



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة 8 ماي 1945 • قلمة •

كلية العلوم الإنسانية والاجتماع

قسم: علم الاجتماع

تخصص: علم اجتماع الصحة

الثقافة الصحية والتنمية الاجتماعية والاقتصادية

دراسة ميدانية بالعيادة متعددة الخدمات طبروش عبد العزيز - وادي الزناتي - قلمة

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم اجتماع الصحة

تحت إشراف:
الدكتور غول لخضر

من إعداد الطالبة:
* بوشعالة قمر
* رحامية حنان

لجنة المناقشة:

| الصفة | الدرجة العلمية | اسم ولقب الأستاذ |
|--------------|----------------|------------------|
| رئيسا | أستاذ مساعدة أ | بن فرحات غزالة |
| مناقشا | أستاذ محاضر ب | لعموري مهدي |
| مشرفا ومقررا | أستاذ محاضر أ | غول لخضر |

السنة الجامعية: 2020-2021م

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شكر و عرفان

يقول الله تعالى في سورة الرحمن ﴿الرخص علم القرآن خلق الإنسان لعلمه البيان﴾

صدق الله العظيم

نشكر الله شكر الشاكرين على نعمة توفيقه لنا في إعداد هذا العمل

والذي لو لاه لما استطعنا شيء،

فالحمد لله الذي أنعم علينا العلم ووفقنا في إنجاز هذا العمل المتواضع

وصلى اللهم وسلم على سيدنا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين

من لم يشكر الناس لم يشكر الله نتقدم بتشكراتنا الخالصة إلى الأستاذ " غول لخضر "

الذي تفضل بالإشراف ومتابعة مسار هذا البحث حتى وصوله إلى ما هو عليه الآن

كما أتقدم بالشكر إلى كل من ساعدنا في دراستنا الميدانية بالعيادة طيروش عبد العزيز

ونتوجه بالشكر إلى موظف المكتبة "كمال" الذي سهل لنا عملية اقتناء الكتب

وإلى كل من قدم لنا المساعدة من قريب أو بعيد،

إلى أستاذ علم الاجتماع بجامعة عنابة.

قمر بوشعالة

حنان رحمانية

إهداء

الحمد لله الذي تتم بنعمته الصالحات أحمد الله عز وجل الذي وفقني في إتمام هذا العمل حمدا كثيرا مباركا فيه.

أهدي عملي المتواضع هذا إلى:

أولا أهدي عملي هذا إلى من قال فيهما الله ﴿واخفض لهما جناح الذل من الرحمة وقل رب ارحمهما كما ربياني صغيرا﴾

إلى من وضع الله الجنة تحت قدميها إلى من رعنتي طفلة وزرعت في نفسي روح المثابرة إلى من علمتني أبجدية الوجود **أمي حفظك الله**

إلى من أحمل اسمه بكل افتخار وعلمي معنى الكفاح وأوصلني إلى ما أنا عليه الآن إلى **أبي الحبيب** الذي لن يأتي بمثله أبدا.

إلى اللاتي قيل عنهم يد يمني، ضلع ثابت لا يميل وقطعة من الأم تورد لك الحياة أخواتي **خولة وهدى**

إلى من قال فيه الله "سنشد عضدك بأخيك" أخي قوتي واستقامة ظهري **صلاح الدين** إلى روح قلبي من لا تحلو الحياة إلا به

إلى علامة السعادة ذو الوجه المبتسم أخي **إسحاق**

إلى أخي الذي لم تره عيني رحمك الله **يوسف**

إلى روح **جدتي** الطاهرة رحمة الله عليها

إلى **الكتكوت أمير** أطال الله في عمرك

إلى من ساندني في السراء والضراء أدامكم الله

إلى من تحملت مزاجيتي وقاسمتني حلاوة الأيام ومرارتها أجمل رفيقة **حسنا**

إلى من تقاسمت معها هذا العمل **حنان**

قمر بوشعالة

إهداء

الحمد لله الذي هدانا لهذا وما كنا لنهتدي لولا أن هدانا الله ومن يهده الله فهو المهتدي ومن
يضل فلا هادي له، أما بعد:

أهدي ثمرة جهدي إلى أروع وأغلى ما أهدانا الله في الحياة وجعلهم رونق حياتنا إلى من قال

الله فيهما: ﴿وخفض لهما جناح الذل من الرحمة وقل رب ارحمهما كما ربياني صغيراً﴾

إلى من رعنتي طفلة وزرعت في نفسي روح المثابرة وكانت دعواتها نورا يضيء طريقي
إلى أغلى كلمة ينطق بها اللسان

إلى الغالية الحبيبة "أمي" وفي نفس الوقت "عمتي" أطال الله عمرها

وإلى الذي كان نبراسا في حياتي ورمزا للحب والتضحية ومن بصيري وبصيرتي في الوجود

كان يأمل أن يراني في أسمى مراتب العلم والأخلاق إلى "زوج عمتي" الذي عوضني
مكانة الأب

و إلى "أبي" حفظه الله وأطال في عمره

إلى الإنسانية التي لم ترها عيني وهي سبب وجودي في مثل هذا اليوم

إلى "روح أمي" الطاهرة والفقيدة رحمة الله عليها

وإلى من حملهم رحم أمي ولم تنزعزع في كنفها إلى أغلى هدية في الوجود إلى إخوتي

وسندي في الحياة إلى الأعمام على قلبي "عبد القادر، توفيق، سامي"

إلى الكتكوت البرعم الصغير "مؤيد" ابن أخي أطال الله في عمره.

وإلى رمز البراءة أخواتي "أميرة" الغالية، وكذلك إلى أحلى توأم "مروة"، "آية"

دون أن ننسى العائلة

وإلى أعز وأغلى صديقاتي "وفاء، نينة، إيمان، بشرى، عائشة، صفاء، عصماء، لطيفة"

وإلى من تقاسمت معها العمل "قمر"

حنان مرحامية

الفهارس



فهرس المحتويات

| رقم الصفحة | العنوان |
|--|---|
| | شكر و عرفان |
| | إهداء |
| | فهرس المحتويات |
| | فهرس الجداول |
| أ | مقدمة |
| الفصل الأول : الإطار العام للدراسة | |
| 4 | تمهيد |
| 5 | 1_ الإشكالية |
| 6 | 2_ الفرضيات |
| 6 | 3_ أسباب اختيار الموضوع |
| 7 | 4_ أهداف الدراسة وأهميتها |
| 8 | 5_ تحديد المفاهيم |
| 14 | 6_ الدراسات السابقة |
| 22 | 7_ المقاربات النظرية |
| 26 | خلاصة |
| الجانب النظري | |
| الفصل الثاني : الثقافة الصحية وأساليب تحقيقها | |
| 29 | تمهيد |
| 30 | المبحث الأول: ماهية الثقافة الصحية |
| 30 | المطلب الأول: نظرة سوسيو تاريخية للثقافة الصحية |
| 32 | المطلب الثاني: أهداف الثقافة الصحية |
| 33 | المطلب الثالث: مجالات الثقافة الصحية |
| 34 | المبحث الثاني: عناصر ومستويات التثقيف الصحي |
| 34 | المطلب الأول: عناصر الثقافة الصحية |
| 35 | المطلب الثاني: مستويات الثقافة الصحية |
| 35 | المبحث الثالث: أساليب التثقيف الصحي |
| 35 | المطلب الأول: الاتصال المباشر وغير المباشر |
| 37 | المطلب الثاني: الفئات المستهدفة بالتثقيف الصحي |
| 38 | المطلب الثالث: وسائل الإعلام والتثقيف الصحي |
| 39 | المبحث الرابع: خطوات ومراحل تخطيط برامج التثقيف الصحي |

| | |
|--|--|
| 39 | المطلب الأول: مرحلة التبصر |
| 39 | المطلب الثاني: مرحلة حصر المشكلات الصحية |
| 40 | المطلب الثالث: مرحلة تنفيذ برنامج التنقيف الصحي |
| 41 | خلاصة |
| الفصل الثالث : الثقافة الصحية والتنمية الاجتماعية | |
| 43 | تمهيد |
| 44 | المبحث الأول: مقومات التنمية الاجتماعية |
| 44 | المطلب الأول: أهداف التنمية الاجتماعية وأهميتها |
| 50 | المطلب الثاني: مقومات التنمية الاجتماعية وعناصرها |
| 53 | المبحث الثاني: نماذج ومعوقات التنمية الاجتماعية |
| 53 | المطلب الأول: نماذج التنمية الاجتماعية |
| 55 | المطلب الثاني: معوقات التنمية الاجتماعية |
| 59 | المبحث الثالث: الصحة والتنمية الاجتماعية |
| 59 | المطلب الأول: التأمين الصحي للعاملين والتنمية الاجتماعية |
| 60 | المطلب الثاني: الثقافة الصحية ورعاية الأمومة والطفولة |
| 60 | المطلب الثالث: الثقافة الصحية وتنظيم الأسرة |
| 62 | خلاصة |
| الفصل الرابع : الثقافة الصحية والتنمية الاقتصادية | |
| 64 | تمهيد |
| 65 | المبحث الأول : متطلبات التنمية الاقتصادية |
| 65 | المطلب الأول: أهداف التنمية الاقتصادية وأهميتها |
| 66 | المطلب الثاني: مستلزمات ومقاييس التنمية الاقتصادية |
| 69 | المبحث الثاني: الصحة العامة والتنمية الاقتصادية |
| 69 | المطلب الأول: علاقة الصحة العامة بالتنمية الاقتصادية |
| 71 | المطلب الثاني: مستوى الصحة العامة وأثره على التنمية الاقتصادية |
| 74 | المطلب الثالث: معوقات التنمية الاقتصادية |
| 77 | خلاصة |
| الفصل الخامس : الثقافة الصحية والتنمية في العالم | |
| 79 | تمهيد |
| 80 | المبحث الأول : الثقافة الصحية والتنمية في الدول الغربية |
| 80 | المطلب الأول: التجربة الأمريكية |
| 84 | المطلب الثاني: التجربة البريطانية |

| | |
|--|--|
| 86 | المطلب الثالث: التجربة اليابانية |
| 90 | المبحث الثاني : الثقافة الصحية والتنمية في الدول العربية |
| 90 | المطلب الأول: التجربة المصرية |
| 93 | المطلب الثاني: التجربة التونسية |
| 95 | المطلب الثالث: التجربة الجزائرية |
| 98 | خلاصة |
| الجانب التطبيقي | |
| الفصل السادس : منهجية الدراسة وإجراءات البحث الميداني | |
| 101 | تمهيد |
| 102 | المبحث الأول : منهجية الدراسة |
| 102 | المطلب الأول: منهج الدراسة |
| 103 | المطلب الثاني: مجالات الدراسة |
| 103 | المطلب الثالث: عينة الدراسة |
| 104 | المطلب الرابع: أدوات جمع البيانات |
| 107 | المبحث الثاني: إجراءات البحث الميداني |
| 107 | المطلب الأول: تحليل وتفسير بيانات الدراسة ومقترحاتها |
| 137 | المطلب الثاني: نتائج الدراسة |
| 143 | المطلب الثالث: توصيات ومقترحات |
| 144 | خلاصة |
| 146 | خاتمة |
| 148 | قائمة المصادر والمراجع |
| | الملاحق |
| | ملخص الدراسة |

فهرس الجداول

| رقم الصفحة | عنوان الجدول | رقم الجدول |
|------------|--|------------|
| 107 | يوضح توزيع أفراد العينة حسب الجنس . | 01 |
| 107 | يوضح توزيع أفراد العينة حسب السن. | 02 |
| 108 | يوضح توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي. | 03 |
| 109 | يوضح توزيع أفراد العينة حسب الحالة المدنية . | 04 |
| 109 | يوضح توزيع أفراد العينة حسب المستوى المعيشي. | 05 |
| 110 | يوضح اكتساب الفرد للثقافة الصحية حول الصحة يساهم في الوقاية من الأمراض. | 06 |
| 111 | يوضح أهم الجوانب الصحية يهتم بها أفراد العينة . | 07 |
| 112 | يوضح الهدف من اهتمام بكل ما يدور حول الصحة. | 08 |
| 113 | يوضح مشاركة أفراد العينة في حملات التوعية والتثقيف الصحي | 09 |
| 113 | يوضح اكتساب الفرد للثقافة الصحية لتحقيق تنمية اجتماعية واقتصادية | 10 |
| 114 | يوضح مدى تأثير اكتساب السلوك الصحي على أهداف التنمية . | 11 |
| 115 | يوضح مستوى الصحة العامة في المجتمع. | 12 |
| 115 | يوضح تأثير مستوى الصحة العامة المنخفض على الحياة الاجتماعية والاقتصادية. | 13 |
| | يوضح تأثير مستوى الصحة العامة المرتفع على الحياة الاجتماعية والاقتصادية. | |
| 117 | يوضح علاقة مستوى الصحة العامة بتطور الحياة الاجتماعية والاقتصادية. | 14 |
| 117 | يوضح درجة الوعي الصحي والمساهمة في الرفع من مستوى الصحة العامة. | 15 |
| 118 | يوضح مدى ارتباط مستوى الوعي الصحي بالمستوى التعليمي. | 16 |
| 119 | يوضح طبيعة العلاقة بين الموظفين داخل المؤسسة الإستشفائية. | 17 |
| 119 | يوضح مدى تأثير العلاقة بين الموظف والمريض على نوعية الخدمة المقدمة | 18 |
| 120 | يوضح تشجيع على ممارسة السلوكيات السليمة حيال القضايا الصحية. | 19 |
| 121 | يوضح تعارض المعتقدات الخاطئة المنتشرة في المجتمع اتجاه قضايا الصحة. | 20 |
| 121 | يوضح إتباع السلوكيات الصحية السليمة يجنبك الإصابة بالأمراض. | 21 |
| 122 | يوضح مشاركة في الندوات والمؤتمرات ذات العلاقة بصحة الإنسان وصحة المجتمع. | 22 |
| | الاهتمام بالنصائح التي تقدمها الندوات. | |
| 123 | يوضح حجم المعلومات الصحية التي يمتلكها أفراد العينة. | 23 |

| | | |
|-----|---|----|
| 124 | يوضح شروط النظافة داخل المستشفى. | 24 |
| 124 | يوضح زيارة أفراد العينة للطبيب. | 25 |
| | يوضح عدد مرات زيارة الطبيب في السنة. | |
| 125 | يوضح مدى توفر بطاقة الضمان الاجتماعي. | 26 |
| 126 | يوضح الالتزام بوصفة الطبيب. | 27 |
| 127 | يوضح الأخذ بالنصائح المقدمة من طرف الطبيب. | 28 |
| 127 | يوضح الإقبال على الفحوصات الدورية . | 29 |
| 128 | يوضح المساواة في تقديم الخدمات العلاجية . | 30 |
| 129 | يوضح شراء الأدوية يعتبر عائقا بالنسبة لأفراد العينة. | 31 |
| | يوضح تأثير شراء الأدوية على دخل أفراد العينة . | |
| 130 | يوضح مدى كفاية التجهيزات الضرورية للعمل داخل المستشفى. | 32 |
| 131 | يوضح نوع الخدمات المقدمة من طرف المؤسسة. | 33 |
| 132 | يوضح مدى رضا أفراد العينة عن الخدمات المقدمة من طرف المؤسسة. | 34 |
| 132 | يوضح العلاج الذي يتلقاه أفراد العينة . | 35 |
| 133 | يوضح دور المؤسسات والمراكز الصحية في إحداث التنمية. | 36 |
| 134 | يوضح مساهمة المنظومة الصحية الجزائرية في ظل الإصلاحات الجارية في تحقيق أهداف التنمية. | 37 |
| 135 | يوضح الإستراتيجية الواجب إتباعها لإصلاح المنظومة الصحية للنهوض بالتنمية الاقتصادية. | 38 |

مقرنة

مقدمة :

إن قضية التنمية باعتبارها عملية تستهدف إحداث تغير كمي وكيفي في المجتمع أصبحت الشغل الشاغل لبلدان السائرة في طريق النمو خاصة، ومن بينها الجزائر باعتبارها من البلدان التي تحاول جاهدة استغلال جميع طاقاتها المادية والبشرية في مختلف القطاعات سعيا منها لتحقيق تنمية شاملة، وقطاع الصحة من بين القطاعات التي تسعى الجزائر جاهدة إلى تطويره والاستفادة منه خاصة في ظل الوضع الراهن وهو انتشار وباء فيروس كورونا.

وبما أن الصحة هدف من أهداف التطور الاجتماعي والاقتصادي فهي حق أساسي لجميع الأفراد ووسيلة مهمة لبلوغ الأهداف المرجوة في تحقيق رفاهية الشعوب، وحتى يتمتع الجميع بصحة جيدة لابد من تثقيف الأفراد وتوعيتهم ليكونوا على دراية بكل ما هو إيجابي وما هو سلبي قد يحد من تمتعه بصحة جيدة، وهذا ما يؤكد أهمية توفر ثقافة صحية كونها تعمل على تغيير سلوك الأفراد من العادات الخاطئة إلى ما هو صحي وسليم، مما ينعكس إيجابيا على حياة الأفراد والمجتمع وذلك بالتقليل من انتشار الأمراض المختلفة، وبالتالي ارتفاع مستوى الصحة العامة في المجتمع، وتمكين الفرد من أداء مهامه على أكمل وجه وينتقل من فرد مستهلك فقط إلى فرد منتج يساهم بطريقة مباشرة أو غير مباشرة في تنمية المجتمع اقتصاديا واجتماعيا.

ويعود التقدم الذي أحرزته البلدان المتقدمة في الجانبين الاجتماعي والاقتصادي إلى التحسن في المستوى الصحي الذي بلغه الأفراد في هذا المجال. كما أن فشل خطط التنمية كثيرا ما يؤدي إلى أخطار جسيمة على المستوى الصحي للأفراد والمجتمعات.

كما أن الاهتمام بمثل هذا الموضوع يعود إلى مدى ارتباط النظام الصحي بالحياة الاجتماعية والاقتصادية للمجتمع، إذ أصبح مستوى الصحة العامة من المؤشرات ذات الأهمية على نمو وتطور المجتمعات، ومن بين العناصر المساهمة والفعالة في إحداث عملية التنمية.

ولهذا جاء دور الباحثين في ميادين علم الاجتماع والخدمة الاجتماعية خاصة العمل على توجيه اهتماماتهم وجهودهم نحو بلورة تصور علمي وواقعي فيما يخص مستوى الصحة العامة في البلدان الغربية والعربية وتبيان انعكاساته على الحياة الاجتماعية والاقتصادية.

وحتى نتمكن من فهم وتسليط الضوء على الدور الذي تلعبه الثقافة الصحية في إحداث تنمية اجتماعية واقتصادية، وقد قسم هذا البحث قسمين: قسم نظري وقسم ميداني، وتفرعت عنهما ستة فصول يمكن توضيحها كما يلي:

الفصل الأول: يتضمن الإشكالية، الفرضيات، التي صيغت باستخدام مجموعة من المفاهيم، وتضمن هذا الفصل أسباب اختيار الموضوع وأهمية وأهداف الدراسة وأخيرا الدراسات السابقة والمقاربات النظرية للبحث.

أما الفصل الثاني: تناول الثقافة الصحية وأساليب تحقيقها ويشمل ماهية الثقافة الصحية، عناصرها ومستويات التنقيف الصحي، وخطوات ومراحل تخطيط برامج التنقيف الصحي.

أما الفصل الثالث: فقد عالج الثقافة الصحية والتنمية الاجتماعية، وتضمن مقومات التنمية الاجتماعية، ونماذج ومعوقات التنمية الاجتماعية، كما تناول أيضا الصحة والتنمية الاجتماعية.

الفصل الرابع: تناول الثقافة الصحية والتنمية الاقتصادية، ومتطلبات التنمية الاقتصادية، وعلاقة الصحة العامة بالتنمية الاقتصادية.

أما الفصل الخامس: وتضمن الثقافة الصحية والتنمية في العالم، وتناول أيضا الثقافة الصحية والتنمية في الدول الغربية والعربية.

الفصل السادس: احتوى على الإطار الميداني وتضمن قسمين: القسم الأول منهجية الدراسة، والقسم الثاني تحليل البيانات الميدانية ونتائج الدراسة، ثم الاقتراحات والتوصيات وخاتمة.

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

تمهيد

- 1- الإشكالية .
- 2- الفرضيات.
- 3- أسباب اختيار الموضوع.
- 4- أهداف الدراسة وأهميتها.
- 5- تحديد المفاهيم.
- 6- الدراسات السابقة.
- 7- المقاربات النظرية.

خلاصة

تمهيد

لا يمكن لأي باحث الشروع في دراسة مشكلة ما دون أن تكون تلك المشكلة قد أثارت في نفسه جملة من التساؤلات المحيرة، والتي تستدعي الإجابة عليها وفي حدود الموضوعية والتي تفرضها الدراسة العلمية دون أن يدرك الباحث في هذه اللحظة أهميتها والهدف من دراستها، وهذا بعد أن يكون قد حدد أبعادها وأهدافها تحديدا واضحا.

في هذا السياق سيتم التطرق في هذا الفصل إلى التعريف بالإشكالية بعد صياغتها وتحديد أبعادها ثم الوقوف على أسباب اختيار هذا الموضوع وأهمية الدراسة إلى جانب توضيح الأهداف المرجوة من هذه الدراسة، بعد ذلك سيتم التعرض إلى المفاهيم الأساسية الواردة في هذه الدراسة قصد ضبطها ضبطا دقيقا، ومن خلال هذا يتضح لنا محتويات الفصل الأول.

1/ الإشكالية:

تعد الصحة مطلباً أساسياً وهدفاً إستراتيجياً تسعى كل دول العالم ومنظماته وأفراده إلى بلوغه، وتعمل جاهدة على تحقيقه من أجل حياة صحية سليمة، حيث تختلف أولويات السياسة الصحية في البلدان المتقدمة عن نظيرتها في دول العالم الثالث نتيجة طبيعة التنظيمات الصحية الاقتصادية والاجتماعية، حيث تهتم المجتمعات المتقدمة بالبحث عن أفضل الطرق لتوفير مستوى صحي عالي وبأحسن جودة.

إن تدني مستوى الصحة العامة لا يرجع فقط لسوء الخدمات الصحية، بقدر ما يرجع إلى عدم معرفة الفرد كيف يحافظ على صحته ويتحمل المسؤولية في الحفاظ على صحة الآخرين. لذلك فإن الثقافة الصحية أصبح ضرورة ملحة لمساعدة الفرد لاكتساب سلوك إيجابي يساهم في الحفاظ على صحة الآخرين، وهذا ما بين العلاقة الوثيقة بين الصحة والثقافة، لأن الصحة ليست في استقلالية مطلقة عن النسق الثقافي الذي يسود المجتمع، كونه محددًا لنمط السلوك الصحي والأطر الفكرية التي تشغل على تمثيلها أو تهميشها اجتماعياً. وذلك من خلال نسق القيم والمعتقدات الجمعية، لذلك فإن الصحة تعد من مفهوماً ثقافياً يتوجب على الأفراد اكتسابه.

فالثقافة الصحية وفرت للإنسان المعرفة العلمية التي تؤكد بأن الصحة ليست قضية مجردة قائمة بذاتها بل هي محصلة ونتيجة لعوامل أخرى كثيرة متداخلة ومتشابكة التأثير مثل: مستوى دخل الأفراد، المستوى التعليمي، والوضع الاجتماعي والنفسي... الخ.

ولهذا فإن الثقافة الصحية لها دور كبير في حل المشاكل الصحية السائدة وطرق الوقاية منها والسيطرة عليها للنهوض بمستوى صحي جيد وتحسين نوعية الحياة وزيادة عمر الإنسان.

هذا ما جعل الارتقاء بالمستوى الصحي للمواطنين هدفاً عاماً بالنسبة لأي دولة وذلك من خلال وضعها لخطط تنموية واجتماعية واقتصادية، لأنه من غير الممكن تحقيق التنمية دون تحسين وتطوير الأوضاع الصحية للأفراد الذين يعتبرون العنصر الأساسي في تحقيقها.

فالتنمية عملية واعية وهادفة تسعى للرفع من قدرات الفرد للتأثير على مسار وظروف المستقبل من خلال إحداث تغييرات هامة في الظروف الحياتية، خاصة في الهياكل الاقتصادية والاجتماعية والثقافية القائمة في المجتمع المتخلف لبلوغ مستويات أعلى.

فالصحة تعد جزءاً لا يتجزأ من التنمية الاجتماعية والاقتصادية، ولأن التمتع بالصحة الجيدة من شأنه أن يمكن الأفراد من أن ينموا قدراتهم البدنية والذهنية ومؤهلاتهم إلى أقصى حد، مما يسمح لهم بأن يعيشوا حياة منتجة اجتماعياً واقتصادياً وثقافياً في انسجام مع بيئتهم ومحيطهم الاجتماعي والاقتصادي.

وفي هذا السياق تندرج إشكالية هذه الدراسة والمتمثلة في:

- هل تساهم الثقافة الصحية في تحقيق أهداف ومتطلبات التنمية الاجتماعية والاقتصادية؟. وينفرد من هذا السؤال الأسئلة الفرعية التالية:
- هل مستوى الصحة العامة في المجتمع يؤثر على التنمية الاجتماعية والاقتصادية؟.
- كيف يساهم الأفراد من رفع مستواهم الصحي؟.
- هل الثقافة الصحية لها تأثير على الجانب الاجتماعي للتنمية؟.
- هل الثقافة الصحية لها تأثير على الجانب الاقتصادي للتنمية؟.

2/ الفرضية :

تعتبر الفرضية من أهم المراحل التي يتضمنها أي بحث علمي، ولاسيما البحث الاجتماعي، فعلى أساسها يتم تحديد أسلوب ومنهج الدراسة، وكذلك تحديد الوسائل والأدوات المناسبة لتلك الدراسة. فالفرضية إذن تساعد على تحديد الأساليب المناسبة لاختيار العلاقات المحتملة بين عاملين أو أكثر من خلال تقديمها تصورات نظرية للعلاقات بين العوامل المستقلة والتابعة.¹ فهي إذن تفسير مؤقت لظاهرة من الظواهر لا نتأكد منه إلا بعد التجريب واستنادا إلى إشكالية هذه الدراسة، فإن موضوع هذه الدراسة يقتضي وضع الفروض التالية:

الفرضية العامة:

- تساهم الثقافة الصحية في توعية الأفراد لخدمة أهداف التنمية الاجتماعية والاقتصادية.
- الفرضيات الجزئية:**

- 1_ يؤثر مستوى الصحة العامة في المجتمع على التنمية الاجتماعية والاقتصادية.
- 2_ يساهم الأفراد في رفع مستواهم الصحي من خلال اكتسابهم لسلوكيات صحية إيجابية.
- 3_ للثقافة الصحية تأثير على الجانب الاجتماعي للتنمية.
- 4_ للثقافة الصحية تأثير على الجانب الاقتصادي للتنمية.

3/ أسباب اختيار الموضوع:

لاشك أن أي دراسة علمية تعود إلى جملة من الأسباب الذاتية والموضوعية التي تجعل الباحث يهتم بها ويحاول دراستها دراسة علمية. ويمكن إجمال هذه الأسباب فيما يخص اختيارنا لهذا الموضوع فيما يلي:

أ_ الأسباب الذاتية:

- الرغبة الذاتية في دراسة هذا الموضوع كونه مرتبطا بالجانب الصحي خاصة في ظل انتشار الكثير من الأمراض التي أصبحت تشكل عائقا في تحقيق التنمية.

1- محمد عبيدات وآخرون: منهجية البحث العلمي، القواعد والمراحل والتطبيقات، دار وائل للطباعة والنشر، ط2، عمان، 1999، ص 28.

- الحاجة المتزايدة لمكتبة العلوم الاجتماعية إلى مزيد من البحوث والدراسات العلمية المتخصصة التي تصب في مجال علم اجتماع الصحة.

- تسليط الضوء على كل ما يتعلق بالثقافة الصحية كونها تساهم في توعية الأفراد والمجتمعات للحفاظ على مستوى عالي من الصحة، وبالتالي على حياتهم.

ب_ الأسباب الموضوعية:

- محاولة معرفة مدى استجابة الأفراد للتوعية والتثقيف الصحي.
- الأهمية التي تتبع من قطاع الصحة في إحداث التنمية على مستوى الاجتماعي والاقتصادي.
- أهمية الصحة بالنسبة للفرد والمجتمع، أي جوهر الموضوع في حد ذاته.
- قابلية الموضوع للدراسة علميا ومنهجيا.
- الأهمية التي تكتسبها الثقافة الصحية باعتبارها واحدة من ضروريات الحياة وثوابتها لكونها أيضا ظاهرة تهتم عامة الناس.

4 / أهداف الدراسة وأهميتها:

يجب على الباحث قبل الشروع في بحثه أن يضع الأهداف التي عونا له، وأساسا يركز عليه في توجيه بحثه في مختلف مراحل ومحطاته، فلا يمكن تصور بحث دون وجود أهداف مسبقة تحكمه، وعليه فإن دراستنا هذه تهدف إلى ما يلي:

أ- أهداف الدراسة:

- كشف العلاقة الترابطية بين الثقافة الصحية والتنمية الاجتماعية الاقتصادية.
- التعرف على أهمية الثقافة الصحية في حياة الأفراد والجماعات.
- تقديم مجموعة من التوصيات للأفراد والتي من شأنها زيادة وعيهم بطبيعة المحافظة على صحتهم الجسمانية والنفسية .
- التعرف على مستوى الصحة العامة ومدى مساهمتها على إحداث تغيير في التنمية بشقيها الاجتماعي والاقتصادي.

إن قيمة أي بحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، ترتبط ارتباطا وثيقا بأهمية الدراسة والنتائج التي يرمي إلى تحقيقها والوصول إليها، فعلى قدر علميتها وعمليتها، وخدمتها للفرد والمجتمع على سواء تكون قيمة هذا البحث، ومن هنا تبرز الأهمية العلمية والفائدة العملية من القيام بهذا البحث فيما يلي:

ب_ أهمية الدراسة :

• الأهمية العلمية:

- إبراز أهمية الثقافة الصحية في إحداث التنمية الاجتماعية والاقتصادية.

- تتبع أهمية هذه الدراسة من كونها تتناول موضوعا هاما ألا وهو: التوعية والتنقيف الصحي وعلاقة هذا الأخير بالتنمية، خاصة مع الانتشار الواسع والكبير للأمراض المزمنة وعلى رأسها الفيروس القاتل كورونا وتداعياته الخطيرة على حياة المجتمعات.

- تتبع أهمية الدراسة الحالية من وجود علاقة وثيقة بين صحة الفرد وعاداته وسلوكه وبين صحة المجتمع عموما، فالفرد هو اللبنة الأساسية في المجتمع، واكتسابه للسلوك الصحي السليم، ووصوله إلى درجة كافية من الوعي ينعكس إيجابيا عليه وعلى المجتمع الذي يعيش فيه.

- ما يمكن أن تخلص إليه الدراسة من نتائج تساعد على وضع مجموعة من المقترحات والتوصيات التي يمكن أن تساهم في زيادة الوعي الصحي.

• الأهمية العملية :

- دراسة مثل هذه المواضيع كثير ما توجه الباحث إلى الميدان والتعامل مع بيانات وإحصائيات واقعية.

- فتح مجالا لبحوث أخرى قد تساهم في تحسين الواقع الصحي لدى المجتمع وتزويده بالمفاهيم والمهارات والحقائق الصحية التي يحتاجونها في حياتهم.

5/ تحديد المفاهيم:

يُعرّف "موريس أنجرس" (MAURICE ANGERS) المفاهيم بأنها: "تصور ذهني ومجرد لظاهرة أو أكثر وللعلاقات الموجودة بينها".¹

إن المفهوم له وظيفة منهجية، إذ يقوم بمهمة توجيه المشاهد الميدانية والإدراك الذهني وربط المصطلحات بالأهداف، مما يجعل بالإمكان تحديد معانيها، وعليه فإنه يجب أن نذكر أن مهمة توضيح المفاهيم لا تقف عند حد التفسير والتوضيح، بل تأخذ جانبا آخر وهو مساعدة الباحث في تحديد أهداف بحثه وعمله الميداني، لهذا ينبغي أن يندرج المفهوم في تصميم البحث، ويدخل كوحدة أساسية في الإطار التصوري لعملية البحث، بناء على ما سبق ذكره حول أهمية المفاهيم في أي بحث كان لازما علينا تحديد مفاهيمنا بدقة. وهذه المفاهيم هي:

1 - الثقافة:

أ_التعريف اللغوي: "تشتق كلمة الثقافة من فعل ثقّف، وهو عند ابن منظور في قاموسه: ثقّف: ثقّف الشيء ثقفا وثقافا وثقوفة: حدقه. ورجل ثقّف وثقف: حاذق فهم."²

1_موريس أنجرس: منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية تدريبات عملية،(ترجمة بوزيد صحراوي ، كمال بوشرف،سعيد سبعون)، دار القصة للنشر، ط2، الجزائر، 2006، ص158.

2_ابن منظور: لسان العرب، حرف الثاء، الجزء الثالث، دار صادر، بيروت، لبنان، 2003، ص99.

ب_التعريف الاصطلاحي:

يُعرّف تايلور (B.E. TAYLOR) الأمريكي الثقافة في كتابه "الثقافة البدائية" بأنها: "كل مركب يشتمل على المعرفة والمعتقدات والفنون والأخلاق والقانون والعرف وغير ذلك من الإمكانيات أو العادات التي يكتسبها الإنسان باعتباره عضو في المجتمع."¹ وعليه تشتمل الثقافة على كل ما هو معنوي وفكري وخيالي، ضمن ما يسمى بالتراث اللامادي، وبالتالي لكل حضارة ثقافة خاصة بها. كما يعرفها "روبرت بيرستد" الثقافة بأنها: "ذلك الكل المركب الذي يتألف من كل ما نفكر فيه، أو نقوم بعمله أو نمتلكه كأعضاء في المجتمع."² وعليه فالثقافة هي كل ما يفكر فيه، ويقوم بعمله الفرد كجزء من المجتمع. وعرف "روسك" الثقافة بأنها: "الطريقة التي يطورها كل مجتمع لكي يواجه حاجاته الأساسية من أجل البقاء واستمرارية الأجيال، وكذلك من أجل تنظيم التجربة الاجتماعية."³ أي بمعنى أن الثقافة هي السبيل الوحيد الذي يعتمد عليه المجتمع على تطويرها لمواجهة حاجاته الضرورية من أجل حفظ البقاء وتداولها عبر الأجيال المتوارثة ذلك من خلال تنظيم كل تجاربه التي يمر بها في الحياة.

كما يعرفها "ريد فيلد" (REDFIELD): "هي مجموعة المفاهيم والمدرجات المصطلح عليها في المجتمع والتي تظهر في الفن والفكر التي تميز الجماعة الإنسانية."⁴ ومنه هي عبارة عن مفاهيم ومدرجات المتعارف عليها في المجتمع والتي تظهر في الفن والفكر اللذان يميزان كل جماعة عن جماعة أخرى.

ج_التعريف الإجرائي:

الثقافة هي نظام يتكون من مجموعة من المعتقدات والمعارف والسلوكيات التي يتم تكوينها ومشاركتها ضمن فئة معينة وتدل الثقافة على مجموعة من السمات التي تميز أي مجتمع عن غيره. كما يمكن اعتبارها مجموعة ما يمتلكه الإنسان من قيم ومعتقدات وتقاليد نتيجة عيشهم في وسط مجتمع ما وما ينطوي عليه هذا المجتمع من عادات وتقاليد أو عن طريق تعلمهم من الآخرين أو عن طريق التنشئة الاجتماعية.

1_ مجموعة من الكتاب، ترجمة علي سيد الصاوي: نظرية الثقافة، دار عالم المعرفة، الكويت، 1997، ص9.

2_ مرجع سابق، ص 9.

3_ عاطف عدوان: الثقافة في سياسة العولمة، الجمعية الفلسطينية، بيروت، 2000، ص4.

4_ عدنان أبو مصلح : معجم مصطلحات علم الاجتماع، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2015، ص158.

2_الصحة:

أ_التعريف اللغوي: جاء في قاموس " شارح لسان العرب بأنها: "من الصحاح خلاف السقم وذهاب المرض ومنه صح فلان من علته واستصح."¹

ب_التعريف الاصطلاحي:

تعرف منظمة الصحة العالمية "OMS":

"الصحة هي حالة اكتمال السلامة بدنيا وعقليا واجتماعيا، لا مجرد الخلو من المرض أو العجز."² ويعرفها العالم " نيومان ": " بأنها حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم وإن حالة التوازن هذه تنتج عن تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها."³ وعليه فالصحة توازن نسبي لكل وظائف الجسم وهذا التوازن ينتج من خلال تكيف الجسم مع كافة العوامل الضارة المتعرض لها في الحياة.

كما تعرف أيضا: "بأنها قدرة الفرد صحيا على التفاعل مع ظروف البيئة الاجتماعية المختلفة، وتمكنه من أداء وظائفه بشكل فاعل وفقا لمقتضيات محيطه الاجتماعي الذي يعيش فيه."⁴

ج_التعريف الإجرائي :

فالصحة هي خلو الإنسان من أي مرض وداء والتي تشمل الصحة العقلية والاجتماعية والبدنية فلإنسان السليم هو الذي يشعر بسلامة بدنه وجسده، أما اجتماعية فهو إنسان ذو نظرة واقعية للعالم ويتعامل مع أفراد المجتمع بشكل جيد.

3_الثقافة الصحية :

أ_التعريف الاصطلاحي:

تعرف الثقافة الصحية على أنها: "عملية ترجمة الحقائق الصحية المعروفة إلى أنماط سلوكية صحية سليمة على مستوى الفرد والمجتمع بهدف تغيير الاتجاهات والعادات السلوكية غير السوية، وكذلك مساعدة الفرد على اكتساب الخبرات وممارسة العادات الصحية الصحيحة."⁵

1_أبن منظور: لسان العرب، دار المعارف، مجلد 4، ج28، القاهرة، 1981، ص2401.

2_ وفاء فضاة وآخرون: تمييز صحة المجتمع، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن، 2002، ص15.

3_نسيمة أوكادي: السياسة الصحية في الجزائر_دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية المتخصصة للأم والطفل، (رسالة ماستر)، جامعة قصدي مبراح، ورقلة، الجزائر، 2015، ص22.

4_ ندى عبد الرزاق الخميس: مبادئ التربية الصحية، دار ذات السلاسل، الكويت، 1999، ص90.

5_ نسيمة أوكادي: مرجع سابق، ص22.

وعليه فهي ترجمة لكل المعارف المتعارف عليها حول الصحة إلى سلوكيات صحية سليمة على المستويين الفرد والمجتمع التي تهدف إلى تغيير الاتجاهات والعادات السلوكية الغير سوية، والعمل على مساعدة الفرد في اكتساب خبرات وعادات صحية سليمة وصحيحة.

عرفت منظمة الصحة العالمية "OMS" "التثقيف الصحي بأنه عملية تعليمية تسعى إلى زيادة المعارف وتطوير المهارات، وهذه العملية لا تؤثر على الفرد فحسب بل تؤثر على المجتمع ككل"¹. ومنه نستنتج أن التثقيف الصحي عملية تعليمية تقوم بتطوير المهارات واكتساب أشياء جديدة حول الصحة، وهذا النوع من عملية التعليم يؤثر على كل من الفرد والمجتمع معا.

ب_ التعريف الإجرائي :

ومنه فالثقافة الصحية عبارة عن عملية تحفيز الأفراد وإقناعهم لتعلم ممارسة أو ممارسات صحية صحيحة.

وعملية ترجمة الحقائق والمفاهيم الصحية المعروفة إلى سلوكية صحية سليمة تؤدي إلى رفع المستوى الصحي لديهم بإتباع الأساليب التربوية المتنوعة.

كما أن التثقيف الصحي يدور بشكل أساسي حول تقديم النصح والتواصل الصحي مع أفراد المجتمع بهدف استثارة الدوافع لديهم وإمدادهم بالمعرفة والمهارات اللازمة لتبني السلوكيات الصحية السوية، ومن ثم رفع مستوى الصحة أو الوقاية من المرض التقليل منه والمعروف أن العادة هي سلوك مكتسب بالتعليم، والإنسان يكتسب عاداته ولا يرثها.

فالتثقيف الصحي إذن هو عملية توجيه المجتمع لحماية نفسه من الأوبئة والأمراض المعدية ومشاكل البيئة المحيطة به.

4_ التنمية:

أ_ التعريف اللغوي:

اشتقت من النماء: الزيادة، والنمي: زاد وكثر.

نمی ينمو نموا أي دلالة على الازدهار والتقدم.²

ب_ التعريف الاصطلاحي:

جاء في تعريف هيئة الأمم المتحدة للتنمية عام 1952 أنها: "العملية المرسومة لتقدم المجتمع جميعه اقتصاديا واجتماعيا، اعتمادا على اشتراك المجتمع المحلي ومبادئه".

1 _BIZEL de l'information sur la malade a 'l'éducation du patient , exemple des personnes en difficulté respiratoire dans la santé de l'homme , N 341 numéro spécial , juin 1999 , P.19_22.

²_ابن منظور: لسان العرب، دار صادر، بيروت، مجلد6، 1997، ص262.

وعليه فالتنمية عملية تم رسم خطة لها من أجل تقدم المجتمع من جميع جوانبه الاقتصادية والاجتماعية، بالاعتماد على مشاركة المجتمع المحلي الذي يساهم في إحداث التغيير والعمل على التطوير.¹

وعرفتها في عام 1955 بأنها: "العمليات التي يمكن بها توحيد جهود المواطنين والحكومة لتحسين الأحوال الاجتماعية والاقتصادية والثقافية في المجتمعات المحلية".
ومما سبق فالتنمية عبارة عن مجموعة من العمليات التي تم التخطيط لها من أجل توحيد المواطنين والحكومة للعمل على تطوير وتحسين الأحوال للمجتمعات المحلية على كافة الأصعدة منها الاجتماعية والاقتصادية.

كما يعرف **عاطف غيث التنمية بأنها:** "التحرك العلمي المخطط لمجموعة من العمليات الاجتماعية والاقتصادية تتم خلال إيديولوجيا معينة لتحقيق التغيير المستهدف".²
وهناك استخدام جديد لمفهوم التنمية فينظر إليها على أنها عبارة عن: منهج ديناميكي وعملية مستمرة تحدث من خلال عمليات مختلفة من التعليم والتفكير والتخطيط وتنفيذ أسلوب معين من الحياة ثم التفاعل التعاوني ولا يأتي هذا إلا عن طريق التربية والتدريب.³
ب_ التعريف الإجرائي:

التنمية هي عملية منظمة ومقصودة مدروسة يوجهها الإنسان ولو نسبيا لما يحقق غاياته أو هي محاولة الإنسان بفكره وفعله تغيير الواقع وظروفه لتحقيق وضع مستقبلي تم تصوره مسبقا.
5_ التنمية الاجتماعية:

أ_ التعريف الاصطلاحي:

هي عملية توافق اجتماعي تسعى لتنمية طاقات الفرد إلى أقصى حد لإشباع الحاجات الاجتماعية. فالتنمية الاجتماعية كما يراها **محي الدين صابر:** "عبارة عن أسلوب حديث للعمل الاجتماعي يقوم على إحداث تغيير حضاري في طريقة التفكير والعمل والحياة عن طريق إثارة وعي البيئة المحلية، للمشاركة في التفكير والإعداد والتنفيذ بالنسبة للمشروعات والبرامج الإنمائية".⁴
وتعني التنمية الاجتماعية لدى المختصين بالعلوم الإنسانية والاجتماعية تحقيق التوافق الاجتماعي لدى أفراد المجتمع بما يعنيه هذا التوافق من إشباع بيولوجي ونفسي واجتماعي.

¹ _ أحمد شفيق السكري: قاموس الخدمة الاجتماعية

² _ محمد شفيق: التنمية والمشكلات الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 1999، ص ص 12_13 .

³ _ محمد عبد العزيز عجيبة ومحمد علي اللثي: التنمية الاقتصادية (مفهومها نظرياتها، سياساتها)، دار النشر الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2003، ص ص 20_21 .

⁴ _ محمد منير حجاب: الإعلام والتنمية الشاملة، دار الفجر للنشر والتوزيع، ط2، القاهرة، 2000، ص 78 .

ويُعرف "ميدجلي" "Midgley" التنمية الاجتماعية بأنها: "مجموعة من العمليات التي تستهدف إحداث تغيير اجتماعي مقصود عن طريق تحسين الظروف المعيشية للمواطنين وتوفير مزيد من برامج الرعاية، من خلال الجهود البناءة بالاتساق مع نسق التنمية الاقتصادية في المجتمع".¹ وعليه فالتنمية الاجتماعية عبارة عن عمليات مخطط ومرسوم لها هدفها إحداث تغيير اجتماعي من أجل تحسين الظروف المعيشية للفرد كتوفير برامج الرعاية من خلال الجهود المعتمدة واتساقها مع التنمية الاقتصادية للمجتمع.

ب_ التعريف الإجرائي:

فالتنمية الاجتماعية هي عملية تنمية طاقات الفرد وإشباع الحاجات الاجتماعية للإنسان والوصول إلى مستوى معيشي معين، من خلال تنمية علاقات التعاون بين جماعات المجتمع بدعم التفاعل فيما بينهم وزيادة معدل الشعور بالمسؤولية الاجتماعية.

6_ التنمية الاقتصادية:

أ_ التعريف الاصطلاحي:

يعرف "بالدوين" التنمية الاقتصادية أنها: "عبارة عن عملية يزداد بواسطتها الدخل القومي الحقيقي للنظام الاقتصادي خلال فترة طويلة من الزمن".² مما سبق فالتنمية الاقتصادية: "هي عملية زيادة الدخل القومي في النظام الاقتصادية وذلك عبر فترة زمنية طويلة".

ويعرفها البعض بأنها: "العملية التي بمقتضاها يجري الانتقال من حالة التخلف إلى التقدم ويصاحب ذلك العديد من التغيرات الجذرية والجوهرية في البنيان الاقتصادي".³

كما يعرف حبيب سطانبيوس التنمية الاقتصادية بأنها: "مجموعة من الإجراءات والتدابير الاقتصادية والاجتماعية والثقافية الهادفة إلى بناء آلية اقتصادية ذاتية، تضمن تحقيق زيادة حقيقية مضطردة في الناتج الإجمالي ورفع مستمر لدخل الفرد الحقيقي، كما تهدف إلى تحقيق توسيع عادل لهذا الناتج بين طبقات الشعب المختلفة التي تساهم في تحقيقه".⁴

1_ أحمد مصطفى خاطر: التنمية الاجتماعية المفاهيم الأساسية نماذج الممارسة، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2002، ص 14_ 28.

2_ حبيب سطانبيوس: التنمية الاقتصادية، مطابع مؤسسة الوحدة، جامعة دمشق، 1982، ص 152.

3_ جابر أحمد بسيوني ومحمد محمود مهد لي: التنمية الاقتصادية (مفاهيم، نظريات، تطبيقات)، دار الوفاء للطباعة والنشر، الإسكندرية، مصر، 2012، ص 40.

4_ حبيب سطانبيوس: مرجع سابق، ص ص 158_ 159.

وعليه فالتنمية الاقتصادية عبارة عن إجراءات وتدابير تمس الجوانب الاقتصادية والاجتماعية والثقافية التي تهدف إلى بناء اقتصاد ذو آلية ذاتية، والتي تحقق زيادة في الناتج الإجمالي ورفع دائم في دخل الفرد.

ب_ التعريف الإجرائي:

التمنية الاقتصادية هي أداة لتحقيق أهداف محددة للمجتمع، وعملية مستمرة لمدة طويلة تؤثر في الجانب المادي للتمنية، تهتم بطريقة تحسين واستغلال الموارد الاقتصادية بغية تحقيق زيادة في الإنتاج الكلي، إلى جانب ذلك تقوم بإحداث تغيير في الهيكل الاجتماعي والثقافي للأفراد والسلوك الاقتصادي، وهنا يأتي دور وأهمية توعية الفرد وترشيده بأن دوره في العملية التنموية ضروري لإنجاحها.

6/الدراسات السابقة:

الدراسة الأولى: "لامية حمايزية" و"عبود زرقين" التنمية الصحية المستدامة ونتائجها على المورد البشري.¹

لقد قدم كل من "لامية حمايزية" و"عبود زرقين" الدراسة التي تمثلت في:

التمنية الصحية المستدامة ونتائجها على المورد البشري دراسة مقارنة بالجزائر، وتونس، والمغرب، والتي هدفت إلى إبراز العلاقة بين التنمية الصحية المستدامة لبلد ما وأثارها على المورد البشري، تحت عنوان رئيسي هو المتغيرات الاجتماعية للتنمية المستدامة والتي حاولت تبيان أثر بالغ الأهمية على توعية حياة السكان، ومن ثم تأثيرها الاقتصادي والاجتماعي المباشر على المورد البشري والتنمية المستدامة.

1_موضوع الدراسة:

التمنية الصحية المستدامة ونتائجها على المورد البشري 2015 .

2_الإشكالية:

أوضح الباحثان أن تحسين الحالة الصحية للسكان ما هي إلا مدخل واحد من بين مداخل عديدة لتحقيق التنمية المستدامة لدولة ما، إن تمتع الفرد والمجتمع بصحة جيدة ضمان للتنمية الاقتصادية واجتماعية طويلة الأمد، فالاستثمار في تحسين صحة السكان سيمكن من تمديد حياة أفراد المجتمع وكذلك نوعية حياتهم، ومن ثم تحقيق بعض التوازنات الاقتصادية والاجتماعية، التي يمكن أن تحتل

1_لامية حمايزية وعبود زرقين : التنمية الصحية المستدامة ونتائجها على المورد البشري، دراسة مقارنة بالجزائر تونس والمغرب، مجلة رؤى اقتصادية جامعة الشهيد حمه لخضر، الوادي الجزائر، العدد 9، 2015، ص 254_273

حالة تفشي الأمراض لاسيما المعدية منها وكذا عدم توفير الموارد المادية والبشرية للتكفل الصحي بالسكان.

