



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



**تداعيات الأمن الصحي وانعكاساته على المجتمع العراقي**

**دراسة أنثروبولوجية في مدينة الحلة**

رسالة ماجستير مقدمة لمجلس كلية الآداب / قسم علم الاجتماع

وهي جزء من متطلبات نيل شهادة الماجستير

**تقدمت بها الطالبة**

**إخلاف رضا مهدي**

**إشراف**

**الأستاذ المساعد الدكتور**

**سلوان فوزي العبيدي**

٢٠٢١ م

بابل

١٤٤٣ هـ

## بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿الَّذِي خَلَقَنِي فَهُوَ يَهْدِينِ (٧٨) وَالَّذِي هُوَ يُطْعِمُنِي

وَيَسْقِينِ (٧٩) وَإِذَا مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِينِ (٨٠) وَالَّذِي

يُمِيتُنِي ثُمَّ يُحْيِينِ (٨١) وَالَّذِي أَطْمَعُ أَنْ يَغْفِرَ لِي

خَطِيئَتِي يَوْمَ الدِّينِ (٨٢)﴾

صدق الله العظيم

[سورة الشعراء: آية ٧٨-٨٢]

## إقرار المشرف

أشهد أن إعداد هذه الرسالة الموسومة بـ (تداعيات الأمن الصحي وانعكاساته على المجتمع العراقي -- دراسة أنثروبولوجية في مدينة الحلة) المقدمة من قبل الطالبة (إخلاص رضا مهدي) في جامعة بابل/ كلية الآداب/ قسم علم الاجتماع، قد جرى تحت إشرافي، وهي جزء من متطلبات نيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع .

التوقيع:

المشرف: أ. م. د. سلوان فوزي العبيدي

التاريخ: / / ٢٠٢١م

بناءً على التوصيات المقدمة من المشرف أشرح هذه الرسالة للمناقشة

التوقيع:

الاسم: أ. م. د. أحمد جاسم مطرود

رئيس قسم علم الاجتماع

التاريخ: / / ٢٠٢١م

## إقرار المقوم اللغوي

أشهد أن إعداد هذه الرسالة الموسومة بـ (تداعيات الأمن الصحي وانعكاساته على المجتمع العراقي -- دراسة أنثروبولوجية في مدينة الحلة) المقدمة من قبل الطالبة (إخلاص رضا مهدي) في جامعة بابل/ كلية الآداب/ قسم علم الاجتماع، قد جرى تصحيحها لغوياً وأصبحت مؤهلة للمناقشة، وهي جزء من متطلبات نيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع.

التوقيع:

الاسم:

التاريخ: / / ٢٠٢١م

## إقرار الخبير العلمي الأول

أشهد أن إعداد هذه الرسالة الموسومة بـ (تداعيات الأمن الصحي وانعكاساته على المجتمع العراقي -- دراسة أنثروبولوجية في مدينة الحلة) المقدمة من قبل الطالبة (إخلاص رضا مهدي) في جامعة بابل/ كلية الآداب/ قسم علم الاجتماع، قد جرى تقويمها علمياً وأصبحت مؤهلة للمناقشة، وهي جزء من متطلبات نيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع.

التوقيع:

الاسم:

التاريخ: / / ٢٠٢١م

## إقرار الخبير العلمي الثاني

أشهد أن إعداد هذه الرسالة الموسومة بـ (تداعيات الأمن الصحي وانعكاساته على المجتمع العراقي -- دراسة أنثروبولوجية في مدينة الحلة) المقدمة من قبل الطالبة (إخلاص رضا مهدي) في جامعة بابل/ كلية الآداب/ قسم علم الاجتماع، قد جرى تقويمها علمياً وأصبحت مؤهلة للمناقشة، وهي جزء من متطلبات نيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع.

التوقيع:

الاسم:

التاريخ: / / ٢٠٢١م

## إقرار أعضاء لجنة المناقشة

نحن أعضاء لجنة المناقشة نشهد أننا قد اطلعنا على رسالة الماجستير الموسومة بـ(تداعيات الأمن الصحي وانعكاساته على المجتمع العراقي-- دراسة أنثروبولوجية في مدينة الحلة) المقدمة من قبل الطالبة (إخلاص رضا مهدي) وناقشنا الطالب في محتوياتها وفيما له علاقة بها فوجدنا أنها جديرة بالقبول لنيل شهادة الماجستير في (علم الاجتماع) بتقدير ( ) .

التوقيع:

الاسم: أ.د. مشحن زيد محمد

(عضوًا)

التوقيع:

الاسم: أ. د. موح عراك عليوي

(رئيساً)

التوقيع:

الاسم: أ.م.د. سلوان فوزي العبيدي

(عضوًا ومشرّفًا)

التوقيع:

الاسم: أ.م.د. مؤيد فاهم محسن

(عضوًا)

صادق مجلس كلية الآداب / في جامعة بابل على قرار لجنة المناقشة.

التوقيع:

الاسم: أ. د. صالح كاظم عجيل

العميد وكالة

التاريخ: / / ٢٠٢١م

## الإهداء

إلى: من لا نور إلا نوره ولا عظمة إلا عظمته  
إليك ربي ألف حمد وشكر ثناء  
إلى: أرواح شهداء العراق رجال الجيش. والحشد الشعبي.. يدافعون عن  
أهل العراق وأرضه ضد "داعش" وأذنايه  
إلى: رمز الحب وبلسم الشفاء والقلب الناصح بالبياض... أمي العزيزة  
إلى: فصّي رثيّ اللّتين أتنفس بها ... أبي العزيز  
إلى: تلك التي أضاءت حياتي ولمعت في سماء روحي، كما لو إنها شعلة من  
الأمل ... أختي (ضي)  
إلى: الزهور الفواحة في حديقة عمري ... أخوتي وأخواتي  
إلى: الذين يلجون وقائع المجتمع في المعرفة العلمية، وأناروا لي الطريق في  
سبيل تحصيل ولو قدر بسيط من المعرفة  
----- (أساتذتي الكرام) -----  
إلى هؤلاء جميعنا نهدّي ثمرة جهديّ هذا

الباحث

إخلاص رضا

## شكر وتقدير

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على سيد المرسلين ورسول الله الأمين وأشرف الخلق أجمعين وخاتم الأنبياء والمرسلين سيدنا محمد (صلى الله عليه وعلى آله وصحبه أجمعين)، ومن تبعهم بإحسان إلى يوم الدين... أما بعد

يدعوني واجب الوفاء والعرفان وحفظ الجميل أن أتقدم بفائق شكري وعظيم تقديري وخالص إمتناني إلى أستاذي الدكتور (أ.م.د. سلوان فوزي العبيدي)، الذي كان لملاحظاته العلمية القيمة وإرشاداته وتوجيهاته السديدة ودعمه المتواصل وتذليله الصعوبات التي وأجهتني طوال مدة دراستي، الأثر الكبير الذي ساعد في إنجاز هذه الدراسة. فقد كان معي في كل خطوة خطوتها في هذه الدراسة فلم يبخل عليّ بالمصادر والمعلومة والتوجيه والإرشاد إلى المراجع القيمة التي أفادتني كثيراً في موضوع دراستي، فكان بحق خير مرشد ومعين أدعو الله أن يوفقه ويمده بالصحة والعافية والعمر المديد وجزاه الله عني خير الجزاء.

كما أقدم شكري وتقديري إلى جميع أساتذتي في قسم الاجتماع الذين لم يبخلوا عليّ بتوجيهاتهم وملاحظاتهم ووقتهم وجهدهم وعلمهم فلهم مني كل الشكر والتقدير والاحترام.

ويحتمّ عليّ العرفان بالجميل أن أتوجه بالشكر الجزيل إلى الأساتذة أعضاء لجنة المناقشة على تفضلهم بقبول مناقشة هذه الرسالة ليسهموا في تقويمها بملاحظاتهم التي ستكون محطّ اهتمامي.

الباحث

إخلاص رضا

## المستخلص باللغة العربية

تكمن مشكلة الدراسة في التساؤلات الآتية: كيف تعامل رجال الأمن والصحة في مثل هذه الظروف؟ ما هي آليات توظيف مفهوم الأمن الصحي لدى الجهات المعنية في المجتمع العراقي؟ ما هي أهم أشكال ومخاطر تداعيات الأمن الصحي وانعكاساتها على المجتمع العراقي؟

وبناءً على هذه التساؤلات وغيرها، هدفت الدراسة إلى تحديد مفهومي الأمن والصحة، فضلاً عن التعرف على أهم قضايا مخاطر الأمن الصحي في المجتمع العراقي.

وتحقيقاً لأهداف الدراسة فإن أهميتها تنطلق من كونها تعالج موضوعاً هاماً وخطيراً إلا هو الأمن الصحي هدفه الأول والأساس حماية الإنسان من الأزمات الصحية الوبائية والمعدية بكافة أنواعها. وذلك بوصف الأمن لصحي مسؤولية اجتماعية وصحية كل فرد وكل مؤسسة في إطار المنظومة الأمنية والصحية في المجتمع.

ووفقاً لهذه الأهمية تم توزيع (٦٣٢) استمارة على عينة عشوائية طبقية من أفراد سكان مدينة الحلة ومن كلا الجنسين ومن الفئات العمرية المحددة ما بين (١٨-٦٦) سنة. وجرى الاعتماد على المنهج المسح الاجتماعي كأحدى المناهج الرئيسة في الدراسة الأنثروبولوجية الميدانية، إضافة إلى اعتمادها على المنهج الوصفي، وذلك بهدف معرفة المستوى الثقافي والبيئي لمنطقة الدراسة، والمنهج التاريخي لتتبع بدايات تطور الأمن الصحي في العراق.

كما أن هذه الدراسة اعتمدت على أدوات عدة منها الملاحظة المشاركة، والإخباريون، إضافة إلى المقابلة لمعرفة بعض الملاحظات والآراء الأنثروبولوجية الميدانية، فضلاً عن أداة الاستبيان التي تم تقسيمها إلى محورين فقد ضم المحور الأول، البيانات الخاصة بعينة الدراسة، والمحور الثاني: ضم البيانات الخاصة بموضوع الدراسة، ومن ثم قام الباحث بعرض استمارة الاستبيان إلى مجموعة من الخبراء لاختبار صدق وثبات صلاحية فقرات الاستبيان، إذ حازت على نسبة صدق (٨٣%)، ونسبة ثبات (٩٠%) باستعمال قانون النسبة المئوية، وبهذا تحقق الصدق وثبات استمارة الاستبيان.

## وكانت أهم نتائج التي توصلت إليها الدراسة هي:

١. تبين من خلال الدراسة الميدانية أن (٥٢,٨%) كانوا من الإناث، وأن (٤٧,٢%) كانوا من الذكور.
٢. كشفت نتائج الدراسة الميدانية أن أكثر من نصف أفراد عينة الدراسة كان لديهم شهادة (إعدادية، ودبلوم، وبكالوريوس)، إذ شكلتا نسبة (٦٧,٩%)، مقابل (٢٨,٩%) كانوا موظفين مدنيين.
٣. بينت نتائج الدراسة الميدانية أن (٦٢,٥%) ذات دخل شهري يقل عن الحاجة، ومقابل (٦١,٠%) عدد أفراد أسرهم يتراوح بين (٢-٧) فرد.
٤. أوضحت نتائج الدراسة الميدانية أن أعلى نسبة في مجتمع الدراسة كانت للذين محل ولادتهم مركز المدينة والبالغ مقدرها (٣٨,٨%) بواقع (٢٤٥) مبحوثاً، مقابل (٤١,٨%) ذات نوع وطبيعة سكن مؤجرة. ومقابل (٥٩,٥%) ذات أحياء سكنية مختلطة.
٥. كشفت نتائج الدراسة الميدانية أن أكثر من نصف أفراد عينة الدراسة كانوا ملتزمين بقرارات الحظر الجزئي والكلي، إذ بلغت نسبتهم (٦١,٣%).
٦. كشفت نتائج الدراسة أن أكثر من ثلاثة أرباع أفراد عينة الدراسة يرون بضرورة تطبيق الحجر الصحي على المصابين، إذ بلغت نسبتهم (٧٥,٦%).
٧. أوضحت نتائج الدراسة أن أكثر من ثلاثة أرباع أفراد عينة الدراسة أكدوا بأنهم لم يتعرضوا للإصابة بالأمراض المزمنة، إذ بلغت نسبتهم (٨٢,٩%).
٨. تبين من خلال الدراسة الميدانية أن أكثر من نصف أفراد عينة الدراسة أكدوا بأن الأوضاع الاجتماعية تتأثر بشكل (قوي) بسبب تفاقهم الأمراض المزمنة والمستجدة، وبنسبة بلغت (٦٨,٤%).
٩. أوضحت نتائج الدراسة الميدانية أن على أن أكثر من نصف أفراد عينة الدراسة أن يرون أن قدرة الحكومة المحلية في تطبيق الحظر وتوفير الأمن الصحي (قوية نوعاً ما)، إذ بلغت نسبتهم (٥٦,٥%)، وذلك لأسباب عديدة منها عدم توفير البدائل الاقتصادية للمواطنين من ذوي الدخل المحدود من الكسبة وغيرهم، بالرغم من الوعي الصحي الذي لمسناه من عينة الدراسة.

## فهرست المحتويات

الصفحة	العنوان
أ	الآية
ب	إقرار المشرف
ج	إقرار المقوم اللغوي
د	إقرار المقوم العلمي الأول
هـ	إقرار المقوم العلمي الثاني
و	إقرار لجنة المناقشة
ز	الإهداء
ح	شكر وتقدير
ط - ي	المستخلص باللغة العربية
ك - ن	فهرست المحتويات
س - ف	فهرست الجداول
٢-١	المقدمة
<b>الباب الأول</b>	
<b>الجانب النظري</b>	
<b>الفصل الأول: الإطار النظري للدراسة</b>	
٣	تمهيد
٦-٣	المبحث الأول: عناصر الدراسة الأساسية
٤-٣	أولاً: موضوع الدراسة
٦-٤	ثانياً: أهمية الدراسة
٦	ثالثاً: أهداف الدراسة

٢٠-٧	المبحث الثاني: تحديد المفاهيم والمصطلحات العلمية
٧	تمهيد
٨	أولاً: تداعيات
١٠-٨	ثانياً: الأمن
١٢-١١	ثالثاً: الصحة
١٣-١٢	رابعاً: الأمن الصحي
١٥-١٤	خامساً: المستشفى
١٦-١٥	سادساً: الوقاية
١٨-١٧	سابعاً: الحجر الصحي
١٩-١٨	ثامناً: الانعكاسات
٢٠-١٩	تاسعاً: المجتمع
<b>الفصل الثاني: التفسير النظري لموضوع الدراسة ومدخل أنثروبولوجي لواقع الأمن الصحي في العراق</b>	
٢١	تمهيد
٣٤-٢٢	المبحث الأول: التفسير النظري لموضوع الدراسة
٣٣-٢٢	أولاً: النظرية البنائية الوظيفية
٣٤-٣٣	ثانياً: توظيف النظرية البنائية الوظيفية
٤٦-٣٥	المبحث الثاني: مدخل أنثروبولوجي لواقع الأمن الصحي في العراق
<b>الفصل الثالث: الأمن الصحي والمجتمع</b>	
٤٧	تمهيد
٦٩-٤٨	المبحث الأول: نبذة تاريخية عن الأمن الصحي وأهميته
٦٣-٤٨	أولاً: نبذة تاريخية عن الأمن الصحي
٦٩-٦٤	ثانياً: أهمية الأمن الصحي
٧٧-٧٠	المبحث الثاني: أهداف ومجالات الأمن الصحي
٧٦-٧٠	أولاً: أهداف الأمن الصحي

٧٧-٧٦	ثانيًا: مجالات الأمن الصحي
٨٠-٧٨	المبحث الثالث: الإجراءات الوقائية الخاصة بالأمن الصحي
٧٩-٧٨	أولاً: الجهات المسؤولة بالأمن الصحي
٨٠ -٧٩	ثانيًا: الوسائل والأساليب الوقائية الخاصة بالأمن الصحي
٨٤-٨١	المبحث الرابع: الدولة المتقدمة والدولة النامية في الأمن الصحي (دراسة مقارنة)
<b>الباب الثاني</b>	
<b>الجانب الميداني</b>	
<b>الفصل الرابع: الإطار المنهجي للدراسة</b>	
٨٥	تمهيد
٨٩-٨٦	أولاً: مناهج الدراسة
٩٠	ثانيًا: نوع الدراسة
٩٢-٩٠	ثالثًا: مجتمع وعينة الدراسة
٩٢	رابعًا: مجالات الدراسة
٩٦-٩٣	خامسًا: أدوات جمع البيانات
٩٨-٩٧	سادسًا: الوسائل الإحصائية
٩٨	سابعًا: تبويب البيانات الميدانية
٩٨	ثامنًا: تحليل البيانات الإحصائية
<b>الفصل الخامس: عرض وتحليل وتفسير البيانات</b>	
٩٩	تمهيد
١٠٨-١٠٠	المبحث الأول: عرض وتحليل بيانات الدراسة الميدانية
١٢٩-١٠٩	المبحث الثاني: عرض وتحليل المقابلات الأنثروبولوجية الميدانية

الفصل السادس: نتائج، وتوصيات، ومقترحات الدراسة	
١٣٢-١٣٠	أولاً: نتائج الدراسة
١٣٣-١٣٢	ثانياً: توصيات الدراسة
١٣٣	ثالثاً: مقترحات الدراسة
١٤٣-١٣٤	المصادر والمراجع
١٤٧-١٤٥	الملاحق
A-C	المستخلص باللغة الإنكليزية

## فهرست الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
٤٠	يوضح مراكز الرعاية الصحية الأولية وكثافتها في العراق للمدة (٢٠١٥-٢٠٢٠م)	١.
٤١	يوضح عدد المؤسسات الصحية في العراق لسنة (٢٠١٥-٢٠١٩م)	٢.
٤٣	يوضح عدد المراكز الصحية التخصصية لسنوات (٢٠١٥-٢٠١٩م)	٣.
٩٢	يوضح مجتمع وعينة الدراسة	٤.
١٠٠	يوضح النوع الاجتماعي لعينة الدراسة	٥.
١٠١	يوضح أعمار المبحوثين	٦.
١٠٢	يوضح التحصيل الدراسي للمبحوثين	٧.
١٠٣	يوضح عينة الدراسة حسب متغير المهنة	٨.
١٠٤	يوضح الحالة الزوجية للمبحوثين	٩.
١٠٤	يوضح الدخل الشهري للمبحوثين	١٠.
١٠٥	يوضح محل ولادة المبحوثين	١١.
١٠٦	يوضح عدد أفراد أسر المبحوثين	١٢.
١٠٧	يوضح طبيعة ونوع سكن المبحوثين	١٣.
١٠٨	يوضح طبيعة الحي السكني	١٤.
١٠٩	يوضح مدى جدوى الالتزام المبحوثين بقرارات الحظر الجزئي والكلي نتيجة تفاقهم والوبئة والأمراض المزمنة	١٥.
١٠٩	يوضح العلاقة بين النوع الاجتماعي ومدى جدوتهم من الالتزام بقرارات الحظر الجزئي والكلي نتيجة تفاقهم الأمراض المزمنة	١٦.
١١٠	يوضح مدى اعتقاد المبحوثين بضرورة تطبيق الحجر الصحي	١٧.
١١١	يوضح مدى قوة الحكومة المحلية في تطبيق الحظر وتوفير الأمن الصحي	١٨.
١١١	يوضح التسلسل المرتبي لأسباب ضعف الحكومة المحلية في تطبيق قانون الحظر الصحي	١٩.

١١٢	يوضح مدى التزام المبحوثين بقرار الحظر والحجر الصحي	.٢٠
١١٣	يوضح التسلسل المرتبي لأسباب عدم التزام المبحوثين بقرارات الحظر والحجر الصحي	.٢١
١١٣	يوضح مدى تطبيق إجراءات الوقائية والسلامة الصحية من قبل المبحوثين	.٢٢
١١٤	يوضح العلاقة بين محل الولادة ومدى تطبيق إجراءات الوقائية والسلامة الصحية من قبل المبحوثين	.٢٣
١١٥	يوضح التسلسل المرتبي لأسباب عدم تطبيق إجراءات الوقاية والسلامة الصحية من قبل عينة الدراسة	.٢٤
١١٦	يوضح التسلسل المرتبي لأسباب أنتشار مخاطر الأمراض المزمنة في مجتمع الدراسة	.٢٥
١١٧	يوضح إجابات المبحوثين حول إصابتهم بالأمراض المزمنة والمستجدة كفيروس كورونا	.٢٦
١١٧	يوضح التسلسل المرتبي لإجابات المبحوثين حول نوع الأمراض المزمنة	.٢٧
١١٨	يوضح العلاقة بين عمر المبحوثين وتأثره بنوع الإصابة بالأمراض المزمنة	.٢٨
١٢٠	يوضح التسلسل المرتبي لأسباب إصابة المبحوثين بالأمراض المزمنة والمستجدة	.٢٩
١٢١	يوضح إجابات المبحوثين حول مدى تأثير انهيار الوضع الصحي في مدينة الحلة نتيجة تفاقم الأزمات الصحية في الوقت الحالي.	.٣٠
١٢٢	يوضح العلاقة بين تأثير الدخل الشهري للمبحوثين وانهيار الوضع الصحي	.٣١
١٢٣	يوضح مدى تأثير الأوضاع الاجتماعية في مدينة الحلة بسبب تفاقم الأمراض المزمنة والمستجدة	.٣٢
١٢٤	يوضح التسلسل المرتبي لأسباب تأثر الوضع الاجتماعي في مدينة الحلة بالأمراض المزمنة والمستجدة	.٣٣

# المقدمة

## المقدمة

يُعد الأمن الصحي في العراق من البرامج المهمة جداً خصوصاً في ظل الظروف التي يعيشها العالم من أزمات اقتصادية وأوبئة وأمراض ولاسيماً في ظل انتشار جائحة كورونا، إذ بدأ يحتل أبعاداً استراتيجية تتأثر بمتغيرات البيئة السياسية والاجتماعية والثقافية والاقتصادية، بالإضافة إلى المشاكل الناجمة عن تفشي الأمراض والأوبئة، وبالنظر لما يحمله من مخاطر على أمن الدولة وأفراده، فقد يؤدي إهمال الأمن الصحي إلى تهديدات غير اعتيادية وكبيرة تحصد أرواح أفراد أكثر من أولئك الذين تزهق أرواحهم بسبب الحروب والصراعات.

ومع تزايد التحديات التي تواجه الأمن الصحي في المجتمع، وتزايد العمق من ناحية الأثر والنتيجة، إذ تحولت إلى أسباب لها انعكاسات سلبية على الحالة الصحية لأفراد المجتمع، منها إنهيار البنى التحتية لمؤسسات الدولة، وأندام توفير فرص عمل للقادرين عليه، وعدم توافر الأجهزة والمختبرات التي تستطيع تشخيص الأمراض الوبائية، انتهاء بالأدوية والعقاقير والمراكز الصحية، فهي تضعنا على المحك لاتخاذ خطوات حقيقة قادرة على بناء خطط تنموية في مجال الأمن الصحي في المجتمع.

لم يكن بالنية أن تكون الدراسة حول جائحة كورونا، لكن بعد أن تحوّل فيروس كورونا إلى جائحة عالمية، وأنعكس سلباً على الأمن الصحي العالمي، أخذت الدراسة بعين الاعتبار كون الجائحة مثلاً حاضراً للتحديات التي تواجه الأمن الصحي في المجتمع، إذ بدأ في فرض تحديات وجودية خاصة في ظل زيادة عدد الإصابات والوفيات، وبالتالي أصبح العالم أمام حرب عالمية جديدة من حيث حجم الخسائر البشرية والمادية، وأصبح العالم أمام تحدٍ مصيري مع ازدياد حدة الأزمة الإنسانية والاقتصادية، وعليه فأن جميع الدول ملزمة بإعادة النظر في السياسات الصحية المتبعة مستقبلاً، ووضع خطط مستقبلية للتعامل مع الأزمات والأوبئة لحماية أمنها القومي وحفاظاً على الأمن الصحي العالمي. واجه الأمن الصحي في الفترة الأخيرة تحولاً هاماً في تاريخ الصحة العامة والرعاية الصحية وحماية المجتمع من الأوبئة التي شكل فيروس كورونا مجالاً حيوياً لاختبار مدى قدرة واستعداد دول العالم على مواجهة هذه الجائحة العالمية، والتي انتشرت بكل دول العالم بصورة كبيرة، وأظهرت مدى ضعف وهشاشة المنظومة الصحية للدول سواء كانت متقدمة أو النامية منها، إذ أمست هذه الجائحة تشكل تهديداً للأمن الصحي

العالمي الذي أصبح يهدد بانتهاء دول ومؤسسات وشركات دولية ومنظومات اقتصادية عالمية، إضافة لتهديد امن مجتمعي عالمي اصبح يعاني من الخطر مما يتطلب تغيير الكثير من الخطط والبرامج السائدة للوصول إلى أمن صحي متطور، ليكون الأمن الصحي أحد مرتكزات استقرار الأمن العالمي، إذ من الضروري إعادة النظر والاهتمام بشكل واسع وعالمي بدلالات ومؤشرات الأمن الصحي وكيفية تحقيقه محلياً و دولياً. إذ لا أمن عالمي دون تحقيق للأمن الصحي. ومن خلال ما تقدم فإن هذا الدراسة تكونت من بابين هما الباب الأول الدراسة النظرية التي تتكون من ثلاثة فصول هي:

**الفصل الأول** الإطار النظري للدراسة ضم مبحثين الأول: عناصر الدراسة الأساسية وشمل (مشكلة، وأهمية، وأهداف الدراسة)، وضم المبحث الثاني: تحديد المفاهيم والمصطلحات العلمية وهم مقسم على تسعة مفاهيم وهي: (تداعيات، والأمن، والصحة، والأمن الصحي، والمستشفى، والوقاية، والحجر الصحي، والانعكاسات، والمجتمع). **والفصل الثاني:** التفسير النظري لموضوع الدراسة ومدخل الأنثروبولوجي لواقع الأمن الصحي في العراق متضمناً مبحثين الأول: النظرية المفسرة لموضوع الدراسة، وضم المبحث الثاني: مدخل أنثروبولوجي لواقع الأمن الصحي في العراق. بينما تناول **الفصل الثالث:** الأمن الصحي والمجتمع متضمناً أربعة مباحث الأول: نبذة تاريخية عن الأمن الصحي وأهميته، وضم المبحث الثاني: أهداف ومجالات الأمن الصحي، وضم المبحث الثالث: الإجراءات الوقائية الخاصة بالأمن الصحي، والمبحث الرابع: ضم الدول المتقدمة والدولة النامية في الأمن الصحي (دراسة مقارنة).

أما الباب الثاني: تناول الجانب الميداني، وتم تقسيمه إلى ثلاثة فصول وهي: **الفصل الرابع:** الإطار المنهجي للدراسة وإجراءاته الميدانية، وشمل (مناهج الدراسة، ونوع الدراسة، ومجتمع وعينة الدراسة، ومجالات الدراسة، وأدوات جمع البيانات، والوسائل الإحصائية، وتبويب البيانات، وصعوبات الدراسة، وتحليل البيانات الإحصائية). **والفصل الخامس:** أحتوى عرض وتحليل بيانات الدراسة الميدانية والمقابلات الأنثروبولوجية الميدانية، وشمل مبحثين الأول: عرض وتحليل بيانات الدراسة الميدانية، وضم المبحث الثاني: عرض وتحليل المقابلات الأنثروبولوجية الميدانية. **والفصل السادس:** ضم نتائج، وتوصيات، ومقترحات الدراسة. وأخيراً قائمة المصادر والمراجع والملاحق الخاصة بالدراسة.

**الباب الأول**

**الجانب النظري**

## الفصل الأول

### الإطار النظري للدراسة

#### المبحث الأول: عناصر الدراسة الأساسية

أولاً: مشكلة الدراسة

ثانياً: أهمية الدراسة

ثالثاً: أهداف الدراسة

#### المبحث الثاني: تحديد المفاهيم والمصطلحات العلمية

أولاً: تداعيات

ثانياً: الأمن

ثالثاً: الصحة

رابعاً: الأمن الصحي

خامساً: المستشفى

سادساً: الوقاية

سابعاً: الحجر الصحي

ثامناً: الانعكاسات

تاسعاً: المجتمع

## تمهيد:

يعد تحديد الإطار النظري للدراسة أمرًا ضروريًا في مختلف الدراسات الإنسانية والاجتماعية، كونه بمثابة الطريق الذي يهدي الباحث للوصول إلى أهداف الدراسة ونتائجها، إذ لا يمكن إجراء أي دراسة من دون أن تكون هناك مشكلة وهدف وأهمية ومفاهيم علمية فيها ينطلق منها الباحث، إذ يتطلب ذلك تحديد المشكلة المراد دراستها وصياغتها صياغة دقيقة، فهي خطوة أساسية تؤثر في بلورة أفكار ومعلومات الدراسة بل أن تحديد مشكلة الدراسة تساعد الباحث في بلورة منهج الدراسة وخطتها وأدواتها.

إذ إن الإطار النظري للدراسة تضمن تحديد العناصر الأساسية للدراسة مثل مشكلة الدراسة وهدفها وأهميتها وتحديد المفاهيم والمصطلحات العلمية.

## المبحث الأول

### العناصر الأساسية للدراسة

#### أولاً: موضوع الدراسة

من خلال الزيارة الاستطلاعية والمقابلات الأنثروبولوجية التي أجراها الباحث مع بعض الأطباء في مستشفيات مجتمع الدراسة، لاحظ أن قطاع الصحة في مجتمع الدراسة يعاني من مشاكل صحية واجتماعية كثيرة منها ضعف في توفير الخدمات الصحية للأفراد نظرًا للأخطار التي تهدد حياة الإنسان وصحته، فضلاً عن تزايد الأمراض المزمنة بشكل غير ملحوظ والتي أصبحت في الوقت الراهن تشكل تحديًا آمنياً وتهديدًا خطراً للسلم والأمن المجتمعي والصحي هذا من جهة، ومن جهة أخرى وجد هناك ضعفاً كبيراً في فرض السيطرة وأهمية القانون أثناء فترات حدوث الكوارث والأزمات والأوبئة في المجتمع. لذا أن حماية صحة أفراد المجتمع هي من مهام وواجبات الدولة في توفير الخدمات الصحية، وذلك لأجل تحقيق الأمن الصحي السليم، وفي هذا الاتجاه عُد الأمن الصحي من أهم وأكبر المجالات الحساسة في كافة المجتمعات المتقدمة منها أو النامية لما له من تأثير على المجتمع ونشاطاته لمختلف الأصعدة والأنظمة الاجتماعية والصحية.

إنّ الأمن الصحي في الفترة الأخيرة أصبح محور هام في تاريخ الصحة العامة والرعاية الصحية والمجتمعية، وذلك لأنه يمثل محور حماية حياة الأفراد من التهديدات الصحية ومخاطرها القاتلة والمتمثلة بالمتلوثات البيئية والصحية المؤثرة على واقع الحياة الاجتماعية لأفراد المجتمع كون أن ضمان السلامة الصحية المتكاملة للمجتمع أضحت تعد واحدةً من أهم وظائف الدولة على اعتبار أنها ملزم بالقيام بهذا الدور والحرية على حماية أفراد من كل ما قد يؤثر على الوضع الأمن الصحي في المجتمع غير أن عملية تحقيق الأمن الصحي في المجتمع لا يقل أهمية عن توفير الأمن الغذائي والمائي والأمن الاقتصادي وغيرها، فهذه جميعها منظومة مترابطة بحيث أن أي خلل يطلال أمن إحداها يؤدي إلى خلل في أمن الأخرى، لأن الصحة تعد أحد الجوانب الرئيسية في ركيزة التنمية البشرية بوصفها هدفاً من أهداف التطور الاجتماعي والاقتصادي فهي حق أساس لجميع الأفراد، فضلاً عن أنها وسيلة مهمة إلى جانب الوسائل الأخرى لبلوغ الأهداف المرجوة في تحقيق رفاهية الأفراد داخل المجتمع. ولهذا فأن مشكلة الدراسة تركز على التساؤلات الآتية:

١. كيف تعامل رجال الأمن والصحة في مثل هذه الظروف؟
٢. ما هي آليات توظيف مفهوم الأمن الصحي لدى الجهات المعنية في المجتمع العراقي؟
٣. هل هناك وعي ثقافي صحي في مجتمع الحلة للتعامل مع الكوارث الأمنية والصحية لمواجهة الكوارث الطبيعية والإنسانية؟
٤. هل هناك تداعيات حصلت على مفهوم الأمن الصحي في المجتمع العراقي؟
٥. ما هي أهم أشكال ومخاطر تداعيات الأمن الصحي وانعكاساتها على المجتمع العراقي؟

## ثانياً: أهمية الدراسة

### (١) الأهمية النظرية

أ. تنبثق أهمية الدراسة من أهمية موضوعها وهو (تداعيات الأمن الصحي وانعكاساتها على المجتمع العراقي) التي ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالحفاظ على حياة الأنسان وصيانة أمنه الصحي الشامل، إضافة إلى استقرار المجتمع، وذلك بوصف الأمن لصحي مسؤولية اجتماعية وصحية كل فرد وكل مؤسسة في إطار المنظومة الأمنية والصحية في المجتمع.

ب. تبرز الأهمية النظرية لهذه الدراسة في الإثراء العلمي الذي قد تضيفه إلى قضية الصحة في المجتمع العراقي بصفة عامة وإلى موضوع الأمن الصحي بصفة خاصة، وذلك في ضوء حاجة المكتبات العربية والمحلية إلى المزيد من الدراسة العلمية في المجال الصحي والأمن.

ج. تتضح أهمية الدراسة من ارتباطها بتوعية وتثقيف الأفراد على القيام بواجباتهم الوطنية في المسؤولية الصحية ومواجهة التحديات والمخاطر المرتبطة بتدهور الحالة الصحية وعدم الاتزان الجسمي لدى الأفراد.

د. تتضح أهمية الدراسة من توضيح الانعكاسات السلبية لغياب برامج الصحة ووقوعها عائقاً أمام حدوث عملية التنمية البشرية في العراق.

هـ. تساهم هذه الدراسة في تغطية جانب النقص الموجود في الدراسات المحلية خاصة ما يتعلق بقطاع الصحة، والأنثروبولوجية الطبية. فضلاً عن الجانب الاجتماعي الذي يلعبه الطبيب في الحفاظ على استقرار الأسرة والمجتمع من خلال الإرشاد والوقاية والعلاج والتشخيص المبكر والدقيق للمرض الذي يجنب الفرد الوقوع في الكثير من المشاكل الصحية.

## (٢) الأهمية التطبيقية (العملية)

تعني بها الدراسة الميدانية للأنثروبولوجية الطبية في مدينة الحلة والاطلاع عن قرب على واقع الأمن الصحي فيها، وأن الأهمية العملية للدراسة تتحقق بالنقاط الآتية:

أ. تسعى الدراسة إلى خدمة مراكز الصحة في المجتمع العراقي بتقديم صورة واقعية عن واقع الأمن الصحي ومخاطر تعرض الأفراد إلى الأمراض الوبائية.

ب. تكتسب هذه الدراسة أهميتها من خلال مساعدة صانعي القرار في وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات من خلال وضع خطط للحد من مخاطر تدهور الأمن الصحي التي يواجهها الأفراد في المجتمع.

ج. استثمار نتائج الدراسة للمساعدة في إعداد برامج تثقيفية وإعلامية موجهة، تهيئ الأفراد لتجنب النتائج السلبية لهذه الظاهرة والمتمثلة في تداعيات الأمن الصحي.

د. توجيه عناية خاصة للفئات والمناطق التي تكشف الدراسة عن مستوى مرتفع من حالة تدهور القطاع الصحي فيها.

### **ثالثاً: أهداف الدراسة:**

١. التعرف على مفهومي الأمن والصحة.
٢. التعرف على مفهوم الأمن الصحي وأهميته وأهدافه.
٣. التعرف على واقع الأمن الصحي في المجتمع العراقي.
٤. التعرف على أهم قضايا مخاطر الأمن الصحي في المجتمع العراقي.
٥. تهدف الدراسة في أثار اهتمام الباحثين في مجال علم الاجتماع الطبي والأنثروبولوجية الطبية وخاصة من خلال اهتمامهم ومتابعتهم لبرامج التوعية والتثقيف الصحي حول مخاطر وقضايا تهديدات الأمن الصحي.
٦. تقديم بعض المقترحات للمهتمين بالشأن الصحي لأفراد المجتمع المحلي التي من شأنها تحقق استقرار الأمن الصحي والاهتمام بالحفاظ على صحة الفرد والمجتمع.

## المبحث الثاني

### تحديد المفاهيم والمصطلحات العلمية

#### تمهيد

يُعد تحديد المفاهيم والمصطلحات التي تتضمنها الدراسة من الأمور ذات الضرورة العلمية في دراسات العلوم الإنسانية لإعطاء فكرة توضيحية إلى القارئ المختص وغير المختص بما ينطوي عليه هذا المفهوم من مضامين اجتماعية وثقافية، إذ المفاهيم والمصطلحات بأنّها: مجموعة من الكلمات تُعبر عن فكرة عامة تتعلق بطبيعة شيء معين وعلاقته بالأشياء الأخرى<sup>(١)</sup>، ونظرًا لأهمية المفاهيم والمصطلحات العلمية فإن الباحث سوف يتطرق إلى مفاهيم عدة ذات صلة بموضوع الدراسة وهي على النحو الآتي:

أولاً: تداعيات

ثانياً: الأمن

ثالثاً: الصحة

رابعاً: الأمن الصحي

خامساً: المستشفى

سادساً: الوقاية

سابعاً: الحجر الصحي

ثامناً: الانعكاسات

تاسعاً: المجتمع

---

(١) أحمد زكي بدوي: معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، مكتبة بيروت، لبنان، ١٩٧٧م، ص٧.

## أولاً: تداعيات

### التداعيات في اللغة:

جاء في لسان العرب: تداعٍ : يعني دَعْوَةً، ويقول دعا يَدْعُو دعوةً ودعاءً وأدعى، وتداعى القوم : دعا بعضهم بعضاً حتى يجتمعوا، وفي الحديث الشريف : تداعت عليكم الأمم، أي اجتمعوا ودعا بعضهم بعضاً، وتداعى البناء أي تساقط، وفي الحديث الشريف: كَمِثِلَ الجسد إذا أشتكى منه عضواً تداعى له سائر الجسد بالسَّهَرِ والحُمى، كأن بعضه دعا بعضاً<sup>(١)</sup>.

### التداعيات في الاصطلاح

هي الأحداث الداخلية والخارجية السلبية والمؤثرة في واقع النظام الاجتماعي والصحي في المجتمع<sup>(٢)</sup>. وعرفت التداعيات أيضاً: بأنها التعاقب الظواهر النفسية والصحية أو حدوثها معاً يقال: تداعت الأحوال النفسية والصحية إذا دعا بعضها بعضاً، أو إذا ما حدثت معاً، وألفت مركبات واحدة<sup>(٣)</sup>.

وتعرف التداعيات إجرائياً: هي العواقب أو الآثار التي تؤدي إلى إعاقة تقديم الخدمات الصحية والاجتماعية للأفراد وجعل حياتهم غير مستقرة وغير هادئة.

## ثانياً: الأمن

### الأمن في اللغة

قال ابن منظور: « والأمنُ: ضدُّ الخوف، والأمانةُ: ضدُّ الخيانة، ورجلٌ آمنٌ، بالفتح: للذي يُصدِّقُ بكل ما يسمع ولا يُكذِّبُ بشيء. ورجلٌ آمنٌ أيضاً إذا كان يطمئنُّ إلى كل واحد ويثقُ بكل أحد، وكذلك الأمانةُ، واستأمنَ إليه: دخل في أمانه، وقد آمنه وأمنه، والمأمنُ: موضعُ الأمانِ.

(١) ابن منظور: لسان العرب، الجزء الثامن عشر، دار صادر بيروت، ١٩٧٧م، ص ٢٨٧.

(٢) عميش سميرة: تداعيات الأزمات في القطاع السياحي الجزائري وأثارها الاقتصادية والاجتماعية والطبيعية، مجلة العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، العدد(٦)، جامعة المسيلة، الجزائر، ٢٠١١م، ص ٦٦.

(٣) جميل صليبا: المعجم الفلسفي، دار الكتاب اللبناني، بيروت، ١٩٧١م، ص ٢٦٣.

والأمن: المستجير ليأمن على نفسه؛ والأمانة والأمنة: نقيض الخيانة لأنه يؤمن أذاه»<sup>(١)</sup>، وقال الفيروزي آبادي: «الأمن والأمين، كصاحب: ضد الخوف، أمن، كفرح، أمنا وأمانا، بفنحهما، وأمنا وأمنة، محركتين، وإمنا، بالكسر، فهو أمن وأمين، كفرح وأمير. ورجل أمنة، كهمة ويحرك: يأمنه كل أحد في كل شيء، وقد آمنه وأمنه، والأمن، ككتف: المستجير ليأمن على نفسه، والأمانة والأمنة: ضد الخيانة، وقد آمنه، كسمع، وأمنه تأمينًا وأتمنه واستأمنه، وقد أمن، ككرم، فهو أمين وأمان، كزمان: مأمون به ثقة»<sup>(٢)</sup>.

### الأمن في الاصطلاح

عرف الأمن بأنه مجموعة إجراءات تربوية ووقائية صحية وعقابية تتخذها السلطة لتأمين الأمن واستتبابه داخليًا وخارجيًا انطلاقًا من المبادئ والقوانين التي وضعتها الجهات المختصة بالأمن الصحي<sup>(٣)</sup>.

وعرف جاكبسون الأمن بأنه عدم خوف الإنسان في الوسط الذي يعيش فيه من التعرض للأذى الحسي مع شعوره بالعدالة الاجتماعية والاقتصادية التي من مظاهرها على سبيل المثال حصول الأفراد على فرص متكافئة للنمو والتطور وتوافر الحد الأدنى من متطلبات العيش الكريم<sup>(٤)</sup>.

وعرف الأمن أيضًا: بأنه شعور الإنسان بتوفير الاطمئنان النفسي والبدني والحماية من أية أخطار ويتضمن سد الحاجات الإنسانية التي يحتاجها الفرد ليعيش حياة مطمئنة مستقرة في المجتمع أن تحقيق الحماية والطمأنينة والأمن والاستقرار والاكتفاء المادي لأفراد المجتمع من

(١) ابن منظور: لسان العرب، الجزء الثالث عشر، مصدر سابق، ص ٢٣-٢٥.

(٢) محمد الدين محمد بن يعقوب القيروزي آبادي: القاموس المحيط، تحقيق: الشيخ أبو الوفا نصر الهوريني الشافعي، دار الحديث، القاهرة، ٢٠٠٨م، ص ٧٤.

(٣) رابعة بنت ناصر السيارى: الأمن الداخلي في ضوء مقاصد الشريعة والقضايا المعاصرة، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، ٢٠١١م، ص ٢٢.

(٤) فهد بن محمد الشقحاء: الأمن الوطني تصور شامل (المفهوم، الأهمية، المجالات، والمقومات)، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، ٢٠٠٤م، ص ١٤.

الاحتياجات الغذائية والصحية والروحية والترفيهية يعكس قدرة ذلك المجتمع على مواجهة التحديات الحالية وتحقيق أكبر قدر ممكن من الاعتماد على الذات لضمان الاستقرار<sup>(١)</sup>.

كما أن مفهوم الأمن يشير إلى نشاط حياتي يعبر عن حالة من الإحساس أو الشعور أو الاحتياج لمجموعة من الضمانات تحقق الأمن للإنسان في يومه وغده، وهذه الضمانات تتمثل في توفير التعليم الأساسي الملائم، والرعاية الصحية المناسبة، والخدمات الثقافية والاجتماعية، وتوفير المسكن الملائم، وخدمات الأمن والعدل، وتوفير الأمن الغذائي، والتأمينات الاجتماعية<sup>(٢)</sup>.

وفي موضع آخر عرف الأمن بأنه: التحرر من الخوف وعدم الوقوع تحت طائلة التهديد فإن مفهوم الأمن يشير إلى واقع يسوده الشعور بالأمن والاستقرار فاذا كانت مشاعر الأمن والاستقرار تغلب على العلاقات الاجتماعية وما فيها من مؤثرات فإن ذلك يعبر عن الأمن الاجتماعي<sup>(٣)</sup>.

وعرف الأمن: بأنه شعور بالاطمئنان والسعادة والسلامة من المرض وتجنب الألم<sup>(٤)</sup>.

### ويعرف الأمن إجرائياً:

**الأمن:** هو مجموع الإجراءات والتدابير التي تتخذها الدولة أو المنظمات الاجتماعية أو الصحية لحماية أفرادها من أي خطر يهددها سواء كان داخلياً أو خارجياً بما يكفل لشعبها حياة حرة كريمة هانئة ومستقرة.

---

(١) أحمد غنوم: المسؤولية الأمنية للمؤسسات التعليمية، مجلة البحوث الأمنية، كلية الملك فهد الأمنية، مجلد (١٥)، العدد (٣٤)، الرياض، ٢٠٠٦م، ص ٥٠.

(٢) عبد الحفيظ المالكي: نحو بناء استراتيجية وطنية لتحقيق الأمن الفكري في مواجهة الإرهاب، أطروحة دكتوراه منشورة، جامعة الأمير نايف للعلوم الأمنية، الرياض، ٢٠٠٧م، ص ٥١.

(٣) بشير صالح الرشيد: سيكولوجية الأمن من منظور التعامل مع الذات النفسية والاجتماعية كأحد مقومات الأمن في مجتمع، الكويت، ٢٠٠١م، ص ١٢.

(4) Huffman, Karen & other.(2000): Psychology in action ,fith Ed.John Wely & sons Inc New york, pp.407.

## ثالثاً: الصحة:

### الصحة في اللغة

[ص ح ح]. (مص. صح) يَتَمَنَعُ بِصِحَّةٍ جَيِّدَةٍ: بِبِنْيَةِ جِسْمِيَّةٍ سَلِيمَةٍ، لَا اغْتِلَالَ فِي جِسْمِهِ التَّدْخِينُ مُضِرٌّ بِالصِّحَّةِ: مُضِرٌّ بِسَلَامَةِ جِسْمِ الْإِنْسَانِ. "اهْتَمَّ بِصِحَّتِكَ" أَنْشَأَتْ وَرَارَةُ الصِّحَّةَ مُسْتَشْفِيَاتٍ جَدِيدَةً: الْوِزَارَةُ الْمَسْئُولَةُ عَنِ سَلَامَةِ الْأَوْضَاعِ الصِّحِّيَّةِ لِلْمُوَاطِنِينَ وَالْمُحَافَظَةَ عَلَيْهَا وَمُعَالَجَةَ الْأَمْرَاضِ صِحَّةَ التَّعْبِيرِ: سَلَامَتُهُ مِنَ الْخَطَأِ. "تَأَكَّدَ مِنْ صِحَّةِ الْأَخْبَارِ" "لَا تُوجَدُ فِكْرَةٌ إِلَّا مَا قَامَ الْبُرْهَانُ عَلَى صِحَّتِهِ" فِي صِحَّتِكَ: أَيُّ أَشْرَبُ وَأَدْعُو لَكَ بِالْعَافِيَةِ<sup>(١)</sup>.

وجاءت كلمة الصحة في لسان العرب بمعنى صحح: الصُّحُّ والصِّحَّةُ. والصَّاحُ: خِلافُ السُّفْمِ، وَذَهَابُ الْمَرَضِ؛ وَقَدْ صَحَّ فُلَانٌ مِنْ عِلَّتِهِ وَاسْتَصَحَّ، مَا يُقَالُ الصِّحَّةُ فِي الْبَدَنِ وَالدِّينِ جَمِيعًا، وَالْمَرَضُ فِي الْقَلْبِ يَصْلِحُ لِكُلِّ مَا خَرَجَ بِهِ الْإِنْسَانُ عَنِ الصِّحَّةِ فِي الدِّينِ<sup>(٢)</sup>.

### الصحة في الاصطلاح

هي الحالة الجسمانية التي تكون فيها الحالة الذهنية والصحية والاجتماعية جيدة والمحافظة عليها من الإصابة بالمرض<sup>(٣)</sup>.

وعرفت منظمة الصحة العالمية مفهوم الصحة في ميثاقها عام (١٩٤٨م) الذي يشير على أنها الحالة التي يتمتع بها الفرد بقواه العقلية والجسمانية، وأن يكون الفرد في حالة اجتماعية جيدة وليس هي مجرد خلوة من الأمراض<sup>(٤)</sup>.

