مجلة تنمية الرافدين

اسم المقال: عوامل النجاح الحاسمة لإدارة الرعاية الصحية الشاملة: دراسة حالة في مركز القدس الصحي لطب الاسرة / الموصل
اسم الكاتب: بلسم صبحي قاسم، أ.د. عبدالعزيز احمد محمد
رابط ثابت: https://political-encyclopedia.org/index.php/library/3713
تاريخ الاسترداد: 2026/11/03 00:25 +03

الموسوعة السياسيّة هي مبادرة أكاديمية غير هادفة للربح، تساعد الباحثين والطلاب على الوصول واستخدام وبناء مجموعات أوسع من المحتوى العلمي العربي في مجال علم السياسة واستخدامها في الأرشيف الرقمي الموثوق به لإغناء المحتوى العربي على الإنترنت.
لمزيد من المعلومات حول الموسوعة السياسيّة – Encyclopedia Political، يرجى التواصل على info@political-encyclopedia.org

استخدامكم لأرشيف مكتبة الموسوعة السياسيّة – Encyclopedia Political يعني موافقتك على شروط وأحكام الاستخدام المتاحة على الموقع https://political-encyclopedia.org/terms-of-use

تم الحصول على هذا المقال من موقع مجلة تنمية الرافدين كلية الإدارة والاقتصاد / جامعة الموصل ورفده في مكتبة الموسوعة السياسيّة مستوفياً شروط حقوق الملكية الفكريّة ومتطلبات رخصة المشاع الإبداعي التي ينضوي المقال تحتها.

Research Paper

Critical Successful Factors to Manage Comprehensive Health CareCase study in Al-Kudis Health Center for Family Medicine/Mosul

Abdul _ Aziz Ahmed Mohammed Al_ Maula[1] , Balsam Subhi Kasim Al _ Taii [2]

[1&2] Ninevah Health Department/ Mosul University Health Center.

Corresponding author: Balsam Subhi Kasim Al _ Taii. Ninevah Health Department/ Mosul University Health Center, Omaralmola60@gmail.com .

Journal of
TANMIYAT AL-RAFIDAIN
(TANRA)
A scientific, quarterly, international, open access, and peer-reviewed journal

Vol. 40, No. 130
June 2021

© University of Mosul | College of Administration and Economics, *Mosul, Iraq.*

TANRA retains the copyright of published articles, which is released under a "Creative Commons Attribution License for CC-BY-4.0" enabling the unrestricted use, distribution, and reproduction of an article in any medium, provided that the original work is properly cited.

Citation: Hala F. D. AL Mullah Tohi. (2021). "Critical Successful FactorstoManage comprehensive Health CareCase study in Al-Kudis Health Center for Family Medicine/Mosul ". ***TANMIYAT AL-RAFIDAIN***, 39 (*126*), 366 -391, https://doi.org/ 10.33899/tanra.2021.168709

P-ISSN: 1609-591X
e-ISSN: 2664-276X
tanmiyat.mosuljournals.com

DOI: https://doi.org/ 10.33899/tanra.2021.168709

Article History: *Received*: 12/8/2020; *Revised*: 31/8/2020; *Accepted*: 16/9/2020; *Published*: 1/6/2021.

Abstract

In its theoretical part, the research aimed at encompassing the comprehensive health care methods used in some countries of the world to provide a true and integrated health service and to delve into the study of the family medicine program in theory and practice as a key entry point to achieve this goal. The problem lies in the lack of an integrated and organized health system at the level of the Iraqi Ministry of Health, the scattering of efforts at the three levels of health care (primary, secondary and tertiary), and the lack of clear and organized coordination between them has led to a great waste of energy and a great waste of efforts, not to mention the loss of lives. Humans. The hypothesis of the research is based on the basis that if the family medicine program was implemented in a correct and integrated manner and its critical success factors were achieved, this would lead to achieving the goals of achieving comprehensive and real health care at the lowest cost. After indicating the factors in international experiences and comparing them with the reality in terms of the strategic plan of the Iraqi Ministry of Health on the one hand and evaluating its implementation, on the other hand, the availability of factors and rates above the average were indicated in their entirety, with the indication of some cases that varied in terms of the positions of the stakeholders, which may be due to the nature of their work In implementing the family medicine program.

Keywords

critical success factors, universal healthcare, universal healthcare approaches.

ورقة بحثية

عوامل النجاح الحاسمة لإدارة الرعاية الصحية الشاملة دراسة حالة في مركز القدس الصحي لطب الاسرة / الموصل

الباحثة **بلسم صبحي قاسم** [١] ،أ.د. **عبد العزيز احمد محمد** [٢]

[١&٢] دائرة صحة نينوى/ مركز صحي جامعة الموصل.

المؤلف المراسل الباحثة بلسم صبحي قاسم، دائرة صحة نينوى/ مركز صحي جامعة الموصل.

DOI: https://doi.org/ 10.33899/tanra.2021.168709

تاريخ المقالة: *الاستلام:* ٢٠١٩/١٢/١٢؛ *التعديل والتنقيح:* ٢٠٢٠/٢/١٧؛ *القبول:* ٢٠٢٠/٤/١٥؛ *النشر:* ٢٠٢١/٦/١.

المستخلص

لقد هدف البحث في شقّه النظري إلى عمل إحاطة بأساليب الرعاية الصحية الشاملة المتّبعة في بعض دول العالم من أجل تقديم خدمة صحّية حقيقية ومتكاملة والتعمّق في دراسة برنامج طب الاسرة نظرياً وعملياً كمدخل رئيس لتحقيق هذه الغاية. تكمنُ المشكلة في عدم وجود نظام صحّي متكامل ومُنظّم على مستوى وزارة الصحة العراقية، وانّ تبعثر الجهود في مستويات الرعاية الصحيّة الثلاثة (الأول، والثاني والثالث) وعدم وجود تنسيق واضح ومنظّم فيما بينها أدّى إلى هدر كبير في الطاقّات وضياع كبير في الجهود ناهيك عن خسائر في أرواح البشر. تقومُ فرضيّة البحث على أساس أنّه لو تمّ تطبيق برنامج طب الأُسرة بشكله الصحيح والمتكامل وتحققت عواملُ نجاحه الحرجة لأدّى ذلك إلى بلوغ الأهداف في تحقيق رعاية صحية شاملة وحقيقية وبأقل كُلفة. وبعد تأشير العوامل في التجارب الدولية ومقارنتها مع الواقع من حيث الخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة العراقيّة من جهة وتقييم تنفيذها من جهة ثانية تم تأشيرُ توافر العوامل وبنسب فوق المتوسط في مجملها، مع تأشير بعض الحالات التي تباينت من حيث مواقف ذوي العلاقة والتي ربما تعود إلى طبيعة عملهم في تنفيذ برنامج طب الأُسرة. ومما يجدر ذكره أيضاً تم تقديم مجموعة من المقترحات من أهمّها، السعيُ نحو زيادة الوعي المجتمعي من أجل تحقيق أهداف برنامج طب الأُسرة سعياً لتحقيق الرعاية الصحية الشاملة ورفع المستوى الصحّي لجميع الأفراد والأُسر وبأقلّ التكاليف.

الكلمات الرئيسة

القطاع المالي، عوامل النجاح الحاسمة، الرعاية الصحية الشاملة، مداخل الرعاية الصحية الشاملة

مجلة

تنمية الرافدين

(TANRA): **مجلة علمية، فصلية، دولية، مفتوحة الوصول، محكمة.**

المجلد (٤٠)، العدد (١٣٠)، حزيران ٢٠٢١

© جامعة الموصل |

كلية الإدارة والاقتصاد، *الموصل، العراق.*

تحتفظ (**TANRA**) بحقوق الطبع والنشر للمقالات المنشورة، والتي يتم إصدارها بموجب ترخيص (Creative Commons Attribution) لـ (CC-BY-4.0) الذي يتيح الاستخدام، والتوزيع، والاستنساخ غير المقيد وتوزيع للمقالة في أي وسيط نقل، بشرط اقتباس العمل الأصلي بشكل صحيح.

الاقتباس: قاسم ،بلسم صبحي، محمد ، عبد العزيزاحمد (٢٠٢١). " عوامل النجاح الحاسمة لإدارة الرعاية الصحية الشاملة دراسة حالة في مركز القدس الصحي لطب الاسرة / الموصل". ***تنمية الرافدين***،٤٠ (١٣٠)، ٣٦٦-٣٩١،
https://doi.org/ 10.33899/tanra.2021.168709

P-ISSN: 1609-591X
e-ISSN: 2664-276X
tanmiyat.mosuljournals.com

المقدمة

يُمثل تحقيقُ الرعاية الصحية الشاملة هدفاً استراتيجياً لوزارة الصحة العراقية يضمن تنفيذ سياستها الصحية المتمثلة بالتوجه نحو تبني البرامج الوقائيّة قبل العلاجية التي بدأت تحدد عمل الوزارة من حيث الطاقتين الاستيعابية والوظيفية، وفي إطار ذلك عمل البحث الحالي على توفير بيئة عمل حاسمة وكما يطلق عليها بعوامل النجاح الحاسمة لبرنامج طب الاسرة كمدخل أساسي مُعتمد من قبل وزارة الصحة العراقية لتحقيق الرعاية الصحيّة الشاملة بعد تأشير مبادراتها في تنفيذه، وتم تحقيق ذلك في مركز القدس الصحي لطب الاسرة في الساحل الأيسر من مدينة الموصل بوصفه حالة دراسية لأنه المركز الرائد في هذا المجال في محافظة نينوى.

تمثل عوامل النجاح الحاسمة مفاصل ضرورية في نجاح المنظمات، إذ يُؤشر توافرها تحقيق النجاح والعكس صحيح، إذ يُعدُّ غيابُها حالة قلقة للمنظمات تؤشر وجود ضعف في أدائها، وبما أن المراكز الصحية أصبحت مسؤولة عن طب الأسرة، وهي تواجه تحدي تقديم خدمات متكاملة وشاملة للمجتمع، إذن لابد من إجراء تقييم وتقويم دوري لما تملكه من تلك العوامل لغرض تشخيص مكامن قوتها ومواطن خللها في هذا المجال.

