



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

الصحة الأسرية بين المخاطر الطبية والتهديدات الجنائية دراسة سوسيولوجية ميدانية في محافظة الديوانية

رسالة تقدّمت بها الطالبة

زينب رزاق جواد

إلى مجلس كلية الآداب / جامعة القادسية، وهي جزء من متطلبات

نيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع

إشراف

أ.م. د شذى نجاح بلاش

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿وَإِذَا مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِينِ﴾

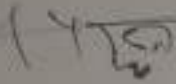
صَلَّى
الْعَظِيمُ

سورة البقرة، الآية (١٥٥)



إقرار المشرف

أشهد أن إعداد هذه الرسالة الموسومة (الصحة الأسرية بين المخاطر الطبية والتهديدات الجتائية دراسة سوسيوولوجية ميدانية في محافظة الديوانية) والمفئة من قبل الطالب (زينب رزاق جواد) قد جرى تحت إشرافي في جامعة القانسية كلية الآداب، وهي جزء من متطلبات نيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع، وأوصي بمناقشتها.



التوقيع:

المشرف: أ.م. د. شذى نجاح بلاء

التاريخ: ٢٠٢٦ / /

إقرار رئيس القسم

بناءً على التوصيات المتوافرة لدي، أشرح هذه الرسالة للمناقشة.



التوقيع:

أ.د. مؤيد فاهم محسن

رئيس قسم علم الاجتماع

التاريخ: ٢٠٢٦ / /

إقرار الخبير اللغوي

أشهد أن هذه الرسالة الموسومة (الصحة الأمرية بين المخاطر الطبية والتهديدات الجنائية دراسة
سوسبولوجية ميدانية في محافظة الديوانية) والمنظمة من قبل الطالبة (زينب رزاق جواد) في جامعة
الفراتية كلية الآداب قسم علم الاجتماع، قد تمت مراجعتها من الناحية اللغوية وتصحيح ما ورد فيها من
أخطاء لغوية وتعبيرية، وذلك أصبحت الرسالة مؤهلة للمناقشة.

التوقيع:

الاسم: د. صلاح حسين جبار

التاريخ: ٢٠٢٦ / ١ /

إقرار الخبير العلمي

أشهد إن هذه الرسالة الموسومة (الصحة الأسرية بين المخاطر الطبية والتهديدات الجنائية دراسة
سوسيولوجية ميدانية في محافظة الديوانية) والمقدمة من قبل الطالبة (زينب رزاق جواد) في جامعة
القادسية كلية الآداب قسم علم الاجتماع، قومتها علميا وهي مؤهلة للمناقشة.

التوقيع:

الاسم:

التاريخ: / / ٢٠٢٦

إقرار الخبر العلمي

أشهد إن هذه الرسالة الموسومة (الصحة الأسرية بين المخاطر الطبية والتهديدات الجنائية دراسة
سوسيولوجية ميدانية في محافظة الديوانية) والمقدمة من قبل الطالبة (زينب رزاق جواد) في جامعة
القادسية كلية الآداب قسم علم الاجتماع، قومتها علميا وهي مؤهلة للمناقشة.

التوقيع:

الاسم:

التاريخ: / / ٢٠٢٦

القرار لجنة مناقشة رسالة الماجستير



جامعة القادسية / كلية
الدراسات العليا

لقد اتت اعضاء لجنة مناقشة طالب الماجستير: زينة رزاق جواد

فم: علم الآ جنيح اطلعنا على التصحيحات والتعديلات التي تم اعدادها من

قبل الطالب والتي تم الفرارها في المناقشة من قبلنا فهي جديرة بدرجة م.م.د. م.م.د. م.م.د. في

علم الآ جنيح وعليه وقعنا.

اعضاء لجنة المناقشة:

ت	الاسم	اللقب العلمي	التوقيع	الصفة
1	لها الب عبد الرضا كيطان	أ.د.		رئيسا
2	هزلة جواد حفيظ	أ.م.د.		عضوا
3	لقاد عبد القادر ميسر	أ.م.د.		عضوا
4	شذى بياض بياض	أ.م.د.		عضوا ومشرفا

بصافق مجلس كلية الآداب / جامعة القادسية على قرار اللجنة

أ.د. نبيل عمران موسى

العمر

٢٠٢٦ / ١ / ١١

الإهداء

- إلى أرواح طاهرة صعدت إلى بارئها وبقيت حية في الوجدان ..
- إلى روح أختي الحبيبة رواء، التي غادرتنا سريعاً وتركت خلفها شوقاً لا ينتهي .
- وإلى روح عمي العزيز (والد زوجي)، صاحب السيرة الطيبة والقلب النقي .
- أهديكم هذا العمل، سائلاً المولى أن يجعله صدقة جارية ترفع درجاتكم في الجنة .



شكر وامتنان

الحمد والشكر لله رب العالمين خالق الأكوان ورازقها، مالك الملك، الذي منّ على الإنسان بالعقل والفكر ووهبه القدرة على السعي والمعرفة، وجعل العلم طريقاً للخير والعمل سبيلاً للارتقاء له الشكر على توفيقه وهدايه، وفضله الذي مكنني من إتمام هذه الدراسة، ثم الصلاة وأتم التسليم على نبي الرحمة محمد وعلى آل بيته الطيبين الطاهرين، الذين بينوا للإنسانية سبيل الحكمة والحق والعدل.

أتقدم بخالص الشكر وكثير الامتنان إلى الدكتورة (شذى نجاح بلاش) على تفضلها بالإشراف على رسالتي، وبذل الوقت والجهد وكان لهذا الفضل الأثر الأكبر في متابعة الرسالة وإتمام هذا العمل فهي لم تكن مشرفناً فقط إنما كانت صديقتاً واختاً وموجهاً وناصحاً في كل الأمور ووجودها ذلل الكثير من الصعاب فلها مني كلّ التقدير والوفاء والامتنان، مع الاعتراف الدائم بالجميل.

كما أود أن أتوجه بالشكر الجزيل إلى عمادة كلية الآداب بجميع موظفيها والشكر موصول إلى السيد رئيس قسم علم الاجتماع وأساتذة القسم الأفاضل الذين لم يبخلوا عليّ بتوجيه أو عون وأفادوني من خبراتهم العلمية الفذة وأشكر عينة الدراسة من (الاطباء والصيدالة) التي لولاها ما خرجت بنتائج . كما أتقدم بخالص الشكر والتقدير إلى الأساتذة الخبراء والمحكمين على ما بذلوه من جهد علمي كريم في تقويم هذه الرسالة، وما قدموه من ملاحظات قيمة أسهمت في رفع مستواها العلمي.

وأتشرف بتقديم الشكر والامتنان إلى السادة أعضاء لجنة المناقشة الموقرين لقبولهم مناقشة هذه الرسالة، وتفضلهم بتخصيص وقتهم وجهدهم العلمي لتقويمها وإغنائها بملاحظاتهم الرصينة .

"بفيض من الحب والامتنان، أتقدم بالشكر لعائلتي الكريمة التي كانت وما زالت ملاذي الأول.. شكراً لأمي الحبيبة نبع العطاء والرحمة، وشكراً لزوجي ورفيق دربي الذي كان عمادي وسندي، وحمل عني الأعباء مادياً ومعنوياً، وبث فيّ روح الإصرار لأصل إلى هذا اليوم، ولأولادي قرّة عيني الذين تحملوا غيابي وانشغالي. وشكر خاص من أعماق القلب لصديقتي الغالية ورفيقة الروح 'نور عباس' لصدق ودادها ونبل مواقفها. أسأل الله أن يتقبل منكم جميعاً ويحفظكم لي". واخيراً لا يفوتني أن أشكر كل من رافقني في هذه الرحلة العلمية تشجيعاً وسؤالاً ودعاء.

المستخلص

تتبع أهمية دراسة الصحة الأسرية بين المخاطر الطبية والتهديدات الجنائية من كون الأسرة تمثل النواة الأساسية في بناء المجتمع، إذ إن أي خلل صحي أو أمني تتعرض له الأسرة ينعكس بصورة مباشرة على استقرار المجتمع وتماسكه، وهدفت الدراسة الحالية الى التعرف على طبيعة المخاطر الطبية التي تواجه الأسر، والكشف عن مصادر المعلومات الطبية التي يعتمد عليها المرضى وأسرهم وتأثيرها في الصحة النفسية الأسرية، مع بيان أثر الأخطاء الطبية والصيدلانية في الاستقرار النفسي والاجتماعي للأسرة، وسعت الى تحديد أشكال التهديدات الجنائية الناتجة عن المخاطر الطبية الموجهة ضد الأطباء والصيادلة، فضلاً عن تحليل العلاقة بين مستوى الوعي الصحي الأسري واحتمالية حدوث نزاعات أو شكاوى جنائية.

وتعد هذه الدراسة من الدراسات الوصفية التحليلية حيث اعتمدت جمع البيانات من المجتمع المراد دراسته من خلال عينة عشوائية بلغت (٣٤٤) مبحوثاً من الأطباء والصيادلة العاملين في المستشفيات الحكومية والأهلية والمراكز الصحية في محافظة الديوانية، وقد تم وصف الدراسة من خلال مجموعة من الوسائل الإحصائية وبالاعتماد على منهج المسح الميداني، والاستبيان كأداة لجمع البيانات والمقابلة، وكان المجال المكاني للدراسة في محافظة الديوانية.

وقد خلصت الدراسة إلى جملة من الاستنتاجات من أبرزها:

١. تشير النتائج إلى وجود تأهيل نسبي لدى الكوادر الصحية في التعامل مع العنف الأسري، إلا أن هذا التأهيل لا يقابله دعم مؤسسي كافٍ، مما يحدّ من فاعلية تدخلهم في معالجة الحالات بشكل متكامل.
٢. يعاني النظام الصحي الحكومي من ضعف واضح في الخدمات، الأمر الذي يدفع الأسر إلى اللجوء للقطاع الخاص، مما يفاقم الأعباء الاقتصادية ويؤثر سلباً على مستوى الصحة العامة في المجتمع.
٣. يُعد ضعف الوعي الصحي والتوعية من أبرز العوامل المؤدية إلى تفاقم المشكلات الصحية الأسرية، حيث يرتبط ذلك بانتشار ممارسات خاطئة مثل سوء استخدام الأدوية والإهمال الصحي، خاصة لدى الأطفال.

٤. تمثل العوامل الاجتماعية والاقتصادية عائقاً أساسياً أمام الكشف عن حالات العنف الأسري، مما يؤدي إلى عدم وصول الحالات الحقيقية إلى المؤسسات الصحية وضياع الحقوق الصحية والقانونية للضحايا.

قائمة ثبت المحتويات

الصفحة	الموضوع
ب	الآية القرآنية
ج	إقرار المشرف
د	إقرار المقوم اللغوي
هـ	إقرار المقوم العلمي
ز	الإهداء
ح	الشكر والامتنان
ط	مستخلص الرسالة
ي	ثبت قائمة المحتويات
ل	ثبت قائمة الجداول
ن	ثبت قائمة الأشكال
٢-١	المقدمة
الباب الأول: الجانب النظري للدراسة	
١٤-٣	الفصل الأول: الإطار العام للدراسة
٣	تمهيد
٤	المبحث الأول: العناصر الأساسية للدراسة
٤	أولاً: مشكلة الدراسة
٥	ثانياً: أهمية الدراسة
٦	ثالثاً: أهداف الدراسة
٧	المبحث الثاني: تحديد المفاهيم والمصطلحات العلمية
٣٩-١٥	الفصل الثاني: الإطار المرجعي للدراسة
١٥	تمهيد
١٦	المبحث الأول: نبذة تاريخية عن الصحة الأسرية والمخاطر الطبية والتهديدات الجنائية
٢٧	المبحث الثاني: نماذج من الدراسات السابقة
٢٧	أولاً: نماذج من الدراسات العراقية
٢٩	ثانياً: نماذج من الدراسات العربية
٣٠	ثالثاً: نماذج من الدراسات الأجنبية

٣٢	رابعاً: مناقشة الدراسات السابقة
٣٤	المبحث الثالث: النظريات المفسرة للدراسة
٣٤	أولاً: نظرية البناء الاجتماعي
٣٥	ثانياً: نظرية الضبط الاجتماعي
٣٧	ثالثاً: نظرية العنف البنيوي
٦٤-٤٠	الفصل الثالث: الصحة الأسرية والمخاطر الطبية
٤٠	تمهيد
٤١	المبحث الأول: المخاطر الطبية وانعكاساتها على الصحة الأسرية
٥٤	المبحث الثاني: أنواع المخاطر الطبية
٦٢	المبحث الثالث: الإدمان وتأثيره على الصحة الأسرية
٨٠-٦٥	الفصل الرابع: التهديدات الجنائية المرتبطة بالصحة الأسرية
٦٥	تمهيد
٦٦	المبحث الأول: نبذة تاريخية عن القوانين الأسرية
٧١	المبحث الثاني: دور الأسرة في الوقاية من التهديدات الجنائية
٧٦	المبحث الثالث: الصحة الأسرية والمجتمع
الباب الثاني: الجانب الميداني للدراسة	
٩٢-٨١	الفصل الخامس: الإطار المنهجي للدراسة
٨١	تمهيد
٨٢	المبحث الأول: نوع ومنهج الدراسة وفرضياتها
٨٤	المبحث الثاني: تصميم عينة الدراسة ومجالاتها
٨٧	المبحث الثالث: أدوات جمع البيانات والوسائل الإحصائية للدراسة
١٢٣-٩٣	الفصل السادس: عرض تحليل وتفسير الجداول الخاصة بالجانب الميداني
٩٣	تمهيد
٩٤	المبحث الأول: عرض تحليل جداول خصائص عينة الدراسة وتفسيرها
١٠٠	المبحث الثاني: عرض تحليل الجداول على وفق محاور الاستبانة وتفسيرها
١٣٤-١٢٤	الفصل السابع: مناقشة فرضيات الدراسة ونتائجها واستنتاجاتها ومقترحاتها
١٢٤	تمهيد
١٢٥	المبحث الأول: مناقشة فرضيات الدراسة

١٣٠	المبحث الثاني: نتائج وتوصيات الدراسة ومقترحاتها
١٣٥	المصادر
١٤٩	الملاحق

قائمة ثبت الجداول

الصفحة	عنوان الجدول
٨٩	جدول (١) يبين احتساب درجة صدق استمارة الاستبيان من الخبراء
٩٤	جدول (٢) يبين توزيع أفراد العينة بحسب الجنس
٩٥	جدول (٣) يوضح توزيع أفراد العينة بحسب العمر
٩٦	جدول (٤) يوضح توزيع أفراد العينة بحسب التحصيل الدراسي
٩٧	جدول (٥) يوضح توزيع أفراد العينة بحسب المهنة
٩٨	جدول (٦) يبين توزيع أفراد العينة بحسب مكان العمل
٩٩	جدول (٧) يبين توزيع أفراد العينة بحسب سنوات الخبرة
١٠٠	جدول (٨) يبين تلقي المبحوثين تدريباً حول التعامل مع العنف الأسري
١٠٠	جدول (٩) يبين مدى تعاون المواطنين مع الأطباء
١٠١	جدول (١٠) يبين اعتبار نقص الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية الحكومية يؤثر سلباً على صحة الأسرة
١٠٢	جدول (١١) يبين انعدام الأمن الغذائي يؤثر على مناعة وصحة أفراد الأسرة
١٠٣	جدول (١٢) يبين اعتبار الإدمان يعد من أخطر العوامل المؤثرة على استقرار الأسرة صحياً
١٠٣	جدول (١٣) يبين التسلسل المرتبي لاهم المخاطر الطبية الأسرية
١٠٤	جدول (١٤) يبين التسلسل المرتبي للإصابات أو المشكلات الصحية الأكثر شيوعاً نتيجة العنف الأسري
١٠٥	جدول (١٥) يبين التسلسل المرتبي لاهم العوامل المؤدية إلى تفاقم المشكلات الصحية الأسرية
١٠٦	جدول (١٦) يبين شيوع الاستخدام الخاطئ للأدوية داخل الأسر
١٠٦	جدول (١٧) يبين شيوع الاكتئاب الأسري بين مراجعي المؤسسات الصحية
١٠٧	جدول (١٨) يبين اعتبار ضعف التوعية الصحية الأسرية يزيد من المخاطر الطبية
١٠٨	جدول (١٩) يبين بعض الأسر تتأخر في مراجعة الطبيب عند المرض
١٠٨	جدول (٢٠) يبين اعتبار الخوف من المساءلة يمنع ضحايا العنف من طلب العلاج
١٠٩	جدول (٢١) يبين أكثر الأمراض المرتبطة بالحشرات التي يلاحظها الأطباء

١١٠	جدول (٢٢) يبين التسلسل المرتبي لأهم التأثيرات السلبية للحشرات والكلاب السائبة
١١٠	جدول (٢٣) يبين تردد بعض الأسر في الإفصاح عن أسباب الإصابات
١١١	جدول (٢٤) يبين وجود حالات تهديد للطبيب عند الإبلاغ عن حالات العنف
١١٢	جدول (٢٥) يبين وجود ضعف في التنسيق بين المؤسسات الصحية والجهات الأمنية
١١٢	جدول (٢٦) يبين التسلسل المرتبي للفئات الأكثر تضرراً من الإهمال الصحي داخل الأسرة
١١٣	جدول (٢٧) يبين سبب عدم الإبلاغ عن حالات العنف الأسري
١١٤	جدول (٢٨) يبين التسلسل المرتبي لمصادر الضغط الأسري المؤثرة على الصحة العامة
١١٥	جدول (٢٩) يبين افتقار المؤسسات الصحية للحماية القانونية الكافية
١١٥	جدول (٣٠) يبين تقيّم واقع الصحة الأسرية في مدينة الديوانية
١١٦	جدول (٣١) يبين تقيّم دور الإعلام في التوعية بالصحة الأسرية والعنف الأسري
١١٧	جدول (٣٢) يبين التسلسل المرتبي لأهم المشكلات الصحية الناتجة عن التفكك الأسري
١١٨	جدول (٣٣) يبين التسلسل المرتبي لأهم الأولويات الصحية للتدخل في مشكلات الصحة الأسرية
١١٨	جدول (٣٤) يبين أفضل وسيلة توعية ضد حالات العنف الأسري
١١٩	جدول (٣٥) يبين المؤسسات الصحية إلى تدريب إضافي فيما يخص التعامل مع حالات العنف الأسري
١٢٠	جدول (٣٦) يبين نوع التدريب الذي يحتاجه للأطباء
١٢٠	جدول (٣٧) يبين إنشاء وحدات طبية خاصة بالعنف الأسري
١٢١	جدول (٣٩) يبين تأييد إدراج موضوع الصحة الأسرية ضمن المناهج المدرسية
١٢١	جدول (٤٠) يبين تأييد إنشاء قنوات اتصال مباشرة بين المؤسسات الصحية والشرطة المجتمعية
١٢٢	جدول (٤١) يبين التسلسل المرتبي للمقترحات التي يراها المبحوثين مناسبة للصحة الأسرية
١٢٥	جدول (٤٢) يبين الفروق بين تقدير شيوع الاكتئاب الأسري بين المراجعين تبعاً لمتغير نوع الجنس
١٢٦	جدول (٤٣) يبين الفروق بين نقص الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية الحكومية يؤثر سلباً على صحة الأسرة تبعاً لمكان العمل
١٢٧	جدول (٤٤) يبين الفروق بين تقييم واقع الصحة الأسرية تبعاً لمتغير سنوات الخبرة.
١٢٨	جدول (٤٥) يبين الفروق بين إدراك أهمية التوعية الصحية الأسرية تبعاً للتحصيل الدراسي
١٢٩	جدول (٤٦) يبين الفروق بين تهديد الأطباء عند الإبلاغ عن حالات العنف تبعاً لمتغير المهنة

قائمة ثبت الأشكال

الصفحة	عنوان الجدول
٩٤	شكل (١) يوضح توزيع العينة بحسب الجنس
٩٥	شكل (٢) يوضح توزيع العينة بحسب العمر
٩٦	شكل (٣) يوضح توزيع العينة بحسب التحصيل الدراسي
٩٧	شكل (٤) يوضح توزيع العينة بحسب المهنة
٩٨	شكل (٥) يوضح توزيع العينة بحسب مكان العمل
٩٩	شكل (٦) يوضح توزيع العينة بحسب سنوات الخبرة

المقدمة

إن دراسة الصحة الأسرية في إطارها العلمي تُعد مدخلاً تحليلياً لفهم التحديات المركبة التي تواجه الأسرة، ولا سيما تلك المرتبطة بالمخاطر الطبية والتهديدات ذات الطابع الجنائي. وعليه يمكن عد هذا النوع من الدراسات ضمن حقل الدراسات التحليلية متعددة التخصصات، لما تستهدفه من موضوعات تتعلق بأنماط السلوك الصحي، ومستوى الوعي الوقائي، فضلاً عن تأثير البيئة الاجتماعية والقانونية في سلامة الأسرة واستقرارها.

وتتحدد ملامح الصحة الأسرية من خلال جملة من المؤشرات، كمدى انتشار الأمراض المزمنة والمعدية، ومستوى الرعاية الصحية، إلى جانب التعرض لمخاطر ذات أبعاد جنائية مثل العنف الأسري، والإهمال، والجرائم المرتبطة بالصحة كالغش الدوائي أو الاتجار غير المشروع بالأدوية.

ولدراسة الصحة الأسرية في المجتمع العراقي، ارتأينا التعبير عن هذه الإشكالية من خلال عنوان الدراسة: **الصحة الأسرية بين المخاطر الطبية والتهديدات الجنائية**، والذي يهدف إلى بيان وتفسير طبيعة هذه المخاطر وتداخلها، وتحليل الفروق في مستويات التعرض لها بين البيئات المحلية والإقليمية والدولية، فضلاً عن بحث علاقتها بالبنية الاجتماعية والاقتصادية للأسرة.

كما تسعى الدراسة إلى قياس مستوى الصحة الأسرية من خلال الممارسات الصحية والوقائية ومدى الوعي بالمخاطر الطبية، مقابل تأثير التهديدات الجنائية في تقويض الأمن الصحي للأسرة إضافة إلى دراسة دور السياسات الصحية والأمنية في الحد من هذه الظواهر.

وقد شهد الواقع الأسري في السنوات الأخيرة تحديات متزايدة، تمثلت في تزايد الضغوط الصحية وتنامي بعض الأنماط السلوكية الخطرة، الأمر الذي انعكس سلباً على استقرار الأسرة وسلامتها. وعليه تحاول هذه الدراسة، من خلال التحليل والتقييم، تقديم صورة دقيقة وواضحة عن واقع الصحة الأسرية، والكشف عن أبرز التحديات التي تواجهها، وصولاً إلى مقترحات يمكن أن تسهم في تعزيز الحماية الصحية والأمنية للأسرة.

وفي تناولنا لهذه الإشكالية المطروحة أعلاه قسمنا الدراسة على قسمين، جاء القسم الأول بعنوان الجانب التصوري العام (الاستنباطي في الدراسة، الذي اشتمل بدوره على أربعة فصول:

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة وتضمن مبحثين، المبحث الأول بعنوان عناصر الدراسة الرئيسية، والمبحث الثاني بعنوان تحديد المفاهيم والمصطلحات العلمية.

الفصل الثاني: الإطار المرجعي في الدراسة وتضمن ثلاث مباحث المبحث الأول بعنوان نبذة تاريخية عن الصحة الاسرية والمخاطر الطبية والتهديدات الجنائية والمبحث الثاني بعنوان نماذج من الدراسات السابقة والمبحث الثالث النظريات المفسرة للدراسة

الفصل الثالث: الصحة الأسرية والمخاطر الطبية، المبحث الأول بعنوان المخاطر الطبية وانعكاساتها على صحة الاسرة والمبحث الثاني بعنوان أنواع المخاطر الطبية والإدمان وتأثيره على الصحة الأسرية.

الفصل الرابع: التهديدات الجنائية المرتبطة بالصحة الأسرية، وتضمن ثلاثة مباحث، المبحث الأول بعنوان نبذة تاريخية عن القوانين الأسرية، والمبحث الثاني دور الأسرة في الوقاية من التهديدات الجنائية أما المبحث الثالث الصحة الأسرية والمجتمع .

أما القسم الثاني أو الباب الثاني فيمثل الجانب الميداني للدراسة، وتضمن على ثلاثة فصول:

الفصل الخامس: الإطار المنهجي للدراسة وتضمن ثلاثة مباحث، المبحث الأول بعنوان نوع الدراسة ومنهجيتها وفرضياتها والمبحث الثاني بعنوان مجالات الدراسة وتصميم العينة الإحصائية والمبحث الثالث بعنوان وسائل جمع البيانات والوسائل الإحصائية.

الفصل السادس: عرض وتحليل وتفسير الجداول الخاصة بالجانب الميداني، وتضمن مبحثان المبحث الأول بعنوان عرض وتحليل وتفسير جداول خصائص عينة الدراسة والمبحث الثاني بعنوان عرض وتحليل وتفسير الجدول وفقاً لمحاول الاستبانة.

الفصل السابع: مناقشة الفرضيات ونتائج وتوصيات الدراسة ومقترحاتها وتضمن مبحثين المبحث الأول بعنوان مناقشة فرضيات الدراسة والمبحث الثاني بعنوان نتائج وتوصيات الدراسة ومقترحاتها.

الباب الاول

الجانب النظري للدراسة



الفصل الأول

الإطار النظري للدراسة

المبحث الأول: عناصر الدراسة الرئيسية

المبحث الثاني: تحديد المفاهيم والمصطلحات العلمية

التمهيد

يشير هذا الفصل الأول من القواعد الأساسية لأي دراسة علمية، حيث يهدف إلى ضبط المصطلحات ورسم المستويات المفاهيم للمتغيرات محل الدراسة، ويتناول هذا الفصل أربعة مصطلحات تبدأ بالصحة والصحة الأسرية التي تعد كحالة من الرفاه داخل المجتمع، ثم ينتقل إلى المخاطر الطبية التي تهدد صحة الأسرة سواء كانت بيولوجية أو وراثية أو جهل الأسرة بصورة عامة، وصولاً إلى التهديدات الجنائية التي تهدد أمن الأسرة وسلامتها البدنية والمعنوية وإن ربط هذه المفاهيم تؤدي إلى كيفية حماية الأسرة من المخاطر الطبية والقانونية التي تمنع دورها في بناء أو استقرار الأسرة والمجتمع، وتضمن الفصل الحالي مبحثين، المبحث الأول الإطار النظري للدراسة والمبحث الثاني تحديد المفاهيم والمصطلحات العلمية.

المبحث الأول

عناصر الدراسة الرئيسية

أولاً: إشكالية الدراسة

تشهد المجتمعات المعاصرة تطوراً ملحوظاً في المجال الطبي وتوسعاً في استخدام الأدوية والعلاجات الطبية إلا أن هذا التطور ترافق معه ظهور مخاطر طبية متعددة تمس الصحة الأسرية والنفسية للأفراد وفي مقدمتها المخاطر الطبية المتنامية والتهديدات الجنائية المتعددة فقد أسهمت التحولات الصحية العالمية وانتشار الأمراض المزمنة والمعدية إلى جانب القصور في الوعي الصحي والوقاية الطبية، في تعميق هشاشة الصحة الأسرية وفي الوقت ذاته أفرزت التغيرات الاجتماعية والأمنية أنماطاً جديدة من التهديدات الجنائية مثل العنف الأسري والاعتداءات الجسدية والنفسية والجرائم المرتبطة بالإهمال أو الاستغلال الأمر الذي يضاعف من المخاطر التي تواجه الأسرة ويؤثر في استقرارها وسلامتها.

وعلى الرغم من تزايد الاهتمام الأكاديمي بقضايا الصحة العامة أو الجريمة كل على حدة إلا أن الدراسات التي تتناول التداخل والتفاعل بين المخاطر الطبية والتهديدات الجنائية وانعكاساتهما المشتركة على الصحة الأسرية ما تزال محدودة ومن هنا تبرز إشكالية هذه الدراسة في محاولة الكشف عن طبيعة هذا التداخل وبيان مدى تأثيره في الصحة الأسرية وتحليل آليات المواجهة والوقاية المعتمدة بما يسهم في بناء مقاربات علمية وتطبيقية تعزز حماية الأسرة وصحتها الشاملة ولا سيما في حال سوء التشخيص أو الخطأ في وصف الأدوية أو تداول معلومات طبية غير دقيقة عبر وسائل التواصل الاجتماعي أو اللجوء إلى العلاج الذاتي من الصيدليات دون إشراف طبي كفوء وفي بعض الحالات تتفاقم هذه المخاطر لتصل إلى حدوث مضاعفات صحية خطيرة أو تشوهات جسدية أو الوفاة أثناء العمليات الجراحية نتيجة قصور مهني أو ضعف كفاءة بعض الممارسين الصحيين هذه النتائج لا تؤثر فقط على المريض بل تمتد آثارها النفسية والاجتماعية إلى الأسرة بأكملها محدثة اضطرابات نفسية وضغوطاً اجتماعية تقود إلى سلوكيات عدوانية أو ردود فعل جنائية.

ومن جهة أخرى فإن هذه المخاطر الطبية تولد تهديدات جنائية متمثلة بتقديم شكاوى أو اعتداءات أو تهديدات قانونية وغير قانونية من قبل ذوي المريض ضد الطبيب أو الصيدلي الأمر الذي يعكس حالة

من فقدان الثقة بين الأسرة والمؤسسات الصحية ويؤدي إلى توتر العلاقات الاجتماعية داخل المجتمع المحلي وانطلاقاً من ذلك تتحدد إشكالية الدراسة في التساؤل الرئيس الآتي: (ما طبيعة العلاقة بين المخاطر الطبية والتهديدات الجنائية وأثرهما في الصحة الأسرية؟) وتتفرع عنه مجموعة من الأسئلة وهي كالآتي:

١. ما أبرز المخاطر الطبية التي تهدد الصحة الأسرية وما العوامل المساهمة في تفاقمها داخل الأسرة؟

٢. ما طبيعة التهديدات الجنائية التي يتعرض لها الأطباء والصيادلة، وما تأثيرها على ممارستهم المهنية داخل المجتمع المحلي؟

٣. كيف يتداخل تأثير المخاطر الطبية مع التهديدات الجنائية في تشكيل مستوى الصحة الأسرية واستقرارها؟

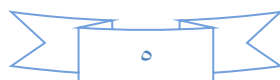
٤. ما مدى وعي أفراد الأسرة بآثار المخاطر الطبية والتهديدات الجنائية على صحتهم وما دور هذا الوعي في الحد منها؟

٥. ما الآليات الوقائية والتداخلية الممكنة لتعزيز الصحة الأسرية في مواجهة المخاطر الطبية والتهديدات الجنائية؟

ثانياً: أهمية الدراسة

١- الأهمية العلمية : تسهم هذه الدراسة في إثراء الأدبيات العلمية المتعلقة بالصحة الأسرية من خلال الربط بين المجالين الطبي والجنائي في إطار اجتماعي واحد، تسهم الدراسة في حماية الفئات الأكثر هشاشة مثل حماية الأطفال، والنساء، وكبار السن من المخاطر الطبية كالإهمال الصحي والتهديدات الجنائية (كالاستغلال والعنف)، وتسهم في تعزيز الصحة النفسية وتقليل السلوك الإجرامي؛ إذ إن الأسرة غير المستقرة صحياً ونفسياً تكون بيئة مولدة للانحراف والجريمة بينما الأسرة السليمة تساهم في بناء شخصية متوازنة تقلّ احتمالية انخراطها في السلوك الإجرامي، وترتبط الصحة الأسرية ارتباطاً وثيقاً بالتهديدات الجنائية مثل العنف الأسري، إساءة معاملة الأطفال، والإهمال، والاعتداءات، ودراسة هذا الموضوع تسهم في الكشف المبكر عن هذه الجرائم والحد منها.

وتوضح الدراسة حقوق وواجبات أفراد الأسرة صحياً وقانونياً، مما يعزز ثقافة الإبلاغ وطلب المساعدة عند التعرض لمخاطر صحية أو اعتداءات جنائية، وتسعى لتقديم تقدم إطاراً نظرياً يوضح



العلاقة بين الأخطاء الطبية، تداول المعلومات الصحية، والتهديدات الجنائية وتأثيرها في الصحة النفسية للأسرة، وأخيراً تفتح آفاقاً بحثية جديدة للباحثين في مجالات علم الاجتماع الطبي وعلم الجريمة والصحة النفسية.

٢- **الأهمية تطبيقية:** تفيد نتائج الدراسة الجهات الصحية في تشخيص مواطن الخلل في الممارسات الطبية والصيدلانية، وتساعد صناع القرار على وضع سياسات تقلل من الأخطاء الطبية وتعزز الثقة بين المواطن والمؤسسة الصحية، وتسهم في توعية الأسر بمخاطر العلاج الذاتي والمعلومات الطبية غير الموثوقة، وتدعم الجهات القانونية والأمنية في فهم دوافع الشكاوى والتهديدات الجنائية المرتبطة بالأخطاء الطبية، وأخيراً تسهم في تحسين برامج الإرشاد النفسي والدعم الأسري للمتضررين من الأخطاء الطبية.

ثالثاً: أهداف الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى تحقيق الأهداف الآتية:

١. التعرف على طبيعة المخاطر الطبية التي تواجه الأسر.
٢. التعرف على طبيعة هذه التهديدات وتحليل تأثيرها على الممارسة المهنية للأطباء والصيادلة داخل المجتمع المحلي.
٣. بيان أثر الأخطاء الطبية والصيدلانية في الاستقرار النفسي والاجتماعي للأسرة.
٤. تحديد أشكال التهديدات الجنائية الناتجة عن المخاطر الطبية الموجهة ضد الأطباء والصيادلة.
٥. تحليل العلاقة بين مستوى الوعي الصحي الأسري واحتمالية حدوث نزاعات أو شكاوى جنائية.
٦. اقتراح توصيات عملية تسهم في تعزيز الصحة الأسرية والحد من المخاطر الطبية والتهديدات الجنائية.

المبحث الثاني

تحديد المفاهيم والمصطلحات العلمية

تُمثل المفاهيم الركيزة المعرفية الأولى التي يركز عليها البحث السوسيولوجي، إذ لا يمكن للباحث أن يُقارب الظواهر الاجتماعية المعقدة دون أن يمتلك منظومةً مفاهيمية واضحة تُحدد له أطر التحليل ومستوياته فالمفهوم ليس مجرد تسمية اصطلاحية، بل هو أداة إجرائية تُضيق من فضاء الغموض وتُتيح للباحث ضبط متغيراته وتحديد علاقاتها البنوية^(١)، ومن هنا تكتسب عملية التحديد المفاهيمي أهميةً منهجية قصوى، كونها تُشكّل الحلقة الرابطة بين الإطار النظري والواقع الاجتماعي الملموس، وقد أكد علماء الاجتماع أن دقة المفهوم تنعكس مباشرةً على دقة النتائج إذ إن الخلط المفاهيمي كثيراً ما يكون مصدراً رئيسياً للتناقضات التي تشوب الأبحاث الميدانية والنظرية على حدٍ سواء. لذلك يُعد الاستثمار المنهجي في بناء المفاهيم وتمحيصها شرطاً لا غنى عنه لأي بحث اجتماعي يسعى إلى الموضوعية والدقة العلمية^(٢)

وعليه تسعى الدراسة الحالية إلى عرض جملة من المفاهيم الأساسية المرتبطة بموضوعها بوصفها خطوةً منهجية ضرورية تسبق الخوض في تفاصيل التحليل والتفسير:

أولاً: الصحة The health

الصحة لغةً: وردت كلمة (الصحة) في المعاجم العربية على وزن (فَعَلَ) بضم الفاء وسكون العين، وعلى وزن (فَعْلَة) بكسر الفاء، وهو نمط صرفي يطرّد في ألفاظ عربية عدة تجمع بين الاسم والمصدر، كالفَلِّ والقِلَّة، والدَّلِّ والدِّلَّة. وقد عرّفها صاحب الصحاح الجوهري بأنها ضد السَّقَم، وذهاب المرض وزواله، يقال: صحَّ فلانٌ من علته واستصاح، إذا برأ وعاد إلى سلامته^(٣)، أما (لسان العرب) لابن منظور فيُضيف أن الصحة تعني سلامة البدن واعتدال المزاج وانتفاء العلل، وهي في جوهرها حالة وجودية تقابل الاضطراب وتتفیه^(٤)، أما في الفرنسية فتُعبّر عن الصحة بلفظة *santé* وهي مشتقة من اللاتينية *sanitas* المصدر الاسمي المأخوذ من الصفة *sanus* التي تعني السليم المعافى الخالي من

١ - إبراهيم إبراشي، المنهج العلمي وتطبيقاته في العلوم الاجتماعية، ط١، دار الشروق، عمان، ٢٠٠٩، ص ٢٣٦.

٢ - أحمد بدر، أصول البحث العلمي ومناهجه، ط١، المكتبة الأكاديمية، القاهرة، ١٩٩٦، ص ٣٨.

٣ - إسماعيل بن حماد الجوهري، الصحاح تاج اللغة وصحاح العربية، ج ٣، دار العلم للملايين، بيروت، ١٩٨٧، ص ١٠٢.

٤ - ابن منظور، لسان العرب، ط١، دار المعارف، القاهرة، ١٩٩٨، ص ٢٤٠٦-٢٤٠٧.

الآفة. وقد اتّسع مدلول هذه الكلمة في الاستخدام اللاتيني ليشمل سلامة الجسد والعقل معاً. ويرتبط بهذا الأصل الفعل اللاتيني sanare الذي يعني إعادة الشيء إلى حالته السليمة ومداواته وردّه إلى الاستقامة، ومنه اشتُقّت في اللغات الفرنسية ألفاظٌ طبية عدة لا تزال متداولة حتى اليوم كـ **sanatorium** و **sanitation** مما يدل على أن الجذر اللغوي الغربي للصحة يدور في محوره الأعماق حول فكرة الإصلاح والاستعادة في حين يدور المحور العربي حول فكرة السلامة والخلوص من الداء^(١).

الصحة اصطلاحاً: عرفت (منظمة الصحة العالمية) الصحة بأنها حالة من السلامة والكفاءة البدنية والنفسية والاجتماعية الكاملة، لا مجرد الخلو من المرض أو العجز. وينطوي هذا التعريف على دلالة بالغة الأثر، إذ يُرسخ البُعد الاجتماعي مكوناً أصيلاً لا يمكن إغفاله، ويُلزم العاملين في مجال الصحة العامة بدراسة الأوجه الاجتماعية لحياة الإنسان والارتقاء بها هدفاً موازياً للاهتمام بالجانبين النفسي والبدني^(٢).

وفي السياق ذاته، يُحدد مستوى الصحة في الجنس البشري بمدى التواصل الجسدي والوجداني والعقلي للشخص، وبقدرته على مواجهة بيئته والتفاعل معها اجتماعياً. غير أن هذا التصوّر لا يخلو من قصور، إذ تظل الصحة السيئة مرتبطةً في الأذهان بحضور المرض، فتُعرّف الصحة الجيدة من ثمّ بغيبابه، وهو تعريف سلبي يفنقر إلى الإيجابية والشمول^(٣)، وقد ذهب بيركنز إلى أن الصحة حالة من التوازن النسبي في وظائف الجسم، تنشأ عن قدرة الكائن البشري على التكيف مع العوامل الضارة المحيطة به، بما يكفل له الحفاظ على استقراره الوظيفي. أما سيجريست الذي صاغ رؤيته قبيل الحرب العالمية الثانية، فقد أكّد أن الصحة ليست مجرد غياب المرض، بل هي شيء إيجابي في جوهره، تجلّ للابتهاج وقبولٍ رحب بالمسؤوليات التي تُلقِيها الحياة على عاتق الفرد؛ فالفرد السليم عنده هو من يعيش في حالة توازن كليّ وتكيف تامّ مع بيئتيه الجسدية والاجتماعية معاً^(٤).

وعلى صعيد آخر، نظر بارسونز إلى الصحة باعتبارها وضعاً متوافقاً مع متطلبات المجتمع ومعاييره، فيما عدّ المرض ضرباً من ضروب الانحراف عن هذا الوضع المطابق، الذي تفرضه

١- نادية سعيد عيشور ، سوسيولوجية الصحة في المجتمع الجزائري ، رأس الجبل للنشر، الجزائر ، ٢٠٢٨ ، ٢١٢-٢١٣.

٢- نادية سعيد عيشور، المصدر السابق ، ص ٢١٠.

٣- المصدر نفسه، ص ٢٦-٣٠.

٤- علي المكاوي، علم الاجتماع الطبي مدخل نظري، ط١، دار النهضة العربية، القاهرة، ب. ت ، ص ٥٩-٦٠.

الالتزامات والمتطلبات التي يُلقِيها المجتمع على الفرد. وفي السياق ذاته، رأى هرتزليش أن الصحة تتجلى في امتلاك الفرد القدرة على ممارسة أنشطة الحياة المتنوعة والتوافق مع محيطه الاجتماعي، وأنها تقاس بمدى هذا التواصل الجسدي والوجداني والعقلي وما ينتج عنه من قدرة على مواجهة البيئة^(١).

التعريف الإجرائي للصحة: يُقصد بها في هذه الدراسة الحالة الجسدية والنفسية لأفراد الأسرة، والتي تُقاس من خلال مدى وجود أو غياب مؤشرات الإصابة أو الإهمال أو الإيذاء الناتجة عن ممارسات تقع داخل البيئة الأسرية وتهدد سلامة الفرد البدنية أو النفسية.

ثانياً: الأسرة the Family

الأسرة لغةً: وردت كلمة (أَسْرَ) في المعاجم العربية دالةً على معنيين محوريين: الشدّ والإحكام، والقوة والتماسك. يُقال: أَسْرَهُ يَأْسِرُهُ أَسْرًا وإِسَارَةً، إذا شَدَّه بالإسار، وهو كل ما يُشَدُّ به من حبل أو قيد. ومن هذا الأصل جاء لفظ (الأسير) بمعنى المأخوذ المقيد، ثم اتَّسع ليشمل المسجون، وجمعه: أَسْرَى وأُسَارَى وأَسْرَاء. وللمادة دلالة أخرى لا تقل أهمية، هي (الخلق المُحَكَّم وشَدَّة البنية)، يقال: رجلٌ شديد الأسر، أي معصوب الخلق محكم الأوصال، وفي هذا المعنى جاء قوله تعالى: ﴿وَشَدَدْنَا أَسْرَهُمْ﴾ [الإنسان: ٢٨]. وعلى هذا الأساس سُمِّيت (الأسرة) بهذا الاسم، إذ هي عشيرة الرجل ورهطه الأذنون الذين يتقوى بهم ويستند إليهم، كما تتقوى الدرع الحصينة بتشابك حلقاتها^(٢).

الأسرة اصطلاحاً: تتباين تعريفات الأسرة في الفكر الاجتماعي تبعاً للزاوية التي ينطلق منها كل باحث، غير أنها تلتقي جميعاً عند الإقرار بمركزية هذه المؤسسة في البناء الاجتماعي. فقد عرفها وليام اوجبرن (W.F.Ogburn) بأنها رابطة اجتماعية تتشكّل من زوج وزوجة، سواء أنجبا أطفالاً أم لم ينجبا، أو من أحدهما منفرداً مع أطفاله، مما يجعل تعريفه مرناً يستوعب الأشكال المختلفة التي قد تتخذها الأسرة في الواقع^(٣).

أما هيربرت سبنسر (H. Spencer) فقد نظر إلى الأسرة باعتبارها وحدةً اقتصادية اجتماعية وإن أولى دورها التربوي أهميةً أعلى، لكونها المؤسسة المنوط بها تنشئة الأطفال وتزويدهم بالمهارات والعادات والقيم والأخلاق والاتجاهات السلوكية التي تنعكس في نهاية المطاف على سلوك الفرد في سائر مراحل

١- مصدر نفسه ، ص٦٣.

٢ - ابن منظور، لسان العرب، دار صادر، بيروت، ١٩٨٥، ص ٢٨ (مادة أسر).

٣ - إبراهيم ناصر، علم الاجتماع التربوي، ط ١، دار الجيل بيروت، بت، ص ٦٢-٦٣.

حياته^(١)، وفي السياق ذاته، عرّفها مصطفى الخشاب بأنها الجماعة الإنسانية التنظيمية المنوط بها تحقيق استقرار المجتمع والإسهام في تطوره، مما يُبرز البعد الوظيفي للأسرة في علاقتها بالكيان الاجتماعي الأشمل^(٢).

ومن جهةٍ أخرى يُعرف تشارلز كولي (Charles Cooley) الأسرة بأنها تلك الجماعة الأولية التي تؤثر في نمو الأفراد وتشكيل أخلاقهم منذ مراحل الطفولة الأولى، ولا تنتهي مهمتها إلا حين يستقل الفرد بشخصيته ويغدو عضواً فاعلاً مسؤولاً في مجتمعه^(٣).

ثالثاً: الصحة الأسرية Family health

تُعرف بأنها الحالة التي تُمثل فيها الأسرة مورداً للحياة اليومية ولصحة أفرادها، من خلال توفير الموارد الأساسية اللازمة لحياة صحية سليمة، كالغذاء والملبس والمأوى، فضلاً عن تعزيز الشعور بقيمة الذات وإتاحة الحصول على الرعاية الطبية، وبوصفها في جوهرها عملية اجتماعية واقتصادية تُؤخذ فيها صحة الأفراد في الاعتبار^(٤)، وتُعرف كذلك بأنها صحة الأسرة ورفاهها بشكل عام، بما تشمله من أبعاد بدنية ونفسية واجتماعية، وتتضمن الرعاية الوقائية وإدارة الأمراض والحالات المزمنة، إلى جانب معالجة المحددات الاجتماعية للصحة التي قد تنعكس على الأسرة بوصفها كياناً متكاملًا^(٥).

وتذهب تعريفات أخرى إلى أن الصحة الأسرية حالة من الرفاه الشامل لمنظومة الأسرة، تتجلى في تطور أبعادها الجسدية والعقلية والعاطفية والاجتماعية والاقتصادية والثقافية والروحية، وفي التفاعل المستمر بين هذه الأبعاد، مما يُفضي إلى تحقيق الرفاه الشامل للأسرة وأفرادها. ومن هذا المنطلق النفسي تحديداً، تُعدّ الصحة الأسرية جزءاً جوهرياً من الصحة العامة، إذ تتشكل في ضوء التفاعلات الاجتماعية والعاطفية بين أفراد الأسرة، مما يستوجب العمل على تهيئة بيئة محفزة وداعمة داخل الأسرة

١ - مصدر نفسه ، ص ٦٣.

٢ - سعد عبد الرحمن وسماح زهران والآخرين، سيكولوجية البيئة الأسرية والحياة، دار حنين، الأردن، ٢٠١٦، ص ٢١.

٣ - المصدر نفسه، ص ٢٢.

4-Woollahra, Family Health Overview, medical article, October 31, 2025, website: <https://www.woollahradoctors.com.au>

5 - Pardeck, J. T., and Yuen, F. Y., Family Health: An Emerging Paradigm for Social Workers, Journal of Health & Social Policy, 2001.

لضمان سلامتها النفسية. وخلاصة القول، تتمحور الصحة الأسرية حول الاهتمام بصحة الأسرة ورفاهيتها بوصفها كيانًا واحدًا متكاملًا، يشمل الجوانب الجسدية والعقلية والاجتماعية لجميع أفرادها^(١).

التعريف الإجرائي للصحة الأسرية: هي الوحدة الاجتماعية الأساسية المكوّنة من الزوجين وأبنائهما أو من يعيش معهم تحت سقف واحد بصلة قرابة أو زواج، والتي تمثل الإطار الذي تُمارَس فيه أو تُكشف من خلاله حالات الخطر الصحي أو الانتهاك القانوني موضوع الدراسة.

رابعاً: المخاطر الطبية the Medical Risks

المخاطر لغةً: تتحدد كلمة المخاطر في أصلها اللغوي في مواضع الأخطار، أي المهالك، وما أشرف منها على الهلاك، وهي مأخوذة من الخطر، الذي يُطلق في لغة العرب على معانٍ متعددة؛ فالخطر هو السبق الذي يُتراهن عليه، يقال: خاطرته على مال، أي راهنته عليه، ويُطلق الخطر كذلك على العارض من السحاب لاهتزازهِ، ومنه سُمِّي الأسد خطراً بسبب تبختره في مشيته وإعجابه بنفسه. والخاطر ما يخطر في القلب من تدبير أمر، ومنه قول القائل: خطر ببالي، أو خطر على بالي خطراً. والخواطر ما يتحرك في القلب من رأي أو معنى، كما ذكره الزمخشري معاً إياه من المجاز. وفي جملة معانيه يُشير الخطر إلى الاضطراب والتردد بين الوجود والعدم، كما يُستخدم بمعنى التهديد أو الاحتمال السيء الوقوع، وجمعه أخطار، وهو يدل على ما يُتوقع أن يحدث من ضرر أو أذى^(٢).

المخاطر اصطلاحاً: تُعرف بأنها ضرر متوقع الحدوث مبني على احتمالات متفاوتة، تتعلق إما بالأشخاص وإما بالامتلاكات^(٣)، وعرفها قاموس ويبستر Webster بأنها الخطر والمجازفة، أو التعرض لخسارة أو ضرر، أو احتمال وقوع حدث غير مريح^(٤).

وعرفت المخاطر الطبية من جانب الفقه بأنها: الضرر الناجم عن عمل يتحقق بمناسبة إجراء تشخيصي أو علاجي، لا يمكن لمباشر العمل تجنبه في ضوء المعارف الطبية الراهنة أو بالنظر إلى

١- محمد عبد العليم، الأسرة والصحة النفسية، مقال منشور على شبكة الانترنت، تمت زيارة الرابط بتاريخ، ٢٠٢٥/١٠/٥.

<https://www.islamweb.net/ar/library/content/1585/2701/>

٢ - ابن منظور، مصدر سابق، ص ١١٩٧.

٣- عبد الحفيظ حسام الدين، دور الحوكمة البنكية في إدارة وتسيير المخاطر المصرفية، مجلة دراسات التنمية الاقتصادية، جامعة الأمير عبد القادر للعلوم الإسلامية، قسنطينة الجزائر، المجلد السابع، العدد الأول، ٢٠٢٣، ص ٣٥.

٤- زناقي بشير، وغربي صباح، معارف محمد، إدارة المخاطر المصرفية في البنوك التقليدية والإسلامية - دراسة تحليلية مقارنة، مجلة التنويع الاقتصادي، جامعة بلحاج بوشعيب عين تموشنت الجزائر، العدد ٢، ٢٠٢٠، ص ١٦.

الملف المرضي الشخصي للمريض، ويُعزى هذا الضرر إلى التقنية ذاتها دون أن يتضمن مخالفة للقواعد الفنية للمهنة الطبية وجانب آخر من الفقه على الصفة العرضية في حدوث هذه المخاطر، فعرّفها بأنها عارض ضارّ ناجم عن عمل طبي غير مقترن بخطأ أو إهمال أو رعونة لا صلة له بالحالة السابقة للمريض، ولا يُعدّ تطوراً طبيعياً متوقعاً لحالته المرضية. ويُقصد بالضرر في إطار الحوادث الطبية كلّ تدهور في القدرات أو الحالة الجسدية أو النفسية للمريض^(١).

إذاً يمكن تعريف المخاطر الطبية، بأنها النتائج غير الطبيعية التي قد ترافق التدخل الطبي، سواء أكان في مجال الوقاية أو التشخيص أو العلاج، وتظهر على شكل حوادث طبية أو أمراض ناجمة عن تعاطي الأدوية أو عدوى مكتسبة داخل مؤسسات الرعاية الصحية^(٢)، ويُشير المصطلح من المنظور الطبي إلى مجموعة الإجراءات والمعدات والأدوات والظروف المتغيرة المرتبطة باحتمالات الإصابة الجسدية أو العضوية أو النفسية أو زيادتها، وتمسّ هذه المخاطر المرضى بسبب إقامتهم في المستشفيات، والعاملين الصحيين بسبب مزاولتهم مهنتهم وتعرضهم للمرضى أو للبيئة الطبية ذاتها^(٣).

وبشكل عام تعد الأخطار الجسيمة هي ذاتها الأخطار "المعروفة" والتي تعرف بأنها الأخطار التي يتم سردها في الأدبيات الطبية، فهي معروفة للأطباء سواء كانت متكررة أو استثنائية فالخطر الجسيم المتوقع هو الذي يمكن توقعه بشكل طبيعي ومعقول وهو ذاته الخطر المعروف في حين إن الخطر الجسيم النادر لا يمكن للطبيب توقعه لعدم معرفته أصلاً، فالخطر الجسيم هي نطاق مسؤولية الطبيب في الإبلاغ عن المخاطر الطبية حتى وإن كان خارج إدراكه طالما كان خطراً معروفاً سواء كان تحققه بشكل متكرر أو استثنائي^(٤)، وتُعرف المخاطر كذلك بأنها حالة غير عادية تخرج عن نطاق التحكم والسيطرة، وتُفضي إلى توقف حركة العمل أو هبوطها إلى مستوى غير معتاد، مما يُهدد تحقيق الأهداف المطلوبة في الوقت المحدد^(٥)، أما المخاطر الصحية في بيئة العمل فتُشير إلى العوامل والمواقف التي

١- امل كاظم سعود، خصوصية المسؤولية المدنية عن أثار المخاطر الطبية، مجلة الحقوق، الجامعة المستنصرية، كلية القانون، العدد ٤٠، ٢٠٢١ ص ٢٧٤.

٢ - المصدر نفسه، ص ٢٧٥.

٣- جامعة الملك سعود، "المخاطر الطبية"، منشور على موقع الأنترنت ٢٠٢٣، ينظر:

<http://.risk.ksu.edu.sa/ar/node/1226>

٤- حيدر فليح حسن و علياء زامل مشتت، تطور المخاطر الطبية والمعيّار المعتمد في تبصير المريض بها، دراسة مقارنة بين التشريعات الوضعية، مجلة بحوث الشرق الأوسط، جامعة بغداد، كلية القانون، مجلد ٨، العدد ٥٣، ٢٠٢٢، ص ٥٣٤.

