

الوعي الاجتماعي والأمان الصحي  
للغئات الاجتماعية الفقيرة  
دراسة حالة للمقيمين بمنطقة الإيواء الشعبي  
في مدينة بدر الصناعية (\*)

**الوعي الاجتماعي والأمان الصحي  
للغئات الاجتماعية الفقيرة  
دراسة حالة للمقيمين بمنطقة الإيواء الشعبي  
في مدينة بدر الصناعية (\*)**

- المبحث التمهيدي
- الإطار النظري والمنهجي للبحث
- المشكلة وأسباب اختيارها.
- المفاهيم الأساسية .
- أهداف البحث.
- تساؤلات البحث.
- الخلفية النظرية والمنهجية للبحث.
- العينة وكيفية اختيارها.
- المجال الجغرافي والبشري والزمني للبحث.
- تقسيم البحث.

---

(١) د. عاطف محمد شحاته: أستاذ علم الاجتماع المساعد ، كلية الآداب - جامعة الزقازيق .

## المشكلة وأسباب اختيارها:

حتى وقت قريب لم يكن مفهوم الأمان الصحي مطروحاً سوى في صفحات الأبحاث العلمية الاجتماعية والطبية، لكننا الآن في أمس الحاجة لتطبيقه بعدما تنوعت أشكال عدم الأمان الصحي، سواء في لحوم وذبذبة فاسدة، أو خضراوات بها سموم كيماوية، أو أدوية أضرارها أكثر من فوائدها، أو في مستشفيات حكومية نسبة الأخطاء المهنية والإهمال وانعدام التداوي تفوق ما تقدمه من خدمات طبية وعلاجية، أو في مستشفيات خاصة تعتمد إطالة أمد التداوي وتتويجه حتى تحصل علي أعلى عائد، ومستشفيات استثمارية قد تسرق مكونات جسدية لمتوفى وربما لحي بدون علمه، أو في ضوضاء وصراخ يؤدي إلي أمراض عصبية وسمعيه، أو في تلوث بيئي يؤدي لنقل أمراض معدية وغيرها.

عندما يعيش أي إنسان في ظل هذه الأشياء لابد أن يحس بعدم الأمان الصحي سواء علي جسده أو أسرته أو مجتمعه بأكمله، ويشكك في كل ما يتناوله أو يحتك أو يتفاعل معه في حياته اليومية، ويبقي منتظراً للحظة التي سأتيه الأمراض ماذا سيفعل معها؟ وماذا سيفعل المجتمع إذا انتشرت هذه الظواهر وجاءت بتأثيراتها المرضية؟ إذا كان الفرد لا يقدر علي الامتناع عن الطعام، أو إيقاف استخدامه للأدوية، أو إيقاف استنشاقه للهواء الملوث حوله، فعليه إيقاف تلوينه للبيئة، تقليل معدلات استخدامه للتداويات الطبية، إيقاف إهماله لمعانياته المرضية والوقاية منها، وليترك الباق للمؤسسات الحكومية المسؤولة لتتحري الدقة في فساد الأغذية والهواء وتعاقب المخطئ في المؤسسات العلاجية الحكومية والخاصة، وتضع التشريعات التي تقنن للعلاج في المستشفيات الاستثمارية، وإذا لم يلاحظ دور واضح لتلك المؤسسات الحكومية، فليعمل علي المطالبة بذلك، والتمسك بحقه في تحقيق

هذا الأمان الصحي له ولأفراد أسرته ومجتمعه.

المشكلة بدأت مع انتظار الأفراد للحكومات للقيام بأدوارها الرقابية والقانونية لضمانة الجماهير علي صحتها وجسدها، ولأن المشكلات الاقتصادية تنقل كاهل الحكومات، وأيضا لا تستطيع التصريح بعجزها عن القيام بكافة هذه الاحتياطات، لهذا تركت الأمور علي حالها لفترات طويلة، أثناءها فقد الأفراد ثقتهم في أدوار حكوماتهم في توفير هذا الأمان، واعتمدوا علي إهمال أدوارهم في الأمان البيئي والصحي، وترى "ساره بنتت واخرون" أن كثره المشكلات الاقتصادية والصحية جعلت الحكومات تطرح بدائل للمشاركة بين القطاع الخاص والقطاع الشعبي مع القطاع الحكومي، ومازالت لا تجد استجابة جيدة من القطاع الشعبي لهذه البرامج للأمان الصحي، فقد فقدت الجماهير وبعيها بمخاطر هذه التلويثات لحياتهم ولأجسادهم، وفقدوا الثقة في إمكانية تحقيق هذا الأمان الصحي(١).

الإجابة علي تلك الأسئلة ينقلنا للأرضية الثقافية والبحثية لمفهوم الأمان الصحي، وكيف يتم طرح هذا المفهوم للجماهير؟، يعتقد "جون ر. موريس وزميله" أن هناك اتجاهان فكريان رئيسيان لدراسة الأمان الصحي أولهما اتجاه علماء الاجتماع والصحة العامة، وثانيهما اتجاه علماء العلوم الطبيعية والطبية، فعلماء الاجتماع والصحة العامة ينظرون للأمان الصحي كمفهوم اجتماعي صحي واسع يشير للحالة التي يشعر الإنسان بالاطمئنان والسلامة وعدم الضرر الجسدي والنفسي، سواء من البيئة المحيطة أو الهواء الذي يتنفسه أو الغذاء الذي يتناوله أو من العلاج الذي يحصل عليه من المستشفيات أو العيادات الخاصة أو الأشياء الذي يحتك بها في تفاعلاته اليومية، وقد يشير هذا المفهوم لإحساس الإنسان بالاطمئنان لمراعاة مجتمعه لحالته الصحية ولكافة احتياطات المحافظة عليها، ولحالته المرضية ولكافة متطلباته العلاجية والوقائية والدوائية بشكل يتناسب مع قدراته المالية، وقد

يشير لإدراك الإنسان لمحددات الأمان الذي يريده في غذائه أو بيئته أو الهواء الذي يتنفسه، وحرصه علي التخلص من مسببات عدم الأمان التي قد تضر بصحته وصحة من يعيشون معه، ويرى البعض الأمان الصحي كجزء من منظومة الأمان الاجتماعي والسياسي والأمني والمعيشي التي يجب أن يعيش في ظلها الإنسان في مجتمعه، فإذا اضطربت إحدى جوانب هذا الأمان اضطربت باق الجوانب الأخرى (٢).

أما علماء العلوم الطبيعية والطبية فينظرون للأمان الصحي باعتباره مجموعة مؤشرات كمية يجب أن يصل لها أي منتج طبيعي أو صناعي حتى يكون غير ضار بالإنسان الذي يستخدمه، ويستفيد منه أقصى استفادة ممكنة، وبذلك يصبح لكل منتج من هذه المنتجات حد أقصى للإفادة، وحد أقصى للإضرار، وحد مسموح به لهما، ويصبح لدينا عدد كبير من المؤشرات الخاصة بالهواء والضوضاء، والغذاء والدواء والإشعاع، والماء والأخطاء الطبية كل له محدد للأمان الصحي، أما عن ضوابط هذا الأمان فتأتي من القوانين المختلفة التي تحدد تفاعل الإنسان معه إذا كان طبيعياً، وتحدد إنتاجيته ومدى صلاحيته للإنسان إذا كان صناعياً، وتحدد تدخل الإنسان فيما هو صناعي إذا كان جامعاً لكليهما، وتصبح مشكلة المجتمعات المختلفة في تشريع هذه القوانين، ووضع هيئات رقابية عليها، وعقاب من يخرج عنها ويعتمد الإضرار بسلامة الجسد الإنساني (٣).

الملاحظ أن غالبية المجتمعات تسعى لتحقيق هذه المؤشرات السابقة، ومع ذلك تظل بعضها وبه مؤشرات مرتفعة لعدم الأمان الصحي، سواء نتيجة ارتفاع معدلات التلوث الهوائي أو الغذائي أو الدوائي أو غيرها، يرجع البعض ذلك للفقر وقلة الميزانيات المالية اللازمة لتغطية نفقات هذه الجوانب، ويرجع البعض الآخر ذلك لفشل القانون في احتواء أو عقاب من يخرجون عن هذه المعايير ويعتمدون إدخال أغذية أو أدوية فاسدة لهذه المجتمعات،

ويري البعض ذلك بسبب سلبية الأفراد تجاه مسببات هذا التلوث البيئي والغذائي والصحي، وهذه السلبية إما لجهل الأفراد بأهمية هذه المشاركات أو لانشغالهم بأمر معيشية أكثر أهمية في نظرهم من الاهتمام بقضايا الأمان الصحي، وأخيراً يراها البعض نتيجة لفشل التخطيطات الاجتماعية والتنمية في المجتمعات النامية، وللانفصال الواضح بين حكومات هذه المجتمعات وجماهيرها (٤).

نتج عن الاتجاهين السابقين وجود رؤيتان متعارضتان حول الأمان الصحي أولهما الرؤية الرسمية أو النظامية والرؤية الأولى الجماهيرية، الأولى تتضمن داخلها كل ما تطرحه العلوم الطبيعية والاقتصادية والطبية من مؤشرات كمية، أما الرؤية الجماهيرية فتتضمن داخلها كل ما تطرحه العلوم الاجتماعية، وكلاهما وجهان لعملة واحدة لن يأتي الأمان الصحي ويحس به الفرد إلا أن تم إنجازهما معاً، الاتصال بينهما يأتي من خلال الوعي الاجتماعي، ونقصد به إدراك أفراد مجتمع ما للواقع الاجتماعي الذي يعيشونه بما يتضمنه من علاقات ونظم، وتفهمهم لما يدور فيه من أحداث، وردود فعلهم تجاه ذلك، وبذلك فالوعي يتضمن مجموعة التعاليم والآراء والمعارف والهموم لدى أفراد هذا المجتمع، والتي تنشأ نتيجة لانعكاس وجودهم الاجتماعي فيه، وهو معبر عن حالة عقلية وسلوكية تكونت من المعطيات الحياتية للأفراد سواء كانت تاريخية أو معاصرة، وعلي المستويين الاجتماعي والفردية، بحيث تنعكس هذه الحالة علي الفعل الاجتماعي للفرد والمجتمع ككل تجاه هذه المعطيات الاجتماعية المعاشة.

ومما سبق نعتقد أن الوعي الاجتماعي بقضايا الأمان الصحي يعني إدراك أفراد مجتمع ما لواقعهم الصحي الذي يعيشونه بما تتضمنه من مشكلات مرضية ونظم صحية وعلاقات بينهم وبين الأفراد القائمين عليها، وتفهمهم لما يحدث فيه من معوقات تضر بهذا الأمان سواء متصلة بالبيئة أو

بالجسد أو بالمرض أو غيرها مما يغير من معدلات هذا الأمان، وردود فعلهم تجاه هذه المشكلات والمشاركة في علاجها، وهذا يتضمن مجموعة من المعارف والآراء والثقافات والهموم الصحية والتي تعكس وجودهم الاجتماعي في بيئة ملوثة وتناولهم لأغذية غير صالحة لاستخدامهم، وتحملهم للإصابة بالأمراض المزمنة، ومعاناتهم من قلة التداويات الرسمية ويظهر هذا في إحساسهم بعدم الاطمئنان علي صحتهم الجسدية والنفسية وبذلك الوعي الاجتماعي قد يسهل تطبيق البرامج الرسمية للأمان الصحي، أو يعرقلها، ويقرب بين المتطلبات الجماهيرية في تحقيق الأمان الصحي وبين القدرات المالية والقانونية للحكومات الساعية لذلك، وإهمال هذا الجانب سيجعلنا أمام كم هائل من الأبحاث والتوصيات والمقترحات والقوانين التي لا تطبق، وأمل كم هائل من الأمراض والأجساد الضعيفة، والإهمال في كافة جوانب المعيشة والبيئة .

عموماً الوعي الاجتماعي بقضايا الأمان الصحي له مستويان، الأول المستوي الفردي ويشير لإدراك فرد ما لقضايا حياته الصحية من خلال علاقته بعالمه المادي حوله أو علاقته بالمكونات الطبيعية (جسد، بيئة وثروة...) والتي يحاول السيطرة عليها وتملكها، وعلاقته بعالمه الاجتماعي أو بالأفراد الذين يحتك بهم ويقيم علاقات معهم، من خلال هذه السيطرة والامتلاك يحاول تنظيم حياته، وهو نوعان الأول وعي عفوي يتشكل عبر مدركات الأفراد السطحية، والثاني الوعي النظري الذي يتشكل عبر تعمق الفرد في الأفكار والآراء المطروحة حوله، أما المستوي الثاني فهو المستوي الجمعي ويشير لإدراك أفراد طبقة ما أو جماعة اجتماعية لقضايا حياتهم الصحية، فإذا كان الإنسان يلتحم بمجموعات من الناس ويشترك معهم في مصالح مشتركة، فإنه يكون معهم علاقات اقتصادية تتعكس في علاقته السياسية والفكرية والصحية والبيئية معهم، وهذا ما يسمى بالوعي الاجتماعي

## لأفراد الطبقة.

أما عن وظيفة هذا الوعي الاجتماعي لقضايا الأمان الصحي فإنه يشكل جانباً كبيراً من مكونات الشخصية الثقافية الصحية للأفراد عن طريق نقل الخبرات والتجارب والرؤى والتصورات، والأفكار والعادات والقيم والمعارف المختلفة من جيل لآخر، بما يشكل تراكم ثقافي واجتماعي صحي في ذاكرة الأجيال المختلفة، والتي يتم بها التفاعل بشكل معين تجاه قضايا الأمان الصحي، أيضاً يعمل هذا الوعي علي تحقيق قناعات ومواقف وروابط بين الأفراد في مجتمع ما تجاه هذه القضايا، وهذا ضروري للتنمية الصحية في المجتمعات النامية، فهو يشكل مدركات الأفراد تجاه أهمية هذه التنمية وضرورتها لهم، ومدركاتهم تجاه القائمين عليها سواء أكانوا من داخل المجتمع أو خارجه، وتجاه مراحل هذه التنمية ومتطلبات كل مرحلة من هذه المراحل، وتجاه التغيير المطلوب تحقيقه بهذه التنمية الصحية، وبذلك مكونات الوعي الاجتماعي هي المكونات التي نسعي لتغييرها للتغلب علي الظروف المعوقة لتحقيق الأمان الصحي، سواء كانت متعلقة بما في داخل هذا الإنسان من أفكار وقيم وسلوكيات ومعتقدات تتعلق بالصحة والمرض، أو متعلقة بواقعه الاجتماعي والاقتصادي، والمرضي والبيئي، وهذا يتطلب جهداً بشورياً سريعاً ومكثفاً لتشكيل هذا الوعي بماهية الأمان الصحي والظروف التي تعرقل تحقيقه، ولفهم طبيعة برامج هذا الأمان وهل هي ايجابية أم سلبية، وهل هي مفيدة لهم أو ضارة، ومحاولة التوصل لأفضل الطرق الممكنة واقعياً لتطبيقها والقضاء علي معوقاتها.

وفي النهاية يجب أن نشير لما طرحتة منظمة الصحة العالمية في تقريرها السنوي لعام ٢٠٠٠، حيث تري أن التنمية الوطنية تعتمد علي المال والصحة والتعليم، وأنه يجب علي المجتمعات تبني أسلوب شمولي يستهدف تخفيف وطأة الفقر وتقليل إمكانيات المجتمع في الجانبين الصحي



والتعليمي، خاصة والرعاية الصحية نادراً ما ترتقي لسلم الأولويات، وأن ميزاتياتها تتعرض دائماً للتخفيض، لهذا تدعو المنظمة لإصلاح القطاع الصحي الوطني خاصة في جانبه التأميني، والإداري، ونظم الرعاية الصحية الأولية، وتطرح المنظمة عدة مؤشرات يتم الالتزام بها لضمان جودة وتحسين الرعاية الصحية الأولية، وتلبية الاحتياجات التنموية الأساسية، دعم الرعاية الثانوية والثالثية، والاهتمام بالصحة الإنجابية وصحة الأسرة والمجتمع والقضايا السكانية(٥).

فإذا كانت الصحة هي الهدف الذي ينبغي تحقيقه، فإن ذلك لن يتحقق دون التخفيف من معاناة السكان من اعتلال الصحة، ومعاناتهم من البطالة ونقص فرص العمل، ومن الفقر الاقتصادي، وانخفاض المستوى التعليمي والسكن السيئ، وسوء التغذية، وإغفال البعد النسوي، والإهمال الاجتماعي، وهذه ما يطلق عليها تحقيق نوعية الحياة الأفضل، وتحقيق الأمن الإنساني، وتعتبر منظمة الصحة العالمية الأمن الإنساني إطاراً شاملاً يتكون من الأمن الاقتصادي والغذائي، والصحي، والبيئي، والشخصي، والمجتمعي، والسياسي(٦).

مما سبق يتضح لنا أن الأمان الصحي هو أحد جوانب الأمان الإنساني الذي نرغب في تحقيقه، وأن الصحة وإن ارتبطت بجوانب أخرى تنموية فلن الوعي الاجتماعي بكليهما ضروري للشراكة القوية بين الأفراد والمجتمع والقطاعات المسؤولة علي تنفيذ ذلك، وضروري لإنجاح برامج التنمية الوطنية المختلفة.

### ثانياً: المفاهيم الأساسية للبحث :

الوعي الاجتماعي: هو القدرة علي إدراك الواقع الاجتماعي بمختلف أبعاده علي المستوي الفردي والجماعي بما يسمح بالتعرف علي مشاكله

ومحاولة تفسيرها ومن ثم البحث عن حلول لها(٧).