لقد تطرق البحث في شقّه النظري لموضوع الرعاية الصحية الشاملة ومداخل تحقيقه ليمثل طب الأسرة المدخل الميداني الملائم، ومن ثم تناولت عوامل النجاح الحاسمة، وميدانياً شخصت الدراسة مدى توافر عوامل النجاح الحاسمة في هذا النظام من أجل تقييم المتوافر منها مقارنة بخطة وزارة الصحة العراقية.

وعليه تضمن البحث أربعة محاور، تناول المحور الأول منهجية الدراسة وتناول المحور الثاني الإطار النظري للدراسة، فيما خصص المحور الثالث لتقديم الإطار الميداني للبحث، في حين خُصّص المحور الرابعُ للاستنتاجات والمُقترحات التي خرج بها البحث.

المحور الأول: منهجية البحث

أولاً: المشكلة

تذهب وزارة الصحة العراقية نحو تبنّي برامج وجدت صداها عالميّاً ويؤشّر ذلك لصالحها، ألّا أنّ ما يؤشّر عليها هو إبقاء هذه البرامج من دون إبراز لأهميتها ميدانياً ومنها برنامج طب الأسرة الذي يؤشر بداية الاهتمام بتنفيذه منذ اواسط عام ٢٠٠٨ ولكن يلاحظ ان هناك فجوة في التنفيذ تكمن في ضعف توفير البيئة الملائمة أو توفيرها دون إبراز أهمية التنفيذ الدقيق، وهو ما تمّ تشخيصه كمشكلة يمكن إثارتها تمهيداً لمعالجتها على النحو الآتي:

١. ما عوامل النجاح الحاسمة الواجب توفّرُها لنجاح تنفيذ برنامج طب الأُسرة والمعمول بها عالميّاً؟
٢. ما عوامل النجاح الحاسمة المتوافّرة فعليّاً في خُطة وزارة الصحة العراقية؟
٣. ما عوامل النجاح الحاسمة المتوافرة فعلياً في الميدان المبحوث؟

٤. ما وجهة نظر كل من (الكادر الطبي، الكادر التمريضي، الكادر الاداري، المستفيدون من أفراد المجتمع من المرضى وذويهم) في نجاح خُطّة تنفيذ البرنامج؟

ثانياً: أهمية البحث

يمكن تجسيد أهمية البحث ميدانياً ومجتمعياً، فعلى الصعيد الميداني توفير عوامل النجاح الحاسمة لإنجاح تنفيذ البرنامج وعدم انحسار التركيز على ما متوافر في خطة الوزارة الامر الذي يعطي ميزة لا تمام البرنامج على أفضل وجه ممكن. أما مجتمعياً فتسهم في الإسراع في تنفيذ البرنامج الذي يوفر خدمة صحية وقائية للمجتمع، فضلاً عما يوفره تنفيذ هذا البرنامج من جوانب فنية صحية لأفراد المجتمع ضمن تقسيماتهم العائلية.

ثالثا: أهداف البحث

يهدف البحث إلى:

١. التعرف على ما تتضمنه خطة الوزارة من عوامل نجاح حاسمة مقارنةً مع ما معمول به في تجارب الدول الأُخرى.
٢. تحديد عوامل النجاح الحاسمة المنفذة فعلياً فضلاً عن توافرها في خطة الوزارة.
٣. تحديد عوامل النجاح الحاسمة المنفذة ميدانياً ولكن غير متوافرة في خطة الوزارة.
٤. التعرف على وجهات نظر الفئات ذات العلاقة لمدى توافر عوامل النجاح الحاسمة (الكوادر العاملة والمجتمع).

رابعاً: فرضيات البحث

تحققاً من مشكلة البحث تم افتراض ما مفاده:

١- تتوافر عوامل النجاح الحاسمة في خطة وزارة الصحة وفق السياقات العالمية المعمول بها.
٢- توجد بعض عوامل النجاح الحاسمة المتوافرة في ميدان البحث وغير مضمّنة في خطة الوزارة.
٣- هناك تكامل في عوامل النجاح الحاسمة في خطة الوزارة ولكنّ الخلل يكمن في التطبيق.
٤- يتوافق كل من الكادر الطبي والتمريضي والاداري والمجتمع بوجود نسبة من الخلل في النتائج يتمُّ البحث عن أسبابها.

خامسا: مجتمع البحث وعينته

يعكس الجدول (1) مجتمع البحث وعينته وكما موضح على النحو الآتي:

الجدول (1) مجتمع البحث وعينته

الفئة	مجتمع البحث	العينة	نسبة التمثيل
أطباء الأسرة	10	10	100%
الكادر الصحي	35	10	28.5%
الكادر الإداري	26	10	38.5%
المستفيدون(المرضى البالغون وأرباب الأُسر المستفيدة)	–	100	–

تمّ افتراض هذه النسب بسبب طبيعة البحث التي لا تتطلب النفي أو الاثبات التام، ومما يجدر ذكره أنّ العينات تمّ اختيارها على نحو قصدي وممّن لهم علاقة مباشرة ببرنامج طب الأُسرة وخصوصاً فيما يتعلق بالمستفيدين فهم الواقع الفعلي لعملية تنفيذ البرنامج بوصفهم نواة للانتقال كُلّياً.

سادساً: أساليب جمع البيانات

يشير الجدول (2) إلى أسلوب جمع البيانات في كل عامل من عوامل النجاح الحاسمة

الجدول(2)اساليب جمع البيانات

أسلوب جمع البيانات	العامل
الخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة	1,2,3,4,6
المشاهدات	7,8,13,16
المقابلات مع العاملين والمستفيدين	5,9,10,11,12,14,16,17,18,19,20,21,22,23

تمّ جمع البيانات بالاعتماد على ثلاثة محاور شملت خطة وزارة الصحة ،المشاهدات العينية للباحثين ،فضلاً عن المقابلات الشخصية مع الكوادر العاملة والمستفيدين الذين تمّ شرح عوامل النجاح الحاسمة لهم.

سابعاً: خصائص عيّنة البحث

توزيع عينة البحث بحسب الجنس ويوضّح الجدول (٣) نتائج عيّنة الدراسة مقسّمة بين الذكور والاناث وكما يأتي:

الجدول (3)

الجنس	التكرار	%
ذكور	91	70
اناث	39	30
المجموع	130	100

ويُؤشر توافر كلا الجنسين قوّة للبرنامج، وهو ما قد يُحقّق توافقاً في الناحية العلاجية لبعض الأمراض. ويتناول الجدول (4) توزيع عينة الدراسة بحسب الفئات العمرية والتي تمّ تقسيمها إلى خمس فئات، وكما موضّح بالآتي:

الجدول (٤) الفئات العمرية

الفئات العمرية	التكرار	%
أقل من 25	لا يوجد	0
25-36	39	30
36-45	65	50
46-55	26	20
أكثر من 55	لا يوجد	0
المجموع	130	100

يلاحظ من الجدول أنّ ما يعادل نصف العيّنة هم ما بين ٣٦_٤٥ سنة وهو عمر يمازج بين النضج الفكري والاداري وبين حيويّة الشباب، وهي الفئة الأكثر تفاعلاً مع المستجدّات والبرامج الحديثة.

توزيع أفراد العينة بحسب سنوات الخدمة:

يتناول الجدول الآتي عيّنة البحث وبحسب سنوات الخدمة وكما يأتي:

الجدول (٥) سنوات الخدمة

سنوات الخدمة	التكرار	%
1-5	3	10
6-10	6	20
11-16	6	20
17-22	15	50
23فأكثر	لا يوجد	0
المجموع	30	100

يتضح من الجدول أعلاه أنّ 50% من الموظفين خدمتهم ما بين 22-17 سنة وهي تؤهّلهم للإجابة الناجعة كما يعكس توجه دائرة صحة نينوى في رفد مركز القدس الصحي بكوادر منتقاة.

المحور الثاني: الإطار النظري

أولاً: مفهوم الرعاية الصحية الشاملة

لقد عرّف (Al-Saleh, 2011, 218) الرعاية الصحية الشاملة (أنّها الرعاية التي تعتمد على وسائل وتقنيات صالحة وسليمة علمياً ومقبولة اجتماعياً وميسرة لكل الأفراد والأسر في المجتمع من خلال مشاركتهم التامة وتكاليف يمكن للمجتمع وللبلد توفيرها وهي المستوى الأول لإيصال الأفراد والأسر والمجتمع

بالنظام الصحي الوطني، وهي تقرب الرعاية الصحية بقدر الإمكان حيث يعيش الناس ويعملون) ، وعرّفتها منظمة الصحة العالمية (Sloane Philip D. , 2008 , 121) على أنها(الرعاية الصحية القائمة على وسائل علمية وعملية مقبولة اجتماعيّاً والتي يقدمها الجهاز الصحي لكافة أفراد المجتمع وعائلاته وبمشاركتهم الكاملة على أن تُناسب الحكومات والمجتمعات التي تُطبقها من حيث التكلفة بحيث تحافظ على تطوّرها في كلّ مرحلة من مراحلها مع مراعاة الاعتماد على الذات وتحديد المشاكل الصحية الخاصة).

ثانياً: أسس الرعاية الصحية الشاملة

ينبغي أن ترتكز الرعاية الصحية الشاملة على العديد من الأسس وهي (www.drbushnaq.com,2011):

١- تقدم الخدمة من خلال فريق متكامل يضم الطبيب، الممرض، الاخصائي النفسي، الاخصائي الاجتماعي، الصيدلي، الموجه الديني والمعالج الطبيعي.

٢- أعضاء الرعاية لديهم خبرة خاصة في علاج الألم والاعراض وفقا لأحدث الأبحاث الطبية.

٣- يولي الفريق اهتماماً بالغاً بمهارات الاتصال مع المريض، وذلك من خلال الجلسات الودية معه واعطائه الوقت الكافي للحديث عن نفسه وتقديم الدعم المعنوي والنفسي له ويسهم أحياناً مع الفريق في وضع الخطة العلاجية.

٤- يلتزم الفريق بإزالة أو تقليل الألم والخوف والمعاناة والوحدة عن المريض وحتى في المراحل الاخيرة من المرض.

٥- يولي الفريق اهتماما بالغا بعائلة المريض، فهم يمُرّون بظروف صعبة، ويحتاجون إلى معونة الفريق لتجاوزها.

