



الأكاديمية الليبية/ فرع مصراتة

مدرسة العلوم الإنسانية

قسم: علم الاجتماع

اتجاهات الأطباء الليبيين نحو ظاهرة العلاج بالخارج

دراسة ميدانية بمدينة مصراتة

بحث مقدم كجزء من متطلبات الحصول على درجة الإجازة العالية (الماجستير) في
علم الاجتماع

إعداد الباحثة:

هيفاء محمد امشحييت

تحت إشراف:

الدكتور: محمد عبدالمحسن عبدالله محسن

2016

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿ وَالَّذِي هُوَ يُطْعِمُنِي وَيَسْقِينِ ﴿٧٩﴾ وَإِذَا مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِينِ ﴿٨٠﴾ وَالَّذِي

يُمِيتُنِي ثُمَّ يُحْيِينِ ﴿٨١﴾ ﴾

سورة الشعراء، الآيات ﴿ 81-79 ﴾

الإهداء

إلى والديَّ أطال الله في عمرهما

إلى زوجي العزيز الذي شاركني هذه المرحلة بما فيها من مشاق ومتاعب ومصاعب

إلى ابنتي خديجة

أهدي هذا البحث المتواضع

الباحثة

الشكر والتقدير

الحمد والشكر والثناء الذي لا ينقطع لله - ﷻ - الذي منحني الصحة والعافية لإنجاز هذا البحث حتى ظهر بالصورة التي بين أيديكم.

أتوجه بجزيل الشكر والامتنان لأستاذي الفاضل الدكتور: محمد عبدالمحسن محسن على ما بذله من جهد وتذليل للمصاعب التي واجهتني خلال مرحلة البحث والدراسة.

كما أتقدم بالشكر إلى كل من الدكتور: مصطفى محمد البجباح، والدكتور: يوسف مفتاح الهديف، والدكتور: نور الدين أحمد شقلابو، والدكتور: عبدالمنعم محمد الغويل؛ لقبولهم تحكيم استمارة الاستبيان.

كما أتقدم بالشكر والتقدير إلى كل من الدكتور: نور الدين أحمد شقلابو والدكتور: ونيس محمد الكراتي لقبولهم مناقشة البحث رغم مشاغلهم العلمية الكثيرة.

كما لا يفوتني أن أتوجه بالشكر للدكتور: احمد حسنين، على مساعدته في تفرغ بيانات الاستبيان بالحاسب الآلي، ولا أنسى تقديم الشكر إلى للأستاذة: منى مليطان التي تكفلت بمراجعة لغويًا.

والشكر موصول لنقيب الأطباء الدكتور: علي عبدالقادر احمد لما قدمه من مساعده.
وأخيرًا... أتقدم بالشكر لكل من ساهم وساعد ولو بكلمة في إنجاز هذا البحث.

الباحثة

فهرس المحتويات

العنوان	الصفحة
الآية.....	أ.....
الإهداء.....	ب.....
الشكر والتقدير.....	ج.....
فهرس المحتويات.....	د.....
فهرس الجداول.....	ز.....
فهرس الأشكال.....	ي.....

الفصل الأول - مدخل البحث

المقدمة.....	2.....
تحديد مشكلة البحث.....	4.....
أهمية البحث.....	6.....
1- الأهمية النظرية للبحث.....	6.....
2- الأهمية التطبيقية للبحث.....	6.....
أهداف البحث.....	7.....
تساؤلات البحث.....	7.....
المفاهيم المستخدمة في البحث.....	7.....
الدراسات السابقة.....	9.....

الفصل الثاني - الإجراءات المنهجية للبحث

الإجراءات المنهجية للبحث.....	20.....
1- نوع ومنهج البحث.....	20.....
2- مجالات البحث.....	20.....
3- مجتمع البحث.....	21.....
4-أداة البحث.....	21.....
5- الأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث.....	22.....

 الفصل الثالث - علم الاجتماع الطبي مدخل نظري

24	علم الاجتماع الطبي مدخل نظري.....
25	أولاً- مراحل تطور علم الاجتماع الطبي.....
25	المرحلة الأولى.....
25	المرحلة الثانية.....
26	المرحلة الثالثة.....
27	ثانياً- العلاقة بين علمي الاجتماع والطب.....
29	ثالثاً- البناء الاجتماعي للمستشفى.....
31	رابعاً- المؤسسة الصحية.....
31	1- الموقع.....
31	2- النشأة.....
33	3- الإمكانيات.....
35	4- التجهيزات الطبية.....
35	5- المسؤولية الطبية للطبيب.....
36	العلاقة بين الطبيب والمريض.....
38	خامساً- التأهيل العلمي والخبرة الفنية للطبيب.....
40	الاتجاهات النظرية المفسرة لمشكلة العلاج بالخارج.....
40	مقدمة.....
40	أولاً- الاتجاهات الفكرية الرئيسية.....
45	ثانياً- النظرية الاجتماعية الطبية.....

 الفصل الرابع - الحياة الاجتماعية الطبية في المجتمع الليبي

52	مقدمة.....
53	أولاً- تطورات الاهتمام بالصحة في ليبيا.....
53	1- فترة الحكم العثماني.....

54	2- فترة الاحتلال الإيطالي.....
54	3- فترة ما بعد الاستقلال.....
55	4- فترة ما بعد 1969م.....
57	ثانياً- التعليم الصحي والتدريب السريري.....
58	مشروع خطة التحول الاقتصادي والاجتماعي خلال الفترة من (2002-2006م).....
58	قطاع الصحة والضمان الاجتماعي.....

الفصل الخامس - عرض البيانات والنتائج

62	أولاً- عرض الجداول الوصفية البسيطة (مجتمع البحث):.....
68	ثانياً- البيانات المتعلقة بعمل الطبيب:.....
78	ثالثاً- البيانات المتعلقة باتجاهات الطبيب حول ظاهرة العلاج بالخارج:.....
85	النتائج والتوصيات.....
90	النتائج المتعلقة بتساؤلات البحث.....
91	التوصيات.....
92	قائمة المراجع.....
95	ملخص البحث.....

الملاحق

فهرس الجداول

الصفحة	رقم الجدول
62	جدول (5-1) توزيع أفراد المسح حسب النوع.....
62	جدول (5-2) توزيع أفراد المسح حسب الشهادة العلمية.....
63	جدول (5-3) توزيع أفراد المسح حسب الحالة الاجتماعية.....
64	جدول (5-4) توزيع أفراد المسح حسب سنوات الخبرة.....
64	جدول (5-5) توزيع أفراد المسح حسب التخصص.....
66	جدول (5-6) توزيع أفراد المسح حسب مكان العمل.....
67	جدول (5-7) توزيع أفراد المسح حسب الدخل.....
67	جدول (5-8) توزيع أفراد المسح حسب السكن.....
68	جدول (5-9) توزيع إجابات أفراد المسح حول تدخل إدارة المستشفى في عملهم.....
69	جدول (5-10) توزيع إجابات أفراد المسح عن ساعات الدوام الرسمي في اليوم.....
69	جدول (5-11) توزيع إجابات أفراد المسح عن تفضيل العمل في المصحات الخاصة على العمل في القطاع العام.....
70	جدول (5-12) توزيع إجابات أفراد المسح الذين يفضلون العمل في المصحات الخاصة على العمل في القطاع العام.....
70	جدول (5-13) توزيع إجابات أفراد المسح حول أن من مهام الطبيب أنه يجعل المريض ينظر إليه رمزاً للثقة.....
71	جدول (5-14) توزيع إجابات أفراد المسح عن وجود فرق في معاملة المريض في المستشفى العام والمصحات الخاصة.....
71	جدول (5-15) توزيع إجابات أفراد المسح عن الوقت المستغرق للكشف على المريض في الغالب.....
72	جدول (5-16) توزيع إجابات أفراد المسح عن تشخيص المرض بدقة.....
72	جدول (5-17) إجابات أفراد المسح الذين أجابوا بنعم تمر عليهم.....
73	جدول (5-18) توزيع إجابات أفراد المسح عن عدد الحالات التي يتم الكشف عليها في المعتاد.....

- جدول (5-19) توزيع إجابات أفراد المسح عن وجود حوافز مادية أو معنوية نظير
73 تمييزك في عملك من إدارة المستشفى
- جدول (5-20) توزيع إجابات أفراد المسح عن كفاية الراتب الشهري للاحتياجات وإيفائه
74 للالتزامات الخاصة
- جدول (5-21) توزيع إجابات أفراد المسح عن رضاهم عن مكانتهم الوظيفية بالمستشفى
74
- جدول (5-22) توزيع إجابات أفراد المسح الذين أجابوا بعدم الرضا عن مكانتهم الوظيفية
75 بالمستشفى
- جدول (5-23) توزيع إجابات أفراد المسح عن مدى تجهيز المستشفى بما يلزم لعلاج
75 المرضى
- جدول (5-24) توزيع إجابات أفراد المسح عن وجود الأخطاء الطبية في التشخيص
76 داخل المستشفيات من عدمها
- جدول (5-25) توزيع إجابات أفراد المسح عن تقديم التسهيلات الإدارية لحضور الندوات
76 والمؤتمرات الدولية من عدمها
- جدول (5-26) توزيع إجابات أفراد المسح عن تأهيل هيئة التمريض ومدى وتأهيلها
77 بشكل يسمح لهم بتقديم المساعدة الفنية للطبيب وتسهيل عمله
- جدول (5-27) توزيع إجابات أفراد المسح عن تفضيل العناصر الطبية المساعدة
77 الأجنبية على العناصر الليبية
- جدول (5-28) توزيع إجابات أفراد المسح عن نصح المرضى بتلقي العلاج بالخارج في
78 حالة عدم شفائهم واستجابتهم لعلاجك
- جدول (5-29) توزيع إجابات أفراد المسح عن الأسباب التي تجعلك تتصح مرضاك
78 بالعلاج بالخارج
- جدول (5-30) توزيع إجابات أفراد المسح حول الساحات التي تشجع المرضى للذهاب
79 إليها لتلقي العلاج فيها
- جدول (5-31) توزيع إجابات أفراد المسح عن الاستشارة الطبية من المريض أو أسرته
79 للعلاج بالخارج

- جدول (5-32) توزيع إجابات أفراد المسح عن التعاون بين الأطباء الليبيين ولأطباء في الخارج في متابعة الحالات المرضية..... 80
- جدول (5-33) توزيع إجابات أفراد المسح عن وجود شكوى من متلقي العلاج بالخارج 80
- جدول (5-34) توزيع إجابات أفراد المسح حول أن علاج المواطنين بالخارج حافز لك على تطوير قدرتك المهنية..... 81
- جدول (5-35) توزيع إجابات أفراد المسح عن وجود فروق في التشخيص الطبي للمريض داخل ليبيا وخارجها..... 81
- جدول (5-36) توزيع إجابات أفراد المسح الذين يقرون بوجود فروقاً في التشخيص الطبي للمريض في ليبيا عن خارجها..... 82
- جدول (5-37) توزيع إجابات أفراد المسح عن وجود صعوبة في التعامل مع الحالات التي سبق لها العلاج بالخارج..... 82
- جدول (5-38) توزيع إجابات أفراد المسح الذين يجدون صعوبة في التعامل مع الحالات التي سبق لها العلاج بالخارج..... 82
- جدول (5-39) توزيع إجابات أفراد المسح عن قيامك بصفتك طبيباً بالعلاج في الخارج 83
- جدول (5-40) توزيع إجابات أفراد المسح عن نصح أحد أفراد أسرتك بالعلاج في الخارج 83
- جدول (5-41) توزيع إجابات أفراد المسح عن العمل خارج ليبيا 84

فهرس الأشكال

الشكل	الصفحة
شكل (1-5) توزيع التركيب النوعي للعيننة.....	62
شكل (2-5) توزيع أفراد المسح حسب الشهادة العلمية.....	63
شكل (3-5) توزيع أفراد المسح حسب الحالة الاجتماعية.....	63
شكل (4-5) توزيع أفراد المسح حسب سنوات الخبرة.....	64
شكل (5-5) توزيع أفراد المسح حسب التخصص.....	65
شكل (6-5) توزيع أفراد المسح حسب مكان العمل.....	66
شكل (7-5) توزيع أفراد المسح حسب الدخل.....	67
شكل (8-5) توزيع أفراد المسح حسب السكن.....	68

الفصل الأول

مدخل البحث

- المقدمة.
- تحديد موضوع البحث.
- أهمية البحث.
- أهداف البحث.
- تساؤلات البحث.
- الدراسات السابقة.

المقدمة:

يعد علم الاجتماع الطبي من العلوم حديثة النشأة، وهو يهتم بدراسة مشاكل الصحة والمرض والعلاقة الاجتماعية، وأصبح الدور الأساسي لعلم الاجتماع الطبي هو تعليم الأطباء المبادئ الأولى لدراسة السلوك الإنساني قبل دراستهم للطب، من أجل العمل على تطوير الكفاءات في المجال الطبي.

بدأ الاهتمام بعلم الاجتماع الطبي منذ سبعينيات القرن الماضي، ويمكن تفسير حداثة النشأة لهذا العلم، بأن الاتجاه السائد لهذه النظريات الاجتماعية نجم عن حركة التنوير، والحركات السياسية والاجتماعية في القرن الثامن عشر القائمة على مفاهيم التقديم باستخدام التفكير العقلي، والمنطقي، في حين كانت الموضوعات المتعلقة بالصحة، والجسد، وليدة النظريات الكلاسيكية، وكان تراث حركة التنوير يعني إمكانية النظر إلى التصرفات الأفراد المرادفة للوعي والنشاط العقلي⁽¹⁾.

يعتبر علم الاجتماع الطبي الدراسة العلمية، والموضوعية التي تتناول البعد الاجتماعي للطب، وإيجاد العلاقة بين مجال ممارسة مهنة الطب والواقع الاجتماعي، والاقتصادي، والسياسي، والأنثروبولوجي، وإيضاح السمات المميزة لتلك الصلة بين الطب وعلم الاجتماع، فهو إذاً مبحث وسط يأتي بن علم الاجتماع العام وعلوم الطب.

إن من حق المواطنين على الدولة أن توفر لهم الرعاية والخدمات الطبية الكاملة والكافية وهذا لا يعني تقديم الخدمات الطبية بصفة منتظمة ومتقدمة فحسب، وإنما يعني ضرورة تقديم هذه الخدمات الطبية بشكل كافٍ ومستوى عالٍ؛ أي: أنه يجب أن تتوفر الكفاءة والكفاية الكمية.

تقاس المجتمعات بتقدمها في المجال الصحي بعدة مؤشرات، مثل: (عدد الأطباء والمرضات لكل ألف من السكان، متوسط العمر، معدلات الخصوبة، وانخفاض معدلات الوفيات)، دون النظر إلى مستوى الخدمات، وهذا يخالف الواقع، إذ أن الرعاية الصحية لا ترتبط بكثرة عدد الأطباء فقط، فهناك ما يجعل كثرة الأطباء لا تؤثر تأثيراً مباشراً وإيجابياً، كمهارة الأطباء

(1) نجلاء عاطف خليل: في علم الاجتماع الطبي (ثقافة الصحة والمرض)، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 2006م، ص125.

واختصاصاتهم، وما يتوفر لديهم من معدات، وأجهزة طبية متقدمة، وتوزيعهم بشكل يتناسب مع الكثافة السكانية في المجتمع.

ويركز البحث الحالي على اتجاهات الأطباء الليبيين نحو موضوع التداوي بالخارج، وما المشاكل التي يعانها قطاع الصحة، والتي تقف عائق أمام تطور الخدمات الصحية في المجتمع الليبي لتجاوز ظاهرة العلاج بالخارج.

وقد تم تقسيم البحث إلى خمسة فصول:

الفصل الأول- مدخل البحث، ونباتول فيه مشكلة البحث وأهميته، وأهدافه وتساؤلات البحث.

الفصل الثاني- نوع البحث والمنهج المستخدم، ومجتمع البحث وخصائصه ونباتول فيه مجالات البحث وأداة جمع البيانات.

الفصل الثالث- ونباتول: أولاً- موضوعات نشأة علم الاجتماع الطبي ومراحل تطوره وعلاقة علم الاجتماع بالطب الاجتماعي، ونباتول موضوع تكوين المؤسسة الصحية، العلاقة بين الطبيب والمريض. ثانياً- الاتجاهات النظرية لعلم الاجتماع الطبي.

الفصل الرابع- مدخل الحياة الطبية في المجتمع الليبي وتتضمن:

أولاً- تطور الاهتمام بالصحة في ليبيا.

ثانياً- التعليم الصحي والتأهيل السريري.

ثالثاً- القوانين والتشريعات الطبية في المجتمع الليبي.

الفصل الخامس- يحتوي على عرض وتحليل البيانات، إضافة إلى النتائج، والتوصيات، وقائمة بأهم المراجع والملاحق.

الباحثة

تحديد مشكلة البحث:

تعتبر ظاهرة العلاج بالخارج إحدى المشكلات التي أصبحت ملاحظة في مشهد الحياة الصحية في المجتمع الليبي، وخصوصاً بمدينة مصراتة، بحيث أصبح العلاج بالخارج من ضمن الثقافة الاجتماعية الصحية السائدة في العقدين الأخيرين، واتجاه الأفراد لتلقي العلاج بإحدى الدول الأجنبية أو العربية من الأمور الضرورية للثقافة الصحية في المجتمع، ولا يمكن الاعتماد على التداوي داخل ليبيا - فالتأكيد وإعادة التشخيص في الخارج من الضرورات الاجتماعية، وهذا ناجم عن تداعيات عدة عوامل منها: عدم الثقة في الطبيب الليبي، والأخطاء الطبية غير المقصودة، الناتجة عن أخطاء في التشخيص، والإهمال أو عدم السرعة في الإجراءات الطبيعية وغيرها.

بالرغم من أنه لا يمكن تحديد درجة انتشار هذا الظاهرة (العلاج بالخارج)، وأعداد المواطنين الذين تلقوا العلاج خارج ليبيا، وعلى الرغم من الملايين التي ينفق على قطاع الصحة، وارتفاع نسبة الإنفاق خلال الخمس أعوام الماضية الذي قارب العشرة مليار دينار ليبي⁽¹⁾.

ففي دولة تونس كمثال، تشير بعض الإحصائيات لسنة (2010م) بأن نسبة الليبيين المترددين على المصحات في مدينة صفاقس (80%) من إجمالي المرضى، وفي العاصمة تونس (30%)، بمداخيل سنوية تصل إلى (35) مليون دينار تونسي⁽²⁾.

إلا أنه من المؤكد أن هذا الاتجاه الثقافي له العديد من السلبيات التي تمس الجوانب الاجتماعية والاقتصادية وغيرها من خلال البحث عن العلاج بالخارج نستطيع أن نفسر بعض الظواهر التي ظهرت في المجتمع الليبي من عدم الثقة في العلاج داخل ليبيا، وبيع الممتلكات، وكثرة الديون، وإهمال قطاع الصحة بشكل عام، هذه الأمور وغيرها، جعلت هذه الظاهرة مثار اهتمام، ومجال للبحث والتقصي.

(1) شبكة الإنترنت، صحيفة الوطن الليبية، مقترح لإصلاح الوضع الصحي في ليبيا، نوري حويج، 2012/05/27م:

https://www.alwatan_libya.net

(2) شبكة الإنترنت، مجلة تورس التونسية، عواطف خميري، استشفاء الليبيين في تونس، 2012/06/10م:

https://www.alwatan_libya.net

وقد دفعني انتشار ظاهرة العلاج بالخارج، أو الحاجة إلى العلاج خارج الدولة الليبية، في ظل الظروف الراهنة التي تمر بها البلاد، وكثرة المشاكل الناتجة عنها، سواء من الناحية الاقتصادية أو الاجتماعية. وهذا ما دفعني لاختيار هذا الموضوع للبحث، وسوف تكون وحدة المعاينة هم (الأطباء الليبيين العاملين في المجمعات والوحدات الصحية العامة- بمدينة مصراتة)، باعتبارهم ركيزة مهمة في قطاع الصحة، ويعتمد عليهم بشكل كبير في تقديم الخدمات الطبية؛ لذا اهتم الباحث بأخذ آرائهم، واتجاهاتهم حول ظاهرة العلاج بالخارج.

ومن جانب آخر فالمتتبع للتراث النظري للدراسات والبحوث السابقة في مجال علم الاجتماع الطبي، يجد أن هناك قصوراً في الموضوعات المتعلقة بالصحة، وخاصة في مجتمعنا الليبي، فهناك نقص على الرغم من الأهمية القصوى والحيوية لهذا القطاع، والمشاكل التي يعيشها المواطن الليبي لارتباطها بمتطلباته اليومية، من خدمات صحية، وأي قصور في هذا المجال يؤثر وبشكل مباشر على بقية القطاعات، والخدمات الأخرى، وعلى الحياة بشكل عام، من الناحية الاجتماعية، أو الاقتصادية، أو الثقافية.

ومن خلال العرض السابق تتبلور مشكلة البحث في التساؤل التالي:

ما اتجاهات الأطباء الليبيين حول ظاهرة العلاج بالخارج؟

أهمية البحث:

بعد مراجعة الأدبيات الاجتماعية في هذا المجال في المجتمع الليبي قياساً بالفترة الزمنية التي تناولها هذا البحث، وفي ظل تفاقم ظاهرة العلاج بالخارج وتزعزُع ثقة المواطن بلبيبا في النظام الصحي والخدمات الصحية، يمكن إدراك الأهمية لهذا البحث في كونه من البحوث القليلة التي تسلط الضوء في العقود القليلة الماضية على انتشار ظاهرة الاستشفاء خارج البلاد وخاصة بعد ثورة 17 فبراير، حيث تأتي أهميته في معالجته لقضية تتعلق بالصحة العامة في المجتمع الليبي، خصوصاً في الوقت الراهن، عندما أصبحت الحاجة ملحة لوجود نظام صحي متطور، ويوفر الخدمات الطبية لكل المواطنين بشكل دائم، ومستمر، وسريع؛ لتخطي كل العقبات، ومن أهمها ثقة المواطن في حكومته، وانتمائه للبلد، ويكتسب هذا البحث أهميته على مستويين.

1- الأهمية النظرية للبحث:

تعتبر هذا البحث خطوة في مجال الاهتمام بتخصص مهم، يعاني من قلة الدراسة فيه، وهو علم الاجتماع الطبي، رغم أهميته للمجتمع، والدور المنوط به في مجال الاهتمام بالصحة بشكل عام، وعلاقتها بالبناء الاجتماعي... وغيرها.

2- الأهمية التطبيقية للبحث:

يحاول هذا البحث الوقوف على واقع الحياة الطبية في مدينة مصراتة على وجه الخصوص وتشخيصه بشكل سليم والتعرف على الصعوبات التي يواجهها هذا القطاع، من خلال معرفة اتجاهات الأطباء الليبيين العاملين في المصحات العامة، نحو العلاج بالخارج، وما هي أسباب هذه الاتجاهات، والتعرف على نظرتهم للقطاع الصحي وما يعانيه من مشاكل، كما يمكن والاستفادة من هذا البحث في البرامج التنموية الخاصة بقطاع الصحة.

أهداف البحث:

- تسعى الباحثة في هذا البحث إلى معرفة اتجاهات الطبيب الليبي نحو ظاهرة العلاج بالخارج، وذلك يقتضي الوصول إلى النقاط التالية:
- 1- معرفة نظرة الطبيب الليبي لظاهرة العلاج بالخارج.
 - 2- معرفة رؤية الطبيب الليبي لمشكلات القطاع الصحي.
 - 3- معرفة متطلبات الطبيب الليبي؛ للقيام بدوره الفاعل في المنظومة الصحية.

تساؤلات البحث:

- يسعى هذا البحث إلى الإجابة عن التساؤل الرئيس:
- ما اتجاهات الأطباء الليبيين نحو ظاهرة العلاج بالخارج؟ وتتفرع عن هذا التساؤل عدة تساؤلات أخرى تتمثل في الآتي:

- 1- ما رؤية وتقييم الطبيب الليبي لواقع القطاع الصحي؟
- 2- ما العقبات التي تواجه الطبيب الليبي في أداء دوره؟
- 3- ما هي متطلبات الطبيب الليبي للقيام بدوره على أكمل وجه؟

المفاهيم المستخدمة في البحث:**مفهوم الاتجاه:**

يُعدُّ مفهوم الاتجاه من المفاهيم الأساسية في هذا البحث، ويعرف الاتجاه بأنه: نوع من الاستعداد والقدرة التي تكون بتفاعل عوامل موروثية، وأخرى مكتسبة⁽¹⁾.

كما ويمكن تعريف الاتجاه بأنه: استعداد (ميل، أو قابلية) مكتسب، للإجابة بطريقة مواتية

(Favorable)، أو غير مواتية (Unfavorable)، وبشكل متنسق نحو شيء معين⁽²⁾.

(1) عثمان عمر بن عامر: مفاهيم أساسية في علم الاجتماع والعمل الاجتماعي، (دار الكتب الوطنية، بنغازي، 2002م)، ص 43.
 (2) ثابت عبد الرحمن إدريس: الاتجاهات والسلوك الإنساني في الإدارة (نظريات - نماذج - طرق قياس - أساليب تحليل)، مكتب عين شمس، القاهرة، 1991م، ص 67.

كما يعرف على أنه تنظيم لعدد من المعتقدات، والأفكار حيال موضوع ما يجعل المرء ينزع نحو تفضيل موضوع ما أو يرفضه⁽¹⁾.

ويعتمد تغيير الاتجاهات بصورة كبيرة على استخدام عامل التأثير، والضغط الاجتماعي.

1- تغيير اتجاهات الفرد نحو حب الشيء وإكراهه.

2- تغيير سلوك الفرد نحو فعل الخير أو أداء واجبه⁽²⁾.

وتقصد الباحثة بالاتجاهات في هذا البحث رأي أو موقف أفراد المسح من ظاهرة العلاج

بالخارج، وما يمكن أن تحدثه من آثار اجتماعية واقتصادية.

العلاج بالخارج:

نقصد به تردد المواطنين الليبيين على العيادات والمصحات خارج الدولة الليبية لتلقي

العلاج، والحصول على الرعاية، والخدمات الصحية.

الطبيب:

هو الشخص المؤهل علمياً وبلجاً إليه المريض ليساعده في علاج حالته المرضية مستعيناً

في ذلك بالوسائل العلمية والطبية؛ وعلى ذلك تتمثل المهمة الأساسية للطبيب في تشخيص وعلاج

المرض⁽³⁾.

(1) كامل علوان الزبيدي: علم النفس الاجتماعي، دار الرواق، عثمان، 2003م، ص111.
(2) رمضان محمد القذافي: علم النفس العام، الدار العربية للكتاب، بيروت، 1983م، ص126.
(3) أيمن الزاهرة وآخرون: علم اجتماعية الصحة، دار اليازوري العلمية، عمان، 2003م، ص107.

الدراسات السابقة:

1- دراسة أحمد عبدالخالق الشريف (2006):

بعنوان: (ظاهرة العلاج بالخارج، الأسباب والنتائج) (1).

أجريت هذه الدراسة على عينة من الأطباء وهيئة التمريض والأخصائيين الاجتماعيين، بحيث وصل عددهم إلى 140 مفردًا.

وكذلك عينة من المرضى الذين عالجوا أو يعالجون بالخارج، بحيث بلغ عددهم 83 مفردًا مستخدمًا الباحث عينة كرة الثلج.

تهدف الدراسة إلى:

1- الكشف عن دور الإمكانيات المادية والخدمية للمؤسسات العلاجية المستشفيات بالداخل في ذهاب بعض المرضى للعلاج بالخارج على حسابهم الخاص.

2- الكشف عن دور الإمكانيات البشرية كمًا ونوعًا لمؤسسات الخدمات العلاجية بالداخل في ذهاب بعض المرضى للعلاج بالخارج على حسابهم الخاص.

3- الكشف عن دور ونوع المرض في ذهاب بعض المرضى للعلاج بالخارج على حسابها الخاص بمعنى المؤسس يذهبون للعلاج بالخارج يشكون جميعهم من أمراض محددة أو من أمراض مختلفة.

