

د. منصف المرزوقي
أستاذ الطب الجماعي

المدخل الى الطب المندمج

القسم الثاني

في حفظ الصحة

القسم الأول

القسم الثالث

الدّرس الأوّل

الشروط العامّة لحفظ الصّحة

لقد استندنا في هيكله كتابنا هذا منذ البداية على تعريف ابن الجزّار الذي حدّد للطبّ مهمة حفظ الصّحة للأسوياء وردّها للمرض ومن ثمة جعل المفهوم في المركزي الطبّ الصّحة وليس المرض خلافاً لمن سبقه (ومن سيتبع من الأطباء)*).

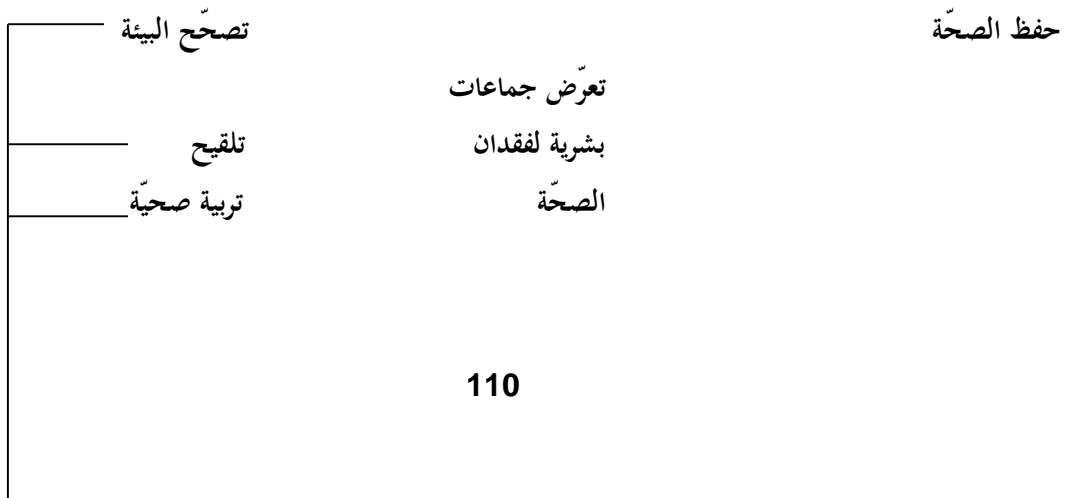
لا غرابة أن نجد عند أجدادنا اهتماماً واسعاً بحفظ الصّحة ، فالموضوع مطروق عند الرّازي وابن سينا وابن الجزّار يالحاح دائم إلّا أنّه يجب أن لا ننسى أن فهم أسلافنا بقي بدائياً مثلاً عند ابن سينا .

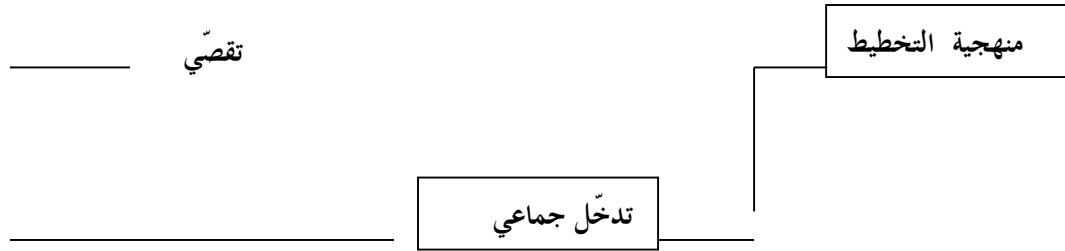
ففي "الأرجوزة" الشهيرة أو في "دفع المضار" لا يتجاوز فيها موضوع حفظ الصّحة استعمال بعض القواعد الصّحية على صعيد الفرد ، كما بقي جنيباً عند الرّازي فالقصّة الشهيرة حول اختيار المكان الأفضل لبناء مستشفى بتعليق قطع لحم في أماكن مختلفة في الهواء الطلق واختيار آخر مكان تعفن فيه اللحم ، دليل على وعي الرّازي بدور العوامل البيئية المناخية في الصّحة ، لكن الملاحظة لم تتطوّر إلى علم قائم الذات ، كذلك تشعر من كتاب طبّ الفقراء لابن الجزّار بهذه الحساسية المرفهة بحاجيات أفقر قطاعات النّاس إلى العلاج وهي عادة الحافر الرّئيسي لأطبّاء العمومية، لكن ابن الجزّار لم يشأ أو يقدر على أن يجعل من طبّ الفقراء كتاب الفقراء في الطبّ. ومهمّتنا كما أسلفنا أن نكمّل وأن ننمي اعتماداً على تجربة القرون الأفكار في الطبّ المعاصر متمسكين بهذا المفهوم المركزي والذي أعاد الطبّ المعاصر اكتشافه.

إنّ مفهوم الحفظ أعمق جذوراً في تراثنا الطّبي وهو أعمق وأوسع من مفهوم الوقاية الذي يندرج فيه. مثلاً : عندما ندعو إلى اعتماد مواقف وتصرفات تطيل العمر والصّحة فإننا نساهم في حفظ الصّحة وتعهدّها، أمّا إذا قمنا بتلقيح الحوامل فقط ضدّ الكزاز فإننا لا نكون مارسنا إلّا جزءاً من حفظ الصّحة وهو الوقاية. مثلاً : غير مقبول منطقياً أن يقضي طبيب حيّ فقير في الأرياف أغلب وقته في معالجة الحالات المتتابعة والمتشابهة من إسهال الرضيع دون أن يبادر بجانب علاج الحالات إلى عمل مندمج (تشجيع الرضاعة من الصدر وتعليم استعمال مسحوق الأوراليت الخ) للحدّ من عدد الحالات المعروضة عليه.

مكانة الحفظ في النموذج المندمج

تعهد الصحة





ومن غير المقبول منطقيا أن يلاحظ الطّبيب الجامعي انفجار حالات سرطان الرئة دون أن يبادر إلى المشاركة في حملات التّوعية والتثقيف ضدّ التدخين .

ولقائل أن يقول لكلّ أحد اختصاصه والردّ أن الإنسان وحدة كاملة لا تقبل التجزئة ومن ثمّة ضرورة التعامل مع مختلف مستوياته ومختلف مستوى مشاكله ، وإلاّ حكمنا على نفسنا بالفشل وحتىّ بالإضرار .

لندكر بالشّروط الموضوعية المثالية لحفظ الصّحة والتي تعرّضنا لها بإسهاب في القسم الأول .

للتمتّع بالصّحة

الموجود عمليا	المطلوب نظريا
5 % من المولودين غير أسوياء جينيا	برنامج جيني سليم
ظروف الصّحة الأساسية مرتبطة بالثروة الوطنية وتوزيعها ، مع وجود جماعات متفاوتة الأهمية لا تتمكن إلاّ من النزر القليل منها	. توفر أسباب الصّحة الأولمحيط غير ملوّث . غذاء . ماء شروب . توفر أسباب الصّحة الثانوية تعلم . رفاهة . عمل . ثقافة
علاقات بشرية مزدوجة ، ويغلب عليها الطابع السّليبي في إطار الصّراع بين الأفراد والجنسين	. توفر علاقات بشرية ممتازة لخلق مواقف وتصرفات صحيّة للوقاية من الأمراض العلاقتية

معنى هذا أنّ وجود عملية الحفظ وأهميتها هي وليدة النقص الحاصل في الأسباب الموضوعية من جهة، وفي الظرف الحالي من تطوّر التكنولوجيا والايديولوجيا ، وهو أقصما نستطيع للحد من ترتّبات خلل اجتماعي يتجاوز الطبّ من جهة أخرى.

في تعريف الحفظ (2)

نعلم بداهة أنه يصعب تفادي بعض المشاكل البسيطة كالأنفلونزا في الشتاء أو تسوس عدد من الأسنان كما يصعب تفادي موت في آخر المطاف يسبقه مرض ما . لذلك نحن لا نستطيع الحديث عن حفظ الصحة في المطلق ، ومن ثمة على كل تعريف أن يكون نسبيا كأن يقول : إن حفظ الصحة هو المساهمة في حماية فعالية الأجهزة والوظائف أطول وقت ممكن لأكبر عدد ممكن من الناس .
إذا ترجمنا التعريف عمليا ، يكون الحفظ أساسا .

1 . منع وقوع المرض بالتعرض إلى أسبابه

مثلا : توفير الماء الشروب لتفادي أمراض الجهاز الهضمي .
توفير الأوراليت لمنع ظهور نقص التمييه في إطار عوز الماء الشروب .
مكافحة التدخين لمنع التهاب القصبات المزمن .
منع مادة الاميان لتلافي ظهور سرطان الرئة .
تربية جنسية لمنع ظهور بعض الاضطرابات أو تفشي الأمراض التناسلية .

2 . تهيئة الجسم لمكافحة المرض

إن التقنية العلمية الوحيدة المعروفة هي التلقيح ، لكننا أصبحنا نعلم أن العادات الغذائية السليمة كاستهلاك الخضر والفواكه تمكن من التقليل من حالات السرطان لأسباب لا زالت مجهولة (1988) كما نعلم أن الرياضة الدائمة دورا في تخفيض وقوع أمراض القلب والشرايين .

3 . تقصي المرض في طوره الأول لتطويق مضاعفاته بسرعة

مثلا : علاج ارتفاع الضغط عند الكهل لمنع نزيف الدماغ ، اكتشاف سرطان عنق الرحم في بدايته، لاستئصاله قبل فوات الأوان الخ ...
وتصنيف المدرسة الغربية مهمة أخرى للحفاظ لا وهي تطويق مضاعفات المرض عند وقوعه للتخفيف من حدته (مثلا : تأهيل المعاقين) لكننا نفضل عدم الحديث عن هذه المهمة لأننا نتدخل أساسا في نطاق اختصاص الرد بما أنها امتداد له وجزء من عملياته .

العوامل الرئيسية :

ماذا الآن عن العوامل التي تلعب دورا في تأديتنا للمهم ؟ .

مبدئيا لا بد من التعرف عليها لأن النجاعة مرتبطة بقدرتنا على التحكم فيها وهي أساسا أربع

. الجمهرة

. المشاكل الصحية

. الجهاز الصحي

. التخطيط

الجمهرة

أيًا كان نوع التدخّل الذي سنعمده لمعالجة إشكالية صحيّة في مستوى الحفظ كالتلقيح ، أو التربيّة الصحيّة أو تطويق مضاعفات تلوث البيئة فإننا دوما بحاجة إلى أخذ المجموعة البشرية التي نعمل داخلها وجملة خصائصها العقّدة بعين الإعتبار ، فهذه الخصائص تحدّد

خصائص مهمّتي الردّ والحفظ

الردّ	الحفظ
. تتوجّه إلى الفرد المريض	. تتوجه إلى الأصحاء المنتمين لمجموعة مهدّدة بعوامل خطورة مختلفة
. تتعامل مع الحدث بعد وقوعه	. تتعامل مع الحدث قبل وقوعه أو في خطواته الأولى
. تتركز أساسا على تدخّل طبيّ تقني	. تتركز على معرفة الجماعات
. أدوات التشخيص فيها تقنية (السّماع السكّانار)	. أدوات التشخيص نظرية وتقنية (إحصائيات ، علوم إنسانية تقصي الأمراض)
. منطلق البحث : المستشفى والمختبرات العلمية	. المنطلق : مراكز البحث والتخطيط بالجامعات والإدارات الصحيّة
. يلعب الطبيب الدّور الرئيسي في العملية	. الطبيب جزء من مجموعة متعدّدة الإختصاصات

. نتائج مرئية قريبة المدى

. نتائج غير مرئية ، بعيدة المدى

. مركز الثقل فيها المستشفيات أي خط
الدفاع الثاني

. مركز الثقل : الوحدات الصحية الخفيفة أي
خط الدفاع الأول

. قيمتها الاجتماعية معترف بها نظريا
وعمليا ومبالغ فيها

. قيمتها الاجتماعية معترف بها نظريا فقط ،
ومنقوص منها عمليا .

. طبيعة الإشكاليات الصحية التي تتعرض لأخطارها المجموعة
. العوامل الإيجابية والسلبية التي قد تساعد أو تعرقل عملية حفظ الصحة.

وبالتالي فإنّ الطيب مدعوّ إلى إعتبار العلم بالجمهرة . المدخل الإيجابي للحفظ ، مثلما اعتبر علم الأعضاء
والفيزيولوجيا المدخل الإيجابي للردّ (7).

الخصائص المهيكلية :

هي جملة الخصائص الثابتة المكوّنة كالتركيبية من ناحية نسب شرائح العمر (1)، والوضعية الإقتصادية
والإجتماعية ونسبة المتمكنين من الغذاء والماء الشروب والسكن اللائق ، ونسب الحاصلين على شغل قارّ ، ونسب
المتعلّمين وما إلى ذلك من معلومات ديمغرافية واقتصادية وثقافية.

لنتصوّر ماذا يعينه الجهل بهذه الخصائص

مثلا : في سنة 1970 أظهرت الإحصائيات أن نسبة الوفيات الخام بقوينا في أمريكا الجنوبية 6,8 في الألف
في حين أنّها كانت 9,4 في الألف في الولايات المتحدة (8).

إنّ تجاوز نهسية الوفيات الخام لبلد متقدّم على بلد فقير لا يمكن أن تفسّر بكثرة السكّان في الولايات
المتّحدة بما أننا نتعامل مع مؤشر قارّ النسبة على كلّ ألف أيّا كان عدد الآلاف ، ولكنّها تفسّر بالتركيبية للجمهرة الأمريكية
أي بارتفاع نسبة المسنّين فيها بالمقارنة إلى قوينا.

إنّ تركيبة الجمهرة من ناحية شرائح العمر على قدر كبير من الخطورة لأنها ستحدّد بصفة ضمنية من هي الجماعات الأهمّ عددياً والأكثر حاجة للرعاية أي الأطفال في البلدان الفقيرة والمسنين في البلدان الغنية ، نفس الشيء عن نسبة النساء الحوامل أو نسبة المتمتعين بقنوات التطهير .

الخصائص الثقافية :

إنّها جملة المواقف والتصرّفات الجماعية التي تحدّد إيديولوجيا هذه الجمهرة ، وهي على قدر كبير من الأهمية بالنسبة للصحة (7).

. تحدّد إلى مدى كبير طبيعة بعض الأمراض المنتشرة (إدمان الكحول في الغرب ، التدخين في البلدان العربية).

. تسمح بفهم العوامل التي قد تساعد أو تعرقل تغيير مواقف وتصرفات جماعية .

ولا أدل على أهمية هذه المعرفة من فشل حملات التوعية الصحيّة من فوق ، والمبينة على التلقين دون اعتبار مصير المعلومات عندما تدخل الشبكة المعقّدة من الأفكار المسبّقة والخاطئة والمتقدّمة عليها بقرون في أذهان الناس. معنى هذا أنّ علوم الاجتماع والديمغرافيا من أهمّ روافد التربية الطيّبة وأنّه لا مدخل لميدان حفظ الصحة دون المرور الإجباري بهما (4).

(6)

قلنا إنّ في إطار الغياب الكلّي (والنسبي لشروط تعهّد الصحة أو في إطار الإفرازات السلبية لكلّ مجتمع)، تتعرّض جماعات معيّنة للأخطار أكثر من غيرها معنى هذا أنّنا مطالبون بعد تحديد الإطار العامّ وهو الجمهرة ككلّ، التعرف على أهمّ مكوناتها بالنسبة لموضوعنا أي هذه الجماعات الأكثر تعرّضاً للخطورة والتي ستشكّل ميدان العمل وموضوعه.

مثلا : هل موضوعنا وميدان عملنا ينحصران في ما يلي :

الأطفال : إلى موفى السنّة الواحدة في إطار برنامج للتخفيض من نسبة الوفيات.

النساء الحوامل : في إطار برامج مراقبة الحمل للتخفيض من نسبة وفيات الأمّهات ، والواليد الجدد ، أو في إطار محاربة الإعاقات الناتجة عن الولادات الصّعبة.

مهنة معيّنة :

في إطار مراقبة ومنع مضاعفات الموادّ المشعّة في المولّدات الكهربائية النووية ، أو الرّصاص في المطابع القديمة.

مرض معيّن :

في إطار تطوير المضاعفات على صعيد المواقف والتصرفات الفردية ، عند المصروعين مثلا أو عند المصابين بالسكري أو ارتفاع الضغط حتى لا تزداد حالتهم تعكرا .
نلاحظ أنّ، انزولنا من مرتبة الجماهرة العامة إلى الجماعات الأكثر تعرّضا للخطورة ، قد اقتربنا من قضية الإشكالية الصحيّة التي تجعل هاته الجماعات تهمنا .

المشاكل الصحيّة

إن الأمراض بالآلاف والوقاية منها كلّها أمر مستحيل ، إمّا لندرة البعض منها واستحالة توقع حدوثها ، وإمّا لجهلنا بأسبابها أو لعدم توفر أيّ تقنية لمنع ظهورها أو اكتشافها في بداية تطوّرها .
معنى هذا أنّ حفظ الصحّة لا يمكن أن يتوجّه إلّا لجزء ضئيل من قائمة الأمراض التي يعرفها الطبّ .

ما هي المقاييس التي يجب اعتمادها للاختيار اذن

1. الإنتشار :

من البديهي أنه كلما كان المرض منتشرا شاملا أو مهددا عددا كبيرا من الأفراد، كلما شكّل مرضا يجب إدراجه في قائمة عمليات الحفظ ، لكن عامل الإنتشار وحده غير كاف ، فالأمراض المنتشرة قد تكون بسيطة (مثلا الانفلونزا في الشتاء عند غير المسنين) لذلك لا بدّ من توفّر الشرط الثاني (3).

2. الخطورة :

ستتعرّض في فصل مقبل إلى وسائل قياس هذه الخطورة لنكتفي بالإشارة إلى أهمّ مؤشرين هما المراضة والمساهمة في الوفيات .

الإشكالية المنهجية إذن : كيف نتعرّف على أكثر الأمراض خطورة وانتشارا ، وما هي المقاييس والمؤشرات التي يجب اعتمادها ، وما هي المواصفات المثالية لهذه المؤشرات حتى يكون تشخيصها صحيحا، إضافة إلى هذا لا بدّ لكلّ اشكالية خطيرة على صعيد الوفيات أو المراضة أن توفى بثلاث شروط نسميها التقنية.

الشروط التقنية :

1. توفّر المعلومات السببية

من البديهي أننا لا نستطيع التأثير على التخلّف الذهني طالما جهلنا جلّ أسبابه، فالتعامل مع السبب بصفة أو بأخرى هو الذي قد يقطع دابر المرض مثلا : معرفتنا لأهميةّ خلو الماء الشروب من الجراثيم التيفية هو مفتاح الوقاية من الحمى التيفية (5).

2. توفّر تقنيات الوقاية

إنّ معرفة عوامل الخطورة شرط هامّ ، لكن من مفارقات الطبّ أنّنا نستطيع في بعض الحالات تطوير المضاعفات دون أن نوفّي بهذا الشرط.

مثلا نحن نستطيع بفضل اختيار Papanicolau اكتشاف سرطان عنق الرحم في بداية تطوره ومن ثمّة المسارعة باستئصاله فتعافى المرأة. كلّ هذا ونحن نجهل الكثير عن عوامل الخطورة التي أدّت إلى ظهوره.

(أ) سليلة ج سليلات : Polype - Polypus

خلافا لهذا السرطان نجد أنفسنا تجاه سرطان البنكرياس عاجزين عن سنّ أيّ برنامج ضده لأننا لا نعلم حاليا شيئا عن عوامل الخطورة التي تتسبّب فيه كما لا نعرف اختبارا بسيطا كاختبار Papanicolau يسمح باكتشافه في طوره الأوّل .

:

نعلم اليوم أنّ سرطان القولون يبدأ بالسليبات (أ) ومن ثمّة فإنّ استئصالها يمكن أن يقي من خطر تطوّرها إلى سرطان ، إلا أن هذا التشخيص والاستئصال يتطلّبان التنظير الداخلي ، والعملية تتطلّب إدخال المنظار من الشرج وفي وضعية غير مريحة ولفترة طويلة نسبيا وكلّهما عوامل تجعل تعميم هذه التقنية مرفوضة ، لأسباب شخصية واجتماعية ، إضافة إلى ثمنها الإقتصادي ومن ثمّة فهي لا تصلح للإستعمال الجماعي والمكثّف للوقاية خلافا لفحص Papanicolau الذي لا يكلف إلاّ ازعاجا قليلا للمرأة (3).

القضية إذن بالنسبة لاستراتيجيات التقصي هي اكتشاف اختبارات موثوق بها ، لا تكلف اقتصاديا الكثير ، وتكون مقبولة من طرف الجمهور لتشخيص أمراض قابلة للعلاج المبكر.

الجهاز الصحي

أهمية المعلومات :

إن معرفة الجمهرة وأمراضها الهامة تتطلب وجود جهاز استعلامات مكوّن أساسا من أقسام مختصة بوزارات الصحة وإدارتها الجهوية ومن المؤسسات الإستشفائية والجامعية، ومن البديهي أنه كلما كان جهاز الاستعلامات فعّالا ونتائجه صحيحة كلما توفّر الشرط الأوّل لمواجهة الأخطار (ب).

إن مصادر المعلومات هي وسائل مراقبة الجمهرة نفسها بتعداد دقيق لأفرادها وولادتها وأمواتها وأسباب الوفيات فيها وخصائصها البيئية والإقتصادية والثقافية إلى غير ذلك من الإرشادات الهامة.

معنى هذا أن أولى شروط نجاعة تنظيم يهدف إلى حفظ الصحة هو توفير وسائل المراقبة المادية هذه وتحسيس الأطباء بأهمية التصريح بالأمراض خاصة المنصوص عليها قانونيا ، أو بالإهتمام بدقّة الشهادات الوفاة مثلا : منطقيا يجب أن تؤدّي هذه المعلومات إلى هيكلّة الدفاع ضدّ الأمراض وذلك بالتمترس إن صحّ التشبيه العسكري خلف خطّين للدفاع .

خطّ الدفاع الأوّل :

يتكوّن هذا الخطّ من الوحدات الصحية الخفيفة ، كالمستوصفات الريفية ومستوصفات الأحياء ، ومراكز الأمّ والطفل والعيادات الخاصة ونقط التجمّع في الأرياف والطبّ المدرسي وطبّ الشغل ، ورغم أن المهمة المعهودة لهذه التشكيلات ردّ الصحة، خاصة في الحالات التي لا تستوجب تدخلا تقنيا هاما فإنها في الواقع خير وسائل الحفظ، إذ تمكّن من :

- إطلاق صفارة الإنذار إذا ظهرت الأوبئة
- علاج الحالات المعدية بسرعة ومن ثمّة تطويق الوباء ومنع انتشاره
- تقديم اللقاحات الضرورية للأطفال ، ونظرا لقرب مراكز التلقيح من الناس فتقع دعوة المتخلفين عن القيام بذلك ، إلى الشروع في أو اكمال تلقيحهم .
- تلقيح الحوامل ضدّ الكزاز وتدريبهن للتعرف على الحالات التي قد تستوجب تدخلا تقنيا.
- تقديم خدمات التنظيم العائلي لأنّ تباعد الولادات من أنجع وسائل التخفيض من نسبة الوفيات عند الأمّهات وعند الرضع .
- تنفيذ البرامج الوطنية كإكتشاف حالات السلّ في بدايته عند أهل المصاب المعروف.
- تنفيذ البرامج الوقائية الجهوية أو المختصة بجمهرة معينة (العمّال التلاميذ).

- إكتشاف بعض الأمراض في طورها الأول ، مثلا سرطان عنق الرحم في طوره الأول ممّا يمكّن الخطّ الثاني من العمل الفعّال وفي ظروف غير التي نعرفها حاليا في مستشفياتنا العربية أي وصول المرضى في حالة ميؤوس منها.
- تربية الأمّهات على الرضاعة من الصدر أو استعمال مسحوق الأوراليت ممّا يعني تخفيض عدد الحالات من نقص التميّه الحادّ في المستشفيات وهي أهمّ أسباب الوفيات عند أطفالنا .

خطّ الدّفاع الثاني :

يتكوّن هذا الخطّ أساسا من المستشفيات بدءا من المعاهد الجامعية العليا المختصة (معهد محاربة السرطان) نزولا إلى المستشفيات الجامعية بالمدن الكبرى فياليّ المستشفيات الجهوية والمحلية ، والمصحات الخاصة. إنّ وظيفة هذا الخطّ أساسا التعامل مع الرّدّ مع تخصّص وتكنولوجيا تتزايد من سفح الهرم إلى قمّته ، إضافة إلى مهامّ البحث والتّدرّيس بالنسبة للمعاهد والمستشفيات الجامعية . والإشكالية كما رأيناها أنّ تكوين الطبيب يقع في الخطّ الثاني ممّا يجعله يتناسى أهمية الخطّ الأوّل الذي يتعامل مع الأغلبية الساحقة لمستشيري الطبّ ، ناهيك عن دوره في دفع المرض وحماية الحطّ الثاني نفسه أمام زحف تيار المرضى والأمراض . فمن البديهي أنّ قيام الخطّ الأوّل بواجبه يعني تقليل الضغط على الخطّ الثاني.

مثلا :

- تلقّيح الأطفال ضدّ الشلل يعني اختفاء المرض ، وهو ما يعني أيضا نقصا هاماً في عدد المقبولين بوحدات تقويم الأعضاء من الأطفال الكسّيين .
- تدبير الحوامل في الخطّ الأوّل يعني انتشار النسبة المئوية القليلة (6% من الولادات) التي قد تصاحبها فيلدن في ظروف طبيّة، مع منع 94% من النّساء من الولادة في وحدات صحية ثقيلة لا موجب للالتجاء إليها من طرف ولادات فيزيولوجية.

التخطيط

- إن معرفة الجماهرة والإشكاليات الصحية الهامة القابلة للحفظ وحسن ترتيب خطّ الدفاع الأول ، هي الأسس الصّلبة والمعطيات الموضوعية التي لا يمكن تطويقها أو القفز فوقها .
- يبقى أن تحدّد الآن جملة الأعمال لتغيير ما أمكن من هذه المعطيات حتى يكون الحاصل ارتفاع نسبة الأصحاء داخل المجتمع وتمتّعهم أطول وقت ممكن بسلامة الأجهزة والوظائف .
- وبما أنّ هدفنا النجاعة فإننا مطالبون باعتماد طرق علمية وعملية في آن واحد للتعامل مع مهامنا وهذا لا يكون طالما لم نحترم أهمّ شروط ومتطلبات هذه النجاعة ومن أهمّها :
- يجب أن تكون المعطيات العلمية متوفّرة ، ولا يشترط فيها الدقّة بقدر ما يشترط فيها أن تكون عملية .
 - مثلا : نحن لسنا بحاجة إلى معرفة كلّ الأرقام عن كلّ المعطيات بقدر ما نحن بحاجة إلى معلومات موثوق بها نستقيها من مصادر متعدّدة (الإحصائيات ، تجارب الأطباء والممرضين ، حاجيات الناس المعبر عنها إلى غير ذلك .
 - يجب أن نتوفّر على جملة من الوسائل المادية والطاقات البشرية التي يمكن استخدامها للغرض .
 - يجب أن تكون أهدافنا واضحة وعملية تأخذ بعين الإعتبار صعوبة تغيير معطيات موضوعية ذات أسباب متشابكة ومعقدة .
 - يجب أن نبرمج بمنتهى الدقّة تدخّلاتنا وأن تكون بالطبع في خدمة الأهداف التي حددناها لأنفسنا
 - يجب أن نكون قادرين على تصحيح مجرى تدخّلاتنا في كلّ وقت إذا ما تبين أنّنا أخطأنا في اختيار تدخّل ما .
 - يجب أن نتوفّر على مؤشرات علمية تسمح لنا بالتأكد من أنّنا حقّقنا كلاً أو جزءاً من أهدافنا ، أي تقييم نتيجة مجهوداتنا .

إنّ هذه الاستراتيجيات التي تدمج العمل الفكري والميداني المبرمج هي جوهر ما سنتعارف على تسميته ببرنامج حفظ الصحة والذي سنتعرّض إليه في فصل لاحق وهو على الصعيد الجماعي بمثابة التدخّل العلاجي على صعيد الفرد. خلاصة القول أنّنا في إطار مهمّة الحفظ مطالبون دوماً بالتعامل مع الممثلين الأربعة : الجمهرة . الإشكاليات . الجهاز الصحيّ . البرنامج . ومن ثمة فإنّ إشكالية الطالب تتلخّص في سؤالين :

ما هي أدوات التحليل المطلوبة لفهم خصائص الرباعي ؟

وكيف نستطيع تحريك هذه الخصائص في الواجهة التي نبتغيها ؟

Dever A.D Community health analysis a holistic approach Aspen - London 1980	1
Ahmed Paul I-Coelho V.C. Toward a new definition of health Plenum press - New york - London 1979	2
Lihenfield M.A. Reviews in cancer epidemiology Elsevier /North - Holland -New-York 1980	3
Mc Whinney IR An Introduction to family medicine New-York - Oxford 1981	4
Miller DL. Farnier RDT	5

Rantedl R.E. Text book of family practice W.B saunders – Philadelphia 1984	6
Shires D.B – Hennen BK Family medicine Mc. Graw –Hill 1980	7

الجمهرة

من هي الجمهرة التي نتعامل معها وما هي المؤشرات التي تسمح بالتعرف عليها علميا وكيف يسعنا استغلال هذه المعلومات .

إنه أول سؤال يجب أن يطرح عند التعامل مع إشكالية الحفظ لأنه منطلق كل عمل فعال للأسباب البديهية

التالية :

- نحن مطالبون في إطار ندرة الإمكانيات المادية المتوفرة للعمل الصحي بمعرفة أي الجماعات أكثر تعرّضا للخطورة : الأطفال ؟ النساء ؟ الكهول ؟ واختيار التركيز على هذه الجماعة أو تلك لا يتم إلا متى كان مشفوعا بالأدلة والبراهين وكلها مستقاة من معرفة دقيقة للجمهرة.
- تهدف أغلب تدخلات عمليات الحفظ على تغيير مواقف وتصرفات جماعية (العادات الغذائية لمحاربة أمراض الشرايين ، قبول الفحوص الدورية ، متابعة تلقيح الأطفال إلخ ...) والتغيير خلافا لما ظنه بعض

دعاة التربية الصحية في البداية لا يكون باسقاط بعض المعلومات التقنية على الجماهرة ، لأن عملية التغيير تتطلب شروطا أعقد بكثير من مجرد التمكن من جملة من المعلومات وهذا لا يكون إلا إذا استطعنا معرفة كل العوامل الموضوعية والثقافية التي تؤدي إلى هذه التصرفات.

- لقد ظهرت في العشرية الأخيرة نظرية دعمتها بالخصوص المنظمة العالمية للصحة تركّز على محاربة الظروف الموضوعية القاهرة كنقص في الماء الشروب ، أو انعدام مرافق التطهير في ظل الفقر الجماعي وقلة الإمكانيات التي توفرها الدولة نظرا لكثرة الحاجيات في كل الميادين ، وحفظ الصحة مسؤولية من مسؤوليات الجماعات المعرضة أكثر للخطورة والمقصود بهذا أنه من الضروري تحسيس هذه الجماعات لما تتعرض إليه من أخطار ومطالبتها (مع توفير بعض الإمكانيات) بالمشاركة في حل مشاكلها بنفسها بدل انتظار فرج قد يأتي وقد لا يأتي من الدولة . إنها نظرية المشاركة الجماعية التي سنتعرض لها.

لا جدال إذن أننا لا نستطيع فهم المشاكل الصحية الجماعية أو التعامل معها إن لم تكن لنا مؤشرات موضوعية ومعلومات موثوق بها عن الجماهرة وهي تتكون من أصناف ثلاثة :

- المعلومات الديمغرافية
- المعلومات الاقتصادية والاجتماعية
- المعلومات الثقافية

المعلومات الديمغرافية

هي جملة المعلومات عن تركيبة الجماهرة من ناحية العمر والجنس وتوزعها في الزمان والمكان، ومن أهمها الهرم الديمغرافي أي تعداد المنتمين إلى شرائح العمر 0-5-5-10-10-15 سنوات الخ... بالنسبة إلى الجنسين ، وتعطى النتائج على شكل مدرج لكل جنس وعلوه خمس سنوات وامتداده عدد المنتمين إلى هذه الشريحة من العمر. ويشكلان عند جمعهما على نفس الرسمهما قاعدته أصغر الشرائح عمرا (0-5 سنوات) وقمته أكبرها (من 75 سنة إلى ما فوق)(أ).

والشكل الهرمي واضح في التركيبة الديمغرافية لبلد كتونس ، فالقاعدة أي شريحة العمر (0-5) أكثر الشرائح امتدادا، فيحين نلاحظ تناقصا متسارعا في عدد المنتمين إلى شرائح الكهولة والشيخوخة.

والترتبات للتركيبة الهرمية بديهية ومن أهمها :

- إن الأطفال أغلبية المجتمع ومن ثمة هم الإشكالية الصحية الأولى خاصة وأنهم في شهورهم الأولى أكثر الشرائح هشاشة وحاجة للخدمات .
- قوى الإنتاج قليلة العدد نسبيا إذ يجب على الكهول تحمل أعباء كثيرة غير منتجة من الأطفال والمراهقين.

- يشكّل هذا الخلل بين متطلبات كثيرة وقوى منتجة ضعيفة في حد ذاته عاملا من عوامل الخطورة على الصحة.

يتميز هذا الشكل الهرمي المجتمعات التي يغلب عليها الجانب الفلاحي ، الريفي ، الفقير ، وبالتالي فهو خاصية المجتمعات الآخذة في طور النمو. لتتبع ما يحدث لهذا الهرم عند مرور المجتمع من طوره الفلاحي الريفي ، الفقير إلى الطور الصناعي ، الحضري ، الغني وليكن رائدنا في هذا من جديد المثال الكندي (2). يلاحظ المتأمل في الشكل الكندي (أ) لسنة 1961 أنه يشابه هرم الأعمار التونسي سنة 1984، ولا غرابة في هذا لأن المجتمع الكندي آنذاك رغم دخوله عهد الحضارة الصناعية ، بقي مطبوعا بطابع المجتمع الزراعي والمهم بالنسبة إلينا تطور الهرم إذ نلاحظ في الشكل (ب) سنة 1981 تغييرات جذرية .

(أ) قد يكون هذا المصير ما ينتظرنا نحن إن واصلنا تقدّمنا الإقتصادي والإجتماعي وإن لم تتدخل عوامل ثقافية خاصة كتعلق الناس بالإنجاب رغم إمكانيات التنظيم العائلي.

الهرم الديمغرافي (1)

تونس سنة 1984 (المعهد الوطني للإحصائيات)

يقرأ الرسم كالتالي أفقيا : نكتب عدد الأحياء المنتمين إلى الفئة الوحدة مائة ألف شخص ، وعموديا شريحة العمر من خمس سنوات إلى خمس سنوات ، وذلك بالنسبة للإناث والذكور.

تطورّ الجمهرة الكندية (2)

الجمهرة الكندية (2)

- فالقاعدة أي سرائح الطفولة تتضيق في حين أن أهم ما في الهرم جانبيين متفتحين مكونين من سرائح العمر 20-40 أضف إلى هذا تصاعد أهمية السرائح المرتفعة العمر (من 60 إلى ما فوق).
- من جديد نستطيع أن نستخلص من هذا الهرم السمين بعض الأفكار الهامة,
- تعني كثرة الكهول بالمقارنة مع الأطفال والمسنين أن هذا المجتمع يتوفر على طاقات عمل أكبر مما هو موجود في الهرم الفلاحي.
 - ستهم المشاكل الصحية ، الأكثر انتشارا سرائح الكهولة وخاصة سرائح الشيخوخة بما أنها هي التي ستكون في الهرم السمين أكثر السرائح هشاشة وتعرضا للأمراض.

ما الذي سيحدث إذا تواصلت التغييرات على نفس النسق وبعبارة أخرى ما هو الشكل الذي سيتخذه الهرم سنة 2001 في كندا؟ والجواب : إنه الشكل (ج) ونلاحظ أنه مستطيل أكثر منه هرما وذلك للتناقص الهام في أهمية القاعدة والتزايد الملحوظ لأهمية القمة. فمجتمع كهذا إذن قليل الأطفال كثير الشيوخ ، مع ارتفاع مطرد في معدل العمر إلى الأعلى وهذا يطرح إشكاليات خطيرة على هذه المجتمعات ، فنسبة الأيدي والأدمغة العاملة بحكم التقلص المطرد للأطفال في تناقص في حين ترتفع نسبة الشيوخ بصفة ملحوظة وهم محتاجون لخدمات صحية كثيرة تتزايد تعقيدا وتكلفة بتزايدهم في العمر مما يعني تزايد ضغط الحاجيات الصحية في المجتمع.

ما هو المحرك الخفي لهذه التغييرات في نسب شرائح الأعمار ؟ إنها عوامل اقتصادية واجتماعية وثقافية معقدة من أهمها :

- ظهور التكنولوجيا الصناعية التي فرضت تمدن المجتمع أي تزايد نسبة العاملين في المصانع والإدارات بالمدن ، وهذا فرض نوعا من السكن لا يتحمل العائلة الفلاحية الكبرى المكوّنة من الأبوين وعدد كبير من الأطفال يتجاوز العشرة أحيانا ، ناهيك عن الجد أو الجدة.
- تغير الحاجيات فالأطفال في المجتمع الفلاحي ثروة لأنهم أيدي عاملة لا تكلف الكثير ، بل وتشكل أول ضمان لشيخوخة الوالدين ولكنهم في المجتمع الصناعي عبء بما يكلفونه.
- إمكانية الحفاظ على الأطفال نظرا لتحسن الظروف الموضوعية للصحة وهو ما لا يبرر كثرة الولادات التي كانت في المجتمع الريفي تحسب حساب ضريبة المقبرة (50% على الأقل).
- تغير القيم باعتبار حرية المرأة ومساواتها مع الرجل ودخولها لسوق الشغل من المسلمات وهي تتنافى مع كثرة الأطفال وما يعنيه هذا من أعباء ثقيلة تنوء بأعبائها المرأة وحدها.
- توفر وسائل منع الحمل الطبيّة مع العلم أن هذا العامل ليس أهم العوامل فتواجدها وإلحاح بعض الحكومات في المجتمعات الزراعية على استعمالها يقلص عدد الولادات في حين أنّها تناقصت في المجتمعات الحضرية حتى قبل تواجدها .

المعلومات الاقتصادية والاجتماعية

لا جدال في أهميتها حيث تعكس بصفة مباشرة درجة تواجد ظروف الصحة من تعهد واسترجاع ، وحجم الجماعات الأكثر تعرضا للخطورة.

وتنوفر لقياس هذه الوضعية على عديد المؤشرات ، كنبه المغطين لحاجياتهم الغذائية الأساسية ، والتمكّنين من الماء الشروب ، والمرتبطين بقنوات التطهير ، والمتعلمين الخ ... وتدرس وضعية الجمهرة من هذه الناحية على مستويات ثلاث :

- هل تنتمي بالأساس إلى حضارة فلاحية . فقيرة (النوع I) أم إلى حضارى صناعية . غنية . (II) أم هل هي في مرحلة انتقالية (I-II) ؟
- هل هناك داخل الوطن نفسه اختلافات هامة خاصة بين الجهات والطبقات الإجتماعية ؟

الصعيد العالمي (3)

لنقارن ثلاث جمهرات : مالي . فرنسا باعتبارها ممثلين للمجتمع الزراعي الريفي الفقير والمجتمع الحضري الغني ، ولنعتبر حالة انتقالية كما يمثلها قطر عربي كالجزائر وستتضح من جديد أهمية المؤشرات الإقتصادية بالحالة الصحية .

إحصائيات 1985 I II-I II

فرنسا	الجزائر	مالي	
9540	2250	150	الدّخل الخام الفردي بالدولار
% 142	% 110	% 74	نسبة تغطية الحاجيات الغذائية
%100	% 89	% 15	نسبة المتمكّنين من الماء الشروب
رجال % 99 نساء % 98	رجال % 63 نساء % 37	رجال % 23 نساء % 11	نسبة التّعلم عند الكهول
% 95	% 83	% 25	نسبة الأطفال الذين أكملوا التعليم الإبتدائي
% 9	% 95	% 210	نسبة وفيات الأطفال
سنة 75	سنة 58	سنة 42	معدّل أمل الحياة

عن : إحصائيات المنظمة العالمية للطفولة

الصعيد الوطني (1)

لا مناص هنا من التعامل مع جداول طويلة (ومرهقة) من الأرقام إذا أردنا أن نعرف حجم الجماعات المعرضة للخطورة وتوقع أنواع الأمراض التي سنواجهها، ومن أهم المؤشرات السكن والمرافق الصحية والتعليم والشغل وكلها معلومات تساهم في التشخيص الجماعي وتوجيه التخطيط .
لنتبع مثال تونس (أ) لفهم أهمية هذه المعلومات وطرق استغلالها.