ثالثاً: خصائص الرعاية الصحية الشاملة

أشرت العديد من الدراسات ومنها دراسة (Al-Bakri, 2007, 22)، (Ghoneim, 2010, 42) أن خصائص خدمات الرعاية الصحية الشاملة لا تختلف عن خصائص الخدمة الصحية (وهي خصائص الخدمة على نحو عام) ويمكن إجمالها على النحو الآتي :

١- **عدم الملموسية:** حيث لا يمكن إدراكها أو الاحساس بها أو تذوّقها أو سماعها أو شمّها، وذلك على عكس السلع المادية الملموسة، والمريض الذي يطلب الخدمة الصحية لا يستطيع أن يتعرّف على نتائجها قبل قيامه بالشراء الفعلي لها.

٢- **تلازمية الخدمة:** الخدمات الصحية يتم إنتاجها واستهلاكها في الوقت نفس، وذلك على عكس ما هو موجود بالنسبة للسلع المادية، حيث يتم إنتاجها ثم تخزينها ثم توزيعها عن طريق إعادة البيع ثم استهلاكها، وفي ضوء ذلك فإن الخدمة الصحية تتطلب ضرورة السرعة في الأداء باعتبارها من الخدمات التي لا يمكن تأجيلها، حيث لابد من تزامن كل من وقت الانتاج والاستهلاك معاً،

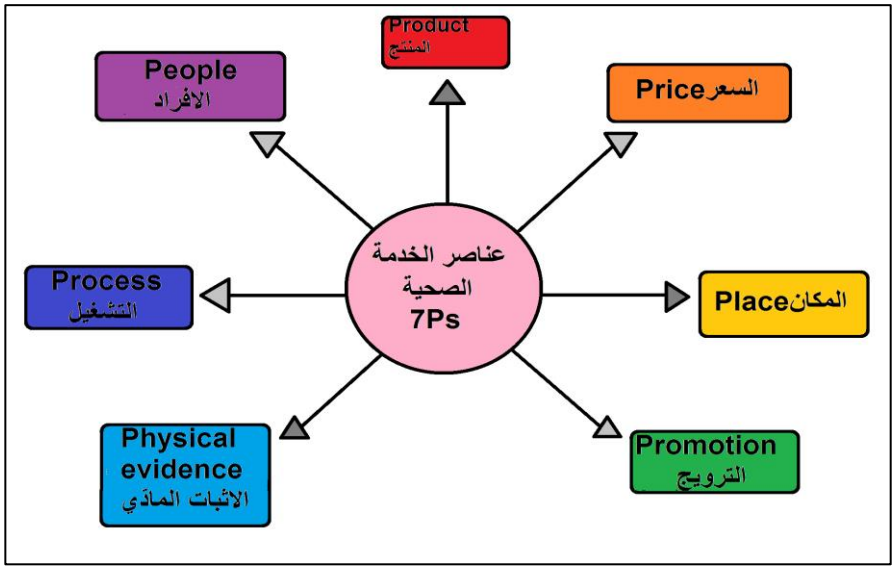
ويتطلب ذلك ولا شك ضرورة وجود علاقة دائمة ومباشرة ومستمرة بين كل من الطبيب والمريض، حيث لا ينفصل كل منهما عن الآخر عند انتاج واستهلاك هذه الخدمة.

٣- **عدم تشابه الخدمات الطبية:** تتسم الخدمات الطبية بالتغير والتقلب المستمرين، إذ توجد اختلافات كثيرة عند أداء هذه الخدمات، وذلك منذ تحديد الفرد الذي يقوم بأداء هذه الخدمة ومكان أدائها. وفي ضوء ذلك فان مخرجات الخدمات الصحية تتقلب وتتغير، كما يتغيّر ويتقلب الطلب عليها على مدار السنة، حيث تختلف الامراض في موسم الشتاء عنها في موسم الصيف.

٤- **عدم القابلية للتخزين:** يؤشر على الخدمة كنتيجة لعدم ملموسيتها عدم قابليتها للتخزين، وبهذا هي لا تنتج إلا عند طلبها.

٥- **عدم التملك:** الخدمة يمكن الانتفاع بها ولا يمكن التمتع بحق امتلاكها عند الحصول عليها، وكلها حالات تمثل انتفاع الشخص من هذه الخدمات مقابل ما يدفعه من نقد، إلا أنه لا يحق له امتلاك الجوانب المادية التي تنتج عنها الخدمة .

٦- **تكامل عناصر الخدمات الطبية:** تتصف الخدمات الطبية أيضا بأنها تتكون من مجموعة من العناصر تُكمّل بعضها بعضاً، إذ تعد كل من خدمات الفحص والتشخيص والعلاج والوقاية والتمريض والفندقية والخدمات الإدارية خدمات يكمل بعضها بعضا وكما هو واضح في التخطيط الآتي :



الشكل (١) تكامل عناصر الخدمات الصحية

Source: Ghoneim, Ahmed Mohamed, 2010, Hospital Management A Contemporary View, Modern Library for Publishing and Distribution, Mansoura, Arab Republic of Egypt, P149.

رابعاً: العوامل المؤثرة في نجاح الرعاية الصحية الشاملة

يتأثر نجاح خدمات الرعاية الصحية الشاملة بمجموعة من العوامل التي يمكن تناولها وفق ثلاثة محاور هي:

(Nuseirat, 2008, 28) (Ghoneim,2010, 45) (Al-Saleh, 2011, 121)

- **العوامل الخاصة بالمريض**

يعد المريض المحرك الاساسي للطلب على الخدمات الصحية، حيث يتحدد هذا الطلب في ضوء أعداد المرضى الذين يطلبون هذه الخدمات لأنفسهم، فكلما ازداد عدد هؤلاء المرضى أدى ذلك إلى زيادة الطلب على هذه الخدمات، لذا زيادة الطلب على مدخلات النظام الصحي من رأس مال وعمل وتجهيزات وإمدادات طبية، وتوجد العديد من العوامل الخاصة بالمريض والتي تؤثر على الطلب على الخدمات الصحية يمكن إيجازها بما يأتي:

أ- **مدى استقبال المريض وقابليته لاستخدام خدمات الرعاية الصحية:** فقد يكون لدى بعض المرضى استعداد وقابلية أكثر من غيرهم لاستخدام الخدمات الطبية والصحية، الأمر الذي يسهم إسهاماً فاعلاً في زيادة الطلب على هذه الخدمات.

ب- **عمر المريض:** إذ يوجد لكل فئة من إعمار المرضى أمراض خاصة بها، وينعكس ذلك ولا شك على حجم وجودة الخدمات الصحية المطلوبة لكل فئة عمرية من هذه الفئات.

ت- **الجنس:** يؤثر أيضا نوع المريض ذكوراً أو إناثاً على نوعية ومقدار الخدمات الصحية المطلوبة لكل نوع فللذكور أمراض عامّة وشائعة وللنساء أمراض أخرى تتعلّق بالتركيب الفسلجي للمرأة وخصوصاً عند البلوغ، وتبرز بشكل أكبر بعد الزواج.

ث- **الحالة الاجتماعية:** تختلف الحالة المرضية للمتزوجين عن غيرهم من غير المتزوجين ، الأمر الذي يؤثر ايضاً على نوع ومقدار الخدمات الصحية المطلوبة لكل نوع منهم .

ج- **التعليم:** المتعلمون أكثر طلباً للخدمات الصحية من غير المتعلمين على الرغم من أنهم أكثر تُقيةً ووقاية من المرض، حيث يتّخذون خطوات إيجابية نحو العلاج المبكر، وذلك بما يتوافر لديهم من وعي وإدراك لمشكلة المرض ومدى خطورته، وذلك على عكس الحالة بالنسبة لغير المتعلمين .

ح- **المعتقدات الخاصة للمريض:** حيث تختلف قناعة المريض بالعلاج من شخص لآخر وبالطبيب المعالج والمريض الذي تهتزّ عنده القناعة والثقة بعلم الطبيب وأسلوبه العلاجي يعزف عن طلب الخدمة الصحية من مصادرها الصحيحة على عكس المريض الذي يعتقد في كفاءة الأطباء وفعاليتهم في العلاج، فهو يسعى إليهم ثقةً في نتائجهم.

ويقول الطبيب العربي المعروف أبو بكر الرازي " إذا كان الطبيبُ عالماً والمريضُ مطيعاً فما أقلّ لبث العلة " ويشير ذلك إلى أنّه كلّما كان الطبيبُ غزيراً في علمه ماهراً في صنعته وكان المريض مطيعاً لتوصيات وتوجيهات طبيبه أدّى ذلك إلى هزيمة المرض وشفاء المريض وتكللت جهودهما بالنجاح.

خ- **مستوى دخل الاسرة:** إن الأُسر ذات الدخول الكبيرة تنفق على الخدمات الصحية ببذخ، وذلك على بالرغم من أن زيادة المنفعة الناتجة عن استخدام الخدمات الصحية تقل عن الزيادة في الدخل.

د- **وقت المريض:** كلما كان الوقت هاما بالنسبة للمريض وكانت لديه قدرة مالية، كان مستعداً لدفع ثمن الخدمة الصحية حفاظاً على وقته.

- **العوامل الخاصة بالمؤسسة الصحية**

وتشتمل الأمور الآتية:

I. **مستوى الخدمة الصحية**

كلما كانت الخدمة الصحية راقية ومتكاملة وتقدم لطالبها بشكل سلس ومريح وكانت عناصرها الملموسة وغير الملموسة على درجة عالية من الدقة كانت عامل جذب أكبر للمريض.

II. **سعر الخدمة الصحية**

إنّ سعر الخدمة الصحيّة يؤثّر بشكل مباشر على مدى الإقبال عليها خصوصاً إذا كان المريض هو الذي يتحمّل هذه التكلفة والمرض والفقر متلازمان والتناسب عكسياً بين سعر الخدمة وحجم الطلب عليها.

III. **توفير خدمات صحية جديدة وتنافسية.**

- **العوامل الخاصة بالمجتمع**

هناك العديد من العوامل الخاصة بالمجتمع والتي توثّر في الطلب على الخدمات الصحية (Al-Saleh, 2011, 121) ومنها:

أ- الزيادة السكانية .

ب- التراكم المرضي في المجتمع .

ت- توفر البيئة الصحية من عدمها .

ث- مدى وعي أفراد المجتمع لقواعد الصحة العامة فيه .

ج- التخطيط الصحي السليم والرؤية للمستقبل.

ح- مستوى الدخل العام ودخل الفرد.

خ- التفاعل الحقيقي بين المخطط والمنفّذ والمستفيد.