4- الكشف عن دور العوامل الشخصية للمرضى في ذهاب بعضهم للعلاج بالخارج على حسابهم الخاص.

5- الكشف عن النتائج السلبية والإيجابية الصحية والاقتصادية للمرضى المرتبة على العلاج بالخارج.

6- الكشف ما إذا كان العلاج بالخارج يؤثر سلبًا على سمعة المؤسسات الصحية والعاملين بها في الداخل.

(1) أحمد عبدالخالق الشريف: ظاهرة العلاج بالخارج، الأسباب والنتائج، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب/ جامعة طرابلس، 2006م، ص235.

وتوصلت هذه الدراسة إلى مجموعة من النتائج أبرزها:

1- هناك نقص في الإمكانيات المادية والخدمية بالمؤسسات العلاجية بالداخل مما يؤدي إلى علاج المرضى بالخارج.

2- تعاني المؤسسات العلاجية في ليبيا من نوعية العناصر الطبية والطبية المساعدة سواء من ناحية وفرتها أو في خبرتها وكفاءتها المهنية وكان لذلك دور في ذهاب المرضى للعلاج بالخارج.

3- هناك تنوع في الأمراض التي يذهب المرضى لعلاجها في الخارج كما أن أكثر المرضى علاجًا في الخارج أولئك الذين يتطلب علاجهم إجراء عمليات جراحية.

4- توجد بعض العوامل التي يتعلق بالمرضى تؤدي للعلاج في الخارج من أبرزها عدم الثقة في العناصر الطبية والطبية المساعدة وما تقدمه من خدمات للمرضى.

5- كشف الدراسة من أن العلاج بالخارج نتائج إيجابية لمعظم المرضى ونتائج سلبية على المستوى الاقتصادي.

6- كشف الدراسة عن أن العلاج بالخارج تؤثر على سمعة المؤسسات العلاجية بليبيا والعاملين بها.

2- دراسة الوحيشي بيري، والجيلاني جبريل:

بعنوان: (مستوى الخدمات التي تقدم لنزلاء المستشفيات والصعوبات التي تواجه القائمين

بهذه الخدمات وكيفية التغلب عليها) (1).

أجرى الباحثان هذه الدراسة في عام (1994م) وحددت هذه الدراسة مجموعة من التساؤلات

التي تسعى من خلالها الحصول على إجابات لتقييم مستوى الخدمات الصحية والصعوبات التي

تواجهها ومن هذه التساؤلات الآتي:

1- هل الخدمات الطبية والتمريض والخدمات الإيوائية وغيرها من الخدمات الأخرى التي يتلقاها

(1) أحمد عبدالخالق الشريف، المرجع السابق، ص 84.

- نزلاء المستشفيات في ليبيا تقدم لهم بالصورة المطلوبة التي يجب أن تقدم بها.
- 2- هل نزلاء المستشفيات في ليبيا يشعرون بالرضا والامتنان لما تقدم لهم من خدمات طبية مدة بقائهم بهذه المستشفيات.
- 3- هل توجد علاقات إنسانية ومشاعر ودية بين نزلاء المستشفيات من جانب الأطباء وجهاز التمريض والإداريين والفنيين ومقدم الخدمات من جانب آخر؟

3- دراسة نجاة محمد المهدي:

بعنوان: (العيادات المجمع في مدينة طرابلس) (1).

أجريت هذه الدراسة على العيادات في طرابلس، توزيعها المكاني وخدماتها المنوطة بها بين الواقع والمستهدف، وكان الهدف من هذه الدراسة:

1- معرفة العلاقة بين التوزيع الجغرافي لسكان مدينة طرابلس كثافتهم ومواقع العيادات المجمع.

2- معرفة التشابه والاختلاف بين العيادات المجمع من حيث إمكانياتها وكفاءة القائمين بالعمل بها ودرجة المحافظة عليها.

3- التعرف على درجة تحقيق هذه العيادات للأهداف التي أنشئت من أجلها.

4- أما عن العينة فشملت المواطنين المترددين على العيادات المجمع بمدينة طرابلس والعاملين بها والتي بلغ عددها (455) مواطناً من المترددين والعاملين بالعيادات المجمع.

أما الفترة الزمنية التي استغرقتها الدراسة من (1999م) إلى (2002م) وتسعى هذه الدراسة

إلى التحقق من الفروض التالية:

1- لا يتفق عدد العيادات المجمع القائمة وتوزيعها المكاني والتوزيع الحالي للسكان وكثافتهم في الفروع المتواجدة بمنطقة الدراسة.

(1) أحمد عبدالخالق الشريف: المرجع السابق، ص 80-82.

2- لكل من المتغيرات الاجتماعية والتعليمية والاقتصادية دور في تحديد الفئات الأكثر تردداً على العيادات المجمعّة.

3- كلما زادت المسافة بين مكان المواطنين والعيادة المجمعّة، قلت درجة الانتفاع من خدماتها.

4- الخدمات العلاجية وليست الوقائية هي الهدف الذي من أجله يتردد المواطنون على العيادات المجمعّة.

5- الخدمات التي تقدمها العيادات المجمعّة ليست كافية بالدرجة التي تحول دون تفكير المواطن في البحث عن مراكز خدمات صحية بديلة حتى وإن كانت مكلفة مادياً.

وتوصلت الدراسة من خلال البحث الميداني إلى:

1- عدم توفر الأدوية بالدرجة الكافية مما يدفع غالبية أفراد المسح للبحث عنها في مراكز صحية أخرى أو صيدليات خاصة.

2- مشكلة الازدحام وهذه بطبيعة الحال ترتبط بعدم تناسب عدد العيادات المجمعّة وتوزيعها مع عدد السكان وكثافتهم في كل فروع منطقة الدراسة.

3- عدم توفر المعدات والأجهزة اللازمة التي تمكن الأطباء من القيام بواجباتهم على الوجه الأكمل.

4- يُعاني بعض المترددين على العيادات المجمعّة من الإهمال وعدم الاهتمام بهم وهذا ترتبط بمشكلة عدم توفر العدد الكافي من الأطباء في بعض التخصصات وأطقم التمريض المصاحبة.

5- تُعاني بعض العيادات المجمعّة من مشكلة عدم توفر الإمكانيات اللازمة في معمل التحاليل مما يجعلها غير قادرة على تقديم خدماتهم للمترددين عليها.

6- عدم توفر المياه في بعض العيادات المجمعّة وتوفرها بدرجة محدودة في بعضها الآخر وما دام الأمر كذلك فكيف نتوقع أن تكون النظافة فيها، وهي التي أنشئت بهدف تقديم خدمات للمواطنين، وأساس هذه الخدمات التعقيم.

4- دراسة حاتم الدرسي:

بعنوان: (العيادات الطبية العامة في مدينة البيضاء، دراسة في الجغرافيا الطبية)⁽¹⁾.

تناولت هذه الدراسة العيادات الطبية العامة في مدينة البيضاء وكان الهدف منها:

1- توضيح مدى أهمية العيادات الطبية في مدينة البيضاء خاصة فيما يتعلق بتقديم الخدمات الطبية للمواطنين.

2- مناقشة المشكلات التي تعاني منها العيادات الطبية في المدينة.

3- محاولة الوصول إلى مقترحات وتوصيات يمكن أن تساهم في تطوير الخدمات الطبية بالمدينة.

وبلغ المجموع الكلي لعينة هذه الدراسة (360) مقسمة إلى عينتين العينة الأولى (180) فردًا من جملة العاملين في العيادات بالمدينة، العينة الثانية (180 فردًا)، من المترددين على العيادات خلال سنة (2002م)، وتسعى هذه الدراسة إلى التحقق من صحة مجموعة من الفروض التي حددتها في النقاط التالية:

1- تلعب المسافة دورًا مهمًا في انتفاء العيادة التي بتردد عليهما أكثر المواطنين.

2- تهتم العيادات الطبية بالخدمات العلاجية أكثر من الخدمات الوقائية.

3- أن الفئات ذات الدخل المحدود هي الأكثر ترددًا على العيادات.

وتوصل الباحث من خلال الدراسة الميدانية إلى:

1- أن بُعد المسافة كان عائقًا كبيرًا في التردد على العيادات الطبية.

2- أن تقديم العيادات للخدمات العلاجية أكثر من تقديمها لخدمات الوقائية.

3- أن الفئات ذات الدخل المحدود هي الأكثر ترددًا على العيادات.

(1) أحمد عبدالخالق الشريف: المرجع السابق، ص78، 79.

5- دراسة عبد الله محمد عبد الرحمن:

بعنوان: (تحليل الجانب السيولوجي لمشكلة العلاج داخل البناءات والمؤسسات التنظيمية والعلاجية)⁽¹⁾، وأقيمت هذه الدراسة بمستشفى الأطفال بالإسكندرية لإجراء الجانب الميداني للدراسة. وتركز هذه الدراسة على بعض القضايا والمشكلات العامة التي تواجه المستشفى كتنظيم، ومدى انعكاسات هذه القضايا بعدها معوقات لتحقيق الكفاءة والفاعلية للنواحي العلاجية، ومن أهم هذه القضايا التي تعتبر بمثابة الأفكار الموجهة للبحث، والفروض التصويرية وتسعى الدراسة إلى التحقق منها، وتحليلها على مستوى البعدين النظري والإمبيريقي، ومن هذه الفروض:

- دور الملامح العامّة للمستشفى كتنظيم اجتماعي، وأهداف هذا التنظيم، والدور الذي يلعبه في المجتمع.

بالإضافة إلى العلاقة بين المستشفى كنسق مفتوح، وبين البيئة الخارجية التي توجد فيها، ومظاهر العلاقة بين المريض وأعضاء تنظيم المستشفى، وتحديد العلاقة بين المريض والمستشفى من ناحية وضعه الاقتصادي والاجتماعي والثقافي، بل يصل الأمر إلى حالته المرضية أيضاً.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

1- لازالت مشكلة الكفاءة والفاعلية للخدمات العلاجية من أهم المشكلات التي لم تجد اهتماماً من قبل المهتمين، سواء المهتمين بالمشكلة الصحية وقطاع المؤسسات، أو المهتمين بالعلوم الاجتماعية والطبية بصفة عامة.

2- تعكس طبيعة البناء التنظيمي الداخلي للمستشفى، معوقات مشكلة كفاءة الخدمة العلاجية.

3- تأثر مستويات الكفاءة والفاعلية بمشكلة التعدد في السلطة.

4- لقد ارتبطت مظاهر عدم الكفاءة والفاعلية العلاجية بمشكلة قلة الإمكانيات المادية والاقتصادية والتكنولوجية والطبية.

5- تعتبر مشكلة الزيادة في كثافة المرضى داخل المستشفى، وخاصة مستشفى الأطفال، من أهم

(1) سامي عبد الكريم الأزرق: العلاقات الاجتماعية بين الأطباء والمرضى، دار الشجرة للتوزيع والإعلان، دمشق، 2008م، ص 41 - 43.

المعوقات التي تؤثر على أنساق الخدمة العلاجية.

6- إن نقص عدد أعضاء هيئة التمريض أصبح من المشكلات العلاجية والصحية التي تؤثر

على تنفيذ السياسات العلاجية السليمة داخل المستشفى.

7- تتأثر مستويات الخدمة العلاجية، ودرجة كفاءتها، وفعاليتها أيضاً بمشكلة عدم توفر الدواء

الملائم في المستشفيات.

6- دراسة نجوى محمود عبد المنعم:

بعنوان: (نسق الخدمة الطبية في المجتمع المحلي)، (1989م)⁽¹⁾.

وتكمن أهمية هذه الدراسة في افتراض مفاده: أن مؤسسات العلاج الرسمي بالريف المصري

تواجه العديد من المشكلات التي وقفت حائلاً أمام قيامها بدورها بالقرية المصرية، وقد استخدمت

هذه الدراسة منهج دراسة الحالة، وكانت الأسرة والوحدة الصحية وكذلك المعالجين الشعبيين يمثلون

وحدات لدراسة الحالة.

أما وسيلة جمع البيانات فقد كانت الملاحظة بالمشاركة، لملائمتها وطبيعة القرية التي تعد

وحدة الدراسة، والظروف المحيطة بها.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

1- إن الدور المتوقع للخدمة الطبية ينحصر في الطبيب المعالج والأدوية التي تشفي الأمراض؛

لأن الدراسة أظهرت أن هناك قصوراً في الجانبين.

2- افتقار المجموعة إلى بعض المتخصصين كالصيديلي والفئات المعاونة.

3- افتقار المجموعة إلى بعض الإمكانات المادية كالأجهزة الطبية والمواد العلاجية.

4- ضيق الأماكن المخصصة للكشف والعلاج، مما يجعل المرضى يجلسون على الأرض.

(1) سامي عبد الكريم الأزرق: المرجع السابق، ص32-34.

- 5- نقص الأدوية من حيث الكم والكيف.
- 6- يتعالى أطباء المجموعة الصحية على المرضى، ويتأففون من تعاملهم مع المعالجين.
- 7- عدم تحلي الطبيب بالجانب الاجتماعي لأداب المهنة، حيث يغفل في تعامله مع أبناء القرية، ثقافتهم وحياتهم الاجتماعية.
- 8- تتم العلاقة بين الطبيب والمريض في صورة رسمية تخلو من العلاقات الودية، أو الإصغاء لشكوى المريض، فهي علاقة من حيث الشكل فقط، دون المضمون المتوقع، الأمر الذي يؤدي إلى إعاقة الأداء الفعلي الوظيفي لنسق الخدمة الطبية الرسمية داخل القرية.

7- دراسة علي المكاوي:

بعنوان: (الجوانب الصحية في مصر، دراسة الأبعاد المهنية والاجتماعية والثقافية)

(1981م)⁽¹⁾.

تهتم هذه الدراسة بالجوانب المهنية والاجتماعية والثقافية المرتبطة بالخدمة الصحية في المجتمع المصري قطاعاته الثلاثة: البدو، الريف، والحضر.

كما تهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن الأبعاد الاجتماعية والثقافية المرتبطة بمهنة الطب، وأثر هذه الأبعاد على أداء دورها في إطار القصور الموجود في الخدمات الصحية، حيث توجد عوائق اجتماعية وثقافية تحول دون الأداء الطبي السليم.

واعتمدت هذه الدراسة على المنهج الأنثروبولوجي، للتعرف على الواقع الفعلي للخدمة الصحية، كما استخدم الباحث منهج دراسة الحالة لدراسة نسقي الرعاية الصحية الرسمية وغير الرسمية، في المجتمعات الثلاث: البدو والريف والحضر، أما الأدوات فقد استعان الباحث

(1) علي المكاوي: الخدمة الصحية في مصر - دراسة الأبعاد المهنية والاجتماعية والثقافية، رسالة دكتوراه، جامعة القاهرة، قسم علم الاجتماع، 1981م.

بالملاحظة بالمشاركة والمقابلة ودليل العمل الميداني.

نتائج الدراسة:

لقد كشفت هذه الدراسة عن عدة نتائج ولعل أهمها ما يلي:

أولاً- النتائج المرتبطة بالأبعاد المهنية للخدمة الصحية:

1- يشكل العمال جماعة خطيرة تهدد استقرار النظام الصحي في الريف والبادية، وتزداد هذه

الخطورة عندما تهدد مصالحهم، مما أدى بهم للنيل من الطبيب بشتى الطرق.

2- إن مراعاة الطبيب للثقافة السائدة؛ تساعد على نجاحه وحسن سمعته وانتشار الخدمة

الصحية الريفية ونجاحها وزيادة الجمهور اللاجئ إليها.

3- يقوم العمال والمرمضات بدور كبير في الترويج للطبيب سواء بالخبرة أو الكفاءة أو الضعف

أو القصور، ويتوقف ذلك -في الحالتين- على مصالحهم الشخصية.

4- يواجه الطبيب في الوحدة الطبية صراعاً بينه وبين مرؤوسيه، هناك فمنهم من يضجر منه

ويحاربون إذا أراد ضبط العمل، ويرجع ذلك إلى قصور برامج التعليم الطبي في التأهيل

الاجتماعي والإداري للطبيب.

5- كما يعيش طبيب الريف صراعاً حاداً بين التعليمات الرسمية والواقع الاجتماعي الريفية،

ومدير الإدارة الصحية، فإذا تمسك بالتعليمات فإنه يواجه بالثورة من الأهالي والعمال.

6- يؤدي وجود أكثر من طبيب بشري في وحدة صحية واحدة إلى حدوث نوع من الصراعات

بينهما؛ وهو ما ينعكس سلباً على أداء الوحدة الصحية لدورها.

ثانياً- النتائج المرتبطة بالأبعاد الاجتماعية للخدمة الصحية:

1- أظهرت الدراسة أن أطباء المستشفيات الحضرية أكثر تعاطفاً مع المرضى الفقراء المترددين

على العيادات الخارجية أو المحجوزين بالأقسام الداخلية، على عكس معظم أطباء الريف

الذين غالبًا لا يتعاطفون مع المترددين على الوحدات الصحية.

2- يلعب التعصب القبلي في البادية، والطابع العائلي في الريف دورًا في تعويق الطبيب أو تنشيطه في أداء الدور.

ثالثًا - النتائج المرتبطة بالأبعاد الثقافية للخدمة الصحية:

1- تعد الممارسات الطبية الشعبية في المجتمع البدوي أكثر ثراء من المجتمعين الريفي والحضري؛ وذلك نتيجة للظروف البيئية الصعبة التي يعانيها المجتمع البدوي.

2- ترفض النساء البدويات والريفيات الحوامل إعطاء عينات من الدم في الوحدات الصحية لتحليلها في معامل وزارة الصحة بالقاهرة، كما يرفضن التطعيم ضد فيروس التيتانوس وغيره.

3- ظهرت فئة من الممارسين الشعبيين يجمعون بين الطب الشعبي والطب الرسمي في الريف والبادية، وهم جماعة العمال بالوحدات الصحية، ومعظمهم ممن قامت الدولة بتوظيفهم في أعقاب حرب (1973م)، وقد اكتسبوا خبرة في هذا المجال.

4- يزداد الاستشفاء بالأولياء في القطاعين الريفي والبدوي، مع حالات الفقر واستعصاء المرضى.

5- يلعب المجراني دورًا أساسيًا، وما زالت له شهرة وسمعة، كما أن الأطباء يعترفون به وبمهاراته، ويلقى احترامًا كبيرًا.

6- تلعب القابلة دورًا مهمًا في المجتمع الريفي، في ظل تدني مستوى الخدمة الصحية الرسمية من الوحدة الصحية.

7- أثبتت الدراسة قصور خدمات الرعاية الخاصة بالأمومة والطفولة، مما يهيئ الفرصة لنجاح القابلة التقليدية.

الفصل الثاني

الإجراءات المنهجية للبحث

- نوع ومنهج البحث.
- مجالات البحث.
- مجتمع البحث.
- أداة البحث.
- الأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث.

الإجراءات المنهجية للبحث:

1- نوع ومنهج البحث:

يندرج هذا البحث ضمن البحوث الوصفية التحليلية التي تسعى إلى البحث في ظاهرة مجتمعية ملموسة، ويهتم بوصفها والتعرف على عناصرها ومكوناتها عن طريق جمع وتحليل المعلومات والبيانات وتفسيرها بالاعتماد على منهج المسح الاجتماعي وهو الأكثر شيوعاً واستخداماً في البحوث الاجتماعية بحيث يسمح لنا بجمع البيانات بأسلوب علمي. يُعرف (موند) المسح الاجتماعي بأنه يتناول دراسة الخصائص الديمغرافية والبيئية الاجتماعية والأنشطة والآراء والاتجاهات السائدة في جماعة معينة، وأن المسح إنما هو تلك المحاولة المنظمة التي تهدف إلى الحصول على معلومات من جمهور معين أو عينة معينة، وذلك عن طريق استخدام استمارة بحث أو مقابلة⁽¹⁾.

المنهج المستخدم في هذا البحث هو منهج المسح الاجتماعي.

2- مجالات البحث:

تنقسم إلى ثلاثة أقسام:

- المجال الجغرافي (المكان) والمجال البشري، والمجال الزمني.
- يقتصر المجال الجغرافي (المكاني) لهذا البحث على المجمعات والوحدات الصحية والمراكز الصحية العامة بمدينة مصراتة.
- بينما يشمل المجال البشري لهذا البحث الأطباء الليبيين العاملين والتابعين لمكتب الصحة ببلدية مصراتة.
- وأما بالنسبة للمجال الزمني للبحث، فقد بدأ البحث في جوانبه النظرية من أول يناير عام (2013)، أما الجوانب الميدانية بين شهري (نوفمبر 2015 - مارس 2016).

(1) عبد الله عامر الهاملي: أسلوب البحث الاجتماعي وتقنياته، منشورات جامعة قارون، بنغازي، 1988م، ص 117، 118.

3- مجتمع البحث:

التعريف بمجتمع البحث (مصراتة)

تعد مدينة مصراتة ثالث أكبر المدن الليبية بعد مدينتي طرابلس وبنغازي، تقع في الشرق من مدينة طرابلس بنحو (210 كلم) في الغرب من مدينة بنغازي بنحو (825 كلم) في منطقة زراعية سهلية تطل على البحر المتوسط بساحل يصل طوله إلى (70 كلم) ويبلغ عدد سكانها (300.000 نسمة) تقريباً، وهي تتربع على مساحة من الأرض كحدود إدارية تقدر (44 الف كلم مربع)⁽¹⁾. وقد اقتصر المسح على المراكز والوحدات الصحية التابعة لوزارة الصحة مصراتة، وتشير الباحثة هنا إلى وجود عدد من الوحدات والمراكز المقفلة بسبب قلة الإمكانيات أو عدم وجود عناصر طبية للعمل فيها.

بلغ عدد الأطباء العاملين في المراكز والوحدات الصحية بمدينة مصراتة التابعة لوزارة الصحة إلى 221 طبيب، بحيث يكون مجتمع البحث 221 طبيباً⁽²⁾.

والجدول التالي يبين الوحدات والمراكز الصحية العاملة بمدينة مصراتة.

الوحدات والمراكز الصحية العاملة بمدينة مصراتة

نوع الوحدة	مستشفيات	عيادات مجمعة	مراكز صحية	وحدات رعاية	مراكز ووحدات متخصصة
العدد	1	3	18	4	3

انظر الملحق (1)

4- أداة البحث:

يقترض المنهج العلمي أن يستعين الباحث بأداة أو أكثر لجمع البيانات اللازمة للبحث، وسوف يتم الاعتماد في هذا البحث على:

(1) منتدى جغرافية ليبيا والوطن العربي، إبراهيم مفتاح عبدالعالي، ماذا تعرف عن مدينة مصراتة، 2016/02/27م:

https://www.geo_libya.yoo7.com

(2) مكتب وزارة الصحة في المجلي البلدي بمصراتة، 2015م.

استمارة الاستبيان:

ويطلق عليها أحياناً الاستفتاء أو الاستقصاء وهي من الأدوات الأساسية التي سيستخدمها الباحثون الاجتماعيون في جمع البيانات عن الظواهر التي يدرسونها من أشخاص لهم خبرة مباشرة أو غير مباشرة بهذه الظواهر، ويتعذر على الباحث لأسباب مختلفة أن يقوم بنفسه بإجراء ملاحظات مباشرة عن موضوع البحث؛ أي: أن الاستبيان في حقيقته هو أداة للحصول على ملاحظات الناس عن أمور أو أحداث لا يستطيع الباحث أن يلاحظها بنفسه، وقد تتعلق هذه الأمور أو الأحداث بالناس أنفسهم، مثل: آرائهم أو اتجاهاتهم أو قيمهم أو سلوكهم، أو بوقائع مختلفة شهدوها أو جزموها في أماكن حياتهم أو نشاطاتهم في الحاضر أو الماضي، كالثورة والهجرة أو سلوك مجموعات أو أفراد... (1).

وتم اختيار هذا الأسلوب وذلك للميزات التي يوفرها هذا النوع من الأدوات من توفير للوقت وصعوبة مقابلة كل أفراد المسح وذلك لطبيعة عملهم وانشغالهم.

5- الأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث:

بعد جمع البيانات والقيام بمراجعتها وتصنيفها وتفرغها في جداول، بدأت في تحليل البيانات وعادة ما يعرض تحليل البيانات في جداول تحتوي الجداول التكرارية والنسب مئوية عن طريق برنامج (SPSS)، فهذا البرنامج يقدم مساعدة للباحث من حيث اختصار الوقت والجهد للوصول إلى نتائج دقيقة.

يعتمد البحث على الجداول البسيطة التي تعرض متغيراً واحداً وتدعمها النسب المئوية.

(1) سمير نعيم أحمد: المنهج العلمي في البحوث الاجتماعية، منشورات جامعة عين شمس، القاهرة، (د.ت)، ص167.

الفصل الثالث

علم الاجتماع الطبي مدخل نظري

- أولاً- نشأة علم الاجتماع.
- مراحل تطور علم الاجتماع الطبي.
- علاقة علم الاجتماع بالطب.
- تكوين المؤسسة الصحية.
- العلاقة بين الطبيب والمريض.
- ثانياً- التأهيل العلمي والخبرة الفنية للطبيب.
- ثالثاً- الاتجاهات النظرية الرئيسية المفسرة لموضوع البحث.

علم الاجتماع الطبي مدخل نظري:

يوجد إشارات عديدة من الكتاب والمؤلفين العرب عن البدايات أو النشأة الأولى لعلم الاجتماع الطبي في المصادر العربية والإسلامية فقد حوت إشارات عميقة وعديدة عن علم الاجتماع الطبي، ولا سيما عند الكتاب القدامى الذين عاشوا بعد القرن التاسع الميلادي، أمثال: الأندلسي ابن عبد ربه وابن قتيبة الدينوري، وإخوان الصفا وابن سينا والبغدادي، والأزرقي إبراهيم ابن عبد الرحمن بن أبي بكر، فقد انصب اهتمامهم على دراسة الجوانب الصحية والوقائية للحياة الاجتماعية⁽¹⁾.

ولقد حظي الطب في المجتمع البابلي باهتمام وعناية فائقتين، كما حظي بالاهتمام بتنظيم مختلف العلاقات بين أفراد المجتمع الآشوري، وتجسد هنا في جملة من التشريعات التي استهدفت تنظيم العلاقات الاجتماعية وتحديد العلاقة بين الطبيب والمريض والمجتمع.

واشتمل تاريخ الطب في الصين على نوع من تكامل وتداخل العلاقة بينه وبين المجتمع حيث ركز الصينيون على الوقاية وتنظيم عمليات التلقيح والتطعيم وإنشاء المساكن والمدن على أساس صحي وفي اليونان وعلى مستوى البدايات ربط الطب بالمجتمع فنجدا أبو قراط (460-377ق.م) ركز على دراسة البيئة المحيطة والغذاء ونمط المعيشة وتأثيرها على صحة الإنسان⁽²⁾.

ومع بدايات القرن الثامن عشر شهدت بعض المجتمعات تغيرات كبيرة وعميقة في بنائها وخاصة بعد ظهور الثورة الصناعية.

ويعتبر الربع الأخير من القرن التاسع عشر مولد علم الاجتماع الطبي وهو ميدان خاص من ميادين علم الاجتماع العام يهتم بدراسة التأثير المتبادل بين المجتمع من جهة والطب والتمريض من جهة أخرى.

(1) عبد المجيد الشاعر: علم الاجتماع الطبي، دار الباز العملية، عمان، 2000م، ص32.

(2) الوحشي بيبي، عبد السلام الدويبي: مقدمة في علم الاجتماعي الطبي، الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع، مصراتة، 1989م، ص41،

وفي رأي (بلوم) أن علم الاجتماع الطبي كانت ما بين (1950-1960م)، قال: بأنه حدث تحول مميز في تلك الفترة، وهو تحول من الرؤيا الاجتماعية المصغر إلى الرؤيا الاجتماعية الكبيرة والبعيدة المدى⁽¹⁾.

