البيئة الاجتماعية والنفسية والاقتصادية وعلاقتها بالأمراض وتوطنها في المناطق الريفية

" دراسة ميدانية لعينة الأسر بمناطق : برسس وسيدي سلطان واللويفية وبودريسه والحليسي

د. عمر أكريم عبد النبي*

المقدمة:

تتقدم الرعاية الصحية وعلاج المرض في أي مجتمع بمقدار التقدم والتطور الذي يحصل فيه ، وارتفاع مستوي معيشة أفراده، ووعيهم بمفهوم الصحة والمرض ، إلى جانب الاهتمام بالتغذية الصحية وحماية البيئة . فإذا تتبعنا أي تدهور في صحة الإنسان ، فنجده يعود إلى عوامل بيئية ضارة مثل تلوث مياه الشرب ، وتلوث التربة والهواء ، وسواء حالة السكن ، ووجود حظائر حيوانية ومخازن للأعلاف وحشرات ناقلة للأمراض في المساكن أو بالقرب منها ، التي تكوّن تهديداً دائماً لصحة الإنسان في المناطق الريفية والقروية .

وتتمثل المشاكل الصحية في المناطق الريفية في المجتمع الليبي في نقص الإمكانيات الصحية ، وخضوع الخدمات الصحية للعمل العشوائي وغياب التخطيط ، وضعف إمكانيات الإسعاف وبطء حركته ، وضعف البناء التنظيمي للوحدات الصحية والمستشفيات في الريف ، ونقص الأودية والأطباء المتخصصين .

فعلى الرغم من كل الجهود التي بذلت للنهوض بالقطاع الصحي في ليبيا خلال العقود الأخيرة ، إلاّ أن القطاع الصحي مازال يواجه العديد من المشكلات والنقائص ، نتيجة سياسة التوسع الأفقي غير المخطط بعناية للخدمات الصحية ، وخاصة في المناطق الريفية والصحراوية ، فهناك مثلاً مشكلة توفير القوى العاملة الصحية الماهرة ، والأجهزة والمعدات الطبية بالمعدلات والأعداد والأنواع المطلوبة ، ونقص الخدمات الفنية المتعلقة بصيانة الأجهزة الطبية الدقيقة ، وهذاما يجعل العديد من وحدات الرعاية الصحية الأولية تشكو باستمرار من تلك النقائص.

* محاضر بقسم علم الاجتماع

من هذا المنظور ،جاءت فكرة هذه الدراسة التي كان من أهم أهدافها معرفة تأثير البيئة الاجتماعية والنفسية والاقتصادية والثقافية على الأمراض وتوطنها في المناطق الريفية الخاضعة للدراسة .

وبناء على ذلك ، قسمت الدراسة إلى ثلاثة فصول ، خصص الأول منها لعرض مشكلة الدراسة ، والدراسات السابقة ذات العلاقة بموضوع الدراسة والنظريات العلمية المفسرة لظواهر الصحة والمرض ، وفروض الدراسة ، أما الفصل الثاني ، فقد تناول المفهوم الاجتماعي والثقافي للصحة والمرض، وعلاقة المجتمع بالصحة والمرض ، والعوامل المسببة للأمراض وتوطنها في المناطق الريفية ، أما الفصل الثالث فقد أحتوى على الإجراءات المنهجية للدراسة ، وتحليل البيانات الميدانية وتفسيرها ، وما توصلت إليه الدراسة من نتائج عامة وتوصيات .

الفصل الأول

- مشكلة الدراسة.
- أهمية الدراسة.
- أهداف الدراسة.
- الدراسات السابقة والنظريات المفسرة للصحة والمرض.
- متغيرات الدراسة.
- فروض الدراسة.

الفصل الأول

مشكلة الدراسة :

قبل الشروع في إجراء هذه الدراسة ، قام الباحث بدراسة استطلاعية للمناطق الريفية والقروية التي تم اختيارها كمجالاً جغرافياً وبشرياً لهذه الدراسة ، والاتصال بذوي الخبرة والاختصاص في هذه المناطق في المجالات الاجتماعية والاقتصادية والصحية والثقافية لمعرفة آراءهم واتجاهاتهم نحو المشاكل والصعوبات التي تواجه السكان في مناطقهم ، خاصة فيما يتعلق بالنواحى البيئية والاجتماعية والنفسية والاقتصادية وعلاقتها بالأمراض وتوطنها في المناطق الريفية هذا من ناحية ، ومن ناحية أخرى ، التعرف على المشكلات أو الصعوبات التي قد تعترض سير الدراسة ، وتقييم درجة تعاون الأفراد الذين ستجرى الدراسة العامة بينهم.

إن الرعاية الصحية في المجتمع الليبي حق طبيعي يكفله المجتمع لجميع أفراده من خلال توفير وتطوير الخدمات الصحية القائمة ، وإنشاء المرافق الصحية المتطورة ، وتوفير الأدوية والمعدات الطبية اللازمة بكافة المرافق الصحية وعلى مستوى جميع المناطق الحضرية والريفية ، وخاصة المناطق النائية.

إن الرعاية الصحية يجب أن تشمل نواحي أخرى غير النواحي المشار إليها المتمثلة في النواحي الطبية العلاجية الصرفة ، بل يجب أن تشمل النواحي العامة الأخرى مثل البيئة المحيطة، والتوازن الغذائي ، وإعطاء أو لوية عالية للرعاية الصحية الأساسية على مستوى المجتمع برمته مثل توفير الغذاء الملائم ، وكفاية إمدادات المياه الصحية الصالحة للشرب ، والتأكيد على دور الأمومة والطفولة ، والتحصين ضد الأمراض المعدية ، ومعالجة الأمراض السارية ، والوقاية ضد الأمراض المتوطنة، ومراجعة انتشارها ، والتعليم الصحي والوقائي . لهذا تعد الصحة أحد الجوانب الأساسية في حياة الأفراد والمجتمعات بصفة عامة ، ولذلك حاولت الإنسانية منذ القدم البحث في أسباب الأمراض وكيفية علاجها ، ولا تزال إلى اليوم تسعى إلى ذلك معتمدة على التطور التقني والعلمي في مختلف المجالات الإنسانية ، سعياً إلى تحقيق أكبر قدر من الصحة .

إن الصحة مفهوم مرتبط أشد الارتباط بالثقافة الاجتماعية والعادات والتقاليد السائدة في المجتمع ، ولا يمكن عزلها عن النسق الاجتماعي والثقافي الذي توجد فيه .

لقد كشفت العديد من الدراسات الاجتماعية بان الصحة لا تنحصر في جانبها البيولوجي فقط ، بل تتعداه إلى الجانب الاجتماعي والنفسي والثقافي والاقتصادي ، من خلال العلاقة القائمة بين أسلوب المعيشة والأمراض الموجودة . من هذا المنطلق ، لم تعد مسألة الصحة مسألة فردية تخص المريض وحدة ، بل تتعداه وتتحول إلى قضية اجتماعية نظراً للعلاقة الكبيرة بين الظروف الاجتماعية والاقتصادية والنفسية والثقافة للحياة وانعكاساتها على قضايا الصحة والمرض .

ولهذا زاد اهتمام العلوم الاجتماعية بهذا الموضوع حتى استطاعت العديد من الدراسات كشف تأثير الجوانب الاجتماعية والاقتصادية والنفسية والثقافية على الصحة والمرض . من هذا المنظور ، جاءت فكرة هذه الدراسة التي كان من أهم أهدافها معرفة تأثير البيئة الاجتماعية والنفسية والاقتصادية على الأمراض وتوطنها في المناطق الريفية في مجتمع الدراسة . وعليه تتحدد مشكلة الدراسة في بحث أثر هذه العوامل على الصحة والمرض بالمناطق الريفية في المجتمع الليبي بصفة عامة، ومجتمع الدراسة بصفة خاصة .

أهمية الدراسة :

تعد هذه الدراسة مساهمة في إثراء علم الاجتماع الطبي الذي لا يزال حديث العهد به في ليبيا ، كما ترجع أهمية هذه الدراسة في محاولتها التعرف على الخدمات الصحية والعلاجية والوقائية فيما إذا كانت متوفرة أو غير متوفرة في المناطق الريفية الخاضعة للدراسة .

أهداف الدراسة:

1- الوقوف على الخصائص الديموغرافية لسكان المناطق الريفية الخاضعة للدراسة من حيث : السن ، والنوع ، وحجم الأسرة ، والمستوى التعليمي ، وطبيعة المهنة ، والحالة السكنية ، ومستوي الدخول.

2- الوقوف على المستوى الصحي للأفراد بالمناطق الريفية الخاضعة للدراسة ، وطبيعة الأمراض المنتشرة في الريف.

3- التعرف على آراء واتجاهات المواطنين نحو الصحة والمرض.

4- معرفة تأثير البيئة الاجتماعية والاقتصادية والنفسية على الأمراض وانتشارها.

5- التعرف على حجم الخدمات الطبية التي تقدمها المرافق الصحية في المناطق الريفية الخاضعة للدراسة ودورها في القضاء على الأمراض المنتشرة في الريف .

6- معرفة ما مدى تأثر العلاج بالطب الشعبي وبالعوامل الاجتماعية والنفسية والثقافية لسكان المناطق الريفية .

7- معرفة مدى اعتماد الأفراد في المناطق الريفية على الطب الشعبي والتداوى بالأعشاب في القرن الواحد والعشرين.

الدراسات السابقة والنظريات العلمية المفسرة لظاهرة الصحة والمرض:

1 - من الدراسات المهمة التي تناولت علاقة البيئة الاجتماعية والنفسية والثقافية بالصحة والمرض في الوطن العربي ، الدراسة التي قام بها الدكتور (زيدان عبدالباقي) في مصر بعنوان : الطب الشعبي في قرية مصرية عام 1982 ، بهدف دراسة الأمراض السارية في القرية المشار إليها ، ومعرفة الأدوية الشعبية أو البدائية المستعملة التي يطلق عليها أهل الريف المصري " الوصفات البلدية " وقد توصل الباحث إلى مجموعة من الحقائق والنتائج لعل أبرزها .

أ- انتشار أمراض الاضطرابات الهضمية ، ويستخدم أهل الريف لعلاجها عدة وصفات شعبية من بينها تناول كمية من سائل الخل.

ب- قرحة المعدة ، ويستخدمون لعلاجها كمية من مشروب عرق السوس.

ج-الرمد وأمراض العيون ، ويستخدمون لعلاجها بعض الوصفات الشعبية مثل : محارة من الأصداف البرية ، والعسل الأسود.

