الآثار الاجتماعية للواقع الصحي في إقليم كوردستان–العراق

الدكتور محمد حسين محمد الشواني

كلية الآداب – جامعة صلاح الدين

الدكتورة كيان كامل البصير

كلية التربية – جامعة صلاح الدين

الملخص باللغة العربية
الآثار الاجتماعية للواقع الصحي في إقليم كوردستان–العراق

أن القطاع الصحي من القطاعات المتدهورة في العراق بشكل عام و من أبرز سمات هذا القطاع هو نقص الخدمات و أنتشار الأمراض و ارتفاع معدل وفيات الأطفال و عدم وجود الضمان الصحي.

ويعتبر اقليم كوردستان اقليما أداريا وطبيعيا وبشريا مختلفا في العراق، يتكون من ثلاث محافظات (اربيل العاصمة، والسليمانية ودهوك)، حسب الأحصاءات المحلية يبلغ سكان الأقليم (٥٣٥١٢٧٦) نسمة عام ٢٠١١، حوالي (٨٥%) من السكان من الكورد و البقية من العرب والتركمان و لكلدان والسريان و الآشور، وأن هذا البحث يتناول واقع الرعاية الصحية في هذا الأقليم و توضيح آثاره الاجتماعية من حيث النتائج المترتبة على الولادات والوفيات ثم الزيادة الطبيعية للسكان ، اضافة الى دور هذا الواقع في تشكيل التنافر الأجتماعي ،علما أن الرعاية الصحية تشمل كل المجالات التي ترتبط بالصحة وبما فيها القدرات والخبرات و المواد والأجهزة والبنية الهيكلية للأماكن الصحية ومكوناتها، يوجد في الوقت الحاضر (٥٩) مستشفى بمعدل (٩٠٧٠٠) شخص لمستشفى واحدا ويبلغ عدد الأسرّة (٦٨٤١) سريرا يعني بواقع (١١٥) سرير في كل مستشفى أو القدرة الأستعابية هي (١١٥) مريض فقط وحصة المواطنين هي سرير واحد لكل (٧٨٢) شخصا.

في كوردستان العراق ثمة عوامل كثيرة تجعل السكان فريسة سهلة للعدوى منها الحروب المستمرة في العراق، واستخدام الأسلحة الكيمياوية والجفاف وأثار الحصار الأقتصادي في التسعينات، وتوالي المجاعات والعادات السيئة التي أعتاد عليها الكورد في طريقة تناول طعامهم، وتلوث مياه الشرب وغيرها فضلا عن التوترات النفسية والعصبية لسؤ الحالة السياسية وعدم الأستقرار، مما أدى الى أنتشار أمراض معينة مثل ضغط الدم والسكري وأمراض القلب والتهاب الرئتين، فعندما يكون النظام الصحي ضعيفا يترك آثار سلبية على القوى الآجتماعية العاملة والمحركة للتقدم، ويؤثر تأثيرا مباشرا على تطوير رأس المال البشري ،بتقارب نسبة الوفيات والولادات نتيجة لضعف الخدمات الصحية يحول دون النمو السكاني، مما يؤدي الى أنخفاض الدخل القومي ليس لأنخفاض أنتاجية الفرد المصاب بالمرض فحسب بل لتعطيل فرد آخر من أفراد العائلة ليقوم بعناية الفرد المريض و يعاونه في طريقه الى العلاج، كما برز التقسيم الطبقي في المجتمع الكردي من خلال معالجة الأمراض، فالطبقة الدنيا والمعدومة في المجتمع يراجعون المستشفيات الحكومية داخل الأقليم، بينما الطبقة المتوسطة يراجعون المستشفيات الأهلية أو يعالجون في الدول الأقليمية الأردن ة تركيا وأيران، أماعلاج الطبقات العليا فيكون في الخارج كألمانيا و بريطانيا أو أمريكا وغيرها من الدول المتقدمة، أن هذه الظاهرة أدت الى ضعف الأنسجام الأجتماعي بين مكونات المجتمع، حيث تفككت العلاقات الأجتماعية وزادت من التنافر الآجتماعي بين أفراد هذه الطبقات الثلاث .

Abstract

The Social Impact of the current state of the Health Services in the Kurdistan Region – Iraq

The Health sector is one of the most deteriorating sectors in Iraq in general.

The prominent features of this sector are the lack of services, the spread of disease, high infant mortality rates and the lack of health insurance. Despite the fact that the Region of Kurdistan differs from the rest of Iraq in terms of geography, administration and inhabitants, the health service in the region is no better than any other part of the country .

The region consist of three provinces: Erbil, DC, Sulaymaniyah and Dohuk and according to local statistics it had a population of approximately (5351276) people in 2011. About 85% of the population are Kurds and the rest are Arabs, Turkmens, kldan, Srian and Assyrians.

This research focuses on the current state of the health service in the region and its social consequences. It takes into account both birth and death rates and their impact on natural population growth, in addition to that it looks onto other issues such as the widening gap between different social classes in accessing health care. Currently there are 59 hospitals with the aggregate capacity of 6841 beds in the region of Kurdistan, which means an average of 90700 people for each hospital and 1 bed for every 782 people .

In the region of Kurdistan there are various reasons which make the population vulnerable to diseases and epidemics such as continuous wars, the use of chemical weapons in the region at various stages in the last three decades, the impact of the economic embargo during the nineties, poverty and water contamination. All these factors have created an environment for the spread of a wide range of diseases such as lung infections, blood pressure, diabetes, cancer and various cardiac conditions. In addition to all of this, the political unrest has a great impact on the mental and psychological wellbeing of the population .

Research evidence shows that a poor health service has catastrophic consequences on any society's productivity and it's ability to develop. A poor health service hinders population growth and reduces National Domestic Product. Currently there is a widening gap between different social classes in accessing health care in the region. The poor people with limited income receive limited and bad quality health care at public hospitals in the region, whilst the middle classes buy health care form private service providers or send their patients to the neighboring countries for treatment, and the upper classes and newly rich get the most advanced health care from the US, the UK and Europe. This is creating an atmosphere of tension and social inequality among different classes and is exacerbating the problem of lack of social cohesion that already exists.

مقـــدمـــــة :

علاوة على أن الآوبيئة كانت تجتاح العراق في العهد العثماني حينا بعد حين ،أن القطاع الصحي في العراق كان ولا يزال من القطاعات المهملة منذ تأسيس المملكة العراقية ١٩٢٠، على الرغم من تحسنه لفترات محددة وتمتع الشعب العراقي بنظام صحي جيد نوعا ما في بداية العهد الجمهوري ألا أنه راح ينتقل من سوء الى أسوء منذ الثمانينات القرن الماضي، تفشي الأمراض، حالات سوء التغدية ،ارتفاع معدل الوفيات الأطفال ،نقص الخدمات الأساسية و عدم وجود الضمان الصحي والاجتماعي والحرية وغيرها هي من سمات الواقع الصحي في العراق، رغم أنه هناك نوع من التباين والاختلاف بين الأقاليم العراقية المختلفة في الوقت الحاضر، الجنوب والوسط والشمال (اقليم كوردستان)، الأخير هو أكثر تحسنا وتقدما واستقرارا مقارنة باقليمي الوسط والجنوب ، لذلك أن هذا البحث يحاول أن يتطرق الى الواقع الصحي في هذا الأقليم وماهي الآثار الأجتماعية المترتبة على هذا الواقع .

أن لكل مجتمع أمراض خاصة ترتبط بثقافته وعاداته، وأقليم كوردستان العراق هة بأعتباره أقليما بشريا وطبيعيا وأداريا، ذو مميزات خاصة ،فهو من الناحية الجغرافية يتكون من منطقة متموجة و سلسلة جبلية ضمن نطاق مناخي يميزه عن باقي الأماكن الأخرى في العراق، وأقليم بشري وفق ألأنتماءات العرقية للسكان حيث حوالي (٨٥%) من سكان الأقليم ينتمون الى العرق الكوردي والبقية من الكلدان وآشوريين والتركمان والعرب و الأرمن، ويعتبر اقليما أداريا أيضا نظرا لما حدد في الدستور العراقي أن يكون العراق الأتحادي بلدا فدراليا و هذا الأقليم هو أحد هذه الأقاليم الأدارية له مستوى من القيادة الأدارية في الأقليم تحقيقا لأهداف معينة ،وتقديم الخدمات الأساسية للسكان، على الرغم من أن قدرات التحكم الآداري لا تسيطر على جميع أجزاء الأقليم، لايزال هناك مناطق متنازعة عليها مع المركز الأ ان المحافظات الثلاث (أربيل و السليمانية و دهوك) تدار من قبل حكومة أقليمية منذ أنتفاضة ١٩٩١ والحكومة الحالية تتكون من (١٨)وزارة من ضمنها وزارة الصحة.

فإذا أخذنا الرعاية الصحية وقدرات هذه الوزارة وأمكانياتها البشرية والمادية ونتسائل عن عدد المستشفيات الضرورية وعدد الأطباء والكوادر الصحية التي يحتاجها المجتمع؟ وما هي الأمراض المتفشية في الأقليم وكيف تتصدى لها الوزارة ؟وهل لديها برنامج يخص السياسة السكانية و إن وجد فبأي اتجاه تعمل؟ لتحديد الأسرة أو بالعكس تحث على الإنجاب؟ فما هي آليات تحقيق هذه الأهداف ؟ من خلال تلك التساؤلات يسعى البحث أن يرد على جزء منها.

أما من حيث مكونات البحث فيتكون من ثلاثة فصول رئيسية ،ألفصل الأول هو الأطار النظري للبحث وتحديد المفاهيم، يتكون من مبحثين، المبحث الأول لتحديد مشكلة البحث وأهميته وأهدافه أما المبحث الثاني لتعريف المصطلحات الأساسية للبحث، وفي الفصل الثاني عرض بعض التجارب لدول أسيوية وأفريقية لحل مشكلاتها السكانية أما الفصل الثالث يتولى واقع الخدمات الصحية وآثاره الاجتماعية من الناحية الكمية والكيفية وفي الخاتمة عرض أهم الاستنتاجات التي توصل أليها البحث مع بعض المقترحات على ضوء تلك الاستنتاجات.

الفصل الأول : الأطار النظري للبحث وتحديد المفاهيم

المبحث الأول: الأطار النظري للبحث :

١- مشكلة البحث :

أن أهم وأخطر موقف يواجه الباحث في مطلع مرحلة تصميم البحث هو التحديد العلمي الدقيق لموضوع البحث(١) تظهر هذه المشكلة بشكل أوضح كلما كان البحث متشعبا ويتناول ميدانا واسعا مثل ميادين التعليم أو الصحة أو البيئة برمتها، أو حاجة لم يتم تلبيتها في المجتمع، أن الواقع الصحي يشمل جميع ما يبذل من أجل الرفاهية النفسية والاجتماعية والبايولوجية للفرد والجماعة، وهذا لايمكن الوصول اليها إلا بعد تشريع نظام صحي متكامل يهدف الى تحقيق ذلك وتطوير الخدمات الوقائية والعلاجية والتأهيلية

بحيث تكون ملائمة تماما للظروف المحلية للمجتمع وهذا يتطلب ضرورة أنشاء جهاز صحي متخصص قادر على الأدارة الفعالة لتنفيذ سياسة طبية متكاملة (٢)

فإن الشعور الباحثان بحيرة هنا تجاه وجود أو عدم وجود هذا النظام الصحي المتكامل أو الجهاز الصحي الفعال في أقليم كوردستان العراق كون تساؤلا عن هذا الواقع يستدعي البحث، أذن مشكلة البحث هو، تحليل واقع الرعاية الصحية في إقليم كوردستان العراق و توضيح آثاره الاجتماعية وبيان الأمراض المتفشية فيه وحالات الوفيات ونسبها والمخاوف المستقبليه على المجتمع وتنميته السكانية.