أولاً- مراحل تطور علم الاجتماع الطبي:

قسمت مراحل تطور علم الاجتماع الطبي إلى المراحل التالية⁽²⁾:

المرحلة الأولى:

بدأت هذه المرحلة بملاحظات وتسجيلات التي لفتت نظر الحكماء والمفكرين الذين كانوا يجمعون بين الحكمة والفلسفة إلى العناية بأحوال العمال وما يتعرضون له من أخطار المهنة، وكان علم الاجتماع الطبي خلال هذه المرحلة على صلة وثيقة بدراسة الأساليب الطبية التي تقوم على السحر والأرواح الشريرة أو ما يسمى بأساليب الطب اللاهوتي، أي الذي يستند إلى الدين. وقد جعلت اتجاهات التفكير الاجتماعي القديم الاهتمام بالمرضى والمعوقين مكاناً متميزاً عن مختلف الاهتمامات المجتمعية الأخرى، وكان هذا الاهتمام رعاية للمرضى والمعوقين، ويمكن أن يطلق عليه مصطلح الرعاية الطبية، واختلفت المجتمعات في تقديم الرعاية للمرضى والمعوقين بين الرعاية الإيجابية وبين المعاملة الشاذة. فمثلاً في المجتمع اليوناني كانت القوانين تسمح بالتخلص من بهم نقص جسمي.

وفي رومان ظل الناس أجيالاً متلاحقة يغرقون الأطفال غير مكتملي النمو في مياه النهر.

المرحلة الثانية:

بدأت هذه المرحلة بالاهتمام بالأمراض المهنية للعمال، وكان أهم ما يميزها وجود قواعد للصحة الوقائية.

(1) يوسف إبراهيم المشني: علم الاجتماع الطب، دار المستقبل للنشر والتوزيع، عمان، 2000م، ص28.

(2) يوسف إبراهيم المشني: المرجع نفسه، ص33-34-35.

وفي صقلية تأسست مدرسة لتعليم الطب في القرن التاسع، اهتمت إلى جانب الطب بموضوع السلوك في مزولة الطب، وقد ألف الأستاذ أرشيماليوس كتابًا أسماه (القدم الطبي) يتحدث فيه عن أداء وسلوكيات الطبيب الواجب ممارستها مع مرضاه من محافظة على الأسرار والتعلق بالله في أثناء معالجة المريض والاهتمام بالنواحي النفسية للمريض ومن عام (965م) إلى ما يعد (1556م) ساد الاهتمام بعمليات التعدين واكتشاف المعادن مما أدى إلى تعرض العمال لإصابات العمل وقد قاد ذلك إلى التفكير والبحث في طرق حماية العمال من هذه الحوادث والأمراض.

المرحلة الثالثة:

باننتشار الثورة الصناعية، نشأت الضرورة الاجتماعية لإدخال عنصر التشريع الوقائع والأمن الصناعي ففي إنجلترا عام (1880م) ظهرت حركة تخصيص رعاية المرضى في منازلهم لمنع تكرار الإصابة.

وفي عام (1890م) ظهر في إنجلترا فريق من السيدات المتطوعات في المستشفيات للقيام بالبحث الاجتماعي، وأشتمل نشاطهم على تنظيم حياة المرضى وبخاصة الذين لا عائل لهم، وتوجيههم وجهة اجتماعية صالحة.

وفي عام (1893م) ظهرت في نيويورك الزائرات الصحيات اللواتي يقمن بزيارة بيوت الفقراء لتسديد نفقات الرعاية العلاجية والتمريض.

وعظمت الحاجة إلى الجهود الاجتماعية غير الطبية في حقل الطب والتمريض، حيث لفتت الانتباه إلى العديد من المشكلات الاجتماعية والشخصية التي تنشأ عن المرض.

وكان الفضل في تقدم علم الاجتماع الطبي إلى الأطباء ذوي الآراء والمبادئ الاجتماعية حيث اهتموا بتحليل الأمراض من حيث مسبباتها وربطها بالظروف الاجتماعية وحدث هذا عام (1815م)، عندما ألف (د. راماند جوزيف) كتابًا في ذلك. وكذلك الدكتور (جر وتجات) عام

(1911م)، حيث بحث في مؤلفاته عن أهمية المرض من الوجهة الاجتماعية وقد اقترح ضرورة إدخال مادة الصحة الاجتماعية في دراسة الطب.

وكانت دراسة (دوين ليموت) إحدى البدايات الحديثة التي تعد مدخلاً لعلم الاجتماع الطبي.. ففي كتابة الباثولوجيا الاجتماعية (1951م) تناول المنحرفين من جميع النماذج كالمجرمين ومُحتسي الخمر، والعميان، والمصابين بالأمراض العقلية، وميز بين نوعين من الانحراف، انحراف أولي، وانحراف ثانوي، أما الانحراف الأولي فهو الذي يحركه ويدفعه الفرد، وأما الانحراف الثانوي فهو سلوك يعد دفاعاً أو تكيفاً أو رد فعل للانحراف الأول، ويطلق على هذا الاتجاه (مدرسة رد الفعل الاجتماعي)⁽¹⁾.

وهكذا نرى أن علم الاجتماع الطبي ليس فكرة حديثة، ومع ذلك فقد لاقى في السنوات الأخيرة اهتماماً كبيراً.

ثانياً - العلاقة بين علمي الاجتماع والطب:

يعتبر علم الاجتماع الطبي ميداناً حديثاً نسبياً نظراً لقلّة عدد المهتمين بين علماء الاجتماع بالتركيز على المواقف الطبية في دراسة بعض الظواهر الاجتماعية العامة. كما أن انشاء قسم لعلم الاجتماع الطبي في إطار الجمعية الأمريكية لعلم الاجتماع لم يتم إلا في (1960م)⁽²⁾.

وتفسر هذه النشأة الحديثة إلى حقيقة بأن هذا العلم النامي يعد بمثابة حالة من حالات اليقظة وإعادة الأحياء أكثر من كونه مجموعة من الاهتمامات المتبادلة بين علم الاجتماع والطب، وقد ظهر في بداية القرن العشرين اعتراف مباشر من جانب الطب بالعوامل الاجتماعية في المرض والصحة، وفي الحقيقة قد أدرك الأطباء أنه يوجد ارتباط وثيق بين المرض والبيئة الاجتماعية، أن العالم الاجتماعي قد يصطدم بمحدودية المدخل الاجتماعي ونقص البيانات المتاحة وغالباً ما يجد

(1) إقبال إبراهيم مخلوف: العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية، (دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1991م)، ص282، 283.

(2) محمد علي محمد وآخرون: دراسات في علم الاجتماع الطبي، (دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2008م)، ص212.

الكثير من الأطباء اليوم صعوبة في فهم ما يقوم به علماء الاجتماع وخاصة في مجال الطب. وذلك راجع إلى تباطؤ علم الاجتماع، العلوم الاجتماعية جميعاً في قبول الطب كميدان من ميادين اهتماماته الدراسية فلم يكن إلا مجرد دراسات اثولوجرافية انطوت على معلومات منسقة حول المعتقدات الطبية والعادات، واستمر تجاهل علماء الاجتماع للطب بدرجة كبيرة حتى قبل الحرب العالمية الثانية، باستثناء بعض التطور في الاهتمام بالجوانب الاجتماعية للطب النفسي والتي ترتبت على انتشار اتجاه التحليل النفسي ولم يتركز الاهتمام في هذه الجوانب في علم النفس الإكلينيكي أو علم النفس الشواذ على هذه الجوانب الاجتماعية في الطب حتى هذه الفترة، ولم يدرك علماء السياسة علاقة الطب بالاقتصاد والحكومة إلا بعد عام (1929م).

لقد ظهر منذ الحرب العالمية الثانية الاهتمام النامي بالعلاقات المتبادلة بين الطب وعلم الاجتماع وبينه وبين العلوم الاجتماعية الأخرى، ولقد أصبح الطب الشامل والطب النفسي الاجتماعي من بين البرامج الهادفة التي يُقبل عليها الأطباء واتجهت مدارس الطب نحو الاهتمام بإجراء دراسات مركزة تهدف إلى تطوير المعرفة المتعلقة بهذه الموضوعات.

ويعمل في الوقت الحاضر أكثر من (1300) عالم اجتماع أمريكي إلى جانب بعض علماء الأنثروبولوجيا والنفس الاجتماعي معاً في مشروعات بحثية كبرى ذات صلة بالميدان الطبي، كما ينظم الآن (86) قسم من أقسام الجامعة في أمريكا برامج للخريجين في مجال علم الاجتماع الطبي⁽¹⁾.

وهكذا يبدو من نواح كثيرة أن علمي الاجتماع والطب يتجاهل كل منها الآخر خلال المراحل الأساسية من تطورهما، باعتبارهما نظامين فكريين وعلميين، وعلى الرغم من التطور العلمي الذي طرأ على كل من علمي الاجتماع والطب وأدى بهما إلى السير في وجهات منفصلة، إلا أن ثمار هذه الجهود قد أدت في السنوات الحديثة إلى وجود اهتمامات مشتركة وتحقيق الاكتفاء بين العلمين.

(1) محمد علي محمد: المرجع السابق، ص44.

ثالثاً - البناء الاجتماعي للمستشفى:

من أبرز سمات العصر الحديث هو تميزه بالطابع التنظيمي وتغلغله في كافة مجالات الحياة الاجتماعية نتيجة المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية التي مرت بها المجتمعات الحديثة. ولأن البناء الاجتماعي لكل تنظيم يطرأ عليه تغير باستمرار، فإن أعضاءه ومتخذي القرار فيه يحاولون أن يحققوا التوافق بين أهدافه وأوجه نشاطه وبين الظروف المتغيرة؛ لأن مضمون البناء يعني ضمناً أن أوجه النشاط التنظيمي تجري في سياق ثابت نسبياً. ويعرفه التنظيم بأنه وحدة اجتماعية لعام بطريقة مقصودة لتحقيق أهداف محددة، وتتخذ طابعاً بنائياً يلائم تحقيق هذه الأهداف⁽¹⁾.

إذ ينطلق السلوك التنظيمي التكيفي من إطار موروث من الماضي، فيميل الناس إلى أن إقامة علاقات مع بينهم، وإلى حل مشكلاتهم وتوجيه نشاطهم، وتوقع ما يجب عليهم عمله استناداً إلى الخبرة التي تتوفر لهم من الماضي.

وتختلف التنظيمات من حيث درجة ثبات واستقرار أبنيتها الاجتماعية حيث تختلف بعض تلك التنظيمات التي أقيمت في بيئة ثابتة نسبياً عن تاريخ أي تنظيم مجموعة قيم، وتوقعات وأشكال تنظيمية، تميل إلى البقاء حتى بعد أن تتغير الظروف التي أوجدتها.

وهي تهتم أن تحقق بنجاح طموح أعضائها ومطالب مجتمعاتها المحلية بالطريقة نفسها تقريباً عبر فترة طويلة من الزمن، وتضطر بعض التنظيمات الأخرى إلى تغيير أوجه نشاطها باستمرار وتعديل أهدافها نتيجة للظروف المتغيرة وسيحافظ هذا الميل في بعض المواقف الاجتماعية على الأشكال الاجتماعية القائمة بالقدر الذي يحقق التوافق مع متطلبات البيئة المتغيرة كلما، كان ذلك ممكناً، أو تغيير طريقة تحقيق الأهداف إذا لزم الأمر.

وقد نشعر في ظروف أخرى بأهمية تحقيق هدف التنظيم، من خلال الإقدام على ما هو

(1) الوحيشي بيبي: عبدالسلام النويبي، مرجع سبق ذكره، ص 147.

مناسب عقلياً لحمل إمكانيات التنظيم كافية للتغلب على تحديات البئة، وهنا ينظر إلى التقاليد الموروثة على أنها ذات أهمية ثانوية بينما تعلق أهمية كبيرة على التغيير.

والنتيجة التي يمكن أن تستخلصها من تاريخ المستشفيات هي أن نموذج التنظيم قد انتقل خلال القرن الماضي، من بيئة ثابتة نسبياً يكون فيها وضع هذا النوع من التنظيم ثابتاً نسبياً بين مجموع الأشياء الأخرى، كما كانت الاحتمالات التي يمكن انجازها طبيياً من أجل المرضى معروفة ومحددة تماماً، إلى بيئة دينامية يتسع فيها مجال الاحتمالات التي تقدمها العلوم الطبية النامية مع الاتساع الجزئي في احتياجات المجتمع المتغير.

وتعرف المؤسسة الخدمية بأنها أي مركز يقدم رعاية صحية وقائية أو خدمات طبية لمراجعيه⁽¹⁾.

وقد أصبحت المستشفيات في السنوات الحديثة أكثر تمسكاً بمبادئ الإدارة الرشيدة، ويسعى أولئك الذين يسكون زمام الضبط بها إلى جعل هذا النوع من التنظيم قادراً على الاستجابة مباشرة للاحتياجات المتغيرة في البيئة.

إن هذه التنظيمات في الواقع تختلف فيما بينها اختلافاً كبيراً، ليس فقط في أنواع مبانيها، وفي الحجم، وفي الموارد المتاحة، وإنما كذلك في برامجها، وفي أنواع البيئات الاجتماعية وفيما تقدمه لمرضاهها، وفيما يتعلق بهيئاتها والعاملين بها، وهذه الاختلافات ترجع إلى التاريخ الخاص بكل مستشفى، وللنظام الذي تأخذه كل وحدة، بحيث تعتبر كل مستشفى حالة فريدة تعمل في ظل ضغوط تختلف عن غيرها من جماعات، وتفرض توقعات على أعضائها تختلف من واحدة لأخرى وهناك أيضاً بعض التنظيمات المتشابهة إلى حد ما لدرجة يمكن معها التعميم.

أن كل المستشفيات تعتبر جزءاً من تراث مشترك من المتوقع أن يمتثل لهذا النموذج الثقافي

(1) يوسف إبراهيم المشني: مرجع سبق ذكره، ص 143.

المشترك وهذا فضلاً عن وجود عدد من التنظيمات والجماعات التي ينحصر اهتمامها الأساسي في تدعيم مثل هذا الامتثال التنظيمي.

رابعاً - المؤسسة الصحية:

لقيام أي مؤسسة صحية يجب توفر فيها الشروط الآتية:

1- الموقع:

يتكون النظام الصحي من عدة قطاعات هرمية، تشكل قاعدتها الرعاية الصحية الأولية التي تهدف إلى توفير الاحتياجات الأساسية من الرعاية الصحية للأفراد والمجتمع وبالتالي فهي مستوى الاتصال الأول بين المجتمع والخدمات الصحية.

ويجب أن تتوفر في الموقع المواصفات التالية⁽¹⁾:

- أن يكون هادئاً وبعيداً عن الضوضاء.
- بعيداً عن المناطق الصناعية.
- قريب من التجمعات السكانية للوصول إليها بسهولة ويسر.
- جيد التهوية ويفضل أن يقع على تلة وحوله أراضي حرجية.
- بعيداً عن المنحدرات والمناطق المنخفضة.

2- النشأة:

عند تصميم مبنى المستشفى يجب أن تتوفر فيه المواصفات التالية⁽²⁾:

- 1- غرف واسعة تتناسب مع عدد الأسر التي ستوضع فيها.
- 2- غرف منارة إنارة طبيعية جيدة وبتهووية مناسبة.

(1) يوسف إبراهيم المشني: المرجع السابق، ص 143-150.

(2) يوسف إبراهيم المشني: المرجع نفسه، ص 143-146.

- 3- توفر جميع التجهيزات اللازمة مع البنية التحتية وتشمل:
- تمديدات الغازات التنفسية مركزياً لتصل فوق كل سرير في المستشفى.
 - تمديدات التدفئة والتبريد المركز لكي يبقى جو المستشفى أقرب ما يمكن للثبات خلال العام (20-25م⁰).
 - تمديدات وسائل الاتصالات مثل الهاتف ليخدم كل مريض في المستشفى.
 - تمديدات الكهرباء للإنارة واستدعاء أعضاء هيئة التمريض عند الحاجة والأبريز لاستخدام الأجهزة المختلفة.
 - تمديدات المياه والمجاري بشكل مثالي يمكن الوصول إلى أي خلل ببسر وسهولة لغاية الصيانة، ويجب أن تكون مصممة بشكل يستوعب حجم الاستخدام في المستشفى.
- 4- يجب أن يكون الطلاء ذا لون يناسب ومريح للنظر وسهل التنظيف.
- 5- توفر نظام إنذار للحريق والدخان وأن يكون مركزياً في العادة.
- 6- يجب أن تكون أرضيات المستشفى مانعة للانزلاق وناعمة لتسهيل التنظيف.
- 7- وجود ممرات واسعة تقود إلى غرف المرضى والأجنحة المختلفة، حيث تستوعب مرور أعداد من الناس والأجهزة ذات الحجم الكبير.
- 8- توفر حمامات لكل غرف المرضى ولإستخدام الكوادر الطبية المختلفة.
- 9- توفر المطابخ مجهزة وتناسب حجمها مع حجم المستشفى وبالتالي عدد العاملين فيها.
- 10- توفر مصاعد تناسب مع عدد الأسر في المستشفى وبالتالي عدد الوافدين سواء المرضى أو الزوار أو العاملين فيها.
- 11- توفر مواقف للسيارات تناسب حجم المستشفى.
- 12- مراعاة أحداث خطط توسيعية لمبنى المستشفى لتأخذ في الحسبان زيادة الطلب على خدمات المستشفى من قبل أفراد المجتمع.

3- الإمكانيات:

وتنقسم الإمكانيات إلى ثلاثة أنواع وهي⁽¹⁾:

أ- إمكانيات مالية.

ب- إمكانيات إدارية.

ج- إمكانيات فنية.

أ- الإمكانيات المالية⁽²⁾:

إن توفر الإمكانيات المالية بشكل مناسب يساعد إدارة المستشفى في تحقيق الأهداف التالية:

- i- إعداد برامج ودراسات وأبحاث تهدف إلى تطوير وتحسين الرعاية الصحية وتشمل ما يلي:
 - الخدمات الفندقية.
 - تأهيل العاملين في المجالات الإدارية والفنية وذلك بعقد دورات متخصصة ومتقدمة لهم.
 - استخدام المشاهير والمهرة من الأطباء والفنيين للعمل في المستشفى ولو بشكل جزئي أو من خلال دعوته طبيباً زائراً.
 - المشاركة في المؤتمرات والندوات ذات العلاقة.
 - تحسين الظروف المادية للعاملين في المستشفى عن طريق العلاوات والمكافآت والحوافز للحصول على نتائج عملية أفضل.

ii- تسويق المؤسسة الصحية من خلال الآليات التالية:

- الدعاية والإعلان في وسائل الإعلام بمختلف أنواعها.
- عمل خصومات تشجيعية على الخدمات الصحية المقدمة.

(1) يوسف إبراهيم المشني، المرجع السابق، ص 143-145.

(2) يوسف إبراهيم المشني، المرجع نفسه، ص 146-149.

ب- الإمكانيات الإدارية:

1- إن توفر كوادرات إدارية مؤهلة لإدارة شؤون المستشفى يؤدي إلى زيادة جودة الخدمة التي

يقدمها المستشفى لنزلائه المرضى وتقسّم الكوادرات الإدارية في المستشفى إلى ثلاثة أقسام.

- الإدارة العليا وتشمل مجلس الإدارة، والمدير العام.
- الإدارة الوسطى وتشمل مدراء الأقسام والدوائر.
- الإدارة الدنيا وتشمل المساعدين والفنيين والعمال.

2- توفر برامج وأنظمة إدارية متقدمة لمعالجة الشؤون الإدارية وعلى أسس علمية حديثة متقدمة

بعيدة عن المركزية والفردية.

3- حوسبه النظام الإداري في المستشفى مما يسهل أداء الإدارة.

ج- الإمكانيات الفنية:

وتشمل الإمكانيات الفنية الطبية التالية:

i- الكوادرات الطبية المتخصصة والمؤهلة وذات الكفاءات والكفايات المتقدمة وهي:

- الأطباء.
- فنيو واختصاصيو العلاج الطبيعي.
- هيئة التمريض.
- فنيو واختصاصيو الأشعة.
- فنيو واختصاصيو المختبرات الطبية.
- الصيادلة ومساعدهم.

ii- التجهيزات الفنية الطبية:

وهي تغطي نشاطات جميع الأقسام الطبية أو الطبية المساعدة.

iii- الإمكانيات الفنية غير الطبية:

وتتضمن جميع الأقسام الأخرى في المستشفى وهي:

• التغذية: حيث يقوم بإعداد وجبات الطعام للمرضى والعاملين ولا بد من توفر مطبخ مجهزة على

أعلى مستوى لتحقيق أهداف بمستوى عالٍ.

- **الصيانة:** وتشمل أعمال الصيانة من كهرباء وتبريد واتصالات والمبنى وكذلك صيانة الأجهزة الطبية الموجودة في المستشفى.
- **الحركة:** وهي توفر السيارات الخاصة بالمستشفى وكذلك سيارات الإسعاف.
- **التعقيم والغسيل:** لابد من توفر إمكانات متقدمة من كوادر ومعدات للقيام بأعمال التعقيم اللازمة للعمليات والأقسام الأخرى.
- **الأمن والحراسة:** من الضروريات توفير الأمن للمستشفى والعاملين فيها من أي تهديد أو مشاجرة أو اعتداء على أي فرد سواء أكان مريضاً أم طبيباً أم موظفاً.

4- التجهيزات الطبية:

إن من أهم ما يجب توفره في المستشفيات التجهيزات الطبية بصفة خاصة أن الطبيب لم يعد يعتمد في تشخيص الحالة المرضية على الأدوات البسيطة المتاحة مثل سماعة الأذن وقياس الضغط فقط، بل أصبح يعتمد على الأجهزة الدقيقة مثل أجهزة التنظير وأجهزة التنظير وأجهزة الرنين المغناطيسي واستخدام تقنيات الليزر وغيرها من الأجهزة الحديثة والمتقدمة التي سهلت عمليات العلاج لكثير من الحالات التي كانت تعتبر معقدة قبل اختراع هذه الأجهزة.

5- المسؤولية الطبية للطبيب:

إن الطبيب يتحمل المسؤولية كاملة عن مرضاه وما يصيبهم ويجب عليه أن يساوي في المعاملة بينهم. وينص القانون الليبي في المسؤولية الطبية على هذه المسألة في المادة (3) التي تنص على "المساواة بين المرضى في المعاملة تبعاً لأحوالهم الصحية"⁽¹⁾.
ويجب أن يلم في الطبيب الذي يقوم بالمعالجة إماماً كاملاً بالنواحي النفسية والاجتماعية للمريض حتى يتمكن من إدراك العلاقة بين الاضطراب في النواحي العضوية والفسولوجية وبين النواحي السلوكية للفرد.

(1) سامي عبد الكريم الأزرق: مرجع سبق ذكره، ص 123.

فالطبيب الناجح والتمكن من مهنته هو الذي يتمتع بحس طبي واجتماعي قوي يمكن من خلاله الوصول إلى نتائج وتشخيص صحيح للحالة المرضية ومعرفة أسباب الداء وهذا لا يتماشى ولا ينطبق مع كل الأمراض، فبعض الأمراض سببها عضوي وليسي اجتماعي أو نفسي ولكن الدراسة الاجتماعية تعتبر المدخل الرئيسي لمعرفة سبب المرضى للوصول إلى حل نهائي والمساعدة على الشفاء.

العلاقة بين الطبيب والمريض:

إن العلاقة بين الطبيب والمريض، هي علاقة إنسانية ومهنية، يحكمها الكثير من العوامل الإنسانية، وللطبيب مكانة مرموقة في المجتمع، وله كل معاني الاحترام والتقدير.

فالطبيب قد يلجأ له المريض ويستشيريه في مواضيع كثيرة، خاصة إذا كانت العلاقة بينها وثيقة فمثلاً: الحديث عن مشاكلهم الأسرية وعن اختيار نوع السكن ومشاكل العمل (ويعنى أشمل فإن المريض وأسرته ينظرون إلى الطبيب على أنه مُلم بجميع أمور الحياة الاجتماعية والثقافية والسياسية والاقتصادية والدينية) (1).

هناك عدة أمور تؤثر على العلاقة بين الطبيب والمريض، منها الحالة النفسية للمريض والطبيب والتوقعات التي يأمل المريض تحقيقها، فالمريض عادةً ما يكون مشغولاً فكرياً بمرضه حيث يمتزج عنده أعراض المرض البدنية بمشاعر القلق والخوف والألم مما يجعله أقل صبراً وحكمة منه عندما يكون سليماً، وهو بحاجة إلى الطبيب لأنه في موقف ضعف ويتوقع من الطبيب أمور قد يكون مبالغاً فيها من سعة صدر، وتفهم لمشاعره، وأن يشفى من المرض بأسرع وقت، فالطبيب لا بد أن يحظى بالثقة في علاقته بمرضيه، وكذلك بثقة أهل المريض، وإلا فإنه يصعب عليه تنفيذ أي برنامج لعلاج لا بد أن يقيم علاقة ودية مع المريض، وأن يلم بكافة الجوانب الاجتماعية والثقافية التي تؤثر صحة المريض.

(1) سامي عبد الكريم الأزرق: المرجع السابق، ص132.

إن تجاهل الأطباء لأهمية العلاقة مع المريض واعتبارها غير ذات جدوى بل الاكتفاء بالعلاقة المهنية، هو تجاهل لأهم ما في العملية العلاجية والتي تعتبر البلمس الشافي والأمل وخاصة إذا كان المريض يعاني من مرض عضال أو حالة مستعصية.

على الرغم من أهمية العوامل الاجتماعية والثقافية في العلاج؛ إلا أنه قد يتعرض الشخص إلى مرض عضوي لا علاقة له بالحالة النفسية أو الاجتماعية أو الثقافية، ففي هذه الحالة يكون العلاج المهني والعلاقة الطبية الشخصية هي الحل الأمثل للعلاج.

إن العلاقة التي تنشأ بين الطبيب والمريض تنشأ في جو اجتماعي وهو موقف العلاج، ويكون الهدف الأساسي من هذا التفاعل هو تغيير حالة المريض الصحية والتي تؤثر وهي سبب رئيس في طلب المساعدة من الطبيب.

على الرغم من أن العلاقة بين الطبيب والمريض هي علاقة تبادلية تضم نوعاً من التوقعات السلوكية المعينة فإن المركز والقوة الجانبان ليست متساوية فكلاهما يختلف في جانب القوة والخبرة الفنية تكون لصالح الطبيب وهو يحتاج إليها حتى يستطيع أن يحدث تغييراً إيجابياً في حالة المريض الصحية، حتى وإن احتاج في بعض الأحيان إلى استخدام الطرق غير المريحة نفسياً وجسدياً للمريض، وعلى المريض أن يتقبل خطة العلاج.

ويمارس الطبيب قوته ونفوذه من خلال ثلاثة متغيرات⁽¹⁾:

1. النفوذ المهني أي المعرفي أو العلمي.

2. نفوذ المنصب الموقع والوظيفة.

3. حالة الاعتماد (أو الضعف) التي عليها المريض.

إلا أنه هناك علاقة سلبية بين المريض والطبيب تتمثل في تجاهل الطبيب لمرضاه على حساب مرضى آخرين.

(1) الوحيشي بيبي، عبدالسلام الدويبي: مرجع سبق ذكره، ص 124.

فالوضع المادي أو المركز الاجتماعي أو السياسي قد يكون سبباً في اهتمام الطبيب، فإذا نظر للمريض على اعتبار المادة أو المناصب، أدى ذلك إلى سقوطه في بؤرة فساد العلاقة مع المرضى ويصبح على علاقة قوية مع المرضى أصحاب النفوذ والسلطة، وهي علاقة مصلحة على حساب المرضى متوسطي الدخل والذين لا يتمتعون بأي نفوذ اجتماعي، وقد يكون المريض هو صاحب السلطة والمتسلط بماله مما يجعله يرفض أي علاقة مع الأطباء وتعد هذه العلاقة نادرة، إلا أن النوع الأول هو الأكثر شيوعاً والأكثر رواجاً في المجتمع.

خامساً - التأهيل العلمي والخبرة الفنية للطبيب:

إن الخبرة الفنية والتأهيل والتدريب والاطلاع على مستجدات العصر وآخر التطورات في المجال الطبي لها تأثير كبير في تحديد العلاقة بالطبيب، حيث يتوجه المرضى بلا تردد إلى الأطباء ذوي السمعة الطيبة.