٥- نادر كمال لمعي، دور الأداء الأخلاقي في تخفيض الأخطار الطبية في المستشفيات، المجلة العلمية لدراسات التجارية والبيئية، جامعه قناة السويس، كلية التجارة، مصر، المجلد التاسع، العدد الرابع الجزء الثاني ٢٠١٨، ص ٧٢٢.

يتعرض لها العاملون والتي قد تؤثر سلباً في صحتهم الجسدية والنفسية، وقد تتسبب في إصابات تتراوح بين البسيطة والخطيرة، وقد تصل في بعض الحالات إلى الوفاة^(١).

التعريف الإجرائي للمخاطر الطبية: هي الحالات أو الإصابات أو الأعراض الصحية الناتجة عن إهمال أو سوء ممارسة أو فعل متعمد داخل الأسرة، والتي تظهر بصورة قابلة للرصد الطبي أو الشرعي، وتُستخدم كمؤشر يمكن من خلاله الكشف عن وجود شبهة جنائية محتملة.

خامساً: التهديدات الجنائية the Criminal Threats

التهديد لغةً: (التهديد) الوعيدُ والتخويف، ويُقال: هدّده يُهدّده تهديداً، أي خوّفه وتوعّده بالعقوبة فهو مُهدّد والمفعول به مُهدّد ويُطلق التهديد كذلك على محاولة إلحاق الضرر والأذى بشيء معين بقصد الإخلال بالأمن والنظام^(٢).

التهديد اصطلاحاً: تعددت التعريفات الاصطلاحية للتهديد وتتنوع مداخلها؛ فيُعرف بأنه فعل أو قول يقع على المجني عليه فيضعه تحت وطأة الخوف من أمر معين، ويُجبره على التصرف على خلاف إرادته، وبذلك يكون التهديد ضغطاً يمارسه شخص على إرادة آخر لتوجيهها نحو سلوك بعينه^(٣) ويُعرف أيضاً بأنه كل قول أو كتابة من شأنه إلقاء الرعب والخوف في نفس الشخص المُهدد، عبر الوعيد بشر يصيب المجني عليه أيّاً كانت الوسيلة التي لجأ إليها الجاني سواء أكان ذلك اعتداءً على النفس أو المال أو العرض، مما يحدث الفزع في نفس المجني عليه، فكل فعل مادي أو قول يُشكّل اعتداءً على حريته وأمنه يُعدّ تهديداً في هذا الإطار^(٤).

أما الفقه القانوني يُعرف التهديد بأنه كل عبارة من شأنها إزعاج المجني عليه أو إلقاء الرعب في نفسه أو إيجاد الخوف لديه من خطر يُراد إيقاعه بشخصه أو بماله، ولا يحول دون اعتبار القول أو الكتابة تهديداً أن تكون العبارة محاطة بشيء من الغموض والإبهام، متى كان من شأنها أن تحدث الأثر

١- ما هي المخاطر الصحية وأنواعها وأمثلة عليها وكيفية إدارتها؟"، مركز المعرفة، موقع بكة للتعليم، الرياض، المملكة العربية السعودية، ١ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠٢٥، من الموقع:

<https://bakkah.com/ar/knowledge-center>

٢- لابن منظور، مصدر سابق، ص ٤٥٣

٣ - عامر الدليمي، أهمية الاستجواب في مرحلة التحقيق الابتدائي لتوجيه الدعوى، ط ١، دار المنهل، بغداد، ٢٠١٢، ص ١٩٤-١٩٥.

٤- سارة محمد حنش، المصدر السابق، ص ١٩.

المقصود في نفس من وُجِّهَتْ إليه^(١)، وحدد المشرع العراقي في قانون العقوبات رقم ١١١ لسنة ١٩٦٩ التهديد جريمة، حين يهدد شخص آخر بارتكاب جناية ضد نفسه أو ماله أو ضد نفس أو مال غيره، أو بإسناد أمور مخدشة للشرف أو إفشائها، مصحوباً بطلب أو تكليف بأمر أو الامتناع عن فعل، ويُعاقب عليها بالسجن لمدة لا تزيد على سبع سنوات أو الحبس^(٢).

التعريف الإجرائي للتهديدات الجنائية: هي الأفعال أو الممارسات التي يُجرّمها القانون العراقي وتقع داخل الإطار الأسري، فتُلحق ضرراً صحياً مباشراً أو غير مباشر بأحد أفرادها، كالعنف الجسدي أو الإهمال المتعمد أو الإيذاء النفسي الموصوف قانونياً، وتُقاس بمدى توافر أركانها القانونية وارتباطها بنتيجة صحية ملموسة.

١ - مصطفى خالدة الرواشدة، القواعد القانونية للجرائم الإلكترونية في المجتمع الأردني، مركز الكتابي الأكاديمي، الأردن ٢٠٢٥، ص ٣٢.

٢- قانون العقوبات العراقي رقم ١١١ لسنة ١٩٦٩ المعدل في المواد (٤٣٠ - ٤٣٢).

الفصل الثاني

الإطار المرجعي للدراسة

المبحث الأول: نبذة تاريخية عن الصحة الأسرية والمخاطر الطبية
والتهديدات الجنائية

المبحث الثاني: نماذج من الدراسات السابقة

المبحث الثالث: النظريات المفسرة للدراسة

التمهيد

يعد هذا الفصل الإطار النظري والدراسات السابقة للدراسة حيث يهدف إلى ربط المفاهيم بالجذور التاريخية والنظريات السوسيولوجية يبدأ الفصل بالنبذة التاريخية للصحة الأسرية مع المخاطر الطبية والتهديدات الجنائية ثم يذهب الى استعراض ما قدمه من دراسات سابقة وصولا الى تحليل الظاهرة من منظور الاجتماعي يعتمد على نظريات البناء والضبط الاجتماعي ونظرية العنف البنيوي كأدوات تفسيرية للعلاقة بين صحة الأسرة واستقرار المجتمع.

المبحث الأول

نبذة تاريخية عن الصحة الأسرية والمخاطر الطبية والتهديدات الجنائية

أولا نبذة تاريخية الصحة الأسرية

تعد الصحة الاسرية أحد الركائز الأساسية التي تطورت عبر التاريخ لحماية المجتمعات ،حيث بدأت كممارسات رعاية بدائية غريزية داخل الأسرة الممتدة لحماية أفرادها من الامراض ،قبل ان تتحول مع الثورة الصناعية في القرن التاسع عشر الى مفهوم طبي منظم يربط بين صحة الفرد وبيئته الاجتماعية المعيشية ^(١)، ومع تأسيس منظمة الصحة العالمية في القرن العشرين صيغ هذا المفهوم بطابع مؤسسي عالمي يتجاوز العلاج العضوي المحدود الى تقديم رعاية وقائية ونفسية واجتماعية شاملة ومستدامة تشمل الاسرة بأكملها ككتلة واحدة مؤلفة للمجتمع ثم تربية طيبة للأسرة يعكس ذلك على سلوكه في المجتمع ولأجل ذلك كافة الأديان السماوية قدست الأسرة وحرمتها وجعلت القيام بمهام الحياة الأسرية بإخلاص يمليه رضا الله قبل رضا الناس وهذا يزودها قوة ومتانةً ويجعل المجتمع متيناً^(٢).

أما طب الأسرة بداية في الغرب فكان في قرن العشرين أو قبل ذلك كان يعرف بالطب التقليدي، كان لديهم قليلاً من المعلومات لتخفيف الألم، كما كان هناك الشعوب الافريقية (الدوجون) * التي شغلت مهنة الحدادة مكانة محورية في البنية العلاجية للمجتمعات التقليدية، اذ أسندت إلى الحداد وظيفة طبيب القرية كونه يعد تقنياً ومهندساً تشكيمياً، يمتلك القدرة على تقويم الاختلالات البنيوية في المواد والأجساد على حد سواء. ويقوم بتجبير العظام المكسورة، فضلاً عن تدخلاته الجراحية البدائية كاستئصال الأورام وصياغة الأدوات الحادة؛ مثل السكين المستخدمة لشق الدمايل وتخفيف آلامها، والتي توظف ذاتها في

١ - فضيلة الشيخ عطية صقر، موسوعة الأسرة تحت رعاية الإسلام مراحل تكوين الأسرة، ج ١، ط ٢، مكتبة وهبة، القاهرة ٢٠٠٦، ص ٧٣.

٢ - المصدر نفسه، ص ٣٤.

* قبائل الدوجون: هي جماعة أثنية إفريقية تقطن أساساً في جمهورية مالي بغرب إفريقيا، ولا سيما في منطقة جرف بنياغارا. تمتاز بتراث ثقافي وديني غني يتجلى في نظمها الرمزية وطقوسها التقليدية وعمارته المتكيفة مع البيئة الجبلية وقد حظيت باهتمام أكاديمي واسع في الدراسات الأنثروبولوجيا بسبب خصوصية بنيتها الاجتماعية ومعتقداتها الكونية. انظر أشرف فؤاد عثمان أدهم، العادات والتقاليد عند قبيلة دوجون، مجلة الرافد، دائرة الثقافة، الإمارات، ٢٠٢٢.

الوقت نفسه لحصاد محاصيل الذرة وتأمين قوت العائلة. وقد تداخلت هذه الحرفة التاريخية مع الممارسات الروحانية والسحرية للعائلة^(١).

لقد قاموا بممارسة السحر منذ آلاف السنين، واستخدموا وسائل بسيطة كأغصان الأشجار والطين لتنشيط الأطراف المصابة، وتقليل وطأة الألم، وتسريع وتيرة الالتئام، جنباً إلى جنب مع ابتكار أساليب تقليدية وسد الجروح بالقطن أو الرماد والزبد والخياط الجروح بالخيط والإبرة، واستخراج الأجسام الغريبة باستخدام الملاقط، وجراحو القرن العشرين يفعلون نفسه لكن بالأدوات أكثر تطوراً^(٢).

أما العرب قبل الإسلام، فكانت مداواتهم مبنية على التجربة والملاحظة التي عالجت بعض الأمراض، من خلال بعض النباتات عن طريق التكرار، واستخدام التعاويذ والخرافات، كذلك عرفوا بعض الأمراض وعالجوها^(٣)، وكان كهنة القبيلة وسحرتها يلجأ إليهم الناس في الخوف والمرض، فابتدعوا بعض العقاقير التي كانت تعالج بعض الأمراض وكانوا الأطباء والمعالجين^(٤)، وهذه ثقافات قديمة هم مجموعة من الأشخاص يعتقدون أنهم قادرون على علاج الاسر تبني على طرق تقليدية قديمة في السلوك والتصرفات التي تقاوم المرض^(٥)، وكان يعتقدون أن الأمراض تأتي من غضب الآلهة أو بسبب تلبس أرواح الموتى لجسد المريض، وبعد دخول هذه الأرواح لجسد منها ما يصيب العظام وما يفتك بالأعضاء ومنها ما يعيش على دمه ولحمه وقد يموت المريض وكان يعتقدون طردها قبل أن تفتك به لذلك كان علاجهم الطلسم والسحر الطرد الأرواح الخطرة بالتعاويذ والرقى واستعمال العلاج المداواة الأضرار الجسدية^(٦).

وأيضاً هناك مجتمع النديم بو هي قبيلة زنجية كانت تعيش على الحدود بين أنجولا وزائير، هذه القبائل تعتقد أن الأرواح تنفذ إلى عالم المرض ويعتقدون أن المرض وسوء الحظ يؤديان إلى تعطيل الإنتاجية والصيد، وحوادث فيزيائية، وفقد الممتلكات، يعتقدون كافة الكوارث والأمراض تنبعث بواسطة

١- جان شارل سورينا، تاريخ الطب، ترجمة إبراهيم البجلاتي، ط١، عالم المعرفة، الكويت، ٢٠٠٢، ص ١٩.

٢- المصدر نفسه، ص ١٨.

٣- رندة عباس، الأسر الطبية في العصر العباسي أسرة ال بخت يشوع لنموذجاً، مجلة جامعة تشرين، الآداب والعلوم الإنسانية، المجلد ٢٤، العدد ٤، ٢٠٢٠، ص ٢١.

٤ - عبد الفتاح الخواجة، الصحة النفسية والإرشاد النفسي، ط١، دار البداية، عمان، ٢٠١٠، ص ٢١.

٥- نجلاء عاطف خليل، علم الاجتماع الطبي ثقافة الصحة والمرض، ط١، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ٢٠٠٦، ص ٣٦.

٦ - عبد الفتاح الخواجة، نفس المصدر، ص ٢٣.

الأرواح مثل كائنات حية أو غير حية بشرية أو غيرها ويعتقدون تشخيص الأمراض عن طريق قوة خفية ويأخذ العلاج شكل التعاطف^(١)، وبعدها جاء الإسلام وشاع في البلاد المفتوحة، ودعا الرسول صلى الله عليه وسلم إلى التداوي ومعالجة الأمراض، من خلال أحاديث تضمنت نصائح ووصفات طبية الأمراض متنوعة، ومن هذه الأحاديث، ما أنزل الله من داء إلا وأنزل له الشفاء، وأمر بالحجر الصحي عند انتشار الأمراض^(٢) ومع ما جاء في الشريعة من الأمر بالحجر الصحي عند انتشار الأمراض؛ حمايةً للمجتمع وحفظاً لسلامته، يتضح أن الأسرة تمثل المنبع الأول والأساس الذي يستمد منه الأبناء نهج الاستقامة أو مظاهر الانحراف، ومن هذا المنطلق تركز الدراسة الحالية ضرورة العناية بالصحة لأسرة، بوصفها المدخل الرئيس لبناء جيل معافى قادر على التكيف النفسي والاجتماعي. مع ما يصاحب ذلك من إحساس إيجابي بالسعادة والرضا والكفاية. وبناءً على ذلك، فإن خلق الإنسان من الصراعات الداخلية وما ينتج عنها من توتر وتردد، وقدرته على حسم هذه الصراعات عند حدوثها^(٣).

إضافة إلى هذا السلوك من فرد واحد أو عدة أفراد داخل الأسرة ضد عضو آخر أو أكثر بقصد إلحاق الضرر بهم. ونظراً لأهمية هذه الظاهرة وتنامي آثارها المدمرة في المجتمع، بات من الضروري أن تتصدى لها الدولة من خلال دراسة أسبابها والعوامل المؤدية إلى تفشيها؛ إذ تشكل تهديداً بالغاً للأسرة والمجتمع يفوق في خطورته الحروب والأوبئة. كما تترتب عليها مشكلات متعددة اقتصادية واجتماعية وثقافية ونفسية وتربوية، تشارك في إضعاف المجتمع وتعرقل مسيرة نموه وتطوره^(٤)، لذلك حق الإنسان في الصحة، ولا سيما حقه في الرعاية الصحية، يرتبط ارتباطاً وثيقاً بسائر حقوقه الأساسية، وفي مقدمتها حق الحياة وسلامة البدن، وذلك تطبيقاً لمبدأ عدم قابلية حقوق الإنسان للتجزئة^(٥).

ومن هذا المنطلق، فإن نجاح أي خطة تهدف إلى تصحيح أو تحسين الصحة الحياتية للأسرة والأبناء يقع أولاً وأخيراً على عاتق الأسرة ذاتها. ويبدأ ذلك بمبادرتهم إلى تشخيص أوضاعهم الصحية

١- نجلاء عاطف خليل، مصدر سابق، ص ٣٥.

٢- رندة عباس، مصدر سابق، ص ٢١.

٣- حسين عايد الفريجات، المناخ الأسري وعلاقته ببعض مظاهر الصحة النفسية لدى مجموعة من طلبة وطالبات، مجلة كلية التربية، جامعة الأزهر كلية الدراسات الإسلامية والعربية، دبي، العدد ١٦٤، ج ٣، ٢٠١٥، ص ٧٤

٤- السعيد فيطس، آثار العنف الأسري على الفرد والأسرة والمجتمع، مجلة الحقوق والعلوم الإنسانية، جامعة الجلفة، المجلد ١٨، العدد ٢، جوان، ٢٠٢٥، ص ١٢٥

٥- بصائر على محمد، الحماية الجنائية لنطاق حق الرعاية الصحية، مجلة كلية القانون والعلوم السياسية، قسم القانون العام، الجامعة العراقية، العدد (٤)، ص ٦٠

وتحديد الأهداف التي يتبعون إلى تحقيقها، ثم صياغة الخطط الملائمة والسعي نحو النتائج التي تضمن لهم واقعاً صحياً أفضل^(١)، لذلك فإن لكل الأسرة طابعاً خاصاً يختلف عن الأسر الأخرى حسب ثقافتهم وعاداتهم وطريقة الأكل واللبس وأيضاً العادات الصحية واختلاف في نوعية وكمية الأمراض مثلاً المناطق الحضرية فتكثر فيها الأمراض السرطانية بسبب نوعية الطعام التي تحتوي على المواد الحافظة اما المناطق الريفية فتكثر فيها الأمراض التهاب الكبد الفيروسي بسبب تلوث المياه، وضعف الرقابة الصحية على المصادر المياه والغذاء، لذلك هنا يبدأ دور الأسرة في المحافظة على صحة الأسرة من خلال العادات الصحية والنظافة والطعام الضار على صحته.

ثانياً: نبذة تاريخية عن المخاطر الطبية

إن المخاطر الطبية جزء لا يتجزأ من التاريخ الصحي العالمي، وتكررت عبر العصور لكن بأشكال مختلفة، سواء من خلال تفشي الأوبئة أو الأخطاء البشرية أو سوء إدارة المعلومات الصحية. وتبرز جائحة كورونا مثلاً حديثاً يعكس طبيعة هذه المخاطر وتطورها، كانت بداية ظهور كورونا في ٣٠ ديسمبر ٢٠١٩ قام الطبيب (لي وين ليانغ) من مستشفى ووهانا المركزي بإطلاق أول تحذير حول فيروس تاجي جديد من خلال منصات التواصل الاجتماعي، لكن السلطات الصينية قامت بحذف منشوراته، وأجبرته على توقيع تعهد بعدم نشر تعليقات خاطئة بحجة أنها تخل بالنظام الاجتماعي^(٢).

على الرغم من هذا قامت السلطات بإغلاق أهم الأسواق في ووهانا كبوة للعدوى، إلا أنها لم تكن تتخذ خطوات أخرى للحد من تجارة الحيوانات البرية وبحلول ٢٢ يناير ٢٠٢٠، لذلك قتل الفيروس ١٧ شخصاً وأصاب أكثر من (٥٧٠) شخصاً، وصرحت لجنة الصحة لبلدية "ووهانا" ٢٠١٩ على غير الحقيقة بأنه لا يوجد تحول للمرض بين البشر، ووصفته بأنه لا يعدو إلا أن يكون مجرد أنفلونزا موسمية لاحقاً توفي الطبيب لي بعد إصابته بفيروس كورونا المستجد وأصبح رمزاً شعبياً، مما دفع السلطات للاعتراف بالمرض وتقديم الاعتذار لاحقاً، وساهم التأخر في الاعتراف وسوء التقدير الأمني والمعلوماتي في تفشي المرض بشكل مفاجئ وواسع؛ نتيجة الخلط بين المعلومات الصحيحة والشائعات^(٣).

١ - محمد زياد حمدان، مصدر سابق، ص ٧.

٢- عادل عبد الصادق، الرقمة والأوبئة التحديات والفرص في ضوء جائحة كوفيد ١٩، ط٢، لمركز العربي لأبحاث الفضاء الإلكتروني، القاهرة، ٢٠٢١، ص ١٠.

3-Bernard Marr, Coronavirus: How Artificial Intelligence, Data Science and Technology Is Used to Fight the Pandemic, www.forbes.com, Mar 13, 2020

وهذا أدى الى الضغوطات بسبب المرض والتدابير اللازمة لمكافحته يزداد هذا التوتر والضغط من ضعفهم تجاه تطور الأحوال النفسية أو تفاقم الظروف الموجودة بالفعل، وهذا يؤدي الى توترات الأشخاص الذين يعملون عن بعد، وتعليمهم في المنزل، وعدم الوصول إلى المعدات التكنولوجية والإنترنت وغيرها من معدات الاتصالات اللازمة للوصول إلى المعلومات والتعليم عن بعد والمساعدة أثناء الوباء^(١).

ولا تقتصر أدوار الأسرة في ممارسات التعامل مع خطر انتشار فيروس كورونا على السلوكيات الصحية، بل تتخذ فيه الإجراءات الصحية والاحترازية وتتعدد إلى أدوار وقائية ونفسية^(٢)، إضافة الى ما يرى أو لريش بيك أن بلدان المخاطرة قد ظهر مع منتصف القرن العشرين، وهو ساخط على تبعات الحداثة السلبية، والمخاطر العالمية ليست أخطاء التخلف بل أخطاء ناتجة للعقل البشري بمعنى أن هامش الخطأ موجود في الإنسان. وهي نتائج لمجتمعات الحداثة التي أدت الى قضاء المجتمع الصناعي الكلاسيكي الذي من أبرز مقولاته السيادة الوطنية، التقدم والواقع والمعرفة العلمية^(٣).

ومن هذه المخاطر الطاعون الذي انتشر في بغداد أو الموصل أو القاهرة.. الخ. فان مصدر الطاعون هو آسيا الوسطى و كان يتفشى بالطرق القوافل والتجارة، وفيما بعد أخذاً بالطرق البحرية والسفن والبواخر أن طرق في المعالجة والمكافحة الحديثة طبعاً قللت إلى حد كبير من مآسي انتشار الطاعون وأوبئته. في عقد الستينات من هذا القرن كان مجموع الإصابات حسب تقارير منظمة الصحة الدولية، ١٠٠٠ و ٦٠٠٠ حالة توفى بسببها بين ١٠٠-٢٠٠ ، يعتبر من أهم الأمراض التي ينتشر عن طريق البرغوث وهو الوباء المشهور بالتاريخ والذي كثيراً ما سبب البلاء والشقاء والموت للإنسان على مر الدهور، ولا يزال التاريخ يحتفظ لنا بالتدوين الكامل للمآسي والموت الذي حل بالبشرية منذ بداية توثيق التاريخ، وما هذا التسجيل إلا لكون وباء الطاعون يترك آثاراً واضحة وبالغة حينما يحل بمنطقة ما^(٤) ونتيجة هذه الحشرات ضارة جداً، تنقل للإنسان والحيوان بعض من أمراضاً قاتلة، مثل مرض

١- آلاء أحمد عبد المجلي محمد فايز المطيري، دور الأسرة في التعامل مع قلق انتشار فيروس كورونا دراسة ميدانية على عينة من الأسر سعودية في مدينة جدة ، المجلة العلمية للدراسات والبحوث المالية والتجارية ، جامعة دمياط، كلية التجارة ، المجلد (٣) ، العدد (٢) ، الجزء الرابع، يوليو ٢٠٢٢، ص ٣٤٢.

٢- آلاء أحمد عبد المجلي محمد فايز المطيري، مصدر سابق، ص ٣٤٢.

٣- رقطي بسمة، إدارة المخاطر في المؤسسة الصحية الجزائرية دراسة ميدانية في الاستشفائية العمومية الحكيم عقبي – قالم، رسالة ماجستير، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعي، قسم: العلوم الاجتماعية، تخصص: علم اجتماع صحة، ٢٠٢٢، ص ٧.

٤- جليل أبو الحب، الحشرات الناقلة للأمراض، علم المعرفة، الكويت، ١٩٨٢، ص ٦٢.

التيفوس والطاعون والكوليرا، وبعض الحشرات الأخرى كالجراد مثلاً تدمر النباتات والمزروعات في الحقول^(١).

وتعتبر أيضاً من المخاطر النفايات تؤدي إلى الأمراض القاتلة معدية عن طريق الأدوات الحادة لها أضرار لأنها تحتوي على كميات كبيرة ومتنوعة من الفيروسات والميكروبات المسببة للمرض^(٢) والمخاطر البيولوجية لها تأثير قوي وخطير عند التعرض لها، فهي تؤدي إلى الموت أو الإصابة بالأمراض الخطيرة والمعدية وتكمن المخاطر البيولوجية في التعرض المهني للكائنات الدقيقة الحية المعدية وافرازاتها السامة والطفيليات^(٣).

وبناء من هذا العرض التاريخي أن المخاطر الطبية رافقت الإنسان عبر العصور، وتتنوع وتعددت بين الأوبئة والأخطاء الطبية وسوء إدارة المعلومات الصحية وقد أثبتت جائحة كورونا أن التأخر في الاعتراف بالخطر وغياب الشفافية يمكن أن يزيد من حجم الكارثة. كما أكدت التجارب القديمة والحديثة، من الطاعون حتى النفايات الطبية والملوثات البيولوجية، أن هذه المخاطر ليست أحداثاً معزولة، بل نتائج طبيعية لتطور المجتمعات وتداخل العوامل البيئية والإنسانية، ومن ثم فإن فهم جذور هذه المخاطر يساهم في بناء استراتيجيات فعالة للوقاية والاستجابة، وتعزيز كفاءة الأنظمة الصحية في مواجهة التحديات المستقبلية.

ثالثاً: نبذة تاريخية التهديدات الجنائية

تُعد التهديدات الجنائية ظاهرة ملازمة للمجتمعات البشرية منذ الأزل؛ فقد بدأت كأفعال بدائية بسيطة مدفوعة بالغرائز، ثم تطورت عبر العصور مع تعقد العلاقات الإنسانية وظهور القوانين المنظمة وقد اقترنت هذه الظاهرة على الدوام بحاجة الإنسان الجوهرية إلى الأمن والطمأنينة، إذ إن شعوره بالأمان هو الذي يدفعه إلى الانخراط الفاعل في مسيرة الحياة سعياً وراء رزقه وتحقيق مصالحه. ومن هنا، كانت المجتمعات البشرية عبر العصور تُجرّم أشكال التهديد والترويع، وإن تفاوتت أساليبها ودرجات عقوباتها تبعاً للحقبة الزمنية والبيئة الثقافية والسياسية التي نشأت فيها.

١- ممدوح الفرماوي، الحشرات، المؤسسة العربية الحديثة، موسوعة الجيب، ص ٢.
٢- فيكرى أمال، مخاطر نفايات النشاطات الطبية على الصحة في المجتمع، مجلة المفكر، جامعة البليدة، كلية الحقوق والعلوم السياسية، العدد الثالث عشر، ص ٢٣٥.
٣- أعداد قسم ضمان الجودة والأداء الجامعي، دليل إدارة المخاطر في جامعة بغداد، جامعة بغداد، ص ٥٤.

أولا العصور القديمة

١. أولى القوانين البشرية: وثيقة أوركاجينا

تُعَدُّ أول وثيقة قانونية نادت بحقوق الإنسان وحرية. فقد وفّرت العدالة للشعب، وقضت على اللصوص، وأعادت الحق إلى نصابه، وأقامت القضاء لتنفيذ القوانين. كما منحت المواطنين حرية الإقامة في أي مكان يرغبون فيه، متمتعين بكامل الحرية الدينية والمدنية. وقد تميّزت بفصل السلطة الدينية عن السلطة الزمنية^(١)، إذ جرّد ملوك بابل الأمراء من صلاحياتهم الزمنية وأبقوا لهم على السلطة الدينية وحسب، فيما أحلّوا محلّهم موظفين مدنيين يعيّنهم الملك. ورغم ذلك، ظلّ الملك نفسه يُعَدُّ ممثلاً للآلهة لدى الشعب، وممثلاً للشعب لديهم في آنٍ واحد^(٢).

٢. قانون حمورابي: أول تشريع صريح لمواجهة التهديد والافتراء

انتقل التشريع خطوة أبعد مع قانون حمورابي في بابل القديمة، حوالي عام ١٧٥٠ قبل الميلاد، الذي عالج التهديدات الجنائية والافتراء والوعيد من خلال مواد صارمة تهدف إلى مكافحة ما يمكن تسميته بـ"الإرهاب النفسي" والالتهامات الباطلة التي تهدد أمن الأفراد وحياتهم^(٣)، ولم تُفرز الشريعة البابلية نصاً مستقلاً للتهديد اللفظي المجرد، وإنما عاقبت بقسوة على التهديد الجنائي المرتبط بالافتراء أو شهادة الزور أو التهديد بالسحر، استناداً إلى مبدأ القصاص والمماثلة "العين بالعين". وقد جاءت أبرز أحكام المسلة المتعلقة بهذا الشأن على النحو الآتي:

- المادة الأولى (تهديد الحياة والالتهام الكاذب): إذا وجّه شخصٌ اتهاماً بالقتل لشخص آخر ولم يُثبتته، يُعاقب المتهّم بالإعدام.
- المادة الثانية (التهديد بالسحر): إذا اتّهم شخصٌ بالسحر ولم يُثبت المتهّم دعواه، يُلقى المتهّم في النهر؛ فإن غرق، استولى المتهّم على بيته وأمواله^(٤).

١- شفيق السامرائي، حقوق الإنسان في المواثيق والاتفاقيات الدولية، ط، دار المعتز، عمان، ٢٠١٥، ص ٨٠.
 ٢- زهراء موسى سالم جبر، جريمة التهديد، ورقة بحثية، جامعة بابل، كلية القانون، ٢٠٢٢، ص ١.
 ٣- صوفي حسن أبو طالب، تاريخ النظم القانونية والاجتماعية، طبعة جامعة القاهرة وكتاب جامعي، مصر، ١٩٧٨، ص ٢٤٠.
 ٤- المصدر نفسه، ص ٧٧..

- المادة الثالثة: التهديد بشهادة الزور في القضايا الجسيمة إذا أدلى شخص بشهادة زور في قضية جنائية عقوبتها الإعدام ولم يُثبت ما قاله، يُقتل هو نفسه^(١).

- المادة الرابعة: التهديد بشهادة الزور في قضايا المال إذا تعلّقت شهادة الزور بحقوق مالية، يتحمّل الشاهد الكاذب الغرامة المقررة في تلك القضية^(٢).

- المادة الحادية عشرة الافتراء في قضايا السرقة إذا ادّعى شخص ضياع شيء له واتّهم الآخرين دون إحضار شهود، فهو مفترٍ كاذب، وعقوبته الإعدام^(٣).

٣. القانون الروماني: من الشكلية إلى تجريم الإكراه

تطوّر القانون الروماني على مدى أكثر من ألف عام، وعالج التهديد والإكراه في إطارين رئيسيين:

أ. التطور التاريخي والجرائم الخاصة:

صدر قانون الألواح الاثني عشر في عامي ٤٥١-٤٥٠ قبل الميلاد، وهو أول قانون روماني مكتوب. غير أنه لم يكن يُعاقب على التهديد أو الإكراه إلا إذا وقع الضرر الفعلي المهدّد به، لأن العقود والتصرفات القانونية آنذاك كانت تعتمد على الشكلية والطقوس العلنية لا على الرضا الحقيقي للطرفين. ومع ظهور العقود الرضائية وتراجع الشكلية، تدخل البريتور (القاضي الروماني) وعدّ التهديد جريمة تستوجب العقاب. فأنشئت دعوى الإكراه في عهد البريتور "أكتافيانوس" لحماية من أُجبر تحت تأثير الخوف على القيام بتصرف قانوني أو مالي، وكانت العقوبة تُلزم الجاني بدفع غرامة تبلغ أربعة أضعاف قيمة الضرر إذا رُفعت الدعوى خلال عام من وقوع الجريمة.

ب- التهديد المقترن بالعنف والجرائم العامة

حين يتحول التهديد من وعيد معنوي إلى تهديد بالسلاح أو إثارة شغب، كان يخضع لقوانين جنائية عامة، أبرزها قانون ليكس جوليا دي في الصادر في عهد أغسطس قيصر، الذي ميّز بين نوعين من العنف:

-العنف العام: التهديد بالسلاح وإثارة الاضطرابات وإجبار الموظفين العموميين على اتخاذ قرارات تحت الإكراه، وكانت عقوبته النفي أو الإعدام.

١- طه جابر العلواني ونوري لطيف، تاريخ النظم القانونية والاجتماعية، مطبعة وزارة التعليم العالي والبحث العلمي - جامعة بغداد، بغداد، الطبعة الأولى، ١٩٨١م، ص ٥٥

٢- صوفي حسن أبو طالب، مصدر السابق، ص ٢٤٣.

٣ - المصدر نفسه، ص ٢٤٣.

-العنف الخاص: استخدام التهديد لغصب أملاك الغير أو انتزاع حقوقهم الشخصية، وكانت عقوبته مصادرة ثلث أملاك الجاني وفقدان أهليته القانونية.

كما شملت جريمة الاعتداء في العصور الرومانية المتأخرة التهديد اللفظي العلني الذي يمسّ كرامة الشخص أو يُلقي في نفسه رعباً حقيقياً داخل المجتمع^(١).

ثانياً: العصور الوسطى

في العصور الوسطى، كان التهديد يُعدّ من الأفعال الماسة بأمن الأفراد واستقرار المجتمع، إذ ارتبط بممارسات الإكراه والترويع التي تهدف إلى حمل المجني عليه على القيام بعمل معين أو الامتناع عنه وقد أولت النظم القانونية آنذاك أهمية بالغة لحماية الأمن العام، فعاقبت على الأفعال التي تُسبب الخوف أو تُخل بالنظام الاجتماعي، سواء وُجّهت ضد أفراد أم جماعات، في المجتمعات الإسلامية كان القضاء يتعامل مع التهديد في إطار الجرائم التعزيرية، التي يُقدّر القاضي عقوبتها وفق ظروف الواقعة ومدى الضرر المترتب عليها، بهدف حفظ النظام وصيانة الحقوق العامة والخاصة^(٢)، في أوروبا كانت أفعال التهديد والإكراه تُعدّ جرائم ماسة بالسلم العام، ولا سيما حين تقترب بالعنف أو بحمل السلاح. وقد سعت السلطات المحلية والمحاكم الكنسية والمدنية معاً إلى الحدّ من هذه الممارسات عبر منظومة من العقوبات تراوحت بين الغرامات المالية والسجن والعقوبات البدنية، وذلك في تكامل واضح بين السلطتين الدينية والزمنية لمواجهة ظاهرة التهديد.

ثالثاً: العصور الحديثة

١. التطور التشريعي في أوروبا

شهدت العصور الحديثة تطوراً نوعياً في تنظيم القواعد الجنائية المتعلقة بالتهديد؛ إذ انتقل الاهتمام من مجرد صون النظام العام إلى حماية الحقوق والحريات الفردية، ومع تطور التشريعات الجنائية الأوروبية في القرنين الثامن عشر والتاسع عشر، أصبح التهديد جريمة مستقلة يعاقب عليها القانون متى تضمّن وعيداً بإلحاق ضرر بالنفس أو المال أو الشرف، سواء صدر شفاهاً أم كتابةً، وقد أسهم ظهور

١- صوفي حسن أبو طالب، مصدر السابق، ص ٥٠.

٢ عبد القادر عودة، التشريع الجنائي الإسلامي مقارناً بالقانون الوضعي، ج ١، مؤسسة الرسالة، بيروت، ٢٠٠٠، ص ٦٩٥-٦٩٠.

مبدأً شرعية الجرائم والعقوبات في تحديد أركان جريمة التهديد وعناصرها بصورة أدق، مما عزز الحماية القانونية للأفراد من أفعال الإكراه والترويع^(١).

٢. أثر التكنولوجيا على مفهوم التهديد

أدى التطور التكنولوجي وانتشار وسائل الاتصال الحديثة إلى توسيع نطاق جريمة التهديد توسيعاً ملحوظاً؛ فلم تعد تقتصر على المواجهة المباشرة بين الجاني والمجني عليه، بل امتدت لتشمل الرسائل البريدية والاتصالات الهاتفية ثم الوسائل الإلكترونية المختلفة. لذلك اتجهت التشريعات الحديثة إلى تحديث نصوصها القانونية بما يتلاءم مع هذه المستجدات، مع الإبقاء على الهدف الأساسي المتمثل في حماية الأمن الشخصي والطمأنينة العامة^(٢).

٣. التشريع العراقي وجريمة التهديد

لم يُعرّف المشرع العراقي جريمة التهديد تعريفاً صريحاً، وترك أمر ذلك لفقهاء القانون الجنائي الذين انفقوا في جوهر ما ذهبوا إليه؛ إذ يقوم التهديد أساساً على تخويف شخص ما وبثّ الرعب في نفسه من خلال الوعيد بضرر سيمسّ جسده أو ممتلكاته^(٣)، وتتجلى صورته الحديثة في عمليات الابتزاز الإلكتروني التي تستهدف الضحية عبر التلويح بنشر صور أو أفلام أو تسريب معلومات خاصة، مقابل انتزاع مبالغ مالية أو إجبارها على القيام بأعمال غير مشروعة.

وكل عبارة من شأنها إزعاج المجني عليه أو إلقاء الرعب في نفسه من خطر يُراد إيقاعه بشخصه أو ماله تُعدّ تهديداً معاقباً عليه قانوناً، متى توافرت فيها الصفات التي يشترطها التشريع^(٤)، قد كفل الدستور العراقي لسنة ٢٠٠٥ هذه الحماية في المادة الخامسة عشرة التي نصّت على أن لكل فرد الحق في الحياة والأمن والحرية، ولا يجوز الحرمان من هذه الحقوق أو تقييدها إلا وفقاً للقانون وبموجب قرار من جهة

1 - Trevor Dean, *Crime in Medieval Europe 1200–1550*, Routledge, London, 2001, pp. 45-52.

2 - Wayne R. LaFave, *Substantive Criminal Law 3rd ed.*, Vol. 2, West Academic Publishing, St. Paul, 2018, pp. 1118–1125.

٣ - هيمن علي عباس، جريمة التهديد عبر وسائل التواصل الاجتماعي ومدى خطورتها على الأفراد، ورقة بحثية، إقليم كردستان - العراق مجلس القضاء، ٢٠٢٤، ص ٤.

٤ - ساره محمد حنش، المسؤولية الجزائية عن التهديد عبر الوسائل الإلكترونية (دراسة مقارنة) رسالة ماجستير، جامعة الشرق الأوسط، كلية الحقوق، قسم القانون العام، ٢٠٢٠، ص ٢٢.

قضائية مختصة، وهو ما يُعكس أيضاً في المادة الثالثة من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان لعام ١٩٤٨^(١).

أما على صعيد التجريم والعقوبة، فقد عاقب قانون العقوبات العراقي رقم ١١١ لسنة ١٩٦٩ المعدّل على جريمة التهديد في الفقرة الأولى من المادة (٤٣٠)، إذ حدّد عقوبة السجن مدةً لا تتجاوز سبع سنوات أو الحبس، وتشمل هذه العقوبة التهديد بنشر أمور تمسّ الشرف أو الكرامة، إذا كان الهدف منه إجبار الضحية على دفع مال أو تنفيذ أمر معين أو منعها من القيام بتصرف ما^(٢).

١- هيمن علي عباس، مصدر سابق، ص ٣.
٢- ناهدة عمر صادق، جريمة التهديد في قانون العقوبات العراقي، ورقه بحثية من مجلس القضاء الأعلى، ٢٠١٥، ص ١٥.

المبحث الثاني

نماذج من الدراسات السابقة

أولاً: نماذج من الدراسات العراقية

الدراسة الأولى: دراسة (عادل عرنوص جمعة) الموسومة بـ(أثر العوامل البيئية الداخلية والخارجية في تحسين الخدمات الصحية دراسة تطبيقية من وجهة نظر متلقي الخدمات الصحية في مدينة الطب العراقية) (٢٠١٠)^(١).

تستهدف هذه الدراسة الوقوف على إثر العوامل البيئية (الداخلية والخارجية) في تحسين جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين متلقى الخدمة في مدينة الطب العراقية. وتحقيقاً لهذه أهداف الدراسة جرى تطوير استبانة كأداة رئيسية لجمع البيانات، وتطبيقها على عينة دراسية بلغت (٥٤٥) مبحوثاً، مع الاعتماد على الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) في معالجة البيانات وتحليلها.

وقد أسفرت نتائج الدراسة إلى الآتي:

١. أظهرت النتائج أن تصورات المبحوثين نحو العوامل البيئية الداخلية جاءت بمستوى مرتفع، في حين حظيت العوامل البيئية الخارجية، ومستوى جودة الخدمات الصحية بتقييم متوسط.
٢. ثبوت وجود أثر ذي دلالة إحصائية لأبعاد عوامل البيئية الداخلية في جودة الخدمات الصحية، حيث تبين أن هذه أبعاد تفسر نسبة مئوية محددة (٥٠.٧٪) من التباين الحاصل في مستوى في جودة الخدمة المقدمة.
٣. وجود أثر لأبعاد عوامل البيئية الخارجية في جودة الخدمة الصحية، وأن أبعاد عوامل البيئية الخارجية تفسر ما مقداره (٥٠.٥٪) من التباين في الخدمة الصحية.

١- عادل عرنوص جمعة، إثر العوامل البيئية الداخلية والخارجية في تحسين الخدمات الصحية دراسة تطبيقية من وجهة نظر متلقي الخدمات الصحية في مدينة الطب العراقية، جامعة مؤتة، الأردن، ٢٠١٠.

الدراسة الثانية: دراسة حنان موحى علي الموسومة (تقانة النانو وانعكاساتها على الأمن الصحي دراسة ميدانية في بغداد) (٢٠٢٠) (١):

تكمن مشكلة الدراسة بانعدام وجود تنظيم مركزي لتقانة النانو، وغياب دور الخدمة الاجتماعية والمختصين بها في ذلك التنظيم، إذ تقع على عاتقهم التنويه لطبيعة تأثيرات تقانة النانو على الخدمات الاجتماعية التي نشأت لتوفر الأمن الإنساني العراقي بصورة عامة، وضمنياً الأمن الصحي، ليجعل التنمية المحدثة بتقانة النانو تنمية مسؤولة تتكفل بتمكين الأفراد صحياً وحمايتهم من مخاطر تقانة النانو، وتشير الدراسة عدداً من التساؤلات هي: ما المقصود بتقانة النانو وتطبيقاتها الصحية؟ وما إمكانياتها في الارتقاء بالأمن الصحي أو الأضرار به؟ وأن الدراسة الحالية حاولت التعريف بتقانة النانو وتطبيقاتها التي ترتقي بصحة الإنسان وبيئته والكشف عن بعض مخاطرها وواقعها في العراق ومدى قدرة مختصي العمل الاجتماعي على الإسهام بتنظيمها بما يضمن التنمية المسؤولة والحد من المخاطر في المجال الصحي، وهي دراسة وصفية اعتمدت منهج المسح الاجتماعي لمجتمع الدراسة البالغ (١٠٧) مختصاً يعملون بتقانة النانو في عدد من مؤسسات في مدينة بغداد.

وقد توصلت الدراسة إلى عدد من النتائج أهمها:

١. أن تطبيقات تنقية مياه الشرب، ومعالجة مياه الصرف، وتنقية الهواء، والطاقة المتجددة، والأدوية والأجهزة الطبية) ترتقي بالأمن الصحي.

٢. وتبين بأن هناك بعض الخصائص في تقانة النانو تضر بصحة الإنسان ولاسيما العاملين فيها.

٣. هناك حاجة للمختصين بالعمل الاجتماعي في عملية تنظيم تقانة النانو.

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

١- حنان موحى علي، تقانة النانو وانعكاساتها على الأمن الصحي دراسة اجتماعية في بغداد، أطروحة دكتوراه غير منشورة، قسم علم الاجتماع، كلية الآداب- جامعة بغداد، ٢٠٢٠.

ثانياً: نماذج من الدراسات العربية

الدراسة الأولى: دراسة سليمان بومدين، الموسومة بـ(التصورات الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض في الجزائر): (٢٠٠٤)^(١)

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

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

الدراسة الثانية: دراسة أحمد فلاح العموش، الموسومة بـ(مظاهر السلوك الصحي في مجتمع الإمارات) (٢٠٠٩)^(٢)

تهدف الدراسة إلى محاولة التعرف على مظاهر السلوك الصحي في مجتمع الإمارات وذلك من خلال رصد وتحليل مجموعة من المؤشرات الدالة على مدى الإدراك والوعي الصحي المتجسدة في مجموعة من القضايا المتعلقة بالممارسات والإجراءات السلوكية الصحية. تنتمي الدراسة إلى نمط الدراسات الوصفية، واعتمدت على المنهج الوصفي التحليلي والمسح الاجتماعي بطريقة العينة، كما

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

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

اعتمدت الدراسة أيضاً على العديد من أدوات جمع البيانات وهي المقابلة والملاحظة ودراسة الحالة بالإضافة إلى السجلات الرسمية والإحصاءات الطبية، وقد طبقت الدراسة على عينة مكونة من (٤٤٤) مبحوث بإمارة السبع بدولة الإمارات العربية المتحدة، وكانت وأهم نتائج الدراسة:

١. الاهتمام بنشر الثقافة الصحية والوعي الصحي بمجتمع البحث من خلال المراكز والمؤسسات المتخصصة وذلك بهدف الحد من انتشار أو الوقاية من المرض.
٢. يرتبط مفهوم ظاهرتي الصحة والمرض بالسياق الثقافي والاجتماعي والاقتصادي السائد بالمجتمع، فلا يوجد مفهوم محدد للصحة والمرض، إنما توجد مجموعة من المعاني المعقدة ترتبط جميعها بالثقافة العربية.
٣. يفضل الغالبية العظمى من المرضى العلاج بالنسق الطبي الرسمي بالمجتمع والمتمثل في المستشفيات والمراكز المتخصصة الرسمية، ويرجع ذلك إلى ارتفاع مستوى التعليم بالإضافة إلى الثقة بالمؤسسات الطبية وإمكانياتها الحديثة وبالتالي يمتاز الفريق الصحي بأكثر دقة وكفاءة.

ثالثاً: نماذج من الدراسات الأجنبية

الدراسة الأولى: دراسة كلين ميد ، الموسومة بـ(الرعاية الصحية والامراض) (٢٠٠٢)^(١)

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

توصلت الدراسة إلى عدة نتائج من أهمها:

١. يتوقع المريض من خلال إقامته بالمستشفى الراحة والعلاج والعناية الصحية، وذلك من خلال سرعة الاستجابة لتقديم الدعم والرعاية الطبية للمرضى.
٢. يمثل سلوك سرعة الاستجابة لدى المؤسسة الصحية وأداء العاملين ومدة الانتظار ومدى توفير العلاج من أهم المتغيرات التي يتم من خلالها تقييم الرعاية الصحية من قبل المريض.

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

٣. تقدم المؤسسة الصحية المساندة الاجتماعية والدعم المعنوي للمرضى من خلال الاهتمام بالبرامج الصحية من أجل التفاعل داخل النظام الاجتماعي بالمجتمع.

الدراسة الثانية: ستيفن اف يانكس، الموسومة بـ(التغير في جودة الرعاية المقدمة للمستفيدين بالرعاية الطبية) (٢٠٠٣) ^(١)

تستهدف هذه الدراسة قياس معدلات التغير في الأداء المؤسسي على المستويين الوطني والمحلي الولايات عبر تقييم (٢٢) مؤشرا نوعيا في مجموعة من المنظمات الصحية العاملة بالتنسيق مع مؤسسة متخصصة في تحسين الجودة الطبية وذلك من خلال الفترة من ١٩٩٨ وحتى نهاية ٢٠٠١. وقد أسفرت نتائج الدراسة إلى الآتي:

١. تطور ملموس مع وجود فرص تحسين خلصت الدراسة إلى أن مستويات الرعاية في المنظمات الصحية المستهدفة شهدت نموا وتطورا ملحوظا خلال الفترة المذكورة ومع ذلك ما زالت هناك هامش وفرصة واسعة تتيح تحقيق مزيد من التحسين والتطوير.

٢. خلصت الدراسة إلى أن ترتيب المنظمات الصحية حسب الولايات تتغير بشكل طفيف.

٣. إن الدراسة لم تستطع الجزم إلى أي مدى يمكن قياس نسبة هذا التحسن في الخدمات إلى جهود منظمة.

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

رابعاً: مناقشة الدراسات السابقة

إن مراجعة الدراسات السابقة تمثل جانباً مهماً في البحث العلمي، إذ تساعد الباحث على الإحاطة بالأبعاد النظرية والمنهجية المرتبطة بموضوع الدراسة، فضلاً عن التعرف على أبرز النتائج التي توصلت إليها الدراسات السابقة ومدى الإفادة منها في تفسير الظاهرة المدروسة. وقد أفادت الدراسات العراقية والعربية والأجنبية في بناء الإطار النظري للدراسة الحالية الموسومة بـ(الصحة الأسرية ما بين المخاطر الطبية والتهديدات الجنائية)، من خلال تناولها لموضوعات الصحة والخدمات الصحية والسلوك الصحي والعوامل الاجتماعية والثقافية المؤثرة فيها.

١. مناقشة الدراسات العراقية

أظهرت الدراسات العراقية السابقة، والمتمثلة بدراسة عادل عرنوص جمعة ودراسة حنان موحى علي، اهتماماً واضحاً بالواقع الصحي والعوامل المؤثرة فيه. فقد ركزت دراسة عادل عرنوص جمعة على أثر العوامل البيئية الداخلية والخارجية في تحسين الخدمات الصحية، مؤكدة أهمية البيئة التنظيمية والاجتماعية في الارتقاء بمستوى الرعاية الصحية المقدمة للمستفيدين. كما تناولت دراسة حنان موحى علي انعكاسات تقانة النانو على الأمن الصحي، موضحة دور التطور العلمي والتكنولوجي في تعزيز الصحة من جهة، وما قد يرافقه من مخاطر صحية تستوجب التنظيم والرقابة من جهة أخرى.

وقد أفادت الدراسة الحالية من هذه النتائج في فهم طبيعة المخاطر التي يمكن أن تهدد الصحة الأسرية سواء كانت ناتجة عن قصور الخدمات الصحية أو عن المستجدات الطبية والتكنولوجية وما تفرزه من تحديات جديدة. كما استفادت من التأكيد على أهمية الأمن الصحي بوصفه أحد المرتكزات الأساسية لاستقرار الأسرة والمجتمع. إلا أن الدراسة الحالية تختلف عن الدراسات العراقية السابقة في تركيزها على الصحة الأسرية بوصفها وحدة اجتماعية تتعرض لمخاطر طبية وتهديدات جنائية متداخلة، في حين ركزت الدراسات السابقة على الخدمات الصحية أو الجوانب التقنية المرتبطة بالصحة.

٢. مناقشة الدراسات العربية

كشفت الدراسات العربية السابقة، والمتمثلة بدراسة سليمان بومدين ودراسة أحمد فلاح العموش، عن أهمية العوامل الثقافية والاجتماعية في تشكيل تصورات الأفراد للصحة والمرض وأنماط السلوك الصحي. فقد أوضحت دراسة سليمان بومدين أن فهم الصحة والمرض يتأثر بالسياق الثقافي والاجتماعي

السائد، وأن المستوى التعليمي يسهم في تحديد نوعية السلوك العلاجي الذي يتبعه الأفراد. كما أكدت دراسة أحمد فلاح العموش أهمية نشر الوعي الصحي والثقافة الصحية في الحد من الأمراض وتعزيز الممارسات الصحية السليمة.

وقد استفادت الدراسة الحالية من هذه النتائج في إبراز دور الأسرة بوصفها المؤسسة الاجتماعية الأولى المسؤولة عن تشكيل الثقافة الصحية لأفرادها، فضلاً عن دور الوعي الصحي في الحد من المخاطر الطبية التي قد تواجه الأسرة. كما دعمت هذه الدراسات التوجه النظري للدراسة الحالية في تفسير بعض التهديدات الصحية والاجتماعية التي تنشأ نتيجة ضعف الوعي الصحي أو انتشار المعتقدات والممارسات غير السليمة. وعلى الرغم من ذلك، تختلف الدراسة الحالية عن الدراسات العربية السابقة في تناولها للتهديدات الجنائية المرتبطة بالصحة الأسرية، وهو جانب لم يحظ بالاهتمام الكافي في تلك الدراسات.

٣. مناقشة الدراسات الأجنبية

أما الدراسات الأجنبية، والمتمثلة بدراسة كلين ميد ودراسة ستيفن إف. يانكس، فقد ركزت على تقييم جودة الرعاية الصحية ومستوى الخدمات المقدمة للمستفيدين. إذ بينت دراسة كلين ميد أن رضا المرضى يرتبط بسرعة الاستجابة وكفاءة الرعاية الصحية والدعم الاجتماعي الذي توفره المؤسسات الصحية، بينما أكدت دراسة ستيفن إف. يانكس وجود تطور في جودة الرعاية الصحية مع استمرار الحاجة إلى المزيد من التحسين والتطوير.

وقد أفادت الدراسة الحالية من هذه النتائج في فهم أهمية جودة الخدمات الصحية في حماية الأسرة من المخاطر الطبية وتقليل الآثار السلبية الناجمة عنها، فضلاً عن أهمية كفاءة المؤسسات الصحية في تحقيق الأمن الصحي للأفراد والأسر. كما أن هذه الدراسات أسهمت في دعم التفسير العلمي للعلاقة بين مستوى الرعاية الصحية واستقرار الأسرة وقدرتها على مواجهة المخاطر الصحية المختلفة.

إجمالاً، يتضح من خلال عرض الدراسات السابقة أن معظمها ركز على الجوانب الصحية والخدمات الطبية والسلوك الصحي والعوامل الاجتماعية والثقافية المرتبطة بالصحة، في حين تتميز الدراسة الحالية بتناولها للصحة الأسرية من منظور يجمع بين المخاطر الطبية والتهديدات الجنائية، بوصفها عاملين مؤثرين في استقرار الأسرة وأمنها الصحي والاجتماعي. كما اختلفت الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في طبيعة موضوعها وأبعادها التحليلية، مع استفادتها من نتائجها ومؤشراتها النظرية والمنهجية في بناء الإطار المفاهيمي للدراسة وتفسير نتائجها.

المبحث الثالث

النظريات المفسرة للدراسة

تتعلق هذه الدراسة من مقاربة سوسيولوجية تحليلية ترى أن الصحة الأسرية ليست مسألة بيولوجية فحسب بل هي ظاهرة اجتماعية تتقاطع فيها العوامل الطبية مع البنى الثقافية والقانونية وأنماط الضبط الاجتماعي ولتفسير هذه العلاقة المركبة تعتمد الدراسة على ثلاث نظريات تفسر هما (نظرية البناء الاجتماعي للواقع ونظرية الضبط الاجتماعي ونظرية العنف البنيوي) بوصفها قادرتين على تفسير التفاعل بين المخاطر الصحية والتهديدات الجنائية داخل النسق الأسري.

