



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

دور المجتمع المحلي في توفير الرعاية الصحية للأطفال: دراسة حالة الأحياء الشعبية في مدينة الديوانية

رسالة تقدمت بها

بركات كريم هاشم

إلى مجلس كلية الآداب/ جامعة القادسية، وهي جزء من متطلبات نيل درجة
الماجستير في علم الاجتماع

إشراف

أ.م. د. شذى نجاح بلاش

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿ وَإِذَا مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِينِ ﴾

صَدَقَ اللَّهُ الْعَلِيُّ الْعَظِيمُ

(سورة الشعراء: آية 80)

إقرار المشرف

أشهد أن إعداد هذه الرسالة الموسومة (دور المجتمع المدني في توفير الرعاية الصحية للأطفال: دراسة حالة الاحياء الشعبية في مدينة الديوانية) والمقدمة من قبل الطالبة (بركات كريم هاشم) قد جرى تحت إشرافي في جامعة القادسية كلية الآداب، وهي جز من متطلبات نيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع، وأوصي بمناقشتها.

التوقيع:

المشرف: أ.م.د. شذى نجاح بلاش

التاريخ: ٢٠٢٥ / /

التوقيع:

أ.د. مؤيد فاهم محسن

رئيس قسم علم الاجتماع

التاريخ: ٢٠٢٥ / /

إقرار الخبير اللغوي

أشهد أن هذه الرسالة الموسومة (دور المجتمع المحلي في توفير الرعاية الصحية للأطفال: دراسة حالة الاحياء الشعبية في مدينة الديوانية) والمقدمة من قبل الطالبة (بركات كريم هاشم) في جامعة القادسية- كلية الآداب- قسم علم الاجتماع، قد تمت مراجعتها من الناحية اللغوية وتصحيح ما ورد فيها من أخطاء لغوية وتعبيرية، وبذلك أصبحت الرسالة مؤهلة للمناقشة.

التوقيع:

الاسم:

التاريخ: / / ٢٠٢٥

إقرار الخبير العلمي

أشهد إن هذه الرسالة الموسومة (دور المجتمع المحلي في توفير الرعاية الصحية للأطفال: دراسة حالة الاحياء الشعبية في مدينة الديوانية) والمقدمة من قبل الطالبة (بركات كريم هاشم) في جامعة القادسية- كلية الآداب- قسم علم الاجتماع، قومتها علمياً وهي مؤهلة للمناقشة.

التوقيع:

الاسم:

التاريخ: / / ٢٠٢٥

إقرار الخبير العلمي

أشهد إن هذه الرسالة الموسومة (دور المجتمع المحلي في توفير الرعاية الصحية للأطفال: دراسة حالة الاحياء الشعبية في مدينة الديوانية) والمقدمة من قبل الطالبة (بركات كريم هاشم) في جامعة القادسية- كلية الآداب- قسم علم الاجتماع، قومتها علمياً وهي مؤهلة للمناقشة.

التوقيع:

الاسم:

التاريخ: / / ٢٠٢٥

اقرار لجنة مناقشة رسالة الماجستير



جامعة القادسية/ كلية : الآداب
الدراسات العليا

نقرر اننا اعضاء لجنة مناقشة طالبة الماجستير : ببركات كريم هاشم

قسم :- علم الاجتماع اطلعنا على التصحيحات والتعديلات التي تم اجرائها من

قبل الطالبة والتي تم اقرارها في المناقشة من قبلنا فهي جديرة بدرجة جيد جداً في

علم الاجتماع وعليه وقعنا .

اعضاء لجنة المناقشة:

ت	الاسم	اللقب العلمي	التوقيع	الصفة
١	أ.د. علاء جواد كاظم	أستاذ		رئيساً
٢	أ.د. أحلام محمد شواي	أستاذ		عضواً
٣	أ.م.د. نصير محسن عبد الحسين	أستاذ مساعد		عضواً
٤	أ.م.د. شذى نجاح بلاش	أستاذ مساعد		عضواً ومشرفاً

بصادق مجلس كلية الآداب / جامعة القادسية على قرار اللجنة

أ.د. نبيل عمران موسى

العميد

٢٠٢٥ / ١٢ / ١٧

الإهداء

إلى من وجدني يتيماً فأوى وعائلاً فأغنى وضالاً فهدى رب العرش العظيم
إلى الرسول الكريم واله الطيبين الطاهرين صلوات الله عليهم أجمعين
إلى الأسرة العزيزة التي من الله عليّ بها لتكون قدوة لي ..
إلى الغائب جسداً والحاضر روحاً الى روح ابي الطاهرة
إلى من حضنتني على المضي قدماً في طلب العلم ومنحتني الثقة
بالنفس أُمي الحبيبة.. إلى من تعبت معي وغمرتني بحنانها ام زوجي الحبيبة
إلى.... سندي ورفقاء دربي أخواني وأخواتي
إلى.... من شجعني وجعل الحياة جميلة في بصري زوجي الغالي
إلى زينة الحياة الدنيا أولادي فلذات كبدي (آيات، جنات، محمد، ادم)

الشكر والامتنان

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ (وَمَا تَوْفِيقِي إِلَّا بِاللَّهِ عَلَيْهِ تَوَكَّلْتُ وَإِلَيْهِ أُنِيبُ) صدق الله العلي العظيم، هود (٨٨).

الحمد لله والحمد حقه كما يستحقه حمدا كثيرا ، واصلي وأسلم وبارك على خاتم الانبياء والمرسلين سيدنا محمد وعلى اله وصحبه اجمعين . لا يسعني بعد ان تمت هذه الدراسة بتوفيق الله سبحانه وتعالى ، الا أن أتقدم بوافر الشكر والامتنان إلى الأستاذة الدكتورة شذى نجاح بلاش لاقتراحها هذا الموضوع وتشجيعها لي لدراسته فضلا عن جهودها وملاحظاتها القيمة التي قدمتها لي وبذلك كانت خير مشرفة وخير عون لي فكانت معلمة استمرت بضياء فكرها إلى ما فيها خير والفائدة في إنجاز هذه الدراسة سائلا الله أن يمد في عمرها خدمة للعلم وطلابه فكانت مثالا للعالمية المتواضعة . واتوجه بجزيل الشكر والامتنان إلى أساتذتي في قسم علم الاجتماع بكلية الآداب جامعة القادسية الذين تتلمذت على أيديهم في السنة التحضيرية حتى نهلت منهم جوانب المعرفة واسأل الله تعالى أن يجزيهم عني خير الجزاء وأن يمن عليهم بنعمه الصحة والعافية ودوام التقدم والرفي ، كما أتقدم بالشكر إلى (السادة أعضاء اللجنة المناقشة) و(السادة الخبراء لتقديم استمارة الاستبيان) الذين تحملوا عناء تجويد هذا العمل في القراءة والتقويم للدراسة بملاحظاتهم الثمينة ، اسأل الله أن يحفظهم ويوفقهم في مسيرتهم العلمية فجزاهم الله عني خير الجزاء ، كما أتوجه بالشكر الجزيل إلى الأستاذ عبد الامير عشوان والاخت الفاضلة ست كريمة مزهر نايف والست الفاضلة منال وكل زملائي في مرحلة الماجستير الاستاذ انور- مؤيد - دعاء - زينب- شكرا على سؤالكم ومشاعركم الطيبة ،وامتناني وشكري إلى كل من مد يد العون لي من أجل إنجاز هذا العمل.

مستخلص الدراسة

تُعَدُّ الرعاية الصحية للأطفال من أهم مقومات التنمية البشرية، حيث تشكّل الأساس في بناء جيل سليم قادر على المشاركة الفاعلة في المجتمع، وانطلاقاً من أهمية الدور الذي يلعبه المجتمع المحلي في دعم الخدمات الصحية هدفت هذه الدراسة إلى تقييم مساهمة المجتمع المحلي في توفير الرعاية الصحية للأطفال في مدينة الديوانية، والكشف عن العوامل الداعمة والمعيقة لهذا الدور حيث اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وذلك من خلال استبانة وُزعت على عينة من الكوادر في المؤسسات الصحية من المنتسبين للمستشفيات والمراكز الصحية في المدينة بالإضافة إلى مقابلات معمّقة لدعم النتائج الكمية بالبيانات النوعية جرى تحليل البيانات باستخدام الأساليب الإحصائية الملائمة وأظهرت النتائج أن دور المجتمع المحلي في الرعاية الصحية للأطفال يتراوح بين المستوى المتوسط والضعيف، مع بروز بعض المبادرات الإيجابية كحملات التوعية الصحية، والأنشطة التطوعية، والدعم المحدود من منظمات المجتمع المدني في المقابل، تمثلت أبرز المعوقات في ضعف التمويل، وغياب التنسيق بين الجهات ذات العلاقة، فضلاً عن محدودية خبرات المشاركين المجتمعيين في المجال الصحي، وخلصت الدراسة إلى أن المجتمع المحلي قادر على أن يشكّل رافداً مهماً لتقوية منظومة الرعاية الصحية للأطفال إذا ما توفرت له بيئة داعمة وإمكانات مناسبة. وعليه، أوصت الدراسة بضرورة تعزيز الشراكات بين المؤسسات الصحية والمجتمعية، وتكثيف برامج التثقيف الصحي، وتطوير آليات تمويل مستدامة، فضلاً عن تمكين المتطوعين وتأهيلهم في مجال رعاية صحة الطفل.

فهرست المواضيع

الصفحة	الموضوع
ب	الآية القرآنية
ت	إقرار المشرف
ث	إقرار الخبير اللغوي
ج	إقرار الخبير العلمي
ح	الاهداء
خ	الشكر والامتنان
د	مستخلص الدراسة
ذ - ش	فهرست المواضيع
ص - ظ	فهرست الجداول
ع	فهرست الاشكال
1	المقدمة
الباب الأول: الجانب النظري	
الفصل الأول: الإطار النظري للدراسة	
2	تمهيد
3	المبحث الأول: عناصر الدراسة الرئيسية
3	أولاً: إشكالية الدراسة
4	ثانياً: تساؤلات الدراسة
3	ثالثاً: أهداف الدراسة
5	رابعاً: أهمية الدراسة
6	خامساً: مبررات اختيار الدراسة
6	سادساً: متغيرات الدراسة
7	المبحث الثاني: تحديد المفاهيم والمصطلحات العلمية
7	أولاً: الدور
8	ثانياً: المجتمع المحلي

10	ثالثاً: الرعاية الصحية
12	رابعاً: الاطفال
12	خامساً الحي الشعبي
الفصل الثاني: نماذج من الدراسات السابقة	
1	تمهيد
2	المبحث الأول: نماذج من الدراسات السابقة
2	اولاً: نماذج من دراسات عراقية
6	ثانياً: نماذج من دراسات عربية
8	ثالثاً: دراسات اجنبية
13	تعقيب على الدراسات السابقة
14	اوجه التشابه بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة
15	المبحث الثاني: النظرية المفسرة لموضوع الدراسة
15	النظرية البنائية الوظيفية
الفصل الثالث: دور المجتمع المحلي في توفير الرعاية الصحية للاطفال	
22	التمهيد
23	المبحث الأول: دور المجتمع المحلي في توفير الرعاية الصحية للاطفال
28	المبحث الثاني: العلاقة بين المجتمع المحلي والرعاية الصحية
الفصل الرابع: التحديات التي يواجهها المجتمع المحلي في تقديم الرعاية الصحية	
36	المبحث الأول: المجتمع المحلي ودوره في توفير الموارد اللازمة للرعاية الصحية
46	المبحث الثاني: التفاعل بين الاسر والمجتمع المحلي
47	اولاً: التواصل المجتمعي: فعالية قنوات التواصل بين مقدمي الرعاية الصحية والاسر في الاحياء الشعبية
50	ثانياً: النتائج الصحية للمبادرات المجتمعية
51	المبحث الثالث: التحديات الصحية التي تهدد الامن الصحي للطفل
52	اولاً: التحديات الاجتماعية
56	ثانياً: التحديات الاقتصادية
61	ثالثاً: التحديات الصحية

68	رابعاً: التحديات الأمنية
الفصل الخامس: العوامل الاجتماعية والثقافية المؤثرة على الرعاية الصحية للأطفال	
74	اولاً: تأثير المستوى الاقتصادي في الرعاية الصحية للأطفال
75	ثانياً: تأثير المهنة في الرعاية الصحية للأطفال
76	ثالثاً: العادات والتقاليد السائدة وتأثيرها على الرعاية الصحية للأطفال
78	رابعاً: تأثير المستوى الثقافي والتعليمي على الصحة الانجابية للمرأة
83	خامساً: العوامل السياسية
88	سادساً: الزواج المبكر
90	سابعاً: استخدام وسائل ضبط النسل
91	ثامناً: زواج الأقارب وصحة الاطفال:
92	تاسعاً: ثقافة المرأة وعلاقتها بالرعاية الصحية للاطفال
93	عاشراً: الفحص الطبي قبل الزواج
96	أحد عشر: الامراض المعدية وتأثيرها على صحة الاطفال
الباب الثاني: الجانب العملي	
الفصل السادس: الاجراءات المنهجية للدراسة	
101	تمهيد
102	المبحث الاول: نوع ومناهج الدراسة وفرضياتها
102	اولاً: نوع الدراسة
102	ثانياً: منهج الدراسة
104	ثالثاً: فرضيات الدراسة
105	المبحث الثاني: تصميم عينة الدراسة ومجالاتها
105	اولاً: مجتمع الدراسة
105	ثانياً: عينة الدراسة
106	ثالثاً: مجالات الدراسة
107	المبحث الثالث: اختبار اداة القياس
107	اداة الدراسة

108	التحقق من دقة أداة الدراسة
108	اولا: الصدق الظاهري للأداة
109	ثانيا: ثبات الاستبانة
110	ثالثا: صدق المحتوى
111	المبحث الرابع: وصف البيانات
118	المبحث الخامس: تقييم واقع الرعاية الصحية للأطفال في المجتمع المحلي
الفصل السابع: مناقشة الفرضيات ونتائج واستنتاجات الدراسة وتوصياتها	
152	المبحث الاول: مناقشة فرضيات الدراسة لاختبار العلاقات المتعلقة بواقع الرعاية الصحية للأطفال في المجتمع المحلي
152	اولا: اختبار العلاقة بين نوعية الخدمات الصحية التي يقدمها المجتمع المحلي
153	ثانيا: اختبار العلاقة بين مشاركة المجتمع في تطوير النظام الصحي وسهولة حصول الأطفال على الرعاية الصحية في المنطقة.
154	ثالثا: اختبار العلاقة بين المعوقات التي تواجه الأسر في توفير الرعاية الصحية للأطفال
155	رابعا: اختبار العلاقة بين المستخدمين الأهالي للطب الشعبي بديلاً عن الرعاية الصحية الحديثة
156	خامسا: اختبار العلاقة بين الأمراض أو الحالات التي تُعالج بالطب الشعبي
157	المبحث الثاني: نتائج واستنتاجات الدراسة
157	اولا: نتائج الدراسة
157	المحور الاول: توزيع افراد العينة المتغيرات الشخصية
175-157	المحور الثاني: أ. تقييم واقع الرعاية الصحية للأطفال في المجتمع المحلي ب. محور الخدمات الصحية المتوفرة ت. محور الوعي المجتمعي ث. محور المعوقات ج. محور المجتمع المحلي ح. محور الآراء والمقترحات

175	ثانياً: استنتاجات الدراسة
177	ثالثاً: توصيات الدراسة
178	رابعاً: مقترحات الدراسة
180	المراجع
218	الملاحق
A	Summary

فهرست الجداول

الصفحة	عنوان الجدول
118	جدول (1) توزيع العينة بحسب منطقة الجمع
121	جدول (2) تعديلات السادة المحكمين على فقرات الاستبانة
122	جدول (3) نتائج معادلة كرونباخ Reliability Statistics
124	جدول (4) توزيع افراد العينة للمتغيرات الشخصية
131	جدول (5) التسلسل المرتبي لاستجابة افراد العينة اتجاه أبرز الخدمات الصحية المتوفرة
132	جدول (6) استجابة افراد العينة اتجاه دور المجتمع المحلي في تحسين صحة الأطفال
133	جدول (7) استجابة افراد العينة اتجاه مدى سهولة حصول الأطفال على الرعاية الصحي
133	جدول (8) التسلسل المرتبي لاستجابة افراد العينة اتجاه أبرز المعوقات التي تواجه الأسر في توفير الرعاية الصحية للأطفال
135	جدول (9) استجابة افراد العينة لاتجاه المشاركة المسبقة في مبادرات أو نشاطات مجتمعية لدعم صحة الأطفال
135	جدول (10) التسلسل المرتبي لاستجابة افراد العينة اتجاه أبرز المشكلات الصحية التي يعاني منها الأطفال في المجتمع
136	جدول (11) التسلسل المرتبي لاستجابة افراد العينة اتجاه مساهمة المجتمع المحلي في تحسين صحة الاطفال
137	جدول (12) استجابة افراد العينة اتجاه وجود تنسيق بين المجتمع المحلي والمؤسسات الصحية
138	جدول (13) استجابة افراد العينة اتجاه الرضا عن جهود المجتمع في دعم صحة الأطفال
139	جدول (14) استجابة افراد العينة اتجاه مساهمة وسائل الإعلام في تعزيز الوعي الصحي والبيئي للأطفال
139	جدول (15) استجابة افراد العينة اتجاه مساهمة وسائل الإعلام في تعزيز الوعي الصحي والبيئي للأطفال
140	جدول (16) استجابة افراد العينة اتجاه جهود المجتمع المحلي في دعم صحة الاطفال
141	جدول (17) استجابة افراد العينة اتجاه التثقيف الصحي للأهالي بشأن رعاية الأطفال
142	جدول (18) استجابة افراد العينة اتجاه وجود مراكز صحية قريبة من المنطقة
142	جدول (19) استجابة افراد العينة اتجاه وجود مراكز صحية تقدم خدمات مخصصة للاطفال
144	جدول (20) استجابة افراد العينة اتجاه وجود مراكز صحية تتوفر فيها اللقاحات الأساسية

	للأطفال
144	جدول (21) استجابة افراد العينة اتجاه توفر المراكز الصحية خدمات طوارئ للأطفال
145	جدول (22) استجابة افراد العينة اتجاه وجود عيادات متنقلة تزور المنطقة
146	جدول (23) التسلسل المرتبي لاستجابة افراد العينة اتجاه طبيعة الخدمات التي تقدمها العيادات المتنقلة
147	جدول (24) استجابة افراد العينة اتجاه توفر خدمات صحية نفسية للأطفال
147	جدول (25) استجابة افراد العينة اتجاه توفر اطباء اطفال متخصصون في المنطقة
148	جدول (26) هل تقدم المراكز الصحية برامج توعية حول صحة الأطفال؟
149	جدول (27) استجابة افراد العينة اتجاه متابعة النمو والتغذية للأطفال في المراكز الصحية
150	جدول (28) استجابة افراد العينة اتجاه مدى الرضا عن كفاءة الكادر الطبي
151	جدول (29) استجابة افراد العينة اتجاه إدراك المجتمع المحلي للرعاية الصحية للأطفال
152	جدول (30) التسلسل المرتبي لاستجابة افراد العينة اتجاه أبرز جوانب الرعاية الصحية التي يدركها المجتمع المحلي
153	جدول (31) استجابة افراد العينة اتجاه حملات توعية منتظمة في المجتمع حول صحة الأطفال
153	جدول (32) استجابة افراد العينة اتجاه اهتمام الأهالي بمراجعة المراكز الصحية لأطفالهم
154	جدول (33) استجابة افراد العينة اتجاه استخدام الأهالي للطب الشعبي بديلاً عن الرعاية الصحية الحديثة
155	جدول (34) التسلسل المرتبي لاستجابة افراد العينة اتجاه أبرز الأمراض أو الحالات التي تُعالج بالطب الشعبي
156	جدول (35) استجابة افراد العينة اتجاه الاهتمام بصحة الطفل النفسية
157	جدول (36) استجابة افراد العينة اتجاه الاهتمام بصحة الطفل النفسية
159	جدول (38) استجابة افراد العينة اتجاه تأثير العادات الاجتماعية في طلب الرعاية الصحية للأطفال
159	جدول (39) استجابة افراد العينة اتجاه التفاوت في وعي الأسر حسب المستوى التعليمي
160	جدول (40) استجابة افراد العينة اتجاه صعوبة في الوصول إلى المراكز الصحية بسبب بُعد المسافة
161	جدول (41) استجابة افراد العينة اتجاه المعاناة من ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية للأطفال

162	جدول (42) استجابة افراد العينة اتجاه يوجد نقص في الأدوية الضرورية للأطفال
162	جدول (43) استجابة افراد العينة اتجاه يوجد نقص في الأدوية الضرورية للأطفال
163	جدول (44) استجابة افراد العينة اتجاه البنية التحتية الصحية في المنطقة
164	جدول (45) استجابة افراد العينة اتجاه المراكز الصحية تفتقر إلى معدات تشخيصية للأطفال
165	جدول (46) استجابة افراد العينة اتجاه الأهالي في طلب الرعاية الطبية لأطفالهم لأسباب ثقافية أو مالية
166	جدول (47) استجابة افراد العينة للاعتقاد بان هناك تمييزاً تقديم الخدمات المقدمة للأطفال حسب الفئات الاجتماعية
167	جدول (48) استجابة افراد العينة اتجاه تقديم الخدمات المقدمة للأطفال حسب الفئات الاجتماعية
168	جدول (49) مدى استجابة افراد العينة اتجاه مشاركة المجتمع المحلي في دعم المؤسسات الصحية مادياً أو لوجستياً
169	جدول (50) استجابة افراد العينة اتجاه وجود منظمات مجتمع مدني تعمل على تحسين صحة الأطفال
170	جدول (51) استجابة افراد العينة اتجاه وجود منظمات مجتمع مدني تعمل على تحسين صحة الأطفال
171	جدول (52) استجابة افراد العينة اتجاه وجود تنسيق فعال بين المجتمع المحلي والدوائر الصحية
171	جدول (53) استجابة افراد العينة اتجاه المشاركة في حملات المدارس في التوعية الصحية
172	جدول (54) استجابة افراد العينة اتجاه تنظيم المجتمع المحلي حملات تطعيم بالتعاون مع الصحة
173	جدول (55) التسلسل المرتبي لاستجابة افراد العينة اتجاه طبيعة الحملات
174	جدول (56) استجابة افراد العينة اتجاه الجهود التطوعية من الشباب لدعم الرعاية الصحية للأطفال
174	جدول (57) استجابة افراد العينة اتجاه تدخل وجهاء المناطق أو رجال الدين في التوعية الصحية
175	جدول (58) استجابة افراد العينة اتجاه تقدم الجمعيات الخيرية مساعدات طبية أو دوائية للأطفال

176	جدول (59) استجابة افراد العينة اتجاه تشجيع المجتمع المحلي السلوكيات الصحية مثل النظافة والتغذية السليمة
177	جدول (60) استجابة افراد العينة اتجاه مساهمة الإعلام المحلي (إذاعات، صفحات فيسبوك) في رفع الوعي الصحي
177	جدول (61) استجابة افراد العينة اتجاه مساهمة دعم المجتمع المحلي كافٍ لتحسين الرعاية الصحية للأطفال؟
178	جدول (62) استجابة افراد العينة اتجاه اكثر الطرق فعالة لدعم صحة الأطفال
179	جدول (63) استجابة افراد العينة اتجاه مشاركة المجتمع ضرورية لتطوير النظام الصحي
180	جدول (64) استجابة افراد العينة اتجاه إشراك الأهالي في التخطيط الصحي
181	جدول (65) استجابة افراد العينة اتجاه الرعاية الصحية المقدمة للأطفال
182	جدول (66) التسلسل المرتبي لاستجابة افراد العينة اتجاه الاقتراحات لتحسين الرعاية الصحية
184	جدول (67) استجابة افراد العينة اتجاه أبرز الخدمات الصحية المتوفرة
185	جدول (68) العلاقة بين مشاركة المجتمع في تطوير النظام الصحي وسهولة حصول الأطفال على الرعاية الصحية في المنطقة
186	جدول (69) استجابة افراد العينة اتجاه أبرز المعوقات التي تواجه الأسر في توفير الرعاية الصحية للأطفال
187	جدول (70) استجابة افراد العينة اتجاه استخدام الأهالي للطب الشعبي بدلاً عن الرعاية الصحية الحديثة
188	جدول (71) استجابة افراد العينة اتجاه أبرز الأمراض أو الحالات التي تُعالج بالطب الشعبي

فهرست الاشكال

الصفحة	عنوان الشكل
126	شكل (1) توزيع بيانات عينة المبحوثين حسب الجنس (ذكور، اناث) مع العدد والنسبة المئوية لكل فئة
127	شكل (2) توزيع مفردات العينة حسب الفئات العمرية
128	شكل (3) توزيع مفردات العينة حسب المستوى التعليمي

129	شكل (4) توزيع مفردات العينة حسب نوع المهنة
130	شكل (5) توزيع مفردات العينة حسب العلاقة مع الطفل

مقدمة:

تعد صحة الاطفال من ابرز المؤشرات التي تعكس مستوى التنمية البشرية في اي مجتمع لما لها من تأثير مباشر على مستقبل الاجيال القادمة وفي الوقت الذي تضطلع فيه المؤسسات الصحية الرسمية بدور اساسي في تقديم الرعاية الصحية يبرز دور المجتمع المحلي كعامل محوري ومتكامل في دعم وتعزيز هذه الجهود خاصة في البيئات التي تعاني من نقص في الخدمات الصحية أو ضعف في الامكانيات، ويلعب المجتمع المحلي بمختلف مكوناته من اسر وجمعيات، والمنظمات التطوعية دوراً فاعلاً في نشر الوعي الصحي وتوفير الدعم النفسي والاجتماعي المساهمة في الحملات الوقائية العلاجية ومع ازدياد التحديات الصحية التي تواجه الاطفال مثل سوء التغذية، وانتشار الامراض المعدية وضعف الوصول الى خدمات التطعيم، بات من الضروري فهم وتقييم مدى اسهام المجتمع المحلي في توفير الرعاية الصحية الشاملة للأطفال، وتسعى هذه الدراسة التي تسليط الضوء على اوجه المشاركة في المجتمع المحلي، وتحليل فعاليته واستكشاف الفرص لرعاية الاطفال صحياً، فرغم الجهود الكبيرة التي تبذلها الحكومات ومؤسسات الرعاية الصحية الرسمية إلا ان تلك الجهود غالباً ما تكون غير كافية او غير قادرة وحدها على تغطية جميع احتياجات الاطفال الصحية خصوصاً في المناطق النائية او ذات الموارد المحدودة من هذا المنطلق اصبح دور المجتمع المحلي أكثر أهمية والمأما في دعم النظام الصحي خاصة فيما يتعلق بالرعاية الصحية الأولية للأطفال فالمجتمع المحلي بما فيه من اسر ومؤسسات اهلية ومنظمات غير حكومية متطوعين وقادة محلين يمتلك من القرب والتأثير ما يجعله عنصراً فاعلاً في نشر الوعي الصحي وتشجيع السلوكيات الإيجابية ودعم الخدمات الصحية المقدمة للأطفال كما ان المجتمعات المحلية تكون في كثير من الاحيان الاقدر على تحديد احتياجاتها الصحية والتفاعل معها بطريقة مباشرة وواقعية، ان مساهمة المجتمع المحلي لا تقتصر فقط على الجانب التوعوي بل تمتد لتشمل الدعم المالي و التطوعي وتقديم مبادرات صحية مجتمعية والتعاون مع المراكز الصحية والمدارس والمؤسسات الرسمية لتوسيع نطاق الخدمات الصحية وتحسين جودتها كما تلعب الثقافة المجتمعية السائدة والمعتقدات الصحية والعادات المحلية دوراً مهماً في تشكيل انماط الرعاية الصحية للأطفال مما يجعل اشارك المجتمع في عمليات التخطيط والتنفيذ والتقسيم ضرورة لا ترفاً وتكمن أهمية هذه الدراسة في أنها تسلط الضوء على الادوار التي يمكن ان يؤديها المجتمع المحلي في تحسين صحة الطفل، وتحاول تحليل مدى فاعلية هذه الادوار في السياقات المختلفة بالإضافة الى الوقوف على المعوقات التي تحد من هذه الادوار المشاركة، والفرص المتاحة لتعزيزها كما تعرف الدراسة التي تقديم مجموعة من التوصيات التي تساعد صناع القرار والجهات المعنية في بناء شراكة فاعلة ومستدامة بين مؤسسات الدولة والمجتمع المحلي في مجال رعاية صحة الاطفال.

الباب الأول

الجانب النظري

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

المبحث الأول: عناصر الدراسة الرئيسية

المبحث الثاني: تحديد المفاهيم والمصطلحات العلمية

تمهيد:

تعد الرعاية الصحية للأطفال أحد الأعمدة الأساسية لضمان نشأة أجيال سليمة جسديًا ونفسيًا، وهي مسؤولية لا تقع على عاتق المؤسسات الصحية فحسب، بل يُعد المجتمع المحلي شريكًا رئيسيًا في توفيرها وتعزيزها فبفضل قربه من الأسر وقدرته على التفاعل المباشر مع الأطفال وذويهم، يستطيع المجتمع المحلي أن يلعب دورًا فاعلاً في التوعية، والمتابعة، وتقديم الدعم اللازم لضمان حصول الأطفال على الرعاية الصحية المناسبة في الوقت المناسب في هذا الفصل من الدراسة الراهنة ستحاول الباحثة أن تعرض إشكالية الدراسة وتساؤلاتها وأهدافها وأهميتها والأهمية العلمية والمفاهيم الأساسية التي قامت عليها وهي الدور، المجتمع المحلي، الرعاية الصحية، الاطفال من الناحية اللغوية والإصلاحية والاجرائية.

المبحث الأول

عناصر الدراسة الرئيسية

اولاً: إشكالية الدراسة

تعد الرعاية الصحية للأطفال من الركائز الأساسية لبناء مجتمع سليم إذ تؤثر بشكل مباشر في نموهم البدني والعقلي والنفسي، ومع تزايد التحديات التي تواجه الأنظمة الصحية في العديد من الدول أصبح دور المجتمع المحلي عنصراً محورياً في دعم الجهود الرسمية سواء من خلال التوعية أو تقديم الخدمات أو بناء الشراكات المجتمعية ورغم أهمية هذا الدور، إلا أن الواقع يشير إلى وجود تفاوت كبير في مساهمة المجتمعات المحلية في تقديم الرعاية الصحية للأطفال، سواء من حيث مستوى المشاركة أو نوعية الخدمات المقدمة تعد مشكلة دور المجتمع المحلي في توفير الرعاية الصحية، المدخل الأساسي على تعزيز القدرات من أجل الانتقال من الحاجة إلى الصحة كحق يتحلى بها الناس ومن ضمنهم فئة الطفل فيصبح موروث في المنظومة القيمية، والاجتماعية ففقدان البناء الصحي للطفل من أهم المشكلات التي تواجه الكثير من المجتمعات ولاسيما المجتمع العراقي الذي واجه الأزمات والحروب والكوارث التي أثرت بدورها على صحة الأطفال وتعرضهم للمخاطر مما يهدد تغذيتهم ونموهم المعرفي وسبل عيشهم المستقبلية مما يسبب في ضياع طفولتهم وزيادة معاناتهم ونقل مناعتهم نتيجة تعرضهم لأمراض كثيرة، في السنوات السابقة فأثرت في حياتهم الغير مستقرة التي يعيشها الكثير من السكان في مجتمع محلي التي تعرضت لكثير من النزاعات والصراعات مما يعرض حياتهم إلى اضطرابات نفسية، وسيكولوجية خاصة بين فئة الأطفال والنساء مما يقود إلى مخاطر نفسية اجتماعية ثقافية صحية، فنلاحظ في الوقت الراهن استياء وعدم الرضا للكثير من الناس على المؤسسات الصحية من عدم استجابة لحاجاتهم ومطالبهم لتوافر أبسط الخدمات الصحية لأطفالهم، وهم قادة المجتمع، وعجلة التنمية في المستقبل ويثير هذا الوضع عدداً من التساؤلات حول مدى فاعلية تدخلات المجتمع المحلي والعوامل التي تعيق أو تدعم هذا الدور ومدى انعكاس ذلك على صحة الأطفال وجودة حياتهم ومن هنا تبرز الإشكالية الأساسية التي تسعى هذه الدراسة إلى معالجتها، وهي: ما طبيعة الدور الذي يلعبه المجتمع المحلي في توفير الرعاية الصحية للأطفال، وما مدى فعاليته، وما العوامل المؤثرة في ذلك ؟

ثانيا: تساؤلات الدراسة

1. ما مدى وعي المجتمع المحلي بأهمية الرعاية الصحية للأطفال؟
2. ما هي الجهود التي تبذلها المنظمات المجتمعية (كالمدارس، الجمعيات، المساجد وغيرها) في دعم صحة الأطفال؟
3. ما هي العقبات التي تواجه المجتمع المحلي في تقديم الرعاية الصحية للأطفال؟
4. ما دور الأسرة في تعزيز الصحة الوقائية للأطفال داخل المجتمع؟
5. كيف يساهم التعاون بين الجهات الحكومية والمجتمع المحلي في تحسين الرعاية الصحية للأطفال؟
6. هل توجد مبادرات مجتمعية ناجحة في المنطقة تستهدف تحسين صحة الأطفال؟
7. ما مدى توفر وتقبل خدمات الرعاية الصحية المقدمة في المجتمع؟
8. ما رأي الأهالي حول كفاءة وجودة الخدمات الصحية للأطفال في المجتمع؟
9. ما هو دور التوعية والتثقيف الصحي في المدارس والمراكز المجتمعية؟
10. ما نوع الدعم الذي يحتاجه المجتمع المحلي لتعزيز دوره في الرعاية الصحية للأطفال؟

ثالثا: أهداف الدراسة

1. التعرف على الدور الذي يقوم به المجتمع المحلي في تقديم خدمات الرعاية الصحية للأطفال مثل مشاركة الجمعيات الأهلية، المبادرات التطوعية، أو دعم العائلات في التوعية الصحية.
2. تحليل مدى فاعلية مساهمة المجتمع المحلي في تحسين المؤشرات الصحية للأطفال على سبيل المثال: تقليل معدلات الأمراض، تحسين النظافة، زيادة التطعيمات.
3. تحديد التحديات التي تواجه المجتمع المحلي في توفير الرعاية الصحية للأطفال.
4. اقتراح آليات لتعزيز دور المجتمع المحلي في مجال الرعاية الصحية للطفولة بناء شراكات تدريب متطوعين، دعم البرامج التوعوية والصحية.
5. استكشاف دور التثقيف الصحي والمبادرات المجتمعية في الوقاية من الأمراض بين الأطفال.

رابعاً: أهمية الدراسة

تبرز أهمية هذه الدراسة في تعزيز العمل التكاملي بين القطاع الصحي والمجتمع المحلي من خلال تنظيم حملات صحية ودورات توعية، ودعم نفسي وغذائي للأطفال كما يمكن للمجتمع المحلي أن يتدخل مباشرة لمساعدة الأسر الفقيرة في تغطية نفقات العلاج أو توفير وسائل النقل للمراكز الصحية وعلى الرغم من أهمية هذا الدور، إلا أن هناك تحديات تواجه المجتمع المحلي مثل قلة الوعي وضعف الإمكانيات، وعدم التنسيق مع الجهات الرسمية ولهذا، فإن دراسة هذا الدور تسهم في وضع حلول عملية لتفعيل مساهمة المجتمع، مثل وضع حلول عملية لتفعيل مساهمة المجتمع، مثل دعم الجمعيات المحلية وتدريب المتطوعين، وتطوير قنوات تواصل فعالة بين المواطنين والمؤسسات الصحية في الختام ، فإن توفير الرعاية الصحية للأطفال مسؤولية جماعية، تبدأ من الأسرة وتمتد إلى كل فرد في المجتمع ومن خلال دراسة دور المجتمع المحلي، يمكننا بناء شراكة حقيقية تضمن تنشئة جيل سليم ومعافى وقادر على المشاركة في بناء وطنه بقوة وصحة، بناء على ما سبق فإن أهمية هذه الدراسة تظهر في ثلاث نواحي:

1. الأهمية التطبيقية:

فالدراسات الاجتماعية في علم الاجتماع الطبي لم تشتمل على دراسة معمقة ومفصلة عن دور المجتمع المحلي في توفير الرعاية الصحية للأطفال.

2. الأهمية المجتمعية:

وتتمثل في التعرف على الأبعاد الاجتماعية المتعمقة بمرضى الأمراض المعدية والأمراض المزمنة وتأثير العادات والتقاليد على الرعاية الصحية للأطفال والتعرف على عوامل القصور في التعامل مع هؤلاء المرضى، مما يؤدي إلى التصدي ومواجهة انتشار الأمراض المعدية والأمراض المزمنة ونشر الوعي بين أبناء المجتمع.

3. الأهمية المستقبلية:

تتمثل أهمية الدراسة الراهنة من الناحية المستقبلية في كونها تعد دراسة قبلية لما يليها من دراسات مستقبلية تسعى للإسهام بتطوير العمل 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 والأمراض المزمنة والتصدي

لها والعمل على الوقاية منها اما أهميتها للعلم فإنها تأتي في كونها تضيف آفاق ورؤى جديدة للأبحاث العلمية يمكن الاستفادة منها في دراسات تنموية مستقبلية.

خامسا: مبررات اختيار الدراسة

1. لة الدراسات العلمية والعملية النابعة من دور وأهمية موضوع دور المجتمع المحلي في توفير الرعاية الصحية للأطفال وتعد الدراسة الراهنة من الدراسات القليلة حول هذا الموضوع حسب اطلاعي المتواضع.
2. الحاجة الماسة والملحة للمجتمع العراقي لرعاية الأطفال والوعي بأهمية الدور الاجتماعي للتأثير على صحة الأطفال.
3. تنبيه أفراد المجتمع والمسؤولين بالقيمة الثمينة المتمثلة بصحة الاطفال وما تطمح إليه البلاد من تقدم ورقي بايدي سواعدها ثم عدم التفريط بالصحة بأقصى حدود.

المبحث الثاني

تحديد المفاهيم والمصطلحات العلمية

تُعتبر خطوة تحديد المفاهيم والمصطلحات من الإجراءات الأساسية والمنهجية في البحث العلمي، التي يجب على الباحث اتباعها بدقة، فهذه الخطوة تُحدد نطاق المجال العلمي والتطبيقي للدراسة، وتُسهم في توضيح الفهم الدقيق لما يرغب الباحث في الوصول إليه، كلما كانت التعريفات دقيقة وواضحة، أصبح من السهل على القارئ والمنتبع استيعاب الأفكار والمعاني التي يهدف الباحث إلى التعبير عنها، وتتضمن هذه العملية العديد من المفاهيم المهمة التي يجب التركيز عليها بوضوح في الدراسة العلمية.

أولاً: الدور:

الدور (لغةً): يعرف الدور على أن جمعه ادوار، عاود الشيء المدار بعضه الآخر فوق بعضه وكذا هو علم الأدوار ⁽¹⁾. والدور من دار الشيء دوره ودورانا وإدارة غيره ودور به، والتدوير من شيء يعني معالجته والمداورة كالمعالجة ⁽²⁾. الدور يعني الحركة، أي الفعل والعمل، ويرتبط ارتباطاً وثيقاً بالقدرة على الحركة والنشاط، وكلمة الدور مشتقة من العبارة اللاتينية "rotula" التي تعني من جانب ورقة مطوية تحتوي على نص مكتوب، ومن جانب آخر تعبر عما يجب أن يتقنه الممثل في المسرحية، ومع حلول القرن الحادي عشر الميلادي، بدأ مفهوم الدور يتطور ليعني الوظيفة أو المهمة الاجتماعية والمهنية التي يقوم بها الفرد في المجتمع ⁽³⁾.

الدور (اصطلاحاً): هو النمط من الدوافع والأهداف والمعتقدات والقيم والاتجاهات والسلوكيات التي يتوقعها أعضاء الجماعة ممن يشغل وظيفة معينة أو يحتل موقعاً اجتماعياً محدداً، ويُعبّر الدور عن السلوك المتوقع من الفرد في موقف اجتماعي معين ⁽⁴⁾. الدور هو مجموعة من النماذج الاجتماعية التي ترتبط بمكانة معينة داخل المجتمع، ويشمل مجموعة من المواقف والقيم والسلوكيات التي يحددها المجتمع لكل فرد يشغل تلك المكانة، يمثل الدور إطاراً للحقوق والواجبات والتوقعات التي يجب على

¹ - جبر مسعود، المعجم اللغوي الاحداث، دار العلم للملايين، ط ٨ ، بيروت، ٢٠٠١ ، ص ٣٤.

² - اسماعيل بن حماد الجوهري، معجم الصحاح، تقديم خليل مامون شيما ، دار المعرفة للطباعة والنشر، ط 1، بيروت، ٢٠٠٥، ص ٣٦١.

³ - صالح خليل أبو أصبع ، الإعلام والتنمية ، مؤسسة البيان للطباعة والنشر ، ط ١ ، المملكة العربية المتحدة ، ١٩٨٥ ، ص ١٢.

⁴ - محمد سعيد فرج ، مدخل في علم الاجتماع الوظيفي ، دار المعارف ، ط ١ ، الإسكندرية ، مصر ، ١٩٨٩، ص ١٤.

الفرد الالتزام بها في سياق تفاعله مع الآخرين، وهو يعكس الأنماط والسلوكيات التي يتوقعها المجتمع من أفراده حسب مواقعهم الاجتماعية المختلفة، ويرى بارسونز أن الدور يمثل جزءاً من الإطار التوجيهي العام للفرد، إذ يُنظم حول التوقعات المرتبطة بالمستوى التفاعلي، ويتدرج ضمن مجموعة من المعايير والقيم التي تحكم هذا التفاعل، بحيث تتكامل الأدوار المتعددة لتشكّل نسقاً من السلوكيات والتفاعلات المنظمة⁽¹⁾.

الدور (إجرائياً): هو مجموعة من السلوكيات والتوقعات المرتبطة بمكانة اجتماعية معينة، الدور هو مجموعة السلوكيات والتصرفات الفعلية التي يتوقع من الفرد القيام بها بناء على مكانته الاجتماعية مثل (طالب، معلم، أب، قائد)، والدور أيضاً مجموعة من التصرفات القابلة للملاحظة والقياس التي يتوقع أن يقوم بها الفرد ضمن إطار اجتماعي أو مؤسسي معين.

ثانياً: المجتمع المحلي

المجتمع المحلي (لغةً): جمع من الناس يعيشون في مكان جغرافي محدد ويشكلون وحدة اجتماعية تتفاعل فيما بينها في مجالات مختلفة⁽²⁾. المجتمع: جمع مجتمعات، والجمع يعني تجميع أفراد، أي جماعة من الناس المحلي نسبة إلى المحل، أي المكان أو الإقليم المحدد، يدل على مكانية الانتماء الجغرافي⁽³⁾. بالتالي، المجتمع المحلي لغوياً هو: جماعة من الأشخاص يعيشون ويتفاعلون ضمن مكان جغرافي، محدد تكون بينهم علاقات اجتماعية، اقتصادية وثقافية ويتشاركون قيماً ومعايير تشكل كيانا اجتماعياً موحداً، موضع الاجتماع أو جماعة من الناس مجتمعين، يتسمون بالتراكم، الاعتماد المتبادل والانسجام⁽⁴⁾.

يشير مفهوم المجتمع المحلي إلى تجمع من الأفراد يعيشون ضمن منطقة جغرافية محددة، تجمعهم أنشطة مشتركة وعلاقات اجتماعية واقتصادية وسياسية، ويشعرون بالانتماء إلى قيم وثقافة موحدة، ما يجعلهم يشكلون وحدة اجتماعية متماسكة. وقد عرّف بارسونز كمجموعة فاعلين يتفاعلون ضمن نطاق جغرافي يسمح بظهور أنشطة يومية مشتركة، بينما ركّز آخرون مثل ليندبرج و ماكيفر على أبعاد الزمان والمكان والتفاعل، وعلى الحياة المشتركة التي تميز المجتمع المحلي عن غيره، أما لويس ويرث فأكد

¹ - صادق الاسود، علم الاجتماع السياسي أسسه وابعاده، دار الحكمة للطباعة والنشر، ط 1، جامعة بغداد، ١٩٩٥، ص ٢٣١.

² - المعجم الوسيط، مجمع اللغة العربية، ط ٥، القاهرة، ٢٠١١ ص 18.

³ - عبد الهادي الجوهري، معجم مصطلحات علم الاجتماع، دار المثلث، ط ١، بيروت، ١٩٨٠، ص ١٠٥.

⁴ - رشاد احمد عبد اللطيف، تنمية المجتمع المحلي، دار الوفاء، ط ١، القاهرة، ٢٠٠٧، ص ٤٣٧.

على الطابع الجغرافي والعلاقات المتبادلة، في حين شدد أموس هاولي على أهمية التكامل النفسي والأخلاقي إلى جانب التكافل المعيشي، معتبراً أن القيم والمعايير الأخلاقية جزء لا يتجزأ من بنية المجتمع المحلي وتفاعلاته اليومية⁽¹⁾.

يشير مفهوم المجتمع المحلي إلى جماعة بشرية ترتبط بالإقامة في إقليم جغرافي محدد، وتتشترك في عادات وخصائص اجتماعية تمنحها نسقاً خاصاً من التفاعل. وقد حدّد ليندبرج بثلاثة أبعاد أساسية هي: الزمان، المكان، والتفاعل يرى ماكيفر أن المجتمع المحلي هو منطقة يعيش فيها أفراد حياة مشتركة، مثل قرية أو مدينة صغيرة، وتتميز هذه الحياة بقيم ومصالح مشتركة تجمع السكان في وحدة اجتماعية واحدة، وتتميز بخصائص تميزها عن غيرها من المجتمعات، أما لويس ويرث فقد عرّفه باعتباره وحدة اجتماعية ذات موقع جغرافي محدد، يزاول فيها الأفراد والجماعات أنشطة متبادلة ضمن نمط معيشة مشترك يقوم على الاعتماد المتبادل⁽²⁾.

يرى أموس هاولي أن المجتمع المحلي ليس مجرد شبكة من علاقات التكافل بين الأفراد، بل هو حياة مشتركة تتسم بتكامل نفسي وأخلاقي فضلاً عن التكامل المعيشي. وينبغي على الباحثين اعتبار الجوانب النفسية والأخلاقية مظاهر متكاملة، حيث ترتبط الأنشطة المعيشية والتكافلية بمجموعة من المشاعر والقيم والمعايير التي توجه سلوك الأفراد وتفاعلهم اليومي⁽³⁾.

والمجتمع المحلي (اجرائياً): هو مجموعة من الافراد يعيشون في منطقة جغرافية ويتفاعلون مع بعضهم البعض من خلال أنشطة اجتماعية واقتصادية او ثقافية ويشتركون في خدمات او مصالح مشتركة يمكن تحديدها او قياسها.

¹ - السيد عبد العاطي السيد، علم الاجتماع الحضري (مدخل نظري)، الجزء الأول، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية، 1993، ص 7.

² - محمد عاطف غيث، قاموس علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، ط 1، الاسكندرية مصر 1995 ص 154 .

³ - محمد عاطف غيث، علم الاجتماع الحضري، دار المعرفة الجامعية، ط 1، الاسكندرية، 1979 ص 17.

ثالثاً: الرعاية الصحية

الرعاية الصحية (لغةً) : الرعاية الصحية مركبة من كلمتين: الرعاية مصدر الفعل (رعى) وتعني العناية والاهتمام والحفظ والصحة اسم يدل على السلامة من المرض والاعتلال ⁽¹⁾. رعى: الرأى والعين والحرف المعتل أصل يدل على القيام على الشيء وحفظه ⁽²⁾. والرعاية الصحية في اللغة هي العناية المتواصلة بسلامة الإنسان البدنية والنفسية، وتشير إلى تعهد الحالة الصحية بالحفظ والمعالج والوقاية ⁽³⁾.

الرعاية الصحية (اصطلاحاً): هي الجهود المنظمة التي تقوم بها المؤسسات الاجتماعية والطبية بهدف الحفاظ على صحة الأفراد والحد من انتشار الأمراض من خلال الوقاية والعلاج المستمر، وتشمل الجوانب السياسية والاقتصادية والاجتماعية والبيئية إلى جانب الرعاية الطبية المباشرة، بما يضمن سلامة المجتمع من العوارض المرضية المعدية وغير المعدية ⁽⁴⁾.

الرعاية الصحية (إجرائياً): هي مجموعة من الخدمات التشخيصية والعلاجية التي يقدمها أفراد الفريق الطبي لأفراد المجتمع، سواء من خلال الطبيب في عيادته الخاصة أو في المراكز الصحية التابعة للمؤسسات الحكومية، بهدف المحافظة على صحة المرضى وتقديم العلاج المناسب لهم

يمكن تعريف الرعاية الصحية بأنها مجموعة من الخدمات الوقائية والعلاجية التي تقدمها مؤسسات الرعاية الصحية الأساسية بهدف الارتقاء بالمستوى الصحي للمجتمع، والحد من انتشار الأمراض الناتجة عن الملوثات البيئية كالمياه والغذاء غير الصالحين أو سوء التصريف الصحي، إضافة إلى حملات التحصين والتطعيم ضد الأمراض المعدية والخطيرة. ويرى تايلور أن الرعاية الصحية تمثل خدمات اجتماعية منظمة تهدف إلى تحسين أوضاع فئات معينة، وتشمل مختلف أشكال العناية المقدمة للأفراد، سواء كانت طبية، أو مرتبطة برعاية الطفولة والأمومة أو رعاية الأحداث، وتتم داخل مؤسسات متخصصة، وتأخذ شكلين رئيسيين: وقائي أو علاجي

1- برك احمد عبد الهادي ، المصطلحات الطبية باللغة العربية ، مكتبة نور العربية ، ط١ ، ص١٩٨.

2- ابن منظور، لسان العرب، دار صادر، مطبعة الميرية ، الطبعة الاولى، مصر، ١٨٨٢، ص١٥٦.

3- ابي نصر اسماعيل بن حماد الجوهري ، الصحاح تاج اللغة وصحاح العربية ، دار العلم ، ط٤ ، بيروت ، ١٠٠٥ ، ص٣٩٧.

4- علي مكاي، الجوانب الاجتماعية والثقافية للخدمة الصحية ، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٨٨ ، ص ٥٦ .

الرعاية الصحية (إجرائياً): هي مجموعة الجهود والبرامج والخدمات التي تسعى إلى مساعدة الأفراد والجماعات والنظم الاجتماعية على القيام بوظائفها واشباع حاجاتهم الضرورية⁽¹⁾. وتعرف الباحثة الرعاية الصحية إجرائياً بأنها وهي تعني قدرة المجتمع على تقديم خدمات الرعاية الصحية للأفراد داخل المستوصفات الصحية والمستشفيات، والتي يستطيع الفرد من خلال برامج الرعاية الاجتماعية والخدمات الصحية المحافظة على صحته في حدود الإمكانيات المتاحة ، وهذه الرعاية الاجتماعية تتمثل في نشر الثقافة الصحية باعتبارها توصيل الخدمات العامة التي تمس احتياجات الناس و ممارسته الاتجاهات الصحية الايجابية والسلوك السليم هو ما يؤدي إلى حفظ الصحة وحياة الأفراد وهكذا فإن الرعاية الصحية تعني إمداد أفراد المجتمع بمختلف فئاته بالخدمات الصحية والمساعدة على التخلص من العادات الخاطئة المرتبطة بالصحة والمرض والمساعدة على الوقاية من الأمراض من خلال معرفة أسبابه وكيفية الوقاية من المرض وكيفية الحصول على العلاج .

رابعاً: الاطفال

الاطفال (لغةً): هذه الكلمة مشتقة من الطفولة وهي مرحلة مبكرة من حياة الإنسان يتميز فيها بالضعف والحاجة للرعاية، والاطفال جمع طفل⁽²⁾. والطفل هو الصغير مادام ناعماً ويقال طفل رضيع وجمعه اطفال، والطفل من الناس ما دون البلوغ ويطلق على الذكر والانثى والطفل: في اللغة هو الإنسان الصغير الذي لم يبلغ الحلم، ويطلق على الذكر والانثى، وتبدأ الطفولة من لحظة الميلاد حتى البلوغ، وقد يمتد معناها وفقاً للسياق الاجتماعي والقانوني حتى سن 18 والطفل هو الكائن البشري في مراحله الأولى من النمو والتي تشمل النمو الجسدي، العقلي، الانفعالي والاجتماعي، ابتداءً من الولادة حتى بداية مرحلة المراهقة تقريباً ١٢-١٣ سنة⁽³⁾.

الاطفال (اصطلاحاً): كل الأشخاص الذين لم يتجاوز عمرهم الثمانية عشر عاماً، ما لم يكن القانون في بلدهم يحدد بلوغ سن الرشد في وقت أبكر، ويُعتبر الشخص في هذه المرحلة أقل من السن القانونية

¹ - إقبال محمد بشير وآخرون ، الرعاية الطبية والصحية للمعوقين من منظور الخدمة الاجتماعية ، المكتب الجامعي الحديث ، الاسكندرية ، ط 1 ، ٢٠٠٤ ، ص 17.

³ - سيما راتب عدنان ، تربية الطفل في الاسلام ، دار الرسالة ، مكتبة صيد الفوائد ، ط١ ، لبنان ، ٢٠٠٦ ، ص ١٧٥ .

³ - جمال الدين محمد بن كرم الانصاري ، لسان العرب ، مطبعة الاميرية ، ط١ ، القاهرة ، ١٨٨٤ ، ص ٤٠١ .

التي تمنحه كامل الحقوق والصلاحيات ⁽¹⁾. والطفل: هو المولود الذي مازال في مرحلة التكوين الجسدي والعقلي والوجدانية والاجتماعي، ويعد موضوعا للعملية التربوية التي تهدف إلى إعداده للحياة ⁽²⁾.

الأطفال (اجرائيا): الأفراد الذين لم يكتمل نموهم البايولوجي ولا يزالون يعتمدون على أسرهم ومجتمعهم لتلبية احتياجاتهم الأساسية (الاجتماعية، سيكيولوجية، الثقافية) ويتميزون بخصائص نفسية واجتماعية وجسمية خاصة

خامساً الحي الشعبي:

الحي (لغةً): يعني المكان الذي تجتمع في البيوت والشوارع والسكان وتجمع على احياء اما كلمة شعبي فشير الى ما هو مرتبط بالعامية او الشعب اي ما يعكس طبيعة الحياة البسيطة والمشاركة بين الناس دون تكلف او تفاخر وبهذا فإن التعبير (حي شعبي) يقصد به مكان سكني يعكس ثقافة الطبقات الاجتماعية المتوسطة او البسيطة ويتميز بعلاقات وثيقة بين سكانه ⁽³⁾.

الحي الشعبي (اصطلاحاً): هو منطقة سكنية تقليدية تتميز بخصائصه عمرانية واجتماعية مميزة مثل الأزقة الضيقة الدروب المتشعبة والطرز المعماري البسيط والعلاقات الاجتماعية القوية بين السكان مثل التشارك في الافراح والاتراح واحترام التقاليد والعادات وكذلك تتميز الاحياء الشعبية بوجود الخدمات المحلية البسيطة كالمقاهي القديمة والاسواق الشعبية والحرف اليدوية ⁽⁴⁾.

والحي الشعبي (اجرائيا): هو منطقة سكنية يسكنها في الاغلب اعداد كبيرة من الناس، وان مبانيها تتصل بالموروث او تبني على الطريقة التقليدية المتبعة في كل بلد.

¹ - ابن منظور ، لسان العرب ، دار المعارف ، ط٦، مطبعة بولاق ، القاهرة ، ١٩١٢، ص ٢٤٩.

² - جمال الدين محمد بن كرم الانصاري ، لسان العرب ، مطبعة الاميرية ، ط١، القاهرة ، ١٨٨٤، ص ٤٠١.

³ - الحسين علي ، الاحياء الشعبية : الخصائص والتحديات الصحية (دراسة في حي الدقي بدمشق) ، مجلة جامعة دمشق للعلوم الانسانية ، ط١، 2017 ، ص 5.

⁴ - خالد الغامدي ، فاعلية المبادرات المجتمعية في تحسين صحة الطفل في المناطق العشوائية ، مجلة جامعة الملك سعود للعلوم الصحية ، ط١، 2016 ، ص 11.

الفصل الثاني

نماذج من الدراسات السابقة والنظرية

المفسرة

المبحث الأول: نماذج من الدراسات السابقة

المبحث الثاني: النظرية المفسرة لموضوع الدراسة

تمهيد:

ان العلم بطبيعته تراكميا حيث يبدأ الباحث من حيث انتهى الآخرون لذا لا بد من معرفة لدرس هذا الموضوع وتعد مرحلة الاطلاع على الدراسات السابقة من أهم المراحل التي يمر بها البحث لذلك يجب منحها الأهمية البالغة لان الباحث يتعلم من أعمال الآخرين كيف صمموا أبحاثهم والأدوات التي استخدموها وما المناهج التي اتبعوها في جمعهم للمادة العلمية والاستفادة من النتائج التي توصلوا إليها حيث يكون الباحث على دراية بطبيعة تطور العلم الذي يدرس فيه حيث أن ذلك يعود بالفائدة على الباحث في نواحي عديدة ضمن دراسته حيث تسمح الدراسات السابقة بتكوين أكثر ثراء من المعلومات التي تعين الباحث في تحديد المفاهيم والمصطلحات العلمية و الإجرائية وكذلك تجنب تكرار الجهود المبذولة وتثري معرفة الباحث وتزيد في مجال توجيهه من حيث اطلاعه على المناهج المتبعة وأدواتها المستخدمة وصياغة فروضها ومعرفة النتائج التي تم التوصل إليها حيث أن كل دراسة تبدأ من حيث انتهت إليه الدراسات السابقة وان نتائجها تعد بمثابة نقطة بداية لدراسات أخرى تجيء بعدها بحيث تكون مرشدا و موجها ومنارا لها .

المبحث الاول نماذج من الدراسات السابقة

اولاً: نماذج من دراسات عراقية

1. دراسة عبير مهدي محسن الموسومة (الرعاية الاجتماعية المؤسسية للأيتام) (2008).

اهداف الدراسة:

1. التعرف على الخدمات الاجتماعية التي تقدم للجماعات التي لا تستطيع ان تستفيد فائدة كاملة من هذه الخدمات التي تقدمها الدولة.

2. التعرف على الرعاية المؤسسية التي تقدم للأيتام، استخدمت الباحثة مقابلة نصف موجهة كأداة لجمع المعلومات.

منهجية الدراسة: لقد اعتمدت على المنهج الوصفي وقد أجريت الباحثة دراستها الميدانية على مستوى دور الطفولة مرتبطة بدائرة الرعاية الاجتماعية على عينة تكونت من 100 طفل ذكورا وإناث ومجموعة من الباحثين المتواجدين في الدور وقت إجراء البحث وقدر عددهم ب 6. من خلال البحث الميداني اهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة:

1. اتضح أن 75 % من الأيتام كانوا راضين عن طبيعة الخدمات المقدمة لهم يقابلهم 25% لم يكونوا راضين.

2. تبين أن 81% من الأيتام كانوا راضين على نوعية الطعام المقدمة لهم في حين 19% كانوا عكس ذلك اظهر البحث تدني المستوى التعليمي للمربيات وضعف رغبتهم في هذا المجال⁽¹⁾.

3. مؤسسات الرعاية الاجتماعية تكمن أهمية هذه الدراسة في مساعدة الأطفال وتنشئتهم تنشئة سليمة. وغرس العادات والتقاليد والقيم المجتمعية في المجتمع العراقي ورعايتهم رعاية خاصة وتقديم الخدمات الصحية والثقافية والتعليمية بالإضافة إلى توفير فرص عمل واعتمدت الباحثة في بحثها على الاستمارة كأداة لجمع المعلومات تم توزيعها على عينة من مجهولي النسب الماكثين في إحدى المؤسسات الاجتماعية قدر عددهم ب 10 إناث.

¹-عبير مهدي محسن، الرعاية الاجتماعية المؤسسية للأيتام ، مجلة البحوث التربوية والنفسية، العدد 19، العراق ، 2008.

4. ان البرامج والأنشطة التي تقدم للمستفيدين هي برامج ترفيهية كالسفرات وأنشطة فنية كالحياكة والرسم والخياطة وأن هناك بعض المشاكل اليومية تعاني منها بعض البنات بسبب عدم تقديم خدمات اجتماعية كافية.

2. دراسة نهلة شاكر شهاب المفرجي الموسومة بـ (مهددات الامن الانساني للطفولة دراسة اجتماعية ميدانية في مدينة بغداد كلية الاداب (٢٠٢١)⁽¹⁾).

اهداف الدراسة:

1. تسعى الدراسة الى التعرف على دور الحروب، والإرهاب، والأزمات في تهديد الأمن الإنساني للطفل في مجتمع الدراسة.
2. تحديد العلاقة بين الفقر، والحرمان والأمن الإنساني للطفل، وتسلط الضوء على دور البيئة الاجتماعية في تهديد الأمن الإنساني للطفل في المجتمع العراقي.
3. كشف طبيعة العلاقة بين التعليم، والأمن الإنساني للطفل.
4. التعرف على دور المخاطر الصحية في تهديد الأمن الصحي للطفل في المجتمع العراقي.
5. التعرف على دور العوامل البيئية في تهديد الأمن الصحي للطفل في العراق.

منهجية الدراسة:

لقد اعتمدت الدراسة على منهج المسح الاجتماعي، واستعملت بعض الأدوات المنهجية مثل الاستبانة، والمقابلة، والملاحظة، ودراسة الحالة لتطبيقها على مجتمع الدراسة، الذي ضم أولياء أمور الأطفال في المناطق الهامشية، على عينة مكونة من (٥٠٠) مبحوثاً ومبحوثة.

اهم النتائج التي توصلت اليها الدراسة:

1. ان أغلب أسر عينة الدراسة فقدوا أحد اطفالهم بسبب تدهور الوضع الأمني بعد عام ٢٠٠٣ م.
2. إن أغلب أسر العينة لديهم اطفال يعملون خارج المنزل بسبب ضعف الحالة الاقتصادية.

1- نهلة شاكر شهاب المفرجي ، مهددات الامن الانساني للطفولة دراسة اجتماعية ميدانية في مدينة بغداد كلية الاداب (٢٠٢١) رسالة ماجستير غير منشورة .

3. إن نسبة (٤٢,٦%) من العينة كان شعورهم الى حد كبير جداً بأن الفقر يترك آثار سلبية في حياة الأطفال، واستقرار أمنهم الانساني.

4. من أهم مهددات الأمن الاجتماعي للطفولة التفكك الأسري الطلاق الانفصال، الزواج المبكر.

5. إن شحة وطبيعة العلاج هي من أكثر المخاطر الصحية التي تهدد الأمن الانساني للطفولة.

3. دراسة امنة يوسف محمد شلش الموسومة (الامن الصحي وفقير الاطفال في المجتمع الريفي دراسة اجتماعية ميدانية في محافظة بغداد) (٢٠٢٣)^(١).
اهداف الدراسة:

1. تسعى الدراسة إلى التعرف على مدى تحقيق الأمن الصحي للأطفال، وبناء مجتمع صحي خال من الأمراض قادر على الصمود،
2. مواجهة التحديات الصحية العالمية والتغيرات المناخية والسياسية من تعزيز أنظمة الصحة العامة، الرعاية الصحية ومن التعرف إلى واقع الأمن الصحي وفقير الاطفال في المجتمع الريفي في العراق،
3. التعرف إلى المهددات الأمنية والاقتصادية والاجتماعية والبيئية للأمن الصحي في المجتمع الريفي ، والتعرف على مدى زيادة الوعي الصحي والثقافي للأفراد في المجتمع الريفي، ووضع المقترحات المناسبة التي من شأنها أن تسهم في مواجهه التحديات التي تواجه الأمن الصحي في تحقيق الرعاية الصحية اللازمة للأطفال في المجتمع الريفي.

منهجية الدراسة:

اعتمدت الدراسة على استخدام منهج المسح الاجتماعي لتحقيق أغراض الدراسة، فضلاً عن استعمال أدوات جمع البيانات منها المقابلة عن طريق الأسئلة المقننة الموجهة الى عدد من اهالي الأطفال في المجتمع الريفي، والاستبانة ، وتحددت عينة الدراسة بعدد من الأفراد بلغ عددهم (٢٠٠)
مبحوثاً من سكان المجتمع الريفي في محافظة بغداد، وتم استعمال الوسائل الإحصائية للوصول الى

¹ - امنة يوسف محمد شلش، الامن الصحي وفقير الاطفال في المجتمع الريفي دراسة اجتماعية ميدانية في محافظة بغداد، (٢٠٢٣).

تحقيق الأغراض التي تسعى اليها الدراسة ، إذ يتم اللجوء لمنهج المسح الاجتماعي من دراسة ظاهرة اجتماعية موجودة في الوقت الحاضر ، إذ يُطبق هذا المنهج على مجاميع كبيرة من السكان .
اهم النتائج التي توصلت اليها الدراسة:

1. لم يتحقق الأمن الصحي للأطفال في المجتمع الريفي.
2. هناك علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الأمن الصحي، وفق الأطفال في المجتمع الريفي في بغداد.
3. إن الأمن الصحي في العراق غير قادر على تلبية الحاجات الاساسية في الريف
4. هناك عوامل تهدد الأمن الصحي، ومؤثرة في المجتمع الريفي.
5. تأثير الفقر الصحي متعدد الأبعاد في الأمن الصحي، وصحة الطفل في المجتمع الريفي.

ثانيا: نماذج من دراسات عربية

1. دراسة محمداتني شهرزاد الموسومة (الرعاية الاجتماعية في مجال الصحة) (2005) ⁽¹⁾.

اهداف الدراسة:

1. محاولة معرفة أنواع وأساليب الرعاية الصحية للأمومة والطفولة بالجزائر ومن خلال هذا البحث.
 2. دراسة العوامل الاجتماعية والثقافية والاقتصادية التي تؤثر على مدى الوصول الى الرعاية للاطفال.
 3. تقييم العلاقة بين جودة الرعاية المقدمة والبنى الاجتماعية (الاسره والمجتمع).
- منهجية الدراسة: اعتمدت الباحثة في دراستها على المنهج الوصفي التحليلي الذي يقوم على الرصد والمتابعة الدقيقة للظاهرة أو حدث معين. تتضمن هذه الدراسة العينة العشوائية المتكونة من 100 مبحوثة على مستوى مراكز الدراسة أما فيما يخص التقنيات المنهجية لجمع المعلومات والبيانات منها الملاحظة الشخصية والاستمارة

اهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة:

1. في دور الرعاية الاجتماعية في المجال الصحي فعلى مستوى جميع مراكز الدراسة لا يوجد اهتمام بالجانب الاجتماعي والاقتصادي للأسرة في المجال الصحي

¹ - محمداتني شهرزاد الرعاية الاجتماعية في مجال الصحة رسالة ماجستير تخصص علم الاجتماع العائلي، قسم علم الاجتماع، كلية العلوم الاسلامية والاجتماعية ، جامعة الحاج لخضر ، باتنة ، 2005.

2. لا يوجد مشرفين على هذا الجانب يحاولون دراسة وبحث مختلف تلك الجوانب وأخذها بعين الاعتبار في مجال تقديم الرعاية الصحية للأم والطفل بصفة خاصة.
2. دراسة بونيقية نصيرة (الاساليب المتبعة من طرف الأسرة في الرعاية الصحية للطفل في مرحلة الطفولة المبكرة) (2013)⁽¹⁾.

اهداف الدراسة :

1. تقييم الحالة الصحية للاطفال في المنطقة بما فيه معدلات الامراض والتغذية
2. زيادة الوعي بين السكان حول اهمية الرعاية الصحية
3. تعزيز التعاون بين الجهات المعنية (المؤسسات الصحية، المنظمات الغير الحكومية، المجتمع المحلي) لتوفير رعاية افضل للاطفال.

منهجية الدراسة : تم استخدام، المقابلات والملاحظات لجمع المعلومات من الاسر وتحليل النتائج باستخدام ادوات الاحصاء والتحليل النوعي من خلال المعالجة النظرية والإمبريقية لموضوع الدراسة، الذي تناول الأساليب المتبعة من قبل الأسرة في الرعاية الصحية للطفل في مرحلة الطفولة المبكرة.

اهم النتائج التي توصلت اليها الدراسة :

1. كشفت معطيات الدراسة الميدانية، من خلال المعالجة الكمية للبيانات المجمعة، أن أغلبية الأسر تتبع الأساليب الشعبية التقليدية التي توارثوها عبر الأجيال في رعاية الطفل وعلاجه، أكثر من اتباعها الأساليب الحديثة المبنية على أسس وأبحاث علمية متقدمة.
2. كما تبين أن مستوى التعليم للأبوين، وتركيب الأسرة، وبيئة السكن من أهم العوامل المؤثرة في اختيار نوع الأسلوب المتبع في علاج ورعاية الطفل.
3. أظهرت النتائج أن الأساليب الحديثة هي الأكثر نفعًا وإيجابية للطفل، سواء في الجوانب الوقائية أو العلاجية.

¹ - بونيقية نصيرة، الاساليب المتبعة من طرف الأسرة في الرعاية الصحية للطفل في مرحلة الطفولة المبكرة ، ط 1 ، جامعة الحاج خضر باتنة ، الجزائر ، المسيلة ، ٢٠١٣.

3. دراسة عبد الكريم بلعزوق تحت عنوان: "سياسة الرعاية الاجتماعية للأطفال المهمشين في الجزائر دراسة ميدانية بمراكز حماية الطفولة بولاية سطيف و برج بوعريريج (2021/2022)"⁽¹⁾.
اهداف الدراسة :

1. تهدف الدراسة إلى تقويم جدوى سياسة الرعاية المعتمدة في مجال رعاية الطفولة المهمشة داخل المؤسسات المخصصة لتحقيق أهداف الرعاية والإدماج الاجتماعي.
2. الكشف عن مدى إسهام سياسة الرعاية الصحية والاجتماعية المعتمدة في الجزائر في إشباع حاجات الأطفال المهمشين وتحقيق اندماجهم الاجتماعي.

منهجية الدراسة :

اعتمد الباحث على المنهج الوصفي، مستخدماً عدة أدوات لجمع البيانات، من بينها: الاستمارة الموجهة للأطفال، المقابلة نصف الموجهة، الملاحظة العلمية البسيطة، وتحليل الوثائق والسجلات.

اهم النتائج التي توصلت اليها الدراسة :

1. خلصت النتائج إلى أن سياسة الرعاية الاجتماعية المطبقة في الجزائر تسهم بفعالية في تلبية الحاجات الإنسانية للأطفال المهمشين، وذلك من خلال الخدمات الصحية، النفسية والاجتماعية المتوفرة داخل مؤسسات الرعاية.
2. أثبتت هذه الخدمات قدرتها على إشباع احتياجات الأطفال بنسبة كبيرة وبمستوى جيد.

¹ - عبد الكريم بلعزوق تحت عنوان: سياسة الرعاية الاجتماعية للأطفال المهمشين في الجزائر دراسة ميدانية بمراكز حماية الطفولة بولاية سطيف و برج بوعريريج (2021/2022).

ثالثاً: دراسات اجنبية

1. دراسة باربرا دويسون وسوميدلتون وآلان بيردسورث الموسومة (اثر إعاقة الطفولة على الحياة الاسرية) (٢٠٠١) ⁽¹⁾.

اهداف الدراسة:

1. استكشاف التكاليف المالية الإضافية للأسرة مع وجود طفل من ذوي الإعاقة اضافة الى قضايا أخرى ذات صلة فيما تفرضه الإعاقة على الاسرة على سبيل المثال العلاقات الاجتماعية واضطراباتها.
2. دراسة المتاعب النفسية للوالدين ومسؤولية التربية.

منهجية الدراسة :

تم اختيار العينة من أربع مناطق وشملت ليستر شاير، وديرشاير، وبرمنغهام، ونوتنجهامشير) اعتمد الباحثون على منهج المسح الاجتماعي وكانت ابرز الأدوات المستخدمة في هذه الدراسة (الاستبانة) من خلالها حاول الباحثون الالمام بشكل اكبر في الموضوع الحالي والوصول الى نتائج يمكن تخرج فيما بعد بتوصيات تساعد هذه الاسر في حل نفقاتها المالية والمعاناة الآخر التي تبعت هذه الإعاقة، العينة شملت (٢٧٣) عائلة وتم الاعتماد على صندوق الاسرة الائتماني (FFT) للتعرف على هذه الأسر وتم الاعتماد على الوسائل الإحصائية اهمها النسبة المئوية والوسيط والوسط الحسابي في استخراج نتائج الدراسة.

النتائج التي توصلت اليها الدراسة:

1. غالبية الأسر المشاركين من الفئات الاجتماعية والاقتصادية الدنيا، وكانت (٥٠%) من العائلات تتلقى مخصصات، بينما شكلت ما بنسبة (٣%) لم تتلقى أي دعم اخر باستثناء اعانة الطفل وهذا الدعم غير متوافق مع المعاناة التي تواجهها الاسرة، لذلك كانت تسع من بين عشر عائلات تطالب بعلاوة معيشية.

2. ان ثلاثة ارباع المشاركين لم يكن لديهم عمل بنسبة بلغت (٧٥%)، و (١٨) عملوا بدوام جزئي، بينما (٧%) وجدوا عمال وبدوام كامل وقد سجل ما مجموع ١٨٢ من الالباء والامهات على انفاقهم على السلع والخدمات في سن المدرسة لأطفالهم ذوي الإعاقة، اذ بلغ الانفاق في

¹ - Barbara,D,et al. The impact of childhood disability on family life, published Joseph Rowntree Foundation, ENGLAND,2001.

سن المدرسة ما نسبته (٦٥%) من مجموع الانفاق، و (٣٢) كان الانفاق بعد هذا السن، وقسم هذا الاتفاق بين الألعاب الكتب اجهزة الكمبيوتر والملابس وحاجات أخرى أكثر أهمية التي تتعلق بالأطفال، وان متوسط المبلغ المنفق على هذه العناصر كما أجاب الإباء هو (١٨.٦٨) جنيها استرلينا.

3. الكيان العام للأسرة أصبح أكثر توتراً اذ واجهة الإباء صعوبة في التكيف مع وجود حالة إعاقة، بينما شكل بعداً اخر بالنسبة للامهات وعلاقاتهن مع المجتمع أصبح أكثر توتراً من قبل مع زيادة في التفكير في إعاقة ابنائهن مع مسؤولية التربية مع متاعب أخرى التي قد عانت منها الاسر بالكامل وهو العيش في بيئة فقيرة ونقص الدعم المالي.

2. (دراسة كراوس ماكلسن الموسومة بداية صحية لحياة صحية ثقة الطعام) (2011) ⁽¹⁾. اهداف الدراسة:

1. تعليم الأطفال الغذاء الصحي في مرحلة الطفولة المبكرة، انطلاقاً من أهمية الغذاء في كافة نواحي حياة المجتمع،
2. تشكيل عادات أكل صحية لضمان نمو عقولهم وأجسامهم بشكل سليم وقوي.

منهجية الدراسة :

اعتمدت الدراسة على استخدام منهج المسح الاجتماعي واستعمال ادوات جمع البيانات والاستبانة وقد تم استعمال الوسائل الاحصائية للوصول الى تحقيق الاهداف التي تسعى اليها الدراسة .
اهم النتائج التي توصلت اليها الدراسة :

1. أظهرت نتائج الدراسة أن الأطفال لا يحصلون على الأنواع الصحية والمواد الغذائية اللازمة بشكل كافٍ، حيث لوحظ نقص في استهلاكهم للفواكه والخضروات.
2. كما بينت الدراسة أن العادات الغذائية غير السليمة تسهم في زيادة معدلات الإصابة بمرض السكري وأمراض القلب وبعض أنواع السرطانات، وفقاً لجمعية القلب الأمريكية عام 2007، في حين يتجه الأطفال إلى تناول الحلوى والمشروبات الغازية ورقائق البطاطس غير الصحية.

¹ - Krause. Mikkelsen. The Food trust. The kindergarten. thealthystart toahealthy life. 2007.

3. دراسة تكستورمارتن الموسومة (أهمية الخبز اليومي في حياة الاطفال) (2012)

اهداف الدراسة :

1. معرفة أهمية الخبز اليومي والمواد الغذائية في حياة الاطفال في الأسرة الألمانية من خلال التعرف على معدلات الاستهلاك وكمية إهدار الغذاء .
2. معرفة نوع الغذاء وقيمه في صحة الأسرة

منهجية الدراسة : اعتمدت الدراسة على استخدام منهج المسح الاجتماعي واستعمال ادوات جمع البيانات منها المقابلة والاستبانة.

