الواقع الصحي في محافظة النجف الاشرف

الاستاذ الدكتور
عبد علي الخفاف
جامعة الكوفة / كلية الاداب

الدكتور
عبد الكريم عبد الله

المحاضرة الأولى

حاولت هذه الورقة تحديد مدى كفاءة الخدمات الصحية في محافظة النجف وفق بعض المعايير الوطنية والعالمية، وقد أتضح إن معيار طبيب / نسمة هو دون معيار وزارة التخطيط ودون المعيار العالمي، كذلك كان معيار طبيب / مهن صحية، وطبيب / ممرض، وكذلك مستوى المعايير: سرير / نسمة، سرير / طبيب، سرير / ممرض، سرير / مهن صحية. جميعها لازالت دون المعايير الوطنية والعالمية، إن النتائج تؤشر تجاوز الوقت (١٥) دقيقة لبعض الأحياء السكنية عن المستشفيات والمراكز الصحية لاسيما في االنجف الكبرى ((النجف والكوفة))، وعن درجة الرضا عن أداء البعض من المؤسسات فقد بلغت هذه الدرجة نسبة ٥٢٪ من مجتمع العينة المدروسة، وهو رضا يتعلق بأداء المستشفيات والمراكز الصحية، أما عن العيادات الخاصة فان النسبة ترتفع إلى ٧١٪ حسب الدراسة الميدانية التي أجراها الدكتور حسين جعاز من كلية التربية للبنات / جامعة االكوفة.

(١) الهدف من الورقة:

تهدف الورقة إلى تحديد الواقع الصحي في محافظة النجف وهي تركز على مدى كفاءة الخدمات الصحية.

(٢) بيانات جغرافية أساسية:

تشغل محافظة النجف بحدودها الإدارية الحالية مساحة ٢٨٨٢٤ كم٢ وهي تشغل نسبة ٦،٦٪ من مساحة العراق البالغة ٤٣٥٠٥٢ كم٢ وهي مساحة المحافظات إلى جانب مساحة المياه الإقليمية.

بلغ تعداد السكان في المحافظة ٧٧٥٠٤٢ نسمة حسب نتائج تعداد السكان الأخير في ١٩٩٧، وإذا ما اعتمدنا معدل النمو السنوي ٣٪ والذي اعتمده الجهاز المركزي للإحصاء في تقدير سكان البلاد حتى عام ٢٠٠٥، فان تقديرنا لسكان المحافظة هو ١٦٣٦٨٨٠ نسمة عام ٢٠٢٠ وذلك وفق الجدول الآتي:

التوزيع الجغرافي لهذا العدد السكاني توزيعاً غير منتظم فتضم مدينة النجف الكبرى نسبة ٤،٦٧٪ من سكان المحافظة حسب نتائج تعداد السكان الأخير، ولهذا التركز السكاني أثاره وكذلك متطلباته في التنمية. ترتفع هذه النسبة في حالة حسابها على أساس السكان الحضر population urban إلى ٣،٧٧٪ وعموماً تعد هذه المحافظة محافظة ذات طبيعة حضرية تبلغ نسبة السكان الحضر فيها ٧٥٪ عام ١٩٩٧.

ولعل تنوع سطح المحافظة بين الهضبة ذات الطبيعة الصحراوية حيث تشغل نسبة ٩٥٪ من المساحة، وبين السهل الرسوبي وبنسبة ٥٪ كان العامل الأساس في قلة المساحات الزراعية وبالتالي ارتفاع نسبة السكان الحضر على السكان الريفيين، وهذا يؤشر بسهولة التخطيط للخدمات الصحية.

(٣) المرض وأدوات السيطرة على المرض (الخدمات الصحية):

٣-١- المرض:

المرض هو حالة النقص والعلة في الفعاليات الحيوية للجسم (Webster-649) ويعرف أيضا بأنه اضطراب موضعي local أو كلي genetical أو

مكتسب acquired بفعل إصابة أو تغير كيميائي أو فسيولوجي (MiIIer and Keane. 1987.305) تقود هذه الحالات إلى الانحراف في سلامة الكفاية البد نية والنفسية والعقلية.

وإذا ما كان المرض هو موضوع علم الطب فان العلوم الإنسانية قد تناولت موضوع المرض والصحة أيضا فكان لعلم الاجتماع الطبي medical sociology دراساته وأبحاثه في كشف اثر القيم الاجتماعية والعادات والسلوكيات في ظهور بعض الأمراض، كذلك شأن الجغرافية الطبية medical geography التي تبحث في اثر البيئة الجغرافية في ظهور المرض فهناك الإمراض المدارية tropical d. وإمراض المناطق القطبية polar d. وإمراض المناطق الصحراوية desert d....وغيرها.