د- الحصبة الألمانية ، وتعالج عن طريق تعليق خرزة حمراء تربط على الرأس.

هـ- الأنفلونزا ، وتعالج بوضع نقط من عصير الليمون في الأنف.

و-أمراض الم الأسنان ، وتتم معالجتها في قرى الريف بوضع قرن من القرنفل على السن المصابة[1].

[1] د. زيادان عبد الباقي ، التداوى بالأعشاب، مجلة العلوم الاجتماعية ، العدد الثاني ، الكويت 1982. ص 205.

2- وفي دراسة أخرى للدكتور (على عبد الرازق جلبي) بعنوان : دراسة عن الحالة الصحية في الريف المصري تناول فيها البيئة الصحية والأمراض الشائعة في الريف مثل الرمد" أمراض العيون "،وهي تنتشر بشكل كبير بين سكان الريف المصري ، حيث تقدر نسبة المصابين بأمراض العيون (90%) من مجموع السكان ، ويرجع السبب الأساسي لهذه النسبة العالية للمصابين بأمراض العيون إلى كثرة الذباب والأتربة وسوء البيئة الصحية والسكانية بشكل عام ، وأيضا الأمراض المتوطنة التي تعني مجموعة الأمراض التي انتشرت في الريف العربي واستوطنته وهي أمراض البلهارسيا والتراكوما التي تبلغ الإصابة بها بين سكان الريف مابين (30 إلى 70 %)[1].

وقد أوضحت نتائج الدراسة أن الريف المصري يعاني من الأمراض والأوبئة وتلوث صحي بشكل كبير وخاصة بين الفلاحين الذين يقومون بتربية الحيوانات في منازلهم. أما عن أهم الأمراض التي تنتشر في الريف المصري فهي : الرمد وأمراض العيون، والأمراض المتوطنة ، والبلهارسيا ، والزهري ، والدرن ، والأمراض الوبائية[2].

3- وفي دراسة للدكتور (عطية محجوب الفائدى) بعنوان : المجتمع الريفي في ليبيا : دراسة ميدانية لثلاث قرى في منطقة الجبل الأخضر وهي جردس الجراري ، وبلقيس ، واشنيشن ، أوضح فيها التشابه الواضح بين سكان القرى الثلاث موضوع الدراسة بصفة عامة من حيث الظروف الجغرافية وتوفر الخدمات العامة والتوزيع السكاني من الناحية الديموغرافية وقد تناولت هذه الدراسة عدة جوانب تمثلت في النشاط الزراعي والرعوي لسكان هذه المناطق، وطبيعة المهن السائدة في تلك المناطق ، والتركيب الديموغرافي للسكان وأوضاعهم الاقتصادية والاجتماعية والثقافة والصحية . كما ركزت هذه الدراسة على مظاهر التخلف الاجتماعي والثقافي السائد في المجتمع الريفي بمناطق الدراسة المتمثل في ارتفاع نسبة الأمية، ونقص الخدمات الصحية والتي تؤدي بدورها إلى ارتفاع نسبة الوفيات وانتشار الأمراض بأنواعها المختلفة ، وانخفاض متوسط عمر الفرد نظراً للموت المبكر ، وسوء التغذية ، وعدم توفر المسكن الصحي الملائم ، وعدم وجود برامج لرعاية الأسرة والطفولة أو الخدمات الاجتماعية للعجزة والمسنين ، أضف إلى ذلك مشاكل الوعي الاجتماعي والثقافي كالتداوى بالطرق البدائية ، والاعتقاد في الغيبيات ، والاعتماد على المشعوذين والسحرة في حل مشاكل المرضى من الناحية

---

[2] د. على عبد الرازق جلبي ، علم الاجتماع الطبي : دراسة عن الحالة الصحية في الريف المصري ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية 2000.ص 170

[2] المرجع السابق نفسه . ص 179.

الصحية والنفسية، وانتشار العادات الاجتماعية السيئة مثل شرب الخمر وتعاطي المخدرات ،وانتشار الأمراض والجرائم الأخلاقية المختلفة . كل هذا أدى إلى تدهور الحالة الاقتصادية والاجتماعية والصحية لسكان الريف وسبب لهم كثيراً من العراقيل التي عاقتهم عن المضي في ركب الحضارة والتقدم[1].

4- ومن الدراسات المهمة في هذا المجال ايضاَ ، دراسة عاطف محمد شحاته بعنوان : الواقع الاجتماعي للصحة والمرض والسلوك المرضي في القرية المصرية ، بهدف فهم الواقع الاجتماعي والثقافي والاقتصادي لأفراد العينة ، وعلاقته بالصحة والمرض ، وكذلك فهم النمط الذي يتعايش به أفراد العينة وتأثيره على صحتهم . وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج لعل إبرازها: أن العامل الاقتصادي يعد السبب الأساسي وراء لجوء أفراد العينة لعملية الانتظار فترة قبل عرض أنفسهم على الطبيب بعد ظهور إعراض مرضية عليهم ، وأن الفقر وتدهور الأحوال المعيشية هما السببان الرئيسيان وراء تكون ضغوط نفسية لديهم [2].

5- النظريات التي تفسر المرض:

تعددت النظريات التي فسرت المرض من حيث المسببات . وأبرز هذه النظريات:

أولاً: نظرية العلة : وتفترض هذه النظرية مايلي:

1- إن المرض يكون ناتجاً عن سبب واحد ويظهر المرض من خلال وجود هذا السبب وقد يكون هذا السبب اجتماعي أو نفسي أو عضوي أو بيئي .

2- عند معرفة السبب يمكن مواجهته بالعمل مع معرفة حجم وتأثير هذا السبب وبالتالي العمل على علاجه.

3- يمكن القيام بأدوار وقائية تمتع حدوث المرض مستقبلاً مع الآخرين.

4- يمكن حصر مظاهر المرض بعد اكتشافه بأساليب عامية كالفحص المجهرى والتحليل الطبي والأشعة المختلفة .

---

[1] د. محجوب عطية الفائدى ، مبادئ علم الاجتماع والمجتمع الريفي ، منشورات جامعة عمر المختار ، البيضاء 1992.ص 233.

[2] د. عاطف محمد شحاته، الواقع الاجتماعي للصحة والمرض والسلوك المرضي في القرية المصرية **في** مقدمة في علم الاجتماع الطبي ، مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة 1992.ص ص 97،98.

5- تتحدد فترة علاج المرض حسب ورغبة واستجابة المريض في العملية العلاجية[1].

ثانيا: نظرية الأسباب المتعددة للمرض : وتفترض هذه النظرية مايلي:

1- المرض ينتج من تفاعل مجموعة من العوامل تتظافر في حدوث المرض.

2- المرض يعبر عن حالة من انخفاض المستوى الصحي للإنسان.

3- يؤثر كل عامل على جانب أو أكثر فيسبب حدوث المرض.

4- يكون التفاعل بين العوامل إما سلباً أو إيجاباً.

5- إذا تغلبت العوامل السلبية يصاب الإنسان بالمرض.

6- إذ تغلبت العوامل الإيجابية تستمر الحالة الصحية في صورة إيجابية للفرد.

7- يمكن الوقاية من المرض في التعامل مع هذه العوامل من خلال برامج تؤدى إلى تقليل احتمال حدوث المرض أو الشفاء بدرجة أسرع وأكبر.

8- يمكن التعامل مع المرض في هذه الحالة عن طريق التنسيق بين المتخصصين كالأطباء والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين[2].

ثالثاً: النظريات المفسرة للمرض قبل نشأة الطب العلمي الحديث:

تعددت مجالات تفسير المرض ومعرفة أسبابه وخاصة في مرحلة ما قبل نشأة الطب العلمي الحديث ، وتندرج هذه المحاولات تحت نسقين فكريين أساسيين هما :(النسق الشخصي والنسق الطبيعي)

1- النسق الشخصي والجسماني : يذهب أصحاب النسق الشخصي إلى أن المرض عدوان يقع على الشخص أو عقوبة تنزل به ، ولذلك يكون سبب المرض وجود عامل من العوامل التي تتميّز بالنشاط والتي تتدخل عن قصد لإصابة الشخص به.

---

[1] د. عبد المنصف حسن علي رشوان، الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي ، المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية 2007.ص ص 42-43

[2] المرجع السابق نفسه .ص ص 44-47.

2- النسق الطبيعي : يفسر النسق الطبيعي اعتلال الصحة في إطار غير شخصي ، فينسب المرض إلى التأثير الناجم عن نقص التوازن بين العناصر الطبيعية الأساسية التي يتكون منها الجسم الإنساني .

3 - المدخل الاجتماعي لدراسة المرض والصحة : ارتبط ظهور الطب العلمي الحديث باكتشاف الميكروبات والتيقن من أنها المسبب الرئيسي والوحيد للمرض ولكن هذا التفسير الذي شايعه النموذج الطبي تراجع قليلاً ليظهر نموذج آخر يؤكد على تعدد الأسباب الكامنة وراء حدوث المرض[1].

متغيرات الدراسة:

تتضمن هذه الدراسة متغيرين أساسيين ، الأول ويتمثل في عدة متغيرات مستقلة التي يعتقد أن لها آثاراً مباشرة على انتشار الأمراض في الريف وتوطنها وهي مستوي التعليم ، والحالة الاقتصادية ، والوضع الصحي في مناطق الدراسة ، وطبيعة السكن ، وطبيعة المهنة ، والتلوث ، وكل مؤثرات البيئة الاجتماعية والنفسية والثقافية على طبيعة حياة السكان في المناطق الريفية أو المحيط الاجتماعي بأكمله . والثاني المتغير التابع ويتمثل في انتشار الأمراض وتوطنها في المناطق الريفية مثل الرمد، والتراخوما، والأمراض الجلدية والدرن ، وأمراض سوء التغذية والتلوث . وإذا كانت هذه الدراسة تبحث في العلاقة بينهما ، فإن ذلك لايأخذ طابع سبب ونتيجة ، وإنما هي علاقات متداخلة تفترض الدراسة أن لها علاقة بانتشار الأمراض وتوطنها في الريف.

فروض الدراسة:

1- توجد علاقة بين انخفاض الوعي الصحي في الريف والقرى وانتشار الأمراض السارية وتوطنها.

2- توجد علاقة بين انخفاض المستوي التعليمي وارتفاع مستوى الأمية وانتشار الأمراض السارية والمعدية في المناطق الريفية .