وهذا ما أثار مجموعة من التساؤلات والتي يمكن اختصارها في ما يلي:

ما هي نتائج نوعية مؤشرات التنمية الصحية المستدامة على المورد البشري؟

والتي تفرعت منها مجموعة من التساؤلات التالية:

- ما هي التنمية الصحية المستدامة؟

- ما هي مؤشرات التنمية الصحية المستدامة وخصائصها في بعض البلدان المغربية؟

- ما هي وضعية الجزائر كبلد مغربي من ناحية التنمية الصحية المستدامة؟

3_ نتائج الدراسة:

طرحت هذه الدراسة جملة من النتائج يمكن تلخيصها على النحو التالي:

- تعتبر التنمية الصحية من بين مدخلات التنمية البشرية ومن ثم التنمية المستدامة .

- يتم تصنيف متغيرات التنمية الصحية ضمن المتغيرات الاجتماعية المؤثرة على التنمية المستدامة في دولة معينة .

- هناك من يعتبر أن لها ضلع مباشر في تحقيق التنمية البشرية المستدامة في بلد معين .

- إن تحسين جل المؤشرات الصحية هو دليل على تحسين الحالة الصحية العامة في دولة معينة، نتيجة ذلك ارتفاع متوسط أمل حياة السكان .

أوضح الباحثان من خلال هذه الدراسة أن مستوى الصحة العامة للأفراد مؤشر ومعيار جيد للحكم على نوعية التنمية الصحية المستدامة في دولة ما. على الرغم من أن التنمية الصحية هي متغير واحد من بين متغيرات عديدة (اقتصادية، اجتماعية، بيئية) التي تتحكم في التنمية المستدامة في دولة ما.

4_ التقييم:

في إطار هذه الدراسة التي قدمها كل من "لامية حمايزية " و"عبود زرقين" فإنه: يمكن اعتبار التنمية الصحية مدخل من بين مداخل أخرى للتنمية الصحية، إلا أنها تعتبر من أهم مداخل التنمية الصحية المستدامة لأن موضوعها المورد البشري، وبالتالي ضرورة الاهتمام بالموارد البشرية من خلال توفير الخدمات الصحية والتي تعتبر أساسا لزيادة فاعليتها و تحسين أدائها.

وبالتالي فقد كشفت هذه الدراسة عن مسؤولية التنمية الصحية المستدامة في الرفع من عدد ونوعية متوسط عمر حياة الإنسان، ومن ثم الاستفادة من سنوات حياة إضافية بإمكانها تحقيق بعض التوازنات الاقتصادية والاجتماعية.

5_ علاقة الدراسة بالموضوع الحالي:

تطرح الدراسة السابقة "التنمية الصحية المستدامة ونتائجها على المورد البشري"، جانبا مهما من جوانب التي تبحث فيها موضوع الدراسة الحالي "الثقافة الصحية والتنمية الاجتماعية والاقتصادية" وذلك من خلال تعزيز تكافؤ الفرص للحصول على خدمات الصحة والتعليم والتدريب والمعالجة والتكنولوجيا الطبية، والاهتمام بالآثار الجانبية لعدم توفير الرعاية الصحية والتثقيف الصحي الضروري. كما كشفت هذه الدراسة على عدة نقاط سوف نقوم من خلال دراستنا الحالية التأكد منها من خلال الإجابة عن فرضيات البحث ووضع النتائج النهائية للدراسة .

حيث ركز الباحثان على ضرورة الاهتمام بالموارد البشرية من خلال توفير الخدمات الصحية التي تعتبر أساسا لزيادة فعالية وتحسين الأداء.

الدراسة الثانية: "بن منصور رمضان " و"بكاوي رشيد" الثقافة الصحية وأثرها على سلوك المصابين بالأمراض المزمنة.¹

لقد قدم كل من "بن منصور رمضان" و"بكاوي رشيد" دراسة التي تمثلت في الثقافة الصحية وأثرها على سلوك المصابين بالأمراض المزمنة في الجزائر. والتي بينت واقع وأهمية الثقافة الصحية لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة في الجزائر، من أجل اكتساب سلوكيات صحية لتعامل والتصرف مع مرضهم خاصة في ظل الانتشار الرهيب لهاته الأمراض. والوقوف أيضا على أهم العوامل التي تساعد على تكوين قاعدة معرفية صحية سليمة عند المرضى لرفع مستوى وعيهم الصحي.

1- موضوع الدراسة:

الثقافة الصحية وأثرها على السلوك المصابين بالأمراض المزمنة في الجزائر 2020.

2- الإشكالية:

أوضح الباحثان أن التثقيف الصحي من المواضيع الهامة والجديرة بدراسة خاصة في ظل الانتشار الواسع للأمراض خاصة المزمنة منها، حيث اعتبر الثقافة الصحية عملية اجتماعية تهدف إلى تقديم نصائح أو معرفة مهارات لتبني السلوكيات الصحية السوية. وبالتالي تساهم في رفع مستوى الثقافة الصحية في الوقاية من الأمراض أو التقليل ما أمكن من مضاعفاتها، حيث نجد هذه الأمراض ترتبط أغلبها بالنمط المعيشي فهي تشكل تهديدا خطيرا على صحة الإنسان وعلى التنمية، وعليه تم طرح السؤال التالي:

هل نشر الثقافة الصحية بإمكانه الحد من هذه الأمراض وتغيير ممارسات المريض غير الصحية؟.

1_ بن منصور رمضان، بكاوي رشيد: الثقافة الصحية وأثرها على سلوك المصابين بالأمراض المزمنة بالجزائر، مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، الأغواط، الجزائر، مجلد 10، العدد 01، 2020، ص 100_114.

3- نتائج الدراسة:

- طرحت هذه الدراسة جملة من النتائج يمكن تلخيصها على النحو التالي:
- الصحة والمرض ظاهرتين طبيبتين وفي نفس الوقت ظاهرتين اجتماعيتين لا يمكن فهمهما بمعزل عن الواقع الاجتماعي.
 - الأمراض المزمنة في الجزائر عرفت انتشارا رهيبا خاصة عند كبار السن، حيث أثرت هذه الأمراض سلبا على الفرد وأدواره الاجتماعية وأسرته والمجتمع بصفة عامة.
 - أهمية التثقيف الصحي لتغيير السلوكات غير الصحية إلى سلوكات صحية تتماشى مع الواقع المعاش، حيث تتأثر الثقافة الصحية بالبيئة المحيطة بالفرد خاصة البيئة الأسرية.

4_التقييم:

في إطار هذه الدراسة التي قدمها كل من "بن منصور رمضان" و"بكاوي رشيد" يمكن اعتبار الثقافة الصحية عملية اجتماعية تهدف إلى تقديم نصائح أو معرفة مهارات من أجل اكتساب سلوكيات صحية سوية، وبالتالي تساهم في رفع مستوى الثقافة الصحية للوقاية من الأمراض أو التقليل منها. حيث تشكل الأمراض المزمنة عبئا كبيرا على كاهل الأفراد والمجتمعات، وبالتالي فقد كشفت هذه الدراسة عن أهمية ثقافة المجتمع الصحية وأثرها على تغيير السلوك الصحي للمريض باعتبار أن لكل مجتمع عاداته وتقاليده الخاصة به، والبعض من هذه التقاليد جيد والبعض الآخر يشكل عائقا اجتماعيا مما يمنع من الاستفادة من الخدمات الصحية المتاحة، وذلك تبعا لنوع التنشئة الاجتماعية التي تفرضها بيئة الفرد الاجتماعي. حيث أن التنشئة الاجتماعية تؤثر في المستوى الصحي في المجتمع الذي هو نتاج التنشئة الاجتماعية.

5_علاقة الدراسة بالموضوع الحالي:

تطرح الدراسة السابقة "الثقافة الصحية وأثرها على سلوك المصابين بالأمراض المزمنة في الجزائر" جانبا مهما من جوانب التي يبحث فيها موضوع الدراسة الحالي "الثقافة الصحية والتنمية الاجتماعية والاقتصادية"، وذلك من خلال ضرورة توفر ثقافة صحية للمريض حول مرضه للتعامل معه والحد من تفاقمه واكتسابه سلوكات صحية سليمة، تساعد على أداء دوره كفرد من الأفراد الذين يمتلكون صحة جيدة.

كما كشفت هذه الدراسة على عدة نقاط سوف نقوم من خلال دراستنا الحالية التأكد منها من خلال الإجابة عن فرضيات البحث ووضع النتائج النهائية للدراسة.

حيث ركز الباحثان على ضرورة الاهتمام بنشر ثقافة صحية تساهم في اكتساب سلوكات صحية سليمة حول الأمراض المزمنة التي تساعد هذه الفئة في الانسجام مع مرضهم، وبالتالي التعايش مع حياتهم المرضية.

الدراسة الثالثة: "جعفر فارس العرجان" و"مرفت عاهد ذيب" و"غازي محمد خير الكيلاني" مستوى الوعي الصحي ومصادر الحصول على المعلومات الصحية.¹

لقد قدم كل من "جعفر فارس العرجان" و"مرفت عاهد ذيب" و"غازي محمد خير الكيلاني" في الدراسة التي تمثلت في: "مستوى الوعي الصحي ومصادر الحصول على المعلومات الصحية لدى طلبة جامعة البلقاء التطبيقية بالأردن"، التي هدفت إلى التعرف على مستوى الوعي الصحي ومصادر الحصول على المعلومات الصحية لدى طلبة جامعة البلقاء التطبيقية بالأردن، وتبعاً لمتغيرات الجنس والمستوى الدراسي (سنة أولى، والثانية، والثالثة والرابعة، والتفاعل بينهما).

1- موضوع الدراسة:

مستوى الوعي الصحي ومصادر الحصول على المعلومات الصحية 2013.

2- الإشكالية:

أوضح الباحثون من خلال نتائج بعض الدراسات التي أجريت على المجتمع الأردني على مختلف الشرائح الاجتماعية والفئات العمرية، يتبين وجود ارتفاع في عوامل الخطورة للإصابة بالعديد من الأمراض المرتبطة بقلّة الحركة، وهذا الأمر ينعكس سلبياً على الصحة العامة وعلى فائدة رعاية تلك الأمراض، مما يؤدي إلى ارتفاع تلك المؤشرات الخطرة بالإطار الشمولي تكاملي في أي مجتمع إلى ضعف وانخفاض مستوى الوعي الصحي العام وإلى ممارسة العديد من العادات السلوكية غير السليمة الممثلة في نمط الحياة والغذاء غير الصحي.

وهذا ما أثار التساؤلات التالية:

- ما هو مستوى الوعي الصحي لدى طلبة جامعة البلقاء التطبيقية بالأردن؟ وهل يختلف تبعاً لمتغيرات الجنس والمستوى الدراسي (أولى، ثانية، ثالثة، رابعة).
- ما هي أكثر مصادر الحصول على المعلومات الصحية بين طلبة جامعة البلقاء التطبيقية في الأردن؟.

3- نتائج الدراسة:

- طرحت هذه الدراسة جملة من النتائج يمكن تلخيصها على النحو التالي:

- تفعيل مستوى النشاطات الرياضية الموجهة لتنمية وتعزيز الصحة بين الطلبة وإيجاد البيئة اللازمة لذلك وإلى ضرورة إدراج بعض المواد الخاصة بالصحة والغذاء ضمن متطلبات الجامعة الإلزامية للحصول على درجة البكالوريوس.

1_جعفر فارس العرجان وآخرون: مستوى الوعي الصحي ومصادر الحصول على المعلومات الصحية لدى طلبة جامعة البلقاء التطبيقية، مجلة العلوم التربوية والنفسية، الأردن، المجلد 14، العدد 01، 2013، ص 315_330.

- إيجاد تعاون بين إدارات الجامعات ووزارة الصحة ووزارة الإعلام لتفعيل مستوى البرامج الصحية و التوعوية الموجهة إلى قطاع الشباب الجامعي وإشراك الطلبة فيها.
- ضرورة إجراء دراسات دورية للتعرف على التغيرات في مستوى السلوك الصحي للطلبة ثم القيام بإجراء دراسات مقارنة مع الجامعات الأردنية الأخرى.

أوضح الباحثون من خلال هذه الدراسة مستوى الوعي الصحي لدى الطلبة ومصدر حصولهم على المعلومات الصحية من خلال الاعتماد على النشاطات الرياضية، والحث على التعاون بين الوزارات كوزارة الصحة والإعلام، وهذا من أجل الرفع من مستوى الوعي الصحي لدى مختلف المستويات.

4- التقييم:

في إطار هذه الدراسة التي قدمها كل من: "جعفر فارس العرجان" و"ميرفت عاهد ذيب" و"غازي محمد خير الكيلاني" فإنه يمكن من خلال دراسة الوعي الصحي إيجاد خطط وبرامج لتفعيله وتطويره أن تساهم مستقبلاً في الوقاية من العديد من الأمراض المرتبطة بقلة الحركة والنمط الحياتي الغير الصحي. وبالتالي فقد كشفت هذه الدراسة أن الجامعات تعتبر بمثابة الفرصة الأخيرة التي يمكن من خلالها أن نحافظ على الصحة وزيادة مستوى التنشيط الصحي والغذائي لعدد كبير من الطلبة من خلال تقديم نشرات توعية وندوات خاصة بالصحة.

5- علاقة الدراسة بالموضوع الحالي:

تطرح الدراسة السابقة مستوى الوعي الصحي ومصادر الحصول على المعلومات الصحية لدى جامعة البلقاء جانباً مهماً من جوانب التي يبحث فيها موضوع الدراسة الحالية "الثقافة الصحية والتنمية الاجتماعية والاقتصادية".

وذلك من خلال العمل على رفع مستوى الوعي الصحي لدى الطلبة في مختلف المستويات، بتتويج برامج ونشاطات من أجل تعزيز الصحة بين الطلبة وإكسابهم معلومات صحية أي ثقافة صحية حول الوضع الصحي السائد.

كما كشفت هذه الدراسة على عدة نقاط سوف نقوم من خلال دراستنا الحالية أن نتأكد منها بالإجابة عن فرضيات البحث ووضع النتائج النهائية للدراسة.

حيث أكد الباحثون على ضرورة الاهتمام بمصادر الحصول على المعلومات الصحية التي تساهم في الرفع من مستوى الوعي الصحي، وذلك لأهمية الجانب الصحي وضرورة المحافظة عليه.

الدراسة الرابعة: "علي حسن نجمي" الثقافة الصحية جامعة تبوك في ضوء الرؤية الوطنية 2030.¹

1_علي حسن نجمي: الثقافة الصحية لدى طلبة جامعة تبوك في ضوء الرؤية الوطنية 2030، مجلة التربية، جامعة الأزهر، كلية التربية بالقاهرة، السعودية، العدد 188، الجزء 4، 2020، ص236-283.

لقد قدم "علي حسن نجمي" الدراسة تمثلت في: "الثقافة الصحية لدى طلبة جامعة تبوك في ضوء الرؤية الوطنية 2030". والتي هدفت إلى رفع وعي الأفراد وتحسين حياتهم عن طريق تنمية معارفهم وتغيير اتجاهاتهم وعاداتهم وسلوكياتهم، ولا تتوقف مسؤولية الجامعة كمؤسسة تعليمية عند العناية بالناحية الأكاديمية والعقلية فقط، ولكنها معنية أيضا بالصحة والبدن والنفس فضلا عن كون التفوق الأكاديمي جزء لا يتجزأ من الصحة والسلامة البدنية، حيث هدفت الدراسة إلى معرفة واقع الثقافة الصحية لدى طلبة جامعة تبوك في ضوء الرؤية الوطنية 2030، وتحديد الفروق في واقع الثقافة الصحية لدى طلبة جامعة تبوك تبعا لمتغير الجنس، التخصص، مستوى التحصيل "المعدل التراكمي".

1- موضوع الدراسة:

الثقافة الصحية لدى طلبة جامعة تبوك في ضوء الرؤية الوطنية 2020-2030.

2- الإشكالية:

أوضح الباحث أن الثقافة الصحية محورا مهما من محاور التربية لاسيما في مرحلة النضج والشباب فالصحة الجيدة للطلبة في المدارس والجامعات وكافة مؤسسات التعليم هي استثمار للمستقبل وغاية مأمولة للأطفال والمراهقين والشباب باعتبارها شرطا أساسيا في سلامة النسيج الاجتماعي والاقتصادي، كما أن الاهتمام والتركيز على خدمات الصحة والثقافة الصحية يساعد أصحاب القرار في تحقيق التنمية الشاملة لكافة أفراد المجتمع وكذا مواجهة الكثير من التحديات، وبالتالي فإن الرعاية الصحية والعناية بالسلوك الصحي تمثل محور اهتمام المؤسسة الجامعية المعاصرة، كما أن توجيه الشباب وتعديل أفكارهم وضمان سلامة أجسادهم وعقولهم يأتي على رأس أولويات المؤسسات المجتمعية من أهمها الجامعات.

- وهذا ما أثار مجموعة من التساؤلات والتي يمكن اختصارها في ما يلي:

- ما واقع الثقافة الصحية لدى طلبة جامعة تبوك؟ هل توجد فروق دالة إحصائية في واقع الثقافة الصحية لدى طلبة جامعة تبوك ترجع لمتغير الجنس (ذكور، إناث)، التخصص (علوم شرعية /عربية ، علوم اجتماعية/ إنسانية، علوم تطبيقية / طبيعية)، مستوى التحصيل (المعدل التراكمي مرتفع منخفض)؟.

والتي تفرعت منها مجموعة من التساؤلات التالية :

- ما معدلات التدخين لدى طلبة جامعة تبوك؟.
- ما طبيعة الأمراض الشائعة بين طلبة جامعة تبوك؟.
- ما أهم مصادر الثقافة الصحية لدى طلبة جامعة تبوك؟.

- ما واقع ممارسة طلبة جامعة تبوك لأبعاد الثقافة الصحية (البعد الرياضي، التغذية السليمة، النظافة الشخصية)؟.

3- نتائج الدراسة:

طرحت هذه الدراسة جملة من النتائج يمكن تلخيصها على النحو التالي:

_ أن النسبة الأكبر من طلبة جامعة تبوك لا يدخنون، ولا يعانون من أمراض السكر، والضغط والسمنة والنحافة.

_ أن مصادر الثقافة الصحية لأعلى نسبة من طلبة جامعة تبوك تتمثل في هذه المصادر الخمسة (وسائل الإعلام المسموعة والمقروءة والمرئية، مواقع التواصل الاجتماعي، الأصدقاء، الأسرة والأقارب، المطالعة والقراءة الذاتية).

_ أن متوسطات درجات الذكور من طلبة جامعة تبوك في (البعد الرياضي، التغذية السليمة) أعلى من نظائرها لدى الإناث، وكانت متوسطات درجات الإناث أعلى في بعد (النظافة الشخصية).

_ لم توجد فروق دالة إحصائية في جميع أبعاد الثقافة الصحية (البعد الرياضي، التغذية السليمة، النظافة الشخصية) ترجع إلى التخصص لدى طلبة جامعة تبوك.

4- التقييم :

في إطار هذه الدراسة التي قدمها: "**علي حسن نجمي**" الذي اعتبر الصحة حق من حقوق الإنسان ومسؤولية تقع على عاتق الدولة من حيث عنايتها بالتنظيف والثقافة الصحية للشرائح الاجتماعية كافة خاصة الشباب، فضلا عن نشر الوعي الصحي باستخدام مختلف الأساليب التي تعد وسائل الإعلام منها , ومؤسسات التربية والتعليم أهمها، ويعود الاهتمام حاليا بالتنظيف والثقافة الصحية بكونها الوسيلة الأكثر فعالية للارتقاء بحياة الإنسان عموما وحالته الصحية بالنسبة للفرد والمجتمع من خلال: العمل على تغيير اتجاهات وسلوك وعادات الشباب خصوصا والأفراد عموما، وتحسين مستوى صحة الأفراد والأسرة والمجتمع بوجه عام كما حققت معدلات مرتفعة من الصحة على مستوى المجتمع، حيث عملت على التقليل من حدوث الأمراض والوقاية منها وبالتالي تحسين نوعية الحياة.

5- علاقة الدراسة بالموضوع الحالي :

تطرح الدراسة السابقة "**الثقافة الصحية لدى طلبة جامعة تبوك في ضوء الرؤية الوطنية 2030**" جانبا مهما من جوانب التي يبحث فيها موضوع الدراسة الحالية "**الثقافة الصحية والتنمية الاجتماعية والاقتصادية**"، وذلك من خلال ضرورة امتلاك الفرد ثقافة صحية تساعده على الرفع من مستوى صحته وبالتالي اكتسابه سلوكيات صحية سليمة للحد والوقاية من الأمراض، وقد ركزت هذه الدراسة على فئة الشباب التي تمثل أغلبية المجتمع، باعتبار الشباب في المرحلة الجامعية ينخرطون تحت فئة عمرية لها أهميتها الخاصة باعتبارها الأهم في الفئات العمرية للمجتمع.

كما كشفت الدراسة على عدة نقاط سوف نقوم من خلال دراستنا الحالية التأكيد منها من خلال الإجابة عن فرضيات البحث ووضع النتائج النهائية للدراسة.

حيث ركز الباحث على الاهتمام الكبير في نشر الثقافة الصحية لدى فئة الشباب الجامعي التي أصبحت محور اهتمام المؤسسات التربوية خاصة الجامعات حيث عملت هذه الأخيرة على توجيه وتعديل سلوكيات وأفكار الطلاب حول الصحة.

7/ المقاربات النظرية:

إن النظرية هي رؤية متكاملة للواقع الاجتماعي إلى جانب الوعي والمعرفة بقوانين تحول المجتمع، فالنظرية لا تبنى دفعة واحدة وبصورة شاملة، وإنما هي نتاج التطورات التي يمر بها المجتمع من المجتمعات ومن ثم تصبح دليلاً يهتدي به المجتمع في تحركه نحو تحقيق الأهداف المنشودة.

1- المنظور الثقافي:

يهتم هذا المنظور بدراسة العلاقة بين الثقافة والصحة والمرض والوقاية والعلاج، وبالتالي تبرز دراسته جوانب هذه العلاقة ولا سيما أهمية الثقافة في تحديد أنماط الأمراض وتفسيرها وعلاجها وطبيعة التفاعل مع الخدمات الصحية الرسمية. في ضوء هذا المنظور يهتم الباحثون بدراسة العلاقة بين القيم والممارسات الصحية والمرض والوفاة ووظائفها الوقائية والأهمية الثقافية للعادات الغذائية، كذلك يحرص أنصار هذا المنظور على تتبع تطور المرض وتوزيعه الجغرافي والوسائل والأساليب التي اكتسبتها المجتمعات للتعامل معه وعلاجه، والطرق المثلى لتحسين الطب الحديث وتطويره¹. ومن ناحية أخرى فإن أنماط الثقافة وأساليب الحياة الاجتماعية تؤثر تأثيراً كبيراً في تصورنا للمرض واستجابتنا له وتعبيرنا عنه، إضافة إلى هذا أن هذا المنظور الثقافي يحدد تعريفات المرض ومستويات خطورته أو بساطته والأمراض التي يقبلها السياق الثقافي والأخرى التي يعتبرها وصمة كالمرض النفسي.

وتدل الدراسات الأنثروبولوجية الطبية على أن اختلاف الثقافات يؤدي إلى تفسير أعراض المرض والتجاوب معها ولعل هذا التباين راجع إلى أسلوب التنشئة الاجتماعية والثقافية، وبالتالي يعكس اختلاف السلوك والأساليب المكتسبة ثقافياً للتوافق مع الثقافة السائدة والسياق الاجتماعي العام. والواقع أن علم الاجتماع الطبي ولما الاستجابات الاجتماعية والثقافية للصحة أهمية خاصة تجلت في تمييز سلوك المرض، من خلال جهتي نظر متكاملتين فالأولى تعتبر الأنماط السلوكية نتاجاً لعملية التكيف الاجتماعي والثقافي لأنها تمارس دورها في سياق اجتماعي وثقافي ترتبط به، في حين ترى الثانية أن أنماط سلوك المرض جزء من عملية توائم كبرى لمواجهة وعلاجه وكلتا الوجهتين

1_ علي المكاوي: الصحة والظروف البشرية، دار المعارف، ع 7، القاهرة، 1982، ص 328 .

تؤكدان على أن الظروف الثقافية أكثر تأثير و بروز من الظروف الاجتماعية والاقتصادية، ويوضح المنظور الثقافي دور عادات التغذية في الحالة الصحية للفرد والمستوى الصحي للمجتمع.

ولعل المنظور الثقافي يزداد وضوحاً وأهمية في حالات التغيير الاجتماعي والثقافي فبرامج التغيير الاجتماعي ومشروعاته تعرض الحياة الاجتماعية للتحويل -بمعدل سريع أو بطيء- الذي يؤدي إلى تعديل نماذج التكيف الثقافي، وقد ينتج عن ذلك تعرض المجتمع لمخاطر صحية في بعض الأحيان أو وقايتها من أمراض محققة في أحيان أخرى، إن برامج الصحة العامة والحملات الصحية مثال يكشف عن ضرورة الاهتمام بالعوامل الثقافية من أجل اكتساب معلومات صحية ايجابية جديدة¹.

1- نظرية الغرس الثقافي:

يعد (جورج جربنر) مؤسس نظرية الغرس الثقافي التي تعد أحد الطرق السوسولوجية للدراسات الثقافية، وتعد نظرية الغرس الثقافي تصويراً تطبيقياً للأفكار الخاصة بعمليات بناء المعنى، وتشكيل الحقائق الاجتماعية، والتعلم من خلال الملاحظة، والأدوار التي تقوم بها وسائل الإعلام في العديد من المجالات، تؤكد هذه النظرية أن كل ما تقدمه وسائل الإعلام من مواد ترفيهية ومعلومات خاصة في المجال الصحي يساعد المتلقين على تغيير وتكوين آراء حول ما يحيط بهم².

فالغرس الثقافي عملية يتم من خلالها اكتساب ومعرفة السلوك، من خلال الوسط الثقافي الذي يعيش فيه الإنسان كما أن البيئة التي يعيش فيها الإنسان هي التي تقوم بعملية تشكيل وبناء المفاهيم أو الرموز الثقافية في المجتمع، فوسائل الإعلام احتلت مكاناً بارزاً في عالمنا المعاصر بأدوارها وتأثيراتها في جميع المجالات بما فيها المجال الصحي، فعملية الغرس تتضمن عنصرين أساسيين هم التعليم غير المقصود، مهارات الاستدلال المعرفي، حيث يؤدي اهتمام المشاهد بما يراه على الشاشة، حيث تصبح برامج التلفزيون مصدر المعلومات عن الواقع الاجتماعي، والدليل القوي على صحة هذه النظرية لم يأت من البحوث التي أجراها المنظرون فقط، وإنما من البحوث المستقلة عن أثر الإعادة والتكرار البسيط لأي مثير يؤدي إلى قبول وتأييد معظم الناس لهذا المثير، وهذا دليل على أثر التكرار الذي يجعل الناس أكثر قبولاً للسلوك المعروض³.

تعمل وسائل الإعلام على نشر العديد من الرسائل التي تكون موجهة لأفراد المجتمع خاصة في عملية التوعية والوعي الصحي، من أجل العمل على تغيير آراء وسلوكيات الأفراد السلبية اتجاه الصحة وتعريفهم بمدى أهمية الحفاظ على الصحة كونها أحد أهم جوانب الحياة.

1_علي المكاوي: علم الاجتماع الطبي مدخل نظري، كتب عربية، 1990، ص 618

2_ محمد عبد الحميد: نظريات الإعلام واتجاهات التأثير، ط3، عالم الكتب، القاهرة، 2004، ص 362.

3_أمل سعد متولي: مبادئ الاتصال بالجمهير ونظرياته، دار الإسراء، مصر، 2007، ص 144.

وبإسقاط هذه النظرية على موضوع دراستنا نجد أن كل ما تبثه وسائل الإعلام من برامج صحية يشكل لدى الأفراد صورة ذهنية حول واقعه الصحي، فنتبع الفرد لما تعرضه وسائل الإعلام من برامج صحية تكسبه قيم صحية وتعلمه حقائق يستفيد منها وبالتالي تصبح وسائل الإعلام مثابة المصدر الأساسي للفرد للحصول على المعلومات.

3- النظرية الصراعية:

يعتبر كارل ماركس مؤسس الفكر الصراعى ، وعلى الرغم من أنه لم يكتب صراحة حول الصحة والمرض، إلا أن أفكاره أثرت في الأبحاث المعاصرة المتعلقة بالاقتصاد السياسى للصحة. حيث نجد أن المنظور الصراعى صور المجتمع بأنه مكون من جماعات وفئات وطبقات اجتماعية مختلفة لها مصالح متضاربة، لذلك فهي في حالة تنافس دائم شديد من أجل الحصول على الموارد والسلطة والجاه، يطرح هذا المنظور ضمن علم اجتماع الطبى للتأكيد على أهمية المحددات الاجتماعية والاقتصادية في تكوين أسلوب حياة وتأثير ذلك على نوعية الصحة والرعاية الصحية كما أن أحوال الصحة للسكان تتأثر بواسطة عملية الإنتاج نفسها، فالصحة تتأثر إما مباشرة بواسطة الأمراض الصناعية والإصابات والأمراض النفسية جراء الضغوط والقلق، وإما بصورة غير مباشرة بالاستهلاك الضار بالصحة بسبب نقص الغذاء أو الإسراف فيه.

تسعى هذه الفئات المختلفة إلى تحقيق مستوى معيشى جيد في جميع المجالات خاصة الجانب الصحى، وهذا ما يدفع بالفرد إلى السعى نحو بلوغ مناصب عليا تمكنه من العيش بطريقة تضمن له حياة جيدة من جميع النواحي.

فالنظرية الصراعية تقوم على الافتراض بأن المجتمع مكون من جماعات متنافسة من أجل الحصول على الموارد والسلطة والجاه، وأن الوصول إلى الموارد والجاه، وأن الوصول إلى الموارد غير متكافئ بطبيعته، وأن أصحاب السلطة يسعون إلى المحافظة على امتيازاتهم، وهكذا فإن المنظرين الصراعيين يتوقعون أن يحدث التغيير عن طريق الثورة بدلا من التغيير الاجتماعى.

كما أن الكتابات المبكرة لفردريك أنجلز (Engelz) وفي الوقت الحاضر، وضعت منظمة الصحة العالمية منظورا عن الصحة حددت فيه دور العوامل الاجتماعية في الصحة والمرض (Who 2009) في تطبيق هذه المقاربة على علم الاجتماع الطبى، فإنها تفودنا إلى ما يسمى "بالمحددات الاجتماعية للصحة"، حيث ينظر إلى الأحوال الصحية للسكان بأنها تخضع لتأثير مجموعة العوامل الاجتماعية والاقتصادية والنفسية والبيئية والثقافية.

كما ترى النظرية الصراعية أن المعافاة الصحية تعتبر مصدرا من مصادر التى يحسب لها حساب لدى الماركسيين.¹

¹ _ هوارد ويتكن: المرض الثانى: تناقضات العناية الصحية الرأسمالية، مطبعة جامعة شيكاغو، شيكاغو، 1986.

فحازت الطبقة الرأسمالية على قصب السبق في الثروة، والقوة السياسية، والمنزلة الاجتماعية، فقد اعتبرت المعافاة الشخصية مصدرا من مصادر القوة التي ينبغي أن يسيطر عليها الأغنياء في المجتمع الرأسمالي. ولما كان المجتمع الرأسمالي مبنيا على المنافسة الاقتصادية، فإن المنافسة للسيطرة على النظام الصحي تحمل معها كل المعاني المنافسة الاقتصادية، لأن النظام الصحي يدر على الطبقة الرأسمالية مقدارا هائلا من الثروة، ناهيك عن اندماج قادة النظام الصحي في العملية الرأسمالية، وخصوصا الاستثمار وما يصاحبها من قدرة على تحويل القوة الاقتصادية إلى قوة سياسية.

وإذا كان توزيع الثروة في المجتمع الرأسمالي محصورا في الطبقة الرأسمالية القوية، وبطبيعة الحال من حق الفرد في المجتمع الرأسمالي التمتع بصحة جيدة، ولكن لتحقيق ذلك يجب الانتقائات إلى مسألتين، الأولى: حالته المعيشية والسكنية. والثانية: المستشفى الذي يعالج فيه وقت المرض.

فإذا كان الفرد عضوا في الطبقة الرأسمالية، فإن السكن الذي يسكنه ونوعية الطعام الذي يتناوله يساهمان مساهمة كبيرة في المحافظة على صحته وعافيته. وفي حالة المرض فإن الأموال التي يمتلكها تستطيع أن تفتح له أبواب لأفضل المستشفيات وتضع في خدمته أمهر الأطباء. أما الفقراء فإن ظروف معيشتهم وسكنهم، ونوعية غذائهم تعرضهم لشتى أنواع الأمراض، ولا شك أن وضعهم المادي لا يساعدهم على دفع أجور المستشفى والطبيب والدواء يؤدي إلى حرمانهم من الخدمات الطبية.

وبالتالي فال توزيع غير عادل للخدمات الصحية مما ينتج عنه انعدام العدالة في توزيع الثروة الاجتماعية. ونتيجة هذا التفاوت الصحي بين الطبقتين الغنية والفقيرة، الرأسمالية والمعدمة، يعمر الأغنياء في نظامهم الرأسمالي، وفي حياتهم الدنيوية أكثر من الفقراء، لأن الأغنياء تتوفر لهم مصادر الثقافة الطبية العامة، وطرق التغذية الصحيحة، وتوفر لهم سبل العلم عن الأمراض، وبالتالي الاهتمام بالأعراض المرضية والتحرك لمعاينة الطبيب، على عكس الفقراء الذين لا يعيرون اهتماما للأعراض المرضية، مع امتنان الشفاء دون معاينة طبيب مختص.

كما تزعم نظرية الصراع أن دورات المياه في المساكن الفقيرة تعتبر مصدرا لانتشار الأوبئة والأمراض المعدية وحتى أماكن عملهم أكثر خطرا من الأماكن التي يعمل فيها الأغنياء، وذلك بسبب هموم المعيشة والاضطرابات النفسية التي كان سببها الفقر والحاجة.¹

¹ - زهير الأعرجي: النظام الصحي والسياسة الطبية في الإسلام، بحوث في علم الاجتماع الإسلامي ونقد النظرية الاجتماعية الغربية، أمير-قم المشرفة، دت، ص 27_29.

خلاصة:

وفي الأخير نستخلص إلى أنه من خلال هذا الفصل تم تحديد الإطار العام للدراسة بداية من صياغة الإشكالية وتحديد الفروض وأهم الأسباب التي دفعت بنا إلى اختيار هذا الموضوع والأهداف المرجوة، كما تطرقنا إلى ضبط مجموعة من المفاهيم نظريا وإجرائيا حتى يتسنى للقارئ فهم معناها والقصد من استعمالها في الدراسة الحالية.

الجانِبِ النظرِي

الفصل الثاني

الثقافة الصحية وأساليب تحقيقها

تمهيد

- المبحث الأول : ماهية الثقافة الصحية .
 - المطلب الأول : نظرة سوسيو تاريخية للثقافة الصحية .
 - المطلب الثاني: أهداف الثقافة الصحية .
 - المطلب الثالث : مجالات الثقافة الصحية .
 - المبحث الثاني: عناصر ومستويات التثقيف الصحي.
 - المطلب الأول: عناصر الثقافة الصحية.
 - المطلب الثاني: مستويات الثقافة الصحية.
 - المبحث الثالث: أساليب التثقيف الصحي.
 - المطلب الأول: الاتصال المباشر وغير مباشر.
 - المطلب الثاني: الفئات المستهدفة بالتثقيف الصحي.
 - المطلب الثالث: وسائل الإعلام و التثقيف الصحي.
 - المبحث الرابع: خطوات ومراحل تخطيط برامج التثقيف الصحي.
 - المطلب الأول: مرحلة التبصر.
 - المطلب الثاني: مرحلة حصر المشكلات الصحية الخطيرة.
 - المطلب الثالث: مرحلة تنفيذ برنامج التثقيف الصحي.
- خلاصة

تمهيد:

تعتبر الثقافة الصحية الوسيلة الفعالة والأداة الرئيسية في تحسين مستوى صحة المجتمع والهدف منها السعي نحو تغيير المفاهيم الخاطئة الراسخة لدى بعض أفراد المجتمع فيما يتعلق بالصحة، وفي هذا لسياق سيتم التطرق في هذا الفصل إلى التعرف على ماهية الثقافة الصحية، عناصرها ومستوياتها، ونبرز من خلال ذلك أساليب التنقيف الصحي التي يعتمد عليها أفراد المجتمع في نشر المعلومات الصحية الايجابية، وذلك بإتباع خطوات تخطيط برامج التنقيف الصحي.

المبحث الأول: ماهية الثقافة الصحية

المطلب الأول: نظرة سوسيو تاريخية للثقافة الصحية .

تعيش مجتمعات القرن 21 حياة تعتبر نتاج طبيعي لكل ما سبقها من تطورات وأحداث ومتغيرات في شتى المجالات ومنها الثقافة الصحية للأفراد حيث تطور مفهومها عبر مراحل تاريخية مختلفة بشكل متزامن ومتطابق لمستوى التفكير البشري المكون من آراء الناس ومفاهيمهم عن الحياة والصحة والمرض، ولهذا فمن المفيد بل من الضروري أن نتعرض إلى هذه المراحل لنستوعب المرحلة التي تعيشها المجتمعات اليوم وكيفية التعامل والتفاعل معها بشكل علمي صحيح سيؤدي حتماً إلى ارتفاع نوعية وكمية الحياة وذلك وفقاً للمراحل التالية:¹

المرحلة الأولى :

في هذه المرحلة كانت معالجة القضايا الصحية موقوفة على الكوادر الصحية من حيث المسؤولية أما من حيث المكان فقد كانت محصورة داخل المستشفيات والعيادات ونتيجة لهذه الأوضاع فقد كانت الثقافة الصحية هي أيضاً وفقاً على هذه الكوادر وحدها، وما يتسرب منها إلى الناس كان عبارة عن عملية نقل بعض المعلومات الصحية والتي تحدد حالة المريض، لترشده إلى الكيفية السليمة لعلاج مشكلاته الصحية وتحديد علاقته وتعامله مع أنواع التغذية سلبيًا وإيجابيًا كالامتناع عن القيام ببعض الحركات والأعمال أو الإكثار من غيرها وذلك لقصد تفادي المشكلات الصحية وما يترتب عليها من مخاطر تهدده في صحته ومن ثم في حياته.

في هذه المرحلة كان الطبيب هو مصدر المعلومات والمعرفة، وهو ناقل الرسالة باعتبار أنه هو صاحب الحق الوحيد المهيأ للقيام بهذه المهمات، أما دور المريض فكان محصوراً فقط في فهم الرسالة وتنفيذ ما جاء بها من تعليمات مع الافتراض بجهله الكامل -أو شبه الكامل-.

العناصر الأساسية لسلسلة الاتصال:

- المصدر: إن المصدر الوحيد للمعلومات، كان الطبيب نفسه فهو الوحيد المهيأ للقيام بهذه المهمة وعلى هذا الأساس فهو صاحب الحق في هذا المجال.
- المرسل: لأن الطبيب هو المصدر الوحيد للمعلومات الصحية، فهو أيضاً المرسل الوحيد الناقل للرسالة (المعلومة).
- الرسالة: الوسيلة المتبعة هي المواجهة الفردية المتسمة بالفوقية .
- المتلقي: متلقي الرسالة هو المريض نفسه أو المقربون منه الأم، الأب، الزوجة، الزوج، الصديق، الجار.

1- محمد بشير شريم: الثقافة الصحية، وزارة الثقافة مكتبة الأسرة الأردنية، مهرجان القراءة للجميع، الأردن، 2012، ص 11-15.

- دور المتلقي: هذا الدور محصور فقط في فهم الرسالة وتنفيذ ما جاء فيها مع الافتراض بجهل الناس الكامل - أو شبه الكامل - للأسباب العلمية التي استدعت صياغة هذه الرسالة.

المرحلة الثانية:

مع التطور في جميع مجالات الحياة بما فيها الطب والصحة، حدث تغير في مفهوم الثقافة الصحية فأصبحت أكثر شمولاً وأكثر عمقا، بشكل يتطابق مع آراء الناس في هذه المرحلة التي تتسم بالاكتشافات والاختراعات. وفي هذه الفترة أيضا تبلورت المهن الطبية المساعدة وأصبح لها مناهجها الخاصة ومهامها المحددة، ولم يعد الأطباء هم المصدر الوحيد للمعرفة الصحية بل شاركهم هذه الكوادر المؤهلة (ممرضات، قابلات، مراقبو الصحة، فنيو المختبرات...).

ولم يعد المريض وحده هو المعنى بالحصول على الثقافة الصحية بل بعض فئات المجتمع وخاصة المعرضة للخطر. ومع ذلك بقيت الكوادر الصحية هي التي تحدد ما يجب على الناس أن يفعلوه تجاه صحتهم ومرضهم، وهم أصحاب الحق في تحديد احتياجات الناس وأولويات مشاكلهم الصحية والوسائل الملائمة التي يجب عليهم إتباعها.

في هذه المرحلة كما في المرحلة التي سبقتها كانت الآراء السائدة هي أن الفرد شخصيا هو الذي يتحمل المسؤولية الكاملة نحو أوضاعه الصحية ونتيجة لطبيعة هذه الآراء فإن فكرة إشراك المجتمع بمفهومه الشامل لم تكن واردة.

ولنفس الأسباب كانت وزارة الصحة تعتبر هي المسؤولة الوحيدة عن هذه الفعاليات، وهي وحدها المناط القيام بهذه المهمات، وأن مشاركة الجهات والمؤسسات الأخرى (التربية والتعليم، الزراعة، الإعلام، الشؤون الاجتماعية، الثقافة، الشباب، البلديات والبيئة...). كان ضئيلا لا يذكر بل يكاد يكون غير مطلوب.

خصائص الثقافة الصحية في المرحلة الأولى والثانية:

وبشكل عام فإن وضع الثقافة الصحية في هاتين المرحلتين كان يتسم بما يلي:

- 1- أن الكوادر الصحية هي التي تحدد ما يجب على الناس أن يفعلوه اتجاه صحتهم ومرضهم وهم الذين يمتلكون الحق في تحديد احتياجاتهم وأولويات مشاكلهم والوسائل المناسبة لهم .
- 2- أن الفرد هو الذي يتحمل المسؤولية الكاملة نحو أوضاعه الصحية، وأنه هو وحده المسؤول عما يصيبه، هذا الأسلوب يلقي اللوم على المريض بسبب بؤسه، ويتجاهل حقيقة أن يحتاج للتغيير في كثير من الحالات ليس الفرد نفسه بل البيئة التي يعيش فيها وتحيط به.
- 3- أن فعاليات التثقيف الصحي كانت عشوائية تلقائية لم ترفع إلى مستوى خطة مدروسة وبرامج منتظمة شاملة ، تتناول بحث جميع الظروف الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والسياسية.

4- إن إشراك المجتمع بمفهومه الشامل والمتكامل لم يكن وارداً، وهو أمر طبيعي لغياب أو ضآلة استيعاب دور المجتمع في حماية نفسه من الأمراض.

5- أن وزارة الصحة وحدها هي المسؤولة فقط عن فعاليات التنقيف الصحي.

المرحلة الثالثة:

ونتيجة للتطور المذهل الهائل في شتى مجالات الحياة بما فيها المجال الصحي، فإن الصورة هي صورة الصحة والمرض أصبحت شبه كاملة حيث انتقل الإنسان من مرحلة (المتفرج) إلى مرحلة (الرسام) القادر على رسم الخطوط واختيار الألوان التي تحدد معالم وجوده الإنساني الصحي، إذ أن المفهوم الجديد للثقافة الصحية قد تعدى مرحلة نقل المعلومات وإصدار الأوامر، وفي هذه المرحلة كانت نتيجة حتمية لتفجير الطاقات الذهنية للإنسان والتي أحدثت تطورات مذهلة في شتى مجالات الحياة، في العلوم والصحة، الإعلام والتعليم والاتصال والبيئة والقضاء والاقتصاد... وهذا أدى إلى حصول الإنسان على المعرفة العلمية الأكيدة للمسببات المرضية سواء كانت المسببات وراثية أو خلقية أو مكتسبة .

كما حصل الإنسان على المعرفة التامة لطرق العدوى ووسائل التشخيص وطرق المعالجة، والوسائل الوقائية وهذا الأهم، وهنا يبرز الدور الإيجابي الفعال للثقافة الصحية لمنع حدوث الأمراض والمشاكل الصحية.

إن إدراك مثل هذه الحقائق الصحية لم يعد في هذه المرحلة محصوراً على الكوادر الصحية المهنية، ولم يعد المواطن في موقف المتفرج الذي يتلقى النصائح والتوجيهات -والتي كانت أقرب للأوامر- من الكوادر الصحية ليقوم بما يطلب منه فقط . بل أصبح له دور فعال وإيجابي في خلق الصحة وصناعتها أينما وجد: في البيت، الشارع، المصنع، المدرسة، في مكان العمل... وهذا الدور يؤدي -قطعا- إلى منع الأسباب التي قد تولد أوضاعاً غير صحية تضطره لمراجعة المستشفيات والعيادات وهو من المؤكد قادر على منع حصولها.

المطلب الثاني: أهداف الثقافة الصحية

إنّ الهدف من التنقيف الصحي هو مساعدة الناس على تحقيق السلامة والكفاية البدنية والنفسية والاجتماعية بجهودهم الذاتية ولتحقيق هذا الهدف العام لابد من تحقيق الأهداف الآتية:

1- تغيير المفاهيم والقيم السائدة في المجتمع فيما يتعلق بالصحة والمرض وجعل الصحة العامة هدفاً ذو أولوية عند الناس .

2- تغيير عادات واتجاهات وسلوكيات الناس بهدف تعزيز صحة الفرد والأسرة والمجتمع، وخاصة بالنسبة للصحة الأم والطفل والفئات الحساسة الأخرى ذات الاحتياجات الخاصة.

- 3- بناء جسور الثقة بين العاملين في المستشفيات ومراكز الخدمات الصحية وبين المواطنين وتعريف المواطنين بأهداف الخدمات والرعاية الصحية.¹
- 4- الحرص على جعل المحافظة على الصحة والتمتع بها غاية وهدفا يسعى جميع أفراد المجتمع إلى الوصول إليه، وجعل الرقي بالمستوى الصحي مطلباً أساسياً من خلال حرص الجميع على بذل الجهود لتنمية الجانب الثقافي التنظيمي لديهم الاستفادة من خبرات الآخرين خصوصاً المثقفين منهم في المجال الصحي.
- 5- تشجيع أفراد المجتمع وإشراكهم في تنمية وتطوير الخدمات الصحية، من خلال المساهمة الإيجابية في تفعيل دور المؤسسات الصحية وتحسين مستوى الأداء فيها.
- 6- جعل عملية التثقيف الصحي أحد الأركان الأساسية لتنمية المجتمع.
- 7_ التعريف بالأدوار الفعالة التي تقوم بها المؤسسات الصحية الأساسية والمساندة للخدمات الصحية مثل: تقديم المطاعيم الضرورية للوقاية من الأمراض.²

المطلب الثالث: مجالات الثقافة الصحية

من أجل تحقيق أهداف التثقيف الصحي، وخلق وعي وإدراك لدى المواطنين بمسؤولياتهم من أجل المساهمة الفعالة في عملية تحسين وتوفير الشروط الصحية الإيجابية، فإنه ينبغي العمل في جميع المجالات المختلفة المحيطة بالإنسان، وفي جميع أدوار ومراحل تطوره، ومختلف الجوانب الشخصية الحياتية والثقافية والمهنية.

ومن أهم هذه المجالات:³

أ- البيت: حيث يعمل التثقيف الصحي على:

- 1- زيادة الاهتمام بالصحة الشخصية والنظافة العامة، والتغذية الصحية ونظافة الماء ونوعية الملابس وساعات الراحة واللعب ، والنوم والسيهر...
- 2- إتباع أفراد الأسرة لعادات صحية سليمة وعدم ممارستهم عادات صحية سلبية مثل: الشرب من كأس واحد أو استعمال منشقة مشتركة.
- 3- ممارسة أفراد العائلة أسس الوقاية من الأمراض وسرعة معالجة المصاب.
- 4- الاهتمام بصحة البيئة (مكافحة الحشرات، الطرق السليمة لحفظ الأغذية، الإضاءة المناسبة والتهوية الصحية...).

1- أيمن مزاهرة: الصحة والسلامة العامة، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن، 2000، ص 119.

2- أحمد محمد بدح وآخرون: الثقافة الصحية، دار المسيرة، الأردن، 2009، ص 17.

3_المرجع السابق، ص20.