والعكس ضعف المعلومات ونقص الخبرة يؤديان وبشكل سلبي إلى ضعف العلاقة بين الأطباء والمرضى وهذا يتوقف بدرجة كبيرة على استخدام الطبيب بهذه المعلومات. إن تأهيل الطبيب يوفر كثيراً من الجهد والمال على المرضى المترددين على المصحات فكلما كان الطبيب مؤهلاً علمياً وفنياً وخلقياً واجتماعياً، وملم بكل الثقافات في حدود ما يخدم مهنية، كان لها مردود إيجابي على العمليات الصحية والاجتماعية التي تبني على أساس اجتماعي ثقافي.

وعلى الرغم من وجود التأهيل الطبي للأطباء في الجانب الأكاديمي إلا إن الضعف أو القصور في الجانب الاجتماعي للطبيب يقلل من قيمته الفنية التي تميز طبيب عن غيره وتترك انطباعاً جيداً، ويمكن أن تقسم القصور إلى قسمين، النوع الأول ويكون قصوراً بالفعل من جانب الطبيب سواء أكان ذلك في تعليمه الأكاديمي أم في الوعي الفني والاجتماعي له، مما يؤثر سلباً على المريض، وينعكس على العلاقة بين الطبيب والمريض ويجعل المريض يفقد الثقة في الطبيب، وتتأخر عملية الشفاء.

أما النوع الثاني من القصور وهو الناشئ عن توهم المريض أن الطبيب يعاني من قصور في الجانب الفني والاجتماعي، وكذلك نقص في المعلومات بالرغم من أن الحقيقة على خلاف ذلك⁽¹⁾.

وقد يتسرب هذا الشعور للمريض بسبب خبرته البسيطة أو عدم فهم معاملته الطبيب، أو بسبب تجارب سابقة، أو عدم حدوث تحسن سريع في حالته المرضية. إذا سواء أكان القصور موجوداً في الطبيب أو من وهم المريض، فلا بد للطبيب أن يكون ملماً بكل ما يتعلق بالوضع الصحي للمريض، حتى يتمكن من معالجته بما يتلاءم وطبيعة مرضه وطبيعة البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها.

(1) سامي عبد الكريم الأزرق: مرجع سابق، ص136.

الاتجاهات النظرية المفسرة لمشكلة العلاج بالخارج:

مقدمة:

ترجع أهمية الاتجاهات النظرية لدراسات علم الاجتماع الطبي إلى أن جل موضوعاتها منطلقاً من الواقع الاجتماعي؛ ولولوج الواقع لابد من وجود اتجاهات تُمكن الباحثين من فهم معالم تحليلاتهم الاجتماعية لظواهر دون أن تضيع منهم هذه المعالم، كما يمكن أيضاً النظر لموضوعاته باعتبارها منطلقاً من انتماؤها النسق الصحي، وهو ذلك النسق الذي يؤدي دوره في المجتمع مع الأنساق الأخرى وأن أي خلل أو اضطراب في هذا النسق يؤدي بدوره أيضاً إلى خلل في الوظيفة التي تؤديها الأنساق الأخرى، والملاحظ أن المرض والعجز والوفيات غير الطبيعة المبكرة تمثل تهديداً لقدرة النسق على القيام بوظائفه⁽¹⁾.

هناك ثلاثة نماذج رئيسية تخدم هذا العلم وهي النموذج التطور النموذج الوظيفي، والنموذج الكلي الشمولي وتمثل هذه النماذج تجريداً لمجموعة من الظواهر التي تخضع للملاحظة وبالتالي تحول المجتمع وأفراده وظواهره إلى مجرد أرقام بعيدة عن الواقع بأبعاده الاجتماعية والاقتصادية والثقافية هنا يأتي دور علم الاجتماع الطبي في فهم وتغيير وتحليل هذه الظواهر على خلاف علم الطبيعة.

أولاً- الاتجاهات الفكرية الرئيسية:

يمكن تحديد عدة اتجاهات أو منظورات في فهم وتغيير وتحليل الضوابط الطبية أهمها:

1- المنظور الاجتماعي والنفسي:

يعتمد هذا المنظور على علم النفس وعلم الاجتماع في الوقت نفسه، لأن ما يعتمد عليه له علاقة بأساليب التفاعل والاتصال بين الأفراد والتأثير المتبادل، وهذا المنظور يوضع كيف أن الأفراد يؤثرون في العملية الاجتماعية وأن النظريات الاجتماعية النفسية تتضمن افتراضات سواء

(1) عاطف شحاته: مقدمة في علم الاجتماع الطبي، السوسيوماتية، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، (د.ت)، ص34-35.

كانت ظاهرة أو كامنة حول إمكانية الإنسان على التكيف والتوافق والتلاؤم السلوكي، وأن النتائج المترتبة على استخدام النماذج الاجتماعية والنفسية داخل علم الاجتماع الطبي تنطوي على أهمية خاصة لمناقشتها في الوقت الراهن⁽¹⁾.

2- المنظور الاجتماعي:

يرى علماء الاجتماع الطبي أن المرض حالة اجتماعية منحرفة ظهرت نتيجة اضطراب في السلوك الطبيعي بسبب المرض الذي يمكن اعتباره حالة بيولوجية غير طبيعية، حيث إن أصحاب هذا المنظور يحاولون الربط بين المرض والحالة الاجتماعية بمجموعة القيم السائدة في المجتمع ويحاولون دمجها في النظام الاجتماعي، كما يرون أيضاً أن العوامل الاجتماعية للإنسان لها علاقة وثيقة بالمرض، وقد تكون هذه العوامل من أحد وأهم الأسباب التي تؤدي إلى حدوث المرض وانتشاره، ووجود المرض لا يعتبر وجود خلل في النظام البيولوجي للإنسان فقط وإنما يمكن إرجاعه إلى وجود بعض المشاكل في حالة الفرد الاجتماعية وخاصة بالنسبة للأدوار والمراكز الاجتماعية وتحولت النظرة من ظاهرة اجتماعية أو ظاهرة تشخيصية إلى نظرة إلى الدور الوظيفي للمجتمع ككل والدور الاجتماعي للمريض أيضاً⁽²⁾.

كما يهتم هذا المنظور بالمعايير التي لها علاقة وثيقة بالمرض ومدى الاستجابة له، حيث إن السياق الاجتماعي هو الذي يمكن بواسطته تحديد الظروف التي يتمكن الفرد في ظلها أن يدعي المرض ويُعفى من الواجبات والمسؤوليات اليومية الواجبة عليه دون خجل، وكثرت المحاولات لتحديد المعايير الخاصة بمواقف المرض لكن من الواضح أن دور المريض ليس مفهومها مشتركاً وواحدًا بين جميع الأفراد الذين يشتكون المرض، بل يختلف حسب الظروف والأشخاص والعوامل التي يتعرض لها الفرد المصاب⁽³⁾.

(1) محمد علي محمد وآخرون: دراسات في علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2008م، ص76، 78.

(2) نجلاء عاطف خليل: مرجع سبق ذكره، ص33.

(3) محمد علي وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص71، 72.

3- المنظور البيولوجي:

ظل المنظور البيولوجي من أهم جوانب الطب لفترة طويلة، حيث إن الطبيب هو الذي يشغل مكانة مهمة في هذا الجانب من خلال وجوده لفترة طويلة داخل المستشفى لغرض تدريبه على تعلم النظريات البيولوجية الخاصة بوظائف الجسم وأمراضه، ويجب علينا أن نفهم هذه العوامل البيولوجية فهماً شاملاً وأوسع من ذي قبل، ويتم ذلك في ضوء فهم البيئة التي تندمج وتتفاعل معها هذه العوامل، والبيئات دائمة التغير والإنسان لا يستطيع أن يتكيف مع هذه التغيرات بشكل بسيط وسريع من الناحية البيولوجية والاجتماعية ويرجع سبب ذلك إلى حدوث هذه المتغيرات بشكل غير يسير⁽¹⁾.

4- المنظور الاقتصادي:

يعمل أصحاب هذا المنظور على تقييم الصحة اقتصادياً، فتحت أي منظور للصحة يتخبرون منطلقاً اقتصادياً من أجل علاج مشاكلهم سواء أكانت على مستوى الأفراد أم على مستوى المجتمعات رغبة منهم في الارتقاء بها، لذلك نجد أن هذا المنظور مشترك بين الدول المتقدمة والدول النامية على حد سواء فكلاهما يسعى إلى تحقيق الارتقاء بمعدلات صحة أفرادها، فهناك علاقة وثيقة بين الصحة والتنمية الاقتصادية، فالإنسان عندما يكون بصحة جيدة يمكن أن يكون مسانداً للتخطيطات التنموية بمختلف جوانبها، وكذلك بالنسبة للتخطيطات التنموية يمكن أن تكون مساعدة أو معوقة لإسهام الإنسان، كما يهتم أصحاب هذا المنظور بتحديد الأولويات الطبية ويسعون أيضاً إلى تحديد الحاجات الأساسية للخدمة الطبية بالإضافة إلى تحديد المشكلات الصحية الناتجة عن القصور في الخدمة الصحية المقدمة وأيضاً تحديد المؤشرات الصحية ونوعية التخصصات الطبية المطلوبة للمجتمعات المختلفة⁽²⁾.

(1) محمد علي وآخرون: المرجع السابق، ص 64.

(2) عاطف محمد شحاته، مرجع سبق ذكره، ص 79، 81.

5- المنظور المجتمعي:

يعتمد أصحاب هذا المنظور على أن مكونات الحياة الاجتماعية يمكن تناولها وتفسيرها وتحليلها بشكل جزئي وسيط، ويمكن دراسة العلاقة بين هذه المكونات لمعرفة مدى تناولها لوظيفتها أو مدى القصور والتدهور فيها ويعتقد المختصون أن المرض حادثة طبيعية ولا يجب أن يلام الإنسان على إصابته به، وذلك لمساعدته على الشفاء بسرعة، كما أن تكيف الفرد مع المرض يعتمد على عدة عوامل منها، الضغط الشديد في مجال العمل أو تباين حاجات المجتمع وكثرتها وأنه في حالة الإصابة بالمرض العقلي يجب ألا يحاسب الفرد على أعماله الإجرامية وذلك لافتقاره المقدر على فهم الطبيعة الجنائية السلوكية⁽¹⁾.

يدرس أصحاب هذا المنظور العلاقة المتواجدة بين الصحة والنظم الاجتماعية فهو يهتم بتحليل الأساليب الكيفية التي تستخدمها الصحة لمعالجة المشكلات الموجودة ضمن المجالات الأخرى بالنسبة للنشاط الاجتماعي ويعتبر هذا المنظور من أكثر المنظورات تجريدًا، فمن الممكن أن نفصل عن طريق التحليل مختلف مكونات الحياة الاجتماعية التي يمارسها الفرد، ولذلك يجب أن ندرس العلاقة بين هذه المكونات، والعلاقة أيضًا بين مؤسسات الصحة والتنظيمات الصناعية والقانون والأسرة وغيرها، ويهتم كذلك بدراسة الجو المناخي الذي تنشأ فيه هذه المؤسسات الصحية⁽²⁾.

6- المنظور الثقافي:

نلاحظ أن اهتمام هذا المنظور يتمثل في دراسة العلاقة بين الصحة والمرض والثقافة والوقائية والعلاج، حيث إن دراساته تبرز جوانب هذه العلاقة ولاسيما أهمية الثقافة في تحديد أنماط الأمراض حيث تعمل على تفسيرها وعلاجها ومعرفة الكيفية اللازمة لتفاعل مع الخدمات الصحية، ولذلك فإن هذا المنظور يهتم بمعرفة العلاقة التي تربط بين ثقافة المجتمع من قيم وعادات ودين

(1) عاطف محمد شحاته: المرجع السابق، ص100، 101.

(2) محمد علي وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص76.

وأفكار بالممارسات الصحية، كما يهتم أصحاب هذا المنظور بمعرفة كيفية توزيع المرض وانتشاره ومعرفة الوسائل والأساليب الملائمة التي تمتلكها المجتمعات للتعامل معه وعلاجه كما تدل الدراسات أيضاً على أن اختلاف الثقافات يؤدي بدوره إلى اختلاف الإصابة بالمرض والتعبير عن الألم، من تم تفسير أعراض المرض والتجاوب معه وهذا يدل على أن علم الاجتماع الطبي يعطي للاستجابات الاجتماعية والثقافية بالنسبة للصحة والمرض أهمية خاصة، ولا يقف الأمر عند هذا الحد فقط، بل يتعداه ليشمل تداخل العادات والتقاليد والأمثال في قضايا الصحة والمرض، والمنظور الثقافي يبدو أكثر وضوحاً وأشد أهمية في حالات التغير الثقافي الاجتماعي⁽¹⁾.

تعقيب:

إن هذه المنظورات التي تم تناولها ليست منفصلة وإنما هي متداخلة ومتكاملة فيما بينها، حيث إنها تهتم بالإنسان الذي هو أساس وبؤرة العلوم، وإن كانت قدرته مربوطة بمدى دافعيته وطريقة تنظيم جهوده، ومدى توفير أدوات العمل التي تكون بدورها كفيلاً بزيادة سيطرة الإنسان على البيئة الاجتماعية، والطبيعية، ومن هنا نلاحظ أن المنظورات التي سبق ذكرها تتكامل في النظرة إلى الصحة والمرض وفهم كل ما يتعلق بالإنسان من خلال نشاطاته الاجتماعية ومكانته الاجتماعية وبيئته وغيرها من الأنشطة التي يمارسها الفرد.

(1) علي المكاوي، مرجع سبق ذكره، ص 432، 433، 435.

ثانيًا - النظرية الاجتماعية الطبية:

1- الاتجاه البنائي الوظيفي:

يمكن القول بأن الفكر البنائي الوظيفي يرجع في أصوله الأولى إلى الماديين في الفلسفة الإغريقية، وبشكل خاص لدى (أرسطو) الذي كان يرى أن العالم الحسى الذي تعيش فيه عالم حقيقي قائم بذاته وليس بظل عالم آخر، وأن الأشياء المتحولة المتغيرة فيه أشياء حقيقية تدركها النفس لا عن طريق التذكر، كما كان يقول أفلاطون، بل عن طريق الحواس والعقل، ويمكن أن توجد ملامح ومظاهر الاتجاه البنائي الوظيفي في الفلسفة العربية الإسلامية لدى ابن خلدون الذي استخدم مفهوم البناء وحل بنية المجتمعات العربية إلى بدوية وحضرية، وتحدث على ديناميكية انتقالها من حالة البداوة إلى حالة الحضارة، وتحدث ابن خلدون أيضًا عن نظم العمران البشري مثل الأخلاق والمعرفة والسلطة والاقتصاد والحرب، وحل دورها ووظيفتها في مستويين، مستوى الديالكتيك الاجتماعي أي الصيرورة من البداوة إلى الحضارة، ومستوى الاستقرار وتأسيس حياة الترف والحضارة والنعيم.

ظاهرة الاتجاه الوظيفي وجدت في البداية في أبحاث ودراسات علم الإنسان خاصة المتعلقة بالثقافة أو ما يعرف بعلم الأنثروبولوجيا الثقافية، وهنا عرف هذا الاتجاه بالزعة أو الدراسة البنائية الوظيفية للثقافة والمجتمع، وهي التي تهتم بوصف وتحليل الشكل البنائي أي الصور والعلاقات ذات الطبيعة العامة دون الاهتمام بالاختلافات الضئيلة أو نوعية الأفراد الذين تنشأ بينهم هذه العلاقات، وحتى في إطار علم الاجتماع كثيرًا ما يعرف هذا الاتجاه بالنظرية البنائية التي تظهر بوضوح في دراسات المؤسسين الأوائل مثل (أميل دروكايم)، و(هربرت سبنسر)، وعلى أي حال لقد ظهر وتبلور الاتجاه البنائي الوظيفي كرد فعل أو نقد للاتجاه التطوري كما عبرت عنه نظرية (دارون) في النشوء والارتقاء ونظريات التطور التاريخي والأنثولوجيا البشرية⁽¹⁾.

(1) علي الحوات: النظرية الاجتماعية، فاليتا، منشورات ألجا، 1998، ص 93-94.

جاء تحليل البنائية الوظيفية لمفهوم الدور منطلقاً من رؤيتها العاملة للمجتمع، وتعتمد هذه الرؤية على ستة أفكار رئيسية أو قضايا محورية وهي:

1- ينظر إلى أي شيء سواء أكان فرداً أو جماعة أو من العالم كله على أنه نسق أو نظام يتألف من أجزاء مترابطة.

2- لكل نسق مجموعة من الاحتياجات الأساسية لا بد من توفرها فيه وإلا فإن النسق سينتهي أو يتغير تغيراً جوهرياً.

3- لا بد أن يكون النسق في حالة توازن دائم ويتم ذلك من خلال تلبية احتياجاته، فإذا فقدت إحدى احتياجاته يصبح النسق في حالة من اللاتوازن.

4- قد يسهم كل جزء من أجزاء النسق في تحقيق التوازن، وبذلك يكون له دور وظيفي وقد يقلل من توازن النسق، ويكون بذلك معوقاً وظيفياً، وقد يكون عديم القيمة بالنسبة للنسق ولا تؤدي وظيفة، وحينئذ يكون غير وظيفي.

5- يمكن تحقيق كل حاجة من حاجات النسق من خلال عدة متغيرات أو بدائل.

6- وحدة التحليل في البنائية الوظيفية هي الأنشطة أو الأنماط المتكررة المجردة ولا يتم الاهتمام بمفردات بعينها⁽¹⁾.

وقد قدم العديد من العلماء إسهاماتهم في تحليل مفهوم الدور في إطار الوظيفية ويمكن

عرض تلك الإسهامات على النحو التالي:

أ- بارسونز T-Parsons (1902-1979):

حلل (بارسونز) الدور في إطار نظريته للفعل الاجتماعي، حيث تركز هذه النظرية على أن

الفعل الاجتماعي يتكون من أبنية وعمليات تقوم الكائنات البشرية بواسطتها بتكوين مقاصد ذات

(1) سمير نعيم أحمد: النظرية في علم الاجتماع : دراسة نقدية، القاهرة، دار المعارف، 1979، ص196-197.

معزى في المستوى الرمزي أو الثقافي لما تمثله وما يشير إليه، ويؤكد بارسونز أن الفعل الاجتماعي ينطوي على ما يلي:

1- يتألف الحدث الذي يتم فيه الفعل الاجتماعي من فاعلين أو أكثر، ويضع الفاعل في اعتباره حضورهم عندما يؤدي الفعل.

2- كل طرف من أطراف الفعل له فاعلية.

3- تشارك الأطراف المعنية التي تساهم في الفعل الاجتماعي في انساق معينة تمكنها من ترقب توقعات وفق ما زودت به من قيم ومعتقدات ومعايير ورموز.

4- بفضل هذه المشاركة والتوقعات والتأثير المتبادل تصبح تلك الموافق الاجتماعية متماثلة ومتشابهة وتسير أفعال الفاعلين وفق نسق المواقف وتكون على نفس النمو في مناسبات متفرقة وبذلك تنشأ البنية الاجتماعية عن طريق التوحد المعياري وبفضل التواتر، وعندما نقرر أن الفعل له بنية اجتماعية فإن ذلك يعني أن هناك تفاعلاً منتظماً يسعى إلى تحقيق أهداف معينة في إطار نسق معين.

وهكذا نخلص إلى حجر الزاوية في نظر (بارسونز) T-Parsons هو أن أفعال الناس ليست عشوائية وإنما وفق أنماط منظمة ومقننة بصورة يمكن معها أن تحمل في طياتها عنصر النشوء بمقتضياتها، وإذا قدرنا أن كافة الأفراد أو معظمهم يشاركون في قيم نهائية جدية معينة وتعين الوسائل المصرح بها لتحقيق هذه الأهداف فإنه يمكن أن يضيف على سلوك الأفراد معنى، ومن المعنى الذي يضيفه على السلوك مفهوم النظام الذي يكفل الاستقرار والقضاء على عوامل التفسخ أو وهن البنيان الاجتماعي⁽¹⁾.

ويربط (بارسونز) T-Parsons بين الدور والمشاركة في النسق حيث إن الدور هو المشاركة الفعلية في النسق الاجتماعي، ويتكون من جميع الأفراد الذين يتفاعلون مع بعضهم البعض في

(1) علي الحوات: مرجع سبق ذكره، ص 135-136.

موقف له على الأقل جانبه الفيزيقي أو البيئي، حيث يكون هؤلاء الفاعلون مدفوعين بالنظر إلى الميل نحو الحد الأقصى من الإشباع والذي يحدد علاقتهم بموقفهم الذي يحتوي على الآخرين ويتوسط من الرموز المشتركة والمبينة ثقافياً، ثم تحدده في موضع آخر بقوله إن النسق هو نسق من العمليات بين الفاعلين، وبالتالي فإن بناء العلاقات بين الفاعلين في حالة تضمنهم في العملية بشكل أساساً بناء النسق الاجتماعي وبذلك فإن النسق هو شبكة من العلاقات المتبادلة⁽¹⁾.

لقد قام (بارسونز) T-Parsons بتفسير تكامل الأفراد والجماعات في التنظيم ذاهباً إلى أن هذا التكامل تحقق من خلال النسق القيمي السائد في المجتمع ومن خلال أهداف التنظيم ذاتها ويتحقق هذا التكامل تجدد الأدوار التنظيمية لتصبح ملائمة لتوقعات أعضاء التنظيم، تلك التوقعات التي يكتسبها الأفراد من خلال التنشئة الاجتماعية، ويتم دعم هذا التكامل بوجود أنماط معيارية محددة تنظم العمليات المختلفة التي من خلالها يتم مواجهة المتطلبات الوظيفية التي يفرضها النسق⁽²⁾.

ويعرف (بارسونز) T-Parsons الدور بأنه ذلك الجزء المنظم لتوجيه والذي يصيح ويحدد مشاركته في التفاعل، ويتضمن الدور مجموعة من التوقعات المتبادلة من الفاعل والآخرين الذي يتفاعلون معه، وتتخذ الأدوار شكل أنظمة مستمرة عندما تتطابق مع الأنماط الثقافية، وتنظم التوقعات المتفق عليها أنماط الجزاءات الأخلاقية لتدعيم القيم المشتركة بين أفراد الجماعة الذين يؤدون نفس الدور، وتساعد هذه القيم على تساند وترابط الأدوار التي يؤديها الشخص⁽³⁾.

ويربط (بارسونز) T-Parsons بين الدور والبناء الاجتماعي، فيرى أن البناء الاجتماعي يتكون من علاقات الأدوار التي يؤديها الأشخاص، ويعتبر التباين البنائي بين الجماعات عن تعدد الأدوار التي يؤديها الأشخاص في إطار الجماعة، فالدور يتم في إطار المصالح والاهتمامات

(1) علي ليله: البنائية الوظيفية في علم الاجتماع والأنثروبولوجيا : المفاهيم والقضايا، دار المعارف، القاهرة، 1982م، صص 262-263

(2) السيد الحسيني: النظرية الاجتماعية ودراسة التنظيم، دار المعارف، ط4، سنة القاهرة، 1983م، صص 79، 80.

(3) محمد سعيد فرح: البناء الاجتماعي والشخصية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1989م، ص 327.

النفیعة والوجدانية، ویؤدي الدور - باعتباره وحدة بنائية - إلى ربط الشخصية بالبناء الاجتماعي، حیث إنه یوضح اهتمامات الفاعل ویؤكد مصالح الجماعة فی الوقت نفسه⁽¹⁾.

ب- روبرت ميرتون Robert Merton (1910-2003):

وضحت مساهمة (ميرتون) فی تحليل ودراسة الدور من خلال صياغته لمفهومين مرتبطين بدراسة الدور، وهما مجموعة الأدوار، ومجموعة المراكز، ويقصد (ميرتون) بمجموعة الأدوار مجموعة علاقات الأدوار الكاملة التي یشارك فيها الشخص الذي يشغل مكانة اجتماعية معينة، أما مجموعة المراكز فيقصد بها: ذلك النظام المعقد للأوضاع الاجتماعية المميزة للشخص داخل النسق الواحد والأنساق المختلفة.

ویرى (ميرتون) أن مفهوم مجموعة المراكز مفهوم مهم لأنه یربط الأنساق الاجتماعية التي یشارك فيها الشخص الواحد، ویتفاعل شاغر المراكز مع الآخرين ولا تتفاعل المراكز مع بعضها حیث إن التفاعل يتم بین شاغليها، ویرى (ميرتون) أن مجموعة الأدوار والمراكز وحدات بنائية تشير إلى جزء من البناء الاجتماعي وتهدف إلى ربط التوقعات مع أنماط السلوك والعلاقات التي يتكون منها البناء ویرى (ميرتون) كذلك أن كل مركز اجتماعي يستلزم مجموعة من الأدوار، فشاغل المركز الواحد یؤدي جملة أدوار وليس دوراً واحداً⁽²⁾.

كما تحدث (ميرتون) كذلك عن التنظيم البيروقراطي وذلك فی مقالة له، بعنوان: (البناء البيروقراطي والشخصية) والتي نشرها فی سنة 1940 وقال فی هذا المقال إن أعضاء التنظيم یستجيبون لمواقف معينة فی التنظيم ثم یعممون هذه الاستجابة إلى المواقف المماثلة، أكد كذلك بأن التغير الذي یطرأ على شخصية أعضاء التنظيم ينشأ عن عوامل كامنة فی البناء التنظيمي.

ویتضمن مقاله مجموعة من القضايا فهو یبدأ بقضية أساسية هي: ضرورة وجود ضبط

تمارسه المستويات الرئاسية العليا فی التنظيم وتتخذ هذه الضرورة شكل التأكيد المتزايد والمستمر

(1) محمد سعيد فرح، المرجع السابق، ص326، 327.

(2) محمد سعيد فرح، المرجع نفسه، ص317، 318.

لثبات السلوك داخل التنظيم وهذا يعني تحديد المسؤولية والاختصاص أما ضمان ثبات السلوك والتنبؤ به فيتطلبان توافر إجراءات مقننة تتخذ باستمرار طابعاً نظامياً⁽¹⁾.

ج- راد كليف براون Radcliffe Brown (1881-1955):

جاء تحليل (براون) للدور من خلال تناوله لمفهوم البناء الاجتماعي والوظيفة الاجتماعية فقد اهتم بالوظائف التي تؤديها النظم الاجتماعية من أجل الوفاء بحاجات النسق الاجتماعي كحاجته إلى البقاء وحاجته إلى التوازن وحاجته إلى التكيف مع البيئة⁽²⁾.

وينظر (براون) إلى البناء الاجتماعي على أنه شبكة من العلاقات الاجتماعية وتختلف هذه العلاقات باختلاف الأدوار الاجتماعية التي يؤديها الأشخاص في المجتمع⁽³⁾.

ويفرق (براون) بين مفهومي المكانة الاجتماعية والدور الاجتماعي، فالمكانة هي الوضع الذي يشغله الشخص في البناء الاجتماعي، وترتبط المكانة بمعايير محددة ويقوم شاغل المكانة بسلوك محدد بصورة تقريبية، أما الدور فهو ترتيب من الأنشطة والسلوك المرتبطة بالمكانة⁽⁴⁾.

تعقيب:

إذن من خلال استعراض وظيفة المستشفى، ومكوناته، والأدوار التي يجب أن يقوم بها العاملين به، فإن علاج المرضى يقوم به جميع أجزاء هذا البناء عن طريق ما يمكن أن نطلق عليه اسم العملية الاستشفائية أو العلاجية، وهذه العملية تتم من خلال تكامل الأدوار التي تشكل ميكانزمات العملية العلاجية، رغم اختلاف الأدوار التي تقوم بها العناصر، وهي وإن كانت مختلفة فإن هذا الاختلاف ضروري من أجل تحقيق التكامل؛ كما أن هذه الأدوار متوقعة من هذه العناصر كانت هذه الأدوار فيما بينهم، أو بينهم وبين المجتمع بأكمله.

(1) السيد الحسيني: مرجع سبق ذكره، ص79-80.