أولاً: نظرية البناء الاجتماعي

ترتبط هذه النظرية بإسهامات كل من (Thomas Luckman, Peter Berger) نشأت هذه النظرية بشكل متكامل في كتابهما الشهير (The Social Construction of Reality) في عام 1966 مع صدور كتابهما المشترك: اللذين أكدا أن الواقع الاجتماعي ليس معطى ثابتاً بل ينتج ويعاد إنتاجه من خلال التفاعل الاجتماعي واللغة والمعايير الثقافية فالظواهر الاجتماعية - بما فيها الصحة والمرض - تكتسب معناها عبر عمليات التعريف والتفسير داخل المجتمع^(١)، وقد ظهرت في سياق تطور علم الاجتماع المعرفي في أوروبا والولايات المتحدة متأثرة بالفلسفة الظاهرية (Phenomenology) خاصة أفكار الفيلسوف (Alfred Schutz) *^(٢).

1-Peter L. Berger and Thomas Luckmann, *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*, New York, Anchor Books, 1966, p23.

* ألفريد شوتز (١٨٩٩-١٩٥٩) هو فيلسوف وعالم اجتماع أمريكي من أصل نمساوي، يعد مؤسس علم الاجتماع الظاهراتي (Phenomenological Sociology) دمج بين فينومينولوجيا إدموند هوسرل وسيبولوجيا ماكس فيبر لتحليل "عالم الحياة اليومية" (Lebenswelt) بناء الأفراد للواقع الاجتماعي من خلال التفسيرات المشتركة والتفاعلات

2- Schutz, Alfred. *The Phenomenology of the Social World*. Evanston: Northwestern University Press 1967, p 113.

توظيف النظرية في تفسير الدراسة:

في سياق الصحة الأسرية، تساعد هذه النظرية على فهم ما يأتي:

١. تعريف المخاطر الطبية داخل الأسرة:

لا ينظر إلى المرض أو الإعاقة أو الاضطراب النفسي بوصفه حالة بيولوجية فقط بل يعاد تعريفه اجتماعيا وفق الثقافة السائدة فقد يفسر مرض معين على أنه ضعف أو قصور أسري مما يؤثر في طريقة التعامل معه.

بناء مفهوم التهديد الجنائي:

بعض السلوكيات التي تمثل خطراً على الصحة الأسرية (كالعنف الأسري أو الإهمال الطبي) لا تدرك دائماً بوصفها جرائم بل قد تبرر ثقافياً باعتبارها شأناً داخلياً وهنا يتضح أن توصيف الفعل ك(تهديد جنائي) هو عملية اجتماعية تتأثر بالوعي القانوني والثقافي^(١).

دور المؤسسات في إنتاج المعنى:

الإعلام والنظام الصحي والمؤسسة القانونية والخطاب الديني كلها تسهم في تشكيل تصور المجتمع لما يعد خطراً صحياً أو جريمة أسرية، وبذلك تفسر النظرية كيف تتشكل إدراكات الأسرة للمخاطر الطبية والتهديدات الجنائية، وكيف تؤثر هذه الإدراكات في السلوك الوقائي أو الإهمال أو حتى التستر^(٢).

ثانياً: نظرية الضبط الاجتماعي

تعد نظرية الضبط الاجتماعي من النظريات الأساسية في علم الاجتماع وارتبطت بصياغتها المعاصرة بأعمال (Travis Hirschi) الذي رأى أن السلوك المنحرف لا يحدث فقط بسبب وجود دوافع بل بسبب ضعف الروابط الاجتماعية التي تضبط الفرد وتوجه سلوكه^(٣).

الفرضيات الأساسية للنظرية: ترتكز النظرية على أربعة عناصر أساسية للضبط الاجتماعي:

١. الارتباط (Attachment)

٢. الالتزام (Commitment)

٣. الانخراط (Involvement)

٤. الاعتقاد (Belief)

1 - Husserl, Edmund. Ideas: General Introduction to Pure Phenomenology. 1931. p. 235

2- Cooley, Charles H.. Human Nature and the Social Order. New York: Scribner's 1902. p54

3 - Goffman, Erving. The Presentation of Self in Everyday Life. New York: Doubleday. 1959. P. 162.

وكلما ضعفت هذه الروابط زادت احتمالية الانحراف أو السلوك الإجرامي.

توظيف النظرية في تفسير الدراسة

١. تسهم نظرية الضبط الاجتماعي في تفسير العلاقة بين الصحة الأسرية والتهديدات الجنائية من خلال:

٢. ضعف الروابط الأسرية وظهور العنف: عندما تضعف علاقات الثقة والتواصل داخل الأسرة تزداد احتمالية ظهور سلوكيات منحرفة مثل العنف الجسدي أو النفسي وهي تهديدات تؤثر مباشرة في الصحة الجسدية والنفسية لأفراد الأسرة.

٣. الإهمال الطبي كفضل في الضبط الأسري: قد يؤدي ضعف الالتزام أو ضعف الوعي بالقيم الصحية إلى إهمال الرعاية الطبية مما يحول الخطر الصحي إلى أزمة مزمنة.

٤. الدور الوقائي للتماسك الأسري: تشير النظرية إلى أن قوة الروابط الأسرية تمثل عاملاً وقائياً يحمي من الانحراف والاعتداء وبالتالي تعزز الاستقرار الصحي والنفسي.

٥. العلاقة بين التفكك الأسري والجريمة: التفكك أو الصراع المستمر داخل الأسرة قد يخلق بيئة خصبة للانحرافات التي تهدد الصحة والسلامة سواء داخل الأسرة أو في المجتمع الأوسع.

التكامل بين النظريتين في تفسير الدراسة

يسمح الجمع بين النظريتين بتقديم تفسير شامل ومتوازن: تفسر نظرية البناء الاجتماعي للواقع كيف تعرف المخاطر الطبية والتهديدات الجنائية وتمنح معناها داخل السياق الثقافي، تفسر نظرية الضبط الاجتماعي كيف تؤثر قوة أو ضعف الروابط الأسرية في ظهور السلوكيات التي تشكل خطراً صحياً أو جنائياً، وبذلك لا تفهم الصحة الأسرية فقط كحالة بيولوجية ولا التهديدات الجنائية فقط كأفعال فردية بل كنتاج تفاعل بين المعنى الاجتماعي والبنية الضابطة داخل النسق الأسري.

ثالثاً: نظرية العنف البنيوي

تعد نظرية العنف البنيوي (Structural Violence) من أهم النظريات السوسيولوجية التي توسع مفاهيم العنف لتشمل ليس فقط الأفعال المباشرة (كالاعتداء الجسدي) بل الأضرار الخفية والممنهجة التي تنتجها البنى الاجتماعية والاقتصادية والسياسية في المجتمع وقد صاغ هذا المفهوم أولاً العالم النرويجي (Johan Galtung) في أبحاثه عن العنف والسلام إذ يعرف العنف البنيوي بأنه شكل من أشكال

العنف الذي يأتي من الهياكل الاجتماعية أو المؤسسات ويمنع الأفراد من تحقيق احتياجاتهم الأساسية وحقوقهم الإنسانية، مثل الصحة والتعليم والعدالة والحصول على الخدمات الصحية ويؤثر ذلك على فرص الحياة ذاتها دون وجود فاعلين مباشرين واضحين وراءه .

بمعنى آخر لا يشترط العنف البنيوي أن يتجسد في فعل عنيف ظاهر أو شخص يقترب فعلاً يؤدي الآخرين بل يكمن في الظروف الاجتماعية غير المتكافئة—مثل الفقر والتهميش ونقص الخدمات الصحية، والتمييز المؤسسي—التي تقضي إلى ضرر طويل الأمد للفئات الضعيفة أو المهمشة .

ثانياً: تطبيق نظرية العنف البنيوي على موضوع الدراسة

في سياق الصحة الأسرية في محافظة الديوانية يمكن استخدام نظرية العنف البنيوي كإطار تفسيري قوي لشرح العلاقة بين المخاطر الطبية والتهديدات الجنائية من خلال النقاط التالية:

١. العنف البنيوي كمحدد اجتماعي للصحة الأسرية

العنف البنيوي يحتوي على آليات غير مباشرة تؤثر في الصحة الأسرية عبر الحرمان من الخدمات والمستلزمات الأساسية في المجتمع العراقي عامة وفي الديوانية خاصة تساهم السياسات الصحية غير المتكافئة أو ضعف البنى الصحية في:

أ. ضعف الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الأساسية.

ب. نقص الكوادر الطبية المتخصصة في الطب الدفاعي والوقائي.

ت. غياب برامج دعم الأسرة صحياً واجتماعياً.

هذه العوامل لا تُنظر إليها عادة على أنها عنفٌ مباشر لكنها تشكل ضرراً محتملاً يتراكم عبر الزمن ويضع الأسر في حالة ضعف صحي مزمن ما يساهم في ارتفاع معدلات الإصابة بالأمراض أو تفاقمها لأنها لا تعالج في وقت مبكر وهذا هو جوهر العنف البنيوي—إلحاق الضرر بصورة غير مباشرة عبر تركيبات المجتمع نفسه وليس بسلوك أفراد معينين .

٢. علاقة العنف البنيوي بالتهديدات الجنائية داخل الأسرة

تنتج مجموعات من أشكال التهديدات الجنائية المرتبطة بالسلوك الأسري (كالاعتداء الجسدي أو الإهمال الطبي) ليس فقط من تفاعل فردي، بل من هياكل اجتماعية تقتدر إلى الضبط الاجتماعي الفعّال، تشمل:

- أ. ضعف تطبيق القوانين التي تحمي الأسرة من العنف المنزلي.
 - ب. نقص برامج الدعم القانوني والاجتماعي للضحايا.
 - ت. نقص الوعي المجتمعي بقضية العنف الأسري باعتبارها جريمة تتعلق بالحقوق الإنسانية.
- في هذه الإطار يمكن فهم العنف الجنائي داخل الأسرة على أنه نتاج ثانوي لبنية اجتماعية لا توفر أدوات الوقاية أو المساءلة القانونية، حيث يصبح العنف الجنائي امتداداً لعدم قدرة البنى الاجتماعية والمؤسسات على حماية أفراد الأسرة ما يعزز استمرار هذا النوع من العنف .

٣. التفاوتات في الصحة والتمييز البنيوي

العنف البنيوي يفترض وجود تمييز ممنهج في الوصول إلى الفرص والموارد في محافظة الديوانية: الأسر ذات الدخل المنخفض تواجه صعوبة في الوصول إلى خدمات صحية جيدة، قد يكون هناك تمييز في الخدمات الصحية المقدمة بناء على الموقع الاجتماعي أو الاقتصادي، وهكذا لا يكون الحرمان الصحي نتيجة فشل فردي فقط بل نتاج عميق في تركيب المجتمع نفسه وهو نوع من العنف لا يرى بالضرورة لكنه يفضي إلى نفس نتائج العنف الظاهر، مثل تفاقم الأمراض وزيادة العبء الجنائي على الأسرة والمجتمع .

٤. العنف البنيوي والصحة النفسية للأسرة

يربط العنف البنيوي أيضاً بين الضغوط الاجتماعية الناتجة عن الهياكل غير العادلة وبين النتائج النفسية التي تشكل مخاطراً على الصحة العقلية التهميش التفاوت الاقتصادي والتمييز في الخدمات يزيدان من اضطرابات التوتر والقلق والاكتئاب داخل الأسرة ما يجعلها أكثر عرضة لسلوكيات جنائية، سواء كضحايا أو كمعتدين، ضمن دوامة من الإهمال والضغط النفسي.

ثالثاً: القيمة التفسيرية للنظرية

توفر نظرية العنف البنيوي إطاراً تفسيرياً قوياً للربط بين:

١. الهيكل الاجتماعي العام والتوزيع غير المتكافئ للخدمات والفرص
٢. الحالة الصحية للأسرة (كإهمال طبي مزمن أو سوء التغذية أو عبء الأمراض).
٣. ظهور السلوكيات الجنائية المرتبطة بالضغوط البنيوية.

٤. التفاوت في الوصول للعدالة القانونية وفرص الحماية.

وبذلك لا ينظر إلى المشكلات الأسرية الصحية أو الجنائية كأفعال معزولة أو أخطاء فردية بل كنتاج لآليات ممنهجة ومتجذرة في البنى الاجتماعية، مثل نقص الخدمات الصحية الأساسية في الديوانية يمكن تفسيره كنوع من العنف البنيوي لأنه يقلل من احتمالية الشفاء أو الوقاية الصحية ما يفاقم الأمراض داخل الأسر. كذلك غياب برامج التوعية القانونية والاجتماعية وتحسين الوعي بحقوق الأسرة ينتج ارتفاعا في العنف الأسري الذي يصل إلى المحاكم والنيابات. بالإضافة الى التمييز في الوصول للخدمات العامة بين الفئات الاجتماعية يضع مجموعات معينة تحت ضغط اقتصادي واجتماعي ينعكس سلبا على صحتهم ورفاههم العام.

ترى الباحثة أن توظيف نظرية العنف البنيوي أن الصحة الأسرية والتهديدات الجنائية في مجتمع الدراسة في محافظة الديوانية ليستا فقط نتاج سلوكيات فردية أو أخطاء شخصية، بل أفعال ونتائج متجذرة في بنى المجتمع الاقتصادية والاجتماعية والمؤسسية التي تمنع الأسر من تحقيق احتياجاتها الأساسية وتفتح المجال أمام مخاطر صحية وقانونية متشابكة.

الفصل الثالث

الصحة الأسرية والمخاطر الطبية

المبحث الأول: المخاطر الطبية وانعكاساتها على صحة الأسرة

المبحث الثاني: أنواع المخاطر الطبية

المبحث الثالث: الإدمان وتأثيره على الصحة الأسرية



التمهيد

يعد هذا الفصل من الفصول التحليلية للدراسة حيث تبدأ من المبحث الأول التي تمثل خارطة المخاطر التي تبدأ من تأثير البيئة وصدمات العنف الأسري وصولاً إلى التحديات الوراثة ونقص الرعاية الأسرية والأمن الغذائي، ثم ينتقل إلى المبحث الثاني لتصنيف أنواع المخاطر الطبية وتوصيفها بين ما هو بيولوجي وما هو واقع من الأنماط الحياة ويُختم بالمبحث الثالث بقضية الإدمان ويبينها ليس مرضاً يخص الفرد فقط بل يؤدي إلى هدم يضرب البناء الأسري ويهدد أمنه الجنائي والاقتصادي ويشكل مجموعة من المخاطر التي يصعب التخلص منها دون تدخل علاجي واجتماعي متكامل.

المبحث الأول

المخاطر الطبية وانعكاساتها على صحة الأسرة

أولاً: ظروف البيئة

إن ظروف البيئة بصورة عامة، تعد منظومة حية، متكاملة وليس مجرد إطار مادي أو مجال جغرافي يقيم فيه المجتمع، فهي كيان ديناميكي متحول يتفاعل مع مختلف جوانب الحياة اليومية، وتمتد تأثيراته لتشمل تنظيم الوقت والأدوار الاجتماعية وما يرتبط بها من مشاعر وأفكار وسلوكيات فردية وجماعية. ومن هذا المنطلق، تظهر البيئة عاملاً محورياً في تحديد نوعية الحياة ومستواها، إذ قد تكون قوة دافعة تعزز النمو والتكيف وتحقيق التوازن الاجتماعي والنفسي، وقد تتحول في المقابل، إلى عائق يحد من إمكانيات الإنسان إذا أسيء التعامل معها، وبذلك يتضح أن طبيعة علاقة الإنسان ببيئته هي التي تحدد ما إذا كانت بيئة دافعة أو مثبطة لمسار حياته^(١).

وتؤثر ظروف البيئة الاجتماعية تأثيراً مباشراً في الفرد، إذ يكتسب ثقافة مجتمعه وقيمه عبر عملية التنشئة الاجتماعية التي ترافقه منذ بداية حياته وحتى مراحل العمرية المتقدمة^(٢). كما تؤدي البيئة الاجتماعية للأسرة دوراً مهماً في تشكيل مواقفها تجاه قضايا الصحة والمرض، حيث يختلف هذا الدور تبعاً للانتماء البيئي الذي يعكس ثقافة المجتمع المحيط. فالأسرة الحضرية تختلف عن الأسرة الريفية أو البدوية في نظرتها إلى العلاج، وفي تحديد الجهة التي تلجأ إليها، سواء أكان الطب الحديث أم الطب الشعبي، فضلاً عن اختلافها في مستوى الاهتمام بالصحة العامة والنظافة والعادات الغذائية وتشير الدراسات إلى أن نسب الإصابة والوفيات في المدن أقل منها في الريف والبادية، ويُعزى ذلك إلى حرص سكان الحضر على مراجعة الأطباء مبكراً وعزل المصابين، واعتمادهم بصورة أكبر على الطب الحديث، في حين تنتشر الإصابات والوفيات في الريف والبادية؛ نتيجة ضعف الوعي الصحي والثقافي^(٣). كما يسهم الاعتماد على الطب الشعبي، وتأخر اللجوء إلى الطب السائد، إلى جانب قوة الالتزام بالعادات والتقاليد في زيادة انتشار بعض الأمراض الاجتماعية، فضلاً عن ارتفاع معدلات الإصابة بالأمراض

١- فيصل خليف العنزي، منصور عبد الله محمد العجمي، دور علم النفس البيئي في ظل التغيرات المناخية وتأثيرها النفسي والاجتماعي على السلوك الإنساني، مجلة الإرشاد النفسي، جامعة الكويت كلية التربية الأساسية، العدد ٧٣ ج ١، الكويت، ٢٠٢٢، ص ١٢٧.

٢ - مصدر نفسه، ص ١٢٨.

٣- حسين حسن سلمان، السلوك الإنساني والبيئة الاجتماعية، ط ١، مجد المؤسسة الجامعية للدراسات، بيروت، ٢٠٠٥،

الوبائية الناتجة عن التعامل المباشر مع الماء والتربة دون اتخاذ احتياطات صحية كافية، ويرتبط ذلك بظروف السكن وعدد أفراد الأسرة والمستوى الثقافي والصحي للأسرة^(١)، وتشير الدراسات كذلك الى أن الاضطرابات الانفعالية وضعف التوازن النفسي من العوامل التي تدفع الفرد إلى الإدمان، إذ يشعر الشخص بالعجز عن مواجهة ضغوط الحياة فيلجأ إلى المخدرات بوصفها وسيلة للهروب من القلق أو الحزن أو الإحباط، فيجد فيها راحة مؤقتة تخدّر مشاعره وتمنحه شعورًا زائفًا بالاستقرار^(٢). بمرور الوقت يدخل الفرد في دائرة من الانعزال والاضطراب النفسي والاجتماعي، مما يجعل الإدمان وسيلة تدمر الذات بدلًا من أن يكون مهربيًا مؤقتًا من الألم^(٣).

يعد التدخين مثالًا واضحًا على التأثير المباشر وغير المباشر للبيئة الاجتماعية في سلوك الأفراد، إذ يؤدي ضعف التفاهم داخل الأسرة وغياب الرقابة الأبوية إلى دفع الأبناء نحو تقليد السلوكيات غير الصحية، بحثًا عن الشعور بالاستقلال أو الانتماء. كما أن انشغال الوالدين أو غيابهما يجعل الأبناء أكثر عرضة لتأثير جماعة الرفاق، فيتعلمون التدخين بدافع الفضول أو الرغبة في القبول الاجتماعي، حتى وإن كانوا يدركون أنه سلوك ضار ومخالف للقيم الأسرية^(٤)، وهذا يوضح بجلاء كيف يمكن للعوامل الاجتماعية أن تهئ بيئة خصبة لاكتساب سلوكيات منحرفة أو ضارة كالتدخين الأمر الذي يبرز أهمية مكافحة هذه الظاهرة لما تسببه من أضرار صحية خطيرة تؤثر في مختلف أجهزة الجسم، مما يجعل الحد من التدخين ضرورة لحماية صحة الأسرة والمجتمع^(٥).

ويعد تلوث الهواء داخل المنازل من أبرز التحديات الصحية والبيئية على الصعيد العالمي، ويرتبط أساساً باستخدام الكتلة الحيوية، مثل الحطب والروث والمخلفات الزراعية، فضلاً عن الفحم، بوصفها وقوداً في النيران المكشوفة أو المواقد التقليدية المستخدمة لأغراض الطهي والتدفئة، ويسهم هذا النوع من التلوث في وفاة أكثر من أربعة ملايين شخص سنوياً نتيجة التعرض المستمر لانبعاثات الوقود الصلب

١ - حسين حسن سلمان، مصدر سابق، ص ٤٢.

٢ - آلاء عبد الواحد، إدمان المخدرات وعلاقته بالشفقة بالذات، المجلة القومية لدراسات التعاطي والإدمان، المجلد ١٩، العدد ١، مصر، ٢٠٢٢، ص ٧٩.

٣ - المصدر نفسه، ص ٨٠.

٤ - مهدي شهاب أحمد، الإدمان على التدخين وطرق الوقاية، مجلة جامعة تكريت للعلوم الإنسانية، جامعة تكريت، كلية التربية للعلوم الإنسانية، المجلد ٢٦، العدد ٣، ٢٠١٩، ص ٤١٠-٤١١.

٥ - المصدر نفسه، ص ٤١٠-٤١١.

داخل المنازل، كما ويؤدي استنشاق الدخان المتصاعد إلى الإصابة بالأمراض خطيرة منها السكتة الدماغية وأمراض القلب مما يجعله من أخطر مسببات التهديد للصحة العامة (١).

كما أن الجسيمات الدقيقة الناتجة عن الهواء الملوث داخل المنازل مسؤولة عن نحو ٥٠٪ من وفيات الأطفال دون سن الخامسة بسبب الالتهاب الرئوي (٢)، وقد أثبتت الدراسات العلمية وجود علاقة وثيقة بين التغيرات البيئية، ولا سيما ارتفاع درجات حرارة الهواء وبين زيادة معدلات الاضطرابات النفسية والسلوكية لدى الأسر والمجتمعات، إذ لا تقتصر آثار موجات الحر على التغيرات المزاجية المؤقتة فقط (٣)، والتلوث البيولوجي الناتج عن وجود كائنات دقيقة ممرضة مثل البكتيريا والفيروسات والطفيليات فضلا عن التلوث الكيميائي الناجم عن المركبات السامة والمخلفات المصانع والمفاعلات النووية والمبيدات والأسمدة الزراعية ومياه الصرف الصحي وتسرب النفط في البحار والمحيطات (٤). وفي كثير من البيئات السكنية توجد شبكات مجاري غير صحية أو أماكن لتصريف المياه بالقرب من المنازل كما تكون حظائر الأغنام والماشية ملاصقة للمساكن في بعض المناطق مما يؤدي إلى خلق ظروف بيئية صعبة تؤثر في جميع أفراد الأسرة، كذلك فإن كثرة عدد أفراد الأسرة في مسكن صغير تسهم في سرعة انتشار الأمراض بينها (٥).

ويؤثر ذلك بصورة مباشرة في الفرد والأسرة بشكل إيجابي أم سلبي، وينعكس على ثقافة الأسرة والمجتمع وقدرتهما على توفير بيئة غذائية وصحية مناسبة، فالأسر الميسورة مادياً تمتلك قدرة أكبر على الوقاية من الأمراض وتوفير الاحتياجات الصحية والغذائية، في حين تحد التكاليف الاقتصادية والمادية للعلاج من الخيارات العلاجية المتاحة للمرضى، إذ يضطر بعض الأفراد إلى تعديل أساليب علاجهم بما يتناسب مع قدرتهم الاقتصادية (٦).

وتسهم الظروف الاقتصادية المستقرة في توفير الموارد المالية اللازمة لتجهيز المستشفيات والمراكز الصحية، الأمر الذي يعزز من قدرة المجتمع على الوقاية من الأمراض ومواجهتها بفاعلية، وفي المقابل،

١- قدرى الشيخ علي، سوسن جورج سمور والآخرين، علم الاجتماع الطبي، ط١، مكتبة المجتمع العربي، الإسكندرية، ٢٠٠٧، ص ١٨٠.

٢- المصدر نفسه، ص ١٨٠.

٣- فيصل خليف العنزي، منصور عبد الله محمد العجمي، مصدر سابق، ص ١٢٨.

٤- قدرى الشيخ علي، مصدر سابق، ص ١٨٠.

٥- حمد الله حمد احمد، الأسرة وقضايا المجتمع العربي في إسرائيل، ط١، دار كتب عربية، مصر، ٢٠٠٧، ص ١٢١.

٦- قدرى الشيخ علي، سوسن جورج سمور والآخرين، مصدر سابق، ص ١٧٤-١٨٦.

قد تؤدي الظروف الاقتصادية المتدهورة الى زيادة انتشار بعض الأمراض الاجتماعية التي تصيب فئات محددة نتيجة الفقر أوتدني المكانة الاجتماعية، ويترتب على ذلك نشوء علاقات اجتماعية غير متوازنة وسلوكيات منحرفة ترتبط غالبا بالطبقات المهمشة^(١)، كما تؤكد الدراسات أن الحالة الاقتصادية للأسرة تعد عاملا رئيسا في تحديد مستوى وعيها الصحي، إذ ان غياب الموارد المالية يحول دون الاهتمام بجودة الخدمات الصحية المتاحة، كما يحدّ من القدرة على تنويع الوجبات الغذائية حفاظاً على الدخل. وفي ظل هذه الظروف، قد يعجز بعض الأفراد عن مراجعة الطبيب أو شراء الدواء اللازم^(٢)، مما يدفعهم إلى اللجوء لطرق بديلة مثل استشارة الصيدلي لتقليل تكاليف الفحص الطبي، أو الاعتماد على وسائل العلاج التقليدية لعدم قدرتهم على الوصول إلى خدمات صحية حديثة. كما يضطر كثير في الأفراد الى العمل في بيئات غير صحية من أجل توفير الاحتياجات الأساسية للأسرة، الأمر الذي يفاقم المشكلات الصحية والاجتماعية^(٣).

ثانيا: الصحة العقلية

لا تعني الصحة العقلية مجرد غياب الاضطرابات النفسية، بل تفهم بوصفها حالة ديناميكية تتأثر بعوامل بيولوجية واجتماعية وثقافية متعددة. وتشير الدراسات الحديثة إلى أن التوافق مع البيئة لا يكفي بحد ذاته لتحقيق الصحة العقلية، إذ قد يتطلب الأمر أحيانا تعديل البيئة المضطربة بدلاً من الاكتفاء بالتكيف معها. ويُعدّ بناء علاقات إنسانية متوازنة، وضبط الانفعالات، والقدرة على مواجهة التحديات بمرونة، من الركائز الأساسية للصحة العقلية، إلى جانب تحقيق الذات، والوعي بالهوية الفردية، واستثمار الطاقات بصورة فاعلة فالشخصية السوية لا تُقاس فقط بغياب الانحراف أو الاضطراب النفسي^(٤).

بل تُقاس كذلك بامتلاك الفرد لسمات إيجابية تعكس توازنه النفسي وقدرته على التكيف مع متطلبات الحياة. فالفرد السوي يتسم بالفاعلية في توجيه سلوكه نحو الحلول الواقعية، والسعي إلى تخفيف الضغوط، ومواصلة التقدم نحو أهدافه. كما يتميز بالكفاءة في استثمار طاقاته، والتميز بين ما يمكن تجاوزه وما يصعب التغلب عليه. ويظهر هذا التوازن في انسجام أفكاره ومشاعره وسلوكه مع المواقف

١- قدرى الشيخ علي، سوسن جورج سمور والأخريين، مصدر سابق، ص ٤٨.

٢- إسراء محمد خباري أحمد، للوعي الصحي للمرأة المصرية، مجلة الأبعاد الاجتماعية والاقتصادي جامعة أسيوط، العدد ٨٢، أبريل ٢٠٢٢، ص ٣٤٣.

٣ - المصدر نفسه، ص ٣٤٣.

٤- سعد جلال، في الصحة العقلية الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية، ط١، دار الفكر العربي للنشر والتوزيع، القاهرة، بدون تاريخ، ص ٨٩-٩٤.

المختلفة، إلى جانب قدرته على ضبط انفعالاته، والمرونة في التكيف مع التغيرات، والاستفادة من الخبرات السابقة. وينعكس هذا التوازن أيضًا في تفاعله الاجتماعي الإيجابي^(١)، إذ ينخرط مع الآخرين دون تبعية مفرطة أو انعزال مرضي، مع احتفاظه باستقلاليته وقدرته على التواصل الفعال. كما يعيش حالة من الطمأنينة مع ذاته، فيدرك إمكاناته وحدوده، ويتقبل نقاط قوته وضعفه، ويسعى باستمرار إلى التطور والنمو. وتشير الدراسات إلى أن الشخصية السوية تُقاس بقدرة الفرد على مواجهة المشكلات، واتخاذ القرارات، وتحمل المسؤوليات، والعيش بانسجام مع الآخرين، وتحقيق الذات والتكامل النفسي، مما يجعل الصحة العقلية عملية مستمرة تتأثر بالعوامل الداخلية والخارجية، وتسهم في تحقيق التوازن النفسي والاجتماعي للفرد^(٢).

وتُعدّ الصحة العقلية ركنًا أساسيًا لا يقل أهمية عن الصحة البدنية، إذ تمثل الأساس لقدرة الإنسان على التفكير والشعور والعمل، وبناء علاقات ذات معنى، والمساهمة بفاعلية في المجتمع المحلي والعالم، فهي جزء جوهري من صحة الفرد، وتشكل قاعدة لنهضة المجتمعات والأمم التي تنعم بالصحة والاستقرار، ويؤكد تقرير اليونسف أن الصحة العقلية حق أساسي من حقوق الإنسان، وأنها عنصر حاسم لتحقيق الأهداف العالمية، بما فيها أهداف التنمية المستدامة، كما تبدأ أسس الصحة العقلية منذ مرحلة الطفولة^(٣).

الأمر الذي يجعل دور الوالدين ومقدمي الرعاية بالغ الأهمية في توفير الدعم النفسي والاجتماعي والمادي، إلى جانب الإرشادات وبرامج التنشئة السليمة وتؤدي المدارس دورًا مهمًا في دعم الصحة العقلية للأطفال، إذ يمكن أن تشكل بيئة صحية وشاملة تساعد على اكتساب المهارات الضرورية لتعزيز رفاههم النفسي والاجتماعي. إلا أنها قد تكون في الوقت نفسه بيئة يتعرض فيها الأطفال للتميز أو التمييز أو ضغوط الأقران والضغوط الدراسية، مما يستدعي توفير برامج داعمة للصحة العقلية داخل المؤسسات التعليمية^(٤).

كما تبرز أهمية التدخل المبكر في أوقات الأزمات والصدمات، مثل جائحة كوفيد-١٩، التي أدت إلى تفاقم مستويات التوتر والقلق والإجهاد النفسي، الأمر الذي جعل من الضروري تقديم استجابات فورية

١- سعد جلال، مصدر سابق، ص ٩٠.

٢- المصدر نفسه، ص ٩.

٣- صلاح خالد، حالة الأطفال لعام (٢٠٢١) تعزيز الصحة العقلية للأطفال وحمايتهم ورعايتهم، مجلة الطفولة والتنمية، مصر، العدد ٤٨، ٢٠٢٣، ص ١٤.

٤- المصدر نفسه، ص ١٤.

لمعالجة الاضطرابات المرتبطة بالاكتئاب والقلق واضطراب ما بعد الصدمة، وتعزيز قدرة الأطفال واليافعين على التكيف والمضي نحو حياة أكثر استقرارًا^(١).

إلى جانب ذلك، تتمثل الصحة العقلية للطفل في قدرته على توظيف طاقاته الذهنية بصورة إيجابية في عمليات التفسير والتقدير والمقارنة والتحليل والتركيب وغيرها من الوظائف العقلية التي تساعد على التكيف مع بيئته. ولذلك، فإن الصحة العقلية لا تقتصر على خلو الطفل من الأمراض النفسية، بل تشمل أيضًا استثمار قدراته بكفاءة وفاعلية. ويُعدّ الاستقرار الأسري عاملاً رئيسًا في دعم الصحة العقلية، إذ أثبتت الدراسات النفسية والطبية أن غيابه قد يؤدي إلى ظهور اضطرابات متعددة، مثل تقلبات المزاج والقلق والفصام^(٢).

كما أن تعرض الأفراد لمشكلات الصحة العقلية، بما في ذلك الاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة وتعاطي الكحول والمخدرات، يقلل من قدرتهم على حماية أنفسهم ورعاية من يعتمدون عليهم. وتؤثر هذه الاضطرابات في سلوك الفرد، وقد تدفعه إلى تعاطي الكحول أو العقاقير المخدرة. ومن الأمثلة على ذلك، حادثة وقعت في كانون الثاني عام ٢٠٢٣، حين أقدم شاب يبلغ من العمر أربعًا وعشرين سنة على قتل والدته وشقيقه وشقيقته باستخدام مسدس في مدينة الكوت، وقد أشارت التحقيقات الأولية إلى أن الجريمة ارتُكبت تحت تأثير المخدرات، إذ كان الجاني قد أُلقي القبض عليه سابقًا بتهمة تعاطي المخدرات^(٣)، كذلك يتعرض الأطباء والصيادلة في بعض الأحيان إلى التهديد أو الاعتداء من قبل المدمنين أو متعاطي العقاقير، ومن الحوادث التي أثارت اهتمام الرأي العام حادثة الصيدلانية حوراء، التي تعرضت للقتل بعد رفضها بيع أدوية محظورة لمجموعة من الشباب الذين كانوا يعانون اضطرابات عقلية وسلوكية نتيجة تعاطي العقاقير المخدرة^(٤).

١- صلاح خالد، مصدر سابق، ص ١٥.

٢- زويير لفقيير وبن رمضان سامية أثر غياب الاستقرار الأسري على صحة الطفل، مجلة أفاق للعلوم، جامعة زيان عاشور الجلفة، المجلد ٥٥، العدد ١٢، الجزائر، ٢٠١٨، ص ٣٧١.

٣- احمد الحسناوي، قناة الحرة عراق (بث تلفزيوني) "جريمة تهز واسط شاب يقتل والدته وشقيقته وشقيقته" ٢٠٢٣/١/٢٤،

٤- علي تاغي السلطاني، قناة علي تاغي السلطاني (بث يوتيوب) "مقتل حوراء عبد المحسن الصيدلانية" ٢٠٢٥/٥/٢٩،

ثالثاً: العنف الأسري

تُعدّ الأسرة المؤسسة الاجتماعية الأولى المسؤولة عن توجيه الفرد وحماية صحته النفسية والجسدية، ويُشكّل العنف الأسري أحد أخطر التهديدات التي تواجه استقرار هذا البناء الاجتماعي. ولا تقتصر آثاره على إحداث التباعد الاجتماعي والتفكك الأسري فحسب، بل تمتد لتتحول إلى مخاطر طبية ملموسة تبدأ بالإصابات والجروح الجسدية المباشرة، وقد تنتهي بالأمراض المزمنة والاضطرابات البدنية والنفسية طويلة الأمد.

ويُعرّف العنف الأسري بأنه كل فعل عدواني يصدر من أحد أفراد الأسرة تجاه فرد آخر بقصد إلحاق الأذى به أو الهيمنة عليه وإخضاعه بوسائل قسرية، سواء أكانت مادية أم معنوية أم نفسية، الأمر الذي يؤدي إلى إحداث أضرار نفسية وجسدية بالشخص المتعرض للإيذاء^(١).

وتشمل الفئات الأكثر تعرضاً للعنف الأسري الأطفال، والزوجات، وكبار السن، وذوي الاحتياجات الخاصة. ومن أبرز أشكال هذا العنف: العنف الجسدي والنفسي، إذ يتمثل العنف الجسدي باستخدام الأيدي أو الأرجل أو الأدوات الحادة التي تترك آثاراً واضحة على الجسد، مثل الجروح والحروق والكدمات، فضلاً عن الإصابات الخطيرة كارتجاج الدماغ أو إصابات العمود الفقري^(٢)، وترى الباحثة أن هذا الضرر لا ينبغي النظر إليه بوصفه حالة مرضية فردية فحسب، بل باعتباره عاملاً يؤدي إلى تعطيل القدرة الجسدية والإنتاجية للأسرة؛ فعندما يُصاب الأب أو الأم بعجز بدني يختل توازن الأدوار الاجتماعية داخل الأسرة، وتقعد العائلة قدرتها على أداء وظائفها الأساسية في الرعاية والإنفاق، الأمر الذي ينعكس سلباً على الوضع الاقتصادي للأسرة والمجتمع. ويُعرف ذلك في علم الاجتماع الطبي بمفهوم اختلال الدور الاجتماعي الناتج عن العجز البدني

أما الآثار النفسية للعنف الأسري، فإنها غالباً ما تستمر مع الأفراد حتى مرحلة البلوغ، وتبقى راسخة في ذاكرتهم، وقد يتحول الغضب المكبوت الناتج عن التعرض للعنف إلى سلوك متكرر في حياتهم الزوجية المستقبلية^(٣)، وعندما يؤسسون أسرهم الخاصة، فإنهم قد يعيدون إنتاج أنماط الإساءة التي

١- نرمين حسن السطالي، سيكولوجية العنف وأثره على التنشئة الاجتماعية للأبناء، ط١، دار السعيد، مصر، ٢٠١٨، ص١٤

٢- سهيلة محمود بنات، العنف ضد المرأة، ط١، دار المعتر، الأردن، ٢٠٠٨، ص٢٢

٣- منى يونس بحري، ونازك عبد الحليم قطيشات، العنف الأسري، ط١، دار صفاء للتوزيع والنشر، عمان، ٢٠١١، ص٥٤-٥٣

شاهدوها أو تعرضوا لها في طفولتهم، مما يؤدي إلى استمرار دائرة العنف عبر الأجيال. وقد أثبتت الدراسات أن احتمالية ممارسة الرجل للعنف ضد زوجته تزداد إذا كان قد شهد في طفولته تعرض والدته للعنف، في حين تنخفض هذه الاحتمالية في الأسر التي يسودها الاحترام والتفاهم بين الزوجين وترى الباحثة أن النساء يُعدن من أكثر الفئات تعرضًا للعنف الأسري، بسبب بعض النظرات الاجتماعية والوصمة المجتمعية التي تدفع العديد منهن إلى الصمت أو التهاون في طلب العلاج والرعاية الصحية. ويؤدي ذلك إلى تفاقم المخاطر الطبية الناتجة عن العنف، بسبب التأخر في العلاج أو إهماله، مما قد يتسبب في الإصابة بأمراض مزمنة أو إعاقات دائمة تؤثر سلبًا في الصحة الأسرية مستقبلاً^(١).

رابعاً: نقص الرعاية الصحية

يُعدّ نقص الرعاية الصحية من أبرز القضايا المرتبطة بالصحة الأسرية والمخاطر الطبية، إذ لم يعد الخطر الصحي مقتصرًا على الإصابة بالأمراض فحسب، بل أصبح يشمل أيضًا الأخطار الناتجة عن ضعف المنظومة العلاجية وقلة الخدمات الصحية المتاحة. وتُعدّ الأسر الفقيرة أكثر الفئات تعرضًا للمخاطر الصحية، بسبب معاناتها من نقص الإمكانيات الأساسية التي تمكّنها من الحفاظ على صحتها وتلبية احتياجاتها العلاجية. كما تعيش هذه الأسر حالة من الحرمان متعدد الأبعاد، لا تقتصر على الجانب المادي فقط، بل تمتد لتشمل ضعف التعليم، وقلة الوعي الصحي، وصعوبة الحصول على الرعاية الطبية المناسبة، فضلًا عن محدودية الوصول إلى العدالة الصحية، الأمر الذي يزيد من احتمالية تعرضها للمخاطر الصحية المختلفة^(٢)، وتزداد هذه المخاطر بصورة خاصة لدى الأطفال ذوي الوزن المنخفض، إذ يكونون أكثر عرضة للإصابة بالأمراض المزمنة خلال مرحلة الطفولة^(٣).

وفي هذا السياق، يؤكد تقرير منظمة الصحة العالمية أن النظم الصحية، حتى في الدول المتقدمة، لم تحقق بصورة كاملة أهداف الرعاية الصحية الشاملة، على الرغم من التقدم الكبير الذي أنجز في مجال تحسين الصحة ومكافحة الأمراض. كما تتزايد المخاوف بشأن قدرة الأنظمة الصحية على الاستمرار في

١ - منى يونس بحري، ونازك عبد الحليم قطيشات، مصدر سابق، ص ٥٣-٥٤

٢ - نهى عادل مجاهد، نجوى يوسف جمال الدين التربية على قيم المواطنة العالمية لمواجهة مجتمع المخاطر، ط١، دار التعليم الجامعي، مصر، ٢٠٢١، ص ١٠٦.

٣ - المصدر نفسه، ص ١٠٧.

تقديم الرعاية مع الارتفاع المستمر في تكاليف العلاج، إذ تشير التقارير إلى أن نحو مئة مليون شخص يقعون سنوياً تحت خط الفقر بسبب عدم قدرتهم على تحمل تكاليف الرعاية الصحية^(١).

وترى الباحثة أن ذلك يؤدي إلى اتساع الفجوة الطبقة، ويجعل مستوى الدخل المادي للأسرة عاملاً مؤثراً في نوعية وجودة الرعاية الصحية التي تتلقاها الأسر ذات الدخل المحدود، الأمر الذي ينعكس سلباً على صحتها ويزيد من تعرضها للمخاطر الطبية التي تؤثر في الصحة الأسرية بصورة عامة.

كما أن التفاوت الجغرافي بين المناطق الريفية والحضرية في تقديم الخدمات الصحية يُعدّ من العوامل المهمة المؤثرة في مستوى الرعاية الصحية، إذ لا تتعلق المشكلة بتوافر الخدمات الصحية فقط، بل تتداخل معها عوامل اجتماعية ومعيشية وثقافية تؤثر في استفادة الأفراد منها. ففي بعض المناطق الريفية يضعف مستوى الثقة بالمؤسسات الصحية الحديثة، مما يدفع بعض الأسر إلى اللجوء إلى الوسائل التقليدية أو العلاج خارج المستشفيات، وهو ما ينعكس سلباً على العدالة الصحية داخل المجتمع، وعند غياب الرعاية الطبية المناسبة، تضطر الأم غالباً إلى أداء دور الممرضة المنزلية، وقد أثبتت الدراسات العلمية أن كثيراً من الحالات المرضية تُعامل على أنها أمراض مزمنة تستمر لفترات طويلة دون شفاء تام^(٢)، ويعود ذلك في كثير من الأحيان إلى اتباع عادات صحية غير سليمة، أو التأخر في طلب العلاج، مما يؤدي إلى تفاقم المشكلات الصحية وزيادة المخاطر الطبية التي تهدد الأسرة.

من الأسباب نقص الرعاية الصحية

- انخفاض المستوى الاقتصادي للأسرة .
- ارتفاع تكاليف العلاج والخدمات الطبية .
- سوء التغذية وضعف الوعي الصحي .
- تمسك بعض الأسر بالعادات والتقاليد التي تقلل من الثقة بالطب الحديث والاعتماد على الطب الشعبي .
- تأثير الثقافة المجتمعية السلبية في مستوى الاهتمام بالصحة والرعاية الطبية .
- انخفاض المستوى التعليمي للأسرة، وما يترتب عليه من ضعف الوعي الصحي والتعامل غير السليم مع المشكلات المرضية.

١- محمد جاسم، رعايتنا الصحية خياراتنا مساراتنا قرارنا، ط١، البحرين، ٢٠١٣، ص ١٩.

٢- محمد الجوهري، الصحة والبيئة دراسات الاجتماعية وانثر وبولوجيه، ط١، دار كتب عربية مصر، ٢٠٠٧، ص ٥٥.

خامساً: عوامل خطر الوراثة

لفهم عوامل خطر الوراثة، من الضروري أولاً التعرف على مفهوم علم الوراثة، وهو العلم الذي يختص بدراسة الجينات وآليات انتقال الصفات من جيل إلى آخر. تمثل الجينات الوحدات الأساسية للوراثة، إذ تحمل التعليمات المسؤولة عن نمو الكائنات الحية ووظائفها الحيوية، وتُخزَّن هذه التعليمات داخل جزيئات الحمض النووي الموجودة في كل خلية تختلف قدرة الأفراد على مقاومة أو الإصابة ببعض الأمراض تبعاً لاختلافات هذه الجينات^(١)، تورث إلى الفرد عبر الجينات، مثل الإصابة بقصر النظر أو داء السكري^(٢)، وتحدث الأمراض الوراثية والاضطرابات الجينية عندما تؤثر طفرة على الجينات لدى الإنسان، إلا أن وجود الطفرة الجينية لدى أحدهم لا يعني بالضرورة إصابته بأحد الأمراض الوراثية^(٣).

وقد يزداد ظهوره بشكل ملحوظ في بعض المجتمعات التي تسود فيها ثقافة الزواج الداخلي، سواء كان داخل الأسرة الواحدة أو ضمن الجماعة القروية المحلية تتخطى بوصفها عوامل خطر ذاتية المنشأ إطارها البيولوجي لتتداخل مع الثقافة بمعناها السوسيولوجيا فهي لا تنفصل عن الأنماط والقيم والأعراف التي تكونها الجماعة أو المجتمع وتنظم سلوكها وحيث أن الثقافة هي الانعكاس الذهني لتعامل أفرادها مع واقعها، فإن تقبل المجتمع للمرض الوراثي وتحويله من مجرد خطر جيني إلى سلوك أنساني المترسخ ثقافياً قد يتحول بحد ذاته إلى عامل خطر إضافي حين يتقاطع مع العوامل الذاتية للوراثة سواء عبر ممارسات اجتماعية تعزز ظهور هذه الأمراض أو من خلال الأنماط السلوكية التي تحدد كيفية الاستجابة لها والتعايش معها داخل النسق الأسري^(٤).

وتُعدّ هذه الأمراض نتاجاً لتفاعل العوامل البيولوجية والاجتماعية وتكرارها أمراً بالغ الأهمية على الحالة النفسية والحياة الأسري ككل، وتُشكّل الوصمة الاجتماعية التي ترسمها الثقافة، وتؤثر هذه العوامل النفسية والاجتماعية مباشرة في مسار الأمراض ونتائجها النهائية^٥ بمعنى هذا أن السلوك الإنساني تجاه الخطر الوراثي من خلال ثقافة المجتمع الذي ينشأ منه والقدرات البيولوجية مما يؤثر على الصحة

١ - دور العوامل الوراثية في الخرف، ٢٠٢٤، مقال منشور على الرابط متاح <https://continentalhospitals.com>

٢- قدرتي الشيخ علي، سوسن جورج سمور، ماري زايد حداد، المصدر السابق، ص ١٠٥.

٣- دور-العوامل الوراثية في الخرف، مصدر سابق.

٤- نجلاء عاطف خليل، علم الاجتماع الطبي ثقافة الصحة والمرض، بدون طبعة، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر، ٢٠٠٦، ص ١٤٣ ١٥٢.

٥- معتصم تركي الدلاعين، علم الاجتماع الطبي، ط١، دار الخليج العربي، الأردن، ٢٠٢١، ص ١٠٤.

الأسرية لمواجهة المرض الوراثي النفسي والاجتماعي، لذا ينبغي إجراء الفحص الطبي ما قبل الزواج تجنباً من أن تحدث أمراض وراثية^(١).

ولأن الفحص الطبي ما قبل الزواج يشمل مجموعة من الفحوصات السريرية والمخبرية والاستشارات الطبية التي تهدف الى ضمان نجاح الزواج وسلامة الزوجين وتشخيص استعداداتهما الجسدية والصحية والوراثية وحتى المعرفية بالنسبة للعلاقة الجنسية السليمة ونقل الأمراض والعلل الى أحدهما من الآخر أو الى أبنائهم وقد تؤدي الى العوامل الاقتصادية والاجتماعية مثل الفقر والبطالة إلى إضعاف البناء والتماسك الأسري، أو قد تؤدي إلى ترسيخ ثقافة الأسرة حيث قد تشكل بعض الأسر جماعات مترابطة في مواجهة الحرمان والحاجات الاقتصادية^(٢).

وتُعَدّ هذه المخاطر الطبية وتأثيرها على الصحة الأسرية والنسل، لذلك صدر القانون العراقي في الأحوال الشخصية في مادة (العاشرة) وغيرها التي تتضمن أحد شروط عقد الزواج، الفحص الطبي قبل عقد الزواج في القانون المرقم (١٨٨) لسنة ١٩٥٩^(٣).

سادساً: انعدام الأمن الغذائي

لا يعد انعدام الأمن الغذائي مجرد فجوة في الموارد، بل هو متسبب هادئ لسلسلة من المخاطر الطبية التي تهدد هيكل الأسرة الصحي، ينبغي علينا التعرف على التمويل الغذائي كركيزة لصحة الأسرة. ويشير التمويل من أجل الأمن الغذائي والتغذية المحرك الأساسي لديمومة الصحة الأسرية إلى الموارد المالية العامة والخاصة المحلية والأجنبية على حد سواء الموجهة نحو القضاء على الجوع وانعدام الأمن الغذائي وجميع أشكال سوء التغذية وتستهدف ضمان توافر الأغذية المغذية والأمنة والوصول إليها واستخدامها واستقرارها والممارسات التي تعطي الأفضلية للأنماط الغذائية الصحية فضلاً عن خدمات الصحة والتعليم والحماية الاجتماعية التي تقوم بتمكينها، وتشمل الموارد المالية الموجهة نحو تعزيز قدرة

١- فاتن البوعيش الكيلاني، الفحوصات الطبية للزوجين قبل إبرام عقد الزواج، ط١، دار النفائس، مصر، ٢٠١١، ص ٩.

٢- يوسف بلتو، ويوسف الأشقر، الفحوصات الطبية الضرورية قبل الزواج، ب ط، ب ت، دار الزهران، الأردن، ص ١٣.

٣- احمد حميد سعيد النعيمي، وحمد عبد الله يونس الزبيدي، الأحكام الشرعية والقانونية للفحص الطبي ما قبل الزواج، دار المعتز، الأردن، ٢٠١٦، ص ١٤.

النظم الزراعية والغذائية على الصمود في وجه المسببات الرئيسية والعوامل الهيكلية الأساسية للجوع وانعدام الأمن الغذائي وسوء التغذية^(١).

ويؤدي هذا التمويل مباشرة في مصلحة الصحة الأسرية، باعتبارها الحالة التي تُمثل فيها الأسرة موردًا للحياة اليومية ولصحة أفرادها، من خلال توفير الموارد الأساسية اللازمة لحياة صحية سليمة كالغذاء والملبس والمأوى، فضلاً عن تعزيز الشعور بقيمة الذات وإتاحة الحصول على الرعاية الطبية وبوصفها في جوهرها عملية اجتماعية واقتصادية تُؤخذ فيها صحة الأفراد في الاعتبار^(٢)، وبذلك يجتمع التمويل الغذائي مع الرعاية الأسرية ليشكلا سوى الدرع الواقي ضد المخاطر الطبية والاجتماعية.

وتصريح لجنة الصليب الأحمر في سنة ٢٠٠٠ تشير الى أن تراجع الأوضاع المالية والصحية للأسرة العراقية إثر سلبى على إدامة المستشفيات والمراكز الصحية في العراق والمعاناة في مشكلة خزن الأدوية، بسبب الانقطاع التيار الكهربائي لفترات طويلة مما يؤدي الى تلف الأدوية وفسادها من جانب آخر أن الأطفال يواجهون بمجموعة من الأمراض والتأثيرات النفسية المتمثلة بالاضطرابات النوم وضعف في القدرات الذهنية والتركيز مما يؤدي الى اثار في السلوكيات المستقبلية للأجيال القادمة^(٣).

ويبرز ذلك الأهمية البالغة للمكانة الاقتصادي للعائلة وتحديد المعاشي وتؤكد احدى الدراسات العراقية، أكدت هذه المؤشرات الدور المحوري للدخل الشهري في توجيه مستويات الصحة والمرض، والمساهمة المباشرة في الارتقاء بالحياة الأسرية، وفي المقابل يُعزى ارتفاع معدلات وفيات الأطفال لا سيما الرضع في الطبقات الفقيرة الدنيا الى أسباب هيكلية وسلوكية يبرز من بينها قصور أساليب التنشئة الاجتماعية التي تعتمد هذه العوائل. فهي لا تحسن استخدام الرعاية الصحية الجيدة في تربية الأطفال وتلبية متطلباتهم الأساسية والثانوية كافة^(٤).

إن وفيات الأمهات والأطفال والأخطار الصحية المباشرة التي يتعرضون لها. والنقص في مستوى التغذية التي تتاح للجنين في الرحم وانخفاض الوزن عند الميلاد، وشدة الضعف في مقاومة الأمراض بعد

١ - منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة والصندوق الدولي للتنمية الزراعية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف) وبرنامج الأغذية العالمي ومنظمة الصحة العالمية ٢٠٢٤ حالة الأمن الغذائي والتغذية في العالم ٢٠٢٠ - التمويل من أجل القضاء على الجوع وانعدام الأمن الغذائي وسوء التغذية بجميع أشكاله: <https://doi.org/10.4060/cd1254ar>

٢- Woollahra, *Family Health Overview*, medical article, October

<https://doi.org/10.4060/cd1254ar>

٣ - شبكة أعلام العراق، المنظمات والطفولة، ٢٠٠٢.

4- Patrick.D.. and atal. *Sociology and applied medicine* Bailliere, London

الميلاد تشكل أموراً يمكن أن تلحق أضراراً بنيوية مباشرة بالمخ تعيق نمو القدرات المعرفية وتحكم على الأطفال بالعيش في مستقبل تغلب عليه مصاعب القصور^(١).

كما أن للمخاطر الصحية الأكثر انتشاراً في مرحلة الحمل وعند الولادة عواقب بالنسبة إلى التعليم إضافة إلى نقص اليود لدى الأمهات في مرحلة الحمل إلى ولادة ما يقدر سنوياً بـ ٣٨ مليون طفل معرض لخطر التخلف العقلي ومعااناة أشكال من التشوهات الجسدية عند الولادة، وفقر الدم الذي يزيد من المخاطر المرتبطة بالحمل وإن قرابة نصف مجموع حالات الإصابة بالنتقزم التي تلاحظ لدى المواليد تحدث داخل الرحم ويحدث باقي الحالات خلال أول سنتين من عمر الطفل^(٢).