3- توجد علاقة بين انخفاض المستوي الاقتصادي وانتشار الأمراض وتوطنها في المناطق الريفية.

[1] المرجع السابق نفسه .ص ص 48-53

4- توجد علاقة بين تدني مستوي الخدمات الصحية المقدمة في الريف وانتشار الأمراض وتوطنها.

5- توجد علاقة بين تلوث البيئة وخاصة مصادر مياه الشرب وانتشار الأمراض الناتجة عن التلوث.

6- توجد علاقة بين اعتماد الأفراد في الريف على الطب الشعبي والتداوى بالأعشاب وتدني الحالة الصحية وانتشار الأمراض في الريف.

الفصل الثاني

1-المفهوم الاجتماعي والثقافي للصحة والمرض

2-الصحة والمرض

-مفهوم الصحة.

-مفهوم المرض.

3- علاقة المجتمع بالصحة والمرض والخدمات الصحية.

4- العوامل المسببة للأمراض وتوطنها في المناطق الريفية.

الفصل الثاني

المفهوم الاجتماعي والثقافي للصحة والمرض:

لقد اهتم الأطباء القدماء ابتداء من (أبـي قراط) بتـأثير الثقافة والسلوك الاجتمـاعي علـى الصـحة والمـرض، إذ أن صـحة الإنسـان تتـأثر بطريقـة الحيـاة والمنـاخ ، أي البيئـة الاجتماعيـة والثقافيـة والطبيعية ، ويشكل عام ، فإن العلاقة بين الأوضاع الاجتماعية والعوامل التي تؤثر على الصـحة وظهور الأمراض ، كانت موضوع اهتمـام الإنسـان بصـورة عامـة ، وخـلال التـاريخ كـان النـاس يميلون إلى النظر إلى المشكلات الصحية من خلال منظار مجتمعهم وثقافتهم ، ونتيجة لذلك كانوا يستجيبون لتهديد المرض بطرق يمكن التنبوء أو التكهن بها . فمعرفتنا للمعايير والقيم والمعتقدات والبناء الاجتماعي وطرق الحياة بصورة عامة ، تجعلنا ندرك طبيعة أسباب المرض واستجابات الناس وجهودهم في مواجهة المرض[1].

تشير العديد من الدراسات في مجال الصحة والمرض، أن أكثر الأمراض التي يعاني منها الإنسان من صنع يديه ، ومن آثار سلوكه في البيئة التي يعيش فيها ، ومن نتائج معاملاته مع نفسه ومع الحياة ، ومعظم هذه الأمراض قابلة للوقاية منها لو عرف كل فرد التزاماته الصحية وأدائها نحو نفسه ، ونحو أسرته ، ونحو المجتمع الذي ينتمي إليه ، لتسهل العلاج بعد الإصابة به بأقل النفقات وبأضمن النتائج[2].

كما ترتبط الصحة بالقيم الاجتماعية ، وهذا ما أشار إليه (دافيدبيرتون) من أن الإنسان يسقط عناصر شخصيته على الأشياء الطبيعية ، وبذلك يجعل له وجوداً شخصياً ، وهذا يعنى أن شخصية الإنسان التي تكون جانباً من قيمة يسقط منها الإنسان سمات على صحته البيولوجية ، وهذا عندما يريد أن يجعل لصحته وجوداً مرتبطاً بسماته [3] ولعل ما يذهب إليه (بيرتون) هنا من ارتباط الصحة بالقيم الاجتماعية نجده واضحاً في تبنى الأفراد لثقافات صحية مختلفة كاقتناع بعض الأفراد بأسلوب الحجامة في العلاج ، والتداوى بالأعشاب ، ولجوء البعض إلى السحرة والمشعوذين وما إلى ذلك من وسائل الطب الشعبي . أضف إلى ذلك، المعتقدات التي يشب عليها الفرد ، فهي أيضاً تلعب دوراً كبيراً في صقل حالته الصحية ، وأبسط مثال نسوقه هنا

---

[1] د. الوحيشي أحمد بيري ،د. عبد السلام الدويبي ، مقدمة في علم الاجتماع الطبي ، الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع ، طرابلس 1989.ص99.

[2] كليفورد أندرسلين ، طريقك إلى الصحة والسعادة ، ترجمة : شاكر نصار ، دار الشرق الأوسط للطبع ، بيروت 1996. ص 11

[3] د. عاطف محمد شحاته، الواقع الاجتماعي للصحة والمرض والسلوك المرضي في القرية المصرية . مرجع سابق ذكره ص 66

معتقدات وثقافة الفرد الغذائية وانعكاساتها على صحته , فالصحة إذن هي ترجمة وصورة لمعتقدات الفرد الغذائية والحركية النفسية . وعلى هذا الأساس فالصحة ترجمة لأسلوب الحياة التي يحياها الفرد.

كما أكد كثير من الباحثين على الصلة المشتركة بين الواقع الصحي والواقع الاجتماعي، فقد أشارت الدراسات التي قام بها كل من :(ليفين ، وسكوتش، وميكود ، وايكمان) إلى أن الضغط النفسي والاجتماعي يؤدي إلى إصابة الأفراد بالكثير من الأمراض الجسمية والعقلية كمرض القلب وعسر الهضم والاضطرابات العقلية، وأن الأشخاص الذين تتصف حياتهم بكثرة الضغوط الاجتماعية والنفسية، يكونون أكثر عرضه للإصابة بالمرض من غيرهم ممن لا تتصف حياتهم وواقعهم الاجتماعي بذلك .[1]

من الملاحظ أن أسلوب الحياة السائد في البيئة والنماذج الثقافة المتعلقة بتربية الأنباء وتنشئتهم الاجتماعية ، والعلاقات الأسرية ، والتطلعات الاجتماعية ، والمنافسة الشديدة ، وتلاشى التضامن الاجتماعي . كل ذلك ساهم في تزايد معدلات الاكتئاب النفسي ، والانتحار ، والعنف ، وتفشى الأمراض ،وهي سمات تبدو واضحة في المجتمعات التكنولوجية الحديثة [2].

الصحة والمرض:

لقد شغلت قضايا الصحة الإنسان منذ فترة طويلة ، فلقد كانت دائما إحدى آماله أن يحتفظ بحسده صحيحا أطول فترة من عمره ، لذلك تحاور معها بالسحر أو بالأدوية الشعبية أو بالوصفات البلدية ، ومهما اختلفت منظوراته لها فهي تمثل بالنسبة له المحك الأساسي الذي يقيس عليه العديد من العلماء مقدار تطوره [3] ومن ثم فالصحة ليست مجرد خلو الجسم من المرض، لكنها فوق ذلك عافية في البدن ، ورجاحة في العقل ، وانسجام مع الناس ، ومتعة بالحياة ، وطريق للسعادة والاستقرار.

تعريف الصحة:

لقد جرت عدة محاولات للتعريف بالصحة، وكان من أبرزها تعريف العالم (بيركنز) Perkins حيث عرّف الصحة بأنها :" حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم ، وأن حالة التوازن هذه تنتج

[1] د. الوحيشي أحمد بيري ،د. عبد السلام الدويبي ، مقدمة في علم الاجتماع الطبي، مرجع سبق ذكره .ص 98.
[2] د. محمد علي محمد وآخرون ، الطب والمجتمع ، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية 1996.ص ص41،42
[3] د. عاطف محمد شحاته ، مرجع سبق ذكره ص66

عن تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها [1] كما عرّفت منظمة الصحة العالمية (W.H.0) مفهوم الصحة على أنها :"حالة السلامة والكفاية البدنية والنفسية والاجتماعية الكاملة وليست مجرد الخلو من المرض والعجز ، فالعديد من الأفراد النافعين والمنتجين في المجتمع يحسون بتدهور نفسي ، واضطرابات تنعكس على حالتهم الصحية ، وعلى أدائهم للعمل ، والإحساس بالإرهاق[2] كما تعرف الصحة بأنها : الحالة التي يغيب فيها المرض ، أي الحالة التي لا يشكو فيها الإنسان من أي مرض ، ولكن مجرد غياب المرض لا يعني الصحة ، فالحالات التي تسبب المرض قد لا تكون ظاهرة، أي خفية ،كما أن الصحة أعلى قيمة حضارية وثقافية واجتماعية في المجتمعات ، فأفضل تحية يقال (يعطيك الصحة) ، وأفضل سؤال (كيف الصحة) ، وأفضل دعاء (يعطيك الصحة)[3] كما يمكن تعريف الصحة بأنها : حالة السواء للإنسان والاكتمال البنائي في الجوانب الجسمانية والنفسية والعقلية ، وحسن الأداء الوظيفي قي صورة اتزان ديناميكي يحقق السلامة والنمو من الأمراض وأنواع العجز والإصابات وهذا ما يمكنه من التعامل الإيجابي في الحياة [4].

تعريف المرض:

لقد ركزت الدراسات الطبية جهودها حول المرض ، وأسبابه ، وكيفية علاجه ، وسواء اتخذت المسببات البيولوجية، أو الاجتماعية، أو الثقافية أو غيرها ، فإن علاجاتها تعتمد على أن المرض حالة يكون فيها الإنسان معتل الصحة ، ويكون الجسم فيها في حالة توعك بسبب المرض[5] ولا يوجد تعريف محدد للمرض ، ويختلف ، تعريفه حسب وجهة نظر الفرد ، ولكن بشكل عام يمكن تعريفه بأنه : حالة التغير في الوظيفة أو الشكل لعضو ما ، ينتج عنه عدم قدرة الفرد على القيام بأعماله اليومية الاعتيادية، ويكون الشفاء منه صعباً دون تلقي العلاج المناسب[6].

وللمرض أيضاً معان متعددة تختلف باختلاف الأفراد والجماعات، وهو يحدث عادة نتيجة قصور عضو أو أكثر من أعضاء الجسم عن أداء وظيفته على الوجه الأكمل ، كما يحدث

---

[1] د. أمل البكري وآخرون ، الصحة والسلامة العامة ، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع ، ط3، عمان –الأردن 2002. ص 17

[2] د. حسان أحمد قمحية وآخرون ، الطب الوقائي والصحة العامة ، دار الكتب العربية ، دمشق 1993.ص9

[3] د. محمد صالح عبد الكريم ، الانثروبولوجية الغذائية ، مجلة العلوم الإنسانية ، العدد الثاني ، نوفمبر 1991 .ص208.