٢- أهمية البحث :

أن الأهمية الأساسية لأي بحث علمي بغض النظر عن أضافاته النظرية تكمن في قدرته على حل المشكلة المطروحة للدراسة والبحث، وفقا لذلك فأن أهمية هذا البحث تنبع من كونه تعالج موضوعا حيويا يرتبط بحياة الناس، يتمثل في ارتفاع نسبة الوفيات وعدد المصابين بأمراض معينة في أقليم كوردستان العراق، وإن الحديث عن الرعاية الصحية وتوفيرها، هو حديث عن مستقبل زاهر للمجتمع، فإذا لم تتوفر بيئة صحية للأفراد في أي مجتمع، فإن جميع مجالات الحياة ستتعرض لمخاوف و تهديدات كثيرة .

فقد كان المرض هوالآفة ألاخطر والأفتك من بين المخاطر التي تواجه المجتمعات البشرية، حيث أن الصحة الجيدة هي أساس التعلم والأبداع والعمل المنتج وكما قيل (العقل السليم في الجسم السليم) فبالجسم السليم يمكن أن نعمل وننتج ، لذلك يجب أن نبدأ بالصحة أولا ،لاسيما منذ مرحلة الطفولة لكون أرتفاع نسبة وفيات ألاطفال في أي مجتمع ستكون بمثابة إشارة واضحة لرداءة الواقع الصحي و أشارة لعدم توفر العناية والخدمات الأساسية مثل الغذاء و الماء الصالح للشرب وعدم توفر المسكن المناسب وكل ذلك سيؤدي الى تدني المستوى المؤسساتي في المجتمع، لذلك أن أهمية هذا البحث يكمن في أنه يوضح مستوى هذه الخدمات، والقيمة العملية للبحث يقدم لذوي العلاقة رؤية مناسبة لتفادي المشاكل التي يمكن أن يتسببه النقص الموجود في هذا القطاع وسيفسح

المجال لكل الباحثين وخاصة المهتمون بهذا الجانب المهم و الحيوي لكي يكملوا ما بدأه من قبلهم في هذا المجال .

٣- أهداف البحث :

تتبلور أهداف البحث في محاولة الأجابة على الأسئلة التالية :

أ – ما هو واقع الخدمات الصحية من حيث معرفة عدد العاملين في مجال الصحة كالأطباء والممرضين والمختصين وهل هم موزعون حسب الحاجة أم لا يوجد أي برنامج يخص هذا المجال ؟.

ب- كم هي الميزانية السنوية لقطاع الصحة من الميزانية العامة في الإقليم وحصة كل فرد في الخدمات الصحية ؟هل هي مناسبة وفقا لمتطلبات العصر؟

ج- كم هو عدد المستشفيات في القطاع العام والخاص و عدد ألاسرّة في كل مستشفى وإلى أي مدى تتناسب مع احتياجات السكان في إقليم كوردستان العراق ؟.

د – ما هي النتائج الأجتماعية المترتبة على هذا الواقع من حيث الزيادة السكانية والعلاقات الاجتماعية و التدرج الطبقي في المجتمع؟

٤- أسباب اختيار هذا الموضوع:

أن أحد الأسباب الموضوعية في اختيار أي ظاهرة للبحث، هو أن تشكل الظاهرة عقبات تحول دون تلبية حاجات معينة للمجتمع، فكثيرا ما يحتاج الانسان الى تلبية أحدى حاجاته أو الأستجابة لأحدى طلباته ولكن يحول دون ذلك وجود صعوبات معينة، فيمكن أن تكون هذه الصعوبات مشكلة للبحث أو الدراسة (٣) وفي هذا العصر وبسبب الانفتاح واختلاط مجتمعنا مع المجتمعات لأخرى والتغير الحاصل في المناخ ونوعية الغذاء والشراب واستيراد ألاغذية التي قد تكون في أغلب الاحيان غير صالحة والتغيير الحاصل في أسلوب حياة الأفراد في المجتمع وعدة أسباب أخرى تخص الجانب الصحي بصورة مباشرة ومنها أرتفاع نسبة وفيات الأطفال وظهور أمراض جديدة لم تكن موجودة في مجتمعنا من قبل واللجوء إلى خارج الوطن للعلاج ..وأنفتاح السوق الدوائي الذي سبب

في كثير من الاحيان في تجارة غير مسؤلة للادوية المنتهية الصلاحيه..الخ كل ذلك يتم الحديث عنها حتى في المجالس الشعبية والأسواق، لذا يستحق الوقوف عليها لكشف عن أسبابها وأيجاد الحل لها.

المبحث الثاني : تحديد المفاهيم

١- الرعاية الصحية :

هي مجموع الخدمات والأجراءات الوقائية التي تقدمها مديرية الرعاية الصحية الأساسية والمؤسسات التابعة لها لجميع أفراد المجتمع عامة بهدف رفع المستوى الصحي للمجتمع والحيلولة دون حدوث الأمراض وأنتشارهامثل الأهتمام بصحة البيئة من مسكن ومياه وغذاء وتصريف الفضلات وكذلك حملات التحصين والتطعيم التي تنظمها ضد الأمراض المعدية والخطيرة مثل مطعوم شلل الأطفال والكزاز والسعال الديكي والخانوق والكوليرا وغيرها(٤) والغرض من الرعاية الصحية هو أن تتحمل الدولة تكاليف العلاج للمريض وتوفير العناية الطبية مجانا في هذا الجانب، وتشتمل على تكاليف الخدمات الصحية مثل المكاتب الطبية والعيادات والمستشفيات والصيدليات التابعة لها وتوفير المستلزمات من الأدوية والأجهزة الطبية والكوادر الطبية مجانا أو بسعر مناسب ووضعها في متناول يد المواطنين وفي هذا الأثناء يكون الضمان الصحي كآلية مهمة وسببا لتوفير المؤازرة المالية للخدمات الطبية عن طريق ثلاثة جوانب رئيسية والتي هي، المواطنون ومقدمي الخدمات الصحية (المستشفيات و العيادات .....)

والطرف الثالث والمركزي المتمثل بشركات الضمان (٥) التي يجب أن تأخذ على عاتقها تلقيح الأطفال ورعاية الأمومة والولادة والنسوة الحوامل والبيئة الصحية للمدارس و المطاعم .... الخ في إقليم كوردستان .

الفصل الثاني : التجارب الدولية في مجال الخدمات الصحية

تمهيـــد :

لاشك في أن هناك علاقة وطيدة بين الواقع الأجتماعي وصحة الإنسان وانتشار الأمراض في أي مجتمع، فالأمراض و الظروف الصحية ترتبطان بسياسة الحكومة ونظرتها لأفرادها(٦)، لذلك فلكل مجتمع حالات مرضيه خاصه به وهذا جزء من التقليد السائد لهذا المجتمع وتداعيات الحياة اليومية لأفراده ، ولكل مجتمع مصطلح و تفهم ووجهة نظره الخاص لعلاج وكيفية توفير بيئة صحية لأبناءه ،حسب السياسة الصحية العامة للمجتمع حيث يتم التفكير في كيفية توفير الخدمات الصحية عامة وهذا ما وجدناه في تجارب الشعوب الأخرى، فلو حدث لتلك الشعوب ما حدث للأ قليم، من ارتفاع ملحوظ في نسبة وفيات الأطفال وانخفاض لمستوى الخدمات الصحية لكانت تلك الدول أستطاعت تغيير الوضع لديها عن طريق المساعدات المادية والمعنوية والتوجيهية والتربوية و وضع البرامج والاستفادة من تجارب و خبرات البلدان الأخرى و وضع الإستراتيجيات وبذلك يتمكنوا من علاج المشاكل السكانية قبل تفاقمها، وبالمقابل فإن بعض المجتمعات التي ليست لهم سياسة سكانية محددة فأن مشاكلهم السكانية ستكون طويلة الأمد وستشكل عائقا أمام التطور وفي كافة المجالات المتنوعة، وفي هذا الفصل نتطرق إلى تجارب بعض من هذه الدول :

المبحث الأول: التجربة الآسيوية

إن البحث حول المواضيع السكانية مثل معظم العلوم الأخرى ظهرت في نهاية القرن الثامن عشر و بداية القرن التاسع عشر في الغرب وعلى أساس تلك الأبحاث العلمية التي أجريت في هذا المجال صنفت الدول العالم وفقا لمشاكلها السكانية الى مجتمعات متقدمة و بدائية ، وفي هذا التصنيف تم وضع بعض دول آسيا ضمن مجتمعات بدائية(٧)، لوجود صفات وخصائص المجتمعات البدائية فيهم، من حيث الولادات والوفيات، علما ليس هناك من دليل على وجود مميزات فطرية لديهم تجعلهم أكثر تعرضا

للأصابة بالأمراض مقارنة بالمجتمعات الأوروبية، وهذا يعني أن الواقع الصحي في هذه المجتمعات يرجع الى العامل السياسي والاجتماعي والبيئي عندما نرى معدلات وفيات الأطفال عالية مثلا، وأن البيئة الأجتماعية في هذه الدول مسؤلة عن الوعي الصحي والمستوى التعليمي وخبرات أفرادها في التعامل مع التقنيات، وهو مستوي واطيء نسبيا فيمكن من خلال الأهتمام بمراكز المحوة الأمية وتخطيط القوى البشرية وتوسيع رقعة الخدمات الصحية للأطفال والأمهات وبرامج تنظيم الأسرة والتربية والتعليم وتحسين النقل والمواصلات ...الخ كما فعلت اليابان وكوريا وماليزيا وأندونيسيا و الهند و غيرها من الدول الآسيا تحسين والواقع الصحي، وأن أحد المجالات التي يمكن العمل فيها هو إيجاد العلاقة بين المستوى التعليمي للأم ووفيات الأطفال، و وفق الأبحاث التي أجريت في هذا المجال فأن نسبة وفيات الأطفال عند الأمهات الأميات بلغ (٦١) واحد وستون طفلا من كل ألف طفل، ولكن هذه النسبة قلت إلى واحد وأربعين طفلا من الأمهات المتعلمات، وفي العائلات التي يكون فيها أمهات أميات تكون نسبه وفيات الأطفال تقريبا ثلاثة أضعاف العائلات التي فيها الأمهات متعلمات(٨)، أن أنتشار الأمية وخاصة الأمية النوعية هي من الأسباب الرئيسية لأرتفاع معدلات الوفيات الأطفال في كثير من المجتمعات الآسوية .