ب- المدرسة: إن المدرسة تلعب دوراً رئيسياً في حياة الطفل وتغيير اتجاهاته وسلوكياته وغرس المبادئ والعادات والسلوكيات المرغوب فيها، فإن المؤسسات العلمية والتربوية بمختلف مستوياتها من الروضة إلى المدرسة إلى الكليات الجامعية المتوسطة، فالجامعة تستطيع دعم ومؤازرة المؤسسات الصحية للوصول إلى أهدافها وتحقيق النجاح في جميع مجالاتها ويكمن دور المدرسة في عملية التنقيف الصحي في ما يلي:

- 1- تعاون المدرسة مع أولياء أمور الطلبة لنقل الثقافة والتوعية الصحية في البيت.
- 2- تعاون المدرسة مع المؤسسة الصحية لعقد ندوات صحية، وتشكيل لجان خاصة للتنقيف الصحي، والعمل على تنظيم معارض بأحدث الوسائل التعليمية التوضيحية الخاصة بالثقافة الصحية.
- 3- قيام الطلبة بنقل الإرشادات الصحية السليمة إلى بيوتهم من خلال النشرات الصحية.
- 4- زيادة الاهتمام بالتربية البدنية والألعاب الرياضية.
- 5- إشراك المعلمين في حملات مكافحة الأوبئة والأمراض السارية اعتماداً على ثقافتهم وكفاءتهم الصحية واستعمالهم للأساليب التربوية الحديثة.
- 6- تعليم الطلبة كيفية مواجهة الحوادث والطوارئ المرضية ومبادئ الإسعافات الأولية، فيعمل على تطبيقها عملياً، وعلى نقلها مجدداً إلى البيت والمجتمع.

ج- المجتمع: تهيأ المجتمعات المتقدمة فرصاً عديدة للثقافة الصحية لأفرادها ومن هذه الفرص النصائح والإرشادات التي يقدمها القائمون على الخدمات الصحية بالمجتمع والبرامج الصحية لتطبيقها في مختلف مجالات المجتمع مثل: (المطاعم، النوادي، المقاهي، المساجد، المعسكرات).

المبحث الثاني: عناصر ومستويات التنقيف الصحي.

المطلب الأول: عناصر الثقافة الصحية.

- الرسالة الصحية: على المعلومة أن تتميز بالصحة والوضوح لتكون مفهومة لدى المتلقي كما أنه من الأفضل أن تتسم بالتشويق لتحقيق الهدف المنشود.
- المثقف الصحي: كما يدعى "المصدر" هو الشخص الحامل للمعرفة والمعلومة كما يميزه توصيل المعلومة بطريقة مقنعة كما عليه أن يكون مؤمناً بالرسالة التي هو بصدد إيصالها، كما يعد حاملاً لمهارات الاتصال وفنونه.
- المستهدف بالتنقيف الصحي (المتلقي): لضمان إيصال الرسالة وتحقيق هدف التنقيف الصحي يجب تحديد درجة فهم المتلقي وثقافته وكذا رغبته في التغيير مع التركيز على حاجته الصحية.

• وسائل التثقيف الصحي: تتنوع وسائل التثقيف الصحي المستخدمة في نشر المعلومات الصحية من وسائل تقليدية نمطية إلى تقنيات عصرية حديثة، وكلما كانت وسيلة الاتصال تفاعلية وتخطب أكثر من حاسة كلما كان التأثير أكبر.¹

المطلب الثاني: مستويات الثقافة الصحية .

• **التثقيف الصحي الأولي:**

يهدف إلى رفع الوعي الصحي والوقاية من الأمراض وتحسين الحياة عن طريق التوجه إلى الأشخاص غير المصابين بالأمراض، وليس لديهم أي عامل خطر ممكن أن يؤدي لإصابتهم على سبيل المثال : التثقيف وتوعية الشباب حول مخاطر المخدرات والإدمان.

• **التثقيف الصحي الثانوي:**

ويوجه إلى الأفراد الذين لديهم عوامل خطورة، لكنهم لم يصلوا بعد إلى مرحلة الإصابة بالأمراض ويوجه لهم التثقيف الصحي بهدف الحماية منها، أو بهدف منع حصولها فعلى سبيل المثال: توجيه الشخص الذي يدخن، ولكنه لم يصب بعد بسرطان الرئة.

• **التثقيف الصحي النهائي:**

يهدف هذا المستوى من التثقيف إلى تمكين المصابين بالإعاقات أو الأمراض المزمنة أو الخطيرة التي لا يرجى شفاؤها من الحد من تفاقم المشكلة، والتعايش مع الأمراض بجميع الإمكانيات الجسدية، والعقلية والنفسية.²

المبحث الثالث : أساليب التثقيف الصحي.

المطلب الأول: الاتصال المباشر وغير مباشر.

أ- الاتصال المباشر:

وتسمى أيضا طرق المواجهة، وبهذه الطرائق يتاح أمام المثقف الصحي فرصة لمقابلة المجموعة المستهدفة من المجتمع وتشمل هذه الطرق:³

- طريقة المحادثة الشخصية، حيث تجري مقابلة وجها لوجه بين المثقف الصحي الذي قد يكون طبيب أو ممرض أو أخصائي اجتماعي أو مساعد صحي أو معلم وبين الشخص المستهدف من عملية التثقيف الصحي ولذي قد ينون مريض أو طالب أو عاملا.

1_ رباب حلاب : مستوى الوعي الصحي وكيفية الحصول على المعلومات الصحية لدى طلبة جامعة محمد بوضياف ، (رسالة ماستر) ، جامعة مسيلة ، 2018 ، ص 39 .

2- شهرزاد نوار، كلثوم قبر: الثقافة الصحية والوعي الصحي: قراءة في المفهوم والدلالة، مجلة التمكين الاجتماعي، المجلد 2، العدد 2، ورقلة، الجزائر، 2020، ص355.

3- أيمن مزاهرة: مرجع سابق، ص 120 .

- دورات (فصول) صحية، حيث يجري عقد دورات حول مواضيع محددة لمجموعات محددة متجانسة من المتدربين، ومن الأمثلة على هذه المجموعات: مشرفات رياض الأطفال، دور الحضانة، مرضى السكري... وهكذا. ويتم بهذه الدورات مناقشة موضوع البحث من خلال الحوار وعرض الوسائل المختلفة.

- الندوات والمحاضرات والاجتماعات وحلقات الدرس والمؤتمرات المتخصصة بالتنقيف الصحي، ومن مميزات طرائق الاتصال المباشر:

1- قابلية هذه الطرائق للتكيف حسب الظروف المتاحة.

2- المشاركة الإيجابية من طرف المتعلمين للمثقفين الصحيين، مما يعني أغناء الطريقة في الأفكار والمواضيع الملائمة.

ب- الاتصال الغير مباشر:

يتم هذا الأسلوب باستخدام وسائل توصل آراء المثقف الصحي إلى الناس مثل: وسائل الإعلام الصحف، الملصقات، الأفلام السينمائية الثابتة والمتحركة، المعارض.

ومن أنواع الاتصال الغير مباشر نجد:¹

أ- المصورات والملصقات:

تشتمل على فكرة واحدة تعلق في أماكن بارزة وواضحة، هدفها تعليم المواطنين أسس الممارسة الصحية السليمة.

ب- الشرائح:

صور شفافة تستخدم في المحاضرات والندوات عن طريق الأجهزة مثل: الأوفرهيد بروج يكثر.

ج - الأفلام الثابتة:

صور وشرائح سينمائية ثابتة متسلسلة في عرضها.

د - الصور الثابتة:

صور شفافة وفوتوغرافية وبيانات وخرائط ورسومات يدوية.

هـ- المعارض:

تشتمل على مجسمات ورسومات ولوحات وأدوات ونماذج تتعلق بقضايا الصحة .

و- الوسائل السمعية والبصرية (المذياع، التلفاز):

1- شعباني مالك: دور الإذاعة المحلية في نشر الوعي الصحي لدى الطالب الجامعي دراسة ميدانية في جامعتي قسنطينة وبسكرة، (رسالة دكتوراه)، جامعة قسنطينة، 2006، ص 199 .

تعتبر من أفضل وسائل الإعلام والتثقيف الصحي لاستخدام غالبية الناس لها، مع ضرورة مراعاة اللغة في الكلمة المنطوقة، والوضوح في الصورة بالإضافة إلى الوقت المناسب لبثها.

ز - المطبوعات:

الكتب، النشرات، الصحف، المجالات، يجب أن تكون معلوماتها بسيطة ومفهومة وأسلوبها شيق حتى يسهل قراءتها واستيعابها.

ح- الأفلام السينمائية المتحركة:

تعتبر من أنجح وسائل الاتصال بالمواطنين وخاصة المنقلة، لما تتضمنه من عناصر جذابة ويفضل أن يكون الفلم ملائماً لبيئة الأفراد وواقعهم، ويفضل أن يقوم المثقف الصحي بالتعليق والشرح لما تم مشاهدته.

المطلب الثاني: الفئات المستهدفة بالتثقيف الصحي.

إن طريقة تنظيم المجتمع إلى مشروعات وفئات مستهدفة هي إحدى طرق التثقيف الصحي ذات الأهداف الجماعية، ولقد عرفت هيئة الأمم المتحدة عملية تنظيم المجتمع بأنه عملية تهدف إلى النهوض بالمجتمع ورعايته عن طريق التعرف على حاجات وموارد المجتمع الصحي لحثها. بهدف إشباع هذه الحاجات مع تنسيق برامج وخدمات المجتمع الصحية لتنسيق بينها لتحقيق الأهداف المرجوة، المتمثلة في النهوض بالمجتمع ورعايته الصحية، وحل مشاكله الصحية. وفي التثقيف الصحي وعند تنظيم المجتمع للفئات هناك أسس يجب مراعاتها أهمها:¹

1- تحديد الحاجات الأساسية والمشاكل الصحية للمجتمع ووضع أولويات لهذه الحاجات والمشاكل ليجرى معالجتها تباعاً وبصورة مناسبة .

2- نشر الوعي الصحي وزرع وتنمية الثقة بين الناس في المجتمع بالقدرة على حل هذه المشاكل، بالتعاون مع المؤسسات المختلفة الموجودة في المجتمع سواء كانت عامة أو خاصة.

3- رصد الصفوف، ورصد الإمكانيات وتأمين الموارد النقدية والعينية وتهيئة البنية التحتية اللازمة في المجتمع المحلي وجلب الدعم الخارجي إذا اقتضت الضرورة ووضع الخطط اللازمة لحل هذه المشاكل بكفاءة عالية.

4- تحفيز الاتجاهات التعاونية بين أفراد وجماعات ومؤسسات المجتمع المختلفة للقيام بالمجهودات اللازمة لحل هذه المشاكل.

الخطوات المتبعة لحل المشاكل الصحية:

- رصد المشكلة أو المشاكل الصحية الواجب معالجتها، والتعرف على طبيعتها وحجمها وخصائصها.
- التوعية والتثقيف الصحي حول هذه المشاكل بحيث يشعر أفراد المجتمع بهذه المشاكل ومخاطرها.

1- أيمن مزاهرة: مرجع سابق، ص121 .

- تشكيل اللجان وفرق العمل اللازمة في المجتمع، لتقوم هذه اللجان بتفهم ومناقشة المشكلة، ومن ثم وضع الخطوات المناسبة لحل المشاكل، ومن ثم تقسم وتوزع الأدوار والجهود اللازمة لحل هذه المشاكل ليتسنى لكل شخص القيام بواجبه بدون تعارض مع الجهود الأخرى.

المطلب الثالث: وسائل الإعلام والتثقيف الصحي.

وسائل الإعلام هيا وسائل يمكن استخدامها لتوصيل ونشر المعلومات والخبرات العلمية والتطبيقية إلى أفراد المجتمع وجماعته، وأن أهم ما يميز هذه الوسائل هو قدرتها على توصيل هذه المعلومات التي يرغب بتوصيلها المثقف الصحي ومؤسسات التثقيف الصحي إلى أكبر عدد من أفراد المجتمع في وقت واحد.

أهم وسائل الإعلام الحديثة حالياً الراديو (الإذاعة) والتلفزيون، الصحف، السينما، والمجلات والدوريات، الكتب، النشرات والملصقات يعاب على هذه الوسائل إنها باتجاه واحد أي أنها لا تفسح مجالاً لمشاركة المتعلم بشكل إيجابي في تخطيط وتوجيه العمل، فالمعلومات تكون قادمة باتجاه واحد من المثقف الصحي إلى المتعلم ولا يوجد طريق معاكس.

ومن العوامل التي تقلل من فاعلية وسائل الإعلام في التثقيف الصحي هي:¹

- 1- عدم وصول هذه الوسائل لجميع الفئات المستهدفة، مثال الفئة غير القارئة لا تستطيع قراءة الصحف، الفئة الفقيرة لا تستطيع شراء تلفاز أو كتاب.
 - 2- وجوب إخراج هذه الوسائل بالشكل الأمثل، من حيث الكتابة والألوان، الصور لتصبح وسائل جاذبة بشكل كاف مما يعني ارتفاع تكلفتها وعدم قدرتها على جذب المتعلمين.
 - 3- عدم قدرة هذه الوسائل على إثارة رغبة جميع المتعلمين، فبعض الناس مثلاً يرغبون بسماع الموسيقى لذلك قد لا يستمعون لبرامج التثقيف الصحي.
 - 4- يجب أن تكون العبارات المنتقاة لا تحمل معاني متعددة، بحيث يسهل فهمها دون إحداث أي لبس، أو منع تغيير معنى الكلام المقصود.
- وهناك وسائل للإيضاح، ووسائل سمعية وبصرية تستعمل لمساعدة طرائق التثقيف الصحي المختلفة، بحيث تعمل على توضيح الرسائل التعليمية المتوخاة، ومن هذه الوسائل المساندة الصور، النماذج المجسمة.

1- أيمن مزاهرة: مرجع سابق، ص122.

المبحث الرابع: خطوات ومراحل تخطيط برامج التثقيف الصحي.

المطلب الأول: مرحلة التبصر.

أساسا هذه المرحلة هي المعلومات التي يجب أن تتولد مع الناس عن أنفسهم باستخدام أساليب جمع المعلومات التشاركية.

إن مرحلة التبصر كخطوة أولى في تخطيط برامج التثقيف الصحي مفيدة، ليس فقط لجمع المعلومات وإنما في تحديد احتياجات الناس الصحية، وهي مرحلة لصيقة بالمرحلة اللاحقة التي كما سنرى تساعد في كشف، وتحديد المشكلات الصحية، وأمام الباحث طرقا وأساليب عديدة له استخدامها في جمع المعلومات، وتحديد الاحتياجات مثل:¹

الأساليب المقابلية: التشريح اللفظي، الكرة الثلجية، تنظيم اللقاءات العامة، مقابلة الأسرة، الففضضة، الروتين اليومي، المقابلة المفتوحة، المحادثة غير الرسمية، المقابلة شبه المغلقة، مقابلة المجموعة، المقابلة الإرشادية، واختصاصيو الموضوع.

الأساليب الجماعية: أسلوب الجماعات ذاتية التشخيص، لعب الأدوار، العصف الذهني، جماعة المناقشة الفرعية، المجموعة الضاغطة، نقاش المجموعة الصغيرة.

الأساليب الملاحظة: الزبون المستقر، الملاحظ المتربص، المعيشة، الملاحظة غير المشاركة، الملاحظة المباشرة، الملاحظة المضبوطة، الملاحظة بالمشاركة، الملاحظة غير المخططة.

الأساليب التحليلية: الاستماع الحر، السرد المرضي، تحليل المحتوى، وسائل الإعلام، تحليل الصور الفوتوغرافية، التحليل الوثائقي، دراسة الحالة، الإسقاط، التتبع التاريخي للحياة.

الأساليب التقليدية: صندوق الاقتراحات والشكاوي، الخطبة التقليدية.

الأساليب المسحية: المسح الأساسي، مسح مستفيديو الخدمة، مسح قطاع سكاني فرعي، المسح السكاني العام، استطلاع الرأي العام، الاستقصاء السريع.

المطلب الثاني: مرحلة حصر المشكلات الصحية الخطيرة.

يجب التأكد بشكل لا يقبل الشك أن أهالي المكان الذي سيجري فيه عملية التثقيف حاضرون ويندرجون فكريا وتشاركيا في التعرف إلى مشكلاتهم الصحية، وهذه المرحلة هي امتداد تعليمي لمرحلة التبصر وعلى المخططين التأكد من أن الأهالي هم الذين بدؤوا بتصنيف المشكلات وأعطوا الحرية الكاملة لترتيبها حسب أولويتها (المشكلات الصحية الأكثر إزعاجا لا تلك التي نراها نحن كمتفقين)، حيث يتم تكثيف الانتباه على مشكلة واحدة، حيث يشعر الناس أنفسهم بخطورتها ثم البدء بوضع الأهداف المرجو تحقيقها بما في ذلك تحديد الجمهور المستهدف، ورسم البرنامج الزمني للتنفيذ بما يتلاءم وظروف الناس، وتعيين مكان التنفيذ الذي يرتاح فيه الناس، كما تشمل هذه الخطوة تحديد

1- شعبان مالك: مرجع سابق، ص 210.

الكفاءة المالية إن لزم الأمر ذلك، أما في خطوة توفير الموارد البشرية والمادية تدخل تحت هذه الخطوة عناصر فرعية منها تعيين مصدر التثقيف، والتدريب، والذي ينصح أن نجده من بين الناس والمجتمع المحلي بالدرجة الأولى، فإن لم يوجد بحثنا عنه خارج حدود مجتمعنا المحلي، كما تشمل هذه المرحلة توفير ما يلزم من وسائل معينة لنقل المعرفة التثقيفية كالصور والرسومات وغيرها، والتي تكون مؤثرة إذ ما انبثقت من واقع الناس، وشاركوا بأنفسهم في صنعها ودرّبوا على عملها وإنتاجها.

المطلب الثالث: تنفيذ البرنامج التثقيف الصحي.

أ- تنفيذ البرنامج التثقيفي:

بعد وضع الخطة تأتي مرحلة التنفيذ، وفي هذه المرحلة يقوم المثقف بتطبيق ما خطط له، بكل المراحل فعلى المثقف أن يكون ذكي في عملية التنفيذ، فمن الممكن أن يرسم خطة لكن في الواقع العلمي لا يمكن تنفيذها كما هي، أو تضطره الظروف إلى حذف بعض الأمور وزيادة¹. أشياء أخرى أثناء مرحلة التنفيذ، فعليه التحلي بالمرونة خاصة إذا حدثت ظروف مفاجئة.

ب- التقييم والمتابعة:

تهدف هذه الخطوة إلى معرفة التقدم الذي حدث ومدى تحقيق الأهداف، وهي ليست خطوة مقصورة على نهاية البرنامج، بل هي عملية مستمرة منذ بداية التنفيذ وبعض الأحيان قبله.

- التعرف على الطرق والوسائل التي تم إتباعها في تنفيذ مشروع التربية الصحية ومعرفة السلبيات والإيجابيات التي صاحبت التنفيذ وأسباب النجاح والتنفيذ.²
- تعديل الخطة إذا احتاج الأمر حتى تصل الأهداف التي يسعى إليها في المرة القادمة.
- معرفة الصعوبات والمعوقات وكيفية التغلب عليها.

1- شعباني مالك: مرجع سابق، ص 211.

2- المرجع السابق، ص 212.

خلاصة:

استنادا لما سبق يمكن القول أن الثقافة الصحية هي الوسيلة لعيش حياة صحية سليمة تحمي الأفراد من التعرض للأمراض، وذلك باعتبارها مجموعة من مجموعة من الوسائل والطرق المدروسة بشكل جيد ومفصل تعمل على تغيير سلوكيات الأفراد الخاطئة، عن طريق خطوات مضبوطة بحيث تشمل جميع أفراد وفئات المجتمع.

الفصل الثالث

الثقافة الصحية والتنمية الاجتماعية

تمهيد

المبحث الأول : مقومات التنمية الاجتماعية

المطلب الأول : مقومات التنمية الاجتماعية وعناصرها.

المطلب الثاني : أهداف التنمية الاجتماعية وأهميتها.

المبحث الثاني : نماذج ومعوقات التنمية الاجتماعية.

المطلب الأول : نماذج التنمية الاجتماعية.

المطلب الثاني : معوقات التنمية الاجتماعية.

المبحث الثالث : الصحة والتنمية الاجتماعية.

المطلب الأول : التأمين الصحي للعاملين والتنمية الاجتماعية.

المطلب الثاني : الثقافة الصحية ورعاية الأمومة والطفولة.

المطلب الثالث : الثقافة الصحية وتنظيم الأسرة.

خلاصة

تمهيد :

تلعب الصحة في عملية التنمية دورا بارزا حيث أنها تعتبر ضرورة لمواجهة الاحتياجات الإنسانية فضلا عن دورها وأهميتها بالنسبة للتنمية الاجتماعية. فلا يمكن فهم الصحة بمعزل عن العوامل الأخرى المتصلة بعملية التنمية، حيث أنها تؤثر على العوامل الاجتماعية والاقتصادية المختلفة كما تتأثر هي ذاتها بهذه العوامل والتي تتمثل في الدخل ومستويات المعيشة والتغذية.

المبحث الأول : مقومات التنمية الاجتماعية

المطلب الأول : مقومات التنمية الاجتماعية وعناصرها.

أ/ مقومات التنمية الاجتماعية

تتلخص مقومات التنمية الاجتماعية الآتي:¹

- 1- إشراك أعضاء البيئة المحلية في التفكير، والعمل على وضع وتنفيذ البرامج التي تهدف إلى النهوض بهم وذلك عن طريق إثارة الوعي بمستوى أفضل من الحياة تتخطى حدود حياتهم التقليدية، وعن طريق إقناعهم بالحاجات الجديدة، وتدريبهم على استعمال الوسائل الحديثة في الإنتاج، وتعويدهم على أنماط جديدة من العادات الاقتصادية والاجتماعية مثل: الادخار والاستهلاك.
- 2- تكامل مشروعات الخدمات والتنسيق بين أعمالها بحيث لا تصبح متكررة أو في حالة تضاد، وأيضاً إحداث هذا التكامل بين المشروعات التي أقيمت أساساً لحل وعلاج مشكلات المجتمع.
- 3- الإسراع بالوصول إلى النتائج المادية الملموسة ذات النفع العام للمجتمع ويرى بعض العاملين في ميدان التنمية الاجتماعية أن يكون المدخل إلى هذا الميدان ممثلاً في برامج تتضمن خدمات سريعة النتائج كالخدمات الطبية والإسكانية وإذا حدث وبدأ المخطط بوضع مشروعات إنتاجية في خطته الإنمائية، فيجب اختيار تلك المشروعات ذات العائد السريع، وقليلة التكاليف والتي تسد في الوقت نفسه حاجة اجتماعية قائمة.

- وترجع هذه القاعدة إلى عامل جوهري هام في العمل الاجتماعي وهو كسب ثقة أبناء المجتمع، ولا يمكن الحصول على الثقة بدون أن يشعر أبناء المجتمع بأن هناك فائدة أو منفعة ملموسة يحصلون عليها من إجراء إقامة مشروع اجتماعي أو اقتصادي في مجتمعهم.
- إنّ الثقة في فعالية برامج التنمية الاجتماعية مطلب ضروري وجوهري لإنجاحها. والعقبة التي يواجهها المسؤولون عن التنمية الاجتماعية تكمن في مقاومة المجتمع المحلي للأفكار الجديدة.
- 4- الاعتماد على الموارد المحلية للمجتمع سواء كانت مادية أو بشرية. ويؤدي ذلك إلى نفع اقتصادي من حيث أن يقلل من تكلفة المشروعات ويعطيها مجالاً وظيفياً أوسع.

ب/ عناصرها:

إنّ التنمية هي عملية لإحداث تغييرات جذرية وشاملة في أبنية المجتمع الاجتماعية والاقتصادية والثقافية، بهدف إقامة مجتمع حضاري قادراً على إشباع احتياجات أفرادهِ وحل مشكلاتهم وتحقيق مستويات معيشية مرضية لهم، فالتنمية الاجتماعية هي تطوير وتنمية العلاقات الشاملة التي يتم تبادلها بين الأفراد للنهوض بالمجتمع وتطوره.

1_أحمد مصطفى خاطر : مرجع سابق، ص ص31_32.

وتحقيق ذلك يتطلب ضرورة توافر عناصرها وأسس يمكن الاعتماد عليها لتحقيق التنمية وهي تتمثل في:¹

- التغيير البنائي.
- الدفعة القوية .
- الإستراتيجية الملائمة.

وفيما يلي سوف نستعرض هذه العناصر بإيجاز على النحو التالي:

1/التغيير البنائي:

إنّ مفهوم البناء الاجتماعي يعني تصور المجتمع كوحدة متكاملة متماسكة تتمتع بدرجة عالية من الاستمرار في الوجود، ولكنها تنقسم في الوقت ذاته من الداخل إلى عدد من الوحدات الصغيرة المكونة له والتي تتفاعل معا وتتساند وظيفيا بطريقة تكفل المحافظة على كيان المجتمع واستمرار بنائه.

ويرى "لوري نلسون" أن البناء الاجتماعي يتضمن العناصر التالية:²

- مختلف نماذج الجماعات التي ترتبط بعلاقات متبادلة وتحكمها معايير معينة .
- مختلف نماذج الأدوار الاجتماعية داخل النسق العام أو الجماعات الفرعية المكونة له.
- المعايير المنظمة التي تحكم الجماعات الفرعية والأدوار .
- القيم الثقافية.

والتنمية في حقيقة الأمر لا يمكن أن تتم أو تحدث بمعزل عن البناء الاجتماعي والاقتصادي في المجتمع، وبعض النظريات تنظر للتنمية على أنها هدم للبناء الاجتماعي القديم وإنشاء وإقامة بناء اجتماعي جديد، ومن الناحية العلمية فإن البناء الاجتماعي لا ينهار فجأة ولكن تغير وتحويل البناء الاجتماعي يتم بشكل تدريجي وتختلط عناصره القديمة بعناصره الجديدة. ويأخذ الأمر زمنا طويلا حتى تتضح معالم البناء الاجتماعي الجديد مع الأخذ في الاعتبار أن خصائص البناء الاجتماعي القديم هي التي أفرزت وخلقت بعض القوى الاجتماعية التي طالبت بالتغيير، وبالتالي اتخذت التنمية وسيلة وأداة لإعادة تكوين بناء المجتمع. والتغيير البنائي يرتبط بالتنمية الاجتماعية والاقتصادية، وليس من المتصور إطلاقا أن تحدث التنمية الاجتماعية في مجتمع متخلف دون أن يتغير البناء الاجتماعي لذلك المجتمع.

1- طلعت مصطفى السروجي وآخرون: التنمية الاجتماعية المثال والواقع، مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعي، مصر، 2001، ص 65.

2- المرجع السابق، ص 67.

وتغيير البناء الاجتماعي وتحوله من شكله التقليدي إلى شكله الحديث المعاصر يتسم بخصائص اجتماعية وثقافية واقتصادية تشكل له في الغالب صعاب وعقبات تحد من حركته نحو التنمية، ومن أهم هذه الخصائص ما يلي:¹

- انهيار البناء الاجتماعي الطبقي التقليدي وعدم تكامل البناء الاجتماعي الجديد .
- ارتفاع معدل التحضر .
- النمو السكاني السريع .
- صراع الأجيال وظهور بعض المشكلات الاجتماعية الحادة .
- تغير مواقف الناس نحو بعض القيم والعادات والتقاليد القديمة .
- غلبة الطابع الزراعي التقليدي على النشاط الاقتصادي .
- ارتفاع نسبة المشتغلين في القطاعات غير الإنتاجية .
- سيطرة المؤسسات الصغيرة .
- ظهور الصناعات الحديثة إلى جانب الصناعات التقليدية .
- تعايش أنماط النشاط الاقتصادي التقليدي والحديث .
- وضع اقتصادي جديد للفئات والشرائح الاجتماعية .

والتغير البنائي الشامل ذو فاعلية وعمق يصل إلى مستوى الفرد والجماعة والمجتمع، بمعنى أنه يشعر به، ويؤثر في حياة كل أفراد المجتمع وفي كل علاقاتهم الاجتماعية . ويقصد بالتغيير البنائي ذلك النوع من التغيير الذي يستلزم ظهور أدوار وتنظيمات اجتماعية جديدة، تختلف اختلافا نوعيا عن الأدوار والتنظيمات القائمة في المجتمع، ويقضي هذا النوع من التغيير حدوث تحول كبير في الظواهر والنظم والعلاقات السائدة في المجتمع. وتتمثل أبرز التغييرات البنائية فيما يلي:²

1- التغيير في المراكز والأدوار الاجتماعية داخل الجماعة أو المجتمع:

من أهم التغييرات التي يمكن قياسها في مجال المراكز الاجتماعية، مكان الإقامة، والمركز الزواجي والعائلي، المستوى التعليمي، المستوى المهني، مستوى الدخل، أنواع الملكية... إلخ. وأيضاً قد تتغير المراكز من قيامها على أساس الميراث وعلى أساس عوامل لا دخل للإنسان فيها، إلى قيامها على أساس العمل والإنجاز الشخصي، وكذلك قد تظهر أدوار جديدة لبعض قطاعات المجتمع كالمرأة نتيجة لتعليمها وخروجها للعمل.

1- طلعت مصطفى السروجي وآخرون، مرجع سابق، ص 68.

2- المرجع السابق، ص 69_70.

2- التغيير في القيم الاجتماعية:

يعد التغيير في بناء المعايير والقيم من أهم التغييرات البنائية داخل المجتمع، والقيم المقصودة هنا ليست القيم المجردة، ولكن القيم التي تؤثر مباشرة على مضمون الأدوار والعلاقات الاجتماعية.

يوضح "جونسون" بعض الأمثلة للتغييرات القيمية ممثلة في الحالات الآتية:

- عند التحول من المجتمع الإقطاعي إلى المجتمع الصناعي، فقيم المجتمع الإقطاعي (الأرض، النبالة...) تختلف عن قيم المجتمع الصناعي (الإنتاج، رأس المال، والعمل والنجاح).

- كذلك قد يتحول المجتمع من تقييم الأشخاص على أساس معايير ذاتية كالطبقة أو الطائفة أو القبيلة... إلى التقييم على أساس معايير موضوعية كالمهارة والتعليم والجهد...إلخ.

3- التغيير في النظم الاجتماعية:

ويقصد بها التغيير في البناءات المحددة كالأدوار والتنظيمات ومضامين الأدوار والتغيير في النظم الاجتماعية داخل المجتمع.

- كالتحول من نظام تعدد الأزواج والزوجات إلى أحادية الزوج والزوجة .

- التحول من النظام الملكي إلى النظام الجمهوري .

- التحول من النظام الإقطاعي إلى النظام الرأسمالي أو الاشتراكي.

ويحدث التغيير في البداية على مستوى فردي، ثم تتزايد أهميته مع تكاثر عدد الأفراد والجماعات الآخذة به.

ويحدث التغيير في الأدوار والمعايير في النظم في حالتين:

الحالة الأولى: إذا تم استحداث أدوار ومعايير جديدة داخل المجتمع، كما هو الحال في استحداث دور الطبيب أو المهندس أو المدرس داخل مجتمع بدائي أو تقليدي.

الحالة الثانية: تتمثل في تغيير التركيز النسبي على بعض الأدوار والمعايير مثل: التركيز على أهمية العمل اليدوي بعد أن كان ينظر إليه على أنه عمل محتقر.

4- التغيير في العلاقات الاجتماعية:

مثل: تغير علاقة الزوج بالزوجة، أو علاقة العامل بصاحب العمل نتيجة استحداث تنظيمات عمالية جديدة. والواقع أن التغيير في العلاقات الاجتماعية أمر متضمن في تغير النظم.

ومما سبق: فإن التنمية يمكن أن تحدث تغيرات في البناء الاجتماعي من حيث مكوناته من شرائح وجماعات تقليدية إلى جماعات اجتماعية أخرى، يبدو أنها ذات أثر فعال في مسيرة النمو والتنمية من الجماعات التقليدية التي فقدت مكانتها ، وتصبح للجماعات الجديدة دور ووظيفة مهمة في مستقبل البلاد النامية باعتبارها أداة لتحريك عمليات التنمية وتنشيط الحراك على نطاق واسع، وأبناء

هذه الجماعات قفزوا إلى المواقع الاجتماعية والمهنية في مجتمع التنمية بفضل ما يتمتعون به من مؤهلات وكفاءات فردية.

2/ الدفعة القوية:

يرى "بول روز نشتاين رودان" في نظريته "الدفعة القوية" أن القضاء على التخلف في الدول النامية لا يمكن أن يتحقق إلا عن طريق دفعة قوية، وربما سلسلة من الدفعات القوية يمكن عن طريقها الخروج من إطار الركود، كما يؤكد أن سلسلة من الدفعات الصغيرة المتتالية لا تؤدي إلى نفس النتيجة ولا تسمح بالقضاء على التخلف، حيث يرى أن تجزئة مشروعات رأس مال الاجتماعي وإقامتها تدريجياً تحول دون إمكان الاستفادة منها، ومن ثم يعتبر تبديداً للموارد النادرة التي يملكها المجتمع.

والحكومات في البلاد النامية مسؤولة إلى حد كبير عن إحداث الدفعة أو الدفعات القوية، التي تمتلك إمكانيات التغيير، وهي المسؤولة عن ضمان حد أدنى لمستويات المعيشة للأفراد. إن القضاء على التخلف في الدول النامية يحتاج إلى دفعة قوية وربما سلسلة من الدفعات القوية، تتمثل بصفة أساسية في تخصيص قدر كبير من الاستثمارات لإقامة الهياكل الأساسية وإنشاء عدد كبير من المشروعات المتكاملة.

ويمكن أن تتمثل الدفعات القوية فيما يلي:

- **الدفعة القوية في المجال الاجتماعي:** بإحداث تغييرات تقلل التفاوت في توزيع الثروات والدخول بين المواطنين، بتوزيع الخدمات توزيعاً عادلاً بين الأفراد.
- **الدفعة القوية في تنمية الموارد البشرية:** حيث أن خطط التنمية لا يمكن أن تحقق من غير قوة العمل المدربة والماهرة التي تستطيع أن تغطي إحتياجات التنمية في مجالات العمل المتشعبة، وتتحقق من خلال تقصير فترات التعليم والتدريب بما يؤدي إلى خفض النفقات وتحقيق عائد سريع بشرط ألا يؤثر ذلك على مستوى الكفاءة المطلوبة.
- **الدفعة القوية في محاربة الأمية:** بين الكبار عن طريق تعبئة كافة الطاقات والإمكانات الموجودة في المجتمع، والاستعانة بالشباب المتعلم وتجنيدهم في حملات محو الأمية في مختلف القطاعات الوظيفية والجغرافية بالمجتمع والاستفادة بوسائل الإعلام في إعداد برامج محو الأمية.
- **الدفعة القوية في القضاء على ظاهرة الثنائية الإقليمية:** والتي تتمثل في وجود هوة كبيرة وامتزاجية بين المناطق الريفية والحضرية داخل المجتمع الواحد، وذلك من خلال توفير الخدمات الأساسية للمناطق الريفية وخاصة الخدمات الوقائية مثل: تزويد القرى بمياه الشرب النقية وبالمرافق الصحية الضرورية، وتجنيد الحملات القوية للقضاء على الأمراض المتوطنة واستئصال مسبباتها.

ومما سبق فإن المجتمع بحاجة إلى مزيد من الدفعات القوية في مختلف المجالات حتى تتحقق التنمية المنشودة ومنها على سبيل المثال:¹

- دفعة قوية في مواجهة الفقر وحماية الفئات الفقيرة من خلال توفير شبكات الأمان الاجتماعي والمشروعات المختلفة التي تدعم الفقراء وتساعدهم على توفير متطلبات الحياة الكريمة.
- دفعة قوية في مواجهة مشكلات التزايد السكاني الحاد من خلال الاستفادة بكافة وسائل الإعلام والأجهزة المجتمعية المختلفة التي تثير وعي المواطنين بالمشكلة السكانية وتأثيرها على المجتمع، وتدعو لإعادة توزيع السكان على الحيز السكاني.
- دفعة قوية في إجراء الدراسات والبحوث العلمية والاستفادة من نتائجها في الوصول إلى قرارات تنموية تعكس واقع المجتمع واحتياجاته الفعلية ومشكلاته القائمة، وتضع التصور بالحلول المناسبة. ونود أن نشير في هذا المجال إلى أن الدفعة القوية التي تحدث في المجال الاقتصادي والتي لا تصاحبها دفعة قوية مماثلة في المجال الاجتماعي يترتب عليها فجوة ثقافية كبيرة ومشكلات اجتماعية أقل إضرارها مقاومة التغيير بشكل يهدد نجاحه وضعف فاعليته، ولذا فإنه من الضروري إيجاد نوع من التوازن والتكامل بين الجانب الاقتصادي والاجتماعي بحيث تخرج الخطط متكاملة في وظيفتها متوازنة في أهدافها ومتفاعلة نحو هدف مشترك.²

3 / الإستراتيجية الملائمة:

يقصد بها الإطار العام أو الخطوط العريضة التي تترسمها السياسة الإنمائية في الانتقال من حالة التخلف إلى حالة النمو الذاتي.³

ومن مستلزمات السياسة الاجتماعية السليمة أن تكون هناك خططا إستراتيجية تساعد على تعيين الأهداف الكبرى والمعالم الرئيسية، أما الخطط التكتيكية فإنها تنشأ لمواجهة المواقف العملية والتصرف في هذه المواقف سواء أكانت متوقعة أو غير متوقعة تصرفا سليما، وينبغي أن تقوم إستراتيجية التخطيط للتنمية الاجتماعية على أساس التكامل والتوازن بين التنمية الاقتصادية والاجتماعية بحيث يكون واضحا للمخططين أن التنمية الاجتماعية لها وظيفتان أساسيتان تفرقان

1- طلعت مصطفى السروجي وآخرون، مرجع سابق، ص 71 .

2- هناء حافظ بدوي: التنمية الاجتماعية رؤية واقعية من منظور الخدمة الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2015، ص 94.

3- عبد الباسط محمد حسن: التنمية الاجتماعية، المطبعة العالمية، القاهرة، 1970، ص 120.

بالتنمية الاقتصادية احدهما التغيير الاجتماعي للتنمية وأخرى تنمية الموارد البشرية، وتتوقف الإستراتيجية على عديد من الاعتبارات أهمها:¹

- طبيعة الظروف الاجتماعية والاقتصادية والسياسية السائدة في المجتمع.
- الأهداف المرجو تحقيقها والمنشودة من عملية التنمية.
- المعايير والأسس التي تحددت على ضوءها أولوية تلك الأهداف.
- الأساليب والوسائل المتبعة في تحريك عجلة التنمية.
- الفترات الزمنية اللازمة لإنجاز الأهداف.
- القطاع أو القطاعات ذات الأولوية في عملية التنمية.
- الأساليب التخطيطية المتبعة لتحقيق التنمية.

ويُلاحظ أنّ الأهداف الاجتماعية التي تصنف عليها معظم الخطط في البلاد النامية هي توفير فرص العمل لإعداد المتزايد للسكان وتقليل التفاوت في توزيع الثروة، ومن الضروري لنهضة التنمية الاجتماعية ونجاحها أن تتحول إلى برامج تفصيلية محددة تحديدا كليا واضحا حتى يمكن تنفيذها على جميع المستويات وفي حدود زمنية معينة. كذلك فإنه عند تحديد دور الحكومة ودور المجتمعات، الجهود الأهلية والتطوعية في عمليات التنمية في البلاد النامية وترتيبها حسب أولوياتها وفي ضوء السياسة العامة للدولة.

المطلب الثاني: أهداف التنمية الاجتماعية وأهميتها.

أ- أهداف التنمية الاجتماعية.

تُشير كثير من الدراسات وتقارير المنظمات الدولية أن الهدف النهائي للتنمية هو تحسين مستوى الإنسان بما يوسع قاعدة الانتفاع من الخدمات، كما أن بين أهدافها أيضا محاربة المزايا التي لا مبرر لها والثروة التي يتمتع بها البعض بينما الظلم الاجتماعي يقع على الأغلبية، أي أن التنمية الاجتماعية تهتم برفاهية الإنسان والعدل الاجتماعي وذلك عن طريق الأهداف التالية:²

- 1- استغلال الموارد المتوفرة والتي يمكن إتاحتها.
- 2- دفع الأفراد والجماعات والمجتمعات باستمرار لتحقيق التقدم الاجتماعي والاقتصادي.
- 3- إجراء عملية تغبر مقصود وموجه نحو إشباع الحاجات الإنسانية وتوجيه هذا التغيير والتحكم في متضمناته واتجاهاته في كل عناصر المجتمع.

1- صلاح العبد: خبرات تنموية في المجتمعات المستحدثة في العالم العربي، مجلة تنمية المجتمع، العدد 6، القاهرة، نوفمبر - ديسمبر، 1977، ص 80.

2- فيصل محمود الغرابية: أبعاد التنمية الاجتماعية العربية في ضوء التجربة الأردنية، دار يافا العلمية للنشر والتوزيع، الأردن، عمان، 2010، ص 80_83.

بعد أن أوضحنا أن التنمية الاجتماعية عبارة عن عمليات تغيير اجتماعي تلحق بالبناء الاجتماعي ووظائفه، وإنها تسعى إلى بناء اجتماعي جديد يمكن عن طريقه إشباع الحاجات الاجتماعية للأفراد.

حيث نجد أن المدخل التقليدي قد حدد الحاجات الاجتماعية -من وجهة نظر فردية محضة- فلاحتياجات الأساسية التي تلزم للفرد تنقسم إلى احتياجات بيولوجية لازمة لتكوين الجسم ونموه وحمايته والمحافظة عليه ليمارس عمله بانتظام كالغذاء والكساء والمسكن، واحتياجات نفسية لازمة للإنسان ليعيش في أمان مع نفسه ومع الآخرين متحررا من كل الضغوط النفسية كالشعور بالأمن والطمأنينة والراحة النفسية، واحتياجات اجتماعية لازمة للإنسان لتكوين علاقات اجتماعية سليمة مع غيره من الأفراد، وليعيش متوافقا مع المجتمع بقيمه ونظمه ومؤسساته كالتهليم والترويح والامتنال للمعايير والقيم الدينية والخلقية.

ولكن الأجر بالذكر في تحديد الاحتياجات الاجتماعية هو في النظر إلى الاحتياجات أو المتطلبات الاجتماعية. فعن طريق إشباع تلك الاحتياجات المجتمعية يمكن الوفاء باحتياجات الأفراد والجماعات.... والهيئات الحكومية المختلفة حينما تحاول تقديم خدمات معينة تعليمية أو تروحية أو دينية للأفراد.

إنما تفعل ذلك عن طريق المؤسسات التعليمية أو التروحية أو الدينية. ولتحديد الاحتياجات المجتمعية يمكن الرجوع إلى النظم الاجتماعية التي تقوم في المجتمع.

فكل نظام اجتماعي يقوم أساسا حول إشباع حاجة أو مجموعة من الحاجات الاجتماعية الأساسية للإنسان. وهذه الأنظمة التي تنتظم حولها الحاجات الاجتماعية الأساسية هي:¹

1- النظام الاقتصادي: يشبع الإنسان إلى العمل والتملك والإنتاج والتوزيع والاستهلاك.
2- النظام الأسري: يشبع حاجة الإنسان إلى المحافظة على النوع واستمرار نوع من العلاقات التي تقوم على المحبة والتعاون.

3- النظام الديني: يشبع حاجة الإنسان إلى الاعتقاد بوجود قوة عليا منظمة للكون مما يمنح الإنسان الطمأنينة ويساعده على أن يعيش في أمان مع نفسه ومع الآخرين .

4- النظام السياسي: يشبع حاجة الإنسان إلى الأمن والحماية الاجتماعية وضمان حقوقه الأساسية كحق الملكية والعمل والتعبير عن رأيه.

5_ النظام التعليمي (التربوي): يشبع حاجة الإنسان إلى التهليم والاندماج في الجماعات التي يحيا فيها متفهما لأساليبها وأنظمتها.

1- فيصل محمود الغرابية، مرجع سابق، ص 81.

6- النظام التروحي: يشبع حاجة الإنسان إلى الاستمتاع بوقت فراغه وتجديد حيويته ، عن الضغوط التي يقابلها في حياته.

7- النظام الأخلاقي: يشبع حاجة الإنسان إلى الامتثال للمعايير المرغوبة فيها في ظل إطار قيمي يرتضيه المجتمع.

8- النظام الجمالي والتعبيري: يشبع حاجة الإنسان إلى الخلق والإبداع والابتكار.

9- نظام الرعاية الاجتماعية: يشبع حاجة الإنسان إلى العيش متكيفا مع غيره من الأفراد، ورغباته في أن يكون له دور إيجابي في الجماعات التي يشبع حاجة الأشخاص غير العاديين إلى الرعاية الخاصة حتى يعيشوا متوافقين مع الظروف الاجتماعية المحيطة بهم.

وبالنظر إلى الحاجات التي تركز حولها النظم الاجتماعية نجدها كما يلي¹:

- الحاجة إلى العمل والتملك والإنتاج والتوزيع والاستهلاك.
- حاجة الإنسان إلى العيش في مناخ أسري تتوفر فيه العلاقات الأولية الطبية ويسود فيه الحب والفهم المتبادل .
- حاجة الإنسان إلى الاعتقاد بوجود قوة تمنحه الطمأنينة والأمان.
- حاجة الإنسان إلى الحماية الاجتماعية، وضمان حقوقه الأساسية دون أن يعتدي عليها إنسان آخر وحاجته إلى التعبير عن رأيه والمشاركة في المسائل السياسية التي تهمه.
- حاجة الإنسان إلى التعليم والاندماج في الجماعات التي يحيا فيها متفهما لأساليبها وأنظمتها ومتكيفا مع ما تحدده من معايير.
- حاجة الإنسان للامتثال للمعايير الخلقية في ظل إطار قيمي يحدده المجتمع.
- حاجة الإنسان إلى الاستمتاع بصحته وتجديد حيويته ونشاطه والترويج عن نفسه .
- حاجة الإنسان إلى الابتكار والخلق والإبداع .
- حاجة الفئات الخاصة في المجتمع إلى نوع خاص من الرعاية يكفل لها العيش في توافق وانسجام مع المجتمع.

ب- أهمية التنمية الاجتماعية:

تمثل التنمية أهمية خاصة وضرورة حيوية لكل من الأفراد والمجتمع نفسه للاعتبارات التالية:²

1- يشعر الأفراد في ظل التنمية الاجتماعية وجود الدولة حيث إن الرعاية تساهم في تحقيق معنى الدولة، وهي تؤكد في نفوس الأفراد الشعور بالوجدان الجمعي، لأن الدولة لا تكتسب كيانها الحقيقي إلا إذا ارتبط مواطنوها بوعي جمعي وحساسية جماعية .

1- فيصل محمود الغرابية، مرجع سابق، ص 82.

2- المرجع السابق، ص 68.

2- تظهر أهمية التنمية الاجتماعية في تحقيق الأمان في المجتمع وضمان استقامته وعدم جنوحه على مبادئ هدامة تشيع الفرقة بين أفرادها.

3- تشكل التنمية الاجتماعية عاملاً من عوامل تحقيق الالتقاء بالإنسانية ومعاييرها وتقريب وجهات النظر بين مختلف دول العالم.

4- تغرس التنمية الاجتماعية في أفراد المجتمع فضائل روحية من شأنها الرقي بوعي المجتمع. ولا يتحقق للتنمية الاجتماعية كعملية مقومات النجاح ما لم تستجمع العناصر التي تتمثل في تغيير ينبثق عن دفعة قوية وذلك على أساس إستراتيجية ملائمة، تراعي توفر ما يلي:¹

- **التغيير البنائي:** هو ذلك النوع من التغيير الذي يستلزم ظهور أدوار ومنظمات اجتماعية تختلف اختلافاً نوعياً عن التنظيمات القائمة في المجتمع، إضافة إلى حدوث تحول كبير في الظواهر والنظم والعلاقات السائدة في المجتمع.

- **الدفعة القوية:** لابد للخروج من التخلف من حدوث دفعة قوية ليتسنى التغلب بمقتضاها الخروج من حالة الركود، وهي ضرورية لإحداث تغييرات كيفية في المجتمع، بدءاً من المشروعات الحيوية التي تهتم الناس.

- **الإستراتيجية الملائمة:** التي تمثل الإطار العام لصورة الانتقال من حالة التخلف إلى حالة النمو الذاتي ومن مستلزمات السياسة الاجتماعية السليمة أن تكون هناك خطاً إستراتيجية تساعد على تعيين الأهداف الكبرى والمعالم الرئيسية، أما الخطط التكتيكية فإنها تنشأ لمواجهة المواقف العملية والتصرف في هذا الموقف سواء أكانت متوقعة أو غير متوقعة تصرفاً سليماً.

وينبغي أن تقوم إستراتيجية التخطيط للتنمية الاجتماعية على أساس التكامل والتوازن بين التنمية الاقتصادية والاجتماعية، بحيث يكون واضحاً للمخططين أن التنمية الاجتماعية لها وظيفتان أساسيتان تختصان بالتنمية الاقتصادية إحداهما التغيير الاجتماعي للتنمية والآخر تنمية الموارد البشرية.

المبحث الثاني : نماذج ومعوقات التنمية الاجتماعية.

المطلب الأول : نماذج التنمية الاجتماعية.

يؤكد المفكرون على أن التنمية الاجتماعية عملية تغيير حضاري في طبيعة المجتمعات التقليدية، تتناول أفاقاً واسعة من المشروعات التي تهدف إلى خدمة الإنسان وتوفير الحاجات المتصلة بعمله ونشاطه ورفع مستواه الثقافي والصحي والفكري والروحي. وهذه التنمية تعمل بصورة عامة على استخدام الطاقات البشرية من أجل رفع مستوى المعيشة، ومن أجل خدمة أهداف التنمية.²

1- فيصل محمود الغرابية، مرجع سابق، ص 69.

