للعولمة.

سيتم في هذا الفصل تناول معوقات التنمية البشرية في المجال الصحي من خلال التعرض للموضوعات التالية : الرعاية الصحية والتنمية البشرية، الصحة كأحد حقوق الإنسان و هدف نهائي ووسيلة من ناحية التنمية البشرية، إشباع الحاجات الصحية وأثره على تنمية رأس المال البشرية، الصعوبات التي تواجه الصحة في البلاد العربية واقع القطاع الصحي في العراق.

أولا : الرعاية الصحية والتنمية البشرية:

تُعد الرعاية الصحية بؤرة اهتمام التنمية البشرية، حيث توفر هذه الرعاية فرص القضاء على العلل والأمراض التي تحد من قدرات الأفراد على العمل والإنتاج، أو المشاركة في الحياة الاقتصادية والاجتماعية بصفة عامة، كما تتضمن الرعاية الصحية كذلك توفير خدمات التوعية الصحية والتغذية السليمة والوقاية من الأمراض، بالإضافة إلى رعاية المعاقين ذوي الاحتياجات الخاصة والمسنين، وهي فئات كثيرا ما تعاني من صور البطالة والعجز، وهنا تكون برامج الرعاية الصحية أحد المداخل أو الأعمدة التي تقوم عليها التنمية البشرية، حيث لا عمل دون صحة جيدة، ولا مشاركة بدون توافر ظروف صحية يمكن تحقيقها، ولا أمن لمن يعانون من وطأة المرض وقسوته، وكذلك دون معرفة واسعة بشروط توفير الصحة والسلامة، والوقاية من الأمراض، وهي أمور تقوم عليها القدرات الإنتاجية المادية، وكذلك السياسية والثقافية والاجتماعية[1].

ويقول تيودور شولز العالم الاقتصادي في كتابه (إستثمار الإنسان): "إن الإستثمار في الإنسان، صحة، وغذاء وتعليماً، يعتبر أغلى وأضمن سبيل ذي عائد إنساني، وهو مسؤولية جماعية"[2].

وتعرف التنمية البشرية بأنها ليست مجرد تغير في قدرات الناس عن طريق الصحة والتعليم والتغذية فحسب بل تعني إضافة لذلك انتفاع الناس بقدراتهم والتحسينات فيها سواء في مجال العمل أو التمتع بوقت الفراغ[3].

---

(1) حاتم عبدالمنعم أحمد، مشكلات التنمية الريفية، دراسة أيكولوجية مقارنة، دار النصر للتوزيع والنشر، القاهرة، 2002، ص 69 .

([2])ابراهيم جميل بدران، نحو منظومة صحية عربية متكاملة، مؤسسة عبد الحميد شومان، عمان، 2008، ص16.

[3]() هناء حافظ بدوي، التنمية الاجتماعية، رؤية واقعية من منظور الخدمة الاجتماعية، دار المعارف، القاهرة، 2000، ص 199 .

تعد خدمات الصحة وما يتعلق بها ربما من أهم الأهداف الحيوية لأي دولة تهتم بمواطنيها، وهناك جدل مستمر بين المتخصصين والكوادر المثقفة وصناع القرار بخصوص ترتيب الأولويات حين يبدأ التخطيط لأية مشاريع بناء أو تطوير في أي بلد، ونقاط الاختلاف عادة تكون حول سلم الأولويات: ما الذي يأتي على رأس هذا السلم الذي تعتبر كل درجة فيه بنفس القدر من الأهمية مع الأخرى، وقد نتفق على المدى القصير مع القائلين بأن الأمن لا بد وأن يصعد إلى أعلى درجات سلم الأولويات، فأمن المواطن هو من أمن البلد، وأمن البلد يحققه رجال الجيش والشرطة والمخابرات وليس رجال الصحة، وقد يرى البعض أن الأمن يأتي قبل توفير أية خدمات ذلك لأن توفير تلك الخدمات والحفاظ على استمراريتها يعتمد في الأساس على توفير الأمن والأمان وبذلك فإن أمن البلد وأمن المواطن لا يمكنهما الانتظار، ولكن قد يكون بإمكان الخدمات الصحية أن تقف في طابور الأولويات بعد ذلك مباشرة؛ وتلك هي وجهة نظر مقبولة وواقعية على الأقل في الأمد القريب.

وهناك أيضاً من يرى بأن التعليم يعتبر أولوية قصوى وقد يسبق الصحة على أساس أنه لا تعليم صحي ولا خبرات صحية بدون تعليم عام، كذلك فإن التعليم هو بدوره يتعلق بحياة وراحة كل إنسان، لكن بالمقابل أيضاً إذا ترك الإنسان المريض بدون علاج فإنه لا محالة سوف يموت إلا النادر المحظوظ، أما إذا ترك إنساناً بدون تعليم فإنه بكل تأكيد لن يموت بسبب ذلك بل إنه ربما يبحث عن وسائط أخرى يتعلم من خلالها ما يفيده في حياته إلى أن تتوفر له المدرسة والمعهد والجامعة.

وقد عرفت منظمة الصحة العالمية الصحة على أنها حالة السلامة والتكامل والكفاية من الناحية البدنية والنفسية والاجتماعية وليست مجرد الخلو من المرض أو العجز[1].

كما أكد دستور منظمة الصحة العالمية على أن التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه هو أحد الحقوق الاساسية لكل إنسان، دون تمييز بسبب العنصر أو الدين أو العقيدة أو الحالة الاقتصادية أو الاجتماعية[2].

لقد ساهم هذا التعريف في دفع التفكير الصحي قدماً متجاوزاً حدود الرؤية التقليدية المحدودة التي تربط الصحة بالمرض فقط، إلى رؤية أكثر شمولية وإيجابية فيما يخص رفاهية وإنتاجية الإنسان وربطها بالأبعاد الاجتماعية والاقتصادية لما له من تأثير على التنمية.

([1]) CecillyMaller& et.al, Healthy People : the Health Benefits of Contact with Nature in a Park context ; A Review of Current Literature, Vol. 1, School of Health Sciences, Faculty of Health & Behavioural Sciences, Deakin University, Victoria, 2002, P.9.

([2])Clair A Poduca, Measuring the Progressive Realization of Economic, Social And Cultural Rights, A paper prepared for the human Right Institute Conference, Economic Rights: Conceptual, Measurement and Policy Issues, tablel, Article 12. 2005, P.17.

تعد الصحة من المعايير المهمة للتنمية البشرية، والتحسينات في مجال الصحة والتغذية كما هو الحال في التعليم ربما يكونان السبب أو النتيجة المباشرة للنمو البشري والمستدام بالوقت نفسه، كما أن تحسين الصحة يزيد من فاعلية قوة العمل أيضاً وذلك من خلال معالجة الضعف والوهن وخفض معدلات وفيات الأطفال وهذه تساعد على توسيع قاعدة الموارد البشرية، كما أن الطلب على الرعاية الصحية بشكل عام هو طلب مشتق من خلال رغبة الأفراد والمجتمع في العيش ضمن وسط صحي سليم، يأمن الفرد والمجتمع من إصابته بالأمراض[1].

ان الانسان هو محرك التنمية وقائدها وهو الذي يطور مستوى استخدام الموارد المادية، ومن هنا يحتل موضوع تكوين رأس المال البشري أهمية خاصة باعتباره يمثل حجر الاساس في كل تنمية او تطوير، لم يعد هناك شك في ان رأس المال البشري هو احد المقومات الاساسية لتنمية المؤسسات الاقتصادية، بل يمكن القول انه المحدد الاول والاساسي لهذا النجاح حيث ان توافر قوى عاملة ذات كفاءة ومسؤولية تمكنها من النهوض بأعباء العمل وتحقق أهداف المؤسسات واستخدام امكانياتها المادية المتاحة بأكبر كفاءة ممكنة[1].

ثانياً: الصحة كأحد حقوق الإنسان و هدف نهائي ووسيلة من ناحية التنمية البشرية

لمفهوم الصحة درجات ابتداء من مجرد الحياة والبقاء، أي الخلو من الأمراض، إلى المناعة ضد العدوى والإصابة بالمرض إلى قوة الاحتمال والنشاط الجسمي الحيوي، إلى سلامة الجسم والعقل والروح، إلى التوافق والتكيف مع المجتمع والقدرة المبدعة على العمل والمشاركة في مختلف جوانب الحياة وحق الإنسان في الصحة كأحد حقوق الإنسان من وجهة النظر القانونية وكذلك أهمية تمتع الإنسان بالصحة كحاجة من حاجاته الإنسانية من وجهة النظر الاجتماعية الإنمائية، وهي من الناحية القانونية هدف نهائي، ومن ناحية التنمية البشرية هدف نهائي ووسيلة في الوقت ذاته[2].

وعندما نشير إلى الصحة بوصفها حقاً من حقوق الإنسان فإنه من الضروري أن يفكر في المدلول الحقيقي لهذا الحق، ومن الناحية التاريخية فان الحق في الصحة كان واحد من آخر الحقوق التي أعلنت في دساتير معظم دول العالم حيث شكل الإعلان العالمي لحقوق الإنسان انطلاقة في عام 1948 بالنص في المادة 25 على أنه[3]:

---

(1) Barbara , Ingham, Economics and Development, Mc Graw – Hill Book Company Ltd London, 1995 , p 93.

(2) حمدي الحناوي، رأس المال البشري تأصيل نظري وتطبيق على مصر، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، 2002، ص17.

(3) المعتصم بالله الحورانة، ديما وصوص، التنمية البشرية المستدامة والنظم التعليمية، دار الخليج، عمان، 2009، ص 114 .

(4) المعتصم بالله الحورانة، المرجع السابق ، ص ص 115 – 116.

1- لكل فرد الحق في مستوى من المعيشة كاف لصحته وسلامته كشخص ولعائلته بما في ذلك الطعام والكساء والمسكن والرعاية الطبية والخدمات الاجتماعية الضرورية.

2- الأمومة والطفولة لهما حق في رعاية ومساعدة خاصة، جميع الأطفال سواء مولودين في نطاق حياة زوجية أم خارجها سوف يتمتعون بنفس هذه الحماية الاجتماعية.

ويستطيع المرء من خلال الدراسة المدققة للدور المؤثر للخدمات الصحية أن يدرك بصورة أفضل علاقة الاعتماد المتبادل بين الصحة ومشروعات القطاع الاجتماعي الأخرى التي تشكل جنباً إلى جنب مع المشروعات الاقتصادية الإطار العام لخطة التنمية الوطنية.

وللخدمات الصحية وظيفة تعليمية لها أهميتها البالغة فيما يتعلق بالتنمية، وقد لفت علماء الأنثروبولوجيا بوجه خاص أنظار المتخصصين في التنمية إلى هذه الحقيقة، إذ كشفت دراساتهم عن معتقدات وممارسات الثقافات التقليدية عن الأهمية الخاصة المضفاه على صحة الإنسان في هذه الثقافات، وفي الأغلب الأعم من الحالات كان الشفاء ينسب إلى قوى غير منظورة، وليس إلى من يؤدي طقس الشفاء (الطبيب الساحر أو الكاهن) ومع ظهور الطب، حدثت تغيرات في الموقف تركت أثرها في التنمية الاقتصادية والاجتماعية[1].

وهناك توافق على أن الصحة تشكل ركناً أساسياً من أركان التنمية البشرية، لأنها نقطة الارتكاز التي يقوم عليها النشاط الإنساني، غير أن الصحة تمثل كذلك عنصراً جوهرياً لأمن الإنسان، لأن البقاء والحماية من المرض هما في صلب مختلف مفاهيم الرفاه الإنساني، فالصحة الجيدة هي التي تمكن المرء من الاختيار والتمتع بالحرية وإحراز التقدم، أما تردي الصحة في حالات المرض والإصابة والعجز فإنه يقوض هذه القدرات الإنسانية الأساسية وقد يفضي إلى انتكاسات كارثية للأفراد والجماعات والاقتصاديات[2].

ويشير المفهوم إلى مجموعة العوامل السياسية والاقتصادية والاجتماعية والبيئية التي تؤثر في صحة الفرد بجانب الرعاية الطبية، وعلى ذلك يدور هذا المفهوم حول كافة الجهود التي تبذلها النظم الاجتماعية المختلفة للحفاظ على الصحة والوقاية من المرض، وبجانب ذلك فإن هناك عوامل أخرى حول مفهوم الرعاية الصحية وهي[3]:

أ- العوامل الاجتماعية التي تؤثر على تغذية الإنسان والمفاهيم السائدة نحو الخدمات الصحية المتوفرة.

([1]) محمد حافظ حجازي، إدارة الموارد البشرية، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، القاهرة، 2005 ، ص ص 5 -6.

2() برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية الإنسانية العربي للعام 2009، المكتب الإقليمي للدول العربية، شركة 55 للنشر، لبنان، ص 145 .

[3]() عبد الحي محمود صالح ، السيد رمضان، أسس الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1999، ص ص 9-10 .

ب- العوامل الاقتصادية التي تحدد الحجم اللازم من الموارد الاقتصادية لإنتاج الخدمات الصحية، وكيفية توزيعها.

ج- العوامل السياسية التي تعكس أولويات توزيع الموارد في الخطط الصحية المختلفة، وصورة التشريعات الصحية اللازمة لتنظيم القطاع الصحي.

د- العوامل البيئية ومدى توفر المياه النقية ومدى تلوث البيئة.

فالتغذية السيئة تقلل مقاومة الجسم للمرض، والجوع واعتلال الصحة يضعفان الإنتاجية ويحدان من قدرة الفرد على تأمين المزيد من الغذاء، واكتساب المزيد من القدرة على مقاومة المرض، كذلك تقترن الأوضاع السيئة فيما يتعلق بالسكن، وبتوافر مياه الشرب، وشبكات الصرف الصحي بنسبة عالية من حدوث أمراض الإسهال، وتشجع نسبة الوفيات العالية بين الأطفال على ارتفاع معدلات المواليد، مما يؤدي إلى إضافة أعداد جديدة من السكان تحتاج إلى الغذاء والملبس، والمسكن ولا تتوافر لها موارد كافية[1].

وإن هدف القطاع الصحي ينبغي أن يكون التحسين المطرد للحالة الصحية للسكان من خلال فاعلية العناصر والمدخلات الحياتية المختلفة إلى جانب المدخلات والعناصر الطبية بشقيها الوقائي والعلاجي، وإذا ما أريد لشعار الصحة للجميع أن يتحقق أو يقترب في اتجاه التحقق فان الأمر يقتضي إعطاء الأولوية اللازمة للجوانب والإجراءات الوقائية المرتبطة بصحة البيئة وسلامتها، وتوافر الشروط الأولية لاطراد التحسن في الحالة الصحية متمثلة في شبكات المياه النقية ومصادرها وفي شبكات المجاري وغيرها من وسائل التخلص من الفضلات، فضلاً عن إشاعة المعرفة ومهارات الصحة الأولية بين مختلف الشرائح السكانية بمختلف وسائل التثقيف والتدريب والتوعية والإعلام[2].

ثالثاً: إشباع الحاجات الصحية وأثره على تنمية رأس المال البشري

الرعاية الصحية في تعريفها التقليدي والحصري هي أبعد ما تكون عن الإسهام في إشباع الحاجات الصحية، فقد كان ينظر اليها على أنها مقتصرة على مكافحة المرض، ويتمثل ذلك في الدواء والتطعيمات، لكن الإشباع يتم تحقيقه أساساً من خلال الغذاء الكافي، والسكن المناسب، والملبس والمياه الصالحة للشرب، والصرف الصحي.

1() برنامج الأمم المتحدة للبيئة، حاجات الإنسان الأساسية في الوطن العربي، ترجمة: عبد السلام رضوان، عالم المعرفة (150)، الكويت، 1990، ص ص 207- 08 .

2() حامد عمار، في بناء الإنسان العربي، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، 1988، ص 65 .

وقد اتفقت الآراء على أهمية الاستثمار في الصحة والتعليم حسب الأولويات التي يتطلبها المجتمع، لما لها من انعكاسات على معدلات العوائد الاجتماعية وبالتالي على التنمية والنمو، كما أن انخفاض العدوى يزيد من العوائد الاجتماعية وينعكس إيجابياً على التنمية والنمو[1].

ومن ثم فإن عناصر الصحة والتغذية والتعليم والإنتاجية ذات ارتباط قوي من حيث علاقتها مع بعض البعض في التأثير على تراكم رأس المال البشري، فالأشخاص الذين يحصلون على تغذية جيدة يساهمون في رفع الإنتاجية بطريقتين:

الطريقة الأولى: من خلال تأثيرها على المستوى الصحي للفرد وهو ما سيخفض من أيام المرضى للعامل، وبالتالي سيزيد قدرته على تحمل أعباء العمل مما يساهم في رفع مستوى إنتاجيته.

أما الطريقة الأخرى: فهي ستؤثر بالإيجاب على المستوى التعليمي للأفراد مما يزيد من مهاراتهم ومعرفتهم وهو ما سيساهم في زيادة الصحة الجيدة ومستوى الدخل.

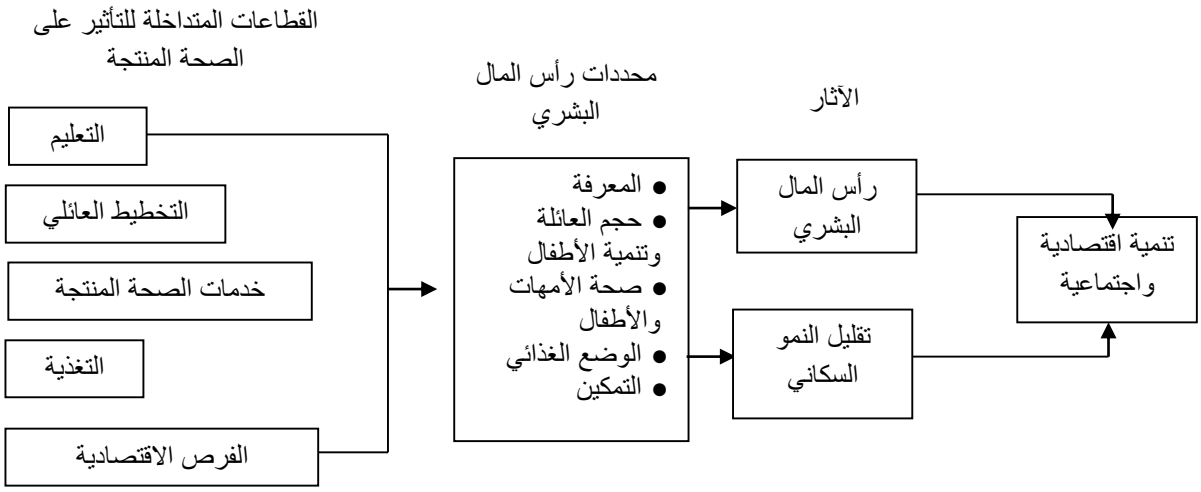
وتُعد التحسينات في صحة الأفراد ذو علاقة وثيقة بالنمو الاقتصادي، فتطور الدولة اقتصادياً يحسن من مستوى صحة سكانها، وهو أيضاً برهان مباشر على أن الناس تحيا حياة جيدة، وبالتالي تساهم في رفع مستويات التنمية الاجتماعية والاقتصادية من خلال زيادة تراكم رأس المال البشري للأفراد، كما أن التحسينات في الصحة المنتجة ستساهم بصورة غير مباشرة في تطوير رأس المال البشري للأطفال على المدى الطويل وذلك من خلال الحفاظ على أمهاتهم على قيد الحياة وبشكل صحيح[2].

([1])Feinian Chen & Guangya Liu , The Health Implications of Grandparents Caring for Grandchildren in China , Department of Sociology, University of Maryland, College Park , 2012,p.32.

(2) Feinian Chen & Guangya Liu , OP. cit, P, 12.

والشكل(1) يوضح كيف تتداخل القطاعات وتأثيرها على الصحة المنتجة وكيف تساهم في عملية التنمية الشاملة.

شكل (1) تنمية رأس المال البشري كإطار للصحة المنتجة [1]



ويعتمد إشباع الحاجات الصحية في أي مجتمع على ثلاثة متغيرات رئيسة[2]:

1- تحديد الأولويات الصحية:

يتم تحديد الأولويات الصحية من قبل الناس، وتختلف الطريقة التي يحدد بها الناس الأولويات ودرجة مشاركتهم ويؤدي غياب المشاركة الاجتماعية في تحديد الأولويات الصحية إلى تأكيد الفجوة بين الأولويات الصحية كما يحددها المشتغلون بالمجال الصحي والحاجات الصحية كما يشعر بها الناس.

2- حالة التكنولوجيا الصحية:

تعتمد القدرة على التدخل في أي مرحلة من مراحل مشكلة ما صحية على مدى توافر التكنولوجيا الصحية المطلوبة، والتحدي الذي يواجه المشتغلين بالعمل الصحي في الوقت الحاضر لا يتمثل في تطوير تقنيات جديدة فحسب، بل يتمثل أيضاً في كيفية خلق وتحسين نظم يمكنها استخدام التكنولوجيا الملائمة، أي التقنيات البسيطة والفعالة والمقبولة والأقل تكلفة، وتمثل مواجهة هذا التحدي عاملاً حاسماً في التغلب على النقص الخطير في الأيدي العاملة في المجال الصحي في بلدان نامية عديدة.

3- تنظيم وإدارة الخدمات الصحية:

---

(1) Barbara Seligman&et. Al, Reproductive Health and Human capital : A frame work for expanding Policy dialogue, the policy project, USAID, Washington, USA, April, 1997, P,9.

(2) برنامج الأمم المتحدة للبيئة، حاجات الإنسان الأساسية في الوطن العربي، مرجع سابق ، ص ص 209-213.

تتأثر عملية تنظيم وإدارة الخدمات الصحية عادة بأنماط التنظيم والإدارة السائدة في الأنشطة الخدمية الأخرى على المستوى الوطني والمحلي، ويتطلب ذلك تطور الميكانيزمات التي يمكن لأفراد الجماعة أو المجتمع المحلي أن يشاركوا من خلالها في تحديد طبيعة المشكلات والتخطيط والتنفيذ.

وهناك مؤشرات في المجال الصحي للتنمية البشرية أهمها[1]:

أ- مياه الشرب والمرافق الصحية: يرتبط هذا المؤشر بتوافر المياه الصالحة للشرب والمرافق الصحية بنسبة السكان الذين يمكنهم الحصول على المياه المأمونة، والذين تتوافر لهم المرافق الصحية، ويعد توافر المياه الصالحة للشرب إحدى الركائز الرئيسية لتحقيق تنمية بشرية صحيحة وخالية من الأمراض المتعددة التي تنتقل عن طريق المياه الملوثة بيولوجياً وكيميائياً وخاصة المياه الجوفية التي يتزايد فيها تركيز مركبات النترات.

ب- كما أن توافر درجة مرتفعة من الانتفاع بمرافق الصرف الصحي يعد مسألة أساسية للتنمية المستدامة، حيث يدل هذا المؤشر على النسبة المئوية للسكان المتاح لهم الانتفاع بمرافق تفصل بطريقة صحيحة فضلات الإنسان والمراحيض عن البشر والحيوانات والحشرات.

انجاز خدمات الرعاية الصحية ويتمثل في توافر مرافق الرعاية الصحية الأولية والتحصين ضد الأمراض المعدية، واستخدام الوسائل الحديثة لمنع الحمل.

وكذلك تحسين التغذية وتوسيع إمكانات الحصول على الرعاية الصحية الأساسية ورفع مستوى التعليم وتحسين تنظيم الأسرة هي عوامل تؤدي إلى التخفيف من عبء الحمل والولادة، وتحسين الحالة الصحية للمرأة.

وتمثل الحاجة إلى الصحة ضرورة أساسية، من حيث أنها عنصر لا غنى عنه لبقاء الإنسان وللتنمية والنمو والإنتاجية والاستمتاع بالحياة، وفي العصور الحديثة أصبح ينظر إلى الرعاية الصحية على أنها حق لكل إنسان ومن ثمة أنها تستمد شرعيتها من حقيقة أنها تشبع إحدى الحاجات الإنسانية الأساسية.

ويمكن حل معظم مشكلات المجتمعات بجهودها الخاصة من خلال استغلال مواردها، والاستخدام الحكيم للأساليب التكنولوجية البسيطة المتاحة، وكل المحاولات التي جرت في الماضي لترسيخ نظام يستهدف تزويد المستشفيات والمؤسسات الصحية بأفراد على مستوى عال من التدريب وبأجهزة ومعدات معقدة مآلها الفشل والتوصية التي نقدمها في هذا الصدد هي أن

---

[1]()نواز عبد الرحمن الهيتي، التنمية المستدامة.. الإطار العام والتطبيقات، مركز الإمارات للدراسات والبحوث الاستراتيجية، أبو ظبي، 2009 ، ص 63 .

يتم استخدام نهج الرعاية الصحية الأولية من أجل ربط المجتمعات المحلية المهددة بالموارد الصحية المتاحة[1].

رابعاً: الصعوبات التي تواجه الصحة في البلاد العربية

لقد حققت البلدان العربية على مدى العقود الماضية تقدماً مشهوداً في الحد من مسببات الوفاة الطبيعية ومن ثم إطالة العمر، ويتبدى ذلك في ارتفاع متوسط العمر المتوقع وانخفاض معدل وفيات الرضع، غير أن الصحة ليست مضمونة لجميع المواطنين في البلدان العربية، إذ ما زالت النساء يعانين الإهمال أكثر من غيرهن، ويعانين الممارسات القائمة على التحيز في معاملة الجنسين، يضاف إلى ذلك أنظمة الصحة التي غالباً ما يكبلها العجز البيروقراطي، وتدني القدرات المهنية ونقص التمويل في ظل تعاظم الإخطار الصحية جراء انتشار أمراض معدية جديدة، وعلى الرغم من الموارد الوفيرة التي تزخر بها المنطقة العربية شهدت السنوات الماضية ركوداً في كل مؤشرات الصحة الرئيسية فيها، يضاف إلى ذلك أن الأفكار والمقاربات العالمية الرائدة في مجالات الصحة وأمن الإنسان والتي جرى اعتمادها في مناطق أخرى من العالم لم تترسخ بعد في معظم البلدان.

ويأتي موضوع الصحة على درجة متدنية من سلم الأولويات بالنسبة إلى الميزانيات والبرامج الخاصة بالتنمية في البلدان العربية، بل أن الصحة العامة تعامل كمسألة ثانوية مقارنة بقضايا أخرى، مثل الحاجات الأساسية وإيجاد فرص العمل والنمو الاقتصادي، وعلى هذا الأساس يتعذر على الهيئات الصحية أن تواجه التحديات القائمة أو المحتملة التي تواجه سكان المنطقة في وقت قلما تبدل فيه الجهود لتقصي الخيارات التي تنطوي على تظافر عدة قطاعات تمويلية لدعم مقاربة الصحة وأمن الإنسان معاً.

أما من حيث الصحة وعلاقتها بالمعرفة فان السلوك الصحي للناس يتأثر تأثراً بالغاً بمعارفهم الصحية وبكيفية تعاطيهم بأمور الصحة والمخاطر المرتبطة بها، كما تعد أنماط سلوك الناس بدورها من المحددات الرئيسية لمعدل الوفيات، مثلها مثل تواتر حالات المرض والعجز والنتائج الاجتماعية والاقتصادية الناجمة عنها، ويؤسس ذلك بدوره علاقة مهمة بين السلوك وأمن الإنسان، ويطرح التدخين مثالاً كبيراً للدلالة على هذه العلاقة ذلك أن المنطقة العربية ينتشر فيها المدخنون بنسبة عالية لا بل أنها تضم واحداً من أعلى معدلات التدخين في العالم[2].

ومن المعروف أن التدخين يسهم بصورة رئيسية في زيادة معدل الوفيات، وحدوث الأمراض، والاعتماد على خدمات الرعاية الصحية. من هنا يفرض التدخين مزيداً من الأعباء الاقتصادية على العائلة ويستنفذ الموارد على الصعيد الاجتماعي.

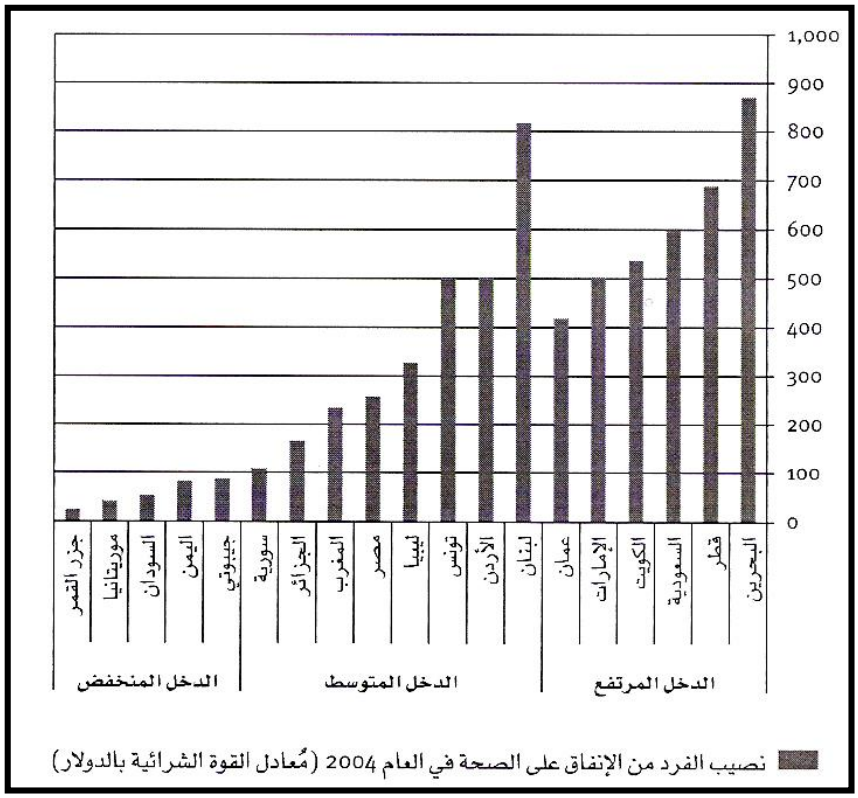
1()برنامج الأمم المتحدة للبيئة، حاجات الإنسان الأساسية في الوطن العربي، مرجع سابق، ص 246 .

2() برنامج الامم المتحدة الانمائي، تقرير التنمية الانسانية العربية للعام 2009 ، مرجع سابق ، ص 148 .

كذلك تسهم التوجهات العامة في تعزيز الصمت الذي يكتنف موضوع مرض نقص المناعة المكتسب (الايدز) في البلدان العربية وهو الصمت الذي يؤدي إلى زيادة انتشار المرض عند حظر نشر المعلومات عنه[1]. وتعاني البلدان العربية في معظمها من اختلالات في الأبعاد المتعلقة بالحالة الصحية مقارنة بالبلدان النامية والمتقدمة فتتفاوت معدلات العمر المتوقع عند الميلاد تفاوتاً كبيراً، ففي الصومال يصل الى 45 سنة وكذلك جيبوتي بينما يصل إلى 75 سنة في الإمارات وهو قريب من مستواه في المجتمعات المتقدمة، وفي جميع البلاد العربية إما يساوي العمر المتوقع للنساء نظيره عند الرجال أو يتجاوزه ولكن الفارق بينهم لا يزيد عن 2,5 سنة في حوالي ثلث البلاد العربية، أما الثلث الباقي فالفارق يتراوح بين 3 و 3,5 سنة وهو أقل من متوسط الفارق العالمي البالغ 4 سنوات.

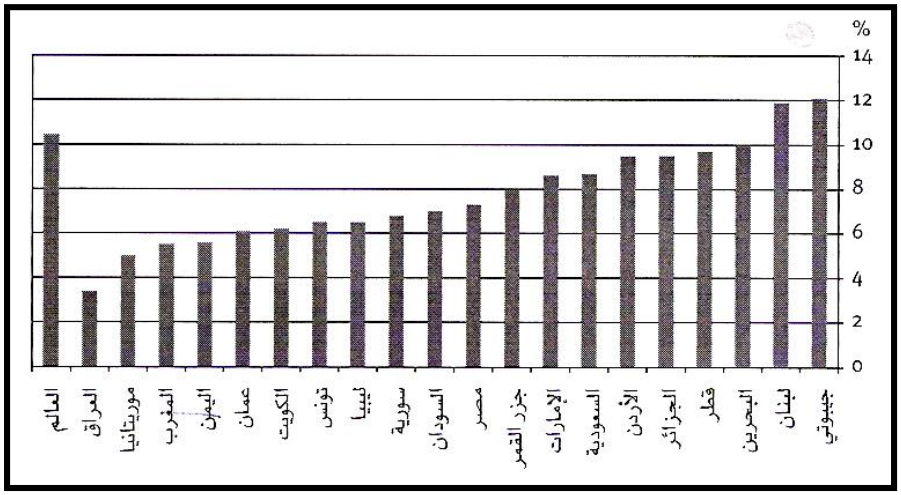
وتنفق معظم البلدان العربية على الصحة بين 3% من ناتجها المحلي الاجمالي، لبنان وقطر حيث توجد أعلى نسبة من الإنفاق على الصحة، بينما تمثل الصومال مؤخرة البلدان العربية من حيث الإنفاق على الصحة، ويتراوح الانفاق على الصحة لكل فرد بالدولارات من مستوى منخفض يبلغ 11 دولاراً إلى مستوى مرتفع 1105 دولارات[2].

الشكل (2) التفاوت في الإنفاق على الصحة في البلدان العربية 2004 [3]

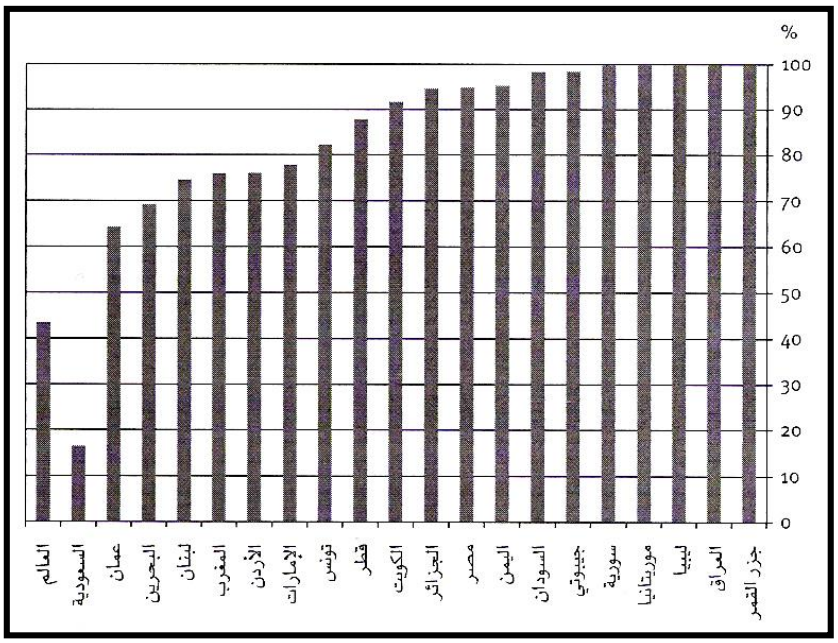


1()برنامج الامم المتحدة الانمائي، تقرير التنمية الانسانية العربية للعام 2009 ، مرجع سابق ، ص 155 .
2()اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، السياسات الاجتماعية البلدان العربية (تحليل بنائي تاريخي) سلسلة دراسات السياسات الاجتماعية، الامم المتحدة، نيويورك، 2003 ، ص 127 .
(3) تقرير التنمية الإنسانية العربية 2009 .

الشكل (3) نصيب الانفاق على الصحة العامة من إجمالي الإنفاق الحكومي (%) في 20 بلداً عربياً ، 2005[1]



الشكل (4) نصيب الإنفاق الشخصي على الصحة من الإنفاق الصحي الخاص (%) في 20 بلداً عربياً ، 2005[2]



ويقصد بالإنفاق الشخصي كل ما تدفعه الأسرة بما في ذلك المنح والدفعات العينية، للأطباء ومزودي الأدوية والمعدات العلاجية، وأية سلع أو خدمات أخرى ترمي أساساً إلى

([1]).برنامج الامم المتحدة الانمائي، تقرير التنمية الانسانية العربية للعام 2009 ، مرجع سابق ، ص 132

([2])تقرير التنمية الإنسانية العربية 2009 ، مرجع سابق .

الإسهام في استعادة الأوضاع الصحية للأفراد أو الجماعات السكانية، وهي جزء من النفقات الصحية الخاصة.

ويمكن أن نوجز الصعوبات التي تواجه النظم الصحية في البلاد العربية في النقاط الآتية:

1- الموارد المحدودة: لا تنفق الحكومات ما يكفي على الصحة الإجمالية، وتنفق حتى أقل من ذلك على الصحة الأساسية فباستثناء لبنان والاردن وتونس (حيث توجد أعلى نسبة إنفاق) يتراوح الإنفاق على الصحة في الدول العربية خلال (2001) بين 3% و 5,5% من ناتجها الإجمالي، وفي المقابل تنفق البلدان متوسطة الدخل 6% والبلدان مرتفعة الدخل تنفق 10.8% [1].

2- سوء تخصيص الموارد: تميل معظم نظم الرعاية الصحية العربية إلى التقليل من أهمية الرعاية الصحية الوقائية ومن الاستثمار في برامج وإجراءات الرعاية الوقائية والرعاية الأولية، مركزة بدلاً من ذلك بصورة رئيسية على الخدمات العلاجية وينعكس هذا عادة في مخصصات القطاع العام في موازنة الدول وفي أنماط الإنفاق على القطاع الصحي، ويميل التركيز على الرعاية العلاجية والعلاج في المستشفيات إلى زيادة التكاليف لا احتوائها، خاصة عند اعتمادها اعتماداً كبيراً على الثقافة المتقدمة المكلفة[2].

3- ارتفاع التكاليف: ارتفاع تكاليف العلاج الخاص بنسبة أكبر من ارتفاع الأجور مما يؤدي إلى زيادة الضغط على الخدمات الصحية الحكومية.

4- عدم العدالة في توزيع الأطباء: يعتمد نجاح أي نظام للرعاية الصحية اعتماداً رئيسياً على الذي يقدمه الأطباء والممرضون والعاملون في مجال الخدمات الطبية، ونجد أن البلدان العربية ككل لا تعاني من نقص في الأطباء ولكنها تعاني من عدم مساواة خطير في توزيع الأطباء بين المناطق الحضرية والريفية، وبين مناطق الأغنياء والفقراء[3]، فقلما يرغب الأطباء الحاصلون على تدريب عال في العمل في المناطق الريفية.

5- عدم العدالة في الوصول للخدمات الصحية: يسهم الفقر في اعتلال الصحة ويمكن أن يكون حاجزاً أمام الوصول للرعاية الصحية، فالفقراء دائماً هم الذين لا يتمتعون بقدرة الحصول على المياه والصرف الصحي، والذين لا يستطيعون شراء العقاقير والذين لا يتلقون التعليم حول الوقاية من فيروس نقص المناعة وحول تنظيم الأسرة[4].

6- انتهاج نموذج طبي حيوي ضيق يقوم على العناية العلاجية في المستشفيات ويتركز على معالجة الأمراض.

---

(1)World Bank. World development indicator 2004, op. cit., 88-90.

2() برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية الإنسانية العربية "خلق فرص للأجيال المقبلة، 2002 ، ص 38 .

3() برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية الإنسانية العربية 2002 ، مرجع سابق ، ص 40 .

(4)برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية البشرية 2003 ، ص 38 .

7- المستشفيات ذات التقنية العالية والساعية إلى الربح المادي والتي تقدم المعالجة بكلفة عالية وفق أحدث الأساليب ولكن لأقلية صغيرة من المواطنين الأثرياء.

8- عجز الأنظمة في بلدان الدخل المرتفع عن ترجمة التمويل الوافر إلى مكاسب صحية.

9- تزايد الإنفاق الخارج عن حدود ميزانية الأسرة على المتطلبات الصحية ما يزيد وطأة الأعباء على الأفراد والعائلات على حد سواء .

10- الغياب العام للضمان الاجتماعي الصحي والمزايا الوظيفية التي يقدمها أرباب العمل[1].

11- تستمر الممارسات الصحية الضارة المتجذرة في أعماق العادات والموروثات الاجتماعية في التسبب بتدهور المستويات الصحية ولاسيما بين النساء.

12- تتسم البيانات الصحية بالقصور والنقص وغالباً بعدم المصداقية مما يجعل من الصعب رسم السياسات الصحية الفعالة أو الوصول إلى المحتاجين[2].

خامساً: واقع القطاع الصحي في العراق

ليس العراق الأفضل حالاً من باقي الدول العربية بل تردت مستويات الخدمات الصحية فيها إلى معدلات كبيرة سواء من حيث الاهتمام برعاية الأم والطفل أو المياه الصالحة للشرب أو خدمات الصرف الصحي ناهيك عن الخدمات العلاجية الأخرى وليس أدل على ذلك من توافد العراقيين للعلاج في دول الجوار وبأعداد كبيرة في السنوات الماضية، وكذلك عدم تأهيل المستشفيات وعدم قدرتها على توفير خدمات الإسعاف في حالات الطوارئ كما حدث إبان انتشار جائحة كورونا.

وتوجه انتقادات واسعة إلى قطاع الصحة العامة نظراً لتدني مستوى الجودة وانعدام الكفاءة فيه، وعدم تجاوبه مع احتياجات المرض والإحالة المتكررة للمرضى على القطاع الخاص، واتسمت الأوضاع الصحية في المرحلة السابقة بالتدهور والتدني وانعدام الثقة ويعزى ذلك إلى خمس مشاكل رئيسية هي[3]:

1- تخبط في الإدارة وفي الهيكلة والجمع بين التخطيط والتنفيذ والرقابة.

2- تذبذب ونقص ما يخصص لقطاع الصحة من أموال.

3- هدر الكثير من الإمكانيات المادية والبشرية.

4- فقدان الثقة في الخدمات الصحية ولجوء العديد من المرضى الى العلاج في الخارج.

5- غياب خطة واضحة المعالم وقابلة للتنفيذ للخدمات الصحية.

---

(1)برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية الإنسانية العربية للعام 2009 ، مرجع سابق ، ص ص 14-15.

(2) برنامج الأمم المتحدة الانمائي ، تقرير التنمية الانسانية العربية ، مرجع سابق ، ص 14 .

(3)عدنان ياسين مصطفى، جائحة كورونا وأهداف التنمية المستدامة في العراق التضامن الانساني في مجتمع متحول، مجلة الدراسات المستدامة، السنة الثالثة، المجلد الثالث، العدد الثالث، ملحق(2)، 2021، ص736.

بالإضافة إلي كل ذلك تشير التقارير إلى عدم وجود استراتيجية وطنية وسياسات وبرامج تنفيذية واضحة خاصة بمعالجة مياه الصرف الصحي وتلوث المياه والاستخدام غير المرشد لها.

وتشير بيانات منظمة الصحة العالمية بشأن العراق إلى تذبذبا في نسبة الإنفاق الصحي قياساً إلى الناتج المحلي الإجمالي ضمن الموازنة الاتحادية من نحو(3%) في عام (2007) إلى نحو (7،6%) في عام (2010) وإلى (7%- 5،5%) في عام (2012) اقتصرت نسبة الإنفاق في الخدمات الصحية كنسبة من الإنفاق الإجمالي العام على (6 %) في عام (2013)

أرقام الإنفاق على الخدمات الصحية في العراق يمكن العثور عليها ببعض الصعوبات، لكن المشكلة هنا تكمن في الفرق والتناقض في معظم الأحيان بين المسجل على الورق وبين ما يصل فعليا للمرافق الصحية التي تقدم خدمات للناس، وهناك عوامل أخرى منها الاحتيال والتلاعب بالأرقام ومنها العمولات والرشاوي وأموال تنفق تحت بنود مائعة وأموال أخرى تذهب من هنا وهناك لا يتم توثيقها .

ان الاهداف الصحية لخطة التنمية الوطنية (2013-2017) لم تتحقق اكثرها وذلك بسبب تدهور الوضع الأمني لا سيما بعد دخول داعش الأراضي العراقية واتجاه البلد نحو توفير خدمات الأمن والدفاع عن طريق زيادة التخصيصات المالية على حساب القطاع الصحي.

ويجب التذكير بميزانية الصحة لعام (2019) والتي بلغت (1,5) ترليون مليار دينار عراقي، ولكن لم نر أي مردودات ذات قيمة لهذه الميزانية الضخمة التي يجب تتبع كل بنود وسجلات إنفاقها إن وجدت[1].

1- البنية التحتية للخدمات الصحية في العراق:

عدد المرافق الصحية الأولية مثل مجمع العيادات والمستوصفات ومستشفيات المناطق العمومية لم يتعد (1699) مرفقاً في بلد واسع الأطراف شاسع المسافات بين كثير من مدنه وقراه، كما أن الحالة التي كانت ولازالت عليها هذه المرافق يرثى لها، فالكثير منها عاطل عن العمل والكثير الآخر مازال تحت الصيانة ولعدة سنوات بدون إحداث أي تقدم يذكر، وبلغ عدد المستشفيات العاملة في العراق حسب عام (2021) ما مجمله (165) مستشفى[2].

هناك أيضاً عامل إنعدام الصيانة لهذه المباني والمنشآت، عدم تهيئتها من حيث البدء لتكون صالحة للظروف الجوية سواء حرارة الصيف الشديدة أو برد الشتاء القارص، كما أن هذه المنشآت لم تبنى بطريقة تحمي محتوياتها من السرقة والنهب، والكثير منها لم يكن مخططاً لها بأن تأوي الحالات الطارئة أو أن تستطيع تقديم خدمات علاجية سريعة تكفي لإعداد المريض للنقل لمرافق صحيّة أكبر، هناك أيضاً غياب واضح للإهتمام بالمستوصفات نظراً لأن التخطيط

[1]() خطة التنمية الوطنية (2018- 2022) جمهورية العراق ، وزارة التخطيط ، ص 132.
[2]() جمهورية العراق ، وزارة الصحة ، قسم المشاريع التنموية إحصائية عام 2021 .

المبدئي كان بأن تقوم هذه المستوصفات بتقديم خدمات علاجية محدودة جدا كالعناية بالجروح والإصابات البسيطة أو ربما قياس سكر الدم وبعضها يمكن من خلاله تقديم خدمات الأمومة والطفولة المتواضعة جداً، الكثير من هذه المستوصفات لا توجد بها خدمات أشعة أو تخطيط القلب أو صيدلية، ولا يوجد بها طبيباً مقيماً أو حتى بدوام منتظم حلال الفترة الصباحيّة.

لا تختلف مستشفيات المدن كثيراً عن المستشفيات الريفية، وهي كلها بدون استثناء في حاجة إلى إعادة تأهيل بما يتماشى مع التطورات الحديثة في التطبيب والعلاج، وتفتقر إلى أساسيات المرفق الصحي في بلد يعتبر طقسه ساخناً معظم أشهر السنة مع غياب شبه كلي لعمليات الصيانة الطارئة والروتينية، وتحتاج إلى الخدمات الأخرى المكملة لمهمّة الطبيب مثل العلاج الطبيعي وإعادة التأهيل وعلوم التغذية فهي كلها غير متوفرة نظراً لاعتبارها غير ذات قيمة علاجية في تفكير من كان يخطط للخدمات الصحية في بلادنا[1].

وهناك مشكلة أخرى تخص البنية التحتية في العراق وهي الإختيار العشوائي لهذه المراكز الصحية "الكبرى" وغياب التخصص في خدماتها.

مما تقدم يمكن عد الفساد الإداري أحد أهم الأسباب في تردي الخدمات الصحية في العراق فعلى سبيل المثال نجد أن نسبة المخصص من الإمداد الطبي بميزانية قطاع الصحة إلى مخصصات الميزانية الإدارية لعام 2017 هي (1,5) ترليون، و 2% لعام 2018، و 2,2% لعام 2019 و 3% لعام 2020 وقد كانت ميزانية قطاع الصحة والبيئة للعام 2021(2,2) ترليون. أي أن أكثر من(3،4%)[2].

وقد استمر التخبط وسوء التصرف الإداري وقد ظهر واضحاً للعيان في ملف علاج المصابين بجائحة كورونا، فقد صرفت مليارات الدينارات من خلال لجان متعددة ليس لديها الخبرة الكافية، في الوقت الذي كان فيه بالإمكان تجهيز مستشفيات الدولة مقارنة بالمدة الطويلة التي بقى فيها هذا الملف مفتوحاً.

جدول (1) يوضح عدد المستشفيات والمراكز الصحية في العراق[3]

المحافظة	عدد المستشفيات الحكومية	عدد المستشفيات الأهلية	عدد المراكز الصحية الأولية
بغداد	25	65	250
نينوى	12	21	186
كركوك	9	28	94

[1]() مجموعة البنك الدولي تقرير العراق إعادة الاعمار والاستثمار ،(تقييم الاضرار والاحتياجات للمحافظات المتضررة)ج (2) - 2018، ص15.

[2]() استراتيجية التخفيف من الفقر في العراق (2018-2022) العراق ، وزارة التخطيط ، اللجنة العليا لاستراتيجية التخفيف من الفقر بالتعاون مع البنك الدولي . ص17.

[3]() وزارة التخطيط ، خطة التنمية الوطنية العراقية (2018- 2022) ، ص 193- 197.

