



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

اسم الكاتب: بسام صبحي قاسم، أ.د. عبدالعزيز احمد محمد

رابط ثابت: <https://political-encyclopedia.org/library/3713>

تاريخ الاسترداد: 2025/06/14 17:02 +03

الموسوعة السياسية 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 السياسية – Encyclopedia Political، يرجى التواصل على info@political-encyclopedia.org

استخدامكم لأرشيف مكتبة الموسوعة السياسية – 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 الراذدين كلية الإداره والاقتصاد / جامعة الموصل ورفده في مكتبة الموسوعة السياسية مستوفياً شروط حقوق الملكية الفكرية ومتطلبات رخصة المشاع الإبداعي التي يتضمن المقال تحتها.





Research Paper

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

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

Abdul _ Aziz Ahmed Mohammed Al_ Maula¹ , 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 .

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 بسلم صبحي قاسم ^١، أ.د. عبد العزيز احمد محمد ^٢

٦٨١ دائرة صحة نينوى/ مركز صحي جامعة الموصل.

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

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

تاريخ المقالة: الاستلام: ١٢/١٩/٢٠١٩؛ التعديل والتقييم: ١٧/٢٠٢٠؛ القبول: ١٥/٤/٢٠٢٠؛ النشر: ٢٠٢١/٦/١.

مجلة

تنمية الرافدين

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

المجلد (٤٠)، العدد (١٣٠)،
حزيران ٢٠٢١

© جامعة الموصل |

كلية الادارة 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 المقالة في أي وسيلة نقل، بشرط اقتباس العمل الأصلي بشكل صحيح.

الاقتباس: قاسم، بسلم صبحي، محمد ، عبد العزيز احمد (٢٠٢١). " عوامل النجاح الحاسمة لإدارة الرعاية الصحية الشاملة دراسة حالة في مركز القدس الصحي لطب الاسرة / الموصل". *تنمية الرافدين*، ٤٠، ٣٦٦-٣٩١،

<https://doi.org/10.33899/tanra.2021.168709>

الكلمات الرئيسية

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

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



المقدمة

يُمثل تحقيق الرعاية الصحية الشاملة هدفاً استراتيجياً لوزارة الصحة العراقية يضمن تنفيذ سياستها الصحية المتمثلة بالتوجه نحو تبني البرامج الوقائية 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 عوامل النجاح الحاسمة لبرنامج طب الأسرة كمدخل أساسي معتمد من قبل وزارة الصحة العراقية لتحقيق الرعاية الصحية الشاملة بعد تأشير مبادراتها في تنفيذه، وتم تحقيق ذلك في مركز القدس الصحي لطب الأسرة في الساحل الأيسر من مدينة الموصل بوصفه حالة دراسية لأنّه المركز الرائد في هذا المجال في محافظة نينوى.

تتمثل عوامل النجاح الحاسمة مفاصيل ضرورية في نجاح المنظمات، إذ يؤشر توافرها تحقيق النجاح والعكس صحيح، إذ يُعدّ غيابها حالة قلقة للمنظمات توشر وجود ضعف في أدائها، وبما أن المراكز الصحية أصبحت مسؤولة عن طب الأسرة، وهي تواجه تحدي تقديم خدمات متكاملة وشاملة للمجتمع، إذ لا بد من إجراء تقييم وتقويم دوري لما تملكه من تلك العوامل لعرض تشخيص مكان قوتها ومواطن خللها في هذا المجال.

لقد تطرق البحث في شقه النظري لموضوع الرعاية الصحية الشاملة ومداخل تحقيقه ليتمثل 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 وتتناول المحور الثاني الإطار النظري للدراسة، فيما خصص المحور الثالث لتقديم الإطار الميداني للبحث، في حين خُصص المحور الرابع للاستنتاجات والمُقتراحات التي خرج بها البحث.

المحور الأول: منهجية البحث

أولاً: المشكلة

تذهب وزارة الصحة العراقية نحو تبني برامج وجدت صداتها عالمياً ويؤشر ذلك لصالحها، إلا أن ما يؤشر عليها هو إبقاء هذه البرامج من دون إبراز لأهميتها ميدانياً ومنها برنامج طب الأسرة الذي يؤشر بداية الاهتمام بتتنفيذه منذ أواسط عام ٢٠٠٨ ولكن يلاحظ أن هناك فجوة في التنفيذ تكمن في ضعف توفير البيئة الملائمة أو توفيرها دون إبراز أهمية التنفيذ الدقيق، وهو ما تم تشخيصه كمشكلة يمكن إثارتها تمهدًا لمعالجتها على النحو الآتي:

١. ما عوامل النجاح الحاسمة الواجب توفرها لنجاح تنفيذ برنامج طب الأسرة والمعمول بها عالمياً؟
٢. ما عوامل النجاح الحاسمة المتوفّرة فعلياً في خطة وزارة الصحة العراقية؟
٣. ما عوامل النجاح الحاسمة المتوفّرة فعلياً في الميدان المبحوث؟



٤. ما وجهة نظر كل من (الكادر الطبي، الكادر التمريضي، الكادر الإداري، المستفيدين من أفراد المجتمع من المرضى وذويهم) في نجاح خطّة 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 متوفّر في خطة الوزارة الامر الذي يعطي ميزة لا تُنكر للبرنامج على أفضل وجه ممكن. أما مجتمعياً فتسهّل الإسراع في تنفيذ البرنامج الذي يوفر خدمة صحية وقائية للمجتمع، فضلاً عما يوفره تنفيذ هذا البرنامج من جانب فنية صحية لأفراد المجتمع ضمن تقسيماتهم العائلية.