2- إحسان محمد الحسن: موسوعة علم الاجتماع، الدار العربية للموسوعات، بيروت، 1999، ص ص 172_173.

تقوم التنمية الاجتماعية على تفاعل مجموعة محاور أساسية، تتمثل في السياسة والكفاية الاقتصادية والتماسك الاجتماعي وحقوق الإنسان والقيم الثقافية، كحزمة مترابطة متماسكة عضويًا، لا يمكن فصلها عن بعضها، خوفاً من الوقوع في خلل التباين، إذ تتفاعل مع بعضها بعضاً بشكل دائم وظاهر وبناتج ملموسة، فإذا أهمل أحدهما اختل التوازن وظهرت نقاط الضعف، وانعكست نتائجها بشكل واضح ومؤثر على المجتمع.

حيث نجد العديد من كتابات ودراسات في الفكر الاجتماعي نماذج تنمية المجتمعات المحلية

في ثلاث نماذج رئيسية هي كالتالي:¹

أ/ النموذج التكاملية: (Integration type)

تمثل في مجموعة البرامج التي تطبق على المستوى القومي، والتي تشمل كافة القطاعات الاقتصادية والاجتماعية، وكذلك تشمل كافة المناطق الجغرافية في الدولة (حضر، ريف، صحراوية)، أي أن النموذج التكاملية هو الذي يشمل البرامج التي تحقق التوازن الإنمائي على المستويين القطاعي والجغرافي، والتي تحقق أيضاً التنسيق والتعاون بين الجهود الحكومية المخططة، الجهود الشعبية المستشارة ويقوم هذا النموذج على أساس استحداث وحدات إدارية وتنظيمية جديدة، بغرض توفير مؤسسات التنمية داخل المجتمعات المحلية والتي يشرف عليها جهاز مركزي منفصل عن الأجهزة الوظيفية القائمة على المستويات الإدارية.

ويشترط لنجاح هذا النموذج توافر شكل من أشكال الاتصال المزدوج خلال قنوات ثابتة ومستمرة بين الهيئة العليا المركزية والهيئات النوعية الوظيفية من خلال لجان دائمة أو مشتركة. كما يتطلب هذا النموذج توافر شكل من أشكال التسلسل في المستويات الإدارية والتنظيمية المسؤولة عن إدارة التنمية، كما يتطلب توافر قدر من لامركزية اتخاذ القرارات والتنفيذ في إطار الخطة العامة للدولة.

ب/ النموذج التكيفي: (Adaptive type)

يتفق هذا النموذج في التنمية مع النموذج التكاملية في أن برامج كل منهما تنبثق عن المستوى المركزي، وأن الخلاف بينهما هو أن النموذج يركز على عمليات تنمية المجتمع المحلي واستشارة الجهود الذاتية، والاعتماد على التنظيمات الشعبية. وقد سمي بالنموذج التكيفي لأنه لا يتطلب كما هو الأمر في النموذج السابق استحداث تغيير في التنظيم الإداري القائم. ذلك لأن برامج هذا النموذج يمكن أن تنفذ في ظل أي نوع من التنظيمات الإدارية، كما يمكن أن يلحق الجهاز التنظيمي المشرف على تنفيذها بأي جهاز إداري.

1- أحمد مصطفى خاطر: مرجع سابق، ص 37-38.

ومن أمثلة هذا النموذج ، نموذج التنمية المحلية بدولة غانا. وقد تلجأ كثير من الدول خاصة عقب استقلالها إلى هذا النوع من النماذج نظرا لندرة العوامل المادية والفنية بهذه المجتمعات ، ولكن سرعان ما تنتهي بتطبيق النموذج التكاملي حيث أنه هو القادر على تحقيق الأهداف القومية للتنمية الاجتماعية والاقتصادية.

ج/ نموذج المشروع: (Projet type)

يطبق هذا النموذج في منطقة جغرافية معينة تتوفر فيها ظروف خاصة، ومن هنا جاء الاختلاف بينه وبين النموذجين السابقين.

ومن أمثلة هذا النموذج مشروع الجزيرة بالسودان، مديرية التحرير ومنطقة أبيس بجمهورية مصر، ومشروعات توطين البدو في المملكة العربية السعودية. ويتفق هذا النموذج مع النموذج التكاملي في أنه نموذج متعدد الأغراض ولكن يطبق في منطقة جغرافية بعينها، حين أن النموذج التكاملي يطبق على مستوى المجتمع ككل.

ويرى بعض المهتمين بقضايا التنمية أن هذا النموذج يمكن أن يكون بمثابة نموذجا تجريبيا أو استطلاعيا، يطبق على المستوى القومي إذا ما ثبت نجاحه وفاعليته في المناطق التجريبية.¹
المطلب الثاني: معوقات التنمية الاجتماعية.

ومن أهم معوقات التنمية الاجتماعية نجد:²

1/ارتفاع معدلات النمو الديمغرافي ونقص الموارد الإنتاجية:

حيث تعاني معظم المجتمعات النامية من ارتفاع في مستوى نموها السكاني وبالمقابل نجد هناك انكماشاً أو ركوداً في مستوى النمو الاقتصادي وهو أمر تكون له آثاره السلبية على التنمية. ومشكلة الانفجار السكاني تعتبر من أهم ما يجابه المجتمعات التي هي في طور التنمية في الوقت الحاضر، إلا أن الأساليب والأدوات المتاحة لحل هذه المشكلة مازالت ضعيفة لأنها تجابه تحدياً ضخماً من القيم والعادات والتقاليد الاجتماعية، إضافة إلى ذلك فإن النمو السكاني يعتبر بمثابة عائق محلي في وجه التنمية ولو أنه أقل خطورة من الانفجار السكاني .

وتترتب عن هذه الزيادة السكانية آثار سلبية على التنمية حيث ظهرت هذه الآثار في:

- أن الزيادة في نسبة النمو الديمغرافي يؤدي بالضرورة إلى تقلص في مستوى الدخل القومي.

1- نبيل محمد توفيق السمالوطي: علم اجتماع التنمية (دراسة في اجتماعيات العالم الثالث)، الهيئة المصرية العامة للكتاب، الإسكندرية، 1974، ص 190.

2- فكرون السعيد: إستراتيجية التصنيع والتنمية بالمجتمعات النامية -حالة الجزائر-، (رسالة دكتوراه)، جامعة منتوري، قسنطينة، 2005، ص148.

- إن الخدمات الاجتماعية من خدمات صحية ومواصلات... الخ. تتأثر تأثراً مباشراً بالارتفاع في الحجم السكاني، ذلك أنه يفرض على الدولة استخدام موارد إنمائية جديدة، مما يكفلها أكثر ويضعف قدراتها الاقتصادية.
- إن كل زيادة في السكان تستهلك الزيادة في الإنتاج، ونستنزف بذلك كل عائد للجهد البشري المبذول.
- إن أي ارتفاع في مستوى النمو الديمغرافي يفرض على الدولة في كل الحالات من إنفاق جزء معتبر من مواردها من أجل تغطية الاحتياجات المتعددة الناتجة عن هذا الارتفاع، مما يرهق عائدات المجتمع ويقلص من حجم الاستثمار المنتج الذي هو أساس في تحريك عجلة التنمية .
- إن الزيادة في السكان تؤدي إلى دخول يد عاملة جديدة في سوق العمل وبالتالي ارتفاع نسبة الطالبين عن العمل.
- أن الزيادة السكانية تفرض على المجتمعات النامية نسب الإعالة في المجتمع، مما يزيد من حجم الأعباء الملقاة على الفئات العصرية المنتجة.
- أن الزيادة السكانية تفرض سياسة بيئية تتماشى والنمو الديمغرافي بشكل عام.
- سوء توزيع السكان بين المناطق وهو ما يشار إليه بخلل النسق الايكولوجي، والمقصود به أن المجتمعات النامية تعيش توزيعاً غير عادل للسكان، وحتى في الخدمات بين المناطق، وخاصة بين الريف والمدينة.
- ولما كانت المدن هي مركز التحضر والتقدم الاقتصادي والنمو الاجتماعي والتفوق الحضري، فإنه من الممكن القول بأنه كلما ارتفعت نسبة التحضر في المجتمع مازالت درجة تقدمه ومعدلات نموه والعكس صحيح.
- وبالإضافة إلى انخفاض درجة التحضر ومعدلات النمو في المجتمعات المتخلفة فإن هناك ظاهرة أخرى تسود هذه المجتمعات المتخلفة ويطلق عليها اسم الثنائية الإقليمية ويقصد بها وجود هوة كبيرة تتسع باستمرار بين المناطق الحضرية والمناطق الريفية في داخل المجتمع الواحد وينتج عنها عدم التكافل الإقليمي.
- وتستخدم ظاهرة الثنائية الإقليمية أو عدم التكامل الإقليمي كمقياس يشير إلى التخلف، فالدفعة القوية وزيادة الاهتمام بالتركيز على تطوير مناطق معينة بالمجتمع وعدم توجيه الاهتمام والعناية اللازمة لمناطق أخرى قد تكون أقل نمواً، وهذا الوضع هو متكرر في كثير من المجتمعات النامية .

2/ انتشار الأمية وتقلص في مستويات التعليم:

نحن نعرف بأن تقدم المجتمعات تقاس بمستويات التعليم فكلما كانت نسبة الأمية بالمجتمع ضعيفة كلما كانت هناك إمكانية أكثر في تحقيق أهداف العملية التنموية، وذلك لما للتعليم من أهمية باعتبار أن العملية التعليمية هي بالأساس عملية اجتماعية .

وبالتالي فإن ارتفاع نسبة التعليم لكل المستويات يسمح بالزيادة في مشاركة الأفراد في مشروعات التنمية بالمجتمع، وبالتالي ارتفاع في مستوى النمو. والحقيقة أن المجتمعات النامية تعيش أوضاعاً نسبية في مجال التعليم سواء على مستوى البرمجة أو التنفيذ أو ضمن الإطار التعليمي ككل، وعليه يمكن ذكر بعض الخصائص التي يتصف بها النظام التعليمي بالمجتمعات النامية:

- ارتفاع في معدلات الأمية.
- انخفاض في مستوى الإنفاق العام على التعليم والبحث العلمي في الدول النامية.
- التفاوت في التعليم بين الإناث والذكور في المجتمعات النامية.
- إن معدلات انتشار التعليم يختلف بين المناطق الريفية والحضرية في المجتمع الواحد، فنجد التعليم منتشر بنسبة عالية في المناطق الحضرية بينما نجد الريف يعيش حرماناً كبيراً من هذه الخدمات.
- تعيش البلدان النامية عزراً كبيراً في الوسائل والإمكانيات أو البرامج والهيكل التعليمية (تأطير، وسائل تربوية، المناهج التعليمية، المباني... الخ).

إن الأمية وضعف مستويات التعليم يعد بحق إحدى التحديات التي تواجه المجتمعات النامية في تحقيق نمو متكامل وشامل، وذلك للأسباب التالية كما يراها الدكتور "علي لطفي" في كتابه "التنمية الاقتصادية"¹:

- أن الشخص الأمي يفشل في إدراك أهمية التنمية في مجتمعه ومتطلباتها المتعددة والمتباينة وبالتالي دورها في مقاومة التخلف.
- أن عدم الإقبال على التعليم الفني والمهني يؤدي إلى نقص طاقات المتخصصين في المجال التصنيعي وهو أحد الأعمدة الأساسية في تنمية المجتمع.
- يرتبط التعليم بالمستوى الصحي، فكلما ارتفعت نسبة الأميين في المجتمع كلما انخفض المستوى الصحي، ومما لا شك فيه أن الفرد الأمي لا يعي المبادئ الصحية مما يسهل انتشار الأمراض، ومن ثم ارتفاع معدل الوفيات وهو ما يفرض على الدول توجيه من ميزانيتها لمحاربة الأوبئة والأمراض المنقولة وعلاج المواطنين، وهذه الموارد كان من الضروري توجيهها لعملية التنمية.

1- علي لطفي: التنمية الاقتصادية، دراسة تحليلية، مكتبة عين شمس، القاهرة، 1980، ص75.

3/ انخفاض المستوى الصحي مع سوء التغذية بالمجتمع:

إن الوضع الصحي في كثير من البلدان النامية ضعيف جدا ذلك أن المنظومة الصحية بهذه البلدان إذا ما قورنت بالبلدان المتقدمة نجدها منخفضة سواء على مستوى الوسائل المادية المتوفرة، أو الإمكانيات البشرية الموجهة لهذا القطاع.

ويتميز المستوى الصحي بالمجتمعات النامية بجملة من الخصائص منها:¹

أ- ارتفاع في معدلات الوفيات، وهذا نظرا لقلة الأدوية وضعف العناية الصحية.

ب- يقل متوسط طول العمر في الدول النامية عنها في الدول المتقدمة.

ج- عجز المجتمعات النامية في تحقيق توازن في التغذية، مما يؤدي إلى نقص في السرعات الكافية للفرد، والذي يترتب عن هذه الحالة ضعف صحي عام يؤثر تأثيرا سلبيا على الإنتاج، كما نجد الأمراض المزمنة والأوبئة منتشرة بكثرة.

د- ضعف المنظومة الصحية بشكل عام في الدول النامية، حيث يتمثل أساسا في نقص الأطباء والممرضين والأدوية، الوسائل وضعف البنية التحتية بمقارنتها بالنمو الديمغرافي الذي تعيشه هذه المجتمعات سنويا.

هـ- تعاني المجتمعات النامية من عدم انتشار الوعي الصحي بين فئات المجتمع، مما ساعد في انتشار الأمراض وانتقالها بسهولة بين أفراد المجتمع الواحد.

و- إن الظروف الصحية للمساكن، ونوعية المياه الصالحة للشرب وأنظمة صرف المياه الموجهة للسكان غير كافية، وفي وضع مأساوي مما زاد في انتشار الأمراض والأوبئة واتساعها.

4/ انتشار ظاهرة تشغيل الأطفال وعدم إدماج المرأة في نظام الشغل بشكل واسع:

تنتشر بين الدول النامية ظاهرة اشتغال الأطفال خاصة في المناطق الريفية ويعود هذا إلى عدة أسباب منها: ضعف مستوى الدخل الأسري، ارتفاع مستوى حاجيات الأسر، وعدم التوزيع العادل للدخل القومي، وضعف النظام التربوي والتعليمي... الخ. إضافة إلى ذلك عدم توفر هذه المجتمعات على منظومة قانونية تمنع تشغيل الأطفال.

وينجم في نظر الكثير من الدارسين في حقل علم اجتماع التنمية عن تشغيل الأطفال آثار سلبية

معوقة للتنمية نذكر منها:²

1- مرجع سابق، ص 76-79.

2- محمد شفيق: التنمية الاجتماعية دراسات في قضايا التنمية ومشكلات المجتمع، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1999، ص 58.

حرمان هؤلاء الأطفال من الالتحاق بمعاهد التعليم والتكوين وهو ما يؤثر سلباً على المستوى التعليمي لهذه الفئة، فضلاً عن إصابة كثير من الأطفال بأمراض مهنية وضعف عام وتعرضهم للخطر والحوادث المختلفة... الخ. وهو ما يؤثر سلباً على عملية التنمية.

5/ انتشار عادات وتقاليد سلبية مرتبطة خاصة بالنظام الاستهلاكي:

تنتشر بين المجتمعات النامية عادات ومظاهر إضافية لا تساهم في دفع عملية التنمية نحو الأفضل، ومنها عادات الإنفاق البذخي وصور التبذير خاصة أثناء المناسبات الخاصة بالزواج والوفاة والمناسبات الدينية، والإسراف في استهلاك المياه والطاقة والكماليات... الخ.

المبحث الثالث: الصحة والتنمية الاجتماعية.

المطلب الأول: التأمين الصحي للعاملين والتنمية الاجتماعية.

يعد التأمين الصحي من أمثلة التنظيم في مجال الخدمات الطبية التي تعمل على إزالة العائق المالي الذي قد يحول بين المريض وبين حصوله على الخدمة الطبية، فضلاً عن كونه يحقق توفير الخدمة والعمل على رفع مستواها.

وهناك عدة أنواع للتأمين الصحي منها:¹

1/ تأمين صحي يقدم مزايا تعويض نقدي في حالات حدوث المرض، فإن المريض يحصل على الخدمات الطبية اللازمة من أي مصدر، وبعد ذلك يتقدم إلى هيئة التأمين ويحصل على التعويض النقدي وفقاً لما هو منصوص عليه في عقد التأمين.

2/ تأمين صحي يقدم مزايا في صورة خدمات، بمعنى أنه في حدوث المرض أو الإصابة فإن الهيئة المختصة بالتأمين الصحي تكون ملزمة بتقديم الخدمات الطبية اللازمة وهذا النوع يرفع العبء المالي عن المريض ويوفر الخدمة الطبية نفسها أي أنها عملية ليس هدفها الربح المادي ولكن هدفها هو خدمة الفرد.

وللتأمين الصحي العديد من المزايا من بينها:

- تقديم رعاية صحية غير مشروطة بقدرة المواطن المادية .
- يحقق مبدأ التكافل الاجتماعي، فالعامل ذو الأجر الكبير يشارك بنسبة كبيرة وذو الأجر الصغير يشارك بنسبة أقل، كما أن العامل يساهم في تكلفة علاج زميله المريض.
- يعمل التأمين الصحي على تطوير أساليب الرعاية الصحية وإضافة إمكانيات علاجية جديدة.

1- هناء حافظ بدوي: مرجع سابق، ص ص 290-291.

المطلب الثاني: الثقافة الصحية ورعاية الأمومة والطفولة.

تهدف مراكز رعاية الأمومة إلى تقديم خدمات لكل من الأم والطفل وتتمثل في:¹

- رعاية الأم الحامل رعاية صحية واجتماعية منذ بدء الحمل وحتى عملية الوضع.
- إجراء عمليات الولادة بالمنازل أو بالمراكز تبعاً لحالة الأم الصحية.
- رعاية الأم بعد الوضع مباشرة وتقديم الإرشادات والتوجيهات والخاصة بها.
- رعاية الأطفال منذ ولادتهم ذلك بتقديم الخدمات الصحية لهم وحتى السن الإلزامي -6سنوات- حيث تتولى رعايته الصحية بعد ذلك لا صحة مدرسية.
- التوعية والتثقيف الصحي.

دور الخدمة الاجتماعية في مراكز رعاية الأمومة والطفولة:

تعمل الأخصائية الاجتماعية ضمن الفريق الصحي بالمراكز لتأدية دورها في:

- استقبال الحالات الجديدة المحولة عن طريق طبيب المركز والتعرف عليها من خلال البحث الأول للحالة.
- زيارة العمليات لاستكمال البحث الاجتماعي والتعرف على المشكلات والإسهام في حلها.
- التعرف على البيئة وإمكانياتها من المؤسسات الاجتماعية داخل وخارج الحي الذي يقوم المركز بخدمته وعمل اتصالات شخصية بها بقصد تذليل مشاكل العميلات أو تأهيلهن أو تشغيلهن وتوجيه أفراد الأسرة.
- قيد الحالات التي تحتاج إلى مساعدة في سجل الرعاية الاجتماعية بالمركز.
- التثقيف الصحي على مستوى الجماعات بالمركز كإلقاء محاضرات وعرض أفلام بالاشتراك مع مكتب الثقافة الصحية وشرح خدمات رعاية الأمومة والطفولة وتنظيم الأسرة وما يترتب عليه من فوائد وعلى مستوى الأفراد أثناء الزيارة المنزلية.
- تقرير المعونة اللازمة بناء على بحث الحالات ووفقاً للمستويات المختلفة.
- تحويل الحالات التي تقتضي ظروفها الاجتماعية والاقتصادية على وحدات تنظيم الأسرة في حالة عدم وجود خدمات تنظيم أسرة بالمركز وإنشاء سجل لحصر هذه الحالات وتتبعها.

المطلب الثالث: الثقافة الصحية وتنظيم الأسرة.

ويقصد أن تحصل على الأطفال بالاختيار وليس بمحض الصدفة، أي وفقاً لتخطيط يلاءم حاجات الأسرة الاقتصادية والاجتماعية والبيولوجية، ويتم هذا بأن يكون لكل أسرة عدد مناسب من الأطفال، هذا يعني القدرة على التحكم في النسل وضبطه.

1- هناء حافظ بدوي، مرجع سابق، ص 293-295.

ولتنظيم الأسرة أهمية بالنسبة للأطفال حيث يؤدي إلى تحسين النمو الجسمي والعقلي والنفسي للأطفال حيث يركز الاهتمام بالأطفال ويزيد من فرص التعليم ويوفر لهم فرصة الرعاية الكافية وزيادة الاهتمام بالطفل يقلل من إصابته بالأمراض، وبالتالي خفض سن الوفيات. أما بالنسبة للأم يؤدي تنظيم الأسرة إلى تحسين صحة الأم، وأما بالنسبة للزوج يساعد تنظيم الأسرة على التقليل من الضغوط النفسية التي تقع على الزوج من كثرة الإنجاب. إن الأسرة التي تعتمد على تنظيم وضبط النسل يكون لديها معلومات وسلوكات صحية وثقافة صحية تمكنها من أخذ مثل هذه القرارات، حيث تكون نظرتها مخالفة لنظرة الأسر التي ليست لها ثقافة صحية كافية التي تمكنها من تحديد وضبط النسل.

ومن أجل مساعدة بعض الأسر هناك مختصين كالأخصائية الاجتماعية، ويتمثل دورها في:

- البحث عن الأمهات الذين لديهم تردد في إتباع تنظيم النسل ومتابعتهن.
- توجيه من يستدعي حالتهم المساعدة الاجتماعية المختصة.
- المساهمة في وضع التقارير الاجتماعية الشهرية لأعمال المركز.
- التوعية الاجتماعية للأمهات نحو الأطفال لتخفيض معدلات وفيات الأطفال الرضع خاصة بالريف، والعمل على إثارة الوعي العام للمواطنين بأهمية تخطيط الحياة الأسرية.

خلاصة:

ومنه فالتنمية الاجتماعية تحتل أهمية قصوى في مجال التوعية عموماً والتوعية الصحية بشكل خاص، وذلك من خلال العمل على زيادة المعلومات، والخبرات، والتجارب الصحية والعمل على تنميتها في أذهان الأفراد بغرض الارتقاء بالوعي الصحي، ولأهمية الوعي الصحي في الحماية والمحافظة على سلامة الفرد والمجتمع من خطر الأمراض والأوبئة وتجنبها.

الفصل الرابع

الثقافة الصحية والتنمية الاقتصادية

تمهيد

- المبحث الأول: متطلبات التنمية الاقتصادية وأهميتها.
 - المطلب الأول: أهداف التنمية الاقتصادية وأهميتها.
 - المطلب الثاني: مستلزمات ومقاييس التنمية الاقتصادية.
 - المبحث الثاني: الصحة العامة والتنمية الاقتصادية.
 - المطلب الأول: علاقة الصحة العامة بالتنمية الاقتصادية.
 - المطلب الثاني: مستوى الصحة العامة وأثره على التنمية الاقتصادية.
 - المطلب الثالث: معوقات التنمية الاقتصادية.
- خلاصة

تمهيد :

تساهم الثقافة الصحية في تطوير حياة الأفراد ككل فعندما يحافظ الفرد على صحته ينعكس ذلك على المجتمع، مما يؤدي إلى ارتفاع مستوى الصحة العامة في المجتمع، فالصحة تعتبر أحد أبرز وأهم عوامل التطور والتنمية للشعوب بما فيها التنمية الاقتصادية، وفي هذا السياق سيتم التطرق في هذا الفصل إلى أهداف التنمية الاقتصادية وأهميتها ومستلزماتها، إلى جانب توضيح العلاقة بين الصحة العامة والتنمية الاقتصادية ومحاولة معرفة تأثير مستوى الصحة العامة على التنمية الاقتصادية وأخيرا معوقات التنمية الاقتصادية ومن خلال هذا يتضح لنا محتويات الفصل الرابع.

المبحث الأول: متطلبات التنمية الاقتصادية.

المطلب الأول: أهداف التنمية الاقتصادية وأهميتها.

تسعى كل دولة إلى أن ترفع مستوى معيشة سكانها، وليس هناك من شك أن أهداف التنمية تختلف من دولة إلى أخرى ويعود ذلك إلى ظروف الدولة وأوضاعها الاجتماعية والاقتصادية والثقافية وحتى السياسية، حيث يصعب تحديد وبشكل معياري أهداف للتنمية الاقتصادية يمكن تعميمها على جميع بلدان العالم، إلا أن هناك بعض الأهداف المشتركة التي يمكن التركيز عليها والسعي لتحقيقها في معظم البلدان النامية من خلال الخطط التنموية التي يضعها متخذو القرار، وقد تم تحديد هذه الأهداف من خلال إعلان الألفية الثالثة فيما يخص موضوع التنمية الذي تبنته الأمم المتحدة في أيلول عام 2000:¹

- _ توفير ظروف عامة وملائمة لتنمية القطاعات الاقتصادية ويشمل ذلك توفير درجة من الاستقرار والطمأنينة لتشجيع الاستثمار في مختلف الأنشطة الاقتصادية.
- _ الابتعاد عن السياسات الاقتصادية المالية منها والنقدية والتي قد تؤدي إلى حالات اقتصادية غير مرغوبة كالركود الاقتصادي أو التضخم.
- _ التوسع في برامج التدريب في الأنشطة الاقتصادية لتحقيق قدر من المهارة لدى المتدربين في هذه الأنشطة مما يؤهلهم للمساهمة الفاعلة في برامج التنمية الاقتصادية .
- _ حصر إمكانيات التنمية الاقتصادية وحصر العوائد المتوقعة من استخدام هذه الإمكانيات .
- _ تنفيذ برامج استثمارية طموحة في مختلف مجالات الاقتصاد وتوظيف كافة عناصر الإنتاج في خدمة هذه البرامج .
- _ السعي لتوفير الأساليب الفعالة وإتباع هذه الأساليب في تسريع أنشطة الاقتصاد وصولاً لتحقيق التنمية الاقتصادية الشاملة .
- _ رفع مستوى المعيشة، فتحقيق مستوى مرتفع للمعيشة من بين أهداف التنمية الاقتصادية والاجتماعية في الدول النامية ذلك انه من المقدر تحقيق الضرورات المادية للحياة من مأكل ومسكن وغيره وتحقيق مستوى ملائم للصحة والثقافة ما لم يرتفع مستوى معيشة السكان في هذه المناطق وبدرجة كافية لتحقيق مثل هذه الغايات.²

• وللتنمية الاقتصادية أهمية كبرى تتمثل فيما يلي:³

1_ علي جدوع الشرفات: التنمية الاقتصادية في العالم العربي، دار جليس الزمان للنشر والتوزيع، 2010، ص 10_11 .

2_ أحمد مصطفى خاطر: مرجع سابق، ص 90 .

3_ عمر صقر: العولمة وقضايا معاصرة، الدار الجامعية، قطر، 2003 ، ص 62 .

_ تحقيق الاستقلال الاقتصادي والابتعاد عن التبعية الاقتصادية.

_ تحسين مستوى معيشة أفراد المجتمع من خلال زيادة المداخل والعدالة الاجتماعية في توزيعها.

_ زيادة الرفاهية الاقتصادية للفرد من خلال رفع المستوى الصحي والتعليمي وتوفير السلع والخدمات بالكميات والنوعيات المناسبة وتقليص الفجوة الاقتصادية والاجتماعية بين طبقات المجتمع.

_ أما على مستوى الاقتصاد الكلي فتعمل التنمية الاقتصادية على تحسين الناتج المحلي وتحقيق التطور الاقتصادي المنشود، وتقليل الفجوة الاقتصادية بين الدول النامية والدول المتقدمة انعكاسات زيادة.

المطلب الثاني: مستلزمات ومقاييس التنمية الاقتصادية

أ_ مستلزمات التنمية الاقتصادية:

إن التنمية الاقتصادية تتطلب العديد من المستلزمات الضرورية لإنجاز مهامها والتي تمثل عوامل الإنتاج وهي رأس المال، والموارد البشرية، والتكنولوجيا والموارد الطبيعية.

• **تراكم رأس المال:**

إن لتراكم رأس المال دور كبير في تحقيق التنمية الاقتصادية ويتم ذلك من خلال الاستثمار والذي يتطلب وجود حجم مناسب من الادخارات الحقيقية ليتم توجيه هذه الموارد للاستثمار بدلا من الاستهلاك، إن جوهر تراكم رأس المال يكمن في حقيقة أن مثل هذا التراكم يعزز من طاقة الدولة على إنتاج السلع، ويمكنه من أن يحقق معدلا عاليا للنمو، والسلع الرأسمالية تنتوزع بين عدة أنواع، فمنها ما هو على شكل مصانع ومكامن، والتي لا تعطي منافع مباشرة لكنها تقوم بإنتاج السلع الاستهلاكية والخدمات التي تقوم بإنتاج السلع الأخرى وهناك استثمارات البني التحتية مثل خدمات النقل والنوع الأخر هو الإنفاق على البحوث والتطوير والذي يساهم في تحسين إنتاجية العمل ورأس المال أو كلاهما، وهناك نفقات اجتماعية مثل الاستثمار في الصحة والتعليم والتي توفر منافع مباشرة وفي نفس الوقت تجعل الأفراد والمجتمع ككل أكثر إنتاجية.¹

• **الموارد البشرية:**

إن الموارد البشرية تعني القدرات والمواهب والمهارات والمعرفة لدى الأفراد والتي تدخل كمستلزم في العملية الإنتاجية، وتلعب الموارد البشرية دورا مهما جدا في عملية التنمية، حيث أن الإنسان هو غاية التنمية وهو وسيلتها في نفس الوقت .

وتتبع أهمية العنصر في كون رأس المال المادي وكذلك الموارد الطبيعية وحتى التقدم التكنولوجي لا يمكن الاستفادة من أي منهما في عملية التنمية الاقتصادية دون توفر العنصر البشري الذي يعمل على استغلالها وتكييفها وتطويرها بما يتلاءم مع حاجته، إن أهمية الموارد البشرية تتبع من

1_ جابر أحمد بسبوني ومحمد محمود مهدي: التنمية الاقتصادية (مفاهيم نظريات تطبيقات)، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية، 2012 ، ص55.

حقيقة أنه لا يمكن غدارة الإنتاج بدون العامل البشري، وفي المراحل الأولية للتنمية فإن العمل المادي هو الوحيد المسؤول عن استخراج المواد من الطبيعة، ومع تراكم الفوائض فإن العامل الإنساني يلعب دورا مهما ومنتزادا، وأن أهم جانب من مساهمة الموارد البشرية في التنمية هي عندما يعمل الفرد كمدير وكمنظم، فالفرد ليس عاملا رئيسيا من عوامل الإنتاج فحسب بل هو المستفيد الرئيسي من النمو والتنمية الاقتصادية.¹

• الموارد الطبيعية:

إن الموارد الطبيعية مهمة للتنمية وخصوصا في المرحلة الأولية للتنمية إذ تم استغلالها بشكل مناسب كلما ازدادت الموارد الطبيعية في البلد وتم استغلالها بشكل جيد كلما كان ذلك حافزا و عاملا مساعدا على النمو والتطور، إلا أن الموارد الطبيعية لا يمكن أن تعتبر قيدا على التنمية، والمثال الواضح في هذا المجال هو تقدم اليابان اقتصاديا وكذلك بعض البلدان الأخرى من دون الاعتماد على توفر الموارد الطبيعية.²

• التكنولوجيا والتقدم التكنولوجي:

يعتبر بعض الاقتصاديين التقدم التكنولوجي من العناصر الهامة في عملية التنمية الاقتصادية. تلعب التكنولوجيا دورا كبيرا في تقدم البلد اقتصاديا حيث أنها تؤدي إلى زيادة الموارد الطبيعية المكتشفة واكتساب موارد جديدة بالإضافة إلى أنها تؤدي إلى زيادة الإنتاج بنوعية عالية وتكلفة أقل واكتشاف طرق إنتاج جديدة، فتكنولوجيا هي إحدى مستلزمات الإنتاج وبذلك فهي تحتل دورا حاسما في نمو الإنتاج وتقدم البلد اقتصاديا.³

إن التقدم التكنولوجي أو التغيير التكنولوجي تغيير في المعرفة الخاصة بالإنتاج والتغيير في المنتج، وقد يعني ذلك تحسنا في المنتج القديم أو ظهور منتج جديد، فتحقيق التنمية الاقتصادية يتطلب حصول تقدم وتغيير تكنولوجي من أجل توسيع الطاقات الإنتاجية وتشغيل هذه الطاقات، وقد تركز التطور التكنولوجي منذ الثورة الصناعية في عدد قليل من الشعوب الأوروبية والأمريكية وبدأت البلدان النامية منذ استقلالها تبذل مساعيها لاكتساب التكنولوجيا الحديثة بهدف رفع مستوى الدخل والمعيشة لسكانها وشرعت باكتساب التكنولوجيا عن طريق نقلها من البلدان الصناعية عبر البرامج التعليمية والكتب والمجلات والنشرات، الاستثمارات الأجنبية المباشرة.

1_ عمر صقر: مرجع سابق، ص59.

2_ جابر أحمد بسبوني ومحمد محمود مهدي: مرجع سابق، ص62.

3_ المرجع السابق، ص64.

ب_ مقاييس التنمية الاقتصادية :

لقد تطورت مقاييس التنمية المستخدمة خلال العقود الخمسة التي كانت عقب الحرب العالمية الثانية وفيما يلي نبذة عن مقاييس التنمية الاقتصادية¹:

• الناتج القومي الإجمالي: (G N P)

في البداية اعتبر بأن التنمية إنما تعني زيادة مضطردة في الناتج الإجمالي خلال فترة زمنية طويلة، إن هذا المقياس يجب أن يستبعد التغيرات الحاصلة في الأسعار ويؤخذ على هذا المقياس أنه لا يأخذ نمو السكان بعين الاعتبار، كما أنه لا يظهر التكلفة التي يتحملها المجتمع من جراء التلوث أو التحضر والتصنيع، ولا يعكس توزيع الدخل بين فئات السكان، إضافة إلى صعوبات مفاهيمية في مقياس الدخل.

• الناتج القومي للفرد:

أصبح مقياس التنمية هو حصول زيادة في ناتج الفرد لفترة زمنية طويلة، وهنا يتعين أن يكون معدل نمو الإنتاج القومي الإجمالي أكبر من معدل زيادة السكان الكلي لكي يتحقق زيادة في الناتج القومي للفرد ومن جهة أخرى يمكن أن يزداد الفقر رغم زيادة الناتج القومي إذ ما ذهب الجزء الأعظم من الدخل إلى فئة محدودة من الأغنياء، وقد بينت الدراسات أن عدم المساواة في الدخل قد ازدادت في البلدان المتخلفة اقتصاديا.

• الحاجات الأساسية:

تم تبني هذا المقياس في المؤتمر العالمي للتشغيل في عام 1976 وقد تبنت الهند هذا المفهوم للتنمية لأول مرة في خطتها الخماسية في 1974، أي قبل سنتين من تبني هذا المفهوم من قبل منظمة العمل الدولية له، ويؤكد هذا المفهوم على ضرورة توفير الغذاء والماء والسكن والخدمات الصحية أي الحاجات الأساسية للسكان، وبذلك أصبح مقياس الفقر والتنمية هو مقدار إشباع الحاجات الأساسية للسكان وتحقيق مستوى أعلى من الرفاهية.

• مؤشرات اجتماعية :

تم تبني هذا المقياس ليعكس الخدمات الصحية ومستوى التغذية والتعليم والسكن والتي تمثل مؤشرات اجتماعية عن حياة الأفراد ومستوى الرفاهية لهم.²

1_قنادزة جميلة: الشراكة العمومية الخاصة والتنمية الاقتصادية في الجزائر، (رسالة دكتوراه)، تلمسان، الجزائر،

2018، ص ص65_66.

2_ المرجع سابق، ص67.

ولكن المشكلة التي يواجهها هذا المؤشر تكمن في تركيب الرقم القياسي للرفاهية، ومكوناته والأوزان لكل من هذه المؤشرات الاجتماعية، وقد تبلور مقياسان في هذا المضمار الأول مقياس نوعية الحياة والثاني مقياس التنمية البشرية.

_ مؤشر نوعية الحياة: يتكون هذا المقياس من ثلاث مكونات هي وفيات الأطفال، وتوقع الحياة عند السنة الأولى للطفل، والقراءة والكتابة عند العمر 15 سنة، ويقيس هذا المؤشر مقدار الإنجاز المتوقع لإشباع الحاجات الأساسية ورفع مستوى الرفاهية للسكان.

_ مؤشر التنمية البشرية: هذا المقياس يحاول أن يرتب جميع البلدان على مقياس يبدأ بالصفير وهي المرتبة الأدنى وينتهي بواحد وهي المرتبة الأعلى في مقياس التنمية البشرية، يستند هذا المقياس إلى ثلاثة أهداف من أهداف التنمية وهي طول فترة الحياة، ومتوسط سنوات الدراسة، ومستوى المعيشة.¹

المبحث الثاني: الصحة العامة والتنمية الاقتصادية

المطلب الأول: علاقة الصحة العامة بالتنمية الاقتصادية

إن العلاقة بين التنمية والصحة تبدو جلية من خلال الفوائد الكبيرة التي تضيفها التنمية الاقتصادية والاجتماعية على الناحية الصحية لأن جزء كبير من التقدم الصحي يعتمد على التحسن في الميدان الاقتصادي والاجتماعي والتعليمي وفي نفس الوقت فإن فشل خطط التنمية يمكن أن يؤدي إلى أخطار جسيمة على الحالة الصحية للأفراد والجماعات لوجود علاقة جدلية بين الصحة والتنمية. مثال ذلك: الأخطار التي تصاحب موارد المياه في الكثير من البلدان النامية إن لم نقل كلها معروفة لما تحدثه من انتشار للكثير من الأمراض والأوبئة، وما تحدثه من أخطار على صحة الأفراد نتيجة لعدم توفر الوسائل الوقائية والإمكانات المادية الضرورية، وكذلك عدم توفر الثقافة الصحية اللازمة عند الأفراد ولا سيما الأميين منهم وسكان المناطق الريفية، هذا إضافة إلى عدم وجود عدالة في توزيع هذه الثروة على سكان العالم.²

كما أن زيادة التطور الصناعي والتكنولوجي وما سببه من تلوث يجلب العديد من الأخطار الصحية سواء في محيط العمل أو البيئة الخارجية أو المنزلية وهنا يمكننا أن نستفيد من تجارب بعض البلدان المتقدمة حيث لا يقتصر الأمر أن يعمل الأخصائيون في الصحة مع المسؤولين عن الصحة الاعتراض على خطط للتنمية التي تؤدي إلى أخطار صحية لأن هدف الخدمة الاجتماعية الصحية هو الحفاظ على صحة الناس ورفع مستواها، ومنع انتشار الأمراض بالإضافة إلى توفير إمكانيات

1_مدحت القرشي: التنمية الاقتصادية، دار وائل للنشر، الأردن، 2007، ص 23_26 .

2_ غول لخضر: التربية الصحية والتنمية في البلدان النامية (الجزائر نموذجا)، معهد البحوث والدراسات الإفريقية، الإسكندرية، العدد 90، 2008، ص ص 13_14 .

التشخيص والعلاج والتأهيل للمرض والمصابين، وذلك من أجل تحقيق الرفاهية والسعادة للأفراد والجماعات والمجتمعات.

وعليه يمكن القول أنه كلما تحسنت صحة الأفراد والجماعات وتمت وقايتهم من الأمراض أدى ذلك إلى الزيادة في الإنتاج ومن هذا المنطلق أصبحت الرعاية الصحية محل اهتمام كافة الحكومات والدول حيث تقدم هذه الرعاية في شكل برامج علاجية من خلال الأجهزة والمؤسسات المختلفة كالمستشفيات والعيادات الطبية ومعامل ومصانع الأدوية وغيرها من المؤسسات الإستشفائية والاجتماعية.

إن انتشار الأمراض وانخفاض مستوى الرعاية الصحية يعرقل كل جهود التنمية ويشكل تهديدا لقوى التقدم الاقتصادي والاجتماعي في المجتمع، إن الخلل في النظم الصحية وقصور الأداء الصحي، مشكلة متعددة الجوانب فالاهتمام بمعدلات الصحة يوضح العلاقة القوية بينها وبين طبيعة التنمية الشاملة في المجتمعات النامية. فالصحة تؤثر على العوامل الاجتماعية والاقتصادية المختلفة، كما تتأثر هي بهذه العوامل، والمتمثلة في: الدخل ومستويات المعيشة، والتغذية، ومستوى التعليم، لذلك فلا ينبغي أن تفهم الصحة بمعزل عن العوامل الأخرى المتصلة بعملية التنمية.¹

ويمكن تحليل العلاقة بين الصحة والتنمية:

فإذا كان انخفاض المستوى الصحي للسكان يؤدي إلى انخفاض الإنتاجية فإن ذلك يؤدي إلى حلقة جديدة.

ولكسر تلك الحلقة المفرغة في اقتصاديات الصحة في الدول النامية يجب تبني برامج تؤدي إلى تحسين المستوى الصحي للسكان وبالتالي زيادة المستوى الصحي والتعليمي، وثم زيادة الإنتاجية. ومن الضروري الإشارة إلى أنه من الصعب فصل التأثيرات الأولية والتأثيرات المرتدة في العلاقة بين التنمية والحالة الصحية فعادة تحدث التنمية تأثيرات أولية تنتهي بتحسين المستوى الصحي للسكان مدفوعة بتحسين مستوى الدخل وتحسين مستوى التغذية وحالة السكان وتحسين بيئة العمل.

وهناك علاقة أيضا بين الخدمات الصحية والمفاهيم الاقتصادية حيث تتميز الخدمات الصحية ببعض الصفات الاقتصادية منها:²

1_ شعباني مالك: مرجع سابق، ص 162 .

2- حسن محمد السيد وآخرون: أوجه الاستفادة من التجارب الدولية للنهوض بخدمة التأمين الصحي في مصر، مجلة العلوم البيئية، معهد الدراسات والبحوث البيئية، المجلد 44، الجزء الأول، معهد الدراسات والبحوث البيئية، جامعة عين الشمس، مصر، ديسمبر 2018، ص 461.

- يتسم الطلب على الخدمات الصحية بأنه طلب قليل المرونة مثل جميع السلع الضرورية وقد يصل إلى أن يكون الطلب على بعض الخدمات الصحية عديم المرونة بمعنى انخفاض أثر أسعار الخدمات على طلب تلك الخدمات.

- أنها خدمة يراها الجمهور أنها تقدم منافع ليس الفرد فقط الذي يستهلكها وإنما للمجتمع ككل.

_الطلب المشتق وهو طلب يطلق عادة على السلع التي لا تطلب للاستهلاك المباشر ولكنها تستخدم في صناعة منتجات أخرى من أجل الاستهلاك النهائي.

_ السلع الاستهلاكية هي السلع التي يشتريها المستهلك عادة من أجل الإشباع.

ومن معايير التقييم الاقتصادي للخدمات الصحية عند أداء الخدمات الصحية سواء في نظم حكومية أو نظم خاصة أو نظم وسيطة هناك عدة معايير مرتبطة بالتكلفة وانفعالية والعدالة والأمان الصحي، وهذه المعايير تحدد من يستفيد من تلك الخدمات وبأي مستوى وتتمثل هذه المعايير في ما يلي:¹

- **معايير التكلفة:** هناك حدود دنيا أساسية يجب ألا تتخفف مستويات الخدمة الصحية دونها مهما كانت مستويات التكاليف اللازمة لتقديمها.
- **معايير الفعالية:** يقصد بفعالية الخدمات الصحية أن يحقق كل إجراء صحي مكاسب صحية.
- **معايير الكفاءة:** عند تقديم الخدمات الصحية يجب أن يتحقق لتلك الخدمات الكفاءة الاقتصادية فإذا تحقق نفس النتيجة فإننا نود استخدام هذه الإجراءات مما يمكننا من تقديم الخدمات أكثر بنفس التكلفة.
- **معايير العدالة:** أن أحد المبادئ الأساسية للخدمات الصحية العامة وغيرها من نظم الخدمات الصحية يتمثل في أنه يجب تقديم العلاج على أساس الحاجة إليه وليس على أساس توافر الأموال وأن العدالة يجب أن تكون أحد أهداف الخدمة.
- **معايير الأمان الصحي:** الأمان الصحي هو شعور المواطن بتوافر الخدمات الصحية بكفاءة وفعالية بما يضمن له التخلص من المرض وكذلك شعوره بأن التكاليف تكون في مستوى قدرته على الدفع.

المطلب الثاني: مستوى الصحة العامة وأثره على التنمية الاقتصادية.

يعتبر الدور الذي تلعبه الصحة العمومية في التنمية موضوع شائك شديد الجدل، ومن الواضح وجوب وجود برامج صحة من أجل تلبية حاجات الإنسان هذه البرامج تصبح أحيانا ضرورية في المناطق التي تكثر فيها الأمراض. فالتطور المرجو في حماية وتحسين الصحة لا يوجد بمعزل عن

1_ حسن محمد السيد وآخرون، مرجع سابق، ص463.

الظروف الاقتصادية والاجتماعية في كل وطن، فالعملية الصحية تتطلب التخطيط والبرمجة، ولكن ليس هناك تخطيط صحي طويل المدى أو بمعزل عن المخطط السوسيو-اقتصادي للتنمية.¹

حيث أجرى "جونار ميردال" دراسة نصت على أنه: يجب ألا نتناول الصحة بمعزل عن العناصر الأخرى والمكونة للتنمية، بحيث تؤثر الصحة في العوامل السوسيو-اقتصادية، وتتأثر بها مثل: الدخل، مستوى المعيشة وخاصة الغذاء... فمثلا: الصحة والتعليم مرتبطان ببعضهما البعض فالطفل لا يدرس إذا كان يعاني من مشاكل صحية.²

وتجدر الإشارة هنا إلى أن إقامة مخططات فعالة للصحة العمومية لا تتوقف فقط على تقنية جيدة وظروف ملائمة لتطبيقها، ولكن اقتصاديات البلد، ومدى تقبل عملية التنمية. كما أن عملية التعليم الصحي يجب أن تعتمد على تقنية عالية، وعلى ظروف اقتصادية عالية وإلا تصبح عملية التنمية لا فائدة منها.

حيث يعتبر المستوى الصحي في جميع الدول النامية منخفضا مقارنة بالدول المتقدمة هذا الانخفاض تحدده الخصائص التالية:³

_ارتفاع معدلات الوفيات مقارنة بالدول المتقدمة، وهذا يشير إلى وجود خلل في النظام الغذائي وفي الخدمات الصحية.

_تعد عملية الصحة للكبار في الدول النامية من المشكلات الصحية الصعبة إضافة إلى مشكلات الصحة للأطفال وخاصة الرضع، كما نجد أن نصف السكان تتراوح أعمارهم ما بين (15-60 سنة) وهي فئة الأكثر إنتاجية، إلا أنها تعاني نسبة كبيرة من الوفيات بلغت 15 مليون نسمة عام 1990. تنتشر بينهم أمراض الجهاز التنفسي، الملاريا، الإسهال، الأوعية الدموية، السرطان والأمراض المزمنة الأخرى بما في ذلك الإيدز.

_انخفاض نسبة طول العمر، بينما تتراوح في الدول النامية بين (40-55 سنة) فهي ترتفع في البلدان المتقدمة من (60-75 سنة) ما يؤثر بالسلب على التنمية عندما تفقد المجتمعات أبنائها في سن الإنتاج.

_سوء الأحوال الصحية (ضيق سكن، ضعف مستوى التغذية، عدم توفير المياه النقية ودورات المياه الصالحة، انتشار الأوبئة والأمراض المختلفة).

1_شعباني مالك: المرجع السابق، ص 159.

2 _John Bryant :santé publique et développement , les éditions internationales , Paris , 1972 , P 128 .

3 - ذهبية سيدهم: الأساليب الإقناعية في الصحافة المكتوبة، دراسة تحليلية للمضامين الصحية في جريدة الخبر، (رسالة ماجستير)، جامعة قسنطينة، 2005، ص 56.

حيث تتسبب أمراض تلوث المياه في وفاة 35 مليون طفل وإصابة 750 مليون شخص آخر.... الخ، مما تعكس هذه الإحصائيات بعض الدلالات والمؤشرات الاجتماعية والاقتصادية التي تؤثر عموماً على قابلية للعمل والطموح، مستويات الإنتاجية، نفقات الصحة.

نقص الخدمات الصحية (خاصة المختصين، الأسرة، المستشفيات، قاعات العلاج، عدم توفر الأجهزة والأدوية)، ففي الدول المتقدمة يخدم الطبيب الواحد أقل من ألف من السكان وترتفع هذه النسبة في الدول المتخلفة إلى حوالي طبيب لكل 13 ألف ساكن. كما لا ننسى أن الازدحام على المستشفيات والمراكز الصحية التابعة لها أصبحت "مكان يتم فيه بحرية تبادل الأمراض المعدية".

انخفاض معدلات الإنفاق على الصحة، حيث تتفق الدول النامية من 70-80% من متوسط الإنفاق العام والخاص للصحة على الأغراض الصحية العلاجية، بينما توجه ما بين 10-20% على الأغراض الوقائية، والنسبة الباقية 5-10% على الخدمات الصحية والتوعية الصحية الأخرى رغم أن الخدمات الوقائية والرعاية الصحية تعتبر أكثر جدوى من الخدمات العلاجية دون أن ننسى السياسة الصحية غير المتكافئة بين مختلف جهات الدولة.¹

ينبغي أن تحظى الصحة بمكان بارز في خطط التنمية القومية، مع حصول القطاع الصحي على نصيب كاف من الموارد المالية، والخارجية على السواء. ولتحقيق ذلك يلزم إقناع صانعي القرارات على أعلى مستوى بأن الصحة ليست مجرد بند استهلاكي ولكنها تستطيع أن توفر، بل أنها توفر بالفعل حافزاً على زيادة التنمية الاقتصادية والاجتماعية في جميع مستويات المجتمع.