اهم النتائج التي توصلت اليها الدراسة :

1. ان شراء الاطعمة الجاهزة التي تقتد الى طعم الطبيعة تؤثر بشكل سلبي على صحة الإنسان فهي تحتوى على الكثير من الدهون والسكريات والأصباغ بالألوان الجاذبة.
2. قد تخلصت الأسر الألمانية من ٦,٧ مليون طن مواد غذائية في القمامة بقدر قيمتها ٢١,٦ مليار يورو بما يوازي ٢٣٥ يورو للفرد الواحد.
3. توصلت الدراسة إلى ضرورة التخطيط المسبق للتسوق والحصول على الكميات المناسبة للأسرة والاهتمام بوجبات صحية للأسرة.
4. ضرورة تمتع الأطفال بتناول الغذاء الصحي من خلال تذوق الحواس وقيامهم برحلات ميدانية للنباتات والأشجار ومشاهدة المطر ومراقبة تطور النباتات والطيور وترك الأطفال يعدون الأطعمة بأنفسهم تحت رقابة الكبار من خلال ذلك يستطيع الأطفال اكتساب ثقافة صحية في تناول الغذاء واستهلاكه وعدم إهداره⁽¹⁾.

1. دراسة هيلجا بيورنوي، الموسومة بـ (صحة الطفل ورعاية الأطفال الصغار جداً في بوليفيا وكولومبيا وبيرو) (٢٠١٧)⁽²⁾.

اهداف الدراسة:

1-Textor,Martin,kindergarten,why Children need to play in School Alliance for Childhood,2012.

1-Helga Bjornøy (2017), *Child Health and the Care of Very Young Children in Bolivia, Colombia, and Peru*.

1. دراسة المصادر الاجتماعية المختلفة والضغوطات المتعلقة بصحة الطفل ورعاية الطفل، وبدرجات مختلفة، مع الأخذ بالحسبان الاختلافات في مكان الإقامة، وعمر الطفل وجنسه على وجه التحديد الاتجاهات الخاصة بالمجموعة في الحالة التغذوية للطفل، ودور تعليم الأم، ونطاق اتخاذ القرار، وثروة الأسرة لرعاية الأطفال، وكان التركيز على IPV من أجل صحة الطفل بصورة عامة .
2. تقييم الاختلافات في صحة الطفل، ورعاية الطفل بوساطة مجموعة من التحديات الاجتماعية على مستويات السياق، والموارد في دولة بوليفيا المتعددة القوميات بوليفيا فيما بعد، وجمهورية كولومبيا (فيما يلي كولومبيا وجمهورية بيرو فيما يلي بيرو).
3. رعاية الطفل وصحة الطفل ونموه بمثابة نقطة النهاية النهائية له.
4. استكشاف كيفية تطور مظهرين من مظاهر صحة الطفل ونموه، وهما إنتشار التقزم ، وزيادة الوزن بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 0-59 شهراً في بيرو في المدة 1991-2011.
5. استكشاف إلى أي مدى ترتبط عوامل مستوى موارد الأم برعاية الطفل الشاملة في المناطق الحضرية، والريفية واللفئات العمرية المختلفة. وكان التركيز بصورة خاصة على دور موارد الأم في توافر ممارسات رعاية الطفل الموصى بها، والتي يتم قياسها بوساطة مؤشر موجز لرعاية رعاية الطفل.

منهجية الدراسة:

اعتمدت هذه الأطروحة على ثماني جولات من المسح الديموغرافي، والصحي الذي تم جمعه في بيرو) المسوحات السكانية والصحية هي مسوحات أسرية تمثيلية على المستوى الوطني يتم إجراؤها في أكثر من 90 دولة منخفضة، ومتوسطة الدخل في أنحاء العالم جميعها، وتجمع المعلومات المتعلقة بالخصوبة، وتنظيم الأسرة وصحة الأم والطفل والجنس وفيرس نقص المناعة البشرية الإيدز والملاريا والتغذية (224)، ويتم جمع البيانات التعاون بين المؤسسات الحكومية وغير الحكومية، وللحصول على عينات تمثيلية على المستوى الوطني، وتستخدم المسوحات الصحية الوطنية تصميماً عنقودياً طبقياً لأخذ العينات على مرحلتين مع إختيار عشوائي متساو في الاحتمال. واستناداً إلى إطار العينة الرئيسة الوطنية، إذ استخدمت الأوراق في هذه الأطروحة مجموعة من البيانات من مستويات الأسرة والمرأة والطفل. في سياق تاريخ المسح الديموغرافي والصحي، وتم تعديل الاستبيانات من جولة مسح إلى جولة مسح أخرى، ومن ثم فإن مجموعات المتغيرات ليست متطابقة على مر السنين.

نتائج الدراسة:

1. إنَّ تعميم حالة توافر صحة الطفل، ورعايته من المستوى الوطني إلى مستوى المجموعة الفرعية يمكن أن يكون مضللاً.
2. لا يزال النهج الاجتماعي البيئي للبحث في مجال رعاية الطفل، والقضايا الصحية ذا أهمية، لأنه من هذه الدراسة يسهل الكشف عن الاختلافات الاجتماعية، والسياقية المهمة في رعاية الطفل وصحة الطفل.
3. تعد بيانات المسوحات الصحية الوطنية ذات قيمة كبيرة في تقييم الاتجاهات الزمنية وارتباطاتها بصحة الطفل، ولكن ينبغي توسيع مجموعتها من أسئلة رعاية الأطفال، والتحقق من صحتها على نحو أكبر لتسهيل إجراء تحليلات أكثر شمولاً للاتجاهات، والارتباطات المتعلقة برعاية الأطفال في المزيد من بلدان المسوحات الصحية الديمغرافية.
4. ووضع مقياس شامل لرعاية الطفل لتقييم توافر رعاية الطفل في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل وتؤكد الحاجة إلى تحسين نطاق وجودة البيانات المتعلقة برعاية الأطفال. ينبغي أن تزيد الأبحاث المسحية قياس رعاية الطفل كأولوية. وينبغي تطوير، واختبار وموازنة الأساليب المختلفة لتصوير رعاية الطفل، وقياساتها، وتحليلها.

تعقيب على الدراسات السابقة:

للاستدلال السابقة أهمية كبيرة لدى كافة الباحثين أو المؤسسات التعليمية والمؤسسات البحثية عند القيام بأي بحث علمي حيث يستفيد من هذه الدراسات الباحثون، إذا كانت تتعلق بمواضيع بحوثهم أو تقترب منها في الإجابة على تساؤلات الدراسة وصياغة فروضها وتحقيق أهدافها ومن خلال ذلك يتوصل الباحثون إلى نتائج واستنتاجات ومقترحات قد تسهم في إثراء مواضيع بحوثهم التي من شأنها أن تعوض النقص الحاصل في الدراسات التي سبقتها، ومن خلال استقراء الباحثة للدراسات السابقة تمكنت من الخروج بما يأتي:

1. من حيث الأهداف تلاحظ الباحثة تنوع واختلاف أهداف الدراسات السابقة بحسب التوجهات النظرية ومشكلة الدراسة.
2. من حيث المناهج المتبعة في الدراسة نلاحظ أن معظم الدراسات اتبعت المنهج الوصفي التحليلي وذلك لرصد الرعاية الصحية للأطفال ودور المجتمع والعادات والتقاليد ورأس المال على صحة الطفل.

3. من حيث الادوات في الدراسات السابقة رأَت الباحثة أن الدراسات السابقة قد اعتمدت على الاستبيان كأداة للوصول إلى أهداف الدراسة.
4. بالنسبة للنتائج المتحصلة توصلت الباحثة من خلال اطلاعها على الدراسات السابقة إلى عدة نتائج وهذا ما يوحي إلى أهمية الدراسة الحالية.
5. لاحظت الباحثة أن هناك حاجة ماسة لتعزيز السياسات والبرامج الداعمة للأطفال وخاصة المهمشين لضمان حصولهم على الرعاية الأساسية
6. ان الوعي الغذائي وبناء عادات غذائية صحية يساهم في تحسين صحة الأطفال وثقتهم في اختيار الطعام الاهتمام بالمواد الغذائية الأساسية وتوزيع الغذاء اليومي يحد من سوء التغذية ويعزز الوقاية الصحية اختلفت الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في أمور عدة منها:
1. من حيث العينة ومجتمع الدراسة تنوعت هذه الدراسة إذ اعتمدت على المجتمع المحلي في منطقة الدراسة.
2. وقد اختلفت الدراسة عن الدراسات السابقة في تركيزها المباشر على دور المجتمع المحلي في توفير الرعاية الصحية للأطفال في مدينة الديوانية حيث تناولت الواقع الصحي والاجتماعي بينما ركزت الدراسات السابقة في الأغلب على نطاق أوسع على الجوانب المؤسسية والصحية العامة دون التعمق في دور المجتمع.
3. تسعى هذه الدراسة إلى ربط المجتمع المحلي بالسياسات الصحية الرسمية وهذا الجانب لم يتم التركيز بشكل كامل في الدراسات السابقة.

أوجه التشابه بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة:

تتشابه الدراسة الحالية مع الدراسات سابقة في تركيزها على دور المجتمع والأسرة في رعاية الأطفال، فدراسة عبير مهدي (الرعاية الاجتماعية المؤسسية للأيتام) ودراسة إسعاد راضي (الرعاية الاجتماعية لمجهولي النسب) ركزت على حماية الأطفال وتقديم الدعم الاجتماعي لهم، بما يتقاطع مع هدف الدراسة الحالية في توفير الرعاية الصحية للأطفال في مدينة الديوانية، كما تؤكد دراسة بونيقه نصيرة (الأساليب المتبعة من طرف الأسرة في مرحلة الطفولة المبكرة) ودراسة محمداتي شهرزاد (الرعاية الاجتماعية في مجال الصحة) على أهمية الأسرة والمجتمع في تلبية احتياجات الطفل الصحية، وهو محور مشابه للدراسة الحالية. بالإضافة إلى ذلك، تبرز دراسة عبد الكريم بلعزوق (سياسة الرعاية

الاجتماعية للأطفال المهمشين في الجزائر) ودراسة كروس مايكلسن الدور المؤسسي والمجتمعي في تحسين جودة حياة الأطفال، وهو ما يعكس الهدف الإنساني والاجتماعي المشترك مع الدراسة الحالية وتتشابه الدراسة الحالية مع دراسة مارتين تكستور في تأكيدها على أهمية التغذية اليومية للأطفال ومع دراسة باربرا دويسون في الاهتمام بتأثير الظروف الصحية والاجتماعية للطفل على الأسرة والمجتمع.

المبحث الثاني

النظرية المفسرة لموضوع الدراسة

تُعد النظرية العلمية ركناً أساسياً في البحث العلمي، سواء تعلق الأمر بدراسة الظواهر الطبيعية أو الإنسانية، إذ يوليه الباحثون أهمية خاصة في تحديد هوية أي علم. بل إن بعضهم يرى أن دور النظرية يتجاوز دور المنهج العلمي، باعتبار أن المنهج مشترك بين مختلف العلوم، في حين تمثل النظرية الإطار الذي يحدد موضوع العلم وينظم عملياته وأدواره وسماته، كما هو الحال في علوم كعلم النفس وعلم الاجتماع⁽¹⁾.

فهي إذن تعد النظرية نقطة البدء، حيث تمد الباحث بإطار تصوري يمهد له الطريق لجمع معطياته وتنظيمها وتحديد ما بينهما من ارتباطات، وتداخلات فالبحث العلمي بدون نظريات يعطينا نتائج صماء لا قيمة لها إن الدراسة الراهنة وفي إطار تحليلها لدور المجتمع المحلي في توفير الرعاية الصحية للأطفال والتي تربطها علاقة متماسكة لا يمكن فصلها عن بعضها البعض وذلك نظراً لتداخلها وأيضاً تكاملها الأمر الذي يجعل بطبيعة الحال كلا منها مكملًا 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 أنها يمكن الاستعانة بمفاهيمها وفرضيتها في تحليل موضوع الدراسة.

النظرية البنائية الوظيفية:

حيث تمثل هذه النظرية واحدة من الأركان الأساسية في علم الأنثروبولوجيا وعلم الاجتماع وأحياناً يطلق عليها الوظيفية حيث تحاول هذه النظرية شرح كيف يتم خلق العلاقات بين مكونات المجتمع ثم الكيفية التي تؤدي بها وظائفها، وهي تركز على النظام الاجتماعي والبناء أو الهيكل والوظيفة في المجتمع، ويتخذ هذا الاتجاه أسماء مختلفة أهمها الوظيفية والاتجاه الوظيفي والبنائية الوظيفية، وتسمى هذه النظرية بالبنائية الوظيفية لاستخدامها مفهومي البناء structure والوظيفة function في تحليل

¹ - عبد الباسط عبد المعطي اتجاهات نظرية في والفنون والآداب ، الكويت ، أغسطس ١٩٨١، ص ١٠-١١.

المجتمع من خلال مقارنته بالكائن العضوي أو الجسم الحي⁽¹⁾. فالاتجاه الوظيفي يؤكد ضرورة تكامل الأجزاء في إطار الكل، أو ما يطلق عليه في بعض الأحيان تساند الأجزاء⁽²⁾.

وترى النظرية الوظيفية البنائية المجتمع على أنه نظام معقد أجزائه تعمل سوياً للنهوض بالتضامن والاستقرار، وهي تنص على أن حياتنا الاجتماعية يوجهها هيكل أو بناء اجتماعي يتصف بالاستقرار وعبرة عن أنماط مستقرة من السلوك الاجتماعي، ويتم فهم البناء الاجتماعي من ناحية الوظيفة الاجتماعية والتي هي لعمليات المجتمع، وجميع الهياكل الاجتماعية تسهم في تشغيل المجتمع، ويؤكد الجانب الوظيفي في هذه النظرية على الدور الذي يلعبه كل مكون في النظام الاجتماعي حيث يقترح المنظور تبعات البنائي صورة للمجتمع حيث يشعر فيها الأفراد أنهم مقيدون بفعل القوى الاجتماعية والخلفية الاجتماعية والعضوية في الجماعات، والكبار من علماء الاجتماع أمثال أوجست كومت August Comte وامييل دور كايم Emile Durkheim و هيربرت سبنسر Herbert Spencer والأمريكيون المشاهير مثل تالكوت بارسونز Talkot Parsons وروبرت ميرتون Robert Merton هم من أنصار هذه النظرية⁽³⁾.

كما تنظر النظرية الوظيفية البنائية للمجتمع على أنه بناء استاتيكي جامد بل وتؤكد على تكرار الأنماط والإسهامات الوظيفية التي تقدمها عناصر متشابهة من النظام وهذا الميل للتركيز على الخصائص المستقرة بالنظام الاجتماعي يمثل نظرة أحادية للخصائص الديناميكية للمجتمع⁽⁴⁾. والبنائية الوظيفية تمثل أكثر النظريات السوسيولوجية المعاصرة شيوعاً ليس فقط في المجتمعات الأوروبية والولايات المتحدة بل أيضاً في كثير من بلدان العالم ومنها البلدان النامية⁽⁵⁾.

¹ -عبد الباسط عبد المعطي اتجاهات نظرية في علم الاجتماع، مصدر سابق ، ص151.

² - نيقولا تيماشيف ، نظرية علم الاجتماع طبيعتها وتطورها ترجمة محمود عودة وآخرون، دار المعارف ،القاهرة 1983 ص ٣٢ .

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

⁴ - Mark .Beeman. A Sociological Interpretation of Aminata Sow Fall's The Beggars Strike.Contributions in Black Studies. Vol.9.1992. Art. 12. p.p 163-164.

⁵ - طارق السيد، علم اجتماع التنمية الإسكندرية، مؤسسة شباب الجامعة الاسكندرية، ٢٠٠٧ ، ص٥٥ .

والمنظور الوظيفي البنائي للمجتمع يقوم على أربعة مبادئ:

1. كل مجتمع عبارة عن بناء مستقر من العناصر.
2. كل مجتمع هيكل متكامل من العناصر.
3. لكل عنصر في أي مجتمع وظيفة يؤديها وهو ما يقدم إسهاماً للنظام بكامله.
4. كل هيكل اجتماعي يقوم على توافق للقيم فيما بين الأعضاء.

اما بالنسبة لدوركايم فنستشف اهتمامه بموضوع الوعي من خلال مناقشته لمفهوم الضمير الجمعي وهو يرى بأسبقية الوعي الجمعي عن الوعي الفردي⁽¹⁾. استخدم دوركايم مفهوم الضمير الجمعي للتعبير عن الوعي الاجتماعي وقد تأثر بذلك كثيرون ممن ينتمون للاتجاه المثالي في علم الاجتماع حيث استخدم بعضهم مفهوم الشعور الجمعي Collection conscience كمفهوم مساوي للوعي الاجتماعي ويعرف هذا الشعور الجمعي بأنه إدراك لوعي الأفراد في مجتمع ما بالتزاماتهم نحو العلاقات الاجتماعية بينهم وتحملهم لمسئولياتهم تجاه حل مشكلاتهم الاجتماعية وتحسين أحوالهم الاجتماعية والاقتصادية⁽²⁾. وان البنائية الوظيفية قابلت مقولة ماركس حول أن الوجود الاجتماعي للناس هو الذي يحدد وعيهم بتصور دوركايم حول الوعي الجمعي أو الضمير الجمعي الذي يعكس واقعا اجتماعيًا، دون أن تتخلى الوظيفية عن أن القيم هي العنصر الحاسم في النسق الاجتماعي، لأن المثل هي التي تشكل جوهر الضمير ذات بعد زمني وتاريخي، يجعلها أكبر مما هو في الحاضر ويمنحها قدرة على تشكيل هذا الجمعي وهي الحاضر وفقا لقوالها كما يرى الوظيفيون أن وعي البشر هو اساس سائر الأحداث الاجتماعية والوعي بالنسبة لهم يعني الروح أحياناً، و العقل أحياناً أخرباً التعبير عنه فيتم من خلال استخدام مقولات مثل الرأي العام أو الروح المعنوية أو الروح الشعبية واعتبر أوليدوف⁽³⁾.

دوركايم أن الوعي الجمعي هو المصدر الحقيقي لعقلانية سلوك الإنسان بوصفه محدداً للقواعد المنظمة للسلوك الظاهري وغايات السلوك، والتي تشكل جوهر الشخصية الفردية، ويذهب إلى القول إنه مادام نسق القيم هو المحدد لعقلانية السلوك في الواقع، فإن القيم الدينية هي التي تحدد عقلانية هذا السلوك في إطار العالم غير الواقعي الضمير الجمعي والسلوك مفروض أساساً من قبل الضمير

¹ - إحسان حفطي علم اجتماع التنمية، دار المعرفة الجامعية، مصر، ٢٠٠٤، ص ٣٥٠.

² - احمد زكي بدوي، معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية مكتبة لبنان بيروت، ١٩٩٢، ص ٨١.

³ - أ.ك. أوليدوف، الوعي الاجتماعي، ترجمة ميشيل كيلو، دار ابن خلدون، بيروت، ١٩٧٨، ص ٩٤.

الجمعي⁽¹⁾. وفي معالجته لمسألة العلاقة بين الوجود والوعي يذهب ماكس فيبر الى أن الفعل الإنساني لا يخضع لسبب واحد أو علة واحدة، ولذلك فلا يمكن تفسيره تفسيراً مباشراً، وعلى ذلك يرى فيبر انه ليس هناك فائدة من الربط بين القاعدة المادية والذهنيات حيث أنه يرى أن السبب المادي لا يؤدي إلى ذلك الوعي الذي يوصف بأنه منقوص ويرى فيبر أن حل تلك المسألة يأتي من خلال بناء ما يطلق عليه النماذج الذهنية أو الأنماط المثالية التي تساعد في فهم الواقع المادي و تكييفه وتحديد مساره⁽²⁾. اهتم بارسونز بمسألة الوعي من خلال تصويره عن العلم الذي يرى أنه يحاول أن يعيد بناء الواقع معتمداً على رموز تصويره ولا يجب الخلط بينهما وبين الواقع الملموس⁽³⁾. وظواهر المجتمع ليس لها وجود خارج وعي الأفراد و إدراكهم لها و أن الذات تحمل في طياتها كما هائلا من التفسيرات و المعاني المختلفة للموضوعات، وتعتمد في ذلك على الرموز وشبكة الاتصالات الرمزية مما يمكنه من ترجمة الذات إلى ذوات وذكريات ومخيلات الآخرين وهو ما يجعل السلوك اجتماعياً وبذلك يستطيع الفرد تجاوز رغباته وعواطفه، ويندمج مع الآخرين ومن علامات ذلك ارتداء ملابس معينة واتخاذ أسماء معينة وإتباع طريقة معينة في الحياة والتعامل وهو ما يتيح للفرد الحكم على التفاعل إن كان مرضياً أو صحياً⁽⁴⁾.

وفي النظرية البنائية الوظيفية فإن هدف أي نظام هو الحفاظ على وحدة المكونات الوظيفية بطريقة تؤدي إلى حدوث استقرار أو توازن، ولأن الأجزاء أو المكونات قد تمثل الأفراد الذين يشاركون في الحياة الاجتماعية ويشغلون أوضاع داخل النظام فإن الشبكة الاجتماعية مكونة من علاقات اجتماعية بين أفراد المجتمع وهي جميعاً وبدورهم يخضعوا لقواعد وأنماط تحكم سلوكياتهم وتعمل كمعايير توجيه وإرشاد تساعد على إعادة المجتمع إلى حالته الطبيعية بعد أن يعصف به أي اضطراب⁽⁵⁾. وبذلك فالنسق الصحي يتكون من مجموعة من الأنساق الفرعية ولكل نسق اهتمامات وأدواره المنوطة به

¹ - علي ليلة ، النظرية الاجتماعية المعاصرة ، ط 2 ، دار المعارف ، القاهرة ، 1983 ، ص 515 .

² - ارفنج اتلين ، النظرية المعاصرة في علم الاجتماع ، ترجمة : محمود عودة وابراهيم عثمان ، دار ذات السلاسل، الكويت ، 1989 ، ص 283 .

³ - روشية جي ، علم الاجتماع الامريكي :دراسة لاعمال تالكوت بارسونز، ترجمة محمد الجوهري واحمد زايد ،دار المعارف ، 1981، ص 4 .

⁴ - علي حوات ، النظرية الاجتماعية اتجاهات اساسية ، منشورات جامع الفاتح ، ليبيا ، 1997 ، ص 180.

5-Kalu N.Kalu Instituton-building,not nation-building:a structural fuctional model.

Internationa ReYiew of AdministratiYe Sciences, 2011, P,121.

ولكنهما يشتركان في تكامل النسق وأدائه لوظائفه الأساسية وهي الوظيفة الطبية. وعلى الرغم ما تحمله وظيفة استمرار النوع للمرأة من الآلام والخطورة على صحتها وحياتها إلا إنها تربطها بالطبيعة وتجعل إبداعها الممثل في إيجاد كائنات حية جديدة أقرب إلى العمليات الطبيعية، لأن المواليد في هذه السن المبكر يعتبرون كائنات طبيعية أكثر منها ثقافية. ولقد اعتبر بارسونز أن الفعل الاجتماعي (Social action) يتكون من مجموعة من العناصر المترابطة التي تتصف بنص الصفات التي يتسم بها المركب الكلي، ووحدة السلوك هي الصورة المصغرة للفعل الاجتماعي، فنسق الفعل يتحلل إلى وحدات سلوكية صغرى وتسهم القيم والمعايير في خلق درجة من الانتظام والترابط بين وحدات السلوك المختلفة المشكلة لمختلف الأفعال الاجتماعية⁽¹⁾. إضافة إلى أن بارسونز أوضح أن لانساق الفعل الاجتماعي محددات بنائية تتمثل في الأنماط الثقافية وهي تحدد هذه الأنماط من قيم ومعايير، وما تفرضه من ضوابط على سلوك الأفراد. فلا يتحول الفعل إلى سلوك عشوائي، بل يصبح فعلاً يلتزم مجموعة من المبادئ الثقافية يدمجها الفرد بداخله فتصبح ضابطة لسلوكه ومن هنا فإن خضوع الفرد لها سيكون خضوعاً طوعياً وليس قهراً⁽²⁾. ومن أبرز أنصار الاتجاه البنائي الوظيفي عالم الاجتماع الأمريكي تالكوت بارسونز، والذي يعد في الوقت ذاته من أبرز واضعي الأسس النظرية لعلم

الاجتماع الطبي غير ان ما يهم الباحثة هنا أراء بارسونز حول الصحة حيث أشار إلى أهمية الوظيفة للصحة بالنسبة للمجتمع ونظر إلى الصحة على أنها حالة من الطاقة الكاملة للفرد يستطيع في ظلها أداء أدواره التي تم تنشئته على تأديتها بصورة مثالية⁽³⁾. واعتبرها مادة اجتماعية ذات قيمة ومصدراً أساسياً لإنجاز الأفراد وتطور المجتمعات، كما نظر إلى المرض أو اعتلال الصحة على أنه يمثل حالة من عدم القدرة على القيام بالأدوار الاجتماعية (ككسب العيش، الأبوة) كما اعتبره عبئاً على المجتمع التي يستطيع المجتمع عن طريقها تقليل حجم المرض والحد بالتالي من آثاره السلبية، وكان يرى بارسونز أن كل ذلك يمكن أن يتحقق عن طريق خلق أدوار قيم تعريفها اجتماعياً ليؤديها المرضى والأطباء، فقد ادرك بارسونز أهمية الصحة كمطلب ضروري لكي يقوم النسق الاجتماعي بوظائفه على خير وجه وقد كان اهتمام بارسونز ينصب على الصلة بين احتياجات النسق الاجتماعي والصحة كقيمة ذات طابع اجتماعي، وهنا يؤكد بارسونز على أن الاهتمام البالغ الذي يمنحه المجتمع الأمريكي للصحة

¹ - أحمد زايد، الاجتماع بين الاتجاهات الكلاسيكية والنقدية، القاهرة، دار المعارف، ١٩٩٦، ص ١١٤.

² - أحمد زايد المصدر السابق نفسه، ص ١١٦.

³ - علي عبد الرزاق جلبي وحسن محمد حسن، علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ٢٠٠١، ص ٦٣.

انما يرجع لارتباطها بعدد من القيم المحورية في هذا المجتمع مثل قيم النشاط والمشاركة في الحياة العامة وفي أنشطة المحافظة على البيئة وقيم الاهتمام بالحياة الدنيوية والمصالح غير الدينية ولذلك فإن حرص الأفراد على صحتهم يعد مطلباً وظيفياً لأنه يساعد المجتمع على أداء وظائفه ويتوافق مع قيم السعي وراء التفوق والانجاز فقد كان بارسونز ينظر الى المجتمع على انه نظام اجتماعي يتكون من تراكيب اجتماعية متداخلة يلعب كلا منها وظيفة محددة وذلك للحصول على الاستقرار والتكامل لأفراده وأدوارهم الاجتماعية⁽¹⁾. ينظر أنصار الاتجاه الوظيفي إلى التنظيمات الطبية باعتبارها نسقاً اجتماعياً يتكون من أنساق فرعية متعددة، وفي الوقت نفسه يعد نسقاً فرعياً ضمن نسق أشمل هو المجتمع. ويؤكد هذا الاتجاه أن استمرار التنظيمات الطبية يتطلب تحقيق مجموعة من المتطلبات الوظيفية مثل: المواءمة، تحقيق الأهداف، التدعيم، التكامل، والكمون.

وفي الدراسات الحديثة يُنظر إلى هذه التنظيمات كأنساق صحية تتسم بتقسيم عمل خاص يميزها عن غيرها، وهو ما يمنحها خصائص في الإنجاز والفاعلية التنظيمية. وقد ركزت الدراسات الوظيفية المعاصرة على التغيرات التي تطال هذا النظام، خاصة في ظل وجود هئتين أساسيتين داخله: إدارية وطبية، لكل منهما بنيتها الوظيفية وصراعاتها. التي تؤثر على مجمل التنظيم. وفي هذا السياق، تناول جورج إي فراير في بحثه حول المهن الطبية في الولايات المتحدة الأمريكية التحولات التي طرأت على تقسيم العمل الطبي، مبيناً أن الممارسة الطبية خلال القرن الماضي كانت تتمركز حول الممارس العام، غير أن التوجه نحو التخصص الدقيق أدى إلى ازدياد أعداد الأطباء المتخصصين بشكل يفوق الحاجة الفعلية، في مقابل نقص حاد في أعداد الممارسين العامين، فضلاً عن سوء توزيع كليهما.

ويرى فراير أن هذا الوضع غير طبيعي في استجابته لاحتياجات المرضى، لغياب التوافق بين أدوار الطبيب العام والطبيب المتخصص، مما أضعف التضامن داخل النسق الطبي، نتيجة تأثير التعليم الطبي الجامعي الذي ركّز على التخصص وأهمل الرعاية الأولية، فنتجت عنه مشكلات هيكلية في التنظيمات الطبية. أما جورج فعدّ المرض ظاهرة متعددة الأبعاد قد تنتج عن عوامل اجتماعية أو بيولوجية، لكنه اعتبره في جوهره ظاهرة اجتماعية عامة تمس مختلف الفئات، وتشكل مجالاً خصباً لتطبيق المعرفة السوسولوجية ومناهج البحث الاجتماعي في ميدان الصحة والطب.

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

الفصل الثالث

دور المجتمع المحلي في توفير الرعاية الصحية للأطفال

المبحث الأول: ادوات الرعاية الصحية في المجتمع المحلي

المبحث الثاني: العلاقة بين المجتمع المحلي والرعاية الصحية

تمهيد:

تُعَدّ الصحة حقًا أساسيًا من حقوق الإنسان وهدفًا اجتماعيًا عالميًا، وتشكل الرعاية الصحية المدخل الرئيسي لضمان تمتع جميع المواطنين بمستوى صحي يسمح لهم بالعيش حياة منتجة على الصعيدين الاجتماعي والاقتصادي، وهو هدف رئيسي للحكومات ومنظمة الصحة العالمية، وتعتبر الأنظمة الصحية، بما تقدمه من خدمات علاجية ووقائية، عنصرًا أساسيًا في تحقيق التنمية البشرية والاجتماعية والاقتصادية، إذ يُنظر إلى الإنفاق على هذه الخدمات باعتباره استثمارًا مباشرًا في رأس المال البشري، أحد العناصر الرئيسة للإنتاج، وفي هذا الفصل، سيتم تناول موضوع التوعية الصحية، والتعرف على أهميتها، إلى جانب دراسة دور العيادات المتنقلة في تقديم الخدمات الصحية، وأهمية التلقيح للأطفال كأحد الأسس الوقائية للحفاظ على صحتهم.

المبحث الأول

دور المجتمع المحلي في توفير الرعاية الصحية للأطفال

ادوات الرعاية الصحية في المجتمع المحلي للأطفال

1. التوعية الصحية

يعد القضاء على حواجز الجهل والمفاهيم الخاطئة عن الصحة والمرض أمراً هاماً حيث يستوجب ذلك عرض المعلومات الصحية بطريقة يمكن للفرد والمجتمع استيعابها بسهولة وذلك يؤدي الى تحمل الفرد مسؤوليته عن الرعاية الصحية اكثر من الاعتماد على مقدمي الخدمة الصحية حيث يهتم القائمون على التثقيف الصحي بتصميم برامج لتعريف افراد المجتمع بالعادات الصحية السليمة وانماط الحياة الجيدة التي تضمن لهم التمتع بصحة إيجابية وتمكنهم من المشاركة في نمو وتطور المجتمع، كما تعرفهم بعوامل الخطر والممارسات الخاطئة والاحطار التي تهدد الصحة وهذا يؤدي الى مساعدة افراد المجتمع في صون صحتهم وحمايتهم من الامراض السارية وغير السارية كما تخلق بيئة اجتماعية مشجعة على السلوكيات الصحية وان ذلك يتم عن طريق فهم الافكار والدوافع والقيم التي تؤدي الى سلوكيات صحية والتي قد تكون نافعة او ضارة ومن ثم يتم التعامل مع الافراد وتطبيق الاساليب العلمية لإقناع الاشخاص بالتخلي عن الأفكار او الاتجاهات التي تؤثر سلباً على الصحة والاتجاه نحو تبني السلوكيات الصحية النافعة ويمكن تحقيق هذا المبتغى عن طريق تشجيع افراد المجتمع وحثهم على اتخاذ القرار بتغيير سلوكياتهم والتخلي عن السلوكيات الضارة وممارسة السلوكيات الصحية السليمة ويستلزم ذلك تحديد السلوكيات الضارة السائدة وتعليم الافراد المهارات اللازمة لتطبيق السلوكيات الصحية وتنمية الشعور بالثقة بالنفس والايمان بالقدرة على تحمل اعباء عملية التغيير⁽¹⁾.

التثقيف الغذائي يُعرف على انه العملية التي تنقل من خلالها رسائل تغذية عبر وسائل الإعلام والتواصل المباشر بهدف رفع مستوى الوعي الغذائي لدى الأفراد والمجتمعات، مع العلم بأن تأثير الإعلام في تحسين المعرفة لا يرتقي دائماً إلى تغيير السلوك الفعلي، وان الإعلانات التجارية لها قدرة كبيرة على تعديل عادات التغذية خاصة تناول الوجبات السريعة مقارنة بوسائل التوعية الصحية التقليدية أن التوعية وحدها غير كافية، بل يجب تحفيز تغيير السلوك الغذائي بدمجها باستراتيجيات

¹-أميمة كامل السلاموني ، التوعية الصحية دليل العاملين في مجال الرعاية الصحية ، المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية ، ط1، دولة الكويت ، ٢٠١٩، ص ٦.

وقائية ومجتمعية تشمل خطط تغذية وطنية مرسومة ومدعومة بالبيانات المحلية (1). وبما ان الصحة هي حالة اكتمال السلامة الجسدية والنفسية والاجتماعية وليس مجرد غياب المرض فإن التوعية الصحية أداة رئيسية للوقاية اقبل العلاج من خلال تحفيز السلوكيات الصحية وتعزيز الوقاية الفردية والمجتمعية عن طريق شرح طرق انتقال العدوى وأهمية التطعيم والتعقيم والتهوية الجيدة والتنبيه إلى الأمراض المنقولة عن طريق الماء والطعام، كذلك تسليط الضوء على اضرار التدخين على الجهاز التنفسي أو المخدرات على الصحة الجسدية والعقلية، وايضا من الضروري جدا التثقيف حول طرق التعامل مع الجروح، النزيف، الاغماء، الحروق، وتمهيد نقل المصاب إلى المستشفى المناسب (2). وان سلسلة التوعية الصحية للناشئة تمثل جسرا فعالا بين العلم والقيم وتساعد الاطفال على اعتماد أسلوب حياة صحي منذ الصغر وفهم الربط بين الصحة والدين وتمنية وعي ذاتي بالوقاية من الأمراض والعادات اليومية الصحية، وذلك لان الطفل هو المستقبل وإذا تعلم عادات صحية من صغره يعيش حياة محمية ومنتجة من الامراض لذلك يجب التعرف على قواعد الصحة العامة السليمة والاعتناء عليها وممارستها كي يحيا حياة سعيدة لا تشوبها الأمراض وكون المعرفة لدى الأطفال هي مسؤولية اهله (3).

2. العيادات المتنقلة

العيادات المتنقلة هي مركبات مجهزة بالمعدات الطبية لتقديم خدمات الرعاية الصحية الدورية أو المستمرة في مناطق محددة. تهدف هذه العيادات إلى تسهيل وصول الخدمات الطبية إلى الأفراد، وتقليل الوقت والجهد اللازمين لزيارة المستشفيات، بالإضافة إلى رفع مستوى الثقافة الصحية من خلال ورش العمل والمحاضرات والإرشادات، تضم العيادة المتنقلة غرفتين وطاقماً من الأطباء والمتخصصين المتطوعين لتقديم الفحوصات والاستشارات، مثل متابعة مرضى السكري وتعريفهم بأساليب إدارة المرض المزمن للحد من انتشاره. كما توفر خدمات وقائية وتعزيزية وتنقيفية، بما في ذلك التوعية بالسلامة المرورية والإسعافات الأولية.

¹ - عبد الرحمن عبيد عوض مصيقر ، التثقيف الغذائي :أسس ومبادئ التوعية الصحية الغذائية ،دار القلم ، ط ٣، دبي، ١٩٩٧، ص ١٣٨.

² - ماهر بشاي وهارولد شرايوك ، المرشد الحديث حول التوعية ، دار الشرق الاوسط ، ط ١، بيروت، ١٩٨٦، ص ٦٤٦.

³ - ناصر بوكلي حسن ، سلسلة التوعية الصحية للناشئة ، دار المأمون للتراث ، ط ١ ، الكويت ، ١٩٩٩، ص ٢٠.

وتشمل الأجهزة المتوفرة قياس ضغط الدم، ونسبة السكر في الدم، والوزن، ونسبة أول أكسيد الكربون للمدخنين، وتخطيط القلب، بالإضافة إلى خدمات علاج الأطفال، وقد حظيت هذه العيادات بتفاعل كبير من المجتمع بفضل وصولها المباشر إلى مواقع تواجد الأفراد⁽¹⁾.

تقدم العيادة المتنقلة خدمات متعددة من خلال حملات توعية مبتكرة، مثل حملة "استر المتنقل" في الإمارات، والتي أطلقت للمرة الأولى مجهزة بكامل المعدات الطبية والكوادر البشرية لدعم أنشطة الحملة والوصول إلى أماكن سكن العمال والمدارس والهيئات والمؤسسات والشركات⁽²⁾.

3. التلقيح

التلقيح هو استخدام مواد تُحفّز الاستجابة المناعية (اللقاح) لتعزيز قدرة الجسم على تكوين مناعة متخصصة ضد الأمراض⁽³⁾. اللقاح هو مستحضر بيولوجي يمنح الجسم مناعة مكتسبة ضد مرض معين، ويتكون عادةً من أشكال ضعيفة أو ميتة للميكروب المسبب للمرض، أو من سمومه أو أحد بروتيناته. يحفز هذا المستحضر الجهاز المناعي للتعرف على الجرثوم كمهدد ومكافحته عند التعرض له لاحقاً⁽⁴⁾.

ولقد ساهمت برامج التحصين الجماعي الروتينية بشكل كبير في السيطرة على الأمراض المعدية وتحسين صحة الأطفال وعلى مدى العقود الماضية، هدد صعود الحركات المناهضة للتطعيم التقدم المحرز في هذا المجال إلى الحد الذي أدى إلى انخفاض معدلات تغطية التطعيم وظهور تقشي الأمراض التي يمكن الوقاية منها باللقاحات وتطور إحدى النقاط الحرجة في نقاش التحصين حول مستوى المخاطر المنسوبة إلى التطعيم، أي إمكانية التعرض لأحداث سلبية خطيرة وربما لا رجعة فيها ومن المؤسف أن المعرفة بالأحداث السلبية، وخاصة النادرة منها عادة ما تكون غير مكتملة في أفضل الأحوال، ويخضع إسناد علاقة سببية بالتطعيمات لعدم اليقين الكبير وقد تم تحقيق تقدم كبير في السنوات العشر الماضية في تطوير وإدخال لقاحات جديدة وتوسيع برامج التحصين حيث يتم تطعيم عدد أكبر من الناس من أي وقت مضى، كما يتوسع الوصول إلى اللقاحات واستخدامها من قبل الفئات

¹ - حليم احمد، العيادات المتنقلة المجلة الاجتماعية القومية، ط1، دمشق 2019، ص2.

² - نادين حليم، تقييم خدمات تنظيم الاسرة العيادات المتنقلة، ط1، مصر، ٢٠١٩، ص ١٣.

³ - محمد مرعشي، معجم مرعشي الكبير، ط1، بيروت، مكتبة لبنان، ص ٢٦٠.

⁴ - كمال الدين الحناوي، معجم المصطلحات علم الاحياء : نبات حيوان تصنيف وراثته بالعربية والانكليزية، ط1، القاهرة، المكتبة الاكاديمية، ص ٥٣٠.

العمرية الأخرى غير الرضع. ونتيجة للتحصين جنباً إلى جنب مع تدخلات الرعاية الصحية والتنمية الأخرى بما في ذلك تحسين الوصول إلى المياه النظيفة والصرف الصحي والنظافة والتعليم انخفض العدد السنوي للوفيات بين الأطفال دون الخامسة مما يقدر بنحو 9.6 مليون في عام 20٠٠ إلى 6-7 مليون في عام 2010، على الرغم من زيادة عدد الأطفال المولودين كل عام⁽¹⁾.

وبحسب بيانات منظمة الصحة العالمية، فإن التطعيم يمنع 3 ملايين حالة وفاة سنوياً في جميع أنحاء العالم. وفي الوقت نفسه، تحذر منظمة الصحة العالمية من أن 22 مليون مولود جديد على مستوى العالم لا يتلقون التطعيم الأساسي، ومن ٧٠٠ ألف مولود جديد ينتمون إلى منطقته بينهم منظمة الصحة العالمية الأوروبية. وينظر عدد متزايد من الآباء إلى التطعيم على أنه غير آمن وغير ضروري، ويرجع ذلك إلى حد كبير إلى أن الأمراض التي كانت ذات يوم سبباً في العديد من حالات تفشي الأمراض وفقدان الصحة والحياة أصبحت الآن نادرة الحدوث، لأنها كانت منعت باللقاحات. ومن هذا المنظور، فإن احتمالية حدوث ضرر ناجم عن التطعيم قد تلوح في الأفق عندما يتوقف الناس عن تجربة المرض المستهدف، وهي حالة تصبح فيها اللقاحات ضحية لنجاحها والواقع أن الحركات المناهضة للتطعيم كانت متورطة في انخفاض معدلات قبول اللقاحات وفي زيادة حالات تفشي الأمراض والأوبئة التي يمكن الوقاية منها باللقاحات. ويرجع هذا إلى حد كبير إلى انعدام الثقة في النظام الطبي والخوف من الأحداث السلبية التي لا يرغب الأطباء في التحدث عنها وعلى العكس من ذلك فقد أظهرت الأبحاث أن التعرض للأدلة العلمية يمكن أن يكون فعالاً في تعزيز معرفة المرضى، ففي الولايات المتحدة، نشرت مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها معلومات تهدف إلى تثقيف القارئ وتبديد الأساطير الأكثر انتشاراً⁽²⁾. وعلى الرغم من حقيقة أن اللقاحات المستخدمة حالياً في برامج التحصين آمنة، إلا أنها مثل جميع المنتجات الطبية تتطوي على مخاطر صحية محتملة ويمكن أن تسبب أحداثاً سلبية، تُعرف بأنها آثار ضارة وغير مقصودة بعد استخدام مادة طبية⁽³⁾. فيما يتعلق باللقاحات فإن الحدث الضار بعد هو أي حدث سريري ضار يحدث (AEFI) التطعيم بعد إعطاء اللقاح وليس له بالضرورة

¹ - اشرف السعيد مبارك مهنا ،المسؤولية الإدارية عن اللقاحات الإجبارية المبتكرة ، ط1، مدينة السادات ،2022ص68.

² -إبراهيم فوزي مراد ،المسؤولية الإدارية في المجال الطبي في النظام المصري والفرنسي ،دار الجامعة الجديدة مصر 2017، ص38.

³ - احمد سلامة .المدخل لدراسة القانون ،الكاتب الثاني ، دار النهضة العربية ،1974،ص18.

علاقة سببية مع استخدام اللقاح في هذا السياق، يمكن أن يكون التأثير العكسي الوقائي علامة سلبية غير مقصودة، أو شذوذ في اختبار معمل أو أحد الأعراض أو المرض ⁽¹⁾. هناك العديد من العناصر التي يجب مراعاتها عند تقييم التوازن بين المخاطر والفوائد المترتبة على إعطاء اللقاح، أولاً وقبل كل شيء، يجب أن تؤخذ في الاعتبار مزايا إعطاء اللقاح، من حيث الفوائد (الحماية) التي توفرها كل جرعة يتم إعطاؤها وبعد ذلك، يجب الأخذ في الاعتبار احتمال الإصابة بالمرض، وهو أمر مرتبط بحدوث المرض، ومعدل تغطية اللقاح في السكان، وعوامل أخرى يمكن أن تزيد من المخاطر، على سبيل المثال التعرض لحالة أو خطر مهني أو السفر إلى مناطق موبوءة للغاية ومن الضروري أيضاً إجراء تقييم شامل لتكرار وشدة العلاقة السببية للأحداث الضارة الخطيرة (ومضاعفاتها)، وخاصةً بالنسبة للأحداث الضارة الخطيرة ⁽²⁾. والحدث الضار الخطير هو أي حدث ضار يؤدي إلى الوفاة، أو يهدد الحياة، أو يتطلب دخول المستشفى أو يتسبب في إطالة مدة دخول المستشفى الحالية، أو يؤدي إلى إعاقة عجز مستمر أو كبير، أو يكون شذوذاً خلقياً عيباً خلقياً، أو يتطلب تدخلاً لمنع الإعاقة أو الضرر الدائم ⁽³⁾.

¹ - احمد شوفي عبدالرحمن، النظرية العامة للحق، المطبعة العربية الحديثة، الاسكندرية، 1984، ص 83.

² - حبيب سيف سالم، النظام القانوني لحماية جسد الانسان، اطروحة دكتوراه، كلية الحقوق، عين الشمس، 2005، ص 13.

³ - زكريا محمد الزناري، المسؤولية الإدارية عن الاضرار الناجمة عن التطعيمات الإجبارية، دار مصر للنشر والتوزيع، 2019، ص 18.

المبحث الثاني

العلاقة بين المجتمع المحلي والرعاية الصحية

1. دور المنظمات غير الحكومية والمبادرات التطوعية في تقديم الرعاية الصحية للأطفال:

تلعب المنظمات غير الحكومية والمبادرات التطوعية دوراً بارزاً في تعزيز الرعاية الصحية للأطفال، من خلال الالتزام الاجتماعي والأخلاقي تجاه المجتمع. وقد وضعت المؤسسات الصحية آليات لنشر المعلومات الطبية وتشجيع السكان على تبني عادات صحية سليمة. وتوفر هذه المنظمات خدمات صحية بأسعار معقولة لسكان الأحياء الفقيرة، تشمل برامج التحصين، وتنظيم الأسرة، وخدمات الولادة، ورعاية الأطفال والتغذية، بالإضافة إلى فحوصات الدم وخدمات الصحة العامة. ويُعتبر مقدمو الخدمات المجتمعية المصدر الرئيسي للرعاية الصحية المنتظمة، ما يعزز الوصول العادل إلى الخدمات ويحد من الفوارق الصحية في المجتمع⁽¹⁾.

تشير النتائج إلى أن توافر الخدمات الصحية يزداد عند توفير مصادر منتظمة من خلال العيادات الثابتة ومراكز الرعاية المجتمعية. ومن الضروري جعل أنظمة الرعاية الصحية في البلاد ميسورة التكلفة ومتاحة وسهلة الوصول، لا سيما لسكان الأحياء الفقيرة والمناطق النائية،⁽²⁾.

2. التنسيق بين الاطراف:

دراسة كيفية تعاون المجتمع المحلي مع السلطات الصحية المحلية، مثل المستشفيات والعيادات الحكومية، تُظهر أن المجتمع المحلي يتحمل مسؤولية اجتماعية كبيرة تساهم المؤسسات الصحية في دعمها من أجل الارتقاء بالمجتمع. فقد أدركت المستشفيات في العالم العربي ودول الخليج أهمية دورها الأخلاقي في مجال التوعية، فأقامت آليات وخطط عمل لزيادة وصول المعلومات الطبية وتشجيع المجتمع على تبني عادات صحية سليمة. كما تقوم المستشفيات بتنفيذ مبادرات متزايدة ضمن برامج المسؤولية الاجتماعية والخيرية، إذ تقع على عاتقها مسؤولية أخلاقية في نشر الوعي والثقافة بين أفراد المجتمع من خلال توسيع نطاق الأنشطة التوعوية وتعزيز خدمات الصحة والتعليم. وفي

¹ - محمد اسماعيل بوهيان ، دور المنظمات غير الحكومية في خدمات الرعاية الصحية ، ط 1 ، جامعه دكا، بنكلادش ، 2023، ص5.

² - قدري الشيخ علي ، علم الاجتماع الطبي ، ط 1 ، مكتبة الإسكندرية ، مصر ، 2008، ص197.

ظل التطورات المتسارعة في القطاع الطبي، برز مفهوم المسؤولية الاجتماعية كمفهوم حديث، إذ يُنظر إلى أي مستشفى على أنه جزء من المجتمع وواجبها تقديم خدمة متكاملة تربط المجتمع بالرعاية الصحية، ومن خلال البرامج وحملات التوعية والمبادرات السنوية، تسهم المستشفيات في زيادة الوعي الصحي، وغرس المفاهيم الصحيحة التي تحسن حياة الأفراد وتصحيح مفاهيم أسرهم وأقاربهم، وبجانب تقديم خدمات صحية متميزة وعالية الجودة، أصبحت خدمة المجتمع جزءاً أساسياً من الخطط الاستراتيجية لأي مستشفى، التزاماً منها بتحسين حياة الناس في جميع نواحي الحياة.

3. التعاون بين المجتمع المحلي والجهات الرسمية كالمستشفيات والعيادات:

تلعب السلطات الصحية المحلية والمجتمع المدني دوراً محورياً في تعزيز الصحة العامة للأطفال من خلال التعاون بين المستشفيات، العيادات الحكومية، المدارس، والجمعيات الأهلية، يتم تنظيم حملات توعوية وورش عمل لتثقيف الأهالي حول التغذية السليمة، النظافة الشخصية، وأهمية التلقيح، بالإضافة إلى تدريب الأمهات والمربيات والمتطوعين على التعرف المبكر على الأمراض الشائعة لدى الأطفال وإحالة الحالات إلى الجهات الصحية المختصة، كما تقدم الجمعيات الأهلية الدعم المادي للأسر غير القادرة على تحمل تكاليف العلاج أو الأدوية، وتوزع المواد الغذائية الأساسية والفيتامينات في المناطق الفقيرة، وتشمل المبادرات تشكيل لجان مجتمعية تضم ممثلين عن الأهالي والمدارس والسلطات الصحية لمناقشة احتياجات الأطفال الصحية ووضع الخطط المناسبة، مع جمع التغذية الراجعة لتحسين الخدمات مثل حملات التطعيم الوطنية وبرامج التغذية المدرسية، وتعكس هذه الجهود المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات الصحية، التي تعتبر خدمة المجتمع جزءاً أساسياً من استراتيجياتها، بما يهدف إلى رفع الوعي الصحي، تصحيح المفاهيم الخاطئة لدى الأسر، وتقديم خدمات صحية عالية الجودة لضمان نمو الأطفال وتطورهم في بيئة آمنة وصحية⁽¹⁾.

أصبح العمل الجماعي متعدد التخصصات الطريقة المفضلة للتعاون في مجال الرعاية الصحية منذ ستينات القرن العشرين، واعترف به عالمياً كأداة لتحسين جودة الرعاية، وتشير الدراسات إلى أن الرعاية الطبية القائمة على التعاون بين التخصصات المختلفة ترتبط بزيادة سلامة المرضى، وخفض معدلات الاستشفاء والمضاعفات والأخطاء الطبية، كما تحسن تنسيق الرعاية ووصول المرضى إلى

¹ -الكسندرا بيند وسكا ، أهمية التعاون في فرق الرعاية الصحية متعددة التخصصات من وجهة نظر طلاب الطب البولنديين ، مجله دولية لبحوث البيئة والصحة العامة ، ط 1 ، بولندا 2023 ، ص20.

الخدمات. ويعود هذا النموذج أيضاً بفوائد على العاملين في القطاع الصحي، بما يشمل زيادة رضا الوظيفة وتقليل خطر متلازمة الإرهاق المهني، ويتطلب تحسين نظام الرعاية الصحية السعي لتحقيق أربعة أهداف مترابطة: تحسين جودة الرعاية، رفع مستوى صحة السكان، خفض تكاليف الرعاية، وزيادة رضا العاملين، ويمكن تحقيق ذلك من خلال التعاون ضمن فرق متعددة التخصصات⁽¹⁾.

4. التعاون بين المجتمع المحلي والمراكز التعليمية:

الصحة المدرسية تُعد من الجوانب الأساسية التي تعزز التعليم وتحسن التحصيل الدراسي للمتعلمين من خلال المحافظة على صحتهم. ويشمل ذلك الاهتمام بالبيئة المدرسية، إذ يتطلب تكاتف جهود جميع الفاعلين، لا سيما المعلم الذي يمثل محور العملية التعليمية والتربوية، إذ يساهم في ترسيخ المبادئ الصحية والتنشيطية لدى التلاميذ، وينعكس الاهتمام بالصحة المدرسية على التحصيل الدراسي من خلال جانبين رئيسيين: جانب مادي يهتم بالمنشآت والهياكل التي توفر الراحة للتلاميذ، وجانب معنوي يركز على تعديل سلوك الطلاب وتوعيتهم بأهمية الحفاظ على البيئة والصحة العامة، بما في ذلك إدراج التربية البيئية ضمن المناهج، كما جاء في بروتوكول التعاون بين وزارة التربية ووزارة البيئة عام 2002 لتحقيق التنمية المستدامة، ورغم هذه الجهود، لا تزال بعض المدارس تواجه مشاكل في النظافة نتيجة قلة التهوية وضعف وعي الطلاب، ويتجلى ذلك في الرمي العشوائي للنفايات خاصة مع انتشار بعض السلع الاستهلاكية بين التلاميذ، ومن هنا، تبرز أهمية المناهج التربوية التي تركز على البيئة وتضع استراتيجيات تطبيقية لتفاعل الطلاب معها، مما يعزز وعيهم وحرصهم على حماية صحتهم وبيئتهم المدرسية⁽²⁾. تعد المدرسة ميداناً مناسباً لتنمية السلوكيات الصحية لدى الأطفال، حيث يتقبل الطفل النصائح والإرشادات بسهولة وينقلها إلى أسرته ومجتمعه، مما يساهم في ترسيخ العادات الصحية الحميدة منذ الصغر، وهو أساس لصحة سليمة في مراحل حياته المقبلة، ويُعد تكوين السلوكيات الصحيحة في الطفولة أسهل من محاولة تغييرها في منتصف العمر بعد ترسخ العادات الخاطئة. كما أن الصحة المدرسية ليست تخصصاً مستقلاً، بل هي دمج لعلوم متعددة مثل

¹ - منال عبد المعطي صالح قديمي، رسالة ماجستير بعنوان دور المشاركة المجتمعية في تنمية وتطوير المجتمع المحلي، جامعة النجاح الوطنية، ط1، 2008، ص63.

² - خليفوي فهمه، مجلة الأسرة والمجتمع ط ١، الجزائر، 2023، ص ٦.

الطب الوقائي، علم الأوبئة، التوعية الصحية، الإحصاء التربوي، صحة البيئة، التغذية، صحة الفم والأسنان، والتمريض⁽¹⁾.

يُعد برنامج الصحة المدرسية من برامج الصحة المتخصصة التي تهتم بالأطفال في سن المدرسة وبيئة المدرسة، حيث تولي المجتمعات المتقدمة اهتماماً خاصاً بهذه البرامج نظراً لأهمية التلاميذ كقطاع كبير من السكان، إذ يمثلون أكثر من سدس مجموع السكان. وتتميز مرحلة السن المدرسي بالنمو والتطور السريع على الصعيدين الجسدي والنفسي والاجتماعي، لكنها تصاحبها أيضاً ضغوط ومشاكل اجتماعية. كما يُعد النقاء التلاميذ في المدرسة عاملاً يسهم في انتشار الأمراض المعدية، إذ قد يحمل أي طفل ميكروباً من بيئته وينقله إلى زملائه، مما يزيد خطر انتقال العدوى إلى الأسرة والمجتمع⁽²⁾.

وهناك أيضاً فرص كثيرة مهنية للإصابة بالحوادث داخل المدرسة أثناء اللعب أو في الطريق أثناء ذهاب التلميذ إلى المدرسة أو عودته منها، وإن تمتع التلميذ بالصحة الجيدة عامل مهم يساعده على التعلم واكتساب المعلومات والخبرات التعليمية التي تهيئها له المدرسة فالعقل السليم في الجسم السليم، إن التربية الصحية المدرسية تساعد التلميذ على اكتساب سلوك صحي سليم وهذا يساعد على التأثير في أسرته الحالية والمستقبلية عندما يصبح ابا أو تصبح اما فالطفولة صانعة المستقبل⁽³⁾.

الموارد المالية هي مصادر التمويل التي تعتمد عليها المبادرات الصحية المجتمعية، مثل التبرعات والمنح والتمويل الحكومي. وتمثل مسألة تمويل نظام الرعاية الصحية إحدى القضايا الأساسية لأي دولة، إذ يعكس النظام المعتمد القيم الاجتماعية والاقتصادية وأولويات الدولة. في العراق، يواجه القطاع الصحي تحديات كبيرة نتيجة تدهور نظام الرعاية الصحية خلال النظام السابق، ما أدى إلى ارتفاع معدلات وفيات الرضع والأطفال والأمهات، وانخفاض متوسط العمر المتوقع، إضافة إلى تدهور الخدمات الصحية رغم أنها كانت من أفضل الخدمات في المنطقة. وساهمت عوامل عدة في

¹ - مرفت العشماوي، الأنثروبولوجيا الطبية والطب الشعبي-الأنثروبولوجيا وعلم الإنسان، دار المعرفة الجامعية، جامعة الإسكندرية، 1996. ص 87.

² - أبو عميرة محبات ، فعالية برنامج اعداد المعلمات للمرحلة الابتدائية ، كلية البنات عين الشمس ، مجلة مستقبل التربية العربية ، مصر ، 1996. ص 4.

³ - يوسف لازم كماش، الصحة والتربية الصحية ، ط 1 ، دار الخليج ، عمان، 2015، ص 69.

هذا التدهور، منها خفض الإنفاق، انعدام الصيانة والاستثمار، سوء الإدارة، وعمليات السلب والتدمير عقب الحرب والأزمات، مما ترك أثراً سلبياً كبيراً على صحة المجتمع ونفسية الأطفال بشكل خاص (1).

¹ - فيليب سانسونيتي، الامراض المعدية تقهقر مؤلم نحو مستقبل غير آمن، ترجمة: مي فارس، المشروع القومي للترجمة، المجلس الأعلى للثقافة، القاهرة، 2005. ص182.

الفصل الرابع

التحديات التي يواجهها المجتمع المحلي في تقديم الرعاية الصحية

المبحث الأول: المجتمع المحلي ودوره في توفير الموارد اللازمة للرعاية الصحية

المبحث الثاني: التفاعل بين الأسر والمجتمع المحلي

تمهيد

بما أن الرعاية الصحية للأطفال من أهم ركائز التنمية المجتمعية إذ تعكس مدى قدرة المجتمع على حماية أضعف الفئات وأكثرها حاجة إلى الدعم إلا أن المجتمع المحلي كثيرًا ما يواجه جملة من التحديات التي تحدّ من قدرته على توفير هذه الرعاية بالصورة المثلى، ومن أبرز هذه التحديات محدودية الموارد المادية والبشرية المتاحة، وانتشار الفقر الذي يضعف إمكانيات الأسر في الوصول إلى الخدمات الصحية، فضلاً عن ضعف الوعي الصحي لدى شريحة واسعة من الأهالي، مما يزيد من صعوبة تبني الممارسات الوقائية والعلاجية الملائمة، وإن الوقوف عند هذه التحديات وتحليلها يُعدّ خطوة أساسية لفهم واقع الرعاية الصحية للأطفال، وتحديد سبل معالجتها بما يسهم في تحسين مستوى الخدمات وتعزيز دور المجتمع المحلي في هذا المجال الحيوي.

المبحث الأول

1. نقص الموارد وتأثيرها على الرعاية الصحية الاطفال:

يواجه مقدمو الرعاية الصحية تحديات هائلة في الموارد البشرية حتى قبل ان تؤدي جائحة COVID-19 الى ارباك القطاع بحيث عانت المستشفيات والعيادات والمراكز الطبية وغيرها من مقدمي الخدمات من نقص في الاطباء والممرضات وانخفاض معدلات الاحتفاظ بالموظفين والاحتراف الوظيفي للموظفين وارتفاع تكاليف العمالة بشكل مطرد واذا لم تتم اصلاحها فان هذه التحديات يمكن ان تعرض صحة المرضى وحتى حياتهم للخطر فضلاً عن الرفاه العاطفي للموظفين والسلامة المالية لانظمة الرعاية الصحية في حين أن قائمة تحديات الموارد البشرية في هذا المجال طويلة وان الحلول لتحسين المترابط في احد المجالات يمكن ان يؤدي الى تحسين في مجال اخر على سبيل المثال يمكن ان يساعد التدريب الافضل مقدمي الرعاية الصحية على الاحتفاظ بالموظفين وتعزيز سلامة مكان العمل والامتثال لقوانين الخصوصية تم مناقشة عدة تحديات رئيسية يواجهها مقدمو الرعاية الصحية في مجال الموارد البشرية اليوم اضافة الى الاستراتيجيات وافضل الممارسات للتغلب عليها، ففي مجال الرعاية الصحية وكما هو الحال في العديد من القطاعات الاخرى تتولى فرق الموارد البشرية مسؤولية اكثر من تعيين الموظفين وإدارة المزايا، كما تدير فرق الموارد البشرية في مجال الرعاية الصحية برامج التدريب والتطوير فهي تساعد على تنفيذ تدابير السلامة التي تحمي المرضى والموظفين وتؤدي دوراً رئيسياً في حماية خصوصية سجلات المرضى والموظفين فهي تساعد على وضع خطط تعويض تتجاوز الاجور والمزايا كذلك تساعد في انشاء سياسات جدولة الموظفين للحماية من الاحتراق الوظيفي وهي تسهم في السياسات والبرامج التي تحسن رضا المرضى ومن النقاط الرئيسية في التحدي الاول للموارد البشرية في مجال الرعاية الصحية هي جذب الموظفين والاحتفاظ بهم في سوق عمل تنافسية يحدها نقص كبير في المواهب لا يتسبب نقص الموظفين في استنزاف الموظفين ومعدل الدوران فحسب بل يؤدي ايضا الى اعاقه جهود مقدم الرعاية الصحية لتحسين رضا المرضى والامتثال التنظيمي وسلامة المرضى والموظفين⁽¹⁾.

1-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, 2000.58

يجب على فرق الموارد البشرية الإبداع لتحقيق التوازن بين احتياجات الموظفين بدءاً من الاجور والفوائد الأفضل الى جدولة المرونة والوصول الى التقنيات الجديدة كذلك الحاجة الى الحد من ارتفاع تكاليف العمالة، وهناك العديد : من التحديات للموارد البشرية في مجال الرعاية الصحية لا عجب في ان اصعب التحديات التي تواجه المتخصصين في الموارد البشرية في الرعاية الصحية تتعلق بالبشر مثل توظيف الموظفين والاحتفاظ بهم وتطويرهم تحديات في حد ذاتها وان التقدم في اي من هذه المجالات يساعد على التغلب على التحديات الاوسع مثل تحسين نتائج المرضى والامتثال للوائح البيانات (1).

وهناك علاقة قوية بين الاقتصاد والصحة حيث يمكننا أن نقول بكل ثقة ان النمو الاقتصادي يؤدي الى تحسين الصحة فهو يسفر عن زيادة الغذاء المتاح واتاحة القدرة على تحمل تكلفة الاتفاق الصحي وزيادة الطلب على الصحة الجيدة وقد اوصت لجنة منظمة الصحة العالمية المعنية بالاقتصاد الكلي والصحة بزيادة الاتفاق على الصحة كوسيلة لتعزيز النمو الاقتصادي ورفع مستوى كل من الوضع الصحي ودخل الاسرة المعيشية وتقدم استنتاجات هذه اللجنة نقطة البدء في اعادة فحص سلامة الشواهد الاقتصادية الكلية ومدى اهميتها وان خدمات الرعاية الصحية تعتبر من اهم النشاطات الاقتصادية لكل الدول لانها سبب اساسي من اسباب تحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية ولما لها من اثار عميقة ومتشعبة على بقية قطاعات الاقتصاد الاخرى لذلك تعبر خدمات الرعاية الصحية احد الركائز الاساسية في الاقتصاد القومي لجميع بلدان العالم المتقدمة او البلدان النامية فهي تسهم مع غيرها من القطاعات الاقتصادية في تنمية الدخل القومي وبالتالي تسهم في رفع مستوى المعيشة في الدولة وتزداد الاهمية النسبية للدور الذي تقوم به خدمات الرعاية الصحية في النشاط للدود الاقتصادي في حالة البلدان النامية صفة خاصة اذ تحتاج هذه البلاد الى جيل سليم معافى يساهم في نهضتها وتنميتها ويضعها في مطاف الدول المتقدمة (2).

¹ - مارك جاكلي ، الموارد البشرية في مجال الرعاية الصحية ، ط1، تونس ، 2023 ، ص12.

² - مايكل سبنس و مورين لويس، اللجنة المعنية بالنمو والتنمية الصحية ، ط 1 امريكا ، 2009 ، ص12.

2. تأثير الفقر على الرعاية الصحية للأطفال:

الفقر يشكل خطرًا جسيمًا على مستقبل المجتمعات، خاصة على حياة الأطفال، إذ يتجاوز تأثيره المادي إلى أبعاد نفسية وسلوكية تؤدي إلى انحراف بعض الأطفال الذين تغيب عنهم الرقابة الأسرية. يزداد خطر انخراط هؤلاء في عالم الجريمة والفساد، مما يرفع من أهمية دور الدولة في توجيه وحماية الأطفال. يتطلب ذلك توفير التعليم وتبادل المعرفة لضمان نشأة جيل قادر على الابتكار والمساهمة الفعالة في تطوير المجتمع. لا يمكن للمجتمع أن يتجاهل هذا الواقع، بل يجب تكريس الجهود لضمان حقوق الأطفال وضمان بيئة آمنة لهم بعيدًا عن دائرة الفقر التي تؤثر سلبيًا على الأجيال القادمة.⁽¹⁾

يؤثر الفقر تأثيرًا كبيرًا على ذكاء الأطفال وقدرتهم على الابتكار والتطور المستقبلي، إذ يشكل حاجزًا أمامهم وعائلاتهم للاندماج في المجتمع وتبادل المعرفة، كثير من الأطفال يمتلكون ذكاءً فطريًا يحتاج إلى تنمية من خلال التعليم، لكن غياب الموارد الاقتصادية يحرمهم من التعلم، فيتجهون إلى أعمال محدودة لا تنمي مهاراتهم أو تمكنهم من الابتكار، مما قد يؤدي إلى حياة مأساوية واعتمادهم على وظائف ثانوية غير مستقرة، لذلك، تُعد تعميم التعليم وفرضه في المراحل الأولى ضروريًا لتعزيز تقدم المجتمع وازدهاره. وأكدت الدراسات أن الحالة الاقتصادية تؤثر على تطور الدماغ، حيث يظهر اختلاف في الوصلات العصبية ورسم المخ في الفص الأمامي بين الأطفال وفقًا لمستوى الدخل،⁽²⁾

يؤثر الفقر على الأطفال بشكل كبير، ليس فقط من الناحية المادية، بل يمتد إلى القدرات العقلية والسلوكية والاجتماعية والنفسية، فالطفل الذي ينشأ في بيئة فقيرة يحتاج إلى مجهود أكبر للتركيز واستيعاب المعلومات مقارنةً بالأطفال الأغنياء، كما يؤدي غياب الرقابة الأسرية والتربية غير الصحيحة ونقص الوعي إلى نشأة الطفل في بيئة محفوفة بالمخاطر، ما يجعله عرضة لمشكلات نفسية وسلوكية وصحية، ويزيد احتمالية الانحراف أو الانخراط في الجريمة في المستقبل. وتؤكد الدراسات أن الدول الفقيرة غالبًا ما تنتشر فيها أحياء عالية المخاطر، حيث يقضي الأطفال وقتهم

1-Barrett R., Kuzawa C.W., McDade T., Armelagos G.J., Emerging and re-emerging infectious diseases: the third epidemiologic transition Annual Review of Anthropology, 1998.94

2-Bhatnagar S, Schaware R. Information and Communication Technologies in Development: Cases from India. New Delhi, Sage Publications, 2000-84

متأثرين بسلوكيات الكبار غير الصحيحة، ما يحرمهم من فرص التعلم والنمو السليم ويشكل تهديداً لمستقبلهم ولمجتمعهم⁽¹⁾.

أكد بحث في حقوق الإنسان أن مرحلة الطفولة هي الأخطر والأهم في حياة الإنسان، إذ تتشكل خلالها سلوكيات الطفل سواء كانت إيجابية أو سلبية، وتظل منهجاً له طوال حياته. لذلك، يصبح الاهتمام بالنشأ أمراً بالغ الأهمية، بعدهم حملة المستقبل وركيزته، ويستلزم ذلك تلبية جميع احتياجاتهم لنموهم بطريقة صحيحة على الصعيد البدني والعقلي والنفسي والمعرفي⁽²⁾.

3. قلة الوعي وتأثيره على الرعاية الصحية للأطفال:

يمكن أن تؤدي الممارسات غير الصحية إلى عواقب خطيرة مثل الالتهابات المتكررة وحتى الوفاة. أظهرت العديد من الدراسات أن سوء جودة المياه، نقص المرافق الصحية، ضعف النظافة، وسوء التغذية، كلها عوامل تسهم في تدني المستوى الصحي والتعليمي للأطفال. لذلك، يحتاج ملايين الأطفال إلى التعرف في أقرب وقت ممكن على أهمية غسل اليدين بانتظام، العناية بالأسنان، واختيار الخيارات الغذائية الصحية، فهذه ممارسات بسيطة لكنها قد تنقذ أرواح كثيرين، يمثل هذا التحدي ضرورة لاتباع نهج شامل وسريع ومتكامل بين مختلف القطاعات. كما يؤثر ضعف الوعي الصحي للأهالي بشكل مباشر على رعاية الأم والطفل، ولذلك يجب على السلطات الصحية الوطنية العمل على تطوير مبادرات تعليمية تهدف إلى رفع الوعي الصحي وتمكين النساء في سن الإنجاب⁽³⁾. تُعتبر التوعية الصحية والتثقيف الصحي في المنزل والمدارس من الأسس الحيوية التي تؤثر بشكل مباشر على صحة الطفل ونوعية حياته، فالتثقيف الصحي يساهم في تعزيز السلوكيات الصحية لدى الطفل، مما ينعكس إيجاباً على صحته الجسدية، مناعته، نموه العقلي، وقدرته على التركيز والتحصيل الدراسي. إن الاهتمام بتثقيف الأطفال صحياً في المدارس يُسهم في تأسيس المعرفة والمهارات اللازمة لتبني أنماط حياة صحية، ويشمل ذلك صحة الجسد والعقل والمشاعر، إضافة إلى الصحة المجتمعية، كما يشجع التثقيف الصحي الأطفال على تبني ممارسات تحافظ على صحتهم وتحميهم من السلوكيات الضارة مثل تعاطي المخدرات والكحول والتدخين. ويدعم هذا النوع من التوعية الصحة العقلية

¹ - اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، السياسات الاجتماعية البلدان العربية (تحليل بنائي تاريخي) سلسلة دراسات السياسات الاجتماعية، الامم المتحدة، نيويورك، 2003، ص 1765.

² - مصطفى عبد الفتاح ، تأثير الفقر على الاطفال ، ط 1 جامعة حلوان ، مصر ، ١٩٧5 ، ص ١٢.

³ - داليا يونس ، براعم الوعي الصحي ، ط 1 ، القاهرة ، مصر ، 2019 ، ص 4.

والعاطفية، ما يساعدهم في الحفاظ على نمط غذائي متوازن وممارسة النشاط البدني المنتظم، والوقاية من الأمراض، من هذا المنطلق، ينبغي أن يتضمن برنامج التنقيف الصحي في المدارس منهجاً متكاملًا يغطي مواضيع مهمة مثل علم الأمراض، البوابات، التغذية، نمط الحياة الصحي، الصحة النفسية، فضلاً عن برامج التوعية بمخاطر تعاطي المخدرات علاوة على ذلك، يتحمل كل من الأسرة والمدرسة مسؤولية تعزيز الوعي الصحي، من خلال إقامة ورش وندوات توعوية للأهل، فضلاً عن توفير خدمات صحية مثل الإسعافات الأولية وتوفير ممرضات أو أطباء طوارئ عند الحاجة، لضمان بيئة صحية مناسبة تسهم في نمو الأطفال بطريقة سليمة وآمنة⁽¹⁾.

ويمكن ان يتسبب ادعاء قلة الوعي والإهمال الطبي لدى الاطفال عن طريق الاهمال في إعطاء الدواء وعدم الاحالة الى الفحوصات وسوء المتابعة واكثر من ذلك في حدوث حالات خطيرة قد تؤدي التي وفاة الطفل فالإهمال الطبي للأطفال له عواقب عديدة فورية وطويلة الاجل وكما وضحنا انه يمكن ان يؤدي الاهمال الطبي عند الاطفال الى تعريض حياتهم للخطر وله تأثير عميق على نوعية حياته ويمكن أن يحدث الاهمال الطبي عند الاطفال وحالات سوء الممارسة الطبية للأطفال مجموعة واسعة من الفترات منذ الصغر (مرحلة الولادة والرضاعة) حتى البلوغ ونهايته فخلال كل فترة ينمو الطفل ويتغير جسمه ويمكن ان يرقى فشل الطبيب فحص او اكتشاف نتيجة مقلقة في اي من هذه المراحل وكذلك الفشل في توفير العلاج المناسب او عدم السعي لمزيد من التحقيق من قبل الاختصاصي او عدم البحث عن مزيد من الفحوصات الى حد الاجمال الطبي ، ويختلف طب الاطفال عن طب البالغين فيشمل طب الاطفال تشخيص وعلاج الرضع والاطفال والمراهقين فللرضع والاطفال خصائص محددة تؤثر على شكل العلاج لذلك يجب اخذها في الاعتبار فهي تختلف عن علاج البالغين ايضا ويختلف معدل نمو الاعضاء عند الرضع و الاطفال عن معدل نمو اعضاء البالغين كما هو الحال مع التغيرات الاخرى للجسد كل هذه لها تأثير العلاج الطبي الذي سيعطى للطفل ونوع الدواء وجرعته، علاوة على ذلك هناك حالات طبية يتميز بها الاطفال مثل اختصاصيو امراض العيوب الخلقية⁽²⁾. لذلك يجب ان يكون لدى الطبيب المتخصص في طب الاطفال معرفة حديثة حتى يتمكن من اعطاء تشخيص دقيق ايضاً يجب ان يعرف الطبيب الامراض النموذجية ايضاً ومشاكل النمو

¹ - شروق المالكي، التنقيف الصحي، ط1، الأردن، 2015، ص 21.

² - هشام مصطفى الجمل، دور الموارد البشرية في تمويل التنمية، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية ، 2010. ص65.

المحتملة، على سبيل المثال قد يكون عدم تشخيص مشكلة النمو الطبيعي للطفل سبباً لادعاء سوء الممارسة الطبية وهناك حالات شائعة لدعوى سوء الممارسة الطبية للأطفال منها عدم التحويل الى الفحوصات الطبية بسبب شكاوى الطفل المختلفة كجزء من واجب الطبيب في الرعاية فيجب ان يستمع الى الطفل وشكواه واذا لزم الامر يحيل الى مزيد من التحقيق يمكن ان يكون عدم الامتثال لهذا الالتزام اساسا للمطالبة بدعوى الاهمال الطبي وضعف المتابعة الطبية فاذا كانت المتابعة الطبية غير متوفرة ونتيجة لذلك لا يتلقى الطفل العلاج المناسب فقد يتعرض لأضرار كبيرة مما يؤدي الى رفع دعوى قضائية فالإهمال في اعطاء الادوية يمكن في وصفة طبية خاطئة او جرعة خاطئة من الدواء يمكن أن يحدث من لدن الممرض او الطبيب او الصيدلي كالإهمال في تشخيص الامراض بين الاطفال، وان المرض الاكثر شيوعاً والذي تتم تقديم مطالبات تتعلق بالإهمال هو مرض التهاب السحايا انه مرض يصعب تشخيصه في بعض الاحيان تظهر الاعراض المبكرة عند الطفل ولكن اذا لم يشخصها الطبيب ولن يتم اكتشاف الالتهاب في مرحلة متقدمة وقد يكون هناك ضرر لا يمكن اصلاحه احيانا اذ تتدهور حالة الطفل بسرعة، كذلك يتم تقديم مطالبات كثيرة بشأن الاهمال الطبي للأطفال المصابون بمرض الزائدة الدودية عن فشل التشخيص الصحيح للمرض وعندما يتطور المرض ولا يتم علاجه بشكل سريع ومناسب في بعض الاحيان يبقى المرض شديد الضرر، كذلك يشير الاقتراح الى الوعي والتشخيص او التفسير الخاطئ للاختبارات الى الاهمال الطبي ، كل هذه الحالات تعرض صحة الطفل للخطر وتهدد حياته احياناً⁽¹⁾.

¹ - يشار يعقوب ، الاهمال الطبي للأطفال، رامات جان ، تل ابيب ، 2025 ، ص12.