و في العراق أن النسوة اللآتي تتراوح أعمارهن بين (١٥-٤٥) سنه و التي تكون فيها المرأة في عمر الخصوبة وليست لديهن أية شهادة مدرسية، بلغت ٥٩%، وفي الأقليم كوردستان فقد بلغت النسبة (٦٧%)(٩)

المبحث الثاني : التجربة الأفريقية

أن بلدان القارة الأفريقية من البلدان التي حصلت فيها أكبر الكوارث على مد التأريخ ولاسيما القرون الخمسة الماضية، مروا بمراحل مليئة بالكوارث والمصائب، وأن من أهم المشاكل التي أصبحت عائقا أمام التغير والتقدم منذ أكثر من قرن هي عدم توازن عدد السكان مع القدرة على توفير الضروريات الأساسية لحياة مجتمعهم مثل الغذاء و مياه صالحة للشرب و المسكن و التعليم والمستوى الصحي الجيد، ولتقليل آثار هذه

المشاكل لجأ بعض الحكومات في ثمانينات القرن المنصرم إلى الجمعيات والمنظمات الدولية وبالاستفادة من القدرات المادية والبشرية لبعض الدول المتقدمة، الذين محوا سمات التخلف عن مجتمعاتهم إلى حد جيد، فقد قام صندوق رعاية الأنشطة السكانية التابعة للأمم المتحدة بتخصيص ميزانية خاصة للبلدان الأفريقية منذ بداية ثمانينات القرن الماضي وقسم القارة الأفريقية إلى ثلاث مجموعات مختلفة، حيث قامت بمساعدة مجموعتين من هذه البلدان في تقليل نسبة وفيات الأطفال وتحسين الوضع المعيشي لعائلاتهم ، وخاصة النسوة الحوامل، ووضعت هذه القاره في المجموعة الأولى للبلدان الذين يحتاجون الى مساعدات فورية وعاجلة(١٠)، فقدموها على الدول الأخرى، مثل أثيوبيا و أوغندا، والسنيغال، و غينيا ، وموريتانيا و.... الخ بالرغم من تقارب معدلات وفيات الأطفال لديهم وكذلك تدني مستوى الخدمات الصحية .و إذا ما قارنا بين أقليم كوردستان العراق مع بلدان أفريقيا الجنوبية، والكاميرون، وسوازيلاند وبعضا من البلدان الأخرى يتضح لنا أن واقع تلك البلدان الصحية أحسن حالا، ما عدا فيما يخص المستشفيات الأهليه في كوردستان، فقد بدأت معظم تلك البلدان بالمعالجة الفورية لمشكلة وفيات الأطفال وما يخص مجال تنظيم الأسرة ووتوعية الأمهات و الفرق الطبية الجوالة وتوفير ألأكل و الشرب والبيئة الصحية، وقد ظهرت آلاثار النوعية لتلك البرامج حيث لوحظ الانفجار السكاني للقارة وخلال فترة تاريخية قصيرة حيث تضاعف عدد السكان فيها وبشكل ملحوظ.

الفصل الثالث: واقع الرعاية الصحية وآثاره الاجتماعية في أقليم كردستان العراق

تمهيـــد:

أن العلاقة بين الواقع الصحي والحياة الأجتماعية علاقة جدلية،تؤثر فيها ويتأثر بها، واليوم يمر إقليم كوردستان العراق بمرحلة أنتقالية في جميع مجالات حياته، تنعكس آثار هذا الانتقال في الواقع الصحي جليا، و يؤثر هذا الواقع في جميع مناحي الحياة الاجتماعية والمستوى المعيشي في المجتمع،كما حددت هيئة الأمم المتحدة مكونات هذا المستوى

بالتغذية والتعليم وأحوال العمل والآستهلاك والأدخار والأسكان والترويح والترفيه والضمان الأجتماعي والحرية(١١)، ويمكن قياس الحياة الأجتماعية من خلال مؤشرات تحديد المشكلات الصحية كمقاييس الوفيات ومعدلات الأصابة بالأمراض الحادة والمزمنة وأنتشار الأمراض كالدرن والسكر و أمراض القلب وكذلك معدلات الأمراض النوعية كالسرطان والأمراض العقلية والقلب ثم التطرق الى الأمراض الأجتماعية الناتجة من هذا الواقع الصحي، نتناول كل ذلك من خلال مبحثين كالآتي:

المبحث الأول : واقع الرعاية الصحية :

تشمل الرعاية الصحية كل المجالات التي ترتبط بالصحة وبما فيها القدرات والخبرات والمواد والأجهزة والبنية الهيكلية للأماكن الصحية ومكوناتها، لذلك تم تقسيم العمل في هذا المبحث على عدة فقرات:

١- القدرات البشرية و المعدات المستخدمة في مجال الخدمات الصحية :

وهي تشمل المعدات و الخبرات البشرية:

أ-المعدات المستخدمة في مجال الرعاية الصحية :

يقول (بول بريمر)الحاكم المدني في العراق بعد الأحتلال الأمريكي نيسان ٢٠٠٣، في مذكراته حيث يذكر في خضم حديثه عن المستوى الصحي في العراق (أثناء زيارتي الى مستشفى الأطفال في بغداد ذكرتني رائحة الأسهال الكريهة بخدمتي في أفغانستان وأفريقيا قبل خمس و ثلاثين سنة، نظرا لأن مولد الكهرباء في المستشفى لا يشغّل الا ليلا، وكان الهواء حارا و رطبا والذباب يعج بالمكان حيث يدخل من النوافذ المفتوحة و يتجمع على القضبان الحديدية للأسرّة، وكانت الأمهات الحزينات متشحات بالعباءات السوداء ويلوّحن بخرق أو مربعات من الكرتون لأبعاد الذباب عن وجوه الأطفال، وفي جناح الأطفال حديثي الولادة أنحنيت لأقرأ لوحة الموديل الفولاذية الفضية المثبتة على الحاضنة وجدت أنها صنعت في ألمانيا الغربية سنة(١٩٦٢)أي قبل أربعين عاما(١٢).

أن الوضع في أقليم كوردستان أحسن من هذا الوصف نسبيا ،حيث يوجد في الوقت الحاضر (٥٩) مستشفى و يبلغ عدد سكان الأقليم (٥٣٥١٢٧٦) نسمة، أي بمعدل (٩٠٧٠٠) شخص لمستشفى واحد ويبلغ عدد الأسرّة (٦٨٤١) سريرا يعني بواقع (١١٥) سرير في كل مستشفى أو القدرة الأستعابية هي (١١٥) مريض فقط وحصة المواطنين هي سرير واحد لكل (٧٨٢) شخصا و لتوضيح أكثر انظر الجدول رقم(١).

جدول (١) يوضح واقع الخدمات الصحية في إقليم كوردستان العراق

ألمحافظة	أربيل	سليمانية	دهوك	المجموع الكلي
عدد المستشفيات	٢٢	٢٨	٩	٥٩
عدد الأسرّة	٢٥٨٦	٢٨٨٠	١٣٧٥	٦٨٤١
نسبة السكان	٨٧٧٠٥	٨٠١٠٦	١٣٠٩٧٨	٢٩٨٧٨٨,٥
المستشفى لكل ١٠٠٠٠٠شخص	١,١٤	١,٢	٠,٦٧	٣,١
عدد المراكز الصحية الرئيسية	٩٣	١٤٧	٦٤	٣٠٤
عدد المراكز الصحية الثانوية	١٦٥	٣٩٥	٦٩	٦٢٩
مجموع المراكز الصحية	٢٥٨	٥٤٢	١٣٣	٩٣٠
نسبة السكان لكل مركز	٧٤٧٩	٤١٣٨	٩٠٦٨	٢٠٦٨٤,٧
نسبة المراكز لكل ١٠٠٠٠٠شخص	١٣,٣٧	٢٤,١٦	١١,٠٢	٤٨,٥٥

حتى وإن كانت معدات المستشفيات جيدة وفعالة فإنها لن تستطيع تقديم الرعاية الكاملة، وذلك لكثرة المرضى وتضخمهم، حيث يتوفى العديد منهم يوميا نتيجة للإهمال واللامبالاة الأطباء والمنتسبين. فقد توفى (١٧) شخصا خلال شهر واحد فقط نتيجة الخطأ في زرق الأبر، وهذا دليل واضح للإهمال الحاصل تجاه المرضى، لذلك نجد أن الناس المتمكنين بدأوا يمتنعون عن التوجه إلى المستشفيات الحكومية للعلاج. بل يعالجون في خارج البلاد أوالمستشفيات الأهلية، رغم أرتفاع الأسعار فيها حيث تصل العملية الواحدة الى(٨٠٠٠٠٠٠) ثمانية ملايين دينار لعمليات القلب أضافة الى (١٤٥) دولار لكل ليلة يبيت فيها المريض(١٣)، أدى هذا الى تقسيم طبقي حاد في المجتمع، نجد الطبقة

العليا يعالج في أمريكا وأوروبا، والطبقة الوسطى في بعض الدول العربية و الهند وتركيا وأيران ، والطبقة الدنيا هي التي تموت أو تعالج في مستشفياتنا.

دخل (٦٩٢٢١٣) مريضا في مستشفيات الأقليم عام ٢٠١١، تم علاج (٦٤٧٥٥٧) مريضا حيث عادوا إلى بيوتهم معافين، وتوفى منهم (٤٤٦٥٦)مريضا .

يتضح لنا بأن نسبة المراجعة هي (٣٠٩٤٧) مريض يوميا عدى الجمعة، وأذا كان عدد الأطباء في مستشفيات الأقليم يبلغ(١٢٦٢) طبيب مختص، ونفترض وجود (٦٣١) منهم في الدوام الرسمي الصباحي ،فتصبح حصة كل طبيب أكثر من (٥٠) مريضا يوميا .

وفيما يتعلق بعدد الأسرّة هو(٦٨٤١) سرير، علما عدد المرضي الذين كانوا بحاجة للبقاء في المستشفى (٦٩٢٢١٣) مريضا، أي بمعدل (١٨٩٦)مريض يوميا، من هذا يتبين لنا بأن القدرة الأستيعابيه للمستشفيات في الأقليم غير قادرة لأيواء المرضي أكثر من (٤٨)ساعة مهما يكن نوع مرضه .

ب–القدرات البشريه والاختصاصات الطبية

نتناول في هذه الفقرة عدد الأطباء والمختصين والعاملين والكوادر الثانوية في مجال الرعاية الصحية ،منفذي الأعمال والقوى البشرية لتأدية الخدمات، من حيث العدد، فإذا نقارنها بالسنين العشرة التي مضت فإننا نجد أن إقليم كوردستان قد نما تنمية جيدة من حيث الكم، لكن لا يزال في مستوى متدني مقارنة ببعض الدول المنطقة هي ميزانيتها السنوية أقل بكثير من ميزانية الأقليم، لتوضيح القدرات البشرية في مجال الخدمات الطبية انظر الجدول رقم (٢) :

الجدول رقم (٢) يوضح عدد الأطباء و توزيعهم في محافظات الأقليم سنة ٢٠١١.