(١) عبد الغني أبو العزم: معجم الغني، الرياض، ٢٠١٣م، ص ٢٥٨٧.

(٢) ابن منظور: لسان العرب، مصدر سابق، الجزء السابع، ص ٢٣٢.

(٣) محمد الشحات درويش: دراسة تحليلية لأثر المعلومات في توكيد الجودة لتحقيق الغذاء الآمن (الأمن الصحي) المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة، المجلد (٢)، العدد (٢)، جامعة عين شمس، كلية التجارة، مصر، ٢٠٠١م، ص ٦٥١.

(٤) فاطمة بنت حمد البيوك، وطه بن عثمان الفراء: دور الجغرافيا الطبية في التنمية والأمن الصحي، المجلة العربية للدراسات الأمنية والتدريب، المجلد (٢١)، العدد (٤٢)، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، (دون تاريخ نشر)، ص ٤٥.

وأيضاً تعرف منظمة الصحة العالمية الصحة على أنها: حالة من اكتمال السلامة بدنيا وعقليا واجتماعيا لا مجرد انعدام المرض والعجز<sup>(١)</sup>.

كذلك وتعد الصحة باعتبارها حالة من السلامة الجسمية والعقلية والاجتماعية، هدفاً أساسياً من أهداف التنمية البشرية، فقد حدد أول تقارير التنمية البشرية عام ١٩٩٠م من بين الاختيارات اللانهائية للناس ثلاث اختيارات أساسية لا يتصور من دونها تحقق الاختيارات الأخرى، وكان أول هذه الاختيارات الثلاثة تحقيق حياة طويلة خالية من العلل، فالناس يتطلعون دائماً إلى امتداد أعمارهم وهم بصحة جيدة. لذلك فإن مؤشر توقع الحياة عند الميلاد هو أحد العناصر الثلاث الأساسية في تركيب دليل التنمية البشرية، كما تعد الصحة كذلك وسيلة أساسية للتنمية البشرية<sup>(٢)</sup>.

### وتعرف الصحة إجرائياً:

**الصحة:** هي وصول الفرد إلى السلامة الجسمانية والعقلانية والنفسية مع قوة تمتعه بحالة اجتماعية ووظيفية جيدة ليتم المحافظة على خلو جسده ورفاهيته من الأمراض والإصابة بها.

## رابعاً: الأمن الصحي

عُرف الأمن الصحي: بأنه توفير ما يحتاجه المجتمع من خدمات طبية أساسية وبيئة صحية مناسبة يستطيع أن يعيش فيها الفرد بين أفراد مجتمعه بارتياح وتناغم مع بيئته دون أن يؤثر ذلك على تفكيره السليم وإنتاجه المفيد<sup>(٣)</sup>.

---

(١) عبد السلام مرابط: الأمن الصحي في العلاقات الدولية بين الضرورة الإنسانية والرهانات التجارية، رسالة ماجستير منشورة، جامعة ٨ ماي ١٩٤٥ قالم، كلية الحقوق والعلوم السياسية، قسم العلوم السياسية، الجزائر، ٢٠١٩م، ص ١٩.

(٢) فجرية خليفة العبار: تقويم السياسات الصحية في ليبيا (دراسة حالة سياسة توفير الخدمات الصحية ١٩٦٩-٢٠٠٦م)، رسالة ماجستير منشورة، جامعة بنغازي، كلية الاقتصاد، قسم العلوم السياسية، ليبيا، ٢٠١٦م، ص ٣٢.

(٣) فاطمة بنت حمد البيوك، وطه بن عثمان الفراء: مصدر سابق، ص ٤٢.

وعُرف الأمن الصحي أيضًا على أنه المحافظة على الصحة لدى مجتمع ما والعمل على وقايته من الأمراض<sup>(١)</sup>.

وأيضاً يعرف الأمن الصحي: بأنه مجموعة الأنشطة اللازمة سواء وقائية أو علاجية للحد أو الإقلال من الأمراض الحادة أو المزمنة التي تشكل خطر على حياة السكان وتؤثر على الاستقرار الاقتصادي والسياسي والتجاري والخدمي والديموغرافي<sup>(٢)</sup>.

وكذلك عُرف الأمن الصحي: بأنه منظومة من النشاطات الفعالة المتعددة المسارات التي لا بد من تفعيلها للتخفيف من نشوء الأوضاع الصحية العامة الحادة التي تهدد صحة المواطنين<sup>(٣)</sup>.

وعرف الأمن الصحي أيضاً: بأنه الوقاية والاستجابة السريعة ضد الأمراض الوبائية والمعدية التي قد تصيب الأفراد بهدف تحقيق السيطرة والتصدي من انتشارها في المجتمع، فضلاً عن تحقيق ورفع مستوى الصحة والرعاية الصحية للأفراد<sup>(٤)</sup>.

### ويعرف الأمن الصحي إجرائياً:

**الأمن الصحي:** هو توفير حاجات المجتمع من الخدمات العلاجية الأساسية بالإضافة إلى وضع البرامج الوقائية التي تحد من انتشار الأمراض ومكافحتها بطريقة علمية وعملية مناسبة والإلمام بالظروف البيئية التي لها علاقة بالأمراض البشرية.

---

(١) محمد الشحات درويش: مصدر سابق، ص ٦٥١.

(٢) فخرية خليفة العبار: مصدر سابق، ص ٥١.

(٣) نبيل شيايك: التوظيف الدلالي لمفهوم الأمن الصحي وإشكالاته المعرفية في زمن كورونا "قراءة سمبولوجية، المجلة الجزائرية للأمن الإنسانيين المجلد (٥)، العدد (٢)، جامعة المدية، الجزائر، ٢٠٢٠م، ص ٢٤.

(4) William Aldis (2008): Health security as a public health concept: a critical analysis, Health Policy and Planning, Volume 23, Issue 6, New Delhi, p. 369.

## خامساً: المستشفى

### المستشفى في اللغة

**المستشفى:** الجمع : مُسْتَشْفَيَات و مَشَافٍ ، اسم مكان من استشفى، و المستشفى : مكان للاستشفاء، يجهز بالأطباء والممرضين والأدوية والأسرة<sup>(١)</sup>.

### المستشفى في الاصطلاح:

هي مركز خدمي مختص بتقديم الخدمات الصحية المتكاملة بهدف خدمة المرضى الحاليين والمرقبين وإشباع حاجاتهم من العلاج والوقاية<sup>(٢)</sup>. وعرفت المستشفى أيضاً على أنها: جزء متكامل من النظام الصحي ووظيفتها توفير العناية الصحية الكاملة لجميع أفراد المجتمع سواء كانت علاجية أو وقائية، كما أنها مركز لتدريب العاملين في الحقل الطبي والصحي، وكذلك مركز للأبحاث الطبية والاجتماعية<sup>(٣)</sup>.

وعرفت منظمة الصحة العالمية المستشفى: بأنها ذلك الجزء المتكامل من التنظيم الاجتماعي والصحي الذي يعمل على توفير الرعاية الصحية الكاملة بشقيها العلاجي والوقائي للأفراد، ويصل بخدماته الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المنزلية، وهو أيضاً مركز لتدريب العاملين في الخدمة الصحية<sup>(٤)</sup>.

---

(١) أحمد مختار عمر، وآخرون: معجم اللغة العربية المعاصرة، المجلد الثالث، عالم الكتب، القاهرة، ٢٠٠٨م، ص ٢١٢٣.

(٢) آلاء نبيل عبد الرزاق: استخدام تقانة المعلومات من أجل ضمان جودة الخدمة الصحية (حالة دراسية في عينة من مستشفيات مدينة بغداد)، مجلة الإدارة والاقتصاد، المجلد (٣٤)، العدد (٩٠)، الجامعة المستنصرية، كلية الإدارة والاقتصاد، العراق، ٢٠١١م، ص ٢٨٧.

(٣) دريدي أحلام: دور استخدام نماذج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية (دراسة حالة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة رزيق يونس)، رسالة ماجستير منشورة، جامعة محمد خيضر بسكرة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، قسم علوم التسيير، الجزائر، ٢٠١٤م، ص ٥.

(٤) ميساء فتحي عيد أبو حصيرة: تقييم جودة أداء المؤسسات الصحية الحكومية حسب معايير منظمة الصحة العالمية (دراسة حالة مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي)، رسالة ماجستير منشورة، الجامعة الإسلامية، كلية التجارة، قسم إدارة الأعمال، غزة، ٢٠١٦م، ص ٥٧.

وعرفت المستشفى أيضًا: هي نسق اجتماعي وصحي متكامل خاص بتقديم الخدمات والرعاية الصحية لعلاج المرضى من الإصابة بالأمراض المزمنة والوبائية<sup>(١)</sup>.

### وتعرف المستشفى إجرائيًا:

**المستشفى:** هي المركز الصحي المتكامل مسؤوليته تقديم الخدمات الصحية والعلاجية للمرضى سواء كانوا خارجة أو داخله بهدف تحسين الحالة الجسمية والبدنية للأفراد لأجل العيش حياة كريمة وسالمة من الأمراض.

## سادسًا: الوقاية

### الوقاية في اللغة:

جاء في لسان العرب معنى الوقاية: وقى وقاه الله وقياً ووقايةً وواقيةً: صانه، وقيت الشيء أقيه إذا صننته وسترتته عن الأذى، وتوقى واتقى بمعنى استنبق نفسك ولا تعرضها للتلف وتحرز من الآفات واتقها، والوقاية والواقية: كل ما وقيت به شيئاً<sup>(٢)</sup>.

### الوقاية في الاصطلاح

إن اصطلاح الوقاية مأخوذ من الفعل يقي "Prevent" تعني المحافظة على الشيء وعدم تركه، فضلاً عن عدم وقوعه في خطر<sup>(٣)</sup>.

عرفت أيضًا على : أنها التدابير والإجراءات التي تتخذها الدولة والتي بدورها تحول دون قيام انتشار الأمراض في المجتمع<sup>(٤)</sup>.

---

(1) Taner, T, Antony, J (2006): Comparing Public And Private Hospital Care Service Quality In Turkey, Leadership In Health Service, Vol. 19, No. 2, PP. 1-12.

(٢) ابن منظور: مصدر سابق، الجزء السادس، ص ٤٩٠١.

(3) D. Halsey, William, Macmillan Dictionary, Macmillan Publishing Co., Inc., London, 1971, P. 794.

(٤) محمد السعيد تركي، ونسيغة فيصل: سياسة الوقاية والمنع من الجريمة، مجلة البحوث والدراسات، المجلد (١٥)، العدد (١)، جامعة بسكرة، كلية الحقوق والعلوم السياسية، الجزائر، ٢٠١٨م، ص ٢٣٥.

وكذلك تعرف الوقاية على أنها: تلك الإجراءات التي تتخذ لمنع حدوث الأمراض أو وقف انتشارها وهي - أي الوقاية - من المبادئ الأساسية الواجب اتباعها للمحافظة على صحة الأفراد كواحدة من الإجراءات التي تقوم بها الإدارات الصحية للمحافظة على الصحة العامة<sup>(١)</sup>.

وعرفت الوقاية أيضًا: بأنها أساليب العمل ترمي إلى تضيق الفرص أمام أنتشار الأمراض المزمنة، ووضع العراقيل في طريقها للحيلولة دون نجاحها في إصابة الأفراد بالمخاطر الصحية<sup>(٢)</sup>.

وهناك من يعرف الوقاية: على أنه ذلك العمل أو الإجراء المفاجئ لمنهج حدوث الحادثة من الوقوع في خطر<sup>(٣)</sup>.

وعرفت الوقاية أيضًا: بأنها محاولة التغلب على الظروف التي تؤدي بالأفراد إلى اتباع سلوكيات منحرفة غير صحية<sup>(٤)</sup>.

### وتعرف الوقاية إجرائيًا:

**الوقاية:** هي كافة الجهود المبذولة من قبل المؤسسات الاجتماعية والصحية والمتمثلة بالتوجيه والإرشاد والتوعية والنصح، وذلك باستعمال كافة الإجراءات والوسائل الصحية التي من شأنها حماية أفراد المجتمع من المخاطر والمشكلات الصحية التي تواجههم في الحياة الاجتماعية.

---

(١) الموسوعة العربية الميسرة، موسوعة فرانكلين للطباعة والنشر، جمهورية مصر العربية، ١٩٥٩، ص ١٩٥٤.

(٢) محمد فاروق عبد الحميد كامل: قواعد العمل الشرطي لتنمية وعي ومشاركة الجماهير في عمليات الشرطة الوقائية، مجلة الفكر الشرطين المجلد (٤)، العدد (١)، الرياض، ١٩٩٦م، ص ١٠١.

(3) Hornby, A. S. Oxford Advanced Learners of Curren English, Oxford University Press, 1986, P. 661.

(٤) محمد أبو حسان: أحكام الجريمة والعقوبة في الشريعة الإسلامية، مكتبة المنار، الأردن، ١٩٨٧م، ص ١٢٦.

## سابعاً: الحجر الصحي

### الحجر الصحي لغةً:

حجر بكسر الأول، وسكون الوسط، ومادته الحاء والجيم والراء، وهو بمعنى المنع، ولهذا أطلق على الشخص الذي يمنع من تصرفات المالية والصبي محجور، أي ممنوع من التصرف بماله كي لا يفسده<sup>(١)</sup>.

والصحي منسوب إلى الصحة، والصحة بمادتها ضد السقم، نقول: رجل صحيح أي غير مريض، وبريء من كل عيب<sup>(٢)</sup>.

### الحجر الصحي اصطلاحاً

هو منع انتقال الناس إلى مكان فيه الوباء، وعدم خروج من كانوا في مكان الوباء<sup>(٣)</sup>. وعُرف الحجر الصحي أيضاً: هو تدبير وقائي غايته الحد من انتشار العدوى من شخص لآخر عبر الرذاذ من الشخص المصاب إلى الأشخاص المعافين عند الاتصال غير الوقائي بينهم. أو عن طريق لمس الوجه بيد حامله الوباء أو طرق أخرى وخصوصاً أمام انتقاء وجود لقاح خاص للقضاء عليه<sup>(٤)</sup>.

وكذلك عُرف الحجر الصحي: على أنه تقييد لأنشطة الأفراد غير المرضى، ولكن الذين يرجع أنهم تعرضوا لعامل ممرض أو لمرض، أو عزلهم عن الآخرين بهدف رصد الأعراض

---

(١) ابن منظور: لسان العرب، مصدر سابق، الجزء الرابع، ص ١٦٧-١٧٠.

(٢) المصدر نفسه: ص ١٧٠.

(٣) الصديق الرونده: الوقاية الصحية في الإسلام، مجلة الرابطة المحمدية للعلماء، المجلد (١)، العدد (٢)، المغرب، ١٩٩٢م، ص ١٦٢.

(٤) خديجة أيلول: تدابير مواجهة الانعكاسات السلبية للحجر الصحي على الجانب النفسي والاقتصادي في زمن تفشي وباء كورونا، مجلة مناظرات الأعمال، المجلد (١٩)، العدد (٥١)، المغرب، ٢٠٢٠م، ص ١١٧.

واكتشاف الحالات مبكرًا، ويختلف الحجر الصحي عن العلاج الذي يتمثل في فصل المصابين بالمرض أو العدوى عن الآخرين للوقاية من تفشي العدوى أو عدوى المرض أو التلوث<sup>(١)</sup>.

وفي موضع آخر عُرف الحجر الصحي بأنه: عزل الأشخاص والحيوانات المصابة بالأمراض المعدية أو تحمل خطر العدوى، لوقت معين تتوقف فيها خطر العدوى بين الناس، وذلك من أجل توفير الحماية اللازمة من أجل مواجهة الأمراض الوبائية المنتشرة بين الناس<sup>(٢)</sup>.

وفي اتجاه آخر عرف الحجر الصحي: بأنه إجراء أمني وقائي صحي هدفه الأول والأخير حماية الأفراد من الإصابة بالأمراض الوبائية والمعدية التي قد تشكل خطرًا آمنياً كبيراً اتجاه حياة الأفراد في مجتمعٍ ما<sup>(٣)</sup>.

**ويعرف الحجر الصحي إجرائياً:** هو الفترة التي فرضتها الحكومات على الشعوب منعاً لتفشي الأوبئة المزمنة والتي قد تترك آثار ومخاطر صحية على حياة الأفراد في المجتمع.

### **ثامناً: الانعكاسات:**

عُرفت الانعكاسات: هي الموقف والظواهر المفاجئة نتيجة تغير ظروف اجتماعية وصحية مؤثرة في حياة الأفراد والمجتمع<sup>(٤)</sup>.

**وتعرف الانعكاسات إجرائياً:** هي الأحداث والتغييرات الطارئة سواء كان اجتماعية وصحية ذات الأثر السلبي على حياة الفرد والجماعة داخل المجتمع.

---

(١) صدقة إيمان، وعز الدين بشقة: المشكلات السلوكية والانفعالية لدى التلاميذ الطور الابتدائي من وجهة نظر الأولياء في ظل الحجر الصحي المتزامن مع جائحة كورونا (دراسة ميدانية)، مجلة الشامل للعلوم التربوية والاجتماعية، المجلد(٤)، العدد(١)، جامعة باتنة، الجزائر، ٢٠٢١م، ص٢١٦.

(٢) صالح محي الدين أحمد: الحجر الصحي وأثره في حفظ مقصد النفس، مجلة العلوم الإسلامية، المجلد(١٢)، العدد(٥)، جامعة بابل، العراق، ٢٠٢١م، ص١٥٥.

(3) Giovanna Muscogiuri, Luigi Barrea, Silvia Savastano & Annamaria Colao (2020): Nutritional recommendations for CoVID-19 quarantine, European Journal of Clinical Nutrition volume 74, University Federico II, Naples, Italy, p. 851.

(٤) عبد الناصر سليم حامد: معجم مصطلحات الخدمة الاجتماعية، دار إسامة للنشر والتوزيع، الأردن، ٢٠١٢م، ص٩٠.

## تاسعاً: المجتمع:

### المجتمع في اللغة

المجتمع: مصطلح مشتق من الفعل (جَمَعَ)، وهي عكس كلمة فرق، كما أنها مشتقة على وزن (مُفْتَعَلٌ) وتعني مكان الاجتماع والمعنى الذي يقصد بهذه الكلمة هو جماعة من الناس، وهذا رد على من يعتقد أنها كلمة خاطئة ويقول أنه ينبغي استخدام كلمة جماعة بدلاً منها، ويسمى العلم الذي يعنى بدراسة المجتمع في جميع نواحيه بعلم الاجتماع<sup>(١)</sup>.

### المجتمع في الاصطلاح

عُرف المجتمع: بأنه مجموعة من الأفراد تقطن على بقعة جغرافية محددة من الناحية السياسية ومعترف بها ولها مجموعة من العادات والتقاليد والمقاييس والقيم والأحكام الاجتماعية والأهداف المشتركة المتبادلة التي أساسها الدين واللغة والتاريخ والنصر<sup>(٢)</sup>.

ويعرف المجتمع أيضاً: بأنه مجموعة من الأفراد يعيشون معاً فوق بقعة ما يتعاون وتضامن ويرتبطون بتراث ثقافي ولديهم الإحساس بالانتماء بعضهم لبعض والولاء لمبادئهم ويكونون مجموعة من المؤسسات تؤدي الخدمات اللازمة لهم وتضمن بالتالي مستقبلاً لحياتهم وتنظم العلاقات فيما بينهم وبما يرضي الغالبية العظمى منهم<sup>(٣)</sup>.

وعُرف (مروجان آرثر) المجتمع على أنه: مجموعة منظمة من الأفراد والعائلات ممن يعملون في تضافر وتضامن كوحدة واحدة لمقابلة احتياجاتهم المشتركة في إطار الميول والعادات والمصالح المشتركة التي تربط فيما بينهم<sup>(٤)</sup>.

(١) حسن عبد الرزاق منصور: بناء الإنسان، دار أمواج للنشر والتوزيع، عمان، ٢٠٠٣م، ص ١٨٧.

(٢) محمد عاطف غيث: معجم علم الاجتماع، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، ١٩٧٩م، ص ٥٣.

(٣) محمد علي محمد وآخرون: قاموس علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، بيروت، ٢٠٠٦م، ص ٦٢.

(٤) رشا أحمد عبد اللطيف: أسس طريقة تنظيم المجتمع في الخدمة الاجتماعية (مدخل دراسة المجتمع)، دار

الوفاء، الإسكندرية، ٢٠٠٩م، ص ١٥٩.

وعُرفه (هربرت ستروب) أيضًا على أنه: مجموعة من الأفراد يدركون أنهم يكونون وحدة واحدة ويعيشون في مساحة جغرافية معروفة المعالم، وينظم العلاقة بينهم مجموعة من النظم تسمح لأفراد المجتمع التعبير عن مشاعرهم وآرائهم وتساعدهم على إشباع احتياجاتهم<sup>(١)</sup>.

### ويعرف المجتمع إجرائيًا:

**المجتمع:** المجتمع بأنه شبكة أو نسيج العلاقات الاجتماعية التي تقوم بين الأفراد وتهدف إلى سد حاجاتهم وتحقيق طموحاتهم وأهدافهم القريبة والبعيدة، وأن الكل فرد أو جماعة كالأسرة والمدرسة وجماعة اللعب طموحات وأهدافا ترمي إلى تحقيقها، غير أنها لا تتمكن من ذلك دون اتصالها وتفاعلها وتعاونها مع الأفراد والجماعات الأخرى؛ إذ إن الاتصال والتفاعل مع وحدات المجتمع الأخرى هو الذي يؤمن حاجاتها ويحقق آمالها وأهدافها.

---

(١) رشا أحمد عبد اللطيف: المصدر نفسه، ص ١٥٩-١٦٠.

## **الفصل الثاني**

### **التفسير النظري لموضوع الدراسة و مدخل الأنثروبولوجي لواقع الأمن الصحي في العراق**

**تمهيد**

**المبحث الأول: النظرية المفسرة لموضوع الدراسة**

**المبحث الثاني: مدخل أنثروبولوجي لواقع الأمن الصحي في العراق.**

## تمهيد:

تعد الأطر النظرية والأنثروبولوجية الميدانية محور مهم لموضوعات سوسيوأنثروبولوجية، لأنها تمكن الباحث من الإحاطة بمشكلة موضوع الدراسة، لذا يُعد الإطار النظري الهيكل أو الأساس الذي يتم الاعتماد عليه في توضيح أو تفسير الظاهرة المراد بحثها، فهو الإطار المفاهيمي لمعرفة جوانب الدراسة من حيث المعلومات والمبادئ، والمفاهيم. إذ يعمل على تحديد العلاقات بين الموضوعات واتجاهاتها، إلى جانب تحديد الأسئلة البحث والطريقة التي تصاغ بها تلك الأسئلة، فهو يعطي وصفاً عن الاتجاهات النظرية لمتغيرات البحث، وهو أختيار لمجموعة من الأبحاث النظرية المستندة إلى مصادر علمية دقيقة يتم من خلالها تحديد موضوع الدراسة، إضافة إلى إنها تقوم بإثراء الباحث بالمعلومات وملاحظات أنثروبولوجيا معرفية وأخذ خبرة واسعة في طرح موضوعه، لأن العلم تراكمي والباحث يبدأ من حيث ما إنتهى غيره وبالتالي يستفاد من النتائج والتوصيات التي توقفت عنها آخر الدراسات.

وفي هذا الفصل يتضمن بحثين هما:

**المبحث الأول: النظرية المفسرة لموضوع الدراسة.**

**المبحث الثاني: مدخل الأنثروبولوجي لواقع الأمن الصحي في العراق.**

## المبحث الأول

### التفسير النظري لموضوع الدراسة

#### أولاً: النظرية البنائية الوظيفية

تأخذ النظرية البنائية الوظيفية مكانا مرموقا في النظرية السوسولوجية المعاصرة، حيث أن الباحثين في علم الاجتماع أو الأنثروبولوجيا تظهر أعمالهم في مجالها، ومن هذا الاتجاه تعد البنائية الوظيفية من أوسع الاتجاهات انتشارًا في دراسة الظواهر الاجتماعية بل أقدمها حيث جذورها ترجع إلى مفكري اليونان القدامى، وفي ضوء هذا نجد (كونفيشيوس) وحديثه عن وظيفة الدين والطقوس الدينية في الحياة المجتمع، ثم ظهرت فكرة هذا الاتجاه في أعمال الآباء المؤسسين لعلم الاجتماع، وفي اتجاه آخر نجد فكرة البنائية الوظيفية بدرجات متفاوتة عند (أوغست كونت) خاصة عند حديثه عن الاتسام العام للظواهر الاجتماعية، ويعني أن التعرف على أية ظاهرة اجتماعية يستوجب الكشف عن ارتباطها بجميع الظواهر الأخرى، إذ أن هذا الاتساق يبلغ مداه في المجتمع الإنساني، كذلك يظهر هذا الاتجاه أيضًا في مؤلفات: أميل دوركايم وتوماس، وباريتو، ومن ثم كتب لها مكانة متميزة في علم الاجتماع المعاصر منذ بدايات القرن العشرين وذلك بتأثير وازدهار علم الأنثروبولوجيا<sup>(١)</sup>.

تصور البنائية الوظيفية في معظم اتجاهاتها الفرعية المجتمع على أنه نسق من الأفعال المحددة المنظمة، ويتألف هذا النسق من مجموع من التغيرات المرتبطة بنائياً والمتساندة وظيفياً، وترى إن للمجتمع طبيعة سامية ومتعالية تتجاوز وتعلو على كل مكوناته بما فيها إرادة الإنسان، وتتحدد شروط هذا التجاوز والتعالي من خلال قواعد الضبط والتنظيم الاجتماعيين، التي تلزم الأشخاص بالانصياع وفقاً لها، لان عدم الالتزام أو الانحراف عنها يهدد أساسيات بناء المجتمع<sup>(٢)</sup>، وأن البنائية الوظيفية تستند إلى مفهومي البناء والوظيفية في تفكيكها لبنية المجتمع

(١) محمد الغريب عبد الكريم: السوسولوجية الوظيفية (دراسات نقدية تحليلية في نظرية علم الاجتماع الغربي)، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، ١٩٨٨م، ص ١١٥.

(٢) عبد الباسط عبد المعطي: اتجاهات نظرية في علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٥م، ص ١٧٦.

والوظائف التي يقوم بها، وفي تحليلها للظواهر الاجتماعية وترابط الوظائف المتولدة عن ذلك، حيث يشير المفهوم الأول إلى الجزء أو العنصر الذي يتكون منه أي نظام أو وحدة أو بناء اجتماعي، أما الوظيفية فيشير بها إلى الدور والإسهام الذي يقدمه كل جزء ضمن البناء الكلي<sup>(١)</sup>. ومن خلال ما تقدم فإنه يمكن لنا بيان آراء بعض علماء الاجتماع والأنثروبولوجيا في البنائية الوظيفية ووفق التفصل الآتي:

## (١) الاتجاه الوظيفي عند علماء الاجتماع

### (أ) دوركايم:

إن اهتمام دوركايم بالظواهر الاجتماعية جعله أيضًا يهتم بالأجزاء المكونة للنسق الاجتماعي من جهة وعلاقة الأجزاء بعضها ببعض، و من ثم تأثيرها على المجتمع، ففي معرض حديثه عن الظاهرة الاجتماعية كونها تتدرج في إطار بنى و مؤسسات، حيث قال أن الظاهرة الاجتماعية هي نتاج الأجزاء البنوية التي تظهر في وسطها، ولها وظيفة اجتماعية مرتبطة بدورها بوظائف الظواهر الأخرى الناتجة عن بقية الأجزاء المكونة للبناء الاجتماعي، فإنه يستحيل فصل الوظائف عن البنى أو العكس، فالمجتمع بناء ووظيفة، وأنها هناك تكاملاً بين الجانب البنوي للمجتمع والجانب الوظيفي، إذ أن البناء يكمل الوظيفية، والوظيفية تكمل البناء<sup>(٢)</sup>، وكذلك نجد في كتاباته (دوركايم) جذورًا لجوانب هامة في النظرية البنائية، فقد أشار إلى فكرة البناء الذي ينشأ خلاله الأفراد ويموتون مع استمراره، وفي هذا إبراز لأهمية مصطلح المركز الذي يقوم عليه التصور البنائي لشبكة العلاقات الاجتماعية باعتبار أن تلك الشبكة في النظرية البنائية تربط أشخاصًا في مراكز معينة، فالنسق البنائي هو نسق يربط بين المراكز التي

---

(١) علي الحوات: النظرية الاجتماعية اتجاهات أساسية، منشورات فالينا، مالطا، ١٩٩٨م، ص ٩٨.

(٢) غربي محمد: النظرية البنائية الوظيفية (نحو رؤية جديدة لتفسير الظاهرة الاجتماعية)، مجلة التمكين الاجتماعي والتنمية المستدامة في البيئة الصحراوية، جامعة الأغواط، الجزائر، ٢٠١٩م، ص ١٦٧.

يحتلها الأفراد في المجتمع، بينما يربط النسق الوظيفي بين الأدوار التي يلعبها هؤلاء الأفراد في النشاطات الاجتماعية المتنوعة<sup>(١)</sup>.

ففي كتابه عن "الأشكال الأولية" وضح فيه وظيفة الدين، حيث قال: «إن وظيفة البناء الديني هي تقوية الأواصر التي تربط الفرد بالمجتمع الذي هو عضو فيه، وبما أن أشكال الممارسة والمعتقدات الدينية قد تتنوع، فإنها تحقق نفس الوظائف في كل مكان وزمان»<sup>(٢)</sup>. كما بين وظيفة المقدس في المجتمع، إذ قال: « أن المقدس يشير إلى كافة الأشياء التي يحددها الإنسان ويعزلها عن غيرها نظرًا لطبيعتها الخاصة، والتي تتضمن المعتقدات الدينية والطقوس والمعبودات، بل أيضًا تتسع لتشمل أي شيء اصطلح اجتماعيا على أنه يتطلب معالجة دينية خاصة، وأضاف (دور كايم) إن دائرة الأشياء المقدسة لا يمكن أن تتحدد مرة واحدة، لأنها تختلف في مداها اختلافًا يتوقف مع تنوع الديانات»<sup>(٣)</sup>.

ووضح دوركايم تحليلات أخرى للوظيفة، وذلك في كتابه "تقسيم العمل"، على تصوره لنمطين مثاليين من المجتمعات، الأول: نمط البدائي: يتميز بالتضامن الآلي وبناء اجتماعي متمائل نسبيًا وفيه قدر قليل من تقسيم العمل أو لا يوجد فيه على الإطلاق، والثاني نمط التضامن العضوي وفيه تقسيم العمل بشكل أكبر وأكثر تحديدًا، واعتبر "دوركايم" تقسيم العمل ظاهرة اجتماعية، حيث قال أن الظواهر الاجتماعية تشكل العقول الفردية للجماعات من خلال الانصهار والامتزاج معا ويتولد عن ذلك كائن يشكل حاله نفسية من نوع جديد<sup>(٤)</sup>، إذ يرمي

---

(١) محمد عبده محجوب: الاتجاه السوسيوأنثروبولوجي في دراسة المجتمع، منشورات وكالة المطبوعات، الكويت، (دون تاريخ نشر)، ص ٢٣.

(٢) محمد الجوهري وآخرون: تاريخ التفكير الاجتماعي، دار المسيرة، عمان، ٢٠١١م، ص ١٣٤.

(٣) نيقولا تيمبا شيف: نظرية علم الاجتماع طبيعتها وتطورها، ترجمة محمود عودة وآخرون، دار المعارف، القاهرة، ١٩٨٠م، ص ١٧٧ - ١٧٨.

(٤) محمد الجوهري: مصدر سابق، ص ١٣٥-١٣٨.

المجتمع بثقله على الأفراد ويمارس ضغوطه عليهم لضبطهم من أي انحراف، والأفراد من جانبهم يشتركون ويؤيدون ذلك؛ الأمر الذي يجعل من الحياة تسير على الجادة المستقيمة<sup>(١)</sup>.

وطبقاً لذلك يفترض وجود حدود للنسق تفصله عن البيئة التي يوجد فيها ، وهو يميل بطبيعته إلى تحقيق ضربٍ من التوازن الداخلي، بحيث يتمكن من استعادة تكامله في حالة تعرضه لتهديدات من داخل حدوده أو من خارجها ، فضلاً عن ذلك يميل النسق إلى اتخاذ طابع بنائي يتصف بقدرٍ كبير من الاستمرارية والدوام<sup>(٢)</sup>.

وفي دراسته على وظيفة المؤسسات الصحية باعتبارها نسق اجتماعي وصحي يرى أن المرض يلازم الإنسان بنسب متفاوتة، ولا يوجد إنسان خال من الأمراض، وأن معنى الأمن الأصح أن يكون الإنسان في حالة أقل قدر ممكن من الأمراض، والإنسان الخالي من الأمراض غير موجود، وأن هناك علامات مرضية تبدو على الإنسان، ولكنها في الواقع علامة على الأمن الصحي أو الصحة، فإذا أختفت وظهر وكأن الإنسان سليماً فهو في الواقع يكون مريضاً، ويرى أيضاً أن أسباب ظهور الأمراض وفهم ميكانيزمات تطوره والتغيرات البنائية المرتبطة بعملية المرض والنتائج الوظيفية لهذه التغيرات هو ما يطلق عليه دراسة علم الأمراض<sup>(٣)</sup>.

## ب) تالكوت بارسونز

يرى بارسونز في مؤلفه "البناء الاجتماعي" أن هناك نسق اجتماعي يقوم فيه الأفراد بأفعال تجاه بعضهم البعض، وهذه الأفعال عادة ما تكون منظمة، لأن الأفراد في النسق يشتركون سويًا في الاعتقاد في قيم معينة وفي أساليب مناسبة للسلوك، وبعض هذه القيم يمكن أن نسميها معايير، والذين يتبعون هذه المعايير يتصرفون بشكل ومتشابه في المواقف المتشابهة، وهذا ما يحقق الانتظام في المجتمع أو ما نسميه بالتوازن الاجتماعي، وهذا التوازن في غاية الأهمية

(١) محمد سعيد فرح: البناء الاجتماعي والشخصية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٨٩م، ص ٧٣-٧٤.

(٢) السيد الحسيني: علم الاجتماع السياسي (المفاهيم والقضايا)، دار قطري بن الفجاءة، قطر، ١٩٨٦م، ص ٣٣-٣٤.

(٣) نجلاء عاطف خليل: في علم الاجتماع الطبي (ثقافة الصحة والمرض)، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ٢٠٠٦م، ص ٣٠-٣١.

بالنسبة للمجتمع، والذي يتحقق ويحافظ عليه عن طريق أسلوبين هما التنشئة الاجتماعية والضبط الاجتماعي، وهذين الأسلوبين مكملين لبعضهما البعض، وهدفهما جعل الأشخاص في المجتمع ينصاعون للمعايير التي توجد بالنسق الاجتماعي، فإذا فشلت التنشئة الاجتماعية في جعل الأفراد يتبعون المعايير، فإن الضبط الاجتماعي يجبرهم على ذلك<sup>(١)</sup>.

وبتعبير آخر يمكن النظر إلى أن فكرة التوازن الاجتماعي عن طريق الخضوع للمعايير السائدة والمشاركة بين الناس إنما هو تحذير للإنسان من أي تمرد أو محاولة لتغيير الأوضاع القائمة، وقد نظر "بارسونز" إلى المجتمع على اعتبار أنه نسق اجتماعي، أي مركب من عدد من العناصر أو المكونات التي ترتبط ببعضها البعض بشكل ثابت نسبياً خلال فترة من الزمن، وبتعبير آخر، يمكن النظر إلى المؤسسة الصحية على اعتبار أنها نسق يتكون من أنساق فرعية أو عدد من الأجزاء المترابطة والمتكاملة، التي يوجد بينها اعتماد متبادل، ولكل نسق احتياجات أساسية لا بد من الوفاء بها حتى يمكن استمرار النسق، وإلا فإن النسق قد يتغير تغيراً جوهرياً<sup>(٢)</sup>.

فالتوازن يُعد أحد الخصائص الجوهرية للأنساق، إذ أن العلاقات المتبادلة بين العناصر المكونة للنسق تؤكد أن النسق سوف يظل باقياً، لدرجة إن التغيرات في أحد عناصره المكونة يعوضها أو يعمل على التوازن معها تغيرات في الأجزاء الأخرى، ويُعرف هذا النوع من التوازن بالتوازن الاستاتيكي، إذ أن نتيجته الإبقاء على الوضع كما هو<sup>(٣)</sup>.

يرى "بارسونز" أن النسق الاجتماعي يقصد به مجموعة من الفواعل سواء كانوا أفراداً أو جماعات، أو مجتمعات خاصيتهم الأساسية أنهم يشتركون في مميزات المكانة والوظيفة التي يؤدونها على أساس الدور المنوط بوضعيتهم وفق معايير وقيم مشتركة، فتتكون شبكة من العلاقات التفاعلية الاجتماعية في إطار المكانة والدور المنوط بكل فاعل من الفواعل

---

(١) طلعت إبراهيم لطفي، وكمال عبد الحميد الزيات: النظرية المعاصرة في علم الاجتماع، دار غريب، القاهرة، ١٩٩٩م، ص ٧١.

(٢) المصدر نفسه: ص ٧٢.

(٣) غريب سيد أحمد وآخرون: المدخل إلى علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٦م، ص ١٣٠.

الاجتماعية<sup>(١)</sup>. وفي موقع آخر ذكر "بارسونز" أن كل نسق إجتماعي لابد أن يجد حلاً لعدد من المشكلات، وقد أطلق على هذه المشكلات أو الشروط أسم الملزمات الوظيفية أو المتطلبات الوظيفية وهي<sup>(٢)</sup>:

- **التكيف:** يتطلب التكيف مع البيئة أن يقوم النسق الاجتماعى بتأمين التسهيلات والوسائل الاقتصادية الضرورية لحياة أعضاء المجتمع، وتوزيعها من خلال النسق.
  - **تحقيق الهدف:** يشير إلى مشكلة تحديد الأولويات بين أهداف المجتمع، والاستخدام الأمثل لموارد النسق من أجل تحقيق هذه الأهداف.
  - **التكامل:** يعني ضرورة التنسيق بين أجزاء النسق الاجتماعى والمحافظة على العلاقات الداخلية بين هذه الأجزاء.
  - **المحافظة على بقاء النمط وإدارة التوتر:** فتشير إلى ضرورة أن يتأكد المجتمع من أن أعضائه تتوافر فيهم الخصائص المناسبة مثل الحوافز ومهارات أداء الدور) لتحقيق الالتزام الضروري بالقيم الاجتماعية، كما تشير هذه المشكلة إلى ضرورة التعامل مع التوترات الداخلية والضغط، أي أن يكون أعضاء المجتمع قادرين على خفض التوترات الانفعالية التي يمكن أن تظهر بين الأعضاء خلال التفاعلات الاجتماعية اليومية.
- ولما كانت هذه الركائز الأساسية لابد منها للنسق الاجتماعى كما ذكرها "بارسونز" وبدونها يختل النسق ولا يستطيع الاستمرار، في موضع آخر أشار "بارسونز" أن النسق الاجتماعى للمؤسسة الصحية يتمثل فيما يلي<sup>(٣)</sup>:

- **النسق المعيارى الفرعى:** هذا النسق يتمثل بمعايير ضمنية وصريحة تتحكم في سلوك أعضائه، وعند دراسة هذا النسق، نهتم بما يجب أن يكون عليه سلوك الفريق الطبى للمؤسسة الصحية من ناحية، وأساليب الفكر أو السلوك التى يتوقعونها من ناحية أخرى.

---

(١) أبو زيد أحمد: البناء الاجتماعى مدخل لدراسة المجتمع، دار القومية، القاهرة، ١٩٦٥م، ص ١٠.

(٢) طلعت إبراهيم لطفى، وكمال عبد الحميد الزيات: مصدر سابق، ص ٧٣.

(٣) علي المكاوي: علم الاجتماعى الطبى (مدخل نظرى)، جامعة القاهرة، كلية الآداب، (دون تاريخ نشر)، ص ٣٣٦-٣٣٨.

• **النسق الفرعي للممارسة:** يشير إلى الأداء الفعلي للفريق الطبي أو لجماعة المرضى بالمؤسسة الصحية المعينة، ويعني ذلك ملاحظة السلوك الظاهري لهذا الفريق من حيث مهام أعضائه وأنشطتهم ووظائفهم وأدوارهم في سياق عمل معين، وذلك بالنسبة للأطباء والمرضات، والفنيين، والعمال وغيرهم.

• **النسق الاجتماعي الثقافي للمؤسسة الصحية:** أن هذا النسق يظهر بصور علاقات اجتماعية شخصية، وهذه العلاقات تؤثر على الأنساق الفرعية المعيارية وعلى أنساق الممارسة، وبالتالي فهي تحدد فعالية المؤسسة الصحية في أداء وظائفها الأساسية، والدليل على ذلك أن جو العلاقات الودية بين الطبيب المعالج وطبيب المعمل يساعد على اضطلاع المعمل بكافة التحاليل التي يحولها الطبيب المعالج بالمؤسسة الصحية العامة.

والجدير بالذكر أن الأمن الصحي والأمراض الوبائية المؤثرة في حياة الإنسان ليصعب فهمهما ما لم نضعهما في السياق الاجتماعي الأكبر لمحاولات الإنسان التكيف، مع شؤون حياته، وبالتالي فلا مغزى للمؤسسة الصحية، وأهمية للعلاج إذا لم نضع في الحسبان أهمية العوامل الاجتماعية والنفسية بنفس الدرجة التي نراعي بها العوامل البيولوجية<sup>(١)</sup>، ولعل "بارسونز" أسم بالفعل في تحليل وظيفة الطبيب داخل المؤسسة الصحية باعتباره متصلاً يضم مستويات عالية من الكفاءة الفنية اللازمة للأداء، والمعرفة والمهارة الطبية والتدريب الكثيف، ويؤكد على أن الطبيب لكي يضطلع بمسئوليته العلاجية، فلا بد أن يتواءم مع الموقف الاجتماعي للمريض، وعليه أن يدرك النتائج التي تترتب على المريض بعد المرض، وعلى أسرته وعمله، وعلاوة على تحديد "بارسونز" واجبات الطبيب في المؤسسة الصحية فيما يلي<sup>(٢)</sup>:

• التعامل مع مشكلات المرضى بقدر كبير من الحصافة والخبرة الطبية، والاستجابة السريعة لحاجات المريض بأسرع مما يستجيب الطبيب لحاجته هو.

---

(١) علي المكاوي: دراسات في علم الاجتماعي الطبي والوطن العربي، جامعة القاهرة، كلية الآداب، ١٩٩٨م، ص ١٥٦.

(٢) المصدر نفسه: ص ١٥٧.

- العمل من أجل رفاهية المريض والمجتمع، وذلك من خلال تقديم الخدمات الصحية والرعاية الصحية له.
- الموضوعية والحياد الوجداني بمعنى ألا يقيم سلوك المريض بمعيار شخصي يتعاطف معه وجدانيًا.
- إن يبادر الطبيب بأداء الممارسة الطبية انطلاقًا من قواعدها الأساسية، وأن تكون هي وحدها دليله ومرشده في أداء الخدمة الصحية.

### (ج) روبرت ميرتون:

قام روبرت ميرتون أحد علماء الاجتماع الوظيفيين الذي تأثروا بأفكار "تالكوت بارسونز" بتصنيف الوظائف إلى نمطين، الأولى وظائف ظاهرة، والثانية: وظائف كامنة، ويشير مفهوم الوظائف الظاهرة إلى تلك الوظائف المقصودة والتي تبدو واضحة، وتعد الوظائف الظاهرة نتائجًا للدور الوظيفي الذي تقوم به المؤسسات الصحية في علاج المرضى المصابين بالأمراض البوائية أو المزمنة، وأنه يمكن معرفة وإدراك هذه الوظائف بسهولة عن طريق الفرق الطبية أنفسهم، أما مفهوم الوظائف الكامنة، فيشير إلى تلك الوظائف غير المقصودة وغير المدركة غالبًا، فهي تلك الوظائف التي لا يمكن معرفتها وإدراكها لتحقيق هدف مستتر يخفى وراء الهدف الظاهر،<sup>(١)</sup>.

وقد أكد "ميرتون" على أن أجزاء المؤسسات الصحية إذا فشلت في تحقيق أهدافها نجم عن ذلك ما يسمى بـ"الخلل الوظيفي"، ويرى أن النظم الاجتماعية ينجم عنها أحيانًا بعض الأضرار أو الخلل الوظيفي، أي بعض النتائج السلبية التي تؤدي إلى فشلها في تحقيق رفاهية المجتمع، ونجد أن هذه النظم تقلل من تكيف النسق الاجتماعي الصحي وتجعله في حالة من عدم الاتزان والاستقرار<sup>(٢)</sup>.

(١) طلعت إبراهيم لطفي، وكمال عبد الحميد الزيات: مصدر سابق، ص ٧٤.

(٢) المصدر السابق نفسه: ص ٧٦.

## ٢) الاتجاه الوظيفي عند علماء الأنثروبولوجيا

أ) راد كليف بروان:

إنّ "بروان" درس البناء الاجتماعي، وأغفل الثقافة، ويربط بين الوظيفة الاجتماعية والبناء الاجتماعي ربطاً وثيقاً، فالتساند الوظيفي القائم بين النظم الاجتماعية لا يمكن باي حال من الأحوال التعرف عليه في إطار البناء الاجتماعي، والذي يعد الكل الذي يحتويها جميعاً، ويؤكد أن الحياة الاجتماعية ما هي إلا التعبير الوظيفي للبناء الاجتماعي، فإنه يستخدم الوظيفة الاجتماعية بمفهومها البنائي ويربط بين الوظيفة الاجتماعية وعملية الحياة الاجتماعية والبناء الاجتماعي ارتباطاً منطقيّاً، حيث تستمر هذه العملية إلى البناء الاجتماعي والوظيفة إلى العلاقة بين البناء والعملية ويستند دوام البناء إلى استمرار العملية والوظائف الاجتماعية التي تؤديها النظم الاجتماعية التي يتألف منها البناء الاجتماعي<sup>(١)</sup>، فالبناء الاجتماعي عنده "بروان" هو عبارة عن شبكة من العلاقات الاجتماعية القائمة بين الأشخاص (العلاقات الثنائية) والجماعات التي يتألف منها المجتمع، أي العلاقات التي على درجة عالية من الثبات والاستقرار خلال الزمن، ويؤكد (بروان) أن العلاقات الثنائية جزء أساسي من البناء<sup>(٢)</sup>.

وفي اتجاه آخر يرى "بروان" أن الأنثروبولوجيا الاجتماعية استطاعت بناء قوانين عالمية، وقد صاغ قانوناً مؤداه: «أن أي حياة اجتماعية بشرية تتطلب هيكلية العلاقات الاجتماعية بشكل تتحد فيه حقوق وواجبات معينة وبطريقة يمكن من خلالها حل الصراعات حول الحقوق دون تدمير البنية نفسها بهكذا صياغة يكون القانون صحيح حسب تعريفه، لكنه لو وضع بطريقة شرطية مثلاً: أن أحد شروط الوجود الضرورية لكل العلاقات الاجتماعية هو أن تحدد حقوق وواجبات معينة بشكل جيد»، يتضح أن هذا القانون زائف، لأنه من المتعارف عليه أن أنماط

---

(١) مجموعة من الكتاب: نظرية الثقافة، ترجمة علي سيد الطاوي، سلسلة كتب عالم المعرفة، الكويت، ١٩٩٧م، ص ٢٦٦.

(٢) السيد حامد: نمو الوظيفة البنائية، دار العين للنشر، القاهرة، ٢٠٠٩م، ص ٣٧-٣٩.

الحياة الإنسانية تتسم بعلاقات اجتماعية، لكنها تحافظ على استمرارها من خلال الاهتمامات بالتغيرات التي تطرأ على جوانب الثقافة<sup>(١)</sup>.