ثالثاً: أهداف البحث

يهدف البحث إلى:

١. التعرّف على ما تتضمّنه خطّة الوزارة من عوامل نجاح حاسمة مقارنةً مع ما معنّوا به في تجارب الدول الأخرى.

٢. تحديد عوامل النجاح الحاسمة المنفذة فعلياً فضلاً عن توافرها في خطة الوزارة.

٣. تحديد عوامل النجاح الحاسمة المنشودة ميدانياً ولكن غير متوفّرة في خطّة الوزارة.

٤. التعرّف 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- توافر عوامل النجاح الحاسمة في خطّة وزارة الصحة وفق السياقات العالمية المعهود بها.

٢- توجد بعض عوامل النجاح الحاسمة المتوفّرة في ميدان البحث وغير مضمونة في خطّة الوزارة.

٣- هناك تكامل في عوامل النجاح الحاسمة في خطّة الوزارة ولكن الخلل يمكن في التطبيق.

٤- يتّوافق كل من الكادر الطبي والتمريضي والإداري والمجتمع بوجود نسبة من الخلل في النتائج يتم البحث عن أسبابها.

خامساً: مجتمع البحث وعينته

يعكس الجدول (١) مجتمع البحث وعينته وكما موضّح على النحو الآتي:



الجدول (1) مجتمع البحث وعينته

الفئة	المجتمع البحثي	العينة	نسبة التمثل
أطباء الأسرة	10	10	100%
الكادر الصحي	35	10	28.5%
الكادر الإداري	26	10	38.5%
المستفيدين (المرضى البالغون وأرباب الأسر المستفيدة)	-	100	-

تم افتراض هذه النسب بسبب طبيعة البحث التي لا تتطلب النفي أو الالتباس التام، وما يجدر ذكره أن العينات تم اختيارها على نحو قصدي وممّن لهم علاقة مباشرة ببرنامج طب الأسرة خصوصاً فيما يتعلق بالمستفيدين فهم الواقع الفعلي لعملية تنفيذ البرنامج بوصفهم نواة للانتقال كلياً.

سادساً: أساليب جمع البيانات

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

الجدول(2)أساليب جمع البيانات

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

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

سابعاً: خصائص عينة البحث

توزيع عينة البحث بحسب الجنس ويوضح الجدول (3) نتائج عينة الدراسة مقسمة بين الذكور والإناث وكما يأتي:

الجدول (3)

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



ويؤشر توافر كلا الجنسين قوة للبرنامج، وهو ما قد يتحقق توافقاً في الناحية العلاجية لبعض الأمراض. ويتناول الجدول (٤) توزيع عينة الدراسة بحسب الفئات العمرية والتي تم تقسيمها إلى خمس فئات، وكما موضح الآتي:

الجدول (٤) الفئات العمرية

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

يلاحظ من الجدول أنَّ ما يعادل نصف العينة هم ما بين ٣٦ - ٤٥ سنة وهو عمر يمازج بين النضج الفكري والإداري وبين حيوة الشباب، وهي الفئة الأكثر تفاعلاً مع المستجدات والبرامج الحديثة.

توزيع أفراد العينة بحسب سنوات الخدمة:

يتناول الجدول الآتي عينة البحث وبحسب سنوات الخدمة وكما يأتي:

الجدول (٥) سنوات الخدمة

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

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

المحور الثاني: الإطار النظري

أولاً: مفهوم الرعاية الصحية الشاملة

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

بالنظام الصحي الوطني، وهي تقرب الرعاية الصحية بقدر الإمكان حيث يعيش الناس ويعملون ، وعرفتها منظمة الصحة العالمية (Sloane Philip D. , 2008 , 121) على أنها(الرعاية الصحية الشاملة على وسائل علمية وعملية مقبولة اجتماعياً والتي يقدمها الجهاز الصحي لكافة أفراد المجتمع وعائلاته وبمشاركتهم الكاملة على أن تتناسب الحكومات والمجتمعات التي تطبقها من حيث التكلفة بحيث تحافظ على تطورها في كل 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 الأخيرة من المرض.
- ٥ - يولي الفريق اهتماماً بالغاً بعائلة المريض، فهم يمرون 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 الملموسة:** حيث لا يمكن إدراكها أو الاحساس بها أو تذوقها أو سماعها أو شمها، وذلك على عكس السلع المادية الملموسة، والمريض الذي يطلب الخدمة الصحية لا يستطيع أن يتعرف 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 لا بد من تزامن كل من وقت الانتاج والاستهلاك معاً،