المحافظة	أربيل	السليمانية	دهوك	المجموع العام
عدد الأطباء المختصين	٦٥٩	٤٣٤	١٦٩	١٢٦٢
عدد الأطباء	١٨٨١	٢٤٦٦	٤٩٤	٤٨٤١
المجموع الكلي للأطباء	٢٥٤٠	٢٩٠٠	٦٦٣	٦١٠٣
عدد الأطباء لكل ١٠٠٠٠٠شخص	١٣,١٦	١٢,٩٣	٥,٦٢	١٠,٥٧
عدد أطباء الأسنان من المختصين	٣٤	٢٥٤	٨٧	٦٤٥
عدد أطباء الأسنان من غير المختصين	٣٠٤	٢٥٤	٨٧	٦٤٥
المجموع الكلي لأطباء الأسنان	٣٣٨	٣٠٧	٩٩	٧٤٤
عدد أطباء الأسنان لكل ١٠٠٠٠٠شخص	١,٧٥	١,٣٧	٠,٨٤	١,٣٢
عدد الأطباء الصيدلانيين المختصين	٣٨	١٦	٢	٥٦
عدد الأطباء الصيدلانيين من غير المختصين	٣٤٥	٢٢٢	٦٧	٦٣٤
المجموع الكلي للأطباء الصيدلانيين	٣٨٣	٢٣٨	٦٩	٦٩٠
الأطباء الصيدلانيين لكل ١٠٠٠٠٠شخص	١,٩٨	١,٠٦	٠,٥٩	١,٢٠
عدد الكوادر الطبية	٤٣٥٧	٥٠٩٥	٢٨٧٤	١٢٣٢٦
عدد الكوادر الطبية لكل ١٠٠٠٠٠شخص	٢٢٥,٨١	٢٢٧,١٥	٢٤٣,٨١	٢٣٢،٢٥
عدد الكوادر التمريضيه	٤٤١٥	٣٠٢٧	١٣٨٩	٨٨٣١
عدد الكوادر التمريضيه لكل ١٠٠٠٠٠شخص	٢٢٨,٨٢	١٣٤,٩٥	١١٧,٨٣	١٦٠,٥٣

فإذا قارننا القدرات البشرية في الأقليم مع دولة مثل سوريا وللعام٢٠٠١ نجد أن سوريا وقبل عشرسنوات من الآن كانت تمتلك لكل (١٠٠٠٠٠) مئة ألف شخص أربعة عشر طبيبا و(٧,٢) طبيب أسنان و(٥,٢) صيدلاني و(١٩,٤) ممرض، أما في إقليم كوردستان عام ٢٠١٠ ولنفس النسبة من السكان يوجد(١٠,٥) طبيب و(١,٣) طبيب أسنان و(١,٢) صيدلاني و(١٦) ممرض وفي البلدان المتقدمة تتم مقارنة تنمية الأطباء بتنمية السكان، وعلى سبيل المثال نشر المعهد الكندي للمعلومات الصحية (***CIHI***) في ٢٠١٠ /١/٢ تقريرا يقول فيه أن عدد الأطباء قد بلغ في كندا (٦٨١٠٠) طبيب وقد ارتفع هذا العدد في العام ٢٠٠٩ إلى (٧٠٨٠٠) بزيادة (٢٧٠٠) طبيبا، وقد بلغت نسبة التنمية فيها ٤% في الوقت الذي كانت نسبة تنمية السكان ١,٢% أي أن تنمية

الأطباء قد بلغت ثلاثة أضعاف تنمية السكان، و يذكر أيضا أنه في عام ٢٠٠٥ كان عدد الأطباء (١٩٠) طبيبا لكل (١٠٠٠٠٠) مئة ألف من السكان، لكن في عام ٢٠٠٩ أصبح (٢٠١) طبيبا لنفس النسبة من السكان(١٤).

أما في إقليم كوردستان أن النسبة هي، طبيب واحد لكل عشرة آلاف شخص تقريبا وفي كندا طبيب واحد لكل (٤٩٧) شخصا.

على الرغم من أن العدد في المجال الطبي غير مهم بالمقارنة مع الكيفية ومستوى العلمي، تزداد ثقة المجتمع بالكوادر الصحية عندما يرى المسؤلين والمتمكنين يعالجون عندهم ،لكن الواقع في الأقليم أصبحت المستشفيات مرجعا للفقراء فقط، لا نجد فيها من له قدرة السفر! لذلك أصبحت الصحة منبعا للحقد الأجتماعي والتمايز الطبقي والصراع النفسي الذي يكون بموجبه الفرد في حالة تشتت بسبب وجود حوافز متعاضة لا يمكن تحقيقها في آن واحد(١٥) .

٢- لأمراض الشائعة ونسب وفيات الأطفال في كوردستان

أ-الأمراض الشائعة في إقليم كردستان

فقد خلق الله الانسان سالماً من العيوب والامراض والنقائص، وانّما يأتي المرض للانسان من اختلال نظام الجسم بسبب العوامل والمؤثّرات الخارجة على نظام التكوين، لذلك نرى القرآن الكريم يذكّر الانسان بنعم الله عليه، وبدقّة الصنع والحكمة والاتقان في الخلق(١٦)،كما جاء في القرآن الكريم (لقد خلقنا الانسان في أحسن تقويم)(التين،٤)، الا أن البيئة أو النظام الغذائي بحكم العادات أو التقاليد السائدة تنقل العدوى الى هذا الجسم القويم و تؤدي التي التغير في الشكل أو الوظيفة لعضو ما و يتمرض الأنسان نتيجة لذلك .

في كوردستان العراق ثمة عوامل كثيرة تجعل السكان فريسة سهلة للعدوى منها الحروب المستمرة في العراق واستخدام الأسلحة الكيمياوية والجفاف وأثار الحصار الأقتصادي في التسعينات وتوالي المجاعات والعادات السيئة التي أعتاد عليها الكورد في

طريقة تناول طعامهم و تلوث مياه الشرب وغيرها فضلا عن التوترات النفسية والعصبية لسؤ الحالة السياسية وعدم الأستقرار ،مما أدى الى أنتشار أمراض معينة فحسب التقارير الصحية والطبية التي نشرتها وزارة الصحة في الأقليم أن الأمراض الشائعة عام ٢٠١٠ هي ضغط الدم و السكري وأمراض القلب والتهاب الرئتين، ومن الجدير بالذكر فإن أحدى أسباب الأصابة بتلك الأمراض هي التوتر النفسي ووجود خلل في عمل الجهاز العصبي (١٧)، يؤثر على الجسم و يحوله إلى مرض عضوي، أي أن في الأساس هي أمراض نفسية تكون مرتبطة بالحالة الفكرية للفرد، ومن أسبابه الأحساس بالقهر والظلم والتعدي وانعدام الحرية و عدم مراعاة حقوق الأفراد وقسوة العيش ولهذا نلاحظ أن نسبة الأشخاص الذين يموتون نتيجة أصابتهم بتلك الأمراض مرتفعة وسترتفع سنة بعد الآخرى ،انظر الجدول رقم (٣).

الجدول رقم (٣) يوضح مستوى الأمراض الشائعة في إقليم كردستان لسنة ٢٠١٠

ألمحافظة	أربيل	السليمانية	دهوك	المجموع الكلي
ارتفاع ضغط الدم	٤٥٤٦١	٢٦٧٦٩	٥٨٢٦٥	١٣٠٤٩٥
مرض السكري	٣٣٦٦٩	٤٠٩٨٧	٣٨٧٣٠	١١٣٣٨٦
أمراض القلب	٩٤٣٧	٣٥٨٧	٧٠٧٦	٢٠١٠٠
الالتهابات المزمنة للرئتين	٧٠٧٣	٦٢١٠	٤٠٢٥	١٧٣٠٨
المجموع الكلي	٩٥٦٤٠	٧٧٥٥٣	١٠٨٠٩٦	٢٨١٢٨٩

وعند مقارنة الجدول بواقع الأمراض الشائعة في عام ٢٠١١ نجد أن بعضا منها قد ارتفعت نسبتها بشكل غريب، في محافظة السليمانيه كان عدد المصابين بأمراض القلب (٣٥٨٧) مصاب عام ٢٠١٠ ولكن في عام ٢٠١١ ارتفع هذا العدد إلى (٢٢٤٥٠) مصابا أي بزيادة قدرها(١٨٨٦٣) مصاباو كذلك الحال في أربيل ففي العام ٢٠١٠ بلغ عدد المصابين بأمراض القلب (٩٤٣٧) شخصا فقط، لكن في العام ٢٠١١ أزداد هذا العدد إلى (٢١٦٠٨) شخص أي أصيب (١٢١٧١) شخصا بأمراض القلب خلال عام واحد فقط، أما في دهوك فقد كان عدد المصابين بهذا المرض (٧٠٧٦) شخصا فقط عام ٢٠١٠ ولكن في العام ٢٠١١ ارتفع هذا العدد ليصل إلى (١٠٤٩٠)، بزيادة (٣٤١٤) شخصا، أذا قارننا بين عامي ٢٠١٠ كان عدد المصابين بأمراض القلب

(٢٠١٠٠) شخصا فقط، لكن في عام ٢٠١١ ارتفع هذا العدد ليصل إلى (٥٤٥٤٨) شخصا، حيث أرتفع عدد المصابين (٣٤٤٤٨) شخصا في ٢٠١١ أنظر الجدول رقم(٤).

الجدول رقم (٤) يوضح مستوى الأمراض الشائعة في إقليم كردستان للعام ٢٠١١

المحافظة	أربيل	ألسليمانية	دهوك	أنجموع الكلي
ارتفاع ضغط الدم	٤٠٨٠٠	٤٨٣٢٠	٣٥١٤٠	١٢٤٢٦٠
أمراض السكري	٣٧٩٢٢	٣٥٥٩٨	٤١٦٢٢	١١٥١٤٢
أمراض القلب	٢١٦٠٨	٢٢٤٥٠	١٠٤٩٠	٥٤٥٤٨
الالتهاب المزمن للرئتين	١١٦٧٠	٢١٦٩٣	١٨٦٨٧	٥٢٠٢
المجموع العام	١١٢٠٠٠	١٢٨٦٠١	١٠٥٩٣٩	٣٤٦٠٠٠

إن هذا سيشكل خطورة كبيرة على سكان إقليم كوردستان في المستقبل والذي يسمى (القاتل الصامت) بلغة الأطباء(١٨)، وهي حاله تتعلق بوضع المعاشي للأنسان لا بمكوناته الجسمية ،يمكن أن يكون النظام الإداري والسلطة غير العادلة اجتماعيا أحد أسباب الإصابة بذلك المرض ، فعند وجود الظلم والتعدي في أي مجتمع ترتفع نسبة ذلك المرض فيه، على سبيل المثال ،أن أعلى نسبة الوفيات بهذا المرض كانت عند السود في أمريكا، في البداية كانت الأطباء أخطأوا في فهم أسبابه، وصفوا المرض بأوصاف وراثية ثم ظهرت أن القهر والشعور بالغبن وأسلوب التفكير تسبب بأحداث خلل في نبضات القلب ومن ثم سيكون سببا في رفع ضغط الدم والتعرض لأمراض القلب وأن الإحصائيات الطبية تظهر، أن النساء اللآتي لم يبلغن سن اليأس تعرضهن لأمراض القلب أقل، لكن عند وصولهن إلى سن اليأس ترتفع فيهن نسبة الوفيات بأمراض القلبية، أي أن هذا المرض يتأثر ببعض العوامل الأخرى ، لها علاقة قوية بالحياة الاجتماعية وعلاقة الفرد بالآخرين، والحالة النفسية كالأمل واليأس والفرح والحزن، أن أنتشار الديمقراطية واحترام حقوق الإنسان في المجتمع من الأسباب الرئيسية لتقليل نسبة المصابين بأمراض القلب.