المبحث الثاني التفاعل بين الاسر والمجتمع المحلي

يعتمد كل فرد على الاسرة للبقاء في صحة جيدة وكذلك الحصول على الرعاية اثناء المرض، إذ كانت الاسرة وستظل اهم مؤسسة اجتماعية تتسج فيها روابط الرعاية والحب بين الاعضاء، والاسرة هي محور كل المهتمين بالتنمية بما في ذلك المجتمع والحكومات على المستويات المحلية والولائية والوطنية والمنظمات الدولية ووكالات التنمية والاطباء والاكاديمية ومنظمات الرعاية الاجتماعية ومنظمات المجتمع المدني، وقد اعلنت الجمعية العامة للأمم المتحدة عام 1994⁽¹⁾ عاماً دولياً للأسرة وكان الموضوع العام هو الاسرة الموارد هذا الموضوع صحيح جداً بالنسبة للصحة كاسرة وافرادها الذين هم اهم مورد في الرعاية الصحية في المجتمع حيث يؤثر على تبني السلوك الصحي ويوفر الرعاية لكل من الصحة والمرض وتساعد الاسرة من خلال اعضائها الافراد على البقاء بصحة جيدة من خلال التدخلات الوقائية وتعزيز الصحة وتوفير الرعاية لأفراد الاسرة الذين يمرضون وتدير الامراض البسيطة والحمى والسعال ونزلات البرد والاسهال وما الى ذلك في المنزل وتقرر وتأخذ اولئك الذين يحتاجون الى رعاية طبية الى مقدمي الرعاية الصحية وذلك للتشاور في العيادات الخارجية ودعم الرعاية الصحية للذين هم في المنزل اثناء المرض وفي المستشفى وفترة النقاهة بعد الخروج منها تلعب الاسرة دوراً هاماً في الحفاظ على صحة الافراد والوقاية من الامراض وكذلك تبني تعزيز سلوكيات الصحة ، وان دور الاسرة حيوي في دعم افرادها عند مرضهم وطلب الاستشارة الطبية في الوقت المناسب من مقدمي الرعاية الصحية المناسبين ورعايتهم لاستبعاد عافيتهم خلال فترة المرض والنقاهة ، فالرعاية الصحية عمل جماعي والاسرة هي اهم عنصر حيث عززت جائحة كوفيد-19 الرعاية الاسرية لمن يعانون من امراض خفيفة ، حتى ان نسبة كبيره من المصابين بأمراض متوسطة تلقوا الرعاية في المنزل، وقد وسعت التكنولوجيا نطاق توافر خبراء الصحة في الدائرة العائلية او الاجتماعية الموسعة لتقديم المشورة والمساعدة في اتخاذ القرارات في المنزل لتحسين الصحة بشكل فعال حيث يجب ان تمتد الرعاية العلاجية من المستشفيات الى المنازل، هذا ولن يقتصر على الحد من العدوى المكتسبة من المستشفيات والمضاعفات الطبية وتحسين النتائج وتعظيم فوائد الرعاية

¹ - يوسف صلاح الدين يوسف، الآثار المترتبة على الإصابة بالأمراض المعدية في المنظور الشرعي الطبي، دار الفكر

الصحية والحد من التفكك الاسري الناتج عن دخول المستشفى وكذلك تخفيف العبء على نظام الرعاية الصحية و خفض تكاليف الرعاية الطبية المتزايدة (1).

اولاً: التواصل المجتمعي: فعالية قنوات التواصل بين مقدمي الرعاية الصحية والاسر في الاحياء الشعبية

يمكن لمهنيي الرعاية الصحية الاستفادة من مجموعة متنوعة من أدوات التواصل الاجتماعي لتعزيز التواصل مع المرضى وتقديم التثقيف الصحي وتنظيم الأنشطة المختلفة. تشمل هذه الأدوات منصات شبكات التواصل الاجتماعي، المدونات، مواقع مشاركة الوسائط، وتقنيات الواقع الافتراضي، وتستخدم هذه الوسائل لتحسين التواصل المهني، وتعزيز التعليم، والترويج للخدمات الصحية، بالإضافة إلى رعاية المرضى وتثقيفهم. ومع ذلك، فإن استعمال هذه الأدوات ينطوي على مخاطر محتملة مثل نشر معلومات غير موثوقة، فضلاً عن انتهاكات خصوصية المرضى لذا، من المهم توخي الحذر وضبط استخدام وسائل التواصل الاجتماعي بحكمة لضمان تحقيق الاستفادة القصوى مع حماية الحقوق والسرية (2). تعد برامج الصحة العامة أدوات مهمة في تعزيز الوعي والرعاية الصحية، ولكنها قد تنطوي أيضاً على مخاطر تؤثر على المرضى ومقدمي الرعاية الصحية. من بين هذه المخاطر تدفق معلومات ذات جودة ضعيفة قد تضلل المتلقين، إلى جانب احتمال الإضرار بالسمعة المهنية للمنظمات والأفراد العاملين في المجال الصحي، كما تثير هذه البرامج قضايا تتعلق بانتهاك خصوصية المرضى، وعدم وضوح الحدود المهنية والشخصية، بالإضافة إلى تحديات في مجال الترخيص والقضايا القانونية، و وسائل التواصل الاجتماعي تعني الادوات القائمة على الانترنت والتي تتيح للأفراد والمجتمعات التجمع والتواصل ومشاركة المعلومات والافكار والرسائل الشخصية وكذلك الصور وغيرها من المحتويات والتواصل الاجتماعي باسم الويب او الشبكات الاجتماعية توفر مواقع التواصل الاجتماعي مجموعة متنوعة من الميزات التي تخدم اغراضاً مختلفة للمستخدم الفردي وتشمل المدونات والشبكات الاجتماعية ومواقع مشاركة الفيديو والصور وعدد لا يحصى من الوسائط الاخرى

¹ -كودي زد ، هو ترو إيه جيه وآخرون ، الرعاية المتمركزة حول الاسرة : التطبيقات الحالية والتوجهات المستقبلية في رعاية صحة الاطفال ، مجلة صحة الأم والطفل.2012ص ٢٩٧-٣٠٥.

² - برنامج الأمم المتحدة للبيئة، حاجات الإنسان الأساسية في الوطن العربي، ترجمة: عبد السلام رضوان، عالم المعرفة (150)، الكويت، 1990.ص65.

والتي يمكن تجميعها حسب الغرض، توفر وسائل التواصل الاجتماعي لممارسي الرعاية الصحية وقضايا الممارسة وتعزيز السلوكيات الصحية وكذلك التواصل مع الجمهور وتثقيف المرضى ومقدمي الرعاية الصحية والزملاء والطلاب والتفاعل معهم، ويمكن لممارسي الرعاية الصحية الاستفادة من وسائل التواصل الاجتماعي لتحسين النتائج الصحية المتوقعة، وبناء شبكات مهنية قوية، وزيادة الوعي الشخصي بالاكشافات والاخبار وكذلك تحفيز المرضى وتوفير المعلومات الصحية للمجتمع، حيث ينضم الأطباء في اغلب الاحيان الى المجموعات الالكترونية حيث يمكن قراءة المقالات الاخبارية والاستماع الى الخبراء يقوم ممارسو الرعاية الصحية باستخدام وسائل التواصل الاجتماعي ليس فقط لمتابعة التطورات الطبية ولكن أيضًا لاستشارة الزملاء بشأن قضايا المرضى المختلفة. من خلال هذه المنصات، يمكنهم تبادل الحالات الطبية والأفكار، مما يعزز التعاون المهني ويوسع شبكة التواصل بين المختصين. يوفر هذا التفاعل منصة ديناميكية تسمح بمشاركة الخبرات وتحسين جودة الرعاية الصحية من خلال تبني ممارسات مستندة إلى المعرفة المتجددة⁽¹⁾.

بالإضافة إلى ذلك، يناقش ممارسو الرعاية الصحية تحديات إدارة الممارسة الطبية، بما في ذلك تقديم الحالات الطبية، نشر الأبحاث، وتسويق الممارسات الصحية. كما يشارك عدد متزايد من الأطباء في استعمال وسائل التواصل الاجتماعي بشكل مباشر مع المرضى وأسرهم، بهدف تعزيز جودة الرعاية السريرية وتحسين التواصل بين الطبيب والمريض. يساعد هذا الاستعمال المباشر في توفير رعاية صحية أكثر تفاعلاً وشمولية، ويعزز الثقة والتفاهم بين الطرفين. اظهر استطلاع رأي اجراه مواقع التواصل على اكثر من ٤٠٠٠ طبيب ان اكثر من ٩٠ % من الأطباء كانوا يستعملون بعض اشكال وسائل التواصل الاجتماعي للأنشطة الشخصية بينما يستخدم 60% فقط هذه المواقع لأسباب مهنية، بالرغم من وجود تردد بين مقدمي الرعاية الصحية في استعمال وسائل التواصل الاجتماعي للتواصل المباشر مع المرضى، إلا أن هذه الممارسة بدأت تحظى بقبول تدريجي من قبل الأطباء ومرافق الرعاية الصحية. كما يستعمل الأطباء هذه الوسائل لمناقشة تحديات إدارة الممارسة الطبية، تقديم الحالات المختلفة، نشر الأبحاث، وتسويق ممارساتهم الصحية. وتتيح وسائل التواصل الاجتماعي أيضًا فرصًا للمشاركة في الدعوة الصحية والتواصل المباشر مع المرضى وأسرهم بهدف

¹ - فيليب سانسونيتي، الامراض المعدية تقهر مؤلم نحو مستقبل غير آمن، ترجمة: مي فارس، المشروع القومي للترجمة، المجلس الأعلى للثقافة، القاهرة، 2005. ص 95.

تعزيز الرعاية السريرية وتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة. وتشير الأدلة الى ان التواصل الالكتروني مع المرضى يمكن ان يحسن رعايتهم ونتائجهم الصحية وظهرت الدراسات ان التواصل الالكتروني التكميلي يركز على نصائح الاطباء ويحسن الالتزام لدى المريض واسرته من ذوي المصابين بأمراض مزمنة وقد يحسن ايضا رضا ذوي المريض والمريض من خلال زيادة الوقت الذي يقضونه في التواصل مع اطبائهم والحصول على اجابات لأسئلتهم، ويستعمل العاملون في مجال الرعاية الصحية مهارات التواصل مثل تلك التي طورت من خلال التدريب على التواصل عبر الانترنت لتقديم الدعم المعنوي للمرضى وحماية خصوصيتهم⁽¹⁾.

وتكمن اهمية التواصل الالكتروني في تزويد المرضى بالمعلومات من اجل المواعيد ورسائل الوسائط المتعددة وغيرها من المستندات والبيانات بسرعة فيمكن ان يكون التواصل الالكتروني مع المرضى سريعاً فهو يمكن الناس من الوصول الى البيانات الاساسية بسرعه وقد اثبت هذا التوجه فائدة في مجالات التوعية والتعليم وحتى في الابحاث السريرية مما يتيح لمؤسسات الرعاية الصحية استقطاب المشاركين بفعالية اكبر للدراسات ، وتسخر شركات الادوية وسائل التواصل الاجتماعي للتسويق و جمع اراء المرضى على الرغم من انها تواجه تحديات في ضمان امن بيانات المرضى بشكل عام اذ يمكن لوسائل التواصل الاجتماعي تحسين الرعاية المتمحورة حول المريض⁽²⁾.

ثانياً: النتائج الصحية للمبادرات المجتمعية

هذه المبادرات هي جهود إنسانية تهدف إلى جمع وتوجيه أموال إضافية لمعالجة الأمراض مثل الإيدز والسل والملاريا، مع التركيز على التحصين وتعزيز النظم الصحية في البلدان النامية، تُصنف هذه المبادرات ضمن المؤشرات الصحية العالمية، وتعتمد على تعاون منظم بين المنظمات والأفراد وأصحاب المصلحة حول العالم لمواجهة قضايا صحية محددة على نطاق عالمي، من الأمثلة البارزة على هذه المبادرات الصندوق العالمي لمكافحة السل والإيدز والملاريا، وبرنامج البنك الدولي لمكافحة الإيدز في عدة دول، كما يركز تحالف اللقاحات العالمي بشكل خاص على برامج التحصين التي

¹ - نيوما تورسن ، الصحة والرعاية الاجتماعية ، ط1 ، لبنان ، 2023 ، ص5 .

² - فينياس تس تسا كيس ، دور وسائل التواصل الاجتماعي والرقمية في اليقظة الدوائية وتأثيرها على الرعاية الصحية الشخصية، رسائل علم السموم، ط1 2015 ص28 .

تضمن بقاء الأطفال في صحة جيدة وتحميهم من الأمراض المعدية. تعتبر المبادرات الصحية وخاصة البلدية منها ذات تأثير كبير على الوقاية من الأمراض المعدية في المجتمعات المحلية إذ تسهم في تحسين الوعي وتعزيز السلوكيات الصحية بين الأفراد من خلال تنفيذ برامج التوعية والتثقيف حيث توفر هذه المبادرات معلومات حول طرق انتقال الأمراض المعدية وسبل الوقاية منها مما يؤدي الى زياده الوعي العام واشترك المجتمع في الجهود الصحية وكذلك تسعى لتحسين الخدمات اللازمة مثل التطعيمات والفحوصات الدورية مما يسهم في تقليل الاصابة بالأمراض حيث تعتبر هذه المبادرات خطوة اساسية وهمة نحو تحقيق صحة عامة أفضل وتعزيز قدرة المجمع على مواجهة التحديات الصحية⁽¹⁾.

تشمل المبادرات المجتمعية للتغذية تعزيز التغذية الجيدة بين السكان عبر تناول الغذاء والمغذيات المناسبة، ويعالج هذا المجال قضايا تخص الأفراد والأسر والفئات المختلفة المرتبطة بمحددات اجتماعية أو ثقافية أو صحية. ويغطي مجالات كالتغذية الصحية العامة، والتثقيف الغذائي، والعلاج الغذائي الطبي. وتكتسب التغذية المجتمعية أهمية متزايدة في تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض، إذ يتأثر السلوك الغذائي بالعادات والمعتقدات والبيئة المعيشية. كما أن تقليل استهلاك المنتجات الحيوانية وزيادة الخضروات يفيد صحة الإنسان ويحسن استدامة الأراضي ويسهم في الحد من تغير المناخ. وتشمل الوقاية في التغذية المجتمعية مستوياتها الثلاثة: الأولية للوقاية من الأمراض، والثانوية للتشخيص والعلاج المبكر، والثالثية لمنع تفاقم الحالات المرضية. ويتعاون المختصون مع مؤسسات التعليم والرعاية الاجتماعية والبحوث الوبائية، وقد شهد العقدان الأخيران تحولاً في أبحاث التغذية نحو تعزيز الصحة والوقاية، مع تزايد الحاجة إلى استراتيجيات تقدم نصائح غذائية شخصية.

¹ - زياد حسين علي فريحات ، تأثير المبادرات الصحية البلدية على الوقاية من الامراض المعدية في المجتمعات المحلية ، مع مجلة المجتمع العربي لنشر الدراسات العلمية . ط 1 ، 2024 ، ص 226.

المبحث الثالث

التحديات التي تهدد الامن الصحي للطفل

التحديات الصحية عبر التاريخ كان لها تأثيرات عميقة ومتنوعة على المجتمعات، مما تسبب في خسائر اجتماعية واقتصادية وبيئية وسياسية، هذه التحديات لم تقتصر على البلدان الفقيرة أو النامية فقط، بل شملت أيضًا الدول المتقدمة، وأثرت على جميع الفئات العمرية من كبار وصغار، في المناطق الحضرية والريفية على حد سواء، يواجه الطفل العديد من التحديات متعددة المستويات والتي تختلف من منطقة لأخرى، والتي تقف عائقًا أمام تقدم الصحة، من حيث تأمين الأفراد من الأمراض وتزويدهم بثقافة ترعاهم وتحفظ صحتهم والذهاب بالجهود الوطنية والإقليمية والدولية لمستوى يقدر على مواجهة التحديات، فهناك الكثير من المخاوف والاضطراب التي تهدد صحتهم في الوقت الراهن في بلدان العالم كلها، لاسيما العراق نتيجة الحروب والازمات والارهاب وغيرها من المهددات التي تهدد امنهم عامة، وعلى الاطفال خاصة مما ادت الى تدهور الوضع الصحي للطفل بالإضافة الى وضعه الاقتصادي، والاجتماعي، والبيئي، والامني وتترابط التحديات التي تواجهه، فنجد المناخ والفقر وزيادة السكان والحروب وغيرها بتأثيراتها على جوهر الامن الصحي مما يؤدي الى عدم قدرة المؤسسات الصحية على توفير الحد الأدنى من الرعاية والوقاية للأطفال⁽¹⁾.

اذ يعتبر نمط معقد من التحديات فمضامينها، تتضمن رعاية صحية، ضمان اجتماعي للطفل ووضع السياسات الصحية الوطنية، وتوفير الأدوية والتوعية وغيرها، لذلك ما يواجه الأمن الصحي الكثير من المؤهلات في المجتمع وتتحكم بالصحة وتقيدها مفهوما ومجالا تطبيقيا، وهذه التحديات التي تحول دون تحقيق الرقي والتطور⁽²⁾. لذا فإنه يعد حق من حقوق الافراد ولاسيما الاطفال في أن يكونوا بأمان من المرض، والعوز لضمان تحريره من المرض، وله الحق في توافر العلاج والأدوية اللازمة لعلاج ووقايته من الأمراض ولاسيما منها الفتاكة والسريعة الانتشار، فالإهمال يؤدي الى موت الآلاف منهم مما يدمر بنائهم المعرفي لان اذا غابت المعرفة ساد الجهل وتوقف التفكير، وتسبب بالحيرة المعرفية لكثير من الأطفال الذين يتطلعون لزيادة خبراتهم وتنمية مهاراتهم لتكوين البناء

¹ - السياسة الصحية الوطنية (2014-2023)، وزارة الصحة، جمهورية العراق، كانون الثاني 2014.

² - نادية مصطفى العيدروس أحمد، فاعلية وسائل التنقيف الصحي في بث ونشر المعلومات الصحية لبناء مجتمع المعرفة الصحي السوداني، المركز القومي للبحوث، مركز التوثيق والمعلومات، الخرطوم، السودان، 2012. ص 79.

المعرفي لديهم، فهناك الكثير من التحديات التي تقف بوجه الطفل فتهدد امنهم الصحي وبنائهم المعرفي فمن أبرزها الاتي (1).

أولاً: التحديات الاجتماعية

الجانب الاجتماعي جزء لا يتجزأ من الجوانب الاقتصادية والتعليمية والصحية، وتشكل التحديات الاجتماعية في المجتمعات المختلفة تهديداً لأمن الإنسان، حيث يمكن أن تؤدي إلى شعور بالاغتراب النفسي والاجتماعي والأسري والثقافي والديني، هذه التحديات تتطلب من المجتمع بأفراده وجماعاته البحث عن أساليب لمعالجتها، إذ إن الاغتراب يمثل مرضاً اجتماعياً يؤثر سلباً على استقرار المجتمع وأمنه، ويخلق فجوة بين التوقعات الاجتماعية للأفراد والواقع الذي يعيشونه (2). تتصف التحديات الاجتماعية بكونها جماعية، إذ تشمل عدداً كبيراً من الأفراد وتعيقهم عن أداء الأدوار الاجتماعية الموكلة إليهم ضمن ما هو متفق عليه في المجتمع. وتشكل الأزمات والحروب تهديداً مباشراً للأمن الإنساني بكافة أشكاله، بما في ذلك الأمن الصحي والاستقرار، وتستلزم وجود قوانين نافذة وعادلة، وحكم رشيد، وفرص متساوية للجميع، ومشاركة حقيقية. فالنزاعات والحروب والاحتلال غالباً ما تولد طوارئ إنسانية تؤثر على حياة الناس، في حين أن أمن الإنسان يعد أساساً للتنمية، إذ لا يمكن تحقيق تنمية حقيقية دون بيئة مستقرة ومؤاتية (3).

إن ضعف العلاقات الأسرية وسوء التنشئة الاجتماعية يؤديان إلى انحرافات سلوكية وانجراف الأطفال نحو أصدقاء السوء وطرق حياة ضارة، مما يؤثر سلباً على حياتهم وحياة الأسرة والمجتمع، ومع توسع دائرة التكنولوجيا والمعلومات والتطور التقني، تغيرت الأساليب الأسرية، فحدث التفكير الأسري، والطلاق، وتراجع الضوابط الأسرية، وضعف الرقابة الأبوية، وانشغال الآباء بمتطلبات الحياة، مما جعل الأطفال ضحايا لهذه المتغيرات، معرضين للخوف والقلق والاضطراب، وبالتالي

¹ - هناء جاسم السبعوي، الصحة والمرض وأثرهما في التنمية دراسة تحليلية لواقع الصحي في مدينة الموصل، مجلة ابحاث كلية التربية الاساسية، مجلد (8)، العدد (4)، 2009، ص 73.

² - أحمد فلاح العموش وآخرون، مظاهر السلوك الصحي في مجتمع الإمارات دراسة ميدانية، مجلة شؤون اجتماعية، العدد (102)، الشارقة، 2009، ص 42.

³ - ميس محمد كاظم، سياسة الانفاق الاجتماعي وبناء السلم المجتمعي في العراق دراسة ميدانية في مدينة بغداد، أطروحة دكتوراه غير منشورة، قسم علم الاجتماع، كلية الآداب، جامعة بغداد، 2020، ص 184.

تهديد استقرارهم وأمنهم الصحي. ومن هنا، تعد هذه العوامل من أبرز محددات الجانب الاجتماعي للأطفال الذين غالباً ما يقعون تحت تأثيرها⁽¹⁾.

ان التغييرات المتسارعة في الوقت الراهن من العولمة، وما رافقها من تحديات وتقلبات، إذ أصبح التعليم في جميع انحاء العالم يواجه العديد من التهديدات، والمعوقات ففي المجتمع العراقي تكون التحديات والتهديدات أعم وأشمل من أي مجتمع آخر، إذ يعد التعليم هو المحور الأساسي لتقدم المجتمعات وتنميتها، فوجود القوى البشرية المؤهلة عن طريق التعليم يعد شرطاً أساسياً لتقدم أي مجتمع وتطوره، إذ يزال التعليم أحد اهم الشواغل الرئيسة للمسار التنموي في العراق إذ ما تزال تحديات وتهديدات أمنية تواجه البناء المعرفي وتطوير مهارات الأطفال وتعليمهم وان العملية التربوية تواجه تحدي يتجسد باستنزاف الموارد البشرية من التعليم بواسطة التسرب المدرسي⁽²⁾. ويعد التعليم المنطلق الذي يعتمد عليه المجتمع في تحصين أطفاله مما يجعل المدرسة مؤسسة اجتماعية ذات أهمية عظيمة في التحصين المجتمعي، لأنها تلعب دوراً مهماً في تشكيل سلوك الأطفال بما تملكه من أنظمة وأساليب تربوية جيدة، واثبتت الكثير من الدراسات التي أجريت في المجال التربوي من قبل باحثين مختصين حيث أتضح أن العلاقة بين النظام التعليمي في المجتمع والأمن الإنساني علاقة طردية، أي كلما كان النظام التعليمي قوياً، ومخططاً، ومرتبطة بعقيدة المجتمع، وتقاليده، وعاداته كلما كان أقدر على مواجهة مهددات الأمن الإنساني وخاصة الامن الصحي للأطفال وعدم التمييز بينهم داخل المجتمع ولا سيما في المؤسسة التربوية⁽³⁾.

إذ تخلف المناهج الدراسية وأساليبها وقد تكون من اهم التحديات التربوية الاجتماعية المهمة المؤدية الى تدهور التعليم وانتشار الامية ولاسيما بسبب التدريس إذ يتم الاعتماد على اساليب التلقين المعرفي واثقال ذاكرة ومزاج الطلبة اليافعين بالمواد الدراسية المختلفة غير الملائمة لأذواقهم ودرجة استيعابهم العقلية ومراحلهم العمرية، كما يوجد نوع من التناقض الكبير ما بين ما يتعلمه الاطفال في المحيط العائلي، وبين الجانب النظري والعملية وبين متطلبات الحياة العملية والواقعية، اي بين ما

¹ - نجلاء عاطف خليل، في علم الاجتماع الطبي، ثقافة الصحة والمرض، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 2006. ص 223.

² - على المكاوي، الجوانب الاجتماعية والثقافية للخدمة الصحية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1988. ص 11.

³ - علي عبد الرزاق جلبي وحسن محمد حسن، علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2001. ص 41.

يتعلمه وبين ما يحتاجه ويفاد منه في حياته اليومية، حيث ان لكل أسرة اوضاعها الخاصة، وأسبابها المتعددة والمختلفة التي اجبرت اطفالها على ترك الدراسة فقد كان لفقدان الأمن الدور، والسبب الرئيس الذي ادى الى تسرب الاطفال من المدرسة مما يؤدي الى حدوث خلل في بنائهم المعرفي⁽¹⁾. وان البنى التحتية من أهم الموضوعات التي تهم المخطط التربوي بوجه عام وفي المجتمع العراقي بوجه خاص، اذ فنقاتها تمثل أكبر نسبة من الاستثمارات المخصصة للتربية والتعليم ومواصفاتها تؤثر في نوعية التعليم بوصفها الوعاء الذي تتم فيه العملية التربوية، وصلتها بالخطة التربوية حيث ان البنى التحتية تؤثر في الأعداد التي يتم استيعابها في كل مرحلة من المراحل، ونتيجة لهذه الأهمية البالغة للبنى التحتية للمدارس عُنيت الدول، والمؤسسات الدولية المختلفة بها، فأقيمت المراكز المحلية والإقليمية وعقدت المؤتمرات الدولية لمناقشة موضوع البنى التحتية للمدارس⁽²⁾. وينبغي أن نشير الى نقطة مهمة ان التخلف العلمي وانخفاض المستوى التعليمي لا علاقة لهما بالمتعلم بل بالسياسة التعليمية، واسلوب التعليم، وهناك اوضاع تتعلق بالبيئة المدرسية مثل الابنية المدرسية التي لا يتوفر فيها اي من مصادر المياه ودورات الصرف الصحي والنظافة و كذلك توجد الحاجة للأبنية المدرسية الجديدة مع ملحقاتها التربوية كساحات للعب، والتسلية. كما أنه لا تتوافر فيها الشروط الصحية كالتهووية، والتدفئة، والتبريد، والشبابيك بلا زجاج وقد تحولت المدارس في بعض السنين ولاسيما ٢٠٠٦-٢٠٠٧ الى سجون محصنة محاطة بالحرس من كل جانب بسبب الوضع الامني، حيث يعد التعليم من اهم البنى التحتية لاي مجتمع⁽³⁾.

من الواقع الذي نشاهده في مجتمعنا العراقي نلاحظ تراجعاً كبيراً في إعمار، واصلاح البنى التحتية من حيث التعليم، والدخل والصحة للأسرة، وخاصة الاطفال إذ تعتبر من اهم مؤشرات التنمية لاي مجتمع كان إذ ان الاوضاع التي يعيش فيها الناس، ويعملون والتي تتضمن الفقر، والعزل الاجتماعي، والسكن غير الصحي، والعمل في اوضاع خطرة، وضعف الانظمة الصحية إذ تعد هذا الأوضاع من

¹ - سلوى عثمان الصديقي، مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية من منظور الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية ، 2002. ص 192.

² - أحمد مجدي حجازي وآخرون، الصحة والبيئة: دراسات اجتماعية وأثنولوجية، دار المعارف، القاهرة، 2001. ص 48.

³ - إقبال إبراهيم مخلوف، الرعاية الطبية والصحية ورعاية المعوقين، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2000. ص 63.

اهم التحديات الاجتماعية التي تفسر سبب معاناة الفقراء والمهمشين من المرض والوفاة المبكرة أكثر من نظرائهم الذين يتمتعون بأوضاع اجتماعية أفضل فالتحديات الاجتماعية للصحة ترتبط ارتباطاً وثيقاً بمسألتي العدالة الاجتماعية ، والصحية وتأثيرها في الأطفال.

ثانياً: التحديات الاقتصادية

يعد الاقتصاد العصب الرئيس أنشطة المجتمع جميعاً وحدوث أي خلل فيه يؤدي إلى عرقلة عملية التقدم التي يسعى المجتمع إلى تحقيقها إذ يعد الجانب الاقتصادي من الأبعاد الشديدة الأهمية في الأمن الصحي، والإنساني للطفولة بوصفه يتوافق مع فلسفة الحاجات الإنسانية إذ يمثل حالة من القلق عند الأفراد، وخاصة الأسرة بوصفه الأكثر في توافر الحد الأدنى من الدخل للأفراد للحصول على متطلبات الحياة ويؤثر في الاستقرار لكثير من الأسر، لأنه يعمل على تغيير بنية الأفراد، ويهدد كيان المجتمع ولا نبالغ إن قلنا إن الجانب الاقتصادي بوساطة الحرمان والتفاوت في مستويات المعيشة يخلق فئات مهمشة ، وضعيفة تعاني من أسوأ الأوضاع في توافر لقمة العيش مما يمثل عبداً ثقيلاً على حياة الأفراد، وخاصة الأطفال ويهدد أمنهم واستقرارهم⁽¹⁾.

فقد ظهر فقر الطفل كأحد الجوانب الأساسية للسياسة الاجتماعية فهناك الكثير من الدول لا تهتم بالطفولة، والفقر في مفهومه العام يحاول وصف ظاهرة ذات أبعاد متعددة التعقيد، والتشابك، إذ يعبر عن المفهوم بالعوز، والحرمان لفئة معينة من فئات المجتمع وقد استعملت هذه الظاهرة وتزايدت انعكاساتها السلبية على التنمية المتوازنة في المجتمع، إذ تنامت وتفاقت حالة البؤس والحاجة، والعوز وشظف العيش التي تعوق التقدم الاجتماعي⁽²⁾. والنمو المتوازن في المجتمع، وإن الاهتمام بموضوع الفقر في العراق لم يأخذ المساحة المناسبة في الجهد التنموي بسبب طبيعة الأوضاع والسياسات، والتحديات ، والمتغيرات التي شهدتها المجتمع العراقي في العقود الأخيرة⁽³⁾. وبعد أن شهد العراق استقراراً نسبياً في السبعينيات من القرن الماضي، داهمت التحديات بناء المؤسسات، وأوضاعه الاقتصادية، والاجتماعية⁽⁴⁾. ويتخذ الفقر الكثير من المظاهر، والكثير من الأبعاد إذ إنه يهدد نواحي الطفولة جميعها بحرمان الأطفال من القدرات التي يحتاجونها للبقاء ، والنماء، والترعرع كما أنه يرسخ أو يوسع نطاق حالات التفاوت

¹ - جمال شحاته حبيب، السلوك الإنساني والبيئة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2010. ص 211.

² - برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية الإنسانية العربية "خلق فرص للأجيال المقبلة، 2002. ص 187.

³ - إليس اسكندر بشاي، علم الاجتماع والأنثروبولوجيا الطبية، دار المعارف، القاهرة، 2000. ص 18.

⁴ - ردينة عثمان يوسف، التسويق الصحي والاجتماعي، دار المناهج للنشر والتوزيع، الأردن، 2008. ص 191.

الاجتماعي، والاقتصادي، والفوارق بين الجنسين التي تحول دون تمتع الأطفال بتكافؤ الفرص ويقوض الفقر البيئات الأسرية، والمجتمعية الى توافر الحماية، مما يعرض الأطفال لمخاطر الاستغلال، والعنف، والإساءة والتمييز والوصم الاجتماعي ويمثل تهديدا كبيرا عن طريق مضاعفته لآثار فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب حيث تتجسد المشكلة الأساسية في العراق بتنامي نسبة الفقراء بين الأطفال⁽¹⁾. وقد أعلنت وزارة التخطيط العراقية في بغداد ان نسبة الفقر في البلاد بلغت ٢٥٪ مقيم من اجمال السكان في عام ٢٠٢٢ الا ان هذه النسبة ارتفعت موازنة بعامي ٢٠١٩ و ٢٠٢٠ إذ كانت النسبة لا تتجاوز ٢٨,٣٪، ويهدد الفقر الحقوق كلها حارماً الأطفال من القدرات التي يحتاجون اليها للبقاء والنماء إذ يواجه الأطفال بعضاً من أسوأ أنواع الحرمان من السلع ، والخدمات الأساسية ويجسد الفقر الطابع المتعدد الأبعاد للتهديدات التي تواجه الطفولة إذ يفاقم تأثير كل نوع من أنواع الحرمان الأخرى وعندما يتصادف حدوث نوعين أو أكثر من الحرمان فإنه من المحتمل أن تكون الآثار كارثية في الأطفال، يشكل عمل الأطفال أحد أهم الأسباب والأعراض المصاحبة للفقر، حيث يؤدي هذا العمل في كثير من الحالات إلى حرمان الأطفال من الصحة والتربية والتعليم، بل وحتى من فرص التقدم والإبداع، كما قد يهدد حياتهم ذاتها، وبما أن الفقر يدفع بعض الأسر إلى دفع أبنائها إلى سوق العمل لتلبية الحاجات المعيشية، فإن ذلك يضمن استمرار دورة الفقر عبر الأجيال، مما يلقي بظلاله السلبية على مستقبل هؤلاء الأطفال. تمتلك منظمة العمل الدولية خبرة تمتد لأكثر من عقد في التعاون مع هيئات متخصصة من أجل فهم ديناميكيات الأسر الفقيرة، وزيادة الوعي بمخاطر عمل الأطفال، والتعريف بالإجراءات الممكن اتباعها للحد من هذه الظاهرة. ولا تقتصر جهودها على مجرد محاولة وقف عمل الأطفال، بل تنادي بوضع خطة شاملة تراعي الفروق بين الجنسين، وتركز على دعم الأسرة باعتبارها محوراً رئيسياً.

في هذا الإطار، تركز الخطة على فكرة إسقاط عمل الأطفال وتوجيههم إلى مقاعد الدراسة، وفي المقابل تسعى إلى رفع نسبة توظيف آبائهم لتوفير مصدر دخل مستقر للأسرة. يتطلب إنجاح هذه الخطة تكاملاً بين السياسات الاجتماعية والتعليمية والاقتصادية لضمان بيئة تنموية آمنة ومستقرة، تكفل حق الأطفال في التعليم وتمنحهم فرصة التقدم وتحقيق إمكاناتهم الكاملة بعيداً عن دائرة الفقر والعمل المبكر⁽²⁾. ومن التحديات التي تعرض مستقبل الاطفال للخطر هي مشكلة ترك الدراسة فهي تدفعهم الى البطالة

¹ - بسام عبد الرحمن المشاقبة، الإعلام الصحي، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان - الأردن، 2012، ص 65.

² - سعاد عثمان وآخرون، الصحة والمرض، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، 1991، ص 26.

، ثم الى التسكع بدون غرض مما يؤدي بهم الى الاقدام على الممارسات السلوكية الخاطئة، ولاسيما في الحالات التي يغيب عنها التوجيه الاسري ، والمجتمعي في ضوء غياب التوجه التربوي في المدارس التي تركوها، يُعد أحد أبرز المشكلات التي تواجه نظم التعليم في العديد من الدول، وخاصة العربية منها، هو إخراج أعداد كبيرة من الشباب غير المؤهلين بشكل كافٍ⁽¹⁾. تعتمد توافر المهارات والقدرات المطلوبة في سوق العمل بشكل كبير على كفاءة الأنظمة التعليمية والتدريبية داخليا وخارجيا، إضافة إلى مرونة برامجها ومناهجها وأساليب تنفيذها. يجب أن تتميز هذه الأنظمة بالقدرة على التكيف مع المتطلبات المتغيرة والاحتياجات المتنوعة، مع استغلال الإمكانيات المتاحة في إدماج التكنولوجيات الحديثة والمتطورة ضمن برامجها ومناهجها، لا سيما أن هذه التكنولوجيات تتسم بسرعة التطور واستمرار التغير، لذا، فإن تحديث المناهج وتطوير أساليب التعليم والتدريب باستمرار يعد ضرورة لضمان بناء جيل مجهز بالمهارات اللازمة لمواكبة تغيرات سوق العمل المتسارعة⁽²⁾. تُعتبر معرفة أسباب البطالة أمراً ضرورياً لتحديد الحلول الأنسب لهذه المشكلة الاجتماعية الاقتصادية المعقدة، التي تنتوع أسبابها بحسب المكان والزمان والمفاهيم السائدة. من بين أهم هذه الأسباب قصور جهود التنمية، النمو السكاني المتزايد، تشغيل الأطفال، التطور التكنولوجي، ارتفاع تكلفة الأجور، توظيف العمالة الصغيرة، رفع سن التقاعد، الاعتماد على الأيدي العاملة الأجنبية، وفرض قيود على الهجرة الخارجية. تؤدي البطالة إلى تحديات كبيرة تهدد استقرار الأسرة، فهي تسبب مشكلات اجتماعية متراكمة تشمل أعباء مادية كبيرة على رب الأسرة، إضافة إلى أعباء نفسية ومعنوية تُسفر عن توتر وخلافات أسرية متكررة داخل المنزل⁽³⁾. كما وان نسبة تدهور العلاقات الاسرية بارتفاع متزايد ذلك كله من الآثار الناجمة عن البطالة، فالأسرة التي تتعرض الى هذه المشكلة تشعر بانها غير قادرة على تلبية حاجات، ومتطلبات افرادها وتكون عاجزة عن حل مشكلاتها فوجودها يؤدي الى عدم القدرة على اشباع حاجاتها الاساسية فتعيش في حالة من الحرمان، والذل، والاحباط بسبب انخفاض دخلها او انعدامه بصورة رئيسة ، فيلتجؤون الى تشغيل أطفالهم وترك تعليمهم

¹ - عاطف محمد شحاتة عبد العزيز، الاتجاهات الحديثة في دراسة التنظيمات الطبية، مطبوعات مركز البحوث والدراسات الاجتماعية ، القاهرة، 2001.ص 143.

² - سهام حامد حجازي، الإدارة في المنظمات الصحية: بالتطبيق على المنظمات الصحية في دولة الكويت، مكتبة البابطين، الكويت، 2008.ص112.

³ - محروس محمود خليفة، السياسة الاجتماعية والتخطيط في العالم الثالث، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1993.ص 111.

وفقدان بناءهم المعرفي، مما يؤثر على مستقبلهم فهذه تعتبر مسألة تنموية معقدة ، وأسبابها متباينة، ومتنوعة وأهمها تجذر بهم الفقر، ويسهم في استمرارها عدم الاستقرار الاجتماعي، والاقتصادي ، والسياسي للمجتمع وهي تنطوي على إجبار الأطفال على العمل إما بسبب الأوضاع أو بالإكراه على القيام بعمل يلحق أضراراً نفسية وجسدية وعاطفية ويحرمهم من طفولتهم ويعد عمل يلحق الضرر، والخطر بالطفل بما يعد انتهاكا للقانون الدولي ، والتشريعات الوطنية⁽¹⁾.

يعتمد توفر المهارات والقدرات المطلوبة في سوق العمل على مستوى الكفاءة الداخلية والخارجية للأنظمة التعليمية والتدريبية، إلى جانب جودة البرامج والمناهج وأساليب التنفيذ المستخدمة. يجب أن تتسم هذه الأنظمة بالمرونة والكفاءة العملية، مع قدرة مستمرة على التكيف مع المتطلبات والاحتياجات المتغيرة والمتنوعة. كما ينبغي أن تكون قادرة على دمج واستخدام التكنولوجيا الحديثة والمتطورة في تصميم وتنفيذ برامجها ومناهجها، لا سيما أن التكنولوجيا اليوم تتسم بسرعة التطور والتغير المستمر، مما يتطلب استعداداً دائماً لمواكبة هذه التحولات لضمان إعداد كوادر مؤهلة تلبي احتياجات سوق العمل المستقبلية⁽²⁾.

فضلاً عن إن بطلالة الوالدين أو عدم وجود معيل للأسرة مما يدفع الأطفال الى العمل من أجل توافر أبسط متطلبات الحياة وفي ضوء ذلك تطرقت الباحثة الى البطالة، كونها عامل الفقر وعمالة الأطفال بالجانب الاقتصادي لمهددات الامن الانساني وخاصه الامن الصحي للطفولة وايضا لها اثر مباشر واساسي في الاسرة، إذ تؤدي الى عدم القدرة على اشباع حاجاتها الاساسية من التعليم، والصحة، وتربية، وتنشئة ، وامان⁽³⁾. وتسبب بهبوط حاد في معنويات الاسرة وتجميد أنشطة الاسرة إلى مستويات واطئة جداً إذ لا تكون قادرة على أداء مهامها ، ووظائفها بصورة جيدة للأفراد، والمجتمع .

ثالثاً: التحديات الصحية

ان تهديد الأمن الصحي وتأثيراته في افراد المجتمع ولاسيما الأطفال له تأثيرات سلبية فلابد من حمايتهم من المخاطر الصحية التي تواجههم ؛ لان الصحة من اهم الحقوق الانسانية الاساسية في وجود

¹ - محمد عبد المنعم نور، الطب والمجتمع دراسة أساسية في الاجتماع الطبي، دار اللواء للنشر، القاهرة، 1983.ص136.

² - عبد الحي محمود صالح، الصحة العامة وصحة المجتمع، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، 2001.ص 17.

³ - تحسين أداء النظم الصحية، التقرير الخاص بالصحة في العام 2000، منظمة الصحة العالمية، جنيف، 2002.

الانسان، وفي ديمومة بقاءه وهي تؤلف مع التعليم والدخل مثلث عناصر التنمية البشرية الأساسية، وكذلك تعد من اهم العناصر الاساسية التي تؤثر في تنمية رأس المال البشري، ومن ثم انعكاسها على الأمن الاجتماعي، اذ توجد علاقات متشابكة ومتبادلة لتأثير الصحة في التنمية البشرية، إذ تساعد الصحة على التمتع بالحياة من جهة وعلى العمل والأبداع من جهة ثانية فهي تجعل الافراد، ينعمون بحياة أمنة صحياً وأكثر استقراراً ، فالصحة هي عنصر ومكون أساسي لأنها أساس الأمن ومصدر حماية حياة الإنسان ، والصحة الجيدة تشكل شرطاً مسبقاً للاستقرار الاجتماعي (1).

فإن الانفاق الحكومي على الصحة يعد استثماراً غير مباشر للطاقات البشرية، والقوى العاملة، فالصحة الجسدية كغرض هي من الاشياء المتفق عليها في المجتمعات كلها على مر التاريخ وعلى المستوى الفردي، والاجتماعي. اما الحالة المثالية في امكانية العطاء فتشمل في تظافر صحة النفس ، والجسد مع نسق التوجيهات الاجتماعية الايجابية والمعارف المتطورة، والقدرات الراقية، وفي عصر العولمة أصبح الجانب الصحي مهدداً ولاسيما في ضوء العدوى وسرعة انتقال الأوبئة من مكان لآخر بفضل فتح الحدود، وتنقل الأشخاص، ويعد المجتمع العراقي من الدول الأكثر عرضة لهذه التهديدات، وذلك بسبب كثرة الأمراض، ونقص الرعاية الصحية ورداءة البنى التحتية للمستشفيات والمراكز الصحية (2).

ونجد من أهم المهددات التي تؤثر في الجانب الصحي هي سوء التغذية سواء كان ما يتعلق بالنقص في كمية الغذاء، أو في نوعية الغذاء، فضلاً عن وفيات الأطفال، التي هي أكثر تعرضاً للمهددات الصحية، تؤثر سلباً في الجانب الصحي للأطفال (3). إذ أكدت منظمة الصحة العالمية بأن سوء التغذية يمثل أعظم تهديد مفرد يواجه الصحة العامة للأطفال ،إذ اطلق برنامج الأغذية العالمي ، برنامجاً لتقديم النقود مقابل العمل في العراق لمساعدة أفقر الفئات في المجتمع العراقي في كسب ما يكفي من المال لشراء الطعام الذي قد لا يكون في أيديهم، فالفقر ، والصحة عاملان مرتبطان مع بعضهما الآخر فالتدهور الصحي الناتج عن سوء التغذية ، ونقص الخدمات الصحية والتي تعد من اهم محددات الفقر

1-Edward A. Mckinney, Health Planning In Richard L. Edwards, Ed In Chief, Encyclopedia Of Social Work, 19th Ed, USA, Nasw Press, 1995122.

2- ماهر أبو المعاطي علي، مؤشرات تخطيطية لتطوير الخدمات الصحية بالمستشفيات العامة، المؤتمر العلمي الثاني، كلية الخدمة الاجتماعية بالفيوم، جامعة القاهرة ، 2006.ص 67.

3- سيد سلامة، الصحة والتربية الصحية، دار الفكر العربي، القاهرة، 1997. ص 39.

الاجتماعية،⁽¹⁾ وقد ثبت ان الصحة ليست قضية إنسانية فقط بالذات ابعاد كثيرة وهي جزء لا يتجزأ من جهود التنمية الاجتماعية الرامية الى تخفيض الفقر ، وتحسين مستويات عيش الفقراء ، والفئات المهمشة كما اكد التقرير الاحصائي السنوي لوزارة الصحة العراقية لعام ٢٠٢٢ ان نسبة الاطفال المعرضين لخطورة سوء التغذية دون الخامسة تذبذباً نسبياً بين الارتفاع ، والانخفاض خلال الاعوام من 2018-2022 ، أذ بلغت نسبة المؤشر (12) لعام 2022 موازنة للعام 2018 إذ كانت القيمة مرتفعة وبنسبة (١٧٪) ، (13) من الأطفال دون الخامسة يعانون من نقص الوزن بسبب سوء التغذية ⁽²⁾ فتعد الأوضاع الصحية بالعراق واحدة من أسوأ الأوضاع في المنطقة ،وقد اظهرت موازنة المؤشرات في السنوات العشرين الاخيرة وان الوضع الصحي للسكان قد شهد تدهوراً خطيراً، إذ يواجه القطاع الصحي في العراق عدة تحديات، ضعف البنى التحتية ، وقلة مستشفيات ومراكز للرعاية الصحية، وصولاً إلى سوء استخدام الأدوية وغلاء ثمنها ويشير مسح الأوضاع المعيشية في ٢٠٠٤ ان ترتيب العراق يأتي متدنياً موازنة مع دول الشرق الأوسط الأخرى فيما تعلق بالأغراض الانمائية للألفية الثالثة الصادرة عن الامم المتحدة حيث عانى العراق من تردي الخدمات الصحية على نطاق ، ولاسيما في محافظات الجنوب ، والشمال مثل العمارة ، والموصل وكيف أن نسبة الفقر ارتفعت في العقود الثلاثة الأخيرة إلى 20% موازنة بوضع العراق سابقاً ⁽³⁾.

وقد تباين تأثير التهديد الصحي في العراق بسبب المضاعفات التي سببها انتشار وباء «كورونا»؛ لما حصده من الأرواح للكائنات الحية، فضلاً عن الآثار النفسية التي تسببت من حالات القلق والذعر ، والخوف ، إلى جانب الآثار الناجمة عن خسائر اقتصادية هددت خطط التنمية، إذ رافقتها أزمة اقتصادية كبيرة، وشلل تام في معظم النشاطات الاقتصادية، كما يتأثر القطاع الصحي بمتغيرات البيئات السياسية والاجتماعية والثقافية ، والاقتصادية ما بين القطاعات الاخرى ، وان الوضع الأمني الراهن واندثار البنى التحتية، وصعوبة الحصول على المياه النظيفة وخدمات الصرف الصحي في بعض المناطق ، ونسبة الفقر، وسوء التغذية والهشاشة الاجتماعية كلها عوامل كانت لها آثار سلبية على

1-Dyksterhuis, commotions encyclopedias, division of encyclopedia Britannica, volume 7, the university of Chicago press ,Chicago ,1986.52

²- سيد فهمي، الرعاية الاجتماعية من المنظور الإسلامي، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1988.ص28.

³- عبد الرحمن العيسوي، التربية النفسية للطفل و المراهق، دار الراتب الجامعية، بيروت، 2000.ص83.

الحالة الصحية للفرد العراقي عامة، ولاسيما الأطفال خاصة⁽¹⁾، حيث إن الوقاية الصحية قضية مجتمعية، بمعنى توقي حدوث الأسباب، والظواهر المهيئة للمرض وتجنبها، كوسيلة فعالة لوقف حدوث المرض وتوقي أضراره ومضاعفاته، وما يترتب عليها من إنفاق مالي من موازنة الأسرة والمجتمع، ولا يمكن أن يتحقق ذلك إلا بتغيير سلوك الأفراد والمجتمع⁽²⁾.

ان الدول المتقدمة تنظر الى الطفل على انه رأس مال مستثمر ينبغي المحافظة عليه أما الدول النامية التي من ضمنها العراق، والتي تشكو معظمها من وطأة ونقص التغذية فانخفاض وفيات الأطفال يعد نجاحاً طبياً، لكنه يخلف مشكلة تتطلب إعادة تنظيم الحياة الاقتصادية لتستوعب القادمين الجدد، لما لذلك من علاقة بتوزيع متطلبات الحياة في جوانبها المختلفة كلها كالصحة والتعليم، وتوزيع مصادر الثروة الاقتصادية ولاسيما الذي يتعلق بالحاجات الأساسية للإنسان كالغذاء، والدواء، إذ يمكن للأهل وقاية الطفل من الامراض عن طريق تأسيس، وبناء عادات صحية لديه وتشجيعه على ممارسة الرياضة بانتظام. وينبغي على الأهل تزويد الطفل بوفرة من الأطعمة الصحية، مثل الفواكه، والخضروات فضلاً إلى مصادر أخرى غنية بالبروتين يمكن للوجبات الرئيسية المنتظمة، والوجبات الخفيفة أن تشجع الطفل على اكتساب عادات غذائية صحية فضلاً عن اللعب خارج المنزل مع أفراد العائلة، او المشاركة في الفرق الرياضية تعد طريقة جيدة لتشجيع الطفل على ممارسة الرياضة، وتجنب البدانة⁽³⁾.

يقاس انعدام الأمن الصحي بحدوث الأمراض المعدية، ومعدل وفيات الأطفال، إذ تواجه البلدان جميعها المشكلة نفسها، لأنها تعد من المشكلات المثيرة للقلق ولاسيما البلدان الفقيرة التي تعاني من نقص وتردي الخدمات والرعاية الصحية، إذ تعد دراسة وفيات الأطفال من اهم المؤشرات الدقيقة للأحوال الصحية في العراق اوفي أي بلد فهي تقيس مستوى الصحة والخدمات الصحية إذ تمثل مؤشراً صحياً لعدة حسابات منها اجتماعية، اقتصادية، ديموغرافية لما تمثله وفياتهم من عدم ادائهم لدورهم في المجتمع⁽⁴⁾.

¹ - عبد المجيد الشاعر، علم الاجتماع الطبي، دار اليازوري العلمية، عمان، 2010. ص72.

² - السيد محمد السايح، التنور البيئي والصحي لطلاب المدارس العليا والجامعات، عالم الكتب، القاهرة، 2009. ص96.

³ - عبد المجيد الشاعر، علم الاجتماع الطبي، مصدر سابق، 2010. ص55.

⁴ - جعفر فارس العرجان وآخرون، مستوي الوعي الصحي ومصادر الحصول على المعلومات الصحية لدى جامعة البلقاء التطبيقية في الأردن، مصدر سابق، ص120.

ان معدلات وفيات الأطفال تختلف من بلد الى اخر ، ومن مدة زمنية الى أخرى داخل المجتمع الواحد ، لأنها تحدث نتيجة اسباب مختلفة يمكن ان تكون طبيعية ، او غير طبيعية، وان ضعف الرقابة الصحية ، وسوء الخدمات ، وتدهور الوضع الصحي للأمهات وتأثيرها أيضا على الصحة الإنجابية مما يُمثل تهديداً وخطراً على حياة الأطفال إذ يسبب وفاة الأم اثناء ولادة الطفل يفقد اقوى، وافضل غذاء هي الرضاعة الطبيعية ، لأنها المكون الأساسي لنموه الجسمي ، والعقلي وربما قد يتعرض الى الإعاقة الجسدية ، او غيرها من الأمراض التي تهدد حياته ونموه وامنه واستقراره ، ومن خلال مؤشر الوفيات يمكن تحليل الواقع الديموغرافي للسكان في البلاد حيث لمعدلات الوفيات ، وتباينها لها أهمية كبيرة في معرفة المستويات الصحية وتقويمها ، وتنميتها ، وتعكس مؤشرات الوفيات معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة لكل 1000 ولادة حية انخفاض معدل وفيات الاطفال حديثي الولادة عام 2022 لتصل الى (14.2) مقارنة بعام 2018 إذ كانت قيمته (14.5) ، ومعدل وفيات الاطفال الرضع لكل 1000 نسمة من السكان ارتفع مؤشر معدل وفيات الاطفال الرضع لكل 1000 نسمة الى (19.8)، معدل وفيات الأطفال دون الخامسة لكل 1000 نسمة من السكان سجل مؤشر معدل وفيات الاطفال دون الخامسة لكل 1000 نسمة (24.1) حالة⁽¹⁾.

ويرتبط القطاع الصحي إرتباطاً وثيقاً في البيئة الصحية ، حيث أصبحت قضية البيئة في الوقت الحالي من اهم القضايا التي تستقطب العالم أجمع بإظهار مدى أهمية الجانب البيئي في الدراسات الأمنية من خلال أُمْنَة التهديدات البيئية بسبب تطور وكثرة جوانب تهديدها للأمن الإنساني والامن الصحي وأمن الطفولة وخروجها عن نطاقها التقليدي بسبب الاستغلال المفرط والإهمال للموارد البيئية⁽²⁾، فعندما يكون هناك تدهور في الاوضاع البيئية بسبب تلوث جوي ،أو بري ، أو مائي، فإنه يؤدي إلى الكثير من المشكلات الصحية للإنسان ، كما أن التعرض المستديم للمواد الضارة قد يسبب أضراراً صحية شديدة ، يمكن انتقالها حتى إلى الأجيال القادمة، إذ يعد التلوث البيئي مُصدر رئيسي للالتزامات الصحية التي تهدد امن ، وصحة المجتمع ولقد اصاب التلوث عناصر البيئة المحيطة بالإنسان كافة من ماء ، وهواء ، وتربة ، وغذاء فضلاً، عن التلوث الضوضائي، وظهرت مشكلة التلوث مع التقدم

¹ - علي مكاي، الأنثروبولوجيا الطبية دراسات نظرية وبحوث ميدانية، دار المعرفة الجامعية،

الإسكندرية، 2010، ص137.

2-Padma, T and Morty G.s, Inbreeding of the 8th international Congress of Human Genetics(abstracts) “ In the American Journal of Human Genetics vol49,no4 1991.129.

الصناعي ، والتكنولوجيا ، والآلات الحديثة واسلحة الحرب ، والدول الصناعية الكبرى حيث ان الاستغلال المفرط والإهمال للموارد البيئية بغية التأقلم والانخراط مع الحاجات المجتمعية والحاجات الإنسانية التي تمثل إحدى ركائز هرم ما سلو الذي رأى من خلال نظريته إذ انه لا جدوى للحاجات الا من توافر الأمن الإنساني عناصره كلها ، مما جعل أغلب البلدان تعاني من تراجع ، وتناقص في مدخراتها الطبيعية بسبب عدم استخدام تقنيات وسلوكيات صحية للبيئة ، لتقادي الانهيار البيئي ومشكلاته وان الاختلالات البيئية لها اثرها في انعدام ديمومة الأمن الانساني للأطفال بصورة خاصة (1). لقد شهد العالم على مر العصور انتشارا واسعا للكثير من المهددات، والتحديات البيئية منها الاوبئة، والفيضانات، والزلازل والحروب، والنزاعات والأمراض، والاحتباس الحراري وثقب في طبقة الاوزون والاشعاعات المسببة للأمراض بسبب نفايات التجارب النووية والكيميائية واخر هذه المهددات فايروس كورونا الذي ضرب العالم بأكمله وحتى اللحظة لم يجد له مصل أو علاج (2).

لقد اخذ مفهوم البيئة أهمية في التشريعات والمجتمعات الدولية فقد عقد مؤتمر للأمم المتحدة للبيئة البشرية المنعقد بستوكهولم سنة 1972 تحت شعار نحن لا نملك إلا كرة ارضية واحدة حيث ان البيئة تعبر عن جملة من الموارد المادية والاجتماعية المتاحة في وقت ما وفي مكان ما لإشباع حاجات الإنسان ورغباته وتطلعاته، ولقد عمل المجتمع الدولي ودول العالم على وضع اتفاقيات تعمل لحماية البيئة والحفاظ على مقدراتها (3).

وهناك ما يزيد عن (250) عمل قانوني في مجال القانون الدولي للبيئة، ما بين معاهدات واتفاقيات، إعلانات، واحكام دولية، وتتنوع الاتفاقيات الدولية بتنوع المجالات البيئية سواء برية ، ام بحرية ، ام جوية ، إذ أن الواقع البيئي الراهن في العراق يُوصف بأنه مأساوي ، وخطر وكارثي فالبيئة العراقية ملوثة بالملوثات والمهددات البيئية الخطيرة التي تمس حياة الافراد وخاصة الأطفال إذ يعد الطفل العراقي من أكثر الفئات تعرضا للكثير من مصادر التهديد ومن هذه المهددات تلوث مائي، تلوث تربة، تلوث هوائي، وان هذه التهديدات البيئية وما تتضمنه من مهددات وتحديات عديدة مثل التغيرات المناخية،

¹ - نادية عمر، العلاقات بين الأطباء والمرضى، مصدر سابق، 2003.ص26.

2-Shainaz M., Tal Aat, Communication Process & Effects, The Anglo Egyptian Book Ship, 199383.

3-Marion Broome, Children And Families In Health And Illness, Saye Publications Inc, U.S.A, 1998215.

الجفاف، التصحر، تدهور الأراضي الزراعية. تكون مصدر تهديد مضاعفة على الأمن الإنساني وأمن الأطفال⁽¹⁾. فهي تهدد سبل عيشهم وتضعف استقرار امنهم الصحي، وبنائهم المعرفي وقد يكون الإنسان أهم سبب في هذه التهديدات والتحديات وقد يكون هو السبب الاساسي التي تلوث المياه بالنفط أو بالتخلص من النفايات بالبحار ، والانهار واما بدفنها في أراضي قريبة من السكان وربما تكون هذه النفايات مخلفات كيميائية أو نووية لتسبب بانتشار الامراض ، والقضاء على الثروات الطبيعية مثل الاسماك، والاشجار، والحيوان⁽²⁾.

اما بشأن الحروب فقد تركت اثراً سلبياً خطيراً وكبيراً على واقع البيئة العراقية ، وعلى حياة الأطفال وعلى استقرارهم ، وجوانب أمنهم لأنه مرتبط بالجانب الاقتصادي فعلى سبيل المثال ان ما يخلفه من اهدار في الموارد الاقتصادية بسبب مخلفات الحرب تؤثر تأثير كبير في تربة الأراضي الزراعية، وكذلك تؤثر الحروب على المياه من خلال المواد الصلبة والسامة⁽³⁾. وكذلك تؤثر الحرب على الهواء ، فتلوثه من خلال المواد المتطايرة مثل الصواريخ او الطائرات وغيرها، تؤثر الحرب في الجانب الصحي كونها تترك آثاراً صحية عن طريق عمليات الإنجاب وتكون لدى الأطفال تشوهات خلقية أو ولادة أطفال معوقين نتيجة الغازات السامة، والمواد الكيميائية الموجودة في الجو وتحرمهم من أبسط حقوقهم ، وهي التمتع والعيش بحياة مستقرة مديدة، وخالية من الأمراض⁽⁴⁾. حيث اصبحت البيئة خطراً يهدد الجنس البشري بالزوال ويهدد حياة كل الكائنات الحية ولقد ظهرت مشكله التحديات البيئة والصحية نتيجة للتقدم التكنولوجي والصناعي، والحضاري للإنسان.

كما تسببت أيضاً التحديات البيئية الأضرار التي تطال حقوق الإنسان، وخاصة حقوق الطفل على نطاق واسع ومتزايد، وتؤثر في معظم الأحيان في أولئك الذين لا يستطيعون تحمل نفقات الهروب من آثاره ، وفي دوامة محبطة من الأضرار المتتالية والمتزايدة اذ يعد تلوث الهواء من العوامل التي تسرع وتيرة تغير المناخ ما يؤدي إلى تفاقم الآثار الضارة الناجمة عن تلوث الهواء التي تصيب الاطفال ،

¹ - سليمان بومدين، التصورات الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض في الجزائر، رسالة دكتوراه غير منشورة، قسم علم اجتماع، مصدر سابق، ص92.

² - عرض موجز للخطة التنموية الوطنية 2010 - 2014، وزارة التخطيط، جمهورية العراق.

³ - علي عبد الرازق جليبي، نادية عمر، دراسات في الصحة والمجتمع، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1992. ص 172.

⁴ - محمود الحاج قاسم محمد، البيئة والبيئة في التراث الطبي الاسلامي، دار ماشكي للطباعة والنشر، نينوى - العراق 2020. ص 69.

وتسبب لهم بعض الامراض منها ان يموت الأطفال في سن مبكر أو أن يتعرضوا لإعاقة تضرب نموهم الطبيعي ، او العصبي، أو ضعف يضرب وظائف الرئة، أو عدوى تضرب جهازه التنفسي، أو أمراض القلب والأوعية الدموية، أو السرطان ولكل طفل قيمة في المجتمع⁽¹⁾ . ، وله الحق ان يعيش في اوضاع مناسبة تسمح له ان يمارس حقوقه جميعها حيث أصبحت المهددات البيئية من اهم قضايا اليوم التي بسببها أصبحت اغلب بلدان العالم تعاني من تراجع في استخدام سلوكيات صحية للبيئة التي تقلص ، وتؤثر من ديمومة الامن الصحي للأطفال حيث يعد الواقع البيئي في العراق بانه مأساوي فالبينة العراقية ملوثة ، والتي تمس حياة الأطفال لانهم اكثر الفئات التي تتعرض للعديد من مصادر التهديد ، ولقد تقاعمت هذه المشكلة بعد التقدم الصناعي والتكنولوجي، والحضاري للإنسان⁽²⁾.

رابعاً: التحديات الأمنية

يعد الجانب الأمني من عناصر الأمن الإنساني المهمة بشأن المجتمع نظراً لأهمية هذا المفهوم في حياة البشر، إذ مثل الأمن منذ القدم محوراً أساسياً في حياة الإنسان، فالآثار التاريخية القديمة كلها تظهر إهتمام الإنسان بالأمن ، ووضعه لقواعد السلامة وإيجاده كافة الوسائل التي تساعد على الحفاظ على سلامة حياته على نحو يجعل الأمن أهم مشاغله اليومية ، والتي يوليها عناية كبيرة لانه مسؤولية علمية واجتماعية هدفه توفير الحماية والأمن لإفراد المجتمع لبث الراحة والطمأنينة ، في نفوس ، وقلوب الناس مما يوافر لهم الاستقرار اللازم لتوافر حياة كريمة مما يمكنهم من التنمية ، والرخاء، وهو يتمحور حول كيفية تأمين الحماية للأفراد في ضوء وجود النزاعات المسلحة ، والارهاب ، والحروب ، وعمليات الاتجار بالبشر ولاسيما الأطفال الذين يتعرضون لتهديدات تهدد امنهم الشخصي ومن ضمنه ، امنهم الصحي وكذلك تجار الأسلحة الذين يستعملون الأطفال في تنفيذ عملياتهم المهمة وغيرها من المهددات التي تحمل أخطاراً تعرض حياة الاطفال وتضعهم على حافات الخطر وهو ما يعرض مستقبلهم واستدامة تنميتهم على مفترق طرق والتي تلحق أضراراً فادحة بحياتهم⁽³⁾.

¹ - مصطفى عوض إبراهيم، التنمية والايكولوجيا والمشكلات الصحية في الأنثروبولوجيا الطبية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2005. ص 76.

² -المصدر نفسه ، ص 91.

³ - طارق الدريدي ، جائحة كورونا كوفيد-19- وتداعياتها على اهداف التنمية المستدامة 2020، طباعة للمنظمة العربية والثقافة والعلوم، العدد الثاني -يونيو، تونس، 2020. ص 171.

كذلك خطف الأطفال وتهديد أسرهم كلها مهددات تؤدي الى تدمير صحة الطفل، لأنه المكون الأضعف، والأخطر في بناء الأسرة ، والمجتمع ، ولاسيما في المجتمعات المأزومة حيث تكون هذه المجتمعات مكشوفة، ومعرضة للخطر، والتهديد ومعرضة لنزاعات المسلحة، وشعور الطفل الدائم بالخوف والقلق والإكتئاب، وتأخر النمو العقلي ، والبدني ، والعاطفي ، وصعوبة الاندماج في المجتمع والعجز عن بناء روابط عاطفية مع الآخرين، فالطفولة تمثل المرحلة العمرية العاجزة عن الدفاع عن نفسها والامر الذي يجعل تأثير الحروب والصراعات المسلح عليها قوياً وكبيراً فضلاً ، عما يعيق ويشوه نموها الاجتماعي والصحي والنفسي نتيجة تعرضها لاضطرابات وضغوطات ما بعد الأزمة ⁽¹⁾.

ان هذه الفئات التي تواجه تحديات مصيرية أكثر من غيرها هي أهم تجليات المشهد الفوضوي الذي تتعرض له الطفولة عند الأزمات، إذ ان التدهور الأمني وتدهور البنى التحتية والفساد وما رافقها من مظاهر عنف وانتهاك ضد الأطفال تؤدي الى عدم استقرار أمنهم، إذ لا تقتصر الحروب والنزاعات وآثارها النفسية والصحية والعقلية على الاطفال فحسب، ولكنها تشمل مجموعة واسعة ومتعددة الأوجه من التبعات التي تضر بالعلاقات الأسرية وبنائه المعرفي وعلاقات الطفل في المجتمع بأصدقائه ودائرة الشخصيات التي يتأثر بها، وكذلك بالنسبة إلى أدائه المدرسي وتعليمه وتطور ونضج شخصيته، فضلاً عن تأثر نظرته العامة للحياة، إذ تؤثر الحروب بصورة خاصة وحصرية على البلدان المنخفضة الموارد، ومن ثم ترتبط عادةً بمجموعة من عوامل الخطر على مستويات بيئية مختلفة ⁽²⁾. ، وعلى سبيل المثال الفقر، ونقص الموارد لتوافر الرعاية الصحية وانهايار النظام المدرسي ، وزيادة معدلات البطالة والعنف الأسري، والمجتمعي والنزوح القسري، وقتل أطفالهم بأيديهم من قبل أسرهم بسبب ضغوطات الحياة عليهم مما يصبرهم على عمل ذلك والطفل هو ثمرة ناجحة وحساسة وبناء المستقبل معتمد عليه وعلى ابداعاته وابتكاراته عند نضجه ، إذ يكون الأطفال حساسين على نحو خاص لمثل هذا التراكم من الضغوطات.

¹ - سلامة محمد جمعة الرحومي، الصحة والتنمية البشرية: دراسة اجتماعية لجودة الخدمات الصحية بمدينة دبي، اطروحة دكتوراه غير منشورة، قسم الاجتماع، كلية الآداب، جامعة القاهرة، 2007. ص138.

² - هشام حسن مخلوف، السكان والصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة، جمعية الديموجرافيين المصريين، القاهرة، 2004. ص122.

لكن النزاعات وصراعات اليوم في العراق أدت الى الاستبعاد والخضوع لقوة الأطفال بعد تعرضهم لأشكال العنف والتهديد، فضلاً عن الحروب الأهلية والداخلية التي زعزت واثرت تأثيراً كبيراً على حياة الاطفال واستقرارهم فضلاً عن التوترات ، والأعمال التفجيرية التي طأت تضرب في المجتمع في دول العالم كلها، من كل مكان، وفي كل زمان ⁽¹⁾. فخطر هذه المنظمات يهدد قوة الدولة وسلامتها واستقرارها، كما لها من نتائج خطيرة ومدمرة تتمثل في قتل الأبرياء ومنهم الاطفال وتخريب المنشآت الحيوية، الاقتصادية والاجتماعية، وبث الرعب والخوف وعدم الاستقرار داخل المجتمعات، وغالباً ما تؤدي الحروب النزاعات المسلحة وبطرائق متعددة الى فوات الفرصة على الأطفال على ان يستمتعوا بطفولتهم ، فالأطفال الذين يستغلون من قبل جماعات متطرفة وارهابية يحرمون من التعليم والحماية ، والتنشئة السليمة بين اسرهم ، ويكونون في كثير من الاحيان غير قادرين على الحصول والخدمات الرعاية الصحية الأساسية التي يحتاجونها ⁽²⁾.

إذ تبني الارهاب وسائل عنيفة لتحقيق أجندة سياسية من اجل ان تسبب خوف ، وفزع ، وهلع في نفوس الأبرياء والتي تعد التحدي الأكبر لمستقبل المجتمعات الانسانية مع ادراك عميق بأن الطفولة الصانعة لمستقبل الأمم وتنمية المجتمعات هي من اكثر الفئات التي تضررت بفعل الإرهاب من أي فئة أخرى، فضلاً عن التحديات المادية التي تواجه هذه الشريحة وهناك استهداف آخر ، وتحديات فكرية ، ومعنوية أخرى لا تقل خطراً عن مثيلتها المادية وإن كانت مترابطة ومتصلة التأثير مع بعضها البعض ولقد اثرت العمليات الارهابية في العراق تأثيراً مباشراً على الحقوق الاجتماعية ، ومن الاعتداءات على المنشآت القاعدية، و الصناعية مما يؤدي إلى نقص الحركية الاقتصادية من جراء عزلة السكان ، ونقص فرص توظيفهم ، وعملهم ، وانخفاض القدرة الشرائية وانتشار البطالة ⁽³⁾.

كما له الاثر السلبي الكبير في مجال التربية ، و التعليم وخلفت على امتداد سنوات طويلة ملايين الضحايا ومنهم الاطفال ، إذ اثرت تأثيراً سلبياً على مسار العائلة العراقية التي هي نواة المجتمع ، وكأن

¹ - حنان موحى علي ، تقانة النانو وانعكاساتها على الأمن الصحي دراسة اجتماعية في بغداد ، أطروحة دكتوراه غير منشورة ، قسم علم الاجتماع، كلية الآداب- جامعة بغداد ، 2020. ص 54.

2-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, 1994.76.

³ - مصطفى عوض إبراهيم، التنمية والايكولوجيا والمشكلات الصحية في الأنثروبولوجيا الطبية، مصدر سابق، ص 118.

لها تأثيراً قياسيلاً لا يمكن تجاهله ، والتغاضي عنه لما تتركه هذه العمليات من أوضاع اقتصادية ، واجتماعية قاهرة بسبب الفقر ، والعوز ، والحرمان الذي تتعرض له الأسرة حيث عانى الطفل العراقي من واقع معتم ، ومن انعدام الحقوق ، والأمن بسبب الانتهاكات الصارمة التي ارتكبت بحق الطفولة في العراق بسبب الإرهاب، وما خلفه ذلك من آثار سلبية على الطفل بسبب جرائم القتل ، والدمار ، وشيوع ظواهر اليتيم ، والتشرد ، فضلاً عن التأثيرات النفسية التي تعرض لها نتيجة حوادث العنف والإرهاب والتطرف وستظل هذه التحديات عالقّة في ذاكرة الطفل وتهدد صحته النفسية ، وعلاقاته الاجتماعية، ولقد أظهر تقرير للأمم المتحدة أن ٤٠ % من المصابين جراء حوادث الإرهاب، والعنف هم من الأطفال^(١). ومن ضمن المهددات الامنية التي تهدد الطفولة هي العنف المجتمعي فالأطفال الذين ينشؤون ويتربون خارج أسرهم ومجتمعهم المحلي يكونون أقل قدرة على التكامل ، والاندماج في المجتمع وفي مواجهة العقوبات ، والضغوط الاجتماعية ، فالأطفال هم الفئة الأكثر عرضة للتمييز في ظروف انعدام الأمن^(٢). ولهذا يعد الأطفال ضحايا العنف، وتشمل صحتهم البدنية ، والنفسية وتحصيلهم الدراسي، فإن العنف ضدهم مرتبط بصورة عامة بضعف المؤسسات الرقابية، والقانونية وانتشار العصابات والأسلحة والإتجار بالبشر فضلاً عن انتشار وسائل الإعلام والتكنولوجيا التي أصبحت مصدراً مهماً لنشر مظاهر العنف في المجتمع ، والتشجيع عليه، فإن إهمالهم وعدم الاهتمام بحاجاتهم يحرمهم من حقهم في التعليم ، وفي تنشئة اجتماعية سليمة آمنة^(٣).

كما أن الأطفال الذين كانوا في أسرة علاقاتها يسودها العنف، من الطبيعي أن تكون علاقاتهم المستقبلية مع الآخرين أيضاً عنيفة. مشيرين إلى صور كثيرة من العنف، والاعتداء عليه وإيذائه، وتشمل العنف الأسري، المنزلي، الداخلي، والإيذاء الجسدي، والاغتصاب، والاتجار بالبشر، والزواج المبكر والقسري، والتحرش الجنسي، وهذه هي صور لبعض أنواع العنف القائم على النوع الاجتماعي. كما يؤدي

^١ - طارق الدريدي ، جائحة كورونا كوفيد-19- وتداعياتها على اهداف التنمية المستدامة 2020، مصدر سابق ص99.

^٢ - المصدر نفسه ، ص 110.

^٣ - 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. ص 236.

العنف من لدى الأسرة والمجتمع على الطفل إلى ضعف التركيز، والعنوانية، وفطرت الحركة، وانخفاض الثقة بالنفس، والقلق، والتشاؤم، وعدم احترام الذات، واضطرابات النوم⁽¹⁾.

وأيضاً ان من ضمن المهددات الأمنية على الطفولة في العراق هي النزوح الداخلي ، او القسري ولعل من أهم النتائج الاجتماعية للحرب في العراق حالات النزوح الداخلي ، ولقد اختزنّت الذاكرة العراقية ، لنا الكثير من الحوادث التاريخية المؤلمة والقاسية التي عاشها الفرد العراقي، لأوقات طويلة من الزمن ، ولكن هذه الذاكرة ستبقى حاضرة في كل وقت لتبين لنا، وللمجتمعات البشرية جميعها حجم النكبات ، والمآسي التي تعرض لها المجتمع، والتي عاشها الأطفال العراقيين، ومازال يعيشونها في العصر الحالي، ويكون الأطفال النازحين داخلياً محرومون من أبسط خدمات العيش الأساسية، وبأنهم عرضة للعنف، والاستغلال، إذ يعتبر هؤلاء الأطفال عرضة لأن يقعوا فريسة لعمالة الأطفال، وزواج القُصّر، ولتغريبهم عن أهلهم ، واضطهادهم، ويكون لذلك اثر وخيم وكبير في صحتهم، وسلامتهم⁽²⁾. ولعل من أهم النتائج الاجتماعية للحرب في العراق حالات النزوح الداخلي إذ كانت عمليات الترحيل تتم بصورة مفاجئة فترى اعداد غفيرة من الناس في حالة هروب ، وليس بحوزتهم سوى ملابس يحملونها على ظهورهم، وتعد حالة التهجير القسري الداخلي ، والخارجي الفردي ، والجماعي هي من اهم مظاهر عدم التوازن التي مر بها المجتمع العراقي ولا سيما ان هذه الهجرة من النوع الكارثي التي يصعب تصورها، اذ سببت آثار اجتماعية ونفسية وصحية مؤلمة للمجتمع ككل وللمهجرين بصورة خاصة⁽³⁾. وتمثل الانتهاكات الموجهة ضد الاطفال المهجرين قسرا في العراق محورا أساسيا من المحاور الجسيمة، اذ استمرت انتهاكات الاطفال في العراق على نحو مطرد، اذ تم تعذيب الاطفال واعتقالهم، واجبارهم على الادلاء بشهادات تحت التعذيب، وحرمانهم من حق التعليم، وحقوق الصحة والعيش الكريم ، ولقد باتت مشكلة النزوح أحد التحديات المجتمعية الأمنية، في مسار النهوض المجتمعي ، إذ تركت بصماتها على الإنسان العراقي ولاسيما الأطفال، فالأوضاع المعيشية للأسر النازحة ، والمشردة في ارجاء المحافظات تتشابه بما فيها من بيئة خطيرة وغالبية الأسر تعيش في مباني غير قانونية ، ومهجورة ولايوجد فيها اي خدمات

¹ - يوسف صلاح الدين يوسف، الآثار المترتبة على الإصابة بالأمراض المعدية في المنظور الشرعي الطبي، دار الفكر العربي ، 2008.ص20

² - فيليب سانسونيتي، الامراض المعدية تقهر مؤلم نحو مستقبل غير آمن، ترجمة: مي فارس، المشروع القومي للترجمة، المجلس الأعلى للثقافة، القاهرة، 2005.ص59.

³ -المصدر نفسه ، ص 62.

وبعضهم يعيشون في الخيام ذات البيئة الصحية المتدهورة ويتعرضون الأذى، مما يضع الجميع تحت تهديد دائم، وينعكس على الحياة اليومية للأسرة، ولا سيما الأطفال⁽¹⁾.