[4] د. عبد المنصب حسن علي رشوان، الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي ، مرجع سبق ذكره .ص 33

[5] د. إبراهيم عبد الهادي المليجي ، الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية ، مكتبة المعارف الحديثة ، الإسكندرية (ب.ت) ص 59

[6] د. أمل البكرى وآخرون ، الصحة والسلامة العامة ، مرجع سبق ذكره . ص 19.

المرض إذا أختل أو انعدم التوافق بين عضوين أو أكثر من أعضاء الجسم في أداء وظائفه[1] كما عرّف المرض ايضاً بأنه: حالة التغير في الوظيفة أو الشكل لعضو ما في الجسم ، ويكون الشفاء منه صعباً أو مستحيلاً دون علاج ، وللعودة إلى التوازن الفسيولوجي يتطلب من الجسم عمليات أو وظائف عادة لا تدخل في الوظائف الفسيولوجية المسؤولة عن التوازن في الصغر[2] والمرض ايضاً عبارة عن إقلال من قدرة الفرد الطبيعية على الوفاء بالتزاماته تجاه أسرته ومجتمعه وزيادة متاعبه النفسية كالتوتر والقلق والخوف[3].

علاقة المجتمع بالصحة والمرض والخدمات الصحية:

لدراسة الحالة الصحية في أي مجتمع ، لابد من دراسة العوامل المختلفة التي تحدد المعالم الصحية لهذا المجتمع ، حيث أثبتت بعض الدراسات والأبحاث وجود علاقة وثيقة بين العوامل الاجتماعية المتمثلة في المستوي التعليمي ، والاقتصادي ،والثقافي، والمؤسسات الصحية والمهنية . وبين استجابة المريض للمرض وأساليب الاستفادة من الخدمات الصحية المتاحة ومن هنا تباينت علاقة المجتمع بالصحة والمرض وأثرها على برامج الخدمة الصحية .

1-العوامل الاجتماعية :

مثل المستوي الاقتصادي، والتعليم ، وحجم الأسرة ، وحالة السكن وغيرها من العوامل التي تعمل في الغالب على توطين المشكلات الصحية واستمرارها في المجتمع ، أو تعمل على تقليلها والتخلص منها . ومن الأمثلة على ذلك:

أ) الفقر والجهل والاعتقاد الخاطئ في القضاء والقدر ، والتراخي في علاج الأطفال الذي يرفع معدل الوفيات بين الأطفال الرضع.

ب) المعتقدات الخاطئة المتوارثة مثل ارتداء الملابس الحمراء في مرض الحصبة ، والعلاج بالكي بالنار ، واستخدام الإحجبة ، وزيارة أضرحة أولياء الله الصالحين ، وكلها تعمل على عدم الاستفادة من الخدمات الصحية ، بل على العكس من ذلك تؤدى إلى انخفاض المستوى الصحي في المجتمع.

---

[1] د.نادية السيد عمر ، العلاقات بين الأطباء والمرضي ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية 1993.ص 289

[2] د. عماد الدين عبد الرازق ، الصحة العامة وبرامجها ، المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية 1993.ص2

[3] د.عبد المنصف حسن علي رشوان ، الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي ، مرجع سبق ذكره .ص 30

ج) الفقر ، وسوء التغذية، وازدحام أفراد الأسرة داخل الحجرة الواحدة ، والبصق على الأرض ، من العوامل التي تساعد على انتشار وتفشى بعض الأمراض في المجتمع مثل مرض السل ، وأمراض سوء التغذية وتوالد الذباب والحشرات .

د) عدم المعرفة بالعادات الغذائية السليمة ، أو التقيد بعادات غذائية خاطئة يؤدي إلى حدوث كثير من الأمراض مثل أمراض سوء التغذية.

هـ) الحالة السكنية ، وعدم توفر المياه الصالحة للشرب ، وقلة التهوية ، وعدم وجود الصرف الصحي السليم، تؤدي إلى انتشار الأمراض بين أفراد الأسرة ثم المجتمع والتي تنتقل عبر الهواء ، كالتهاب الرئة (التهاب السحايا) ، والأمراض التي تنتشر عن طريق الأطعمة والمشروبات مثل أسهالات الأطفال.

2- تتأثر أنواع الأمراض، ومعدلات الوفيات وأنواعها في المجتمع بالقيم الاجتماعية المتصلة بتنظيم الأسرة ، والعمل ، والترويح ، والتطلعات الاجتماعية ، والمنافسة ، والتضامن الاجتماعي ، والنماذج الثقافية المتعلقة بتربية الأبناء وتنشئتهم الاجتماعية[1].

العوامل المسبب للأمراض وتوطنها في المناطق الريفية:

1- العادات والتقاليد الاجتماعية السائدة في الريف ، سواء أكانت اجتماعية أو دينية لها تأثيرها على حدوث الأمراض ومدى انتشارها . فمثلاً عادة شرب الحليب وأكل الخضروات دون غلي أو طهي ، قد يؤدى إلى العدوى بكثير من الأمراض المعوية السائدة .

2- عوامل ثقافية وتشمل :

أ) الجهل وانتشار الأمية التي تقف حائلاً أمام وصول مبادئ المعرفة إلى الريفيين.

ب) عدم معرفة الطرق الصحية لأداء الأعمال المختلفة وأنسبها وأصلحها لتحسين مستوى الحياة الريفية

ج) عدم معرفة دور المؤسسات الموجودة بالقرية وخدماتها وإمكانية الحصول منها على فائدة .

[1] د. أيمن مزاهره وآخرون ، علم اجتماع الصحة ، دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع ، ط 1 ، عمان – الأردن 2003.ص ص 84-82

د) الهجرة المستمرة للمتعلمين من الريف إلي المدينة.

هـ) تسرب الأطفال من المدارس للعمل في الحقول لمساعدة الأسر اقتصادياً.

و) قلة مصادر الثقافة والمعرفة في الريف مثل الجرائد والمجلات والكتب.

3- عوامل صحية وتشمل :

أ) انتشار الأمراض المتوطنة ، ووجود البرك والمستنقعات وأكوام القمامة وبقايا الحيوانات الميتة كمصدر لنشر الأمراض المعدية.

ب) وجود مواطن تكاثر الحشرات والقوارض الناقلة للأمراض كالذباب والبعوض والبراغيث والفئران مثل أكوام القمامة والفضلات الآدمية والحيوانية في الطرقات والحظائر والمنازل.

ج) قلة التهوية بالمساكن وامتلاؤها بالدخان الناتج عن الأفران ، وهذا ما يؤدى إلى الإصابة بأمراض السل والجهاز التنفسي والأنفلونزا.

د) الجهل بالأمراض وطرق الوقاية منها، وعدم الاهتمام والإقبال على التحصين ضد الإصابة بها

هـ) قلة الوعي الصحي في الإسراع بالعرض على الطبيب عند الشعور بالمرض بدل الالتجاء إلى الوسائل البدائية في العلاج

و) عدم الاهتمام بعزل المرضي المصابين بأمراض معدية أو الإبلاغ عنها.[1]

[1] د. حسن علي حسن ، المجتمع الريفي والريف المصري ، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية 1978.ص ص 237،238.

الفصل الثالث

أولاً: الإجراءات المنهجية للدراسة.

ثانيا: تحليل البيانات وتفسيرها.

ثالثا: النتائج العامة والتوصيات.

الفصل الثالث

أولاً : الإجراءات المنهجية للدراسة:

1-نوع الدراسة والمنهج العلمي المستخدم :

يتوقف تحديد نوع الدراسة على طبيعة موضوعها من ناحية ، وعلى أهدافها من ناحية ثانية، وعلى وفرة المعلومات بموضوعها من ناحية ثالثة . فمن حيث موضوع الدراسة فيتعلق بالبيئة الاجتماعية والنفسية والاقتصادية وعلاقتها بالأمراض وتوطنها في المناطق الريفية الخاضعة للدراسة وهي : مناطق برسس، واللويفية ، والحليسي ، وبود ريسة ، وسيدي سلطان .أما من حيث الهدف فهو الوقوف على المستوي الصحي للأفراد بالمناطق الريفية الخاضعة للدراسة وطبيعة الأمراض المنتشرة في تلك المناطق ، وتأثير البيئة الاجتماعية والنفسية والاقتصادية على الأمراض وانتشارها ، وحجم الخدمات الطبية المقدمة ودورها في القضاء على الأمراض المتوطنة والسارية في مناطق الدراسة ، ومعرفة مدى اعتماد الأفراد على الطب الشعبي بدل العلاج الحديث في القرن الواحد والعشرين.

ووفقاً للاعتبارات السابقة ، اعتمد الباحث أسلوب الدراسة الوصفية التحليلية للبيئة الاجتماعية والنفسية والاقتصادية والثقافية وعلاقتها بالأمراض وتوطنها في المناطق الريفية بمناطق الدراسة الذي يعد من الأساليب المناسبة لدراسة هذا النوع من الظواهر ، والذي يهتم بتطوير ووصف الظاهرة وتفسيرها . أما من حيث المنهج المستخدم في هذه الدراسة ، فقد اعتمد الباحث منهج المسح الاجتماعي بطريق العينة باعتباره أكثر استخداماً في الدراسات السوسيولوجية.

2- مجالات الدراسة :

أ) المجال البشري: ويشمل كافة أرباب الأسر ذكورا كانوا ً أم إناثاً بمناطق : برسس ، واللويفية ، والحليسي ، وبودريسة ، وسيد سلطان باعتبارها مناطق يضعف فيها عادة أداء الخدمات الصحية والاجتماعية والاقتصادية أسوة بمعظم مناطق الريف في البلدان النامية .

ب) المجال الجغرافي : تغطي هذه الدراسة بعض المناطق الريفية القريبة من مدينة بنغازي وتتمثل في مناطق برسس واللويفية والحليسي وبودريسه وسيدي سلطان ، باعتبارها لا تتمتع بقدر كاف من مقومات الحياة العصرية مثل توفر الخدمات الصحية والاجتماعية والمعيشية

وغيرها مما قد يساهم في انتشار الأمراض السارية والمتوطنة في مثل هذه المناطق الأمر الذي يمكن أن يساعد في تعميم نتائج هذه الدراسة على بقية المناطق المشابهة في ليبيا .

ج) المجال الزمني: وقد شمل الفترة التي استغرقتها الدراسة الميدانية التي بدأت في أول يوليو 2010م إلى نهاية شهر أكتوبر 2010م.