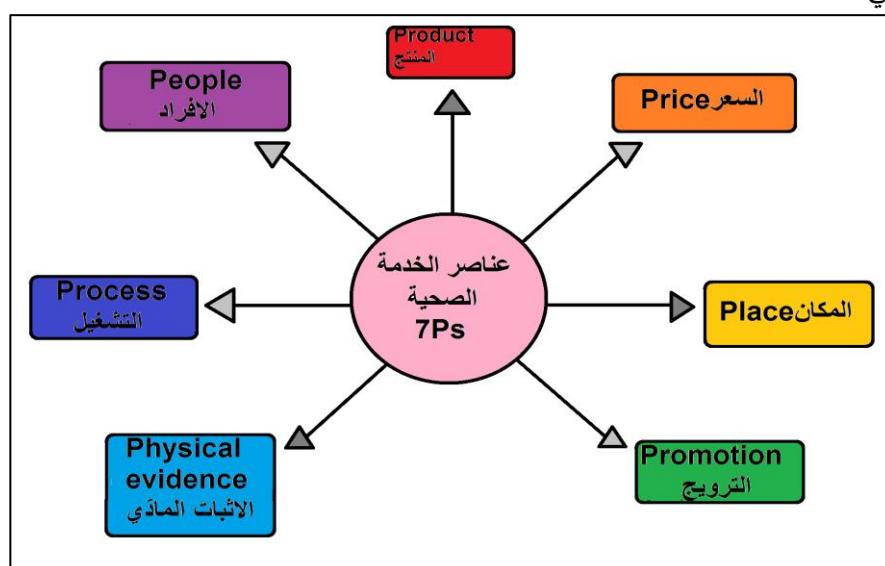
ويتطلب ذلك ولا شك ضرورة وجود علاقة دائمة و مباشرة ومستمرة بين كل من الطبيب والمريض، حيث لا ينفصل كل منهما عن الآخر عند انتاج واستهلاك هذه الخدمة.

٣ - عدم تشابه الخدمات الطبية: تسمى الخدمات الطبية بالتحول والتقلب المستمر، إذ توجد اختلافات كثيرة عند أداء هذه الخدمات، وذلك منذ تحديد الفرد الذي يقوم بأداء هذه الخدمة ومكان أدائها. وفي ضوء ذلك فإن مخرجات الخدمات الصحية تتقلب وتتغير، كما يتغير ويقلّب الطلب عليها على مدار السنة، حيث تختلف الأمراض 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 أيضاً بأنها تتكون من مجموعة من العناصر تكمل بعضها بعضاً، إذ تعد كل من خدمات الفحص والتشخيص والعلاج والوقاية والتمريض والفن دقية والخدمات الإدارية خدمات يكمل بعضها بعضاً 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 الأساسي 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 وقبليته 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 أيضاً نوع المريض ذكوراً أو إناثاً على نوعية ومقدار الخدمات الصحية المطلوبة
لكل نوع فالذكور أمراض عامة وشائعة وللنساء أمراض أخرى تتعلق 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 أيضاً على نوع ومقدار الخدمات الصحية المطلوبة لكل نوع منهم .

ج- التعليم: المتعلمون أكثر طلباً للخدمات الصحية من غير المتعلمين على الرغم من أنهم أكثر ثقافة
ووعي وإدراك لمشكلة المرض ومدى خطورته، وذلك على عكس الحال بالنسبة لغير المتعلمين .

ح- المعتقدات الخاصة للمريض: حيث تختلف قناعة المريض بالعلاج من شخص لآخر وبالطبيب
المعالج والمريض الذي تهترّ عنده القناعة والتقة 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 الطبيب عالماً والمريض مطيناً فما أقل
لبث العلة " ويشير ذلك إلى أنه كلما كان الطبيب غزيراً في علمه ماهراً في صنعته وكان المريض مطيناً
لتوصيات وتوجيهات طبيبه أدى ذلك إلى هزيمة المرض وشفاء المريض وتكللت جهودهما بالنجاح.

خ- مستوى دخل الأسرة: إن الأسر ذات الدخول الكبيرة تتفق على الخدمات الصحية ببنج، 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**

وتتشتمل الأمور الآتية:

I. مستوى الخدمة الصحية

كلما كانت الخدمة الصحية راقية ومتكاملة وتقدم لطالبيها بشكل سلس ومرح و كانت عناصرها الملموسة وغير الملموسة على درجة عالية من الدقة كانت عامل جذب أكبر للمريض.

II. سعر الخدمة الصحية

إن سعر الخدمة الصحية يؤثر بشكل مباشر على مدى الإقبال عليها خصوصاً إذا كان المريض هو الذي يتحمل هذه التكالفة والمرض متلازم والتاسب عكسياً بين سعر الخدمة وحجم الطلب عليها.

III. توفير خدمات صحية جديدة وتنافسية.

- **العوامل الخاصة بالمجتمع**

هناك العديد من العوامل الخاصة بالمجتمع والتي تؤثر 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 والمنفذ والمستفيد.

د- محاولة اضافة مصادر جديدة للرعاية الصحية.

ذ- احتواء تأثير الاحتياجات غير المتوقعة كحدوث الأوبئة.

ر- مدى الاحساس بالمسؤولية وخصوصاً المسؤولية الصحية لدى المواطنين.

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

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

ش-تشجيع الناس على توفير الرعاية الصحية ذاتياً.