الإدراك : هو استيعاب الفرد لما يدور حوله من أحداث وإمامه بالمشكلات الاجتماعية، سواء أكانت محلية أو عالمية أو هو عملية استقبال المثيرات الخارجية وتفسيرها ثم ترجمتها إلى سلوك(٨).

التلوث الصحي: هو كل الأنشطة التي يقوم بها الإنسان وتؤدي إلى اختلال الجوانب الصحية داخل الجسد الإنساني أو في علاقته بالبيئة المحيطة به(٩).

الأمان الصحي: هو الحالة التي يستشعر فيها الأفراد، توافر كافة المتطلبات العلاجية لأمرضهم، وإتباع كافة الاحتياطات الصحية العلاجية والوقائية في البيئة والمؤسسات الصحية المحيطة بهم، والإلزام بكافة المؤشرات الصحية في الغذاء والماء الذي يتناوله، ومن ثم يشعرون بعدم القلق علي صحتهم الجسدية والنفسية ولأفراد أسرهم أو لأفراد مجتمعهم، ويشعرون بالسلامة الصحية نحو كافة التفاعلات الاجتماعية والبيئية والمعيشية التي يحتكون بها، ويشاركون في مختلف البرامج التي تسعى لتحقيق ذلك سواء بشكل فردي أو جماعي.

### ثالثاً: أهداف البحث:

هدف علمي : يسعى البحث الراهن لصياغة مفهوم الأمان الصحي صياغة اجتماعية ثقافية يضيف مفهوماً جديداً لعلم الاجتماع الطبي، يمكن الاستفادة منه في أبحاث اجتماعية طبية تجمع داخلها موضوعات تختص بالتلوث البيئي والغذائي والصحي والطبي وغيرها.

هدف مجتمعي : يسعى البحث الراهن لكشف مكونات الوعي الاجتماعي التي تشكل اتجاهات وسلوكيات الأفراد الصحية تجاه برامج واحتياطات الأمان الصحي، وهذا ما يضع أيدينا علي سبب إجحام الأفراد

عن الاشتراك فيها، وسبب إهمالهم لاحتياجات الأمان الصحي والبيئي سواء أكانت ضارة لصحتهم أو لصحة من حولهم أو لصحة أفراد المجتمع عموماً.

إضافة لذلك يسعى البحث الراهن للتتويه علي قصور النظرة البحثية غير الاجتماعية واعتمادها علي مؤشرات كمية فقط، مما يفقدها القدرة علي الفعل التكاملي والتطبيقي لما يتم استخلاصه من نتائج منها :

#### رابعاً: تساؤلات الدراسة :

سيحاول البحث الراهن الإجابة عن التساؤلات الآتية :

- (١) ما المقصود بمفهوم الأمان الصحي ؟ وما هي أشكاله ؟
- (٢) هل يحس الأفراد بعدم الأمان الصحي، وما أسباب ذلك ؟
- (٣) هل لتقافة الأفراد علاقة بإهمالهم للجوانب الصحية في حياتهم؟
- (٤) ما العلاقة بين الخصخصة ودعاوي الأمان الصحي؟
- (٥) كيف تؤثر الضغوط المعيشية علي اتجاهات الأفراد الصحية؟
- (٦) ما هو الدور المنتظر من المجتمع لتحقيق الأمان؟
- (٧) ما الأسباب وراء إهمال الأفراد لصحتهم؟
- (٨) كيف يتعامل الأفراد مع الأخطاء الطبية في المستشفيات الحكومية؟
- (٩) كيف يتحقق الأمان الغذائي مع كثرة الملوثات الكيماوية والهرمونية؟
- (١٠) ما هو الدور الذي يقوم به الإعلام لتنمية وعي الأفراد بقضايا الأمان الصحي؟

#### خامساً: الخلفية النظرية والمنهجية:

##### الإطار النظري:

انطلاقاً من النظرية المادية التاريخية سيحاول الباحث تفسير أهمية الوعي الاجتماعي لقضايا الأمان الصحي، وذلك من خلال المقولات الآتية :

(١) الوعي الاجتماعي يلعب دوراً هاماً وإيجابياً في تطور المجتمع فالأفكار التي توجد لدى الناس قد تساعد على تطور المجتمع أو قد تكون عائقاً أمام هذا التطور، وهذا يعتمد على مدى عكسها لمتطلبات الحياة المادية للمجتمع، ومدى ارتباطها بمصالح الجماهير، ووجود قوة مادية تجعل الأفراد قادرين على حل مشكلاتهم الاجتماعية الملحة (١٠).

(٢) النشاط الإنتاجي المادي للناس هو الذي يحدد وعيهم الاجتماعي، فهو الذي يدخلهم في علاقات إنتاجية مع بعضهم ومجموع هذه العلاقات يشكل البناء الاقتصادي للمجتمع، وهو الذي يبني عليه باقي الأبنية الأخرى (قانونية، سياسية، روحية، بيئية...)، والتي تقابلها أشكال محددة من الوعي الاجتماعي (قانوني، سياسي، روحي، بيئي...) (١١).

(٣) إن الإنسان كائن قابل للتغير والتطور دائماً إما في عالمه الطبيعي أو الاجتماعي، وأن التطور الاجتماعي يحدث نتيجة الصراع الدائم بين الإنسان والطبيعة من جهة، وبين المجموعات الاجتماعية المتصارعة في المجتمعات الطبقيّة من جهة أخرى (١٢).

المنهج المستخدم : سوف يستعين الباحث بالمنهج الوصفي لجمع البيانات اللازمة لوصف الحالة الصحية للأفراد المقيمين في منطقتي البحث موضوع الدراسة .

أدوات جمع البيانات : سوف يستخدم الباحث الملاحظة والمقابلة المتعمقة في جمع البيانات.

### سادساً: العينة وكيفية اختيارها:

اختيار الباحث للمقيمين بمساكن الإيواء الشعبي في مدينة بدر الصناعية لعدة اعتبارات تتصل بموضوع بحثه منها:

إن مدينة بدر من المدن العمرانية الجديدة والتي يفترض فيها درجات عالية من الأمان الصحي سواء للعاملين في المصانع أو للمقيمين فيها لحدائثة كافة المنشآت والإدارات فيها.

إن مساكن الإيواء يفترض فيها زيادة اهتمام الدولة بسكانها لأنهم المتضررين من الزلزال أو النقل الإداري نتيجة للهدم.

إنها مجانية (في بداية تسليمها) وقدمت لمن هم في حالة معيشية متدنية مما يساعد الباحث علي دراسة الفئات الاجتماعية الفقيرة .

إن كافة المتطلبات الصحية (البيئية والعلاجية) متوفرة حسبما تشير التقارير والإحصائيات التي حصل عليها الباحث من جهاز المدينة .

### **سابعاً: المجال الجغرافي والبشري والزمني للبحث.**

المجال الجغرافي: عمارات الإيواء الشعبي في المجاورة الأولى بمدينة بدر والتي تسمى بمساكن الزلزال، وعددها (١٥) عمارة، وكل عمارة ؟ شقة، وعمارات الإيواء والإسكان الشعبي علي طريق الروبيكي، وهي خارج المجاورات الأساسية لمدينة بدر، وهي لم تسكن كلية، ومعروفة باسم عمارات (صبحي حسين) وهو اسم المقاول الذي قام بإنشائها.

المجال البشري، يسكن في عمارات الزلزال ما يقرب من (٣٠٠) أسرة تقريباً، أما عمارات صبحي حسين فيسكن فيها ٧٥-٨٠ أسرة تقريباً، كلاهما المجال البشري للبحث، وقد اختار الباحث أسرتان في كل عمارة قام بدراستهما ليصبح المجال البشري (٣٠) أسرة في الزلازل (٢٠) أسرة في صبحي حسين.

المجال الزمني للبحث : بدأ الباحث بحته المكتبي في الفترة من بداية شهر فبراير ٢٠٠٣ حتي نهايته، ثم بدأ دراسته الاستطلاعية لمجتمع البحث

المكتبي في الفترة من بداية شهر مارس ٢٠٠٣ لمدة أسبوع، تلاها استكمال الإطار النظري وإعداد استمارة المقابلة حتي منتصف شهر مارس ٢٠٠٣، بعدها استكمل الباحث مادته النظرية والميدانية وكتابة التقرير النهائي والنتائج حتي نهاية مايو ٢٠٠٣.

### **ثامناً: تقسيم البحث:**

ينقسم البحث إلي أربعة مباحث هي:

المبحث التمهيدي: الإطار النظري والمنهجي للبحث.

المبحث الأول: الوعي الاجتماعي والمخاطر الصحية .

المبحث الثاني: الحالة الصحية للفئات الاجتماعية الفقيرة : تحليل ميداني.

المبحث الختامي: نتائج الدراسة.

مراجع البحث.

## المبحث الأول

### الوعي الاجتماعي والمخاطر الصحية

أ - مكونات الأمان الصحى.

ب- مسببات المخاطر الصحية

#### أ - محددات الأمان الصحى:

لا ينفصل فهم الفرد للأمان الصحى عن فهمه لباقي مكونات الأمان الأخرى، فإحساسه بالأمان الاجتماعى والأسرى والمعيشى يجعله يهتم بمكونات الأمان الصحى، لهذا يرى بعض العلماء أن للأمان ثقافة يجب أن تتواجد فى المجتمعات المراد حث أفرادها على إتباع إجراءاتها، فمن غير المنطقى - كما يرى "جيمس إى رفتون وزميله" أن يفتقد الفرد لأساسيات ثقافة الأمان فى حياته اليومية، ونطلب منه إتباع أو الحفاظ على إجراءات الأمان الصحى، وتقوم هذه الثقافة على مجموعة معارف أساسية تميزها أهمها الأساس السلوكى لإجراءات الأمان، فهم التكلفة الاجتماعية والمادية للحوادث، معرفة مغزى المسؤولية الاجتماعية، وغيرها مما يصب فى الإحساس بعدم القلق من الحياة الأسرية والمهنية واليومية، وغياب الحوادث فى أماكن العمل أو ما يسمى بمنطقة الصفر أو انعدام الحوادث المهنية (١٣). وعموماً تواجد هذه الثقافة للأمان الصحى يستوجب تواجد عدد من المحددات الثقافية والصحية منها:

#### ١- التغذية الثقافية لمفاهيم الأمان:

ثقافة الأمان ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالبنية الثقافية للمجتمع، فما تحويه الساحة الثقافية من مكونات تدعو للقلق والشك والتفكير المنغلق، يعرقل كثيراً

أى محاولات لتطبيق إجراءات الأمان فى جوانب الحياة المختلفة، ونعتقد أن هذه الثقافة انعكاساً واضحاً لسمات الأمان فى باق مكونات بنية السلطة وعلاقات القوة، وتطبيقات القانون، وانتشار الظواهر الانحرافية فى مجتمع ما، فجميعها تخلق أرضية ثقافية قد تجذب الأفراد نحو الإحساس بعدم الأمان الاجتماعى والمعيشى، واستمرار ذلك قد ينقل هذا الإحساس للمنازل والشوارع وأماكن العمل وغيرها، لهذا يرى العلماء ضرورة التغذية الثقافية الارتجاعية خاصة فى قطاعى الأسرة والعمل، فكلهما له مكونات وأنماط مختلفة للأمان قد تجعل الثقافة الخاصة بالأمان الصحى ذات سمة معينة، وتعديل هذه التغذية كلما استجبت على الساحة الاجتماعية والثقافية ما يقلق ويسبب الإحساس بعدم الأمان، فهذا سيجنب الأفراد مخاطر تغير أشكال عدم الأمان نتيجة للتطورات التكنولوجية الحديثة(١٤).

لهذا يرى "جيمس رفتون" أن هنا فلسفات مختلفة لثقافات الأمان. ويجب على القائمين على تنفيذ برامج الأمان المختلفة أن يبحثوا عن الأدوات الثقافية الصحيحة التى يستطيعون بها تواجد أو إعادة بناء أو تحسين الثقافة المتواجدة للأمان الاجتماعى والصحى، واختيار أو تطوير ما هو محتاج من ثقافات الأفراد ليحقق ذلك(١٥). ويؤكد "تيرى أى . ماكسوين" أن هناك مجموعة من القيم التى يؤسس عليها إجراءات الأمان فى المجتمع وتدعم الإطار الثقافى لها، فمثلاً فى التنظيمات المهنية يجب على القائمين على برامج الأمان فىها أن يحافظوا على مستوى عالٍ من التوظيف وفتح فرص جديدة للعمل، أيضاً فى التنظيمات الاجتماعية الحكومية والأهلية يجب مراعاة الأهداف المرجو تحقيقها، تدوين ملاحظات دائمة حول تغيرات مفاهيم الأمان، وتطوير آلية التغذية الإرتجاعية، ووضع خطة للتدريب والمقابلات المتعمقة للمنفذين لتلك البرامج، وتقديم دعم كاف للقائمين عليها، والقيام بمراجعة إدارية وتنظيمية دائمة لما يتم انجازه وغيرها(١٦).



### ٣- التحكم في المخاطر الصحية والسلوكية :

يرى "دومنيك كوبر" أن تحقيق الأمان الصحي يستلزم نشر ثقافة التحكم في المخاطر الصحية، هذه الثقافة تتضمن معلومات حول كيفية الوقاية الذاتية من الأمراض البسيطة، وكيفية التعامل مع الأمراض الوبائية، وكيفية حماية البيئة من التلوثات المرضية، هذا إضافة لبرامج تثقيفية حول الانحرافات السلوكية للأفراد وكيفية تعديلها وتجنب المخاطر الصحية الناتجة عنها مثل التدخين والإفراط في الطعام والإنجاب غير المنظم، وبذلك تضيف برامج التحكم في المخاطر الصحية والاجتماعية بعداً ثقافياً جديداً للمجتمع، تزيد من إحساس أفراد الأمان تجاه أى طارئ حياتي أو اجتماعي أو صحي قد يحدث رغماً عنهم، لهذا فإنعاش استراتيجيات ثقافية جديدة للأمان تزيد من مشاركة الأفراد في أى مجتمع أو منظمة أو عمل لتدعيم إجراءات الأمان (١٧).

لهذا اتجهت بعض المجتمعات للاهتمام بالجمعيات الأهلية والتنظيمات الشعبية لتثقيف الأفراد صحياً، ودفعهم نحو الاهتمام بمحددات الأمان الصحي في بيئاتهم المختلفة، ويرى "دوج نكول" أن وعى الأفراد بقضايا الصحة والسلامة الصحية والبيئية خاصة في المستويات المعيشية المنخفضة يساعد على تطبيق استراتيجيات المجتمعات لتحسين الحالة الصحية للأفراد، وربما هذا يستدعى وضع دليل يتضمن قضايا الهدر الصحي والبيئي، وتحديد الخطوات اللازمة لمعالجتها، ويلزم أصحاب العمل، والعمال، والمواطنين في البيئات الاجتماعية المختلفة بتنفيذها، وتحدد في هذا الدليل المسؤوليات، واحتمالات المخاطر، والتوقعات المنتظرة، والوقت اللازم للعمل، واحتمالات الرفض الجماهيري أو المشاركة، وغيرها مما تسعى به المجتمعات لتحقيق الأمان الصحي لأفراد مجتمعها اعتماداً على الجهود التطوعية لهذه الجمعيات والتنظيمات الأهلية والشعبية (١٨).

### ٣- الشراكة الشعبية والحكومية فى المشروعات الصحية :

رغم الجهود التى تبذلها المجتمعات للوصول لدرجة كافية من الأمان الصحى، ورغم المحاولات التى تبذلها المنظمات الصحية العالمية لتحقيق ذلك، يرى بعض العلماء أن هذه الجهود تضيع هباء بسبب الجهل الثقافى الصحى لأفرادها، ويعتبرون الفقر والامية سببان رئيسيان وراء عدم الأمان الصحى، والبعض الآخر يرى هذا الجهل الثقافى جزء من تخلف كلى تعاني هذه المجتمعات فى الجوانب الصحية والسياسية والاجتماعية والاقتصادية، لهذا ترى بعض الدراسات الصحية أن علاج الجهل الثقافى الصحى يأتى عبر برامج تثقيفية فى الجوانب الصحية والسياسية والاجتماعية، ونادت بضرورة تدعيم سلوك المشاركة عبرها، بل اعتبرت بعضها المشاركة مفهوماً ضيقاً تسري عليه كافة أخطاء المفاهيم الثقافية الصحية السابقة، واقترحت بدلاً منه مفهوم "الشراكة الاجتماعية والصحية" وهى ما يدخل فيه المصلحة، فتبادل المصالح الاقتصادية يفرض على كافة الأطراف طلب الشراكة بدرجات مختلفة لتحقيق درجة ما من المصلحة المتبادلة، والصحة يصدق عليها نفس الأمر، فالأمان مصلحة متبادلة تتطلب الشراكة بين الجهود الحكومية والشعبية والخاصة للوصول لأقصى درجة منه، وأقصى درجة من الحفاظ عليه من جميع الأطراف"(١٩).

عموماً الأمان الصحى الذى يقوم على الشراكة الطبية الحكومية والخاصة فقط قد يفشل أو تعرقله تضارب المصالح الاقتصادية بينهما، فلا بد أن تضاف لها الشراكة الشعبية من الجمهور المستفيد من تحقيق هذا الأمان الصحى، وترى "بولين روزنيو" أن تطبيق مبدأ الشراكة يختلف من مجتمع لآخر، ومن ولاية لأخرى داخل الولايات المتحدة، فهناك من يطبق هذا المبدأ على التعليم، والرعاية الصحية، والسياسات الصحية، والرفاهية، والسجون، ونظم القضاء، والسياسات البيئية، وسياسات الطاقة، وأبحاث التنمية

والتكنولوجيا، والنقل وغيرها، وهناك من يختار بعضها ويكتفى بالتطبيق  
المرحلي لباقي القطاعات فيما بعد، المهم أن هناك محددات للأمان الاجتماعى  
والصحة والاقتصادى يسعى المشاركون فى إدراكها ومحاسبة الخارجين  
عليها (٢٠).