كما يعد تخطيط أعمال الصحة العامة وفعاليتها الاقتصادية أداة هامة لتحقيق أهداف النظام الاقتصادي الدولي الجديد، ولذلك توجد الحاجة الملحة إلى إيجاد الطرق اللازمة لتحديد الفعالية الاقتصادية لأعمال الصحة العامة، كما أن إيضاح ما يمكن أن يقدمه استئصال المرض أو الحد منه، عن طريق المؤشرات الصحية المحسنة، هو أكثر الحجج إقناعاً بالنسبة لتعزيز أعمال الصحة العامة، والحصول على المساعدة من قطاعات التنمية الأخرى.

هناك حاجة واضحة إلى زيادة تكامل الأنشطة الصحية، والأنشطة المتصلة بالصحة مع عملية التنمية الشاملة في المستوى القومي، ولتحقيق ذلك يجب إجراء بحوث معمقة عن الروابط والعلاقات بين القطاعات التي لها تأثير على الصحة، وفي نفس الوقت ينبغي أن تسعى منظمة الصحة العالمية لتنمية الكفاءة الإدارية الملائمة في القطاع الصحي لزيادة قدرته على تعزيز التعاون المشترك بين القطاعات من أجل تحسين الصحة يجب قيام حوار ذو فائدة بين المخططين الصحيين والاقتصاديين

1_ ذهبية سيدهم، مرجع سابق، ص57.

وغيرهم من مخططي التنمية لتضافر الجهود بغية إيجاد لغة مشتركة. ويجب أن يخصص القطاع الصحي من جانبه المزيد من الاهتمام لاستنباط مؤشرات تكون مفهومة من الناحية الاقتصادي¹. إذن يجب تكامل القطاع الصحي مع عملية التنمية الشاملة على النحو تام ومتناسق، ويجب أن تستند كذلك الجهود المبذولة لتحقيق هدف الصحة للجميع، وأن تكون أساسها الرعاية الصحية الأولية. وعلى الصحة أن تحظى بدور أكبر في عملية التنمية، ويمكن تحقيق ذلك جزئياً عن طريق خلق المزيد من الوعي بين جميع المخططين الوطنيين والدوليين بالنسبة للدور المهم الذي يمكن أن تقوم به الصحة في التنمية الاجتماعية والاقتصادية.

من الضروري أن يضع مخطط التنمية في الاعتبار جميع المؤشرات القائمة التي تبين أين يمكن توقع حدوث أكثر الآثار فعالية لتحسين نوعية الحياة، ويجب أن يضع القطاع الصحي هذه المؤشرات بصيغة ولغة يفهما مخطط التنمية الاقتصادية.

وفيما يخص نقل التكنولوجيا، يجب أن يضع كل بلد الإستراتيجيات التي تتفق واحتياجاته النوعية والفردية. ومن أمثلة ذلك الإنتاج القومي للعقاقير، الصناعة القومية للمعدات الطبية، القدرة القومية على إنتاج قطع الغيار اللازمة لمعدات البلد الطبية.

كما أن هناك حاجة محددة إلى تعزيز التعاون الفني بين البلدان النامية بمزيد من الفعالية، ولا سيما في الحقل الصحي، من أجل تحقيق درجة أكبر من الاكتفاء الذاتي القومي، الجماعي في الأمور الصحية، وعلى منظمة الصحة العالمية أن تعزز جهودها حتى تتمكن دول الأعضاء من بلوغ هذه الأهداف، وضمان إسهام الصحة في إقامة النظام الاقتصادي الدولي الجديد، والإستراتيجية الإنمائية الدولية الجديدة.²

المطلب الثالث: معوقات التنمية الاقتصادية.

إن عملية التنمية الاقتصادية في الدول المتخلفة ومنها الجزائر تعترضها مجموعة من العقبات المتباينة التي تجعل من هذه العملية دون المستوى المرغوب فيه، وفيما يلي أهمها:³

• المعوقات الاقتصادية :

هي متنوعة إذ جميعها تمنع تحقيق التنمية الاقتصادية ومن نتائجها:

_وجود الاقتصاد المزدوج (قطاع محلي وطني وقطاع أجنبي).

_ضيق الأسواق المحلية.

1_ منظمة الصحة العالمية: الصحة والطاقة البشرية والتنمية، المجلد 34، العدد (7_8)، 1980، ص 290.

2_ المرجع السابق، ص 291.

3_ سامي زعباط: عوائق التنمية الاقتصادية في الجزائر وآليات علاجها، مجلة نماء الاقتصاد والتجارة، جامعة جيجل، الجزائر، المجلد 2، 2018، ص ص 262-263.

_ضعف الحافز على الاستثمار.

_ الحلقة المفرغة للفقر: يؤدي انخفاض الإنتاجية إلى انخفاض الدخل الفردي الذي يؤدي إلى انخفاض القوة الشرائية ، الادخار ، الاستثمار ، ومن ثم انخفاض الإنتاجية.

ولكسر الحلقة المفرغة للفقر والتغلب على آثارها السلبية تلجأ الدول النامية إلى التمويل الخارجي عن طريق طلب القروض من الدول المتقدمة، وكذلك من الدول والهيئات المهتمة بالتنمية كالبناى الدولي، غير أن توفر رأس المال لا يكفي لتحقيق التنمية ما لم يعتمد على كفاءة استغلال الطاقة الإنتاجية المتاحة، كما أن الاستثمار لا يعتمد على وفرة المدخرات فحسب، بل أيضا على الفرص الاستثمارية المدروسة والمجدية اقتصاديا وهي عادة غير متوفرة في الدول النامية، وهو ما يطلق عليها في أدبيات الاستثمار تدني الطاقة الاستيعابية للدول النامية.

_مشكل الفساد: أظهر تقرير حديث لمنظمة الشفافية الدولية حول الفساد بدول العالم لسنة 2015، الجزائر من بين أكثر دول العالم فسادا بعدما حازت على المرتبة 88 من مجموع 168 دولة محل دراسة عبر العالم، وقد أكسب الترتيب الحالي للجزائر 12 مرتبة مقارنة بتصنيف سنة 2014، والتي نالت من خلاله المرتبة 100 من مجموع 175 دول محل دراسة مؤشر نقشي الفساد بدول العالم، وتحصلت الجزائر في الدراسة على المرتبة التاسعة عربيا بمؤشر قدر بـ 36 متقاسمة الرقم مع المغرب ومصر.

وأقر التقرير الدولي إلي أن الفساد الكبير هو إساءة استخدام السلطة السياسية العليا التي يسفيد منها القليلون على حساب الكثيرين إذ لاحظت المنظمة أن من الأسباب التي تدعو إلى القلق البالغ استمرار شبح الفساد عندما تعم حالة اللامشفافية في الممارسات العامة وتحتاج المؤسسات إلى دعم ومساندة وتعجز الحكومات عن تطبيق الآليات القانونية لمكافحة الفساد.

• المعوقات السياسية والاجتماعية :

من العوامل التي تساعد على قيام التنمية يوجد العامل السياسي لأن عدم توفر الاستقرار السياسي يشكل عائقا أمام عملية التنمية وهو حال البلدان النامية، وعليه فإن اتخاذ القرارات الاقتصادية التنموية يتطلب استقرارا سياسيا في الدولة حتى تتمكن من خلق جو ملائم للتنمية.

أما للمعوقات الاجتماعية التي تعرقل مسار التنمية فيمكن عرضها فيما يلي:¹

_ الانفجار السكاني وعلاقته بالموارد الطبيعية، حيث نجد أن هذه الأخيرة أقل من الحجم السكاني وعليه يصعب على الحكومات توفير المتطلبات الأساسية، الأمر الذي ينتج عنه ضغوطا متزايدة على مواردها المالية التي تنصف بالمحدودية فينتج عنه اتساع فجوة التمويل.

1_أحمد مصطفى خاطر، مرجع سابق، ص 57.

- _ ضعف مستوى التعليم والتدريب، وندرة المهارات الفنية والإدارية والجهل الاقتصادي الذي يرتكز بالتوجه نحو النشاط الخدماتي مستبعد النشاط الإنتاجي.
- _ عدم كفاءة وكفاية الجهاز الحكومي لقيامه بأعباء النشاط الخدماتي والإنتاجي.
- _ عدم عدالة توزيع الدخل الوطني.

• المعوقات التكنولوجية والتنظيمية:

تحتاج عملية التنمية إلى التنسيق وتعاون بين القطاع العام والقطاع الخاص اللذين يشكلان أساس اقتصاد الدولة دون أن ننسى ضرورة وجود جهاز حكومي فعال ذو كفاءة عالية من أجل تحمل المسؤوليات في سبيل تحقيق التنمية المرغوب فيها، فضلا عن نقل التكنولوجيا المناسبة والتكثيف من الدورات التدريبية لرفع مستوى الجهاز الحكومي حتى يتسنى له مواكبة التقدم، والدول النامية تحتاج إلى نقل تكنولوجيا بسيطة غير معقدة بما يتناسب مع طبيعة وظروف كل دولة.

أما العقبات الخارجية التي تعيق عملية التنمية فيمكن تعريفها بأنها:

العقبات المرتبطة بالظروف الدولية، وكذلك العلاقات الخارجية للبلدان النامية بالبلدان الأجنبية في جوانبها الاقتصادية والتجارية والمالية وغيرها، ويتمثل ذلك في شروط التبادل التجاري -أسعار السلع وتدهور شروط التجارة- بالنسبة للبلدان النامية وسيطرة الشركات الاحتكارية الكبرى على السوق الدولية، الأمر الذي أدى إلى اختلال موازين البلدان النامية وخاصة الميزان التجاري.

خلاصة:

استنادا لكل هذا يمكن القول أن التنمية الاقتصادية مطلب أساسي وهدف حيوي لكل دول العالم سواء المتقدمة أو النامية، وحتى تتحقق لابد من رفع مستوى أداء مختلف القطاعات، من بينها قطاع الصحة حيث يؤكد المختصين في الصحة أن الصحة الجيدة تدفع الناس إلى العمل المثمر وتجعلهم أقدر على الإنتاج.

الفصل الخامس

الثقافة الصحية والتنمية في العالم

تمهيد

المبحث الأول : الثقافة الصحية والتنمية في الدول الغربية.

المطلب الأول : التجربة الأمريكية.

المطلب الثاني: التجربة البريطانية.

المطلب الثالث: التجربة اليابانية .

المبحث الثاني : الثقافة الصحية والتنمية في الدول العربية.

المطلب الأول : التجربة المصرية .

المطلب الثاني : التجربة التونسية .

المطلب الثالث : التجربة الجزائرية.

خلاصة

تمهيد:

تميز النصف الثاني من القرن العشرين باستقلال الكثير من الشعوب المستعمرة في الدول الغربية والعربية مما خلق مشاكل عدة من خلفها الاستعمار في جميع جوانب الحياة وعلى رأسها مظاهر التخلف والحرمان نتيجة التبعية الاقتصادية والثقافية والاجتماعية وما خلفته من أضرار على مستوى الصحة العامة التي تعلق بالرعاية الصحية للمواطن. حيث أصبحت محل اهتمام الكثير من المنظمات والهيئات الدولية في مقدمتها منظمة الصحة العالمية التي أدركت أهمية الصحة العامة ومدى انعكاساتها على الحياة الفرد والمجتمع، وعليه وضعت الدول سياسات لتحقيق تنميتها مثل: تكوين إطارات طبية وتوزيع مراكز إستشفائية في القرى والمناطق النائية، باعتبار العامل الصحي له أهمية في إحداث التنمية.

المبحث الأول: الثقافة الصحية والتنمية في الدول الغربية.

المطلب الأول: التجربة الأمريكية.

في الولايات المتحدة الأمريكية تشمل المناقشات المتعلقة بإصلاح الرعاية الصحية مسائل الحق في الحصول على الرعاية الصحية، بإنصاف واستدامة وبجودة معينة، وتحديد المبالغ التي تنفقها الحكومة. كما أن نظام الرعاية الصحية المختلطة بين القطاعين العام والخاص في الولايات المتحدة الأمريكية هو أعلى نظام في العالم، حيث أن الرعاية الصحية تكلف أكثر للشخص الواحد مما هي عليه في أي دولة أخرى، وينفق عليه جزء أكبر من الناتج المحلي الإجمالي منه في أي دولة أخرى من الدول الأعضاء من الأمم المتحدة الأمريكية باستثناء دولة "تيمور الشرقية"، وتوصلت الدراسة إلى أن مستويات الإنفاق على الرعاية الصحية الدولية سنة 2000 والتي نشرت في مجلة الصحة، أن الولايات المتحدة الأمريكية تنفق أكثر على الرعاية الصحية في البلدان الأخرى في منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي. فإن استخدام خدمات الرعاية الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية أقل من متوسط منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، وخلص أصحاب الدراسة إلى أن الأسعار المدفوعة لخدمات الرعاية الصحية أعلى بكثير في الولايات المتحدة الأمريكية.¹

على الرغم من أن المبلغ الذي أنفق على الرعاية الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية وفقاً لتقارير صندوق الكومنولث لعام 2008. فإن الولايات المتحدة الأمريكية تحتل المرتبة الأخيرة في نوعية الرعاية الصحية بين البلدان المتقدمة، في حين صنفت منظمة الصحة العالمية في عام 2000 نظام الرعاية الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية 37 في الأداء العام و72 في المستوى العام للصحة (من بين 191 دولة عضواً مدرجة في الدراسة)، المقارنات الدولية التي يمكن أن تؤدي إلى استنتاجات حول نوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها الأمريكيون تخضع للنقاش دائماً في دوائر صنع القرار، كما تدفع الولايات المتحدة الأمريكية ضعف ما تبقى من الدول الغنية في ظروف مثل: وفيات الرضع ومتوسط العمر المتوقع، وهي من بين أكثر الإحصاءات التي تم جمعها على نطاق واسع، كما أن الإحصاءات الدولية تذهب إلى أن كثير من الناس يعانون من نقص في التأمين، على سبيل المثال: في ولاية "كولورادو الأمريكية" فالذين لديهم تأمين لمدة عام كامل هم حوالي 36,3% والباقي يعانون من نقص في التأمين، وحوالي 10,7 مليون مؤمن تأمين كامل، وينفق الأمريكيين أكثر من ربع رواتبهم السنوية على الرعاية الصحية.

كما وقع الرئيس "أوباما" على قانون حماية المرضى والرعاية بأسعار معقولة (قانون عام 148_111) في 23 مارس 2010 وإلى جانب قانون المصالحة والرعاية الصحية لعام 2010 في

1 _Murray CJ , "The State of US Health , 1990_2010 : Burden of Diseases , Injuries , and Risk Factors " , Journal of the American Medical Association , p06 .

30 مارس أصبح القانون ثمرة مهمة من جهود إصلاح الرعاية الصحية للمؤتمر الـ 111 الديمقراطي وإدارة "أوباما" ويشمل القانون الأحكام المتعلقة بالصحة التي تدخل حيز النفاذ خلال السنوات الأربع المقبلة ، بما في ذلك توسيع أهلية المعونة الطبية للأشخاص الذين يصلون إلى 133% من مستوى الفقر في الولايات المتحدة الأمريكية، ودعم أقساط التأمين للأشخاص الذين يصل عددهم إلى 400% من نسبة الفئات التي لا تملك تأمين صحي (88000 دولار لأسرة مكونة من 4 أفراد في عام 2010)، بحيث تكون أقساطهم الجيبية القصوى من الأقساط السنوية من 2% إلى 9,5% من الدخل وهي توفر حوافز للشركات لتوفير الرعاية الصحية وتحمي من خطر الحرمان من التغطية والحرمان من المتطلبات القائمة على الظروف القائمة من قبل ظواهر تتعلق بالفقر والعوز، وإنشاء مبادلات التأمين الصحي، ومنع شركات التأمين من وضع سقف التغطية السنوي وتقديم الدعم للبحوث الطبية، وطبقاً لأرقام مكتب البيت الأبيض فإن الحد الأقصى لحصة الدخل التي يدفعها المواطنون والتي يتعين عليهم أن يدفعوا ثمنها لخطة الرعاية الصحية تختلف تبعاً لدخلهم بالنسبة لمستوى الفقر المحدد في البلاد، وهي على النحو التالي:¹

بالنسبة للأسر التي يكون دخلها 133-150% من الدخل الأدنى سوف يكون 3-4% من الدخل، والعائلات ذات الدخل 200-250% سوف تكون 4-6,3% مساهمة، وللأسر ذات الدخل 200-250% من الدخل الأدنى 6,3-8,1.... تقابل تكاليف هذه المخصصات مجموعة متنوعة من الضرائب والرسوم وتدابير توفير التكاليف، مثل: ضرائب "الميديكير" وهي برامج الرعاية الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية الجديدة لمن يركزون على فئة الدخل المرتفع والضرائب والتخفيضات المختلفة في برنامج "ميديكار أدفانتيج الجديد" لصالح برنامج "ميديكار التقليدي"، والرسوم المفروضة على الأجهزة الطبية وشركات الأدوية ، كما تفرض عقوبة ضريبية على من لا يحصلون على التأمين الصحي، إلا إذا كانوا معفيين بسبب الدخل المنخفض أو لأسباب أخرى، ويقدر مكتب ميزانية الكونغرس أن الأثر الصافي لكلا القانونين سيكون تخفيض العجز الاتحادي بمقدار 143 دولار على مدى العقد الأول.

ويطلق على مقترح الرعاية الصحية الشاملة في الكونغرس الأمريكي قانون الرعاية الصحية الوطني للولايات المتحدة الأمريكية (الذي كان يسمى سابقاً قانون الرعاية الصحية للجميع)، وسجل مكتب الميزانية في الكونغرس والوكالات الحكومية ذات الصلة زيادة تكلفة نظام الرعاية الصحية

1 - Kenneth C . Land , 2008 Special Focus Report : Trends in Infancy/Early Childhood and Middle Childhood Well-Being , 1994_2006 , The Foundation for Child Development Child and Youth Well-Being Index (CWI)Project , Foundation for Child Development , 2008 , p18 .

الشاملة عدة مرات عام 1991، وتنبأ بشكل موحد بالوفورات في التكاليف، والتي ارتفعت بنسبة 40 % كونها مرتبطة بالرعاية الوقائية الشاملة والحد من التكاليف العامة لشركات التأمين.

في عام 2009 قدم قانون تكنولوجيا المعلومات الصحية والاقتصادية والاستشفائية حوافز نقدية في سنة 2011 إلى 2015 لاعتماد تكنولوجيا متقدمة لتقليل المدة الزمنية للمستشفيات وغيرها من مرافق الرعاية الصحية للانتقال من السجلات الورقية إلى نظام السجلات الصحية الإلكترونية، على الرغم من أن هذه التقنية لا تخلو من بعض العيوب، إلا أنها تتيح سهولة التوثيق والتخزين، والقدرة على الوصول إلى المعلومات من الجانب العلاجي، والقدرة على مزامنة الوصفات الطبية مع الرمز الشريطي الحديث.¹

وقد تم سن قانون الرعاية بأسعار معقولة بهدف زيادة جودة التأمين الصحي وقابلية تحمله، وتخفيض المعدل غير المؤمن عليه من خلال توسيع تغطية التأمين العمومي والخاص، وخفض تكاليف الرعاية الصحية للأفراد والحكومة، ويتلقى مقدمو الرعاية مدفوعات أكثر مع زيادة عدد المؤمن عليهم وعدد المرضى غير المؤمن عليهم غير القادرين على الدفع. وقد أدت المنافسة بين شركات التأمين من أجل تخفيض معدلات الأقساط، مما أدى إلى تخفيض معدلات التعويض لمقدمي الخدمات في بعض الخطط. فالكثير من مرافق الرعاية الصحية تكافح من أجل تقديم أعلى خدمات ممكنة، حيث أن تكلفة توفير الخدمات الصحية قد ازدادت بسبب الأجور والتكنولوجيا، وتراجعت مدفوعات الرعاية الطبية لمقدمي الرعاية الصحية لإجراءات تقويم العظام على سبيل المثال: مثل تقويم مفاصل الركبة الكلي وإصلاح العمود الفقري وإصلاح الكاحل المفتوح من 1992-2010، مما يعني أن مقدمي الخدمات يجب أن يعتمدوا على مرضى الدفع الذاتي، والمرضى الذين يعانون من التأمينات التجارية لتعويض الفرق والتي تكون مرتفعة غالباً، كما ساهمت التغيرات في اللوائح المتعلقة بتقييم المخاطر الصحية، وإدراج 10 فوائد صحية أساسية لكل خطة تأمين في ارتفاع تكلفة أقساط التأمين.

إصلاحات الرعاية الصحية في ولايتي "هاواي" و"ماساتشوستس" الولايات المتحدة الأمريكية:

وقد نفذت كل من "هاواي" و"ماساتشوستس" بعض الإصلاحات الإضافية في مجال الرعاية الصحية ولكن ورغم هذا وجب التذكير بأنه لا توجد دولة لديها تغطية كاملة لمواطنيها. على سبيل المثال: تظهر بيانات مؤسسة "كايزر فاميلي فوندايشون" أن 5% من سكان "ماساتشوستس" و8% من سكان "هاواي" غير مؤمن عليهم، وحتى الآن لم تقدم لجنة القانون الموحد للولايات المتحدة الأمريكية برعاية المؤتمر الوطني للمفوضين المعنيين بقوانين الدولة الموحدة، قانوناً موحداً أو تشريع نموذجي بشأن تأمين الرعاية الصحية أو إصلاح الرعاية الصحية.

1- Robert Pear , **Doctor Shortage Likely to Worsen With Health Law** , the New York Times , 2012 , p25.

- تكاليف الرعاية الصحية: فالولايات المتحدة الأمريكية تتفق أكثر عمل الرعاية الصحية أكثر من أي بلد آخر في العالم، ومع ذلك تعاني من حالة صحية أضعف من جراء عوامل كثيرة، ففي عام 2007 أنفقت الولايات المتحدة الأمريكية 7,290 دولار للفرد على الرعاية الصحية. أي أكثر من متوسط بين الدول الأعضاء في منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي والذي هو 3075 دولار، والذي يقدر بحوالي فقط 42% من الإنفاق في الولايات المتحدة الأمريكية، كما ويتركز الإنفاق على الصحة على عدد قليل من المستهلكين، ففي عام 2006 كان نصف الإنفاق على الرعاية الصحية يستخدم لعلاج 5% فقط من السكان، وفقا لمؤسسة "عائلة كايزر" كما ويرتبط أكثر من نصف إبداعات الإفلاس بسبب نفقات الرعاية الصحية، والتي تكون 88% من هذه الحالات من قبل أشخاص لديهم تأمين صحي، ووفقا لمجلس المستشارين الاقتصاديين في البيت الأبيض، فإن متوسط دخل الأسرة سيكون أقل بمقدار 2600 دولار بحلول عام 2020، إذا لم يتباطأ نمو تكلفة الرعاية الصحية بنسبة 1,5% على الأقل، كما تضاعفت تكلفة أقساط التأمين الصحي أكثر من الضعف بين عامي 1999 و2008 في حين ظلت رواتب العمال في حالة ركود وفي عام 2008 بلغ متوسط التكلفة السنوية لتغطية التأمين الأسري 12700 دولار.¹

على الرغم من أن الولايات المتحدة الأمريكية تتفق أكثر على الرعاية الصحية من أي بلد آخر في العالم، إلا أنه في عام 2015 ذكرت منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي حوالي 38,2% من البالغين في الولايات المتحدة الأمريكية يعانون من السمنة المفرطة. وتتجم نفقات الرعاية الصحية المرتفعة بشكل لا يصدق في الولايات المتحدة الأمريكية عن مجموعة من العوامل المختلفة منها:

- أجور الممارسين الطبيين، الإجراءات الطبية المكلفة، وتكاليف المستشفيات، والأهم من ذلك كله المنتجات الصيدلانية ويضع مصنعو الأدوية في الولايات المتحدة الأمريكية أسعارهم الخاصة، بينما يسمحون أيضا باحتكارات حكومية معينة لبعض مصنعي الأدوية عن طريق منح براءات. اختراع لمصنعي الأدوية الوحيدين لمدة 20 عاما أو أكثر.

كما أن ما يقدر بـ 52 مليون شخص أي أكثر من 15% من سكان الولايات المتحدة هم حاليا بدون تأمين صحي أو لا يحصلون على مزايا برنامج الرعاية الصحية الحكومية وعلى الصعيد الوطني فإن 77% من الأشخاص غير المؤمن عليهم هم من العمال أو المعالين لشخص يعمل، كما أنه في عام 2008 ساهم موظفو المشاريع الصغيرة بمبلغ 4,101 دولار في المتوسط لتغطية الأسرة، مقارنة بمبلغ 2,982 دولار يدفعه الموظفون في الشركات الكبيرة، وحوالي 59% من الموظفين ذوي الدخل دون مستوى الفقر وهم يستفيدون من (18,310 دولار لأسرة مكونة من ثلاثة أفراد) وليس لديهم

1_Gill , p.s , Application of Value Stream Mapping to Eliminate Waste in an Emergency Room , Global Journale of Medicale Research , 2012 , p56.

تأمين صحي، وفي مستويات الدخل ضعف أو ثلاثة أضعاف مستوى الفقر نحو 34% إلى التأمين، ونصف ما يفتقر إلى التأمين هم أربعة أضعاف مستوى الفقر المحدد في الولايات المتحدة الأمريكية.¹

المطلب الثاني: التجربة البريطانية.

تم في بريطانيا إصلاح الرعاية الصحية في عام 1948 بعد الحرب العالمية الثانية، على نطاق واسع على غرار تقرير "بيفيريدج" 1942 مع إنشاء دائرة الصحة الوطنية لمتابعتها، وقد أنشئت في الأصل كجزء من إصلاح أوسع نطاقاً للخدمات الاجتماعية ومولها نظام التأمين الوطني البريطاني، على الرغم من أن تلقي الرعاية الصحية لم يتوقف أبداً على تقديم مساهمات لصندوق التأمين الوطني، لم يتم إلغاء الرعاية الصحية الخاصة المختلفة، كما ولا يزال حوالي 15% من مجموع الإنفاق على الصحة في المملكة المتحدة ممولاً من القطاع الخاص، ولكن هذا يشمل مساهمات المرضى في خدمات الصحة الوطنية المقدمة للخدمات الطبية، ولذلك فإن الرعاية الصحية في القطاع الخاص في المملكة المتحدة صغيرة جداً، وجزء من عملية إصلاح أوسع نطاقاً لتوفير الرعاية الاجتماعية، كان يعتقد أصلاً أن التركيز سيكون على الوقاية من سوء الصحة كما هو الحال بالنسبة لعلاج الأمراض، فعلى سبيل المثال: تقوم مؤسسة الصحة الوطنية بتوزيع حليب الأطفال المعزز بالفيتامينات والمعادن في محاولة لتحسين صحة الأطفال المولودين في سنوات ما بعد الحرب، فضلاً عن المكملات الغذائية الأخرى مثل: زيت كبد سمك والشعير، كما وتم القضاء على العديد من أمراض الطفولة الشائعة مثل: الحصبة والنكاف والجدي مع برنامج وطني للتلقيح.

وقد قامت وزارة الصحة الوطنية بإصلاحات عديدة منذ عام 1974، حاولت إدارة "مار غيرت تاتشر" رئيسة الوزراء البريطانية المحافظة القيام بالإصلاحات اللازمة في قطاع الرعاية الصحية، وذلك من خلال تطوير دور المستشفيات والسلطات الصحية، وقد استدعى ذلك تحديد التكاليف المفصلة للأنشطة وهو أمر لم يكن على دائرة الصحة الوطنية أن تفعله يمثل هذه التفاصيل، ورأى البعض أنه لا لزوم لذلك، كما وقد عارض حزب العمل عموماً هذه التغييرات، على الرغم من أن حكومة "بلير" بعد أن أصبحت حزب العمل الجديد، احتفظت بنظام لصحة السائر بل وسعت نطاقه، مما سمح لمقدمي الرعاية الصحية الخاصة بتقديم عطاءات للعمل في خدمات الصحة الوطنية، وتقوم بعض المشاريع الخاصة بتشخيص بعض مراكز العلاج وتمويلها بموجب عقد، ومع ذلك فإن نطاق هذه الخصخصة من العمل لا يزال صغيراً، على الرغم من أنه لا يزال مثيراً للجدل لحد الآن، وقد التزمت الإدارة بمزيد من الأموال إلى الهيئة الوطنية للصحة العمومية، مما رفعها إلى نفس المستوى تقريباً من التمويل الذي

1 _Peter S . Hussey, It's The Prices, Stupid: Why The United States Is So Different From Other Countries , Hualth Affairs Volume 22, Number 3, 2008, p30.

بلغه المتوسط الأوروبي، ونتيجة لذلك كان هناك برنامج كبير للتوسع والتحديث كما وأن أوقات الانتظار للحصول على العلاج تحسنت.¹

واقترحت حكومة "غوردون براون" إصلاحات جديدة للرعاية في إنجلترا، واحد منها هو أن يتم التركيز على الوقاية الصحية من خلال معالجة القضايا التي من المعروف أنها تسبب سوء الصحة على المدى الطويل، ومن أبرزها هي السمنة والأمراض ذات الصلة مثل: مرض السكري، وأمراض القلب والأوعية الدموية، والإصلاح الثاني هو جعل الخدمة الصحية الوطنية خدمة أكثر شخصية، وذلك من خلال تعزيز التفاوض مع الأطباء لتقديم المزيد من الخدمات في بعض الأحيان والتي تكون أكثر ملائمة للمريض كما هو الحال في المساء وفي عطلة نهاية الأسبوع، وستقدم فكرة الخدمة الشخصية هذه فحوصات طبية منتظمة بحيث يتم فحص السكان بشكل أكثر انتظاما، كما تجعل الأطباء يقدمون المزيد من النصائح حول الوقاية من الصحة (على سبيل المثال: تشجيع ومساعدة المرضى للسيطرة على وزنهم، والتحكم في النظام الغذائي، وممارسة الرياضة أكثر، والتوقف عن التدخين وما إلى ذلك...)، وبالتالي معالجة المشاكل قبل أن تصبح أكثر خطورة، أما فترات الانتظار التي انخفضت بشكل ملحوظ تحت حكومة "بليير" (متوسط وقت الانتظار حوالي 6 أسابيع للجراحة الاختيارية غير العاجلة). وهي أيضا احتلت في قمة التركيز، وتم تحديد هدف في ديسمبر 2008 لضمان ألا ينتظر أي شخص مدة تزيد عن 18 أسبوعا تشمل الوقت اللازم لترتيب موعد أول، ووقت إجراء أي تحقيقات أو اختبارات لتحديد سبب المشكلة وكيفية معالجتها، ومن ثم نشر قانون الصحة المعدل الذي يحدد الحقوق القانونية للمرضى وكذلك الوعود (غير قابلة للتطبيق قانونيا) والتي تسعى جاهدة للحفاظ على أعلى خدمات رعاية صحية في إنكلترا.²

عناصر الخدمات الصحية الوطنية:³

- ضمان توفير الفرص المتساوية لجميع السكان للحصول على الخدمات الصحية بصرف النظر عن الإمكانيات المالية أو العمر أو الوظيفة .
- فصل العناية بالصحة عن الإمكانيات الشخصية وتقديم الخدمة الصحية مجانا.
- توفير خدمات شاملة تغطي جميع أوجه الطب الوقائي والعلاجي.
- وضعت هذه المبادئ في صورة تشريعية في قانون الخدمة الصحية الوطنية.
- تم منح وزير الصحة السلطة لنقل ملكية أي مستشفى يراها مناسبة إلى الملكية العامة للدولة.
- تم تنظيم المستشفيات تحت مظلة المجالس الصحية المحلية كنظام شامل للخدمة الصحية المجانية.

1 _ op.cit, p31.

2 _Martin , Paul , **No NHS 111 line before April 2015** , says Mark Drakeford , BBC News , Retrieved 26 July 2014 , P20 .

3 _WWW . Kau . edu . sa . com . 2021.04.27_ 15 :00h.

- يشبه هذا النظام في بعض جوانبه النظم الصحية الموجودة ببعض البلدان العربية التي تقدم الخدمة الصحية مجاناً.

- يتم تمويل النظام بنسبة 90% من حصيلّة الضرائب العامة والباقي من ضريبة الضمان الاجتماعي.
المطلب الثالث : التجربة اليابانية.

يتميز نظام اليابان الصحي بالاعتماد الكبير على القطاع الخاص كما يعطي النظام الحق للحكومة في شراء الخدمات الصحية، يتمثل القائمون على تقديم خدمة التأمين الصحي في اليابان:¹

- المستشفيات العامة والخاصة.
- العيادات التي يتم إدارتها بأطباء مستقلين ومتخصصين.
- المراكز الصحية.
- تمثل المستشفيات بحوالي 80% من إجمالي عدد المستشفيات باليابان.
- يلاحظ أن 70% من حالات دخول المستشفى للرعاية الثانوية تكون في مستشفيات القطاع الخاص التي تقدم خدمات الرعاية الصحية الثانوية، بالرغم من أن ارتفاع مستويات المستشفيات العامة التي بعضها متخصص في علاج الأمراض الخطيرة والحالات الحرجة.
- يقتضي العمل أن يكون الطبيب متفرغاً عند عمله بالمستشفيات العامة ولا يستطيع طبيب المستشفى العام العمل بالعيادات الخاصة، وكذلك لا يستطيع الطبيب الخاص تحويل مرضاه للمستشفيات العامة بل يقتضي علاجهم بالمراكز الطبية الخاصة التي عادة لا تحتوي على أكثر من 12 سرير مما يؤدي إلى خلق مناخ من التنافس بين المراكز الطبية والمستشفيات .
- هناك بعض مراكز التمريض الوسيطة التي تقدم الرعاية التمريضية للمرضى كبار السن بالإضافة إلى إمكانية التمريض بالمنزل عند الرغبة في الحصول على الخدمات الطبية طويلة الأجل وذلك مقابل مشاركة مباشرة أكبر من المستفيد.

تمويل نظام التأمين الصحي:

- يتم تمويل نظم الرعاية الصحية في اليابان من خلال ثلاث جهات أساسية:²
- الشركات والأفراد وتغطي 52,9% من إجمالي النفقات.
- الحكومة وتمثل 32,2% من إجمالي النفقات.
- المشاركة المباشرة في النفقات والتي تغطي حوالي 14,9%.

1- حسن محمد السيد وآخرون: مرجع سابق، ص 464.

2- حسن محمد السيد وآخرون: المرجع السابق ، ص 465.

يلاحظ أن الحكومة اليابانية كانت تعاني من ارتفاع كبير في الإنفاق على الصحة وكذلك نتيجة لاتجاهها إلى تنمية الخدمات الصحية المقدمة والارتفاع بمستوى جودتها، ولكنها استطاعت التغلب على هذه المشكلة فيما بعد نتيجة نجاح إدارة النظام وارتفاع معدل المشاركة المباشرة للأفراد.

الفئات المؤمن عليها:

يعتبر النظام الصحي الياباني معقد نابع من الخلفية التاريخية للمجتمع ويغطي كل المواطنين والأجانب المقيمين حيث يوجد أكثر من 5000 جهة تأمينية ولكن يمكن حصرها في ثلاث نوعيات أساسية:

التأمين الصحي للعاملين: ويضم نظامين أحدهما حكومي يدار من خلال وزارة الصحة ويغطي 30% والآخر يدار من خلال المؤسسات المجتمعية ويغطي 26%.

التأمين الصحي القومي: ويغطي 36% من المجتمع.

هناك نظم تأمينية خاصة للفئات الغير مغطاة في النظم السابقة: مثل: العاملين المدنيين وموظفي المدارس الخاصة ويغطي 8%.

الفقراء والمساكين الذين لا يستطيعون دفع جزء من المساهمات: ويتم تغطيتهم من خلال برنامج للمعونات والمساعدات.

الخدمات المقدمة:

- ينص القانون الياباني على مجموعة على مجموعة محددة من الخدمات التي يجب أن تقدم من خلالها أنظمة التأمين الصحي المختلفة، وهي تضم الكشف الطبي والأدوية والجراحات والخدمات الأخرى مثل: الرعاية الصحية بالمستشفيات والرعاية بالمنزل.

- يتم إتاحة المزيد من الخدمات وهي تختلف باختلاف قيمة المساهمة والاستعداد للمشاركة، وقد تكون هذه الخدمات في هيئة بعض المساعدات المالية للمرضى بالأمراض المزمنة أو المساعدات في حال حدوث الوفاة.

يوجد في اليابان ثلاث مجموعات للخطط التأمينية:¹

- **المجموعة الأولى:** تشمل التأمين المدار بواسطة المجتمع، وتقدم خدماتها للعاملين في الشركات الكبيرة وأسرهم، وتشمل نوع من التأمين التبادلي يقدم خدماته للعاملين في القطاع العام بواسطة منظمات تأمين خدمية.
- **المجموعة الثانية:** تشمل التأمين الصحي المدار بواسطة الحكومة، تقدم خدماتها للعاملين في الشركات الصغيرة.

• المجموعة الثالثة: تشمل التأمين على أصحاب الأعمال الخاصة من غير العاملين في الحكومة والمتقاعدين.

- وفقا لنظام التأمين يتحتم على كل فرد أن ينظم لأحد الخطط التأمينية السابقة رغم اختلاف مستوى دخل المؤمن عليه في كل المجموعات إلا أنهم يتمتعون بنفس المزايا بالنسبة للخدمات التي يغطيها التأمين، يتم تمويل النظام التأميني الياباني من خلال أقسام التأمين التي يدفعها المشتركون أو تدفع عنهم.

- إضافة إلى الدعم الحكومي الذي يغطي بعض المنافع وتكاليف التشغيل .

- يتمتع برنامج موظفي الأعمال التجارية الصغيرة بدعم أكبر من موظفي الشركات الكبرى .

- تتفاوت قيمة القسط التأميني الذي يدفعه المشترك من برنامج لآخر إلا أنه بصفة عامة يكون بمساهمة مشتركة متساوية من رب العمل والموظف بما لا يتعدى 8,5% من راتب الموظف.

- تحدد بعض أقساط البرامج وفقا لعدد أفراد الأسر ومستوى دخله.

- تقوم الحكومة اليابانية بوضع أسعار محددة للخدمات الصحية المختلفة ووضع الضوابط الصارمة لعدم الإخلال بهذه الأسعار.

- تقوم بالمراجعة الدورية لهذه الأسعار بناء على نسب التضخم السنوي.

- يشرف على نظم التأمين المجلس المركزي للتأمين الاجتماعي الطبي.

فالنظام الياباني للرعاية الصحية له بعض عناصر التشابه والاختلاف للنظام الأمريكي وكما في أمريكا وألمانيا. فالنسبة الكبرى من الأشخاص في اليابان تحصل على تأمينها الصحي من خلال مجموعات لدى صاحب العمل، وفي الصناعات التي تتواجد بها "هيئات تأمينية" أو "هيئات المساعدة المتبادلة" فهي تقدم التأمين وفي صناعات أخرى.

فالحكومة الوطنية تباع التأمين، وهذه الهيئات قد تكونت منذ بدايات عام 1922 حيث أتاح قانون تنظيم تلك الخطط التأمينية، وهذه الهيكلية للطب الياباني والاعتماد على صناعة تتعلق بالخطط التأمينية كانت اختبارات معينة لتمييز عن النظام الألماني في ذلك الحين والذي كان ينظر إليه كأحسن نظام في العالم خلال القرن 19. وكان هناك خطة تأمين صحي قومي منفصلة متاحة لأشخاص غير مؤهلين لبعض المجموعات المتصلة بصاحب العمل، والاشتراك في نوع ما من التأمين الجماعي صار إجباريا يعد الموافقة على تشريع خاص بذلك في البرلمان الياباني عام 1961.

وحاليا يغطي التأمين الجماعي للعاملين حوالي 75 مليون شخصا، وتساهم مجموعات العمالة بمتوسط قدره 8,1% من راتب العامل 4,6% من صاحب العمل، 3,5% من العامل، ولو أن معدلات

الأقساط التأمينية تتراوح ما بين (6-10%) من دخل العامل، وخطط التأمين الحكومية تتلقى 8,9% من الدخل الشهري للشخص، تتقاسم بالتساوي بين صاحب العمل والعامل.¹

وغالبية خطط المجموعات المتعلقة بصاحب العمل تتطلب مشاركة تأمينية في السداد (20% للرعاية داخل المستشفى، 30% رعاية إسعافية). الذين يعولونهم مع 10% مشاركة تأمينية في السداد للعمال. وهذه الخطط لها أيضا سعة غطاء مأساوي **catastrophic cap** الذي يحدد من النفقات الشهرية خارج الحساب الرسمي **out-of-pocket** إلى حوالي 400 دولار .

وخطط المجتمع الياباني "التأمين الصحي القومي" لها أقساط تأمين يدفعها الشخص المؤمن عليه، بحد أقصى للأسرة 270,000 ينا (حوالي 2800 دولار) و30% مشاركة تأمينية السداد. وكلاهما يتعلقان بدخل الأسرة. والخلاصة أن أقساط التأمين تدفع مقابل النصف تقريبا لتكاليف هذه الخطط التأمينية، والباقي من الدعم الحكومي (الضرائب) القومي والمحلي. ويغطي الأشخاص المتقاعدون في نفس الخطط بمساهمات من خطط العمالة والتأمين الصحي القومي، زائدا أرصدة من الحكومات القومية والمحلية، مع مشاركات تأمينية في السداد صغيرة جدا للمرضى أثناء وقت خدمتهم. ومعظم مستشفيات في اليابان خاصة، والكثير منها لغرض غير الربح، ولكن بعدد جذري منها يمتلكه الأطباء. ولكن الحكومة أيضا تدير بعض المستشفيات والمزج بين المستشفيات الخاصة والعامه مماثل لها في الولايات المتحدة الأمريكية ومعظم المستشفيات الكبرى الضخمة تكون عامة، ومعظمها يتواصل مع أحد من ال80% مدرسة طبية يابانية.

ويعمل الأطباء بصفة أولية من خلال عيادات بدلا من مفردهم أو مجموعات صغيرة متنافسة، والكثير من الأطباء يمتلكون عياداتهم ويستأجرون أطباء آخرين للعمل لديهم. ولكن على الخصوص بين الأطباء الشبان فالترفضيل انتقل إلى ترتيبات المرتب مع عيادات المستشفى. كما في ألمانيا فأطباء العيادات لا يستطيعون متابعة مرضاهم في المستشفى، ولكن عكس الوضع الألماني فوجود عيادات كبيرة من الرعاية الإسعافية متواصلة مع المستشفيات يجعل أطباء العيادات الحرة متراخين جدا في إحالة مرضاهم لرعاية المستشفى، حيث يمكن أن يفقدوا مرضاهم لعيادة المستشفى ومعدلات الإدخال للمستشفيات اليابانية هي الأقل في أي دولة كبرى في العالم.

ففي عام 1960 كان معدل الإدخال للمستشفى 3,7% فقط لكل 100 شخص، نصف المعدل الجاري والزيادة ترجع جزئيا إلى شيخوخة السكان، ولكنه أيضا يمكن تفسيره في الانتقال إلى العيادات بالمستشفيات، حيث إحالات المستشفى ليست خطرة ماليا لطبيب الإحالة.²

1- تشارلز فيلبس: نحو مفهوم لاقتصاديات الصحة والرعاية الصحية والتأمين الصحي (المسار الأمريكي)، المجلس الأعلى للثقافة، القاهرة، 2003، ص522.

2- المرجع السابق، ص 524.

والميل المنخفض جدا لإدخال المرضى للمستشفيات في اليابان يعادله المعدلات العالية جدا لاستخدام زيارات الطبيب والأدوية الموصوفة، والاثنتان يسيران سويا، فالمواطنون اليابانيون يرون الطبيب بمتوسط 15 مرة لسنة، ثلاث أضعاف الولايات المتحدة الأمريكية، التي بدورها تكون الأعلى معدلات زيارة الطبيب للفرد لأي دولة باستثناء اليابان. وهذه الزيارات هي قصيرة جدا في مدتها 3.5 - 4.5 دقيقة وتحدث دائما بدون ميعاد، وتفنن بوقت الانتظار (حوالي ساعة انتظار في المتوسط) حيث يقدم التأمين القومي في الحقيقة تغطية كاملة لكل زيارات الطبيب.

والمواطنون اليابانيون من بين الأكثر استخداما لأدوية في العالم، وهي ممارسة تتمشى أيضا عن قرب مع الحوافز الاقتصادية في المجتمع الياباني. ففي دراسة حديثة، وجد أن المواطن الياباني يصرف له ما يزيد على 20 دواء لكل سنة مقارنة بمتوسط الأمريكي 6 دواء/سنة. وهذه القضية تثير اهتماما اقتصاديا بسبب أنها تعكس كل من دور التأمين في استخدام الدواء، وأيضا تلقى بعض الضوء على السؤال الخاص "المورد الذي يحثه الطلب". ووجد الزائرون الأمريكيون لليابان بعد الحرب العالمية الثانية، ما يثير الدهشة أن الأطباء اليابانيون يوصفون الأدوية وبييعونها بعكس ما يجري في الولايات المتحدة الأمريكية من الفصل بين هاتين الوظيفتين.

وفي عام 1955 صدر القانون الياباني بالفصل بين الوظيفتين. ولكن تعارض المصالح بين الأطباء والصيادلة جعل القانون قليل الأثر واستمرت الـ 27,000 عيادة حرة في صرف الدواء، وكذلك طبعا عيادات المستشفيات.¹

المبحث الثاني: الثقافة الصحية والتنمية في الدول العربية.

المطلب الأول: التجربة المصرية.

حققت مصر تقدما ملحوظا في مجال الصحة منذ عام 1990، حيث انخفض معدل وفيات الأمهات من 106 إلى 37 وفاة لكل 100000 ولادة حية و انخفض معدل وفيات الرضع من 60 إلى 18 حالة وفاة لكل 10000 ولادة بين عامي 1990_2017، وتمكنت مصر من تحقيق الهدفين الثالث والرابع من الأهداف الإنمائية لألفية، اللذين يركزان على تعزيز المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة وتحسين صحة الأمهات على التوالي، ومع ذلك التقدم الصحي تباطؤ كبيرا في أعقاب التحسينات السريعة في حقبة التسعينات من القرن الماضي وأوائل العقد الأول من القرن 20، وارتفع متوسط العمر المتوقع من 66 عاما إلى 72 عاما خلال العقدين الأخيرين، ولكنه لا يزال دون المتوسط السائد في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا البالغ 74 عاما.²

1- المرجع السابق، ص 525.

2 - البنك الدولي: دعم النظام الصحي الشامل في مصر، 2019 .

تظل أوجه التفاوت قائمة، حيث تعاني المناطق الريفية والنائية والفقيرة من أسوأ النتائج الصحية والخدمات الطبية غير الكافية، لا سيما الخدمات الصحية الأساسية مثل : صحة الأم والطفل .
كما تواجه مصر عبئاً متزايداً يتمثل في الأمراض غير السارية، وذلك يعود في الأساس إلى عوامل المخاطر التي يتم التحكم فيها بشكل سيئ. وتمثل الأمراض غير السارية في الوقت الراهن ما يقدر بنحو 82% من جميع الوفيات و67% من الوفيات المبكرة في مصر. وتعد أمراض القلب وأمراض الأوعية الدموية هي الأسباب الرئيسية للوفاة. ولدى مصر أعلى معدل للسمنة بين أعلى 20 دولة في العالم من حيث عدد السكان.¹

وأظهرت الحملة الوطنية للفحص الأخيرة في إطار برنامج "100 مليون صحة" الذي يموله البنك الدولي أنه من بين 53 مليون شخص بالغ تم فحصهم (فوق سن 18) هناك 6% مصابين بمرض السكري و26% مصابين بارتفاع ضغط الدم و70% يعانون من زيادة الوزن.

يواجه نظام الرعاية الصحية في مصر تحديات متعددة بشأن تحسين وحماية صحة ورفاهية السكان الذين يتزايد عددهم بسرعة، ويفرض ارتفاع معدل الأمراض غير السارية وارتفاع معدل المواليد إلى جانب زيادة متوسط العمر المتوقع ضغوطاً إضافية على النظام ويتوقع أن يؤدي ذلك إلى زيادة تكاليف الرعاية الصحية في ظل محدودية الموارد الحكومية والتمويلات العامة المقيدة.

- النظام الصحي المصري في وضع لا يسمح له بتقديم خدمات صحية عالية الجودة لتلبية الاحتياجات الملحة للسكان. وعلى الرغم من أن أكثر من 95% من السكان يعيشون على بعد 5 كيلومترات من المنشآت الصحية، إلا أن تلك المنشآت غالباً ما تكون غير مجهزة للاستجابة الفعلية للسكان في مناطق سكنهم ، وقد تم الإبلاغ على نطاق واسع عن الأوضاع الحالية في المنشآت الحكومية المتداعية ، ونفاذ مخزونات الأدوية بشكل منتظم بسبب سلاسل التوريد القديمة جداً وغير الفعالة، وعدم وجود إرشادات سريرية محدثة ومطبقة لإدارة الأمراض المزمنة، ومحدودية عدد المتخصصين.²

وبهذا يكون مستوى الرعاية متدنياً في كثير من الأحيان، مما يؤدي إلى نقص الاستفادة وتقليل الفوائد الصحية.