(2) محمد عارف: المجتمع بنظرة وظيفية، الكتاب الأول الوظيفة وملاحظها العامة وأمجادها التاريخية وصورها المعاصرة، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، 1981م، ص172.

(3) عبد الباسط عبد المعطي وعادل الهوارى: في النظرية المعاصرة لعلم الاجتماعي، دار المعرفة، الإسكندرية، 1986م، ص60.

(4) عبد الهادي الجوهري: قاموس علم الاجتماعي، مكتبة نهضة الشرق، القاهرة، 1983م، ص250.

الفصل الرابع

الحياة الاجتماعية الطبية في المجتمع الليبي

- أولاً- تطور الاهتمام بالصحة في ليبيا.
- ثانياً- التعليم الصحي والتدريب السريري.

مقدمة:

حاولت البحث في سجلات ووثائق اللجنة الشعبية العامة للصحة والبيئة (سابقاً)، عن عدد المرافق الصحية، مثل: العيادات المجمع، والمستوصفات، ومستشفيات المناطق العمومية، وهي لم تتعدى (1500) مرفق⁽¹⁾، فالكثير منها متوقف عن العمل والبعض الآخر مازال تحت الصيانة ولعدة سنوات بدون إحداث أي تقدم، وأخرى تتعدم فيها لصيانة، وغير مؤهلة لمواجهة الظروف البيئية، كما أن هذه المنشآت لم تبني بطريقة تحمي محتوياتها من السرقة والنهب، والكثير منها لم يكن مخططاً له بإيواء الحالات الطارئة وتقديم الإسعافات السريعة للمرضى.

مستشفيات المدن لا تختلف كثيراً عن المستشفيات القروية، وهي بحاجة إلى الصيانة وإعادة تأهيل بما يتماشى مع التطورات الحديثة في التطبيب والعلاج.

بلغ عدد العاملين في قطاع الصحة، حسب تقارير (2008م)، (100,000) منهم ما يقارب من (30,000) موظف تحت بند عناصر التمريض⁽²⁾.

المعلومات التي عثرت عليها تقول بأن عدد الأطباء العاملين في ليبيا حسب عام (2009م) كان قد بلغ (10,230) طبيباً وطبيبة، منهم (8,612) من الليبيين والبقية من أجنبي، بنسبة (17) طبيباً لكل (10,000) مواطن ومواطنة، وهي نسبة من الناحية النظرية عالية جداً.

وبلغ عدد المستشفيات العاملة في ليبيا حسب عام (2009م) ما مجمله (96) مستشفى بها (20,289) سريراً منها مستشفى مركزي، و(20) مستشفى عمومي، و(32) مستشفى قروي، والبقية مستشفيات خصوصية أو تابعة لجهات أخرى، كما توزعت بقية البنية التحتية لمرافق الصحة على الوجه الآتي (37) مصحة، (15) عيادة مجهزة، (1355) مستوصفاً ومركزاً صحياً⁽³⁾.

(1) محمد بلحاج، الخدمات الصحية في ليبيا ومحاولات التغيير، موقع ليبيا موطني، 2013/05/29م: <https://www.leebya.com>

(2) محمد بلحاج، المرجع السابق.

(3) محمد بلحاج، المرجع نفسه.

أولاً- تطورات الاهتمام بالصحة في ليبيا:

مرّ المجتمع الليبي بالعديد من الأزمات والمحن التي أثرت في مسيرة الحياة الاجتماعية والاقتصادية والسياسية فيه، وكل أزمة أو مرحلة يمر بها تحمل معها الكثير من التغيرات سواء السلبية منها أو الإيجابية وإن كانت هذه التغيرات قليلة وآثارها بسيطة، فهذا المجتمع القليل في سكانه والكثير بخيراته التي لا تعد ولا تحصى لم يستغل الاستغلال الأمثل لينعم بهذه الخيرات كافة أبناء الوطن وإنما أهدرت وطالتها النزاعات على مر السنوات ونستعرض الأوضاع الصحية في المجتمع الليبي والتي تعد انعكاساً للأوضاع الاقتصادية والاجتماعية في كل فترة زمنية مر بها المجتمع الليبي كالتالي:

1- فترة الحكم العثماني:

تشير الدراسات إلى تدهور الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية والصحية في ليبيا، وخاصةً الصحية في العهد العثماني الثاني التي ساءت وفقاً لتلك الدراسات، حيث انتشرت الكثير من الأمراض بين الناس، وهي أمراض في أغلبها وبائية، ومنها على سبيل المثال: (المالريا، الدرن الرئوي، التيفوس، مرض الزهري، مرض الطاعون والكوليرا).

تعتبر المرافق الصحية التي أقامها العثمانيون محدودة، ومنها ما يعرف ب(بيمارستان)، ويعمل فيه من مارسوا الطب، وخصص لعلاج بعض الأمراض غير السارية، وتم إنشاء مستشفى في المنشية عام (1850م) ومستشفى في ولاية طرابلس (1880م) للمساجين، وفي عام (1881م)، تم إنشاء أول مستشفى عثماني مدني، في الخمس أقام العثمانيون مستشفى (1906م)، وآخر في فزان وبنغازي وظهرت في طرابلس مجموعة من المستوصفات، ومن أهمها مستوصف المسترريد في (1889م).

وأنشئت بعض المستشفيات الأجنبية في طرابلس، فقد كان هناك مستشفى إيطالي، وفي عام (1887م) انشأ القنصل الفرنسي مستشفى وكان تحت رعايته، وفي بنغازي أقام الإيطاليون عام (1903م) مستوصفاً، يدار من قِبل المبشرين الطليان ويقدم خدماته مجاناً⁽¹⁾.

(1) أحمد عبدالخالق الشريف، مرجع سبق ذكره، ص 40-42.

2- فترة الاحتلال الإيطالي:

عند دخول إيطاليا إلى ليبيا (1911م) كانت أوضاع البلاد سيئة جداً في مختلف النواحي وبخاصة الصحية منها ولإقناع الشعب بحسن نواياها وتشجيع الاستيطان في ليبيا أنشأت مستشفيات حديثة في مدينة طرابلس، ومنذ عام (1912م) لم تنتشر أية أوبئة جديدة، وأهتمت بالنظافة، وتم حفر قنوات الصرف الصحي وتنظيف الحفر التي تفيض بالمياه⁽¹⁾.

3- فترة ما بعد الاستقلال:

تحصلت ليبيا على استقلالها عام (1951م)، بعد الهيمنة العثمانية وبخاصة في مراحلها الأخيرة التي تسبب في مجموعة من الولايات والمعضلات السياسية والاقتصادية والاجتماعية، وكذلك بعد الاستعمار الإيطالي وما أفرزه من مشكلات، فإن مرحلة الخمسينات اتسمت بالاستقلال وحكم البلد بعناصر وطنية من أبنائها وجدوا أنفسهم أمام مجموعة من المصاعب والمشكلات لعل من أبرزها الجهل، والفقر، والمرض، فكان عليهم التخلص من تلك المشاكل وانعاش البلاد اقتصادياً وقد أثر كل من عامل السياسي المتمثل في الاستقلال والعامل الاقتصادي المتمثل في اكتشاف النفط على الأوضاع الصحية في ليبيا في فترة ما بعد الاستقلال.

من حيث التشريعات الصحية فقد صدر في 26 فبراير 1956م مرسوم ملكي بإنشاء المجلس الاستشاري الأعلى للصحة العامة، وفي 23 سبتمبر 1956م صدر قانون الحجر الصحي كما صدر في 27 مايو 1958م قانون الصحة العامة⁽²⁾.

أما من حيث الميزانيات العامة فقد شهدت ارتفاعاً ملحوظاً، ففي عام (1943م) بلغ مجموع النفقات في النواحي الصحية في ولاية طرابلس وبرقة (120,788 جنيهاً) وبلغ عام (1950م)

(1) أحمد عبدالخالق الشريف، المرجع السابق، ص 42-43.

(2) أحمد عبدالخالق الشريف، المرجع نفسه، ص 45.

(395,00 جنيهاً)، في حين بلغ عام (1954م) (571,000 جنيهاً)، وارتفعت النفقات (1960م) إلى (990,000 جنيهاً)، هذا وقد بلغت النفقات في المملكة عام (1962م) (2,395,000) ورصد للخدمات الصحية في الخطة الخمسينية التي بدأت عام (1963م) (12.500.000 جنيهاً) بعد اكتشاف النفط انعكس على الأوضاع الصحية حيث زاد عدد المستشفيات فقد بلغ في عام (1959م) (19) مستشفى وفي عام (1965م) إلى (38) مستشفى، وازداد عدد العاملين في المجال الصحي ففي عام (1965م) وصل عدد الأطباء إلى (409) طبيباً و (36) طبيب أسنان و (57) صيدلياً⁽¹⁾.

وكان لتحسن الظروف الصحية المردود الإيجابي على المجتمع، فمثلاً ارتفع معدل المواليد ليصل إلى (29.2) في الألف من السكان وانخفض معدل الوفيات إلى (3.9) في الألف وارتفاع معدل الزيادة الطبيعية إلى (25.3) في الألف عام (1963م)⁽²⁾.

4- فترة ما بعد 1969م:

لقد انطلق التخطيط الوطني في التعامل مع التنمية البشرية في ليبيا منذ السبعينات واعتمد على رؤية شاملة نابعة من ضرورة تحقيق مجتمع الرفاه والوفرة، والربط بين الأبعاد الاجتماعية والاقتصادية في تحقيق التنمية البشرية.

جاءت الاستراتيجية الأولى لقطاع الصحة لتؤكد على أهداف توفير الصحة للجميع وتقديم الخدمات الصحية المتكاملة والشاملة.

وإذا ما أخذنا بعض مؤشرات التحولات الديموغرافية وجوانب تحسن صحة المجتمع، نلاحظ انخفاض معدل الوفيات الخام فقد أصبح وفق نتائج الإحصاءات الحيوية عام (1995م) نحو (3.1)

(1) أحمد عبد الخالق الشريف، المرجع السابق، ص 46-47.

(2) أحمد عبد الخالق الشريف، المرجع نفسه، ص 47.

في الألف بعد أن كان (9.4) في الألف عام (1973م) وانخفاض وفيات الأطفال من (11.8) في الألف عام (1973م) إلى (24.4) في الألف عام (1995م).

كذلك نلاحظ ارتفاع بنسبة المواليد من (21%) عام (1969م) إلى (92%) من الولادات على المستوى الوطني عام (1995م) التي تتم في المؤسسات الصحية العامة⁽¹⁾.

بلغ عدد وحدات الرعاية الصحية (931) وحدة وعدد مراكز الرعاية الصحية يصل إلى (163) مركزاً ويبلغ عدد العيادات المجمعّة التي تحتوي على أطباء في مختلف التخصصات (21) عيادة تليها المستشفيات القروية، حيث بلغت (24) مستشفى، والمستشفيات العامة (19) مستشفى، أما المستشفيات المركزية يصل عددها (17) والمراكز التخصصية إلى (23) مركزاً. أما عن عدد العاملين في النظام الصحي وفق إحصاءات (1998م) قد بلغ نحو (63,656) من العاملين⁽²⁾.

تشير أن الأنفاق على القطاع الصحي بشقيه الاستثماري والتجاري يشكل (19%) من ميزانية الدولة وفق إحصاءات عام (1996م).

تعقيب:

من خلال إجراء مقارنة بسيطة بين مختلف المراحل التي مر بها النظام الصحي في ليبيا، نلاحظ أن الفترات المتلاحقة ابتداء من فترة الحكم العثماني لم تشهد إلا اهتماماً بسيطاً بالصحة بالكاد يذكر، حيث انتشرت العديد من الأمراض والأوبئة، أما فترة الاستعمار الإيطالي فقد كانت الأوضاع صعبة من جميع النواحي وبد اهتمام بسيط بالصحة والنظافة العامة أما فترة ما بعد الاستقلال فشهدت طفرات متعددة في المجال الصحي وخاصة بعد ظهور النفط وتطور الاقتصاد

(1) أحمد عبدالخالق الشريف، المرجع السابق، ص 47.

(2) عمار اللطيف وآخرون، تقرير التنمية البشرية لعام 1999م، الهيئة الوطنية للمعلومات والتوثيق، طرابلس، ص 100.

الليبي حيث بدأ الإنفاق على الخدمات الصحية والاهتمام بالصحة العامة، أما فترة (1969م) فشهدت تطور ملحوظ في القطاع الصحي واهتمت بالتوسع الأفقي لتوفير الخدمات الصحية وانتشار العديد من المراكز والعيادات والمستشفيات وتعرضت فترة التسعينيات إلى تراجع ملحوظ رغم الإنفاق الكبير والتطور الهائل في الرعاية والخدمات الصحية إلا أن القطاع الصحي في ليبيا يعاني الكثير من المشاكل والسلبيات والتي أترت بشكل كبير على سمعة الصحة داخل ليبيا، بحيث تشير البيانات الحالية المتوفرة بان نسبة الليبيين المترددين على مستشفيات مدينة صفاقس فقط بلغ (80%) من إجمالي المرضى المترددين على هذه المستشفيات(*) .

ثانياً - التعليم الصحي والتدريب السريري:

أنشئت أول كلية للطب في بنغازي عام (1970م) وأخرى في طرابلس عام (1973م)، وكان عدد دفعات كل كلية في السنة يتراوح بين (70-100) طالب وطالبة⁽¹⁾. وفي عام (1976م) أمرت السلطات في ذلك الوقت بفتح المجال أمام الطلاب الراغبين في دراسة الطب دون أي شروط أو ضوابط.

على إثر ذلك بدأت كلية الطب في كل من طرابلس وبنغازي تستقبل من (500-1000) طالب وطالبة في السنة، وبلغ عدد المسجلين في كلية طب بنغازي عام (2009م) أكثر من (6000) طالب وطالبة وبلغت عدد كليات الطب في مختلف مناطق البلاد (9) كليات وكلية عاشرة تتبع الجامعة الدولية للعلوم حتى بلغ عدد المسجلين في جميع كليات الطب الليبية في عام (2009م) (26,000) طالب وطالبة، بلغ عدد الأطباء الليبيين المتخرجين من كليات الطب الليبية (20,000) طبيب وطبيبة⁽²⁾.

(*) راجع الصفحة (4) من هذا البحث.

(1) عمار اللطيف وآخرون، المرجع السابق، ص101.

(2) عمار اللطيف وآخرون، المرجع نفسه، 102.

بكل تأكيد كان الاهتمام بالكم وليس بالكيف، ومن هنا فإننا من السهل أن نتصور الكيفية التي تعلم تعلمت بها هذه الأعداد من الأطباء والطبيبات في ظل نواقص حادة في كل مستلزمات التعليم والتدريب، حيث تحصلوا على رخص لممارسة المهنة ولكن لم يتحصلوا على التدريب الكافي ولا على الأهلية السريرية لممارسة المهنة، فساهم ذلك في تدني مستوى الخدمات الطبية في بلادنا وخلق هوة كبيرة بين من يقدم الخدمات ومن يستقبلها، أي الطبيب من ناحية والمريض من ناحية أخرى، مما أدى إلى فقدان ثقة المواطن الليبي في الطبيب المحلي نتيجة لكثرة الأخطاء التي حصلت من قبل الأطباء الليبيين، وبدأت على إثرها رحلات العلاج خارج الوطن منها إلى تونس وإلى مصر وإلى الأردن وغيرها من دول العالم بحثاً عن استشفاء من أطباء غير ليبيين.

وكمثال على خطط وبرامج في التنمية في ليبيا:

مشروع خطة التحول الاقتصادي والاجتماعي خلال الفترة من (2002-2006م):

قطاع الصحة والضمان الاجتماعي⁽¹⁾:

يسعى إلى الاهتمام بتنمية وتطوير الخدمات الصحية وتوفيرها للمواطنين في مختلف مواقعهم باعتبار أن الرعاية الصحية هي أحد الحقوق الأساسية لكل مواطن، استهدفت خطط (البلديات) تنفيذ برامج صحية بمبلغ (1058.06) مليون دينار وذلك لتحقيق الأهداف الأتية:

1- صيانة وتطوير المرافق الصحية العامة من مستشفيات ومراكز رعاية صحية أولية من حيث المباني والتجهيزات.

2- تحقيق المعدلات المستهدفة من خلال زيادة السعة السريرية بإنشاء مستشفيات في بعض الشعبيات.

3- استكمال منظومة الرعاية الصحية الأولية من خلال إنشاء وحدات رعاية ومراكز صحية وعيادات لبعض الشعبيات.

(1) مشروع خطة التحول الاقتصادي والاجتماعي، 2002م-2006م، اللجنة الشعبية العامة، الجزء الثاني، 2001م، ص14.

- 4- الاستمرار في برامج خطط تلبي احتياجات القطاع من خلال تطوير وإنشاء معاهد صحية عليا.
- 5- تحسين مستوى الخدمات الصحية من خلال توفير تجهيزات طبية متقدمة وسيارات إسعاف حديثة.
- 6- تحسين وتطوير منظومة الإمداد الطبي بالشعبيات من خلال إنشاء وصيانة مخازن الإمداد الطبي وربما تتضمن وصول وتخزين وتوزيع الأدوية والأمصال بطريقة صحيحة وسليمة.
- 7- وضع برامج تنفيذ قانون رقم (5) الخاص بالخدمة الوطنية.

كما تستهدف خطة الشعبيات مراعاة ظروف المناطق النائية وتؤكد هذه الخطة على زيادة مساهمة القطاع الأهلي في النشاط الاقتصادي بحيث يتوقع تنفيذ حجم استثماري يقدر بنحو (762) مليون دينار لإقامة تشاركيات ومجمعات صحية أهلية، وذلك إلى جانب تملك بعض الوحدات الصحية للقطاع الأهلي ومشاركته في إدارة بعض المرافق الصحية الأخرى وذلك تنفيذاً للقانون رقم (6) بشأن تطبيق النظام التشاركي أما فيما يخص مدينة مصراتة في خطتها للتحويل الاقتصادي والاجتماعي من خلال مساحة مصراتة والتي تصل إلى (10,210) كيلومترات مربعة بنسبة (0.6%) من إجمالي مساحة ليبيا البالغة (1,774,440) كيلومتراً مربعاً⁽¹⁾.

يبلغ عدد سكان مدينة مصراتة (5,174,78) من الليبيين، من (33,460) غير الليبيين من إجمالي عدد الليبيين البالغ عددهم (5,323,991) نسمة حسب التعداد العام للسكان لعام (2006م)⁽²⁾.

ومن أهم الأهداف التي تسعى مدينة مصراتة لتحقيقها من خلال خطة التحول الاقتصادي والاجتماعي من عام (2002-2006م) وخاصة فيما يخص قطاع الصحة فهي توسيع السعة السريرية بإضافة (440) سريراً، لتحقيق هذه الأهداف، كما رصدت مخصصات لخطة التحول قدرها (410) دينار لاستكمال مشروعات جار تنفيذها وإقامة مشروعات جديدة، وقد خصص لقطاع

(1) مشروع خطة التحول الاقتصادي والاجتماعي 2002-2006 الجزء الثاني، 2001م، ص58.

(2) الهيئة العامة للمعلومات، النتائج الأولية للتعداد العام للسكان، 2006م، ص51.

الصحة مبلغ قدره (14) مليون دينار⁽¹⁾.

باستعراضنا لخطة التحول الاقتصادي والاجتماعي لسنة (2002م-2006م) لتواصل المسيرة التنموية ونجد أنه تم توظيف جزء كبير من الموارد المالية التي رصدت لها وقدرها حوالي (8066) مليون دينار⁽²⁾.

ويستهدف توظيف الإمكانيات والموارد الطبيعية والبشرية المتاحة بها لتحقيق تنمية مكانية متوازنة.

هذا ما كان مرسوم للخطة لكن الواقع يقول غير ذلك فالأموال المخصصة للخطة والمشاريع والبرامج لم يتم تنفيذ شيء منها في الواقع ولم يلحظ المواطن الليبي أي تطور على مستوى الخدمات وخاصة فيما يخص قطاع الصحة فلو تم تنفيذ هذه الخطة لما كان هذا حال الخدمات الصحية في ليبيا.

تعقيب:

من خلال ما تم التطرق إليه في هذا الفصل من تطور الصحة والاهتمام بها والأموال الطائلة التي تصرف من الميزانيات المخصصة لقطاع الصحة ميزانية الدولة الليبية من كل عام، وكذلك جانب التشريعات والقوانين؛ إلا أنه مع هذا كله نجد أن قطاع الصحة يعاني الكثير من المشاكل، إذ يبقى ما ذكر من الأرقام والإنجازات والميزانيات هي مجرد أرقام فقط لوجود لها على أرض الواقع؛ يشوبها الكثير من التقصير، وهنا نجد أنفسنا أمام معضلة وهي ماذا يفعل المواطن عندما تواجهه مشكلة صحية مع هذا الخل؟

(1) مشروع خطة التحول الاقتصادي والاجتماعي 2002-2006 مرجع سابق، ص 58-59.

(2) مشروع خطة التحول الاقتصادية والاجتماعي 2002-2006 مرجع سابق ص 1.

الفصل الخامس

عرض البيانات والنتائج

أولاً- عرض الجداول الوصفية البسيطة (مجتمع البحث):

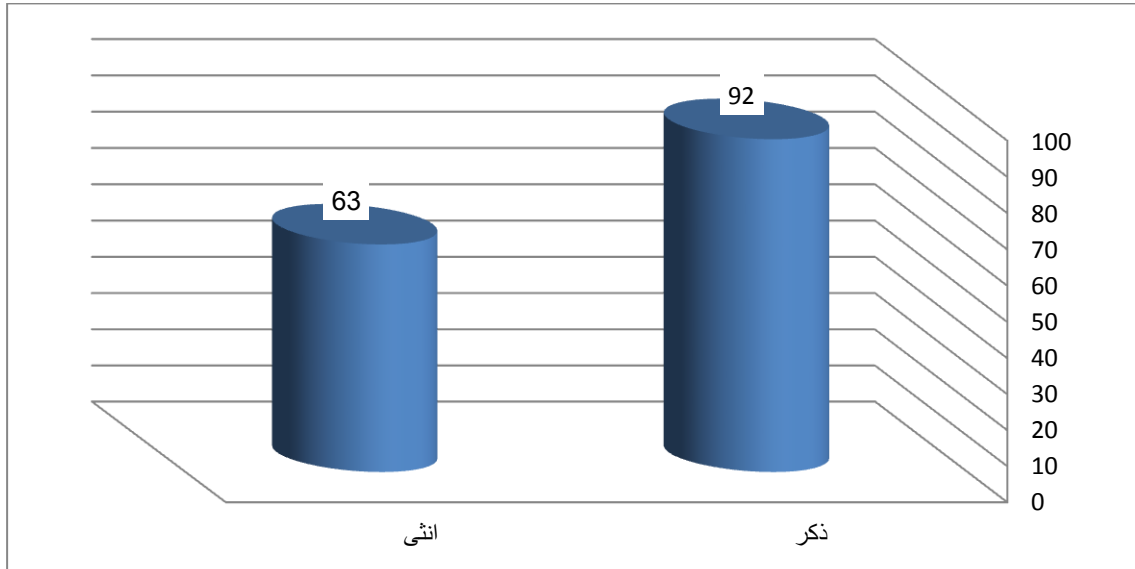
جدول (1-5)

توزيع أفراد المسح حسب النوع

النوع%	العدد	النسبة%
ذكر	92	59.4
أنثى	63	40.6
المجموع	155	100

الجدول (1-5) والشكل (1-5) يبينان توزيع أفراد المسح حسب التركيب النوعي، حيث أوضح

البحث ما نسبته (59.4%) من أفراد المسح ذكوراً أما الإناث فيشكلن ما نسبته (40.6%) من أفراد المسح.



شكل (1-5) توزيع التركيب النوعي للعينة

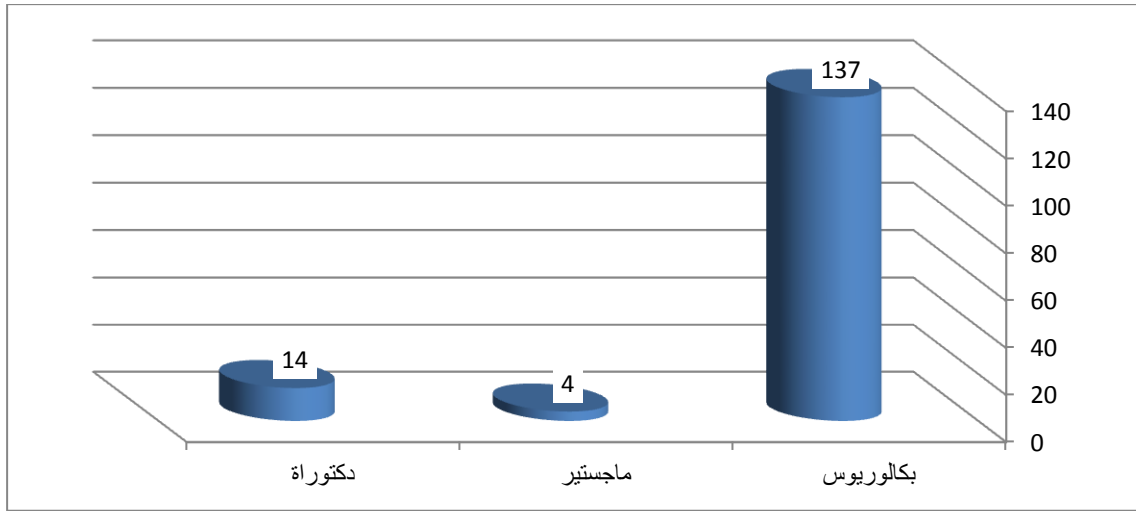
جدول (2-5)

توزيع أفراد المسح حسب الشهادة العلمية

الشهادة العلمية	العدد	النسبة%
بكالوريوس	137	88.4
ماجستير	4	2.6
دكتوراه	14	9
المجموع	155	100

يتضح من الجدول (2-5) والشكل (2-5) أن (88.4%) من أفراد المسح هم من حملة

شهادة البكالوريوس و(2.6%) من حملة شهادة الماجستير و(9%) من حملة شهادة الدكتوراه.



شكل (2-5) توزيع أفراد المسح حسب الشهادة العلمية

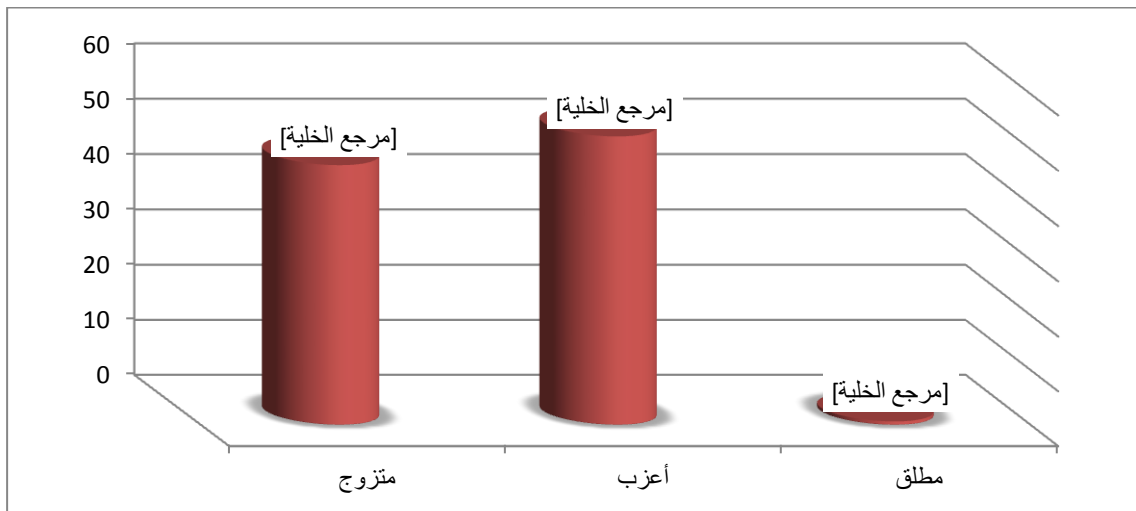
جدول (3-5)

توزيع أفراد المسح حسب الحالة الاجتماعية

النسبة %	العدد	الحالة الاجتماعية
47.1	73	متزوج
52.3	81	أعزب
0.6	1	مطلق
100	155	المجموع

يبين الجدول (3-5) والشكل (3-5) أن (47.1%) من أفراد المسح هم من المتزوجين وأن

ما نسبته (52.3%) ممن أفراد المسح غير متزوجين.