أنواع السكن

النسبة المئوية			نوع المسكن
المجموع	الريفي	الحضري	
% 71,0	% 80,2	% 63,5	منزل تقليدي " فيلا " شقة كوخ وغيره من المساكن المتواضعة
% 14,7	% 3,4	% 23,6	
% 5,5	% 0,1	% 9,9	
% 8,8	% 16,3	% 3,0	
% 100,0	% 100,0	% 100,0	المجموع

عن المعهد الوطني للإحصاء

(أ) إذا استثنينا الأقطار البترولية والأقطار الفقيرة كالصّومال والسّودان واليمن ، فإنّ المعطيات التّونسية تقارب في تركيبها وخطوطها العريضة ما هو موجود في أغلب أقطار الوطن العربي

توزيع الأسر حسب عدد الغرف

عدد الغرف للأسرة	الوسط الحضري	الوسط الريفي	المجموع
غرفة واحدة	% 21,1	% 45,1	% 32,0
2 غرف	% 32,8	% 34,9	% 33,8
3 و 4 غرف	% 40,4	% 17,8	% 31,1
5 غرف فما أكثر	% 5,7	% 2,2	% 4,1
المجموع	%100,0	%100,0	%100,0
معدّل الريف	2,6	1,9	2,3

توزيع الأسر حسب مورد الماء والوسط

النّسبة المئوية			مورد الماء
المجموع	الوسط الريفي	الوسط الحضري	
% 49,4	% 10,8	% 81,7	الشركة الوطنية لتوزيع المياه
% 16,8	% 28,1	% 7,4	ماجل أو بئر خاص
% 23,1	% 40,2	% 8,7	حنفية أو ماجل أو بئر عمومي
% 10,7	% 20,9	% 2,2	واد أو عين ماء
% 100,0	% 100,0	% 100,0	المجموع

نسبة الأسر التي لها بيت حمام أو "دوش"
مجهّز أو مطبخ حسب الوسط

الوسط الريفي	الوسط الحضري	
1984	1984	
% 1,1	% 23	الأسر التي لها حمام أو "دوش"
% 31,1	% 83,4	الأسر التي لها مطبخ

نسبة الأسر التي لها جهاز راديو أو تلفزة
حسب الوسط

ثلاجة	جهاز تلفزة	جهاز راديو	الوسط
53	78,3	66,4	الحضر
7	32,6	44,6	الريف
31,9	57,4	56,5	المجموع

تعليق :

إذا اعتبرنا أن المنزل التقليدي التونسي قلما يتوفر على ظروف التهوية والإتساع والهدوء، ناهيك عن الكوخ ، فإننا نواجه هنا بأغلبية ساحقة (79,8 %) لا تنعم بهذا الشرط الضروري للصحة ، ونتأكد من هذا إذا علمنا أن معدل العائلة التونسية 5,6 شخصا في حين أن، نرى أن 34,2 % فقط يقطنون في منزل فيه من ثلاث غرف إلى ما فوق. كما يتضح حجم الجماهرة المعرضة لخطورة أمراض الماء بما أن نصف السكان فقط هم مرتبطون بشبكة توزيع الماء المشروب، والوضعية أصعب في ميدان النظافة حيث لا تتوفر الأغلبية لا في الريف ولا في المدينة على حمام أو دوش، ونفس الشيء عن الفلاحة التي نعرف دورها في الحفاظ على سلامة الأطعمة ومن ثمة تفادي أمراض الجهاز الهضمي وربما حتى الوقاية من سرطان المعدة .

للعمل وهيكلته داخل المجتمع ترتبات هامة على صعيد الصحة مثلا : إن نسبة العاملين والبطالين تعطي فكرة عن حجم قوى الإنتاج وعن حجم الجماهرة المعرضة لخطورة البطالة، وهذه إحدى أهم أسباب تفشي العنف ، والإجرام وإدمان المخدرات والكحول ، ناهيك عن حالات أقل بروزا ، مثل الشعور بعدم الرضى عن النفس والغير ، وقد وقع كما يبين ذلك الرسم ... ربط ارتفاعها في كندا بارتفاع الانتحار خاصة عند الذكور ، وبالنسبة لشريحتين مختلفتين من العمر 54 . 25 و 24 . 15 سنة (2).

نسبة العاملين

نسبة العاطلين عن العمل تونس (1984)

نسبة البطالة	عدد العاطلين بالألف	عدد العاملين بالألف	
13,7	199,8	1453,6	ذكور
11,0	45,4	411,3	إناث

علاقة البطالة بالانتحار
كندا (1970. 1980)

نسبة في كل مائة ألف

علاقة الإنتاج بالبطالة

والآن لتتوقف عند ما يمكن استنتاجه من هذا الجدول عن تطوّر وتوزيع قوى الإنتاج داخل المجتمع

تطوّر نسبة المهن المرتبطة أساسا بـ ...

(تونس 1975 . 1984)

% 26,6	% 37,3	القطاع الزراعي
% 34,8	% 28,6	القطاع الصناعي
% 33,3	% 29,6	الخدمات والوظيفة العمومية
% 5,3	% 4,5	غير معروف
% 100,0	% 100,0	المجموع

من الواضح أن المجتمع بصدد الانتقال من طور اقتصادي يغلب عليه الطابع الزراعي الريفي إلى طور يسود فيه الجانب الحضري الصناعي والخدماتي ، وبالتالي فإننا نستطيع على الأمد المتوسط المدى والطويل واعتبارا لما مرت به مجتمعات مماثلة من مراحل أن نقرر :

- بأن هذا المجتمع سيعرف مشاكل صحية مرتبطة بوضعه كمجتمع ما زال ثلثه يحيا بـ ومن الزراعة (الأمراض الجرثومية والطفيليات الخ ...).
- بأنه سيعرف مشاكل جديدة تتصاعد حدتها نظرا لتطوره نحو التمدن ، كاستفحال حوادث الشغل والطرق وأمراض القلب والشرايين ومن ثمة فإنّ الحرب ستكون على جبهتين :
التعجيل بالقضاء على أمراض المجتمع الفلاحي الريفي الفقير .
التصدّي لارتفاع أمراض المجتمع الحضري الصناعي المتقدم .

التعليم

تعرضنا لعلاقة ارتفاع مستوى التعليم بالصحة وهي علاقة بديهية لا لأن المعلمين عادة من الطبقات التي تتمتع بشروط الصحة الأخرى ، ولكن لأنه في حد ذاته عاملا هاما لقدرة استعمال المعلومات أو لحسن استغلال وسائل رد الصحة.

ومن المؤشرات الهامة التي تسمح بقياسه :

نسبة الأمية حسب الجنس والوسط

الجنس	الوسط	نسبة الأمية
ذكور	حضر	23,5 %
	ريف	48,0 %
	المجموع	34,6 %
إناث	حضر	43,2 %
	ريف	76,2 %
	المجموع	58,1 %
المجموع	حضر	33,2 %
	ريف	61,9 %
	المجموع	46,2 %

المستوى التعليمي حسب الجنس

الجنس	المستوى	الذكور	الإناث	المجموع
	بدون أيّ مستوى	34,6 %	58,1 %	46,2 %

% 34,2	% 29,6	% 39,6	ابتدائي
% 17,0	% 11,7	% 22,2	ثانوي
% 2,1	% 1,1	% 3,0	عالي
% 0,5	% 0,5	% 0,6	غير مصرح به
% 100,0	% 100,0	% 100,0	المجموع

نسبة مزاولة التعليم حسب الجنس والوسط
بين الأطفال من 6 إلى 14 سنة

المجموع (6 - 14 سنة)	من 10 إلى 14 سنة	من 6 إلى 9 سنوات	العمر الوسط والجنس
			الحضر :
% 89,4	% 88,8	% 90,1	ذكور
% 85,5	% 83,1	% 88,3	إناث
% 87,4	% 86,0	% 89,2	المجموع
			الريف :
% 76,6	% 76,1	% 77,0	ذكور
% 52,4	% 45,0	% 59,9	إناث
% 64,9	% 61,1	% 68,7	المجموع
			المجموع
% 82,8	% 82,5	% 83,1	ذكور
% 68,7	% 64,5	% 73,4	إناث
% 75,9	% 73,7	% 78,4	المجموع

تعليق :

أهمية نسبة الأمية في الريف ، وخاصة بين الذكور والإناث عامل من عوامل الخطورة وعائق من أهم عوائق تغيير التصرفات والمواقف ، لكن التركيبة الهرمية وأهمية التمدريس عند الأطفال ذكورا وإناثا ، توشي بإمكانية استغلال هذه

الخاصية ببرمجة التربية الصحية مثلا في التعليم الابتدائي وهو ما يمكن من تعويد جيل الغد على سلوكيات الصحة وربما حتى استغلال الطفل كمصدر معلومات لأهله وذويه.

الصعيد الجهوي

إن كانت للمعلومات الوطنية أهميتها ، فإن معرفة الجمهورية على الصعيد الجهوي الضيق ، دور أهم ، إذ قلما يحظى الطبيب بشرف التخطيط لحفظ الصحة على صعيد القطر بأكمله ، ولكن حظوظ التدخل والمشاركة تتزايد كلما تضيق رقعة الجمهورية خاصة وأن الاختلافات بين الجمهورتين الوطنية والجهوية قد تكون هامة.

التفاوت الجهوي

المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية

النسب المئوية للعائلات التونسية

تونس	سكان	البطالة	الأمية	تلفزة	مرحاض	حمام دوش	ثلاجة	أكواخ	مجري التطهير	ماء شروب	كهرياء
21,7 %	12,1 %	34,4 %	77,5 %	89,0 %	26,2 %	53,7 %	4,3 %	62,0 %	76,9 %	83,5 5	
الشمال الغربي	21,6	18,2	54,9	45,5	48,4	5,5	19,1	14,9	27,8	34,0	48,4
الوطن القبلي	6,6	8,0	42,0	86,7	74,0	10,5	28,2	4,2	39,2	47,4	73,1
الساحل	12,5	11,4	42,8	59,4	70,2	14,5	30,8	4,9	27,5	65,2	71,3
صفاقس	8,5	9,8	40,3	69,9	72,3	16,2	44,4	2,4	21,4	50,8	77,2
الوسط	14,4	13,5	61,2	30,6	28,4	3,5	9,9	14,3	10,3	21,7	29,4
الجنوب	14,9	13,1	47,7	56,4	61,8	10,5	33,7	4,7	9,2	24,2	67,2

لا شك أن أي مخطط صحي سيستنتج من هذا الجدول أن الجمهرة بصفة عامة لا تتوفر في أغليبيتها الساحقة على عوامل الصحة ، لكن منطقة الوسط هي الأكثر تعرضا لخطورة الأمراض خاصة السارية منها. لننزل درجة أخرى في السلم لمساءلة جمهرة أكثر تحديدا وهي جمهرة القييران.

المؤشرات

نوع السكن	1975	1984
دار أوبرج أو حوش	% 48,2	% 73,1
فيلا أو شقة	% 3,8	% 7,1
كوخ أو خيمة أو مغارة	% 48,0	% 19,4
المجموع	% 100,0	% 100,0

كيفية صرف المياه	حضر	ريف	مجموع
شبكة الخنادق	% 58,5	% 1,8	% 17,1
بئر مغطاة	% 21,7	% 9,9	% 13,1
الطبيعة	% 19,8	% 88,3	% 69,8

المجموع	% 100,0	% 100,0	% 100,0
---------	---------	---------	---------

مورد الماء	حضر	ريف	مجموع
مرتبط بشبكة المياه	% 83,3	% 3,4	% 23,6
ماجل أو بئر خاص	% 2,0	% 19,8	% 15,3
ماجل أو بئر ، سبّالة عمومية	% 12,3	% 64,8	% 51,5
عين أو واد	% 2,4	% 12,0	% 9,6
المجموع	% 100,0	% 100,0	% 100,0

نوع المرافق	حضر	ريف	مجموع الولاية
مطبخ	% 83,8	% 13,4	% 31,2
مرحاض	% 92,1	% 9,1	% 30,1
بيت حمام أو دوش مجهّز	% 15,7	% 0,5	% 4,9

عناصر الرفاهة	حضر	ريف	مجموع الولاية
ثلاجة	% 40,9	% 1,4	% 11,4
تلفزة	% 72,6	% 18,3	% 32,0
راديو	% 62,4	% 33,7	% 41,0
سيارة	% 7,7	% 3,3	% 4,4
دراجة أو دراجة نارية	% 22,8	% 9,1	% 12,6
هاتف	% 7,4	% 0,1	% 2,0

لنقارن هذه المؤشرات بالجمهرة الوطنية

المعدّل لولاية القيروان	المعدّل الوطني	
% 19,4	% 8,8	السكن بالكوخ أو الخيمة المغارة
% 23,6	% 49,4	الإرتباط بشبكة الماء
% 17,1	% 30	الإرتباط بشبكة التّطهير
% 11,4	% 31,9	الثّلاجة

بداهة تجمع القيروان داخل الجمهرة العاة العديد من المؤشرات المشيرة للقلق ، وبداهة لا بد من وضعها على سلّم الأولويات فيأي برنامج وطني لحفظ الصّحة.

العوامل الثقافية

المواقف والتصرفات الجماعية معطى "صلب" "صلابة" المعطى الديموغرافي أو الإقتصادي فكل برنامج لحفظ الصحة أيا كانت وسائله مطالب أساسا بتغيير هذه المواقف والتصرفات الجماعية في اتجاه أو آخر ، وتشكل هذه الأخيرة، مثلما هو شأن العوامل الديمغرافية الإقتصادية حدودا هائلة لمطامحنا وفي نفس الوقت أداة التغيير المثلى.

لنعتبر دور بعض هذه العوامل في مجتمع عربي اسلامي

- إن نسبة أمراض الإدمان على الكحول التي لا تتجاوز نسبتها في تونس 0,3% من مجمل الأمراض المعالجة في المستشفيات بالمقارنة مع نسبة الـ 40% في فرنسا مردّها عامل ثقافي هو تحريم الاسلام للخمر وتمسك الأغلبية الساحقة للمجتمع بهذا التحريم وإمكانية ارتفاع نسبة هذه الأمراض في حالة ضعف الوزع الديني .
- إن نسبة الأمراض الوراثية المرتفعة في الوطن العربي مرتبطة بانتشار زواج الأقارب ويبلغ في تونس 16% من كلّ الزيجات في حين أنه لا يتجاوز 5,0% في فرنسا ولزواج الأقارب كما سنرى أسباب اقتصادية واجتماعية متعددة ، إلا أن دور التقييم الإجتماعي الإيجابي لهذا الزواج ، أهم هذه العوامل (أ).
- التدخين آفة منآفات العصر الحديث وارتباطه بالإرتفاع المخيف في نسبة سرطان الرئة خاصة لا تدع مجالاً للشك، والتدخين تصرف معقد تتدخل فيه عوامل تقييم إيجابية ، فهو بالنسبة للمرأة إحدى مظاهر تحررها وبالنسبة للرجل ، إحدى مظاهر الرجولة وركن من أركان الحياة الإجتماعية.

ويامكاننا أن نعدد الأمثلة وهي كثيرة كلها تصب في نفس المصب.

إذن تصحح الإشكالية بالنسبة لبرامج الحفظ كآآتي :

- ما هي المواقف والتصرفات الرائجة داخل جمهرة أيا كان حجمها.
- كيف نحمل الجمهرة علالمساهمة في حفظ صحتها بتغيير جزء أو كلّ من هذه المواقف والتصرفات .

ذلك ما سنعرض إليه بإسهاب في فصل التربية الصحية.

وبإتضح أهمية هذه العوامل في ميدان الصحة ، خاصة في العقدين الأخيرين ظهر مفهوم المشاركة الجماعية الذي عملت المنظمة العالمية للصحة على إشاعتها جعلت منه أحد أهمّ وسائل تحقيق هدفها الطموح . الصحة للجميع سنة 2000.

وولادة المفهوم مرتبطة بفشل أغلب البرامج التقنية القديمة المرتكزة أساسا على تخطيط فوقي بيروقراطي لحاجيات الناس دون إشراكهم في عملية أخذ القرار، وبعثرة الوحدات التقنية كالمستشفيات الضخمة أو إدارتها بصفة هرمية لا تترك مجالاً إلا لصاحب القرار في قمة الهرم وأصحاب التنفيذ في القاعدة.

(أ) هذا لا يمنع من وجود تقييمات معاكسة لكنّها قليلة الفعالية

وقد أدى هذا النموذج إلى ولادة عقلية الإتكال المطلق على الدولة ، ورميها بكل تقصير وهو أمر غير مستغرب ، إذ أظهرت التجربة وذلك في كل الأنظمة السياسية عجز الدولة عن الإضطلاع بالمجتمع لأنها جزء والجزء لا يحتوي الكل ، وهكذا تولدت داخل المجتمعات خاصة الديمقراطية والمتقدمة ، وداخل الدولة أيا كان صنفها ، ولأسباب متباينة ، الحاجة إلى إقحام الناس في عملية أخذ القرار وتنفيذه وتقييمه .

فالمشاركة جزء من المطامح لأكثر شرائح المجتمع نضجا وتقدما وهي بالنسبة للدولة صمام أمان من الناحية السياسية وخاصة مساهمة لا تقدر بثمن في تحمل الأعباء الثقيلة لتطوير المجتمع .
في هذا الإطار تدخل أهمية المفهوم بالنسبة للطب لأنه يعني أن يساهم المعرضون للخطورة بأنفسهم في عملية الحفظ .

هذا يعني أن الجماهرة ضحية معطيات موضوعية قاهرة ومسؤولة عن عدد لا يستهان به من الأمراض الصحية وبالتالي مسؤولة عن تغييرها بتغيير مواقفها وتصرفاتها. معنى هذا أن عملية الحفظ لن تكتفي بالبحث عن المؤشرات الديمغرافية والإقتصادية والإجتماعية فحسب وإنما هي مطالبة بمساءلة العلوم الإجتماعية لمعرفة الخلفيات الثقافية لهذا التصرف أو ذلك ، ومساءلة علوم التربية والإعلام والإشهار لمواجهتها ، وفي هذا نلاحظ التغير النوعي الذي تفرضه عملية الحفظ علما للطبيب إذ تنقله من دور التقني المختص في جزء من جسم المريض إلى مصاف العمل الإجتماعي المتكامل .

المراجع

1 . التعداد السكاني العام للسكان والسكنى : المعهد القومي للإحصائيات . وزارة التخطيط تونس 1984

PINEAULT R. - DAVELUY .2

La planification de la santé Concepts, méthodes- stratégies
ARCINC – OTTAWA 1986

UNICEF : 3

La situation des enfants dans le monde
Publication UNICEF 1986

الجهاز الصّحي

لكلّ مجموعة بشرية منذ القدم جملة من الوسائل لمقاومة الأمراض علاجا ووقاية ، ويتطور المعارف والقيم والإمكانات المادية على مر العصور اكتسبت هذه المحاولات تنظيما متزايدا وتعقيدا متصاعدا ، يجعلان من اعتبار الجهاز الصحي حصيلة لتاريخ طويل ، ومنطلقا لتغيرات حتمية (1).

فالجهاز الصحي كالمجتمع الذي أنشأه كائن حي متطور عبر التاريخ يتحرك بفضل نواقصه وتناقضاته ، ومن ثمة اختلافنا مع الأدبيات الغربية التي تستعمل مصطلحا تراه خاطئا ألا وهو النظام (أ). فلمفعول النظام في الأبيستمولوجيا مدلول محدد ألا وهو تناسق أجزاء الشيء في وحدة مندمجة تتبادل بينها المعلومات وإصلاح الخطأ وتحافظ دوما على حالة توازن مثالية بينها ، ولا يوجد شيء من هذا القبيل بالنسبة "للنظام" الصحي .

فأجزاؤه هي نتيجة تراكمات تاريخية لا تخضع لمخطط منطقي والتنافس بينها علأشده ، وتبادل المعلومات والتنسيق قليل ، وعوامل التغيير مفروضة بالقوى الخارجية أكثر مما هي نتيجة ديناميكية "النظام" نفسه. لذلك ارتأينا استعمال مفهوم الجهاز الذي لا يوحي به مفهوم النظام من كمال قد يشكل هدفه النهائي لا نقطة انطلاقه.

لنعرف أولا الجهاز الصّحي بأنه طرق التنظيم والتصرف في جملة الإمكانيات المادية والبشرية المخططة لتقديم الخدمات الصحية داخل مجتمع معين.

ومن نافلة القول أن الطّبيب الجاهل بخصائص الجهاز الذي يعمل داخله كالمساكن في مدينة يجهل تاريخها وجغرافيتها والدوايب الإدارية التي تسيروها ، ومن ثمة أهمية معرفة الجهاز الذي يتحكم في المصير المهني ، خاصة وأننا لن نحقق الصحة ردا وحفظا إلا عبر مكوناته ، وأننا ربما وجدنا في نفس هذه المكونات جل العوقات .

(أ) النظام الصحي : Système de soins- système de santé
Health care system

الجهازان : المطلوب والموجود

المواصفات الموجودة	المواصفات المثالية	الحاجيات
قليلة	متوفرة	اعتمادات
متفاوتة البعد والراحة رديئة الإستقبال	قريبة من أماكن المستهلكين حسنة القبول مريحة	هياكل
متفاوتي الكفاءة ، والإستعداد والتقبّل ، محدودي الصلاحيات	أكفاء دائما تحت الطلب لهم كامل الحرية في تقديم كلّ الخدمات الضرورية	مقدّم الخدمات أطباء ممرضين ، فنيين
. تكلفة باهظة حتى في القطاع العام بالنسبة لأفقر الناس وأشدّهم حاجة للخدمات . حرية محدودة أو منعدمة في اختيار الطبيب . مواقف وتصرفات متفاوتة وغالبا سلبية	. لا يدفعون شيئا مقابل الخدمات . لهم حرية اختيار طبيهم . مواقف وتصرفات ايجابية	مستهلكو الخدمات
مركّز أساسا على الخدمات العلاجية	مندمج يولي للحفظ ما يولي من أهمية للردّ	توجّه الجهاز

التنظيم

إن تجنيد الإمكانيات وطرق تصريفها ليست وليدة الصدفة وإنما هي نتيجة ديناميكية عوامل اقتصادية وسياسية في منتهى الخطورة (2).

. الإمكانيات البشرية والمادية :

هي ضرورة جزء من الثورة الوطنية ، يخصصها المجتمع لمواجهة المرض ردا ووقاية. ومن نافلة القول أن حجم الجزء المخصص للصحة يتزايد بفعل عاملين . تزايد الثروة الجماعية ، والأولوية التي تعطىها المجموعة الوطنية للصحة.

* "النظام" السياسي :

هو الجهاز التنفيذي للاختبارات الايديولوجية للقوى الاجتماعية الأكثر تأثيرا ، مثلا هل نعلم التخطيط أحرية السوق ؟ هل نعطي الأولوية للقطاع العام أو للقطاع الخاص ، لطبقة أو لجهة في البلاد الخ... إن هذه الإختيارات السياسية والمتغيرة طوال التاريخ حسب توازن القوى بين الأضداد هي التي ستعطي للجهاز طابعه وتوجهه شأنه في هذا الشأن بقية أجهزة المجتمع .

* المشاكل الصحية :

هي التي تفرض تكثيف مراكز الرضيع والأم في البلدان الفقيرة ، أوتجبر الجهاز المهتم بالنظام الصحي على إيجاد حلول لتكاثر المسنين في البلدان الغنية، وهي التي تمارس ضغطا خارقا لخلق أعقد وحدات الإغاثة والإنعاش في المستشفيات الجامعية ومراكز التلقيح في الأرياف وهياتي تفرز توجيه اعتمادات البحث لفهم ومحاربة عوز المناعة المكتسب ، بدل توجيهها إلى حمى التيفويد الخ ...

* خصائص الجمهرة :

تمارس الجمهرة بدورها ضغطا هائلا على الجهاز بتقييمها الدائم له وحكمها علمدنتجاوبه مع حاجياتها، ويساهم في هذا التقييم الذي يترجم إلى مطالب جماعية سياسية في إدخال تحويرات دائمة متفاوتة الأهمية على الجهاز

الجهاز القديم (أ)

إن هذه القوى الأربع على أهميتها لا تكفي وحدها لتفسير تكوين الجهاز ولا بدمن إقحام قوة خامسة ، فالجهاز كما قلنا ليس وليد القرن العشرين وإنما هو ملازم لتطور المجتمع الإنساني منذ تكوينه هذه القوة وهي التكنولوجيا . ففي إطار الحضارة البدائية المرتكزة أساسا على تكنولوجيا القنص والصيد ، أو الحضارة المرتكزة على تربية الحيوان وزراعة الأرض ، أفرزت الجماعات البشرية جهازا يتعامل مع مشاكلها الصحية ، بقدرات فكرية وتقنية معينة ومحدودة ، هذا الجهاز لم يختفيعضا سحرية حال انتقال جزء هام من المجتمع إلى طور آخر من نمط الإنتاج ، وإنما بقي مشكلا يمكن أن نسميه الطابق التحتي للخدمات الطبية.

ومن ثمة ضرورة التوقف عنده لعجزنا عن تجاوز الدعامات التي تبني لتعريف الطوابق العليا .
لنعتمد ما توصلت إليه قريحة لجنة من خبراء المنظمة العالمية للصحة لتعريف الجهاز القديم .
هو جملة المعارف والتقنيات لتشخيص إصابة جسمية ، أو عقلية أو اجتماعية، أو تفاديهها بالإعتماد على التجربة المعاشة والمشاهدة المنقولة من جيل إلى جيل كتابيا أو شفاهيا .

والآن لتتوقف عند أنواع المهنيين فيالجهاز القديم لتقدير تعقيده.

:

يلعب دورا هاما خاصة في الأرياف ، ولا يتورع أحيانا عن القيام ببعض العمليات الجراحية وحتى جبر الكسور .
يمارس الختان ، والقصد وهو من أقدم تقنيات الطب المدون .

:

امرأة في أواسط العمر ، كانت قبل سنوات خلت ، المسؤولة الأولى عن 70 % من الولادات في تونس ،
تتمتع باحترام شديد داخل المجتمع ، وتواكب أفراحه وأتراحه (من الحنة إلى غسل الميت)ولا تتقاضى أجرا وإن/ا تقبل
الهدايا ، وقد أصابت المنظمة العالمية للصحة أمام النقص الفادح المسجل في الإختصاصين العلميين في افريقيا وآسيا
وخاصة أمام اندماجها في المجتمع ومكانتها فيه في محاولة استغلالها أي القابلة بتكوينها عصريا لتمارس عملها داخل
إطارها القديم .

والقابلة كحوت المحيط جنس مهدد وفي انقراض سريع ، فقد كان عدد القوابل في تونس سنة 1969 - 1400

ولم يوجد منهن سنة 1983 إلا قرابة النصف وأساسا في الأرياف .

السّحار : إنه حلقة من سلسلة آتية من غور الزمان والمرجح أنه من مخلفات الحضارة البدائية الأولى ، إذ ليس لتدخلاته
أية صبغة إسلامية ، فمن تقنياته مثلا التخليص من العين أو الرمي بها ، وتهديد الجنون المتقمصة للشخص بكلّ الوسائل
لإيقاع برد الصحة.

الدرويش :

ترتكز تدخلاته أساسا على الإيقاع الموسيقي والرقص لتخليص الجسم من زوّاره الثقلاء.

المؤدب :

اختصاصه كتابة التمام والعزائم وأكثرها قرآن ولقد اكتشفنا أهميته عندما اتضح لنا أن أغلبية مرضانا في عيادة
الصرع يحملون "الحرز" وهو قصاصة كتبت عليها ما تيسر من سورة البقرة أو ياسين ملفوفة في قطعة قماش ومحمولة
حول العنق لا تفارق المريض .

الولي : يزاول عمله فيالزوايا وأضرحة المشاهير كسيدي عامر بقرب سوسة ويحج إلى هذا المزار ليلة كل جمعة جمع
غفير من المرضى من كلّ الأعمار والطبقات وتقدم الخدمات الصحية في شكل الدعاء والتبرك والحصره أي الرقص إلى
حدّ الإغماء.

الصيدلي القديم :

إنه همزة الوصل بين الطب الخرافي والمدون ، بين المدون والحديث فهو يبيع عددا كبيرا من الأعشاب والمراهم التي وصفت منذ قرون ، ولا زال يتعاطى مهنته في مراكش مثلا على قارعة الطريق محفوفًا باحترام العجائز وثقة موظفي البنوك والوزرات .

والأهم من هذا العرض المقتضب لأهم اختصاصي الجهاز القديم تقدير خطورة هذا الأخير وأهميته. إن من أصعب مهام التدريس إقناع الطلبة بضرورة الإهتمام بالجهاز القديم وفهم دوره واحترامه، فهو بالنسبة إليهم وصمة عار وظاهرة تخلف يجب التخلص منها بسرعة ، ولا ينفع تذكيرهم بأن فرنسا البلد المتقدم تعد مائة ألف طبيب عصري وستون ألف شخص ما بين منجم وساحر وولي الخ ... ومن ثمة لا بد من التذكير بأسباب دوام الجهاز القديم وحيويته.

وبانتقال الإنتاج إلى النمط الصناعي بتكنولوجيته وإيديولوجيته المتميزتين حصلت نقلة نوعية في المجتمع ، إلا أنّ تطوّر التكنولوجيا المتسارع لم يلمس كلّ قطاعاته بنفس الحدة ولم يشملها بفوائده بنفس الكيفية ، ومن ثمة حصل داخل المجتمع الواحد شرخ لا يظهر إلا بالفوس في الأعماق في المدن والطبقات المترفة ولكنه واضح للعيان خاصة في أرياف بلداننا العربية.

إضافة لهذا فإنّ تطوّر الإنتاج من تكنولوجيا إلى أخرى لا يلغي الإيديولوجيا السابقة وتبقى هذه الأخيرة سارية المفعول زمنا طويلا لأنّ المعتقدات والعادات المستحكمة والتصرفات الجماعية المتوارثة تتغير ببطء شديد .

ماذا الآن لو عدنا لمواصفات الجهاز المثالي كما تعرّضنا لها . لا بد أنّنا سنكتشف بسرعة أن الجهاز القديم يتوفّر على كثير منها فهياكله قريبة في تناول اليد (مؤدب الحي أو ضريح ولي القرية) والإستقبال الحسن مضمون والتكلفة متواضعة والنتائج إيجابية في الكثير من الأمراض . وقد رأينا أن نصف المشاكل مرتبطة بالصعوبات العلاقية بين البشر . وقد اكتسب الإخصائيون في الجهاز القديم خبرة واسعة بالنفس البشرية لا يملكها زملائهم في الجهاز الجديد . وأخيرا وليس آخرا فإنّ الجهاز القديم يبقى آخر أمل عند من لا نوفر لهم أيّ حلّ مرضي كالمصابين بالأمراض العصبية المزمنة أو القاتلة ، وقديما قلنا ما أضيّق العيش لو لا فسحة الأمل ، لكلّ هذه الأسباب المتشابكة لا نستغرب دوام وحيوية هذا الجهاز بنظرياته التي تجاوزها الزمن ، واستعمال قرابة نصف السّكان في تونس لخدماته بصفة أو متقطّعة ، وبصفة كلية أو مع طلب نوع من الخدمات من الجهاز العصري والالتجاء إليه في طلب خدمات أخرى. يليّ إذن هذا الجهاز لأسباب ثقافية واقتصادية حاجيات اجتماعية عميقة لعجز أو قصور في جهازنا أمّا تحقيره واضطهاده ، وإجباره بالتالي على ملازمة الثّقة السريّة فهي سياسة قصيرة النظر وفاشلة مسبقا.

مكونات الجهاز الحديث

هو أساسا حصيلّة عوامل مكوّنة من أهمّها :

- . المهنيّين
- . الهياكل
- . التّمويل
- . التّنظيم

لنتعرّض إلّالعوامل الثّلاث الأولى مفردين فصلا خاصّا للتّنظيم نظرا لأهمّيّته وارتباطه بعوامل ثقافية وسياسية معقّدة.

1. المهنيّين (3)

هم جملة العاملين داخل الجهاز لتقديم الخدمات الصّحية ويشمل هذا الصّنف الأطباء والصّيادلة وأطباء الأسنان والممرّضين والمخبريين والعملة والموظّفين ، وبصفة عامّة كلّ من له علاقة مباشرة أو غير مباشرة بهذه الخدمات. إنّ ما يفوت الطيب عادة الوعي بأهمية العاملين بجانبه في هذا الميدان وخاصة بالوزن الإقتصادي والاجتماعي للمهنيّين.

نسبة عمّال القطاع الصحيّ
من مجمل العمّال (أواخر السبعينيات)

الولايات المتحدّة	5.8 %
ألمانيا	3.3 %
النمسا	4.9 %
فرنسا	6 %
بريطانيا	3.9 %
السّويد	6.5 %
إيطاليا	2.7 %

تبرز قراءة هذا الجدول التّحول النّوعي الخطير الذي شهده العصر والذي جعل الصّحة "صناعة" تشغّل من 3 % إلى 6 % من مجمل العملة الذين لهم مصالحهم الخاصّة وتناقضاتهم الداخليّة ومطالبهم الكثيرة. والقضايا التي يثيرها وجود المهنيّين بهذه الكثافة متعدّدة ومختلفة . كيف يجب تأهيلهم إلى مهامهم بأقصى قدر ممكن من النّجاعة ؟ . كيف يجب توزيعهم بصفة لا تتعارض مع المصالح الخاصّة وتضمن المصلحة العامّة (مثلا العدالة بين الريف والمدن) ؟

. ما هي المقاييس التي يجب اعتمادها لتحديد الحاجيات موضوعيا كعدد الأطباء والقوابل والممرضين وأسرة المستشفيات الخ ؟

. كيف يمكن مواجهة طلباتهم المادية في ظروف اقتصادية صعبة ؟

. كيف يمكن إدغرة شؤونهم بصفة فعّالة وسريعة وتجاوز البيروقراطية المشلّة ؟

هذه جلّ القضايا التي يواجهها السّاهرون علما لجهاز من رجال السياسة والإدارة وعن حسن الإجابة عنها يتوقّف الكثير علمستوى جودة الخدمات .

2. الهياكل :

أول ما يخطر لنا علبال هنا هو المستشفى بصفته الرّمز للهيكّل الصحي وقد ساد الاعتقاد زمنا أنّه كلما كان المستشفى صخما ، مجهّزا بأحدث الآلات التقنية، وكلّما تكاثرت وتناثرت المستشفيات على كامل التراب الوطن ، كلما كان جهازنا مكتملا فعّالا قادرا على مواجهة كلّ التحدّيات المرض ، إلّا أنّنا رأينا أنّ هذه النظرة الساذجة لا تتماشى مع المعطيات الموضوعية ، فمردود **90%** من الإعتمادات التي تخصّص للمستشفيات لا تنقص نسبة الوفيات إلّا بـ **11%** مقابل **43%** إذا خصّصت **1.5%** فقط لتغيير عادات سلبية كالتدخين والإدمان على الخمر وانعدام الرياضة إضافة إلى هذا اكتشف المخطّطون منذ السّتينات في كلّ بلدان العالم أنّ هذه الهياكل الثقيلة باهظة التكاليف يصعب أو حتى يستحيل إدارتها، وأنّ على المستشفيات بالعكس أن تكون خفيفة، لا تتجاوز حدّا معيناً من الأسرة (من **200** إلى **300**) (4) وأنّ تحتوي علوحدات علاج وجراحة وتوليد ، وأن يكون تدرّجها في تعقيد الخدمات منطقيا ومفروضا بطبيعة الحاجيات لا بالضغوطات السياسية.

إن صعوبة إدارة الوحدات الضخمة وسوء توزيع المستشفيات وتكلفتها الباهظة تفسّر حالتها التعيسة خاصة في بلدان العالم الثالث ، وخطورة التحدّيات التي تواجهها ومن أهمّها الأكتظاظ ورداءة الخدمات النسبية. وقد اتضحتمند السّتينات أيضا وتحت تأثير المنظمة العالمية للصحة أهمية خطّ الدفاع الأول من مستوصفات ومركز الأم والرضيع الخ ... فقد اعتبر هذا القطاع (ولا زال هذا صحيحا على مستوى الإعتمادات) ثانويا رغم أنّه يتعامل مع **80%** من الطلبات الصحية ورغم أنّ يشكّل المدخل الإجباري إلى خطّ الدفاع الثاني .

إنّ المشاكل التي يواجهها خط الدفاع الأول كثيرة وخطيرة منها :

. النقص الفادح في الاعتمادات المخصّصة والتي تبتلع المستشفيات جلّها.

. وضعية العاملين فيها ويعتبرون مادّيا ومعنويا أقل من نظرائهم في المستشفيات .

. كثافة الطلّبات وصعوبة مواجهتها بالإعتمادات المخصّصة، وقد أشرنا إلى الارتباط بين مشاكل الخطّينولا بدّ من

العودة والتكرار فعجز خط الدفع الأول عن مواجهة مهامه يعني:

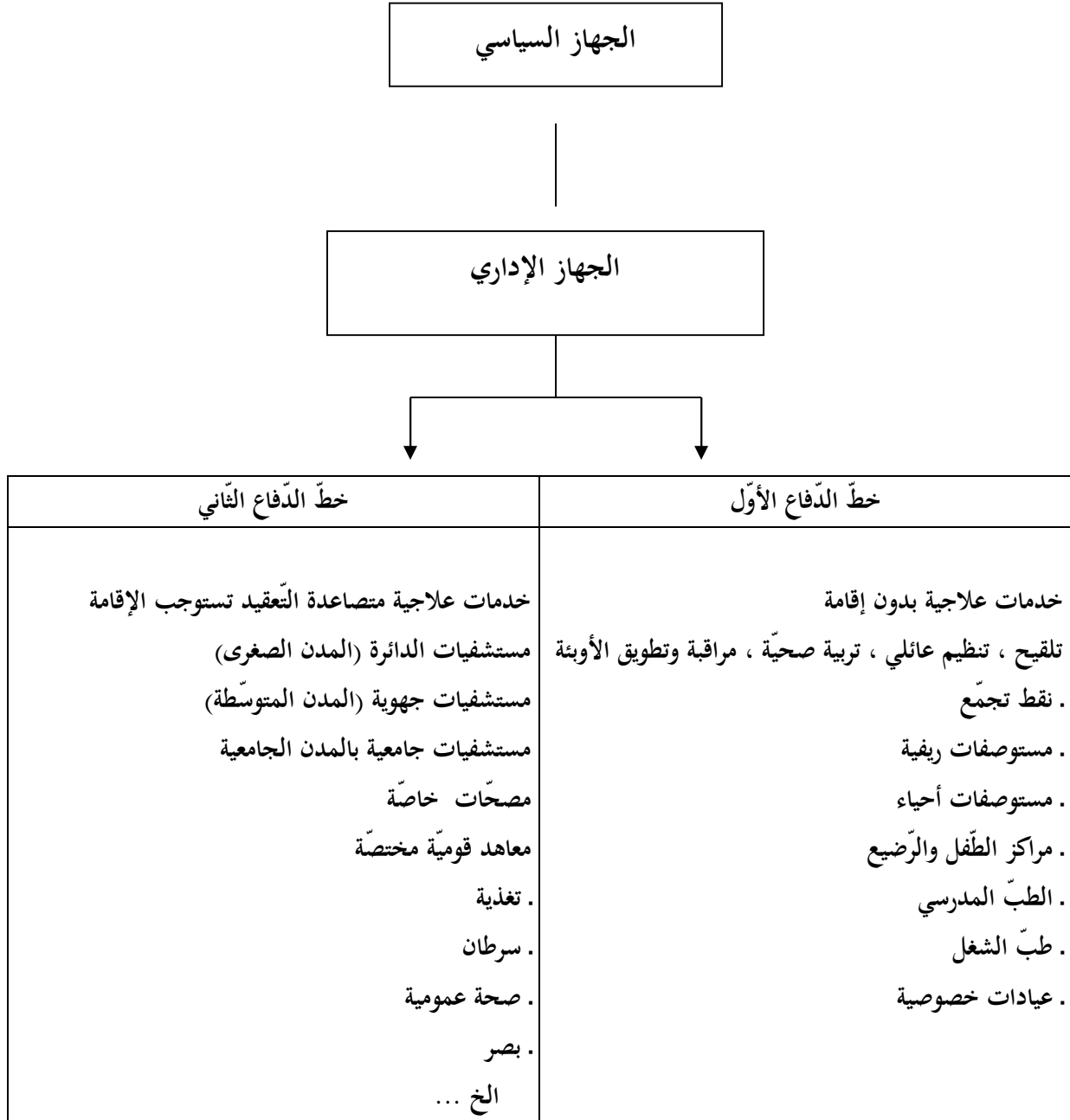
. قلة نجاعة الوقاية ومن ثمة ظهور أمراض قابلة للتطويق كالشلل، أو نقص التميّة الحادّ عند الرضع وكلها مؤهلة

إمّا للقضاء على المريض أو لملء المستشفيات.

. انعدام الإمكانيات الأساسية للتشخيص وعلاج الأمراض البسيطة والمزمنة كالسكري وارتفاع الضغط ممّا يعني

إحالة الرضى إلى المستشفيات فتزداد اكتظاظا على اكتظاظ.

إنّ حلّ مشكلة الهيكلية يبدأ بإعطاء جزء هام من الإعتمادات لخطّ الدفاع الأوّل ليساهم في التّقليل منالضغط على المستشفيات ، وفي تقديم خدمات مندمجة علاجية تكون قريبة من النّاس وتلبي حاجياتهم الأساسية.



3. قضية التمويل (5)

إنها حجر الزاوية في كل جهاز فالصحة كما يقال بدون ثمن ولكن لها ميزانية وعن هذه الميزانية وعن حجمها ومآلاتها يترتب كثير من الأمور.
لنبدأ أولاً بتقدير أهمية تكلفة الصحة بالنسبة للمجتمع وتطورها عبر الزمان في بعض البلدان التي تتوفر على إحصائيات موثوق بها.