- تعد مصر واحدة من أقل الدول التي تتفق على الرعاية الصحية في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، حيث تبلغ النفقات الصحية 1,4% من الناتج المحلي الإجمالي للبلاد. ويتم إنفاق 5,6% فقط من إجمالي ميزانية الحكومة على الصحة، وهو ما يمثل 38% من إجمالي الإنفاق الصحي، وبالتالي فإن أكثر من نصف إجمالي الإنفاق الصحي (61%) هو إنفاق من الأموال الخاصة، بالإضافة إلى

1- العبء العالمي للأمراض، 2017.

2- الزناتي ومشاركوه: المسح السكاني والصحي في مصر، وزارة الصحة، وماكرو الدولية، القاهرة، 2014

www.https://dhsprogram.com .06/ 05/2021. 10 :18.

انخفاض على الصحة، تؤدي أوجه القصور النظامية وعدم المساواة في التمويل الصحي إلى الحد من فعالية نظام الرعاية الصحية.¹

وهناك ثلاث تدفقات تمويل رئيسية هي:

- 1- من وزارة المالية إلى مرافق وزارة الصحة والسكان من خلال ميزانية مرافق وزارة الصحة .
 - 2- من هيئة التأمينات الاجتماعية ووزارة المالية إلى هيئة التأمين الصحي.
 - 3- من الأسر مباشرة إلى مقدمي الخدمات الخاصة والصيدليات.
- وتتفق الأسر ضمن الخمس الأقل دخلا 21% من دخلها على التكاليف المتعلقة بالرعاية الصحية، مقابل 13,5% بالنسبة للأسر ضمن الخمس الأعلى دخلا
- _حوالي 90% من النفقات الخاصة تعتبر نفقات من الأموال الخاصة، تدفعها الأسر مباشرة لمقدمي الرعاية الصحية.

- أقرت الحكومة في ديسمبر 2017 قانون التأمين الصحي الشامل كجزء من الجهود المبذولة للتصدي للتحديات الصحية، وذلك لتحفيز التقدم نحو التغطية الصحية الشاملة بما يتماشى مع الركيزة الصحية لرؤية التنمية المستدامة لعام 2030 والدستور المصري (المادة 18 لكل مواطن الحق في الصحة والرعاية الصحية الشاملة بمعايير جيدة) ويهدف التأمين الصحي الشامل إلى تقديم تغطية لجميع المواطنين، بما في ذلك الفئات الضعيفة (حوالي 30% من السكان) التي سيتم دعمها من الحكومة.

_تستلزم إدارة وتطبيق نظام التأمين الصحي الشامل تشكيل ثلاث جهات تفصل بين توفير الخدمات الصحية وبين عمليات التجميع والشراء والإشراف على الجودة الهيئة العامة للتأمين الصحي الشامل (أي المشتري) والهيئة العامة للرعاية الصحية (أي مقدم الخدمة)، والهيئة العامة للاعتماد والرقابة الصحية التي ستكون مسؤولة عن ضمان الجودة والاعتماد. وسيكون النظام الجديد نظام متكامل لتكنولوجيا المعلومات ومن المتوقع أن يتم بناؤه تدريجيا من خلال وحدات متسلسلة ولكنها متكاملة تلبى الاحتياجات المختلفة للنظام.²

إن التأمين الصحي في مصر عبارة عن موائمة صحيحة بين أولويات احتياج المجتمع المصري من الرعاية الصحية واقتصاديات الخدمة التأمينية، ويرتبط بهذا قدرة أفراد المجتمع على المشاركة في الأعباء التي يفرضها التأمين الصحي وعلى تحمل الخسائر الناشئة عن المرض.

ومن مصادر تقديم الخدمات الصحية في مصر:³

- 1- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، 2018.
- 2- البنك الدولي: دعم النظام الصحي الشامل في مصر، 2019 .
- 3- حسن محمد السيد وآخرون: مرجع سابق ، ص 467-469 .

- **القطاع الحكومي:** يشمل مقدمي الخدمة على وزارة الصحة 26% ووزارة التعليم العالي ممثلة في المستشفيات الجامعية ومجموعة أخرى من الوزارات التي تقدم الخدمة لمنسوبيها.
 - **القطاع العام :** يشتمل على الهيئة العامة للتأمين الصحي والمؤسسة العلاجية وهيئة المستشفيات التعليمية وشركات القطاع العام.
 - **القطاع الخاص:** يقدم جميع الخدمات من خلال عيادات الأطباء والمستوصفات والمستشفيات الخاصة بجميع مستوياتها وأحجامها .
- التحديات التي تواجه قطاع الخدمات الصحية في مصر والسياسات المقترحة لمواجهتها:
- مستوى تقديم الخدمات الصحية والتي يتمثل في الرعاية الوقائية والرعاية الصحية الأساسية.
 - مصادر تقديم الخدمات الصحية قد يكون حكومي أو عام ويتمثل في وزارة الصحة والسكان والتأمين الصحي والمؤسسة العلاجية والمعاهد والمستشفيات الجامعية والتعليمية.
 - ومن بين التحديات الخاصة بالخدمة الصحية:
 - التغيير المستمر في أنماط المرض الناتجة عن تغير الوضع الديمغرافي وانتشار الأمراض المزمنة وظهور أمراض جديدة .
 - وجود منافذ كثيرة تقدم خدمات متشابهة تفاوتت في جودتها وأسعارها.
 - التأخر في التطبيق نظم ومعايير خاصة لضمان جودة الخدمات الصحية.
- المطلب الثاني: التجربة التونسية.**
- باعتبار التجربة التونسية نموذج من النماذج التي تربط بين الصحة والبيئة الاجتماعية والاقتصادية.

أجريت هذه الدراسة في تونس بالتعاون مع هيئة الصحة العالمية في الفترة من عام 1969 إلى عام 1972 وأدت هذه الدراسة إلى إبراز العلاقة بين العوامل السكانية والاجتماعية والاقتصادية ونوع التسهيلات الصحية التي يتلقونها.

وقد استخدم الباحثون منهجا مبسطا في اختيار عينات سكانية وإجراء دراسة ومسح لها وبحث الخدمات الصحية وذلك باجتياز مجموعات أسرية.... وتحليل السجلات الطبية لأفرادها بغرض الكشف عن العوامل التي تميز الاستخدام العالي والاستخدام المنخفض للخدمات الصحية ، وشمل البحث 678 أسرة (منها 446 أسرة حضرية و232 أسرة ريفية) تضم في مجموعها 3808 فردا واتضح من الدراسة أن معدل الاستخدام للخدمات الصحية كان بنسبة 38,5 في المائة من العينة كلها تمثل المناطق الحضرية فيها نسبة 88,5 % مقابل 46,2%¹.

1- سلوى عثمان الصديقي: مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية من منظور الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2002 ، ص 10 .

وقد أعطى الاستقصاء المستخدم أنماط ديمغرافية واقتصادية واجتماعية للمستقيين ومدى وعيهم بالحاجة إلى الرعاية واستشارة الطبيب وكذلك تجاربهم مع دور العلاج، والعلاج الشخصي والعودة إلى الطب التقليدي، وقد قسم المستخدمون في بادئ الأمر إلى أربع مجموعات لتحديد العلاقة بين معدل استفادتهم من الخدمات الصحية وبين أنماطهم السلوكية وخصائصهم الاقتصادية والاجتماعية. وقد تبين أن التباين بين سكان الحضر وسكان الريف من مستخدمي الخدمات الصحية شديد الوضوح، كما تبين من التحليل الإحصائي أن أولئك الذين استخدموا المرافق الصحية استخداما عاليا كانوا بصفة عامة أكثر إلماما بالقراءة والكتابة من أولئك الذين استخدموها استخداما منخفضا، وأن ثمة فروقا اجتماعية وثقافية واقتصادية كانت واضحة بين المجموعتين، كما أكدت الدراسة على أن مستخدمي المرافق الصحية استخداما عاليا يعرفون بشكل أفضل وسائل الوقاية من الأمراض المعدية.

قد افترضت الدراسة أن استخدام المرافق الصحية مؤشرا على التحضر، وإن كان التحسن في المستوى الصحي قد لا ينشأ نتيجة لخدمات المرافق الصحية فحسب بل نتيجة لعملية في المجتمع..... وهذا يعني أن مستقبل التنمية الصحية يجب أن يرتبط بالتنمية الشاملة التي يكون الاهتمام فيها بالرعاية الصحية الأولية للمجتمع، وهذا يتبع ضرورة التلاؤم بين أوجه التنمية الصحية وغيرها كالتعليم والزراعة والصحة البيئية.¹

وتعتبر الدراسة السكانية في تونس نموذجا للوضع في الدول النامية وقد انتهى المسح إلى النتائج التالية:²

أ- أن استخدام المرافق الصحية منخفض بالمقارنة بما يجري عليه الحال من الدول الأكثر تقدما، وأن الوحدات الصحية المتنقلة كثيرا ما تستخدم لعلاج الأمراض المعدية العادية وأن 80% من جميع المرضى يزورون دور العلاج في طور واحد فقط من أطوار المرض .

ب- أثبتت الدراسة أن 50,5% فقط هم الذين يلجأون إلى المرافق الصحية رغم أنها كانت متاحة ومسموح بارتياحها مجانا لجميع السكان .

ج- أن معدلات استخدام المرافق الصحية أعلى بشكل واضح في المجتمعات الحضرية عنها في المجتمعات الريفية .

د- أن الأسر التي يكثر أفرادها من ارتياح المرافق الصحية تتسم عامة بما يلي:

- أنهم من سكان الحضر الذين يلمون بالقراءة والكتابة ولديهم بعض العادات الثقافية كقراءة الصحف ومعرفة بعض اللغات الأجنبية ومشاهدة التلفزيون، ويشاركون في الندوات الاجتماعية والثقافية، ونسبة منهم يتقون بالطب المحلي (التقليدي) أقل مع إيمانهم بقدرات الطب الحديث.

1- غول لخضر: مرجع سابق، ص 16 .

2- سلوى عثمان الصديقي: مرجع سابق، ص 11_12 .

المطلب الثالث: التجربة الجزائرية .

إن الجزائر وحسب ما أكدته جل التقارير الوطنية والدولية توجد في مؤخرة الدول العربية من حيث الإنفاق على الصحة العامة ففي سنة 1992 كان 5% من الجزائريين يعانون من سوء التغذية. وقد ارتفعت هذه النسبة إلى 7% في عام 2002 مما دفع بالحكومة الجزائرية إلى محاولة التقليل من هذه المعاناة وخصصت ميزانية إضافية قدرت بحوالي مليار دولار سنويا لاستيراد التغذية في سنتين (2000-2002) إلى جانب الرفع من النفقات المخصصة للصحة، لكن رغم هذا فإن المنظومة الصحية في الجزائر بالمقارنة مع الدول الأخرى لازالت بحاجة إلى تكفل حقيقي بهذا الميدان الحساس والآثار الناجمة عنه سواء على المستوى الاجتماعي أو الاقتصادي.¹

كما جاء في التقرير الذي أصدره البرنامج العربي للتنمية البشرية سنة 2002: "أن الجزائر تحتل المرتبة الـ18 من مجموع الدول العربية الـ22 من حيث إجمالي نفقاتها على الصحة العامة، والمرتبة الـ91 دوليا في مجال تكييف النظام الصحي مقارنة بالمستوى العالمي.

هذا إلى جانب تدني الخدمات الصحية العامة للأمهات الحوامل والأطفال حيث ارتفعت نسبة وفيات الأطفال في الجزائر حسب تقرير الديوان الوطني للإحصائيات عام 2002 إلى حوالي 39 وفاة لكل ألف عامل زيادة في نسبة وفيات الأطفال دون الخامسة في دول العالم الثالث الفقيرة قاطبة.² كما تشير نتائج التحقيق الذي أنجزته الهيئة الوطنية لترقية الصحة وتطوير البحث العلمي

-فورام- وتشمل 1000 طفل ينتمون لعشرة ولايات جزائرية أن معدل ما يستهلكه الجزائري من بروتينات يبلغ 18 غرام في اليوم، بينما يصل المعدل الأوروبي إلى 80 غرام يوميا، وأن ربع العائلات تستهلك مواد غذائية فقيرة للبروتينات ، وهذا يعكس وبكل تأكيد الوضع الاقتصادي المزري للعائلات التي ينتمي إليها الطفل، حيث يوضح التحقيق أن أرباب أسر هذه العائلات بطالون أو عمالا بسطاء أن يعملون بالسوق الموازية، كما أن نسبة الأطفال الذين يعتمدون على حليب الأم فقط في الفترة الأولى من ولادتهم وتغذيتهم المبكرة يترجم نقص التوعية الصحية في مجال التغذية، كما أوضحت نتائج هذا التحقيق أن مثل هذا الاستهلاك السيئ يفسر أن نصف أطفال عينة التحقيق يعانون من نقص في القامة والوزن معا، مشيرة إلى أن أزيد من 45% من المستجوبين يملكون وزنا بعيدا عن الوزن العالمي المتعارف عليه، أي حوالي 5 ملايين طفل باعتبار أن آخر الإحصائيات تشير إلى أن عدد الأطفال في الجزائر بلغ 9600000 طفل، ما يمثل نسبة 30% من مجموع السكان، حيث يمثل

1- تقرير الديوان الوطني للإحصائيات، سنة 2002.

2- تقرير البرنامج العربي للتنمية البشرية، سنة 2002.

الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات 20%. بينما يوصف أكثر من 3% منهم بأنهم من الذين يعانون من الوزن الخفيف، وأن أزيد من 53% يعانون من قصر القامة...¹

وفي هذا السياق يذهب رئيس هيئة (فورام) الدكتور مصطفى خياطي إلى القول بأن الهدف من هذا التحقيق هو: "معرفة مستوى التغذية عند الطفل الجزائري مقارنة بنظيره الأوروبي"، مشيراً إلى أن النتائج المتوصل إليها تعكس بوضوح سوء التغذية للطفل الجزائري الذي لا يستهلك سوى العجائن والحبوب الجافة التي تفتقد البروتينات بخلاف نظيره الأوروبي الذي يستهلك قيمة غذائية كبيرة، كلما لاحظ رئيس (الفورام) أن هذه الظاهرة تعاني منها أغلب المناطق الداخلية للبلاد مثل: غرداية، بسكرة، مسيلة، (مناطق صحراوية)، وهذا راجع ربما إلى أن الولايات الداخلية تعاني الحرمان أكثر من المناطق الأخرى مثل: العاصمة أو تيزي وزو، والتي شملها التحقيق على حد تعبيره.

كما يذهب في هذا السياق الكثير من الباحثين في مجال الصحة الاجتماعية إلى أن هذه النسب العالية في الوفيات وسوء التغذية ليس وليد الوضع الصحي للأفراد فقط، بل يعود كذلك إلى المستوى الثقافي، وبصفة عامة لتصرفات الأفراد وممارستهم الاجتماعية (التربية الصحية).²

وعليه فدلّل التنمية الصحية لكل بلد إنما يرتبط بنسبة وفيات الأطفال وانخفاض مستوى الوفيات يعود إلى تحسين الخدمات الصحية وارتفاع مستوى المعيشة في البلدان المتخلفة، وهذا التحسن في المجال الصحي يعتبر من أهم مؤشرات التنمية.

فقد أكد تقرير البنك الدولي للتنمية العالمي لسنة 1983 بنيويورك: "أن نسبة الوفيات العامة للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 1-4 سنوات تتمركز بين 11 و22 لكل ألف ساكن بالدول النامية ضعيفة أو متوسطة الدخل، بينما لا تتعدى 01 لكل ألف ساكن في الدول الصناعية المتقدمة".³

إن في هذا لدلالة واضحة عن الهوة التي ما فتئت تتسع بين دول الغرب المتقدمة و دول العالم الثالث المتخلفة، وعن الفروق الشاسعة في مستوى الصحة العامة، إن نصيب الفرد من الخدمة الاجتماعية الصحية في الدول المتخلفة ضئيل جدا بالمقارنة مع نصيب الفرد في الدول المتقدمة.

لهذا فإن تطور مستوى الصحة العامة في الحقيقة يستند إلى جملة من الدوافع هدفها أساسا رعاية الإنسان مريضا كان أو سويا، وأهم هذه الدوافع يمكن حصرها فيما يلي:⁴

1/دوافع إنسانية: ذلك لأن الخدمة الاجتماعية الصحية تمثل الجانب الإنساني إذ نتعامل مع الإنسان بشكل مباشر ومع أسرته ومحيطه وعمله.

1- غول لخضر: مرجع سابق، ص 8.

2- Programme des Nations Unies pour le développement : carte de pauvreté en Algérie , mai 2001, P . 29.

3- تقرير البنك الدولي للتنمية العالمي، نيويورك، 1983.

4- أحمد فايز النماس: الخدمة الاجتماعية الطبية، دار النهضة العربية، بيروت، 1996، ص 24.

2/ دوافع اقتصادية: ذلك لأن الخدمة الاجتماعية الصحية الحديثة أصبحت تساهم في بناء الاقتصاد وتطويره وفي رفع مستوى معيشة الأفراد، حيث تعمل الخدمة الاجتماعية الصحية على القضاء أو على الأقل التخفيف من تأثير العوامل السلبية التي تحيط بالمرضى والمعاقين، لأن المرض والإعاقة يمثلان عبئا اجتماعيا واقتصاديا بالإضافة إلى كونهما عبئا صحيا على المجتمع وعلى سياسته التنموية.

3/ دوافع أخلاقية: ذلك أن الخدمة الاجتماعية الصحية كثيرا ما تستمد من القيم الأخلاقية التي جاءت بها الأديان السماوية التي يؤمن بها الإنسان ويمجدها بهدف حماية ووقاية المجتمع وتحقيق رفاهيته وسعادته.

4/ دوافع حضارية: ذلك أن الخدمة الاجتماعية الصحية كثيرا تساهم في بناء المجتمع وذلك نظرا للاهتمام المتزايد بالإنسان مريضا كان أو سليما أو معاقا، وأن الخدمة الاجتماعية بشكل عام تحدد المستوى الحضاري للأمم مثلها مثل الخدمات الصحية.

نستنتج من هذا أن أي علاج حتى يكون مثمرا وناجحا يجب أن يأخذ في عين الاعتبار الجوانب الاجتماعية والاقتصادية والثقافية واستغلالها في العلاج، فالمرضى والوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه والثقافة السائدة ودرجة الوعي عند الناس، كلها عوامل هامة تتفاعل فيما بينها لئتم تنفيذ برامج ناجحة للرعاية الصحية هذا عن البعد الاجتماعي، أما عن البعد الاقتصادي للصحة العامة، فإن جل الدراسات الحديثة تؤكد على وجود علاقة وثيقة بين التنمية الاقتصادية والصحة العامة، وذلك من خلال الفوائد الكثيرة التي تحققها التنمية الاقتصادية في المجال الصحي لأن جزءا كبيرا من التقدم الصحي يعود إلى التحسن في الميدان الاقتصادي والثقافي للمجتمع.

كما أثبتت الكثير من الدراسات المعاصرة أيضا أن فشل خطط التنمية كثيرا ما يؤدي إلى أضرار جسيمة على الحالة الصحية للأفراد جراء انخفاض مستوى المعيشة وسوء التغذية وما يتبعه من فقر وانتشار لأمراض خطيرة قد تهدد كيان المجتمع لأن ما ننتظره من مجتمع سليم هو ما ننتظره من مجتمع سقيم ومريض. فصحة الفرد وسلامته أصبحت من أولويات البرامج الإنمائية في المجتمعات المتقدمة .

لهذا كان من الأجدر بالمسؤولين أن يولوا لموضوع التربية الصحية بكل أبعادها اهتماما متزايدا من أجل تطوير حياة الأفراد وتحقيق سعادتهم وفي هذا المجال يقول "تيودور شولتز (T. SCHULTZ): "إنّ طاقات البشر هي المورد الأول والأهم للتنمية، بل إن التنمية في تحليلها النهائي هي تنمية بشر وليست مجرد إنتاج سلع... ومن هنا تأتي أهمية أولوية التركيز على البشر وتعظيم الطاقات البشرية في كل إستراتيجية للتنمية."¹

1- محمد متولي غنيمه: تمويل التعليم والبحث العلمي العربي المعاصر -أساليب جديدة -، دار المصرية اللبنانية، القاهرة، 2001، ص 271.

خلاصة:

من خلال ما تم التطرق له في هذا الفصل نجد أن للصحة مكانة هامة ودورا بارزا في تقدم الشعوب والمجتمعات سواء كانت متقدمة أم متخلفة. فالصحة من أهم المواضيع المطروحة خاصة مع انتشار الأمراض والأوبئة وهذه الأخيرة نتيجة للسلوك الخاطئ. لذا عملت الدول على تحسين المنظومة الصحية كما هو في الجزائر، من خلال ما قدمته من إصلاحات وهيكل في ما يخص القطاع الصحي، كما جعلها تعمل على تثقيف الفئات الاجتماعية المختلفة وتحسين مستوى الوعي الصحي والعمل على تعزيز الصحة والارتقاء بها.

الجانِبِ النظرِي

الفصل السادس

منهجية الدراسة وإجراءات البحث الميداني

تمهيد

المبحث الأول: منهجية الدراسة.

المطلب الأول: منهج الدراسة.

المطلب الثاني: مجالات الدراسة.

المطلب الثالث: عينة الدراسة.

المطلب الرابع: أدوات جمع البيانات.

المبحث الثاني: إجراءات البحث الميداني.

المطلب الأول: تحليل وتفسير البيانات الميدانية.

المطلب الثاني: نتائج الدراسة.

المطلب الثالث: توصيات ومقترحات.

خلاصة.

تمهيد:

تعتبر الدراسة الميدانية سبيل ضروري، وهام للوصول إلى الحقائق الموجودة في مجتمع الدراسة، فعن طريقها يتمكن الباحث من إثبات الدراسة النظرية، وتحديد مدى تطابقها مع الواقع، ويتحقق ذلك من خلال تحديد منهج مناسب للدراسة وأدوات لجمع البيانات، ومجالات الدراسة وعينتها. كما سيتم التطرق أيضا إلى عرض معطيات استمارة البحث في جداول بسيطة ومركبة، بالاعتماد على التكرار والنسب المئوية، ثم تحليل وتفسير نتائج الدراسة حسب الفرضيات للإجابة عن فرضيات الدراسة العامة والجزئية، بعدها توضيح مدى تناسبها مع الإطار النظري للدراسة والتوصل إلى إجابة عن التساؤل الرئيسي للدراسة.

المبحث الأول: منهجية الدراسة.

المطلب الأول: منهج الدراسة.

إن المنهج في أي بحث سوسيوولوجي يتحدد طبقاً لطبيعة الموضوع وما يتطلبه من معلومات، وما دام المنهج هو: "الطريقة التي يسلكها العقل لدراسة الموضوع، أي علم من العلوم للوصول إلى قضاياها الكلية أي القوانين العلمي، أو هو الطريقة التي يبني بها العلم قواعده ويصل إلى حقائقه".¹ ويعرف أحد العلماء المنهج بأنه: "الكيفية التي يتم بها تنفيذ شيء ما حسب نظام معين انطلاقاً من جملة مبادئ من أجل الوصول إلى هدف معين".²

كما يعرف على أنه: "عبارة عن مجموعة من الأسس والقواعد والخطوات المنهجية، التي يستعين بها الباحث، في تنظيم النشاط الإنساني الذي يقوم به، من أجل التقصي عن الحقائق العلمية، أو الفحص الدقيق لها".³

بناءً على أهداف البحث الرامية إلى الكشف عن دور الثقافة الصحية في إحداث التنمية الاجتماعية والاقتصادية، ومدى تأثير الثقافة الصحية لدى الفرد في تحقيق أهداف التنمية الشاملة، واستناداً إلى الفرضيات التي تم وضعها والتي لا يمكن التأكد من صحتها إلا بالرجوع إلى الميدان، وإتباع منهج محدد يمكن اعتماده للحصول على المعلومات والمعارف التي تقودنا إلى الحقيقة العلمية، وبالتالي فإن هذه الدراسة تتطلب استخدام المنهج الوصفي لكونه يتلاءم مع موضوع الدراسة .

والمنهج الوصفي حسب صلاح الفوال: "هو الطريقة المنتظمة لدراسة حقائق راهنة متعلقة بظاهرة أو موقف أو أفراد أو أحداث أو أوضاع معينة بهدف اكتشاف حقائق جديدة أو التحقق من حقائق قديمة وأثارها والعلاقة التي تصل بها وتفسرها وتكشف الجوانب التي تحكمها".⁴

كما يعرف على أنه: "أسلوب من أساليب التحليل المرتكز على معلومات كافية ودقيقة عن ظاهرة أو موضوع محدد من خلال فترة أو فترات زمنية معلومة وذلك من أجل الحصول على نتائج عملية تم تفسيرها بطريقة موضوعية وبما ينسجم مع المعطيات للظاهرة".⁵

فهذا المنهج يهدف إلى جمع حقائق وبيانات حول ظاهرة أو موقف معين، ومحاولة تفسيره تفسيراً علمياً...⁶

1_ طلعت همام: قاموس العلوم الاجتماعية والنفسية، مؤسسة الرسالة، 1946، ص 30.

2_ صلاح مصطفى الفوال: منهجية العلوم الإنسانية والاجتماعية، عامل الكتاب، القاهرة، 1982، ص 58.

3_ علي عبد الرزاق جليبي وآخرون: البحث العلمي الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2003، ص 15.

4_ صلاح الفوال: علم الاجتماع، المفهوم والموضوع والمنهج، دار الفكر العربي، 1982، ص 132.

5_ محمد عبيدات: مرجع سابق، ص 46.

6_ زيدان عبد الباقي: قواعد البحث الاجتماعي، مطبعة السعادة، ط2، القاهرة، 1974، ص 278.

المطلب الثاني: مجالات الدراسة.

بعد التعرض للإطار النظري للدراسة من خلال الفصول السابقة، يأتي الإطار الميداني للدراسة وهذا للكشف عن الدور الذي يمكن أن تلعبه الثقافة الصحية في تحقيق التنمية الاجتماعية والاقتصادية، وذلك من خلال الإجراءات التي سوف نتبعها بدءاً بتحديد مجال الدراسة إلى تصميم العينة ثم تحديد المنهج المتبع في الدراسة، وأخيراً الأدوات المستخدمة لننتقل إلى تحليل وتفسير البيانات المتحصل عليها بعد الاستقصاء للوصول في النهاية إلى أهم النتائج ومناقشتها في ضوء المتغيرات النظرية السابقة وفرضيات الدراسة.

أ_ المجال الجغرافي :

ويقصد به المكان الذي أجريت فيه الدراسة، نظراً لطبيعة الموضوع "الثقافة الصحية والتنمية الاجتماعية والاقتصادية".

فقد اخترنا المؤسسة الاستشفائية " عيادة متعددة الخدمات طيروش عبد العزيز" المتواجدة ببلدية وادي الزناتي بولاية قلمة.

ب_ المجال البشري:

ينحصر المجال البشري للدراسة في فئة من المرضى الذين زاروا المؤسسة الاستشفائية والموظفين الذين يعملون داخل هذه المؤسسة.

ج_المجال الزمني:

إذا كان المجال الزمني يحدد الفترة الزمنية التي ينزل فيها الباحث إلى الميدان، فقد قمنا بتخصيص أوقات لزيارة المؤسسة الاستشفائية (دراسة استطلاعية)، وإجراء لقاء مع نائبة مدير المركز التي صعبت علينا عملية أخذ الموافقة وعدم السماح لنا بمقابلة المدير وذلك بخلق أسباب دائماً بغياب المدير رغم تواجده في مكان عمله .

وكانت الانطلاقة الأولى للدراسة الميدانية يوم 05 ماي 2021 وتم أخذ الموافقة يوم 10 ماي 2021 وبدأ تطبيق وتوزيع الاستمارات على المبحوثين من مختلف الفئات العمرية والجنسية يوم 07 جوان 2021 وذلك لمدة 03 أيام ليتم استرجاع الاستمارات بعد ملئها وجمعها يوم 10 جوان 2021، لنسجل نهاية المرحلة الميدانية.

المطلب الثالث : عينة الدراسة.

تعتبر مرحلة اختيار عينة البحث من أصعب وأهم مراحل البحث وهي الطريقة أو الأداة التي يمكن من خلالها الحصول على البيانات والمعلومات حول الظاهرة موضوع الدراسة، وتعرف العينة على

أنها: "جزء من المجتمع، أو هي عدد من الحالات التي تؤخذ من المجتمع الأصلي وبهذه الطريقة فإنه يمكن دراسة الكل عن طريق دراسة الجزء، بشرط أن تكون العينة ممثلة للمجتمع المأخوذ منه".¹ وتعرف العينة بأنها: "مجموعة فرعية من المفردات اختيرت من المجتمع الأصلي وفقا لقواعد معينة ويمكن تعميم نتائجها على المجتمع الكلي بطريقة تمثل المجتمع تمثيلا صادقا لأنه كلما كان الاختيار سليما للعينة كانت ممثلة للمجتمع الأصلي تمثيلا علميا، وتكمن أهمية العينة في كونها الوحدة الإحصائية للمجتمع الأصلي وتشمل أفراد يتشابهون في الخصائص والظروف المشتركة بينهم ويتم الحصول عليها بطرق مختلفة تبعا لطبيعة الموضوع ونوعية الدراسة".²

وبما أنه يتعذر على الباحث في العلوم الاجتماعية القيام بدراسة شاملة لجميع وحدات المجتمع فإنه يضطر للاكتفاء بعدد محدود من الحالات التي تدخل في مجال البحث لأن موضوع الدراسة باعتبارها مجموعة فرعية من عناصر مجتمع معين.³

وبهذا فقد اعتمدنا عينة عشوائية بسيطة تمثلت في المرضى والموظفين من مستويات مختلفة (ابتدائي ، متوسط ، ثانوي ، جامعي)، ومن مختلف الأعمار، وقمنا باختيار العينة بنسبة 20% وذلك تبعا لمجموع الموظفين والمرضى (مجموع البحث ككل) وهو 250 فردا يمكن حساب حجم العينة كما يلي: $50 = \frac{20 \times 250}{100}$ وهو حجم العينة.

المطلب الرابع: أدوات جمع البيانات.

تعد الدراسات الميدانية إحدى الأساليب العلمية التي يلجأ إليها الباحث للحصول على بيانات معينة خاصة إذا كانت مثل هذه المعلومات غير متوفرة لدى الباحث وللحصول على هذه المعلومات يلجأ الباحث إلى استعمال بعض الأساليب الخاصة، فهناك العديد من الطرق والأساليب يستعين بها الباحث للحصول على مثل هذه المعلومات.

ومن البديهي أن نجاح أي بحث علمي في تحقيق أهدافه لا بد من الاعتماد على أدوات لجمع البيانات كركيزة أساسية في عملية التصميم المهني حيث يتحتم على الباحث إذن أن يتأكد من الأدوات التي يختارها والتي تتمكنه فعلا من الحصول على البيانات المطلوبة في البحث.

وقد اعتمدنا في بحثنا هذا على: الملاحظة و الاستبيان (الإستمارة) والتي تتماشى مع طبيعة المنهج

الوصفي:

1_ يلقاسم سلاطينية: محاضرات في المنهج والبحث العلمي، ديوان المطبوعات الجامعية، ط2، الجزائر، 2009، ص106.

2_ عدلي أبو طاحون: مناهج وإجراءات البحث الاجتماعي، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1998، ص196.

3_ موريس أنجرس: مرجع سابق، ص301.

أ_الملاحظة:

تعتبر الملاحظة هي أول خطوة أساسية من خطوات المنهج العلمي يعتمد عليها الباحث في أي دراسة ميدانية، كما تعد من وسائل جمع البيانات والمعلومات في البحوث السوسولوجية، "فالملاحظة نشاط يقوم به الباحث خلال المراحل المتعددة التي يمر بها البحث وبواسطتها يجمع الحقائق التي تساعد على تبيان المشكلة." ¹

كما تعرف أيضا على أنها: "عملية مراقبة أو مشاهدة ظواهر والمشكلات والأحداث ومكوناتها المادية والبيئية ومتابعة تسييرها واتجاهاتها وعلاقتها بأسلوب علمي منظم ومخطط وهادف التفسير وتحديد العلاقة بين المتغيرات والتنبؤ بسلوك الظاهرة وتوجيهها لخدمة أغراض الإنسان وتلبية احتياجاته." ²

وقد استخدمنا الملاحظة في البداية من خلال قيامنا بزيارات استطلاعية للمؤسسة الإستشفائية قصد التعرف على عدد الموظفين والتخصصات الموجودة بها وتقريبا كم عدد زيارة المرضى. وقد لاحظنا أيضا كيفية التعامل موظفي المؤسسة فيما بينهم، وكيفية التعامل مع المرضى. كما لاحظنا ردة فعل إيجابية اتجاه الإستمارة التي قبلت باستحسان كبير عند معظم أفراد العينة.

ب_استمارة الاستبيان:

تعتبر الاستمارة من الأدوات الأساسية لجمع البيانات في البحوث الاجتماعية، وتعرف بأنها: "عبارة عن وسيلة لجمع البيانات اللازمة للبحث من خلال مجموعة من الأسئلة المطبوعة في استمارة خاصة يطلب من المبحوث الإجابة عنها." ³

وتعرف أيضا على أنها: "مجموع من الأسئلة المقننة (مغلقة أو مفتوحة) التي توجه المبحوثين من أجل الحصول على بيانات أو معلومات حول قضية أو موقف معين وهي الأخرى تعتبر إحدى الأدوات الهامة في العلوم الاجتماعية وأكثر شيوعا وانتشارا لما تمتاز به هذه الأداة عن غيرها من الأدوات الأخرى في جمع المعلومات." ⁴

لذلك تم استخدام هذه الأداة لجمع المعلومات والتأكد من صحة الفرضيات كونها تساعد على جمع البيانات الميدانية، وقد وضعت استمارة الاستبيان في شكل مجموعة من الأسئلة تم صياغتها وفق

1_ ناجح رشيد القادري محمد عبد السلام البرالي: **مناهج البحث الاجتماعي**، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2004، ص 185.

2_ ربحي مصطفى عليان وعثمان محمد غنيم: **مناهج وأساليب البحث**، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2000، ص 112.

3_ علي عبد الرزاق جلبي وآخرون: مرجع سابق، ص 282.

4_ عدلي أبو طاحون: مرجع سابق، ص 201.

- الفرضيات الفرعية للإشكالية، والتي تشكل محاور أساسية لها ليتم طرحها على المبحوثين لجمع البيانات المطلوبة حول موضوع البحث. تمثلت في 38 سؤالاً موزعة على ستة محاور كالتالي:
- المحور الأول:** البيانات الشخصية تضمنت 5 أسئلة تتعلق بمعلومات حول المبحوثين.
- المحور الثاني:** بيانات تتعلق بدور الثقافة الصحية في توعية الأفراد وتحقيق تنمية اجتماعية واقتصادية، وتضمن 6 أسئلة.
- المحور الثالث:** بيانات تتعلق بتأثير مستوى الصحة العامة في المجتمع على التنمية الاجتماعية والاقتصادية، وتضمن 7 أسئلة.
- المحور الرابع:** بيانات تتعلق بمدى مساهمة الأفراد في الرفع من مستواهم الصحي واكتساب سلوكيات صحية إيجابية، تضمن 6 أسئلة.
- المحور الخامس:** بيانات تتعلق بالثقافة الصحية وتأثيرها على الجانب الاجتماعي للتنمية، وتضمن 6 أسئلة.
- المحور السادس:** بيانات تتعلق بالثقافة الصحية وتأثيرها على الجانب الاقتصادي للتنمية ، وتضمن 8 أسئلة.

المبحث الثاني: إجراءات البحث الميداني.

المطلب الأول : تحليل وتفسير البيانات الأولية

أولاً: بيانات الشخصية .

جدول رقم (01): يوضح توزيع أفراد العينة حسب الجنس .

| النسبة المئوية | التكرارات | الجنس |
|----------------|-----------|---------|
| 70% | 35 | أنثى |
| 30% | 15 | ذكر |
| 100% | 50 | المجموع |

إن البيانات الواردة في الجدول رقم (01) تكشف على أن معظم أفراد العينة المدروسة هي من الإناث، أي ما نسبته 70% أما نسبة الذكور تمثل 30% وهذا راجع ربما إلى أن العنصر النسوي أكثر ميلاً واهتماماً بالمجال الصحي بالمقارنة مع الرجال.

جدول رقم (02): يوضح توزيع أفراد العينة حسب السن.

| النسبة المئوية | التكرارات | السن |
|----------------|-----------|---------|
| 14% | 7 | 25_20 |
| 18% | 9 | 30_26 |
| 12% | 6 | 35_31 |
| 36% | 18 | 40_36 |
| 20% | 10 | +40 |
| 100% | 50 | المجموع |

يتضح من الجدول رقم (02) أن أغلبية أفراد العينة من فئة عمرية تقع بين 36_40 سنة وتمثل نسبة 36% وتليها الفئة العمرية التي تقع بين (+40) سنة بنسبة 20% وهذا يدل على أن العمر يشكل أهمية كبيرة بالنسبة للفرد من حيث اكتسابه للخبرة والمهارة في مجال الثقافة الصحية والتي من

شأنها أن تساعده في الإلمام بالإجراءات الصحية الكفيلة بالحفاظ على الصحة العامة ووقاية الأفراد (المرضى) من المخاطر الصحية وذلك عن طريق التوعية والإرشاد والتوجيه... أما الفئة الثالثة ونسبتها 12% وتقع بين 31_35 سنة وهي الأخرى لا تقل أهمية بحيث إذا أخذنا الفئتين معا 56% وهذا ما ساعد على إنعاش هذا القطاع نسبيا، أما الفئة الأصغر وهي فئة 20_25 سنة وتمثل فئة الشباب الذين التحقوا بالقطاع حديثا.

جدول رقم (03): يوضح توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي.

| النسبة % | التكرارات | المستوى التعليمي |
|----------|-----------|------------------|
| 10% | 5 | ابتدائي |
| 12% | 6 | متوسط |
| 20% | 10 | ثانوي |
| 58% | 29 | جامعي |
| 100% | 50 | المجموع |

يشير الجدول رقم (03) إلى أن أغلب أفراد العينة لهم مستوى جامعي بنسبة 58% من خلال هذا يتضح أن التوظيف في هذه المؤسسة يعتمد أكثر على المستوى التعليمي العالي، فالمستوى التعليمي ضروري جدا ويساهم مساهمة كبيرة في العمل بشكل جيد وفق شروط علمية ومضبوطة. كما تبرز الدور والأهمية التي يكتسبها القطاع عند توظيف عمال ذات مستوى تعليمي عالي، كما توضح مدى علاقة المستوى التعليمي في الرفع من مستوى الأداء لدى عاملي القطاع، ومساهمة هذه الكفاءات في تحقيق أهداف التنمية الصحية والاجتماعية.

جدول رقم (04): يوضح توزيع أفراد العينة حسب الحالة المدنية .

| النسبة % | التكرارات | الإجابات |
|----------|-----------|----------|
| 34 % | 17 | أعزب |
| 66% | 33 | متزوج |
| 100% | 50 | المجموع |

يوضح الجدول رقم (04) أن أعلى نسبة من أفراد العينة المبحوثة هم المتزوجين بحيث تمثل نسبتهم 66%، وهذا عامل لاشك أن يساعد على الاستقرار النفسي والاجتماعي و تحمل المسؤولية للموظفين داخل هذا القطاع، وبالتالي تقديم خدمات جيدة وأداء مهامهم على أكمل وجه. وهذا العدد رغم أنه في سن من 36 إلى 40 فما فوق هم الفئة المتزوجة والتي تتمتع برشد ووعي كامل حول اكتساب ثقافة صحية مقارنة بالفئة الشبابية التي تكون من فئة العزاب وبالتالي لا تمتلك مسؤولية ووعي كامل حول أداء وظائفها.

جدول رقم (05): يوضح توزيع أفراد العينة حسب المستوى المعيشي.

| النسبة % | التكرارات | الإجابات |
|----------|-----------|----------|
| 20% | 10 | جيد |
| 80% | 40 | متوسط |
| - | - | ضعيف |
| 100% | 50 | المجموع |

يتضح من خلال الجدول رقم (05) أن أغلب أفراد العينة المدروسة مستواهم المعيشي متوسط أي ما بنسبة 80% وهي تمثل أكثر من نصف أفراد عينة الدراسة، أي ارتفاع المستوى المعيشي للمواطن الجزائري مقارنة بما كان عليه سابقا. ورغم ذلك يبقى هذا المستوى بحاجة إلى تحسن أكثر نظرا للاحتياجات المتزايدة حسب آراء المبحوثين، لأن تحسن المستوى المعيشي للعاملين بالقطاع الصحي يساعدهم على حسن الأداء وتقديم الأفضل. أما الفئة المتبقية وهي فئة ذوي المستوى المعيشي

الجيد وهي 20% فهؤلاء يتوفرون على الإمكانيات الضرورية للحياة المعيشية ومن ثم يساعدهم هذا أيضا على أداء مهامهم بصفة مقبولة.

ثانيا: دور الثقافة الصحية في توعية الأفراد وتحقيق تنمية اجتماعية واقتصادية.

جدول رقم (06): يوضح اكتساب الفرد للثقافة الصحية حول الصحة يساهم في الوقاية من الأمراض.

| النسبة % | التكرارات | الاحتمالات | النسبة % | التكرارات | الإجابات |
|----------|-----------|---|----------|-----------|----------|
| 42,9 % | 63 | وسائل الإعلام والاتصال ومواقع التواصل الاجتماعي | 98 % | 49 | نعم |
| 17 % | 25 | الأسرة | | | |
| 14,9 % | 22 | مؤسسات التربية والتعليم | | | |
| 13 % | 19 | المجتمع | | | |
| 12,2 % | 18 | المطالعة والقراءة الذاتية | | | |
| | | | 2 % | 1 | لا |
| 100 % | 147 | المجموع | 100 % | 50 | المجموع |

* يمثل هذا الرقم عدد التكرارات وليس عدد أفراد العينة لأن هناك من أجاب على أكثر من احتمال واحد .

يتضح من خلال الجدول رقم (06) أن أعلى نسبة وهي 98% تمثل الفئة التي أثبتت أن اكتساب الفرد للثقافة حول الصحة يساهم في وقايته من الأمراض، أي أقل نسبة قدرت بـ 2% والتي نفت تماما اكتساب الفرد للثقافة، وهذا ما يدل على أن الثقافة الصحية تشكل المحور الأساسي والأهم في عملية تعزيز وتنمية الوعي الصحي والثقافي للأفراد من أجل تعزيز المعلومات والمهارات حول خطورة الأمراض التي من المتوقع أن تصيب الناس في المستقبل وفي أي وقت حالي. ومنه نجد أفراد العينة الذين أثبتوا أن اكتساب الفرد للثقافة حول الصحة يساهم في الوقاية من الأمراض، حيث يتم اكتساب هذه المعلومات من خلال وسائل يتلقى من خلالها الفرد التوعية الصحية، فحسب الجدول يتبين أن نسبة 42.9% وهي النسبة الأكثر تمثيلا ترى أن وسائل الإعلام والاتصال ومواقع التواصل الاجتماعي هي الوسيلة الأكثر استخداما لتحقيق التوعية وهذا راجع إلى الانتشار الواسع للتكنولوجيا الحديثة، والتي استقطبت مختلف مجالات الحياة وخاصة القطاع الصحي والتربوي وهي بذلك أهم مصدر للتوعية الصحية، أما الفئة الثانية ونسبتها 17% والتي تمثلت في الأسرة باعتبار أن الفرد ينشأ في أسرة ويتم تلقي منها عادات وسلوكات معتبرة في حياته ويعمل على تطبيقها ومشاركتها مع غيره من خلال العمل على نشر ما تم اكتسابه.

جدول رقم (07): يوضح أهم الجوانب الصحية يهتم بها أفراد العينة.

| النسبة % | التكرارات | الإجابات |
|----------|-----------|----------------|
| 34,23 % | 38 | الصحة الغذائية |
| 26,12 % | 29 | الصحة النفسية |
| 22,52 % | 25 | الصحة الجسمية |
| 17,11 % | 19 | الصحة البيئية |
| 100 % | 111 | المجموع |

*يمثل هذا الرقم عدد التكرارات وليس عدد أفراد العينة لأن هناك من أجاب على أكثر من احتمال واحد.

يتبين من خلال الجدول رقم (07) أن أغلبية الإجابات حول أهم الجوانب الصحية التي يهتم بها أفراد العينة تمثلت في الصحة الغذائية بنسبة 34,23%، وهذا ما يدل على أن أفراد عينة البحث اهتموا بجانب الصحة الغذائية ويعود سبب ذلك إلى محاولة الوقاية من العديد من الأمراض حيث أن الصحة العامة تقوم أساسا على قواعد التغذية السليمة، فالغذاء هو الذي يفيد الفرد ويمده بطاقة التي تلزمه يوميا للقيام بأعماله لذا يجب على الإنسان دائما الاهتمام بنوعية وجودة الغذاء.

جدول رقم (08): يوضح الهدف من اهتمام بكل ما يدور حول الصحة.

| الاحتمالات | التكرارات | النسبة % |
|--------------------------------------|-----------|----------|
| الوقاية من الأمراض | 38 | 30,1% |
| تعلم سلوكيات صحية إيجابية | 28 | 22,2% |
| العلاج وتحسين الحالة الصحية | 27 | 21,4% |
| التثقيف أو اكتساب معلومات جديدة | 22 | 17,46% |
| الفضول للتعرف على بعض المشاكل الصحية | 11 | 8,1% |
| المجموع | 126 | 100% |

* يمثل هذا الرقم عدد التكرارات وليس عدد أفراد العينة لأن هناك من أجاب على أكثر من احتمال واحد.

من خلال الجدول رقم (08) يتضح أن أكبر نسبة لأفراد عينة البحث كانت إجاباتهم متمثلة في الوقاية من الأمراض بنسبة 30,1% وهذا ما يدل على الاهتمام الكبير بكل ما يدور حول الصحة بهدف الوقاية من الأمراض من أجل التعرف على كل ما يؤدي إلى تدهور الصحة والعمل على الوقاية بدل الوقوع في المرض والبحث عن العلاج، كما اهتموا أيضا بتعلم سلوكيات صحية إيجابية والعمل بها من أجل سير حياة صحية سليمة.

جدول رقم (09): يوضح مشاركة أفراد العينة في حملات التوعية والتثقيف الصحي.

| النسبة % | التكرارات | الإجابات |
|----------|-----------|----------|
| 42% | 21 | نعم |
| 58% | 29 | لا |
| 100% | 50 | المجموع |

تكشف بيانات الجدول رقم (09) أن أغلبية إجابات المبحوثين كانت تنفي مشاركتهم في حملات توعية أو تثقيف في المجال الصحي وبنسبة 58 % وهي تفوق نصف أفراد العينة، وهذا ما يدل على أن المشاركة في حملات التوعية والتثقيف الصحي للمجتمع قليلة جداً، وهذا ربما راجع إلى عدم وعي الأفراد بأهمية هذه الحملات في نشر الثقافة الصحية في المجتمع. في حين كانت الإجابة بنعم بنسبة 42% وهذا ما يوضح اهتمام هذه الفئة بالمشاركة في حملات التوعية والتثقيف الصحي للمجتمع، وبالتالي تدل على أهمية الاهتمام بالجانب الصحي لدى هذه الفئة.

جدول رقم (10): يوضح اكتساب الفرد للثقافة الصحية لتحقيق تنمية اجتماعية واقتصادية.

| النسبة % | التكرارات | الإجابات |
|----------|-----------|----------|
| 80% | 40 | نعم |
| 20% | 10 | لا |
| 100% | 50 | المجموع |

يوضح الجدول رقم (10) على أن أعلى نسبة وهي 80% تمثل أفراد العينة الذين كانت إجاباتهم تؤكد أو تثبت اكتسابهم للثقافة الصحية مما يساهم في تحقيق تنمية اجتماعية واقتصادية، في حين باقي الإجابات كانت تنفي ذلك و تقدر بنسبة 20% وعليه نستنتج أن اكتساب الفرد للثقافة الصحية يساهم في إحداث تنمية اجتماعية واقتصادية وذلك من خلال تعرف الفرد واكتسابه بعض من المعارف والمعلومات حول الصحة مما يساهم من الناحية الاجتماعية في الرفع من المستوى المعيشي وكذلك العمل على نشر هذه الثقافة في أسرته والمجتمع المحيط به كتقديم نصائح وإرشادات حول الصحة، وبالتالي هي الأخرى تساهم من الناحية الاقتصادية في التخفيض من فاتورة استيراد الأدوية وعليه

فالميزانية التي تخصص للمؤسسة والاستشفائية تكون فائضة وعليه تستهلك بنسبة كبيرة، ومنه يتم الاعتماد عليها في قطاعات أخرى مما تساهم في إحداث تنمية للبلد.

جدول رقم (11): يوضح مدى تأثير اكتساب السلوك الصحي على أهداف التنمية.

| النسبة % | التكرارات | الإجابات |
|----------|-----------|----------|
| 76% | 38 | إيجاب |
| 24% | 12 | سلب |
| 100% | 50 | المجموع |

تكشف أرقام الجدول رقم (11) أن أعلى نسبة وهي 76% تمثل أفراد العينة الذين يعتقدون أن اكتساب سلوك صحي ما يؤثر بالإيجاب على أهداف التنمية الاجتماعية والاقتصادية، في حين مثلت النسبة 24% أفراد العينة المدروسة التي كانت إجابتهم بأن اكتساب سلوك صحي ما يؤثر بالسلب على أهداف التنمية الاجتماعية والاقتصادية، وهذا يعني أن السلوك الصحي الجيد يساهم وبشكل كبير في إحداث التنمية، ويؤثر بالسلب عندما يكون السلوك الصحي المتبع خاطئ وبالتالي يؤدي إلى انتشار الأمراض ويصبح الفرد غير قادر على أداء مهامه، مما يجعل منه فردا مستهلكا أكثر منه منتجا وبالتالي يؤثر تأثيرا سلبيا على تنمية المجتمع اقتصاديا واجتماعيا وثقافيا.