صلاح الدين	6	27	88
ديالى	10	19	100
الأنبار	12	30	156
بابل	23	35	101
واسط	9	22	62
كربلاء	8	31	69
النجف	13	36	84
القادسية	5	5	96
ذي قار	7	14	140
المثنى	4	4	62
ميسان	7	8	90
البصرة	15	38	121
المجموع	165	282	1699

ان توفير الحكومة قدراً ملائماً من الخدمات الصحية على وفق انفاق صحي يتمتع بالعدالة و الكفاءة اصبح حقاً من حقوق الأنسان وليس اجتهاد حكومي إذ أن الإنفاق الصحي يعد من اولويات الأنفاق التنموي و ن تمتع الانسان بصحة جيدة يعد هدف أساس للتنمية البشرية وكذلك هدف مهم من الأهداف الالفية لان الصحة الجيدة تعود بالنفع للمجتمع ككل عن طريق مساهمتها الفعالة في عملية النمو الاقتصادي و السلم المجتمعي، و على وفق المعطيات الواردة في الجدول السابق يتبين ان الأنفاق الصحي في العراق شهد تذبذباً كبيراً بين انخفاض وارتفاع بسيط، وهذا الأمر لا يتناسب مع حجم التحديات التي يمر بها المجتمع العراقي ولاسيما التحديات الأمنية، وان الارتفاع في حجم الإنفاق وفي جميع السنوات ينصب لصالح النفقات التشغيلية على حساب النفقات الاستثمارية لا سيما ان البلد بحاجة ماسة إلى إعادة النظر في البنى التحتية للقطاع الصحي مع وجود نقص في المراكز والمستشفيات والأدوية[1].

2- الجانب البشري للخدمات الصحية في العراق:

لا توجد سوى معلومات جزئية وإحصائيات أو أرقام عن أعداد ومؤهلات العاملين في القطاع الصحّي من السهل التشكيك في مصداقيتها.

بلغ عدد العاملين في قطاع الصحّة حسب تقارير عام 2010 حوالي (22594) بعد ان كان في عام 2009 (19647) طبيب وطبيبة وفي عام 2008 (17476) طبيب وطبيبة (ماعدا اقليم كردستان)[2].

[1]()خطة التنمية الوطنية (2018- 2022) جمهورية العراق ، وزارة التخطيط ، ص 232.
[2]() جمهورية العراق، وزارة الصحة ، قسم الإحصاء والقوى العاملة ، بيانات من (2006- 2011).

تقول المعلومات المتوفرة بأن عدد الأطباء العاملين في العراق حسب عام 2020كان قد بلغ(28487) طبيباً وطبيبة، هذا يجعل لكل 17 طبيب 10,000 مواطن ومواطنة وهي نسبة من الناحية النظرية عالية جداً وقد تقاس بمستويات الكثير من الدول المتقدمة[1].

لقد تم التوسع في إنشاء كليات الطب في مختلف مناطق البلاد حتى بلغ عددها 22 كلية حكومية واهلية، حتى بلغ عدد المسجلين في جميع كليات الطب العراقية في عام 2020 إلى ما يزيد عن 13000 طالب وطالبة، بكل تأكيد كان الاهتمام بالكم وليس بالكيف، ومن هنا فإننا من السهل أن نتصور الكيفية التي تعلم بها كل هؤلاء في ظل نواقص حادة في كل مستلزمات التعليم والتدريب، وهذه الأعداد المأهولة من الأطباء والطبيبات تحصل أصحابها على رخص لممارسة مهنة الطب ولكن لم يتحصلوا على التدريب الكافي ولا على الأهلية السريرية لممارسة المهنة، فساهم ذلك في تدني مستوى الخدمات الطبية في بلادنا وخلق بوناً كبيراً بين من يقدم الخدمات ومن يستقبلها، أي بين الطبيب من ناحية والمريض من ناحية أخرى، مما أدى إلى فقدان ثقة المواطن في طبيب البلد نتيجة لكثرة الأخطاء التي حصلت، ونتيجة للإخفاقات الكبيرة من قبل الأطباء العراقيين للبرهنة على أنهم بقدر المهمة الموكلة إليهم اتجه معظم العراقيين على أثر ذلك إلى تركيا ولبنان وايران والهند، وغيرها من دول العالم باحثين عن علاج ناجع من أطباء غير عراقيين، وغياب عامل الثقة هذا قد يحتاج إلى أكثر من عقد من الزمان لإعادته وقد يحتاج إلى جيل بأكمله[2].

تذكر بعض الاحصائيات بأن عدد الأطباء العراقيون المقيمون في الخارج كان قد بلغ أكثر من 5000 متوزعين في أوروبا وأمريكا، ودول الخليج العربي، وبعض دول العالم الأخرى، بكل تأكيد العراق في أمس الحاجة لهذه العقول العراقية صاحبة التخصصات الرفيعة والخبرات الكبيرة بهدف الاستفادة منها في بناء قطاع الصحة في بلادنا [3].

فهذه الخبرات تعد ذخر العراق وثروتها الثمينة جداً والتي لا يمكن قياسها بثروة النفط والغاز، فبالعقل يمكنك صناعة المال وثروته، ولكن لا يمكنك أبداً بالمال شراء عقول أو إنتاجها، وهذه الثروة يجب جذبها للعودة لداخل الوطن مهما كان الثمن المنظور لأنها تعتبر مشروعاً استثماريا مربحاً في المدى القصير والطويل، وهذا المشروع مضمون المردود من جميع النواحي وسوف لن يكون مكلفاً كثيراً مهما أنفقنا عليه لو فكرنا بعقلية استراتيجية تنظر إلى الأمام لعشرات السنين.

---

[1])جمهورية العراق، وزارة الصحة ، قسم الإحصاء والقوى العاملة ، بيانات من عام (2016- 2020)

[2]) السياسة الصحية الوطنية (2014-2024) جمهورية العراق وزارة الصحة ، 2014، ص10.

3) جمهورية العراق، وزارة الصحة ، قسم الإحصاء والقوى العاملة ، مصدر سابق.

من خلال ما تقدم يمكن الوقوف على مكامن الضعف وإصلاحها بما يمكن من الارتقاء بالوضع الصحي في العراق، وذلك بالآتي:[1]

رصد الأخطار ومصادر الضرر التي تؤثر في الصحة العامة وضبطها واستقصاؤها، وتقييم اماكن الحصول على الخدمات الصحية الضرورية وضمان الوصول إليها في واقع الممارسة، والارتقاء بمستوى الصحة والوعي العام للقضايا الصحية، وتنمية العاملين المتخصصين في المجال الصحي وتدريبهم، وتشجيع مشاركة المجتمعات المحلية وتمكين المواطنين من الحصول على الخدمات الصحية.

وضمان الجودة للخدمات الصحية، ورسم السياسات وتنمية المهارات المؤسسية في مجالات التخطيط والإدارة والتنسيق في المجال الصحي، وإجراء الدراسات لإيجاد الحلول المبتكرة لمشكلات الصحة العامة وتطبيق مثل هذه المبادرات، والإفادة من التقنيات الحديثة لتأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة ومساعدتهم على الاندماج والمشاركة في التنمية، والعناية والاهتمام بالأم والطفل، وتوفير المياه الصالحة للشرب، ومساعدة الأسر بالتأمين الصحي للتغلب على الأعباء المادية لتكاليف العلاج، والنظر في قدرة الأسرة على توفير الغذاء الصحي، والعناية بالبيئة ومنظومات الصرف الصحي ومكبات القمامة، وتثقيف المواطن صحياً وإنشاء المراكز الرياضية ونشرها.

نستنتج مما سبق ان المجال الصحي والمعوقات التي تواجه التنمية البشرية في هذا المجال، تمثل بؤرة اهتمام التنمية البشرية، حيث إن صحة الإنسان وسلامته بشكل عام تنعكس ايجابيا على كل أنواع التنمية في المجتمع والتنمية البشرية خاصة.

[1]) تقرير التنمية الإنسانية العربية ، 2009 ، مرجع سابق ، ص 159 .

تمهيد:

تعد الإجراءات المنهجية 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.

والواقع أن البحث العلمي يتطلب بعض الخطوات والاجراءات المنطقية المنتظمة لاختبار الحقائق والظواهر والحكم عليها والتوصل إلى نتائج أساسية، قد تكون هي نفسها محل بحث واختبارات علمية لاحقة، وذلك للتأكد من مدى صحتها ومستويات تقييمها للوصول إلى نظريات وقوانين أكثر دقة واحكاما.

يتناول هذا الجزء بعرض وتحليل الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية حيث يعرض الخطوات التي يتم السير عليها بداية من معرفة أهداف الدراسة الميدانية ثم معرفة نوع الدراسة والمنهج المستخدم ثم معرفة أدوات الدراسة، واختيار فقرات الاستبيان وذلك من ضمن الأسس والمعايير المتعارف عليها مثل الإبعاد عن التعقيد اللفظي واستخدام المفردات الأكثر شيوعا لدى أفراد مجتمع البحث، وعينة الدراسة وكيفية اختيارها ثم معرفة حدود الدراسة ومجالاتها ثم معرفة أساليب الدراسة المعالجة الإحصائية للدراسة، وذلك بعد الرجوع إلى بعض المراجع ذات الصلة بموضوع الدراسة.

ولذا كان لزاماً على الباحثة أن تقوم بتحديد إشكالية الدراسة(حيث سبق تحديد إشكالية الدراسة وأهميتها وأهدافها، ومفاهيم البحث في الفصل الأول)، والاشارة إلى الاجراءات المنهجية التي اتبعتها في تناول هذه الإشكالية حتى الانتهاء من صياغة النتائج النهائية للدراسة، وعليه فان الباحثة سوف تقوم من خلال هذا الفصل عرض لإجراءات الدراسة وتتضمن توضيح نوع الدراسة، والمنهج, وفروض الدراسة، وأداة الدراسة، ومجتمع وعينة الدراسة, ومجالات الدراسة، الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.

وبناء على ما سبق، فسيتم 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.

أولاً: نوع الدراسة

إن الباحث في العلوم الإجتماعية والإنسانية بصفة عامة، وعلم الإجتماع بصفة خاصة يعرف أن هذه العلوم تندرج تحت دراسات معينة حسب طبيعة ونوعية هذه الدراسة، وبالتالي تتخذ كل دراسة مجالاً خاصاً تسير وفقه بما يتلاءم مع قواعد وأسس هذه الأنواع.

ومن خلال موضوع الدراسة وطرح اهدافها وتساؤلاتها وفروضها ودراساتها السابقة فإن العمل يندرج تحت الدراسات الوصفية Descriptive Researches حيث يهدف الباحث في علم الإجتماع من وراء القيام بالدراسة الوصفية إلى إكتشاف الوقائع الإجتماعية، بمعنى وصف الحقيقة كمحاولة اكتشاف طريقة تصرف الناس أو البحث في ماهية المجتمع.

ومن ثم لاتنحصر أهدافه في مجرد جمع البيانات والمعلومات عن ظاهرة، أو وضع اجتماعى ما، أو الاكتفاء بتوصيفه، بل يحاول تقديم تفسير له، واستخلاص دلالاته المختلفة[1]، وذلك وفقا للأطر النظرية المتبناه. وهو ما يمثل فرصة علمية لإختبار تلك الأطر وفقاً لمحكات واقعية.

حيث يطرح الواقع الاجتماعى – محل الدراسة – مجمل أوضاعه، وتشابكاته، وملابساته، وتصبح الفرصة مهيأة أمام الباحث العلمي لاختبار صدق مقولاته، وتوجهاته النظرية، فإما أنها تتدعم، أو تتعرض للنقض والتفنيد، كلياً أو جزئياً، ومن ثم يصبح من المهم مراجعة إطاره النظري الذي انطلق منه بالأساس. وهنا تحاول الدراسة الراهنة إكتشاف ووصف عولمة المرض ومتطلبات التقنية الصحية لتنمية رأس المال البشري.

ثانياً: المنهج المُستخدم في الدراسة

إن المنهج مجرد أسلوب يسير على نهجه الباحث لكي يحقق الهدف من البحث كأن يجد إجابة مناسبة للسؤال الذي يطرقه أو يستطيع التحقق من الغرض الذي يبدأ به بحثه وفي قول آخر يحدد المنهج بأنه عبارة عن مجموعة من الأسس والقواعد والخطوات المنهجية التي يستعين بها الباحث، في تنظيم النشاط الإنشائي الذي يقوم به من اجل التقصي عن الحقائق العلمية أو الفحص الدقيق لها.

اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج الوصفي لمناسبته أهداف الدراسة حيث يقوم هذا المنهج بدراسة الظاهرة كما توجد في الواقع بوصفها وصفاً دقيقاً فيوضح خصائصها وحجمها ودرجة ارتباطها مع الظواهر الأخرى القائمة عن طريق جمع المعلومات وتصنيفها وتنظيمها

(1) Mike o’donnell, Introduction to sociology, Nelson, surry, U.K. 1997, pp:25-27.

والتعبير عنها كماً وكيفاً مما يسهل فهم العلاقات بين الظاهرة المراد دراستها والظواهر الأخرى ويعتبر المنهج الوصفي من أكثر المناهج استخداماً في الدراسات الاجتماعية.

يتطلب هذا المنهج جمع بيانات حول الظاهرة محل البحث على وفق الملاحظة والمشاهدة وإجراء مسوحات ميدانية، والتي تعتمد بدرجة كبيرة على اختيار عينات مناسبة بمختلف أنواعها[1].

كما استخدمت الدراسة الراهنة أسلوب المسح الإجتماعي social survey والذي تعتقد أنه يتلاءم مع طبيعة هذه الدراسة، حيث تجمع المعلومات والبيانات، ومن ثم تصنف، وتنظم ويتم التعبير عنها كماً وكيفاً، وهذا سوف ما تتبعه الدراسة الراهنة وتنتهجه.

ويتضمن المسح الإجتماعي تحديد مجتمع البحث، واختيار العينة الممثلة لهذا المجتمع، واستخدام معدلات الصدق والثبات، وجمع البيانات عن طريق الإستبيان، أو المقابلات المقننة (الإستبار) وجدولة البيانات وتحليلها وتفسيرها في ضوء الأطر النظرية الموجهة للدراسة ووفقاً لأهداف المشروع[2].

تعتمد الدراسة على منهج المسح الاجتماعي Social Survey بالعينة حيث أنه أكثر المناهج ملائمة لموضوع الدراسة، ويتعلق بالجانب العملي إذ يحاول الكشف عن الأوضاع القائمة لمحاولة النهوض بها ووضع خطة أو برنامج للإصلاح[3].

استعانت الدراسة الراهنة بالمنهج التاريخي Historical Method وذلك لربط التطورات التاريخية للمرض على المستوى العالمي وفي العراق على وجه الخصوص وعلاقته بالواقع الإجتماعي الحالي وأثره على تنمية رأس المال البشري.

كذلك إستعانت الدراسة الراهنة بالمنهج الإحصائي statistic method الذي سوف يستخدم بهذا الفصل, والفصل الذي يليه لتحليل واظهار البيانات والقياسات والمؤشرات الناتجة عن الدراسة الميدانية.

ثالثاً: فرضيات الدراسة:

تقوم الدراسة على فرضية وجود ، علاقة دالة احصائية بين عولمة المرض ومتطلبات التقنية الصحية لتنمية رأس المال البشري.

([1])حمد سليمان المشوخي، تقنيات ومناهج البحث العلمي تحليل أكاديمي لكتابة الرسائل والبحوث العلمية، منشأة المعارف، الإسكندرية، 2002 ، ص177 .

[2]()محمد سيد فهمى وآخرون، مقدمة في بحوث الخدمة الإجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، ، 1998، ص 218.

(3) غريب سيد أحمد، تصميم وتنفيذ البحث الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية،1997، ص 209.

وعلى ضوء هذه الفرضية صيغت فروض فرعية أخرى هي:

الفرض الأول: توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات المبحوثين طبقاً لمتغيراتهم الديموغرافية في وجهات نظرهم حول عولمة المرض وطبيعة التقنية الصحية المطلوبة لتنمية رأس المال البشري.

الفرض الثاني: توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المبحوثين في تشكيل رؤاهم في العلاقة بين العولمة ونقل الأمراض المعدية.

الفرض الثالث: توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المبحوثين في تشكيل رؤاهم في المتطلبات التقنية الطبية المطلوب توافرها في المستشفيات.

الفرض الرابع: توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين الخدمات الصحية وتنمية رأس المال البشري.

الفرض الخامس: توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين مدى رضا عينة الدراسة عن دور وزارة الصحة والمجتمع في القضاء على الامراض المعدية في العراق.

الفرض السادس: توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين المعوقات التي تعوق أداء الأطباء في المؤسسات الصحية من اداء أدوارهم بالشكل المطلوب.

الفرض السابع: توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين العوامل التي تساعد على تحقيق تنمية صحية مستدامة في المجتمع العراقي.

الفرض الثامن: توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين أهم المقترحات المناسبة للحد من الامراض المعدية في العراق.

رابعاً: أداة الدراسة وتصميمها Techniques:

- **اداة الإستبيان Questionnaire:** تُعرف الأداة بأنها الوسيلة العلمية التي يستخدمها الباحث في جمع بياناته من مفردات المجتمع الذي يحدده [1].

وتُعرف الاستبانة: بأنها أداة لفظية بسيطة تهدف إلى تحديد ملامح خبرات المبحوثين واتجاهاتهم نحو موضوع معين من خلال توجيه أسئلة قريبة من التقنين في الترتيب حول هذه العبارات وتلك الاتجاهات وقد يتم تطبيقها ذاتياً او بوساطة معينة[2].

---

[1]()محمد عويس، قراءات في البحث العلمي والخدمة الاجتماعية، دار النهضة العربية، القاهرة،1994، ص197.

[2]() عبد الله خريجي محمد الجهري، طرق البحث الاجتماعي، دار الثقافة للنشر والتوزيع القاهرة، 1998، ص 217 .

لقد عرف وليام جود William J.Goode وزميله بول هات Paul K.Hatt اداة الاستبيان بأنها " الوسيلة التي تستخدم للحصول على أجوبة لأسئلة معينة في شكل استمارة يملؤها المجيب بنفسه[1].

وهذا الأمر يجعل أداة الدراسة استمارة الإستبيان، وحسب طبيعة المعلومات التي تستقيها من المبحوثين الإستبيان المقيد أو المقفول أو محدد الإجابة Fixed-altrernative questionnaire الذي يتكون عادة من قائمة معدة من الأسئلة الثابتة، وعلى المستفتي أن يختار من بين إجابات ممكنة محددة[2].

إن الدراسة الراهنة ومن خلال ما تناولته من فصول نظرية سابقة تبين لها أن مجتمع الدراسة هو مجتمع متعلم تعليماً عالياً وله من الإمكانيات المعرفية والعلمية الكثير، وبناء علية اعتمدت الباحثة في إطار الدراسة الحالية واتساقاً مع متطلباتها على اداة بحثية اساسية تخص موضوع الدراسة والمنهج المستخدم والتساؤلات التي قامت عليها الدراسة وهي استمارة الاستبيان كأداة بحثية أساسية في الدراسة، وهي الأداة المناسبة للدراسة الراهنة لأنها تعتبر سهلة الإستعمال والتعامل معها من قبل مجتمع الدراسة, وأيضاً توفر الوقت والجهد والمال، وأخيراً أنها تعطينا نتائج تكون أقرب إلى الدقة.

سيتم تطبق استمارة الإستبيان هذه على عينة من مجتمع الدراسة الأصلي، لكي تتحقق من صحة الفروض، بعد تفريغ البيانات الإحصائية وتحليلها وإستخلاص النتائج بالفصول القادمة، وتتمثل هذه العينة الاطباء ويمثلون ذوي المهن الطبية، وتشمل إطباء من اختصاص عدة (طبيب امراض باطنية، طبيب الجراحة العامة، طبيب صدر وجهاز تنفسي، طبيب امراض جلدية، طبيب اسنان، طبيب النساء والولادة، صيدلي، وهؤلاء يتوزعون على المستشفيات، ومراكز الرعاية الصحية، والمراكز التخصصية، والقطاعات الصحية في محافظة الديوانية.

وتمر عملية بناء الاستبيان بالمراحل الآتية:

أ- الاطلاع على المصادر والمراجع العلمية السابقة

ب-الإعداد الأولي لفقرات الاستبيان.

ج- توزيع الاستبيان على الخبراء لإبداء الرأي.

د- الإعداد النهائي لفقرات الاستبيان.

---

[1]() عمر محمد التومي الشيبانى، مناهج البحث الإجتماعي، إدارة المطبوعات والنشر، طرابلس- ليبيا، 2001 ، ص 218.

[2]() بيتر بيرك، علم الإجتماع والتاريخ، ترجمة: داوود صالح، دار علاء الدين للنشر، دمشق- سوريا، 2007 ، ص 221.

هذا وقد تحددت الاسئلة في (103) سؤالاً، وقد تم توزيعها على ثمانية محاور رئيسية التي احتوتها استمارة الاستبيان، وقد تم توزيعها على المحاور كما يلي:

المحور الأول: البيانات العامة: إن المحور الأول اشتمل على البيانات الأساسية وهي: النوع، العمر، الحالة الاجتماعية، المؤهل العلمي، الاختصاص الطبي، سنوات الخبرة في مجال العمل الطبي، المستوى الإداري، مكان العمل، متوسط الدخل الشهري، محل الاقامة، وقد اشتمل هذا المحور على الأسئلة من (1 – 10).

المحور الثاني: العلاقة بين العولمة ونقل الأمراض المعدية: أما المحور الثاني فقد اشتمل على الأسئلة التي تحاول الدراسة الراهنة من خلالها معرفة طبيعية العلاقة بين العولمة ونقل الأمراض المعدية، وقد اشتمل على هذا المحور على (14) سؤال.

المحور الثالث: المتطلبات التقنية الطبية المطلوب توافرها في المستشفيات: حيث اشتمل هذا البند على الأسئلة التي تقيس مدى المتطلبات التقنية الطبية المطلوب توافرها في المستشفيات في تنمية رأس البشري، وقد اشتمل هذا المحور على (23) سؤال.

المحور الرابع: الخدمات الصحية وتنمية رأس المال البشري: يضم هذا المحور الخدمات الصحية وتنمية رأس المال البشري للمراحل التنموية المختلفة، والخطط الإستراتيجية المستقبلية الجديدة، ودور الموارد البشرية المؤهلة خلالها ومساهمتها فيها، وقد اشتمل هذا المحور على (15) سؤال.

المحور الخامس: مدى رضا عينة الدراسة عن دور وزارة الصحة والمجتمع في القضاء على الامراض المعدية في العراق: واشتمل هذا المحور على (7) اسئلة.

المحور السادس: المعوقات التي تعوق الأطباء في المؤسسات الصحية من اداء أدوارهم بالشكل المطلوب: حيث اشتمل هذا النحور على الأسئلة التي وقفت على أهم المعوقات التي تواجه الأطباء في المؤسسات الصحية من اداء أدوارهم بالشكل المطلوب، وقد اشتمل هذا المحور على (11) سؤال.

المحور السابع: العوامل التي تساعد في تحقيق تنمية صحية مستدامة في المجتمع العراقي: جاء هذا المحور مشتملاً على أهم العوامل التي تساعد على تحقيق تنمية صحية مستدامة في المجتمع العراقي، واشتمل هذا المحور على (12) سؤالاً.

المحور الثامن: أهم المقترحات المناسبة للحد من الامراض المعدية في العراق: جاء هذا المحور مشتملاً على أهم المقترحات المناسبة للحد من الامراض المعدية في العراق، واشتمل هذا المحور على (11) سؤالاً.

- إجراءات صدق وثبات استمارة الاستبيان

تم إجراء اختبار الصدق والثبات على استمارة الاستبيان من أجل التأكد من صلاحيتها للتطبيق العملي وتحقيقها لأهداف الدراسة، وتدل 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 كاختيار العينة ووضع الفئات وتحديدها بصورة دقيقة ومحكمة إلى جانب درجة الثبات في التحليل, وتم استخدام أسلوب الصدق الظاهري للتأكد من صدق استمارة الاستبيان في تحقيق أهداف الدراسة وقياس المتغيرات، ومن أجل الصدق الظاهري للإداة عرضت الإستمارة على الأساتذة المتخصصين وقد عُدلت بنودها حيث قامت الباحثة بعرض الاستمارة على مجموعة المحكمين(*) المتخصصين في مجال علم الاجتماع للحكم على صلاحية الاستمارة للتطبيق، وذلك لإبداء أراءهم العلمية والاستفادة من توجيهاتهم البنّائة في أبعاد وعبارات الاستبيان سواء بالحذف أو الإضافة أو التعديل من حيث ارتباط العبارات بمضمون المؤشرات، سلامة العبارات من حيث الصيغة اللغوية، ووضوح العبارات.

وعلى ضوء المقترحات التي أوصى بها المحكمون فقد أدخلت الباحثة بعض التعديلات اللازمة على بعض أسئلة الاستمارة، وقادرة على تحقيق أهداف الدراسة لتصبح الإستبانة بعد ذلك صالحة للتطبيق الميداني على عينة الدراسة.

* ت	أسماء الأساتذة	مكان العمل
1	أ.د عدنان ياسين مصطفى	جامعة بغداد كلية التربية للبنات قسم الخدمة الاجتماعية
2	أ.د أساور عبد الحسين	جامعة بغداد كلية التربية للبنات قسم الخدمة الاجتماعية
3	أ.د بشير ناظر حميد	جامعة المستنصرية كلية الآداب قسم الاجتماع
4	أ.د آلاء محمد علي	جامعة بغداد كلية التربية للبنات قسم الخدمة الاجتماعية
5	أ.د صلاح كاظم جابر	جامعة القادسية كلية الآداب قسم الاجتماع
6	أ.د ميادة أحمد عبد الرزاق	جامعة بغداد كلية الآداب قسم الاجتماع
7	أ.د مشحن زيد محمد	جامعة المستنصرية كلية الآداب قسم الاجتماع
8	أ.د معاذ حسن أحمد	جامعة الانبار كلية الآداب قسم الاجتماع
9	أ.د طالب عبد الكريم كاظم	جامعة القادسية كلية الآداب قسم الاجتماع

جدول (2) يوضح نسبة اتفاق المحكمين على عناصر التحكيم للإستبانة

عناصر التحكيم	نسبة الاتفاق
ارتباط فقرات وأسئلة محاور الإستبانة	%91
مناسبة المحتوى داخل كل محور للإستبانة	%91
ملائمة الاستبيان لعينة الدراسة	%92

– **ثبات أداة الدراسة:** استخدمت الباحثة أسلوب إعادة الاختبار, حيث قامت الباحثة بحساب معامل الثبات من خلال استخدام طريقة إعادة الاختبار وذلك تم على استمارة الاستبيان وهو في الصورة النهائية بعد إجراء التعديلات عليه. حيث قامت الباحثة بتطبيق استمارة الاستبيان على عينة عمدية قوامها عشرون فرداً، ثم قامت الباحثة بإعادة تطبيق المقياس بعد خمسة عشر يوماً من التطبيق الأول على نفس العينة(*) ثم قامت الباحثة بحساب معامل ثبات استمارة الاستبيان باستخدام معامل ارتباط بيرسون بين درجات التطبيق الأول والثاني وقد جاءت قيم معامل الثبات مرتفعة (92%) مما يدل على وجود درجة اتساق علية بين إجابات المبحوثين مما يعطي مؤشراً على ثبات استمارة الاستبيان وبالتالي يمكن التطبيق الميداني.

خامساً: مصادر البيانات: تنقسم مصادر جمع بيانات هذه الدراسة على نوعين نظرية وتطبيقية وتنقسم على:

أ– **المصادر النظرية:** تمثلت في الكتب والدوريات والإحصائيات.

ب– **المصادر الميدانية:** تعتمد الدراسة على جمع البيانات الميدانية من مجتمع الدراسة.

سادساً: حجم العينة ونوعيتها وكيفية اختيارها

1– مجتمع الدراسة الأصلي: إن عينة الدراسة عادةً ما تختار من مجتمع الدراسة الأصلي، والذي يضم جميع مفردات المشكلة أو الظاهرة التي يدرسها الباحث بصفة عامة، وإذا كانت الدقة والحرص مطلوبين في عملية التخطيط للبحث وتصميمه من أجل التوصل إلى الأهداف المنشودة، فإنهما أيضاً لازمتان كذلك في اختيار مجتمع البحث وتمثيله بعينه تمثيلاً متجانساً ودقيقاً.

وبذلك تعد عملية اختيار مجتمع البحث أو الدراسة أحد العناصر الهامة والجوهرية في البناء الأساسي لبحوث المسوح الوصفية، وبالتالي يمكن التعرف على إجمالي سكان المجتمع

* تم حساب معامل الثبات من خلال استخدام طريقة إعادة الاختبار على عينة من غير أفراد عينة الدراسة الأصلية التي تم تطبيق الدراسة عليها.

الأصلي التي تتكون منه هذه الوحدات، وكذلك طريقة محددة لإختيار أو سحب الوحدات من هذا المجتمع[1].

وعلى هذا الأساس فإن الباحث في طريقة العينة تكتفي بعدد محدد نسبياً من أفراد المجتمع الأصلي يتعامل معهم في حدود الوقت المتاح له والإمكانيات المتوفرة، ويبدأ بدراستها، ثم يعمم نتائجها على المجموع[2].

وبناء على هذا فإن مجتمع الدراسة الأصلي للدراسة الراهنة يتجلى بالأطباء الموجودين فعلا[*] ويمثلون ذوي المهن الطبية ويبلغ عددهم (2210)، وتشمل إطباء، وأطباء أسنان، وصيادلة، وهؤلاء يتوزعون على المستشفيات، ومراكز الرعاية الصحية، والمراكز التخصصية، والقطاعات الصحية في محافظة الديوانية.

هذا وقد مرت الدراسة الراهنة في تحديدها لمجتمع الدراسة الأصلي بمرحلتين:

الأولى: حصر جميع الموارد البشرية من ذوي المهن الطبية، وتشمل إطباء، وأطباء أسنان، وصيادلة.

جدول(3) يوضح مجتمع الدراسة الأصلي للدراسة الراهنة وتشمل إطباء، وأطباء أسنان، وصيادلة، وهؤلاء يتوزعون على المستشفيات، ومراكز الرعاية الصحية، والمراكز التخصصية، والقطاعات الصحية[3]

ت	أماكن العمل		إطباء	أطباء أسنان	صيادلة	المجموع	
						الموجود الكلي	الموجود الفعلي
1	مستشفيات	موجود كلي	1012	40	422	1474	1144
		موجود فعلي	771	33	340		
2	مراكز رعاية صحية	موجود كلي	207	263	255	725	609
		موجود فعلي	161	229	219		
3	مراكز تخصصية	موجود كلي	31	290	49	370	336
		موجود فعلي	28	266	42		

(1) علي عبد الرزاق جلبي، تصميم البحث الإجتماعي، الأسس والإستراتيجيات، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1999، ص192 – 195 .

2) محمد شفيق، البحث الإجتماعي، الأسس والخطوات المنهجية، مطبعة البحيرة- الاسكندرية، 2007، ص 187.

(*) حيث بلغ عدد الموجود الكلي لذوي المهن الطبية (2729)، وهي اعداد اكثر من الموجود الفعلي، وذلك راجع لتمتعهم بعضهم بإجازات دراسية او التنسيب إلى العمل في محافظات اخرى او تمتعهم بإجازات مرضية، وبالتالي هم خارج المجتمع الأصلي للدراسة. فقد اعتمدت الباحثة في تحديد مجتمع الدراسة على الموجود الفعلي والباغ عددهم(2210)، وهو كما مبين في مجتمع الدراسة الاصلي.

3) جمهورية العراق، وزارة الصحة ، قسم الإحصاء والقوى العاملة ، بيانات من عام (2016- 2020) مصدر سابق.

4	قطاعات	موجود كلي	6	7	7	20	16
		موجود فعلي	4	6	6	140	105
5	مؤسسات إدارية	موجود كلي	41	19	80		
		موجود فعلي	34	16	55		
المجموع		موجود كلي	1297	619	813	2729	2210
		موجود فعلي	998	550	662		

جدول رقم (4) يمثل المجتمع الاصلي من الاطباء بحسب النوع

ت	الاطباء		اطباء الاسنان		الصيادلة		المجموع	
النوع	ذكور	523	ذكور	357	ذكور	297	1177	2210
	اناث	407	اناث	302	اناث	324	1033	

وبالتالي تؤكد الدراسة الراهنة إن مجتمع الدراسة الأصلي لا يشتمل على:

أ- الأطباء المنسبين في التعليم العالي.

ب- ذوي المهن الصحية، وتشمل ملاكات تمريضية، مهن صحية، وملاكات مختبرية، ومساعدون صحيون.

ج- الملاكات الإدارية

د- الملاكات الهندسية والفنية.

هـ- اطباء بيطريون.

و- الإحصاء

س- العاملون بصيغة عقود مؤقتة

الثانية: بعد ذلك تم إعداد قوائم بالاطباء المنطبقة عليهم الشروط سالفة الذكر, وأيضاً بناءً على البيانات التي أخذتها الدراسة الراهنة من إدارة دائرة صحة الديوانية، فإن حجم مجتمع الدراسة الأصلي قد حُدد بـ (2210) مفردة.

2- **اختيار عينة الدراسة وخصائصها:**

أ- اختيار عينة الدراسة: وتنقسم العينات بصفة عامة على قسمين أساسيين هما:

أولاً: عينات احتمالية Random, ومنها العينة المنتظمة, العينة الطبقية, عينة التجمعات, والتي تكون فيها فرص اشتراك كل فرد من أفراد مجتمع البحث ليكون عضواً في العينة – معروفة ومحددة.

ثانياً: عينات غير إحتمالية Non Random, ومنها العينة المتاحة(العرضية), الفئوية النسبية, المتعددة الأبعاد, وتكون فيها هذه الفرص غير معروفة وغير محددة[1]، وهذه الأنواع تستخدم مع مختلف الدراسات الإجتماعية، المسحية، والاستطلاعية، كلاً حسب طبيعتها وأهدافها وفروضها، بحيث بعضها يتماشى مع دراسة معينة ولا يتماشى مع دراسة أخرى، بالإضافة إلى أن كلاً منها له مميزاته وعيوبه، وسوف تستخدم الدراسة الراهنة **أسلوب العينة المتاحة(العرضية) بحيث يكون:**

1- جميع أفراد المجتمع الأصلي معروفين، وهم ذوي المهن الطبية، وتشمل إطباء، وأطباء أسنان، وصيادلة.

2- يتوفر لدى كل فرد من أفراد المجتمع الأصلي الفرصة المكافئة لكل فرد آخر في أن يتم اختياره للعينة من دون أي تحيز أو تدخل من قبل الباحث[2].

يرى كثير من الإحصائيين أن نسبة 10-20٪ من حجم المجتمع الأصلي تبدو ملائمة لدراسة المجتمعات المحلية، بشرط ألا يقل حجم العينة عن ثلاثين حالة حتى يتمكن الباحث من التحليل الإحصائي[3]، والدراسة الراهنة سوف تأخذ نسبة 10٪ (عشرة من مائة) من مجموع المجتمع الأصلي، وذلك لملائمتها حجم هذا المجتمع.

وقد أتبعت الباحثة في اختيار العينة الخطوات التالي:

أ- حددت الباحثة حجم المجتمع حيث جاء حجم المجتمع الأصلي في هذه الدراسة 2210 مفردة.

ب- حددت الباحثة حجم العينة من مجتمع الدراسة بنسبة 10٪ بما يتماشى مع إمكانيات وظروف الدراسة الراهنة وهي 221 مفردة يمكن أن يمثلوا المجتمع تمثيلاً حقيقياً, بمعنى (حجم المجتمع/نسبة العينة/100),100/10/2210=221 مفردة, وبالتالي يمكن أن تمثل المجتمع تمثيلاً حقيقياً.

([1]) لويس كوهين , لورانس مانيون, مناهج البحث في العلوم الإجتماعية, ترجمة: كوثر حنين كوفك, وليم تاضروس عبيد, الدار العربية للنشر والتوزيع, القاهرة, 1990, ص ص 128- 130.

([2])ذوقان عبيدات وآخرون ، البحث العلمي مفهومه وأدواته وأساليبه، ط6 ، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان ، 1998، ص117.

[3]()غريب سيد أحمد ، الإحصاء في البحوث الاجتماعية والإعلامية، مطبعة البحيرة، الاسكندرية ، 2004، ص244.

ج- قامت الدراسة الراهنة بتحديد مسافة ثابتة عند اختيار مفردات العينة للحفظ على المسافة متساوية بين المفردات, ولتحديد هذا الرقم الثابت نقسم عدد وحدات المجتمع الأصلي على حجم العينة[1], أي 221/2210=10 بحيث يكون اختيار مفردة واحدة من كل عشر مفردات.

فقد اختارت الدراسة الراهنة تحديداً العينة المتاحة(العرضية) من الأطباء عددها (221) مفردة. لاجل عملية التمثيل الدقيق لمجتمع الدراسة, وأيضاً لتوفر الشرطين الأساسيين، الأول: أن جميع أفراد المجتمع الأصلي معروفون وهم ذوي المهن الطبية، وتشمل أطباء، وأطباء أسنان، وصيادلة، والثاني: تجانسهم من النواحي العلمية بصفتهم متخرجو الجامعات, وحاملو شهادات عليا من البكالوريوس، والماجستير، والدبلوم العالي، والبورد المعادل للدكتوراه في تخصص الطب.

جدول رقم (5) توزيع الاستمارات على فئات الدراسة

فئات الدراسة	عدد الاستمارات الموزعة	الاستمارات الواردة		الاستمارات المستبعدة		الاستمارات الصحيحة	
		العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة
ذكور	131	125	59،5	5	50	120	60
إناث	90	85	40،4	5	50	80	40
الإجمالي	221	210	٪100	10	٪100	200	٪100

توضح بيانات الجدول السابق أن الباحثة قامت بتوزيع عدد(221) استمارة على أفراد العينة من الذكور والإناث، ورد منها عدد(210) استمارة، فيكون بذلك عدد الاستمارات الصحيحة 200 استمارة، وعدد الاستمارات المستبعدة 10 استمارة.

سابعاً: مجالات الدراسة Areas of Study:

يُعد تحديد مجالات الدراسة المختلفة من الخطوات المنهجية الهامة ولقد اتفق كثير من المشتغلين في مجال البحث الاجتماعي على أن لكل دراسة ثلاثة مجالات رئيسة، ويُعد تحديد تلك المجالات ضرورة تستجوبها مرحلة تعميم النتائج، فالتعميم رغم إنه يرتبط بطريقة اختيار العينة ومدى تمثيلها للمجتمع، إلا إنه يتحدد أيضاً، بمجال الدراسة جغرافياً وزمنياً[2].

([1]) المرجع السابق , ص 317.

([2]) صفوت الأخرس، المنهج وطرائق البحث في علم الاجتماعي، المطبعة الجديدة، دمشق، 1984، ص 21.

وبناء عليه فإن مجالات دراستنا تتحدد في الآتي:

1- المجال البشري: جاء المجال البشري للدراسة الراهنة في حصيلة مجتمع الدراسة الأصلي الذين أخذت منهم عينة الدراسة، وهم ذوي المهن الطبية، وتشمل إطباء، وأطباء أسنان، وصيادلة، وقد باشروا أعمالهم بمؤسساتهم المختلفة المنتشرة ذكوراً كانوا أم اناثاً.

2- المجال المكاني: يشمل هذا المجال مختلف المستشفيات، ومراكز رعاية صحية، ومراكز تخصصية، والقطاعات الصحية، والمؤسسات الإدارية، وبالتالي عينة الدراسة موزعة جغرافياً في كل المناطق التابعة لمحافظة الديوانية سواء في مدينة الديوانية واقضيتها والأماكن تزامناً مع التوزيع الجغرافي للمؤسسات الصحية وفروعها في تلك المناطق.

3- المجال الزماني: طبقت الدراسة الميدانية على عينة الدراسة في الفترة من 1-5-2021 إلى 1-11-2021. وبناء عليه يمكن تقسيم الفترة التي تمت فيها هذه الدراسة إلى المراحل التالية:

المرحلة الأولى: في هذه المرحلة تم القيام بالعديد من الخطوات المهمة والتي تعد ممهدة اساسية للمراحل اللاحقة، والتي تم فيها إعداد خطة مبدئية للدراسة الميدانية تضمنت الإجراءات المنهجية للدراسة وتجديد مجالات الدراسة والمنهج المتبع وإعداد أداه جمع البيانات.

المرحلة الثانية: في هذه المرحلة تم النزول إلى ميدان الدراسة وتطبيق استمارة الاستبيان على جميع العينات التي يتم ترشيحها لتطبيق الدراسة عليها.

المرحلة الثالثة: في هذه المرحلة تم تفريغ البيانات في جداول بحساب التكرارات والنسب المئوية وتطبيق الأساليب والإحصائية للدراسة ثم تحليل هذه النتائج ومناقشاتها واستخلاص النتائج العامة.

ثامناً: الأساليب الإحصائية المُستخدمة في مُعالجة نتائج الدراسة

بعد الانتهاء من جمع بيانات الدراسة، تم إدخالها- بعد ترميزها- إلى الحاسب الآلي، ثم جرت معالجتها وتحليلها، واستخراج النتائج الإحصائية باستخدام البرنامج الإحصائي(SPSS) Statistical Package for the Social Sciences) الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية)، وذلك من خلال:

1- التكرارات والنسب المئوية.

2- اختبار استقلالية العلاقة بين متغيرين باستخدام مربع كاي ($كا^2$) (Chi-Square Test): لدراسة العلاقة بين متغيرين من متغيرات الدراسة الاسمية. وتم استخدام هذا الاختبار نظراً لملاءمته لطبيعة بيانات جداول التحليل الذي تم استخدامه فيها، ولم يؤخذ بنتيجة الاختبار إلا في حالة الوصول إلى مستويات ثقة مرتفعة جداً.

أولاً: النتائج المرتبطة بالبيانات العامة لعينة الدراسة

جدول رقم (6) يوضح مفردات العينة وفقاً للنوع

(ن= 200 مفردة)

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	ذكر	120	60	68,445	1	0,000
2	أنثى	80	40			
المجموع		200	%100			

يتضح من خلال بيانات الجدول السابق لتصنيف مفردات العينة وفقاً للنوع أن النسبة الأعلى جاءت من الذكور ونسبتهم (60%) بواقع 120 مفردة من إجمالي حجم العينة البالغة 200 مفردة، بينما جاءت نسبة الإناث (40%).

ونظراً لأن قيمة مربع كاي النظري البالغة 68,445 والمحسوبة أمام درجة حرية 1 وبمستوى دلالة يقل عن 0,0005 ومما يشير إلى إمكانية رفض فرض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود اختلافات جوهرية عند تصنيف مفردات العينة وفقاً للنوع.

نستنتج من ذلك أن عدد الذكور أكثر من عدد الإناث نظرًا لطبيعة العمل التي تستوجب بذل مجهود أكثر في العمل وخاصة في ظل انتشار الامراض والاوبئة وتحديداً في ظل انتشار جائحة كورونا، وهذا ما يتوافر لدى عينة الذكور.

ونود توضيح أن تحقيق التقدم المجتمعي يعتمد على قدرة الأفراد على استغلال الموارد المتاحة لتطويعها لتحقيق هذا التقدم، ولكن هناك بعضاً من العوامل التي تحول دون تحقيق هذا التقدم والازدهار ومنها المرض، فالمرض له تأثير سلبي على المجتمع ككل فالمرض آفة تحول دون تحقيق التقدم المجتمعي المنشود لأنها تقضي على أهم عناصر تحقيق التقدم وهم الأفراد وهو العنصر المنتج والفعال ولهذا المرض أسباباً كثيرة لعل من أهمها قلة الوعي لدى الأفراد بالمرض وعدم كفاية المعلومات عن الوقاية منه.

جدول رقم (7) يوضح تصنيف مفردات العينة وفقاً للفئة العمرية

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	اقل من 30	10	5	59,235	3	0,000
2	من 31–35	45	22,5			
3	من 36– 40	79	39,5			
4	من 41–50	40	20			
5	من 51– 55	26	13			
6	أكثر من 55 سنة	–	–			
	المجموع	200	%100			

يتضح من خلال بيانات الجدول السابق لتصنيف مفردات العينة وفقاً للفئة العمرية جاءت معظم افراد العينة في الفئة العمرية (من 36 سنة حتى 40 سنة)، وجاءت معظم أفراد العينة من عمر (31 سنة الى 35 سنة) بواقع 124 مفردة تمثل نحو 62 % من إجمالي حجم العينة، ويليها الذين تتراوح أعمارهم من (41سنة لأقل من 50 سنة) بنسبة بلغت 20%، ويليها الذين تتراوح أعمارهم من (51سنة لأقل من 55 سنة) بنسبة بلغت 13%، بينما جاءت اقل نسبة للفئة التي تنحصر أعمارهم الاقل من 30 سنة وهؤلاء عددهم 10 مفردات للسنة بلغت 5%.

ونظراً لان قيمة مربع كاي النظرية البالغة 59,235 والمحسوبة أمام درجة حرية 3 وبمستوى دلالة تقل عن 0,0005 مما يشير إلى إمكانية رفض فرض العدم وقبول الفروض الصفري المشير إلى وجود اختلافات جوهرية عند تصنيف مفردات العينة وفقاً للفئة العمرية.

وفي ضوء ما سبق نجد أن هناك تنوعاً في جميع الفئات العمرية، الأمر الذي يعطي انطباعاً إيجابياً ويؤكد استثمار قدرات هذه الفئات المختلفة، والاستفادة من آرائهم وخبراتهم المختلفة.

جدول رقم (8) يوضح تصنيف مفردات العينة وفقاً للحالة الاجتماعية

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	متزوج	134	67	58,456	1	0,000
2	اعزب	57	28,5			
3	مطلق	6	3			
4	أرمل	3	1,5			
المجموع		200	%100			

يتضح من خلال بيانات الجدول السابق الموضح لتصنيف مفردات العينة وفقاً للحالة الاجتماعية أن معظم عينة الدراسة في إطار هذا المحور من المتزوجين بنسبة (67%) ممثلين في 134 مفردة من إجمالي حجم العينة، بينما جاءت النسبة الأقل للذين لم يتزوجوا بواقع 57 مفرده ممثلين في (28,5%) من إجمالي حجم العينة. في حين أن فئة المطلقين والأرامل احتلوا المرتبة الثالثة والأخيرة بواقع 9 مفردات وبنسبة (4,5)% من إجمالي عينة الدراسة.

ونظراً لأنه قيمة مربع كاي النظرية البالغة 58.456 والمحسوبة أمام درجة حرية 1 وبمستوى دلالة يقل عن 0,0005 مما يشير إلى إمكانية رفض فرض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود اختلافات جوهرية عند تصنيف مفردات العينة وفقاً للحالة الاجتماعية.

نستنتج من ذلك أن نسبة المتزوجين أعلى فئة لأن معظمهم يقعون بين فئة السن من 36 إلى 40 سنة، وبالتالي نجد أن أغلبهم متزوجين نظرًا لعادات المجتمع العراقي التي تتزوج في مرحلة عمرية مبكرة.

وبالتالي فأن معظم مفردات العينة لديهم القدرة علي تحديد احتياجاتهم واداء مهامهم الوظيفية التي تتفق مع قدراتهم، وتنمي مهاراتهم حتى يمكنهم المشاركة بإيجابية في رفع الضغوط التي تواجههم كما تعكس درجة الوعي إزاء القضايا العامة التي تتصل بحياتهم الخاصة في المجتمع.

جدول رقم (9) يوضح تصنيف مفردات العينة وفقاً للمؤهل الجامعي

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	بكالوريوس	130	65	38,665	5	0,000
2	دبلوم	35	17,5			
3	ماجستير	21	10,5			
4	دكتوراه	14	7			
المجموع		200	%100			

يتضح من خلال تحليل بيانات الجدول السابق لتصنيف مفردات العينة وفقاً للمستوى التعليمي، أن أغلب مفردات العينة من الحاصلين على تعليم بكالوريوس وذلك بواقع 130 مفردة وبنسبة 65% ، يليها الحاصلين على الدبلوم بنسبة17,5% ، يليها الحاصلين على الماجستير بنسبة **10,5%**، في حين أن الحاصلين على الدكتوراه احتلوا المرتبة الأخيرة بواقع 14 مفردة وبنسبة 7% من إجمالي عينة الدراسة.

ونظرا لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 38,665 والمحسوبة أمام درجة حرية 5 وبمستوى دلالة تقل عن 0,0005 مما يشير لإمكانية رفض فرض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود اختلافات جوهرية بين أراء العينة ارتباطاً بالمؤهل العلمي الحاصلين عليه.

نستنتج مما سبق اختلاف الحالة التعليمية للمبحوثين وذلك في المقام الأول بكالوريوس ثم دراسات عليا، وهذا يشير إلى أن معظم مفردات العينة يتمتعون بمستوى تعليمي مرتفع ولديهم قدرات عالية وثقافة دائمة لاستخدام واستغلال نظم المعلومات التي تتيحها الاجهزة التقنية الطبية الحديثة. كما يمكنهم العمل علي مناقشة خطط التطوير التكنولوجي على أوسع نطاق ممكن بين عامة المجتمع باعتبارهم المستفيدين من نتائج التطوير خاصة بما يسمح لهم بالوصول لمصادر المعلومات والتواصل مع الغير. الأمر الذي يشير إلى ارتفاع نسبة التعليم للمبحوثين ويؤكد على أنهم على درجة من الوعي الثقافي مما ييسر لهم القيام بأدوارهم المتوقعة في مساعدة المؤسسات الطبية على تحقيق أهدافها.

جدول رقم (10) يوضح تصنيف مفردات العينة وفقاً للتخصص

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	طبيب النساء والولادة	55	27,5	22,000	3	0,000
2	طبيب امراض باطنية	39	19,5			
3	طبيب الجراحة العامة	36	18			
4	طبيب صدر وجهاز تنفسي	35	17,5			
5	طبيب امراض جلدية	14	7			
6	طبيب اسنان	12	6			
7	صيدلي	9	4,5			
	المجموع	200	%100			

بالنظر إلى بيانات الجدول السابق لتصنيف مفردات العينة وفقاً للتخصص في المجال الطبي إلى أن معظم عينة الدراسة من الاطباء الذين يمارسون مهنة الطب بكافة فروعه حيث بلغت نسبة طبيب النساء والولادة (27,5%) ممثلين في 55 مفردة من إجمالي حجم العينة، ثم يليها نسبة طبيب امراض باطنية حيث بلغت (19,5%)، ثم يليها نسبة طبيب الجراحة العامة حيث بلغت (18%)، ثم يليها نسبة طبيب صدر وجهاز تنفسي حيث بلغت (17,5%)، ثم يليها نسبة طبيب امراض جلدية حيث بلغت (7%)، ثم يليها نسبة اطباء الاسنان حيث بلغت (6%)، ثم يأتي في المرتبة الاخيرة فئة الصيادلة بنسبة (4,5%) بواقع 9 مفردات، ونظرا لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 22,000 والمحسوبة أمام درجة حرية 3 وبمستوى دلالة يقل عن 0,0005. مما يشير إلى إمكانية رفض فرض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود اختلافات جوهرية عند تصنيف مفردات العينة وفقاً للتخصص الطبي.