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 الصحية 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 تقوم بهذه المهام وفقاً لمبدأ التعاون من جهة والاعتماد على أساس 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 المؤمن لهم عن الخسائر المالية التي قد يتعرضون لها نتيجة تحقق الأخطار المؤمن منها وتوزيعها بشكل فني على مجموعة كبيرة من المؤمن 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 يُفعّل نظام التأمين الصحي سوى في إقليم كورستان، 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 التأمينية www.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، وتجرد الإشارة أنها تركز على العملية وليس على المخرجات ولا تتوقف عند نقطة معينة.

ومن تلك التجارب ما تم إنشاؤه في عاصمة المملكة الاردنية الهاشمية عمان، وذلك عن طريق إنشاء المدينة العربية للرعاية الشاملة ومنها الرعاية الصحية الشاملة www.arabicity care.com حيث تتوفر 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 الانترنت .

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



والتوليد ، طب الاطفال ، طب الأنف والأذن والحنجرة ونحوهم www.generalcarehospital.com، كما وتتبّع دولة الإمارات العربية المتحدة وتحديداً 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 وينقي شر المرض.
- ٣- الإبكار في الكشف عن الوعكات الصحية.
- ٤- التمتع بالقدرة على معالجة المرض.
- ٥- مساعدة المرضى بخدمات إعادة التأهيل.

وتتكلّل الدولة بالمصاريف لكي لا يكابد الفرد ضائقـة مالية من جراء الحصول على تلك

الخدمـات. www.Dhu-gov.ae

٣. طب الأسرة

يشار له اصطلاحاً 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 والتفسية والاجتماعية (Pillitter , 2005 , 68).

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

سادساً: طب الأسرة وعوامل نجاحـه الحاسمة

إن طب الأسرة بوصفـه اختصاصاً متـميزاً ومطلوبـاً في الحياة الصحية اليومـية بـرـزـت الحاجـةـ اليـهـ منذ انتهاءـ الحربـ العـالـمـيـةـ الثـانـيـةـ فيـ دولـ الغـربـ،ـ ولكنـ طـبـ الأـسـرـةـ بـوصـفـهـ اختـصـاصـاًـ بشـكـلـهـ الحالـيـ ظـهـرـ أولـ ماـ ظـهـرـ عامـ ١٩٦٣ـ وـتحـديـداًـ فيـ بـريـطـانـيـاـ،ـ وـمـنـ ثـمـ اـنـتـقلـ وـتوـسـعـ فيـ الـولاـيـاتـ الـامـريـكـيـةـ منـذـ عـامـ ١٩٦٩ـ وـلـقـدـ تـشـكـلتـ جـمـعـيـةـ طـبـ الأـسـرـةـ الـعـالـمـيـةـ (wonka)ـ Wold Organization Of Family Doctorsـ فيـ مـلـبـورـنـ عـامـ ١٩٧٢ـ وـهـيـ الـآنـ أـكـبـرـ منـظـمـةـ تـخـصـصـيـةـ منـ حـيـثـ عـدـدـ اـعـضـائـهـ الـذـينـ يـمـثـلـونـ ٧٩ـ دـوـلـةـ تـغـطـيـ حـوـالـيـ ٨٠ـ %ـ مـنـ سـكـانـ الـعـالـمـ،ـ وـلـقـدـ ظـهـرـ هـذـاـ التـخـصـصـ لـرـدـمـ الفـجـوةـ بـيـنـ الـمـرـيـضـ وـبـيـنـ الطـبـيبـ وـبـيـنـ الطـبـيبـ الـمـارـسـ وـالـطـبـيبـ الـاـخـتـصـاصـ وـبـيـنـ الـعـائـلـةـ وـبـيـنـ الـمـؤـسـسـةـ الصـحـيـةـ وـلـيـشـكـلـ جـسـراـ بـيـنـهـاـ.

لقد بدأ طب الأسرة في باراغواي منذ عام ١٩٩٠ وهو تخصص استحدث ليجمع بين نوعين من العلوم، وهما العلوم الطبية البحـثـةـ وـالـعـلـومـ الـاجـتمـاعـيـةـ .ـ لـقـدـ كـانـ المـرـكـزـ الطـبـيـ المـعـدـانـيـ هوـ الرـائـدـ فيـ تـدـريـبـ الـاـطـبـاءـ فيـ هـذـاـ التـخـصـصـ وـلـقـدـ تـأسـسـ جـمـعـيـةـ بـارـاغـواـيـ لـطبـ الأـسـرـةـ فيـ ١٦ـ تـ ٢ـ عـامـ ١٩٩٠ـ وأـهـدـافـهـ تمـثـلـتـ فيـ تعـزيـزـ الـرـوـابـطـ الـشـخـصـيـةـ وـالـمـهـنـيـةـ بـيـنـ الـاـعـضـاءـ وـضـمـانـ الـمـصالـحـ الـأـخـلـاقـيـةـ وـالـمـهـنـيـةـ فيـ مـارـسـةـ

طب الاسرة، وبدأت تنظيم المؤتمرات حول أهمية دور طب الاسرة، وفتحت جامعة اسونسيون الوطنية دراسات عليا في هذا التخصص وحذرت حذوها جامعة التكامل في الامريكيتين وجامعة المحيط الهادئ .