د- محاولة اضافة مصادر جديدة للرعاية الصحية.

ذ- احتواء تأثير الاحتياجات غير المتوقّعة كحدوث الأوبئة.

ر- مدى الاحساس بالمسؤولية وخصوصاً المسؤولية الصحية لدى المواطنين.

ز- تحوّل السلوك الصحي للمواطن من سلوك سلبي إلى سلوك إيجابي.

س-أن يضم برنامج العمل كل أصحاب المصلحة والمُنظمات الجماهيرية ورجال الدين.

ش-تشجيع الناس على توفير الرعاية الصحية ذاتيّاً.

ص- أن تكون الأهداف واقعية وقابلة للتحقق.

خامساً: مداخل تحقيق الرعاية الصحية الشاملة

تشير التجارب الدولية والعالمية ومنها تجارب المملكة الأردنية الهاشمية والمملكة العربية السعودية أن الرعاية الصحيّة الشاملة لها عدّة مداخل لتحقيقها وهي:

١- التأمين الصحي

أدى تطور الحياة نتيجة التقدم العلمي والتقاني وخاصة بعد الثورة الصناعية وازدياد الحاجة إلى وسائل أكثر فعالية لدرء الأخطار وتوزيع الخسائر المادية وتقليل حدة آثارها فقد تم تطوير فكرة صناديق تعويض الخسائر عن طريق إنشاء هيئات وشركات متخصصة لتقوم بهذه المهام وفقاً لمبدأ التعاون من جهة والاعتماد على أسس فنية واحصائية من جهة أخرى لتوزيع الخسائر بشكل أوسع وأكثر دقة وفعالية عن طريق تكوين صناديق التعويض عن الخسائر بموجب طريقة التأمين، وبذلك أصبح التأمين هو الوسيلة الفعالة لتعويض الأفراد والمؤسسات من المؤمّن لهم عن الخسائر المالية التي قد يتعرضون لها نتيجة تحقّق الأخطار المؤمن منها وتوزيعها بشكل فني على مجموعة كبيرة من المؤمّن لهم المعرضين لهذه الأخطار ، وذلك بمقتضى اتفاق عن طريق هيئات وشركات التأمين ، فإذا كان الاتفاق لتعويض الخسائر الناتجة عن خطر الأمراض أطلق عليه التأمين الصحي، ويتم اعتماد هذا الأسلوب كمدخل لتحقيق الرعاية الصحية الشاملة في كثير من دول العالم ومنها الدولة العربية الجارة (الأردن) ولكن في العراق لم يُفعِّل نظام التأمين الصحي سوى في اقليم كوردستان، وذلك بالاتفاق مع شركة آسيا بالتعاون مع شركة ميديت / ميونخ الالمانية للصحة، وتشمل نوعين من التغطية داخل وخارج المستشفى وفيها تخضع جميع المنافع والمزايا المتعلقة بالتأمين الصحي إلى شروط واحكام الوثيقة التأمينيةwww.ar.asiainsurance.net.

٢- المدن الصحية

أشار قسم الصحة العامة في منطقة الشرق الأوسط لمنظمة الصحة العالمية في ٢٠٠٧م على أنها المدينة التي تعمل على التحسين المستمر لبيئتها الاجتماعية والطبيعية، وتطبيق ذلك على المصادر المجتمعية الأخرى من أجل تعظيم القدرات الصحية لها وتحقيق المشاركة المجتمعية من أجلها، وتجدر الإشارة أنها تركز على العملية وليس على المخرجات ولا تتوقف عند نقطة معيّنة.

ومن تلك التجارب ما تمَّ انشاؤه في عاصمة المملكة الاردنية الهاشمية عمَّان، وذلك عن طريق انشاء المدينة العربية للرعاية الشاملة ومنها الرعاية الصحية الشاملةwww.arabicity care.com حيث تتوافر في المدينة الخدمات الطبية والتمريضية وخدمات فندقية متميزة تشمل الوجبات الغذائية الصحية وخدمات التنظيف والتعقيم للغرف والمرافق، والاثاث وغسل الملابس، فضلاً عن التواصل المستمر مع الأسر عبر شبكة الانترنيت .

وهناك في الدولة الجارة الاخرى المملكة العربية السعودية وفي مدينة الدمام تحديداً شركة للعناية الصحية الشاملة ولديها مستشفيات ومراكز شاملة لكل انواع الرعاية الصحية وتقدم مستشفى الرعاية الطبية الشاملة أعلى مستويات الرعاية الطبية مثل الطب الباطني ، الجراحة العامة ، طب القلب ، طب النسائية

والتوليد ، طب الاطفال ، طب الأنف والأذن والحنجرة ونحوهم www.generalcarehospital.com، كما وتتبنّى دولة الامارات العربية المتحدة وتحديدا هيئة الصحة في دبي أسلوباً مشابهاً من أجل تحقيق الرعاية الصحية الشاملة وذلك عن طريق :

١- إقامة نظام صحي فعال ورصين يخضع لإدارة جيدة ويلبي الاحتياجات الصحية ذات الأولوية خلال تقديم الخدمات الصحية المتكاملة ومحورها الفرد.
٢- إعلام الفرد وتشجيعه على أن يحافظ على صحته ويتقي شر المرض.
٣- الإبكار في الكشف عن الوعكات الصحية.
٤- التمتع بالقدرة على معالجة المرض.
٥- مساعدة المرضى بخدمات إعادة التأهيل.

وتتكفل الدولة بالمصاريف لكي لا يكابد الفرد ضائقة مالية من جراء الحصول على تلك الخدمات.www.Dhu–gov.ae

٣. طب الأسرة

يشار له اصطلاحا على أنه أحد الفروع السريرية التخصصية الذي يقدم الرعاية الصحية الشاملة والمستمرة لأفراد المجتمع ضمن نطاق عوائلها باعتبار العائلة منظومة واحدة، إذ يشمل جميع أفراد العائلة ومن كلا الجنسين وجميع الأعمار، وكل أعضاء الجسم ومختلف الأمراض الحياتية والنفسية والاجتماعية (Pillitter , 2005 , 68).

مما يجدر ذكره أن مقارنة المداخل ميدانياً يلاحظ تبني طب الاسرة كمدخل لتحقيق الرعاية الصحية الشاملة، لذا سيصار إلى توضيحه على نحو أكثر شمولاً تمهيداً لاختباره لاحقاً.

سادساً: طب الاسرة وعوامل نجاحه الحاسمة

إن طب الاسرة بوصفه اختصاصاً متميزاً ومطلوباً في الحياة الصحية اليومية برزت الحاجة اليه منذ انتهاء الحرب العالمية الثانية في دول الغرب، ولكن طب الاسرة بوصفه اختصاصاً بشكله الحالي ظهر أول ما ظهر عام ١٩٦٣ وتحديداً في بريطانيا، ومن ثم انتقل وتوسع في الولايات المتحدة الامريكية منذ عام ١٩٦٩ ولقد تشكلت جمعية طب الاسرة العالمية Wold Organization Of Family (wonka) Doctors في ملبورن عام ١٩٧٢ وهي الآن أكبر منظمة تخصصية من حيث عدد اعضائها الذين يمثّلون٧٩ دولة تغطي حوالي ٨٠ %من سكان العالم، ولقد ظهر هذا التخصص لردم الفجوة بين المريض وبين الطبيب وبين الطبيب الممارس والطبيب الاختصاص وبين العائلة وبين المؤسسة الصحية وليشكل جسراً بينها.

لقد بدأ طب الاسرة في باراغواي منذ عام ١٩٩٠ وهو تخصص استحدث ليجمع بين نوعين من العلوم، وهما العلوم الطبية البحتة والعلوم الاجتماعية . لقد كان المركز الطبي المعمداني هو الرائد في تدريب الاطباء في هذا التخصص ولقد تأسست جمعية باراغواي لطب الاسرة في ١٦ ت ٢ عام ١٩٩٠ وأهدافها تمثلت في تعزيز الروابط الشخصية والمهنية بين الاعضاء وضمان المصالح الأخلاقية والمهنية في ممارسة

طب الاسرة، وبدأت تنظيم المؤتمرات حول أهمية ودور طب الاسرة، وفتحت جامعة اسونسيون الوطنية دراسات عُليا في هذا التخصص وحذت حذوها جامعة التكامل في الامريكيتين وجامعة المحيط الهادئ .

وفي العام ذاته ١٩٩٠ بدأ طب الاسرة في الهند، ويسمّى في بعض الاحيان الممارسة العامة General Practitioner(GP)ولنيل التخصص لديهم فإنّ ذلك يتطلب دراسة ٣ سنوات بعد البكالوريوس وبعد الممارسة يمنح على أثرها الدكتوراه في طب الاسرة، وهناك ايضا دبلوم سنة واحدة في طب الاسرة FM، وفي الهند حالياً حوالي ٢٠٠ موقع للتدريب على طب الاسرة وتدريب ما يقارب ٧٠٠ مشارك سنوياً وفي عام ١٩٩٨ شرعت وزارة الصحة المصرية في برنامج طموح لإصلاح قطاع الصحة كان حجر الزاوية فيه تطبيق نظام طب الاسرة الذي يهدف إلى تغطية سكان الجمهورية بخدمات الرعاية الصحية الاولية بأسلوب متكامل يقدّم رعاية صحية متواصلة عبر مستويات الرعاية الصحية الثلاثة الأول - الثاني - الثالث (عالية التخصص) وبعد ذلك انتشر هذا التخصص في أغلب دول العالم وحتى وقتنا الحاضر.