شكل (3-5) توزيع أفراد المسح حسب الحالة الاجتماعية

جدول (4-5)

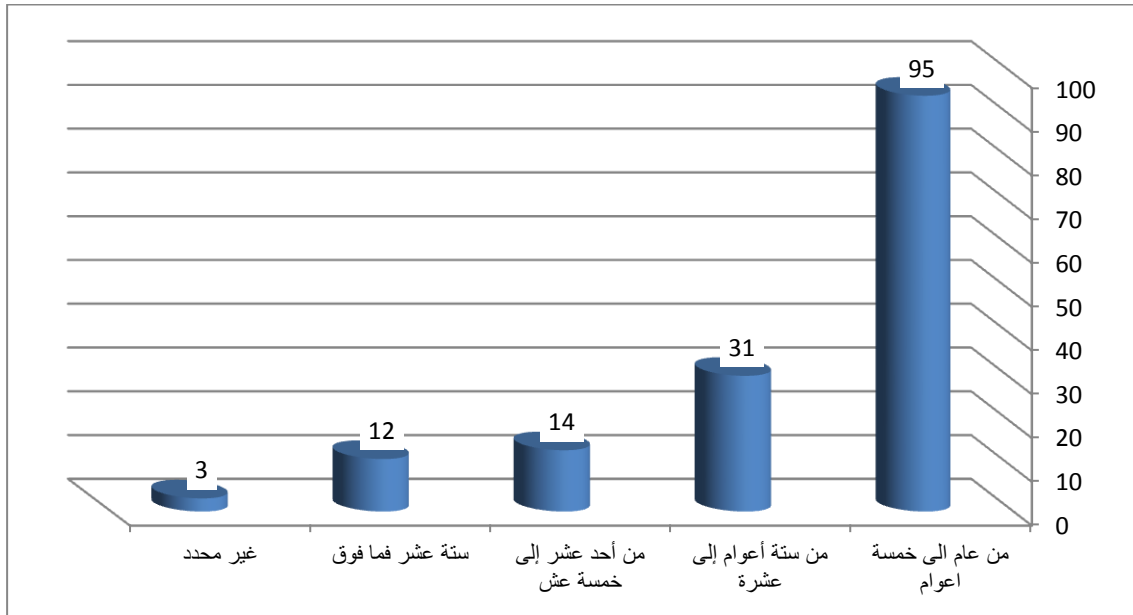
توزيع أفراد المسح حسب سنوات الخبرة

النسبة %	العدد	سنوات الخبرة
61.3	95	من عام إلى خمسة أعوام
20	31	من ستة أعوام إلى عشرة
9	14	من أحد عشر إلى خمسة عشر
7.7	12	سنة عشر فما فوق
1.9	3	قيم مفقودة
100	155	المجموع

يتضح من الجدول (4-5) والشكل (4-5) أن النسبة الأكثر تكرارًا فيما يتعلق بالخبرة لدى

أفراد المسح كانت الفئة من عام إلى خمسة أعوام حيث بلغت النسبة (61.3%) بينما كانت الفئة

من ستة عشر عامًا فأكثر من أقل الفئات حيث بلغت نسبتها (7.7%).



شكل (4-5) توزيع أفراد المسح حسب سنوات الخبرة

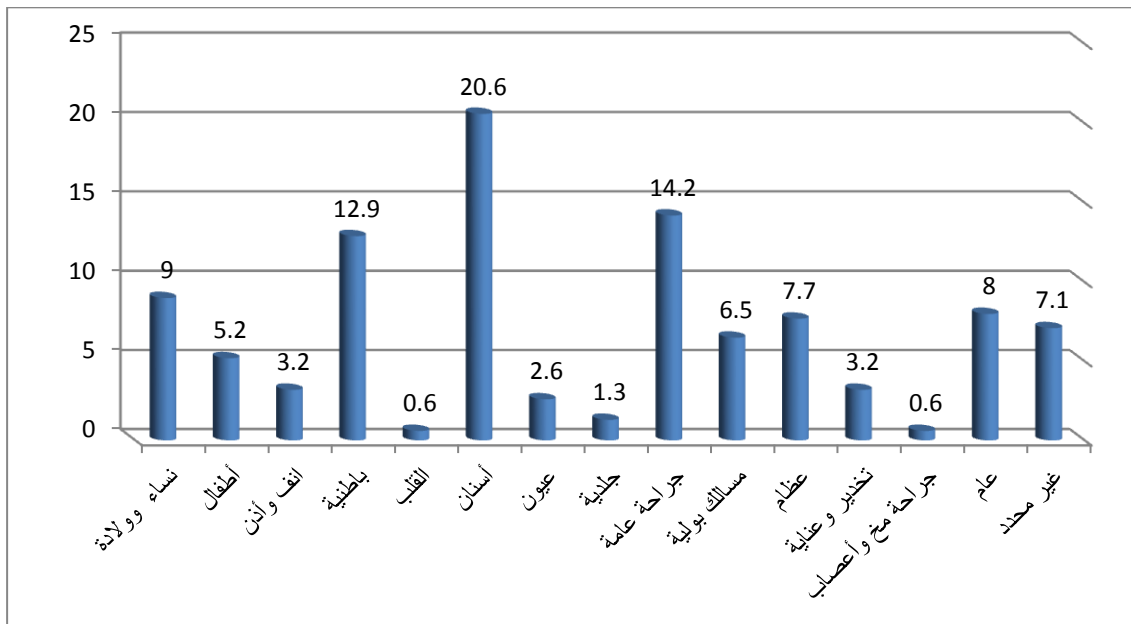
جدول (5-5)

توزيع أفراد المسح حسب التخصص

النسبة %	العدد	التخصص
9	14	نساء وولادة
5.2	8	أطفال
3.2	5	انف وأذن
12.9	20	باطنية

النسبة %	العدد	التخصص
0.6	1	القلب
20.6	32	أسنان
2.6	4	عيون
1.3	2	جلدية
14.2	22	جراحة عامة
6.5	10	مسالك بولية
7.7	12	عظام
3.2	5	تخدير وعناية
0.6	1	جراحة مخ وأعصاب
5.1	8	عام
7.1	11	غير محدد
100	155	المجموع

يتبين من الجدول (5-5) والشكل (5-5) أن أكثر التخصصات شيوعاً لدى أفراد المسح كانت تخصصات الأسنان والجراحة العامة والباطنية حيث كانت نسبهم المئوية بالترتيب (20.6%)، (14.2%)، (12.9%)، بينما كانت أقل التخصصات تكراراً هي تخصصات جراحة المخ والأعصاب والقلب والجلدية، حيث كانت نسبهم المئوية بالترتيب هي (0.6)، (0.6)، (1.3).



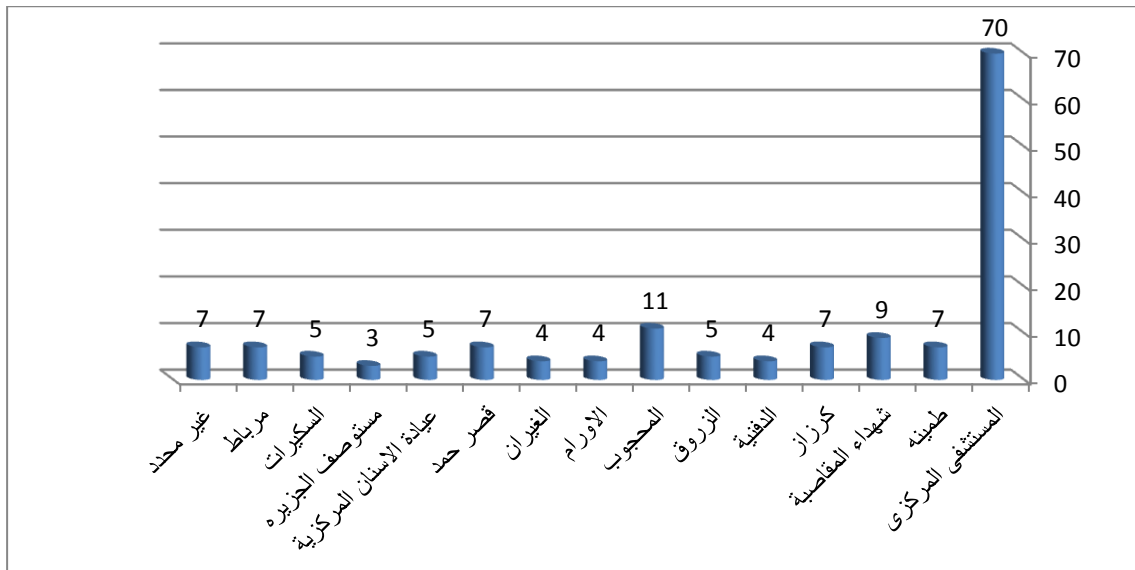
شكل (5-5) توزيع أفراد المسح حسب التخصص

جدول (5-6)

توزيع أفراد المسح حسب مكان العمل

النسبة %	العدد	مكان العمل
45.2	70	المستشفى المركزي
4.5	7	طمينه
5.8	9	شهداء المقاصبة
4.5	7	كرزاز
2.6	4	الدفنية
3.2	5	الزروق
7.1	11	المحجوب
2.6	4	الأورام
2.6	4	الغيران
4.5	7	قصر حمد
3.2	5	عيادة الأسنان المركزية
1.9	3	مستوصف الجزيرة
3.2	5	السكيرات
4.5	7	مرباط
4.5	7	غير محدد
100	155	المجموع

الجدول (5-6) والشكل (5-6) يبين توزيع أفراد المسح حسب مكان العمل حيث كانت أكثر التكرارات في المستشفى المركزي حيث بلغت النسبة (45.2%) بينما كانت أقل نسبة في مستوصف الجزيرة حيث بلغت النسبة (1.9%).



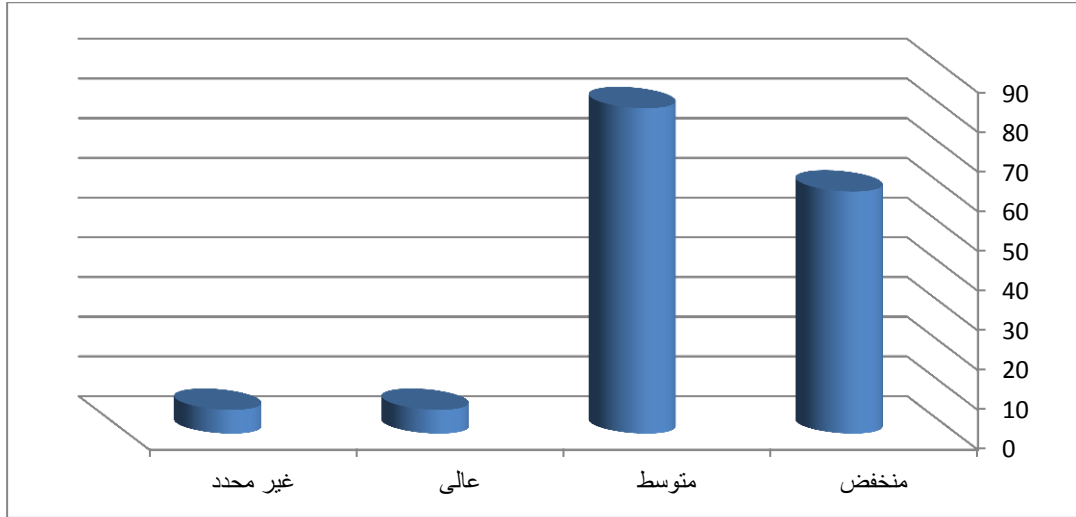
شكل (5-6) توزيع أفراد المسح حسب مكان العمل

جدول (5-7)

توزيع أفراد المسح حسب الدخل

النسبة %	العدد	الدخل
39.4	61	منخفض
52.9	82	متوسط
3.9	6	عال
3.9	6	غير محدد
100	155	المجموع

يتبين من الجدول (5-7) والشكل (5-7) أن معظم أفراد المسح أشاروا بأن مستوى دخولهم متوسط حيث بلغت نسبة تكرار متوسط (52.9%) بينما أشار ما نسبته (39.4%) أن مستوى دخولهم منخفضة.



شكل (5-7) توزيع أفراد المسح حسب الدخل

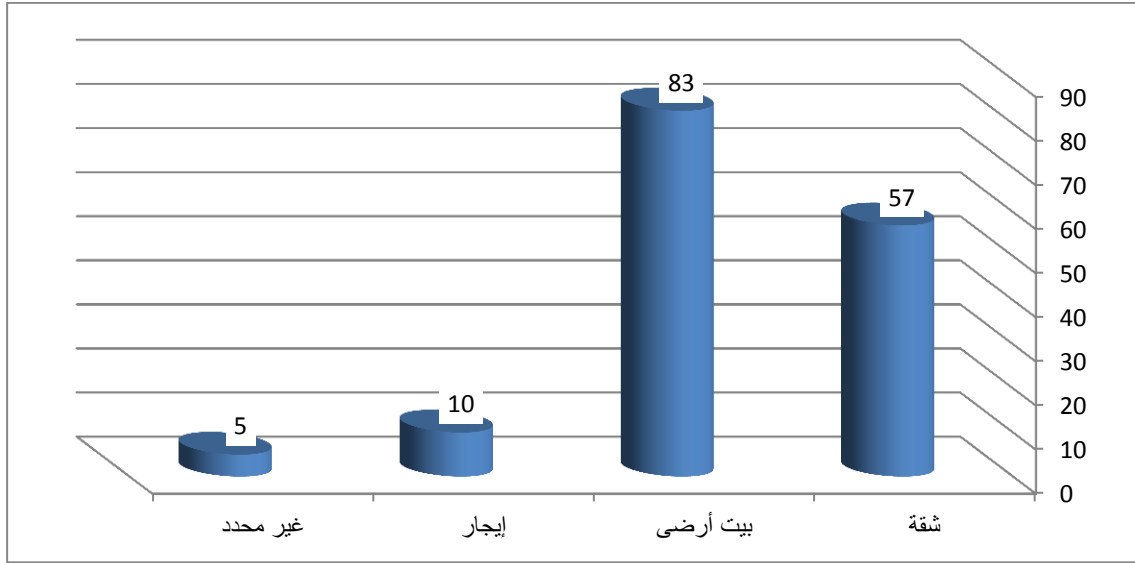
جدول (5-8)

توزيع أفراد المسح حسب السكن

النسبة %	العدد	نوع السكن
36.8	57	شقة
53.5	83	بيت أرضى
6.5	10	إيجار
3.2	5	لم يحدد
100	155	المجموع

يتبين من الجدول (5-8) والشكل (5-8) أن معظم أفراد المسح أشاروا بأنهم يسكنون في بيت

أرضى حيث بلغت النسبة (53.5%) بينما ما نسبته (6.5%) أنهم يسكنون في شقة بالإيجار.



شكل (5-8) توزيع أفراد المسح حسب السكن

ثانياً - البيانات المتعلقة بعمل الطبيب:

جدول (5-9)

توزيع إجابات أفراد المسح حول تدخل إدارة المستشفى في عملهم

النسبة	التكرار	هل الإدارة في المصحات والمستشفيات تتدخل في عملك؟
0.6	1	غير محدد
43.2	67	نعم
26.5	41	لا
29.7	46	أحياناً
100	155	المجموع

يتبين من الجدول (5-9) أن استجابات أفراد المسح حول تدخل الإدارة في عمل الطبيب

كانت متباينة حيث كانت أكثر النسب للإجابة (نعم) بنسبة (43.2%)، وكانت أقل النسب للإجابة

(لا) بنسبة (26.5%)، مما يشير إلى أن أفراد المسح يدركون أن إدارة المستشفيات تتدخل في

عمل الطبيب، وهو ما يؤثر على عمل الأطباء.

يتضح اتفاق نتيجة هذا البحث مع دراسة علي مكاوي التي أوضحت أن الطبيب يواجه في

الوحدة الصحية صراع مع رؤوسيه، وتدخلات الإدارة في عمله.

جدول (5-10)

توزيع إجابات أفراد المسح عن ساعات الدوام الرسمي في اليوم

النسبة	التكرار	كم عدد ساعات الدوام الرسمي في اليوم؟
1.3	2	غير محدد
67.1	104	من أربع إلى ثماني ساعات
23.2	36	من ثمان إلى إثنتي عشر ساعة
8.4	13	من اثنتي عشرة ساعة إلى ستة عشر ساعة
100	155	المجموع

يتبين من الجدول (5-10) أن استجابات أفراد المسح حول عدد ساعات الدوام الرسمي كانت متباينة بشكل دال إحصائيًا حيث كانت أكثر النسب للإجابة (من أربعة إلى ثمانية ساعات) بنسبة (67.1%) وكانت أقل النسب للإجابة (من اثنتي عشرة ساعة إلى ست عشر ساعة) بنسبة (8.4%)، وهي ساعات الدوام الرسمي في أغلب المصحات العامة.

جدول (5-11)

توزيع إجابات أفراد المسح عن تفضيل العمل في المصحات الخاصة على العمل في القطاع العام

النسبة	التكرار	هل تفضل العمل في المصحات الخاصة على العمل في القطاع العام؟
64.5	100	لا
35.5	55	نعم
100	155	المجموع

يتبين من الجدول (5-11) أن استجابات أفراد المسح حول تفضل العمل في المصحات الخاصة على العمل في القطاع العام كانت متباينة بشكل دال إحصائيًا حيث كانت أكثر النسب للإجابة (لا) بنسبة (64.5%)، وكانت أقل النسب للإجابة (نعم) بنسبة (35.5%)، مما يشير إلى أن أفراد المسح يميلون للعمل في القطاع العام أكثر من العمل في القطاع الخاص.

برغم المشاكل التي يعانيها القطاع العام، فجزء كبير من الأطباء يفضل العمل بها وذلك راجع على حسب رؤية الباحث إلى أنه عمل حكومي دخله مضمون وليس مرهون بعدد الساعات وبأعداد المرضى.

جدول (5-12)

توزيع إجابات أفراد المسح الذين يفضلون العمل في المصحات الخاصة على العمل في القطاع العام

النسبة %	التكرار	الإجابات
1.8	1	1
7.2	4	2
5.4	3	3
34.5	19	4
1.8	1	2-1
5.4	3	3-2
1.8	1	4-1
14.5	8	4-2
7.2	4	4-3
1.8	1	3-2-1
3.6	2	4-2-1
9.0	5	4-3-2
5.4	3	4-3-2-1

1- كثرة المترددين عليها. 2- وفرة المعدات والتجهيزات. 3- يكسب خبرة أكثر. 4- زيادة الدخل.
 يتضح من الجدول (5-12) أن أكثر الأسباب التي تدفع أفراد المسح للعمل في القطاع الخاص هي عوامل متعلقة بالنواحي المادية ثم العوامل المتعلقة بوفرة الأجهزة والمعدات الطبية.

جدول (5-13)

توزيع إجابات أفراد المسح حول أن من مهام الطبيب أنه يجعل المريض ينظر إليك كرمز للثقة

النسبة	التكرار	هل ترى أن من مهامك كطبيب أن يجعل المريض ينظر إليك كرمز للثقة؟
1.9	3	غير محدد
4.5	7	نعم
8.4	13	لا
85.2	132	أحياناً
100	155	المجموع

يتبين من الجدول (5-13) أن استجابات أفراد المسح كانت متباينة بشكل دال إحصائياً حيث كانت أكثر النسب للإجابة (أحياناً) بنسبة (85.2%)، وكانت أقل النسب للإجابة (نعم) بنسبة (4.5%)، مما يشير إلى أن أفراد المسح يؤيدون إلى حد ما ضرورة الحرص على تدعيم الثقة بين الطبيب والمريض.

يتضح لنا أن الطبيب الليبي لا يعطي أولوية لثقة المواطن به واتفق هذا البحث مع نتيجة دراسة أحمد الشريف من حيث أن سبب خطاب المواطن الليبي للعلاج بالخارج هو فقدان الثقة بالطبيب الليبي والعناصر الطبية المساعدة له.

جدول (5-14)

توزيع إجابات أفراد المسح عن وجود فرق في معاملة المريض في المستشفى العام والمصحات الخاصة

النسبة	التكرار	هل تشعر أن هناك فرقاً في معاملة المريض في المستشفى العام والمصحات الخاصة؟
31	48	لا أعرف
14.8	23	لا
54.2	84	نعم
100	155	المجموع

يتبين من الجدول (5-14) أن استجابات أفراد المسح كانت متباينة بشكل دال إحصائياً حيث

كانت أكثر النسب للإجابة (نعم) بنسبة (54.2%)، وكانت أقل النسب للإجابة (لا) بنسبة

(14.8%)، مما يشير إلى أن أفراد المسح يدركون أن هناك فرقاً في المعاملة في المستشفيات

الخاصة عن الحكومية، وراجع ذلك من جهة نظر الباحث أن المصحات العامة تكون مجانية والدوام

الرسمي في الغالب في الفترة الصباحية فقط، مما يسبب في ازدحام المرضى، وبالتالي فرق المعاملة.

يتضح اتفاق بين هذا البحث ودراسة عبدالله محمد عبدالرحمن من حيث أن الزيادة في كثافة

المرضى تؤثر على نسق الخدمة.

جدول (5-15)

توزيع إجابات أفراد المسح عن الوقت المستغرق للكشف على المريض في الغالب

النسبة	التكرار	كم من الوقت تستغرق للكشف على المريض في الغالب؟
1.3	2	غير محدد
14.8	23	خمس دقائق
38.7	60	عشرة دقائق
24.5	38	خمسة عشر دقيقة
20.6	32	لا أعرف
100	155	المجموع

يتبين من الجدول (5-15) أن استجابات أفراد المسح كانت متباينة بشكل دال إحصائياً حيث

كانت أكثر النسب للإجابة (عشرة دقائق) بنسبة (38.7%)، وكانت أقل النسب للإجابة (خمس دقائق)

بنسبة (14.8%)، مما يشير إلى أن الطبيب في أغلب الأحيان يستغرق عشر دقائق في الكشف.

جدول (5-16)

توزيع إجابات أفراد المسح عن تشخيص المرض بدقة

النسبة	التكرار	هل مرت عليك حالات لم تستطع فيها تشخيص المرض بدقة؟
5.8	9	لا
33.5	52	أحيانا
60.6	94	نعم
100	155	المجموع

يتبين من جدول (5-16) أن استجابات أفراد المسح حول (هل مرت عليك حالات لم تستطع فيها تشخيص المرض بدقة) كانت متباينة بشكل دال إحصائياً حيث كانت أكثر النسب للإجابة (نعم) بنسبة (60.6%)، وكانت أقل النسب للإجابة (لا) بنسبة (5.8%)، مما يشير إلى أن الأطباء يمرون بخبرات عدم القدرة على التشخيص في أحيان كثيرة.

جدول (5-17)

إجابات أفراد المسح الذين أجابوا بنعم تمر عليهم

النسبة %	التكرار	الإجابات
14.8	14	1
7.4	7	2
47.8	45	3
1.0	1	1-2
4.2	4	2-1
8.5	8	3-1
10.6	10	3-2
5.3	5	3-2-1

1- عدم التخصص 2- عدم قدرة المريض على وصف حالته 3- قلة المعدات الطبية
يتضح من الجدول (5-17) أن أكثر الأسباب التي تعيق الأطباء في تشخيص بعض الحالات هي بالترتيب عوامل متعلقة بقلة المعدات الطبية بنسبة تصل إلى (45%)، ثم عدم التخصص بنسبة (14%)، وعدم قدرة المريض على وصف حالته الطبية بنسبة (7%)، يتضح أن المصحات العامة تعاني افتقار في المعدات الطبية والأجهزة المتطورة التي تساعد على تشخيص المرض بدقة، وبالتالي الحصول على العلاج المناسب.

تتفق هذه النتيجة مع دراسة نجوى عبدالمنعم بأن مؤسسات العلاج الرسمي تعاني من افتقار الإمكانيات المادية كالأجهزة الطبية.

جدول (5-18)

توزيع إجابات أفراد المسح عن عدد الحالات التي يتم الكشف عليها في المعتاد

النسبة	التكرار	كم حالة تمر عليك في اليوم بشكل معتاد؟
31	48	من 5 إلى 10
29.7	46	من 11 إلى 15
18.1	28	من 16 إلى 25
11	17	من 26 إلى 30
4.5	7	من 31 إلى 35
5.8	9	36 فأكثر
100	155	المجموع

يتبين من الجدول (5-18) أن استجابات أفراد المسح حول عدد الحالات التي تمر عليهم في

الغالب كانت متباينة بشكل دال إحصائياً، حيث كانت أكثر النسب للإجابة (من 5 إلى 10) بنسبة

(31%)، وكانت أقل النسب للإجابة (من 31 إلى 35) بنسبة (4.5%).

جدول (5-19)

توزيع إجابات أفراد المسح عن وجود حوافز مادية أو معنوية نظير تميزك في عملك من إدارة المستشفى

النسبة	التكرار	هل هناك حوافز مادية أو معنوية أو معنوية نظير تميزك في عملك من إدارة المستشفى؟
91	141	لا
4.5	7	إلى حد ما
4.5	7	نعم
100	155	المجموع

يتبين من الجدول (5-19) أن استجابات أفراد المسح حول (هل هناك حوافز مادية أو

معنوية نظير تميزك في عملك من إدارة المستشفى) كانت متباينة بشكل دال إحصائياً، حيث

كانت أكثر النسب للإجابة (لا) بنسبة (91%)، وكانت أقل النسب للإجابة (إلى حد ما) بنسبة

(4.5%)، و(نعم) بنسبة (4.5%)، مما يشير إلى أن أفراد المسح يفتقدون الحوافز المادية والمعنوية

في عملهم.

في ظل غياب الحوافز المادية والمعنوية فإن دور الطبيب سوف يتأثر بما يحيط به وسوف

تؤدي إلى تغيير دوره أو حدوث خلل فيه.

جدول (5-20)

توزيع إجابات أفراد المسح عن كفاية الراتب الشهري للاحتياجات وإيفائه للالتزامات الخاصة

النسبة	التكرار	هل راتبك الشهري يكفي احتياجاتك ويوفى التزاماتك الخاصة؟
1.3	2	غير محدد
60	93	لا
25.2	39	إلى حد ما
13.5	21	نعم
100	155	المجموع

يتبين من الجدول (5-20) أن استجابات أفراد المسح (هل راتبك الشهري يكفي احتياجاتك

ويوفى التزاماتك الخاصة) كانت متباينة بشكل دال إحصائياً حيث كانت أكثر النسب للإجابة (لا)

بنسبة تصل إلى (60%)، وكانت أقل النسب للإجابة (نعم) بنسبة (13%)، مما يشير إلى أن

الراتب الذي يتقاضاه الطبيب لا يفي باحتياجاته، يتضح من خلال هذا البحث عدم كفاية الراتب

الذي يتقاضاه الطبيب الليبي من خلال عمله في المصحات العامة.

جدول (5-21)

توزيع إجابات أفراد المسح عن رضاهم عن مكانتهم الوظيفية بالمستشفى

النسبة	التكرار	هل أنت راضٍ عن مكانتك الوظيفية بالمستشفى؟
39.4	61	غير راضي
25.8	40	راضي إلى حد ما
34.8	54	راضي
100	155	المجموع

يتبين من الجدول (5-21) أن استجابات أفراد المسح حول (درجة الرضا عن المكانة

الوظيفية) كانت متباينة حيث كانت أكثر النسب للإجابة (غير راضي) بنسبة (39.4%)، وكانت

أقل النسب للإجابة (راضٍ إلى حد ما) بنسبة (25.8%)، يتضح أن الطبيب الليبي غير راضي عن

مكانته الوظيفية في المصحات والمستشفيات العامة، فإن دوره أو واجبه سوف يتأثر، وخاصة في

ظل ما تعانيه هذه المصحات من نقص في الأجهزة والمعدات الطبية فإن ذلك سيحدث خلل في

البناء أو النسق الطبي.