#### ٤- تنسيق السياسات الاجتماعية والصحية :

يرفض بعض مخططى الرعاية الصحية فى البلدان النامية مبدأ  
الشراكة السابق، اعتماداً على فشل الأشكال الأخرى للمشاركات السياسية  
والاجتماعية، وتضارب الاختصاصات والسلطات فيما بينهم، ويؤكدون على  
أن أفراد هذه المجتمعات فى حاجة أولية لاكتساب ثقافة المشاركة بأنواعها  
المختلفة، وإدراك مفهوم الأمان عموماً، حتى يبتنى لهم الشراكة الصحية،  
والسعى وراء محددات الأمان الصحى، ولأن العادات والتقاليد والأعراف  
وأنماط القيم السائدة، والخبرة الطويلة فى السلبية الاجتماعية، قد تعوق ذلك  
يرى العلماء ضرورة التنسيق بين مخططى السياسات الاجتماعية والصحية  
فى برامج الأمان الصحى، حتى لا تضيق الميزانيات والجهود فيها، وألا  
تتعارض القرارات فتعرقل تنفيذها (٢١).

ولعل فشل الشراكة فى مشروعات الأمان البيئى هى أكبر دليل على  
صعوبة تحقيقها فى البلدان النامية، فما زالت البيئة تعاني من سوء النظافة،  
والدخان والأتربة والعشوائيات، ويعانى الأفراد من التلوث الهوائى والسمعى  
والبصرى وغيرها مما يشترك الجميع فى تواجده ولا يسعى الكثيرون  
لتغييره، أو المشاركة فى الحفاظ عليه، يفسر بعض الباحثين هذا الأمر  
باعتباره أحد سمات الانهيار للقيم والأخلاقيات نتيجة للفقر أو للاضطرابات  
المعيشية الكثيرة المميزة للدول النامية، لهذا نادى بعضهم بضرورة تظافر  
الأخلاقيات الاجتماعية والبيئية لتحفيز الأفراد على تحقيق الأمان البيئى (٢٢)

## ٥- برامج النوعية الأسرية:

لأن الأسرة هي البنية الأساسية للمجتمع، فلا بد من تنقيف أفرادها حول قضايا الأمان الصحى، فهذا يفيد مخططى هذه البرامج فى رسم استراتيجيات التدخلات الاقتصادية والبشرية فى مشروعات الصحة الشعبية والبيئة، وتحقيق درجة من الأمان المعيشى ملائمة لتطوير وتنمية المجتمعات، لأن المجتمعات العالمية تتغير بفعل تغيرات العولمة والبيئة وتغير مؤشرات الأمان المعيشى، يرى بعض الباحثين ضرورة الحوار ما بين الاجتماعيين والاقتصاديين لتنفيذ الخطط التنموية والصحية، وضرورة البحث عن الخيارات الشعبية لحل المشكلات المختلفة خاصة ما يتعلق بالأمان الاجتماعى والصحى(٢٣).

هذه البرامج قد تكون مخصصة للأمان الصحى، أو قد تكون ضمن برامج تنموية وتنقيفية أخرى، كما حدث فى المشروع القومى للتنمية الريفية (شروق)، والذى لم يضع محددات واستراتيجيات للأمان الصحى والبيئى السالف ذكرها، إلا أنه يسعى لوضع أسس لها بناء على مبدأ الشراكة الاقتصادية والاجتماعية فى مشروعات التنمية التى تسعى لها الدولة فى القرية المصرية، فمشروع شروق يستقطب الجهود الفردية والجماعية والنسوية لاحتواء مشكلات المرأة المعيلة، وتنظيم الأسرة، ومشروعات النظافة، ومشكلات البيئية، والبطالة، والمشروعات الصغيرة، ومحو الأمية، وتنفيذ بعض البرامج الصحية الوقائية وغيرها مما تحاول به الدولة تغيير مفاهيم الأفراد حول المشاركة الإيجابية، وقبول غياب دور الدولة فى بعض مجالات الخدمات.

## ب- مسببات المخاطر الصحية :

### ١- ثقافة الخوف المرضى:

الخوف والقلق سمتان قد تلازمان المرض سواء قبل الإصابة به أو بعدها، ويتنوع ما بين خوف من الموت، أو خوف من العجز، أو خوف من الألم أو البطالة وغيرها، وقد يجتمع نوعان أو أكثر من هذا الخوف داخل مريض واحد، ويرى بعض الباحثين أن هذا الخوف يتشكل عبر ثقافة كلية للخوف المميز لطبيعة بعض المجتمعات الفقيرة والاستبدادية، والتي قد تشكل سلوكاً سلبياً وإهمالاً تجاه ضغوط الحياة ومنها ضغوط المرض، وهي بدورها تسبب التحمل والاستسلام للألم المرضى، ينقلب هذا التحمل لقلق مرضى عندما تطول فترة المعاناة مع أزمان المرض، وزيادة الاضطرابات الحياة المعيشية للمريض، وفقدانه الإحساس بالأمان الصحى، ويصبح هذا القلق سمة مجتمعية لمرض اجتماعي ما عندما يكون هذا المرض منتشراً بين شريحة معينة من الأفراد، أو أفراد بيئة اجتماعية معينة(٢٤).

السؤال الذى يطرح نفسه هو كيف يعيش الإنسان آمناً فى مجتمع غير آمن؟ يرى "هارولد هـ. بلومفيلد وزميله" أن الإحساس بعدم الأمان الداخلى والسلامة الخارجية يسبب درجات من الخوف والإحساس بالفشل، وكلاهما قد يشل العواطف الداخلية للفرد، أو تسبب ضيقاً أسرياً واجتماعياً تجاه الآخرين، وكلاهما يؤدي لانهييار علاقات الفرد الفردية والاجتماعية، لهذا يدعو "هارولد" للثقة فى النفس، وزيادة القدرة على تحمل الصراعات المختلفة، وتدريب النفس على الإحساس بالأمان والسلامة والاستجابة بشكل ملائم للأخطار المختلفة، وهذه ما يطلق عليها، اليقظة الهادئة وتركيز الطاقة العاطفية، وهذا يتطلب خلق مجالات اجتماعية ومهنية ومعيشية هادئة، تعين الفرد على التعامل بكفاءة مع الضغوط التى يصعب تجنبها وبأقل درجة من

العنف مع الذات أو العنف مع الآخرين حوله(٢٥).

الآلية السابقة لـ "هارولد" قد تنهار مع الإصابات المرضية المزمنة، والتي قد يفقد فيها المريض إحساسه بالأمان الصحى على جسده، وربما على أجساد من حوله، ولا يشعر بالسلامة البيولوجية للقيام بأدوار حياته الطبيعية والتي تعينه على مواجهة الضغوط والصراعات الموجهة له، ويؤكد "فرانك فيوردى" أن الأمان أصبح قيمة حيوية منذ انتشرت أمراض البيئة، والإدمان، والضغوط العصبية، وغيرها مما جعل الإنسان فى خطر دائم وقلق على صحته وسلامته العقلية والنفسية، يزداد الأمر سوءاً مع فشل التدييمات الصحية والاجتماعية فى حماية الأفراد من هذه الأمراض، أو تقليل مخاطر إصابتهم بها، إذاً ماذا نفعل إزاء هذه المخاطر؟، يرى "فرانك" ضرورة الوعى بهذه المخاطر والمشكلات التى تسببها خاصة فى المجتمعات الغربية التى تتسم الآن بالكثير من مسببات القلق والتوتر وأمراض الخوف، ونبحث فىمن يستحقون الثقة بهم فى المؤسسات الصحية والأسرية والاجتماعية، وهذا ما يتضمنه مؤشرات الأمان الصحى(٢٦).

وللتخفيف من التأثيرات المجتمعية الناتجة عن زيادة الخوف المرضى بين الأفراد يرى "هارولد" أن الأفراد سيتخلصون من الخوف المرضى إذا اعتادوا الاعتماد على أنفسهم وعدم طلب المساعدة غير الضرورية، وتجنب مهاجمة أو إغضاب أو استفزاز الآخرين تجاه ما يعانوه سواء بتضخيمه أو الاستهانة به، وعدم السعى للبحث عن المتاعب أو من يثيروها أو قد يسببها، فالاصطدام بالمشاكل قد تسبب زيادة مخاطرها، فأحياناً التعامل غير المباشر معها يخفف من خطورتها، الخسارة القريبة أفضل من انتظار المكاسب اللاحقة والتى قد لاتأتى، ولا بد من الهدوء عند الاصطدام بمشكلة حياتية فجائية(٢٧).

ونعتقد أن أفراد المجتمعات الفقيرة يفتقدون لهذه الآليات لانشغالهم بآليات أخرى لمقاومة عدم الأمان المعيشى والسلطوى، والاجتماعى، لهذا تضيع آليات الأمان الصحى، ويصير الإهمال والسلبية والتحمل مقومات التعامل مع الخوف والقلق المرضى.

ويرى بعض الباحثين أن علينا البحث عن آليات الخوف الاجتماعى قبل الاهتمام بسلوكيات المرضى القلقة، خاصة فى الثقافة التقليدية والعادات والأعراف الصحية والقيم الدينية وغيرها مما يجعل هؤلاء المرضى يميلون للحفاظ على ما هو قائم أو البحث عن حلول قديمة لا تفتح باباً للتجريب أو الفشل، فى المرض يكون الأمر فى التداوى الدينى، أو السحرى، وأحياناً العشبى، وفى القانون يكون فى العرف، وفى الدين يكون فى الأصولية، وغيرها مما يبحث فيه المريض الخائف عن الأمان الصحى فيما عرفه القدماء من ضوابط وتجارب واستخلاصات ثقافية، الأمر الذى يجعل هؤلاء الأفراد رافضين لأى مستحدثات أو ضوابط جديدة للأمان بمختلف أشكاله، ولا يستجيبون بسهولة لبرامج الأمان البيئى والصحى التى تطرحها المجتمعات كخطوة لإيقاف استنزاف المشكلات المرضية لحياة الأفراد ولطاقاتهم الإنتاجية(٢٨).

### ٣- خصصة الخدمات الصحية:

اختلفت الآراء حول أهمية خصصة الخدمات الصحية بالنسبة للأمان الصحى للأفراد، فالبعض يرى هذه الخصصة حلاً اقتصادياً واقعياً يعالج عجز القطاعات الحكومية الصحية عن توفير هذا الأمان لضعف ميزانيتها المتاحة، وقراءة واقعية لتلك التغيرات الاقتصادية التى أوجدت فئات قادرة على طلب هذه الخدمات ذات الكفاءة والأمان الصحى العالى، والبعض يراها مهذرة لحق الطبقات الشعبية الفقيرة التى لا تقدر على تكلفة هذه الخدمات

الخاصة، ومعاونة على زيادة الإهمال لتلك التنظيمات الحكومية الصحية المجانية والتي تكبل ميزانيات الدول الفقيرة، وبين هذين الرأيين ينظر البعض للخصخصة الجزئية لتلك المؤسسات الصحية الحكومية التي تقدم كلا النمطين (المجاني والفقير أو الاقتصادي) بأنه الحل الأمثل لغياب هذا الأمان، فمحددات الأمان ستطبق على كافة قطاعاتها، وتقدم مع بعض التميزات لكل منهما على حدة .

الملاحظ أن البعض يرى هذه الخصخصة أمراً محتملاً حدوثه وفاء لمتطلبات السوق واتساع حجم الاستثمارات الدوائية والعلاجية فى العالم الآن، وعلاجاً فعالياً لتدهور الخدمات المجانية التي تنقل كاهل الميزانيات الخدمية فى المجتمعات، خاصة ما يتعلق بالقطاع التأمينى والذي انفصل كثيراً عن أدواره الحقيقية، منهم "مردث ترشن" التي تحدثت عن خصخصة الخدمات الصحية فى أفريقيا، وترى فى الغياب الواضح للقطاع الشعبى الصحى، ونمو السوق الخاص للرعاية الصحية، وظهور صفة اقتصادية فى المناطق الحضرية، أسباب أوجبت تطبيق نظم التأمين الخاص فى البلدان التي تزيد فيها البطالة، فمراجعة القطاع الوظيفى الرسمى لوحظ قلة برامج التأمين الاجتماعى، وشبكات الأمان المختلفة، وتؤكد ضرورة الاستعانة بالقطاع غير الحكومى فى تقديم هذه الخدمات (٢٩).

ما سبق استوجب تغيير فى مفاهيم الرعاية والأمان الصحى، وأدوار القطاعات المختلفة فيها، خاصة مع سعى الأمم المتحدة ومنظمة الصحة العالمية لتغيير هذه المفاهيم، وتعتقد "مردث ترشن" أن الصناعات الدوائية العابرة للقارات، وضغوط البنك الدولى الاقتصادية يدعمان هذا الاتجاه، والعولمة بما تتضمنه من ضغوط اقتصادية تدفع بالدول نحو خصخصة قطاعاتها الخدمية المختلفة، فماذا يفعل القطاع الخدمى الصحى أمام هذه الضغوط؟ وكيف سيتم التحول من الشكل المجانى نحو المدفوع الأجر، ترى



“ترشن” أن هذا يتم من خلال رفع كفاءة هذه التنظيمات تدريجياً، وإلزامها بمعدلات مرتفعة من السلامة والأمان الصحي، وهذا يساعد على نشر هذا المفهوم وطرحه كأداة تفاعل وتقييم للأداء الاجتماعى والصحي لكافة التنظيمات الصحية (٣٠).

صاحبت هذه الدعاوى للأمان الصحي من قبل المنظمات الصحية العالمية دعاوى أخرى للمساواة فى نوعية الخدمات الصحية المقدمة أو ما يسمى بدعاوى حقوق المرأة الصحية، والصحة الإنجابية، وعدم الإيذاء البدنى والنفسى للمرأة، ورعاية حقوق الطفل، والطهارة، وغيرها مما وضعتة المنظمات النسائية كمحددات جديدة للأمان الصحي المتوازن بين الرجل والمرأة، فمع فشل دعاوى تنظيم الأسرة بالطرق المجانية طرحت الأفكار السابقة كبديل ملائم لخصخصة القطاعات الخدمية الصحية، وكعلاج مقترح للفجوات التى تعانيها الأبنية الصحية فى المجتمعات النامية، وهذا ما أشارت له “ترشن” فى بحثها المقارن حول معدلات الأمان الصحى بين الرجال والنساء فى زامبيا، ومالوى، وموزمبيق، وزمبابوى، وأكدت فيها على الاهتمام بالصحة الإنجابية والمرأة، ورفع كفاءة التنظيمات المهمة بذلك للوصول لدرجة عالية من الأمان الصحى والسلامة الجسدية والإنجابية لها (٣١).

تشككت بعض الدراسات الاجتماعية فى هذه الدعوى السابقة واعتبرتها ضمن المحاولات الاستعمارية الجديدة للتدخل فى الشؤون الداخلية للمجتمعات الفقيرة، ورفضت إصاق التهم بهذه المجتمعات بغرض التغلغل فى سياساتها الاجتماعية والصحية، وحصارها اقتصادياً إذا رفضت هذه المحاولات، أما إذا استجابت فإنها تضع اقتصاد هذه الدول وأفرادها تحت رحمة تقديراتها لحقوق الإنسان ولمؤشرات الأمان الصحى والبيئى، ظاهر الأمر قد يبدو مفيداً لهذه المجتمعات، وحقيقته هى الانتهاك لسيادة الدول وثقافتها (٣٢). هذا

الأمر وصل ببعض الدول لحد التهديد بالتدخل العسكى والتجوع، ووصل بدول أخرى لقبول مستشارين ومراقبين دوليين يتدخلون فى كافة شئون المجتمع تحت دعاوى الأمان الصحى والبيئى والإنسانى، أحيانا تغلف هذه الدعاوى ببرامج لرعاية الأرامل، والمرأة المعيلة، والتحصين الإجبارى للأطفال، وتنظيم الأسرة، ومكافحة التلوث البيئى وغيرها مما تخفى به هذه الدول الكبرى أهدافها السياسية والاستعمارية الأخرى.

### ٣- التحديث الصناعى:

نظرت بعض الدراسات للأمان الصحى باعتباره أحد المحددات الاجتماعية والصحية التى تسعى بها المجتمعات للوقاية من عواقب التحديث الصناعى والتكنولوجى غير المخطط له، واعتبرته دراسات أخرى أحد الأهداف الاجتماعية التى تأكلت أمام زحف خطط التحديث الرأسمالى خاصة فى المجتمعات الفقيرة، لهذا يمثل الأمان الاجتماعى والصحى فى كثير من المجتمعات منطقة نقاش فكرى بين مختلف التيارات السياسية والاجتماعية، فكل منها يضعها ضمن خطته التنموية والاجتماعية خاصة فى مجال الرعاية الصحية، ويعتبرونها ضمن القضايا الاجتماعية التى يسعون بها لتحقيق التوازن الاجتماعى والصحى، لهذا طرحت أفكار عدة لتحقيقها منها ما يتصل بدور المنظمات غير الحكومية، ومنها ما يتصل بدور القطاع الخاص، ومنها ما يتصل بزيادة الأدوات الرقابية على أسواق الرعاية الصحية، أو بتدعيم السوق الدوائية وغيرها (٣٣).