سابعاً: الأهداف الأساسية لطب الاسرة

من أجل تحقيق الرعاية الصحية الشاملة وإنجاح برنامج طب الأسرة (F.M) لابد من مراعاة مجموعة من الأسس في طريق تطبيقه بنجاح وهي :

١. أن يراعي تطبيق وتقديم خدمات طب الاسرة فاعلية النظام المطبق بما يحقق الاستخدام الامثل للموارد المادية والبشرية المتاحة وتلافي أي إهدار لتلك الموارد.
٢. توفير نظام إحالة مرن وفعال بتقوية التعاون والتنسيق والاتصال بين الاطباء والمهنيين والمؤسسات الصحية بمختلف مستوياتها، وتبادل المعلومات بكل شفافية لخدمة المريض وتقديم أفضل الخدمات الصحية له .
٣. استمرارية الخدمة الصحيحة وديمومتها وتوافرها في الوقت الذي يحتاجه المريض وبطرائق متعددة إلى جانب الحضور الشخصي ومقابلة الطبيب (مقدم الخدمة) مثل تقديم الخدمة عن طريق الهاتف أو الانترنت .
٤. تطبيق نظام صحي آلي يربط جميع المرافق الصحية لتسهيل تسجيل وحفظ وتبادل المعلومات وتطبيق نظام الملف الصحي الرقمي الموحد للمريض / الأسرة .
٥. توفير الكوادر المؤهلة والمدربة من أطباء الأسرة والفئات الفنية والإدارية الأخرى اللازمة لبناء فريق طبي متكامل ومتجانس يؤدي عملاً جماعياً بمهنية وفعالية في تلبيتها.
٦. تقوية التفاعل مع المجتمع وتشجيعه على المشاركة لتقديم خدمة صحية مبنية على حاجة الفرد والمجتمع .
٧. تقديم خدمات ورعاية صحية علاجية ووقائية بمهنية وبمهارات عالية مبنية على معلومات علمية تسندها الأدلة والبراهين وتلبي احتياجات المستفيدين .

٨. تحقيق المساواة والعدالة في توفير خدمات الرعاية الصحيحة الأولية لكل المواطنين بغض النظر عن الموقع الجغرافي في داخل المدن أو التجمعات السكانية الكبيرة أو في القرى.
٩. تطبيق التعليم الطبي والصحي المستمر وبمستويات مختلفة لرفع الكفاءة الصحية والادارية لجميع منتسبي المراكز الصحية.

ثامناً: فوائد طب الاسرة

يمكن تناول طب الاسرة من ثلاثة جوانب تتضمن (Al-Salami &Hazim, 2010, 20):

أ–**الفرد:** إذ تتمثل الفوائد التي يقدمها طب الأسرة للفرد بالآتي: (الحصول على خدمة جيدة، تحسين المستوى الصحي للفرد (بدنياً ونفسياً) ، زيادة انتاجية الفرد، تحسين جودة الحياة التي يعيشها) .

ب– للمجتمع : وتشمل الفوائد التي يقدمها طب الأسرة للمجتمع بالآتي: (تحسين الخدمة الصحية المقدمة، تحسين الوضع الصحي، ترشيد التكلفة) ويتحقق ترشيد الكلف من خلال منع الافراط في استخدام الادوية او الاستخدام دون دواع طبية وعدم تكرار الفحوصات وتخفيض حالات دخول المستشفى وزيادة الوعي الصحي في المجتمع وخفض نسبة الاجازات المرضية .

ت– للمؤسسة الصحية : وتتمثل الفوائد التي يقدمها طب الأسرة للمؤسسات الصحية بـ (جدولة العمل في المؤسسات الصحية وتجنب الإزدحامات التي تحرق الاخضر واليابس، فسح المجال للأطباء والعاملين لمزيد من المحاضرات والندوات العلمية ومزيد من التدريب باتجاه رفع المستوى العلمي والمهاري لهم، خلق وتفعيل حلقة التواصل بين مراكز الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات مما سيصب في خدمة الجميع .

تاسعاً: خصائص طبيب الاسرة الناجح :

لكي يكون طبيب الأسرة ناجحاً لابد من تميزه بامتلاك بعض الخصائص نوجزها في الآتي (Haward,2006 ,31):

١. الإلمام الكافي بالأمراض وبشكل خاص الأمراض الشائعة والمزمنة والأمراض ذات الاختلاطات الخطية أو العقابيل .
٢. فهم وادراك فرص وطرائق وحدود الوقاية والتشخيص المبكر والتدريب في نطاق وممارسة طب الأسرة.
٣. فهم وادراك دور العلاقات الفردية ضمن الاسرة بوصفها مسببًا محتملًا لمشكلات صحية أو معدل لكيفية عرضها ومسارها وتدبيرها وكذلك تأثير المرض على العلاقات ضمن الأسرة.
٤. فهم وادراك الظروف الاجتماعية والبيئية لمرضاه وانعكاس ذلك على ممارسته في حقل طب الأسرة.
٥. الإلمام بالمشكلات الصحية في المجتمع وانعكاس ذلك على ممارسته في حقل طب الاسرة.

عاشراً: متطلبات تنفيذ برنامج طب الاسرة

أشرت التجارب الميدانية لجمهورية مصر العربية، والدراسات التي أجريت في الباراغواي والهند واندونيسيا أن متطلبات تنفيذ برنامج طب الاسرة هي(Sloane PhilipD.,2008,48)

أ. **إعداد مسرح العمليات ويشمل :**

١. تطوير مباني المراكز الصحية بما يكفل أماكن تقديم الخدمات الإدارية والفنية، ويسهل خط سير المنتفع داخل المركز .
٢. تجهيز المركز بالأثاث الطبية والمطبوعات المطلوبة .
٣. إعداد تطبيقات الحاسب الآلي لإنشاء قاعدة بيانات ديموغرافية وتشخيصية ووقائية وادارية لدعم اتخاذ القرار على مستوى المركز والقسم ودائرة الصحة والوزارة .
٤. التمهيد لاستقطاب المشاركة الشعبية من خلال عقد الندوات والاجتماعات .
٥. رسم مخطط مدروس لأدوار ومراحل التطوّر في انجاز البرنامج.
٦. تناسب عدد الأطباء مع الهيكلية للرقعة الجغرافية.
٧. تهيئة عدد كاف من الملاكات التمريضية.
٨. تحديد سقف زمني لإنجاز البرنامج.
٩. خلق تفاعل بين المخطط والمنفّذ والمستفيد.
١٠. إضافة مصادر جديدة للرعاية الصحية.
١١. التهيؤ لاحتواء التأثيرات للاحتياجات غير المتوقّعة مثل حدوث الأوبئة.
١٢. محاولة ضم كل أصحاب المصلحة.
١٣. تقديم الخدمات بشكل متوازن ومتساوٍ لجميع أبناء المنطقة.

ب. **تأهيل الكوادر المنفذة** : وذلك من خلال ما يأتي :

١. إنشاء مراكز التدريب وتجهيزها بالوسائل التعليمية والأثاث .
٢. وضع مناهج متطورة واستخدام أساليب تدريبية مستحدثة لبناء قدرات مختلف فئات العاملين من الأطباء والممرضات والكوادر الأخرى ويراعى فيها تخصيص نسبة من الساعات للتدريب العملي .
٣. تدريب المدرّبين .
٤. بناء قدرات الكوادر الطبية الوسطية على أساليب الإدارة الحديثة والتركيز على فريق الإدارة الصحية.

ت. **المجتمع**

تهيئة المجتمع المستهدف ذهنيّاً وعمليّاً للتجربة، وذلك عن طريق الاستعانة بوسائل الاعلام المرئية والمسموعة والمقروءة وعن طريق إقامة وتكثيف الندوات الجماهيرية بهذا الخصوص والاستعانة بمنظّمات المجتمع المدني والمدارس والجوامع ودور العبادة الأخرى من أجل نشر الوعي حول أهمية وفوائد تطبيق

برنامج طب الاسرة وعمل النشرات والبوسترات المعبّرة وتوزيعها في الساحات العامّة وتقاطعات الطرق وعلى النحو يأتي:

١. تشجيع المواطنين على الاحساس بالمسؤولية وخصوصاً المسؤولية الصحية.
٢. دعم وتشجيع الناس على توفير العناية الصحية ذاتياً.
٣. الوعد والسعي نحو أهداف حقيقية وليست خيالية.
٤. إقامة الندوات الجماهيرية وحث وسائل الاعلام على أخذ دورها.

المحور الثالث: الإطار الميداني:

أولاً: واقع تطبيق برنامج طب الاسرة في العراق

أ. متطلبات تطبيق برنامج طب الاسرة

دأبت وزارة الصحة العراقية ومنذ تأسيس الدولة العراقية الحديثة في عشرينيات القرن الماضي على التفاني في خدمة المواطن العراقي وفي رفع مستوى الأطباء والكوادر الصحية علمياً وسلوكياً وبشكل بزّ فيه العراق الدول المجاورة جميعاً العربية منها وغير العربية ولكنّ الحصار الظالم على قطرنا في العقد الأخير من القرن الماضي وبضع سنوات من القرن الحالي أثّر بشكل واضح على كل مفاصل الحياة فيه ومنها وفي مقدّمتها الجانب الصحي وما أن زال الحصار بحدوث الاحتلال عام ٢٠٠٣م وأعيد الاتصال بالعالم وخصوصاً العالم المتمدّن حتى وجدنا انفسنا قد تخلفنا كثيراً عن ركب الحياة فأخذت وزارة الصحة بدراسة التجارب العالمية الرائدة في تقديم الرعاية الصحية الشاملة للمواطنين، ووجدت أن أفضل السبل المعتمدة والتي تلائم المجتمع العراقي هو برنامج طب الاسرة فقامت اواسط عام ٢٠٠٨م بإصدار التعليمات المطلوبة لإنجاح البرنامج لقد برزت الحاجة إلى طب الاسرة في العراق منذ اواسط عام ٢٠٠٣ م بعد زوال الحصار وإعادة انفتاح العراق نحو العالم ولكن لم يبدأ العمل به بشكل رسمي حتى عام ٢٠٠٨ م ووفق بيان وزارة الصحة /دائرة التخطيط وتنمية الموارد بالعدد ١٠٩ في ٥/٨/ ٢٠٠٨م الذي أوضحت فيه الهيكل التنظيمي والملاك القياس والمهام والواجبات للمراكز الصحية لطب الاسرة في دوائر الصحة في بغداد والمحافظات، وحددت فيه مؤهلات العاملين في هذه المراكز وواجباتهم كما حددت فيه الصلاحيات الادارية لكل منهم .