وكذلك الحال بالنسبة للأمراض الرئتين المزمنة ، وعند مانقارن بين عامي ٢٠١٠ و ٢٠١١ نجد، أن في محافظة السليمانية وبالتحديد عام ٢٠١٠ كان عدد المصابين بمرض التهاب الرئتين المزمن (٦٢١٠) شخص فقط، لكن في العام ٢٠١١ ارتفع هذا العدد ليصل إلى (٢١٦٩٣)شخصا ،بزيادة (١٥٤٨٣) شخصا، وفي أربيل عام ٢٠١٠ كان المصابون بهذا المرض قد بلغ عددهم (٧٠٧٣) شخص فقط أما في عام ٢٠١١ فقد وصل العدد إلى (١١٦٧٠) شخص أي بزيادة (٤٥٩٧) شخصا وفي مدينة دهوك عام ٢٠١٠ كان العدد(٤٠٢٥) شخصا فقط أما في عام ٢٠١١ فقد ارتفع هذا العدد ليصل الى (١٨٦٨٧) شخصا، بزيادة (١٤٦٦٢) شخصا. وعلى مستوي الأقليم، نجد أن عدد الذين أصيبوا بهذا المرض في عام ٢٠١٠ كان (١٧٣٠٨) شخصا، لكن في عام ٢٠١١ ارتفع هذا العدد ليصل إلى (٥٢٠٥٠) شخص أي خلال سنة واحدة أصيب (٣٤٧٤٢) شخصا بمرض التهاب الرئتين المزمن مقارنة بعام ٢٠١٠.

وكلنا ندرك أهمية ووظائف الرئتين في حياة الإنسان، فالتنفس يعني الحياة والبقاء، ومن الناحية الطبية ألإصابة بأمراض الرئة لها علاقة بالبيئة المحيطة و الحالة النفسية للإنسان حيث يستنشق الأوكسجين من البيئة، فأستقرار الحالة النفسية التي هي من انعكاسات البيئة الاجتماعية، ولعلاقات الإنسان دور مهم ومؤثر في حماية الرئتين من الإصابة بمرض التهاب الرئتين المزمنة.

ب: وفيات الأطفال في إقليم كوردستان :

أن تقليل معدل وفيات الأطفال "هو هدف من مجموع الأهداف الثمانية الرئيسية في الخطة المئوية للألفية الثالثة وقد عرفت بالهدف رقم (٤) وقد أثبتت جمعية الأمم المتحدة في خطتها المزمعه تنفيذها خلال ٢٥ سنة و التي يتم مراجعة إنجازاتها كل (٥) أعوام ، والجدير بالذكر أنها حققت إنجازات جيدة في السنوات العشر الماضية.

ومن الملفت للنظر أن تقليل نسبة وفيات الأطفال قد بلغت سنويا بمقدار (٥,٥%) وكما هو مثبت ومذكور كأساس عالمي في الهدف الرابع عند منظمة الصحة العالمية ***WHO***.

يعتبر إقليم كردستان من الأماكن التي لا تولي عناية دقيقة باطفالها حيث لا يولد جميع الأطفال في المستشفيات الخاصة بالولادة وتحت عناية الأطباء والمختصين كانت نسبتهم ٢٢% تقريبا في عام ٢٠١١، ومازال النسوة الحوامل يتعاملن بشكل تقليدي بدائي مع حالات حملهن ،نسبة ٤١% منهن لم تقمن بمراجعة الطبيب الا مرتين أو مرّة واحدة فقط طوال فترة حملهن(١٩)، وعلى الرغم من عدم وجود إحصائيات دقيقه في هذا المجال ألا أ ن نسبة وفيات الأطفال في إقليم كردستان ما تزال مرتفعة ، انظر الجدول رقم (٥)

الجدول(٥) يوضح عدد وفيات الأطفال لعمرأ قل من خمس سنوات في / ٢٠١٠-٢٠١١ (٢٠) .

التصنيف العمري/ عام	٢٠١٠	٢٠١١	المجموع
٠-٢٩ يوم	١٠٩٢	١٢٩٧	٢٣٨٩
٣٠يوم إلى٣٦٥يوم	١٦٠٧	١٦١١	٣٢١٨
٣٦٦يوم إلى (٥) عام	٦٠٢	٨٣٧	١٤٣٩
المجموع الكلي	٣٣٠١	٣٧٤٥	٧٠٤٦

أن نسبة وفيات الأطفال أللذين لم يبلغوا من العمر شهرا واحدا قد بلغ (١٠٩٢) طفلا عام ٢٠١٠، فقدارتفع العدد إلى (١٢٩٧) طفلا في ٢٠١١، بزيادة (٢٠٥) طفلا خلال سنة واحدة ،و وفيات الأطفال تحت سن الخامسة كانت (٦٠٢) طفلا عام ٢٠١٠، أصبح (٨٣٧) طفلا عام ٢٠١١ ، بزيادة (٢٣٥) طفلا ،بصورة عامة زاد عدد الوفيات الأطفال (٤١٥) طفلا عام ٢٠١١ مقارنة بعام ٢٠١٠ ،و على الرغم من أن تلك الإحصائيات مسجلة لدى وزارة الصحة في إقليم كوردستان، لكن في الحقيقة أن النسبة أكثر من هذا بكثير، لأن الوفيات في المستشفيات الأهلية لا تسجل بشكل دقيق أو لم تصل الى وزارة الصحة بشكل دقيق، علما أن نسبة وفيات الآطفال في هذه المستشفيات غير قليلة، لاسيماالأطفال الذين يموتون في بطون أمهاتهم ويتم إخراجهم بعمليات جراحية والتي تسمى بـــ(الكرتاج)، لذلك يعتبر هذه الأرقام محل شك ، فضلا عن أن هناك معلومات كثيرة وضرورية كان يجب تسجيلها ولم تسجل، وبالتالي

فهي ليست موجودة حتى في سجلات وزارة الصحة في إقليم كوردستان، مثل سن الأم و تسلسل الطفل و المستوى التعليمي للأم ومكان الإقامة و.... الخ و حيث مازال هناك نسبة كبيرة لظاهرة زواج البنات تحت سن (١٥) في كوردستان وبنسبة (٥%) و تحت سن (١٨) بنسبة (٢٣%)و أولئك لا توجد لديهن أية معلومات عن الأنجاب و الأمومة وفترة الحمل، ومن جهة أخرى أن غالبية الأطفال الذين يموتون في القرى لا يتم تسجليه، ومن الملاحظ أن مستوى الرعاية الصحية في القرى متدنية جدا بسب الأحداث والكوارث الماضية في الثمانينيات القرن الماضي من أستخدام السلاح الكيمياوي المدمر وأبيدت نحو (٤٥٠٠) قرية من بكرة ابيها و سويت بالأرض، أن أعادة أعمارها وتقديم الخدمات الضرورية لها ليست بمستوى المطلوب، وبما أن موت الأطفال مقياس دقيق لمستوى تقدم وتنمية المجتمعات، ففي بعض البلدان يموت اثنان من كل ألف طفل كما سنغافورة وألمانيا وفي بعضها الآخر تكون النسبة مرتفعة جدا كما في أفغانستان و أنغولا، وحسب التقرير الذي نشرتها منظمتا الصحة العالمية و اليونسيف بتأريخ /١٥ أيلول ٢٠١١ في جنيف حيث أظهرت أن نسبة الأختلاف في معدل الوفيات الأطفال تحت سن (٥) بين الدول المتقدمة و المتخلفة تصل الى واحد إلى مئة و ثلاثة و أربعين .

في إقليم كوردستان عام (٢٠١١) كان عدد الولادات (١٥٥,١١٨) طفلا، ومجموع وفيات الأطفال تحت سن (٥) كانت (٣٧٤٥) طفلا، أي بنسبة (٠٢٥%)تقريبا، والنسبة هي (٠٢٨%) في ألإحصاء الذي نشرها منظمة اليونسيف، فضلا عن عدم تسجيل عدد كبير من الأطفال الذين ماتوا في المناطق النائية والقرى، سواء لصعوبة التنقل أو الروتين البيروقراطي للدوائر الرسمية في كوردستان أو عدم مبالاة الفرد الكوردي وأنخفاض الوعي الأجتماعي والصحي أو عدم تسجيل الوفيات من أجل الأبقاء على بطاقة الحصة التموينية..الخ ومع ذلك فمازالت هناك نسبة كبيرة من الأطفال يولدون أمواتا ، انظر الجدول رقم (٦).

جدول (٦) يوضح الأطفال المولودون أمواتا في كردستان خلال عامي ٢٠١٠ و ٢٠١١

المحافظة / سنة	٢٠١٠	٢٠١١
أربيل	٣٢٩	٣٥٦
ألسليمانية	٤٦٩	٤٠٣
دهوك	٦٢٣	٦٢٧
ألمجموع	١٤٢١	١٣٨٦

عدد الأطفال الذين ولدوا أمواتا في المحافظات الثلاث للإقليم في عام ٢٠١٠ بلغ المجموع (١٤٢١) ففي أربيل بلغت النسبه (٣٥٦) وفي السليمانية بلغت النسبه (٤٠٣)، أمافي دهوك فبلغت (٦٢٧) طفل، ولحسن الحظ انخفض العدد في عام ٢٠١١ وأضحت(١٣٨٦) طفل .أن هذه النسبة تعتبرمرتفعة لأقليم يتألف عدد سكانه من (٥)مليون شخص تقريبا، و يعتبر هذا العدد مخيف و لذايجب إجراء بحوث علمية للحد من هذه الظاهرة، على أن تراعى فيه الحالات والأسس التالية كأوقات الولادة و كذلك العمرو فصيلةالدم و نوعية الغذاء ونوع العمل ومكان إقامة الأبوين ، فمثلا أذا تسائلنا عن ماهية العلاقة بين نوع الغذاء وموت الأطفال؟ أو العلاقة بين الحالة النفسية للأم وموت طفلها، نجد أن كل هذه الحالات ضرورية ومؤثرة، لاسيما عندما ننظر إلى جدول وفيات الأطفال في محافظات إقليم كردستان نرى أن محافظة دهوك ألأقل سكانا من مدينتي أربيل والسليمانية، إلا أن عدد الوفيات فيها وفي السنتين الأخيرتين أكثر من المحافظتين الأخريتين، ولذا فعلى مراكز البحثية والأجهزة المعنية بألتحقق من الأمر ،يجب أن لا ينظر إلى هذه الحالات ببرودة دم أو إهمال، فيمكن أن تكون هذه النتائج ناجمة عن عدم الدقة في تسجيل تلك المعلومات، وفق إحصائيات اليونسيف مازال ٧% من الأطفال الذين لم يبلغوا شهرين لم يتم تلقيحهم و١٢% من الأطفال الذين بلغوا أربعة أشهر و٢٣% من الأطفال البالغين الستة أشهر أيضا لم يتم تلقيحهم ضد الشلل ألذي عرف بـــ (***POLIO,1,2,3***) أي أن ٤٢% من أ طفال كوردستان لم يشملهم الرعاية الصحية و كذلك بالنسبة لمرض الكزاز ألذي عرف بـــ (***DPT,1,2,3***) فقد بلغت