3- أداة جمع البيانات : لقد استعان الباحث في هذه الدراسة بأداة المقابلة المباشرة كأداة لجمع البيانات نظراً لوجود بعض أرباب الأسر الأميين وخاصة ربات البيوت، وقد روعي في إعداد استمارة المقابلة كافة الإجراءات المنهجية التي تيسر الحصول على البيانات والمعلومات المطلوبة دون تردد من جانب المبحوثين من حيث البساطة في الأسلوب ، والتسلسل المنطقي والمستوى الثقافي للمبحوثين .

4-العينة وأسلوب اختيارها : لقد تم سحب العينة الخاصة بهذه الدراسة وفق المراحل التالية :

أ) مجتمع الدراسة أو العينة : يتكون مجتمع العينة في هذه الدراسة من جميع أرباب الأسر بالمناطق الريفية الخاضعة للدراسة وهي مناطق : برسس ، واللويفية والحليسي ،وبودريسة ، وسيدي سلطان .

ب) وحدة تحليل البيانات : وحدة تحليل البيانات أو العينة في هذه الدراسة هو الفرد رئيس الأسرة ذكراً كان أم أنثي الذي يتولى الإجابة على أسئلة استمارة المقابلة.

ج) نوع العينة : لقد تم استخدام أسلوب العينة العشوائية البسيطة التي تتناسب مع طبيعة مجتمع الدراسة الذي يتميّز بخصائص التجانس في الوضع الاقتصادي والاجتماعي والثقافي والصحي والعادات والتقاليد.

د) حجم العينة : بلغ حجم العينة في هذه الدراسة (650) مفردة من أرباب الأسر الريفية بنسبة تمثيل بلغت (25%) تقريباً من المجموع الكلي لعدد الأسر بمناطق الدراسة الخمس البالغ عددها (2599) أسرة.

هـ) إطار العينة: وقد تضمن قوائم بعدد الأسر في كل منطقة عن طريق أمين السجل المدني في كل منطقة الذين تنطبق عليهم شروط العينة كما هو موضح بالجدول التالي رقم (1).

جدول رقم(1) يوضح إطار العينة و حجمها

المنقطة	عدد الأسر	نسبة التمثيل 25% حجم العينة	نسبة تمثيل كل منطقة
برسس	320	80	%12
سيدي سلطان	1197	300	%46
اللويفية	105	26	%4
الحليسي	418	104	%22
بودريسة	559	140	%16
المجموع	2599	650	%100

ثانيا: تحايل البيانات : نقدم فيما يلي تحليلاً للبيانات التي أسفرت عنها الدراسة الميدانية :

جدول رقم (2)توزيع أفراد العينة حسب العمر

الفئات العمرية	التكرار	النسبة
29-20	48	%7
39-30	198	%31
49-40	165	%25
59-50	145	%22
60 فأكثر	94	%15
المجموع	650	%100

ملاحظة: النسب المئوية مقربة إلى اقرب واحد صحيح في جميع الجداول .

تعكس معطيات الجدول رقم (2) بوضوح أن أغلب أرباب الأسر المشمولين بالعينة هم من فئة متوسطي الأعمار وكبار السن حيث بلغت نسبتهم (56%)و(37%) على التوالي في حين لم تتجاوز نسبة صغار السن (7%) من المجموع الكلي للمبحوثين . وبما أن المبحوثين هم من أرباب الأسر ، فإن ذلك يعد مؤشراً على تأخر سن الزواج الأول في المجتمع الليبي بصفة عامة ، ومجتمع الدراسة بصفة خاصة ، وتتفق هذه النتيجة إلى حد بعيد مع نتائج التعداد العام للسكان لسنة 2006 م التي بينت ارتفاع معدل سن الزواج الأول حتى بلغ (35) سنة للذكور و(31) سنة للإناث بعد أن كان في حدود (24)و(19) سنة على التوالي في تعداد عام 1984.

جدول رقم (3) توزيع أفراد العينة حسب النوع

النوع	التكرار	النسبة
ذكر	497	%76
أنثي	153	%24
المجموع	650	%100

في الجدول رقم (3) شكلت نسبة الذكور أعلى نسبة حيث بلغت (76%) تقريباً من المجموع الكلي ، في حين لم تتجاوز نسبة الإناث (24%) من المجموع الكلي ، وهذا بطبيعة الحال يعد أمراً طبيعياً في المجتمع الليبي الذي تفرض عاداته وتقاليده وأعرافه أن يكون الرجل هو سيد الأسرة ، وقائدها وفق القيم الخلقية والدينية ،مع وجود استثناء لهذه القاعدة تفرضها ظروف اجتماعية قاهرة وذلك في حالات وفاة رب الأسرة أو سجنه مدة طويلة أو غيابه مدة طويلة ، أو حدوث مشكلة الطلاق للزوجة التي قد تتولى بنفسها رئاسة الأسرة بناء على الأوضاع المشار إليها .

جدول رقم (4) يوضح الحالة الاجتماعية للمبحوثين

الحالة الاجتماعية	التكرار	النسبة
أعزب	16	%3
متزوج	585	%90
مطلق	8	%1
أرمل	41	%6
المجموع	650	%100

يتبّين لنا من خلال هذا الجدول أن نسبة المتزوجين تشكل أعلى نسبة بلغت (90%) تقريباً من المجموع الكلي ، في حين لم تتجاوز نسبة المطلقين والأرامل (7%) من المجموع الكلي ، وهذه النسب تعد منطقية إلى حد بعيد في مثل هذه المجتمعات التي تتسم بالتعاون والتماسك والمحافظة على العادات والتقاليد خاصة فيما يتعلق بمشكلة الطلاق التي تقل في مثل هذه المناطق. أما فيما يتعلق بانخفاض نسبة العزاب التي لم تتجاوز (3%) من المجموع الكلي ، فمن المرجح أن أفراد هذه الفئة قد فقدوا أباءهم وأمهاتهم بالوفاة وتولوا بالتالي رئاسة أسرهم .

جدول رقم (5) يوضح حجم الأسرة بمناطق الدراسة

عدد أفراد الأسرة عدا المبحوث	التكرار	النسبة
3 فأقل	171	%26
7-3	247	%38
12-8	170	%26
13 فأكثر	62	%10
المجموع	650	%100

تشير معطيات الجدول (5) بوضوح إلى كبر حجم الأسرة بعينة الدراسة ، فالأسر صغيرة الحجم التي يقل عدد أفرادها عن (3) أفراد لم تتجاوز نسبتها (26%) من المجموع الكلي في حين شكلت الأسر متوسطة الحجم (3-7) أفراد ما نسبته (38%) من المجموع الكلي . أما الأسر الكبيرة (8-13) أفرداً فأكثر فقد شكلت نسبة تجاوزت (36%) من المجموع الكلي ، وهذا ما أكدت عليه التعدادات السكانية في ليبيا للسنوات (2006،1995،1984،1973) التي أشارت بوضوح إلى كبر حجم الأسرة في المجتمع الليبي الذي تجاوز (7) أفراد في المتوسط ، الأمر الذي يشير إلى ارتفاع معدل الإعالة في الأسر الليبية بما يشكله من عبء على دخل الأسرة ومتطلباتها الاجتماعية والاقتصادية والصحية.

جدول رقم (6) يبّين المستوي التعليمي لرب الأسرة

المستوي التعليمي لرب الأسرة	التكرار	النسبة
أمي	229	%35
ابتدائي	81	%13
إعدادي	145	%22
ثانوي	129	%20
جامعي فما فوق	66	%10
المجموع	650	%100

تبرز معطيات الجدول رقم (6) بوضوح الوضع التعليمي والثقافي لسكان المناطق الريفية الخاضعة للدراسة ، فقد شكلت نسبة الأميين أعلى نسبة بلغت (35%) من المجموع الكلي ، في حين شكلت نسبة المستويات التعليمية للذين هم في حكم التعليم الأساسي ما نسبته (35%) من المجموع الكلي أيضاً، بينما لم تتجاوز نسبة التعليم الثانوي والجامعي فما فوق (20%)

و (10%) على التوالي . وهذا مؤشر واضح على انخفاض المستوي التعليمي بمناطق الدراسة الذي يرتبط ارتباطاً كبيراً بنقص الوعي الاجتماعي والثقافي والصحي في هذه المناطق الذي يرتبط عادة بانتشار الأمراض والأوبئة وتوطنها في هذه المناطق .

جدول رقم (7) يبيّن توزيع أفراد العينة حسب مستوى تعليم الزوجة

المستوي التعليمي للزوجة	التكرار	النسبة
أمية	248	%38
على قدر من التعليم	402	%62
المجموع	650	%100

ترتبط معطيات هذا الجدول بالجدول السابق رقم (6) المتعلق بالوضع التعليمي والثقافي لسكان مناطق الدراسة ، الذي أشار بالجدول بوضوح إلى انخفاض المستوي التعليمي لعدد كبير من المبحوثين ، ولهذا لم تختلف نسبة النوع بالنسبة للإناث المتزوجات ، فلقد بلغت نسبة الزوجات الأميات (38%) من المجموع الكلي ، وهو معدل مرتفع بالفعل خاصة إذا أضفنا إليه نسبة من يتمتعن بمستوي تعليم منخفض ، الأمر الذي قد يساهم في انخفاض المستوى الاجتماعي والصحي بمجتمع الدراسة .

جدول رقم (8) يوضح ظاهرة الهدر أو تسرب التلاميذ من المدارس

الإجابة	التكرار	النسبة
نعم	187	%29
لا	463	%71
المجموع	650	%100

تشير معطيات الجدول رقم (8) إلى وجود ظاهرة الهدر أو التسرب في العملية التعليمية بمراحل التعليم الأساسي والمتوسط بمناطق الدراسة ، فقد تجاوزت نسبة الذين أقروا بوجود هذه الظاهرة في العملية التعليمية بمجتمع الدراسة (29%) من المجموع الكلي للمبحوثين ، وهذا يعني أن نسبة (29%) من الأسر التي شملتها عينة الدراسة لديها أبناء تركوا الدراسة في سن مبكرة واتجهوا إلى سوق العمل بدون مؤهلات علمية وهذا ما يعرضهم في المستقبل لظاهرة أخطر وهي مشكلة البطالة والأمية وربما الجنوح أو التشرد ، وهي كلها عوامل تساهم في غياب الوعي الصحي وانخفاض المستوي الاجتماعي والاقتصادي والصحي في تلك المناطق.