من السابق يتضح أن هناك تخصصات مختلفة من مهنة الطب أهمها طب النساء والولادة ثم يليها طب الباطنية، وطب الجراحة العامة، وطبيب صدر وجهاز تنفسي، وطبيب امراض جلدية، وطبيب اسنان، واخيراً صيدلي.

ونستنتج من ذلك أن تنوع التخصص الذي حصل عليه مجتمع البحث في مختلف التخصصات الطبية إنما يعكس ضرورة التعرف على آراء عينة الدراسة على تقبل فكرة استخدام تلك التقنية للوصول إلى مصادر المعلومات والمعرفة التي تفيدهم في مختلف نواحي الحياة، وبالتالي ينعكس ذلك بدون شك على مستوى الخدمات الصحية التي تقدم إلى المحتاجين من المرضى.

جدول رقم (11) يوضح تصنيف مفردات العينة وفقاً لعدد سنوات الخبرة

ت	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	**خمس سنوات فأقل**	104	**52**	**92,445**	**2**	**0,000**
2	**من خمس سنوات إلى أقل من عشر سنوات**	56	**28**			
3	**من عشر سنوات إلى أقل من 15 سنة**	17	**8,5**			
4	**من 15 سنة إلى أقل من 20**	14	**7**			
5	**من 20 سنة فأكثر**	9	**4,5**			
	المجموع	**200**	**%100**			

يتضح من خلال تحليل بيانات الجدول السابق إن النسبة الأعلى لعينة الدراسة جاءت لمن لديهم خبرة لمدة اقل من خمس سنوات حيث بلغت (52%) بواقع 104 مفردة من إجمالي حجم العينة، يليها نسبة من يتوافر لديهم خبرة لمدة اقل من عشر سنوات حيث بلغت (28%) بواقع 56 مفردة، يليها نسبة من يتوافر لديهم خبرة لمدة اقل من خمس عشر سنوات حيث بلغت (8,5%) بواقع 17 مفردة، يليها نسبة من يتوافر لديهم خبرة لمدة اقل من عشرون سنوات حيث بلغت (7%) بواقع 14 مفردة، فحين جاءت في المرتبة الأخيرة نسبة من يتوفر لديهم خبرة لمدة اكثر من عشرون سنة حيث بلغت (4,5%) بواقع 9 مفردات.

ونظرا لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 92,445 والمحسوبة أمام درجة حرية 2 وبمستوى دلالة تقل عن 0,0005 مما يشير لإمكانية رفض فرض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود اختلافات جوهرية بين أراء العينة ووفقاً لعدد سنوات الخبرة المتاح لديهم.

ويستنتج من ذلك أن معظم مفردات العينة تمتلك قدراً من الخبرات التي تمكنهم من المشاركة الإيجابية النشطة في تنفيذ المهام المنبثقة من أدوارهم الوظيفية داخل نطاق المؤسسات الحكومية الصحية مما ينعكس إيجابياً على مستوى كفاءتهم المهنية في المجال الطبي، وتحقيق الفاعلية للبرامج الصحية التي يشرفون على تنفيذها، وهذا يسهم بدوره علي خلق أفاق اجتماعية جديدة بصورة مغايرة للموجود حالياً، ويساعد على خلق المزيد من الفرص الوظيفية الجديدة التي تتناسب ومستوى التطور الحاصل في المجال الصحي اذا ما توفرت لها الفرص لذلك الرقي والتطور .

جدول رقم (12) يوضح تصنيف مفردات العينة وفقا للمستوى الاداري

م	المتغير	ك	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	لا يشغل منصباً ادارياً	64	32	44,356	5	0,000
2	رئيس شعبة	58	29			
3	مدير مستوصف صحي	43	21,5			
4	رئيس قسم	35	17,5			
	المجموع	200	%100			

بالنظر إلى تحليل بيانات الجدول السابق لتصنيف مفردات العينة وفقاً للمستوى الاداري الذي يشغلونه حالياً يتضح أن نسبة من لا يشغل منصباً ادارياً تأتي في المرتبة الأولى حيث بلغت (32%) بواقع 64مفرده، ثم يليها نسبة من يشغل رئيس شعبة حيث بلغت (29%) بواقع 58 مفردة، ويأتي في المرتبة الثالثة نسبة من يشغل مدير مستوصف صحي حيث بلغت (21,5%) بواقع 43 مفردة، بينما جاءت في المرتبة الأخيرة نسبة من يشغب رئيس قسم في احدى دوائر التابعة لدائرة صحة الديوانية او في احدى مستشفياتها حيث بلغت (17,5%) بواقع 35 مفردات من إجمالي حجم العينة.

ونظراً لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 44,356 والمحسوبة أمام درجة حرية 5 وبمستوى دلالة تقل عن 0,0005 مما يشير لإمكانية رفض فرض العدم وقبول الفرض الصفري والمشير إلى وجود اختلافات جوهرية عند تضيف مفردات العينة وفقاً للمستوى الاداري الذي يشغلونه.

جدول رقم (13) يوضح تصنيف مفردات عينة الدراسة وفقاً لمتغير مكان عمل عينة الدراسة

م	المتغير	ك	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	مستشفيات	102	51	267,351	2	0,000
2	مستوصف الرعاية الصحية	54	27			
3	مركز تخصصي	32	16			
4	شعبة استشارية	12	6			
	المجموع	200	%100			

يتضح من خلال تحليل بيانات الجدول السابق لتصنيف مفردات العينة وفقاً لمتغير مكان عمل المبحوثين، أن المسكن العمل في المستشفيات احتل المرتبة الأولى بواقع 102 مفردة بنسبة 51% من إجمالي عينة الدراسة. يليها العمل في مستوصف الرعاية الصحية بنسبة 27% من إجمالي عينة الدراسة، في حين أن العمل في المراكز التخصصية بواقع 32 مفردات وبنسبة 16% من إجمالي عينة الدراسة. وجاء في المركز الاخير عمل عينة الدراسة في الشعب الاستشارية بواقع 12 مفردة وبنسبة 6%.

ونظراً لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 267,351 والمحسوبة أمام درجة حرية 2 وبمستوى دلالة يقل عن 0,0005 مما يشير إمكانية رفض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود اختلافات جوهرية عند تصنيف مفردات العينة وفقاً لمتغير مكان العمل.

ونستنتج من ذلك توزع عينة الدراسة بحسب اماكن عملهم في اكثر من موقع صحي وهذه تعد غاية في الأهمية، وذلك لضرورة توضيح عينة الدراسة لأدوارهم في اماكن عملهم وبالتالي الحصول على معلومات اكثر جدية في ما يخص موضوع دراستنا الراهنة، وأيضاً هذا يمثل غاية في الاهمية ومؤشر على الاهتمام بأفراد أصحاء داخل المجتمع يسعون للنهوض به، ولا يتأتى لهم هذا إلا عن طريق إرتفاع معدلات الصحة وإنخفاض معدلات المرض، فكثرة الأحداث والصراعات والمشاكل في المجتمع، وداخل الاسرة وفي محيط العمل كلها تؤدي إلى الإصابة بالمرض، فمشاكل الصحة البدنية كجائحة كورونا، وغيرها من الأمراض المعدية كلها أمراض تلعب العوامل الإجتماعية دوراً كبيراً في ظهورها وخطورتها.

جدول رقم (14) يوضح تصنيف مفردات العينة وفقاً لمتوسط الدخل الشهري

م	المتغير	ك	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الاقتصادية
1	اقل من 1500 مليون	10	5	44,356	5	0,000
2	من 1500-2000 مليون	35	17,5			
3	من 2000-2500000 مليون	95	47,5			
4	من 2500-3000 مليون	40	20			
5	اكثر من 3000 مليون	20	10			
المجموع		200	%100			

بالنظر إلى تحليل بيانات الجدول السابق لتصنيف مفردات العينة وفقاً لمتوسط الدخل الشهري يتضح أن نسبة من يتعدى دخلهم 2000-2500000 مليون تأتي في المرتبة الأولى حيث بلغت (47,5%) بواقع 95مفرده، ثم يليها نسبة من يتجاوز دخلهم من 2500-3000 مليون حيث بلغت (20%) بواقع 40 مفردة، ويأتي في المرتبة الثالثة نسبة من يحصلون على 1500-2000 مليون حيث بلغت (17,5%) بواقع 35 مفردة، ويأتي في المرتبة الرابعة نسبة من يحصلون على اكثر من 3000 مليون حيث بلغت (10%) بواقع 20 مفردة، بينما جاءت في المرتبة الأخيرة نسبة من لا يتعدى دخلهم من 1500 مليون حيث بلغت (5%) بواقع 10 مفردات من إجمالي حجم العينة.

ونظرا لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 44,356 والمحسوبة أمام درجة حرية 5 وبمستوى دلالة تقل عن 0,0005 مما يشير لإمكانية رفض فرض العدم وقبول الفرض الصفري والمشير إلى وجود اختلافات جوهرية عند تضيف مفردات العينة وفقاً لمتوسط الدخل الشهري لهم.

وتعكس هذه البيانات ارتفاع متوسط دخول مفردات مجتمع البحث بالشكل الذي يمكنهم من تلبية احتياجاتهم الأساسية مما تعكس إيجابياً على مستوى معيشتهم فضلاً عن تمكنهم من

العمل بكفاءة وبعيداً عن الجمود والروتين وتنفيذ المهام والغايات التي تتطلع المؤسسة الصحية التي يعملون بها نحو تحقيقها وتطلعهم إلى الارتقاء بمستويات وظيفة أعلى.

جدول رقم (15) يوضح تصنيف مفردات العينة وفقاً لمحل الإقامة

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	حضر	120	60	8,242	1	0,002
2	ريف	80	40			
	المجموع	200	%100			

يتضح من تحليل بيانات الجدول السابق الموضح لتصنيف مفردات العينة وفقاً لمحل أقامتهم ان المقيمين في المناطق الحضرية احتلوا المرتبة الاولى بعدد 120 مفردة تمثل نحو (60%) من إجمالي حجم العينة، في حين جاءت نسبة القاطنين في القرى الريفية في المرتبة الثانية بنسبة بلغت (40%).

ونظراً لأن قيمة كاي النظرية البالغة 8,242 والمحسوبة أمام درجة حرية واحد صحيح وبمستوى دلالة يزيد عن 0,0005 مما يشير لإمكانية قبول فرض العدم القائل بعد وجود اختلافات جوهرية عند تصنيف مفردات العينة وفقاً لمحل إقامتهم.

من السابق يتضح أن إقامة المبحوثين في الحضر تزيد نسبتها عن الاقامة في الريف.

ثانياً: النتائج المرتبطة بالعلاقة بين العولمة ونقل الأمراض المعدية

جدول رقم (16) يوضح إجابات مفردات العينة وفقاً للتحركات السكانية عبر العالم التي تزداد مع الحقبة المعاصرة من العولمة

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	موافق بشدة	100	50	79,00	3	0,000
2	موافق	70	35			
3	غير موافق	30	15			
المجموع		200	%100			

تشير بيانات الجدول السابق الموضحة لإجابات مفردات العينة وفقاً للتحركات السكانية عبر العالم التي تزداد مع الحقبة المعاصرة من العولمة، والتي يمكن أن تكون أداة جديدة لنقل الأمراض التي توطنت في بلدان معينة إلى دول أخرى ان موافق بشدة تمثل اكبر نسبة حيث بلغت (50%) بواقع 100 مفردة من إجمالي حجم العينة، في حين يأتي موافق في المرتبة الثانية بواقع 70 مفردة تمثل (35%)، أما في المرتبة الأخيرة فتأتي غير موافق حيث بلغت نسبتها (15%) بواقع 30 مفردة.

ونظراً لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 79,00 والمحسوبة أمام درجة حرية (3) وبمستوى دلالة يقل عن 0,0005 ومما يشير إلى إمكانية رفض فرض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود اختلاف جوهري عند تصنيف مفردات العينة وفقاً للتحركات السكانية عبر العالم التي تزداد مع الحقبة المعاصرة من العولمة.

وتعكس هذه البيانات تزايد المخاوف بشأن العواقب الاقتصادية والسياسية والاجتماعية والبيئية للهجرة ، منذ أواخر السبعينات وايضا في نهاية التسعينيات بسبب التغيرات زادت الهجرة البشرية بمعدلات غير مسبوقة سواء في مجال السياحة او في للنقل والاتصالات، والطلاب، والحجاج ، والجيوش ، والعمال المهاجرون ، وهذه هي واحدة من أكثر أشكال العولمة الثقافية وضوحًا وهي توضح تزايد ضغط الفضاء الزمني للمجتمعات الحالية. ومع ذلك ، فإن السفر من أجل العمل والمتعة لا يشكل سوى جزء بسيط من الحركة البشرية الكلية، وإلى جانب هذه الأشكال من الهجرة الطوعية، تعد إعادة توطين اللاجئين قضية مهمة أيضًا، وهذا ما جعل الحكومات الى انتهاج سياسات تحد وتقيد من الهجرة إلى بلدانها وفقاً للتحركات السكانية عبر العالم التي تزداد مع الحقبة المعاصرة من العولمة.

جدول رقم (17) يوضح إجابات مفردات العينة بأن الانتقال غير المنظم للسكان عبر العالم يؤدي إلى ارتفاع معدلات الإمراض الوبائية بين أفراد المجتمع

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	موافق بشدة	90	45	55,444	2	0,000
2	موافق	60	30			
3	غير موافق	50	25			
المجموع		200	%100			

يلاحظ من خلال تناول بيانات الجدول السابق أن معظم أفراد العينة يتسم موقفهم تجاه الانتقال غير المنظم للسكان عبر العالم يؤدي إلى ارتفاع معدلات الإمراض الوبائية بين أفراد المجتمع بالموافقة بشدة بواقع 90 مفردة وبنسبة تبلغ 45% في حين من يتسم موقفهم بالموافقة جاء في المرتبة الثانية بواقع 60 مفردة وبنسبة تبلغ 30% وفي المرتبة الأخيرة تأتي نسبة من يتصف موقفهم بأنه غير موافق حيث بلغت 25% بواقع 50 مفردة من إجمالي مفردات العينة.

ونظراً لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 55,444 والمحسوبة عند درجة حرية 2 وبمستوى دلالة يقل عن 0,0005 ومما يشير لإمكانية رفض فرض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود اختلافات جوهرية بين أراء العينة حول طبيعة موقفهم من الانتقال غير المنظم للسكان عبر العالم يؤدي إلى ارتفاع معدلات الإمراض الوبائية بين أفراد المجتمع.

وتعكس هذه البيانات انه يمكن للعولمة الثقافية (التواصل العالمي، التنقل العالمي، التفاعل بين الثقافات) أن تؤثر أيضًا على المعايير والقيم الثقافية المتعلقة بالعدالة الاجتماعية مما يؤدي إلى زيادة الاستبعاد الاجتماعي والظلم الاجتماعي، والذي يؤدي إلى عدم لمشاركة في الأنشطة الاجتماعية، مما يؤدي الى الشعور بالاستبعاد الاجتماعي، والابتعاد عن كل ما يشعر به الفرد من الارتباط اجتماعيًا بالعديد من الروابط الاجتماعية في شكل اتصالات اجتماعية حميمة بالإضافة إلى انها تجعله يشعر بأنه غير منتمي الى المجتمع الذي يعيش فيه، ومن ناحية أخرى، فإن لشبكات التواصل الاجتماعية الآخذ في الازدياد بسبب الاتصالات العالمية ووسائل الإعلام العالمية حيث أصبح بإمكان الأشخاص الانتقال الى مجتمعات اخرى بشكل غير منتظم بالإضافة إلى ذلك، يمكن للفجوة الرقمية بين الفقراء والأغنياء أن تؤدي إلى استبعاد اجتماعي من المجتمع المدني العالمي، ومن المحتمل أن يكون انتشار الأمراض المعدية أحد الآثار الصحية الأكثر ذكرًا للعولمة، وإن الجمع بين حركة البضائع والأشخاص، والتغيرات العميقة التي تؤثر على سلع وخدمات النظام البيئي كلها تساهم في زيادة خطر انتشار المرض.

جدول رقم (18) يوضح تصنيف مفردات العينة وفقاً لوجود علاقة بين التغيرات التكنولوجية ونقل الأمراض أو ظهور نوعية خاصة منها

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	موافق بشدة	90	45		2	0,000
2	موافق	80	40			
3	غير موافق	30	15			

المجموع	**200**	**%100**	**56,220**		

يلاحظ من خلال تناول بيانات الجدول السابق أن معظم مفردات عينة الدراسة وفقاً لوجود علاقة بين التغيرات التكنولوجية ونقل الأمراض أو ظهور نوعية خاصة منها فقد كانت اجابتهم بالموافقة بشدة حيث بلغت نسبتهم 45% بواقع 90 مفردة، ثم يليها الذين يروا الموافقة وذلك بنسبة 40%، بينما جاءت النسبة غير موافق فقد بلغت 15% من إجمالي حجم العينة.

ونظراً لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 56,220 والمحسوبة أمام درجة حرية أو بمستوى دلالة تقل عن 0,0005 مما يشير إلى إمكانية رفض فرض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود علاقة بين التغيرات التكنولوجية ونقل الأمراض أو ظهور نوعية خاصة منها.

تستنتج الباحثة ان التحولات السابقة في الأنماط الصحية مثل اعتلال الصحة كانت سبباً اساسياً من اسباب التنمية الاقتصادية، وعمليات التحديث المرتبطة بها، ولقد أثرت التحولات في أنماط الصحة والمرض على الاستجابة المنظمة للاحتياجات المتغيرة لسكان العالم، ولا سيما في توفير الخدمات الصحية في العالم المتقدم، على سبيل المثال، فأن ظهور المشاكل الصحية المزمنة وأنماط الحياة غير الصحية التي ادت إلى تغيير ركائز الأنظمة الصحية بشكل كبير مما دفع البلدان المتقدمة السير باتجاه عصر التكنولوجيا الطبية وتحسينات في التكنولوجيا (الطبية) والرعاية الصحية، اما البلدان الفقيرة فأنه لن تتقدم إلى عصر التكنولوجيا الطبية والتطبيق الواسع للرعاية الصحية الحديثة، وبالتالي، قد يكون هناك أيضًا عودة ظهور الأمراض القديمة، ومن المرجح أن يواجه العالم النامي زيادة في كل من الأمراض المزمنة والمعدية، وكنتيجة لذلك لابد ان تكون البلدان الفقيرة قادرة على تحقيق نفس المستوى من الرعاية الصحية مثل البلدان المتقدمة، والذي يمكن وصفه بأنه عصر التكنولوجيا الطبية الذي يتماشى مع مرحلة تسمى نوعية الحياة المنشودة والذي يتطلب في المستقبل ايجاد إنجازات مستمرة في مكافحة الأمراض، وتعزيز الصحة.

جدول رقم (19) يوضح تصنيف مفردات العينة وفقاً لوجود منشورات متعددة صدرت عن منظمة الصحة العالمية تبين اهتمامات جديدة تتعلق بتأثيرات العولمة على الأمراض

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	**موافق بشدة**	**40**	**20**	**58.333**	**2**	**0.000**
2	**موافق**	**140**	**70**			

3	غير موافق	20	10			
المجموع		200	%100			

يلاحظ من خلال تناول بيانات الجدول السابق ووجود منشورات متعددة صدرت عن منظمة الصحة العالمية تبين اهتمامات جديدة تتعلق بتأثيرات العولمة على الأمراض وأن النسبة الأعلى جاءت موافق بشدة بنسبة بلغت 70% بواقع 140 مفردة من إجمالي حجم العينة، بينما نسبة من يروا الموافقة حيث بلغت 20% بواقع 40 مفردة أما في المرتبة الثالثة والأخيرة نسبة من يروا بغير الموافقة حيث بلغت 10%.

ونظرا لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 58,333 والمحسوبة أمام درجة حرية أو بمستوى دلالة تقل عن 0,0005 مما يشير إلى إمكانية رفض فرض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود اختلافات جوهرية عند تصنيف مفردات العينة وفقا منشورات متعددة صدرت عن منظمة الصحة العالمية تبين اهتمامات جديدة تتعلق بتأثيرات العولمة على الأمراض.

نستنتج مما سبق انه يمكن للتغييرات التي تحدثها العولمة في التماسك الاجتماعي والتكامل والتفاعل أن تؤثر على درجة الدعم الاجتماعي لدى السكان، وعلى الرغم من أن منظمة الصحة العالمية تهدف إلى مساعدة الحكومات على تعزيز الخدمات الصحية، فأن السياسات الرعاية الصحية في تلك البلدان لم تشهد نموا واضحا في تقديم الخدمات الصحية لأفراد مجتمعاتها، وبالتالي أصبحت المؤسسات الطبية في تقديمها للخدمات الصحية وايضا سياسة الرعاية الصحية تتأثران بشكل متزايد بالتغيرات الناجمة عن العولمة وبسبب التدفق الواسع للأشخاص والمعلومات والأفكار، انتشرت أنماط الحياة في جميع أنحاء العالم وعلى نطاق واسع بفعل العديد من العوامل السلوكية الحديثة مثل النظام الغذائي غير الصحي والخمول البدني والتدخين وإساءة استخدام الكحول واستخدام العقاقير غير المشروعة لها تأثير عميق على صحة الإنسان، وكذلك ارتبطت عولمة المرض بإنتاج الأغذية وتجارتها واستهلاكها مما يؤدي إلى زيادة انتشار الأمراض المنقولة عن طريق الأغذية وانتقالها.

ونتيجة لذلك، أصبحت السياسات والإجراءات التي تتخذها منظمة الصحة العالمية ذات أهمية متزايدة في مكافحة الأمراض المعدية على المستوى العالمي على سبيل المثال، لعبت منظمة الصحة العالمية دورًا مهمًا في السيطرة على الامراض المعدية عن طريق التنبيهات العالمية، وكما هو الحال في الاجراءات التي اتخذها المجتمع العالمي مؤخراً تقييد اجراءات

السفر، وقد تغيرت طبيعة الحياة الاجتماعية بسبب الانتشار المتسارع لفايروس كورونا أدى ذلك إلى تحول في البنية الاجتماعية للمدن العالمية ودخول العالم في عزلة جرى إغلاق الحدود وتقييد السفر وإغلاق الشركات الذي غير طبيعة العمل والاقتصاد بشكل كبير أدى إلى تغير الحياة الاجتماعية في أجزاء كثيرة من العالم. وكان آخرها انتشار جائحة كورونا مما تسببت بالانتشار العالمي لهذا المرض الجديد والذي يشمل العديد من الدول. كما أن الجائحة تعني أيضاً أن المرض يتعدى السيطرة، وهذا يفسر انتشاره دولياً وعدم انحساره في دولة واحدة.

إن إدماج الصحة في التوجه العالمي للتنمية المستدامة ينطوي على إمكانية أن يكون مفيدا ومثيرا في عصر العولمة والتغير البيئي العالمي وما يليه زيادة الاهتمام بصحة الإنسان الحالية والمستقبلية، والدعوة إلى الخير لتصبح الحوكمة الصحية العالمية أقوى، ويجب أن تكون قضايا الاستدامة الأخرى مستنيرة بأكثر المعلومات شمولا فيما يتعلق بالتوجهات المستقبلية والنموذج المرتبط بها – ويجب أن تكون الصحة جزءا لا يتجزأ من هذه المعلومات.

جدول رقم (20) يوضح تصنيف مفردات العينة وفقاً لإعطاء اهتمام خاص لظاهرة الاحتباس الحراري وتأثيرها على التغيرات البيئية ومن ثم التأثير على ظهور أمراض معينة تظهر العلاقة بين العولمة ونقل الأمراض المعدية

م	المتغير	ك	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	موافق بشدة	50	25	67,246	3	0,000
2	موافق	90	45			
3	غير موافق	60	30			
المجموع		200	%100			

يلاحظ من خلال تناول بيانات الجدول السابق وفقاً لإعطاء اهتمام خاص لظاهرة الاحتباس الحراري وتأثيرها على التغيرات البيئية ومن ثم التأثير على ظهور أمراض معينة تظهر العلاقة بين العولمة ونقل الأمراض الوبائية جاءت اجابة عينة الدراسة بالموافقة بشدة حيث احتلت المرتبة الأولى بواقع 90 مفردة وبنسبة 45%، بينما جاءت نسبة عينة الدراسة التي اجابة بالموافقة في المرتبة الثانية حيث بلغت 30% في حين أن نسبة عينة الدراسة التي اجابة بغير الموافقة تبلغ نسبتهم 25% بواقع 50 مفردة من إجمالي مفردات العينة.

ونظراً لأنه قيمة مربع كاي النظرية البالغة 67,246 والمحسوبة أمام درجة حرية 2 ومستوى دلالة يقل عن 0,0005، مما يشير إلى إمكانية رفض فرض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود اختلافات جوهرية بين أراء العينة حول إعطاء اهتمام خاص لظاهرة الاحتباس الحراري وتأثيرها على التغيرات البيئية ومن ثم التأثير على ظهور أمراض معينة تظهر العلاقة بين العولمة ونقل الأمراض المعدية.

تعتقد الباحثة ان العوامل التي تسبب حركة الناس ستزيد من الاتصال بين الناس والميكروبات والتغيرات البيئية الناجمة عن النشاط الإنساني، وعلى سبيل المثال بناء السدود والطرق، وإزالة الغابات، والري، والتغيير في المناخ. سيساهم في زيادة انتشار المرض، وتستنتج الباحثة مما سبق ان تحسن النمو الاقتصادي والتكنولوجي زاد من المخاطر الصحية الناجمة عن أنماط الحياة غير الصحية والتغيرات البيئية، فإن بعض المشاكل الصحية مثل زيادة معدلات الإصابة بالأمراض المزمنة وتزايد التكاليف الطبية، فأن هذا يؤدي الى اختلال التوازن الاجتماعي الذي سيدفع المجتمعات الفقيرة في عصر الأمراض المعدية إلى استمرار لعدم المساواة الاجتماعية والاقتصادية، ولا يراعي تنمية اقتصادية مستدامة طويلة الأجل، وكذلك زيادة ضغط البيئة، كل هذا يتطلب من الدول ان تعمل على تحقيق موازنة الموارد البيئية والاجتماعية ومن ثم يمكن تحقيق الصحة المستدامة.

جدول رقم (21) يوضح توزيع رأي العينة حسب العلاقة بين الحروب المعولمة وما يترتب عليها من نزوح وتزايد لأعداد اللاجئين واحتمالات لانتشار الأوبئة والأمراض المعدية

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	موافق بشدة	80	40	5,235	3	0,178
2	موافق	100	50			
3	غير موافق	20	100			
المجموع		200	%100			

بإستقراء بيانات الجدول السابق أن موقف عينة الدراسة من العلاقة بين الحروب المعولمة وما يترتب عليها من نزوح وتزايد لأعداد اللاجئين واحتمالات لانتشار الأوبئة والأمراض المعدية تتسم إجابتهم بالموافقة بشدة وذلك بواقع 100 مفردة تمثل نحو 50%، بينما نسبة إجابة عينة

الدراسة التي يتسم موقفهم بالموافقة بلغت 40%، في حين تأتي في المرتبة الأخيرة من يتسم موقفهم بغير الموافقة حيث تصل نسبتهم 10% بواقع 20 مفردة من إجمالي حجم العينة.

ونظرا لقيمة مربع كاي النظرية البالغة 5,235 والمحسوبة أمام درجة حرية 2 ومستوى دلالة يقل عن 0,0005، مما يشير إلى إمكانية رفض فرض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود اختلافات جوهرية بين أراء العينة حول موقفهم بشأن العلاقة بين الحروب المعولمة وما يترتب عليها من نزوح وتزايد لأعداد اللاجئين واحتمالات لانتشار الأوبئة والأمراض المعدية.

تستنتج الباحثة ان المهاجرين واللاجئين يواجهون خطر الإصابة بالأمراض في مرحلة التنقل بسبب سوء الأحوال المعيشية أو تغيير انماط حياتهم في البلدان المهاجرين اليها، وفي الوقت الذي ترتبط فيه الأمراض المعدية عادة بالنزوح والهجرة، بسبب تعرضهم للعدوى، وعدم الحصول على الرعاية الصحية، حيث يكون من السهل تفشي الأمراض المعدية من جميع الأنواع بينهم، وبسبب ارتفاع ضغوط الهجرة، والصراعات الإقليمية، سيؤدي ذلك إلى انتشار المرض والوباء، واستمرار الضغط على الغذاء والماء، والخسائر في التنوع البيولوجي، والتلوث وتغير المناخ. وكل ذلك يؤدي إلى تزايد الضغوط الصحية البيئية والاجتماعية جنبا إلى جنب معها مما يؤدي الى حدوث المشاكل الاقتصادية الخطيرة التي تساعد للوصول إلى عصر الأمراض المزمنة، وسيكون تراكم المشاكل الاجتماعية والبيئية والاقتصادية والتحول تدريجيا إلى "عصر الإمراض المعدية الناشئة"، ومن ناحية أخرى فالدول المتقدمة، سوف تستمر كما هي الآن باستخدام الوسائل الاقتصادية والتكنولوجية لتجنب الآثار السلبية الصحية، وسوف تتقدم إلى "عصر التكنولوجيا الطبية". ومع ذلك فان استمرار الحصول على الصحة يسبب الزيادة في الهجرة من الجنوب إلى الشمال مما يسهل انتشار الأمراض المعدية إذ سيتعين على البلدان النامية أن تضع في اعتبارها أن هناك خطرا كبيرا من الوقوع في "عصر الأمراض المعدية الناشئة".

جدول رقم (22) يوضح رأي عينة الدراسة بشأن العلاقة بين نقل السلع وانتقال نوعية معينة من الأمراض وعلاقتها بظهور متلازمات مرضية معينة

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	موافق بشدة	110	55	24,00	3	0,000
2	موافق	80	40			
3	غير موافق	10	5			

المجموع	**200**	**%100**			

باستقراء بيانات الجدول السابق يتضح أن العلاقة بين نقل السلع وانتقال نوعية معينة من الأمراض وعلاقتها بظهور متلازمات مرضية معينة أكد على مجيء معظم مفردات العينة بالإجابة موافق بشدة بواقع 110 مفردة وبنسبة 55%، بينما نسبة من يروا تأثير العلاقة بين نقل السلع وانتقال نوعية معينة من الأمراض وعلاقتها بظهور متلازمات مرضية معينة وكانت الإجابة موافق جاءت في المرتبة الثانية حيث تصل 40%، وأما نسبة من رأوا عدم وجود العلاقة بين نقل السلع وانتقال نوعية معينة من الأمراض وعلاقتها بظهور متلازمات مرضية معينة بالإجابة بغير الموافق حيث بلغت 5% بواقع 10 مفردات من إجمالي حجم العينة.

ونظراً لأنه قيمة مربع كاي النظرية البالغة 24,00 والمحسوبة أمام درجة حرية 3 ومستوى دلالة يقل عن 0,0005، مما يشير إلى إمكانية رفض فرض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود اختلافات جوهرية بين أراء العينة حول موقفهم بشأن العلاقة بين نقل السلع وانتقال نوعية معينة من الأمراض وعلاقتها بظهور متلازمات مرضية معينة.

وترى الباحثة إن تفشي الإمراض المعدية الحالية جائحة كورونا وغيرها يعد مؤشراً على إعادة الأمراض المعدية التي تنشأ، وهي تذكير بأن ظهور المرض المفاجئ هو جزء دائم من العالم، وينبغي أن يكون متوقعاً، ومن المسلم به أن الأمراض المعدية هي تهديدات محتملة لمستقبل البشرية، وان ظهور بعض الإمراض المعدية الجديدة يسمح بعودة ظهور تلك الامراض المعدية التي سيكون لها تأثير كبير على الصحة. نتيجة لعدد من العوامل التي تؤثر على هذا التطور في الإمراض المعدية منها: السفر، والتجارة، ونقل السلع، والسلوك البشري، وعدم التطور والتحول الصحي نحو عصر التكنولوجيا الطبية، مع الابقاء على انظمة صحية متأخرة في البلدان النامية وعدم التطور في النظم الصحية، وزيادة الضغط على البيئة الاجتماعية والسياسية. يؤدي إلى كثرة الإصابة من هذا النوع من الاوبئة وبالتالي زيادة الوفيات التي سادت معظم تاريخ البشرية في معظم البلدان النامية بسبب عصر الوباء والمجاعة.

وفي هذه المرحلة من التطور التكنولوجي الطبي العالمي نجد ان هناك انحساراً للأوبئة، وهو ينطوي على انخفاض في انتشار الأمراض المعدية، وانخفاض في معدل الوفيات. وفي مرحلة لاحقة من عصر الأمراض المزمنة، والقضاء على الإمراض المعدية سوف يخفف أو يفسح المجال للأمراض المزمنة بين كبار السن، وهو يصيب حالياً البلدان الأكثر تطورا في هذه المرحلة.

جدول رقم (23) رأي عينة الدراسة بإمكانية نقل الأمراض من الحيوانات إلى البشر؛ والعلاقة بين الأمراض وانتشارها عبر العالم

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	موافق بشدة	132	66	28,240	2	0,000
2	موافق	50	25			
3	غير موافق	18	9			
المجموع		200	%100			

باستقراء بيانات الجدول السابق يتبين لنا بحسب رأي عينة الدراسة إمكانية نقل الأمراض من الحيوانات إلى البشر؛ والعلاقة بين الأمراض وانتشارها عبر العالم حيث كانت الإجابة بموافق بشدة إذ أكد على ذلك نسبة 66% من مفردات العينة ممثلين في 132مفردة، ويلي ذلك نسبة من يروا أن هناك بإمكانية نقل الأمراض من الحيوانات إلى البشر؛ والعلاقة بين الأمراض وانتشارها عبر العالم حيث كانت الإجابة بموافق إذ بلغت 25%، بينما يأتي كانت الإجابة بغير الموافقة على إمكانية نقل الأمراض من الحيوانات إلى البشر؛ والعلاقة بين الأمراض وانتشارها عبر العالم في المرتبة الأخيرة وبنسبة 9% ممثلين في 18 مفردة من إجمالي حجم العينة.

ونظراً لأنه قيمة مربع كاي النظرية البالغة 28,240 والمحسوبة أمام درجة حرية 2 ومستوى دلالة يقل عن 0,0005، مما يشير إلى إمكانية رفض فرض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود اختلافات جوهرية بين أراء العينة حول موقفهم بشأن إمكانية نقل الأمراض من الحيوانات إلى البشر؛ والعلاقة بين الأمراض وانتشارها عبر العالم.

تعتقد الباحثة ان الإفراط في استخدام المضادات الحيوية والمبيدات الحشرية، جنباً إلى جنب مع عدم كفاية أو تدهور البنية التحتية الصحية سوف يعيق او يأخر الاستجابات لتخفيف التهديدات الوبائية، والسيطرة على الأمراض المعدية نتيجة للمعوقات السياسية و العقبات المالية، وعدم القدرة على استخدام التقنيات الحالية، ونتيجة لذلك سيكون انتشار الأمراض المعدية بنسبة كبيرة، وسوف يؤثر على متوسط العمر المتوقع (كما هو الحال حاليا في العديد من البلدان النامية بسبب وباء كورونا). كذلك سيؤدي اعتلال الصحة إلى انخفاض مستويات النشاط الاقتصادي، وستقع محاولات الخروج من الازمة في دوامة من التدهور البيئي. كانخفاض الدخل واعتلال الصحة.

جدول رقم (24) يوضح تصنيف توزيع مفردات العينة وفقا لرأيهم في التغيرات المترتبة على التصحر ونقص الموارد المائية وعلاقتها بعولمة المرض وتصديره إلى دول وشعوب العالم

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	موافق بشدة	80	40	37,345	2	0,000
2	موافق	112	56			
3	غير موافق	8	4			
المجموع		200	%100			

باستقراء بيانات الجدول السابق يتضح تصنيف توزيع مفردات العينة وفقا لرأيهم في التغيرات المترتبة على التصحر ونقص الموارد المائية وعلاقتها بعولمة المرض وتصديره إلى دول وشعوب العالم فقد كانت الإجابة بالموافقة بشدة وقد بلغت نسبتهم 56% بواقع 112 مفردة من إجمالي حجم العينة، ويلي ذلك تأكيد عدد كبير من مفردات العينة بالإجابة بالموافقة وفقاً لرأيهم في التغيرات المترتبة على التصحر ونقص الموارد المائية وعلاقتها بعولمة المرض وتصديره إلى دول وشعوب العالم، وقد بلغت نسبتهم 40%، في حين جاءت نسبة من كانت إجابتهم بعدم الموافقة في التغيرات المترتبة على التصحر ونقص الموارد المائية وعلاقتها بعولمة المرض وتصديره إلى دول وشعوب العالم في المرتبة الأخيرة حيث تصل 4% من إجمالي العينة.

ونظراً لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 37,345 والمحسوبة أمام درجة حرية 2 ومستوى دلالة يقل عن 0,0005، مما يشير إلى إمكانية رفض فرض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود اختلافات جوهرية بين أراء العينة حول موقفهم في التغيرات المترتبة على التصحر ونقص الموارد المائية وعلاقتها بعولمة المرض وتصديره إلى دول وشعوب العالم.

ويتبين من ذلك انه يمكن أن يكون للتغيرات البيئية العالمية تأثيرات عميقة على توفير سلع وخدمات النظام الإيكولوجي للبشرية وأنه من المتوقع أن يؤدي تغير المناخ إلى اضطرابات كبيرة في النظام البيئي ويهدد بإلحاق أضرار جسيمة بالنظم الطبيعية للأرض. بالإضافة إلى ذلك، لا يزال من غير الواضح ما هي وظائف النظام البيئي المهمة في المقام الأول للحفاظ على صحتنا الجسدية. وبالتالي يتطلب ذلك تزودنا النظم البيئية باحتياجات الإنسان الأساسية مثل الغذاء

والهواء النظيف والمياه النظيفة والتربة النظيفة من أجل منع انتشار الأمراض او الوقاية من الأمراض أو علاجها.

جدول رقم (25) يوضح إجابة عينة الدراسة حول ان عولمة المرض اظهرت قلقاً عالمياً من الخوف من العدوى البكتيرية (التي ترتبط بأنواع بعينها من الميكروبات) إلى العدوى الفيروسية (التي ترتبط بأنواع معينة من الفيروسات) مثل ظهور أنواع منها

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	موافق بشدة	88	44	5,446	2	0,186
2	موافق	100	50			
3	غير موافق	12	6			
المجموع		200	%100			

يتضح من خلال تحليل بيانات الجدول السابق أن عولمة المرض اظهرت قلقاً عالمياً من الخوف من العدوى البكتيرية (التي ترتبط بأنواع بعينها من الميكروبات) إلى العدوى الفيروسية (التي ترتبط بأنواع معينة من الفيروسات) مثل ظهور أنواع منها وكانت الإجابة بالموافقة بشدة، وذلك بواقع 100 مفردة تمثل 50% من إجمالي حجم العينة، كما إنه كانت إجابة عينة الدراسة بالموافقة على ان عولمة المرض اظهرت قلقاً عالمياً من الخوف من العدوى البكتيرية (التي ترتبط بأنواع بعينها من الميكروبات) إلى العدوى الفيروسية (التي ترتبط بأنواع معينة من الفيروسات) مثل ظهور أنواع منها وذلك بنسبة 44%، بينما النسبة المتبقية للذين إجابوا بعد الموافقة بأن عولمة المرض اظهرت قلقاً عالمياً من الخوف من العدوى البكتيرية (التي ترتبط بأنواع بعينها من الميكروبات) إلى العدوى الفيروسية (التي ترتبط بأنواع معينة من الفيروسات) مثل ظهور أنواع منها وهؤلاء نسبتهم 6%.

ونظراً لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 5,446 والمحسوبة أمام درجة حرية 2 ومستوى دلالة يقل عن 0,0005، مما يشير إلى إمكانية رفض فرض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود اختلافات جوهرية بين أراء العينة حول عولمة المرض اظهرت قلقاً عالمياً من الخوف من العدوى البكتيرية (التي ترتبط بأنواع بعينها من الميكروبات) إلى العدوى الفيروسية (التي ترتبط بأنواع معينة من الفيروسات) مثل ظهور أنواع منها.

تشير الباحثة هنا إلى انه مازالت الكائنات الحية التي تساعد في انتشار الأمراض المعدية تراوغ المجهودات المكثفة التي تحاول التحكم فيها، بل تجد في كثير من الأماكن ان أعدادها بدأت في التزايد مرة أخرى. ونظرا لأن معظم خبراء الصحة قد أهملوا تطوير المفهوم المناسب لدورات حياة الميكروبات، أو اليات العدوى، أو البيئة الأوسع للأمراض، فأننا لم نفشل فقط في كسر سلسلة العدوى، بل استطعنا وفي بعض الأحيان أن نقوى على مقاومتها واذا استمرت المؤشرات الحالية على هذا المنوال، فلتتوقع البشرية في القريب العاجل وباء يفوق كل الأوبئة، وهناك كائنات حية كثيرة لديها القدرة غالبا على إحداث العدوى، وهذه الكائنات أنواع منها الفيروسات، والبكتيريا، والفطريات، والطفيليات، الأمر الذي جعل احتمال تغير الفيروس وانتقال العدوى إلى البشر يزداد ازدياداً كبيراً. زد على ذلك، اسرعت سهولة المواصلات في تفشي فيروس المرض. كما يتفاقم الضرر الذي يلحقه الإنسان بالبيئة.

جدول رقم (26) يوضح رأي عينة الدراسة بخصوص انتشار جائحة كورونا التي تحولت مجتمعات برمتها إلى مخاطر صحية من فرط السرعة التي ينتشر بها المرض والعجز عن الحد من انتشاره

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	موافق بشدة	128	64	33,665	1	0,000
2	موافق	72	36			
3	غير موافق	–	–			
	المجموع	200	%100			

باستقراء بيانات الجدول السابق نجد أن معظم أراء عينة الدراسة جاءت بالموافقة بشدة بخصوص انتشار جائحة كورونا التي تحولت مجتمعات برمتها إلى مخاطر صحية من فرط السرعة التي ينتشر بها المرض والعجز عن الحد من انتشاره بواقع 128 مفردة تمثل نحو 64% من إجمالي حجم العينة، بينما نسبة من إجابوا بالموافقة بخصوص انتشار جائحة كورونا التي تحولت مجتمعات برمتها إلى مخاطر صحية من فرط السرعة التي ينتشر بها المرض والعجز عن الحد من انتشاره فقد بلغت 3%.

ونظراً لأنه قيمة مربع كاي النظرية البالغة 33,665 والمحسوبة أمام درجة حرية 1 ومستوى دلالة يقل عن 0,0005، مما يشير إلى إمكانية رفض فرض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود اختلافات جوهرية بين أراء العينة حول بخصوص انتشار جائحة كورونا التي تحولت مجتمعات برمتها إلى مخاطر صحية من فرط السرعة التي ينتشر بها المرض والعجز عن الحد من انتشاره.

وترى الباحثة ان العولمة تتسبب في حدوث تغييرات عميقة ومعقدة في طبيعة مجتمعاتنا بسب المخاطر الناجمة عنها. بالإضافة إلى ذلك، فقد تتسبب آثار العولمة في قلق متزايد بشأن صحتنا، ويجبرنا عدم الإنصاف الذي تنطوي عليه التنمية المستدامة بين الأجيال على التفكير في حق الأجيال القادمة في بيئة صحية وحياة صحية. لذلك فأن تحديد الآثار الصحية المستقبلية للعولمة تتطلب نهجًا أكثر شمولية مما كان عليه في السابق. لإضافة بُعد صحي إلى التوقعات العالمية الحالية من أجل استكشاف الآثار الصحية المستقبلية للعولمة.

جدول رقم (27) يوضح رأي عينة الدراسة حول ان عولمة المرض وتصديره إلى دول وشعوب العالم فيما يتعلق بسوق صناعة الدواء وتجارة الشركات الدوائية العالمية وتربحها لعلاج هذه الأمراض التي تصدرها الي جميع دول العالم النامي والمتقدم

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	موافق بشدة	132	66	86,755	2	0,000
2	موافق	60	30			
3	غير موافق	8	4			
المجموع		200	%100			

يتضح من خلال تحليل بيانات الجدول السابق أن نسبة من يرون ان عولمة المرض وتصديره إلى دول وشعوب العالم تتعلق بسوق صناعة الدواء وتجارة الشركات الدوائية العالمية وتربحها لعلاج هذه الأمراض التي تصدرها الي جميع دول العالم النامي والمتقدم، وكانت الإجابة بموافق بشدة جاءت في المرتبة الأولى إذ تبلغ 66%، بينما بلغت نسبة من يرون ان عولمة المرض وتصديره إلى دول وشعوب العالم فيما يتعلق بسوق صناعة الدواء وتجارة الشركات الدوائية العالمية وتربحها لعلاج هذه الأمراض التي تصدرها إلى جميع دول العالم النامي والمتقدم

حيث كانت اجابتهم بالموافقة فقد كانت نسبتهم 30% ممثلين في 60 مفردة من إجمالي حجم العينة، وفي المرتبة الأخيرة جاءت نسبة عدم الموافقة 4%.

ونظراً لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 86,755 والمحسوبة أمام درجة حرية 2 ومستوى دلالة يقل عن 0,0005، مما يشير إلى إمكانية رفض فرض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود اختلافات جوهرية بين أراء العينة حول ان عولمة المرض وتصديره إلى دول وشعوب العالم فيما يتعلق بسوق صناعة الدواء وتجارة الشركات الدوائية العالمية وتربحها لعلاج هذه الأمراض التي تصدرها الى جميع دول العالم النامي والمتقدم.

ترى الباحثة ان الشركات الدوائية العالمية في الدول الراس مالية ذات الطابع الربحي والتجارة الحرة ، أخذت تتنافس فيما بينها في صناعة الأدوية واللقاحات بخاصة بعد انتشار (فايروس كورونا كوفيد 19) وتصديرها الى جميع الدول النامية مقابل الحصول على الأموال وليس بدافع تقديم يد العون والمساعدة لإنقاذ المجتمعات النامية من تفشي الأمراض المعدية، والأوبئة ، وهذا يدل على ان عولمة المرض أدت الى تفكك المجتمعات بدلا من تضامنها لان دوافعها مادية وليست إنسانية .

جدول رقم (28) يوضح رأي عينة الدراسة في إن نوعية الأمراض الوبائية لم تعد امراضاً تنتقل من الدول الفقيرة إلى الدول الغنية كما كان خطاب المرض المعولم يؤكد من قبل، بل أصبحت –مثلها مثل السلع تماماً– لا تعرف حدود المجتمعات

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	موافق بشدة	104	52	76,234	2	0,000
2	موافق	80	40			
3	غير موافق	16	8			
المجموع		200	%100			

تشير بيانات الجدول السابق إلى ان النسبة الأعلى من العينة الدراسة جاءت الموافقة بشدة بإن نوعية الأمراض الوبائية لم تعد امراضاً تنتقل من الدول الفقيرة إلى الدول الغنية كما كان خطاب المرض المعولم يؤكد من قبل، بل أصبحت –مثلها مثل السلع تماماً– لا تعرف حدود المجتمعات حيث بلغت 52% ممثلين في 104 مفردة، في حين يرى 40% من عينة الدراسة إن نوعية الأمراض الوبائية لم تعد امراضاً تنتقل من الدول الفقيرة إلى الدول الغنية كما

كان خطاب المرض المعولم يؤكد من قبل، بل أصبحت –مثلها مثل السلع تماماً– لا تعرف حدود المجتمعات، وفي المرتبة الأخيرة نسبة عدم الموافقة إن نوعية الأمراض الوبائية لم تعد امراضاً تنتقل من الدول الفقيرة إلى الدول الغنية كما كان خطاب المرض المعولم يؤكد من قبل، بل أصبحت –مثلها مثل السلع تماماً– لا تعرف حدود المجتمعات حيث تبلغ 8% بواقع 16 مفردة من إجمالي حجم العينة.

ونظرا لأنه قيمة مربع كاي النظرية البالغة **76,234** والمحسوبة أمام درجة حرية 2 ومستوى دلالة يقل عن 0,0005، مما يشير إلى إمكانية رفض فرض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود اختلافات جوهرية بين أراء العينة حول إن نوعية الأمراض الوبائية لم تعد امراضاً تنتقل من الدول الفقيرة إلى الدول الغنية كما كان خطاب المرض المعولم يؤكد من قبل، بل أصبحت –مثلها مثل السلع تماماً– لا تعرف حدود المجتمعات.

وترى الباحثة ان العالم يتجه نحو العولمة مع التركيز على عصر الصحة المستدامة، وان التقدم العالمي نحو الاستدامة بطيء، وبشكل كبير فان الدول المتقدمة تتقدم نحو عصر الصحة المستدامة، ولكنها ليست قادرة على الانتقال إلى مجتمع مستدام. إذ من المرجح أن العالم المتقدم تقدم إلى عصر التكنولوجيا الطبية، ولكن قد تواجه أيضا زيادة خطر الإصابة بالأمراض المعدية. اما ما يخص البلدان النامية فأن هناك بعض المجتمعات المحلية البطيئة التقدم المحرز في تحقيق الاستدامة كما هو في العالم المتقدم، ولكن الانتقال لم يكتمل في البلدان النامية، ولكن وتيرة التحسينات الصحية بطيئة للغاية بالنسبة للتحول ما بعد "عصر الأمراض المزمنة"، وان بعض البلدان النامية قد تحقق تقدما تكنولوجيا متواضعا في حد ذاتها.