تشكل الحروب والنزاعات، والارهاب، والعنف في المجتمع صوره من صور المهددات الامنية المعاصر الذي تمثل القوة التي تتضمن جهودا تستهدف تدمير، وأيذاء المجتمع، ومايزال الاطفال يفقدون حياتهم نتيجة لحوادث عنف في العراق، فمن حقوق الاطفال هو حقهم في الحماية من العنف، والاستغلال، والإساءة، إذ يحتاج مئات آلاف الأطفال في العراق، بمن فيهم الأطفال النازحين واللاجئين، إلى الحماية من العنف، والاستغلال، والإساءة والإهمال، حيث ان الاطفال تضيق طفولتهم وتختفي براءتهم مع رائحة البارود والرصاص، وأطفال العراق هم من أكثر الأطفال مظلومية في العالم العربي جيل بعد جيل، بسبب الحروب، والازمات المستمرة عليهم مما يجعلهم يفقدون الحزن الدافئ، وهو حزن الوطن، واطفال العراق مازالوا يعانون من آثار الحروب ودمارها الجسدي، والنفسي، والصحي⁽²⁾. فضلاً عن ان هموم أطفال العراق كثيرة بسبب الواقع المؤلم الذي يعيشه البلد بصورة عامة وإلى يومنا وان هذه الازمات، والمهددات لا تأثر فقط على صحه، ونفسية الطفل فقط بل أضرارها كثرة منها تهدد الاقتصاد القومي وتدمر البنية التحتية للدولة، موت السياحة في الوطن، وكذلك أضرار عامة في ممتلكات الدولة، وخسائر قد لا تعوض، أما أكثر نتائجها تلك التي تلحق بنفوس الصغار وترافقهم طوال حياتهم هي الحرب النفسية وتأثيرها على الأطفال⁽³⁾. بالإضافة الى تزايد معدلات العنف، والقسوة في تربية الأطفال الصغار في مجتمعنا لذي بعض الأسر وتختلف في اساليبها، نتيجة الضرب المبرح، او التعنيف، أو استخدام حبس الاطفال أو منعهم من الخروج او تقييدهم، وقد ينتهي الامر بالطفل فارا إلى الشوارع، بسبب العنف والتفكك الأسري، الذي يتعرض له، وان ما مر به العراق من حروب، وحصار وازمات، واحتلال، وحروب طائفية، والتعنيف الاسري، وتهجير، ونزوح، ولم تسلم اي محافظه من محافظات العراق من الصراعات والعنف.

¹ - زيسكوت سي إيه، ستون جي، دراسة وجود التحيز الضمني في الرعاية الصحية وعواقبه والحد منه: مراجعة سردية عمليات المجموعات والعلاقات بين المجموعات، 2016، ص 19.

² - محمود سمير محمود عثمان، ديناميات التكيف الاجتماعي لتكنولوجيا الطب الحديث: دراسة في الأنثروبولوجيا الطبية للمتضمنات الاجتماعية للتقني الاصطناعي، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم الاجتماع، كلية الآداب، جامعة القاهرة، 1991، ص 83.

3-Carnea GA Globalization and health: outcomes and options Bulletin of the World Health Organization, 2001-77.

الفصل الخامس

العوامل الاجتماعية والثقافية المؤثرة على الرعاية الصحية للأطفال

أولاً: تأثير المستوى الاقتصادي في الرعاية الصحية للأطفال:

من بين العوامل المؤثرة في الصحة الإنجابية تأتي العوامل الاقتصادية في المقدمة، ويعتبر المستوى المعيشي للفرد الأكثر تأثيراً، حيث تشير الدراسات إلى وجود علاقة عكسية بين الدخل ومستوى الرعاية الصحية للأطفال؛ فالأفراد ذوو الدخل المحدود غالباً ما يكونون أكثر إنجاباً ظناً منهم أن كثرة الأولاد تساعد في تلبية متطلبات الحياة، بينما الأثرياء يميلون إلى إنجاب أقل نظراً لإمكاناتهم الاقتصادية الأكبر (1).

فالرعاية الصحية تتأثر بدرجة كبيرة بمستوى دخل الأسرة وأسلوب الحياة المتبع وكذلك مهنة الأم، ان اعتلال الصحة يؤثر سلباً في دخل الفرد والمستوى المعيشي لأسرته وفي إنتاجيته، فالانقطاع عن العمل يعني حرماناً من الدخل وزيادة فرص استبعاد العامل عن عمله كما ان سوء الصحة حال مع الاسرة والبيئة المحيطة، وهذا ينعكس على مورد الاسرة من ناحية تفاعلاً سلبياً اعتلالها يعني وعدم المعالجة والاستشفاء من ناحية اخرى (2).

تعد الأسرة إحدى المؤسسات المهمة التي تعمل على تزويد المجتمع برأس المال البشري وتجديده واعداده لمختلف الادوار المجتمعية ومستويات المشاركة، حيث ان فقر الاسرة يؤثر على حالتها الصحية، فان الارتقاء بالرعاية الصحية للأطفال ينعكس ايجابياً على افراد المجتمع (3).

إن افتقار الاسرة لمعارف الرعاية الصحية للأطفال وخدماتها المتميزة يحمل الاسرة والمجتمع أعباء وموارد بشرية ومادية مهددة، فالرعاية غير الكافية والمنخفضة للأم أثناء الحمل والوضع تؤدي الى أخطار كبيرة في صحة الأم والجنين، وتحدث الوفاة أثناء الولادة المباشرة، أو في الاسبوع الاول من الولادة، وهذا اذا تم ربطه بدخل الاسرة واعالة افرادها فنجد الدخل المنخفض يؤدي الى حياة منخفضة بالإتفاق من دخل الاسرة على الغذاء المشكوك في مدى ملائمتة وقيمتة للتمتع بالصحة ، وهذا يعني حرمان افراد الاسرة من الرعاية الصحية الجيدة حيث تتعرض الأم نتيجة الانيميا الى الولادة المبكرة او

¹-حبش وآخرون، الدليل الاعلامي حول مواضيع الصحة الانجابية، اشراف وزارة الصحة وصندوق الامم المتحدة للسكان.

²-سعيد عياد ، دور وسائل الاعلام المحلية في دعم الصحة الانجابية والتخطيط الديموغرافي ، بحث مقدم الى المؤتمر الفلسطيني حول أهمية التخطيط الديموغرافي في تنظيم الاسرة ومحاربة الفقر واحقاق التنمية .

³-د. أحمد محمد بدح، وآخرون ، الثقافة الصحية ، ط 3 ، دار عمان ، العبدلي ، ٢٠١٥ ، ص ١٠٣.

انجاب اطفال ناقصي وزن الأمر الذي يؤدي الى فقدان الأم العاملة باعتبارها عنصراً مهماً في التنمية البشرية ودورها مكمل للرجل في توفير احتياجات الأسرة ، فدور الدخل مهم في توفير رعاية صحية لكل افراد الاسرة (1) .

ويعد المستوى الاقتصادي مؤشراً مهماً لمعرفة الحالة المادية والمستوى المعيشي للأسرة من خلال مصادر الدخل المتمثلة في المرتب، او اية من المصادر المعيشية الأخرى .يعد الطفل بالنسبة للأسرة ذو قيمة اجتماعية واقتصادية الى جانب القيمة الانسانية لذا تعد الاسر انجاب الاطفال واحداً من اهم اهدافها بعد الزواج لما يملكه الطفل من قيمة اجتماعية واقتصادية في المجتمع، فالمردود الاجتماعي للطفل يمكن ان نحدده بانه العامل الأكثر في استقرار الأسرة وديمومتها، وانه الصمام الأمان للحفاظ على حياتها الزوجية ، فما زالت المرأة تعتقد ان انجابها للأطفال هو الرابط الاساسي لاستمرارية حياتها الزوجية، وهذا الاعتقاد السائد في الريف والحضر، أما قيمته الاقتصادية فيعد الطفل ذو قيمة اقتصادية كبيرة في المجتمع وخاصة في المجتمعات الريفية، فالأسرة الريفية تعد الطفل راس مالها الاقتصادي لأنه يمثل عنصر حيوي في المساعدة في الاعمال الزراعية والانتاجية فيها، فهو لا يكلف الأسرة على العكس من ذلك في المجتمعات الحضرية حيث بات الاطفال يشكلون عبئاً اقتصادياً على الأسرة، من أبرز التحولات المرتبطة بعملية التنمية في المجتمعات التقليدية ارتفاع التكاليف المباشرة وغير المباشرة لتربية الأطفال، الأمر الذي ينعكس في تراجع عدد الأبناء الذين يرغب الأزواج في إنجابهم، ومن ثم إعادة النظر في القرارات الإنجابية وفقاً لمتطلبات التنمية وظروف التغير الاجتماعي (2).

ثانياً: تأثير المهنة في الرعاية الصحية للأطفال:

ان التقدم والتطور الاقتصادي والاجتماعي وظهور الصناعات الحديثة والتخصص في العمل يعكس صفات ومميزات المجتمع الذي تتواجد فيه، فكل مجتمع يكتسب صفاته من طبيعة عمله وعماله ويؤثر في استقرار نظام العمل على نجاح النظم الأخرى، وان كثيراً من هذه النظم تشعر بتأثير التقدم المهني

¹-عثمان بن محمد العربي، استخدام الشباب لوسائل الاعلام والوعي الصحي عن البدانة والتغذية والنشاط البدني :دراسة مسحية في مدينة الرياض في المجلة العربية للاعلام والاتصال، الجمعة السعودية للاعلام والاتصال ع ح أ - نوفمبر ٢٠١٤ .

²-نبراس المعموري : المرأة العراقية، الواقع وسياسات المعالجة العراق ، ط ١ ، بغداد ، ٢٠٢٣ ، ص ٤٤ .

والصناعي عن طريق غير مباشر، فالأنماط الاسرية والحياة الاجتماعية تهيئ الاتجاهات والمشاعر التي يجلبها الافراد الى مكان العمل وبالعكس فكان العمل يؤثر بعمق في الحياة الاجتماعية (1).

فالتنوع في الاعمال واختلاف المهن، ادى الى اختلاف قدرة كل من الافراد الواسعة على اكتساب مهارة معينة وبالتالي اختلف كل عمل عن الاخر مما أدى الى ظهور الكثير من المهن والاعمال المختلفة كما أن لكل مهنة وعمل مستوى من التعليم تكسب صاحبها عادات وتقاليد و معايير خاصة بمهنته والبيئة المحيطة به (2). كما تؤثر المهنة على تفاعلات الانسان نتيجة ما تعكسه من بنية معرفية ووعي مرتبط بثقافة العمل، كما تؤثر على اساليب تعامله في المجتمع، فالمهن المختلفة تعكس تبايناً في الممارسات اليومية نتيجة لاختلاف طبيعة العمل فأصحاب المهن العالية هم أكثر وعياً وإدراكاً بقضايا الرعاية الصحية للأطفال والاعمال دور كبير في المعرفة بالرعاية الصحية للأطفال (3). بأساليبها من الذين لديهم مهن متوسطة أو منخفضة، فالمكانة المهنية التي يشغلها ارباب الأسر لها أن المهنة تمثل أهمية في حياة الفرد والمجتمع نتيجة لما تحدثه من تفاعلات وعلاقات انسانية مرتبطة بثقافة العمل وتؤثر على اساليب تعامل الافراد في الاسر، لذا يعد التعرف على مهنة افراد العينة وفقاً للجنس ذات أهمية وتساعد في معلومات وتصورات وافكار وقيم من خلال التفاعلات والعلاقات التي تحدث بين العاملين (4).

ثالثاً: العادات والتقاليد السائدة وتأثيرها على الرعاية الصحية للأطفال

تلعب العادات والتقاليد الاجتماعية دوراً محورياً في توجيه السلوك الإنجابي للمرأة إذ تُعد بمثابة قوانين اجتماعية غير مكتوبة تنظم مختلف جوانب الحياة، وتكون سلطتها أشد حضوراً في المجتمعات التقليدية والريفية مقارنة بالتنظيمات الرسمية. ففي المجتمع الريفي يُنظر إلى الخصوبة بوصفها رمزاً لمكانة المرأة، مما يدفعها إلى زيادة الإنجاب حفاظاً على موقعها الاجتماعي داخل الأسرة. أما في المجتمع الحضري، فتسود اتجاهات معاكسة تميل إلى تنظيم الأسرة وتحديد النسل، حيث يُفضل نموذج

¹ - أحمد ابو دنيا ، الصحة الانجابية ، مكتبة بستان المعرفة، ٢٠١١ ، ص ١٨ .

² -المجلس القومي للمرأة ، التمكين الاقتصادي طريق التقليل من الفقر، المجلس القومي للمرأة الدقهلية ، ٢٠٠٦، ص ٧٧ .

³ -مهنها خطاب وآخرون ، الاجهاض مضاعفاته الطبية واحكامه الشرعية ، الطبعة الأولى ، رام الله ، الشروق للنشر والتوزيع، ٢٠٠٧، ص ٧٦ .

⁴ - ليلي الجماعي ، الزواج المبكر والانجاب في قريتين مرتين ، المجلس القومي السكاني ، ١٩٩٤، ص ١٢ .

الأسرة الصغيرة، وهو ما يعكس ارتباط السلوك الإنجابي بدرجات التحضر خصوصاً في المراحل الأولى للانتقال الديموغرافي⁽¹⁾.

ان اختلاف العادات والتقاليد والقيم بين الريف والحضر انعكس على الصحة الانجابية للمرأة، فهي ترتفع تارة وتنخفض تارة، مع طبيعة العادات السائدة في المجتمع ونوع المجتمع الذي تعيشه المرأة ولا يزال سكان المناطق الريفية والذين يعملون بزراعة الأرض يعدون إنجاب الاطفال عوناً لهم في الحقل نظراً لقلة استخدام الآلات الحديثة فضلاً عن انتشار الجهل والتواكل مما يجعلهم يتركون مسألة الحياة والانجاب الى الطبيعة كما ان الاحتياج في العمل الزراعي الى ايدي عاملة رخيصة يشجع ذلك، وان تربية الاطفال لا تلقى عبئاً اقتصادياً ملموساً على الفلاحين نظراً لانخفاض مستوى المعيشة نسبياً في الارياف ويشجع ذلك بعض العادات والتقاليد المرتبطة بجوانب دينية والتي يختلف الامر على تفسيرها بين الناس، ووجود رواسب اجتماعية لاتزال موجودة، ففي المجتمع الريفي تنظر الى كثرة الاطفال على انهم عزوة وافتخار بكثرة الحسب والذرية هذا بالإضافة الى ان الزوجة تنظر الى كثرة الانجاب كأسلوب يزيد ويحفظ لها مكانتها الاجتماعية، فهي قد لا ترغب في الاطفال رغبة الامومة ذاتها، ولكن بغرض تثبيت مركزها في بيت زوجة وفكرة إنجاب الاطفال الذكور لاتزال مهيمنة على معظم افراد المجتمع الريفي لان الطفل الذكر يحمل اسم العائلة وغالباً المرأة لا تستطيع معارضة زوجها من حيث الرغبة في إنجاب الاطفال لان ذلك يهدد كيان الاسرة واستقرارها كما ان العوامل الاجتماعية والاقتصادية الخاصة المرتبطة بحياة الفرد وطريقة معيشته وعقائده والافكار التي تهيمن عليه، والآراء التي ورثها في الماضي ومستوى دخله ونوع الحرفة التي يمارسها ودرجة التحضر في الاقليم الذي يعيش فيه لها تأثير على الوعي بمفهوم الصحة الانجابية وابعادها المختلفة. وتظهر تأثير العادات والتقاليد الراسخة بصفة خاصة على عملية الصحة الانجابية، ومهما كان ضعف المرأة صحياً فان لديها الرغبة في إنجاب الذكور حتى لو كان ذلك على حساب صحتها العامة للعادات والتقاليد السائدة في معظم المجتمعات تأثير على جوانب الصحة الإنجابية، وتعد درجة التحضر من أهم التحديات غير المباشرة للاهتمام بالصحة

¹ - عبد المعين سعد الدين هندي ، في الاصول الاجتماعية للتربية ، دار محسن للطباعة ، ١٩٩٨ ، ص ٨ .

الانجابية وذلك لان القاطنين بالمدينة ⁽¹⁾. يختلف تقديرهم لتكاليف الطفل وفوائده عن القاطنين في الريف الذين يرون ان فوائد الطفل تفوق تكاليفه، ولذلك فمكان الريف بصفة عامة يحبذون الاسر الكبيرة ⁽²⁾. ومن هنا تأتي ضرورة احداث تغيير مناسب في العادات والتقاليد والنظم الثقافية التي تشجع الافراد على كثرة الانجاب وكذلك تكوين الوعي الاجتماعي لدى افراد المجتمع خاصة بالجوانب المختلفة للصحة الانجابية بهذه الطريقة فقط يمكن معالجة قضية الصحة الانجابية ⁽³⁾.

وهذا يعني أن لبعض العادات والتقاليد السائدة بصورة خاصة بالمجتمعات الريفية دورا سلبيا على الصحة الانجابية ومنها المتعلقة بأنجاب الأطفال الذكور لكي يحمل أسم العائلة، كما لا يحق للزوجة معارضة زوجها والامتناع عن الانجاب وغيرها من العادات الذي يتطلب تغييرها لتطور هذه المجتمعات ومنها حرمان الفتيات من حقهن في الحصول على التعليم، ويقتصر عملها على تربية الأولاد والعمل في الحقل وانجاز الأعمال المنزلية.

رابعاً: تأثير المستوى الثقافي والتعليمي على الصحة الانجابية للمرأة

يعد المستوى الثقافي والتعليمي للمرأة احدى اهم المؤثرات في الصحة الانجابية وهذا ما اشارت له النظريات أظهرت الدراسات أن التعليم يعد عاملاً أساسياً في الصحة الإنجابية للمرأة، إذ ترتبط المستويات التعليمية المرتفعة بانخفاض عدد المواليد، بينما يؤدي انخفاض المستوى التعليمي إلى ارتفاع معدلات الإنجاب، مما يعكس علاقة عكسية بين التعليم والخصوبة ⁽⁴⁾.

يُظهر انخفاض المستوى التعليمي وارتفاع معدلات الأمية بين النساء الريفيات انعكاساً مباشراً على سلوكهن الإنجابي، حيث غالباً ما يتسم حجم أسرهن بكثرة الأطفال. وعلى النقيض، فإن ارتفاع مستويات التعليم بين النساء الحضريات وانشغالهن بالدراسة العليا يؤدي إلى تراجع معدلات الإنجاب، نتيجة

¹-حنان اسماعيل راشد، صحة المرأة الريفية بين الواقع والمأمون، المؤتمر القومي الثالث للمرأة ١٤ - ١٦ مارس، ص 56.

²- مصطفى محمد متولي، اتجاهات النمو السكاني وعلاقته بالمتغيرات الاقتصادية ودورها في التخطيط للتعليم بدول الخليج العربي، الرياض، ١٩٩٢، ص ١١.

³-زينب ابو طالب، شبكات التواصل الاجتماعي كمصدر للمعلومات الصحية لدى الجمهور السعودي: دراسة تطبيقية بمدينة الرياض في مجلة العلوم الاجتماعية - جامعة الكويت مجلد ٣٧، ع ح، ٢٠٠٩، ص ٤٥.

⁴-سمير محمود سعد الله، اهمية التثقيف الصحي وزارة الصحة والسكان، الادارة العامة للثقافة والاعلام الصحي ص ٢٠.

لجوهن إلى وسائل تنظيم الأسرة وتفضيل نموذج الأسرة الصغيرة بما يتلاءم مع طموحاتهن التعليمية⁽¹⁾. يُعد انشغال المرأة الحضرية بالتعليم لفترات طويلة عاملاً مؤثراً في سلوكها الإنجابي، إذ يؤدي إلى تقليل عدد الأطفال وتأجيل الزواج لدى العديد منهن، مما ينعكس سلباً على فترة خصوبتهن. وتُعد هذه الظاهرة أكثر شيوعاً بين النساء الحضرية، في حين تكاد تنعدم لدى النساء الريفيات⁽²⁾.

يُعد المستوى التعليمي من أبرز المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة في تحسين أوضاع المرأة عامة وصحتها خاصة، كما ينعكس بشكل مباشر على صحة الأطفال، حيث تُظهر الدراسات أن انخفاض وفيات الرضع يرتبط بارتفاع مستوى تعليم الأمهات، إذ تزداد فرص بقاء أطفال الأمهات الأكثر تعليماً على قيد الحياة بعد مرحلة الرضاعة⁽³⁾.

كما أن الأمهات الأكثر تعليماً يتمتعن برعاية صحية أفضل، ويمتلكن مهارات أكبر في الحصول على المعلومات المتعلقة بالصحة والوقاية من الأمراض والتغذية، وقدرة أعلى على تقييم هذه المعلومات. كما أنهن يستفدن من الموارد المتاحة بشكل أفضل، ويعين المزايا التعليمية لأطفالهن، مما يتيح لهن تقديم رعاية صحية أكثر فعالية لأطفالهن⁽⁴⁾.

بالنسبة للسيدة الحامل، للحفاظ على صحتها أثناء الحمل، يجب أن تكون قد أعدت نفسها مسبقاً عبر إجراء الفحوصات الطبية الضرورية. وتشير الدراسات إلى وجود ارتباط واضح بين مستوى تعليم الأم ومعدل وفيات الأطفال الرضع، فكلما زادت سنوات تعليم الأم، انخفض معدل الوفيات بشكل ملحوظ، حيث يظهر انخفاض كبير إذا قضت الأم أكثر من أربع سنوات في التعليم، ويكون الانخفاض أكبر إذا تجاوز التعليم عشر سنوات أو أكثر، أما بالنسبة للرجل، فإن تأثير التعليم على صحة الأطفال يكون أقل، ربما يقل عن نصف التأثير الخاص بالمرأة، مما يؤكد أهمية تعليم المرأة وبقاؤها في المدرسة لفترة أطول لضمان صحة أفضل لأطفالها⁽⁵⁾.

¹ - الخطيب محمد ، الانثروبولوجيا الثقافية، دار الدين للنشر عمان ، الجزائر ، ٢٠٠٨ ، ص ٩٢ .

² - عبد الملك الشلهوب ، دور وسائل الاعلام في تنمية الوعي الصحي عن البدانة والتغذية والنشاط البدني : دراسة مسحية في مدينة الرياض : في المجلة العربية للاعلام والاتصال ، ع ح ١ ، نوفمبر ٢٠١٤ .

³ - منال بدوي ، العوامل الاقتصادية والاجتماعية المؤثرة بالصحة الانجابية ، دار المعرفة - ٢٠٠٤ ، ص ١٠٨ .

⁴ - المصدر نفسه ، ص ١٠٩ .

⁵ - محمد اسحاق الخاوشقي ، التغذية وسلامة الأغذية ، مطابع الاهرام قلوب ١٩٩٥ ، ص 60.

وفي تقرير آخر تؤكد النتائج ان الاستثمار في التعليم من شأنه ان يؤدي كأحد المظاهر الخارجية الهامة الى صغر حجم الاسرة وتمتع الام وكذلك أولادها بصحة جيدة وطول الفترة التي يعيشونها⁽¹⁾. إن تأثير المستوى الثقافي والتعليمي للمرأة لا يقتصر على سلوكها الإنجابي فحسب، بل يمتد أيضاً إلى صحة أطفالها ومستقبل أسرتها. فالتعليم يعكس دوره من خلال خفض معدلات وفيات الأطفال وتحسين الرعاية الصحية المقدمة لهم، كما يساهم النظام التعليمي والمناهج الدراسية في تنمية الوعي الصحي والإنجابي لدى الأجيال الصاعدة، ومن هنا يمكن التطرق إلى محورين أساسيين هما الرعاية الصحية للأطفال ودور المناهج الدراسية في تعزيز هذا الوعي.

1. الرعاية الصحية للأطفال:

تواجه التربية اليوم تحد كبير يتمثل في بناء انسان لصيق بحضارته وتراثه وثقافته يتفاعل مع عصره تفاعل اخذ وعطاء وتحليل ونقد فعال لبناء مجتمعه في شتى جوانبه مطل على مستقبل يرجوه افضل واكثر اشراقاً⁽²⁾. والتحدي الأكبر الذي يواجه التربية في أكثر من مرفق من مرافق النظم التربوية في العالم، تتمثل في كيفية اسهامها في بناء الانسان من اجل حضارة انسانية جديدة، وكيف تسهم في بناء الحضارة الخاصة بالإنسان وتطلعاته وقيمه من اجل بناء الانسان⁽³⁾. وفي ضوء مهمة التربية في العصر الحديث يجب ان تبني الاهداف التربوية وان تحدد السياسة التربوية الحالية منها والمستقبلية وتواجه التربية المشكلة السكانية وقضية الصحة الانجابية ويقع على عاتقها مهام كبيرة لعلاج هذه القضية او المساهمة في علاجها لان مواجهة مشكلة السكان لا يقتصر على العمل في مواجهة نتائج

¹ - الجمعية المصرية لتنظيم الاسرة، استقصاء مدى المام المرأة في، مصر بالصحة الانجابية، ملخص التقرير النهائي المركز الديمقراطي، ديسمبر ١٩٩٥م.

² - ختام تميم، العلاقة المتبادلة بين الصحة الانجابية والوضع الاقتصادي في سورية، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة دمشق، 2004. ص 132.

3- علاء البكري: دراسة تحليلية للإطار القانوني للصحة الجنسية والانجابية في الضفة الغربية وقطاع غزة، القدس، 1997ص8.

التغيرات السكانية المتوقعة بل أيضاً للبحث عن مدى القدرة على التأثير في هذه المتغيرات بما يجعلها أكثر موائمة للإمكانيات المتاحة وأكثر سباقاً في الوصول الى الاهداف الاستراتيجية المحددة للمجتمع⁽¹⁾.

هناك علاقة وثيقة بين التعليم والصحة الانجابية حيث يلاحظ ان قاعدة الهرم السكاني في العراق تمثل من هم دون الخامسة عشر أي من هم في سن التعليم المدرسي وهذه الفئة من السكان والذين سيصبحون آباء وأمهات المستقبل لو وجهوا التوجيه السليم، وإذا تعرفوا على موضوع الصحة الانجابية بابعادها المختلفة وتزودوا بالمعارف والثقافة السكانية تكونت لديهم الاتجاهات السليمة التي تساعدهم على اتخاذ قرارات ايجابية فيما يخص موضوع الصحة الانجابية وربط ذلك بظروفهم الاقتصادية والاجتماعية وعمل توازن بين ذلك وبين متطلبات حياة اطفالهم ومعيشتهم بما يتماشى مع التغيرات العصرية⁽²⁾. والظروفها وهنا يأتي دور المؤسسات والهيئات المعنية خاصة المؤسسات التربوية لمعالجة موضوع الرعاية الصحية الاطفال على ان تبدأ بالتوعية والتثقيف السكاني بطريقة افضل والاهتمام بموضوع الرعاية الصحية الاطفال لدى افراد المجتمع بعيداً عن الدعاية التي توجي للأفراد ان الدولة ضد الانجاب وضد زيادة النسل بصورة عامة، والبعد عن المصطلحات المنافية لعادات وقيم وتقاليد المجتمعات العربية والاسلامية، يتضح من العرض السابق ان العلاقة بين موضوع الصحة الانجابية والتعليم علاقة متبادلة والتعليم يمكنه ان يسهم مساهمة فعالة في علاجها⁽³⁾.

أصبح الاهتمام بالمرأة والطفلة الأنثى ومشاركتها ودرجة وعيها الاجتماعي وتعليمها وصحتها وتمكنها من اختيار البدائل أحد متطلبات الدخول في النظام العالمي الجديد، وعلى الرغم مما تناولته الكتب الدراسية لبعض المواد في مختلف المراحل التعليمية وانها تحتوي على قدر لا بأس به من مفاهيم الصحة الانجابية، ولكن الأهم طريقة تدريس هذه المفاهيم والقضايا المعاصرة وتحويلها من حقائق معرفية الى أنشطة تعليمية يمارسها التلاميذ بطرق وأساليب تدريس غير تقليدية يذكر منها تمثيل الأدوار المواجهة المشكلات، وكل ذلك يهدف الى تعويد الطلاب على مهارة اتخاذ القرار في حياتهم حالياً

1-الاسرة، تعليم الدليل للتعليم عن طريق الاقران في مجال الصحة الانجابية للمرأة، صندوق الامم المتحدة للسكان والمنطقة العالمية للصحة والاسرة والجمعية المصرية لتنظيم الاسرة ، ٢٠٠٨ .

²-حسن حمام: مستوى الثقافة الصحية لدى طالبات الصف الاول الثانوي في محافظة عمان الكبرى، ١٩٩٦ ص ٧٥.

³-محمد طنطاوي: دور مناهج العلوم بمراحل التعليم العام في تحقيق مفهوم التربية والوقاية للطلاب، القاهرة ٢٠٠٠، ص

ومستقبلاً باختيارهم لنوعية حياة افضل وتحقيقاً لتنمية مستدامة نخطوها في الالفية الثالثة حيث ان الصحة الانجابية المدخل السليم للارتقاء بنوعية الانسان العراقي⁽¹⁾.

اجمالاً فأنها تهدف الى رفع مستوى الكفاءة والسلامة البدنية والنفسية والاجتماعية للأثنى طوال عمرها الانجابي وهذا يؤكد على دور الأسرة والمدرسة والمجتمع حيث تتشابك هذه المهام مع دور المؤسسات التعليمية.

ونظراً لان النظام المدرسي جزء من التكوين الاجتماعي العام واعترف به المجتمع على انه مؤسسة اجتماعية متميزة واصبح جزء من عمية التطبيع الاجتماعي ويحدث داخل هذا النظام المعرفي فقط ،اي انه لم ينقل التراث الثقافي فقط في التربية في الوقت المعاصر وانما يتصل بالحياة اتصالاً وثيقاً لا يعزل عن المجتمع الذي تخدمه وهكذا صارت التربية جزء لا ينفصل عن حياة الفرد ومناشطة الاجتماعية والمؤسسة التربوية نقطة التقاء لعد كبير من العلاقات الاجتماعية المتداخلة المعقدة، وهذه العلاقات الاجتماعية هي المسالك التي تتخذها للتفاعل الاجتماعي والقنوات التي تجرى فيها التأثير الاجتماعي، والعلاقات الاجتماعية المركزة في المؤسسة التربوية يمكن تحليلها على اساس الجماعات المتفاعلة⁽²⁾.

هذا يعني ان التعليم يستطيع ان يؤدي دوراً اساسياً ومباشراً في قضية الصحة الانجابية وذلك عن طريق التنمية السكانية وهي التي تعنى في المقام الاول تكوين الاتجاهات لدى النشء تجاه الظاهرة السكانية والصحة الانجابية من اجل تنمية مهاراتهم والموائمة بين دخولهم وعدد افراد اسرهم مستقبلاً وصحة افراد الاسرة وصحة الام ومن اجل نوعية أفضل من الحياة على مستوى الفرد والاسرة والمجتمع⁽³⁾. يتضح مما سبق ان العلاقة بين التعليم وقضية الصحة الانجابية علاقة وثيقة ومهمة للغاية.

2. دور المناهج الدراسية في تنمية الرعاية الصحية للأطفال:

ان للمناهج التربوية دوراً فاعلاً في تكوين جيل يمتلك المقومات الاساسية لتنمية المجتمع عن طريق رفع مستوى الوعي الصحي والبيئي في المدرسة، التي تمثل منطلقاً اساسياً لسائر مشاريع التنمية البشرية نظراً لما يمتلكه التلميذ والطالب من قدرات يمكن تفعيلها لنقل تلك الوسائل الى الاسرة والمجتمع⁽⁴⁾. يفتقر العراق الى منهج دراسي خاص يغذي الثقافة الصحية الخاصة بالصحة الانجابية والمنهج الرئيس

1- عبد الله شبر: مدى مشاركة المرأة الفلسطينية في اتخاذ القرار فيما يتعلق بالصحة الجنسية والانجابية، القدس 1997، ص ١٠٥.

2- سناء ابو دقة ، القياس والتقويم الصفي والمفاهيم والاجراءات لتعليم غزة ، دار افاق للنشر والتوزيع ، 2001 ، ص 85 .

3- ايمن مزاهرة ، التربية الصحية للطفل ، الطبعة الاولى ، عمان الاهلية للنشر والتوزيع ، ٢٠٠٧ ، ص ٨٨ .

4- احمد محمد بدح واخرون ، الثقافة الصحية، عمان ، دار المسيرة للطباعة والنشر والتوزيع، ط٢، سنة ٢٠١٩ ، ص 17.

المعتمد هو التربية الاسرية للدراسة المتوسطة والاعدادية والخاص بالإناث دون الذكور كون المرأة تمثل المحور الأساس في عملية التربية الاسرية في المجتمع، وبعد الاطلاع على مفردات مناهج التربية الاسرية في العراق تبين الآتي:

1. الاهتمام بتربية الطفل والعلاقات الاسرية والعائلية ضمن مناهج التربية الأسرية للمراحل المتوسطة والاعدادية، علماً بأنها موضوعات يتعلمها الفرد خلال مراحل حياته الأسرية والعائلية والاجتماعية المختلفة.

2. التركيز على الفنون المنزلية مثل الملابس والحياسة وإدارة المنزل وهي أمور تتعلمها الفتاة منذ صغرها بحكم مشاركتها بأعمال المنزل مع والدتها.

3. اهمال أو ضعف الاهتمام بالتربية الصحية للمرأة ولاسيما الخاصة بصحتها الانجابية وما تم التطرق اليه في مناهج التربية الاسرية في الصف الرابع والخامس والسادس الاعدادي يعد اشارات مقتضبة جداً وغير وافية لتثقيف المرأة تجاه صحتها الانجابية⁽¹⁾.

4. تدرس مادة التربية الاسرية مدرسات ذوات اختصاص بمادة اخرى في الغالب، مما يقلل من أهميتها ويجعلها مادة رتيبة وذات منهج متكرر للطالبات وهذا يعني أن منهج التربية الاسرية غير كافٍ لتنمية الوعي المعرفي للفتيات بخصوص صحتهن الانجابية ، ويعد ذلك مؤشراً سلبياً وعائقاً يؤخر عملية التنمية الصحية ولا سيما ان الصحة الانجابية في العراق تواجه جملة من التحديات خاصة في المجتمع الريفي⁽²⁾.

خامساً: العوامل السياسية:

تلعب الحكومات دوراً محورياً في خفض معدلات الخصوبة، سواء بشكل غير مباشر عبر تحسين الظروف الاقتصادية والاجتماعية والصحية للسكان، أو من خلال تبني سياسات سكانية واضحة تتماشى مع مصالحها القومية. وتُعتبر سياسات التنمية الوسيلة الأكثر فاعلية في المجتمعات النامية، حيث يساهم انتشار التعليم والوعي الصحي الوقائي في تعزيز قبول الأمهات لممارسات تنظيم النسل، كما قد تعتمد الحكومات على إصدار التشريعات لتحقيق هذه الأهداف⁽³⁾. تُعد الظروف السياسية من العوامل

¹-اليسار راضي، الصحة الانجابية والجنسية لدى المراهقين والشباب في منظمة الشروق المتوسط، ورقة عمل مقدمة الى مؤتمر برلماني افريقيا والدول العربية: عمان تم الاسترجاع بتاريخ ٢٠٢١ / ٢١ / ١٠ .

1-مها البسيوني، المدرسة والتربية الصحية مجلة الطفولة والتنمية المجلد (٢) العدد (٥) ٢٠٠٢ ، ص ٥٧٥-681.

2-عبد الكريم الأشي ، الصحة الانجابية والجنسية لدى المراهقين ، ط ٢ ، عمان ، ٢٠٠١ ، ص ٣٢ .

المؤثرة في معدلات المواليد وتذبذبها؛ إذ تؤدي الحروب إلى انخفاضها نتيجة انشغال الشباب بالعمليات العسكرية وغيابهم عن أسرهم لفترات طويلة. وفي مثل هذه الحالات قد تتدخل الدولة عبر سنّ قوانين تشجع على الإنجاب، كما حدث في العراق خلال الحرب العراقية الإيرانية حين أصدرت الحكومة قرارات لدعم زيادة المواليد⁽¹⁾.

وبهذا فإن العوامل السياسية تؤدي دوراً كبيراً ولها أثراً بالغاً في معدلات الولادة في البلد إذ تؤثر الحروب والعمليات الإرهابية في أي بلد على ولاداته، بسبب الانشغال بهذه الظروف القاهرة فضلاً عن عدم توافر الخدمات الصحية الضرورية للنساء بصورة عامة والحوامل منهن بصورة خاصة مؤشرات تذبذب السلوك الإنجابي للمرأة في المجتمع العراقي:

يُصنّف العراق ضمن البلدان الفتية من حيث التركيب السكاني، إذ يشكّل من هم دون سن الخامسة عشرة نحو (39%) من مجموع السكان. وعلى خلاف العديد من دول الشرق الأوسط، ما يزال عدد الأطفال بعمر (يوم - 4 سنوات) أعلى من فئة (5 - 9 سنوات)، ويُعزى ذلك إلى ارتفاع عدد النساء في سن الإنجاب وظروف المجتمع العراقي. كما أظهر التوزيع العمري ارتفاع معدلات الإعاقة لتصل إلى (7.5) خلال العقدين الأخيرين، مع وجود فروق واضحة بين المناطق تبعاً لاختلاف الخصوبة والسلوك الإنجابي. ووفقاً لتقرير الجهاز المركزي للإحصاء عام 2004، بلغ متوسط حجم الأسرة العراقية (6.4) أفراد، حيث انخفض في الحضر إلى (6) أفراد، بينما ارتفع في الريف ليصل إلى (8) أفراد⁽²⁾.

على الرغم من أن العراق يشترك مع بعض الدول في خصائص ديموغرافية مثل النمو السكاني السريع الناتج عن ارتفاع الخصوبة والسلوك الإنجابي للمرأة، إلا أن هذا النمو تأثر بمجموعة من العوامل والضغوط خلال العقود الماضية، أبرزها الحروب والعقوبات الاقتصادية والاحتلال. وقد انعكس ذلك في تذبذب معدلات النمو السكاني نتيجة اضطراب النظام الإنجابي للأسرة العراقية. فخلال الحرب العراقية-الإيرانية (1980-1988) فقد العراق ما بين (100,000-800,000) شخص من الفئة العمرية (18-45 سنة)، مما أدى إلى ترمّل أعداد كبيرة من النساء وتيّم الأطفال، وهو ما شكّل عاملاً سلبياً على

3-نادية عمر السيد ، علم الاجتماع الطبي ، المفهوم والمجالات ، ط ع ، دار المعارف ، مصر ١٩٩٦ ، ص ٢٦٣.

2-المصدر نفسه ، ص ٢٦٥ .

الوظيفة الإنجابية للأسرة، حيث إن غياب الأب أسهم في تعطيل المنظومة الإنجابية والاجتماعية للأسرة العراقية⁽¹⁾.

أدركت الحكومة العراقية تأثير الحرب على النمو السكاني، فتبنت سياسات سكانية لتعويض النقص الناتج عن خسائر الذكور في جبهات القتال. ففي 1987/11/29 أصدرت القرارين (881 و 882)، حيث نص القرار الأول على منح الزوج الموظف مخصصات عائلية قدرها 25 ديناراً شهرياً عند إنجاب المولود الرابع، فيما منح القرار الثاني للأُم الموظفة إجازة أمومة براتب كامل لمدة ستة أشهر ونصف راتب للأشهر الستة التالية. كما شملت الإجراءات تقديم مكافآت مالية للزواج من أرامل الشهداء، وحظر تداول وسائل منع الحمل في الصيدليات، ومنع الأطباء من إجراء عمليات الإجهاض إلا في الحالات التي تهدد حياة الأم، مع فرض رقابة صارمة على هذه العمليات⁽²⁾.

بعد وقف الحرب العراقية-الإيرانية، اتجهت الحكومة العراقية إلى التخطيط السكاني والتموي بهدف خفض وفيات الأطفال وتحسين الواقع الديموغرافي، من خلال تطوير المستشفيات والمراكز الصحية، وتعزيز الوعي عبر برامج لمكافحة الأمية، غير أن تسعينيات القرن الماضي حملت ظروفًا استثنائية تمثلت في حرب جديدة وحصار اقتصادي مدمر خلف مآسٍ إنسانية كبيرة، حيث أدت الخسائر البشرية واستخدام أسلحة محظورة دولياً إلى تفاقم الأوضاع الصحية، وانتشار الأمراض والأوبئة وظهور تشوهات خلقية بين الولادات، فضلاً عن ارتفاع معدلات وفيات الأطفال حديثي الولادة ووفيات الأمهات أثناء الحمل والإنجاب⁽³⁾.

لقد انعكست الظروف الاقتصادية والاجتماعية الصعبة في تسعينيات القرن الماضي على السلوك الإنجابي للمرأة العراقية، إذ اضطرت إلى إعادة رسم سياستها الإنجابية بما يتناسب مع طبيعة الأوضاع الجديدة. فقد أدى التدهور الاقتصادي، وارتفاع معدلات التضخم، وصعوبة تلبية احتياجات الأسرة الأساسية، ولا سيما الأطفال، إلى بروز سلوك إنجابي مغاير تماماً لمرحلة الثمانينيات. كما فقدت السياسات السكانية المشجعة للإنجاب صلاحيتها، إذ لم تعد المكافآت النقدية الحكومية مجدية في ظل انهيار قيمة الدينار العراقي وتفاقم الأوضاع الصحية، نتيجة انتشار الأمراض وشح الأدوية وتراجع

¹ - يعقوب يوسف الكندري، الثقافة والصحة والمرض، رؤية جديدة في الانثروبولوجيا المعاصرة، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت، ٢٠٠٣، ص ٣٦.

² - المصدر نفسه، ص ٣٨.

³ - محمد الجوهري، الانثروبولوجيا، أنس نظرية وتطبيقات علمية، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، ١٩٩٠، ص 250.

الخدمات الطبية. هذا الواقع وُلد شعوراً بالقلق لدى الأسر العراقية، فكان من نتائجه لجوء المرأة إلى وسائل تنظيم وتأجيل الحمل، خاصة بعد سماح الحكومة لأول مرة بفتح مراكز لتنظيم الأسرة عام 1994، والتي شهدت إقبالاً متزايداً من النساء في المدن⁽¹⁾.

اما الظروف التي أَلمت بالمجتمع العراقي وأثرها على سن الزواج، وتأخره فيمكن تلخيصها بالتالي:

1. تدهور الأوضاع الاقتصادية للأسرة العراقية.
2. ارتفاع المهور، ومتطلبات الزواج وتكاليفه.
3. انتشار البطالة، وفقدان فرص العمل مما أثر بدوره على تأخر سن الزواج في المجتمع العراقي وبالتالي أثر على معدلات الخصوبة للمرأة العراقية⁽²⁾.

فضلاً عن ذلك فقد ساهم تدهور العامل الصحي في التأثير على السلوك الانجابي للمرأة العراقية فظهر حالات التشوه الخلقي في الولادات، وارتفاع معدلات وفيات الاطفال وارتفاع أجور العلاج، وسد حاجات ومتطلبات المولود الجديد كانت عاملاً مهماً في تذبذب السلوك الانجابي ولا يغفل على الباحثين أن مؤشرات السلوك الإنجابي ومعدلاتها ترتبط ارتباطاً وثيقاً بمستوى التعليم وخاصة تعليم المرأة، وتشير الإحصائيات أن معدل الخصوبة الكلية لدى النساء الحاصلات على التعليم تتخفف بمقدار (٢,٢) عن غير المتعلّمات، فضلاً عن أن هناك ارتباط وثيق بين السلوك الإنجابي للمرأة ومساهمتها في القوى العاملة، إذ بلغ معدل الخصوبة لدى النساء المساهمات في القوى العاملة الموظفات، أو المتعینات على العمل بشكل مؤقت.... وغيره) حوالي (٢٠٩)، بينما بلغت (٤.٣) لدى غير المساهمات في القوى العاملة للفترة ما بين (١٩٩٩-٢٠٠٣)، وعلى الرغم من حجم التغييرات التي حدثت في عام ١٩٩٧ إلى عام ٢٠٠٣ ومدى استفادة الأسرة العراقية من اتفاقية النفط مقابل الغذاء والدواء، إلا أن أوضاع الأسرة العراقية لم تتغير كثيراً، والى الكارثة الكبرى في عام 2003 حيث احتلال العراق من قبل الولايات المتحدة الأمريكية والدول المتحالفة وسوء الأوضاع السياسية، وفقدان الأمن، وتدهور الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية، والصحية، أدى ذلك إلى ارتفاع معدلات الترمّل بين النساء وتشير الإحصائيات إلى أن حوالي (5٠٠,٠٠٠) امرأة مترملة في العراق. وهذا أدى إلى تخلخل أكبر في

¹ - نادية عمر السيد، مصدر سابق، ص ٢٦٦.

² - فاروق العادلي سعد جمعة، الانتروبولوجيا مدخل اجتماعي وثقافي، الطبعة الثانية، ٢٠٠٠، ص ٢٧٤ (٣)

المصدر نفسه، ص 375

السلوك الإنجابي لدى المرأة العراقية، فعلى سبيل المثال وليس الحصر، أدى (منع التجوال ليلاً) إلى وفاة الكثير من النساء الحوامل أثناء ساعات الولادة وتعثر وصولهن إلى بديلاً لعملية الإنجاب إلا وهو تأخير الحمل⁽¹⁾. أثرت الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية والسياسية في العراق بشكل كبير على أداء المرأة، وخاصة في الجانب الإنجابي، حيث زادت الأعباء عليها باختلاف الأزمان التي مر بها المجتمع من حروب وتدهور الأوضاع الصحية والاقتصادية والاجتماعية وغيرها، انعكس هذا التأثير على السلوك الإنجابي للمرأة العراقية من خلال تأجيل الحمل أو أحياناً تحديده، تحسباً لظروف خارجية كانت المرأة ضحيتهما الأكبر. ومن الجدير بالذكر أن المجتمع العراقي مجتمع تقليدي تسود فيه العادات والتقاليد التي ترفع من مكانة المرأة المنجبة، ويُعد الإنجاب من أولويات الزوجين، لا سيما في السنوات الأولى بعد الزواج⁽²⁾.

تشير الدراسة إلى أن الظروف الاستثنائية التي مرت بها المجتمعات العراقية خلال العقود الأخيرة أدت إلى ظهور ثقافات استثنائية، وتدهور الوضع الاقتصادي للأسر وصعوبة تلبية احتياجاتها الأساسية. وقد دفعت هذه الظروف الأسر العراقية إلى تبني سياسات سكانية جديدة تتماشى مع قدراتها على توفير حياة مناسبة لأفرادها، في ظل تدهور الوضع الصحي الذي أثر بدوره على السلوك الإنجابي للمرأة، وأدى إلى ممارسات كانت غير مألوفة في الظروف الاعتيادية للمجتمع⁽³⁾.

حسب إسقاطات عام ٢٠١٩ للتوقعات السكانية المعدة من قبل الأمم المتحدة، قدر عدد سكان العراق بنحو (٤٢,١٦٥) مليون نسمة في عام ٢٠٢٢، وعلى مدى السنوات العشر الماضية، نما عدد سكان العراق بمعدل (٢,٩٧٪) سنوياً، وهو أعلى بكثير من نمو السكان لمجموعة الدول متوسطة الدخل (١,٠٩٪ بالمتوسط) ودول غرب آسيا (١,٨٤٪ بالمتوسط). وبحلول عام ٢٠٥٠ سيظل معدل النمو إيجابياً عند (١,٤٥٪).

سادساً: الزواج المبكر

من الناحية الطبية والعلمية، يُقصد بالزواج المبكر الزواج قبل مرحلة البلوغ الفسيولوجي، أي قبل حدوث الحيض عند الفتاة. أما من الناحية الاجتماعية والقانونية فيُعتبر الزواج قبل إتمام سن الثامنة

¹ - عبد الناصر جندلي ، تقنيات ومناهج البحث في العلوم السياسية والاجتماعية ، ديوان المطبوعات الجامعية ، الجزائر

٢٠٠٥ ، ص ٢١٢.

² - المصدر نفسه، ص ٢١٤.

³ - محمد الجوهري ، مصدر سابق، ص 253.

عشرة شكلاً من أشكال الزواج المبكر. ويُعد هذا النوع من الزواج من القضايا المثيرة للجدل لما يترتب عليه من مخاطر صحية وطبية ونفسية، فضلاً عن نتائجه السلبية على المستويين الأسري والمجتمعي. ومن الضروري التمييز بين مفهوم الزواج المبكر ومفهوم البلوغ العلمي، إذ أن البلوغ عند الفتاة يمثل المرحلة الانتقالية التي تتحول فيها من طفلة إلى بالغة. وخلال هذه الفترة تحدث تغيرات فسيولوجية ونفسية متدرجة، ترتبط بعوامل جينية ووراثية إضافة إلى العوامل المعيشية والصحية والاجتماعية. ويمر البلوغ بخمس مراحل طبيعية متتابعة منذ الولادة، تحكمها معادلات هرمونية وعصبية دقيقة، ليُتوج أخيراً بحدوث الحيض الذي يُعد الإعلان الفسيولوجي لبلوغ الفتاة⁽¹⁾.

إن تأخير سن الزواج إلى ما بعد بلوغ الفتاة الثامنة عشرة من عمرها يسهم في الحد من المضاعفات الصحية والاجتماعية والاقتصادية المترتبة على الزواج المبكر. فقد أظهرت الدراسات أن معدلات وفيات الأمهات اللواتي يتزوجن وينجبن قبل مرحلة النضج الجسدي والفسيولوجي تكون أعلى مقارنة بالأمهات اللواتي بلغن مرحلة النضج الكامل، وذلك نتيجة لعدم اكتمال النمو الجسدي وعدم قدرة الجسم على تحمل أعباء الحمل والولادة، كما ترتفع معدلات وفيات الأطفال المولودين لأمهات صغيرات السن مقارنة بأطفال الأمهات الأكبر سناً، ويُعزى ذلك إلى نقص الخبرة وضعف الدراية بطرق التربية والتغذية السليمة، فضلاً عن محدودية الوعي الصحي في هذه الفئة. وهذا بدوره ينعكس سلباً على صحة الطفل ونموه، ويؤدي إلى تكريس مشكلات اجتماعية واقتصادية متوارثة عبر الأجيال⁽²⁾.

كما أن للزواج من الناحية البيولوجية دوراً محدداً يتمثل في الرغبة بالمحافظة على النسل واستمرار النوع الانساني) فقد ذهب أرسطو الى ان الاسرة هي أول اجتماع تدعو اليه الطبيعة اذ من الضروري ان يجتمع كائنات لا يستغني أحدهما عن الآخر، أي اجتماع الجنسين للتناسل، وليس في هذا شيء من التحكم ففي الانسان كما الحيوانات الأخرى والنبات نزعة طبيعية وهي ان يخلف بعده موجوداً على صورته⁽³⁾.

¹ -سميرة اومغار، وآخرون، تأثير العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية لدى عينة من نساء مدينة مراكش بمجلة الغذاء والتغذية ، البحرين ٢٠١٠.

² -قدري الشيخ علي وآخرون، علم الاجتماع الطبي، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع، عمان، الأردن 2008، ص ١٢٨.

³ -المصدر نفسه، ص ١٤١ .

إن الزواج المبكر يفتقر إلى الظروف الملائمة التي تُمكن الزوجين الصغار من أداء دورهما الطبيعي في بناء أسرة، إذ إن تدخل الأهل في تربية الأبناء يضعف التجربة الأبوية ويجردها من معناها الحقيقي. ومن الناحية الصحية، يمثل الحمل المبكر خطراً كبيراً يتمثل بارتفاع معدلات الولادة المبكرة وما يترتب عليها من مشكلات للجنين مثل انخفاض الوزن وضعف النمو وزيادة وفيات المواليد. ويرجع ذلك إلى أن أعضاء جسم الفتاة لم تكتمل بعد، فالرحم مثلاً لا يبلغ الحجم والجاهزية الكافية للقيام بوظيفته قبل سن الثامنة عشرة. كما أن الإنجاب في هذه المرحلة العمرية يزيد احتمالية الإجهاض، ويجعل الأم أكثر عرضة للعدوى البكتيرية مثل حمى النفاس نتيجة ضعف المناعة وسوء التغذية⁽¹⁾.

لا تقتصر مخاطر الزواج المبكر على الحمل والإنجاب فحسب، بل تمتد لتشمل جوانب صحية أخرى تمس حياة الفتاة ومستقبلها. فقبل سن الثامنة عشرة لا يكتمل تمايز الخلايا والأنسجة في الرحم بشكل يسمح بوظيفة طبيعية، كما أن نمو هذه الخلايا يرتبط بتوازن الهرمونات الأنثوية التي تؤثر أيضاً في اكتمال النمو العظمي والطولي. وعليه، فإن الزواج المبكر قد يضاعف من احتمالية الإصابة بالمشكلات الصحية، خاصة مع ضعف الوعي الصحي لدى هذه الفئة العمرية، وغياب المعرفة بأسس تنظيم الحمل وتحديد النسل، مما يجعل الحياة الزوجية مقيدة بظروف ضيقة وبعيدة عن معايير المنطق السليم⁽²⁾.

سابعا: استخدام وسائل ضبط النسل:

يعد تنظيم النسل إجراءً صحياً يهدف بالدرجة الأولى إلى حماية الأم وضمان ولادة آمنة ونمو سليم للطفل. ويتحقق ذلك من خلال توعية الأبوين بضرورة المabاعدة بين فترات الحمل بما يتناسب مع الحالة الجسدية والنفسية للأم، إضافةً إلى مساعدة بعض الأسر على علاج العقم لاستكمال بنينائها الأسري. وقد تنوعت في السنوات الأخيرة وسائل منع الحمل بين الطرق الطبيعية والتقليدية والوسائل الطبية الحديثة، ويختلف تقبل المجتمع لها تبعاً لطبيعة البيئة ما بين حضرية منفتحة أو ريفية محافظة. وتشير الدراسات السكانية إلى أن استخدام النساء الريفيات لهذه الوسائل أقل من نظيرتهن في المدن، مما يؤثر على سلوكهن الإنجابي وعدد الأطفال وصحة الأسرة. وتبرز خطورة الزواج المبكر في المجتمعات النامية،

¹ -فاروق العادلي سعد جمعة ، مصدر سابق، ص ٣٧٦ .

² - اسمهان طاهر الاهدل العوامل الاجتماعية والغذائية المرتبطة بالسمنة عند النساء في جدة السعودية في الوطن العربي الواقع والمأمول وقائع المؤتمر الثالث للسمنة والنشاط البدني مملكة البحرين (١٩ - ٢١) .

حيث تدفع العادات والتقاليد إلى تزويج الفتيات قبل بلوغ سن الرشد، الأمر الذي يترتب عليه آثار سلبية على صحة الزوجة الصغيرة.

ثامنا: زواج الأقارب وصحة الأطفال:

بعد قرار الزواج من أهم القرارات التي يتخذها الشباب في حياتهم وإنجاب أطفال صم معوقين أو أذكفاء لأن الآباء يورثون أبنائهم الصفات الوراثية العادية مثل لون العينين لون البشرة... الخ، فاتخاذ القرار السليم قد ينجح في تحقيق حياة أسرية سعيدة ببقية عمره، وقد يورث الآباء الأبناء صفات مرضية تسبب إصابتهم بعيوب وعاهات وأمراض وراثية ولكن ليس بالضرورة أن يكون زواج الأقارب خاطئاً دائماً فهناك أقارب متزوجون تسود حياتهم علاقات طبيعية، والمهم هو اختيار الزوجين لبعضهما عن قناعة لأن إنجاب الأطفال يحتاج إلى تعاون من الطرفين على حد سواء، لأن الأمراض الوراثية بحاجة⁽¹⁾ إلى علاج واستمرارية في العلاج مدة طويلة أو قصيرة بحسب المرض الوراثي لدى الطفل⁽²⁾. ولا بد من القول : إنه رغم خطورة الأمراض الوراثية واثارها السلبية على الطفل والأسرة والمجتمع فإن الوقاية منها والحد من انتشارها يتطلب وجود الوعي الاجتماعي للأفراد، فالوقاية خير من العلاج فضلاً عن ضرورة الأخذ بالاستشارات الطبية قبل الزواج والحمل بشكل عام .وينتشر في مختلف المجتمعات التقليدية نمط زواج الأقارب (الزواج الداخلي) أي يختار الفرد قرينه من جماعته النسبية أو الاثنية أو الطائفية وبذات الوقت تكون جماعة الفرد المقترن بالقرينة لا تقبل أن تنتمي إليها قرينة من خارجها بل من نفس الشريحة النسبية أو الاثنية أو الطائفية أي أنها لا تقبل الغريب عنها ولا تتفاعل معها وبالوقت ذاته لا تقبل من لا ينتمي إليها نسبا أو عرقياً أن يتزوج من سباياها لأنه غريب عنها، وبعبارة أدق لا تريد أن تزوج شبابها من قرينة خارجية أو أن تزوج صباياها من قرين خارجي غريب عنها ومعظم الزيجات الحاصلة في المجتمع التقليدي تقع بين أقارب الأب خاصة بين أبناء وبنات الأعمام لكون هذا النمط يحفظ وحدة الجماعة ويمتن الصلات الغرابية ويحافظ على ممتلكاتها وهذا النوع أكثر نجاحا واستقرارا نظرا للخبرات المشتركة بين الغنى والغناة بالإضافة إلى معرفتهم بأدق التفاصيل الحياتية لكل منهم مما يؤدي إلى الانسجام والمحبة⁽³⁾. بحيث تشكل القرابة أهمية كبيرة في الزواج، وهذه الحالة من الزواج منتشرة انتشاراً كبيراً في المجتمع العربي، فهي جزء من العادات والتقاليد التي ترى أحقية زواج الشاب بابنة عمه أو ابنة خالته....وضمن إطار التطورات والتغيرات التي طرأت على المجتمع العربي بلاحظ أن انتشار زواج

¹ - احمد سمير أبو دنيا ، الصحة الانجابية ، مكتبة سبتان المعرفة - ٢٠١١ ، ص ٨ .

² - احمد سمير ابو دنيا ، مصدر نفسه ، ص10.

³ - عوض الله صالح ، رأي الدين الاسلامي في تنظيم الأسرة ، مطبعة التمدن ، الخرطوم - ١٩٩٦ ، ص ٤٥.

الأقارب يختلف من مجتمع إلى آخر متأثراً بالعادات والتقاليد ، فعند زواج شخص بآخر من نفس العشيرة فإن الاحتمال كبير في أن يكون الزوج حاملاً لنفس الجين الشرير ويرتفع ذلك الاحتمال عند الزواج من نفس العائلة مما يؤدي إلى زيادة مضطربة في احتمال ولادة أطفال مصابين بأحد الأمراض الوراثية⁽¹⁾.

تاسعاً: ثقافة المرأة وعلاقتها بالرعاية الصحية للأطفال

تعد الخدمات الصحية Sanitary services والمعالجات الفيزيائية والعقلية والسيطرة على الأوبئة والأمراض، وضمان صحة السكان معياراً مهماً لحياة المدينة وإقليمها حيث يعكس تطور الخدمات الصحة العامة الصحية في أي دولة مستوى تطورها ومدى سيطرتها على الأوبئة الفتاكة وسيادة مفهوم بين ابنائها مما ينعكس ايجابياً على تقدمها اقتصادياً وحضارياً⁽²⁾. تواجه المرأة العديد من التحديات في مجال الصحة الإنجابية، خاصة في ظل نقص الثقافة والمعرفة الصحية لدى كثير من النساء، مما يؤثر سلباً على حياتهن الاجتماعية والشخصية. وينتج عن هذا الجهل مشاكل مجتمعية متعددة مثل الزواج المبكر وختان الإناث والتحرش، إلى جانب مشاكل صحية مثل الأمراض المنقولة جنسياً والأمراض الوراثية، التي يساهم زواج الأقارب في انتشارها، فضلاً عن ضعف الاهتمام بإجراء الفحوصات الطبية قبل الزواج⁽³⁾.

أن هناك نسبة كبيرة من إصابة الأمهات في هذه السن بأمراض مزمنة نتيجة الحمل والولادة، وتمثل مضاعفات الحمل والولادة السبب الرئيسي لوفيات وأمراض الأمهات قبل سن العشرين، بالإضافة لأن تزويج الفتيات في هذه السن يفقدهن فرصتهن في استكمال تعليمين وعدم تمتعين بطفولتين، واستكمال تكوين شخصيتهن، كيانهن الذاتي⁽⁴⁾. تتأثر الصحة الإنجابية بالعديد من العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية، مثل انتشار الأمية والبطالة، وتقاليد وعادات المجتمع وقيمه ومعتقداته، إضافةً إلى البيئة الأسرية وطبيعة العلاقة بين الآباء والأمهات وأبنائهم، ومكانة المرأة في المجتمع والتمييز الموجه ضدها بمختلف أشكاله. كما تلعب جودة توافر الخدمات الصحية ومدى ملائمتها لاحتياجات فئات المجتمع المختلفة دوراً أساسياً في مستوى الصحة الإنجابية⁽⁵⁾.

¹ - المصدر نفسه، ص ٤٦.

² - عوض الله صالح ، المصدر السابق، ص ٤٧.

³ - ليلي حسن بدر، اصول التربية الصحيحة العامة ، ط٣، ١٩٩٨ ، ص ٥ .

⁴ - المصدر نفسه، ص ٨ .

⁵ - منظمة الصحة الانجابية التي وافقت عليه منظمة الأمم المتحدة في مؤتمر السكان والتنمية ، القاهرة - ١٩٩٤ .

عاشراً: الفحص الطبي قبل الزواج:

بعد الفحص الطبي قبل الزواج من أهم مقومات الزواج الناجح لأنه يؤثر في مستقبل الزوجين والأطفال ويشمل زيارات للطبيب المختص للتعرف على الأمراض الوراثية في الأسرة عن طريق إجراء فحوصات مختبرية للكشف عن الأمراض الموجودة، كذلك هو عبارة عن مجموعة من الفحوصات المخبرية والسريية التي يقترح عملها لأي شريكين قبل ارتباطهما بعقد الزواج، وذلك لتقديم النصح لهم بهدف الوصول إلى حياة زوجية سعيدة وأطفال أصحاء وبالتالي أسرة سليمة ومجتمع سليم وتكمن أهمية الفحص الطبي في الزواج بشكل عام، وزواج الأقارب الذي هو أكثر عرضة للإصابة بالأمراض الوراثية الخطيرة في الكشف عن العديد من الأمراض الوراثية الخطيرة من ومعالجتها قبل بدء الحياة الزوجية ومن أجل المحافظة على سلامة الزوجين من الأمراض المعدية. وتؤكد الزوجين من القدرة على الإنجاب ومعالجة المشكلات إن وجدت من أجل ولادة أطفال أصحاء والتقليل من ولادة أطفال معوقين بما ينعكس سلباً على الطفل والأسرة والمجتمع والفحص الطبي قبل الزواج موضوع هام جداً والمقصود منه إدامة السعادة في الحياة الزوجية ، والحفاظ على المودة والرحمة بين الزوجين ، كما قال سبحانه وتعالى: وَمِنْ آيَاتِهِ أَنْ خَلَقَ لَكُمْ مِنْ أَنْفُسِكُمْ أَزْوَاجًا لِتَسْكُنُوا إِلَيْهَا وَجَعَلَ بَيْنَكُمْ مَوَدَّةً وَرَحْمَةً إِنَّ فِي ذَلِكَ لَآيَاتٍ لِقَوْمٍ يَتَفَكَّرُونَ^(١). وكذلك المحافظة على صحة النسل وصحة الذرية^(٢) فمثلا بعد الفحص الطبي قبل الزواج من خدمات الصحة الإنجابية التي تقدمها وزارة الصحة والسكان في فلسطين للمقبلين على الزواج، ضمن برامج الوقاية التي تضمن سرعة اكتشاف الأمراض واتخاذ التدابير اللازمة لمواجهة أى مشاكل صحية يمكن أن تؤثر في إنجاب أطفال أصحاء ، إلا أن هناك اعتقاداً خاطئاً تجاه فكره الفحص الطبي سائداً بين فئات المجتمع ، وهو عدم أهمية اتخاذ هذه الخطوة إلا في حالة زواج الأقارب تحسباً لاصابة الأبناء بالأمراض الوراثية، أو أنه لا فائدة من هذا الفحص إلا في اكتشاف حالات العقم، وتؤكد الآراء الطبية أهمية إجراء الفحص الطبي قبل الزواج لكل المقبلين على الزواج سواء من الأقارب أو غيرهم، لكي يطمئن راغبوا الزواج على صحتهم الإنجابية، إذ يفيد الفحص في اكتشاف الأمراض الوراثية والمعدية وغير المعدية وكذلك لتجنب أى مشاكل صحية مستقبلية ، أو التأثير على إنجاب أطفال غير أصحاء^(٣).

^١ - سورة الروم، الآية (٢١).

^٢ - صندوق الأمم المتحدة ، مصدر سابق ، ص ٢٠.

^٣ - علاء البكري ، مصدر سابق، ص ٤٨.

ويهدف الفحص الطبي قبل الزواج الى تحقيق ما يأتي:

1. الحد من انتشار أمراض الدم الوراثية.
2. التقليل من الأعباء المالية الناتجة عن علاج المصابين بالأمراض الوراثية على الأسرة والمجتمع.
3. معرفة مدى قدرة الخاطب والمخطوبة بدنياً على إتمام الزواج.
4. اكتشاف العجز الجنسي والأمراض التناسلية.
5. اكتشاف الأمراض التي تؤثر في الحمل والولادة.
6. حماية الزوجين من الأمراض المعدية قبل الزواج.
7. العلاج المبكر للأمراض التي تم اكتشافها.
8. تقديم النصح للمقبلين على الزواج إذا ما تبين وجود ما يستدعي ذلك.
9. التقليل من ولادة أطفال مشوهين أو معاقين يسببون متاعب لأسرهم ومجتمعهم⁽¹⁾.

الفحوصات الطبية قبل الزواج هي مجموعة من الاختبارات السريرية والمخبرية التي يُنصح بأن يجريها كل من الرجل والمرأة قبل الارتباط الرسمي، وتشمل ما يلي: (2)

1. يهدف الفحص الطبي قبل الزواج إلى الكشف المبكر عن بعض الأمراض القابلة للعلاج، مثل السكري والسل واضطرابات الغدد، والتي قد تكون غير ظاهرة سريرياً. ويساعد ذلك في معالجتها قبل الزواج لتجنب المضاعفات الصحية، خاصة عند الحمل، وحماية الزوجين من مشكلات قد تؤثر سلباً على حياتهما.
2. يساهم الفحص الطبي قبل الزواج في الكشف المبكر عن الأمراض الوراثية التي قد يكون أحد الطرفين أو كلاهما حاملاً لها دون ظهور أعراض، إذ إن الحامل للمرض لا يُعد مريضاً، لكن خطورة انتقاله تزداد عند ارتباط شخصين حاملين للمرض نفسه. ومن أبرز هذه الأمراض: فقر الدم

¹ - اسماعيل نعيم عبد الجليل ، مصدر سابق، ص ٥٤.

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 .-28

المنجلي، والثلاسيميا، والهيموفيليا، وغيرها من الأمراض الوراثية التي لا يتوفر لها علاج شافٍ حتى الآن⁽¹⁾.

3. يعد الفحص الوراثي قبل الزواج وسيلة فعالة للوقاية من الأمراض الوراثية وتجنب معاناة أسرية وأطفال مرضى. فكل إنسان يحمل جينات قوية وأخرى ضعيفة، وقد يؤدي زواج طرفين يحملان الجين المسبب للمرض نفسه إلى إنجاب أطفال مصابين بأمراض مزمنة مثل فقر الدم المنجلي، والثلاسيميا، والهيموفيليا. ونظراً لصعوبة علاج هذه الأمراض وارتفاع تكاليفها، سواء من خلال الأدوية المستمرة أو عمليات نقل الدم أو زراعة الأعضاء، فإن الفحص الوراثي يمثل خياراً وقائياً أقل كلفة وأكثر فاعلية لحماية الأسرة والمجتمع⁽²⁾. ويتضمن الفحص الطبي قبل الزواج ما يأتي⁽³⁾.

1. الكشف على الصدر وعمل أشعة على الرئتين لمعرفة ما إذا كان المفحوص يشكو من مرض السل.

2. الكشف على الأمراض العقلية والنفسية والعصبية بواسطة الطبيب المختص.

3. الكشف على الأمراض التناسلية وأهمها الزهري والسيلان وكذلك الكشف عن مرض الإيدز وحالات الصفد أو العقم وبعد التأكد من سلامة المفحوص من الام.

أحد عشر: الأمراض المعدية وتأثيرها على صحة الأطفال:

الأمراض المعدية هي اضطرابات ناتجة عن كائنات دقيقة مثل البكتيريا أو الفطريات أو الفيروسات أو الطفيليات. يعيش العديد من هذه الكائنات الدقيقة في أو على أجسامنا، وغالباً ما تكون ضارة أو نافعة، لكن بعض الظروف قد تجعلها مسببة للأمراض. تنتقل هذه الأمراض من شخص لآخر، أو عبر الحشرات والحيوانات، أو من خلال تناول طعام أو شرب ماء ملوث، أو التعرض للكائنات الدقيقة في البيئة، تختلف العلامات والأعراض بحسب نوع الكائن المسبب للعدوى، وتشمل غالباً الحمى والإعياء وقد تستجيب العدوى البسيطة للراحة والعلاجات المنزلية وقد تتطلب الذهاب الى المستشفى وان بعض الامراض المعدية مثل جدري الماء والحصبة يمكن منعها عن طريق التحصينات والنظافة غسل الايدي

¹ - علاء البكري ، الصحة الجنسية والانجابية في الضفة الغربية قطاع غزة - القدس - ١٩٩٨ ، ص ٨

² - ناصر حسن ، الصحة التناسلية النسائية المفهم العلاج ، دار ابن النفيس للطباعة ، ط2، دمشق ، 2002 ، ص 17.

³ - عبد الله منير ، مدى مشاركة المرأة الفلسطينية في اتخاذ القرار فيما يتعلق بالصحة الجنسية والانجابية ، ط1، القدس 1998، ص48.

المتكرر والشامل ⁽¹⁾. يساعد على الحماية من غالبية الأمراض المعدية، ولكل مرض معدٍ علاماته وأعراضه الخاصة وتتضمن العلامات والأعراض بين عدد من الأمراض المعدية مثل (الحمى ، الاسهال ، الارهاق، والام في العضلات، سعال) وفي عدة حالات يجب زيارة الطبيب اذا كان الشخص قد تعرض للعض من حيوان او يجد الشخص صعوبة في التنفس او سعال حاد او يعاني من طفح جلدي او تورم او حمة غامضة او طويلة او مشاكل مفاجئة في الرؤية ⁽²⁾.

تحدث الأمراض المعدية نتيجة الإصابة بأنواع مختلفة من الكائنات الدقيقة. فالبكتيريا، وهي كائنات وحيدة الخلية، قد تسبب التهابات الحلق العقدية أو التهابات المسالك البولية والسل. أما الفيروسات، وهي أصغر حجماً من البكتيريا، فتترواح أمراضها من نزلات البرد البسيطة حتى الإيدز. كما يمكن أن تؤدي الطفيليات إلى أمراض مثل الملاريا التي تنتقل عبر لدغات البعوض، أو داء المقوسات الذي يُكتسب من ملامسة فضلات القطط. وتنتقل العدوى بطرق متعددة، منها الاتصال المباشر بين الأشخاص عن طريق اللمس أو التقبيل أو السعال والعطس، حتى إن بعض الحاملين للجراثيم قد لا تظهر عليهم أعراض المرض. كما تنتقل العدوى من الحيوانات إلى الإنسان عبر العض أو الخدش أو التعامل مع فضلاتها، وقد تنتقل من الأم إلى جنينها أثناء الحمل أو الولادة أو عبر الرضاعة. كذلك يمكن أن تنتشر العدوى بالاتصال غير المباشر من خلال ملامسة الأسطح والأدوات الملوثة مثل مقابض الأبواب والصنابير. ومن الوسائل الأخرى لانتقالها لدغات الحشرات التي تعمل كناقلات، كالناموس الذي ينقل الملاريا أو فيروس غرب النيل، والقراد الذي ينقل بكتيريا داء لايم ⁽³⁾.

يمكن أن ينتقل العديد من مسببات الأمراض عبر الطعام والماء الملوثن، حيث يؤدي مصدر واحد ملوث إلى إصابة عدد كبير من الأشخاص، كما في حالة تناول اللحوم غير المطهية جيداً أو العصائر غير المبسترة. وتزداد خطورة العدوى عند الأفراد الذين يعانون ضعفاً في جهاز المناعة، سواء نتيجة لتناول أدوية مثبطة للمناعة، أو الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية (الإيدز)، أو بعض أنواع

¹ - ممدوح فتحي عبد الصبور، نقل التكنولوجيا إلى الدول النامية، مجلة أسويط للدراسات البيئية، مركز الدراسات والبحوث البيئية، العدد (30) ، جامعة أسويط ، يناير 2006 . ص 174.

² - Facts about infectious disease Infectious Disease Society of America
https://www.idsociety.org/public-health/facts-about-id/. Accessed May 29, 2019.

³ - Clean hands count for safe health care. Centers for Disease Control and Prevention
index.html. Accessed May 29, 2019. https://www.cdc.gov/features/handhygiene/

السرطان والاضطرابات المزمنة. كما أن وجود أجهزة طبية مزروعة، أو سوء التغذية، أو التقدم الشديد أو الصغر في العمر قد يزيد من احتمالية الإصابة. ورغم أن معظم الأمراض المعدية قد تكون خفيفة نسبياً، إلا أن بعضها مثل الالتهاب الرئوي، والتهاب السحايا، والإيدز، قد يشكل تهديداً مباشراً على حياة المريض.

ترتبط بعض العدوى بزيادة خطر الإصابة بالسرطان على المدى البعيد؛ فعلى سبيل المثال، يسبب فيروس الورم الحليمي البشري سرطان عنق الرحم، وترتبط البكتيريا الملوية البوابية بسرطان المعدة والقرح الهضمية، بينما يزيد فيروس التهاب الكبد C و D من احتمالية الإصابة بسرطان الكبد. كما أن بعض الأمراض المعدية قد تبقى خاملة لفترات طويلة ثم تنشط مجدداً، كما يحدث في حالة مريض أصيب بالجذري المائي الذي قد يعاوده لاحقاً على شكل الهربس النطاقي. للوقاية من العدوى يجب الالتزام بإجراءات صحية أساسية، منها غسل اليدين بانتظام، وتجنب لمس العينين أو الفم أو الأنف، والحصول على التطعيمات اللازمة للأطفال والبالغين. كما يُنصح بالبقاء في المنزل عند الإصابة بأعراض معدية كالقيء أو الإسهال أو الحمى، وعدم إرسال الأطفال المرضى إلى المدرسة. وتعد سلامة الغذاء من أهم التدابير الوقائية، إذ يجب طهي اللحوم والدواجن جيداً، وعدم ترك الأطعمة في درجة حرارة الغرفة طويلاً، والحفاظ على نظافة أدوات المطبخ. كذلك ينبغي عدم مشاركة الأدوات الشخصية مثل الأمشاط وفرش الأسنان وأدوات الحلاقة والأكواب. وعند السفر إلى مناطق معينة، يُستحسن استشارة الطبيب بشأن اللقاحات الخاصة مثل الحمى الصفراء أو الكوليرا أو التهاب الكبد أو التيفوئيد⁽¹⁾.

¹ LaRocque R, et al. Causes of infectious diarrhea and other foodborne illnesses in resource rich settings <https://www.uptodate.com/contents/foodborne-illnesses-in-resource-rich-settings>. Accessed May 29, 2019.

الباب الثاني

الجانِب العملي

الفصل السادس

الاجراءات المنهجية للدراسة

- المبحث الاول: نوع ومناهج الدراسة وفرضياتها**
- المبحث الثاني: تصميم عينة الدراسة ومجالاتها**
- المبحث الثالث: اختبار اداة القياس**
- المبحث الرابع: وصف البيانات**
- المبحث الخامس: تقييم واقع الرعاية الصحية للأطفال في المجتمع المحلي**

تمهيد:

لكل ظاهره او مشكلة اجتماعية صفات تختلف عن الأخرى، و أن كل بحث او دراسة يعتبر الجانب المنهجي لها من المحاور الرئيسية والاساسية في كل دراسة، لقد تم التطرق الى الوسائل والبيانات والمعلومات الضرورية من اجل اجراء عملية التحليل الاحصائي اللازمة للدراسة، وذلك من اجل الخروج بنتائج صحيحة من اجل تفسيرها والتي قد تم التطرق اليها في دراسة الجانب النظري، الذي سوف يكون له مساهمه في تحقيق الاهداف المرجوة والتي تم وضعها في بداية الدراسة، حيث سيتم التطرق الى منهج الدراسة والمجتمع والعينة التي استخدمها والاداة والمعالجات الاحصائية التي تم اللجوء اليها من اجل استخلاص البيانات والنتائج المطلوبة .

المبحث الأول

نوع ومناهج الدراسة وفرضياتها

أولاً: نوع الدراسة

من خلال المعلومات التي تم الحصول عليها من قبل الباحثة يتم العمل على تحديد نوع الدراسة وماهي الاهداف التي يسعى الباحث الى تحقيقها في موضوع الدراسة، يمكن القول ان الدراسة الحالية تعتبر من الدراسات الوصفية التحليلية والتي تقوم على جمع البيانات والمعلومات والقيام بتحليلها وتفسيرها من اجل معرفة الاسباب التي ادت الى ظهورها، ومن ثم العمل على اصدار التعميمات التي تخص الدراسة الحالية ⁽¹⁾. تعد الدراسات الوصفية شكل من اشكال التفسير العلمي والذي يكون منظم ويهدف الى وصف الظاهرة او المشكلة المراد دراستها والعمل على تصويرها كمياً من خلال القيام بعملية جمع للبيانات والمعلومات التي تخص الظاهرة او المشكلة والقيام بتصنيفها والعمل على تحليلها واخضاعها للدراسة ⁽²⁾. تقوم الدراسات الوصفية بعملية تحليل وتقويم وتفسير للبيانات ولا تقتصر فقط على وصف الظواهر الاجتماعية وذلك من اجل الوصول الى التقييمات المناسبة والتي تكون ذات معنى يكون الهدف منه هو التبصر بالظواهر المراد دراستها ، وهي تحاول النفاذ الى كل من الحاضر والماضي ولا يقتصر عملها على التنبؤ وذلك من اجل ان تكون قادرة على التبصر بالحاضر ⁽³⁾.