النفقات الصحية بالنسبة للدخل الوطني الخام

1980	1950	
5.9 %	3.5 %	بريطانيا
9.2 %	2.9 %	السويد
7.4 %	4	كندا
6.4 %	2.8 %	إيطاليا
9.8 %	4.5 %	الولايات المتحدة
9.4 %	2.2 %	ألمانيا
2.4 %	?	تونس

يتضح إذن وزن المصاريف الصحية بما أنها تتراوح من 5 إلى 10 % من الدخل القومي في البلدان الغنية، في حين أنها لا تتجاوز 3 % في البلدان الفقيرة وهو عموماً هزيل (1200 دولار /سنة/ في تونس، 12000 دولار/سنة في فرنسا).

الظاهرة الثانية التي يبرزها الجدول بوضوح هي تصاعد هذه النفقات وهي ظاهرة عالمية ، ومتعددة الأسباب . اعتبار الصحة حقاً و"استهلاكه" بصفة متزايدة من قطاعات تتوسع دائرتها داخل المجتمع بفضل تقدم الوعي والثروة.

. تزايد عدد المهنيين ويتبع هذا دوماً تزايد الخدمات ضرورية كانت أم لا .
. غلّو أسعار الوسائل التقنية وتكاثرها واعتبارها من طرف المهنيين والجمهور حقاً .
. الإعتماد المتزايد على الطبّ للتعامل مع المشاكل الاجتماعية (وربما تغطيتها) كالوحدة والتأسيّة والمشاكل العلاقاتية ، وهي بحجم ضخم . والإستهلاك المحجف لمهذئات الأعصاب في جلّ البلدان عرض مرضي لهذه الحالة .

يبقى أن نعرف من أين تأتي الأموال وكيف تصرف ؟ والجواب أن مصادرها ثلاث : الدولة وصناديق التأمين وجيب المواطن ، وسنرى أن تفضيل مصدر تمويل على آخر هو الذي سيسمح لنا بتصنيف الأجهزة.

1 . الدّولة :

هي الممولّ الرئيسي في كلّ أقطارنا العربية وفي بعض الأحيان هي الأوحد والقضية الكبرى هي ضعف الموارد بالنّسبة لأهمية الحاجيات (تشغيل . تعليم . دفاع الخ ...) وهي بالطبع مطالبة لأسباب أخلاقية وسياسية بتقديم خدمات مجانية لأغلبية من المعوزين لا يعملون ولا ينخرطون في صناديق الضمان الإجتماعي وليست لهم الموارد الكافية للحصول على الخدمات بمقابل ، ويتّضح عبء هذه المجموعة من المواطنين إذا درسنا تطوّر العلاج المجاني التي ورّعتها الدولة في تونس .

السنة	عدد البطاقات	المجمهرة المغطّاة	النّسبة في البلاد
1970	650.000	3 250.000 مواطن	64 %
1977	672.000	3 360.000	56 %
1982	500.000	2 500.000	37 %

من البديهي أن تناقص عدد البطاقات المجانية بإدماج أكبر عدد ممكن في الدّورة الاقتصادية ورفع المستوى المعيشي للفرد هو قدر النظام ، فالخدمات المجانية لنصف السّكان سنة 1977 وفي إطار اعتمادات قليلة لا تولّد إلاّ الإكتظاظ والعلاج الرديء.

2 . صناديق التأمين :

تتعدّد وتختلف باختلاف البلدان لكن المبدأ واحد : مساهمة مالية تقتطع إجباريا من ماهية موظف القطاع العام والخاص مع مساهمة مفروضة أيضا على المشغل سواء أكانت الدّولة أو القطاع الخصوصي ، وتخصّص هذه الأموال لتغطية كاملة أو جزئية للنّفقات الصحيّة ، أمّا بالدفع مباشرة للهيكل الصحيّة أو بإرجاع جزء من النّفقات التي قدّمها المنخرط ، وتتمتّع العائلات بالحيطة. ويمكن للمواطنين إضافة إلى هذا . الإنخراط في صناديق إضافية خاصّة لتدفع الفوارق البسيطة التي تحملها الصناديق الإجبارية على جيب الواطن.

3 . جيب المواطن :

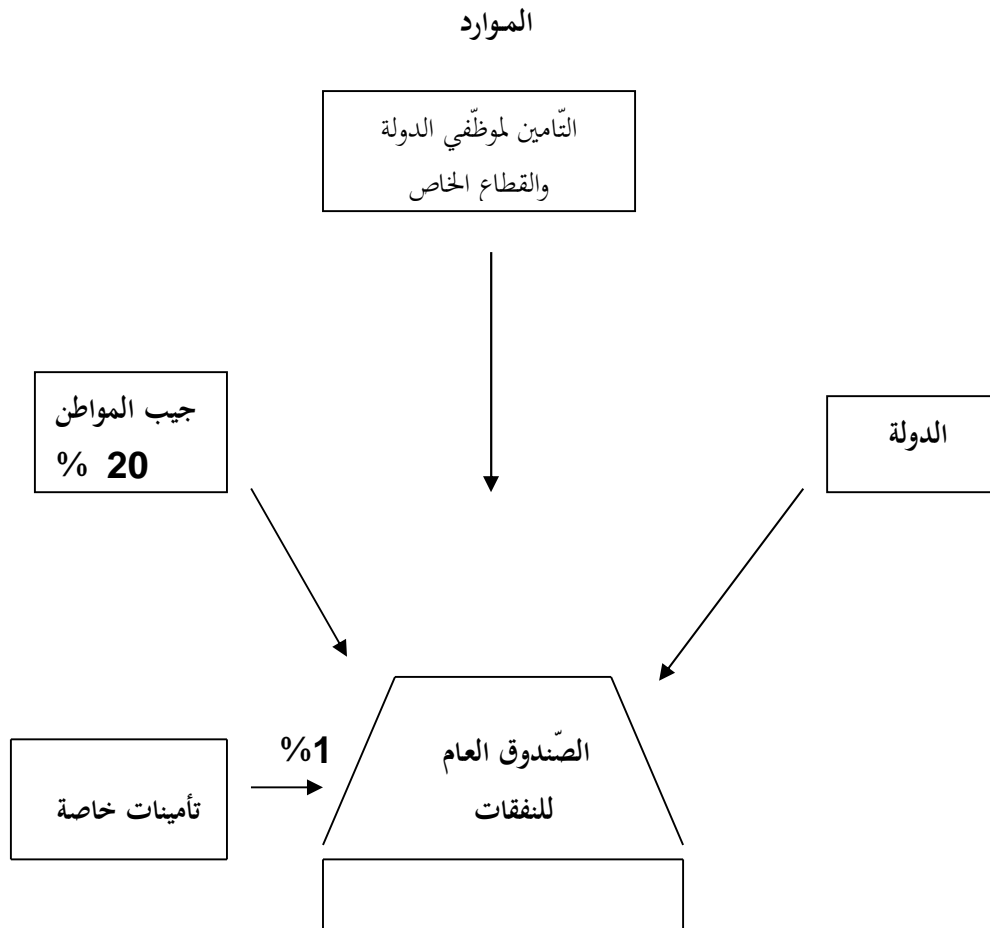
يساهم المواطن عادة بقسط يكبر أو يصغر في نفقاته الصحيّة، حتى في الأنظمة التي توفر نظريا مجانية الصحة ، للحصول على خدمات أحسن ممّا هو متوفّر للجميع وبمقابل مادي يكون أحيانا هاما. ونظرا لحساسية الصحة فالقاعدة أنّ مساهمة المواطن تكون عادة هامة ومفروضة فرضا.

النّفقات

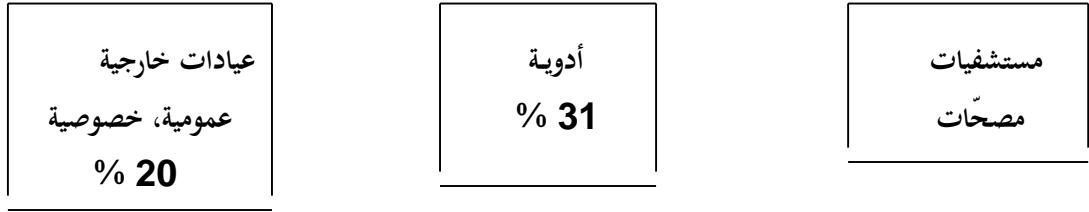
أين تذهب الأموال المرصودة للصحة ؟ إن اختلاف الأوضاع والأجهزة تجبرنا على التزام العموميات ، وتتبع خطط القوة الهامة.

- مبدئياً يمكن اعتبار المستشفيات كما قلنا هي أكبر مستهلك للأموال والإعتمادات (أجور المهنيين من الأطباء إلى عملة التنظيف، أجهزة ، صيانة الخ...) مع العلم أن 95 % من السكان لا يستهلكون شيئاً من خدمات المستشفيات المقصورة على 5 % فقط.
- ثاني مستهلك للإعتمادات في تونس وكلّ البلدان العربية هي الأدوية وجلّها مستورد ، وإذا عرفنا أنّ نسبة استعمال كلّ الأدوية الموصوفة لا يزيد في أحسن الحالات عن 50 % فإننا نقدر التّبدير الهائل في هذا الميدان من طرف الأطباء والمستهلك.
- ثالث مستهلك هو قطاع العلاج المتنقل والتمثّل أساساً في مصاريف العيادات التي تدفع للأطباء المباشرين . وتتضح الهيكلية من مثال تمويل الجهاز التونسي.

تمويل الجهاز الصحي التونسي



النفقات



الجهاز الخيري

إنّ تغلب أحد مصادر التمويل الثلاث هو الذي يحدّد نمط الجهاز ، وقد صنّفنا أجهزة الصحة الموجودة إلى ثلاث: الخيري والعمومي والخصوصي.

والخيري أقدم الأجهزة الصحية على الإطلاق، فقد عرفت كلّ الحضارات العريقة بصفة أو بأخرى الملاجئ والمستشفيات للفقراء والمعوزين ، وفلسفة الجهاز تقديم خدمة صحية بدون مقابل مادي لمحتاج بواعز إنساني محض.

وقد عرف الغرب إلى موفى القرن العشرين هذا النوع من الخدمات إلّا أنّها اختلفت منه ولم يبق الجهاز سائدا إلّا في البلدان المتخلّفة للعالم الثالث ومن أهمّ مميّزاته.

- جهاز إنتاج من النّوع الزراعي المتخلف . ندرة الموارد وسوء توزيعها بين المدن والأرياف وبين الطبقات الإجتماعية.

. انتشار الأمراض السّارية وارتفاع نسبة الوفيات خاصّة بين الأطفال.

. انتشار البطالة وقلة موارد العائلات

. حدّة الصراعات السياسية.

من الطبيعي أن لا تساهم الأغلبية بصفة هامة لا بضرائبها نظرا لضعف قوى الإنتاج واستفحال البطالة، ولا بمالها الخاص لأنه لا يسمح مثلما هو الحال في افريقيا باشتراء الأدوية إلا بالتفصيل ، ومن ثمّة فإنّ ميزانية الصحة جزء من الميزانية العامّة ، أي إنّ أقلية دافعي الضرائب وواردات الدولة التجارية والقروض الخارجية هي التي تدفع ثمن الخدمات الصحيّة لأغلبية لا حول لها ولا قوّة، ويساند هذا العمل الخيري . علما لصعيد العام، أعمال خيرية على الصعيد الخاص ومستشفيات كنسيّة . منظمات غير حكومية . تبرّعات خواص الخ...
إلا أنّه من الواضح أن تنظيما كهذا نظرا لضعف الموارد وتقطع تواجدها وأهميّة الحاجيات لا يمكن إلا أن يولّد جهازا له هذه الخاصيات .

- . تواجد جلّ الإمكانيات المادية والبشرية بكثافة في المدن الكبرى وفقير الأرياف .
- . اكتظاظ كلّ المؤسسات ورداءة خدماتها بفعل تظافر كثرة الطلبات وقلة الموارد .
- . عدم تمتّع الأغلبية بالخدمات الصحيّة لبعدها عن المراكز وندرتها واكتظاظها وسوء استقبالها وقلة إمكانياتها .
- . تطوّر قطاع خصوصي . لا يقدر على خدماته إلا الموسرين .

إنّ هذه الصّعوبات تفسّر هشاشة الجهاز وأهمية الجهاز التقليدي الذي يبقى على علاّته الأمل الوحيد لجماهير كثيرة، ومن نافلة القول أنّ تواجده على هذا الشكل رهن بحالة التخلف وأنّه مطالب طال الزمان أو قصر بالانتقال إلى طور أرقى تمثّله الأجهزة الثلاث التالية:

الجهاز العمومي(6)

- يوجد هذا النوع خاصّة في ما بقي من البلدان الإشتراكية ومن دعاماته السياسية والإقتصادية .
- . اعتبار العدالة الإجتماعية محور كلّ العمل السياسي
- . تملك الدولة لقوى الإنتاج وتشغيلها لكلّ الطاقات
- . اعتماد البرمجة والتخطيط كأداة مثلى لتطوير قوا الإنتاج
- . اعتبار الجهاز الصحي قطاع خدمات عامتحت مسؤولية الدولة .

الهيكلية :

إن أحسن مثال على هذا التنظيم الجهاز الصحي السوفياتي السابق الذي رأى النور سنة 1917 وشكّل نموذجا لكل البلدان الاشتراكية وحتى لبلدان الرأسمالية كالسويد وبريطانيا ، ومن أهم مميزات هذا النوع من الأجهزة أولوية الدولة المطلقة من كل النواحي أي :

- الميزانية المخصصة للصحة ، وبالتالي فإن أهم مصدر لتمويل الصحي عائدات الدولة من شرائب الأفراد والمؤسسات ومواردها التجارية.

تعترف الدولة بالحق المطلق لكل فرد في العلاج فتتحمل جل مصاريفه ، مع العلم أنها تطالبه بمساهمة صغيرة (مصاريف علاج الأسنان في الإتحاد السوفياتي ، أو الأدوية في الصين).

- تملك الدولة كل المؤسسات الصحية، وتشغل فيها كل اليد العاملة المختصة.

- تحدّد الدولة توزيع الموارد وتسنّ الخطط وتحدّد المقاييس (مثلا طبيب لكذا عدد من السكان، كذا عدد أسرة مستشفيات لكذا عدد من السكان).

- تشرف الدولة على كل الأمور الهامة المرتبطة بالصحة كالتطهير ومحاربة التلوث والبحث العلمي الطبي وتدرّس الطب.

الجهاز الخاصي

وهو الجهاز الآخذ في الإنتشار نظرا لانتصار النظريات الليبرالية في التسعينات .

إن أحسن مثال عنه هو الجهاز الصحي بالولايات المتحدة ومن أهم العوامل السياسية والاقتصادية التي تفسر هيكلته :

- ملكية القطاع الخاص للجهاز الإنتاجي .
- اعتبار الواعز الخاص للربح المحرك الأساسي للإقتصاد .
- الإيمان بأهمية دور الفرد ومسؤوليته في ضمان رزقه وحرّيته .
- الحد من مسؤولية الدولة التي لا تتدخل إلا للتقنين والمراقبة .
- إخضاع المواد والخدمات كالصحة والتعليم لقانون العرض والطلب وسلطة السوق حيث يطلب من المنافسة أن تلعب دور التمييز بين الخدمات الجيدة والقليلة التكلفة ، والخدمات الرديئة والباهظة الثمن .
- اعتبار الفرد قادرا ومسؤولا عن شراء المواد والخدمات حسب قوانين السوق وبإمكانياته الخاصة التي يكلفها له مردود عمله داخل الآلة الاقتصادية ، ومن الطبيعي أن تكون نوعية الخدمات الصحية كنوعية الثياب التي يرتديها والأطعمة التي يستهلكها مرتبطة بقدرته الشرائية .
- والآن تترجم هذه الاختيارات ؟

- تنتمي الأغلبية الساحقة للمؤسسات الإستشفائية أو الأطباء إلى القطاع الخاص ، وتعتبر المستشفيات والمصحات مؤسسات اقتصادية مطالبة بالربح أو على الأقل بتغطية تكاليفها .
- يدفع المرضى من جيهم هذه الخدمات وهي باهظة الثمن ومن المعروف أن إحدى وسائل الإفلاس العائلي في الولايات المتحدة ، الإصابة بمرض خطير يتطلب بيع المنزل ، أو استهلاك مدخرات عمره بأكمله .
- في المقابل للمريض حرية في اختيار المؤسسات والأطباء وهم دوما في حالة تنافس .

إن أحسن مثال على استعمال السوق وقانون العرض والطلب هو التنظيم الشائع في كاليفورنيا والمسمى H M O (أ) ويعمل كالاتي :

- يتفاوض عدد معين من الناس أو من المؤسسات الاقتصادية كالمصانع والبنوك الخ مع تهاونيات يدفعون لها بدل تأمين متفق عليه مقابل خدمات صحية معينة في حالة مرض ويلعب التنافس هنا دوره بين التعاونيات نفسها ، إذ يمكن للمرء الإنخراط في هذه بدل تلك حسب ما توفّره من فوائد تتجاوز ما تقدّمه منافساتها .
- تقوم التعاونيات بالتفاوض مع المؤسسات الصحية لتضمن أحسن الخدمات بأقل التكاليف لمنظريها وهكذا تستطيع أن توفّر أرباحا لنفسها وخدمات صحية يتنافس على تقديمها جهاز صحي يبيع الصحة كما تبيع المغازات العامة المواد الغذائية .

(أ) Health maintenance organisation :

لنقارن بين الجهازين محاولين وضع اختياراتنا المذهبية والسياسية بين قوسين لفهم موطن القوة والضعف في كلا النظامين .

الجهاز العمومي	الجهاز الخصوصي	
في تراجع	في تطوّر	الإنتشار
<p>عدالة توزيع الخدمات الصحيّة (مع استثناءات يستحيل تفاديها)</p> <p>ضبط تطوّر الجهاز بالحاجيات</p> <p>التحكّم في النّفقات وتوزيع الموارد</p> <p>أهمية الوقاية والخدمات الصحيّة الأولية</p>	<p>خدمات مرتفعة نسبيا</p> <p>حرية المريض في اختيار طبيبه وحرية الطبيب في الوصف</p> <p>ارتفاع مستوى البحث العلمي خاصة في ميدان الدواء وتكنولوجيا التشخيص والعلاج لما يوفّره من ربح .</p> <p>أهمية مكانة الطبيب ماديا ومعنويا</p>	الايجابيات
<p>انخفاض المكانة الإجتماعية والمادّية للطبيب الموظف</p> <p>مركزية قرار مفرطة</p> <p>جهاز بيروقراطي أخطبوطي</p> <p>انخفاض الشعور بالمسؤولية عند المهنيين والتدبير الناجم عنه</p> <p>رداءة نسبيّة في الخدمات</p> <p>ظهور "السوق السوداء " لطبقة النّومكلاتورا</p> <p>أي الطبقة المحظوظة في المجتمعات التي لاتعترف</p> <p>نظريا بوجود طبقات</p> <p>انخفاض مستوى البحث العلمي خاصة في ميدان الأدوية.</p>	<p>طغيان التّكنولوجيا والعلاج المتخصّص وتواضع الوقاية</p> <p>قلّة عدالة توزيع الخدمات</p> <p>تسليع الصّحة، والتعامل مع المشاكل الإجتماعية (إدمان، إجرام، شيخوخة) وكأنّها سوق للغزو التجاري الطّبي</p> <p>انعدام مشطّ للنّفقات الصحيّة فرديا وجماعيا</p>	السلبيات

الجهاز التأميني

إن أبرز نقط الضعف في الجهاز العمومي هي إذن البيروقراطية ، وفي الجهاز الخصوصي تسليع حاجة ماسة كالصحة هي حق وبالتالي لا تخضع للمنطق التجاري.

لا عجب أن نرى محاولات بناء يتفادى هاتين العقبتين (أ) فقد أدى الضغط السياسي المتزايد في البلدان الرأسمالية لتمتع أكبر عدد ممكن من الناس بهذه الحاجة وهذا الحق إلى "تداول" متزايد على قدسية قانون العرض والطلب ودور السوق ومسؤولية الفرد وحرية في تأمين صحته.

وقد استشرى النظام التأميني خاصة في بلدان أوروبا الغربية وكندا وأستراليا وأصبح الطابع المميز لهذه البلدان ، ومن أهم مميزات الجهاز :

. تجاوز قطاع خصوصي مكوّن أساسا من أطباء عامين أو اختصاصيين في عياداتهم أو في مصحات خاصة مع قطاع عمومي هام جدا كما ونوعا تسيّره الدولة بمستشفياته وموظفيه من أطباء وممرضين الخ...

. تمتع الأغلبية الساحقة في المجتمع بالخدمات الصحية سواء أطلبوها من القطاع الخصوصي أو العمومي ، إما بمقابل ضئيل أو بدون مقابل على الإطلاق ، لأنّ صناديق الضمان الإجتماعي هي التي تدفع جلّ النفقات الصحية خاصة إذا كانت الحاجيات من النوع الثقيل (عمليات أمراض مزمنة الخ...).

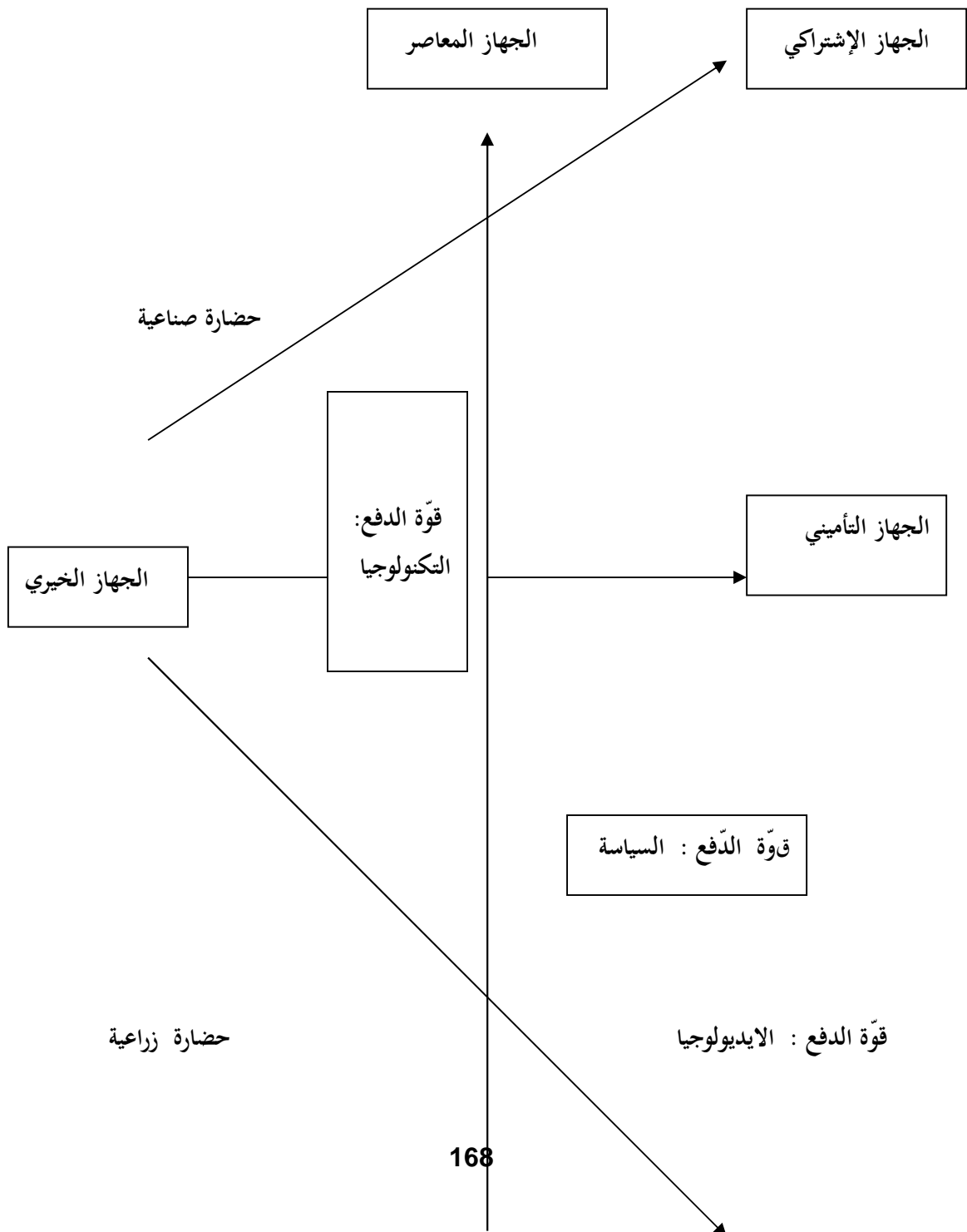
وتتلقى صناديق الضمان الإجتماعي . وتخصّص في هذا القطاع أو ذاك . اعتماداتها من مصدرين : مساهمة كلّ من يعمل بقدر مالي يقتطع مباشرة من ماهيته ، ومساهمة من المشغل سواء أكانت الدولة أو مؤسسة اقتصادية خاصة . وتمتدّ التغطية إلسالعامل وأفراد عائلته القريبة كزوجته وأبنائه إلى أن يبلغوا سنّا معيّنا يحتم عليهم الإنخراط بدورهم في العجلة الاقتصادية.

تلعب الدولة في هذا التنظيم دورا وسطا فلا هي الحكم المطلق مثلما هو الحال في النظام الاشتراكي ، ولا هي الغائب الحتمي وراء قدسية المبادرة الفردية في النظام الرأسمالي ، فمن صلاحياتها مثلا الإدارة المباشرة لجزء هام من الإعتمادات وبالتالي يمكنها أن توزعها حسب الضغوطات السياسية والحاجيات، إضافة إلى هذا فإنها هي التي تحدّد في إطار مفاوضات اجتماعية معقدة أسعار العيادات الطبيّة أو الخدمات المختصة ، أو نسب مساهمة الفرد والمؤسسات الاقتصادية في التأمين .

من البديهي أنّ نظاما كهذا يتطلّب انعدام البطالة أو ندرتها ليشارك أكبر عدد ممكن في الصناديق فتستطيع أنذاك مواجهة كلّ نفقات الخدمات الصحية ، وهذا الشرط ليس بديها خاصة في ظروف الأزمات الاقتصادية التي تترك في بعض الأحيان عشر القوى العاملة بلا مورد رزق ومن ثمة بلا تغطية صحّية (نظريا لأنّ الدولة تتدخل مجددا عبر برامج خاصة لإعانة هؤلاء البؤساء).

(أ) إنّ هذه الحركية قد أدت مثلا ببلد رأسمالي كبريطانيا سنة 1946 عند مجيء حزب العمال الاشتراكي للحكم إلى بناء جهاز لا يبعد كثيرا عن جهاز بلد اشتراكي كالاتحاد السوفياتي .

تطور الجهاز الصحي



الجهاز وحفظ الحصّة

من أبرز خطوط القوّة التي يتطور وفقها الجهاز الصّحي في كلّ بلدان العالم ، الإهتمام المتزايد بوظيفة الحفظ والتّخلي التدريجي عن الإعتصام الدّور التقليدي الأوحّد : الرّد .
وقد رأينا أفضلية الجهاز الإشتراكي العمومي على اللّيبرالي الخصوصي في هذا الميدان نظرا لمركزيته واعتماده التّخطيط ، وتوجّهه إلى العموم ، إلّا أنّ الجهاز الخصوصي نفسه يتدرّج تحت ضغط التّكلفة الإقتصادية الباهظة للرّد والضغوطات السياسية نحو إفساح المجال أكثر فأكثر للحفظ .
لنستعرض وظائف الجهاز في هذا الميدان ولنا عودة مفصّلة إليها نظرا لأهميتها :

1 . المساهمة في تحسين البيئة

لقد رأينا أن قضية تمكين الأغلبية من الماء الشّروب وقنوات التّظهير والمساحات الخضراء والهواء النّفي الخ... تتجاوز صلاحيات وإمكانيات الجهاز الصّحيّ إلّا أنّ له دورا لا يعوّض في تقييم البيئة عبر دراساته ، وهو في بعض الحالات مسؤول عن خدمات محدّدة لتطويق المضاعفات السّلبية ، كمراقبة نقط بيع الأغذية في المدن أو كتعقيم الآبار في الأرياف وذلك عبر أجهزة مختصة تتبّعه .

2 . مراقب الأمراض :

تراقب الوحدات الوبائية المتوزعة جهويا أو وطنيا انتشار تطور الأمراض السارية عبر التصريح الإجباري للأطباء بعدد منها (27 في تونس) وبهذا فإنّ الجهاز قادر نظريا على تشخيص أخطر الآفات الاجتماعية والمرور إلى المرحلة التالية.

3. خدمات الأمّ والرضيع

أدت أهمية هذه الجمهرة عددياً وكثرة مشاكلها الصحية بالجهاز إلى تخصيص وحدات خفيفة تقدّم الخدمات كالتنظيم العائلي ومراقبة الحمل والتربية الصحية الخ ...

4. البرامج الوقائية

يكلّف الجهاز خاصة خط الدفاع الأول بتنفيذ برامج وقائية ضدّ أخطر الأمراض وأكثرها انتشارا مثلا برنامج محاربة الإسهال ومحاربة السلّ الخ وقد تبادر الوحدات الأساسية حسب الخريطة الوبائية إلى سنّ برامج جهوية ومحلية تفرضها الظروف الموضوعية والحالة الصحية للجمهرة المعنية.

- التلقيح : من أهم وظائف الجهاز وتتمثل في تغطية أكبر عدد ممكن من أفراد الشعب باللقاحات الضرورية ، ولقد أدى نجاح التلقيح المنقطع النظير إلى جعله مرادفا للوقاية عند العامة والخاصة والحال أنّه ليس أكثر من برنامج مختصّض ببعض الأمراض السارية.

(أ) : التقصيّ : Screening-Dépistage

- التقصيّ (أ) : من البرامج الممكنة ويتمثل أساسا في اكتشاف الأمراض في بداية تطورها بالتعامل مع إشكالية محدّدة (سرطان عنق الرحم) مع جمهرة معيّنة (النساء من 20 . 40 سنة) أو تسوّس الأسنان عند أطفال المدارس ، أو التسمم بالرصاص عند عمال المصانع القديمة الخ ...
- التربية الصحيّة :

إنّ إشاعة المعرفة الصحيّة وظيفية مؤسسات اجتماعية متعدّدة كالتعليم والإعلام ، إلّا أنّ الجهاز هو نقطة انطلاقها فهو الذي يحدّد مواضيع الإهتمام حسب الخريطة الوبائية ، وهو الذي يحثّ المؤسسات المختصة الأخرى على تبليغ المعلومات بقنواتها وتقنياتها الخاصة ، لتغيير المواقف والتصرّفات السلبية واكتساب تصرّف اجتماعي أسلم.

التحديات التوجهات العامة
للأجهزة الصحية (6). (2)

تواجه كلّ الأجهزة الصّحية في العالم صعوبات من نفس النمط ومن أهمّها :
 . غياب أهداف واضحة في إطار مخطّطات بعيدة المدى
 . قلة الموارد بالنسبة للحاجيات المتزايدة وسوء توزيعها بين المدن والأرياف .
 . قلة الإدماج بين الخدمات الوقائية والعلاجية وتفضيل الوقاية على العلاج قولا ، وتفضيل العلاج على الوقاية فعلا ،
 ، وتوجّه العلاج نحو الأمراض المعقّدة والنّادرة .
 . انعدام المقاييس العلمية لتوزيع الإمكانيات المادية والبشرية وصعوبة تطبيق هذه المقاييس نظرا للضغوطات السياسية التي ستجعل جهة أو طبقة تحظى بأكثر مما هو نصيبها العادل .
 . صعوبة الإدارة والتنسيق بين قطاعات مختلفة وفي بعض الأحيان متنافسة كالقطاع الخصوصي والعمومي وكالخط الأول والثاني .

. صعوبة تكوين مهنيين ، بصفة تتلاءم مع الحاجيات الحقيقية للمجتمع .
 ولقد أدّت جملة هذه المشاكل والتّحديات بالأجهزة الصّحية إلى معرفة نفس التّطورات واتّخاذ استراتيجيات تتشابه كثيرا رغم الفوارق التنظيمية الهامة . إنّ من خطوط القوّة لهذه التّطورات التّوجهات الجديدة .
 . تزايد النّفقات الصّحية وتنوّع مصادر التمويل فلا البلدان الإشتراكية استطاعت توفير الصّحة بدون مقابل ولا البلدان الرأسمالية استطاعت تفادي تدخّل الدولة وتزايد أهمية صناديق التّأمين الإجتماعي .
 . تزايد ثقل التكنولوجيا في العمل والقرار الطّبيّ وتصاعد الحاجيات التي يبدو أنّ لا نهاية لها ، فقد اعتبر جهاز السكانار في السبعينيات ضروريا لحدائته ودوره في التّشخيص السّريع ولم تمض إلاّ عشر سنوات ليتجدّد الشّره التكنولوجي في الغرب في شكل المطالبة باستبداله بالسكانار النّووي المغناطيسي .
 . تزايد الموظفين من الأطباء وضمور القطاع الخصوصي المتزايد .
 . الإعتراف بأهمية حفظ الصحة والتركيز على إعادة الإعتبار لخط الدّفاع الأوّل .
 . الإهتمام بتطوير أساليب الإدارة من تحديد حاجيات ومراقبة وتقييم .
 . الإهتمام بتكوين جديد للمهنيين يعتمد أكثر على العلوم الإنسانيّة والإقتصادية والإدارية التي كانت إلزمن قصير تعتبر خارجة عن نطاق الثقافة الطّبية .

والخلاصة :

إنّ حفظ الصحة كرهها عمل فردي وجماعي يصطدم دوما بمعوقات مصدرها الجهاز ويرتكز على إمكانيات مادية وبشرية مصدرها الجهاز نفسه ، وبما أنّنا رأينا أنّ هذا الأخير كائن تاريخي متطور فمن الضروري أنّ يعرف الطبيب والطالب خطوط القوّة في تطوره هذا ، وأن يعرف مواطن القوّة والضعف فيه ليحاول بقدر الإمكان كمهني وكمواطن مسؤول داخل المجتمع توجيه هذه الآلة المعقّدة نحو النجاعة المتزايدة التي قد تسمح لنا يوما بأن نشرفه بوصفه نظاما .

المراجع

- O.M.S 1
Médecine traditionnelle et couverture des soins des santé
Publication O.M.S Genève 1983
- ELLING R. : 2
Gross National Study of Health
Systems – Political economies and health care
Transactions INC. 1980
- FREIDSON E. 3
Professional Dominance : The Social Structure of medical care
Aldine Publishing - NY 1970. of medical care.
- KENNETH E – BRAYAN R. : 4
Cost – Benefit and cost health care Health administration press
Ann Arbor - Michigan 1982.
- LEVY. E. 5
Accounting for health Ann International Survey
Ed Economica – Press 1982.
- MILTON. I.R. : 6
Comparative National policies on Health care
MARCEL DECKER INC – Bon 1972.

رأينا أنّ الجمهرة معرّضة بحكم خلل أو نقص عوامل تعهّد الصّحة إلخاطر متعدّدة تحدّد لنا جوهر المشكل الصّحيّ ، ويمكن تعريفه بأنّه مرض أو أمراض أو عوامل ممرّضة معيّنة تشكّل خطراً على صحة الجماعة والأفراد نظراً لانتشارها وتهديدها للحياة وتكلفتها الإقتصادية ، ولنا عنها معطيات تجعلنا نأمل بتطويقها أو حتى القضاء عليها .

الإنتشار :

من أهمّ ما يؤدّ معرفته الطبيب عدد الحالات في جمهرة ما لجملة من الأمراض يشعر بنوع من الحدس أنّها هامة ومنتشرة دون أن يستطيع تحديد هذه الأهمية بالأرقام .

والمؤشر الذي يسمح لنا بقياس هذه المعلومة هو الإنتشار (أ) ويعرف كالتاليك

$$I = \frac{\text{عدد الحالات من مرض معيّن في زمن معيّن}}{\text{كامل الجمهرة}}$$

حتّى نفهم أهمية المؤشر لندرس انتشار السرطان في مختلف بلدان العالم .

انتشار السرطانات على 100000 شخص (1)
حسب البلدان (1980)

أصغر نسبة	أكبر نسبة	العضو	
0.6 (المجر)	75 (زمبابوي)	المريء	رجال
2.3 أوغندا	95 اليابان	المعدة	
0.3 اليابان	103 موزامبيق	الكبد	
0.9 سنغافورة	65 كاليفورنيا	البروسطاط	
76 نيجيريا	313 هاواي	المجموع	نساء
3.2 موزامبيق	62 هاواي	التدي	
2.7 اسرائيل	75 كولومبيا	عنق الرحم	
70 اسرائيل	306 زمبابوي	المجموع	

تتضح هنا أهمية المؤشر فحاجيات اليابان مثلاً من أجهزة وأسرة وأخصائين وبرامج وقائية غير حاجيات الموزامبيق الذي يجب أن يكون شغله الشاغل سرطان الكبد ، لا سرطان المعدة.

المؤشراذن حجر الزاوية في كل تخطيط منطقي للعلاج والوقاية علسحد السواء فيبلد يتميز دوما بخصائص اجتماعية واقتصادية ومن ثمة صحية

لنتصور الآن ما معنى الحصول على انتشار في مرض معين كالصرع إن هذا يتطلب :

* معرفة دقيقة للتعداد الجملي لسكان القرية أو المدينة أو البلد الذي يعطينا الجمهرة.

- تشخيص مرض الصرع تشخيصا دقيقا مع العلم أن الصعوبات كبيرة فهناك أنواع متعددة وتبويبها في تطور مستمر وقد تشخص بعض الحالات خطأ ، في حين تمر حالات حقيقية من المرض دون تشخيص .
- ضبط كل حالات الصرع المعروفة علما أن الأماكن التي يمكن تواجد هؤلاء المرضى فيها عديدة (عيادات الأطباء الخواص ، العموميون ، المراكز الإستشفائية) إضافة إلتنقلهم الممكن داخل وخارج حدود الجمهرة مما يجعل هذه الصعوبات التقنية من قياس المؤشر الذي يبدو في منتهى البساطة عندما نحط معادلته، عملا معقدا يدخل دوما في إطار البحث العلمي المتطلب لإمكانات مادية وبشرية هامة.

هذا ما يفسر صعوبة مقارنة انتشار الصرع من جمهرة إلسأخرى للباحثين إمكانات مادية متباينة واختلافات مذهبية في تبويب المرض قد تكون هامة ، وللجمهرات خصائص بيولوجية، ثقافية ، اقتصادية غير متشابهة ومن ثمة تباين الأرقام التي تحاول قياس نفس المرضفي بلدان مختلفة.

يبقى أن المؤشر برغم صعوبة الحصول عليه ونواقصه ضروري لمعرفة وزن المرض داخل فصيلته الطبيعية وبالنسبة للأمراض الأخرى ، وإن أمكن معرفة انتشاره في جمهرات مختلفة.

انتشار الصرع

في جمهرات مختلفة	قياسا إلى الأمراض العصبية
جزيرة Wight 1976 = 5.4 ‰	جمهرة Rochester الأمريكية
دكار (1976) 7 ‰	حالة 1000
تونس (1972) 6 ‰	الصرع 3.76 ‰
الرباط (1975) 5.8 ‰	مرض باركنسون 1.57 ‰
	أورام 0.69 ‰
	تصلب منتشر (أ) 0.55 ‰
	أمراض العصب 0.07 ‰

بالنسبة لأمراض مختلفة

(الولايات المتحدة)

السكري 4.5 ‰ (في المائة)

في الكهولة (25 - 34 سنة)

10 ‰ بعد 75 سنة

ارتفاع الضغط 15 ‰ في المائة

في الكهولة

الصّرع 3.7 في الألف

(أ) تصلب منتشر : Sclérose en plaqu Multiple Sclerosi es

2. الوقوع (أ)

إنّ الإنتشار على أهميته لا يعلمنا شيئا عن حركية الأمراض ، وقياسه ليس أكثر من أخذ صورة ثابتة عن حالة منحولة باستمرار، فهو لا يستطيع مثلا أن يردّ علسؤال هل المرض بصدد التكاثر أو التناقص ؟ نحن بحاجة إلى مؤشر حركي هو الوقوع (و).

$$و = \frac{\text{عدد الحالات الجديدة من المرض}}{\text{عدد الأشخاص المعرضين للمرض / فيزمن محدد}}$$

لنلاحظ هنا أيضا الصعوبات العملية في الحصول على هذه المعلومة "البسيطة" فلا بد من التأكيد من أن البحث المتواصل اكتشف كل الحالات المرضية ، وأن التشخيص لم يخطيء في اتجاهه أو آخر .
يمكن هذا المؤشر إذن من دراسة ظهور المرض عند عدد من الأسوياء في ظرف مدّة زمنية معيّنة.
ومن نافلة القول أن هذا يعني تتبّع جمهرة تكون مبدئيا خالية منه طيلة هاته الفترة وعدّ الحالات المرضية واحدة ومقارنة الوقوع من سنة إلى أخرى.