ان العالم من حولنا أصبح أكثر ترابطا، وتعقيدا وينظر إلى صحة الإنسان بشكل متزايد على أنها نتيجة متكاملة لمحدداتها البيئية والاجتماعية والثقافية والاقتصادية والمؤسسية. وقد باتت آثار العولمة تسبب قلقا متزايدا لصحة الإنسان، والمساواة بين الأجيال التي تنطوي عليها التنمية المستدامة تضطرنا إلى النظر في حق الأجيال القادمة في التمتع ببيئة وحياة صحية جيدة لاسيما وان التوجهات التي تكشف عن عالم مجزأ يمكن أن تكون ذات صلة بمستقبله.

وهناك مجموعة متكاملة من التوجهات الصحية العالمية يمكن أن يكون لها دوراً كبيراً في المناقشات الجارية بشأن الآثار الصحية المترتبة على العولمة ، ويمكن أن تتخذ نهجا أكثر تكاملا نحو الصحة العالمية بين العلماء والحكومات وأصحاب المصلحة الآخرين، وأن الإبعاد الصحية للإنسان مفقودة إلى حد كبير في التوجهات العالمية الحالية، وبالنظر إلى أن الصحة على نطاق واسع تعد واحدة من أهم جوانب رفاه الإنسان و عنصر هام من عناصر الأمن

البشري ، يمكن للمرء أن يسأل لماذا كان هناك القليل جدا من الجهد لمعالجة صحة الإنسان في العقد الماضي من التنمية الاجتماعية والاقتصادية.

أولاً: النتائج المرتبطة بالمتطلبات التقنية الطبية المطلوب توافرها في المستشفيات

جدول رقم (29)

يوضح أهم المتطلبات التقنية الطبية المطلوب توافرها في المستشفيات

م	المتغير	موافق	محايد	معارض	مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الترتيب
1	قيام إدارة المستشفى بمهامها في طرح أفكار جديدة واستيراد اجهزة تقنية حديثة لمواكبة التغيرات والتطور التكنولوجي في المجال الصحي	110	80	10	500	10,87	4
2	تتم مراجعة وصيانة الأجهزة الصحية التقنية وادامتها بشكل مستمر	50	90	60	390	8,48	14
3	التواصل بين المؤسسة الصحية والمنظمات الدولية من اجل ان تواكب وتتوافق مع التقانة الصحية الحديثة في العالم	50	100	50	400	8,69	13
4	تفعيل قيمة البحوث الطبية والدوائية والإستقصاءات الصحية الكاشفة ومعرفة جدواها من اجل الإفادة من التقدم التكنولوجي في وسائل التعلم والمعلومات الطبية واساليبها	90	90	20	470	10,22	7
5	متابعة الإكتشافات العلمية الجديدة والمستمرة نتيجة للتقدم العلمي الطبي والتقدم التكنولوجي في مجال الأجهزة والأدوات الطبية التي تساعد على الشفاء	130	70	-	530	11,52	1
6	الاستفادة من التحسينات في التكنولوجيا (الطبية) والرعاية الصحية في الأنماط الصحية وعمليات التحديث المرتبطة بها والتي تتماشى مع التطور الصحي العالمي	70	100	30	440	9,56	10

7	استكشاف العالم عن طريق الحصول على المعلومات المختلفة، وسهولة الوصول إلى المعلومات عن القضايا التي تهمني في المجال الطبي	60	140	-	460	10	8
8	تعظيم دور التعاون الخارجي والترابط الداخلي للإستفادة في مجال التقنيات الصحية المتطورة ومن المستجدات في الطب والعلاج	110	90	-	510	11,08	3
9	الترابط بين التعليم في المجالات الصحية والعمل في الوحدات الخارجية، وقيمة الإفادة من الإحتكاك الدولي في الطب	130	60	10	520	11,30	2
10	أهمية تقييم الجودة في الأداء للحفاظ على مستوى الخدمة الصحية والمهن الطبية لتصل إلى مستوى الإعتماد العالمي	80	120	-	480	10,42	6
11	تطوير سبل التعليم الطبي ومساراته، وتغير قيمة الوقت في إنقاذ الحياة خاصة في الحالات الحرجة	80	110	10	470	10,22	7
12	إن التقدم العلمي والتكنولوجي له أثر كبير في الصحة، وفي تطوير الخدمة الصحية لمواجهة الأمراض المعدية تعليماً وممارسة ووقاية ودواء وغذاء	60	80	60	400	8,69	13
13	الاستفادة من ظهور مواد جديدة وتكنولوجيات مستحدثة تستعمل في علاج بعض الأمراض	50	120	30	420	9,3	12
14	تساهم التقنية الصحية الحديثة في تحسين الاتصال والتفاعل بين أقسام المؤسسة الصحية الواحدة في الحد من انتشار الأمراض الوبائية	60	110	30	430	9,35	11
15	إقامة اتفاقيات معرفية متبادلة مع مؤسسات صحية أخرى على المستوى العالمي	70	100	30	440	9,56	10
16	الاستعانة بخبراء ومتخصصين من خارج العراق لنقل معرفتهم وخبرتهم لتدريب الاطباء العراقيين في الحصول على المعرفة التقنية في الاجهزة الصحية	60	120	20	440	9,56	10
17	توفر المؤسسة الصحية الأجهزة والأدوات والمستلزمات والمواد التي تتطلبها أعمالهم في التقانات الصحية في المؤسسات الطبية	60	140	-	460	10	8
18	تساهم التقنية الصحية الحديثة في تحسين الاتصال	70	120	10	460	10	8

	والتفاعل بين المؤسسات الأخرى التي تؤدي الى زيادة كفاءة الموظفين في المجال الصحي						
19	**تساعد التقنية الصحية في الفحص أو التشخيص أو العلاج الصحيح والدقيق للأمراض**	**90**	**100**	**10**	**480**	**10,42**	**6**
20	**ظهور قضايا إنتاج الدواء والتحكم الخارجي والترابط الداخلي للإستفادة من المستجدات الصحية الحديثة في مجال الطب**	**120**	**50**	**30**	**490**	**10,65**	**5**
21	**ان النجاح في الطرق المناسبة للتقليل من اعتلال الصحة هو الاستغلال الامثل لعصر التكنولوجيا الطبية**	**60**	**120**	**20**	**440**	**9,56**	**10**
22	**توفر الاجهزة التقنية الطبية في المستشفيات الكثير من الجهد والمال ومشقة السفر للمرضى الراغبين بالعلاج خارج العراق**	**80**	**90**	**30**	**450**	**9,77**	**9**
23	**تحقيق مبدأ المصداقية في الإجراءات الحكومية فيما يتعلق بتوفير بيئة صحية آمنة تعتمد التقنية الطبية الحديثة**	**50**	**130**	**20**	**430**	**9,35**	**11**
		1790	**2330**	**480**	**4600**	**%100**	
	النسبة المئوية	**38,91**	**50,65**	**10,44**			
قوة قياس المحور		**%89**					

كشفت نتائج الدراسة عن أهم المتطلبات التقنية الطبية المطلوب توافرها في المستشفيات، وهو ما نراه واضحاً في ترتيب الأوساط المرجحة للآراء:

جاء في الترتيب الأول وباستقراء بيانات الجدول السابق أن متابعة الإكتشافات العلمية الجديدة والمستمرة نتيجة للتقدم العلمي الطبي والتقدم التكنولوجي في مجال الأجهزة والأدوات الطبية التي تساعد على الشفاء يأتي في مقدمة أهم المتطلبات التقنية الطبية المطلوب توافرها في المستشفيات، وذلك بمتوسط مرجح 11,52.

فالحفاظ على صحة الانسان من خلال متابعة الإكتشافات العلمية الجديدة والمستمرة نتيجة للتقدم العلمي الطبي والتقدم التكنولوجي ليست عملية سهلة فهي عملية طويلة ومستمرة تهدف لتطوير وجهات النظر ونشر التوعية البيئية والصحية التي تعتبر المقياس الحقيقي لتقدم المجتمعات، فمن الضروري صون الموارد الطبيعية وتغير سلوكيات الانسان تجاه الصحة ومعالجة المشاكل الصحية لابد أن تحتل مكانة متميزة عند وضع سياسات وخطط وبرامج

المؤسسات الصحية للقيام بدورها في تنمية الوعي الصحي، وبما أنه لا يمكن إيقاف التنمية والتطوير والتقدم التكنولوجي من أجل سلامة البيئة والانسان.

في حين جاء في الترتيب الثاني ان الترابط بين التعليم في المجالات الصحية والعمل في الوحدات الخارجية، وقيمة الإفادة من الإحتكاك الدولي في الطب وذلك بمتوسط وزني مرجح 11,30.

وترى الباحثة ان تقوم وزارة الصحة بعقد دورات تدريبية للأطباء للعاملين في المراكز الصحية خارج العراق للإفادة من الإحتكاك الدولي في الطب، ولرفع مستوى كفاءتهم وأدائهم من خلال تنمية معلوماتهم الفنية باستمرار وتطوير مفاهيمهم ومواقفهم بما يناسب مفهوم الرعاية الصحية الأولية و تنمية المجتمع.

يليها في المرتبة الثالثة تعظيم دور التعاون الخارجي والترابط الداخلي للإستفادة في مجال التقنيات الصحية المتطورة ومن المستجدات في الطب والعلاج حيث تبلغ المتوسط الوزني المرجح لها 11,08.

وترى الباحثة إن الدور التنموي في المجتمعات يلقى حضوراً مكثفاً في الأوساط العالمية والعراقية تحديداً خاصة في الفترة الزمنية الأخيرة، ولا يفوت المراقب أن يلاحظ أن هناك جملة من العوامل التي أدت إلى بروز هذه الظاهرة، بعضها مرتبط بالتطورات الاقتصادية والسياسية التي مر بها المجتمع العراقي، والبعض الأخر مرتبط بعملية العولمة الاقتصادية والسياسية والثقافية التي يشهدها العالم اليوم، ويتأثر بها المجتمع العراقي كغيره من المجتمعات الإنسانية. لذا تعظيم دور التعاون الخارجي والترابط الداخلي للإستفادة في مجال التقنيات الصحية المتطورة ومن المستجدات في الطب والعلاج.

وتشير الباحثة هنا إلى ضرورة تعظيم دور التعاون الخارجي والترابط الداخلي للإستفادة من المستجدات في الطب والعلاج.

وفي الترتيب الرابع قيام إدارة المستشفى بمهامها في طرح أفكار جديدة واستيراد اجهزة تقنية حديثة لمواكبة التغيرات والتطور التكنولوجي في المجال الصحي حيث كان المتوسط الوزني لها 10,87.

وتشير الباحثة هنا الى انه لابد من توحيد جهود المؤسسات الصحية والحكومة لتحسين الأحوال الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في المؤسسات الطبية لمساعدتها على مواكبة التغيرات والتطور التكنولوجي في المجال الصحي والمساهمة في تقدمها بأقصى قدر مستطاع.

كما جاء في الترتيب الخامس ظهور قضايا إنتاج الدواء والتحكم الخارجي والترابط الداخلي للإستفادة من المستجدات الصحية الحديثة في مجال الطب حيث كان المتوسط الوزني لها 10,65.

لذا لابد من توفير برامج تدريبية ودورات تطويرية للأطباء في المجال الطبي وان يتدربوا أثناء فترة الدراسة على هذا المجال للإستفادة من المستجدات الصحية الحديثة في مجال الطب، وهذا يؤدي الى أن ممارستهم فيه ستكون بالمستوى المطلوب حيث أن التدريب في المجال يكسبهم الخبرات والمهارات المختلفة مما ينعكس على أدائهم المهني.

في حين جاء في الترتيب السادس إقامة اتفاقيات معرفية متبادلة مع مؤسسات صحية أخرى على المستوى العالمي، والاستعانة بالخبراء ومتخصصين من خارج العراق لنقل معرفتهم وخبرتهم لتدريب الاطباء العراقيين في الحصول على المعرفة التقنية في الاجهزة الصحية في المركز السادس بمتوسط وزني مرجح 10,42 لكلا منها.

تعتقد الباحثة بضرورة إجراء عملية تغيير واع يحدث في المجتمع من خلال التوحد والمشاركة بين جهود المؤسسات الصحية والحكومة بهدف الاستفادة من كافة الموارد المتاحة في المجتمع، وتحقيق الرفاهية الاجتماعية والاقتصادية، ويتم ذلك وفق خطة مرسومة من خلال إقامة اتفاقيات معرفية متبادلة مع مؤسسات صحية أخرى على المستوى العالمي، والاستعانة بالخبراء ومتخصصين من خارج العراق لنقل معرفتهم وخبرتهم لتدريب الاطباء العراقيين في الحصول على المعرفة التقنية في الاجهزة الصحية

بينما جاء في الترتيب السادس والسابع تطوير سبل التعليم الطبي ومساراته، وتغير قيمة الوقت في إنقاذ الحياة خاصة في الحالات الحرجة وذلك بمتوسط وزني مرجح 10,22 لكليهما.

وتستنتج الباحثة ان من الأطباء من يرى أن الحياة المهنية بعد التخرج لا تقدم خبرات علمية جديدة، إلا من خلال الدراسات العليا التي تكسبهم المعرفة الجديدة والأساليب الطبية الجديدة في العلاج و التشخيص و الوقاية، في التقنية الحديثة للفحص الطبي، والملاحظ أن التأهيل العلمي للطبيب يعتبر مشكلة ملحة لكثير من الأطباء، وذلك لعدم قدرتهم على إكمال الدراسات العليا لقلة المستشفيات المؤهلة للدراسات العليا، وعدم قدرة المستشفيات المؤهلة للدراسات العليا لإستيعاب أعداد كبيرة من الأطباء .

في حين احتل الترتيب الثامن توفير المؤسسة الصحية الأجهزة والأدوات والمستلزمات والمواد التي تستلزمها أعمالهم في التقانات الصحية في المؤسسات الطبية، وتساهم التقنية الصحية الحديثة في تحسين الاتصال والتفاعل بين المؤسسات الأخرى التي تؤدي الى زيادة كفاءة الموظفين في المجال الصحي.

ولعل الأمراض التي تنتشر بسرعة بين بني البشر اليوم تلقى في كثير من الأحيان إستجابة سريعة من المنظمات وهيئات الإغاثة العالمية والحكومات والدول، وبالرغم من ذلك يبقى أمر السيطرة على المرض أمرا مرهونا بوعي الإنسان وثقافته وإبتعاده عن التقاليد والعادات الضارة وإتباع الطرق العلمية الصحيحة في العلاج والوقاية من الأمراض، ومهما يكن من أمر فإن العلاج اليوم قد لا يكون متوفرا دائما بصورة متماثلة او حتى كافية لكل المرضى.

بينما جاء في الترتيب التاسع والعاشر استكشاف العالم عن طريق الحصول على المعلومات المختلفة، وسهولة الوصول إلى المعلومات عن القضايا التي تهمني في المجال الطبي وذلك بمتوسط وزني مرجح 10% لكل منها.

فالتعليم يعد الأداة الوحيدة التي من خلالها يمكن للعاملين في المؤسسات الطبية من الحصول على مختلف المعلومات و وسهولة الوصول إلى المعلومات عن القضايا المتعلقة بالأمراض وانتشارها التي تشكل خطرا على الحياة على الأرض وضد الإنسان والتي يجب أن يكون عند البشر وقاية منها تشمل تناقص التنوع البيولوجي، وإزالة الغابات، وفقدان الموائل، والاكتظاظ السكاني والتلوث.

في حين جاء في الترتيب الحادي عشر توفير الاجهزة التقنية الطبية في المستشفيات الكثير من الجهد والمال ومشقة السفر للمرضى الراغبين بالعلاج خارج العراق في المركز التاسع بمتوسط وزني 9,77.

جاء في الترتيب الثاني عشر إقامة اتفاقيات معرفية متبادلة مع مؤسسات صحية أخرى على المستوى العالمي، والاستعانة بالخبراء ومتخصصين من خارج العراق لنقل معرفتهم وخبرتهم لتدريب الاطباء العراقيين في الحصول على المعرفة التقنية في الاجهزة الصحية، وذلك بمتوسط وزني مرجح 9,56.

ترى الباحثة انه لابد من الاستعانة بخبراء ومتخصصين من خارج العراق لنقل معرفتهم وخبرتهم لتدريب الاطباء العراقيين في الحصول على المعرفة التقنية في الاجهزة الصحية، والحصول على التعليم الطبي المستمر للأطباء وهو يعتمد علي التعليم الأساسي من البداية وحتى الدراسة الجامعية، ويجب أن يتم ذلك من خلال عقد دورات تدريبية دورية و متكررة

للأطباء في الأقسام المتخصصة في المستشفيات المؤهلة، وهذا يحتاج إلى جهد كبير من التدريب من جهة الإخصائيين، وعلاوة على حرص طالبي التدريب على الاستفادة و المعرفة و الخبرة الجديدة.

جاء في الترتيب الثالث عشر ان النجاح في الطرق المناسبة للتقليل من اعتلال الصحة يكمن في الاستغلال الامثل لعصر التكنولوجيا الطبية وذلك بمتوسط وزني مرجح 9,56.

فإن استكشاف الآثار الصحية المحتملة للتغيرات العالمية يشكل تحديا مختلفا، ويمكن للمرء تطوير سياسات صحية متكاملة جديدة تكون قادرة على الاستمرار في "عصر الأمراض المزمنة" أو حتى تتقدم إلى "عصر التكنولوجيا الطبية".

وجاء في الترتيب الرابع عشر تحقيق مبدأ المصداقية في الإجراءات الحكومية فيما يتعلق بتوفير بيئة صحية آمنة تتعمد التقنية الطبية الحديثة، وذلك بمتوسط وزني مرجح 9,35 في كل منها.

ومن وجهة نظر الباحثة فأن على الحكومة متابعة برامج التعليم والرعاية الاجتماعية على نطاق واسع، وذلك لغرض التوصل الى حل المشاكل البيئية والاجتماعية، وأيضا من اجل الوصول إلى الرعاية الصحية المناسبة والتكنولوجيا الطبية لتحقيق صحة مستدامة تعتمد على التطورات الصحية.

ثم في الترتيب الخامس عشر القضاء على جميع أشكال التعقيدات الإدارية وذلك بمتوسط وزني مرجح 9,13.

تتشكل الممارسة الصحية عن للوعي الصحي عن قصد نتيجة الفهم والإقتناع، لذا لا بد ان 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.

وفي الترتيب السادس عشر ياتي التقدم العلمي والتكنولوجي وما له من أثر كبير على الصحة، وفي تطوير الخدمة الصحية لمواجهة الأمراض المعدية تعليماً وممارسة ووقاية ودواء وغذاء، وذلك بمتوسط وزني مرجح 8,69.

فقضايا صحة الإنسان من الموضوعات التي أصبحت اليوم علماً له قواعده ومبادئه وأبحاثه والمتخصصون فيه فإنها أصبحت في كثير من مظاهرها وأساليبها فناً تطبيقياً يستخدم نتائج البحوث العلمية والطبية ووسائل التقنية الحديثة المختلفة في تحقيق أهدافه، وتعرف الإدارة الصحية بهيئة الصحة العالمية الصحة العامة للإنسان بأنها "العلم والفن الهادفان إلى صد

المرض والوقاية منه والعمل على إطالة فترة الحياة قدر المستطاع ورفع مستوى الصحة والكفاية نتيجة المجهودات المنظمة لتحسين صحة البيئة والتحكم في إنتشار الأمراض المعدية وتعليم الأفراد أصول الشخصية وتنظيم الخدمات الطبية والتمريضية.

وفي الترتيب السادس عشر جاء اختيار أفراد العينة بأنه يجب ان تتم مراجعة وصيانة الأجهزة الصحية التقنية وادامتها بشكل مستمر وذلك بمتوسط وزني مرجح 8,48 .

وفي الترتيب السابع عشر توفر المؤسسة الصحية الأجهزة والأدوات والمستلزمات والمواد التي تستلزمها أعمالهم في التقانات الصحية في المؤسسات الطبية وذلك بمتوسط وزني مرجح **10.**

وجاء في الترتيب الثامن عشر اسهام التقنية الصحية الحديثة في تحسين الاتصال والتفاعل بين المؤسسات الأخرى التي تؤدي الى زيادة كفاءة الموظفين في المجال الصحي وذلك بمتوسط وزني مرجح **10.**

وفي الترتيب التاسع عشر تساعد التقنية الصحية في الفحص أو التشخيص أو العلاج الصحيح والدقيق للأمراض وذلك بمتوسط وزني مرجح **10,42.**

وفي الترتيب العشرين ظهور قضايا إنتاج الدواء والتحكم الخارجي والترابط الداخلي للإستفادة من المستجدات الصحية الحديثة في مجال الطب وذلك بمتوسط وزني مرجح **10,65.**

وجاء في الترتيب الواحد والعشرين ان النجاح في الطرق المناسبة للتقليل من اعتلال الصحة هو الاستغلال الأمثل لعصر التكنولوجيا الطبية وذلك بمتوسط وزني مرجح **9,56.**

لا شك أن مدى تأثير وفاعلية التطور التكنولوجي من سلبيات وإيجابيات على إدارة الموارد البيئية، يتطلب سياسة واعية سليمة لمواكبة التقنيات العلمية المعاصرة في تطوير نظم المعلومات والنظم البيئية لإمداد صانعي القرار بالمعلومات العلمية التقنية الإدارية والقانونية لأن القاعدة الإدارية والقانونية ما وجدت إلا لحماية الحق، وحق البيئة هي النقاء وحق الكائن الحي هو الصحة فعند توافر القاعدة العلمية الواعية المزدهرة علمياً فعليها أن تحمي الإنسان من التلوث والإهمال والفقر.

وجاء في الترتيب الثاني والعشرين توفر الاجهزة التقنية الطبية في المستشفيات الكثير من الجهد والمال ومشقة السفر على المرضى للعلاج خارج العراق وذلك بمتوسط وزني مرجح **9,77.**

وفي الترتيب الثالث والعشرين تحقيق مبدأ المصداقية في الإجراءات الحكومية فيما يتعلق بتوفير بيئة صحية آمنة تتعمد التقنية الطبية الحديثة وذلك بمتوسط وزني مرجح **9,35.**

وتعكس هذه البيانات اعتبارات إيجابية عدة تحقق الفوائد الاجتماعية لنظام صحي متكامل يعمل على تطوير الخدمة الصحية لمواجهة الأمراض المعدية حيث إن التقدم العلمي والتكنولوجي له أثر كبير على الصحة، تعليماً وممارسة ووقاية ودواء وغذاء، ذلك من خلال بعض العوامل منها زيادة الإنفاق الصحي الفردي والجماعي، والتحكم في أسعار المستوردات الهامة، وتطوير سبل التعليم الطبي ومساراته، وتغير قيمة الوقت في إنقاذ الحياة، خاصة في الحالات الحرجة .

ثانياً: النتائج المرتبطة بالخدمات الصحية وتنمية رأس المال البشري

جدول رقم (30) يوضح تصنيف مفردات العينة وفقاً لآرائهم بأن انتشار الوعي الصحي والتعرف على العادات الصحية لها علاقة مباشرة بصحة الإنسان وسلوكه

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	مهمة إلى حد كبير	130	65	92,445	2	0,000
2	إلى حد ما	60	30			
3	غير مهمة	10	5			
المجموع		200	%100			

يتضح من خلال تحليل بيانات الجدول السابق على وفق الخدمات الصحية وتنمية رأس المال البشري إن النسبة الأعلى لعينة الدراسة جاءت اجاباتهم مهمة إلى حد كبير انتشار الوعي الصحي والتعرف على العادات الصحية التي لها علاقة مباشرة بصحة الإنسان وسلوكه حيث بلغت (65%) بواقع 130 مفردة من إجمالي حجم العينة، يليها نسبة الاجابة إلى حد ما حيث بلغت (30%) بواقع 60 مفردة، فحين جاءت في المرتبة الأخيرة نسبة إجابة غير مهمة حيث بلغت (5%) بواقع 10 مفردات.

ونظرا لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 92,445 والمحسوبة أمام درجة حرية 2 وبمستوى دلالة تقل عن 0,0005 مما يشير لإمكانية رفض فرض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود اختلافات جوهرية بين أراء العينة ووفقاً لآرائهم بأن انتشار الوعي الصحي والتعرف على العادات الصحية لها علاقة مباشرة بصحة الإنسان وسلوكه.

وفي هذا الإطار يعد الوعي الصحي عبر الممارسة عن قصدٍ نتيجة الفهم والإقناع. ويستخدم مفهوم التوعية الصحية في أدبيات الاتصال كمرادفٍ لعملية التثقيف الصحي فبناءً على

ذلك يمكن القول أن الوعي الصحي هو العملية التي تؤثر وتغير في الممارسات بالإضافة إلى المعلومات والمواقف المتعلقة بتلك التغيرات كذلك للبيئة أهمية كبيرة للإنسان بوصفها العالم الخارجي المحيط بالإنسان الذي له تأثير مباشر على الإنسان ولا تقتصر فقط على البيئة الاجتماعية والسياسية والاقتصادية والتكنولوجية حيث أن هذه العوامل تؤثر على مقومات حياة الإنسان وعلاقاته مع أقرانه من بني البشر. وإذا كانت البيئة تؤثر على صحة الفرد وتركيبه الجسمي، فهي تؤثر أيضاً في شخصيته ونفسيته وعاداته ومعتقداته، ومن ناحية أخرى فالإنسان يؤثر في البيئة ويتحكم فيها، ولذلك فإن هناك علاقة تفاعلية متبادلة بين البيئة والمجتمع.

جدول رقم (31) يوضح تصنيف مفردات العينة
وفقا لآرائهم في ان تقدم الحكومة للأسرة نوعية من الخدمات الصحية مثل الخدمات الوقائية، والخدمات العلاجية، والخدمات التشخيصية والعلاجية، والخدمات التأهيلية

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	مهمة إلى حد كبير	130	65	21,000	1	0,000
2	إلى حد ما	60	30			
3	غير مهمة	10	5			
المجموع		200	%100			

يلاحظ من خلال تناول بيانات الجدول السابق أن معظم آراء مفردات عينة الدراسة تشير الى ان تقدم الحكومة للأسرة نوعية من الخدمات الصحية مثل الخدمات الوقائية، والخدمات العلاجية، والخدمات التشخيصية والعلاجية، والخدمات التأهيلية جاءت مهمة إلى حد كبير إذ تبلغ النسبة (65%) من إجمالي حجم العينة. بينما جاءت نسبة إلى حد ما حيث بلغت (30%) بواقع 60 مفردة من إجمالي حجم العينة. ثم اخيراً جاءت اجابة عينة الدراسة بـ غير مهمة إذ تبلغ النسبة (5%) من إجمالي حجم العينة.

ونظراً لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 21,000 والمحسوبة أمام درجة حرية أو بمستوى دلالة تقل عن 0,0005 مما يشير إلى إمكانية رفض فرض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود اختلافات جوهرية بين آراء العينة في ان تقدم الحكومة للأسرة نوعية من الخدمات الصحية مثل الخدمات الوقائية، والخدمات العلاجية، والخدمات التشخيصية والعلاجية، والخدمات التأهيلية.

في ضوء ما سبق يمكن تقرير ان الوعي الصحي لا يقتصر على جانب معين من الأمور المتصلة بالصحة، بل يتسع الوعي 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.

نستنتج من ذلك أن من أسباب عدم وجود وعي صحي لدى المجتمع إنما يرجع سببه الرئيسي إلى عدم وجود التربية الصحية والبيئية في المجتمع، نظراً لأن التربية الصحية والبيئية تعد منهج تربوي لتكوين الوعي البيئي من خلال تزويد الفرد بالمعارف والمهارات والقيم والاتجاهات التي تنظم سلوكه وتمكنه من التفاعل مع بيئته الاجتماعية بما يهم في حمايتها وحل مشكلاتها وتهدف التربية البيئية إلى زيادة الوعي بالعوامل البيئية وارتباطها بصفة الاتساق وسلامته وإعداد الفرد على اتخاذ القرارات السليمة لمواجهة المشكلات البيئية وغيرها.

جدول رقم (32) يوضح تصنيف مفردات العينة وفقاً لمدى تقوية العلاقة بين الجهاز الاداري والملاك الطبي مع اعضاء هيئة المؤسسات الصحية

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	مهمة إلى حد كبير	90	45	56,220	2	0,000
2	إلى حد ما	80	40			
3	غير مهمة	30	15			
المجموع		200	%100			

يلاحظ من خلال تناول بيانات الجدول السابق أن معظم مفردات عينة الدراسة ترى تقوية العلاقة بين الجهاز الإداري والملاك الطبي مع اعضاء هيئة في المؤسسات الصحية مهمة إلى حد كبير حيث بلغت نسبتهم 45% بواقع 90 مفردة، ثم يليها الذين يروا مهمة إلى حد ما وذلك بنسبة 40%، بينما جاءت النسبة الأقل للذين يروا غير مهمة تقوية العلاقة بين الجهاز الإداري والملاك الطبي مع اعضاء هيئة في المؤسسات الصحية فقد بلغت 15% من إجمالي حجم العينة.

ونظرا لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 56,220 والمحسوبة أمام درجة حرية أو بمستوى دلالة تقل عن 0,0005 مما يشير إلى إمكانية رفض فرض العدم وقبول الفرض

الصفري المشير إلى وجود اختلافات جوهرية عند تصنيف مفردات العينة وفقا لمدى أهمية تقوية العلاقة بين الجهاز الاداري والملاك الطبي مع اعضاء هيئة في المؤسسات الصحية.

نستدل من معطيات الجدول أعلاه ان تقوية العلاقات بين الجهاز الإداري والملاكات الطبية له دور كبير في تقديم خدمات افضل في المؤسسات الصحية والعمل بتفاني وبإخلاص من قبل الأطباء وهذا ينعكس بشكل مباشر على طبيعة الخدمة التي يحصل عليها المواطن وتحسين صورة المؤسسة الصحية لدى المواطنين نتيجة إعادة بناء الثقة بينهما لتحقيق المساواة في الحصول على مستحقاتهم المادية والمعنوية في عدد ساعات العمل ومكان عملهم الذي يراعى فيه بعض الجوانب الإنسانية مما ينعكس على مستوى الأداء داخل المؤسسة الصحية .

جدول رقم (33) يوضح تصنيف مفردات العينة وفقا لآرائهم في إجراء المسوح الطبية للتعرف على احتياجات المجتمع في المجال الصحي

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	مهمة إلى حد كبير	140	70	83,547	1	0,000
2	إلى حد ما	45	22,5			
3	غير مهمة	15	7,5			
المجموع		200	%100			

يلاحظ من خلال تناول بيانات الجدول السابق أن النسبة الأعلى من إجابات عينة الدراسة جاءت بالموافقة على مهمة إلى حد كبير في إجراء المسوح الطبية للتعرف على احتياجات المجتمع في المجال الصحي فقد بلغت 70% ممثلين في 140 مفردة من إجمالي حجم العينة، بينما جاءت النسبة الأقل من يرى في أن أهميتها إلى حد ما في إجراء المسوح الطبية للتعرف على احتياجات المجتمع في المجال الصحي حيث بلغت 22,5%. ثم جاءت إجابة عينة الدراسة في ان إجراء المسوح الطبية للتعرف على احتياجات المجتمع في المجال الصحي كانت غير مهمة حيث بلغت نسبتها**7,5%** .

ونظراً لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 83,547 والمحسوبة أمام درجة حرية واحدة أو بمستوى دلالة تقل عن 0,0005 مما يشير إلى إمكانية رفض فرض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود اختلافات جوهرية بين أراء العينة حول ضرورة إجراء المسوح الطبية للتعرف على احتياجات المجتمع في المجال الصحي.

ويستنتج من ذلك أن معظم المبحوثين أشاروا الى أن أجراء المسوح الطبية يساعد في معرفة وتحديد الاحتياجات الصحية الضرورية من أدوية ولقاحات وأجهزة ومعدات طبية تسهم في الحد من انتشار الأمراض والأوبئة قبل تفشيها وتفاقمها ، مما يقلل من تكلفة العلاج واستنفار الملاكات الطبية فيما لو انتشرت الأمراض المعدية بين أبناء المجتمع.

جدول رقم (34) يوضح إجابات عينة الدراسة وفقاً لأهمية ابتعاث الملاكات الوطنية من الاطباء لدراسة تخصصات دقيقة في مجال صحة المجتمع

م	المتغير	ك	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	مهمة إلى حد كبير	155	77,5	72,546	1	0,000
2	إلى حد ما	45	22,5			
3	غير مهمة	–	–			
المجموع		200	%100			

يلاحظ من خلال تناول بيانات الجدول السابق لإجابات عينة الدراسة وفقاً لأهمية ابتعاث الملاكات الوطنية من الأطباء لدراسة تخصصات دقيقة في مجال صحة المجتمع إن النسبة الأعلى جاءت مهمة إلى درجة كبيرة ونسبتهم 77,5% بواقع 155 مفردة من إجمالي حجم العينة البالغة 200 مفردة، بينما جاءت إجابات عينة الدراسة وفقاً لأهمية ابتعاث الملاكات الوطنية من الأطباء لدراسة تخصصات دقيقة في مجال صحة المجتمع بمهمة إلى حد ما نسبة 22,5%.

ونظرا لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 72,546 والمحسوبة عند درجة حرية واحدة وبمستوى دلالة يقل عن 0,0005 مما يشير لإمكانية رفض فرض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود اختلافات جوهرية عند تصنيف مفردات العينة وفقاً لأهمية ابتعاث الملاكات الوطنية من الأطباء لدراسة تخصصات دقيقة في مجال صحة المجتمع.

ترى الباحثة ان ضرورة ابتعاث الملاكات الطبية لدراسة تخصصات في مجال صحة المجتمع بوصفها فرع من الصحة العامة يركز على الناس ودورهم كمحدّدات لصحتهم وصحة الشعوب الأخرى، على عكس الصحة البيئية التي تركز على البيئة المادية وتأثيرها على صحة الناس ، بعدها مجال رئيسي للدراسة في العلوم الطبية والسريرية التي تركز على الحفاظ على الحالة الصحية للمجتمعات والمجموعات السكانية وحمايتها وتحسينها.

جدول رقم (35) يوضح تصنيف مفردات العينة وفقا لآرائهم حول لأهمية تقديم خدمات الرعاية الصحية مع الأخذ في الاعتبار آدمية الأشخاص وعدم التفرقة بينهم من النواحي الاجتماعية أو الاقتصادية أو الدينية

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	مهمة إلى حد كبير	146	73	65,560	1	0,000
2	إلى حد ما	48	24			
3	غير مهمة	6	3			
المجموع		200	%100			

باستقراء بيانات الجدول السابق الموضح لتصنيف مفردات العينة وفقاً لآرائهم حول أهمية تقديم خدمات الرعاية الصحية مع الأخذ في الاعتبار آدمية الأشخاص وعدم التفرقة بينهم من النواحي الاجتماعية أو الاقتصادية أو الدينية جاءت في المرتبة الأولى من الاجابات مهمة الى درجة كبيرة حيث بلغت 73% ممثلة في 146 مفردة من إجمالي حجم العينة، في حين أن نسبة من كانت إجابتهم بمهمة إلى حد ما بلغت 24%. ثم جاءت من الاجابات غير مهمة حيث بلغت 3% ممثلة في 6 مفردة من إجمالي حجم العينة.

ونظرا لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 65,560 والمحسوبة عند درجة حرية واحدة وبمستوى دلالة تقل عن 0,005، مما يشير إلى إمكانية رفض فرض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود الاختلافات جوهرية عند تصنيف مفردات العينة وفقا لآرائهم حول لأهمية تقديم خدمات الرعاية الصحية مع الأخذ في الاعتبار آدمية الأشخاص وعدم التفرقة بينهم من النواحي الاجتماعية أو الاقتصادية أو الدينية.

تعتقد الباحثة انه لابد من قيام الطبيب وفريقه الطبي داخل المستشفى بالتعامل مع المرضى الذي لا ينبغي أن يكون على أساس التميز بينهم بحسب الجنس أو الأصل أو المكانة الاجتماعية أو الوظيفية بل ينبغي أن يقوم على المساواة بين الغني والفقير، وعلى الممارس للمهن الطبية أن يتعامل مع مرضاه على أساس إنساني محض، والالتزام بالمظاهر و السلوكيات الإيجابية، والالتزام بصون حياة الإنسان مهما كانت ظروفه الصحية ووضعه الاجتماعي أو الاقتصادي ومهما كان دوره في المجتمع صالحا كان أو طالحا عدواً أو صديقاً، والمثابرة علي تنمية المعارف الطبية بما يعود علي الناس بالخير مع عدم توظيف هذه المعارف و العلوم

الطبية لإلحاق الأذى و الضرر بالناس، والنقاء و الصفاء سمات تبعد شخصية الطبيب و غيره من ممارسي المهن الطبية في المجتمع عن كل الصفات الذميمة التي تشينهم و تنفر الناس منهم.

جدول رقم (36) يوضح تصنيف مفردات العينة وفقاً لإجاباتهم على العمل على تحسين مستوى أداء الخدمات الصحية

م	المتغير	ك	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	مهمة إلى حد كبير	140	70	57,552	1	0,000
2	إلى حد ما	60	30			
3	غير مهمة	–	–			
المجموع						

باستقراء بيانات الجدول السابق الموضح لتصنيف مفردات العينة وفقاً لإجاباتهم على العمل على تحسين مستوى أداء الخدمات الصحية يتبين أن نسبة أفراد العينة الذين أجابوا بأنها مهمة إلى درجة كبيرة حيث بلغت 60% بواقع 140 مفردة من إجمالي حجم العينة، بينما نسبة الاجابات بأن اهميتها إلى حد ما تأتي في المرتبة التالية حيث بلغت 30%.

ونظراً لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 57,552 والمحسوبة أمام درجة حرية 1 ومستوى دلالة يقل عن 0,0005، مما يشير إلى إمكانية رفض فرض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود اختلافات جوهرية عند تصنيف مفردات العينة وفقاً لإجاباتهم على العمل على تحسين مستوى أداء الخدمات الصحية.

أن صحة الناس وسلامتهم من الأمراض المعدية تعتمد على الظروف الإجتماعية والبيئية التي يعيشون ويعملون فيها، فالحاجة إلى الأمن، والحاجة إلى مستوى غذائي مناسب، والحاجة إلى التسهيلات التعليمية والترفيهية وقضاء وقت الفراغ تعمل على الإرتفاع بالمستوى الصحي والسلامة من الأمراض المعدية.

جدول رقم (37) يوضح تصنيف مفردات العينة وفقاً لتوزيع الأدوار والمهام خلق روح منافسة بين الملاكات الطبية لتحقق مبدأ المساواة والعدل لتجنب حدوث صراعات من أجل مصلحة العمل

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	مهمة إلى حد كبير	110	55	72,222	3	0,000
2	إلى حد ما	60	30			
3	غير مهمة	30	15			
المجموع		200	%100			

بالنظر إلى بيانات الجدول السابق والخاص بتصنيف مفردات العينة وفقاً لتوزيع الأدوار والمهام خلق روح منافسة بين الملاكات الطبية لتحقق مبدأ المساواة والعدل لتجنب حدوث صراعات من أجل مصلحة العمل تأتي في المرتبة الأولى بأنها مهمة إلى درجة كبيرة بواقع 110 مفردة من إجمالي العينة بنسبة 55%، يليها نسبة إجابات عينة الدراسة بأنها مهمة إلى حد ما وفقاً لتوزيع الأدوار والمهام خلق روح منافسة بين الملاكات الطبية لتحقق مبدأ المساواة والعدل لتجنب حدوث صراعات من أجل مصلحة العمل بواقع 60 مفردة من إجمالي العينة بنسبة 30%. يليها نسبة اجابات عينة الدراسة بأنها غير مهمة وفقاً لتوزيع الأدوار والمهام خلق روح منافسة بين الكوادر الطبية لتحقق مبدأ المساواة والعدل لتجنب حدوث صراعات من أجل مصلحة العمل بواقع 30 مفردة من إجمالي العينة بنسبة 15% .

نستنتج من ذلك: إننا بحاجة إلى خلق روح المنافسة بين الملاكات الطبية بشكل متوازن يعمل على التجديد في الأسلوب والطرح لكافة القضايا الصحية المختلفة سواءً ما يتعلق بسلامة ومأمونية المريض أو الأخطاء الطبية أو غيرها من الأمور الصحية, بعيدا عن الصراعات القيادية من اجل المنافع الخاصة التي تنعكس سلبا على طبيعة الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين وسمعة المؤسسة الصحية.

ونظراً لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 72,222 والمحسوبة أمام درجة حرية 3 ومستوى دلالة يقل عن 0,0005، مما يشير إلى إمكانية رفض فرض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود اختلافات جوهرية عند تصنيف مفردات العينة وفقاً لتوزيع الأدوار والمهام خلق روح منافسة بين الكوادر الطبية لتحقق مبدأ المساواة والعدل لتجنب حدوث صراعات من أجل مصلحة العمل.

جدول رقم (38) يوضح تصنيف مفردات العينة وفقاً للعمل على تحفيز الملاكات الطبية بإشراف رؤساءهم ويراعى التسلسل القيادي والدرجات الوظيفية

م	المتغير	ك	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	مهمة إلى حد كبير	90	45	346,263	3	0,000
2	إلى حد ما	72	36			
3	غير مهمة	38	19			
المجموع		200	%100			

باستقراء بيانات الجدول السابق والمتعلقة بتوضيح خصائص مفردات العينة وفقاً للعمل على تحفيز الملاكات الطبية بإشراف رؤسائهم بمراعاة التسلسل القيادي والدرجات الوظيفية تأتي نسبة من كانت اجابتهم بمهمة الى درجة كبيرة في المقدمة حيث بلغت 45%، يليها نسبة من كانت اجابتهم بمهمة إلى حد ما وتبلغ نسبتهم 36%، وفي المرتبة الثالثة تأتي نسبة من كانت اجابتهم بأنها غير مهمة حيث تصل 19%.

ونظراً لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 346,263 والمحسوبة أمام درجة حرية 3 ومستوى دلالة يقل عن 0,0005، مما يشير إلى إمكانية رفض فرض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود اختلافات جوهرية عند تصنيف مفردات العينة وفقاً العمل على تحفيز الملاكات الطبية بإشراف رؤساءهم ويراعى التسلسل القيادي والدرجات الوظيفية.

جدول رقم (39) يوضح تصنيف مفردات العينة وفقاً لتدريب العاملين في المجال الصحي على إجراءات مكافحة العدوى

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	مهمة إلى حد كبير	130	65	36,750	5	0,000
2	إلى حد ما	70	35			
3	غير مهمة	_	_			
المجموع		200	%100			

يتضح من خلال تحليل بيانات الجدول السابق ووفقاً لتدريب العاملين في المجال الصحي على إجراءات مكافحة العدوى أن معظم أفراد العينة قد كانت اجابتهم على انها مهمة إلى درجة كبيرة وجاءت نسبتهم 65% في الصدارة وبواقع 130 مفردة من إجمالي حجم العينة ثم يأتي بعد

ذلك من كانت اجابتهم مهمة إلى حد ما تدريب العاملين في المجال الصحي على إجراءات مكافحة العدوى وبلغت نسبتهم 35% .

ونظراً لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 36.750 والمحسوبة أمام درجة حرية 5 ومستوى دلالة يقل عن 0.0005 مما يشير إلى إمكانية رفض فرض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود اختلافات جوهرية عند تصنيف مفردات العينة وفقا ل تدريب العاملين في المجال الصحي على إجراءات مكافحة العدوى.

بحسب معطيات الجدول أعلاه نرى من الضروري الاهتمام بالدورات التدريبية للعاملين في المجال الطبي على كيفية التعامل مع الأمراض المعدية وفتح إقسام خاصة في جميع المؤسسات الصحية تعنى بهذا الأمر والحرص على عمل برامج مكثفة ومناورات صحية لتدريب العاملين في المجال الصحي على مكافحة الإمراض المعدية

جدول رقم (40) يوضح تصنيف مفردات العينة وفقاً لرأيها في الترصد وإعداد إحصائيات العدوى والتعرف على التفشيات الوبائية ومعالجتها والتعامل معها والتوصية بإجراءات منعها مستقبلاً

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	مهمة إلى حد كبير	130	65	25,000	3	0,000
2	إلى حد ما	60	30			
3	غير مهمة	10	5			
المجموع		200	%100			

يتضح من خلال تحليل بيانات الجدول السابق الموضح لتصنيف مفردات العينة وفقاً لرأيها في الترصد وإعداد إحصائيات العدوى والتعرف على التفشيات الوبائية ومعالجتها والتعامل معها والتوصية بإجراءات منعها مستقبلا أن معظم عينة الدراسة بنسبة 65% ممثلين في 130 مفردة من إجمالي حجم العينة أجابوا بأنها مهمة إلى درجة كبيرة جداً، ثم يليها اجابة افراد العينة بمهمة إلى حد ما وفقاً لرأيهم في الترصد وإعداد إحصائيات العدوى والتعرف على التفشيات الوبائية ومعالجتها والتعامل معها والتوصية بإجراءات منعها مستقبلا حيث بلغت نسبتهم 30% من إجمالي حجم العينة، وجاء في المرتبة الثالثة من افراد العينة كانت اجابتهم بغير مهمة وفقاً لرأيهم في الترصد وإعداد إحصائيات العدوى والتعرف على التفشيات الوبائية ومعالجتها والتعامل معها والتوصية بإجراءات منعها مستقبلاً وذلك بنسبة 5% .

ونظرا لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 25.000 والمحسوبة أمام درجة حرية 3 ومستوى دلالة يقل عن 0.0005، مما يشير إلى إمكانية رفض فرض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود اختلافات جوهرية عند تصنيف مفردات العينة وفقاً لرأيهم في الترصد وإعداد إحصائيات العدوى والتعرف على التفشيات الوبائية ومعالجتها والتعامل معها والتوصية بإجراءات منعها مستقبلاً.

وتشير الباحثة إلى ضرورة احترام قيام الاسرة بإتباع القواعد الصحية بما لها من أثر كبير وبالتالي إنتشار الأمراض المعدية، وكذلك لها تأثير على اللجوء للخدمة الصحية، فإذا كانت الأسرة غير مثقفة صحيا فإنه يزيد من إحتمالية الإصابة بالأمراض المعدية ويعيق برامج الصحة العامة وخاصة في الوقاية من الأمراض المعدية وأيضا عدم معرفة ووعي الأسرة لأساليب النظافة الشخصية والبيئية وحفظ الاطعمة والمشروبات كل ذلك يؤدي إلى إنتشار الامراض المعدية.

فالبيئة الاجتماعية للأسرة تختلف في تأثيرها على قضايا الصحة والمرض حسب إنتمائها البيئي الذي يحدد ثقافة المجتمع للأسرة الواحدة فإذا كانت الأسرة من بيئة حضرية يختلف التأثير عنها في البيئة الريفية أو البادية وأيضا نظرتها إلى قضايا العلاج وايضا المحافظة على الصحة والنظافة والعادات الغذائية.

جدول رقم (41) يوضح تصنيف مفردات العينة وفقاً للأشراف على صحة العاملين الصحيين ويشمل ذلك التحصين ضد امراض محددة

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	مهمة إلى حد كبير	140	70	52,456	1	0,000
2	إلى حد ما	60	30			
3	غير مهمة	–	–			
المجموع		200	%100			

باستقراء بيانات الجدول السابق الموضح لتصنيف مفردات العينة وفقا الإشراف على صحة العاملين الصحيين ويشمل ذلك التحصين ضد امراض محددة يتبين أن النسبة الأعلى جاءت بمهمة إلى درجة كبيرة جدا حيث بلغت 70% بواقع 140 مفردة من إجمالي حجم العينة بينما جاءت نسبة الاجابات بمهمة إلى حد ما الاشراف على صحة العاملين الصحيين ويشمل ذلك التحصين ضد امراض محددة بنسبة 30%.

ونظراً لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 52,456 والمحسوبة أمام درجة حرية 1 ومستوى دلالة يقل عن 0,0005، مما يشير إلى إمكانية رفض فرض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود اختلافات جوهرية عند تصنيف مفردات العينة الإشراف على صحة العاملين الصحيين ويشمل ذلك التحصين ضد إمراض محددة.

ويمكن حصر تأثير المهنة على الإصابة بالأمراض المعدية في ارتباط بعض الأمراض المهنية بمهنة معينة. فالأمراض الوبائية تكون في العاملين في الخدمات الصحية مثل الأطباء والممرضات وتقنيو المختبرات والعاملون الصحيون، حيث يتعامل هؤلاء مع بعض المصابين بالأمراض المعدية أو قد يتعاملون مع إفرازات أو سوائل أو أنسجة هؤلاء المرضى، ومن الأمراض الهامة في هذا المجال حالات الإصابة بفيروس كورونا.

جدول رقم (42) يوضح إجابات عينة الدراسة وفقاً لرأيهم بمراقبة العيادات الخارجية وأقسام الطوارئ وعيادات الأسنان وأقسام المناظير والمختبرات الصحية

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	مهمة إلى حد كبير	112	56	76,265	2	0,000
2	إلى حد ما	80	40			
3	غير مهمة	8	4			
المجموع		200	%100			

يتضح من خلال تحليل بيانات الجدول السابق أن النسبة الأعلى لعينة الدراسة جاءت بالموافقة على انها مهمة إلى حد كبير مراقبة العيادات الخارجية وأقسام الطوارئ وعيادات الأسنان وأقسام المناظير والمختبرات الصحية حيث بلغت 56% ممثلين في 112 مفردة، بينما يأتي بعد ذلك نسبة من يروا بأنها مهمة إلى حد ما مراقبة العيادات الخارجية وأقسام الطوارئ وعيادات الأسنان وأقسام المناظير والمختبرات الصحية حيث تصل 40%، وفي المرتبة الأخيرة نسبة من يروا عدم أهميتها وفقاً لرأيهم بمراقبة العيادات الخارجية وأقسام الطوارئ وعيادات الأسنان وأقسام المناظير والمختبرات الصحية حيث وصلت 4% بواقع 8 مفردات من إجمالي حجم العينة.