ثانياً: منهج الدراسة

ورد في لسان العرب ان المنهج هو "الطريق وطريق نهج بين واضح ، ومنهج الطريق وضوحه نهجت الطريق أي سلكته المنهج ايضاً الطريق المستقيم ⁽⁴⁾ . تعتبر مناهج البحث الاجتماعي مجموعته من الطرق والتي تكون قابلة للتطور والتجدد، بما يتلاءم مع مقتضيات العلوم المتجددة ، لا يمكن للروح

¹ -مفيد احمد امين واخرون ،مناهج البحث الاجتماعي ، جامعه القدس المفتوحة ، عمان ، الاردن ، 2012، ص17.

² -عبد الرحمن سيد سلمان ،مناهج البحث ، عالم الكتب ، القاهرة ، 2014، ص131.

³ -رحيم يونس كرو العزاوي ، مقدمه في منهج البحث الاجتماعي ،دار دجلة ، الاردن ، عمان ، 2008، ص97.

⁴ -عبود عبد الله العسكري ،منهجية البحث العلمي في العلوم الانسانية ،ط2،دار النمر ، سوريا ، دمشق ، 2004،

العلمية ان تتقدم او ان تتطور الا من خلال تغير المناهج العلمية وايجاد مناهج جديدة تتناسب وتتلاءم مع تقدم العلوم وحاجاته ، ان المنهج هو الطريقة التي يمكن للإنسان ان يصل بها الى الحقيقة (1) . هناك من يرى ان الباحث الاجتماعي بإمكانه ان يقوم بنفسه باختيار منهج لدراسته وان هذا الاعتقاد هو بعيد عن الصحة، لكل ظاهرة او مشكلة تكون لها صفات تختلف عن غيرها من المشاكل الاخرى مما يفرض على الباحث ان يعمل على اختيار منهجاً محدداً لدراسته، ان المشاكل الاجتماعية تتنوع وتختلف عن غيرها ،يعتبر التحديد الدقيق للتصميم المنهجي والنظام المنهجي للدراسة امراً بغاية الاهمية لان الخطوات المتبعة لسير العمل تكون سليمة وذلك من اجل الحصول والتوصل الى النتائج المناسبة والمطلوبة(2).

1. منهج المسح الاجتماعي: والذي يعتبر احد مناهج البحوث الوصفية حيث يعتمد على جمع المعلومات والبيانات الاجتماعية للظاهرة المدروسة وذلك لغرض تحليلها وتفسيرها من خلال استخدام الأدوات البحثية (الاستمارة الاستبائية، الملاحظة، المقابلة، الخ) والعمل على جمع اكبر قدر ممكن من المعلومات عن الظاهرة المراد دراستها (3).

2. عرف المسح الاجتماعي على انه احد اشكال التفسير والتحليل العلمي والذي يقوم بوصف المشكلة الاجتماعية او ظاهرة ما من خلال القيام بتصويرها كمياً من خلال جمع للبيانات والمعلومات التي تخص المشكلة او الظاهرة المدروسة والقيام بتحليلها وتفسيرها والعمل على ايجاد الحلول المناسبة للمشكلة المراد دراستها (4) .

لقد تم الاستعانة بمنهج المسح الاجتماعي من اجل الوصول الى عينه البحث والدراسة والتي تمثلت بمجموعة من الكوادر في المؤسسات الصحية من المنتسبين للمستشفيات والمراكز الصحية لقد كان المسح الاجتماعي للدراسة باستخدام طريقة المسح بالعينة حيث يقوم الباحث باختيار مجموعة من الافراد في مجتمع المراد دراسته حيث يمثلون المجتمع بكل خصائصه الاساسية وتجري عليهم البحث والدراسة من اجل تحقيق الاهداف التي يسعى الباحث الى تحقيقها من اجل الحصول على وصف واضح ودقيق

1 - عبد الرحمن سيد سلمان ، مصدر سابق .

2 - محمد عبد الحميد ، تحليل المحتوى في بحوث الاعلام ، لبنان ،بيروت ، دار مكتبة الهلال ، 2009 ، ص45-46.

3 - ابراهيم ابراش (المنهج العلمي وتطبيقاته في العلوم الاجتماعية ،دار الشروق للنشر والتوزيع ،عمان ، 2008 ، ص152.

4 - علي معمر عبد المؤمن ، مناهج البحث العلمي في العلوم الاجتماعية ،جامعه 7 أكتوبر للنشر ،ليبيا ،2008،

للمجتمع المراد دراسته والذي سوف يوفر الجهد والوقت، وتعتبر طريقة المسح بالعينة صادقة وتكون دقيقة للمجتمع المراد دراسته (1).

ان مجتمع العينة المراد دراسته كان (500) من أصل العينة الكلية والبالغة (1,467,127) نسمة. لقد قامت الباحثة باستخدام طريقة منهج المسح الاجتماعي من اجل الحصول على اكبر قدر ممكن من المعلومات والبيانات لغرض الاستفادة منها في عمليات التحليل والتفسير وقد استخدمت الباحثة (المنهج الوصفي) .

ثالثاً: فرضيات الدراسة

ترجمت الفرضية باللغة الانكليزية (Hypotheses) وتعني أقل من اطروحة أو فرضية لم يتم التأكد منها، أن الباحثة تعمل بدورها ومن خلال الفرضية على تأكيدها او رفضها، إذا ما تأكد الباحث من صحة فرضيتها بعد جمعها للمعلومات والبيانات والعمل على تحليلها، عندها تتحول الفرضية الى نظرية، وفي حالة ان اثبتت الدراسة عدم صحة الفرضية عندها تسقط الفرضية ويتبنى الباحث فرضية جديدة (2).

تختلف الفروض في صياغتها للأفكار والمعرفة بشكل عام تصاغ بصورة مباشرة وكما يراها الباحث، هذا كله يتوقف على نوع المنهج المستخدم بالدراسة والتي يتم العمل بموجبها على نفي او اثبات صحة الفرضيات، وتعرف مبدئياً على انها تعمل على ربط المتغيرات البعض مع الاخر (3). لقد قامت الباحثة باستخدام عدداً من الفرضيات الخاصة بالدراسة ونظراً لأهميتها حددت الباحثة فرضيتها الرئيسية والتي قد بنيت عليها دراستها الميدانية.

الفرضية الاولى: توجد فروق ذات دلالة احصائية بين نوعية الخدمات الصحية التي يقدمها المجتمع المحلي

الفرضية الثانية: توجد فروق ذات دلالة احصائية بين مشاركة المجتمع في تطوير النظام الصحي وسهولة حصول الاطفال على الرعاية الصحية في المنطقة.

¹ - معن خليل عمر ، البحث الاجتماعي _ القواعد _ المنهج _ المجالات ، المكتب الجامعي الحديث ، الاسكندرية ، مصر ، 2008 ، ص 127.

² - ابراهيم ابراش، مصدر سابق ، ص 23.

³ - هيفاء بنت عبد الرحمن بن شلهوب ، طرق البحث في الخدمة الاجتماعية، مكتبة الملك فهد الوطنية ، الرياض ، 2015 ، ص 142.

الفرضية الثالثة: توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المعوقات التي تواجه الاسر في توفير الرعاية الصحية للأطفال

الفرضية الرابعة: توجد فروق ذات دلالة احصائية بين الاهالي المستخدمين للطب الشعبي يدلا عن الرعاية الصحية الحديثة.

الفرضية الخامسة: توجد فروق ذات دلالة احصائية بين الامراض والحالات التي تعالج بالطب الشعبي.

المبحث الثاني

تصميم عينة الدراسة ومجالاتها

أولاً: مجتمع الدراسة:

عرف مجتمع الدراسة على انه ذلك المجتمع والذي يتكون من مجموعة من العناصر التي لها خاصية أو مجموعة من الخصائص المشتركة تميزها عن غيرها من العناصر الاخرى (1). وتتألف عينة المجتمع المراد دراسته من مجموعة من الكوادر في المؤسسات الصحية من المنتسبين للمستشفيات والمراكز الصحية.

ثانياً: عينة الدراسة

تعتبر من أصعب المهام التي تواجه الباحث هي طريقة اختياره للعينة المراد دراستها في دراسات العلوم الاجتماعية والعلوم الانسانية، حيث يلجأ الباحث الى اسلوب استخدام العينة متمثلة بالمجتمع الاصلي المراد دراسته وعلى ان يكون التمثيل دقيقاً، حيث يقوم بأخذ صورة مصغرة ودقيقة وواضحة عن المواقف الاجتماعية للظاهرة المدروسة (2). ان العينة تعتبر جزء معين كما ونوعاً وتمثل المجتمع المراد دراسته وأن يكون هذا التمثيل تمثيلاً صادقاً ومعبراً عن المجتمع الاصلي المراد دراسته (3).

جدول (1): توزيع العينة بحسب منطقة الجمع

ت	المنطقة	التكرار	النسبة المئوية (%)
1.	حي رفعت	125	25
2.	حي النهضة	100	20
3.	حي الجزائر	75	15
4.	حي العروبة	85	17
5.	ام الخيل	115	23

¹ - مورييس انجرس ، ترجمه ، ابو زيد صحراوي وآخرون ، منهجية البحث العلمي في العلوم الانسانية ، دار القصبه ، الجزائر ، ط2 ، 2006، ص62.

² - عثمان محمد غنيم وريحي مصطفى عليان ، أساليب البحث العلمي ، دار صفاء ، عمان ، ط2 ، 2008، ص52.

³ - كايد عبد الحق وذوقان عبيدات عبد الرحمن ، البحث العلمي مفهومه وادواته وأساليبه ، دار الفكر للنشر ، عمان ، 2001، ص94.

ان العينة الدراسية كانت مكونة من مركز مدينة الديوانية حيث قامت الباحثة باختيار العينة (من مجتمع الديوانية)، وقد كانت العينة المدروسة هم من (منتسبي وزارة الصحة) من أصل العينة الكلية والبالغة (140,000) وتم استخدام الطريقة الاحصائية الآتية. وبعد ان تم التشاور بين الباحثة والدكتور المشرف تم الاتفاق على ان تكون العينة هي من (500) مبحوثا، وقد قامت الباحثة بتوزيع الاستمارة الاستبائية على عينة الدراسة بصورة ورقية حيث قامت الباحثة بتوضيح وشرح موضوع دراستها وقامت بتوضيح ان المعلومات المقدمة من قبلهم سوف تحظى بالسرية التامة، حيث سعى كل من الدكتور المشرف والباحثة بإخراج الدراسة بما يتلاءم مع الرسائل والبحوث.

ثالثاً: مجالات الدراسة

تعتبر مجالات الدراسة من الاجراءات الرئيسية والاساسية المنهجية والتي تقوم برسم الابعاد والمعالم لمشكلة الدراسة والتي ينبغي على الباحثة تحديدها، حيث تم تحديد مجالات الدراسة وهي (المجال المكاني، المجال الزماني، المجال البشري).

1. المجال المكاني: يقصد بالمجال المكاني الحدود المكانية للدراسة ونعني بها المنطقة الجغرافية التي سوف تكون موضوع الدراسة، من اجل اعطاء صورة واضحة للقارئ والمتخصص عن المكان الذي تم اجراء الدراسة فيه، تم اختيار مدينة الديوانية مجالا مكانيا للدراسة

2. المجال الزماني : يقصد بالمجال الزماني المدة الزمنية التي استغرقتها الباحثة من اجل الحصول على البيانات والمعلومات لدراستها ،ويمكن ان يتم الاشارة اليها على انها الفترة الزمنية التي قد استغرقتها الباحثة عند قيامها بجمع المعلومات والبيانات والمادة العلمية المرتبطة بموضوع البحث منذ البداية الى نهاية الدراسة ، حيث حددت الباحثة الفترة الزمنية لدراستها ومنذ صدور الامر الاداري لعنوان الدراسة بتاريخ (15 / 10 / 2024) حيث تم الانتهاء من كتابة الدراسة النظرية بتاريخ (15 / 4 / 2025) وتم المباشرة بالجانب الميداني بتاريخ (1 / 1 / 2025) وتم الانتهاء من كتابته بتاريخ (1 / 9 / 2025).

3- المجال البشري: يقصد بالمجال البشري العينة المراد دراستها من مجتمع الدراسة والتي تم تحديدها من قبل الباحثة ضمن الكوادر الصحية في المستشفيات والمراكز الصحية في مدينة الديوانية.

المبحث الثالث

اختبار اداة القياس

اداة الدراسة:

بالاعتماد على الدراسات السابقة لتقييم واقع دور المجتمع المحلي في توفير الرعاية الصحية للأطفال في مدينة الديوانية ولتحقيق أهداف الدراسة الحالية من خلال الدراسة الميدانية اعد الباحث اداة استبيان احصائية لتقييم واقع دور المجتمع المحلي في توفير الرعاية الصحية للأطفال في مدينة الديوانية تتكون من وصف نظري لشرح الغرض من الاستبانة ومحور للمعلومات الشخصية يجيب عنها المبحوث ومحاور خاصة يجيب عنها المبحوث تتعلق بدور المجتمع المحلي في توفير الرعاية الصحية للأطفال وتتضمن الاستمارة المحاور الاتية:

- محور البيانات الشخصية
- محور تقييم واقع الرعاية الصحية للأطفال في المجتمع المحلي
- محور الخدمات الصحية المتوفرة
- محور الوعي الصحي المجتمعي
- محور المعوقات
- محور دور المجتمع المحلي
- محور الآراء والمقترحات

التحقق من دقة أداة الدراسة

لغرض التحقق من دقة الاستبانة في قياس وتقييم واقع دور المجتمع المحلي في توفير الرعاية الصحية للأطفال في مدينة الديوانية تم دراسة الخصائص السيكومترية من صدق وثبات لمحاور الاستبيان حيث مرت الاستبانة في الخطوات التالية:

اولا: الصدق الظاهري للأداة:

عرضت الاستبانة في صورتها الاولى على أحد عشر خبير في علم الاجتماع (ملحق رقم 2) من المشهود لهم بالخبرة والكفاءة في تخصص موضوع البحث (واقع دور المجتمع المحلي في توفير الرعاية

الصحية للأطفال في مدينة الديوانية) لبيان صلاحية الاستبانة في قياس الهدف الذي وضعت من أجله. فأبدوا ملاحظاتهم القيمة حول ملائمة الاستبيان لقياس الغرض الذي اعد من اجله. وقد قامت الباحثة بإعادة بناء الاستبانة (حذف وتعديل وإضافة) تبعا لآراء المحكمين الاحد عشر وقد جاءت نتائج السادة المحكمين كما في الجدول الاتي:

جدول (2) تعديلات السادة المحكمين على فقرات الاستبانة

النسبة	تعديلات المحكمين	عدد الفقرات × عدد المحكمين	عدد الفقرات	المحور
4.76	1	$11 \times 5 = 55$	5	البيانات الشخصية
19.05	4	132	12	تقييم واقع الرعاية الصحية للأطفال
14.29	3	121	11	الخدمات الصحية المتوفرة
14.29	3	121	11	الوعي الصحي المجتمعي
14.29	3	99	9	المعوقات
19.05	4	132	12	دور المجتمع المحلي
14.29	3	77	7	الآراء والمقترحات
100.00	21	737	67	المجموع

وقد لخصت الباحثة نتائج اختبار الصدق الظاهري حسب الجدول اعلاه (2) حيث حقق الاستبيان نسبة قبول أكبر من 97% من اراء المحكمين حول صحة فقراته ومدى ملائمته لأهداف وعنوان موضوع الدراسة الحالية.

المصدر: من اعداد الباحثة بالاعتماد على تحليل البيانات وفق برنامج SPSS 22 IBM بإصداره رقم 22.

$$\text{عدد الفقرات الكلية} = \text{عدد الفقرات} \times \text{عدد الخبراء} \quad (11 \times 67 = 737)$$

$$\text{الصدق الكلي} = \text{عدد الفقرات الصالحة} \div \text{عدد الفقرات الكلية} \times 100\%$$

$$= (737 - 21) \div 737 \times 100\%$$

$$= 97.15\%$$

ثانيا: ثبات الاستبانة:

جدول (3) نتائج معادلة كرونباخ Reliability Statistics

المحاور	عدد الفقرات N of Items	كرونباخ ألفا Cronbach's Alpha	الصدق الداخلي
تقييم واقع الرعاية الصحية للأطفال	12	0.92	0.96
الخدمات الصحية المتوفرة	10	0.88	0.94
الوعي الصحي المجتمعي	8	0.95	0.97
المعوقات	9	0.89	0.94
دور المجتمع المحلي	10	0.76	0.87
الآراء والمقترحات	6	0.91	0.95
الكلي	55	0.91	0.95

محاور
الاستبانة

لغرض قياس ثبات اداة القياس (استمارة الاستبيان) بعد عرضها وتعديلها بالاستناد الى ملاحظات المحكمين تم استخدام معامل كرونباخ الفا لبيان معامل الارتباط بين كل محور من محاور الاستبيان بالتقدير الإجمالي لذلك المحور. حيث تم استخدام معامل قياس الموثوقية (الاتساق الداخلي) لكرونباخ الفا Cronbach's Alpha في حساب ثبات الاستبانة حيث تكون الاستبانة حسب هذا المقياس ثابتة إذا كان معامل كرونباخ الفا أكبر أو يساوي 0,60⁽¹⁾ وكانت النتائج كما في الجدول (3) اعلاه.

المصدر: من اعداد الباحثة بالاعتماد على تحليل البيانات وفق برنامج SPSS 22 IBM بإصداره رقم 22.

من جدول (4) يتضح لنا ان قيمة كرونباخ الفا للمحاور الفرعية للدراسة اكبر من 0,60 وهذا يشير الى ان هناك علاقة اتساق وترابط داخلي قوي بين فقرات الاستبانة وان اداة الاستبيان ثابتة.

ثالثا: صدق المحتوى:

يشير صدق محتوى الاستبانة (اداة المقياس) إلى مدى تغطية الاستبيان لكل جوانب موضوع الدراسة قيد البحث دون نقص او حشو وتكون الاستبانة ذات صدق محتوى عالي عندما تكون شاملة وواضحة

¹ Sekaran Uma, (1984), Research Methods for Managers: A Skill- Building Approach, -

Wiley & Sons.

ومتوازنة. تم حساب صدق المحتوى الكلي للاستبانة حسب جدول (4) ووجدت قيمته مساوية الى 95.0% وهذا يعني ان الاستبانة تتمتع بصدق محتوى ممتاز وهذا يشير الى ان الاستبانة شاملة وواضحة ومتوازنة. ويتضح لنا ايضا ان جميع المحاور الفرعية للاستبانة (محور تقييم واقع الرعاية الصحية للأطفال ومحور الخدمات الصحية المتوفرة ومحور الوعي الصحي المجتمعي ومحور المعوقات ومحور دور المجتمع المحلي ومحور الآراء والمقترحات) تتمتع بصدق داخلي عالي (أي امكانية الحصول على نفس النتائج إذا اعيد توزيع الاستبانة الاحصائية مرة اخرى على نفس مفردات العينة).

المبحث الرابع: وصف البيانات

يهدف هذه المبحث الى التعرف على توجهات عينة الدراسة على دور المجتمع المحلي في توفير الرعاية الصحية للأطفال.. دراسة ميدانية في مدينة الديوانية، كما سعت الدراسة الى معرفة فيما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة احصائية في اراء المبحوثين حول فرضيات للدراسة. استخدمت الباحثة في هذه الدراسة الاحصاء الوصفي (Descriptive statistics) لغرض وصف بيانات الدراسة وتحليلها وحساب بعض المؤشرات الاحصائية وتم استخدام الاحصاء الاستدلالي (Statistical inference) لغرض دراسة فرضيات الدراسة وتحليلها. تم تحليل ومعالجة بيانات الدراسة الحالية اليا باستخدام البرنامج الاحصائي الجاهز للعلوم الاجتماعية (SPSS) Statistical Package for Social Sciences.

وقد تم حساب المؤشرات الاحصائية التالية:

- التكرارات
- فئات الاستجابة
- النسبة المئوية
- الاهمية النسبية
- الوسط الحسابي
- الانحراف المعياري
- الخطأ المعياري

خصائص مفردات الدراسة

يمكن تلخيص خصائص افراد عينة الدراسة على النحو التالي:

جدول (4) توزيع افراد العينة للمتغيرات الشخصية

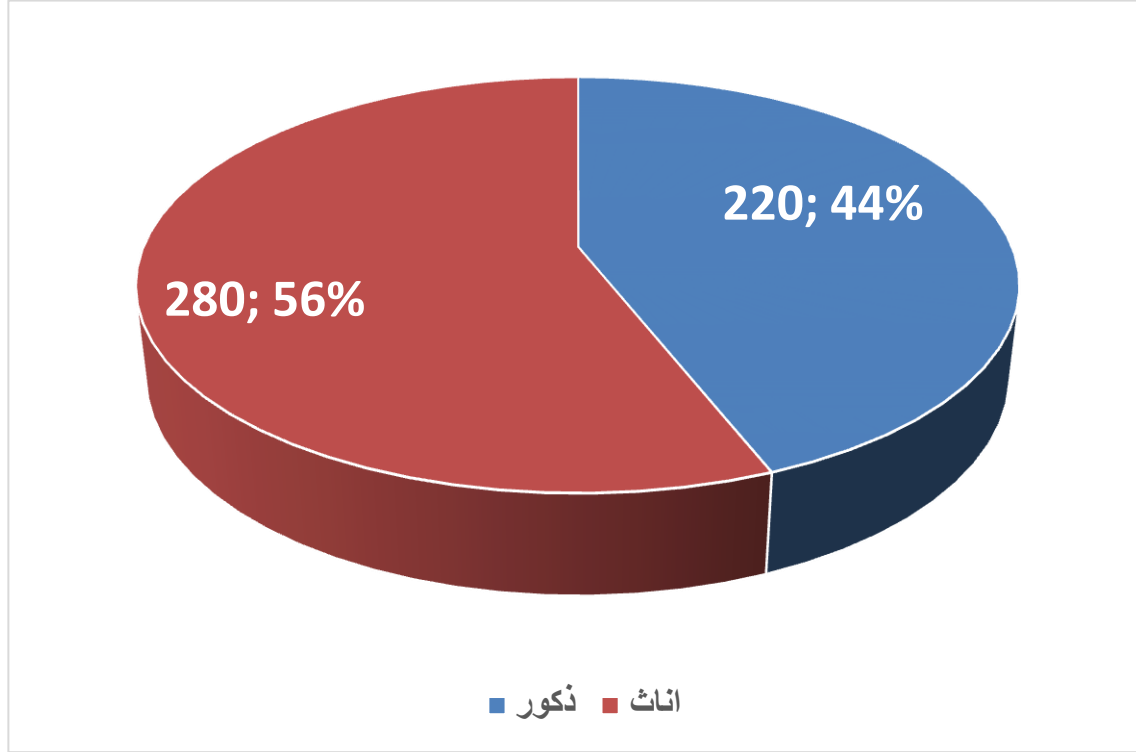
المتغير	الفئة	التكرار	النسبة المئوية
الجنس	ذكور	220	44.0
	اناث	280	56.0
	المجموع	500	100
العمر	18 سنة فأقل	61	12.2
	من 18 الى 30 سنة	196	39.2

26.2	131	من 31 الى 45 سنة	
11.2	56	من 46 الى 60 سنة	
11.2	56	61 سنة فاكثر	
100	500	المجموع	
9.4	47	يقرأ ويكتب	المستوى التعليمي
12.6	63	ابتدائي	
16.4	82	متوسط	
15.2	76	إعدادي	
32	160	جامعي	
14.4	72	دراسات عليا	
100	500	المجموع	
15.8	79	كاسب	المهنة
20.2	101	ربة منزل	
5.8	29	موظف اهلي / خاص	
9.8	49	متقاعد	
4.8	24	عاطل عن العمل	
43.6	218	موظف حكومي	
100	500	المجموع	
33.2	166	اب	العلاقة مع الطفل
46.6	233	ام	
20.2	101	وصي قانوني	
100	500	المجموع	

1- الجنس

تبين من الجدول رقم (4) والشكل رقم (1) الى توزيع بيانات عينة المبحوثين حسب الجنس (ذكور، اناث) مع العدد والنسبة المئوية لكل فئة، حيث يلاحظ ان غالبية افراد عينة البحث هم من الاناث اذ بلغ عدد المبحوثين من الاناث 280 مبحوثة وبنسبة مقدارها 56,0% في حين بلغ عدد المبحوثين من الاناث 220 مبحوثة وبنسبة مقدارها 44,0%، تبين من الجدول أعلاه ان الفئة الأكثر من المبحوثين كانت متمثلة بالاناث وبنسبة مقدارها 56% من إجمالي المبحوثين وذلك لأسباب تتعلق بأن الزوجة هي المسؤولة عن رعاية أبناءها وهي من تقوم بإدارة شؤون أبناءها ومراجعة الدوائر الصحية اغلب الاحيان

كون الاباء مشغولين بأعمالهم إضافة إلى القسم الأكبر منهم قد يكون منتسب بوزارة الدفاع أو الداخلية، إضافة إلى استشهاد الكثير من أولياء الأمور في الأحداث التي تعرض لها البلد منذ ٢٠٠٣ الى الان.

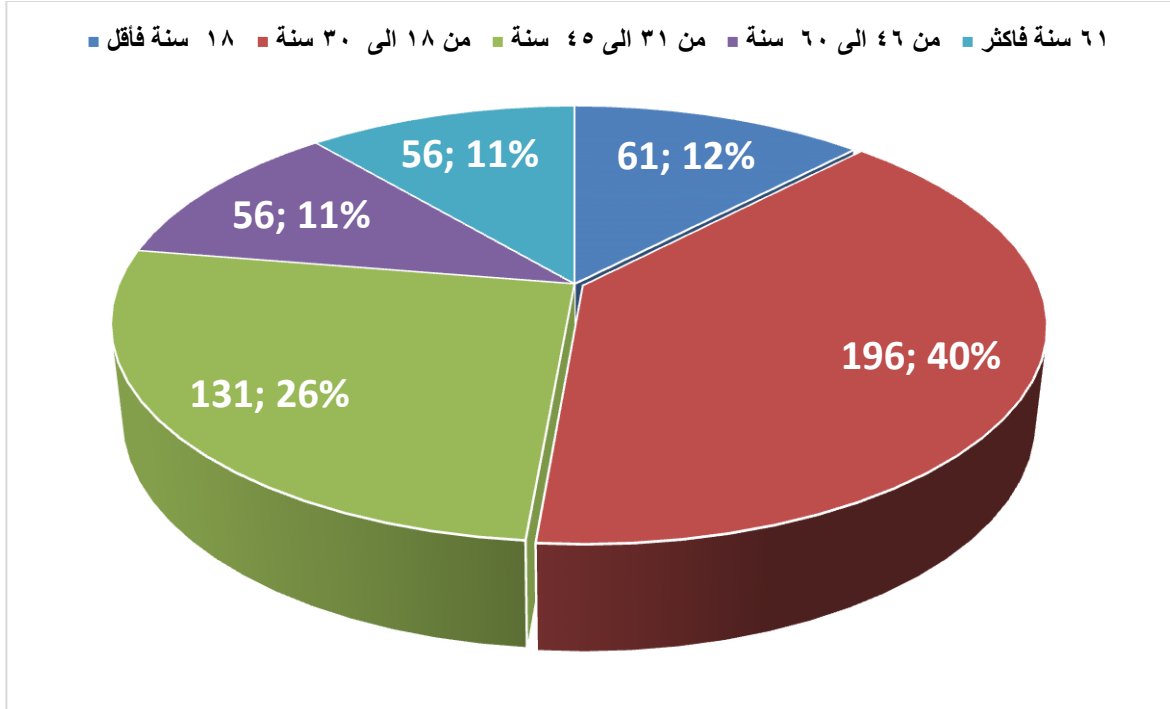


شكل (1) توزيع بيانات عينة المبحوثين حسب الجنس (ذكور، اناث) مع العدد والنسبة المئوية لكل فئة

2- العمر

تبين من خلال بيانات جدول (4) والشكل (2) الى توزيع مفردات العينة حسب الفئات العمرية حيث أن العينة توزعت على خمس فئات عمرية تبدأ من (18 سنة فأقل)، وتنتهي ب (61 سنة فأكثر)، واتضح من الجدول بأن الفئة العمرية (من 18 الى 30 سنة) هي الفئة الأعلى تمثيلاً للعينة بعدد 196 مبحوثاً وبنسبة مقدارها 40% من عدد مفردات العينة، وتليها الفئة (من 31 الى 45 سنة) سنة بعدد 131 مبحوثاً وبنسبة مقدارها 26% من عينة الدراسة. ثم الفئة العمرية (18 سنة فأقل بعدد 61 مبحوثاً وبنسبة مقدارها 12% من عينة الدراسة، وكانت في المرتبة الاخيرة الفئات العمرية (من 46 الى 60 سنة) و (61 سنة فأكثر) كلا منها بعدد 56 مبحوثاً وبنسبة مقدارها 11% من اجمالي عدد مفردات العينة. تبين من الجدول اعلاه.. أن الفترة العمرية من ١٨-٣٠ سنة والتي تتمثل بنسبة مقدارها ٤٠% أعلى النسب كون هذه الفئة أغلبهم من المتزوجين ومسؤولي عن اطفال وهذه الفئة تكون في مقبّل

الشباب، وان الفئة من ٤٦ الى ٦١ فأكثر كانت من أقل الفئات العمرية للمبحوثين وذلك كون هذه الفئة تعد من كبار السن وقد يكونون وقد يكون أبناءهم بلغوا مرحلة الشباب.

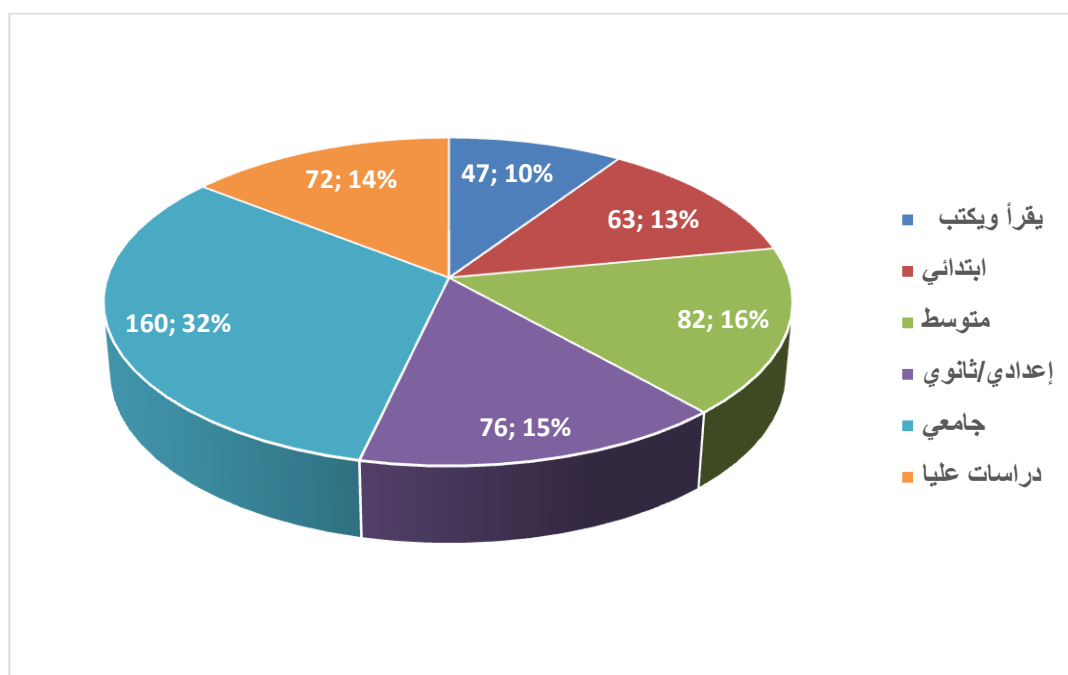


شكل (2) توزيع مفردات العينة حسب الفئات العمرية

3- المستوى التعليمي

تبين من الجدول (4) والشكل (3) الى توزيع مفردات العينة حسب المستوى التعليمي حيث أن العينة توزعت على ستة مستويات تعليمية تبدأ من (يقرأ ويكتب)، وتنتهي ب (دراسات عليا)، وإتضح من الجدول بأن فئة جامعي هي الفئة الأعلى تمثيلاً للعينة بعدد 160 مبحوثاً وبنسبة مقدارها 32% من عدد مفردات العينة، وتليها فئة حملة شهادة المتوسطة بعدد 82 مبحوثاً وبنسبة مقدارها 16.4% من عينة الدراسة. ثم حملة الدبلوم العالي بعدد 76 مبحوثاً و بنسبة مقدارها 15.2% من عينة الدراسة، ثم فئة حملة الابتدائية بعدد 63 مبحوثاً و بنسبة مقدارها 12.6% من عينة الدراسة، ثم فئة حملة الاعدادية بعدد 76 مبحوثاً و بنسبة مقدارها 15.2% من عينة الدراسة وكانت في المرتبة الاخيرة فئة يقرأ ويكتب بعدد 47 مبحوثاً وبنسبة مقدارها 9.4% من اجمالي عدد مفردات العينة، وتبين من الجدول أعلاه ان المستوى التعليمي لأغلب المبحوثين جامعي حيث بلغت نسبتهم ٣٢٪ كون الباحثة عرضت الاستبانة على الزملاء والزميلات المدرسين والباحثين كونهم قريبين من عمل الباحثة داخل المؤسسة

التربوية وكذلك على ابناء المجتمع ، من وجاء اختيار يقرأ ويكتب بالمرتبة الأخيرة كون هذه الفئة أغلبهم مشغولين بأعمالهم الخاصة.

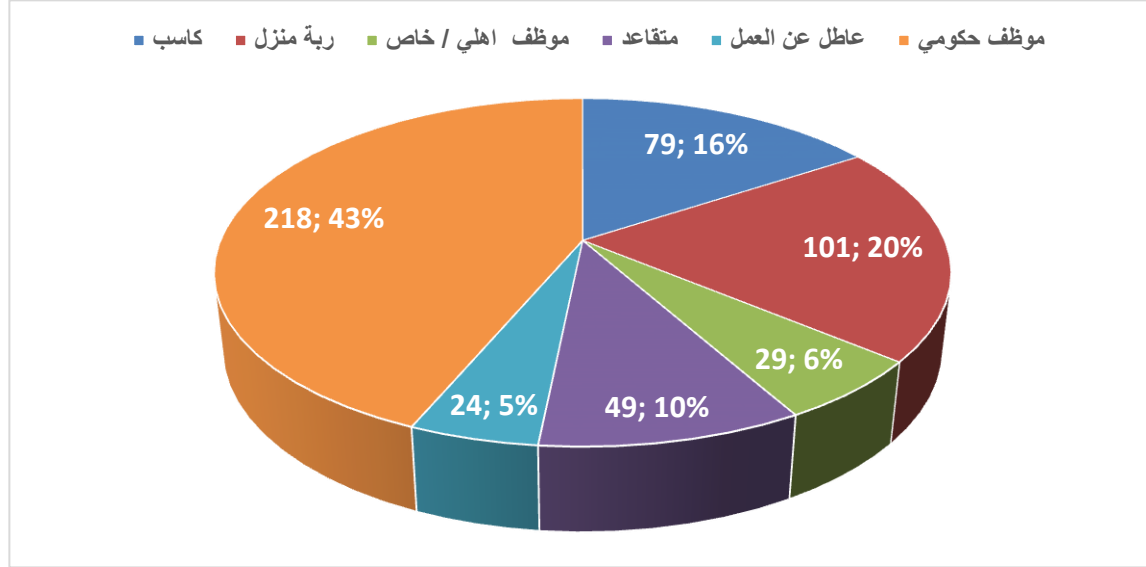


شكل (3) توزيع مفردات العينة حسب المستوى التعليمي

4- المهنة

تبين من الجدول (4) والشكل (4) الى توزيع مفردات العينة حسب نوع المهنة حيث أن العينة توزعت على ستة فئات حسب نوع المهنة تبدأ من (ربة منزل)، وتنتهي ب (موظف حكومي)، وإتضح من الجدول بأن فئة (موظف حكومي) هي الفئة الأعلى تمثيلاً للعينة بعدد 218 مبحوثاً وبنسبة مقدارها 43.6% من عدد مفردات العينة، وتليها الفئة (ربة منزل) بعدد 101 مبحوثاً وبنسبة مقدارها 20.2% من عينة الدراسة. ثم الفئة (كاسب) بعدد 79 مبحوثاً و بنسبة مقدارها 15.8% من عينة الدراسة تليها الفئة (متقاعد) بعدد 49 مبحوثاً و بنسبة مقدارها 9.8% من عينة الدراسة تليها الفئة (موظف اهلي / خاص) بعدد 29 مبحوثاً و بنسبة مقدارها 5.8% من عينة الدراسة ، وكانت في المرتبة الاخيرة الفئة (عاطل عن العمل) بعدد 24 مبحوثاً وبنسبة مقدارها 4.8% من اجمالي عدد مفردات العينة، حيث جاء اختيار موظف حكومي في المرتبة الأولى حيث بلغت نسبتهم ٤٣,٦% من إجمالي المبحوثين كون

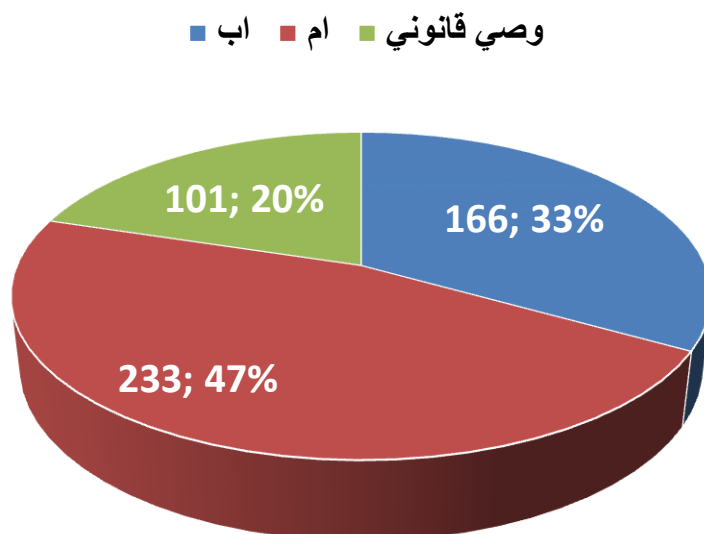
اغلب المبحوثين كانوا يعملون في الدوائر الحكومية ،وكانت الفئة الأقل من المبحوثين هم من الموظفين في القطاع الأهلي الخاص.



شكل (4) توزيع مفردات العينة حسب نوع المهنة

5- العلاقة مع الطفل

تبين من الجدول (4) والشكل (5) التي تشير الى توزيع مفردات العينة حسب العلاقة مع الطفل حيث أن العينة توزعت على ثلاث فئات (اب)، و (ام) و(وصي قانوني)، واتضح من الجدول بأن فئة العلاقة مع الطفل (ام) هي الفئة الأعلى تمثيلاً للعينة بعدد 233 مبحوثاً وبنسبة مقدارها 46,6% من عدد مفردات العينة، وتليها الفئة (اب) بعدد 166 مبحوثاً وبنسبة مقدارها 33,2% من عينة الدراسة. ثم الفئة (وصي قانوني) بعدد 101 مبحوثاً و بنسبة مقدارها 20,2% من عينة الدراسة، و كانت الفئة الأكثر من المبحوثين هم الوالدين وان خيار الام جاء بالمرتبة الأولى حيث بلغت النسبة ٤٦,٦% من إجمالي المبحوثين كون الان هي المسؤولة الاولى عن رعاية أطفالها وجاء خيار الاب بالمرتبة الثانية حيث بلغت نسبتهم ٣٣,٢% من إجمالي المبحوثين كون الاب هو مسؤول من بعد الام عن رعاية أبناءه كونه اكثر انشغالات خارج المنزل وجاء خيار وصي قانوني بالمرتبة الأخيرة حيث بلغت نسبتهم ٢٠,٢% من إجمالي المبحوثين وذلك كون هذه الفئة هي الأقل في مجتمع الديوانية فنادر ما نجد أشخاص قد تبناوا طفلاً عن طريق القانون في المحاكم.



شكل (5) توزيع مفردات العينة حسب العلاقة مع الطفل

المبحث الخامس: تقييم واقع الرعاية الصحية للأطفال في المجتمع المحلي

جدول (5) يوضح التسلسل المرتبي لاستجابة افراد العينة اتجاه أبرز الخدمات الصحية المتوفرة

أبرز الخدمات الصحية المتوفرة	التكرار	النسبة المئوية %	التسلسل المرتبي
عيادات صحية مجانية	165	33,00	2
حملات تطعيم وتغذية للأطفال	105	21,00	3
خدمات صحة نفسية	50	10,00	3
لا توجد خدمات كافية	260	52,00	1

1. ما هي أبرز الخدمات الصحية المتوفرة في منطقتك؟

تبين من خلال جدول (5) وعند الاستفسار من افراد عينة الدراسة عن أبرز الخدمات الصحية المتوفرة في منطقة الدراسة، تمكنا من الحصول على جدول تسلسل مرتبي بالاعتماد على اجابات المبحوثين حيث احتلت فيه الاجابة (لا توجد خدمات كافية) التسلسل المرتبي الاول اذ اشهرها 260 مبحوثا وبنسبة مقدارها 52% من اجمالي عدد مفردات العينة، يليها بالتسلسل المرتبي الثاني عن ابرز الخدمات الصحية المتوفرة الاجابة (عيادات صحية مجانية) واشهرها 165 مبحوثا وبنسبة مقدارها 33% من اجمالي عدد مفردات العينة، يليها بالتسلسل المرتبي الثالث الاجابة (حملات تطعيم وتغذية للأطفال) واشهرها 105 مبحوثا وبنسبة مقدارها 21% من اجمالي عدد مفردات العينة، يليها بالتسلسل المرتبي

الرابع الاجابة (خدمات صحة نفسية) واشرها 50 مبحوثا وبنسبة مقدارها 10% من اجمالي عدد مفردات العينة، يتضح من الجدول أن العيادات المجانية جاءت بالمرتبة الأولى كأبرز الخدمات الصحية المتوفرة في المنطقة، وهذا يشير إلى أن المجتمع يعتمد عليها بشكل رئيسي للحصول على الرعاية الصحية. ومع ذلك، فقد أكد عدد من المبحوثين أن هذه العيادات تعاني من ضعف واضح في توفر العلاجات الأساسية ونقص في الخدمات الطبية المتخصصة، مما يقلل من فاعليتها في تلبية الاحتياجات الصحية للأطفال والأسر، أما خدمات الصحة النفسية فقد جاءت بالمرتبة الأخيرة، وهو ما يعكس قصوراً كبيراً في الاهتمام بهذا الجانب الصحي المهم، على الرغم من تزايد الحاجة إليه نتيجة الضغوط الاقتصادية والاجتماعية. ويظهر من هذا الترتيب أن الخدمات المتاحة تركز على الجانب العلاجي الأولي، في حين أن الجوانب الأخرى مثل الدعم النفسي ما زالت مهمشة وغير مفعلة بالشكل المطلوب.

جدول (6) استجابة افراد العينة اتجاه دور المجتمع المحلي في تحسين صحة الأطفال

النسبة المئوية %	التكرار	دور المجتمع المحلي في تحسين صحة الأطفال
44.2	221	دور أساسي
42.6	213	دور محدود
13.2	66	لا يوجد دور واضح
100	500	المجموع

2. برأيك، ما مدى أهمية دور المجتمع المحلي في تحسين صحة الأطفال؟

تبين من خلال الجدول اعلاه (6) وعند الاستفسار من افراد عينة الدراسة عن أهمية دور المجتمع المحلي في تحسين صحة الأطفال، تبين نتائج جدول (6) ان 221 مبحوثا وبنسبة بلغت 44.2% أكدوا ان دور المجتمع المحلي في تحسين صحة الأطفال هو دور اساسي وهذه النسبة العالية تعكس الوعي المتزايد بتأثير المجتمع المحلي في تحسين صحة الاطفال. وبين 213 مبحوثا وبنسبة مقدارها 42.6% من اجمالي عدد المبحوثين ان هناك دور محدود للمجتمع المحلي في تحسين صحة الاطفال في حين اكد 66 مبحوثا وبنسبة مقدارها 13.2% من اجمالي عدد المبحوثين ان لا يوجد دور واضح للمجتمع المحلي في تحسين صحة الاطفال، تشير نتائج الجدول إلى أن أغلب المستجيبين يرون أن للمجتمع المحلي دوراً أساسياً في تحسين صحة الأطفال، حيث يمثل البيئة الأولى التي تؤثر في أنماط التغذية والوقاية ومتابعة التطعيمات، إضافة إلى نشر الوعي الصحي وتقديم الدعم للأسر، مما يعكس إدراكا عميقاً لأهمية التكافل المحلي في رعاية الطفولة وفي المرتبة الثانية جاء الدور المحدود، وهو ما يدل على أن بعض أفراد المجتمع يدركون وجود مساهمات مجتمعية لكنها غير كافية أو تقتصر إلى

الاستمرارية والتنظيم، إذ تقتصر غالبًا على مبادرات فردية أو نشاطات موسمية. أما المرتبة الثالثة لا يوجد دور واضح، فتعبر عن فئة من المستجيبين لا تلمس أي أثر حقيقي للمجتمع المحلي في هذا المجال.

جدول (7) استجابة افراد العينة اتجاه مدى سهولة حصول الأطفال على الرعاية الصحي

النسبة المئوية %	التكرار	أبرز الخدمات الصحية المتوفرة
12.0	60	سهولة جدا
57.8	289	متوسطة
30.2	151	صعبة
100	500	المجموع

3. ما مدى سهولة حصول الأطفال على الرعاية الصحية في منطقتك؟

تبين من الجدول اعلاه (7) وعند الاستفسار من افراد عينة الدراسة عن مدى سهولة حصول الأطفال على الرعاية الصحية ، تبين نتائج جدول (7) ان 60 مبحوثا وبنسبة بلغت 12% من اجمالي عدد المبحوثين أكدوا سهولة حصول الأطفال على الرعاية الصحية وان 289 مبحوثا وبنسبة بلغت 57.8% من اجمالي عدد المبحوثين اكدوا حصول الأطفال على الرعاية الصحية بشكل متوسط. في حين وجد ان 151 مبحوثا وبنسبة بلغت 30.2% من اجمالي عدد المبحوثين المستجيبين قيموا مدى سهولة حصول الأطفال على الرعاية الصحية في منطقتهم بدرجة متوسطة، مما يعكس وجود خدمات صحية لكنها ليست كافية أو متاحة بشكل دائم، حيث قد يواجه الأهالي بعض المعوقات مثل ضعف البنية التحتية الصحية أو بعد مراكز العلاج أو قلة الكوادر بينما جاءت المرتبة الثانية بدرجة صعبة، وهو ما يدل على أن شريحة من السكان ترى أن الحصول على الخدمات الصحية للأطفال يمثل تحديا حقيقيا بسبب التكاليف أو الزحام أما المرتبة الثالثة فقد كانت سهلة جدا، مما يعني أن البعض يرى أن الحصول على الرعاية الصحية للأطفال سهل قد ترجع الأسباب إلى ارتفاع دخل الفرد وتوفر وسائل النقل لديه أو صادفوا علاجات جيدة أدت إلى شفاء اطفالهم.

جدول (8) التسلسل المرتبي لاستجابة افراد العينة اتجاه أبرز المعوقات التي تواجه الأسر في توفير الرعاية الصحية للأطفال

أبرز المعوقات التي تواجه الأسر في توفير الرعاية الصحية للأطفال	التكرار	النسبة %	التسلسل المرتبي
التكاليف المالية المرتفعة	325	65.0	1
نقص الوعي الصحي لدى الأهالي	210	42.0	2
صعوبة الوصول إلى المرافق الصحية	138	27.6	4
عدم توفر أطباء متخصصين	130	26.0	5
ضعف البنية التحتية الصحية	175	35.0	3

4. ما أبرز المعوقات التي تواجه الأسر في توفير الرعاية الصحية للأطفال؟

(يمكن اختيار أكثر من خيار)

تبين من الجدول اعلاه (8) وعند الاستفسار من افراد عينة الدراسة عن أبرز المعوقات التي تواجه الأسر في توفير الرعاية الصحية للأطفال ، تمكنا من الحصول على جدول تسلسل مرتبي بالاعتماد على اجابات المبحوثين حيث احتلت فيه الاجابة (التكاليف المالية المرتفعة) التسلسل المرتبي الاول اذ اشهرها 325 مبحوثا وبنسبة مقدارها 65% من اجمالي عدد مفردات العينة ، يليها بالتسلسل المرتبي الثاني عن أبرز المعوقات التي تواجه الأسر في توفير الرعاية الصحية للأطفال الاجابة (نقص الوعي الصحي لدى الأهالي) واشهرها 210 مبحوثا وبنسبة مقدارها 42% من اجمالي عدد مفردات العينة ، يليها بالتسلسل المرتبي الثالث الاجابة (ضعف البنية التحتية الصحية) واشهرها 175 مبحوثا وبنسبة مقدارها 35% من اجمالي عدد مفردات العينة ، يليها بالتسلسل المرتبي الرابع الاجابة (صعوبة الوصول إلى المرافق الصحية) واشهرها 138 مبحوثا وبنسبة مقدارها 27.6% من اجمالي عدد مفردات العينة. وجاءت الاجابة (عدم توفر أطباء متخصصين) في المرتبة الاخيرة واشهرها 130 مبحوثا وبنسبة مقدارها 26% من اجمالي عدد مفردات العينة يُظهر "الجدول أن أبرز المعوقات التي تواجه الأسر في توفير الرعاية الصحية للأطفال تتمثل أولا في التكاليف المالية مما يعكس العبء الاقتصادي الكبير على العائلات وضعف قدرتها على تغطية نفقات العلاج والفحوصات. وجاء في المرتبة الثانية نقص الوعي الصحي لدى الأهالي، وهو ما يشير إلى أن بعض الأسر قد لا تعطي الأولوية للمتابعة الطبية أو لا تملك المعرفة الكافية بطرق الوقاية والعلاج أما المرتبة الثالثة فهي صعوبة الوصول إلى المرافق الصحية، وهو عامل يرتبط غالبًا ببعد المسافة أو قلة المواصلات. كما أظهر الجدول أن عدم توفر أطباء متخصصين يمثل عائقًا إضافيًا يحد من

جودة الخدمات المقدمة للأطفال، وأخيرًا جاء ضعف البنية التحتية الصحية ليؤكد أن مشكلة الخدمات الصحية لا تتعلق فقط بالأسر، بل أيضًا بالواقع المؤسسي والبيئي للخدمات.

جدول (9) استجابة افراد العينة لاتجاه المشاركة المسبقة في مبادرات أو نشاطات مجتمعية لدعم صحة الأطفال

هل سبق أن شاركت في مبادرات أو نشاطات مجتمعية لدعم صحة الأطفال	التكرار	النسبة المئوية %
نعم	186	37.2
لا	314	62.8
المجموع	500	100.00

5. هل سبق أن شاركت في مبادرات أو نشاطات مجتمعية لدعم صحة الأطفال؟

تبين من الجدول اعلاه (9) وعند الاستفسار من افراد عينة الدراسة فيما اذا سبق أن شاركت في مبادرات أو نشاطات مجتمعية لدعم صحة الأطفال ، حيث تبين نتائج جدول (9) ان 186 مبحوثا وبنسبة بلغت 37.2% من اجمالي عدد المبحوثين اكدوا المشاركة المسبقة في مبادرات أو نشاطات مجتمعية لدعم صحة الأطفال، في حين اكد 314 مبحوثا وبنسبة مقدارها 62.8% من اجمالي عدد المبحوثين انه لاتوجد مشاركات مسبقة في مبادرات أو نشاطات مجتمعية لدعم صحة الأطفال وذلك يتعلق بعدة عوامل منها العوامل الاقتصادية التي تتمثل بالظروف المعيشية الصعبة وانشغال الأسر بتأمين لقمة العيش مما يجعلهم أقل اهتماماً أو قدرة على التطوع أو المساهمة في نشاطات اجتماعية كذلك غياب الثقة بالمؤسسات اي ضعف الثقة بالمنظمات المحلية أو الجهات او الرسمية يؤدي إلى إحجام المجتمع عن المشاركة خوفاً من أن تكون النشاطات غير مجدية أو شكلية وكذلك إن ضعف التنظيم المجتمعي وغياب مؤسسات المجتمع المدني كذلك العوامل الثقافية والاجتماعية فبعض الأفراد قد يرون أن الرعاية الصحية مسؤولية حكومية وليست مسؤولية فردية مما يضعف روح المبادرة.

جدول (10) التسلسل المرتبي لاستجابة افراد العينة اتجاه أبرز المشكلات الصحية التي يعاني منها الأطفال في المجتمع

أبرز المشكلات الصحية التي يعاني منها الأطفال في مجتمعك	التكرار	النسبة المئوية %	التسلسل المرتبي
سوء التغذية	97	19.4	4
الأمراض المعدية (مثل الحصبة، الإسهال...)	100	20.0	3
الأمراض المزمنة (مثل الربو، السكري.)	209	41.8	2
اخرى	376	75.2	1

أبرز المشكلات الصحية التي يعاني منها الأطفال في مجتمعك؟ تبين من الجدول اعلاه (10) وعند الاستفسار من افراد عينة الدراسة عن أبرز المشكلات الصحية التي يعاني منها الأطفال في المجتمع ، تمكنا من الحصول على جدول تسلسل مرتبي بالاعتماد على اجابات المبحوثين حيث احتلت فيه الاجابة (امراض اخرى) التسلسل المرتبي الاول اذ اشهرها 376 مبحوثا وبنسبة مقدارها 75.2% من اجمالي عدد مفردات العينة ، يليها بالتسلسل المرتبي الثاني عن أبرز المشكلات الصحية التي يعاني منها الأطفال في المجتمع الاجابة (الأمراض المزمنة مثل الربو، السكري) واشهرها 209 مبحوثا وبنسبة مقدارها 41.8% من اجمالي عدد مفردات العينة ، يليها بالتسلسل المرتبي الثالث الاجابة (الأمراض المعدية مثل الحصبة، الإسهال) واشهرها 100 مبحوثا وبنسبة مقدارها 20% من اجمالي عدد مفردات العينة ، يليها بالتسلسل المرتبي الرابع الاجابة (سوء التغذية) واشهرها 97 مبحوثا وبنسبة مقدارها 19.4% من اجمالي عدد مفردات العينة تشير نتائج الجدول إلى أن فئة مشكلات أخرى احتلت المرتبة الأولى بين أبرز المشكلات الصحية التي يعاني منها الأطفال في المجتمع، وهو ما يعكس تنوعاً في التحديات الصحية التي قد ترتبط بالجوانب الوراثية والخلفية و البيئية أو النفسية أو أمراض تتعلق بالقلب أو العيون أو الكسور وغيرها أما الأمراض المعدية فجاءت بالمرتبة الثانية، وهو مؤشر على أن البيئة الصحية ما زالت بحاجة إلى مزيد من الاهتمام في جانب الوقاية والتوعية الصحية، تلتها الأمراض المزمنة بالمرتبة الثالثة والتي قد تكون مرتبطة بالعوامل الوراثية أو ضعف المتابعة الطبية المستمرة بينما جاء سوء التغذية في المرتبة الأخيرة ما قد يشير إلى وجود تحسن نسبي في مستوى التغذية أو تدخل بعض البرامج الغذائية، إلا أن ذلك لا ينفي الحاجة إلى مواصلة الجهود لمعالجة مظاهره وضمان الوقاية منه بشكل كامل.

جدول (11) التسلسل المرتبي لاستجابة افراد العينة اتجاه مساهمة المجتمع المحلي في تحسين صحة الاطفال

كيف يمكن للمجتمع المحلي أن يساهم في تحسين صحة الأطفال	التكرار	النسبة المئوية %	التسلسل المرتبي
التوعية عبر حملات صحية	283	56.6	1
تقديم المساعدات المادية	198	39.6	3
التطوع في النشاطات الصحية	203	40.6	2
الدعم النفسي للأسرة	146	29.2	4

6. كيف يمكن للمجتمع المحلي أن يساهم في تحسين صحة الأطفال؟

تبين من الجدول اعلاه (11) وعند الاستفسار من افراد عينة الدراسة عن كيف يمكن للمجتمع المحلي أن يساهم في تحسين صحة الأطفال ، تمكنا من الحصول على جدول تسلسل مرتبي بالاعتماد على اجابات المبحوثين حيث احتلت فيه الاجابة (التوعية عبر حملات صحية) التسلسل المرتبي الاول اذ اشهرها 283 مبحوثا وبنسبة مقدارها 56.6% من اجمالي عدد مفردات العينة ، يليها بالتسلسل المرتبي الثاني عن كيف يمكن للمجتمع المحلي أن يساهم في تحسين صحة الأطفال الاجابة (التطوع في النشاطات الصحية) واشهرها 203 مبحوثا وبنسبة مقدارها 40.6% من اجمالي عدد مفردات العينة ، يليها بالتسلسل المرتبي الثالث الاجابة (تقديم المساعدات المادية) واشهرها 198 مبحوثا وبنسبة مقدارها 39.6% من اجمالي عدد مفردات العينة ، يليها بالتسلسل المرتبي الرابع الاجابة (الدعم النفسي للأسرة) واشهرها 146 مبحوثا وبنسبة مقدارها 29.2% من اجمالي عدد مفردات العينة تبين أن التوعية عبر الحملات جاءت أولاً لكونها الأسهل والأكثر تأثيراً، تلتها المشاركة التطوعية التي تتطلب جهداً مباشراً، ثم المساعدات المالية التي حدت الظروف الاقتصادية من انتشارها، وأخيراً الدعم النفسي للأسرة لاعتباره أقل أولوية مقارنة بالاحتياجات المادية والصحية.

جدول (12) استجابة افراد العينة اتجاه وجود تنسيق بين المجتمع المحلي والمؤسسات الصحية

هل هناك تنسيق بين المجتمع المحلي والمؤسسات الصحية	التكرار	النسبة المئوية %
نعم	344	68,8
لا	151	30,2
احيانا	5	1,0
المجموع	500	100,00

7. هل هناك تنسيق بين المجتمع المحلي والمؤسسات الصحية؟

نبين من الجدول اعلاه (12) وعند الاستفسار من افراد عينة الدراسة فيما اذا وجد تنسيق بين المجتمع المحلي والمؤسسات الصحية ، حيث تبين نتائج الجدول ان 344 مبحوثا وبنسبة بلغت 68.8% اكدوا وجود تنسيق بين المجتمع المحلي والمؤسسات الصحية وبين 5 مبحوثين وبنسبة مقدارها 1.0% الى وجود احيانا تنسيق بين المجتمع المحلي والمؤسسات الصحية في حين اكد 151 مبحوثا وبنسبة مقدارها 30.2% من اجمالي عدد المبحوثين بعدم وجود تنسيق بين المجتمع المحلي والمؤسسات الصحية تبين أن أغلب المبحوثين أكدوا وجود تنسيق بين المجتمع المحلي والمؤسسات الصحية (الإجابة

نعم" بالمرتبة الأولى ما يعكس إدراكهم لأهمية التعاون المشترك في تحسين الخدمات الصحية بينما جاءت الإجابة "لا" في المرتبة الثانية، مما يدل على أن جزءاً من المجتمع يشعر بضعف أو غياب هذا التنسيق أحياناً. أما الإجابة أحياناً فجاءت بالمرتبة الأقل، وهو ما يشير إلى أنالتنسيق برأي بعضهم غير مستمر أو غير منتظم.

جدول (13) استجابة افراد العينة اتجاه الرضا عن جهود المجتمع في دعم صحة الأطفال

النسبة المئوية %	التكرار	ما مدى رضاك عن جهود المجتمع في دعم صحة الأطفال
7.0	35	راضٍ تماماً
15.0	75	راضٍ
23.0	115	محايد
27.0	135	غير راضٍ
28.0	140	غير راضي تماماً
100.0	500	المجموع

8. ما مدى رضاك عن جهود المجتمع في دعم صحة الأطفال؟

عند الاستفسار من افراد عينة الدراسة عن مدى الرضا عن جهود المجتمع في دعم صحة الأطفال، تبين نتائج جدول (13) ان 35 مبحوثاً وبنسبة بلغت 7% من اجمالي عدد المبحوثين اكدوا الرضا بشكل تام عن جهود المجتمع في دعم صحة الأطفال ، وان 75 مبحوثاً وبنسبة بلغت 15% من اجمالي عدد المبحوثين اكدوا الرضا عن جهود المجتمع في دعم صحة الأطفال، وان 115 مبحوثاً وبنسبة بلغت 23% من اجمالي عدد المبحوثين اكدوا الحياد بشأن جهود المجتمع في دعم صحة الأطفال ، و ان 135 مبحوثاً وبنسبة بلغت 27% من اجمالي عدد المبحوثين اكدوا عدم الرضا عن جهود المجتمع في دعم صحة الأطفال وان 140 مبحوثاً وبنسبة بلغت 28% من اجمالي عدد المبحوثين اكدوا عدم الرضا بشكل تام عن جهود المجتمع في دعم صحة الأطفال تبين أن غالبية المبحوثين غير راضين تماماً أو غيرراضين عن جهود المجتمع، مما يعكس ضعف هذه الجهود في نظرهم، فيما جاء الحياد بالمرتبة الثالثة، أما الرضا والرضا التام فكانا في المراتب الأخيرة، وهو ما يدل على أن نسبة قليلة فقط ترى هذه الجهود إيجابية.

جدول (14) استجابة افراد العينة اتجاه مساهمة وسائل الإعلام في تعزيز الوعي الصحي والبيئي للأطفال

هل ترى أن وسائل الإعلام تسهم في تعزيز الوعي الصحي والبيئي للأطفال	التكرار	النسبة المئوية %
نعم	417	83,4
لا	83	16,6
احيانا	0	0
المجموع	500	100

9. هل ترى أن وسائل الإعلام تسهم في تعزيز الوعي الصحي والبيئي للأطفال؟

عند الاستفسار من افراد عينة الدراسة فيما اذا ساهمت وسائل الإعلام في تعزيز الوعي الصحي والبيئي للأطفال ، حيث تبين نتائج جدول (14) ان 417 مبحوثا وبنسبة بلغت 83.4% اكادوا وجود مساهمة لو سائل الإعلام في تعزيز الوعي الصحي والبيئي للأطفال وبين 83 مبحوثا وبنسبة مقدارها 16,6% من اجمالي عدد المبحوثين بعدم وجود مساهمة لوسائل الإعلام في تعزيز الوعي الصحي والبيئي للأطفال تشير إلى ان وسائل الإعلام تسهم تعزيز الوعي الصحي والبيئي للأطفال من خلال البرامج والحملات التوعوية التي توصل المعلومات بشكل مبسط ومباشر، وذلك لأنها وسيلة واسعة الانتشار وسريعة التأثير قادرة على تغيير السلوكيات وتعزيز المعرفة بدرجة تفوق الجهود الفردية أو المحلية.

جدول (15) استجابة افراد العينة اتجاه مساهمة وسائل الإعلام في تعزيز الوعي الصحي والبيئي للأطفال

هل تعتقد أن رجال الدين يمكن أن يكون لهم دور في نشر الوعي الصحي	التكرار	النسبة المئوية %
نعم	410	82,0
لا	86	17,2
احياناً	4	0,8
المجموع	500	100.00

10. هل تعتقد أن رجال الدين يمكن أن يكون لهم دور في نشر الوعي الصحي؟

عند الاستفسار من افراد عينة الدراسة فيما اذا ساهم رجال الدين في نشر الوعي الصحي ، حيث تبين نتائج جدول (15) ان 410 مبحوثاً وبنسبة بلغت 82.0% اكدوا وجود مساهمة لرجال الدين في نشر الوعي الصحي وبين 86 مبحوثاً وبنسبة مقدارها 16,6% من اجمالي عدد المبحوثين بعدم وجود دور لرجال الدين في نشر الوعي الصحي في حين بين 4 مبحوثين وبنسبة مقدارها 0,8% من اجمالي المبحوثين ان رجال الدين يساهمون احياناً في نشر الوعي الصحي جاءت النتيجة بأن أغلب المستجيبين اختاروا نعم، وهذا يدل على أن المجتمع يرى في رجال الدين مصدرًا موثوقاً وفعالاً في التأثير على الناس وتوجيههم خاصة في فترة جائحة كارونا حيث اكدوا على اهمية النظافة للوقاية من الامراض ، نظراً لمكانتهم الدينية والاجتماعية ودورهم في الخطاب المباشر مع الأهالي والأطفال في المساجد والمناسبات الدينية أما نسبة قليلة فقط اختارت لا، مما يشير إلى أن هناك من يرى أن الخطاب الديني يركز أكثر على الجوانب الروحية ولا يعطي أولوية كافية للقضايا الصحية والنسبة لاختيار أحياناً الذي جاء في المرتبة الأخيرة، فيُفسر بأن البعض يلاحظ أن مساهمة رجال الدين في التوعية الصحية تكون غير منتظمة أو مرتبطة بمناسبات معينة فقط مثل حملات التطعيم أو انتشار الأمراض.

جدول (16) استجابة افراد العينة اتجاه جهود المجتمع المحلي في دعم صحة الاطفال

النسبة المئوية %	التكرار	المجتمع المحلي بحاجة إلى زيادة جهوده لدعم صحة الأطفال
89.4	447	اتفق بشدة
5.2	26	اتفق
4.2	21	محايد
0.8	4	لا اتفق
0.4	2	لا اتفق بشدة
100.00	500	المجموع

11. مدى موافقتك على العبارات التالية ؟

المجتمع المحلي بحاجة إلى زيادة جهوده لدعم صحة الأطفال عند الاستفسار من افراد عينة الدراسة فيما اذا كان المجتمع المحلي بحاجة الى زيادة جهوده لدعم صحة الاطفال ، حيث تبين نتائج جدول (16) ان 447 مبحوثا ونسبة بلغت 89.4% اتفقوا بشدة الى ضرورة زيادة جهود المجتمع المحلي لدعم صحة الاطفال وان 26 مبحوثا ونسبة بلغت 5.2% اتفقوا على ضرورة زيادة جهود المجتمع المحلي لدعم صحة الاطفال الجدول يوضح أن أغلب المشاركين يتفقون بشدة على أن المجتمع بحاجة إلى تكثيف الجهود في مجال الرعاية الصحية للأطفال، وهذا يعكس إدراكاً عالياً من قبل الأفراد لأهمية تحسين الخدمات الصحية ودور المجتمع في ذلك. أما قلة من الأفراد الذين أجابوا بـ لا أتفق فهم يمثلون نسبة ضئيلة، ما يشير إلى أن الرأي العام يكاد يكون شبه إجماع على ضرورة بذل المزيد من الجهود، ربما بسبب تزايد التحديات الصحية أوقصور الخدمات الحالية.

جدول (17) استجابة افراد العينة اتجاه التثقيف الصحي للأهالي بشأن رعاية الأطفال

يوجد نقص في التثقيف الصحي للأهالي بشأن رعاية الأطفال	التكرار	النسبة المئوية %
اتفق بشدة	247	49.4
اتفق	226	45.2
محايد	21	4.2
لا اتفق	4	0.8
لا اتفق بشدة	2	0.4
المجموع	500	100.00

12. هل يوجد نقص في التثقيف الصحي للأهالي بشأن رعاية الأطفال؟

تبين من الجدول اعلاه (17) وعند الاستفسار من افراد عينة الدراسة فيما اذا يوجد نقص في التثقيف الصحي للأهالي بشأن رعاية الأطفال ، حيث تبين نتائج الجدول ان 247 مبحوثا وبنسبة بلغت 49.4% من اجمالي عدد المبحوثين اتفقوا بشدة على وجد نقص في التثقيف الصحي للأهالي بشأن رعاية الأطفال وان 226 مبحوثا وبنسبة بلغت 45.2% من اجمالي عدد المبحوثين اتفقوا على وجد نقص في التثقيف الصحي للأهالي بشأن رعاية الأطفال تشير نتائج الجدول إلى أن الغالبية العظمى من المبحوثين أبدوا اتفاقهم الشديد بوجود نقص واضح في التثقيف الصحي الموجه للأهالي في مجال رعاية الأطفال الصحية، حيث جاء هذا الخيار في المرتبة الأولى وهذا يعكس إدراك المجتمع لقصور واضح في البرامج التوعوية والإرشادية التي تقدمها المراكز الصحية أو الجهات المعنية مما ينعكس سلباً على وعي الأسر بكيفية التعامل مع الجوانب الصحية لأطفالهم في المقابل، جاء خيار عدم الاتفاق بشدة في المرتبة الأخيرة، مما يدل على أن قلة قليلة فقط ترى أن التثقيف الصحي، كاف وهو ما يؤكد الحاجة الماسة لتكثيف الجهود التوعوية.

جدول (18) استجابة افراد العينة اتجاه وجود مراكز صحية قريبة من المنطقة

هل توجد مراكز صحية قريبة من منطقتك	التكرار	النسبة المئوية %
نعم	434	86,8
لا	64	12,8
نوعا ما	2	0,4
المجموع	500	100,00

13. هل توجد مراكز صحية قريبة من منطقتك؟

تبين من الجدول اعلاه (18) وعند الاستفسار من افراد عينة الدراسة فيما اذا وجدت مراكز صحية قريبة من المنطقة ، حيث تبين نتائج جدول (18) ان 434 مبحوثا وبنسبة بلغت 86.8% اكادوا وجود مراكز صحية قريبة من المنطقة وبين 64 مبحوثا وبنسبة مقدارها 12,8% من اجمالي عدد المبحوثين بعدم وجود مراكز صحية قريبة من المنطقة الجدول يبين أن أغلب المشاركين أجابوا ب نعم لوجود مراكز صحية للأطفال قريبة من مناطقهم ما يدل على أن البنية الصحية من حيث التوزيع الجغرافي متوفرة نسبياً. إلا أن قلة من المشاركين أجابوا ب نوعاً ما، وقد أشاروا إلى أن هذه المراكز لا تقدم الخدمات بالمستوى المطلوب. وهذا يعكس أن المشكلة لا تكمن فقط في توفير المراكز، وإنما في جودة الخدمات الصحية المقدمة داخلها مثل نقص الكوادر الطبية، أو محدودية الأدوية، أو ضعف البنية التحتية مما يجعل الحاجة قائمة لتطوير هذه المراكز بما ينسجم مع احتياجات الأطفال الصحية.

جدول (19) استجابة افراد العينة اتجاه وجود مراكز صحية تقدم خدمات مخصصة للأطفال

هل هذه المراكز تقدم خدمات مخصصة للأطفال	التكرار	النسبة المئوية %
نعم	376	75,2
لا	122	24,4
نوعا ما	2	0,4
المجموع	500	100,00

14. هل المراكز الصحية تقدم خدمات مخصصة للأطفال؟

تبين من الجدول اعلاه (19) وعند الاستفسار من افراد عينة الدراسة فيما اذا كانت المراكز الصحية القريبة تقدم خدمات صحية للأطفال ، حيث تبين نتائج جدول (19) ان 376 مبحوثا وبنسبة بلغت

75.2% اكدوا ان المراكز الصحية القريبة تقدم خدمات صحية مخصصة للاطفال وبين 122 مبحوثا وبنسبة مقدارها 24,4% من اجمالي عدد المبحوثين اكدوا ان المراكز الصحية القريبة لا تقدم خدمات مخصصة للاطفال الجدول يوضح أن أغلب المشاركين أكدوا أن المراكز الصحية تقدم اللقاحات الأساسية للأطفال وهذا يعكس اهتماماً بتوفير الخدمات الوقائية إلا أن وجود نسبة من المشاركين أجابوا بـ لا يبين أن بعض المراكز تعاني من نقص أو عدم انتظام في تقديم هذه اللقاحات أما نسبة قليلة أجابت بـ نوعاً ما، ما يشير إلى أن الخدمات قد تكون متوفرة ولكن بشكل غير منتظم أو محدود.

جدول (20) استجابة افراد العينة اتجاه وجود مراكز صحية تتوفر فيها اللقاحات الأساسية للأطفال

هل تتوفر اللقاحات الأساسية للأطفال بشكل منتظم	التكرار	النسبة المئوية %
نعم	383	76,6
لا	116	23,2
نوعاً ما	1	0,2
المجموع	500	100,00

15. هل تتوفر اللقاحات الأساسية للأطفال بشكل منتظم؟

تبين من الجدول اعلاه (20) وعند الاستفسار من افراد عينة الدراسة فيما اذا تتوفر اللقاحات الأساسية للأطفال بشكل منتظم ، حيث تبين نتائج الجدول ان (383) مبحوثا وبنسبة بلغت (76.6%) اكدوا ان المراكز الصحية القريبة تتوفر فيها اللقاحات الأساسية للأطفال بشكل منتظم وبين (116) مبحوثا وبنسبة مقدارها (23,2%) من اجمالي عدد المبحوثين اكدوا ان المراكز الصحية القريبة لا تتوفر فيها اللقاحات الأساسية للأطفال، على الرغم من ان المراكز الصحية لا تقدم الخدمات الضرورية وذلك يرجع الى عدم توفر الادوية وعدم وجود الاطباء الاختصاص لكن من ناحية اللقاحات نجد انها تكون متوفرة وبكثرة حيث اجاب (383) منهم بذلك ، اما عن بقية المبحوثين والبالغ عددهم (116) مبحوثاً اجابوا بان المراكز الصحية لا تتوفر فيها اللقاحات وذلك يرجع الى ان تلك المراكز قد لا تتوفر فيها اللقاحات بسبب عدم توفر التخصيصات اللازمة او لنفاذها اثناء فترة مراجعاتهم .

جدول (21) استجابة افراد العينة اتجاه توفر المراكز الصحية خدمات طوارئ للأطفال

هل توفر المراكز الصحية خدمات طوارئ للأطفال	التكرار	النسبة المئوية %
نعم	326	65,2
لا	170	34,0
نوعا ما	4	0,8
المجموع	500	100,0

16. هل توفر المراكز الصحية خدمات طوارئ للأطفال؟

تبين من الجدول اعلاه (21) وعند الاستفسار من افراد عينة الدراسة فيما اذا توفر المراكز الصحية خدمات طوارئ للأطفال ، حيث تبين نتائج الجدول ان (326) مبحوثا وبنسبة بلغت (65,2%) اكدوا ان المراكز الصحية توفر خدمات طوارئ للأطفال بشكل منتظم وبين (170) مبحوثا وبنسبة مقدارها (34,0%) من اجمالي عدد المبحوثين اكدوا ان المراكز الصحية لا توفر خدمات طوارئ للأطفال بشكل منتظم، اجاب اغلبية المبحوثين (326) على ان المراكز الصحية توفر خدمات الطوارئ حتى وان كانت تلك الخدمات بسيطة لكنها تقي بل مطلوب من انقاذ حياة الاطفال ، اما عن بقية المبحوثين (170) فهم يرون ان خدمات الطوارئ التي تقدم للأطفال لا تلبي الطموح وتفتقر الى ابسط المقومات كونها تعتمد على المستشفيات العامة وبدرجة كبيرة في انقاذ حياة الاطفال .

جدول (22) استجابة افراد العينة اتجاه وجود عيادات متنقلة تزور المنطقة

هل هناك عيادات متنقلة تزور منطقتكم	التكرار	النسبة المئوية %
نعم	138	27,6
لا	361	72,2
نوعا ما	1	0,2
المجموع	500	100,0

17. هل هناك عيادات متنقلة تزور منطقتكم؟

تبين من الجدول اعلاه (22) وعند الاستفسار من افراد عينة الدراسة فيما اذا هناك عيادات متنقلة تزور المنطقة ، حيث تبين نتائج الجدول ان (138) مبحوثا وبنسبة بلغت (27,6%) اكدوا ان هناك عيادات متنقلة تزور المنطقة وبين (361) مبحوثا وبنسبة مقدارها (72,2%) من اجمالي عدد

المبحوثين اكدوا ان عدم وجود عيادات متنقلة تزور المنطقة ، لقد اجاب اغلبية المبحوثين والبالغ (361) بعدم وجود عيادات متنقلة تقوم بزيارة المناطق من اجل تقديم الرعاية الصحية ويرجع ذلك الى عدم وجود خطه من قبل الدوائر الصحية بتوفير مثل تلك الخدمات وعدم توفر التخصيصات المالية لذلك ، اما عن بقية المبحوثين والبالغ (138) فهم يرون ان هناك عيادات متنقلة تقوم بتقديم مثل تلك الخدمات ومنهى الفرق الصحية الجواله والتي تقوم بتقديم خدمات الخاصة باللقاح للأطفال وتعتبر مثل تلك الخدمات بسيطة ولا تلبي الطموح الافراد .