ثالثاً: تأثير مستوى الصحة العامة في المجتمع على التنمية الاجتماعية والاقتصادية.
جدول رقم (12): يوضح مستوى الصحة العامة في المجتمع.

| النسبة% | التكرارات | الإجابات |
|---------|-----------|----------|
| 20% | 10 | مرتفع |
| 80% | 40 | منخفض |
| 100% | 50 | المجموع |

تبين نتائج الجدول رقم (12) أن أعلى نسبة وهي 80% والتي تمثل أفراد العينة الذين أجابوا بمنخفض حيث يعتقدون أن مستوى الصحة العامة في المجتمع منخفض، في حين تقابلها نسبة 20% تتمحور إجاباتهم في ارتفاع مستوى الصحة العامة في المجتمع، وهذا ما تم اكتشافه من عينة الدراسة التي أثبتت عدم وجود مستوى صحة عامة جيد، يمكن إرجاع ذلك إلى كثرة انتشار الأمراض الجديدة كالأوبئة منها وباء كورونا المستجد والأمراض المزمنة التي أصبحت مسيطرة بشكل كبير على صحة الفرد وفي مختلف الأعمار، ويمكن تفسير هذا إلى عدم امتلاك الفرد لسلوكيات إيجابية حول المحافظة على الصحة أو عدم التقيد بهذه السلوكيات في المجتمع.

جدول رقم (13): يوضح تأثير مستوى الصحة العامة المنخفض على الحياة الاجتماعية والاقتصادية.

| النسبة% | التكرارات | الإجابات |
|---------|-----------|-------------------------|
| 30% | 15 | انتشار الأمراض والأوبئة |
| 70% | 35 | زيادة الإنفاق على الصحة |
| 100% | 50 | المجموع |

تشير بيانات الجدول رقم (13) عن أن أعلى نسبة قدرت ب 70% من خلال إجابات الباحثين والتي تمثلت في أن مستوى الصحة العامة يكون منخفض وبالتالي يؤثر على الحياة الاقتصادية، وذلك راجع لزيادة الإنفاق على الصحة بشكل كبير فالدولة تخصص ميزانية ضخمة من أجل تحقيق صحة وسلامة للمواطن، وتوفير مختلف الخدمات المتنوعة داخل المؤسسة الاستشفائية.

غير أن توفر هذه الخدمات والتجهيزات لا يتم العمل بها واستغلالها أو ربما إسراف تكلفتها من طرف المسؤولين في أغراض أخرى غير العلاج قد تكون تخدم مصالحهم. في حين كانت الإجابات المتبقية تؤكد أن مستوى الصحة العامة يكون منخفض وتبين تأثيره على الحياة الاجتماعية، وذلك بسبب الانتشار الواسع للأمراض والأوبئة داخل المجتمع، وبالتالي تعمل هذه الأمراض على تهديد صحة الفرد ومن ثم المجتمع بحيث يصبح الفرد غير قادر على تأدية مهامه وواجباته المفروضة عليه، وبالتالي يؤثر هو الآخر على الجانب الاقتصادي.

جدول: يوضح تأثير مستوى الصحة العامة المرتفع على الحياة الاجتماعية والاقتصادية.

| النسبة% | التكرارات | الإجابات |
|---------|-----------|-------------------------------|
| 50% | 25 | ازدهار المستوى المعيشي والصحي |
| 50% | 25 | النهوض بالاقتصاد الوطني |
| 100% | 50 | المجموع |

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن مستوى الصحة العامة يكون مرتفع وبالتالي يؤثر على الحياة الاجتماعية والاقتصادية معا، وهذا ما يبينه الجدول أن النسب متساوية بنسبة 50% لكل من إجابة. حيث تضمن إجابتين من جانبين مختلفين الجانب الاجتماعي والاقتصادي وهما ازدهار المستوى المعيشي والصحي الذي يخص الجانب الاجتماعي، حيث أنه كلما كان الفرد مستواه المعيشي جيد كلما تمتع بصحة جيدة في كافة جوانبها، وبالتالي ينعكس المجتمع ليصبح مجتمع يتمتع بمستوى معيشي مزدهر ويتمتع بصحة أفراد وصحة بيئته، وبالتالي ازدهار الجانب الاجتماعي.

أما فيما يخص الجانب الاقتصادي تم إرجاع التمتع بمستوى الصحة العامة يكون مرتفع من خلال النهوض بالاقتصاد الوطني، لأنه كلما كان الاقتصاد الوطني للدولة ما تكون بالضرورة مستوى صحتها مرتفع من خلال تطور في التكنولوجيا الحديثة وتوفير كل متطلبات العلاج للمواطن، وبالتالي تحقيق تنمية صحية شاملة في كافة الجوانب الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والثقافية وحتى البيئية.

جدول رقم (14): يوضح علاقة مستوى الصحة العامة بتطور الحياة الاجتماعية والاقتصادية.

| النسبة % | التكرارات | الإجابات |
|----------|-----------|----------|
| 80% | 40 | نعم |
| 20% | 10 | لا |
| 100% | 50 | المجموع |

توضح بيانات الجدول رقم (14) أن أغلب أفراد العينة المدروسة والتي نسبتهم 80% كانت تؤكد على أن هناك علاقة بين مستوى الصحة العامة وتطور الحياة الاجتماعية والاقتصادية، في حين نسبة 20% نفت وجود مثل هذه العلاقة، وهذا يبين أن أفراد المجتمع يهتمون بالصحة العامة من خلال تحسين جودة حياتهم عن طريق الوقاية والعلاج من الأمراض وتحسين الصحة العقلية والجسمية، كالعامل بكل ما تم إكتسابه من خبرات وسلوكات ايجابية حول الحفاظ على الصحة العامة للمجتمع والبيئة المحيطة به، وبالتالي يساهم الفرد ثم المجتمع عامة في تطوير حياته من الجانبين الاجتماعي والاقتصادي.

جدول رقم (15): يوضح درجة الوعي الصحي والمساهمة في الرفع من مستوى الصحة العامة.

| النسبة % | التكرارات | الإجابات |
|----------|-----------|----------|
| 100% | 50 | نعم |
| - | - | لا |
| 100% | 50 | المجموع |

من خلال الجدول رقم (15) تبين أن كل أفراد العينة أي ما بنسبة 100% كانت إجاباتهم بنعم التأكيد على أن درجة الوعي الصحي تساهم بشكل كبير في الرفع من مستوى الصحة العامة، وذلك لأهمية الوعي الصحي في الحماية والمحافظة على سلامة الأفراد والمجتمع من خطر تفشي الأمراض

والأوبئة، وهذا يساعد على إلمام الأفراد بالعادات الصحية المناسبة لرفاه الصحي وأيضاً إحساسهم بالمسؤولية نحو صحتهم وصحة غيرهم من خلال التعاون والانسجام بين أفراد المجتمع.

جدول رقم (16): يوضح مدى ارتباط مستوى الوعي الصحي بالمستوى التعليمي.

| النسبة% | التكرارات | الإجابات |
|---------|-----------|----------|
| 36% | 18 | نعم |
| 64% | 32 | لا |
| 100% | 50 | المجموع |

يكشف الجدول رقم (16) أن أغلبية إجابة أفراد العينة بالنفي حول اكتساب الأفراد للوعي الصحي مرتبطة بمستواهم التعليمي وذلك بنسبة 64% وهي تفوق نصف أفراد العينة. وهذا ربما راجع إلى أن الأفراد يكتسبون ثقافة ووعي بصحتهم دون أن يكون لهم مستوى تعليمي متقدم، قد يكون اكتساب مثل هذه المعارف والمعلومات من الأسرة والمحيط الاجتماعي وكذا البيئة المحيطة التي تكون هي المصدر والإلهام الأول بعد ولادته مباشرة فهو ينشئ في وسط عائلي ثم بعد ذلك يبدأ بالانخراط والانسجام مع محيطه الاجتماعي الذي يكون فيه أصدقاء ويكتسب منهم خبرات أخرى قد تكون مغايرة عن الأسرة، ثم يأتي دور البيئة من خلال البحث والتعرف على كل القدرات التي تساعد في التعامل مع المشكلات البيئية المستعصية، وبالتالي زيادة الوعي والعمل على تغيير السلوك والمشاركة في حل مشكلات بيئتهم ومنه تشكيل ما يسمى بالوعي البيئي.

في حين كانت إجابات الأقلية إثبات ذلك بنسبة 36% وهذه الفئة مستواها التعليمي مزدهر، وبالتالي قد اكتسبوا معارف جديدة حول القضايا الصحية في كل مراحل تعليمهم.

جدول رقم (17): يوضح طبيعة العلاقة بين الموظفين داخل المؤسسة الاستشفائية.

| النسبة% | التكرارات | الإجابات |
|---------|-----------|----------|
| 32% | 16 | نعم |
| 68% | 34 | لا |
| 100% | 50 | المجموع |

تشير بيانات الجدول رقم (17) عن عدم وجود تفاهم وانسجام بين الموظفين داخل المؤسسة وذلك بنسبة قدرت بـ 68% والتي تجاوزت نصف أفراد العينة، في حين أن باقي إجابات العينة المدروسة أكدت على أن هناك انسجام بين الموظفين داخل المؤسسة الاستشفائية، وهذا ما تم ملاحظته أثناء قيامنا بالمعاينة الميدانية على أن موظفين المؤسسة غير منسجمين، وهذا ربما راجع إلى عدم تضامن فيما بينهم وأن سبب تواجدهم يرجع إلى الحاجة الماسة للعمل من أجل الحصول على مستوى معيشي لائق دون البحث عن وجود وأهمية الانسجام فيما بينهم، وأن هناك نوع من التخوف من أشخاص أعلى مكانة ومرتبة في منصب شغلهم، وهذا لمحاولاتهم السيطرة والهيمنة والاحتواء على كل المؤسسة والتحكم في موظفيها.

جدول رقم (18): يوضح مدى تأثير العلاقة بين الموظف والمريض على نوعية الخدمة المقدمة.

| النسبة% | التكرارات | الإجابات |
|---------|-----------|----------|
| 84% | 42 | نعم |
| 16% | 8 | لا |
| 100% | 50 | المجموع |

يتبين من خلال الجدول رقم (18) أن أعلى نسبة وهي 84% تمثل أفراد العينة الذين أجابوا بنعم بمعنى أن أغلبية أفراد العينة يرون أن العلاقة بين الموظف والمريض تؤثر على نوعية الخدمة المقدمة. فطبيعة المعاملة مع المرضى تعتبر عامل أساسي وهام في تسهيل عملية العلاج وتقديم

الخدمات الصحية للمرضى، ويؤثر على هذه العلاقة العديد من العوامل من بينها المستوى التعليمي للمريض فكلما كان المستوى التعليمي مرتفع كلما زاد تفهمه لحالته، وبالتالي يحاول أن يتعاون مع الطبيب والممرض لتحسين وضعه، وفي هذه الحالة يصبح المريض يعطي الفرصة الكاملة للتكفل به كما ينبغي، وهذا التعاون بين المريض ومقدمي الخدمة داخل المستشفى يولد بينهم نوع من العلاقات التي تتجاوز حدود العمل والتمثلة في العلاقة الحسنة التي تشمل رعاية المريض، أما إذا كان مستوى المريض منخفض أي فهو يحاول أن يستفسر عن حالته بشكل دائم، وعدم الأخذ بنصائح الطبيب هذا ما يؤدي إلى ظهور فجوة بين الطبيب والمريض مما يؤدي للمعاملة السيئة وعدم تقديم الخدمة على أكمل وجه، أما أقل نسبة فكانت 16% للذين أجابوا بلا أي العلاقة بين الموظف والمريض لا تؤثر على نوعية الخدمة المقدمة، أي ليس بالضرورة إرجاع عدم توفر أو تدني مستوى الخدمة المقدمة إلى علاقة الطبيب بالمريض بل يمكن إرجاعها للعديد من الأسباب من بينها عدم توفر المعدات اللازمة.

رابعاً: مدى مساهمة الأفراد في الرفع من مستواهم الصحي واكتساب سلوكيات صحية إيجابية.

جدول رقم (19): يوضح تشجيع على ممارسة السلوكيات السليمة حيال القضايا

الصحية.

| النسبة % | التكرارات | الإجابات |
|----------|-----------|----------|
| 100% | 50 | نعم |
| - | - | لا |
| 100% | 50 | المجموع |

يتضح من خلال الجدول رقم (19) أن كل أفراد العينة أي ما نسبته 100% كانت إجاباتهم تؤكد على تشجيع وممارسة السلوكيات السليمة حيال القضايا الصحية وذلك من خلال العمل على تغيير مفاهيم الأفراد فيما يتعلق بالصحة والمرض، ومحاولة أن تكون الصحة هدفاً لكل فرد من المجتمع ومساعدة الأفراد على مواجهة مشكلات التي تعترضهم وكيفية التغلب عليها، وتعزيز الجانب الصحي والارتقاء به من خلال الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة للفرد، وبهذا يصبح لدى الفرد القدرة على مواجهة المشكلات الصحية التي تعترضه ويتجاوزها.

جدول رقم(20): يوضح تعارض المعتقدات الخاطئة المنتشرة في المجتمع اتجاه قضايا الصحة.

| النسبة% | التكرارات | الإجابات |
|---------|-----------|----------|
| 92% | 46 | نعم |
| 8% | 4 | لا |
| 100% | 50 | المجموع |

يكشف الجدول رقم (20) أن أعلى نسبة وهي 92% والتي مثلت أكثر من نصف العينة كانت إجاباتهم تؤكد على وجود تعارض للمعتقدات الخاطئة المنتشرة في المجتمع اتجاه مشكلات القضايا الصحية، لأنها تؤدي إلى انخفاض مستوى الصحة العامة والانتشار الواسع للأمراض بسبب غياب الوعي الصحي وعدم إدراك الفرد لأهمية الوقاية، ومن هنا يكون للفرد الدور الكبير في العمل على تغيير مثل هذه المعتقدات السلبية المنتشرة في المجتمع حول قضايا الصحة، وذلك من خلال تقديم إرشادات تحت على ضرورة اكتساب سلوكيات صحية إيجابية في مختلف مراحلها التعليمية، دون أن ننسى دور الأسرة والتنشئة الاجتماعية التي لها دور كبير في ترسيخ السلوكيات الصحية السليمة بمختلف جوانبها.

جدول رقم(21): يوضح إتباع السلوكيات الصحية السليمة يجنبك الإصابة بالأمراض.

| النسبة% | التكرارات | الاحتمالات | النسبة% | التكرارات | الإجابات |
|---------|-----------|-----------------|---------|-----------|----------|
| 60% | 30 | الوقاية | 92% | 46 | نعم |
| 40% | 20 | التغذية السليمة | | | |
| | | | 8% | 4 | لا |
| 100% | 50 | المجموع | 100% | 50 | المجموع |

توضح بيانات الجدول رقم (21) أغلب أفراد العينة المدروسة والتي نسبتهم 92% كانت إجاباتهم بنعم أي إتباع السلوكيات الصحية السليمة يجنب الفرد الإصابة بالأمراض. وهذا يؤكد أن أغلب أفراد العينة لديهم ثقافة صحية تمكنهم من إتباع سلوك صحي سليم يجنبهم الأمراض، وذلك عن

طريق الوقاية أي ما نسبته 60% وهذا يعني أن المعلومات والسلوكيات الصحية الإيجابية تمكن الفرد من وقاية نفسه ومجتمعه. أما الفئة الثانية التي نسبتها 40% تؤكد أن السلوكيات الصحية السليمة كالتغذية السليمة من بين أهم العوامل التي تساعد على الوقاية من الأمراض والإصابة بها، أما أقل نسبة وهي 8% تمثل الأفراد الذين ليس لديهم ثقافة صحية وهم الذين كانت إجاباتهم أن السلوكيات الصحية السليمة لا تجنب الفرد الإصابة بالمرض.

جدول رقم (22): يوضح مشاركة في الندوات والمؤتمرات ذات العلاقة بصحة الإنسان وصحة المجتمع.

| الإجابات | التكرارات | % النسبة |
|----------|-----------|----------|
| نعم | 26 | 52% |
| لا | 24 | 48% |
| المجموع | 50 | 100% |

من خلال الجدول رقم (22) والذي يمثل مدى مشاركة أفراد العينة في الندوات والمؤتمرات العلمية ذات العلاقة بصحة الإنسان وصحة المجتمع، حيث كانت إجابة الأغلبية والتي قدرت بـ 52% وهي تفوق نصف العينة التي أكدت على مشاركتها في الندوات والمؤتمرات التي تتعلق بصحة كل من الإنسان والمجتمع، وهذا يدل على مدى ميل أفراد العينة للاهتمام بالصحة في مختلف مجالاتها من أجل تزويد نفسه بمعارف وخبرات واكتساب ثقافة حول الصحة لسلامته من مخاطر الأمراض الحالية خاصة الأوبئة المستجدة كتعلم سلوكيات إيجابية من محيطه الاجتماعي وبيئته. وبالتالي تحقيق مستوى الصحة العامة مرتفع وعليه تحقيق تنمية اجتماعية واقتصادية. في حين كانت باقي الإجابات بنفي المشاركة في مثل هذه الندوات والمؤتمرات، وهذا ما يدل على أن هذه الفئة لا تولي اهتمام بالمجال الصحي ربما لأنها لا تولد تزويد نفسها حول الصحة، ومنه فتقافتها تكون محدودة ولا تستطيع التعامل مع كل القضايا الصحية التي تعترضها، مما تؤثر بالسلب على مستوى الصحة العامة في المجتمع وتعمل على عرقلة التنمية الصحية في كافة جوانبها الاجتماعية والاقتصادية.

جدول: الاهتمام بالنصائح التي تقدمها الندوات.

| النسبة % | التكرارات | الإجابات |
|----------|-----------|----------|
| 96% | 48 | نعم |
| 4% | 2 | لا |
| 100% | 50 | المجموع |

تشير بيانات الجدول أعلاه إلى النسبة التي قدرت بـ 96% والتي تؤكد وأثبتت مدى الاهتمام بالنصائح التي تقدم من طرف الندوات والمؤتمرات العلمية، وهذا ما يدل على مدى أهمية اهتمام أفراد العينة فيما يخص جانب الصحة والعمل على تحقيق مجتمع يتمتع بصحة جيدة، وبالتالي يساهم في إحداث تنمية شاملة خاصة في الجانب الاجتماعي والنهوض بالاقتصاد.

جدول رقم (23): يوضح حجم المعلومات الصحية التي يمتلكها أفراد العينة.

| النسبة % | التكرارات | الإجابات |
|----------|-----------|----------|
| 20% | 10 | مكتفة |
| 64% | 32 | متوسطة |
| 16% | 8 | قليلة |
| 100% | 50 | المجموع |

تشير بيانات الجدول رقم (23) أن أعلى نسبة وهي 64% أي ما تفوق نصف أفراد العينة المدروسة كانت إجاباتهم حول امتلاكهم للمعلومات الصحية متوسطة، حيث تساعد هذه المعلومات الأفراد على تجنب الإصابة بالأمراض وتحسين صحتهم ويعود سبب امتلاك هذه الفئة إلى معلومات صحية متوسطة ربما إلى مستواهم التعليمي والبيئة التي يعيشون فيها فهي عامل أساسي تساعد الفرد على امتلاك معلومات صحية، أما أفراد العينة الذين يمتلكون معلومات صحية مكتفة كانت نسبتهم 20% وهم من فئة الموظفين والأطباء وهذا دليل على كل ما يخص الصحة، أما أقل نسبة كانت بنسبة 16% كانت معلوماتهم الصحية قليلة بمعنى ليس لديهم معلومات تفيدهم في تحسين صحتهم وهذا سبب في انتشار الأمراض وهذه الفئة تكون أكثر عرضة للإصابة بالأمراض.

جدول رقم (24): يوضح شروط النظافة داخل المستشفى.

| النسبة% | التكرارات | الإجابات |
|---------|-----------|----------|
| 12% | 6 | جيدة |
| 60% | 30 | مقبولة |
| 28% | 14 | سيئة |
| 100% | 50 | المجموع |

حسب الجدول رقم (24) كانت آراء أفراد العينة حول مدى توفر النظافة داخل المستشفى تبين أن أغلبية أفراد العينة (المرضى) صرحوا بأنها مقبولة بنسبة 60% وهذا يؤكد على رضا أفراد العينة على توفر شروط النظافة داخل قاعات العلاج، وهذا مؤشر حسن يدل على مدى اهتمام المسؤولين بضرورة توفر محيط صحي، في حين تذهب الفئة الثانية والتي تقدر بـ 22% إلى توفر شروط النظافة بالمستشفى وخاصة دورة المياه، وهذا راجع لغياب المراقبة من طرف المسؤول عن مثل هذه الأمور وبالأخص الوقوف على عدم قيام العمال (عمال النظافة) بمهامهم على الصورة المطلوبة.

خامسا: الثقافة الصحية وتأثيرها على الجانب الاجتماعي للتنمية.

جدول رقم (25): يوضح زيارة أفراد العينة للطبيب.

| النسبة% | التكرارات | الإجابات |
|---------|-----------|----------|
| 28% | 14 | دائما |
| 64% | 32 | أحيانا |
| 8% | 4 | لا أזור |
| 100% | 50 | المجموع |

تشير بيانات الجدول رقم (25) أن أغلبية إجابات أفراد العينة حول زيارة الطبيب كانت الإجابة بأحيانا وذلك بنسبة قدرت بـ 64%، وهذا ما يدل على أن أفراد العينة المدروسة تكون زياراتهم للطبيب قليلة أي في بعض الأحيان فقط وهذا راجع إلى عدم الذهاب إلا للضرورة القصوة وفي حالة وجود مرض يتطلب علاج وتكلفة مالية تفوق دخله، أو ربما عدم الوثوق في الطبيب وعدم الرضا عن

نوع الخدمات التي يتم تقديمها وخاصة في القطاع العام. في حين كانت إجابات حول زيارة الطبيب دائما والتي تقدر بـ 28%، وهذا ما يدل على رضا عن الخدمات المقدمة من طرف الطبيب وهذا ما يدل على مدى وعي الأفراد بضرورة العلاج حتى وإن كان المرض بسيط لا يتطلب الذهاب إلى الطبيب خوفا من الوقوع في أمراض أخرى مما تكلفه أكثر في تسعيرة العلاج.

جدول : يوضح عدد مرات زيارة الطبيب في السنة.

| الإجابات | التكرارات | % النسبة |
|----------|-----------|----------|
| مرة | 12 | 24% |
| مرتان | 13 | 26% |
| أكثر | 25 | 50% |
| المجموع | 50 | 100% |

يتبين من خلال الجدول أعلاه عن عدد مرات زيارة الطبيب في السنة والتي كانت إجابات أفراد العينة بمرتان فما فوق وذلك بنسبة قدرت بـ 50% وهي تمثل نصف أفراد العينة، وهذا ما يؤكد على مدى اهتمام أفراد العينة المبحوثة بصحتهم وذلك من خلال مراجعة الطبيب أكثر من مرة في السنة للاطمئنان على سلامة صحتهم، كما تبين مدى اكتسابهم للوعي الصحي، وبالتالي مساهمة أفراد هذه العينة في الرفع من مستوى الصحة العامة، ومنه تكوين مجتمع يتمتع بمستوى صحي جيد.

جدول رقم(26): يوضح مدى توفر بطاقة الضمان الاجتماعي.

| الإجابات | التكرارات | % النسبة |
|----------|-----------|----------|
| نعم | 44 | 88% |
| لا | 6 | 12% |
| المجموع | 50 | 100% |

يوضح الجدول رقم (26) أن أعلى نسبة وهي 88% تمثل أفراد العينة التي كانت إجاباتهم بنعم أي بمعنى توفر بطاقة الضمان الاجتماعي يعتبر حق يجب على الدولة توفيره لأفرادها لاسيما أشد

الفئات ضعفا في المجتمع، حيث أصبح الضمان الاجتماعي ذو أهمية كبيرة في حياة الفرد، حيث يوفر استقرار نفسي ومادي ووظيفي لأكثر عدد من العمال والعاطلين عن العمل.

جدول رقم (27): يوضح الالتزام بوصفة الطبيب.

| الإجابات | التكرارات | % النسبة |
|----------|-----------|----------|
| نعم | 47 | 94% |
| لا | 3 | 6% |
| المجموع | 50 | 100% |

توضح بيانات الجدول رقم (27) أن أعلى نسبة تمثلت في 94% حيث كانت إجابات المبحوثين التأكيد والإثبات على الالتزام بوصفة الطبيب، وهذه الفئة تعتبر فئة مثقفة صحيا حيث أنها تأخذ بنصائح الطبيب، وهذا راجع للثقة بالطبيب المتزايدة وأنها لا بد من الخضوع للعلاج في حالة الإصابة بالمرض، كما يتم إرجاع هذا التأكيد إلى الفئة العمرية الشبابية التي تلتزم بوصفة الطبيب و باعتبارها الفئة التي بها تتم تنمية المجتمع من أجل إحداث تنمية اجتماعية واقتصادية في بلده، كما يتم إرجاعها إلى المستوى المعيشي حيث نجد الفئات التي دخلها جيد تلتزم بوصفة الطبيب لأنها ربما تمتلك بطاقة ضمان اجتماعي وذلك لا يشكل عائق بالنسبة لهم. في حين أن الفئة التي مستواها المعيشي متدهور وتعاني من فقر أو دخلها المعيشي لا يغطي حق المعيشة مما يجعله لا يلتزم بالوصفة ، كما أن المستوى التعليمي يلعب دورا في مثل هذه الأمور فكلما كان الفرد مثقفا كلما كان قبوله للعلاج أكثر وكلما التزم أكثر بوصفة الطبيب والعمل على أخذ الأدوية بصفة منتظمة دون ربطها بظروف الحياة الصعبة والمستعصية.

جدول رقم (28): يوضح الأخذ بالنصائح المقدمة من طرف الطبيب.

| الإجابات | التكرارات | % النسبة |
|----------|-----------|----------|
| نعم | 50 | 50% |
| لا | - | - |
| المجموع | 50 | 100% |

يوضح الجدول رقم (28) أن أفراد العينة أي ما نسبته 100% كانت إجاباتهم بالتأكيد على الأخذ بالنصائح المقدمة من طرف الطبيب وهذا يبين مدى وعي الأفراد ومدى إدراكهم بأهمية النصائح المقدمة من طرف الأطباء فيما يخص العناية بالصحة، وهذا يدل على ثقة المريض في مقدم الخدمة (الطبيب). كما يرتبط بسبب الأخذ بنصائح الطبيب أيضا بالمستوى التعليمي للمريض وسنه. فكلما كان مستواه التعليمي مرتفع كلما كان الأخذ بالنصائح والإرشادات المقدمة بكل جدية واهتمام، كما يلعب السن دور في ذلك بحيث أن فئة الشباب تكون أكثر جدية في الأخذ بالنصائح من أجل الحصول على صحة جيدة، في حين أن فئة كبار السن لا يعطي أهمية لهذه النصائح لعدم إدراكها لأهمية هذه الإرشادات والنصائح دورها في تحسين مستوى الصحة.

جدول رقم (29): يوضح الإقبال على الفحوصات الدورية.

| الإجابات | التكرارات | النسبة % |
|----------|-----------|----------|
| دائما | 10 | 20% |
| أحيانا | 40 | 80% |
| لا أدري | - | - |
| المجموع | 50 | 100% |

تبين من خلال الجدول رقم (29) أن أعلى نسبة قدرت بـ 80% بمعنى أن أفراد العينة يقبلون أحيانا على الفحوصات الطبية، وهذا يرجع إلى توفر الخدمات في المؤسسة في بعض الأحيان. مما يجعل من أفراد العينة يلجئون لإجراء هذه الفحوصات في المؤسسة الاستشفائية باعتبارها تقدم علاج

مجاني فيما يخص الكشف عن احتمالية الإصابة بأمراض معينة، والمساعدة على اكتشاف بعض المشاكل في وقت مبكر، وكذا إجراء التحاليل التي تكون متواجدة وكل هذه الفحوصات الطبية المبكرة لتفادي مرض معين أو علاج مشكلة صحية في بدايتها، وهذا من شأنه أن يوفر تكاليف العلاج والحفاظ على صحته. وهذا ما يجعل هذه الفئة تبحث عن أفضل الخدمات وأحدث التقنيات التي يوفرها القطاع الخاص.

جدول رقم (30): يوضح المساواة في تقديم الخدمات العلاجية .

| النسبة % | التكرارات | الإجابات |
|----------|-----------|----------|
| 40% | 20 | نعم |
| 60% | 30 | لا |
| 100% | 50 | المجموع |

يوضح الجدول رقم (30) أن أعلى نسبة وهي 60% تمثل أفراد العينة التي كانت إجاباتهم بلا أي لا توجد مساواة في تقديم الخدمات العلاجية داخل المستشفى، وهذا يعود إلى الفساد الإداري وسوء التسيير الذي يصدر عن الموظف أثناء تأدية لمهام وظيفته، فمقدم الخدمات العلاجية هنا لا يكون مسؤول ويستغل مكانته بما يخدمه ويخدم أقاربه وأصدقائه أي المحسوبية كتقديم العلاج والخدمات لمن لا يستحقه ، فالمحسوبية تحرم المواطن من حقه في العلاج ، وهذا ما يؤدي إلى نفور المواطن من القطاع العام إلى القطاع الخاص ويعود انتشار عدم المساواة وتفضيل البعض عن الآخر إلى المواطن نفسه الذي يفتقد لثقافة أخذ كل ذي حق حقه، والتي لا يعرف فيها التفريق بين الحق والواجب وأصبح مضطرا إلى الحصول على حقه عن طريق وتوسط أشخاص آخرين رغم أن العلاج يعتبر من بين الحقوق التي أقرها التشريع الجزائري.

سادسا: الثقافة الصحية وتأثيرها على الجانب الاقتصادي للتنمية.

جدول رقم(31): يوضح شراء الأدوية يعتبر عائقا بالنسبة لأفراد العينة.

| النسبة % | التكرارات | الإجابات |
|----------|-----------|----------|
| 22% | 11 | نعم |
| 78% | 39 | لا |
| 100% | 50 | المجموع |

يتبين من خلال الجدول رقم (31) أن أغلبية أفراد العينة كانت إجاباتهم حول شراء الأدوية لا يشكل عائق بالنسبة لأفراد العينة، وذلك بنسبة قدرت بـ 78% والتي تفوق نصف أفراد العينة، يمكن إرجاع هذا إلى امتلاك هذه الفئة لبطاقة الضمان الاجتماعي، ونستشهد على هذا من خلال الجدول رقم (26) الذي يؤكد على امتلاك أفراد العينة لبطاقة الضمان الاجتماعي، وبالتالي قدرتهم على شراء الأدوية دون تشكيل عائق بالنسبة للفرد على مستواهم الاقتصادي وكذا الاجتماعي.

جدول : يوضح تأثير شراء الأدوية على دخل أفراد العينة.

| النسبة % | التكرارات | الإجابات |
|----------|-----------|----------|
| 56% | 28 | نعم |
| 44% | 22 | لا |
| 100% | 50 | المجموع |

يتضح من الجدول أعلاه أن أعلى نسبة قدرت بـ 56% التي أثبتت عن شراء الأدوية له تأثير على دخل الفرد، وهذا ربما للتكلفة المتزايدة في الأدوية مما يجعله عائق في توفير باقي متطلبات الحياة اللازمة للعيش، وأن قيمة الدخل غير كافية لذلك وهذا يخص الفئة التي دخلها ضعيف أو متوسط، وهذا ما يؤثر على التنمية الاجتماعية ومن ثم الاقتصادية، وبالتالي يكون مستوى الصحة العامة منخفض، في حين كانت الفئة الأخرى نوعا ما متقاربة من الفئة الأولى وذلك بنسبة 44% والتي تعتبر معاكسة تماما للفئة الأخرى. حيث أنها نفت تأثير شراء الأدوية على الدخل لأنها فئة غنية

تمتلك حق شراء الأدوية وهي تبحث عن تحقيق مستوى الصحة العامة عالي مما يعمل على إحداث تنمية صحية شاملة ثم تحقيق تنمية اجتماعية واقتصادية.

جدول رقم (32): يوضح مدى كفاية التجهيزات الضرورية للعمل داخل المستشفى.

| النسبة % | التكرارات | الإجابات |
|----------|-----------|----------|
| - | - | كافية |
| 34% | 17 | نوعا ما |
| 66% | 33 | قليلة |
| 100% | 50 | المجموع |

يكشف الجدول رقم (32) أن أعلى نسبة وهي 66% وهي تفوق نصف أفراد العينة كانت إجاباتهم أن التجهيزات الضرورية للعمل داخل المستشفى كانت قليلة، في حين كانت إجابة الفئة الأخرى بنوعا ما وقدرت بـ 34%، ومنه نستنتج من خلال هذا أن الإمكانيات اللازمة للعمل متوفرة بدرجة لا بأس بها إلا أنها تصطدم بأمور كثيرة تعرقل هدفها مثل: سوء تسيير، الاستغلال لأغراض شخصية، نقص الصيانة والتصليح، وعدم استغلال هذه الأجهزة رغم توفرها وصحتها. فالدولة تسعى جاهدة لتجهيز المستشفيات العمومية بأحدث الوسائل والتقنيات بمبالغ ضخمة وذلك من أجل السير الحسن للعمل ولتقديم أفضل الخدمات للمرضى. غير أن السبب في حدوث هذه العراقيل هو وجود احتكار من طرف عمال المؤسسة المسؤولون عن هذه التجهيزات وبهذا تبقى ضرورة توفر هذه التجهيزات والعمل على توفيرها باعتبارها الدعامة الأولى لأداء المهام بصورة فعالة وسريعة، ولتحقيق رضا المرضى وعلاجهم بتقديم أحسن الخدمات.

جدول رقم (33): يوضح نوع الخدمات المقدمة من طرف المؤسسة.

| النسبة | التكرارات | الإجابات |
|--------|-----------|--------------|
| 60% | 30 | عامة |
| 4% | 2 | متخصصة |
| 36% | 18 | عامة ومتخصصة |
| 100% | 50 | المجموع |

تشير بيانات الجدول رقم (33) التأكيد على أن نوعية الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة الاستشفائية هي خدمات عامة والتي قدرت بنسبة 60% من مجموع أفراد العينة والتي مثلت الأغلبية، باعتبار أن نوعية الخدمات المقدمة كانت عامة حيث يتواجد بها تخصصات متنوعة التي تتعامل مع الأمراض والإصابات الخفيفة نوعاً ما، كما تحتوي على فرع متخصص للأمراض المزمنة (سكر، ضغط الدم)، كما بها طبيبين عاميين، وطب العيون والعظام، وغرفة الأشعة، ومصلىة الأمراض الوبائية، طب تقليب الأطفال، مخبر التحاليل، وهذا ما يلزم الفرد ويبحث عنه في أغلب الأحيان. وتوفر الأطباء بشكل دوري أو يومي حسب استعمال الزمن المقرر من طرف الإدارة الذي يكون منتظم بشكل جيد لمدة شهر، وذلك حسب توافق طلب المرضى أكثر على علاج جانب ما من جوانب صحته.

جدول رقم (34): يوضح مدى رضا أفراد العينة عن الخدمات المقدمة من طرف المؤسسة.

| النسبة % | التكرارات | الإجابات |
|----------|-----------|-----------|
| - | - | راض جدا |
| 22% | 11 | راض |
| 68% | 34 | إلى حد ما |
| 10% | 5 | لست راض |
| 100% | 50 | المجموع |

يتضح من خلال الجدول رقم (34) على أعلى نسبة وهي 68% تمثل الفئة التي كانت إجاباتهم براض إلى حد ما على الخدمات المقدمة من طرف المؤسسة الاستشفائية، وهذا يدل على توفر الخدمات لكن غير كافية لتلبية حاجات المرضى وهذا يعود إلى سوء التسيير وغياب الرقابة من طرف المسؤولين. أما أقل نسبة وهي 10% والتي تمثل الفئة التي ليست راضية على الخدمات المقدمة والذين صرحوا بأنهم غير مقتنعين بالخدمات المقدمة لهم وهذا يعتبر مؤشر على تدني مستوى الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسة .

وحتى يتحقق الرضا لدى المرضى يجب على الفريق الطبي أن يصل إلى تقديم خدماتهم إلى المستوى المطلوب وهو مستوى الرعاية الصحية الشاملة الجسمية والنفسية والاجتماعية .

جدول رقم (35): يوضح العلاج الذي يتلقاه أفراد العينة.

| النسبة % | التكرارات | الإجابات |
|----------|-----------|----------|
| 70% | 35 | مجاني |
| 30% | 15 | مكلف |
| 100% | 50 | المجموع |

من خلال الجدول رقم (35) تبين أن أعلى نسبة وهي 70% تمثل العينة التي كانت إجاباتهم بأن العلاج الذي يقدم من طرف المستشفى مجاني وهذا يعود إلى مجانية العلاج التي فرضتها السياسة الصحية الجزائرية داخل المستشفيات الحكومية باعتبار العلاج المجاني في هذه يكون للحالات الغير

خطيرة والطب العام فقط، أما أقل نسبة كانت بـ 30 مثلت أفراد العينة الذين كانت إجاباتهم بأن العلاج مكلف في هذه الحالة يكون العلاج ذو تكلفة في حالة تقديم علاج متخصص.

جدول رقم (36): يوضح دور المؤسسات والمراكز الصحية في إحداث التنمية.

| النسبة | التكرارات | الإجابات |
|--------|-----------|----------|
| 86% | 43 | نعم |
| 14% | 7 | لا |
| 100% | 50 | المجموع |

تشير بيانات الجدول رقم (36) أن أعلى نسبة وهي 86% أي ما يفوق نصف العينة المدروسة كانت إجاباتهم بأن المؤسسات والمراكز الصحية لها دور في إحداث التنمية، باعتبار الصحة شرط يجب أن يتوفر للجميع ومؤشر لتحقيق التنمية المستدامة إذ لا بد من العمل على هذا القطاع لتحقيق مجموعة من أهداف التنمية المستدامة، من بين هذه الأهداف ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار وتحقيق التغطية الصحية الشاملة، وهذا ما تسعى إليه المؤسسات والمراكز الصحية من خلال تقديمها لمختلف الخدمات التي ترفع من مستوى صحة الفرد والمجتمع على حد سواء، وبالتالي المساهمة في إحداث التنمية المطلوبة.

جدول رقم (37): يوضح مساهمة المنظومة الصحية الجزائرية في ظل الإصلاحات الجارية في تحقيق أهداف التنمية.

| النسبة % | التكرارات | الاحتمالات | النسبة % | التكرارات | الإجابات |
|----------|-----------|---|----------|-----------|----------|
| | | | 20% | 10 | نعم |
| 26,31% | 15 | عدم مسايرتها للتطورات العلمية والتكنولوجية الحديثة. | 80% | 40 | لا |
| 31,6% | 18 | عدم إدراكها لأهمية العنصر البشري المدرب في التنمية. | | | |
| 42,09% | 24 | عدم مشاركة أهل الاختصاص في وضع البرامج | | | |
| 100% | 57 | المجموع | 100% | 50 | المجموع |

* يمثل هذا الرقم عدد التكرارات وليس عدد أفراد العينة لأن هناك من أجاب على أكثر من احتمال واحد .

تشير بيانات الجدول رقم (37) أن أغلب أفراد العينة المدروسة والتي قدرت بـ 80% كانت إجاباتهم بأن المنظومة الصحية الجزائرية في ظل الإصلاحات الجارية لا تستطيع المساهمة في تحقيق أهداف التنمية، وهذا يعني أن البرامج التي مست قطاع الصحة كانت عشوائية لم يشارك أهل الاختصاص في وضعها ودراستها أي ما نسبته 42,09% وهذا يعود إلى سوء التسيير داخل القطاع. أما الفئة الثانية أي ما نسبته 31,6% ترى أن السبب يعود إلى عدم إدراك هذه الإصلاحات لأهمية العنصر البشري المدرب في التنمية على الرغم من الأهمية البالغة التي يمثلها العنصر البشري المؤهل. أما الفئة الثالثة قدرت بـ 26,31% ترى أن السبب يعود إلى عدم مسايرة هذه الإصلاحات للتطورات العلمية الحديثة والتكنولوجية التي أصبحت لها أهمية بالغة في جميع المجالات وخاصة مجال الصحة، وذلك من خلال ضرورة توفير الأجهزة والمعدات الحديثة التي تسهل عملية العلاج

والكشف عن الأمراض، كل هذه الأسباب أدت إلى فشل الإصلاحات، ومهما يكن فإن هذه الأسباب كلها هي التي أدت إلى الوضعية الحالية لقطاع الصحة بالجزائر، وهذا يعود إلى غياب الجدية وروح المسؤولية في التخطيط للإصلاحات في القطاع الصحي، وما دامت هناك سيطرة واحتكار على المناصب سيظل القطاع الصحي يعاني من نقص كبير في جميع الجوانب.

جدول رقم (38): يوضح الإستراتيجية الواجب إتباعها لإصلاح المنظومة الصحية للنهوض بالتنمية الاقتصادية.

| النسبة % | التكرارات | الإجابات |
|----------|-----------|--|
| 17,54 % | 10 | المراقبة والتسيير الجيد |
| 43,85 % | 25 | ضرورة توفر العنصر البشري المؤهل |
| 26,31 % | 15 | مواكبة التطورات العلمية والتكنولوجية الحديثة |
| 8,80 % | 5 | مشاركة أهل الاختصاص في وضع البرامج |
| 3,50 % | 2 | تحويل القطاع العمومي إلى قطاع خاص |
| 100 % | 57 | المجموع |

* يمثل هذا الرقم عدد التكرارات وليس عدد أفراد العينة لأن هناك من أجاب على أكثر من احتمال واحد .

توضح بيانات الجدول رقم (38) أن أعلى نسبة وهي 43,85 % التي مثلت أفراد العينة الذين كانت إجاباتهم حول الإستراتيجية الواجب إتباعها لإصلاح المنظومة الصحية للنهوض بالتنمية الاقتصادية أكدوا على ضرورة توفر العنصر البشري المؤهل، وهذا لأهمية هذا العنصر لاعتباره إحدى العناصر الوظيفية في المؤسسة الاستشفائية سواء كان مريض أو موظف الذي هو عنصر من عناصر إنتاج هذه المؤسسة وللنهوض بالتنمية الاقتصادية لابد من ضرورة التكامل بين تخطيط الموارد البشرية والتخطيط الاقتصادي، وذلك لارتباطهما الوثيق بعملية التنمية الاجتماعية والاقتصادية، أما في ما يخص الفئة التي تليها قدرت بـ 26,31 % أكدوا على أن مواكبة التطورات العلمية

والتكنولوجية الحديثة هي الحل الأمثل لإصلاح المنظومة الصحية والنهوض بالتنمية الاقتصادية، فالتكنولوجيا الحديثة تؤدي إلى زيادة الإنتاج من خلال الالتزام بالمقاييس والمواصفات وفق أصول علمية دقيقة. فتوفر الأدوات والتقنيات الحديثة داخل المستشفيات يمكن الأطباء من تقديم العلاج على أكمل وجه ويسرع في عملية العلاج ويعطي نتائج جيدة و دقيقة. أما النسبة التي تليها قدرت بـ 17,54 % أكدت هذه الفئة على ضرورة المراقبة والتسيير الجيد داخل قطاع الصحة، وذلك لأهمية المراقبة والتسيير والتي تضمن السير الحسن لعمليات المؤسسة. فهو يسمح للمسيرين بالتعرف على وضعية المؤسسة بدقة للوقوف على الأخطاء والانحرافات وتصحيحها.

المطلب الثاني: نتائج الدراسة.

تمهيد:

بعد الانتهاء من تحليل البيانات الميدانية ومناقشتها، واستنادا إلى النتائج التي توصلت إليها الدراسة الميدانية والمعطيات الخلفية النظرية التي تدرج ضمن إطار نظري عام ومرتكزاته الأساسية من دراسات سابقة ومداخل نظرية عالجت كلها قضية الثقافة الصحية والتنمية الاجتماعية والاقتصادية، حيث تبين أن الثقافة الصحية لها أهمية كبيرة في تحقيق أهداف التنمية، ومن هذا المنطلق سوف نحاول ربط النتائج المتحصل عليها بالفرضيات والدراسات السابقة.

نتائج الدراسة على ضوء الفرضيات :

❖ على ضوء الفرضية العامة: لقد تمت صياغة الفرضية العامة لهذا البحث كالتالي: " تساهم الثقافة الصحية في توعية الأفراد لخدمة أهداف التنمية الاجتماعية والاقتصادية."

تبين من خلال الجدول رقم (6) أن أعلى نسبة تقدر بـ 98% من أفراد العينة افروا بأن اكتساب الفرد لثقافة صحية تساهم في وقايته من الأمراض وهذا يؤكد على أهمية الثقافة الصحية ودورها الأساسي في عملية توعية الأفراد بضرورة الاهتمام بمختلف جوانب الصحة، لما لها من أهمية في إعداد وإنشاء فرد قادر على تحمل مسئولية نفسه ومجتمعه .

ولقد اتضح في الجدول رقم (7) أن أعلى نسبة والتي قدرت بـ 34,23% بينت مدى اهتمام الأفراد بجوانب الصحة الغذائية .

نلاحظ من خلال نتائج الجدول رقم (8) أن أغلبية المبحوثين كان هدف اهتمامهم بكل ما يدور حول الصحة إلى الوقاية من الأمراض بنسبة 30,1% وهذا يدل على مدى تركيز الأفراد على الحفاظ على صحتهم .

كما يتبين من خلال بيانات الجدول رقم (10) أن أعلى نسبة والتي قدرت بـ 80% أكدت على أن الفرد عند اكتسابه لثقافة صحية يساهم في تحقيق تنمية اجتماعية واقتصادية وذلك من خلال اكتساب الفرد معلومات حول الصحة التي تساهم من الناحية الاجتماعية في رفع مستواه المعيشي، وكذلك يصبح قادر على إدراك مدى أهمية العلاج واستهلاك الأدوية وتأثيره على الجانب الاقتصادي.

يتبين من خلال بيانات الجدول رقم (11) أن أعلى نسبة والتي قدرت بـ 76% أكدت أن اكتساب السلوك الصحي يؤثر ايجابيا على أهداف التنمية الاجتماعية والاقتصادية.

من خلال هذه المعطيات البيانية السابقة يمكن القول بأن الثقافة الصحية تساهم في توعية الأفراد لخدمة أهداف التنمية الاجتماعية والاقتصادية عن طريق ترسيخ أهمية السلوك الصحي الايجابي ودوره في جميع مجالات الحياة.

وفي الأخير نصل إلى أن الفرضية العامة والتي مفادها " تساهم الثقافة الصحية في توعية الأفراد لخدمة أهداف التنمية الاجتماعية والاقتصادية " قد تحققت.

❖ اختبار الفرضية الجزئية الأولى والتي مفادها : "أن مستوى الصحة العامة في المجتمع يؤثر على التنمية الاجتماعية والاقتصادية."

نلاحظ من خلال نتائج الجدول رقم (12) أن نسبة 80% من أفراد العينة المدروسة أكدوا أن مستوى الصحة العامة منخفض في المجتمع وهذا راجع إلى عدم وعي الأفراد إلى مدى أهمية وضرورة الاهتمام بالصحة ، فانخفاض مستوى الصحة العامة يؤدي إلى انتشار الأمراض والأوبئة وزيادة الأعباء على الدولة ، وهذا ما أكده الجدول رقم (13) بنسبة قدرت ب 70% من أفراد العينة الذين أكدوا أن انخفاض مستوى الصحة العامة في المجتمع ينتج عنه العديد من المشكلات كالزيادة في الإنفاق على قطاع الصحة وهذا يؤثر سلبا على اقتصاد الدولة .

كما يوضح الجدول رقم (14) أن أعلى نسبة قدرت ب 80% أكدت أن مستوى الصحة العامة له علاقة بتطور الحياة الاجتماعية والاقتصادية وهذا يبين أن أفراد المجتمع يهتمون بالصحة العامة من خلال تحسين جودة حياتهم عن طريق تجنب كل ما هو مضر .

تبين بيانات الجدول رقم (15) أن نسبة 100% قد أجمعوا أن درجة الوعي الصحي تساهم في الرفع من مستوى الصحة العامة فالفرد الواعي ينتج عنه سلوكيات صحية ايجابية ، وحتى يكون الفرد مثقف وواعي ليس بضرورة أن يكون مستواه التعليمي مرتفع وهذا ما وضحه الجدول رقم (16) بنسبة والتي قدرت ب 64% أكدت أن اكتساب الفرد للوعي الصحي ليس مرتبط بمستواه التعليمي ، فالفرد يكتسب ثقافته ومعلوماته من البيئة المحيطة به .

تفسر نتائج الجدول رقم (17) أن أعلى نسبة والتي قدرت ب 68% صرحت أنه لا يوجد انسجام بين الموظفين داخل المؤسسة الإستشفائية ، ويعود هذا إلى سوء العلاقة بين الموظفين والتخوف من ذوي الناصب العليا وهذا يؤثر على الخدمات المقدمة للمريض ويحد من أداء وظيفته .