ونظرا لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 76.265 والمحسوبة أمام درجة حرية 2 ومستوى دلالة يقل عن 0.0005، مما يشير إلى إمكانية رفض فرض العدم وقبول الفرض

الصفري المشير إلى وجود اختلافات جوهرية بين أراء العينة حول رأيهم بمراقبة العيادات الخارجية وأقسام الطوارئ وعيادات الأسنان وأقسام المناظير والمختبرات الصحية.

جدول رقم (43) يوضح رأي عينة الدراسة وفق القدرة على التزويد بسياسات والاجراءات الخاصة بمكافحة العدوى والسلامة في بيئة العمل في المنشأة الصحية

م	المتغير	ك	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	مهمة إلى حد كبير	160	80	21,650	1	0,001
2	إلى حد ما	40	20			
3	غير مهمة	–	–			
المجموع		200	%100			

يلاحظ من تحليل بيانات الجدول السابق أن معظم الاجابات جاءت بالموافقة بأنها مهمة إلى حد كبير التزويد بسياسات والاجراءات الخاصة بمكافحة العدوى والسلامة في بيئة العمل في المنشأة الصحية وذلك بنسبة 80% ممثلين في 160 مفردة من إجمالي حجم العينة بينما جاءت النسبة الأقل بأهمية إلى حد ما التزويد بسياسات والاجراءات الخاصة بمكافحة العدوى والسلامة في بيئة العمل في المنشأة الصحية حيث بلغت 20%.

ونظراً لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 21,650 والمحسوبة أمام درجة حرية 1 ومستوى دلالة يقل عن 0,0005، مما يشير إلى إمكانية رفض فرض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود اختلافات جوهرية بين أراء حول مدى القدرة على التزويد بسياسات والاجراءات الخاصة بمكافحة العدوى والسلامة في بيئة العمل في المنشأة الصحية.

نستنتج من ذلك: ضرورة تحسين وتحديث النظام الصحي، من خلال تطوير البنى التحتية للمؤسسات الصحية، وتطوير وتحديث مراكز الرعاية الصحية الأولية، وتحسين آلية تقديم الخدمات الصحية، ورفع مستوى مخرجات التعليم للملاكات الطبية والصحية. وخفض معدلات الأمراض المعدية وغير الانتقالية داخل المؤسسات الصحية لجعلها بيئة صحية خالية من الإمراض ، والأوبئة، والسعي لإدخال الوقاية والكشف المبكر في جميع جوانب النظام الصحي، وتمكين الناس من المشاركة الفعالة في تحسين الصحة، والرعاية، والوقاية من الأمراض.

جدول رقم (44) يوضح اجابات عينة الدراسة وفقاً لرأيهم في الحد من انتشار ظاهرة الاعتداء على الملاكات الطبية داخل المستشفيات

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	مهمة إلى حد كبير	144	72	86,340	1	0,001
2	إلى حد ما	56	28			
3	غير مهمة	–	–			
المجموع		200	%100			

يلاحظ من دراسات بيانات الجدول السابق الموضح لاستجابات عينة الدراسية وفقاً لرأيهم في الحد من انتشار ظاهرة الاعتداء على الملاكات الطبية داخل المستشفيات أن أغلبية أراء جاءت بالموافقة على مهمة إلى حد كبير بنسبة 72%، بينما جاءت النسبة الأقل من يرى بأهميتها إلى حد ما بواقع 56 مفردة وبنسبة 28%.

ونظراً لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 86,340 والمحسوبة أمام درجة حرية 1 ومستوى دلالة يقل عن 0,0005، مما يشير إلى إمكانية رفض فرض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود اختلافات جوهرية بين أراء العينة وفقاً لرأيهم في الحد من انتشار ظاهرة الاعتداء على الملاكات الطبية داخل المستشفيات.

ترى الباحثة: ان مراقبة الأنشطة المتعلقة بالجوانب الصحية، وتنفيذ القوانين التي تتعلق بالرقابة الصحية، يجب ان لا يقتصر على ذلك فقط وانما نود الإشارة 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 بصورة خاصة تُعد من الظواهر التي تزايدت في العراق واتخذت أشكالا متنوعة من التجاوز اللفظي والاعتداء البدني إلى التهديد والمطالبة بالفصل العشائري وصولاً إلى الاختطاف والمطالبة بالفدية لأسباب مجهولة ، 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 الملاكات الطبية العاملة في المؤسسة او العيادات الطبية بينما قد تعود لمضاعفات او حالة الوفاة إلى المرض نفسه او الامراض المزمنة المرافقة.

ثالثاً: بمدى رضا عينة الدراسة عن دور وزارة الصحة والمجتمع في القضاء على الامراض المعدية في العراق

جدول رقم (45) يوضح رأي عينة الدراسة حول عدم الرضا عن الدور الذي تقوم به وزارة الصحة في القضاء على الأمراض المعدية على الوجه الأكمل

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	موافق بشدة	108	54	92,444	2	0,000
2	موافق	80	40			
3	غير موافق	12	6			
المجموع		200	%100			

يلاحظ من تناول بيانات الجدول السابق رأي عينة الدراسة حول عدم الرضا عن الدور الذي تقوم به وزارة الصحة في القضاء على الأمراض المعدية على الوجه الأكمل حيث رأت ذلك معظم مفردات العينة بواقع 108 مفردة من إجمالي حجم العينة وبنسبة 54%، يأتي بعد ذلك نسبة رأي عينة الدراسة بالموافقة حول عدم الرضا عن الدور الذي تقوم به وزارة الصحة في القضاء على الأمراض المعدية على الوجه الأكمل حيث بلغت 40% ، ومن يرون أن عدم الرضا عن الدور الذي تقوم به وزارة الصحة في القضاء على الأمراض المعدية على الوجه الأكمل وكانت اجابتهم بغير موافق قد بلغت 6% بواقع 12 مفردة من إجمالي حجم العينة.

ونظرا لأنه قيمة مربع كاي النظرية البالغة 92,444 والمحسوبة أمام درجة حرية 2 ومستوى دلالة يقل عن 0,0005، مما يشير إلى إمكانية رفض فرض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود اختلافات جوهرية بين أراء العينة حول عدم الرضا عن الدور الذي تقوم به وزارة الصحة في القضاء على الأمراض المعدية على الوجه الأكمل.

نستنتج من ذلك ان طبيعة ونوع الخدمات الصحية المقدمة من وزارة الصحة في القضاء على الأمراض المعدية لا تتناسب مع الإمكانيات المادية ، والتراث الحضاري للبلد ، وتاريخ التطور العلمي ، والفكري له ، ويعود سبب ذلك الى سوء التوزيع في الموارد ، وتفشي الفساد المالي

والإداري في مفاصل الدولة والمحاصصة الطائفية ، والحزبية المقيتة ،أثرت بشكل كبير جدا على قدرت الدولة في مواجهة الأمراض المعدية والحد من انتشارها ،ناهيك عن تهالك البنى التحتية للمؤسسات الصحية وعدم مواكبتها للتطورات التقنية الحديثة. جميعها أدت الى عدم الرضا عن الدور الذي تقوم به وزارة الصحة في القضاء على الأمراض المعدية على الوجه الأكمل

جدول رقم (46) يوضح رأي عينة الدراسة حول الخدمات الطبية التي تقوم بها وزارة الصحة والمجتمع خدمة جيدة

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	موافق بشدة	146	73	13,274	2	0,001
2	موافق	46	23			
3	غير موافق	8	4			
المجموع		200	%100			

يتضح من تحليل بيانات الجدول السابق رأي عينة الدراسة حول الخدمات الطبية التي تقوم بها وزارة الصحة والمجتمع خدمة جيدة وكانت اجابتهم موافق بشدة وذلك بنسبة كبيرة حيث تبلغ 73% تمثل 146 مفردة من إجمالي حجم العينة، في حين تأتي نسبة من يروا أن رأي عينة الدراسة حول الخدمات الطبية التي تقوم بها وزارة الصحة والمجتمع خدمة جيدة إلى حد ما بدرجة موافق في المرتبة الثانية حيث تصل 23% وأخيرا جاءت نسبة غير موافق حول الخدمات الطبية التي تقوم بها وزارة الصحة والمجتمع خدمة جيدة حيث بلغت 4%.

ونظرا لأنه قيمة مربع كاي النظرية البالغة 13,274 والمحسوبة أمام درجة حرية 2 ومستوى دلالة يقل عن 0,0005، مما يشير إلى إمكانية رفض فرض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود اختلافات جوهرية بين أراء العينة حول رأي عينة الدراسة حول الخدمات الطبية التي تقوم بها وزارة الصحة والمجتمع خدمة جيدة.

ويتبين من ذلك ان المستشفيات تلعب دوراً محورياً في مجال تقديم الخدمات الصحية في كثير من المجتمعات, بالإضافة إلى الخدمات الطبية المتقدمة وعالية التخصص التي تقدمها داخل أقسامها المختلفة, وان المستشفى هو بؤرة إهتمام مناقشات متخذي القرار حول كيفية تحسين الطريقة التي تقدم بها المستشفى خدمات الرعاية الصحية, ومن أهم تلك المناقشات والقضايا الهامة المرتبطة بها هي تحديد الاحتياجات المهنية التخصصية والمؤسسية في

المستشفى في مواجهة حاجات المجتمع, البيانات الجغرافية في جودة الخدمة المقدمة, الزيادة المطردة في التكاليف, والتخطيط لتجنب تراكم مخزون الأدوات الطبية والأسرة, التأكد من التقنيات الحديثة للمعدات للإبقاء على حياة المرضى. وبالتالي فإن العاملين في المجال الطبي الذين يمارسون عملهم في المستشفيات ليسوا محصنين ضد تلك القوى المتغيرة التي تحيط بهم في مواقع المستشفيات, وإنما النمو بأي برنامج للخدمات الطبية داخل المنظمة الصحية سوف يتأثر بالتالي بالسياسات التي يصوغها متخذي القرار من السياسيين والاقتصاديين أو المهنيين سواء المنتمين للحكومة أو للقطاع الخاص.

جدول رقم (47) يوضح اجابة عينة الدراسة وفقاً لدور وزارة الصحة بأنها خدمة متوسطة نريد ان نزيد من كفاءتها ويكون ذلك بالقضاء على الفساد في وزارة الصحة

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	موافق بشدة	129	64,5	214,701	3	0,000
2	موافق	46	23			
3	غير موافق	25	12,5			
المجموع		200	%100			

يتضح من خلال تحليل بيانات الجدول السابق والموضح لتصنيف مفردات العينة وفقاً لدور وزارة الصحة بأنها خدمة متوسطة نريد ان نزيد من كفاءتها ويكون ذلك بالقضاء على الفساد في وزارة الصحة ، أن أغلب مفردات العينة كانت اجابتهم بموافق بشدة وذلك بواقع 129 مفردة وبنسبة 66.5% من إجمالي عينة الدراسة، يليها من كانت اجابتهم موافق بنسبة 23% من إجمالي عينة الدراسة، في حين أن من كانت اجابتهم بغير موافق احتلوا المرتبة الأخيرة بواقع 25 مفردات وبنسبة 12,5% من إجمالي عينة الدراسة.

ونظراً لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 214.701 والمحسوبة أمام درجة حرية 3 وبمستوى دلالة يقل عن 0005. مما يشير إمكانية رفض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود إختلافات جوهرية عند تصنيف مفردات العينة وفقاً لدور وزارة الصحة بأنها خدمة متوسطة نريد ان نزيد من كفاءتها ويكون ذلك بالقضاء على الفساد في وزارة الصحة.

جدول رقم (48) يوضح تصنيف مفردات عينة الدراسة وفقاً لنوع الخدمة التي تقوم بها وزارة الصحة خدمة مقبولة نوعاً ما

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	موافق بشدة	124	62	94,031	2	0,000
2	موافق	60	30			
3	غير موافق	16	8			
المجموع		200	%100			

يتضح من خلال تحليل بيانات الجدول السابق والموضح لتصنيف مفردات العينة وفقاً لنوع الخدمة التي تقوم بها وزارة الصحة خدمة مقبولة نوعاً ما، أن معظم مفردات العينة كانت اجابتهم بالموافقة بشدة وذلك بواقع 124 مفردة وبنسبة 62%، يليها من كانت اجابتهم بموافق على نوع الخدمة التي تقوم بها وزارة الصحة خدمة مقبولة نوعاً ما بنسبة 30%، في حين أن من كانت اجابتهم غير موافق على ان نوع الخدمة التي تقوم بها وزارة الصحة خدمة مقبولة نوعاً ما بواقع 16 مفردة وبنسبة 8% من إجمالي عينة الدراسة.

ونظراً لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 94.031 والمحسوبة أمام درجة حرية 2 وبمستوى دلالة يقل عن 0005. مما يشير إمكانية رفض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود إختلافات جوهرية عند تصنيف مفردات العينة وفقاً لنوع الخدمة التي تقوم بها وزارة الصحة خدمة مقبولة نوعاً ما.

نجد أن الخدمات الصيحة في واقع الأمر تعبر عن توازن بين الإنسان و الوسط الذي يعيش فيه من النواحي البدنية و التربوية و السلوكية و النفسية 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 و الاقتصادي فهي حق أساسي وأن تكون الخدمات الصحية شاملة لجميع أفراد المجتمع ، وأنه يجب تحويل الخدمات الصحية من خدمات طبية بحته إلى خدمات اجتماعية تعتمد على مشاركة أفراد المجتمع و تؤثر عليها كافة الظروف الاجتماعية و الاقتصادية.

جدول رقم (49) يوضح تصنيف مفردات عينة الدراسة وفقاً لرأيهم بأن هناك قصور لقلة المتابعة من المستوى الأعلى بوزارة الصحة

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	موافق بشدة	112	56	2,020	4	0,000
2	موافق	50	25			
3	غير موافق	38	19			
المجموع		200	%100			

يتضح من خلال تحليل بيانات الجدول السابق والموضح لتصنيف مفردات العينة وفقاً لرأيهم بأن هناك قصوراً بقلة المتابعة من المستوى الأعلى بوزارة الصحة احتلت المرتبة الأولى موافق بشدة وذلك بواقع 112 مفردة وبنسبة 56% من إجمالي عينة الدراسة، يليها احتلت موافق بنسبة 25%.

ونظراً لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 2.020 والمحسوبة أمام درجة حرية 4 وبمستوى دلالة يقل عن 0005. مما يشير إمكانية رفض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود اختلافات جوهرية عند تصنيف مفردات العينة وفقاً لرأيهم بأن هناك قصور لقلة المتابعة من المستوى الأعلى بوزارة الصحة.

جدول رقم (50) يوضح تصنيف مفردات عينة الدراسة وفقاً لرأيهم بأن وزارة الصحة لا تقوم بدورها في تقديم الخدمات الصحية وهي غير كافية وينقصها بعض التعديلات

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	موافق بشدة	104	56	192,266	4	0,000
2	موافق	56	25			
3	غير موافق	40	19			
المجموع		200	%100			

يتضح من خلال تحليل بيانات الجدول السابق والموضح لتصنيف مفردات العينة وفقاً لرأيهم بأن وزارة الصحة لا تقوم بدورها في تقديم الخدمات الصحية وهي غير كافية وينقصها بعض التعديلات ، أن أغلب مفردات العينة كانت اجابتهم بموافق بشدة وذلك بواقع 104 مفردة وبنسبة 56%، يليها من كانت اجابتهم بالموافقة، وقد كانت بنسبة 25% من إجمالي مفردات العينة، في حين أن من كانت اجابتهم بعدم الموافقة احتلت المرتبة الأخيرة بواقع 40 مفردة وبنسبة 19% من إجمالي عينة الدراسة.

ونظراً لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 192,266 والمحسوبة أمام درجة حرية 4 وبمستوى دلالة يقل عن 0005. مما يشير إمكانية رفض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود اختلافات جوهرية عند تصنيف مفردات العينة وفقاً لرأيهم بأن وزارة الصحة لا تقوم بدورها في تقديم الخدمات الصحية وهي غير كافية وينقصها بعض التعديلات.

ترى الباحثة ان وزارة الصحة لا تقوم بدورها في تقديم ملف الخدمات الصحية على سلم أولويات الحكومات المتعاقبة ليطرح بدوره عدداً بدوره عدداً من الإشكاليات التي تصطدم بها سياسات الرعاية الصحية، ويشير في الوقت ذاته إلى سبل تفعيل ونجاح مثل هذه السياسات، او تعديلها وتكتسب قضية الخدمات الصحية أهميتها من ارتباطها بالمكان الجغرافي، الذي يتأثر بعملية وسياسات التنمية الشاملة والمستدامة. وبطبيعة الحال فإن أحد معايير تقييم نوعية المستوى الصحي هو ذلك المعيار المتعلق بحالة الأنسان الصحية. ويأتي تقييم هذه الحالة بدوره ليلقي الضوء على بعدين أساسيين: البعد الأول: هو ذلك المتعلق بسياسات الخدمات الصحية المقدمة ، والبعد الثاني: وهو المتعلق بالبيئة والقيم المجتمعية التي تتفاعل مع هذه السياسات.

جدول رقم (51) يوضح تصنيف مفردات عينة الدراسة حول ان المستشفى لها القدرة وسرعة الاستجابة على تقديم الخدمات الصحية والعلاجية والرعاية الصحية للمريض بصورة أكثر فاعلية وكفاءة

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	موافق بشدة	172	86	267,351	2	0,000
2	موافق	20	10			
3	غير موافق	8	4			
المجموع		200	%100			

يتضح من خلال تحليل بيانات الجدول السابق والموضح لتصنيف مفردات العينة ان المستشفى لها القدرة وسرعة الاستجابة على تقديم الخدمات الصحية والعلاجية والرعاية الصحية للمريض بصورة أكثر فاعلية وكفاءة احتل المرتبة الأولى الموافقة بشدة بواقع 172 مفردة بنسبة 86% من إجمالي عينة الدراسة. يليها موافق بنسبة 10% من إجمالي عينة الدراسة، في حين أن غير موافق بواقع 8 مفردات وبنسبة 4% من إجمالي عينة الدراسة. ونظراً لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 267.351 والمحسوبة أمام درجة حرية 2 وبمستوى دلالة يقل عن 0005. مما يشير إمكانية رفض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود اختلافات جوهرية عند تصنيف مفردات العينة حول ان المستشفى لها القدرة وسرعة الاستجابة على تقديم الخدمات الصحية والعلاجية والرعاية الصحية للمريض بصورة أكثر فاعلية وكفاءة.

وتشير الباحثة هنا إلى ضرورة توفر الخدمات الطبية والوقائية والعلاجية، فكلما توفرت هذه الوسائل كلما سهل تشخيص الامراض ومعالجتها وإتخاذ وسائل للسيطرة عليها في وقت مبكر و مما يحد من إنتشار الأمراض ويقلل العاهات والمضاعفات التي تنتج عنها.

ويتسبب المرض المعدي في الكثير من المشاكل الإقتصادية، وتبدو واضحة في المستشفيات العامة حيث يذهب إليها فئات ذات مستوى اقتصادي معين، وهذه المشاكل قد تدفع المريض إلى مقاومة العلاج ورفضة او تكون سببا في إنتكاس المرض أو في تأخير الشفاء، وقد تكون الحالة الإقتصادية سببا في عدم تنفيذ خطط العلاج، فقد يصف الطبيب نظاما معينا في التغذية فيصعب على المريض تنفيذه لإرتفاع تكاليفه فتسوء حالته الصحية، وقد يرى الطبيب أن يستريح المريض فترة طويلة قبل أن يعود إلى العمل ولكن حاجة المريض الإقتصادية تدفعه إلى عدم تنفيذ هذه التعليمات فينتكس المريض، وقد يوجه الطبيب المريض لتغيير المسكن إذا كان سببا في الحالة الصحية لعدم صلاحيته، وأيضا تحول الحالة الإقتصادية دون تنفيذ هذا التوجيه فتسوء حالة المريض، ويسبب المرض المعدي إضطرابات وامراض نفسية لدى المريض بسبب مرضة ووضعة أو عند أفراد الاسرة بسبب الاوضاع التي تؤول إليها حالة الأسرة.

أولاً: النتائج المرتبطة بالمعوقات التي تعوق أداء الأطباء في المؤسسات الصحية من اداء أدوارهم بالشكل المطلوب

جدول رقم (52) يوضح تصنيف مفردات عينة الدراسة وفقاً لمتغير قلة الوعي الصحي لدى أولياء الأمور

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	موافق بشدة	166	83	98,821	1	0,000
2	موافق	28	14			
3	غير موافق	6	3			
المجموع		200	%100			

يتضح من خلال تحليل بيانات الجدول السابق والموضح لتصنيف مفردات العينة وفقاً لقلة الوعي الصحي لدى أولياء الأمور احتلال المرتبة الأولى موافق بشدة بواقع 166 مفردة وبنسبة 83% من إجمالي مفردات العينة، في حين أن موافق المرتبة الثانية بواقع 28 مفردة وبنسبة 14%، واحتل المرتبة الأخيرة غير موافق بنسبة 3% من إجمالي عينة الدراسة.

ونظراً لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 98.821 والمحسوبة أمام درجة حرية 1 وبمستوى دلالة يقل عن 0005. مما يشير إمكانية رفض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود اختلافات جوهرية عند تصنيف مفردات العينة وفقاً لقلة الوعي الصحي لدى أولياء الأمور.

وترى الباحثة أن المهنة الطبية تهدف إلى إثارة وعي المواطنين بالأمراض، وأعراضها، والوقاية منها وطرق العدوى، وأيسر طرق العلاج، وتعريف المواطنين بالمؤسسات الطبية والعيادات التي تقدم لهم فرص العلاج، وتعرفهم أيضاً بالإسعافات الأولية والوقاية من انتكاس المرض، وكذلك تهدف إلى إعادة تكيف المريض مع البيئة التي يعيش فيها، أو إعادته للحياة الاجتماعية أي استعادة أقصى ما يمكن من قدرات المريض البدنية، أو الاجتماعية، أو النفسية، وذلك من خلال برامج التأهيل الطبي، والنفسي والاجتماعي والمهني.

جدول رقم (53) يوضح تصنيف مفردات عينة الدراسة وفقاً لتأثر مستويات الكفاية والفاعلية بمشكلة تعدد السلطة وازدواجها داخل المستشفى

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية

1	موافق بشدة	68	34	155,443	3	0,000
2	موافق	126	63			
3	غير موافق	6	3			
المجموع		200	%100			

يتضح من خلال تحليل بيانات الجدول السابق لتصنيف مفردات العينة وفقاً لتأثر مستويات الكفاية والفاعلية بمشكلة تعدد السلطة وازدواجها داخل المستشفى احتل المرتبة الأولى موافق بواقع 26 مفردة وبنسبة 63% من إجمالي عينة الدراسة، يليها موافق بشدة بنسبة 34% من إجمالي عينة الدراسة، في حين أن غير موافق احتل المرتبة الأخيرة بواقع 6 مفردة وبنسبة 3% من إجمالي عينة الدراسة.

ونظراً لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 155.443 والمحسوبة أمام درجة حرية 3 وبمستوى دلالة يقل عن 0005. مما يشير إمكانية رفض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود إختلافات جوهرية عند تصنيف مفردات العينة وفقاً لتأثر مستويات الكفاية والفاعلية بمشكلة تعدد السلطة وازدواجها داخل المستشفى.

تستنتج الباحثة مما سبق انه لابد من التعرف على ادوار العاملين في المجال الطبي والاكثر درايتهم بالبناء الاجتماعي الذي يحكم عمل المستشفى، وكيفية بناء الخدمات داخل المستشفى من خلال الأجنحة والعيادات، بالإضافة إلى معرفة الأمور المتعلقة بتنظيم فرق العمل بما يشمله ذلك من معرفة بالتدرج الوظيفي في حدود السلطة الممنوحة للقائمين على العمل الاداري الذي يحكمها وما يترتب عليه من صراعات حول المراكز والمكانات الاجتماعية، وتأثير صراع القيم على رعاية المرضى، وكذا معرفة معايير التفاعل الاجتماعي داخل الجماعات المهنية وبينها وبين الجماعات المهنية الأخرى.

وإذا نظرنا إلى المؤسسة الطبية –المستشفى–كمنظمة – فإننا نجد أن لها بناء، ولها وظيفة، وهذا البناء يتساند أجزاؤه وظيفياً لتحقيق أهدافها من خلال مجموعة وحدات هذا البناء الذي يطلق علية 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 و يسيطر على نشاط التنظيم، ويوجهه لتحقيق أهدافه.

جدول رقم (54) يوضح استجابات عينة الدراسة حسب قلة الكوادر الوطنية أطباء ، فنيين ، ممرضين ، باحثين

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	موافق بشدة	59	29,5	10,907	1	0,000
2	موافق	141	70,5			
3	غير موافق	–	–			
المجموع		200	%100			

يتضح من خلال تحليل بيانات الجدول السابق والموضح لاستجابات عينة الدراسة حسب قلة الكوادر الوطنية أطباء ، فنيين ، ممرضين ، باحثين من المعوقات التي تعوق أداء الأطباء في المؤسسات الصحية من اداء أدوارهم بالشكل المطلوب، أن أغلب مفردات العينة أقروا بالموافقة بواقع 141 مفردة وبنسبة 70,5% من إجمالي عينة الدراسة، في حين بلغت نسبة الموافقة بشدة 29,5% من إجمالي عينة الدراسة.

ونظراً لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 10,907 والمحسوبة أمام درجة حرية 1 وبمستوى دلالة يقل عن 0,0005 مما يشير إمكانية رفض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود اختلافات جوهرية عند تصنيف مفردات العينة حسب قلة الكوادر الوطنية أطباء ، فنيين ، ممرضين ، باحثين من المعوقات التي تعوق أداء الأطباء في المؤسسات الصحية من اداء أدوارهم بالشكل المطلوب.

وتظهر تلك الصعوبات في النظرة الخاطئة لبعض المجتمعات في ضعف أو ندرة إمكانيات البيئة أو المجتمع للموارد المادية والطبية المناسبة، المتمثلة في عدم وجود دور خاصة للنقاهة، وقلة عدد المؤسسات الطبية، وضيق سعتها ونقص مؤسسات التأهيل المهني، وقلة عدد الأطباء والفنيين وهيئات التمريض بالنسبة لكثافة عدد المرضى، وندرة وجود الأجهزة المساعدة في التشخيص، وسوء حالة معامل التحليل، وأخيراً نقص عدد الممرضين المؤهلين للعمل في المجال الطبي، وعدم وجود الفرص.

جدول رقم (55) يوضح تصنيف مفردات عينة الدراسة وفقاً لعدم وجود مستشفيات تخصصية في بعض المدن لتساعد في التشخيص السريع والدقيق للحالات الحرجة

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	موافق بشدة	156	78	99,567	5	0,000
2	موافق	44	22			
3	غير موافق	–	–			
المجموع		200	%100			

يتضح من خلال تحليل بيانات الجدول السابق لتصنيف مفردات العينة وفقاً لعدم وجود مستشفيات تخصصية في بعض المدن لتساعد في التشخيص السريع والدقيق للحالات الحرجة من المعوقات التي تعوق أداء الأطباء في المؤسسات الصحية من اداء أدوارهم بالشكل المطلوب احتلت المرتبة الأولى موافق بشدة بواقع 156 مفردة وبنسبة 78% من إجمالي عينة الدراسة. يليها موافق بنسبة 22% من إجمالي عينة الدراسة.

ونظراً لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغ 99,567، والمحسوبة أمام درجة حرية 1 وبمستوى دلالة يقل عن 0,0005 مما يشير إمكانية رفض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود اختلافات جوهرية عند تصنيف مفردات العينة وفقاً عدم وجود مستشفيات تخصصية في بعض المدن لتساعد في التشخيص السريع والدقيق للحالات الحرجة من المعوقات التي تعوق أداء الأطباء في المؤسسات الصحية من اداء أدوارهم بالشكل المطلوب.

تعنى المستشفى بتحديد الوظائف التي تسعى إلى تحقيقها في وقت واحد، وذلك من خلال تحديد أهم أهدافها المتمثلة في إجراء البحوث الطبية بغرض التقدم في وسائل العلاج وتطويرها، وتدريب الأطباء والممرضين وسائر العاملين في المجال الطبي، ووقاية أبناء المجتمع من الأمراض المختلفة، والمساهمة في التثقيف الطبي للمجتمع المحلى المحيط بالمستشفى بصفة خاصة.

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 شئون الطب، كالأطباء و الممرضين والإخصائيين في شؤون العلاج أو الكشف أو التحليل ..الخ.

جدول رقم (56) يوضح استجابات عينة الدراسة حسب ارتفاع أسعار مستشفيات القطاع الاهلي الطبية

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	موافق بشدة	106	53	182,186	1	0,000
2	موافق	84	42			
3	غير موافق	10	5			
المجموع		200	%100			

يتضح من خلال تحليل بيانات الجدول السابق والموضح لاستجابات عينة الدراسة حسب ارتفاع أسعار مستشفيات القطاع الاهلي الطبية، أن معظم مفردات العينة أقروا بالموافقة بشدة بواقع 106 مفردة وبنسبة 53% من إجمالي عينة الدراسة، في حين بلغت نسبة الموافقة 42% من إجمالي عينة الدراسة، في حين بلغت نسبة عدم الموافقة 5% من إجمالي عينة الدراسة.

ونظراً لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 182,186والمحسوبة أمام درجة حرية 1 وبمستوى دلالة يقل عن 0,0005 مما يشير إمكانية رفض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود اختلافات جوهرية عند تصنيف مفردات العينة وفقاً حسب ارتفاع أسعار مستشفيات القطاع الاهلي الطبية.

ترى الباحثة انه لابد من قيام وزارة الصحة بالعمل على توفير خدمات مباشرة للعملاء المرضى بينما يلي هذه الأدوار في درجة الأولوية أدوار تتعامل مع المسؤولين عن معالجة هؤلاء المرضى والعمل على توفير تسهيلات حصول المرضى على الخدمات والوقوف الدائم بجانب أولياء أمور المرضى في الأدوار المرتبطة بحالات أبنائهم وذويهم وتتبنى وزارة الصحة وجهات نظر أولياء أمور المصابين في مطالبتهم المستمرة للحصول على الأدوية اللازمة لأبنائهم والعمل على زيادة خدمات العلاج للعملاء من خلال قيام فريق العلاج بأداء خدمات للمرضى بصورة أفضل من قبل والإكثار من المساعدات المادية خاصة لحالات الفقراء من المرضى والإكثار من تقديم الأدوية المجانية لهم. وتعد مهنة الطب من المهن التي يجب أن تقوم على حب الناس ومعاملتهم المعاملة الحسنه التي تقوم على الاحترام و التقدير، وأن التعطش للاستغلال والربح المادي من السلوكيات المرفوضة و السلبية التي تضر بممارسة مهنه الطب.

جدول رقم (57) يوضح تصنيف مفردات عينة الدراسة وفقاً لعدم وجود نظام التأمين الصحي لجميع افراد المجتمع

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	موافق بشدة	99	49,5	288,629	2	0,000
2	موافق	82	41			
3	غير موافق	19	9,5			
المجموع		200	%100			

يتضح من خلال تحليل بيانات الجدول السابق لتصنيف مفردات العينة وفقاً لعدم وجود نظام التأمين الصحي لجميع افراد المجتمع احتلالها المرتبة الأولى موافق بشدة بواقع 99 مفردة وبنسبة 49,5% من إجمالي عينة الدراسة. أما موافق بنسبة 42% من إجمالي عينة الدراسة، في حين احتلت المرتبة الأخيرة عدم الموافقة بواقع 19 مفردة وبنسبة 9,5% من إجمالي عينة الدراسة.

ونظرًا لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 288,629 والمحسوبة أمام درجة حرية 2 وبمستوى دلالة يقل عن 0,0005 مما يشير إمكانية رفض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود إختلافات جوهرية عند تصنيف مفردات العينة وفقاً لعدم وجود نظام التأمين الصحي لجميع افراد المجتمع.

وترى الباحثة أهمية الدور الذي يمكن أن تلعبه النواحي الإقتصادية والقدرة على الإنفاق حيث ان وجود أسرة متيسرة ماديا يرفع من قدرتها على تأمين علاج كافٍ ووافٍ للمريض يكون أكثر من الأسرة الفقيرة بالإضافة إلى أن الوضع الاقتصادي يؤثر على الوضع الاجتماعي سلبا أو إيجابا وبالتالي على ثقافة الاسر المجتمعية وقدرتها أي الأسر المتيسرة ماديا على تامين وضع بيئي وغذائي ممتاز مما يزيد من القدرة على الوقاية من الامراض المعدية.

جدول رقم (58) يوضح استجابات عينة الدراسة حسب قلة عدد المتخصصين من الاطباء في المجال الصحي الغذائي وطب المجتمع

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	موافق بشدة	138	69	34,660	1	0,000

2	موافق	62	31			
3	غير موافق	–	–			
المجموع		200	%100			

يتضح من خلال تحليل بيانات الجدول السابق والموضح لاستجابات عينة الدراسة حسب قلة عدد المتخصصين من الاطباء في المجال الصحي الغذائي وطب المجتمع، أن أغلب مفردات العينة أقروا بالموافقة بواقع 138 مفردة وبنسبة 69% من إجمالي عينة الدراسة، في حين بلغت نسبة الموافقة بشدة 31% من إجمالي عينة الدراسة.

ونظراً لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 34,660 والمحسوبة أمام درجة حرية 1 وبمستوى دلالة يقل عن 0,0005 مما يشير إمكانية رفض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود اختلافات جوهرية عند تصنيف مفردات العينة حسب قلة عدد المتخصصين من الاطباء في المجال الصحي الغذائي وطب المجتمع.

إن فهم النشاط الطبي لا يكتمل إلا بإدراجه ضمن سياق اجتماعي أكبر، بما يضمه من عناصر تؤثر في كفاية الأداء المهني للخدمة الصحية. ويكمن ذلك في المؤسسة الصحية "المستشفى" باعتبارها نسقاً اجتماعياً ،حيث يعد نظام الخدمة الصحية بها واسع ومعقد ، وبه أجزاء كثيرة متباينة، ومصادر مختلفة، ويحتوي النظام على أقسام تعليمية متعددة أو مجموعة من الأطباء والممارسين والعاملين والإخصائيين والممرضين والممرضات والفنيين والإداريين والمستفيدين من المرض، وينظمون بموجب قواعد موضوعة ولوائح محددة لتحقيق أهداف مرسومة وتنفيذ وظائف خاصة إضافة إلى التكنولوجية المستخدمة في الممارسة الطبية. وطبيعة الثقافة الخاصة بالنظام التي لها أثار ايجابية وسلبية على أعضائه كافة لاسيما المرضى.

جدول رقم (59) يوضح تصنيف مفردات عينة الدراسة وفقاً لعدم ابتعاث الملاكات الوطنية لدراسة تخصصات دقيقة في مجال صحة المجتمع

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	موافق بشدة	88	44	19,545	2	0,000
2	موافق	77	38,5			

3	غير موافق	35	17,5			
المجموع		200	%100			

يتضح من خلال تحليل بيانات الجدول السابق والموضح لتصنيف مفردات العينة وفقاً لعدم ابتعاث الملاكات الوطنية لدراسة تخصصات دقيقة في مجال صحة المجتمع احتلالها المرتبة الأولى موافق بشدة بواقع 88 مفردة وبنسبة 44% من إجمالي عينة الدراسة. يليها موافق بنسبة 38,5% من إجمالي عينة الدراسة. في حين احتلت المرتبة الاخيرة غير موافق بنسبة 17,5% من إجمالي عينة الدراسة.

ونظراً لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 19.545، والمحسوبة أمام درجة حرية 2 وبمستوى دلالة يقل عن 0005. مما يشير إمكانية رفض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود إختلافات جوهرية لعدم ابتعاث الكوادر الوطنية لدراسة تخصصات دقيقة في مجال صحة المجتمع.

تشير الباحثة هنا إلى ضرورة ابتعاث الملاكات الطبية الى خارج العراق لغرض تلقي الاعداد في المجال على وفق تطور المعرفة العلمية المستجدة، ومعرفة مدى ملائمة الإعداد النظري لطلاب الطب لاكتساب المهارات والقيام بأدوار تتناسب والظروف الفعلية للعمل في المجال الطبي ومع ظروف ومتطلبات التغيير في مجتمعنا، ومعارف هؤلاء الطلاب نحو أدوار المهنيين الآخرين الذين يعملون معهم مثل الأطباء من فروع الطب المتنوعة الاخرى، والمتخصصين في مجال الطب.

جدول رقم (60) يوضح تصنيف مفردات عينة الدراسة وفقاً لعدم تبادل للخبرات مع من لهم باع في نشر الوعي الصحي

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	موافق بشدة	78	39	87,113	1	0,000
2	موافق	109	54,5			
3	غير موافق	13	6,5			
المجموع		200	%100			

يتضح من خلال تحليل بيانات الجدول السابق والموضح لتصنيف مفردات العينة وفقاً لعدم تبادل للخبرات مع من لهم باع في نشر الوعي الصحي احتل المرتبة الاولى موافق بواقع 109 مفردة وبنسبة 54,5% من إجمالي عينة الدراسة، يليها موافق بشدة بنسبة 39% من إجمالي عينة الدراسة. في حين أن غير موافق احتل المرتبة الأخيرة بواقع فردة واحدة وبنسبة 6,5% من إجمالي عينة الدراسة.

ونظراً لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 87,113، والمحسوبة أمام درجة حرية 1 وبمستوى دلالة يقل عن 0,0005 مما يشير إمكانية رفض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود اختلافات جوهرية عند تصنيف مفردات العينة وفقاً لعدم تبادل للخبرات مع من لهم باع في نشر الوعي الصحي.

وتعتقد الباحثة بضرورة رفع مستوى الأداء المهني للأطباء العاملين بالوحدات الصحية عن طريق ربط ترقية المستوى الأعلى بالكفاءة المهنية وتطوير نوعية عملهم، وكذلك الاهتمام بتدريس العلوم الإنسانية بكليات الطب وخاصة الأنثروبولوجيا الطبية وعلم الاجتماع الطبي، والاهتمام بالقسم الخاص بلائحة آداب مهنة الطب مع الاهتمام بتجسيد المعاني النبيلة التي يحملها هذا القسم بحيث تصبح بمثابة لائحة الآداب وأخلاقيات المهنة.

جدول رقم (61) يوضح تصنيف مفردات عينة الدراسة وفقاً لعدم الاطلاع ومواكبة أحدث المستجدات لإبراز المستحدثات التقنية الطبية

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	موافق بشدة	78	39	4,495	2	0,000
2	موافق	100	50			
3	غير موافق	22	11			
المجموع		200	%100			

يتضح من خلال تحليل بيانات الجدول السابق لتصنيف مفردات عينة الدراسة وفقاً لعدم الاطلاع ومواكبة أحدث المستجدات لإبراز المستحدثات التقنية الطبية احتل المرتبة الأولى موافق بواقع 100 مفردة وبنسبة 39.2% من إجمالي عينة الدراسة، يليها المسكن حسب عدد أفراد الأسرة بنسبة 50% من إجمالي عينة الدراسة، في حين احتل المرتبة الثانية موافق بشدة بنسبة

39%، واحتل المرتبة الأخيرة غير موافق بواقع 22 مفردة وبنسبة 11% من إجمالي عينة الدراسة.

ونظرًا لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 4,495، والمحسوبة أمام درجة حرية 2، وبمستوى دلالة يزيد عن 0,0005، مما يشير إمكانية قبول فرض العدم القائل بعدم وجود اختلافات جوهرية عند تصنيف مفردات العينة وفقاً لعدم الاطلاع ومواكبة أحدث المستجدات لإبراز المستحدثات التقنية الطبية.

ترى الباحثة: ان مواكبة أحدث المستجدات التقنية والخدمات 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 يجيب توفير الرعاية الصحية بالنسبة للغالبية العظمى من الشعب، كما أنه لابد 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.

جدول رقم (62) يوضح استجابات عينة الدراسة حسب عدم توفر برامج تدريب الملاكات الطبية ذوات الاختصاص في الداخل والخارج

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	موافق بشدة	120	60	1,773	2	0,000
2	موافق	80	40			
3	غير موافق	–	–			
المجموع		200	%100			

يتضح من خلال تحليل بيانات الجدول السابق والموضح لاستجابات عينة الدراسة حسب أن معظم مفردات العينة أقروا بالموافقة بشدة على عدم توفر برامج تدريب الكوادر الطبية ذوات الاختصاص في الداخل والخارج، وذلك بواقع 120 مفردة وبنسبة 60% من إجمالي عينة الدراسة، يليها إقرار بالموافقة على عدم توفر برامج تدريب الكوادر الطبية ذوات الاختصاص في الداخل والخارج، وذلك بنسبة 40% من إجمالي عينة الدراسة.

ونظراً لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 4,495، والمحسوبة أمام درجة حرية 2، وبمستوى دلالة يزيد عن 0,0005 مما يشير إمكانية قبول فرض العدم القائل بعدم وجود اختلافات جوهرية عند تصنيف مفردات العينة وفقاً لعدم توفر برامج تدريب الكوادر الطبية ذوات الاختصاص في الداخل والخارج.

ترى الباحثة ان من الضروري جدا توفر برامج تدريب الملاكات الطبية ذوات الاختصاص في الداخل والخارج لأن هذه البرامج التدريبية لابد أن تسهم في برنامج التدخل كل من المريض– وأسرته وكل من له علاقة بالمريض بما يساعد على تحقيق الأهداف المرغوبة. وحتى يمكن تحقيق هذه الأهداف على أساس جيد فلابد أن يكون هناك تحديد واضح لدور كل من المريض– والأسرة– والطبيب في خطة العلاج من الالتزام في ذلك بالعمليات المهنية لمدخل المشكلة والقائم على الدراسة– التخطيط– التنفيذ– التقويم مع استخدام المقاييس العلمية كلما أمكن للتعرف على حجم الإنجازات التي تم تحقيقها.

ثانياً: النتائج المرتبطة بالعوامل التي تساعد على تحقيق تنمية صحية مستدامة في المجتمع العراقي

جدول رقم (63) يوضح تصنيف مفردات عينة الدراسة وفقاً تعزيز أنماط صحية وبيئية سليمة كإستراتيجية أساسية لمقاومة المشاكل الصحية

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	موافق بشدة	98	49	184,010	4	0,000
2	موافق	80	40			
3	غير موافق	22	11			
المجموع		200	%100			

يتضح من خلال تحليل بيانات الجدول السابق لتصنيف مفردات العينة وفقاً تعزيز أنماط صحية وبيئية سليمة كإستراتيجية أساسية لمقاومة المشاكل الصحية احتلت المرتبة الأولى موافق بشدة بواقع 98 مفردة وبنسبة 49% من إجمالي عينة الدراسة، يليها موافق بنسبة 40% من إجمالي عينة الدراسة، في حين أنه غير موافق احتل المرتبة الأخيرة بواقع 22 مفردة وبنسبة 11% من إجمالي عينة الدراسة.

ونظراً لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 184,010، والمحسوبة أمام درجة حرية 4 وبمستوى دلالة يقل عن 0,0005 مما يشير إمكانية رفض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود اختلافات جوهرية عند تصنيف مفردات العينة وفقاً تعزيز أنماط صحية وبيئة سليمة كإستراتيجية أساسية لمقاومة المشاكل الصحية.

كما ترى الباحثة أن للبيئة تأثيراً كبيراً على مدى إنتشار الامراض المعدية وطرق إنتقالها، وكذلك تأثيرها على الخدمات الصحية المقدمة في منطقة ما، فالبيئة اصبحت مصدرا لحدوث المرض وإنتشاره، وفي التقسيم الحديث للأمراض يشير الاطباء إلى نمط من الامراض يسمى الامراض البيئية وهي الامراض المعدية التي نحن بصدد دراستها وهي أمراض ناتجة عن تأثير الوسائط الكيميائية والطبيعية، سواء كانت هذه الوسائط بيئية خالصة أو من صنع الإنسان.

جدول رقم (64) يوضح تصنيف مفردات عينة الدراسة وفقاً لتضافر الجهود بين كبرى المستشفيات ومراكز الأبحاث مع المستشفيات العربية والدولية المتقدمة

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	موافق بشدة	120	60	85,691	4	0,000
2	موافق	80	40			
3	غير موافق	-	-			
المجموع		200	%100			

يتضح من خلال تحليل بيانات الجدول السابق والموضح لتصنيف مفردات العينة وفقاً لتضافر الجهود بين كبرى المستشفيات ومراكز الأبحاث مع المستشفيات العربية والدولية المتقدمة احتلت المرتبة الأولى موافق بشدة بواقع 120 مفردة وبنسبة 60% من إجمالي عينة الدراسة، يليها موافق بنسبة 40% من إجمالي عينة الدراسة.

ونظراً لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 85,691، والمحسوبة أمام درجة حرية 4 وبمستوى دلالة يقل عن 0,0005 مما يشير إمكانية رفض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود اختلافات جوهرية عند تصنيف مفردات العينة وفقاً لتضافر الجهود بين كبرى المستشفيات ومراكز الأبحاث مع المستشفيات العربية والدولية المتقدمة.

تعد المستشفى من أكثر المؤسسات والتنظيمات تعقيداً في مجتمعنا المعاصر، فلم يعد بالامكان تحقيق نتائج طبية لرعاية الصحية ما لم يتعاون كل العاملين بها في إطار الأدوار المختلفة والمهام المحددة للعاملين بها، وأكثر من ذلك ينبغي لمختلف فئات العاملين من أعضاء الهيئة الطبية، استخدام مهاراتهم الفريدة لتزويد المرضى بالمعلومات وتحقيق التعاون، ولتحقيق ذلك يتطلب تضافر الجهود بين كبرى المستشفيات ومراكز الأبحاث مع المستشفيات العربية والدولية المتقدمة، وتقوية دوافعهم للعمل مع المرضى، حيث ان لها تأثير مباشر على نمط التفاعل، وعلى عملية استجابة المريض للعلاج.

جدول رقم (65) يوضح تصنيف مفردات عينة الدراسة وفقاً للمشاركة بأنشطة الثقيف الصحي والبيئي على المستوى المحلي والاقليمي والدولي

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	موافق بشدة	111	55,5	31,464	2	0,000
2	موافق	73	36,5			
3	غير موافق	16	8			
المجموع		200	%100			

يتضح من خلال تحليل بيانات الجدول السابق والموضح لتصنيف مفردات العينة وفقاً للمشاركة بأنشطة الثقيف الصحي والبيئي على المستوى المحلي والاقليمي والدولي احتل المرتبة الأولى موافق بشدة بواقع 111 مفردة وبنسبة 55,5% من إجمالي عينة الدراسة، يليها موافق بنسبة 36,5% من إجمالي عينة الدراسة، في حين أن غير موافق احتل المرتبة الأخيرة بواقع 16 مفردة وبنسبة 8% من إجمالي عينة الدراسة.

ونظراً لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 31,464، والمحسوبة أمام درجة حرية 2 وبمستوى دلالة يقل عن 0,0005 مما يشير إمكانية رفض العدم وقبول الفرض الصفري المشير

إلى وجود اختلافات جوهرية عند تصنيف مفردات العينة وفقاً للمشاركة بأنشطة التثقيف الصحي والبيئي على المستوى المحلي والاقليمي والدولي.

ترى الباحثة أن الوعي الصحي له أهمية كبيرة حيث يعني المام أعضاء المجتمع بالمعلومات والحقائق الصحية مع ضرورة احساسهم بالمسؤولية نحو صحتهم وصحة غيرهم ، ولذا فإن مشاركة الملاكات الطبية بحملات التوعية الصحية ورفع الوعي الصحي لدى افراد المجتمع مع التركيز على أنماط الحياة الصحية، يعزيز من أهمية دور الفرد في الوقاية لنفسه من الأمراض ، المساهمة في تحسين السلوكيات المرتبطة بالصحة لدى افراد المجتمع من خلال أنشطة التثقيف الصحي وتنفيذ البرامج التوعوية المستمرة واستخدام الوسائل الحديثة والمتطورة المبتكرة في إيصال المعلومات بمشاركة جميع القطاعات بالمجتمع على المستوى المحلي والإقليمي والدولي .

جدول رقم (66) يوضح تصنيف مفردات عينة الدراسة وفقاً نشر الوعي الصحي تجاه المشكلات الطبية والبيئية الشائعة

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	موافق بشدة	111	55,5	73,341	3	0,000
2	موافق	73	36,5			
3	غير موافق	16	8			
المجموع		200	%100			

يتضح من خلال تحليل بيانات الجدول السابق لتصنيف مفردات العينة وفقاً نشر الوعي الصحي تجاه المشكلات الطبية والبيئية الشائعة احتل المرتبة الأولى موافق بشدة بواقع 111 مفردة وبنسبة 55,5% من إجمالي عينة الدراسة، يليها موافق بنسبة 36,5% من إجمالي عينة الدراسة، في حين أن غير موافق احتل المرتبة الأخيرة بواقع 16 مفردات وبنسبة 8% من إجمالي عينة الدراسة.

ونظراً لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 73,341، والمحسوبة أمام درجة حرية 3 وبمستوى دلالة يقل عن 0,0005 مما يشير إمكانية رفض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود اختلافات جوهرية عند تصنيف مفردات العينة وفقاً نشر الوعي الصحي تجاه المشكلات الطبية والبيئية الشائعة.

يشير هذا التحليل إلى أنه لا يزال وجود إحجام تجاه المشكلات الطبية والبيئية الشائعة الذي يرجع إلى قلة الوعي الصحي من افراد المجتمع. فهناك جملة من العوامل الإجتماعية والثقافية المرتبطة بالصحة والمرض مثل البيئة الإجتماعية الضاغطة والسيئة والفقيرة والمدنية والحضارة والتطور السريع حيث تمثل عبئا على ضعيفي القدرات ذوى التكوين النفسي الضعيف والتصنيع والعوامل التكنولوجية والاقتصادية والحرب والصحبة السيئة والعادات غير الصحية والخبرات السيئة والتربية والتنشئة الإجتماعية الخاطئة والتعليم والدراسة عندما لا تتناسب مع القدرات وتدهور نظام القيم والعمل وظروفه غير المواتية واضطراب العلاقات الأسرية وعدم توفر الحاجات الأساسية وحوادث الشغب والضلال والبعد عن الدين .