لقد صدر بعدها بيان وزارة الصحة المرقم ١٨٣ في ٢٠٠٩/٨/٦ م بخصوص الهيكل التنظيمي والملاك القياسي لطب الأسرة وبتاريخ ١٩-٨-٢٠٠٩ ووفق كتاب وزارة الصحة بالعدد ٤٧٧٤٥ ولغرض تطوير العمل بنظام طب الأسرة قررت وزارة الصحة أن يتم العمل على تهيئة مراكز صحية للعمل بنظام طب الاسرة ضمن مشروع تعزيز خدمات الرعاية الصحية الأولية وبالتنسيق مع منظمة الصحة العالمية WHOعام ٢٠٠٩ – ٢٠١٠ م. بتاريخ ١/ ١٠/ ٢٠٠٩ م ووفق كتاب وزارة الصحة / دائرة الصحة العامة بالعدد (٥٥٥٣) تمّت مصادقة معالي وزير الصحة على مجموعة من التوصيات التي اعتبرت دليل عمل لدوائر الصحة ومراكز طب الاسرة ابتداء من تحديد ميزانية سنوية خاصة بفعاليات برنامج طب الاسرة إلى حد توفير

سيارة خاصة لشعبة طب الاسرة في دوائر الصحة للإشراف والمتابعة المباشرة . والبدء بتطبيقه للنهوض بالواقع الصحي للبلد، ومما يجدر ذكره أن خطتها اشتملت على ما يأتي:

١. تحديد ميزانية سنوية خاصة بفعاليات برنامج طب الأسرة في دوائر الصحة.
٢. توجيه دوائر الصحة التي لا يوجد فيها طبيب اختصاص إلى طب أسرة بالتنسيق مع دوائر الصحة المجاورة للاستفادة من طبيب الأسرة الموجود في تلك الدائرة.
٣. الايعاز إلى دوائر الصحة بإعادة مناقلة بعض تجهيزات المراكز الصحية الأنموذجية والتي تشمل أجهزة الأشعة ومستلزمات الفحص والحواسيب.
٤. مخاطبة القطّاعات لإعادة توزيع الرقعة الجغرافية للمراكز العاملة بنظام طب الاسرة بما يتناسب وحجم الأبنية.
٥. تنفيذ دورات السونار في مجال رعاية الأم الحامل للأطباء العاملين في مراكز طب الاسرة.
٦. توفير أجهزة اشعة وسونار لكافة مراكز طب الاسرة.
٧. شمول أطباء الأسنان والصيادلة والمختبريين والاداريين بدورات تدريبية خاصة بطب الاسرة لتطوير مهاراتهم كلّ بحسب اختصاصه.
٨. اختيار طريقة مسح الأسر للمناطق ذات المساكن العشوائية والمؤقتة.
٩. الحث على تفعيل نظام الاحالة من المراكز الصحية إلى المستشفيات.
١٠. توفير سيارات خاصة لشُعَب طب الأسرة في دوائر الصحة للإشراف والمتابعة المباشرة لتنفيذ الخطة الوزارية.

انّ ذلك لم يكن لينجح لولا انّ الوزارة سبقت ذلك بتهيئة عدد لا بأس به من الاطباء الاختصاص في طب الاسرة والذين اوكلت إليهم جُملةً من المهام والواجبات تشمل:

١. تقديم خدمات الرعاية الصحية لأفراد الأسر ضمن المركز الصحي وإحالة المطلوب إحالته إلى المستشفيات والجهات ذات الاختصاص الدقيق.
٢. ربط الصلة بين الطبيب والمريض في نطاق الأسرة من كافة النواحي سواء مرضية، اجتماعية أو نفسية والعمل على تعزيز أنماط الحياة الصحية على مستوى الفرد والأسرة والمجتمع.
٣. التثقيف الصحي للعائلة والفرد ومشاركة المجتمع في عملية وضع الخطط والمتطلبات الصحية والمساهمة في تنفيذها.
٤. تنشيط عمل الفريق الصحي ضمن المركز مع الملاكات الطبية والصحية والتمريضية والإدارية ومشاركة المجتمع والتنسيق بين القطاعات المختلفة ذات العلاقة في تخطيط وتنظيم وتقويم البرامج الطبية والمشاركة في تدريب العاملين ومتابعة ادائهم.
٥. توثيق المعلومات الصحية في ملف العائلة والسجلات الطبية.

ب. تقييم عوامل النجاح الحاسمة لطب الأُسرة لتنفيذ الرعاية الصحية الشاملة الواردة في خطة وزارة الصحة العراقية قياساً بالتجارب العالمية.

بهدف تقييم مدى توافر عوامل النجاح الحاسمة لبرنامج طب الأسرة نعرض خطة وزارة الصحة العراقية وذلك وفق الآتي:

جدول (6) خطة وزارة الصحة العراقية مُقارنة بالتجارب العالمية

ت	عوامل النجاح الحاسمة	متوفر	غير متوفر
١	تطوير المبنى بما يكفل تقديم الخدمات	√	
٢	تجهيز المركز بالأثاث والتجهيزات الطبية	√	
٣	إعداد تطبيقات الحاسب الآلي لإنشاء قاعدة بيانات	√	
٤	تهيئة المداخل الصحيحة والكاملة للبرنامج	√	
٥	رسم مخطط مدروس لأدوار ومراحل التطور في انجاز البرنامج وإعادة التقييم وبشكل مدروس		√
٦	توفير الأجهزة التشخيصية مثل الأشعة والسونار وجهاز تخطيط القلب	√	
٧	تناسب عدد الأطباء مع الهيكلية للرقعة الجغرافية	√	
٨	وجود عدد كافٍ من الملاكات التمريضية والصحية والإدارية	√	
٩	تحديد السقوف الزمنية لإنجاز البرامج وتقديم الخدمات	√	
١٠	خلق تفاعل بين المخطط والمنفذ والمستفيد من خلال الندوات الجماهيرية ووسائل الإعلام	√	
١١	محاولة إضافة مصادر جديدة للرعاية الصحية	√	
١٢	احتواء تأثير الاحتياجات غير المتوقعة	√	
١٣	إنشاء مراكز التدريب وتجهيزها بالوسائل التعليمية المطلوبة	√	
١٤	وضع مناهج متطورة واستخدام أساليب تدريبية مستحدثة للعاملين	√	
١٥	بناء قدرات الكوادر الوسطية	√	
١٦	تدريب المدربين	√	
١٧	تشجيع المواطنين على الإحساس بالمسؤولية وخصوصا المسؤولية الصحية	√	
١٨	التركيز على تغيير السلوك الصحي الأساسي للناس وتحويله من سلوك سلبي إلى سلوك إيجابي		√
١٩	جعل الأهداف واقعية وقريبة المنال وذات منافع واضحة		√

٢٠	هل ضم البرنامج كل أصحاب المصلحة ومفاتيح النجاح	√	
٢١	هل تم تقديم الخدمات بشكل متوازن ومتساوٍ لجميع أبناء المنطقة	√	
٢٢	هل تم دعم وتشجيع الناس على توفير العناية الصحية ذاتيا؟	√	
٢٣	الوعد والسعي نحو أهداف واقعية وليست خيالية	√	

يتضح من الجدول أعلاه أن ما مجموعه عشرون عاملا" من عوامل النجاح الحاسمة وعددها ثلاثة وعشرون قد تضمنتها خطة وزارة الصحة العراقية، أي بنسبة ٨٧% الأمر الذي يدلل على احتواء الخطة لمتطلبات النجاح ويدل على كفاءتها.

ثانياً: تقييم تنفيذ عوامل النجاح الحاسمة

بغية الإحاطة بالتقييم على نحو دقيق فإن ذلك يتطلب التعامل مع الجهات المعنية بالتنفيذ والمستفيدة منه على وفق العوامل المسببة للنجاح، وبناء على ذلك فقد تم تقسيم مجتمع الدراسة إلى أربع فئات.

١. الأطباء

يتناول الجدول الآتي **آراء** وانطباعات الأطباء من أخصائيي طب الأسرة وطب المجتمع والأطباء الممارسين لطب الأسرة بخصوص عوامل النجاح الحاسمة للبرنامج.

جدول (7) نسبة الانجاز لعوامل النجاح الحاسمة من وجهة نظر الاطباء

ت	عوامل النجاح الحاسمة	نسبة الانجاز
١	تطوير المبنى بما يكفل تقديم الخدمات	92%
٢	تجهيز المركز بالأثاث والتجهيزات الطبية	91.5%
٣	إعداد تطبيقات الحاسب الآلي لإنشاء قاعدة بيانات	94%
٤	تهيئة المداخل الصحيحة والكاملة للبرنامج	76.5%
٥	رسم مخطط مدروس لأدوار ومراحل التطور في انجاز البرنامج وإعادة التقييم وبشكل مدروس	52%
٦	توفير الأجهزة التشخيصية مثل الأشعة والسونار وجهاز تخطيط القلب	97.5%
٧	تناسب عدد الأطباء مع الهيكلية للرقعة الجغرافية	85.5%
٨	وجود عدد كافٍ من الملاكات التمريضية والصحية والإدارية	83.5%
٩	تحديد السقوف الزمنية لإنجاز البرامج وتقديم الخدمات	78.5%
١٠	خلق تفاعل بين المخطط والمنفذ والمستفيد من خلال الندوات الجماهيرية ووسائل الإعلام	66%
١١	محاولة إضافة مصادر جديدة للرعاية الصحية	74.5%
١٢	احتواء تأثير الاحتياجات غير المتوقعة	65.5%
١٣	إنشاء مراكز التدريب وتجهيزها بالوسائل التعليمية المطلوبة	95%
١٤	وضع مناهج متطورة واستخدام أساليب تدريبية مستحدثة للعاملين	95%
١٥	بناء قدرات الكوادر الوسطية	94%
١٦	تدريب المدربين	95%

١٧	تشجيع المواطنين على الإحساس بالمسؤولية وخصوصا المسؤولية الصحية	73%
١٨	التركيز على تغيير السلوك الصحي الأساسي للناس وتحويله من سلوك سلبي إلى سلوك إيجابي	68%
١٩	جعل الأهداف واقعية وقريبة المنال وذات منافع واضحة	70%
٢٠	هل ضم البرنامج كل أصحاب المصلحة ومفاتيح النجاح	80%
٢١	هل تم تقديم الخدمات بشكل متوازن ومتساوٍ لجميع أبناء المنطقة	95%
٢٢	هل تم دعم وتشجيع الناس على توفير العناية الصحية ذاتيا؟	80%
٢٣	الوعد والسعي نحو أهداف واقعية وليست خيالية	85%

ويتضح من تحليل مقابلة الأطباء الاختصاص العاملين في المركز أن عناصر الضعف الرئيسة في تطبيق البرنامج تكمن في عدم وجود مخطط مدروس لمراحل التطور في الانجاز، كما أن هناك ضعفا" واضحا" في خلق تفاعل بين المخطط والمنفذ والمستفيد وهناك ضعف في احتواء الاحتياجات غير المتوقعة وضعف في الجانب الإعلامي التوعوي وعدم القدرة على تغيير السلوك الصحي الأساس للناس وتحويله من سلوك سلبي إلى سلوك إيجابي .