فرغبة فى اللحاق بالاقتصاد الصناعى العالمى سعت كثير من التخطيطات الاجتماعية والاقتصادية فى البلدان النامية لتعبئة كافة قطاعات الطاقة والصناعة والزراعة فى مجتمعاتها لتلبية متطلبات الشركات الصناعية الكبرى، وأثناء ذلك لم تعبأ بالدمار البيئى الذى ينحر تدريجيا فى مختلف هذه

القطاعات، هذا الدمار يحطم تدريجياً صحة الأفراد المقيمين فى هذه البيئات، ناهيك عن المحاولات الخفية لدفن النفايات النووية، واستخدام المواد الكيماوية السامة، واستخدام التكنولوجيا المسببة لإضرار بيئية، فإن هناك محاولات تضر بهذه البيئة ومسكوت عنها من قبل القائمين على سياسة هذه المجتمعات، لهذا يؤكد "جاك بامانتو" على ضرورة توجيه التنمية الاقتصادية والاجتماعية نحو تلبية المتطلبات الأساسية للأفراد بدون أى تحطيم لمكونات البيئة، وهذه مفاتيح التنمية المستدامة التى يرغبونها(٣٤).

لهذا حذرت دراسات اجتماعية عديدة من أخطار التقدم الصناعى فى القرن القادم، فالتقنيات الصناعية الجديدة، جلبت منافع كثيرة، لكنها جلبت معها مشكلات صحية أكثر، وفى كل مرة تحاول أن تحل مشكلة بتقنية جديدة، تأتى معها بمشكلات أخرى جديدة، حتى صارت التقنيات الجديدة تقنيات لتحطيم صحة الإنسان المستخدم لها أو المعرض لتأثيرها، فتقنيات الميكرويف سببت سرطانات عدة، والتكييف جعل الهواء ملوثاً، ووسائل الاتصال جلبت أمراض القلب والدماغ، ووسائل الإنجاب جلبت العقم وتشوهات الأجنة، وأدوات الموسيقى الحديثة جلبت أمراض الأذن والأمراض العصبية وغيرها، لهذا يقترح "جون اشتون وآخرون" أن يزرع كل فرد شجرة، تفى الأفراد من أشعة الشمس الحارقة، وتفرز الأكسجين بدلاً من المستهلك من المصانع، وتعوض البيئة عن الدمار الذى نتج عن التقنيات الصناعية الحديثة، فهى تعمل كمرشح بيئى لكافة الأضرار الصناعية، وتعتبر مؤشراً على الأمان البيئى والصحى الذى يتمناه الأفراد من الطبيعة(٣٥).

وأضافت دراسات أخرى برامج "الصحة المجتمعية" للحد من مخاطر التقدم الصناعى، واعتبرت الرعاية الصحية والبيئية متلازمان لتحقيق أقصى استفادة من برامج الأمان الصحى والبيئى فى المجتمعات المختلفة، ويعتقد "جيمس ف . ماكينرى وزملاءه" "أن صحة المجتمع لا تأتى من صحة أفراده

فقط، بل أيضاً من صحة البيئة، وصحة العمليات الصناعية المختلفة، وهذا ما يجب أن تتضافر فيه جهود التنظيمات المجتمعية الحكومية والأهلية، والمدارس الصحية، حيث تطرح أفكار جديدة حول الصحة الزوجية، وصحة الطفل، والمولود، والمسنين، والصحة العقلية، والصحة الدوائية والبيئية، والتلوث الهوائى والمهنى وغيرها (٣٦).

إن الرفاهية الاجتماعية التى تنتج عن التحديث الصناعى تستلزم من الدول إصلاح ما أفسدته السياسات الصناعية القديمة، وإهمالها للسلامة المهنية للعمال، ورفضها للرعاية الصحية المنزلية، وتهميشها لدور المنظمات الشعبية لتتقيف الأفراد بمفاهيم الأمان الصحى، مع تقليصها لرقعة التعليم الصحى وغيرها مما يعرقل تقديم رعاية صحية ذات معدلات أمان مرتفعة، فهذه العوامل أدت لهيمنة قيم بيروقراطية على نظم تقديم الرعاية الصحية، وأدت لاضطراب الهياكل التنظيمية المهمة بالصحة والعلاج، وكثرت شكاوى الفقراء والمسنين والعمال وتلاميذ المدارس من غياب الأمان الصحى فى حياتهم، وجميعها صب فى الغياب الواضح للأمان الصحى (٣٧).

إن استخدام التكنولوجيات الوراثية والتى صاحبت ثورة التحديث الزراعى قد أدت لتجاوزات كثيرة فى حقوق الإنسان الصحية، وأفقدته كثير من إحساسه بالأمان الصحى، وقد فشلت كثير من المجتمعات فى إيقاف مخاطر بعض هذه التلاعبات الهرمونية والوراثية، خاصة بعدما تدخلت الشركات الاقتصادية العابرة للقارات فى زيادة الضغوط على الدول لاستخدام هذه التكنولوجيات فى صناعات الغذاء والزراعة، ورغم زيادة مخاطرها على الأمان الصحى والبيئى لهذه المجتمعات، مازالت بعض المجتمعات تستخدمها تحت دعاوى التحديث الصناعى والتقدم التكنولوجى، فآثارها الضارة قليلة مقارنة بما تجنيه الشعوب من إيجابياتها، خاصة إذا استطاعوا تقليل هذه المخاطر ببرامج الرعاية الصحية والاجتماعية المكثفة فى المنشآت الصناعية

المختلفة (٣٨).

#### ٤- تخلى الدولة عن دورها الصحى :

يعانى القطاع الخدمى الصحى من اضطرابات عديدة أثناء فترات التحول نحو التخصصة، فتخلى الدولة عن دورها الخدمى الصحى، واضطرار المرضى لشراء الأمان الصحى عبر المؤسسات العلاجية الخاصة، يودى إلى زيادة استغلال رأس المال الخاص لحاجة المريض العلاجية، سواء فى المستشفيات الاستثمارية ذات الكفاءة العلاجية والتكنولوجية العالية، أو شركات الأدوية التى ترفع أسعار الأدوية الضرورية لبعض المرضى، وربما فى بيع الأعضاء وبنوك الدم وغيرها، ومن جهة أخرى يفقد الأفراد علاقتهم بمجتمعهم الذى تركهم عرضة لهذه الصراعات، وكلاهما وإن فشل فى توفير حد أدنى من الأمان الصحى لكافة قطاعات الجماهير، يضطر الغالبية لإهمال ما قد يطرأ على حياتهم من أعراض مرضية أو تحملها أملاً فى زوالها، وهذا وإن لم يفتح كافة الأبواب أمام التداويات المنزلية والشعبية والسحرية، فإنه يودى لأزمان هذه الأمراض، وصعوبة علاجها فيما بعد، مما يفقد المجتمع قدر من طاقته البشرية المنتجة.

إن الاهتمام بالقطاع التأمينى الصحى قد يخفف من تبعيات تخلى الدولة عن دورها الصحى، وقد يقوم بأدوار هامة فى تحجيم سيطرة التخصصة للخدمات الصحية، فالنظام التأمينى فى إنجلترا يسعى لتقديم الخدمة لواحد من سبعة أفراد فى المجتمع، ويراعى كافة الاحتياطات اللازمة لتحقيق هذا الأمان الصحى لأفراد المجتمع عموماً، ورغم هذا فالمستفيدين من الخدمة الصحية مازالوا يتشككون فى نوعية الخدمة الصحية وفرص تقديمها عبر القطاع الخاص، لهذا فهم يفضلون درجة أقل من الأمان الصحى مع توفر هذه الخدمات وأتاحتها للمحتاجين لها، بدلاً من ارتفاع درجة الأمان مع ندرة

أو صعوبة الحصول عليها حين الحاجة لها(٣٩).

تخلى بعض الدول الفقيرة عن الاهتمام بالأمان الصحى تحت دعاوى تكلفتها الباهظة، أو تحولها نحو التخصصة، لا يعنى عدم البحث عن أساليب أخرى لتحقيقها، بل يجب ابتداء طرق جديدة لتقديمها، كما حدث فى المكسيك فقد ركزت الحكومة جهودها على مياه الشرب، والصحة والتعليم والزراعة، والتغذية والإسكان والبنية التحتية، وتحقيق العدل، ولكن بعد تنفيذ متطلبات كل قطاع وجد الاقتصاديون أن تكلفة تحقيق ذلك لا تتحملها الحكومة، لهذا اختارت بعض هذه القطاعات ليدخل القطاع الخاص فى القيام بها، منها القطاع الصحى، ووضعت الحكومة متطلباتها فى الأمان الصحى والعدالة العلاجية رهن من يقدر على تحقيقها من مؤسسات القطاع الخاص، مع مراعاة الميزانية الحكومية، وميزان المدفوعات، واقتصاديات السوق وحالة العمل، وتأثيرات التحديث، والتوقعات الاجتماعية، وغيرها مما لا يحى نور الدولة ويزيد من هيمنة القطاع الخاص على الجوانب الإنسانية للأفراد(٤٠).

لهذا يتشكك البعض من أن المتطلبات الشعبية للخدمة الصحية قد تعرقل تحقيق متطلبات الأمان الصحى، أو دخول القطاع الخاص فى تقديمها، خاصة فى المناطق الريفية والعشوائية بالبلدان النامية، فتلك المناطق لها خصوصيتها الاجتماعية والثقافية التى تتطلب تدخل ملائم لذلك حتى تتحقق قدر من هذا الأمان الصحى، لهذا أولت المنظمات الصحية العالمية اهتماماً متزايداً بتلك الأماكن دون غيرها فى المجتمعات النامية، ووضعت محاور إنسانية وتنظيمية خاصة للأمان الصحى فيها، حتى مقدمى الخدمات الصحية والداعين لهذه المخططات يتخذون نماذجاً سلوكية للتوعية بهذا الأمان الصحى تختلف عما يتبعوه فى باق أجزاء المجتمع(٤١). وربما تلجأ بعض هذه البرامج لمعاونة برامج اقتصادية أخرى تأتى ضمنها هذه البرامج الصحية كخطوة للتألف مع طبيعة هذه المجتمعات.

ويؤكد البعض الآخر فشل القطاع الخاص في تلبية متطلبات الأمان الصحي خاصة في المجتمعات النامية، فما يسعى له هو الربح فقط، والأمان الصحي مجرد لافتة براقية يستخدمونها ظاهرياً لترويج سلعتهم وإخفاء مقاصدهم المادية، فما يفعلونه هو مصدر لعدم الأمان الصحي، وكما ترى “دنيال دراشي وزميلتها” أن الإصلاح الصحي عادة ما يتأثر بتوترات السوق الخاص المشارك في تقديم الرعاية الصحية، لهذا فالأمان الصحي الذي تأمله السلطات المحلية عادة ما تعرقله طموحات هذا السوق الخاص خاصة عندما تتدخل فيه الأهداف الاجتماعية لتقديم الرعاية الصحية، واقتصاديات الصحة وغيرها مما يستخدمه القطاع الخاص للضغط على مخططي هذه البرامج(٤٢).

ورغم هذا فالاهتمام بالقطاع الصحي الخاص لم يعد قاصراً على المجتمعات الرأسمالية الغربية فقط، بل اتجهت له المجتمعات الآسيوية والأفريقية أيضاً، فالهند، وإندونيسيا، وكوريا، والفلبين، وتايلند، وفيتنام قد شجعوا القطاع الخاص على تقديم خدمات صحية متنوعة كمعاونة منهم لتحقيق الأمان الصحي لأفراد مجتمعاتهم، ورغم اختلاف درجة المشاركة بين القطاعين الحكومي والخاص في سياسات التنمية الصحية في هذه المجتمعات، إلا أن معدلات الرعاية الصحية الآمنة قد ارتفعت، وتحسنت درجاتها المقدمة للمرضى وللقطاعات الشعبية والفقيرة منهم، خاصة بعد مشاركة البنك الآسيوي للتنمية في تقديم هذه الرعاية المجانية أو المدفوعة الأجر(٤٣).

## المبحث الثانى

### الأمان الصحى للفئات الاجتماعية الفقيرة

#### تحليل ميدانى

- أ. الوصف الديموجرافى والاجتماعى.
- ب. الوعى الاجتماعى لساكنى الإيواء.
- ج. الحالة الصحية لساكنى الإيواء.
- د. مصادر الخطورة الصحية .

#### أ- الوصف الديموجرافى لمدينة بدر:

مدينة "بدر" هى إحدى المدن الجديدة التى قامت هيئة المجتمعات العمرانية الجديدة بإنشائها لاستيعاب الزيادة السكانية فى مدينتى القاهرة والسويس، ولفتح فرص عمل جديدة فى المشروعات الصناعية والتجارية التى سيتم إنشائها فيها، وتبلغ مساحتها ٠٠٥٧١ فدان، وتم تخطيطها لتستوعب (٤٣٠) ألف نسمة، وتبلغ الكتلة العمرانية للمدينة (١٧٥٠٠) فدان تحتوى على منطقة سكانية (٨٨٧٣) فدان، وتتكون من أربعة أحياء سكنية (١٢١٦٠ فدان)، ومنطقة إسكان متميز (١٣٨٥ فدان)، ومنطقة إسكان اقتصادى (٦٣ فدان)، أما الخدمات التى تم تشغيلها فى المدينة فتتضمن خدمات النقل العام، نقطة شرطة، وحدة إطفاء، مسجد، سيارة أنابيب، تأتى مرتين أسبوعياً، مكتب خدمة المواطنين، مكتب للقوى العاملة، مدرسة للتعليم الأساسى، مركز طبى تابع لإدارة مصر الجديدة، وسكن للأطباء، ومكتب بريد وتلغراف.

أما المنطقة الصناعية بالمدينة فتبلغ (٩٢٨ فدان) مقسمة لخمس مناطق



بخلاف المنطقة الحرفية (٥٥ فدان) ومنطقة صناعية جديدة مساحتها (٢٥٠ فدان) مقسمة لثلاث مناطق بخلاف منطقة حرفية (١٦١ فدان)، وجرى إنشاء منطقة جديدة مساحتها (٢٥٠ فدان)، وتحتوى هذه المنطقة على صناعات خشبية، وكهربائية، ومعدينية، وتعبئة وتغليف، ومنسوجات، مواد غذائية، مواد بناء وتشبيد، ... الخ، إضافة لصناعات حرفية وخدمية، المنطقة الطبية تبلغ (٦١٥ فدان) وتشمل المعهد القومى للصحة النفسية، والمعاهد الطبية المتخصصة، المنطقة الرياضية وتبلغ مساحتها (٢٣٦ فدان) وتشمل نادى بدر ومنطقة مخصصة للأندية الرياضية، المنطقة السياحية وتبلغ مساحتها (٢٦٠ فدان)، وأخيراً المسطحات الخضراء وتبلغ (١٦٩٠ فدان) .

#### ب - الوصف الديموجرافى لمنطقة البحث:

تقع مساكن الزلزال فى الحى الأول الذى يتكون من خمس مجاورات، تقع هى فى المجاورة الأولى منها، بجانب مساكن البنك والتمايك، وتحتوى هذه المجاورة على خزان المياه الرئيسى والجامع وصيدليتين، وهى تتكون من (١٥) بلوك من رقم (٣٨) حتى (٥٢) يحتوى كل بلوك على (٢٠) شقة وله مدخلين، مساحات الشقق تتراوح ما بين ٥٥م - ٦٥م، غالبية الشقق يسكن فيها أسر تتكون من زوج وزوجة وثلاثة من الأبناء على الأقل، أحياناً يقيم معهم الأم أو الأب أو كليهما، وقد يقيم معهم أحد الأبناء مع زوجته وأطفاله، غالبية السكان جاءوا لها منذ عام ١٩٩٢م، الباق أقام فيها بعد فترة حينما استغنى بعضهم عن شقته أو تركها لأحد أبنائه وأقام فى مجاورات أخرى أو فى المكان الذى جاء منه، الملاحظ أن غالبية سكانها جاءوا من إمبابة والمعصرة وحلوان، وبعض المناطق التى تضرر أصحابها من الإخلاء أو الإزالة الإدارية .

أما منطقة "صبحى حسين" فهى منطقة جديدة خارج المجاورات الرئيسية لمدينة بدر، تقع على طريق الروبيكى، وأكثر اتساعاً من منطقة الزلازل وتختلف عنها فى شكل المساكن، فهى أقل ارتفاعاً وأقل مساحة، تتكون من بلوكات دورين فقط، وكل دور متكون من أربع شقق، تتميز بقلّة السكان وقلة الأشغال فمازالت الكثير منها رهن الإنشاء والتملك، يتم الحصول عليها بدفع (١٠٠) جنيه كمقدم و (٧٠-١٠٠) جنيه شهرياً، من يسكن فيها يشترط أن يكون من منطقة الجمالية وقد تضرر من الزلزال أو الإخلاء الإدارى، عادة ما تسلم الشقق على الجدران ويتم استكمالها بمعرفة ساكن الشقة، التخصيص لساكنى الجمالية ذكر أنه مرتبط بالحملة الانتخابية فى هذه المنطقة والتي تم تقديمها كدعاية انتخابية.

الزيارة الميدانية للباحث لاحظ فيها أن عمارات الزلزال بها شروخ متعددة بعضها يمتد من الدور الأرضى لبقية الأدوار العليا، ومعظمها به أثار واضحة لرشح الصرف الصحى على الجدران الخارجية والداخلية للبلوكات، مع تريحات لبعض البلوكات عن المستوى الإنشائى لها، قيل فيها أنها عيوب إنشاء وسرقة من المقاولين الذين قاموا بتشييدها، أيضاً لاحظ الباحث استغلال ساكنى الأدوار الأرضية لشققهم فى عمل مشروع تجارى (بقالة - كوافير - بيع خضار - تليفونات - بيع شرائط فيديو - مقاهى)، ويتم البيع عبر البلوكات أو النافذة المتواجدة، أيضاً لاحظ الباحث الانقطاع المتكرر للتيار الكهربائى وقيل للباحث أنه أحياناً يتم بشكل متعمد ويقوم به المنحرفين فى المدينة لتغطية سرقاتهم للشقق المهجورة، وتحاول شرطة المدينة التحكم فى هذا الأمر بالقبض على المنحرفين، وحماية أكشاك النور العمومية، أما الأهالى فيقومون بعمل باب حديد كبوابات العمارات عند كل مدخل يجمع شقتين معاً، مع عمل شبك حديد يحمى النوافذ والبلوكات مع الزيارة المتكررة لها كل فترة، أما أفراد الجهاز فيقومون بزيارات مفاجئة ودورية

لتلك الشقق نهاراً وليلاً وينذرون أصحابها غير المقيمين فيها بالإقامة المنتظمة وإلا يتم سحب الشقة منهم.