ينبغي توفر أهم الآليات للقضاء على هذه المخاطر الصحية التي تؤثر على صحة الأسرة، لتقديم برامج المشورة لصحة المرأة وتغذيتها وإجراء الفحوص وتعزيز الوضع الصحي داخل الأسرة، وتوفير الموارد داخل وخارج الأسرة وتشجيع تحسين فرص الحصول على الخدمات الصحية وكثيراً ما تُقدّم خدمات تنظيم الأسرة إضافة إلى تشجيع الأمهات على الرضاعة الطبيعية وأهميتها للام والطفل وتقديم برامج الرعاية للام قبل الولادة وتشمل زيادة الوزن في الحمل ووزن الأم قبل الحمل والأنيميا وضغط الدم وتوفير مكملات المغذية الدقيقة والتطعيم^(٣).

١- تقرير، منظمة الأمم المتحدة اليونسكو، السبيل إلى الأنصاف المحرومين، ٢٠١٠، ص ٤٦.

٢- المصدر نفسه، ص ٤٦.

٣ منال كمال عبد الرحمن، وعلي رشاد عبد المؤمن، تغذية المجتمعات البرامج الغذائية، ط١، القاهرة، ٢٠١٠، ص ١٦٢.



المبحث الثاني

أنواع المخاطر الطبية

أولاً: الفيروسات والأوبئة

تعتبر الفيروسات ضمن أخطر أنواع المخاطر التي يقصد بالفيروسات التي عرفها أندرية لوف هي كائنات ناقلة للتغفن ويمكنها ان تسبب في المرض ولها نوع واحد من الحمض النووي مؤكسد وغير مؤكسد تنشأ نسخ انطلاقاً من عدتها الجينية ذاتها، كما أنها غير قادرة على النمو ولا على الانقسام وليس لها أيضاً خاص مستقل بمعنى أنها لا تنتج طاقة^(١).

أما الأوبئة هي حالة مرضية تتميز بانتشار سريع لمرض معين بين عدد كبير من أفراد المجتمع في وقت واحد. وتشمل الأمراض الوبائية الشائعة كلا من الحمى، والانفلونزا والطاعون والملاريا^(٢) وكانت لها إسهامات كثيرة في مجالات تأثير الأمراض والأوبئة على التفاعلات الاجتماعية وعلى بنية المجتمعات وأن الأمراض والأوبئة ظواهر اجتماعية يمكن فهمها من خلال سياقاتها الاجتماعية والتاريخية، تعرّضت البشرية مع بداية الألفية الجديدة لموجات متتالية من الهجمات الفيروسية الشرسة، استهلتها جائحة سارس 2003، ثم انفلونزا الخنازير ٢٠٠٩، تلاها انتشار فيروس الإيبولا القاتل في غرب أفريقيا ٢٠١٤ وانتهت بفيروس كورونا الجديد، أو كوفيد ١٩ ، وإن كانت لجميع الفيروسات السابقة أثارها الاجتماعية والنفسية، ألا أن كورونا أوسع انتشاراً وعابر للحدود وأكثر خطورة وتأثير^(٣).

وفي هذا السياق يعد عالم الاجتماع الألماني أو لريخ بيك استناداً إلى أطروحته حول المجتمع المخاطر من أهم من استشرفوا الأبعاد الوجودية لهذه التهديدات العابرة للحدود. حيث أكد ان المخاطر الحديثة باتت تضاهي الحروب في قوته التدميرية. لافتاً الى خاصيتها الديمقراطية التي تجعلها عابرة للطبقات وتصيب الأغنياء والفقراء على حد سواء. وبما أن هذه الأخطار تجاوزت المفهوم التقليدي

١- استريد فابري، الإنسان والفيروسات، ترجمة عبد الهادي الإدريسي، ط١، مراجعة فريد الزاهي، هيئة أبو ظبي للسياحة والثقافة، الإمارات، ٢٠٢٢، ص. ١٧.

٢- مليكة بن زبان، ووسيلة زيات، والآخرين، العزلة الاجتماعية بسبب جائحة كوفيد -١٩ وانعكاساتها على الصحة النفسية والجسدية للفرد، مجلة دراسات في العلوم الإنسانية والاجتماعية، الجزائر، المجلد (٣) ، العدد (٢٨) ، ٢٠٢٠، ص ٢٥٠.

٣ - احمد ياسين احمد، واحمد خضير حسين، الآثار الاجتماعية لما بعد جائحة كوفيد - ١٩- وثقافة التباعد الاجتماعي دراسة اجتماعية حول تأثيرات فيروس كوفيد - ١٩، مجلة كلية التربية، جامعة واسط، كلية الآداب، المجلد (٤)، العدد (٥٢)، ٢٠٢٣، ص ٣٥٦.

للسيادة ولم تعد شأنا داخليا للدول، فقد تلاشت قدرة الحكومات على احتوائها بمفردها ؛ مما أسس لديناميكية صراعية جديدة ومظاهر مبتكرة لعدم التكافؤ الاجتماعي في رحلة البحث عن الأمان المفقود^(١)، ولها آثار اقتصادية على الأسر الفقيرة التي لا تستطيع من تلبية احتياجاتها من السلع الضرورية فضلاً عن السلع الكمالية، والملاحظ أن هذه الأسر تعتمد في دخلها بشكل أساسي على الأجور والرواتب والتحويلات الاجتماعية كمصدر أساسي من مصادر الدخل الأسر الهشة، ومع غياب الضمان الاجتماعي يتأثر السكان بالآزمات بأنواعها المتعددة، ويتفاوت تأثرها تبعا لمستويات فئاتها المعيشية وأكثرها عمقا بهذا التأثير هي الفئات السكانية الهشة^(٢).

مما أدى الى التعرض للقلق والاكتئاب واضطرابات الوسواس القهري والقلق هو الشعور بالتوتر حيال الأمور التي تحدث حولنا أو توشك على الحدوث ويتراافق تفشي فيروس كورونا المستجد بحالة عامة من عدم اليقين ومن الطبيعي أن يصاب الناس بالقلق من إمكانية تشخيص إصابتهم بالفيروس الى جانب القلق من إصابة أحد الأشخاص المقربين بالعدوى، والقلق من تعرض النفس أو المقربين للعزلة الاجتماعية أو الحجر الصحي^(٣)، والحفاظ على مسافة بين أجسام البشر لتجنب نقل العدوى والابتعاد عن التجمعات البشرية بشكل عام لمنع انتشار المرض، وهنا تعد الأسرة ذات دور محوري في نشر الوعي بين أفرادها لتجنب إصابة بالفيروسات نظرا لشدة انتشارها البشرية وتأثيرها الكبير على البشرية جمعاء^(٤).

فالأسرة تتحمل مسؤولية توجيه سلوك أفرادها نحو تبني عادات واتجاهات وسلوكيات سليمة للأسرة للتصدي لخطورة الأمراض والحد من انتشارها فكل الأسرة هي المسؤولة عن أفرادها ورعايتهم ولا سيما الكبار والصغار وهذا ما اتفق عليه علماء النفس في رعاية الأسرة التي تعد من عوامل التنمية النفسية والجسمية^(٥).

١- أولريش بيك، مجتمع المخاطر العالمي بحثا عن الأمان المفقود ، ترجمة علا عادل وهند إبراهيم والآخرين، ط١، المركز القومي، القاهرة، ٢٠١٣، ص ٣٠.

٢- احمد ياسين احمد، و احمد خضير حسين ، مصدر سابق، ص ٣٦٠.

٣- مليكة بن زيان، ووسيلة زيات، مصدر سابق، ص ٢٥٤.

٤- الاء احمد عبد المجلي ومحمد فايز المطيري، دور الأسرة في التعامل مع قلق انتشار فيروس كورونا دراسة ميدانية في مدينة الجدة، مجلة العلمية للدراسات والبحوث المالية والتجارية، جامعة دمياط، كلية التجارة، المجلد (٣)، العدد (٢)، ٢٠٢٢ ص ٣٤٠.

٥ - المصدر نفسه، ص ٣٤١.

ثانياً: الحشرات

تمثل الحشرات المنزلية عاملاً مؤثراً في صياغة التفاعلات اليومية داخل الأسرة، حيث يتخطى أثرها إلى الأذى الصحي المباشر ليؤدي إلى تهديد الأمن النفسي والاجتماعي للوحدة الأسرية، والحشرات هي حيوانات صغيرة لها ستة أرجل، وتُعد من المفصليات وتتمر الحشرة في حياتها بثلاثة أطوار رئيسية: بيضة، ثم دودة، ثم فراشة ولها دائماً ثلاثة أزواج من القوائم، بالإضافة إلى زوج أو زوجين من الأجنحة في معظم الأنواع، ويتكون جسم الحشرة من ثلاثة أجزاء رئيسية وهي الرأس، الصدر، والبطن^(١). وتُعد بعض الحشرات خطراً كبيراً إذ تنتقل إلى الإنسان والحيوان أمراضاً مميتة مثل الطاعون والتيفوس والكوليرا^(٢)، وتؤدي انتشار الآفات المنزلية إلى زعزعة الشعور بالأمان، متسبباً في إجهاد نفسي مزمن، اضطرابات في النوم وشعور بالوصمة والخلل الاجتماعي، مما يدفع الأسر للعزلة بالإضافة إلى ذلك، تسبب هذه الآفات توهما بوجودها وتؤثر سلباً على جودة الحياة وتفكك الراحة النفسية داخل الأسرة^(٣).

وتُعد بعض الحشرات خطرة إذ تنتقل إلى الإنسان والحيوان أمراضاً مميتة مثل الطاعون والتيفوس والكوليرا كما تعد بعوضة الحمى الصفراء من أخطر الحشرات الناقلة للأمراض، إذ تمتص دم الإنسان المصاب وتنقل العدوى إلى أشخاص آخرين مسببة مرض الحمى الصفراء الذي قد يكون مميتاً في كثير من الحالات وإلى جانب ذلك تنتشر ذبابة تسي تسي في المناطق الاستوائية، وتتغذى على دم الإنسان، مسببة انتقال مرض النوم الأفريقي الذي يُعد من الأمراض الطفيلية الخطيرة^(٤)، وهذا يؤدي عن طريق الاتصال المباشر بالحيوانات إلى انتقال بعض الحشرات مثل البعوض، البراغيث القمل والقراد والتي تُعد من أهم ناقلات الأمراض، وتُكتسب هذه الحشرات من البيئة المحيطة بسهولة حيث تعمل ليس فقط كعوامل معدية، بل أيضاً كمستودعات دائمة أو مؤقتة للعدوى، فهي قادرة على نقل المرض مباشرة من حيوان إلى آخر، أو من الأم المصابة إلى البيض فيما يُعرف بالنقل البويضي^(٥).

١- عادل عبد الستار عبد الحسن الجنابي، فقه الحشرات دراسة مقارنة الأحكام الحشرات والديدان في الفقه الإسلامية، مجلة كلية العلوم الإسلامية، جامعة بغداد، كلية العلوم الإسلامية، العدد (٤١)، ٢٠١٥، ص ٢٨٩.

٢- ممدوح الزر ماوي، الحشرات الموسوعة الجيب، العدد (٧)، المؤسسة العربية العامة للتأليف والترجمة، ب.ت، ص ٥.

٣- ريتا كانجيا لوسي، "الأثر النفسي لانتشار الآفات المنزلية" مقال منشور على موقع West shore pest ٩/فبراير ٢٠٢٣/، تاريخ الاطلاع ١٣/٤/٢٠٢٦، متاح على الرابط.

com/psychological .https://west shore pest.

٤ - المصدر نفسه، ص ٥.

٥- مارتن هيو جونز وهيوبرت وآخرين، الأمراض المشتركة بين الإنسان والحيوان،، ترجمه مساعد بن احمد الضبيبي وعبد الله بن ناصر الخلف وعبد الماجد عبد الونيس دراز، نشر العلمي والترجمة جامعه قصيم، السعودية، ٢٠٠٨ ص ١٢

إضافةً إلى التكاليف الاقتصادية التي تقع على كاهل الأسرة من العلاج ومكافحة لذلك تُعد مكافحة الحشرات الناقلة للأمراض أمراً ضرورياً للوقاية من العديد من العدوى فغياب هذه النواقل أو السيطرة عليها يحدّ كثيراً من انتشار الأمراض^(١).

ثالثاً: الحيوانات السائبة

تعد الحيوانات السائبة من أبرز الظواهر الاجتماعية - البيئية التي باتت تشكل مصدر قلق متصاعد على الصعيدين الصحي والحضاري ويقصد بها كل حيوان غير مملوك يوجد في موقع معين معتمداً على ذاته وغير خاضع لسيطرة أي شخص أو رعاية^(٢)، وقد افرز انتشار هذه الظاهرة فجوة صحية واجتماعية واضحة تجلت في ارتفاع معدلات الأوبئة الحيوانية المصدر وهو ما يُعدّ مؤشراً موضوعياً على ضعف الوعي الصحي والسلوكي لدى الشرائح من المجتمع فضلاً عن غياب التشريعات الفاعلة التي تنظم العلاقة بين بيئة الحيوة والمجتمع، لم تكن ظاهرة الكلاب السائبة في بلادنا دون ان تحظى باهتمام كاف من الجهات المعنية على الرغم من أن العراق من الدول التي سنت تشريعات خاصاً لمكافحة الكلاب السائبة رقم (٤٨) لسنة ١٩٨٦، الذي ألغى في مادته العاشرة قانون مكافحة الكلاب السائبة رقم (١٢) لسنة ١٩٧٠، وذلك بهدف وضع خطة شاملة ومركزية لعموم العراق تعالج هذه الظاهرة وتحد من تداعياتها^(٣).

وغير انه على رغم من وجود هذه التشريعات فان تزايد أعداد الكلاب السائبة، في شوارع محافظة الديوانية وأحيائه وأماكنه العامة يكشف عن فجوة واسعة بين النص القانوني والتطبيق الفعلي على ارض الواقع باتت هذه الحيوانات ناقلاً رئيسياً لكثير من الأمراض المعدية التي تنتقل من الحيوان الى الإنسان، مما يشكل خطراً مباشراً على صحة الإنسان وسلامته وتتضمن أبرز هذه الأمراض داء الكلب، الأكياس المائية، الحمى السوداء، البرقان المعدي، السل البقري، داء الكيسات المذنبة، داء اللولبية النحيفة وداء المشوكات

وتوصف الأمراض الحيوانية المصدر بأنها "أمراض مهمة " لكونها تؤثر بصورة رئيسية في الفئات الفقيرة والمهمشة لاسيما في البلدان منخفضة الدخل، وعلى الرغم من استمرار تفشيها، نادراً ما تستهدفها

١- المصدر نفسه ، ص ١٣ .

٢ - القانون الاتحادي رقم (١٦) لسنة ٢٠٠٧ بشأن الرفق بالحيوان، موقع التشريعات الإماراتية الرسمية *:

<https://uaelegislation.gov.ae/ar/legislations/1162>.

٣- سجي محمد عباس الفاضلي، دور الضبط الإداري البيئي في حماية جمال المدن، دراسة مقارنة، ط١، المركز العربي للبحوث والدراسات، مصر، ٢٠١٧، ص ١٦٣.

أنظمة المراقبة الرسمية مما يؤدي الى التقليل من حجمها وعبئها الحقيقي، وما يدفع صانعي السياسات ووكالات التمويل الى إهمالها^(١)، لا تقتصر تداعيات هذه الظاهرة على الجانب الصحي والبيولوجي بل تمتد لتتطال البعدين النفسي والاجتماعي^(٢)، وقد أثبتت الدراسات العلمية، أن للبيئة تأثيراً سلبياً خطيراً في حياة الإنسان وصحته وسلوكه، إذ يفضي التلوث البصري الناجم عن انتشار الحيوانات السائبة، إلى مشكلات جسدية ونفسية متعددة تبدأ بالتوتر والقلق والضغط النفسي، لتمد إلى أمراض القلب والقولون والسكري^(٣).

تُسجّل السجلات الرسمية وتقارير وسائل الإعلام جملةً من الحوادث الموثقة التي تكشف فداحة هذه الظاهرة وانعكاساتها المباشرة على المجتمع، ومنها:

١- كما أفاد مصدر أمني في محافظة ذي قار، يوم الجمعة، بوقوع سلسلة حوادث متفرقة، شملت وفاة طفل نتيجة تعرّضه لعضة كلب كما اوضحته شفق نيوز أن طفلاً لم يتجاوز الثانية عشرة من العمر توفي بعد أن هاجمه كلب يعود لأحد المنازل القريبة من منزله في قضاء الرفاعي شمال المحافظة، مشيراً إلى أن والد الطفل قدّم بلاغا رسمياً ضد مالك الكلب لدى الجهات المختصة^(٤).

٢- أعلن في محافظة البصرة عن وفاة شاب يبلغ من العمر ٢٤ عاماً إثر تعرّضه لعضة كلب سائب في قضاء الزبير وأكد مكتب المفوضية العليا لحقوق الإنسان في البصرة ضرورة اتخاذ إجراءات عاجلة للحد من انتشار أعداد الكلاب السائبة التي تُقدّر بالآلاف، لما تشكّله من خطر مباشر على حياة المواطنين، معتبراً ذلك مخالفة صريحة لأحكام المادة (٣٣) من دستور جمهورية العراق^(٥).

١- منظمة الأغذية والزراعة، وبرنامج الأمم المتحدة للبيئة، ومنظمة الصحة العالمية، والمنظمة العالمية لصحة الحيوان ٢٠٢٣. خطة العمل المشتركة بشأن نهج الصحة الواحدة (٢٠٢٢-٢٠٢٦) العمل معاً من أجل صحة الإنسان والحيوان والنباتات والبيئة، روما : <https://doi.org/10.4060/cc2289ar>

٢- المصدر نفسه.

٣- سجي محمد عباس الفاضلي، المصدر السابق، ص ١٦٣

٤- شفق نيوز... مصرع طفل بـ "عضة كلب". متوقّر على الإنترنت: سبتمبر تاريخ الاطلاع ٢٣ / ١١ / ٢٠٢٥ <https://shafaq.com/are9/2022/16/>

٥- قناة دجلة، مقتل شاب في الزبير جراء عضه كلب ، متاح على الرابط

<https://dijlah.tv/News/188897>

٣- وفي ناحية الحمزة الغربي (١١٠ كلم جنوبي بغداد) أدت الى وفاة صبي بعدما عضه كلب عام ٢٠١٠ بعدما أصيب الطفل بالسعار، وهذان الطفل قبيل وفاته بسبب التهابات الدماغ التي أصيب بها بسبب السعار، وهو مرض يؤدي إلى التهاب في مراحله الأخيرة قبيل الوفاة^(١).

وبحسب إحصائيات تقديرية صادرة عن منظمات صحية ورقابية حصلت عليها "العين الإخبارية"، تتجاوز أعداد الكلاب السائبة في عموم العراق حاجز نصف مليون كلب. ويعزو معنيون بالأمر، تفاقم هذه الأزمة الى عوامل متداخلة، ابرزها مخلفات الحروب، والتوسع السكاني وانتشار مكبات النفايات المكشوفة وتجمع القمامة وسط الأحياء السكنية فضلا عن قلة التخصيصات المالية اللازمة لإطلاق حملات المكافحة. كثرة النفايات في الشوارع والأزقة التي توفر بيئة مناسبة لتكاثر هذه الحيوانات وهو ما أكده الطبيب ميثاق عبد الحسين، مدير قسم الصحة الحيوانية بالدائرة العامة للبيطرة، في وزارة الزراعة واصفا إياه، بالسبب الجوهرى والأساس^(٢)، مخلفات الحروب والتوسع السكاني غير منظم وشح تخصصات المالية المخصصة لحملات المكافحة وضعف التنسيق بين الجهات الحكومية المعنية وقصور التطبيق الميداني للتشريعات النافذة^(٣)، فان ظاهرة الحيوانات السائبة لم تعد مجرد إشكالية بينية أو امنية بل باتت قضية صحية واجتماعية متكاملة تستوجب معالجة شاملة تجمع بين التشريع والتوعية المجتمعية وتفعيل برامج مكافحة منهجية ومستدامة.

رابعاً: تكس النفايات

عرفت منظمة الصحة العالمية النفايات بانها "الأشياء التي أصبح صاحبها لا يريدّها في مكان ما ووقت ما والتي أصبحت ليست لها أي أهمية أو قيمة"^٤ . ومن هذا المنطلق يشكل تكس لدية أي شخص متعدد التخصصات الطبية التي تهدد الأفراد والأسر والمجتمعات على حد سواء، ولا سيما عاملون في قطاع النظافة الذين اختاروا هذه الاختلاط بشكل يومية ومباشرة^(٥).

١- المصدر نفسه.

٢- تقرير العين الإخبارية، الكلاب الضالة تشكل خطراً في العراق، موقع في الشبكة الانترنت تاريخ النشر: ٢٠٢٣ .

al.ain.com

٣ - مهند عبد الرزاق عبد الفلوجي ، بين حضارتين مفارقات بين الشرق والغرب، ط١، دار العبيكان، السعودية، ٢٠٢٥، ص ٤٨٧.

٤- احمد عبد الوهاب، أسس تدوير النفايات، بدون طبعة، دار العربية للنشر والتوزيع، القاهرة، ١٩٩٧، ص ٣٣.

٥- وردة نوشي، النفايات المنزلية وانعكاساتها على الاسرة الحضرية ،دراسة ميدانية بمدينة بسكرة ،أطروحة دكتورا منشورة ، جامعة محمد خيضر بسكرة ،كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية ،قسم العلوم الاجتماعية، ٢٠٢٢، ص ١٠٣

وتختلف الأنواع الصحية عن النفايات عندما تتراكم بالقرب من الوحدات السكنية والأحياء السكنية والشوارع العامة، إذ تهيج هذه البيئة الملوثة بشكل مستمر لتكاثر البكتريا والفيروسات والميكروبات ونشاط الكائنات الحية والقوارض الناقلة للأوبئة، ويصنف سوء التخلص من النفايات المنزلية ضمن أبرز العوامل المؤثرة في الصحة العامة، الى جانب التلوث والمساكن غير الصحية، وكلها منفصلة مترابطة تزيد ضعف الصحة والأمان وتهدد سلامة السكان، بالإضافة إلى ذلك ينجم تكس الفضلات تنتج عصارة ملوثة تتسرب عبر التربة لتلوث المياه الجوفية والسطحية، مما ينعكس تماما على صحة الإنسان والحيوان على حد سواء، كما تشكل الأمراض الانتقالية عبر الضالة التي تعيشها مكبات النفايات، وبالتالي صحية واقتصاديا ثقيلة على الدولة، تتجلى في الارتفاع تكاليف العلاج وتراجع ظهور وتدهور جودة الحياة^(١).

وعلى الصعيد البيئي الأشمل، تُطلق المكبات غازات كميّتان وثنائي أوكسيد الكربون، وهي من غازات الدفيئة التي تسهم في اتفاقهم الاحتراز العالمي، كما تعتبر اهم النفايات المحتوية على معادن ثقيلة كالرصاص والزنك يلوث البيئة بمواد سامة وهو ما يستوجب مما يستوجب التنبه الى التمييز من هذه المواد بصورة علمية^(٢).

وفي السياق العراقي تحديداً، باتت الأزمة تخرج من ابرز التحديات الأخرى المتفق عليها إذ أنها أدت الى تراجع ملموس في صحة السكان وجود بيئة محيطة بهم ابرزها الأزمة إلى الحروب والتغيرات المناخية وسوء إدارة النفايات الصلبة، إضافة إلى غياب مرافق إعادة التدوير وتردي مواقع الطمر وقد ترتب على ذلك الحد في معالجة الأمراض الناجمة عن التلوث مما يجعل هذه الرعاية الصحية صحة وبيئة إنسانية ملحة^(٣).

تشكل النفايات الخطرة الناتجة عن الأنشطة المنزلية والزراعية والصناعية تهديداً كبيراً لصحة الإنسان والبيئة. فالنفايات المنزلية قد تكون سامة أو قابلة للاشتعال، وتسبب حروقا وتسمماً وأمراضاً تنفسية عند ملامستها أو استنشاق غازاتها، كما يؤدي التخلص غير الآمن منها عبر شبكات الصرف الصحي إلى تلوث التربة والمياه وانتقال آثارها للإنسان عبر الغذاء.

١- المصدر نفسه، ص ١٠٣

٢- رياض مرار سلمان، واقع النفايات الصلبة في العراق والحد من آثارها البيئية، مجلة جامعة سومر للعلوم الإنسانية، جامعة سومر، كلية التربية الأساسية، ذي قار، ٢٠٢٤، ص ٢٥٩

٣- تقرير عراق الحدث، النفايات في العراق.. أزمة بيئية تهدد الصحة والاقتصاد، موقع على شبكة الأنترنت <https://iraqalhadath.net> بتاريخ ٢٠٢٥

أما في الزراعة، فإن استخدام المبيدات والأسمدة الكيميائية يؤدي إلى تلوث الهواء والمياه وتراكم المواد السامة في المنتجات الزراعية، مما تسبب في حالات تسمم واسعة. وتشير الإحصاءات إلى آلاف حالات التسمم سنوياً، وظهور آثار المبيدات في أنسجة أشخاص مصابين بأمراض خطيرة، إضافة إلى حوادث تسمم جماعي في عدة دول بسبب الأغذية الملوثة بالمبيدات^(١).

١ انفال فؤاد عبود، حوراء حسين كريم، الحماية الدولية للبيئة من النفايات الخطرة، مجلة كلية التراث الجامعة، جامعة واسط، كلية التراث الجامعة، العدد الحادي والاربعون، ٢٠٢٥، ص ٥٤٦

المبحث الثالث

الإدمان وتأثيره على الصحة الأسرية

تعرف منظمة الصحة العالمية الإدمان بأنه حالة نفسية أو عضوية تنشأ عن تفاعل المادة المخدرة بالجسم الكائن الحي، ويتولد عنها ما يعرف بالاعتماد أو الارتباط الحتمي ويصاحب هذه الحالة أنماط سلوكية واستجابات متباينة، تتمحور حول الرغبة القهرية في التعاطي، والاضطرار لزيادة الجرعات لضمان تحقيق الأثر النفسي والجسدي المطلوب^(١).

يُعدّ الإدمان من الظواهر الاجتماعية والصحية المعقدة التي تنتشر في المجتمعات الحديثة، وهو لا يؤثر على الفرد فقط، بل يشمل الأسرة والمجتمع بأسره. إذ يُسهم الإدمان في إحداث اضطرابات في العلاقات الأسرية، ويضعف التماسك الأسري، ويزيد من الضغوط النفسية والاقتصادية على أفراد الأسرة، ومن منظور علم الاجتماع الطبي، يُعدّ دراسة تأثير الإدمان على الأسرة أمراً ضرورياً لفهم كيفية تفاعل الأفراد داخل الأسرة والمجتمع، وكذلك لتحديد السبل الوقائية والتدخلات العلاجية التي تحمي الأسرة وتحافظ على استقرارها الاجتماعي والصحي ويقصد بالإدمان فهو الاعتماد على المادة المخدرة اعتماداً تاماً نفسياً وجسدياً بحيث تصبح الحاجة إليها حاجة ملحة قهرية، بل تفوق لديه أهمية المأكّل والمشرب^(٢).

يؤدي الإدمان الى اضطراب كبير في حياة الأسرة واستقراره ويُشارك المدمن في استنزاف دخل الأسرة حتى لو كان على حساب احتياجاته الأساسية ويستعمل الكذب والاحتيال والخداع من اجل الحصول على المال ليسد حاجاته المستمرة للمادة التي يعتاد على إدمانية^(٣)، ويسهم هذا الإدمان الى جانب أثاره الصحية الخطيرة في تفكك الروابط الأسرية وزيادة الخلافات بين الأزواج ما يقود الأسرة في النهاية الى الانهيار والدمار^(٤).

١- محمود موسى شديفان ، الإدمان وأثره على المجتمعات، ط١، دار الخليج، الأردن، ٢٠١٧، ص ٨٠.
٢- يوسف بن محمد الهويس، أسباب الانتشار ظاهرة تعاطي المخدرات بين الشباب وأثارها وسبل الوقاية منها، مجلة العربية للدراسات الأمنية، جامعة الشقراء، المجلد (٣٣) ، العدد (٧٠)، ٢٠١٧، ص ٣٥٧
٣- غنيمة عباس، وطاؤوس شاقور، إدمان الشباب للمخدرات وتأثيره على الأسرة والمجتمع أسباب وحلول، مجلة التربية في القرن ٢١ للدراسات التربوية والنفسية جامعة مدينة السادات الكويت، كلية التربية، ٢٠٢٢، ص ٣٤٥
٤- محمد سلامة محمد غباري، الإدمان خطر يهدد الامن الاجتماعي، ط١، دار الوفاء للنشر والتوزيع، ٢٠٠٧، ص ٣٨

وما تعانيه من عزلة اجتماعية وتوتر دائم بسبب محاولتهم إخفاء سلوكيات المدمن عن المجتمع خوفاً من الوصمة الاجتماعية، وهذا ما يدفع العائلة الى الابتعاد عن العلاقات ويؤدي ذلك الى نتائج خطيرة مثل رفض المجتمع مصاهرة الأسرة أو الزواج بناتها أو تعرضها للتفكك والانفصال كما يعاني أبناء المدمنين، من اضطرابات سلوكية ونفسية نتيجة الصراع الداخلي والخجل من سلوك والدهم مما يضعف ثقتهم بأنفسهم وقدرتهم على التكيف الاجتماعي^(١).

كما قد تنزلق الأسرة الى دوامة الإدمان نفسها خاصة الأطفال الذين يفقدون الإحساس بالمسؤولية والالتزام وينشأ لديهم ضعف في تقدير الواجب والانتماء الأسري^٢ وإن الزوجة أكثر الأفراد تضرراً من الإدمان إذ تتعرض للعنف والإساءة وتحمل ضغوطاً نفسية واجتماعية كبيرة ويسعى الآباء لإيجاد حلول لمشكلة أبناءهم المدمنين دون جدوى، كما تضطر بعض الأسر الى إخفاء الحقيقة عن الأطفال مما يؤدي الى فقدان الثقة بين أفرادها والاهتزاز العلاقات الأسرية وتحول البيت الى بيئة يسودها التوتر والفوضى وقد يتحمل الأبناء الأكبر سناً مسؤوليات تفوق أعمارهم نتيجة غياب أحد الوالدين أو انشغالهم بالإدمان ومن الجانب النفسي تواجه الأسرة ضغوطاً وانفعالات حادة نتيجة سلوك المدمن الذي غالباً ما ينكر حالته ويبرر تصرفاته^(٣).

مما يسبب اضطرابات عقلية وانفعالية لأفراد الأسرة بدرجات متفاوتة، ويرى بعض الباحثين أن الإدمان ليس مجرد سلوك منحرف بل هو انعكاس لفشل الأسرة في احتواء المشكلات الداخلية التي يواجهها الفرد ومحاولته للهروب من صعوبات الحياة وضغوطها، وفي المقابل قد تؤدي الأسرة دوراً إيجابياً في مواجهة الإدمان من خلال تقديم الدعم العاطفي والمعنوي للمدمن وتعزيز الوازع الديني والرقابة الذاتية من يحد من انتشار هذه الظاهرة ويعيد للأسرة توازنها واستقرارها^(٤).

أما الإدمان الإلكتروني يقصد به نمط سلوكي قهري، يلتزم فيه الفرد بالاتصال الدائم والمستمر بشبكة الانترنت دون انقطاع، وتظهر خطورة هذا الاضطراب في شكل أعراض انسحابية حادة، مثل الاعتلال المزاجي، والانفعال ونوبات الاكتئاب، بمجرد وجود عوائق تقيد وصوله الى الفضاء الرقمي^(٥).

١- غنيمه عباس، وطاؤوس شاقور ، مصدر سابق، ص ٣٨

٢ - محمد سلامة محمد غباري، مصدر سابق، ص ٣٩.

٣- غنيمه عباس، وطاؤوس شاقور، مصدر سابق، ص ٣٨١.

٤- المصدر نفسه ص ٣٨٢.

٥ - علي سيد إسماعيل، مواقع التواصل الاجتماعي بين التصرفات المرفوضة والأخلاقيات، ط ١، دار التعليم الجامعي، الأردن، ٢٠١٩، ص ٢٨.

من الناحية الاجتماعية، يؤدي هذا الإدمان إلى تفتت العلاقات فعندما يجلس أفراد العائلة معا وكل منهم غارق في شاشة مختلفة، يذوب الجو الأسري كما أن منصات السوشيال ميديا تعتمد على إطالة مدة بقائنا عليها، وكل دقيقة إضافية تدر عليها أرباحاً طائلة، مما يثير تأثيراً اقتصادياً سلبياً. ويُعد الجيل الجديد الأكثر عرضة لهذا الإدمان، حيث يكون الأطفال عادات إدمانية مبكرة بسبب الأجهزة اللوحية^(١). بما فيها مواقع الفيس بوك التي تؤثر على العلاقات الزوجية، لما تتطلب استمرار وصلابة هذه الأخيرة من تلاحم وتوافق من كلا الشريكين وأثبتت الدراسات العلمية آثار شبكات التواصل الاجتماعي على العلاقات الزوجية والتي توصل من خلالها الى أن شبكات التواصل الاجتماعي تترك أثراً سلبياً ومدمراً قد يصل الى حد الطلاق، وأثبتت الدراسات أخرى أيضاً حول وسائل التواصل الاجتماعي وأثرها على الأسرة من خلال المواقع يتم إفشاء الأسرار الزوجية الأمر الذي يساهم في تفكيك الأسر^(٢).

والذي بات بديلاً قسرياً عن الحوار البناء بين أفراد الأسرة..، إذ أحدثت هذه الطفرة التكنولوجية تحولا جذريا في الروابط العائلية، ومخلقة نمطا من التفاعلات الرقمية الهجينة، اسفرت بدورها عن اتساع الفجوة الجيلية بين الإباء والأبناء، وتعميق مظاهر الاغتراب والتناثر الأسري، ويتجسد هذا التراجع في انحسار التواصل الاجتماعي الفعال، وضيق مهارات الحوار الإيجابي لدى الأبناء سواء مع ذواتهم او مع محيطهم الأمر الذي يزعزع الاستقرار والتوافق النفسي والمجتمعي للأسرة ككل^(٣).

١- عبد الرحمن محمد الأنصاري، مرآة الشاشات رحلة علم النفس بين الواقع والافتراضي، ط١، دار التكوين، السعودية ٢٠٢٥، ص ٣٥.

٢ - بشاوي فتحية، وسعد الحاج بن جخل، الإدمان على استخدام وسائل التواصل الاجتماعي وتأثيره على التوافق الزوجي لدى الأزواج الشباب، فيس بوك أنموذجا -دراسة ميدانية لمجموعة من الأزواج في ولاية مستغانم، مجلة الأكاديمية الدولية للعلوم النفسية والتربوية والارطوليا، المجلد (٥)، العدد (٢)، ٢٠٢٥، ص ١٦.

٣- دبراسو، فطيمة، الإدمان على الأنترنت وأثره على التوافق النفسي والاجتماعي للأسرة الفيس بوك نموذجا، مجلة التغير الاجتماعي، دار المنظومة، جامعة محمد خيضر بسكرة -كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد (٢)، ٢٠١٧، ص ١٧٧.

الفصل الرابع

التحديات الجنائية المرتبطة بالصحة الأسرية

المبحث الأول: نبذة تاريخية عن القوانين الأسرية

المبحث الثاني: دور الأسرة في الوقاية من التحديات الجنائية

المبحث الثالث: الصحة الأسرية والمجتمع

التهديد

يتطرق الفصل الرابع النتيجة القانونية والإجرائية للدراسة حيث يتحول من تشخيص المخاطر الطبية الى تحليل نظام الحماية التي تضمن امن الأسرة وسلامتها يقصد هذا الفصل الى إظهار القواعد القانونية والتربوية والاجتماعية التي تؤدي الى خط الدفاع الأول ضد التهديدات الجنائية، مع التركيز على تكامل الأدوار الأنظمة القانونية، والممارسات التربوية داخل الأسرة والدور التوعوي والأمني للمؤسسات الخارجية لضمان بيئة أسرية آمنة ومستقرة.

المبحث الأول

نبذة تاريخية عن القوانين الأسرية

أولاً: قانون حماية أفراد الأسرة

حظيت الأسرة بمكانة محورية في منظومة التشريعات العراقية، باعتبارها العماد الأساسي التي يقوم عليها بناء المجتمع وتماسكه، أكد الدستور العراقي لعام ٢٠٠٥ في المادة التاسعة والعشرين على وجوب حماية كيان الأسرة وقيمها، وضمان رعاية الأمومة والطفولة والشيخوخة، ومنع جميع أشكال العنف والتعسف داخلها^(١)، ومن الآليات التي تثبتتها الأنظمة في هذا الشأن، إحالة المحكمة أطراف النزاع الأسري الى لجنة متخصصة تشكل من الخبراء والإخصائيين، بهدف السعي الى الصلح بين الطرفين قبل إحالة الدعوى الى المحكمة المختصة وذلك في القضايا التي يجوز فيها الصلح، على ألا تمس هذه الإجراءات التسوية بالحماية المثبتة في القانون^(٢).

وعلى الرغم من هذا التأكيد الدستوري الصادق، لايزال قانون حماية الأسرة لم يباشر بصورة نهائية نظرا للخلافات السارية حول بعض أحكامه ومواده، مما جعل الحماية القانونية للأسرة غير مكتملة، ويهدف مشروع هذا القانون الى وضع إطار قانوني كامل يحد من ظاهرة العنف الأسري، ويتيح آليات فاعلة للتبليغ والحماية وتقديم الدعم النفسي والاجتماعي للضحايا، بما يسهم في تحقيق الأمان الأسري وتعزيز أواصر التلاحم الاجتماعي^(٣)، وفي السياق ذاته، يكرّس دستور جمهورية العراق لعام ٢٠٠٥ في مادته التاسعة والعشرين مبدأ أن الأسرة تشكل أساس المجتمع وأن الدولة تضطلع بمسؤولية حماية كيانها وحفظ قيمها الدينية والأخلاقية والوطنية، وتأمين المقومات الأساسية للحياة الكريمة للأسرة والأطفال وقد حرص المشرع العراقي على تعزيز حماية حقوق المرأة من خلال سن قوانين تضمن رعايتها ودورها الأسري والاجتماعي^(٤).

١- جريدة الصباح، "تشريع قوانين حماية الأسرة العراقية"، منشور بتاريخ ٢٦ آب ٢٠٢١، على الرابط:

<https://share.google/LeBh9eoT9uHRVpQUc>

٢- قانون مناهضة العنف الأسري في إقليم كردستان - العراق المادة (٥) قانون رقم (٨) لسنة ٢٠١١.

٣- جريدة الصباح، مصدر سابق.

٤- جريدة الوقائع العراقية، الدستور والقانون العراقي منع كل أشكال العنف والتعسف في الأسرة ومحافظة على حقوق المرأة، العدد ٤٨٣٧، ١/٩/٢٠١٧.

فضلا عن ذلك انضم العراق إلى اتفاقية القضاء على جميع أشكال التفرقة ضد المرأة (سيداو)، وعمل على تعزيز التمثيل السياسي للمرأة في البرلمان ومجالس المحافظات عبر تحديد نسب (كوتا) كما تبذل الدولة جهوداً مستمرة لدعم الأسر الفقيرة والنساء المعيلات في إطار شبكة الحماية الاجتماعية، وذلك من خلال صرف الرواتب الشهرية، وتوفير القروض اللازمة لتكوين المشاريع الصغيرة والمتوسطة، مما يسهم في حماية كيان الأسرة وحماية المرأة^(١).

وعلى صعيد المبادئ الدستورية، نصّ الدستور العراقي على أن جميع العراقيين متساوون أمام القانون، ولا يجوز التمييز بينهم لأي سبب، سواء أكان على أساس الجنس أو العرق أو القومية أو الأصل أو اللون أو الدين أو المذهب أو المعتقد أو الرأي أو الوضع الاجتماعي^(٢)، ويكفل الدستور كذلك لكل فرد الحق في الحياة والأمن والحرية، ولا يجوز حرمانه من هذه الحقوق أو حصرها إلا وفقاً لأحكام القانون، وبموجب قرار صادر عن جهة قضائية مختصة^(٣).

وفيما يتعلق بقانون العقوبات رقم (١١١) لسنة ١٩٦٩ فإنه يتضمن أحكاماً صريحة تجرم كل تهديد أو فعل يلحق الأذى بأي فرد من أفراد الأسرة، إذ يصنف بعض هذه الأفعال جنايات وبعضها الآخر جناحاً بحسب جسامتها، غير أن التحولات الاجتماعية والاقتصادية المتسارعة وتشعب المخاطر التي تهدد الأسرة بوصفها كياناً متكاملًا وأفراداً أصبحت تستوجب اليوم سن قواعد قانونية أكثر شمولاً وتطوراً تعني بصفة خاصة بحماية الطفل والمرأة من كافة أشكال الانتهاك والاستغلال^(٤).

وفي إطار المنظومة التشريعية الجنائية العراقية، أولت القوانين ذات الصلة ومنها قانون مكافحة البغاء رقم ٢٣ لسنة ١٩٧١، اهتماماً بالغاً بحماية الأسرة من الاستغلال والانحراف الأخلاقي، ولا سيما ما يمسّ القاصرين وذوي الاحتياجات الخاصة، وتتضافر مختلف فروع التشريع العراقي، المدنية منها والجزائية، في سبيل صون كيان الأسرة وتحقيق استقرارها باعتبارها الخلية الأولى في بنية المجتمع وضمانه تماسكه وتوازنه^(٥).

١- المصدر نفسه .

٢- مادة ١٤ من دستور العراق لعام ٢٠٠٥.

٣- مادة ١٥ من دستور العراقي لعام ٢٠٠٥.

٤- سلطان الشاوي، المبادئ العامة في قانون العقوبات، مكتبة القانونية، بغداد، ب ت، ص ٣٩٩.

٥- لؤي شوقي ناجي، أحكام حمايته الأسرة في القانون العراقي والإطار القانوني المنشود لها، مجلة جامعة البیان للدراسات والبحوث القانونية، كلية الآمال الجامعة، للدراسات والبحوث القانونية، المجلد (٤) ، العدد (٢) ، ص ٧٩.

ثانياً: قانون مناهضة العنف الأسري

يعد العنف الأسري من أخطر المظاهر التي تهدد الأمن الاجتماعي وتنتهك الحقوق الإنسانية داخل الأسرة، إذ يلحق بأفرادها أضراراً جسدية على المستويين المادي والمعنوي، وفي غياب تشريع خاص ومستقل لمناهضة هذه الظاهرة على المستوى الفيدرالي، تطبق أحكام قانون العقوبات العراقي رقم (١١١) لسنة ١٩٦٩ المعدل وقانون أصول المحاكمات الجزائية رقم (٢٣) لسنة ١٩٧١^(١).

وفي هذا الشأن ركزت الشريعة الإسلامية منذ نزول القرآن الكريم على تكريم المرأة وحماية كرامتها وحفظها من أي اعتداء أو استغلال، فجعلت لها مكانة رفيعة ضمن منظومة القيم الدينية والأخلاقية والاجتماعية، كما أكدت النصوص الشرعية على ضرورة المعاملة الحسنة بين أفراد الأسرة، واعتبرت العنف تجاوزاً صريحاً لأحكام الدين ومبادئ العدالة الإنسانية^(٢).

وعلى الصعيد الدولي أدرك المجتمع العالمي وفي أواخر القرن العشرين الأهمية القصوى للتصدي للعنف ضد المرأة، فتصاعدت الجهود الدولية في هذا المجال أبرزها إطلاق الإعلان العالمي للقضاء على العنف ضد المرأة عام ١٩٩٣، الذي مثّل محطة فارقة في مسيرة الاعتراف الدولي بحقوق النساء ورسخ مبدأ مناهضة جميع أشكال التمييز والعنف الموجهة ضدهن^(٣).

أما في إقليم كردستان - العراق، فقد شهدت مطلع القرن الحادي والعشرين انطلاق مبادرات تشريعية ومجتمعية تهدف إلى مقاومة العنف الأسري، حيث أنشئت هيئات ومؤسسات مخصصة في حماية المرأة ودعمها على الأصعدة القانونية ونفسية والاجتماعية وتوجت هذه الجهود بإصدار قانون مناهضة العنف الأسري رقم (٨) لسنة ٢٠١١، الذي يعدّ ريادياً في مجال تقوية حماية المرأة والأسرة، وضمان حقوقها في بيئة آمنة خالية من العنف بكل أشكاله

وقد عرف القانون المذكور الأسرة وفق المادة الأولى منه بأنها مجموعة من الأشخاص الطبيعيين تجمعهم رابطة الزوجية أو القرابة حتى الدرجة الرابعة، وإضافة إلى كل من انضم إلى الأسرة بصورة قانونية، أما العنف الأسري عرّفه القانون بأنه كل فعل أو قول أو تهديد يقوم على أساس النوع الاجتماعي في إطار

١- قانون مناهضة العنف الأسري في إقليم كردستان - العراق المادة (٨) قانون رقم (٨) لسنة ٢٠١١.

٢- عمر حسن عمر، إثر قانون مناهضة العنف الأسري في إقليم كردستان العراق في تفكك الأسرة، دراسة تحليلية في ضوء المقاصد الشريعة الإسلامية، مجلة جامعة گرميان، متاح على الانترنت

<https://doi.org/10.24271/garmian.Conf-2019-18>

٣- المصدر نفسه، ص ٢٦٠.

العلاقات الأسرية المبنية على الزواج والقرابة حتى الدرجة الرابعة أو الانضمام القانوني للأسرة من شأنه أن يلحق ضرراً جسدياً أو جنسياً ونفسياً بالضحية أو يسلب حقوقها وحرياتها المكفولة قانونياً^(١).

وعلى صعيد الأفعال المجرمة، أكدت المادة الثانية من القانون أن العنف الأسري يتضمن طيفاً واسعاً من الأفعال المرتكبة داخل إطار الأسرة، والتي تفضي إلى إلحاق الأذى البدني أو النفسي أو المعنوي بأفرادها منها: الإكراه على الزواج وزواج الشغار وتزويج المرأة مقابل الدية، والطلاق بالإجبار وقطع صلة الأرحام وإكراه الزوجة على ممارسة الدعارة أو البغاء. كما تندرج ضمن مفهوم العنف الأسري وفق هذا القانون إجبار أحد أفراد الأسرة على ترك عمله أو تعلّمه، أو دفع الأطفال إلى العمل أو التسول، ويُعدّ الانتحار والإجهاض الناجمان عن العنف الأسري من أخطر أشكاله ووأبغها أثراً، إلى جانب الاعتداء الجسدي على الأطفال أو أفراد الأسرة لأي سبب كان والإهانة والسب والنظرة الدونية أو الضغط النفسي عليهم فضلاً عن المعاشرة الزوجية بالإكراه^(٢).

وعلى المستوى التطبيقي، تجدر الإشارة إلى أن المادة السابعة من قانون مناهضة العنف الأسري رقم ٨ لسنة ٢٠١١ تعالج حالات ممارسة العنف ضد الزوجة منها الاعتداء الجسدي يلحق بها الأذى^(٣) ويميز القانون بين الفعل الإيجابي والسلبي وهو امتناع إرادي عن أداء حركة أو مجموعة حركات كان الامتناع عنها واجباً شرعاً أو قانوناً وتوفر المادة الرابعة عشرة من الدستور العراقي الدائم الإطار الدستوري الداعم لهذا الحماية القانونية المتساوية لكلا الجنسين^(٤).

ثالثاً: قانون الطفل

تمثل حماية الطفل أساساً جوهرياً من أسس البناء الاجتماعي السليم وقد نالت اهتماماً واسعاً على الصعيدين الدولي والمحلي وقد شهد العالم منذ مطلع القرن العشرين، إصدار جملة من العهود والمواثيق الدولية المعنية بحقوق الطفل وتُعدّ اتفاقية حقوق الطفل لعام ١٩٨٩ من أبرز الاتفاقيات الدولية وأشملها، إذ أسست معياراً متكاملاً يحدد مراحل الطفولة، ومتطلبات الحاجة الرعاية والحماية اللازمة في كل مرحلة منها، وقد عرّفت المادة الأولى من هذه اتفاقية الطفل بأنه كل إنسان منذ لحظة ولادته وحتى بلوغه سن الثامنة عشرة، أو سن الرشد المحدد قانوناً إن كان أدنى من ذلك، وقد اعترضت بعض الدول على

١ - قانون مناهضة العنف الأسري في إقليم كردستان العراق، رقم (٨) لسنة ٢٠١١.

٢ - المصدر نفسه.

٣ - قرار محكمة استئناف بصفتها التمييزية العدد ٧٤٢/ت ج ٢٠٢٣ تاريخ ٢٠٢٣/١/١٨ غير منشور

٤ - حسين الشيخ محمد الباليساني، النظرية العامة لجريمة الامتناع، مطبعة الثقافة، أربيل، ١٩٩٨، ص ٦٣

صياغة "منذ لحظة الولادة"، إذ ترى في تشريعاتها الوطنية أن مرحلة الطفولة قد تمتد إلى ما قبل الولادة^(١).

في إطار المنظومة القانونية العراقية تضم جملةً من القوانين التي تكفل حماية الطفولة بصورة مباشرة أو غير مباشرة، فقانون رعاية القاصرين رقم ٧٨ لسنة ١٩٨٠ يُعنى بالقاصرين الذين لا يحظون برعاية أسرية متكاملة، لذلك يُرسي دور الدولة في تبني رعايتهم من خلال وضع إجراءات قضائية خاصة بتعيين الوصي على القاصر، كما يعالج حالات اللامبالاة الأسري ويمنح الجهات المختصة الصلاحيات لحماية الأطفال^(٢)، وعلى صعيد قانون الأحوال الشخصية رقم ١٨٨ لسنة ١٩٥٩، يتناول حقوق الطفل من ضمن الأسرة ومنها الحضانة والنفقة والولاية، وتحديد سن الزواج من أجل حماية حقوق الطفل وحمايته من الزواج المبكر^(٣)، وفي مجال التعليم يكرس دستور جمهورية العراق لعام ٢٠٠٥ في مادته الرابعة والثلاثين الزامية التعليم في مرحلته الابتدائية مما يشكل ضمانة دستورية لحماية الطفل من الجهل والعمالة المبكرة والتسرب المدرسي^(٤).

أما قانون رعاية الأحداث رقم ٧ لسنة ١٩٨٣ فيعالج قضايا الأحداث المخالفين للقانون ويولي الأولوية للتأهيل والإصلاح بدلاً عن العقوبة ويتيح للسلطة المختصة إيداع الحدث في مراكز تأهيلية ملائمة انسجاماً مع مبادئ العدالة الإصلاحية للأطفال^(٥)، على المستوى الأشمل أقرت اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الطفل والتي انضم إليها العراق بأن كل إنسان لم يتجاوز الثامنة عشرة من عمره يتمتع بحماية قانونية خاصة تشمل الحماية في مجالات التعليم الإلزامي والتوظيف والمسؤولية الجنائية^(٦).

وختاماً يهدف مشروع قانون حماية الطفل حسب المادة الثانية إلى توفير حياة آمنة وكرامة وحرية لكل طفل كفالة الحماية الكافية له، من كل أشكال العنف والإساءة البدنية والنفسية والاستغلال، كما يحظر هذا المشروع الاتجار بالأطفال أو إكراههم على العمل أو إجبارهم بأي شكل من الأشكال وكفل تطبيق هذه الحماية لجميع الأطفال بدون تمييز بسبب اللون أو الجنس أو اللغة أو المذهب.

- ١- محمد غالي، الطفل كمصطلح قانوني حديث، مجلة الحقوق للبحوث القانونية والاقتصادية، جامعة الإسكندرية، كلية الحقوق، مصر، مجلد الثاني، العدد الأول، ٢٠١٩، ص ٣٢٨-٣٢٩.
- ٢- قانون رعاية القاصرين، وزارة العمل والشؤون الاجتماعية، منشورات وزارة العمل، بغداد، ١٩٨٠، ص ١٥.
- ٣- جريدة الوقائع العراقية، قانون الأحوال الشخصية، العدد ٢٨٠٩، بغداد، ١٩٥٩، ص ٤٠.
- ٤- دستور العراقي لسنة ٢٠٠٥، مادة ٣٤.
- ٥- قانون رعاية الأحداث، وزارة العدل، بغداد، ١٩٨٣، ص ٢٢.
- ٦- مراجعة تشريعية، مشروع قانون حماية الطفل، ٢٠١٣، ص ١٢.

المبحث الثاني

دور الأسرة في الوقاية من التهديدات الجنائية

أولاً: تقدير الرقابة الأسرية

يشير مفهوم (الرقابة الأسرية) إلى أحد المرتكزات الجوهرية في بناء الأسرة وضبط سلوك أفرادها إذ تمثل أداة فاعلة في توجيه الأبناء نحو المراعاة بالقيم الأخلاقية والاجتماعية، وحمايتهم من الانحرافات السلوكية والفكرية. فالأسرة التي تطبق رقابة واعية قائمة على التفاهم والاحترام تكون أكثر قدرة على غرس النظام وروح المسؤولية في نفوس أبنائها^(١)، ومن هذا المنطلق يبرز مفهوم تقدير الرقابة الأسرية بوصفه إدراك الأبناء لأهمية هذا الدور ومدى تقبلهم له باعتباره وسيلة للتربية والرعاية، لا قيلاً على حرياتهم.

أما في الفقه القانوني، فقد عُرِّفت (الرقابة) بأنها الإشراف على شخص ما وتوجيهه وحسن تربيته، مع اتخاذ الاحتياطات اللازمة لمنع وقوع الأذى. كما ذهب اتجاه آخر إلى تعريفها بأنها سلطة الإشراف والتوجيه واتخاذ التدابير المعقولة للحيلولة دون إضرار الخاضع للرقابة بالغير^(٢)، وفي مدلولها العام، تُفهم الرقابة بصفتها التزاماً يقع على عاتق المكلف بها تجاه من يحتاج إليها بما يقتضي اتخاذ الإجراءات المناسبة لحمايته وحماية الآخرين من أي ضرر محتمل^(٣).