٢. الممرّضون

يتناول الجدول الآتي وجهة نظر الكوادر الصحية العاملة في مركز القدس الصحي لطب الأُسرة حول فهمها وتقييمها لعوامل النجاح الحاسمة

جدول (8) نسبة الانجاز لعوامل النجاح الحاسمة من وجهة نظر الممرضين

ت	عوامل النجاح الحاسمة	نسبة الانجاز
١	تطوير المبنى بما يكفل تقديم الخدمات	نسبة الانجاز
٢	تجهيز المركز بالأثاث والتجهيزات الطبية	96%
٣	إعداد تطبيقات الحاسب الآلي لإنشاء قاعدة بيانات	92%
٤	تهيئة المداخل الصحيحة والكاملة للبرنامج	94.5%
٥	رسم مخطط مدروس لأدوار ومراحل التطور في انجاز البرنامج وإعادة التقييم وبشكل مدروس	82%
٦	توفير الأجهزة التشخيصية مثل الأشعة والسونار وجهاز تخطيط القلب	–
٧	تناسب عدد الأطباء مع الهيكلية للرقعة ا لجغرافية	98%
٨	وجود عدد كافٍ من الملاكات التمريضية والصحية والإدارية	91%
٩	تحديد السقوف الزمنية لإنجاز البرامج وتقديم الخدمات	90%
١٠	خلق تفاعل بين المخطط والمنفذ والمستفيد من خلال الندوات الجماهيرية ووسائل الإعلام	–
١١	محاولة إضافة مصادر جديدة للرعاية الصحية	76%
١٢	احتواء تأثير الاحتياجات غير المتوقعة	–
١٣	إنشاء مراكز التدريب وتجهيزها بالوسائل التعليمية المطلوبة	–
١٤	وضع مناهج متطورة واستخدام أساليب تدريبية مستحدثة للعاملين	90%
١٥	بناء قدرات الكوادر الوسطية	89.5%
١٦	تدريب المدربين	88%
١٧	تشجيع المواطنين على الإحساس بالمسؤولية وخصوصا المسؤولية الصحية	–

١٨	التركيز على تغيير السلوك الصحي الأساسي للناس وتحويله من سلوك سلبي إلى سلوك إيجابي	81.5%
١٩	جعل الأهداف واقعية وقريبة المنال وذات منافع واضحة	76%
٢٠	هل ضم البرنامج كل أصحاب المصلحة ومفاتيح النجاح	74.5%
٢١	هل تم تقديم الخدمات بشكل متوازن ومتساوٍ لجميع أبناء المنطقة	78.5%
٢٢	هل تم دعم وتشجيع الناس على توفير العناية الصحية ذاتيا؟	89.5%
٢٣	الوعد والسعي نحو أهداف واقعية وليست خيالية	80.5%

ويتضح من الجدول السابق أن الممرضين ليس لديهم معرفة بالفقرات(٥,٩,١١,١٢,١٦)من عوامل النجاح الحاسمة، إذ إن الفقرات المذكورة آنفًا ليست من تخصصهم، وإن الضعف في البرنامج من وجهة نظرها يكمن في عدم وجود سعي حثيث نحو أهداف واقعية محددة ،كما أن هناك ضعفًا في التوعية الصحية وفي تغيير السلوك الصحي لدى المواطنين، وإن التفاعل بين المخطط والمنفذ والمستفيد لازال يحتاج إلى مزيد من الجهد والاهتمام .

٣. الإداريّون

يتناول الجدول الآتي وجهة نظر الكوادر الإدارية والعاملة في مركز القدس الصحي لطب الأسرة بخصوص عوامل النجاح الحاسمة وتطبيقاتها .

جدول(9) نسبة الانجاز لعوامل النجاح الحاسمة من وجهة نظر الكوادر الإدارية

ت	عوامل النجاح الحاسمة	نسبة الانجاز
١	تطوير المبنى بما يكفل تقديم الخدمات	96.5%
٢	تجهيز المركز بالأثاث والتجهيزات الطبية	91.8%
٣	إعداد تطبيقات الحاسب الآلي لإنشاء قاعدة بيانات	92.5%
٤	تهيئة المداخل الصحيحة والكاملة للبرنامج	80%
٥	رسم مخطط مدروس لأدوار ومراحل التطور في إنجاز البرنامج وإعادة التقييم وبشكل مدروس	72.5%
٦	توفير الأجهزة التشخيصية مثل الأشعة والسونار وجهاز تخطيط القلب	99%
٧	تناسب عدد الأطباء مع الهيكلية للرقعة ا لجغرافية	90%
٨	وجود عدد كافٍ من الملاكات التمريضية والصحية والإدارية	88%
٩	تحديد السقوف الزمنية لإنجاز البرامج وتقديم الخدمات	-
١٠	خلق تفاعل بين المخطط والمنفذ والمستفيد من خلال الندوات الجماهيرية ووسائل الإعلام	79%
١١	محاولة إضافة مصادر جديدة للرعاية الصحية	83.7%
١٢	احتواء تأثير الاحتياجات غير المتوقعة	83.3%
١٣	إنشاء مراكز التدريب وتجهيزها بالوسائل التعليمية المطلوبة	92%
١٤	وضع مناهج متطورة واستخدام أساليب تدريبية مستحدثة للعاملين	89.4%
١٥	بناء قدرات الكوادر الوسطية	90%
١٦	تدريب المدربين	100%
١٧	تشجيع المواطنين على الإحساس بالمسؤولية وخصوصا المسؤولية الصحية	84%
١٨	التركيز على تغيير السلوك الصحي الأساسي للناس وتحويله من سلوك سلبي إلى سلوك إيجابي	77.5%

١٩	جعل الأهداف واقعية وقريبة المنال وذات منافع واضحة	80.5%
٢٠	هل ضم البرنامج كل أصحاب المصلحة ومفاتيح النجاح	85%
٢١	هل تم تقديم الخدمات بشكل متوازن ومتساوٍ لجميع أبناء المنطقة	88.5%
٢٢	هل تم دعم وتشجيع الناس على توفير العناية الصحية ذاتيا؟	84%
٢٣	الوعد والسعي نحو أهداف واقعية وليست خيالية	84.5%

يتضح من الجدول السابق أن الضعف يكمن في عدم وجود مخطط مدروس لأدوار ومراحل التطور في انجاز البرنامج وإعادة التقييم ويضاف إليها ضعف في تغيير سلوك الناس الصحي لدى الكوادر الادارية كما أن هناك ضعفاً في التفاعل ما بين المخطط والمنفذ والمستفيد وضعف في الجانب الإعلامي بخصوص البرنامج.

٤. المستفيدون (المرضى البالغون وذوو المرضى من أرباب الأُسر)

يتناول الجدول الآتي آراء وانطباعات عدد من المستفيدين وأرباب الأسر المشمولين بنظام طب الأسرة في مركز صحي القدس لطب الأسرة في الموصل بخصوص عوامل النجاح الحاسمة.

جدول (10) نسبة الانجاز لعوامل النجاح الحاسمة من وجهة نظر المستفيدين

ت	عوامل النجاح الحاسمة	نسبة الانجاز
١	تطوير المبنى بما يكفل تقديم الخدمات	96.5%
٢	تجهيز المركز بالأثاث والتجهيزات الطبية	96%
٣	إعداد تطبيقات الحاسب الآلي لإنشاء قاعدة بيانات	96.5%
٤	تهيئة المداخل الصحيحة والكاملة للبرنامج	85%
٥	رسم مخطط مدروس لأدوار ومراحل التطور في انجاز البرنامج وإعادة التقييم وبشكل مدروس	–
٦	توفير الأجهزة التشخيصية مثل الأشعة والسونار وجهاز تخطيط القلب	100%
٧	تناسب عدد الأطباء مع الهيكلية للرقعة ا لجغرافية	88%
٨	وجود عدد كافٍ من الملاكات التمريضية والصحية والإدارية	90%
٩	تحديد السقوف الزمنية لإنجاز البرامج وتقديم الخدمات	–
١٠	خلق تفاعل بين المخطط والمنفذ والمستفيد من خلال الندوات الجماهيرية ووسائل الإعلام	68%
١١	محاولة إضافة مصادر جديدة للرعاية الصحية	–
١٢	احتواء تأثير الاحتياجات غير المتوقعة	–
١٣	إنشاء مراكز التدريب وتجهيزها بالوسائل التعليمية المطلوبة	–
١٤	وضع مناهج متطورة واستخدام أساليب تدريبية مستحدثة للعاملين	–
١٥	بناء قدرات الكوادر الوسطية	–
١٦	تدريب المدربين	-
١٧	تشجيع المواطنين على الإحساس بالمسؤولية وخصوصا المسؤولية الصحية	87.5%

١٨	التركيز على تغيير السلوك الصحي الأساسي للناس وتحويله من سلوك سلبي إلى سلوك إيجابي	73%
١٩	جعل الأهداف واقعية وقريبة المنال وذات منافع واضحة	72%
٢٠	هل ضم البرنامج كل أصحاب المصلحة ومفاتيح النجاح	72.7%
٢١	هل تم تقديم الخدمات بشكل متوازن ومتساوٍ لجميع أبناء المنطقة	88.5%
٢٢	هل تم دعم وتشجيع الناس على توفير العناية الصحية ذاتيا؟	82%
٢٣	الوعد والسعي نحو أهداف واقعية وليست خيالية	79%

بيّن لنا الجدولُ السابق أنّ هناك ضعفًا في التفاعل بين المخطط والمنفذ والمستفيد وضعف في الندوات الجماهيرية والإعلام ونقطة الضعف الأخرى تكمن في عدم إدراك الناس لأهمية البرنامج وأهدافه وعدم شعورهم بواقعية الأهداف ،وهناك صعوبة في تغيير السلوك الصحي لدى الناس وتحويله من سلوك سلبي إلى سلوك إيجابي .

التقييم الكلي: يمثل الجدول أدناه خلاصة آراء الفئات الأربع المذكورة في الجداول السابقة بخصوص مدى تنفيذ عوامل النجاح الحاسمة لبرنامج طب الأسرة في مركز القدس الصحي لطب الأسرة في الموصل .