جدول رقم (9) يوضح مهنة رب الأسرة

مهنة رب الأسرة	التكرار	النسبة
موظف	300	%46
أعمال الزراعة والرعي	133	%20
عمل مهنى	64	%10
متقاعد	90	%14
عاطل عن العمل	63	%10
المجموع	650	%100

تبرز معطيات الجدول رقم (9) بوضوح أن ما نسبته (70%) تقريباً من المبحوثين يعتمدون في معيشتهم على الأعمال الإدارية والخدمية أكثر من اعتمادهم على النشاط الزراعي والرعوي ، حيث لم تتجاوز نسبة العاملين في النشاط الزراعي والرعوي، (20%) من المجموع الكلي ، وهي معطيات تؤكد بوضوح طابع الحياة القروية لسكان هذه المناطق الذي يتميز بوجود تجمعات سكنية قروية بعيداً عن مزارعهم ومراعيهم التي تأتي في مرتبة أقل من حيث الأهمية الاقتصادية . كما شكل العاطلون عن العمل ما نسبته (10%) من المجموع الكلي للمبحوثين.

جدول رقم (10) يوضح الدخل الشهري للأسرة

الدخل الشهري للأسرة	التكرار	النسبة
200دينار فأقل	74	%12
299-250	163	%25
349-300	181	%28
399-350	126	%19
400 دينار فأكثر	106	%16
المجموع	650	%100

يتضح من الجدول رقم (10) أن معظم المبحوثين هم من ذوي الدخول المتوسطة التي تتراوح دخولهم الشهرية مابين (250) و(400) دينار حيث بلغت نسبتهم (72%) تقريباً من المجموع الكلي للمبحوثين ، في حين شكلت نسبة ذوي الدخول المرتفعة (400) دينار فما فوق (16%) من المجموع الكلي، أما أصحاب الدخول المنخفضة فلم تتجاوز نسبتهم (12%) من المجموع

الكلي للمبحوثين ، وتضم هذه الفئة عادة أرباب الأسر الذين يتلقون مساعدات ضمانية لفئات كبار السن والعجزة والأرامل والمتقاعدين وصغار الموظفين.

جدول رقم (11) يبّين وجود مخازن للأعلاف والحبوب داخل المسكن

الإجابة	التكرار	النسبة
نعم	292	%45
لا	358	%55
المجموع	650	%100

وفق معطيات الجدول رقم (11) مازال عدد كبير من سكان المناطق الريفية والقروية بمجتمع الدراسة يقيمون مخازن للأعلاف والحبوب داخل المساكن التي تقطنها الأسر بلغت نسبتهم حوالي (45%) من المجموع الكلي للمبحوثين ، نظراً لقرب حظائر الحيوانات من مساكنهم ، وهو أمر قد يشكل خطورة على صحة الأفراد المقيمين بالمسكن، خاصة وأن أغلب هذه الأعلاف متضمنة مواد كيميائية ضارة بالصحة إلى جانب تجمع الحشرات والقوارض بالقرب من هذه الأعلاف في أغلب الأوقات . هذه البيئة الضارة مع ما يصاحبها من إهمال ولامبالاة وانعدام التوعية الصحية والوقاية، تشكل مصدراً رئيسياً لانتشار الأمراض وتوطنها في المناطق الريفية والقروية .

جدول رقم (12) يبيّن وجود حظائر للحيوانات والدواجن داخل المسكن

الإجابة	التكرار	النسبة
نعم	392	%60
لا	258	%40
المجموع	650	%100

يعد هذا الجدول جزءاً مكملاً للجدول السابق رقم (11) ، فإلى جانب وجود مخازن للأعلاف والحبوب في نفس المساكن تقريباً التي تقطنها الأسر المشمولة بالدراسة ، توجد كذلك حظائر للحيوانات والدواجن داخل المساكن أو بالقرب منها التي تقطنها تلك الأسر بمعدل تجاوز حوالي (60%) من المجموع الكلي ، وهو أمر يعد في غاية الخطورة على صحة الإنسان ، لآن مثل هذه المخازن والحظائر تؤدي في الغالب إلى تلوث البيئة المحيطة بالمساكن ، الأمر الذي يسهل انتشار العديد من الأمراض المعدية والسارية بين سكان هذه المناطق مثل أمراض العيون ، والنزلات المعوية، والأمراض الجلدية ، وأمراض الحساسية، والربو وغيرها .

جدول رقم (13) وجود صندوق للإسعافات الأولية بالمنزل من عدمه

الإجابة	التكرار	النسبة
نعم	295	%45
لا	355	%55
المجموع	650	%100

وفق معطيات الجدول (13) ، أكد ما يقارب نصف أفراد العينة وبنسبة (45%) من المجموع الكلي وجود صندوق للإسعافات الأولية بمنازلهم ، في حين نفى (55%) من أفراد العينة وجود صندوق للإسعافات الأولية بمنازلهم والمرجح أن اهتمام الفئة الأولي بهذا الصندوق يعود لارتفاع مستوي الوعي الصحي لديهم من ناحية ، وضعف الخدمات الطبية والصحية التي تقدمها الوحدات الصحية بمناطقهم من ناحية أخرى ، الأمر الذي جعل العديد من المواطنين يعتمدون على أنفسهم في توفير العديد من الأدوية الضرورية ومواد الإسعافات الأولية.

جدول رقم (14) يوضح مدى توفر المعدات والتجهيزات الطبية في الوحدات الصحية بمجتمع الدراسة

الإجابة	التكرار	النسبة
متوفرة	252	%39
متوفرة إلى حدما	178	%27
غير متوفرة	220	%34
المجموع	650	%100

تعكس معطيات الجدول رقم (14) اتجاهات أفراد العينة نحو مستوي الخدمات الطبية والرعاية الصحية التي تقدمها الوحدات الصحية بمناطق الدراسة ، حيث أشار (39%) منهم إلى قيام الوحدات الصحية بمناطقهم بأداء عملها بشكل منتظم وتتوفر بها المعدات والتجهيزات الطبية الضرورية ، في حين يري (27%) منهم توفر الخدمات الطبية بالوحدات الصحية في مناطق الدراسة ولكنها لا تقدم بالشكل الكافي والمرضي بحيث يتم الاعتماد عليها بشكل كلي في تقديم الخدمات الطبية الضرورية ، بينما أكد (34%) منهم عدم توفر المعدات والتجهيزات الطبية والخبرات الفنية والأطباء المتخصصين بالوحدات الصحية في مناطق الدراسة . هذا الضعف في الأداء للوحدات الصحية بالمناطق الريفية والقروية في ليبيا بصفة عامة ،

ومجتمع الدراسة بصفة خاصة ، مرتبط دون شك بضعف قطاع الصحة في المجتمع الليبي بشكل عام ، كما تشير إلى ذلك العديد من الدراسات والتقارير الرسمية التي تصدر عن قطاع الصحة في القطاع العام ، نظراً لنقص الإمكانيات المادية والبشرية والفنية العاملة في هذا القطاع .

جدول رقم (15)يبيّن استعمال الأعشاب الطبية في العلاج بدلاً من الأدوية الحديثة من جانب المبحوثين

الإجابة	التكرار	النسبة
نعم	543	%83
لا	107	%17
المجموع	650	%100

تعكس معطيات الجدول رقم (15) بوضوح بعض مظاهر التخلف الاجتماعي وقلة الوعي الصحي التي لاتزال منتشرة بين سكان المجتمع الليبي بصفة عامة ، وسكان المناطق الريفية والقروية بصفة خاصة ، وتبرز مظاهر هذا التخلف في لجوء العديد من أفراد العينة إلى التطبيب الشعبي والتداوى بالأعشاب الطبية بدلاً من الوسائل العلاجية الحديثة بلغت نسبتهم (83%) تقريباً من المجموع الكلي في مقابل (17%) فقط يرفضون استعمال هذه الأعشاب في العلاج . وتعليل ذلك العادات والتقاليد الموروثة وخاصة بين سكان الريف التي تشجع اللجوء إلى مثل هذا الأسلوب في العلاج المبنى على التجارب والخبرات الذاتية ، أضف إلى ذلك ارتفاع أسعار الأدوية في معظم الصيدليات الخاصة ، وعدم فاعلية الكثير من الأدوية الحديثة المستوردة عن طريق مصادر خاصة.

جدول رقم (16)يوضح اللجوء إلى الفقهاء و أولياء الله الصالحين في علاج بعض الأمراض من جانب المبحوثين

الإجابة	التكرار	النسبة
نعم	400	%62
لا	250	%38
المجموع	650	%100

تبرز معطيات الجدول (16) بعض المؤشرات الدالة على مظاهر التخلف الاجتماعي والثقافي والصحي بين سكان المناطق الريفية في المجتمع الليبي ، المترتب في الأصل على ارتفاع مستوي الأمية ، وقلة الوعي الصحي ، والتمسك بالمعتقدات الخاطئة ، فبالرغم من التقدم العلمي والتكنولوجي ، وانتشار وسائل الاتصال الحديثة ، مازال عدد كبير من سكان الريف في المجتمع الليبي يلجأ ون إلى الفقهاء وأولياء الله الصالحين في علاج بعض الأمراض التي يعتقدون بأنها تقع خارج مجال الطب الحديث مثل المس والجان والسحر وغيرها من الغيبيات ، التي ثبت في كثير من الأحيان بأنها ذات طابع نفسي أو عقلي من الممكن علاجها في مصحات الطب النفسي والعقلي . فمن خلال هذه الدراسة أكد (62%) تقريباً من المبحوثين لجوءهم إلى الفقهاء وأولياء الله الصالحين للعلاج لمثل هذه الأمراض في مقابل (38%) لا يؤيدون هذا الأسلوب في العلاج.

جدول رقم (17)يوضح مدى معاناة المبحوثين لمشاكل صحية

الإجابة	التكرار	النسبة
نعم	182	%28
لا	468	%72
المجموع	650	%100

تبرز معطيات الجدول (17) الوضع الصحي لأفراد العينة ، التي عكست بوضوح تعرض البعض منهم لبعض الأمراض المرتبطة بالبيئة الريفية بلغت نسبتهم (28%) من المجموع الكلي مقابل(72%) لا يعانون من مشاكل صحية وقت إجراء الدراسة ، وهذه النسبة وإن قلت بعض الشئ عن مثيلتها إلا أنها تعد دليلاً على توطن بعض الأمراض في الريف خاصة المرتبط منها بتلوث البيئة ومياه الشرب ونقص الوعي الصحي .