وفي العام ذاته ١٩٩٠ بدأ طب الاسرة في الهند، ويسمى في بعض الاحيان الممارسة العامة General Practitioner (GP) ولنيل التخصص لديهم فإن 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 وتدریب 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 يقدم رعاية صحية متواصلة عبر مستويات الرعاية الصحية الثلاثة الأول - الثاني - الثالث (الية 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 الاسرة (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 الأمثل للموارد المادية والبشرية المتاحة وتلافي أي إهدار لتلك الموارد.
٢. توفير نظام إحالة من وفعال بتقوية التعاون والتيسير والاتصال بين الأطباء والمهنيين والمؤسسات الصحية بمختلف مستوياتها، وتبادل المعلومات بكل شفافية لخدمة المريض وتقديم أفضل الخدمات الصحية له .
٣. استمرارية الخدمة الصحية وديموتها وتوافرها في الوقت الذي يحتاجه المريض وبطائق 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 والمدرية من أطباء الأسرة والفنانين والإدارية الأخرى اللازمة لبناء فريق طبي متكامل ومتخصص 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 ومهارات عالية مبنية على معلومات علمية تسندها الأدلة والبراهين وتلبي احتياجات المستفيدين .



٨. تحقيق المساواة والعدالة في توفير خدمات الرعاية الصحية 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 والإدارية لجميع منتسبي المراكز الصحية.

ثامناً: فوائد طب الأسرة

يمكن تناول طب الأسرة 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 الإفراط في استخدام الأدوية او الاستخدام دون داع طبية وعدم تكرار الفحوصات وتخفيف حالات دخول المستشفى وزيادة الوعي الصحي في المجتمع وخفض نسبة الإجازات المرضية .

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

تاسعاً: خصائص طبيب الأسرة الناجح :

لكي يكون طبيب الأسرة ناجحاً لابد من تميزه بامتلاك بعض الخصائص نوجزها في الآتي

: (Haward, 2006, 31)

١. الإمام الكافي بالأمراض وبشكل خاص الأمراض الشائعة والمزمنة والأمراض ذات الاختلاطات الخطية أو العقابيل .

٢. فهم وادران فرص وطرائق وحدود الوقاية والتشخيص المبكر والتدريب في نطاق وممارسة طب الأسرة.

٣. فهم وادران دور العلاقات الفردية ضمن الأسرة بوصفها مسبباً محتملاً لمشكلات صحية أو معدل لكيفية عرضها ومسارها وتدميرها وكذلك تأثير المرض على العلاقات ضمن الأسرة.

٤. فهم وادران الظروف الاجتماعية والبيئية لمرضاه وانعكاس ذلك على ممارسته في حقل طب الأسرة.

٥. الإمام بالمشكلات الصحية في المجتمع وانعكاس ذلك على ممارسته في حقل طب الأسرة.



عاشرًا: متطلبات تنفيذ برنامج طب الأسرة

أشرت التجارب الميدانية لجمهورية مصر العربية، والدراسات التي أجريت في الباراغواي والهند واندونيسيا أن متطلبات تنفيذ برنامج طب الأسرة 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 ديمografية وتشخيصية ووقائية وإدارية 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 التطور في إنجاز البرنامج.
٦. تتناسب عدد الأطباء مع الهيكلية للرقة الجغرافية.
٧. تهيئه عدد كافٍ من الملاكات التمريضية.
٨. تحديد سقف زمني لإنجاز البرنامج.
٩. خلق تفاعل بين المخطط والمنفذ والمستفيد.
١٠. إضافة مصادر جديدة للرعاية الصحية.
١١. التهيئة لاحتواء التأثيرات للاحتجاجات غير المتوقعة مثل حدوث الأوبئة.
١٢. محاولة ضم كل أصحاب المصلحة.
١٣. تقديم الخدمات بشكل متوازن ومتناول لجميع أبناء المنطقة.

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

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

ت. المجتمع

تهيئة المجتمع المستهدف ذهنياً وعملياً للتجربة، وذلك عن طريق الاستعانة بوسائل الإعلام المرئية والمسموعة والمقروءة وعن طريق إقامة وتكثيف الندوات الجماهيرية بهذا الخصوص والاستعانة بمنظمات المجتمع المدني والمدارس والجامعات دور العبادة الأخرى من أجل نشر الوعي حول أهمية وفوائد تطبيق



برنامج طب الاسرة وعمل النشرات والبوسترات المعبرة وتوزيعها في الساحات العامة ونقاط عرض الطرق وعلى النحو يأتي:

١. تشجيع المواطنين على الاحساس بالمسؤولية وخصوصاً المسؤولية الصحية.
٢. دعم وتشجيع الناس على توفير العناية الصحية ذاتياً.
٣. الوعد والسعى نحو أهداف حقيقة وليس 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 التقانى في خدمة المواطن العراقي وفي رفع مستوى الأطباء والكوادر الصحية علمياً وسلوكياً وبشكل بز في العراق الدول المجاورة جميعاً العربية منها وغير العربية ولكن الحصار الظالم على قطتنا في العقد الأخير من القرن الماضي وبضع سنوات من القرن الحالى أثر بشكل واضح على كل مفاصل الحياة فيه ومنها وفي مقدمتها الجانب الصحي وما أن زال الحصار بحدوث الاحتلال عام ٢٠٠٣ وأعيد الاتصال بالعالم وخصوصاً العالم المتقدم 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 ٢٠٠٣م بعد زوال الحصار وإعادة افتتاح العراق نحو العالم ولكن لم يبدأ العمل به بشكل رسمي حتى عام ٢٠٠٨م ووفق بيان وزارة الصحة / دائرة التخطيط وتنمية الموارد بالعدد ١٠٩ في ٥/٨/٢٠٠٨ الذي أوضحت فيه الهيكل التنظيمي والملاك القياسي والمهام والواجبات للمرافق الصحية لطب الاسرة في بغداد والمحافظات، وحددت فيه مؤهلات العاملين في هذه المرافق وواجباتهم كما حدلت فيه الصالحيات الإدارية لكل منهم .

لقد صدر بعدها بيان وزارة الصحة المرقم ١٨٣ في ٦/٨/٢٠٠٩ م بخصوص الهيكل التنظيمي والملاك القياسي لطب الاسرة بتاريخ ١٩-٨-٢٠٠٩ ووفق كتاب وزارة الصحة بالعدد ٤٧٧٤٥ ولغرض تطوير العمل بنظام طب الاسرة 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 WHO عام ٢٠٠٩ - ٢٠١٠ م. بتاريخ ١٠/١/٢٠٠٩ م ووفق كتاب وزارة الصحة / دائرة الصحة العامة بالعدد ٥٥٥٥٣) تمت مصادقة معايير وزير الصحة على مجموعة من التوصيات التي اعتبرت دليلاً عمل لدوائر الصحة ومرافق طب الاسرة ابتداءً 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، وما 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. الاليعاز إلى دوائر الصحة بإعادة مناقلة بعض تجهيزات المراكز الصحية الأنماذجية والتي تشمل أجهزة الأشعة ومستلزمات الفحص والحواسيب.
٤. مخاطبة القطاعات لإعادة توزيع الرقعة الجغرافية للمراكز العاملة بنظام طب الأسرة بما يتاسب وحجم الأبنية.
٥. تنفيذ دورات السونار في مجال رعاية الأم الحامل للأطباء العاملين في مراكز طب الأسرة.
٦. توفير أجهزة اشعة سونار لكافة مراكز طب الأسرة.
٧. شمول أطباء الأسنان والصيادلة والمختربين والأداريين بدورات تدريبية خاصة بطب الأسرة لتطوير مهاراتهم كل بحسب اختصاصه.
٨. اختيار طريقة مسح الأسر للمناطق ذات المساكن العشوائية والموقتة.
٩. الحث على تفعيل نظام الاحالة من المراكز الصحية إلى المستشفيات.
١٠. توفير سيارات خاصة لشعب طب الأسرة في دوائر الصحة للإشراف والمتابعة المباشرة لتنفيذ الخطة الوزارية.

ان ذلك لم يكن ليتحقق لولا ان الوزارة سبقت ذلك بتهيئة عدد لا يأس به من الأطباء الاختصاص في طب الأسرة والذين اوكلت إليهم جملةً من المهام والواجبات تشمل:

١. تقديم خدمات الرعاية الصحية لأفراد الأسر ضمن المركز الصحي وإحالاته 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. التتفيق الصحي للعائلة والفرد ومشاركة المجتمع في عملية وضع الخطط والمتطلبات الصحية والمساهمة في تفيذهـا.
٤. تشجيع عمل الفريق الصحي ضمن المركز مع الملاكات الطبية والصحية والتمريضية والإدارية ومشاركة المجتمع والتنسيق بين القطاعات المختلفة ذات العلاقة في تخطيط وتنظيم وتقدير البرامج الطبية والمشاركة في تدريب العاملين ومتابعة ادائهم.
٥. توثيق المعلومات الصحية في ملف العائلة والسجلات الطبية.



بـ. تقييم عوامل النجاح الحاسمة لطلب الأسرة 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 مقارنة بالتجارب العالمية

ت	عوامل النجاح الحاسمة	متوفّر	غير متوفّر
١	تطوير المبني بما يكفل تقديم الخدمات	✓	
٢	تجهيز المركز بالآثاث والتجهيزات الطبية	✓	
٣	إعداد تطبيقات الحاسوب الآلي لإنشاء قاعدة بيانات	✓	
٤	تهيئة المداخل الصحيحة والكافلة 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 للرقة الجغرافية	✓	
٨	وجود عدد كافٍ من الملاكات التمريضية والصحية والإدارية	✓	
٩	تحديد السقوف الزمنية لإنجاز البرامج وتقدیم 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 منظورة واستخدام أساليب تدريبية مستحدثة للعاملين	✓	
١٥	بناء قدرات الكوادر الوسطية	✓	
١٦	تدريب المدربين	✓	
١٧	تشجيع المواطنين على الإحساس بالمسؤولية وخصوصاً 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	✓	

✓	هل ضم البرنامج كل أصحاب المصلحة ومفاتيح النجاح	٢٠
✓	هل تم تقديم الخدمات بشكل متوازن ومتناول لجميع أبناء المنطقة	٢١
✓	هل تم دعم وتشجيع الناس على توفير العناية الصحية ذاتياً؟	٢٢
✓	الوعد والsusي نحو أهداف واقعية وليس خالية	٢٣

يتضح من الجدول أعلاه أن ما مجموعه عشرون عاملًا من عوامل النجاح الحاسمة وعددها ثلاثة وعشرون قد تضمنتها خطة وزارة الصحة العراقية، أي بنسبة ٨٧٪ الأمر الذي يدل 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 المستبة 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 لطلب الأسرة بخصوص عوامل النجاح الحاسمة للبرنامج.