جدول رقم (11)

ت	الأطباء	الكوادر الصحية	الكوادر الإدارية	المستفيدون	المعدل
١	92%	96%	96.5%	96.5%	95.25 %
٢	91.5 %	92%	91.8%	96%	92.8%
٣	94 %	94.5%	92.5%	96.5%	94.37 %
٤	76.5 %	82%	80%	85%	80.8%
٥	52%	–	72.5%	–	62.25 %
٦	97.5 %	98%	99%	100%	98.6%
٧	85.5 %	91%	90%	88%	88.6%
٨	83.5 %	90%	88%	90%	87.87 %
٩	78.5 %	–	–	–	78.5%
١٠	66%	76%	79%	68%	72.25 %
١١	74.5 %	–	83.7%	–	79%
١٢	65.5 %	–	83.3%	–	74.4%
١٣	95%	90%	92%	–	92.3%

١٤	95%	89.5%	89.4%	–	91.3%
١٥	94%	88%	90%	–	90.7%
١٦	95%	–	100%	-	97.5%
١٧	73%	81.5%	84%	87.5%	79.5%
١٨	68%	76%	77.5%	73%	73.6%
١٩	70%	74.5%	80.5%	72%	74%
٢٠	80%	78.5%	85%	72.7%	79%
٢١	95%	89.5%	88.5%	88.5%	90.4%
٢٢	80%	80.5%	84%	82%	81.6%
٢٣	85%	75%	84.5%	79%	80.9%

تشير مُعطيات الجدول المذكور آنفًا إلى وجود نوع من التوافق في التقييم بين كلّ من الكوادر التمريضية والمستفيدين في مُعظم العوامل، وأنّ هناك توافقاً نوعاً ما بين فئتي الأطباء والاداريين. ومن مقارنة النتائج مع فرضيّات الدراسة يتّضح لنا أنّ عوامل النجاح الحاسمة لطب الأُسرة و المستقاة من التجارب العالمية متوفّرة في خطة وزارة الصحة العراقية وبنسبة ٨٧%، وما هو موجود في الميدان المبحوث يصل إلى حدود ٨٠% وانّ الضعف يكمن في ضعف الوعي الجماهيري تجاه أهمية برنامج طب الأُسرة، كما أنّ نجاح البرنامج يحتاج إلى تطبيقه في كل المراكز الصحية في الموصل وصولاً إلى حالة من التكامل بينها وبين المستويات الأُخرى للرعاية الصحية.

المحور الرابع: الاستنتاجات والمقترحات

اولاً: الاستنتاجات: أشارت النتائج الميدانية إلى جملة استنتاجات يمكن تبرير مسبباتها تمهيداً لمعالجتها في المقترحات ، وسوف يتمُّ توضيحها على النحو الآتي:

١. لم يؤشر في خطة وزارة الصحة العراقية ما يعرف بإدارة التوافق وهي المسؤولية عن قياس مستوى الانحراف ومن ثم تغذيته عكسياً للعمل على تخفيف مستوى الانحراف.
٢. أشر هنا كتوافق ما بين الكادر التمريضي والمستفيدين من نظام طب الأسرة ،وقد يكون مرد ذلك إلى طبيعة واجبات الكادر التمريضي التي تتسم بالتنفيذ من دون الفهم العام للنظام، وقد يتوافق ذلك مع المستفيد، وهو الآخر قد لا يعي أبعاد هذا النظام وخاصة في ظل غياب واضح للدور الإعلامي.
٣. ليس هناك مخطط مدروس لأدوار ومراحل التطور في إنجاز البرنامج وإعادة التقييم .
٤. لم يتم خلق تفاعل حقيقي بين المخطط والمنفذ والمستفيد من خلال الندوات الجماهيرية ووسائل الإعلام .
٥. لازال هناك نقص واضح في الوعي الصحي لدى المجتمع الموصلي، ولم يتحول السلوك الصحي بعد من سلوك سلبي إلى سلوك إيجابي .
٦. لم يلمس الناس وبعض العاملين في البرنامج واقعية ومنافع أهدافه وبشكل واضح .

٧. تم وضع الخطة للبرنامج من قبل وزارة الصحة بشكل جيّد، ولكن لم يتم وضع خطط بديلة في حالة حدوث احتياجات غير متوقعة مثلا لتغيير في ديموغرافية المنطقة أو حدوث الأوبئة.

٨. غياب الجانب الاجتماعي بشكل ملحوظ بدءًا من خطة الوازرة وانتهاءً بالكوادر الطبية والادارية الموجودة في ميدان العمل والتطبيق، الامر الذي يؤشر ضعف الوعي الاجتماعي في هذا المجال.

ثانياً: المقترحات: أشرت الاستنتاجات ضرورة بلورة جملة من المقترحات وعلى النحو الآتي:

١. حث القائمين على البرنامج على اعتماد ما يعرف بالخطة المرنة المبنية على السيناريوهات لتمكينها من استيعاب المتغيرات الناشئة من التنفيذ.

٢. ضرورة أن يلتزم المركز بمعالجة المرضى ضمن رقعته الجغرافية حصراً وللعوائل المسجلة لديه وعدم الانفتاح على المناطق الأخرى .

٣. ضرورة شمول كافة المراكز الصحية في المدينة بنظام طب الاسرة، وهذا يتطلب جهدًا كبيرًا في تدريب كافة أطباء وكوادر المراكز الصحية على البرنامج ،إذ إن العلاقة تكاملية بين المراكز.

٤. ضرورة أن يعقب ذلك تطبيق صحيح لنظام الإحالة في المستشفيات وعدم استقبال الحالات الباردة ماعدا المرضى المحالين من المراكز الصحية وبحسب الرقعة الجغرافية مع الاهتمام بالتغذية الاسترجاعية.

٥. ضرورة دعم المراكز الصحية بالأطباء السريريين الاختصاص من المستشفيات على شكل تنسيب يومين أو ثلاثة في الأسبوع، وهذا سيؤدي إلى رفع مستوى الأطباء الممارسين في المراكز الصحية، ويؤدي أيضًا إلى تقليل الزخم على المستشفيات.

٦. ضرورة أن تدعم المراكز الصحية الأخرى بالأدوية المتنوعة والاجهزة والمستلزمات الطبية بما يشعر المواطن بعدم تفوق المستشفى في خدماتها العامّة على المراكز الصحية.

٧. ضرورة أن يكون هناك جهد إعلامي واضح من قبل وزارة الصحة ودائرة صحة نينوى في إبراز أهمية مراجعة المراكز الصحية القريبة وبحسب الرقعة الجغرافية، والقيام بندوات لذلك الغرض وبالإمكان التعاون مع الجامعة لتغذية الفكر الطلابي والدوائر الحكومية الاخرى ضمن برنامج توعوي لذلك.

٨. ضرورة وجود موقف خاص لسيارات المراجعين قريب من مقر تقديم الخدمة.

References:

First: Official documents and bulletins

1. Al-Salami, Muhammad Ismail and Hazem, Ammar, 2013, The Concept of Family Medicine, Nineveh Health Department Publications.

2. Al-Samer, Faisal, 1997, The Arabs and European Civilization, The Small Encyclopedia, Publications of the Iraqi Ministry of Information.

3. Iraqi Ministry of Health, Department of Planning and Resource Development, Issue No. 183 on 6-8-2009.

4. Publications of the World Health Organization.

5. The Iraqi Constitution 2008.

6. The Iraqi Ministry of Health, Department of Planning and Resource Development, Issue No. 109, 5-8-2008.

7. The Iraqi Ministry of Health, Department of Public Health, No. 47745 on 8/19/2009.

8. The Iraqi Ministry of Health, Department of Public Health, No. 55553 on 1-10-2009.

Second:theses

1.Fadel, Nada Naguib, 1998, Comprehensive Health Care through the Family Medicine Clinic, Unpublished Higher Diploma Thesis in Community Medicine submitted to the Council of the Mosul College of Medicine, University of Mosul.

Third: books

1. 5-star Rated Wine Aerator www.amazon.com
2. Al-Ajam Al-Wajeez, 2007, Academy of the Arabic Language, Beirut, Lebanon.
3. Al-Bakri, Thamer Yasser, 2007, Hospital Administration, Al-Yazouri Publishing and Distribution House, Amman, Jordan.
4. Al-Najjar, Farid, 2008, Time management in the Arab community, University House in Alexandria, Arab Republic of Egypt.
5. Al-Saleh, Walid Yusef, 2011, Hospital, Health and Medical Care Administration, Osama House for Publishing and Distribution, Amman, Jordan.
6. Al-Waseet Linguistic Dictionary, 2004, The Arabic Language Academy, Beirut, Lebanon.
7. Family impact seminar Newsletter for wisconsim policy makers 2002
8. Ghoneim, Ahmed Mohamed, 2010, Hospital Management A Contemporary View, Modern Library for Publishing and Distribution, Mansoura, Arab Republic of Egypt.
9. Goldfield N,GnaniS,Majeed A.PRIMARY Care in the United States 2003 P-744-747.
10. Hatti, Yusuf, Hati Medical Dictionary, 2009
11. Haward ,2006 , Family love to know
12. KvammeOJ,Oleson F,Samuelsson,2007, M.Improving the influence between primary & 2ndary care.
13. Linguistic Meanings Dictionary, 2002, Academy of the Arabic Language, Beirut, Lebanon.
14. Nuseirat, Farid Tawfiq, 2008, Hospitals Management, Athraa House for Publishing and Distribution, Amman, Jordan.
15. Prophetic medicine and medical encyclopedia www.ktaby.com
16. ReustCE.longitudinal residency ,training,asurvey of family practice2001 P-740.
17. Sloane Philip D.Essential of family medicine.fifth edition 2008 P-20-28.
18. Stein Howard F.Family Medicines 2006 ,4th edition P455-459.
19. StumbergJ,SchattnerP.Personaldoctoring.Aust Fam physicion 2001 P.513-518

Fourth: The Internet

1. Arabcity for Generalized Health Care in Jordan ,2008 www.arabcitycare.com
2. Family Medicine Program in Egypt ,2003 www.egp.Molt.com
3. Family Practice Advance Access -2005www.Fampraoxfordjournals.com

4. Generalized Health Care Company in KSA ,2010 www.generalcarehospital.com
5. Palliative care www.drbushnaq.com