جدول رقم (18) يوضح ابرز المشاكل الصحية التي تواجه المبحوثين بمناطق الدراسة

نوع المرض	التكرار	النسبة
الرمد	54	%8
داء السكري والضغط	499	%77
التهاب المسالك البولية	38	%6
الأمراض الجلدية	59	%9
المجموع	650	%100

من خلال السؤال المفتوح المطروح على المبحوثين لإبداء آرائهم حول المشاكل الصحية التي يعاني منها المواطنون بمناطق الدراسة ، فقد عكست معطيات هذا الجدول بوضوح وجود بعض الأمراض السارية والمتوطنة التي يعاني منها السكان ، فقد شكلت أمراض ضغط الدم والسكري أعلى نسبة بلغت حوالي (77%) من المجموع الكلي ،يليها الأمراض الجلدية وقد بلغت نسبتها (9%) من المجموع الكلي ، وجاءت أمراض العيون وأبرزها الرمد في المرتبة الثالثة بنسبة مئوية مقدارها (8%) من المجموع الكلي ، ثم النهاب المسالك البولية في المرتبة الأخيرة بنسبة مئوية مقدارها (6%) من المجموع الكلي.

جدول رقم (19)يوضح وجود إعاقة حسية أو ذهنية بين أفراد أسرة المبحوث

الإجابة	التكرار	النسبة
نعم	87	%13
لا	563	%87
المجموع	650	%100

أوضحت معطيات هذا الجدول وجود حالات إعاقة حسية وذهنية لدى أسر بعض المبحوثين بلغت نسبتها (13%) تقريباً من المجموع الكلي في مقابل (87%) من أسر المبحوثين لا توجد لديها حالات إعاقة حسية أو ذهنية ، وهذه النسبة التي تبدو ضئيلة مقارنة بمثيلتها إلاّ أنها تعكس بعض المؤشرات التي تدل على التخلف الاجتماعي ، والثقافي وقلة الوعي الصحي لدى مجتمع الدراسة ، لأن مثل هذه الإعاقات ترتبط عادة ببعض الأمراض مثل إمراض سوء التغذية ، والأمراض الوراثية ، وقد تنتج مثل هذه الإعاقات عن الولادة التي تتم بالبيوت وخاصة في الريف بدل اللجوء إلى المستشفيات الحديثة ، وعدم اكتشاف الإعاقة في وقت مبكر نتيجة عدم الوعي الصحي وعدم اللجوء إلى الأطباء بالمستشفيات بشكل منتظم ، الأمر الذي قد يساعد في اكتشاف هذه الحالات في الوقت المناسب وتشخيصها وعلاجها .

جدول رقم (20) يوضح مصادر مياه الشرب بمناطق الدراسة

مصادر مياه الشرب	التكرار	النسبة
صهريج (ماجن)	235	%36
مياه جوفية	97	%15
آبار رومانية	121	%19
شبكة المياه العامة	197	%30
المجموع	650	%100

يتضح من هذا الجدول أن (36%) من أفراد العينة يعتمدون بشكل أساسي في مياه الشرب على صهاريج(ماجن) مبنية من الاسمنت بجانب البيوت تزود بالمياه عن طريق سيارات نقل المياه أو الجرارات الزراعية، وهي صهاريج غير محكمة الإغلاق في أغلب الأحيان ، الأمر الذي يعرض المياه التي بها إلى التلوث ، إلي جانب عدم الاهتمام بتعقيم المياه بمثل هذه الصهاريج ، كما يعتمد ما نسبته (15%) تقريباً من المبحوثين في مياه الشرب على المياه الجوفية ، وما نسبنه (19%) تقريباً على مياه الآبار الرومانية وهي أيضاً مياه غير نقية في أغلب الأوقات لعدم اهتمام الكثير من المواطنين بتحليل هذه لمياه في معامل خاصة للتأكد من صلاحيتها للشرب ، الأمر الذي يشكل بيئة مناسبة لتفشي كثير من الأمراض المعدية وخاصة بين الأطفال . أما المبحوثون الذين يعتمدون في مياه الشرب على شبكة المياه العامة فلم تتجاوز نسبتهم (30%) من المجموع الكلي ، وهم عادة أصحاب المنازل التي تقع ضمن مخطط القرية الإداري.

ثالثاً: النتائج العامة للدراسة والتوصيات:

من خلال التحليلات الإحصائية لبيانات هذه الدراسة المتمثلة في النسب المئوية والجداول التكرارية ، توصل الباحث إلى أن البيانات والمادة العلمية التي تم التعامل معها قد دعّمت الفرضيات التي انطلقت منها هذه الدراسة .

أولا : النتائج العامة للدراسة:

1- بينت الدراسة أن اغلب المبحوثين (أرباب الأسر) هم من فئة متوسطي الأعمار وكبار السن ، حيث بلغت نسبتهم (56%)و (37%) على التوالي في حين لم تتجاوز نسبة صغار السن (7%) من المجموع الكلي المبحوثين ، وهو مؤشر يدل على تأخر سن الزواج الأول بين الشباب لأسباب اجتماعية واقتصادية حتى وصل إلى (35) سنة للذكور مقابل (31) سنة للإناث وفق نتائج التعداد العام للسكان لسنة 2006 م.

2- كبر حجم الأسرة بما يعادل (7 أفراد) في المتوسط من بين النتائج البارزة التي كشفت عنها هذه الدراسة بمجتمع البحث ، وهي معطيات تتفق إلى حد بعيد مع نتائج التعدادات العامة للسكان في المجتمع الليبي للسنوات :2006،1995،1984م التي أوضحت كبر حجم الأسر في المجتمع الليبي الذي تجاوز (7) أفراد في المتوسط ، الأمر الذي يشير إلى ارتفاع معدل الإعالة في الأسر الليبية بما يشكله من عبء على دخل الأسرة ومتطلباتها الضرورية.

3- انخفاض المستوي التعليمي، وارتفاع نسبة الأمية بين أفراد العينة من النتائج البارزة التي كشفت عنها هذه الدراسة حيث شكلتا (55%) و (35%) على التوالي في حين لم تتجاوز نسبة التعليم الجامعي فمافوق (10%) من المجموع الكلي للمبحوثين.

4- من الظواهر السلبية التي كشفت عنها هذه الدراسة ، ظاهرة الهدر والتسرب في العملية التعليمية في مرحلة التعليم الأساسي بمناطق الدراسة تجاوزت نسبتها (29%) من المجموع الكلي للمبحوثين ، وهو أمر قد يعرض هؤلاء في المستقبل لظاهرة أخطر وهي مشكلة الأمية والبطالة ، وتتفق هذه النتيجة إلى حد بعيد مع حجم البطالة في المجتمع الليبي بين العاملين اقتصادياً (15-64) سنة الذي تجاوز (19%) وفق ما جاء بتقارير التنمية البشرية للسنوات 1999و2002م الصادرة عن الهيئة الوطنية للمعلومات والتوثيق.

5- تبيّن من خلال نتائج الدراسة إنحسار مهنة الزراعة والرعي بمناطق الدراسة ، حيث لم تتجاوز نسبة من يمتهنون مهنة الزراعة والرعي (20%) من المجموع الكلي للمبحوثين على الرغم من وجود الأسر المشمولة بالدراسة في مناطق ريفية ، في حين شكلت بقية المهن ما نسبته (70%) تقريباً من المجموع الكلي . هذه المعطيات تؤكد بوضوح طابع الحياة القروية لسكان هذه المناطق الذي يتميز بوجود تجمعات سكنية قروية بعيداً عن مزارعهم ومراعيهم التي تأتي في مرتبة أقل من حيث الأهمية الاقتصادية ، وتفضيل العمل في القطاعات الإدارية والخدمية التي توفر دخلاً ثابتاً للفرد

6 - بينت الدراسة أن معظم المبحوثين من ذوي الدخول المتوسطة والمنخفضة (399) دينار فأقل شهرياً بنسبة تجاوزت (84%) من المجموع الكلي في مقابل (16%) فقط لذوي الدخول المرتفعة (400 دينار فما فوق).

7- بينت الدراسة أن نسبة كبيرة من الأسر بمنطقة الدراسة تجاوزت (45%) من المجموع الكلي تقيم مخازن للأعلاف والحبوب داخل مقر السكن ، الأمر الذي يعرض أفراد الأسرة لكثير من الأمراض المعوية والجلدية وأمراض العيون وغيرها ، نتيجة لوجود حشرات وقوارض بهذه المخازن ، إضافة على تلوث بعض الأعلاف والحبوب بمواد كيميائية ضارة.

8 - كما أوضحت نتائج الدراسة أيضاً وجود حظائر للحيوانات والدواجن في بعض البيوت بنسبة تجاوزت (60%) من المجموع الكلي ، وهو أمر يعد في غاية الخطورة من الناحية الصحية على سكان المنزل ، نظراً لكثرة الأمراض التي تنتقل بالعدوى نتيجة تواجد الحيوانات والدواجن بالبيوت السكنية.

9 - بينت الدراسة بوضوح انخفاض وتدني مستوي الخدمات الطبية التي تقدمها الوحدات الصحية بمناطق الدراسة المترتب في الأصل على نقص المعدات والتجهيزات الطبية والأدوية والخبرات الفنية والأطباء المتخصصين في مجالات الطب المختلفة ، وقد أيد هذه الحقائق ما نسبته (61%) من المبحوثين . أضف إلى ذلك ، مالاحظة الباحث في أثناء فترة الدراسة الميدانية ، ومن خلال مناقشة المسؤولين وذوي الاختصاص في مناطق الدراسة ، من عدم اشتمال الوحدات الصحية بمناطق الدراسة على وحدات متخصصة للأمومة والطفولة ، ورعاية الأمهات الحوامل ، والتحاليل الطبية ، وعلاج الأسنان والإسعاف في حالات الطوارئ والحوادث التي تعد من أبسط سبل الرعاية الصحية والاجتماعية.

10 - كشفت معطيات هذه الدراسة أن (83%) تقريباً من أفراد العينة يلجأ ون بالفعل إلى التطبيب الشعبي والتداوى بالأعشاب الطبية بدل الوسائل العلاجية الحديثة في مقابل (17%) فقط يرفضون استعمال هذه الأعشاب في العلاج . وتعليل ذلك العادات والتقاليد الموروثة وخاصة بين سكان الريف التي تشجع اللجوء إلى مثل هذا الأسلوب في العلاج المبنى على التجارب والخبرات الذاتية . أضف إلى ذلك تدني أو ضعف مستوي الخدمات الطبية بالوحدات الصحية في الريف ، وارتفاع أسعار الأدوية في معظم الصيدليات الخاصة ، وعدم فاعلية الكثير من الأدوية المستوردة عن طريق قنوات خاصة .