جدول (٧) نسبة الانجاز لعوامل النجاح الحاسمة من وجهة نظر الأطباء

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

١٧	تشجيع المواطنين على الإحساس بالمسؤولية وخصوصاً المسؤولية الصحية
١٨	التركيز على تغيير السلوك الصحي الأساسي للناس وتحويله من سلوك سلبي إلى سلوك إيجابي
١٩	جعل الأهداف واقعية وقريبة المتناول ذات منافع واضحة
٢٠	هل ضم البرنامج كل أصحاب المصلحة ومفاتيح النجاح
٢١	هل تم تقديم الخدمات بشكل متوازن ومتناصف لجميع أبناء المنطقة
٢٢	هل تم دعم وتشجيع الناس على توفير العناية الصحية ذاتياً؟
٢٣	الوعد والsusي نحو أهداف واقعية وليس خيالية

ويتبين من تحليل مقابلة الأطباء الاختصاص العاملين في المركز أن عناصر الضعف الرئيسية في تطبيق البرنامج تكمن في عدم وجود مخطط مدروس لمراحل التطور في الانجاز، كما أن هناك ضعفاً "واقعاً" 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 الأساسي للناس وتحويله من سلوك سلبي إلى سلوك إيجابي .

٢. الممرضون

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

جدول (٨) نسبة الانجاز لعوامل النجاح الحاسمة من وجهة نظر الممرضين

نسبة الانجاز	عوامل النجاح الحاسمة	نسبة الانجاز
	تطوير المبنى بما يكفل تقديم الخدمات	١
٩٦%	تجهيز المركز بالأثاث والتجهيزات الطبية	٢
٩٢%	إعداد تطبيقات الحاسوب الآلي لإنشاء قاعدة بيانات	٣
٩٤.٥%	تهيئة المداخل الصحيحة والكافلة للبرنامج	٤
٨٢%	رسم مخطط مدروس لأدوار ومراحل التطور في انجاز البرنامج وإعادة التقييم وبشكل مدروس	٥
-	توفير الأجهزة التشخيصية مثل الأشعة والسونار وجهاز تخطيط القلب	٦
٩٨%	تناسب عدد الأطباء مع الهيكلية للرقة الجغرافية	٧
٩١%	وجود عدد كافٍ من الملاكات التمريضية والصحية والإدارية	٨
٩٠%	تحديد السقوف الزمنية لإنجاز البرامج وتقديم الخدمات	٩
-	خلق تفاعل بين المخطط والمنفذ والمستفيد من خلال التدوّنات الجماهيرية ووسائل الإعلام	١٠
٧٦%	محاولة إضافة مصادر جديدة للرعاية الصحية	١١
-	احتواء تأثير الاحتياجات غير المتوقعة	١٢
-	إنشاء مراكز التدريب وتجهيزها بالوسائل التعليمية المطلوبة	١٣
٩٠%	وضع مناهج متطرفة واستخدام أساليب تربوية مستحدثة للعاملين	١٤
٨٩.٥%	بناء قدرات الكوادر الوسطية	١٥
٨٨%	تدريب المربين	١٦
-	تشجيع المواطنين على الإحساس بالمسؤولية وخصوصاً المسؤولية الصحية	١٧



١٨	التركيز على تغيير السلوك الصحي الأساسي للناس وتحويله من سلوك سلبي إلى سلوك إيجابي
١٩	جعل الأهداف واقعية وقابلة المنال وذات منافع واضحة
٢٠	هل ضم البرنامج كل أصحاب المصلحة ومفاسخ النجاح
٢١	هل تم تقديم الخدمات بشكل متوازن ومتناول لجميع أبناء المنطقة
٢٢	هل تم دعم وتشجيع الناس على توفير العناية الصحية ذاتياً؟
٢٣	الوعد والسعى نحو أهداف واقعية وليس خيالية

ويتبين 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 حيث 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. الإداريون

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

جدول(٩) نسبة الانجاز لعوامل النجاح الحاسمة من وجهة نظر الكوادر الإدارية

ت	عوامل النجاح الحاسمة
١	تطوير المبني بما يكفل تقديم الخدمات
٢	تجهيز المركز بالأثاث والتجهيزات الطبية
٣	إعداد تطبيقات الحاسب الآلي لإنشاء قاعدة بيانات
٤	تهيئة المداخل الصحيحة والكافمة للبرنامج
٥	رسم مخطط مدروس لأدوار ومراحل التطور في إنجاز البرنامج وإعادة التقييم وبشكل مدروس
٦	تقديم الأجهزة التشخيصية مثل الأشعة والسونار وجهاز تحظيط القلب
٧	تناسب عدد الأطباء مع الهيئة للرقة الجغرافية
٨	وجود عدد كافٍ من الملاكات التمريضية والصحية والإدارية
٩	تحديد السقوف الزمنية لإنجاز البرامج وتقييم 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 متطرفة 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