أما منطقة "صبحى حسين" ففى الزيارة الميدانية للباحث لاحظ خلو معظم البلوكات من السكان، وضيق مداخلها للدرجة التى قد يصعب على السكان إدخال بعض قطع الأثاث العادية، البوابات الحديدية أيضاً متواجدة على مداخل الشقق، لكنها فى العموم أفضل حالاً من مساكن الزلازل، معظم سكانها تواجدوا فيها منذ فترة قريبة (سنة أشهر تقريبا)، أكثر ما يلفت الأنظار بين ساكنى هذه المنطقة هو السلوك المعيشى الشعبى (أو الريفى) لبعضهم، فالنساء تربي بعض الطيور أو الماعز سواء أمام العمارات وفى البلوكات أو فى مداخلها، بعضهن تبيع سلع بسيطة أو خضراوات أو عيش أمام العمارة، وغالباً ما تجتمع النساء المقيمات فى نفس البلوك أمام البلوك أو بجانب واحدة تبيع السلع السابقة، وبعضهن يقمن ببعض أعماله اليومية (طبخ - غسيل ...) فى هذا المكان، أما الرجال فالعديد منهم يجلس ليلاً على حصيرة بلاستيكية أو كنبه خشبية مع بعض أصدقائه المقيمين فى المنطقة، ويشاهدون التلفزيون ويتناولون الشيشة وأحياناً البانجو.

### **السمات الاجتماعية المميزة لساكنى منطقتى البحث:**

معظم من يقيمون فى الزلازل من الشرائح الدنيا فى المجتمع، أما من يقيمون فى منطقة "صبحى حسين" فالبعض منهم ينتمى للشرائح المتوسطة والبعض الآخر ينتمى للشرائح الدنيا.

الأعمال الحرفية هى المهن السائدة بين ساكنى منطقة الزلازل وإن كان غالبية من كانوا يعملون فيها أصبحوا عاطلين لكبر أعمارهم، وقللة العمل، وإصابة البعض منهم بأمراض جعلتهم فى حالة عجز بدنى لا يساعدهم على العمل، أما ساكنى منطقة "صبحى حسين" فبعض أفرادها ممن كانوا يعملون

فى وظائف حكومية أو فى الجيش وأصبحوا على المعاش، والبعض الآخر مازال يعمل، أما الغالبية فمثل ساكنى الزلزال كانوا يعملون فى حرف وأصبحوا عاطلين.

معظم أسر منطقة الزلزال يزيد عدد أفرادها عن ست أفراد وتزيد فى حالات عديدة إلى عشرة أفراد، أما أسر منطقة صبحى حسين فغالبية أعداد أفراد الأسرة يتراوح ما بين أربعة أفراد وثمانية أفراد، إضافة لأسر قليلة يقل أفرادها عن أربعة، أو تزيد عن ثمانية أفراد.

الأعمال الهامشية سائدة بين نساء منطقة الزلزال، أيضاً فى منطقة "صبحى حسين" وإن قلت عن سابقتها، وعادة ما تمارس أمام العمارات أو فى الأدوار الأرضية لها، مع قلة يعملون فى مهن كوافير، بقالة، بيع دواجن، خضار، وهى أكثر انتشاراً بين ساكنات المنطقة الثانية عن الأولى.

أعداد المطلقات والمتزوجات عرفياً والعائلات لأسرهن بين ساكنات الزلزال أكثر من أولئك المقيمت فى منطقة صبحى حسين، وهن يقيمن بمفردهن مع أولادهن وفى الغالب لا يكون لهن مصدر دخل ثابت من الزوج الغائب ويعتمدن على الإعانات من مكتب الخدمة الاجتماعية أو الأعمال الانحرافية للأبناء (الشحاذة، السرقة، الدعارة)، أو عائد ضئيل يأتى من بيع سلع بسيطة أمام العمارات.

تسود "الأمية" بين كبار السن (ذكور وإناث) فى منطقة الزلزال، أما بين متوسطى السن (٢٠-٣٥ سنة) فالغالبية يعرفون القراءة أو الكتابة أو كليهما، القليل منهم حاصلون على شهادة متوسطة، أما صغار السن فالغالبية مازالوا فى مراحل تعليمية مختلفة، وإن كان معدل التسرب بينهم مرتفع، والرسوب متكرر، أما فى منطقة "صبحى حسين"، فالأمر يختلف لوجود نسبة من المتعلمين بين كبار السن، والتي رفعت معدلات التعليم بين متوسطى

وصغار السن، وقللت معدلات التسرب والرسوب بينهم مقارنة بما فى الزلازل.

الحالة المادية لغالبية الأسر فى منطقة الزلازل متدنية وتتراوح دخلهم الشهرى ما بين (١٥٠-٢٥٠ جنيه) وهى فى معظمها إعانات من مكتب الخدمة وأجور شهرية لأعمال هامشية (حراسة، عتالة، أعمال معاونة) وأحياناً يضاف لها عائد غير مشروع لشحاذة إعانة زكاة...، إضافة للقليل من الأسر التى يتعدى دخلها (٣٥٠ جنيه) وهم غالباً يعملون فى أعمال انحرافية (بانجو، دعارة، مقاهى فيديو، سرقة...) والأمر لا يختلف فى منطقة "صبحى حسين" وإن كان أقل كثيراً مما فى الزلازل، مع وجود أسر حالتها المادية ثابتة وتتراوح ما بين (٥٠٠-٧٥٠ جنيه شهرياً)، وأسر أخرى تعتمد على عمل أبنائها فى مهن حرفية أو هامشية فى القاهرة أو فى مصانع مدينة بدر، وهم من يرتفع دخلهم الشهرى إلى نفس المعدل السابق.

ترتفع معدلات الزيجات العرفية من الفتيات صغيرات السن المقيّمات فى منطقة الزلازل عنه بين المقيّمات فى منطقة "صبحى حسين"، أيضاً تتقارب معدلات المنحرفات بين ساكنات المنطقة الأولى والثانية، وإن كانت أكثر علانية فى الأولى عن الثانية، ويلاحظ أن غالبية هذه الزيجات العرفية لفتيات منطقة الزلازل داخلية، أى أنها تتم مع ذكور داخل أسر منطقة الزلازل، ويعيش معظمهم داخل نفس الشقق، أما فى منطقة "صبحى حسين" فالبعض منهن تزوج من شباب يعيشون فى مناطق أخرى فى القاهرة أو فى مجاورات أخرى، ومعظمهم لا يعيشون مع زوجاتهم بشكل دائم أو فى نفس الشقة، ويترددن عليهن كل فترة، وبعضهم ترك زوجته وأبناءه كلية .

الحالة الصحية لغالبية كبار السن فى منطقة الزلازل متدهورة، والأمراض السائدة بينهم هى آثار لتعاطى المخدرات والبانجو، وأمراض

الكبد، السكر وضغط الدم، بعضهم يعانى من آثار حادثة مهنية، أما متوسطى العمر فيبدو عليهم تأثيرات التغذية غير الجيدة وتعاطى البانجو والسهر الدائم، صغار السن تظهر عليهم سمات الأنيميا ، نفس الصورة بين ساكنى "صباحى حسين" وإن كانت أقل خاصة بين صغار السن ومتوسطى العمر.

### الوعى الاجتماعى:

السمات الاجتماعية المميزة للوعى الاجتماعى لساكنى الزلزال وصباحى حسين تشكلت عبر غياب الإحساس بالمسئولية الأسرية، والضبط الأخلاقى، والإحساس بالنقمة المعيشية، وانتشار الحقد الطبقي والصراع المعيشى فيما بينهم، إضافة لعنف العلاقات الاجتماعية والأسرية، واضطراب القيم الدينية والأخلاقية بين الشباب وصغار السن، وانتشار الثقافة الهامشية بين العاملين فى بيع الأطعمة والشحاذين والشياطين وما شابهم، يعتقد بعض الأفراد أن سبب ذلك أن خبراتهم ومدركاتهم الاجتماعية جاءت تجميعاً لسلوك الأحياء الشعبية التى جاءوا منها، وسلوك الجماعات المنحرفة المنتشرة بين الشرائح الدنيا فى المجتمع، وتوضح سمات الأحياء الشعبية فى سلوكيات الحياة اليومية لغالبية ساكنى هاتين المنطقتين، حيث تجلس النساء فى فترة الصباح وبعد المغرب أمام العمارات، ويقمن بتربية الطيور وبعض الماعز، ويجلس بعض الرجال (العاطلين خصوصاً) يتناولون الشيشة والشاى أمام هذه العمارات، أما سمات الجماعات المنحرفة فنلاحظها فى تعاطى الشباب للبانجو، وفى بعض السلوكيات الأخلاقية المنحرفة، وفى سمات التفكك الأسرى بينهم.

عموماً التركيبة الاجتماعية لهذه الجماعات القاطنة لمساكن الزلزال و"صباحى حسين" يمكن اعتبارها ممثلة للشرائح الدنيا وللجماعات الجامحة، والذى يجعل غالبيتهم مضطربى القيم والأعراف والتقاليد، يقبلون من

الانحرافات ما لا يقبله غيرهم من الجماعات الاجتماعية الأخرى، فليس غريباً أن يتعدى أحد الأبناء على أحد والديه، أو يقبل أحد أفراد أسرة أن تتحرف الأخت أو الزوجة، وأن يتعدى الزوج على زوجته بالسب والضرب لتوفر له ثمن سجنائه وطعامه رغم أنه لا يعمل، وأن يدمن أحد شباب أسرة ما الأقرص المخدرة ويأتي منزله وهو في هذه الحالة، يعتبر بعض الأفراد الفقر سبباً وراء هذه الانحرافات، ويرى آخرون إهمال الدولة لهم بعد التضرر من الزلزال أو الإزالة سبباً في عدم انتمائهم للمجتمع ورغبتهم في التمرد عليه، ويرى آخرون أن تجميع المنحرفين والفقراء في مكان واحد هو ما شكل هذه الانحرافات وجعلها مقبولة بينهم، عموماً هم ناقمون على أنفسهم ومجتمعهم وأسرته.

### الوعي الصحي :

أهم ما يميز سلوكيات هؤلاء الأفراد هو جهلهم بمشكلات حياتهم الصحية بمسمياتها المعتادة بين عامة المتعلمين أو أنصافهم، رغم هذا أشار قلة منهم لمعرفة انطباعية عن بعض مشكلاتهم وأزماتهم الاقتصادية والصحية، ويطرحونها عبر مسميات كارتفاع أسعار الدواء، إهمال الدولة لصحة الفقراء، السماح للقطاع الخاص بالتجارة في صحة المواطنين، استغلال بعض رجال الأعمال لجهد العمال وصحتهم وبدون تأمين صحي لهم، وغيرها مما نعتقد أن لوسائل الإعلام الرسمية والفضائية دخل في تشكيلها، ربما أكثر ما يعيه هؤلاء الأفراد هو القيم المنحرفة والمهذبة للشرائح الهامشية والطفيلية، والتي يعتقدون أن سلوكهم المنحرف متوافق ومتماشى معها، بل يتهمون الدولة بعدم العدالة معهم عندما تعاقبهم قانونياً عليها، لأن هناك من تحاسبهم على ذلك من كبار المرتشين وسارقي القروض والسامسة وغيرهم، فلماذا يهتمون بالعمل إذا كانوا يعيشون في زمن النسء، وزمن الراقصات ولاعبى الكرة، وزمن أسرق وأجرى وغيرها.

سمة الاستسلام للحياة المعيشية الصعبة وللأزمات المادية والصحية اليومية جعلت بعضهم يرى أجسادهم متوافقة مع هذه الظروف، نفس الأمر يسرى على وعيهم الصحى وسلوكهم العلاجى تجاه أى معاناة مرضية يعانون منها، فالمخدرات والبانجو لا تضر بصحتهم، فهى تسعدهم وتسرى عن حياتهم المملة، والأقراص المخدرة لا تضر بجهازهم العصبى، بل هى تخلق عالماً خاصاً بهم يجعل الآخرين يخشونهم ويحتاطون من التعامل معهم، والقازورات ومياه المجارى لا تسبب أمراضاً لهم كغيرهم فأجسادهم اعتادت عليها، حتى المياه الملوثة والتغذية غير الجيدة لا تؤثر فى أجهزتهم الهضمية، العكس هو ما قد يحدث لهم إذا تناولوا طعاماً جيداً أو مياه نقية، هذه المبالغة والفهم المعكوس للتأثيرات المرضية وإن كان يخفى سخريّة مما يعانون منه، إلا أنه لا يعنى جهلهم بتلك الأضرار كلية، ولكن ماذا يفعلون إذا كانت تلك هى معاناتهم اليومية.

الانحرافات الاجتماعية السابق شكلت نماذجاً للسلوكيات المرضية المنحرفة خاصة الأفراد الذين أصيبوا بالمرض بعد سجنهم، فهناك من يعيش قعيداً يعانى من السكر والضغط ويحتاج لعملية جراحية فى القلب، ومنهم من يعانى من تضخم الكبد ودوالى المرئ، وهناك من أصيب بالشلل النصفى أو الكلى ويجلس قعيداً يحتاج لكرسى متحرك، بعض الأفراد أشاروا لوجود من يعانون من الغرغرينا فى إحدى أرجلهم ويحتاجون لبترها، الملاحظ أن أسر هؤلاء الأفراد يزيد فيها الأطفال عن خمسة أطفال، والنساء هن اللاتى يعملن وهن العائلات لأزواجهن، أكثر من ذلك يرفض غالبية هؤلاء الأفراد العلاج فى أى مستشفى ويفضلون الوفاة فى أسرهم ومنازلهم وبين أبنائهم، وهم قللى الشكوى المرضية رغم ما يبدو على حالتهم الصحية، من يحتاجون منهم لعلاج دورى (السكر أو الضغط) يأتون به من التأمين الصحى أو من إعانتات مكتب الشئون الاجتماعية، بعضهم اضطر لبيع أثاث منزله للوفاء بمتطلباته



العلاجية وبعضهم توفى عندما ساءت حالته .

الجهل الثقافي الصحى السابق لم يمنع بعض ساكنى الزلزال و"صباحى حسين" من انتظار "قرار للعلاج على نفقة الدولة"، وفى العادة يأتى هذا القرار بعد فحص حالة اجتماعى يقوم به مكتب الخدمة الاجتماعية بالمدينة، ويرسل التقارير للمكتب الرئيسى بمصر الجديدة للموافقة عليه، بعدها يأخذها المريض ويذهب به لمستشفى السلام أو مستشفى منشية البكرى أو العاشر للنظر فيها واتخاذ القرار المناسب عندما تعقد اللجنة المختصة، أحياناً يصدر القرار ويستفيد منه المريض بصرف علاج دورى مجانى أو بنصف الثمن تقريباً، أو يعالج داخل القسم المجانى، أو تجرى له جراحة ضرورية، وأحياناً كثيرة يصدر القرار بعد وفاة المريض أو بعد تفاقم حالته المرضية، هذا الأمر يعتبره الأفراد حقاً مسلوباً منهم خاصة بعد تحمل الدولة مسئولية نقلهم بعد كارثة الزلزال أو الإزالة، وكلاهما ليس لهم يد فيه، ويعتبره آخرون وسيلة خفية من الدولة للتخلص من المنحرفين عندما تم تجميعهم فى مكان نائى بعيد يخفف من تأثيراتهم على الآخرين، ويراه فريق ثالث وسيلة أمنية بوليسية لتفتيت جهودهم الانحرافية وتمردهم على الدولة، حتى تفيق الدولة للجماعات الدينية المتطرفة ولباقى المنحرفين.

ومن ثم أصبحت "العدوانية" ليس فقط سلوكاً اجتماعياً نشأ من الوعى الاجتماعى المشوه، بل سلوكاً صحياً أيضاً، فالنساء صرن عدوانيات مع بعضهم، ويلاحظ فيما بينهن كثرة الاضطرابات النفسية، كالعصبية الشديدة والعراك والتدخين والسهر الطويل، أيضاً ينتشر بينهن بعض السلوكيات الجنسية الشاذة، والدعارة، والشحاذة بأطفال مرضى أو بزوج مريض أو به عيوب خلقية، والرجال كثرت مشاجراتهم مع أصحاب الأعمال (الحرفية خاصة)، ويفضلون الأعمال الهامشية التى لا تحتاج لجهد بدنى، ومع ذلك يشكون من الإرهاق الدائم والملل والصحة المتدهورة، أيضاً الأطفال دائمى

الشجار مع إخوانهم وأبائهم، ومرضى نتيجة تناولهم للطعام من الباعة الجائلين، وهذا ما حدث عندما أصيب عدد منهم بالإغماء والإسهال نتيجة تناولهم الطعام من أحد الباعة، ولقد أشار بعض الأفراد أن بعض الأطفال فى المدارس كونوا عصابات ضد بعضهم البعض، وكثيراً ما تحدث معارك بينهم ويصاب بعضهم بجروح كبيرة .