نسب الأـــطفال الذين لم يتم تلقيحهم ضد هذا المرض كالأتي، نسبة ٨% للأطفال ذوي الشهرين من العمر و ١٥% من الذين في الشهر الرابع من العمر و ٢٦% من الذين تبلغ أعمارهم ستة أشهر، وبهذا يكون ٤٩% من أطفال كوردستان لم تشملهم الرعاية الصحية ضد الأمراض، وهكذا بالنسبة لمرض التهاب الكبد و مرض الحصبة و.... الخ وعلى أية حال فالوضع الصحي للأطفال أسوأ من هذا بكثير، وللتوضيح أكثر أنظر جدول رقم (٧)

جدول رقم (٧) يوضح واقع الرعاية الصحية لأطفال إقليم كوردستان عام ٢٠١١

المرض / العمر	شهرين	أربعة أشهر	ستة أشهر	المجموع الكلي
شلل الأطفال	%٧	%١٢	%٢٣	%٤٢
السعال الديكي	%٨	%١٥	%٢٦	%٤٩
التهاب الكبد	%٦	%١٣	%٣٠	%٤٩
مرض الحصبة	%١٧	%٢٣	%٣٦	%٧٦

وبالنسبة للوزن الطبيعي أيضا هناك ١١% من الأطفال تكون أوزانهم أقل من الوزن الطبيعي عند الولادة أي أقل من (٢,٥)كيلوغراما، هذا له علاقة بالتغذية والواقع الصحي والوضع المعاشي للأمهات، لذلك نرى أن نسبة وفيات الأطفال في إقليم كوردستان تصل إلى ٠٣٠% تقريبا، أي أكثر من سنغافورة بخمس عشرة مرّة . لذلك يجب أن نسأل وزارة الصحة في إقليم كوردستان عن سبب هذا الارتفاع في نسبة الأطفال غير المشمولين بالرعاية الصحية ؟ ولو تابعنا هذه الحالة على مستوى المحافظات نجد أن هناك نواقص كثيرة في مجال الرعاية الأطفال الصحية ، ففي عام ٢٠١١ نرى أن الأمور أكثر سوءا مقارنة بـــ ٢٠١٠، فلو نظرنا إلى الحالة الصحية لمدينة أربيل نجد أن عام ٢٠١٠ قد سجلت نسبة أ طفال ممن لم يتم تلقيحهم ضد مرض السعال الديكي فقد بلغت ٤١% لكن في عام ٢٠١١ ارتفعت هذه النسبة إلى ٥٤%، والتلقيح ضد التهاب الكبد ،أن نسبة الأطفال الذين لم يلقحوا أساسا(١٣%) عام ٢٠١٠، بينما في

٢٠١١ أصبحت٢٢% والتلقيح ضد الشلل فقد بلغت نسبة غير الملقحين ١٣% عام ٢٠١٠ و أصبحت (٢٣ %)في ٢٠١١ وللتوضيح أكثر انظر جدول رقم (٨).

جدول(٨) يوضح مستوى الرعاية الصحية في محافظات الإقليم الثلاث عام ٢٠١٠-٢٠١١

الأمراض / المحافظات	٢٠١٠			٢٠١١		عدد الأطفال
	أربيل	سليمانية	دهوك	أربيل	سليمانية	دهوك
اللقاح ضد ألبي سي جي	٧%	٣٠%	٢٩%	٤%	٢٢%	٢٠%	٢٣٢٦٧
اللقاح ضد الشلل	١٣%	٢١%	٢٦%	٢٣%	١٨%	١٦%	٢٩٤٧٢
اللقاح الثلاثي	١٢%	٤%	١٣%	١٨%	١٨%	١٧%	٢٧٤٠٤
اللقاح ضد الحصبة	١٥%	٣٧%	٢٩%	٢٣%	٢٣%	١٩%	٣٣٦٠٩
اللقاح ضد السعال الديكي	٤١%	٢١%	٢٦%	٥٤%	٢٧%	٢٧%	٥٥٨٤٢
اللقاح ضد التهاب الكبد	١٣%	٢١%	٢٧%	٢٢%	٢٢%	٢١%	٣٢٥٧٤

ولو أخذنا عدد الأطفال غير الملقحين ، ٥٤% في اربيل و ٢٧% في السليمانية و ٢٧%في دهوك حيث لم يتم تلقيحهم ضد السعال الديكي، ويصل المجموع الكلي للإقليم إلى ٣٦%، علما أن عدد الولادات في ٢٠١١ كان (١٥٥١١٨) طفلا في أقليم كوردستان، أي أن نسبة الذين لم يتم تلقيحهم ضد السعال ألديكي هي (٥٥٨٤٢) طفلا، وهكذا بالنسبة للتلقيح ضد الشلل حيث بلغت النسبة ١٩% ويكون (٢٩٤٧٢) طفلا غير ملقحين في ٢٠١١ أ ليس كل هذا محل تساؤول ؟

٣- ميزانية قطاع الصحة وعدد المرضى :

أن توفير الرعاية الصحية في أي مجتمع مرتبط بالحكومة، وبعد سنوات من الأهمال يجد نظام الرعاية الصحية نفسه في العراق بصورة عامة إلى جنب عدد غير كافي من الموظفين وممارسات طبية بالية و منشآت متداعية و معدات وأدوية غير كافية(٢١)، لذلك هي بحاجة الى ميزانية كبيرة وجهود مكثفة للنهوض بالواقع الصحي والعمل لرفع مستوي الخدمات الصحية بما تتناسب مع عدد السكان وأوضاعهم الديمغرافية وحالاتهم

المرضية ،فعدد السكان إقليم كوردستان حسب البيانات الرسمية بلغ (٥٣٥١٢٧٦) نسمة (٢٢)، الأ أن عدد المرضى الذين زاروا المستشفيات أو المراكز الصحية الحكومية ٢٠١٠ كان (٩٦٠١١١٩) مريضا وفي عام ٢٠١١فقد ارتفع هذا العدد إلى (٩٦٨٦٦٥٧) مريضا، بزيادة قدرها (٨٥٥٣٨) شخصا، ومم لاشك فيه أن كل هؤلاء من الفقراء و عديمي الدخل، أن سبب مراجعتهم للمستشفيات والمراكز الصحية الحكومية هو ذلك .

إلا أن حصة قطاع الصحة في الميزانية العامة للحكومة كانت بالعكس تنازلية، على الرغم من الزيادات السكانية وارتفاع عدد المرضى بدأت تقل ميزانية الوزارة سنة بعد سنة كما هي في الجدول رقم (٩).

الجدول (٩)يوضح ميزانية وزارة الصحة من الميزانية العامة من ٢٠١٠-٢٠١٣

السنوات	الحصة بالدينار العراقي	الحصة بالدولار الأمريكي
٢٠١٠	٥٧٧,٧٥٠	٤٨١٤٥٨٣
٢٠١١	٥٠٣,٩٠٧	٤١٩٩٢٢٥
٢٠١٢	٥٣٤,٨١٩	٤٤٥٧٤٢٥
٢٠١٣	٢٣٤٩٧٦	١٩٥٨١٠٨

في عام (٢٠١٠) كانت حصة هذه الوزارة (٥٧٧,٧٥٠)مليار دينار أما في عام ٢٠١١ فقد نزلت إلى (٥٠٣,٩٠٧) أما العام ٢٠١٢ ظهرت نوع من التحسن وأصبحت (٥٣٤,٨١٩) مليار دينار لكن لا يزال أقل من ميزانية عام ٢٠١٠ ، أما في ٢٠١٣ فقد نزلت بشكل ملفت للنظر حيث أصبحت (١٩٥٨١٠٨)دولار أمريكي فقط، وهي اقل من (٤.٨%)من أجمالي الميزانية العامة للأقليم، وهذه النسبة قليلة جداً، إذ من النادر أن تكون ميزانية القطاع الصحي في معظم الدول أقل من (٩) في المائة(٢٣)، ولو قسمنا هذا المبلغ على عدد سكان الإقليم ستكون حصة كل شخص أقل من(٤) سنتات في السنة ،لذلك لا نلاحظ أي تأثير أيجابي لهذه الميزانية و لا تلعب دورا في تحسين الواقع الصحي في أقليم كوردستان العراق، علما أن معدل تنفيذ الميزانية لا يبلغ (٩٠%) لم يتم تحقيقها بالكامل لتوفير رعاية صحية محسنة، وفي العراق بصورة عامة

بسبب الخدمة غير المناسبة في المنشآت العامة، فأن نسبة كبيرة من الأنفاق على الرعاية الصحية يذهب الى الخدمات الخاصة(٢٤) .

المبحث الثاني: الآثار الاجتماعية للواقع الصحي في إقليم كوردستان:

تعتبر الرعاية الصحية من أهم محاولات الانسان لخلق بيئة أجتماعية أفضل، فعندما يكون النظام الصحي ضعيفا يترك آثار سلبية على القوى الآجتماعية العاملة والمحركة للتقدم ،ويؤثر تأثيرا مباشرا على تطوير رأس المال البشري ،بتقارب نسبة الوفيات والولادات نتيجة لضعف الخدمات الصحية يحول دون النمو السكاني، مما يؤدي الى إنخفاض الدخل القومي ليس لأنخفاض أنتاجية الفرد المصاب بالمرض فحسب بل لتعطيل فرد آخر من أفراد العائلة ليقوم بعناية الفرد المريض و يعاونه في طريقه الى العلاج ، أي أن الضعف النظام الصحي يؤدي الى ارتفاع نسبة الأعالة مما يصعب مسؤليات الحكومة أيضا ،نتناول في هذا المبحث بعض الآثار الأجتماعية السلبية للواقع الصحي، عندما يكون النظام ضعيفا:

١- التقارب بين الولادات والوفيات:

أن ألزيادة السكانية تكون نتيجة للزيادة الطبيعية ،أي زيادة الولادات على الوفيات، على الرغم من أن المهاجرين والوافدين يؤثرون في عملية التغير السكاني الا أنهم لا يعتبرون ضمن الزيادة الطبيعية ،تعد الوفيات مؤشرا واضحا بالنسبة للواقع الصحي في المجتمع، أرتفاعها تحول دون الزيادة الطبيعية للسكان ،لذلك نجد أن لكل مجتمع سياسة سكانية معينة، يحث على الزواج والإنجاب لزيادة عدد السكان، أو بالعكس يحدد حجم العائلة وعدد الأطفال بالقانون عند كثرة المشاكل السكانية، لا توجد في أقليم كوردستان سياسة سكانية واضحة كأنها لا تستحق التفكير والبرمجة ، في حين أن المجتمع الكوردي بحاجة ماسة الى سياسة سكانية وخطة علمية دقيقة في هذا المجال، إن المجتمع البشري بصورة عامة كان ينموا ببطء شديد حتى بداية القرن التاسع عشر نتيجة لتقارب نسبة الوفيات والولادات، على سبيل المثال كانت نسبة الولادات (٠٤٥%) في الهند والوفيات (٠٤٠%) حتى نهاية القرن التاسع عشر أي أن نسبة التنمية كانت