جدول رقم (67) يوضح استجابات عينة الدراسة حسب معالجة القيم الصحية السلبية في المجتمع

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	موافق بشدة	144	72	0,021	1	0,000
2	موافق	56	28			
3	غير موافق	–	–			
المجموع		200	%100			

يتضح من خلال تحليل بيانات الجدول السابق والموضح لاستجابات عينة الدراسة حول معالجة القيم الصحية السلبية في المجتمع، أن أغلب مفردات العينة أقروا بالموافقة بشدة وذلك بواقع 144 مفردة وبنسبة 72% من إجمالي عينة الدراسة، في حين بلغت نسبة الموافقة 28% من إجمالي عينة الدراسة.

ونظرًا لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 0,021، والمحسوبة أمام درجة حرية 1، وبمستوى دلالة يزيد عن 0,0005، مما يشير إمكانية قبول فرض العدم القائل بعدم وجود اختلافات جوهرية عند تصنيف مفردات العينة حسب معالجة القيم الصحية السلبية في المجتمع.

ترى الباحثة ان للقيم والعادات والتقاليد تأثيرها الواضح على الإصابة بالأمراض المعدية، فالعادات والتقاليد تحوى كثير من العناصر المؤثرة والموجهة لسلوك البشر والمشكلة لعاداتهم وقيامهم والتي تشجع على تكوين صحة جيدة وتحض على علاج الأمراض ولعل من أهم هذه

السلوكيات عادات النظافة! نظافة الجسم، الملابس، المنزل، البيئة، والتربية الصحية السليمة، كذلك فإن الشخص من خلال ثقافته يعرف صفات صحة ومرض أعضاء جسمه وبذلك فهو يتصرف بالعناية الملائمة لأعضاء جسمه في حلات المرض أي القيام بواجبات الوقاية أولا وعند الحاجة، كما تلعب العديد من العادات والممارسات الثقافية دورا كبيرا في حدوث الكثير من الأمراض المعدية وسرعة انتشارها.

جدول رقم (68) يوضح تصنيف مفردات عينة الدراسة وفقاً المساهمة في تشخيص المشاكل الصحية والبيئية

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	موافق بشدة	98	49	335,948	2	0,000
2	موافق	102	51			
3	غير موافق	–	–			
المجموع		200	%100			

يتضح من خلال تحليل بيانات الجدول السابق والموضح لتصنيف مفردات العينة وفقاً المساهمة في تشخيص المشاكل الصحية والبيئية احتلت المرتبة الأولى موافق بواقع 98 مفردة وبنسبة 49% من إجمالي عينة الدراسة. يليها موافق بشدة بنسبة 49% من إجمالي عينة الدراسة.

ونظرًا لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 335,948، والمحسوبة أمام درجة حرية 2 وبمستوى دلالة يقل عن 0,0005 مما يشير إمكانية رفض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود اختلافات جوهرية عند تصنيف مفردات العينة وفقاً المساهمة في تشخيص المشاكل الصحية والبيئية.

نستنتج من ذلك ان زيادة الضغوط الحياتية وعدم القدرة على تلبية المتطلبات الأساسية تعتبر واحدة من اهم المشاكل التي يتعرض لها الأفراد في حالة تدهور أوضاعهم الصحية وعدم القدرة على تلبية الاحتياجات التي يتطلبها المريض من اجل تحسين حالته الصحية أدت الى تدهور أوضاع الأشخاص المرضى.

جدول رقم (69) يوضح استجابات عينة الدراسة حسب تطوير طرق جديدة واستخدامها في عملية التثقيف الصحي

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	موافق بشدة	98	49	73,278	2	0,000
2	موافق	102	51			
3	غير موافق	–	–			
المجموع		200	%100			

يتضح من خلال تحليل بيانات الجدول السابق والموضح لاستجابات عينة الدراسة حسب تطوير طرق جديدة واستخدامها في عملية التثقيف الصحي، أن أغلب مفردات العينة أقروا بالموافقة بنسبة 51% من إجمالي عينة الدراسة وبواقع 102 مفردات، يليها من أقروا بموافق بشدة وذلك بواقع 98 مفردة وبنسبة 49% من إجمالي عينة الدراسة.

ونظرًا لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 73,278، والمحسوبة أمام درجة حرية 2 وبمستوى دلالة يقل عن 0,0005 مما يشير إمكانية رفض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود اختلافات جوهرية عند تصنيف مفردات العينة حسب تطوير طرق جديدة واستخدامها في عملية التثقيف الصحي.

وترى الباحثة من معطيات الجدول أعلاه 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 أيضًا فالوقاية خير من العلاج ثم الأهم هو المبادرة باتباع سبل العلاج السليم، ولهذا أصبح تضافر الجهود الحكومية في مجال الصحة أمرًا لازمًا 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.

جدول رقم (70) يوضح استجابات عينة الدراسة وفقا لبناء نظام متكامل لعملية توثيق الأنشطة التوعوية والتثقيفية في المجال الصحي

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	موافق بشدة	88	44	84,660	2	0,000
2	موافق	112	56			
3	غير موافق	–	–			
المجموع		200	%100			

يتضح من خلال تحليل بيانات الجدول السابق والموضح لاستجابات عينة الدراسة وفقا لبناء نظام متكامل لعملية توثيق الأنشطة التوعوية والتثقيفية في المجال الصحي، أن أغلب مفردات العينة أقروا بالموافقة بنسبة 56% من إجمالي عينة الدراسة وبواقع 112 مفردة، يليها من أقروا بموافق بشدة لبناء نظام متكامل لعملية توثيق الأنشطة التوعوية والتثقيفية في المجال الصحي وذلك بواقع 88 مفردة وبنسبة 44% من إجمالي عينة الدراسة.

ونظراً لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 84,660، والمحسوبة أمام درجة حرية 2 وبمستوى دلالة يقل عن 0,0005 مما يشير إمكانية رفض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود اختلافات جوهرية عند تصنيف مفردات العينة وفقا لبناء نظام متكامل لعملية توثيق الأنشطة التوعوية والتثقيفية.

تستنتج الباحثة 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 ايصال المعلومات بمشاركة جميع القطاعات بالمجتمع ومن خلال العمل بروح الفريق الواحد.

جدول رقم (71) يوضح تصنيف مفردات عينة الدراسة وفقاً زيادة الاهتمام بصحة العائلة ورفع مستواها مع الإلتزام بالقواعد والتعليمات الصحية

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية

1	موافق بشدة	91	45,5	29,423	3	0,000
2	موافق	109	54,5			
3	غير موافق	–	–			
المجموع		200	%100			

يتضح من خلال تحليل بيانات الجدول السابق والموضح لتصنيف مفردات العينة وفقاً زيادة الاهتمام بصحة العائلة ورفع مستواها مع الإلتزام بالقواعد والتعليمات الصحية احتل المرتبة الأولى موافق بواقع 109 مفردة وبنسبة 54,5% من إجمالي عينة الدراسة، يليها موافق بشدة بنسبة 45,5% من إجمالي العينة.

ونظراً لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 29,423، والمحسوبة أمام درجة حرية 3 وبمستوى دلالة يقل عن 0,0005 مما يشير إمكانية رفض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود إختلافات جوهرية عند تصنيف مفردات العينة وفقًا زيادة الاهتمام بصحة العائلة ورفع مستواها مع الإلتزام بالقواعد والتعليمات الصحية.

نستنتج من الجدول أعلاه ان أفراد عينة الدراسة يهتمون اهتمام كبير بزيادة معلوماتهم عن الصحة مع الإلتزام بالقواعد والتعليمات الصحية ،وهذا يرجع الى التوعية الصحية لدى أفراد 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 الأعلام الصحي في نشر المعلومات الصحية فقد كانت نسبة كبير من أفراد العينة تسعى الى زيادة الاهتمام بصحة العائلة ورفع مستواها مع الإلتزام بالقواعد والتعليمات الصحية.

يهتمون بالمعلومات الصحية .

جدول رقم (72) يوضح استجابات عينة الدراسة حسب إشراك وسائل الإعلام المختلفة في الأنشطة الصحية والبيئية وذلك لنشر الوعي الصحي

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية

1	موافق بشدة	87	43,5	115,979	1	0,000
2	موافق	101	50,5			
3	غير موافق	12	6			
المجموع		200	%100			

يتضح من خلال تحليل بيانات الجدول السابق والموضح لاستجابات عينة الدراسة حول إشراك وسائل الإعلام المختلفة في الأنشطة الصحية والبيئية وذلك لنشر الوعي الصحي، أن أغلب مفردات العينة أقروا بالموافقة على ذلك بواقع 101 مفردة وبنسبة 50,5% من إجمالي عينة الدراسة، في حين بلغت نسبة الموافقة بشدة 43,5% من إجمالي عينة الدراسة. في حين بلغت نسبة عدم الموافقة بشدة 6% من إجمالي عينة الدراسة.

ونظراً لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 115,979، والمحسوبة أمام درجة حرية 1 وبمستوى دلالة يقل عن 0,0005 مما يشير إمكانية رفض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود اختلافات جوهرية عند تصنيف مفردات العينة حسب إشراك وسائل الإعلام المختلفة في الأنشطة الصحية والبيئية وذلك لنشر الوعي الصحي.

جدول رقم (73) يوضح استجابات عينة الدراسة حسب القيام بحملات توعية صحية تشمل الأسرة والابناء

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	موافق بشدة	133	66,5	184,010	4	0,000
2	موافق	67	33,5			
3	غير موافق	–	–			
المجموع		200	%100			

يتضح من خلال تحليل بيانات الجدول السابق والموضح لاستجابات عينة الدراسة القيام بحملات توعية صحية تشمل الأسرة والابناء، أن أغلب مفردات العينة أقروا بالموافقة بشدة على ذلك بواقع 133 مفردة وبنسبة 66,5% من إجمالي عينة الدراسة، في حين بلغت نسبة الموافقة 33,5% من إجمالي عينة الدراسة.

ونظراً لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 184,010، والمحسوبة أمام درجة حرية 4 وبمستوى دلالة يقل عن 0,0005 مما يشير إمكانية رفض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود إختلافات جوهرية عند تصنيف مفردات العينة حسب القيام بحملات توعية صحية تشمل الأسرة والابناء.

وترى الباحثة ضرورة القيام بحملات توعوية صحية تشمل الأسرة والأبناء كونها تعد المحرك الأول في حدوث المرض، والوقاية منه، كما أنها الخطوة الأولى والرئيسية في نجاح خطة العلاج، فالوعي الصحي لأفراد الأسرة يؤدي الى الاستقرار العائلي والانسجام بين أعضاء الأسرة الذي يقلل من فرص حدوث الضغوط والمشكلات الاجتماعية وبالتالي انخفاض نسبة الإصابة بالمرض، فاحتواء الأسرة لأحد أعضائها المريض وتقربها منه ورعايته اجتماعيا يعد أولى خطوات العلاج وذلك من خلال الاستقرار والتماسك الأسري بين أعضائها.

جدول رقم (74) يوضح تصنيف مفردات عينة الدراسة وفقاً نشر الوعي الصحي من خلال المنابر ورجال الدين

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	**موافق بشدة**	**111**	**55,5**	150,629	**2**	0,000
2	**موافق**	**89**	**44,5**			
3	**غير موافق**	-	-			
المجموع		**200**	**%100**			

يتضح من خلال تحليل بيانات الجدول السابق والموضح لتصنيف مفردات العينة وفقاً نشر الوعي الصحي من خلال المنابر ورجال الدين احتل المرتبة الأولى موافق بشدة بواقع 111

مفردة وبنسبة 55,5% من إجمالي عينة الدراسة، يليها موافق بنسبة 44,5% من إجمالي عينة الدراسة.

ونظـرًا لأن قيمـة مربـع كـاي النظريـة البالغـة 15,629، والمحسـوبة أمـام درجـة حريـة 2 وبمستوى دلالة يقل عن 0,0005 مما يشير إمكانية رفض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلـى وجود إختلافات جوهرية عند تصنيف مفردات العينة وفقاً نشر الوعي الصحي من خلال المنابر ورجال الدين.

وترى الباحثة ضرورة نشر الوعي الصحي من خلال المنابر ورجال الدين لا سيما وان للمعتقدات دوراً كبيراً في الوقاية من الإصابة بالأمراض المعدية لاسيما المعتقدات الدينية، حيث إن العلاقة بين الدين الإسلامي بوصفة نظاما اجتماعيا والنظم الاجتماعية الأخرى، ومنها النظم الصحية قديمة قدم المجتمعات الإنسانية، فقد أكدت معظم الأديان على ضرورة الإهتمام بالفئات المحتاجة وتقديم العون لها بما يحفظ كرامتها ويقيها من الإهمال والعنف وفي مقدمة هذه الفئات المرضـى، فالتـدين والإلتـزام بالأخلاقيـات والتعـاليم الدينيـة لـه مـردود إيجـابي بالنسـبة للوضـع الصحي.

ثالثاً نتائج الدراسة الميدانية المرتبطة بأهم المقترحات المناسبة للحد من الامراض المعدية في العراق

جدول رقم (75) يوضح استجابات عينة الدراسة حسب الوعي الصحي والتثقيف عن جميع الامراض المعدية لجميع طبقات المجتمع

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	موافق بشدة	100	50	63,722	2	0,000
2	موافق	100	50			
3	غير موافق	–	–			
المجموع		200	%100			

يتضح من خلال تحليل بيانات الجدول السابق والموضح لاستجابات عينة الدراسة حسب الوعي الصحي والتثقيف عن جميع الامراض المعدية لجميع طبقات المجتمع ، أن أغلب مفردات

العينة أقروا بالموافقة بشدة وبالموافقة بنسبة 50% من إجمالي عينة الدراسة وبواقع 100 مفردة لكلا منهما.

ونظراً لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 63,722، والمحسوبة أمام درجة حرية 2 وبمستوى دلالة يقل عن 0,0005 مما يشير إمكانية رفض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود إختلافات جوهرية عند تصنيف مفردات العينة حسب الوعى الصحي والتثقيف عن جميع الامراض المعدية لجميع طبقات المجتمع.

ومن هنا نجد أن العلاقة بين الطبقة التي ينتمى إليها المريض وبين دوره كمريض تكون قوية، فإذا نظرنا إلى شريحة من المتصفين بالمستوى الاجتماعي والتعليمي المتميز نجد أن المريض ضمن هذه الشريحة يهتم بنوعية التغذية والملابس وصحية المنزل الذي يقطن فيه، فهو يمر بمراحل العلاج بطريقة سليمة حيث أنه قادر على التحكم باهتماماته بشرط ان تكون ملائمة لاحتياجاته العلمية والمرضية، أما الأفراد الذين ينتمون إلى الطبقة الدنيا من المجتمع وذوي الوضع الاجتماعي والاقتصادي المنخفض، فانهم لا يواجهون مخاطر المرض فقط بل يواجهون أيضا نقصاً في العناية الصحية، ومن هذه المخاطر سوء العلاقة بينهم وبين الطبيب لعدة أسباب: أولها أنهم لا يتكلمون لغة واحدة وهذا يؤدي إلى سوء فهم المريض للكلمات الطبية التي يتفوه بها الطبيب وبالتالي على استخدامه للعلاج وقلة الرعاية الصحية بالإضافة إلى اختلاف وجهات النظر، ففي العلاج مثلا نجد أن كثيراً من المرضى الذين ينتمون إلى طبقات دنيا ليس لديهم القدرة في التعبير عن ذاتهم وعما بداخلهم ولا يستطيعون أن يكونوا موضوعيين في الحكم على حياتهم العاطفية، كما أن الخوف من الطبيب النفسي يجعل المريض مراوغاً دائماً في كلماته وغير واضح وبالتالي لا يساعد الطبيب على سرعة العلاج.

جدول رقم (76) يوضح تصنيف مفردات عينة الدراسة وفقاً توفير الأدوية اللازمة بالمستشفيات والوحدات الصحية

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	**موافق بشدة**	**131**	**65,5**	62,866	**3**	0,000
2	**موافق**	**69**	**34,5**			
3	**غير موافق**	–	–			
المجموع		**200**	**%100**			

يتضح من خلال تحليل بيانات الجدول السابق والموضح لتنصيف مفردات العينة وفقاً توفير الأدوية اللازمة بالمستشفيات والوحدات الصحية احتل المرتبة الأولى موافق بشدة بواقع 131 مفردة وبنسبة 65,5% من إجمالي عينة الدراسة، يليها موافق بنسبة 34,5% من إجمالي عينة الدراسة.

ونظراً لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 62,866، والمحسوبة أمام درجة حرية 3 وبمستوى دلالة يقل عن 0,0005 مما يشير إمكانية رفض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود إختلافات جوهرية عند تصنيف مفردات العينة وفقاً توفير الأدوية اللازمة بالمستشفيات والوحدات الصحية.

إذا أردنا مكافحة الأمراض المعدية، علينا الإهتمام بالعلاج الطبي الاجتماعي الشامل لنتمكن من خلاله من إيقاف إنتشار هذه الأمراض وزيادتها في المجتمع، لان هناك أسبابا اجتماعية تؤدي إلى أنتشار هذه الأمراض، ومن ثم فالواجب علينا أولا أن ننظر إلى أهمية دور العوامل الإجتماعية في إنتشار الأمراض والشفاء منها، وينطلق هذا الدور من أهمية العوامل المتهيئة والممهدة لحدوث المرض وكذلك العوامل المباشرة للإصابة بالمرض.

جدول رقم (77) يوضح تصنيف مفردات عينة الدراسة وفقاً لرأيهم حول ثورة تثقيفية صحية عن طريق وسائل الاعلام والمدارس والجامعات والمستشفيات

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	**موافق بشدة**	**121**	**60,5**	52,247	**2**	0,000
2	**موافق**	**79**	**39,5**			
3	**غير موافق**	–	–			
المجموع		**200**	**%100**			

يتضح من خلال تحليل بيانات الجدول السابق لتصنيف مفردات العينة وفقاً ثورة تثقيفية صحية عن طريق وسائل الاعلام والمدارس والجامعات والمستشفيات احتلت المرتبة الأولى موافق بشدة بواقع 121 مفردة وبنسبة **60,5%** من إجمالي عينة الدراسة. يليها بالموافقة ثورة تثقيفية صحية عن طريق وسائل الاعلام والمدارس والجامعات والمستشفيات بنسبة **39,5%** من إجمالي عينة الدراسة.

ونظراً لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 52,247، والمحسوبة أمام درجة حرية 2 وبمستوى دلالة يقل عن 0,0005 مما يشير إمكانية رفض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود إختلافات جوهرية عند تصنيف مفردات العينة وفقاً ثورة تثقيفية صحية عن طريق وسائل الاعلام والمدارس والجامعات والمستشفيات.

وترى الباحثة إن هدف الحملات الإعلامية المدروسة المنظمة في وسائل الاعلام والإذاعة والتلفزيون للتلقيح ضد الأمراض المعدية هو إثارة إهتمام المجتمع العراقي كله بالتلقيح، فمشاركة المجتمع في أمور الصحة وتحسينها أمر تؤكد عليه منظمة الصحة العالمية وتعتبره ذات أهمية بالغة، ويجب التأكيد بأنه في أمر اللقاح بالذات، تصبح مشاركة المجتمع فرض عين على كل من الوالدين، فالضرر بالأبناء متحقق إذا أهمل تلقيحهم، وحيث إن التلقيح سهل ومتوافر وميسور في جميع المراكز والمستشفيات الصحية ومجانى ، فإن إهمال الناس للقاح قد يعرضهم للموت بأحد الأمراض المعدية.

جدول رقم (78) يوضح استجابات عينة الدراسة حسب القيام بالتوعية الصحية الكاملة هذا إلى جانب البعد عن السلوكيات البيئية الخاطئة

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	موافق بشدة	121	60,5	35,175	2	0,000
2	موافق	59	29,5			
3	غير موافق	20	10			
المجموع		200	%100			

يتضح من خلال تحليل بيانات الجدول السابق والموضح لاستجابات عينة الدراسة حول القيام بالتوعية الصحية الكاملة هذا إلى جانب البعد عن السلوكيات البيئية الخاطئة، أن أغلب مفردات العينة يروا موافق بشدة القيام بالتوعية الصحية الكاملة هذا إلى جانب البعد عن السلوكيات البيئية الخاطئة وذلك بواقع 121 مفردة وبنسبة 60,5% من إجمالي عينة الدراسة، يليها الموافقة بنسبة 29,5% من إجمالي عينة الدراسة، في حين بلغت نسبة عدم الموافقة 10% من إجمالي عينة الدراسة والتي احتلت المرتبة الأخيرة في العينة.

ونظـراً لأن قيمـة مربـع كـاي النظريـة البالغـة 35,175، والمحسـوبة أمـام درجـة حريـة 2 وبمستوى دلالة يقل عن 0,0005 مما يشير إمكانية رفض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود إختلافات جوهرية عند تصنيف مفردات العينة حسب القيام بالتوعية الصحية الكاملة هذا إلى جانب البعد عن السلوكيات البيئية الخاطئة.

ويعد الوعي الصحي لدى أفراد المجتمع من أهم العوامل المؤثرة على برامج الخدمات الصحية والمستوى التعليمي والثقافي بوصفه أحد العوامل الهامة التي تلعب دورا أساسيا في توافر الوعي الصحي لدى الفرد. فالأفراد الأكثر تعليما يتمتعون بالوعي الصحي ويكونون أكثر قدرة على فهم اسباب المرض، وطرق تنفيذ علاجه، وقد تعرقل القيم السائدة في المجتمع الإستفادة من المؤسسات الطبية الموجودة في البيئة مثل الأفكار السائدة عن المستشفيات الحكومية والمعاملة والعلاج والتغذية بها، ولا يستطيع كثير من المرض تحمل نفقات العلاج الخاصة فيستعصي المرض ويصعب علاجه.

جدول رقم (79) يوضح تصنيف مفردات عينة الدراسة وفقاً زيادة الوعي الصحي وزيادة دخل الأفراد والقضاء على الملوثات

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	موافق بشدة	134	67	30,485	1	0,000
2	موافق	66	33			
3	غير موافق	–	–			
المجموع		200	%100			

يتضح من خلال تحليل بيانات الجدول السابق لتصنيف مفردات العينة وفقاً زيادة الوعي الصحي وزيادة دخل الأفراد والقضاء على الملوثات احتلت المرتبة الأولى موافق بشدة بواقع 134 مفردة وبنسبة 67% من إجمالي عينة الدراسة، يليها موافق على زيادة الوعي الصحي وزيادة دخل الأفراد والقضاء على الملوثات بنسبة 33% من إجمالي عينة الدراسة.

ونظـرًا لأن قيمـة مربـع كـاي النظريـة البالغـة 30,458، والمحسـوبة أمـام درجـة حريـة 1 وبمستوى دلالة يقل عن 0,0005 مما يشير إمكانية رفض العدم وقبول الفرض الصفري المشير

إلى وجود إختلافات جوهرية عند تصنيف مفردات العينة وفقاً زيادة الوعي الصحي وزيادة دخل الأفراد والقضاء على الملوثات

وتشير الباحثة إلى أن استجابة الفرد للمرض تتوقف بدرجة كبيرة على مركزه المالي ومع ذلك فإن قدرته على التخطيط السليم لمواجهة المرض يعد من الأمور العسيرة، فبعض الأفراد قد يعملون بصفة عارضة وقد يحصل البعض الأخر على مدخولاً لا يكفى إلا لمطالب الحياة الأساسية الضرورية للأسرة كما لا يوجد شخص يستطيع ان يتنبأ بموعد حلول المرض أو نوعه أو مدى استمراره أو نتائجه، وبالرغم من أن بعض المرضى قد لا تضايقهم الأمور المالية ويستطيعون تحمل نفقات العلاج ومواجهة احتياجات الأسرة الحاضرة والمستقبلة إلى أنهم قد يتعرضون لبعض المضايقات والقلق والمخاوف، فقد يخشى المريض سوء إدارة أعماله أثناء فترة المرض ويتعجل الخروج قبل إتمام العلاج وقد يفسد بذلك كل الخطط العلاجية، أما فقراء المرضى فقد يمثلون وجها أخر للصورة، فقد يؤدى المرض الطويل إلى وقوع الأسرة في براثن الحاجه الشديدة، والمريض في هذه الحالة لا يفقد متعة العمل وإشباعه فقط، بل يسيطر عليه القلق حول المستقبل المظلم وبسبب اعتماده الكلى على الأخرين ومشاعر القلق التي تحيط به حول مستقبل أسرته يميل المريض إلى الضيق بعلاقاته الأسرية وعلاقاته ببيئة العمل، وقد تسد اتجاهات الضيق والنفور كافة السبل وتحول دون الوصول إلى حلول لمشاكله، والمريض الفقير الذي يتحتم عليه أن ينشد علاجا داخليا في إحدى المصحات أو المستشفيات المجانية، وغالبا ما ينتابه شعور بالخجل وعدم الاطمئنان فيعتقد أنه لن يجد الرعاية اللازمة التي يظن أنه في بحاجة إليها.

جدول رقم (80) يوضح استجابات عينة الدراسة حسب التثقيف الصحي في وسائل الاعلام للمساهمة في توعية المواطنين للحد من خطورة الامراض المعدية

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	موافق بشدة	144	72	65,113	2	0,000
2	موافق	56	28			
3	غير موافق	–	–			
المجموع		200	%100			

يتضح من خلال تحليل بيانات الجدول السابق والموضح لاستجابات عينة الدراسة حسب التثقيف الصحي في وسائل الاعلام للمساهمة في توعية المواطنين للحد من خطورة الامراض المعدية، أن أغلب مفردات العينة أقرت بالموافقة بشدة بنسبة 72% وبواقع 144 مفردة، في حين بلغت نسبة الموافقة 28% .

ونظراً لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 65,113، والمحسوبة أمام درجة حرية 2 وبمستوى دلالة يقل عن 0,0005 مما يشير إمكانية رفض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود إختلافات جوهرية عند تصنيف مفردات العينة حول التثقيف الصحي في وسائل الاعلام للمساهمة في توعية المواطنين للحد من خطورة الامراض المعدية.

وهذا يدل على ان 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.

ومن هذا المنطلق تستدعي الباحثة 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

جدول رقم (81) يوضح تصنيف مفردات عينة الدراسة وفقاً دور الحكومة في الحد من التلوث البيئي وتلوث مياه الشرب

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	**موافق بشدة**	**155**	**77,5**	184,010	**4**	0,000

2	موافق	45	22,5				
3	غير موافق	–	–				
المجموع		200	%100				

يتضح من خلال تحليل بيانات الجدول السابق والموضح لتصنيف مفردات العينة وفقاً دور الحكومة في الحد من التلوث البيئي وتلوث مياه الشرب احتل المرتبة الاولى موافق بشدة بواقع 155 مفردة وبنسبة 77,5% من إجمالي مفردات العينة، يليه موافق على دور الحكومة في الحد من التلوث البيئي وتلوث مياه الشرب بنسبة 22,5% من إجمالي مفردات العينة.

ونظراً لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة184,010 ، والمحسوبة أمام درجة حرية 4 وبمستوى دلالة يقل عن 0,0005 مما يشير إمكانية رفض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود إختلافات جوهرية عند تصنيف مفردات العينة وفقاً دور الحكومة في الحد من التلوث البيئي وتلوث مياه الشرب.

يتمثل دور الحكومة بشكل عام في تحسين ورعاية الإنسان ومقابلة احتياجاته من التعليم والصحة والضمان الاجتماعي، وبالتالي فسياسة الحكومة الصحية تتمثل في الأهداف والأفكار التي من خلالها تتمكن الحكومة من تقديم خدمات الرعاية الصحية للأفراد، في الحد من التلوث البيئي وتلوث مياه الشرب.

وترى الباحثة ان سياسة الرعاية الصحية تشير إلى مجموعة التوجهات والأحكام العامة المتعلقة بالنظام الصحي، وتكون في شكل ترتيبات مرتبطة ببعضها في شكل علاقات تكاملية تبادلية، وتتفق المنظمات الإنسانية على تخصيص موارد معينة لها بالتعاون مع الحكومة، لاستخدامها بشكل منظم، لمعالجة المشكلات الصحية التي تواجه المجتمع، وتخطيط وتنفيذ الأنشطة الكفيلة بذلك ويدخل في نطاق اهتمام السياسة الصحية العديد من السياسات الأخرى المتعلقة بالتدخين وتشريعات البيئة وتلوث المياه والطعام والأمن الغذائي وإجراءات المحافظة على الصحة العامة في المجتمع

وقد ترجع بعض المشاكل الصحية إلى البيئة وتلوث مياه الشرب التي يعيش فيها المريض أو المجتمع المحلى الذي ينتمى إليه

.

جدول رقم (82) يوضح تصنيف مفردات العينة وفقاً دور الحكومة في توفي ر العلاج والتطعيمات المناسبة

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	موافق بشدة	90	45	56,220	2	0,000
2	موافق	80	40			
3	غير موافق	30	15			
المجموع		200	%100			

يلاحظ من خلال تناول بيانات الجدول السابق أن معظم مفردات عينة الدراسة وفقاً لدور الحكومة في توفير العلاج والتطعيمات المناسبة كانت اجابتهم موافق بشدة حيث بلغت نسبتهم 45% بواقع 90 مفردة، ثم يليها موافق وذلك بنسبة 40%، بينما جاءت عدم الموافقة فقد بلغت 15% من إجمالي حجم العينة.

ونظرا لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 56,220 والمحسوبة أمام درجة حرية أو بمستوى دلالة تقل عن 0,0005 مما يشير إلى إمكانية رفض فرض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود اختلافات جوهرية عند تصنيف مفردات العينة وفقاً دور الحكومة في توفير العلاج والتطعيمات المناسبة.

يحتاج المريض أحيانا إلى نفقات مالية قد تفوق قدرة الاسرة على تحملها أو توفيرها مما يخلق لدى الاسرة أزمة إقتصادية خانقة، وفضلاً عن الأعباء الإقتصادية التي تتحملها الاسرة نتيجة إنفاقها على أجر الاطباء، وثمن الدواء، والطعام الخاص الذي يتطلبه بعض الأمراض، وكرم الضيافة، ومصاريف الإنتقال في حالة علاج المريض بالمؤسسة الطبية، وقد يحدد الإهتمام الذي تبدية الاسرة نحو المريض، مدى تقبله لحالته وتقبل النتائج النهائية للمرض، لذلك على الدولة القيام بتوفير كافة الادوية والعلاج للأفراد المرضى كجزء من متطلبات تحقيق تنمية بشرية في المجتمع.

جدول رقم (83) يوضح إجابات عينة الدراسة وفقاً لأهمية التثقيف الصحي لمعرفة طرق الإصابة وتوفير الأدوية المناسبة

م	المتغير	ك	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	موافق بشدة	155	77,5	72,546	1	0,000
2	موافق	45	22,5			
3	غير موافق	–	–			
المجموع		200	%100			

يلاحظ من خلال تناول بيانات الجدول السابق الموضح لإجابات عينة الدراسة وفقاً لأهمية التثقيف الصحي لمعرفة طرق الإصابة وتوفير الأدوية المناسبة إن النسبة الأعلى جاءت موافق بشدة ونسبتهم 77,5% بواقع 155 مفردة من إجمالي حجم العينة البالغة 200 مفردة، بينما جاءت إجابات عينة الدراسة وفقاً لأهمية التثقيف الصحي لمعرفة طرق الإصابة وتوفير الأدوية المناسبة بموافق 22,5%.

ونظرا لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 72,546 والمحسوبة عند درجة حرية واحدة وبمستوى دلالة يقل عن 0,0005 مما يشير لإمكانية رفض فرض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود اختلافات جوهرية عند تصنيف مفردات العينة وفقاً لأهمية التثقيف الصحي لمعرفة طرق الإصابة وتوفير الأدوية المناسبة.

يشار إلى التثقيف الصحي على أنه ذلك الجزء من الرعاية الصحية الذي يعني بتحسين السلوك الصحي, من خلال التثقيف الصحي نساعد الناس على فهم سلوكهم والكيفية التي تؤثر بها في صحتهم فنحن نشجعهم على اختيار ما يفضلونه من أجل حياة صحية, ولا نجبرهم على التغيير, ولا يحل التثقيف 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 الأمراض ويسهل التأهيل كذلك فأن احتياجات واهتمامات الأفراد والعائلات والجماعات الهيئات والمجتمعات تقع في برامج التثقيف الصحي

جدول رقم (84) يوضح تصنيف مفردات العينة وفقاً لوضع خطط مستقبلية في المجال الصحي والمتابعة باستمرار هذا إلى جانب تقييم الأعمال دورياً

م	المتغير	ك	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	موافق بشدة	90	45	346,263	3	0,000

2	موافق	72	36			
3	غير موافق	38	19			
المجموع		200	%100			

باستقراء بيانات الجدول السابق والمتعلقة بتوضيح خصائص مفردات العينة وفقاً لوضع خطط مستقبلية في المجال الصحي والمتابعة باستمرار هذا إلى جانب تقييم الأعمال دورياً تأتي نسبة من كانت اجابتهم موافق بشدة في المقدمة حيث بلغت 45%، يليها نسبة من كانت اجابتهم موافق وتبلغ نسبتهم 36%، وفي المرتبة الثالثة تأتي نسبة من كانت اجابتهم بأنها غير موافق حيث تصل 19%.

ونظراً لأنه قيمة مربع كاي النظرية البالغة 346,263 والمحسوبة أمام درجة حرية 3 ومستوى دلالة يقل عن 0,0005، مما يشير إلى إمكانية رفض فرض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود اختلافات جوهرية عند تصنيف مفردات العينة لوضع خطط مستقبلية في المجال الصحي والمتابعة باستمرار هذا إلى جانب تقييم الأعمال دورياً.

إن الهدف الأساس لوضع خطط مستقبلية في المجال الصحي يتجلى بتهيئة أنسب الظروف الممكنة للخدمات الطبية من خلال الدراسة الاجتماعية للمريض والتعرف على الأوضاع الاجتماعية المحيطة بالمريض حتى يمكن أن الافادة في رسم خطة العلاج، وبما يؤدي إلى تخفيف الأعباء عن الأطباء وزيادة إمكانيات وقدرات المستشفى والجهاز الطبي على القيام بالمهام المطلوبة، وذلك باستخدام المدخل المتكامل وهذا المدخل يعتمد على أساس أن المريض يتعرض لسلسة متتالية من الأزمات ساعدت في ظهور المرض الذي يعاني منه، ومع القيام بتقويم الخدمات المتكاملة التي تقدمها المستشفى من وجهة نظر المرضى المقيمين بها والمستفيدين من خدماتها، والوقوف على المعوقات التي تواجه المستشفى في تحقيق أهدافها من وجهة نظر المهنيين، للخروج بمؤشرات تخطيطية لتطور عمل المستشفى بحيث تساهم تلك المؤشرات في إيجاد حلول لبعض المشكلات التي تواجه المستشفى.

جدول رقم (85) يوضح تصنيف مفردات العينة وفقاً لزيادة جلسات التثقيف الصحي للمدارس والمستشفيات، والدوائر الحكومية

م	المتغير	التكرار	النسبة المئوية	مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1	موافق بشدة	140	70	52,456	1	0,000

2	موافق	60	30			
3	غير موافق	–	–			
المجموع		200	%100			

باستقراء بيانات الجدول السابق لتصنيف مفردات العينة وفقاً لزيادة جلسات التثقيف الصحي للمدارس والمستشفيات، والدوائر الحكومية يتبين أن اجابة النسبة الأعلى كانت موافق بشدة حيث بلغت 70% بواقع 140 مفردة من إجمالي حجم العينة بينما جاءت نسبة الاجابات بموافق الإشراف على زيادة جلسات التثقيف الصحي للمدارس والمستشفيات، والدوائر الحكومية بنسبة 30%.

ونظراً لأن قيمة مربع كاي النظرية البالغة 52,456 والمحسوبة أمام درجة حرية 1 ومستوى دلالة يقل عن 0,0005، مما يشير إلى إمكانية رفض فرض العدم وقبول الفرض الصفري المشير إلى وجود اختلافات جوهرية عند تصنيف مفردات العينة على زيادة جلسات التثقيف الصحي للمدارس والمستشفيات، والدوائر الحكومية.

تمهيد:

يعرض الفصل الحالي النتائج العامة للدراسة ومناقشة النتائج في ضوء تساؤلات الدراسة وأهدافها، والإطار النظري لها ، كما يعرض لتوصيات الدراسة.

أولاً: النتائج

أ- النتائج المرتبطة بالبيانات العامة لعينة الدراسة

1- بحسب تصنيف مفردات العينة وفقاً للنوع أن النسبة الأعلى جاءت من الذكور ونسبتهم (60%) بواقع 120 مفرده من إجمالي حجم العينة البالغة 200 مفردة، بينما جاءت نسبة الإناث (40%).

2- اتضح من خلال بيانات الجدول السابق الموضح لتصنيف مفردات العينة وفقاً للفئة العمرية انه قد جاءت معظم افراد العينة في الفئة العمرية (اقل من 36 سنة حتى 40 سنة)، وجاءت معظم أفراد العينة من عمر (31 سنة لأقل من 35 سنة) بواقع 139 مفردة تمثل نحو 61,5% من إجمالي حجم العينة.

3- اظهرت أن نسبة المتزوجين أعلى فئة لأن معظمهم يقعون بين فئة السن من 36 إلى 40 سنة، وبالتالي نجد أن معظمهم متزوجون نظرًا لعادات المجتمع العراقي التي تتزوج في مرحلة عمرية مبكرة.

4- استنتجت الدراسة اختلاف الحالة التعليمية للمبحوثين وذلك في المقام الأول بكالوريوس ثم دراسات عليا، وهذا يشير إلى أن معظم مفردات العينة يتمتعون بمستوى تعليمي مرتفع ولديهم قدرات عالية وثقافة دائمة لاستخدام واستغلال نظم المعلومات التي تتيحها الاجهزة التقنية الطبية الحديثة.

5- اتضح أن هناك تخصصات مختلفة ضمن مهنة الطب أهمها تخصص طب النسائية والتوليد ثم يليها طب الباطنية، وطب الجراحة العامة، وطب الجهاز الصدري والتنفسي، وطب امراض الجلدية، وطب الاسنان، واخيراً الصيدلة، واستنتجت الدراسة أن تنوع التخصص الذي حصلت عليه مفردات مجتمع البحث في مختلف التخصصات الطبية إنما يعكس ضرورة التعرف على آراء عينة الدراسة على تقبل فكرة استخدام تلك التقنية للوصول إلى مصادر المعلومات والمعرفة التي تفيدهم في مختلف مناحي الحياة.

6- أن معظم مفردات العينة لديهم قدر من الخبرات تمكنهم من المشاركة الإيجابية النشطة في تنفيذ المهام المنبثقة من أدوارهم الوظيفية داخل نطاق المؤسسات الحكومية الصحية مما ينعكس إيجابياً على مستوى كفاءتهم المهنية في المجال الطبي.

7- توضح الدراسة ارتفاع متوسط دخول مفردات مجتمع البحث بالشكل الذي يمكنهم من تلبية احتياجاتهم الأساسية مما ينعكس إيجابياً على مستوى معيشتهم فضلاً عن تمكنهم من العمل بكفاءة وبعيداً عن الجمود والروتين وتنفيذ المهام والغايات التي تتطلع المؤسسة الصحية التي يعملون بها نحو تحقيقها وتطلعهم إلى الارتقاء بمستويات وظيفة أعلى.

8- اتضح من تصنيف مفردات العينة وفقاً لمحل أقامتهم ان المقيمين في المناطق الحضرية احتلوا المرتبة الاولى بعدد 120 مفردة تمثل نحو (60%) من إجمالي حجم العينة، في حين جاءت نسبة القاطنين في القرى الريفية في المرتبة الثانية بنسبة بلغت (40%).

ب- النتائج المرتبطة بالعلاقة بين العولمة ونقل الأمراض المعدية

1- استنتجت الدراسة من خلال إجابات مفردات العينة وفقاً للتحركات السكانية عبر العالم التي تزداد مع الحقبة المعاصرة من العولمة، والتي يمكن أن تكون أداة جديدة لنقل الأمراض التي توطنت في بلدان معينة إلى دول أخرى ان موافق بشدة تمثل اكبر نسبة حيث بلغت (50%) بواقع 100 مفردة من إجمالي حجم العينة.

2- استنتجت الدراسة أن موقف معظم أفراد العينة تجاه الانتقال غير المنظم للسكان عبر العالم يؤدي إلى ارتفاع معدلات الإمراض الوبائية بين أفراد المجتمع بالموافقة بشدة بواقع 90 مفردة وبنسبة تبلغ 45%.

3- استنتجت الدراسة أن معظم مفردات عينة الدراسة وفقاً لوجود علاقة بين التغيرات التكنولوجية ونقل الأمراض أو ظهور نوعية خاصة منها كانت اجابتهم بالموافقة بشدة حيث بلغت نسبتهم 45% بواقع 90 مفردة.

4- وجود منشورات متعددة صدرت عن منظمة الصحة العالمية تبين اهتمامات جديدة تتعلق بتأثيرات العولمة على الأمراض وقد جاءت بختيار النسبة الأعلى موافق بشدة بنسبة بلغت 70% بواقع 140 مفردة من إجمالي حجم العينة.

5- حصلت فقرة إعطاء اهتمام خاص لظاهرة الاحتباس الحراري وتأثيرها على التغيرات البيئية ومن ثم التأثير على ظهور أمراض معينة تظهر العلاقة بين العولمة ونقل الأمراض الوبائية

جاءت اجابة عينة الدراسة بالموافقة بشدة حيث احتلت المرتبة الأولى بواقع 90 مفردة وبنسبة 45%.

6- توصلت الدراسة من خلال اجابات مفردات العينة حسب الانتقال غير المنظم للسكان عبر العالم يؤدي إلى ارتفاع معدلات الإمراض الوبائية بين أفراد المجتمع حيث بلغت نسبة إجابة عينة الدراسة بالموافقة بشدة بلغت 70% بواقع 140 مفردة من إجمالي مفردات مجتمع البحث.

7- أن موقف عينة الدراسة من العلاقة بين الحروب المعولمة وما يترتب عليها من نزوح وتزايد لأعداد اللاجئين واحتمالات لانتشار الأوبئة والأمراض المعدية تتسم إجابتهم بالموافقة بشدة وذلك بواقع 100 مفردة تمثل نحو 50%.

8- أن العلاقة بين نقل السلع وانتقال نوعية معينة من الأمراض وعلاقتها بظهور متلازمات مرضية معينة أكد على معظم مفردات العينة جاءت بالإجابة موافق بشدة بواقع 110 مفردة وبنسبة 55%.

9- ان إمكانية نقل الأمراض من الحيوانات إلى البشر؛ والعلاقة بين الأمراض وانتشارها عبر العالم حيث كانت الإجابة فيها بموافق بشدة إذ أكد على ذلك نسبة 66% من مفردات العينة ممثلين في 132مفردة.

10- ان التغيرات المترتبة على التصحر ونقص الموارد المائية وعلاقتها بعولمة المرض وتصديره إلى دول وشعوب العالم كانت إجابة عينة الدراسة عليها بالموافقة بشدة وقد بلغت نسبتهم 56% بواقع 112 مفردة من إجمالي حجم العينة.

11- أن عولمة المرض اظهرت قلقاً عالمياً من الخوف من العدوى البكتيرية (التي ترتبط بأنواع بعينها من الميكروبات) إلى العدوى الفيروسية (التي ترتبط بأنواع معينة من الفيروسات) مثل ظهور أنواع منها وكانت الإجابة بالموافقة بشدة، وذلك بواقع 100 مفردة تمثل 50% من إجمالي حجم العينة.

12- أن معظم أراء عينة الدراسة جاءت بالموافقة بشدة بخصوص انتشار جائحة كورونا التي تحولت مجتمعات برمتها إلى مخاطر صحية من فرط السرعة التي ينتشر بها المرض والعجز عن الحد من انتشاره بواقع 128 مفردة تمثل نحو 64% من إجمالي حجم العينة.

13- أن نسبة عينة الدراسة ضمن يرون ان عولمة المرض وتصديره إلى دول وشعوب العالم يتعلق بسوق صناعة الدواء وتجارة الشركات الدوائية العالمية وتربحها لعلاج هذه الأمراض التي

تصدرها الي جميع دول العالم النامي والمتقدم، فكانت الإجابة بموافق بشدة جاءت في المرتبة الأولى إذ بلغت 66%.

14- جاءت اجابة عينة الدراسة بالموافقة بشدة بإن نوعية الأمراض الوبائية لم تعد امراضاً تنتقل من الدول الفقيرة إلى الدول الغنية كما كان خطاب المرض المعولم يؤكد من قبل، بل أصبحت – مثلها مثل السلع تماماً- لا تعرف حدود المجتمعات حيث بلغت 52% ممثلين في 104 مفردة.

ج- النتائج المرتبطة بالمتطلبات التقنية الطبية المطلوب توافرها في المستشفيات

د- النتائج المرتبطة بالخدمات الصحية وتنمية رأس المال البشري

1- على وفق الخدمات الصحية وتنمية رأس المال البشري إن النسبة الأعلى لعينة الدراسة جاءت اجاباتهم مهمة إلى حد كبير انتشار الوعي الصحي والتعرف على العادات الصحية لها علاقة مباشرة بصحة الإنسان وسلوكه حيث بلغت (65%) بواقع 130 مفردة من إجمالي حجم العينة.

2- أن معظم آراء مفردات عينة الدراسة وفقاً لآرائهم في ان تقدم الحكومة للأسرة نوعية من الخدمات الصحية مثل الخدمات الوقائية، والخدمات العلاجية، والخدمات التشخيصية والعلاجية، والخدمات التأهيلية جاءت مهمة إلى حد كبير إذ تبلغ النسبة (65%) من إجمالي حجم العينة.

3- أن معظم مفردات عينة الدراسة ترى تقوية العلاقة بين الجهاز الاداري الملاكات الطبي مع اعضاء هيأة في المؤسسات الصحية مهمة إلى حد كبير حيث بلغت نسبتهم 45% بواقع 90 مفردة.

4- أن النسبة الأعلى من إجابات عينة الدراسة جاءت بالموافقة على مهمة إلى حد كبير في إجراء المسوح الطبية للتعرف على احتياجات المجتمع في المجال الصحي فقد بلغت 70% ممثلين في 140 مفردة من إجمالي حجم العينة.

5- إن النسبة الأعلى جاءت مهمة إلى درجة كبيرة ونسبتهم 77,5% بواقع 155 مفردة من إجمالي حجم العينة البالغة 200 مفردة لإجابات عينة الدراسة وفقاً لأهمية ابتعاث الملاك الوطنية من الاطباء لدراسة تخصصات دقيقة في مجال صحة المجتمع.

6- جاءت أهمية تقديم خدمات الرعاية الصحية مع الأخذ في الاعتبار آدمية الأشخاص وعدم التفرقة بينهم من النواحي الاجتماعية أو الاقتصادية أو الدينية جاءت في المرتبة الأولى من الاجابات مهمة الى درجة كبيرة حيث بلغت 73% ممثلة في 146 مفردة من إجمالي حجم العينة.

7- تبين أن نسبة أفراد العينة الذين أجابوا بأنها مهمة إلى درجة كبيرة حيث بلغت 60% بواقع 140 مفردة من إجمالي حجم العينة، وفقاً لإجاباتهم على العمل على تحسين مستوى أداء الخدمات الصحية.

8- جاء توزيع الأدوار والمهام خلق روح منافسة بين الكوادر الطبية لتحقق مبدأ المساواة والعدل لتجنب حدوث صراعات من أجل مصلحة العمل تأتي في المرتبة الأولى من أجابتهم التي كانت بأنها مهمة إلى درجة كبيرة بواقع 110 مفردة من إجمالي العينة بنسبة 55%.

9- جاء العمل على تحفيز الملاكات الطبية بإشراف رؤسائهم مع مراعاة التسلسل القيادي والدرجات الوظيفية تأتي نسبة من كانت اجابتهم بمهمة الى درجة كبيرة في المقدمة حيث بلغت 45%، يليها نسبة من كانت اجابتهم بمهمة إلى حد ما وتبلغ نسبتهم 36%، وفي المرتبة الثالثة تأتي نسبة من كانت اجابتهم بأنها غير مهمة حيث تصل 19%.

10- جاء تدريب العاملين في المجال الصحي على إجراءات مكافحة العدوى أن معظم أفراد العينة قد كانت اجابتهم على انها مهمة إلى درجة كبيرة وجاءت نسبتهم 65% في الصدارة وبواقع 130 مفردة من إجمالي حجم العينة.

11- جاء متغير الترصد وإعداد إحصائيات العدوى والتعرف على التفشيات الوبائية ومعالجتها والتعامل معها والتوصية بإجراءات منعها مستقبلا أن معظم عينة الدراسة بنسبة 65% ممثلين في 130 مفردة من إجمالي حجم العينة أجابوا بأنها مهمة إلى درجة كبيرة جداً .

12- جاء الاشراف على صحة العاملين الصحيين شاملاً التحصين ضد امراض محددة يتبين أن النسبة الأعلى جاءت بمهمة إلى درجة كبيرة جدا حيث بلغت 70% بواقع 140 مفردة من إجمالي حجم العينة بينما جاءت نسبة الاجابات بمهمة إلى حد ما الاشراف على صحة العاملين الصحيين ويشمل ذلك التحصين ضد امراض محددة بنسبة 30%.

13- أن النسبة الأعلى لعينة الدراسة جاءت بالموافقة على انها مهمة إلى حد كبير مراقبة العيادات الخارجية وأقسام الطوارئ وعيادات الأسنان وأقسام المناظير والمختبرات الصحية حيث بلغت 56% ممثلين في 112 مفردة.

14- بالموافقة بأنها مهمة إلى حد كبير في التزود بالسياسات والاجراءات الخاصة بمكافحة العدوى والسلامة في بيئة العمل في المنشأة الصحية وذلك بنسبة 80% ممثلين في 160 مفردة من إجمالي حجم العينة.