### (ب) مالمينوفسكي:

يعتبر مؤسس النظرية الوظيفية لدراسة الثقافة، وان الوظيفة استخدمت أولاً لكي تعني إسهام العنصر الثقافي في إشباع حاجة بيولوجية أو نفسية ثم أخيراً استخدمت للإشارة إلى الروابط الفاتحة بين العنصر الثقافي وغيره من العناصر الثقافية وان هذا الترابط يحقق التكامل. لقد أكد (ما لينوفسكي) أن الثقافة لم تنشأ إلا لتكون وسائل وأدوات لإشباع الحاجات البيولوجية الأساسية والحاجات الثانوية المشتقة باستمرار من وجود الثقافة، ولأن الإنسان لا يستطيع أن يعيش بدون طعام وحماية وأمن، فلا بد وان يتعاون مع غيره من الأفراد لكي يتحقق ذلك. وان تكون هناك من القواعد الواجب الالتزام بها، تنظم سلوكهم تجاه بعضهم البعض في مختلف مجالات النشاط الذي يمارسونه، أن هذه السلوكيات وما تتضمنه من قيم وأعراف تتناقل، كما تتناقل كل المعتقدات والخبرة والمعرفة المكتسبة من النشاط أي عناصر الثقافة من جيل إلى جيل لتتزايد وتتراكم عبر الأجيال<sup>(٢)</sup>.

وعلاوة على ذلك أنه يرى من الضروري أن تتواجد الوسائل والنظم التعليمية والتدريبية لتنتقل الخبرة والمعرفة المتراكمة لكي تتحقق أهداف التنشئة الاجتماعية. من هذا أن نظرة (ما لينو فسكي) للثقافة نظرة كلية، فهو يؤكد أن ثقافة أي مجتمع من المجتمعات هي وحدة كلية تتألف من عناصر مترابطة ترابطاً عضوياً، بل تتألف من وحدات هي النظم الاجتماعية. فالترابط المتضمن والمحقق للتكامل الثقافي والاجتماعي ومن ثم الكُل أو الوحدة الكلية حقيقتين يؤكد هما (ما لينو فسكي)<sup>(٣)</sup>.

إن التحليل الوظيفي للثقافة أو طريقة دراسة الثقافة عند (ما لينو فسكي) انصب الاهتمام فيها بالترابط أو العلاقات المتبادلة القائمة بين العناصر الثقافية ما دامت الثقافة في نظرة هي

(١) مجموعة من الكتاب: نظرية الثقافة , مصدر سابق، ص ٢٦٨.

(٢) السيد حامد: مصدر سابق، ص ٢٥.

(٣) السيد حامد: المصدر نفسه، ص ٢٦-٢٨.

وحدة عضوية متكاملة، وأن التحليل الوظيفي للثقافة يهتم بالكشف عن التأثير المتبادل أو التساند الوظيفي، القائم بين عناصر ونظم الثقافة والقيام بتفسيرها على أنها وحدة متكاملة متماسكة. حيث يقول (ما لينو فسكي) لا يمكن فهم أي عنصر من عناصر الثقافة إلا من خلال علاقته بالكل (الثقافة أو النظام الاجتماعي). فأن ما يؤديه العنصر الثقافي من وظيفة في الثقافة ككل هو الذي يفسره، ويكشف عن معناه الحقيقي، حيث أن معرفة معنى العنصر يتم عن طريق التعرف على الطرق التي على أساسها يؤثر في بقية عناصر الثقافة ويتأثر بها<sup>(١)</sup>.

وعلى هذا الأساس فقط امتد الاهتمام السوسولوجي والأنثروبولوجي إلى دراسة المؤسسات العلاجية كالمستشفيات والوحدات الصحية وغيرها بهدف وصف التنظيم، والحكم على مدى كفاءته، أو بهدف تحليل البناء الاجتماعي، والتعرف على العلاقات الاجتماعية السائدة، إذ من المعروف أن نوعية التنظيم والعلاقات السائدة بين الفريق المعالج والمريض تؤثر تأثيرًا كبيرًا في عملية العلاج نفسها<sup>(٢)</sup>، كذلك ركز علماء الأنثروبولوجيا على الاهتمام والعناية بدراسة وظيفة الأطباء ومكانة الممرضة، وبنية المستشفيات، تمهيدًا لفهم العملية العلاجية، والواقع أن اعتبار المؤسسة الصحية نسقًا ثقافيًا يسهم في حث أعضاء النسق الطبي على التركيز على العوامل الأخرى المؤثرة في المريض، وفي الشفاء والاتجاه نحو الآخرين، وبالتالي يساعد تناول النسقي في فهم المرضى الذين يدخلون المؤسسات الصحية ومساعدتهم، فضلاً عن مراعاة طبيعة النسقي الثقافي للمؤسسة لتقف على ما يحمله من قيم ومعايير وتصورات ومعتقدات ورموز تؤثر على السلوك المهني بين أعضاء النسق الطبي وبينهم وبين الجمهور المستفيد<sup>(٣)</sup>.

وتأسيسًا على ذلك أكدت معظم الدراسات التي أجريت على المؤسسات الصحية كانت تعد المؤسسة الصحية مجرد بناء ثقافي فيزيقي تعالج المرضى بداخلها، ومن الطبيعي ينظر علماء الأنثروبولوجيا إلى المؤسسات الصحية على أنها مجتمع محلي صغير ذو ثقافة خاصة به،

---

(١) السيد حامد: مصدر سابق، ص ٢٩.

(٢) علي الكاوي: الأنثروبولوجيا الطبية (دراسات نظرية وبحوث ميدانية)، جامعة القاهرة، مصر، ١٩٩١م، ص ٩٢.

(٣) المصدر نفسه: ص ٩٣.

ويركزون على دخول المرضى إلى المؤسسات الصحية، وأثر ذلك على سلوكه واستشفائه، ثم يجرون في نهاية الأمر بعض الدراسات السريعة حول ثقافة المؤسسات الصحية على نحو عام، إذ يعتبرون المؤسسات الصحية مجتمعًا محليًا صغيرًا له ثقافته الخاصة به، وعلى الرغم من تركيزهم على دراسة المؤسسات الصحية ذو ثقافة إلا أنهم يواجهون نوعين من الثقافة، الأولى ثقافة المريض من ناحية، وثقافة القوى الطبية من ناحية الأخرى، ويلاحظ أن الثقافة الأخيرة متشابهة إلى حد كبير بغض النظر عن نمط المؤسسات الصحية، بينما تختلف ثقافات المرضى فيما بينها اختلافًا بيّنًا<sup>(١)</sup>.

### ثانياً: توظيف النظرية البنائية الوظيفية

إنّ النظرية البنائية الوظيفية من خلال هذه الدراسة الميدانية تتناسب كثيراً مع موضوع الدراسة الميدانية، وذلك باعتبار النظم الاجتماعية بما فيها المراكز الصحية جزء من المجتمع الأصغر (القرية)، أو الأكبر (المدينة) يتعامل معها أغلب الناس مباشرة كمرضى أو كزائرين يعودون مرضاهم فيها، كما أن المراكز الصحية بوصفها نسق اجتماعي هدفه الأول تقديم الخدمات التمريضية والعلاجية، وهي في ذات الوقت مستهلك للسلع، وتخضع بالتالي لتأثير عوامل العرض والطلب، بالإضافة إلى أنها مركز للرعاية الطبية الحديثة، ومصدر الاستعدادات والخبرات الطبية القصوى التي تهيئ للمريض الرعاية السليمة وتعجل بشفاؤه.

ومن خلال ما طرأ على النظام الصحي والأمني في مدينة الحلة بسبب الأمراض الوبائية منذ فترات سابقة وجائحة كورونا العالمية في الوقت الحالي، حيث تأثرت المنظومة الصحية والأمنية على جميع مستوياتها الرسمية وغير الرسمية، بسبب عدم قدرتها على مواجهة الأمراض والأوبئة بصورة عامة، وجائحة كورونا على وجه الخصوص، انعكس هذا التخلخل الوظيفي في كلا النظامين على بقية البناء الاجتماعي ككل، كما تأثر النظام الاقتصادي في مدينة الحلة من خلال توقف الأعمال وغلق الأسواق والمحال التجارية بسبب ظروف الحظر، وانتشرت البطالة، وارتفعت الأسعار بسبب صعوبة وصول السلع الغذائية وغيرها، كما تأثر بقية الأنظمة بسبب ضعف التواصل الاجتماعي بين الأفراد وتطبيق الحظر والتباعد الاجتماعي، حيث أغلقت

(١) علي المكاوي: مصدر سابق، ص ٩٤-٩٥.

الجوامع والحسينيات، وأغلقت المطاعم والمتنزهات، حيث تأثرت العلاقات الاجتماعية المتبادلة بين الأفراد وأصبحت مقيدة بوسائل الأمن الصحي، وحتى أنماط السلوك الثقافي بين الأفراد تغيرت نوعاً ما بسبب تأثرها بالوضع الصحي في المدينة، بالرغم من ذلك كله عانى القطاع الصحي والأمني معاناة كبيرة بسبب ضعف البنى التحتية لكلا القطاعين في مواجهة مثل هذه الأزمات القوية، وقلة الموارد والخبرات، وصعوبة التعامل مع المجتمع في ظل مثل هذه الظروف.

## المبحث الثاني

### مدخل أنثروبولوجي لواقع الأمن الصحي في العراق

ظهرت الأنثروبولوجيا الطبية كأحد أهم المجالات الحيوية للبحوث النظرية والتطبيقية في الدراسات الأنثروبولوجية، حيث اجتذبت العديد من الموضوعات المتعلقة بالحياة والموت كدراسة الصحة والمرض عبر الزمان والمكان وتراوحت من وقائع وإحداث مرض معين إلى بناء الجسم الإنساني وأمراضه إلى مقارنات للنظم الطبية المتنوعة داخل الثقافات إلى الخبرات النفسية والجسمية للمعناة البشرية<sup>(١)</sup>.

والأنثروبولوجيا الطبية هي الطريقة أو الأسلوب الذي يفسر به الناس الموجودين في جماعات اجتماعية وثقافة مختلفة أسباب المرض وأنواع المداواة وأنماط العلاج التي يعتقدون فيها، ومن هم المعالجون الذين سيلجئون إليها، وقد تزايد الاهتمام بالأنثروبولوجيا الطبية بتزايد الوعي بدور الثقافة في قضايا الصحة، فقد أشار الأنثروبولوجيون الذين درسوا الهدف الاجتماعي والثقافي الجانب إلى أن المعتقدات والممارسات المتعلقة بالصحة والمرض في كل المجتمعات تعد ملمحاً رئيسياً لثقافة هذه المجتمعات<sup>(٢)</sup>.

إن الأنثروبولوجيا الطبية علم يبحث في العلاقة بين الثقافة والصحة والمرض، لذلك فهي تعني الدراسة الكلية المقارنة للثقافة، ومدى تأثيرها على المرض والرعاية الصحية، وقد تزايد الاهتمام بهذا العلم نظراً لتزايد الوعي بدور الثقافة في القضايا الصحية مثل تطور المرض، وتوزيعه الجغرافي والوسائل والأساليب التي تعتمد عليها المجتمعات في مواجهته، والطرق المثلثة لتحسين الطب الحديث، وتطويره في المجتمعات التقليدية، ويظهر تأثير ثقافة مجتمع ما في مجال الأمن الصحي، وذلك لأن الثقافة تتحكم إلى حد كبير في نمط انتشار المرض، وطريقة الناس في تفسيره ومعالجته، وكيفية الاستجابة لانتشار الطب الحديث والتفاعل معه، فالثقافة نقية

---

(١) بن عروس حياة: الأنثروبولوجيا الطبية ودورها في قضايا الصحة والمرض، مجلة دراسات اجتماعية، العدد(١٣)، الجزائر، (دون تاريخ نشر)، ص ٧٠-٧١.

(٢) المصدر نفسه: ص ٧١.

الإنسان المرض، وتصيبيه به أيضًا، فهي المصدر الذي يستقي منه الإنسان تعريفه للمرض واستجابته له<sup>(١)</sup>.

وقد شهدت الأنثروبولوجيا الطبية ازدهارًا ملحوظًا بعد الحرب العالمية الثانية، وخاصة حينما أسهمت في دراسة المشكلات الطبية، وتمثل دراسة "كاوديل" عن الأنثروبولوجيا التطبيقية في مجال الطب نقطة البداية في هذا الازدهار، إلا أن هناك محاولات سبقت "كاوديل" تناولت وصف المفاهيم الإثنولوجية، والمعتقدات المرتبطة بالصحة والمرض، والممارسات الطبية في المجتمعات البسيطة، فالأنثروبولوجيين يرون أن الاهتمام الأساسي للطبيب هو كيفية المحافظة على الصحة والسيطرة على المرض، والطرق التي يؤثر بها السلوك الإنساني في هذه العملية، أما المختصين في الأنثروبولوجيا الطبية فأنهم ينخرطون في البحث في هذه المشكلات وخاصة في مجال انتشار الأمراض المعدية والوبائية في المجتمعات<sup>(٢)</sup>، وينظر علماء الأنثروبولوجيا الطبية إلى الأمن الصحي بوصفه نظامًا اجتماعيًا ثقافيًا، أي مجموعة من المؤسسات النظامية التي تستهدف إشباع احتياجات الناس، ومن ثم المحافظة على الصحة ومقاومة المرض، كما أكد المدخل الإيكولوجي باعتباره اتجاهًا نظريًا في الأنثروبولوجيا الطبية، على دراسة الأمن الصحي والمرض على أنها انعكاس للعلاقات القائمة بين السكان وموطن الإقامة والسكن، وأشكال الحياة، أي إنها أشكال التوافق البيئي يقوم به البشر في تفاعلهم مع البيئة شأنهم في ذلك شأن الكائنات الحية الأخرى، وهذا من شأنه أن يؤثر على الحالة الصحية، وبذلك فإن المدخل الإيكولوجي يهتم بتوضيح دور الظروف البيئية والاجتماعية الثقافية بوصفها إحدى مسببات المرض ومدى انتشاره ومعدل تزايد أمراض معينة في ظروف بيئية محددة<sup>(٣)</sup>.

---

(١) علي المكاوي: الأنثروبولوجيا الطبية، مصدر سابق، ص ١٢.

(٢) المصدر نفسه: ص ١٣-١٤.

(٣) عائدة فؤاد النبلاوي، وسلطان بن محمد الهاشمي: الأبعاد الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض (دراسة أنثروبولوجية لأمراض الدم الوراثية في المجتمع العماني) مجلة الآداب والعلوم الاجتماعية، العدد (١)، جامعة السلطان قابوس، عُمان، (دون تاريخ نشر)، ص ٣٤-٣٦.

والجدير بالذكر أن مستويات الصحة الجيدة والأمن الصحي للأفراد تعبر عن الأداء الجيد للمؤسسات الصحية في مجال تقديم الخدمات الصحية، ونشر الوعي الصحي؛ وهما مخرجات للسياسة العامة الرشيدة وهذا ما يعبر عن حقيقة أنه يجب أن يحظى الأمن الصحي بالاهتمام الأساسي لدى صناعات السياسة، والتعبير عن تطلعاتهم في الحياة الجديدة التي تحتم ضمان الأمن الصحي، وفق مبدئين، الأول وهو أن تكون الخدمات الصحية جيدة، والثاني أن تكون بأسعار منخفضة أو على الأقل مناسبة لجميع شرائح المجتمع، على مختلف أجورهم وخلفياتهم الثقافية، وهذا كله من أجل بناء مجتمع منسجم وسليم<sup>(1)</sup>. فالمختص بالأنثروبولوجيا الطبية يرى أن السلامة الصحية هي مسؤولية مشتركة ولا يمكن تحقيقها من قبل جهة فاعلة واحدة أو إدارة واحدة داخل الحكومة، لذلك فإن نجاح السلامة الصحية يعتمد على التعاون بين إدارات الصحة والسلامة والبيئة والتعليم والزراعة، وكذلك التعاون الصحي بين الأقسام من خلال إنشاء شبكة مترابطة رفيعة المستوى يمكنها الاستجابة بفعالية للحد من انتشار الأمراض المعدية بين البشر والحيوانات، وتقليل المعاناة البشرية وفقدان الأرواح، وتقليل العواقب الاقتصادية التي تنتج عن ذلك<sup>(2)</sup>.

ويذهب "كولن" أن معظم الأدبيات الإنسانية تكاد تخلو من أية إشارات للعلاقة ما بين قضايا الصحة العامة والأمن، فالواقعيون بشكل عام والبنويون على وجه التحديد ينظرون إلى قضايا الصحة من منظور الأمن التقليدي (العسكري)، ولا يربطون بينهما إلا في حالة تأثير بعض القضايا والمسائل الصحية على الجوانب العسكرية<sup>(3)</sup>، بينما المختصين في الأنثروبولوجيا الطبية يرون أن الصحة والأمن حاجة إنسانية وثقافية في أي مجتمع من المجتمعات الإنسانية،

---

(1) عبد القادر بالخضر: دور النظام الصحي في تعزيز الأمن الصحي المجتمعي، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد(35)، جامعة عمار ثليجي بالأغواط، الجزائر، 2018، ص 25-26.

(2) D. Carroll, B. Watson, E. Togami, P.Daszak, J.A.K. Mazet, C.J. Chrisman, E.M.Rubin, N. Wolfe, C.M. Morel, G.F. Gao, G.L. Burci, K. Fukuda, P. Auewarakul, O.Tomori Building a global atlas of zoonotic viruses Bull World Health Organ, 96: (2018), pp. 292-294.

(3) عبد الحق بن جديد، ومراد بن قبطة: الأمن الصحي في عالم من دون حدود (هواجس متنامية ومضامين متباينة)، مجلة آفاق للعلوم، العدد(الثالث)، جامعة باجي مختار عنابة، الجزائر، 2016م، ص 45.

وذلك لأن ثقافة المجتمع تؤثر على الصحة والمرض، ويتضح ذلك من خلال تنميتها للأمراض بصفة عامة إلى مرض لم يشخص، ومرض مزمن، حيث المرض الذي لم يشخص يمثل دائرة مفرغة داخلها يدور المريض على عيادات الأطباء وعلى المستشفيات العامة المتخصصة، وفي حالة استمرار عدم التشخيص يدور المريض حول الثقافة الشعبية من معتقدات وممارسات طبية شعبية، إلى علاج عشبي، إلى الاستشفاء بالأولياء، ويطرق كل باب يلتمس منه مخرجاً<sup>(١)</sup>، أما المرض المزمن، فالمريض لا يلم بتلك الأزمات مثل: الربو المزمن، فالطبيب يرفض إخبار المريض، وكذا الأمراض النفسية والعصبية، أي الأمراض التي تظهر وتختفي بشكل غير منتظم، فهذه الحالات المرضية عموماً تدفع المريض إلى طرق كل الأساليب الطبيعية العلاجية الشعبية والسحرية<sup>(٢)</sup>.

وفي موضع آخر أن أفراد المجتمع يشعرون بالأمن الصحي عندما يمتلكون العديد من المعلومات والمهارات الصحية والوقائية، ويلتزمون بالمسؤولية الاجتماعية في المحافظة على صحة المحيطين، ويتبعون الممارسات الصحية في التعامل مع البيئة، ويقتنعون بضرورة اتباع العادات والسلوكيات الصحية دون رقابة من الجهات الحكومية، ويتم ممارستها دون الحاجة للتذكير من المحيطين بهم، كما أن حث الأنثروبولوجيين على ضرورة الاهتمام والعناية بنشر الثقافة الصحية بين أفراد المجتمع يسهم بشكل فعال في تحقيق الشعور بالأمن الصحي، والذي يؤدي إلى تقليل أعداد المصابين بالأمراض المعدية والأوبئة، ويزيد من معدلات إنتاج الأفراد، ويقلل من الإنفاق المادي على علاج المرضى أو على استيراد المستلزمات الطبية، أضف إلى ذلك أن التوعية بالأمراض المعدية والأوبئة تؤدي إلى انتشار الشعور بالأمن الصحي بين أفراد المجتمعات، وأن ذلك يعمل على نقل اعتماد المواطنين على الدولة في الحفاظ على الجانب

---

(١) بن عروس حياة: مصدر سابق، ٨٥.

(٢) المصدر نفسه: ص ٨٦.

الصحي إلى الأفراد أنفسهم والأسر، ويساعد على مواجهة التهديدات المرضية والأوبئة بصور أفضل<sup>(١)</sup>.

ومن خلال استعمال أداة الوثائق والسجلات، حاول الباحث عرض بيانات إحصائية عن واقع الأمن الصحي في العراق، فضلاً عن قيامه بأخذ مقابلات أنثروبولوجية لبعض أفراد مجتمع الدراسة، وذلك بهدف التعرف على أهم التحديات والقضايا التي تشكل عواقب اتجاه قطاع الصحة، والأمن من ناحية، ومعرفة مستوى تقديم الخدمات الصحية في المراكز الصحية بكافة أنواعها الحكومية والأهلية من ناحية الأخرى. وبطبيعة الحال تعد وزارة الصحة والبيئة هي الجهة المعنية بتقديم الخدمات الصحية بمختلفة مستوياتها مع الإشراف على القطاع الصحي الخاص، وعلاوة على ذلك فإن نظام الأمن الصحي في العراق يتكون من أربع مستويات وهي على النحو الآتي:

### **أولاً: خدمات الرعاية الصحية الأولية:**

يعد مستوى الرعاية الصحية الأولية الركيزة الأساسية في تقديم الخدمات الصحية من خدمات وقائية وعلاجية من خلال مراكز الرعاية الصحية الأولية والعيادات الشعبية، وعيادات التأمين والبيوت الصحية، ومراكز تسجيل الولادات والوفيات وفق سياقات وضوابط، لضمان تكامل الخدمات الصحية مع المستويات الأخرى من خلال (نظام الإحالة<sup>(\*)</sup>)، الذي طبق في المؤسسات الصحية، لتنظيم مراعات المرضى بحسب الرقعة الجغرافية والتكامل مع المستويات الأخرى لنظام الأمن الصحي، وأن الاهتمام الأساسي للمستوى الأول لصحة المرأة والطفل،

---

(١) سعد رياض محمد البيومي وآخرون: فعالية برنامج للتوعية بالأمراض المعدية والوبائية من منظور إسلامي في تحقيق الأمن الصحي لدى طلاب جامعة طائف، المجلة التربوية، المجلد (٣)، العدد (٨٦)، جامعة سوهاج، كلية التربية، الجزائر، ٢٠٢١م، ص ١٠٥٣-١٠٥٤.

(\*) نظام الإحالة: هو مجموعة من العمليات والإجراءات المتسلسلة يقوم بها مقدم الخدمة الصحية تهدف إلى التنظيم باتجاهين للخدمة الصحية المقدمة من خلال جميع مستويات الرعاية الصحية. ويهدف نظام الإحالة إلى توفير وتقديم الخدمات الصحية بشكلها الأمثل وبشكل مستمر لكي تصبح قادرة على أن تقدم هذه الخدمات لجميع الفئات المستهدفة في المجتمع. للمزيد أنظر:

<https://www.moh.gov.sy/Default.aspx?tabid=452&language=ar-YE>

وتأمين العلاج للأمراض المزمنة، فضلاً عن حملات التلقيح للأطفال، ومتابعة الأمراض الوبائية والانتقالية وغيرها (مثل التدرن، الكوليرا، والإيدز)، وفيما يلي الجدول (١) يوضح تطور مراكز الرعاية الصحية الأولية في العراق وعلاقتها بالأمن الصحي.

### جدول (١)

يوضح مراكز الرعاية الصحية الأولية وكثافتها في العراق للمدة (٢٠١٥-٢٠٢٠م)<sup>(١)</sup>

السنة	عدد السكان	المراكز الصحية	كثافة المراكز الصحية(*)	معدل نمو السكان (**)	معدل نمو المراكز الصحية (الأولية) (***)
٢٠١٥	٣٦٩٣٣٧١٤	٢٦٨٠	١٣٧٨١,٢٤	-	-
٢٠١٦	٣٧٨٨٣٥٤٣	٢٦٦٩	١٤١٩٣,٩١	٢,٦	٠,٤-
٢٠١٧	٣٧١٣٩٥١٩	٢٦٥٨	١٣٩٧٢,٧٣	٢,٠-	٠,٤-
٢٠١٨	٣٨١٢٤١٨٢	٢٧٦٥	١٣٧٨٨,١٣	٣,٠	٠,٠٤
٢٠١٩	٣٩١٢٧٨٨٩	٢٨٠٨	١٣٩٣٤,٤٣	٢,٦	٠,٠٢

نلاحظ من الجدول أعلاه، أن عدد المراكز الصحية اتخذت مساراً متذبذباً خلال سنة (٢٠١٧)، وهذا الأمر يعود إلى عدم العناية والاهتمام بتلك المراكز، فضلاً عن تدمير البعض منها لعدم كفاية التخصيصات المالية لإعادة ترميمها أو لكونها تقع في مناطق سكنية غير مستقرة أمنياً، فقد بلغت عام (٢٠١٥م) بواقع (٢٦٨٠) مركزاً صحياً لكل (١٣٧٨١,٢٤) نسمة، وانخفض عددها عام (٢٠١٦م) لتصل إلى (٢٦٦٩) مركزاً صحياً لكل (١٤١٩٣,٩١) نسمة، في حين انخفضت في عام (٢٠١٧م) لتصل إلى (٢٦٥٨) مركزاً صحياً لكل (١٣٩٧٢,٧٣)

(١) الجدول من إعداد الباحث بالاعتماد على: محمد جاسم الخفاجي: تطور الإنفاق الصحي في العراق بحسب مؤشرات منظمة الصحة العالمية للمدة (٢٠٠٧-٢٠١٧م)، مجلة الإدارة والاقتصاد، العدد (١٢٤)، الجامعة المستنصرية، كلية الإدارة والاقتصاد، بغداد، ٢٠٢٠م، ص ١٥٠.

(\*) يحتسب مؤشر كثافة المراكز الصحية الأولية لكل (١٠٠٠ نسمة) = (عدد السكان ÷ عدد المراكز الصحية).

(\*\*) يتم حساب معدل النمو السكان وفق المعادلة الآتية: (السنة الحالية ÷ السنة السابقة) - ١ × ١٠٠ = معدل نمو السكان.

(\*\*\*) يتم حساب معدل النمو، وفق المعادلة الآتية: (الحاضر - الماضي) ÷ الماضي = معدل النمو.

نسمة، فيما ارتفع عددها في عام (٢٠١٨م) لتصل إلى (٢٧٦٥) مركزاً صحياً لكل (١٣٧٨٨,١٣) نسمة، وأيضاً ارتفع عددها في عام (٢٠١٩م) لتصل عددها (٢٨٠٨) مركزاً صحياً لكل (١٣٩٣٤,٤٣) نسمة، وهو بذلك دون المستوى المطلوب والبالغ مركزاً صحي لكل (١٠٠٠) نسمة. وكذلك نلاحظ من الجدول (١) أيضاً أن معدل نمو السكان كان ثابتاً في المدة (٢٠١٦ و٢٠١٩)، وسالماً في (٢٠١٧)، إذ بلغ (-٢,٠) وما عداه فقد كانت متذبذباً، ويعود السبب لتباين مستوى الخصوبة والوفيات والهجرة في البلاد خلال مدة الدراسة، فضلاً عن تردي الوعي الصحي لدى الأفراد، وضعف مستوى الأمن الصحي لدى البعض الآخر، أما معدل انتشار المراكز الصحية فقد تضمن قيم سالبة لعدد من الأعوام (٢٠١٦، ٢٠١٧م) على الرقم من القيم الموجبة لمعدل نمو السكان، ومن ثم فإن هذا يعني أن هناك ضعفاً واضحاً في انتشار المراكز الصحية القائمة في عموم محافظات البلد، فضلاً عن تردي الوضع الأمني والصحي فيه، وأضف إلى ذلك ضعف الإمكانيات المادية المتاحة لها لأجل إعادة تأهيلها وترميمها من جديد، إلا أنها بقيت متواضعة طلية مدة الدراسة.

### ثانياً: خدمات الرعاية الصحية الثانوية

وهي المراكز الأساسية للخدمات الصحية العلاجية والتأهيلية التي يتم تقديمها للأفراد عبر المستشفيات العامة والتخصصية والأهلية في عموم البلاد، بما يؤمن التكامل في تقديم الخدمات الصحية، والجدول الآتي يوضح ذلك:

#### جدول (٢)

يوضح عدد المؤسسات الصحية في العراق لسنة (٢٠١٥-٢٠١٩م)<sup>(١)</sup>

السنة	عدد المستشفيات الحكومية	عدد المستشفيات الأهلية
٢٠١٥	٢٥٣	١١٩
٢٠١٦	٢٦٠	١٢١
٢٠١٧	٢٧٣	١٢٧
٢٠١٨	٢٨١	١٣٥
٢٠١٩	٢٨٦	١٤٣

(١) وزارة التخطيط والتعاون الإنمائي، الجهاز المركزي للإحصاء، سنوات متفرقة.

يتضح من خلال الجدول رقم(٢)، أن عدد المستشفيات الحكومية كان متذبذبًا خلال عامي (٢٠١٥م) إذ بلغ (٢٥٥) مستشفى حكومي، و(١١٩) مستشفى أهلي، وذلك بسبب تراجع الاهتمام والعناية بها، أو لكونها تقع في مناطق جغرافية غير مستقرة صحياً أو أمنياً، أضف إلى ذلك سبب الدمار الذل خلفه هجوم تنظيم داعش الإجرامي في القطاع الصحي للمحافظات الشمالية والغربية المحتلة، عام (٢٠١٦م) وصل عدد المستشفيات الحكومية إلى (٢٦٠) مستشفى حكومي، و(١٢١) مستشفى أهلي، وفي عام (٢٠١٧م) أيضاً حل تزايد في عدد المستشفيات الحكومية لتصل إلى (٢٧٣) مستشفى حكومي، و(١٢٧) مستشفى أهلي، وكذلك تزايد أعدادها في عام (٢٠١٨م) لتصل إلى (٢٨١) مستشفى حكومي، و(١٤٣) مستشفى أهلي، وأيضاً وصلت في عام (٢٠١٩م) إلى (٢٨٦) مستشفى حكومي، و(١٤٣) مستشفى أهلي.

ومن خلال هذه البيانات الإحصائية نجد أن هناك زيادة في الخدمات الصحية، وهذا يعود إلى زيادة طلب السكان على الخدمات الصحية من جهة، ومن الجدير بالذكر أن أغلب المستشفيات الحكومية الجديدة كانت ذي سعة سريرية محدودة جداً لم تتجاوز (٥٠ - ١٠٠) سرير. وفي مقابلة مع أحد أفراد مجتمع الدراسة تحدث قائلاً: «أن المستشفيات الحكومية الجديدة عانت الكثير من المشاكل الإدارية والمالية نتيجة تفاقم ظاهرة الفساد فيها، فضلاً عن سيطرة بعض الجهات الحكومية على أجزاء من المراكز الصحية، الأمر الذي يساعد على تردي الوضع الصحي في المجتمع»<sup>(١)</sup>.

### ثالثاً: خدمات الرعاية الصحية (الثالثة)

يتضمن هذا المستوى عددًا من المراكز التخصصية مثل مراكز طب وجراحة العين، ومراكز السمع، والتخاطب، ومراكز التأهيل الطبي، والأطراف الصناعية، وجراحة الجملة العصبية، تقدم هذه المراكز خدمات طبية متخصصة في مجالات العلاج الطبي على الرغم من محدوديتها، إذ يبلغ عددها (٧٧٣) مركزاً صحياً في عام (٢٠١٥م) في عموم البلد، لكن الطلب عليها كبير لا يتناسب مع أعدادها خصوصاً أثناء ارتفاع عدد المصابين نتيجة الأمراض الوبائية

(١) مقابلة أجراها الباحث مع أحد أفراد مجتمع الدراسة (طبيب) أثناء الدراسة الميدانية في تاريخ : ٢٤ / ٤ /

أو نتيجة العمليات الإرهابية، فضلاً عن ارتفاع عدد المصابين في بالأمراض السرطانية ومدمني الكحول والمخدرات، وبلغ عددها في عام (٢٠١٦م) (٧٥٦) مركزاً صحياً، في حين انخفض عددها في عام (٢٠١٧)، إذ بلغ عددها (٧٤٨) مركزاً صحياً، وفي عام (٢٠١٨م) ارتفعت لتصل إلى (٩٣٨) مركزاً صحياً، وفي عام (٢٠١٩م) انخفضت ذلك، إذ وصل عددها إلى (٩١٠) مركزاً صحياً<sup>(١)</sup>. والجدول الآتي يوضح ذلك:

### جدول (٣)

يوضح عدد المراكز الصحية التخصصية لسنوات (٢٠١٥-٢٠١٩م)

النسبة	عدد المراكز الصحية التخصصية
٢٠١٥	٧٧٣
٢٠١٦	٧٥٦
٢٠١٧	٧٤٨
٢٠١٨	٩٣٨
٢٠١٩	٩١٠

### رابعاً: خدمات الرعاية الصحية على مستوى الأطباء

حددت وزارة الصحة العراقية معيار (٣) أطباء لكل (١٠٠٠٠٠) نسمة، وبلغ عدد الأطباء في عام (٢٠١٥م) في عموم العراق حوالي (٢٥,٣٧٨) طبيباً، وبمعدل (٦,٨%) إجمالي البلد<sup>(٢)</sup>، أما في عام (٢٠١٦م) حوالي (٣٤٢٥٦) طبيباً، وبمعدل (٩,٠%) إجمالي البلد، بينما بلغ عدد الأطباء في عام (٢٠١٧م) حوالي (٢٩٨٦٠) طبيباً، وبمعدل (٨,٨%) إجمالي البلد<sup>(\*)</sup>، في

(١) وزارة التخطيط: مصدر سابق، جدول (٢-١) سنوات متفرقة.

(٢) تم استبعاد الأطباء المنتسبين لوزارة التعليم العالي.

(\*) تم احتساب المؤشر على مستوى العراق بعد استبعاد سكان محافظة نينوى.

حين بلغ عددهم في عام (٢٠١٨م) بواقع (٣٣,٤٣٦) طبيبًا، وبمعدل (٩,١%)، وفي عام (٢٠١٩م) بلغ عددهم (٣٥,٠٠٥) طبيبًا، وبمعدل (٨,٩%) أجمالي البلد (\*\*).

واستخلاصًا لما سبق أن الأمن الصحي قد واجه في القرن العشرين تحولاً هاماً في تاريخ الصحة، حيث شهد تطورات كبيرة بتنامي مخاطر تفشي الأمراض الوبائية، والحوادث الصناعية والطبيعية، وحالات الطوارئ الصحية، وهي كلها تهديدات أمنية، وصحية، وفي هذا الصدد نجد أن الأمن الصحي في العراق رغم التقدم الكبير في الخدمات الرعاية الصحية، إلا أنه في الوقت الحالي عانى من مشاكل صحية واجتماعية ونفسية، لاسيما نتيجة انتشار الكثير من الأمراض الوبائية والمعدية، بل وظهرت أمراض جديدة وفتاكة أضحت تهدد كيان العديد من خطة التنمية في كثير من المؤسسات الاجتماعية، وكل هذه التهديدات تشكل خطراً على تحقيق الشعور بالأمن الصحي لدى أفراد المجتمع، وتفسيراً لذلك يرى الباحث أن نشر ثقافة الأمن الصحي بين أفراد المجتمع لا تتم إلا من خلال القيام بإجراءات احترازية ووقائية لوقف خطر انتشار وتوسع الأمراض الوبائية والمعدية، وأن هذه العملية تتم من خلال توعية أفراد المجتمع بإجراءات التباعد الاجتماعي في الأماكن العامة، وتغطية الفم عند السعال أو العطس، وتكرار غسل اليدين، وتجنب التجمعات الجماهيرية، ومنع قيام الاحتفالات والمناسبات، وعند الضرورة يتم حظر التجوال لإجبار أفراد المجتمع على البقاء في منازلهم، وعدم الخروج إلا في حالات الطوارئ<sup>(٢)</sup>.

ونافلة القول تحدث أحد أفراد مجتمع الدراسة قائلاً: « أن نشر الثقافة الصحية لدى الأفراد وتوعيتهم بالأمراض المعدية والوبائية تؤدي إلى عملية تحقيق الأمن الصحي بين أفراد، أضف إلى ذلك أن توفير بيئة صحية سالمة لأفراد المجتمع تقلل من انتشار الأوبئة الخطيرة والأمراض المعدية بين أفراد المجتمع، وخاصة تلك التي تصيب الأطفال صغار السن وحديثي الولادة»<sup>(٣)</sup>. كما تحدث بعض أفراد الدراسة قائلاً: « أن على وزارة الصحة والبيئة أن تقوم بممارسة دورها في

---

(\*\*) يحتسب معدل طبيب لكل (١٠٠٠٠) نسمة من السكان وفق المعادلة الآتية: مجموع عدد الأطباء × (١٠٠٠٠) ÷ عدد السكان.

(٢) مقابلة أجراها الباحث مع أحد أفراد مجتمع الدراسة أثناء الدراسة الميدانية في تاريخ: ١/٥/٢٠٢٠م.

(٣) مقابلة أجراها الباحث مع أحد أفراد مجتمع الدراسة أثناء الدراسة الميدانية في تاريخ: ١٠/٥/٢٠٢٠م.

نشر الثقافة الصحية بين أفراد المجتمع بشكل واسع وفعال، وهذا الأمر يتم من خلال الفرق الصحية الجوال في كافة مناطق البلد، وأن هذه التوعية بالثقافة الصحية يسهم بشكل ممتاز في تحقيق الأمن الصحي والذي يؤدي إلى تقليل أعداد المصابين بالأمراض المعدية والوبائية، ويزيد من معدلات إنتاج الأفراد، ويقلل من الإنفاق المادي على علاج الأمراض أو على استيراد المستلزمات الطبية، وأن هذه الخطوات الصحية والبيئية تتم من خلال القيام بإجراءات احترازية ووقائية اتجاهاً لأفراد المجتمع»<sup>(١)</sup>.

وفي مستهل الحديث نلاحظ أن الأمن الصحي بقي معرضاً للمخاطر التي أصبحت تشكل تهديداً حقيقياً عليه، ويأتي في مقدمة هذه المخاطر الأمراض الوبائية والمعدية، ونظراً لانعكاسات تأثيرها المباشرة وغير المباشر على الصحة العامة للمجتمع وللأفراد، وبالتالي ارتفاع مستويات مهددات أمنها، فقد برز (فايروس كورونا) بوصفه أحد الأمراض المعدية التي تصيب الجهاز التنفسي للأفراد، وهذا المرض شكل خطراً على حالة الأمن الصحي والوطني بعد تقشي وتصاعد أعداد الإصابات والوفيات في معظم أنحاء المجتمع، وما صاحب انتشار هذا الوباء من خوف ورعب، وتهديد للأمن والصحة، إذا عملت الحكومة على فرض قواعد الحجر الصحي أو العزل الصحي، ووقف حركة النقل وإغلاق الحدود بين دول الجوار، كما وجدت أجهزة الشرطة نفسها ملزمة بمسؤوليات أمنية جديدة لحماية أرواح الأفراد من التعرض للإصابة بهذا المرض، ونتيجة لذلك يرى أحد أفراد الدراسة قائلاً: « أن فايروس كورونا يعد من أخطر الأمراض الوبائية والمعدية التي قد تصيب الإنسان، لذلك يجب على الحكومة المحلية القيام بفرض إجراءات احترازية قوية لأجل الحد من توسع وانتشار المرض في كافة أنحاء المدينة، كما أنه يجب على مواطنين المدينة الالتزام بالقرارات التي تفرضها الحكومة اتجاههم، وذلك لأجل السيطرة والحد من توسع انتشاره، إلا أن عدم الالتزام بهذه القرارات من قبل أفراد المجتمع سيؤثر تأثيراً سلبياً كبيراً في إنهاء النظام الصحي والأمني، وهذا الأمر قد يؤدي إلى عدم تحقيق الأمن الصحي في المجتمع»<sup>(٢)</sup>.

(١) مقابلة أجراها الباحث مع احد أفراد مجتمع الدراسة أثناء الدراسة الميدانية في تاريخ: ١٥ / ٥ / ٢٠٢٠م.

(٢) مقابلة أجراها الباحث مع أحد أفراد مجتمع الدراسة أثناء الدراسة الميدانية في تاريخ: ١٤ / ٥ / ٢٠٢٠م.

ولا يفوتنا أن ننوه إلى أن الارتقاء بمستوى الأمن الصحي للمجتمع يستند على ضرورة توفير الخدمة الصحية، وتحسين نوعية وكفاءة الخدمة الصحية المقدمة للأفراد، ويفترض بالمسؤولين في النظام الصحي أو السياسي إدراك المسؤولية الملقاة على عاتقهم في دراسة الوضع الصحي ووضع الخطط الصحية للخدمات، التي أصبحت تمثل ركناً أساسياً في اقتصاديات الدول، إذ بات الطلب على الخدمة وتحسينها كمّاً ونوعاً من ضرورات الحياة التي لا يمكن الاستغناء عنها، وذلك لأن الأمن الصحي يعد مؤشراً حقيقياً على مدى تقدم وتحضر المجتمعات، وكلما كان الفرد يتمتع برعاية صحية أفضل، كانت قيمة هذا المجتمع أعلى وأكبر، وذلك أن الإنسان العليل يكون أقل إنتاجاً وفعالية من الإنسان الصحيح في مجتمعه، لذلك فإن الاهتمام بتطوير وتنمية قطاع الخدمات الصحية يعد من أولويات السياسة ومتخذي القرار في أي دولة<sup>(١)</sup>.

#### **خامساً: الأسباب العشرة الأولى للوفيات في العراق**

نقصد بالأسباب العشرة الأولى للوفيات في العراق هي تلك الأمراض السارية (الأمراض المعدية والطفيلية، والحالات المرضية المعدية وغير المعدية)، وبناءً على ذلك قام الباحث بإجراء مسح شامل لهذا الأسباب، إذ بلغت في عام (٢٠١٥م) بلغت بمعدل (٦٣,٥٥%) من أسباب الوفيات العشرة، وفي عام (٢٠١٦م) بلغت بمعدل (٦١,٣%) من أسباب الوفيات العشرة، وفي عام (٢٠١٧م) بلغت بمعدل (٦٤,٨٨%) من أسباب الوفيات بالأمراض المزمنة والوبائية كأعراض دماغية، ومرض الفشل الكلوي، ومرض عجز القلب وغيرها. أما في عام (٢٠١٨م) بلغت بمعدل (٦٨,٤%) من أسباب الوفيات بالأمراض الوبائية كمرض داء السكري، وأمراض جرثومية أخرى، أما في عام (٢٠١٩م) بلغت بمعدل (٦٤,١٦%) من أسباب الوفيات العشرة كأعراض القلب الإقفارية، والأورام الخبيثة، والفشل الكلوي وغيرها.

---

(١) سعدية رحمانية: وضعية الصحة والخدمات الصحية، مجلة الباحث الاجتماعي، العدد (١١)، الجزائر،

## الفصل الثالث الأمن الصحي والمجتمع

تمهيد

المبحث الأول: نبذة تاريخية عن الأمن الصحي وأهميته

أولاً: نبذة تاريخية عن الأمن الصحي

ثانياً: أهمية الأمن الصحي

المبحث الثاني: أهداف ومجالات الأمن الصحي

أولاً: أهداف الأمن الصحي

ثانياً: مجالات الأمن الصحي

المبحث الثالث: الإجراءات الوقائية الخاصة بالأمن الصحي

أولاً: الجهات المسؤولة بالأمن الصحي

ثانياً: الوسائل والأساليب الوقائية الخاصة بالأمن الصحي

المبحث الرابع: الدول المتقدمة والنامية في الأمن الصحي (دراسة مقارنة)

## تمهيد:

تدرك جميع دول العالم في عصرنا الحالي أهمية قطاع الرعاية الصحية، وتسعى جاهدة من خلال إصلاحات متنوعة ومجهودات مستمرة من أجل تطور هذا القطاع الحساس والنهوض بها، وفقاً لمتطلبات العصر الحديث، فلا شك أنه لا يمكن تحقيق اقتصاد قوي ومؤهل إلا إذا كان هناك مستوى رعاية صحية جيدة، يكون وفق مبدأين، الأول وهو أن تكون الخدمات الصحية جيدة، والثاني أن تكون بأسعار منخفضة أو على الأقل مناسبة لجميع شرائح المجتمع، على مختلف أجزائهم وخلفياتهم الثقافية، وهذا كله من أجل بناء مجتمع منسجم وسليم، وجدير بالذكر أن مستويات الصحة الجيدة والأمن الصحي للأفراد تعبر عن الأداء الجيد للمؤسسات الصحية في مجال تقديم الخدمات الصحية، ونشر الوعي الصحي؛ وهما مخرجات للسياسة العامة الرشيدة وهذا ما يعبر عن حقيقة أنه يجب أن يحظى الأمن الصحي بالاهتمام الأساسي لدى صناعات السياسة، والتعبير عن تطلعاتهم في الحياة الجديدة التي تحتم ضمان الصحة.

ومن خلال ما تقدم فإن هذا الفصل يتناول أربعة مباحث أساسية وهي:

**المبحث الأول: نبذة تاريخية عن الأمن الصحي وأهميته**

**المبحث الثاني: أهداف ومجالات الأمن الصحي**

**المبحث الثالث: الإجراءات الوقائية الخاصة بالأمن الصحي**

**المبحث الرابع: الدولة المتقدمة والدولة النامية في الأمن الصحي (دراسة مقارنة)**

## المبحث الأول

### نبذة تاريخيه عن الأمن الصحي وأهميته

#### أولاً: نبذة تاريخية عن الأمن الصحي

كان ينظر للأمن الصحي في البداية نظرة ضيقة تقتصر على مكافحة الأوبئة والحد من انتشارها، وهو ما تعكسه بعض التعاريف التي ترى في الأمن الصحي على أنه: تحرر من المرض والعدوى، وأنه توفير للخدمات الصحية وعدم سهولة انتقال وانتشار الأمراض، ومن هنا سوف نستعرض ظهور وتطور الأمن الصحي في العصور القديمة والوسطى والحديثة، ووفق التفاصيل الآتي:

#### (١) الأمن الصحي في العصور القديمة:

كانت بدايات الأمن الصحي والاهتمام بالرعاية الصحية تعتمد على العلاج الطب الشعبي والاهتمام بالرعاية الصحية في العصور القديمة تعتمد على نظام التجربة والخطأ؛ حيث استخدمت بعض النباتات كغذاء لمعرفة أي منها سامة وأي منها تحمل قيمة طبية وتساعد على الشفاء من الأمراض وكان يتم التعامل مع بعض الأمراض باستخدام العلاجات العشبية كالإمساك ونزلات البرد، ولعب السحر والدين دوراً كبيراً في ذلك الوقت، حيث كان يصاحب إعطاء الدواء النباتي أو العلاج تعويذة ورقص، وبعض حيل السحرة، لذلك كان أول الأطباء في العصور القديمة عبارة عن سحرة ومشعوذين، وقد أظهر الأطباء البدائيون حكمتهم من خلال علاج روح وجسد المريض حيث يشعر المريض بتحسن عندما يؤمن كل من الطبيب والمريض بفاعلية الدواء وهذا ما يسمى بالطب الحديث الوهمي الذي أصبح يستخدم في وقتنا الحالي<sup>(١)</sup>. فالطب في أول أمره كان متصلاً بالدين وتماماً مع السحر ومعظم الأطباء كانوا من الكهنة المطهرين ومنهم من كانوا مشرفين على الكهنة والطبيب في الغالب كان يمارس أعماله الطبية بجانب بعض الأدعية والرقى لحماية المريض من الأرواح الخبيثة وتجلت رداءة

(١) نجلاء حسن: مفهوم الطب وتطوره عبر العصور، مقال منشور بتاريخ: ٢٩/ نوفمبر/ ٢٠٠٨م، في موقع

الطبي، <https://altibbi.com>.

الممارسات الطبية في العصور الوسطى في الخلط الواضح بين الطب والدين والسحر أيضاً في لجوء الناس إلى النساء الحكيمات المحليات والساحرات اللاتي يعالجن بالأعشاب والتعاويذ السحرية، عوضاً عن زيارة الطبيب كذلك ساعدت القابلات في عملية الولادة ونظراً لمكانة الكنيسة الهامة لديهم، فقد بدأ الناس بخلط واستبدال تعاويذهم السحرية بالصلوات والتضرع إلى القديسين، بالإضافة إلى العلاجات العشبية.<sup>(١)</sup> في حين رصد كتاب "تاريخ الأوبئة والمجاعات بالمغرب" تقشي وباء الطاعون بين عامي (١٦٧٠-١٧٠٠م)، في تونس والجزائر، وفي مصر عام (١٧١٨م)، وفي تقرير أعده الطبيب الفرنسي "أديان برسوت" المختص بعلم الأوبئة، حيث أشار إلى الوضع المتردي للنظافة الشخصية بين الأفراد، إضافة إلى الأمراض الناتجة عن التزاحم والفقر ومياه الشرب الأسنة، كل هذه العوامل والمتغيرات تسبب حالة من تدهور الأمن الصحي في البلد<sup>(٢)</sup>، بينما أشارت بعض الدراسات الخاصة بعلم الأوبئة أن هناك تطور في أساليب مقاومة الأمراض منها العمل على تشجيع وإقامة ملاجئ ومخيمات المأوى للأفراد المصابين بالأمراض البوائية من ناحية، وفتح دور للضيافة ونزل وخيام للحجاج والمعوقين والعجزة والمسافرين من ناحية أخرى، ولكن مثل هذه الملاجئ والدور لا يمكن بحال من الأحوال، أن تعتبر منزلة مستشفيات بالمعنى الحقيقي العلمي والأكمل<sup>(٣)</sup>.