(٠٠٥%)، وفي المصر خلال ألاعوام ١٨٠٠ إلى ١٨٢١ كانت نسبة الولادات والوفيات متوازيه تقريبا لذا لم يتم إضافة أي زيادة في عدد السكان ، لكن في العشرينات وبسبب الثورة الزراعية التي قام بها (محمد علي)، حيث ما انفك يحث الفلاحين على الزواج المبكر والإنجاب لذلك وصل عدد سكانه من أربعة ملايين ونصف مليون إلى عشرة ملايين خلال خمسين عاما(٢٥)، وعندما يتضاعف عدد سكان البلد في فترة تاريخية وجيزة ، يكون سببا في التغير الاجتماعي(٢٦)، وأن للتغير في حجم السكان أهمية كبرى في تقييم التغييرات الأخرى ،لأنه من خلال الحجم والكثافة ينتج التخصص و تقسيم العمل الأجتماعي، أما في أقليم كوردستان لا يظهر تأثير الحكومة على الوضع السكاني، من الناحية العملية ولا نظريا في منشورات الوزارات المتعلقة بهذا المجال كالتخطيط والصحة والعمل والشؤون الاجتماعية ولا عن طريق القنوات الإعلامية للإقليم كوزارة الثقافة ومنظمات المجتمع المدني وحتى غير الرسمية منها لا يؤدون واجبهم في هذا المجال، حيث لا توجد دراسات ميدانية عن حالات (الخصوبة ***Fertility***)، ولا يعرف الوضع الصحي للنسوة اللاتي تبلغ أعمارهن بين (١٥-٤٩) عاما ، ولا توجد تصنيفات علمية ولا بحوث عن عدد المتزوجات، وغير المتزوجات وكم هوعدد الأرامل، علاوة على ذلك لا يوجد برنامج معين لتشجيع الإنجاب أو لتنظيم الأسرة اوتحديد عدد الأطفال ، مازال دور العادات و التقاليد والتركيبة الاجتماعية أقوي من دور الحكومة والمؤسسات الرسمية، فما زالت العائلات خاضعة لضغط الآباء والأجداد والأقرباء في الإنجاب، وتربية الأطفال ما زالت مسؤولية الأشخاص أنفسهم، فالثقافة الموجودة لدى الفرد الكوردي ،لاسيما المرأة الكردية ،عبارة عن معرفة تقليدية محافظة ورثوها عن أمهاتهن وأجداتهن و حماتهن والنسوة ذوات الخبرة، حيث تنتقل جيلا بعد جيل في العائلة، وهي مليئة بالأخطاء والنواقص، ولاسيما المعلومات المتعلقة بالنسوة الحوامل و مدة الحمل والرضيع في الأشهر الستة الأولى، لا توجد مؤسسة رسمية تتحمل تنظيم الأسرة وتوعيتها أوتوجيه الأمهات والآباء وكيفية رعاية الأطفال .لذلك نجد أن نسبة الوفيات عالية في فئة الأطفال الذين أعمارهم افل من سنة وهي (٠٢٨%) حسب بعض الأحصاءات الرسمية على الرغم من

اختلافاتها بين مؤسسة وأخرى، أما فيما يتعلق بنسبة الولادات فهي كالآتي كما هو مبين في الجدول رقم (١٠) .

جدول (١٠) يوضح عدد الولادات لعامي ٢٠١٠ و ٢٠١١

المحافظة/ العام	٢٠١٠	٢٠١١
أربيل	٤٦,٣١٦	٤٦,٦٥٢
السليمانية	٤٨,٥٦٦	٥٩,٧٧٩
دهوك	٤٥,١٤٦	٤٨,٦٨٧
المجموع الكلي	١٤٠,٠٢٨	١٥٥,١١٨

ليست للوفيات فحسب بل حتى فيما تتعلق بالولادات أيضا ،ثمة أختلافات كبيرة بين الدوائر الحكومية المختصة في هذا المجال على سبيل المثال ،في بيانات الوزارة الصحة كان عدد المولودين (٤٦٦٥٢) طفلا عام ٢٠١١، لكن في المديرية العامة للصحة في أربيل كان عدد الولادات (٥١٤٥٢)طفلا(٢٧)، والاختلاف بين المعلومتين (٤٨٠٠) طفلا، فهذا يؤثر في خطة البلد و ستراتيجيتها ،فكيف يمكن وضع خطة أو برنامج للمستقبل القريب من حيث الحاجات الضرورية في السنوات القادمة كرياض الأطفال أو المدارس أو مدينة الألعاب و غيرها؟ ..

٢- قصر أمد الحياة وأرتفاع نسبة الأعالة:

تعتبر أطالة أمد الحياة هدفا من أهداف المجتمعات البشرية ويسعى الجميع الى تحقيقه من خلال تحسين الأحوال الصحية أو المعاشية للسكان(٢٨)، فكلما كانت الظروف الصحية متدهورة تكون أمد الحياة اقصر،نظرا لأرتفاع معدلات الوفيات،لأن الخدمات الصحية والطبية ومستويات التغذية وظروف السكن ومستوي المعيشة العام للسكان مجتمعة هي التي تؤثر على نسبة الوفيات و خاصة معدل وفيات الأطفال الرضع حيث يلعب دورا هاما في تحديد أمد الحياة المتوقعة في أي مجتمع. في الأقليم كانت نسبة الوفيات (٠٢٨%)طفلا خلال السنة الأولى من حياتهم، علما أن لمعرفة خصائص تقسيم المجتمع على الأعمار المختلفة أهمية وتأثير خاص، لأن العمر من الصفات الخاصة للفرد ، وإن

العمر يحدد تفكير الفرد وكيف يعمل وماذا يحتاج(٢٩) لذا أخذ خبراء الأمم المتحدة بالأفتراض القائل بأن الفئة العمرية (١٥-٦٤)سنة تمثل القسم المنتج أو القوة الفعالة من السكان، بينما يعتبر الأطفال (دون ١٥ سنة) من العمر والمسنون(٦٥ سنة فأكثر) في عداد الأتكاليين، وبناء على ذلك يمكن تقدير العبء الذي يجب أن يتحمله القوى المنتجة في المجتمع بأستخدام مقياس الأعالة ،وهو عبارة عن نسبة السكان دون (١٥)سنة مضافا اليه نسبة كبار السن (٦٥)فأكثر مقسوما على السكان الذي تتراوح أعمارهم بين (١٥-٦٤)سنة و ضرب الناتج في (١٠٠)(٣٠) .

فيما يتعلق بأقليم كوردستان حيث لا يوجد بيانات دقيقة و موثوقة عن السكان بسبب تأخير الأحصاء السكاني في العراق ،حيث لم يجري الأحصاء العام منذ ١٩٨٧ بشكل عام، وبسبب الحروب المتعاقبة والإبادات الجماعية وعمليات الآنفال في كوردستان فإن الغالبية العظمى من الذين هلكوا جراء تلك الحروب كانوا من القوى العاملة والمنتجة في المجتمع، لذلك تكون نسبة الأعالة مرتفعة ،من المفروض أن تعمل حكومة الأقليم بأتجاه تشجيع النسل لملء هذا الفراغ و يجب تحسين الواقع الصحي من خلال تطوير برامج الرعاية الصحية لتقليل نسبة وفيات الأطفال ومن جهة أخرى تشجيع النسل والزواج المبكر، لكن في الحقيقة ليست هناك سياسة سكانية مدروسة ولا رؤية واضحة في هذا المجال .

الخاتمة : النتائج والتوصيات و المقترحات

أولا : نتائج البحث :

١- هناك علاقة وطيدة بين الواقع الاجتماعي و أنتشار الأمراض في أي مجتمع ، ولكل مجتمع مرض خاص قد ينتشر فيه، فيصبح جزءا من التقاليد السائدة، لذلك يجب أن ترسم الحكومة خطة واضحة لحل المشكلات السكانية سواء في وقت تفشي المرض أو التنبؤ بما سيحدث من المشكلات السكانية .

٢- من الناحية العددية ليست باستطاعة وزارة الصحة في أقليم كوردستان توفير الاحتياجات الصحية للمواطنين بسبب تراكم المشكلات الصحية منذ القدم في القطاع الصحي في العراق، على الرغم من أن الأقليم كوردستان هو أكثر استقرارا ويتمتع بجهاز صحي أفضل من بقية المناطق الأخرى من العراق ألا أنه يعاني من نقص الخدمات الطبية حيث يوجد حوالي (٥٩) مستشفي لـــ (٥٣٥١٢٧٦) نسمة، ولكل (٩٠٧٠٠) نسمة مستشفى واحد ولكل (٧٨٢) شخص سرير واحد .

٣- برز التقسيم الطبقي في المجتمع الكردي من خلال معالجة الأمراض، فالطبقة السفلى والمعدومة في المجتمع يراجعون المستشفيات الحكومية داخل الأقليم، والطبقة المتوسطة يراجعون المستشفيات الأهلية و البالغ عددها (٣٩) مستشفى في الإقليم، وأما مبالغ ألعمليات و الفحص والبقاء ليلا واحدا فتكون بأسعار خيالية ليس بمقدور أعضاء الطبقة السفلى دفعها، أو يعالجون في الدول الأقليمية والقريبة كالأردن أو التركيا أو الأيران وأماعلاج الطبقات العليا فيكون في الخارج من ألمانيا و بريطانيا أو أمريكا و غيرها من الدول المتقدمة، أن هذه الظاهرة تدهورت المجتمع، وتفككت العلاقات الأجتماعية حيث زادت من الحسد الآجتماعي بين أفراد هذه الطبقات الثلاث.

٤- عدد المصابين بأمراض معينة كأمراض القلب والسكري والضغط و التهاب الرئتين في أرتفاع مستمر، حيث يزداد العدد سنة بعد سنة، كما وصل البحث الى نتيجة مفادها ،أن عدد الذين أصيبوا بأمراض القلب في عام ٢٠١٠ كان (٢٠١٠٠) ، لكن في

عام ٢٠١١ ارتفع هذا العدد إلى (٥٤٥٤٨) شخص أي في مدة سنة واحدة أصيب (٣٤٤٤٨) بأمراض القلب، وكذلك التهاب الرئتين في عام ٢٠١٠ بلغ عدد المصابين (١٧٣٠٨) شخصا، بينما عام ٢٠١١ ارتفع هذا العدد إلى (٥٢٠٥٠) شخص، أي أصيب (٣٤٧٤٢) شخصا في مدة سنة واحدة ،بمرض التهاب الرئتين المزمنة .