مثلا : هل حوادث الطرقات مشكل صحي ، وهل هو بصدد التّفاقم نظرا لتكاثر السيارات أم بصدد التناقص لتحسّن الطرقات وتزايد تقنية السائق العربي. لا مجال للردّ على هذا السؤال إلا بدراسة وقوع الوفاة والإصابة بجروح ومقارنتها من سنة إلى سنة عند مثال الجزائر وهو غني عن التعليق .

إنّ مؤشر الوقوع غني بالمعلومات التي تتجاوز معرفة نسبة الحالات الجديدة من مرض ما . لتتصور أننا نتابع لمدة زمنية مضبوطة 1000 شخص منهم 800 لا يدخنون ، وأننا نريد معرفة وقوع التهاب القصبات المزمن عندهم.

Incidence : (أ) الوقوع

حوادث الطرقات الجزائر

ولنتصوّر أننا تحصلنا في نهاية المطاف على 10 حالات ، بطبيعة الحال سنقيس أيضا حالات المرض عند المدخنين 200 وسنكشف أنها كانت مثلا 40 حالة نجمع كل هذه المعلومات في جدول (2).

المجموع	بدون التهاب	ظهور التهاب القصبات المزمن	
800	790	10	غير مدخنين
200	160	40	مدخنين

لنلاحظ أننا أمام جمهريتين مختلفتين الأولى عامة لأن كلَّ جهاز تنفسي معرض للالتهاب أيا كانت الظروف والثانية تضيف إلى هذه "الخطورة" الأصلية ، عامل خطورة آخر هام ومعروف هو التدخين .
لنكتب الوقوع في الجمهريتين كالتالي :

$$\text{و (1) } 0.012 = \frac{10}{800} \quad \text{و (2) } 0.2 = \frac{40}{200}$$

المؤشر إذن لا يعني شيئا آخر غير تقدير احتمال **Probabilité** ظهور المرض في هذه الجمهرة أو تلك ، معنى هذا أنه يقيس جزءا من الخطورة الطبيعية التي تتعرض لها عامة الأسوياء ، إضافة إلى هذا فإن قياسه عند المعرضين إلى عامل إضافي (في مثالنا التدخين) وغير المعرضين لهذا العامل يمكن من قياس وزن عامل الخطورة المضاف .
فمن الواضح أن المدخن يتعرض أكثر من غير المدخن لخطر الإصابة بالالتهاب وهذا ما يقيسه مؤشر .

$$\text{الخطورة النسبية} = \frac{\text{الوقوع عند المعرضين للعامل المضاف}}{\text{الوقوع عند غير المعرضين}} = \frac{0.2}{0.012} = 16.6$$

معنى هذا أن الوقوع عند المدخنين **16** مرة أكثر منه عند غير المدخنين بالنسبة لالتهاب القصبات المزمن ، يقيس المؤشر إذن قوة الصلة بين التدخين والتهاب القصبات المزمن ، وكلما تصاعد المؤشر كلما كان الإتصال أوثق ، وأمكن القول بأن عامل الخطورة هذا "سبب" المرض . ويمكننا أن نستنتج منه أيضا مؤشرا هاما آخر .

مسؤولية عامل الخطورة (أ)

لفهم هذا المؤشر لا بد من التذكير بأن هناك حالات من التهاب القصبات المزمن بلا تدخين (نظرا لتدخل عوامل خطورة أخرى كتلوث البيئة مثلا) وبالتالي فإن علينا تقدير حجم الخطورة التي يوجب أن نوليها للتدخين ، ونستنتج منطقيا من طرح وقوع المدخنين من وقوع غير المدخنين .

$$\text{م ع خ} = 0.02 - 0.012 = 0.188$$

وتحسب نسبة الخطورة المولدة لعامل التدخين بسهولة كالتالي :

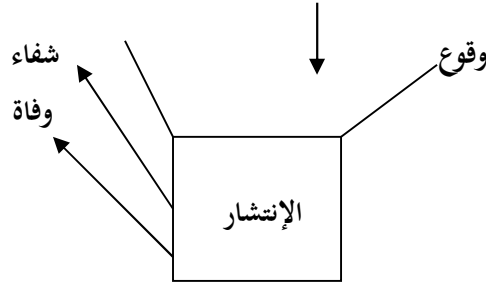
$$\% 94 = \frac{0.188}{0.2}$$

(أ) عامل الخطورة : **Risque attribuable - attributable risk**

معنى هذا أن التدخين يتدخل بنسبة **94 %** من مجمل حالات التهاب القصبات المزمن ، ومن ثمة تتضح أهمية هذا المؤشر لأنه يعني ببساطة أن القضاء علما للتدخين يؤدي إلى انتفاء **94 %** من العوامل المتسببة فيه ، وبالتالي فنحن أمام العامل الرئيسي الذي يجب على التخطيط الصحي أخذه بعين الاعتبار في مجال المقاومة .

العلاقة بين الإنتشار والوقوع

إن انتشار أي مرض أي كثافة تواجهه في زمن ومكان ما مرتبط من جهة بوقوعه ومن جهة أخرى بمدّة تطوّره. مثلاً إن الأمراض القاتلة بسرعة (التشوّهات الهامة الخلقية عند المولود) تقلّل من الإنتشار وكذلك الأمراض التي تبراّ بسرعة (الأنفلونزا) وقد مثل **Morton** هذه العلاقة بإناء يشكّل فيه مستوى الماء انتشار مرض ما ويرتفع المستوى بالوقوع وينخفض بالموت أو الشفاء.



الوفيات

إن أخطر ما في الأمراض تهديدها بإنهاء الحياة قبل حلول الأجل الطبيعي ، ومن نافلة القول أن مؤشري الانتشار والوقوع غير كافيين لقياس عامل الخطر هذا ، فالإنتشار قد يكون خاصية أمراض لا تقتل كتسوّس الأسنان أو أمراض العلاقات البشرية وقد نعرف بالمقابل أمراضا قليلة الإنتشار وقاتلة ، لذلك لا بد من مؤشرات تقيس خاصية كهذه وتبدأ من البداية .

$$\text{نسبة الوفيات الخام} = \frac{\text{كل الوفيات طيلة السنة}}{1000} \times \text{تعداد الجمهرة في أواسط السنة}$$

مثلا : في مدينة تتكون من مليون ساكن (450.000 رجل و 550.000 امرأة) يتوفى سنويا 10.000 شخص (6.000 رجل و 4.000 امرأة)

$$\text{تكون نسبة الوفيات الخام} = \frac{10.000}{1.000.000} = 10 \text{ في الألف}$$

إنّ هذا المؤشر ككل المؤشرات الخام يخفي العديد من الصعوبات ومن أهمّها لا شرعية مقارنة جمهورتين مختلفتين إلاّ إذا تأكد تشابههما في التركيبة الديمغرافية، فمن الطبيعي أن تكون نسبة الوفيات في مدينة أوروبية أعلى منها في مدينة عربية، لكن هذا لا يعني ارتفاع المستوى الصحي في المدينة العربية وإنما أنّ ارتفاع معدل العمر في المدينة الغربية وارتفاع نسبة المسنّين فيها هما السبب لأنّ المسنّين يموتون أكثر من الشبان والكهول، وجمهرة فيها عدد كبير من المسنّين ، ترتفع فيها نسبة الوفيات الخام بصفة أوتوماتيكية.

ويعمد أخصائيو الوبائيات إلى حيلة حسابية بسيطة Standardisation تمكّنهم من التخلص من تشويش عامل السنّ ، ومقارنة نسبة الوفيات الخام بين جمهرات مختلفة بدون الوقوع في الخطأ.

نسبة الوفيات لشريحة العمر

يقاس هذا المؤشر خاصة عند شريحة الطفل $0-1$ وهو من أهم المؤشرات في الصحة العمومية لأنه مرتبط بمستوى الصحة في البلد المعني بالأمر ويعرف كالتالي :

$$\text{عدد الأطفال المتوفون قبل بلوغ السنة الواحدة} \times 1000 = \frac{\text{عدد الأطفال المولودون أحياء إبان السنة}}{\text{عدد الأطفال المتوفون قبل بلوغ السنة الواحدة}}$$

مثلا : لتتصور أنه يولد في هذه المدينة 1000 طفل سنويا ويموت منهم 7 فيكون المؤشر 7 في الألف . ويعرف الاختصاصي من هذه النسبة أنه أمام مدينة بلد متقدم لأن المؤشر في البلدان العربية يتراوح من 20 إلى الألف الكويت (1986) و 123 في الألف في اليمن الشمالي (1986).

نسبة الوفيات للجنس : نفسمه كالتالي :

$$\text{عدد الوفيات من الذكور} = \frac{6000}{450.000} = 13.3 \text{ في الألف}$$

$$\text{عدد الوفيات من الإناث} = \frac{4000}{550.000} = 7.3 \text{ في الألف}$$

إن مقارنة الرقمين تظهر اختلافا هاما يترجم لظاهرة معروفة خاصة في البلدان الغربية ألا وهي امتداد أمل الحياة عند المرأة بأكثر من ثماني سنوات بالنسبة للرجل ، إلا أن دراسات كندية تثبت أن ما تربيحه المرأة على هذا الصعيد تخسره على صعيد المراضة.

فمعدّل طول العيش بدون مرض متشابه في الجنسين ، لتتصور أننا نريد معرفة أهمية السرطان ودوره في الوفيات وأنا شخصنا طوال مدة البحث 500 حالة سرطان رئة 400 عند الذكور و 100 عند الإناث ، فيتسبب هذا المرض في وفاة 360 رجل و 90 امرأة ، وباستطاعتنا اعتمادا على هذه الأرقام حساب ثلاث مؤشرات هامة.

* نسبة الوفيات بالسرطان :

$$\text{عدد حالات الموت بالسرطان للفترة المعيّنة} = \frac{90 + 360}{1.000.000} = 0.45 \text{ في الألف}$$

تعداد الجمهرة في أواسط السنة

ويمكن بالطبع قياس المؤشر بالنسبة للذكور والإناث على حدة .

• نسبة مواتة (أ) السرطان

يقيس هذا المؤشر خطورة المرض الذاتية (بغض النظر عن انتشاره) أي احتمال الموت به عند من شخصنا

مرضهم.

(أ) مواتة : Lethalite- lethality

$$\text{عدد الوفيات بالمرض في زمن معيّن} \times 100 = \frac{90}{500} = 18 \text{ في المائة}$$

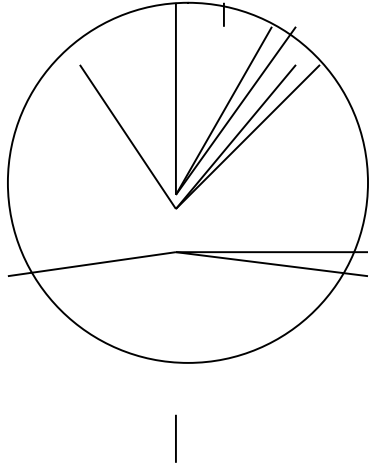
عدد الحالات المشخصة إبان الفترة

* نسبة المساهمة في الوفيات

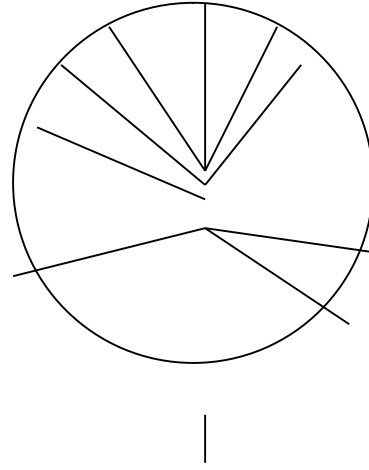
إنّ هذا المؤشر هو الذي يسمح بوزن المرض وتقييم دوره في فاتورة الوفيات وبالتالي هو الذي يسمح بترتيب الأمراض ويقاس كالتالي :

$$\frac{\text{عدد الوفيات بالمرض المدروس خلال سنة}}{\text{العدد الجمل للوفيات في الجمهورية خلال السنة}} = \frac{450}{10.000} = 4.5 \text{ في المائة}$$

بهذه الكيفية ونزولا من مؤشر عام كنسبة الوفيات الخام ولكنه المنطلق نستطيع قياس مساهمة كل مرض فيالوفيات، وانطلاقا من هذه الدّراسة سواءتعلّقت ببلد كامل أو مدينة معيّنة نستطيع جدولة أهم الأمراض القاتلة. لتأمل في نتيجة مثل هذه الدّراسة في كندا حول أهمّ أسباب الوفيات في حقبتين تاريخيتين (3).



سنة 1980



سنة 1950

نسبة المساهمة في الوفيات . كندا

سنة 1980	سنة 1950	الوفيات بـ
45.9 %	36.4 %	أمراض القلب والشرايين
24.2 %	13.9 %	أورام وسرطان
9.5 %	6.5 %	حوادث وتسمم
5.6 %	8.1 %	أمراض الجهاز التنفسي
1 %	7.5 %	أمراض ما بعد الولادة

أمراض الجهاز البولي	% 6.0	% 1.4
أمراض الكبد	% 0.6	% 1.5
أمراض أخرى	% 15.3	% 10.5
أمراض جرثومية	% 5.5	0.1

PINEAULT R. DAVLUY

عن

La planification de la santé

إنّ ما يسترعي الإنتباه في هذه المعلومات ، ظاهرة تعيّر الأولويات وديناميكية الأمراض فنحن أمام أصابات توسّع دائرة نفوذها (أمراض القلب والشرابين) وأخرى تنهار كلياً كالأمراض الجرثومية ، وثالثة تقفز من مرتبة إلأخرى نزولاً وهبوطاً في سلّم الخطورة.

ولنأكيد عالمية الظاهرة نأخذ مثالا آخر . الصين

مرتبة المرض في الوفيات - الصين

سنة 1980	سنة 1950	
5	1	انتانات (أ)
4	2	حوادث
3	3	أمراض تنفسية
6	4	أمراض هضمية
1	5	أمراض القلب والشرابين
2		سرطان

إنّ ظاهرة تعيّر الأولويات واضحة حيث نرى مثلاً السرطان يمرّ من المرتبة السادسة إلى المرتبة الأولى والأمراض الأنتانية من الأولى إلى الخامسة. إن هذه الظاهرة تعكس بطبيعة الحال التغيرات العميقة داخل المجتمع في مستوى بنيته الإقتصادية والثقافية ، ونوعية وسائل الإنتاج الأساسية لخلق الثروة المادية ، كما تعكس الظاهرة التي أشرنا إليها مرارا ألا وهي أنّ لكلّ نوع من المجتمعات والحضارات إفرزاتها المرضية المحددة.

إنّ الرسم التالي يمثل تطوّر أسباب الوفيات حسب الأمراض (4) فييلد كالولايات المتحدة على امتداد 70 سنة يبرز من جديد هذه الظاهرة العالمية أي أنّ انتقال الجمهرة من طور متخلّف فقير ريفي يعني انهيار أمراض معينة ، وظهور آفات أخرى يتميّز بها المجتمع الغني المتقدم الحضري.

رسم

(أ) أنتان : Infection

السؤال الهام بالنسبة إلينا هو وضعنا داخل هذه الحركية المرضية العالمية والردّ هو أنّه غير مريح البتّة فأغلب بلداننا في مرحلة انتقالية أي أنها توجد في تقاطع طرق الأمراض القديمة وهي بصدد التراجع . الإسهال مثلا، والأمراض الجديدة وهي بصدد الانفجار (سرطان الرئة مثلا) .

في هذا الإطار قام مركز الطبّ الجماعي بدراسة حول انتشار عوامل خطورة الأمراض الشريانية التي تتسبّب مثلا في الذبحة الصدرية والسكتة الدماغية في منطقة ريفية بالساحل التونسي (8) سنة 1991 فكانت النتائج كالتالي بالنسبة لمن هم في العشرين فما فوق .

انتشار السكري	6 %
انتشار ارتفاع الضغط	15 %
انتشار التدخين	66 %
انتشار السمّنة	20 %

إن هذه الأرقام مثيرة للقلق لأنها تنذر بدخول المجتمعات العربية في طور جديد من مشاكلها الصحي، إذ هي الآن مواجهة بوباء الأمراض الشريانية والحال أنها لم تتخلص حتالآن من أمراض الفقر والتخلف. معنى هذا أن جهازنا الصحي مطال بمواجهة الأمراض الصاعدة تصدياً ودفع الأمراض المنهارة إلى الهاوية مع العلم أن تحسّن الظروف الإقتصادية والتعليمية هو المحرك الحقيقي لهذا الإنهيار. نلخص إذن المشاكل الصحية من وجهة نظر الوفيات في المجتمعات كالاتي :

مرتبة الأمراض المتسببة في الوفيات في العالم

المجتمعات الغنية	المجتمعات الفقيرة	
7	1	الأمراض الأنتانية
4	2	التنفسية
6	3	الجهاز الهضمي
1	4	القلب والشرايين
2	5	السرطان
5	6	الغدد
3	7	الحوادث

الإنتشار والخطورة

بطبيعة الحال تسهل مهمة المخطط إن كانت أخطر الأمراض أكثرها انتشارا، لكننا نواجه بأمراض خطيرة غير منتشرة (الإعتلال العضلي عند الطفل ويقتل عادة قبل بلوغ العاشرة) وأمراضا هائلة الإنتشار لكنها لا تتدخل في الوفيات مثلا : يصيب التخلف الذهني 3% من كل مجموعة بشرية، ويعتقد أننا لا نشخص إلا نصف هذه النسبة، مع العلم أن سبب التخلف مجهول في 80% من الحالات.

- تشكل الأمراض العلاقية ثلث أسباب العيادات في البلدان الغربية، وهي عبء اقتصادي واجتماعي ثقيل.
- يعتبر تسوس الأسنان من المشاكل الصحية والإقتصادية الأكثر انتشارا (وازعاجا) في العالم خاصة عند الأطفال.

نحن إذن أمام أمراض لا تتدخل في الوفيات ولكنها عبء ثقيل على المجتمع لما تسببه من مشاكل اجتماعية وخاصة اقتصادية ومن ثمة ضرورة اعتبارها في التخطيط.

التكلفة الإقتصادية

لقد اعتبر الأطباء زمنا طويلا أن التكلفة الإقتصادية ليست من مشمولاتهم فللمريض حق العلاج أيا كان ثمنه وللطبيب حق الوصف أيا كانت تكاليفه. إلا أن هذا المنطق المتعالي على امكانيات الأفراد والمجموعة (أ) ، لم يعد مقبولا لأنّ لا يفسّر لنا كيف نحدّد إمكانيات غير موجودة أو نادرة ومن ثمّة التحوّل الحاصل حاليا تدريجيا في عقلية الأطباء والمخطّطين على حدّ السواء، والقائم على ضرورة إقحام التكلفة الإقتصادية كعامل خطورة يؤخذ بعين الإعتبار إبّان التخطيط للأولويات ، لأن وزارة المالية ستتعاطف معنا إن قلنا لها إننا بحاجة إلى موارد إضافية لمكافحة أمراض منتشرة

وخطيرة ولكن تعاطفها معنا واهتمامها بمشاغلنا سيزيد إن أثبتنا لها أن تكلفة هذه الأمراض باهظة وأن حلولنا التقنية لا توفر الأرواح فحسب ولكنها توفر الأموال .

حتى نقدر أهمية العامل ، لنتوقف مثلا عند تكاليف الكيس المائي الرئوي وهي تكاليف تدفعها المجموعة الوطنية وفي غيابها لا حل للمشكل أيا كانت حالة توفر الشروط الأخرى .

إن تحليل التكاليف يتطلب دراسة معمقة (2)

1 . للقيمة المالية الجمالية : أي الأموال التي تصرف على المباني والموظفين من أطباء وممرضين الخ ... والأموال التي تخصص للأدوية والآلات شراء وصيانة.

2 . للقيمة الاجتماعية : ويدخل في حساب هذه القيمة أيام العمل الضائعة، ونقص الإنتاج ، وتعويضات صناديق

الضمان الإجتماعي إن تواجدت .

ونحن في هذا السياق من الحديث لن نتعرض لهذه الإشكاليات وإنما سنقتصر من جهة على إعطاء لمحة خاطفة من الإمكانيات التي يتطلبها علاج فرد واحد (وليقدر القارئ العبء الجماعي عليه أن يضرب الرقم في عدد المصابين وهم بالآلاف) من جهة أخرى ستعطينا مقارنة تكاليف علاج جائحة من وباء الحمّالتيفية بمنطقة سوسة (3) وتكاليف وقايته فكرة عن حسن استعمال الإمكانيات المادية في الطب.

الكيس المائي الرئوي

وتكلفته بالدينار التونسي /بالنسبة للفرد . مستشفى سوسة

الفحوصات

111 د	الفحوصات المخبرية
63 د	الفحوصات الراديو غرافية
14 د	فحوصات مختلفة
188 د	المجموع

637 د	تكلفة العملية الجراحية
-------	------------------------

(أ) الحق أن برامج الدراسة في المسؤولية عن هذا التصرف ، ومن ثمّة ضرورة إقحام مادّة الإقتصاد الطبيّ في التّكوين وخاصة تقييم الطّالب منذ البداية لا على معلوماته وسلوكياته فحسب، وإنما على عدم تبيده مثلا بمطالبتة بتبرير كلّ الفحوص المخبرية ومعرفة ثمنها وثن الأدوية الموصوفة.

الأدوية

المجموع	سوائل	أدوية أخرى	صادات حيوية
5.7	2	0.07	3

التكلفة الجمالية : 830 د

لنقارن الآن بين تكلفة العلاج والوقاية في مرض معين مثلا الحمى التيفية وسيوضح من المقارنة مردود الوقاية من الناحية الاقتصادية

تكلفة جائحة من الحمى التيفية
(70 مريضا) منطقة سوسة 1980

تكاليف الوقاية		(بالدينار التونسي)		تكاليف العلاج
800 د	لقاح	ثمن 182	عدد 52	عملية فحص الدم فحص البراز (مرضى وأقرباء) أيام إقامة بالمستشفى صادات حيوية
1600 د	حماية البئر المتسبب بتلوثه في الجائحة	5868	1304	سوائل تطهير
		4845	1615	
		78		
2400 د		3	290	مصاريف تنقل
		430		
		11.406		المجموع

من الضروري إذن أن يفهم الطبيب البعد الاقتصادي للإنتشار والخطورة خاصة في بلدان ذات الموارد المتواضعة والمواجهة بتطلعات قطاعات حيوية أخرى كالتعليم والتشغيل وأن يقحم هذا العامل في تفكيره.
- باعتبار عامل خطورة إضافي (على موارد البلاد القليلة) لأن المرض المكلف يساهم في تفكير المجموعة الوطنية.
- بتوخي الإقتصاد في النفقات الصحية سواء أكان ذلك على صعيد التشخيص أو الدواء.

إشكاليات التّجميع

أشرنا بإيجاز لبعض الصعوبات التي نواجهها عندما نريد قياس أبسط مؤشر ، ومن الضروري التركيز على بعضها لأنّ بمقدور الطبيب توفيرها إذا أمكن تحسيسه بأهمية هذا البعد من مهنته (5).

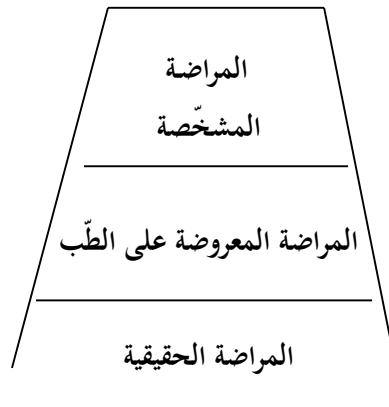
1 . رأينا أن قياس الإنتشار والوقوع رهن بمعرفة دقيقة لحجم الجماهرة وهذا ليس من تحصيل الحاصل ، إما لتقصير من المواطن أو من الإدارة مثلا في تسجيل الولادات ، وإما لصعوبة الإحصاء نفسه حيث يكون من المستحيل الحصول على تعداد يضبط الجماهرة ويحصرها زمانا ومكانا .

2 . يرتبط قياس وقوع الأمراض السّارية كالسّل والكوليرا والتّهاب الكبد بعدد الحالات المسجّلة أي الشهادات التي يدلي بها الطبيب إلى المراكز الجهوية أو المركزية المختصة في وزارات الصحة فهو مطالب قانونيا وأخلاقيا بالمسارعة إلى الإعلان عن عدد معين من الأمراض المعدية والمهدّدة للصحة الجماعية ، والتي لا يشخصها بدقّة إلا هو ، وتوفّر هذه المراكز مطبوعات وفي بعض الأحيان نحثّ الطبيب على الإعلام تلفونيا .

والظاهرة المؤسفة التي تشكي منها كلّ مراكز الوبائيات في العالم ، هي النقص المزمن في الإعلام من طرف الأطباء مما يجعل قياس الوقوع مغلوطا ، ومن أطراف الابتكارات والمحاولات في العالم بحثّ الأطباء ، ويرتبط بجهاز مركزي ولا يتطلّب تشغيله مهارة خاصّة ، وقد أدّت هذه التجربة إلى إرتفاع هام في التّصريح بالأمراض ، وتبقى القضية المركزية عقلية الطبيب القديمة والمؤمنة بأنّ الطب علاج وما عداه بيروقراطية .

أما في إطار الطب المندمج فإن عدم التّصريح بالأمراض أو التهاون فيه غلطة مهنية في حق الجماهرة لا تقل فداحة عن التّهاون في قبول المريض القبول الحسن أو رفض فحصه .

3 . تمر العديد من الحالات بدون تشخيص إمّا لأنّ المرض لا يبلغ حدّة كافية من ناحية المضاعفات مما يجعل المريض لا يسرع بالإستشارة ، أو لأنّ هذه الإستشارة نفسها لم تشخصّ المرض وهاتين الظاهرتين معهودتين في طب خط الدفاع الأول حيث يتهاون الرجال خاصّة في الإستشارة خلافا للنساء ، وحيثوودي الخدمات الصحية السريعة لأعداد مكثّفة من الناس إلالتشخيص والدواء العرضيين ، ومن ثمة فالمرضاة في المجتمع كالجبال الجليدية (Iceberg) لا ترى منها إلاّ السطح ، ويمكننا تقسيمها إلى ثلاث مراتب :



هرم المرضاة

هذا يعني بدهاءة أننا عندما نقيس الإنتشار أو الوقوع فإننا لا نقيس في الواقع إلا قمة الهرم وتبقى الأرقام الحقيقية خارجة عن نطاق التقدير البسيط وقد تستقيم نسبيا إلا ببحث طويل ومعقد.

4 . نواجه نفس الإشكالية في قضية الوفيات ، فنحن نعتمد على شهادات الأطباء لتصنيف الأسباب ، إلا أن هذه الأخيرة ليست فوق الظنون والشبهات لأسباب متعددة.

- قلة اهتمام الطبيب بهذا الوثيقة وملؤها بصفة أوتوماتيكية عند معاينة الوفاة مع عدم الدقة في التشخيص كأن يكتب مثلا : سكتة قلبية، أو نزيف دموي دماغي ، أو وفاة طبيعية وكلها أوصاف عامة فالسكتة القلبية قد تكون نتيجة صعقة كهربائية أو تصلب الشرايين بدون سكري والنزيف الدموي قد يكون نتيجة تشوه خلقي في شرايين المخ يدون ارتفاع في الضغط الخ ...
 - تواجد أسباب متعددة للوفاة مثلا سكتة قلبية بتصلب الشرايين ، بإمكان هذا التشخيص أن يغفل السكري والتدخين وارتفاع الضغط أو ارتفاع الكولسترول التي قد تتواجد عاملا عاملا أو مجتمعة عند المتوفى ، إذن يجب أن نتساءل أيضا عن سبب الوفاة ؛ أهو السكتة أم الكولسترول ؟
- إن هذه الإشكالية في بالغ الإزعاج ، والخطر هنا إما إغفال عامل مهم وإما وضع نفس المتوفى في ملفات متعددة مع ما يصحب مثل هذه العملية من أخطاء ممكنة.

- تثبت دراسات المقارنة بين التشخيص السريري للوفاة والتشريحي أن نسبة توفيق التشخيص السريري لا تتجاوز 50% (6) أي أننا حتى وإن توخينا الحذر والدقة في كتابة تشخيص الوفاة فنحن معرضون للخطأ في نصف الحالات ، فقد يكون وراء الوفاة الطبيعية في الثمانين من العمر سرطان أو سل خفي ، وقد نفاجأ بسكتة قلبية دون وجود أي عامل الخطورة المعهودة ونبقى بلا تفسير للوفاة.

ما الذي يمكن استخلاصه من كل هذه الصعوبات ؟

1 . لا بد من التركيز على أهمية هذه المعلومات للتشخيص الجماعي وهي مرتبطة أوثق الارتباط كما ونوعا باستعداد الطبيب وتفهمه لقيمتها ، لذلك لا بد من تحسيسه وتعليمه مختلف طرق تجميع المعلومات ، وتقييمه إبان الدراسة وإبان ممارسته لمهنته من هذه الناحية.

2 . المقصود من هذه المعلومات كما قلنا التخطيط للبرامج الوقائية وتوزيع الإمكانيات المادية والبشرية بأكثر ما يمكن من المنطق والإحكام.

ونظرا للصعوبات المذكورة واستحالة تجنيد إمكانيات مادية وبشرية هامة لقياس مؤشرات دقيقة ومتحركة في نفس الوقت ، فكّر بعض المؤلفين في وسائل أخرى للتعرف على المشاكل الصحية ، والمنطلق هنا استجواب أهل الحل والعقد من مهنيين ومسؤولين هامين عن حياة الحيّ أو القرية أو المدينة عن تقييمهم للمشاكل الصحية الهامة التي تهدد الجمهرة ، وتوصف هذه المعلومات بأنها ليّنة soft بالمقارنة إلى المعلومات الصلبة Hard المستقاة من الإحصائيات . وحسنات هذه الطريقة في جمع المعلومات بديهية فهي سهلة لا تكلف شئاً وتعطي فكرة عن تصورات الجمهرة لأولوياتها الصحية ، إلا أن عيوبها واضحة ، كذلك فقد يكون تقدير الجمهرة لهذه الأولويات خاطئا أو ناقصا ، إضافة إلى

أننا لن نملك هذه المؤشرات الموضوعية التي سيمكننا قياسها بعد التدخل الجماعي من الحكم بمدى نجاحنا أو فشلنا في حلّ المشكل الصحيّ .

لا مجال للخروج من هذه المصاعب والتناقضات ، إلاّ باعتبار تحصيل المعلومات قضية من الأهمية بمكان وهذا يمرّ :

- . بتحسيس الأطباء بدورهم الهام في جمع المعلومات الموثوق بها .
- . تكوين مراكز مراقبة صحية تعني بالوبائيات وتعتمد الإعلامية.
- . اعتماد المعلومات اللينة كدريف للمعلومات الصلبة لقياس الحاجيات الذاتية للجمهرة ، والإكتفاء بها على نقائصها إذا استعصى لأسباب مادية التحصيل على المؤشرات الصلبة .

لنتوقف عند جدول وقوع أهم الأمراض في إحدى ولايات الجنوب التونسي (7) (ولاية قبلي سنة 1986) ملاحظين بصفة عابرة أن طبيعة الأمراض تدلّ بوضوح على فقر هذه المنطقة وتخلّفها ، ومدكّرين بأنّ هذه الأرقام لا تصف إلاّ قمة الهرم ، وأنّ هناك بالضرورة أخطاء في ترتيب أهميتها ، لأنّ تشخيص الحصى أسهل من تشخيص الزهري . يبقى أننا نلاحظ الأهمية القصوى لمرضى على الأقل هما : الإصابات التنفسية الحادة ، وإسهال الأطفال ، وليكن رائدنا في النقاش هذا المرض الأخير .

- بدهة نحن أمام مشكل ضخم بحجمه وقوع 113 % بترتباته على المراضة والوفيات وبتكاليفه الإقتصادية ، خلافا للبلهاريسيا الوقوع 0.002 % .
- أول خاصية للمشكل الصحيّ إذن أهميته النسبية داخل قائمة طويلة ومتشعبة من الأمراض .
- إن وجود هذا المشكل داخل جمهرة معرّضة إلى العديد من المشاكل الصحيّة والإقتصادية والثقافية والسياسية وأغلبها مشاكل مرتبطة ببعضها البعض يثير على صعيد هذه الجمهرة جملة من المواقف والتصرفات تصبّ في مصبّ واحد: تدارك المشكل وتطويره .

وقوع أهم الأمراض - ولاية قبلي -
1986

1.27 ‰	الحمى التيفية
0.24 ‰	التهاب الكبد
2.2 ‰	الحصبي
0.65 ‰	السعال الديكي
1.84 ‰	الحماق
7.97 ‰	نكاف
1.13 ‰	أسهال الأطفال

الإصابة التنفسية	228 %
أسهال الكهول	29.4 %
التهاب الملتحمة	46 ‰
السيلان	0.49 %
الزهري	0.01 ‰
التهاب السحايا	0.062 ‰
السّل	0.13 %
الليشمانيا	0.26 ‰
الكيس المائي	0.01 ‰
سعفة	23 ‰
جرب	7.13 %
بلهارسيا	12 ‰
نكاف Mups oreillon	0.02 ‰

سعفة : Tinea-Teigne

جرب : gale - scabies

التهاب الملتحمة : conjonctivitis-Congonctivie

يعبر الطفل بالصراخ عن حاجته إلى البرء

يعبر الأولياء بتحركاتهم عن حاجتهم إلى إنقاذ أطفالهم

يعبر الأطباء بعملهم عن حاجتهم إلى ردّ الصّحة وبطلباتهم عن حاجتهم لكي توفرّ الدولة لهم الإمكانيات

يعبر الطلبة بتواجدهم حول أستاذهم إلحاجتهم لمعرفة هذا المرض.

يعبر أخصائي الإحصائيات ببحوثه عن حاجته إللمعرفة حجم المرض داخل الجماهرة

يعبر الباحث بأبحاثه عن حاجته إلى معرفة خفايا المرض

يعبر المخطط بأنشطته عن حاجته إلى برنامج جيد لحفظ صحّة الجماهرة من الإسهال.

يعبر رجل السياسة والإدارة بخطبه ومواقفه عن حاجته إلى توفير خدمات صحّية تضمن له الخ...

الإرتباط وثيق إذن بين المشكل والحاجة ، فالعامل الأوّل يؤدي أوتوماتيكيا إظهار العامل الثاني ، وحجم

الحاجيات بحجم المشكل الذي ولّدها .

نحن إذن أمام حلقة

حاجيات

X

مشكل

تدخلات

الإشكالية المركزية بالنسبة للطب المندمج كالاتي : هل أن الخدمات الحالية لحلّ المشكل أو تطويق مضاعفاته ، محكمة التنسيق ومن ثمة فهي فعّالة.

والردّ على التساؤل حاليا قطعاً . لا .

كيف نواجه حاليا المشكل الصحي ؟ إنه أساسا بالإعتماد على خط الدفاع الأول (الوحدة الصحية الأساسية) ثم ثانيا (المستشفى) ، مبدئيا مهمة الخط الأول كما قلنا منع المشكل من الظهور (الحفظ) ومهمة الخط الثاني التعامل معه إن ظهر (الردّ).

يعلم كل من مارس نظامنا الصحفي بلداننا العربية أن وظيفة الخط الأول هي نفسها بالأساس علاجية، وأن الوقاية تلعب فيها دورا متواضعا ، والفرق بين الخطّين في معالجة حالات ومشاكل متفاوتة التعقيد لا أكثر، يضاف إلى هذا إنتشار ثان داخل كل خط بين النظري (البحث العلمي) والتّطبيق (العلاج أو الوقاية).

فقد أدّى التّخصص المفرط في كلا الخطّين إلى تشتت المعارف وخاصة إلى تشخيصها ، فأصبحنا نتعامل مع التربية الصحية، والوبائيات ومنهجية التّخطيط مع علم الأعضاء أو التشريح المرضي وكأنّ هذه المواد كائنات قائمة الذات مطوّرينها تحت ستار البحث العلمي لنفسها متناسين أنّها مجرد أدوات .

وقد كان السبب الرئيسي لهذا الانزلاق ، التطوّر السرطاني للمواد الجامعية التي اقتصت لنفسها في ميدان العلم وهو مفتوح ، إقطاعيات مسيجة بحدود مصطنعة تجهلها المشاكل التي تفرضها علينا الحياة.

وقد أدّت هذه الظاهرة التي تعاني منها العلوم الكبرى إلى النّمودج المشتت للتعامل مع المشكل الصحي ومن أهم خصائصه.

- الفصل بين الحفظ والردّ على مستوى الهياكل والإختصاصيين وانعدام تبادل المعلومات بين الخط الأول

والثاني.

- تطوّر وتعدّد الإختصاصات سواء أكان ذلك داخل الطبّ العلاجي أو الوقائي فعلى صعيد هذا الأخير مثلا

أصبحت التربية الصحية والإحصائيات والتّخطيط الخ ... علوما تتطوّر ذاتيا من داخلها ، ويفترض من الملمّ بها أن يكون قادرا على حلّ مشكل الإسهال أو غيره مثلما يفترض في الطبيب المعالج أنّه سيكون قادرا على حلّ مشكل القلق أو التهاب الكبد بعد تجميع معلوماته في علم الأعضاء والفيزيولوجيا العصبية، والفيزياء الحيوية.

ومن نافلة القول أن النموذج المشتت لا يتناسب للمشاكل الصحي ولكنه يتعامل معه بنفس الأسلوب الذي تسلكه السياسة التي تعلن أن هدفها إحلال العدالة والرّخاء أو بدونهما.

إن أهم مميزات الطب المندمج على الصعيد النظري والعلمي رفضه لأولوية الجهاز والتخطيط المفرط والإختصاص على المشكل واحلال هذا الأخير مركز الصدارة قولاً وعملاً.

وحتى تتضح أبعاد التغيير على الصعيد النظري والعملي نعتد نفس المثال وهو الإسهال.

في النموذج القديم يتخصص خط الدفاع الأول في العلاج العرضي (المستوى 0) والعلاج المرضي (المستوى 1) ويتعامل معآلاف الحالات من المرض كما يتعامل مع مرض نادر أي فرداً فرداً، ويحيل إلى خط الدفاع الثاني الحالات المعقدة أو المتطورة، ويقدم الخدمات في الخط الأول طبيب عام لا يكون عادة متمكناً من تقنيات الطب المندمج أو الجماعي كالوبائيات ، والتخطيط ، والتربية الصحية الخ أما في الخط الثاني فيقدم هذه الخدمات طبيب مختص في أمراض الأطفال مع اختصاصي داخل الإختصاص (الإنعاش) مثلاً يستقي كلا الطبيبان من أبحاث علمية متفرقة المعلومات حول هذا المرض أو ذاك .

واعتمادنا أن التعامل مع المشكل بهذه الكيفية غير فعال وتكون مواجهته أنجع كالتالي : (أ)

. أعطاء الأولوية المطلقة للمشكل وللهدف أي حلّه فردياً وجماعياً.

. رفض التمييز بين الخدمات العلاجية والوقائية وتقديمها في آن واحد في إطار قسم للطب الجماعي بالخط

الأول.

. تجنيد فريق من الأطباء والفنيين والصحيين داخل الطاقم

ويختص بمعالجة هذا المشكل طيلة دوامه دون غيره.

. توزيع الصلاحيات والمهام داخل فريق (الإسهال) مع تبادل دائم للمعلومات بينهم .

(أ) نطبق هذا النموذج في قسمنا للطب الجماعي وهو يشمل مركزاً للأم والرضيع ومركزاً للولادات وثلاث مستوصفات حضرية وأربعة مستوصفات ريفية تقدم خدمات مندجّة لقرابة خمسين ألف شخص في ضواحي سوسة منها ستين ألف عيادة سنوية، ويعمل فيه 13 طبيباً و60 ممرضاً موزعون على الطواقم التالية إسهال، تلقيح ، مراقبة الحمل ، أمراض شريانية ، أمراض بسيطة ، تسوس أسنان ، تحسين البيئة . ويقوم كل طاقم بتوفير العيادات العلاجية وإدارة البرامج الوقائية والتوثيق والبحث في مشكل عمله المختص.

مثلاً : الأطباء المعالجون للإسهال هم الذين يجمعون المعلومات ويضعونها في الإعلامية وهم الذين يتصوّرون ويناقشون البرنامج الوقائي ويقررون نوعية التدخلات الوقائية ، تلقيح ، تربية الخ.. وهم الذين يعينون واحدا منهم للقيام بمأمورية معينة كالتربية الصحيّة ، فيضطر هذا الأخير إلى القيام بتربص قصير لتعلم تقنيات التربية والعودة لتطبيقها مبدئياً ، وكلما شعر الفريق بحاجته إلى تكوين أو بحث في صعوبة معينة في تعامله مع المشكل إلاّ وبادر بخلق نواة داخله لعلاج الصعوبة .

إن أهمية التغيير المنهجي واضحة وله من المزايا عشر

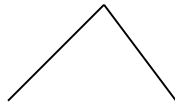
- يهدم الحاجز بين العلاج والوقاية بما أن نفس الطاقم هو الذي يقدم كل الخدمات المندمجة .
- يجبر أفراد الطاقم على التعود على استعمال أدوات مختلفة طب علاجي ، وبائيات ، تخطيط الخ حسب الحاجة.
- يعود الأطباء على العمل الجماعي خاصة مع مهنيين ليسوا من داخل الوسط الطبي.