15- جاءت الحد من انتشار ظاهرة الاعتداء على الكوادر الطبية داخل المستشفيات أن معظم الاراء جاءت بالموافقة على مهمة إلى حد كبير بنسبة 72%.

16- جاءت اجابة عينة الدراسة حول عدم الرضا عن الدور الذي تقوم به وزارة الصحة في القضاء على الأمراض المعدية على الوجه الأكمل حيث رأت ذلك معظم مفردات العينة بواقع 108 مفردة من إجمالي حجم العينة وبنسبة 54%.

17- جاء رأي عينة الدراسة حول الخدمات الطبية التي تقوم بها وزارة الصحة والمجتمع خدمة جيدة وكانت اجابتهم موافق بشدة وذلك بنسبة كبيرة حيث تبلغ 73% تمثل 146 مفردة من إجمالي حجم العينة.

18- جاء دور وزارة الصحة بأنها خدمة متوسطة نسعى الى ان نزيد من كفاءتها ويكون ذلك بالقضاء على الفساد في وزارة الصحة، أن أغلب مفردات العينة كانت اجابتهم بموافق بشدة وذلك بواقع 129 مفردة وبنسبة 66,5% من إجمالي عينة الدراسة.

19- جاء نوع الخدمة التي تقوم بها وزارة الصحة خدمة مقبولة نوعاً ما، أن أغلب مفردات العينة كانت اجابتهم بالموافقة بشدة وذلك بواقع 124 مفردة وبنسبة 62%.

20- جاءت اجابة عينة الدراسة بأن هناك قصور لقلة المتابعة من المستوى الأعلى بوزارة الصحة احتلت المرتبة الأولى موافق بشدة وذلك بواقع 112 مفردة وبنسبة 56% من إجمالي عينة الدراسة، يليها احتلت موافق بنسبة 19%.

21- جاءت وفقاً لرأيهم بأن وزارة الصحة لا تقوم بدورها في تقديم الخدمات الصحية وهي غير كافية وينقصها بعض التعديلات ، أن أغلب مفردات العينة كانت اجابتهم بموافق بشدة وذلك بواقع 104 مفردة وبنسبة 56%، يليها من كانت اجابتهم بالموافقة.

22- جاءت اجابات عينة الدراسة حول ان المستشفى لها القدرة وسرعة الاستجابة على تقديم الخدمات الصحية والعلاجية والرعاية الصحية للمريض بصورة أكثر فاعلية وكفاءة احتل المرتبة الأولى الموافقة بشدة بواقع 172 مفردة بنسبة 86% من إجمالي عينة الدراسة.

هـ- مدى رضا عينة الدراسة عن دور وزارة الصحة والمجتمع في القضاء على الامراض المعدية في العراق

1- جاءت اجابة عينة الدراسة حول عدم الرضا عن الدور الذي تقوم به وزارة الصحة في القضاء على الأمراض المعدية على الوجه الأكمل حيث رأت ذلك معظم مفردات العينة بواقع 108 مفردة من إجمالي حجم العينة وبنسبة 54%.

2- حول الخدمات الطبية التي تقوم بها وزارة الصحة والمجتمع خدمة جيدة وكانت اجابة عينة الدراسة موافق بشدة وذلك بنسبة كبيرة حيث تبلغ 73% تمثل 146 مفردة من إجمالي حجم العينة.

3- حول دور وزارة الصحة بأنها خدمة متوسطة نريد ان نزيد من كفاءتها ويكون ذلك بالقضاء على الفساد في وزارة الصحة ، أن أغلب مفردات العينة كانت اجابتهم بموافق بشدة وذلك بواقع 129 مفردة وبنسبة 66.5% من إجمالي عينة الدراسة.

4- حول نوع الخدمة التي تقوم بها وزارة الصحة خدمة مقبولة نوعاً ما، أن أغلب مفردات العينة كانت اجابتهم بالموافقة بشدة وذلك بواقع 124 مفردة وبنسبة 62%.

5- جاءت اجابة عينة الدراسة في رأيهم بأن هناك قصور لقلة المتابعة من المستوى الأعلى بوزارة الصحة احتلت المرتبة الأولى موافق بشدة وذلك بواقع 112 مفردة وبنسبة 56% من إجمالي عينة الدراسة، يليها احتلت موافق بنسبة 19%.

6- جاءت اجابة عينة الدراسة في رأيهم بأن وزارة الصحة لا تقوم بدورها في تقديم الخدمات الصحية وهي غير كافية وينقصها بعض التعديلات ، أن أغلب مفردات العينة كانت اجابتهم بموافق بشدة وذلك بواقع 104 مفردة وبنسبة 56%.

7- جاءت اجابة عينة الدراسة حول ان المستشفى لها القدرة وسرعة الاستجابة على تقديم الخدمات الصحية والعلاجية والرعاية الصحية للمريض بصورة أكثر فاعلية وكفاءة احتل المرتبة الأولى الموافقة بشدة بواقع 172 مفردة بنسبة 86% من إجمالي عينة الدراسة.

و- النتائج المرتبطة بالمعوقات التي تعوق أداء الأطباء في المؤسسات الصحية من اداء أدوارهم بالشكل المطلوب

1- جاءت اجابة عينة الدراسة وفقاً لقلة الوعي الصحي لدى أولياء الأمور احتل المرتبة الأولى موافق بشدة بواقع 166 مفردة وبنسبة 83% من إجمالي مفردات العينة.

2- جاءت اجابة عينة الدراسة وفقاً لتأثير مستويات الكفاية والفاعلية بمشكلة تعدد السلطة وازدواجها داخل المستشفى احتل المرتبة الأولى موافق بواقع 26 مفردة وبنسبة 63% من إجمالي عينة الدراسة.

3- كانت استجابات عينة الدراسة حسب قلة الكوادر الوطنية أطباء ، فنيين ، ممرضين ، باحثين من المعوقات التي تعوق أداء الأطباء في المؤسسات الصحية من اداء أدوارهم بالشكل

المطلوب، أن أغلب مفردات العينة أقروا بالموافقة بواقع 141 مفردة وبنسبة 70,5% من إجمالي عينة الدراسة، في حين بلغت نسبة الموافقة بشدة 29,5% من إجمالي عينة الدراسة.

4- كانت اجابة عينة الدراسة لعدم وجود مستشفيات تخصصية في بعض المدن لتساعد في التشخيص السريع والدقيق للحالات الحرجة من المعوقات التي تعوق أداء الأطباء في المؤسسات الصحية من اداء أدوارهم بالشكل المطلوب احتلت المرتبة الأولى موافق بشدة بواقع 156 مفردة وبنسبة 78% من إجمالي عينة الدراسة. يليها موافق بنسبة 22% من إجمالي عينة الدراسة.

5- أن أغلب مفردات العينة أقروا بالموافقة بشدة بواقع 106 مفردة وبنسبة 53% من إجمالي عينة الدراسة حسب ارتفاع أسعار مستشفيات القطاع الاهلي الطبية.

6- كانت اجابة افراد عينة الدراسة وفقاً لعدم وجود نظام التأمين الصحي لجميع افراد المجتمع احتلت المرتبة الأولى موافق بشدة بواقع 99 مفردة وبنسبة 49,5% من إجمالي عينة الدراسة.

7- أن أغلب مفردات العينة أقروا بالموافقة بواقع 138 مفردة وبنسبة 69% من إجمالي عينة الدراسة حسب اجابات عينة الدراسة حسب قلة عدد المتخصصين من الاطباء في المجال الصحي الغذائي وطب المجتمع.

8- كانت اجابات عينة الدراسة حول عدم ابتعاث الكوادر الوطنية لدراسة تخصصات دقيقة في مجال صحة المجتمع احتل المرتبة الأولى موافق بشدة بواقع 88 مفردة وبنسبة 44% من إجمالي عينة الدراسة. يليها موافق بنسبة 38,5% من إجمالي عينة الدراسة. في حين احتلت المرتبة الاخيرة غير موافق بنسبة 17,5% من إجمالي عينة الدراسة.

9- كانت اجابات عينة الدراسة وفقاً لعدم تبادل للخبرات مع من لهم باع في نشر الوعي الصحي احتل المرتبة الاولى موافق بواقع 109 مفردة وبنسبة 54,5% من إجمالي عينة الدراسة، يليها موافق بشدة بنسبة 39% من إجمالي عينة الدراسة. في حين أن غير موافق احتل المرتبة الأخيرة بواقع فردة واحدة وبنسبة 6,5% من إجمالي عينة الدراسة.

10- كانت اجابات عينة الدراسة وفقاً لعدم الاطلاع ومواكبة أحدث المستجدات لإبراز المستحدثات التقنية الطبية احتل المرتبة الأولى موافق بواقع 100 مفردة وبنسبة 39.2% من إجمالي عينة الدراسة، يليها المسكن حسب عدد أفراد الأسرة بنسبة 50% من إجمالي عينة الدراسة، في حين احتل المرتبة الثانية موافق بشدة بنسبة 39%، واحتل المرتبة الأخيرة غير موافق بواقع 22 مفردة وبنسبة 11% من إجمالي عينة الدراسة.

11- أن أغلب مفردات العينة أقروا بالموافقة بشدة على عدم توفر برامج تدريب الكوادر الطبية ذوات الاختصاص في الداخل والخارج، وذلك بواقع 120 مفردة وبنسبة 60% من إجمالي عينة الدراسة.

س- النتائج المرتبطة بالعوامل التي تساعد على تحقيق تنمية صحية مستدامة في المجتمع العراقي

1- ان تعزيز أنماط صحية وبيئية سليمة كإستراتيجية أساسية لمقاومة المشاكل الصحية احتلت المرتبة الأولى موافق بشدة بواقع 98 مفردة وبنسبة 49% من إجمالي عينة الدراسة، يليها موافق بنسبة 40% من إجمالي عينة الدراسة، في حين أنه غير موافق احتل المرتبة الأخيرة بواقع 22 مفردة وبنسبة 11% من إجمالي عينة الدراسة.

2- ان تضافر الجهود بين كبرى المستشفيات ومراكز الأبحاث مع المستشفيات العربية والدولية المتقدمة احتلت المرتبة الأولى موافق بشدة بواقع 120 مفردة وبنسبة 60% من إجمالي عينة الدراسة، يليها موافق بنسبة 40% من إجمالي عينة الدراسة.

3- ان المشاركة بأنشطة الثقيف الصحي والبيئي على المستوى المحلي والاقليمي والدولي احتل المرتبة الأولى موافق بشدة بواقع 111 مفردة وبنسبة 55,5% من إجمالي عينة الدراسة.

4- ان نشر الوعي الصحي تجاه المشكلات الطبية والبيئية الشائعة احتل المرتبة الأولى موافق بشدة بواقع 111 مفردة وبنسبة 55,5% من إجمالي عينة الدراسة.

5- ان معالجة القيم الصحية السلبية في المجتمع، أن أغلب مفردات العينة أقروا بالموافقة بشدة وذلك بواقع 144 مفردة وبنسبة 72% من إجمالي عينة الدراسة.

6- ان المساهمة في تشخيص المشاكل الصحية والبيئية احتلت المرتبة الأولى موافق بواقع 98 مفردة وبنسبة 49% من إجمالي عينة الدراسة. يليها موافق بشدة بنسبة 49% من إجمالي عينة الدراسة.

7- ان تطوير طرق جديدة واستخدامها في عملية التثقيف الصحي، أن أغلب مفردات العينة أقروا بالموافقة بنسبة 51% من إجمالي عينة الدراسة وبواقع 102 مفردات، يليها من أقروا بموافق بشدة وذلك بواقع 98 مفردة وبنسبة 49% من إجمالي عينة الدراسة.

8- ان بناء نظام متكامل لعملية توثيق الأنشطة التوعوية والتثقيفية في المجال الصحي، أن أغلب مفردات العينة أقروا بالموافقة بنسبة 56% من إجمالي عينة الدراسة وبواقع 112 مفردة.

9- زيادة الاهتمام بصحة العائلة ورفع مستواها مع الإلتزام بالقواعد والتعليمات الصحية احتل المرتبة الأولى موافق بواقع 109 مفردة وبنسبة 54,5% من إجمالي عينة الدراسة، يليها موافق بشدة بنسبة 45,5% من إجمالي العينة.

10- إشراك وسائل الإعلام المختلفة في الأنشطة الصحية والبيئية وذلك لنشر الوعي الصحي، أن أغلب مفردات العينة أقروا بالموافقة على ذلك بواقع 101 مفردة وبنسبة 50,5% من إجمالي عينة الدراسة.

11- ان القيام بحملات توعية صحية تشمل الأسرة والابناء، أن أغلب مفردات العينة أقروا بالموافقة بشدة على ذلك بواقع 133 مفردة وبنسبة 66,5% من إجمالي عينة الدراسة، في حين بلغت نسبة الموافقة 33,5% من إجمالي عينة الدراسة.

12- ان نشر الوعي الصحي من خلال المنابر ورجال الدين احتل المرتبة الأولى موافق بشدة بواقع 111 مفردة وبنسبة 55,5% من إجمالي عينة الدراسة، يليها موافق بنسبة 44,5% من إجمالي عينة الدراسة.

ح- نتائج الدراسة الميدانية المرتبطة بأهم المقترحات المناسبة للحد من الامراض المعدية في العراق

1- كانت اجابة عينة الدراسة حسب الوعي الصحي والتثقيف عن جميع الامراض المعدية لجميع طبقات المجتمع ، أن أغلب مفردات العينة أقروا بالموافقة بشدة وبالموافقة بنسبة 50% من إجمالي عينة الدراسة وبواقع 100 مفردة لكلا منهما.

2- توفير الأدوية اللازمة بالمستشفيات والوحدات الصحية احتل المرتبة الأولى موافق بشدة بواقع 131 مفردة وبنسبة 65,5% من إجمالي عينة الدراسة، يليها موافق بنسبة 34,5% من إجمالي عينة الدراسة.

3- كانت اجابة عينة الدراسة العينة وفقاً لضرورة القيم بثورة تثقيفية صحية عن طريق وسائل الاعلام والمدارس والجامعات والمستشفيات احتلت المرتبة الأولى موافق بشدة بواقع 121 مفردة وبنسبة **60,5%** من إجمالي عينة الدراسة.

4- أن أغلب مفردات العينة يروا موافق بشدة القيام بالتوعية الصحية الكاملة هذا إلى جانب البعد عن السلوكيات البيئية الخاطئة وذلك بواقع 121 مفردة وبنسبة 60,5% من إجمالي عينة الدراسة، يليها الموافقة بنسبة 29,5% من إجمالي عينة الدراسة، في حين بلغت نسبة عدم الموافقة 10% من إجمالي عينة الدراسة والتي احتلت المرتبة الأخيرة في العينة.

5- ان زيادة الوعي الصحي وزيادة دخل الأفراد والقضاء على الملوثات احتلت المرتبة الأولى موافق بشدة بواقع 134 مفردة وبنسبة 67% من إجمالي عينة الدراسة، يليها موافق على زيادة الوعي الصحي وزيادة دخل الأفراد والقضاء على الملوثات بنسبة 33% من إجمالي عينة الدراسة.

6- التثقيف الصحي في وسائل الاعلام للمساهمة في توعية المواطنين للحد من خطورة الامراض المعدية، أن أغلب مفردات العينة أقرت بالموافقة بشدة بنسبة 72% وبواقع 144 مفردة، في حين بلغت نسبة الموافقة 28% .

7- حصل دور الحكومة في الحد من التلوث البيئي وتلوث مياه الشرب احتل المرتبة الاولى موافق بشدة بواقع 155 مفردة وبنسبة 77,5% من إجمالي مفردات العينة، يليه موافق على دور الحكومة في الحد من التلوث البيئي وتلوث مياه الشرب بنسبة 22,5% من إجمالي مفردات العينة.

8- جاءت اجابة عينة الدراسة وفقاً لدور الحكومة في توفير العلاج والتطعيمات المناسبة كانت اجابتهم موافق بشدة حيث بلغت نسبتهم 45% بواقع 90 مفردة، ثم يليها موافق وذلك بنسبة 40%، بينما جاءت عدم الموافقة فقد بلغت 15% من إجمالي حجم العينة.

9- جاءت اجابة عينة الدراسة وفقاً لأهمية التثقيف الصحي لمعرفة طرق الإصابة وتوفير الأدوية المناسبة إن النسبة الأعلى جاءت موافق بشدة ونسبتهم 77,5% بواقع 155 مفردة من إجمالي حجم العينة البالغة 200 مفردة.

10- جاء وضع خطط مستقبلية في المجال الصحي والمتابعة باستمرار هذا إلى جانب تقييم الأعمال دورياً تأتي نسبة من كانت اجابتهم موافق بشدة في المقدمة حيث بلغت 45%، يليها نسبة من كانت اجابتهم موافق وتبلغ نسبتهم 36%، وفي المرتبة الثالثة تأتي نسبة من كانت اجابتهم بأنها غير موافق حيث تصل 19%.

11- جاءت زيادة جلسات التثقيف الصحي للمدارس والمستشفيات، والدوائر الحكومية يتبين أن اجابة النسبة الأعلى كانت موافق بشدة حيث بلغت 70% بواقع 140 مفردة من إجمالي حجم العينة بينما جاءت نسبة الاجابات بموافق الاشراف على زيادة جلسات التثقيف الصحي للمدارس والمستشفيات، والدوائر الحكومية بنسبة 30%.

ثانياً: التوصيات

حاولت الدراسة وضع عدة توصيات أهمها:

أ- توصيات خاصة بمجلس النواب العراقي:

1- عمل تشريعات من خلال مجلس النواب لزيادة ميزانية وزارة الصحة لتوفير أجهزة تحاليل الدم للمواطنين ويكون ذلك بأسعار رمزية، وإنشاء مراكز صحية جديدة بوسائل تقنية حديثة خاصة.

2- عمل تشريعات من قبل مجلس النواب بمعاقبة وحبس من يقوم بإلقاء مخلفات الآدمية والحيوانات الميتة وفضلات الانسان الصلبة والسائلة في مياه الانهر والمستنقعات.

3- زيادة ميزانية الدولة الخاصة بتوفير الدواء اللازم لعلاج المرضى المصابين بالأمراض المعدية، للقضاء على طول مدة انتظار المرضى.

4- سن تشريعات تحمى الأفراد من وباء الاوبئة والأمراض المعدية، ومن هنا كان للمجتمع الحق في منع إنتشار العدوى مثل عزل المصاب بمرض معد عن المجتمع مع توفير الرعاية الكاملة والقيام بمعالجته ومداواته قدر الإمكان.

5- سن تشريعات بخصوص إجراء الكشف الدوري على العاملين في الوزارات والمؤسسات والهيئات، وتوفير وسائل العلاج للمرضى والمصابين.

6- سن قانون لنظام التأمين الصحي لأنه عندما يمرض شخص غير تابع لنظام التأمين الصحي فإن المرض يكبده مصاريف كثيرة قد لا يكون في إمكانه الوفاء بها، لذلك قد يلجأ إلى الإستدانة، أيضاً فإن نقص الدخل الناتج عن شراء أدوية يؤدى إلى إضطرابات مالية في الأسرة، مما يزيد من قسوة ظروف الحياة على ذلك الشخص المريض وأسرته.

7- إجراء تعديلات على التشريعات القانونية المتعلقة بالمؤسسات الصحية والعمل على تحديث وتفعيل التشريعات السابقة في هذا المجال من اجل تطوير خدمات الرعاية الصحية لغرض تمكين وزارة الصحة من الاستجابة للتغيرات الناشئة والتحديات التي تواجه نظام تقديم الرعاية الصحية بالإضافة إلى الانظمة والتعليمات الصادة لتنفيذ تلك القوانين التي تغطي مجالات التنمية الصحية وتدعم مختلف وظائف وزارة الصحة على المستويات الدولية والمحلية.

8- العمل على مراجعة لبعض القوانين من أجل تعديلها لتتكيف بشكل أفضل مع التحولات الوبائية والديموغرافية من خلال سلسلة معقدة من الاجراءات تبدء من وزارة الصحة وتمر بمجلس الوزراء وثم اقرارها من قبل البرلمان.

ب- توصيات خاصة بوزارة الصحة

1- إعداد فرق خاصة مثقف وتفرغ ولدية روح الخدمة العامة من الذكور والإناث يتأهل من خلال دورة تدريبية يطلع فيها على حقيقة الأمراض المعدية وحجمها، ويتزود بالمعلومات الازمة والمهارات التي تؤهله لتثقيف غيره، ثم يقوم هذا الفريق من المتطوعين والمتطوعات بإلقاء سلسلة من المحاضرات والندوات التثقيفية تبين للشباب الأمراض المعدية وخطورتها وطرق إنتشارها وسبل الوقاية منها وذلك بالتنسيق والتكامل مع الجهات الرسمية والتطوعية.

2- قيام المستشفيات الحكومية بتسهيل وتخفيض قيمة تحاليل الدم للمراجعين والمرضى.

3- قيام وزارة لصحة بعمل حملات موسعة لتحليل الدم للمواطنين 4 مرات في العام أو على الأقل مرتين في العام وذلك بأسعار مخفضة.

4- توعية المواطنين بضرورة عدم استخدام الأدوات الشخصية للغير كفرش الأسنان والملاقيط وادوات قص الأظافر وأدوات الأكل.

5- حث المواطنين على ضرورة توخى الحذر من انتقال الأمراض المعدية خاصة عند الحلاق لا سيما أمواس الحلاقة، وذلك بأن يقوم كل مواطن بشراء فرشة للذقن وموس حلاقة يكون خاص به ولا يستعمله احد غيره.

6- حث المواطنين على أخذ اللقاحات ضد الأمراض المختلفة في مواعيدها، وهو ما يسمى بالتحصين ضد الأمراض المعدية ويقصد به إعطاء الطعوم، وهى عبارة عن مستحضرات تحتوى على ميكروبات حية ضعيفة أو ميتة، أو سموم الميكروبات، وتعطى عن طريق الحقن كما في اللقاح ضد فيروس كورونا.

7- إثارة إهتمام المجتمع العراقي كله بالتطعيم، فمشاركة المجتمع في أمور الصحة وتحسينها أمر تؤكد عليه منظمة الصحة العالمية وتعتبره ذا أهمية بالغة، ويجب التأكيد بأنه في أمر التطعيم بالذات، تصبح مشاركة المجتمع فرض عين على كل المواطنين، فالضرر بالإنسان متحقق إذا أهمل تطعيمه، وحيث إن التطعيم سهل ومتوافر وميسور في جميع المراكز الصحية والمستشفيات.

8- التثقيف الصحي والتوعية من خطورة الأمراض المعدية في مجال المعلومات اللازمة لمكافحة المرض، وأن يكون في أسلوب يقبله ويقتنع به جميع أفراد الأسرة والمجتمع.

9- تطوير الخدمة الصحية لمواجهة الأمراض المعدية. حيث إن التقدم العلمي والتكنولوجي له أثر كبير على الصحة، تعليماً وممارسة ووقاية ودواء وغذاء.

10- أهمية تقييم الجودة في الأداء للحفاظ على مستوى الخدمة الصحية والمهن الطبية لتصل إلى مستوى الإعتماد العالمي.

11- التأكيد على قيمة التعلم المستمر وحتميته لسائر القوى العاملة في الفريق الطبي.

12- العمل على الاستفادة من ظهور مواد جديدة وتكنولوجيات مستحدثة تستعمل في علاج بعض الأمراض.

13- تبني أنماط مختلفة من التدريب كجزء من الخدمات الفنية المساندة التي تقدمها الجهة المعنية بالوسائل والأدوات والمزايا المحفزة التي ترتئيها مناسبة وتوجيهها بشكل متوازٍ باتجاه أنماط التقنيات الصحية كافة سواء التي كانت متوفرة السابقة أو اللاحقة.

14- بناء شراكة علمية حقيقية بين وزارة الصحة والجامعات والمعاهد العراقية، لتنفيذ برامج مواجهة عولمة المرض لدفع عجلة تنمية رأس المال البشري.

15- العمل على تدريب الأطباء في المستشفيات والمراكز الصحية على استخدام الوسائل الحديثة في مجال التقنية الصحية لرعاية المرضى وتقديم الخدمة لهم .

16- العمل على بناء واستحداث مستشفيات متنوعة بحسب نوع الامراض وبإعداد تتناسب مع تزايد الكبير من المرضى المترددين على المستشفيات مع تهيئة كادر كفوء ومتدرب وذو خبرة للعمل في تلك المستشفيات وتتوزع على كافة محافظات العراق.

17- ان القوانين الخاصة بالتعليم الطبي والصحي ذات التأثير المباشر على خدمات الرعاية الصحية تعد من قبل وزارة التعليم العالي وبحاجة الى التنسيق مع وزارة الصحة.

18- ضرورة بيان إيجابيات الطب الحديث ووسائله التكنولوجية المتطورة في علاج الأمراض وذلك من خلال عقد الندوات والمؤتمرات والحلقات النقاشية أو عن طريق القنوات المحلية الفضائية ومن ثم تكوين صورة واضحة عن طرائق العلاج الحديثة والمناسبة.

ج- وزارة الاعلام:

1- عمل ندوات تثقيفية موسعة من خلال وسائل الإعلام وفي المدارس والجامعات وذلك لتوعية المواطنين بخطورة العدوى وكذلك حث المواطنين على إجراء تحليل للدم كل ثلاثة أشهر للتأكد من خلوه من الأمراض المعدية.

2- نشر التوعية الصحية من خلال وسائل الاعلام المختلفة من خلال لغة بسيطة للفئات ذات مستوى تعليم منخفض والاهتمام بالبرامج الطبية والتوعية الصحية بوصفه من اهم وسائل الاعلام التي تتواصل مع جميع طبقات المجتمع.

3- زيادة اعداد البرامج الطبية من اجل تثقيف افراد المجتمع وتوعيتهم بمساعدتهم على التعرف على علامات المرض وبخاصة الامراض المعدية.

4- التوعية الثقافية في وسائل الإعلام بخطورة الأمراض المعدية وطرق نقل العدوى فيها.

5- لوسائل الإعلام دوراً مهماً في نقل الإنسان من مرحله التخلف إلى التقدم عن طريق نشر الوعى الصحي وتحذير الناس من خطر المرض المعدي وصعوبة السيطرة على الأمراض المعدية المتفشية في بعض المجتمعات الموبوءة وإتخاذ كافة التدابير اللازمة التي من شأنها أن تحمي وتقي الإنسان من الأخطار التي تحدق به سواء في البيئة الطبيعية أو في محيطه الإجتماعي.

6- على وسائل الإعلام أخذ دورها في التحذير من هذا المرض(كورونا) اللعين والفتاك والمخاطر الناتجة بسبب الوضع الاجتماعي والأخلاقي المتدهور في المجتمعات اليوم.

د- وزارة التربية:

1- عمل ندوات تثقيفية موسعة من خلال وسائل الإعلام وفي المدارس والجامعات وذلك لتوعية المواطنين بخطورة العدوى.

2- الاهتمام بالكشف الدوري للطلاب بمختلف المؤسسات التعليمية والعاملين بالقطاع العام والاهلي، وذلك بهدف التعرف على اهم الامراض المعدية والامراض المهنية التي تصيبهم.

3- منع المصاب بمرض معد خطير من الإلتحاق بدور العلم وتوفير وسائل التعليم والتثقيف له في الموضع الذي يعزل فيه .

هـ- وزارة التعليم العالي والبحث العلمي:

1- ضرورة إضافة مادة للوعي الصحي تدرس بجميع مراحل التعليم في المجتمع، وذلك من أجل تدريب الاجيال الجديدة على الثقافة الصحية والبرامج الوقائية، هذا إلى جانب القضاء على العادات والسلوكيات الخاطئة المرتبطة بالإصابة بالأمراض المعدية.

2- تطوير سبل التعليم الطبي ومساراته.

3- تفعيل قيمة البحوث الطبية والدوائية والإستقصاءات الصحية الكاشفة وجدواها.

4- توظيف التقدم التكنولوجي في وسائل التعلم والمعلومات الطبية واساليبها.

5- العمل الترابط بين التعليم في المجالات الصحية والعمل في الوحدات الخارجية، وقيمة الإفادة من الإحتكاك الدولي.

المؤسسات الدينية:

1- عمل حملات موسعة من خلال أئمة المساجد لتوعية المواطنين لا سيما الشباب بحرمانية تعاطى المخدرات وكذلك تعاطى الحقن والممارسات الجنسية الخاطئة والتي تؤدي إلى ظهور العديد من الأمراض المعدية.

ثالثاً: المقترحات

1- هناك حاجة إلى دراسات متعددة في مختلف التخصصات تجاه العولمة والصحة، مثل، الطب، وعلم الأوبئة، وعلم الاجتماع، والعلوم السياسية والتعليم (الصحي)، والعلوم البيئية، والاقتصاد.

2- إجراء الدراسات المتعلقة بالاحتياجات الملحة للمجتمع العراقي من المستجدات العالمية في المجال الصحي.

3- دراسة الاسر الفقيرة في المناطق الشعبية وعلاقتها بالمساعدات الصحية.

4- تكثيف الدراسات المتعلقة بالأمراض الاكثر انتشارا بين الطبقات الاجتماعية، والتوصل الى اسباب انتشارها.

5- القيام بالدراسات التحليلية والمعمقة الكاشفة عن محددات ومسارات وتداعيات انتشار الامراض الوبائية بين الظواهر السكانية وتشابكها مع الأبعاد التنموية الأخرى.

6- إجراء دراسات حول الظواهر الحديثة والسلوكيات الصحية، والقيام بدراسات معمقة بما يسمح بالتعرف على الأبعاد الاجتماعية والاقتصادية والثقافية لانتشار الامراض وعلاقتها بالبيئة الاجتماعية.

7- إجراء دراسة عن العدالة الاجتماعية والحصول على الخدمات الصحية للتنمية البشرية.

8- دراسة الظروف الصحية والمساعدة الطبية المناسبة لتقليل من خطر مضاعفات المرض والعدوى لكل من الأم والطفل.

9- دراسة تطور خدمات الطب الوقائي وتعزيز الصحة في السيطرة على الإصابة بالأمراض الانتقالية.

10- دراسة الوعي الصحي لدى المجتمع والالتزام باللقاحات النمطية وإسهامها في خفض نسب الامراض والوفيات.

- القرآن الكريم

أولاً: الكتب العربية

1-ابراهيم جميل بدران، نحو منظومة صحية عربية متكاملة، مؤسسة عبد الحميد شومان، عمان، 2008.

2-إبراهيم عبد الهادي المليجي، الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية، دار المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1991.

3-أبو الحسن عبد الموجود ابراهيم أبو زيد، التنمية الاجتماعية وحقوق الانسان، المكتب الجامعي الحديث، القاهرة، 2009.

4-إحسان حفظي، علم اجتماع التنمية، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، 2003.

5-إقبال إبراهيم مخلوف، العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية (اتجاهات تطبيقية)، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، 1991.

6-أيمن مزاهره وآخرون، علم الاجتماع الصحة، دار اليازوري للنشر والتوزيع ،عمان- الاردن،2003 .

7-بيرسى كوهن، النظرية الاجتماعية الحديثة، تقديم عادل مختار الهواري، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، 2001.

8-جابر عوض سيد، التكنولوجيا والعلاقات الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1992.

9-حكمت فريحات وأخرون، مبادئ الصحة العامة، دار المستقبل للنشر والتوزيع، عمان – الأردن، 1990.

10-حمد سليمان المشوخي، تقنيات ومناهج البحث العلمي تحليل أكاديمي لكتابة الرسائل والبحوث العلمية، منشأة المعارف، الإسكندرية، 2002 .

11-حمدي الحناوي، رأس المال البشري تأصيل نظري وتطبيق على مصر، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، 2002.

12-ذوقان عبيدات وآخرون، البحث العلمي مفهومه وأدواته وأساليبه، ط6 ، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان ، 1998.

13-سامي عبد الكريم الأزرق، العلاقات الاجتماعية بين الأطباء والمرضى، دار الشجرة للنشر والتوزيع، دمشق، 2008.

14-سامي عبدالكريم الازرق، الطب الشعبي والبديل والسحر(دراسة في علم الاجتماع الطبي)، دار الشجرة للنشر والتوزيع، دمشق، 2011.

15-السيد الحسيني، التنمية والتخلف، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، 2002.

16-السيد يسين، العالمية والعولمة، ط2، نهضة مصر للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2001.

17-السيد يسين، العولمة فرص ومخاطر، ميريت للنشر والمعلومات، القاهرة، 2000.

18-شبل بدران، جمال الدهشان، تجديد التعليم الجامعي والعالي – صيغ وبدائل، عين للدراسات والبحوث الإنسانية والإجتماعية، القاهرة ، 2008 ، ص 14.

19-صفوت الأخرس، المنهج وطرائق البحث في علم الاجتماعي، المطبعة الجديدة، دمشق، 1984.

20-طارق أحمد، قضايا بيئية وأسرية، مؤسسة شباب الجامعة، الاسكندرية، 2008.

21-طارق السيد، اساسيات علم الاجتماع الطبي، مؤسسة شباب الجامعة، الاسكندرية،2007 .

22-عادل حرحوش المفرجي، و أحمد علي صالح، رأس المال الفكري طرق قياس وأساليب المحافظة عليه، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 2003 .

23-عبد الإله بلقزير، عولمة الثقافة أم ثقافة العولمة، العرب والعولمة ، مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت 1998.

24-عبد الحميد محمد عمر الشيخ، إنفلوانزا الخنازير بين التهوين والتهويل، مؤسسة حورس الدولية، الإسكندرية، 2010.

25-عبد الحي محمود صالح ، السيد رمضان، أسس الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1999.

26-عبد الستار العلي، المدخل إلى المعرفة ، دار المسيرة للنشر والتوزيع ، عمان ، 2006.

27-عبد اللطيف عبد الحميد العاني، تمهيد في عم الاجتماع، دار الكتب العلمية، بيروت،2014.

28-عبد الله خريجي محمد الجهري، طرق البحث الاجتماعي، دار الثقافة للنشر والتوزيع القاهرة، 1998.

29-عبد المجيد الشاعر وآخرون، علم الاجتماع الطبي، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان- الاردن، 2000.

30-عبد لله محمد عبد الرحمن، إدارة المؤسسات الاجتماعية بين الاتجاهات النظرية والممارسة الواقعية،: دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية ،2001.

31-عدنان ياسين مصطفى، جائحة كورونا وبناء مجتمع المنعة في العراق دروس وفرص، مركز الرافدين للحوار RCD ، بغداد – العراق ، 2020.

32-علي عبد الرازق جلبي، نادية عمر، دراسات في الصحة والمجتمع، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1992

33-علي عبد الرزاق جلبي، تصميم البحث الإجتماعي، الأسس والإستراتيجيات، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1999.

34-عماد الدين عيد، الصحة العامة وبرامجها، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية ، 1993.
35-عمر أحمد همشري، المكتبة ومهارات استخدامها، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان ، 2009.
36-عمر محمد التومي الشيباني، مناهج البحث الإجتماعي، إدارة المطبوعات والنشر، طرابلس- ليبيا، 2001 .
37-عيسى غانم، الصحة العامة، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان، 1997.

38-غريب سيد أحمد ، الإحصاء في البحوث الاجتماعية والإعلامية، مطبعة البحيرة، الاسكندرية ، 2004.

39-غريب سيد أحمد، تصميم وتنفيذ البحث الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية،1997
40-فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة ، عمان، 2008.
41-فؤاد عبد الوهاب الشعبان، الامراض المعدية ماذا تعرف عنها، الدار الدولية للنشر والتوزيع، القاهرة، 2010.
42-كمال التابعي وآخرون، علم الاجتماع العام، دار النصر للنشر والتوزيع، القاهرة،2004.

43-كمال بربر، إدارة الموارد البشرية، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت، 1997.

44-لمياء محمد أحمد السيد، العولمة ورسالة الجامعة -رؤية مستقبلية-، الدار المصرية اللبنانية، القاهرة،2002.
45-محمد توفيق خضير، الشامل في الصحة العامة، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان- الاردن، 1991.

46-محمد حافظ حجازي، إدارة الموارد البشرية، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، القاهرة، 2005.
47-محمد سيد فهمى وآخرون، مقدمة في بحوث الخدمة الإجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، ، 1998.
48-محمد شفيق، البحث الإجتماعي، الأسس والخطوات المنهجية، مطبعة البحيرة- الاسكندرية، 2007.

49-محمد صادق صبور، الامراض المعدية ماضيها وحاضرها ومستقبلها، دار المعارف، القاهرة،1990.
50-محمد عابد الجابري، قضايا في الفكر المعاصر، مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت-لبنان،1997 .
51-محمد عباس ابراهيم وآخرون، الأنثروبولوجيا الطبية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2012.
52-محمد علي حوات، العرب والعولمة ، مكتبة مدبولي، القاهرة، 2002.
53-محمد علي محمد وآخرون، دراسات في علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، 2005.

54-محمد عويس، قراءات في البحث العلمي والخدمة الاجتماعية، دار النهضة العربية، القاهرة،1994.
55-محمد فتحي عيد، الأساليب والوسائل التقنية التي يستخدمها الإرهابيون وطرق التصدي لها ومكافحته، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2001 .

56-محمد محمود الحيلة، تكنولوجيا التعليم بين النظرية والتطبيق، دار السيرة للنشر والتوزيع، عمان-الاردن،2004 .
57-محمد هاشم البشير محمد، مخاطر تكنولوجيا النانو، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، 2012.

58-محمود الحاج قاسم محمد، البيئة والاوبئة في التراث الطبي الاسلامي، دار ماشكي للطباعة والنشر، نينوى- العراق 2020 .
59-محمود صفوح الأخرس، الأبعاد الإجرامية والنظرية لأثر التقنية في المجتمع العربي، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 1991.

60-مرفت العشماوي، الأنثروبولوجيا الطبية والطب الشعبي-الأنثروبولوجيا وعلم الإنسان، دار المعرفة الجامعية، جامعة الإسكندرية، 1996.

61-مسعد الفاروق حمودة، التنمية والمجتمع مدخل نظري لدراسة المجتمعات المحلية، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، 2001.

62-مصطفى النشار، ضد العولمة، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2001 .
63-مصطفى عوض إبراهيم، التنمية والايكولوجيا والمشكلات الصحية في الأنثروبولوجيا الطبية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2005.

64-المعتصم بالله الحورانة، ديما وصوص، التنمية البشرية المستدامة والنظم التعليمية، دار الخليج، عمان-الاردن، 2009.

65-نادية عمر، العلاقة بين الأطباء والمرضى، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1993.
66-نادية محمد السيد عمر، علم الاجتماع الطبي: المفهوم والحالات ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، 2003.
67-نبيل السمالوطي، التنمية بين الاجتهادات الوصفية والدينية (دراسة مقارنة)، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2003.

68-نعيمة شومان، العولمة بين النظم التكنولوجية الحديثة، مؤسسة الرسالة، بيروت، 1998.
69-نواز عبد الرحمن الهيتي، التنمية المستدامة.. الإطار العام والتطبيقات، مركز الإمارات للدراسات والبحوث الاستراتيجية، أبو ظبي، 2009.

70-نور الدين حاروش، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الأردن، 2012.

71-هشام حسن مخلوف، السكان والصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة، جمعية الديموجرافيين المصريين، القاهرة، 2004.

72-هشام مصطفى الجمل، دور الموارد البشرية في تمويل التنمية، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية ، 2010 .
73-هناء حافظ بدوي، التنمية الاجتماعية، رؤية واقعية من منظور الخدمة الاجتماعية، دار المعارف، القاهرة، 2000.

74–يوسف صلاح الدين يوسف، الآثار المترتبة على الإصابة بالأمراض المعدية في المنظور الشرعي الطبي، دار الفكر العربي ، 2008.

75–يونس ابارو، الامراض الاكثر قتلا للإنسان عبر التاريخ، الجزء الأول، المغرب،2020.

الكتب المترجمة إلى العربية:

76–ان ا. بلات، الأمراض المعدية وكيف ننقلها لأنفسنا.. كيف تساعد الفوضى البيئية والاجتماعية على انتشار الأمراض، ترجمة: شويكار زكي، الدار الدولية للنشر والتوزيع، القاهرة، 1999.

77–أنتونى جينيز ، الطريق الثالث – تحديد الديمقراطية الاجتماعية ، ترجمة: أحمد زايد و محمد محي الدين ، المجلس الأعلى للثقافة ، المشروع القومي للترجمة ، القاهرة ، 1999.

78–انطوني كدنز، علم الاجتماع، ترجمة فائز الصباغ، المنظمة العربية للترجمة، بيروت، لبنان، 2005.

79–أولريتش بيك، مجتمع المخاطر العالمي: بحثاً عن الأمان المفقود، ترجمة: علا عادل، هند ابراهيم، بسنت حسن، المركز القومي للترجمة، القاهرة، 2013.

80–برنامج الأمم المتحدة للبيئة، حاجات الإنسان الأساسية في الوطن العربي، ترجمة: عبد السلام رضوان، عالم المعرفة (150)، الكويت، 1990.

81–بورديو، اسئلة علم الاجتماع، ترجمة: ابراهيم منجي، دار العالم الثالث، القاهرة، 1995.

82–بيتر بيرك، علم الإجتماع والتاريخ، ترجمة: داوود صالح، دار علاء الدين للنشر، دمشق– سوريا، 2007.

83–بيتر مارتين – هارالد شومان، فخ العولمة، هانس، ترجمة: عدنان عباس علي، عالم المعرفة عدد(238)، تشرين الأول 1998 .

84–جورج.ف.جانت، إدارة التنمية (مفهومها .أهدفها. وسائلها)، ترجمة: منير لبيب موسى، دار المعارف للنشر، القاهرة، 2002.

85–جوردن مارشال، موسوعة علم الاجتماع، ترجمة: محمد الجوهري وآخرون، المجلد الثاني، المجلس الاعلى للثقافة، الثقافة، 2000.

86–جيل فيريول، معجم مصطلحات علم الاجتماع، ترجمة: أنسام محمد الأسعد وبسام بركة، دار البحار، بيروت،2011.

87–رونالد روبرتسون، العولمة: النظرية الاجتماعية والثقافة الكويتية، ترجمة: حسن محمود، المجلس الأعلى للثقافة، الكويت، 1998.

88–شلدون واتس، الأوبئة والتاريخ المرض والقوة والامبريالية، ترجمة: احمد محمود، المركز القومي للترجمة، القاهرة، 2010.

89–فيليب سانسونيتى، الامراض المعدية تقهقر مؤلم نحو مستقبل غير آمن، ترجمة: مي فارس، المشروع القومي للترجمة، المجلس الأعلى للثقافة، القاهرة، 2005.

90–لويس كوهين , لورانس مانيون, مناهج البحث في العلوم الإجتماعية, ترجمة: كوثر حنين كوفك, وليم تاضروس عبيد, الدار العربية للنشر والتوزيع, القاهرة, 1990.

91–م. روزنتال – ب . يودين، الموسوعة الفلسفية، ترجمة : سمير كرم، دار الطليعة، بيروت، 1985.

92-مانفريد فلانز وهنريش كيوب، نظرة اجتماعية لمفاهيم المرض، ترجمة: أمين شريف، المجلة الدولية للعلوم الاجتماعية مطبوعات اليونيسكو، العدد 32، 1987.
93-ميشيل هاركر، روبرت باردن، مقدمة للتقنيات المعاصرة في عصر المعلومات، ترجمة: سرور ابراهيم سرور، دار المريخ للنشر، الرياض، المملكة العربية السعودية، 2006.
94-نخبة من العلماء، الأمراض المعدية وعلاجها، تعريب: أيمن توفيق، مكتب سطور للنشر والتوزيع، القاهرة، 1999.
95-هانس بيتر مارتين وهارالد شومان، فخ العولمة . الاعتداء على الديموقراطية والرفاهية، ترجمة: عدنان عباس علي، سلسلة عالم المعرفة، عدد(238) ، الكويت، 1998.

القواميس والعاجم:

96-ابن منظور الانصاري، لسان العرب، المجلد الثاني، دار صادر، بيروت، 2000.
97-ابن منظور، لسان العرب، مادة: مرض، ج7، المحتوى: ص ض ظ، دار الكتب العلمية، بيروت،2003.
98-جمال الدين أبو الفضل بن مكرم ، لسان العرب ، لابن منظور، المجلد الرابع ج 28، دار المعارف القاهرة مصر، 1981.
99-لويس معلوف، قاموس المنجد في اللغة والاعلام ، دار المشرق، بيروت،1996.
100-محمد بن أبى بكر بن عبد القادر الرازي، مختار الصحاح، ترتيب محمود خاطر، الهيئة المصرية العامة للكتاب، 1987.
101- منير البعلبكي، المورد "قاموس إنكليزي عربي" ، دار العلم للملايين، بيروت- لبنان، 1983.

المجلات والدوريات:

102-استراتيجية التخفيف من الفقر في العراق (2018-2022) العراق ، وزارة التخطيط ، اللجنة العليا لاستراتيجية التخفيف من الفقر بالتعاون مع البنك الدولي.
103-أنطونيوس كرم، العرب أمام تحديات التكنولوجيا، سلسلة عالم المعرفة، عدد 59، المجلس الوطني للثقافة والآداب، الكويت، 1982.

104-بركات محمد مراد، ظاهرة العولمة: رؤية نقدية في كتاب الأمة، وزارة الأوقاف والشؤون الإسلامية، العدد 86، السنة الحادية والعشرين، قطر، كانون الثاني، 2001.

105-برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية الإنسانية العربي للعام 2009، المكتب الإقليمي للدول العربية، لبنان، شركة 55 للنشر.
106-برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية الإنسانية العربية "خلق فرص للأجيال المقبلة، 2002.

107-جمهورية العراق ، وزارة الصحة ، قسم المشاريع التنموية إحصائية عام 2021 .
108-خطة التنمية الوطنية (2018- 2022) جمهورية العراق ، وزارة التخطيط .
109-السياسة الصحية الوطنية (2014-2024) جمهورية العراق وزارة الصحة ، 2014.
110-الشباب وتوطين المعرفة، تقرير المعرفة العربي 2014 ، دار الغرير للطباعة والنشر، الإمارات العربية المتحدة، 2014.

111–طارق الدريدي , جائحة كورونا كوفيد–19– وتداعياتها على اهداف التنمية المستدامة 2020, طباعة للمنظمة العربية والثقافة والعلوم, العدد الثاني –يونيو, تونس, 2020.

112–طلال عتريسي، المناظرة حول العولمة، مجلة شؤون الأوسط، مركز الدراسات الاستراتيجية والبحوث والتوثيق، بيروت، العدد 71، نيسان 1998.

113–عبد الباسط عبد المعطي، اتجاهات نظرية في علم الاجتماع، سلسة عالم المعرفة، العدد 44 ، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب ، الكويت ، أغسطس 1981.

114–عدنان ياسين مصطفى، جائحة كورونا وأهداف التنمية المستدامة في العراق التضامن الانساني في مجتمع متحول، مجلة الدراسات المستدامة، السنة الثالثة، المجلد الثالث، العدد الثالث، ملحق(2)، 2021.

114–علي عقلة عرسان، العولمة والهوية، مجلة أوراق، رابطة الكتاب الأردنيين، عمان، العدد (14)، 2000.

115–اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، السياسات الاجتماعية البلدان العربية (تحليل بنائي تاريخي) سلسلة دراسات السياسات الاجتماعية، الامم المتحدة، نيويورك، 2003.

116–مجموعة البنك الدولي تقرير العراق إعادة الاعمار والاستثمار،(تقييم الاضرار والاحتياجات للمحافظات المتضررة)ج (2) . 2018.

117–محمد حافظ دياب، تعريب العولمة: مسألة نقدية، سلسلة كتاب "قضايا فكرية"، الكتاب التاسع والعشرون، يصدر عن قضايا فكرية للنشر والتوزيع، القاهرة، 1999 .

118–محمد مهدي شمس الدين، موقف الإسلام من العولمة في المجال السياسي والثقافي، مجلة قضايا إسلامية معاصرة، العدد الثالث، بيروت، 1998.

119–ممدوح فتحي عبد الصبور، نقل التكنولوجيا إلى الدول النامية، مجلة أسيوط للدراسات البيئية، مركز الدراسات والبحوث البيئية، العدد (30) ، جامعة أسيوط ، يناير 2006 .

120–نبيل علي، تحديات عصر المعلومات، سلسلة الأعمال العلمية، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، 2003.

121–نحو إقامة مجتمع المعرفة، تقرير التنمية الإنسانية العربية 2003 ، المكتب الإقليمي للدول العربية، عمان، 2003.

122–وزارة الصحة ، قسم الإحصاء والقوى العاملة ، بيانات من (2006– 2011).

البحوث والدراسات:

123–حنان موحي علي ، تقانة النانو وانعكاساتها على الأمن الصحي دراسة اجتماعية في بغداد ، أطروحة دكتوراه غير منشورة ، قسم علم الاجتماع، كلية الآداب– جامعة بغداد ، 2020.

124–سلامة محمد جمعة الرحومي، الصحة والتنمية البشرية: دراسة اجتماعية لجودة الخدمات الصحية بمدينة دبي، رسالة دكتوراه غير منشورة، قسم الاجتماع، كلية الآداب، جامعة القاهرة، 2007.

125–فادية شاكر حسين، الأمراض الوبائية والتضامن الاجتماعي– دراسة ميدانية في مدينة بغداد جائحة كورونا انموذجاً، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم علم الاجتماع، كلية التربية للبنات – جامعة بغداد، 2021.

126-محمود سمير محمود عثمان، ديناميات التكيف الاجتماعي لتكنولوجيا الطب الحديث: دراسة في الأنثروبولوجيا الطبية للمتضمنات الاجتماعية للتلقيح الاصطناعي، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم الاجتماع، كلية الآداب، جامعة القاهرة، 1991.