وبمرور الوقت وتطور أساليب مقاومة الأمراض عمل الحكام على تشجيع وإقامة ملاجئ ومخيمات المأوى للجنود المحاربين والمتشردين والغرباء من ناحية، وفتح دور للضيافة ونزل وتكايي للحجاج والمعوقين والعجزة والمسافرين من ناحية أخرى، ولكن مثل هذه الملاجئ والدور لا يمكن بحال من الأحوال، أن تعد مستشفيات بالمعنى الحقيقي العلمي والأكمل. واستكمالاً لجهود

---

(١) مهدية فيصل صالح الموسوي : الممارسات الطبية في مصر عهد المملكة القديمة انموذجاً، مجلة الآداب، العدد(١٣٢)، جامعة بغداد ، كلية الآداب، ٢٠٢٠م، ص٩٧.

(٢) عبد الرحمن عبد الله الشقير: الأمن البيئي الصحي في ظل انتشار فيروس كورونا المستجد (دراسة وصفية تحليلية لبعض الممارسات الصحية في المملكة العربية السعودية)، مجلة العربية للدراسات الأمنية، المجلد (٣٦)، العدد(٢)، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، كلية علوم الجريمة، قيم الوقاية من الجريمة، السعودية، ٢٠٢٠م، ص١٤٥.

(٣) سامي حمارنة: البيمارستانات وأصول التعليم الطبي فيها، مجلة الفكر العربي، المجلد(٨)، العدد(٤٩)، بيروت، ١٩٨٧م، ص١٢٣.

التطور في مجالات توفير الرعاية الصحية والأمن الصحي ومحاولة الارتقاء بالوضع الطبي آنذاك<sup>(١)</sup>، ففي أواخر القرن الخامس الميلادي، لجأ النسطوريون من أهل الرها ونصيبين، بسبب اضطهادات دينية، وبعض اليونانيين بعد إغلاق أكاديمية أثينا (التي أنشأها أفلاطون عام ٣٨٨ ق.م. حتى أغلقها الإمبراطور جوستيان الأول عام ٥٢٩م، إلى مدينة جنديسابور في خوزستان بجنوب غرب، وكان من خلال امتزاج هذه الشعوب أن برزت حضارات شرقية وغربية متأخية منسجمة، فازدهرت نتيجة لذلك نهضة علمية وعمرانية حضارية، واكبتها دراسات في القوانين والأنظمة الطبية العملية، التي أغنت حقول المعرفة عامة، فأحدثت تطوراً مدهشاً في التخصصات الطبية، لاسيما عصر كسرى أنوشروان (٥٣٠ - ٥٧٩ م) ومن بعده من ملوك الساسانيين الفرس، فكان منهم أن ناصروا وشجعوا الحرفيين والعلماء والأطباء، لاسيما بين النساطرة (لغتهم الأم السريانية) والعارفين باليونانية، والذين ترجموا كثيراً من الكتب القديمة، فنشطت العلوم الطبية والممارسة العملية بال العناية بالمرضى والمعوقين، بأهداف إنسانية وعلمية ودينية جمعت بين الدين والدنيا<sup>(٢)</sup>.

## ٢) الأمن الصحي في العصور الوسطى:

بدأ تطور مفهوم الأمن الصحي في هذا العصر وخاصة بعد سقوط الإمبراطورية الرومانية الغربية عام (٤٥٣م)، بعد ذلك جاء عصر النهضة والاستكشاف وقد سميت هذه الفترة بالقرون المظلمة في أوروبا وبينما كان العلماء المسلمون في جنوب إسبانيا وشمال أفريقيا والشرق الأوسط يترجمون الأعمال الأدبية والطبية للإغريق والرومان، كان التقدم العلمي في أوروبا محدوداً وحتى عام (١٣٥٠ م)، كان متوسط العمر المتوقع (٣٠-٣٥ عاماً)، بينما كان هناك طفل واحد من كل خمسة أطفال يموت أثناء الولادة<sup>(٣)</sup>. ولعل من المفيد أن نؤكد أن في هذا العصر لم يُعرف لديهم خدمات للصحة العامة والأمن الصحي أو التعليم، وكان التواصل العلمي ضعيفاً؛ لذلك كانت فرصة انتشار وتطوير النظريات العلمية تكاد تكون معدومة، كذلك انتشرت بينهم الخرافات

(١) سامي حمارة: المصدر نفسه، ص ١٢٤.

(٢) المصدر نفسه: ص ١٢٤.

(٣) أ.ر. نوشيرواي: البيمارستانات الإسلامية في العصور الوسطى، ترجمة محمد خير بدره، مجلة التراث العربي، اتحاد الكتاب العرب، المجلد (٦)، العدد (٢١)، دمشق، ١٩٨٥م، ص ٢٠٠.

والأمية والجهل، ولم يكن هناك تعليم مدرسي وغلبت الميثافيزيقا على العلم، ولم تكن هناك فرصة للتعلم والاعتراف بضرورة تفعيل المنهج العلمي في كل مقدرات الحياة سوى محاولة حثيثة كانت تدرس في الأديرة، إذ كانت هناك فرصة للتعلم ولاستمرارية العلم لذلك، في معظم الأحيان، كان الرهبان هم الوحيدين القادرين على القراءة والكتابة<sup>(١)</sup>.

والمدقق في الفئات يجد أن الأمر في الشرق الأوسط كان مغايراً تماماً لما يحدث في أوروبا فقد كانت هناك نهضة حضارية في كل المجالات، فعلى سبيل المثال أثناء الحملات الصليبية، سافر العديد من الأوربيين إلى الشرق الأوسط وهناك، اطلعوا على النصوص الطبية العربية، التي توضح الاكتشافات التي وصل إليها العلماء والأطباء المسلمون بناء على النظريات الإغريقية والرومانية. في تلك الأثناء في العالم الإسلامي، كان ابن سينا يكتب (القانون في الطب) الذي يتضمن تفاصيل الطب الإغريقي والهندي والإسلامي، والذي سيجرم فيما بعد ويصبح من أهم المراجع الطبية في أوروبا الغربية لعدة قرون<sup>(٢)</sup>. كما ترجمت أيضاً بعض النصوص الرئيسية الأخرى التي تتضمن شرح نظريات جالينوس وأبقراط كان المسلمون مولعين بالمعرفة والثقافة العلمية، لقد أغنوا بمعارفهم العلوم الطبية، وفن الجراحة كما وغيرها من ميادين العلوم الأخرى، وكانت طبيعة عملهم مبنية على التجربة والبحث الميداني، وقد سبقوا إلى وضع نظام البيمارستانات<sup>(\*)</sup> ومعاهد التعليم الطبي، وكتبوا بحوثاً ورسائل وكتباً اعتبرت أساس التعليم في جامعات أوروبا حتى القرن السادس عشر، وبهذا مهدوا الطرق التي أفضت إلى النهضة الأوربية الحديثة في الميدان الطبي وفي الميادين الأخرى. إن العالم مدين للمسلمين في إيجاد

---

(١) أ.ر. نوشيراوى: مصدر نفسه، ص ٢٠١.

(٢) المصدر السابق نفسه: ص ٢٠٣.

(\*) البيمارستانات: كلمة فارسية الأصل تعني مستشفى ومعناها «محل المريض». كانت للبيمارستانات في العصور الوسطى دوراً للعلاج، وكانت أيضاً معاهد لتدريس الطب، واستعمل العثمانيون مصطلح دار الشفاء. وكانت البيمارستانات مستشفيات عامة تعالج فيها الأمراض الباطنية والرمدية والعقلية وتمارس فيها العمليات الجراحية، يتم العلاج فيها عن طريق طاقم طبي متخصص. كان الأطباء المسلمين هم أول من فرق بين المستشفى العام ودور العجزة والمصحات التي تعزل فيها المجانين وأصحاب الأمراض الخطيرة مثل الجذام. ويعتبر البيمارستان هو الأساس الحقيقي للمستشفيات المعاصرة. للمزيد أنظر: الموسوعة الحرة : ويكيبيديا،

<https://ar.wikipedia.org/wiki>

المشافي المنظمة، فقد كتب "ال غود" El good يقول: "يرجع الفضل في نظام البيمارستانات بأكمله إلى المسلمين"<sup>(١)</sup>.

إنه وفق ما سبق وحتى نقف على مظاهر تطور الأمن الصحي ومؤشرات الرعاية الصحية في العصور الوسطى فإنه يجدر بنا الإشارة إلى نظام البيمارستانات في ذلك الوقت باعتباره أحد أهم المظاهر التي تشير إلى التطور التاريخي لأليات الرعاية الصحية في ذلك الوقت، وهو النظام الذي نهل منه الأوروبيين بعد ذلك في عصور التنوير معارفهم وكان ركيزة أساسية لتطورهم في العلوم الطبية . إذ تعد البيمارستانات واحدة من أكثر المعاهد تطوراً في العصور الوسطى، وكانت أيضاً واحدة من أبرز المعالم في حضارة المسلمين، وكانت هذه البيمارستانات حديثة بالمعنى العصري للكلمة تتوفر فيها الخدمات والمعارف الطبية على أحسن وجه، وكانت أيضاً ذات اختصاصات متعددة على عكس المستشفيات البيزنطية التي لا يتلقى فيها المريض المعالجة إلا لمرض واحد كانت المستشفيات قبل الإسلام تابعة للمعابد التي تمثل إله الطب الإغريقي، وقد أحدث الجو المشبع بالرهبة والخوف في المعابد تأثيراً نفسياً كبيراً في المريض، وعلى الرغم من أن البيمارستانات الإسلامية في العصور الوسطى لم تهمل التأثير النفسي في العلاج إلا أنها أولت المريض اهتماماً أكبر لمعالجته على أسس طبية صحيحة<sup>(٢)</sup>. ويمكن تقسيم البيمارستانات التي عرفتها الحضارة العربية عبر عصورها المختلفة إلى نوعين هي:

### أ) البيمارستانات المتنقلة

وهي بيمارستانات فرضت وجودها طبيعة الظروف المجتمعية وقتها إذ كان يتم تجهيزها بالأدوية والأغذية، وترسل إلى الأنحاء النائية "وأحياناً عند حدوث الأوبئة، فقد ورد في عيون الأنباء أن هذه البيمارستانات المحمولة كانت تصل إلى مناطق بعيدة، حيث يؤمر بإنفاذ متطيين وخزانة للأدوية يطوفون بها ويقيمون في كل صقع فيه ما حاجة إليهم ويعالجون من فيه من المرضى ثم ينتقلون إلى غيره، هذا وقد اتسع نطاق المستشفيات المنقولة أو المحمولة، فكانت تصحب الخلفاء والملوك في تنقلاتهم، كما كانت تصحب الجيوش في معاركها يذكر "المقرزي"

(١) مهديّة فيصل صالح الموسوي : مصدر سابق، ص ٩٩.

(٢) أ.ر. نوشيراوي: مصدر سابق، ص ٢٠٢ .

في هذا المقام أن كل من توجه إلى هذا البيمارستان كان أحد الأطباء يصف له ما يناسبه "ويصرف له من الشرابخانه أو الدواء خاناه المحمولين في الصحية"<sup>(١)</sup>.

## ب) البيمارستانات الثابتة

لقد حرصت الدولة الإسلامية على تشييد البيمارستانات بشكل عام وعلى ضرورة وجود مستشفى عام واحد على الأقل في كل مدينة كبرى ليقوم باستقبال المرضى والمصابين وتوفير الرعاية والصحة والعلاج اللازم لهم وكان مثل هذا المستشفى مؤسسة حكومية ينفق عليها الخلفاء والأمراء وقد عرفت البيمارستانات الثابتة لأول مرة في الحضارة العربية الإسلامية في عهد الوليد بن عبد الملك (٧٠٦م). ومع اتساع رقعة الدولة الإسلامية كثرت البيمارستانات الثابتة لا سيما في المدن الكبرى وظهرت بأنواع مختلفة أهمها<sup>(٢)</sup>:

### ١. البيمارستانات المتخصصة

١. **مستشفيات السجون**: أول من أمر بذلك الوزير علي بن عيسى الجراح في القرن الثالث الهجري، إذ كتب إلى سنان بن ثابت، رئيس أطباء بغداد أن يفرد لمن في الحبوس أطباء يدخلون إليهم في كل يوم، ومعهم الأدوية والأشربة، ويطوفون في سائر الحبوس للمعالجة.

٢. **محطات الإسعاف**: وكانت تقام قريبا من المساجد والجوامع وعند محطات البريد والأماكن العامة التي يكثر بها اجتماع الناس، ويعد أحمد بن طولون ٢٢٠هـ / ٢٧٠هـ أول من أنشأ هذه المحطات، إذ عمل في مؤخرة جامع الشهرير ميسأة وخزانة شراب (أي صيدلية أدوية) وعليها خدم، وفيها طبيب جالس يوم الجمعة، لمعالجة الحالات الطارئة.

٣. **مستشفيات الجذام**: فللمجذومين مستشفيات خاصة بهم مزودة بالأطباء والأدوية اللازمة، وكان الخليفة الأموي الوليد بن عبد الملك أول من أنشأ هذا النوع من المستشفيات سنة ٨٨هـ / ٧٠٦م، ثم قلده غيره من الخلفاء.

(١) سهيل علي نيب هياجنة: البيمارستانات في مكة والمدينة في العصر المملوكي في بلاد الشام ٥٧٠ -

٩٢٢هـ ، رسالة ماجستير منشورة ، جامعة اليرموك، كلية الآداب، الأردن، ٢٠٠٢م ، ص ١٣٩

(٢) فاضل محمد الكبيسي: من ثمرات الحضارة الإسلامية : المستشفيات البيمارستانات، مجلة الوعي الإسلامي،

وزارة الأوقاف والشؤون الإسلامية، مجلد (٤٢) ، عدد (٤٨٤)، الرياض، ٢٠٠٦م، ص ٤٠.

٤. **المستشفيات الحربية:** وكانت ترافق الجيش في السلم والحرب متنقلة على ظهور البغال والجمال بمحامل مريحة واسعة لنقل المرضى.

٥. **مستشفيات الأمراض العقلية:** بنى الخلفاء العباسيون هذه المستشفيات وفيها أطباء رحماء عاملوا المرضى معاملة إنسانية خاصة ووفروا لهم كل سبل الراحة مع العلاج بالعقاقير الطبية وبالعلاج النفسي وفي بعض المستشفيات العامة كان يخصص لهم أجنحة مستقلة، في الوقت الذي كان فيه الفلاح الأوروبي إذا أصابته حادثة وفاجأته الحمي يسرع إلى ضريح قرب قديس انتظارا لحدوث معجزة تشفيه.

٦. **طبابة المدارس:** فلما توسعت رقعة الدولة الإسلامية وأقبل الناس على الدخول إلى المدارس تطلب ذلك العناية بصحة الطلاب، فحُصِّصَ لأجل ذلك طبيب يشرف عليهم في بكرة كل يوم يتفقدهم، ومما يحسن ذكره، في هذا الصدد أن بناء مدرسة الطب بالمستنصرية عام ٦٣٣هـ / ١٢٣٥م كان لتدريس الطب ثم مداواة مرضى المستنصرية على اختلافهم وقد كانت مزودة بمخزن فيه أنواع الأشربة والأدوية وهو بمثابة المخزن الطبي، وقد درست معالم مدرسة الطب المستنصرية ولم يبق منها شيء يذكر<sup>(١)</sup>.

٧. **مأوى للعميان والأيتام والنساء العاجزات:** وقد بناها المأمون في المدن الكبيرة.

وقد كانت البيمارستانات في الحضارة العربية الإسلامية تقسم إلى قسمين رئيسيين منفصلين أحدهما للذكور والآخر للإناث، وكان كل قسم مجهزاً بما يحتاج إليه من الآلات والخدم والمشرفين من الرجال والنساء، وينقسم كل قسم من هذه الأقسام الرئيسية إلى قاعات تخصصية، فهناك قاعة للأمراض العقلية، وقاعة للأمراض الباطنية، وقاعة للجراحة، وهكذا، وكانت كل قاعة مقسمة على تخصصات أدق، فقاعة الأمراض الباطنية على سبيل المثال بها قسم للحميات وقسم للمبرودين (المتخومين)، وقسم للإسهال.. وهكذا، وألحقت بكل بيمارستان شرابخانة (صيدلية) سميت فيما بعد أجزخانة، لها رئيس يسمى المهتار، أي الشيخ الصيدلي، يساعده غلمان، وكان لكل بيمارستان (ناظر) يشرف على الإدارة، ومن الوظائف المهمة في المستشفى رئيس الأطباء، ورئيس التخصص مثل رئيس الكحالين الذي يرأس أطباء العيون، وإلي جانب

---

(١) فاضل محمد الكبيسي: مصدر سابق، ص ٤١.

الصيدلية الملحقة بالبيمارستان، كان هناك الحمام العام والمكتبة، ومكان مخصص لرئيس الأطباء يقوم فيه بإلقاء الدروس علي الطلاب<sup>(١)</sup>.

وكان اختيار موقع البيمارستان يتم بعد البحث والتقصي عن الأماكن المناسبة من حيث المناخ، بحيث تكون على ربوات غناء أو مطلة علي المياه والأزهار، وصحية الهواء، كما كانوا يختارون قصوراً لتحويلها إلي بيمارستانات، أما المبني فقد كان فسيحاً وكانت الباحات واسعة، وكانت المستشفيات تعتمد على الأوقاف في نفقاتها، سواء ما ينفق على المرضى أو الأطباء أو الطلاب، وكان الماء فيها جارياً بصورة مستمرة، ولم يغفل المسلمون أمر نظافة البيمارستانات، فقد كان هناك من يقوم على تنظيفها باستمرار<sup>(٢)</sup>.

## ٢. البيمارستانات العامة

ولقد ظهر أن في مصر وحدها عشرة بيمارستانات ثابتة أشهرها البيمارستان المنصوري الذي أنشأه السلطان المنصور قلاوون، وفي العراق ثمانية بيمارستانات أشهرها البيمارستان العضدي الذي أنشأه عضد الدولة بويه، وفي بلاد الشام عشرون بيمارستاناً، أشهرها البيمارستان الكبير النوري بدمشق الذي أنشأه نور الدين زنكي، وفي الحجاز اثنان في مكة والمدينة، وفي إيران ثمانية، أشهرها بيمارستان قياصرية، وفي المغرب والأندلس خمسة أشهرها بيمارستان غرناطة<sup>(٣)</sup>.

والمدقق في الفئات من حيث التطور في إنشاء البيمارستانات والاهتمام بتطور النظام الدوائي في ذلك الوقت يستطيع أن يقف على حجم التطور الذي شهده الأمن الصحي والرعاية الصحية في تلك العصور والتي تمظهرت أهم جوانبها وعكستها الاهتمام بنظافة البيئة الذي يعد مظهراً من مظاهر رقي الأمم، ومعلماً من معالم نضج الوعي الصحي، وكما تقدم فإن الحضارة الإسلامية أحدثت انقلاباً في المجال الصحي، حيث جعلت النظافة ركيزة من ركائز العبادات،

---

(١) فاضل محمد الكبيسي: مصدر سابق، ص ٤١.

(٢) ربحي مصطفى عليان: البيمارستانات- المستشفيات - في الحضارة العربية، مجلة الآفاق، جامعة الزرقاء، المجلد (٢)، العدد (٧٩)، الأردن، ٢٠٠٢م، ص ٥٤.

(٣) المصدر نفسه: ص ٥٥.

فتعددت النصوص من القرآن والسنة النبوية المطهرة التي تدعو إلى النظافة، واستمر الخلفاء والولاة على مر العصور في جعل ذلك من ضمن اهتماماتهم، ويمكن تتبع إجراءات الخلفاء والولاة من بني العباس في العصور الوسطى في دعم قيم المحافظة على البيئة وحصرها بالآتي:

أ) إحياء الأراضي الموات: كانت الزراعة والتشجير تساهم إسهاماً كبيراً في مكافحة التلوث، وتمتد الطبيعة بحلة جميلة، تريح النفس وتبعث البهجة والسرور إلى جانب توفير الغذاء، وحرص حكام الدولة الإسلامية على إحياء الأراضي الموات، وتابع الخلفاء والولاة العباسيون الاهتمام بالزراعة، حيث وجهوا عنايتهم إلى تنمية موارد الثروة في بلادهم حتى تيسر لهم تعزيز كيان دولتهم، فنشطوا في حفر الترع والقنوات والسدود والقناطر، وأعادوا العمران في المزارع المهجورة والقرى الخربة، وأصلحوا الأراضي التي أغرقتها مياه الفيضانات المتكررة، عملت الدولة على إصلاح الأراضي التي كانت قد أهملت في أواخر العصر الأموي من أراضي زراعية وبساتين فاكهة وحدائق أزهار<sup>(١)</sup>، فاتبعت العناية إلى إعادة حفر القنوات والترع القديمة التي كانت قد رقمت مثل نهر عيسى الذي كان يربط بين الفرات عند الأنبار في الشمال الغربي، وبين دجلة عند بغداد، واستحدثوا قنوات جديدة في العراق، حتى أصبح ما بين النهرين: دجلة والفرات أشبه بشبكة من القنوات والأنهار، وأطلقوا عليها اسم (النواظم) لأنها نظمت توابع المياه. ونالت الأراضي الواقعة بين دجلة والفرات حظاً وافراً من العناية، فامتدت بها شبكة واسعة النطاق من الترع والمصارف، فتحسنت زراعتها، ولم تحرم المناطق الواقعة شرقي دجلة من هذه العناية حتى أصبح العراق وجنوب فارس في عهد العباسيين مزدهرة بالزراعة، كما أن الأقاليم الممتدة بين الكوفة والبصرة عمرت بالقرى والضياع وبذلك أعاد العباسيون إلى العراق شهرته القديمة في الخصب والنماء، ولا سيما الجزء الجنوبي المعروف بالسواد<sup>(٢)</sup>.

---

(١) محمد سعد إسماعيل: الرعاية الصحية والطبية في العراق وبعض البلدان المجاورة في العصر العباسي في الفترة من ١٣٢هـ / ٣٣٤هـ، مجلة كلية الآداب، العدد (١٢)، جامعة بورسعيد، كلية الآداب، مصر، ٢٠١٨م، ص ٥٧٨.

(٢) المصدر نفسه: ص ٥٧٨.

**ب) البناء وفق الشروط الصحية:** كان من بين الأمور التي يتم على أساسها اختيار موقع المدينة توافر الشروط الصحية ومن الإشارات التاريخية التي تؤيد ذلك اختيار مدينة موقع الكوفة لأنها أرض انحدرت من الفلاة وارتفعت عن العباق، ومن أسباب ترك مدينة المدائن احتواؤها على البعوض، وتم اختيار موقع مدينة واسط لخفوف الريح وأنف البرية، وكذلك الأمر بالنسبة لاختيار بغداد، فقد سأل المنصور عند اختياره لها عن شتائها وصيفها والأمطار والبق والهواء، واتسع نطاق دور الدولة فلم يعد ينحصر دورها في اختيار المدن بل أنشأت مؤسسة إدارية تسمى الحسبة كان من ضمن عملها الإشراف على كل المؤسسات العامة من ضمنها المؤسسات الصحية. كذلك حافظت الدولة على صحة مواطنيها عند تحديد مواقع المؤسسات الصحية وهذا ما حدث عند اختيار موقع البيمارستان العضدي، إذ تم تكليف بعض الغلمان بتعليق قطعة من اللحم في كل ناحية من جانبي بغداد، وتم اختيار الجانب الذي لم يفسد فيه اللحم بسرعة، وكما اتخذت الدولة إجراءات احترازية لأصحاب الأمراض المعدية حيث قامت بعزلهم في أماكن بعيدة، أو نقلهم إلى بلد آخر غير مزدحم بالسكان<sup>(١)</sup>.

**ت) نظافة المدن والشوارع:** حرصت الدولة العباسية على توعية الناس بأهمية النظافة والطهارة من أجل نظافة الإنسان والمدينة، فكان هناك عامل النظافة في الأحياء والدور في ذلك العصر على عموم مرافق المدينة والطرق، وكان الموكلون بالإشراف على مدينة بغداد يبذلون عناية كبرى لتنظيم أمورها ونظافة شوارعها، حيث كانت الرحاب تكنس وترش كل يوم، ويحمل التراب إلى خارج المدينة، ولا تجد منزلاً من المنازل إلا وقام بواجبه تجاه النظافة العامة، وفي أطراف مدينة بغداد من الداخل بنيت مراكز الحرس والكناسين وفرضت شروط قاسية للنظافة، فلم يسمح لأحد بالدخول فيها راكباً إلا برخصة من الخليفة، وفي مجال العناية بالطرق أمر الخليفة المنصور بمنع مرور بغال الروايا) إلى قصره، لما يتركه ذلك من أثر سلبي على جمال المدينة ونظافتها فضلاً عن عدم جواز ربط الدواب على الطرق<sup>(٢)</sup>.

---

(١) محمد سعد إسماعيل: مصدر سابق، ص ٥٧٨.

(٢) المصدر نفسه: ص ٥٧٩.

ث) **نظافة الأسواق:** خضعت الأسواق لرقابة الدولة لكونها مركز تجمع تجاري وملتقى لكافة الناس، وتمثلت هذه الرقابة في وظيفة المحتسب باعتبارها خدمة المجتمع الإسلامي في المدن، وكان من مهامه تنظيمها والتأكد من تطبيق الشروط الصحية، حيث كلفت الدولة أهل الأسواق بالحفاظ على نظافتها وكنسها من الأوساخ والطين الذي قد يجتمع بها، ومنعت أحمال الحطب وأعال التبن، وروايا الماء وشرائح السرجين والرماد وأشباه ذلك من الدخول للأسواق حرصا على نظافتها، واحتوت الأسواق على محلات الطعام التي استوجبت التشدد في الرقابة من أجل سلامة المواطنين وتمثل دور الدولة العباسية آنذاك في مراقبة عمال الطعام وآلات الأظعمة والمواد المطبوخة وطريقة الصنع، ويذكر أن والي الحسبة إبراهيم محمد بن بطحاء التميمي في سنة ٣٢١هـ/ ٩٣٣م قام بمنع أصحاب الزلابية أن يعيروا قدورهم لمن يطبخ فيها التمر والزبيب طبقا لأوامر الخليفة القاهر بالله<sup>(١)</sup>.

شملت الرقابة الصحية أيضا من قبل الدولة عمال السقاية وألزمتهم نظافة أبدانهم وثيابهم، ومنعهم من سقاية المجذوم والأبرص ومرضى العاهات والأمراض الجلدية، ومنعت أيضا القصابين من ذبح الحيوانات المريضة تحسبا من انتقال المرض إلى الناس. ومن الإجراءات الأخرى التي اتخذتها الدولة حرصا على صحة مواطنيها إراقة الأظعمة الفاسدة والمسوسة في المزابل خارج البلد، وكل ما فسد من المواد الأخرى كالخضروات الفاسدة والبقوليات المسوسة، والسمك والشحوم والأدهان، وكل ما له ضرر على المواطنين، يلزم باعته برمييه في المزابل عندما يفسد. ويبدو أن المواطنين قد حدث عندهم وعي صحي من كثرة ما عملته الدولة تجاههم، وهذا ما أشارت إليه المصادر التاريخية، ففي سنة ٤٣٧هـ/ ١٠٤٥م وقع وباء في الخيل وفشاء الموت فامتألت حافلات دجلة، ولما تكرر ذلك العام التالي ووقع الموت في الدواب فوصل إلى مائة في اليوم الواحد، وأكثر ذلك فكان يطرح في دجلة، مما دعي الكثير من الناس لتجنب الشرب منها<sup>(٢)</sup>.

(١) محمد سعد إسماعيل: المصدر نفسه، ص ٥٧٩.

(٢) محمد سعد إسماعيل: مصدر سابق، ص ٨٨٠.

(ج) **نظافة الحمامات:** كان هناك اهتمامٌ من القائمين بأمور النظافة العامة في المجتمع العراقي على بناء الحمامات، وكان هناك نوعين من الحمامات: خاصة، وعامة، فأما الخاصة فكانت للأثرياء وكبار موظفي الدولة وكانت بدورهم، وقد يملك بعضهم أكثر من حمام واحتوت على وسائل الراحة المطلوبة، أما الحمامات العامة فكانت كثيرة، بما ذكر الخطيب البغدادي أنها بلغت في سنة (٣٨٣ / ٩٩٣م) ثلاثة آلاف حمام ويبدو أن تلك الأعداد الهائلة توضح بأن الحمامات كانت وافرة العدد يرتادها الناس كثيرة لا للوضوء والطهارة، والنظافة فحسب بل للهو والترف أيضاً، وربما دل ذلك على مستوى الرقى الحضاري والتقدم الاجتماعي على الصعيد العمراني والصحي، ولعل ذلك العدد الهائل من الحمامات أدى إلى الحد من انتشار الأمراض في العاصمة وتقدم طرق الوقاية من الأمراض<sup>(١)</sup>.

واستمر هذا الوضع والتطور حتى انهيار الخلافة العباسية وفي هذه الآونة كانت حركات التنوير قد اشتدت في أوروبا وبدأ عهد الثورة الصناعية في كل مناحي الحياة وشمل الطب والصناعة والتعليم وهو ما سنعرض له في السطور القادمة في تطور الرعاية الصحية والأمن الصحي في العصور الحديثة.

---

(١) محمد سعد إسماعيل: المصدر نفسه، ص ٨٨٢ .

### (٣) الأمن الصحي في العصر الحديث

ظهر الطب الحديث، أو الطب كما نعرفه اليوم، بعد الثورة الصناعية في القرن الثامن عشر، في ذلك الوقت، كان هناك نمو اقتصادي سريع في أوروبا الغربية والأمريكيتين، وخلال القرن التاسع عشر، استمر النمو الاقتصادي والصناعي في التطور، وأُتيح للناس القيام بالعديد من الاكتشافات والاختراعات العلمية. حقق العلماء تقدماً سريعاً في تحديد ومنع الأمراض، وفهم آلية عمل البكتيريا والفيروسات، ومع ذلك، لا يزال الطريق أمامهم طويلاً فيما يتعلق بعلاج الأمراض المعدية. ففي القرن السابع عشر أُعيد إنتاج الفكر الأصولي المتعامل مع المطلق عبر إعادة سيطرة الكنيسة والسلطة المطلقة مثلما تزايدت معه في المقابل الأفكار الداعية إلى الشك والعقلانية والعلم وحرية الإرادة فكانت أفكار ديكارت ومقولته الذائعة الصيت "أنا أفكر إذا أنا موجود" حيث شكلت آنذاك التحدي الحقيقي لكل ما يمثل عقلية الامتثال والإطلاق والحق الإلهي المقدس ومواجهة الأفكار الجامدة للكنيسة<sup>(١)</sup>.

وقد بدأت الأمور في التحسن مع بداية القرن ١٩، حتى وصل متوسط عمر الفرد الغني والمرفه إلى ٥٢ عاماً، ولكن مازال متوسط عمر العامل بالمدن منخفضاً جداً حتى أنه يصل إلى ١٥ عاماً، بدأت سلسلة من الاكتشافات من أهمها أثبات لويس باستر أن الجراثيم تسبب الأمراض عام ١٨٦٤، كما عرف روبرت كوخ أنواعاً مختلفة من البكتيريا، اكتشفت الفيروسات، وأثبت أن البعوض ناقل للملاريا،<sup>(٢)</sup> بدأ اكتشاف فكرة اللقاحات والتطعيم عام (١٧٩٨)، حين حقن إدوارد جينير صبيًا بمادة من قيح فتاة مصابة بجذري البقر، ثم أعاد حقن الصبي بفيروس الجدري، فلم يصب الصبي بالجدري. أصبح التلقيح مجاناً للأطفال عام (١٨٤٠)، ثم أصبح إلزامياً عام (١٨٥٣). وقد اختفى الجدري من العالم تماماً، كان اكتشاف التخدير علامة فارقة أيضاً، حيث عرف جيمس سيمبسون الكلوروفورم عام (١٨٤٧)، مما أدى إلى ارتفاع معدل نجاح الجراحات. لم يرغب الناس كثيراً في استعمال المخدر لاعتقاد بعض الأطباء أن الألم يساعد

---

(١) عدنان عويد: عصر التنوير، مجلة الفكر السياسي، اتحاد الكتاب العرب، المجلد (١١)، العدد (٣٤-٣٥)، دمشق، ٢٠٠٩م، ص ١٨٥.

(٢) دانييل موريل: تطور الطب في العصر الحديث، ترجمة: شيماء ممدوح، مقال منشور في عام ٢٠١٩م، في الموقع الإلكتروني: <https://www.ibelieveinsci.com>.

على الشفاء، حتى قبلت الملكة فيكتوريا استعماله في ولادة طفلها، كما ساعد اكتشاف الأشعة السينية عام ١٨٩٥ الأطباء على التشخيص وتحديد العلاج وبحلول تسعينيات القرن ١٩، أجريت الجراحات المعقمة بصفة منتظمة مثل إزالة الزائدة الدودية، واستخدمت القفازات، وطهر الأطباء أيديهم قبل الجراحة (١).

ومن هذا المنطلق كشفت خرائط الأمراض في العصر الحديث سمّة بارزة في ممارسة الطب إبان عصر التنوير؛ وهي أنه كان موجهًا نحو المريض؛ ومن ثمّ مثل استثناءً للتقليد الأبقرطي، فكان الأطباء يعتمدون في تشخيصهم على وصف المرضى لِمَا يشعرون به والأعراض التي يعانونها، وفي إطار ذلك السيناريو، عادةً ما يصف المؤرخون المرضى بأنهم كانوا يتسودون اللقاء مع الأطباء. ومن المحتمل أن يكون ذلك وصفًا مبالغًا فيه، تمامًا مثلما أن وصفَ الطب خلال القرن التاسع عشر وما بعده بأن السيادة فيه للطبيب بلا استثناء من المحتمل أن يكون وصفًا مبالغًا فيه (٢)، إلا أنه قبل ظهور أساليب التشخيص الحديثة لم يكن المريض ليُخرج من لقائه بالطبيب بنبأ مؤسف مثل أن ضغط دمه أو نسبة السكر فيه أعلى من اللازم (أو أدنى من اللازم)، أو أنه ثمة ظل مريب ظاهر في صور الأشعة السينية على الصدر؛ ففي ظل «النظام القديم»، كان الطبيب والمريض يتحدثان لغة واحدة ويمتلكان تصورات مشابهة بخصوص المرض وأسبابه، وقد يخرج المريض من زيارة الطبيب بتوقعات خطيرة أو مباشرة لسير المرض، ولكن كان ثمة ارتباط مباشر بينها وبين الأعراض التي دفعته إلى استشارة الطبيب من الأساس (٣).

وثمة جانبان آخران جديران بالذكر من جوانب ممارسة الطب في عصر التنوير، أولاً: كان ذلك زمن المشروعات الطبية المبهرة؛ فقد كانت الصحة مهمة، وكان الناس مستعدين للإنفاق في سبيلها، استتبع ذلك فتح المجال أمام المعالجين الطموحين (أو المحتالين) على مختلف ضروبهم حتى يجدوا لأنفسهم مكانًا في السوق الطبية ولم يكن التمييز بين الطبيب المدعي والطبيب

---

(١) دانييل موريل : تطور الطب : الطب في العصر الحديث، مصدر سابق.

(٢) ويليام أوسلر: تطور الطب الحديث (الطب العربي)، ترجمة: عبد الرحمن القحطاني، مقال منشور بتاريخ:

٢٠٠٧/٣/٣م، ص ١. في الموقع الإلكتروني: <https://hekmah.org>

(٣) المصدر نفسه: ص ١.

النظامي بالأمر الهين دائماً؛ إذ إن كثيراً من المدعين المزعومين كانوا عادة ما يدورون أيضاً في الفلك الثقافي للطب<sup>(١)</sup>، بينما كان من الممكن أن يلجأ «النظاميون» إلى الدعاية لأساليبهم العلاجية واستخدام صفات سرية للعلاج، والتشجيع على التشهير بسمعتهم كوسيلة لجذب الانتباه؛ ومن ثم اجتذاب المرضى، أما الطب التكميلي الذي يمارس في العصر الحاضر - ويستند عادةً إلى مجموعة بديلة من التفسيرات السببية للصحة والمرض - فلم يكن له صدى كبير في القرون الماضية، ربما كان للمحتالين المدعين - كل على حدة - أفكارهم الخاصة عن سبب المرض، أو السبيل الأفضل إلى علاجه، ولكنهم كثيراً ما كانوا يستعينون في علاجاتهم بالشخصيات التاريخية المهمة في مجال الطب؛ فقد تصدر أبقراط وجالينوس إعلانات المعالجين غير النظاميين الدعائية في تلك الحقبة، ولكن باراسيلسوس كان استثناءً جديراً بالذكر؛ إذ إنه لم يكتفِ بنبذ النظريات فحسب، وإنما التقاليد الطبية بأكملها؛ فقد كان يملك عقلية لا تاريخية بامتياز، أمّا معظم «المدعين» فكانوا يستندون عوضاً عن ذلك إلى المؤلف والتقليدي، ويحولونه بمهارة إلى صالحهم، في وعودهم أو في كيفية تطويعهم لأدواتهم وخدماتهم<sup>(٢)</sup>.

كانت السمة الملحوظة الثانية للطب في عصر التنوير هي التفاؤل المقترن بالعمل الدؤوب؛ فقد كان ذلك عصر المشروعات والمؤسسات؛ فكانت المستشفيات تنشأ بصفة منتظمة إلى حد كبير، وجرت محاولات في أوروبا قاطبة لإصلاح الخدمات الطبية العسكرية، وشاعت الأعمال الخيرية الموجهة إزاء الطب، وكانت فكرة التقدم بما في ذلك التقدم الطبي مسلماً بها، وقد آمن الأطباء والمرضى على حد سواء بأن الطب ستزداد إمكاناته في المستقبل عن إمكانات الطب في الماضي والحاضر وفي الوقت نفسه، ظل الأطباء والجراحون المثقفون يتطلعون إما إلى أبقراط أو سيدنهام؛ ليس للإلهام فحسب، وإنما التماساً للمعلومات والقدوة. أما بالنسبة إلى بورهاف أو كالفن، فلم يقتصر تاريخ الطب في أهميته على قيمته الأثرية، وإنما كان منبعاً للحكمة

---

(١) ويليام باينم: تاريخ الطب مقدمة قصيرة جداً، ترجمة: لبنى عماد تركي، مؤسسة هنداوي للتعليم والثقافة، القاهرة، ٢٠١٦م، ص ٤٩ .

(٢) المصدر نفسه: ص ٤٩-٥٠.

الحية وفي القرن التاسع عشر، صار الأطباء القدامى جزءا من التاريخ، فيما أخذ جيل جديد من الأطباء يزداد تطلُّعا إلى المستقبل<sup>(١)</sup>.

ونتيجة لحدوث العديد من التغيرات الجذرية في المجتمع وقتها وبنيتها فقد ظهرت العديد من الأمراض المعدية على السطح نتيجة لتغير نمط الحياة والعمل، ما أثر على مخاطر الأمراض المعدية وغيرها من الأمراض الأخرى، وساهم الاتجاه للصناعة أيضا في ذلك بسبب زيادة استخدام الماكينات في الصناعة، فشاعت بعض الأمراض المرتبطة بالعمل الصناعي، منها على سبيل المثال، أمراض الرئة، والتهابات الجلد، ونخر الفك الفسفوري الذي يصيب العاملين في مجال الفوسفور، مثل عمال مصانع أعواد الثقاب، كما أدى الزحف العمراني نتيجة لتمدد المدن إلى أن أصبحت بعض الأمراض أكثر شيوعا، مثل الكوليرا والتيفود، ومع ازدياد الحاجة إلى السفر، سافر الناس إلى مختلف أنحاء العالم ما تسبب في نقل بعض الأمراض معهم، مثل الحمى الصفراء لكن في الوقت ذاته، بدأ التقدم العلمي يبحث عن علاجات جديدة ممكنة<sup>(٢)</sup>.

كما ساهمت الاختراقات العلمية في الوصول لمعدل آمن من الرعاية الصحية فمع تطور نظرية جرثومية المرض (germ theory) ، بدأ العلماء في اختبار وإثبات مبادئ النظافة والتطهير في علاج الجروح ومنع العدوى شملت الاختراعات الحديثة أيضا جهاز تخطيط كهربائية القلب الذي يستخدم في تسجيل النشاط الكهربائي للقلب، كما ساهم تطور الخدمات البريدية ووسائل الاتصال الأخرى إلى سرعة انتشار العلوم الطبية ، وبذلك شهد القرن التاسع عشر والقرن العشرون ثورة في مجال مكافحة العدوى؛ ففي نهاية القرن التاسع عشر كانت نسبة الوفاة من الأمراض المعدية تصل إلى ٣٠%، وبحلول نهاية القرن العشرين انخفض الرقم إلى أقل من ٤% طورت العديد من قوانين التأمين الصحي والضمان الاجتماعي لحماية حقوق العمال، والأطفال، والمسنين، والفقراء، والمرأة الحامل أيضا، إذ أدت التغييرات السياسية والمناداة بالديمقراطية إلى مطالبة الناس بالصحة والأمن الصحي كحق من الحقوق الإنسانية<sup>(٣)</sup>.

---

(١) ويليام باينم: مصدر السابق نفسه، ص ٥٠.

(٢) عبد الرحمن الشرنوبي: جغرافيا السكان، مكتبة الأنجلو ، القاهرة ، ٢٠٠٩م، ص ٣٢٠.

(٣) عبدالرحمن الشرنوبي: المصدر نفسه، ص ٣٢١.

## ثانياً: أهمية الأمن الصحي

ازدهرت أهمية الأمن الصحي بفعل تعاظم دور الدولة وازدياد تدخلها في الحياة العامة، وفي كل الأنشطة الحياتية والحيوية للمواطن وهو مفهوم لا يمكن حصره في تقديم العلاج وتوفير اللقاحات بل يشمل كل الاضطرابات والانتهاكات والأزمات التي قد تهدد حياة الإنسان ووجوده من أمراض وأوبئة وتلوث وحروب حتى وإن اختلفت تصورات الباحثين إلا أنها تشير إلى أن مفهوم الأمن الصحي يعتبر بعداً استراتيجياً من أبعاد الأمن الإنساني إلا أن بدايته الأولى وانتشارها كما عرفته لجنة أمن الإنسان في تقريرها لعام (٢٠٠٣م) على أنه الحماية من المرض والعجز غير أن هذه النظرة بدأ نطاقها يتسع واصبح ينظر للصحة نظرة شمولية عالمية تتكامل فيها العديد من المقومات والعناصر الأمر الذي يعكس تعريف منظمة الصحة العالمية بأنها حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً لا مجرد انعدام المرض والعجز<sup>(١)</sup>.

على ذكر ما سبق، بات الأمن الصحي يأخذ بعداً دولياً، مع امتداد هذه التهديدات خارج حدود الدول بما يشكل خطراً على صحة السكان على نطاق واسع، خاصة مع تطور حركة السفر والتجارة الدولية التي باتت تساهم في انتشار هذه التهديدات عالمياً مثلما يشهده العالم من وباء جائحة كورونا<sup>(٢)</sup>.

وجدير بالذكر أن انتشار بعض الأوبئة مثل "السارس" و"الإيدز" و"كورونا" دفع العديد من الدول إلى اعتبار التهديد الجرثومي خطراً جدياً يهدد الأمن القومي. واحتل الأمن الصحي وسياسات الوقاية من الأمراض السارية والمتنقلة منذ ذلك التاريخ مكانة بارزة في البرامج الوطنية والدولية تزامن مع انتشار مرض الإيدز ومع ظهور وباء أنفلونزا الطيور في هونج كونج سنة (١٩٩٧)؛ حيث عاد موضوع الأمراض السارية والمتنقلة ليفرض نفسه من جديد في السياسة الدولية وطرحت المسألة الصحية في علاقتها بالأمن لأول مرة في مجلس الأمن بالأمم المتحدة

---

(١) نداء مطشر صادق وآخرون: الأمن الصحي كأحد مهددات الأمن القومي والمجتمعي العالمي، المركز الديمقراطي العربي، القاهرة، ٢٠٢٠م، ص ٤٢٨.

(٢) نبيل شيايك: التوظيف الدلالي لمفهوم الأمن الصحي، مصدر سابق، ص ٤٣٩.

عند تناوله تداعيات انتشار مرض الإيدز سنة (٢٠٠٠) وتم حينها الاعتراف المباشر بتأثيرها السلبي على الأمن القومي محلياً وإقليمياً وعالمياً<sup>(١)</sup>.

ويعود الفضل في تقديم أول إطار تحليلي لفهم طبيعة العلاقة ما بين الأمن والصحة إلى إسهامات مدرسة كوبنهاجن وتحديداً الأعمال النظرية التي طرحها "باري يوزان" و"أولى وايفر" المرتبطة بمعهد أبحاث السلام بكوبنهاجن حيث ظهرت أولى بدايات الحراك التنظيري لإعادة صياغة مفهوم الأمن والتوجه نحو توسيعه في بداية الثمانينات من القرن الماضي، ويتلخص التصور الأمني لمدرسة كوبنهاجن في فكرة تجاوز التركيز الحصري على أمن الدولة - الدولة كموضوع مرجعي للأمن - وتوسيعه ليمتد إلى قطاعات أخرى من غير القطاع العسكري وتعميقه ليشمل أمن الجماعات والأفراد وقد عرف هذا التحول بعملية توسيع وتعميق مفهوم الأمن<sup>(٢)</sup>

ويقصد بتوسيع مفهوم الأمن؛ التحرك الأفقي من القطاع العسكري ليشمل قطاعات أخرى كالسياسة والاقتصاد والبيئة والمجتمع التي يفترض أن تدرج ضمن الحدود المجالية لحقل الدراسات الأمنية، أما التعميق فيشير إلى التحرك العمودي انطلاقاً من الدولة ونزولاً إلى الجماعات والأفراد كموضوعات مرجعية للأمن وهو الأمر الذي أتاح بطبيعة الحال التوسيع في قائمة التهديدات الأمنية أفقياً وعمودياً وفتح المجال أمام إمكانية أدرج تهديدات غير مرتبطة بالقطاع العسكري أو بالدولة كموضوع مرجعي لتشمل التهديدات البيئية كالتلوث والكوارث الطبيعية وما يترتب عن ذلك من تداعيات على القطاع الصحي من تقشي للأمراض والأوبئة والمخاطر الناجمة عن تغير الأنماط الإيكولوجية المختلفة<sup>(٣)</sup>.

غير أن الإسهام النظري الأبرز الذي قدمته هذه المدرسة بشكل عام هو فكرة الأمانة التي طرحها "وايفر" وبإسقاط ذلك على القطاع الصحي تشكل القضايا الصحية تسلسلاً منطقياً لكيفية تصعيد قضايا معينة من واقعها الصحي عبر عملية التسييس التي يقوم بها فاعل أمن معين من

---

(١) عائشة بشير التايب: الجائحة والمضامين المستجدة للأمن المجتمعي : قراءة في مسارات إدارة الأزمة، المجلة العربية للدراسات الأمنية، المجلد (٣٦)، العدد (٢)، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، ٢٠٢٠م، ص ٢٨٢

(٢) المصدر نفسه: ص ٢٨٣.

(٣) عبد الحق بن جديد، ومراد بن قبطة: مصدر سابق، ص ٤٦.

خلال فعله الخطابى لتتحول في مرحلة لاحقة إلى قضية أمنية تستدعى اتخاذ تدابير مستعجلة وهو ما تجلى مع كثير من الأمراض التي خضعت للأمنة كمرض الكورونا والسارس و.... سواء من قبل حكومات دول أو منظمات غير حكومية وهو ما سحب هذه الأمراض من عالم السياسة الدنيا إلى عالم السياسة العليا فاصبح التعامل معها يتم من منظور أمني باعتبارها تهديداً للأمن الوطني أو الدولي الأمر الذى تجلى مؤخراً مع مرض الإيبولا حيث تم توصيفه من قبل منظمة الصحة العالمية على أنه تهديد أمنياً ملح<sup>(١)</sup>.