٥- أن الطاقة الأستعابية للمستشفيات في الأقليم كوردستان أقل من حالات المرض وعدد المرضى المراجعين اليها، حيث كان عدد المرضى عام ٢٠١١ حوالي (٩٦٨٦٦٥٧) قاموا بمراجعة ألمستشفيات و المراكز الصحية، أي حوالي (٢٦٥٣٨) مريض يوميا، وكان ٦٩٢٢١٣) مريضا منهم بحاجة الى البقاء والعناية في المستشفى والبقية حالات بسيطة وكما أشرنا أن الطاقة الأستعابية أو عدد الأسرّة(٦٨٤١) سريرا فقط ، فاذا أفترضنا أن معدل بقاء المريض في المستشفى هو (٧٢)ساعة، فأن واقع وزارة الصحة في الأقليم لا يستطيع أستقبال أكثرمن (٢٣٠٠)مريض يوميا ،في وقت أن عدد الذين يراجعون هذه المستشفيات يوميا هو أكثر من (٢٦٥٣٨)مريضا .

٦- أن نسبة وفيات الأطفال من اللذين لم يبلغوا شهر ا قد بلغت (١٠٩٢) طفلا عام ٢٠١٠، وفي عام (٢٠١١) أصبح (١٢٩٧) طفلابزيادة قدرها (٢٠٥) طفلا مقارنة بالسنة الماضية، كذلك حالات وفيات الأطفال اللذين لم يبلغوا سن (٥) في ٢٠١٠ كان (٦٠٢) طفلا، في عام ٢٠١١ وصل العدد إلى (٨٣٧) طفل .بزيادة (٢٣٥) طفلا مقارنة بالسنة الماضية.

٧- لقدكانت حصة وزارة الصحة عام ٢٠١١ في الميزانية العامة (٥,٥٨%) والتي تساوي ٧٧٨مليار و٢١١ مليون دينار. فلو قسمنا هذا المبلغ على عدد سكان الإقليم فإن كل فرد سيحصل على مبلغ ١٤٥ ألف و ٤٢٤دينار في السنة الواحدة، أي(١٢) ألف دينار عراقي شهريا ما يعادل (١٠)دولارات في الشهر .

٨- لا يظهر تأثير الحكومة على أتجاهات النمو السكاني في كوردستان ، ولا تعمل الحكومة في هذا المجال ،حتى بهدف التوعية مثلا، لا في نشرات الوزارات المتعلقة بالتخطيط السكاني مثل وزارة التخطيط أو الصحة أو العمل والشؤون الاجتماعية و لا

عن طريق القنوات الإعلامية لحكومة الإقليم ووزارة الثقافة و منظمات المجتمع المدني الرسمية منها والاهلية حيث لامعلومات عن حالات النسوة اللاتي أعمارهن (١٥-٤٩)، ولم يتم تصنيفها علميا ولم يتم البحث حولها، ولا عن تصنيف السكان ونسبة الأعالة و دور القوى المنتجة في كوردستان .

ثانيا : التوصيات والمقترحات :

١- لعدم وجود بيانات كافية على الظواهر السكانية كالحجم والتوزيع والتركيب حسب الجنس والعمر و غيرها، لم يتمكن الباحث التعمق في القضايا السكانية والصحة لكي يحلل مستوى القدرات البشرية لتنمية السكان في إقليم كوردستان، لذلك نوصي بإجراء البحوث المعمقة في تلك المجالات وتقوم الأجهزة الرسمية والمعنية في حكومة أقليم كوردستان بتوفير وتهيئة البيانات الأحصائية و المعلومات الكافية لأجراء أي بحث علمي في هذا المجال .

٢- لم نتمكن في هذا البحث أن نتطرق الى نوعية العمل أو تقييم المستوى العلمي للأطباء والكوادر الصحية و كفاءة الأجهزة والمعدات داخل المستشفيات والكيفية التي يتم بها شراء وتوزيع الأدوية ونوعياتها ومناشئ استيرادها والمواد الطبية الاختصاصية و نواقصهاوذلك لسعة هذا الموضوع، وفي الواقع يحتاج هذا المجال إلى بحث مستقل.

٣- لعدم قدرة القطاع الصحي في إقليم كوردستان من استيعاب المرضى و توفير المستلزمات الصحية للمواطنين من الناحية العددية، حيث يوجد(٥٩) مستشفى فقط ل(٥٣٥١٢٧٦) نسمة، نقترح بأن تقوم حكومة إقليم كوردستان بصياغة جدول وخطة علمية دقيقة في فترة زمنية محددة لملء هذا الفراغ ،و ذلك ببناء مستشفيات تتسع لـــ (٢٠٠-٣٠٠) سرير في الأقضية والنواحي لتقليل الضغط على مستشفيات مراكز المدن .

٤- لإنهاء الفروق الطبقية في علاج الأمراض على الحكومة أن تضع برنامجا لإعادة الثقة بأطباء ومستشفيات كوردستان، سواء بأيفاد الأطباء إلى الخارج للدورات والتدريبات و مراقبة الإبداعات الطبية أو بأستضافة أطباء من ذوي الخبرات من الخارج

إلى المستشفيات الحكومية لا للمستشفيات الأهلية ألتي ليس بإمكان الطبقة المعدومة و قليلي الدخل من مراجعتها.

٥- حسب التقارير الطبية أن بعض الأمراض كضغط الدم و أمراض القلب و الالتهاب المزمن للرئتين، لها علاقة بالبيئة الاجتماعية وطبيعة علاقات الأفراد مع بعضهم البعض و مع السلطة ، لذا يجب الحد من تفشي هذه الامراض ، وذلك من خلال العمل لتغيير تلك البيئة ، ونجعلها أكثر أنسانية وديمقراطية لكي يشعر فيها لافرد بالراحة النفسية ، كما يقولون (أن الوقاية خير من العلاج) .

المصادر والهوامش

١–عيسى، الدكتور محمد طلعت، تصميم وتنفيذ البحوث الاجتماعية، مكتبة القاهرة الحديثة، القاهرة، ٩٧١، ص: ٢٥.

٢–الكعبي، صبيح جبير، أثر العوامل الاجتماعية في الأمراض النفسية، أطروحة دكتوراه، تقدم بها الى مجلس كلية الآداب جامعة بغداد، ١٩٩٠، (غير منشورة)، ص:٢٢.

٣–نوفل، الدكتور محمد بكر، والدكتورة فريال محمد أبوعواد، التفكير والبحث العلمي، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن، ٢٠١٠، ص: ٢٠١.

٤–دعبدالمجيد الشاعر وآخرون ،علم الأجتماع الطبي ، دار اليازوري العلمية ، عمان ، الأردن، ٢٠٠٣ ،ص ٨٣

٥– نفس المصدر، ص: ٨٩.

٦– الدكتور عبدالمجيد الشاعر وآخرون ، المصدر السابق ، ص٢٣

٧– جاكلين ،ب، غارنية، جغرافية السكان ، ترجمة الدكتور حسن الخياط و الدكتور مكي محمد عزيز ، مطبعة العاني ، بغداد ، ١٩٧٤ ، ص١٨٤

٨–كريم ، الدكتور كريمة ، دراسات في الفقر و العولمة ، مصر والدول العربية ، ترجمة سمير كريم ، المجلس الأعلى للثقافة ، القاهرة ، مصر ، ٢٠٠٥ ، ص : ٤٧

٩– ألمساح العالمي (MICS) في ٢٠١١ أجري من قبل هيئة إحصاء الإقليم (RSO) ودائرة مركز الإحصاء (CSO)

١٠– رافائيل سالاس، صندوق الأمم المتحدة للنشاطات السكانية ، تقرير عام ١٩٨١، نيويورك ، أمريكا، بلا سنة طبع، ص:٣٤

١١– سميث، ت، لين، اساسيات علم السكان، ترجمة الدكتور محمد السيد غلاب وفؤاد أسكندر، مؤسسة فرانكلين للطباعة والنشر، مصر، ١٩٧١،ص: ٥٢–٥٥

١٢– ألسفير بول بريمر، عام قضيته في العراق، ترجمة عمر الأيوبي، دار الكتب العربي، بيروت، لبنان ، ٢٠٠٦ ، ص:٤٩ –٥٠

١٣–– في مقابلة مع (ش، ح، م) مريض في مستشفى القلب في أربيل في ٢٠١٢/٧/١١: يقول (على الرغم من هذا المبلغ فإن الطبيب الذي أجرى لي العملية هو مسافر الآن وأن منتسبي المستشفي يقولون لي بإختصار هذا ليس من شأننا أي لا ينصحونني ماذا أفعل، ولايبالون بي قلت لهم هل تسمح ضمائركم بأن أموت دون أن تقوموا بتقديم نصيحة لي ؟؟)

14- Canadian Institute for Health Information, January , 2, 2010 . www.cihi-ext-portal/.../release-02dec-10

١٥–القصير، مليحة عوني والدكتور معن خليل عمر، المدخل الى علم الأجتماع، مطبعة جامعة بغداد، بغداد، ١٩٨٠، ص،١١٦.

١٦– مفهوم الرعاية الصحية في الاسلام، ***www.elebda3. com*** ١٠ /٢/٢٠١٣.

17- *http//www.tbeeb..net* موقع الكحيم أدهم أحمد في ١١/٧/ ٢٠١٢

١٨–نفس المصدر .

١٩–نتائج المسح (***IN.I-WISH.MICS4***) في إقليم كوردستان والعراق

٢٠– إحصاءات وزارة الصحة في إقليم كوردستان ،٢٠١٢

٢١–مجموعة لويس بيرجر، تقييم الأولويات الأقتصادية في العراق، الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، ٢٠١٢، ص: ٥٩.

٢٢– إحصائيات دوائر الصحة في أقليم كوردستان للأعوام ٢٠١٠–٢٠١١

٢٣–موقع نقاش، مقابلة مع وزير الصحة ، ٦/٩/ ٢٠١٢.

٢٤– مجموعة لويس بيرجر، المصدر السابق، ص: ٥٩.

٢٥–متولي، الدكتور فؤاد البسيوني، المشكلة الإقتصادية، مركز الإسكندرية للكتاب، المكتبة التربوية، ألتربية ومشكلات المجتمع، الإسكندرية، مصر، ١٩٩٧، ص:١١

٢٦–الحسن، الدكتور إحسان محمد، الإجتماعية المتقدمة، دار وائل للتوزيع والنشر، الأردن، عمان، الطبعة الأولى، ٢٠٠٥، ص:٢٦٥

٢٧–مقابلة مع الدكتورة (ثناء علاء الدين) المختصة في صحة المجتمع في شعبة الإحصاء، قسم التخطيط، المديرية العامة للصحة في أربيل يوم ٢٠١٢/٧/٢٥

٢٨–علي، الدكتور يونس حمادي، مباديء علم الديمغرافية، مطابع جامعة الموصل، ١٩٨٥، ص: ١٨٧.

٢٩–سميث ، ت،لين ، أساسيات علم السكان ، ترجمة الدكتور محمد سيد غلاب وفؤاد أسكندر ، مؤسسة فرانكلين للطباعة والنشر ، مصر ، ١٩٧١ ، ص:١٨٧

٣٠– علي، الدكتور يونس حمادي، مباديء علم الديمغرافية، المصدر السابق، ص: ٢٧٨–٢٧٩.