مواقع الانترنيت:

127-Etymologie française latin Grec **Sonskert: etymologie latingrec**/home/s/santémaladie- salut

مقالات، دراسة عن تاريخ ظهور الإيدز، شيكاغو 2 اكتوبر 2008، موقع من نت، http://ara.reuters.com/article/internetNews/

128-D. Woodward et al. Globalization, global public goods and health, in Trade in Health Services: Global, Regional, and Country Perspectives, ed. C Viera One. Dräger ,Washington: American Health Organization, 2002, Google Scholar

129-Delbrück, "Globalization of Law, Politics, and Markets – Implications for Domestic Law – A European Perspective," Indiana Journal of Global Legal Studies 1, no. 1 1993. Google Grant.

المصادر الأجنبية:

130-Abdulkhaleq Abdullah: The Challenges of Human Capital Investment in the GCC, chapter in: Human Resources and Development the Arabian Gulf, The Emirates Center for Strategic Studies and Research, The Emirates Center for Strategic, Abu Dhabi, 2010.

131-Abramson M.-J., Puy R.-M., Weiner J.-M. - Is allergen immunotherapy effective in asthma? A meta-analysis of randomized controlled trials. Am J Respir Crit Care Med,1995.

132-Ackermann M et al. Health and the environment: an analysis of differences within cities with a focus on the city of São Paulo, Brazil. Revista de Saude Publica, 1994.

133-Ackermann M et al. Health and the environment: an analysis of differences within cities with a focus on the city of São Paulo, Brazil. Revista de Saude Publica, 1994.

134-Anderson, J. E., et. al., Incidence, prevalence and Outcomes End-stage renal Disease Patients placed in Nursing Homes, USA, Jun 1993.

134-André Gorz, L'immatériel: Connaissance, Valeur et capital, Edition Galilée, Paris,2003.

135-Arevedo SM et al. Human microcysteine poisoning during hemodialysis treatment in Caruaro, Brazil. Toxicology, 2002.

136-Ariano R., Berto P., Puccinelli P., Incorvaia C., Frati F. - Economic evaluation of specific immunotherapy versus symptomatic treatment in allergic asthma. Allergy 2007.

137-Ariano R., Berto P., Puccinelli P., Incorvaia C., Frati F. - Economic evaluation of specific immunotherapy versus symptomatic treatment in allergic asthma. Allergy 2007.

138-Armitage, P. and Berry, G., "Statistical methods in medical research", London, 1981.

139-Ayliffe - GA. Transcontinental spread of methicillin-resistant Staphylococcus aureus. Climatological Infectious Diseases, 1997.

140-Barbara , Ingham, Economics and Development, Mc Graw – Hill Book Company Ltd London, 1995.

141-Barbara Seligman&et. Al, Reproductive Health and Human capital : A frame work for expanding Policy dialogue, the policy project, USAID, Washington, USA, April, 1997.

142-Baris E. Mcleod K Globalization and International Trade in the Twenty-first Century: Opportunities and Threats to the Health Sector in the South. Jourmai International Health Services, 2000.

143-Barrett R., Kuzawa C.W., McDade T., Armelagos G.J., Emerging and re-emerging infectious diseases: the third epidemiologic transition Annual Review of Anthropology, 1998.

144-Barrett TVet -t is an autoimmune outbreak of acute Chagas disease in the São Francisco Valley region of Bahia, Brazet: Triatomine vecton and zoonotic resin of Trinosum VP. Framsactions of the Royal Sociey of Iopical meice & Hy. 1979.

145-Barrie Axford ," Globalization " in Gary Browing , Abigial Halcli, Frank Web Stester (eds). Vander Standing Contemporary Society, London Sage Rublications, 2000 .

146-Bhatnagar S, Schaware R. Information and Communication Technologies in Development: Cases from India. New Delhi, Sage Publications, 2000.

147-Birley MH. Guidelines for predicting the effects of vector-borne diseases on water resource development. Geneva, World Health Organization, 1991.

148-Bobadilla J.L., Possas C., Health policy issues in three Latin American countries: implications of the epidemiological transition. In: The epidemiological transition: policy and planning. Implications for develop-2002.

149-Bousquet J., Van Cauwenberge P., Khaltaev N. - Allergic Rhinitis And Its Impact On Asthma. J Allergy Clin Immunol, 2001.

150-Carnea GA Globalization and health: outcomes and options Bulletin of the World Health Organization, 2001.

151-CecillyMaller& et.al, Healthy People : the Health Benefits of Contact with Nature in a Park context ; A Review of Current Literature, Vol. 1, School of Health Sciences, Faculty of Health & Behavioural Sciences, Deakin University, Victoria, 2002.

152-Clair A Poduca, Measuring the Progressive Realization of Economic, Social And Cultural Rights, A paper prepared for the human Right Institute Conference, Economic Rights: Conceptual, Measurement and Policy Issues, tablel, Article 12. 2005.

153-Clair A Poduca, Measuring the Progressive Realization of Economic, Social And Cultural Rights, A paper prepared for the human Right Institute Conference, Economic Rights : Conceptual, Measurement and Policy Issues, October 2005.

154-CoE.Rodney,sociology of medicin,mc_grow hill book company ,New.York.1989.

155-Conklin, John, Sociology: an introduction, Macmillan Publishing Company New York, 1997.

156-Edger IT. Dissemination of health definition in developing countries: the role of the Internet. Bntish Medical Journal, 2000.

157-Farid MA. Irrigation and malaria in arid lands. In: Worthington EB, Irrigation of Arid Lands in Developing Countries Environmental Problems and Impacts, Oxford, Pergamon, 1977.

158-Feinian Chen & Guangya Liu , The Health Implications of Grandparents Caring for Grandchildren in China , Department of Sociology, University of Maryland, College Park , 2012.

159-Field And David, The Social Definition Of Illness; An Introduction To Medical Sociology,London,1993.

160-Gallopin G., Rijsberman F., Three global water scenarios, International Journal of Water, 2000.

161-Gubler DJ. The re-emergence of vector-borne diseases as a global health problem. Emerging Infectious Diseases, 1998.

162-Hales S et al. E.L. Nino and The Dynamics of Vector-borne Disease Transmission, Fnvironmental Heuith Ferspectives 1909.

163-Henry Yomi Akinsola, Behavioural Sciences For Nurses, Churchll Living Stone, London, 1983.

164-Huynen M.M.T.E., Martens P., Future health: the health dimension in global scenarios, Maastricht: ICIS, 2002.

165-HuynenM., Scenarios and global health: the road ahead, IHDP Newsletter, issue 3,2003.

166-Inal A., Altintas D.-U., Yilmaz M., Karakoc G.-B., Kendirli S.- G., Sertdemir Y. - Prevention of new sensitizations by specific immunotherapy in children with rhinitis and/or asthma monosensitized to house dust mite. J Investig Allergol Clin Immunol ,2007.

167-IPCC, Special Report on Emission Scenarios, Cambridge: Cambridge University Press, 2000.

168-J. & Newson Currie, J., Universities and Globalization – Critical Perspectives; SAGE Publication, London , 1998.

169-Koopman JS et al Determinants and predictors of dengue infection in Mexico. American Epidemiology Friday 1991.

170-Linthicum KJ et al Ciimate and satellite indicators for predicting epidemics of Rift Valley fever in Kenya. (Comment). Science, 1990.

171-Mackenbach J.P., The epidemiological transition theory, Journal of Epidemiology and Community Health, 1994.

172-Martens P., Health transitions in a globalizing world: towards more disease or sustained health?, Futures, 2002.

173-Martens P., Huynen M.M.T.E., A future without health? Health dimension in global scenario studies, Bulletin of the World Health Organization, 2003.

174-Martens P., McMichael A.J., Patz J., Globalization, environmental change and health, Global Change and Human Health, 2000.
175-Matt KE et al. Parasitic diseases and urban development Bulletin of the World Health Organization, 1990.
176-Maud Huynen & Pim Martens, Globalization and Human Health toward Scenarios for the 21st Century.HuynenM., Scenarios and global health: the road ahead, IHDP Newsletter, issue 3, 2003.
177-McMichael A.J., Integrated assessment of potential health impact of global environmental change: prospects and limitations, Environmental Modeling and Assessment, 1997.

178-McMichael Al Haines A Glabal cimate chamj Intrinsic Effects on Health Britis Aticar Jouml 1997.
179-Mike o'donnell, Introduction to sociology, Nelson, surry, U.K. 1997.

180-Moalcom Walter, Globalization, London, 1995.

181-Mohamed Ali Fulazzaky, Hilman Akil, Development Of Data And Information Centre System To Improve Water Resources Management In Indonesia, Water Retour mange, 23, DOI 10.1007/S11269 – 008 – 9314-0, 2009.

182-Molyneux DH. Vector-borne infections in the tropics and issues Health Policy in the Twenty-first Century Transactions of the Royal Society of Residential Medicine and Hygiene 2001.
183-National Institute of Allergy and Infectious Diseases Washington, 1998. Kaferstein FK et al. Foodborne disease control: a transnational challenge. Emerging Infectious Diseases, 1997.
184-Nawal Elmesseri, Rural Health Care In Egypt, International Development Research Centre, Ottawa, 1980.

185-Newcomb J., Biology and borders: SARS and the new economics of biosecurity, Cambridge: Bio Economic Research Associates, 2003.
186-NIC, Global trends 2015: a dialogue about the future with non-governmental experts, National Intelligence Council, 2000.
187-O'Rourke B, Oortwijn W, Schuller T. The new definition of health technology assessment: a milestone in international collaboration. Int J Technol Assess Health Care. 2020.

188-Olshansky S.J., Carnes B.A., Rogers R.G., Smith L., Emerging infectious diseases: the fifth stage of the epidemiological transition?, World Health Statistics Quarterly, 1998.

189-Omnes L.-F., Bousquet J., Scheinmann P. et al. - Pharmacoeconomic assessment of specific immunotherapy, versus current symptomatic treatment for allergic rhinitis and asthma in France. Allerg Immunol ,Paris, 2007.

190-Omran A.R., The epidemiological transition theory revisited thirty years later, World Health Statistics Quarterly, 1998.

191-Ortolani C., Berto P., Frati F., Aiello A., Bertani G. - Effect Of Immunotherapy On Drug Use And Cost In Ragweed Pollen Allergic Disease In Lombardia. ISPOR 10th Annual European Congress - 20/23 October, Dublin, Ireland, 2007.

192-Pata JA etal Glebal cimate change and eging infectioun d Jma 1996.

193-Peter N . Stearns , Globation in Worldhistory , Routledge , New York ,2010.

194-Public service palaces in Bana et al. and Aedes aegypti breeding sites in Venezuela. Bulletin from the American Health Organization. 2005.

195-Ravallion M. The Good and the Bad Growth: Human Development Reports. Global Development, 1997.

196-Rogers DJ, Randolph SE. Mortality rates and population density of tsetse flies are related to nature. 1991.

197-Sanders D. Chopra M. Guballzation and chailenge of heath for alla view frem su -Saara Atrics In Lee K Heth pactf ihuttion onds Global pemance London Paigve Macmilan, 2002.

198-Sandra Taylor: Educational Policy and the Politics of Change, (London &New York: T.J. Press, Pads Rouse Ltd, 1997.

199-Sonia Agut ; Managerial Competency Needs and Training Requests : The Case The Spanish , Human Resource Development Quarterly , Spring , 2002.

200-Strickland GT. Providing health services on the Aswan High Dam. World Health Forum, 1982.

201-Szeinbach SL, Seoane-Vazquez EC, Beyer A, Williams PB. The impact of allergic rhinitis on work productivity. Prim Care Respir J, 2007.

202-Taylor, S. and Field, D.,Sociology of health and health care, Oxford, Blackwell scientific publications, London, 1993.

203-Tchuente L.A. et al. Effect of Water Pump Fixation on Transmission of Focused Schistosomiasis in Cameroon Transactions of the Royal Society af Tropical Meticine & Health, 2001.
204-Thomas M. Allergic rhinitis: evidence for impact on asthma. BMC Pulm Med 2006.

205-Thomas M. Allergic rhinitis: evidence for impact on asthma. BMC Pulm Med 2006.
206-Traser HS, McGrath 53. Information technology and telemedicine in sub-Saharan Africa, British Medical Journal, 2000.
207-Uindo , Guidelines for the Acquisition of foreign Technology in Developing Countries,Vienna,1973.

208-UNEP, Global Environmental Outlook 3, London: Earthscan, 2002.
Vasquer tji 0 et al. Soil contamination with Toxocara sp. Eggs in parks and home gardens from Mexico City. Politen Cellino de Parasitology, 1996.
209-WBCSD, Exploring sustainable development: global scenarios 2000-2050, London: World Business Council for Sustainable Development, 1998.

210-wikinson R. Lnhealthy soceties: unequal affiliations. Lendon, Routiedge, 1996.
211-Yehudsbury JM, Emifepur AMA. Small healthy dams statistics. Parasitology Today, 1988.

المجلات العلمية الأجنبية:

212-Acheson and Aird, “editors”, seminars in community Medr-Cine, Vol. I: Sociology, Oxford Uni.-Press, London, 1996.

213-Ahmad OA et al. Age standardization of rates: a new WHO standard. Geneva, World Health Organization, 2000 (GPE Discussion Paper No. 31).

214-Inga Sif Danielsdottir, the response plan was our savior..Health security and pandemic response : a test – case of the pandemic influenza A(H1N1) in Iceland , Lokaverkefni til MA- graou I alpjooasamskiptum. Stjornmalafraeoideild Felagsvisindasvio Haskola Islands.2012.

215-Klovdahi, A. S., *et. al.*, Social Network and Infections disease: The Colorado Spring Study, Soc. Sci. med., Vol. 38, NO. 1, 1994 Jan.

216-M.A. Feki.F. Kawsar,M.Boussard and L, Trappeniers, “the of Things: The Next Technological, Revolution,” Computer, Vol. 46, no. 2, 2013.

2017-Scott A. Snell, Control Theory In Strategic Human Resource Management-The Mediating Effect Of Administrative Information ,(The Academy Of Management Journal, Vol.35, No. 2, Jun, 1992.

218-wisman ,Interaction familiale Et Impact De technologie Dans La Gestion D,une Maladie chronique chez L enfant ; sciences Et santé ,paris, yo l13 ,no 1, 1995.

219-CecillyMaller& et.al, Healthy People : the Health Benefits of Contact with Nature in a Park context ; A Review of Current Literature, Vol. 1, School of Health Sciences, Faculty of Health & Behavioural Sciences, Deakin University, Victoria,2002.

ملحق رقم (1)

استمارة الاستبيان بصيغته الاولية المقدمة إلى الخبراء

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

جامعة القادسية كلية الآداب

قسم علم الاجتمـــــــاع

الدراسات العليا الدكتوراه

م/استطلاع آراء السادة الخبراء (المحكمين) بمدى صلاحية فقرات استبانة المقياس(بصورتها الأولية)

حضرة الاساتذة الاجلاء ....تحية واحترام

تروم الباحثة بستكمال استمارة الاستبيان الخاصة بدراسة الدكتوراه الموسومة **(عولمة المرض ومتطلبات التقنية الصحية لتنمية راس المال البشري دراسة ميدانية في علم الاجتماع الطبي)**، وقد صممت الباحثة هذه الاستمارة لمعرفة العديد من القضايا التي لها صلة بموضوع الدراسة.

تسعى هذه الدراسة للتعرف على دور عولمة الإمراض المعدية (كجائحة كورونا) والتي يمكن أن تكون أداة جديدة لنقل الأمراض التي توطنت في بلدان معينة إلى دول أخرى؟ وما مدى القدرة على التدخل في أي مرحلة من مراحل مشكلة ما صحية على مدى توافر التكنولوجيا الصحية المطلوبة؟ وما مقدار المتوفر من تقنيات واجهزة طبية وصحية جديدة في معالجة مشكلة صحية ما من وجهة نظر عينة الدراسة؟

يرجى تفضلكم بالاطلاع على استمارة الاستبيان، وإبداء آرائكم ومقترحاتكم العلمية عليها، مع تفضلكم بالقيام بأي إجراء ترونه مناسباً من تعديل أو حذف أو تغيير اذا ما تطلب الامر ذلك يوضع علامة (√)امام الفقرة الصالحة وعلامة (×)امام الفقرة غير الصالحة مع ذكر التعديل ان وجد.

ولكم مني فائق التقدير و الاحترام

اسم الأستاذ:

الدرجة العلمية:

القسم والكلية والجامعة:

التخصص:

الباحثة	**المشرف**
شذى نجاح بلاش	**أ. د نبيل عمران موسى الخالدي**

استمارة استبيان خاصة بدراسة الدكتوراه الموسومة

عولمة المرض ومتطلبات التقنية الصحية لتنمية راس المال البشري

دراسة ميدانية في علم الاجتماع الطبي

حضرة الاختصاصي/ الاختصاصية.....المحترم

تحية طيبة...

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 مصداقية لها دور أساس في إنجاح الدراسة، التي ستعود بالفائدة أن شاء الله على المجتمع بشكل عام، وهذه الدراسة تستهدف التعرف على عولمة المرض والتحدي الذي يواجه المشتغلين بالعمل الصحي في الوقت الحاضر ومقدار تطوير تقنيات جديدة في معالجة مشكلة صحية ما، وعلى كيفية خلق وتحسين نظم يمكنها استخدام التكنولوجيا الصحية الملائمة، أي التقنيات البسيطة والفعالة والمقبولة لغرض مواجهة الامراض المعدية

والوبائية وكيفية مواجهتها، وعليه فان اجابتكم الدقيقة سيكون لها بالغ الأثر في الوصول إلى النتائج والتوصيات، علماً بان هذا الإجراء هو جزء من متطلبات أطروحة دكتوراه لأغراض الدراسة العلمية أقوم بإعدادها ولا داعي لذكر الاسم.

ونود التأكيد بأن نجاح البحث يعتمد إلى حد كبير على مدى تفاعلكم والاطلاع على جميع الاسئلة الواردة في الاستبيان, شاكرةً لكم حسن تعاونكم وإخلاصكم ...

تفضلكم بقبول وافر الاحترام والتقدير

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 **طالبة الدكتوراه**

ا.د نبيل عمران موسى الخالدي **شذى نجاح بلاش**

ويتكون هذا الاستبيان من عدة أجزاء، كما يلي:

المحور الأول: البيانات العامة لعينة الدراسة

ت	الفقرة	تصلح	لا يصلح	التعديل
1	النوع			
2	العمر			
3	الحالة الاجتماعية			
4	التحصيل الدراسي			
5	الاختصاص الطبي			
6	سنوات الخبرة في مجال العمل الطبي			
7	المستوى الإداري			
8	مكان العمل			
9	متوسط الدخل الشهري			

10	محل الإقامة			

المحور الثاني: **العلاقة بين العولمة ونقل الأمراض المعدية**: (**متغيرات اسجابة على الفقرات الاستمارة هي**: **موافق بشدة**، **موافق**، **غير موافق**)

ت	الفقرات	تصلح	لا تصلح	التعديل
1	التحركات السكانية عبر العالم التي تزداد مع الحقبة المعاصرة من العولمة، يمكن أن تكون أداة جديدة لنقل الأمراض التي توطنت في بلدان معينة إلى دول أخرى			
2	الانتقال غير المنظم للسكان عبر العالم يؤدي إلى ارتفاع معدلات الإمراض الوبائية بين أفراد المجتمع			
3	توجد علاقة بين التغيرات التكنولوجية ونقل الأمراض أو ظهور نوعية خاصة منها			
4	هناك منشورات متعددة صدرت عن منظمة الصحة العالمية تبين اهتمامات جديدة تتعلق بتأثيرات العولمة على الأمراض حيث أن تلك التقارير تنصرف إلى التنبيه إلى وجه آخر من وجوه العولمة يتصل بالصحة والمرض			
5	إعطاء اهتمام خاص لظاهرة الاحتباس الحراري وتأثيرها على التغيرات البيئية ومن ثم التأثير على ظهور أمراض معينة تظهر العلاقة بين العولمة ونقل الأمراض المعدية			
6	الانتقال غير المنظم للسكان عبر العالم يؤدي إلى ارتفاع معدلات الإمراض الوبائية بين أفراد المجتمع			
7	العلاقة بين الحروب المعولمة وما يترتب عليها من نزوح وتزايد لأعداد اللاجئين واحتمالات لانتشار الأوبئة والأمراض المعدية			
8	العلاقة بين نقل السلع وانتقال نوعية معينة من الأمراض وعلاقتها بظهور متلازمات مرضية معينة			
9	إمكانية نقل الأمراض من الحيوانات إلى البشر؛ والعلاقة بين الأمراض وانتشارها عبر العالم			
10	التغيرات المترتبة على التصحر ونقص الموارد المائية وعلاقتها بعولمة المرض وتصديره إلى دول وشعوب العالم			

11	عولمة المرض اظهرت قلقاً عالمياً من الخوف من العدوى البكتيرية (التي ترتبط بأنواع بعينها من الميكروبات) إلى العدوى الفيروسية (التي ترتبط بأنواع معينة من الفيروسات) مثل ظهور أنواع منها			
12	انتشار جائحة كورونا التي تحولت مجتمعات برمتها إلى مخاطر صحية من فرط السرعة التي ينتشر بها المرض والعجز عن الحد من انتشاره			
13	عولمة المرض وتصديره إلى دول وشعوب العالم فيما يتعلق بسوق صناعة الدواء وتجارة الشركات الدوائية العالمية وتربحها لعلاج هذه الأمراض التي تصدرها الي جميع دول العالم النامي والمتقدم			
14	إن نوعية الأمراض الوبائية لم تعد امراضاً تنتقل من الدول الفقيرة إلى الدول الغنية كما كان خطاب المرض المعولم يؤكد من قبل، بل أصبحت –مثلها مثل السلع تماماً– لا تعرف حدود المجتمعات			

المحور الثالث: **المتطلبات التقنية الطبية المطلوب توافرها في المستشفيات** (**متغيرات اسجابة على الفقرات هي**: **موافق**، **محايد**، **معارض**)

ت	الفقرات	تصلح	لا تصلح	التعديل
1	إقامة اتفاقيات معرفية متبادلة مع مؤسسات صحية أخرى على المستوى العالمي			
2	الاستعانة بالخبراء ومتخصصين من خارج العراق لنقل معرفتهم وخبرتهم لتدريب الاطباء العراقيين في الحصول على المعرفة التقنية في الاجهزة الصحية ذات التقنية المتقدمة			
3	تتم مراجعة وصيانة الأجهزة الصحية وادامتها بشكل مستمر			
4	قيام إدارة المستشفى بمهامها في طرح أفكار جديدة واستيراد اجهزة تقنية حديثة لمواكبة التغيرات والتطور التكنولوجي في المجال الصحي			
5	توفر المؤسسة الصحية الأجهزة والأدوات والمستلزمات والمواد التي تستلزمها أعمالهم في التقانات الصحية في المؤسسات الطبية			
6	التواصل بين المؤسسة الصحية والمنظمات الدولية من اجل ان تواكب وتتوافق مع التقانة الصحية الحديثة في العالم			
7	تساهم التقنية الصحية الحديثة في تحسين الاتصال والتفاعل بين أقسام			

	المؤسسة الصحية الواحدة في الحد من انتشار الأمراض الوبائية			
8	ان التقنية الصحية الحديثة تساهم في تحسين الاتصال والتفاعل بين المؤسسات الأخرى التي تؤدي الى زيادة كفاءة الموظفين في المجال الصحي			
9	تساعد التقنية الصحية في فى الفحص أو التشخيص أو العلاج الصحيح والدقيق للأمراض			
10	إن التقدم العلمي والتكنولوجي له أثر كبير على الصحة، وفي تطوير الخدمة الصحية لمواجهة الأمراض المعدية تعليماً وممارسة ووقاية ودواء وغذاء			
11	تطوير سبل التعليم الطبي ومساراته، وتغير قيمة الوقت فى إنقاذ الحياه خاصة في الحالات الحرجة			
12	تفعيل قيمة البحوث الطبية والدوائية والإستقصاءات الصحية الكاشفة وجدواها من اجل الاستفادة التقدم التكنولوجى في وسائل التعلم والمعلومات الطبية واساليبها			
13	ظهور مواد جديدة وتكنولوجيات مستحدثة تستعمل في علاج بعض الأمراض			
14	تعظيم دور التعاون الخارجي والترابط الداخلي للإستفادة في مجال التقنيات الصحية المتطورة والايتفادة من المستجدات في الطب والعلاج			
15	بروز قضايا إنتاج الدواء والتحكم الخارجي والترابط الداخلي للإستفادة من المستجدات الصحية الحديثة في مجال الطب			
16	الترابط بين التعليم في المجالات الصحية والعمل في الوحدات الخارجية، وقيمة الإفادة من الإحتكاك الدولي في الطب			
17	أهمية تقييم الجودة في الأداء للحفاظ على مستوى الخدمة الصحية والمهن الطبية لتصل إلى مستوى الإعتماد العالمي			
18	متابعة الإكتشافات العلمية الجديدة والمستمرة نتيجة للتقدم العلمي الطبي والتقدم التكنولوجي في مجال الأجهزة والأدوات الطبية التي تساعد على الشفاء			
19	ان النجاح في الطرق المناسبة للتقليل من اعتلال الصحة هو الاستغلال الامثل لعصر التكنولوجيا الطبية			
20	الاستفادة من التحسينات في التكنولوجيا (الطبية) والرعاية الصحية وفي الأنماط الصحية وعمليات التحديث المرتبطة بها والتي تتماشى مع التطور الصحي العالمي			
21	استكشاف العالم عن طريق الحصول على المعلومات المختلفة، وسهولة			

	الوصول إلى المعلومات عن القضايا التي تهمني في المجال الطبي			

المحور الرابع: الخدمات الصحية وتنمية رأس المال البشري (متغيرات اسجابة على الفقرات هي:

مهمة إلى حد كبير، إلى حد ما، غير مهمة)

ت	الفقرة	تصلح	لا تصلح	التعديل
1	انتشار الوعي الصحي والتعرف على العادات الصحية لها علاقة مباشرة بصحة الإنسان وسلوكه			
2	تقدم الحكومة للأسرة نوعية من الخدمات الصحية مثل الخدمات الوقائية، والخدمات العلاجية، والخدمات التشخيصية والعلاجية، والخدمات التأهيلية			
3	تقوية العلاقة بين الجهاز الاداري والكادر الطبي مع اعضاء هيئة في المؤسسات الصحية			
4	إجراء المسوح الطبية للتعرف على احتياجات المجتمع في المجال الصحي			
5	ابتعاث الكوادر الوطنية من الاطباء لدراسة تخصصات دقيقة في مجال صحة المجتمع			
6	تقديم خدمات الرعاية الصحية مع الأخذ في الاعتبار أدمية الأشخاص وعدم التفرقة بينهم من النواحي الاجتماعية أو الاقتصادية أو الدينية			
7	العمل على تحسين مستوى أداء الخدمات الصحية			
8	توزيع الأدوار والمهام خلق روح منافسة بين الكوادر الطبية لتحقق مبدأ المساواة والعدل لتجنب حدوث صراعات من أجل مصلحة العمل			
9	العمل على تحفيز الكوادر الطبية بإشراف رؤساءهم ويراعى التسلسل القيادي والدرجات الوظيفية			
10	تدريب العاملين في المجال الصحي على إجراءات مكافحة العدوى			
11	الترصد وإعداد إحصائيات العدوى والتعرف على التفشيات الوبائية ومعالجتها والتعامل معها والتوصية بإجراءات منعها مستقبلا			
12	الاشراف على صحة العاملين الصحيين ويشمل ذلك التحصين ضد امراض محددة			

13	مراقبة العيادات الخارجية وأقسام الطوارئ وعيادات الأسنان وأقسام المناظير والمختبرات الصحية			
14	التزويد بسياسات والاجراءات الخاصة بمكافحة العدوى والسلامة في بيئة العمل في المنشأة الصحية			
15	الحد من انتشار ظاهرة الاعتداء على الكوادر الطبية داخل المستشفيات			

المحور الخامس: **مدى رضا عينة الدراسة عن دور وزارة الصحة والمجتمع في القضاء على الامراض المعدية في العراق**

ت	الفقرة	تصلح	لا تصلح	التعديل
1	عدم الرضا عن الدور الذي تقوم به وزارة الصحة في القضاء على الأمراض المعدية على الوجه الأكمل			
2	الخدمات الطبية التي تقوم بها وزارة الصحة والمجتمع خدمة جيدة			
3	خدمة متوسطة نريد ان نزيد من كفاءتها ويكون ذلك بالقضاء على الفساد في وزارة الصحة			
4	ان الخدمة التى تقوم بها وزارة الصحة خدمة مقبولة نوعاً ما			
5	هناك قصور لقلة المتابعة من المستوى الأعلى بوزارة الصحة			
6	لا تقوم وزارة الصحة بدورها في تقديم الخدمات الصحية وهي غير كافية وينقصها بعض التعديلات			
7	هل المستشفى لها القدرة وسرعة الاستجابة على تقديم الخدمات الصحية والعلاجية والرعاية الصحية للمريض بصورة أكثر فاعلية وكفاءة			

المحور السادس: **المعوقات التي تعوق أداء الأطباء في المؤسسات الصحية من اداء أدوارهم بالشكل المطلوب**

	الفقرة	تصلح	لا تصلح	التعديل
1	قلة الوعي الصحي لدى أولياء الأمور			
2	تتأثر مستويات الكفاية والفاعلية بمشكلة تعدد السلطة وازدواجها			

	داخل المستشفى			
3	قلة الكوادر الوطنية أطباء ، فنيين ، ممرضين ، باحثين			
4	عدم وجود مستشفيات تخصصية في بعض المدن لتساعد في التشخيص السريع والدقيق للحالات الحرجة			
5	ارتفاع أسعار مراكز القطاع الخاص الصحية			
6	ضعف نظام التأمين الصحي			
7	قلة عدد المتخصصين من الاطباء في المجال الصحي الغذائي			
8	عدم ابتعاث الكوادر الوطنية لدراسة تخصصات دقيقة في مجال صحة المجتمع			
9	لا يوجد تبادل للخبرات مع من لهم باع في نشر الوعي الصحي			
10	عدم الاطلاع ومواكبة أحدث المستجدات لإبراز المشاكل الصحية			
11	لا يتوفر تدريب الكوادر الطبية ذوات الاختصاص في الداخل والخارج			

المحور السابع: **العوامل التي تساعد على تحقيق تنمية صحية مستدامة في المجتمع العراقي**

	الفقرة	تصلح	لا تصلح	التعديل
1	تعزيز أنماط صحية وبيئة سليمة كإستراتيجية أساسية لمقاومة المشاكل الصحية			
2	تضافر الجهود بين كبرى المستشفيات ومراكز الأبحاث مع المستشفيات العربية والدولية المتقدمة			
3	المشاركة بأنشطة الثقيف الصحي والبيئي على المستوى المحلي والاقليمي والدولي			
4	نشر الوعي تجاه المشاكل الصحية والبيئية الشائعة			
5	معالجة القيم الصحية السلبية في المجتمع			
6	المساهمة في تشخيص المشاكل الصحية والبيئية			

7	تطوير طرق جديدة واستخدامها في عملية التثقيف الصحي			
8	بناء نظام متكامل لعملية توثيق الأنشطة التوعوية والتثقيفية			
9	زيادة الاهتمام بصحة العائلة ورفع مستواها مع الإلتزام بالقواعد والتعليمات الصحية			
10	إشراك وسائل الإعلام المختلفة في الأنشطة الصحية والبيئية وذلك لنشر الوعي الصحي			
11	القيام بحملات توعية صحية تشمل الأسرة والابناء			
12	نشر الوعي الصحي من خلال المنابر ورجال الدين			

المحور الثامن: **أهم المقترحات المناسبة للحد من الامراض المعدية في العراق**

	الفقرة	تصلح	لا تصلح	التعديل
1	الوعى الصحي والتثقيف عن جميع الامراض المعدية لجميع طبقات المجتمع			
2	توفير الأدوية اللازمة بالمستشفيات والوحدات الصحية			
3	ثورة تثقيفية صحية عن طريق وسائل الاعلام والمدارس والجامعات والمستشفيات			
4	التوعية الصحية الكاملة هذا إلى جانب البعد عن السلوكيات البيئية الخاطئة			
5	زيادة الوعي الصحي وزيادة دخل الأفراد والقضاء على الملوثات			
6	التثقيف الصحي في وسائل الاعلام للمساهمة في توعية المواطنين للحد من خطورة الامراض المعدية			
7	دور الحكومة في الحد من التلوث البيئي وتلوث مياه الشرب			
8	دور الحكومة في توفير العلاج والتطعيمات المناسبة			
9	التثقيف الصحي لمعرفة طرق الإصابة وتوفير الأدوية المناسبة			
10	وضع خطط مستقبلية في المجال الصحي والمتابعة بإستمرار هذا إلى جانب تقييم الأعمال دورياً			

11	زيادة جلسات التثقيف الصحي للمدارس والمستشفيات، والدوائر الحكومية			

ملحق رقم (2)

استمارة الاستبيان النهائية المطبقة في الدراسة

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

جامعة القادسية كلية الآداب

قسم علم الاجتمـــــــاع

الدراسات العليا الدكتوراه

م/ استمارة استبيان خاصة بدراسة الدكتوراه بعنوان "عولمة المرض ومتطلبات التقنية الصحية لتنمية راس المال البشري دراسة ميدانية في علم الاجتماع الطبي"

حضرة الاختصاصي/ الاختصاصية.....المحترم

إن الاستمارة التي بين يديك للأغراض العلمية فقط، ولن يطلع على نتائجها أي شخص سوى الباحثة، فلا داعي لذكر اسمك أو عنوانك، تسعى هذه الدراسة للتعرف على دور عولمة الإمراض المعدية (كجائحة كورونا) والتي يمكن أن تكون أداة جديدة لنقل الأمراض التي توطنت في بلدان معينة إلى دول أخرى؟ وما مدى القدرة على التدخل في أي مرحلة من مراحل مشكلة ما صحية على مدى توافر التكنولوجيا الصحية المطلوبة؟ وما مقدار المتوفر من تقنيات واجهزة طبية وصحية جديدة في معالجة مشكلة صحية ما من وجهة نظر عينة الدراسة؟ وعليه فان اجابتكم الدقيقة سيكون لها بالغ الأثر في الوصول إلى النتائج والتوصيات.

ونود التأكيد بأن نجاح البحث يعتمد إلى حد كبير على مدى تفاعلكم والاطلاع على جميع الاسئلة الواردة في الاستبيان, شاكرةً لكم حسن تعاونكم وإخلاصكم ...

تفضلكم بقبول وافر الاحترام والتقدير

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

ولكم مني فائق التقدير و الاحترام

الباحثة	**المشرف**
شذى نجاح بلاش	**أ. د نبيل عمران موسى الخالدي**

المحور الأول: البيانات العامة

1- النوع: ذكر ( ) انثى ( )

2- العمر: ( ) سنة

3- الحالة الاجتماعية: متزوج ( ) اعزب ( ) مطلق ( ) ارمل ( )

4- المؤهل العلمي: بكالوريوس ( ) ماجستير ( ) دكتوراه ( ) دبلوم عالي ( )

5- الاختصاص الطبي: طبيب امراض باطنية( ) طبيب الجراحة العامة ( ) طبيب صدر وجهاز تنفسي ( ) طبيب امراض جلدية ( ) طبيب اسنان ( ) طبيب النساء والولادة ( ) صيدلي ( )

6- سنوات الخبرة في مجال العمل الطبي: خمس سنوات فأقل ( ) خمس سنوات إلى أقل من عشر سنوات ( ) عشر سنوات إلى أقل من 15 سنة ( ) 15 سنة إلى أقل من 20 ( ) من 20 سنة فأكثر.

7- المستوى الإداري: لا يشغل منصباً ادارياً ( ) رئيس شعبة( ) مدير مستوصف صحي( ) رئيس قسم ( )

8- مكان العمل: مستشفيات ( ) مستوصف الرعاية الصحية( ) مركز تخصصي( )

شعبة استشارية ( )

9- متوسط الدخل الشهري: اقل من 1500 مليون ( ) 1500-2000 مليون ( ) 2000-2500000 مليون ( ) 2500-3000 مليون ( ) اكثر من 3000 مليون ( )

10- محل الاقامة: حضر ( ) ريف ( )

المحور الثاني: العلاقة بين العولمة ونقل الأمراض المعدية

ت	الفقرات	موافق بشدة	موافق	غير موافق
1	التحركات السكانية عبر العالم التي تزداد مع الحقبة المعاصرة من العولمة، يمكن أن تكون أداة جديدة لنقل الأمراض التي توطنت في بلدان معينة إلى دول أخرى			
2	الانتقال غير المنظم للسكان عبر العالم يؤدي إلى ارتفاع معدلات الإمراض الوبائية بين أفراد المجتمع			
3	توجد علاقة بين التغيرات التكنولوجية ونقل الأمراض أو ظهور نوعية خاصة منها			
4	هناك منشورات متعددة صدرت عن منظمة الصحة العالمية تبين اهتمامات جديدة تتعلق بتأثيرات العولمة على الأمراض حيث أن تلك التقارير تنصرف إلى التنبيه إلى وجه آخر من وجوه العولمة يتصل بالصحة والمرض			
5	إعطاء اهتمام خاص لظاهرة الاحتباس الحراري وتأثيرها على التغيرات البيئية ومن ثم التأثير على ظهور أمراض معينة تظهر العلاقة بين العولمة ونقل الأمراض المعدية			
6	العلاقة بين الحروب المعولمة وما يترتب عليها من نزوح وتزايد لأعداد اللاجئين واحتمالات لانتشار الأوبئة والأمراض المعدية			
7	العلاقة بين نقل السلع وانتقال نوعية معينة من الأمراض وعلاقتها بظهور متلازمات مرضية معينة			
8	إمكانية نقل الأمراض من الحيوانات إلى البشر؛ والعلاقة بين الأمراض وانتشارها عبر العالم			
9	التغيرات المترتبة على التصحر ونقص الموارد المائية وعلاقتها بعولمة المرض وتصديره إلى دول وشعوب العالم			

10	عولمة المرض اظهرت قلقاً عالمياً من الخوف من العدوى البكتيرية (التي ترتبط بأنواع بعينها من الميكروبات) إلى العدوى الفيروسية (التي ترتبط بأنواع معينة من الفيروسات) مثل ظهور أنواع منها			
11	انتشار جائحة كورونا التي تحولت مجتمعات برمتها إلى مخاطر صحية من فرط السرعة التي ينتشر بها المرض والعجز عن الحد من انتشاره			
12	عولمة المرض وتصديره إلى دول وشعوب العالم فيما يتعلق بسوق صناعة الدواء وتجارة الشركات الدوائية العالمية وتربحها لعلاج هذه الأمراض التي تصدرها الي جميع دول العالم النامي والمتقدم			
13	إن نوعية الأمراض الوبائية لم تعد امراضاً تنتقل من الدول الفقيرة إلى الدول الغنية كما كان خطاب المرض المعولم يؤكد من قبل، بل أصبحت –مثلها مثل السلع تماماً– لا تعرف حدود المجتمعات			

المحور الثالث: **المتطلبات التقنية الطبية المطلوب توافرها في المستشفيات**

	الفقرات	موافق	محايد	معارض
1	إقامة اتفاقيات معرفية متبادلة مع مؤسسات صحية أخرى على المستوى العالمي			
2	الاستعانة بالخبراء ومتخصصين من خارج العراق لنقل معرفتهم وخبرتهم لتدريب الاطباء العراقيين في الحصول على المعرفة التقنية في الاجهزة الصحية ذات التقنية المتقدمة			
3	تتم مراجعة وصيانة الأجهزة الصحية وادامتها بشكل مستمر			
4	قيام إدارة المستشفى بمهامها في طرح أفكار جديدة واستيراد اجهزة تقنية حديثة لمواكبة التغيرات والتطور التكنولوجي في المجال الصحي			
5	توفر المؤسسة الصحية الأجهزة والأدوات والمستلزمات والمواد التي تستلزمها أعمالهم في التقانات الصحية في المؤسسات الطبية			
6	التواصل بين المؤسسة الصحية والمنظمات الدولية من اجل ان تواكب وتتوافق مع التقانة الصحية الحديثة في العالم			
7	تساهم التقنية الصحية الحديثة في تحسين الاتصال والتفاعل بين أقسام			

	المؤسسة الصحية الواحدة في الحد من انتشار الأمراض الوبائية			
8	تساهم التقنية الصحية الحديثة في تحسين الاتصال والتفاعل بين المؤسسات الأخرى التي تؤدي الى زيادة كفاءة الموظفين في المجال الصحي			
9	تساعد التقنية الصحية في الفحص أو التشخيص أو العلاج الصحيح والدقيق للأمراض			
10	إن التقدم العلمي والتكنولوجي له أثر كبير على الصحة، وفي تطوير الخدمة الصحية لمواجهة الأمراض المعدية تعليماً وممارسة ووقاية ودواء وغذاء			
11	تطوير سبل التعليم الطبي ومساراته، وتغير قيمة الوقت فى إنقاذ الحياه خاصة في الحالات الحرجة			
12	تفعيل قيمة البحوث الطبية والدوائية والإستقصاءات الصحية الكاشفة وجدواها من اجل الاستفادة التقدم التكنولوجى في وسائل التعلم والمعلومات الطبية واساليبها			
13	ظهور مواد جديدة وتكنولوجيات مستحدثة تستعمل في علاج بعض الأمراض			
14	تعظيم دور التعاون الخارجي والترابط الداخلي للإستفادة في مجال التقنيات الصحية المتطورة ومن المستجدات في الطب والعلاج			
15	بروز قضايا إنتاج الدواء والتحكم الخارجي والترابط الداخلي للإستفادة من المستجدات الصحية الحديثة في مجال الطب			
16	الترابط بين التعليم في المجالات الصحية والعمل في الوحدات الخارجية، وقيمة الإفادة من الإحتكاك الدولي في الطب			
17	أهمية تقييم الجودة في الأداء للحفاظ على مستوى الخدمة الصحية والمهن الطبية لتصل إلى مستوى الإعتماد العالمي			
18	متابعة الإكتشافات العلمية الجديدة والمستمرة نتيجة للتقدم العلمي الطبي والتقدم التكنولوجي في مجال الأجهزة والأدوات الطبية التي تساعد على الشفاء			
19	ان النجاح في الطرق المناسبة للتقليل من اعتلال الصحة هو الاستغلال الامثل لعصر التكنولوجيا الطبية			
20	الاستفادة من التحسينات في التكنولوجيا (الطبية) والرعاية الصحية وفي الأنماط الصحية وعمليات التحديث المرتبطة بها والتي تتماشى مع التطور الصحي العالمي			
21	استكشاف العالم عن طريق الحصول على المعلومات المختلفة، وسهولة			

	الوصول إلى المعلومات عن القضايا التي تهمني في المجال الطبي			
22	توفر الاجهزة التقنية الطبية في المستشفيات الكثير من الجهد والمال ومشقة السفر على المرضى للعلاج خارج العراق			
23	تحقيق مبدأ المصداقية في الإجراءات الحكومية فيما يتعلق بتوفير بيئة صحية آمنة تتعمد التقنية الطبية الحديثة			

المحور الرابع: الخدمات الصحية وتنمية رأس المال البشري

ت	الفقرة	مهمة إلى حد كبير	إلى حد ما	غير مهمة
1	انتشار الوعي الصحي والتعرف على العادات الصحية لها علاقة مباشرة بصحة الإنسان وسلوكه			
2	تقدم الحكومة للأسرة نوعية من الخدمات الصحية مثل الخدمات الوقائية، والخدمات العلاجية، والخدمات التشخيصية والعلاجية، والخدمات التأهيلية			
3	تقوية العلاقة بين الجهاز الاداري والكادر الطبي مع اعضاء هيئة في المؤسسات الصحية			
4	إجراء المسوح الطبية للتعرف على احتياجات المجتمع في المجال الصحي			
5	ابتعاث الكوادر الوطنية من الاطباء لدراسة تخصصات دقيقة في مجال صحة المجتمع			
6	تقديم خدمات الرعاية الصحية مع الأخذ في الاعتبار أدمية الأشخاص وعدم التفرقة بينهم من النواحي الاجتماعية أو الاقتصادية أو الدينية			
7	العمل على تحسين مستوى أداء الخدمات الصحية			
8	توزيع الأدوار والمهام خلق روح منافسة بين الكوادر الطبية لتحقق مبدأ المساواة والعدل لتجنب حدوث صراعات من أجل مصلحة العمل			
9	العمل على تحفيز الكوادر الطبية بإشراف رؤساءهم ويراعى التسلسل القيادي والدرجات الوظيفية			
10	تدريب العاملين في المجال الصحي على إجراءات مكافحة العدوى			

11	الترصد وإعداد إحصائيات العدوى والتعرف على التفشيات الوبائية ومعالجتها والتعامل معها والتوصية بإجراءات منعها مستقبلا			
12	الاشراف على صحة العاملين الصحيين ويشمل ذلك التحصين ضد امراض محددة			
13	مراقبة العيادات الخارجية وأقسام الطوارئ وعيادات الأسنان وأقسام المناظير والمختبرات الصحية			
14	التزويد بسياسات والاجراءات الخاصة بمكافحة العدوى والسلامة في بيئة العمل في المنشأة الصحية			
15	الحد من انتشار ظاهرة الاعتداء على الكوادر الطبية داخل المستشفيات			

المحور الخامس: مدى رضا عينة الدراسة عن دور وزارة الصحة والمجتمع في القضاء على الامراض المعدية في العراق

ت	الفقرة	موافق بشدة	موافق	غير موافق
1	عدم الرضا عن الدور الذي تقوم به وزارة الصحة في القضاء على الأمراض المعدية على الوجه الأكمل			
2	الخدمات الطبية التي تقوم بها وزارة الصحة والمجتمع خدمة جيدة			
3	خدمة متوسطة نريد ان نزيد من كفاءتها ويكون ذلك بالقضاء على الفساد في وزارة الصحة			
4	ان الخدمة التي تقوم بها وزارة الصحة خدمة مقبولة نوعاً ما			
5	هناك قصور لقلة المتابعة من المستوى الأعلى بوزارة الصحة			
6	لا تقوم وزارة الصحة بدورها في تقديم الخدمات الصحية وهي غير كافية وينقصها بعض التعديلات			
7	المستشفى لها القدرة وسرعة الاستجابة على تقديم الخدمات الصحية والعلاجية والرعاية الصحية للمريض بصورة أكثر فاعلية وكفاءة			

المحور السادس: المعوقات التي تعوق أداء الأطباء في المؤسسات الصحية من اداء أدوارهم بالشكل المطلوب

	الفقرة	موافق بشده	موافق	غير موافق
1	قلة الوعي الصحي لدى أولياء الأمور			
2	تتأثر مستويات الكفاية والفاعلية بمشكلة تعدد السلطة وازدواجها داخل المستشفى			
3	قلة الكوادر الوطنية أطباء ، فنيين ، ممرضين ، باحثين			
4	عدم وجود مستشفيات تخصصية في بعض المدن لتساعد في التشخيص السريع والدقيق للحالات الحرجة			
5	ارتفاع أسعار مستشفيات القطاع الاهلي الطبية			
6	عدم وجود نظام التأمين الصحي لجميع افراد المجتمع			
7	قلة عدد المتخصصين من الاطباء في المجال الصحي الغذائي وطب المجتمع			
8	عدم ابتعاث الكوادر الوطنية لدراسة تخصصات دقيقة في مجال صحة المجتمع			
9	عدم تبادل للخبرات مع من لهم باع في نشر الوعي الصحي			
10	عدم الاطلاع ومواكبة أحدث المستجدات لإبراز المستحدثات التقنية الطبية			
11	عدم توفر برامج تدريب الكوادر الطبية ذوات الاختصاص في الداخل والخارج			

المحور السابع: **العوامل التي تساعد على تحقيق تنمية صحية مستدامة في المجتمع العراقي**

	الفقرة	موافق بشدة	موافق	غير موافق
1	تعزيز أنماط صحية وبيئة سليمة كإستراتيجية أساسية لمقاومة المشاكل الصحية			
2	تضافر الجهود بين كبرى المستشفيات ومراكز الأبحاث مع المستشفيات العربية والدولية المتقدمة			

3	المشاركة بأنشطة التثقيف الصحي والبيئي على المستوى المحلي والاقليمي والدولي			
4	نشر الوعي الصحي تجاه المشكلات الطبية والبيئية الشائعة			
5	معالجة القيم الصحية السلبية في المجتمع			
6	المساهمة في تشخيص المشاكل الصحية والبيئية			
7	تطوير طرق جديدة واستخدامها في عملية التثقيف الصحي			
8	بناء نظام متكامل لعملية توثيق الأنشطة التوعوية والتثقيفية			
9	زيادة الاهتمام بصحة العائلة ورفع مستواها مع الإلتزام بالقواعد والتعليمات الصحية			
10	إشراك وسائل الإعلام المختلفة في الأنشطة الصحية والبيئية وذلك لنشر الوعي الصحي			
11	القيام بحملات توعية صحية تشمل الأسرة والابناء			
12	نشر الوعي الصحي من خلال المنابر ورجال الدين			

المحور الثامن: أهم المقترحات المناسبة للحد من الامراض المعدية في العراق

	الفقرة	موافق بشده	موافق	غير موافق
1	الوعى الصحي والتثقيف عن جميع الامراض المعدية لجميع طبقات المجتمع			
2	توفير الأدوية اللازمة بالمستشفيات والوحدات الصحية			
3	ثورة تثقيفية صحية عن طريق المدارس والجامعات والمستشفيات حول مختلف الامراض			
4	التوعية الصحية الكاملة هذا إلى جانب البعد عن السلوكيات البيئية الخاطئة			

5	زيادة الوعي الصحي وزيادة دخل الأفراد والقضاء على الملوثات			
6	التثقيف الصحي في وسائل الاعلام للمساهمة في توعية المواطنين للحد من خطورة الامراض المعدية			
7	دور الحكومة في الحد من التلوث البيئي وتلوث مياه الشرب			
8	دور الحكومة في توفير العلاج والتطعيمات المناسبة			
9	التثقيف الصحي لمعرفة طرق الإصابة وتوفير الأدوية المناسبة			
10	وضع خطط مستقبلية في المجال الصحي والمتابعة باستمرار هذا إلى جانب تقييم الأعمال دورياً			
11	زيادة جلسات التثقيف الصحي للمدارس والمستشفيات، والدوائر الحكومية			