11 - من مظاهر التخلف الاجتماعي والثقافي ، المترتب في الأصل على ارتفاع مستوي الأمية، ونقص الوعي الصحي التي تعكسها نتائج هذه الدراسة ، لجوء عدد كبير من سكان الريف في المجتمع الليبي إلى الفقهاء وأولياء الله الصالحين في علاج بعض الأمراض التي يعتقدون بأنها خارج مجال الطب الحديث مثل : المس بالجان ، والسحر وغيرها والتي ثبت في كثير من الأحيان بأنها ذات طابع نفسي أو عقلي من الممكن علاجها في مصحات الطب النفسي والعقلي الحديث. فمن خلال هذه الدراسة أكد (62%) تقريباً من المبحوثين لجوءهم إلى الفقهاء وأولياء الله الصالحين لعلاج مثل هذه الأمراض في مقابل (38%) لا يؤيدون هذا الأسلوب في العلاج.

12- أوضحت نتائج الدراسة أن ما نسبته (28%) من المجموع الكلي للمبحوثين يعانون من بعض الأمراض المرتبطة بالبيئة الريفية خاصة ما يتعلق منها بتلوث البيئة ومياه الشرب ونقص الوعي الصحي مثل أمراض العيون وخاصة الرمد ، والتهاب المسالك البولية والنزلات المعوية ، وأمراض الحساسية ، والأمراض الجلدية.

13- بينت الدراسة وجود حالات إعاقة حسية وذهنية لدى أسر بعض المبحوثين بلغت نسبتها (13%) تقريباً من المجموع الكلي للأسر ، تمثلت في حالات كف البصر ، وبتر بعض الأطراف ، وبعض حالات شلل الأطفال ، وبعض الإعاقات الذهنية والعقلية.

14- بينت الدراسة أن حوالي (70%) من أسر المبحوثين يستخدمون مصادر لمياه الشرب غير نقية وغير صحية ، يتم جلبها أو تجميعها في صهاريج إسمنتية ملحقة بالوحدات السكنية من مصادرها الأصلية المتمثلة في المياه الجوفية أو الآبار الرومانية القديمة التي تتغذي من مياه الأمطار . أما المبحوثون الذين يعتمدون في مياه الشرب على شبكة المياه العامة ، فلم تتجاوز نسبتهم (30%) من المجموع الكلي للمبحوثين ، وهم عادة أصحاب المنازل التي تقع ضمن مخطط القرية الإداري.

ثانياً: التوصيات:

ترتيباً على ما سبق من نتائج ، وما تم طرحه من عوامل وأسباب محتملة لتدني مستوي الخدمات الصحية في المناطق الريفية التي خضعت للدراسة ، وما ترتب عليها من انتشار لبعض الأمراض السارية والمتوطنة والنتائج التي توصلت إليها مجموعة من الدراسات السابقة في هذا الشأن، والتي أسست عليها الدراسة الراهنة أسباب الأمراض وتفشيها في المناطق الريفية الخاضعة للدراسة ، يمكن استخلاص بعض التوصيات والمقترحات التي تتوجه بها الدراسة للمجتمع الليبي ممثلاً في مؤسساته وهيئاته الرسمية ذات العلاقة بوزارة الصحة ومؤسساتها المختلفة المعنية بمكافحة الأمراض والوقاية منها في مختلف مناطق ليبيا .

وفيما يلي عرض لأهم توصيات الدراسة :-

1- توصي الدراسة بضرورة وضع حلول جذرية لعلاج مشكلة الهدر والتسرب في العملية التعليمية التي تم الوقوف عليها بمناطق الدراسة ، الأمر الذي قد يعرض هذه الفئة من الشباب لمشاكل الأمية والبطالة في مستقبل حياتهم.

2- توصي الدراسة بضرورة معالجة مشكلة البطالة في المجتمع الليبي بصفة عامة ، والمناطق الريفية والقروية بصفة خاصة لدى قطاع الشباب وحديثي التخرج من الجامعات والمعاهد العليا ، وذلك عن طريق فتح فرص جديدة للعمل للتخفيف من حدة هذه الظاهرة التي قد تترتب عليها مشاكل أخرى في المستقبل مثل مشاكل الانحراف والجريمة.

3- توصي الدراسة بضرورة الاهتمام بالوحدات الصحية في مناطق الدراسة وتزويدها بالإمكانيات الفنية والبشرية والمادية اللازمة لتغطية متطلبات الوحدة الصحية بالأدوية والمعدات اللازمة للكشف والتشخيص والعلاج.

4- تزويد الوحدات الصحية في المناطق الريفية والقروية بسيارات إسعاف متطورة ومجهزة بوسائل تقنية حديثة لضمان سلامة نقل المريض أو المصاب إلى أحد المستشفيات المتخصصة.

5- وضع برامج للتوعية الصحية من خلال وسائل الإعلام المرئية والمسموعة والمقروءة للرفع من مستوي الوعي الصحي لدى المواطنين في الأرياف والقرى ، مع الأخذ في الاعتبار مراعاة توقيت إذاعة هذه البرامج بما يتناسب مع ظروف المشاهدين ووقتهم في الريف.

6- تحسين الوضع المادي والمعيشي للأسرة من أهم الموضوعات التي تؤكد عليها هذه الدراسة في توصياتها العامة، نظراً لكبر حجم الأسرة بما يعادل (7) أفراد في المتوسط ، وما يترتب على ذلك من ارتفاع معدل الإعالة في الأسر الليبية ومايشكلة من عبء على دخل الأسرة ومتطلباتها الضرورية ، مع ما يصاحب ذلك من انخفاض لدخول معظم الأسر بمجتمع الدراسة بمعدل تجاوز (84%) من المجموع الكلي للأسر.

7- أوضحت نتائج الدراسة أن عدداً كبيراً من الأسر بمناطق الدراسة تقيم مخازن للأعلاف والحبوب وكذلك حظائر للحيوانات والدواجن داخل المنازل السكنية .عليه توصي الدراسة بضرورة توعية المواطنين بمضار ومخاطر وجود هذه المخازن والحظائر داخل البيوت أو بالقرب منها من الناحية الصحية والبيئية لما يمكن أن تسببه من انتشار لبعض الأمراض السارية والمعدية.

8- نظراً لإقبال أعداد كبيرة من سكان المناطق الريفية الخاضعة للدراسة على استعمال الأعشاب الطبية في العلاج بدلاً من الأدوية الحديثة ، توصي الدراسة أن تقوم الجهات المختصة بوزارة الصحة بإعداد برامج تثقيفية عبر وسائل الإعلام المختلفة والأوقاف عن طريق المساجد ، والمدارس وعقد الندوات والمحاضرات لتوعية المواطنين حول فوائد ومضار بعض هذه الأعشاب التي يجب أن يتم استعمالها تحت إشراف أطباء متخصصين .

9 - توصي الدراسة بضرورة أقامة مسوح اجتماعية وصحية بواسطة فرق مختصة بالمناطق الريفية تتضمن إقامة برامج للتطعيم والتحصين ضد الأمراض ، والوقوف على طبيعة الأمراض السارية والمعدية بالمناطق الريفية.

10 - توصي الدراسة بضرورة توسيع شبكات المياه العامة وصيانتها ، وتوصيلها إلى المناطق الريفية والقروية للتقليل من الأمراض المرتبطة بالتلوث.

المراجع:

أولاً: الكتب:

1-د. إبـراهيم عبـد الهـادي المليجـي ، الرعايـة الطبيـة والتأهيليـة مـن متطـور الخدمـة الاجتماعية ، مكتبة المعارف الحديثة ، الإسكندرية (ب.ت)

2-د. الوحيشـي أحمـد بيـري ،د. عبـد السـلام الـدويبي ، مقدمـة فـي علـم الاجتمـاع الطبي ، الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع ، طرابلس 1989.

3-د. أمـل البكـري وآخـرون ، الصـحة والسـلامة العامـة ، دار الفكـر للطباعـة والنشـر والتوزيع ،ط3 ، عمان – الأردن 2002.

4-د. أيمـن مزاهـرة وآخـرون ، علـم اجتمـاع الصـحة، دار البـازوري العلميـة للنشـر والتوزيع ، عمان – الإدرن 2003.

5-د. حسـان أحمـد قمحيـة وآخـرون ، الطـب الوقـائي والصـحة العامـة ، دار الكتـب العربية ، دمشق 1993.

6-د. حسـن علـي حسـن ، المجتمـع الريفـي والريـف المصـري ، المكتـب الجـامعي الحديث الاسكندرية 1978.

7-د. عـاطف محمـد شـحاته ، الواقـع الاجتمـاعي للصـحة والمـرض والسـلوك المرضـي فـي القريـة المصـرية **فـي** مقدمـة فـي علـم الاجتمـاع الطبـي ، مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة 1992.

8-د. عبدالمنصـف حسـن علـي رشـوان ، الممارسـة المهنيـة للخدمـة الاجتماعيـة فـي المجـال الطبي ، المكتب بالجامعي الحديث ، الاسكندرية 2007.

9-د. علـي عبـد الـرازق جلبـي ، علـم الاجتمـاع الطبـي : دراسـة عـن الحالـة الصـحية فـي الريف المصري ، دار المعرفة الجامعية ، الاسكندرية 2000.

10-د. عمـاد الـدين عبـد الـرازق ، الصـحة العامـة وبرامجهـا ، المكتـب الجـامعي الحديث ، الاسكندرية 1993.

11-كليفـورد أندرسـلين ، طريقـك إلـى الصـحة والسـعادة ، ترجمـة : شـاكر نصـار، دار الشرق الأوسط للطبع ، بيروت 1996.

12-د. محجوب عطية الفائدى ، مبادئ علم الاجتماع والمجتمع الريفي ، منشورات جامعة عمر المختار ، البيضاء 1992.

13-د. محمـد علـي محمـد وآخـرون ، الطـب والمجتمـع ، دار المعرفـة الجامعية ، الاسكندرية ، 1996.

14-د. نادية السيد عمر ، العلاقات بين الأطباء والمرضى ، دار المعرفة الجامعية ، الاسكندرية 1993.

ثانيا: الدوريات

15-د. زيدان عبدالباقي ، التداوي بالأعشاب ، مجلة العلوم الاجتماعية ، العدد الثاني ، الكويت 1982.

16-د. محمد صالح عبد الكريم ، الانثروبولوجية الغذائية ، مجلة العلوم الإنسانية ، العدد الثاني ، نوفمبر 1991.