جدول (5-22)

توزيع إجابات أفراد المسح الذين أجابوا بعدم الرضا مكانتهم الوظيفية بالمستشفى

النسبة	التكرار	الإجابات
18.0	11	1
19.6	12	2
11.4	7	3
8.1	5	4
3.2	2	2-1
4.9	3	3-2
1.6	1	4-1
9.8	6	4-2
1.6	1	4-3
1.6	1	4-2-1
4.9	3	4-3-2
16.3	10	4-3-2-1

1- لم أستطع تحقيق طموحاتي 2- لعدم توفر الإمكانيات اللازمة 3- لسوء الإدارة 4- لقلّة العائد المادي

يتضح من الجدول (5-22) أن أكثر الأسباب التي جعلت الأطباء موضع البحث الحالي

غير راضين هي عوامل تتعلق بعدم توافر الإمكانيات بنسبة تصل إلى (19.6%)، ثم عدم القدرة

على تحقيق الطموحات وسوء نظام الإدارة بنسبة (11.4%)، مما يشير إلى ما يعانيه الطبيب

الليبي من مشاكل ومعوقات تقف أمامه لتطوير قدراته ومهاراته المهنية.

جدول (5-23)

توزيع إجابات أفراد المسح عن مدى تجهيز المستشفى بما يلزم لعلاج المرضى

النسبة	التكرار	هل المستشفى مجهز بكل ما يلزم لعلاج المرضى
62.6	97	لا
32.3	50	إلى حد ما
5.2	8	نعم
100	155	المجموع

يتبين من الجدول (5-23) أن استجابات أفراد المسح حول (هل المستشفى مجهز بكل ما

يلزم لعلاج المرضى) كانت متباينة بشكل دال إحصائياً حيث كانت أكثر النسب للإجابة (لا) بنسبة

(62.6%)، وكانت أقل النسب للإجابة (نعم) بنسبة (5.2%)، مما يشير إلى أن أفراد المسح

يدركون أن المستشفيات التي يعملون فيها غير مجهزة بما يكفي من المعدات والأجهزة الطبية

المتطورة، وقد اتفق هذا البحث مع دراسة نجوى المهدي في أن الخدمات التي تقدمها العيادات ليست كافية بالدرجة التي تحول دون تفكير المواطن بالبحث عند خدمات صحية بديلة.

جدول (5-24)

توزيع إجابات أفراد المسح عن وجود الأخطاء الطبية في التشخيص داخل المستشفيات من عدمها

النسبة	التكرار	هل ترى أن هناك أخطاء طبية كبيرة في التشخيص داخل المستشفيات والعيادات؟
21.9	34	لا
36.8	57	لا أعرف
41.3	64	نعم
100	155	المجموع

يتبين من الجدول (5-24) أن استجابات أفراد المسح كانت متباينة بشكل دال إحصائياً حيث كانت أكثر النسب للإجابة (نعم) بنسبة (41.3%) وكانت أقل النسب للإجابة (لا) بنسبة (21.9%)، مما يشير إلى أن أفراد المسح يدركون أن هناك أخطاء طبية كبيرة في التشخيص داخل المستشفيات والعيادات، داخل ليبيا وهذه تعتبر نتيجة طبيعية لكل المشاكل التي تعانيها المصحات والعيادات خاصة في ظل نقص المعدات والأجهزة الطبيعية المتطورة والحديثة، ونقص الأدوية والتحاليل الطبية وكذلك النقص الواضح في الأطقم الطبية.

جدول (5-25)

توزيع إجابات أفراد المسح عن تقديم التسهيلات الإدارية لحضور الندوات والمؤتمرات الدولية من عدمها

النسبة	التكرار	هل تقدم لك التسهيلات الإدارية لحضور الندوات والمؤتمرات الدولية؟
88.4	137	لا
7.7	12	إلى حد ما
3.9	6	نعم
100	155	المجموع

يتبين من الجدول (5-25) أن استجابات أفراد المسح كانت متباينة بشكل دال إحصائياً حيث كانت أكثر النسب للإجابة (لا) بنسبة (88.4%) وكانت أقل النسب للإجابة (نعم) بنسبة (3.9%)، مما يشير إلى أن الإدارة لا تقدم التسهيلات للطبيب لحضور الندوات والمؤتمرات العلمية، إلا لأشخاص مقربين منها بحيث لا تكون الفرص متساوية أمام الجميع.

جدول (5-26)

توزيع إجابات أفراد المسح عن تأهيل هيئة التمريض ومدى وتأهيلها بشكل يسمح لهم بتقديم المساعدة الفنية للطبيب وتسهيل عمله

النسبة	التكرار	هل هيئة التمريض مؤهلة بشكل يسمح لهم بتقديم المساعدة الفنية للطبيب وتسهيل عمله؟
32.3	50	لا
52.9	82	إلى حد ما
14.8	23	نعم
100	155	المجموع

يتبين من الجدول (5-26) أن استجابات أفراد المسح (هل هيئة التمريض مؤهلة بشكل يسمح لهم بتقديم المساعدة الفنية للطبيب وتسهيل عمله؟) كانت متباينة بشكل دال إحصائياً، حيث كانت أكثر النسب للإجابة (إلى حد ما) بنسبة (52.9%)، وكانت أقل النسب للإجابة (نعم) بنسبة (14.8%)، يشير البحث إلى أن العناصر الطبية المساعدة مؤهلة إلى حد ما بشكل يسمح بتقديم المساعدة الفنية للطبيب ويسهل عمله.

تتفق هذه النتيجة مع دراسة أحمد الشريف في أن المصحات في ليبيا تعاني من نوعية وكفاءة العناصر الطبية المساعدة.

جدول (5-27)

توزيع إجابات أفراد المسح عن تفضيل العناصر الطبية المساعدة الأجنبية على العناصر الليبية

النسبة	التكرار	هل تفضل العناصر الطبية المساعدة الأجنبية على العناصر الليبية؟
39.4	61	لا
17.4	27	إلى حد ما
43.2	67	نعم
100	155	المجموع

يتبين من الجدول (5-27) أن استجابات أفراد المسح حول (هل تفضل العناصر الطبية المساعدة الأجنبية على العناصر الليبية) كانت متباينة حيث أكثر النسب للإجابة (نعم) بنسبة (43.2%)، وكانت أقل النسب للإجابة (إلى حد ما) بنسبة (17.4%)، مما يشير إلى أن أفراد المسح يفضلون العناصر الطبية المساعدة الأجنبية على العناصر الليبية، ويمكن أن ذلك راجع لقلة الخبرة والتأهيل، وكذلك لقلة عدد العناصر العاملة في هذا المجال.

ثالثاً - البيانات المتعلقة باتجاهات الطبيب حول ظاهرة العلاج بالخارج:

جدول (5-28)

توزيع إجابات أفراد المسح عن نصح المرضى بتلقي العلاج بالخارج في حالة عدم شفائهم واستجابتهم لعلاجك

النسبة	التكرار	هل تنصح المرضى بتلقي العلاج في الخارج في حالة عدم شفائهم واستجابتهم لعلاجك؟
18.1	28	لا
38.7	60	أحياناً
43.2	67	نعم
100	155	المجموع

يتبين من الجدول (5-28) أن استجابات أفراد المسح حول (هل تنصح مرضاك بتلقي العلاج

في الخارج في حالة عدم شفائهم واستجابتهم لعلاجك؟) كانت متباينة بشكل دال إحصائياً حيث كانت

أكثر النسب للإجابة (نعم) بنسبة (43.2%)، وكانت أقل النسب للإجابة (لا) بنسبة (18.1%)، مما

يشير أن الأطباء الليبيين ينصحون مرضاهم بتلقي العلاج في الخارج.

جدول (5-29)

توزيع إجابات أفراد المسح عن الأسباب التي تجعلك تنصح مرضاك بالعلاج بالخارج

النسبة %	التكرار	الإجابات
7.1	11	1
48.4	75	2
7.7	12	3
5.2	8	2-1
0.6	1	3-1
10.3	16	3-2
6.5	10	3-2-1

1- عدم القدرة على متابعة الحالة المرضية. 2- نقص التحاليل والأجهزة. 3- لتدهور الحالة المرضية

يتضح من الجدول (5-29) أن أكثر الأسباب التي تدفع أفراد المسح لنصح المرضى

بالعلاج بالخارج هو نقص التحاليل ولأجهزه بنسبة تصل إلى (75%)، وعدم القدرة على متابعة

الحالة بنسبة (11%).

جدول (5-30)

توزيع إجابات أفراد المسح حول الساحات التي تشجع المرضى للذهاب إليها لتلقى العلاج فيها

النسبة	التكرار	أى من الساحات تشجع المرضى للذهاب إليها لتلقى العلاج فيها؟
4.5	7	غير محدد
74.2	115	الأوربية
8.4	13	الأمريكية
12.9	20	العربية
100	155	المجموع

يتبين من الجدول (5-30) أن استجابات أفراد المسح حول (أى من الساحات تشجع

المرضى للذهاب إليها لتلقى العلاج فيها) كانت متباينة بشكل دال إحصائياً حيث كانت أكثر

النسب للإجابة (الساحة الأوربية)، وكانت أقل النسب للإجابة (الأمريكية) بنسبة (8.4%)، ويتضح

تفصيل الطبيب الليبي الساحة الأوربية على باقي الساحات الأخرى.

جدول (5-31)

توزيع إجابات أفراد المسح عن الاستشارة الطبية من المريض أو أسرته للعلاج بالخارج

النسبة	التكرار	هل تتم استشارتك بصفتك طبيب من المريض أو أسرته للعلاج بالخارج؟
18.1	28	لا
45.2	70	أحياناً
36.8	57	نعم
100	155	المجموع

يتبين من الجدول (5-31) أن استجابات أفراد المسح حول (هل تتم استشارتك بصفتك

طبيب من المريض أو أسرته للعلاج بالخارج) كانت متباينة بشكل دال إحصائياً حيث كانت أكثر

النسب للإجابة (أحياناً) بنسبة (45.2%)، وكانت أقل النسب للإجابة (لا) بنسبة (18.1%)،

يتضح أن المريض يهمله رأي الطبيب ويستشيريه فيما يخص حالته المرضية.

جدول (5-32)

توزيع إجابات أفراد المسح عن التعاون بين الأطباء الليبيين ولأطباء في الخارج في متابعة الحالات المرضية

النسبة	التكرار	هل يوجد تعاون بين الأطباء الليبيين ولأطباء في الخارج في متابعة الحالات المرضية؟
49	76	لا
38.1	59	لا اعرف
12.9	20	نعم
100	155	المجموع

يتبين من الجدول (5-32) أن استجابات أفراد المسح حول (هل يوجد تعاون بين الأطباء

الليبيين والأطباء في الخارج في متابعة الحالات المرضية) كانت متباينة بشكل دال إحصائياً حيث

كانت أكثر النسب للإجابة (لا) بنسبة (49%)، وكانت أقل النسب للإجابة (نعم) بنسبة

(12.9%)، يتضح هنا أنه لا يوجد أي اتصال أو تعاون طبي بين الأطباء الليبيين وزملائهم في

الخارج لمتابعة الحالات المرضية القادمة إليهم.

جدول (5-33)

توزيع إجابات أفراد المسح عن وجود شكوى من متلقي العلاج بالخارج

النسبة	التكرار	هل تعلم بوجود شكوى من متلقي العلاج بالخارج؟
11	17	لا
33.5	52	لا اعرف
55.5	86	نعم
100	155	المجموع

يتبين من الجدول (5-33) أن استجابات أفراد المسح حول (هل تعلم بوجود شكوى من

متلقي العلاج بالخارج) كانت متباينة بشكل دال إحصائياً حيث كانت أكثر النسب للإجابة (نعم)

بنسبة (55.5%)، وكانت أقل النسب للإجابة (لا) بنسبة (11%)، يتضح أنه توجد شكوى من

تلقي العلاج بالخارج.

جدول (5-34)

توزيع إجابات أفراد المسح حول أن علاج المواطنين بالخارج حافظ لك على تطوير قدرتك المهنية

النسبة	التكرار	هل ترى أن علاج المواطنين بالخارج حافظ لك على تطوير قدرتك المهنية؟
1.3	2	غير محدد
34.2	53	لا
12.9	20	لا أعرف
51.6	80	نعم
100	155	المجموع

يتبين من الجدول (5-34) أن استجابات أفراد المسح حول (هل ترى أن علاج المواطنين

بالخارج حافظ لك على تطوير قدرتك المهنية؟) حيث كانت أكثر النسب للإجابة (نعم) بنسبة

(52.6%)، وكانت أقل النسب للإجابة (لا أعرف) بنسبة (32.2%)، يتضح الأثر إيجابي للعلاج

بالخارج حيث أنه يعمل على تحفيزه على تطوير قدراته المهنية.

جدول (5-35)

توزيع إجابات أفراد المسح عن وجود فروق في التشخيص الطبي للمريض داخل ليبيا وخارجها

النسبة	التكرار	هل تشعر بأن هناك فروقا في التشخيص الطبي للمريض داخل ليبيا وخارجها؟
27.7	43	لا
35.5	55	لا أعرف
36.8	57	نعم
100	155	المجموع

يتبين من الجدول (5-35) أن استجابات أفراد المسح حول (هل تشعر بأن هناك فروقا في

التشخيص الطبي للمريض داخل ليبيا وخارجها؟) حيث كانت أكثر النسب للإجابة (نعم) بنسبة

(36.8%)، وكانت أقل النسب للإجابة (لا) بنسبة (27.7%)، يتضح أن الطبيب الليبي يدرك أن

هناك فروقا في التشخيص الطبي بين المصحات داخل ليبيا وخارجها.

جدول (5-36)

توزيع إجابات أفراد المسح الذين يقرون بوجود فروقاً في التشخيص الطبي للمريض في ليبيا عن خارجها

النسبة %	التكرار	الأسباب
33.3	19	1
3.5	2	2
3.5	2	3
21.0	12	2-1
15.7	9	3-1
3.5	2	3-2
19.2	11	3-2-1

1- تطور المعدات الطبية في الخارج. 2- كفاءة الأطباء وخبرتهم. 3- إلتزم المريض بالتعليمات.

يتبين من الجدول (5-36) أن استجابات أفراد المسح حول أسباب الفروق في التشخيص

كانت راجعه إلى تطور المعدات الطبية في الخارج بالإضافة إلى كفاءة الأطباء وخبرتهم.

جدول (5-37)

توزيع إجابات أفراد المسح عن وجود صعوبة في التعامل مع الحالات التي سبق لها العلاج بالخارج

النسبة	التكرار	هل تجد صعوبة في التعامل مع الحالات التي سبق لها العلاج بالخارج؟
21.3	33	لا
32.3	50	أحياناً
46.5	72	نعم
100	155	المجموع

يتبين من الجدول (5-37) أن استجابات أفراد المسح حول (هل تجد صعوبة في التعامل

مع الحالات التي سبق لها العلاج بالخارج؟) حيث كانت أكثر النسب للإجابة (نعم) بنسبة

(46.5%)، وكانت أقل النسب للإجابة (لا) بنسبة (21.3%)، مما يشير إلى أن أفراد المسح

يجدون صعوبة في التعامل مع الحالات التي تم علاجها بالخارج.

جدول (5-38)

توزيع إجابات أفراد المسح الذين يجدون صعوبة في التعامل مع الحالات التي سبق لها العلاج بالخارج

النسبة %	التكرار	الأسباب
47.2	34	1
6.9	5	2
2.7	2	3
9.7	7	2-1
12.5	9	3-1
5.5	3	3-2
16.6	12	3-2-1

1- عدم الثقة بالطبيب الليبي. 2- طبيعة الأدوات وتنوعها. 3- عدم التزام المريض.

يتبين من الجدول (5-38) أن استجابات أفراد المسح حول (أسباب صعوبة التعامل مع الحالات التي سبق لها العلاج بالخارج) تتمثل بشكل أساسي في عدم الثقة بالطبيب الليبي في حين أشار ما نسبته (9.7%) من أفراد المسح إلى اعتبار عدم الثقة وطبيعة الأدوات وعدم التزام المريض جميعها عوامل ترتبط بصعوبة التعامل مع المريض.

جدول (5-39)

توزيع إجابات أفراد المسح عن قيامك بصفتك طبيب بالعلاج في الخارج

النسبة	التكرار	هل سبق لك بصفتك طبيب أن قمت بالعلاج في الخارج؟
73.5	114	لا
25.8	40	نعم
0.6	1	غير محدد
100	155	المجموع

يتبين من الجدول (5-39) أن استجابات أفراد المسح حول (هل سبق لك كطبيب أن قمت بالعلاج في الخارج) حيث كانت أكثر النسب للإجابة (لا) بنسبة (73.5%)، وكانت أقل النسب للإجابة (نعم) (25.8%)، مما يشير إلى أن أفراد المسح أغلبهم لم يذهب لتلقي العلاج بالخارج.

جدول (5-40)

توزيع إجابات أفراد المسح عن نصح أحد أفراد أسرته بالعلاج في الخارج

النسبة	التكرار	هل تنصح أحد أفراد أسرته بالعلاج في الخارج؟
35.5	55	لا
64.5	100	نعم
100	155	المجموع

يتبين من الجدول (5-40) أن استجابات أفراد المسح حول (هل تنصح أحد أفراد أسرته بالعلاج في الخارج؟) حيث كانت أكثر النسب للإجابة (نعم)، وكانت أقل النسب للإجابة (لا)، مما يشير إلى أن أفراد المسح يميلون إلى علاج أسرهم بالخارج، إذا كان الطيب الليبي ينصح أفراد أسرته بالذهاب للعلاج بالخارج فكيف يريد للمواطن أن يثق به وبإمكاناته ولا يذهب لتلقي العلاج خارج البلاد.

جدول (5-41)

توزيع إجابات أفراد المسح عن العمل خارج ليبيا

النسبة	التكرار	هل تسعى للعمل بصفتك طبيب خارج ليبيا؟
0.6	1	غير محدد
43.2	67	لا
56.1	87	نعم
100	155	المجموع

يتبين من الجدول (5-41) أن استجابات أفراد المسح حول (هل تسعى للعمل بصفتك طبيب

خارج ليبيا؟) كانت متباينة ولكن بشكل غير دال إحصائياً حيث كانت أكثر النسب للإجابة (نعم)

بنسبة (56.1%)، وكانت أقل النسب للإجابة (لا) بنسبة (43.2%)، ربما يرجع ذلك للمشاكل التي

تواجه الطبيب الليبي في عمله داخل فيسعى للعمل خارجها ساعياً لتحقيق طموحاته التي لم يستطيع

تحقيقها داخل ليبيا.

النتائج والتوصيات

إن الهدف الأساسي من هذا البحث هو معرفة اتجاهات الأطباء الليبيين العاملين في القطاع العام حول ظاهرة العلاج بالخارج.

أجري هذا البحث بأسلوب المسح الاجتماعي حيث وصل العدد إلى (155) من أصل (221) وذلك بعد استبعاد عدد من الاستمارات وكذلك لوجود فاقد من الاستمارات أما أهداف البحث فقد تمثلت في معرفة نظرة الطبيب الليبي لظاهرة العلاج بالخارج، ورؤيته للواقع الطبي، وما يعانيه قطاع الصحة من مشاكل ومعرفة ما يحتاجه الطبيب الليبي لكي يتقدم ويطور نفسه.

وقد استخدم الاستبيان لجمع بيانات هذا البحث، بأسلوب المسح الاجتماعي، وقد اتبع أسلوب الحصر الكامل، حيث تم جمع البيانات من جميع الموجودين أثناء جمع بيانات هذا البحث، وقد توصل البحث إلى النتائج التالية:

1- النتائج المتعلقة بالتوزيع النوعي لأفراد المسح حسب التركيب النوعي حيث أوضح البحث أن ما نسبته (59.4%) من أفراد المسح الذكور، أما الإناث فيشكلن ما نسبته (40.6%) من أفراد المسح.

2- يتضح من توزيع أفراد المسح حسب الشهادة العلمية أن حملة البكالوريوس (88.4%) بينما حملة الماجستير تصل نسبتهم إلى (2.6%) أما حملة الدكتوراه فتصل (9%).

3- توزيع أفراد المسح حسب الحالة الاجتماعية أن (47.1%) من أفراد المسح هم من المتزوجين وأن ما نسبته (52.3%) من أفراد المسح غير متزوجين.

4- يتضح أن سنوات الخبرة لدى أفراد المسح كانت الفئة من عام إلى خمسة أعوام حيث بلغت النسبة (60.3%)، بينما ستة عشر عاماً فأكثر من أقل الفئات حيث بلغت النسبة (7.7%).

5- تبين من خلال البحث أن أكثر التخصصات شيوعاً لدى أفراد المسح كانت تخصصات

- الأسنان والجراحة العامة والباطنية حيث كانت نسبتهم بالترتيب (20.6%)، (14.2%)، (12.9%)، بينما كانت أقل التخصصات هي جراحة المخ والأعصاب والقلب والجلدية. حيث كانت نسبتهم على التوالي (0.6%)، (0.6%)، (1.3%).
- 6- يبين توزيع أفراد المسح حسب مكان العمل أن أكبر نسبة كانت في المستشفى المركزي حيث بلغت النسبة 45.2% بينما كانت أقل نسبة في مستوصف الجزيرة حيث بلغت النسبة (1.9%).
- 7- يتضح أن معظم أفراد المسح أشاروا إلى أن مستوى دخولهم متوسط حيث بلغت النسبة (53.9%) بينما كانت نسبة (39.4%) لمن دخولهم منخفضة.
- 8- يتضح أن معظم أفراد المسح أشاروا بأنهم يسكنون في بيت أرضي حيث بلغت النسبة (53.5%) بينما أشارت نسبة (6.5%) أنهم يسكنون في شقة بالإيجار.
- 9- تبين من البحث أن استجابات أفراد المسح حول تدخل الإدارة في عمل الطبيب، حيث أشارت نسبة (43.2%) إلى تدخلها وأن (26.5%) إلى عدم تدخلها، ونسبة التدخل أحياناً تصل إلى (29.7%).
- 10- يتضح أن ساعات الدوام من أربعة إلى ثمانية ساعات تصل نسبتهم إلى (67.1%)، وأن من ثمانية إلى اثني عشر ساعة إلى (23.2%) أما من اثني عشرة إلى ست عشر تصل نسبتهم إلى (8.4%).
- 11- يتضح تفضيل الأطباء الليبيين العمل في المصحات العامة حيث وصلت النسبة (64.5%) ومن يفضل المصحات الخاصة بنسبة (35.5%).
- 12- من بين الاستجابات حول أهم الأسباب التي تدفعهم للعمل في المصحات الخاصة هي زيادة الدخل حيث وصلت النسبة إلى (34.5%).
- 13- ينظر الطبيب الليبي يتضح ألا يعطي أولوية لنظرة المريض له رمزاً للثقة لا تشكل أولوية حيث كانت الإجابات لبدل أحياناً حيث وصلت النسبة إلى (58.2%) ونسبة الإجابة بنعم (4.5%).

- 14- تبين استجابات أفراد المسح حول هل هناك فروق بين معاملة المريض في المستشفى العام والمصحات الخاصة بحيث يؤكد الأطباء بوجود فرق حيث وصلت بنسبة إلى (54.2%) ومن ينفي ذلك وصلت نسبته إلى (14.8%).
- 15- يتضح من استجابات أفراد المسح حول كم من الوقت المستغرق للكشف عن المريض حيث كانت أكثر الإجابات للإجابة (عشرة دقائق) بنسبة (38.7%) تليها خمس عشرة دقيقة نسبة (24.5%) ثم خمس دقائق بنسبة (14.8%).
- 16- يتبين أن استجابات أفراد المسح حول هل مرت عليك حالات لم تستطيع فيها تشخيص المرض حيث، كانت أكثر الإجابات بنعم بنسبة (60.6%) وأقلها للإجابة لا بنسبة (5.8%) مما يشير إلى أن الأطباء تمر عليهم حالات لا يستطيعون فيها التشخيص في أحيان كثيرة.
- 17- أن أكثر الأسباب التي تعيق الأطباء في تشخيص بعض الحالات عوامل متعلقة بقلّة المعدات الطبية وأخذت نسبة (47.8%) تم عدم التخصص بنسبة (14.8%).
- 18- أن استجابات أفراد المسح حول عدد الحالات التي تمر عليهم في الغالب كانت أكثر النسب للإجابة من (5-10) وكانت أقل النسب للإجابة من (31-35).
- 19- عدم وجود حوافز المادية أو المعنوية نظير عمل الأطباء في المستشفى، بحيث كانت الإجابة (لا) نسبة (91%) وكانت أقل النسب للإجابة (نعم)، مما يشير إلى أن أفراد المسح يفتقدون إلى الحوافز المادية والمعنوية في عملهم.
- 20- يتضح من استجابات أفراد المسح حول كفاية الراتب وهل يفى التزاماتك الخاصة؟ حيث كانت أكثر النسب للإجابة (لا) نسبة (60%)، وأقل النسب للإجابة (نعم) بنسبة (13.5%) مما يشير إلى أن الراتب الذي يتقاضاه الطبيب لا يفى احتياجاته.
- 21- يتبين من استجابات أفراد المسح حول درجة الرضا عن المكانة الوظيفية أن (غير راض) كانت بنسبة (39.4%)، وأقل النسب للإجابة (راض إلى حد ما).

- 22- أن أكثر الأسباب التي جعلت الأطباء موضع البحث غير راضين هو عوامل متعلقة بعدم توفر الإمكانيات بنسبة (19.6%) ثم عدم القدرة على تحقيق الطموحات بنسبة (8.1%).
- 23- يتضح من استجابات المسح حول هل المستشفى مجهز بكل ما يلزم لعلاج المرضى، أن أكثر النسب للإجابة (لا) بنسبة (62.6%)، وأقل النسب للإجابة (نعم) بنسبة (5.2%) مما يعزز قول أن الأطباء يدركون أن المستشفيات غير مجهزة بما يكفي من معدات لعلاج المرضى.
- 24- إن استجابات أفراد المسح حول وجود أخطاء طبية في التشخيص داخل المستشفيات حيث كانت أكثر النسب للإجابة (نعم) بنسبة (41.3%)، وأقل النسب للإجابة (لا) بنسبة (21.9%) مما يشير إلى أن أفراد المسح يدركون أن هناك أخطاء طبية كبيرة في التشخيص داخل المستشفيات والعيادات.
- 25- أكد البحث أنه بنسبة (88.4%) من أفراد المسح يؤكدون على بأنه لا تقدم لهم التسهيلات لحضور الندوات والمؤتمرات الدولية.
- 26- يتضح أن هيئة التمريض غير مؤهلة إلى حد ما بشكل يسمح للأطباء بتقديم المساعدة وتسهيل عملهم.
- 27- من نتائج البحث تفضيل الطبيب الليبي العناصر الطبية المساعدة الأجنبية على الليبية بحيث وصلت النسبة إلى (43.2%).
- 28- يتضح أن الطبيب الليبي ينصح مرضاه بتلقي العلاج بالخارج، وكانت الإجابات (بنعم) بنسبة (43.2%) وأخذت أكبر تكرارًا.
- 29- من بين أهم الأسباب التي تجعل الطبيب ينصح مرضاه للعلاج بالخارج هو نقص التحاليل والأجهزة الطبية.
- 30- يفضل الطبيب الليبي الساحة الأوروبية للذهاب إليها وتلقي العلاج بها.
- 31- تشير نتائج البحث أنه أحيانًا تتم استشارة الأطباء من قبل المريض وأسرته للذهاب لتلقي العلاج بالخارج.