محمل القول وفقاً لتصورات هذه المدرسة أن الأمن المجتمعي يبقى مفهوماً يمكن أن يتسع مداه ليستوعب مناحي كثيرة إذا نظرنا إليه بمنظار سوسيولوجيا موسع يأخذ بعين الاعتبار كل ردود الفعل وممارسات المجتمع وتفاعل سائر أفراد وشرائحه ومجموعاته ومؤسساته ومسيريه إزاء أي خطر يتربص بأمن مجتمعهم ووجوده ويهدد استقرار نسق حياته اليومية وبهذا المعنى يمكن القول: أن جائحة كورونا أثمرت مضامين مستجدة وغير مألوفة للأمن المجتمعي<sup>(٢)</sup>.

وترتيباً على المعطيات النظرية السابقة فيجدر بنا القول بأن الأمن الصحي يعلو على مصلحة الأفراد الذين يجب عليهم جميعاً مراعاة هذه المصلحة وتطبيقها، وهذا يقودنا إلى تعريف الأمن الصحي كالتزام محمول على عاتق الدولة لفائدة المواطن من أجل ضمان سلامته الجسدية وصحته النفسية وبالتالي حماية حقه في الصحة، فالأمن الصحي ليس كما يراه بعضهم مجرد نظام تسعى السلطة العمومية إلى حفظه عن طريق وضع سياسة متعلقة بالصحة العمومية وسن إجراءات وقوانين تهدف إلى منع انتشار الأمراض المعدية والأوبئة عامة بل منظومة سياسية واجتماعية واقتصادية متكاملة وهو نمط عيش في المجتمع بغاية حفظ النوع البشري وسياسة دولة وسلوك مجتمعي يترسخ عبر القواعد الآمرة والملزمة أو عبر التحسين والتوعية، إذن فالأمن الصحي هو التزام بنتيجة وليس ببذل مجهود أو عناية وبالتالي فإنه ينبغي أن تشمل هذه التغطية الصحية جميع المواطنين على حد سواء وعلى قدم المساواة<sup>(٣)</sup>.

---

(١) عبد الحق بن جديد، ومراد بن قبطة: المصدر نفسه، ص ٤٧.

(٢) عائشة بشير التاييب: مصدر سابق، ص ٢٨٥.

(٣) نداء مطشر صادق وآخرون: مصدر سبق ذكره، ص ١٦٣.

وجدير بالذكر في هذا المقام أن منظمة الصحة العالمية تعرف الحق في الصحة بأنه حالة من الرفاة الجسدي والنفسي والاجتماعي الكامل لا تتحقق بمجرد غياب مرض أو عاهة وتتضمن الحق في التحكم في صحته وجسده بما في ذلك حرية الجنسية والإنجابية والحق في إجراء التجارب الطبية والوصول إلى مرافق الرعاية الصحية فضلاً عن الحاجة إلى مقومات العيش الكريم والماء والصرف الصحي وظروف العمل الصحية والسكن اللائق ، ويؤكد هذا التعريف أهمية موضوع الأمن الصحي وما يتطلبه من جهود وإمكانات بشرية ولوجستية وهيكلية بل وتداعياته على حق الفرد في العيش الكريم<sup>(١)</sup>.

وفى هذا الصدد فإن أي مساس بالصحة العامة يعد مساساً بالنظام العام الذي تسعى السلطة إلى تحقيقه وأقامته داخل الدولة وبناء عليه يراد بالنظام العام الصحي مجموعة القواعد التي تختلف بحسب الزمان والمكان والتي تهدف إلى حماية المجتمع ومراعاة المصلحة العامة تحقيقاً للأمن الصحي ولما كان مفهوم الأمن الصحي يستمد خصائصه من فكرة النظام العام فإنه سيكون مفهوماً متطوراً ومتغيراً بحيث لا توجد قواعد ثابتة صالحة لكل زمان ومكان تحدد مضمونه<sup>(٢)</sup>.

اعتبر تقرير التنمية الإنسانية العربية لسنة (٢٠٠٩) أن الأمن الصحي ظاهرة إنسانية ذات طابع دولي متعدد الأبعاد ذو ارتباطات بمجالات أخرى سياسية اقتصادية وبيئية وأن مقارنة الأمن الإنساني في هذا المجال ترتكز على التصدي للمخاطر الصحية التي قد تكون ذات تداعيات عالمية تتجاوز الحدود الوطنية في إطار من التعاون والشراكة المحلية والدولية لمنع انتشار هذه المخاطر مع إشراك جميع الهيئات الحكومية والغير حكومية في العملية مع ضرورة الالتزام والتقيّد بجملة من المبادئ كمرعاة المعايير الأخلاقية عن إدارة العمليات واحترام حقوق الإنسان الأساسية والامتثال للقواعد القانونية الدولية، وفي هذا المقام يعرفه التقرير على أنه منظومة من

---

(١) نداء مطشر صادق وآخرون: المصدر نفسه: ص ١٥٢.

(٢) المصدر السابق نفسه: ص ١٥٢.

النشاطات الفعالة المتعددة المسارات التي لا بد من تفعيلها للتخفيف من نشوء الأوضاع الصحية العامة الحادة التي تهدد صحة المواطنين<sup>(١)</sup>.

ولعل إن المحاولات الجدية لتحديد مضمون وأبعاد الأمن الصحي ظهرت مع أعمال لجنة الأمن الإنساني التي نصبت عام (٢٠٠١) بغرض دمج الأمن الإنساني في مختلف نشاطات الأمم المتحدة وقد اعتبرت هذه اللجنة أن الأمن الصحي لا يعنى مجرد حالة غياب المرض وإنما هو حالة رفاه متكاملة من الصحة العقلية والجسمية والاجتماعية التي يتمتع بها الفرد، وأوردت اللجنة في تقريرها الصادر عام (٢٠٠٣) أربع قضايا صحية ترتبط بشكل مباشر بمفهوم الأمن الإنساني في بعده الصحي وهي<sup>(٢)</sup>:

- حجم عبء المرض في الحاضر والمستقبل.
- الحاجة الملحة التي يفرضها الشأن الصحي بضرورة التحرك السريع لمواجهة ما يهدده.
- عمق ومدى تأثير الشأن الصحي على المجتمع.
- العوامل الخارجية التي يمكن لها أن تكون سبباً أو مؤثراً على بعض الأمراض أو صحة الأفراد والأماكن.

ومن هذا المنطلق أيضاً حدد التقرير في ذات السياق؛ ثلاثة مصادر تهديد تؤثر بشكل مباشر على صحة الفرد التي تتحول بدورها إلى تهديدات للأمن الإنساني وهي الأمراض المعدية العالمية النزاعات والكوارث الإنسانية، الفقر وعدم المساواة فتلك العوامل تؤثر بشكل حاسم على الوضع الصحي للإنسان فهي تتحول فيما بعد إلى تهديدات داهمة للكرامة الإنسانية أو معيشة الأفراد أو تشكل خطراً على حياة الإنسان وبقائه غير أن مضمون الأمن الصحي لم يحدد بشكل أكبر إلا من خلال التقرير العالمي للصحة الذي صاغته منظمة الصحة العالمية عام (٢٠٠٧) تحت مسمى مستقبل آمن: الأمن الصحي العام العالمي في القرن الـ ٢١ والذي قدم فيه التقرير نظرة شاملة عن الوضع الصحي العالمي وحدد من خلاله مفهوم الأمن الصحي على أنه مجمل الأنشطة اللازمة المعدة بشكل مخطط له أو بشكل استباقي والموجهة للحد من الجروح أو

---

(١) برنامج الأمم المتحدة الإنمائي: تقرير التنمية الإنسانية العربية (تحديات أمن الإنسان في البلدان العربية)، المكتب الإقليمي للدول العربية، لبنان، ٢٠٠٩م، ص ١٤٦.

(٢) عبد الحق بن جديد، ومراد بن قبطة: الأمن الصحي في عالم من دون حدود، مصدر سابق، ص ٤٨.

الخروقات التي تشكل خطراً على الصحة العامة للسكان في مختلف مناطق وعبر مختلف الحدود ويندرج ضمن هذا التعريف أي نشاط له علاقة مباشرة أو غير مباشرة بالشأن الصحي بما في ذلك الأنشطة المتعلقة بإنشاء المستشفيات والمراكز الصحية والتزود بالأدوية وإنتاجها ومختلف الأنشطة الأخرى ذات الصلة بموضوع الصحة العامة<sup>(١)</sup>.

على هدى ما سبق فقد بات الأمن الصحي يأخذ بعداً دولياً مع امتداد هذه التهديدات خارج حدود الدول بما يشكل خطراً على صحة السكان على نطاق واسع خاصة مع تطور حركة السفر والتجارة الدولية التي باتت تساهم في انتشار هذه التهديدات عالمياً مثلما تشهده جميع دول العالم اليوم أمام تفشي وباء كورونا.

---

(١) عبد الحق بن جديد، ومراد بن قبطة: المصدر نفسه، ص ٤٩.

## المبحث الثاني

### أهداف ومجالات الأمن الصحي

#### أولاً: أهداف الأمن الصحي

تتنوع أهداف الأمن الصحي في المجتمعات وتتفاوت من مجتمع لآخر ومن المتعارف عليه علمياً في وقتنا الحاضر أن الطب ينقسم إلى قسمين رئيسين: الطب العلاجي والطب الوقائي ويندرج تحت الطب العلاجي كل اختصاصات الطب التي تعنى بعلاج مريض مصاب سواء أكان العلاج دواءً أو جراحةً أو أشعةً ويحاول أن يشفى المريض شفاءً تاماً أو شفاءً جزئياً أو على الأقل تحسين وضعه المرضى وإيقاف تطوره وإعادة الشخص إلى ما كان عليه قبل المرض "، أما الطب الوقائي فهو يعنى العناية بالأفراد بأسلوب أو بآخر لمنعهم من الوقوع في المرض والإصابة به ويندرج تحت الطب الوقائي اختصاصات الصحة العامة وصحة البيئة ومكافحة الأمراض السارية والحجر الصحي والثقافة الصحية وتوعية المواطنين<sup>(١)</sup>.

وفي ضوء المخاطر الصحية المتعددة التي تمر بها المجتمعات فتعد التنمية الصحية في أي مجتمع من الأساسيات التي تسعى كافة الدول لتحقيقها من أجل تأمين الرفاهية والأمن لشعبها، فالدولة التي ينعم أفرادها بالأمن الصحي والطمأنينة تكون دولة قوية قادرة على النمو والتطور والبذل والعطاء والدفاع عن أراضيها والمحافظة على كيانها وحقوقها ومقدراتها ومن هذا المنطلق فإن تحقيق التنمية الصحية للشعوب يعد أحد الأهداف الاستراتيجية الدائمة للحكومات والمسؤولين، وعلى الرغم من التقدم الصحي الذي أحرزته الأمم في وقتنا الحاضر إلا أن كثيراً من الأمراض ما زالت متفشية وتهدد كافة الخطط التنموية في كثير من دول العالم وأمنها الصحي<sup>(٢)</sup>، وعلى سبيل المثال تشير بعض الدراسات إلى أن الملايين من أطفال الدول النامية يموتون قبل بلوغ السنة الأولى من العمر، كما أن الدول المتقدمة صناعياً على الرغم من مكافحتها الأمراض المعدية في السابق، إلا أن بعض تلك الأمراض مثل السل عاد من جديد

(١) عبد الحق بن جديد: الأمن الصحي في عالم من دون حدود، مصدر سبق ذكره، ص ٤٦.

(٢) فاطمة بنت حمد البيوك، وطه بن عثمان الفراء: دور الجغرافيا الطبية في التنمية والأمن الصحي، مصدر

سابق، ص ٤٤.

ليغزوها على شكل أوبئة يصعب التخلص منها ومن الملاحظ أن الأمراض الحضرية مثل السكر وضغط الدم والنوبات القلبية وغيرها التي باتت تعرف باسم "أمراض العصر الحديثة" قد تزايدت كما ونوعاً بشكل لم يسبق له مثيل ليس هذا فحسب بل ظهرت على الساحة أمراض جديدة مثل إيبولا والإيدز لم تعرفها البشرية من قبل والتي إذا ما تفشت بين الناس قد تؤثر بدورها سلباً على النواحي الاقتصادية والاجتماعية والسياسية والأمن الصحي<sup>(١)</sup>.

وتوفير الأمن الصحي في الدولة بل في العالم أجمع لا يقل أهمية عن توفير الأمن الغذائي والمائي والأمن السياسي وغيره فهذه جميعاً منظومة مترابطة بحيث أن أي خلل يطال من أحدهما يؤدي إلى خلل في أمن الأخرى وخير مثال على ذلك إعصار كاترينا الذي ضرب بعض أجزاء من الولايات المتحدة الأمريكية حيث تسبب في تدمير البنية التحتية وعدم توافر الماء الصالح للشرب وبالتالي احتمال تفشي الأمراض الوبائية في المنطقة المتضررة خاصة تلك الأمراض التي تتعلق بتلوث المياه ويتطلب الأمن الصحي توفير ما يحتاجه المجتمع من خدمات طبية أساسية وبيئة صحية مناسبة يستطيع أن يعيش فيها الفرد بين أفراد مجتمعه بارتياح وتناغم مع بيئته دون أن يؤثر ذلك على تفكيره السليم وإنتاجه المفيد فالمجتمع المريض لا يستطيع الإنتاج بالشكل المطلوب<sup>(٢)</sup>، ومن ناحية أخرى فإن الأمن الصحي يعد ثمرة من ثمار التنمية الاقتصادية والبشرية بسواء فهو يعكس محصلة التفاعل بين الأرض بكافة مواردها والإنسان بمختلف قدراته وعليه يتأثر الأمن الصحي تأثيراً كبيراً بمستوى الموارد والتنمية الاقتصادية في الدولة لكنه لا يتشكل كلياً بها وتلعب الأولوية التي تعطى للاستثمار في المجال الصحي قياساً إلى الاستثمارات الأخرى دوراً هاماً كما تلعب دوراً هاماً أيضاً فعالية نظم تقديم الخدمات الصحية فالنقاوت في الموارد وفي الوصول إلى الخدمات العامة والسلع يترجمان إلى عدم تكافؤ في الحصول على الخدمات الصحية بين الدول وداخلها، وتلعب الجوانب الثقافية والاجتماعية دوراً مهماً أيضاً، حيث إن انخفاض مستويات التعليم يؤدي إلى ضعف في إدارة الشؤون الصحية

---

(١) فاطمة بنت حمد البيوك، وطه بن عثمان الفراء: مصدر سابق، ص ٤٥.

(٢) أحمد حامد علي العبيدي: الأمن الصحي في الوطن العربي بمنظور جيوسياسي، مجلة دراسات إقليمية، المجلد (٥)، العدد (١٢)، مركز الدراسات الإقليمية، جامعة الموصل، العراق، ٢٠١٨م، ص ١٣٣.

وغياب الوعي بالمخاطر السلوكية على الصحة فلا غرابة أن ينال هذا الموضوع على اهتمامات المختصين في العلوم المختلفة<sup>(١)</sup>.

إنه وفق ما سبق يهدف الأمن الصحي إلى إصلاح نظم الرعاية الصحية ومناقشة السياسات الصحية الرئيسية أو إحداث تغييرات في معظمها، والتي تشمل كذلك محاولة التأثير على السياسة الحكومية التي تؤثر على تقديم الرعاية الصحية في مكان معين، وعادة ما يحاول إصلاح الرعاية الصحية القيام بتوسيع نطاق السكان الذين يحصلون على تغطية الرعاية الصحية من خلال برامج التأمين في القطاع العمومي أو شركات التأمين في القطاع الخاص، وتوسيع نطاق مجموعة من مقدمي الرعاية الصحية لتشجيع المستهلكين على اختيار الطرق المناسبة للوصول إلى المتخصصين في الرعاية الصحية بغرض تحسين نوعية الرعاية الصحية وإعطاء إمكانية الحصول على الرعاية للمواطنين بتكلفة منخفضة أو على الأقل مناسبة<sup>(٢)</sup>.

كما يعد تحسين أنظمة الرعاية الصحية سياسة رئيسية وذات تحدٍ كبير في معظم الدول بسبب احتوائها على ضغوط التكلفة العالية، كما يعتبر الإنفاق العام على الرعاية الصحية هو واحد من أكبر الانفاقات العمومية، قامت منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية بتجميع بيانات مقارنة جديدة حول أداء نظام الرعاية الصحية والسياسات الصحية، كما أنها تسمح بتحديد نقاط القوة والضعف لكل منها، ونظام الرعاية الصحية للبلد والسياسات التي من شأنها تعزيز الكفاءة<sup>(٣)</sup>، كما أن الدول جميعها سواء أكانت متقدمة أو نامية تحاول تقديم التدابير التي من شأنها مسايرة التطورات الأخيرة في مجال الرعاية الصحية مثل النتائج والإنفاق، كما تسعى إلى اشتقاق المقارنات بين الدول من كفاءة الإنفاق على الرعاية الصحية ومقارنة هذه المؤشرات مع مؤشرات الأداء الحالية، وتعمل كذلك الدول إلى محاولة تقديم موجز ونظرة عامة على أدوات

---

(١) أحمد حامد علي العبيدي: المصدر نفسه: ص ١٣٤.

(٢) المصدر نفسه، ص ١٣٤-١٣٥.

(٣) المصدر السابق نفسه، ص ١٣٥.

السياسة الصحية الرئيسية والميزات المؤسسية التي تؤثر على كفاءة نظام الرعاية الصحية. وتتعدد نظم الرعاية الصحية في المجتمعات الحديثة ولعل أهمها ما يلي<sup>(١)</sup>:

(١) **الرعاية الصحية الأولية:** هي الرعاية الصحية الأساسية في المجتمع هي أول اتصال للإنسان المريض أو السليم أو الأسرة أو المجتمع مع الهيئات الصحية، حيث تعتمد الرعاية الصحية الأولية على وسائل طبية صالحة من الناحية العملية والعلمية ومقبولة من الناحية الاجتماعية وينبغي أن تكون في متناول الجميع وبشكل ميسر وتبنى على أسس متينة يستطيع الشعب والمجتمع دفع تكاليفها والنهوض بها ويجب أن تشكل جزءاً رئيساً من النظام الصحي لكل بلد تشتمل الرعاية الصحية الأولى على ثمانية عناصر لا يمكن الاستغناء عن أي واحد منها:

(أ) **التثقيف الصحي:** يجب أن تكون التوعية الصحية للناس الشغل الشاغل للعاملين في مجال الرعاية الصحية الأولية مثل تعليم الناس طرق الحفاظ على الصحة وانتقاء الغذاء المناسب والوقاية من المرض وحماية البيئة.

(ب) **توفير الغذاء وتعزيز التغذية الصحيحة:** ويشمل ذلك توزيع بعض المساعدات الغذائية للأسرة الفقيرة والاعتناء بغذاء الحامل والطفل وهما أكثر أفراد المجتمع تعرضاً لسوء التغذية وما ينجم عنها من أمراض وأسقام.

(ج) **تصحيح البيئة وحمايتها من التلوث:** ويشمل ذلك تأمين مياه الشرب النظيفة والتخلص الصحيح من الفضلات وحماية الهواء من التلوث وحماية الغذاء من العناصر الضارة الكيميائية وكذلك رش المبيدات للقضاء على الحشرات الضارة والقوارض الناقلة للأمراض.

(د) **العناية بصحة الأمهات والأطفال:** أن الأطفال والنساء في سن الحمل والإنجاب هما أكثر فئات المجتمع عرضة للأخطار الصحية لذلك لابد من تركيز الجهود لدرء الأخطار عنهم ويشمل ذلك تقديم الخدمات الطبية أثناء الحمل والولادة والنفاس والإرضاع

---

(١) أحمد حامد علي العبيدي: المصدر نفسه، ص ١٣٤.

والمساعدة في تنظيم الحمل وإعطاء اللقاحات للمرأة الحامل ورعاية الأطفال ومراقبة نموهم ومعالجة أمراضهم وإعطائهم اللقاحات في سن الرضاعة وأثناء الدراسة<sup>(١)</sup>.

**هـ) إعطاء اللقاحات والتحصين ضد الأمراض السارية:** مثل السل والحصبة وشلل الأطفال والحمى الصفراء وغير ذلك من الأمراض التي تقتك بملايين البشر وتسبب لهم العجز وقد أدى التطبيق الصارم والجدي للقاح الجدري إلى القضاء على هذا المرض.

**و) الوقاية من الأمراض المستوطنة والسيطرة عليها:** هنالك الكثير من الأمراض المستوطنة في شتى بقاع العالم مثل الملاريا والبلهارسيا والكوليرا والتيفويد وهي تعيش في الأرض فساداً لذلك يجب العناية بمكافحتها عن طريق إصلاح المياه الملوثة وتجفيف المستنقعات ورش المبيدات والتوعية الصحية.

**ز) علاج الأمراض الشائعة والحوادث:** يجب أن يتم ذلك بشكل دائم ودون انقطاع مع إجراء الفحوص المخبرية والشعاعية غير المعقدة وكذلك الاعتناء بصحة الفم والأسنان.

**ح) توفير الأدوية الأساسية وتأمينها بشكل دائم:** تضم هذه الأدوية قائمة هامة من المواد التي تعالج مرض السكر والصرع وارتفاع الضغط الشرياني وأمراض القلب وغيرها.... تتصف هذه الأدوية بفاعليتها وسلامتها وأماكن الحصول عليها بسهولة<sup>(٢)</sup>.

**٢) الرعاية الصحية الثانوية:** وهي رعاية صحية تخصصية عامة يشرف عليها أطباء مختصون في المشافي وتتوجه إلى قاعدة سكانية لا تتجاوز نصف مليون نسمة يمكن إحالة المرضى الذين لا يمكن معالجتهم في هذا المستوى إلى المستوى الثالث وهو الرعاية الصحية الثالثة: وهي تضم المشافي التخصصية الفائقة مثل مراكز زرع الأعضاء ومراكز معالجة السرطان وهي تتبع عادة الجامعات ومراكز البحوث<sup>(٣)</sup>.

أخيراً ينبغي التأكيد على أن الرعاية الصحية الأولية ليست مجرد خدمات بسيطة توجه لمجموعة من الناس الفقراء ويقوم بها أناس غير مؤهلين بل هي جزء من نظام صحي شامل

---

(١) نخبة من المؤلفين: هيئة التحرير، الأمن الصحي، مجلة الأمن والحياة، المجلد(١٠)، العدد(١٠٧)، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، ١٩٩١م، ص٢٦.

(٢) المصدر نفسه: ص٢٧.

(٣) نخبة من المؤلفين: هيئة التحرير، مصدر سابق، ص٢٨.

يهدف لتحقيق الأمن الصحي في المجتمع قامت بتطبيق أسسه دول متقدمة مادياً وعلمياً مما هيا لها المزيد من الصحة والتوفير في النفقات غير الضرورية ومما يسهم في نجاح مبادئ الأمن الصحي السابقة الذكر أن ينص دستور دولة على الرعاية الصحية الأولية المجانية ودمج برنامج الرعاية الصحية الأولية مع الخطة الخمسية للدولة والتزام الحكومات والمجتمعات بتنفيذ أسس الأمن الصحي وكذلك توفير الاحتياجات الصحية والأساليب العلمية لها وتقبل الجمعيات والنقابات الطبية والصحية لأسلوب الرعاية الصحية الأولية أما غياب المهارات الإدارية والعلمية وعدم مشاركة المجتمع وغياب التنسيق بين القطاعات في الدولة وعدم توفر المعلومات والديانات وتنصل الدولة من الالتزام فهي عوامل تسهم في فشل تطبيق مبادئ الأمن الصحي<sup>(١)</sup>. مجمل القول إن أهداف الأمن الصحي تتفاوت وتتنوع بتنوع الظروف المجتمعية لكل مجتمع على حده ولكنها بشكل عام تتراوح الأولويات الاستراتيجية لدائرة الأمن الصحي وتهدف في مجملها إلى<sup>(٢)</sup>:

١. تعزيز القدرات الوطنية والعالمية اللازمة لكشف المخاطر والأخطار والطوارئ المتعلقة بالأمن الصحي، والتأهب لها والوقاية منها والاستجابة لها. وتعزيز التأهب على المستوى الوطني والعالمى لطوارئ الأمن الصحي.
٢. توفير القيادة والإرشادات عند حدوث فاشيات كبرى للأمراض المعدية، وغير ذلك من طوارئ الأمن الصحي.
٣. تنفيذ استجابة فعالة كلما ظهرت مخاطر على الأمن الصحي تتعلق بجائحة أو بالأغذية، بما في ذلك فيروس كورونا المسبب لمتلازمة الشرق الأوسط التنفسية والأنفلونزا. H7N9
٤. وضع خطة استراتيجية عالمية بشأن مقاومة الأدوية المضادة للميكروبات مع تحديد واضح لأدوار جميع القطاعات الرئيسية ومنظمة الصحة العالمية، وتنفيذ الأدوار الرئيسية للمنظمة.

---

(١) نخبة من المؤلفين: المصدر نفسه: ص ٢٨.

(٢) منظمة الصحة العالمية: تقرير عن الأمن الصحي، بتاريخ ٢٠٢٠م، في الموقع الإلكتروني:

<https://www.who.int>

٥. تنفيذ الدستور الغذائي وإطار التأهب للأنفلونزا الجائحة واتباع نهج أقوى بكثير وأكثر فعالية فيما يتعلق بترصد مخاطر الأمراض المعدية الجائحة والوبائية الرئيسية.

## ثانياً: مجالات الأمن الصحي

بينت الدراسة في علم الصحة والأمراض أن الأمن الصحي له عدة مجالات وهي على النحو الآتي:<sup>(١)</sup>

(١) **مجال الصحة العامة:** تعتبر الصحة العامة أشمل من الصحة الشخصية بل تمتد إلى العلاقات الاجتماعية التي تؤثر على الصحة وجميع أنواع المشاكل الصحية باختلاف أسبابها ومصادرها. وتفيد دراسة الصحة العامة إلى رسم استراتيجيات لمجابهة أي خطر ممكن وما تحتاجه من إمكانيات وتجهيزات، كما تفيد في معرفة مدى الوعي الصحي لدى الأفراد والشعوب ومعرفة نسبة الأمراض المعدية لتخصيص ميزانيات مكافحتها واحتوائها قبل أن تتطور وتنتشر، وبالتالي نجد أن المجتمعات التي لديها نسبة وعي صحياً لدى أفرادها عالية يكون مستوى الصحة العامة لديها متطوراً، وبالتالي مستوى الصحة لدى الفرد كونه يعيش في بيئة صحية.

(٢) **مجال الرعاية الصحية:** وهي مجموع الخدمات والإجراءات الوقائية التي تقدمها المؤسسات الصحية لجميع الأفراد بهدف رفع المستوى الصحي الذي يهتم بصحة البيئة والغذاء والماء واللقاحات ضد الأمراض المعدية والكثير من خدمات الصحة الأخرى ويقدم هذه الخدمات جهاز طبي متكامل وشامل يعمل بشكل متناسق ومنسجم من أجل الحفاظ على صحة الفرد والمجتمع وعناصر الرعاية الصحية كما حددتها منظمة الصحة العالمية في ثمانية عناصر نذكرها فيما يلي: (التربية الصحية والتثقيف الصحي توفير الماء الصحي النقي والتصريف الصحي للفضلات توفير الغذاء والتغذية الصحيحة مكافحة الأمراض المستوطنة التحصين ضد الأمراض المعدية علاج الأمراض الشائعة رعاية الأم والطفل ورعاية الأسرة توفير العقاقير والأدوية الأساسية).

(١) جيلي سلمى: الأمن الصحي ضمانة الأمن القومي "جائحة كورونا نموذجاً"، مقال منشور بتاريخ: ٢٠٢١/١/٢٢م، في الموقع الموسوعة الجزائرية للدراسات السياسية والاستراتيجية، الجزائر، رابط المقال:

٣) **المجال النفسي والعصبي للأفراد والشعوب:** وهو علم يقوم على دراسة العلاقة بين وظائف المخ من ناحية والسلوك من ناحية أخرى وقد ظهر نتيجة لزيادة عدد الإصابات المخية في الحرب العالمية الثانية كضرورة لتقييم الآثار السلوكية الناتجة عن هذه الإصابات.

إن من بين جوانب الصحة الذى صار محور اهتمام فيها هو جانب الصحة النفسية والعقلية والذى أسس له تقرير الصحة العالمي لعام (٢٠٠١) ، وقد حمل يوم الصحة العالمي لعام (٢٠٠١م) شعار " لن نغفل الصحة النفسية ولن نخذل مرضاها" فعدم الربط بين الصحة البدنية والصحة العقلية والنفسية هو بمثابة العزف على أوتار مقطوعة، وقد أشارت البحوث والدراسات في علم الأعصاب والطب السلوكي، أن الاضطرابات النفسية والسلوكية في تأثيراتها مثلها مثل الأمراض البدنية إذ هي نتيجة عوامل نفسية وبيولوجية واجتماعية كما اثبت العلم أن حالة الاكتئاب ما هي إلا صورة تمهيدية للإصابة بالأمراض القلبية<sup>(١)</sup>، ولقد أصبحت الدراسات في هذا المجال تهتم بالاستشراق الاستراتيجي لفهم سلوكيات الأفراد والقضايا التي تهتم بالإنسان وتحسينها كما أن الدراسات التي توصلت إلى نتائج مبهرة في كيفية اتخاذ الأفراد وصناع القرار قراراتهم ورسم سياساتهم وإدارة الأزمات الفجائية والإحاطة بها فهذه الإنجازات بمثابة العصب الرئيسي في كثير من القرارات المصيرية الخاصة بالأفراد والشعوب<sup>(٢)</sup>.

---

(١) عبد السلام مرابط: الأمن الصحي في العلاقات الدولية، مصدر سابق، ص ٢٣.

(٢) المصدر نفسه: ص ٢٣.

## المبحث الثالث

### الإجراءات الوقائية الخاصة بالأمن الصحي

توجد العديد من الإجراءات الوقائية ضد الأمراض الوبائية، وذلك للحفاظ على صحة أفراد المجتمع، ومنع انتشار الأمراض والأوبئة في المجتمعات، ولكن هذه الإجراءات يجب أن تقوم بها الجهات المعنية والمختصة في مجال الأمن والصحة، وذلك بهدف السيطرة على انتشار الأمراض المعدية والوبائية، ووفقاً لما تقدم فإن هذا المبحث سوف يتناول المحاور الآتية:

#### أولاً: الجهات المسؤولة بالأمن الصحي

إن الأمن الصحي حلقات مترابطة تتولى الإدارة الأمنية متابعة حلقاتها المختلفة، وبالنسبة للإدارة الأمنية لا يتوقف موضوع الأمن الصحي عن حدود مسؤوليات وزارة الصحة بل يتعدى ذلك إلى كل ماله علاقة بالصحة العامة للبلاد محلياً وإقليمياً ودولياً ومن أجل فهم الأمن الصحي علينا التطرق إلى المشارب المختلفة والتي تصب في هذا المجال وهي بشكل موجز<sup>(١)</sup>:

- ١) موارد وزارة الصحة التي لها علاقة بالجانب الصحي.
- ٢) دوائر الفحص المتعلقة بفحص الأدوية والمواد الطبية والصحية والمختبرية واللقاحات والأطعمة والمواد الغذائية والزراعية والثروة الحيوانية والنباتية وأماكن الأنشطة العامة مثل المسابح وعيادات أو أماكن التجميل وعمل المساج وحمامات الأسواق وصالونات الحلاقة الرجالية والنسائية وما شابهها.
- ٣) الكليات والمعاهد الطبية والصحية التابعة لوزارة التعليم العالي أو وزارة الصحة.
- ٤) البلديات بحكم الخدمات التي تقدمها مثل الماء والمجاري ورفع الأوساخ.
- ٥) وزارة الموارد المائية من حيث التحكم بعمل السدود ونوعية المياه المخزونة أو المطلقة.
- ٦) وزارة التجارة أو جهات الاستيراد العامة والخاصة.

---

(١) حسين باسم عبد الأمير: تطور مفهوم الأمن الصحي وأثره في الدراسات الأمنية المعاصرة، الموسوعة الجزائرية للدراسات السياسية والاستراتيجية، مقال منشور بتاريخ: ٢٠٢٠م، في الموقع الإلكتروني:

(٧) جهاز الشرطة.

(٨) وزارة البيئة فيما يتعلق بالملوثات المختلفة.

ولعل وزارة الصحة في كل من العراق وإيران بسبب مواسم الزيارة الكريمة والسعودية بسبب موسم الحج والعمرة تتطلب جهداً إضافياً بسبب كثرة الأعداد ومصادفة الزيارة في ظروف جوية صعبة (حر، برد، أمطار) بالإضافة إلى تنوع الأفراد والذين قد يأتي البعض منهم من أماكن تشتهر بأمراض أو أوبئة معينة مثل انتشار الجدري المائي في المملكة المتحدة والملايا والزهري في غالبية الدول الأفريقية والإيدز والتهاب الكبد الفيروسي وغيرها من الأمراض.

## ثانياً: الوسائل والأساليب الوقائية الخاصة بالأمن الصحي

تتبع الدول العديد من الوسائل والأساليب في محاولة للوصول إلى أعلى معدلات للأمن الصحي لديها ووقاية المجتمع من العديد من الأمراض المزمنة والأوبئة، وجدير بالذكر أن وزارة الصحة في أغلب الأحيان هي الجهة الحكومية المسؤولة عن وضع السياسة الصحية وتحديد الاستراتيجيات اللازمة لتنفيذها ووضع خطة العمل الكفيلة بذلك وبغض النظر عن الشكل الدستوري والإداري القائم بوضع السياسة الصحية فإن هذه السياسات لا تكون كاملة وممكنة التطبيق إلا إذا اشتملت على عدة مقومات ولعل أهم المقومات الأساسية لسياسة صحية سليمة وتوفير الأمن الصحي<sup>(١)</sup>:

(١) **الالتزام السياسي:** يتطلب رسم وتنفيذ السياسة الصحية التزاماً سياسياً لتحقيق الأهداف

المنشودة وترجمتها إلى واقع ملموس، أي يجب اتخاذ قرارات سياسية قاطعة تلتزم بها جميع القطاعات المهمة بالشؤون الصحية وتوافر الموارد المتاحة لتنفيذ السياسة.

(٢) **الاعتبارات الاجتماعية:** لا بد للسياسة الصحية أن ترمي إلى تذويب أو تقليص الهوة التي

تفصل بين الأغنياء والفقراء وذلك بتخصيص جزء أكبر من الموارد لفئات المجتمع التي هي في أمس الحاجة لها، فإذا رأت السياسة الصحية مثلاً إنشاء نظام شامل للضمان الصحي يغطي كافة قطاعات الشعب فلا بد من إعفاء أو تخفيض رسوم الاشتراك للفئات الفقيرة أو محدودة الدخل على أن يتحمل الأغنياء نصيبهم من العبء الأكبر.

---

(١) فجرية خليفة العبار: تقويم السياسات الصحية في ليبيا، مصدر سابق، ص ٥٠.

- ٣) **مشاركة المجتمع:** يجب مشاركة جميع أفراد المجتمع في عملية صياغة السياسة الصحية وذلك على المستوى الوطني ومستوى المناطق والمستوى المحلي.
- ٤) **التنسيق الإداري:** يجب إعادة النظر في النظم الإدارية لضمان كفاءة وضع السياسة الصحية وتنفيذها وذلك بالمشاركة بين قطاع الصحة وجميع القطاعات الأخرى كالتعليم والزراعة والغذاء وموارد المياه وحماية البيئة وغيرها.
- ٥) **تخصيص الموارد المالية:** لا بد أن يؤخذ في الاعتبار عند وضع ميزانية الصحة الازدياد المطرد في تكلفة الخدمة الناتج أساسا عن ارتفاع أجور العاملين ودراسة طرق التمويل المختلفة وخطط الضمان الاجتماعي والتأمين الصحي.
- ٦) **سن التشريعات:** لوضع تشريعات تنفيذ السياسة الصحية والتشريعات الخاصة بالتأمين الصحي وحماية البيئة، يجب الاطلاع على التشريعات الصحية للدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية للاستفادة منها.
- ٧) **إعداد خطة عمل:** يجب أن تترجم السياسات الصحية إلى برامج وخطة عمل محددة موضح فيها الأغراض والأهداف الواجب بلوغها والمدة الزمنية لتنفيذها وتقدير الاحتياجات والكوادر اللازمة لتنفيذ وتقويم النواتج.
- ٨) **التقويم والمؤشرات:** لا بد من إدخال عملية التقويم في كل مراحل رسم السياسة الصحية وتحديد الاستراتيجيات والبرمجة<sup>(١)</sup>.

---

(١) فجرية خليفة العبار: المصدر نفسه، ص ٥١.

## المبحث الرابع

### الدولة المتقدمة والدولة النامية في الأمن الصحي (دراسة مقارنة)

هناك آراء نظرية تنظر إلى المجتمعات المتقدمة باعتبارها الأكثر صحة حيث يحظى الفرد فيها برعاية صحية متميزة إلا أن الانعكاسات الصحية للعولمة ولنمط النمو الرأسمالي من ناحية خلق مصادر وأنواع جديدة من الأمراض، لا سيما في ظل الاستخدام المتنامي لخاصية التعديل الجيني في المجال الزراعي ناهيك عن المشكلات البيئية الخطيرة التي بدأت بالظهور نتيجة التطور الصناعي الهائل وانعكاساته على الصحة العامة وعلى الوسط الأيكولوجي الذي يعيش فيه الإنسان، فضلاً عن أن الثراء لا يعنى بالضرورة التوزيع العادل للثروة ولمختلف الخدمات الاجتماعية بما في ذلك خدمات الرعاية الصحية حيث تعاني شرائح معتبرة من تلك المجتمعات من ضعف وتباين مستويات الخدمات الصحية بداخلها، وبالتالي فإن العولمة الرأسمالية الاقتصادية الراهنة وتعميم نمط التنمية الرأسمالي لا يؤسس بالضرورة لوضع صحي أفضل بقدر ما يخدم مصالح دول المركز ويجعل دول العالم الثالث عرضة للمخاطر وتهديدات صحية متعاضمة لا تمتلك لها تلك الدول الإمكانيات اللازمة لمواجهتها<sup>(١)</sup>.

وإذا ما تطرقنا إلى الوضع في الدول النامية نجد أن العديد من البلدان النامية تتسم بسمات مشتركة أهمها : ارتفاع معدلات المواليد والوفيات وانخفاض المستوى الغذائي والصحي حيث تشهد دول العالم الثالث تضخمًا سكانيًا هائلًا نتيجة لزيادة المواليد وتكمن الخطورة من هذه الزيادة السكانية بأنها لا تتناسب مع إنتاجها الوطني العام وبالتالي لا تجد أمامها ضروريات الحياة متوفرة بشكل متوازن، المناطق الريفية فإن الفقر يساعد على انتشار أمراض الخاصة بتلوث الأرض والماء، أما عن الغذاء فإنه يعاني أكثر من ٥٠٠ مليون إنسان من سوء التغذية بشكل خطير فسوء التغذية يعتبر شراً يصعب مقاومته مما يؤدي إلى تفاقم المرض واستفحاله ومما يسبب فيما بعد بطريقة غير مباشرة إلى وفاة ما يصل إلى ٤٠٠ ألف طفل يومياً قبل بلوغهم سن الخامسة حسب الإحصائيات<sup>(٢)</sup>.

(١) عبد الحق بن جديد: الأمن الصحي في عالم من دون حدود، مصدر سابق، ص ٤٣.

(٢) المصدر نفسه: ص ٤٣.

وحسب ما سبق يشير البنك الدولي أيضاً إلى قلة الخدمات الصحية في الدول النامية وأنها موزعة توزيعاً ضعيفاً حتى إن النفقات العامة على الخدمات الصحية في الدول النامية تعد أقل بكثير عنها في الدول المتقدمة ويرى الباحثون أن الفقر يعد السبب الرئيسي في تدنى الحالة الصحية، فالفجوة الصحية بين الأغنياء والفقراء في اتساع مستمر<sup>(١)</sup>.

ويتأثر الوضع الصحي للسكان بسوء التغذية تأثيراً كبيراً فالتغذية السيئة تقلل من مقاومة الجسم للمرض والجوع واعتلال الصحة يضعفان الإنتاجية ويحدان من قدرة الفرد على تأمين المزيد من الغذاء واكتساب المزيد من القدرة على مقاومة المرض كذلك تقترب الأوضاع السيئة فيما يتعلق بمياه الشرب وشبكات الصرف الصحي بنسبة عالية من حدوث أمراض الإسهال وتشجع نسبة الوفيات العالية بين الأطفال على ارتفاع معدلات المواليد مما يؤدي إلى إضافة أعداد جديدة من السكان تحتاج إلى الغذاء والرعاية الصحية ولا تتوفر لها موارد كافية<sup>(٢)</sup>

وتشير الأدلة إلى أن انتشار نمط الحياة الغربية والتقدم الحضاري والصناعي في الدول النامية ينجم عنه أيضاً تغير في الوسط الذي يعيش فيه الإنسان وكذلك نمط حياة كثير من السكان وسلوكهم كثيراً ما يؤدي ذلك إلى ارتفاع نسبة الإصابة بالأمراض غير الانتقالية مثل أمراض السكر وضغط الدم وبعض أمراض السرطان وتصلب الشرايين ولقد اطلق على هذا التغير اسم التحول الوبائي وحسب هذه النظرية فإن أسباب الوفيات تتغير عبر الزمن على ثلاث مراحل ؛ وتبدأ المرحلة الأولى بتقشي الأمراض الانتقالية الفتاكة والمجاعات والأوبئة أما في المرحلة الثانية فإن الأمراض الانتقالية تبدأ في التقهقر مع تحسن المستوى المعيشي حتى يحل محلها في المرحلة الثالثة أمراض الشيخوخة وأمراض المدينة الحديثة وذلك نتيجة للتغير في التوازن الغذائي للسعرات الحرارية وقلة الألياف وارتفاع نسبة الدهون والسكريات والأملاح في الأطعمة وقلة الحركة والرياضة وتقادم أضرار التلوث البيئي<sup>(٣)</sup>، وإضافة إلى الأسباب السابقة يجب أن نلفت النظر إلى أنه من الممكن أن تكون بعض هذه البلدان حقل تجارب لبعض

---

(١) نداء مطر صادق وآخرون: الأمن الصحي، مصدر سابق، ص ١٩٢.

(٢) أحمد حامد علي العبيدي: الأمن الصحي في الوطن العربي، مصدر سابق، ص ١٤٩.

(٣) فاطمة حمد البيوك: دور الجغرافيا الطبية في التنمية والأمن الصحي، مصدر سابق، ص ٧٠.

المصادر الفيروسية وتجارب لقاحاتها مما يجعلهم عرضة للأمراض المستجدة والمقاومة للمضادات كما أنهم عرضة للتجارب الطبية الخاصة بصناعة المضادات الحيوية<sup>(١)</sup>.

وجدير بالذكر أن الإنسان يسعى دائماً من خلال المشاريع التنموية إلى رفع مستواه الاقتصادي والصحي والاجتماعي إلا أن الكثير من تلك المشاريع تكون لها آثار سلبية على الناحية الاقتصادية والصحية للإنسان عن طريق التغييرات الأيكولوجية ومن ثم تغيير نمط التوزيع الجغرافي للأمراض البشرية ونمط الحياة على سبيل المثال مرض البلهارسيا الذي يبلغ عدد المصابين به حالياً في العالم أكثر من ٢٠٠ مليون شخص يزداد انتشاره بسبب مشاريع التنمية المائية التي يقيمها الإنسان من أجل تخزين المياه وري المحاصيل بالطرق التقليدية التي تعمل على إيجاد بيئة مناسبة لتكاثر قواقع البلهارسيا في حين أن استخدام طرق الري الحديثة مثل الرشاشات يمكنها التغلب على مثل هذه المشاكل<sup>(٢)</sup>، كما أن مشروع الجزيرة الذي أقيم في السودان عندما أراد المسئولون هناك تنويع المحاصيل الزراعية من أجل رفع المستوى الاقتصادي أدى المشروع إلى وجود بيئة مناسبة لتكاثر بعوض الأنوفيليس في المنطقة بعد أن كانت خالية منه قبل ذلك، ولقد نجم عن ذلك تفشي مرض الملاريا في جميع قرى الجزيرة وإصابة عدد كبير من السكان مما أدى إلى تلف المحاصيل لعدم قدرة المرضى على جنيها فعلى الرغم من معرفة الأخطار الصحية الناجمة عن مشاريع تخزين المياه وري المحاصيل الزراعية منذ أمد بعيد إلا أنه غالباً لا يتم تقييم هذه الأخطار من قبل المهندسين والاقتصاديين وتؤكد دراسات عديدة أنه عندما يتم تحديد أسباب توطن الأمراض البشرية والعوامل التي تعمل على انتشارها فإنه يمكن وضع برامج المكافحة في ضوءها من أجل الخروج من دائرة المرض المفرغة والعمل على عدم التقاء عناصره معاً في مكان واحد وتوفير البيئة المستدامة الصحية والتنمية الصحية المستدامة يجب أن تكون عملية مستمرة تعنى بها الدول رفعا لمستوى صحة أفرادها وحاجاتهم الحاضرة والمستقبلية في ظل تنمية متوافقة بيئياً<sup>(٣)</sup> لذلك عند مكافحة الأمراض البشرية يجب أن تشن

---

(١) نداء مطشر صادق وآخرون: الأمن الصحي كأحد مهددات الأمن القومي والمجتمع العالمي، مصدر سابق، ص ٢٠٩.

(٢) فاطمة حمد البيوك: دور الجغرافيا الطبية في التنمية والأمن الصحي، مصدر سابق، ص ٧٦.

(٣) فاطمة حمد البيوك: المصدر نفسه، ص ٧٦.

الحملة ضد محدث المرض والناقل مع التركيز على تحسين كلا من صحة البيئة والوضع الاجتماعي والاقتصادي للسكان للتغلب على مسببات الأمراض الانتقالية واستئصالها من جذورها فكما أشرنا سابقاً فإن حدوث المرض في أي مكان من الكرة الأرضية هو نتيجة خليط من العوامل البيئية المناسبة في أفضل الأوقات والظروف التي تعمل على التقاء كل من محدث المرض والناقل والوسيط والمستودع والإنسان معا في مكان واحد والجدير بالذكر أن معظم الوفيات في أكثر دول العالم فقرا ما زالت تعود إلى ثلاثة مجموعات من الأمراض : الأمراض التي تنتقل عن طريق المياه والأطعمة الملوثة بفضلات الإنسان، الأمراض التي تنتقل عن طريق الهواء الملوث برذاذ المرضى<sup>(١)</sup>.

ولعل أهم التحديات التي تواجه الأمن الصحي في المجتمعات النامية النزاعات المسلحة والعنف والحروب الأهلية في أفريقيا وآسيا وأمريكا الجنوبية وتشكل عائقا يحول دون أعمال الحق في الصحة ، كما أن الحصار المطبق على بعض الدول النامية خاصة الفقيرة منها يعد تهديدا صحيا لا مثيل له ولعل أكثر مثال على ذلك ما يحدث في اليمن اثر النزاعات المسلحة والحرب الخارجية الناتجة عن التحالف والحصار لبعض دول الخليج العربي ضد الحوثيين باليمن مما جعلها مسرحا للمجاعة بين الأطفال والأمهات ومنبع الأوبئة والأمراض المعدية مثل أنفلونزا الخنازير وحمى الضنك والدفترية والملاريا التي بلغت حالات الإصابة بها في عام (٢٠١٩م) أكثر من مليون وعشرين ألف إصابة والكوليرا التي بلغ معدل الإصابة بها في (٢٠٢٠م) ما يقرب من نصف مليون حالة، فعلى البلدان النامية أن تواجه حالات انعدام العدالة الصارخة القائمة بين البلدان النامية والمتقدمة فالنسبة الأعظم من ميزانيات تمويل الأبحاث الطبية الحيوية يجري إنفاقها على الأمراض التي تصيب أقلية من سكان العالم أقل من الخمس التي تقطن العالم المتقدم وطبقا لبعض التقديرات تجتذب نسبة (١٠%) من إجمالي العبء العالمي للأمراض<sup>(٢)</sup>.

---

(١) المصدر السابق نفسه: ص ٧٧.

(٢) نداء مطشر صادق وآخرون: الأمن الصحي، مصدر سابق، ص ٢١١-٢١٢.