أما عن وعى الأفراد بالصحة الجنسية فقد تأثرت بثقافة الإيواء والفقير والازدحام السكانى، وأثرت على شكل الانحرافات الجنسية بينهم، فضيق الأماكن، وغياب الزوج لفترات طويلة سواء أثناء اليوم أو أثناء الشهر، وافتقاد الدخل الشهرى الثابت، جعل العلاقات الزوجية غير طبيعية، ففوق افتضاح أمر بعضها نهاراً أو ليلاً، فهذا الأمر غير محرج لبعضهن أن ورد ذكره بينهن، حتى المنحرفات من النساء قد يجهرن بألفاظ وإيماءات فى السلوك الحياتى اليومى ذات دلالات انحرافية، هذه العلانية يراها البعض سبباً فى وجود انحرافات جنسية أكثر خطورة كالشذوذ بين النساء أو بين الفتيات، وارتباط العلاقات الزوجية بالمخدرات، ووجود حالات دعارة وغيرها.

الثقافة السابقة تلازمها ثقافة إيجابية مميزة لهم، يغيب فيها وعيهم بأهمية تنظيم الأسرة أو باستخدام وسائله، ربما لأن ثقافة المناطق الشعبية التى جاءوا منها تنتشر فيها الجهل الثقافى الإنجابى، وتزداد فيها الزيجات المبكرة لفتيات صغيرات السن، وتعتمد على شكل الأسرة الممتدة، وتضع للذكور أهمية اجتماعية واقتصادية تعود على أسرته، فقد انتقلت هذه الأسر بعد الزلزال أو الإزالة وهى فى حالة زيادة عددية، واستمرت فى الزيادة رغم ازدياد سوء حالتها المعيشية والاقتصادية، لهذا أشار ساكنى الزلزال و"صبحى حسين" لخدمات وزارة الصحة فى التطعيم وأحياناً رعاية الأطفال، لكنهم لم يشيروا لأى حملات وردت لهم تختص بتنظيم الأسرة، حتى مكتب

الخدمة الاجتماعية لم يشر إلا لبعض محاضرات قليلة تم عقدها بخصوص هذا الأمر، ويبدو أنها نظمت ظاهرياً لسكان باق المناطق الأخرى.

تبقى نقطة أخيرة فى توضيح سمات الوعى الصحى لأفراد هاتين المنطقتين وهى وفيات الأطفال، وهى مرتفعة - نوعاً ما - بينهم، وأشارت أسر عديدة لوفاة أحد أطفالها سواء فى بداية ولادته أو فى السنوات الأولى له، الملاحظ أن هذه الوفيات ليست فى الطفلين الأوليين، وفى الغالب تحدث بسبب المرض، وهى غير مثبتة فى كشوف وزارة الصحة لأن الأطفال لم يثبتوا عند ولادتهم، أيضاً الأمهات تعدين عمر الأربعين، الاهتمام الوحيد للأطفال هذه الأسر لوحظ مع شراء بعضهم لكليوات قليلة من اللبن من سيارة جائلة تأتى كل يومين أو ثلاثة تحمل اللبن من القاهرة أو الجيزة أو المنوفية، وهو ما يجعل احتمالات تلوثه أو فساده موجودة، أما باق السلوكيات الحياتية للأطفال فلا يشاهد فيها أى اهتمام أسرى بصحتهم أو بتنشئتهم اجتماعياً وأخلاقياً أو حتى تعليمياً.

### ج- الحالة الصحية لقاطنى الإيواء:

تتأثر السلوكيات الصحية لغالبية ساكنى منطقتى الزلزال و"صبحى حسين" بغيات المنافذ العلاجية المختلفة، فلا يوجد بالمدينة سوى صيدليتين تقدمان الدواء بأسعار مرتفعة، وباستشارات من العاملين فيهما وبعضهم غير مؤهل طبيياً، وعيادة واحدة تابعة لجهاز المدينة تقدم الخدمة بأجر رمزى وتفقد لهيئة الأطباء المتخصصة وللأدوية المناسبة، مع وجود مستشفى واحد خاص يقدم الخدمة بأجر معتدل لكنه لا يناسب الحالة المادية لغالبية ساكنى الزلزال وصبحى حسين، المنفذ العلاجى الوحيد هو سيارة الإسعاف وهى تابعة لجهاز المدينة، وهى أثناء النهار لا تنتقل للقاهرة أو للعاشر من رمضان إلا فى حالات الطوارئ، أما أثناء الليل فالانتقال لهذه الأماكن يكلف

المريض ثمن الانتقال، ويوقعه في مشكلة العودة لسكنه ليلاً، وأحياناً لا تتحرك السيارة في الحالات الحرجة (القريبة من الوفاة)، أو الحالات الفقيرة .

لهذا يعتمد أفراد هاتين المنطقتين على مرضية تقيم في منطقة قريبة للاستشارات الطبية تقديم الدواء أو الحقن، أو الذهاب نهاراً لإحدى مستشفيات القاهرة (مستشفى التأمين) أو العاشر لاستشارة الطبيب وشراء الدواء، بعضهم يعتمد على أدوية متنوعة يحضرها معه من القاهرة كل فترة يستخدمها كما يشير له الصيدلى (بعضها للمغص، للإسهال، الكحة، للقيء وغيرها)، بعضهم يستعين بخبرة زميل له في العمل أو جار له فى منطقة مجاورة أو استخدام بعض بقايا الأدوية التى فى حوزته، المهم هو تخفيف الألم الذى يعانیه، وزوال الأعراض المرضية التى يشتكى منها.

الأعراض المرضية التى يعجز ساكنى هذه المناطق على التعامل معها هى أعراض الولادة المتعسرة، وعواقب تعاطى البانجو، والجروح القطعية الشديدة، فى الأولى يعتمد معظم الأفراد على الإقامة عند أحد الأقارب بالقرب من مستشفى حكومى أو تأمينى بالقاهرة (حيث كانوا يقيمون قبل الإيواء)، أما الثانية والثالثة فيعتمد أصحابها على الذهاب لمستشفى خاص، بعضهم أشار لتغطيته مصاريف العلاج من خلال السلفيات التى لا يتم سددها فى الغالب، والاقتراض يكون من أصحاب المحال التجارية الذين يخشون التعدى عليهم أو على تجارتهم، بعض هؤلاء الأفراد توفى نتيجة عدم توفر أى من الأسباب السابقة، ويتم دفنهم فى مناطق خلوية أو ريفية بمعرفة أحد الأصدقاء.

أما العمالة التى تقيم فى هذه المنطقة وتعمل فى المصانع الموجودة فى المدينة فغالبيتها من النساء والفتيات ما بين ٢٠-٣٠ سنة، وبعض الشباب ما بين ٢٠-٣٥ سنة، ومشكلاتهم الصحية تأتى من مياه الشرب ونمط التغذية اليومي، وغياب التأمين الصحى فى المصانع، فمياه الشرب دائمة الانقطاع،

وملوثة، وأحياناً يعتمد غالبيتهم على المياه التي تأتي في الطلبات العمومية المتواجدة لأغراض رى الحدائق أو إطفاء الحرائق، أما التغذية اليومية فلا تخرج عن العيش والفول والطعمية والبطاطس المقلية أو الباذنجان المقلى فى الإفطار، أما الغذاء فيزيد على ما سبق المكرونة بالصلصة والكشرى وأحياناً البيض المسلوق، أما العشاء فغالباً كالإفطار وأحياناً فى أيام العطلات يزيد عليه الخضار واللحوم أو الأسماك، عموماً هذه القائمة تتكرر لغالبية من يعملون فى هذه المصانع، وتتم بشكل تجمعى ومشاركة فى ثمن الطعام.

أما عن التأمينات الصحية فى المصانع فغالبيتـها غير موجود لأن أصحاب المصانع لا يأمنون صحياً إلا على القليل من العمال، والتأمين يتم مع المستشفيات التأمينية الصحية الحكومية فى العاشر من رمضان أو فى القاهرة، أما الباق فغير مؤمن عليهم، وكلاهما لا يسمح للعامل إلا بإجازة ثلاثة أيام مرضية بأجر، ومثلها بدون أجر وبعدها يتعرض للفصل، ولا يدفع له المصنع أى تكلفة لعلاج سوى ما تم تأمين بعضهم به فى المستشفيات التأمينية، الملاحظ أن هناك مستشفى خاص فى المدينة ويرفض أصحاب المصانع التعاقد معها خوفاً من تكلفة ذلك مادياً، وإيقاف الضوابط القانونية الصحية عليهم أو مطالبتهم بتعويضات مالية لإصابات العمل، إضافة لعدم وجود تنسيق إدارى بين إدارة الجهاز بالمدينة وأصحاب المصانع ومالكى المستشفى الخاص لتعارض المصالح بينهم، مما جعلهم يفكرون فى غلقها رغم تقديمهم لتسهيلات تأمينية تصل لحد التخفيض لنسبة ٤٠% من التكاليف تتحملها المستشفى بجانب ٦٠% لأصحاب المصانع.

بعض هذه العمالة لا يقيم بشكل دائم فى هذه المناطق، رغم أنه يعمل فيها بشكل يومى، وهم يسافرون فى أيام العمل النهارية، وقيمون فى أيام العمل الليلية، وهؤلاء يعانون من إرهاق بدنى وعصبى من السفر وقلة النوم أو الراحة، وهم وإن كانوا مختلفين فى أنماط معيشتهم وتغذيتهم اليومية، إلا

أنهم يشاركون السابقون في أنماط حياتهم وسلوكياتهم المعيشية، معظم أمراضهم نفسية فهم يعانون من الملل والاكتئاب وعدم الاستقرار الأسرى، وصعوبة الزواج لمن لم يتزوج منهم، وبعضهم ازدادت عصبيته وعنفه مع المحيطين به، والبعض الآخر يفكر في ترك العمل بسبب ذلك.

#### د- مصادر الخطورة في المجتمع:

يعانى ساكنى "الزلال وصبحى حسين" من عدة مخاطر اجتماعية ومعيشية وصحية، جعلتهم يعيشون في حالة من عدم الأمان الاجتماعى والشخصى والصحى، الإطار العام لهذه الحالة يأتى من غياب الرقابة الأمنية واتهام معظمهم لبعض أفراد الشرطة بالإهمال والرشوة والاتفاق مع الخطرين وأصحاب المحلات الخاصة ومروجى البانجو وبعض الداعرات، فمناً للاصطدام الدموى بين أمناء الشرطة والمنحرفين الذين يقيمون في هذه المناطق، وللاستفادة المادية التى يحصلون عليها منهم، انتشرت السرقات بالإكراه، وبيع البانجو، وأماكن الانحرافات الأخلاقية، وأطلقت مسميات عديدة على الأفراد وأماكن الإقامة تؤكد ذلك، فهناك بلوك (٤٨) جنائيات، وبلوك (٥٢) أشغال شاقة، وبلوك (٥١) مؤبد، وهناك صباح موسى، وسنية بانجو، وحمدية دعارة، وهناك شحنة بشله، وصبحى صباح كفتة (جرح طولى فى جهة)، وبيومى دلفتين (جرح قطعى فى جهة)، عاشور برشلمة، نبوية سجارة ودعارة، وغيرها.

#### \*المخاطر الأخلاقية:

بعيداً عن احتمالات التأثير بالانحرافات الأخلاقية بين ساكنى الزلال وصبحى حسين وبقاى المناطق السكنية الأخرى، فإن ساكنى هاتين المنطقتين يتناقلون انحرافاتهما فيما بينهم، وقليلاً ما يستطيع فرد آخر الدخول لهم ولو كان بدافع الانحراف، ويعتقد البعض أن سبب ذلك تلك التركيبة المنحرفة

التي جمعتها مساكن الإيواء بعد الزلزال أو بعد إزالة أى منزل أيل للسقوط، وهم من الطبقات الدنيا، أو ممن يقيمون فى مناطق شعبية تنتشر فيها هذه الانحرافات، ورغم هذا يحتاط باق أفراد المناطق الأخرى من الاغتصاب خاصة للأطفال، أو الاعتداء على الفتيات صغيرات السن، لهذا لا يفضل أى منهم التحرك بأطفاله أو زوجته ليلاً، ولا يفكر أى منهم الاحتكاك بساكنى هذه المناطق لو فى إطار العمل الذى يجمعهم، ويحرم بعضهم التعامل مع أى منهم ولو كان فى مناطق أخرى ويعمل فى مهن يحتاجون لها كالبقالة أو الحلاقة أو الكوافير.

#### \* المخاطر المعيشية :

أكثر المخاطر المعيشية اليومية تتركز فى رغيف العيش، والذى حصل عليه غالبية الأفراد بأعلى من ثمنه وفى حالة غير جيدة، فالأفران التابعة للجهاز لا تقدم ما يكفى لحاجة ساكنى المدينة، حتى ما يجلبه أفراد الجهاز من أفران العاشر أو القاهرة لا توزع بطريقة عادلة، ويستفيد منها أصحاب المحلات والمطاعم لبيعها بأعلى من السعر المحدد لها، المشكلة الأساسية فى الرقابة التموينية والتي حينما تنزل للمدينة تجد كل المحلات مغلقة، و منافذ البيع منظمة وتبيع بالتسعيرة الصحيحة، مما يشكك فى وجود علاقات مصلحة بين أى من الأجهزة المنظمة لهذا الأمر، أما باق الاحتياجات المعيشية فتأتى إما بأسعار تتعدى الثلاثة أضعاف (خاصة الخضراوات والفاكهة) أو يأتى بها أصحابها من الأسواق أيام الإجازات من القاهرة أو العاشر أو من يقيمون بشكل متقطع يأتون باحتياجاتهم الأسبوعية من بلدانهم.

#### \* مخاطر البطالة :

السمة المميزة للعمل فى هذه المنطقة السكنية أن نسبة كبيرة من الرجال والشباب لا يعملون، أما الباق فيعمل بشكل متقطع وفى مهن هامشية، أو يعمل فى مدينة القاهرة أو العاشر، ويأتى كل أسبوع أو أسبوعين لزيارة

أسرته، أما النساء فهن اللاتي يعملن فى المصانع أو فى بيع سلع هامشية بجوار العمارات اللاتي يقيمن فيها، بعضهن يفتح إحدى حجرات منزله فى الأدوار الأرضية لممارسة هذا النشاط، وهذا ما يرفضه الجهاز الرقابى للمدينة، وينذرهن بإغلاقه، الفرصة الوحيدة المتاحة فى سوق تجارى ومحلات تم إنشائها بمعرفة الجهاز للتأجير، لكنها بأسعار مرتفعة لا يقدر عليها غالبية الأفراد، مما يجعلهم يصرون على نشاطهم الخارج عن قوانين التنظيم، ويزداد الاحتكاك أحياناً بينهم وبين بعضهم وبين أمناء الشرطة، ليبقى الأمر على ما هو عليه، الغريب فى الأمر العراك الأسرى الذى يحدث دائماً بين الرجال العاطلين ونسائهم حول رفض بعضهم العمل فى المصانع حتى ولو لتوفير متطلباته الشخصية .

### \*المخاطر الصحية :

يعانى أفراد هاتين المنطقتين من مشاكل المجارى والمياه والحشرات، فالمجارى رشحت داخل جدران الشقق، ودائماً فى حاجة للإصلاح، ولا يوجد من يقوم بذلك، فتترك لتصرف فى الشوارع وبجوار العمارات، أما المياه ففوق انقطاعها المتكرر فهى لا تأتى نقية، وتحتاج للغلى والتصفية بقطعة شاش، وهذا لا يتم دائماً، أما الحشرات فهناك الناموس والبق والفرنار المنتشرة بشكل واضح بين العمارات، بعض الأفراد يرون السبب وراء ذلك وجود بعض الشقق التي هجرها أصحابها، وإهمال الصرف الصحي رغم هذا يبدو على الشارع فى مناطق أخرى النظافة وغياب أى من الظواهر السابقة، يرى أفراد الجهاز أن السبب لا يعود لتقصير منهم، بل لسلوكميات الأفراد المنحرفة والتي ترى صندوق القمامة وتلقى بالقمامة بعيداً عنه، وتلقى بالصرف الصحي ما يصعب التصريف به، ومهما تم توعية الأفراد وإنذارهم لا يحدث تغير فى سلوكياتهم، مما جعل الجميع يهتم بأماكن أخرى ويترك هذه المناطق.



### \*مخاطر الشارع :

هناك سمتان متعارضتان تميزان الشارع فى هذه المدينة، فالشارع فى منطقتى "الزلال وصبحى حسين" يمتلأ بالمنحرفين وبعض متعاطى البانجو (خاصة أثناء الليل)، إضافة للعراك المتكرر بين ساكنى هذه العمارات، والعراك الأسرى بين الأزواج والزوجات، وتعدى بعض الأبناء على آبائهم أو اخوتهم فى المنزل، أما باق المناطق فيطبق الصمت عليها نتيجة لخلو الشقق من السكان سواء أثناء النهار أو لغياب أصحابها عنها وغلقها، إضافة لارتفاع أثمان هذه الشقق وأسعار إيجارها، وبالتالي يسكن فيها شريحة اجتماعية تختلف كثيرا عن يسكنون المنطقتين الأوليتين، فمنهم صحفيون وبعض ضباط الجيش، وجميعهم يعيشون فى شققهم فى عزلة تامة عما يحدث حولهم، الخطر الوحيد الذى يقلقهم غالبا ما يحدث فى أشهر يونية، نوفمبر، وديسمبر، حيث تدهم هذه الشقق الخالية، وشقق العزاب من قبل أمن الدولة، ويشيرون أن السبب هو البوليس لقضايا يغلقون به ملفاتهم السنوية ما عدا ذلك فالقلق فقط مما يسمعونه عن المنطقتين الأوليتين.