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

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

٤. المستفيدين (المرضى البالغون وذوي المرضى من أرباب الأسر)

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

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



73%	التركيز على تغيير السلوك الصحي الأساسي للناس وتحويله من سلوك سلبي إلى سلوك إيجابي	١٨
72%	جعل الأهداف واقعية و قريبة المنال و ذات منافع واضحة	١٩
72.7%	هل ضمن البرنامج كل أصحاب المصلحة ومفاتيح النجاح	٢٠
88.5%	هل تم تقديم الخدمات بشكل متوازن و متساوٍ لجميع أبناء المنطقة	٢١
82%	هل تم دعم و تشجيع الناس على توفير العناية الصحية ذاتياً؟	٢٢
79%	الوعود والرسائل نحو أهداف واقعية وليس خالية	٢٣

يبين لنا الجدول السابق أن هناك ضعفاً 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)

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



٩١.٣%	-	٨٩.٤%	٨٩.٥%	٩٥%	١٤
٩٠.٧%	-	٩٠%	٨٨%	٩٤%	١٥
٩٧.٥%	-	١٠٠%	-	٩٥%	١٦
٧٩.٥%	٨٧.٥%	٨٤%	٨١.٥%	٧٣%	١٧
٧٣.٦%	٧٣%	٧٧.٥%	٧٦%	٦٨%	١٨
٧٤%	٧٢%	٨٠.٥%	٧٤.٥%	٧٠%	١٩
٧٩%	٧٢.٧%	٨٥%	٧٨.٥%	٨٠%	٢٠
٩٠.٤%	٨٨.٥%	٨٨.٥%	٨٩.٥%	٩٥%	٢١
٨١.٦%	٨٢%	٨٤%	٨٠.٥%	٨٠%	٢٢
٨٠.٩%	٧٩%	٨٤.٥%	٧٥%	٨٥%	٢٣

تشير معطيات الجدول المذكور آنفًا إلى وجود نوع من التوافق في التقييم بين كل من الكوادر التمريضية والمستفيدين في معظم العوامل، وأن هناك تواافقاً نوعاً ما بين فئتي الأطباء والإداريين. ومن مقارنة النتائج مع فرضيات الدراسة يتضح لنا أن عوامل النجاح الحاسمة لطريق الأسرة والمسنقة من التجارب العالمية متوفرة في خطة وزارة الصحة العراقية وبنسبة ٨٧٪، وما هو موجود في الميدان المبحوث يصل إلى حدود ٨٠٪ وأن الضعف يكمن في ضعف الوعي الجماهيري تجاه أهمية برنامج طب الأسرة، كما أن نجاح البرنامج يحتاج إلى تطبيقه في كل المراكز الصحية في الموصل وصولاً إلى حالة من التكامل بينها وبين المستويات الأخرى للرعاية الصحية.

المحور الرابع: الاستنتاجات والمقترحات

أولاً: الاستنتاجات: أشارت النتائج الميدانية إلى جملة استنتاجات يمكن تبرير مسبباتها تمهدًا لمعالجتها في المقترنات ، وسوف يتم توضيحها على النحو الآتي:

١. لم يؤشر في خطة وزارة الصحة العراقية ما يعرف بإدارة التوافق وهي المسؤلية 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 يتتوافق 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 جيد، ولكن لم يتم وضع خطط بديلة في حالة حدوث احتياجات غير متوقعة مثلاً لتعديل في ديمografية المنطقة أو حدوث الأوبئة.
٨. غياب الجانب الاجتماعي بشكل ملحوظ بدءاً من خطة الوزارة وانتهاءً بالكوادر الطبية والادارية الموجودة في ميدان العمل والتطبيق، الامر الذي يؤشر ضعف الوعي الاجتماعي في هذا المجال.
- ثانياً: المقترنات:** أشارت الاستنتاجات ضرورة بلورة جملة من المقترنات 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 يتلزم 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 جهداً كبيراً 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 بالتجدد الاسترجاعية.
 ٥. ضرورة دعم المراكز الصحية بالأطباء السريين الاختصاص من المستشفيات على شكل تنسيب يومين أو ثلاثة في الأسبوع، وهذا سيؤدي إلى رفع مستوى الأطباء الممارسين في المراكز الصحية، ويؤدي أيضاً إلى تقليل الزخم على المستشفيات.
 ٦. ضرورة أن تدعم المراكز الصحية الأخرى بالأدوية المتنوعة والاجهزه والمستلزمات الطبية بما يشعر المواطن بعدم تفوق المستشفى في خدماتها العامة 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 للتغذية الفكر الطلابي والدوائر الحكومية الأخرى 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 wisconsin 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.ktabby.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 physician 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.epg.Molt.com

3. Family Practice Advance Access -2005www.Fampraxfordjournals.com



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