كما أوضحت بيانات الجدول رقم (18) أن أعلى نسبة والتي قدرت ب 84% أكدت أن العلاقة بين الموظف والمريض تؤثر على نوعية الخدمات المقدمة فطبيعة المعاملة مع المرضى تعتبر عامل أساسي وهام في تسهيل عملية العلاج وتقديم الخدمات الصحية للمرضى .

نستنتج من خلال المعطيات السابقة أن مستوى الصحة العامة في المجتمع يؤثر على التنمية الاجتماعية والاقتصادية وذلك سواء كان مرتفع أو منخفض فهو يؤثر إما ايجابيا أو سلبيا .

ومن هنا نستخلص أن الفرضية الجزئية الأولى والتي مفادها "أن مستوى الصحة العامة في المجتمع يؤثر على التنمية الاجتماعية والاقتصادية" قد تحققت إلى حد ما.

❖ اختبار الفرضية الجزئية الثانية والتي مفادها: "يساهم الأفراد من رفع مستواهم الصحي من خلال اكتسابهم لسلوكيات صحية ايجابية."

نلاحظ من خلال بيانات الجدول رقم (19) أن نسبة 100% أي كل أفراد العينة أكدوا أنهم يشجعوا على ممارسة السلوكيات الصحية السليمة حيال قضايا الصحة وذلك من خلال العمل على تغيير مفاهيم

الأفراد فيما يتعلق بالصحة والعمل على معارضة المعتقدات الخاطئة التي تؤثر على مستوى الصحة العامة في المجتمع، وهذا ما برز في نتائج الجدول رقم (20) حيث نجد أعلى نسبة والتي قدرت بـ 92% من أفراد العينة يعارضون المعتقدات الخاطئة اتجاه قضايا الصحة لأنها تؤدي إلى انتشار الأمراض وهنا لا بد من ضرورة قيام الفرد بدوره وذلك من خلال العمل على تغيير هذه المعتقدات الخاطئة.

كما أوضحت بيانات الجدول رقم (21) أن أغلبية أفراد العينة المبحوثة بنسبة 92% أكدوا أن إتباع السلوكيات الصحية السليمة يجنب الفرد الإصابة بالأمراض، وذلك عن طريق الوقاية والتركيز على الصحة الغذائية.

تؤكد بيانات الجدول رقم (22) أن معظم أفراد العينة يشاركون في الندوات والمؤتمرات ذات العلاقة بصحة الإنسان والمجتمع بـ 52% وهذا يدل على مدى اهتمام الفرد بالصحة وضرورة تعلم خبرات وسلوكيات إيجابية تساهم في رفع مستوى الصحة العامة، وأكدوا المبحوثين على اهتمامهم بالنصائح المقدمة في هذه الندوات بنسبة 96% نظرا لما تضاف إلى رصيد الفرد وهذا ما يظهر في الجدول رقم(23) الذي يبين أن حجم المعلومات التي يمتلكها أفراد العينة متوسط بنسبة 64% فهذه المعلومات تساعد الأفراد على تحسين صحتهم.

تفسر نتائج الجدول رقم (24) أن أعلى نسبة من أفراد العينة والمقدرة بـ 60% أكدت أن النظافة داخل المستشفى مقبولة، وهذا يدل على مدى اهتمام المسؤولين بضرورة توفر محيط ملائم وهذا يعتبر سلوك صحي إيجابي.

نستنتج من خلال المعطيات السابقة أن الأفراد يساهمون من رفع مستواهم الصحي من خلال اكتسابهم لسلوكيات صحية إيجابية، تمكنهم هذه السلوكيات من التمتع بصحة جيدة، ومن ثم رفع مستوى الصحة العامة للأفراد والمجتمع.

وفي الأخير نصل إلى أن الفرضية الجزئية الثانية والتي مفادها "يساهم الأفراد من رفع مستواهم الصحي من خلال اكتسابهم لسلوكيات صحية إيجابية " تحققت.

❖ **اختبار الفرضية الجزئية الثالثة التي ترى بأن: "للتقافة الصحية تأثير على الجانب الاجتماعي للتنمية."**

نلاحظ من خلال بيانات الجدول رقم (25) أن أعلى نسبة والتي قدرت بـ 64% ترى أن زيارة الطبيب تتم نادرا أي بمقدار مرة أو مرتين في السنة وهذا ما تبين من طرف المبحوثين بنسبة قدرت بـ 50% وهذا يبين أن إقبال أفراد العينة للطبيب إلا للضرورة .

كما أوضحت بيانات الجدول رقم (26) أن أعلى نسبة والتي قدرت بـ 88% من أفراد العينة يؤكدون على امتلاكهم بطاقة ضمان اجتماعي باعتبارها حق كل مواطن تسعى الدولة لتحقيقه.

تؤكد بيانات الجدول رقم (27) أن أفراد العينة يقرون التزامهم بوصفة الطبيب بنسبة 94% وهذا يدل على مدى وعي الأفراد بضرورة الالتزام بالوصفات الطبية والنصائح المقدمة من طرف الأطباء والقائمين على تقديم الخدمة الصحية وهذا ما يوضحه الجدول رقم (28) بنسبة 100% أن أفراد العينة المدروسة ملتزمين بالنصائح المقدمة لهم.

كما أوضحت بيانات الجدول رقم (29) أن أعلى نسبة وهي 80% من أفراد العينة يقبلون على الفحوصات الطبية أحيانا أي عندما تكون هناك حالة صحية صعبة تتطلب فحوصات طبية عاجلة. من خلال نتائج الجدول رقم (30) أن أعلى نسبة وهي 60% تمثل أفراد العينة الذين أكدوا على عدم وجود مساواة في تقديم الخدمات داخل المستشفى وهذا راجع إلى الفساد الإداري وسوء التسيير وغياب ثقافة حسن المعاملة والحفاظ على الحقوق المدنية المشروعة. نستنتج من خلال المعطيات السابقة أنه للثقافة الصحية تأثير واضح على الجانب الاجتماعي للتنمية لأن الثقافة الصحية لها دور في تغيير معتقدات الأفراد نحو حالتهم الصحية.

وفي الأخير نصل إلى أن الفرضية الجزئية الثالثة والتي مفادها " للثقافة الصحية تأثير على الجانب الاجتماعي للتنمية " قد تحققت هي الأخرى .

❖ اختبار الفرضية الجزئية الرابعة التي مفادها: " لثقافة الصحية تأثير على الجانب الاقتصادي للتنمية.

نلاحظ من خلال بيانات الجدول رقم (31) أن أعلى نسبة والتي قدرت بـ 78% ترى أن شراء الأدوية لا يعتبر عائق بالنسبة لهم ويعود هذا إلى امتلاك هذه الفئة لبطاقة ضمان اجتماعي، ورغم توفر بطاقة الضمان الاجتماعي يبقى شراء الأدوية يؤثر على دخل الفرد وهذا حسب إجابات المبحوثين والتي قدرت نسبتهم بـ 56% أكدوا أن اقتناء الأدوية له تأثير على الدخل الفردي وهذا يعود إلى ارتفاع أسعار الأدوية.

ينتضح من خلال بيانات الجدول رقم (32) أن أعلى نسبة والتي تقدر بـ 66% ترى أن التجهيزات داخل المستشفى قليلة وهذا يؤثر على نوعية الخدمة المقدمة للمرضى فغياب الأجهزة اللازمة للكشف يعد عائق في وجه مقدم الخدمة، كما أوضحت بيانات الجدول رقم (33) أن نسبة 60% من المبحوثين أكدوا أن الخدمات المقدمة من طرف المؤسسة عامة فقط .

تفسر نتائج الجدول رقم (34) أن أعلى نسبة من أفراد العينة والتي قدرت بـ 68% أكدوا على رضاهم إلى حد ما على الخدمات المقدمة من طرف المؤسسة وهذا يدل على توفر الخدمات لكن غير كافية لتلبية حاجات المرضى.

كما أوضحت بيانات الجدول رقم (35) أن نسبة 70% أكدوا على أن العلاج الذي يتلقاه المريض مجاني وهذا يعود إلى مجانية العلاج المفروضة من طرف الدولة وحق المواطن في العلاج.

تؤكد بيانات الجدول رقم (36) أن أعلى نسبة والتي قدرت بـ 86% ترى أن المؤسسات والمراكز الصحية تلعب دورا في إحداث التنمية وذلك باعتبار الصحة مؤشر لتحقيق التنمية المستدامة. تفسر نتائج الجدول رقم (37) أن أعلى نسبة والتي قدرت بـ 80% ترى أن المنظومة الصحية الجزائرية ورغم الإصلاحات الجارية لا تستطيع المساهمة في تحقيق أهداف التنمية المنشودة وهذا يعود إلى الإصلاحات العشوائية التي تم وضعها من طرف المسؤولين التي لا تراعي أي اعتبارات.

كما يوضح الجدول رقم (38) أن أعلى نسبة والتي قدرت بـ 43,85% أكدت أن الإستراتيجية الواجب إتباعها لإصلاح المنظومة الصحية للنهوض بالتنمية الاقتصادية يجب أن توفر العنصر البشري المؤهل، حتى يتمكن من وضع برامج تناسب القطاع وهذا نظرا لأهمية العنصر البشري والدور الذي يلعبه في إحداث التنمية، أي الفرد المثقف ذو المستوى التعليمي العالي. نستنتج من خلال المعطيات السابقة أن الثقافة الصحية تؤثر على الجانب الاقتصادي للتنمية وذلك عن طريق الأفراد الذين يمتلكون وعي وثقافة صحية تساعد في بناء المجتمع والمساهمة لو بالقليل في إحداث تنمية اقتصادية.

ومن هنا نستخلص أن الفرضية الجزئية الرابعة والتي مفادها "ثقافة الصحية تأثير على الجانب الاقتصادي للتنمية" تحققت إلى حد بعيد.

نتائج الدراسة على ضوء الدراسات السابقة :

تقاطعت واتفقت هذه الدراسة في نتائجها مع بعض الدراسات السابقة كالتالي:

بالنسبة للفرضية الأولى: والتي مفادها "تساهم الثقافة الصحية في توعية الأفراد لخدمة أهداف التنمية الاقتصادية والاجتماعية" اتفقت مع نتائج دراسة "علي حسن نجمي" بعنوان "الثقافة الصحية جامعة تبوك في ضوء الرؤية الوطنية 2030" التي توصلت في نتائجها إلى أن مصادر الثقافة الصحية تمثلت في وسائل الإعلام المسموعة والمقروءة والمرئية، مواقع التواصل الاجتماعي، الأصدقاء الأسرة، الأقارب، المطالعة والقراءة الذاتية، كما تؤكد على أبعاد الثقافة الصحية.

وكما توافقت مع نتائج "دراسة بن منصور رمضان وبكاي رشيد" بعنوان "الثقافة الصحية وأثرها على سلوك المصابين بالأمراض المزمنة في الجزائر 2020" والتي كانت نتائجها تبين مدى أهمية التثقيف الصحي في تغيير السلوكات غير الصحية إلى سلوكات صحية تتماشى والواقع المعاش، حيث تتأثر الثقافة الصحية بالبيئة المحيطة بالفرد خاصة البيئة الأسرية.

بالنسبة للفرضية الثانية التي مفادها "يؤثر مستوى الصحة العامة في المجتمع على التنمية الاجتماعية والاقتصادية" توافقت مع دراسة "لامية حمايزية" وعبود زرقين" بعنوان "التنمية الصحية المستدامة ونتائجها على المورد البشري" التي توصلت في نتائجها إلى تحسين جل المؤشرات

الصحية هو دليل على تحسين الحالة الصحية العامة في دولة معينة، كما أن مستوى الصحة العامة للأفراد مؤشر ومقياس جيدة للحكم على نوعية التنمية الصحية المستدامة.

بالنسبة للفرضية الثالثة "يساهم الأفراد في رفع مستواهم الأفراد في رفع مستواهم الصحي من خلال اكتسابهم لسلوكيات صحية ايجابية." اتفقت مع دراسة "بن منصور رمضان وبكاي رشيد" بعنوان "الثقافة الصحية وأثرها على سلوك المصابين بالأمراض المزمنة" توصلت نتائجها إلى أهمية العوامل التي ساعدت على تكوين قاعدة معرفية صحية سليمة عند المرضى للرفع من مستوى وعيهم الصحي، من خلال تقديم نصائح أو معارف ومهارات لتبني السلوكيات الصحية السوية وبالتالي تبيان مدى أهمية التثقيف الصحي في تغيير سلوكيات غير الصحية إلى سلوكيات صحية سليمة، كما بينت أهمية ثقافة المجتمع الصحية وأثرها على تغيير السلوك الصحي الغير سليم، كما توافقت مع دراسة "جعفر فارس العرجان" بعنوان "مستوى الوعي الصحي ومصادر الحصول على المعلومات الصحية" والذي توصل إلى ضرورة إجراء دراسات دورية للتعرف على التغيرات في المستوى السلوك الصحي وتبيان مصدر الحصول على المعلومات الصحية والحث على التعاون بين الوزارات كوزارة الصحة والإعلام في اكتساب سلوكيات صحية ايجابية.

بالنسبة للفرضية الرابعة التي مفادها " للثقافة الصحية تأثير على الجانب الاجتماعي للتنمية " والفرضية الخامسة التي مفادها " للثقافة الصحية تأثير على التنمية الاقتصادية " لم تتحقق كل منهما مع أي دراسة سابقة.

النتائج العامة للدراسة :

بعد الدراسة النظرية وبعد عرض وتحليل بيانات الدراسة الميدانية توصلت الباحثتان إلى نتائج عامة يمكن حصرها فيما يلي:

1_ أظهرت نتائج الدراسة بأن الثقافة الصحية تمكنت من إنتاج فرد قادر على مواجهة التغيرات في شتى المجالات خاصة في المجال الصحي.

2_ نستنتج أن الثقافة الصحية تساهم في توعية الأفراد من خلال اكتسابهم لمعارف وخبرات حول صحتهم.

3_ أظهرت الدراسة بأن مستوى الصحة العامة في المجتمع يؤثر على التنمية الاجتماعية.

4_ اتضح من خلال نتائج الدراسة أن المنظومة الصحية الجزائرية لم تتمكن من المساهمة في تحقيق أهداف التنمية.

5_ لقد اتضح من خلال نتائج الدراسة أن مستوى الصحة العامة في المجتمع منخفض وبالتالي له تأثير سلبي ويؤدي إلى عرقلة التنمية الاجتماعية والاقتصادية.

6_ كما تبين أن اكتساب سلوكيات صحية ايجابية يساهم في الرفع من المستوى الصحي للفرد.

7_ تبين أن الثقافة الصحية تؤثر على الجانب الاجتماعي والاقتصادي للتنمية.

- 8_ أهمية وسائل الإعلام في نشر التوعية لدى الأفراد وعبر مختلف المجتمعات.
- 9_ دور الوعي الصحي في حماية الأفراد من الإصابة بالأمراض والأوبئة السارية.
- 10_ أهمية المؤسسات الاستشفائية ودورها الفعال في إحداث التنمية من خلال تقديمها لخدمات صحية جيدة وبالتالي الرفع من مستوى صحة الفرد.

المطلب الثالث: توصيات ومقترحات

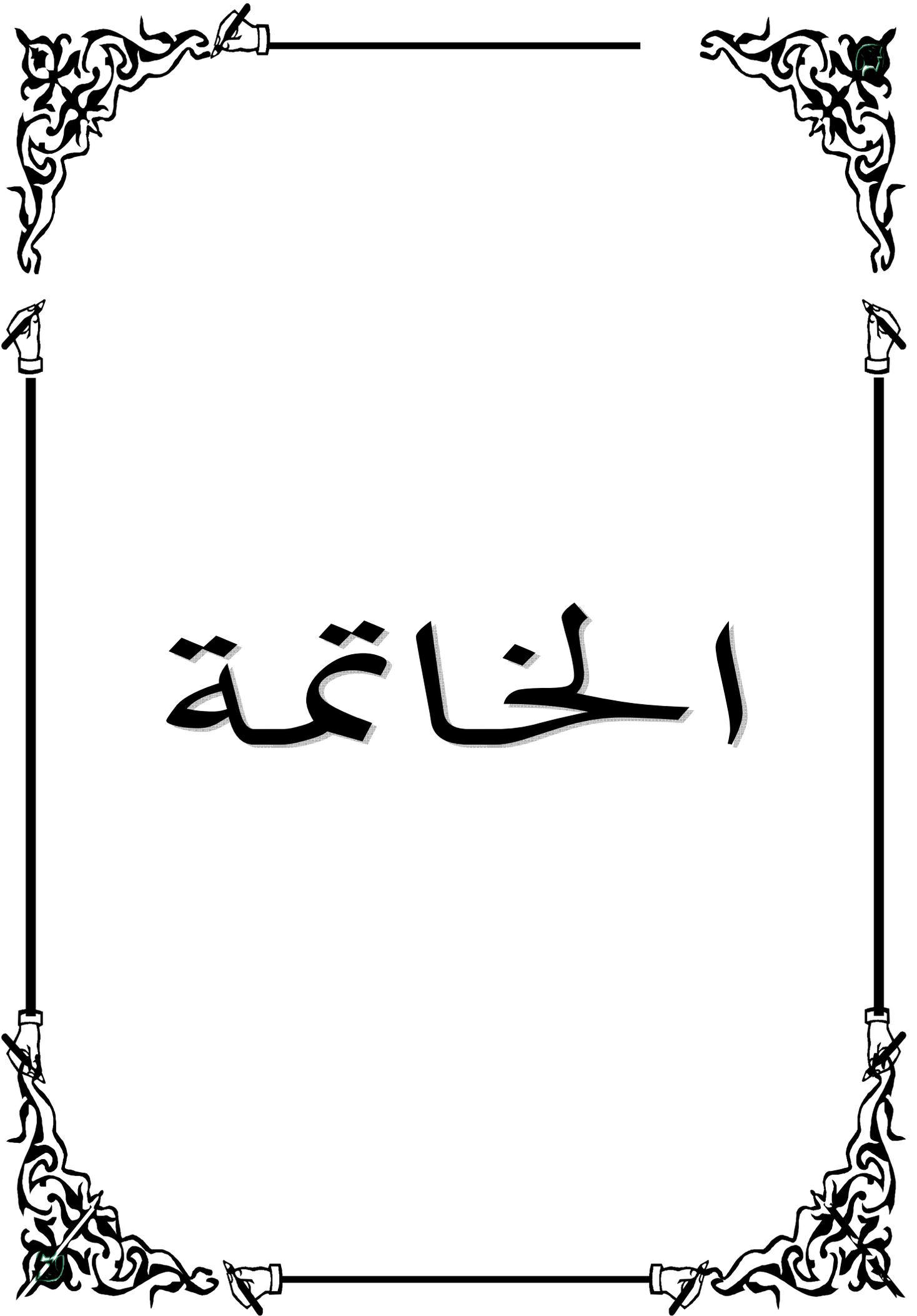
بعد عرض نتائج الدراسة على ضوء الفرضيات الجزئية والدراسات السابقة والنتائج العامة التي أفرزتها هذه الدراسة يمكن تحديد جملة من التوصيات والاقتراحات التي من شأنها إيجاد حلول جذرية لإصلاح المنظومة الصحية والاهتمام بالثقافة الصحية نظرا لأهميتها في إحداث التنمية وتمثل هذه الاقتراحات فيما يلي:

- 1_ مشاركة الأطراف ذات العلاقة بالصحة في عملية التخطيط.
- 2_ ضرورة توفير الإمكانيات والوسائل المادية والأدوات عن طريق رفع ميزانية قطاع الصحة.
- 3_ الاهتمام بالدراسات والبحوث الميدانية التي تعالج المشكلات الصحية.
- 4_ العمل على تشجيع الأطراف القائمة على توعية أفراد المجتمع فيما يخص الاهتمام والمحافظة على الصحة.
- 5_ العمل على نشر ثقافة صحية من خلال وسائل الإعلام المختلفة.
- 6_ العمل على نجاح البرامج والمشروعات الصحية التي تنفذها الحكومة لتحقيق تنمية صحية شاملة من خلال فهم الثقافة والتعرف على البناء الاجتماعي.
- 7_ الاهتمام بالعنصر البشري حتى يصبح مؤهل، يمكن توظيفه واستثماره بهدف تحقيق التنمية، والاهتمام بالجانب الصحي للمواطن باعتباره أحد مجالات التنمية الاجتماعية.
- 8_ وضع برامج ومناهج قطاع الصحة بما يتوافق والتطورات التكنولوجية.
- 9_ العمل على إعادة هيكلة المؤسسات الاستشفائية حتى يصبح بإمكانها توفير خدمات صحية جيدة وهذا ما يجعلها قطب جاذب ومحور اهتمام للفرد وهذا ما يساهم في الإنماء السوسيو اقتصادي والسوسيو اجتماعي، وثقافي.
- 10_ ترسيخ مبدأ تعاون القطاعات الأخرى ذات العلاقة بالشأن الصحي- التعليم، المياه والصرف الصحي، السكان والحياة الحضرية، الزراعة والبيئة وغيرها _ في تنفيذ نشاطات وفعاليات التنمية الصحية.

خلاصة:

تم تناول في هذا الفصل الإجراءات المنهجية المعتمدة في الدراسة، حيث تم تحديد منهج الدراسة وأدوات جمع البيانات وعينتها، كم تم توظيف البيانات الشخصية لاستمارة (الاستبيان)، في تحديد مواصفات عينة البحث والتعرف بها. كما أنه من خلال تحليل وتفسير النتائج النهائية للدراسة حسب فرضيات وحسب النظريات المفسرة والدراسات السابقة، ومنه تم التوصل إلى أن عيادة متعددة الخدمات طيروش عبد العزيز بوادي زناتي بولاية قالمة بإعتمادها المؤسسة التي أجريت بها الدراسة التي أثبتت لنا مدى مساهمة الثقافة الصحية في إحداث توعية الفرد من خلال تعرفه على معارف سلوكيات صحية إيجابية التي تلعب دورا كبيرا بإحداث تطور في تنمية اجتماعية واقتصادية.

الخلاصة



خاتمة:

بعد ما تقدم ذكره في موضوع دراستنا يتضح لنا الدور الفعال الذي تلعبه الثقافة الصحية للأفراد في الوقاية من الأمراض والعمل على تطوير وازدهار التنمية للبلاد في جميع نواحيها خاصة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والبيئية.

حيث كشفت هذه الدراسة عن مدى وعي المواطن فيما يخص حياته الصحية والعمل على اكتساب خبرات ومعارف وسلوكيات إيجابية والعمل على تغيير عاداتهم وسلوكياتهم الغير الصحية، وانتهاج سلوكيات وعادات صحية إيجابية من خلال تلقي مثل هذه المعلومات عبر مختلف وسائل نشر الوعي الصحي كوسائل الإعلام ومواقع التواصل الاجتماعي والمؤسسات التربوية بمختلف أطوارها والتنشئة الاجتماعية للأسرة.

ومن هنا اتسع مفهوم الثقافة الصحية مما وسع هو الآخر من مفهوم وأبعاد التنمية الصحية الشاملة، من الانتقال من البعد الخاص بالمستوى الصحي إلى مجموعة الأبعاد الاقتصادية والاجتماعية والبيئية ذات الصلة بحياة الأفراد والمجتمعات سواء المتقدمة أم المتخلفة.

فالصحة من بين أهم العوامل التي تساهم في تحقيق تنمية واعتبارها هي الأخرى مفتاحا لزيادة الإنتاج ورفع الإنتاجية والعمل على رفع من مستوى الصحة العامة.

فعملية النهوض بالتنمية الصحية واستدامتها يتطلب أولا وقبل كل شيء العمل على تحسين الظروف الاجتماعية والاقتصادية والبيئية، كما تتطلب مسألة التنمية مشاركة كافة الأطراف ذات العلاقة بعملية التخطيط وبناء نظام صحي ووضع برامج كفيلة بتحقيق مستوى صحي، وتعزيز التعاون والابتكارات في جميع القطاعات ذات الصلة بالصحة.

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المصادر والمراجع

المراجع العربية:

الكتب:

- 1_ أحمد محمد بدح وآخرون: **الثقافة الصحية** ، دار المسيرة ، الأردن ، 2009.
- 2_ أحمد فايز النماس: **الخدمة الاجتماعية الطبية** ، دار النهضة العربية ، بيروت ، 1996.
- 3_ أحمد مصطفى خاطر : **التنمية الاجتماعية** ، المفهومات الأساسية - نماذج ممارسة المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية ، مصر ، 2002.
- 4_ أحمد مصطفى خاطر : **التنمية الاجتماعية المفهومات الأساسية نماذج الممارسة** ، المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية ، 2002.
- 5_ أمل سعد متولي : **مبادئ الاتصال بالجمهير ونظرياته** ، دار الإسراء ، مصر ، 2007.
- 6_ أيمن مزاهرة : **الصحة والسلامة العامة** ، دار الشروق للنشر والتوزيع ، الأردن ، 2000.
- 7_ يلقاسم سلاطنية : **محاضرات في المنهج والبحث العلمي** ، ديوان المطبوعات الجامعية ، ط2 ، الجزائر ، 2009.
- 8_ تشارلز فيلبس: **نحو مفهوم لاقتصاديات الصحة والرعاية الصحية والتأمين الصحي (المسار الأمريكي)** ، المجلس الأعلى للثقافة ، القاهرة ، 2003.
- 9_ جابر أحمد بسيوني ومحمد محمود مهد لي : **التنمية الاقتصادية (مفاهيم ، نظريات ، تطبيقات)** ، دار الوفاء للطباعة والنشر ، الإسكندرية ، مصر ، 2012.
- 10_ جابر أحمد بسيوني ومحمد محمود مهدي : **التنمية الاقتصادية (مفاهيم نظريات تطبيقات)** ، دار الوفاء لنديا الطباعة والنشر ، الإسكندرية ، 2012.
- 11_ حبيب سطانيس : **التنمية الاقتصادية** ، مطابع مؤسسة الوحدة ، جامعة دمشق ، 1982.
- 12_ ربحي مصطفى عليان وعثمان محمد غنيم: **مناهج وأساليب البحث** ، دار صفاء للنشر والتوزيع ، عمان ، 2000 .
- 13_ الزناتي ومشاركوه : **المسح السكاني والصحي في مصر** ، وزارة الصحة و السكان ، وماكرو الدولية ، القاهرة ، 2014.
- 14_ زهير الأعرجي: **النظام الصحي والسياسة الطبية في الإسلام**، بحوث في علم الاجتماع الإسلامي ونقد النظرية الاجتماعية الغربية، أمير-قم المشرفة ، دت.
- 15_ زيدان عبد الباقي : **قواعد البحث الاجتماعي** ، مطبعة السعادة ، ط2 ، القاهرة ، 1974.

- 16_ سلوى عثمان الصديقي : مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية من منظور الخدمة الاجتماعية ، المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية ، 2002 .
- 17_ صلاح الفوال: علم الاجتماع ، المفهوم والموضوع والمنهج ، دار الفكر العربي ، 1982.
- 18_ صلاح مصطفى الفوال: منهجية العلوم الإنسانية والاجتماعية ، عامل الكتاب ، القاهرة ، 1982 .
- 19_ طلعت مصطفى السروجي وآخرون : التنمية الاجتماعية المثال والواقع ، مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعي ، مصر ، 2001.
- 20_ عاطف عدوان : الثقافة في سياسة العولمة ، الجمعية الفلسطينية ، بيروت، 2000.
- 21_ عبد الباسط محمد حسن : التنمية الاجتماعية ، المطبعة العالمية ، القاهرة ، 1970.
- 22_ عدلي أبو طاحون: مناهج وإجراءات البحث الاجتماعي ، المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية ، 1998 .
- 23_ علي المكاوي : الصحة والظروف البشرية ، دار المعارف ، ع 7 ، القاهرة ، 1982.
- 24_ علي المكاوي : علم الاجتماع الطبي مدخل نظري ، كتب عربية ، 1990 .
- 25_ علي جدوع الشرفات : التنمية الاقتصادية في العالم العربي ، دار جليس الزمان للنشر والتوزيع ، 2010 .
- 26_ علي عبد الرزاق جليبي وآخرون : البحث العلمي الاجتماعي ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، 2003 .
- 27_ علي لطفي : التنمية الاقتصادية ، دراسة تحليلية ، مكتبة عين شمس ، القاهرة ، 1980.
- 28_ عمر صقر : العولمة وقضايا معاصرة ، الدار الجامعية ، قطر ، 2003.
- 29_ فيصل محمود الغرابية : أبعاد التنمية الاجتماعية العربية في ضوء التجربة الأردنية ، دار يافا العلمية للنشر والتوزيع ، الأردن ، عمان ، 2010.
- 30_ مجموعة من الكتاب ، ترجمة علي سيد الصاوي : نظرية الثقافة ، دار عالم المعرفة ، الكويت ، 1997.
- 31_ محمد بشير شريم : الثقافة الصحية ، وزارة الثقافة مكتبة الأسرة الأردنية ، مهرجان القراءة للجميع ، الأردن ، 2012.
- 32_ محمد شفيق : التنمية الاجتماعية دراسات في قضايا التنمية ومشكلات المجتمع ، المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية ، 1999.
- 33_ محمد شفيق: التنمية والمشكلات الاجتماعية ، المكتب الجامعي الحديث ، مصر ، 1999.

- 34_ محمد عبد الحميد : نظريات الإعلام واتجاهات التأثير ، ط3 ، عالم الكتب ، القاهرة ، 2004.
- 35_ محمد عبد العزيز عجيبة ومحمد علي اللثي : التنمية الاقتصادية (مفهومها نظرياتها ، سياساتها) ، دار النشر الجامعية ، الإسكندرية ، مصر ، 2003.
- 36_ محمد عبيدات وآخرون : منهجية البحث العلمي ، القواعد والمراحل والتطبيقات ، دار وائل للطباعة والنشر ، ط2 ، عمان ، 1999.
- 37_ محمد متولي غنيمة : تمويل التعليم والبحث العلمي العربي المعاصر -أساليب جديدة - ، الدار المصرية اللبنانية ، القاهرة ، 2001.
- 38_ محمد منير : الإعلام والتنمية الشاملة ، دار الفجر للنشر والتوزيع ، ط2 ، القاهرة ، 2000.
- 39_ مدحت القرشي: التنمية الاقتصادية ، دار وائل للنشر ، الأردن ، 2007.
- 40_ منظمة الصحة العالمية : الصحة والطاقة البشرية والتنمية ، المجلد 34 ، العدد (7_8) ، 1980.
- 41_ موريس أنجرس : منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية تدريبات عملية ، دار القصبه للنشر ، ط2 ، الجزائر ، 2006.
- 42_ موريس أنجرس: منهجية البحث في العلوم الإنسانية ،(ترجمة بوزيد صحراوي وكمال بوشرف وسعيد سبعون) ، دار القصبه للنشر، الجزائر، 2004_2006.
- 43_ ناجح رشيد القادري محمد عبد السلام البراليز: مناهج البحث الاجتماعي ، دار صفاء للنشر والتوزيع ، عمان ، 2004.
- 44_ نبيل محمد توفيق السمالوطي : علم اجتماع التنمية (دراسة في اجتماعيات العالم الثالث) ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، الإسكندرية ، 1974.
- 45_ ندى عبد الرزاق الخميس: مبادئ التربية الصحية ، دار ذات السلاسل ، الكويت ، 1999.
- 46_ هناء حافظ بدوى : التنمية الاجتماعية رؤية واقعية من منظور الخدمة الاجتماعية ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، 2015.
- 47_ هوارد ويتكن: المرض الثاني: تناقضات العناية الصحية الرأس مالية، مطبعة جامعة شيكاغو، شيكاغو، 1986.
- 48_ وفاء فضة وآخرون : تمييز صحة المجتمع ، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع ، الأردن ، 2002.
- المعاجم والقواميس والموسوعات :
- 49_ ابن منظور : لسان العرب ، حرف الثاء ، الجزء الثالث ، دار صادر ، بيروت ، لبنان ، 2003.
- 50_ ابن منظور : لسان العرب ، دار المعارف ، مجلد 4 ، ج28 ، القاهرة ، 1981.

- 51_ ابن منظور : لسان العرب , دار صادر , بيروت , مجلد6 , 1997.
- 52_ إحسان محمد الحسن : موسوعة علم الاجتماع , الدار العربية للموسوعات , بيروت , 1999.
- 53_ أحمد شفيق السكري : قاموس الخدمة الاجتماعية والخدمات الاجتماعية , دار المعرفة الجامعية , مصر , د.ت.
- 54_ طلعت همام : قاموس العلوم الاجتماعية والنفسية , مؤسسة الرسالة , مصر , 1946 .
- 55_ عدنان أبو مصلح : معجم مصطلحات علم الاجتماع , دار أسامة للنشر والتوزيع , عمان , الأردن , 2015 .
- مذكرات الماجستير والدكتوراه:
- 56_ ذهبية سيدهم: الأساليب الإقناعية في الصحافة المكتوبة , دراسة تحليلية للمضامين الصحية في جريدة الخبر, (رسالة ماجستير) , جامعة قسنطينة , 2005 .
- 57_ رباب حلاب : مستوى الوعي الصحي وكيفية الحصول على المعلومات الصحية لدى طلبة جامعة محمد بوضياف , (رسالة ماجستير) , جامعة مسيلة , 2018.
- 58_ شعباني مالك : دور الإذاعة المحلية في نشر الوعي الصحي لدى الطالب الجامعي دراسة ميدانية في جامعتي قسنطينة وبسكرة , (رسالة دكتوراه) , جامعة قسنطينة , 2006.
- 59_ فكرون السعيد : إستراتيجية التصنيع والتنمية بالمجتمعات النامية - حالة الجزائر _ , (رسالة دكتوراه) , جامعة منتوري , قسنطينة , 2005.
- 60_ فنادزة جميلة: الشراكة العمومية الخاصة والتنمية الاقتصادية في الجزائر , (رسالة دكتوراه) , تلمسان , الجزائر , 2018.
- 61_ نسيمة أوكادي : السياسة الصحية في الجزائر دراسة حالة المؤسسة الإستشفائية المتخصصة للأم والطفل , (رسالة ماجستير) , جامعة قسدي مرياح , 2015.
- المجلات:
- 62_ بن منصور رمضان , بكاي رشيد: الثقافة الصحية وأثرها على سلوك المصابين بالأمراض المزمنة بالجزائر, مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية , الأغواط , الجزائر, مجلد 10 , العدد 01 , 2020.
- 63_ جعفر فارس العرجان وآخرون : مستوى الوعي الصحي ومصادر الحصول على المعلومات الصحية لدى طلبة جامعة البلقاء التطبيقية , مجلة العلوم التربوية والنفسية , الأردن , المجلد 14 , العدد 01 , 2013.

- 64_حسن محمد السيد وآخرون : أوجه الإستفادة من التجارب الدولية للنهوض بخدمة التأمين الصحي في مصر ، مجلة العلوم البيئية ، معهد الدراسات والبحوث البيئية ، المجلد 44 ، الجزء الأول ، معهد الدراسات والبحوث البيئية ، جامعة عين الشمس ، مصر ، ديسمبر 2018.
- 65_سامي زعباط : عوائق التنمية الاقتصادية في الجزائر وآليات علاجها ، مجلة نماء الاقتصاد والتجارة ، جامعة جيجل ، الجزائر ، المجلد 2 ، 2018.
- 66_شهرزاد نوار، كلثوم قبر : الثقافة الصحية والوعي الصحي : قراءة في المفهوم والدلالة ، مجلة التمكين الاجتماعي ، المجلد 2 ، العدد 2 ، ورقة الجزائر ، 2020.
- 67_صلاح العبد : خبرات تنموية في المجتمعات المستحدثة في العالم العربي ، مجلة تنمية المجتمع ، العدد 6 ، القاهرة ، نوفمبر - ديسمبر ، 1977.
- 68_علي حسن نجمي : الثقافة الصحية لدى طلبة جامعة تبوك في ضوء الرؤية الوطنية 2030 ، مجلة التربية ، جامعة الأزهر ، كلية التربية بالقاهرة ، السعودية ، العدد 188 ، الجزء 4 ، 2020.
- 69_غول لخضر : التربية الصحية والتنمية في البلدان النامية (الجزائر نموذجا) ، معهد البحوث والدراسات الإفريقية ، الإسكندرية ، العدد 90 ، 2008.
- 70_لامية حمايزية وعبود زرقين : التنمية الصحية المستدامة ونتائجها على المورد البشري ، دراسة مقارنة بالجزائر تونس والمغرب ، مجلة رؤى اقتصادية جامعة الشهيد حمه لخضر ، الوادي الجزائر ، العدد 9 ، 2015.

تقارير :

- 71_البنك الدولي : دعم النظام الصحي الشامل في مصر ، 2019 .
- 72_تقرير البرنامج لعربي للتنمية البشرية ، 2002.
- 73_تقرير البنك الدولي للتنمية العالمي ، نيويورك ، 1983.
- 74_تقرير الديوان الوطني للإحصائيات ، 2002.
- 75_الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء ، 2018.
- 76_العبء العالمي للأمراض ، 2017.

اللغة الأجنبية:

77_Peter S . Hussey, It's The Prices, Stupid: Why The United States Is So Different From Other Countries , Hualth Affairs Volume 22, Number 3, 2008.

78_BIZEL de l'information sur la malade a l'éducation du patient , exemple des personnes en difficulté respiratoire dans la santé de l'homme , N 341 numéro spécial , juin 1999 .

79_Gill , p.s , Application of Value Stream Mapping to Eliminate Waste in an Emergency Room , Global Journale of Medicale Research , 2012.

80_John Bryant :**santé publique et développement , les éditions internationales , Paris , 1972.**

81_Kenneth C . Land , **2008 Special Focus Report** : Trends in Infancy/Early Childhood and Middle Childhood Well-Being , 1994_2006 , The Foundation for Child Development Child and Youth Well-Being Index (CWI)Project , Foundation for Child Development , 2008 .

82_Martin , Paul , **No NHS 111 line before April 2015** , says Mark Drakeford , BBC News , Retrieved 26 July 2014.

83_Murray CJ , **"The State of US Health , 1990_2010** : Burden of Diseases , Injuries , and Risk Factors " , Journal of the American Medical Association.

84_Programme des Nations Unies pour le développement : carte de pauvreté en Algérie , mai 2001.

85_Robert Pear , **Doctor Shortage Likely to Worsen With Health Law** , the New York Times , 2012.

86_WWW . Kau . edu . sa . com . 2021.04.27_ 15 :00h.

الملاحق

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي



جامعة 08 ماي 1945 - قالمة -

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم الاجتماع

استمارة استبيان

الثقافة الصحية والتنمية الاجتماعية
والاقتصادية

دراسة ميدانية بالعيادة متعددة الخدمات طيروش عبد العزيز وادي الزناتي (قالمة)

رسالة مقدمة لنيل شهادة ماستر في علم إجتماع الصحة

الأستاذ المشرف:

الدكتور غول لخضر

الطالبتين :

بوشعالة قمر

رحامية حنان

ملاحظة : نطلب من سيادتكم الإجابة على أسئلة هذه الإستمارة بكل عناية وإهتمام ونؤكد لكم أن اجاباتكم لا تستعمل إلا لأغراض البحث العلمي.

السنة الجامعية : 2021/2020

بيانات شخصية :

- 1- الجنس : ذكر أنثى
- 2_ السن :
- 3_ المستوى التعليمي: ابتدائي متوسط ثانوي جامعي
- 4_ الحالة المدنية: أعزب متزوج
- 5_ المستوى المعيشي: ضعيف متوسط جيد

أولا : بيانات تبين دور الثقافة الصحية في توعية الأفراد وتحقيق تنمية اجتماعية واقتصادية.

6- هل تعتقد أن اكتساب الفرد للثقافة حول الصحة يساهم في وقايته من الأمراض ؟

نعم لا

إذا كان نعم ، ما هي الوسائل التي تتلقى من خلالها التوعية الصحية ؟

- وسائل الإعلام المسموعة والمقروءة
- مواقع التواصل الاجتماعي
- مؤسسات التربية والتعليم
- المطالعة والقراءة الذاتية
- الأسرة
- المجتمع

أخرى تذكر :

7- ما هي أهم الجوانب الصحية التي تهتم بها أكثر ؟

- الصحة الغذائية

- الصحة النفسية
- الصحة الجسدية
- الصحة البيئية

أخرى تذكر :

8- ما هدف اهتمامك بكل ما يدور حول الصحة ؟

- التنقيف أو اكتساب معلومات جديدة
- تعلم سلوكيات صحية ايجابية
- الفضول للتعرف على بعض المشاكل الصحية
- الوقاية من بعض الأمراض
- العلاج وتحسين الحالة الصحية

أخرى تذكر :

9- هل سبق لك وأن شاركت في حملات توعية و تنقيف صحي للمجتمع ؟

لا

نعم

10- عند اكتساب الفرد للثقافة الصحية، فهل يساهم ذلك في تحقيق تنمية اجتماعية واقتصادية؟

لا

نعم

إذا كان نعم، كيف ذلك ؟

.....

.....

.....

11- هل اكتسابك لسلوك صحي ما يؤثر بالسلب أم الإيجاب على أهداف التنمية الاجتماعية

والاقتصادية ؟

بالسلب

بالإيجاب

إذا كان نعم، كيف ذلك

.....

.....

ثانياً: بيانات توضح تأثير مستوى الصحة العامة في المجتمع على التنمية الاجتماعية والاقتصادية.

12- هل مستوى الصحة العامة في المجتمع منخفض أم مرتفع ؟

مرتفع منخفض

13- إذا كان مستوى الصحة العامة منخفضا ، فما هي آثاره على الحياة الاجتماعية والاقتصادية للأفراد؟

.....

 وإذا كان مستوى الصحة العامة مرتفعا، فكيف يؤثر ذلك على التنمية الاجتماعية والاقتصادية؟

.....

14- هل مستوى الصحة العامة له علاقة بتطور الحياة الاجتماعية والاقتصادية ؟

نعم لا

15- هل درجة الوعي الصحي تساهم في الرفع من مستوى الصحة العامة ؟

نعم لا

16- هل اكتساب الأفراد للوعي الصحي مرتبط بمستواهم التعليمي ؟

نعم لا

17 هل يوجد انسجام بين الموظفين داخل المؤسسة؟

نعم لا

18_هل العلاقة بين الموظف والمريض تؤثر على نوعية الخدمة المقدمة؟

نعم لا

ثالثا: بيانات توضح مدى مساهمة الأفراد في الرفع من مستواهم الصحي واكتساب سلوكيات صحية

إيجابية.

19- هل تشجع على ممارسة السلوكيات السليمة حيال مشكلات القضايا الصحية ؟

نعم لا

20- هل تعارض المعتقدات الخاطئة المنتشرة في المجتمع اتجاه مشكلات القضايا الصحية ؟

نعم لا

21_ هل إتباع السلوكيات الصحية السليمة يجنبك الإصابة بالأمراض ؟

نعم لا

.....

 في حالة الإجابة بنعم كيف ذلك :

22- هل تشارك في الندوات والمؤتمرات العلمية ذات العلاقة بصحة الإنسان وصحة المجتمع؟

نعم لا

_ وهل تهتم بالنصائح التي تقدمها هذه الندوات ؟ نعم لا

23- ما رأيك في حجم المعلومات الصحية التي تمتلكها ؟

قليلة متوسطة مكثفة

_وما رأيك في هذه المعلومات.....

24_ ما رأيك في النظافة داخل المستشفى؟

جيدة مقبولة سيئة

رابعا : بيانات تتعلق بالثقافة الصحية وتأثيرها على الجانب الاجتماعي للتنمية .

25- هل تزور الطبيب ؟ دائما أحيانا لا أزور

كم مرة تزور الطبيب في السنة ؟ مرة مرتان أكثر

26- هل لديك بطاقة ضمان اجتماعي ؟ نعم لا

إذا كان لا ، لماذا ؟؟

27- عند زيارتك للطبيب هل تلتزم بوصفة الطبيب؟ نعم لا

28- هل تأخذ بالنصائح المقدمة من طرف الطبيب ؟ نعم لا

29- هل تجري الفحوصات الدورية ؟

دائما أحيانا لا أدري

في حلة الإجابة بلا أدري لماذا ؟

30- هل هناك مساواة في تقديم الخدمات العلاجية ؟ نعم لا

في حالة الإجابة بلا إلى ماذا يعود ذلك

خامسا : بيانات تتعلق بالثقافة الصحية وتأثيرها على الجانب الاقتصادي للتنمية .

31- هل شراء الأدوية يعتبر عائقا بالنسبة لك ؟ نعم لا

وهل يؤثر على دخلك ؟ نعم لا

32- هل التجهيزات الضرورية للعمل متوفرة داخل المستشفى؟

كافية نوعا ما قليلة

33- ما نوع الخدمات المقدمة من طرف المؤسسة ؟

عامة متخصصة عامة ومتخصصة

34_هل أنت مقتنع وراض عن الخدمات المقدمة من طرف المؤسسة؟

راض جدا راض إلى حد ما لست راض

35_هل العلاج الذي تتلقاه عند المرض : مجاني مكلف

36_هل تلعب المؤسسات والمراكز الصحية دورا في إحداث التنمية؟

نعم لا

_إذا كان لا، كيف ذلك.....

.....

37_هل تستطيع المنظومة الصحية الجزائرية في ظل الإصلاحات الجارية المساهمة في تحقيق أهداف

التنمية المنشودة ؟ نعم لا

_إذا كان لا، فهل يعود ذلك إلى :

• عدم مسابقتها للتطورات العلمية والتكنولوجية الحديثة

• عدم إدراكها لأهمية العنصر البشري المدرب في التنمية

• عدم مشاركة أهل الاختصاص في وضع البرامج

_أخرى تذكر.....

.....

38_ في رأيك ما هي الإستراتيجية (الخطة) الواجب إتباعها لإصلاح المنظومة الصحية للنهوض

بالتنمية الاقتصادية؟.

.....

.....

.....

ملخص الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على: "الثقافة الصحية والتنمية الاجتماعية والاقتصادية". ومن أجل ذلك قمنا باعتماد خطة منهجية متكونة من جانبين جانبي نظري وجانب ميداني. الجانب النظري: تطرقنا فيه إلى الإطار العام للدراسة، والثقافة الصحية وأساليب تحقيقها، الثقافة الصحية والتنمية الاجتماعية، الثقافة الصحية والتنمية الاقتصادية، الثقافة الصحية والتنمية في العالم. الجانب الميداني: تضمن إجراءات الدراسة الميدانية في "العيادة متعددة الخدمات طيروش عبد العزيز" وهذا بغية الوقوف على دور الثقافة الصحية في تحقيق التنمية الاجتماعية والاقتصادية.

وبعد عرض النتائج والتحليل والمناقشة توصلنا إلى النتائج التالية:

- 1_ مساهمة الثقافة الصحية في إحداث تنمية اجتماعية واقتصادية.
- 2_ أن الثقافة الصحية تساهم في توعية الأفراد من خلال اكتسابهم لمعلومات جديدة تمكنهم من المحافظة على الصحة.
- 3_ أهمية المؤسسات الإستشفائية ودورها الفعال في إحداث تنمية اجتماعية واقتصادية، من خلال تقديمها لخدمات صحية جيدة تساهم في العمل على رفع مستوى صحة الفرد.
- 4_ تم التوصل إلى أن مستوى الصحة العامة في المجتمع منخفض وبالتالي له تأثير سلبي على التنمية الاجتماعية والاقتصادية.

Study summary:

This study aims to highlight "health culture & social and economic development." And for that we have adopted a methodological plan composed of two aspects : a theoretical aspect and a field aspect

Theoretical side: we discussed the general framework of the study ,health culture and methods of achieving it health culture and social development, health culture and economic development, and lastly health culture and development in the world.

For the field side : it included the field study procedures in "The Multi-service Clinic, Tirosh Abdul AZIZ " in order to identify health education's role in achieving both social and economic development.

After the results, analysis and discussion we reached the following conclusions :

- 1/ The contribution of healthy culture to social and economic development.
- 2/ Health education contributes to raising awareness of individuals by acquiring new information that enables them to maintain the health.
- 3/ The importance of hospital institutions and their effective role in causing social and economic development in working to increase the level of individual health.
- 4/It was concluded that the level of public health in the community is low, and therefore it has a negative impact on social and economic development.

Résumé de l'étude:

Cette étude vise à faire la lumière sur la culture de la santé et le développement social et économique , et pour cela nous avons adopté un plan méthodologique composé de deux aspects, un aspect théorique et un aspect de terrain .

Côté théorique :Nous avons discuté du cadre général de l'étude, de la culture de la santé et des méthodes pour y parvenir , de la culture de la santé et du développement social, de la culture de la santé et du développement économique, de la culture de la santé et du développement dans le monde .

La côté terrain :Les procédures d'étude de terrain incluses dans la " Clinique multiservices Tirosh Abdel AZIZE ", afin d'identifier le rôle de l'éducation à la santé dans la réalisation du développement social et économique.

Après avoir présenté les résultats, l'analyse et la discussion, nous sommes arrivés aux conclusions suivantes :

- 1 / Contribution d'une culture saine au développement social et économique .
- 2/ L'éducation à la santé contribue à sensibiliser les individus en acquérant de nouvelles information qui leur permettent de rester en bonne santé.
- 3/ L'importance des institutions hospitalières et leur rôle efficace dans le développement social et économique , en fournissant de bons services de santé qui contribuent à œuvrer pour élever le niveau de santé des individus.
- 4/ Il a été conclu que le niveau de santé publique dans la communauté est faible et a donc un impact négatif sur le développement social et économique.