### \*مخاطر التعليم:

يوجد بالمدينة مدرسة واحدة ومعهد دينى يقدمان كافة الخدمات التعليمية لأبناء الأسر المقيمة فى المدينة، المدرسة بها المراحل الثلاثة، والمدرسين والمدرسات والإداريين غالبيتهم من القاهرة أو مناطق أخرى ولا يتواجدون بشكل دائم، لهذا فالعلاقات التعليمية والتربوية يحكمها رغبة هؤلاء الأفراد فى ترك المكان، وخوفهم مما يسمعونه عن انحرافات ساكنى "الزلال وصبحى حسين"، وسوء المستوى العقلى والاجتماعى لبعض التلاميذ، لذلك يتركونهم بدون رقابة داخل المدرسة، ولا يهتمون بالعملية التعليمية، وترتفع بينهم معدلات التسرب والرسوب، والانحرافات الأخلاقية خاصة من الفتيات

فى نهاية المرحلة الإعدادية والثانوية، فهم عادة ما يتركون المدرسة ويذهبون للقاهرة لتضييع الوقت وأحيانا للعمل، لذلك يفضل بعض ساكنى هذه المدينة أن يذهب أبناءهم للقاهرة يوميا عبر المواصلات لاستكمال تعليمهم، ويرى بعضهم عدم أهمية التعليم، ويعلمون أبناءهم الشحادة أو مهنة يتكسبون منها، عموما الأمية تنتشر بدرجة عالية بين الأطفال المقيمين فى منطقتى الزلزال وصبحى حسين، كذلك تنتشر بين كبار السن (رجال ونساء)، أيضا ينتشر التسرب التعليمى بين الفتيات صغيرات السن والذى يفضل أهلهن العمل فى أحد المصانع المتواجدة فى المدينة.

### \*مخاطر مهنية :

يشتكى بعض العاملين فى مدينة بدر من إصابات مرضية متكررة مرتبطة بطبيعة عملهم، كالربو الشعبى لأولئك العاملين فى مصانع الزنك، وإدمان الكله لمن يعملون فى مصانع السيراميك والبنيوهات، والأمراض الصدرية كالكحة الشديدة لمن يعملون فى مصانع النسيج والأقطان، والأمراض الجلدية والحساسية لمن يعملون فى مصانع الصباغة، وأحيانا يصاب بعض العاملين بالضعف الجنسى والعقم لمن يعملون فى مصانع الأحذية، المشكلة فى الإصابات المرضية أن العمال غير مؤمن عليهم من أصحاب المصانع، ويضطرون للاستمرار فى العمل رغم خوفهم من زيادة أخطار المرض عليهم، وشكواهم الدائمة من صعوبة حصولهم على الأدوية اللازمة لعلاجهم حينما تظهر الأعراض المرضية عليهم، وعدم وجود عيادات أو مراكز طبية فى المصانع تقدم خدمة طبية للطوارئ أو للأمراض المهنية التى قد يصابون بها، وعموما هذه المصانع تفتقد للشروط الصحية المناسبة لحماية العاملين بها، فلا يوجد حولها مساحات خضراء، ولا يوجد بها تصريف صحى جيد، وتلقى بمخلفات المصانع فى المناطق الفارغة حولها، مما يجعل معدلات الأمراض بين العاملين بها مرتفعة .

### \*مخاطر تنظيمية :

السلطة المخولة لبعض العاملين فى جهاز المدينة غير معروفة أو محددة لغالبية المقيمين فى المدينة، فهل سلطاتهم فى متابعة الانحرافات التنظيمية ؟ أم فى مسائل الإسكان ومتابعة حالة المباني؟ أم فى متابعة المخلفات البيئية والإسكانية ؟ أم فى توفير متطلبات الحياة اليومية للأهالى المقيمين فى المدينة ؟ أم فى توفير الخدمات المختلفة كهرباء، مياه، تليفون، نظافة، مجارى، صحة ....؟ لهذا يظهر على ساحة الحياة الاجتماعية للأهالى شخصيات قليلة يبدو عليهم قوة النفوذ وامتلاك السلطة لإيقاف أو تسهيل مطالب الجماهير، غالبية الأهالى لا يعرفون الهيئة العليا لجهاز المدينة، ولم ينجح أحد فى توصيل شكواه لهم، بعض الأهالى يرون هؤلاء الأفراد من الأمن، وبعضهم يرونهم ذوى مصالح اقتصادية، وبعضهم يرونهم منحرفين لا يحركون أمرا إلا بالرشوة المقنعة أو بعلاقات مشبوهة، أما أفراد الجهاز فيصعب لقاءهم (حتى مع الباحث)، ودائما ما يشتكون من الأهالى وعدم وعيهم الاجتماعى وسوء سلوكياتهم، وشكواهم الدائمة لأفراد الجهاز فيما يستحق وما لا يستحق، وشكواهم الدائمة من سوء العلاقات الإدارية والتنظيمية بين الوزارات المختلفة، والتي جعلت مستشفى كبير، ومدارس ومباني إدارية وخدمات اجتماعية لا يتم استلامها من قبل الوزارات المسئولة، وتترك المباني للخراب وعدم الاستفادة وضياح ما تم صرفه عليها.

### \*مخاطر الرعاية الاجتماعية :

يلجأ العديد من ساكنى "الزلال وصبحى" حسين لمكتب الخدمة الاجتماعية فى جهاز المدينة لمعاونتهم ماديا أو عينيا خاصة المرضى منهم بأمراض مزمنة، أو العاطلين عن العمل، المتاح من هذا المكتب هو خدمات معونة الشتا وهى (١٥) جنيه كل ثلاثة أشهر، أو مساعدة تقدم للمجدين، أو

مساعداٲ بنك فيصل وهى (٣٠-٤٠) جنيه كل سٲة أشهر؁ أو مساعداٲ الضمان الاجتماعى وهى تقدم فى صورة مساعداٲ أو معاشاٲ؁ عموما هذه الخدماٲ يلزمها أوراق إدارية أهمها إٲباٲ الإقامة فى المدينة؁ وهذا ما يعجز الكثير عنه . لأن غالبيةهم يأخذون مساعداٲ مالية من مصادر أخرى ويريدون الجمع بين الأمرين؁ المصدر الثانى لإعانة هؤلاء الأفراد هو التبرعاٲ الخيرية التى تقدم للمكتب فى المواسم والأعياد ومن الزكاة؁ والمكتب لا يملك حق توزيعها فيعهد بها لأحد الأهالى المعروفة عنه الصلاح لتوزيعها بمعرفته وإخبار المكتب بما تم؁ وفى العادة يتم الأهالى هذا الفرد بمحابة أقاربه وجيرانه ومعارفه؁ وربما يحتفظ بالجيد من هذه المعونات لأسرته ولبناته عندما يكبرن؁ أحيانا يسعى أفراد المكتب للقيام بحملاٲ توعية اجتماعية؁ أو الشرك البعض فى مشروعات الأسر المنتجة أو التوعية لبرامج تنظيم الأسرة؁ والرعاية البيئية؁ والتطعيم وغيرها؁ وهى فى العادة تتم بشكل روتينى؁ وعلى الورق فقط؁ ويعترف أفراد المكتب بعدم جدواها للأهالى.

### \*مخاطر أسرية :

إضافة للانحرافات الاجتماعية السابقة ركز بعض ساكنى "الززال وصبحى حسين" على أن أكثر ما يهدد هذه الأسر هو الزواج العرفى وزواج القاصراٲ؁ فالزواج العرفى منتشر بين ساكنى هاٲين المنطقٲين؁ وعادة ما تتواجد الزوجة مع أبنائها لفترات طويلة بدون زوجها الذى يأتى كل فترة أحيانا تصل لشهور؁ مما يرجح انحراف بعضهن لتلبية بعض متطلباٲها الحياتية؁ مع ملاحظة عدم إٲباٲ غالبيةهن لزواجهن أو لبنوة أبنائهن للزوج الذى قد لا يعترف بكليهما؁ وقد تحدث حوادث تشويه وقتل بسبب ذلك؁ الأكثر خطورة هو زواج القاصراٲ وهو زواج عرفى يتم لفٲياٲ ما بين ١٢-١٧ سنة وبمعرفة الوالدين وتم له مراسم الزواج؁ وتعيش الفتاة مع

زوجها وتتجب منه، وعندما تصل للسن القانونية يقوم الزوج بكتابة وثيقة الزواج رسميا وإثبات بنوة أبناءه وتسنيهم بمعرفة مكاتب الصحة، الأسر التي تقوم بذلك تعتقد أن هذا الزواج صحيح شرعا، وحماية لبناتهم من الانحرافات المحتملة، ولتتخلص من مصاريهن التي قد لا يقدرن عليها، مع كتابة ورقة أو كميالة تضمن حق الفتيات في توثيق زواجهن فيما بعد.

### \* مخاطر ترفيحية :

رغم وجود مركز شباب بالمدينة فإن غالبية شباب الزلزال وصباحي حسين لا يذهبون إليه بداية لأنه بعيد عنهم، وغير مكتمل، وحدثت فيه حالات غرق في حمام السباحة، ولا يعمل ليلا، لهذا فالمقاهي هي المصدر الوحيد والأساسي لتجمع معظم ساكني هاتين المنطقتين، وهي تقريبا متواجدة أسفل كل عمارة، سواء في الدور الأرضي أو في الشارع، وفيها يجتمع كل منحرفي المنطقتين، وتذاع فيها ليلا الأفلام المخلة بالأدب، وتباع فيها الأقرص المخدرة، ويتم تعاطي البانجو وبيعه، وأحيانا يتم تسهيل بعض عمليات بيع المسروقات والدعارة، الملاحظ في هذه المقاهي ارتياد النساء لها، وتدخينهن للسجائر والشيش، بل بعضهن يدخن البانجو، أيضا يلاحظ بداية العراك بين أفراد العمارات في هذه المقاهي، الغريب هو تواجد بعض رجال الأمن حولهم، وعند سؤالهم عما يحدث أشار بعضهم أن وجودهم في هذه المقاهي أفضل طريقة لملاحظتهم جميعا، بدون ملاحقة فردية لأي منهم منفردا، ويسهل عملية القبض على البعض منهم عندما تحدث انحرافات أو جرائم غير معروفة فاعلها، وأن كان بعض أصحاب المقاهي قد أشروا لشبهة علاقة غير سوية بين هؤلاء الأفراد وبعض أمناء الشرطة خاصة عندما تحدث معارك فيما بينهم حيث يتركونهم لنهاية العراك ويتم تسوية الأمر في مركز الشرطة فيما بعد.

## مخاطر سكنية :

عموما يعانى ساكنى الزلزال "وصبىحى حسين" من ضيق شققهم وازدحامها بالأطفال فمتوسط أعداد من يقيمون فى ٦٥م حوالى عشرة أفراد، يفقدون للمياه النقية والراحة فى النوم وكثرة الضوضاء وغيرها مما تجده هذه الحالة، ولكن ربما هذا معتاد لغالبيتهم فهم من ساكنى الجمالية والزاوية الحمراء والوراق وغيرها من المناطق الدنيا، والتى تضررت بالزلزال وبقرارات الإزالة، أكثر ما يقلقهم سكنيا هو مطالبتهم بدفع ايجارات شهرية لمسكنهم أو دفع أقساط امتلاك لها، رغم أن هذه المساكن قد تم نقلهم لها على اعتبار أنها مساكن إيواء لا يدفع مقابل لها، غالبية هؤلاء الأفراد لا يقدرّون على دفع هذه الإيجارات، وتتراكم عليهم لشهور طويلة، ويهددون من رجال التنظيم بالطرد من الشقق، وهم لا يعرفون أماكن أخرى يقيمون فيها، فيحاولون مقابلة المسؤولين عن الجهاز لإعفائهم من الإيجار، أو فتح أحد الحجرات لعمل مشروع خاص يساعدهم على دفع الإيجار والمطالب اليومية، أو يلجأ بعضهم للسرقة أو لسلوكيات منحرفة أخرى تحت ستار مهن هامشية كالشحاذة أو فتح كشك أو كوافير أو ما شابه ذلك.

## المبحث الختامى

### نتائج البحث

توصل البحث الراهن لمجموعة نتائج تم تقسيمها تبعاً للمتغيرات الأساسية فيه. أهم هذه النتائج ما يأتى:-

### أ- ما يختص بالوعي الاجتماعي:

كشفت البحث عن سمات لاغتراب الأفراد نتيجة لفقدانهم علاقاتهم الاجتماعية والمهنية نتيجة للانتقال الاضطرارى بعيدا عن مكان العمل والإقامة (بعد الزلزال أو النقل الإداري)، ولعدم توفر متطلبات حياتهم

المعيشية من الدولة أو من جهاز المدينة مما أفقدهم تقّتهم في مجتمعهم وأحقية إبتاعهم لضوابطه القانونية أو التنظيمية، ويتضح سمات اغترابهم في:

- انتشار حالات السرقة بالإكراه خاصة للعمالة المترددة على المدينة .
- تكرار حالات الاغتصاب للأطفال صغار السن.
- وجود تشكيلات عصابية بين الشباب والأطفال.
- انتشار مصادر الانحراف الأخلاقية (مقاهى، شقق مشبوه ...).
- زيادة حالات التسرب التعليمى بين الفتيات خاصة .
- تكرار المشاحنات والمعارك بالأدوات الحادة بين الأسر المختلفة .
- غياب دلالات احترام النظام والشرطة .
- انتشار حالات التحايل على القانون للحصول على إعانات شهرية .
- زيادة حالات الشحاذة والسرقة بين الأطفال.
- كثرة حالات التفكك الأسرى بين المطلقات أو المعيلات لأسرهن .

أكدت الدراسة الميدانية على وجود خلافات حادة وصراعات بين الأفراد وبعض المقيمين فى المدينة وأفراد الهيئة الإدارية المسئولة نتيجة لإحساسهم بعدم الاهتمام الكاف بتوفير متطلباتهم المعيشية، وإهمالهم لكثير من مسؤولياتهم التنظيمية (الأسعار، وخدمات المياه النقية، الصرف الصحى، الإيجارات الشهرية) فى المقابل يلاحظون اهتماما بالغاً بمن يقيمون فى مساكن التمليك وبأصحاب المصانع، وتتضح سمات الصراع الاجتماعى فى:

- إصرارهم على عدم دفع الإيجارات الشهرية .
- تحويلهم لبعض الشقق الأرضية لمحلات بقالة أو كوافير.
- شكواهم المستمرة للمسؤولين رغم تقّتهم فى عدم الاستجابة لهم.
- رفضهم المشاركة فى السوق المجمع أو مشروعات الأسر المنتجة.

- إصرارهم على تلويث البيئة بالقمامة والمياه القذرة .
- افتعالهم لمشاحنات مع المقيمين في غير منطقتهم السكنية .
- بيعهم للبانجو والأقراص المخدرة علانية .
- ترددهم على المقاهى والشقق المشبوهة .
- علاقاتهم المشبوهة مع بعض أمناء الشرطة .

يؤكد البحث على أن تشوه الوعي الاجتماعى للأفراد جاء نتيجة لتشوه وجودهم الاجتماعى بسبب اضطراب حياتهم المعيشية وفقدانهم المصدر المادى اللازم لمعيشتهم، ومعاناة الكثيرين من البطالة والمرض، وإحساسهم بعدم الأمان الاجتماعى والصحى، وتتضح بعض سمات تشوّهه فى:

- اتجاه الذكور للأعمال الطفيلية والهامشية بدلا من الأعمال الحرفية أو الصناعية .
- زيادة معدلات العمالة النسائية عن العمالة الذكورية.
- ارتفاع معدلات تعاطى المخدرات والبانجو بين الشباب.
- زيادة أعداد المطلقات والمتزوجات عرفيا مع احتمالات غياب الزوج لفترات طويلة.
- فقدان الرغبة فى المشاركة الاجتماعية للحفاظ على البيئة .
- زيادة الإحساس بالغربة وعدم الانتماء للمجتمع الأسرى والمجتمع الكلى.
- انتشار السلوكيات الاجتماعية المنحرفة كالسرقة والشحاذة وبيع المخدرات.

أظهر البحث سمات عديدة لتشوه الوعي الصحى للأفراد، هذا التشوه



ساهم في تشكيله انعدام القدرة المادية علي العلاج، وقلة المصادر العلاجية المتاحة (مستشفيات، أطباء، وصيديات)، ارتفاع أسعار الخدمة الصحية الخاصة، توفر مصادر شعبية للتداوى، وأهم سمات تشوهه في :

- إهمال كبار السن لمعاناتهم المرضية ماداموا متحملين لها.
  - اعتماد النساء على التداوى الذاتى أو المداوين التقليديين (الداية، العطار..).
  - عدم مراعاة بعض الأسر للاحتياجات الوقائية (كالتحصين) لأطفالهم.
  - اعتماد بعض العمال على الطعام غير المنزلى (من المطاعم) مما يعرضهم للأمراض.
  - زيادة حالات إدمان البانجو والأقراص المهدئة والمخدرة بين الشباب.
  - وجود علاقات جنسية شاذة بين بعض الذكور أو الإناث.
  - تكرار حالات وفيات الأطفال وكبار السن نتيجة غياب الرعاية الطبية السريعة .
  - وجود حالات إجهاض وحمل غير شرعى بين البعض من الفتيات.
  - تواجد حالات زواج لقاصرات بمعرفة أسرهن.
  - فقدان الغالبية الثقة فى التداوى الحكومى.
  - انتشار الأنيميا بين صغار التلاميذ لغياب التغذية السليمة .
- بين البحث أن إحساس الأفراد بالظلم الاجتماعى مرتبط بمعيشتهم المتدنية، وب عزلتهم الاجتماعية، ويتجنب المحيطين بهم الاحتكام المباشر أو

غير المباشر معهم، وهذا ما شكل جانبا من وعيهم الاجتماعي والصحي، وجعلهم يحاولون قهر غيرهم بالانحراف وقهر أجسادهم وصحتهم بإهمال المرض وتعاطي المخدرات، من أهم سمات هذا القهر ما يأتي:

- إحساس النساء بالضيق النفسي والعصبية المفرطة .
- اعتياد الشباب وبعض كبار السن السهر الطويل ليلا والنوم نهارا .
- الاعتماد على وجبتين في اليوم فقط .
- تناول جرعات كبيرة من البانجو أو الأقراص المخدرة .
- الإثارة الجنسية المتكررة بالأفلام المخلة في المقاهي .
- الغضب الشديد لبعض الشباب والتي يتحول لعراك وقد يصاب بعض .