- يجبر الطاقم على التصرف العلمي بما أن مواجهة المشكل تحدّد وفق خطة من أهم نقاطها التقييم الدائم لمدى نجاعة التدخل.
 - يمكن الطاقم من تطوير أدوات جديدة وتقنيات أخرى تثرى المعارف القديمة لأنه ليس ثمة مجال أوسع لإبراز قدرات وطاقات الخلق والإبداع عند الناس من تخطي مشكل عوبص وتحديده.
 - يعيد النموذج المندمج توجيه دفة التخصّص ، فالمطلوب ليس تطوير هذه المادة أو تلك ، وإنما تطويق هذا المشكل أو ذاك.
 - يجعل التخصّص عملية جماعية لا فردية بما أن الطاقم هو المختص في الإسهال ، أو مراقبة الحمل ، أو الأمراض الشريانية.
 - يضع المواد الجامعية في خدمة المشكل لا المشكل في خدمة المواد الجامعية.
 - يجعل من التخصّص في هذا المشكل أو ذاك حالة منتهية طال الزمان أو قصر ، مع إعادة تركيب طاقم جديد بظهور مشكل جديد.
 - يمكن الطبيب من العمل داخل أكثر من طاقم حسب اهتماماته وظروف العمل ، مما ينمي فيه قدرات التعامل الناجح مع المشاكل على تنوعها . يبقى أن نردّ على اعتراضات وجهه ثيرها نموذجنا .
- لا يمكن تكوين آلاف الفرق المختصة بما أن الأمراض بالآلاف ، ومنها ما يتطلب مجرد تدخل تقني مختص محدد كالزائدة الدودية أو سرطان الكلية ، والردّ أن الطب المندمج يطالب بتكوين فرق مختصة في الآفات الكبرى التي تشكل خطرا على الصحة الجماعية كالسّل ، والإسهال ، والنهاب الكبد ، والسكّري ، وارتفاع الضغط الخ ...
- أمّا العديد من الأمراض الأخرى ذات الإنتشار والوقوع المحدودين فيكون التعامل معها حسب منهجية الطب المندمج في إطار برنامج يسهر على تنفيذه طاقم يرتبها حسب الأولوية (الأمراض البسيطة) ويحدد حاجيات أطباء خط الدفاع الأول من الرسكلة فيها ، ويسطر لها بروتوكولات علاج منطقية ، ويسهر على توفير الأدوية الضرورية لها ، ويحدد مقاييس الإحالة على المستشفى ، ويتابع مرضاه بعد خروجهم منه إذا اقتضت الحاجة ذلك .
- قد يؤدّي تكوين فرق مختصة في آفة أو بعض الآفات ولو بالتتابع وإجبارها على استعمال أدوات متعددة ومتباينة إلى فهم سطحي ، واستعمال سطحي للاختصاصات الجامعية ، وربما إلى نقص في نوعية هذه الاختصاصات التي تتطلب تفرّع المختص ، والردّ على هذا ، أن الفهم السطحي لمحرك سيارة لا يمنع أحدا من أن يكون سائقا ماهرا، أي حلّ مشكله في التّنقل بسهولة من مكان إلى آخر، وبالمقابل فإنّ الإلمام المفرط بتكنولوجيا السينما لم يجعل من مهندسيتها يوما مبدعين فنيين .
- لذلك نركّز على أنّ نجاعة الطب في تطويع الأداة للمشكل لا العكس . أمّا عن ضرورة تحسين الأدوات النظرية ، فهذا موضوع لا يختلف فيه اثنان ونموذجنا لا يؤخر البحث العلمي بما أنه جزء من مهامه فهو يطوّره وفي نفس الوقت يجعل الأداة أكثر التصاقا بالواقع .
- أما الأعمال النظرية العامة فالكل يعلم أنّها لا تكون إلاّ تنويجا لتجربة ميدانية طويلة ، وهل أحسن من الأطباء المندمجين الذين مارسوا المشاكل للتفكير في الحلول الملائمة ولابتكار أدوات نظرية جديدة.
- لا يمكن أن تشكل الأمراض النادرة والمتطلبة لتدخلات تقنية محدّدة لا يقدر عليها إلاّ الاختصاصي احتجاجا على نموذجنا ، لأنها من زاوية الإنتشار والوقوع والخطورة والتكلفة هي القاعدة وليست الشاذة، والشاذة تحصى ولا يقسا

عليها ، حقًا لا بدّ من وحدات مختصّة في علاج قصور الكلى ، أو نزيف شريانات الدّماغ ، أي من مختصّين داخل المستشفيات لكن هذه الحالة لا يمكن أن تعتبر المرجع والمقياس في الطبّ .
إنّ مثل هذا النموذج يعني إعادة توجيه تدريس الطبّ برمّته فلا نعلّم علم الإعضاء والفيزيولوجيا والإحصائيات الخ وإنّما منذ البداية العمل الجماعي والتوثيق والبحث عن المعطيات في مختلف المواد لتعلّم حلّ المشاكل وجلبها يتطلب آنذاك البحث في المواد الجامعية عن المعلومات الضرورية.
هذا بالضبط ما ندعو إليه إذا أردنا لطننا أن يكون فعّالاً وهذا ما سبقتنا إليه أكثر الجامعات تطوّرا.
يدخل الطالب أول درس له في أوّل سنة طبّ في جامعة شاربروك ليواجهه الأستاذ بحالة الدرس ، أي المشكل الصحي .

" امرأة في الأربعين ، عاملة في مصنع بلاستيك ، تشتكي من فقدان الدم خارج أوقات الحيض... " ، حلّ .
ويخرج الطالب مباشرة إلى المكتبة لبحث في كتب علم الأعضاء والدلالات وأمراض النّساء وطبّ الشغل عن حلّ ممكن لمشكل هذه المرأة.
السؤال الآن : كيف يجب أن يعمل هذا الطاقم المختص في الإسهال ، هذا المرض الجماعي الهام الإنتشار والوقوع ، والخطورة والتكلفة.

المشكل في الطبّ المندمج
القضاء على الإسهال



		إيجاد معلومات تقنيات جديدة
(بحث علمي)		تحسين المحيط
هندسة البيئة		تقصي المرض في بدايته
طب وقائي		تلقيح
طب وقائي		نشر معلومات
(تربية صحية)		تغيير مواقف وتصرفات
(تخطيط . إدارة اقتصاد)		اختيار الوسائل الجماعية لحل المشكل
(وبائيات أحصائيات)		قياس المؤشرات
(طب علاجي)		علاج الحالات الفردية (طب علاجي)
الوجه الصائبة للتخصص حسب متطلبات النجاعة		الوجه الخاطئة للتخصص حسب التقسيم الجامعي
مشكل الإسهال		

إنّ الإنطلاق من المشكل إلى حلّه يعني بالنسبة للطاخم المختصّ اختراق كلّ هذه الإختصاصات ، واستعمال ما توفّره من معلومات متعلّقة بالمشكل دون سواها، أي أن الإختصاص في خدمة المشكل وليس المشكل في خدمة الإختصاص .

المراجع

- Miller ; DL, Farmer R.D.T. 1
Epidemiology of diseases
Blackwell scientific publication – London 1982
- MORTON RF, HEBEL J.R. : 2
Epidémiologie et biostatistiques DOIN – Paris 1983
- PINEAULT R. DAVLUY CAROLE : 3
La planification de la santé
ARC INC. Ottawa 1986
- DEVER. A.D. : 4
Community health analysis A holistic approach
Aspen systems corporation – London 1980
- JENICEK M. 5
Métaanalyse en médecine
Maloine Paris 1987
- SACKET, BRIAN R. TUGWELL P. 6
Clinical epidemiology abasic science for clinical medicine
Lettle, Brown /Toronto 1985
- 7 - الجمهورية التونسية وزارة الصحة - التقرير السنوي 1986 للإدارة الجهوية للصحة بمنطقة قابس - قبلي
- Ghannem H.ET COL . 8
La triade obésité Hypertension,et troubles de la glycorégulation.
Diabète et métabolisme, Paris 1993, 310 – 314.

الدرس الخامس

التخطيط الصحي

من البديهيات التي تشكل ما يمكن تسميته بالفلسفة الضمنية للعمل الطبي الكلاسيكي أننا نستطيع القضاء على أي داء إذا توفرت الشروط الآتية :

. تحديد المرض بدقة أي فرزه وانتشاله من خضم الأمراض السارية والمشباهة في بعض الأحيان.

. معرفة أسبابه وعوامله سوء أكانت داخلية أم خارجية

. اكتشاف دواء مضاد يمكن من شلّ المفعول المرضي لهذه الأسباب.

- توفير جهاز صحيّ يشمل إمكانيات بشرية من أطباء وممرضين وتقنيين وإمكانيات مادية من أجهزة وآلات

ومستشفيات لتشخيص المرض وعلاجه.

لنحاول تطبيق هذا النموذج النظري على مرض شائع بوطننا العربي وبكلّ بلدان العالم الثالث .

مرحلة التحديد :

عرف إسهال الرضيع كمرض قائم الذات منذ القدم وقد وصفه الأطباء العرب في الكثير من كتاباتهم.

فللرازي وصف دقيق يقول فيه (رسالة في أمراض الأطفال)

" يعرض الإختلاف (أ) في الصبيان علما لوجه الأكثر عند قرب نبات الأسنان كما ذكرنا سابقا، أو من سبب البرد

عند لفته بالقمط ، أو من سبب تعفن الحليب من الصفراء أو البلغم وعلامة كونه من الصفراء هو إذا كان لون براز الطفل

ليموني ذو رائحة حادة ويخرج بدون توقف ، وعلامة كونه من البرد والبلغم أن يكون البراز يأتي سريعا.

أما العلاج فهو أنيسقما لطفل شراب الورد أو عصير التفاح أو الرمان مع النعنان".

ويقول ابن الجزار في الباب السابع من كتابه "سياسة الصبيان وتديبيرهم في وصفه".

"وقد يعرض للصبيان الإختلاف والقيء في الدرجة الأولى من أسنانهم وكذلك قال أبقراط : السبب في ذلك أن

الصبيان ربما رغبوا في كثرة الرضاع لأنهم لا يعرفون قدر ما ينفعهم منه ، فتكثر عليهم العلة ذلك لرطوبة اللبن ، فإن طفا

ووصل اللبن في معدته هيّج قيئا وإذا انحدر إلى الأمعاء هيّج انطلاقا.

فأما الإختلاف فإنه يعرض للصبيان عند نبات أسنانهم وإذا كان ذلك فإن الغذاء لا ينهضهم ولا يثبت في

البدن ، لاشتغال الحرارة الغريزية بوجع اللثة والأسنان وقد يعرض للصبيان زحير أيضا.

فإن كان بالصبي إختلاف وحمى وعطش فيجب أن يسقوا من شراب الجلاب ومن شراب الورد الحصرم وينقع

لهم في الماء طباشير وقشور الفستق الخارجة ويحتمل الصبي من أسفله فتيلة فيها أفاقيا واسفيداج من كلّ واحد وزن

درهمين وأفيون ربع درهم ويدق ذلك ويعجن بحاء أو ماء ريحان ويعدل فيه فتيل ، كل فتيل بمقدار النواة وتغيب في الدبر

مبلولة بدهن ورد عراقي".

تشخيص الأسباب :

بطبيعة الحال ، لا عصير الرمان ولا قشور الفستق مكّنا من حلّ المشكل رغم دقة الوصف وذلك لجهل طبيينا الكبيرين بالأسباب الموضوعية المؤدية إلى الإسهال وعلى رأسها تلوث الماء بالجراثيم والحمّات والطفيليات ، وقد استطاع الطب بداية من اكتشافات باستور في أواخر القرن التاسع عشر تجاوز هذه المرحلة لتحديد دور هذه الكائنات الحية ووصفها بمنتهى الدقة ومن ثمة بتعقيم الماء والحليب مثلا ، وفصل ماء الشرب عن المياه المستعملة ، وبقيت طيلة النصف الأول من هذا القرن مشكلة العلاج الفردي قائمة بلا حلّ لعدم توفر الأدوية الفعّالة .

:

شكّل اكتشاف دواء السلفاميد في أواخر الثلاثينات والصادات الحيوية الهامة في أواخر الأربعينات المنعطف الخطير في تاريخ المشكل إذ أصبحنا نتوفر على جملة من الأدوية تستطيع القضاء على جلّ الجراثيم والطفيليات ، ولم تبق إلا مشكلة الحمّات بلا حلّ مع العلم أن هذه الأخيرة لا تتسبّب مباشرة في الموت ، وإنّما يكون هذا بمضاعفات نقص التميّة أي أن علاجه يمنع من الموت حتى في غياب دواء مباشر ضدّ الحمّات .

نلخص : أول ما يتبادر إلّالذهن هو أن الإسهال انقراض أوو علوشك الإنقراض فنحن قد وفينا بكلّ الشروط النظريّة المطلوبة للقضاء على أي آفة ، لكن الواقع أمر مخالف .

تقول إحصائيات المنظمة العالمية للصحة

. إسهال الرضيع هو أول سبب للوفيات في بلدان العالم الثالث ويتدخل بنسبة الربع فيها .

. تجاوز عدد حالات الإسهال في العالم إبّان السبعينات سبعمائة مملليون حالة سنويا .

الموضوع المطروح :

لماذا يموت لنا سنويا آلاف الأطفال بمرض نعرف أعراضه وأسبابه ونتوفّر على أمضى الأسلحة لمكافحته ، ويتطوّر السؤال من المهم إلى الأهمّ : كيف نستطيع أن نوفر هذه الآلاف من الأرواح .

أول ما يتبادر إلى الذهن أن النقص في الأطباء والمستشفيات هو السبب لكن كثرة المستشفيات لا تحد من عدد الحالات كما أنّنا نستطيع علاج نقص التميّة الحادّ المتسبب في الموت بنجاح خارجها .

إضافة إلى هذا فإن علاج حالة من الإسهال عند نفس الرّضيع لا تقيه من إصابة ثانية وثالثة ورابعة بما أنّ الظروف الموضوعية متواجدة بصفة مستمرة في محيطه ، وأخيرا وليس آخرا فإن حجم المشكل يجعل من معالجة المرض على الصعيد مجتمع بأكمله حالة بحالة ، عملية مرهقة ومكلفة من الناحية الإقتصادية ومن ثمة وجب البحث عن حلّ آخر . هذا الحل هو التّخطيط للقضاء على الإسهال أو مضاعفاته بصفة جمليّة .

إن أقدم من استخدام التخطيط من دون شك الجهاز العسكري ثم تبعها لجهاز الإقتصادي ، ولم تلبث المنهجية أن دخلت الطب ابتداء من نهاية القرن الماضي (1) حيث وضعت الخطط المبنية على دراسات علمية لمقاومة

تفشّي الأمراض السّارية ، ودخلت الخطط في البلدان الإشتراكية والرأسمالية علحدّ السّواء كجزء من عمليات تحطيط أوسع للتّحكم في التّقدم الإقتصادي والإجتماعي.

وقد تبيّنت أهمية التّخطيط في ميدان الصحة عندما اتّضح للجميع أنّ علاج الأمراض حالة حالة هو كالتصديّ للفقر بتوزيع الصدقات لكل معوز علحدّة، ومن نافلة القول أنّ التصدي للمرض كالتصدي للفقر عملية أكثر شمولاً وتعقيداً تتطلّب التّعامل بصفة إجمالية، مندمجة مع أسباب عامة تهّم ملايين النّاس. لنعرّف أولاً التّخطيط الصّحيّ بأنه تجنيد جملة من الإمكانيات البشريّة والماديّة، في إطار شبكة متناسقة من الأعمال لتحقيق أهداف صحيّة في صالح جمهرة معيّنة في مكان معيّن وفي ظرف زمنيّ معيّن

من الواضح أنّ عملاً كهذا لا يمكن أن يكون فردياً أو من مشمولات الأطباء وحدهم فلا بد من لجنة متعددة الإختصاصات ، يلعب فيها الطيب دوراً هاماً ولكنه ليس متميزاً إذ لا بدّ من خبرة الإداري والمربيّ الصّحيّ ، وعالم الإحصائيات الخ ...

وحثّي تتّضح للقارىء هيكله التفكير التّخطيطي (وهو واحدة سواء أكان التّخطيط لغزو القمر أو لمحاربة السلّ في حي فقير في ضواحي القاهرة) فإننا سنعمد مثال الإسهال في تتبع مراحل التّخطيط وهي كالآتي:

- . تحديد الإشكاليات الصحيّة
- . تحديد الأولويات
- . تحديد الأهداف
- . تحديد الإمكانيات وطرق العمل.
- . التّنفيد
- . تقييم النتائج

تحديد الإشكاليات الصحيّة

لنتصوّر أننا بصدد التعامل مع جمهرة محدّدة الخصائص.

- لا توجد هذه المعطيات تحت الطلب كتقنيات التّشخيص الفردي لاختلاف المشاكل بين الجمهرات عالميا ووطنيا ومحليا وبالتالي :

. تحديد الإشكاليات الصحيّة هو مدخل كل برنامج التخطيط

. لا يكون هذا التحديد إلاّ ببحث علمي مكتمل المواصفات (ج) وإلاّ كان الخطأ منذ البداية.

يعيدنا هذا إلى إشكالية البحث عن المعلومات الديمغرافية والثقافية وعن انتشار ووقوع أهمّ الأمراض حتى يمكن

ترتيبها حسب عوامل الكثرة والتزايد والخطر والتكلفة ولنعتمد مثالنا حول الأمراض في ولاية قبلي.

(ج) هذا ما حدا بنا إلى برمجة أسبوعين كاملين لمنهجية البحث العلمي في السنة الخامسة طبّ قبل تدريس تقنيات التخطيط وتطبيقها إبان التّربص الإجباري في خط الدفاع الأول للمتخرجين في قسم الطبّ الجماعي.

ترتيب الأولويات

بداية لا نستطيع في إطار ندرة الإمكانيات البشرية والمادية حلّ كلّ المشاكل الصحيّة المتسبّبة في وفيات الأطفال (2).

فلا المال ولا الوقت ولا عدد الأطباء والممرضين يسمح بالقيام بحملات مكثّفة في نفس الوقت ضدّ الحوادث والكزاز والملاريا والحصبي الخ... ومن ثمة ضرورة التعامل مع أوكّد المشاكل.

لنتساءل عن المؤشرات التي يجب اعتمادها لترتيب الأولويات والجواب هي أساسا ثلاث :

1. الإنتشار والخطورة :

وتتعلّق كلّها بقياس حجم المشكل الصحي من الناحية العددية (الوقوع ، المساهمة في الوفيات ، المضاعفات).

2 . توفر إمكانيات الحلّ :

من الضّرورة أن لا ندخل معركة مخسورة مسبّقة نظرا لعدم تواجد الحلول التّقنية البسيطة والإمكانيات المادّية

الضرورية.

3. مشاركة الجماهير :

تتطلب جلّ الحلول في ميدان حفظ الصحة مشاركة الناس على الأقل في تنفيذ القرارات ومن المستحسن أن يكونوا قد شاركوا في أخذها لأن هذا يزيد في حظوظ تطبيقها.

لنعد إلى الثلاث مشاكل الصحية الأولى من ناحية الخطورة وهي الإسهال والأمراض التنفسية الحادة والحصبي. لا جدال في أولوية الإسهال لأنّ أولى أسباب الوفيات والمراضة وتوفّر الوسائل التقنية التي تمكّن من التغلب عليه ولرخص ثمن التدخلات الوقاية بالقياس إلى ما يكلفنا علاج كلّ الحالات.

يبقى أننا سنضع في المرتبة الثانية من أولوياتنا الحصبي لا الأمراض التنفسية الحادة رغم مؤشرات الانتشار والخطورة وهي في صالحها ، لأننا نتوفّر على وسيلة تقنية بسيطة (اللقاح) في حالة الحصبي ، ولا نتوفّر على شيء من هذا القبيل بالنسبة للأمراض التنفسية التي تتطلب تدخلات أكثر تعقيدا وتكلفة ناهيك عن ارتباطها بظروف موضوعية كالسكن مثلا يصعب تغييرها.

يكون ترتيبنا للأولويات الثلاث إذن :

إسهال . حصبي . أمراض تنفسية ، وبما أننا قلنا أن البرنامج لا يتعامل مع إشكاليات مختلفة وإنما مع واحدة فقط فالإسهال يفرض نفسه كأولوية الأولويات (أ) .

(أ) نستطيع في بعض الحالات التعرّض عبر برنامج واحد لأمراض متعدّدة إذا كان سببها واحد مثلا يمكن برنامج محاربة التّخين من التعرّض لسرطان الرئة والالتهاب القصبات المزمن وتساعد خطورة الأمراض الشريانية .

الأهداف الصحيّة

لا معنى للقول بأننا نريد محاربة الإسهال أو أننا نريد تخفيض حالات الإسهال في المطلق ، فمتطلبات النّجاعة والتّقييم تجربنا على تحديد وتوضيح أهدافنا بمنتهى الدّقة.

والهدف هو وصف كامل ومدقّق للنتيجة التي نريد التّوصل إليها في مكان ما وفي ظرف زمني محدد.

ومن أهمّ مواصفات الهدف أن يكون

- معقولا : القضاء على الإسهال هدف غير معقول لأننا لا نملك لقاحا ضدّ مرض معقد الأسباب مثلما هو الحال بالنسبة للجذري الذي شكّل محوه من الأرض مطمحا كبيرا ومعقولا في نفس الوقت.
- منطقيًا : تخفيض نسبة الوفيات بالإسهال بتكثيف عدد الأسرة المخصّصة لعلاج نقص التّميه الحادّ ، هدف غير منطقي لأنّه يتعارض مع معلوماتنا عن أنجع سبل الوقاية والعلاج وهي إعادة التّميه بالفم في الوحدات الصحيّة الأساسيّة.
- دقيقًا : تخفيض نسبة الوفيات عند الأطفال هدف فضفاض لأننا لا نعلم ما المقصود بالأطفال .

فالطفولة تمتد من الولادة إلى الثامنة عشر وإدراج كل الشرائح غير مجدي لأن الشريحة الأكثر تعرضاً للخطورة في (0 . 4 سنوات) إضافة إلى هذا فإننا لا نلاحظ تحديداً للزمن والمكان الذي سننفذ فيه البرنامج .

- فابلاً للتقييم : تخفيض الوفيات بالإسهال عند الأطفال من (0 . 4) سنوات في منطقة وهران من 1990 - 1995 هدف دقيق لكن كيف سنحكم على نجاعة تدخلاتنا . لا بد من مؤشرات تقيس نسبة الوفيات قبل وبعد البرنامج ، وإلاّ عجزنا عن معرفة درجة تحقيقنا للهدف .

لذلك لا بد أن نحدد نسبة التخفيض انطلاقاً من المؤشرات التي تحصلنا عليها بفضل مرحلة تحديد حجم المشاكل الصحية نكتب ، إذن "تخفيض الوفيات بالإسهال عند الأطفال (0 ت 4 سنوات) بنسبة 80 % في منطقة سوق الخميس في فترة خمس سنوات انطلاقاً من بداية تطبيق البرنامج "

لا حظ أننا حددنا الجمهرة والمكان والمدة الزمنية ، كما حددنا مستوى التحدي 80 % والرقم ليس اعتبارياً ، وإنّ/ا هو تقدير لما يمكن أن نطمح إليه اعتباراً لإمكاناتنا والحالة الموضوعية وبدون مبالغة في التفاؤل أو التشاؤم فلو قلنا مثلاً إننا نريد تخفيض النسبة ب 100 % لربما قررنا بعد التقييم فشل البرنامج إذ يستحيل كما قلنا القضاء المبرم على الإسهال ، أما إذا اكتفينا ب 10 % فمن الممكن أن يكون تواضعنا الكبير عاملاً من عوامل المبالغة في "نجاح" البرنامج إذ وصلت نسبة التخفيض 20 % خاصة وأن تحسين العوامل الاقتصادية في ظرف خمس سنوات قد يكون هو السبب في النتيجة وليس برنامجنا .

أنواع الأهداف :

يجب التفريق بين الهدف العام وهو ما حدّدناه وبين الأهداف الجزئية التي تتبع من الهدف الرئيسي وهي متعدّدة. مثلاً :

- تحسيس أغلبية الوالدين في المنطقة عبر حصص التربية الصحية ، لأهمية الرضاعة من الصدر وقواعد تغذية الرضيع في حالة استحالتها .
- تعليم أغلبية الوالدين استعمال مسحوق الأوراليت في حالة الإسهال .
- تعليم كلّ أعوان الصحة في المنطقة التعرف على مراحل خطورة الإسهال والتعامل معها وفق توصيات المنظمة العالمية للصحة .
- أشرك السلطات المحلية في البرنامج لحثّهم على الإسراع بالإنجازات الضرورية كالتعقيم الدوري للآبار .

من الواضح أن الأهداف الجزئية عملية إلى حد كبير لأنها توحى مبدئياً بجملة الإجراءات التي يجب اتخاذها لتحقيق الهدف العام ، ومن ثمة فهي تمكّننا آلياً من الانتقال إلى المرحلة التالية .

طرق العمل والإمكانيات

ما الذي يجب القيام به لتحقيق الأهداف الجزئية؟ إن الإجابة على السؤال تمرّ بمجرد لأكبر عدد ممكن من الإجراءات وتحديدها بالضبط مثلا :

. التزود بكمية كذا من مسحوق الأوراليت

. توزيع هذه الكمية على مراكز الأم والطفل والمستوصفات

. القيام بحسيس ورسكلة الـ 50 ممرضا والعشرة أطباء العاملين بمنطقة البرنامج مرتين لمدة يوم .

. إعداد فيلم فيديو قصير عن طريقة إعادة التّميه بالفم لعرضه في حصص التربية الصحية .

. إعداد فيلم قصير للأمهات عن منافع الرّضاعة من الصّدر

من البديهي ن على أعمالنا أن تنطلق من الهدف العام والأهداف الجزئية ، وأن لا نخرج عن نطاقها ، كما عليها

أن تكون هي الأخرى معقولة ، منطقية واضحة ، وقابلة للتنفيذ.

والملاحظ أن جل تدخّلاتنا أيا كان نوع البرنامج تدخل بصفة أو بأخرى في إطار اربع استراتيجيات سنفرد لكل

واحدة منها فصلا خاصا وهي :

. تحسين البيئة

. التربية الصحية

. التلقيح

. الإكتشاف المبكر للأمراض

والمهم أن اعتماد أي من هذه الأعمال مرتبط أوثق الإرتباط بالإشكاليات المتوفرة ، فكم من أعمال يفرضها

المنطق ، ونهجز عن تحقيقها ومن ثمة لا داعي لبرمجتها كإيصال قنوات الماء الشروب للجميع .

نخطط إذن وفق الإمكانيات المتوفرة أو المطلوبة وهي أساسا :

. بشرية : أطباء ، ممرضين ، مرشحات اجتماعيات الخ ...

. مادية : نقدية ، معدّات قارّة ن سوائل ، أدوية

والقضية الأولى في كلّ تخطيط هي الحصول على تمويل كاف لطموحات مشروعة ، لكنها تتجاوز عادة ما

يمكن أن تقدمه الدولة أو المنظمات العالمية أو المحلية، وبالتالي فإن حسن استعمال الزر القليل من الإمكانيات باختيار

محكم لأنجع العمليات وأرخصها ، أمر هام قلّما يدرب عليه الطبيب الذي يكون طيلة سنوات وكأنّه ذات مجردة لا

هملها إلّا علاج الناس بغض النظر عما يتطلّبه هذا من "حسابات ضيقة" .

مثال مبسّط عن نوع "الحسابات الضيقة" التي قد تواجه المخطط والتي يجب أن يدرب الطالب على

استعمالها منذ بداية التّكوين .

أوضح البحث المبدئي في منطقة البرنامج أن 5000 طفل (0 . 4 سنوات) قد تعرّضوا للإسهال (4/5) مرة

واحدة 1/5 مرتين في السنة) .

. في أثناء هذه الفترة وقع علاج مائة حالة خطيرة بالمستشفى ، تقدّر المنظمة العالمية للصحة الحاجة ب 4 وحدات أوراليت لمنع نقص التّمية في كلّ حالة.

ابتداء من هذه المعلومات يستطيع المخطط تقدير حاجياته من وحدات الأوراليت كالآتي :

$$4000 \text{ طفل } 1 \times \text{ حالة } 4 \times \text{ وحدات} = 16000$$

$$1000 \text{ طفل } 2 \times \text{ حالة } 4 \times \text{ وحدات} = 8000$$

$$\underline{\hspace{10em}} \\ 24000 \text{ وحدة أوراليت}$$

ثمن كلّ وحدة : 100 مليون

ثمن الوقاية : 2400 دينار

إنّ أجدى طرق الحصول على الإعتمادات تمرّ بإثبات الرّبح الهائل الذي تحقّقه الدولة أوالجهة المسؤولة ،
باعتماد البرنامج بدل ترك الحبل عللغارب.

لنقدّر ما تكلفه المائة حالة من الإسهال التي وقع علاجها بالمستشفى مع العلم أنّنا لن نتعرض إلّا إلى ثمن
السّوائل الفيزيولوجية المستعملة لإعادة التّمية واضعين بين قوسين تكلفة المباني والموظفين.

$$\text{للتبسيط نقول أن ثمن هذه السوائل } 2400 \times 100 = 240 \text{ ديناراً}$$

والمقارنة بين الرقمين تظهر الفارق بين مردود العلاج بالمستشفى والوقاية البسيطة بخط الدفاع الأوّل ، بما أن
2400 د تمكّن من حلّ مشكل 5000 طفل في حين أنّنا نحتاج إلى 240 د لحلّ مشكل 100 طفل فقط أي أن
مردود الوقاية 5 مرات مردود العلاج .

التقييم (3)

إنه الحكم بمدى اقترابنا من الهدف الذي حدّدناه لأنفسنا وبالتالي فهو حكم بنجاح أو فشل كلّ أونسبي للعملية، والمؤشرات التي تسمح بتقرير مثل هذه الأهمية ثلاث :

1. تقييم الإمكانيات :

الإشكالية هنا كميّة : كم استخدمنا من أطباء ومرمضين وإمكانيات مادية والردّ لا يعيننا على تقدير النجاح والفشل ، لكنه يسمح بالتعرّف على قصور في الإمكانيات أو في استعمالها مما يفسر تعثر البرنامج .

2. تقييم الأعمال :

كم من طبيب أو ممرض تلقوا التكوين ؟ كم من حصص تربية صحية وفرّناها ؟ كم من امرأة تابعت هذه الحصص ؟ كم أطفال تلقوا مسحوق الأوراليت ؟ والسؤال الضمني هنا هو هل قمنا بالعدد الكافي من هذه التدخلات ؟

3. تقييم النتائج :

إنها الإشكالية المركزية ، وقائمة الأسئلة التي تثيرها طويلة.

. هل تغيرت تصرّفات الأطباء والممرضين؟

. هل تغيرت تصرّفات الأمهات أمام الإسهال ؟

. هل تحسنت فعليا نوعية مياه الآبار المستعملة من طرف القطاعات الأكثر تعرضا للخطورة ؟

. هل تناقص عدد حالات نقص التّميه الحاد الخطيرة المحالة على المستشفيات؟

. هل تناقص عدد الوفيات بمضاعفات الإسهال ؟

إنّ الردّ على هذه الأسئلة في منتهى الصعوبة ، إذ سنحتاج إلى العودة إلى البحث العلمي ، فلا مجال لمعرفة درجة تغيير التصرفات عند ملتقى التربية الصحية بدون بروتوكول بحث علمي قائم الذات .

نفس الشيء عن تقدير انخفاض الوفيات ، مع صعوبة إضافية ألا وهي أننا لن نستطيع التّقرير بأن البرنامج وحده هو سبب هذا الانخفاض بما أن العوامل الإقتصادية والاجتماعية الأخرى توالي هي الأخرى عملها في نفس

الإتجاه ومن ثمة يعني معرفة نصيب البرنامج أن هذه الصعوبات المنهجية ليست حجة على التقييم ، بقدر ما هي مزالقي يجب الإلتباه إليها حتى لا نسقط بسرعة في الاستحسان الذاتي .

تعرضنا إلى هيكله البرنامجي أداة التخطيط وتبعنا مراحل تفكير يشكّل في الواقع في آن واحد التشخيص والتدخل لكن على صعيد الجماعة والطبيب النّاجح هو الذي يستطيع الإلتقال من مستوى الفرد إلى مستوى الجماعة مستعملا ما يجب من أدوات التشخيص والتدخل ، إلا أن هذه النّجاعة تتطلب أن يعرف الطبيب مسبقا حدود أدواته الفكرية والعملية ، حتى لا يستسهل الأمور وهي شائكة وبالغة التعقيد (4).

إنّ التخطيط على أهميته وجدواه لا يخلو من مصاعب ونواقص يجب معرفتها منذ البداية.

1 . نحن مطالبون حسب متطلبات البرنامج بتحديد نقطة الإلتقال (عدد الوفيات مثلا) لتقدير نجاح البرنامج، لكن تشخيص المشاكل الصحية بفضل الإحصائيات والوفائيات عملية معقدة تستغرق الكثير من الجهد والوقت، في حين أن المعلومات المتوفرة من التجارب كافية عادة لتشخيص المشاكل إجماليا ، إضافة إلى هذا فإنّ المؤشرات تتغير طول الوقت فقد نمضي سنة في محاولة وضع أرقام أمام مشاكل معروفة الأهمية ، لنفاجأ بعد انتهاء البحث بتغييرها خاصة إذا طالت الدراسة.

2 . قلّمنا يخضع تحديد الأولويات للمنطق العلمي وحده ، فهناك منطق المهنيين المرتكز على الإحصائيات ، ومنطق الجمهرة المرتكز على الحاجة إلى خدمات مرئية ذات مردود واضح وسريع ، ومنطق السلطات السياسية التي ترى تفضيل جهة على أخرى ، أو بناء المستشفيات الضخمة بدل الإنفاق على البرامج الوقائية.

3 . قلّمنا تكون الأهداف سهلة التّحديد ، لغياب المعطيات الإحصائية الأساسية ولتعقد العمليات المطلوبة، وقد لا تتضح الأهداف المعقولة المنطقية القابلة للتّفيذ إلا بعد الوقوع في أخطاء تنفيذ أهداف نظرية لم تتضح صعوبة تحقيقها عند التّفكير .

4 . من النّادر أن تتوفر الإمكانيات البشرية والمادية لتحقيق كلّ الأهداف ، وهذا ما يجعل أكثر البرامج حظا أرخصها ، ومن حسن الحظّ أن أكثر الأمراض انتشارا أدها للوقاية بأقل التكاليف .

5 . إنّ احترام المدّة الزّمنية المحدّدة نظريا للقيام بهذا العمل أو ذاك مبدأ طوباوي ، فلا أحد يمكن أن يتكهّن بالعديد من المتاعب والمضاعفات التي تطرأ إبان تطبيق البرنامج كمرض المسؤول ، وفساد اللّقاح، وتعطّب آلة الفيديو الخ ...

6 . إن التقييم خاصة تقييم النتائج في منتهى التعقيد للأسباب التي تعرضنا إليها .

إنّ كل هذه الإعتراضات ليست حجة على التخطيط وإنما هي وعي بحدوده ولتجاوز حدود البرنامج يتعلّم المخطّط بسرعة أن يكون مرنا داخل إطار قارّ كأن يقبل أن تشخيص المشاكل ليس بالضرورة حسابيا إحصائيا ، وأن تحديد الأولويات عملية أخذ وعطاء مع الجمهرة والجهاز السياسي ، وأن الأهداف قد لا تتوضّح إلا بعد تجربة عديد من الأعمال ، وأن التقييم لا يكون إلا إجماليا .

يقبى أن البرنامج أداة لا تقارن بالعمل التّجريبي الذي يخطّ خط عشواء متعاملا مع الحدث الطارئ كما يأتي ومتعاملا مع الأعراض المشكل بدل أسبابه.

STEINER A.G.	1
Strategic , planning	
Free Press N.Y.1979	
REINKE. W.A. WILLIAMS N.K. :	2
Health Planning , Qualitative aspects and Quantitative Techniques	
John Hopkins university 1972	
ATIKISSON . C. CLIFFORD :	3
Evaluation of human service programs	
Academic Press N.Y. 1978.	
REEVES P., BERGWALL D , WOODSIDE N. :	4
Introduction to health planning	
Information Ressources Press. Arlington 1984.	

التربية الصحية

لقد أصبح من الثابت اليوم أن انهيار أمراض القلب والشرابين في البلدان الغربية مردّه أساسا التغيير الهام الذي حصل في مواقف وتصرفات الغربيين كالعزوف عن التدخين ، وممارسة الرياضة واعتماد غذاء أكثر توازنا . لم تحصل هذه التغييرات بمحض الصدفة وإنّ/ا كانت نتيجة عقدين من بثّ المعلومات الصحية ، تبعتها قوانين زجرية صارمة ضدّ التدخين مثلا ولم يجرأ الكثير على مناهضتها بفضل الحملات التّحسيسية التي سبقتها والتي استهدفت أصحاب القرار ولا جدال أننا مطالبون نحن أيضا اعتماد هذه السياسة واعتبار التربية الصحية إحدى أهم وسائل تغيير المعطيات للتّصدي لارتفاع أمراض القلب والشرابين وبعض أنواع السرطان ، والتعجيل بالتّخفيض من أمراض الفقر والتخلف .

والتربية الصحية ليست وليدة القرن فقد ركّزت منذ القدم كل الثقافات بشكل أو آخر على ضرورة تفادي تصرفات معينة واعتماد تصرفات أخرى تتماشى مع تصوّرها للصحة وكلنا نعلم مثلا أن الإسلام أتى بكثير من هذه التّوصيات ، ولا يقدر إلاّ الأطباء خطورة الكارثة الاجتماعية التي وفّرها على مجتمعاتنا الإسلام بتحريمه لكثير من الآفات . وقد أدّى اكتشاف أهمية المواقف والتّصرفات الفردية والجماعية في نشوء الأمراض وديناميكيتها إلى محاولة إرساء قواعد علم جديد . التربية الصحية ت ومن أبرز المعالم التاريخية لهذه المحاولة :

- قيام أول حملة منظمة في أمريكا سنة 1918 تحت إشراف الأكاديمية (1) الطبية لنيويورك . وأمريكا كانت ولا تزال السبّاقة في هذا الميدان حيث تدرس المادة في أكثر من مائة جامعة ، وتمنح شهادات ذات قيمة للمتخصّصين في هذا الميدان وهو الأمر الذي تجهله وتتجاهله كلّ جامعاتنا العربية .
- تنظيم الإدارات الوطنية بالغرب والمكّلفة بتعميم التربية الصحية ابتداء من سنة 1940 في إطار برنامج التّخطيط الصحي .
- أفراد قسم خاص بالتربية الصحية سنة 1930 داخل المنظمة العالمية للصحة وهو مكّلف بالأبحاث والدّراسات ، وقد أصدر هذا المركز عددا كبيرا من الدّراسات حول مواضيع مختلفة ، كما تتوفر المكاتب الجهوية للمنظمة على أقسام خاصة تعنى بالموضوع وتضع تحت طلب البلدان خبرتها وخبرائها .

- قيام الإتحاد العالمي للتربية الصحية سنة 1952 وهو مؤسسة غير حكومية تهدف إلى جمع شتات مختلف التنظيمات الوطنية لتبادل الخبرات والتجارب.
- إحداث أقسام خاصة في كل وزارات الصحة بالأقطار العربية ، تعنى بالموضوع ومهمتها الأولى بثّ المعلومات الضرورية لصحة المجتمع عبر قنوات متعددة نعود إليها لاحقاً.

الخلفيات النظرية وإشكالياتها

تنبع جلّ النظريات ومن ثمّ استراتيجيات التربية الصحية في مختلف بلدان العالم من رواغد ثلاث (2).
 - العلوم الإجتماعية وإشكالياتها. ما هي مواقف وتصرفات المجتمع في الميادين التي تهتمّ الصحة وجذورها التاريخية ، ومسبباتها الإقتصادية ، ودورها في تلاحم المجموعة ؟
 . العلوم السيكولوجية ، وتركز أساساً على دراسة جذور الموقف والتصرف عند الفرد ، متسائلة عما يدفعه إلى اتخاذ هذا الموقف أو ذاك ، وكيف يمكننا أن نساهم في دفع التغيير في الإتجاه الذي نريد ؟
 . علوم التربية وموضوعها ، كيف نختار ونوزع المعلومات ؟ ووفق أي معطيات تقنية لتكون فعّالة وكيف يسعنا تقييم هذه الفعالية ؟ وقد كان لهذه العلوم ولتجارب أكثر من نصف قرن فضل عظيم إذ مكّنتنا من تجاوز نظرة سطحية وطوباوية للتربية الصحية.
 وبما أنّ الإشكالية الكبرى بالنسبة للطبيهي النجاعة . فإنّ تناولنا للموضوع سيركّز على شروط هذه النجاعة ، وهي أربع :

- تقدير العوائق الموضوعية
 - تقدير العوائق الذاتيّة
 - تحديد مختلف الجمهرات وحاجياتها من المعلومات
 - حسن اختيار القنوات الملائمة ومعرفة حدود كلّ واحدة منها
- يرتكز كلّ عمل إنساني على خلفية نظرية واعية أو لا شعورية توجّهه بطابعها وللعمل التربوي التقليدي كما هو جار به العمل مثل هذه الخلفية ، التي يمكن تحليلها عبر خطوط القوّة التالية :
- . التصرفات السلبية في ميدان الصحة هي نتيجة الجهل
 - . الجهل نتيجة انعدام الوعي أو عدم المعرفة أو تظافرها
 - . يمكن التغلب على الجهل بتبسيط المعلومات الطبية ونشرها
 - . عندما يتلقى الناس هذه المعلومات فإنهم يفهمونها ويتذكّرونها نظراً لعملية التبسيط هذه .
 - تتحسنّ النتيجة كلما زادت "المطرقة " أي عملية الإعادة والتكرار على غرار ما يجري في دنيا الإشهار التجاري أو السياسين ، وكلما زاد استخدام الوسائل السمعية البصرية الهائلة الإنتشار .