وقد أولى الفيلسوف الإنجليزي (هربرت سبنسر H. Spencer) * اهتماماً بالغاً بالتربية الأسرية، إذ رأى أن الهدف الرئيسي للتربية هو إعداد الفرد للحياة بمختلف جوانبها، وقسم هذه الجوانب إلى خمس مجالات رئيسية: الصحية، والمهنية، والأسرية، والمدنية (الوطنية)، والثقافية. وفي السياق ذاته، ركز كل

١ - بن داود حنان، مسؤولية متولي الرقابة دراسة مقارنة بين القانون المدني وقانون الأسرة، أطروحة دكتوراه منشورة، جامعة أبي بكر بلقايد - تلمسان، كلية الحقوق والعلوم السياسية، قسم قانون خاص، ٢٠٢٠، ص ١١.

٢ - بن داود حنان، المصدر السابق، ص ١١

٣ - المصدر نفسه، ص ١٣.

* هربرت سبنسر (١٨٢٠-١٩٠٣م) فيلسوف وعالم اجتماع بريطاني يُعدّ من أبرز مؤسسي علم الاجتماع، اشتهر بمحاولته تطبيق نظرية داروين في التطور على المجتمعات الإنسانية فيما عُرف بـ "الداروينية الاجتماعية". نادى بأن المجتمعات تتطور من البسيط إلى المعقد وفق قوانين طبيعية، وأن الدولة يجب ألا تتدخل في هذا التطور. أسهم في تأسيس الفكر الليبرالي الكلاسيكي، وترك إرثاً فكرياً واسعاً امتد تأثيره في علم الاجتماع والفلسفة السياسية خلال القرن التاسع عشر وما تلاه. انظر (<https://ar.wikipedia.org>).

من أرنست برجس وهارفي لوك أن الحضارة الإنسانية مدينة للأسرة في بقائها واستمرارها، وأن مستقبل المجتمع مرهون بها أكثر من أي مؤسسة أخرى^(١).

وتُعد تلبية الأسرة للحاجات الأساسية لأفرادها من أبرز وظائفها، إذ تسعى إلى تحقيق التوازن بين إشباع الحاجات الطبيعية وفرض قدر من الضبط في أساليب التعبير عنها. فالحاجة إلى الغذاء والمأوى، والرغبة في الإنجاب وتربية الأطفال، تمارس جميعها ضمن إطار من التنسيق والالتزام بالقيم الاجتماعية والأخلاقية، بما يضمن استقرار الأسرة والمجتمع، كما تؤدي الروابط الأسرية دورًا محوريًا في تنشئة الأطفال تنشئة صحيحة، إذ يهيئ المناخ القائم على الحب والطمأنينة والأمان بيئة ملائمة لنجاح العملية التربوية، في حين يسهم التوافق بين الوالدين في تعزيز مفهوم الذات الإيجابية لدى الطفل، وتنمية ثقته بنفسه واستقلاليته^(٢).

فضلا عن ذلك الروابط الأسرية دورا محوريا في تنشئة الأطفال ودعم نموهم السليم وتقوية شخصياتهم الاجتماعية، لنجاح العملية التربوية كما ان التوافق بين الوالدين يثبت لدى الطفل مفهوم الذات الإيجابية ويعزز احترام الذات وتقديرها وينمي فيه الثقة بالنفس والكرامة والاستقلالية^٣. وفي ظل التوسع المتنامي في استخدام التكنولوجيا بين الأطفال واليا فعين تتصاعد مخاطر تعرضهم للجرائم الإلكترونية لاسيما مع غياب متابعة الأهل أو ضعفها لنشاطهم الرقمي^(٤).

ويجهل الكثير من الأطفال أساليب الاستخدام الآمن لوسائل التواصل الاجتماعي، ويعود ذلك إلى تقصير بعض الأسر توعيتهم ومتابعة محتوى ما يطلعون عليه. وقد ثبت أن بعض المواقع تتضمن مواد مسيئة للإسلام، أو تحرض على الإباحية والممارسات الشيطانية، إضافة إلى إثارة الفتن العشائرية وتسئ إلى الرموز الوطنية والدينية بل إن بعض هذه المحتويات يدعو إلى الإرهاب والتطرف، مما بات يقلق الأسر والجهات الرسمية على حد سواء^(٥).

١- إبراهيم ناصر، المصدر السابق، ص ٧٠.

٢ - المصدر نفسه، ص ١٦٠.

٣ - باسمه حلاوة، دور الوالدين في تكوين الشخصية الاجتماعية عند الأبناء دراسة ميدانية في مدينة دمشق، مجلة جامعة دمشق، كلية التربية، المجلد ٢٧، العدد الثالث والرابع، ٢٠١١، ص ٨٤.

٤ - مورو سبيل ، استدراج الأطفال على شبكة الأنترنت وغياب الرقابة الأسرية" جريدة القدس العربي. (٢٠١٩/١٠/٣)

٥ محمد عبد العزيز الدسوقي رخا، دور الخدمة الاجتماعية في تعزيز الرقابة الاسرية لوقاية الأبناء من المخاطر وسائل التواصل الاجتماعي، مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية، جامعة الفيوم، العدد الثاني عشر، ب- ت، ص ١٧٨.

وفي هذا الإطار أشار الخبير وسائل التواصل الاجتماعي دنيز أوناي إلى إن المستدرجين عبر الأنترنت يختارون ضحاياهم باحترافية وخبث ويستهدفون بالدرجة الأولى الأطفال والفتيات الذين يفتقرون إلى الرقابة كافية^(١).

وفي هذا السياق، تشير الأدبيات المعاصرة إلى أن مرتكبي الجرائم الإلكترونية يستهدفون الفئات الأكثر ضعفاً، ولا سيما الأطفال والمراهقين الذين يفتقرون إلى الإشراف الأسري الكافي، مستغلين حاجتهم للتواصل والاهتمام. وقد أظهرت تقارير أمنية متعددة وجود حالات استدراج عبر الإنترنت، مما يعزز الحاجة إلى دور أسري وقائي قائم على التوجيه والمتابعة المستمرة، وتعزيز وعي الأبناء بكيفية التعامل الآمن مع الفضاء الرقمي^(٢).

وتسهم طبيعة العلاقة بين الطفل ووالديه، خاصة في المراحل المبكرة من النمو، إسهاماً حاسماً في تشكيل شخصيته؛ فالتفاعل القائم على الاحترام والتقدير والتشجيع يعزز شعوره بالأمان والانتماء، ويؤدي إلى نمو متوازن في مختلف الجوانب النفسية والاجتماعية، مما ينعكس إيجاباً على توافقه داخل الأسرة وخارجها^(٣). وفي الإطار الدولي، تؤكد منظمة اليونسيف أهمية دعم الصحة النفسية للأطفال والمراهقين وتمكينهم من الوصول إلى خدمات الرعاية المناسبة. كما توصي باتباع نهج شامل يعزز الرفاه النفسي، مع التركيز على الفئات الأكثر عرضة للمخاطر، وتشدد على ضرورة الاستثمار في برامج الصحة النفسية، ودعم الوالدين بما يسهم في مواجهة التحديات المتزايدة في هذا المجال^(٤).

ثانياً: حسن تصرف الآباء أمام الأبناء

يمثل حسن تصرف الآباء أمام أبنائهم قاعدة أساسية من قواعد التربية السليمة، إذ يشكل النموذج العملي الذي يحتذي به الأطفال في حياتهم اليومية؛ فهم يتأثرون تأثيراً عميقاً بما يشهده من والديهم في طريقة معاملة الآخرين والتحكم بالنفس والتمسك بالقيم الأخلاقية والاجتماعية. ويسهم التصرف الواعي والحكيم للآباء في تعزيز الانضباط الذاتي لدى الأبناء، وجعلهم أكثر تقبلاً للتوجيه والرقابة الأسرية، لأن هذا التوجيه يصدر عن قدوة يحترم سلوكها ويقتدى بها. وإن تعزيز السلوكيات الإيجابية لدى الأبناء يثبتها عادة دائمة، ويقوّي دافعيتهم نحو تكرارها^(٥).

١- مورو سبيل، المصدر السابق.

٢- محمد عبد العزيز الدسوقي رخا، المصدر السابق، ص ١٧٨.

٣- باسمه حلاوة، المصدر السابق، ص ٨٤.

٤- المصدر نفسه، ص ١٤٦.

٥- محمد عثمان محمد الفلاح، وصايا تربوية في التربية الأبناء، ط ١، دار القاسم، ب-ت، ص ١٨.

ومن هنا تبرز أهمية الثناء على كل قول حسن أو فعل طيب، وتشجيع الأبناء وتحفيزهم باستمرار لتشجيع من أنجع أساليب التربية في تنمية السلوك الإيجابي، في حين يفضي النقد المتكرر إلى أضعاف الثقة بالنفس وتراجع الأداء، لذا ينبغي توجيه الاهتمام نحو الجوانب المضيئة في سلوك الأبناء، فالتربية الناجحة تقوم على كسب قلوبهم بالحب والاحترام والثناء، مما يخلق علاقة جيدة قائمة على الثقة والتفاهم، ويمنح الوالدين القدرة الحقيقية على التأثير في مساراتهم الحياتية^(١).

لذلك ينبغي على الآباء تربية أبنائهم على خلق نبينا محمد ﷺ، ولا سيما البنات، اللواتي هن أشد حاجة إلى هذه التربية الرصينة حتى ينشأ نشأة صحيحة سليمة بعيدة عن الفواحش والمنكرات. فتنشئتهن على الحياء والعفة منذ الصغر تجعل ترك المنكرات أمراً طبيعياً بدافع الحياء أولاً، ثم يتحول هذا السلوك تدريجياً إلى التزام ديني راسخ يصدر عن قناعة وإيمان^(٢). كما يعد توافق الزوجين في أسلوب تربية أبنائهما من العوامل الجوهرية لنجاح العملية التربوية؛ إذ يسهم الاتفاق المسبق على الأوامر والنواهي في تقليص التناقض بين الوالدين ويجعل توجيهاتهما أكثر انسجاماً واتساقاً أمام الأبناء، مما يعزز مصداقيتها وثقة الأبناء بهما^(٣).

وعند حدوث اختلاف في وجهات النظر يستحلي تأجيل النقاش إلى وقت لاحق بعيداً عن مسامع الأطفال، حفاظاً على هيبة المربي ووحدة الموقف التربوي. وكلما كان التناغم بين الوالدين، أصبحت التربية أكثر فاعلية واستقراراً. كما ينبغي عند إصدار النهي عن سلوك ما الثبات بعلية وعدم التراجع، حتى يكتسب الطفل مهارة النظام والالتزام، مع تجنب الرضوخ لإلحاحه^(٤). وتتباين الأساليب التربوية التي يعتمد عليها الوالدان والمربون في عملية التربية لأبنائهم، فبعض هذه الأساليب تشير إلى حسن القول ولين الجانب وحسن المعاملة، وهي أساليب من شأنها أن تسهم في تنشئة الأبناء على الاستقامة والخلق النبيل. وأسلوب التنشئة الذي يتبعه الوالدان يؤثر تأثيراً بالغاً في تكوين شخصية الأبناء وسلوكهم، فالتربية السليمة تبني شخصية متزنة نفسياً واجتماعياً، وتغرس فيهم القيم الفاضلة، ومن أبرز أساليبها الترغيب والترهيب والقُدوة الحسنة^(٥).

١ - محمد عثمان محمد الفلاح، مصدر سابق، ص ١٨.

٢ - عبد الله بن سعد الفالح، تربية الأبناء، ط ١، دار ابن الأثير، الموصل، بدون تاريخ، ص ٧٢.

٣ - محمد عثمان محمد الفلاح، المصدر السابق، ص ٢٥.

٤ - المصدر نفسه، ص ٢٥.

٥ - محمد حسين علوان، الأعلام الرقمي والتنشئة الاجتماعية، دار أمجد للتوزيع والنشر، دبي، ٢٠٢٤، ص ١٣٩-١٤١.

ثالثاً: القدوة الحسنة

تُعد القدوة الحسنة أحد الأسس الجوهرية في التربية، إذ يميل الطفل بطبيعته إلى تقليد والديه ومن يحيطون به في أقوالهم وأفعالهم وتصرفاتهم. لذلك، ينبغي أن يكون الوالدان نموذجًا صالحًا يحتذى به، يتحلان بالأخلاق الرفيعة والقيم النبيلة كالصدق والأمانة والوفاء والكرم، ليترسخ في نفوس الأبناء حب هذه السجايا الفاضلة، فتصبح جزءًا أصيلاً من شخصياتهم وسلوكهم اليومي لا شك أن للقدوة أثراً بالغاً في ترسيخ القيم والفضائل لدى الطفل، فمعاشرة الأشخاص الصالحين ومجالستهم ومحاكاتهم تسهم في غرس العادات الطيبة والسلوكيات المرغوبة. يكتسب الإنسان أخلاقه وسلوكياته بطريقتين، إما عبر التوجيه والتعليم المباشر، أو عن التقليد والملاحظة، غير أن ما يتعلمه بالمشاهدة والمحاكاة يكون عادة أعمق أثراً وأكثر ثباتاً من التعليم النظري المجرد^(١).

وتعد القدوة من أنجح أساليب التنشئة وأكثرها تأثيراً، إذ يميل الأبناء بطبيعتهم إلى تقليد آبائهم، وتميل البنات إلى محاكاة أمهاتهن. لذا ينبغي استثمار هذا الميل الفطري في توجيههم نحو السلوك القويم. فمهما تعددت التوجيهات اللفظية، تبقى الأفعال الواقعية أعمق أثراً في نفوس الأطفال^٢. وتشير الدراسات إلى أن تأثير القدوة يفوق ٧٠٪ في حين لا يتجاوز تأثير الأوامر والنواهي الكلامية هذه النسبة ومما يستدعي الانتباه أن الأطفال يبدون التقليد في سن مبكرة منذ عامهم الثاني أو قبله بقليل، مما يستلزم من المربين والآباء الحرص على تقديم النموذج الصالح أمامهم، اقتداءً بقول النبي ﷺ: «خير ما يورثُ الوالدُ ولدهُ خُلُقٌ حسنٌ»، فهي قاعدة ينبغي أن تكون مبدأً دائماً في التربية والتعامل مع الأبناء^(٣). وإذا ترك الطفل واهمله يتأثر بما يراه ويسمعه من أخلاقٍ مذمومةٍ وعاداتٍ سيئةٍ، فإنه بحكم صغر سنّه يميل إلى التقليد والمحاكاة، فإن وجد قدوةً صالحةً اقتدى بها، وإن صادف قدوةً سيئةً تأثر بها وسار على نهجها^(٤).

١ - المصدر نفسه، ص ١٤٥.

٢ محمد عثمان محمد الفلاح، المصدر السابق، ص ١٥.

٣ المصدر نفسه، ص ١٥.

٤ عبد الله بن سعد الفالح، المصدر السابق، ص ٧٠.

المبحث الثالث

الصحة الأسرية والمجتمع

أولاً: برامج التوعية حول صحة الأسرة وحمايتها

تُعَدُّ صحة الأسرة قضية مهمة تمسّ جميع المجتمعات، إذ إن ضعف صحة أفرادها يؤدي إلى تراجع الإنتاجية القومية واضطراب وظائف المجتمع، وتعكس صحة الأسرة مستوى صحة المجتمع بأكمله، وتُعدُّ مؤشرًا حقيقيًا على مدى تقدمه وازدهاره المادي والمعنوي. فمن المعروف أن تدهور الأوضاع الصحية عائق أمام تطور المجتمع، ويُضعف قدرته على العمل وتحقيق أهدافه^(١)، لذلك فإن برامج التوعية حول صحة الأسرة تعتمد على وسائل الاتصال المباشرة للتأثير في المجتمع والأسرة، لتخليص الناس من العادات والتقاليد القديمة غير السليمة، وتحريرهم من الجهل والتخلف العلمي والاجتماعي وخلق أفراد ذوي مستوى عال من الوعي والمعرفة بالحقائق العلمية خاصة بالصحة، من أجل تجنب الوقوع في المشاكل الصحية والأمراض^(٢).

لذلك بدأت الدولة بتنفيذ حملات تطعيم في الحضر والريف للحد من انتشار الأمراض والأوبئة، فافتتحت مراكز مخصصة لتطعيم الأم والطفل، وقدمت اللقاحات لطلاب المدارس، كما كثفت جهودها في توعية الأسرة بأهمية التطعيم والوقاية الصحية^(٣)، لتعزيز الوعي الصحي وجعله عنصراً أساسياً ضمن أولويات جهات التنقيف الصحي على المستويين المركزي والمحلي^(٤). وكذلك تتم من خلال التلفزيون والإذاعة والإعلام الإلكتروني الذي تمثله شبكات التواصل الاجتماعي وهنا تبرز أهمية دراسة مفهوم التوعية ووسائلها^(٥)، إضافة إلى توعية الحوامل والمرضعات والأطفال، مع تقديم المساعدات الغذائية بهدف تحسين تغذية الأمهات وصحة الأطفال^(٦).

وتركّز الجهود الصحية على تعزيز الصحة الإنجابية، وحماية حياة الطفل، والحفاظ على صحة الأم والوقاية من الأمراض، ورغم ما تحقق من تقدّم كبير في خفض معدلات وفيات الأمهات والأطفال دون

- ١ - حمد الله محمد احمد ربيع، الأسرة وقضايا المجتمع العربي في إسرائيل، ط١، كتب العربية، مصر، ٢٠٠٧، ص ١١٦
- ٢ - أميمة كامل السلاموني، التوعية الصحية دليل العالمي في مجال الرعاية الصحية، ط١، المركز العربي للتأليف والترجمة العلوم الصحية، الكويت، ٢٠١٩، ص ٣.
- ٣ - حمد الله محمد احمد ربيع، المصدر السابق، ص ١١٦.
- ٤ - جمعية العامة للتنظيم الأسرة، التوعية والإعلام في مجال تنظيم الأسرة، مؤسسة دار التعاون، مصر، ١٩٧١، ص ١٧.
- ٥ - أميمة كامل السلاموني، المصدر السابق، ص ١١٦.
- ٦ - المركز الدولي الإسلامي للدراسات والبحوث السكانية، مؤتمر الأمومة في الإسلام، مصر، ١٩٧٩، ص ٥٥.

سن الخامسة، ما تزال تحديات عديدة قائمة في مجالات صحة الأمهات والمواليد الجدد والأطفال^(١)، ومن هنا تبرز أهمية التوعية الصحية في صحة الأسرة من خلال هذه برامج لتساعد الأسرة في صحة أفرادها لبناء مجتمع سليم صحي.

ثانياً: دور وسائل الإعلام حول صحة الأسرة والرعاية الصحية

تشهد السنوات الأخيرة تحولاً مهماً في طبيعة الاتصال، إذ انتقلت وسائل الإعلام من الشكل التقليدي إلى الإعلام الحديث الذي أتاح للجمهور المشاركة الفاعلة في نقل المعلومات ونشرها، وقد أدت دور مهم في منصات التواصل الاجتماعي كالفيس بوك واليوتيوب وتويتر في تعزيز الوعي الصحي بين الأفراد وتشجيعهم على اتباع السلوكيات الوقائية والمشاركة في المبادرات الصحية، مما جعل لهذه الوسائل دوراً مؤثراً في دعم صحة الأسرة والرعاية الصحية وتعزيز مفهوم الوقاية في المجتمع^(٢).

وأدى ظهور وسائل التواصل الاجتماعي مثل "فيسبوك" إلى اتساع نطاق الخدمات تزودها للمستخدمين، إذ منحهم فرصاً لنشر التفاعل وتبادل المعلومات في ميادين عديدة كالتعليم والثقافة والصحة والرياضة وغيرها، مما حولها وسيلة إيجابية لوسائل التواصل ومشاركة الاهتمامات بين الناس^(٣).

وركزت وسائل الإعلام على مواضيع اعترف بها على نطاق واسع كأولويات في جميع البلدان، مثل التدخين وأنواع الأطعمة والمشروبات التي يتناولها الإنسان والنشاط البدني والصحة الجنسية. ومع ذلك، فإن قليل من الدراسات قد ذكر المشكلات الصحية الناشئة مثل السرطان، والأمراض المزمنة، والسلامة النفسية، واللقاحات المهمة التي لها تأثير كبير على صحة الإنسان، وتتم معالجتها بواسطة وسائل الإعلام الجماهيري^(٤).

كما أثبتت حملات التوعية عبر وسائل التواصل والإعلام فعاليتها في الحد من تعاطي الكحول، خصوصاً بين المراهقين والبالغين، وساهمت أيضاً في تقليل حوادث القيادة تحت تأثير الكحول. كما أدت

١- مصر، رئاسة الجمهورية، الجريدة الرسمية، المجلد (٥٤)، الأعداد ١٦-٣٢، ٢٠١١ ص ١٧.

٢- هاجر مجدي عبدة الحمامي، دور وسائل التواصل الاجتماعي في توعية المواطنين بالمبادرة الصحية جامعة دمياط، كلية الآداب، مجلة العلمية، المجلد (١٠)، العدد (٣)، ٢٠٢١، ص ١٨٩.

٣- محمد فاضل علي، دور شبكة الفيس بوك في تعزيز التوعية الصحية لدى الجمهور، رسالة ماجستير منشورة، جامعة الشرق الأوسط، كلية الإعلام، ٢٠١٧، ص ٤.

٤- أميمه كامل السلاموني، المصدر السابق، ص ٣٧.

الحملات الإعلامية في الدول المتقدمة إلى زيادة مؤقتة في فحوص الكشف المبكر عن السرطان، خاصة عندما توفرت خدمات الفحص^(١).

ومن أبرز أمثلة دور الإعلام الصحي ما يقوم به من نشر للأخبار والمعلومات المتعلقة بالقضايا الطبية والصحية، وتقديم الإرشادات التي تساعد الأفراد على الوقاية من الأمراض والتعامل مع الحالات الطارئة، مثل التوعية بمخاطر نقص الفيتامينات أو تأثير أشعة الشمس أو انتشار الأوبئة^(٢)، كما يظهر دوره بوضوح أثناء فترات تفشي الأمراض كالكوليرا أو إنفلونزا الطيور، حيث تنشط وسائل الإعلام في توجيه الجمهور وتُعد وسائل الإعلام الحديثة، وخاصة الإنترنت وشبكات التواصل الاجتماعي، من أبرز الأدوات المستخدمة في نشر الوعي الصحي والتثقيف العام، إلى جانب الوسائل التقليدية كالتلفاز والإذاعة والصحف، مما يعزز قدرة الإعلام الصحي على بناء مجتمع أكثر وعياً واستعداداً لمواجهة التحديات الصحية^(٣)، كما أدت وسائل الإعلام إلى حملات التوعية للحد من انتشار جائحة كورونا وانتشار التعاليم ونصائح والأغذية المناسبة تنفيذ وتعزيز التعاون وتهدئة الثقة وتقوية المخاوف والحجر الصحي في المنازل وارتداء الكمامات وقد تستدعي بعض المناطق البدء المبكر في إجراءات وقائية أو تعديل طرق تقديم الخدمات لتكون أكثر أماناً^(٤).

بينما قد يلزم تعليق بعض الأنشطة في الأماكن ذات معدلات العدوى المرتفعة. كما يُفضّل تقليل التواصل المباشر بين الأفراد من خلال الاعتماد على الوسائل الرقمية مثل تطبيقات الهواتف والتطبيب عن بُعد، على أن تُراعى خصوصية كل منطقة وفق مستوى انتشار المرض وقدرتها على تقديم الخدمات بأمان وكفاءة^(٥).

١- أميمه كامل السلاموني، مصدر سابق، ص ٣٩.

٢- محمد فاضل علي، المصدر السابق، ص ١٠.

٣- المصدر نفسه، ص ١٠.

٤- منظمة الصحة العالمية اليونيسف، الرعاية الصحية المجتمعية، ٢٠٢٠، مقال متاح على الرابط التالي

<https://www.unicef.org/media/73141/file/>.

٥ - المصدر نفسه.

ثالثاً: دور الأجهزة الأمنية في حماية الأسرة

تُعَدُّ الأسرة العماد الأساسي الذي يقوم عليها أي مجتمع، لذا أحاطتها الأعراف والقوانين بالرعاية والحماية في مختلف مراحل تكوينها، بما يضمن حقوق جميع أفرادها ويمنع أي شكل من أشكال الاعتداء عليها، لأنها تشكّل النواة الأولى لبناء المجتمع. وقد أشار الله تعالى إلى أهمية الترابط الإنساني في قوله: ﴿يَا أَيُّهَا النَّاسُ إِنَّا خَلَقْنَاكُمْ مِنْ ذَكَرٍ وَأُنْثَى وَجَعَلْنَاكُمْ شُعُوبًا وَقَبَائِلَ لِتَعَارَفُوا إِنَّ أَكْرَمَكُمْ عِنْدَ اللَّهِ أَتْقَاكُمْ إِنَّ اللَّهَ عَلِيمٌ خَبِيرٌ﴾ [سورة الحجرات: ١٣]. ومن هذا المنطلق، ينبغي أن تقوم الأسرة على أسس التعاليم الإسلامية التي تقوي التماسك والتراحم، كما ويقع على عاتق الدولة واجب توفير الضمانات اللازمة لحماية أمان الأسرة واستقرارها، إذ لا يمكن قيام مجتمع متماسك دون أسرة متينة. ويقصد بها أن الدستور يتضمن نصوصاً تهدف إلى ضمان حماية الحقوق والحريات كافة، وتوفير البيئة المناسبة لممارستها بصورة آمنة، وبشكل خاص ما يتعلق بتحقيق الأمن الأسري وحمايته^(١).

لم تتضمن المنظومة التشريعية في العراق تعريفاً محدداً للأسرة، إلا أنها تناولتها في مواضع متعددة بهدف ضمان حمايتها دستورياً وقانونياً، فقد نصّ الدستور العراقي لعام ٢٠٠٥ على أنّ الأسرة هي أساس المجتمع، وأنّ الدولة مسؤولة عن صون كيانها وقيمها الدينية والأخلاقية والوطنية^(٢).

كما تلتزم بحماية الأمومة والطفولة والشيخوخة، ورعاية النشء والشباب وتوفير الظروف المناسبة لتنمية قدراتهم ومواهبهم. كذلك أكد الدستور على حقوق الأبناء في التربية والرعاية والتعليم، وحقوق الوالدين في الاحترام والرعاية عند الحاجة أو العجز أو التقدّم في السن، مع حظر جميع أشكال الاستغلال الاقتصادي للأطفال^(٣). ومما لا جدال فيه أن الأسرة تمثل البيئة الأولى لتكوين شخصية الفرد، فهي المهد الذي تتشكل فيه ملامح السلوك والاتزان النفسي، لذلك فإنّ العنف الأسري يؤدي إلى آثاراً سلبية عميقة على باقي أفراد الأسرة من نواحٍ متعددة، إذ إنّ تعرض أحد أفرادها للإهمال أو القسوة أو النبذ من قبل الوالدين، أو عيشه في أجواء يسودها العنف والصراع وهذا يخلّف إلى شعوره بالعزلة والوحدة

١ - محمد خليفة الفهداوي، الضوابط الأسرية الواردة في القرآن الكريم، رسالة ماجستير، جامعة النيلين، الهوران، ٢٠١٧، ص ١٠.

٢ - المادة الثانية من الدستور العراقي لسنة ٢٠٠٥ النافذ.

٣ - المصدر نفسه.

النفسية. في المقابل، حين ينشأ الأبناء في كنف الوالدين يوفران لهم الأمان والاستقرار فإنهم ينعمون بالسكينة ولا يشعرون بالوحدة أو الاضطراب النفسي^(١).

لذلك فإن للعنف الأسري تأثيراته على الأحداث بشكل عام، الأمر الذي أدى إلى ظهور ما يُعرف بـ «قضاء الأحداث» بهدف الحفاظ على نظام عدالة اجتماعية سليم وحماية القاصرين، مع التركيز على السياسات الوقائية، وقد حرصت معظم التشريعات على أن تُنظر قضايا الأحداث أمام جهات قضائية متخصصة، ومن ذلك ما نص عليه المشرع العراقي بتشكيل محكمة الأحداث^(٢)، وتؤدي الدساتير والقوانين دوراً رئيسياً في حماية الأسرة، إذ تكفل النصوص الدستورية صون حقوق الأسرة وأمنها، وتمنح هذه الحماية قوة دستورية تفوق جميع القوانين الأخرى، ما يجعل أي انتهاك لها مخالفاً للدستور ويستلزم مساءلة قانونية^(٣).

١ - فاطمة حداد، تأثير العنف الأسري على سلوك الطفل، مجلة الفقه والقانون، مصر، العدد الثالث والستون، ٢٠١٧، ص ٣٩.

٢ - المادة (٣٣) من قانون التنظيم القضائي العراقي رقم ١٦٠ لسنة ١٩٧٩ المعدل.

٣ - محمود سلامة، الحماية الدستورية والقضائية لخصوصية البيانات الشخصية للعامة، ط ١، مطبعة أبناء وهبة، القاهرة، ٢٠١٦، ص ٦٦.

الباب الثاني

الجانب الميداني للدراسة



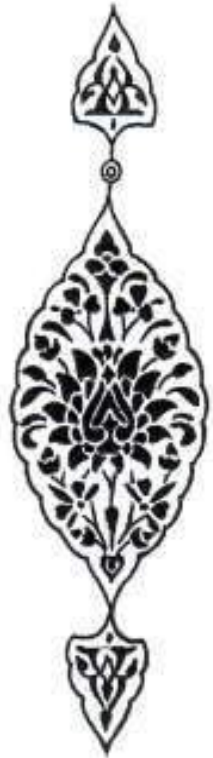
الفصل الخامس

الإطار المنهجي للدراسة

المبحث الأول: نوع ومنهج الدراسة وفرضياتها

المبحث الثاني: تصميم عينة الدراسة ومجالاتها

المبحث الثالث: أدوات جمع البيانات والوسائل الإحصائية للدراسة



تمهيد

ولتحقيق تحقيق التكامل في أي دراسة سوسيولوجية لا بدّ من أن يتعقب الباحث السوسيولوجي منهجية علمية في دراسته الميدانية للظاهرة موضوع الدراسة، إذ تُعدّ المنهجية الطريق الذي يوصل الباحث لتحقيق أهداف دراسته، من خلال الربط التام بين الجانب النظري والجانب الميداني للدراسة بحيث تصبح الدراسة بشقيها النظري والميداني متسلسلة ومتصلة الحلقات، وذلك بتطبيق ما تروم إليه الدراسة من أهداف للوصول إلى استنتاجات عامة في مجتمع الدراسة تخص الظاهرة المدروسة، وتضمّن الفصل الحالي ثلاثة مباحث، المبحث الأول بعنوان نوع وفرضيات الدراسة ومنهجها، والمبحث الثاني بعنوان تصميم عينة الدراسة ومجالاتها، والمبحث الثالث بعنوان أدوات جمع البيانات والوسائل الإحصائية للدراسة.

المبحث الأول

نوع وفرضيات الدراسة ومنهجها

أولاً: نوع الدراسة

يُعدّ تحديد نوع الدراسة من الخطوات الرئيسية والمهمة في تصميم الدراسات الاجتماعية وتُعدّ دراستنا الحالية من الدراسات الوصفية التحليلية. ويعد الوصف من الأركان الرئيسة للبحث العلمي ومنهج من المناهج المهمة المتبعة فيه، فالباحث الذي يسعى للوصول إلى نتائج علمية يعتمد عليها ينبغي أن يحرص على الوضعية الراهنة للظاهرة، وذلك عن طريق رصدتها واستيعاب موضوعها والحصول على وصف مفصل ودقيق من أجل الإجابة عن الأسئلة التي يقترحها والمشكلات التي يدرسها^(١).

ثانياً: منهج الدراسة

المنهج (Method) هو الطريق المؤدي إلى الكشف عن الصدق في العلوم بوساطة طائفة من القواعد العامة التي تهيم على سير العقل وتعين عملياته حتى يصل إلى نتيجة معروفة^(٢)، تعد عملية جمع المعلومات والبيانات المرتبطة بالبحث العلمي من المراحل المهمة التي تتطلب الى عناية خاصة إذ أن قيمة البحوث الاجتماعية تتصل ارتباطاً وثيقاً بالمنهج الذي يستخدمه الباحث للحصول على المعلومات المضبوطة ذات العلاقة بالبحث^(٣)، فاختيار المنهج يتوقف على طبيعة الدراسة والإطار العام للدراسة من تساؤلات والأهداف خاصة اذا كانت عامة وموضوعية يجب الوقوف على جميع جوانبها للتوصل الى نتائج بأمانة . وعليه فقد جرى اعتماد منهج المسح الاجتماعي في دراستنا الحالية.

• منهج المسح الاجتماعي

يعرف منهج المسح الاجتماعي بأنه واحد من أهم السبل العلمية المستخدمة في مشروع منظّم من أجل تحليل وتفسير وجمع البيانات عن الحال الراهن لنظام اجتماعي أو لجماعة أو لمنطقة معينة^(٤). فهو أسلوب من أساليب البحث الاجتماعي يطبق فيه تطبيق خطوات المنهج العلمي تطبيقاً علمياً لدراسة ظاهرة أو مشكلة اجتماعية أو مواقف اجتماعية معينة شائعة في منطقة جغرافية معينة، للحصول على

١- رجاء وحيد دويدي، البحث العلمي أساسياته النظرية وممارساته العلمية، دار الفكر، دمشق، سوريا، ٢٠٠٠، ص ١٨٣.

٢- عبد الرحمن بدوي، مناهج البحث العلمي، ط٣، دار النهضة العربية، ١٩٩٧، ص ٥.

٣- وائل عبد الرحمن التل، عيسى محمد قحل، البحث العلمي في العلوم الإنسانية والاجتماعية، ط٢، دار الحامد، عمان، ٢٠٠٧، ص ١٠٦.

٤- عبد الغني عماد، منهجية البحث في علم الاجتماع، دار الطليعة للطباعة، بيروت، لبنان، ٢٠٠٧، ص ٥٢.

جميع المعلومات التي تصور مختلف جوانب الظاهرة المدروسة وبعد ترتيب هذه البيانات وتحليلها يمكن الانتفاع منها في الأغراض العلمية^(١). ويجري المسح بطريقتين هما:

- ١ - طريقة المسح الشامل: وهي الطريقة التي تقوم بدراسة شاملة لجميع مفردات المجتمع.
- ٢ - طريقة المسح بالعينة: وهي الطريقة التي يجري بها اختيار عدد من أفراد المجتمع يمثلون المجتمع بخصائصهم الأساسية وتجري عليهم الدراسة مما يحقق أهداف الباحث في الحصول على وصف واضح ودقيق لنمط المجتمع المدروس ويوفر له الوقت والجهد، لما تتمتع به هذه الطريقة من تمثيل صادق ودقيق للمجتمع المبحوث^(٢). وقد استعانت الباحثة بهذه الطريقة في الدراسة الحالية.

ثالثاً: فرضيات الدراسة

تعتبر صياغة الفرضيات من الخطوات الرئيسة في البحث العلمي فهو السؤال الذي يوجهه الباحث بحيث يتمكن من الحصول على الإجابة، فالفرضيات هي قضايا تحدد العلاقات بين المفاهيم التي جرى تحديدها^(٣)، ودراستنا الحالية تتمحور حول عدد من الفرضيات وهي كالتالي:

الفرضية الأولى: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير شيوع الاكتئاب الأسري بين المراجعين تبعاً لمتغير نوع الجنس.

الفرضية الثانية: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين نقص الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية الحكومية يؤثر سلباً على صحة الأسرة تبعاً لمكان العمل.

الفرضية الثالثة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقييم واقع الصحة الأسرية تبعاً لمتغير سنوات الخبرة.

الفرضية الرابعة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إدراج موضوع الصحة الأسرية ضمن المناهج المدرسية تبعاً للتحصيل الدراسي.

الفرضية الخامسة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين تهديد الطبيب عند الإبلاغ عن حالات العنف تبعاً لمتغير المهنة.

١- محمد علي محمد: علم الاجتماع والمنهج العلمي، دراسات في طرائق البحث وأساليبه، دار المعرفة الجامعة، الإسكندرية، مصر، ١٩٨٨، ص ٣٧٦.

٢- معن خليل العمر: البحث الاجتماعي- القواعد- المناهج- المجالات، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، ٢٠٠٨، ص ١٢٧.

٣- محمد علي محمد: مقدمة في البحث الاجتماعي، دار النهضة العربية للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، ١٩٨٢، ص ٦١.

المبحث الثاني

تصميم عينة الدراسة ومجالاتها

أولاً: تصميم عينة الدراسة

١ - مجتمع الدراسة

يعرف مجتمع الدراسة بأنه مجموعة عناصر له ميزة أو عدة خصائص مشتركة تميزها عن غيرها من العناصر الأخرى، والتي يطبق عليها البحث أو التقصي^(١)، فالباحث الذي يسعى للتوصل إلى نتائج علمية يعتمد عليها ينبغي أن يحرص على الواقع الراهن للظاهرة، وذلك عن طريق رصدها وفهم موضوعها والحصول على وصف مفصل ومضبوط من أجل الإجابة عن الأسئلة التي يعرضها والمشكلات التي يدرسها^(٢). وقامت الباحثة بتحديد المجتمع الأصلي للدراسة في محافظة الديوانية

٢ - عينة الدراسة

إن الهدف من اختيار عينة الدراسة هو الحصول على البيانات والمعلومات الخاصة بالمجتمع المدروس، وتعرف العينة بأنها العملية التي يتم عن طريقها انتقاء مجموعة من الأفراد الذين سيشاركون في الدراسة، لذا يجب أن يكون هؤلاء الأفراد ممثلين للمجتمع الكبير^(٣). وقد اعتمدت الباحثة على عينة عشوائية بلغت (٣٤٤) مفردة، من الأطباء والصيادلة العاملين في المستشفيات الحكومية والأهلية والمراكز الصحية في محافظة الديوانية.

٣ - تحديد حجم العينة

عند اختيار عينة الدراسة من المهم تخصيص حجم العينة التي يحتاجها الباحث، وهناك قاعدة عامة وهي اختيار أكبر حجم ممكن للعينة من المجتمع، ذلك أنه كلما زاد حجم العينة زاد الاحتمال بأن تكون العينة ممثلة للمجتمع، وبما أنه مجتمع الدراسة معروف فقد اعتمدت الباحثة في تحديد حجم العينة على معادلة كوكران*^(٤).

١- موريس أنجرس، منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية، ترجمة بوزيد صحراوي وآخرون، ط٢، دار القصة الجزائر، ٢٠٠٦، ص ٦٢.

٢- رجاء وحيد دويدي، البحث العلمي أساسياته النظرية وممارساته العلمية، دار الفكر، دمشق، سوريا، ٢٠٠٠، ص ١٨٣.

٣- زينب صالح الأشوح، طرق وأساليب البحث العلمي وأهم ركائزه، المجموعة العربية للنشر، القاهرة، ٢٠١٤، ص ٨٦.

* تم تطبيق معادلة كوكران على مجتمع الدراسة البالغ (٣٢٤٧) مفردة، وقد أسفرت النتائج عن تحديد حجم العينة بـ (٣٤٤) مفردة، وهو حجم كافٍ لتحقيق التمثيل المناسب لمجتمع الدراسة والوصول إلى نتائج يمكن تعميمها بدرجة عالية من الدقة.

4-Cochran, W. G. Sampling Techniques (3rd ed.). New York: John Wiley & Sons. 1977.p75-78.

حيث إن:

n_o = حجم العينة الأولي

n = حجم العينة النهائي

N = حجم المجتمع (٣٢٤٧)

Z = قيمة مستوى الثقة (مثلاً ١.٩٦ عند ٩٥٪)

p = نسبة التباين (غالباً ٠.٥)

d = هامش الخطأ (مثلاً ٠.٠٥)

$$n_o = \frac{Z^2 \cdot p(1-p)}{d^2}$$

$$n = \frac{n_o}{1 + \frac{n_o - 1}{N}}$$

$$n_o = \frac{3.8416 \times 0.25}{0.0025} = \frac{0.9604}{0.0025} = 384.61$$

$$n = \frac{384.61}{1 + \frac{384.61 - 1}{3247}}$$

$$n = \frac{384.61}{1 + 0.118}$$

$$n = \frac{384.61}{1.118} = 343.6$$

$$n = 344$$

- التوزيع النسبي للعدد الأطباء:

$$n_i = \frac{N_i}{N} \times n$$

$$n_i = \frac{1445}{3247} \times 344$$

$$n_i = 154$$

- التوزيع النسبي لعدد الصيادلة:

$$n_i = \frac{N_i}{N} \times n$$

$$n_i = \frac{1792}{3247} \times 344$$

$$n_i = 190$$

ثالثاً: مجالات الدراسة

١ - المجال المكاني:

أن المجال المكاني للدراسة يساعد الباحث العلمي في حصر أو تحديد دراسته في المكان المقصود بالبحث أثناء صياغة محددات الدراسة فالباحث يقوم بجمع البيانات الضرورية للحصول على نتائج يمكن تعميمها على كافة أفراد المجتمع، وكان المجال المكاني للدراسة الحالية في محافظة الديوانية.

٢. المجال البشري:

ويشمل المشاركين في الدراسة أو العينة أو مجتمع الدراسة مع توضيح نسبة العينة من مجتمع الدراسة، وكان المجال البشري لهذه الدراسة الحالية الأطباء والصيادلة العاملين في المستشفيات الحكومية والأهلية والمراكز الصحية في محافظة الديوانية إذ بلغت العينة في ذلك نحو (٣٤٤) مفردة.

٣ - المجال الزمني:

المقصود به المدة الزمنية التي استغرقتها الدراسة لجمع البيانات وعرضها وتحليلها، وقد استغرقت الدراسة البحثية بجانبها النظري من (٢٠٢٥/٩/٢٠)، لغاية (٢٠٢٦/٢/١) أما جانبها الميداني كان من (٢٠٢٦/٣/٥) لغاية (٢٠٢٦/٥/١٠).

المبحث الثالث

أدوات جمع البيانات والوسائل الإحصائية للدراسة

أولاً: أدوات جمع البيانات

من الممكن أن يستخدم الباحث عدداً من هذه الأدوات معاً من أجل اجتنب عيوب أحدها وكذلك دراسة الظاهرة من جوانب مختلفة ويتوقف اختيار الباحث لأدوات جمع البيانات على عوامل عدة، بعض أدوات البحث تصلح مع بعض البحوث والمواقف بينما قد لا تكون مناسبة مع الأخرى^(١).

بالنظر لطبيعة الموضوع الذي تدرسه الباحثة فإنها تسعى لجمع البيانات الضرورية فقد استعمل أداة المقابلة واستمارة الاستبيان كأدوات رئيسة للدراسة:

١ - الاستبيان Questionnaire

هو مجموعة من الأسئلة التي تكون مكتوبة، ويجري إعدادها من قبل الباحث للحصول على آراء المبحوثين من خلالها، وهو وسيلة لجمع البيانات المتعلقة بموضوع الدراسة بالاعتماد على الاستمارة التي يتم إعدادها من قبل الباحث والإجابة عليها من قبل المبحوث^(٢).

ويعد الاستبيان من الوسائل الهامة التي يعتمد عليها الباحث في الحصول على المعلومات والبيانات الخاصة بالظاهرة المدروسة، وهو من أكثر الوسائل ذيوياً وتداولاً في البحوث الاجتماعية، ويتكون من مجموعة أسئلة يجري طرحها من الباحث وتكون هذه الأسئلة محددة في صيغ معينة تعتمد في الأساس على الإجابة التي يحصل عليها الباحث من أفراد المجتمع التي تطبق فيه الدراسة، وللاستبيان مجموعة كثيرة من الأنواع منها ما يجري توزيعها باليد مباشرة إذ يطلق على هذا النوع بالاستبيان المباشر الذي يحتوي على مجموعة من الأسئلة سواء كانت مغلقة أم مفتوحة ويقوم المبحوث بالإجابة عنها وردها للباحث في الوقت نفسه، والنوع الآخر هو الاستبيان الغير مباشر إذ يجري عن طريق التليفون أو البريد الإلكتروني وتتم الإجابة عنه من قبل المبحوث وإرجاعه ولكن هذا النوع قد يستغرق مدة أطول وجهداً

١ - مهدي محمد القصاص، تصميم البحث الاجتماعي، دار نيبور للطباعة والنشر، بغداد، ٢٠١٤، ص ٢٤٢.
٢ - ربحي مصطفى عليان، البحث العلمي- أسسه ومنهجه وأساليبه، بيت الأفكار الدولية عمان، ٢٠٠٤، ص ٩٠.

أكبر مع توافر احتمال عدم إرجاع المبحوث للاستبيان أو احتمالية أنه يجري فقده^(١). وقد اعتمدت الباحثة بشكل رئيسي على استمارة الاستبيان في الحصول على المعلومات والبيانات الخاصة بالدراسة.

خطوات بناء وتصميم الاستبيان

أن عملية بناء وتصميم استمارة الاستبيان تمر بمجموعة من الخطوات المتتابعة وعلى النحو الآتي:

١ - **تحديد الهدف من الاستبيان:** أن الخطوة الأولى من خطوات الاستبيان تدور حول أهداف وأسئلة الدراسة، ولذلك فإن تحديد أهداف وأسئلة الدراسة مهم عند بناء وتصميم الاستبيان^(٢).

٢ - **صياغة الأسئلة والفقرات:** وهي الخطوة الثانية من بناء وتصميم استمارة الاستبيان إذ تم الاستفادة من الدراسات والتوجيهات العلمية في صياغة الأسئلة التي تضمنتها استمارة الاستبيان فضلاً عن مراعاة الجانب النظري وتوظيفه في أسئلة الاستبيان، أذ كان الحذر حاضراً بهذه الخطوة في صياغة أسئلة وفقرات الاستبيان بالشكل الذي يمكن فهمها بسلاسة وشفافية، فكانت البداية بالأسئلة السهلة وبعدها الأسئلة الأكثر صعوبة مع تجنب الأسئلة المخرجة والمستفزة، وتكونت استمارة الاستبيان من (٤٠) سؤالاً

٣ - **التحقق من الصدق والثبات لأداة البحث:** وفي الخطوة الثالثة ينبغي على الباحث أن يتأكد من صدق أداة البحث وثباتها بطرق ودلالات مقبولة قبل استخدامها في جمع البيانات، إذ يتحدد صدق أداة البحث عن طريق:

أ- **صدق الاستبيان:** يعني مدى قياس الأداء لما وضع لقياسه^(٣). أي أن المقياس الصادق هو الذي يحقق الوظيفة التي وضع من أجلها، أي أن يجري التأكد من ملاءمة المحتويات من حيث صياغتها وبنيتها وتوافقها مع الأهداف المرسومة للقياس.

(١) **صدق المحتوى:** ويقصد بصدق المحتوى هو فحص مضمون الاستمارة فحصاً منظماً ودقيقاً لتحديد ما إذا كانت تحتوي على عينة ممثلة لميدان السلوك الذي تقيسه^(٤). أي أن يجري التأكد من ملاءمة المحتويات من حيث صياغتها وبنيتها وتوافقها مع الأهداف المرسومة للقياس.

١- مروان عبد المجيد إبراهيم، أسس البحث العلمي لأعداد الرسائل الجامعية، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، الأردن ٢٠٠٠، ص ١٦٥.

٢- طارق عطية عبد الرحمن، دليل تصميم وتنفيذ البحوث في العلوم الاجتماعية، معهد الإدارة العامة، الرياض، السعودية، ٢٠١٣، ص ١٣٠.

٣- طارق عطية عبد الرحمن، المصدر نفسه، ص ١٣٠.

٤- فؤاد ابو حطب، سيد أحمد عثمان: التقويم النفسي، ط ٤، الأنجلو المصرية، القاهرة، ١٩٨٦، ص ٩٤.

(٢) **الصدق الظاهري:** وهو تناسب الأداة مع ما تقيسه من جهة ومع مستوى المجموعة التي تُطبق عليها من جهة أخرى فهذا النوع يمس جانب الشكل من الأداة، فينظر في صياغة أسئلتها ومقدار ارتباطها بالظاهرة التي تقيسها، ويجري التحقق منه عن طريق استطلاع آراء الخبراء في هذا المجال^(١).

(٣) **صدق المحكمين:** ويجري ذلك عن طريق عرض فقرات الاستبيان على مجموعة من الخبراء وكما موضح في الجدول (١).

الجدول (١) يبين احتساب درجة صدق استمارة الاستبيان من الخبراء

ت	أسماء الخبراء	مكان العمل	عدد الأسئلة	الأسئلة التي وافق عليها	الأسئلة التي تم تعديلها	درجة الاستبيان
١	أ.د. صلاح كاظم جابر	جامعة القادسية/ كلية الآداب قسم علم الاجتماع	٤٠	٣٧	٣	%٩٣
٢	أ.د. علي جواد وتوت	جامعة القادسية / كلية الآداب قسم علم الاجتماع	٤٠	٣٦	٤	%٩٠
٣	أ.د. طالب عبد الرضا كيطان	جامعة القادسية / كلية الآداب قسم علم الاجتماع	٤٠	٣٧	٣	%٩٣
٤	أ.د. ثائر رحيم كاظم	جامعة القادسية / كلية الآداب قسم علم الاجتماع	٤٠	٣٨	٢	%٩٥
٥	أ.د. حاتم علي راشد	جامعة القادسية/ كلية الآداب قسم علم الاجتماع	٤٠	٣٩	١	%٩٨
٦	أ.د. علي عودة الحلفي	جامعة بغداد/ كلية الآداب قسم علم النفس	٤٠	٣٨	٢	%٩٥
٧	أ.م.د. ميس محمد كاظم	جامعة بغداد/ كلية التربية للبنات/ قسم الخدمة الاجتماعية	٤٠	٣٧	٣	%٩٣
٨	أ.م.د. علي كاظم حمزه	جامعة ذي قار / كلية الآداب قسم علم الاجتماع	٤٠	٣٨	٢	%٩٥
٩	أ.م.د. انيس شهيد محمد	جامعة القادسية/ كلية الآداب قسم علم الاجتماع	٤٠	٣٨	٢	%٩٥
النتيجة النهائية			٩٤,١			

١- فؤاد ابو حطب، سيد أحمد عثمان: التقويم النفسي، مصدر سابق، ص ٩٤.

المتوسط الحسابي لدرجة صدق الاستبانة:

$$\text{المتوسط الحسابي} = \frac{\text{مجموع القيم}}{\text{عدد القيم}} = \frac{847}{9} = 94,1$$

ب- ثبات الاستبيان:

يعني ثبات الاستبيان إعطاء النتائج نفسها عند إعادة تطبيقه على الأفراد أنفسهم في وقتين مختلفين وفي الظروف نفسها^(١)، أي أنه يجري الباحث اختبار الثبات باختيار عينة صغيرة من مجتمع الدراسة لإجراء الاختبار أو تطبيق الأداة وبعد مرور مدة زمنية تتراوح من أسبوعين إلى أربعة أسابيع يُعاد تطبيق الاختبار نفسه على المجموعة ذاتها ومن ثم نقيس التطابق بين نتائج الاختبارين، فكلما ازدادت نسبة التطابق كلما دل ذلك على ارتفاع معامل الثبات^(٢)، قامت الباحثة بالتحقق من ثبات الاستبانة على وفق طريقة إعادة الاختبار بتطبيق الاستبانة على (٢٠) مبحوثاً، وأعاد تطبيق الاختبار على أفراد العينة أنفسهم بعد مرور (١٥) يوماً، ثم حسبت قيمة معامل الارتباط (بيرسون) بين درجاتهن في التطبيقين الأول والثاني، وكانت معاملات الارتباط مرتفعة وتشير إلى ثبات الاستبانة، وبدرجة (٠.٧٣٢)

٢- المقابلة (interview)

ابتداءً تعرف المقابلة على أنها عبارة عن علاقة مواجهة وتفاعل بين شخصين، لهما أدوار مختلفة، أحدهما يؤدي دور السائل والثاني دور المجيب، والغرض من كل ذلك تحقيق هدف الدراسة^(٣)، وهكذا يتضح، أن هدف المقابلة فهم المبحوث بغية فهم الظاهرة أو المشكلة التي يراودها، إذ أن فهم المبحوث وإجاباته تعطينا تصوراً واضحاً وربما أكثر دقة في فهم تجليات الإشكالية التي تعمل عليها الباحثة في هذه الدراسة. وقد استعملت الباحثة أداة المقابلة، أثناء لقاءاتها مع المبحوثين.

ثانياً: تبويب البيانات الإحصائية

١- التدقيق (Editing): بعد أن أتمت الباحثة جمع معلومات وبيانات دراستها عن طريق أداة الاستبيان والتي جرى ذكرها سابقاً، تبدأ بعدها مرحلة مراجعة وتدقيق البيانات والمعلومات التي جرى جمعها من

١- فؤاد السيد بهي: علم النفس الاجتماعي وقياس العقل البشري، ط٣، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر، ١٩٩٧، ص٥٣٣.

٢- فؤاد أبو حطب، سيد أحمد عثمان: التقويم النفسي، مصدر سابق، ص٥٠.

٣- محمود سرحان علي المحمودي، مناهج البحث العلمي، ط٣، مكتبة الوسطية للنشر والتوزيع، صنعاء، ٢٠١٩، ص١٤١.

أفراد العينة مراجعة علمية دقيقة، من أجل تلافي الأخطاء والقصور والتأكد من إجابات المبحوثين على أسئلة استمارة الاستبيان.

٢ - **التفريغ والترميز (Coding):** بعد إكمال مرحلة التدقيق، تأتي مرحلة تفريغ وترميز البيانات، وهي عملية تحويل إجابات المبحوثين الى أرقام حتى يتم وضعها في جداول إحصائية بعد جمعها وإحصائها.

٣ - **تكوين الجداول الإحصائية:** بعد الانتهاء من التفريغ وترميز البيانات واستخراج النسب والأرقام يتم وضعها في جداول إحصائية، إذ يعتمد الجدول على عرض الأدلة والنتائج التي توصلت لها الباحثة، وتكون الجداول على نوعين هما: الجداول البسيطة، والجداول المركبة، ثم يتم معالجتها وتحليلها واستخراج النتائج الإحصائية.