# **الباب الثاني**

## **الجانب الميداني**

## الفصل الرابع

### الإطار المنهجي للدراسة وإجراءاته الميدانية

تمهيد

أولاً: مناهج الدراسة

ثانياً: نوع الدراسة

ثالثاً: مجتمع وعينة الدراسة

رابعاً: مجالات الدراسة

خامساً: أدوات جمع البيانات

سادساً: الوسائل الإحصائية

سابعاً: تبويب البيانات

ثامناً تحليل البيانات الإحصائية:

## تمهيد:

إن استعمال الطرائق والمناهج العلمية والوسائل الإحصائية في الدراسات الأنثروبولوجية يعد دليلاً على التقدم الذي حققته هذه الدراسات في الكشف عن الحقيقة الاجتماعية للموضوعات التي تدرسها، فضلاً عن أن قيام علماء الأنثروبولوجيا والاجتماع من خلالها إلى الوصول لمجموعة من القوانين والنظريات العلمية التي ساهمت في تمكين الباحثين الاجتماعيين من التفسير الموضوعي لكثير من الظواهر والمشكلات الاجتماعية<sup>(١)</sup>، كما أصبح من المتعارف عليه علمياً لدى الباحثين في العلوم الاجتماعية عند إجراء الدراسات العلمية لمشكلة أو ظاهرة اجتماعية معينة والتحقق من أسبابها وأثارها في الواقع الحياتي أن يعد مجموعة من الإجراءات المنهجية والدراسات العلمية الميدانية التي تمكن الباحث من جمع البيانات الحقيقية عن طبيعة و حجم الوجود الاجتماعي للمشكلة أو الظاهرة موضوع الدراسة في ضوء أهدافه<sup>(٢)</sup>. بالإضافة إلى التقديم لها بإطار نظري يجعل الدراسة تسير على وفق منطلقات نظرية وفكرية وميدانية معينة يمكن أن توصل إلى الأهداف المخطط لها إذ أن الإطار النظري للدراسة يجمع موضوعاتها سوية ويفيض طابع الميدانية الفكرية عليها، حتى تكون ملتزمة في خط واحد لا تنحرف عنه إلى النظريات الفكرية الأخرى<sup>(٣)</sup>.

لذلك فإن من متطلبات الدراسة العلمية والتصميم الميداني لدراسة تداعيات الأمن الصحي وانعكاساته على المجتمع العراقي - دراسة أنثروبولوجية في مدينة الحلة تم العمل بموجب الإجراءات المنهجية الآتية:

---

(١) حامد عمار: المنهج العلمي في دراسة المجتمع، مكتبة القاهرة الحديثة، القاهرة، ١٩٦٤م، ص ٦٤.

(٢) إحسان محمد الحسن، وعبد المنعم الحسني: طرق البحث الاجتماعي، دار الكتب للنشر، جامعة الموصل، العراق، ١٩٨٠م، ص ٩٣.

(٣) نيقولا تماشيف: نظريات علم الاجتماع، ترجمة: محمد الجوهري وزملائه، دار المعارف، القاهرة، ١٩٧٣م، ص ٢٦.

## أولاً: مناهج الدراسة

إن المنهج: هو الخطوة الأساسية في جميع العلوم المعروفة من قبل الإنسان، وهو السبيل الذي يوصل الباحث إلى الحقيقة أو إلى ما يعده حقيقة<sup>(١)</sup>، وأن على الباحث أن يقوم بدراسة علمية من خلال اتباع منهج معين، فتحديد المنهج جزء مهم في الدراسات الاجتماعية وخطوة من خطوات الدراسة العلمية<sup>(٢)</sup>.

ولما كانت الظواهر والمشكلات الاجتماعية متعددة ومتباينة، فإن سبل دراستها تتباين أيضاً، وأن نوع الظاهرة وحجمها يحددان نوع المنهج، وليس على وفق رغبة الباحث<sup>(٣)</sup>، إذن فالمنهج هو الطريقة التي يتبعها الباحث لدراسة المشكلة أو الظاهرة موضوع الدراسة<sup>(٤)</sup>.

وبالنظر لتداخل العلوم الاجتماعية من جهة، وأهمية موضوع الدراسة (تداعيات الأمن الصحي وانعكاساته على المجتمع العراقي - دراسة أنثروبولوجية في مدينة الحلة) وتعدد وكثرة تداعياته ومسبباته من جهة أخرى. فقد استعمل الباحث المناهج التي يراها مناسبة لموضوع الدراسة، وهذه المناهج على النحو الآتي:

### (١) المنهج المعرفي:

يعرف منهج الفهم الذاتي في الفكر الأنثروبولوجي بالمدخل المعرفي، ويهدف هذا المدخل إلى فهم تصورات الفرد عن العالم وكيف تتكون وتتنظم هذه التصورات؟ وكيف يمكن أن تستعمل هذه التصورات؟ ويفترض المدخل المعرفي أن كل الأفراد الذين يعيشون داخل ثقافة واحدة لهم نسق معرفي واحد، يتشكل لفعل هذه الثقافة، ويعمل على تنظيم الأشياء المادية والمعنوية للظاهرة والأحداث والسلوك والمشاعر<sup>(٥)</sup>.

---

(١) فردريك معتوق: معجم العلوم الاجتماعية، دار صادر، بيروت، ٢٠٠١م، ص ٣٣٠.

(٢) ناهدة عبد الكريم حافظ: مقدمة في تصميم البحوث الاجتماعية، مطبعة المعارف، بغداد، ١٩٨١م، ص ٥.

(٣) معن خليل عمر: مناهج البحث في علم الاجتماع، دار الشروق، عمان، ١٩٧١م، ص ٤٣.

(٤) عبد الباسط محمد حسن: أصول البحث الاجتماعي، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ١٩٧١م، ص ٣٠٠.

(٥) محمد حسن غامري: المناهج الأنثروبولوجية، المركز العربي للنشر، الإسكندرية، ١٩٨٦م، ص ٨٧.

ويتميز هذا المنهج بتعارضه الواضح مع الأساليب التقليدية في البحث فهو يوجه الاهتمام إلى الإنسان في تفكيره أكثر من الاهتمام بسلوكه، ومن ثم تصبح نقطة البدء في الدراسة المعرفية في ثقافة ما هي البحث عن التصورات والمقولات والتصنيفات العقلية التي ينظم أفراد هذه الثقافة الظواهر المختلفة المحيطة بهم على أساسها والتي تبدو في التركيبات المميزة للغة التي يتحدثون بها، وقد أطلق عليه أصحاب هذا المنهج أسم الأثنوجرافيا الجديدة<sup>(١)</sup>.

ويعمل المنهج المعرفي أو منهج الفهم الذاتي كما يطلق عليه على أيجاد أساليب التحليل المناسبة للوصول إلى نماذج من دون إقحام أية تصورات أو مقولات غريبة عنها، ومن ثم يصبح معيار الصدق بالنسبة للنتائج التي يصل إليها الباحث مستمدة من الواقع الثقافي نفسه، ومعبراً عن وجهة نظر المنتمين إليه، وهذا ما يعرف باسم الدراسة الباطنية<sup>(٢)</sup>.

وقد قام الباحث باستعمال هذا المنهج، وذلك عن طريق التوصل إلى المدركات العقلية والنفسية والثقافية لسكان مدينة الحلة مجتمع الدراسة، فمن خلال الدراسة الأثنوبولوجية، وإقامته في مجتمع الدراسة توصل الباحث من خلال اعتماده على مجموعة من سكان مدينة الحلة لتحليلهم ووصفهم لمخرجات الأمن الصحي والطرق التي يعتمدها سكان المجتمع المحلي في مواجهة الأزمات الصحية، والمنظومة الفكرية الصحية التي يتعاملون بها بكافة فئاتهم العمرية.

## ٢) المنهج الوصفي (الأثنوجرافي)

لقد شاع استعمال هذه المنهج في التربية خلال العقدين الأخيرين شيوعاً ملحوظاً، ورغم أن تطبيق المنهج الإثنوجرافي توجه حديث في التربية، إلا أنه ليس استراتيجية بحثية جديدة، فقد استخدم الأثنوبولوجيون مثل (مارجريت ميد) استخداماً واسعاً منذ سنوات طويلة كطريقة لدراسة ووصف الثقافات الإنسانية، والأثنوجرافيا هي وليدة علم الأثنوبولوجي. وعليه يقصد بالأثنوجرافيا: "هي دراسة الأفراد والجماعات ميدانياً عن طريق المعايشة المباشرة على مدة زمنية محددة باستعمال الملاحظة أو المقابلة الشخصية بقصد التعرف على أنماط السلوك الثقافي

---

(١) فتحية محمد إبراهيم، ومصطفى الشنواني: مدخل إلى مناهج البحث في علم الإنسان، دار المريخ، الرياض، ١٩٨٩م، ص ١٢٥.

(٢) المصدر نفسه: ص ١٢٨.

والاجتماعي"، وكذلك يهدف إلى اكتشاف المعاني الكامنة وراء الفعل الاجتماعي عن طريق انخراط الباحث مباشرة بالتفاعلات التي يتكون منها الواقع الاجتماعي للجماعة المدروسة، ويهتم هذا المنهج بالمقام الأول بالفهم الذاتي للظاهرة أكثر مما تهتم بالبيانات الإحصائية الرقمية، كما أن هذا المنهج يعطي الباحث قدراً واسعاً من الحرية والمرونة والقدرة على التكيف و الوصول إلى حقائق الأمور<sup>(١)</sup>.

وكان الغرض الأساسي من استعمال هذا المنهج هو دراسة مجتمع الدراسة دراسة شاملة ومتكاملة من خلال وصف طرق حياتهم الطبيعية والاجتماعية والاقتصادية والثقافية، إضافة إلى وصف طرق الأمن الصحي لسكان المدينة.

### ٣) المنهج التاريخي:

اعتنى عدد كبير من علماء الاجتماع بالمنهج التاريخي، ويدعون إلى استعماله في البحوث الاجتماعية، لكونه يصف ما مضى من وقائع وأحداث ويسجلها ويدرسها ويحللها ويعطي لها تفسيراً على وفق أسس منهجية وعلمية عامة، والتي لا تقف عند فهم الماضي فحسب، وإنما تساهم في فهم الحاضر والتنبؤ بالمستقبل، أو بمعنى آخر أن البحوث التاريخية تقوم على أساس الاستردادية للواقع الذي مضى وربطه بالحاضر القائم أو المستقبل<sup>(٢)</sup>.

ويرجع استعمال الباحث للمنهج التاريخي في هذه الدراسة إلى أهميته في التعرف على الجذور التاريخية للأمن الصحي في العصور القديمة وتطوره في العصر الحديث، فضلاً عن معرفة والظروف الصحية التي مرت بها المدينة عبر التاريخ من أمراض وأوبئة، وكيف تم التعامل معها، بوصفها من الظواهر الثقافية المؤثرة في حياة المجتمعات، والتي تسهم بصورة فاعلة في معرفة الأسباب الحقيقية للانحدار الأمن الصحي وانعكاساته على المجتمع.

---

(١) جوردن مارشال: موسوعة علم الاجتماع، منشورات المجلس الأعلى للثقافة، مصر، ٢٠٠٢م، ص ١٣٤٦.

(٢) معن خليل عمر: الموضوعية والتحليل في البحث الاجتماعي، دار الآفاق الجديدة، بيروت، ١٩٨٢م، ص ٤٥.

#### ٤) منهج المسح الاجتماعي:

هو محاولة منظمة للحصول على معلومات من فئات معينة أو عينة مجتمع, وذلك عن طريق استعمال استمارات الدراسة أو المقابلات, والوظيفة الأساسية للمسح هو توفير معلومات حول موقف مجتمع أو جماعة<sup>(١)</sup>. ويستعمل منهج الوصف الاجتماعي في البحوث الوصفية, ويهتم بدراسة الظواهر الموجودة في جماعة معينة, وفي مكان معين, ويستفاد من المسح الاجتماعي في دراسة المشكلات الاجتماعية القائمة وتحديد مدى تأثيرها في المجتمع, ومعرفة الأفراد والجماعات المهتمة بحل هذه المشكلات<sup>(٢)</sup>.

وهناك تصنيفات للمسح الاجتماعي من ناحية المجال البشري هما<sup>(٣)</sup>:

أ) **المسح الشامل:** الذي يقوم بدراسة شاملة لجميع مفردات المجتمع عن طريق (الحصص الشامل).

ب) **المسح بطريقة العينة:** الذي يكتفي فيه الباحث بدراسة عدد محدود من المحاولات أو المفردات في حدود الوقت والجهد والإمكانات المتوفرة للباحث.

وقام الباحث باستعمال المسح بطريقة العينة عن طريق اختيار عينة عشوائية طبقية من مجتمع الدراسة, إضافة إلى إجرائها عدة مقابلات شخصية مع بعض الأطباء في المستشفيات الصحية لمنطقة الدراسة, وذلك لدعم الدراسة الأنثروبولوجية الميدانية.

---

(١) محمد الغريب عبد الكريم: البحث العلمي (التصميم، والمنهج، والإجراءات)، مكتبة نهضة الشرق، القاهرة، ١٩٨٧م، ص ٨٠.

(٢) عبد الباسط محمد حسن: أصول البحث الاجتماعي، مصدر سابق، ص ٣٣٥.

(٣) المصدر نفسه: ص ٣٣٩.

## ثانياً: نوع الدراسة

يتحدد نوع الدراسة على أساس مستوى الملاحظات والمعلومات الأنثروبولوجية المتوفرة لدى الباحث، وكذلك على أساس الهدف الأساس لموضوع الدراسة، فإذا كان ميدان الدراسة جديداً لم يطره احد يضطر الباحث إلى القيام بدراسة إستطلاعية (كشفية) التي تهدف إلى معرفة الظروف المحيطة بالظاهرة، أم إذا كان الموضوع محدداً عن طريق بعض الدراسات التي سبق إجراؤها في الميدان، أمكن القيام بدراسة وصفية تهدف إلى تقرير خصائص الظاهرة وتحديدها تحديداً كميّاً أو كميّاً<sup>(١)</sup>.

لذلك تعد دراستنا الحالية دراسة أنثروبولوجية ميدانية تهدف إلى وصف وتحليل ملاحظات وآراء أفراد منطقة الدراسة، فضلاً عن إلقاء الضوء على مختلف جوانبها وجمع البيانات اللازمة عنها مع تفسير وتحليلها وفق استمارة الاستبيان.

## ثالثاً: مجتمع وعينة الدراسة

### (١) مجتمع الدراسة

كثيراً ما يجد الباحثون الاجتماعيون صعوبة في إجراء الدراسة الميدانية الشاملة لجميع مفردات الدراسة، لأسباب تتعلق بالوقت والإمكانات المادية المتوافرة لديهم وطبيعة موضوع الدراسة لذلك يضطر الباحث إلى اختيار عينة أو جزء محدد من المجتمع يحرص على دقة تمثيلها لصفات ومكونات مجتمع الدراسة<sup>(٢)</sup>.

وعليه ولكون مجتمع مدينة الحلة مجتمعاً كبيراً سكانياً ومساحة إذ يبلغ عدد أحيائها (٤٥) حياً سكنياً<sup>(٣)</sup>، وسحبت عينة عشوائية طبقية من الأحياء بنسبة (١٠%) فكان عدد الأحياء

---

(١) عبد الباسط محمد حسن: مصدر سابق، ص ٢١٣.

(٢) محمد طلعت عيسى: تصميم وتنفيذ البحوث الاجتماعية، مكتبة القاهرة الحديثة، مصر، ١٩٧١م، ص ٢٨.

(٣) تم استبعاد خمسة أحياء، وذلك لأنها أحياء عشوائية ومستحدثة ولأنها مضطربة ولا تتميز باستقرار سكاني، إذ أنها ظهرت بعد عام (٢٠٠٣م)، ولهذا تم اختيار (٤٠) حي، وقد تم سحب عينة عشوائية طبقية مقدارها (٤) أحياء سكنية.

المشمولة بالعينة (٤) أحياءً سكنية وهي ( حي الضباط، وحي الحسين، وحي نادر، وحي الجمهوري).

## ٢) عينة الدراسة:

إن عملية تحديد حجم العينة المناسبة يعتمد على عوامل أهمها طبيعة هدف الدراسة والإمكانات المتوفرة للباحث، فبعض الدراسات تستدعي الحصول على عينة كبيرة في حال تخطيط الباحث لتحليل نوع محدد من البيانات الذي يتطلب تحديد أثر بعض المتغيرات، وفي مثل تلك الحالة يكون الباحث بحاجة إلى تقسيم العينة الأصلية إلى عدد من العينات الفرعية، مع مراعات احتواء العينات الفرعية على عدد مناسب من المفردات، لذا فقد ينصح البعض بأن يكون حجم العينة مساوياً لنسب مئوية من حجم المجتمع، كأن تساوي (١٠%) أو (٥%)<sup>(١)</sup>.

وتعرف العينة بأنها: اختيار مجموعة من أفراد المجتمع المدروس بحيث أن البيانات التي سحبها عنها يمكن تعميمها على كل المجموعة السكانية، إذا يجب أن تقدم العينة السكانية نفسها وأن تكون ممثلاً لها<sup>(٢)</sup>.

تمثلت عينة الدراسة بالعينة العشوائية طبقية ما نسبته (١٠%) من كل الأحياء في مركز مدينة الحلة، وبعد ذلك انتقل الباحث إلى المرحلة الثانية من تطبيق عينة عشوائية طبقية على سحب عينة من كل الأحياء، إذ بلغ عدد أفراد حي الضباط حوالي (١٦٤٥) فرداً، فقد تم سحب عينة عشوائية منه قوامها (١٦٤) فرداً، في حين بلغ عدد أفراد حي الحسين حوالي (١٧٥٠) فرداً، فقد تم سحب عينة عشوائية بسيطة منه قوامها (١٧٥) فرداً، بينما بلغ عدد أفراد حي نادر حوالي (١٦٥٢) فرداً، فقد تم سحب عينة عشوائية بسيطة منه قوامها (١٦٥) فرداً، وأن عدد أفراد حي الجمهوري بلغ (١٢٦٥) فرداً، فقد تم سحب عينة عشوائية طبقية منه قوامها (١٢٧) فرداً. ومن كلا الجنسين ومن الفئات العمرية المحددة ما بين (١٨ - ٦٦ سنة)، والجدول الآتي يوضح ذلك.

---

(١) مصطفى عمر التير: مساهمات في أسس البحث الاجتماعي، معهد الإنماء العربي، القاهرة، ١٩٨٩م،

(٢) محمد طلعت عيسى: مصدر سابق، ص ٢٨.

#### جدول (٤)

#### يوضح مجتمع وعينة الدراسة

أسم الحي	عدد الأفراد حسب الفئات العمرية (١٨-٦٦) سنة	%١٠	النسبة المئوية
حي الضباط	١٦٤٥	١٦٥	%٢٦,١
حي الحسين	١٧٥٥	١٧٦	%٢٧,٨
حي نادر	١٦٥٢	١٦٥	%٢٦,١
حي الجمهوري	١٢٦٥	١٢٦	%٢٠
المجموع	٦٣١٧ <sup>(*)</sup>	٦٣٢	%١٠٠

#### رابعاً: مجالات الدراسة

تمثل مجالات الدراسة الحدود البشرية والزمانية والمكانية التي يتحرك الباحث من خلالها لجمع البيانات من عينة الدراسة , وقد شملت على المجالات الآتية:

(١) **المجال البشري:** ويتمثل بسكان مدينة الحلة من أحيائها السكنية البالغ عددهم (٦٣١٧) نسمة، وقد شملت عينة (٦٣٢) فرد عينة الدراسة ومن الفئات العمرية (١٨ - ٦٦) سنة ومن كلا الجنسين. وهي ( حي الضباط، وحي الحسين، وحي نادر، وحي الجمهوري).

(٢) **المجال المكاني:** حدد المجال المكاني بمدينة الحلة، وقد شمل جميع الأحياء السكنية المختارة.

(٣) **المجال الزمني:** وهي المدة الزمنية التي استغرقتها الدراسة الميدانية التي امتدت من (٢٠٢٠/٤/١٢م إلى غاية ٢٠٢٠/٧/١٤م). إذ تضمنت مقابلات مع شخصيات متنوعة من مجتمع الحلة بالرغم من توزيع استمارة الاستبيان على عينة الدراسة.

(\*) تم أخذ هذه الإحصائية من مديرية إحصاء محافظة بابل، قسم الإحصاء، مجموع السكان للأحياء السكنية حسب الفئات العمرية (١٨-٦٦) سنة في مدينة الحلة لعام (٢٠١٩م)، بيانات غير منشورة.

## خامساً: أدوات جمع البيانات

تمتاز الدراسات الاجتماعية والأنثروبولوجية في الوقت الحاضر بتعدد الأدوات في جمع البيانات لتعقد الظواهر الاجتماعية الخاضعة للدراسة على الباحث الاطلاع على طريقة العمل بهذه الأدوات ومدى صلاحيتها، قبل أن يقوم بالاختيار المناسب للأدوات الملائمة للحصول على البيانات المطلوبة ويمكن تحديد الأدوات المستخدمة في الدراسة بما يلي:

### (١) الملاحظة بالمشاركة

وتسمى أحياناً بـ (التغلغل الوظيفي) Functional. Penetration, ويعني أنه لا بد للباحث من أن يقوم بدور ما في المجتمع بحيث يترتب عليه أن يقبله أفراد المجتمع وكأنه واحد منهم، فالباحث من خلال استعمال هذه الملاحظة يتمكن من إعطاء صورة صادقة عن طبيعة (الفعل الاجتماعي) كما أنه يعيش الدور الذي يقوم به ذهنياً<sup>(١)</sup>، كما أن استعمال الملاحظة بالمشاركة يعد أكثر منهجية من الاعتماد على الأسلوب الإحصائي فقط، لأن المنهج الإحصائي يهتم بظواهر معينة ومحددة بمعزل عن إطارها الاجتماعي والثقافي الذي يتبادل التأثير والتفاعل معه، مما يقودنا إلى تكوين انطباع مخالف تماماً عن الانطباع الذي يتكون فيما لو درست هذه الظواهر بعلاقتها مع الكل الاجتماعي والثقافي الذي توجد فيه<sup>(٢)</sup>.

وعليه فأن التقليد السائد لدى الدارسين الميدانيين اليوم أن يحرصوا على اغتنام أية فرص تتاح لهم للمشاركة في أية فعالية من فعاليات المجتمع، كي يصلوا إلى رؤية أوضح وفهم أعمق للكثير من غوامض العلاقات الاجتماعية السائدة بين أفراد المجتمع وليكشفوا عن طبيعة عمل النظم الاجتماعية المطبقة<sup>(٣)</sup>.

وعليه حرص الباحث في دراسته الأنثروبولوجية الميدانية في مدينة الحلة تداعيات الأمن الصحي في مدينة الحلة لتوظيف هذه الأداة من خلال مشاركة أبناء مجتمع الدراسة، فضلاً عن

---

(١) عاطف وصفي: الأنثروبولوجيا الاجتماعية، دار صادر، بيروت، ١٩٨١م، ص ١٦٥.

(٢) علاء الدين جاسم البياتي: علم الاجتماع بين النظرية والتطبيق، مؤسسة الأعلمي للمطبوعات، بيروت، ١٩٧٥م، ص ٣١.

(٣) شاكر مصطفى سليم: المدخل إلى علم الإنسان، مطبعة العاني، بغداد، ١٩٧٥م، ص ٢٠١.

الملاحظة، ونظراً لكون الباحث من منطقة الدراسة إلا أنها شاركت أبناء المدينة حياتهم اليومية ومعاناتهم من أجل أخذ فكرة واضحة على أهم الأساليب والوسائل والطرق لتطوير التنمية الصحية من عدمها التي استخدمها سكان المدينة عينة الدراسة، كما استخدم الباحث الملاحظة عن طريق ما شاهدته من إجراءات أمن صحي عامة على مختلف الأصعدة أثناء فترة الدراسة الميدانية.

## (٢) الإخباريون:

الإخباريون: هم الأشخاص الذين يقومون بمساعدة الباحث الميداني من خلال الإجابة عن أسئلته وتقديم معلومات اثنوجرافية مفصلة عن المجتمع الذي يدرسه، تشمل مختلف مظاهر حياته ونظمه، ويناقش الباحث حولها لاستجلاء ما يصعب عليه فهمه من حقائق غامضة تتعلق بها<sup>(١)</sup>، وبإمكان الباحث الأنثروبولوجي أن يجعل أغلب أفراد المجتمع إخباريين له بطريقة مباشرة أو غير مباشرة حين يجيبونه عن استفساراته وأسئلته<sup>(٢)</sup>. وواجه الباحث بعض الصعوبات وحتى وأن كانت من مجتمع الدراسة نفسه، وأهم هذه الصعوبات هي انتقاء الإخباريين أنفسهم فبعضهم لا يرغبون أن يقدموا معلومات بشكل منتظم لاعتبارات عديدة، فضلاً عن صعوبة الحصول على إخباريين نساء من مجتمع الدراسة.

## (٣) المقابلة:

تعد المقابلة إحدى أدوات جمع البيانات عن الموضوع أو الظاهرة المراد دراستها، والمقابلة في البحث هي اتصال شخصي شفوي منظم يقوم به الباحث مع المبحوث وجهاً لوجه، الهدف منها الحصول على معلومات لتوظيفها في البحث العلمي<sup>(٣)</sup>. وقد استخدم الباحث العديد من المقابلات مع بعض أفراد مجتمع الدراسة، فضلاً عن إجراء مقابلات مع بعض موظفي المراكز الصحية في مدينة الحلة.

---

(١) شاكر مصطفى سليم: قاموس الأنثروبولوجيا، الكويت، ١٩٨١م، ص ٤٩٢.

(2) Royal Anthro Pological Institute of Great Britan and Irland, Notes and Queries of Athrdpolgy ,6th.ed London, 1951 ,p43.

(٣) محمد علي محمد: طرق البحث الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٨٣م، ص ٣٣١.

#### ٤) الوثائق والسجلات:

استفاد الباحث من هذه الأداة في الفصل الثاني وخاصة بأخذ مجموعة من الإحصائيات الرسمية وسجلات النسب، لأنها هيأت له فرصة التعرف على واقع الأمن، والرعاية الصحية في العراق ومنطقة الدراسة، وذلك من خلال الوضع الإحصائي للأمن الصحي<sup>(١)</sup>.

#### ٥) الاستبيان

تعد استمارة الاستبيان من الأدوات الشائعة لجمع البيانات اللازمة في البحوث الاجتماعية والتي تتطلب تدوين سلسلة من الأسئلة أو المواقف التي تتضمن بعض الموضوعات النفسية والاجتماعية أو التربوية، فضلاً عن البيانات الشخصية التي تنطبق على الأفراد أو الجماعات بهدف الحصول على معلومات خاصة بهم أو ببعض المشاكل التي تواجههم<sup>(٢)</sup>، ولكنها في المقابل تساعد الأنثروبولوجي المختص في التحقق من النقاط التي يكون قد أهملها، وهي طريقة شبيهة بطرائق البحث في العلوم الاجتماعية ففي الدراسات الأنثروبولوجية على المجتمعات المتقدمة يوزع الباحث استمارة الاستبيان على الأفراد المدروسين، ويترك كلاً منهم يجيب عن الأسئلة. غير أن أسلوب التنفيذ والتطبيق يختلف في دراسة الشعوب البسيطة (البدائية) التي لا تعرف الكتابة، حيث يقوم الباحث بطرح السؤال ويدون الجواب الذي يسمعه، وكذا الحال في الحوارات والمناقشات<sup>(٣)</sup>.

وقد مرت عملية تصميم استمارة الاستبيان بأربع مراحل أساسية هي:

أ) **مرحلة إعداد الاستمارة:** لقد قام الباحث بإعداد فقرات استمارة الاستبيان بشكلها الأولية اعتماداً على الزيارات الميدانية والمعلومات المتوفرة لديها عن كيفية إعداد الاستمارة،

---

(١) عبد علي سلمان المالكي: المدخل إلى الأنثروبولوجيا الاجتماعية، مطبعة بغداد، العراق، ٢٠٠٧م، ص ٤٥.

(٢) محمود عبد الحليم: مناهج البحث العلمي في المجالات التربوية والنفسية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ٢٠٠٠م، ص ٩٥.

(٣) عيسى الشماس: المدخل إلى علم الإنسان (الأنثروبولوجيا)، منشورات اتحاد الكتاب العربي، دمشق، ٢٠٠٤م، ص ١٣٣.

وبعد عرض الاستمارة على الأستاذ المشرف، جرى تعديل بعض الفقرات، ومن ثم عرضت على عدد من الخبراء لاختبار صدقها وثباتها.

**ب) مرحلة صدق الاستمارة:** ويقصد بالصدق: بأنه تجربة صلاحية فقرات الاستبيان واكتشاف مدى ملاءمتها قبل تطبيقها أو استخدامها في البحث. وتساعد هذه العملية على كشف الأخطاء في صياغة الأسئلة<sup>(١)</sup>، وتم عرض الاستمارة الاستبائية على مجموعة من المحكمين والأساتذة المختصين بموضوع الدراسة، بهدف مراجعتها وإبداء الملاحظات عليها. وبعد التعرف على آرائهم جرى تعديل بعض فقرات الاستمارة، وبلغت الموافقة عليها (٨٣%) من قبل الخبراء المختصين. وهذا يدل على الصدق الظاهري للأداة.

**ج) مرحلة ثبات الاستمارة:** يعرف الثبات بأنه: عملية اختبار في توزيع عدد محدد من الاستبيان على مجموعة من الأفراد الذين تتشابه صفاتهم وخواصهم مع صفات وخواص أفراد المجتمع المبحوث<sup>(٢)</sup>، ولأجل التأكد من ثبات استمارة الاستبيان أجرى الباحث مقابلتين مع عشرة من موظفي سجن الحلة المركزي، وكان الزمن الفاصل بين المقابلة الأولى والثانية عشرين يوماً، ومن ثم أعيد تطبيق استمارة الاستبيان على نفس العينة، وقد تم استخدام النسبة المئوية بين المقابلة الأولى والمقابلة الثانية فكانت نتيجة تساوي (٠,٩٤) وهو يدل على وجود ارتباط عالي بين المقابلتين الأولى والثانية وهذا يعطي صفة الثبات للاستمارة الاستبائية.

**د) مرحلة الصياغة النهائية للاستبيان:** بعد تطبيق اختبار الصدق والثبات للاستمارة الاستبائية تم وضع الاستبيان في صيغته العلمية النهائية للحصول على البيانات المطلوبة، وتضمن المحور الأول فيها جمع البيانات الأولية للمبحوثين. أما المحور الثاني فتضمن المجال الخاص بالظاهرة المدروسة. أنظر ملحق (١).

---

(١) محمد علي محمد: طرق البحث الاجتماعي، مصدر سابق، ص ٤٨٢.

(٢) جبر مجيد حميد: طرق البحث الاجتماعية، مطبعة جامعة الموصل، العراق، ١٩٩١م، ص ٩٣.

## سادساً: الوسائل الإحصائية:

يعد الإحصاء من الوسائل العلمية المهمة في البحوث الاجتماعية وذلك لمساهمته الفاعلة في الحصول على نتائج دقيقة، ودوره في الربط بين المتغيرات الأساسية في البحث، فضلاً عن قدرة لغة الإحصاء على وصف البيانات التي يتم الحصول عليها عن مشكلة الدراسة وتحليلها تحليلاً علمياً دقيقاً<sup>(١)</sup>. ولقد استعمل الباحث عدداً من الوسائل الإحصائية المناسبة في عملية وصف وتحليل بيانات الدراسة وهي:

(١) النسبة المئوية (%) **The percentage** استعمل الباحث هذا القانون لاستخراج صدق وثبات الاستبيان.

$$\text{النسبة المئوية} = \frac{\text{الجزء}}{\text{الكل}} \times 100$$

(٢) **الوسط الحسابي (Mathematics Mean):**

وهو أبسط المتوسطات وأكثرها تداولاً وأهم مقاييس النزعة المركزية، ولاستخراج قيم الوسط الحسابي نستخدم القانون الآتي<sup>(٢)</sup>.

$$\text{س} = \frac{\text{مجموع ك} \times \text{ك}}{\text{مجموع ك}}$$

(٣) **الانحراف المعياري: Standard Deviation**

استخدم الباحث الانحراف المعياري لمعرفة الفرق المنتظم الصاعد أو النازل عن الوسط التكراري لأعمار المبحوثين وسنوات الخبرة لديهم.

$$\sigma = \sqrt{\frac{\sum (f_i \cdot x_i^2)}{n} - \left(\frac{\sum f_i \cdot x_i}{n}\right)^2}$$

(١) زيدان عبد الباقي: قواعد البحث الاجتماعي، مطبعة سعاد، القاهرة، ١٩٨٠م، ص ١٢١.

(٢) عبد المنعم الشافعي: الطريقة الإحصائية في العلوم الإنسانية والطبيعية، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٧١م، ص ٦٤.

٤) اختبار مربع كاي (٢×١)<sup>(١)</sup>: هو تقنية إحصائية استنتاجية لاختبار أهمية الفرق المعنوي بين متغيرين اثنين عن طريق القانون الآتي لمعرفة وجود علاقة أو عدم وجودها بين المتغير المعتمد والمتغيرات المتنقلة.

$$\frac{2|ح - م|}{م} = كا$$

٥) قانون الوزن الرياضي: استخدمه الباحث مع جدول التسلسل المرتبي:

تكرار كل فقرة  
عدد المبحوثين

## سابعاً: تبويب البيانات

بعد جمع المعلومات الخاصة بالدراسة. عمد الباحث إلى القيام بتنسيقها وترتيبها بصورة واضحة جهد الإمكان وقد مرت العملية بثلاث مراحل هي:

(١) التدقيق: قام الباحث بفحص جميع الاستثمارات الاستبائية، وذلك من خلال مراجعة جميع المعلومات الواردة فيها للتأكد من الإجابة عن جميع الأسئلة.

(٢) تفرغ وترميز البيانات: قام الباحث بعد مرحلة التدقيق بتفرغ البيانات يدوياً وتحويل الإجابات الخاصة بالأسئلة الاستبائية إلى رموز وأرقام للاستفادة منها وصياغتها في جداول إحصائية.

(٣) تكوين الجداول الإحصائية: بعد الانتهاء من تفرغ وفرز البيانات استخدمت الجداول الإحصائية لتوضيح المتغيرات الواردة في الاستمارة.

## ثامناً: تحليل البيانات الإحصائية

بعد انتهاء الباحث من مرحلة تبويب البيانات وتصنيفها، انتقل إلى مرحلة تحليل الجداول الإحصائية، حيث قام بتحليل الجداول تحليلاً علمياً مستعيناً بمقاييس التحليل الإحصائي، لتحليل النتائج التي تمخضت عنها الدراسة.

---

(1) Cgavan Frankfort & Anna Leon, Social Statistics for a Diverse Society, 3th Edition, Pine Forge Press, California, 2002, p.506.

## **الفصل الخامس**

**عرض وتحليل بيانات الدراسة الميدانية**

**والمقابلات الأنثروبولوجية الميدانية**

**تمهيد**

**المبحث الأول: عرض وتحليل بيانات الدراسة الميدانية**

**المبحث الثاني: عرض وتحليل المقابلات الأنثروبولوجية الميدانية**

## تمهيد:

إن عرض البيانات وتحليلها هو أحد أبرز المهام التي ينبغي أن يقوم بها الباحث في الدراسات الميدانية الأنثروبولوجية، وبالرغم من كون الدراسة الأنثروبولوجية وقد قام الباحث باستخدام مناهج البحث الأنثروبولوجية واستخدم الملاحظة بالمشاهدة والإخباريين إلا أن استخدام الاستبانة وتحليل البيانات الإحصائية كان لغرض دعم الدراسة الأنثروبولوجية من خلال أخذ عينة من مجتمع دراسة كبير نسبيًا. إذ إن أهداف الدراسة لا يمكن الوصول إلى تحقيقها من دون هذه المهمة الأساسية؛ لهذا سيحاول الباحث في هذا الصدد عرض بيانات هذه الدراسة وتحليلها عبر مبحثين هما:

**المبحث الأول: عرض وتحليل بيانات الدراسة الميدانية.**

**المبحث الثاني: عرض وتحليل المقابلات الأنثروبولوجية الميدانية.**

## المبحث الأول

### عرض وتحليل بيانات الدراسة الميدانية

إنّ عملية تحليل البيانات الأولية لوحدها تعد مدخلاً مهماً وضرورياً للولوج إلى الدراسة الميدانية، لأنّ عملية التحليل هذه قد تؤثر على استجابات المبحوثين ونظراً للأهمية والدور الذي تلعبه عملية تحليل البيانات الأساسية، لذا أننا في هذا المبحث سوف نتناول وصف وتحليل البيانات الأولية الخاصة بالمبحوثين، إضافة إلى وصف وتحليل آراءهم على طبيعة موضع الدراسة، وذلك في المحور الثاني بعنوان عرض وتحليل البيانات الخاصة بموضوع الدراسة، ووفق التفصيل الآتي:

#### أولاً: عرض وتحليل البيانات الأولية الخاصة بالمبحوثين

يعد تحليل وتفسير البيانات الأولية للمبحوثين من أهم المداخل الأساسية للتعريف بعينة الدراسة، فتحديد جنس المبحوثين، والعمر وحالتهم الزوجية والمستوى الدراسي والاقتصادي، والعلاقات الأسرية، تعد من المعلومات الضرورية بل من أساسيات المعلومات الميدانية التي ترد في الاستبانة، ووفق التفصيل الآتي:

#### (١) النوع الاجتماعي

#### جدول (٥)

يوضح النوع الاجتماعي لعينة الدراسة

النسبة المئوية	التكرار	النوع الاجتماعي
٤٧,٢%	٢٩٨	ذكور
٥٢,٨%	٣٣٤	إناث
١٠٠%	٦٣٢	المجموع

نلاحظ من الجدول، أعلاه الخاص بمتغير النوع الاجتماعي لعينة الدراسة أن نسبة الإناث كانت تمثل (٥٢,٨%) بواقع (٣٣٤) مبحوثة، في حين كانت نسبة الذكور تمثل (٤٧,٢%) بواقع (٢٩٨) مبحوث.

ومن خلال هذه البيانات نستدل على أن نسبة الإناث أعلى من نسبة الذكور. ولهذا أن متغير النوع الاجتماعي يعد من أهم المتغيرات الديمغرافية المهمة والمؤثر في الإجابات تجاه قضية أو ظاهرة مطروحة للنقاش، إذ تختلف إجابات الذكور عن إجابات الإناث، وذلك بحكم الظروف والعوامل الطبيعية والاجتماعية والثقافية المؤثرة على الفرد.

(٢) العمر:

### جدول (٦)

#### يوضح أعمار المبحوثين

النسبة المئوية	التكرار	الفئات العمرية
٥,٣%	٣٤	٢٤-١٨
١٦,٨%	١٠٦	٣١-٢٥
١٨,٨%	١١٩	٣٨-٣٢
١٩,٦%	١٢٤	٤٥-٣٩
١٩,٥%	١٢٣	٥٢-٤٦
١٨,٤%	١١٦	٥٩-٥٣
١,٦%	١٠	٦٦-٦٠
١٠٠%	٦٣٢	المجموع

يتبين من الجدول أعلاه، بأن الفئة العمرية (٤٥-٣٩) سنة مثلت أعلى نسبة وهي (١٩,٦%)، وتليها نسبة الفئة العمرية (٥٢-٤٦) سنة البالغة (١٩,٥%)، أما الفئة العمرية (٣٨-٣٢) سنة بلغت نسبتها (١٨,٨%)، في حين بلغت نسبة الفئة العمرية (٥٩-٥٣) سنة بلغت نسبتها (١٨,٤%)، وأن الفئة العمرية (٣١-٢٥) سنة بلغت نسبتها (١٦,٨%)، بينما بلغت نسبة الفئة العمرية (٢٤-١٨) سنة مقدارها (٥,٣%)، فيما كانت أقل نسبة سجلت هي للفئة العمرية (٦٠-٦٦) سنة مقدارها (١,٦%).

ومن خلال هذه البيانات نستدل بأن أكثر من نصف أعداد المبحوثين سجلت للأعمار الفئات العمرية بين (٥٢-٣٢) سنة إذ شكلتا نسبة (٥٧,٩%) من المجموع الكلي للعينة، وبوسط حسابي بلغ قيمته (٤٢) سنة للعينة، بينما قيمة الانحراف المعياري بلغت (١٠) سنة.

جدول (٧)

يوضح التحصيل الدراسي للمبحوثين

التحصيل الدراسي	التكرار	النسبة المئوية
أمي	٤٠	٦,٣%
يقرا ويكتب	٦٥	١٠,٣%
ابتدائية	٣٣	٥,٢%
متوسطة	٥٧	٩,٠%
إعدادية	١٣٧	٢١,٧%
دبلوم	١٤٢	٢٢,٥%
بكالوريوس	١٥٠	٢٣,٧%
شهادة عليا	٨	١,٣%
المجموع	٦٣٢	١٠٠%

تبين من الجدول أعلاه، أن (١٥٠) مبحوثًا وبنسبة (٢٣,٧%) كانوا من حملة شهادة البكالوريوس، بينما (١٤٢) مبحوثًا وبنسبة (٢٢,٥%) كانوا من حملة شهادة دبلوم، في حين كان (١٣٧) مبحوثًا وبنسبة (٢١,٧%) كانوا من حملة شهادة إعدادية، وأن (٦٥) مبحوثًا وبنسبة (١٠,٣%) كانوا يقرأ ويكتب، وكان (٥٧) مبحوثًا وبنسبة (٩,٠%) يحمل شهادة متوسطة، في حين كان (٤٠) مبحوثًا وبنسبة (٦,٣%) أميين، و(٣٣) مبحوثًا وبنسبة (٥,٢%) يحمل شهادة ابتدائية، وأخيرًا كان (٨) مبحوثين وبنسبة (١,٣%) كانوا من حملة شهادة عليا.

ومن خلال هذه البيانات نستدل بأن أكثر من نصف أفراد عينة الدراسة كان لديهم شهادة(إعدادية، ودبلوم، وبكالوريوس)، إذ شكلتا نسبة (٦٧,٩%)، ويعود السبب في ذلك كون التعليم يعد عنصر أساسي في صقل سلوك الأفراد بالمهارات والخبرات في ممارسة المهنة أو الوظيفة الاجتماعية، فضلاً على أن المستوى التعليمي العالي يعطي انطباعًا حول ثقافة مجتمع الدراسة حول مخاطر وقضايا التي تشكل خطرًا على واقع الأمن الصحي.

## جدول (٨)

يوضح عينة الدراسة حسب متغير المهنة

النسبة المئوية	التكرار	المهنة
٨,٨%	٥٢	طالب
٢٨,٩%	١٧٠	موظف مدني
٩,٢%	٥٤	عسكري
٢٧,٧%	١٦٣	كاسب / أعمال حرة
٢٥,٤%	١٥٠	عاطل عن العمل
١٠٠%	٥٨٩ <sup>(*)</sup>	المجموع

يتبين من الجدول أعلاه، أن (١٧٠) مبحوثاً وبنسبة (٢٨,٩%) هم موظفين مدنيين، بينما كان (١٦٣) مبحوثاً وبنسبة (٢٧,٧%) هم من الكسبة ويمارسون أعمال حرة، وأن (١٥٠) مبحوثاً وبنسبة (٢٥,٤%) هم عاطلين عن العمل، وأن (٥٤) مبحوثاً وبنسبة (٩,٢%) هم موظفين عسكريين ورجل أمن، وأخيراً كان (٥٢) مبحوثاً وبنسبة (٨,٨%) هم من يمارسون مهنة الطلبة.

ومن خلال هذه البيانات نستدل على أن أعلى نسبة في مجتمع الدراسة كانوا موظفين مدنيين، إذ شكلت (٢٨,٩%)، وربما يدل على أن مؤشر المهنة يعد من أهم مؤشرات التنمية البشرية في رفع المستوى الثقافي والمعاشي لأفراد الدراسة، فضلاً عن منح الأفراد مكانة اجتماعية ممتازة بين أفراد أسرهم ومجتمعهم.

(\*) تم استبعاد (٤٣) مبحوث كونهم لا يمارسون أي مهنة، وإنما هم متقاعدين عن العمل بالاعتماد على المرتب الشهري والسنوي.

## ٥) الحالة الزوجية

### جدول (٩)

#### يوضح الحالة الزوجية للمبحوثين

النسبة المئوية	التكرار	الحالة الزوجية
٣٠,١%	١٩٠	أعزب
٥١,٤%	٣٢٥	متزوج
١٢,٦%	٨٠	مطلق
٥,٩%	٣٧	أرمل
١٠٠%	٦٣٢	المجموع

يتبين من الجدول أعلاه، أن (٣٢٥) مبحوثًا كانوا (متزوجين) وبلغت نسبتهم (٥١,٤%)، بينما (١٩٠) مبحوثًا كانوا من العزاب وبنسبة (٣٠,١%)، في حين كان (٨٠) مبحوثًا هم (مطلقين) وبنسبة (١٢,٦%)، وأخيرًا كان (٣٧) مبحوثًا هم (أرامل) وبنسبة (٥,٩%). ومن خلال هذه البيانات نستدل على أن أكثر من نصف أفراد عينة الدراسة هم من المتزوجين وبنسبة بلغت (٥١,٤%)، وربما يعود السبب في ذلك أن الزوج يمثل عامل هام في تحقيق الاستقرار النفسي والعاطفي والاجتماعي للمبحوثين، وهذا بدوره يساهم بتكوين الآراء والاتجاهات لدى المبحوثين تجاه قضية التعليم الأهلي في المجتمع.

### ٦) الدخل الشهري

### جدول (١٠)

#### يوضح الدخل الشهري للمبحوثين

النسبة المئوية	التكرار	الدخل الشهري
٦٢,٥%	٣٩٥	يقل عن الحاجة
٢٨,٢%	١٧٨	يسد الحاجة
٩,٣%	٥٩	يفيض عن الحاجة
١٠٠%	٦٣٢	المجموع

يتبين من الجدول أعلاه، أن (٦٢,٥%) من عينة الدراسة كان دخلهم الشهري يقل عن الحاجة، وأن (٢٨,٢%) منهم كان دخلهم الشهري يسد الحاجة، و(٩,٣%) منهم كان دخلهم الشهري يفيض عن الحاجة. ومن خلال هذه البيانات نستدل على أن أعلى نسبة في مجتمع

الدراسة كانت للأفراد ذات دخل شهري يقل عن الحاجة والبالغة قدرها (٦٢,٥%)، حيث أن ضعف المردود الاقتصادي يشكل تحديًا كبيرًا وخطيرًا أمام توفير الإمكانات والاحتياجات الحياة اليومية الضرورية من شراء ملابس ومأكل، فضلاً عن دفع إجار المنزل الساكنين به.

## ٧) محل الولادة

### جدول (١١)

#### يوضح محل ولادة المبحوثين

النسبة المئوية	التكرار	محل الولادة
٣٨,٨%	٢٤٥	مركز المدينة
٢٨,٠%	١٧٧	مركز قضاء
٢١,٤%	١٣٥	مركز ناحية
١١,٨%	٧٥	قرى وأرياف
١٠٠%	٦٣٢	المجموع

يتبين من الجدول أعلاه، أن (٣٨,٨%) من عينة الدراسة كان محل ولادتهم في مركز المدينة، وأن (٢٨,٠%) منهم كان محل ولادتهم مركز قضاء المدينة، و(٢١,٤%) منهم كان محل ولادتهم في مركز ناحية المدينة، و(١١,٨%) منهم كان ومحل ولادتهم في القرى والأرياف. ومن خلال هذه البيانات نستدل على أن أعلى نسبة في مجتمع الدراسة كانت للذين محل ولادتهم مركز المدينة والبالغ مقدارها (٣٨,٨%) بواقع (٢٤٥) مبحوثًا، وربما يعود السبب في ذلك كون المجال المكاني للدراسة هو مركز المدينة وكون بعض أفراد مجتمع الدراسة هي متمركزة في هذه المنطقة هذا من ناحية، واختلاف إجابات المبحوثين في مركز وقضاء المدينة عن إجابات المبحوثين في قرى وأرياف المدينة، وذلك بسبب حكم الأعراف والعادات والتقاليد التي يخضع لها الأفراد حسب نوع المجتمع الذي ولدوا فيه من ناحية أخرى.