جدول (23) التسلسل المرتبي لاستجابة افراد العينة اتجاه طبيعة الخدمات التي تقدمها العيادات المتنقلة

الترتيب	النسبة المئوية %	التكرار	اذا كانت الاجابة بنعم فما هي طبيعة الخدمات التي اقدمها العيادات المتنقلة لكم
2	29.8	149	الفحوصات الطبية العامة للأطفال
1	55.8	279	التطعيمات واللقاحات
4	15.2	76	الفحوصات المختبرية (دم، بول، إلخ)
3	16.0	80	خدمات التثقيف الصحي والتوعية
5	12.8	64	علاج الأمراض البسيطة والمزمنة
8	9.2	46	توزيع الأدوية الأساسية
9	7.6	38	خدمات الصحة النفسية
7	9.8	49	متابعة الحمل والأمهات المرضعات
6	10.6	53	أخرى

18. اذا كانت الاجابة بنعم فما هي طبيعة الخدمات التي اقدمها العيادات المتنقلة لكم ؟

تبين من الجدول اعلاه (23) وعند الاستفسار من افراد عينة الدراسة عن طبيعة الخدمات التي تقدمها العيادات المتنقلة ، تمكنا من الحصول على جدول تسلسل مرتبي بالاعتماد على اجابات المبحوثين حيث احتلت فيه الاجابة (التطعيمات واللقاحات) التسلسل المرتبي الاول اذ اشراها (279) مبحوثا وبنسبة مقدارها (55.8%) من اجمالي عدد مفردات العينة ، يليها بالتسلسل المرتبي الثاني عن طبيعة الخدمات التي تقدمها العيادات المتنقلة الاجابة (الفحوصات الطبية العامة للأطفال) و اشار (149) مبحوثا وبنسبة مقدارها (29.8%) من اجمالي عدد مفردات العينة ، يليها بالتسلسل المرتبي الثالث الاجابة (خدمات التثقيف الصحي والتوعية) واشراها (80) مبحوثا وبنسبة مقدارها (16.0%) من اجمالي عدد مفردات العينة ، يليها بالتسلسل المرتبي الرابع الاجابة (الفحوصات المختبرية (دم،

بول، ... إلخ)) واشهرها (76) مبحوثا وبنسبة مقدارها (15,2 %) من اجمالي عدد مفردات العينة، لقد اشار الغالبية من المبحوثين والبالغ (279) مبحوثاً بان الخدمات التي تقوم المؤسسات الصحية بتقديمها الى الاطفال هي الخاصة بتطعيم الاطفال وتقديم اللقاحات لهم كون ان تلك اللقاحات متوفرة وحتى يصل الامر ان تكون تلك اللقاحات شبة اجبارية من خلال قيام الفرق الجواله بتقديم مثل تلك الخدمات الى الاهالي في منازلهم .

جدول (24) استجابة افراد العينة اتجاه توفر خدمات صحية نفسية للأطفال

هل تتوفر خدمات صحة نفسية للأطفال	التكرار	النسبة المئوية %
نعم	337	67,4
لا	102	20,4
نوعا ما	61	12,2
المجموع	500	100.0

19. هل تتوفر خدمات صحة نفسية للأطفال؟

تبين من الجدول اعلاه (24) وعند الاستفسار من افراد عينة الدراسة فيما اذا كانت تتوفر خدمات صحة نفسية للأطفال ، حيث تبين نتائج جدول ان (337) مبحوثا وبنسبة بلغت (67,4 %) اكدوا توفر خدمات صحة نفسية للأطفال وبين (102) مبحوثا وبنسبة مقدارها (20,4 %) من اجمالي عدد المبحوثين اكدوا عدم توفر خدمات صحة نفسية للأطفال ، ان اغلبية المبحوثين والبالغ عددهم (337) يرون ان هناك خدمات صحية تقدم للأطفال وذلك من خلال مستشفى الاطفال ومن خلال العيادات الخاصة والتي تقدم مثل هذه الخدمات خاصتاً في ضوء ارتفاع نسب الاصابات بين الاطفال من الذين يصابون بأمراض التوحد وغيرها من الامراض النفسية الاخرى، اما عن بقية المبحوثين والبالغ عددهم (102) فهم يرون فهم يرون بانه لا توجد خدمات تخص الجانب النفسي مقدمه الى الاطفال وذلك قد يرجع الى عدم توفر مراكز تخصصيه تخص الجانب النفسي تكون قادرة على تقديم خدمات الى الأطفال.

جدول (25) استجابة افراد العينة اتجاه توفر اطباء اطفال متخصصون في المنطقة

هل يوجد أطباء أطفال متخصصون في منطقتك	التكرار	النسبة المئوية %
نعم	121	24,2
لا	368	73,6
نوعا ما	11	2,2
المجموع	500	100,0

20. هل يوجد أطباء أطفال متخصصون في منطقتك؟

تبين من الجدول أعلاه (25) وعند الاستفسار من افراد عينة الدراسة فيما اذا كان هناك اطباء متخصصين في صحة الأطفال ، حيث تبين نتائج الجدول ان (121) مبحثا وبنسبة بلغت (24,2%) (اكدوا توفر اطباء متخصصين في صحة الأطفال وبين (368) مبحثا وبنسبة مقدارها (73,6%) من اجمالي عدد المبحوثين اكدوا عدم توفر اطباء متخصصين في صحة الأطفال للأطفال، يتبين من خلال الجدول أعلاه ان الغالبية من المبحوثين (368) منهم من يرى بأنه لا يوجد اطباء اختصاص للأطفال في مناطقهم ولكون اكثر الاطباء يكون مركزهم هوة في شارع الاطباء في مدينه الديوانية وان الموجود منهم هوة قليل وقد يكونون غير اكفاء او بقدر المسؤولية ، اما عن بقية المبحوثين والبالغ (1219) فهم يرون انه يوجد اطباء اختصاص للأطفال وقد يكون هذا العدد قليل وغير كافي لسكنه المناطق .

جدول (26) هل تقدم المراكز الصحية برامج توعية حول صحة الأطفال؟

هل تقدم المراكز الصحية برامج توعية حول صحة الأطفال	التكرار	النسبة المئوية %
نعم	138	27,6
لا	337	67,4
نوعا ما	25	5,0
المجموع	500	100,0

21. هل تقدم المراكز الصحية برامج توعية حول صحة الأطفال؟

تبيين من الجدول اعلاه (26) وعند الاستفسار من افراد عينة الدراسة فيما اذا كانت المراكز الصحية تقدم برامج توعية حول صحة الأطفال ، حيث تبين نتائج الجدول ان (138) مبحوثا وبنسبة بلغت (27,6%) اكدوا ان المراكز الصحية تقدم برامج توعية حول صحة الأطفال وبين (337) مبحوثا وبنسبة مقدارها (67,4%) من اجمالي عدد المبحوثين اكدوا ان المراكز الصحية لا تقدم برامج توعية حول صحة الأطفال، يرى المبحوثين والبلغ عددهم (337) يرون بان المراكز الصحية لا تقدم برامج توعية حول صحة الاطفال ويرجع ذلك الى ضعف الامكانيات المالية وعدم توفر الكوادر المتخصصة بشأن ذلك بالضافة الى عدم التفاعل من قبل الاسرة بخصوص ذلك ، اما عن بقية المبحوثين (138) فهم يرون ان هناك برامج تقدم لكن هذه البرامج ليست بالمستوى المطلوب او غير فعالة .

جدول (27) استجابة افراد العينة اتجاه متابعة النمو والتغذية للأطفال في المراكز الصحية

هل يتم متابعة النمو والتغذية للأطفال في المراكز الصحية	التكرار	النسبة المئوية %
نعم	97	19,4
لا	389	77,8
نوعا ما	14	2,8
المجموع	500	100,0

22. هل يتم متابعة النمو والتغذية للأطفال في المراكز الصحية؟

تبين من الجدول اعلاه (27) وعند الاستفسار من افراد عينة الدراسة فيما اذا تتم متابعة النمو والتغذية للأطفال في المراكز الصحية ، حيث تبين نتائج الجدول ان (97) مبحوثا وبنسبة بلغت (19.4%) اكدوا تتم متابعة النمو والتغذية للأطفال في المراكز الصحية وبين (389) مبحوثا وبنسبة مقدارها (77,8%) من اجمالي عدد المبحوثين اكدوا انه لا تتم متابعة النمو والتغذية للأطفال في المراكز الصحية ، اجاب اغلب المبحوثين والبالغ عددهم (389) بانه ليس هناك متابعه من قبل الجهات الصحية فيما يخص نمو وتغذية الاطفال وذلك يرجع اساساً الى ضعف الامكانيات المالية وعدم توفر اطباء اختصاص في المراكز الصحية بالإضافة الى ان الكثير من تلك المراكز تكون غير مؤهلة طبياً ، اما عن البقية من المبحوثين والبالغ عددهم (97) منهم من الذين يرون ان تلك المراكز تكون مؤهلة لمتابعه نمو وتغذية الاطفال في مراكزهم الصحية فقد تكون تلك النظرة ترجع الى الجانب المتعلق بخصوص تقديم اللقاحات للأطفال .

جدول (28) استجابة افراد العينة اتجاه مدى الرضا عن كفاءة الكادر الطبي

النسبة المئوية %	التكرار	ما مدى رضاك عن كفاءة الكادر الطبي المحلي في التعامل مع الأطفال
11,2	56	ممتازة
23,0	115	جيدة جدا
38,0	190	جيدة
26,0	131	متوسطة
1,6	8	ضعيفة
100.0	500	المجموع

23. ما مدى رضاك عن كفاءة الكادر الطبي المحلي في التعامل مع الأطفال؟

تبين من الجدول اعلاه (28) وعند الاستفسار من افراد عينة الدراسة عن مدى الرضا عن كفاءة الكادر الطبي المحلي في التعامل مع الأطفال، حيث تبين نتائج الجدول ان (56) مبحوثا وبنسبة بلغت (11.2%) من اجمالي عدد المبحوثين اشاروا الى ان الخدمة ممتازة وان (115) مبحوثا وبنسبة بلغت (23,0%) من اجمالي عدد المبحوثين اشاروا الى ان الخدمة جيدة جدا وان (190) مبحوثا وبنسبة بلغت (38,0%) من اجمالي عدد المبحوثين اشاروا الى ان الخدمة جيدة وان (131) مبحوثا وبنسبة بلغت (26,0%) من اجمالي عدد المبحوثين اشاروا الى ان الخدمة متوسطة وان (8) مبحوثين وبنسبة بلغت (1,6%) من اجمالي عدد المبحوثين اشاروا الى ان الخدمة ضعيفة، هناك من المبحوثين والبالغ عددهم (190) من يرى بان الخدمات الصحية المقدمة الى الاطفال تكون جيدة ويرجع ذلك الى فكرة ان هذه الخدمات تكون في الاغلب تخص اللقاحات المقدمة اليهم من خلال تلك المؤسسات ، وهناك من المبحوثين من يرى بان الخدمات المقدمة من قبل المراكز الصحية تعتبر ضعيفة وغير كافية وذلك يرجع الى قلة الامكانيات المالية وعدم توفر الاطباء المختصين الذين يكونون مؤهلين لعلاج الاطفال .

جدول (29) استجابة افراد العينة اتجاه إدراك المجتمع المحلي للرعاية الصحية للأطفال

هل تعتقد أن المجتمع المحلي يدرك أهمية الرعاية الصحية للأطفال	التكرار	النسبة المئوية %
نعم	384	76,8
لا	114	22,8
احيانا	2	0,4
المجموع	500	100,0

24. هل تعتقد أن المجتمع المحلي يدرك أهمية الرعاية الصحية للأطفال؟

تبين من الجدول اعلاه (29) وعند الاستفسار من افراد عينة الدراسة فيما اذا كان المجتمع المحلي يدرك أهمية الرعاية الصحية للأطفال ، حيث تبين نتائج الجدول ان (384) مبحوثا وبنسبة بلغت (76,8 %) اكدوا ان المجتمع المحلي يدرك أهمية الرعاية الصحية للأطفال و ان (114) مبحوثا وبنسبة بلغت (22,8%) اكدوا ان المجتمع المحلي لا يدرك أهمية الرعاية الصحية للأطفال،اجاب الغالبية من المبحوثين (384) بان المجتمع المحلي يدرك مدى اهمية الرعاية الصحية المقدمة الى الاطفال كون ان مثل هذه الرعاية تعتبر من الضروريات والاوليات الاساسية لأي مجتمع حتى انهى تؤثر على تطور المجتمعات بشكل كبير وكونها تسهم في تحسين المستوى الصحي للأطفال بصورة خاصة والمستوى الصحي العام وتسهم في وقايتهم من الاطفال ، والقسم الاخر من المبحوثين يرى بان المجتمع المحلي لا يدرك مدى اهمية الرعاية الصحية وذلك كونها تتصادم بنقص الموارد المالية وعدم توفر المستشفيات وحتى ان توفرت فأن الخدمات لا تكون بالمستوى المطلوب .

جدول (30) يوضح التسلسل المرتبي لاستجابة افراد العينة اتجاه أبرز جوانب الرعاية الصحية التي يدركها المجتمع المحلي

التسلسل المرتبي	النسبة المئوية %	التكرار	إذا كانت الاجابة بنعم فما هي أبرز جوانب الرعاية الصحية التي يدركها المجتمع المحلي
3	28.8	144	أهمية التغذية السليمة والمتوازنة
2	29.2	146	النظافة الشخصية والبيئة الصحية
1	47.8	239	التطعيمات الأساسية لحماية الأطفال من الأمراض
5	23.0	115	الوقاية من الأمراض المعدية في المدارس والمجتمع
6	21.8	109	متابعة الحالة النفسية والسلوكية للطفل
4	25.4	127	الرعاية الطبية عند المرض فقط (الرعاية التفاعلية دون وقائية)
7	13.8	69	اخرى

25. إذا كانت الإجابة (نعم)، فما هي أبرز جوانب الرعاية الصحية التي يدركها المجتمع المحلي؟

تبين من الجدول اعلاه (30) وعند الاستفسار من افراد عينة الدراسة عن أبرز جوانب الرعاية الصحية التي يدركها المجتمع المحلي ، تمكنا من الحصول على جدول تسلسل مرتبي بالاعتماد على اجابات المبحوثين حيث احتلت فيه الاجابة (التطعيمات الأساسية لحماية الأطفال من الأمراض) التسلسل المرتبي الاول اذ اشهرها (239) مبحوثا وبنسبة مقدارها 47.8% من اجمالي عدد مفردات العينة ، يليها بالتسلسل المرتبي الثاني عن أبرز جوانب الرعاية الصحية التي يدركها المجتمع المحلي (النظافة الشخصية والبيئة الصحية) واشهرها (146) مبحوثا وبنسبة مقدارها (29,2 %) من اجمالي عدد مفردات العينة ، يليها بالتسلسل المرتبي الثالث الاجابة (أهمية التغذية السليمة والمتوازنة) واشهرها (144) مبحوثا وبنسبة مقدارها (28.8 %) من اجمالي عدد مفردات العينة ، لقد كانت الغالبية من المبحوثين (239) من الذين اجابوا بان (التطعيمات الأساسية لحماية الاطفال من الامراض) كونها تعتبر من اهم وسائل الوقاية التي تعمل على حماية الاطفال من العديد من الامراض الخطرة ولكون ان الافراد في المجتمع المحلي اكثر دراية بما تقدمه المراكز الصحية للأطفال ولما لها من دور حيوي في حمايتهم من مختلف الامراض ولكونها تعمل على تقوية الجهاز المناعي لهم ، وقد جاء في المرتبة الاخيرة وبواقع (127) مبحوثاً من يرون ان الخدمات التي تقدم تكون علاجية وليس وقائية وهذه الخدمات تكون ليس بالمستوى المطلوب وتفتقر اليها المراكز الصحية ولا تكون بالمستوى المطلوب .

جدول (31) استجابة افراد العينة اتجاه حملات توعية منتظمة في المجتمع حول صحة الأطفال

هل توجد حملات توعية منتظمة في المجتمع حول صحة الأطفال	التكرار	النسبة المئوية %
نعم	262	52,4
لا	182	36,4
احيانا	56	11,2
المجموع	500	100,0

26. هل توجد حملات توعية منتظمة في المجتمع حول صحة الأطفال؟

عند الاستفسار من افراد عينة الدراسة فيما اذا توجد حملات توعية منتظمة في المجتمع حول صحة الأطفال ، حيث تبين نتائج جدول (31) ان (262) مبحوثا وبنسبة بلغت (52.4%) اكدوا بوجود حملات توعية منتظمة في المجتمع حول صحة الأطفال وبين (182) مبحوثا وبنسبة مقدارها (36,4%) من اجمالي عدد المبحوثين اكدوا عدم وجود حملات توعية منتظمة في المجتمع حول صحة الأطفال وذلك يرجع الى ان النسبة الاكبر من المبحوثين يرون ان هناك حملات توعية تكون من قبل المؤسسات الصحية اتجاه الاطفال وتكون هذه الحملات من خلال حملات التلقيح التي تبدأ من الولادة وتستمر من خلال الفرق الجواله الصحية بالإضافة الى قيام الالهل بمراجعته المراكز الصحية ومنذ ولادة الاطفال اما عن بقية المبحوثين فهم يرون ان حملات التوعية ليست بالمستوى المطلوب. ولا تلبي الطموح ويرجع ذلك الى ضعف المؤسسات الصحية وعدم قدرتها على توفر الاحتياجات الضرورية في تلك المؤسسات.

جدول (32) استجابة افراد العينة اتجاه اهتمام الاهالي بمراجعة المراكز الصحية لأطفالهم

هل هناك اهتمام من الاهالي بمراجعة المراكز الصحية لأطفالهم	التكرار	النسبة المئوية %
نعم	391	78.2
لا	108	21.6
احيانا	1	0.2
المجموع	500	100,0

27. هل هناك اهتمام من الاهالي بمراجعة المراكز الصحية لأطفالهم؟

عند الاستفسار من افراد عينة الدراسة فيما اذا هنالك اهتمام من الاهالي بمراجعة المراكز الصحية لأطفالهم ، حيث تبين نتائج جدول (32) ان (391) مبحوثا وبنسبة بلغت (78.2 %) اكدوا بوجود اهتمام من الاهالي بمراجعة المراكز الصحية لأطفالهم وبين (108) مبحوثا وبنسبة مقدارها 21,6 % من اجمالي عدد المبحوثين اكدوا عدم وجود اهتمام من الاهالي بمراجعة المراكز الصحية لأطفالهم، ان النسبة الاكبر من المبحوثين يرون ان الاهالي يقومون بمراجعته المراكز الصحية من اجل الحصول على اللقاحات الضرورية للأطفال كونها متوفرة في المؤسسات الصحية ومجانيه اما عن بقية الخدمات التي تقدم في تلك المؤسسات فأنها تقتصر الى توفر الادوية الضرورية والتي يمكن ان يتم الحصول عليها في الصيدليات الخارجية اما عن اللقاحات فأنها يتم توفيرها بصورة مجانية للأطفال ، اما عن بقية المبحوثين فهم لا يقومون بمراجعته المراكز الصحية الى من اجل الحصول على اللقاحات الضرورية اما عن بقية العلاجات فهم لا يرجعون المراكز الصحية وذلك لعدم توفر الادوية الضرورية والاطباء الاختصاص مما يضطرهم الى مرجعه الاطباء في عياداتهم .

جدول (33) استجابة افراد العينة اتجاه استخدام الأهالي للطب الشعبي بديلاً عن الرعاية الصحية الحديثة

هل يستخدم الأهالي الطب الشعبي بديلاً عن الرعاية الصحية الحديثة	التكرار	النسبة المئوية %
نعم	384	76.8
لا	113	22.6
احيانا	3	0.6
المجموع	500	100,0

28. هل يستخدم الأهالي الطب الشعبي بديلاً عن الرعاية الصحية الحديثة؟

عند الاستفسار من افراد عينة الدراسة فيما اذا تم استخدام الأهالي للطب الشعبي بديلاً عن الرعاية الصحية الحديثة، حيث تبين نتائج جدول (33) ان 384 مبحوثاً وبنسبة بلغت 76.8% اكدوا استخدام الأهالي للطب الشعبي بديلاً عن الرعاية الصحية الحديثة وبين 113 مبحوثاً وبنسبة مقدارها 22,6% من اجمالي عدد المبحوثين اكدوا عدم استخدام الأهالي للطب الشعبي بديلاً عن الرعاية الصحية الحديثة ، أن النسبة الاكبر من الاهالي يقومون بالاعتماد على الطب البديل (الشعبي) في رعايتهم الصحية لا بنائهم وذلك يرجع الى عدم توفر العلاجات في المراكز الصحية وعدم توفر الاطباء الاختصاص بالإضافة الى ارتفاع اسعار الأدوية بشكل كبير وعدم قدرة الاهالي على شرائها علماً ان اسعار الاعشار الطبية غير مرتفع بالإضافة الى انهم يرون بأنها مجدية وفعالة في العلاج .

جدول (34) التسلسل المرتبي لاستجابة افراد العينة اتجاه أبرز الأمراض أو الحالات التي تُعالج بالطب الشعبي

الترتيب	النسبة المئوية %	التكرار	إذا كانت الاجابة بنعم فما هي أبرز الأمراض أو الحالات التي تُعالج بالطب الشعبي
3	43,4	217	استخدام كمادات طبيعية أو مشروبات عشبية
2	45,0	225	الحمى
7	15,8	79	الكسور أو الرضوض - رباطات شعبية والحجامة
5	22,0	110	التهابات الجلد أو الجروح - بعض المراهم التقليدية أو الزيوت
1	65,8	329	آلام البطن والمغص عند الأطفال -مثل استخدام الأعشاب كـ (اليانسون أو الحلبة)
4	34,0	170	الإسهال - خلطات شعبية
9	13,6	68	الصرع أو الحالات النفسية - اللجوء إلى الرُقاة أو الشيوخ
6	21,0	105	الطيرة أو الاعتقاد بالعين والحسد - رقية شرعية أو بخور تقليدي
8	15,6	78	مشاكل النوم أو القلق عند الأطفال

29. إذا كانت الإجابة (نعم)، فما هي أبرز الأمراض أو الحالات التي تُعالج بالطب الشعبي؟

عند الاستفسار من افراد عينة الدراسة عن أبرز الأمراض أو الحالات التي تُعالج بالطب الشعبي ، تمكنا من الحصول على جدول تسلسل مرتبي بالاعتماد على اجابات المبحوثين حيث احتلت فيه الاجابة (آلام البطن والمغص عند الأطفال مثل استخدام الأعشاب كـ (اليانسون أو الحلبة)) التسلسل المرتبي الاول اذ اشهرها 329 مبحوثا وبنسبة مقدارها 65.8% من اجمالي عدد مفردات العينة ، يليها بالتسلسل المرتبي الثاني عن أبرز الأمراض أو الحالات التي تُعالج بالطب الشعبي (الحمى) واشهرها 225 مبحوثا وبنسبة مقدارها 45.0% من اجمالي عدد مفردات العينة ، يليها بالتسلسل المرتبي الثالث الاجابة (استخدام كمادات طبيعية أو مشروبات عشبية) واشهرها 217 مبحوثا وبنسبة مقدارها 43.4% من اجمالي عدد مفردات العينة ، ان النسبة الاكبر والبالغة (329) مبحوثاً يرون ان الاهالي يعتمدون على الاعشاب الطبية لعلاج آلام البطن والمغص وذلك يرجع الى ان الاهالي يرون بانها فعالة اكثر ومناسبة ومتوفرة في الاسواق اكثر من الادوية وان النسبة الاقل من المبحوثين والبالغ عددهم (68) فهم يرون ان الاهالي يلجئون الى الشيوخ او العرافات من اجل علاجات حالات الصرع و الحالات النفسية بعد ان يكونوا قد راجعوا المؤسسات الصحية ولم يلاحظوا تحسناً او شفاءً لمرضاهم عندها يقومون باللجوء الى الطب البديل من اجل علاج مرضاهم.

جدول (35) استجابة افراد العينة اتجاه الاهتمام بصحة الطفل النفسية

هل يتم الاهتمام بصحة الطفل النفسية كما يتم الاهتمام بصحته الجسدية	التكرار	النسبة المئوية %
نعم	261	52,2
لا	238	47,6
احيانا	1	0.2
المجموع	500	100,0

30. هل يتم الاهتمام بصحة الطفل النفسية كما يتم الاهتمام بصحته الجسدية؟

عند الاستفسار من افراد عينة الدراسة فيما اذا تم الاهتمام بصحة الطفل النفسية كما يتم الاهتمام بصحته الجسدية ، حيث تبين نتائج جدول (35) ان 261 مبحوثا وبنسبة بلغت 52.2% اكدوا يتم الاهتمام بصحة الطفل النفسية كما يتم الاهتمام بصحته الجسدية وبين 238 مبحوثا وبنسبة مقدارها 47,6% من اجمالي عدد المبحوثين اكدوا عدم الاهتمام بصحة الطفل النفسية، ان النسبة الاكبر من المبحوثين والبالغ (261) يرون ان الاهالي يقومون بالاهتمام بصحة الاطفال النفسية كما يتم الاهتمام بالصحة الجسدية ولا يفرقون بين الاثنين كون ان كلاهما يسبب اضرارا لا تختلف عن الاخرى وقد يكون الضرر النفسي اشد اثرا من غيرها ، اما عن بقية المبحوثين والبالغ عددهم (238) فهم يولون اهمية للصحة الجسدية اكثر من الصحة النفسية وذلك قد يرجع الى عدم معرفتهم بما يمكن ان يتسبب الجانب النفسي من ضررا للآخرين وقد يرجعون ما يتعرضون له الى اسباب غيبية (السكر).

جدول (36) استجابة افراد العينة اتجاه الاهتمام بصحة الطفل النفسية

هل توجد مبادرات فردية للتوعية الصحية في منطقتك	التكرار	النسبة المئوية %
نعم	312	62.4
لا	182	36.4
احيانا	6	1.2
المجموع	500	100,0

31. هل توجد مبادرات فردية للتوعية الصحية في منطقتك؟

عند الاستفسار من افراد عينة الدراسة فيما اذا توجد مبادرات فردية للتوعية الصحية في المنطقة ، حيث تبين نتائج جدول (36) ان 312 مبحوثا وبنسبة بلغت 62.4% اكدوا توجد مبادرات فردية للتوعية الصحية في المنطقة وبين 182 مبحوثا وبنسبة مقدارها 36,4% من اجمالي عدد المبحوثين اكدوا لا

توجد مبادرات فردية للتوعية الصحية في المنطقة ، لقد اجاب المبحوثين وبواقع (312) بنعم بان هناك مبادرات فردية ويرجع ذلك بسبب انتشار الامراض النفسية ومنها (التوحد وحالات الانتحار... الخ) بدأت تظهر بوادر فردية من بعض الافراد من خلال الندوات والدورات التي تشير الى الجانب النفسي واثرة على صحة الاطفال ، اما عن بقية المبحوثين وبواقع (182) فهم يرون بانه ليس هناك مبادرات فردية من قبل اصحاب الاختصاص او من قبل المؤسسات وقد يرجع ذلك الى عدم معرفتهم بتلك الامور او انه لا يوجد لديهم اطفال قد تعرضوا الى حالات نفسية .

جدول (37) يوضح التسلسل المرتبي لاستجابة افراد العينة اتجاه أبرز الأمراض أو الحالات التي تُعالج بالطب الشعبي

التسلسل المرتبي	النسبة المئوية %	التكرار	إذا كانت الاجابة بنعم فما هي أبرز الأمراض أو الحالات التي تُعالج بالطب الشعبي
2	32.4	162	نشر معلومات صحية عبر وسائل التواصل الاجتماعي
3	25.8	129	تنظيم جلسات توعوية منزلية أو في الحي
4	20.8	104	توزيع منشورات أو مطبوعات توعوية
1	37.6	188	دعم عوائل الأطفال المرضى مادياً أو لوجستياً
6	11.8	59	التطوع مع الفرق الصحية في الحملات التثقيفية
5	12.0	60	التنسيق مع المدارس لتقديم محاضرات صحية
7	8.0	40	المساهمة في توفير الأدوية أو العلاج لبعض الأطفال
8	7.4	37	اخرى

32. إذا كانت الإجابة (نعم)، فما هي أبرز المبادرات الفردية؟ (يمكن اختيار أكثر من خيار)

عند الاستفسار من افراد عينة الدراسة عن أبرز المبادرات الفردية ، تمكنا من الحصول على جدول تسلسل مرتبي بالاعتماد على اجابات المبحوثين حيث احتلت فيه الاجابة (دعم عوائل الأطفال المرضى مادياً أو لوجستياً) التسلسل المرتبي الاول اذ اشهرها 188 مبحوثاً وبنسبة مقدارها 37.6% من اجمالي عدد مفردات العينة ، يليها بالتسلسل المرتبي الثاني عن أبرز المبادرات الفردية (نشر معلومات صحية عبر وسائل التواصل الاجتماعي) واشهرها 162 مبحوثاً وبنسبة مقدارها 32.4% من اجمالي عدد مفردات العينة ، يليها بالتسلسل المرتبي الثالث الاجابة (تنظيم جلسات توعوية منزلية أو في الحي) واشهرها 129 مبحوثاً وبنسبة مقدارها 25.8% من اجمالي عدد مفردات العينة .

جدول (38) استجابة افراد العينة اتجاه تأثير العادات الاجتماعية في طلب الرعاية الصحية للأطفال

هل تؤثر العادات الاجتماعية في طلب الرعاية الصحية للأطفال	التكرار	النسبة المئوية %
نعم	444	88.8
لا	55	11.0
احياناً	1	0.2
المجموع	500	100,0

33. هل تؤثر العادات الاجتماعية في طلب الرعاية الصحية للأطفال؟

عند الاستفسار من افراد عينة الدراسة فيما اذا تؤثر العادات الاجتماعية في طلب الرعاية الصحية للأطفال، حيث تبين نتائج جدول (38) ان 444 مبحوثاً وبنسبة بلغت 88.8% اكدوا تؤثر العادات الاجتماعية في طلب الرعاية الصحية للأطفال وبين (55) مبحوثاً وبنسبة مقدارها 11,0% من اجمالي عدد المبحوثين اكدوا لا تؤثر العادات الاجتماعية في طلب الرعاية الصحية للأطفال، ان الغالبية من المبحوثين والبلغ عددهم (444) مبحوثاً يرون بان العادات الاجتماعية تلعب دوراً بارزاً ومهماً في الرعاية الصحية للأطفال ونلاحظ ذلك من خلال الممارسات التي تقوم بها الام عند تعرض الاطفال الى بعض الامراض مثل (المتن) حيث تلجأ الامهات الى النساء الكبيرات في السن (الحبوبة او البيبة) لعلاج مثل تلك الحالات ويعتبر ذلك من الموروثات الشعبية في المجتمع العراقي ،اما عن بقية المبحوثين والبالغ عددهم (55) فهم لا يرون ان للعادات الاجتماعية ليس لها دور في طلب الرعاية الصحية وذلك يرجع الى ثقافة تلك الفئة وعد ايمانها بتلك العادات والتقاليد الاجتماعية .

جدول (39) استجابة افراد العينة اتجاه التفاوت في وعي الأسر حسب المستوى التعليمي

هل يوجد تفاوت في وعي الأسر حسب المستوى التعليمي	التكرار	النسبة المئوية %
نعم	445	89.0
لا	54	10.8
احيانا	1	0.2
المجموع	500	100,0

34. هل يوجد تفاوت في وعي الأسر حسب المستوى التعليمي؟

عند الاستفسار من افراد عينة الدراسة فيما اذا يوجد تفاوت في وعي الأسر حسب المستوى التعليمي ، حيث تبين نتائج جدول (39) ان 445 مبحوثا وبنسبة بلغت 89.0% اكدوا يوجد تفاوت في وعي الأسر حسب المستوى التعليمي وبين 54 مبحوثا وبنسبة مقدارها 10,8% من اجمالي عدد المبحوثين اكدوا لا يوجد تفاوت في وعي الأسر حسب المستوى التعليمي ، لقد كانت الغالبية والبالغة (445) مبحوثاً يرون ان المستوى التعليمي للأسرة يكون له دور في الجوانب الصحية للأطفال على اعتبار ان هذه الفئة مثقفة ولديها من التحصيل العلمي ما يؤهلها ان تقوم بمراجعته المراكز والمؤسسات الصحية او مراجعته العيادات الطبية من اجل الحصول على الخدمات الصحية بصورة صحيحة ، اما عن بقية المبحوثين والبالغ عددهم (54) فهم لا يرون ان الجانب التعليمي له دور في قيام الاسرة بمراجعته المراكز الصحية من اجل رعاية الاطفال وذلك لانهم لا يولون للتعليم اهمية وهم يعتمدون على العلاجات البديلة (الطب الشعبي) كبديل عن الطب من اجل الحصول على العلاجات المناسبة .

جدول (40) استجابة افراد العينة اتجاه صعوبة في الوصول إلى المراكز الصحية بسبب بُعد المسافة

هل تواجه صعوبة في الوصول إلى المراكز الصحية بسبب بُعد المسافة	التكرار	النسبة المئوية %
نعم	376	75.2
لا	123	24.6
احيانا	1	0.2
المجموع	500	100,0

35. هل تواجه صعوبة في الوصول إلى المراكز الصحية بسبب بُعد المسافة؟

عند الاستفسار من افراد عينة الدراسة فيما اذا توجد صعوبة في الوصول إلى المراكز الصحية بسبب بُعد المسافة ، حيث تبين نتائج جدول (40) ان 376 مبحوثا وبنسبة بلغت 75.2% اكدوا صعوبة في الوصول إلى المراكز الصحية بسبب بُعد المسافة وبين 123 مبحوثا وبنسبة مقدارها 24,6% من اجمالي عدد المبحوثين اكدوا لا توجد صعوبة في الوصول إلى المراكز الصحية بسبب بُعد المسافة، ان الغالبية من المبحوثين والبالغ عددهم (376) يرون من الصعوبة الوصول الى المراكز الصحية وذلك لعدم امتلاكهم وسائل للنقل او لبعد المسافة بين محل السكن وبين المراكز الصحية حدة وان توفرت المراكز في اماكن قريبة فأنها ليس بالمستوى المطلوب من حيث الخدمات ومن حيث العلاجات المقدمة لهم ، اما عن النسبة الباقية من المبحوثين فهم يرون والبالغ (123) فهم يرون انه لا توجد صعوبة في الوصول الى المراكز الصحية وذلك قد يرجع الى توفر وسائل نقل مجانية او لقريهم من المراكز الصحية.

جدول (41) استجابة افراد العينة اتجاه المعاناة من ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية للأطفال

هل تعاني من ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية للأطفال	التكرار	النسبة المئوية %
نعم	389	77,8
لا	107	21,4
احيانا	4	0,8
المجموع	500	100,0

36. هل تعاني من ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية للأطفال؟

عند الاستفسار من افراد عينة الدراسة فيما اذا تعاني من ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية للأطفال ، حيث تبين نتائج جدول (41) ان 389 مبحوثا وبنسبة بلغت 77.8% اكدوا المعاناة من ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية للأطفال وبين 107 مبحوثا وبنسبة مقدارها 21,4% من اجمالي عدد المبحوثين اكدوا لا توجد معاناة من ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية للأطفال، بين المبحوثين والبالغ عددهم (389) انهم يعانون من ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية المقدمة من قبل المؤسسات الصحية كون ان هذه المراكز مدعومة من الدولة ومن المفروض ان تراعي كافة الفئات الاجتماعية للمجتمع وتكون الخدمات المقدمة مجانية او تكون مقابل مبلغ رمزي خاصاً ان مجتمع الديوانية الغالبية العظمى منه من ذوي الدخل المحدود ،اما عن البقية من المبحوثين والبالغ عددهم (107) فهم يرون ان الخدمات المقدمة من قبل المؤسسات الصحية غير عالية التكاليف ويرجع ذلك الى ان حالتهم المادية تكون ميسورة وقادرين على مراجعته تلك المراكز الصحية .

جدول (42) استجابة افراد العينة اتجاه يوجد نقص في الأدوية الضرورية للأطفال

وجود نقص في الأدوية الضرورية للأطفال	التكرار	النسبة المئوية %
نعم	311	62.2
لا	183	36.6
احيانا	6	1.2
المجموع	500	100,0

37. هل يوجد نقص في الأدوية الضرورية للأطفال؟

عند الاستفسار من افراد عينة الدراسة فيما اذا يوجد نقص في الأدوية الضرورية للأطفال ، حيث تبين نتائج جدول (42) ان 311 مبحوثا وبنسبة بلغت 62.2% اكدوا يوجد نقص في الأدوية الضرورية للأطفال وبين 183 مبحوثا وبنسبة مقدارها 36.6% من اجمالي عدد المبحوثين اكدوا لا يوجد نقص في الأدوية الضرورية للأطفال، أن (311) مبحوثاً قد اجابوا بنعم هناك نقص في الأدوية المقدمة في المراكز الصحية حيث يلاحظ المراجعين بأن الأدوية غير متوفرة في المراكز الصحية ويرجع ذلك الى قلة التخصيصات المالية بالإضافة الى الفساد الموجود في تلك المؤسسات منما يضطر الاهالي الى شراء الأدوية من خارج تلك المؤسسات الامر الذي يتقل من كاهل الاسرة في الجانب المادي ،اما عن البقية (183) فهم يرون بانه لا يوجد نقص في الأدوية وقد يرجع ذلك الى ما تقدمه المؤسسات الصحية الى الاطفال فيما يخص جانب اللقاحات والتي تكون متوفرة في تلك المؤسسات .

جدول (43) هل تعاني المراكز الصحية من نقص في الكوادر المؤهلة

هل تعاني المراكز الصحية من نقص في الكوادر المؤهلة	التكرار	النسبة المئوية %
نعم	324	64.8
لا	171	34.2
احيانا	5	1.0
المجموع	500	100,0

38. هل تعاني المراكز الصحية من نقص في الكوادر المؤهلة؟

عند الاستفسار من افراد عينة الدراسة فيما اذا تعاني المراكز الصحية من نقص في الكوادر المؤهلة ، حيث تبين نتائج جدول (43) ان 324 مبحوثا وبنسبة بلغت 64.8% اكدوا تعاني المراكز الصحية من نقص في الكوادر المؤهلة وبين 171 مبحوثا وبنسبة مقدارها 34.2% من اجمالي عدد المبحوثين اكدوا لا تعاني المراكز الصحية من نقص في الكوادر المؤهلة، ان الغالبية من المبحوثين والبالغ عددهم (324) يرون بان المراكز الصحية تعاني من نقص في الكوادر الصحية المؤهلة لعلاج الاطفال ونرى ذلك في الجانب النفسي وفي جانب العلاج الطبيعى للأطفال حيث لا توجد كوادر طبيه مؤهلة لعلاجهم بصورة صحيحة ، اما عن البقية والبالغ عددهم (171) فهم يرون ان المراكز الصحية لا تعاني من نقص في الكوادر وذلك يرجع الى نظرتهم من خلال المراجعة لبعض الامراض وليس كل الامراض تتوفر فيها كوادر صحيو تكون مؤهلة لعلاجهم.

جدول (44) استجابة افراد العينة اتجاه البنية التحتية الصحية في المنطقة

النسبة المئوية %	التكرار	البنية التحتية الصحية في منطقتك متهالكة
85.4	427	نعم
13.0	65	لا
1.6	8	احيانا
100,0	500	المجموع

39. هل البنية التحتية الصحية في منطقتك متهالكة؟

عند الاستفسار من افراد عينة الدراسة فيما اذا كانت البنية التحتية الصحية في المنطقة متهالكة ، حيث تبين نتائج جدول (44) ان 427 مبحوثا وبنسبة بلغت 85.4% اكدوا البنية التحتية الصحية في منطقتك متهالكة وبين 65 مبحوثا وبنسبة مقدارها 13.0% من اجمالي عدد المبحوثين اكدوا البنية التحتية الصحية في منطقتك غير متهالكة، بين المبحوثين والبالغ عددهم (427) ان البنى التحتية للمؤسسات الصحية متهالكة وقديمة وغير مؤهلة لان تكون مراكز صحية وذلك يرجع الى قدم تلك المؤسسات بالإضافة الى انها وان كانت حديثه فهي اصبحت غير صالحة وذلك لعدم توفير التخصيصات المالية المناسبة لذلك الغرض ، اما عن بقية المبحوثين والبالغ عددهم (65) فهم يرون ان المؤسسات في مناطقهم غير متهالكة وقد تكون تلك المؤسسات حديثة البناء ومتوفرة فيها الخدمات وهنا نجد ان المبحوثين يقومون بالإجابة كلا من وجهه نظرة وحسب الخدمات المقدمة من قبل المراكز الصحية .

جدول (45) استجابة افراد العينة اتجاه المراكز الصحية تفتقر إلى معدات تشخيصية للأطفال

النسبة المئوية %	التكرار	المراكز الصحية تفتقر إلى معدات تشخيصية للأطفال
87.0	435	نعم
11.8	59	لا
1.2	6	احيانا
100,0	500	المجموع

40. هل تفتقر المراكز الصحية إلى معدات تشخيصية للأطفال؟

عند الاستفسار من افراد عينة الدراسة فيما اذا كانت المراكز الصحية تفتقر إلى معدات تشخيصية للأطفال ، حيث تبين نتائج جدول (45) ان 435 مبحوثا وبنسبة بلغت 85.4% اكدوا ان المراكز الصحية تفتقر إلى معدات تشخيصية للأطفال وبين 59 مبحوثا وبنسبة مقدارها 13.0% من اجمالي عدد المبحوثين اكدوا ان المراكز الصحية لا تفتقر إلى معدات تشخيصية للأطفال، نجد ان الغالبية من المبحوثين والبالغ عددهم (435) يرون ان المراكز الصحية لا يوجد فيها معدات تشخيصية للأطفال ويرجع ذلك الى كون ان تلك المراكز تكون حديثة البناء او ان عدم توفر المخصصات المالية يكون له الاثر السلبي على التجهيزات والخدمات التي تقدم الى الاطفال ،اما عن المبحوثين والبالغ (59) اجابوا بان المراكز الصحية لا تفتقر الى معدات تشخيصية وقد يرجع ذلك الى وجهه نظرهم من حيث المراكز الصحية الموجودة بالقرب من سكنهم وقد تكون فيها معدات تشخيصية للأطفال وهي قليلة وغير كافية الى سكان مدينه الديوانية .

جدول (46) استجابة افراد العينة اتجاه الاهالي في طلب الرعاية الطبية لأطفالهم لأسباب ثقافية أو مالية

هل يتأخر الاهالي في طلب الرعاية الطبية لأطفالهم لأسباب ثقافية أو مالية	التكرار	النسبة المئوية %
نعم	441	88.2
لا	56	11.2
احيانا	3	0.6
المجموع	500	100,0

41. هل يتأخر الاهالي في طلب الرعاية الطبية لأطفالهم لأسباب ثقافية أو مالية؟

عند الاستفسار من افراد عينة الدراسة فيما إذا كان الاهالي يتأخرون في طلب الرعاية الطبية لا بنائهم لأسباب ثقافية أو مالية، حيث تبين نتائج جدول (46) ان 444 مبحوثا وبنسبة بلغت 88.2% أن الاهالي يتأخرون في طلب الرعاية الطبية لأطفالهم لأسباب ثقافية أو مالية وبين 56 مبحوثا وبنسبة مقدارها 11.2% من الاهالي لا يتأخرون في طلب الرعاية الطبية لأطفالهم لأسباب ثقافية أو مالية من اجمالي عدد المبحوثين، من خلال الاستبيان ان الغالبية من المبحوثين (444) يرون ان الاهالي يتأخرون في طلب الرعاية الطبية لا بنائهم يرجع لا سباب ثقافية او مالية ، أذ ان الجانب المالي يكون له دور في عدم قدرة الاهالي على مراجعه المراكز الصحية وخصوصًا ان الديوانية تعتبر من المناطق الفقيرة على عموم المحافظة أذ ان ضعف الحالة المادية وارتفاع تكاليف المراجعات والعلاجات وعدم توفره في بعض الاحيان يكون له دور في العزوف الاهالي عن مراجعه الاهالي للمراكز الصحية بالإضافة الى ان الجانب الثقافي يساهم في بعض الاحيان في عدم مراجعتهم للمراكز الصحية واعتمادهم على الطب البديل ، اما عن بقية المبحوثين والبالغ عددهم (56) فهم لا يتأخرون في طلب الرعاية الطبية لا بنائهم ويرجع ذلك الى ثقافتهم والى الحالة المالية الجيدة للأهالي وقدرتهم على مراجعه المراكز الصحية والعيادات الخارجية .

جدول (47) استجابة افراد العينة للاعتقاد بان هناك تمييزاً تقديم الخدمات المقدمة للأطفال حسب الفئات الاجتماعية

هل تعتقد أن هناك تمييزاً في تقديم الخدمات للأطفال حسب الفئات الاجتماعية	التكرار	النسبة المئوية %
نعم	462	92.4
لا	33	6.6
احيانا	5	1.0
المجموع	500	100,0

42. هل تعتقد أن هناك تمييزاً في تقديم الخدمات للأطفال حسب الفئات الاجتماعية؟

عند الاستفسار من افراد عينة الدراسة فيما اذا كان هناك تمييزاً في تقديم الخدمات للأطفال حسب الفئات الاجتماعية ، حيث تبين نتائج جدول (47) ان 462 مبحوثا وبنسبة بلغت 92.4% اكدوا ان هناك تمييزاً في تقديم الخدمات للأطفال حسب الفئات الاجتماعية وبين 33 مبحوثا وبنسبة مقدارها 6.6% من اجمالي عدد المبحوثين اكدوا ليس هناك تمييزاً في تقديم الخدمات للأطفال حسب الفئات الاجتماعية حيث يبين الجدول وجود تباين واضح في مستوى حصول الأطفال على خدمات الرعاية الصحية تبعاً للفئات الاجتماعية، إذ يظهر أن الأطفال المنتمين إلى الأسر ذات المستوى الاجتماعي-الاقتصادي المرتفع يتمتعون بفرص أكبر في الحصول على خدمات صحية منتظمة وشاملة مقارنة بالأطفال من الأسر ذات الدخل المنخفض أو ذوي التعليم المحدود. وهذا التفاوت يعكس وجود تمييز اجتماعي في تقديم الرعاية الصحية، حيث تزداد الفجوة في جودة وسهولة الوصول إلى الخدمات بين الفئات. كما يشير ذلك إلى أن العوامل الاجتماعية (مثل مستوى الدخل، التعليم، والمكانة الاجتماعية) تلعب دوراً حاسماً في تحديد نوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها الأطفال، وهو ما يهدد مبدأ العدالة الصحية ويؤكد الحاجة إلى وضع سياسات تهدف إلى تقليص هذه الفوارق.

جدول (48) استجابة افراد العينة اتجاه تقديم الخدمات المقدمة للأطفال حسب الفئات الاجتماعية

هل يوجد نقص في الخدمات الموجهة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة	التكرار	النسبة المئوية %
نعم	397	79.4
لا	91	18.2
احيانا	12	2.4
المجموع	500	100,0

43. هل يوجد نقص في الخدمات الموجهة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة؟

عند الاستفسار من افراد عينة الدراسة فيما اذا يوجد نقص في الخدمات الموجهة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ، حيث تبين نتائج جدول (48) ان 379 مبحوثا وبنسبة بلغت 79.4% اكدوا انه يوجد نقص في الخدمات الموجهة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وبين 91 مبحوثا وبنسبة مقدارها 18.2% من اجمالي عدد المبحوثين اكدوا لا يوجد نقص في الخدمات الموجهة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ، اجاب المبحوثين وبواقع (379) بان هناك نقص في الخدمات الموجهة للأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة ويرجع ذلك الى قلة الكوادر الطبية المتخصصة وقلة التجهيزات الطبية وضعف الامكانيات المادية ساهم في هذا النقص الحاصل في الخدمات ، وقد اجاب المبحوثين وبواقع (91) منهم بان هناك خدمات تقدم الى الاطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وقد تكون هذه الخدمات المقدمة من قبل دوائر اخرى تابعه الى وزارة العمل والشؤون الاجتماعية التي تقدم بدوره مثل تلك الخدمات لأصحاب الاحتياجات الخاصة ومنه (دار المسنين ، دائرة الصم والبكم).

جدول (49) مدى استجابة افراد العينة اتجاه مشاركة المجتمع المحلي في دعم المؤسسات الصحية مادياً أو لوجستياً

هل يشارك المجتمع المحلي في دعم المؤسسات الصحية مادياً أو لوجستياً	التكرار	النسبة المئوية %
تبني كفالة علاج حالات مرضية نادرة أو مزمنة عند الأطفال	75	15.0
توفير مساعدات مالية مباشرة للعوائل المحتاجة للعلاج	70	14.0
دعم الفحوصات الطبية المجانية عبر مساهمات من رجال الأعمال أو المنظمات المحلية	70	14.0
التبرع بالمال لصالح إنشاء أو تطوير المراكز الصحية	122	24.4
تمويل حملات تطعيم أو علاج مجانية للأطفال	101	20.2
شراء أجهزة طبية أو مستلزمات صحية لمراكز الرعاية	62	12.4
المجموع	500	100.0

44. هل يشارك المجتمع المحلي في دعم المؤسسات الصحية مادياً أو لوجستياً ؟

عند الاستفسار من افراد عينة الدراسة عن مشاركة المجتمع المحلي في دعم المؤسسات الصحية مادياً أو لوجستياً ، تمكنا من الحصول على الجدول (49) لإجابات المبحوثين حيث تبين نتائج الدراسة أن أغلب المبحوثين أكدوا على استجابة المبحوثين عن طريق التبرع بالمال لصالح إنشاء أو تطوير المراكز الصحية وجاء ذلك بنسبة ٢٤,٤٪ مما يدل على أهمية التبرع بالمال لتطوير المراكز الصحية للأطفال لوجود نقص في البنى التحتية والخدمات الصحية من حيث العلاجات والأجهزة الطبية داخل المراكز الصحية ،وجاء خيار تمويل حملات تطعيم أو علاج مجانية للأطفال بالمرتبة الثانية وبنسبة ٢٠,٢٪ من إجمالي المبحوثين مما يؤكد على أهمية اللقاحات والتطعيمات الأساسية والتي تكون وسيلة للوقاية من الأمراض الخطيرة التي قد تصيب الأطفال ،وجاء خيار تبني كفالة علاج حالات مرضية نادرة أو مزمنة عند الاطفال بالمرتبة الثالثة وبنسبة ١٥,٠٪ كون هنالك أمراض خطيرة تصيب الأطفال وبحاجة إلى اجراء فحوصات طبية لأخذ العلاج المناسب وكون الأهل دخلهم محدود لا يكفي لعلاج أطفالهم مما يؤكد على ضرورة مشاركة المجتمع المحلي في علاج هذه الحالات المرضية ، وجاء بالمرتبة الرابعة خيار توفير مساعدات مالية مباشرة للعوائل المحتاجة للعلاج ،كون الأهالي دخلهم محدود كما وضحنا سابقا وليس بإمكانهم شراء الغذاء و العلاج اللازم لأطفالهم وجاء هذا الخيار بنسبة ١٣,٠٪ من إجمالي المبحوثين وكذلك جاء خيار دعم الفحوصات الطبية المجانية عبر مساهمات من رجال الأعمال أو المنظمات المحلية بنسبة ١٤٪ كون رجال الأعمال يعدون مترفين وباستطاعتهم

مساعدة انشاء منظمات محلية لدعم الرعاية الصحية للاطفال ،،وجاء بالمرتبة الخامسة خيار شراء اجهزة طبية أو مستلزمات صحية لمراكز الرعاية الصحية للاطفال وبنسبة ٤١٢، %من إجمالي المبحوثين كون الكثير من المراكز الصحية للاطفال تقتقر للوسائل والأجهزة والمعدات الطبية والخدمات الصحية الضرورية فمساهمة المجتمع المحلي في توفير هذه الاجهزة والمعدات يعد أمرا ضروريا لرعاية الأطفال.

جدول (50) استجابة افراد العينة اتجاه وجود منظمات مجتمع مدني تعمل على تحسين صحة الأطفال

النسبة المئوية %	التكرار	توجد منظمات مجتمع مدني تعمل على تحسين صحة الأطفال
23.0	115	نعم
75.4	377	لا
1.6	8	احيانا
100,0	500	المجموع

45. هل توجد منظمات مجتمع مدني تعمل على تحسين صحة الأطفال؟

عند الاستفسار من افراد عينة الدراسة حول وجود منظمات مجتمع مدني تعمل على تحسين صحة الأطفال ، حيث تبين نتائج جدول (50) ان 115 مبحوثا وبنسبة بلغت 23.0% اكدوا انه توجد منظمات مجتمع مدني تعمل على تحسين صحة الأطفال وبين 377 مبحوثا وبنسبة مقدارها 75.4% من اجمالي عدد المبحوثين اكدوا لاتوجد منظمات مجتمع مدني تعمل على تحسين صحة الأطفال ، بين المبحوثين والبالغ عددهم (377) بانه لا توجد منظمات مجتمع مدني تقوم بالعمل من اجل تحسين صحة الاطفال وذلك يرجع الى ضعف عمل تلك المنظمات في الديوانية وعدم اهتمامهم بصحة الاطفال أن وجدت مثل تلك المنظمات التي تهتم بصحة الاطفال وحتى ان كانت موجودة فأنها غير فعالة ولا تلبي الطموح بخصوص الخدمات المقدمة للأطفال .

جدول (51) استجابة افراد العينة اتجاه وجود منظمات مجتمع مدني تعمل على تحسين صحة الأطفال

النسبة المئوية %	التكرار	توجد منظمات مجتمع مدني تعمل على تحسين صحة الأطفال
39.2	196	منظمة الهلال الأحمر العراقي
15.4	77	منظمة إنقاذ الطفل
14.0	70	جمعية الأمل العراقية
11.8	59	منظمة نهر الفرات الإنسانية
10.8	54	منظمة اليونيسف
8.8	44	منظمات محلية ناشئة أو أهلية
100,0	500	المجموع

46. إذا كانت الاجابة بنعم فما هي هذه المنظمات؟

عند الاستفسار من افراد عينة الدراسة حول وجود منظمات مجتمع مدني تعمل على تحسين صحة الأطفال، حيث تبين نتائج جدول (51) يبين الجدول اتجاهات المبحوثين حول وجود منظمات مجتمع مدني تعمل على تحسين صحة الأطفال في مدينة الديوانية وقد أظهرت النتائج أن منظمة الهلال الأحمر جاءت بالمرتبة الأولى بنسبة 39.2%، وهو ما يعكس حضورها الفاعل ودورها البارز في تقديم خدمات الرعاية الصحية والدعم الإنساني. في حين أشارت نسبة 14.0% إلى جمعية الأمل العراقية، مما يوضح مساهمتها في بعض البرامج الصحية والتوعوية الخاصة بالأطفال. أما منظمة إنقاذ الطفل فقد حصلت على نسبة 4.15%، وهو مؤشر على محدودية نشاطها في المنطقة مقارنة بباقي المنظمات. كذلك أكد 11.8% من المبحوثين على وجود منظمة نهر الفرات الإنسانية، ما يدل على دورها المحلي في المبادرات الصحية الموجهة للأطفال، ومن خلال هذه النتائج، يتضح أن عمل منظمات المجتمع المدني في مجال صحة الأطفال متباين من حيث الحجم والأثر، إذ تنصدر بعض المنظمات المشهد الإنساني بينما يظل حضور أخرى أقل وضوحًا، الأمر الذي يستدعي تعزيز التنسيق بينها لضمان تغطية أشمل وفعالية أكبر.

جدول (52) استجابة افراد العينة اتجاه وجود تنسيق فعال بين المجتمع المحلي والدوائر الصحية

هل هناك تنسيق فعال بين المجتمع المحلي والدوائر الصحية	التكرار	النسبة المئوية %
نعم	353	70.6
لا	139	27.8
احيانا	8	1.6
المجموع	500	100,0

47. هل هناك تنسيق فعال بين المجتمع المحلي والدوائر الصحية ؟

عند الاستفسار من افراد عينة الدراسة حول وجود تنسيق فعال بين المجتمع المحلي والدوائر الصحية ، حيث تبين نتائج جدول (52) ان 353 مبحوثا وبنسبة بلغت 70.6% اكدوا انه يوجد تنسيق فعال بين المجتمع المحلي والدوائر الصحية وبين 139 مبحوثا وبنسبة مقدارها 27.8% من اجمالي عدد المبحوثين اكدوا لا يوجد تنسيق فعال بين المجتمع المحلي والدوائر الصحية ، تبين من خلال اجابت المبحوثين (353) بانه يوجد تنسيق وتعاون بين المجتمع متمثلاً بالأهالي وبين الدوائر الصحية وذلك من خلال مراجعته الاهالي الى المراكز الصحية وخلال الفترة الاولى لحياة الاطفال من خلال حملات التلقيح وقيام الفرق الصحية الجواله بتلقيح الاطفال في مساكنهم ،اما عن المبحوثين (139) والذين اجابوا بانه ليس هناك تنسيق فعال بين المجتمع المحلي وبين الدوائر الصحية فقد يرجع ذلك الى بعد الاهالي عن المراكز الصحية او عدم توفر وسائل النقل بالإضافة الى عدم توفر الادوية والعلاجات باستثناء اللقاحات الطبية.

جدول (53) استجابة افراد العينة اتجاه المشاركة في حملات المدارس في التوعية الصحية

هل تشارك المدارس في حملات التوعية الصحية	التكرار	النسبة المئوية %
نعم	353	70.6
لا	139	27.8
احيانا	8	1.6
المجموع	500	100,0

48. هل تشارك المدارس في حملات التوعية الصحية؟

عند الاستفسار من افراد عينة الدراسة حول وجود مشاركة للمدارس في حملات التوعية الصحية ، حيث تبين نتائج جدول (53) ان (353) مبحوثا وبسبة بلغت (70.6 %) اكدوا انه يوجد مشاركة فعالة من قبل المدارس في حملات التوعية الصحية وان (139) مبحوثا وبنسبة مقدارها (27.8 %) من اجمالي عدد المبحوثين اكدوا انه لا يوجد مشاركة من قبل المدارس في حملات التوعية الصحية وان (8) وبنسبة (1.6 %) اكدوا انه توجد مشاركة احيانا من قبل المدارس في حملات التوعية الصحية ،بينم المبحوثين والبلغ (353) بأنه توجد مشاركة من قبل المدارس في حملات التوعية الصحية وهذه المشاركة تكون فعالة ونلاحظ ذلك من خلال المرحلة الاولى من تسجيل الطلبة في المدارس حيث يتم طلب الكارت الطبي لأخر تلقيح من قبل ادارات المدارس بالإضافة الى القيام بإجراءات حملات تلقيح من خلال التنسيق مع المراكز الصحية وان لأدارت المدارس الدور الايجابي وذلك من خلا نشر التوصيات اللازمة والتي تتعلق بالجانب الصحي ونرى ذلك من خلال انتشار جائحة كارونا ، اما عن القسم الاخر من المبحوثين والبالغ (139) والذين يرون بانه لا توجد مشاركة من قبل المدارس في حملات التوعية الصحية فقد يرجع ذلك الى ضعف ادارات المدارس وضعف التنسيق بينهم مما يساهم في عدم مشاركة المدارس في تلك الحملات التوعوية .

جدول (54) استجابة افراد العينة اتجاه تنظيم المجتمع المحلي حملات تطعيم بالتعاون مع الصحة

يُنظم المجتمع المحلي حملات تطعيم بالتعاون مع الصحة	التكرار	النسبة المئوية %
نعم	349	69.8
لا	143	28.6
احيانا	8	1.6
المجموع	500	100,0

49. هل يُنظم المجتمع المحلي حملات تطعيم بالتعاون مع الصحة ؟

عند الاستفسار من افراد عينة الدراسة حول وجود تنظيم حملات تطعيم بالتعاون بين المجتمع المحلي و الصحة ، حيث تبين نتائج جدول (54) ان (349) وبنسبة (69.8 %) اكدوا انه يوجد حملات تطعيم منظمة بين المجتمع المحلي والصحة وان (143) وبنسبة مقدارها (28.6 %) من اجمالي عدد المبحوثين اكدوا انه لا يوجد حملات تطعيم منظمة بين المجتمع المحلي والصحة وان (8)

(وبنسبة 1.6%) اكدوا انه توجد حملات تطعيم منظمة احيانا من قبل المجتمع المحلي بالتعاون مع الصحة ، بين المبحوثين وبواقع (349) ان المجتمع المحلي يساهم في حملات التطعيم وذلك من خلال الاعلان عن حملات التطعيم اما عن طريق المساجد او عن طريق المدارس وتوضح اهمية التطعيم ودوره في القضاء على الكثير من الامراض بالإضافة الى المشاركة مع الفرق الصحية من خلال توفير وسائل نقل والمساهمة في تلك الحملات ،اما عن المبحوثين والبالغ عددهم (143) فقد بينوا بانه ليس هناك حملات للتطعيم تكون بالمشاركة مع الجهات الصحية وذلك يرجع في بعض الاحيان الى عدم تعاون الاهالي في تلك الحملات.

جدول (55) التسلسل المرتبي لاستجابة افراد العينة اتجاه طبيعة الحملات

التسلسل المرتبي	النسبة المئوية %	التكرار	إذا كانت الإجابة بنعم فما هي طبيعة الحملات
2	42.4	212	توعية الأسر بموعد وأهمية التطعيم عبر المساجد أو المدارس أو وسائل التواصل
1	45.0	225	تنظيم فرق ميدانية للتنقل إلى المناطق البعيدة أو الريفية
3	21.8	109	تهيئة مراكز التطعيم المؤقتة في المدارس أو المجالس المحلية
5	16.0	80	توفير متطوعين من المجتمع المحلي لمساعدة الفرق الصحية
4	17.2	86	تنظيم ندوات أو ورش توعية صحية للأمهات حول التطعيم والأمراض المستهدفة
7	11.8	59	مساهمة الفرق التطوعية أو الدينية في نشر الوعي والدعوة للمشاركة
6	13.2	66	التنسيق مع المؤسسات الدينية أو العشائرية لتسهيل الوصول إلى الفئات المستهدفة
8	10.8	54	توفير وسائل نقل أو دعم لوجستي مؤقت للفرق الصحية

50. إذا كانت الإجابة بنعم فما هي طبيعة هذه الحملات (يمكن الإجابة بأكثر من خيار واحد)؟

تبين نتائج الجدول أعلاه (55) اتجاه طبيعة الحملات اذ جاء خيار تنظيم فرق ميدانية للتنقل إلى المناطق البعيدة أو الريفية وكانت اجابات (225) وبنسبة مقدارها (45.0%) حيث اكدا على تنظيم تنظيم فرق ميدانية للتنقل إلى المناطق البعيدة أو الريفية وان الخيار توفير وسائل نقل أو دعم لوجستي مؤقت للفرق الصحية جاء بمرتبة الاخيرة حيث ان (54) مبحوثا وبنسبة مقدارها (10.8%) اكدا توفير وسائل نقل أو دعم لوجستي مؤقت للفرق الصحية ، من خلال اجابات المبحوثين يتبين انهم اجابوا بان المساهمة والمشاركة في تنظيم فرق ميدانية بالتعاون مع المراكز الصحية من اجل حملات التلقيح يكون له الدور

الأكبر والذي قد يرجع الى قلة الامكانيات او انعدامها من قبل الجهات الصحية أو عدم توفر التخصيصات المالية من قبل الوزارة يكون له الدور في ان يتحمل المجتمع جزءا من المسؤولية تجاه أفراد .

جدول (56) استجابة افراد العينة اتجاه الجهود التطوعية من الشباب لدعم الرعاية الصحية للأطفال

هل هناك جهود تطوعية من الشباب لدعم الرعاية الصحية للأطفال	التكرار	النسبة المئوية %
نعم	350	70.0
لا	149	29.8
احيانا	1	0.2
المجموع	500	100,0

51. هل هناك جهود تطوعية من الشباب لدعم الرعاية الصحية للأطفال ؟

عند الاستفسار من افراد عينة الدراسة حول وجود جهود تطوعية من الشباب لدعم الرعاية الصحية ، حيث تبين نتائج جدول (56) ان (350) مبحوثا وبسبة بلغت (70.0%) اكدوا انه يوجد جهود تطوعية من الشباب لدعم الرعاية الصحية وان (149) مبحوثا وبنسبة مقدارها (29.8%) من اجمالي عدد المبحوثين اكدوا انه لا يوجد جهود تطوعية من الشباب لدعم الرعاية الصحية وان (1) وبنسبة (0.2%) اكدوا انه توجد جهود تطوعية من الشباب لدعم الرعاية الصحية احيانا ، من خلال اجابة المبحوثين تبين ان الغالبية منهم اجابوا بان هناك جهود تطوعية من قبل الشباب من اجل دعم الرعاية الصحية وبواقع (350) مبحوث ونرى ذلك من خلال حملات التبرع بالدم او عند حدوث حادث نلاحظ ان الكل وخصوصاً من الشباب الذين يتسارعون من اجل تقديم ما يمكن تقديمه لأجل دعم الآخرين ومساعدتهم ، اما عن البقية وبواقع (149) مبحوثاً فانهم يرون بانه لا توجد جهود من قبل الشباب من اجل دعم الجانب الصحي وذلك قد يرجع الى ضعف الثقافة الصحية او عدم الاهتمام من قبل الشباب بمثل تلك الاعمال .

جدول (57) استجابة افراد العينة اتجاه تدخل وجهاء المناطق أو رجال الدين في التوعية الصحية

هل يتدخل وجهاء المناطق أو رجال الدين في التوعية الصحية	التكرار	النسبة المئوية %
نعم	262	52.4
لا	234	46.8
احيانا	4	0.8
المجموع	500	100,0

52. هل يتدخل وجهاء المناطق أو رجال الدين في التوعية الصحية؟

عند الاستفسار من افراد عينة الدراسة حول تدخل وجهاء المناطق أو رجال الدين في التوعية الصحية ، حيث تبين نتائج جدول (57) ان 262 مبحوثا وبنسبة بلغت (52.4%) اكدوا انه يوجد تدخل من وجهاء المناطق او رجال الدين في التوعية الصحية وان (234) مبحوثا وبنسبة مقدارها (46.8%) من اجمالي عدد المبحوثين اكدوا انه لا يوجد تدخل من قبل وجهاء المناطق او رجال الدين في التوعية الصحية وان (4) وبنسبة (0.8%) احيانا ،اجاب المبحوثين بان رجال الدين والشيخوخ كان لهم دور في دعم التوعية الصحية وبواقع (262) مبحوثاً ،وهم يرون ان رجال الدين والشيخوخ قادرين على المشاركة في دعم التوعية الصحية وذلك من خلال الخطب الدينية او من خلال التوجيهات التي يقدمها شيخوخ العشائر وحتى وصل الامر الى غلق المساجد والحسينيات والجوامع والمضاييف وذلك كان واضحا من خلال جائحة كارونا ، ،ام عن المبحوثين والذين اجابوا (234) بان رجال الديم والشيخوخ لم يتدخلوا او يساهموا في جانب التوعية الصحية اذ يبين المبحوثين بان ادائهم لم يكن بالمستوى المطلوب ويرجع ذلك الى قلة الامكانيات المالية ولضعف الارتباط بينهم .

جدول (58) استجابة افراد العينة اتجاه تقدم الجمعيات الخيرية مساعدات طبية أو دوائية للأطفال

هل تقدم الجمعيات الخيرية مساعدات طبية أو دوائية للأطفال	التكرار	النسبة المئوية %
نعم	157	31.4
لا	341	68.2
احيانا	2	0.4
المجموع	500	100,0

53. هل تقدم الجمعيات الخيرية مساعدات طبية أو دوائية للأطفال؟

عند الاستفسار من افراد عينة الدراسة حول تقديم الجمعيات الخيرية مساعدات طبية أو دوائية للأطفال، حيث تبين نتائج جدول (58) ان (157) مبحوثا وبنسبة بلغت (31.4%) اكدوا ان الجمعيات الخيرية تقدم مساعدات طبية أو دوائية للأطفال وان (234) مبحوثا وبنسبة مقدارها (46.8%) من اجمالي عدد المبحوثين اكدوا ان الجمعيات الخيرية لا تقدم مساعدات طبية أو دوائية للأطفال وان (4) وبنسبة (0.8%) احيانا ، اجاب المبحوثين والبالغ عددهم (234) بان الجمعيات الخيرية لا تقدم مساعدات طبية أو دوائية للأطفال ويرجع ذلك الى ضعف دور مثل هذه المؤسسات ان

وجدت فان دورها يكون غير فعال وضعيف ولقلة الامكانيات المادية ، اما عن القسم الاخر من المبحوثين والبالغ (157) فهم يرون ان الجمعيات الخيرية تقدم مساعدات للأطفال من وجهه نظرهم وحتى ان وجدت مثل تلك المنظمات لكن دورها غير فعال في المجتمع.

جدول (59) استجابة افراد العينة اتجاه تشجيع المجتمع المحلي السلوكيات الصحية مثل النظافة والتغذية السليمة

هل يشجع المجتمع المحلي السلوكيات الصحية مثل النظافة والتغذية السليمة	التكرار	النسبة المئوية %
نعم	441	88.2
لا	47	9.4
احيانا	12	2.4
المجموع	500	100,0

54. هل يشجع المجتمع المحلي السلوكيات الصحية مثل النظافة والتغذية السليمة؟

عند الاستفسار من افراد عينة الدراسة حول تشجيع المجتمع المحلي السلوكيات الصحية مثل النظافة والتغذية السليمة ، حيث تبين نتائج جدول (59) ان (441) مبحوثا وبنسبة بلغت (88.2%) أن المجتمع المحلي يشجع السلوكيات الصحية مثل النظافة والتغذية السليمة وان (47) مبحوثا وبنسبة مقدارها (9.4%) من اجمالي عدد المبحوثين اكدوا على ان المجتمع المحلي لا يشجع السلوكيات الصحية مثل النظافة والتغذية السليمة وان (12) وبنسبة (2.4%) احيانا ، بين الغالبية من المبحوثين والبالغ (441) انهم يرون بان هناك تشجيع من المجتمع المحلي للسلوكيات الصحية مثل النظافة والتغذية السليمة وذلك من خلال الندوات والتوعيات الصحية التي تسهم في رفع الثقافة الصحية لدى الآخرين ، اما عن (47) من المبحوثين فهم يرون بانه ليس هناك تشجيع من قبل المجتمعات المحلية لسلوكيات صحية مثل النظافة والتغذية وذلك يرجع الى فكرة هؤلاء المبحوثين اذ قد لا تكون هناك مثل هذه الممارسات التوعية وهو يرجع الى عدم التنسيق بين المجتمع المحلي وبين المؤسسات الصحية .

جدول (60) استجابة افراد العينة اتجاه مساهمة الإعلام المحلي (إذاعات، صفحات فيسبوك) في رفع الوعي الصحي

النسبة المئوية %	التكرار	مساهمة الإعلام المحلي (إذاعات، صفحات فيسبوك) في رفع الوعي الصحي
82.2	411	نعم
14.6	73	لا
3.2	16	احيانا
100,0	500	المجموع

55. هل يساهم الإعلام المحلي (إذاعات، صفحات فيسبوك) في رفع الوعي الصحي؟

عن الاستفسار من عينة الدراسة فيما إذا يساهم الإعلام المحلي (إذاعات، صفحات فيس بوك) في الوعي الصحي، حيث تبين من الجدول (60) ان (411) وبنسبة مقدارها (82,2%) أكدوا أن الإعلام المحلي يساهم في رفع الوعي الصحي، وان (73) وبنسبة (14,6%) من إجمالي المبحوثين أكدوا أن الإعلام المحلي لا يساهم في رفع الوعي الصحي، وان (16) وبنسبة مقدارها (3,2%) من إجمالي المبحوثين أكدوا أن الإعلام المحلي يساهم في رفع الوعي الصحي احياناً، لقد كانت النسبة الأكبر من اجابات المبحوثين والبالغة (411) بان الاعلام المحلي له دور في رفع الوعي الصحي وذلك من خلال ما يقوم بالاعلان عنه ونشرة سواء في الاذاعات المحلية او من خلال صفحات الفيس بوك وما يتم تداوله في تلك الصفحات كان له دوراً فعالاً في نشر وتوضيح الكثير من الممارسات الصحية او الغير الصحية والتي تؤثر في صحة الآخرين، اما عن المبحوثين (73) فهم يرون ان الدور الذي يلعبه الاعلام المحلي وصفحات الفيس بوك ليس بالمستوى المطلوب اذ ان الكثير من هذه الصفحات قد لا تكون طبيه او ذات اختصاص وعلية فهي لا تكون فعالة .

جدول (61) استجابة افراد العينة اتجاه مساهمة دعم المجتمع المحلي كافٍ لتحسين الرعاية الصحية للأطفال؟

النسبة المئوية %	التكرار	دعم المجتمع المحلي كافٍ لتحسين الرعاية الصحية للأطفال؟
52.6	263	نعم
43.0	215	لا
4.4	22	احيانا
100,0	500	المجموع

56. هل ترى أن دعم المجتمع المحلي كافٍ لتحسين الرعاية الصحية للأطفال؟

عند الاستفسار من عينة الدراسة فيما إذا كان دعم المجتمع المحلي كافٍ لتحسين الرعاية الصحية للأطفال، حيث تبين من الجدول (61) ان (263) وبنسبة مقدارها (52,6%) من إجمالي المبحوثين

أكدوا أن دعم المجتمع المحلي كاف لتحسين الرعاية الصحية للأطفال، وان (٢١٥) وبنسبة مقدارها (٤٣،٠) من إجمالي المبحوثين أكدوا أن دعم المجتمع المحلي غير كاف لتحسين الرعاية الصحية للأطفال ،وان (٢٢) وبنسبة مقدارها (٤،٤٪) من إجمالي المبحوثين أكدوا أن دعم المجتمع المحلي كاف لتحسين الرعاية الصحية للأطفال احيانا، لقد اجاب النسبة الاكبر من المبحوثين والبالغ (326) حيث اجابوا بان المجتمع المحلي كان دعمه كافياً لتحسين الرعاية الصحية للأطفال من خلال ما يقدمه من مشاركات ومساهمات وندوات تثقيفيه وتعليمية وحملات توعويه الغرض منها رفع المستوى الصحي للأطفال ، بينما اجاب المبحوثين والبالغ (215) بان دعم المجتمع المحلي ليس بالمستوى المطلوب حيث يثرن بان مساهماته كانت بسيطة وغير كافية ولا تلبي حاجة المجتمع الديواني وذلك يرجع الى قلة الامكانيات المالية .

جدول (62) استجابة افراد العينة اتجاه اكثر الطرق فعالة لدعم صحة الأطفال

النسبة المئوية %	التكرار	أكثر الطرق فعالة لدعم صحة الأطفال
48.0	240	التعاون بين القطاعات
24.4	122	التوعية المجتمعية
26.4	132	الدعم المالي
1.2	6	اخرى
100,0	500	المجموع

57. ما أكثر طريقة فعالة لدعم صحة الأطفال برأيك؟

عند الاستفسار من عينة الدراسة عن أكثر طريقة فعالة لدعم صحة الأطفال ،حيث تبين من الجدول (62) ان (٢٤٠) وبنسبة مقدارها (٤٨،٠) من إجمالي المبحوثين أكدوا أن أكثر طريقة فعالة لدعم صحة الأطفال هي التعاون بين القطاعات ،وان (١٢٢) وبنسبة مقدارها (٢٤،٤٪) من إجمالي المبحوثين أكدوا أن التوعية المجتمعية هي أكثر الطرق فعالة لدعم صحة الأطفال ،وان (١٣٢) وبنسبة مقدارها (٢٦،٤٪) من إجمالي عدد المبحوثين أكدوا أن الدعم المالي هو أكثر الطرق فعالة لدعم صحة الأطفال ،وان (٦) بنسبة مقدارها (١،٢٪) أجابوا بأن هناك طرق أخرى فعالة لدعم صحة الأطفال، اجاب الاغلبية من المبحوثين والبالغ (240) بان افضل الطرق لدعم الجانب الصحي للأطفال يكون من خلال التعاون والتنسيق بين مختلف القطاعات الصحية الامر الذي يساهم في مساعدة المرضى في توفير العلاجات المناسبة وبأسرع وقت وبأنسب الاسعار ، اما عن اقل نسبة من المبحوثين والبالغ

(132) حيث اجابوا ان الدعم المالي يعتبر من اكثر الطرق فعالية لدعم صحة الاطفال وهنا لابد من الاشارة الى ان الجانب المالي يلعب دوراً فعالاً واسباسياً في دعم الجانب الصحي للأطفال وذلك من خلال توفير العلاجات المناسبة حتى وان كانت باهظة الاسعار الى وتوفيرها يساهم في علاجهم .