. يؤدي التّشبع بالمعلومات المبسطة إلى تغيير المواقف ومن ثمة إلى تغيير التّصرف فيرتفع المستوى الصحي للأفراد والمجموعة.

إذا اعتبرنا أن كلّ فكرة من هذه الأفكار تشكّل فرضية وإذا اعتبرنا كلّ التجارب في العالم فإنّه يمكن القول بأنها فرضيات خاطئة وذلك بعد الإحتكام إلى ممارسة طويلة جماعية وشخصية. نركّز على أهم النّقط في التّصور القديم أي وجود ترابط شبه آلي بين المعرفة النظرية وتغيير التّصرف ، والفرضية تسنّ على أن الجاهل بالأمر الصحية، فادر ذاتيا وموضوعيا على تغيير تصرّفه بمجرد اطلاعه علالحقيقة ، لكنها تتناسى بعض البديهيّات التي تثبت التجربة أهميتها ألا وهي :

- إن المعلومات العلمية لا تدخل فكرا يتّسم بالفراغ المطلق ، فلكل إنسان مهما تواضعت معلوماته أراء وأفكار يستمدّها من تقاليد اجتماعية تضرب في غور الزمان ، ومن ثمة ، فإنّه سيحدث في داخله تناقض بين التّصور القديم والمعلومات الحديثة ، وهوتناقض لا يفرض إجباريا لصالح الجديد والمستحدث .
 - * إن عملية تبسيط المعلومات الطبية لا تؤدي أوتوماتيكيا إلى جعلها مفهومة ومستساغة ومقبولة ، فهذه المعلومات لا تتبع من لا شيء إذ هي في شكلها المبسّط الأصلي نتاج خلفية ثقافية ومنهجية لها جذورها الفكرية والاجتماعية الخاصة، ولا يمكن تلقّيها وفهمها بالتالي إلا إذا تشارك مرسل المعلومات ومتلقّيها في نفس الأرضية وهذا ليس من تحصيل الحاصل .
 - أنه ليس لعملية المطرقة أي إعادة وتكرار نفس المعلومات كما تثبت ذلك تجربة الإشهار، الفعالية المنتظرة ، بل تؤدي في بعض الأحيان إلىالنتيجة المعاكسة حيث يواجه الإنسان التكرار كنوع من التعدي ، ويواجهه بالرفض وحتى بالعناد .
 - إن عملية نشر المعلومات الطبية في أي مجتمع ليست بغير ذي خطر فالخوف من المرض والموت ظاهرة منذ قديم الزمن وكلّ الأطباء فيهذا العصر من كلّ الإختصاصات يعلمون أن 50 في المائة من رواد العيادات الطبية يسكون من أعراض مردّها القلق والخوف من المرض ومن ثمة فإننا نستطيع بتدخلات اعتبارية وغير مدروسة تغذية هذا القلق الكامن في أعماق كلّ إنسان ، أي أننا نستطيع التّوصل إلى عكس النتيجة التي ننشدها وذلك بنشر المرض لا بكسرشوكته .
- وأخيرا وليس آخرا فإن الركيزة الأساسية التي تسند كلّ البناء النظري أي الإعتقاد بأن المعرفة تغيير التّصرف، لا تصمد أمام النقد الجدّي ، فكم من طبيب يدخّن وهو يعلم أصدق العلم أن التدخين مضرّ.
- وقد يؤدي تظافر المطرقة والخوف من المرض الذي تثيره إلى رفض المعرفة ، وهو ما عبّر عنه أحد الطرفاء بقوله لقد قرأت ما يكفي من المقالات عن مضار التدخين ، لذلك قرّرت التّوقف عن .. القراءة.
- إن تغيير التّصرفات عملية معقّدة ، لا تتدخل فيها المعرفة النظرية إلا كعامل من شبكة معقّدة من العوامل ، ومن ثمة حالي طرقائنا التي تتراكم فيها الفضلات المنزليةوالقاذورات تحت لا فتات البلديات "النظافة من الإيمان " لماذا

يشكّل نشر المعلومات الطبية شرطا ضروريا لكنه غير كاف لحمل الناس على اعتماد التصرفات الصحية التي نردّ أن يتخذوها ؟

التربية وتعهّد الصحة (1)

في إطار التّصور المشتّت أوكلنا للتربية مهمة تعلم تفادي جملة من الأمراض ، لكن دورها الأساسي هو في المساهمة كجزء من الثقافة في تعهّد الصحة وحفظها ، وذلك بالدعوة إلى اعتماد تصرّفات ومواقف جماعية اتّضح أنّها أهمعوامل إطالة العمر :

- 1 . النّوم من 7 إلى 8 ساعات ليلا
 - 2 . تناول فطور الصّباح يوميا
 - 3 . عدم الأكل بين الوجبات
 - 4 . وزن في حدود 5 % + 19.9 % من الوزن المثالي بالنسبة للرجل وبين 5 % + 9.9 % للمرأة.
 - 5 . الرياضة يوميا
 - 6 . الإمتناع عن الكحول أو شربها نادرا
 - 7 . الإمتناع كليا عن التدخين
- إنّ توفّر بعض أو كلّ من هذه الشروط يؤدّي إلى إطالة أمل الحياة كالآتي :

أمل الحياة ابتداء من 45 /

عدد الشروط	امتداد الأمل
3 أو أقل	22 سنة
5	28 سنة
6 أو 7	33 سنة

1 - العوائق الذاتية

قلنا إنّ الموقف هو تقييم واع لمعلومات آتية من المحيط أو من داخل الجسم ومصبوغ دوماً بمشاعر تتمحور حول الشائني لذة/ لا لذة ، كما قلنا إنها أحد عوامل التصرف ، ونحن نطمح عبر التربية إلى تغيير الموقف .
لنستعرض أهم الشروط لتغيير موقف ما :

- يجب أن تلغى معلومات متقدمة عليها وإلا وقع نشاز .
- يجب أن لا تكون المعلومات الجديدة مهددة مدمرة لنسق كامل من التفكير .
- يجب أن لا يتكلف العمل بها جهداً كبيراً
- يجب أن يكون مردود العمل بها واضحاً بديهاً .

لنتعرض إلى إشكاليتين صحيحتين ، فشلت فيهما التربية لأنها لم تتعرض إلى أهم عقبة ذاتية : الغاء المعلومات

القديمة .

التبرع بالدم :

تشكل حملة التبرع بالدم نموذجا لفشل العمل المرتجل الذي يكلف نفسه عناء البحث المبدئي قبل الدخول في العمل الميداني ، أي اكتشاف أسباب تصرفات الناس قبل محاولة تغييرها ، فمستشفياتنا تعاني من نقص فادح ومستديم في كميات الدم نظرا لقلّة المتبرعين التلقائيين مما يجبر هذه المستشفيات عدلا لإستغاثة دوريا بالإذاعة لطلب صنف معين ، أو حثّ المواطنين على التبرع نظرا لانخفاض هام في الاحتياطي في بنك الدم ، ونظرا لتدهور الحالة ، أصبحت تطالب كلّ مريض مقدم على عملية جراحية بأن يقدم كمية هامة من الدم يدفعها عادة أهله، أو في عدم تواجد هؤلاء الأخيرين شراؤه بكيفية أو بأخرى.

وأمام هذه الحالة المزعجة ، قامت حملات متعدّدة باسم التوعية والتثقيف فشهدنا ملصقات متعدّدة تحمل شعارات متعدّدة من نوع " ارحم ترحم " " قطرة من دمك لإنقاذ حياة " ، ولم تكنف هذه الشعارات باحتلال الحيطان وأمدّة الصحف بل وجدناها حتى على علب الكبريت كهذا الشعار الجاف " المريض ليس بحاجة إلى زيارتك بقدر ما هو بحاجة إلى دمك " .

بطبيعة الحال لم تتغير الوضعية بعد هذه الحملة ، وأني لها أن تتغير والحال أن الموضوع لم يطرح كما يجب .

يكشف الباحث بمنتهى السرعة جملة العوامل الموضوعية التي تجعل عملية التبرع صعبة ومنها :

. بعد مراكز التبرع في المدن الكبرى عن التجمعات السكنية وانعدامها في المدن الصغرى ، وندرة الحافلات المتجولة التي تعوّض المراكز .

. وجود أماكن التبرع داخل المستشفيات أو مراكز أخرى سيئة وليس بعدها .

. عمل هذه المراكز بالموازاة مع أوقات عمل الإدارات الأخرى فقط وليس بعدها .

. إقصاء النساء عن كلّ إمكانية تبرع للأسباب المذكورة ولتواجد الحافلات المتقلة في الأماكن العامة

والمكتظة وتجمع جمهور غفير من الشباب والأطفال حولها لاستماع إلى الأغاني الرخيصة التي تبثها ومن ثمّة وجود جو لا يمكنه المرأة من التجوؤ على الدخول إلى الحافلة لكن كل هذه الأسباب الموضوعية تتراجع أمام أهمية السبب الرئيسي ، وقد اتضح لنا أهميته وذلك إبان حملة التبرع بالدم التي قام بها مستشفى سوسة فقد اغتصنا فرصة وجود الحافلة على الشاطئ المكتظ لملاحظة تصرف الناس واستكشاف آرائهم في المسألة وقد لاحظنا أن عددا كبيرا يدخلون الحافلة وجلدهم من الذكور الشبان ويخرجون منها بعد دقائق بدون تبرع بنقطة واحدة وذلك رغم زعيق مكبرات الصوت وترديدها شعارات الوعظ والإرشاد والاسترحام .

أما سبب التصرف هذا فقد اكتشفناه بسرعة إذ كان المحجمون عن التبرع يكتفون بقياس الضغط الدموي

الذي يسبق قانونيا للموافقة بالتبرع أو العكس بدعوى حالة "الضعف" التي يعانون منها والتي لا تسمح لهم بالتبرع .

وبعدها يمتنعون . وقد أدرنا حوارا استطلاعيا مع ثمانين شابا منهم لا لحتهم على التبرع كما كان يفعل الطبيب والممرض

المكلفين بالعملية وإنّما لمعرفة الأسباب العميقة المختفية وراء هذا الإعتذار ، واتضح من مقارنة حجج أغلب

المحجمين أن هناك اعتقادا راسخا قوامه بأن الدم هو مصدر الحياة ورمزها ، وأن التفريط فيه بمثابة التفريط في جزء من

الحياة نفسها، وأن هذا يؤدي إلى إضعاف الجسم وإلحاق الوهن به .

كذلك اتضح لنا أن القلة من المتبرعين أنفسهم يشاركون من أحجم ، في هذا الاعتقاد وأنهم يتصورون العملية كتحضية يقدمونها في سبيل الله أو الإنسانية ، أي أن هناك واعزا أخلاقيا ساميا يدفعهم إلى التضحية بجزء يسير من قوتهم وصحتهم وحياتهم ، وهو نوع من "البطولة ط التي لم تستطع الأغلبية القيام به .

ومن البديهي أن هذا الاعتقاد الراسخ والمستشري في أذهان الناس هو العقبة الكأداء الأولى التي تحول دون التبرع . وأن على أي عملية تبغى النجاعة في هذا الميدان الاهتمام بحسين الظروف الموضوعية من جهة وإشاعة الفكرة العلمية الصحيحة من جهة أخرى بأن المائتي سنتيمتر مكعب التي يتبرع بها الإنسان تعوض في ظرف وجيز ، وأن الدم ليس مصدر الحياة ووزها ، وإنما هو سائل فيزيولوجي يتجدد دوريا عند كل إنسان .

وتتضح أهمية معرفة المعتقدات والأفكار المسبقة ن لإلغائها في هذا المثال الثاني .

. الحصبي من أخطر الأمراض في بلداننا وقد لاحظنا أنها ثالث أسباب الإعاقات الدماغية عند الطفل التونسي بعد مضاعفات الولادة الصعبة والتشوهات الوراثية الناتجة عن زواج الأقارب .

وقد أثبت استجواب الأمهات في مراكز الطفل والرضيع والأطباء المباشرين للأطفال في المستوصفات وكذلك المرشحات الإجتماعية أن سبب ارتفاع نسبة الموتى عند أطفالنا ، بالمقارنة إلى الأطفال الغربيين هي نتيجة عادات وممارسات موعلة في القدم ومن أهمها :

- تغطية الطفل بلحاف ثقيل مما يمنع انسياب حرارته الداخلية
 - قطع الماء والغذاء طيلة ثلاثة أيام مما يزيد في هزال الجسم ويضعف مناعته والحال أن الطفل يعاني عادة من سوء التغذية .
 - تفادي غسل الجسم وخاصة الإفرازات المتعفنة للعينين والأنف مما يجعله عرضة لالتهاب جرثومي يمكن أن يصيب أي عضو من أعضائه .
 - دهنه بمرهم أحمر يزيد الطين بلة في إطار اعتقاد سحري أننا لا نحارب الحمرة إلا بالأحمر .
- من البديهي أن تشخيص هذه الأغلاط التي ترتكبها الأم وخاصة الريفية والأمية يعين الطبيب على توجيه نصائحه فرديا أو جماعيا وأنه لن يكتب لأي حملة تثقف صحي النجاح إن لم تركز على إلغاء هذه التصرفات حتى يمكن بناء دعائم تصرفات أخرى على إنقاص المفاهيم والعادات القديمة .

2 . أهمية العوائق الموضوعية القاهرة

لنعتمد مثالا زواج الأقارب للتدليل على أهمية هذه العوائق هو من أهم المشاكل الصحية في بلداننا العربية لما يتسبب فيه من انتشار الأمراض الوراثية ، وهو أول مشكلة في قطر كالكويت إذ تبلغ نسبة زواج الأقارب فيه الأربعين بالمائة (من 16 إلى 20 بالمائة بتونس) .

تأثير زواج الأقارب على نسبة المراضة والوفيات

المرضاة (النسبة المئوية)		
البلد	زواج أباعد	زواج أقارب
فرنسا	3.5 %	12.8 %
اليابان	1.02 %	1.69 %
السويد	4 %	16 %
الولايات المتحدة	9.8 %	16 %

الوفيات عند الأطفال		
البلد	زواج أباعد	زواج أقارب
فرنسا	3.9 %	9.3 %
اليابان	4.7 %	6.6 %
الولايات المتحدة	2.4	8.1

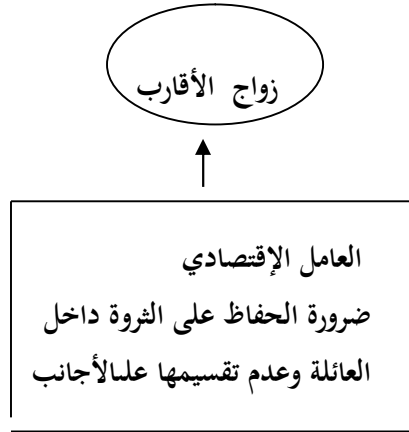
في خصوص زواج الأقارب لنا أقوال مأثورة منها ما يسند للرسول نفسه كـ "اغتربوا لا تضووا" أو خيروا لنطفكم فإن العرق دسّاس "

فالمعرفة إذن موجودة أو على الأقل متوفرة في حضارتنا ولا يشكّل الإستنجد بها ثورة على القيم العامة للمجتمع أو نقصا لمقدّساته ، لكن التجربة تثبت أن زواج الأقارب بقي منتشرًا ولا يزال ومن ثمة السؤال لماذا ؟

ويكون الرد على السؤال سهلا إن نحن حللنا كلّ العوامل الموضوعية التي تتدخل وتتشابك فتؤدي إلى النتيجة المعروفة ويمكن تصنيفها كالآتي :

العامل الجغرافي
* انعزال المجموعات الصغرى
في الصحراء أو البوادي

العامل الإجتماعي
* مفهوم الزواج كتيادل ثروة
* الزوجة ليست امرأة غريبة
وإنما قريبة ومن ثمة سهولة الإدماج



من الواضح أن (زواج الأقارب) ليس نتيجة جهل بالعواقب الصحية وإنما هو نتيجة تظافر عوامل اقتصادية جغرافية قاهرة تجعل محاسنها الزواج تطغى على عيوبه لذلك لا نستطيع تصوّر اختفائه بمجرد تهديد الناس بالأمراض الوراثية.

إصحاح البيئة (أ) :

من أهم إشكاليات حفظ الصحة التي تواجهنا في إطار عملنا داخل مجتمعات فقيرة لا زال يغلب عليها الطابع الفلاحي ، قضية أصحاح البيئة ، وتكتسي قضية تلوث البيئة هنا طابعا يميّز أساسا بقضايا الماء والطعام والفواضل ، خلافا للمجتمعات الصناعية التي تشكّل فيها قضية الهواء المشكل الرئيسي .

ففي أريافنا وحتى داخل مدننا تنتشر أمراض الجهاز الهضمي بصفة هامة لأسباب تتعلق أساسا :

- . بندرة الماء الشروب وتلوث الآبار ومصادر الماء الأخرى .
- . تراكم الفواضل المنزلية في العديد من الأمكنة الغير محفوظة والتي تشكّل مناخا للذباب والناموس والروائح الكريهة إضافة إلى قبورها الأخاذ.
- . ريّ الخضروات بالمياه المستعملة
- . انعدام الإصحاح والمراقبة في ذبح الحيوانات ونقل وتوزيع اللحم .
- . قلة أو سوء استعمال التبريد في نقل وتوزيع الأسماك
- . انعدام النظافة في مرافق صنع وتوزيع الغذاء من المخابز إلى المطاعم لا على مستوى التجهيزات ولا على مستوى العملة.

(أ) إصحاح البيئة : Hygiène du milieu - Environnemental Health

يكتشف الممارس لهذه الإشكالية حدود عملية التربية الصحية ، فالمعلومات عن خطورة الأمراض الناجمة عن تلوث الماء ، وتقنيات تعقيم الآبار ستواجه بصعوبتين أساسيتين .

1 . الصعوبة الاقتصادية : لا يمكن بأي حال من الأحوال إقناع الناس بعدم استعمال الآبار والعدران إن لم يكن لهم مصدر آخر للشراب ولا مجال لإقناعهم بتعقيم هذه الآبار إذا لم تتوفر لهم أبسط أدوات التعقيم من طرف إدارات الصحة.

2 . الصعوبات التصريفية : توفر المعلومات ، وضروريات التعقيم لا يؤدي إلى تغيير التصرفات للتهاون والقاعس و " بعد " الخطر النظري وقد يذهب البعض كما لاحظنا في المناطق التي نعمل فيها إلى مواصلة استعمال بئر غير معقم في حين أنهم يملكون الماء الشروب للشركة الوطنية للمياه داخل منازلهم لأن تقاليد القرية تقضي بأن الشاي اللذيذ لا يكون إلا بماء المبر .

نفس الإشكالية في خصوص الفواضل التربوية لا يمكن أن تقوم مقام جرارات البلدية إلا أن هناك صعوبة ثالثة لا يتوقعها الطب في تعامله مع إشكالية إصحاح البيئة ألا وهي الإعتبارات السياسية :

مثلا لا بد من منع الذبح خارج المجازر البلدية المراقبة ببطريا ولا بد من منع حمل اللحوم على عربات مجرورة بالحيوانات لا تتوفر على أبسط شروط حفظ الصحة ولا بد من أن تكون نقط التوزيع نظيفة مجهزة بالتبريد وأن يكون الجزار متوقفا على شهادة خلوه من الأمراض المعدية ن ويقضي القانون بمنع المخالفات وتغريم المخالفين . تأتي التربية الصحية وتتوفر المعلومات لكل العاملين ولا تتغير التصرفات لغياب عامل الردع ، فالسلطات السياسية خاصة المحلية في شدّ وجذب بين ضرورة تطبيق القانون وضرورة عدم إغضاب المواطنين وإبذائهم في مصدر رزقهم ومن ثمة القناعة بأن التربية الصحية الفعالة لا تكون إلا مندمجة في إطار ثالث جزئية الآخرين الإمكانيات المادية والردع القانوني .

3 . تحديد الحاجيات والجمهرات (3)

كلما كانت المعلومات متماشية مع حاجيات منبهمة أو مصرّح بها ، كلما كانت حظوظها أكبر لكي تكون واعزا لتغيير التصرف ومن البديهي أن علينا أن نعرف هذه الحاجيات عن طريقة دراسة سبر آراء . إن تلبية حاجيات محددة من المعلومات يسهّل قبولها ولربما هضمها وترجمتها في قالب تصرفات والغلطة المنهجية الكبرى هي الخلط بين حاجيات المختص وحاجيات متلقّي المعلومات ، فقد يكون بينها تلاقي وقد لا يكون . والواقع أن تحديد الحاجيات يعني بصفة أوتوماتيكية تحديد الجمهرات التي لها هذه الحاجيات . من البديهي أن الجمهور الذي تتوجّه إليه كلاً متجانسا فهو مكون من الرجال والنساء والكبار والصغار والمتعلمين والأُميين ، والفقراء والأغنياء الخ ... نحن إذن أمام خيارين :

- أن نتوجه إلى الجميع بدون تحديد للغة والأهداف المنشودة ونبقى في العموميات والضبايات بدون أي إمكانية لتقييم عملنا .

أن نختار فريقا معينا من الجمهرة حسب معلومات علمية تؤكد أولوية حاجياته الصحية ، فنحدده من الناحية الاجتماعية والاقتصادية والفكرية ، ونقرّر مخاطبته باللغة التي يفهمها .
والحلّ الثاني أسلم بطبيعة الحال ، لأن القاعدة كالآتي :

كلّما حدّد المرّبيّ الإشكالية الصحيّة وجمهرتها وأهداف التربية ووسائل تقييم نتيجتها كلّما كان العمل التربوي علميا ومقاربا للنجاعة.

لا بدّ إذن من تحديد الجماعات الأكثر حاجة إلى المعرفة الصحيّة ، حتى يكون اختيار الوسيلة والتوقيت واللغة التي تتلاءم مع خصائصها الذاتيّة موفّقا ، والإرتباط وثيق بين الإشكاليات الصحيّة والجماعات الأكثر حاجة للتربية لأسباب بديهية . نعلم أنه لا بد من الإعتناء ب :

- النساء خاصة الحوامل منهن ويستحسن أن تبدأ التربية قبل فترة الحمل ، وتهتم هذه التربية ووسائل التنظيم العائلي وصحة الأم والمولود الجديد الذي نعرف جدّية الأخطار التي تتهدده في السنة الأولى .

- الأطفال والمراهقون هم جمهرة مثالية لأنهم يشكلون ربع السكان في أقطارنا ويسهل توصيل المعارف إليهم نظرا لتواجدهم في نفس الأماكن ، والتربية الصحيّة إن احترمت قدرات الطفل والمراهق في فهم بعض المعطيات العلميّة قادرة على المساهمة في تكوين أجيال تحمل مفاهيم جديدة ، وبالتالي يمكن أن تكون منطلق تصرفات صحيّة ، مثلا تكون محاربة التدخين الذي يبدأ في المراهقة مجدّية إذا سبقت بقليل وتزامنت مع فترة البداية فيه .

- المرضى : كلّما كان المرض منتشرا مزمنًا ، متطلّبا لمشاركة المريض الفعليّة في قيادة العلاج ، كلما شكّلت التربية الصحيّة (أ) إحدى وسائل تطويق مضاعفاته ، مثلا لا مجال للتحكّم في السّكري وارتفاع الضغط وهما من أخطر أمراض العصر وأوسعهما انتشارا بدون مشاركة المريض في مراقبة حميته والمواظبة على الدواء واعتماد أسلوب حياتي معيّن وكلّهما مواقف وتصرفات لا تنطلق بمجرد تلقي أمر جاف ووصفة مطوّلة ، وإنما هي نتيجة تربية طويلة ومعقّدة تحاول التعامل مع كل العوائق الموضوعية والأفكار المسبّقة التي تواجه حياة المريض .

الجماعات الصغرى ذات المشاكل الخاصّة : كيف تحدّد الحاجيات والجمهرات ؟ (4)

إن أحسن مثال على هذا النوع من الجمهرات عمّال المصانع مثلا ، فقد أدّى التّصنيع السريع في كامل بلدانا إلى تصاعد هام في حوادث الشغل نظرا لتظافر عدة عوامل وأهمها انعدام تواجد التّصرفات الملائمة للعقلية والممارسة الصناعيّة عند العامل الذي مر في أغلب الوقت وبدون تمهيد من العمل الزراعي إلى الصناعة أي بدون أن تتماشى التّغييرات الفكرية مع متطلّبات الوضعيّة الجديدة ، كذلك تصاعدت نسبة الحوادث لتكبيّة المصانع نفسها ، وانعدام التركيز من طرف أصحابها على أهميّة المحافظة على صحة العامل وعدم الإنتباه إلى أن الإنتاج لا يكون على حساب الصحة الجسديّة والعصبيّة للناس .

وقد تفاقمّت المشكلة وتزايدت حدّتها إيّان السنوات الأخيرة خاصّة في منطقة الساحل نظرا لكثرة المصانع الممستحدثة فيها ، لذلك قام المركز بأبحاث حول إمكانيات تدخّل التربية الصحيّة للحدّ من تفاقم هذه الآفة ، وقد تطلّب هذا تحديد الحاجيات نفسها أي معرفة الظروف الموضوعية للعمل (نوع الصناعة . وسائلها . مناخ العمل . عدد الحوادث وخطورتها . إمكانيات الوقاية بالتّربية الصحيّة وقد جمعنا نتائجها في الجدول التالي .

المشاكل الصحية للعمال بمنطقة الساحل

التونسي (سوسة والمنستير)

الأولويات والحاجيات

نوعية الصناعة	عدد المصانع والعمال	المشاكل الصحية ذات الأولوية	حاجيات التربية الصحية
صناعة الملابس	17 مؤسسة بسوسة 19 مؤسسة بالمنستير 3285 عامل 15 % من عمال الجهة 94 % نساء	. نسبة الحوادث 5.6 % . مشكلة الضجيج (ما بين 80 و 85 ديسبل) . كثرة الاضطرابات . حوادث التسمم بمادتي بريكلورواتيلان وبروكلورواتيلان	الوقاية الفردية من خطر الآلات
صناعة الجلد والنسيج	10 مؤسسة بالمنستير 3 مؤسسة بسوسة 4332 عامل 16 % نساء	. نسبة الحوادث 26.8 % الضجيج (ما فوق 85 ديسبل) الحرارة والرطوبة الغبار (أمراض الصدر) . التداول الزمني وأعراضه 8 ساعات مرة صباحا وأخرى مساء	. استعمال أجهزة الوقاية من الضجيج . استعمال الأقبعة للوقاية وهي متواجدة لكن بدون استعمال . التشجيع على كثرة شرب الماء
الآليات والنقل	17 مؤسسة بسوسة 7 مؤسسة بالمنستير 5875 عامل 4 % نساء	نسبة الحوادث 54 % التعرض للضجيج ما فوق 85 ديسبل التداول الزمني وأعراضه	. استعمال أجهزة الوقاية من الضجيج . الوقاية الفردية من الآلات القاطعة
صناعة الأغذية والمصبرات	14 مؤسسة بسوسة 3 مؤسسة بالمنستير 2150 عامل 14 % نساء	نسبة الحوادث 12.5 % التعرض للضجيج التداول الزمني وأعراضه	. الوقاية الفردية من الآلات القاطعة
صناعة الأثاث	6 مؤسسة بسوسة 1 بالمنستير 1832 عامل 4 % نساء	نسبة الحوادث 14.6 % التعرض للضجيج التعرض للغبار (أمراض الصدر)	. الوقاية الفردية من الآلات القاطعة . استعمال الأقبعة وآلات الوقاية من الضجيج
صناعة البلاستيك	1 مؤسسة بسوسة 3 بالمنستير 233 عامل 24 % نساء	التعرض للأمراض الصدرية والجلدية	. لبس القفاز ولحذر من المواد الكيماوية
	7 مؤسسة بسوسة 3 بالمنستير	معدل ثلاث موتى شهريا التعرض للضجيج	. الوقاية من الضجيج . شرب الماء

صناعة البناء	2710 عامل 1 % نساء	الحرارة والرطوبة	. الإلتباه . لبس الخوذات
	31 نزل بسوسة 13 بالمنستير 9398 عامل	الأمراض السارية الأمراض الجنسية (بدون تقدير إحصائي)	. تلقيح . نظافة اليدين خاصة . التحذير من الإدمان والاتصالات الجنسية المشبوهة

تتضح أهمية حاجيات الوقاية عند هذه الجماعة الخاصة حيث تتراوح نسبة الحوادث من 12.5 % إلى 54 % وهذه أرقام لا تقبل حتى ولو كانت الحوادث غير قاتلة ، أما عندما نجد قرابة الثلاث موتى شهريا من جملة 2710 عامل مثلما هو الحال في صناعة البناء فإن هذه الحاجيات تصبح أكيدة وضرورية. لكن اتباع معالم السياسة الوقائية كما حدّدناها نظريا بالنسبة لكل صناعة تواجه بالعقبين الرئيسيين المذكورتين آنفا.

. الظروف الموضوعية القاهرة التي تلغي مبدئيا كل أمل في الوقاية إذ يستحيل مثلا استبدال آلات نسيج قديمة لأسباب اقتصادية تتسبب بضجيجها في ظهور الطرش والإضطرابات العصبية ، كما لا يمكن إلغاء نظام التّداول الزمني المتسبب في ظهور الإضطرابات العصبية والأرق لأن على المصنع أن يشتغل ليلا نهارا. . التّصورات والمفاهيم الخاطئة عند العمال والأعراف على حدّ السواء.

4 . حسن استعمال الوسائل

الوسائل المتوفرة لنقل المعلومات الصحية كثيرة ومتنوعة ، وأهم خصوصية البعض منها قدرة الوصول إلى كلّ بيت وإلى كلّ إنسان مثلما هو الحال بالنسبة للراديو والتلفزة ، وقد أدّى هذا البعض إلى الخلط بين الوسيلة والغاية ، والإعتقاد بأن نفاذ وانتشار الوسائل السمعية البصرية أمر كاف لأنّه يجعل من التربية الصحية أمرا سهلا، لكن التّقييم النقدي أظهر أن الأمور أعقد بكثير من هذا التّصور ن إما لأن الوسيلة نفسها تكون عاجزة في ظروف معينة عن الإضطلاع بمهمّتها وإما لأنّ سوء استعمالها قد أدّى إلى إحباط كلّ إمكانياتها.

التلفزة والراديو

هي من أهم قنوات تمرير المعلومات الطبية في شكل أفلام قصيرة بسيطة (عن التلقيح أو عن محاربة أسهال الرضيع) أو في شكل لمحات خاطفة مرئية أو سمعية.

وقد قمنا بمحاولة تقييم لحصّة تلفزيونية وأخرى مذياعية عند عيّنة من مرتادي عياداتنا بخط الدفاع الأول ، وأخرى من تلامذة المعاهد الثانوية وذلك عبر عملية سبر آراء في محاولة قياس نسبة الإستماع والإهتمام والفهم والتذكّر وتغيير التصرفات والمضاعفات السلبية.

كما قيّمنا حصّة مع الطبيب وهي تدوم ساعة ويستدعي فيها المنشط أطباء معروفين للحديث في موضوع ما ، أو حصّة الدكتور حكيم فهي مخصّصة لإعطاء نصائح في ميدان التغذية ولا تستغرق أكثر من دقيقة .ونورد هنا نتائج البحث:

1. نسبة الإستماع :

لاحظنا أن الإستماع بانتظام ضعيف بالنسبة للمستمعين للراديو عند التلامذة (0.4 %) وحتى عند رواد العيادات (11.5 %).

وتصدق نفس الملاحظة علالتلفزة ولو أن النسبة أكثر (11.7 % للتلاميذ و 17.9 لرواد العيادات) ولهذه الظاهرة أهمية قصوى ، فمن الواضح أننا لا نستطيع الإعتماد علالوسائل السمعية والمرئية للقيام بعمل تربوي طويل النفس خاصة على مستوى أجيال الغد إذ يبقى الإستماع أو المشاهدة أمر متقطع غير منتظم وبدون انسجام أو تناسق .

2. نسبة الإهتمام :

تبقى عموما متوسطة حيث لا تتجاوز نسبة الإهتمام بما يقال في الراديو 39 % بالنسبة للتلاميذ و 54 % بالنسبة لرواد العيادات أما فيما يخص التلفزة فنلاحظ أن النسبة ترتفع عند التلاميذ إلى 62 % وتبقى بدون تغيير بالنسبة لرواد العيادات .

3. نسبة الفهم

حاولنا تقييم هذه النقطة نظرا لكثرة الإصطلاحات العلمية المستعملة والتي خشينا أن نكون عائقا كبيرا، لكن الأجابة تظهر ارتفاع نسبة الفهم يبقى أن 18.8 من التلاميذ و 14.4 % من رواد العيادات لا يفهمون جلّ مايقال في حصّة مع الطبيب وأنّ 6.7 % من التلاميذ و 7.1 من رواد العيادات لا يفهمون ما يقال في حصّة الدكتور حكيم . نسبة التذكّر :

إذا اعتبرنا أن التذكير بصعوبة وعدم التذكّر من العوامل الملغية للتأثير المنشود فإننا نلاحظ أن 44.6 % من التلاميذ يضيعون جلّ ما يسمعون من الدكتور حكيم و 57.5 % ما يسمعون من برنامج مع الطبيب .وتبلغ النسبة عند رواد العيادات 44.9 % و 46.3 % .معنى هذا أن المعلومات لا تبقى عالقة بالذهن إلا عند قرابة نصف متلقّيها.

وتتضح هذه النقطة في الإجابة عن عدد النصائح التي حفظت ؛ إذ لم يحفظ 26.3 % من التلاميذ أي نصيحة من الراديو و 39.6 أي نصيحة من التلفزة (33.3 % و 44.2 عند رواد العيادات وقد لاحظنا أيضا أن قدرة الحفظ أرفع بصفة عامة عند التلاميذ من رواد العيادات حيث يتذكّر 27.1 من التلاميذ خمس نصائح من الراديو مقابل 4.3 % ويتذكّر 14.2 % منهم خمس نصائح من التلفزة مقابل 2.1 % فقط بالنسبة لرواد العيادات . وهذا ما يؤكد مرّة أخرى أن ضياع المعلومات عند نقلها هام .

تغيير التصرفات

لاحظنا أن التأثير ضعيف حيث لم تؤد نصائح الدكتور حكيم إلا إلى تغيير تصرفات 27.5 % من التلاميذ مع أن 56.7 % يعتبرون تطبيق النصائح أمرا سهلا ، أما رواد العيادات فرغم أن 59.4 % يعتبرون التطبيق سهلا فإن 30

% فقط يطبقون جلّ النصائح . وتصدق نفس الملاحظة على حصّة مع الطبيب أي أن 47.5 % يرون أن النصائح سهلة التطبيق ولا يطبقها فعليا إلاّ 26.2 % في حين يرى 43.2 من رواد العيادات أنّها سهلة التطبيق لكن 31.4 % فقط يقولون إنهم يطبقونها.

وتظهر الدراسة هنا وجود الفارق بين وصول المعلومات وبين تطبيقها.

المضاعفات السلبية :

لاحظنا أن برنامج مع الطبيب يثير مخاوفًا عند 15 % من التلاميذ وهذا ما يؤكد وجوب احترازا خاصة عند المراهقين من التهديد المباشر أو غير المباشر بالموت والمرض لأن من شأن هذا إثارة مخاوف عميقة يسهل إثارتها. إذا اعتبرنا إذن فعالية التربية الصحية بالوسائل السمعية والمرئية تتطلب:

. وجود الوسائل المرئية والسمعية عند الأغلبية

. المداومة على الإستماع والمشاهدة

. الإهتمام بالمواضيع المطروقة

. تذكّر النصائح

. تطبيقها

. عدم إثارة الخوف أو القلق

فالملاحظ أن الإستماع متقطع والتذكّر ضعيف والتأثير السلبي (الوسواس) هام. هذا لا يعين هذه الوسائل لا تلعب دورا وإنما علينا إعادة النظر في هذا الدور ومتابعة التقييم لنصل إلى نجاعة أكثر.

على كل تبقى الفكرة الهامة التي نستخلصها فيما يخصنا وهي أن الوسائل السمعية المرئية رغم انتشارها لا يمكن أن تشكّل الوسيلة الوحيدة للتربية الصحية المبرمجة ، الطويلة المدى ، الرامية مثلا إلى تغيير تصرفات الأجيال المقبلة ، فهذه حسب رأينا مهمة المدرسة ، كذلك نعتقد أن الإستعمال المحكم للوسائل السمعية المرئية لا يكون كاملا إلاّ إذا توفرت ديناميكية كاملة سننتعرض إليها لاحقا .

الكتاب :

كثرت في الأسواق إبان العشر سنوات الأخيرة كتب التثقيف الصحي التي تروّجها دور النشر علما بما يشهده هذا الموضوع من اهتمام عند الناس ، إلاّ أن الدراسة النقّدية لهذه الكتب تؤديّ بسرعة إلى استنتاج واحد هو انعدام جدواها وذلك على الصعيد الجماعي ، فمن الممكن أن تؤديّ إلى تغيير بعض المفاهيم عند بعض الناس لكن نجاعتها كوسيلة من وسائل التأثير على الصحة العمومية ، مشكوك فيها وذلك للسببين التاليين :

. تتراوح الأمية حسب المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم في البلدان العربية بين 24 % و 75 % بمعدل

49 % ومن ثمة فإن الكتاب لا يمكن نظريا أن يشمل إلاّ نسبة ضئيلة من الناس خاصة وأن معظم المتعلمين لا يطالعون مثل هذه الكتب فنسبة القراء في تونس مثلا لا تتجاوز الإثنيتين بالمائة من مجمل السّكان، معن هذا أن 98 % من السّكان لا يمكن إيصال المعلومات إليهم عن طريق الكتاب .

. يكون قارئ مثل هذه الكتب عادة بطبيعة تعلّمه منتميا إلى القطاعات الاجتماعية الأكثر حظا وأقلّها عرضة

للآفات ، بينما نعلم أن القطاعات المحتاجة للتثقيف الصحي هي القطاعات الفقيرة والأمية ، التي لا يمكن أن تصلها

هذه الكتب . نفهم أنّ أنه لا يمكن اعتبار كتب التثقيف الصحي أداة فعالة من ناحية الصحة العمومية إلا إذا خضعت لبعض الشروط كاندماجها في مخطط شامل يحدد (أ) أهدافها ويحدد صياغة بيداغوجيتها ، ويقرّر توجيهها إلى نوع محدد من المواطنين كالتلامذة.

الملصقة

هي عادة من الوسائل الأكثر استعمالاً في بلداننا لسهولة استعمالها وقلة تكاليفها ويعهد بوضعها عادة إلمصلحة خاصة في إدارة الطب الوقائي والإجماعي بوزارة الصحة وذلك حسب الحاجة.

وترتكز فكرة الملصقة أساساً على التصوّرات الضمنية الآتية :

. أهمية الصورة لجلب الإنتباه

. أهمية النص القصير لترسيخ فكرة ما

أهمية تواجد الملصقة في الأماكن الاستراتيجية مما يمكنها نظرياً من إثارة انتباه الكثير.

يبقى أن فعاليتها مشكوك فيها لعدة أسباب :

- انتشار الأمية مما يحدّ من قدرتها على نشر المعلومات حتى ولو كانت الصورة معبرة.
- قلة اهتمام الناس الطبيعية بالملصقات فالدراسات التي أجريت في دنيا الإشهار تثبت أن أقل من ثلاثين في المائة من عابر يالسييل ينتبهون إلى الملصقات ويتوقفون عندها. بجانب هذه الأسباب العامة هناك أغلاط منهجية هامة نلاحظها في هذا الموضوع مثلاً إننا لا نجد هنا أيضاً الطرح الصارم للمشكلة كما عودتنا عليه البرمجة للطب الجماعي ، أي ما هي درجة الأولوية في الموضوع ؟

. لمن نريد تبليغ المعلومات ؟

. هل الوسيلة المعتمدة أنجع الوسائل ؟

مثلاً ملصقة "التدخين والكحول يذبلان جمالك " التي نشرتها وزارة الصحة في المستوصفات وبعض

الأماكن المتفرقة.

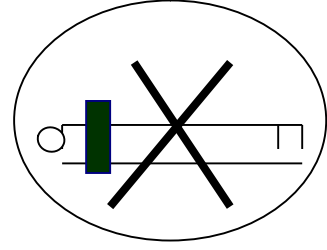
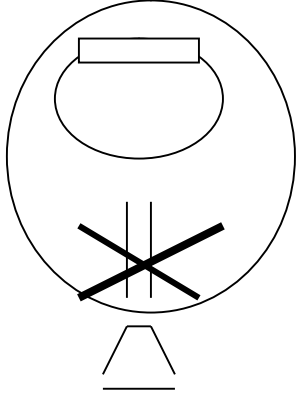
نلاحظ فيها كل هذه الأخطاء التي تحدّ من فعالية وسيلة ليس لها في العادة إلا تأثير قليل.