## جدول (١٢)

يوضح عدد أفراد أسر المبحوثين

عدد أفراد الأسرة	العدد	النسبة المئوية
٤ - ٢	١٩٤	٣٠,٦%
٧ - ٥	١٩٢	٣٠,٤%
١٠ - ٨	١٦٨	٢٨,٢%
١٣ - ١١	٧٨	١٢,٣%
المجموع	٦٣٢	١٠٠%

يتبين من الجدول أعلاه، أن (٣٠,٦%) من عينة الدراسة كان عدد أسرهم بين (٤-٢) فرد، وأن (٣٠,٤%) منهم كان عدد أسرهم بين (٧-٥) فرد. وكان (٢٨,٢%) عدد أفراد أسرهم بين (١٠-٨) فرد، وأن (١٢,٣%) منهم كان عدد أفراد أسرهم بين (١٣-١١) فرد.

ومن خلال هذه البيانات نستدل على بأن أكثر من نصف أفراد العينة عدد أفراد أسرهم بين (٧-٢) فرد، إذ شكلت نسبتهم (٦١,٠%)، وهذا يدل على أن النسبة الأكبر من المبحوثين ينتمون إلى أسر ليست كبيرة الحجم. إذ بلغ وسط الحسابي لأفراد الأسرة مقداره (٦) فرد، وبلغت قيمة الإنحراف المعياري مقداره (٣) فرد.

## جدول (١٣)

## يوضح طبيعة ونوع سكن المبحوثين

نوع السكن	العدد	النسبة المئوية
ملك	٢٦٤	٤١,٨%
إيجار	٢٨٠	٤٤,٣%
حكومي	٥٢	٨,٢%
تجاوز	٣٦	٥,٧%
المجموع	٦٣٢	١٠٠%

يتبين من الجدول أعلاه، بأن (٤٤,٨%) من عينة الدراسة أي ما يقارب نصف عين الدراسة من سكنة الدور الإيجار، وهذا مؤشر بطبيعة الحالة على الوضع الاقتصادي لعينة الدراسة، وعلى مستوى تفاعلهم وتقبلهم لمخاطر وقضايا الأمن الصحي في مدينة الحلة، في حين كان (٤١,٨%) كان سكنهم ملك، و(٨,٢%) منهم كان نوع سكنهم حكوميًا، وكان (٥,٧%) منهم كان نوع سكنهم تجاوزًا.

ومن خلال هذه البيانات نستدل على أن أكبر نسبة في مجتمع الدراسة كانت للذين سكنهم إيجار والبالغة مقدارها (٤١,٨%)، وربما يعود السبب لكون غالبية البيوت داخل مركز المدينة الأكثر إيجارًا وسعرًا، وذلك لأن غالبية أفراد الدراسة هم من الوافدين من الأفضية والنواحي هذا يجعل السكن الإيجار الأكثر انتشارًا في مركز المدن.

١٠ طبيعة الحي السكني

جدول (١٤)

يوضح طبيعة الحي السكني

نوع السكن	العدد	النسبة المئوية
حي شعبي	٢٠٠	٣١,٦%
أحياء مختلطة	٣٧٦	٥٩,٥%
أحياء راقية	٥٦	٨,٩%
المجموع	٦٣٢	١٠٠%

يتبين من الجدول أعلاه، أن (٥٩,٥%) من عينة الدراسة كانوا من سكنة الأحياء المختلطة، وأن (٣١,٦%) من سكنة الأحياء الشعبية، في حين كان (٨,٩%) منهم فقط من سكنة الأحياء الراقية في مدينة الحلة.

ومن خلال هذه البيانات نستدل على أن أكثر من نصف أفراد عينة الدراسة كانوا من سكنة الأحياء المختلطة والبالغة (٥٩,٥%)، وربما يعود السبب أن السكن في الأحياء المختلطة يساعد على تسهيل مهمة الباحث في الحصول على فئات ثقافية واجتماعية واقتصادية متنوعة داخل الحي السكن الواحد.

## ثانياً: عرض وتحليل البيانات الخاصة بموضوع الدراسة

### جدول (١٥)

يوضح مدى جدوى الالتزام المبحوثين بقرارات الحظر الجزئي والكلي نتيجة تفاقم والأوبئة والأمراض المزمنة في العراق

النسبة المئوية	العدد	نوع الإجابة
٦١,٤%	٣٨٨	التزم
٢١,٥%	١٣٦	نوعاً ما
١٧,١%	١٠٨	لا التزم
١٠٠%	٦٣٢	المجموع

يتبين من الجدول أعلاه، أن (٦١,٤%) ملتزمين بقرارات الحظر الجزئي والكلي في العراق، وأن (٢١,٥%) منهم كان التزامهم متذبذب، في حين كان (١٧,١%) منهم لم يلتزموا بقرارات الحظر الجزئي والكلي في العراق.

ومن خلال هذه البيانات نستدل على أن أكثر من نصف أفراد عينة الدراسة كانوا ملتزمين بقرارات الحظر الجزئي والكلي، إذ بلغت نسبتهم (٦١,٣%)، وهذا يدل على وجود وعي اجتماعي وصحي بخصوص الأزمات والجوائح التي يتعرض لها المجتمع العراقي.

### جدول (١٦)

يوضح العلاقة بين النوع الاجتماعي ومدى جدوتهم من الالتزام بقرارات الحظر الجزئي والكلي

نتيجة تفاقم الأمراض المزمنة

نوع الإجابة الجنس	التزم	%	نوعاً ما	%	لا التزم	%	المجموع	%
ذكور	١٦٨	٢٦,٦%	٨٠	١٢,٧%	٥٠	٧,٩%	٢٩٨	٤٧,٢%
إناث	٩٧	١٥,٣%	١٦٧	٢٦,٤%	٧٠	١١,١%	٣٣٤	٥٢,٨%
المجموع	٢٦٥	٤١,٩%	٢٤٧	٣٩,١%	١٢٠	١٩,٠%	٦٣٢	١٠٠%

يتبين من خلال الجدول أعلاه، أن (٢٦,٦%) من أصل (٤٧,٢%) كانوا ذكور ملتزمين بقرارات الحظر الجزئي والكلي، وأن (١٢,٧%) منهم كانوا ملتزمين نوعاً ما بقرارات الحظر الجزئي والكلي، وأن (٧,٩%) منهم كانوا غير ملتزمين بقرارات الحظر الجزئي والكلي.

أما على مستوى الإناث، فقد كانت (٢٦,٤%) متبذبات بالتزام قرارات الحظر الجزئي والكلي، وأن (١٥,٣%) منهن كائن ملتزمات بقرارات الحظر الجزئي والكلي، في حين كانت (١١,١%) غير ملتزمات بقرارات الحظر الجزئي والكلي.

وعند تطبيق قانون مربع كاي (٣×٢) لمعرفة مدى التزام المبحوثين بقرارات الحظر الجزئي والكلي، وجدنا أن قيمته تساوي (٥١,١١٥) أكثر من القيمة الجدولية (٥,٩٩) بدرجة حرية (٢)، وعلى مستوى ثقة (٩٥%)، وهذا يدل على أن غالبية أفراد مجتمع الدراسة ملتزمين بقرارات الحظر الجزئي والكلي.

### جدول (١٧)

#### يوضح مدى اعتقاد المبحوثين بضرورة تطبيق الحجر الصحي

نوع الإجابة	العدد	النسبة المئوية
أعتقد	٤٧٨	٧٥,٦%
نوعاً ما	١٠٨	١٧,١%
لا أعتقد	٤٦	٧,٣%
المجموع	٦٣٢	١٠٠%

يتبين من خلال الجدول أعلاه، أن (٧٥,٦%) يعتقدون بضرورة تطبيق الحجر الصحي على المصابين، في حين كان (١٧,١%) يرون نوعاً ما بضرورة تطبيق الحجر الصحي على المصابين، وكان (٧,٣%) منهم فقط لا يرون بضرورة تطبيق الحجر الصحي على المصابين.

ومن خلال هذه البيانات نستدل على أن أكثر من ثلاثة أرباع عينة الدراسة يرون بضرورة تطبيق الحجر الصحي على المصابين، إذ بلغت نسبتهم (٧٥,٦%)، وهذا يدل على أن تطبيق الحجر الصحي يعد معيار أساسي للوقاية من الحالات المشتبه بها بالإصابة المرضية كوننا نواجه حالة خطرة من الأزمات المرضية في الوقت الحالي.

### جدول (١٨)

يوضح مدى قوة الحكومة المحلية في تطبيق الحظر وتوفير الأمن الصحي

نوع الإجابة	العدد	النسبة المئوية
قوية	١٠٨	١٧,١%
قوية إلى حد ما	٣٥٧	٥٦,٥%
ضعيفة	١٦٧	٢٦,٤%
المجموع	٦٣٢	١٠٠%

يتبين من خلال الجدول أعلاه، أن (٥٦,٥%) يرون أن قدرة الحكومة المحلية في تطبيق الحظر وتوفير الأمن الصحي (قوية نوعاً ما)، وأن (٢٦,٤%) يرون أن قدرة الحكومة المحلية في تطبيق الحظر وتوفير الأمن الصحي (ضعيفة)، في حين كان (١٧,١%) يرون أن قدرة الحكومة المحلية في تطبيق الحظر وتوفير الأمن الصحية (قوية).

ومن خلال هذه البيانات نستدل على أن أكثر من نصف أفراد عينة الدراسة أن يرون أن قدرة الحكومة المحلية في تطبيق الحظر وتوفير الأمن الصحي (قوية نوعاً ما)، إذ بلغت نسبتهم (٥٦,٥%)، وهذا يعود أن تطبيق الحكومة المحلية للحظر هدفه توفير الأمن الصحي لأفراد مجتمع الدراسة، فضلاً عن تصديها لمخاطر الأزمات الصحية التي تترك آثار نفسية واجتماعية واقتصادية لأفراد الدراسة.

### جدول (١٩)

يوضح التسلسل المرتبي لأسباب ضعف الحكومة المحلية في تطبيق قانون الحظر الصحي

الأسباب	التسلسل المرتبي	التكرار	النسبة المئوية
عدم التزام المواطنين بقرارات الحظر	٤	٣١	١٨,٦%
ضعف الأجهزة الأمنية	٣	٥٠	٢٩,٩%
عدم اكتراث الأجهزة الأمنية	٢	٨٧	٥٢,١%
جميع هذه الأسباب	١	١١٠	٦٥,٩%

يتبين من خلال الجدول أعلاه، أن (٦٥,٩%) من مجموعة (١٦٧) مبحوثاً يرون أن جميع الأسباب كانت وراء ضعف قدرة الحكومة المحلية في تطبيق قانون الحظر، إذ جاءت في

التسلسل المرتبي الأول، وجاءت في التسلسل المرتبي الثاني أسباب (عدم اكتراث الأجهزة الأمنية) وبنسبة (٥٢,١%)، وجاءت في التسلسل الثالث أسباب (ضعف الأجهزة الأمنية)، وبنسبة (٢٩,٩%)، وجاءت في التسلسل المرتبي الرابع والأخير أسباب (عدم التزام المواطنين بقرارات الحظر)، وبنسبة (١٨,٦%). وهنا يجوز لنا القول بأن نسب هذه الأسباب ليست ثابتة، بل متغير حسب طبيعة ونوع مجتمع الدراسة.

### جدول (٢٠)

يوضح مدى التزام المبحوثين بقرار الحظر والحجر الصحي في مدينة الحلة

نوع الإجابة	العدد	النسبة المئوية
التزام قوي	١٣٤	٢١,٢%
التزام ضعيف	٣٤٢	٥٤,١%
ليس هناك التزام	١٥٦	٢٤,٧%
المجموع	٦٣٢	١٠٠%

يتبين من خلال الجدول أعلاه، أن (٥٤,١%) مبحوثاً يرون هناك التزام ضعيف من قبل المبحوثين بقرار الحظر والحجر الصحي في مدينة الحلة، وكان (٢٤,٧%) مبحوثاً يرون ليس هناك التزام من قبل المبحوثين بقرار الحظر والحجر الصحي، وأن (٢١,٢%) مبحوثاً يرون أن هناك التزام قوي من قبل المبحوثين بقرار الحظر والحجر الصحي في مدينة الحلة.

ومن خلال هذه البيانات نستدل على أن أكثر من نصف أفراد عينة الدراسة يرون أن هناك التزام ضعيف من قبل المبحوثين بقرار الحظر والحجر الصحي في مدينة الحلة، إذ بلغت نسبتهم (٥٤,١%)، وهذا يدل على أن عدم وجود وعي صحي بخصوص الحظر والحجر الصحي الذي من بدوره يشكل عائق أمام تحقيق الأمن في مجتمع الدراسة.

## جدول (٢١)

يوضح التسلسل المرتبي لأسباب عدم التزام المبحوثين بقرارات الحظر والحجر الصحي

الأسباب	التسلسل المرتبي	التكرار	النسبة المئوية
قلة الوعي الثقافي	٤	٦٥	١٩,٠%
ضعف الوضع المعيشي	٣	٨٨	٢٥,٧%
عدم توفر بدائل للمواطنين	٢	١١٨	٣٤,٥%
جميع هذه الأسباب	١	٢٠٠	٥٨,٥%

يتبين من خلال الجدول أعلاه، أن (٥٨,٥%) مبحوثًا من أصل (٤٧١) مبحوث، يرون أن جميع الأسباب المذكور أعلاه تؤدي إلى عدم التزام المبحوثين بقرارات الحظر والحجر الصحي، إذ جاءت في التسلسل المرتبي الأول، وجاءت في التسلسل المرتبي الثاني أسباب (عدم توفر بدائل للمواطنين)، وبنسبة (٣٤,٥%)، وجاءت في التسلسل المرتبي الثالث أسباب (ضعف الوضع المعيشي)، وبنسبة (٢٥,٧%)، وجاءت في التسلسل المرتبي الرابع والأخير أسباب (قلة الوعي الثقافي)، وبنسبة (١٩,٠%). علمًا كان المطلوب من المبحوثين حرية اختيار أكثر من إجابة.

## جدول (٢٢)

يوضح مدى تطبيق إجراءات الوقائية والسلامة الصحية من قبل المبحوثين

نوع الإجابة	العدد	النسبة المئوية
نعم	١٦٥	٢٦,١%
لا	٤٦٧	٧٣,٩%
المجموع	٦٣٢	١٠٠%

يتبين من خلال الجدول أعلاه، أن (٧٣,٩%) لا يقومون بتطبيق إجراءات الوقاية والسلامة الصحية، وأن (٢٦,١%) من عينة الدراسة يقومون بتطبيق إجراءات الوقاية والسلامة الصحية. ومن خلال هذه البيانات نستدل على أن أكثر من ثلاثة أرباع عينة الدراسة يقومون بتطبيق إجراءات الوقاية والسلامة الصحية، إذ بلغت نسبتهم (٧٣,٩%)، وهذا يدل على أن عدم

الالتزام بتطبيق إجراءات الوقاية والسلامة سوف تؤدي إلى زيادة وتفاقم الأمراض الوبائية على عكس الذين يقومون بتطبيق تلك القرارات والإجراءات، وذلك الوقاية والسلامة الصحية تعد مصدر مهم من مصادر نمو التنمية البشرية والاقتصادية والصحية، حيث أن تطبيق الإجراءات الصحية من قبل المبحوثين تؤدي إلى حفظ الحياة الصحية للأفراد.

### جدول (٢٣)

يوضح العلاقة بين محل الولادة ومدى تطبيق إجراءات الوقائية والسلامة الصحية من قبل

#### المبحوثين

النسبة المئوية	التكرار	%	لا	%	نعم	محل الولادة
٣٨,٨%	٢٤٥	٧,٣%	٤٦	٣١,٤%	١٩٩	مركز المدينة
٢٨,٠%	١٧٧	١٤,٢%	٩٠	١٣,٧%	٨٧	مركز قضاء
٢١,٤%	١٣٥	٩,٢%	٥٨	١٢,٢%	٧٧	مركز ناحية
١١,٨%	٧٥	٥,٥%	٣٥	٦,٣%	٤٠	قرى وأرياف
١٠٠%	٦٣٢	٣٦,٢%	٢٢٩	٦٣,٦%	٤٠٣	المجموع

تبين من خلال الجدول أعلاه، أن (٣١,٤%) من المبحوثين محل ولادتهم مركز المدينة يلتزمون بتطبيق إجراءات الوقاية والسلامة الصحية، وأن (٧,٣%) لا يلتزمون، في حين كان (١٣,٧%) من المبحوثين محل ولادتهم مركز قضاء المدينة يلتزمون بتطبيق إجراءات الوقاية والسلامة الصحية، وأن (١٤,٢%) لا يلتزمون. بينما كان (١٢,٢%) من المبحوثين محل ولادتهم مركز ناحية يلتزمون بتطبيق إجراءات الوقاية والسلامة الصحية، وأن (٩,٢%) لا يلتزمون. في حين كان (٦,٣%) من المبحوثين يلتزمون بتطبيق إجراءات الوقاية والسلامة الصحية، وأن (٥,٥%) لا يلتزمون. وعند تطبيق قانون مربع كاي (٤×٢) لمعرفة مدى التزام المبحوثين بتطبيق إجراءات الوقاية والسلامة الصحية، وجدنا قيمته تساوي (٥٩,٩١٤) وهي أكبر من القيمة الجدولية (٧,٨١٥)، وبدرجة حرية (٣)، وعلى مستوى ثقة (٩٥%)، وهنا يجوز لنا القول أن أفراد عينة الدراسة يلتزمون بتطبيق إجراءات الوقاية والسلامة الصحية، وذلك حفاظاً على حياتهم من الإصابة بالأمراض المزمنة نتيجة انتشار الأمراض المزمنة والتي قد تشكل خطراً على حياة الآخرين.

## جدول (٢٤)

يوضح التسلسل المرتبي لأسباب عدم تطبيق إجراءات الوقاية والسلامة الصحية من قبل عينة الدراسة

النسبة المئوية	التكرار	التسلسل المرتبي	الأسباب
٢١,٢%	٣٥	٥	عدم الاكتراث بالموضوع
٢٤,٢%	٤٠	٤	أتضايق من ارتداء الكمادات
٣٠,٩%	٥١	٣	ليس لدي المال الكافي
٤٠,٠%	٦٦	٢	لا أرى جدوى من التطبيق
٤٥,٦%	٧٥	١	جميع هذه الأسباب

تبين من خلال الجدول أعلاه، أن (٤٥,٥%) مبحوثًا ومن أصل (١٦٥) مبحوث، يرون أن جميع الأسباب أعلاه المذكورة تؤدي إلى عدم تطبيق إجراءات الوقاية والسلامة الصحية، إذ جاءت في التسلسل المرتبي الأول، وجاءت في التسلسل المرتبي الثاني أسباب (لا أرى جدوى من التطبيق)، وبنسبة (٤٠,٠%)، وجاءت في التسلسل المرتبي الثالث أسباب (ليس لدي المال الكافي)، وبنسبة (٣٠,٩%)، وجاءت في التسلسل المرتبي الرابع أسباب (أتضايق من ارتداء الكمادات)، وبنسبة (٢٤,٢%)، وجاءت في التسلسل المرتبي الخامس والأخير أسباب (عدم الاكتراث بالموضوع)، وبنسبة (٢١,٢%). علمًا كان المطلوب من المبحوثين حرية اختيار أكثر من إجابة.

ومن خلال ما تقدم يمكن لنا القول أن إجراءات الوقاية والسلامة الصحية تعد من أهم مؤشرات في تحقيق الأمن الصحي في مجتمع الدراسة، وذلك باعتبار الصحة جزء هام من أجزاء التنمية البشرية، حيث أن الاهتمام والعناية بها يؤدي إلى استقرار حياة المجتمع وخلوه من الأمراض والأوبئة المزمنة التي قد يترتب عليها آثار نفسية وصحية واجتماعية واقتصادية في المستقبل تجاه فئات المجتمع. كما أن الارتقاء بالمستوى الإجراءات الصحية للمجتمع يستند على ضرورة توفير الخدمة الصحية وتحسين نوعية وكفاءة الخدمة الصحية المقدمة لأفراد المجتمع. لأن الرعاية والخدمات الصحية تعد مقوم هام لحياة الأفراد من أجل الحفاظ على استمرار الحياة ونموها، فالصحة لها دور فعال في حماية المجتمع بتكلفتها بوقايتها من الأمراض البوائية والمعدية ومكافحتها.

## جدول (٢٥)

يوضح التسلسل المرتبي لأسباب أنتشار مخاطر الأمراض المزمنة في مجتمع الدراسة

النسبة المئوية	التكرار	التسلسل المرتبي	الأسباب
٦,٣%	٤٠	٦	انعدام ثقافة التباعد الاجتماعي
١٠,٣%	٦٥	٥	ضعف الخدمات الصحية
١١,٩%	٧٥	٤	قلة الوعي الصحي لدى الناس
١٤,٢%	٩٠	٣	الجهل بطبيعة الأزمات الصحية
١٥,٨%	١٠٠	٢	عدم تطبيق الحظر والحجر الصحي
٥١,٣%	٣٢٤	١	جميع هذه الأسباب

يتبين من خلال الجدول أعلاه، أن (٥١,٣%) مبحوثاً من أصل (٦٣٢) مبحوث، يرون أن جميع الأسباب المذكورة أعلاه تؤدي إلى أنتشار مخاطر الأمراض المزمنة في مجتمع الدراسة، إذ جاءت في التسلسل المرتبي الأول، وجاءت في التسلسل المرتبي الثاني أسباب (عدم تطبيق الحظر والحجر الصحي)، وبنسبة (١٥,٨%)، وجاءت في التسلسل المرتبي الثالث أسباب (الجهل بطبيعة الأزمات الصحية)، وبنسبة (١٤,٢%)، وجاءت في التسلسل المرتبي الرابع أسباب (قلة الوعي الصحي لدى الناس)، وبنسبة بلغت (١١,٩%)، وجاءت في التسلسل المرتبي الخامس أسباب (ضعف الخدمات الصحية)، وبنسبة (١٠,٣%)، وجاءت في التسلسل المرتبي السادس والأخير أسباب (انعدام ثقافة التباعد الاجتماعي)، وبنسبة بلغت (٦,٣%).

ومن خلال ما تقدم نستدل على أن اهتمام الحكومة المحلية بتوفير وتقديم الرعاية الصحية في كل مكان للأفراد ما من الممكن أن تتفاد مخاطر الأمراض المزمنة في مجتمع الدراسة. حيث أن الاهتمام بالرعاية الصحية وتقديم الخدمات الصحية والتي من الممكن أن تؤدي في نهاية الطريق إلى تحقيق الأمن الصحي والاستقرار النفسي والاجتماعي للأفراد.

## جدول (٢٦)

يوضح إجابات المبحوثين حول إصابتهم بالأمراض المزمنة والمستجدة كفيروس كورونا

نوع الإجابة	العدد	النسبة المئوية
نعم	٩٨	١٧,١%
لا	٥٢٤	٨٢,٩%
المجموع	٦٣٢	١٠٠%

يتبين من خلال الجدول أعلاه، أن (٨٢,٩%) أجابوا بأنهم لا يتعرضوا إلى أي إصابة بالأمراض المزمنة، وأن (١٧,١%) أجابوا بأنهم تعرضوا للإصابة بالأمراض المزمنة.

ومن خلال هذه البيانات نستدل على أن أكثر من ثلاثة أرباع أفراد عينة الدراسة أكدوا بأنهم لم يتعرضوا للإصابة بالأمراض المزمنة، إذ بلغت نسبتهم (٨٢,٩%)، وهذا يدل على أن الاحترازات الأمنية اتجاه قطاع الصحة بالرغم من ضعفها وبساطتها إلا أنها كان لها دور كبيرة في حماية العديد من أفراد المجتمع من الأمراض والأوبئة وخاصة في الوقت الحالي نتيجة تأزم وتفاقم انتشار فيروس كورونا المستجد.

## جدول (٢٧)

يوضح التسلسل المرتبي لإجابات المبحوثين حول نوع الأمراض المزمنة

أنواع الأمراض المزمنة	التسلسل المرتبي	التكرار	النسبة
الأمراض المزمنة	١	٦٠	٦١,٢%
مرض السرطان	٢	٥٣	٥٤,١%
مرض الفشل الكلوي	٣	٤٦	٤٦,٩%
أمراض أخرى تذكر	٤	٣٢	٣٢,٧%
مرض الإيدز	٥	٣	٣,١%

يتبين من خلال الجدول أعلاه، أن (٦١,٢%) مبحوثاً، ومن أصل (٩٨) مبحوث، أجابوا بأن نوع المرض المزمن المصابين به هو (مرض السرطان وغيره)، إذ جاء في التسلسل المرتبي

الأول، وجاءت في التسلسل المرتبي الثاني (مرض السرطان)، وبنسبة (١,٥٤%)، وجاء في التسلسل المرتبي الثالث (مرض الفشل الكلوي)، وبنسبة (٩,٤٦%)، وجاء في التسلسل المرتبي الرابع (أمراض آخر مثل "مرض الربو، ومرض الأعصاب، ومرض(فيروس كورونا، ومرض السرطان، وغيرها)، وبنسبة بلغت (٧,٣٢%)، وجاء في التسلسل المرتبي الخامس والأخير (مرض الإيدز)، وبنسبة بلغت (١,٣%) . علمًا كان المطلوب من المبحوثين حرية اختيار أكثر من إجابة.

### جدول (٢٨)

يوضح العلاقة بين عمر المبحوثين وتأثره بنوع الإصابة بالأمراض المزمنة

نوع الأمراض الفئات العمرية	كورونا	%	مرض السرطان	%	مرض الفشل الكلوي	%	أمراض أخرى	%	مرض الإيدز	%	التكرار	النسبة المئوية
٢٤-١٨	٢٠	٣,٢	٥	٠,٨	٢	٠,٣	٦	١,٠	١	٠,٢	٣٤	٥,٣%
٣١-٢٥	٦٠	٩,٥	٢١	٣,٣	١٥	٢,٤	١٠	١,٦	٠	-	١٠٦	١٦,٨%
٣٨-٣٢	٥٣	٨,٤	٢٥	٤,٠	١٠	١,٦	٣٠	٤,٧	١	٠,٢	١١٩	١٨,٨%
٤٥-٣٩	٥٠	٧,٩	١٨	٢,٨	٢٤	٣,٨	٢٩	٤,٦	٣	٠,٤	١٢٤	١٩,٦%
٥٢-٤٦	٥٧	٩,٠	٢١	٣,٣	٢٥	٤,٠	١٨	٢,٨	٢	٠,٣	١٢٣	١٩,٥%
٥٩-٥٣	٢١	٣,٣	٣٢	٥,١	٥٥	٨,٧	٨	١,٣	٠	٠	١١٦	١٨,٤%
٦٦-٦٠	٦	٠,٩	١	٠,٢	١	٠,٢	٢	٠,٣	٠	٠	١٠	١,٦%
المجموع	٢٦٧	٤٢,٢	١٢٣	١٩,٥	١٣٢	٢٠,٩	١٠٣	١٦,٣	٧	١,١	٦٣٢	١٠٠%

تبين من خلال الجدول أعلاه، أن الفئة العمرية بين (٢٤-١٨) سنة إصابة بالأمراض التالية، فقد جاء في المرتبة الأولى (مرض كورونا)، وبنسبة بلغت (٣,٢%)، يليه (أمراض أخرى مثل مرض الربو ومرض التهاب القلب وغيرها) وبنسبة بلغت (١,٠%)، يليه (مرض السرطان) وبنسبة بلغت (٠,٨%)، يليه (مرض الفشل الكلوي)، وبنسبة بلغت (٠,٣%)، وجاء في المرتبة الأخيرة (مرض الإيدز)، وبنسبة بلغت (٠,٢%) . أما الفئة العمرية من (٣١-٢٥) سنة إصابة بالأمراض التالية، فقد جاء في المرتبة الأولى (مرض كورونا المستجد)، وبنسبة بلغت (٩,٥%)، يليه (مرض السرطان)، وبنسبة بلغت (٣,٣%)، يليه (مرض الفشل الكلوي) وبنسبة بلغت (٢,٤%)، وتليه (الأمراض الأخرى مثل مرض الأعصاب، ومرض التهاب المفاصل وغيرها) وبنسبة بلغت (١,٦%)، في حين لم تكن هناك أي إصابة بالنسبة (المرض الإيدز) لهذه الفئة

العمرية، في حين كانت الفئة العمرية (٣٢-٣٨) سنة إصابة بالأمراض التالية، فقد جاء في المرتبة الأولى أيضًا (مرض كورونا) وبنسبة بلغت (٨,٤%)، وتليه (الأمراض الأخرى مثل مرض الحصبة والربو وغيرها)، وبنسبة بلغت (٤,٧%)، وتليها (مرض السرطان) وبنسبة بلغت (٤,٠%)، ويليه (مرض الفشل الكلوي) وبنسبة بلغت (١,٦%)، وجاء في المرتبة الأخيرة (مرض الإيدز)، وبنسبة بلغت (٠,٢%).

أما الفئات العمرية من (٣٩-٤٥) سنة إصابة بالأمراض التالية، فقد جاء في المرتبة الأولى (مرض كورونا المستجد) وبنسبة بلغت (٧,٩%)، وتليه (الأمراض الأخرى مثل مرض مشاكل في الوزن، ومرض التوتر العصبي وغيرها) وبنسبة بلغت (٤,٦%)، وتليها (مرض الفشل الكلوي) وبنسبة بلغت (٣,٨%)، ويليه (مرض السرطان) وبنسبة بلغت (٢,٨%)، وجاء في المرتبة الأخيرة إصابة المبحوثين (بمرض الإيدز) وبنسبة بلغت (٠,٤%)، بينما الفئة العمرية من (٤٦-٥٢) سنة إصابة بالأمراض التالية، فقد جاءت في المرتبة الأولى (مرض كورونا المستجد) وبنسبة بلغت (٩,٠%)، وتليه (مرض الفشل الكلوي) وبنسبة بلغت (٤,٠%)، ويليه (مرض السرطان) وبنسبة بلغت (٣,٣%)، ويليه (الأمراض الأخرى مثل مرض فقدان الذاكرة والعينين، ومرض اضطرابات النوم وغيرها) وبنسبة بلغت (٢,٨%)، وجاء في المرتبة الأخيرة (مرض الإيدز) وبنسبة بلغت (٠,٣%).

وكانت الفئة العمرية (٥٣-٥٩) سنة فقد إصابة بالأمراض التالية، إذ جاء في المرتبة الأولى (مرض الفشل الكلوي) وبنسبة بلغت (٨,٧%)، ويليه (مرض السرطان) وبنسبة بلغت (٥,١%)، ويليه (مرض كورونا) وبنسبة بلغت (٣,٣%)، وتليها (الأمراض الأخرى وهي مرض الربو ومرض المفاصل وغيرها) وبنسبة بلغت (٢,٨%)، بينما لم تكن هناك إي إصابة (مرض الإيدز)، في حين كانت الفئة العمرية الأخيرة من (٦٠-٦٦) سنة إصابة بالأمراض التالية، إذ جاء في المرتبة الأولى (مرض كورونا المستجد) وبنسبة بلغت (٠,٩%)، وتليه (مريض الفشل الكلوي والسرطان) إذ شكلا نسبة قدرها كل منهم (٠,٤%) وجاء في المرتبة الأخيرة (الأمراض الأخرى مثل مرض فقدان الذاكرة، وفقدان التوتر العصبي وغيرها) وبنسبة بلغت (٠,٣%)، في حين لم تكن هناك أي إصابة (مرض الإيدز).

وعند تطبيق قانون مربعة كاي (٥×٧) لمعرفة مدى تأثير الأمراض المزمنة بحياة الباحثين، وجدنا قيمته المحسوبة تساوي (١١١,٦٠٧)، وهي أكبر من القيمة الجدولية (٣٦,٤١٥) وبدرجة حرية (٢٤)، وعلى مستوى ثقة قدره (٩٥%)، وهنا نستدل على أن الأمراض المزمنة تشكل خطراً على حياة الباحثين، فضلاً عن كونها عائق كبير أمام عمليات وإجراءات تحقيق الأمن الصحي للأفراد واستقرارهم النفسي والاجتماعي.

### جدول (٢٩)

يوضح التسلسل المرتبي لأسباب إصابة الباحثين بالأمراض المزمنة والمستجدة

النسبة المئوية	التكرار	التسلسل المرتبي	الأسباب
٥٨,٢%	٥٧	١	عدم الالتزام بإجراءات الأمن الصحي
٣٣,٧%	٣٣	٢	لمس الأسطح الملوثة والمصابين
١٨,٤%	١٨	٣	انتقال العدوى من أحد أفراد الأسرة
١٠,٢%	١٠	٤	تناول طعام يحتوي عوامل ملوثة

تبين من خلال الجدول أعلاه، أن (٥٨,٢%) مبحوثاً من أصل (٩٨) يرون أن أسباب إصابتهم بالأمراض المزمنة هي (عدم الالتزام بإجراءات الأمن الصحي)، إذ جاءت في التسلسل المرتبي الأول، وجاءت في التسلسل المرتبي الثاني أسباب (لمس الأسطح الملوثة والمصابين)، وبنسبة (٣٣,٧%)، وجاءت في التسلسل المرتبي الثالث أسباب (انتقال العدوى من أحد أفراد الأسرة)، وبنسبة (١٨,٤%)، وجاءت في التسلسل المرتبي الرابع والأخير أسباب (تناول طعام يحتوي عوامل ملوثة)، وبنسبة (١٠,٢%). علماً كان المطلوب من الباحثين حرية اختيار أكثر من إجابة.

ومن خلال ما تقدم يمكن لنا القول أن عدم اتباع أفراد الدراسة وخضوعهم لقرارات الحكومة المحلية بشأن قانون الحجر الصحي، الأمر الذي قد يساعد على بروز وتفاقم الأمراض الوبائية وبالتالي تسهم في عرقلة تقديم النمو وتحقيق الأمن الصحي في مجتمع الدراسة.

### جدول (٣٠)

يوضح إجابات المبحوثين حول مدى تأثير انهيار الوضع الصحي في مدينة الحلة نتيجة تفاقم الأزمات الصحية في الوقت الحالي.

نوع الإجابة .	العدد	النسبة المئوية
تأثير قوي	٤٧٨	٧٦,٦%
تأثير ضعيف	١٢٢	١٩,٣%
لم يؤثر	٣٢	٥,١%
المجموع	٦٣٢	١٠٠%

يتبين من خلال الجدول أعلاه، أن (٧٦,٦%) أجابوا (تأثير قوي) لانهيار الوضع الصحي في مدينة الحلة نتيجة تفاقم الأزمات الصحية في الوقت الحالي، في حين كان (١٩,٣%) أجابوا (تأثير ضعيف) لانهيار الوضع الصحي في مدينة الحلة نتيجة تفاقم الأزمات الصحية في الوقت الحالي، وكان (٥,١%) أجابوا (لم يؤثر) انهيار الوضع الصحي في مدينة الحلة نتيجة تفاقم الأزمات الصحية في الوقت الحالي.

ومن خلال هذه البيانات نستدل على أن أكثر من ثلاثة أرباع عينة الدراسة أكدوا بأن تأثير انهيار الوضع الصحي في مدينة الحلة نتيجة تفاقم الأزمات الصحية في الوقت الحالي هو تأثير (قوي) وبنسبة بلغت (٧٦,٦%)، وهذا يدل على نتيجة لعدم تطبيق إجراءات الوقاية والسلامة الصحية من قبل أفراد مجتمع الدراسة.

### جدول (٣١)

يوضح العلاقة بين تأثير الدخل الشهري للمبحوثين وانهيار الوضع الصحي

النسبة المئوية	التكرار	%	لم يؤثر	%	تأثير ضعيف	%	تأثير قوي	الوضع الصحي الدخل الشهري
٦٢,٥%	٣٩٥	٧,١%	٤٥	٢٣,٧%	١٥٠	٣١,٦%	٢٠٠	يقل عن الحاجة
٢٨,٢%	١٧٨	١,٦%	١٠	١٤,٤%	٩١	١٢,٢%	٧٧	يسد الحاجة
٩,٣%	٥٩	٠,٥%	٣	٣,٥%	٢٢	٥,٤%	٣٤	يفيض عن الحاجة
١٠٠%	٦٣٢	٩,٢%	٥٨	٤١,٦%	٢٦٣	٤٩,٢%	٣١١	المجموع

يتبين من الجدول أعلاه، أن (٣١,٦%) يرون أن انهيار الوضع الصحي له (تأثير قوي) على دخولهم الشهري التي (تقل عن الحاجة)، وأن (٢٣,٧%) يرون أن انهيار الوضع الصحي له (تأثير ضعيف) على دخولهم الشهري التي (يسد الحاجة)، وأن (٧,١%) يرون أن انهيار الوضع الصحي (لم يؤثر) على دخولهم الشهري التي تقل عن الحاجة. في حين كان (١٤,٤%) يرون أن انهيار الوضع الصحي له (تأثير ضعيف) على دخولهم الشهري التي تسد الحاجة، وأن (١٢,٢%) يرون أن انهيار الوضع الصحي له (تأثير قوي) على دخولهم الشهري التي تسد الحاجة، وأن (١,٦%) يرون أن انهيار الوضع الصحي (لم يؤثر) على دخولهم الشهري التي تسد الحاجة، بينما كان (٥,٤%) يرون أن انهيار الوضع الصحي له (تأثير قوي) على دخولهم الشهري التي (يفيض عن الحاجة)، وأن (٣,٥%) يرون أن انهيار الوضع الصحي له (تأثير ضعيف) على دخولهم الشهري التي (تفيض الحاجة)، وأن (٠,٥%) يرون أن انهيار الوضع الصحي (لم يؤثر) على دخولهم الشهري التي (تفيض عن الحاجة).

وعند تطبيق قانون مربع كاي لمعرفة العلاقة بين الدخل الشهري وانهيار الوضع الصحي، وجدنا قيمته المحسوبة تساوي (١٣,٣٣٠) وهي أكبر من القيمة الجدولية (٩,٤٨٨)، وبدرجة حرية (٤)، وعلى مستوى ثقة قدرها (٩٥%)، وهنا يجوز لنا القول أن انهيار الوضع الصحي له علاقة قوية جدًا بالدخل الشهري للمبحوثين، وذلك لأن الصحة بوصفها جزء هام من مؤشرات التنمية البشرية إلى جانب مؤشر الدخل القومي والشهري لأفراد الدراسة، أي أنه كلما توسعت وتفاقت الأمراض والأوبئة في مجتمع ما كلما انخفض الدخل القومي لأفراد المجتمع والعكس صحيح. حيث أن من أسباب هذا التأثير هي قيام بعض الجهات المحلية بغلق الأسواق والمحال التجارية الأمر الذي أثر بشكل كبير على أصحاب الأعمار التجارية نتيجة توقف عمليات البيع

والشراء، فضلاً عن تأثره على الكسبة والذين يمارسون أعمال حرة كل هذه الأسباب كانت وراءها زيادة حالات البطالة وكثرة مظاهره الخوف والقلق من تفاقم الأمراض المزمنة والمستجدة.

### جدول (٣٢)

يوضح مدى تأثير الأوضاع الاجتماعية في مدينة الحلة بسبب تفاقم الأمراض المزمنة والمستجدة

النسبة المئوية	العدد	الإجابة
٦٨,٤%	٤٣٢	تأثر قوي
٢٦,٦%	١٦٨	تأثر ضعيف
٥,٠%	٣٢	لم يتأثر
١٠٠%	٦٣٢	المجموع

يتبين من خلال الجدول أعلاه، أن (٦٨,٤%) أجابوا أن الأوضاع الاجتماعية في مدينة الحلة تتأثر بشكل قوي بسبب تفاقم الأمراض المزمنة والمستجدة، في حين كان (٢٦,٦%) أجابوا أن الأوضاع الاجتماعية في مدينة الحلة تتأثر بشكل ضعيف بسبب تفاقم الأمراض المزمنة والمستجدة، وكان (٥,٠%) أجابوا أن الأوضاع الاجتماعية في مدينة الحلة لم تتأثر بشكل قوي بسبب تفاقم الأمراض المزمنة والمستجدة.

ومن خلال هذه البيانات نستدل على أن أكثر نصف أفراد عينة الدراسة أكدوا بأن الأوضاع الاجتماعية تتأثر بشكل (قوي) بسبب تفاقم الأمراض المزمنة والمستجدة، وبنسبة بلغت (٦٨,٤%)، وربما يعود سبب تفاقم مخاطر الأمراض المزمنة والوبائية هو عدم اتخاذ خطوات التباعد الاجتماعي، فضلاً عن خطوات تطبيق إجراءات الوقاية الصحية والسلامة بين أفراد مجتمع الدراسة.

### جدول (٣٣)

يوضح التسلسل المرتبي لأسباب تأثر الوضع الاجتماعي في مدينة الحلة بالأمراض المزمنة والمستجدة

الأسباب	التسلسل المرتبي	العدد	النسبة المئوية
القلق والخوف من المستقبل	٤	٦٥	١٥,٠%
الانعزال والخوف من العدوى	٣	٧٧	١٧,٨%
ضعف العلاقات الاجتماعية	٢	١١١	٢٥,٧%
جميع هذه الأسباب	١	٢١٩	٥٠,٧%

تبين من خلال الجدول أعلاه، أن (٣٦,٧%) مبحثاً من أصل (٤٣٢) مبحث، يرون أن جميع الأسباب المذكورة أعلاه لها علاقة بتأثر الوضع الاجتماعي في مدينة الحلة بالأمراض المزمنة والمستجدة، إذ جاءت في التسلسل المرتبي الأول، وجاءت في التسلسل المرتبي الثاني أسباب (ضعف العلاقات الاجتماعية)، وبنسبة (٢٥,٧%)، وجاءت في التسلسل المرتبي الثالث أسباب (الانعزال والخوف من العدوى) وبنسبة (١٧,٨%)، وجاءت في التسلسل المرتبي الأخير والرابع أسباب (القلق والخوف من المستقبل) وبنسبة بلغت (١٥,٠%). علماً كان المطلوب من المبحوثين حرية اختيار أكثر من إجابة.

ومن خلال ما تقدم يمكن لنا القول أن الأمراض في الوقت الحالي أصبحت تمثل عبئاً اجتماعياً واقتصادياً كبيراً على الدولة، بالإضافة إلى كونها عبئاً صحياً على فئات المجتمع، لذلك أن العديد من المجتمعات تقيس قوة اقتصادها من خلال قياس اقتصاد الخدمات فيها، ومستوى كفاءة تقديم الخدمة الصحية لتلبية حاجة الأفراد بالمستلزمات الصحية والطبية والعلاجية، لأن توفير الرعاية الصحية لجميع الأفراد يعد مطلباً جوهرياً لتحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية الشاملة، فالتنمية الصحية جزء من التنمية الشاملة.

## المبحث الثاني

### عرض وتحليل المقابلات الأنثروبولوجية الميدانية

قام الباحث بإجراء بعض المقابلات المباشرة مع بعض أفراد المجتمع من الكوادر الأمنية والصحية في مدينة الحلة مجتمع الدراسة، وتكمن أهمية المقابلات من خلال ما تحققه من نتائج مهمة ومركزة حول موضوع الدراسة، ومن خلال استعمال منهج الفهم الذاتي للوصول للحقائق التي تخدم نتائج الدراسة. والمقابلات كانت كالتالي:

#### أولاً: مقابلات مع الكوادر الأمنية:

(١) المقابلة الأولى: قام الباحث بمقابلة أحد العناصر الأمنية المتواجدون في مدينة الحلة أثناء فترة واجبه في شارع ٤٠ ليلاً، وبعد أن عرض عليه موضوع الدراسة أبدى مساعدته بشرط عدم ذكر اسمه لدواعي أمنية، حيث أجاب عن الموضوع قائلاً: «أن الالتزام بقرارات حظر التجوال الجزئي أو الكلي ضروري جداً ويكون بأشراف قوات الأمن المحلية بكافة أصنافها خاصة في ظل ظروف جائحة كورونا والأمراض الوبائية الأخرى التي يمر بها البلد، فبسبب ضعف الخدمات الصحية، وعدم القدرة على مواجهة الأمراض الوبائية لا نملك سوى مسألة التباعد الاجتماعي من خلال حظر التجوال، وحث المواطنين على التباعد الاجتماعي، فضلاً عن عدم التحرك بين الأحياء والمناطق السكنية، ومع ذلك نلاحظ أحياناً ضعف الحكومة المحلية في تطبيق القرارات الخاصة بالحظر على المواطنين بسبب عدم القدرة على إحاطة القوات الأمنية بجميع أحياء ومناطق مدينة الحلة، إضافة إلى عدم وجود بدائل اقتصادية لدعم المواطنين من ذوي الدخل المحدود، لذلك نلاحظ عدم التزام نسبة كبيرة من المواطنين بقرارات الحظر، وعدم تطبيقهم للشروط الصحية أثناء خروجهم في المدينة، لذلك نلاحظ بين فترة وأخرى انهيار الوضع الصحي بسبب زيادة الحالات المرضية، وهذا بدوره يؤثر على الأمن الصحي في مدينة الحلة»<sup>(١)</sup>.

(١) مقابلة ميدانية مع احد ضباط الشرطة في مدينة الحلة (أ.ك.م) أثناء الدراسة الميدانية في ١٧-٤-٢٠٢٠م الساعة التاسعة مساءً.

٢) **المقابلة الثانية:** مقابلة أجراها الباحث مع أحد العناصر الأمنية في مدينة الحلة أثناء قيامه بواجبه ليلاً في شارع أربعين، حيث قام الباحث بعرض فكرة الموضوع عليه وأبدى مساعدتها في الإجابة، مع التحفظ عن ذكر اسمه، حيث أجاب قائلاً: « أن من الضروري الالتزام بقرارات الحظر سواء كانت جزئية أو كلية، وذلك للحفاظ على الأمن الصحي لأفراد المجتمع، وبسبب الضعف بالسيطرة في تطبيق الحظر، بسبب عدم التزام المواطنين لجهلهم وقلة الوعي الصحي، وبالرغم من تأثر الوضع الاجتماعي والاقتصادي بسبب انتشار الأمراض الوبائية في الوقت الحالي والمتمثلة بفايروس (كورونا)، إلا أنه ضروري للحفاظ على الأمن الصحي»<sup>(١)</sup>.

٣) **المقابلة الثالثة:** مقابلة مع أحد العناصر الأمنية في مدينة الحلة أثناء واجبه ليلاً في منطقة باب الحسين في مدينة الحلة مجتمع الدراسة، وأبدى مساعدته بدون ذكر اسمه، حيث أجاب قائلاً: « لا يمكن السيطرة على الأزمات التي تواجه البلد من دون تعاون المواطنين مع مؤسسات الدولة الأمنية وغيرها، حيث يعد هذا التعاون مهما جداً في تحقيق الأمن الصحي وتقليل النتائج السلبية التي قد تنتج من تداعيات وانهايار الأمن الصحي، لذا فإن عدم الالتزام بالقرارات الحكومية، وأن عدم الالتزام بقرارات الحظر مثلاً يعود لأسباب منها الفقر، والبطالة، وقلة الوعي الصحي، وعدم تطبيق التباعد الاجتماعي، أن تداعيات الأمن الصحي في مدينة الحلة أدت إلى جملة من السلبيات منها انتشار حالات كورونا في المدينة»<sup>(٢)</sup>.

٤) **المقابلة الرابعة:** مقابلة مع احد العناصر الأمنية في مدينة الحلة أثناء واجبه ليلاً في حي نادر، إذ عرض عليه الباحث الموضوع وأبدى مساعدته مع عدم ذكر اسمه لدواعٍ أمنية، وأجاب قائلاً: «لقد تأثر الوضع الاجتماعي والاقتصادي بسبب تداعيات الأمن الصحي في مدينة الحلة، كذلك فإن عدم الالتزام بتطبيق التباعد الاجتماعي، وقرارات الحكومة المحلية

---

(١) مقابلة ميدانية مع احد ضباط الشرطة في مدينة الحلة (ح،س،ص) أثناء الدراسة الميدانية في ١٨-٤-٢٠٢٠ الساعة الثامنة مساءً .

(٢) مقابلة ميدانية مع احد ضباط الشرطة في مدينة الحلة (م،ع،ج) أثناء الدراسة الميدانية في ١٨-٤-٢٠٢٠ الساعة التاسعة مساءً .

بتطبيق الحظر يؤثر على الأمن الصحي لمجتمع مدينة الحلة، كذلك فإن الأحياء الشعبية أقل التزاماً بضوابط الأمن الصحي عن غيرها من الأحياء السكنية بسبب الفقر وقلة الوعي الصحي و الفقر وانتشار الأمراض»<sup>(١)</sup>.