جدول (63) استجابة افراد العينة اتجاه مشاركة المجتمع ضرورية لتطوير النظام الصحي

النسبة المئوية %	التكرار	مشاركة المجتمع ضرورية لتطوير النظام الصحي
83.4	417	نعم
16.0	80	لا
0.6	3	احيانا
100,0	500	المجموع

58. هل ترى أن مشاركة المجتمع ضرورية لتطوير النظام الصحي؟

عند الاستفسار من عينة الدراسة حول هل إن مشاركة المجتمع ضرورية لتطوير النظام الصحي، حيث تبين من الجدول (63) ان (٤١٧) وبنسبة مقدارها (٨٣ ، %) من إجمالي المبحوثين اكدوا أن مشاركة المجتمع ضرورية لتطوير النظام الصحي ،وان (٨٠) وبنسبة مقدارها (١٦ ،٠) من إجمالي المبحوثين اكدوا أن مشاركة المجتمع غير ضرورية لتطوير النظام الصحي ،وان (٣) وبنسبة (٠ ،٦ %) من إجمالي المبحوثين أكدوا أن مشاركة المجتمع ضرورية لتطوير النظام الصحي احيانا، بينت الغالبية من المبحوثين والبالغ عددهم (417) على ان لابد ان يكون هناك دور للمجتمع المحلي من اجل تطوير النظام الصحي ويرجع ذلك الى معرفته بالحاجات الضرورية والاساسية التي يحتاجها الافراد وماهي متطلباتهم الصحية من مراكز صحية او ادوية او أي احتياجات أخرى، اما المبحوثين والبالغ عددهم (80) بينوا بان مشاركة المجتمع غير ضرورية فهم يرون ان تطوير النظام الصحي يرجع الى دور المؤسسات الصحية والدوائر ذات العلاقة بما تحتاجه تلك المؤسسات باعتبارها صاحبة الاختصاص.

جدول (64) استجابة افراد العينة اتجاه إشراك الأهالي في التخطيط الصحي

إشراك الأهالي في التخطيط الصحي	التكرار	النسبة المئوية %
نعم	450	90.0
لا	37	7.4
أحيانا	13	2.6
المجموع	500	100,0

59. هل توافق على ضرورة إشراك الأهالي في التخطيط الصحي؟

عند الاستفسار من عينة الدراسة حول ضرورة إشراك الأهالي في التخطيط الصحي ،حيث تبين من الجدول (64) ان (٤٥٠) وبنسبة مقدارها (٩٠,٠ %) من إجمالي المبحوثين أكدوا أنه من الضروري إشراك الأهالي في التخطيط الصحي ، وان (٣٧) بنسبة مقدارها (٧,٤ %) من إجمالي المبحوثين أكدوا أنه ليس من الضروري إشراك الأهالي في التخطيط الصحي ،وان (١٣) و بنسبة مقدارها (٢,٦ %) من إجمالي المبحوثين اكدوا أنه من الضروري إشراك الأهالي في التخطيط الصحي أحيانا، يرى المبحوثين (450) بانه من الضروري اشراك الاهالي في عمليات التخطيط الصحي وذلك يرجع الى قناعاتهم الى التخطيط الصحي يستلزم اشراك جهات اخرى غير الجهات الصحية ومنها المجتمع المحلي على اعتبار انهم اكثر الماماً ومعرفة باحتياجات مناطقهم من الجانب الصحي ،وان (37) من المبحوثين فهم يرون ان التخطيط الصحي يقع على عاتق الجهات الحكومية الصحية كونها ذات الاختصاص وهي اعلم بغيرها بالاحتياجات الطبية .

جدول (65) استجابة افراد العينة اتجاه الرعاية الصحية المقدمة للأطفال

النسبة المئوية %	التكرار	الرعاية الصحية المقدمة للأطفال
60.98	311	جيد
36.47	186	متوسط
2.55	13	ضعيف
100,0	500	المجموع

60. ما تقييمك العام للرعاية الصحية للأطفال في منطقتك؟

عند الاستفسار من عينة الدراسة عن التقييم العام للرعاية الصحية المقدمة للأطفال في منطقتهم، حيث تبين من الجدول (65) ان (311) وبنسبة مقدارها (98,60%) من إجمالي المبحوثين أكدوا أن مستوى الرعاية الصحية للأطفال في منطقتهم جيد، وان (186) وبنسبة مقدارها (47,36%) أكدوا أن مستوى الرعاية الصحية للأطفال في منطقتهم متوسط، وان (13) وبنسبة مقدارها (2,55%) أكدوا أن مستوى الرعاية الصحية للأطفال في منطقتهم ضعيف، اجاب المبحوثين (311) بان الرعاية الصحية المقدمة من قبل المؤسسات الصحية تجاه الاطفال جيدة وخصوصاً في الجانب الذي يتعلق بالتلقيحات والتطعيم للأطفال اما عن بقية الخدمات فهي ليست بالمستوى المطلوب، اما المبحوثين (186) فقد اجابوا ان مستوى الرعاية الصحية هو متوسط كون ان الخدمات المقدمة كما سبق الذكر تكون جيدة في الجانب الذي يتعلق بالتلقيحات والتطعيم اما عن بقية الخدمات فهي غير كافية ولا تلبي الطموح بالنسبة للأهالي.

جدول (66) التسلسل المرتبي لاستجابة افراد العينة اتجاه الاقتراحات لتحسين الرعاية الصحية

التسلسل المرتبي	النسبة المئوية %	التكرار	إذا كانت الاجابة بنعم فما هي طبيعة الحملات
2	56.4	282	زيادة عدد المراكز الصحية المتخصصة بالأطفال في الأحياء السكنية
1	58.4	292	توفير أطباء أطفال دائمين في المراكز الصحية الحكومي
5	36	180	تنظيم ورش عمل توعوية للأهالي حول الرعاية الصحية والتغذية السليمة.
3	39.2	196	توفير اللقاحات والعلاجات الأساسية مجاناً أو بأسعار رمزية
4	38.8	194	التعاون بين المؤسسات الصحية والمدارس في إجراء فحوصات دورية للأطفال
12	17.6	88	إشراك منظمات المجتمع المدني في تمويل برامج الصحة المجتمعية
8	23.6	118	إنشاء صندوق دعم صحي للأسر ذات الدخل المحدود
7	23.8	119	إدخال برامج التغذية المدرسية بالتعاون مع دوائر الصحة
11	19	95	إدراج التثقيف الصحي في المناهج الدراسية من الصفوف الأولى
9	23.6	118	تحسين خدمات الطوارئ للأطفال في المستشفيات والمراكز القريبة
10	20.8	104	تدريب الأهالي على الإسعافات الأولية للأطفال
13	13.2	66	العمل على توفير خدمات دعم نفسي للأطفال المتعرضين للعنف أو التهميش
6	24.6	123	تنظيم حملات توعوية خاصة بأمهات الأطفال حديثي الولادة

61. ما اقترحك لتحسين الرعاية الصحية للأطفال في مجتمعك؟

ومن بين الاسئلة الاستبائية كان هناك مجموعه من المقترحات من اجل تحسين الرعاية الصحية للأطفال ،حيث بين الجدول (66) ان (٢٨٢)مبحوثاً وبنسبة مقدارها (٥٦,٤%) أكدوا على زيادة المراكز الصحية المتخصصة بالأطفال في الأحياء السكنية ،وان (٢٩٢) وبنسبة مقدارها (٥٨,٤%) أكدوا على توفير اطباء اطفال دائمين في المراكز الصحية ،وان (١٨٠) وبنسبة مقدارها (٣٦%) أكدوا على تنظيم ورش عمل توعوية للأهالي حول الرعاية الصحية والتغذية السليمة ،وان (١٩٦) وبنسبة مقدارها (٣٩,٢%) من إجمالي المبحوثين أكدوا على توفير اللقاحات والعلاجات الأساسية مجاناً أو بأسعار رمزية ،وان (١٩٤) وبنسبة مقدارها (٣٨,٨%) أكدوا على التعاون بين المؤسسات الصحية والمدارس في إجراء فحوصات دورية للأطفال، وان (٨٨) وبنسبة مقدارها (١٧,٦ %) من عدد المبحوثين أكدوا على إشراك منظمات المجتمع المدني في تمويل برامج الصحة المجتمعية، وان (١١٨) وبنسبة مقدارها (٢٣,٦%) من إجمالي المبحوثين أكدوا على إنشاء صندوق دعم للأسر ذات

الدخل المحدود ،وان (١١٩) وبنسبة مقدارها (٢٣،٨٪) أكدوا على إدخال برامج التغذية المدرسية بالتعاون مع دوائر الصحة ، وان (٩٥) وبنسبة مقدارها (١٩٪) أكدوا على إدراج التثقيف الصحي في المناهج الدراسية من الصفوف الأولى ،وان (١١٨) وبنسبة مقدارها (٢٣،٦٪) من إجمالي المبحوثين أكدوا على تحسين خدمات الطوارئ للأطفال في المستشفيات و المراكز القريبة، وان (١٠٤) وبنسبة مقدارها (٢٠،٨٪) من إجمالي المبحوثين أكدوا على تدريب الأهالي على الاسعافات الأولية للأطفال، وان (٦٦) وبنسبة مقدارها (١٣،٢) من إجمالي المبحوثين أكدوا على العمل على توفير خدمات دعم نفسي للأطفال المتعرضين للعنف أو التهميش، وان (١٢٣) وبنسبة مقدارها (٢٤،٦٪) من إجمالي المبحوثين أكدوا على تنظيم حملات توعوية خاصة بأمهات الاطفال حديثي الولادة، وقد بين الغالبية من المبحوثين والبالغ (292) انهم يؤكدون على زيادة عدد الاطباء الاختصاص في المراكز الصحية.

الفصل السابع

مناقشة الفرضيات ونتائج واستنتاجات الدراسة وتوصياتها

المبحث الأول: مناقشة فرضيات الدراسة لاختبار العلاقات المتعلقة بواقع

الرعاية الصحية للأطفال في المجتمع المحلي

المبحث الثاني: نتائج واستنتاجات الدراسة

المبحث الاول: مناقشة فرضيات الدراسة لاختبار العلاقات المتعلقة بواقع الرعاية الصحية للأطفال في المجتمع المحلي

استكمالاً للتحليل الاحصائي الوصفي لمتغيرات الدراسة وانسجاماً مع اهداف الأطروحة واختباراً لعلاقاتها يهدف هذا المبحث الى اختبار مدى معنوية العلاقات المتعلقة بواقع الرعاية الصحية للأطفال في المجتمع المحلي والتي يمكن صياغتها على شكل فرضيات احصائية وكما يأتي:

اولاً: اختبار العلاقة بين نوعية الخدمات الصحية التي يقدمها المجتمع المحلي

جدول (67) استجابة افراد العينة اتجاه أبرز الخدمات الصحية المتوفرة

أبرز الخدمات الصحية المتوفرة	التكرار	النسبة المئوية %	قيمة مربع كاي	درجة الحرية	الدالة الاحصائية عند مستوى 0.05
عيادات صحية مجانية	165	33,00	167,24	3	دالة
حملات تطعيم وتغذية للأطفال	105	21,00			
خدمات صحة نفسية	50	10,00			
لا توجد خدمات كافية	260	52,00			

لاختبار الفرضية الاحصائية اعلاه تم استخدام اختبار مربع كاي لاختبار العلاقة بين متغيرين وكما يأتي:

فرضية العدم: لا توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين نوعية الخدمات الصحية التي يقدمها المجتمع المحلي

الفرضية البديلة: توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين نوعية الخدمات الصحية التي يقدمها المجتمع المحلي.

جدول (67) يلخص العلاقة بين نوعية الخدمات الصحية التي يقدمها المجتمع المحلي حيث بلغت قيمة مربع كاي المحسوبة 167.24 وهي أكبر من القيمة الجدولية البالغة 7.82 بدرجة حرية 3 ومستوى دلالة 0,05 وهذا يدل على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين نوعية الخدمات الصحية التي يقدمها المجتمع المحلي.

ثانيا: اختبار العلاقة بين مشاركة المجتمع في تطوير النظام الصحي وسهولة حصول الأطفال على الرعاية الصحية في المنطقة.

جدول (68) العلاقة بين مشاركة المجتمع في تطوير النظام الصحي وسهولة حصول الأطفال على الرعاية الصحية في المنطقة

اختبار مربع كاي			يشارك المجتمع في تطوير النظام الصحي						الفئة	المتغير
			النسبة المنوية	التكرار	لا		نعم			
الدالة الاحصائية عند مستوى 0,05	درجة الحرية	قيمة مربع كاي			النسبة المنوية	التكرار	النسبة المنوية	التكرار		
دالة	2	6,746	62,0	310	65,52	230	53,69	80	سهلة جدا	سهولة حصول الأطفال على الرعاية الصحية في المنطقة
			15,0	75	14,25	50	16,78	25	متوسطة	
			23,0	115	20,23	71	29,53	44	صعبة	
			100	500	100	351	100	149	المجموع	

لاختبار الفرضية الاحصائية اعلاه تم استخدام اختبار مربع كاي لاختبار العلاقة بين متغيرين

وكما يأتي:

فرضية العدم: لا توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين مشاركة المجتمع في تطوير النظام الصحي وسهولة حصول الأطفال على الرعاية الصحية في المنطقة.

الفرضية البديلة: توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين مشاركة المجتمع في تطوير النظام الصحي وسهولة حصول الأطفال على الرعاية الصحية في المنطقة.

جدول (68) يلخص العلاقة بين المتغيرين وقد اظهر تحليل مربع كاي وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مشاركة المجتمع في تطوير النظام الصحي وسهولة حصول الأطفال على الرعاية الصحية في المنطقة حيث بلغت قيمة مربع كاي المحسوبة 6.746 وهي أكبر من القيمة الجدولية البالغة 5,991 بدرجة حرية 2 ومستوى دلالة 0,05 وهذا يدل على عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مشاركة المجتمع في تطوير النظام الصحي وسهولة حصول الأطفال على الرعاية الصحية في المنطقة.

ثالثاً: اختبار العلاقة بين المعوقات التي تواجه الأسر في توفير الرعاية الصحية للأطفال.

جدول (69) استجابة افراد العينة اتجاه أبرز المعوقات التي تواجه الأسر في توفير الرعاية الصحية للأطفال

أبرز المعوقات التي تواجه الأسر في توفير الرعاية الصحية للأطفال	التكرار	النسبة %	قيمة مربع كاي	درجة الحرية	الدالة الاحصائية عند مستوى 0.05
التكاليف المالية المرتفعة	325	65,0	127,80	4	دالة
نقص الوعي الصحي لدى الأهالي	210	42,0			
صعوبة الوصول إلى المرافق الصحية	138	27,6			
عدم توفر أطباء متخصصين	130	26,0			
ضعف البنية التحتية الصحية	175	35,0			

لاختبار الفرضية الاحصائية اعلاه تم استخدام اختبار مربع كاي وكما يأتي:

فرضية العدم: لا توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين المعوقات التي تواجه الأسر في توفير الرعاية الصحية للأطفال.

الفرضية البديلة: توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين المعوقات التي تواجه الأسر في توفير الرعاية الصحية للأطفال

جدول (69) يلخص العلاقة بين المعوقات التي تواجه الأسر في توفير الرعاية الصحية للأطفال حيث بلغت قيمة مربع كاي المحسوبة 127,80 وهي اكبر من القيمة الجدولية البالغة 9,488 بدرجة حرية 4 ومستوى دلالة 0,05 وهذا يدل على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المعوقات التي تواجه الأسر في توفير الرعاية الصحية للأطفال.

رابعاً: اختبار العلاقة بين المستخدمين الأهالي للطب الشعبي بديلاً عن الرعاية الصحية الحديثة

جدول (70) استجابة افراد العينة اتجاه استخدام الأهالي للطب الشعبي بديلاً عن الرعاية الصحية الحديثة

هل يستخدم الأهالي الطب الشعبي بديلاً عن الرعاية الصحية الحديثة	التكرار	النسبة المئوية %	قيمة مربع كاي	درجة الحرية	الدلالة الاحصائية عند مستوى 0.05
نعم	384	76.8	461,4	2	دالة
لا	113	22.6			
احياناً	3	0.6			
المجموع	500	100,0			

لاختبار الفرضية الاحصائية اعلاه تم استخدام اختبار مربع كاي لاختبار العلاقة وكما يأتي:

فرضية العدم: لا توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين المستخدمين للطب الشعبي بديلاً عن الرعاية الصحية الحديثة.

الفرضية البديلة: توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين المستخدمين للطب الشعبي بديلاً عن الرعاية الصحية الحديثة جدول (70) يلخص العلاقة بين نوعية الخدمات الصحية التي يقدمها المجتمع المحلي حيث بلغت قيمة مربع كاي المحسوبة 461,4 وهي أكبر من القيمة الجدولية البالغة 5,991 بدرجة حرية 2 ومستوى دلالة 0,05 وهذا يدل على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المستخدمين للطب الشعبي بديلاً عن الرعاية الصحية الحديثة لصالح المستخدمين حيث بلغ عدد المستخدمين 384 مستخدماً ونسبة 76,8% من عدد افراد العينة.

خامسا: اختبار العلاقة بين الأمراض أو الحالات التي تُعالج بالطب الشعبي

جدول (71) استجابة افراد العينة اتجاه أبرز الأمراض أو الحالات التي تُعالج بالطب الشعبي

الأعراض أو الحالات التي تُعالج بالطب الشعبي	التكرار	النسبة %	قيمة مربع كاي	درجة الحرية	الدالة الاحصائية عند مستوى 0.05
استخدام كمادات طبيعية أو مشروبات عشبية	217	43,4	410,78	8	دالة
الحمى	225	45,0			
الكسور أو الرضوض - رباطات شعبية والحجامة	79	15,8			
التهابات الجلد أو الجروح - بعض المراهم التقليدية أو الزيوت	110	22,0			
آلام البطن والمغص عند الأطفال - مثل استخدام الأعشاب ك (اليانسون أو الحلبة)	329	65,8			
الإسهال - خلطات شعبية	170	34,0			
الصرع أو الحالات النفسية - اللجوء إلى الرُقاة أو الشيوخ	68	13,6			
الطيرة أو الاعتقاد بالعين والحسد - رقية شرعية أو بخور تقليدي	105	21,0			
مشاكل النوم أو القلق عند الأطفال	78	15,6			

لاختبار الفرضية الاحصائية اعلاه تم استخدام اختبار مربع كاي وكما يأتي:

فرضية العدم: لا توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين الأمراض أو الحالات التي تُعالج بالطب الشعبي.

الفرضية البديلة: توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين الأمراض أو الحالات التي تُعالج بالطب الشعبي.

جدول (71) يلخص العلاقة بين الأمراض أو الحالات التي تُعالج بالطب الشعبي حيث بلغت قيمة مربع كاي المحسوبة 410,78 وهي أكبر من القيمة الجدولية البالغة 15,507 بدرجة حرية 8 ومستوى دلالة 0,05 وهذا يدل على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الأمراض أو الحالات التي تُعالج بالطب الشعبي.

المبحث الثاني نتائج واستنتاجات الدراسة

اولاً: نتائج الدراسة

المحور الاول: توزيع افراد العينة المتغيرات الشخصية

1. الجنس:

تبين الدراسة أن غالبية المبحوثين من الإناث، إذ بلغت نسبتهم (56)، مما يعكس الدور البارز للمرأة، ولاسيما الأمهات، في متابعة شؤون الرعاية الصحية للأطفال.

2. العمر:

تبين الدراسة أن أغلب المبحوثين كانت أعمارهم من ١٨ سنة إلى ٣٠ سنة وكانت هذه الفئة بنسبة 39,2% من عدد المبحوثين كون هذه الفئة شبابية واغلبهم متزوجون مسؤولون عن رعاية اطفالهم وأقل فئة هي من ٦٠ فأكثر وكانت نسبة هذه الفئة 11.2% كون هذه الفئة هم من كبار السن.

3. المستوى التعليمي:

أظهرت النتائج أن النسبة الأكبر من المبحوثين هم من خريجي الجامعات بنسبة (32)، الأمر الذي يشير إلى وجود وعي علمي وتعليمي بين أفراد العينة.

4. المهنة:

بينت الدراسة أن أغلب المبحوثين يعملون في الوظائف الحكومية، حيث بلغت نسبتهم 43.6% وهو ما يدل على مشاركة فئة الموظفين بشكل ملحوظ في قضايا الصحة المجتمعية

5. من حيث العلاقة بالطفل:

كانت الغالبية من الأمهات مما يعزز دور الأسرة، وخاصة الأم، في الاهتمام المباشر بصحة الطفل.

المحور الثاني:

أ. تقييم واقع الرعاية الصحية للأطفال في المجتمع المحلي

1. تبين الدراسة أنه لا توجد خدمات كافية للرعاية الصحية للأطفال وجاء هذا الخيار بالمرتبة الأولى وكانت نسبته ٥٢,٠٠% من عدد المبحوثين وأن أبرز الخدمات الصحية المتوفرة في مناطق المبحوثين في مدينة الديوانية هي عيادات صحية مجانية وكانت بنسبة ٣٣,٠% وجاءت الإجابة

- بحملات التطعيم وتغذية الاطفال بالمرتبة الثالثة حيث كانت نسبته ٢١,٠٪ من عدد المبحوثين وأما خدمات الصحة النفسية فكانت نسبتها ضئيلة جدا وكانت نسبتها ١٠,٠٠٪.
2. تبين الدراسة أن للمجتمع المحلي دور أساسي في تحسين صحة الأطفال وكانت الإجابة بأن للمجتمع دورا أساسيا في تحسين صحة الأطفال بنسبة ٤٤,٠٠٪ بينما كانت نسبة الذين أكدوا على أن دور المجتمع المحلي محدودا في تحسين صحة الأطفال نسبتهم ٤٢,٠٠٪ بينما هناك من أكدوا على أنه لا يوجد دور واضح للمجتمع المحلي في تحسين صحة الأطفال وكانت نسبتهم ١٣,٣٪.
3. تبين الدراسة أن الحصول على الرعاية الصحية للأطفال في مدينة الديوانية متوسطة حيث كانت بنسبة ٥٧,٨٪ وبينما هناك من أكد على أنها صعبة وكانت بنسبة ٣٠,٢٪ وقد أكد بعض المبحوثين أن الحصول على الخدمات الصحية للأطفال سهلة جدا وهذا يشير إلى أن بعض الأسر يمتازون بدخلهم المرتفع وقربهم من المراكز الصحية وانهم صادفوا علاجات جيدة ونافعة.
4. اما أبرز المعوقات التي تواجه الأسر في توفير الرعاية الصحية للأطفال فبينت الدراسة أن التكاليف المالية المرتفعة هي من أبرز المعوقات وكانت بنسبة مقدارها ٦٥٪ وهناك من أكدوا على أن نقص الوعي الصحي لدى الأهالي هو من أبرز المعوقات وجاءت الإجابة بهذا الخيار بنسبة ٤٢,٠٪.
5. تبين الدراسة أن أغلب المبحوثين لم يشاركوا في مبادرات أو نشاطات مجتمعية لدعم صحة الأطفال وكانت نسبة الذين لم يشاركوا في النشاطات الصحية بنسبة ٦٢,٨٪ وان الذين شاركوا بالأنشطة الصحية بنسبة ٣٧,٢٪ وهي نسبة ضئيلة مقارنة مع الذين لم يشاركوا وذلك بسبب دخلهم المحدود وأنهم يرون أن الخدمات الصحية هي من مسؤولية الحكومة.
6. تشير نتائج الدراسة أن أبرز الأمراض التي تصيب الأطفال هي امراض ضيق التنفس والقلب والكسور وأمراض الأسنان والعيون وغيرها فقط جاء اختياراتهم لأمراض أخرى بالمرتبة الأولى حيث بلغت النسبة ٧٥,٢٪ اما خيار الأمراض المزمنة فقد كان بالمرتبة الثانية حيث بلغت النسبة ٤١,٨٪ اما الأمراض المعدية كالحصبة والإسهال فقد كانت بالمرتبة الثالثة وكانت بنسبة ٢٠,٠٪ واما سوء التغذية فكانت بالمرتبة الأخيرة وبلغت نسبة ١٩,٤٪ هذا مما يدل على أن نسبة ضئيلة من الأطفال يعانون من سوء التغذية.
7. تبين الدراسة أن المجتمع يمكنه أن يساهم في تحسين الرعاية الصحية للأطفال من خلال التوعية عبر حملات صحية هذا ما يدل على أن التوعية الصحية ضرورية جدا للوقاية من الكثير من الأمراض وقد تكون هذه التوعية عبر وسائل الإعلام المختلفة أو لائحات أو عن طريق المدارس

والمراكز الصحية ،جاء هذا الخيار بنسبة ٥٦,٦٪ وكذلك جاء خيار التطوع في النشاطات الصحية بنسبة ٤٩,٦٪ مما يؤكد على ضرورة التطوع في النشاطات الصحية وذلك قد يكون عن طريق المشاركة المادية ٤٠,٦ مع المنظمات الإنسانية أو التطوع ببذل جهود للحفاظ على صحة الأطفال، كما أكد المبحوثون على أهمية تقديم مساعدات مادية وجاء هذا الخيار بنسبة ٣٩,٦٪ وذلك كون الكثير من الأسر دخلهم محدود ولا يكفي لتوفير علاجات مناسبة لأطفالهم.

8. كما بينت الدراسة أن هنالك تنسيق بين المجتمع المحلي والمؤسسات الصحية وكانت نسبة الإجابة بنعم ٦٨,٨٪ وذلك قد يتم عن طريق المدارس والمراكز الصحية حيث تمثل المدرسة حلقة وصل بين المجتمع والمؤسسات الصحية.

9. تشير نتائج الدراسة أن أغلب المبحوثين غير راضيين تماما عن جهود المجتمع في دعم صحة الأطفال وذلك بسبب دخل الفرد محدود وإن الأغلب يرون أن الخدمات الصحية من مسؤوليات الحكومة كذلك أن الكثير من أولياء الأمور يعتمدون على طب الاعشاب وكذلك إن أبناء المجتمع المحلي يهملون الصحة النفسية والاجتماعية ويهتمون فقط في الصحة الجسدية وكذلك غياب الاليات التنسيق بين المجتمع المحلي والمؤسسات الصحية مما يجعل المبادرات الفردية غير كافية.

10. تشير الدراسة أن لوسائل الإعلام أهمية كبيرة في تعزيز الوعي الصحي والبيئي للأطفال وبنسبة ٨٣,٤٪ وهذا يؤكد أن أفراد المجتمع يتأثرون بوسائل الإعلام ويثقون بها وأن النسبة الضئيلة من المبحوثين أكدوا على أن وسائل الإعلام لا تسهم في تعزيز الوعي الصحي والبيئي للأطفال وكانت نسبتهم ١٦,٦٪ من المبحوثين

11. تشير الدراسة أن أغلب المبحوثين أكدوا على أن رجال الدين لهم تأثير فعال في نشر الوعي الصحي وكانت نسبة ذلك ٨٢,٠٪ مما أكد أن المجتمع يثق في رجال الدين وقد برز دورهم خاصة خلال جائحة كورونا حيث أكدوا على أهمية الوقاية من الأمراض وخاصة عن طريق الاهتمام بالنظافة الشخصية ونظافة البيئة وأكدوا على أهمية الوقاية عن طريق اللقاحات ،وكذلك لرجال الدين دورا في الصحة النفسية عن طريق الإرشاد بالالتزام الديني والتربوي والعائلي ولما ذلك من تأثير كبير على الصحة النفسية والاجتماعية للفرد بينما أكد البعض الآخر من المبحوثين على أنه ليس لرجال الدين دورا في نشر الوعي الصحي وجاء هذا الخيار بنسبة ١٧,٢٪ وكما أجاب البعض باحيانا فيرى البعض أنه في فترات معينة قد يكون لرجال الدين دورا في نشر الوعي الصحي وجاء

هذا الخيار بنسبة ٠,٨٪ كما حدث في فترة انتشار جائحة كورونا وفي أحيان أخرى لا يكون لهم دور في نشر الوعي الصحي.

12. تشير نتائج الدراسة أن المجتمع المحلي بحاجة إلى زيادة الجهود لدعم صحة الأطفال وكانت نسبة الذين أكدوا على ذلك ٨٩,٤٪ من المبحوثين وبينت الدراسة أن الذين لا يتفقون بشدة على أن المجتمع بحاجة إلى زيادة الجهود لدعم الرعاية الصحية للأطفال كانت نسبتهم ٠,٤٪ وهي نسبة ضئيلة جدا من عدد المبحوثين.

13. تشير الدراسة أنه يوجد نقص في التثقيف الصحي للأهالي بشأن رعاية الأطفال حيث جاء خيار اتفق بشدة بنسبة ٤٩,٤٪ مما يدل على أن التثقيف الصحي للأهالي غير كاف لدعم الرعاية الصحية للأطفال فالأهالي بحاجة إلى تثقيف صحي أكثر فأكثر وذلك لأن الطفل هو اللبنة الأولى للمجتمع مما يجب توفير الرعاية الصحية الكاملة له وجاء خيار لا اتفق بشدة بنسبة ٠,٤٪ من الذين أكدوا على أنه لا يوجد نقص في التثقيف الصحي للأهالي بشأن الرعاية الصحية للأطفال مما يدل على أن هذه الفئة يرون أن التثقيف الصحي للأهالي كافٍ لرعاية الأطفال قد يرجع ذلك إلى أن لديهم وعي صحي كبير وهم من فئة المثقفين ويمتلكون خبرة عالية في مجال صحة الأطفال.

ب. محور الخدمات الصحية المتوفرة

1. تبين نتائج الدراسة أن أغلب المبحوثين أكدوا على وجود مراكز صحية قريبة من مناطقهم وكانت بنسبة ٨٦,٨٪. ولكن هذه المراكز تفتقر إلى العلاجات والخدمات المطلوبة وهي لا تكفي من حيث الكم والنوع لسد حاجة الاطفال وأغلب هذه المراكز الصحية متهالكة وتفتقر للأطباء الاختصاص والأجهزة الحديثة وان بعض المبحوثين أكدوا على أنه لا توجد مراكز صحية قريبة من مناطقهم وجاء هذا الخيار بنسبة ١٢,٨٪ من إجمالي المبحوثين حيث يدل ذلك على أن منازلهم بعيدة عن المراكز الصحية أو أنهم لا يمتلكون وسائل نقل مما يشعرون ببعد المسافة بين سكنهم والمراكز الصحية.

2. وأكدت الدراسة على أن المراكز الصحية تقدم خدمات صحية مخصصة للأطفال وجاء هذا الخيار بنسبة ٧٥,٢٪ من من إجمالي المبحوثين لكن هذه الخدمات ليس بالمستوى المطلوب وأنها غير كافية لرعاية الأطفال حيث توفر اللقاحات الأساسية وبعض العلاجات والخدمات لكن لا تقي بالغرض المطلوب وتفتقر هذه المراكز للأطباء الاختصاص فلا يتوفر فيها أطباء مختصون بأمراض القلب والشرابين وأمراض العيون والالتهاب وكذلك تفتقر لأطباء متخصصين في أمراض الحنجرة وكذلك قد تكون تفتقر لأطباء متخصصين في أمراض المجاري البولية وقد أكد بعض

المبحوثين على أن هذه المراكز الصحية لا تقدم خدمات صحية مخصصة للأطفال وجاء هذا الخيار بنسبة ٢٤,٤٪ مما بينت هذه الفئة أن المراكز الصحية القريبة منهم لا توفر خدمات صحية للأطفال وجاء خيار نوعاً ما بنسبة ٠,٤٪ هذا ما يدل على أن المراكز الصحية قد توفر لقاحات وتطعيمات أساسية للأطفال في أوقات معينة وتفتقر إلى علاجات جيدة ونافعة للأطفال في كثير من الأحيان.

3. وبينت الدراسة أن أغلب المراكز الصحية تتوفر فيها اللقاحات الأساسية وكانت بنسبة ٧٦,٦٪ وان الذين أكدوا على عدم توفر لقاحات وتطعيمات أساسية للأطفال في المراكز الصحية في منطقتهم كانوا بنسبة ٢٣,٢٪ من عدد المبحوثين وهذا يدل على ان اللقاحات متوفرة لكن لا تكفي نوعاً ما.

4. أظهرت نتائج الدراسة أن النسبة الأكبر من أفراد العينة أكدوا على توفر خدمات الطوارئ للأطفال في المراكز الصحية، وهو ما يعكس وجود حد أدنى من الاستجابة العاجلة للحالات الحرجة غير أن هذا المؤشر الإيجابي لا ينبغي أن يُفهم على أنه دليل على كفاءة وشمولية الخدمات الصحية المقدمة، إذ أوضحت النتائج نفسها وجود قصور واضح في الجوانب الأخرى مثل نقص الأدوية الأساسية، وضعف البنية التحتية وعدم توفر الكوادر التخصصية، فضلاً عن غياب الاهتمام بالصحة النفسية والتثقيف الصحي للأطفال وبذلك يمكن القول إن المراكز الصحية وإن كانت قادرة على التعامل مع الحالات الطارئة بصورة أولية، إلا أنها تبقى عاجزة عن تقديم رعاية صحية متكاملة وذات جودة عالية، وهو ما يعزز من الرأي القائل بضعف مستوى الخدمات الصحية المقدمة للأطفال في المجتمع المحلي.

5. وقد بينت الدراسة أنه لا توجد عيادات متنقلة تزور مناطقهم وكانت بنسبة ٧٢,٢٪ بينما بين عدد ضئيل من المبحوثين أن هناك عيادات متنقلة تزور مناطقهم وكانت بنسبة ٢٧,٦٪ مما يدل على أن هناك عيادات متنقلة تزور مناطق معينة لتقديم اللقاحات الأساسية للأطفال حيث أظهرت نتائج الدراسة أن عدداً من المبحوثين أكدوا على وجود عيادات للصحة النفسية في منطقتهم، إلا أن هذه العيادات لا تؤدي دورها بالشكل المطلوب، إذ أنها في الغالب غير متاحة لجميع الفئات بسبب ارتفاع تكاليف المراجعة أو العلاج، فضلاً عن أن الخدمات المقدمة فيها لا تتميز بالاستمرارية والجودة المطلوبة وهذا يعكس أن وجود العيادة بحد ذاته لا يعني بالضرورة كفاية الخدمة أو فعاليتها في تحسين واقع الصحة النفسية للأطفال وإن اغلب المبحوثين أكدوا على أن العيادات المتنقلة توفر اللقاحات والتطعيمات الأساسية للأطفال بنسبة ٥٥,٨٪ والفحوصات الطبية العامة بنسبة ٢٩,٨٪

وكذلك بينت الدراسة أن هناك عيادات صحة نفسية للأطفال وبنسبة ٦٧,٤٪.

6. بينت الدراسة أن أغلب المراكز لا تتوفر فيها أطباء اطفال متخصصون وكانوا بنسبة ٧٣,٦٪ بينما هناك فئة قليلة أكدوا على توفر أطباء اطفال متخصصون في المراكز الصحية وبنسبة ٢٤,٢٪ مما يدل على وجود أطباء اطفال متخصصون في المراكز الصحية لكن بنسبة ضئيلة.

7. كما بينت الدراسة أنه وبنسبه ٧٧,٨٪ لا يتم متابعة النمو والتغذية للأطفال في المراكز الصحية يتضح من نتائج الدراسة أن المراكز الصحية في المجتمع المحلي لا تقوم بمتابعة نمو الأطفال أو مراقبة حالتهم الغذائية بشكل منتظم، مما يعكس ضعف الاهتمام بجانب بالغ الأهمية في رعاية صحة الطفل فعدم وجود برامج متابعة دورية لوزن الطفل وطوله ومؤشرات التغذية يؤدي إلى تأخر في اكتشاف حالات سوء التغذية أو التقزم أو السمنة، ويؤثر سلبيًا على التدخل المبكر لمعالجتها كما أن غياب هذه المتابعة يشير إلى قصور في الدور الوقائي للمراكز الصحية واقتصارها غالبًا على تقديم خدمات علاجية آنية فقط، دون الاهتمام بالمتابعة المستمرة للنمو والتغذية، وهو ما قد يفاقم المشكلات الصحية لدى الأطفال على المدى الطويل.

8. بينت الدراسة أن أغلب المبحوثين أكدوا على أن كفاءة الكادر الطبي المحلي في التعامل مع الاطفال جيدة وكانت بنسبة ٣٨,٠٪ وهذا يبين أن أغلب الأطباء كفؤين وتعاملهم مع الاطفال جيد وذوي خبرة في مجال الصحة وجاءت الإجابة بمتوسطة بنسبة ٢٦,٠٪ هذا ما يدل على أن كفاءة الكادر الطبي متوسطة وان الأطباء المتخصصين في مجال صحة الأطفال بحاجة إلى زيادة الجهود لدعم الرعاية الصحية للأطفال وبحاجة إلى خبرة أكثر من أجل رعاية الأطفال في المراكز الصحية وهناك من بينوا أن كفاءة الكادر الطبي جيدة جدا وأبدوا رضاهم عن تعامل الأطباء المتخصصين مع الاطفال هناك نسبة ضئيلة جدا ممن أكدوا على عدم رضاهم عن كفاءة الكادر الطبي في التعامل مع الاطفال وعلينا أن نركز على هذه النسبة فقد تعود الأسباب إلى شخصية الطبيب قد يكون غير صبوراً في التعامل مع الاطفال او ذويهم مما يؤدي إلى عدم رضا الأهالي على تعامل الطبيب.

ت. محور الوعي المجتمعي

1. بينت الدراسة ان المجتمع المحلي يدرك أهمية الرعاية الصحية للأطفال وذلك لحماية مستقبل الأجيال المجتمع يدرك أن الأطفال هم أساس المستقبل، وأن الاهتمام بصحتهم يضمن وجود جيل

سليم قادر على التعلم والعمل والإنتاج والوقاية من الأمراض وعي الأهالي بأن الرعاية الصحية المبكرة تحمي الأطفال من الأمراض الخطيرة وتقلل من انتشار العدوى داخل المجتمع حالات والاستفادة من تجارب سابقة ما يراه الأهل من مرضية أو مضاعفات نتيجة إهمال الرعاية الصحية يجعلهم أكثر إدراكاً لأهميتها وكذلك لأهمية التثقيف الصحي وحملات التوعية المدرسية والإعلامية والمراكز الصحية ساعدت في رفع مستوى وعي المجتمع بأهمية التطعيم، التغذية، والمتابعة الصحية للأطفال وكذلك بسبب الدافع الديني والإنساني فالكثير من المجتمعات تعتبر حماية الأطفال ورعايتهم واجباً إنسانياً وأخلاقياً، بل ودينياً أيضاً حيث كانت نسبة الذين أكدوا على إدراك المجتمع لأهمية الرعاية الصحية للأطفال ٧٦,٨٪ بينما نسبة ضئيلة من المبحوثين أكدوا على عدم إدراك المجتمع المحلي لأهمية الرعاية الصحية للأطفال وكانوا بنسبة ٢٢,٨٪.

2. بينت الدراسة أن أبرز الجوانب التي يدركها المجتمع المحلي هي التطعيمات الأساسية لحماية الأطفال من الأمراض وكانت الإجابة بهذا الخيار بنسبة لما للتطعيم من أهمية كبيرة في تعزيز صحة الأطفال ووقايتهم من الكثير من الأمراض الخطيرة و قد أكد الكثير من المبحوثين على أن النظافة الشخصية والبيئة الصحية هي من أبرز جوانب الرعاية الصحية التي يدركها المجتمع المحلي وكانت الإجابة بهذا الخيار بنسبة ٢٩,٢٪ من إجمالي المبحوثين وذلك لأن الوقاية عن طريق النظافة الشخصية والبيئة الصحية مهمة جداً وتمنع دخول الجراثيم المسببة للأمراض الخطيرة لأجسام الأطفال بينما أكد مبحوثون آخرون على ضرورة التغذية السليمة للأطفال وكانت بنسبة ٢٨,٨٪ وذلك لأن التغذية السليمة تعد من أهم جوانب النمو الجسدي للطفل وتعزيز العادات الصحية للأطفال من الصغر وتبعث الطاقة والنشاط البدني للطفل وتقوية مناعة الجسم مما أكد عدد من المبحوثين على أن المجتمع المحلي يدرك أهمية الرعاية الصحية للأطفال من خلال الرعاية الطبية عند المرض فبعض الأسر تلجأ إلى العيادات الصحية عند مرض أحد أطفالهم لتلقي العلاج اللازم ودون الرعاية وقائية وكان هذا بنسبة ٢٥,٤٪ بينما أكد مبحوثون آخرون على أن المجتمع المحلي يدرك أهمية الرعاية الصحية للأطفال عن طريق الوقاية من الأمراض المعدية في المدارس والمجتمع وكان ذلك بنسبة ٢٣,٠٪ من إجمالي المبحوثين حيث يرى البعض أن أفراد المجتمع أن انتشار الأمراض المعدية كالحصبة والسعال بين الأطفال في المدارس من الأمراض الخطيرة التي يجب الوقاية منها، بينما يرى البعض أن المجتمع المحلي يدرك الرعاية الصحية للأطفال عن طريق متابعة الحالة النفسية للأطفال وجاء هذا الخيار بنسبة ٢١,٨٪ حيث يدرك المجتمع المحلي أهمية

الرعاية النفسية للأطفال لعدة أسباب منها لتأثير الصحة النفسية على النمو العام فالاضطرابات النفسية غير المعالجة في الطفولة قد تؤثر سلباً على النمو العقلي والانفعالي والاجتماعي للطفل انعكاسها على التحصيل الدراسي فالأطفال الذين يتمتعون بصحة نفسية جيدة يكونون أكثر قدرة على التعلم، التركيز، والاندماج في المدرسة، والوقاية من السلوكيات السلبية الرعاية النفسية المبكرة تقلل من احتمالية ظهور مشكلات سلوكية كالعنف، الانطواء أو تعاطي المخدرات مستقبلاً، ودعم الأسرة والمجتمع وان استقرار الطفل النفسي يسهم في تقليل الضغوط داخل الأسرة، مما ينعكس إيجاباً على المجتمع ككل، والوعي المتزايد بالمخاطر: مع ازدياد المعرفة حول أثر الضغوط النفسية والصدمات على الأطفال، أصبح المجتمع أكثر إدراكاً لأهمية التدخل المبكر، و ارتباط الصحة النفسية بالصحة الجسدية: وجود اضطرابات نفسية قد يؤدي إلى مشكلات صحية جسدية مثل ضعف المناعة أو فقدان الشهية، مما يجعل الرعاية النفسية جزءاً أساسياً من الرعاية الصحية الشاملة.

3. كما بينت الدراسة أن هناك حملات توعوية منتظمة في المجتمع حول صحة الأطفال حيث كان نسبة الذين أكدوا بوجود حملات توعوية ٥٢,٤٪ من عدد المبحوثين وكانت هذه الحملات التوعوية المنتظمة في المجتمع حول صحة الأطفال غالباً تكون جزءاً من البرامج الصحية التي تنفذها وزارة الصحة أو المؤسسات المجتمعية والمدارس، وتهدف إلى رفع وعي الأهالي والأطفال حول أساليب الوقاية والعناية الصحية، من أبرز هذه الحملات هي حملات التطعيم والتحصين التوعوية بأهمية أخذ اللقاحات في المواعيد المحددة نشر جداول التطعيم في المدارس والمراكز الصحية ،وحملات التغذية السليمة التوعوية بخطورة سوء التغذية ونقص الفيتامينات ،تشجيع تناول الأغذية الصحية المتوازنة وتقليل الأطعمة المصنعة، وحملات النظافة الشخصية والوقاية من الأمراض المعدية وغسل اليدين بانتظام، التوعية بالوقاية من أمراض مثل الإسهال، الإنفلونزا، والالتهابات التنفسية ،وحملات الصحة النفسية للأطفال نشر الوعي بضرورة الدعم النفسي والتربوي للأطفال، محاربة التنمر داخل المدارس والمجتمع، وحملات الوقاية من الحوادث والإصابات التوعية بالسلامة المرورية للأطفال، استخدام مقاعد الأمان في السيارات، الحذر من الألعاب الخطرة أو المواد السامة في المنزل ،وحملات مكافحة التدخين والمخدرات تستهدف المراهقين بشكل خاص التوعية بمخاطر التدخين السلبي على صحة الأطفال ، وحملات التنظيف حول صحة الفم والأسنان تشجيع الأطفال على تنظيف الأسنان بانتظام زيارات طبيب الأسنان الدورية وحملات الوقاية من السمّة وقلّة النشاط البدني ،تشجيع ممارسة الرياضة والأنشطة الحركية، تقليل وقت استخدام الأجهزة الإلكترونية بينما أكد مبحوثون

آخرون وبنسبة ٣٦,٤٪ على أنه لا توجد حملات توعوية منتظمة في المجتمع لرعاية صحة الأطفال، بينما أكد آخرون على وجود حملات توعوية منتظمة في المجتمع حول صحة الأطفال وكانت بنسبة ١١,٢٪ مما يدل على أن وجود هذه الحملات غير منتظم.

4. بينت الدراسة أن هناك اهتمام من قبل الأهالي بمراجعة المراكز الصحية لأطفالهم وبنسبة ٧٨,٢٪ وهذا يدل على اهتمام الأهالي بصحة أطفالهم وأنهم يقوموا بمراجعة المراكز الصحية كثيراً للاطمئنان على صحتهم وللوقاية من الأمراض وكذلك للحصول على اللقاحات والتطعيمات الأساسية للأطفال وإن نسبة ضئيلة من المبحوثين أكدوا على عدم اهتمام الأهالي بمراجعة المراكز الصحية للأطفال وكانت بنسبة ٢١,٦٪ من عدد المبحوثين بعض الأهالي قد لا يهتمون بمراجعة المراكز الصحية للأطفال لأسباب متعددة، منها ضعف الوعي الصحي أن عدم إدراك أهمية المتابعة الدورية والوقاية، والاكتفاء بمراجعة الطبيب عند ظهور المرض فقط، أو قلة الثقة بالكادر الطبي، شعور بعض الأهالي بأن الأطباء في المراكز غير كفؤين أو لا يقدمون خدمة جيدة، ونقص الخدمات والأدوية: المراكز قد تقتصر للأدوية الأساسية أو الأطباء الاختصاصيين، مما يقلل من رغبة الأهالي في مراجعتها، كذلك الأوضاع الاقتصادية فبعض الأسر تفضل الاعتماد على العلاج المنزلي أو الطب الشعبي لتجنب تكاليف النقل أو الأدوية، وكذلك البعد الجغرافي فصعوبة الوصول إلى المركز الصحي بسبب بعد المسافة أو ضعف المواصلات، وطول الانتظار والزحام الازدحام الشديد وقلة التنظيم قد تجعل الأهل يعزفون عن المراجعة، والاعتماد على البدائل ولجوء بعض الأسر إلى العيادات الخاصة أو الصيدليات أو حتى الطب البديل بدلاً من المراكز الصحية، والإهمال أو الانشغال حيث أن بعض الأهالي قد يهملون مراجعة المراكز لانشغالهم أو لاعتقادهم أن الطفل بخير ولا يحتاج مراجعة.

5. كما بينت الدراسة أن بعض الأهالي يلجؤون إلى الطب الشعبي بدلاً عن الرعاية الصحية للأطفال وكان ذلك بنسبة ٧٦,٨٪ حيث يرى بعض المبحوثين أن الطب الشعبي يتميز بعدة جوانب جعلته مستمراً عبر الأجيال رغم تطور الطب الحديث، ومن أبرز مميزاته سهولة الوصول حيث يعتمد على أعشاب ومواد طبيعية متوفرة في البيئة المحلية، ولا يحتاج إلى معدات أو تقنيات معقدة، وكذلك يمتاز الطب البديل بقلة التكلفة فغالباً أقل تكلفة من العلاج الطبي الحديث، لذلك يلجأ إليه كثير من الناس خصوصاً في المجتمعات ذات الدخل المحدود، كذلك ارتباطه بالثقافة والعادات: يحمل بعداً تراثياً واجتماعياً، فهو جزء من الموروث الثقافي للشعوب، ويعزز الهوية والانتماء و

الاعتماد على التجربة المتوارثة يقوم على خبرات وتجارب تراكمت عبر الزمن، مما يعطيه ثقة لدى الناس الذين جربوه في حياتهم اليومية، ويمتاز الطب الشعبي بالطبيعية والبساطة يعتمد على الأعشاب والعلاجات الطبيعية بعيداً عن المواد الكيماوية والأدوية المصنعة، كذلك من ناحية الجانب النفسي والروحي ففي كثير من الأحيان يتداخل الطب الشعبي مع المعتقدات والطقوس، مما يعطي المريض دعماً نفسياً يعزز الإحساس بالراحة والشفاء، و العلاج الوقائي فبعض وصفاته تركز على تقوية المناعة والوقاية قبل حدوث المرض، مثل شرب أعشاب معينة أو اتباع عادات غذائية خاصة بينما أكدوا نسبة ضئيلة من المبحوثين على أن بعض الأهالي يلجؤون إلى الطب الشعبي أحياناً وبنسبة ٠,٦٪ فالبعض حين لا يحصل على العلاج المناسب يلجأ إلى الطب البديل.

6. بينت الدراسة أن أبرز الأمراض التي تعالج بالطب الشعبي هي الام البطن والمغص عند الأطفال نتيجة لانتشار هذه الأمراض بين الأطفال الرضع وكانت بنسبة ٦٥,٨٪ من بين الأمراض التي تعالج بالطب الشعبي وقد بين عدد من المبحوثين وبنسبة ٤٥,٠٪ أن الكثير من الأهالي يلجؤون إلى علاج الحمى عن طريق الطب البديل كذلك بين الكثير من المبحوثين أن نسبة العلاج بالطب البديل لاستخدام كمادات ومشروبات عشبية كانت ٤٣,٤٪ ففي الطب الشعبي تعالج حمى الاطفال بالكمادات بالماء الدافئ و المشروبات العشبية والبابونج وزيت الزيتون أو باستخدام العسل والليمون وغيرها الكثير كما بينت الدراسة أن نسبة ضئيلة من المبحوثين أكدوا على أن أمراض الصرع والحالات النفسية عن طريق اللجوء إلى الرقاة والشيوخ تعالج بالطب الشعبي وكانت بنسبة مقدارها ٩,٠٪ هذا ما يدل أن القلة من الأهالي يلجؤون إلى علاج هذه الحالات المرضية عن طريق الرقاة والشيوخ وذلك لعدم إيمانهم واعتقادهم بهذه الأمور وكذلك لزيادة الوعي لدى الأهالي والتطور الحاصل في مجال صحة الأطفال قد أكدت الدراسة أن أغلب الأهالي يهتمون بصحة الاطفال النفسية كما يهتموا بصحتهم الجسدية كانت نسبة الذين أبدوا ذلك ٥٢,٢٪ وذلك يدل على أن الأهالي يهتمون بتوفير بيئة آمنة لأطفالهم وتشجيعهم للتعبير عن مشاعرهم بينما أكدت فئة أخرى وبنسبة ٤٧,٦٪ من المبحوثين على عدم اهتمام الأهالي بالصحة النفسية للأطفال وأنهم اقتصروا على الصحة الجسدية فقط.

7. بينت الدراسة أنه توجد مبادرات صحية فردية للتوعية الصحية في منطقتهم يمكن لأفراد المجتمع أن يبادروا في توفير الرعاية الصحية للأطفال من خلال عدة طرق مباشرة وفعالة، حيث يمكنهم تقديم الدعم المالي أو العيني مثل التبرع بالأدوية والمستلزمات الطبية للأطفال المحتاجين، وتنظيم حملات

توعية صحية لتعليم الأهالي والأطفال أساسيات النظافة والتغذية والوقاية من الأمراض، والمشاركة في برامج التطعيم والمبادرات الصحية لضمان إكمال جدول التطعيمات، وتوفير الرعاية النفسية والدعم الاجتماعي للأطفال الذين يعانون مشاكل نفسية أو اجتماعية، ومساعدتهم في الوصول إلى الخدمات الصحية كالترتيب للنقل إلى المراكز الصحية، والتعاون مع المؤسسات الصحية والمدارس لدعم برامج الصحة المدرسية، بالإضافة إلى نشر المعلومات الصحية الصحيحة حول التغذية والنظافة والفحص الدوري والوقاية من الأمراض، وكانت بنسبة ٦٢,٤٪ وهناك من أكدوا على أنه لا توجد مبادرات فردية للتوعية الصحية وكانت إجابة هذه الفئة بنسبة ٦٣,٤٪.

8. بينت الدراسة أن أبرز المبادرات الفردية للتوعية الصحية للأطفال تتمثل بدعم عوائل الأطفال المرضى ماديا ولوجستيا وبنسبة ٣٧,٦٪ كون الكثير من الأسر تعاني من تكاليف العلاج وقد يتأخروا بمراجعة المراكز الصحية لهذا السبب فالعنصر المادي قد يكون عائقا أمام الأهالي وكذلك اغلب الأهالي بحاجة إلى الدعم اللوجستي في مجال الصحة، وقد أكد مبحوثون آخرون على أن نشر المعلومات الصحية عبر وسائل التواصل الاجتماعي تعد من المبادرات الفردية التي لها تأثير كبير في مجال صحة الأطفال وجاء هذا الخيار بنسبة وذلك كون أفراد المجتمع قريبا دائما من وسائل التواصل الاجتماعي ولما لهذه الوسائل من تأثير كبير على الأفراد وكون المعلومات عبر هذه الوسائل سريعة وسهلة الانتشار وقد أكد بعض المبحوثين أيضا على أهمية تنظيم جلسات توعية منزلية في الحي للتوعية بالمعلومات الصحية لرعاية للأطفال وتوعية الأهالي بالإجراءات الوقائية والعلاجية النافعة وجاء هذا بنسبة ٢٥,٨٪، في حين أكد البعض الآخر من المبحوثين أن من المبادرات الفردية للتوعية الصحية للأطفال هي توزيع منشورات أو مطبوعات توعية وجاء بنسبة ٢٠,٨٪ كون هذه المنشورات والمطبوعات توصل المغزى المطلوب بسهولة وكونها تكون ملفتة للطفل ونافعة لان الأطفال كثيرة التقليد لما يرونه في حين أكد البعض الآخر من المبحوثين على أهمية التطوع مع الفرق الصحية في الحملات التثقيفية وذلك لتسهيل تواصل هذه الفرق مع أفراد المجتمع وكون هذه الفرق ذات تأثير كبير لتوعية وتثقيف الأفراد وجاء هذا الخيار بنسبة ١١,٨٪، وقد أكد مبحوثون آخرون على ضرورة التنسيق مع المدارس لتقديم محاضرات صحية وجاء بن ١٢,٠٪ كون المدارس تمثل البيت الثاني للطفل وهو يثق بمن يرشده داخل هذه المؤسسة ولها تأثير كبير على توعية وتثقيف الطفل، في حين أكد بعضهم الآخر على أهمية المساهمة في توفير الأدوية والعلاج لبعض الأطفال وجاء بنسبة ٨,٠٪ من إجمالي المبحوثين.

9. بينت الدراسة أن أغلب المبحوثين أكدوا على أن العادات والتقاليد لها تأثير في طلب الرعاية الصحية للأطفال وجاء هذا بنسبة ٨٨,٨٪ كون أغلب أفراد المجتمع يتأثروا بما ورثوه من ذويهم في طرق التعامل مع الاطفال منذ الولادة فنرى اليوم كل الأمهات يقومون بنقيط أطفالهن منذ يومه الأول إلى فترة معينة ويعتبرن هذا يساعد على شد الظهر وتقوية جسم الطفل وكذلك اغلب الأمهات يقومون بوضع الكحل حول عيون أطفالهن ويعتبرنه علاج طبيعي للعين وكذلك الكثير من العادات التي يتبعنها الأمهات تكون متوارثة من الأجيال السابقة في حين أكد مبحوثون آخرون على أنه العادات والتقاليد لا تؤثر في طلب الرعاية الصحية للأطفال وجاء هذا الخيار بنسبة ١١,٠٪ فهناك نسبة ضئيلة من افراد المجتمع لا يتأثروا بالعادات والتقاليد فهم يتبعوا طرق العلاج الحديثة من خلال المراكز الصحية فقط،بينما هناك فئة ضئيلة جدا بنسبة ٠,٢٪ ممن أكدوا أن أكدوا على أنه في بعض الأحيان تؤثر العادات والتقاليد في طلب الرعاية الصحية وفي أحيان أخرى لا تؤثر العادات والتقاليد في طلب الرعاية الصحية للأطفال.

10. كذلك بينت الدراسة أنه يوجد تفاوت في وعي الأسر حسب المستوى التعليمي حيث أن نسبة ٨٩,٠٪ أكدوا على وجود هذا التفاوت مما يدل على أن المستوى التعليمي للأسر ضروري جدا في مجال التوعية والتثقيف الصحي بينما أكدت نسبة ضئيلة من المبحوثين على أنه لا يوجد تفاوت في وعي الأسر حسب المستوى التعليمي وكانت بنسبة ١٠,٨٪ فربما هذه الفئة لم تكن حاصلة على مستوى تعليمي معين لكن تتمتع بمعلومات ووعي صحي كبير تجاه الأطفال فيما أجاب مبحوثا واحدا أنه أحيانا يوجد تفاوت في وعي الأسر حسب المستوى التعليمي اي ان هناك بعض الذين لم يحصلوا على مستوى تعليمي معين ولكن لديه وعي صحي كبير بينما هناك متعلمون لكن يفتقرون للوعي الصحي في توفير الرعاية الصحية للأطفال.

ث. محور المعوقات

1. بينت الدراسة ان أغلب المبحوثين وبنسبة ٧٥,٢٪ أكدوا على أنهم يواجهون صعوبات في الوصول إلى المراكز الصحية بسبب بعد المسافة مما يدل على أن المراكز الصحية للأطفال بعيدة عن سكنهم أو أن المراكز الصحية القريبة لم يتوفر فيها العلاجات والخدمات الصحية للأطفال مما يضطروا الذهاب الى مراكز صحية في بلدان بعيدة وهذا يعد مكلفا جدا بالنسبة للأهالي فنجد اليوم الكثير من الأطفال يتم علاجهم خارج البلاد كبلاد الهند أو مصر وغيرها فبالطبع يعاني الأهال من بعد المسافة وكلفتها، في حين اكد آخرون بأن الأهالي لم يواجهوا صعوبة في الوصول إلى المراكز

الصحية للأطفال وكانوا بنسبة ٢٤,٦٪ من إجمال المبحوثين فقد يرجع ذلك إلى أن البعض يتمتعون بدخل مالي مرتفع فلا يؤثر بعد المسافة عليهم في الوصول إلى المراكز الصحية للأطفال.

2. بينت الدراسة أن أغلب أفراد المجتمع يعانون من ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية للأطفال وجاء هذا الخيار بنسبة ٦٢,٢٪ من إجمالي المبحوثين مما يدل على غلاء أسعار العلاجات مقابل دخل الفرد المحدود مما يجعل الأفراد يعانون من التكلفة الباهظة وصعوبة الحصول على علاج للأطفال، بينما أكد مبحوثون آخرون بنسبة ٣٦,٦٪ من إجمالي المبحوثين على أن الأفراد لا يعانون من ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية للأطفال مما يدل على أن البعض يمتاز بدخل مالي مرتفع مما يجعله لا يعاني من صعوبة الحصول على الرعاية الصحية، وأكد مبحوثون آخرون على أن أفراد المجتمع أحياناً يعانون من ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية للأطفال وأحياناً لا يعانون مما يدل على أن بعض العلاجات كلفتها مناسبة ودخل الفرد في حين بعض العلاجات مرتفعة التكلفة ويصعب على الأهالي الحصول عليها.

3. بينت الدراسة أن المراكز الصحية تفتقر للمعدات التشخيصية وجاء هذا بنسبة ٨٧,٠٪ مما يدل على أن المراكز الصحية للأطفال تفتقر إلى المعدات من وسائل و الآلات وأجهزة تشخيصية للكشف المبكر عن الأمراض فيما أكد مبحوثون آخرون بنسبة قليلة حوالي ١١,٨٪ من إجمالي المبحوثين على أن المراكز الصحية للأطفال لا تفتقر إلى معدات تشخيصية مما يدل على وجود مراكز صحية متخصصة للأطفال وتكون هذه المراكز متطورة بدرجة عالية ويوجد فيها أجهزة حديثة إلا أنها قد يكون المعالجة فيها غالية نسبياً فيما بين آخرون بنسبة ١,٢٪ أن بعض الأحيان يتوفر معدات معينة لعلاج الأطفال في حين تفتقر إلى معدات ووسائل أخرى مهمة لعلاج الأطفال.

4. بينت الدراسة أن كثير من الأهالي يتأخرون في طلب الرعاية الصحية بنسبة ٨٨,٢٪ لأطفالهم لأسباب ثقافية قد تتمثل بنقص الوعي الصحي لدى الأهالي أو عدم ثقة الأهل بكفاءة الأطباء أو بسبب إهمال الأهل لصحة الأطفال أو قد تكون أسباب مادية فيتأخر بعض الأهالي بمراجعة المراكز الصحية للأطفال بسبب كلفة العلاج مقابل دخل الفرد المحدود وقد أكد البعض الآخر بنسبة ١١,٢٪ من المبحوثين على أن الأهالي لا يتأخروا بطلب الرعاية الصحية للأطفال فيما يدل ذلك على أن بعض الأهالي يهتموا بفحص أطفالهم ووقايتهم من الأمراض ومعالجتهم بأسرع وقت ممكن مما يدل على اهتمام هذه الشريحة بأبنائهم، في حين بينت الدراسة أن نسبة ضئيلة من المبحوثين أكدوا على أنه في بعض الأحيان يتأخر الأسر في معالجة أطفالهم وفي أحيان أخرى لا يتأخروا

بطلب الرعاية الصحية للأطفال وذلك حسب المرض إن كان بسيطاً فهم يتأخروا أو لا يعرفونه أهمية بينما إن كان المرض خطيراً فهم لا يتأخروا في معالجة أطفالهم وجاء هذا بنسبة ٠,٦٪.

5. بينت الدراسة أن هناك تمييزاً في تقديم الرعاية الصحية للأطفال حسب الفئات وكانت بنسبة ٩٢,٤٪ نعم، غالباً ما يوجد تمييز أو تفاوت في تقديم الخدمات الصحية للأطفال حسب الفئات الاجتماعية، ويظهر ذلك من خلال عدة جوانب منها الوضع الاقتصادي للأسرة، فالأسر ذات الدخل المحدود تعاني من صعوبة الوصول إلى العلاجات والأدوية أو المراكز الصحية الجيدة مقارنة بالأسر الميسورة المكان الجغرافي فالأطفال في المناطق الريفية أو الفقيرة يحصلون على خدمات صحية أقل جودة وأقل توفراً من الأطفال في المدن الكبرى المستوى التعليمي للأهالي فوعي الأسرة ومعرفتها بطرق الوقاية والعلاج ينعكس على استفادة الأطفال من الخدمات الصحية، التمييز الاجتماعي أو الطبقي ففي بعض المجتمعات قد تُفضل فئات اجتماعية معينة (الأغنياء، ذوي النفوذ) في سرعة الحصول على الخدمات أو جودتها، الجندر أو النوع الاجتماعي ففي بعض البيئات التقليدية قد يُعطى الذكور اهتماماً صحياً أكبر من الإناث، إذن التمييز لا يكون بشكل مباشر دائماً، لكنه يظهر من خلال الفجوة في الوصول، والجودة، والاستفادة من الخدمات الصحية فيما أجاب عدد ضئيل بنسبة ٦,٦٪ من المبحوثين على أنه لا يوجد تفاوت في تقديم الخدمات الصحية للأطفال حسب الفئات وهذا يدل على أن بعض الخدمات الصحية للأطفال متوفرة ومتاحة لجميع فئات المجتمع كاللقاحات والتطعيمات وبعض العلاجات البسيطة الأخرى، مما أكد مبحوثون آخرون بنسبة جدا ضئيلة على أنه يوجد تفاوت في بعض الأحيان في تقديم الخدمات الصحية للأطفال ولا يوجد في أحياناً أخرى فبعض الأطباء لا يميزون بين فئات المجتمع المختلفة وهذا النوع من الأطباء يميزون بالإنسانية والرحمة.

ج. محور المجتمع المحلي

1. وتبين من الدراسة أن المجتمع المحلي يشارك في دعم المؤسسات الصحية عن طريق التبرع بالمال لصالح إنشاء وتطوير المراكز الصحية وجاء هذا الخيار بنسبة ٢٤,٤٪ مما يدل على دور الدعم اللوجستي من قبل أفراد المجتمع المحلي في تقديم الخدمات الصحية للأطفال، وجاء خيار تمويل حملات تطعيم أو علاج مجانية للأطفال بنسبة ٢٠,٢٪ مما للتطعيمات واللقاحات أهمية كبيرة في الوقاية من الأمراض الخطيرة التي قد تصيب الأطفال، كما بينت الدراسة أن نسبة ١٥,٠٪ أكدوا على أن المجتمع المحلي يشارك بتبني حالات مرضية نادرة أو مزمنة عند الأطفال مما يساهم في علاج

كثير من الأطفال وجاء خيار توفير مساعدات مالية مباشرة لعوائل الأطفال بنسبة ١٤,٠٪ مما يدل على أن بعض الأهالي لم يوفرُوا العلاج المناسب لأطفالهم أو لم يذهبوا للمراكز الصحية للأطفال بسبب كلفة العلاج اللازم، وإن بعض الأفراد يقدمون أموال لهذه الأسر ليتم علاج أطفالهم ووقايتهم من الأمراض، وبين أيضا عدد من المبحوثين وبنسبة ١٤,٠٪ أن بعض رجال الأعمال أو المنظمات المحلية يقوموا بتقديم خدمات رعاية للأطفال عن طريق دعم الفحوصات الطبية المجانية مما لهذا أهمية كبيرة في رعاية الأطفال وقد بين بعض المبحوثين وبنسبة ١٢,٤٪ أن البعض يشاركون في دعم المؤسسات الصحية للأطفال عن طريق شراء أجهزة طبية أو مستلزمات صحية لمراكز الرعاية الصحية إذ أن هذه المراكز تفتقر للأجهزة والمعدات.

2. أكدت الدراسة أيضا أنه يوجد مجتمع مدني تعمل على تحسين صحة وكانت بنسبة ٢٣,٠٪ حيث كانت هذه المنظمات تدعم المؤسسات الصحية للأطفال عن طريق التبرعات بالمال أو المعدات أو الجهود البشرية، في حين أكد عدد كبير من المبحوثين على عدم وجود منظمات مجتمع مدني تعمل على تحسين صحة الأطفال وكانت بنسبة ٧٥,٤٪ في حين أكد البعض الآخر من المبحوثين على وجود منظمات مجتمع مدني تعمل على تحسين صحة الأطفال في بعض الأحيان وفي فترات معينة وكانت بنسبة ١,٦٪.

3. بينت الدراسة أن من أبرز هذه المنظمات التي تعمل على تحسين صحة الأطفال هي منظمة الهلال الأحمر العراقي وكانت بنسبة ٣٩,٢٪ وأكد مبحوثون آخرون وبنسبة ١٥,٤٪ منظمة إنقاذ الطفل في حين أكد آخرون على دور جمعية الأمل العراقية وبنسبة ١٤,٠٪ في حين اختار مبحوثون آخرون وبنسبة ١١,٨٪ منظمة نهر الفرات الإنسانية حيث اعتبروها من أهم منظمات المجتمع المدني التي تعمل على تحسين صحة الأطفال وجاء خيار منظمات محلية ناشئة أو أهلية بنسبة ٨,٨٪ من إجمالي المبحوثين الذين أكدوا على أن هذه المنظمات تسهم في تحسين الرعاية الصحية للأطفال .

4. بينت الدراسة أن هناك تنسيق فعال بين المجتمع المحلي والدوائر الصحية وجاءت نتيجة الذين أكدوا على ذلك بنسبة ٧٠,٦٪ من إجمالي المبحوثين، يدل على أن هناك تنسيق بين المجتمع والمؤسسات التعليمية وكذلك إن الأسر يلجؤون إلى مراجعة المراكز الصحية للأطفال كما جاء خيار لا بنسبة ٢٧,٨٪ من إجمالي المبحوثين الذين أكدوا على عدم وجود تنسيق بين المجتمع المحلي والمراكز

الصحية للأطفال مما يدل على أن البعض متهاون في اللجوء للمراكز الصحية فلا يتم متابعة حالة الطفل الصحية الا عند الضرورة.

5. بينت الدراسة أن أغلب المبحوثين وبنسبة ٧٠,٦ أكدوا على أن المدارس تشارك في حملات توعية صحية ويتمثل ذلك عن طريق توعية التلاميذ وتثقيفهم صحياً، وكذلك يتم إعطاء هم اللقاءات والتطعيمات الأساسية بالتنسيق مع المؤسسات الصحية، بينما أكد مبحوثون آخرون على عدم مشاركة المدارس في حملات ٢٧,٨٪ مما يدل على أن كثير من المدارس تقتصر على تعليم التلاميذ المواد الدراسية فقط وعدم التنسيق مع المراكز الصحية للحصول على اللقاءات الأساسية، بينما أكد مبحوثون آخرون وبنسبة ضئيلة جداً على أنه في بعض الأحيان يتم التنسيق بين المؤسسات الصحية والمدارس من أجل الحصول على الخدمات الصحية للأطفال.

6. بينت الدراسة أن المجتمع المحلي ينظم حملات تطعيم بالتعاون مع الصحة وجاء ذلك بنسبة ٦٩,٨٪ حيث يدل ذلك على أن المؤسسة الصحية تحدد مواعيد معينة من أجل تطعيم الأطفال وأن الأهالي يستجيبوا لهذه المواعيد لتطعيم أطفالهم وللوقاية من الأمراض بينما كانت نسبة الذين أكدوا بأنه لا ينظم المجتمع المحلي حملات تطعيم بالتعاون مع الصحة حوالي ٢٨,٦٪ مما يدل على أن البعض لم يحظى بحملات تطعيم ولقاءات لأطفالهم، والبعض الآخر وبنسبة ١,٦٪ أكدوا على أنه في بعض الأحيان يتم تنظيم حملات تطعيم بالتعاون مع الصحة وفي أحيان أخرى لا يتم تنظيم حملات تطعيم.

7. بينت الدراسة أيضاً أغلب هذه الحملات هي توعية الأسرة بموعد وأهمية التطعيم عبر المساجد أو المدارس أو وسائل التواصل الاجتماعي، وخاصة في فترات معينة كفترة جائحة فيروس كورونا جاء هذا الخيار بنسبة ٤٢,٤٪ من إجمالي المبحوثين بينما أكد كثير من المبحوثين على أن أهم هذه الحملات هي تنظيم فرق ميدانية للتنقل إلى المناطق البعيدة أو الريفية وجاء هذا الخيار بنسبة ٤٥,٠٪ وكذلك أكد مبحوثون آخرون على ضرورة تهيئة مراكز التطعيم المؤقتة في المدارس أو المجالس المحلية وجاء هذا الخيار بنسبة ٢١,٨٪ من إجمالي المبحوثين كون هذه المؤسسات تتواجد فيها أعداد كبيرة من الأطفال ولسهولة التواصل بينها وبين المؤسسات الصحية كما بين البعض الآخر من المبحوثين أن طبيعة الحملات تتمثل أيضاً بتنظيم ندوات وورش توعية صحية للأهالي حول التطعيم والأمراض المستهدفة كون الأم هي المسؤولة الأولى عن تربية الطفل وجاء هذا الخيار بنسبة ١٧,٢٪ فيما بين آخرون وبنسبة ١٦,٠٪ ان منبين حملات التطعيم هي توفير متطوعين من

المجتمع المحلي لمساعدة الفرق الصحية فيما أكد مبحوثون آخرون على أن من أبرز هذه الحملات ونسبة ١٣,٢٪ هي التنسيق مع المؤسسات الدينية أو العشائرية لتسهيل الوصول إلى الفئات المستهدفة كون المؤسسات الدينية و العشائرية لها تواصل مباشر مع الأسر كما وقد أكد بعض المبحوثين ونسبة ١١,٨٪ أن من أبرز هذه الحملات هي مساهمة الفرق التطوعية أو الدينية في نشر الوعي والدعوة للمشاركة ،كما وأكد مبحوثون آخرون أن من أبرز هذه الحملات هي توفير وسائط نقل او دعم لوجستي مؤقت للفرق الصحية وكانت بنسبة ١٠,٨٪.

8. بينت الدراسة أيضا أن هناك جهود تطوعية من الشباب لدعم الرعاية الصحية للأطفال وكانت نسبة الذين أكدوا ذلك ٧٠,٠٪ أما الذين أكدوا بعدم وجود جهود تطوعية من الشباب لدعم الرعاية الصحية للأطفال كانت نسبتهم ٢٩,٨٪.

9. بينت الدراسة أن هناك تدخل من قبل رجال الدين في التوعية الصحية يتدخل رجال الدين في التوعية الصحية للأطفال وجاء بنسبة ٥٢,٤٪ عبر خطبهم ونصائحهم التي تحت الأهلالي على الاهتمام بصحة أبنائهم كما يربطون السلوكيات الصحية بالقيم الدينية مما يزيد تقبل المجتمع لها، في حين أكد آخرون على عدم تدخل رجال الدين في التوعية الصحية للأطفال وكان ذلك بنسبة ٤٦,٨٪، بينما أكد مبحوثون آخرون باحيانا ليدل ذلك على أن رجال الدين يتدخلون في التوعية الصحية في فترات معينة كما حصل في فترة انتشار جائحة كورونا وأنهم لا يتدخلون في أحيان أخرى.

10. بينت الدراسة أيضا أن عدد من المبحوثين أكدوا على أن الجمعيات الخيرية لا تقدم مساعدات طبية أو دوائية للأطفال وكانت بنسبة ٣١,٤٪ فيما أكد مبحوثون آخرون على أن الجمعيات الخيرية تقدم مساعدات طبية ودوائية للأطفال وذلك بنسبة ٣١,٤٪ مما يدل على أن الجمعيات الخيرية تقدم خدمات صحية مخصصة للأطفال في كثير من الأحيان وكانت الإجابة بنسبة ٠,٤٪ ممن أجابوا باحيانا مما يدل على أن هذه الجمعيات الخيرية تقدم خدمات صحية خلال فترات معينة.

11. بينت الدراسة أن المجتمع المحلي يشجع السلوكيات الصحية مثل النظافة والتغذية السليمة حيث جاء هذا الخيار بنسبة ٨٨,٢٪ بينما أكد آخرون على أن المجتمع المحلي لا يشجع على السلوكيات الصحية والتغذية السليمة للأطفال حيث يعتمد الكثير من الأطفال في تغذيتهم على المواد الغذائية المجهزة من قبل محلات معينة وغالبا ما تكون هذه المواد غير صحية وجاء هذا الخيار بنسبة ٩,٤٪.

12. بينت الدراسة أن للإعلام المحلي دورا أساسيا في رفع الوعي الصحي وجاء هذا بنسبة ٨٢,٢٪. لما لوسائل الإعلام تأثير كبير في حياة الأفراد والسهولة إيصال المعلومات وانتشارها بين فئات المجتمع مما أكد مبحوثون آخرون على أنه لا يساهم الإعلام المحلي من اذاعات وفيسبوك وغيرها في رفع مستوى الوعي الصحي وجاء هذا بنسبة ١٤,٦٪ في حين أكد البعض الآخر على أنه في بعض الأحيان يساهم الإعلام المحلي في رفع مستوى الوعي الصحي لدى الأهالي وفي أحيان أخرى لا تساهم في ذلك.

ح. محور الآراء والمقترحات

1. بينت الدراسة أن المجتمع المحلي وبنسبة ٥٢,٦٪ أن المجتمع المحلي كاف لدعم الرعاية الصحية للأطفال عبر التثقيف والتوعية، وتنظيم مبادرات تطوعية وخيرية لتأمين الخدمات الأساسية. كما يساهم بالتنسيق مع المؤسسات الصحية وتوفير الدعم المادي والمعنوي لتحسين مستوى الرعاية، بينما أكد آخرون أن دعم المجتمع المحلي لتحسين الرعاية الصحية للأطفال غير كاف وجاء هذا بنسبة ٤٣,٠٪ فيما أكد مبحوثون آخرون وبنسبة ٤,٤٪ ان دعم المجتمع المحلي كاف في بعض الأحيان وأنه لا يكفي في أحيان أخرى.

2. بينت الدراسة أيضا أن أكثر الطرق فعالة لدعم صحة الأطفال هي التعاون بين القطاعات وجاء ذلك بنسبة ٤٨,٠٪ في حين أكد البعض الآخر على فعالة لدعم وتوفير الرعاية الصحية للأطفال هي الدعم المالي وجاء ذلك بنسبة ٢٦,٤٪، فيما أكد مبحوثون آخرون على أن التوعية المجتمعية هي أكثر الطرق فعالة لدعم الرعاية الصحية للأطفال وكان ذلك بنسبة ٢٤,٤٪.

3. بينت الدراسة أن مشاركة المجتمع ضرورية لتطوير النظام الصحي وجاء ذلك بنسبة ٨٣,٤٪ وذلك لما للمجتمع من دور فعال في تقديم الخدمات الصحية للأطفال عن طريق التوعية والتثقيف والدعم المالي، في حين أكد البعض الآخر من المبحوثين على عدم ضرورة إشراك المجتمع المحلي لتطوير النظام الصحي وكان ذلك بنسبة ١٦,٠٪ في حين أكد البعض الآخر وبنسبة ضئيلة ومقدارها ٠,٦٪ على أن إشراك المجتمع المحلي لتطوير النظام الصحي ضروري أحيانا.