ثانياً: الوسائل الإحصائية للدراسة:

بعد إجراء مجموعة من الخطوات بدءاً من التدقيق وانتهاءً بتبويب البيانات إذ أصبحت جاهزة لتطبيق الوسائل الإحصائية، إذ أجريت معالجة إحصائية لهذه البيانات وأدخلت إلى الحاسبة الإلكترونية لغرض معالجتها إحصائياً بواسطة البرنامج الإحصائي (Spss)، وهو أحد البرامج الإحصائية التي تسمح بتخزين البيانات والقيام بالعمليات الإحصائية والتحليلات وإنشاء الرسوم البيانية لهذه البيانات، فالعديد من المهتمين في ميادين العلوم المختلفة يقومون بإجراء التحليلات الإحصائية لبياناتهم المختلفة وأنه من الصعوبة القيام بهذه التحليلات بالطرائق اليدوية خاصة إذا كان حجم البيانات كبيراً، ومع تطور أجهزة الحاسوب صمم برنامج (Spss) الخاص بالتحليلات الإحصائية^(١).

وقد استعانت الباحثة بالوسائل الإحصائية الآتية:

١ - النسبة المئوية (Percentage):

وهي وسيلة رياضية تستعمل لمعرفة القيمة النسبية لإجابات وحدات العينة.

٢ - المتوسط الحسابي (Arithmetic Mean):

يستعمل المتوسط الحسابي لمعرفة المعدل التام للبيانات الإحصائية المتعلقة بوحدات العينة.

١- عبد الله بن عمر النجار: استخدام حزمة البرنامج (Spss) في تحليل البيانات، مؤسس شبكة البيانات، الرياض، السعودية، ٢٠٠٣، ص ٥٧.

٣ - الانحراف المعياري (Standard Deviation):

يستعمل الانحراف المعياري لمعرفة الفرق المنتظم الصاعد والنازل عند نقطة الوسط الحسابي للبيانات الإحصائية لوحدات عينة الدراسة.

٤ - معامل الارتباط بيرسون (Pearson Correlation):

يستعمل للتحقق من ثبات استمارة البحث عن طريق معرفة العلاقة المتفاعلة بين الاختبار الأول والثاني الذي جرى على المبحوثين.

٥ - قانون مربع كاي (chi-square):

يستعمل لعينة واحدة لمعرفة الفرق المعنوي بين القيم المشاهدة والقيم المتوقعة، أو لعينتين للتعرف على معنوية العلاقة بين المتغيرات المستقلة والمتغيرات المعتمدة.

٦ - قانون معادلة كوكران (Cochrane equation)

تستعمل لقياس حجم العينة في المجتمع المعلوم

الفصل السادس

عرض تحليل وتفسير الجداول الخاصة بالجانب الميداني

المبحث الأول: عرض تحليل وتفسير جداول خصائص عينة الدراسة

المبحث الثاني: عرض تحليل وتفسير الجداول وفقاً لمحاوِر الاستبانة

التمهيد

يعد عرض وتحليل البيانات من المهام الرئيسية التي يجب على الباحثة القيام بها في الدراسة الميدانية، إذ لا يمكن للدراسة أن تحقق أهدافها دون القيام بهذه المهمة ، وتعد مرحلة تحليل البيانات التي جمعتها الباحثة ميدانياً من عينات الدراسة أهم مراحل البحث العلمي ، فعند الانتهاء من جمع البيانات والمعلومات التي تتوافق مع طبيعة الدراسة المستهدفة يتم تقييم هذه البيانات وتحليلها لتوضيح عدة أمور وحقائق تهدف لبيان العلاقة بين النتائج والأسباب التي أدت لحدوث ظاهرة مع الواقع الاجتماعي وتحليل أبعادها والآثار المترتبة على حدوثها وتحديد الطرق الأفضل للتعامل معها .

المبحث الأول

عرض تحليل وتفسير جداول خصائص عينة الدراسة

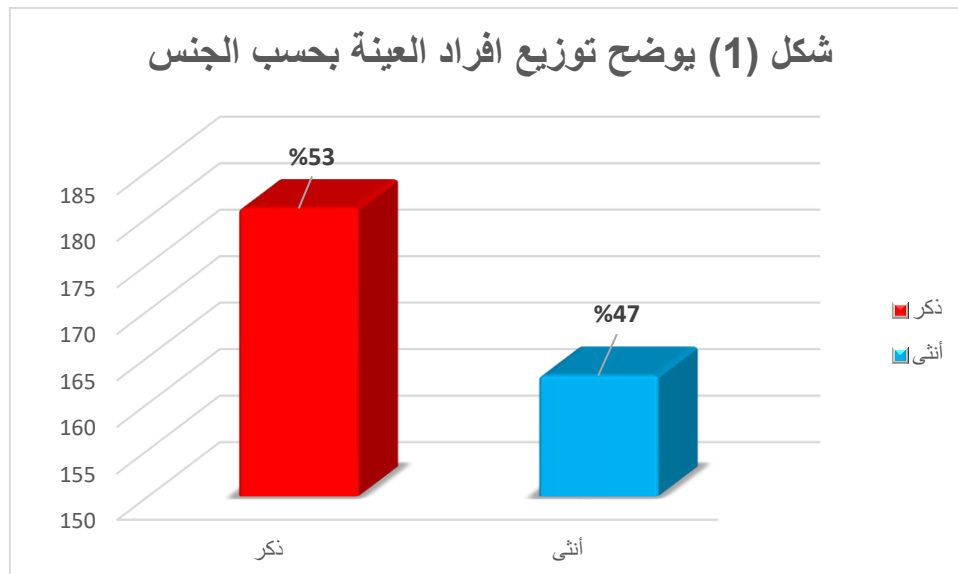
١. توزيع أفراد العينة بحسب الجنس

جدول (٢) يبين توزيع أفراد العينة بحسب الجنس

الجنس	العدد	النسبة المئوية
ذكر	١٨١	%٥٣
أنثى	١٦٣	%٤٧
المجموع	٣٤٤	%١٠٠

يستعرض الجدول أعلاه توزيع أفراد العينة حسب نوع الجنس، إذ بلغ عدد الإناث (١٦٣) مبحوثة بنسبة (%٤٧)، في حين بلغ عدد الذكور (١٨١) مبحوثاً بنسبة (%٥٣). وتشير هذه النتائج إلى وجود توازن نسبي بين الجنسين في العينة، الأمر الذي يعزز من موضوعية النتائج ويتيح التعرف على وجهات نظر كل من الذكور والإناث بشأن المخاطر الطبية والتهديدات الجنائية وانعكاساتها على الصحة الأسرية. كما يسهم هذا التنوع في اختبار الفرضيات المتعلقة بمتغير الجنس والكشف عن مدى اختلاف أو تشابه تقديرات المبحوثين للظواهر المدروسة، وبخاصة ما يتعلق بشيوع المشكلات النفسية والأسرية الناتجة عن المخاطر الطبية.

شكل (١) يوضح توزيع افراد العينة بحسب الجنس



٢. توزيع أفراد العينة بحسب العمر

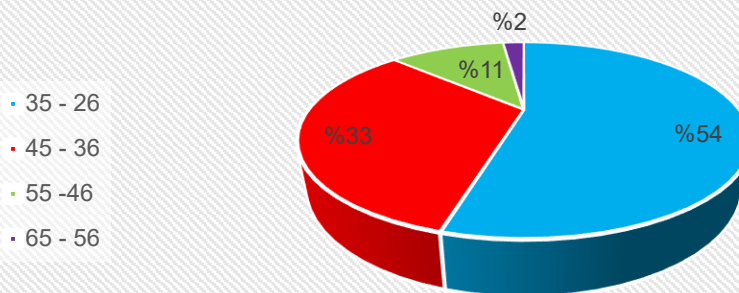
جدول (٣) يوضح توزيع أفراد العينة بحسب العمر

العمر	العدد	النسبة المئوية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
٣٥ - ٢٦	١٨٧	%٥٤	٣٦,٦	٧,٦٣٥
٤٥ - ٣٦	١١٢	%٣٣		
٥٥ - ٤٦	٣٨	%١١		
٦٥ - ٥٦	٧	%٢		
المجموع	٣٤٤	%١٠٠		

يوضح الجدول أعلاه التوزيع العمري لأفراد العينة بحسب الفئات العمرية، إذ جاءت الفئة العمرية (٣٥-٢٦) في المرتبة الأولى بواقع (١٨٧) مبحوثاً وبنسبة (٥٤٪)، تلتها الفئة العمرية (٤٥-٣٦) بواقع (١١٢) مبحوثاً وبنسبة (٣٣٪). أما الفئة العمرية (٥٥-٤٦) فقد بلغ عدد أفرادها (٣٨) مبحوثاً بنسبة (١١٪)، في حين جاءت الفئة العمرية (٦٥-٥٦) في المرتبة الأخيرة بواقع (٧) مبحوثين بنسبة (٢٪). وبلغ المتوسط الحسابي لأعمار المبحوثين (٣٦.٥)، فيما بلغ الانحراف المعياري مما يدل على تركيز أفراد العينة في الأعمار المنتجة مهنيًا.

وتعكس هذه النتيجة أن أغلب أفراد العينة من الفئات العمرية الأكثر ممارسة للعمل الصحي، وبالتالي الأكثر احتكاكاً بالمخاطر الطبية ومشكلاتها اليومية، مما يمنح الدراسة قدرة أكبر على تحقيق أهدافها المتعلقة بالتعرف على طبيعة المخاطر الطبية وآثارها النفسية والاجتماعية، فضلاً عن فهم التهديدات الجنائية التي قد يتعرض لها العاملون في القطاع الصحي نتيجة ممارساتهم المهنية.

شكل (2) يوضح توزيع افراد العينة بحسب العمر



٣. توزيع أفراد العينة بحسب التحصيل الدراسي

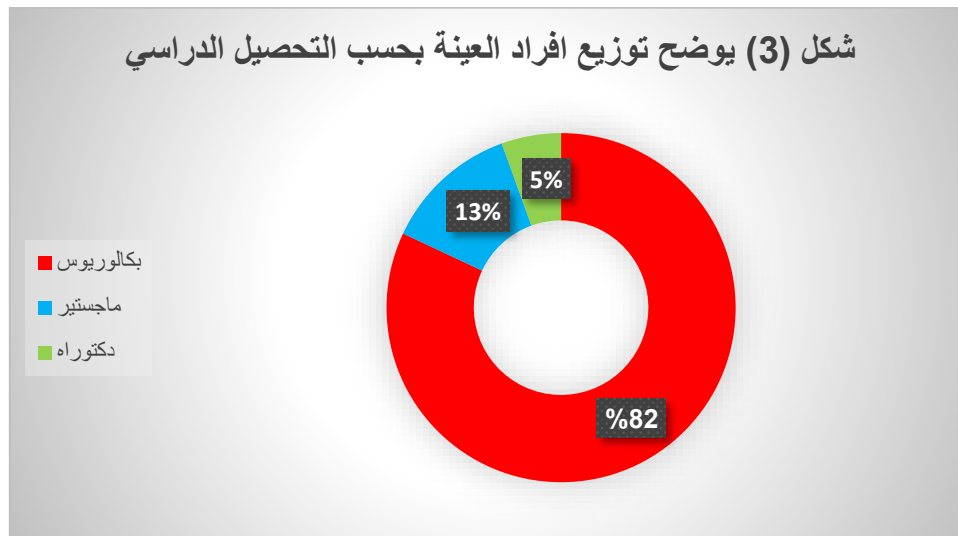
جدول (٤) يوضح توزيع أفراد العينة بحسب التحصيل الدراسي

التحصيل الدراسي	العدد	النسبة المئوية
بكالوريوس	٢٨٢	٨٢٪
ماجستير	٤٣	١٣٪
دكتوراه	١٩	٥٪
المجموع	٣٤٤	١٠٠٪

يُظهر الجدول أعلاه توزيع أفراد العينة وفقاً لمتغير المؤهل العلمي، إذ بلغ عدد المبحوثين من حملة شهادة البكالوريوس (٢٨٢) مبحوثاً بنسبة (٨٢٪)، في حين بلغ عدد حملة شهادة الماجستير (٤٣) مبحوثاً بنسبة (١٣٪)، أما حملة شهادة الدكتوراه فقد بلغ عددهم (١٩) مبحوثاً بنسبة (٥٪) وتتسجم هذه النتيجة مع طبيعة المجتمع البحثي الذي يضم أطباء وصيادلة يشكل حملة البكالوريوس الغالبية العظمى منهم.

وتشير هذه البيانات إلى أن أغلب المبحوثين يمتلكون مستوى تعليمياً متخصصاً يؤهلهم لفهم القضايا الصحية والطبية محل الدراسة، مما يعزز من دقة المعلومات المقدمة بشأن المخاطر الطبية والتحديات الجنائية. كما يساهم هذا التنوع في المستويات العلمية في اختبار الفرضيات المرتبطة بالتحصيل الدراسي، والكشف عن مدى تأثيره في إدراك أهمية الصحة الأسرية والوعي بالمخاطر الطبية وانعكاساتها على الأسرة والمجتمع.

شكل (3) يوضح توزيع افراد العينة بحسب التحصيل الدراسي



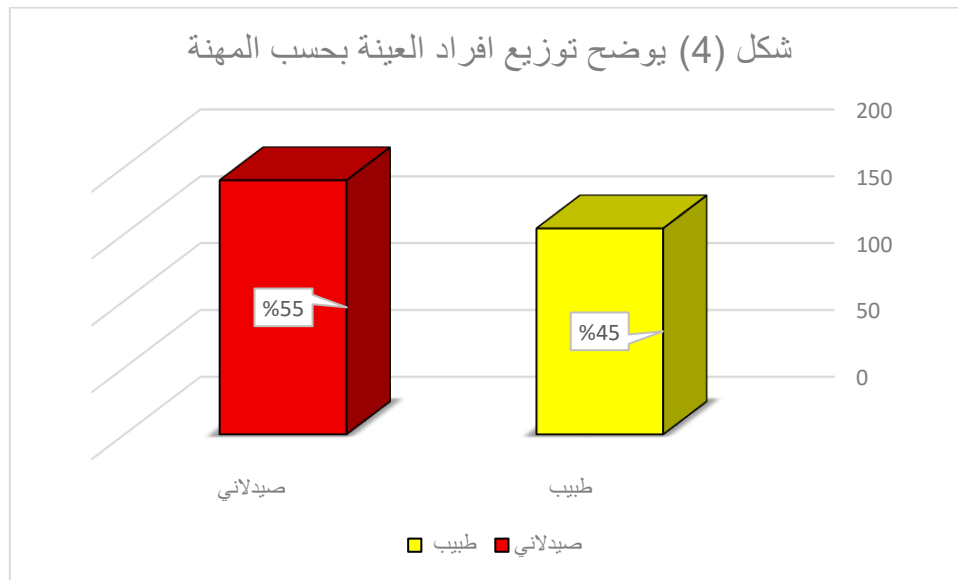
٤. توزيع أفراد العينة بحسب المهنة

جدول (٥) يوضح توزيع أفراد العينة بحسب المهنة

المهنة	العدد	النسبة المئوية
طبيب	١٥٤	%٤٥
صيدلاني	١٩٠	%٥٥
المجموع	٣٤٤	%١٠٠

يوضح الجدول أعلاه توزيع أفراد العينة وفقاً لمتغير المهنة، إذ جاءت فئة الصيادلة في المرتبة الأولى بواقع (١٩٠) مبحوثاً ونسبة (٥٥%)، تلتها فئة الأطباء بواقع (١٥٤) مبحوثاً ونسبة (٤٥%)

ويُلاحظ وجود تقارب نسبي بين المهنتين، الأمر الذي يعكس توازناً في عينة الدراسة، مما يتيح إمكانية المقارنة بين وجهات النظر المهنية لكل من الأطباء والصيادلة في بيئة العمل، ويسهم في تقديم نتائج أكثر دقة وموضوعية بشأن الظاهرة المدروسة. ويوضح الشكل الآتي النسب المشار إليها أعلاه.



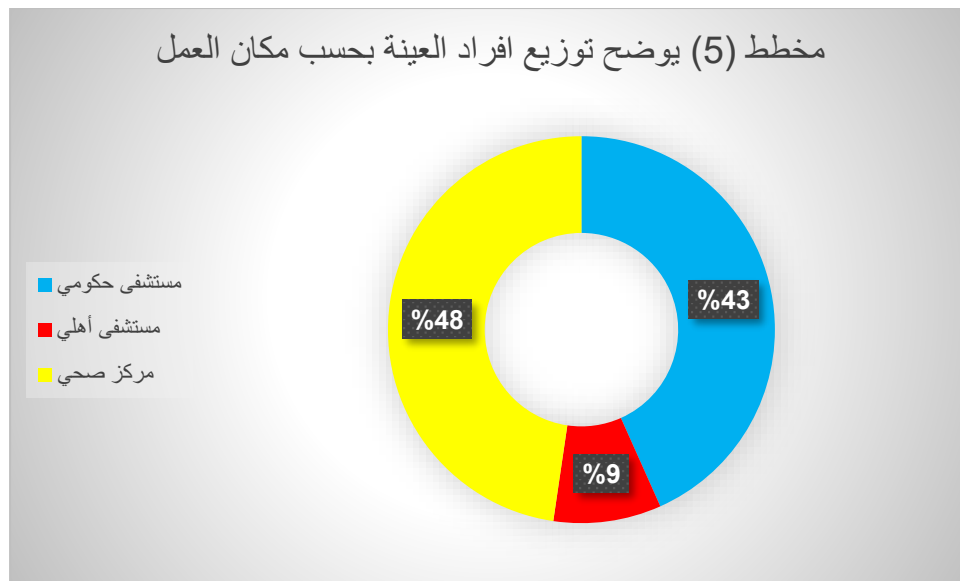
٥. توزيع أفراد العينة بحسب مكان العمل

جدول (٦) يبين توزيع أفراد العينة بحسب مكان العمل

مكان العمل	العدد	النسبة المئوية
مستشفى حكومي	١٤٩	%٤٣
مستشفى أهلي	٣١	%٩
مركز صحي	١٦٤	%٤٨
المجموع	٣٤٤	%١٠٠

يوضح الجدول أعلاه توزيع أفراد العينة حسب مكان العمل، إذ بلغت نسبة العاملين في المراكز الصحية (٤٨%) بواقع (١٦٤) مبحوثاً، تلتها فئة العاملين في المستشفيات الحكومية بواقع (١٤٩) مبحوثاً بنسبة (٤٣%)، في حين بلغ عدد العاملين في المستشفيات الأهلية (٣١) مبحوثاً بنسبة (٩%).

وتشير هذه البيانات إلى أن القطاع الصحي الحكومي يستحوذ على النسبة الأكبر من أفراد العينة مقارنة بالقطاع الأهلي، الأمر الذي يعكس ارتفاع الكثافة التشغيلية وحجم المراجعات اليومية في المؤسسات الصحية الحكومية، مما يعزز من أهمية البيانات المستخلصة ودقتها في التعبير عن واقع البيئة الصحية المدروسة. ويوضح الشكل الآتي النسب المشار إليها أعلاه.



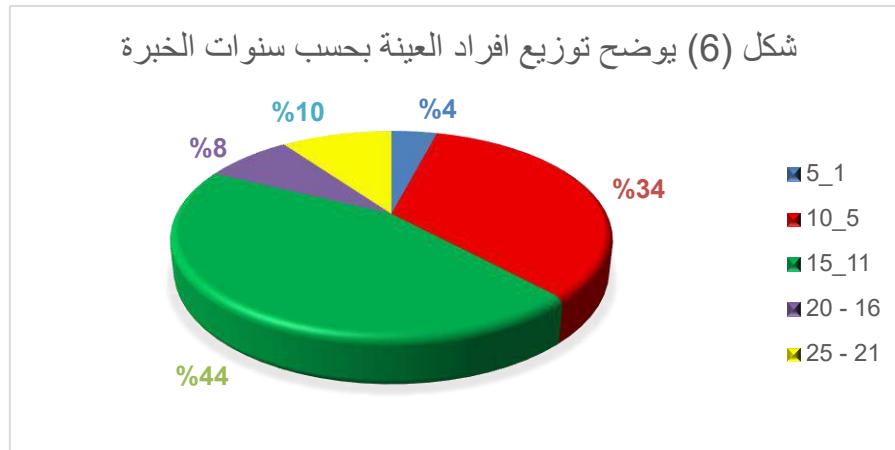
٦. توزيع أفراد العينة بحسب سنوات الخبرة

جدول (٧) يبين توزيع أفراد العينة بحسب سنوات الخبرة

سنوات الخبرة	العدد	النسبة المئوية	المتوسط الحسابي
١ - ٥	١٤	٤%	١٢,٢
٦ - ١٠	١١٧	٣٤%	
١١ - ١٥	١٥٢	٤٤%	
١٦ - ٢٠	٢٧	٨%	
٢١ - ٢٥	٣٤	١٠%	
المجموع	٣٤٤	١٠٠%	

يوضح الجدول أعلاه توزيع أفراد العينة حسب سنوات الخبرة، إذ جاءت (١٥٢) مبحوثاً بنسبة (٤٤%) يوضح الجدول أعلاه توزيع أفراد العينة بحسب سنوات الخبرة المهنية، إذ جاءت الفئة ذات الخبرة (١١-١٥) سنة في المرتبة الأولى، تلتها الفئة ذات الخبرة (٦-١٠) سنوات بواقع (١١٧) مبحوثاً بنسبة (٣٤%). كما جاءت الفئة ذات الخبرة (٢١-٢٥) سنة بواقع (٣٤) مبحوثاً بنسبة (١٠%)، في حين جاءت الفئة ذات الخبرة (١٦-٢٠) سنة في المرتبة بواقع (٢٧) مبحوثاً بنسبة (٨%) والمرتبة الأخيرة جاءت (١-٥) بواقع ١٤ مبحوثاً بنسبة (٤%)

وقد بلغ المتوسط الحسابي لسنوات الخبرة المهنية للمبحوثين (١٢.٢) سنة، مما يدل على أن عينة الدراسة تمتلك خبرة مهنية تتراوح بين المتوسطة والمتقدمة، فضلاً عن امتلاكها تجارب عملية واسعة. ويُعد ذلك مؤشراً مهماً على قيمة البيانات المستخلصة، كونها صادرة عن كوادر مهنية عاصرت تطورات العمل الصحي والممارسة المهنية لسنوات طويلة. ويوضح الشكل الآتي النسب المشار إليها أعلاه.



المبحث الثاني

عرض تحليل وتفسير الجداول وفقاً لمحاوِر الاستبانة

جدول (٨) يبين تلقي المبحوثين تدريباً حول التعامل مع العنف الأسري

المتغيرات	العدد	النسبة المئوية
نعم	٢٣٦	٦٩٪
كلا	١٠٨	٣١٪
المجموع	٣٤٤	١٠٠٪

يوضح هذا الجدول مؤشراً مهماً حول تلقي المبحوثين تدريباً متخصصاً في مجال العنف الأسري، إذ أظهرت النتائج أن أغلبية أفراد العينة، بواقع (٢٣٦) مبحوثاً وبنسبة (٦٩٪)، قد تلقوا تدريباً في هذا المجال. في المقابل، أفاد (١٠٨) مبحوثين بنسبة (٣١٪) بعدم تلقيهم أي برامج تدريبية متخصصة.

وتشير هذه النتائج إلى وجود توجه واضح نحو تعزيز قدرات الكوادر الصحية وتزويدها بالمهارات اللازمة للتعامل مع حالات العنف الأسري، الأمر الذي يسهم في رفع كفاءة هذه الشريحة المهنية في مواجهة مثل هذه الحالات. ومع ذلك، فإن وجود نسبة من المبحوثين لم تتلقَ أي تدريب يمثل فجوة مهمة تستدعي الاهتمام والمعالجة، لاسيما أن التعامل مع ضحايا العنف الأسري لا يقتصر على الجانب الطبي فحسب، بل يمتد ليشمل أبعاداً نفسية واجتماعية وقانونية، مما يتطلب إعداداً وتدريباً نوعياً يضمن تقديم الحماية والدعم اللازمين لهذه الفئة بصورة فعالة.

جدول (٩) يبين مدى تعاون المواطنين مع الأطباء

المتغيرات	العدد	النسبة المئوية
كبير	٨٩	٢٦٪
متوسط	١٨٨	٥٥٪
ضعيف	٦٧	١٩٪
المجموع	٣٤٤	١٠٠٪

يوضح الجدول أعلاه مدى تعاون المواطنين مع الأطباء وفقاً للعينات الإجمالية البالغة (٣٤٤) مبحوثاً، وذلك في إطار العلاقة بين المريض والطبيب. وقد شكّلت فئة التعاون المتوسط النسبة الأكبر بواقع (١٨٨) مبحوثاً ونسبة (٥٥٪)، مما يشير إلى أن العلاقة بين الطرفين ليست علاقة صدامية، إلا أنها تقتصر في الوقت ذاته إلى الالتزام الكامل أو الثقة المطلقة بالتعليمات الطبية. وقد يعود ذلك إلى مجموعة من العوامل، من أبرزها ضعف مهارات التواصل لدى بعض الأطباء أو ضيق الوقت المخصص للكشف الطبي.

أما فئة التعاون الكبير فقد بلغت (٨٩) مبحوثاً بنسبة (٢٦٪)، وهو ما يعكس وجود مستوى جيد من الالتزام بالتعليمات الطبية لدى جزء من أفراد العينة، إلا أن هذه النسبة تشير في الوقت نفسه إلى وجود فجوة في الوعي الصحي ومستوى القبول المجتمعي، إذ إن ربع العينة فقط يُظهرون تعاوناً مرتفعاً مع التوجيهات الطبية، الأمر الذي قد يؤثر سلباً في تحقيق الأهداف العلاجية المرجوة.

في حين جاءت فئة التعاون الضعيف بواقع (٦٧) مبحوثاً بنسبة (١٩٪)، وهو مؤشر يدل على ضعف التوعية الصحية وقلة الامتثال للتعليمات الطبية، فضلاً عن وجود مشكلات مرتبطة بالأمية الصحية لدى بعض الأفراد. ومن ثمّ، فإن هذه النتائج تؤكد أهمية تحسين بيئة التواصل الطبي وتعزيز الثقة المتبادلة بين المريض والطبيب بما يسهم في رفع مستوى التعاون وتحسين جودة الخدمات الصحية.

جدول (١٠)

يبين اعتبار نقص الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية الحكومية يؤثر سلباً على صحة الأسرة.

المتغيرات	العدد	النسبة المئوية
نعم	٣٢٥	٩٤٪
كلا	١٩	٦٪
المجموع	٣٤٤	١٠٠٪

يبين الجدول أعلاه وجود علاقة طردية بين نقص الخدمات الصحية وتدهور الحالة الصحية للأسرة. إذ أجاب (٣٢٥) مبحوثاً بنسبة (٩٤٪) بـ(نعم)، وهو ما يُعد مؤشراً واضحاً على انخفاض مستوى الرضا عن المؤسسات الصحية. كما تعكس هذه النسبة وجود قصور في تغطية الخدمات الصحية، الأمر الذي يؤدي بالضرورة إلى تراجع المؤشرات الصحية العامة للأسرة.

ويتمثل هذا القصور في نقص المستلزمات الطبية، أو الكوادر الصحية، أو الأجهزة والمعدات الطبية، ولا يقتصر أثره على الجانب الخدمي فحسب، بل يمتد ليشكل خطراً مباشراً على الأمن الصحي للأسرة. كما تعكس هذه النتائج تراكم تجارب سلبية لدى المواطنين نتيجة ضعف مستوى الخدمات المقدمة.

في المقابل، أجاب (١٩) مبحوثاً بنسبة (٦٪) بـ(لا)، وهي نسبة محدودة قد تعود إلى اعتماد بعض الأفراد على البدائل الصحية الخاصة أو إقامتهم في مناطق تتمتع بخدمات صحية أفضل، مما يجعل تجربتهم غير قابلة للتعميم على بقية أفراد المجتمع.

وتؤكد هذه النتائج أن نقص الخدمات الصحية في القطاع الحكومي يمثل عائقاً أمام تحقيق الرعاية الصحية المتكاملة للأسرة، الأمر الذي يدفع العديد من الأسر إلى اللجوء للقطاع الخاص، بما يفرض أعباءً مالية إضافية قد تؤثر سلباً في النتائج الصحية النهائية للمجتمع ككل.

جدول (١١) يبين انعدام الأمن الغذائي يؤثر على مناعة وصحة أفراد الأسرة

المتغيرات	العدد	النسبة المئوية
نعم	٢٧٨	٨١٪
كلا	٦٦	١٩٪
المجموع	٣٤٤	١٠٠٪

يوضح الجدول أعلاه توزيع العينة الإجمالية البالغة (٣٤٤) مبحوثاً، إذ تكشف النتائج عن وجود علاقة وثيقة بين انعدام الأمن الغذائي والكفاءة المناعية لأفراد الأسرة. فقد أجاب (٢٧٨) مبحوثاً بنسبة (٨١٪) بـ(نعم)، مما يدل على أن سوء التغذية أو عدم انتظام الوجبات ليس مشكلةً اقتصادية فحسب، بل هو خطر مباشر على مناعة الجسم، وتعكس هذه النتيجة إدراكاً واضحاً بالارتباط بين نقص التغذية الأساسية والضعف الصحي، فضلاً عن وجود مؤشر واضح يربط بين الفقر والمرض، مما يضع الأمن الغذائي في مقدمة المحددات الاجتماعية للصحة. ويرى المبحوثون أن عدم القدرة على توفير الغذاء السليم والكافي يرتبط ارتباطاً مباشراً بتكرار الإصابة بالأمراض، مما يدل على أن أي خلل في الإمداد الغذائي يؤدي حتماً إلى تدنٍ في المستوى الصحي للأسرة وزيادة في الإنفاق العلاجي مستقبلاً. أما الذين أجابوا بـ(كلا) فقد بلغوا (٦٦) مبحوثاً بنسبة (١٩٪)، وتشير هذه الشريحة إلى وجود تفاوت في مستويات الثقافة الصحية، أو أن بعضهم يحصل على بدائل غذائية رخيصة ومشبعة تجعله يتوهم بالأمان الصحي رغم

انعدام قيمتها الغذائية. وتؤكد النتائج أن الفجوة الغذائية تمثل عائقاً صحياً حقيقياً، وأن المجتمع يدرك أن المناعة تبدأ من سلة الغذاء قبل الوصول إلى سرير المستشفى.

جدول (١٢) يبين اعتبار الإدمان يعد من أخطر العوامل المؤثرة على استقرار الأسرة صحياً

المتغيرات	العدد	النسبة المئوية
نعم	٣٣٥	٩٧%
كلا	٩	٣%
المجموع	٣٤٤	١٠٠%

يوضح الجدول أعلاه تأثير الإدمان على استقرار الأسرة صحياً التي بلغت بعدد ٣٤٤ مبحثاً حالة من الوعي الجمعي بخطر هذه الظاهرة، أن الذين أجابوا (نعم) بـ (٣٣٥) مبحثاً بنسبة (٩٧%) من قبل العينة تمثل باتفاق شبه تام وهذا يدل على حقيقة مجتمعية فإن الإدمان ليس انحرافاً سلوكياً فحسب بل يُعدّ تهديداً وجودياً لصحة الأسرة والمجتمع أما التوعية لعدوة الأسرة التي ادركها المستجيبون أن ضرر الإدمان لا يؤدي فقط المدمن كفرد بل يشكل ضرراً للتوازن النفسي والجسدي لبقية أفراد الأسرة هذه قناعة تعكس إدراكاً حقيقياً للتدهور المتسلسل حيث يؤدي الإدمان إلى العنف الأسري، وانهياراً اقتصادياً خاصة من ناحية الغذاء والدواء. أما الذين أجابوا (كلا) بـ (٩) مبحثاً بنسبة (٣%) تعتبر هذه النسبة ضئيلة إحصائياً قد تبدو لعدم اتصال هذه الشريحة بحالات واقعية أو لاختلاف في تعريف الإدمان عندهم مثل عدم الفهم على أنواع محدده فقط أما النتائج العامة أن الإدمان هو أخطر المعوقات أمام تحقيق استقرار الصحي للأسرة مما يتطلب تدخلات ليس فقط على العلاج الطبي للمدمن فحسب بل يشمل الوقاية المجتمعية وحماية الأسرة من الأضرار التي تزداد مع مرور الوقت.

جدول (١٣) يبين التسلسل المرتبي لاهم المخاطر الطبية الأسرية

المتغيرات	التكرار	النسبة المئوية	التسلسل المرتبي
الجهل الصحي	٣٢١	٩٣%	١
الإدمان	٣٠٢	٨٨%	٢
المشكلات النفسية	١٨٢	٥٣%	٣
سوء التغذية	٩٩	٢٩%	٤

يوضح الجدول أعلاه توزيع العينة حسب الترتيب المرتبي لأهم المخاطر والتحديات التي تواجه الأسرة إذ جاء الجهل الصحي في المرتبة الأولى التي بلغ عددها (٣٢١) تكرارا ونسبة (٩٣٪) يعد الجهل الصحي داخل الأسرة داء يهدد الأسرة واستقرارها وصحة أبنائها فهو يعني نقص المعرفة بالأمراض والمعلومات الصحية الأساسية وكيفية الوقاية من الأمراض والتعامل معها وربما يؤدي الى اتخاذ قرارات خاطئة تضر بالصحة الأسرة وخاصة الأطفال نتيجة غياب الوعي الصحي مثل جهل الأم بالرعاية الصحية الأولية. أما الإدمان يأتي في المرتبة الثانية التي بلغ عددها (٣٠٢) تكرارا بنسبة (٨٨٪) وهذا يشير الى قلقا اجتماعيا الذي لم يعد الإدمان مشكلة سلوكية فحسب بل اصبح خطر يهدد الكيان الأسري وهذه النسبة تؤكد أن المجتمع يرى الإدمان مشكلة صحيه ومادية والأسرية للبيت .وأما المرتبة الثالثة المشكلات النفسية التي بلغ عددها (١٨٢) تكرارا بنسبة (٥٣٪) التي تجاوزت المنتصف تؤكد الى انكسار حاجز الصمت اتجاهها يؤدي هذا إلى القلق والاكتئاب من أمراض الحقيقية التي تؤثر على صحة الأسرة ،أما المرتبة الأخيرة هي سوء التغذية التي بلغ عددها (٩٩) تكرارا بنسبة (٢٩٪) رغم أهميتها جاءت في هذه المرتبة وهذا لا يدل على قلة خطورتها بل تشير الى أن المبحوثين يرون الجهل والإدمان أشد خطورة وأكثر إلحاحاً وتدهورا للأسرة من نقص الغذاء أو جودته في الوقت الحالي ونستنتج من خلال الجدول أن جذور المشكلات هي غياب المعرفة الصحية التي من بعدها الخوف من الإدمان لذلك يستوجب الجهود الى التوعية وحماية النفس من هذه المشكلات .

جدول (١٤) يبين التسلسل المرتبي للإصابات أو المشكلات الصحية الأكثر شيوعاً نتيجة العنف الأسري

المتغيرات	التكرار	النسبة المئوية	التسلسل المرتبي
الكدمات والجروح	٢٩٨	٨٧٪	١
مشكلات في الجهاز العضلي	١٣٦	٤٠٪	٢
الحروق أو التشوهات	٣٢	١٠٪	٣
أمراض مزمنة	٦	٢٪	٤

يوضح الجدول أعلاه حسب توزيع العينة للإصابات والمشكلات الصحية نتيجة العنف الأسري، حيث أن الكدمات والجروح تعد من المرتبة الأولى التي بلغ عددها (٢٩٨) تكرارا بنسبة (٨٧٪) من الحالات وهذا يدل أن العنف الأسري غالبا يترك أثرا ظاهرا على الجسد وهذا النوع يسمى (اليومي أو التقليدي) من هذه الحالات ،أما مشكلات الجهاز العضلي تعد من المرتبة الثانية التي بلغ عددها (١٣٦) تكرارا بنسبة

(٤٠٪) من الحالات ويدل هذا بان إصابات اعمق وأكثر من مجرد جروح سطحية، مثل تمزق الأربطة، التواءات المفاصل، أو الآلام الناجمة عن الضرب القوي والدفع وهذا يؤثر على قدرة الشخص على الحركة الطبيعية، والحروق والتشوهات تعد من المرتبة الثالثة التي بلغ عددها (٣٢) تكراراً بنسبة (١٠٪) من الحالات رغم قلتها لكن تعد من اخطر والأكثر قسوة لأنها تترك أثراً دائماً دائمة يصعب علاجها، أما الأمراض المزمنة تعد المرتبة الأخيرة التي بلغ عددها (٦) تكراراً بنسبة ٢٪ من الحالات وهذا يدل على أنه لا يحدث بسرعة من ضربة واحدة بل تتجم عن تكرار الضرب والضغط النفسي والجسدي المستمر، ومن هذه الأمراض ما يُعرف بالأمراض الاجتماعية السكر والضغط أو أمراض القلب، وهنا يتحول العنف إلى مرض مزمن يستلزم سنواتٍ من التعايش مع الخوف والأذى وينهك الجهاز المناعي أو قد يكون إهمال العلاج لا يكون العنف سبباً لكن المعتدي يكون السبب إذ يحرم الضحية من الرعاية الطبية أو الأدوية محوّلًا الوعكة البسيطة إلى مرض مزمن

جدول (١٥) يبين التسلسل المرتبي لاهم العوامل المؤدية إلى تفاقم المشكلات الصحية الأسرية

المتغيرات	التكرار	النسبة المئوية	التسلسل المرتبي
سوء الأوضاع الاقتصادية	٣١١	٩٠٪	١
ضعف الوعي الصحي	٣٠٣	٨٨٪	٢
سوء العادات الغذائية	٢٧٦	٨٠٪	٣
البيئة السكنية غير الصحية	٥٧	١٧٪	٤

يوضح الجدول أعلاه أهم العوامل المؤدية إلى تفاقم المشكلات الصحية الأسرية، إذ تتضح أن هذا التفاقم ليس ناجماً عن عوامل طبية بحتة، بل هو نتاج بيئة اجتماعية واقتصادية ضاغطة. وجاءت سوء الأوضاع الاقتصادية في المرتبة الأولى بـ (٣١١) تكراراً وبنسبة (٩٠٪)، مما يؤكد أن الفقر مشكلة أساسية أمام صحة الأسرة بدون مورد مالي تعجز الأسرة عن توفير العلاج أو حتى الوقاية، وهذا ما يحول من أزمات بسيطة إلى أزمات صحية معقدة، أما المرتبة الثانية ضعف الوعي الصحي التي بلغ عددها (٣٠٣) بنسبة (٨٨٪) تكون نسبة متقاربة بين العامل المادي والضرر الصحي تؤدي إلى فجوة خطيرة مع المرض وتدهور الحالات الصحية، أما المرتبة الثالثة من سوء العادات الغذائية التي بلغ عددها (٢٧٦) تكراراً بنسبة (٨٠٪) تؤكد هذه النسبة أن الضرر داخل المنزل وهذا يتعلق بنقطين السابقتين الأولى يمثل الدخل المنخفض لشراء أطعمة الرخيصة وغير صحية والثانية نقص الوعي الصحي بقيمتها الغذائية مما يؤدي

إلى ضعف مناعة الأسرة، أما المرتبة الأخيرة البيئة السكنية غير الصحية التي بلغ عددها (٥٧) تكرارا بنسبة (١٧٪) رغم جاءت من المرتبة الأخيرة ألا أنها تبقى عاملا لا يستهان بها وإن تأثيره المباشر أقل من غياب المال والوعي والغذاء السليم في نظر أفراد العينة . وإن تقاوم الوضع الصحي في الأسرة هو نتيجة تراكمية تبدأ من ضيق اليد وقلة المعرفة وتترسخ من خلال الغذاء غير صحي.

جدول (١٦) يبين شيوع الاستخدام الخاطئ للأدوية داخل الأسر

المتغيرات	العدد	النسبة المئوية
نعم	٢١٨	٦٣٪
كلا	١٢٦	٣٧٪
المجموع	٣٤٤	١٠٠٪

يوضح الجدول أعلاه حسب توزيع العينة حيث العدد الذين أجابوا بنعم (٢١٨) بنسبة (٦٣٪) وهذا يدل على أن الكثير من الأسر في المجتمع العراقي ومنها المجتمع الديواني يستخدم الأدوية بطريقة غير صحيحة كأن تكون بوصفة من صيدلة أو بعض الأحيان تغير في الجرعات الي يوصفها الطبيب أو بسبب ظروف معينه كارتفاع بعض أسعار الأدوية بشكل مبالغ في مما يلجأ بعض الأسر لأخذ أدوية منتهية الصلاحية أو غير مرخصة من قبل وزارة الصحة، أما الذين أجابوا (كلا) تعتبر من الفئة المنضبطة ب (١٢٦) بنسبة (٣٧٪) تمثل الأسر التي تلتزم بالإرشادات الطبية السليمة وهي نسبة منخفضة مقارنة بالمخاطر الصحية الناتجة عن العنف أو الأمراض التي شرحناه في الجداول سابقة وهذا يفسر ضعف الوعي الصحي وسوء الأوضاع الاقتصادية التي تسبب تقاوم الأمراض فاعلم الناس يستخدمون الأدوية العشوائية كبديل أرخص عن زيارة الطبيب أو عدم معرفة بخطورة التفاعلات الدوائية وهذا ما يضع الأسرة في دائرة الخطر.

جدول (١٧) يبين شيوع الاكتئاب الأسري بين مراجعي المؤسسات الصحية

المتغيرات	العدد	النسبة المئوية
نعم	٥٨	١٧٪
كلا	٢٨٦	٨٣٪
المجموع	٣٤٤	١٠٠٪

يتسم هذا الجدول، خلافاً للجداول السابقة، بانخفاض ظاهر في أرقامه، غير أنه عميق الدلالة في سياق العنف الأسري. فقد أجاب (٥٨) مبحوثاً بنسبة (١٧٪) بـ(نعم)، مما يعني أن أقل من خمس المراجعين قد شُخصوا أو أفصحوا عن وجود اكتئاب أسري. وتنعكس هذه النسبة وجود المشكلة، إلا أنها لا تُعبر عن الواقع الحقيقي لأسباب اجتماعية عدة. أما الذين أجابوا بـ(كلا) فبلغوا (٢٨٦) مبحوثاً بنسبة (٨٣٪)، وهذه الفئة لا تعني بالضرورة خلوها من الاكتئاب، بل تعكس ثقافة الإنكار والوصمة الاجتماعية المرتبطة بالأمراض النفسية، حيث يُفضل كثيرون التركيز على العلاج الجسدي وتجاهل الألم النفسي. ويرتبط ضعف التشخيص النفسي بما كشفتته الجداول السابقة من ضعف الوعي الصحي (٨٨٪)، إذ لا يدرك المراجعون أن ما يشعرون به من حزن أو انعزال قد يكون اكتئاباً يحتاج إلى علاج، فيُفسرونه بوصفه ضيقاً عابراً ناجماً عن الظروف المادية أو العنف. والخلاصة أن الاكتئاب يبقى الجرح الخفي؛ فبينما تظهر الإصابات الجسدية بوضوح (٨٧٪ كدمات)، يظل الأثر النفسي (١٧٪) غائباً عن الإدراك والاعتراف الرسمي داخل المؤسسات الصحية.

جدول (١٨) يبين اعتبار ضعف التوعية الصحية الأسرية يزيد من المخاطر الطبية

المتغيرات	العدد	النسبة المئوية
نعم	٣٣٣	٩٧٪
كلا	١١	٣٪
المجموع	٣٤٤	١٠٠٪

يوضح الجدول أعلاه توزيع العينة، إذ أجاب (٣٣٣) مبحوثاً بنسبة (٩٧٪) بـ(نعم)، وهي نسبة مرتفعة جداً مقارنة بالذين أجابوا بـ(كلا) البالغين (١١) مبحوثاً بنسبة (٣٪)، مما يُشكّل دليلاً واضحاً على أن ضعف التوعية الصحية يُفاقم المخاطر الطبية. ويعود ذلك إلى شح المعلومات الصحية لدى كثير من الأسر، فضلاً عن انخفاض المستوى التعليمي وسيادة العادات الاجتماعية الخاطئة، وهي من أبرز الأسباب التي تؤدي إلى تفاقم الحالات المرضية وتراكم التداعيات الصحية.

جدول (١٩) يبين بعض الأسر تتأخر في مراجعة الطبيب عند المرض

المتغيرات	العدد	النسبة المئوية
نعم	٢٠١	٥٨%
كلا	١٤٣	٤٢%
المجموع	٣٤٤	١٠٠%

يوضح الجدول أعلاه توزيع العينة فيما يتعلق بتأخر بعض الأسر في مراجعة الطبيب عند المرض. وقد أجاب (٢٠١) مبحوثاً بنسبة (٥٨%) بـ(نعم)، وهو مؤشر مرتفع يدل على أن أغلبهم يعتمدون على الوصفات المنزلية أو الصيدلي مباشرة، أو ينتظرون تحسن الحالة تلقائياً، مما قد يؤدي إلى تفاقم الأمراض من بسيطة إلى معقدة. ويُعزى ذلك أيضاً إلى ارتفاع تكاليف الفحص الطبي والفحوصات المخبرية وأسعار الأدوية، وهو ما يتزامن مع انخفاض المستوى المعيشي لبعض الأسر التي تعاني من الفقر وتدني الدخل. أما الذين أجابوا بـ(كلا) فبلغوا (١٤٣) مبحوثاً بنسبة (٤٢%)، وتمثل هذه النسبة الأسر الملتزمة بمراجعة الطبيب، وهي نسبة جيدة لكنها تبقى الأقلية، مما يستوجب البحث في الأسباب التي تُعيق هذا السلوك. وهذا الجدول لا يقدم مجرد أرقام، بل يكشف عن تحدٍ صحي واجتماعي؛ فالتأخير في المراجعة غالباً ما يعود إلى ضائقة مادية، أو صعوبة الوصول إلى المراكز الصحية بسبب بُعد المسافة، أو ضعف الوعي بأهمية التشخيص المبكر.

جدول (٢٠) يبين اعتبار الخوف من المساءلة يمنع ضحايا العنف من طلب العلاج

المتغيرات	العدد	النسبة المئوية
نعم	٢٨٣	٨٢%
كلا	٦١	١٨%
المجموع	٣٤٤	١٠٠%

يوضح الجدول أعلاه اعتبار الخوف من المساءلة يمنع ضحايا العنف من طلب العلاج، أن الذين أجابوا (نعم) بـ(٢٨٣) مبحوثاً بنسبة (٨٢%) يوضح هذا الجدول عن العائق النفسي والاجتماعي الخطير فاعلبيهم عدم طلب العلاج هو الخوف من المساءلة لأن ثقافتهم تحتم ذلك خوفهم من الفضيحة وهذا يعني ألا تصل إلى المؤسسات الصحية حالات حقيقية للعنف مما يؤدي الى ضياع حقوقهم طبيا وقانونيا ، أما الذين أجابوا (كلا) بـ(٦١) مبحوثاً بنسبة (١٨%) هذه الفئة لا يشعرون بهذا الخوف ويوضح هذا الى وعي

محدود بالضمانات القانونية أتي يحمي الضحية عند طلب العلاج أو قد تكون له ثقة في سرية المؤسسات الصحية .

جدول (٢١) يبين أكثر الأمراض المرتبطة بالحشرات التي يلاحظها الأطباء

المتغيرات	التكرار	النسبة المئوية
أمراض جلدية	٢٢٩	٦٦٪
أمراض طفيلية	٦٥	١٩٪
أمراض بكتيرية	١٩	٦٪
أمراض فيروسية	٣١	٩٪
المجموع	٣٤٤	١٠٠٪

يوضح الجدول أعلاه الأمراض الأكثر شيوعاً المرتبطة بالحشرات من وجهة نظر الأطباء، ويكشف عن الأثر المباشر لبيئة السكن والعمل على الصحة العامة. وجاءت الأمراض الجلدية في المرتبة الأولى بـ (٢٢٩) مبحوثاً وبنسبة (٦٦٪)، وهذا يدل على أن الحشرات في مجتمع البحث تُسبب مباشرة أمراضاً كالجرب والحساسية واللدغات والليشمانيا المعروفة بـ (حبة بغداد)، وهي إصابات مرئية تدفع المصاب إلى طلب العلاج بسرعة. وتكمن أهمية هذه النتيجة في أن الأمراض الجلدية تؤثر تأثيراً مباشراً وعميقاً في الصحة الأسرية والاجتماعية والاقتصادية، فضلاً عن الاضطرابات التجميلية التي تُلقي بظلالها على نفسية الأفراد. وجاءت الأمراض الطفيلية في المرتبة الثانية بـ (٦٥) مبحوثاً وبنسبة (١٩٪)، وهي نسبة لا يُستهان بها تُشير إلى وجود خلل في النظافة العامة أو انتقال العدوى عبر وسائط حشرية في البيئة. أما المرتبة الثالثة فكانت للأمراض الفيروسية بـ (٣١) مبحوثاً وبنسبة (٩٪)، فيما جاءت الأمراض البكتيرية في المرتبة الأخيرة بـ (١٩) مبحوثاً وبنسبة (٦٪). ولا تعني هذه النسب المنخفضة غياب هذه الأمراض، بل قد تُشخص أعراضها تحت مسميات أخرى، أو أن الحشرات الموجودة في البيئة المحلية ليست من الأنواع الناقلة لهذه الفيروسات كالمalaria أو الحمى النزفية.

جدول (٢٢) يبين التسلسل المرتبي لأهم التأثيرات السلبية للحشرات والكلاب السائبة

المتغيرات	التكرار	النسبة المئوية	التسلسل المرتبي
نقل الأمراض المعدية	٣١١	٩٠٪	١
تشويه البيئة الحضرية	٢٤٧	٧٢٪	٢
التسبب في التلوث البيئي	١٨٤	٥٣٪	٣
تلوث الغذاء	٧٧	٢٢٪	٤

يوضح الجدول أعلاه حسب توزيع العينة تبين التسلسل المرتبي لأهم التأثيرات السلبية للحشرات والكلاب السائبة وهنا يظهر أن الوعي المجتمعي أو الضرر من الحشرات والكلاب السائبة يتركز أساساً على الجانب الصحي والجمالي والبيئي وتتصدر المرتبة الأولى نقل الأمراض المعدية بـ (٣١١) تكراراً بنسبة (٩٠٪) فهذا يدل على خطورة الوضع فالكلاب السائبة خطيرة تؤدي بمرض داء الكلب كما حدث في هذه الأيام ثم الوفاة والحشرات تقوم بنقل الأوبئة مما يؤدي إلى خطورة على الحياة هو المحرك الأول للتقييم، أما المرتبة الثانية تشويه البيئة الحضرية بـ (٢٤٧) تكراراً بنسبة (٧٢٪) وهذا يوضح أن وجود الكلاب السائبة والحشرات ليس خطر صحي فحسب بل تلوث للعين وعدم التحضر مما يؤثر على نفسية السكان وصورة المنطقة، والمرتبة الثالثة التسبب في التلوث البيئي جاءت بـ (١٨٤) تكراراً بنسبة (٥٣٪) يرتبط هذا المتغير بفضلات هذه الحيوانات وتكاثر الحشرات في النفايات مما يؤدي هذا إلى الأمراض، وأخيراً جاءت تلوث الغذاء بـ (٧٧) تكراراً بنسبة (٢٢٪) توضح من خلال هذه النسبة بأن الناس يتخذون احتياطاتهم داخل منازلهم من خلال أغلاق النوافذ وحفظ الطعام مما يجعلهم يسيطرون على حفظ الغذاء مقارنةً بالبيئة الخارجية أو الأمراض العابرة التي لا يمكن التحكم بها، وإن النتائج تشير إلى حالة من القلق الصحي يتطلب حلولاً جذرية تبدأ من مكافحة على النفايات والكلاب السائبة لأن وجودها تهديداً للحياة الصحية ونظافة البيئة العمرانية .

جدول (٢٣) يبين تردد بعض الأسر في الإفصاح عن أسباب الإصابات

المتغيرات	العدد	النسبة المئوية
نعم	٢٦١	٧٦٪
كلا	٨٣	٢٤٪
المجموع	٣٤٤	١٠٠٪

يوضح الجدول أعلاه تردد بعض الأسر في الإفصاح عن أسباب الإصابات إذ تكشف النتائج عن ظاهرة اجتماعية تتسم بالتحفظ الشديد والخوف. فقد أجاب (٢٦١) مبحوثاً بنسبة (٧٦٪) بـ(نعم)، مما يدل على وجود عوائق قوية تحول دون الإفصاح عن أسباب الإصابات، سواء أكانت ناجمة عن هجمات الكلاب أو الحشرات أو غيرها. ويعود هذا التحفظ إلى الخوف من نظرة المجتمع إلى الإصابة بمرض معدٍ أو الانتماء إلى بيئة غير نظيفة، فضلاً عن الخوف من الإجراءات القانونية والحجر الصحي، أو اعتقاد بعضهم بأن الإفصاح لن يُغيّر شيئاً في الواقع الخدمي والصحي. أما الذين أجابوا بـ(كلا) فبلغوا (٨٣) مبحوثاً بنسبة (٢٤٪)، وهم يمثلون وعياً صحياً حقيقياً لا يخفون إصاباتهم عن التدخل الطبي. وتُشير هذه النتائج إلى أن الأحجام الواسع عن الإفصاح يجعل البيانات الرسمية المتعلقة بالإصابات أقل بكثير من الواقع الحقيقي، مما يؤدي إلى سوء تقدير حجم المشكلة وتأخر في إيجاد الحلول المناسبة.