### ثانياً: مقابلات مع بعض الكوادر الصحية:

(١) **المقابلة الأولى:** مقابلة مع أحد الكوادر الطبية في مدينة الحلة يعمل في مستشفى مرجان، إذ عرض عليه الباحث الموضوع، وأبدى مساعدته مع عدم ذكر اسمه لدواعي أمنية، وأجاب قائلاً: « في ظل ما نواجه من أزمة عالمية صحية انعكست على الأمن الصحي في المجتمع، وما زاد الطين بلة عدم التزام المواطن بإجراءات الأمن الصحي كالتباعد الاجتماعي وارتداء الكمامات، وعدم الالتزام بإجراءات الحظر والحجر التي من شأنها الحد من انتشار الفيروس والحفاظ على الأمن الصحي للمجتمع»<sup>(٢)</sup>.

(٢) **المقابلة الثانية:** مقابلة مع إحدى الطبيبات في مستشفى مرجان في مدينة الحلة ، وبعد أن عرض عليها الباحث الموضوع أبدت مساعدته، إذ قالت: « أن انتشار الأمراض والأوبئة في المجتمع يهدد الأمن الصحي، وبالتالي ينعكس على كل مفاصل وأبنية المجتمع ويشل المجتمع، وفي ظل ما يواجهه اليوم المجتمع من تقشي فايروس كورونا وانتشاره بصورة كبيرة، ويعود السبب إلى انتشاره إلى قلة الوعي الصحي، عدم الالتزام بقرارات الحظر والتباعد الاجتماعي، عدم الخوف من القانون والسلطة، كل هذه الأسباب تؤثر على الأمن الصحي في حالة وجود وباء كورونا أو غيره من الأزمات الصحية العالمية»<sup>(٣)</sup>.

---

(١) مقابلة ميدانية مع أحد ضباط الشرطة في مدينة الحلة (س،م،ع) أثناء الدراسة الميدانية في ٢٠-٤-٢٠٢٠م الساعة السابعة مساءً .

(٢) مقابلة ميدانية مع أحد الأطباء في مدينة الحلة مستشفى مرجان (ح،ف،ه) أثناء الدراسة الميدانية في ٢٥-٤-٢٠٢٠م الساعة العاشرة صباحاً.

(٣) مقابلة ميدانية مع إحدى الطبيبات في مدينة الحلة مستشفى مرجان (ن،ه،ح) أثناء الدراسة الميدانية في ٢٥-٤-٢٠٢٠م الساعة الحادية عشر صباحاً.

٣) **المقابلة الثالثة:** مقابلة مع أحد الأطباء في مستشفى الحلة التعليمي في مدينة الحلة، وبعد أن عرض عليه الباحث الموضوع أبدى مساعدته قائلاً: « أن موضوع الأمن الصحي من المواضيع الحساسة والمهمة في جميع المجتمعات المتحضرة ، والتي لا تقل أهمية عن الأمن القومي، بل هو جزء مهم من الأمن القومي لكل مجتمع ، لذا ففي مثل هذه الحالات التي نواجهها اليوم في ظل جائحة كورونا، تتخذ الحكومات إجراءات أمنية وصحية متنوعة للحد من هذه الأزمات والسيطرة عليها، إلا أن عدم الالتزام بهذه الإجراءات من قبل أفراد المجتمع سيؤثر سلباً إلى انهيار المنظومة الصحية والأمنية وهو ناتج عن قلة الوعي الصحي، وعدم الالتزام بالقرارات الصحية و الأمنية من قبل أبناء المجتمع ، مما يؤدي إلى تهديد الأمن الصحي»<sup>(١)</sup>.

٤) **المقابلة الرابعة:** مقابلة مع إحدى الطبيبات في مستشفى الحلة التعليمي في مدينة الحلة، وأبدت موافقتها بعد أن عرض عليها الباحث الموضوع، إذ تفضلت قائلة: « أن الأمن الصحي من أولويات أي دولة من دول العالم سواء كانت متحضرة أو من الدول النامية، لذا فهي تتخذ جملة إجراءات في حالة حدوث أزمات أو أوبئة مثلما نواجه اليوم من تفشي لفايروس كورونا، وهذه الإجراءات عديدة ومتنوعة، كالحظر الجزئي أو الكلي، والتباعد الاجتماعي، واستخدام المعقمات والكمادات، وغيرها من الإجراءات التي شأنها أن تقلل من انتشار الفايروس وتحافظ قدر المستطاع على الأمن الصحي للمجتمع، إلا أن ما نلاحظه هو عدم تجاوب أفراد المجتمع مع هذه الإجراءات بالرغم من فرض العقوبات والغرامات على المخالفين، ويعود السبب في ذلك إلى انعدام الوعي الصحي، والجهل، وضعف السلطات الأمنية في تطبيق القانون الخاص بالأمن الصحي»<sup>(٢)</sup>.

---

(١) مقابلة ميدانية مع أحد الأطباء في مدينة الحلة مستشفى الحلة (م،ح،م) أثناء الدراسة الميدانية في ٢٦-٤-٢٠٢٠م الساعة العاشرة صباحاً.

(٢) مقابلة ميدانية مع إحدى الطبيبات في مدينة الحلة مستشفى الحلة (م،ك،م) أثناء الدراسة الميدانية في ٢٥-٤-٢٠٢٠م الساعة الحادية عشر صباحاً.

ومن خلال المقابلات التي قام بها الباحث سواء مع الكوادر الأمنية أو الكوادر الصحية، عن طريق استعمال المنهج المعرفي أثناء المقابلة لاحظ الباحث أن موضوع الأمن الصحي يشكل حجر الأساس في الحفاظ على المجتمع واستمراره ، كذلك فإن الأمن الصحي يعد من المواضيع الخطيرة والمهمة التي تهتم بها كافة الدول وتعد له الخطط و البرامج، إلا أن ضعف تطبيق إجراءات الأمن الصحي تعود إلى جملة من الأسباب منها ضعف الأجهزة الأمنية في تطبيقها، وانعدام الخدمات الصحة أو ضعفها، قلة الوعي الصحي لأفراد المجتمع، وعدم وجود خطط أو برامج بديلة للحكومات خاصة بالمواطنين من ذوي الدخل المحدود تدعمهم اقتصادياً أثناء تطبيق قرارات حكومية خاصة بالأمن الصحي، كالحظر وغيرها، كل هذه الأسباب من شأنها التأثير السلبي على الأمن الصحي للمجتمع في مدينة الحلة.

## **الفصل السادس**

**نتائج، وتوصيات، ومقترحات الدراسة**

**أولاً: نتائج الدراسة**

**ثانياً: توصيات الدراسة**

**ثالثاً: مقترحات الدراسة**

## أولاً: نتائج الدراسة

من خلال الدراسة الميدانية التي أجراها الباحث على عينة من مجتمع الدراسة المختار في مدينة الحلة توصل إلى جملة من النتائج وهي كما يلي:

### ١) النتائج الخاصة بالبيانات الأولية لعينة الدراسة:

أ) تبين من خلال الدراسة الميدانية أن (٥٢,٨%) كانوا من الإناث، وأن (٤٧,٢%) كانوا من الذكور.

ب) بينت نتائج الدراسة أن أكثر من نصف أعداد المبحوثين سجلت للأعمار والفئات العمرية بين (٣٢-٥٢)، وبنسبة بلغت (٥٧,٩%) من المجموع الكلي للعينة.

ج) كشفت نتائج الدراسة الميدانية أن أكثر من نصف أفراد عينة الدراسة كان لديهم شهادة (إعدادية، ودبلوم، وبكالوريوس)، إذ شكلتا نسبة (٦٧,٩%)، مقابل (٢٨,٩%) كانوا موظفين مدنيين.

د) أظهرت نتائج الدراسة الميدانية أن أكثر من نصف أفراد عينة الدراسة هم من المتزوجين وبنسبة بلغت (٥١,٤%).

هـ) بينت نتائج الدراسة الميدانية أن (٦٢,٥%) ذات دخل شهري يقل عن الحاجة، ومقابل (٦١,٠%) عدد أفراد أسرهم يتراوح بين (٢-٧) فرد.

و) أوضحت نتائج الدراسة الميدانية أن أعلى نسبة في مجتمع الدراسة كانت للذين محل ولادتهم مركز المدينة والبالغ مقدرها (٣٨,٨%) بواقع (٢٤٥) مبحوثاً، مقابل (٤١,٨%) ذات نوع وطبيعة سكن مؤجرة. ومقابل (٥٩,٥%) ذات أحياء سكنية مختلطة.

### ٢) النتائج الخاصة بموضوع الدراسة:

أ) كشفت نتائج الدراسة الميدانية أن أكثر من نصف أفراد عينة الدراسة كانوا غير ملتزمين بقرارات الحظر الجزئي والكلي، إذ بلغت نسبتهم (٥٤,١%).

ب) كشفت نتائج الدراسة أن أكثر من ثلاثة أرباع أفراد عينة الدراسة يرون بضرورة تطبيق الحجر الصحي على المصابين، إذ بلغت نسبتهم (٧٥,٦%).

ج) أوضحت نتائج الدراسة الميدانية أن على أن أكثر من نصف أفراد عينة الدراسة أن يرون أن قدرة الحكومة المحلية في تطبيق الحظر وتوفير الأمن الصحي (قوية نوعاً ما)،

إذ بلغت نسبتهم (٥٦,٥%)، وذلك لأسباب عديدة منها عدم توفير البدائل الاقتصادية للمواطنين من ذوي الدخل المحدود من الكسبة وغيرهم، بالرغم من الوعي الصحي الذي لمسناه من عينة الدراسة.

(د) بينت نتائج الدراسة أن أكثر من نصف أفراد عينة الدراسة يرون أن هناك التزام ضعيف من قبل المبحوثين بقرار الحظر والحجر الصحي، إذ بلغت نسبتهم (٥٤,١%).

(هـ) تبين من خلال نتائج الدراسة الميدانية أن أكثر من ثلاثة أرباع عينة الدراسة يقومون بتطبيق إجراءات الوقاية والسلامة الصحية، إذ بلغت نسبتهم (٧٣,٩%).

(و) أوضحت نتائج الدراسة أن أكثر من ثلاثة أرباع أفراد عينة الدراسة أكدوا بأنهم لم يتعرضوا للإصابة بالأمراض المزمنة، إذ بلغت نسبتهم (٨٢,٩%).

(ز) كشفت نتائج الدراسة الميدانية أكثر من ثلاثة أرباع عينة الدراسة أكدوا بأن تأثير انهيار الوضع الصحي في مدينة الحلة نتيجة تفاقم الأزمات الصحية في الوقت الحالي هو تأثير (قوي) وبنسبة بلغت (٧٦,٦%).

(ح) تبين من خلال الدراسة الميدانية أن أكثر من نصف أفراد عينة الدراسة أكدوا بأن الأوضاع الاجتماعية تتأثر بشكل (قوي) بسبب تفاقم الأمراض المزمنة والمستجدة، وبنسبة بلغت (٦٨,٤%).

(ط) تبين من خلال الدراسة الميدانية أن تداعيات الأمن الصحي في مدينة الحلة قد طالت أيضاً الجوانب الاجتماعية والثقافية، حيث تأثرت بسبب تداعيات الأمن الصحي في مدينة الحلة من خلال ظروف التباعد الاجتماعي، التي أثرت على العلاقات الاجتماعية في مدينة الحلة.

### ٣) النتائج الخاصة بالمقابلات:

من خلال المقابلات التي أجراها الباحث مع بعض الكوادر الصحية ومنتسبي الأمن في مدينة الحلة توصل إلى ما يأتي:

(أ) أن توزيع الخدمات الصحية على سكان البلد لم تحقق الأهداف المطلوبة في تحقيق الأمن الصحي والرعاية الصحية.

(ب) إن عدم الالتزام بقرارات تطبيق الحجر أو الحظر الصحي من قبل أفراد المجتمع يؤثر سلباً على انهيار منظومة الأمن الصحي في مجتمع الدراسة.

(ج) إن قلة الوعي الصحي والثقافة الصحية من قبل أفراد المجتمع أدى إلى تقاوم وزيادة حالات مخاطر الأمراض الوبائية بشكل عام ومرض كورونا المستجد بشكل خاص في مجتمع الدراسة.

(د) إن من أهداف السياسة الوطنية للصحة تتركز على العدالة الاجتماعية في تحقيق الأمن الصحي، وذلك بهدف حمايتهم من الإصابة بالأمراض الوبائية.

(هـ) إن واقع الاجتماعي والاقتصادي في مجتمع الدراسة قد تأثر بشكل كبير نتيجة تقاوم مخاطر زيادة الأزمات الصحية، فضلاً عن عدم التزام الأفراد بقانون التباعد الاجتماعي والصحي الذي يعد مصدر قوي في التصدي للأمراض المعدية والمزمنة.

### ثانياً: توصيات الدراسة

١. تثقيف المجتمع حول ماهية وأهمية الأمن الصحي من خلال برنامج التوعية والإرشاد الصحي عن طريق وسائل الإعلام المختلفة.

٢. على وزارة الصحة دعم القطاع الصحي وتتميته عن طريق تنشيط البنى التحتية وكمية ونوعية الخدمات المقدمة لتفادي انهيار الأمن الصحي خلال الأزمات التي تواجه المجتمع.

٣. تفعيل دور الجهات الرقابية لمتابعة توفير الأدوية داخل المستشفيات الحكومية والأهلية.

٤. الاستفادة من تجارب الدول المتقدمة في بناء المؤسسة الصحية في العراق بناءً علمياً يعتمد على التقنيات الحديثة لمواجهة الأوبئة.

٥. اعتماد سياسة صحية شاملة تهدف إلى تطوير قدرات الإدارة الصحية في مختلف مواقعها لضمان جودة الخدمات المقدمة للمواطنين وتوزيعها على نحو عادل.

٦. يجب على وزارة الثقافة القيام بنشر ثقافة الوقاية خير من العلاج بين أفراد المجتمع من خلال كافة وسائل الإعلام السمعية والبصرية.
٧. دعم المنظومة والبنى التحتية الصحية في مدينة الحلة, من خلال تطوير المستشفيات والمستوصفات وزيادة وتطوير الكوادر الصحية بمختلف اختصاصاتها.
٨. يجب على وزارة الصحة تفعيل قوانين خاصة تمنع بيع الأدوية بدون وصفات من الأطباء.

### **ثالثاً: مقترحات الدراسة**

١. نقترح القيام بدراسات تبين متطلبات المرضى والبحث عن النقص الحاصل في الخدمات الصحية والعمل على معالجتها.
٢. نقترح دراسة الأمراض الوبائية دراسة شاملة متكاملة من حيث البحث في أسبابها ونتائجها وتأثيرها في المجتمع من أجل التشخيص والعلاج السليم الذي يتناسب مع كل حالة مرضية.
٣. نقترح إجراء دراسة ميدانية اجتماعية مقارنة عن واقع النظام والخدمات الصحية المقدمة للأفراد.

# المصادر والمراجع

## أولاً: المعاجم والقواميس

١. ابن منظور: لسان العرب، الجزء الثامن عشر، دار صادر بيروت، ١٩٧٧م.
٢. أحمد زكي بدوي: معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، مكتبة بيروت، لبنان، ١٩٧٧م.
٣. أحمد مختار عمر، وآخرون: معجم اللغة العربية المعاصرة، المجلد الثالث، عالم الكتب، القاهرة، ٢٠٠٨م.
٤. جميل صليبا: المعجم الفلسفي، دار الكتاب اللبناني، بيروت، ١٩٧١م.
٥. عبد الغني أبو العزم: معجم الغني، الرياض، ٢٠١٣م.
٦. عبد الناصر سليم حامد: معجم مصطلحات الخدمة الاجتماعية، دار إسامة للنشر والتوزيع، الأردن، ٢٠١٢م.
٧. محمد عاطف غيث: معجم علم الاجتماع، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، ١٩٧٩م.
٨. محمد علي محمد وآخرون: قاموس علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، بيروت، ٢٠٠٦م.

## ثانياً: الكتب العربية والمترجمة

١. أبو زيد أحمد: البناء الاجتماعي مدخل لدراسة المجتمع، دار القومية، القاهرة، ١٩٦٥م.
٢. إحسان محمد الحسن، وعبد المنعم الحسني: طرق البحث الاجتماعي، دار الكتب للنشر، جامعة الموصل، العراق، ١٩٨٠م.
٣. برنامج الأمم المتحدة الإنمائي: تقرير التنمية الإنسانية العربية (تحديات أمن الإنسان في البلدان العربية)، المكتب الإقليمي للدول العربية، لبنان، ٢٠٠٩م.
٤. بشير صالح الرشيدي: سيكولوجية الأمن من منظور التعامل مع الذات النفسية والاجتماعية كأحد مقومات الأمن في مجتمع، الكويت، ٢٠٠١م.
٥. جبر مجيد حميد: طرق البحث الاجتماعية، مطبعة جامعة الموصل، العراق، ١٩٩١م.
٦. جوردن مارشال: موسوعة علم الاجتماع، منشورات المجلس الأعلى للثقافة، مصر، ٢٠٠٢م.
٧. حامد عمار: المنهج العلمي في دراسة المجتمع، مكتبة القاهرة الحديثة، القاهرة، ١٩٦٤م.
٨. حسن عبد الرزاق منصور: بناء الإنسان، دار أمواج للنشر والتوزيع، عمان، ٢٠٠٣م.

٩. ر.مثلي المطحان، وبيتر إيراسيان جيفري: البحث التربوي كفايات للتحويل والتطبيقات، ترجمة: صلاح الدين محمود علام، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، ٢٠١٢م.
١٠. رابعة بنت ناصر السيارى: الأمن الداخلي في ضوء مقاصد الشريعة والقضايا المعاصرة، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، ٢٠١١م.
١١. رشا أحمد عبد اللطيف: أسس طريقة تنظيم المجتمع في الخدمة الاجتماعية (مدخل دراسة المجتمع)، دار الوفاء، الإسكندرية، ٢٠٠٩م.
١٢. زيدان عبد الباقي: قواعد البحث الاجتماعي، مطبعة سعاد، القاهرة، ١٩٨٠م.
١٣. السيد الحسيني: علم الاجتماع السياسي (المفاهيم والقضايا)، دار قطري بن الفجاءة، قطر، ١٩٨٦م.
١٤. السيد حامد : نمو الوظيفة البنائية، دار العين للنشر، القاهرة ، ٢٠٠٩م.
١٥. شاکر مصطفى سليم: المدخل إلى علم الإنسان، مطبعة العاني، بغداد، ١٩٧٥م.
١٦. شاکر مصطفى سليم: قاموس الأنثروبولوجيا، الكويت، ١٩٨١م.
١٧. طلعت إبراهيم لطفي، وكمال عبد الحميد الزيات: النظرية المعاصرة في علم الاجتماع، دار غريب ، القاهرة، ١٩٩٩م.
١٨. عاطف وصفي: الأنثروبولوجيا الاجتماعية، دار صادر، بيروت، ١٩٨١م.
١٩. عبد الباسط عبد المعطي: اتجاهات نظرية في علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٥م.
٢٠. عبد الباسط محمد حسن: أصول البحث الاجتماعي، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ١٩٧١م.
٢١. عبد الرحمن الشرنوبي : جغرافيا السكان، مكتبة الأنجلو ، القاهرة ، ٢٠٠٩م.
٢٢. عبد المنعم الشافعي: الطريقة الإحصائية في العلوم الإنسانية والطبيعية، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٧١م.
٢٣. عبد علي سلمان المالكي: المدخل إلى الأنثروبولوجيا الاجتماعية، مطبعة بغداد، العراق، ٢٠٠٧م.
٢٤. علاء الدين جاسم البياتي: علم الاجتماع بين النظرية والتطبيق، مؤسسة الأعلمي للطبوعات، بيروت، ١٩٧٥م.

٢٥. علي الحوات: النظرية الاجتماعية اتجاهات أساسية، منشورات فالينا، مالطا، ١٩٩٨م.
٢٦. علي المكاوي: الأنثروبولوجيا الطبية (دراسات نظرية وبحوث ميدانية)، جامعة القاهرة، مصر، ١٩٩١م.
٢٧. علي المكاوي: دراسات في علم الاجتماعي الطبي والوطن العربي، جامعة القاهرة، كلية الآداب، ١٩٩٨م.
٢٨. علي المكاوي: علم الاجتماعي الطبي (مدخل نظري)، جامعة القاهرة، كلية الآداب، (دون تاريخ نشر).
٢٩. عيسى الشماس: المدخل إلى علم الإنسان (الأنثروبولوجيا)، منشورات اتحاد الكتاب العربي، دمشق، ٢٠٠٤م.
٣٠. غربي محمد: النظرية البنائية الوظيفية (نحو رؤية جديدة لتفسير الظاهرة الاجتماعية)، مجلة التمكين الاجتماعي والتنمية المستدامة في البيئة الصحراوية، جامعة الأغواط، الجزائر، ٢٠١٩م.
٣١. غريب سيد أحمد وآخرون: المدخل إلى علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٦م.
٣٢. فتحية محمد إبراهيم، ومصطفى الشنواني: مدخل إلى مناهج البحث في علم الإنسان، دار المريخ، الرياض، ١٩٨٩م.
٣٣. فردريك معتوق: معجم العلوم الاجتماعية، دار صادر، بيروت، ٢٠٠١م.
٣٤. فهد بن محمد الشقحاء: الأمن الوطني تصور شامل (المفهوم، الأهمية، المجالات، والمقومات)، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، ٢٠٠٤م.
٣٥. مجموعة من الكتاب: نظرية الثقافة، ترجمة علي سيد الطاوي، سلسلة كتب عالم المعرفة، الكويت، ١٩٩٧م.
٣٦. محمد أبو حسان: أحكام الجريمة والعقوبة في الشريعة الإسلامية، مكتبة المنار، الأردن، ١٩٨٧م.
٣٧. محمد الجوهري وآخرون: تاريخ التفكير الاجتماعي، دار المسيرة، عمان، ٢٠١١م.
٣٨. محمد الدين محمد بن يعقوب القيروزآبادي: القاموس المحيط، تحقيق: الشيخ أبو الوفا نصر الهوريني الشافعي، دار الحديث، القاهرة، ٢٠٠٨م.

٣٩. محمد الغريب عبد الكريم: البحث العلمي (التصميم، والمنهج، والإجراءات)، مكتبة نهضة الشرق، القاهرة، ١٩٨٧م.
٤٠. محمد الغريب عبد الكريم: السوسيولوجية الوظيفية (دراسات نقدية تحليلية في نظرية علم الاجتماع الغربي)، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، ١٩٨٨م.
٤١. محمد حسن غامري: المناهج الأنثروبولوجية، المركز العربي للنشر، الإسكندرية، ١٩٨٦م.
٤٢. محمد سعيد فرح: البناء الاجتماعي والشخصية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٨٩م.
٤٣. محمد طلعت عيسى: تصميم وتنفيذ البحوث الاجتماعية، مكتبة القاهرة الحديثة، مصر، ١٩٧١م.
٤٤. محمد عبده محجوب: الاتجاه السوسيوانثروبولوجي في دراسة المجتمع، منشورات وكالة المطبوعات، الكويت، (دون تاريخ نشر).
٤٥. محمد علي محمد: طرق البحث الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٨٣م.
٤٦. محمود عبد الحليم: مناهج البحث العلمي في المجالات التربوية والنفسية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ٢٠٠٠م.
٤٧. مديرية إحصاء محافظة بابل، قسم الإحصاء، مجموع السكان للأحياء السكنية حسب الفئات العمرية (١٨-٦٦) سنة في مدينة الحلة لعام (٢٠١٩م)، بيانات غير منشورة..
٤٨. مصطفى عمر التير: مساهمات في أسس البحث الاجتماعي، معهد الإنماء العربي، القاهرة، ١٩٨٩م.
٤٩. معن خليل عمر: الموضوعية والتحليل في البحث الاجتماعي، دار الآفاق الجديدة، بيروت، ١٩٨٢م.
٥٠. معن خليل عمر: مناهج البحث في علم الاجتماع، دار الشروق، عمان، ١٩٧١م.
٥١. الموسوعة العربية الميسرة، موسوعة فرانكلين للطباعة والنشر، جمهورية مصر العربية، ١٩٥٩م.
٥٢. ناهدة عبد الكريم حافظ: مقدمة في تصميم البحوث الاجتماعية، مطبعة المعارف، بغداد، ١٩٨١م.
٥٣. نجلاء عاطف خليل: في علم الاجتماع الطبي (ثقافة الصحة والمرض)، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ٢٠٠٦م.

٥٤. نداء مطشر صادق وآخرون: الأمن الصحي كأحد مهددات الأمن القومي والمجتمعي العالمي، المركز الديمقراطي العربي، القاهرة، ٢٠٢٠م.
٥٥. نيقولا تماشيف: نظريات علم الاجتماع، ترجمة: محمد الجوهري وزملائه، دار المعارف، القاهرة، ١٩٧٣م.
٥٦. نيقولا تيما شيف: نظرية علم الاجتماع طبعتها وتطورها ، ترجمة محمود عودة وآخرون ، دار المعارف ، القاهرة ، ١٩٨٠م.
٥٧. ويليام باينم: تاريخ الطب مقدمة قصيرة جداً، ترجمة: لبنى عماد تركي، مؤسسة هنداوي للتعليم والثقافة، القاهرة ، ٢٠١٦م.

### ثالثاً: المجلات والدوريات

١. أ.ر. نوشيرواي: البيمارستانات الإسلامية في العصور الوسطى، ترجمة محمد خير بدره ، مجلة التراث العربي ، اتحاد الكتاب العرب ، المجلد (٦)، العدد (٢١)، دمشق، ١٩٨٥م.
٢. أحمد حامد علي العبيدي: الأمن الصحي في الوطن العربي بمنظور جيوسياسي، مجلة دراسات إقليمية، المجلد(٥)، العدد(١٢)، مركز الدراسات الإقليمية، جامعة الموصل، العراق، ٢٠١٨م.
٣. أحمد غنوم: المسؤولية الأمنية للمؤسسات التعليمية، مجلة البحوث الأمنية، كلية الملك فهد الأمنية، مجلد (١٥)، العدد(٣٤)، الرياضة، ٢٠٠٦م.
٤. آلاء نبيل عبد الرزاق: استخدام تقانة المعلومات من أجل ضمان جودة الخدمة الصحية (حالة دراسية في عينة من مستشفيات مدينة بغداد)، مجلة الإدارة والاقتصاد، المجلد(٣٤)، العدد(٩٠)، الجامعة المستنصرية، كلية الإدارة والاقتصاد، العراق، ٢٠١١م.
٥. بن عروس حياة: الأنثروبولوجيا الطبية ودورها في قضايا الصحة والمرض، مجلة دراسات اجتماعية، العدد(١٣)، الجزائر، (دون تاريخ نشر).
٦. خديجة أيلول: تدابير مواجهة الانعكاسات السلبية للحجر الصحي على الجانب النفسي والاقتصادي في زمن تفشي وباء كورونا، مجلة منازعات الأعمال، المجلد(١٩)، العدد(٥١)، المغرب، ٢٠٢٠م.

٧. ربحي مصطفى عليان: البيمارستانات- المستشفيات - في الحضارة العربية، مجلة الآفاق، جامعة الزرقاء، المجلد (٢)، العدد (٧٩)، الأردن، ٢٠٠٢م.
٨. سامي حمارنة: البيمارستانات وأصول التعليم الطبي فيها، مجلة الفكر العربي، المجلد (٨)، العدد (٤٩)، بيروت، ١٩٨٧م.
٩. سعد رياض محمد البيومي وآخرون: فعالية برنامج للتوعية بالأمراض المعدية والوبائية من منظور إسلامي في تحقيق الأمن الصحي لدى طلاب جامعة طائف، المجلة التربوية، المجلد (٣)، العدد (٨٦)، جامعة سوهاج، كلية التربية، الجزائر، ٢٠٢١م.
١٠. صالح محي الدين أحمد: الحجر الصحي وأثره في حفظ مقصد النفس، مجلة العلوم الإسلامية، المجلد (١٢)، العدد (٥)، جامعة بابل، العراق، ٢٠٢١م.
١١. صدقة إيمان، وعز الدين بشقة: المشكلات السلوكية والانفعالية لدى التلاميذ الطور الابتدائي من وجهة نظر الأولياء في ظل الحجر الصحي المتزامن مع جائحة كورونا (دراسة ميدانية)، مجلة الشامل للعلوم التربوية والاجتماعية، المجلد (٤)، العدد (١)، جامعة باتنة، الجزائر، ٢٠٢١م.
١٢. الصديق الرونودة: الوقاية الصحية في الإسلام، مجلة الرابطة المحمدية للعلماء، المجلد (١)، العدد (٢)، المغرب، ١٩٩٢م.
١٣. عايدة فؤاد النبلاوي، وسلطان بن محمد الهاشمي: الأبعاد الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض (دراسة أنثروبولوجية لأمراض الدم الوراثية في المجتمع العماني) مجلة الآداب والعلوم الاجتماعية، العدد (١)، جامعة السلطان قابوس، عُمان، (دون تاريخ نشر).
١٤. عائشة بشير التايب: الجائحة والمضامين المستجدة للأمن المجتمعي : قراءة في مسارات إدارة الأزمة، المجلة العربية للدراسات الأمنية، المجلد (٣٦)، العدد (٢)، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، ٢٠٢٠م.
١٥. عبد الحق بن جديد، ومراد بن قبطة: الأمن الصحي في عالم من دون حدود (هواجس متنامية ومضامين متباينة)، مجلة آفاق للعلوم، العدد (الثالث)، جامعة باجي مختار عنابة، الجزائر، ٢٠١٦م.
١٦. عبد الرحمن عبد الله الشقير: الأمن البيئي الصحي في ظل انتشار فيروس كورونا المستجد (دراسة وصفية تحليلية لبعض الممارسات الصحية في المملكة العربية السعودية)، مجلة

- العربية للدراسات الأمنية، المجلد (٣٦)، العدد (٢)، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، كلية علوم الجريمة، قيم الوقاية من الجريمة، السعودية، ٢٠٢٠م.
١٧. عبد القادر بالخضر: دور النظام الصحي في تعزيز الأمن الصحي المجتمعي، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد (٣٥)، جامعة عمار ثليجي بالأغواط، الجزائر، ٢٠١٨م.
١٨. عدنان عويد: عصر التنوير، مجلة الفكر السياسي، اتحاد الكتاب العرب، المجلد (١١)، العدد (٣٤-٣٥)، دمشق، ٢٠٠٩م.
١٩. عميش سميرة: تداعيات الأزمات في القطاع السياحي الجزائري وآثارها الاقتصادية والاجتماعية والطبيعية، مجلة العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، العدد (٦)، جامعة المسيلة، الجزائر، ٢٠١١م.
٢٠. فاضل محمد الكبيسي : من ثمرات الحضارة الإسلامية : المستشفيات البيمارستانات، مجلة الوعي الإسلامي، وزارة الأوقاف والشئون الإسلامية، مجلد (٤٢) ، عدد (٤٨٤)، الرياض، ٢٠٠٦م.
٢١. فاطمة بنت حمد البيوك، وطه بن عثمان الفراء: دور الجغرافيا الطبية في التنمية والأمن الصحي، المجلة العربية للدراسات الأمنية والتدريب، المجلد (٢١)، العدد (٤٢)، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، (دون تاريخ نشر).
٢٢. محمد السعيد تركي، ونسيغة فيصل: سياسة الوقاية والمنع من الجريمة، مجلة البحوث والدراسات، المجلد (١٥)، العدد (١)، جامعة بسكرة، كلية الحقوق والعلوم السياسية، الجزائر، ٢٠١٨م.
٢٣. محمد الشحات درويش: دراسة تحليلية لأثر المعلومات في توكيد الجودة لتحقيق الغذاء الآمن (الأمن الصحي) المجلة العلمية للاقتصاد والتجار، المجلد (٢)، العدد (٢)، جامعة عين شمس، كلية التجارة، مصر، ٢٠٠١م.
٢٤. محمد جاسم الخفاجي: تطور الإنفاق الصحي في العراق بحسب مؤشرات منظمة الصحة العالمية للمدة (٢٠٠٧-٢٠١٧م)، مجلة الإدارة والاقتصاد، العدد (١٢٤)، الجامعة المستنصرية، كلية الإدارة والاقتصاد، بغداد، ٢٠٢٠م.

٢٥. محمد سعد إسماعيل: الرعاية الصحية والطبية في العراق وبعض البلدان المجاورة في العصر العباسي في الفترة من ١٣٢هـ / ٣٣٤هـ ، مجلة كلية الآداب، العدد (١٢)، جامعة بورسعيد، كلية الآداب، مصر، ٢٠١٨م.
٢٦. محمد فاروق عبد الحميد كامل: قواعد العمل الشرطي لتنمية وعي ومشاركة الجماهير في عمليات الشرطة الوقائية، مجلة الفكر الشرطين المجلد (٤)، العدد (١)، الرياض، ١٩٩٦م.
٢٧. مهدي فيصل صالح الموسوي : الممارسات الطبية في مصر عهد المملكة القديمة انموذجاً، مجلة الآداب، العدد (١٣٢)، جامعة بغداد ، كلية الآداب، ٢٠٢٠م.
٢٨. نبيل شيا بك: التوظيف الدلالي لمفهوم الأمن الصحي وإشكالاته المعرفية في زمن كورزنا "قراءة سمبولوجية، المجلة الجزائرية للأمن الإنساني المجلد (٥)، العدد (٢)، جامعة المدية، الجزائر، ٢٠٢٠م.
٢٩. نخبة من المؤلفين: هيئة التحرير، الأمن الصحي، مجلة الأمن والحياة، المجلد (١٠)، العدد (١٠٧)، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، ١٩٩١م.

## رابعاً: الرسائل والأطاريح

١. دريدي أحلام: دور استخدام نماذج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية (دراسة حالة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة رزيق يونس)، رسالة ماجستير منشورة، جامعة محمد خيضر بسكرة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، قسم علوم التسيير، الجزائر، ٢٠١٤م.
٢. سهيل على ذيب هياجنة : البيمارستانات في مكة والمدينة في العصر المملوكي في بلاد الشام ٥٧٠ - ٩٢٢هـ ، رسالة ماجستير منشورة ، جامعة اليرموك، كلية الآداب، الأردن، ٢٠٠٢م.
٣. عبد الحفيظ المالكي: نحو بناء استراتيجية وطنية لتحقيق الأمن الفكري في مواجهة الإرهاب، أطروحة دكتوراه منشورة، جامعة الأمير نايف للعلوم الأمنية، الرياض، ٢٠٠٧م.
٤. عبد السلام مرابط: الأمن الصحي في العلاقات الدولية بين الضرورة الإنسانية والرهانات التجارية، رسالة ماجستير منشورة، جامعة ٨ ماي ١٩٤٥ قالمه، كلية الحقوق والعلوم السياسية، قسم العلوم السياسية، الجزائر، ٢٠١٩م.

٥. فجرية خليفة العبار: تقويم السياسات الصحية في ليبيا (دراسة حالة سياسة توفير الخدمات الصحية ١٩٦٩-٢٠٠٦م)، رسالة ماجستير منشورة، جامعة بنغازي، كلية الاقتصاد، قسم العلوم السياسية، ليبيا، ٢٠١٦م.

٦. ميساء فتحي عيد أبو حصيرة: تقييم جودة أداء المؤسسات الصحية الحكومية حسب معايير منظمة الصحة العالمية (دراسة حالة مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي)، رسالة ماجستير منشورة، الجامعة الإسلامية، كلية التجارة، قسم إدارة الأعمال، غزة، ٢٠١٦م.

### خامساً: مصادر الأنترنت

١. جيلي سلمى: الأمن الصحي ضمانة الأمن القومي "دائحة كورونا نموذجًا"، مقال منشور بتاريخ: ٢٢/١/٢٠٢١م، في الموقع الموسوعة الجزائرية للدراسات السياسية والاستراتيجية، الجزائر، رابط المقال: <https://www.politics-dz.com>

٢. حسين باسم عبد الأمير: تطور مفهوم الأمن الصحي وأثره في الدراسات الأمنية المعاصرة، الموسوعة الجزائرية للدراسات السياسية والاستراتيجية، مقال منشور بتاريخ: ٢٠٢٠م، في الموقع الإلكتروني: <https://www.politics-dz.com>

٣. دانييل موريل: تطور الطب في العصر الحديث، ترجمة: شيماء ممدوح، مقال منشور في عام ٢٠١٩م، في الموقع الإلكتروني: <https://www.ibelieveinsci.com>.

٤. منظمة الصحة العالمية: تقرير عن الأمن الصحي، بتاريخ ٢٠٢٠م، في الموقع الإلكتروني: <https://www.who.int>

٥. نجلاء حسن: مفهوم الطب وتطوره عبر العصور، مقال منشور بتاريخ: ٢٩/نوفمبر/٢٠٠٨م، في موقع الطبي، <https://altibbi.com>.

٦. ويليام أوسلر: تطور الطب الحديث (الطب العربي)، ترجمة: عبد الرحمن القحطاني، مقال منشور بتاريخ: ٣/٣/٢٠٠٧م، ص ١. في الموقع الإلكتروني: <https://hekmah.org>

### سادساً: المصادر الأجنبية

1. Cgavan Frankfort & Anna Leon، Social Statistics for a Diverse Society، 3th Edition، Pine Forge Press، California، 2002.
2. D. Carroll، B. Watson، E. Togami، P.Daszak، J.A.K. Mazet، C.J. Chrisman، E.M.Rubin، N. Wolfe، C.M. Morel، G.F. Gao، G.L. Burci،

- K. Fukuda, P. Auewarakul, O. Tomori Building a global atlas of zoonotic viruses Bull World Health Organ, 96: (2018).
3. D. Halsey, William, Macmillan Dictionary, Macmillan Publishing Co., Inc., London, 1971.
  4. Giovanna Muscogiuri, Luigi Barrea, Silvia Savastano & Annamaria Colao (2020): Nutritional recommendations for CoVID-19 quarantine, European Journal of Clinical Nutrition volume 74, University Federico II, Naples, Italy.
  5. Hornby, A. S. Oxford Advanced Learners of Current English, Oxford University Press, 1986.
  6. Huffman, Karen & other.(2000): Psychology in action ,fifth Ed. John Wely & sons Inc New york.
  7. Royal Anthorological Institute of Great Britan and Irland, Notes and Queries of Athrdpolgy ,6th.ed London, 1951 .
  8. Taner, T, Antony, J (2006): Comparing Public And Private Hospital Care Service Quality In Turkey, Leadership In Health Service, Vol. 19, No. 2.
  9. William Aldis (2008): Health security as a public health concept: a critical analysis, Health Policy and Planning, Volume 23, Issue 6, New Delhi.

الملاحق



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة بابل /كلية الآداب

قسم علم الاجتماع

الدراسات العليا

الملحق رقم (١)

استمارة الاستبيان

م/ استمارة استبيان

تحية طيبة...

السادة الموظفون الأفاضل السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

يروم الباحث إجراء دراسته الموسومة بـ (تداعيات الأمن الصحي وانعكاساته على المجتمع العراقي - دراسة أنثروبولوجية في مدينة الحلة)، وبعد الاطلاع على الأدبيات والدراسات التي تناولت الموضوع قيد الدراسة تم تصميم هذه الاستبانة لتحقيق أهداف الدراسة من جهة. ولكونكم المعنين بالدرجة الأساس بهذا الموضوع من جهة أخرى، يرجى من حضراتكم الإجابة على فقراتها بكل دقة وموضوعية بما يخدم الدراسة خاصة والمجتمع عامة، لذا فالباحث يقدر جهودكم ويثمن وقتكم وأمانتكم المهنية، ولكم جزيل الشكر والامتنان ومن الله التوفيق.

الإشراف

أ.م.د. سلوان فوزي العبيدي

الباحث

إخلاص رضا مهدي

أولاً: المحور الخاص بالبيانات العامة لعينة الدراسة :

- (١) الجنس : ذكر ( ) أنثى ( )
- (٢) العمر : ( )
- (٣) التحصيل الدراسي : أمي ( ) يقرأ ويكتب ( ) ابتدائية ( ) متوسطة ( ) إعدادية ( ) دبلوم ( ) بكالوريوس ( ) شهادة عليا ( )
- (٤) المهنة : طالب ( ) موظف ( ) كاسب ( ) عاطل عن العمل ( )
- (٥) الحالة الاجتماعية : أعزب ( ) متزوج ( ) مطلق ( ) أرمل ( ) .
- (٦) مستوى الدخل : يقل عن الحاجة ( ) يسد الحاجة ( ) يفيض عن الحاجة ( ) .
- (٧) محل الولادة : مركز مدينة ( ) قضاء ( ) ناحية ( ) قرى وأرياف ( ) .
- (٨) حجم الأسرة : ( )
- (٩) طبيعة ونوع السكن : ملك ( ) إيجار ( ) حكومي ( ) تجاوز ( ) .
- (١٠) طبيعة الحي السكني : شعبي ( ) مختلط ( ) راقي ( )

ثانياً - محور البيانات الخاص بموضوع الدراسة :

- (١١) هل تعتقد أن الالتزام بقرارات حظر التجوال الجزئي والكلي تكون مجدية في ظل حالات انتشار الأوبئة والأمراض ؟ التزم ( ) نوعاً ما ( ) لا التزم ( ) .
- (١٢) هل تعتقد أن الحجر الصحي يكون مجدي في ظل انتشار جائحة كورونا ؟  
اعتقد ( ) نوعاً ما ( ) لا اعتقد ( )
- (١٣) حسب رأيك الشخصي , ما مدى قوة الحكومة المحلية في مدينة الحلة في تطبيق الحظر لتوفير الأمن الصحي للمجتمع ؟ قوية ( ) قوية إلى حد ما ( ) ضعيفة ( )
- (١٤) اذا كان التطبيق ضعيف من قبل الحكومة المحلية , فما هو السبب برأيك ؟  
أ- ضعف الأجهزة الأمنية في التنفيذ ( )  
ب-عدم اكتراث الأجهزة الأمنية ( )

ت- عدم التزام المواطنين بالإجراءات القانونية ( )

ث- جميع هذه الأسباب ( )

١٥) حسب رأيك الشخصي , ما مدى التزام الناس بقرار الحظر والحجر الصحي في مدينة الحلة

؟ التزم قوي ( ) التزم قوي ( ) التزم ضعيف ( ) ليس هناك التزم ( ) .

١٦) اذا لم يكن هناك التزم بقرارات الحظر والحجر الصحي , فما هو السبب برأيك ؟

أ- قلة الوعي الثقافي الصحي ( )

ب- ضعف الوضع المعيشي يحتم عليهم عدم الالتزام ( )

ت- عدم توفير بدائل للمواطنين تساعدهم على تطبيق الحظر والحجر والصحي ( )

ث- جميع هذه الأسباب ( )

١٧) هل تقوم بتطبيق إجراءات الوقاية والسلامة الصحية عند خروجك من المنزل ء كارتداء

الكمامات والكفوف والتباعد الاجتماعي ؟ نعم ( ) كلا ( )

١٨) اذا كان الجواب بعدم التطبيق و فما هو السبب برأيك :

أ- عدم اكترث بالموضوع ( )

ب- ليس لدي المال الكافي ( )

ت- أتضايق من ارتدائها ( )

ث- لا أرى جدوى من ارتدائها ( )

ج- جميع هذه الأسباب ( )

١٩) حسب رأيك الشخصي , ما هي أسباب انتشار الفايروس بصورة كبيرة في مدينة الحلة؟

أ- ضعف الخدمات الصحية ( )

ب- قلة الوعي الصحي للناس ( )

ت- الجهل بطبيعة الفايروس ( )

ث- عدم تطبيق القرارات الحكومية المحلية للحظر والحجر الصحي ( )

ج- انعدام ثقافة التباعد الاجتماعي ( )

ح- جميع هذه الأسباب ( )

٢٠) هل أصبت بالأمراض المزمنة؟ نعم ( ) كلا ( )

٢١) إذ كان الجواب نعم، فما هذه الأمراض؟

أ- فايروس كورونا ( )

ب-مرض السرطان ( )

ت-مرض الفشل الكلوي ( )

ث-أمراض أخرى تذكر ( )

٢٢) ما أسباب الإصابة بالأمراض المزمنة؟

أ- عدم الالتزام بإجراءات الأمن الصحي ( )

ب-لمس الأسطح الملوثة والمصابين ( )

ت-انتقال العدوى من احد أفراد الأسرة ( )

ث-تناول طعام يحتوي عوامل ملوثة ( )

٢٣) حسب رأيك الشخصي ، ما مدى تأثير انهيار الوضع الصحي في مدينة الحلة على الوضع

الاقتصادي؟ تأثير قوي ( ) تأثير ضعيف ( ) لم يؤثر ( )

٢٤) هل تأثر الوضع الاجتماعي في مدينة الحلة بسبب تداعيات الأمن الصحي وانتشار

جائحة كورونا؟ تأثير قوي ( ) تأثير ضعيف ( ) لم يؤثر ( )

٢٥) إذا كان تأثير قوي، فما الأسباب.

أ- القلق والخوف من المستقبل ( )

ب-الانعزال والخوف من العدوى ( )

ت-ضعف العلاقات الاجتماعية ( )

ث-جميع هذه الأسباب ( )

**The Ministry of Higher Education  
And Scientific Research  
University of Babylon  
College of Art  
Department of Sociology**



**The repercussions of health security and its  
repercussions on Iraqi society  
An anthropological study in the city of Hilla**

**Thesis submitted by**

**Akles Ridha Mahdi**

**To**

**Council of college of Art / Department of Sociology –  
University of Babylon in partial Fulfillment of -  
University of The Requirements for The Degree of  
Master In Sociology**

**Supervised by**

**Assistant Prof . Dr . Salwan Fauze AL- Aobaide**

**2021 A.D**

**Babylon**

**1443 A.H**

## **Abstract**

The problem of the study lies in the following questions: How do security and health personnel deal in such circumstances? What are the mechanisms of employing the concept of health security for the concerned authorities in Iraqi society? What are the most important forms and risks of health security repercussions and their repercussions on Iraqi society? Based on these and other questions, the study aimed to define the concepts of security and health, as well as to identify the most important issues of health security risks in Iraqi society.

In order to achieve the objectives of the study, its importance stems from the fact that it deals with an important and dangerous issue, except health security, whose first and main objective is to protect people from all kinds of epidemic and contagious health crises. By describing health security as a social and health responsibility of every individual and every institution within the framework of the security and health system in society. According to this importance, (632) questionnaires were distributed to an intentional random sample of individuals living in the city of Hilla, of both sexes, and of the specified age groups between (18-66) years. The social survey approach was relied upon as one of the main approaches in the anthropological field study, in addition to its reliance on the descriptive approach, with the aim of knowing the cultural and environmental level of the study area, and the historical approach to trace the beginnings of the development of health security in Iraq.

Also, this study relied on several tools, including participating observation and newsmen, in addition to the interview to find out some anthropological field observations and opinions, as well as the questionnaire tool that was divided into two axes. The study, and then the researcher presented the questionnaire form to a group of experts to test

the validity and reliability of the questionnaire's paragraphs, as it had a validity rate of (83%) and a reliability rate of (85%) using the Pearson correlation coefficient, and thus the validity and reliability of the questionnaire was achieved.

**The most important results of the study were:**

1. It was found through the field study that (52.8%) were female, and (47.2%) were male.
2. The results of the field study revealed that more than half of the study sample had a certificate (middle school, diploma, and bachelor's degree), as they constituted (67.9%), compared to (28.9%) who were civil servants.
3. The results of the field study showed that (62.5%) have a monthly income that is less than the need, compared to (61.0%) the number of their family members ranges between (2-7) individuals.
4. The results of the field study showed that the highest percentage in the study community was for those whose place of birth was the city center, which amounted to (38.8%) with (245) respondents, compared to (41.8%) of the type and nature of rented housing. And compared to (59.5%) with mixed residential neighborhoods.
5. The results of the field study revealed that more than half of the study sample members were committed to partial and total ban decisions, as their percentage reached (61.3%).
6. The results of the study revealed that more than three quarters of the study sample believed that quarantine should be applied to the infected, as their percentage reached (75.6%).
7. The results of the study showed that more than three quarters of the study sample confirmed that they were not exposed to chronic diseases, as their percentage (82.9%) was swallowed up.

8. Through the field study, it was found that more than half of the study sample confirmed that social conditions are affected (strongly) due to their exacerbation of chronic and emerging diseases, at a rate of (68.4%).
9. The results of the field study showed that more than half of the study sample members believe that the ability of the local government to implement the ban and provide health security is (somewhat strong), as it has swallowed up their percentage (56.5%), for many reasons, including the lack of alternatives. The economy is for citizens with limited income from earning and others, despite the health awareness that we sensed from the study sample.