1. تتوجّه الملصقة إلى الفتاة لتحذّرها من التدخين والحال أن الفتاة العربية لا تدخن ولا تشرب والمراهق هو المهدد بهذين الخطرين .
2. المشكلة الصحية الأولى للفتاة العربية المسلمة هي أخطار الحمل الغير مراقب ، ومشاكل الرضيع والطفل، وليس إدمان الكحول والتدخين .
3. التخوّف الضمني (هنا بذبول الجمال) أمر غير مرغوب فيه في أي عمل تربوي.

وزارة الصحة العمومية

إدارة الطب الوقائي والإجماع

ملصقة التثقيف الصحي



التدخين والكحول يذبلان جمالك

(أ) وهو ما حاولنا القيام به في إطار كتيبات موجهة إلى قطاعات معينة حسب منهجية معينة سنتعرض لها. انظر سلسلة انتصارات الطب (الدار التونسية للنشر) المخصصة للمرضى المتعلمين ، وسلسلة التربية الصحية (الدار العربية للكتاب) المخصصة لتلاميذ الثانوي.

وقاعدة القواعد في التربية الصحية العلمية عدم استعمال الترهيب وذلك لحساسية الإنسان الكبير تجاه كل ما يمكن أن يهدد صحته أو حياته. العمل التربوي المبني على التخويف يثير بصفة كبيرة المخاوف ولكنه قلما ينجح في تغيير التصرف ، وذلك نكون قد أحدثنا مرضا دون التوصل إلى علاج مرضي عضوي أو الوقاية من مضاعفاته. وخلاصة القول : إن الوسيلة أيّا كانت معرضة للفشل الذريع إن لم تحترم قواعد البرمجة العلمية، فلا انتشار الوسائل السمعية البصرية ولا جمال الكتب أو الملصقات بقادر على إلغاء الحواجز التي ستعترضنا حتما إن نحن لم نأخذ بعين الاعتبار العوامل الموضوعية اللازمة لإعطاء التربية الصحية كل فرص النجاح .

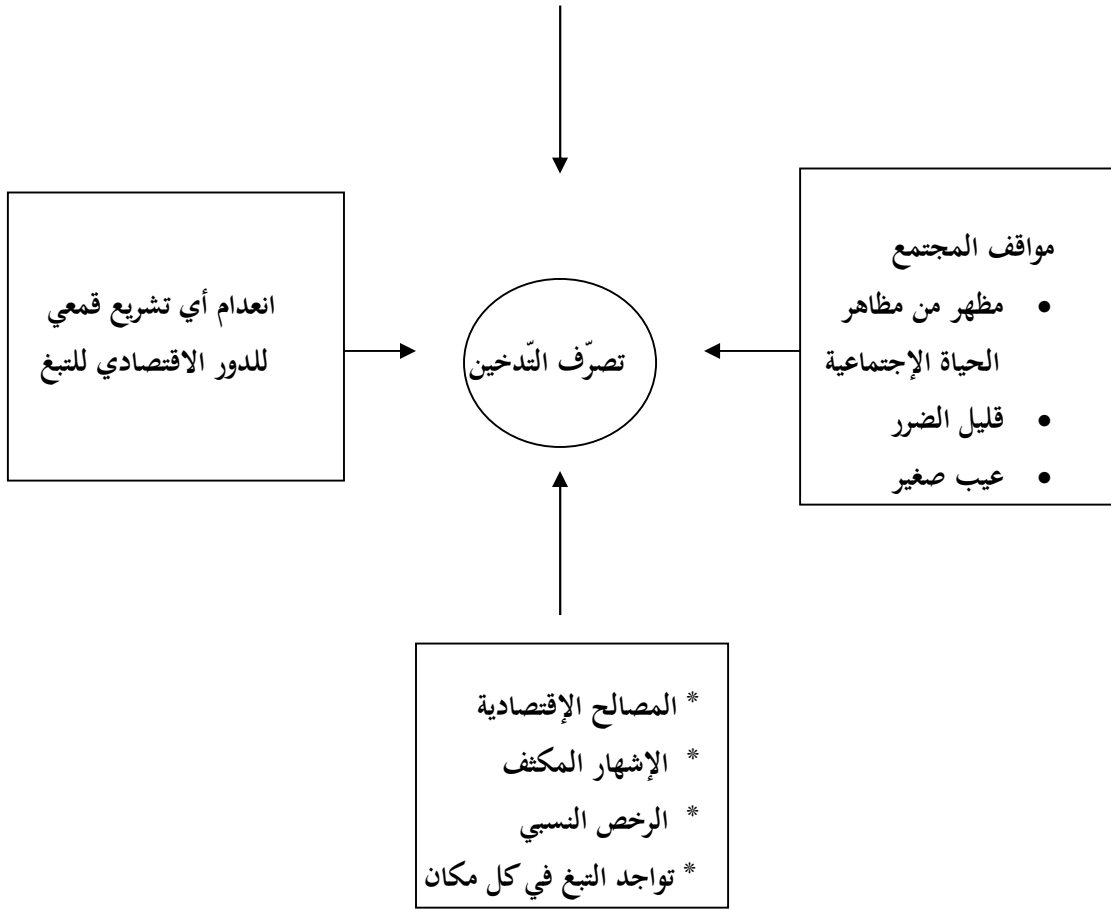
والخلاصة

لنتصور أننا عزمنا القيام ببرنامج لمحاربة التدخين ، وأنا اعتبرنا التربية الصحية أهم الاستراتيجيات التي يجب اعتمادها للتوصل إلى الهدف . وإن ما تعرضنا إليه طوال هذا النص من مشاكل منهجية يفرض علينا التعامل مع الموضوع كالتالي :

1. إكتشاف العوامل النسبية والموضوعية للتصرف

مواقف الفرد
التدخين = رجولة ، أنوثة

تحرّر . تحدّي الخ
معلومات صحية ناقصة



2 . تحديد الجماهرة والحاجيات من المعلومات

لا بدّ أن نختار الجماهرة التي نريد التّوجه إليها ، هل هي جماهرة المدخّنين ؟ أم جماهرة النساء التي نعلم أنها مهددة بالدخول أكثر فأكثر في الميدان ؟ أم جماهرة تلامذة الثانوي ؟ فلكل جماهرة ، خطاب وأسلوب ، ووسيلة.

لنفترض أننا اخترنا جمهرة تلامذة المدارس الثانوية فلا بد من تحديد الهدف حسب منهجية البرنامج التي تعرضنا إليها كأن نقول نريد في ظرف زمني ما ... ومكان ما ... أن ينقص نسبة المدخنين عند المراهقين بـ 50% . هذا يعني بدهاءة أن نكون قدّرنا في إطار بحث استطلاعي نقطة الصفر أي نسبة المدخنين في عينة من المراهقين .

لنفترض أننا تخطينا كل هذه العقبات ، وأنا قرّنا جملة من التدخّلات (يوم دراسي عن التدخين ، ملقصات ، مناشير الخ ...).

وأنا انتظرنا الوقت المحدد للقيام بعملية التقييم لمعرفة مدى نجاحنا في الإقتراب من الهدف المحدد . أحشى ما نخشاه أن تكون خيبة الأمل مريرة لأنه من المرجح أن نكتشف تواضع النتيجة ، والسبب في هذا بسيط لأن تغيير التصرف لا يكون بمحاولة تغيير أحد عوامله ، وإنما تتصاعد حظوظنا إذا استطعنا التأثير في نفس الوقت على جملة العوامل كلها .

لنتصوّر حملة جماعية ضد التدخين

. تنشر المعلومات مركزة على قوائد عدم التدخين

. تقنّن وتطبّق تحريم التدخين في الأماكن العمومية ووسائل النقل وتعاقب المخالفين .

. ترفع ثمن التبغ

. تحرم كل أنواع الإشهار

. تقلّل من عدد نقاط البيع

إن استراتيجية كهذه كما أظهرت ذلك تجارب البلدان الغربية قادرة على التعرض بنجاحة لآفة التدخين . معنى هذا أن التربية الصحية إن لم تكن جزءا من مخطط يتعامل في نفس الوقت مع العوائق الذاتية والموضوعية، فإنّها تكون كمحاولة عزف بساط الريح علعالعود بالنقر على وتر واحد .

المراجع

- ESSAIX – CARTER A .J. :** 1
A manual of public health and community medicine
Wright andsons – Bristol 1979
- DUFRESNEF. J. et COL :** 2
Traité d'anthropologie médicale l'institution de la santé et de la maladie
Presses de l'Université du Quebec 1985
- GREEN L.W. and ALL. :** 3
Health education Planning A diagnostic approach
Mayfield publications 1980.
- دراسة مركز الطبّ الجماعي بسوسة (غير منشورة) 4

التلقيح

الجدري : القدوة والنموذج

الجدري مرض روع البشرية لقرون عديدة خلت وتقول كتب التاريخ أنه قتل قرابة الستين مليون نسمة طيلة القرن الثامن عشر ، وقد بقي سيفاً رهيباً مسلطاً على عنق الإنسان إلى نهاية القرن الثامن عشر حيث أثبت الإنجليزي ادوار جنر (1749-1835) لأول مرة بصفة علمية (لا تخبرية كما كان الحال عند الصينيين والعرب والأتراك) دور التلقيح في مقاومة المرض .

لاحظ جنر الذي كان صبياً بسيطاً في الريف الانجليزي أن البقر الذي يصاب بنوع من الجدري مرة أولى لا يمرض به ثانية أبداً ، وكأنه اكتسب نوعاً من المناعة ، كما لاحظ نفس الظاهرة عند الفلاحين الذين يعايشون هذه الحيوانات أي استحالة إصابتهم بالجدري الإنساني إن أصيبوا بالجدري البقري.

بعد العديد من الملاحظات فكّر جنر في خلق مثل هذه المناعة عند الإنسان ، حتى يسعه مقاومة المرض الرهيب واهتدى إلى أن الحل يكون في خلق مرض جدري البقري عند الإنسان ، لأنه لا يعرض الحياة للخطر ، أملاً في تمكين الجسم من مناعة تجعله يقاوم الجدري الإنساني القاتل .

اختار جنر لتجربته الأولى بنية في الثامنة من العمر ، لم تعرف مرض الجدري لا البقري ولا الإنساني، فحقنها بقيح البثور الجدريّة المأخوذ من البقر المريض مما أدى إلى إصابتها بأعراض حدرى البقر (وهي خفيفة عند الإنسان ، وشفيت منها بسرعة. ثم بدأ الشق الثاني من التجربة سنة 1796 حيث حقنها بقيح البثور الجدريّة الإنسانية وهي كثيرة الخطر والعدوى ، ورغم المحاولات المتعددة لم ينجح جنر في خلق الجدري الإنساني عندها ، مشتباً بصفة علمية ولأول مرة في التاريخ ظاهرة المناعة المكتسبة ودور التلقيح في خلقها، ويناقش علماء الأخلاق إلى حد الآن مدى أخلاقية هذه التجربة هل كان لجنر الحقّ في تعريض حياة طفلة بريئة للخطر بهذا الشكل ؟ وعابه بعضهم على هذا ، المهم أن هذه التجربة البقرية فتحت الطب إمكانيات هائلة في خلق مناعة مصطنعة ضد أمراض متعددة ، كالجدري والسلّ والسعال الديكي والشلل والحمى والحصى ، وأنّ التلقيح حالياً هو أنجع وأرخص الوسائل لإنقاذ مئات الملايين من البشر .

ومع هذا بقي الجدري قرناً ونصف القرن بعد أول لقاح ناجح ضده سيفاً مسلولاً ضد الإنسانية ، ففي الستينات قدّرت الحالات من 10 إلى 15 مليون في 31 بلداً كلها من العالم الثالث ، وهو ما أدى إلى استنفار بشري لم يعرف له تاريخ الإنسانية مثيلاً .

ففي 1958 اقترح ممثل الإتحاد السوفياتي على مجلس المنظمة العالمية للصحة أن تحدد برنامجا يكون هدفه استئصال المرض من الأرض قاطبة والقضاء عليه قضاء مبرما ، وقد بدأ الهدف مستحيل التحقيق ، لأن المرض متواجد في منطقة يسكنها 60 % من مجموع البشرية ، إلا أن المنظمة العالمية للصحة رفعت التحدي سنة 1966 حيث قررت اعتمادات خاصة لبرنامج مكثف ضد الجدري يبتدىء في جانفي 1967 وينتهي بعد عشر سنوات بالقضاء النهائي على المرض ويرتكز على استراتيجيتين :

. تلقيح 80 % من الجماهرة العالمية .

. مراقبة الحالات وتطوير الأوبئة .

ومن سنة 1967 إلى 1971 وضعت البرامج الوطنية في كل البلدان المهتمة ، بإعانة من المنظمة العالمية للصحة وأدمجت في برامج الخدمات الصحية الأولية وقد كللت الجهود الهائلة والتقنيات الطبية والمشاركة الجماعية للجماهرة في التغلب على الجدري ، حيث اعتبر منقرضا بصفة نهائية بعد التثبيت العلمي سنة 1980 وبهذا أثبت البرنامج العالمي ضد الجدري ثلاث بديهيات .

. إن التلقيح اليوم هو أمضى سلاح في حفظ الصحة ، إذ يمنع ظهور المرض عند عشرات الملايين . إننا قادرون بفضلنا على التغلب على مرض من أخطر الأمراض بصفة نهائية .

. إن نجاعة مثل هذه التدخلات على صعيد جمهرات واسعة مرتبط أساسا بتظافر الإرادة السياسية والتقنية الطبية والمشاركة الجماعية .

الإشكالية لماذا لا نستطيع القضاء على جلّ الأمراض الأنتانية مثلما قضينا على الجدري ؟ إن الإجابة على هذا السؤال يحدّد بصفة ضمنية مكانة التلقيح في سياسة الحفظ وحدودها الحالية ، وبالتالي فإننا سنعتمده محورا للدرس ، وتكون الإجابة في أمرين .

الصعوبات العلمية : توفير لقاحات فعّالة غير مضرّة ، ضدّ كلّ الأمراض ز
الصعوبات الإجتماعية : توعية الجماهرة بأهمية التلقيح وضمان مشاركتها في إطار عملية الحفظ .

1 ات العلمية

المستضدّ الخطير :

لندكر بعجالة أن مبدأ التلقيح مبني على حقن الجسم بمعيّنة مستضديّة (أ) (أو مستضدّ) وقد يكون جزء أو من جرثومة أو حمّة (ب) يؤدّي تعرّف الجسم عليه واستنفار جهاز المناعة بسلاحيه الضدّ (أ) . وهو بروتيني يفرز في الدم أو الخلايا المختصة في تطويق المهاجم وتدميره.

ومن خاصية جهاز المناعة أن يحفظ في ذاكرته تركيبة المستضدّ بأن يكون رده أكثر كثافة وفعالية في حال عودة المستضدّ إلى مهاجمة الجسم .

الإشكالية الأولى في التلقيح إذن ادخال مستضدّ يستنفر قوى الدفاع ولا يضر الجسم ، وقد أدت تجارب اللقاحات الإصطناعية إلى تحديد شروط نجاعة المهمّة الأولى وهي كالتالي :

. يجب أن يكون المستضدّ جزءاً منجزي كبرى (ج) وهو في أغلب الأحيان بروتيني.

. يجب أن يدخل في تركيبة فضائية معيّنة داخل الجزيء

. كلّما ارتفع وزن الجزيء الحامل كلّما ازدادت قدرة المستضدّ على استنفار الجهاز.

يبقى الشرط الثاني وأهميته بديهية ، والخيار عادة بين حلّين :

. إدخال مستضدّ مقتول (إما بالحرارة وإما بمواد كيميائية مختلفة) (لقاح معطلّ) مثلاً ذيفان (د) جرثومة الخناق

أو الكزاز ، أو الجرثومة نفسها مثلاً جرثومة السعال الديكي.

. إدخال مستضدّ لقاح حيّ الحمّات ، أي فقد بجملّة الوسائل الإصطناعية قدرته المرضية دون أن يكون مقتولاً

مثلاً : حمّة شلل الأطفال.

إن اعتماد الخيار الأول يمكن من لقاحات غير خطيرة ، لكنها مكلفة وأقل فعالية من لقاحات حي الحمات إلا أن خطر هذه الأخيرة بديهي في إمكان الحمة أن تستعيد في ظروف معينة حيويتها ، فإذا بنا ندخل المرض بدل اللقاح وهذا ما يقع لكن لحسن الحظ في أندر الحالات .

مثلا تقدر عدد حالات الإصابة بشلل الأطفال بعد التلقيح بـ 0.3 حالة على مليون والتهاب الدماغ باللقاح ضد الجدري بـ 3-5 حالات في المليون كذلك تواجه هذه الصعوبات بتطوير تقنيات التعرف وصنع المستضد والهدف الحصول على الجزء الفعال من هذا الأخير وصنعه بأرخص التكاليف .

(أ) معينة مستضدية : Antigenic determinant

Déterminant antigénique

(أ) مستضد : Antigen - Antigène

(أ) ضد : Annibody - anticorps

(ب) حمة : Virus

(ج) جزئي كبرى : Macromolécule

(د) ذيفان : Toxin - Tonxine

من أهم الفتوحات في هذا الميدان تطوير اللقاحات الإصطناعية مثلا : التلقيح القديم ضد الخناق مبني على تعطيل الذيفان الجرثومي بأكمله وهي أوق تقنية لـ Ramon سنة 1925.

إن المعرفة الدقيقة لتكيفية الذيفان أظهرت أن المستضد لا يتجاوز مقطعا Chedid و Audibert صنع جزئي يتكوّن من 14 خامضا أمينيا له قدرة التعرض إلى الذيفان وقد تكررت نفس العملية في خصوص العقديات حيث أمكن صنع لقاح سنة 1981 من طرف Beady ابتداء من مقطع من بروتيني م الذي يشكل المستضد الجرثومي .
المستضد النادر : (4)

من أهم الصعوبات التي نواجهها أيضا استحالة تربية بعض أنواع الحمات كحمة الالتهاب الكبدي ب .
إن هذه الحمة التي تتسبب ما لا يقل عن مائتي مليون حالة سنويا من الالتهاب الكبدي (الذي يشكل بدوره عامل خطورة هام للسرطان الكبدي) لا يمكن تربيتها في المختبر وصنع لقاح معطل وحي الحمات منها ، لذلك اعتمد التلقيح طويلا على الحصول على الحمة أو بالأحرى على الغطاء الموجود في دم المصابين واستغلاله كمستضد ، إلا أن لهذه العملية حدودا واضحة بعدد المرض إلى نفاذ طال الزمان أو قصر خاصة إن منعنا تجدد الالتهاب الكبدي بالتلقيح ، إضافة إلى تكلفة هذا النوع من التلقيح .

أدت هذه الصعوبة إلى المحاولة اكتشاف طرق أخرى للحصول على المستضد وشكّلت الهندسة البيولوجية الحل ، والمبدأ في أن المعرفة الكيماوية للمستضد تؤدي إلى تصور ومن ثمة البحث عن الجين الذي ولده ، وفي مرحلة لاحقة يمكن اقحام الجين داخل ج. ن . د . لجراثيم معينة تصحّ مصنعا للمستضد أي اللقاح .

إن هذه التقنية هي التي مكنت سنة 1987 من صنع لقاح الالتهاب الكبدي ب وقد يصبح في السنوات المقبلة لقاحا واسع الانتشار في كل بلدان العالم الثالث شأنه في هذا شأن ال ب . ث . ج . نظرا لخطورة المرض وانتشاره.

المستضد المتغير :

لماذا نواجه حاليا صعوبات هامة في الحصول على لقاح ناجع ضدّ عوز المناعة المكتسب (ع. م. م.)
والحال أنّ الحمّة معروفة ؟ والجواب أننا أمام نفس الظاهرة التي واجهها البحث أمام إشكالية صحّية أخرى هي النزلة
الواقدة (هـ) فحمّة ع . م. م. كحمّة النزلة الوافدة ، في تغيير مستمرّ وذلك حتّى نفس المصاب وللتدقيق : وقع تحديد
المستضدّ في حمّة ع . م. م. في شكل جزأين 41GP و 120 GP مرتبطان ببعضهما البعض بقنطرة تكون هدف
الأضداد ، والمستضدّ هو بالطبع ترجمة لجين معيّن يرمز إليه ب ENU أي جين الغطاء .
إنّ كلّ تغيير في مستوى هذا الجين يؤدي إلى تغيير في تركيبة المستضدّ وهذا بالضبط ما يقع بصفة مستمرة في
مستوى الجزيء 120 gp وهو بروتين سكّري (و) أي يتغيّر باستمرار تصفيف الحوامض الأمينية في مستوى
الحلقات (3).

(هـ) النزلة الوافدة : **Influenzae - Grippe**

(و) : **Glycoproteine**

الإشكالية إذن استحالة إيجاد لقاح يتعامل مع المستضدّ في مستوى الحلقات بما أنّ القاعدة هي تعرّف الضدّ
على مستضدّ معروف أي ثابت ، والقضية بالنسبة للباحثين هي معرفة مقطع ثابت داخل الجزيء (ز) .
تضاف إلى هذه الإشكالية صعوبة ثابتة ألا وهي أنّ حمّة ع. م. م. تنتقل داخل الجسم مباشرة من خلية إلى أخرى بعيدا عن
متناول الأضداد وأغلبها في الدم ومن ثمة فإنّ لقاحا يكتفي باستنفار الأضداد مؤهل للفشل لأن الشرطة في الشوارع
واللصوص تنتقل من در إلدار عبر الشوارع.

وتواجه حاليا هذه الصعوبات مختلف مختبرات العالم المتقدم بمحاولة تجاوز النظريات والتّقنيات الكلاسيكية
للتلقيح ، مثلا : من بعض الطرق الممكنة والتي ما زال البحث فيها متواصلا .

- تعطيل الحمّة على مستوى الحامض نووي ريبّي المرسال وهو ضروري لصنع بروتينات الحمّة وذلك بحقنها
بحامض نووي ريبّي معاكس الإتّجاه يتحدّ مع المرسال ويشلّ مفعوله .
- تعطيل الحمّة على مستوى الأنّظيم الذي يسمح بإدماج الحمّة لبرنامجها الجيني داخل ح. ن . د . الخلية
المستقبلية **transcriptase inverse** .

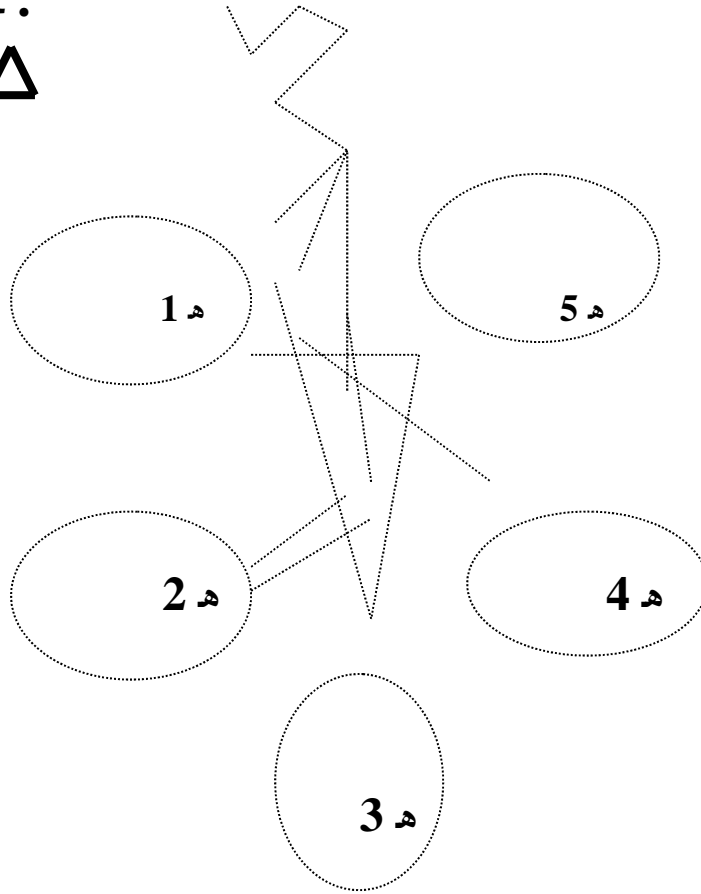
من البديهي أنّ مثل هذه الإكتشافات النظرية والتّقنية هي الكفيلة بوضع حدّ للوباء العالمي ، وما يصحبه من
رعب ظنّت البشرية بسرعة أنّها لن تعرفه أبدا بعد تطويق أوبئة القرونالوسطى .

(ز): إنَّ إشكالية التغيّر المستمرّ في المستضدّ هي التي تجعل لقاح السنّة الماضية ضدّ حمّة النّزلة الوافدة عديم الجدوى ضدّ حمّة هذه السنّة ، أوضدّ الحمّة في مختلف الأماكن من الأرض.

إشكالية التلقيح
ضدّ ع. م . م.

GP 41

• حامض أميني
سكر Δ



يتحكّم جين (ENV) في ح. ن. د. الحمّة في صنع جزأين GP 41 و GP 120 وهما ملتصقان ببعضهما البعض في مستوى الغطاء الخارجي للحمّة وهما أيضا مركزا المفاعلة ضدّ . ممستضدّ والصعوبة في أن الجزئي 120 GP وهو بروتيني سكرّي معقّد يعرف تغييرا مستمرا في تصفيف الحوامض الأمينية على مستوى الحلقات هـ 1 هـ 2 هـ 3 هـ 4 هـ 5 كنتيجة تغييرات مستمرة داخل الجين نفسه .

المستضدّ المعقّد 1 - 4

من بين أكثر الأمراض انتشارا في العالم ومن أهمّها ، البرداء (أ) أمراض الطفيليات الذي يصيب في العالم من 200 إلى 400 مليون نسمة ويشكّل أول سبب وفيات عند الطفل في افريقيا السوداء .

أما البلهاريسيا فهي تشكّل خطراً على الصّحة العمومية في الوطن العربي خاصّة في مصر والسودان ، ومن ثمّة البحث المستديم حالياً في العالم لإيجاد لقاح ضدّهما وضدّ داء المشقبات المنتشر كثيراً في إفريقيا السوداء . والإشكالية في هذه الأمراض واحدة .

* الطفيليات أكثر حجماً وأكثر تعقيداً من كائنات مبدئية وبسيطة كالحمّة أو الجرثومة.

مثلاً أظهر Gross في السّبعينات أنّ المستضدّات على غلاف المشقبات (ب) جزئيات سكر . بروتينية من أنواع مختلفة يصل عددها أحياناً إلى المئات وأنّ من 5 % إلى 10 % من البرنامج الجيني للطفيلي مخصّص لتكوين هذه المستضدّات ، ومن ثمّة اتّضح استحالة وضع لقاح كلاسيكي مبني على تفاعلاً ضدّ بالمستضدّ .

* يمرّ طفيلي البرداء بثلاث مراحل متعدّدة :

حيوانتوغي : Sporozoïte

اقسومة : Merozoïte

عرسية : Gametocyte

من الضروري إذن أن يكون اللّقاح موجّهاً ضدّ مستضدّات هذه الأنواع الثلاث من الطفيلي (علتّعقيدها).
إنّ النتائج حالياً مبشرة والتّجارب على قدم وساق ، ومن المنتظر أن يتوفّر هذا اللّقاح.

(أ) البرداء : Malaria - Paludisme

(ب) داء المشقبات : Trypanosomiase (sis)

التوجهات المستقبلية للتلقيح (6)

إن أهمية التلقيح في حفظ الصحة لا تناقش ، وأهمية الحاجيات كذلك مثلا : تقدّر المنظمة العالمية للصحة عدد الملقّحين ب ب ث ج ب 2.5 مليار فرد وهو رقم يعطي فكرة عن الإنتشار الهائل للتلقيح إلا أننا رأينا أنّ الصعوبات العلمية والإجتماعية ما زالت تحدّد من انتشار التغطية الكاملة.

لا نستغرب أن يكون التلقيح موضع اهتمام مكثّف وأن تكون الأبحاث حثيثة في كل أنحاء العالم ، ومن أهمّ توجّهات البحث العلمي حاليا (1988) نحو الحل الأمثل .

- اللّقاح بالفم : باستثناء اللّقاح ضدّ الشّلل ، كلّ لقاحاتنا تكون حقنا في العضل أو تحت الجلد والأمل وطيد في أن يصبح لنا لقاحات بالفم ، والصّعوبات الحالية هي تدميرها في الجهاز الهضمي قبل دخولها الجهاز الدموي ، إلا أنّ هذا النوع من اللّقاحات قد تكون ضروريا خاصة في أمراض مفعول الحمّات والجراثيم المتسبّبة في هذا الوباء.
- اللّقاح الواحد : كلّما زاد عدد مرّات التذكير كلّما نقصت المواظبة وقد ننجح في فرض العرف على الناس ، وقد لا ننجح بالرقص أو بدونه ، والأضمن البحث عن لقاح يؤخذ مرّة واحدة مثلما هو الحال في الحصبي ويكون بالطبع ذي مفعول طويل المدى.
- اللّقاح المتعدّد : السؤال حاليا هل يمكن أن يكون لحقنة واحدة تجمع بين لقاحين (النهاب الكبد ب ، خناق) مثلا نفس فعالية الحقن لقاحا يكون بذلك اللّقاح المثالي المنشود اذن واحد متعدّد الإختصاصات بالفم ، والسؤال هو : هل سيقدر البحث العلمي على توفير مثل هذا في آجال معقولة أم سيبقى مشروعا للخيال العلمي ؟

مساحة التلقيح :

قلنا في إطار تعرّضنا لاشكالية المستضدّ المعقّد أن هناك العديد من الأبحاث الجارية لاكتشاف لقاحات ضدّ الأمراض الطفيلية الهائلة الإنتشار إلا أنّ هناك ميادين أخرى مرضية يحاول البحث العلمي احتلالها ومن أهمّها :

• أمراض الإسهال

إنّ هذه الأمراض المتعدّدة المصادر من أهم أسباب المراضة والوفيات خاصّة عند الطفل وفي العالم الثالث . واجتثاثها يمرّ بتوفير الماء الشروب والغذاء الصّحي للجميع ، وهو الأمر المستحيل نظرا لظروف الإقتصادية والإجتماعية، أمّا تطويق المضاعفات بمحاربة نقصالتّميه الحاد فعلاج عرضي ويبقى الحلّ بمنطق الحفظ وهو إيجاد لقاحات ضدّ أهمّ مسبباته ومنها الحمّات المعوية ، وجراثيم الكوليرا والشيجلا والكولي والسالمونلا .

فكلّ هذه الحمّات والجراثيم تؤدّي بصفة طبيعية إلى ظهورمناعة ضدها ، ومن ثمّة فالأمل مسموح بها لوضع لقاحات ضدها (وتكون ضرورة بالفم) إذا توصلّ البحث العلمي إلى فهم معطيات المناعة الموضوعية أي داخل الجهاز الهضمي.

• الأمراض المنتشرة الأخرى :

إنّ الأمراض التنفسية الحادّة ثاني أسباب الوفيات عند أطفال العالم الثالث والبحث متواصل في تحديد أصناف المستضدات الأكثر انتشارا وسبل تطويقها ، كذلك ينصب اهتمام الباحثين على التهاب الكبد أ والتهاب السحايا والتهاب الدماغ ، وتسوّس الأسنان ، وخاصة الأمراض الجنسية الواسعة الإنتشار كالسيلان .

منع الحمل :

يشمل برنامج المنظمة العالمية للصحة لتنظيم النسل قسما يبحث في استعمال التلقيح كوسيلة لمنع الحمل إما بحقن المرأة بأضداد مستضدات المنى ، أو أضداد الهرمونات المتدخلة في الحمل. إنّ التطور السريع للتقنيات البيولوجية للتلقيح ، ودخوله في العادات والتقاليد ، ومن أهمّ بوادر الإنتصار على عديد من الأمراض المخيفة، إلا أنّ علينا أن لا ننسى أنّ التلقيح جزء من عملية الحفظ ، وأنّه لا يمكن أن يحلّ إلاّ جزءا من المشاكل الصحية.

المعوقات الإجتماعية (5)

إن نصف أطفال العالم الثالث الذين سنهم أقلّ من سنة ملقّحون حاليا ضدّ الخناق والشلل والسّل والكزاز والسعال الديكي وتصل النسبة إلى 46% في خصوص الحصبي وهذه من نتائج برنامج عالمي للتلقيح لعبت فيه المنظمة العالمية للصحة دورا قياديا خاصّة بعد سن برنامج محدّد الأهداف سنة 1974.

لكن المسؤول عن البرنامج Henderson يؤكّد أنّ الهدف الطموح إلاّ وهو التلقيح لجميع الأطفال ضدّ الأمراض الستة لسنة 1990 غير قابل للتحقيق ، وأن أقصى ما ستصل إليه 70% وهو رقم هام في حدّ ذاته. معنهدا بالأرقام أنّ برنامج التلقيح العالمي وفرّ 200.000 حالة من شلل الأطفال ومن حفظ حياة 1.5 مليون طفل سنويا في بلدان العالم الثالث.

لكن معناه أيضا أنّ عجزنا عن تغطية كافة الأطفال تسبّب سنة 1987 في ثلاث ملايين حالة من ثلاث أمراض (وهي الحصبي والكزاز والسعال الديكي) وأن الحصبي وحدها قتلت 1.7 مليون طفل.

الإشكالية هي إذن ما هي المعوقات التي تحول دون انقراض الأمراض الستة التي تتوفر ضدها على لقاحات فعّالة أي الحصبي والشلل والخناق والكزاز والسعال الديكي .

إن هذه الصعوبات هي التي ستواجه الطبيب المندمج (لأن الصعوبات التقنية من مشمولات رجال المختبرات)، ومن ثمة عليه معرفتها لأن برامج المنظمة العالمية للصحة والمنظمة العالمية للطفولة والبرامج الوطنية والجهوية والمحلية لن تنجح إلا بتجاوزها وبمساهمته هو في هذا التجاوز .

وحتى تتضح أبعاد الإشكالية لنتبع نتائج دراسة لقسمنا حول أسباب الإخفاق الجزئي أو الكلي لبرامج التلقيح في منطقة سوسة ، وهي دراسة لا يمكن تعميم أرقامها ولكن يمكن تعميم أهم استنتاجاتها . ارتكزت الدراسة على عينة وقع تحديدها حسب قوانين الإحصاء وأعطت لنا 430 طفلا من 24 إلى 72 شهرا وقد تم التعرف من جهة على نسبة التغطية فيهم للقاحات الإجبارية الست ، ثم قمنا فيما بعد باستجواب مدقق لعائلات الأطفال الغير ملقحين أو ناقصي التلقيح لمعرفة الأسباب المانعة.

جدول التلقيح الإجبارية تونس 1988

ب . ث . ج	بعد الولادة
خناق	1 الشهر الثالث
كزاز	2 الرابع
شلل	3 السادس
الحصبي	الشهر التاسع
خناق	أول تذكير
كزاز	الشهر الثامن عشر
شلل	
خناق	ثاني تذكير
كزاز	
شلل	السنة السادسة
ب . ث . ج	

ملاحظة :

- اختفى من هذا الجدول التلقيح ضد الجدري ، لكن من المتوقع أن يضاف إليه مباشرة بعد الولادة للقاح ضد التهاب الكبد الحموي ب وذلك حالما يتوفر على صعيد جماعي وبتكاليف معقولة نظرا لانتشار المرض خاصة في العالم الثالث .
- هناك توجه نحو إعطاء اللقاح مبكرا ، إذ توضى المنظمة العالمية للصحة حاليا ، بإعطاء لقاح الشلل بالفم بعد الولادة ، وبالشروع في التلقيح ضد الخناق والكزاز والسعال الديكي في الأسبوع السادس .

نسبة التغطية عند 430 طفلا

العمر	عدد	بدون ب . ث . ج	
12 - 17 شهرا	212	35	16.5 %

العمر	عدد	بدون لقاحات أو (أ) ناقصة	نسبة
24 - 72 شهرا	218	85	39 %
المجموع		120	27 %

لنتوقف عند توزيع المتخلفين عن التلقيح حسب سكنهم في الريف أو في المدينة.

فشل التغطية ريف / حضر

سكن	عدد	نسبة
ريف	35	30 %
حضر	85	70 %
المجموع	120	100 %

(أ) تشمل التسمية لقاحات الشلل ، الكزاز ، الخناق ، السعال الديكي .

إن لهذه الظاهرة الغربية التي تتكرر في أغلب الدراسات في بلدان العالم الثالث ، أسباب منطقية من أهمها :
. تركيز حملات التلقيح على الأرياف اعتبارا لتعرضها للخطورة .
. تنقل الوحدات الصحية إلى المنازل الريفية المحددة بسهولة
. وعي الريفيين بالهشاشة الصحية لأطفالهم وبحثهم عن الوقاية
إن وجود الحافز وذهاب الخدمات الصحية إلى المعنيين بالأمر هو الذي يفسر تباين الرقمين .
لنشتبت الآن من أسباب التخلف عند الحضر والريفيين المتخلفين . إنها ثلاث تباين أهميتها من جمهرة إلى
أخرى ولكنها قارة في جوهرها .
. العوائق الموضوعية
. نقص أو انعدام المعلومات
. نقص أو انعدام الحافز بالتلقيح

العوائق الموضوعية :

إن العوائق الموضوعية تسمح نصف أسباب التخلف عن التلقيح المبدئي أو عن التذكير وإن أول سبب تذكره
الدراسة هو المشاكل العائلية ، كانشغال الأم (بأطفالها الكثيرين عادة) أو كمرضها هي أو كمرض الطفل نفسه الذي يحمل
للمستوصف ، فيرفض تلقيحه فلا تستطيع الأم نظرا لمشاغلا إعادة الكرة وتضيع الفرصة .

إضافة إلى هذه العوائق المتعلقة بالأم (والملاحظ هنا غياب الأب ، إما لانشغاله بالعمل أو لاعتباره التلقيح ورعاية الطفل من مشمولات زوجته) ونذكر أيضا العوائق الناجمة عن الجهاز الصحي نفسه.

- بعد مركز التلقيح سواء أكان ذلك في الريف أو في المدينة، والكل يعرف صعوبات التنقل بالوسائل العمومية وندرة الوسائل الخصوصية.
- عمل هذه المراكز في أوقات إدارية مضبوطة لا تتماشى مع أوقات الأب العامل مثلا في نفس الأوقات.
- غياب اللقاح نفسه وهذا أمر غير معهود ولكنّه احتمال في أفقر المناطق وأبهدا وقد يكون اللقاح غير صالح نظرا لانعدام التبريد، وقد يعاد استعمال أبرة الحقن مرارا مع تعقيم منعدم أو غير سليم مما يمكن أويؤدي إلى أضرار بالطفل.

نقص أو انعدام المعلومات :

تمسح هذه الظاهرة حسب الدراسة ثلث أسباب النقص وقد أظهرت الدراسة تفصيلها كالاتي :

- تجهل الأم ضرورة التلقيح
 - تجهل مكان وتاريخ التلقيح
 - تجهل ضرورة العودة للتذكير في خصوص لقاحات الشلل والخنق والسعال الديكي والكزاز.
 - تخشى مضاعفات ممكنة
- إنّ النقص أو الخطأ في المعلومات يظهر بوضوح أو عملية الإعلام لا تنتهي.

انعدام الحافز :

تتوفر المعلومات وتتوفر الإمكانيات المادية ، ومع هذا يبقى التلقيح ناقصا ، لأنّ الحافز المعنوي لتكثف الجهد القليل لتلقيح الطفل أو النفس غير موجود ، والأسباب العميقة الكامنة وراء هذا التصرف معقدة ، منها التقاعس والتهاون والشك في قيمة التلقيح ، والنفور من التعامل مع مهنيين متعجرفين ووحدات صحية مكتظة.

مذكرة

في بعض تواريخ التلقيح

1894	: أول لقاح ضدّ الحمى التيفية
1951	: أول لقاح ضدّ السلّ
1952	: أول لقاح ضدّ شلل الأطفال
1963	: أول لقاح ضدّ الحصبي
1964	: أول لقاح ضدّ النكاف

1966	: أول لقاح ضدّ الوردية الوافدة
1978	: أول لقاح ضدّ التهاب الكبد ب
1987	: أول لقاح ضدّ التهاب الكبد
	مصنوع بالهندسة البيولوجية

وسائل التدعيم

إنّ الوعي بهذه العوائق وأهميتها على قدر كبير من الأهمية لأنّ تعميم التّغطية بالتلقيح يتطلّب التعامل مع المواقف والتّصرفات الجماعية ، ونحن نواجه من جديد هنا بالإشكالية المركزية في الحفظ ألا وهي أن توفر التّقنيات الطبية على نواقصها وعلاّتها شرط ضروري ولكنه غير كاف إذا لم يتوفّر الشرّ الآخر ألا وهو المشاركة الجماعية. إنّ تحليل خطوط القوة في البرنامج المغربي للتلقيح (سنة 1988) يعطي فكرة عن كيفية مواجهة الصعوبات والمعوقات التّصرفاتية والهيكلية حتى تشمل التّغطية الأغلبية (2).