جدول (٢٤) يبين وجود حالات تهديد للطبيب عند الإبلاغ عن حالات العنف

المتغيرات	العدد	النسبة المئوية
نعم	٢١١	٦١٪
كلا	١٣٣	٣٩٪
المجموع	٣٤٤	١٠٠٪

يوضح الجدول أعلاه يبين وجود حالات تهديد عند الإبلاغ عن حالات العنف ويوضح هذا الجدول عن الجانب الخطير الذي يواجه الأطباء، أن الذين أجابوا (نعم) بـ(٢١١) مبحوثاً بنسبة (٦١٪) ويعني هذا التهديد ليس مجرد حوادث فردية بل هو سلوك يستخدم للضغط على الطبيب لتغيير تقريره أو التغطية على الجاني، لهذا تفسر لماذا تتردد الأسر عن الإبلاغ عن العنف فإذا كان الطبيب الذي يمثل السلطة العلمية والقانونية تتعرض للتهديد فمن الطبيعي أن يشعر الناس بالخوف من الإبلاغ، أما الذين أجابوا (كلا) بـ(١٣٣) مبحوثاً بنسبة (٣٩٪) تعتبر الفئة الناجية من التهديد أما أن الحالات التي باشرها الأطباء لم تكن جنائية أو يعملون في أماكن طبية تتمتع بحماية أمنية أو الإبلاغ يتم في سرية تامة .

جدول (٢٥) يبين وجود ضعف في التنسيق بين المؤسسات الصحية والجهات الأمنية

المتغيرات	العدد	النسبة المئوية
نعم	١٥٥	%٤٥
كلا	١٨٩	%٥٥
المجموع	٣٤٤	%١٠٠

يوضح جدول أعلاه حسب توزيع العينة يبين وجود ضعف في التنسيق بين المؤسسات الصحية والجهات الأمنية، أن الذين أجابوا (كلا) بـ (١٨٩) مبحوثا بنسبة (٥٥%) تعني هذه النسبة بان لها إجراءات أو تدابير دائمة داخل المستشفيات مما يعطي شعورا بان هذه الإجراءات تسير بشكل طبيعي عند وجود حالات من الحوادث أما الذين أجابوا (نعم) بـ (١٥٥) مبحوثا بنسبة (٤٥%) هذه النسبة تؤكد وجود خلل إجرائي في تأخر الاستجابة الأمن عند القوات في حالات التهديد كما في الجدول السابق التي بلغت (٦١%) أو ضعف المسؤولية في كيفية التعامل مع العنف الأسري أو البلاغات الحساسة أو غياب الربط الإلكتروني السريع في حال وجود الإصابة.

جدول (٢٦) يبين التسلسل المرتبي للفئات الأكثر تضرراً من الإهمال الصحي داخل الأسرة

المتغيرات	التكرار	النسبة المئوية	التسلسل المرتبي
الأطفال	٣٢١	%٩٣	١
كبار السن	٢٥٤	%٧٤	٢
ذوي الإعاقة	٩٣	%٢٧	٣
النساء	٦٤	%٢٢	٤

يوضح الجدول أعلاه التسلسل المرتبي للفئات الأكثر تضرراً من إهمال الصحي داخل الأسرة، الأطفال المرتبة الأولى بـ (٣٢١) تكرارا بنسبة (٩٣%) هذه النسبة توضح توضيحا منطقيا لان أطفال ضعيفين عن حماية انفسهم لعدم قدرتهم على التعبير عن الألم أو المطالبة بحقوقهم الصحية، الإهمال الأبوين قد يكون بقصد أو بغير قصد بسبب ضعف التوعية الصحية لديهم ، أما كبار السن المرتبة الثانية بـ (٢٥٤) تكرارا بنسبة (٧٤%) وهذه النسبة تعني أن كبار السن معرضين إلى أمراض مزمنة ويحتاجون الى عناية صحية بدون تأخير واي تأخير في متابعة صحتهم كإهمال صحي خاصة إذا كانت العائلة غير متماسكة ولديهم فجوة تواصل داخل الأسرة ، أما المرتبة الثالثة هم ذوي الإعاقة بـ (٩٣) تكرارا بنسبة (٢٧%) وتعني هذه

النسبة أن أعدادهم في العينة الكلية أقل مما جعل تكرار تضررهم يبدو قليلاً إحصائياً رغم وجودهم في الحقيقة، أما المرتبة الأخيرة النساء بـ(٦٤) تكراراً بنسبة (٢٢٪) رغم وجودها بكثرة لكن في بعض أحيانا النساء قدرات على المطالبة بحقوقهن والقدرة اكبر بالحق الصحي مقارنة بالأطفال أو المسن الفاقد للأهلية وهذا ما يقلل من فرص قوعهن ضحايا للإهمال الصامت ،والجدول يوضح الإهمال الصحي الأسري التي يستهدف الضعفاء من لا يملكون القدرة بدافع عن انفسهم ونضع المسؤولية على برامج الرعاية الاجتماعية والزيارات المنزلية الصحية .

جدول (٢٧) يبين سبب عدم الإبلاغ عن حالات العنف الأسري

المتغيرات	التكرار	النسبة المئوية	التسلسل المرتبي
الخوف من الجاني	٣٠٩	٩٠٪	١
الجهل بالحقوق القانونية	٢٧٣	٧٩٪	٢
الاعتماد الاقتصادي على المعتدي	١٢٨	٣٧٪	٣
الحفاظ على سمعة العائلة	١٠٣	٣٠٪	٤

يوضح الجدول السابق سبب عدم الإبلاغ عن حالات العنف الأسري، وهذا يعكس واقعاً اجتماعياً واقتصادياً معقداً، حيث نجد أن الخوف وضعف الوعي يعتبران من العوائق الأساسية التي تقف أمام العدالة للضحايا. جاءت المرتبة الأولى للخوف من الجاني، بـ(٣٠٩) تكراراً، بنسبة (٩٠٪) توضح هذه النسبة أن الخوف من الجاني يدل على أن العنف ليس مجرد اعتداء، بل هو عبارة عن سيطرة وترهيب للمعرض للعنف، وحسب فهم الضحايا فإن الإبلاغ عن العنف يتبعه عنف أقوى في ظل غياب الحماية الفورية، وهذا يبعد الجاني عن الإبلاغ. أما المرتبة الثانية فهي الجهل بالحقوق القانونية، بـ(٢٧٣) تكراراً، بنسبة (٧٩٪) هذه النسبة تدل على ضعف وعي الضحايا بالقانون، ويعتقدون أن العنف في الأسرة لا يُعاقب عليه بالقانون. أو أن التدابير أو الإجراءات القانونية معقدة وطويلة ولا تتصفهم، مما يجعلهم يستسلمون. المرتبة الثالثة الاعتماد الاقتصادي على المعتدي بـ(١٢٨) تكراراً بنسبة (٣٧٪) توضح هذه النسبة أن السبب الرئيسي الاعتماد الاقتصادي على الضحية لأن الجاني هو المعيل الوحيد للعائلة لذلك يضطر الضحايا لتحمل المشقة والأذى، مما يحول الحاجة الاقتصادية الى السجن فيتوقعون عن اتخاذ أي خطوة نحو التغيير. أما المرتبة الأخيرة الحفاظ على سمعة العائلة بـ(١٠٣) تكراراً بنسبة (٣٠٪) تدل هذه النسبة على رغم من تراجع سمعة العائلة ألا أنها تعتبر مؤشراً للثقافة المجتمعية التي مازالت تفضل الستر حتى ولو على حساب

الضحية، والخوف من الفضيحة. ويؤكد الجدول في مجمله أن الحل الحقيقي لا يقف عند الكلام، بل يبدأ بتوفير الحماية الفعلية وإيقاف الخوف، ثم التمكين الاقتصادي ونشر الوعي القانوني.

جدول (٢٨) يبين التسلسل المرتبي لمصادر الضغط الأسري المؤثرة على الصحة العامة

المتغيرات	التكرار	النسبة المئوية	التسلسل المرتبي
المشكلات المالية	٢٨٩	٧٥٪	١
النزاعات الأسرية	٢١٤	٦٢٪	٢
السكن غير الملائم	٨٣	٢٤٪	٣
كثرة عدد أفراد الأسرة	١١	٤٪	٤

يوضح الجدول أعلاه حسب توزيع العينة تبين ترتيباً واقعياً في مجتمعنا الحديث تتصدر المرتبة الأولى المشكلات المالية بـ (٢٨٩) تكراراً بنسبة (٧٥٪) أهم مهدد للصحة العامة والاستقرار النفسي لأن الفقر أو عدم استقرار الدخل المادي ليس مجرد انخفاض في المال بل هو إرهاق مستمر يؤدي إلى أمراض مزمنة كالسكر والضغط واضطرابات نفسية أثر القلق الدائم من المستقبل وتأمين الحاجات الأساسية، أما المرتبة الثانية النزاعات الأسرية بـ (٢١٤) تكراراً بنسبة (٦٢٪) تؤكد هذه النسبة نتيجة الخلافات وليس فقط السبب بل الحاجة الأساسية للمال مما يجعل الأسرة داخل المنزل بارتباكات والمشادات اليومية تزداد وتؤثر مباشرة على صحتها على حد سواء، والمرتبة الثالثة السكن غير الملائم بـ (٨٣) تكراراً بنسبة (٢٤٪) توضح هذه النسبة بأن السكن غير الملائم مثل ضيق المسافة، رداء التهوية، أو تغييب الخصوصية كعامل إرهاق مادي وملحوس يؤثر على سوء النوم والراحة الجسمية مما يضعف المناعة العامة لأفراد الأسرة، وأما المرتبة الأخيرة كثرة عدد أفراد الأسرة بـ (١١) تكراراً بنسبة (٤٪) توضح أن المشكلة ليس من ناحية العدد بل من ناحية العامل المادي لهذا العدد فأفراد الأسرة ليس لديهم مشكلة من العدد إذا توفر المال والسكن الملائم لكنها تتهاور صحياً عند غيابهما، وخلاصة القول أن الضغط الأسري يؤثر على صحة الأسرة ومعيشتها مما يدل أن تحسن الحال الصحي يتطلب حلولاً اقتصادية وإنمائية قبل أن تكون طبية.

جدول (٢٩) يبين افتقار المؤسسات الصحية للحماية القانونية الكافية

المتغيرات	العدد	النسبة المئوية
نعم	١٩١	٥٦٪
كلا	١٥٣	٤٤٪
المجموع	٣٤٤	١٠٠٪

يوضح هذا الجدول أعلاه حسب توزيع العينة يبين افتقار المؤسسات الصحية للحماية القانونية الكافية أن الذين أجابوا (نعم) بـ (١٩١) مبحوثاً بنسبة (٥٦٪) تؤكد هذه النسبة أن الأغلبية يشعرون بالقلق نتيجة اعتداءات المتكررة على الكوادر الطبية أو غياب الإجراءات الرادعة تحمي الأطباء والمرضى مما يؤثر على الطب الدفاعي تتحاشى الحالات الحرجة خوفاً من المسؤوليات القانونية، أما الذين أجابوا (كلا) بـ (١٥٣) مبحوثاً بنسبة (٤٤٪) توضح هذه النسبة بأن هناك تفاوت في الوعي بالقانون أو تفاوت في مستوى الأمن بين المؤسسة وأخرى قد تكون هذه الفئة يعملون في مراكز صحية لديها حماية مشددة أو اللام اكبر بالمسؤوليات القانونية، عندما تعتقد نصف العينة عدم وجود حماية فالبينة العمل غير ثابتة وتزيد من إجهادات العمل النفسية وتؤثر بشكل مباشر على الخدمات الطبية المقدمة للمواطنين، يتطلب مما يستدعي إلى حماية الأمانة لتخلص من قلق الأطباء والمرضى داخل المستشفيات والمراكز الصحية.

جدول (٣٠) يبين تقييم واقع الصحة الأسرية في مدينة الديوانية

المتغيرات	العدد	النسبة المئوية
جيد	٧٩	٢٣٪
متوسط	١١٩	٣٥٪
سيء	١٤٦	٤٢٪
المجموع	٣٤٤	١٠٠٪

يوضح الجدول أعلاه حسب توزيع العينة تبين تقييم واقع الصحة الأسرية في محافظة الديوانية حيث أن الأغلبية جاءت بـ (١٤٦) مبحوثاً بنسبة (٤٢٪) تدل هذه النسبة بأن الواقع سيء وهي النسبة اكبر مما يدل على عدم الاقتناع بالخدمات وانخفاض الخدمات الصحية المقدمة للأسر حيث نلاحظ تدني المستوى الصحي والخدمات الصحية المقدمة من المستشفيات بالإضافة لما تعانيه مستشفيات محافظة الديوانية من

تردي الخدمات النظافة وعدم وجود اهتمام وعناية طبية فيها، أما الذين أجابوا بـ (٧٩) مبحوثا بنسبة (٢٣٪) تدل على أن بعض المبحوثين يرون أن الواقع الصحي جيد وهي النسبة الأقل وهذا فارق بين الجيد والسيئ مما يؤدي إلى فجوة كبيرة من ناحية الرعاية الصحية المقدمة للأسر أما الذين أجابوا المتوسط بـ (١١٩) مبحوثا بنسبة (٣٥٪) تشكل هذه النسبة كتله حرجة، إذا لم يتم تعديل الخدمات فمن الممكن تكون هذه النسبة بطابع السيئ مما يجعل الضغط على المنظومة الصحية لذلك أن الواقع الصحي المقدم للأسر في محافظة الديوانية حسب الموجود في الجدول يميل نحو أسوء لا يرون الخدمات المقدمة الصحية بالحد المطلوب.

جدول (٣١) يبين تقيّم دور الإعلام في التوعية بالصحة الأسرية والعنف الأسري

المتغيرات	العدد	النسبة المئوية
فعال	٦٦	١٩٪
متوسط الفعالية	٢٢٧	٦٦٪
غير فعال	٥١	١٥٪
المجموع	٣٤٤	١٠٠٪

يوضح هذا الجدول أعلاه حسب توزيع العينة أن الأغلبية جاءت بـ (٢٢٧) مبحوثا بنسبة (٦٦٪) الذين أجابوا المتوسط الفعالية وهي الإجابة الأكثر بان دور الإعلام متوسطة الفعالية التوعية الصحية والحد من العنف الأسري وذلك من خلال نشر المعلومات ودوره في تغير السلوكيات والاتجاهات كون الإعلام يعد أداة رئيسية ومهمة تنقل القيم الصحية وتوجيه الأفراد نحو نمط حياة صحية صحيحة، أما الذين أجابوا بـ (٦٦) مبحوثا بنسبة (١٩٪) تشير هذه النسبة الى الوضع المتدني لخطورة التوعية بالصحة والعنف مما يدل على وجود ثغرة في الأدوات الإعلامية المستعملة أو عدم ملامستها للواقع المعيشي ،أما الأخيرة بـ (٥١) مبحوثا بنسبة (١٥٪) تشير هذه النسبة بانها هي الأقل حسب ما هو موضح في الجدول بان الإعلام غير فعال ويمكن البناء عليها وإنماؤها من الصفر، وتحليلها بصورة عامه أن الإعلام في الديوانية هو يؤدي بدور ناقل المعلومة فقط وليس تغيرا في الوعي ويتطلب تحول من الفعالية المتوسطة الى الفعالية الحقيقية من خلال البرامج اكثر تخصصا.

جدول (٣٢) يبين التسلسل المرتبي لأهم المشكلات الصحية الناتجة عن التفكك الأسري

المتغيرات	التكرار	النسبة المئوية	التسلسل المرتبي
الاضطرابات النفسية	٣٣١	%٩٦	١
الإدمان وتعاطي المواد الضارة	٣١٧	%٩٢	٢
العنف والإصابات الجسدية	٢٣٤	%٦٨	٣
ضعف الصحة النفسية للأطفال	١٦٥	%٤٨	٤

يوضح الجدول أعلاه حسب التوزيع العينة يبين التسلسل المرتبي لأهم المشكلات الصحية الناتجة عن التفكك الأسري والتي جاءت الاضطرابات النفسية بالمرتبة الأولى ب (٣٣١) تكراراً بنسبة (٩٦ %) حيث يؤدي التفكك الأسري الى انهيار وحدة الأسرة وتصدع علاقاتها وهذا يصيب هذه المؤسسة بالخلل وعدم قدرتها على أداء أدورها بشكل الصحيح مما يؤدي إلى حدوث اضطرابات نفسية له تأثير كبير عليها من حيث القلق والاكتئاب وهذا يمارس تأثير على صحة الأفراد الأسرة، وجاءت بالمرتبة الثانية الإدمان وتعاطي المواد الضارة ب(٣١٧) تكراراً بنسبة (٩٢ %) من أكثر المشكلات التي يعاني منها المجتمع بشكل عام والأسرة بشكل خاص حيث لا تقتصر مشكلة التعاطي والإدمان على الفرد المتعاطي فحسب بل تمتد لتشكل عبئاً ثقيلاً ومشاكل صحية ونفسية واجتماعية تمارس بشكل ومباشر على الأسرة حيث يخلق بين الأفراد الأسرة من عدم الثقة وضغوطات نفسية ويؤدي إلى أضرار صحية ونفسية لدى الأسرة ، أما المرتبة الثالثة فقد جاء العنف والإصابات الجسدية ب(٢٣٤) تكراراً بنسبة (٦٨ %) ان العلاقة بين المشكلات الصحية الناتجة عن التفكك الأسري هي علاقة وثيقة حيث أن الإصابات الجسدية والعنف بما يتضمنه من صراعات أو غياب الرقابة وما يعانيه من حالات نفسية أو تعاطي يكون بيئة خصبة لانتشار العنف بكافة أنواعه وأشكاله والذي يؤدي بدوره الى إصابات جسدية ونفسية أما المرتبة الأخيرة التي جاءت ضعف الصحة النفسية للأطفال ب(١٦٥) تكراراً بنسبة (٤٨ %) توضح هذه النسبة ما يعانيه الأطفال من اضطرابات نفسية نتيجة لغياب أحد الأبوين وما يترك اثر نفسي لدى الأطفال .

جدول (٣٣) يبين التسلسل المرتبي لأهم الأولويات الصحية للتدخل في مشكلات الصحة الأسرية

المتغيرات	التكرار	النسبة المئوية	التسلسل المرتبي
التدخل العلاجي	٣١٠	٩٠٪	١
الدعم النفسي	٢٥٥	٧٤٪	٢
الإحالة القانونية	١٤٢	٤١٪	٣
التوعية الصحية	١٣٣	٣٩٪	٤

يوضح الجدول أعلاه حسب توزيع العينة تبين التسلسل المرتبي لأهم الأولويات الصحية للتدخل في مشكلات الصحة الأسرية فالأغلبية تصدر المرتبة الأولى التدخل العلاجي بـ (٣١٠) تكراراً بنسبة (٩٠٪) وتشير بأن المجتمع وصله لمرحلة الإرهاق وهم لا يبحثون عن إرشادات أو النصائح بل يحتاجون لمستشفيات وأدوية وعلاجات من أضرار التي لحقت بهم بدنياً ونفسياً، أما المرتبة الثانية الدعم النفسي بـ (٢٥٥) تكراراً بنسبة (٧٤٪) وهذا ما يذكرنا في الجداول السابقة بأن المجتمع محطم ويحتاج إلى حلول وهذا نتيجة التفكير واضطرابات النفسية، أما المرتبة الثالثة الإحالة القانونية بـ (١٤٢) تكراراً بنسبة (٤١٪) وتشير هذه النسبة بعدم الثقة بالتدابير القانونية أو التستر من الفضيحة والعادات العشائرية في حل المشاكل بعيداً عن القانون رغم وجود العنف، أما المرتبة الأخيرة التوعية الصحية بـ (١٣٣) تكراراً بنسبة (٣٩٪) رغم جاءت المرتبة الأخيرة لأن التوعية الصحية قد تكون مهمه إذا كانت قبل هذه المشكلة لكن أصبحت التوعية بالنسبة للمجتمع لاتحل حقيقتهم أو مشاكلهم من الإدمان أو العنف أو التفكير الأسري، لذلك يتطلب حلاً فوراً في مدينة الديوانية لعلاج ودعم نفسي .

جدول (٣٤) يبين أفضل وسيلة توعية ضد حالات العنف الأسري

المتغيرات	التكرار	النسبة المئوية
الأعلام الرسمي	٣٨	١١٪
المدارس والجامعات	٢٣	٧٪
المراكز الصحية	١١٤	٣٣٪
وسائل التواصل الاجتماعي	١٦٩	٤٩٪
المجموع	٣٤٤	١٠٠٪

يوضح الجدول أعلاه أفضل وسيلة توعية ضد حالات العنف الأسري. وقد جاءت وسائل التواصل الاجتماعي في المرتبة الأولى بـ(١٦٩) مبحوثاً وبنسبة (٤٩٪)، مما يدل على أنها باتت الأداة الأكثر تأثيراً في المجتمع وتوصيل رسائل التوعية ضد العنف الأسري، نظراً للانتشار الواسع لمنصات كالفيسبوك وتيك توك وواتساب وغيرها. وجاءت المراكز الصحية في المرتبة الثانية بـ(١١٤) مبحوثاً وبنسبة (٣٣٪)، مما يعكس ثقة المجتمع بكلام الطبيب والممرض أكثر من الإعلام الرسمي، مما يجعل المراكز الصحية بيئة خصبة للتوعية الصحية. أما الإعلام الرسمي فجاء بـ(٣٨) مبحوثاً وبنسبة (١١٪)، وهو ما يكشف أن قنوات الدولة والإذاعات التقليدية فقدت تأثيرها في مثل هذه القضايا لإعراض المجتمع عن متابعتها. وجاءت المدارس والجامعات في المرتبة الأخيرة بـ(٢٣) مبحوثاً وبنسبة (٧٪)، وهو مؤشر صارخ على انعزال المؤسسات التعليمية في محافظة الديوانية عن واقع مشكلات الطلبة وأسره، إذ يكاد دورها في التوعية يكون معدوماً.

جدول (٣٥) يبين المؤسسات الصحية إلى تدريب إضافي فيما يخص التعامل مع حالات العنف الأسري

المتغيرات	العدد	النسبة المئوية
نعم	٢٨٥	٨٣٪
كلا	٥٩	١٧٪
المجموع	٣٤٤	١٠٠٪

يوضح الجدول أعلاه المؤسسات الصحية إلى تدريب إضافي فيما يخص التعامل مع حالات العنف الأسري فان الذين أجابوا (نعم) بـ(٢٨٥) مبحوثاً بنسبة ٨٣٪ وتشير هذه النسبة الى ادراك الواقعي ونقص في المهارات وكيفية التعامل مع العنف الأسري مع هذه الحالات لا تحتاج فقط العلاج الطبي قديم أنما تحتاج الى مهارات نفسية وقانونية والى تدريب إضافي فيما يخص طريقة التعامل مع حالات العنف الأسري حيث تشير المؤسسات الصحية هي نقطة اتصال الأولى والأمنه للضحايا العنف الأسري حيث يمتد هذا الدور للاستجابة الفعالة من ميل مقدمي الرعاية الصحية على كيفية التعرف على علامات العنف الأسري والتعامل معها بمهنية وسرية، أما الذين أجابوا (كلا) بـ(٥٩) مبحوثاً بنسبة (١٧٪) تشير هذه النسبة الأقلية وهل فعلا هذه الأقلية تمتلك هذه المهارات وهل فعلا هناك كوادر مدربة ورغم هذه الأقلية لا تكفي لان هذه الحالات تزداد بكثرة في وقتنا هذا لذلك يتطلب بالضرورة الملحة للبرامج تدريبية لكون هذه المؤسسات الطبية هي أول ما يلجأ اليها المتضررين .

جدول (٣٦) يبين نوع التدريب الذي يحتاجه للأطباء *

المتغيرات	التكرار	النسبة المئوية
قانوني	١٤٦	٥١٪
نفسي	١٠٣	٣٦٪
اجتماعي	٣٦	١٣٪
المجموع	٢٨٥	١٠٠٪

يوضح الجدول أعلاه نوع التدريب الذي يحتاجه للأطباء وأن الذين أجابوا القانونية بالأغلبية بـ (١٤٦) مبحوثاً بنسبة (٥١٪) تعتبر النسبة الأكبر بأولويات التدريب لدى الأطباء مما يجعل الأطباء براحة مهنية لتجنب المسؤوليات القانونية والعشائرية دون الوقوع بها وأيضاً توثيق الأضرار كأدلة جنائية، أما اختيار النفسي جاء بـ (١٠٣) مبحوثاً بنسبة (٣٦٪) توضح هذه النسبة لرغبة الأطباء وفهم الصدمات النفسية للمريض وتعرف عن السبب الحقيقي وتوصل لحساس المريض لأن أغلب الضحايا لا يفصحون عن السبب الحقيقي، أما الذين أجابوا اجتماعياً بـ (٣٦) مبحوثاً بنسبة (١٣٪) على رغم من أهمية هذا الجانب ألا جاء بعدد قليل لأن حسب الاعتقاد الأطباء أن هذا الدور هو دور الباحثين الاجتماعيين داخل المؤسسات الطبية، وأن الأطباء لديهم كفاءات طبية لكنهم يفتقرون إلى القانون والمهارات النفسية لهذه الحالات.

جدول (٣٧) يبين إنشاء وحدات طبية خاصة بالعنف الأسري

المتغيرات	العدد	النسبة المئوية
نعم	٣٢٧	٩٥٪
كلا	١٧	٥٪
المجموع	٣٤٤	١٠٠٪

يوضح الجدول أعلاه حسب توزيع العينة تبين إنشاء وحدات طبية خاصة بالعنف الأسري أن الذين أجابوا (نعم) بـ (٣٢٧) مبحوثاً بنسبة (٩٥٪) توضح هذه النسبة بضرورة إنشاء وحدات طبية خاصة بالعنف الأسري لكثرة هذه الحالات في أونه الأخيرة لعدم وجود منظومة الطبية أو عيادات خاصة لهذه الحالات، أما الذين أجابوا (كلا) بـ (١٧) مبحوثاً بنسبة (٥٪) تشير هذه النسبة القليلة لعدم وجود الكوادر الخاصة بها أو المستقلة أو الاعتقاد بأن الدمج مع هذه الأقسام يقلل من وصمة العار لدى المراجعين، يتطلب مستشفيات خاصة لهذه الحالات أو مستقل لضمان الرعاية وحماية الكوادر الطبية والمتضررين.

* اقتصر هذا الجدول على (٢٨٥) مبحوثاً وهو عدد المبحوثين الذين أجابوا بـ (نعم) في السؤال السابق.

جدول (٣٨) يبين اعتبار الصحة الأسرية تؤثر مباشرة في الأمن المجتمعي

المتغيرات	العدد	النسبة المئوية
نعم	٣٢١	٩٣٪
كلا	٢٣	٧٪
المجموع	٣٤٤	١٠٠٪

يوضح الجدول أعلاه يبين اعتبار الصحة الأسرية تؤثر مباشرة في الأمن المجتمعي فالأغلبية تشير الى نعم بـ (٣٢١) مبحوثا بنسبة (٩٣٪) بان الأسرة هي المسؤولة عن تأثير الفرد صحيا ونفسيا إذا كان الفرد نشا في بيئة صحيه يكون اقل عرضة للانحراف أو سلوكيات تهدد الاستقرار العام ،لذلك ينظر المستجيبون للصحة الأسرة كدرع الأمان فإن المشكلات داخل الأسرة مثل التفكك أو العنف أو المرض النفسي تؤدي إلى الجناية أو التطرف أما الذين أجابوا (كلا) بـ (٢٣) مبحوثا بنسبة (٧٪) تعتبر هذه النسبة معارضه ترى أن العوامل الخارجية هي التي تؤثر على الفرد وليس الأسرة ،والنتائج تؤكد أن استقرار الأسرة تبدأ من سلامة الأسرة، لذلك يتطلب في زيادة البرامج التوعوية لأسرة الصحية والاجتماعية ضرورية.

جدول (٣٩) يبين تأييد إدراج موضوع الصحة الأسرية ضمن المناهج المدرسية

المتغيرات	العدد	النسبة المئوية
نعم	٣١٥	٩٢٪
كلا	٢٩	٨٪
المجموع	٣٤٤	١٠٠٪

يوضح الجدول أعلاه تأييدا كبير بـ (٣١٥) مبحوثا بنسبة (٩٢٪) بان الصحة الأسرية تدمج ضمن المناهج التعليمية مما يدل على قناعة بان التعليم هو الأنسب لبناء الوعي الصحي والأسري ، أن المناهج الحالية قد تفتقر لمهارات حياتية وحيوية ،وعندما تدخل الصحة الأسرية كمادة سوف تخلق جيلا واعيا ويعرف حقوق الأسرة قبل تكوين أسرة مستقبلا ،أما الذين أجابوا (كلا) بـ (٢٩) مبحوثا بنسبة (٨٪) هي النسبة الأقل وترجع سبب الرفض من خشية زيادة المواضيع على الطلبة أو يعتقدون بان هذا من واجب الأسرة وخلاصة القول يتطلب من صناع القرار التربوي دخول الصحة الأسرية ضمن المواد المنهجية كون مدعومة بقبول مجتمعي .

جدول (٤٠) يبين تأييد إنشاء قنوات اتصال مباشرة بين المؤسسات الصحية والشرطة المجتمعية

المتغيرات	العدد	النسبة المئوية
نعم	٣٢٥	٩٤%
كلا	١٩	٦%
المجموع	٣٤٤	١٠٠%

يوضح الجدول أعلاه حسب توزيع العينة أن تأييد إنشاء قنوات اتصال مباشرة بين المؤسسات الصحية والشرطة المجتمعية أن الذين أجابوا بـ (٣٢٥) مبحوثاً بنسبة (٩٤%)، تشير هذه النسبة إلى توافق حول ضرورة التكامل الصحي والأمني، لأنه عند حدوث الاعتداءات على الكوادر الصحية أو النزاعات العشائرية داخل المؤسسات الصحية، لا يمكن لطبيب حلها بل يتطلب تدخلاً أمنياً من الشرطة المجتمعية. أما المعارضة أجابوا (كلا) بـ (١٩) مبحوثاً بنسبة (٦%) أن سبب الرفض لدى هذه الفئة قد تعود إلى مخاوف المرضى من تواجدها أو يعيق انسيابية التوظيف الإداري وهناك تناقض بين المعارض والموافق وتوضح هذه القنوات مما يجعلها مباشرة بشعور المواطن بالأمان.

جدول (٤١) يبين التسلسل المرتبي للمقترحات التي يراها المبحوثين مناسبة للصحة الأسرية

المتغيرات	التكرار	النسبة المئوية	التسلسل المرتبي
توفير خدمات صحية مجانية أو مدعومة للفئات الأسرية الهشة	٣٢٢	٩٤%	١
إنشاء وحدات أو عيادات متخصصة بالصحة الأسرية داخل المستشفيات العامة	٢٧٥	٨٠%	٢
إطلاق حملات توعوية مجتمعية حول مخاطر العنف الأسري الصحية والجناحية	٢٠٢	٥٩%	٣
إنشاء قاعدة بيانات وطنية مشتركة بين الصحة والجهات المعنية	١٨٤	٥١%	٤
توفير سجل طبي سري خاص بحالات العنف الأسري	٧٦	٢٢%	٥
توفير دعم نفسي ومهني للأطباء الذين يتعاملون مع الحالات الصادمة	٣٨	١١%	٦

يوضح الجدول أعلاه حسب توزيع العينة فيما يتعلق بتحسين الصحة الأسرية جاءت في المرتبة الأولى توفير خدمات صحية مجانية أو مدعومة للفئات الأسرية الهشة أن الذين أجابوا بـ (٣٢٢) تكرارا بنسبة (٩٤٪) حيث يرى المستجيبون أن العامل الاقتصادي هو العائق الأكبر أمام صحة الأسرة وهذا يعني الفئات ضعيفة الدخل تعتبر أن الوصول إلى الخدمة الطبية يفوق قدرتها من ناحية المال، أما المرتبة الثانية إنشاء وحدات أو عيادات متخصصة بالصحة الأسرية داخل المستشفيات العامة بـ (٢٧٥) تكرارا بنسبة (٨٠٪) وتشير هذه النسبة إلى رغبة في إنشاء الوحدات أو العيادات لتمنح الخصوصية للأسر وتوفير لهم علاجاً مستقلاً مما يؤدي إلى ثقة بالمؤسسة الصحية، أما المرتبة الثالثة إطلاق حملات توعية مجتمعية حول مخاطر العنف الأسري الصحية والجنائية بـ (٢٠٢) تكرارا بنسبة (٥٩٪) تشير النسبة إلى أهمية التوعية للأسر بمخاطر العنف كما نالت قبولا في الجداول السابقة عندما تتعرض الأسرة إلى العنف لا تدون رسمي إلى الجهات الأمنية أو عدم وعي الأسرة بالأهمية القانونية، أما المرتبة الرابعة بـ (١٨٤) تكرارا بنسبة (٥١٪) تعتبر هذه نسبة الحد الفاصل حيث يرى نصف المستجيبون الربط بين المؤسسات الصحية والجهات الأمنية عملية ضرورية، أما المرتبة الخامسة بـ (٧٦) تكرارا بنسبة (٢٢٪) تعني هذه النسبة بأن ثقة العينة في النظام السري، لكن يرى المستجيبون أن المشكلة ليست في الخصوصية بقدر ما هي غير موجودة هذه الخدمة من الأساس لذلك يتطلب تفعيل هذه الخدمة، أما المرتبة الأخيرة بـ (٣٨) تكرارا بنسبة (١١٪) تشير هذه النسبة إلى أغفال الصحة النفسية للمقدمين الخدمة (الأطباء) لأن المجتمع يرى الطبيب فقط تقديم الخدمة دون انتباه إلى الضغوط النفسية والصدمات التي يتعرض لها الطبيب مع حالات العنف وهذا مؤشر على غياب ثقافة الدعم بين المجتمع والكوادر الطبية .

الفصل السابع

مناقشة فرضيات الدراسة ونتائجها واستنتاجاتها ومقترحاتها

المبحث الأول: مناقشة فرضيات الدراسة

المبحث الثاني: نتائج الدراسة واستنتاجاتها وتوصياتها ومقترحاتها

التمهيد

يُعد هذا الفصل من أهم فصول الدراسة، إذ يتناول عرضاً تحليلياً متكاملًا لما توصلت إليه الدراسة من نتائج في ضوء أهدافها وتساؤلاتها وفرضياتها، ويتضمن هذا الفصل مبحثين رئيسيين يخصص المبحث الأول لمناقشة فرضيات الدراسة والتحقق من مدى صحتها أو رفضها في ضوء النتائج الإحصائية التي تم التوصل إليها، مع بيان دلالاتها العلمية، أما المبحث الثاني فيتناول عرض أبرز النتائج التي كشفت عنها الدراسة واستخلاص أهم الاستنتاجات، ومن ثم تقديم مجموعة من التوصيات والمقترحات التي يمكن أن تسهم في معالجة المشكلة المدروسة وتطوير الجوانب المرتبطة بها مستقبلاً.

المبحث الأول

مناقشة فرضيات الدراسة

الفرضية الأولى:

- **فرضية الدراسة (H1):** توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير شيوع الاكتئاب الأسري بين المراجعين تبعاً لمتغير نوع الجنس.
- **الفرضية الصفرية (H0):** لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير شيوع الاكتئاب الأسري بين المراجعين تبعاً لمتغير نوع الجنس.

جدول (٤٢) يبين الفروق بين تقدير شيوع الاكتئاب الأسري بين المراجعين تبعاً لمتغير نوع الجنس

الجنس		ذكر		أنثى		المجموع	
		العدد	%	العدد	%	العدد	%
شيوع الاكتئاب							
نعم		٣٦	١١%	٢٢	٦%	٥٨	١٧%
لا		١٤٥	٤٢%	١٤١	٤١%	٢٨٦	٨٣%
المجموع		١٨١	٥٣%	١٦٣	٤٧%	٣٤٤	١٠٠%
χ^2 المحسوبة		٢,٥					
χ^2 الجدولية		٣,٨٤					
درجة الحرية df		١					
مستوى المعنوية sig		٠,٠٥					

يتضح من نتائج الجدول أن قيمة كاي تربيع المحسوبة بلغت ($\chi^2 = 2,5$)، وهي أقل من القيمة الجدولية البالغة ($\chi^2 = 3,84$)، عند درجة حرية (١) ومستوى المعنوية (٠,٠٥)، مما يشير إلى أن الفروق بين الذكور والإناث في شيوع الاكتئاب غير دالة إحصائياً، يمكن تفسير عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بعدة عوامل اجتماعية، فقد يعمل الذكور والإناث ضمن نفس المؤسسات الصحية، ويواجهون ظروفاً مهنية متقاربة، مما يؤدي إلى تقارب في إدراكهم للمشكلات النفسية داخل الأسرة، وعليه نرفض فرضية الدراسة ونقبل الفرضية الصفرية التي تنص على: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير شيوع الاكتئاب الأسري بين المراجعين تبعاً لمتغير نوع الجنس.

الفرضية الثانية:

- **فرضية الدراسة (H1):** توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين نقص الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية الحكومية يؤثر سلباً على صحة الأسرة تبعاً لمكان العمل.
- **الفرضية الصفرية (H0):** لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين نقص الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية الحكومية يؤثر سلباً على صحة الأسرة تبعاً لمكان العمل.

جدول (٤٣) يبين الفروق بين نقص الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية الحكومية يؤثر سلباً على صحة الأسرة تبعاً لمكان العمل

نقص الخدمات مكان العمل		نعم		كلا		المجموع	
		العدد	%	العدد	%	العدد	%
مستشفى حكومي		١٤٠	%٤٠	٩	%٣	١٤٩	%٤٣
مستشفى أهلي		٢٧	%٨	٤	%١	٣١	%٩
مركز صحي		١٥٨	%٤٦	٦	%٢	١٦٤	%٤٨
المجموع		٣٢٥	%٩٤	١٩	%٦	٣٤٤	%١٠٠
χ^2 المحسوبة		٤,٤٠					
χ^2 الجدولية		٥,٩٩					
درجة الحرية df		٢					
مستوى المعنوية sig		٠,٠٥					

يتضح من نتائج الجدول أن قيمة كاي تربيع المحسوبة بلغت ($\chi^2 = 4,40$)، وهي أقل من القيمة الجدولية البالغة ($\chi^2 = 5,99$) عند درجة حرية (٢) ومستوى المعنوية (٠,٠٥)، مما يدل على أن الفروق بين مكان العمل (مستشفى حكومي، أهلي، مركز صحي) في تقدير تأثير نقص الخدمات الصحية على صحة الأسرة غير دالة إحصائياً، أن عدم وجود فروق دالة لا يعني عدم وجود مشكلة، بل يعني أن الاتفاق شبه جماعي بين جميع الفئات هو الذي ألغى الفروق الإحصائية، أن شمولية المشكلة الصحية فنقص الخدمات الصحية يُعد مشكلة عامة تشمل جميع المؤسسات الصحية وليس مقتصرًا على نوع معين من أماكن العمل لذا فإن جميع العاملين في القطاع الصحي يواجهون تحديات متقاربة ومتشابهة مثل ضغط العمل وقلة الموارد ونقص الإمكانيات، وعليه نرفض فرضية الدراسة (H1) ونقبل الفرضية الصفرية (H0) التي تنص على: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين نقص الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية الحكومية يؤثر سلباً على صحة الأسرة تبعاً لمكان العمل.

الفرضية الثالثة:

- **فرضية الدراسة (H1):** توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقييم واقع الصحة الأسرية تبعاً لمتغير سنوات الخبرة.
 - **الفرضية الصفرية (H0):** لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقييم واقع الصحة الأسرية تبعاً لمتغير سنوات الخبرة.
- جدول (٤٤) يبين الفروق بين تقييم واقع الصحة الأسرية تبعاً لمتغير سنوات الخبرة.

واقع الصحة الأسرية		جيد		متوسط		سيء		المجموع	
		العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%
١ - ٥		٦	٢%	٥	١%	٣	١%	١٤	٤%
٦ - ١٠		٢٤	٧%	٥٦	١٧%	٣٧	١٠%	١١٧	٣٤%
١١ - ١٥		٤٠	١٢%	٤٠	١٢%	٧٢	٢٠%	١٥٢	٤٤%
١٦ - ٢٠		٣	١%	٧	٢%	١٧	٥%	٢٧	٨%
٢١ - ٢٥		٦	٢%	١١	٣%	١٧	٥%	٣٤	١٠%
المجموع		٧٩	٢٣%	١١٩	٣٥%	١٤٦	٤٢%	٣٤٤	١٠٠%
χ^2 المحسوبة		٢٣,٨							
χ^2 الجدولية		١٥,٥١							
درجة الحرية df		٨							
مستوى المعنوية sig		٠,٠٥							

أظهرت نتائج اختبار كاي تربيع وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين سنوات الخبرة وتقييم واقع الصحة الأسرية، إذ بلغت القيمة المحسوبة ($\chi^2 = 23,8$) وهي أكبر من القيمة الجدولية ($\chi^2 = 15,51$) عند مستوى دلالة (٠,٠٥) ودرجة حرية (٨)، مما يدل على قبول فرضية الدراسة، وتفسر الباحثة ذلك إلى أن سنوات الخبرة تؤثر في تقييم واقع الصحة الأسرية، إذ تميل الفئات ذات الخبرة الأعلى إلى إعطاء تقييمات أكثر واقعية كونهم مرّوا بتجارب متعددة مع الأسر وشاهدوا مشاكل صحية متراكمة وتعاملوا مع حالات معقدة، مقارنة بذوي الخبرة الأقل الذين تكون رؤيتهم متفائلة نسبياً وعلية نقبل فرضية الدراسة (H1) التي تنص على: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقييم واقع الصحة الأسرية تبعاً لمتغير سنوات الخبرة.

الفرضية الرابعة:

- **فرضية الدراسة (H1):** توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إدراج موضوع الصحة الأسرية ضمن المناهج المدرسية تبعاً للتحصيل الدراسي.
 - **الفرضية الصفرية (H0):** لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إدراج موضوع الصحة الأسرية ضمن المناهج المدرسية تبعاً للتحصيل الدراسي.
- جدول (٤٥) يبين الفروق بين إدراك أهمية التوعية الصحية الأسرية تبعاً للتحصيل الدراسي

الصحة الأسرية		نعم		كلا		المجموع	
التحصيل الدراسي		العدد	%	العدد	%	العدد	%
بكالوريوس		٢٦٠	٧٦%	٢٢	٦%	٢٨٢	٨٢%
ماجستير		٣٨	١٢%	٥	١%	٤٣	١٣%
دكتوراه		١٧	٤%	٢	١%	١٩	٥%
المجموع		٣١٥	٩٢%	٢٩	٨%	٣٤٤	١٠٠%
χ^2 المحسوبة		٠,٨٢					
χ^2 الجدولية		٥,٩٩					
درجة الحرية df		٢					
مستوى المعنوية sig		٠,٠٥					

تشير نتائج تحليل البيانات باستخدام اختبار كاي تربيع (Chi-Square) إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين متغير التحصيل الدراسي ومستوى الصحة الأسرية، إذ بلغت قيمة كاي تربيع المحسوبة ($\chi^2 = 0,82$) وهي أقل من القيمة الجدولية البالغة ($\chi^2 = 5,99$) عند مستوى دلالة (٠.٠٥) ودرجة حرية (٢). وهذا يعني أن الفروق الظاهرة بين فئات التحصيل الدراسي (بكالوريوس، ماجستير، دكتوراه) في إجابات الباحثين ليست فروقاً حقيقية، وإنما قد تعود إلى الصدفة الإحصائية، كما أن الارتفاع الكبير في نسبة الإجابة بـ (نعم) لدى جميع الفئات يعكس وجود اتجاه عام مشترك بين الباحثين بغض النظر عن مستواهم التعليمي، وأن الصحة الأسرية أصبحت قضية عامة مشتركة وليست مرتبطة بمستوى تعليمي معين، وعليه نرفض فرضية الدراسة (H1) ونقبل الفرضية الصفرية (H0) التي تنص على: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إدراج موضوع الصحة الأسرية ضمن المناهج المدرسية تبعاً للتحصيل الدراسي.

الفرضية الخامسة:

- **فرضية الدراسة (H1):** توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين تهديد الطبيب عند الإبلاغ عن حالات العنف تبعاً لمتغير المهنة.
- **الفرضية الصفرية (H0):** لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين تهديد الطبيب عند الإبلاغ عن حالات العنف تبعاً لمتغير المهنة.

جدول (٤٦) يبين الفروق بين تهديد الأطباء عند الإبلاغ عن حالات العنف تبعاً لمتغير المهنة

تهديد الأطباء المهنة		نعم		كلا		المجموع	
		العدد	%	العدد	%	العدد	%
طبيب	٩٢	٢٧%	٦٢	١٨%	١٥٤	٤٥%	
صيدلاني	٤١	١٢%	١٤٩	٤٣%	١٩٠	٥٥%	
المجموع	١٣٣	٣٩%	٢١١	٦١%	٣٤٤	١٠٠%	
χ^2 المحسوبة		٥٢,٢٣					
χ^2 الجدولية		٣,٨٤					
درجة الحرية df		١					
مستوى المعنوية sig		٠,٠٥					

تشير نتائج تحليل البيانات باستخدام اختبار كاي تربيع (Chi-Square) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير المهنة (طبيب، صيدلاني) والتعرض لتهديد الأطباء، إذ بلغت قيمة كاي تربيع المحسوبة ($\chi^2 = ٥٢,٢٣$) وهي أكبر بكثير من القيمة الجدولية البالغة ($\chi^2 = ٣,٨٤$) عند مستوى دلالة (٠.٠٥) ودرجة حرية (١)، وهذا يدل على أن الفروق بين الفئتين ليست عشوائية، وإنما تعكس علاقة حقيقية بين نوع المهنة والتعرض للتهديد، وتظهر النتائج أن نسبة التعرض للتهديد كانت أعلى بشكل واضح لدى الأطباء مقارنة بالصيدالدة، إذ سجل الأطباء عدداً كبيراً من حالات (نعم)، في حين ارتفعت نسبة (كلا) لدى الصيادلة، ويشير هذا التباين إلى أن طبيعة العمل الطبي، وما يتضمنه من تعامل مباشر مع المرضى والحالات الحرجة، قد يجعل الأطباء أكثر عرضة لمواقف التوتر والاحتكاك، وبالتالي أكثر عرضة للتهديد، وعليه نقبل فرضية الدراسة التي تنص على: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين تهديد الطبيب عند الإبلاغ عن حالات العنف تبعاً لمتغير المهنة.

المبحث الثاني

نتائج الدراسة واستنتاجاتها وتوصياتها ومقترحاتها

أولاً: نتائج الدراسة

١. أكد (٦٩٪) من المبحوثين تلقيهم تدريباً حول التعامل مع العنف الأسري وهذا يدل على وجود توجه ملموس من الكوادر الصحية بانها قادرة على بناءها بالمهارات للتعامل مع حالات العنف وهذا ما يعزز من كفاءة هذه الشريحة.
٢. يرى (٩٤٪) من المبحوثين أن نقص الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية الحكومية يؤثر سلباً على صحة الأسرة، وأن نقص الخدمات الصحية في القطاع الحكومي يمثل عائقاً أمام صحة الأسرة، مما يضطر الأسر اللجوء الى القطاع الخاص المجهد مالياً وهو ما يضعف النتائج الصحية النهائية للمجتمع ككل.
٣. يرى (٩٣٪) من المبحوثين أن الجهل الصحي يمثل اهم المخاطر الطبية، اذ يعد الجهل الصحي داخل الأسرة داء يهدد الأسرة واستقرارها وصحة أبنائها فهو يعني نقص المعرفة بالأمراض والمعلومات الصحية الأساسية وكيفية الوقاية من الأمراض والتعامل معها وربما يؤدي الى اتخاذ قرارات خاطئة تضر بالصحة الأسرة وخاصة الأطفال نتيجة غياب الوعي الصحي مثل جهل الأم بالرعاية الصحية الأولية.
٤. يرى (٨٧٪) من المبحوثين أن الكدمات والجروح تمثل لإصابات أو المشكلات الصحية الأكثر شيوعاً نتيجة العنف الأسري.
٥. أكد (٩٠٪) من المبحوثين أن سوء الأوضاع الاقتصادية يعد من اهم العوامل المؤدية إلى تفاقم المشكلات الصحية الأسرية، إذ يمثل الفقر مشكلة أساسية أمام صحة الأسرة بدون مورد مالي تعجز الأسرة عن توفير العلاج أو حتى الوقاية، وهذا ما يحول من أزمات بسيطة الى أزمات صحية معقدة.
٦. يرى (٦٣٪) من المبحوثين شيوع الاستخدام الخاطئ للأدوية داخل الأسر بسبب ظروف معينه كارتفاع بعض أسعار الأدوية بشكل مبالغ في مما يلجأ بعض الأسر لأخذ أدوية منتهية الصلاحية أو غير مرخصة من قبل وزارة الصحة.
٧. أكد (٩٧٪) من المبحوثين أن ضعف التوعية يزيد من المخاطر الطبية إذ غالباً ما يرتبط هذا الضعف بالمستوى التعليمي وبعض العادات الاجتماعية الخاطئة.

٨. أكد (٨٢٪) من المبحوثين أن الخوف من المساءلة يمنع ضحايا العنف من طلب العلاج هو الخوف من المساءلة لأن ثقافتهم تحتم ذلك خوفهم من الفضيحة وهذا يعني لاتصل للمؤسسات الصحية حالات حقيقية للعنف مما يؤدي الى ضياع حقوقهم طبيا وقانونيا.
٩. أكد (٦١٪) من المبحوثين وجود حالات تهديد للطبيب عند الإبلاغ عن حالات العنف وهذه التهديدات ليست مجرد حوادث فردية بل هو سلوك يستخدم للضغط على الطبيب لتغيير تقريره أو التغطية على الجاني.
١٠. يرى (٥٥٪) من المبحوثين بوجود تنسيق بين المؤسسات الصحية والجهات الأمنية، إذ يُسهم التنسيق والتكامل بين المؤسسات الصحية والجهات الأمنية في تعزيز الاستجابة للأزمات، وتحسين مستوى الحماية الصحية للمجتمع.
١١. يرى (٩٣٪) من المبحوثين إن الأطفال الأكثر تضرراً من الإهمال الصحي داخل الأسرة لان الأطفال ضعيفين عن حماية أنفسهم لعدم قدرتهم على التعبير عن الألم أو المطالبة بحقوقهم الصحية، الإهمال الأبوين قد يكون بقصد أو بغير قصد بسبب ضعف التوعية الصحية لديهم.
١٢. أن (٤٢٪) من المبحوثين يرون أن واقع الصحة الأسرية في مدينة الديوانية سيء، إذ تعاني المدينة من تدني المستوى الصحي والخدمات الصحية المقدمة من المستشفيات بالإضافة لما تعانيه مستشفيات مدينة الديوانية من تردي الخدمات النظافة وعدم وجود اهتمام وعناية طبية فيها.
١٣. أن (٦٦٪) من المبحوثين يرون أن دور الإعلام في التوعية بالصحة الأسرية والعنف الأسري هو متوسط الفعالية، فلإعلام دور مهم في نشر المعلومات ودوره في تغيير السلوكيات والاتجاهات كون الإعلام يعد أداة رئيسية ومهمة تنقل القيم الصحية وتوجيه الأفراد نحو نمط حياة صحية صحيحة.
١٤. أن (٩٦٪) من المبحوثين يرون الاضطرابات النفسية من اهم المشكلات الصحية الناتجة عن التفكك الأسري، اذ يؤدي التفكك الأسري الى انهيار وحدة الأسرة وتصدع علاقاتها وهذا يصيب هذه المؤسسة بالخلل وعدم قدرتها على أداء أدورها بشكل الصحيح مما يؤدي الى حدوث اضطرابات نفسية لها تأثير كبير عليها من حيث القلق والاكتئاب وهذا يمارس تأثير على صحة الأفراد الأسرة.
١٥. يؤيد (٩٥٪) من المبحوثين إنشاء وحدات طبية خاصة بالعنف الأسري وضرورة إنشاء وحدات طبية خاصة بالعنف الأسري لكثرة هذه الحالات في أونه الأخيرة لعدم وجود منظومة الطبية أو عيادات خاصة لهذه الحالات.

ثانياً: استنتاجات الدراسة

١. تشير النتائج إلى وجود تأهيل نسبي لدى الكوادر الصحية في التعامل مع العنف الأسري، إلا أن هذا التأهيل لا يقابله دعم مؤسسي كافٍ، مما يحدّ من فاعلية تدخلهم في معالجة الحالات بشكل متكامل.
٢. يعاني النظام الصحي الحكومي من ضعف واضح في الخدمات، الأمر الذي يدفع الأسر إلى اللجوء للقطاع الخاص، مما يفاقم الأعباء الاقتصادية ويؤثر سلباً على مستوى الصحة العامة في المجتمع.
٣. يُعد ضعف الوعي الصحي والتوعية من أبرز العوامل المؤدية إلى تفاقم المشكلات الصحية الأسرية، حيث يرتبط ذلك بانتشار ممارسات خاطئة مثل سوء استخدام الأدوية والإهمال الصحي، خاصة لدى الأطفال.
٤. تمثل العوامل الاجتماعية والاقتصادية (مثل الفقر والخوف من الوصمة الاجتماعية) عائقاً أساسياً أمام الكشف عن حالات العنف الأسري، مما يؤدي إلى عدم وصول الحالات الحقيقية إلى المؤسسات الصحية وضياع الحقوق الصحية والقانونية للضحايا.
٥. رغم وجود مستوى متوسط من التنسيق بين المؤسسات الصحية والجهات الأمنية، إلا أنه لا يزال غير كافٍ، مما يستدعي تعزيز هذا التكامل وإنشاء وحدات متخصصة بالعنف الأسري لتحسين الاستجابة وحماية الضحايا.