- الأصوات العالية بين الفتيات داخل المنازل والمدرسة .
- العلاقات العنيفة بين الأفراد والمسؤولين .
- الألعاب العنيفة بين الأطفال في الشوارع .

لم يتضح تأثير الفعل الديني في تشكيل وعي الأفراد الأخلاقي نتيجة لإهمالهم العبادات الدينية (صلاة، صيام، زكاة...) وغياب الرقابة الأسرية، وانعدام حملات التوعية الدينية التي تأتي إليهم، ولخوف بعضهم من الجماعات الدينية المتطرفة، وأهم سمات غياب هذا الفعل:

- انتشار الانحرافات الجنسية غير الشرعية والشاذة .
- كثرة أشكال عقوق الوالدين بين الشباب والفتيات .
- إهمال بعض الأزواج لمسئولياتهم الزوجية والأسرية .
- ندرة ترددهم على المسجد الوحيد بالمدينة .
- جهر بعضهم بالإفطار أثناء الصيام .

- استخدام معظمهم للسباب الدينية والأسرية.
- اعتماد بعضهم على عائد السرقة أو المخدرات لمعيشته ومعيشة أسرته.
- تهكم بعضهم على الملتحين أو المتدينات من المقيمين بباقي المدينة.

ساهمت ثقافة الفقر والحرمان المعيشي، ورغبة الأفراد في التمرد على كافة أشكالهما في تشكيل الانحرافات الاجتماعية لغالبية المنحرفين في مجتمع الدراسة، وهذا ما جعل العديد منهم يسجن ولمرات عديدة ويسجل البعض الآخر خطرا، مما يصعب عليهم العمل أو الابتعاد عن رفاق السوء الذين يقيمون بالقرب منهم، وأهم سمات هنا التشكل الاقتصادي للوعي ما يأتي.

- رفض كبار السن للعمل المنتظم في المصانع.
  - اتهامهم الدائم لغيرهم (خاصة الأثرياء) بالسرقة والرشوة .
  - سعى معظمهم للحصول على المال بأى وسيلة .
  - انعدام السلوك الادخارى لأى منهم.
  - تشغيل بعضهم لأطفاله في الشحادة .
  - اتجاه بعضهم للتحايل على مكتب الخدمة الاجتماعية لصرف إعانات شهرية غير مستحقة .
  - اعتماد بعض الأسر على الاقتراض رغم عدم قدرتها على السداد.
  - فرض بعض الأشقياء لإتاوات أسبوعية على أصحاب المحلات والعمال.
- أشار البحث لغياب التأثيرات التنظيمية الرسمية فى وعى الأفراد،

خاصة ما يأتى عبر المؤسسات الاجتماعية أو السياسية النظامية، مما جعلهم مفتقدين لأى صلة تفاعل معها، فلا يشاركون فى أى مشروعات اجتماعية أو صحية أو بيئية، وأهم سمات فقدان هذه الصلة ما يأتى:

- إجماعهم عن الاشتراك فى برامج التوعية لتنظيم الأسرة .
- رفضهم الاشتراك فى برامج الحفاظ على البيئة.
- تعمدهم تلويث البيئة المحيطة بهم بالقاذورات.
- تعمدهم إتلاف بعض الممتلكات الحكومية (أكشاك الكهرباء، الحدائق).
- تجاهلهم للمشاركة السياسية بكافة أشكالها.
- عدم اهتمام بعضهم بتحسين أبنائهم أثناء حملات التحصين.
- رفضهم الإبلاغ عن الانحرافات الأخلاقية للنساء حولهم.
- رفض بعضهم الإرشاد عن المنحرفين المقيمين بجوارهم.

عموما الوعى الاجتماعى لساكنى الزلزال "وصبغى حسين" يتسم  
بالمسات الآتية :

تعانى العمالة المهنية اغترابا اجتماعيا نتيجة لفقدانهم علاقاتهم الاجتماعية والمهنية بالمجتمع الذى كانوا يعيشون فيه قبل الانتقال الاضطرابى لمدينة بدر.

أثرت الخلافات والمشاحنات المتكررة بين بعض الأسر، وصراعات بعض أفرادها مع بعض المسؤولين فى المدينة على انتمائهم للمجتمع، وضخمت من إحساسهم بإهمال المجتمع لمطالباتهم المعيشية .

التقاعد المرضى والإصابات المرضية المتكررة بين كبار السن شوها وعيهم الاجتماعى والصحى وسببا إحساسا بعدم الأمان الاجتماعى والصحى لغالبيتهم. يتجاهل الأفراد الكثير من معاناتهم المرضية لعدم امتلاكهم ثمن

التداوى وقلة المصادر العلاجية المتاحة، واستغلال القطاع الصحى الخاص لذلك . يحس الأفراد بالظلم والقهر الاجتماعى نتيجة لعزلتهم الاجتماعية وتجنب العديد الاحتكاك بهم، مما جعل بعضهم يقهرون غيرهم وأجسادهم.

لا يؤثر الفعل الدينى فى تشكيل وعى الأفراد الأخلاقى نتيجة لغياب الرقابة الأسرية، وانعدام الحملات الدينية، مما جعل الكثير منهم منحرفون دينيا.

ساهمت الحالة المادية المتدنية للأفراد، ورغبتهم فى التمرد على المجتمع فى تبرير بعض سلوكياتهم الاجتماعية المنحرفة لأنفسهم ولمن يعاونوهم فى هذه الانحرافات. يفتقد الوعى الاجتماعى لأى تأثيرات من مؤسسات مجتمعية نظامية مما أفقد الجميع الرغبة فى المشاركة الاجتماعية والصحية فى أى مشروع تنموى أو صحى.

### ب- الأمان الصحى:

كشف البحث أن غالبية ساكنى الزلزال و"صبحى حسين" يعيشون فى ظل مجموعة مخاطر اجتماعية وصحية جعلتهم دائمى القلق والتوتر على حياتهم وصحتهم، يعيشون دائما مهددين اجتماعيا بسبب الطرد من السكن لعدم دفع الإيجار، ومهددين معيشيا لعدم توفر المال اللازم لمطالبهم اليومية، ومهددون صحيا لعدم توفر العلاج وعدم تواجد ثمنه ، ومهددين قيميا لارتفاع معدلات الانحرافات الاجتماعية فىمن حولهم، بعضهم يقلقه شبح الوفاة من الفقر أو المرض فلا يجد من يدفنه أو يربى أطفاله من بعده، لهذا يبدو عليهم سمات عديدة لعدم الأمان المعيشى والاضطراب النفسى خاصة بين النساء، أهم سمات عدم الأمان الصحى والاجتماعى:

- تزايد المخاطر الصحية لمرض السكر والضغط بين كبار السن.
- تزايد أعداد الأسر العائدة لمكان إقامتها الأول.

- اعتماد الكثيرين على جلب متطلباته من مدن أخرى كل فترة .
- تفضيل بعضهم للسفر اليومي لبلدته بدلا من الإقامة .
- اعتماد الكثيرين على التداويات التي يحضرونها معهم.
- إهمال التغذية السليمة لهم ولأفراد أسرهم.
- تكرار الشكوى للمسؤولين رغم عدم الاستجابة لهم.
- انتقال البعض لمساكن أخرى داخل المدينة.

أكد البحث على أن غالبية الأفراد يتكيفون مع ضغوط حياتهم المعيشية وصحتهم المتدهورة لأنهم لا يملكون وسيلة لتغييرها، بعضهم يعرف المخاطر الصحية وراء تلك الظروف، والبعض الآخر يجهلها، وكلاهما يحاول التعايش تبعا للمتاح له حياتيا وصحيا، أهم هذه الاضطرابات:

- الإقامة في منازل مزدحمة بالمقيمين فيها.
- شرب مياه ملوثة بعضهم ينقيها يدويا.
- التعود على انفجار شبكات الصرف الصحي.
- العمل في مصانع لا تؤمن صحيا على العاملين بها.
- إهمالهم لأمراض الشيخوخة بين كبار السن.
- تكرار الإصابات المرضية بين الأطفال.
- إهمال التلاميذ غذائيا وصحيا واجتماعيا.
- التعرض لكثير من مخاطر أمراض المهنة .
- التعامل مع الخدمة الصحية المجانية الهزيلة .
- التغاضي عن تعاطى البانجو والأقراص المخدرة بين الشباب.
- تزويج بعض بناتهم عرفيا لصغر أعمارهن.

كشف البحث عن بعض أسباب تجاهل الأفراد لمعاناتهم المرضية وللانحرافات الاجتماعية حولهم لجهلهم بتأثيراتها عليهم أو اعتيادهم على تواجدها، كسلوك سلبي يشير لعجزهم عن علاج هذه الانحرافات أو وقاية

أنفسهم وأسرهم منها، من هذه الانحرافات:

- انتشار الانحرافات الجنسية بين المتزوجات عرفياً والمطلقات.
- زيادة التقاعد المرضى بين كبار السن (رجال، ونساء).
- كثرة دلالات التفكك الأسرى فى أسرهم والأسر المحيطة بهم.
- إصرار النساء على عاداتهم الشعبية فى تربية الدواجن وبقا السلوكيات الشعبية الأخرى.
- غياب المصدر المادى الثابت اللازم لمعيشتهم.
- مشاركتهم فى تلويث البيئة المحيطة بهم.
- كثرة المشاجرات والمشاحنات الكلامية فيما بينهم.
- تحايل بعضهم على القانون وعمل علاقات مشبوهة مع بعض المسؤولين.
- اعتماد بعضهم على الإعانات الشهرية والشحاذة .
- انتشار حالات السرقة بالإكراه والاعتصاب.

### مراجع البحث

- (١) ارجع إلى تفصيلات حول أهمية موضوع المشاركة بين القطاعين العلم والخاص فى تقديم الرعاية الصحية فى :-
  - Sara Bennett & (Others), Private Health Providers in Developing Countries : Serving The Public Interest ? , Zed Books, Limited, U.S.A., 1997, PP.
- (2) John R. Morris & Other, Health and Safety : A Guide For The Newly Appointed, Continuum International Publishing Group, U.S.A., 1997, PP 4-5.
- (3) Ibid., P.5.
- (٤) اعتمد الباحث فى توضيح مؤشرات عدم الأمان الصحى علي ملخص

حصل عليه من شبكة المعلومات (الإنترنت) للمرجع الآتي:-

David L.L. Goetsch,. Op. Cit., WWW. Barnes & Noble. Com..

(٥) التقرير السنوي للمدير الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية، اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط ٢٠٠٠، ص ١، ص ١٨.

(٦) تقرير منظمة الصحة العالمية، الأمن الإنساني: مفهوم متكامل، اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط، ٢٠٠٠، ص ١.

(٧) عبدالوهاب إبراهيم، تخلف التنمية، ط١، مكتبة النهضة العربية، القاهرة، ١٩٨٧، ص ٢٢.

(٨) محمد عبدالحى نوح، الطريقة المهنية لتنظيم المجتمع، دار الفكر العربي، د.ت. ص ١٤٩.

(٩) محمد السيد أرناؤوط، التلوث البيئي وأثره على صحة الإنسان، ط١، أوراق شرقية، ١٩٩٧، ص ٥١.

(١٠) سمير نعيم، النظرية في علم الاجتماع، ط٢، دار المعارف، ١٩٧٩، ص ١٨٩.

(١١) المرجع السابق، ص ١٨٧.

(١٢) المرجع السابق، ص ١٩٠.

(13) James E. Reoughon &(Other), Developing An Effective Safety Culture: A Leadership Approach, Butter Worth - Heinemann, U.S.A., 2001, PP. 2-3.

Ibid., P.11. (١٤)

(١٥) اعتمد الباحث على ملخص حصل عليه من شبكة المعلومات (الإنترنت)



للمرجع الآتى:

- John Raymond Raymond Boatright, Ethics & the Conduct of Business, 4th ed., Person education, www. Barnes & Noble, Com., 2002.
- (16) Terry E. Mcsween, The Values - Based Safety Process : Improving Your safety Culture With A Behavioral Approach, Wiley, John & Sons Incorporated, U.S.A, 1997, PP. 26-27.
- (17) Dominic Cooper, Improving Safety Culture: Apractical Guide, Wiley, John & Sons Incorporated, U.S.A., 1997, P.36.
- (18) Doug Nicholls, Health And Safety In Youth And Community Work, Russell House Publishing, U.S.A., 1997, pp.3-4, PP. 9-10.
- (19) James E. Roughton & (Other), Op.Cit., P.4.
- (20) Pauline Rosenau Vaillancourt (Editor), Public Private Policy Partnerships, MIT Press, U.S.A., 2002, Introduction .
- (21) Vicente Navarro (Editor), Political Economy of Social Inequalities: Consequences For Health And Quality of Life, Baywood Publishing Company, Incorporated, U.S.A, 2001, P.192.
- (22) Grant Ledgerwood & (Other), Environment, Ethics And The Corporation, St., Martin's Press, U.S.A., 2002, P.210.
- (23) Charles S. Majer, Changing Boundaries Of Political: Essays On The Evolving Balance Between The Sate And Society, Public And Private In Europe, Cambridge University Press, England, 1987, PP.1-2.

(٢٤) اعتمد الباحث على ملخص حصل عليه من شبكة المعلومات (الإنترنت)

للمرجع الآتى:

- David L.L. Goetsch, Construction Safety And Health, Pearson Education, U.S.A., Www. Barns & Noble, Com., 2002.

(٢٥) لتفصيلات عن ثقافة الأمان فى العالم غير الأمان ثقافيا يمكن الرجوع إلى :

- Harold H. Bloomfield & (Other), How To Be Safe In An Unsafe world, 1st ed, Crown Publishing Group, U.S.A. 1997, pp.12-19.

(٢٦) ارجع لتفصيلات عن ثقافة الخوف فى المرجع الآتى:

- Frank Furedi, Culture Of Fear : Risk - Laking And The Morality Of Low Expectation, Continuum International Publishing Group, U.S.A., 2002, PP.170-194.

(٢٧) لتفصيلات عن تأثيرات ثقافة الخوف على السلوك المرضى للأفراد يمكن الرجوع إلى:

- Harold H. Bloomfield And (Other), Op.Cit., PP. 132-139.

(٢٨) اعتمد الباحث على ملخص حصل عليه من شبكة المعلومات (الإنترنت) للمرجع الآتى:

- Patrice L. Spath (Editor), Error Reduction In Health Care : A Systems Approach To Improving Patient Safety, Wiley, John & Sons, Incorporated, U.S.A., www.. Barns & Noble, Com, 2000.

(29) Meredith Turshen, Privatizing Health Services In Africa, Rutgers University Press, U.S.A., 1999, P.24.

(30) Ibid., P.80.

(٣١) لتفصيلات يمكن الرجوع إلى : Ibid., pp.25-39 -

(٣٢) لمزيد من التفصيلات حول تأثيرات العولمة على سياسات الدول العربية يمكن الرجوع إلى:

- السيد يسين، العولمة... والطريق الثالث، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، ١٩٩٩. ص ص ٦١-٩٦. ص ص ١٠٥-١١١.

(33) Sara Bennett And (Others), Op.Cit., P.19.

(34) Jack P. Manno, Commoditization And Its Impact On Environment And Society, CRC Press, U.S.A., 1999, PP.24-25.

(35) John Ashton And (Others), The Perils Of Progress : The Health And Environment Hazards Of Modern Technology And What You Can Do About Them, St. Martin's Press, U.S.A., 1999, PP.2-4, PP. 41-42.

(36) James F. Mckenzie And (Others), Introduction To Community Health, 4th Ed., Jones And Bartlett Publishers, Inc., U.S.A., 2001, PP.113-114.

(٣٧) لتفصيلات حول تأثيرات البيروقراطية على تقديم الرعاية الصحية فى المؤسسات الصحية،

يمكن الرجوع إلى :

- Joel, F. Handler, Down From Bureaucracy : The Ambiguity Of Privatization and Empowerment, Princeton University Press, U.S.A., 1996, PP.79-80, PP.113-114.

(٣٨) اعتمد الباحث على ملخص حصل عليه من شبكة المعلومات (الإنترنت)

للمرجع الآتى:

- Maxwell Gregg Bloche (Editor), Privatization Of Health Care Reform : Legal And Regulatory Perspectives, Oxford University Press, Www. Barns And Noble. Com., 2003.
  - (39) Michael W. Calnan And (Others), Going Private (State Of Health Series): Why People Pay For Their Health Care, Taylor And Francies, Inc., U.S.A, 1993, PP.60-61.
- (٤٠) لمزيد من التفاصيل عن تجربة المكسيك فى خصخصة القطاع  
الصحي يمكن الرجوع إلى:
- Andrew Morrison (Editor) And (Others), High Price For Change : Privatization In Mexico, Inter-Amerecian Development Bank, U.S.A, 1999, PP.74-102.
  - (41) Sara Bennett (Editor) And Others, Op.Cit., P. 4.
  - (42) Daniel Drache (Editor) & (Others), Health Reform: Public Success, Private Failure, Routledge, U.S.A, 1999, P.26.
  - (43) William C. Newbrander And Asian Development Bank Staff, Private Health Sector Growth In Asia : Issues And Implications, Wiley, John And Sons, Incorporated, U.S.A., 1997, PP.9-10.