- 32- يتضح من خلال البحث إلى أنه لا يوجد تعاون طبي بين الأطباء الليبيين والأطباء في الخارج في متابعة الحالات المرضية.
- 33- فيما يتعلق بالشكاوى من متلق العلاج بالخارج أظهرت نتائج البحث أنه توجد شكاوى من المرضى متلقي العلاج بالخارج.
- 34- يتضح من البحث أن الطبيب الليبي يرى أن العلاج المرضى بالخارج حافز له على تطوير قدراته المهنية.
- 35- تشير نتائج البحث بأن هناك فروقا في التشخيص الطبي للمريض داخل ليبيا وخارجها.
- 36- ومن أهم الأسباب التي يرى الطبيب الليبي أنها تحدث الفروق في التشخيص للمريض داخل ليبيا وخارجها هي تطور المعدات الطبية في الخارج.
- 37- أظهرت نتائج البحث أنه توجد صعوبة في التعامل مع الحالات التي سبق لها العلاج بالخارج.
- 38- فيما يتعلق بأسباب صعوبة التعامل مع الحالات التي سبق لها العلاج بالخارج تتمثل بشكل كبير في عدم الثقة في الطبيب الليبي.
- 39- بينت نتائج البحث أن (25.8%) من أفراد المسح ذهبوا لتلقي العلاج بالخارج وأن (73.5%) لم يذهبوا لتلقي العلاج بالخارج.
- 40- يتبين من البحث أن الأطباء الليبيين ينصحون أفراد أسرهم بتلقي العلاج بالخارج.
- 41- فيما يتعلق بسعي الطبيب الليبي للعمل خارج ليبيا كانت نسبة الراغبين في العمل خارج ليبيا نسبتهم (65.1%)، والذين لا يسعون للعمل خارج ليبيا (43.2%).

النتائج المتعلقة بتساؤلات البحث:**السؤال الأول- ما رؤية وتقييم الطبيب الليبي لواقع القطاع الصحي؟**

من خلال تقييم إجابات الأطباء الليبيين العاملين بالقطاع الصحي في المؤسسات الصحية العامة داخل ليبيا يتضح أنها تعاني من نقص في التجهيزات والأجهزة الطبية، وكذلك نقص التحاليل الطبية ونقص كفاءة الأطقم الطبية المساعدة.

السؤال الثاني- ما العقبات التي تواجه الطبيب الليبي في أداء دوره؟

من العقبات التي تواجه الطبيب الليبي لكي يقوم بدوره داخل المؤسسات الصحية منها إدارية وأخرى مادية ومعنوية ومن أكبر العقبات فقدان عدم الثقة في الطبيب الليبي.

السؤال الثالث- ماهي متطلبات الطبيب الليبي لكي يقوم بدوره علي أكمل وجه؟

راتب مناسب يفي بمتطلباته من زواج وإعالة عائلة وسكن لائق، وكذلك يتاح له فرصة زيادة تحصيله العلمي، وحضور الندوات والمؤتمرات الدولية لتطوير خبراته وتحسين قدراته.

التوصيات:

- بعد استعراض نتائج هذا البحث والكشف عن اتجاهات الأطباء الليبيين حول ظاهرة العلاج بالخارج، وما يترتب على ذلك من نتائج، توصي الباحثة بالآتي:
- 1- إعادة النظر في السياسات الصحية بليبيا والعمل على وضع استراتيجية ممكنة التنفيذ، وتهدف إلى التطوير النوعي والكمي معاً.
 - 2- توفير الإمكانيات المادية اللازمة لعمل العناصر الطبية المساعدة بكافة المؤسسات تزويدها بما تحتاجه من أجهزة ومعدات طبية ومعامل ومختبرات متطورة.
 - 3- تأهيل العناصر البشرية سواء من الأطباء والاختصاصيين والعناصر الطبية المساعدة والفنيين وإعدادهم إعداداً عالياً، سواء في الداخل أو الخارج.
 - 4- العمل على تطوير المهارات بشكل دائم ومستمر من خلال المؤتمرات والندوات وورش العمل للاطلاع على آخر المستجدات في المجال الطبي.
 - 5- إدخال العلوم الإنسانية وخاصة علم النفس وعلم الاجتماع في مناهج كليات الطب.
 - 6- إعطاء الكوادر الطبية والطبية المساعدة دورات في مجال التعامل مع المرضى، وخاصة في الحالات المتقدمة من المرض لكي يسهل التعامل بين الطبيب والمريض.
 - 7- التأكيد على إعداد أطر إدارية متخصصة في مجال الإدارة، وعدم إقحام الأطباء في العمل الإداري.
 - 8- تعزيز الثقة بالطبيب الليبي من خلال وسائل الإعلام ونشر النجاحات التي تتحقق في المجال الطبي والإشادة بها.
 - 9- إجراء بحوث ودراسات عن الأسباب التي أدت إلى عدم الثقة في الطبيب الليبي والعلاج داخل ليبيا ونشر نتائج هذه البحوث والاستفادة منها في وضع استراتيجية وزارة الصحة.
 - 10- ضرورة وجود تعاون طبي بين المستشفيات والمصحات داخل ليبيا وخارجها وتبادل الخبرات في المجال الطبي.
 - 11- توصي الباحثة ضرورة الاهتمام بالإحصاءات الطبية وتوفير مكتب خاص بالمعلومات الطبية وتسهيل عمل الباحثين من خلال هذا المكتب.

قائمة المراجع

أولاً- الكتب

- 1- إقبال إبراهيم مخلوف: العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية، 1991م.
- 2- أيمن مزاهره وآخرون: علم اجتماعية الصحة، دار اليازوري العلمية، عمان، 2003م.
- 3- ثابت عبد الرحمن إدريس: الاتجاهات والسلوك الإنساني في الإدارة (نظريات - نماذج - طرق قياس - أساليب تحليل)، مكتب عين شمس، القاهرة، 1991م.
- 4- رمضان محمد القدافي: علم النفس العام، الدار العربية للكتاب، بيروت، 1983م.
- 5- سامي عبد الكريم الأزرق: العلاقات الاجتماعية بين الأطباء والمرضى، دار الشجرة للتوزيع والإعلان، دمشق، 2008م.
- 6- سمير نعيم أحمد: المنهج العلمي في البحوث الاجتماعية، منشورات جامعة عين شمس، القاهرة، (د.ت).
- 7- سمير نعيم أحمد: النظرية في علم الاجتماعي (دراسة نقدية)، دار المعارف، القاهرة، 1979م.
- 8- السيد الحسيني: النظرية الاجتماعية ودراسة التنظيم، دار المعارف، الطبعة الرابعة، القاهرة، 1983م.
- 9- عاطف شحاته: مقدمة في علم الاجتماعي الطبي، السوسيوإيمانية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، (د.ت).
- 10- عبد الباسط عبد المعطي، عادل الهواري: في النظرية المعاصرة لعلم الاجتماعي، دار المعرفة، الإسكندرية، 1986م.
- 11- عبد الله عامر الهمالي: أسلوب البحث الاجتماعي وتقنياته، منشورات جامعة قاريونس، بنغازي، 1988م.

- 12- عبد المجيد الشاعر، يوسف أبو ارب وآخرون: علم الاجتماع الطبي، دار الباز العملية، عمان، 2000م.
- 13- عبد الهادي الجوهري: قاموس علم الاجتماع، مكتبة نهضة الشرق، القاهرة، 1983م.
- 14- عثمان عمر بن عامر: مفاهيم أساسية في علم الاجتماع والعمل الاجتماعي، دار الكتب الوطنية، بنغازي، 2002م.
- 15- علي الحوات: النظرية الاجتماعية، منشورات ألجا، فاليتا، 1998م.
- 16- علي ليلة: البنائية الوظيفية في علم الاجتماع والأنثروبولوجيا: المفاهيم والقضايا، دار المعارف، القاهرة، 1982م.
- 17- كامل علوان الزبيدي: علم النفس الاجتماعي، دار الرواق، عمان، 2003م.
- 18- محمد سعيد فرح: البناء الاجتماعي والشخصية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1989م.
- 19- محمد عارف: المجتمع بنظرة وظيفية، الكتاب الأول الوظيفة وملاحظاتها العامة وأمجادها التاريخية وصورها المعاصرة، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 1981م.
- 20- محمد علي محمد وآخرون: دراسات في علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2008م.
- 21- نجلاء عاطف خليل: في علم الاجتماع الطبي (ثقافة الصحة والمرض) مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 2006م.
- 22- الوحيشي أحمد بيري، عبد السلام الدويبي: مقدمة في علم الاجتماع الطبي، الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع والإعلان، مصراتة، 1989م.
- 23- يوسف إبراهيم المشني: علم الاجتماع الطبي، دار المستقبل للنشر والتوزيع، عمان، 2000م.

ثانياً - الرسائل العلمية:

- 1- علي المكاوي: الخدمة الصحية في مصر - دراسة الأبعاد المهنية والاجتماعية والثقافية، رسالة دكتوراه، قسم علم الاجتماع، جامعة القاهرة، 1981م.
- 2- أحمد عبد الخالق الشريف: ظاهرة العلاج بالخارج، الأسباب والنتائج، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب/ جامعة طرابلس، 2006م.

ثالثاً - التقارير والمجلات:

- 1- عمار اللطيف وآخرون: تقرير التنمية البشرية لعام 1999م، الهيئة الوطنية للمعلومات والتوثيق، طرابلس.
- 2- مشروع خطة التحول الاقتصادي والاجتماعي، 2002م-2006م، اللجنة الشعبية العامة، الجزء الثاني، 2001م.
- 3- مكتب وزارة الصحة في المجلس البلدي، الوحدات والمراكز الصحية العاملة بمدينة مصراتة، 2015.
- 4- الهيئة العامة للمعلومات، النتائج الأولية للتعداد العام للسكان، 2006م.

رابعاً - شبكة الإنترنت:

- 1- عواطف الخميري: استشفاء الليبيين في تونس، مجلة تونس التونسية، 2012/6/10م، <https://www.tuess.com>.
- 2- محمد بالحاج: الخدمات الصحية في ليبيا ومحاولات التغيير، موقع ليبيا موطني، 2014/03/21، <https://www.leebya.com>.
- 3- نوري حويج: مقترح لإصلاح الوضع الصحي في ليبيا، صحيفة الوطن الليبية، 2012/05/27، https://www.alwatan_libya.net.
- 4- إبراهيم مفتاح عبدالعالي: ماذا تعرف عن مصراتة، منتدى جغرافية ليبيا والوطن العربي، 2016/02/27، https://www.geo_libya.yoo7.com.
- 5- موقع وزارة العدل الليبية، القوانين والتشريعات الطبية في المجتمع الليبي، 2014/03/24، <https://www.aladel.gov.ly>.

ملخص البحث

يتمحور موضوع هذا البحث في اتجاهات الأطباء الليبيين حول ظاهرة العلاج بالخارج، وما يمكن أن يترتب على ذلك من نتائج سلبية أو إيجابية تنعكس على الأطباء أنفسهم، أو على المرضى، أو على المؤسسات الصحية داخل ليبيا.

تلخصت أهمية هذا البحث تتمثل في جانبيين؛ الأول منها يتمثل في معرفة الواقع الطبي الموجود في المؤسسات الصحية خاصة المؤسسات العامة.

أما الجانب الآخر فيتمثل في أنه من البحوث القليلة التي تطرقت لهذه الظاهرة وإضافة إلى المجال المعرفي، حيث إنه يفتح مجالاً معرفياً أمام الباحثين الذين يرغبون في دراسة ظاهرة العلاج بالخارج خاصة في هذا المجال بشكل عام.

ويعد هذا البحث من البحوث الوصفية، فقد تم استخدام المسح الاجتماعي للأطباء الليبيين العاملين في الوحدات العامة لسنة (2015م).

كما تم الاعتماد على استمارة الاستبانة بالمقابلة في جمع البيانات ومعالجة البيانات باستخدام برنامج (SPSS) وكذلك تحليلها باستخدام النسب المئوية.

كما حاولت الباحثة في هذا البحث اتباع الإجراءات المنهجية الملائمة لدراسة الظاهرة وتحقيق أهدافها والإجابة على تساؤلاتها.

وخرج هذا البحث بمجموعة من النتائج لعلّ من أهمها الآتية:

1- معاناة المؤسسات الصحية العامة داخل ليبيا من نقص في المعدات والأجهزة الطبية وخاصة الحديثة منها والمتطورة.

2- مواجهة الطبيب الليبي لعدة صعوبات منها: تدخل الإدارة في عمله، عدم وجود حوافز -

مادية أو معنوية- مشجعة، ضعف العائد المادي، غيابه عن حضور المؤتمرات والندوات

الطبية - وإن كانت محصورة على فئة معينة-، نقص الطواقم الطبية المساعدة من حيث النوع والعدد.

3- تشجيع كثير من الأطباء الليبيين مرضاهم على الذهاب لتلقي العلاج بالخارج، بل وهناك بعض الأطباء يذهب هو وأسرته لتلقي العلاج بالخارج.

4- رؤية الطبيب الليبي أن العمل خارج بلاده قد يحقق طموحاته.

5- عدم اهتمام الطبيب الليبي بزرع الثقة في مريضه؛ ولذا نرى من أهم الصعوبات التي تواجه الأطباء هي عدم الثقة في علاجهم.

6- أدرك الأطباء الليبيين الذين يعملون في المؤسسات الخدمية العامة بوجود أخطاء طبية في التشخيص داخل هذه المؤسسات.

7- يرى الأطباء الليبيين أن علاج المواطن خارج ليبيا هو حافز له على تطوير قدراته الطبية.

8- إدراك الأطباء الليبيين أن هناك فروقاً في التشخيص داخل ليبيا وبين العيادات الموجودة خارج ليبيا، ولعل السبب في ذلك يرجع إلى تطور المعدات الطبية ودقة التحاليل الطبية.

الملاحق

الملحق رقم (1)

كشف بالمستشفيات والمراكز والوحدات المتخصصة التابعة لمكتب
وزارة الصحة مصراتة

الملحق رقم (2)

كشف بعدد العناصر الطبية والطبية والمساعدة بإدارة الخدمات
الصحية مصراتة لسنة (2015)

كشف بعدد العناصر الطبية والطبية المساعدة بإدارة الخدمات الصحية لسنة (2015) *

العدد	الوظيفة
151	طبيب
73	طبيب أسنان
76	طبيب صيدلي
191	مساعد صيدلي
285	تمريض
266	معاون صحي
173	فني مختبرات
101	فني أسنان
47	مفتش صحي
18	فني تغذية
12	إدارة صحية
5	بصريات
11	معدات طبية
21	علاج طبيعي
33	مهندس أشعة
1463	المجموع

*المصدر : مكتب وزارة الصحة في المجلس البلدي، صرّاتة، (2015).

الملحق رقم (3)

الهيكل التنظيمي للمناطق لمكاتب الخدمة الصحية

الملحق رقم (4)

كشف بأسماء محكمي استمارة الاستبيان

كشف بأسماء محكمي استمارة الاستبيان

- 1 د. يوسف مفتاح الهديف. (عضو هيئة التدريس بكلية الآداب - جامعة المرقب)
- 2 د. مصطفى محمد الجباح. (عضو هيئة التدريس بكلية الآداب - الجامعة الأسمرية)
- 3 د. نور الدين أحمد شقلايو. (عضو هيئة التدريس بكلية الآداب - جامعة الزاوية)
- 4 د. عبدالمنعم محمد الغويل. (عضو هيئة التدريس بكلية الآداب - الجامعة الأسمرية)

الملحق رقم (5)

استمارة الاستبيان

الملحق رقم (6)

القوانين والتشريعات الطبية في المجتمع الليبي

القوانين والتشريعات الطبية في المجتمع الليبي:

المجتمع الليبي كغيره من المجتمعات التي واكبت التطور في مجال الصحة والتداوي بشكل عام، خصوص في فترة التحولات الاقتصادية والسياسية التي شهدها المجتمع الليبي وتدفق الأمور بعد اكتشاف النفط، فكان من ضمن الاهتمامات في خطط التحول الاقتصادي والاجتماعي المتعاقبة، وفيما يلي عرض لأهم القوانين والتشريعات الطبية للمجتمع الليبي:

• الرعاية الصحية والطبية⁽¹⁾:

مادة (1)

الرعاية الصحية والطبية حق للمواطنين تكفله لهم الدولة، وتعمل وزارة الصحة على تطوير الخدمات الصحية والطبية، والرفع من مستواها وزيادة كفاءتها بما يواجهه المواطنون ويواكب التقدم العلمي في هذه المجالات، وبما يساير الخطة الإنمائية للبلاد كما تعمل الوزارة على توفير ما تحتاج إليه المرافق الصحية من عناصر فنية.

مادة (2)

تشرف ووزارة الصحة على الصحة العامة، والصحة الوقائية، والطب العلاجي، والمؤسسات العلاجية، والمنشآت الصيدلانية، وتراقب تداول الأدوية، ومزاولة المهن الطبية والمهن المرتبطة بها.

مادة (3)

توفر وزارة الصحة للنشء، جميع الخدمات الصحية الوقائية منها والعلاجية بما يحقق سلامة الجيل الجديد جسمياً وعقلياً ونفسياً.

• مياه الشرب:

مادة (4)

تتولى السلطات الصحية والإدارية حماية المصادر العامة لمياه الشرب من التلوث أو خطر

(1) موقع وزارة العدل الليبية <https://www.aladel.gov.ly>.

التلوث، ولها في سبيل ذلك منع استعمال المياه التي لا تتوفر فيها الاشتراطات الواجب توافرها في المياه الصالحة للشرب وتحدد اللائحة التنفيذية لهذا القانون المقصود بالمصادر العامة لمياه الشرب والشروط والمواصفات الواجب توافرها فيها، وكيفية التأكد من صلاحية مياهها للشرب وكيفية أخذ عينات المياه منها وفحصها وتعقيمها.

مادة (5)

يحظر القيام بأي عمل شأنه تلويث المصادر العامة لمياه الشرب كما يحظر القيام بأي عمل يكون من شأنه جعل هذه المياه مضرّة بالصحة العامة أو خطرًا عليها.

مادة (21)

نقاء البيئة الإنسانية وحمايتها من التلوث من المقومات الأساسية لسلامة المجتمع. ويحظر القيام بأي عمل يؤدي إلى تلوث البيئة بما يهدد الصحة العامة بالخطر. ويجب العمل على ضمان سلامة الهواء والماء والسكن وما يتعلق بذلك كله مما يؤثر على صحة الإنسان. وتنظم اللائحة التنفيذية لهذا القانون الشئون الصحية المتعلقة بإصحاح البيئة وهي:

- 1- تفتيش ومراقبة نظافة الفنادق وأماكن النوم والمطاعم والمقاهي والمحلات المضرّة بالصحة والمقلقة للراحة، وغيرها من المحلات العامة.
- 2- الاشتراطات الصحية في الشواطئ وفي الحمامات ودورات المياه العامة ومراقبتها صحياً.
- 3- تصريف المياه المبتذلة والمواد القذرة ومخلفات المصانع والمعامل والتخلص منها.
- 4- ردم البرك والمستنقعات وأية مياه راكدة وتجفيفها.
- 5- الاشتراطات الصحية الواجب توافرها في المباني.
- 6- نظافة المساكن والميادين والطرق العامة والحدائق العامة والأراضي الفضاء داخل المدن.
- 7- جمع القمامة والتخلص منها، ونقل فضلات المساكن وغيرها والصرف في المجاري العامة.
- 8- تأمين النظافة في وسائل النقل العامة للأشخاص والبضائع.

9- منع كل ما هو مضر لباب الثاني في الصحة الوقائية.

• **التطعيم والتحصين ضد الأمراض:**

مادة (27)

يعتبر مرضاً معدياً في تطبيق أحكام هذا القانون، كل مرض ينقل من شخص إلى آخر أو حيوان أو مكان أو شيء ملوث إلى الإنسان، وتبين اللائحة التنفيذية لهذا القانون هذه الأمراض.

مادة (28)

يجب إجراء التطعيمات والتحصينات والاختبارات ضد الأمراض المعدية التي تحددها اللائحة التنفيذية لهذا القانون، وفي المواعيد التي تبينها ويجوز بقرار من وزير الصحة إذا دعا الأمر إجراء التطعيمات والتحصينات والاختبارات ضد أي مرض آخر، ويحدد هذا القرار الجهات والأشخاص الذين تشملهم تلك التطعيمات أو التحصينات أو الاختبارات والإجراءات اللازمة لذلك.

مادة (29)

يقع واجب تقديم الملزمين بالتطعيم أو التحصين أو الاختبارات ممن لم يبلغوا سن الثامنة عشرة على المسؤولين عنهم قانوناً.

ويظل الالتزام بالتطعيم أو التحصين أو الاختبار قائماً حتى يتم إجراؤه ويجوز تأجيل التطعيم أو التحصين أو الاختبار في الأحوال التي تبينها اللائحة التنفيذية.

مادة (30)

يثبت إجراء التطعيم أو التحصين أو الاختبار في السجلات والبطاقات التي يصدر بتنظيمها وتحديد بياناتها قرار من وزير الصحة بمراعاة ما هو منصوص عليه في اللوائح الصحية المعمول بها دولياً.

مادة (31)

يجوز لأي شخص أن يتقدم إلى السلطات الصحية المختصة لتطعيمه أو تحصينه ضد الأمراض التي تقتضي الحجر الصحي وإعطائه الشهادة الصحية الدولية مقابل أداء الرسم الذي

يحدده وزير الصحة بحيث لا يجاوز هذا دينارًا واحدًا.

مادة (32)

لوزير الصحة أن يعمم نظام البطاقات الصحية للمواطنين ويحدد البيانات التي تتضمنها هذه البطاقات والإجراءات الواجب اتباعها عند استخراجها وحفظها.

• المراقبة الصحية والإجراءات والوقائية عند ظهور الأمراض المعدية:

مادة (33)

مع مراعاة الأحكام الخاصة بالحجر الصحي، لوزير الصحة أن يصدر القرارات اللازمة لعزل أو رقابة أو ملاحظة الأشخاص القادمين من الخارج وله أن يصدر القرارات التي تحدد الاشتراطات الصحية الواجب توافرها لدخول البضائع أو الأشياء المستوردة لمنع انتقال أو انتشار الأمراض المعدية.

مادة (34)

إذا أصيب شخص أو اشتبه في إصابته بأحد الأمراض المعدية الواجب التبليغ عنه وجب إبلاغ السلطات الصحية المختصة أو السلطات الإدارية خلال 24 ساعة على الأكثر من وقوع الإصابة أو حدوث الاشتباه.

على أنه في حالة الإصابة بالجذري أو الكوليرا أو الطاعون أو الاشتباه في الإصابة بها يجب أن يتم الإبلاغ فورًا.

وتحدد اللائحة التنفيذية لهذا القانون الأمراض المعدية الواجب الإبلاغ عنها والمسئولين عن التبليغ والبيانات التي يجب أن يتضمنها البلاغ.

مادة (35)

على السلطة الصحية بمجرد تلقيها بلاغًا بالإصابة بمرض من الأمراض المعدية الواجب التبليغ عنها، أن تتخذ الإجراءات الضرورية لمنع انتقال المرض أو انتشاره.

ولها في سبيل ذلك أن تأمر بتفتيش المنازل والأماكن المشتبه في وجود المرض بها، وعزل المرضى ومخالطهم وإجراء التطعيمات والتحصينات اللازمة والقيام بأعمال التطهير والتعقيم وإعدام

ما يتعذر تطهيره وذلك على النحو المبين في اللائحة التنفيذية لهذا القانون.

وللسطات الصحية أن تستعين في كل ذلك بسلطات الأمن إذا اقتضى الأمر ذلك.

مادة (36)

لوزير الصحة بقرار منه اعتبار جهة من الجهات موبوءة بأحد الأمراض المعدية، وفي هذه الحالة يجب اتخاذ جميع التدابير اللازمة لمنع انتشار المرض بما يتضمنه من عزل وتطهير وتطعيم أو تحصين ومراقبة ومنع الانتقال وغير ذلك من الإجراءات التي تحول دون انتشار الوباء.

مادة (37)

للسطات الصحية في سبيل مكافحة الوباء أن تمنع الاجتماعات العامة وأن تعدم المأكولات والمشروبات الملوثة، وأن تزيل مصادر المياه أو توقفها وأن تردم الآبار وتقفل الأسواق والمصايف وشواطئ الاستحمام ودور الخيالة والملاهي والمدارس والمعاهد والمقاهي والمطاعم وأي مكان آخر ترى في إدارته أو استمرار فتحه خطرًا على الصحة العامة، ويتم ذلك كله بالطريق الإداري.

مادة (38)

لمجلس الوزراء بناء على عرض وزير الصحة، في سبيل مكافحة بعض الأمراض الوبائية، أن يقرر جواز الاستيلاء على المستشفيات والمؤسسات العلاجية الخاصة، وعلى أية وسيلة من وسائل النقل وعلى العقاقير والمستحضرات الطبية والصيدلية والكيمائيات والمبيدات الحشرية والمطهرات والأدوات والمهمات الطبية وكل ما يستلزمه مكافحة الوباء أو علاج المرض، وله أن يجيز أوامر تكليف لأي فرد بتأدية أي عمل من الأعمال المتصلة بمكافحة الوباء.

يعوض الذي يستولي منه على شيء من ذلك أو يكلف بأداء عمل من هذه الأعمال

بالتعويض المناسب.

ويحدد مجلس الوزراء السلطة المختصة بإصدار قرارات الاستيلاء والتكليف وكيفية تقدير

التعويض بالصحة سواء كان ناجمًا عن القاذورات أو الحيوانات.

• الحجر الصحي:

مادة (43)

الأمراض التي تتخذ بشأنها الإجراءات الوقائية المنصوص عليها في هذا الفصل هي الطاعون والكوليرا، والحمى الصفراء، والجذري، والتيفوس، والحمى الراجعة.

مادة (44)

مع مراعاة أحكام هذا القانون واللوائح الصحية الدولية التي أقرتها منظمة الصحة العالمية بشأن الحجر الصحي والمعمول بها في ليبيا للسلطات الصحية أن تتخذ ما تراه مناسباً من إجراءات احتياطية أخرى نحو وسائل النقل البري والبحري والجوي إذا تبين لها أن الحالة الصحية فيها سيئة لدرجة غير عادية مما قد يساعد على انتشار أحد الأمراض المشار إليها في المادة (43) من هذا القانون.

مادة (45)

تزود المطارات والموانئ ونقط الحدود التي يصدر بتحديداتها قرار من وزير الصحة بكل ما يلزم لإجراء المراقبة الصحية وتيسير تنفيذ إجراءات الحجر الصحي بما يتضمنه ذلك من إجراء التطعيمات والتحصينات والقيام بالتطهير والتعقيم، وإعداد المعازل والمختبرات وغير ذلك من الإجراءات والاستعدادات التي يستلزمها تنفيذ إجراءات الحجر الصحي.

مادة (46)

لا يجوز تحديد مناطق للمرور المباشر (الترانزيت) إلا بعد موافقة وزير الصحة على ذلك ويجب تخصيص خدمات للحجر الصحي في هذه المناطق.

مادة (47)

لكل من وزارة الصحة ومنظمة الصحة العالمية حق الاتصال المباشر بينهما للوقوف على سير الحالة الوبائية في العالم وما يتصل بها وتقديم البيانات والمعلومات الخاصة بهذه الحالة.

مادة (48)

تنظم اللائحة التنفيذية لهذا القانون الشئون الآتية:

1- الإجراءات الصحية الواجب اتخاذها عند وصول السفن والطائرات والسيارات ووسائل النقل إلى أي ميناء بحري أو جوي أو منطقة حدود وعند مغادرتها.

2- الإجراءات المتعلقة بالنقل الدولي للبضائع والأمتعة والبريد والجلود والمنتجات والبقايا الحيوانية.

3- التدابير الواجب اتخاذها لمنع انتشار الأمراض المنصوص عليها في المادة (43) من هذا القانون.

4- المراقبة الصحية لحركة نقل الحجاج أثناء موسم الحج سواء ما تعلق منها بالاحتياطات

الصحية التي تطبق على الحجاج وعلى أمتعتهم والشروط الصحية التي تفرض على السفن

والطائرات التي تقلهم.

مادة (49)

يكون تحديد رسوم الحجر الصحي وحالات الإعفاء منها بقرار من مجلس الوزراء ويراعي

عند تحديد هذه الرسوم عدم تجاوزها القيمة الفعلية للخدمة التي تؤديها السلطات الصحية وما يكون

مقررًا في اللوائح الصحية الدولية.