ثالثاً: توصيات الدراسة

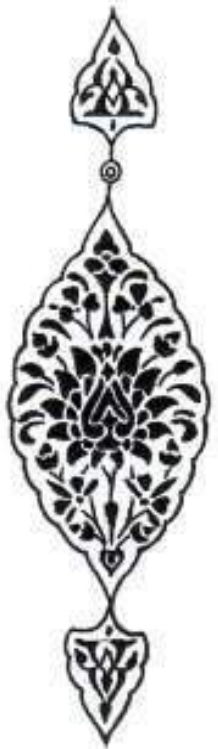
توصي الباحثة الحكومة العراقية والمؤسسات الصحية والتشريعية، بجملة من التوصيات المستندة إلى نتائج هذه الدراسة، وذلك على النحو الآتي:

١. العمل على إعادة النظر في هياكل البنية التحتية للمستشفيات والمراكز الصحية في محافظة الديوانية، من خلال رصد ميزانيات حكومية كافية تكفل توفير الكوادر الطبية المؤهلة والأجهزة الحديثة والمستلزمات الضرورية، بما يُرقي مستوى الخدمة الصحية المقدمة للمواطنين.
٢. الحرص على سن تشريعات قانونية واضحة وصريحة تكفل حماية الكادر الصحي من أشكال التهديد والاعتداء التي يتعرض لها، مع تعزيز الحماية القانونية للطبيب المُبلَّغ وللضحايا المتضررين على حدٍ سواء، مما يُرسخ ثقافة الأمان المهني داخل المنظومة الصحية.
٣. اعتماد نظام رعاية صحية مجاني أو مدعوم يستهدف الأسر الفقيرة والهشة اجتماعياً، بما يضمن تكافؤ الفرص في الحصول على الخدمات الصحية بصرف النظر عن الوضع الاقتصادي للأسرة، وتجسيدا لمبدأ العدالة الاجتماعية.
٤. تحسين منظومة الاستجابة المؤسسية لحالات العنف الأسري من خلال إنشاء وحدات طبية متخصصة داخل المؤسسات الصحية، تتوافر فيها معايير الخصوصية والسرية اللازمة لتشجيع الضحايا على الإقبال طوعاً على طلب العلاج والإبلاغ دون خشية الوصمة الاجتماعية.
٥. العمل على تفعيل دور الأخصائيين الاجتماعيين داخل المؤسسات الصحية وإدراجهم ضمن المنظومة العلاجية المتكاملة، بحيث يضطلعون بمهام التواصل مع أسر الضحايا والتنسيق مع الجهات القانونية المختصة، مما يُعزز فاعلية التدخل الاجتماعي في معالجة الحالات الحرجة.
٦. تحسين مستوى التوعية الصحية المجتمعية من خلال إطلاق حملات شاملة تستهدف ظواهر التداءوي العشوائي وإساءة استخدام الأدوية والإدمان والعنف الأسري، مع الاعتماد على منصات التواصل الاجتماعي بوصفها الأداة الأوسع انتشاراً والأكثر تأثيراً في تشكيل الوعي الجمعي.
٧. الاعتماد على خطط بيئية متكاملة تشمل مكافحة مصادر التلوث وتطوير شبكات الصرف الصحي، إلى جانب تفعيل برامج الأمن الغذائي للأسر الهشة عبر آليات الحماية الاجتماعية الحكومية، بما يضمن للأسرة العراقية بيئةً معيشية صحية وآمنة.

رابعاً: مقترحات الدراسة

١. ضرورة توسيع نطاق الدراسات الميدانية التشغيلية التي يضطلع بها الباحثون الاجتماعيون في مجال الصحة الأسرية، بما يكفل إنتاج معرفة علمية رصينة قادرة على استيعاب تعقيدات الواقع الاجتماعي وتشخيص مواطن الخلل في البنية الأسرية.
٢. تفعيل دور المؤسسات الصحية والاجتماعية في تقديم الدعم الصحي والنفسي المتكامل للأسرة، وذلك من خلال إنشاء فرق جواله متخصصة تنتقل إلى الأحياء السكنية والمناطق النائية، بما يقلص الفجوة بين الخدمات الصحية المتاحة والشرائح الاجتماعية العاجزة عن الوصول إليها.
٣. تخصيص مادة دراسية مستقلة تُعنى بالصحة الأسرية ضمن مناهج وزارة التربية في مختلف المراحل التعليمية، على أن تتضمن هذه المادة محتوىً توعوياً متكاملاً يُرسخ في وعي الناشئة أهمية الوقاية الصحية وثقافة الرعاية الأسرية المسؤولة.
٤. تفعيل دور المراكز الدينية في نشر الوعي الصحي الأسري، باعتبارها فضاءات رمزية ذات حضور اجتماعي واسع وقدرة تأثيرية عالية في تشكيل القناعات والسلوكيات.
٥. إيلاء الاهتمام البحثي والمؤسسي الكافي لمسألة الصحة الأسرية في تقاطعها مع المخاطر الطبية والتهديدات الجنائية، إذ تكشف الشواهد الاجتماعية أن الأسر التي تعاني من هشاشة صحية مزمنة تغدو بيئة خصبة لتنامي ظواهر العنف الأسري والانحراف السلوكي والجريمة، مما يستوجب اعتماد مقارنة وقائية تكاملية تجمع بين التدخل الطبي والدعم النفسي والملاحقة الجنائية في منظومة عمل مؤسسي واحدة ومتناسقة.

المصادر



المصادر

القرآن الكريم

أولاً : الموسوعات والمعاجم والقواميس

١. ابن منظور، لسان العرب، دار صادر، بيروت، ١٩٨٥.
٢. ممدوح الفرماوي، الحشرات، المؤسسة العربية الحديثة، موسوعة الجيب.

ثانياً : الكتب العلمية

١. إبراهيم إبراشي، المنهج العلمي وتطبيقاته في العلوم الاجتماعية، ط١، دار الشروق، عمان، ٢٠٠٩.
٢. إبراهيم ناصر، علم الاجتماع التربوي، ط١، دار الجيل بيروت، ب-ت.
٣. احمد بدر، أصول البحث العلمي ومناهجه، ط١، المكتبة الأكاديمية، القاهرة، ١٩٩٦.
٤. احمد حميد سعيد النعيمي، وحمد عبد الله يونس الزبيدي، الاحكام الشرعية والقانونية للفحص الطبي ما قبل الزواج، دار المعتز، الأردن، ٢٠١٦.
٥. استريد فابري، ترجمة عبد الهادي الإدريسي، الإنسان والفيروسات، ط١، مراجعة فريد الزاهي، هيئة أبو ظبي للسياحة والثقافة، الإمارات، ٢٠٢٢، ص.١٧.
٦. إسرائ محمد خباري أحمد، للوعي الصحي للمرأة المصرية، مجلة الأبعاد الاجتماعية والاقتصادي جامعة أسيوط، العدد ٨٢، أبريل ٢٠٢٢.
٧. أعداد قسم ضمان الجودة والأداء الجامعي، دليل إدارة المخاطر في جامعة بغداد، جامعة بغداد.
٨. اميمة كامل السلاموني، التوعية الصحية دليل العالمي في مجال الرعاية الصحية، ط١، المركز العربي للتأليف والترجمة العلوم الصحية، الكويت، ٢٠١٩.
٩. أولريش بيك، مجتمع المخاطر العالمي بحثا عن الأمان المفقود، ترجمة علا عادل وهند إبراهيم والآخرين، ط١، المركز القومي، القاهرة، ٢٠١٣.
١٠. جان شارل سورينا، تاريخ الطب، ترجمة إبراهيم البجلاتي، ط١، عالم المعرفة، الكويت، ٢٠٠٢.

١١. جليل أبو الحب، الحشرات الناقلة للأمراض، علم المعرفة، الكويت، ١٩٨٢.
١٢. جمعية العامة للتنظيم الأسرة، التوعية والإعلام في مجال تنظيم الأسرة، مؤسسة دار التعاون، مصر، ١٩٧١.
١٣. حسين الشيخ محمد الباليساني، النظرية العامة لجريمة الامتناع، مطبعة الثقافة، أربيل، ١٩٩٨.
١٤. حسين حسن سلمان، السلوك الإنساني والبيئة الاجتماعية، ط١، مجد المؤسسة الجامعية للدراسات، بيروت، ٢٠٠٥.
١٥. حمد الله حمد احمد، الأسرة وقضايا المجتمع العربي في إسرائيل، ط١، دار كتب عربية، مصر، ٢٠٠٧.
١٦. حمد الله محمد احمد ربيع، الأسرة وقضايا المجتمع العربي في إسرائيل، ط١، كتب العربية، مصر، ٢٠٠٧.
١٧. ربحي مصطفى عليان: البحث العلمي - أسسه ومناهجه وأساليبه، بيت الأفكار الدولية عمان، الأردن، ٢٠٠٤.
١٨. رجاء وحيد دويدي، البحث العلمي أساسياته النظرية وممارساته العلمية، دار الفكر، دمشق، سوريا، ٢٠٠٠.
١٩. رجاء وحيد دويدي، البحث العلمي أساسياته النظرية وممارساته العلمية، دار الفكر، دمشق، سوريا، ٢٠٠٠.
٢٠. رندة عباس، الأسر الطبية في العصر العباسي أسرة ال بختيشوع أنموذجا، مجلة جامعة تشرين، الآداب والعلوم الإنسانية، المجلد ٢٤، العدد ٤، ٢٠٢٠.
٢١. زينب صالح الأشوح، طرق وأساليب البحث العلمي وأهم ركائزه، المجموعة العربية للتدريب والنشر، القاهرة، مصر، ٢٠١٤.
٢٢. سجي محمد عباس الفاضلي، دور الضبط الإداري البيئي في حماية جمال المدن، دراسة مقارنة، ط١، المركز العربي للبحوث والدراسات، مصر، ٢٠١٧.
٢٣. سعد جلال، في الصحة العقلية الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية، ط١، دار الفكر العربي للنشر والتوزيع، القاهرة، بدون تاريخ.

٢٤. سعد عبد الرحمن وسماح زهران والآخرين، سيكولوجية البيئة الأسرية والحياة، ط١، دار حنين، الأردن، ٢٠١٦.
٢٥. سلطان الشاوي، المبادئ العامة في قانون العقوبات، مكتبة القانونية، بغداد، بدون تاريخ.
٢٦. سهلية محمود بنات، العنف ضد المرأة، ط١، دار المعتر، الأردن، ٢٠٠٨، ص ٢٢
٢٧. طارق عطية عبد الرحمن، دليل تصميم وتنفيذ البحوث في العلوم الاجتماعية، معهد الإدارة العامة، الرياض، السعودية، ٢٠١٣.
٢٨. عادل عبد الصادق، الرقمنة والأوبئة التحديات والفرص في ضوء جائحة كوفيد ١٩، ط٢، لمركز العربي لأبحاث الفضاء الإلكتروني، القاهرة، ٢٠٢١.
٢٩. عامر الدليمي، أهمية الاستجواب في مرحلة التحقيق الابتدائي لتوجيه الدعوى، ط١، دار المنهل، بغداد، ٢٠١٢.
٣٠. عبد الرحمن بدوي، مناهج البحث العلمي، ط٣، دار النهضة العربية، ١٩٩٧.
٣١. عبد الرحمن محمد الأنصاري، مرآة الشاشات رحلة علم النفس بين الواقع والافتراضي، ط١، دار التكوين، السعودية، ٢٠٢٥.
٣٢. عبد الغني عماد، منهجية البحث في علم الاجتماع، دار الطليعة للطباعة، بيروت، لبنان، ٢٠٠٧.
٣٣. عبد الفتاح الخواجة، الصحة النفسية والإرشاد النفسي، ط١، دار البداية، عمان، ٢٠١٠.
٣٤. عبد الله بن سعد الفالح، تربية الأبناء، ط١، دار ابن الأثير، الموصل، بدون تاريخ.
٣٥. عبد الله بن عمر النجار، استخدام حزمة البرنامج (Spss) في تحليل البيانات، مؤسس شبكة البيانات، الرياض، السعودية، ٢٠٠٣.
٣٦. علي المكاوي، علم الاجتماع الطبي مدخل نظري، ط١، حقوق الطبع محفوظة للمؤلف، القاهرة، ب.ت .
٣٧. علي سيد إسماعيل، مواقع التواصل الاجتماعي بين التصرفات المرفوضة والأخلاقيات، ط١، دار التعليم الجامعي، الأردن، ٢٠١٩.
٣٨. فاتن البوعيش الكيلاني، الفحوصات الطبية للزوجين قبل ابرام عقد الزواج، ط١، دار النفائس، مصر، ٢٠١١.

٣٩. فضيلة الشيخ عطية صقر، موسوعة الأسرة تحت رعاية الإسلام مراحل تكوين الأسرة، ج١، ط٢، مكتبة وهبة، القاهرة، ٢٠٠٦.
٤٠. فؤاد ابو حطب، سيد أحمد عثمان: التقويم النفسي، ط٤، الأنجلو المصرية، القاهرة، ١٩٨٦.
٤١. فؤاد السيد بهي: علم النفس الاجتماعي وقياس العقل البشري، ط٣، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر، ١٩٩٧.
٤٢. فيكرى أمال، مخاطر نفايات النشاطات الطبية على الصحة في المجتمع، مجلة المفكر، جامعة البليدة، كلية الحقوق والعلوم السياسية، العدد الثالث عشر.
٤٣. قدري الشيخ علي، سوسن جورج سمور وآخرين، علم الاجتماع الطبي، ط١، مكتبة المجتمع العربي، الإسكندرية، ٢٠٠٧.
٤٤. قدري الشيخ علي، سوسن جورج سمور، ماري زايد حداد، ط١، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع، الأردن، ٢٠٠٨.
٤٥. مارتن هيو جونز وهيوبرت وآخرين، ترجمه مساعد بن احمد الضبيوب وعبد الله بن ناصر الخلف وعبد الماجد عبد الونيس دراز، الأمراض المشتركة بين الإنسان والحيوان، نشر العلمي والترجمة جامعه قصيم، السعودية، ٢٠٠٨.
٤٦. محمد الجوهري، الصحة والبيئة دراسات الاجتماعية وانثر وبولوجيه، ط١، دار كتب عربية مصر، ٢٠٠٧.
٤٧. محمد جاسم، رعايتنا الصحية خياراتنا مساراتنا قرارنا، ط١، البحرين، ٢٠١٣.
٤٨. محمد حسين علوان، الاعلام الرقمي والتنشئة الاجتماعية، ط١، دار أمجد للتوزيع والنشر، الإمارات العربية، ٢٠٢٤.
٤٩. محمد سلامة محمد غباري، الإدمان خطر يهدد الامن الاجتماعي الطبعة الأولى، دار الوفاء للنشر والتوزيع، ٢٠٠٧.
٥٠. محمد عثمان محمد الفلاح، وصايا تربوية في التربية الأبناء، ط١، دار القاسم، ب-ت .
٥١. محمد علي محمد: علم الاجتماع والمنهج العلمي، دراسات في طرائق البحث وأساليبه، دار المعرفة الجامعة، الإسكندرية، مصر، ١٩٨٨.

٥٢. محمد علي محمد: مقدمة في البحث الاجتماعي، دار النهضة العربية للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، ١٩٨٢.
٥٣. محمود سلامة، الحماية الدستورية والقضائية لخصوصية البيانات الشخصية للعامة، ط١، مطبعة أبناء وهبة، القاهرة، ٢٠١٦.
٥٤. محمود موسى شديفان، الإدمان وأثره على المجتمعات، ط١، دار الخليج، الأردن، ٢٠١٧.
٥٥. مروان عبد المجيد إبراهيم، أسس البحث العلمي لأعداد الرسائل الجامعية، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، الأردن ٢٠٠٠.
٥٦. مصطفى خالد الرواشدة، مركز الكتاب الأكاديمي، ط١، جرائم التهديد في القانون الأردني ماهيتها، ووسائل
٥٧. مصطفى خالدة الرواشدة، القواعد القانونية للجرائم الإلكترونية في المجتمع الأردني، بدون طبعة، مركز الكتابي الأكاديمي، الأردن، ٢٠٢٥.
٥٨. معتصم تركي الدلاعين، علم الاجتماع الطبي، ط١، دار الخليج العربي، الأردن، ٢٠٢١.
٥٩. معن خليل العمر: البحث الاجتماعي - القواعد - المناهج - المجالات، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، ٢٠٠٨.
٦٠. منال كمال عبد الرحمن، وعلي رشاد عبد المؤمن، تغذية المجتمعات البرامج الغذائية، google Books القاهرة، ٢٠١٠.
٦١. منى يونس بحري، ونازك عبد الحليم قطيشات، العنف الأسري، ط١، دار صفاء للتوزيع والنشر، عمان، ٢٠١١.
٦٢. مهدي محمد القصاص، تصميم البحث الاجتماعي، دار نيبور للطباعة والنشر، بغداد، ٢٠١٤.
٦٣. مهند عبد الرزاق عبد الفلوجي، بين حضارتين مفارقات بين الشرق والغرب، ط١، دار العبيكان، السعودية، ٢٠٢٥.
٦٤. موريس أنجرس، منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية، ترجمة بوزيد صحراوي وآخرون، ط٢، دار القصبة الجزائر، ٢٠٠٦.

٦٥. نادية سعيد عيشور، سوسيولوجية الصحة في المجتمع الجزائري، ط١، مؤسسة حسين راس الجبل للنشر، الجزائر، ٢٠١٨.
٦٦. -نجلاء عاطف خليل، علم الاجتماع الطبي ثقافة الصحة والمرض، بدون طبعة، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر، ٢٠٠٦.
٦٧. نجلاء عاطف خليل، علم الاجتماع الطبي ثقافة الصحة والمرض، ط١، مكتبة، الأنجلو المصرية، القاهرة، ٢٠٠٦.
٦٨. نرمين حسن السطالي، سيكولوجية العنف وأثره على التنشئة الاجتماعية للأبناء، ط١، دار السعيد، مصر، ٢٠١٨.
٦٩. نهى عادل مجاهد، نجوى يوسف جمال الدين التربية على قيم المواطنة العالمية لمواجهة مجتمع المخاطر، ط١، دار التعليم الجامعي، مصر، ٢٠٢١.
٧٠. وائل عبد الرحمن التل، عيسى محمد قحل، البحث العلمي في العلوم الإنسانية والاجتماعية، ط٢، دار الحامد، عمان، ٢٠٠٧.
٧١. يوسف بلتو، ويوسف الأشقر، الفحوصات الطبية الضرورية قبل الزواج، د/ط، د/ت، دار الزهران، الأردن.

ثالثا: الرسائل والاطاريح

١. احمد عبد الوهاب، أسس تدوير النفايات، بدون طبعة، دار العربية للنشر والتوزيع، القاهرة ١٩٩٧.
٢. بن داود حنان، مسؤولية متولي الرقابة دراسة مقارنة بين القانون المدني وقانون الاسرة، أطروحة دكتوراه منشورة، جامعة أبي بكر بلقايد - تلمسان، كلية الحقوق والعلوم السياسية، قسم قانون خاص، ٢٠٢٠.
٣. حنان موحى علي، تقانة النانو وانعكاساتها على الأمن الصحي دراسة اجتماعية في بغداد، أطروحة دكتوراه غير منشورة، قسم علم الاجتماع، كلية الآداب- جامعة بغداد، ٢٠٢٠.
٤. رقطي بسمة، إدارة المخاطر في المؤسسة الصحية الجزائرية دراسة ميدانية في الاستشفائية العمومية الحكيم عقبي -قالمة، رسالة ماجستير، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعي، قسم: العلوم الاجتماعية، تخصص: علم اجتماع صحة، ٢٠٢٢.

٥. ساره محمد حنش، المسؤولية الجزائية عن التهديد عبر الوسائل الإلكترونية (دراسة مقارنة) جامعة الشرق الأوسط، كلية الحقوق، رسالة منشورة، ٢٠٢٠.
٦. ساره محمد حنش، المسؤولية الجزائية عن التهديد عبر الوسائل الإلكترونية (دراسة مقارنة) رسالة ماجستير، جامعة الشرق الأوسط، كلية الحقوق، قسم القانون العام، ٢٠٢٠، ص ٢٢.
٧. سعدون سرينة، بوجاوي رزيقة، المخاطر الناجمة عن منح القروض المصرفية في ظل التشريع الجزائري، رسالة ماجستير (غير منشورة)، جامعة البويرة، كلية الحقوق والعلوم السياسية، قسم القانون الخاص، ٢٠١٩.
٨. سليمان بومدين، التصورات الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض في الجزائر، رسالة دكتوراه غير منشورة، قسم علم اجتماع، كلية العلم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قسنطينة، الأردن، ٢٠٠٤.
٩. محمد خليفة الفهداوي، الضوابط الأسرية الواردة في القرآن الكريم، رسالة ماجستير، جامعة النيلين، الهوران، ٢٠١٧.
١٠. محمد فاضل علي، دور شبكة الفيس بوك في تعزيز التوعية الصحية لدى الجمهور، رسالة ماجستير منشورة، جامعة الشرق الأوسط، كلية الإعلام، ٢٠١٧.
١١. وردة نوشي، النفايات المنزلية وانعكاساتها على الاسرة الحضرية، دراسة ميدانية بمدينة بسكرة، أطروحة دكتورا منشورة، جامعة محمد خيضر بسكرة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، قسم العلوم الاجتماعية، ٢٠٢٢.

رابعاً : المجلات العلمية

١. عزيز أحمد صالح الحسّ، الأمن الأسري: المفاهيم، المقومات، والمعوقات، مجلة الأندلس للعلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الأندلس، كلية الآداب، صنعاء، ٢٠٠٦.
٢. فاطمة حداد، تأثير العنف الأسري على سلوك الطفل، مجلة الفقه والقانون، مصر، العدد الثالث والستون، ٢٠١٧.
٣. باسمه حلاوة، دور الوالدين في تكوين الشخصية الاجتماعية عند الأبناء دراسة ميدانية في مدينة دمشق، مجلة جامعة دمشق، كلية التربية، المجلد ٢٧، العدد الثالث والرابع، ٢٠١١.

٤. محمد عبد العزيز الدسوقي رخا، دور الخدمة الاجتماعية في تعزيز الرقابة الاسرية لوقاية الأبناء من المخاطر وسائل التواصل الاجتماعي، مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية، جامعة الفيوم، العدد الثاني عشر، ب-ت.
٥. حسين عايد الفريجات، المناخ الأسري وعلاقته ببعض مظاهر الصحة النفسية لدى مجموعة من طلبة وطالبات، مجلة كلية التربية، جامعة الأزهر كلية الدراسات الإسلامية والعربية، دبي، العدد ١٦٤، ج ٣، ٢٠١٥.
٦. رياض مرار سلمان، واقع النفايات الصلبة في العراق والحد من آثارها البيئية، مجلة جامعة سومر للعلوم الإنسانية، جامعة سومر، كلية التربية الأساسية، ذي قار، ٢٠٢٤.
٧. انفال فؤاد عبود، حوراء حسين كريم، الحماية الدولية للبيئة من النفايات الخطرة، مجلة كلية التراث الجامعة، جامعة واسط، كلية التراث الجامعة، العدد الحادي والاربعون، ٢٠٢٥.
٨. زهراء موسى سالم جبر، جريمة التهديد، ورقة بحثية، جامعة بابل، كلية القانون، ٢٠٢٢.
٩. ناهدة عمر صادق، جريمة التهديد في قانون العقوبات العراقي، ورقه بحثية من مجلس القضاء الأعلى، ٢٠١٥.
١٠. إيهاب عبد المطلب، سمير صبحي، الموسوعة الجنائية الحديثة في شرح القانون الجنائي المغربي، المجلد ٣، ط ١، مكتبة الرشاد /سطات، المملكة المغربية، ٢٠١١.
١١. عادل عرنوص جمعة، إثر العوامل البيئية الداخلية والخارجية في تحسين الخدمات الصحية دراسة تطبيقية من وجهة نظر متلقي الخدمات الصحية في مدينة الطب العراقية، جامعة مؤتة، الأردن، ٢٠١٠.
١٢. هيمن علي عباس، جريمة التهديد عرب وسائل التواصل الاجتماعي ومدى خطورتها على الأفراد، ورقة بحثية، إقليم كردستان - العراق مجلس القضاء، ٢٠٢٤.
١٣. مليكة بن زيان، ووسيلة زيات، والآخرين، العزلة الاجتماعية بسبب جائحة كوفيد -١٩ وانعكاساتها على الصحة النفسية والجسدية للفرد، مجلة دراسات في العلوم الإنسانية والاجتماعية، الجزائر، المجلد (٣) ، العدد (٢٨) ، ٢٠٢٠.
١٤. احمد ياسين احمد، واحمد خضير حسين، الآثار الاجتماعية لما بعد جائحة كوفيد -١٩ وثقافة التباعد الاجتماعي دراسة اجتماعية حول تأثيرات فيروس كوفيد - ١٩، مجلة كلية التربية، جامعة واسط، كلية الآداب، المجلد (٤)، العدد (٥٢)، ٢٠٢٣.

١٥. الاء احمد عبد المجلي ومحمد فايز المطيري، دور الأسرة في التعامل مع قلق انتشار فيروس كورونا دراسة ميدانية في مدينة جدة، مجلة العلمية للدراسات والبحوث المالية والتجارية، جامعة دمياط، كلية التجارة، المجلد (٣)، العدد (٢)، ٢٠٢٢.
١٦. عادل عبد الستار عبد الحسن الجناي، فقه الحشرات دراسة مقارنة الأحكام الحشرات والديدان في الفقه الإسلامية، مجلة كلية العلوم الإسلامية، جامعة بغداد، كلية العلوم الإسلامية، العدد (٤١)، ٢٠١٥.
١٧. لؤي شوقي ناجي، أحكام حمايته الأسرة في القانون العراقي والإطار القانوني المنشود لها، مجلة جامعة البيان للدراسات والبحوث القانونية، كلية الآمال الجامعة، للدراسات والبحوث القانونية، المجلد (٤) ، العدد (٢).
١٨. محمد غالي، الطفل كمصطلح قانوني حديث، مجلة الحقوق للبحوث القانونية والاقتصادية، جامعة الإسكندرية، كلية الحقوق، مصر، مجلد الثاني، العدد الأول، ٢٠١٩.
١٩. السعيد فيطس، أثار العنف الأسري على الفرد والأسرة والمجتمع، مجلة الحقوق والعلوم الإنسانية، جامعة الجلفة، المجلد ١٨، العدد ٢، جوان، ٢٠٢٥.
٢٠. بصائر على محمد، الحماية الجنائية لنطاق حق الرعاية الصحية، مجلة كلية القانون والعلوم السياسية، قسم القانون العام، الجامعة العراقية، العدد (٤).
٢١. آلاء أحمد عبد المجلي ومحمد فايز المطيري، دور الأسرة في التعامل مع قلق انتشار فيروس كورونا دراسة ميدانية على عينة من الأسر سعودية في مدينة جدة، المجلة العلمية للدراسات والبحوث المالية والتجارية، جامعة دمياط، كلية التجارة، المجلد (٣)، العدد (٢) ، الجزء الرابع، يوليو ٢٠٢٢.
٢٢. صلاح خالد، الحالة الأطفال لعام (٢٠٢١) تعزيز الصحة العقلية للأطفال وحمايتهم ورعايتهم، مجلة الطفولة والتنمية، مصر، العدد ٤٨، ٢٠٢٣.
٢٣. زويبر لفقيير وبن رمضان سامية أثر غياب الاستقرار الأسري على صحة الطفل، مجلة آفاق للعلوم، جامعة زيان عاشور الجلفة، المجلد ٥٥، العدد ١٢، الجزائر، ٢٠١٨.
٢٤. أحمد فلاح العموش وآخرون، مظاهر السلوك الصحي في مجتمع الإمارات دراسة ميدانية، مجلة شؤون اجتماعية، العدد (١٠٢)، الشارقة، ٢٠٠٩.

٢٥. فيصل خليف العنزي، منصور عبد الله محمد العجمي، دور علم النفس البيئي في ظل التغيرات المناخية وتأثيرها النفسي والاجتماعي على السلوك الإنساني، مجلة الإرشاد النفسي، جامعة الكويت كلية التربية الأساسية، العدد ٧٣ ج ١، الكويت، ٢٠٢٢.
٢٦. آلاء عبد الواحد، إيمان المخدرات وعلاقته بالشفقة بالذات، المجلة القومية لدراسات التعاطي والإدمان، المجلد ١٩، العدد ١، مصر، ٢٠٢٢.
٢٧. مهدي شهاب أحمد، الإدمان على التدخين وطرق الوقاية، مجلة جامعة تكريت للعلوم الإنسانية، جامعة تكريت، كلية التربية للعلوم الإنسانية، المجلد ٢٦، العدد ٣، ٢٠١٩.
٢٨. ممدوح واعر عبد الرحمن مهني، نحو نظرية لقبول المخاطر في الفقه الإسلامي، مجلة البحوث القانونية والاقتصادية، جامعة عين الشمس، كلية الحقوق، العدد ٧٣، ٢٠٢٠.
٢٩. عبد الحفيظ حسام الدين، دور الحوكمة البنكية في إدارة وتسيير المخاطر المصرفية، مجلة دراسات التنمية الاقتصادية، جامعة الأمير عبد القادر للعلوم الإسلامية، قسنطينة الجزائر، المجلد السابع، العدد الأول، ٢٠٢٣.
٣٠. زناقي بشير، وغربي صباح، معاريف محمد، إدارة المخاطر المصرفية في البنوك التقليدية والإسلامية - دراسة تحليلية مقارنة، مجلة التنويع الاقتصادي، جامعة بلحاج بوشعيب عين تموشنت الجزائر، العدد ٢، ٢٠٢٠.
٣١. امل كاظم سعود، خصوصية المسؤولية المدنية عن اثار المخاطر الطبية، مجلة الحقوق، الجامعة المستنصرية، كلية القانون، العدد ٤٠، ٢٠٢١.
٣٢. حيدر فليح حسن وعلياء زامل مشتت، تطور المخاطر الطبية والمعيار المعتمد في تبصير المريض بها، دراسة مقارنة بين التشريعات الوضعية، مجلة بحوث الشرق الأوسط، جامعة بغداد، كلية القانون، مجلد ٨، العدد ٥٣، ٢٠٢٢.
٣٣. نادر كمال لمعي، دور الأداء الأخلاقي في تخفيض الأخطار الطبية في المستشفيات، المجلة العلمية لدراسات التجارية والبيئية، جامعه قناة السويس، كلية التجارة، مصر، المجلد التاسع، العدد الرابع الجزء الثاني ٢٠١٨.
٣٤. المركز الدولي الإسلامي للدراسات والبحوث السكانية، مؤتمر الأمومة في الإسلام، مصر، ١٩٧٩.
٣٥. مصر، رئاسة الجمهورية، (٢٠١١)، الجريدة الرسمية، المجلد (٥٤)، الأعداد ١٦-٣٢.

٣٦. هاجر مجدي عبدة الحمامي، دور وسائل التواصل الاجتماعي في توعية المواطنين بالمبادرة الصحية جامعة دمياط، كلية الآداب، مجلة العلمية، المجلد (١٠)، العدد (٣)، ٢٠٢١.
٣٧. بسمة محمد نظير احمد، التهديدات الأمنية العابرة للحدود وتداعياتها على الأمن الوطني العراقي: الإرهاب نموذجا، مجلة القضايا السياسية، جامعة الموصل، كلية العلوم السياسية، العدد ٧٤، ٢٠٢٣.
٣٨. يوسف بن محمد الهويس، أسباب الانتشار ظاهرة تعاطي المخدرات بين الشباب وأثارها وسبل الوقاية منها، مجلة العربية للدراسات الأمنية، جامعة الشقراء، المجلد (٣٣)، العدد (٧٠)، ٢٠١٧.
٣٩. غنيمه عباس، وطاؤوس شاقور، إدمان الشباب للمخدرات وتأثيره على الأسرة والمجتمع أسباب وحلول، مجلة التربية في القرن ٢١ للدراسات التربوية والنفسية جامعة مدينة السادات الكويت، كلية التربية، ٢٠٢٢.
٤٠. بشاوي فتحية، وسعد الحاج بن جخل، الإدمان على استخدام وسائل التواصل الاجتماعي وتأثيره على التوافق الزوجي لدى الأزواج الشباب، فيس بوك أنموذجا -دراسة ميدانية لمجموعة من الأزواج في ولاية مستغانم، مجلة الأكاديمية الدولية للعلوم النفسية والتربوية والارطوليا، المجلد (٥)، العدد (٢)، ٢٠٢٥.
٤١. دبراسو، فطيمة، الإدمان على الأنترنت وأثره على التوافق النفسي والاجتماعي للأسرة الفيس بوك نموذجا، مجلة التغير الاجتماعي، دار المنظومة، جامعة محمد خيضر بسكرة -كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد (٢)، ٢٠١٧.

خامساً: شبكة الانترنت

١. محمد عبد العليم، الأسرة والصحة النفسية، مقال منشور على شبكة الانترنت، تمت زيارة الرابط بتاريخ، ٢٠٢٥/١٠/٥.

<https://www.islamweb.net/ar/library/content/>

٢. ما هي المخاطر الصحية وأنواعها وأمثلة عليها وكيفية إدارتها؟"، مركز المعرفة، موقع بكة للتعليم، الرياض، المملكة العربية السعودية، ١ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠٢٥، من الموقع:

<https://bakkah.com/ar/knowledge-center>

٣. جامعة الملك سعود، "المخاطر الطبية"، منشور على موقع الأنترنت ٢٠٢٣، ينضر:
[http://. risk.ksu.edu.sa/ar/node /1226](http://risk.ksu.edu.sa/ar/node/1226)
- ٣- دليل الصحة العقلية والدعم النفسي والاجتماعي في حالات الطوارئ، المفوضية السامية،
للشؤون اللاجئين، ٢٠٢٣،
<https://emergency.unhcr.org/ar/print/pdf>
٤. منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة والصندوق الدولي للتنمية الزراعية ومنظمة الأمم
المتحدة للطفولة (اليونيسف) وبرنامج الأغذية العالمي ومنظمة الصحة العالمية ٢٠٢٤
حالة الأمن الغذائي والتغذية في العالم ٢٠٢٠ - التمويل من أجل القضاء على الجوع
وانعدام الأمن الغذائي وسوء التغذية بجميع أشكاله:
<https://doi.org/10.4060/cd1254ar>
٥. ريتا كانجيا لوسى، "الأثر النفسي لانتشار الآفات المنزلية " مقال منشور على موقع West
shore pest ٩/فبراير /٢٠٢٣، تاريخ الاطلاع ١٣/٤/٢٠٢٦، متاح على الرابط.
[https://west shore pest .](https://westshorepest.com/psychological) [com/psychological](https://westshorepest.com/psychological)
٦. دولة الإمارات العربية المتحدة. القانون الاتحادي رقم (١٦) لسنة ٢٠٠٧ بشأن الرفق
بالحيوان، موقع التشريعات الإماراتية الرسمية *:
<https://uaelegislation.gov.ae/ar/legislations/1162>.
٧. منظمة الأغذية والزراعة، وبرنامج الأمم المتحدة للبيئة، ومنظمة الصحة العالمية، والمنظمة
العالمية لصحة الحيوان ٢٠٢٣. خطة العمل المشتركة بشأن نهج الصحة الواحدة
(٢٠٢٢-٢٠٢٦) العمل معا من أجل صحة الإنسان والحيوان والنباتات والبيئة، روما:
<https://doi.org/10.4060/cc2289ar>
٨. شفق نيوز... مصرع طفل بـ "عضة كلب". متوفر على الإنترنت: سبتمبر تاريخ الاطلاع
٢٣ / ١١ / ٢٠٢٥
[https://shafaq.com/are9 /2022/16/](https://shafaq.com/are9/2022/16/)
٩. قناة دجلة، مقتل شاب في الزبير جراء عضه كلب ،
<https://dijlah.tv/News/188897>
١٠. تقرير العين الإخبارية، الكلاب الضالة تشكل خطراً في العراق، موقع في الشبكة
الانترنت تاريخ النشر: ٢٠٢٣ .

١١. تقرير عراق الحدث، النفايات في العراق.. أزمة بيئية تهدد الصحة والاقتصاد، موقع

على شبكة الأنترنت <https://iraqalhadath.net> بتاريخ ٢٠٢٥

١٢. جريدة الصباح، "تشريع قوانين حماية الأسرة العراقية"، منشور بتاريخ ٢٦ آب ٢٠٢١،

على الرابط:

<https://share.google/LeBh9eoT9uHRVpQUC>

١٣. عمر حسن عمر، إثر قانون مناهضة العنف الأسري في إقليم كردستان العراق في تفكك

الأسرة، دراسة تحليلية في ضوء المقاصد الشريعة الإسلامية، مجلة جامعة گرميان ، متاح

على الإنترنت:

<https://doi.org/10.24271/garmian.Conf-2019-18>

١٤. منظمة الصحة العالمية اليونيسف، الرعاية الصحية المجتمعية، ٢٠٢٠، مقال متاح على

الرابط التالي

<https://www.unicef.org/media/73141/file/> .

١٥. دور العوامل الوراثية في الخرف ، ٢٠٢٤، مقال منشور على الرابط متاح

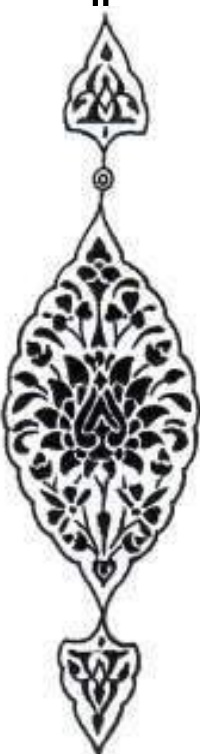
<https://continentalhospitals.com>

سادساً: المصادر الأجنبية

1. Berger, Peter L., & Luckmann, Thomas. (1966). The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge. New York: Anchor Books.
2. Bernard Marr, Coronavirus: How Artificial Intelligence, Data Science And Technology Is Used To Fight the Pandemic, www.forbes.com, Mar 13, 2020).
3. Bernard Marr, Coronavirus: How Artificial Intelligence, Data Science And Technology Is Used To Fight the Pandemic, www.forbes.com, Mar 13, 2020
4. Cline Med, The Health Care And Disease, The Journal Clinical Medicine, Vol 2, No3, 2002, P335-339.
5. Cochran, W. G. (1977). Sampling Techniques (3rd ed.). New York: John Wiley & Sons. 1977.p75-78.

6. Cooley, Charles H. (1902). Human Nature and the Social Order. New York: Scribner's. p54.
7. Goffman, Erving. (1959). The Presentation of Self in Everyday Life. New York: Doubleday. P. 162.
8. Husserl, Edmund. (1931). Ideas: General Introduction to Pure Phenomenology.p. 235
9. Pardeck, J. T., and Yuen, F. Y., Family Health: An Emerging Paradigm for Social Workers, Journal of Health & Social Policy, 2001.
10. Patrick.D.. and atal. Sociology and applied medicine Bailliere, London
11. Schutz, Alfred. (1967). The Phenomenology of the Social World. Evanston: Northwestern University Press.p. 113.
12. Stephen F. Jancks, Edwin D. Huff, Timothy Cuerdon, Change in the quality of care delivered to Medicare Beneficiaries, JAMA, 2003;289:305-312 .
13. Woollahra, Family Health Overview, medical article, October 31, 2025,
website: <https://www.woollahradoctors.com.au>
14. Woollahra, *Family Health Overview*, medical article, October <https://doi.org/10.4060/cd1254ar>

الملاحق



الملحق الأول



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة القادسية / كلية الآداب

قسم علم الاجتماع/ الدراسات العليا

م/ استمارة استبيان

الأستاذة الأفاضل تحية طيبة

تجري الباحثة دراسة بعنوان (الصحة الأسرية بين المخاطر الطبية والتهديدات الجنائية دراسة ميدانية في مدينة الديوانية)، وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في علم الاجتماع، وكانت إحدى أدوات الدراسة هي الاستبانة التي اعتمدت الباحثة على صياغتها وأعدادها في ضوء محاور الجانب النظري فضلاً عن الاطلاع على نماذج الدراسات السابقة والنزول للميدان، أن رأيكم وملاحظاتكم بشأن نموذج الاستبانة يزيد من رصانتها وقوتها، فعليه أرجو التفضل بالاطلاع وبيان مدى صلاحية فقراتها المقترحة.

ولكم فائق الاحترام والتقدير

المشرف

أ.د. شذى نجاح بلاش

الباحثة

زينب رزاق جواد

أولاً: البيانات الأولية

١. الجنس: ذكر () أنثى ()
٢. العمر: () عام
٣. التحصيل الدراسي: بكالوريوس () دبلوم عالي () ماجستير () دكتوراه ()
٤. المهنة: طبيب () صيدلاني ()
٥. مكان العمل: مستشفى حكومي () مستشفى أهلي () مركز صحي ()
٦. سنوات الخبرة : () عام

ثانياً : بيانات الظاهرة المدروسة

٧. هل تلقيت تدريباً حول التعامل مع العنف الأسري؟
نعم () لا ()
٨. ما مدى تعاون المواطنين مع الطبيب:
• كبير ()
• متوسط ()
• ضعيف ()
٩. برأيك هل نقص الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية الحكومية يؤثر سلباً على صحة الأسرة؟
نعم () لا ()
١٠. برأيك هل انعدام الأمن الغذائي يؤثر على مناعة وصحة أفراد الأسرة؟
نعم () لا ()
١١. برأيك هل الإدمان يعد من أخطر العوامل المؤثرة على استقرار الأسرة صحياً؟
نعم () لا ()
١٢. برأيك أي من الأسباب التالية تعد من أهم المخاطر الطبية الأسرية: (يمكنك اختيار أكثر من إجابة)
• سوء التغذية ()
• الجهل الصحي ()
• المشكلات النفسية ()
• الإدمان ()
١٣. رتب أكثر الإصابات أو المشكلات الصحية شيوعاً نتيجة العنف الأسري؟ (يمكنك اختيار أكثر من إجابة)

- الكدمات والجروح ()
- أمراض مزمنة ()
- مشكلات في الجهاز العضلي ()
- الحروق أو التشوهات ()

١٤. برأيك ما أهم العوامل المؤدية إلى تفاقم المشكلات الصحية الأسرية؟ (يمكنك اختيار أكثر من إجابة)

- سوء الأوضاع الاقتصادية ()
- ضعف الوعي الصحي ()
- البيئة السكنية غير الصحية ()
- سوء العادات الغذائية ()

١٥. برأيك هل الاستخدام الخاطئ للأدوية شائع داخل الأسر؟

- نعم () لا ()

١٦. هل الاكتئاب الأسري شائع بين مراجعي المؤسسات الصحية؟

- نعم () لا ()

١٧. هل ضعف التوعية الصحية الأسرية يزيد من المخاطر الطبية؟

- نعم () لا ()

١٨. برأيك بعض الأسر تتأخر في مراجعة الطبيب عند المرض؟

- نعم () لا ()

١٩. هل الخوف من المساءلة يمنع الضحايا من طلب العلاج؟

- نعم () لا ()

٢٠. ما أكثر الأمراض المرتبطة بالحشرات التي لاحظتموها؟

- أمراض فيروسية ()
- أمراض طفيلية ()
- أمراض بكتيرية ()
- أمراض جلدية ()
- أخرى: _____

٢١. برأيك ما أهم التأثيرات السلبية للحشرات والكلاب السائبة: (يمكنك اختيار أكثر من إجابة)

- نقل الأمراض المعدية ()

• التسبب في التلوث البيئي ()

• تلوث الغذاء ()

• تشويه البيئة الحضرية ()

٢٢. هل تتردد بعض الأسر في الإفصاح عن أسباب الإصابات؟

نعم () لا ()

٢٣. هل توجد حالات تهديد للطبيب عند الإبلاغ عن حالات العنف؟

نعم () لا ()

٢٤. برأيك هل هناك ضعف في التنسيق بين المؤسسات الصحية والجهات الأمنية؟

نعم () لا ()

٢٥. ما هي الفئات الأكثر تضرراً من الإهمال الصحي داخل الأسرة:

• الأطفال ()

• النساء ()

• كبار السن ()

• ذوو الإعاقة ()

٢٦. برأيك ما سبب عدم الإبلاغ عن حالات العنف الأسري: (يمكنك اختيار أكثر من إجابة)

• الخوف من الجاني ()

• الحفاظ على سمعة العائلة ()

• الاعتماد الاقتصادي على المعنّف ()

• الجهل بالحقوق القانونية ()

٢٧. رتب مصادر الضغط الأسري المؤثرة على الصحة العامة: (يمكنك اختيار أكثر من إجابة)

• المشكلات المالية ()

• السكن غير الملائم ()

• كثرة عدد أفراد الأسرة ()

• الأمراض المزمنة ()

• النزاعات الأسرية ()

٢٨. هل تفتقر المؤسسات الصحية للحماية القانونية الكافية؟

نعم () لا ()

٢٩. من خلال خبرتك الطبية، كيف تقيّم واقع الصحة الأسرية في مدينة الديوانية حالياً؟

- جيد ()
- متوسط ()
- سيء ()

٣٠. كيف تقيّم دور الإعلام في التوعية بالصحة الأسرية والعنف الأسري؟

- فعال ()
- متوسط الفعالية ()
- غير فعال ()

٣١. ما اهم المشكلات الصحية الناتجة عن التفكك الأسري: (يمكنك اختيار أكثر من إجابة)

- الاضطرابات النفسية ()
- الإدمان وتعاطي المواد الضارة ()
- العنف والإصابات الجسدية ()
- ضعف الصحة النفسية للأطفال ()

٣٢. ما اهم الأولويات الصحية للتدخل في مشكلات الصحة الأسرية: (يمكنك اختيار أكثر من إجابة)

- التدخل العلاجي ()
- الدعم النفسي ()
- التوعية الصحية ()
- الإحالة القانونية ()

٣٣. برأيك ما أفضل وسيلة توعية ضد حالات العنف الأسري؟

- الأعلام الرسمي ()
- المدارس والجامعات ()
- المراكز الصحية ()
- وسائل التواصل الاجتماعي ()

٣٤. هل تحتاج المؤسسات الصحية إلى تدريب إضافي فيما يخص التعامل مع حالات العنف

الأسري؟

- نعم ()
- لا ()

٣٥. إذا كان الجواب (نعم) ما نوع التدريب الذي ترى أنه الأكثر حاجة للأطباء؟

- نفسي ()
- اجتماعي ()
- قانوني ()

٣٦. هل تؤيد إنشاء وحدات طبية خاصة بالعنف الأسري؟

نعم () لا ()

٣٧. هل الصحة الأسرية تؤثر مباشرة في الأمن المجتمعي؟

نعم () لا ()

٣٨. هل تؤيد إدراج موضوع الصحة الأسرية ضمن المناهج المدرسية؟

نعم () لا ()

٣٩. هل تؤيد إنشاء قنوات اتصال مباشرة بين المؤسسات الصحية والشرطة المجتمعية؟

نعم () لا ()

٤٠. أي من المقترحات التالية التي تراها مناسبة للصحة الأسرية؟

- إنشاء وحدات أو عيادات متخصصة بالصحة الأسرية داخل المستشفيات العامة ()
- توفير سجل طبي سري خاص بحالات العنف الأسري ()
- توفير دعم نفسي ومهني للأطباء الذين يتعاملون مع الحالات الصادمة ()
- إطلاق حملات توعوية مجتمعية حول مخاطر العنف الأسري الصحية والجنائية ()
- توفير خدمات صحية مجانية أو مدعومة للفئات الأسرية الهشة ()
- إنشاء قاعدة بيانات وطنية مشتركة بين الصحة والجهات المعنية ()

Republic of Iraq
MINISTRY OF HIGHER EDUCATION
& SCIENTIFIC RESEARCH
UNIVERSITY OF AL-QADISIYA
College of Arts

بسم الله الرحمن الرحيم



جمهورية العراق
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة القادسية
كلية الآداب

مكتب معاون العميد للشؤون العلمية والدراسات العليا

العدد : ٢٦٩
التاريخ : ٢٠٢٦/١٢/٢٩

استثمار الطاقة الطلابية طريقاً نحو التنمية المستدامة

إلى / نقابة الأطباء / فرع الديوانية

م / تسهيل مهمة

تحية طيبة ...

أهلاً بما يوفقكم الله الكريم يرجى تسهيل مهمة مطلوبة للمحاضر (زينب رزاق جواد) / قسم علم الاجتماع في كليتنا وذلك بتزويدها بالبيانات والاصناف التي تحتاجها لإكمال رسائلها الموسومة (الصحة الأسرية بين المخاطر الطبية والتهديدات الجنسية : دراسة موسيولوجية ميدانية في محافظة الديوانية).

شاكرين تعاونكم ... مع التقدير

أ.د. رافع موسى عبد
معاون العميد للشؤون العلمية والدراسات العليا
٢٠٢٦/١٢/٢٩

نسقة منه إلى

- مكتب السيد العميد
- وحدة الدراسات العليا
- الادارية / الصادرة

كظم ١/٢٩



استثمار الطاقة العقلية طريقنا نحو التنمية المستدامة

الى / نقابة الضيافة / فرع الديوانية

م / تسهيل مهمة

تحية طيبة ...

ليتمنا منا بموقفكم العلمي الكريم يرجى تسهيل مهمة طالبة الماجستير (زينب رزاق جواد)
/ قسم علم الاجتماع في كليتنا وذلك بتزويدها بالبيانات والأحصائيات التي تحتاجها لإكمال
رسالتها الموسومة (الصحة الامرية بين المخاطر الطبية والتهديدات الجينية : دراسة
سوسيولوجية ميدانية في محافظة الديوانية) .

شكركم تعاونكم ... مع التقدير

أ.د. رافع موسى عبد

معاون العميد للشؤون العلمية والدراسات العليا

٢٠٢٦/١/٢٩

لسخة منه الى

- مكتب السيد العميد . للتفضل بالاطلاع مع التقدير .
- وحدة الدراسات العليا .
- الادارية / المسكرة .

كأنتم ١/٢٩

IRAQ MEDICAL ASSOCIATION

AL- Diwaniya Branch

Ref:

Date: / / 2026



Established

نقابة أطباء العراق

فرع الديوانية

العدد: ١٠٩

التاريخ: ٢٠٢٦ / ١ / ١٥

1952

الى / كلية الاداب جامعة القادسية

م/ تسهيل مهمة

تحية طيبة:

كتابكم ذي العدد (٣٦٢) في ٢٩ / ١ / ٢٠٢٦

نود اعلامكم بان عدد الاطباء اصحاب العيادات الخاصة داخل المدينة هو (٤٥٠) عيادة خاصة
للتفضل بالعلم مع التقدير.

1952

1952

الدكتور

فداء عبد الحسين الوائلي

رئيس نقابة الأطباء فرع الديوانية

IRAQ MEDICAL ASSOCIATION

AL- Diwaniya Branch

Al-Diwaniya- Alroba- Al-Korneesh street PO Box 58001

E mail: diwaniyahdoctorsorganization@outlook.com

نقابة أطباء الديوانية

فرع الديوانية

الديوانية - العروبة شارع الكورنيش عن ب ٥٨٠٠١



إلى / جامعة القادسية / كلية الآداب

م / إجابة

تحية طيبة..

إشارة إلى كتابكم بالعدد ٣٦٣ في ٢٩/١/٢٠٢٦ المتضمن تسهيل مهمة طالبة الماجستير (زينب رزاق جواد) نود إعلامكم بأن عدد العضوية السحنتين لدينا هو (١٧٩٢) صيدلي

وتقبلوا منا فاني الشكر والاحترام


الدكتور الصيدلاني
سرمه حسن متقالي العبادي



ممثل نقابة الصيادلة في محافظة الديوانية

٢٠٢٦/٢/١١

نسخة منه الى:

• الحفظ



العدد :
التاريخ : ٢٠٢٦/٤/١٥

استثمار نظافة التطبيق طريقنا نحو التنمية المستدامة

١٧٧١٤
٥٥٧

إلى / دائرة صحة الديوانية

م / تسهيل مهمة

تحية طيبة ...

أشأتنا منا بموقفكم العلمي الكريم يرجى تسهيل مهمة طالبة الماجستير (زينب رزاق جواد) / قسم علم الاجتماع في كليتنا وذلك بتزويدها بالبيانات والاحصائيات التي تحتاجها لإكمال رسالتها الموسومة (الصحة الاسرية بين المخاطر الطبية والتحديات الجنائية : دراسة سوسيولوجية ميدانية في محافظة الديوانية)

نشكركم تعاونكم ... مع التقدير

أ.د. رافع موسى عبد
معاون العميد للشؤون العلمية والدراسات العليا
٢٠٢٦/٤/١٥

نسخة منه إلى

- مكتب السيد العميد ... المتفضل بالإطلاع مع التقدير
- وحدة الدراسات العليا
- الإدارية / الصادرة

كلقم ٢/٢٢

التحسين التطوير
الكلية

المستدعي
عقيل عباس محمد
معاون العميد للشؤون العلمية والدراسات العليا

Abstract

The importance of studying family health between medical risks and criminal threats stems from the fact that the family represents the basic nucleus in building society, as any health or security disruption that the family is exposed to directly affects the stability and cohesion of society. The current study aimed to identify the nature of the medical risks that families face. The study aimed to uncover the sources of medical information that patients and their families rely on and their impact on family mental health, while also identifying the impact of medical and pharmaceutical errors on the psychological and social stability of the family. It sought to identify the forms of criminal threats resulting from medical risks directed against doctors and pharmacists, as well as to analyze the relationship between the level of family health awareness and the likelihood of criminal disputes or complaints.

This study is a descriptive analytical study, as it relied on collecting data from the community to be studied through a random sample of (384) respondents from doctors and pharmacists working in government and private hospitals and health centers in the city of Diwaniyah. The study was described through a set of statistical means and based on the field survey method, and the questionnaire as a tool for collecting data. The spatial scope of the study was in the city of Diwaniyah.

The study concluded with a number of findings, most notably:

1. The results indicate that there is a relative level of training among health personnel in dealing with domestic violence, but this training is not matched by sufficient institutional support, which limits the effectiveness of their intervention in treating cases in an integrated manner.
2. The government health system suffers from a clear weakness in services, which pushes families to resort to the private sector, exacerbating economic burdens and negatively affecting the level of public health in society.
3. Weak health awareness and education are among the most prominent factors leading to the exacerbation of family health problems, as this is linked to the spread of wrong practices such as the misuse of medicines and health neglect, especially among children.
4. Socioeconomic factors (such as poverty and fear of social stigma) represent a major obstacle to the disclosure of cases of domestic violence, leading to the failure of real cases to reach health institutions and the loss of the health and legal rights of victims.

Republic of Iraq
Ministry of Higher Education
and Scientific Research
University of Al. Qadisyah
College of Arts
Department of Sociology



Family health between medical risks and criminal threats

A field study in the city of Diwaniyah

thesis submitted by

Zainab Razzaq Jawad

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 Professor

Dr. Shatha Najah Blash