4. تبين من الدراسة أن إشراك الأهالي في التخطيط الصحي ضروري جدا حيث كان بنسبة ٩٠,٠٪ وذلك كون الأسرة هي البيئة الاولى والأساسية لرعاية الأطفال، في حين أكد نسبة ضئيلة من

- المبحوثين بأن إشراك الأهالي ليس ضرورياً وكان ذلك بنسبة ٧,٤٪ في حين أكد البعض الآخر من المبحوثين على أن إشراك الأهالي ضرورياً في بعض الأحيان وكان ذلك بنسبة ٢,٦٪.
5. بينت الدراسة أن أفراد العينة استجابوا للرعاية الصحية بنسبة ٦٠,٩٨٪ فيما أكد مبحوثون آخرون على عدم استجابة المبحوثين للرعاية الصحية للأطفال، في حين أجاب البعض باحيانا بنسبة ٢,٥٥٪.
6. بينت الدراسة أن أغلب المبحوثين أكدوا على أن اقتراحهم لتحسين الرعاية الصحية للأطفال هيتوفير أطباء اطفال دائمين في المراكز الصحية الحكومية وكان ذلك بنسبة ٥٨,٤٪ فيما أكد مبحوثون آخرون على أهمية زيادة عدد المراكز الصحية المتخصصة للأطفال في الأحياء السكنية وجاء بنسبة ٥٦,٤٪، في حين أكد البعض الآخر على أهمية توفير اللقاحات والعلاجات الأساسية مجاناً وبأسعار رمزية وجاء هذا المقترح بنسبة ٣٩,٢٪ واختار البعض الآخر اقتراح التعاون بين المؤسسات الصحية والمدارس في إجراء فحوصات دورية للأطفال وكان ذلك بنسبة ٣٨,٨٪ فيما بين آخرون أن إدخال برامج التغذية المدرسية بالتعاون مع دوائر الصحة يعد ضرورياً وكانت المقترح بنسبة ٢٣,٨٪ بينما أكد مبحوثون آخرون على أهمية إنشاء صندوق دعم صحي للأسر ذات الدخل المحدود وكان ذلك بنسبة ٢٣,٦٪، وقد أكد مبحوثون آخرون على ضرورة تنظيم حملات توعية خاصة للأمهات الأطفال حديثي الولادة وكان ذلك بنسبة ٢٤,٦٪ في حين أكد آخرون بنسبة ٢٠,٨٪ على أهمية تدريب الأهالي على الاسعافات الأولية للأطفال، في حين أكد البعض الآخر من المبحوثين على أهمية إدراج التثقيف الصحي في المناهج الدراسية من الصفوف الأولى وكان ذلك الاقتراح بنسبة ١٩٪ في حين أكد البعض الآخر من المبحوثين على ضرورة إشراك منظمات المجتمع المدني في تمويل برامج الصحة المجتمعية وكان ذلك المقترح بنسبة ١٧,٦٪.

ثانياً: استنتاجات الدراسة

1. ان المجتمع المحلي في الديوانية يظهر وعياً متفاوتاً بأهمية الرعاية الصحية للأطفال، حيث يحرص بعض الأهالي على متابعة التطعيمات والفحوص الدورية، بينما يغفل آخرون عنها بسبب نقص المعلومات الصحية.
2. المبادرات المجتمعية الفردية والجماعية، مثل حملات التوعية ودعم الأسر المحتاجة، تلعب دوراً إيجابياً في تحسين وصول الأطفال إلى الخدمات الصحية.

3. ان المعوقات مثل ارتفاع التكاليف، بعد المراكز الصحية، ونقص الكوادر الطبية تؤثر سلباً على قدرة الأسر على متابعة صحة أطفالهم بانتظام.
4. بعض الأهالي يعتمدون على الطب الشعبي لعلاج الأمراض البسيطة للأطفال، مما يعكس محدودية الوعي الصحي أو صعوبة الوصول إلى المراكز الصحية الحديثة.
5. ان التعاون بين المجتمع المحلي والمؤسسات الصحية يعزز كفاءة النظام الصحي ويسهل وصول الأطفال إلى الخدمات الأساسية مثل التطعيم والمتابعة الغذائية والنمو.
6. ان الرعاية الصحية للأطفال تشمل الجانب النفسي والاجتماعي، إلا أن الاهتمام بهذا البعد محدود، مما يستدعي تعزيز برامج الدعم النفسي والتوعوي للأطفال^٧. هناك علاقة بين مشاركة المجتمع المحلي في تطوير النظام الصحي وسهولة حصول الأطفال على الرعاية الصحية.
7. أظهرت الدراسة وجود علاقة ارتباطية إيجابية ودالة إحصائياً بين مستوى مشاركة المجتمع المحلي في دعم وتطوير النظام الصحي وسهولة وصول الأطفال إلى الخدمات الصحية حيث يساهم التفاعل المجتمعي، مثل المبادرات التطوعية، الحملات التوعوية، ودعم الأسر الفقيرة، في تقليل الحواجز الجغرافية واللوجستية التي تواجه الأهالي عند مراجعة المراكز الصحية وان المشاركة المجتمعية تسهم أيضاً في تحسين البنية التحتية للمراكز الصحية، توفير الكوادر الطبية المتخصصة، وتنظيم برامج الوقاية والتطعيم للأطفال، مما يعزز سهولة الوصول ويقلل من تأخر أو تفويت الرعاية الصحية.
8. هناك علاقة بين المعوقات التي تواجه الأسر في توفير الرعاية الصحية للأطفال، حيث أظهرت النتائج أن وجود معوقات متعددة أمام الأسر، مثل ارتفاع تكلفة الخدمات الصحية، نقص الكوادر الطبية بعد المراكز الصحية عن مناطق السكن، وعدم كفاية المعلومات الصحية، يرتبط بشكل سلبي بمستوى الرعاية الصحية المقدمة للأطفال وان هذه المعوقات تؤدي إلى تأخير متابعة الأطفال في التطعيمات الدورية والفحوصات الروتينية، وزيادة الاعتماد على الرعاية المنزلية أو الطب الشعبي كبديل مؤقت وان تحليل النتائج يشير إلى أن تخفيف هذه المعوقات، سواء عن طريق دعم مالي، أو تحسين توزيع المراكز الصحية، أو برامج التوعية، يؤدي إلى رفع معدل استفادة الأطفال من الخدمات الصحية الرسمية وتحسين مؤشرات الصحة العامة.
9. هناك علاقة بين استخدام الأهالي للطب الشعبي بدلاً من الرعاية الصحية الحديثة، حيث بينت الدراسة أن هناك علاقة سلبية بين الاعتماد على الرعاية الصحية الحديثة واستخدام الطب الشعبي،

حيث يميل بعض الأهالي إلى اللجوء للطرق التقليدية للعلاج، خاصة في الحالات البسيطة أو لتوفير التكاليف وإن الاعتماد على الطب الشعبي يعكس جزئياً ضعف التثقيف الصحي، أو محدودية وصول الأسر إلى الخدمات الطبية، ويؤثر بشكل غير مباشر على جودة الرعاية الصحية للأطفال وإن النتائج تشير إلى أن التعليم الصحي المستمر والتوعية المجتمعية يمكن أن تقلل من اللجوء إلى الطب الشعبي غير المبني على دليل علمي، وتعزز الالتزام بالعلاج الطبي الحديث.

10. هناك علاقة بين الأمراض والحالات التي تعالج بالطب الشعبي حيث أظهرت الدراسة أن استخدام الطب الشعبي يتركز على علاج الحالات الشائعة وغير المعقدة، مثل الحمى، نزلات البرد مشاكل الهضم، وأمراض الجلد البسيطة والحالات الحرجة أو المزمنة، مثل أمراض القلب، السكري، أو الحالات التنفسية الشديدة، غالباً ما تتطلب تدخلاً طبياً حديثاً، ولا يمكن الاعتماد على الطب الشعبي فيها التحليل يشير إلى أن الاعتماد على الطب الشعبي في بعض الحالات البسيطة يعكس فجوة في التثقيف الصحي المجتمعي، ويبرز الحاجة إلى دمج التوعية العلمية مع الممارسات التقليدية لتجنب تفاقم الحالات الصحية للأطفال.

ثالثاً: توصيات الدراسة

1. على وزارة الرعاية الاجتماعية رفع المستوى المعيشي للأسر ودعم المشاريع الصغيرة للأهالي لزيادة دخل الأسر مما ينعكس على قدرتهم في توفير الغذاء الصحي والدواء لأطفالهم.
2. على وزارة الاعلام تعزيز التثقيف الصحي المجتمعي بتنظيم برامج توعوية دورية من قبل الجمعيات الخيرية، رجال الدين، والمؤسسات التعليمية حول الوقاية من الأمراض، أهمية التطعيم، والتغذية السليمة.
3. على وزارة الصحة توسيع الخدمات الصحية للأطفال إنشاء وحدات صحية متنقلة خاصة بالأطفال في المناطق النائية من الديوانية لضمان وصول الخدمات الطبية للجميع.
4. على وزارة الصحة التعاون مع الجمعيات والمنظمات ودعم الهلال الأحمر والجمعيات الخيرية المحلية لتوسيع خدماتها المتعلقة بصحة الأطفال مثل حملات الفحص المجاني والعيادات التطوعية.
5. على وزارة الصحة الاهتمام بالصحة النفسية توفير برامج إرشاد نفسي للأطفال خاصة المتأثرين بظروف اقتصادية أو اجتماعية صعبة، وتشجيع المدارس على تبني برامج الدعم النفسي.

6. يجب على منظمات المجتمع المدني تفعيل مشاركة الأهالي من خلال إشراك أولياء الأمور في الأنشطة الصحية المدرسية مثل متابعة التطعيم، حملات التبرع بالدم، والمشاركة في لجان صحية مجتمعية.
7. على وزارة العمل والشؤون الاجتماعية التركيز على ذوي الاحتياجات الخاصة، تطوير برامج رعاية صحية متخصصة للأطفال ذوي الإعاقة، وتوفير أدوات مساعدة لهم داخل المدارس والمراكز الصحية.
8. تحسين بيئة الطفل ومراقبة جودة مياه الشرب والنظافة العامة، والتقليل من التلوث البيئي الذي يؤثر مباشرة على صحة الأطفال.
9. على وزارة الصحة توفير تغذية مدرسية صحية ادخال برامج التغذية المدرسية المدعومة لضمان حصول الأطفال على وجبة صحية متوازنة يومياً.
10. على المؤسسات الصحية بناء قاعدة بيانات صحية للأطفال من خلال إنشاء سجل صحي إلكتروني للأطفال في الديوانية لمتابعة حالتهم الصحية بشكل مستمر بما في ذلك التطعيمات، الأمراض المزمنة، تأخر النمو.

رابعاً: مقترحات الدراسة

1. التثقيف الصحي للأسر من خلال إقامة برامج توعوية منتظمة في المراكز الصحية والمدارس حول طرق الوقاية من الأمراض الشائعة لدى الأطفال. وادخال مفاهيم الصحة النفسية والسلوكية إلى جانب الصحة الجسدية في المحاضرات التثقيفية. وتعزيز دور وسائل الإعلام المحلية ومنصات التواصل الاجتماعي في نشر رسائل صحية مبسطة وموثوقة.
2. رفع الوعي الغذائي والصحي عن طريق تنظيم ورش عمل للأمهات حول إعداد وجبات غذائية متوازنة قليلة التكلفة باستخدام المنتجات المحلية وتشجيع مبادرات الحدائق المنزلية أو المزارع الصغيرة لإنتاج الخضروات والفواكه الصحية إطلاق حملات توعية عن مخاطر الأغذية المصنعة والمشروبات الغازية على صحة الأطفال.
3. زيادة دخل الأسر لتحسين مستوى الرعاية الصحية لدعم الأسر الفقيرة من خلال برامج التمويل الصغير والمشاريع الإنتاجية المنزلية (مثل الخياطة، إنتاج الأغذية المنزلية) إشراك منظمات المجتمع المدني في توفير فرص تدريب مهني للأهالي لزيادة قدرتهم على تلبية الاحتياجات الصحية لأطفالهم

تحفيز القطاع الخاص على المشاركة في المسؤولية الاجتماعية عبر تقديم منح أو مساعدات صحية وغذائية.

4. الرعاية الصحية للأمهات الحوامل وتطوير برامج رعاية أولية للحامل تشمل الفحوص الدورية المجانية والتغذية المكملية (كالفيتامينات والحديد) نشر التوعية بأهمية الولادة الآمنة تحت إشراف الكوادر الطبية إدخال برامج الدعم النفسي والاجتماعي للحوامل خاصة في المناطق الفقيرة.

5. العناية بصحة الأطفال عن طريق تعزيز برامج التحصين الشامل والتأكد من وصول اللقاحات لجميع الفئات دون استثناء إنشاء نوادٍ أو مراكز صحية للأطفال تتضمن فحصاً دورياً للنمو (الطول، الوزن، مستوى الدم) توسيع برامج الصحة المدرسية لتشمل التغذية، الفحوص الطبية، والتوعية الصحية.

6. تفعيل دور المجتمع المحلي من خلال بناء شبكات تطوع شبابية للمساعدة في نشر التوعية وتنفيذ الحملات الصحية إشراك رجال الدين والشخصيات الاجتماعية في التثقيف الصحي من خلال الخطب والمحاضرات تعزيز الشراكة بين المؤسسات الحكومية (الصحة، التربية) والمنظمات غير الحكومية لضمان استدامة البرامج الصحية.

7. إنشاء قاعدة بيانات محلية إلكترونية للأطفال في الديوانية تشمل الوضع الصحي، الغذائي، والتعليمي لكل طفل، لتسهيل التدخل المبكر ومعالجة الحالات الأكثر عرضة للخطر وهناك أيضاً مقترحات مهمة لحماية الأطفال من مخاطر السباحة والغرق في الأنهار والشط من خلال:

- التثقيف والتوعية المجتمعية عن طريق إطلاق حملات توعية موجهة للأسر والأطفال حول مخاطر السباحة في الأنهر والشط والاستعانة بالمدارس والجوامع كمنصات للتثقيف ونشر رسائل السلامة المائية وإنتاج مواد إعلامية (ملصقات، فيديوهات قصيرة، رسائل إذاعية محلية) تركز على قصص واقعية لحوادث الغرق للحد من تكرارها.
- تعليم السباحة والإنقاذ الآمن إنشاء برامج لتعليم السباحة للأطفال في المسابح المغلقة أو المسابح المدرسية بإشراف مدربين مختصين تدريب مجموعة من الشباب المتطوعين على تقنيات الإنقاذ والإسعافات الأولية ونشرهم قرب المناطق المائية الخطرة.
- إجراءات وقائية ميدانية وضع لافتات تحذيرية واضحة ومكبرات صوتية قرب الأنهر والشط للتنبيه على خطورة السباحة تسييج بعض المقاطع الأكثر خطورة من النهر أو الشط خاصة القريبة من التجمعات السكانية تخصيص نقاط مراقبة (حراس أو متطوعين) في مواسم الصيف أو عند ارتفاع نسب الغرق.

- بدائل آمنة للترفيه إنشاء مسابح عامة أو نوادٍ رياضية منخفضة الكلفة ليكون للأطفال بديل آمن للسباحة تشجيع المبادرات الأهلية لبناء مسابح بسيطة داخل الأحياء بجهود مشتركة من المجتمع المحلي.
- دور الأسرة توعية الأهل بضرورة مراقبة أطفالهم وعدم تركهم يقتربون من الأنهر دون إشراف تنظيم جلسات تثقيفية للأمهات بشكل خاص، لأنهن الأكثر قرباً من الأطفال في حياتهم اليومية. وضع إطار قانوني ومؤسسي لسن قوانين محلية أو تعليمات من سلطات البلدية تمنع السباحة في الأنهر والشط خلال موسم الصيف نظراً لارتفاع معدلات الغرق بين الأطفال في محافظة الديوانية خلال المناسبات الدينية والعطل الرسمية نتيجة اقدامهم على السباحة ولعب في الشطوط من دون رقابة اسرية تنظيم جولات تفتيشية دورية على ضفاف الأنهر وإنشاء برنامج السوار الذكي للطفل سوار مقاوم للماء يلبسه الطفل عند وجوده قرب النهر، يصدر إنذاراً صوتياً أو يهتز عند اقترابه من منطقة عميقة أو خطرة، ويمكن ربطه بهاتف ولي الأمر.

المراجع

أولاً: المراجع العربية

1. القرآن الكريم
2. جبر مسعود، المعجم اللغوي الاحداث، دار العلم للملايين، ط ٨ ، بيروت، ٢٠٠١ ، ص٣٤.
3. اسماعيل بن حماد الجوهري، معجم الصحاح، تقديم خليل مامون شيما ، دار المعرفة للطباعة والنشر، ط ١، بيروت، ٢٠٠٥، ص ٣٦١.
4. صالح خليل أبو أصبع ، الإعلام والتنمية ، مؤسسة البيان للطباعة والنشر ، ط ١ ، المملكة العربية المتحدة ، ١٩٨٥ ، ص١٢.
5. محمد سعيد فرج ، مدخل في علم الاجتماع الوظيفي ، دار المعارف ، ط ١ ، الإسكندرية ، مصر ، ١٩٨٩، ص ١٤.
6. صادق الاسود، علم الاجتماع السياسي أسسه وابعاده، دار الحكمة للطباعة والنشر، ط ١، جامعة بغداد، ١٩٩٥، ص ٢٣١.
7. المعجم الوسيط ، مجمع اللغة العربية ، ط ٥، القاهرة ، ٢٠١١ ص١٨.
8. عبد الهادي الجوهري ، معجم مصطلحات علم الاجتماع ، دار المثلث ، ط ١، بيروت ، ١٩٨٠، ص١٠٥.
9. رشاد احمد عبد اللطيف ، تنمية المجتمع المحلي ، دار الوفاء ، ط ١، القاهرة ، ٢٠٠٧، ص٤٣٧.
10. السيد عبد العاطي السيد، علم الاجتماع الحضري (مدخل نظري)، الجزء الأول، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية ، 1993، ص 7 .
11. محمد الجوهري وآخرون ، الانثربولوجيا الاجتماعية ، دار المعرفة الجامعية ، الاسكندرية ، مصر ، 2003، ص152.
12. محمد عاطف غيث ، قاموس علم الاجتماع ، دار المعرفة الجامعية ، ط 1 ، الاسكندرية مصر 1995 ص154 .
13. عاطف غيث ، علم الاجتماع الحضري ، دار المعرفة الجامعية ، ط 1، الاسكندرية، 1979 ص17.
14. براك احمد عبد الهادي ، المصطلحات الطبية باللغة العربية ، مكتبة نور العربية ، ط ١، ص١٩٨.
15. ابن منظور ، لسان العرب ، دار صادر ، مطبعة الميرية ، ط 1، مصر، ١٨٨٢، ص١٥٦.
16. ابي نصر اسماعيل بن حماد الجوهري ، الصحاح تاج اللغة وصحاح العربية ، دار العلم ، ط ٤ ، بيروت ، ١٠٠٥ ، ص٣٩٧.
17. علي مكاي ، الجوانب الاجتماعية والثقافية للخدمة الصحية ، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية ، ١٩٨٨ ، ص ٥٦ .
18. عبد المجيد الشاعر وآخرون ، الرعاية الصحية الأولية ، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع ، عمان - الاردن، ٢٠٠٠، ص٣٦.

19. أيمن مزاهره، علم اجتماع، الصحة، دار اليازوري للعلمية للنشر والتوزيع، عمان - الاردن، ٢٠٠١، ص ٧٥.
20. إقبال محمد بشير وآخرون ، الرعاية الطبية والصحية للمعوقين من منظور الخدمة الاجتماعية ، المكتب الجامعي الحديث ، الاسكندرية ، ط 1 ، ٢٠٠٤ ، ص 17.
21. سيما راتب عدنان ، تربية الطفل في الاسلام ، دار الرسالة ، مكتبة صيد الفوائد ، ط ١ ، لبنان ، ٢٠٠٦ ، ص ١٧٥.
22. جمال الدين محمد بن كرم الانصاري ، لسان العرب ، مطبعة الاميرية ، ط ١ ، القاهرة ، ١٨٨٤ ، ص ٤٠١.
23. ابن منظور ، لسان العرب ، دار المعارف ، ط ٦ ، مطبعة بولاق ، القاهرة ، ١٩١٢ ، ص ٢٤٩.
24. جمال الدين محمد بن كرم الانصاري ، لسان العرب ، مطبعة الاميرية ، ط ١ ، القاهرة ، ١٨٨٤ ، ص ٤٠١.
25. طلعت عبد الحميد ، علم الاجتماع التربوي ، دار المعارف ، ط ١ ، القاهرة ، ٢٠٠٢ ، ص ٩٢.
26. الحسين علي ، الاحياء الشعبية : الخصائص والتحديات الصحية (دراسة في حي الدقي بدمشق) ، مجلة جامعة دمشق للعلوم الانسانية ، ط 1 ، 2017 ، ص 5.
27. خالد الغامدي ، فاعلية المبادرات المجتمعية في تحسين صحة الطفل في المناطق العشوائية ، مجلة جامعة الملك سعود للعلوم الصحية ، ط 1 ، 2016 ، ص 11.
28. عبير مهدي محسن، الرعاية الاجتماعية المؤسسية للأيتام ، مجلة البحوث التربوية والنفسية، العدد 19، العراق ، 2008.
29. نهلة شاكر شهاب المفرجي ، مهددات الامن الانساني للطفولة دراسة اجتماعية ميدانية في مدينة بغداد كلية الاداب (٢٠٢١) رسالة ماجستير غير منشورة .
30. امنة يوسف محمد شلش، الامن الصحي وفقير الاطفال في المجتمع الريفي دراسة اجتماعية ميدانية في محافظة بغداد، (٢٠٢٣).
31. بونيقة نصيرة ، الاساليب المتبعة من طرف الأسرة في الرعاية الصحية للطفل في مرحلة الطفولة المبكرة ، ط 1 ، جامعة الحاج خضر باتنة ، الجزائر ، المسيلة ، ٢٠١٣.
32. محمداتني شهرزاد الرعاية الاجتماعية في مجال الصحة رسالة ماجستير تخصص علم الاجتماع العائلي، قسم علم الاجتماع، كلية العلوم الاسلامية والاجتماعية ، جامعة الحاج لخضر ، باتنة ، 2005.
33. عبد الكريم بلعزوق تحت عنوان: سياسة الرعاية الاجتماعية للأطفال المهمشين في الجزائر دراسة ميدانية بمراكز حماية الطفولة بولايتي سطيف وبرج بوعريريج (2022/2021).

34. عبد الباسط عبد المعطي اتجاهات نظرية في والفنون والآداب ، الكويت ، أغسطس ١٩٨١ ، ص ١٠١١ .
35. عبد الباسط عبد المعطي اتجاهات نظرية في علم الاجتماع ، مصدر سابق ، ص 151 .
36. نيقولا تيماشيف ، نظرية علم الاجتماع طبيعتها وتطورها ترجمة محمود عودة وآخرون، دار المعارف ، القاهرة 1983 ، ص ٣٢ .
37. طارق السيد، علم اجتماع التنمية الإسكندرية، مؤسسة شباب الجامعة الاسكندرية، ٢٠٠٧ ، ص ٥٥ .
38. إحسان حفطي علم اجتماع التنمية، دار المعرفة الجامعية ، مصر ، ٢٠٠٤ ، ص ٣٥٠ .
39. احمد زكي بدوي، معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية مكتبة لبنان بيروت، ١٩٩٢ ، ص ٨١ .
40. أ.ك. أوليدوف، الوعي الاجتماعي، ترجمة ميشيل كيلو، دار ابن خلدون، بيروت، ١٩٧٨ ، ص ٩٤ .
41. علي ليلة ، النظرية الاجتماعية المعاصرة ، ط 2 ، دار المعارف ، القاهرة ، 1983 ، ص 515 .
42. ارفنج اتلين ، النظرية المعاصرة في علم الاجتماع ، ترجمة : محمود عودة وابراهيم عثمان ، دار ذات السلاسل، الكويت ، 1989 ، ص 283 .
43. روشية جي ، علم الاجتماع الأمريكي : دراسة لاعمال تالكوت بارسونز، ترجمة محمد الجوهري واحمد زايد ، دار المعارف ، 1981، ص 4 .
44. علي حوات ، النظرية الاجتماعية اتجاهات اساسية ، منشورات جامع الفاتح ، ليبيا ، 1997 ، ص 180 .
45. زايد علم أحمد الاجتماع بين الاتجاهات الكلاسيكية والنقدية، القاهرة، دار المعارف، ١٩٩٦ ، ص ١١٤ .
46. أحمد زايد المصدر السابق نفسه، ص ١١٦ .
47. علي عبد الرزاق جلبي وحسن محمد حسن، علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ٢٠٠١ ، ص ٦٣ .
48. عاطف محمد شحاتة عبد العزيز ، الاتجاهات الحديثة في دراسة التنظيمات الطبية، مطبوعات مركز البحوث والدراسات الاجتماعية ، القاهرة ، ٢٠٠١ ، ص ٣٩ .
49. محمد على محمد دراسات في علم الاجتماع الطبي دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩١ ، ص ٣٩ .
50. اميمة كامل السلاموني ، التوعية الصحية دليل العاملين في مجال الرعاية الصحية ، المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية ، ط 1، دولة الكويت ، ٢٠١٩٠ ، ص ٦ .

51. عبد الرحمن عبيد عوض مصيقر ، التنقيف الغذائي :أسس ومبادئ التوعية الصحية الغذائية ،دار القلم ، ط٣ ، دبي، ١٩٩٧، ص١٣٨.
52. ماهر بشاي وهارولد شرايوك ، المرشد الحديث حول التوعية ، دار الشرق الاوسط ، ط ١ ، بيروت، ١٩٨٦، ص٦٤٦.
53. ناصر بوكلي حسن ، سلسلة التوعية الصحية للناشئة ، دار المأمون للتراث ، ط ١ ، الكويت ، ١٩٩٩، ص٢٠.
54. حليم احمد ، العيادات المتنقلة المجلة الاجتماعية القومية ، ط1، دمشق 2019، ص2.
55. نادين حليم ، تقييم خدمات تنظيم الاسرة العيادات المتنقلة ، ط1، مصر ، ٢٠١٩، ص ١٣٠.
56. محمد مرعشي ، معجم مرعشي الكبير، ط1، بيروت، مكتبة لبنان، ص ٢٦٠.
57. كمال الدين الحناوي، معجم المصطلحات علم الاحياء : نبات حيوان تصنيف وراثه بالعربية والانكليزية ، ط1، القاهرة ، المكتبة الاكاديمية ، ص ٥٣٠.
58. اشرف السعيد مبارك مهنا ،المسؤولية الإدارية عن اللقاحات الإجبارية المبتكرة ، ط1، مدينة السادات ، 2022، ص68.
59. ابراهيم فوزي مراد ،المسؤولية الإدارية في المجال الطبي في النظام المصري والفرنسي ،دار الجامعة الجديدة مصر 2017، ص38.
60. احمد سلامه .المدخل لدراسة القانون ،الكاتب الثاني ، دار النهضة العربية ،1974، ص18.
61. احمد شوفي عبدالرحمن ،النظرية العامة للحق، المطبعة العربية الحديثة ، الاسكندرية ، 1984، ص 83.
62. حبيب سيف سالم ،النظام القانوني لحماية جسد الانسان، رسالة دكتوراه ،كلية الحقوق، عين الشمس ، 2005، ص13.
63. زكريا محمد الزناري ،المسؤولية الإدارية عن الاضرار الناجمة عن التطعيمات الإجبارية ،دار مصر للنشر والتوزيع، 2019، ص18.
64. محمد اسماعيل بوهيان ، دور المنظمات غير الحكومية في خدمات الرعاية الصحية ، ط 1 ، جامعه دكا، بنكلادش ، 2023، ص5.
65. قدرى الشيخ علي ، علم الاجتماع الطبي ، ط 1، مكتبة الإسكندرية ،مصر ، 2008، ص197.
66. اكمل عبد الحكيم ، النظم الصحية: مصادر التمويل وعدالة التوزيع ، ط١، مصر ، 2012، ص38.
67. محمد احمد عبد الرزاق ،صحة المجتمع ،الجامعة التقنية الوسطى ، ط ١ بعقوبة، 2023، ص16.
68. الكسندرا بيند وسكا ، اهمية التعاون في فرق الرعاية الصحية متعددة التخصصات من وجهة نظر طلاب الطب البولنديين ، مجله دولية لبحوث البيئة والصحة العامة ، ط 1 ، بولندا 2023، ص20.

69. منال عبد المعطي صالح قدومي ،رسالة ماجستير بعنوان دور المشاركة المجتمعية في تنمية وتطوير المجتمع المحلي ،جامعة النجاح الوطنية، ط1، 2008، ص63.
70. خليفوي فهمه ،مجلة الأسرة والمجتمع ط ١ ، الجزائر، 2023، ص٦ .
71. مرفت العشماوي، الأنثروبولوجيا الطبية والطب الشعبي-الأنثروبولوجيا وعلم الإنسان، دار المعرفة الجامعية، جامعة الإسكندرية، 1996.ص87.
72. ابوعميرة محبات ، فعالية برنامج اعداد المعلمات للمرحلة الابتدائية ، كلية البنات عين الشمس ، مجلة مستقبل التربية العربية ،مصر ، 1996، ص4.
73. يوسف لازم كماش، الصحة والتربية الصحية ، ط 1 ، دار الخليج ،عمان، 2015، ص69.
74. فيليب سانسونيتي، الامراض المعدية تقهر مؤلم نحو مستقبل غير آمن، ترجمة: مي فارس، المشروع القومي للترجمة، المجلس الأعلى للثقافة، القاهرة، 2005.ص182.
75. علاء الدين علوان، الوضع الصحي في العراق التحديات /اولويات العمل ، ط ١ ، العراق ٢٠٠٤. ص 8.
76. يلوس جي و آخرون ، تمويل صحي مستدام في ضل شيخوخة السكان ، كوبن هاغن ، مكتب منظمة الصحة العالمية لاوروبا ، ط1، ٢٠١9 ص6.
77. يلوس جي و آخرون ،المصدر نفسة ، ص7.
78. نيفين فرج ابراهيم العلق بين الانفاق الحكومي الاستثماري على البنية التحتية والنمو الاقتصادي في مصر ، ط 1 ، جامعة الأزهر ، القاهرة ، مصر ، 2019 ص 12.
79. احمد الربيعي ، بغداد الاخيرة عالميا في مؤشر الرعاية الصحية ، ط1، مدينة الصدر، بغداده ٢٠٢٤ ، ص 3.
80. مارك جاكلي ، الموارد البشرية في مجال الرعاية الصحية ، ط1، تونس ، 2023، ص12.
81. مايكل سبنس و مورين لويس، اللجنة المعنية بالنمو والتنمية الصحية ، ط 1 امريكا ، 2009، ص12.
82. اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، السياسات الاجتماعية البلدان العربية (تحليل بنائي تاريخي) سلسلة دراسات السياسات الاجتماعية، الامم المتحدة، نيويورك، 2003.ص1765.
83. مصطفى عبد الفتاح ، تأثير الفقر على الاطفال ، ط1 جامعة حلوان ، مصر، ١٩٧5، ص ١٢ .
84. داليا يونس ، براعم الوعي الصحي، ط 1 ، القاهرة ، مصر ، 2019، ص4.
85. شروق المالكي، التنقيف الصحي، ط1، الأردن، 2015، ص 21.
86. هشام مصطفى الجمل، دور الموارد البشرية في تمويل التنمية، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية ، 2010. ص65.
87. يشار يعقوب ، الاهمال الطبي للاطفال، رامات جان ، تل ابيب ، 2025، ص12.

88. يوسف صلاح الدين يوسف، الآثار المترتبة على الإصابة بالأمراض المعدية في المنظور الشرعي الطبي، دار الفكر العربي ، 2008.ص76.
89. كودي زد ، هو ترو إيه جيه وآخرون ، الرعاية المتمركزة حول الأسرة : التطبيقات الحالية والتوجهات المستقبلية في رعاية صحة الأطفال ، مجلة صحة الأم والطفل.2012 ص ٢٩٧- ٣٠٥.
90. برنامج الأمم المتحدة للبيئة، حاجات الإنسان الأساسية في الوطن العربي، ترجمة: عبد السلام رضوان، عالم المعرفة (150)، الكويت، 1990.ص65.
91. فيليب سانسونيتي، الامراض المعدية تقهر مؤلم نحو مستقبل غير آمن، ترجمة: مي فارس، المشروع القومي للترجمة، المجلس الأعلى للثقافة، القاهرة، 2005.ص 95.
92. نخبة من العلماء، الأمراض المعدية وعلاجها، تعريب: أيمن توفيق، مكتب سطور للنشر والتوزيع، القاهرة، 1999.ص 172.
93. نيوما تورسن ، الصحة والرعاية الاجتماعية ، ط 1 ، لبنان ، 2023 ، ص 5 .
94. فينياس نس تسا كيس ، دور وسائل التواصل الاجتماعي والرقمية في اليقظة الدوائية وتأثيرها على الرعاية الصحية الشخصية، رسائل علم السموم، ط 1 2015 ص 28 .
95. زياد حسين علي فريحات ، تأثير المبادرات الصحية البلدية على الوقاية من الامراض المعدية في المجتمعات المحلية ، مع مجلة المجتمع العربي لنشر الدراسات العلمية . ط 1 ، 2024 ، ص 226.
96. اورتيس اندريلوكي ، الامن الغذائي والتغذية و الصحة ، موسوعة الامن الغذائي والاستدامة ٢٠١٩ ، ط 1 ، 2019 ، ص 5.
97. السياسة الصحية الوطنية (2014-2023)، وزارة الصحة، جمهورية العراق، كانون الثاني 2014.
98. مصطفى العيدروس أحمد، فاعلية وسائل التنقيف الصحي في بث ونشر المعلومات الصحية لبناء مجتمع المعرفة الصحي السوداني، المركز القومي للبحوث -مركز التوثيق والمعلومات، الخرطوم -السودان، 2012، ص 79.
99. هناء جاسم السبعوي، الصحة والمرض وأثرهما في التنمية دراسة تحليلية لواقع الصحي في مدينة الموصل، مجلة ابحاث كلية التربية الاساسية، مجلد (8)، العدد(4)، 2009.ص73.
100. أحمد فلاح العموش وآخرون، مظاهر السلوك الصحي في مجتمع الإمارات دراسة ميدانية، مجلة شؤون اجتماعية، العدد(102)، الشارقة، 2009.ص42.
101. ميس محمد كاظم، سياسة الانفاق الاجتماعي وبناء السلم المجتمعي في العراق دراسة ميدانية في مدينة بغداد، أطروحة دكتوراه غير منشورة، قسم علم الاجتماع، كلية الآداب، جامعة بغداد، 2020.ص184.
102. نجلاء عاطف خليل، في علم الاجتماع الطبي، ثقافة الصحة والمرض، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 2006. ص 223.

103. على المكاوي، الجوانب الاجتماعية والثقافية للخدمة الصحية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1988. ص 11.
104. علي عبد الرزاق جلبي وحسن محمد حسن، علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2001. ص 41.
105. سلوى عثمان الصديقي، مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية من منظور الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية ، 2002. ص 192.
106. أحمد مجدي حجازي وآخرون، الصحة والبيئة: دراسات اجتماعية وأنتربولوجية، دار المعارف، القاهرة، 2001. ص 48.
107. إقبال إبراهيم مخلوف، الرعاية الطبية والصحية ورعاية المعوقين، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2000. ص 63.
108. جمال شحاته حبيب، السلوك الإنساني والبيئة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2010. ص 211.
109. برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية الإنسانية العربية "خلق فرص للأجيال المقبلة، 2002. ص 187.
110. إليس اسكندر بشاي، علم الاجتماع والأنثروبولوجيا الطبية، دار المعارف، القاهرة، 2000. ص 18.
111. ردينة عثمان يوسف، التسويق الصحي والاجتماعي، دار المناهج للنشر والتوزيع، الأردن، 2008. ص 191.
112. بسام عبد الرحمن المشاقبة، الإعلام الصحي، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان – الأردن، 2012. ص 65.
113. شوق اسعد محمود، علم الاجتماع الطبي، دار البداية موزعون وناشرون، مصر، 2012. ص 22.
114. سعاد عثمان وآخرون، الصحة والمرض، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، 1991. ص 26.
115. عاطف محمد شحاتة عبد العزيز، الاتجاهات الحديثة في دراسة التنظيمات الطبية، مطبوعات مركز البحوث والدراسات الاجتماعية ، القاهرة، 2001. ص 143.
116. سهام حامد حجازي، الإدارة في المنظمات الصحية: بالتطبيق على المنظمات الصحية في دولة الكويت، مكتبة البابطين، الكويت، 2008. ص 112.
117. محروس محمود خليفة، السياسة الاجتماعية والتخطيط في العالم الثالث، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1993. ص 111.
118. محمد عبد المنعم نور، الطب والمجتمع دراسة أساسية في الاجتماع الطبي، دار اللواء للنشر، القاهرة، 1983. ص 136.
119. عبد الحي محمود صالح، الصحة العامة وصحة المجتمع، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، 2001. ص 17.
120. محمد على وآخرون، دراسات في علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2006. ص 24.
121. نادية عمر، العلاقات بين الأطباء والمرضى، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2003. ص 84.
122. أوغست برنز وآخرون، الصحة لجميع النساء حيث لا توجد عناية طبية، ترجمة: فيكتور سحاب وآخرون، دار الفرات للنشر، القاهرة، 2001. ص 58.

123. سليمان بومدين، التصورات الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض في الجزائر، رسالة دكتوراه غير منشورة، قسم علم اجتماع، كلية العلم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قسنطينة، الأردن، 2004. ص124.
124. أحمد فلاح العموش وآخرون، مظاهر السلوك الصحي في مجتمع الإمارات دراسة ميدانية، مجلة شؤون اجتماعية، العدد(102)، الشارقة، 2009. ص34.
125. جعفر فارس العرجان وآخرون، مستوي الوعي الصحي ومصادر الحصول على المعلومات الصحية لدى جامعة البلقاء التطبيقية في الأردن، مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد(14)، العدد(1)، 2013. ص125.
126. تحسين أداء النظم الصحية، التقرير الخاص بالصحة في العام 2000، منظمة الصحة العامة، جنيف، 2002.
127. ماهر أبو المعاطي علي، مؤشرات تخطيطية لتطوير الخدمات الصحية بالمستشفيات العامة، المؤتمر العلمي الثاني، كلية الخدمة الاجتماعية بالفيوم، جامعة القاهرة ، 2006. ص 67.
128. سيد سلامة، الصحة والتربية الصحية، دار الفكر العربي، القاهرة، 1997. ص 39.
129. سيد فهمي، الرعاية الاجتماعية من المنظور الإسلامي، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1988. ص28.
130. عبد الرحمن العيسوي، التربية النفسية للطفل و المراهق، دار الراتب الجامعية، بيروت، 2000. ص83.
131. عبد المجيد الشاعر، علم الاجتماع الطبي، دار اليازوري العلمية، عمان ، 2010. ص72.
132. السيد محمد السايح، التنور البيئي والصحي لطلاب المدارس العليا والجامعات، عالم الكتب، القاهرة، 2009. ص96.
133. عبد المجيد الشاعر، علم الاجتماع الطبي، مصدر سابق ، 2010. ص 55.
134. جعفر فارس العرجان وآخرون، مستوي الوعي الصحي ومصادر الحصول على المعلومات الصحية لدى جامعة البلقاء التطبيقية في الأردن، مصدر سابق، ص 120.
135. علي مكوي، الأنثروبولوجيا الطبية دراسات نظرية وبحوث ميدانية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2010. ص137.
136. نادية عمر، العلاقات بين الأطباء والمرضى، مصدر سابق، 2003. ص26.
137. سليمان بومدين، التصورات الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض في الجزائر، رسالة دكتوراه غير منشورة، قسم علم اجتماع، مصدر سابق، ص92.
138. عرض موجز للخطة التنموية الوطنية 2010- 2014، وزارة التخطيط، جمهورية العراق.
139. علي عبد الرازق جليبي، نادية عمر، دراسات في الصحة والمجتمع، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1992. ص172.
140. محمود الحاج قاسم محمد، البيئة والابوة في التراث الطبي الاسلامي، دار ماشكي للطباعة والنشر، نينوى- العراق 2020. ص 69.
141. مصطفى عوض إبراهيم، التنمية والايكولوجيا والمشكلات الصحية في الأنثروبولوجيا الطبية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2005. ص76.
142. المصدر نفسه ، ص 91.
143. طارق الدريدي ، جائحة كورونا كوفيد-19- وتداعياتها على اهداف التنمية المستدامة 2020، طباعة للمنظمة العربية والثقافة والعلوم، العدد الثاني -يونيو، تونس، 2020. ص171.
144. 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. ص138.
145. هشام حسن مخلوف، السكان والصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة، جمعية الديموجرافيين المصريين، القاهرة، 2004. ص122.
146. حنان موحى علي ، تقانة النانو وانعكاساتها على الأمن الصحي دراسة اجتماعية في بغداد ، أطروحة دكتوراه غير منشورة ، قسم علم الاجتماع، كلية الآداب- جامعة بغداد ، 2020. ص 54.

147. مصطفى عوض إبراهيم، التنمية والايكولوجيا والمشكلات الصحية في الأنثروبولوجيا الطبية، مصدر سابق، ص 118.
148. طارق الدريدي ، جائحة كورونا كوفيد-19- وتداعياتها على اهداف التنمية المستدامة 2020، مصدر سابق، ص99.
149. المصدر نفسه ، ص 110.
150. 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. ص 236.
151. يوسف صلاح الدين يوسف، الآثار المترتبة على الإصابة بالأمراض المعدية في المنظور الشرعي الطبي، دار الفكر العربي ، 2008. ص 20
152. فيليب سانسونيتي، الامراض المعدية تقهر مؤلم نحو مستقبل غير آمن، ترجمة: مي فارس، المشروع القومي للترجمة، المجلس الأعلى للثقافة، القاهرة، 2005. ص 59.
153. المصدر نفسه ، ص 62.
154. زيسنكوت سي إيه ، ستون جي ، دراسة وجود التحيز الضمني في الرعاية الصحية وعواقبه والحد منه: مراجعة سردية عمليات المجموعات والعلاقات بين المجموعات ، 2016، ص 19.
155. محمود سمير محمود عثمان، ديناميات التكيف الاجتماعي لتكنولوجيا الطب الحديث: دراسة في الأنثروبولوجيا الطبية للمتضمنات الاجتماعية للتقني الاصطناعي، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم الاجتماع، كلية الآداب، جامعة القاهرة، 1991. ص 83.
156. حبش وآخرون، الدليل الاعلامي حول مواضيع الصحة الانجابية ، اشراف وزارة الصحة وصندوق الامم المتحدة للسكان.
157. سعيد عياد ، دور وسائل الاعلام المحلية في دعم الصحة الانجابية والتخطيط الديموغرافي ، بحث مقدم الى المؤتمر الفلسطيني حول أهمية التخطيط الديموغرافي في تنظيم الاسرة ومحاربة الفقر واحقاق التنمية.
158. د. أحمد محمد بدح، وآخرون ، الثقافة الصحية ، ط 3 ، دار عمان ، العبدلي ، ٢٠١٥ ، ص ١٠٣ .
159. عثمان بن محمد العربي، استخدام الشباب لوسائل الاعلام والوعي الصحي عن البدانة والتغذية والنشاط البدني :دراسة مسحية في مدينة الرياض في المجلة العربية للاعلام والاتصال، الجمعة السعودية للاعلام والاتصال ع ح أ - نوفمبر ٢٠١٤ .
160. نبراس المعموري :المرأة العراقية، الواقع وسياسات المعالجة العراق ، ط ١ ، بغداد ، ٢٠٢٣ ، ص ٤٤ .
161. أحمد ابو دنيا ، الصحة الانجابية ، مكتبة بستان المعرفة، ٢٠١١ ، ص ١٨ .
162. المجلس القومي للمرأة ، التمكين الاقتصادي طريق التقليل من الفقر، المجلس القومي للمرأة الدقهلية ، ٢٠٠٦، ص ٧٧.
163. مهنا خطاب وآخرون ، الاجهاض مضاعفاته الطبية واحكامه الشرعية ، الطبعة الأولى ، رام الله ، الشروق للنشر والتوزيع، ٢٠٠٧، ص ٧٦ .
164. ليلي الجماعي ، الزواج المبكر والانجاب في قريتين مرتين ، المجلس القومي السكاني ، ١٩٩٤، ص ١٢ .
165. عبد المعين سعد الدين هندي ، في الاصول الاجتماعية للتربية ، دار محسن للطباعة ، ١٩٩٨ ، ص ٨ .
166. حنان اسماعيل راشد، صحة المرأة الريفية بين الواقع والمأمون، المؤتمر القومي الثالث للمرأة ١٤ ١٦ مارس، ص 56.
167. مصطفى محمد متولي، اتجاهات النمو السكاني وعلاقته بالمتغيرات الاقتصادية ودورها في التخطيط للتعليم بدول الخليج العربي ، الرياض ، ١٩٩٢ ، ص ١١.

168. زينب ابو طالب ، شبكات التواصل الاجتماعي كمصدر للمعلومات الصحية لدى الجمهور السعودي: دراسة تطبيقية بمدينة الرياض في مجلة العلوم الاجتماعية - جامعة الكويت مجلد ٣٧ ، ع ح ، ٢٠٠٩ ، ص ٤٥ .
169. سمير محمود سعد الله ، اهمية التنقيف الصحي وزارة الصحة والسكان ، الادارة العامة للثقافة والاعلام الصحي ص ٢٠ .
170. الخطيب محمد ، الانثروبولوجيا الثقافية، دار الدين للنشر عمان ، الجزائر ، ٢٠٠٨ ، ص ٩٢ .
171. عبد الملك الشلهوب ، دور وسائل الاعلام في تنمية الوعي الصحي عن البدانة والتغذية والنشاط البدني : دراسة مسحية في مدينة الرياض : في المجلة العربية للاعلام والاتصال ، ع ح ١ ، نوفمبر ٢٠١٤ .
172. منال بدوي ، العوامل الاقتصادية والاجتماعية المؤثرة بالصحة الانجابية ، دار المعرفة - ٢٠٠٤ ، ص ١٠٨ .
173. المصدر نفسه ، ص ١٠٩ .
174. محمد اسحاق الخاوشقي ، التغذية وسلامة الأغذية ، مطابع الاهرام قلوب ١٩٩٥ ، ص 60.
175. الجمعية المصرية لتنظيم الاسرة، استقصاء مدى المام المرأة في . مصر بالصحة الانجابية، ملخص التقرير النهائي المركز الديمقراطي، ديسمبر ١٩٩٥م.
176. ختام تميم، العلاقة المتبادلة بين الصحة الانجابية والوضع الاقتصادي في سورية، رسالة دكتوراه غير منشورة - جامعة دمشق، 2004. ص 132.
177. علاء البكري: دراسة تحليلية للإطار القانوني للصحة الجنسية والانجابية في الضفة الغربية وقطاع غزة-القدس- 1997ص8.
178. الاسرة، تعليم الدليل للتعليم عن طريق الاقران في مجال الصحة الانجابية للمرأة، صندوق الامم المتحدة للسكان والمنطقة العالمية للصحة والاسرة والجمعية المصرية لتنظيم الاسرة ، ٢٠٠٨ .
179. حسن حمام: مستوى الثقافة الصحية لدى طالبات الصف الاول الثانوي في محافظة عمان الكبرى، ١٩٩٦ص ٧٥.
180. محمد طنطاوي: دور مناهج العلوم بمراحل التعليم العام في تحقيق مفهوم التربية والوقاية للطلاب، القاهرة ٢٠٠٠، ص75.
181. عبد الله شبر: مدى مشاركة المرأة الفلسطينية في اتخاذ القرار فيما يتعلق بالصحة الجنسية والانجابية، القدس 1997، ص ١٠٥ .
182. سناء ابو دقة ، القياس والتقويم الصفي والمفاهيم والاجراءات لتعليم غزة ، دار افاق للنشر والتوزيع ، 2001 ، ص85 .
183. ايمن مزاهرة ، التربية الصحية للطفل ، الطبعة الاولى ، عمان الاهلية للنشر والتوزيع ، ٢٠٠٧ ، ص ٨٨ .
184. احمد محمد بدح واخرون ، الثقافة الصحية، عمان ، دار المسيرة للطباعة والنشر والتوزيع، ط٢، سنة ٢٠١٩ ، ص17.
185. اليسار راضي، الصحة الانجابية والجنسية لدى المراهقين والشباب في منظمة الشروق المتوسط، ورقة عمل مقدمة الى مؤتمر برلماني افريقيا والدول العربية: عمان تم الاسترجاع بتاريخ ٢٠٢١ / ٢١ / ١٠ .
186. مها البسيوني، المدرسة والتربية الصحية مجلة الطفولة والتنمية المجلد (٢) العدد (٥) ٢٠٠٢ ، ص ٥٧٥ - 681.
187. عبد الكريم الأشي ، الصحة الانجابية والجنسية لدى المرافقين ، ط ٢ ، عمان ، ٢٠٠١ ، ص ٣٢ .
188. نادية عمر السيد ، علم الاجتماع الطبي ، المفهوم والمجالات ، ط ع ، دار المعارف ، مصر ١٩٩٦ ، ص ٢٦٣ .

189. المصدر نفسه ، ص ٢٦٥ .
190. يعقوب يوسف الكندري، الثقافة والصحة والمرض ، رؤية جديدة في الانثروبولوجيا المعاصرة ، مجلس النشر العلمي ، جامعة الكويت ، ٢٠٠٣، ص ٣٦ .
191. المصدر نفسه، ص ٣٨.
192. محمد الجوهري، الانثروبولوجيا، أنس نظرية وتطبيقات علمية، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، ١٩٩٠. ص 250.
193. نادية عمر السيد، مصدر سابق، ص ٢٦٦.
194. فاروق العادلي سعد جمعة ، الانثروبولوجيا مدخل اجتماعي وثقافي ، الطبعة الثانية ، ٢٠٠٠ ، ص ٢٧٤ (٣) المصدر نفسه ، ص 375
195. عبد الناصر جندلي ، تقنيات ومناهج البحث في العلوم السياسية والاجتماعية ، ديوان المطبوعات الجامعية ، الجزائر ٢٠٠٥ ، ص ٢١٢ .
196. المصدر نفسه، ص ٢١٤ .
197. محمد الجوهري ، مصدر سابق، ص 253.
198. سميرة اومغار، وآخرون، تأثير العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية لدى عينة من نساء مدينة مراكش بمجلة الغذاء والتغذية ، البحرين ٢٠١٠.
199. قذافي الشيخ علي وآخرون، علم الاجتماع الطبي، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع، عمان، الأردن 2008، ص ١٢٨ .
200. المصدر نفسه، ص ١٤١ .
201. فاروق العادلي سعد جمعة ، مصدر سابق، ص ٣٧٦ .
202. اسمهان طاهر الاهل العوامل الاجتماعية والغذائية المرتبطة بالسمنة عند النساء في جدة السعودية في الوطن العربي الواقع والمأمول وقائع المؤتمر الثالث للسمنة والنشاط البشري (١٩ - ٢١) .
203. احمد سمير أبو دنيا ، الصحة الانجابية ، مكتبة سبتان المعرفة - ٢٠١١، ص ٨ .
204. احمد سمير ابو دنيا ، مصدر نفسه ، ص 10.
205. عوض الله صالح ، رأي الدين الاسلامي في تنظيم الأسرة ، مطبعة التمدن ، الخرطوم - ١٩٩٦ ، ص ٤٥ .
206. المصدر نفسه، ص ٤٦ .
207. عوض الله صالح ، المصدر السابق، ص ٤٧ .
208. ليلي حسن بدر ، اصول التربية الصحيحة العامة ، ط ٣، ١٩٩٨ ، ص ٥ .
209. المصدر نفسه، ص ٨ .
210. منظمة الصحة الانجابية التي وافقت عليه منظمة الأمم المتحدة في مؤتمر السكان والتنمية ، القاهرة - ١٩٩٤ .
211. سورة الروم، الآية (٢١).
212. صندوق الأمم المتحدة ، مصدر سابق ، ص ٢٠.
213. علاء البكري ، مصدر سابق، ص ٤٨ .
214. اسماعيل نعيم عبد الجليل ، مصدر سابق، ص ٥٤ .
215. علاء البكري ، الصحة الجنسية والانجابية في الضفة الغربية قطاع غزة - القدس - ١٩٩٨ ، ص ٠٨ .
216. المصدر نفسه، ص ١٠ .
217. ناصر حسن ، الصحة التناسلية النسائية المفهوم العلاج ، دار ابن النفيس للطباعة ، ط 2، دمشق ، 2002 ، ص 17.
218. عبد الله منير ، مدى مشاركة المرأة الفلسطينية في اتخاذ القرار فيما يتعلق بالصحة الجنسية والانجابية ، ط 1، القدس 1998، ص 48.
219. ممدوح فتحي عبد الصبور، نقل التكنولوجيا إلى الدول النامية، مجلة أسبوط للدراسات البيئية، مركز الدراسات والبحوث البيئية، العدد (30) ، جامعة أسبوط ، يناير 2006 . ص 174.

220. مفيد احمد امين واخرون، مناهج البحث الاجتماعي ، جامعه القدس المفتوحة ، عمان ، الاردن ، 2012، ص17.
221. عبد الرحمن سيد سلمان ، مناهج البحث ، عالم الكتب ، القاهرة ، 2014، ص131.
222. رحيم يونس كرو العزاوي ، مقدمه في منهج البحث الاجتماعي ، دار دجلة ، الاردن ، عمان ، 2008، ص97.
223. عبود عبد الله العسكري ، منهجية البحث العلمي في العلوم الانسانية ، ط2، دار النمر ، سوريا ، دمشق ، 2004، ص11.
224. عبد الرحمن سيد سلمان ، مصدر سابق .
225. محمد عبد الحميد ، تحليل المحتوى في بحوث الاعلام ، لبنان ، بيروت ، دار مكتبة الهلال ، 2009 ، ص45-46.
226. ابراهيم ابراش (المنهج العلمي وتطبيقاته في العلوم الاجتماعية ، دار الشروق للنشر والتوزيع ، عمان ، 2008، ص152.
227. علي معمر عبد المؤمن ، مناهج البحث العلمي في العلوم الاجتماعية ، جامعه 7 أكتوبر للنشر ، ليبيا ، 2008،
228. معن خليل عمر ، البحث الاجتماعي ، القواعد، المنهج ، المجالات ، المكتب الجامعي الحديث ، الاسكندرية ، مصر ، 2008 ، ص127.
229. ابراهيم ابراش، مصدر سابق ، ص23.
230. هيفاء بنت عبد الرحمن بن شلهوب ، طرق البحث في الخدمة الاجتماعية، مكتبة الملك فهد الوطنية ، الرياض ، 2015، ص142.
231. موريس انجرس ، ترجمه ، ابو زيد صحراوي واخرون ، منهجية البحث العلمي في العلوم الانسانية ، دار القصبة ، الجزائر ، ط2، 2006، ص62.
232. عثمان محمد غنيم وربحي مصطفى عليان ، أساليب البحث العلمي ، دار صفاء ، عمان ، ط2 ، 2008، ص52.
233. كايد عبد الحق وذوقان عبيدات عبد الرحمن ، البحث العلمي مفهومه وادواته وأساليبه ، دار الفكر للنشر ، عمان ، 2001، ص94.

1. LaRocque R, et al. Causes of infectious diarrhea and other foodborne illnesses in resource foodborne illnesses in resource rich settings <https://www.uptodate.com/contents/search>. Accessed May 29, 2019.
2. Elsevier2017. <https://www.clinicalkey.com> <https://www.clinicalkey.com>. Accessed May 29, 2019.
3. diseases and tropical medicine. In Kumar and Clark's Clinical Medicine. 11th ed Philadelphia Pa.
4. Kumar P, et al., eds. Infectious
5. Clean hands count for safe health care. Centers for Disease Control and Prevention <https://www.cdc.gov/features/handhygiene/index.html>. Accessed May 29, 2019.
6. Jameson JL, et al., eds. Approach to the patient with an infectious disease. In: Harrison's Principles of Internal Medicine. 20th ed. New York, N.Y.: The McGraw-Hill Companies 2018 <https://accessmedicine.mhmedical.com>. Accessed May 29, 2019.
7. <https://www.idsociety.org/public-health/facts-about-id/>. Accessed May 29, 2019.
8. Facts about infectious disease Infectious Disease Society of America.
9. 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. 28.
10. Carnea GA Globalization and health: outcomes and options Bulletin of the World Health Organization, 2001-.77.
11. 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, 1994.76.

12. Marion Broome, Children And Families In Health And Illness, Say Publications Inc, U.S.A, 1998.215.
13. Shainaz M., Tal Aat, Communication Process & Effects, The Anglo Egyptian Book Ship, 1993.83.
14. Padma, T and Morty G.s, Inbreeding of the 8th international Congress of Human Genetics(abstracts) “ In the American Journal of Human Genetics vol49,no4 1991.129.
15. Dyksterhuis, commotions encyclopedias, division of encyclopedia Britannica, volume 7, the university of Chicago press ,Chicago ,1986.52.
16. Edward A. Mckinney, Health Planning In Richard L. Edwards, Ed In Chief Encyclopedia Of Social Work, 19th Ed, USA, Nasw Press, 1995.122.
17. White,k.,An introduction to the sociology of Health and Illness London: Sage 2002,p.106.
18. Sociology: Lecture Notes For Health Zerihuoda,M.A.Introduction to.Science Students, Debub University, June 2005. p 22.
19. MarK .Beeman. A Sociological Interpretation of Aminata Sow Fall's The Beggars Strike.Contributions in Black Studies. Vol.9.1992. Art. 12. p.p 163-164. .
20. Krause. Mikkelsen. The Food trust. The kindergarten. thealthystart toahealthy life 2007.
21. Textor,Martin,kindrgarten,why Children need to play in School Alliance for Childhood,2012.
22. Helga Bjornøy (2017), Child Health and the Care of Very Young Children in Bolivia, Colombia, and Peru.
23. Barbara,D,et al. The impact of childhood disability on family life, published Joseph
24. science for Health 1-Graham And other society Health An Introduction to social professionals, Rouutledge, London, 1996.p73.

25. Sekaran Uma, (1984), Research Methods for Managers: A Skill Building Approach, Wiley.
26. 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, 2000.58.
27. Barrett R., Kuzawa C.W., McDade T., Armelagos G.J., Emerging and re.
28. emerging infectious diseases: the third epidemiologic transition Annual Review of Anthropology, 1998.94.
29. Bhatnagar S, Schaware R. Information and Communication Technologies in Development: Cases from India. New Delhi, Sage Publications, 2000-84.

الملاحق

ملحق (1)

استمارة الاستبيان المقدمة إلى الخبراء

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

جامعة القادسية كلية الآداب

قسم علم الاجتماع

الدراسات العليا/ الماجستير

م/ استطلاع آراء السادة الخبراء (المحكمين) بمدى صلاحية فقرات الاستبانة (بصورتها الأولية)

حضرة الاساتذة الاجلاء ... تحية واحترام...

تروم الباحثة استكمال استمارة الاستبيان الخاصة بدراسة رسالة الماجستير الموسومة (دور المجتمع المحلي في توفير الرعاية الصحية للأطفال: دراسة ميدانية في مدينة الديوانية)، وقد صممت الباحثة هذه الاستمارة لمعرفة العديد من القضايا التي لها صلة بموضوع الدراسة. تسعى هذه الدراسة للتعرف على دور المجتمع المحلي في توفير الرعاية الصحية للأطفال والذي يمكن أن يكون أداة فاعلة في توفير الرعاية الصحية للأطفال التي توفرت في بلدان معينة إلى دول أخرى؟ وما مدى القدرة على التدخل في أي مرحلة من مراحل تفاقم المشكلة للحد من انتشار الامراض وسبل مواجهتها؟ وما مقدار المتوفر من تقنيات واجهزة تكنولوجية طبية جديدة في مواجهة مشكلة الامراض 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 صح (√) امام الفقرة الصالحة وعلامة خطأ (x) امام الفقرة غير الصالحة مع ذكر التعديل ان وجد .

ولكم مني فائق التقدير والاحترام.....

الباحثة

بركات كريم هاشم

المشرفة

ا.م. د شذى نجاح بلاش

اولاً: البيانات الاولية

1. العمر:

أقل من 18 سنة ☐ من 18 إلى 30 سنة ☐ من 31 إلى 45 سنة ☐ من 46 إلى 60 سنة ☐
☐ أكثر من 60 سنة ☐

2. الجنس:

ذكر ☐ أنثى ☐

3. المستوى التعليمي :

يقرأ ويكتب ☐ ابتدائي ☐ متوسط ☐ إعدادي/ثانوي ☐ جامعي ☐
دراسات عليا ☐

4. المهنة:

كاسب ☐ ربه منزل ☐ موظف حكومي ☐ موظف اهلي ☐ خاص ☐
متقاعد ☐ عاطل عن العمل ☐

5. هل أنت أحد الوالدين أم وصي على الطفل؟ اب ☐ ام ☐ وصي قانوني (جد ☐ / جدة ☐ / أخ ☐
(

ثانياً: تقييم واقع الرعاية الصحية للأطفال في المجتمع المحلي

6. ما هي أبرز الخدمات الصحية المتوفرة في منطقتك؟ (يمكن اختيار أكثر من خيار)

☐ عيادات صحية مجانية أو مدعومة ☐ حملات تطعيم وتغذية للأطفال ☐ خدمات صحة
نفسية ☐ لا توجد خدمات كافية

7. برأيك، ما مدى أهمية دور المجتمع المحلي في تحسين صحة الأطفال؟

☐ دور أساسي ☐ دور محدود ☐ لا يوجد دور واضح

8. ما مدى سهولة حصول الأطفال على الرعاية الصحية في منطقتك؟

☐ سهلة جداً ☐ متوسطة ☐ صعبة

9. ما أبرز المعوقات التي تواجه الأسر في توفير الرعاية الصحية للأطفال؟

(يمكن اختيار أكثر من خيار)

☐ التكاليف المالية المرتفعة ☐ نقص الوعي الصحي لدى الأهالي ☐ صعوبة الوصول إلى

المرافق الصحية ☐ عدم توفر أطباء متخصصين ☐ ضعف البنية التحتية الصحية

10. هل سبق أن شاركت في مبادرات أو نشاطات مجتمعية لدعم صحة الأطفال؟ نعم ☐ لا ☐

11. ما أبرز المشكلات الصحية التي يعاني منها الأطفال في مجتمعك؟

☐ سوء التغذية ☐ الأمراض المزمنة (مثل الربو، السكري). ☐ الأمراض المعدية (مثل

الحصبة، الإسهال...) ☐ أخرى

12. كيف يمكن للمجتمع المحلي أن يساهم في تحسين صحة الأطفال؟ (يمكن اختيار أكثر من

خيار)

☐ التوعية عبر حملات صحية ☐ تقديم المساعدات المادية ☐ التطوع في النشاطات الصحية

☐ الدعم النفسي للأسرة ☐ أخرى

13. هل هناك تنسيق بين المجتمع المحلي والمؤسسات الصحية نعم ☐ لا ☐

14. ما مدى رضاك عن جهود المجتمع في دعم صحة الأطفال؟

☐ راضٍ تماماً ☐ راضٍ إلى حد ما ☐ محايد ☐ غير راضٍ

15. هل ترى أن وسائل الإعلام تساهم في تعزيز الوعي الصحي والبيئي للأطفال؟ نعم ☐ لا ☐

16. هل تعتقد أن رجال الدين يمكن أن يكون لهم دور في نشر الوعي الصحي؟ نعم ☐ لا ☐

17. مدى موافقتك على العبارات التالية ؟

أ. المجتمع المحلي بحاجة إلى زيادة جهوده لدعم صحة الأطفال ☐ أتفق بشدة ☐ أتفق

☐ محايد ☐ لا اتفق ☐ لا اتفق بشدة

ب. يوجد نقص في التثقيف الصحي للأهالي بشأن رعاية الأطفال ☐ أوافق بشدة ☐

☐ أوافق ☐ لا أوافق

ثالثاً محور الخدمات الصحية المتوفرة

18. هل توجد مراكز صحية قريبة من منطقتك؟ نعم () لا ()
19. هل هذه المراكز تقدم خدمات مخصصة للأطفال؟ نعم () لا ()
20. هل تتوفر اللقاحات الأساسية للأطفال بشكل منتظم؟ نعم () لا ()
21. هل توفر المراكز الصحية خدمات طوارئ للأطفال؟ نعم () لا ()
22. هل هناك عيادات متنقلة تزور منطقتكم؟ نعم () لا ()
- إذا كانت الاجابة بنعم فما هي طبيعة الخدمات التي اقدمها العيادات المتنقلة لكم ؟
- ☐ الفحوصات الطبية العامة للأطفال ☐ التطعيمات واللقاحات ☐ الفحوصات المخبرية (دم، بول، ... إلخ) ☐ خدمات التشخيص الصحي والتوعية ☐ علاج الأمراض البسيطة والمزمنة ☐ توزيع الأدوية الأساسية ☐ خدمات الصحة النفسية ☐ متابعة الحمل والأمهات المرضعات ☐
- أخرى
23. هل تتوفر خدمات صحة نفسية للأطفال؟ نعم () لا ()
24. هل يوجد أطباء أطفال متخصصون في منطقتك؟ نعم () لا ()
25. هل تقدم المراكز الصحية برامج توعية حول صحة الأطفال؟ نعم () لا ()
26. هل يتم متابعة النمو والتغذية للأطفال في المراكز الصحية؟ نعم () لا ()
27. ما مدى رضاك عن كفاءة الكادر الطبي المحلي في التعامل مع الأطفال؟
- ☐ ممتازة ☐ جيدة جداً ☐ جيدة ☐ متوسطة ☐ ضعيفة

رابعاً: محور الوعي الصحي المجتمعي

28. هل تعتقد أن المجتمع المحلي يدرك أهمية الرعاية الصحية للأطفال؟ نعم () لا ()
- إذا كانت الإجابة (نعم)، فما هي أبرز جوانب الرعاية الصحية التي يدركها المجتمع المحلي؟ (يمكن اختيار أكثر من خيار):
- أ. التطعيمات الأساسية لحماية الأطفال من الأمراض ☐
- ب. أهمية التغذية السليمة والمتوازنة ☐
- ت. متابعة الحالة النفسية والسلوكية للطفل ☐

- ث. النظافة الشخصية والبيئة الصحية ☐
- ج. الرعاية الطبية عند المرض فقط (الرعاية التفاعلية دون وقائية) ☐
- ح. الوقاية من الأمراض المعدية في المدارس والمجتمع ☐
- خ. أخرى ☐
29. هل توجد حملات توعية منتظمة في المجتمع حول صحة الأطفال؟ نعم () لا ()
30. هل هناك اهتمام من الأهالي بمراجعة المراكز الصحية لأطفالهم؟ نعم () لا ()
31. هل يستخدم الأهالي الطب الشعبي بدلاً عن الرعاية الصحية الحديثة؟ نعم () لا ()
- إذا كانت الإجابة (نعم)، فما هي أبرز الأمراض أو الحالات التي تُعالج بالطب الشعبي؟ (يمكن اختيار أكثر من خيار)
- أ. آلام البطن والمغص عند الأطفال - مثل استخدام الأعشاب ك (اليانسون أو الحلبة) . ☐
- ب. الحمى - استخدام كمادات طبيعية أو مشروبات عشبية ☐
- ت. الإسهال - خلطات شعبية ☐
- ث. التهابات الجلد أو الجروح - بعض المراهم التقليدية أو الزيوت ☐
- ج. الكسور أو الرضوض - رباطات شعبية والحجامة ☐
- ح. الصرع أو الحالات النفسية - اللجوء إلى الرقاة أو الشيوخ ☐
- خ. مشاكل النوم أو القلق عند الأطفال ☐
- د. الطيرة أو الاعتقاد بالعين والحسد - رقية شرعية أو بخور تقليدي ☐
32. هل يتم الاهتمام بصحة الطفل النفسية كما يتم الاهتمام بصحته الجسدية؟ نعم () لا ()
33. هل توجد مبادرات فردية للتوعية الصحية في منطقتك؟ نعم () لا ()
- إذا كانت الإجابة (نعم)، فما هي أبرز المبادرات الفردية؟ (يمكن اختيار أكثر من خيار):
- أ. ☐ نشر معلومات صحية عبر وسائل التواصل الاجتماعي
- ب. ☐ تنظيم جلسات توعوية منزلية أو في الحي
- ت. ☐ توزيع منشورات أو مطبوعات توعية
- ث. ☐ دعم عوائل الأطفال المرضى مادياً أو لوجستياً
- ج. ☐ التطوع مع الفرق الصحية في الحملات التثقيفية
- ح. ☐ التنسيق مع المدارس لتقديم محاضرات صحية

خ. ☐ المساهمة في توفير الأدوية أو العلاج لبعض الأطفال

د. ☐ أخرى

34. هل تؤثر العادات الاجتماعية في طلب الرعاية الصحية للأطفال؟ نعم () لا ()

35. هل يوجد تفاوت في وعي الأسر حسب المستوى التعليمي؟ نعم () لا ()

خامسا: محور المعوقات

36. هل تواجه صعوبة في الوصول إلى المراكز الصحية بسبب بُعد المسافة؟ نعم () لا ()

37. هل تعاني من ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية للأطفال؟ نعم () لا ()

38. هل يوجد نقص في الأدوية الضرورية للأطفال؟ نعم () لا ()

39. هل تعاني المراكز الصحية من نقص في الكوادر المؤهلة؟ نعم () لا ()

40. هل البنية التحتية الصحية في منطقتك متهاكة؟ نعم () لا ()

41. هل تقتصر المراكز الصحية إلى معدات تشخيصية للأطفال؟ نعم () لا ()

42. هل يتأخر الأهالي في طلب الرعاية الطبية لأطفالهم لأسباب ثقافية أو مالية؟ نعم () لا ()

()

43. هل تعتقد أن هناك تمييزاً في تقديم الخدمات للأطفال حسب الفئات الاجتماعية؟ نعم () لا ()

()

44. هل يوجد نقص في الخدمات الموجهة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة؟ نعم () لا ()

سادسا: محور دور المجتمع المحلي

45. هل يشارك المجتمع المحلي في دعم المؤسسات الصحية مادياً أو لوجستياً؟

أ. لتبرع بالمال لصالح إنشاء أو تطوير المراكز الصحية ☐

ب. تمويل حملات تطعيم أو علاج مجانية للأطفال ☐

ت. شراء أجهزة طبية أو مستلزمات صحية لمراكز الرعاية ☐

ث. توفير مساعدات مالية مباشرة للعوائل المحتاجة للعلاج ☐

- ج. دعم الفحوصات الطبية المجانية عبر مساهمات من رجال الأعمال أو المنظمات المحلية ☐
- ح. تبني كفالة علاج حالات مرضية نادرة أو مزمنة عند الأطفال ☐
46. هل توجد منظمات مجتمع مدني تعمل على تحسين صحة الأطفال؟ نعم () لا ()
- إذا كانت الاجابة بنعم فما هي هذه المنظمات ؟
- أ. منظمة الهلال الأحمر العراقي ☐
- ب. منظمة إنقاذ الطفل ☐
- ت. جمعية الأمل العراقية ☐
- ث. منظمة نهر الفرات الإنسانية ☐
- ج. منظمة اليونيسف ☐
- ح. منظمات محلية ناشئة أو أهلية ☐
47. هل هناك تنسيق فعال بين المجتمع المحلي والدوائر الصحية؟ نعم () لا ()
48. هل تشارك المدارس في حملات التوعية الصحية؟ نعم () لا ()
49. هل يُنظم المجتمع المحلي حملات تطعيم بالتعاون مع الصحة؟ نعم () لا ()
- إذا كانت الاجابة بنعم فما هي طبيعة هذه الحملات (يمكن الاجابة بأكثر من خيار واحد)
- أ. توعية الأسر بموعد وأهمية التطعيم عبر المساجد أو المدارس أو وسائل التواصل ☐
- ب. تنظيم فرق ميدانية للتنقل إلى المناطق البعيدة أو الريفية ☐
- ت. تهيئة مراكز التطعيم المؤقتة في المدارس أو المجالس المحلية ☐
- ث. توفير متطوعين من المجتمع المحلي لمساعدة الفرق الصحية ☐
- ج. تنظيم ندوات أو ورش توعية صحية للأمهات حول التطعيم والأمراض المستهدفة ☐
- ح. مساهمة الفرق التطوعية أو الدينية في نشر الوعي والدعوة للمشاركة ☐
- خ. التنسيق مع المؤسسات الدينية أو العشائرية لتسهيل الوصول إلى الفئات المستهدفة ☐
- د. توفير وسائل نقل أو دعم لوجستي مؤقت للفرق الصحية ☐
50. هل هناك جهود تطوعية من الشباب لدعم الرعاية الصحية للأطفال؟ نعم () لا ()
51. هل يتدخل وجهاء المناطق أو رجال الدين في التوعية الصحية؟ نعم () لا ()
52. هل تقدم الجمعيات الخيرية مساعدات طبية أو دوائية للأطفال؟ نعم () لا ()

53. هل يشجع المجتمع المحلي السلوكيات الصحية مثل النظافة والتغذية السليمة؟ نعم () لا ()

54. هل يساهم الإعلام المحلي (إذاعات، صفحات فيسبوك) في رفع الوعي الصحي؟ نعم () لا ()

سابعاً: محور الآراء والمقترحات

55. هل ترى أن دعم المجتمع المحلي كافٍ لتحسين الرعاية الصحية للأطفال؟ نعم () لا ()

إذا كانت الإجابة ب نعم - فما هي افضل طريقة لدعم الرعاية الصحية للأطفال

56. ما أكثر طريقة فعالة لدعم صحة الأطفال برأيك؟

أ. الدعم المالي ☐

ب. التوعية المجتمعية ☐

ت. التعاون بين القطاعات ☐

ث. أخرى ☐

57. هل ترى أن مشاركة المجتمع ضرورية لتطوير النظام الصحي؟ نعم () لا ()

58. هل توافق على ضرورة إشراك الأهالي في التخطيط الصحي؟ () لا ()

59. ما تقييمك العام للرعاية الصحية للأطفال في منطقتك؟

ممتازة ☐ جيد ☐ متوسطة ☐ ضعيفة ☐

60. ما اقتراحك لتحسين الرعاية الصحية للأطفال في مجتمعك؟ (يمكن الإجابة على أكثر من خيار

واحد)

أ. زيادة عدد المراكز الصحية المتخصصة بالأطفال في الأحياء السكنية ☐ .

ب. توفير أطباء أطفال دائمين في المراكز الصحية الحكومية ☐ .

ت. تنظيم ورش عمل توعوية للأهالي حول الرعاية الصحية والتغذية السليمة ☐ .

ث. توفير اللقاحات والعلاجات الأساسية مجاناً أو بأسعار رمزية ☐ .

ج. التعاون بين المؤسسات الصحية والمدارس في إجراء فحوصات دورية للأطفال ☐ .

ح. إشراك منظمات المجتمع المدني في تمويل برامج الصحة المجتمعية ☐ .

خ. إنشاء صندوق دعم صحي للأسر ذات الدخل المحدود ☐ .

- ## ملحق (2)

[illegible]

Summary

Child health care is considered one of the most important bases of human development as it provides the basis to deliver a healthy generation capable to participate effectively in society. In light of the significant importance of the role played by the local community in supporting health services, the purpose of this study was to evaluate the local community role in the provision of healthcare for children in the city of Al-Diwaniyah while examining the supporting and hindering factors to this role. A descriptive-analytical study design was utilized by distributing a questionnaire to a sample of parents, healthcare workers and representatives of civil society organizations, along with conducting key in-depth interviews to provide a qualitative measure to the quantitative findings.

The data was analyzed using appropriate statistical data analyses. The findings of the study indicated that the local community role in child health care ranked between moderate and weak, but with some positive aspects including health awareness campaigns, voluntary community activities, and to a limited extent, some involvement of civil society organizations. Conversely, the major barriers included insufficient program funding, lack of coordination among the relevant stakeholders, and limited expertise of community stakeholders in the health sector. Finally, the survey of the local community indicated that any community stakeholder was a potential resource for children's health care.

The study concluded that the local community can become an important resource in the local child health system, with the right environmental and resource support. The study recommended, therefore, strengthening partnerships between health systems and community-based organizations, strengthening health education programs, developing adaptive sustainable funding mechanisms, and empowering and exploring educating volunteers in the area of child health.

**Republic of Iraq / Ministry of Higher Education
and Scientific Research.**

Al-Qadisiyah University/ College of Arts.

Department of Sociology.



The role of the local community in providing health care for children: a case study of the popular neighborhoods in the city of Diwaniyah

A thesis submitted by

Barakat Karim Hashim

To the Council of College of Arts/ University of Al-Qadisyah in
partial Fulfillment of the Requirement for the Degree Master of
Arts in Sociology

Supervised by

Assistant Prof.. Shatha Najah Balash

2025 A.D.

1447 A.H.