1. تحسيس المسؤولين :

إن قرار القيام بحملات مكثّفة في إطار أيام وطنية للتلقيح سياسي بالأول ، ومن ثمة ضرورة التّوجه لأصحاب القرار ، ويحظى التلقيح عادة بدعم لا مشروط من كل السلط لبروديته ، وتوجّهه للأطفال وشعبته. إنّ أنّ المسؤولية ليست فقط سياسية وهناك صنف هام من أصحاب القرار يجب أن تتوجه إليهم كلّ عمليات الحفظ وهم رجال الإعلام ، فقد اكتسبوا بحكم انتشار وسائل الإعلام وسطوتها أهمية مركزية في المجتمع وضمن مشاركتهم يعني ضمان توسيع رقعة المتشبعين بالمعلومات الصحية ، لذلك نلاحظ أن مخطّطي البرنامج قد بدأوا بخطب ردّ الإعلاميين قبل الشروع في تنفيذ القرار.

2. تحسيس الجماهرة :

لا بد من التّعرض إلى المعلومات الناقصة أو الخاطئة وضعف الواعز النفسي عند الأمهات والآباء، إنّ هذا يتطلب توزيع المعلومات الصحيحة والحافزة على العمل لأكبر عدد ممكن من الناس ، وهو لا يعني شيئا آخر غير وضع التلقيح في موضع العادات والتقاليد الإجتماعية.

إن عمق الفناعة وإرادة الالتزام بقاعدة مركزية توحد المجموعة التي ينتمي إليها الفرد ، وضغط المحيط على المخالف هي التي تجعل من ختان الأطفال الذكور عملا أصبحنا لا نكلّف أنفسنا جهدا جهيدا للدعوة إليه لأنه دخل العادات والتقاليد ، ودخول التلقيح إليها هو هدف الإعلام المكثّف والمستديم وهل يمكن أن يدخل إليها من باب آخر غير باب الإحتفال الجماعي الذي هو العرف القديم لدخول تصرّفما في التقاليد ، فلا نستغرب إذن أن نرى المبرمجين المغاربة يجعلون من يوم التلقيح يوم فرح جماعي ، يقول في هذا عثمان أقلعي المسؤول عن البرنامج.

"وفي جوّ من الفرح والحماس الشعبيين ، انطلق التلقيح وكانت الإذاعة والكاستات ، تذيع في كل مكان الموسيقى والمعلومات عن التلقيح ، أما في القرى فقد جعل الرقص الشعبي والغناء والمآدب من هذه الأيام أياما مشهودة."

إنّ ما يلفت انتباهنا إليه المبرمجين المغاربة في هذا العمل ، هو ضرورة اعتماد وسائل الإعلام الجديدة كالصحافة والإذاعة دون التهاون في استعمال القنوات القديمة والفاعلة خاصة في الأرياف كالأغنية الشعبية ، وذلك في إطار جو احتفالي يرسّخ التلقيح كعرف ، ويجعل من القيام به مثلما هو الحال في الختان عملا محبباً ولطيفاً رغم صبغته الإجبارية وحتى المزعجة.

تجنيد القوى الإجتماعية :

يضيف عثمان أقليمي في دراسته هذه "إن أغلبية الطاقات التي استعملت كانت خارجة عن نطاق وزارة الصحة ، والسيارات التابعة للوزارة التي اعتمدت لم تتجاوز 11 % من المجموع ، بينما مثلت سيارات الخواص 60 % من هذا المجموع. أما المحلات التي تم فيها التلقيح ، فقد شملت الوحدات الصحية ولكنها شملت أيضا المدارس، والنوادي النسوية، ودور الثقافة والمساجد والمتاجر ودور الخواص والخيام ، وفي بعض الأحيان استظلّ الجهد بأوراق الشجر. إنّ برامج التلقيح هي نقطة التحوّل في علاقة طويلة بين الطب والمجتمع والتجنيد الهائل لكلّ امكانيات الجماهرة للتوصّل إلى هدف صحيّ محدّد لهو أحسن دليل علاندماج الطبّ في المجتمع واعتبار المجتمع الصحة أمرا يخصّه، وتزايد تدخّله في الاشكاليات الطّبية التي لا يمكن أن تحلّ بالنموذج القديم أيّ وجود مهني تقني في مكان محدّد ينتظر أن يأتي إليه الناس للحفاظ والردّ.

إنّ التغطية الشاملة لأكبر عدد ممكن من الجماهرة وخاصة الأطفال ، هدف من أهم حفظ الصحة وإن كان للموضوع صبغة تقنية بحتة كاكاتشاف اللّقاح المثالي ، فإنّ على الطبيب المندمج الانتباه إلى المعوقات الموضوعية والإجتماعية والمساهمة في تذليلها حتى يمكن ربح معركة تمنيع الجسم ومن ثمة مواجهة المرض في أولى خطواته.

المراجع

- Arnon R.** 1
Les antigènes et vaccins synthétiques
La recherche – N° 142 Vol 14 P. 347 – 359 – 1983
- Akalay O.** 2

Le programme national de vaccination au Maroc
Maghreb médical – Août 1988

Plata F. 3
SIDA ; Immunité et vaccins
La recherche N° 193 – Vol 19 P. 1321 – 1330 – 1987

Sanon A. 4
Les vaccins modernes
La recherche N° 177 – Vol 17 P. 720 – 727 – 1986

5 أ . م . حالازاكا ، ب آاور . رهندرسن ، و ج كنجنا
دواعي استعمال اللقاحات المستخدمة في البرنامج الموسع للتمنيع وموانع استعمالها نشرة المنظمة العالمية
للصحة ،
المجلد 62 . العدد 3 . 1984

W. H. O : Report of meeting on basic vaccinology 6
Geneva – 8 – 11 December 1987

()

إن الهدف الأساسي للحفاظ بداهة هو منع حصول المرض عند الأسوياء وهذا يمر كما رأينا :

1 . بالقضاء (أو تطويق) عوامل الخطورة في البيئة (الماء الملوّث أو تغيّر التصرفات اللاّصحية (استهلاك الكحول أو التبغ).

2 . بتمنيع الجسم وتحصينه ضدّ هجمات الحّمات والجراثيم والطفيليات.

الإشكالية هي أننا لا نعرف كلّ أسباب الخطورة للأمراض وأننا حتى وإن عرفناها عاجزون عن التصدي لها في كثير من الأحيان.

مثلا : نحن نعلم أنّ السّكن الرديء والإكتظاظ وسوء التغذية من عوامل خطورة السّل لكننا عاجزون عن التّعرض للأسباب الإقتصادية والإجتماعية ومن ثمّة للسّل كإحدى مضاعفات الفقر ، ومن جهة أخرى نحن لا نتوفّر حاليا على لقاح ضدّ ارتفاع الضّغط أو السّكري ومن ثمّة ضرورة اعتماد استراتيجية ثالثة لتطويق المرض وهي : التّقصي .

التعريف :

هو كل فحص سريري أو مخبري على مستوى الجمهرة العامة أو جمهرة معرّضة لعوامل خطورة معرفة ، بهدف التفريق بين الأسوياء والمرضى والمساعدة بعلاج يوقف المرض أو يطوّق مضاعفاته.

إنّ أهمية التّقصي على الصعيد الفردي والجماعي بديهية وتتضح عبر هذه الأمثلة البسيطة.

- إن إكتشاف قصورالغدة الدرّقية عند المولود الجديد يؤدي إلى تعويض النقص الهرموني ، ومن ثمّة تفادي ظهورالأعراض الخطيرة كالتخلف الدّهني عند الطفل.
- إن إكتشاف مرض السّل أو الزّهري في بدايته ، لا يسمح فقط بعلاج المصاب وإنّما بمنعه من أن يكون مصدر عدوى متنقل فيوسّع دائرة الإصابة بالمرض.
- إن إكتشاف ارتفاع الضّغط وعلاجه يعني حماية المصاب من مضاعفات خطيرة كالنزيف الشرياني الدماغي والشّلل النصفي.
- إنّ إكتشاف حالة حمل غير طبيعية عند الحبلى هو المدخل الإجباري لتلافي حوادث خطيرة قد تودي بحياة الأم أوالطفل أو كليهما أو ظهور إعاقة دماغية على الأمد الطويل عند الطفل.
- على الصعيد الجماعي تتضح أهمية التّقصي من مثال سرطان عنق الرّحم ، فقد اعتمدت اسلندا (1) برنامجا لتقّصيه بدأ سنة 1964 فأصبحت المراضة والوفيات به ما بين 1970 - 1974 نصف ما كانت عليه من 1965-1969 وفي كندا مرّت نسبة الوفيات به من 11.4 لكلّ 100.000 سنة 1958 إلى 6.9 لكلّ 100.000 سنة 1970، وفي مقاطعة من ولاية بالولايات المتحدة تعرّض 94 % من النّساء إلى التّقصي فمرّت نسبة الوفيات من 23.7 لكلّ 100.000 سنة 1953 إلى 10.8 لكلّ 100.000 سنة 1970.

(أ) تقّصي : Dépistage - Screening

لذلك فإنّ أحد أهم مهام الطبيب المندمج اعتبار التقصيّ جزءاً هاماً من مشاغله اليومية سواء أمارس مهنته داخل عيادته الخاصة أو في إطار مخطّطات جماعية لحفظ الصحة ، وفرص التقصيّ كالاتي :

- عند الطبيب المباشر وبصفة فردية كأن يبحث عن السكّري عند امرأة في الأربعين تشكو من الصداع لكنها صاحبة سوابق عائلية في المرض .
- في إطار برامج وقائية تشمل الجمهرة كلّها وأحسن مثال على هذا تقصيّ السلّ كما كان معمولاً به في الخمسينات والستينات ، وذلك عبر حملات مكثّفة يشمل الفحص فيها عدداً كبيراً من الناس .
- في إطار جمهرة ضيّقة ومحدّدة كتلاميذ المدارس ، مع العلم أنّ التقصيّ لا يشمل هذه المرة مرضاً معيناً ولكن جملة من الإصابات المنتشرة عند هؤلاء التلاميذ كسوّس الأسنان أو نقص النظر الخ ...

شروط التقصيّ ومواصفاته

إن الأمراض كما نعلم بالآلاف ونحن لا نستطيع لأسباب تقنية واقتصادية تقصيها كلها، ومن ثمة السؤال ما هي الشروط والمواصفات التي يجب أن تتوفر في مرض قابل للتقصّي؟ وما هي المشاكل التي ستعترضنا.

خصائص المرض

- بدهاءة لا بد أن نتوجّه إلى أكثر الأمراض انتشارا ووقوعا ومساهمة في نسبة الوفيات والمراضة والإعاقة.
- إضافة إلى هذا لا بد أن يكون تطوّر المرض بطيئا نسبيا مما يمكننا من التعامل معه وهو في أولى مراحلها ، مثلا لا فائدة في تقصّي الحصى أو النزلة الوافدة ، لأنهما مرضان يظهران بسرعة في بضعة أيام بمضاعفات أو بدونها ، لكننا نستطيع تقصّي سرطان عنق الرحم بفحص Nicolau-Papa لأنّ تطوّر السرطان يمرّ بمراحل ما قبل السرطانية ، أو سرطانية الرئة لأن الأشعة مثلا لا تظهره في بداية تطوره ولكن في نهايته.

والإختلاف بين السرطانيين واضح ، ففي خصوص السرطان الأول (أي عنق الرحم) يستحيل منع ظهوره لأن لنا العديد من المتهمين كعوامل خطورة (الحمّات ، كثرة الجماع) ولكن ليس لنا مذنب محقق ، ومن ثمة لا وقاية على صعيد التّصدي للسبب .

لكننا لحسن الحظّ نتوفّر على فحص بسيط يمكنّ على السرطان عنق الرحم بفحص Papa- Nicolau لأنّ تطوّر السرطان يمرّ بمراحل ما قبل السرطانية، أو سرطانية موضوعية تستغرق سنوات ، وبالعكس ذلك لا فائدة من تقصّي سرطان لرئة لأن الأشعة مثلا لا تظهره في بداية تطوره ولكن في نهايته.

والإختلاف بين السرطانيين واضح ، ففي خصوص السرطان الأوّل (أي عنق الرحم) يستحيل منع ظهوره لأن لنا العديد من المتهمين كعوامل خطورة (الحمّات ، كثرة الجماع) ولكن ليس لنا مذنب محقق ، ومن ثمة لا وقاية على الصعيد التّصدي للسبب .

لكننا لحسن الحظّ نتوفّر على فحص بسيط يمكنّ التعرف على السرطان في بدايته ، وهو ما يؤدي إلى علاجه وبالمقابل نجد أننا نعرف عامل الخطورة في سرطان الرئة أي التدخين ولكننا لا نتوفّر على فحص يمكنّ من تقصّيه لأنّ التصوير بالأشعة تشخيص وليس تقصّي .

إنّ تقصّي سرطان الرئة حتى ولو كان ممكنا ليس ضرورة اختيارا موقفا فمن البديهي أنه لا فائدة في تقصّي مرض لا نملك ضده علاجا أو لا ينجح إلّا في تأخير الموت ببعض شهور ، وهذا عكس حالة سرطان عنق الرحم الذي يتوفر على علاج ناجع .

أهم الأمراض القابلة للتقصّي ما قبل الولادة

الثلاث الصبغي 21

تشوهات خلقية

أمراض استقلابية وراثية

ما بعد الولادة

عوز الغدّة الدرقية

بيلة الفينيل كيتون **Phénylcétonine**

الخلع الولادي للورك

تنافر الريزوس

إبّان الطفولة

نقص النظر

نقص السمع

تسوّس الأسنان

السلّ

إبّان الكهولة

سرطان الثدي

سرطان عنق الرحم

سرطان القولون

سرطان المثانة

السكري

ارتفاع الضغط

فقر الدم

البرداء

داء المثقبات Trypanosoniase

الأنيميا المنجلية

الرمد

الزرق Clauome

عوز المناعة المكتسب

قدرة التفريق بين الأسوياء والمرضى

لا يكفي أن يكون المرض منتشرا خطيرا قابلا للعلاج فلا بدّ من فحص يتعرّف عليه والمهمّة التي نوكلها إليه هي التعرف على كل الحالات المرضية ليصفها لنا بأنها مرضية، ومن ثمة التعرف على كلّ الحالات السويّة لنا بأنّها سوية . إلّا أنّ التجربة تظهر أن هذا منال صعب التحقيق.

لنتعتبر مثلا الفحص المجهرى لعصبة كوخ في البصاق والمستعمل لتقصّي السلّ الرئوي ، ولنقارن نتيجة الفحص ، بالتشخيص الذي نكون تحصّلنا عليه بمختلف الوسائل الأخرى (الإستجواب ، الفحص بالأشعة ، التحسّن بالأدوية).

سنكتشف آنذاك أن الفحص وضعنا أمام أربع حالات

إيجابي صحيح . اكتشاف عصية كوخ / سلّ موجود = 31 مرة

إيجابي خطأ . اكتشاف العصية / سلّ غير موجود = 9

سلبي خطأ . عدم اكتشاف العصية / سلّ موجود = 4

سلبي صحيح . عدم اكتشاف العصية / سلّ غير موجود

166

210

المجموع

لنكتب هذه الأرقام في جدول

	مرض		فحص
	غير موجود	موجود	
40	9	31	إيجابي
		أ ب	
170	166	4	سليبي
		ج د	
210	175	35	الموجود

تتضح الإشكالية إذن وهي إمكانية اعتبار المسلول سويًا واعتبار السوي مسلولًا مع كل ما ينجرّ عن هذا من ترتبات ،
وبما أن انعدام الخطأ غير وارد لاعتبارات معقدة منها الإنسانية والتقنية ، فإنه من المطلوب أن نحدّد للفحص مؤشرات
موضوعية تقيس نجاعته وأهمها : الحساسية . والمناوعة .

الحساسية (أ)

إنها احتمال تصنيف المريض كمريض وتعرّف كالتالي :

$$ح : \frac{\text{عدد المرضى المصنّفون كمريضى (2) . (5)}}{\text{عدد المرضى الحقيقي}}$$

في مثالنا تكون حساسية فحصنا

$$ح = \frac{31}{35} = 88.57\%$$

نقول إذن حساسية الفحص المجهرى للبصاق في السلّ 88.57 % بمعنى أن احتمال التعرف الصحيح على
المريض الحقيقي تصل إلى هذه النسبة.

المناوعة (ب)

من البديهي أن على الفحص أن لا يصنّف لنا الأسوياء كمرضى ، وإلا كان الضرر ، ومن ثمة فعلى الفحص المثالي أن يصنّف لنا كلّ الأسوياء ، هذه خاصية يقيسها مؤشر المناوعة (م).

$$م = \frac{\text{عدد الأسوياء المصنّفون أسوياء}}{\text{عدد الأسوياء الحقيقيين}}$$

في مثالنا

$$م = \frac{د}{د + ب} = \frac{166}{175} = 94.85\%$$

يعني هذا الرقم إذن أن احتمال تصنيف السويّ كسويّ بهذا الفحص تصل إلى **94.85%** ، أي أن مناوعته تبقى أحسن بقليل من حساسيته.

ولقائل أن يقول ، أليس من الممكن أن يكون لنا فحص ذو حساسية ومناوعة **100%** إن هذا مستحيل كما أوردنا لأن الخطأ ملازم لكل عمل بشري، من جهة ، ومن جهة أخرى لأننا لا نستطيع الرّيح على الجهتين ، كما سيّضح ذلك من هذا المثال الذي نأخذه عن Marton (3).

(أ) الحساسية - Sensitivity - sensibilité

(ب) المناوعة : specificity -spécificité

لنتصوّر أننا قمنا بتقصّي السّكري في جمهرة تعدادها **100.000** شخص معيّرين الإصابة تبدأ من رقم ما (ج) مثلاً **1.30** ملغ / **100** مل سكر في الدّم وأن النتائج كانت الآتية :

فحص	مرض	سكّري	لا سكّري	المجموع
إيجابي		34	20	54
سليبي		116	9830	9946
المجموع		150	9850	10.000

$$ح = \text{عدد المرضى المصنّفون كمرضى} = 34 = 22.7\%$$

150

العدد الحقيقي للمرضى

$$م = \frac{عدد\ الأسوياء\ المصنّفون\ كأسوياء}{العدد\ الحقيقي\ للأسوياء} = \frac{9830}{9850} = 99.7\%$$

الإستنتاج أن للفحص بهذا الرقم الذي اخترناه (1.30 ملغ / 100 مل) منوعة تقارب المائة في المائة أي أن احتمال تصنيف سوي كمصاب بالسكري لن يتجاوز 0.3% .

لنقرر الآن اعتبار الإصابة بالسكري تبدأ من 100 ملغ / 100 مل سكر في الدم وأن نتائج التفصي كانت

كالتالي :

فحص	مرض	سكري	لا سكري	المجموع
إيجابي		66	98	164
سليبي		84	9752	9836
الجموع		150	9850	10.000

$$ح = \frac{66}{150} = 44\%$$

$$م = \frac{9752}{9850} = 99\%$$

(ج) انظر إشكالية المعيار في القسم الثالث ردّ الصّحة = فصل التشخيص

الإستنتاج أن احتمال تصنيف السوي كمريض ارتفع من 0.3% إلى 1% عندما تشدّدنا في مقياس المرض،

لكن احتمال اكتشاف المرضى الحقيقيين قد ارتفع من 22.7% إلى 44% أي الحساسية تضاعفت في حين أن

المنوعة عرفت شيئاً من التقلص .

خصائص فحوصات تقصي (4)

بعض أنواع السرطان

الموضع	الفحص	الحساسية	المنوعة	نسبة سلبية . خطأ
عنق الرحم	خلوي (أ)	80 – 95	؟	5 – 20
جسم الرحم	خلوي	70 – 80	؟	20 – 30
الثدي	الجسّ	42 – 88	78	1 – 58
	تصوير الثدي	55 – 99	81	1 – 45
	تخطيط حراري (ب)	74	60	26
القولون	دم في البراز	90	40 – 50	10

عن D Schoffenfeld AB Miller

الإشكالية التقنية في كلّ تقصي إذن أن الفحص سيصنّف عددا من الأسوياء مرضى (إيجابي خاطيء) وعدد من المرضى أسوياء (سلبية خاطيء) وأنا إذا اعتمدنا فحصا بالغ الحساسية، ضعفت مناوعته والعكس بالعكس.

ما هي الترتيبات العملية لهذه الظاهرة ؟

- إذا كان المرض نادرا ، فإنه لا يقبل أن نمرّ مرّ الكرام على عدد كبير من المرضى بدون تشخيص ، ومن ثمة لا بدّ أن نتوفّر على فحصه حساسية كبيرة ولا يهم أن نشخص المرض خطأ عند الأسوياء لأنّ بقية مراحل التشخيص ستفرزهم .

- إذا كان المرض خطيرا وقابلا للعلاج المبكر كسرطان الرحم ازدادت الحاجة إلى الفحص من نفس النمط.
- إذا كان المرض منتشرا وذو خطورة نسبية كالكسّري ، فلا بدّ من فحص ذي مناوعة عالية، لأنّ هذا يوفرّ كثيرات من طلبات التشخيص الإضافية المكلفة ، أما الأقلية من المرضى الذين عجز التقصي عن اكتشافهم فإن طول تطور المرض سيؤدّي إلى التعرف عليهم عاجلا أو آجلا.

- إن أحسن وسيلة للتخلص من الإشكالية (ج) هي التعامل معها على مستويين كأن يكون لنا فحصان ، إن هذا ما يقع عادة لأنّ فحص التقصي هو أول فحص إذن لا بد من مواصلة التحري سريريا ومخبريا.

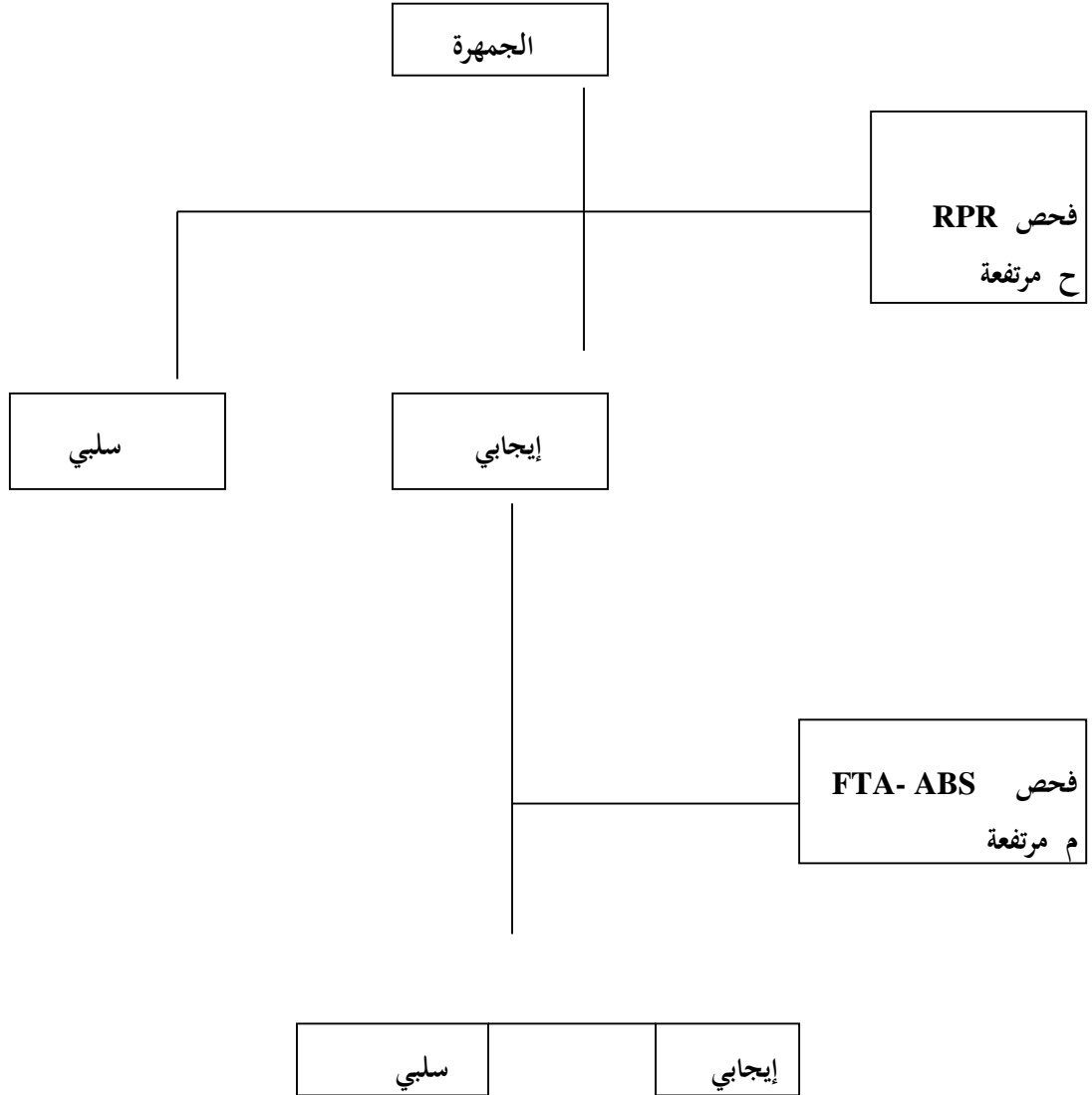
مثلا : في تقصي مرض الزهري ، يكون الفحص الأول شديد الحساسية لاكتشاف أكبر عدد ممكن من الحالات المرضية ، ثم يطبق فحص ثان شديد النوعة ليصنّف الأسوياء الذين صنّفوا خطأ مرضي .

(أ) خلوي (Cytologic (que

(ب) حراري (Thermography ie

(ج) انظر تحليلنا لهذه الإشكالية في القسم الثالث . فصل التشخيص

تقصي الزهري (3)



مصادقية الفحص

إنّ الحساسية والمناوعة مؤشران نظريان يقيسان نجاعة الفحص في أحسن الظروف وذلك بالمقارنة إلى كامل المعلومات التي تمدنا بها وسائل التشخيص الأخرى ، لكن هناك إشكالية داخل الإشكالية ، ألا وهي المصادقية التقنية مثلاً: إن عدد الفحوصات سلبية خطأ قد يزداد بصورة كبيرة لأخطاء تقنية فاضحة في تقنية الفحص ، أو في تحليله، ففي

مثالنا هذا يكون الخطأ في كيفية أخذ العينة الخلوية من عنق الرحم وفي قراءة الفحص ، ومن ثمة فإنّ التقصيّ الناجع يمرّ إجباريا بالتأكد من النّجاعة القصوى للمختبرات وللمهنيين الساهرين على جمع المعلومات وتحليلها.

الجمهرة :

إنّ توفر فحص ذو حساسية مرتفعة في الأمراض النادرة أو الخطيرة وذو مناعة مرتفعة في الأمراض المنتشرة لا يلغي كل الصعوبات رغم النتائج التي سبق ذكرها، فإن نسبة النجاح في التّقيص من المراضة والوفيات بسرطان عنق الرحم ضعيفة وذلك بالقياس إلى عدد الفحوصات ، ففي إنجلترا حسب KINGMANN (1). لا يشكل النقص كسبا كبيرا بالقياس إلى زيادة تعداد السكان وخاصة بالنسبة لتعداد الفحوصات الذي ارتفع في 15 سنة من 7000.000 إلى 2.9000.000. ويعزى هذا الفشل النسبي إلى سوء اختيار الجمهرة، فأغلب النّساء تتعرّضن للتقصيّ هن أقلهن تعرّضا للخطورة بينما يبقى جزء هام من المعنيات بالأمر خارج نطاق الوقاية.

والتفسير يتمثل في سببين :

- إنّ 90 % من الفحوصات تجري من طرف أخصائي أمراض النساء ومن المعروف أن الحريفات عادة يكن أساسا من 20 إلى 40 ويستشرون لأسباب تتعلق بتنظيم الحمل أو الحمل والولادة، ومن ثمة فإنّ كل النساء ما فوق الأربعين لا يتعرّضن للفحص والحال أن وقوع السرطان عندهن هام جدا.
- إنّ النساء من الشرائح الإجتماعية المحظوظة ، هن المعنيات عادة بالتقصيّ ، والحال أنّ انتشار السرطان بين الشرائح الفقيرة ليس أقلّ، بل ربما يكون أوسع .

إنّ إشكالية التقصيّ إذن هي ضرورة الجمهرة الأكثر تعرّضا للخطورة والتوصل إلى هذه الجمهرات بالذات وهذا يتطلّب معرفة دقيقة لوبائيات المرض (الانتشار والوقوع وهو كما قلنا أمر مرتبط دوما بالبحث العلمي الميداني) ، ويتطلب عملا ميدانيا إعلاميا هاما لتحسيس هذه الشريحة الأكثر تعرّضا للخطورة ، والعمل الإعلامي هذا مطالب بأن يكون متعدّد الأوجه كما سبق أن قلنا في درس التربية الصحية.

إشكالية النظم (د)

من البديهي أن لا شيء يمنع السويّ من الإصابة بـ ع . م . م . بعد فحص سليلي ومن ثمة السؤال كم من مرة يجب القيام بالفحص ؟

لنتوقّف عند انتشار الأورام السرطانية واللاسرطانية في تونس لنفهم ارتباط إشكاليتين : الجمهرة والنظم (7).

نبة الإصابة
على كل مائة

العمر

Rythme (e): النظم

مما نستنتج

. سهولة الخطأ بما أن هناك نوعين من الأورام ومن ثمة لا نستغرب أن تكون حساسية الفحص السريري ضعيفة وأن لا تتجاوز حساسية التخطيط الحراري 74 % .

. تكون أعلى نسبة في الإصابة بالخبيث حوالي الخمسين ، هذا يعني مبدئياً أننا حددنا الجمهرة الأكثر تعرضاً للخطورة لكن هذا ينبغي وجود السرطان ولو بنسب أضعف في شرائح العمر الأخرى.

. إن تقصّي السرطان في الخمسين من العمر كمراقبة حدود معرضة دوماً لتهدد مرة واحدة ومن ثمة ، فالمنطق يفرض علينا أن يكون التقصّي متتابعاً في الزمان شاملاً لكل النساء في مختلف الأعمار، وهذا يطرح بدوره إشكاليات عملية هامة ، يستعصي حلها في إطار نموذج الطب المشتت ، فقد رأينا أن الفشل النسبي لبرامج تقصي سرطان عنق الرحم ناتج عن أن الفحص من مشمولات أطباء النساء في إطار عمل روتيني لا يشارك فيه الأطباء العامون إلا بنسبة ضئيلة .

لنتصور الآن عمل نموذج للطب ويكون فيه كل طبيب وخاصة طبيب الخط الأول مسؤولاً عن الحفظ والردّ بنفس الكيفية والأهمية.

إن هذا يعني أن كل زيارة طبية لأي سبب كان تؤدي أوتوماتيكياً إلى عملية رد الصحة كما ينشدها المريض ، وإلى تقصّي تفرضه الخريطة الوبائية.

وبما أن أغلب الناس تقريباً يستشيرون الطبيب فإنها تكون فرصة لممارسة التقصّي على نطاق واسع وذلك في إطار برامج وطنية يشارك فيها كل الأطباء لتطويق مضاعفات الآفات الكبرى التي تتهددنا كالسرطان والسكري وارتفاع الضغط الخ ...

المقبولية الاجتماعية :

يتوجه التقصي إلى جمهرة عريضة من الناس ، وبالتالي هو مضطر إلى التعامل مع مواقفها وتصرفاتها الجماعية. إن التجربة الميدانية تظهر أنه كلما وفي الفحص بهذه الشروط كلما تزايد قبوله ومن ثمة استعماله. البساطة : إن تقصي ارتفاع الضغط لا يتطلب إلا راحة بعض دقائق وقياس الضغط بالمنفاخ ، وهذا جهد يقدر عليه كل الناس . أما استعمال التنظير الداخلي لتقصي سرطان الرئة والقولون ، فعملية معقدة تنهار مقبوليتها لما تتطلبه من تضحية.

- توفر الخدمة : كلما اقترب الفحص من التشخيص كلما زادت حظوظ المقبولية ، وهذه القاعدة تعتمد على حملات مقاومة السل مثلا ، إذ يذهب الفحص للناس ولا ينتظر أن يأتيهم إليه. إن أقرب المهنيين للجمهرة هم أطباء خط الدفاع الأول سواء كانوا خواص أو عموميين والمفروض أن يوفروا لهم الخدمات الوقائية ومنها التقصي ، لكن هذا غير متوفر حاليا نظرا للانشطار الخطير في جسم المهنة بين الرد والحفظ ، والذي لا يداوى إلا بالإدماج.

- توفر العلاج : لا فائدة في محاولة إقناع الناس بتقصي مرض لا علاج له ، خاصة وأن إدراكهم بأنهم مصابون بأفة يزيد الطين بلة من ناحية المواقف والتصرفات والعلاقات البشرية ، وأنها حاليا إشكالية تقصي ع . م . م . م . - التكلفة الاقتصادية : لا بد من التفكير في تكلفة الفحص وتكلفة العلاج والتساؤل هل بمقدرة الفرد والمجموعة تحمّل هذه المصاريف ؟

مثلا : إن إحدى أهم المعوقات التي تعرّضنا لها في تقصي نقص النظر عند تلامذة الابتدائي في سوسة عجز أغلبية التلامذة الذين اكتشهم الفحص عن اشتراء النظارات ، ولا مخرج من هذه الإشكالية إلا باتباع قاعدة ضرورة إلا وهي تحمّل المجموعة الوطنية لنفقات الوقاية تقصيا وعلاجا ، إذا أثبتت الدراسات العلمية نجاعتها الطبية والاقتصادية.

السياسة الصحية

إنّ مقارنة التلقيح بالتقصّي تظهر المكانة المتواضعة لهذا الأخير في سياسة حفظ الصحة ، فالدولة تتدخل بكامل ثقلها المادي والمعنوي في التلقيح لكنها لا تولي للتقصّي أهمية قصوى إلا في إطار حملات وقتية كمقاومة السلّ أو مراقبة ع . م . م . أو البرداء .

إنّ ضروريات التقصيّ متعدّدة كالأبحاث الوبائية الميدانية والمختبرات المجهّزة والتربية الصحية ، وهي ضرورية لتطويق آفات خطيرة وقديمة كالسلّ والبلهارسيا ، أو آفات جديدة كالسكري وارتفاع الضغط وسرطان الرئة والثدي والرحم .

ومن البديهي أن الأطباء المشتغلين برد الصحة بصفة روتينية عاجزون وحدهم عن مواجهة هذه الآفات ومن ثمة لا يكون التقصيّ إلا في إطار سياسة صحية تشجع إدماج الخدمات العلاجية والوقائية على كلّ المستويات ، ومن ثمة

فإن كان التلقيح عاملاً رئيسياً في التعرض لأمراض الفقر والتخلف فإنّ التقصي هو أهم أسلحتنا لمواجهة جائحة أمراض العصر كالسكري وارتفاع الضغط والسرطان .

المشاكل الأخلاقية

لا تثير الأغلبية الساحقة للتدخلات الطبية أدنى إشكالية أخلاقية ، لأن نفعها واضح ولأن هذا النفع يمس الفرد والمجموعة بنفس الكيفية ، فنحن عندما نعالج جراحياً الزائدة الدودية نقدم خدمة لا تقدر بثمن للمريض وأهله ومحيطه الضيق ، لكننا نوسّع دائرة المنفعة عندما نبرئ مسلولاً من سلّه يصيب المرض عدداً كبيراً من الناس .
الإشكالية هي أننا نواجه في بهض الأحيان تناقض بين مصلحة الفرد والمجموعة ، فمن نخدم والتقصي (أ) تطرح هذه الإشكالية بحدّة .

لنتوقف عند مشكلين يوضحان هذا البعد الهام من الموضوع.

- يصبح التشخيص ما قبل الولادي ممكناً (6) يوماً بعد يوماً في كثير من الأمراض الإستقلابية الوراثية ، والتشوّهات الخلقية ، والإختلالات الصبغية ، إن تخطيط الصدى (ب) يسمح مثلاً بالتعرف على التشوّهات الخلقية ابتداءً من الأسبوع 18 من الحمل ، كذلك يمكنّ بزل السليّ (ج) من الحصول على خلايا الجنين ودراسة تركيبها الصبغية ، ومن ثمة التعرف على التثلث الصبغي 21 ، بما يعنيه هذا من قرب ولادة طفل معاق ذهنياً.

(أ) شأنه في هذا الشأن التجارب الطبية على الإنسان

(ب) تخطيط الصدى : Echographie (phy)

(ج) بزل السليّ : Amniocentèse (sis)

إن حظوظ الإصابة بالتثلث الصبغي 21 ترتفع من 0.06% عندما تكون الأم في العشرين إلى 0.32% وهي في الخامسة والثلاثين و 1% عند الأربعين . لذلك أصبح تقصي هذا الإختلال الصبغي شبه قاعدة في البلدان الغربية حيث يتزايد تأخير أول ولادة لأسباب ثقافية وهو يشكل حالياً 90% من أسباب التقصي ما قبل الولادي في مختبرات البلدان الغربية .

الإشكالية أنّ تعريف التقصي كما رأيناه هو "فحص" هدفه إيقاف تطوّر المرض وتطبيق مضاعفاته ولا ينطبق في هذه الحالة، لأن العملية تنتهي في أغلب الأوقات بالإجهاض أي الموت .

ولا يخلو مؤيدو استعمال التقصي للإجهاض من حجج من نوع ما الفائدة من ولادة طفل مصاب بمرض Day-sacks أو مرض Duchenne والحال أننا نعلم أن هذا سيؤدي إلى مآسي فردية وعائلية لا نستطيع لها دفعا، إن هذه الاعتراضات "كلمة حق أريد بها باطل".

فوضع إمكانيات الطب في خدمة الموت وتحت أي سبب من الأسباب منزلق بالغ الخطورة ، لأننا نواجه بئرا بلا قاع.

إن القائمة الطويلة للأمراض العصبية التي وضعها النظام النازي سنة 1939 (التخلف الذهني العميق ، انقصاص الشخصية الخ...) لكي يعدم المصابون بها بإسم الصحة العرقية . مثال على المخاطر الكبرى التي تتهددنا كأطباء إذا قبلنا مبدأ خدمة الصحة الجماعية على حساب حقوق الفرد في الحياة.

التقصي في ع . م . م .

إن إنتشار الهائل للمرض اليوم يجعل من تطويقه إحدى أهم مهام حفظ الصحة. الإشكالية أننا نتوفر على فحوصات للتعرف على المرض يفحص دم المتشبه فيه ، لكننا خلافا للزهرى أو السكرى ليس لنا حاليا 1994 ما نقدم للمريض باستثناء أمر الكف عن الحياة الجنسية إلا بشروط قد يرفضها أو قد ترفضها الزوجة وانتظار شبح الموت . لنقدر في إطار الرعب الكبير الذي تشيعه وسائل إعلام غير واعية بالمسؤولية عند جماهير واسعة من الناس معنى هذا التشخيص وتأثيره المدمر على مواقف وتصرفات المريض .

إن اعتماد عدد متزايد من الدول لسياسة التقصي الإجباري تعني عادة منع المريض من دخول البلاد المعنية بالأمر، أو ترحيلهم منها وفي هذا بداية ما يمكن تسميته بالتمييز الصحي على غرار التمييز العنصري.

ومن جديد نواجه إشكالية تضارب مصلحة المجموعة مع مصلحة الفرد وهي لا تحل ببساطة ، فنحن لا نستطيع اعتماد موقف يمكن وصفه بالخطأ أو الصواب من موقع العلم والتجريب ، وإنما نحن أمام إشكالية يكون الرد عليها مرتبطا بالمواقف الذاتية والعقائدية، ومن ثمة نقدم هذا الرأي كاجتهاد لكنه متجدد في أقدم وأنبال التصرفات الطبية.

كل تقصي يكون نتيجته إجهاض الحياة غير مقبول وكل تقصي للعزل كتقصي ع . م . م . هو تقصي لمبدأ أساسي في الطب ، أي تكتّم الطبيب على سر المريض خرق للمبدأ الابوقراطي الأول أي أن لا يتجر عن تدخل الطب أي ضرر للمريض ، والإحتجاج بأولوية الجماعة وحقوقها غير مقبول لأن الجماعة مكونة من أفراد ولأن أغلب انتهاكات حقوق الإنسان تمت دوما بإسمها وقيمها ، والحال أنها كانت دوما ضحيتها . لذلك يجب أن لا يحيد الطب تحت أي ضغط وإي اسم أي مفهوم عن أقدس مقدساته ، أي الدفاع عن الحياة وعن الإنسان المشخص ، لا الإنسان النظري.

بهذا وبهذا وحده يحافظ الطب على مصداقيته ودوره ورسالته ، ويخدم حقًا المجموعة والإنسانية.

المراجع

Shaffer et Coll

1

Dépistage du cancer du col de l'uterus
1^{er} colloque CNAMTS – INSERM – Vol 144 – 1986
pp 623 – 636

JENICEK M et Cléroux R.	2
Epidémiologie, principes, technologie, applications Edition Maloine – Paris 1983	
MORTON R F J.R HEBEL	3
Epidémiologie et biostatistique : une introduction Programmée – Doin Paris 1983	
MONIER J.	4
Santé publique , santé de la communauté SIMEP - Villeurbane 1980	
ALHBOM A. NOUELL S.	5
Introduction to modern epidemiology Epidemiology resources Inc 1984	
ROBERT O.	6
Le diagnostic prenatal La recherche Vol 16 – 1985 pp 694 – 704	
HECHIHCE MONIA	7
Cancer du sein chez la femme de moins de 30 ans Caractéristiques épidémiologiques cliniques Histopathologiques et évolutives à propos de 48 cas Vu et traités à l'I.S.A. de 1973 à 1980 – Tunis Thèse médecine Fac. De Médecine 1984	