وتهتم اقتصادات الصحة health economies بما يتعلق بأثر المرض في قوى العمل وسوق العمل وتكاليف االتطبيب وغيرها، كما ان الديموغرافية الطبية demography medical تتناول موضوع أنماط المرض حسب االجنس sex وحسب العمر age وحسب الحضر والريف urban and rural.

والاهتمام بالمرض ذو بعد تأريخي فقد أشارت المعتقدات والشرائع والتراث الإنساني في الطب وفي إدارة المجتمع إلى إن اهتمام الإنسان بالمرض كان منذ القدم فهو حاول أن يعرف أسباب المرض والوفاة وماذا يحصل بعد الوفاة، ونشير، على سبيل المثال، إلى شريعة (حمو رابي) التي تعد من أقدم الشرائع فقد تناولت في موادها مابين (٢٠٥-٢٢٧) موادا تشريعية تتعلق بالمرض والوفاة والعلاج وتبعات الوفاة (الأمين-١٩٦١-٢٣٤). كما تشير مصادر التاريخ إلى دور المصريين القدماء في هذه المعرفة قبل

٤٠٠٠ عاما ق.م. ثم ظهر (هيبوقراط - 460-375 Hebocrats) ق.م. بين الإغريق كأقدم وأشهر طبيب في العالم القديم (Thomson).

(١٩٧٨ - ٨) عن واقع الأمراض في هذه المحافظة سوف نعتمد على شهادات الوفيات المتسببة عن الأمراض، فمن دراسة سابقة أتضح لنا حصول ٨٩٧٠ وفاة عام ٢٠٠٥ بفعل الأمراض كما هي في الجدول الآتي:

تؤشر بيانات هذا الجدول اتساع دور الأمراض المزمنة وهي بذلك تبدو إن المحافظة قد انتقلت من مرحلة الأمراض الوبائية إلى مرحلة الأمراض الانتكاسية والأمراض النفسية. فالمعروف إن الباحثين من الأطباء والديموغرافين يقسمون مراحل الأمراض السائدة إلى (٣) مراحل هي:

١- مرحلة الأوبئة: تهيمن فيها الأوبئة والإمراض المتوطنة الناتجة عن العدوى ونقص التغذية وأمراض الطفولة ويصحبها هبوط المستوى المعيشي وقصور الخدمات الصحية.

٢- مرحلة انحسار الأوبئة: وفيها تقل الأوبئة بفعل تحسن المستوى المعيشي والغذائي خصوصا، وقد بداءت هذه المرحلة في أوربا في القرنيين الثامن عشر والتاسع عشر وانتهت عند نهاية القرن التاسع عشر، إما في العالم العربي فقد تأخر ظهور هذه المرحلة إلى منتصف القرن العشرين وما تزال المرحلة مستمرة في معظم البلدان العربية (عمران ١٩٨٨-١٠٨)، ومنها العراق وهذه المحافظة حيث يلاحظ استمرار الأمراض المعدية وتوسع غير تدريجي بل المفاجيء في الأمراض الانتكاسية وأمراض المدنية ومنها الأورام.

٣- مرحلة الأمراض الانتكاسية والنفسية والتحضر مثل الأورام: وفيها نقل الأمراض المعدية بشكل واضح ويتسع انتشار الأمراض الانتكاسية degenerative مثل أمراض القلب وتصلب الشرايين ونزف المخ والسكري والسمنة والأمراض النفسية الناتجة عن الضغوط الاجتماعية والفردية ، stressed وأمراض التلوث الصناعي وأنواع الأورام وغيرها. لهذه المراحل المرضية أثارها الديموغرافية فلكون الأمراض المعدية تصيب غالبا الأطفال وصغار السن والمراحل المبكرة من الشباب، فأنها تتسبب في قصر متوسط عمر الأنسان، بينما الأمراض الانتكاسية لاتصيب عادة الاالإنسان في عمر متأخر، من ذلك نرى المجتمع في مرحلتها يتسم بطول متوسط العمر كما هو معروف في أوربا (عمران -١٩٨٨-١٠٨).

إما عن أهم الأورام المسجلة فهي: سرطان الرئة وسرطان الرحم يأتي بعدها سرطان القولون والبروستات والثدي والمعدة والأمعاء والمريء والحنجرة والمثانة والأنف والجلد والعين.

وبصدد الإشارة إلى أهم الأمراض المعدية فهي: التدرن الرئوي (السل) والخناق (الدفتريا) والتايفوئيد والبرا تايفوئيد والدزنتريا والتهاب الكبد الفايروسي وحمى مالطة والبلهارزيا والسعال الديكي والهيضة (الكوليرا) والملا ريا والحصبة والجمرة الخبيثة والكزاز والطاعون والحمى القرمزية والأنفلونزا والنكاف.

٣-٢- أدوات السيطرة (الخدمات الصحية):

تتمثل أدوات السيطرة على الأمراض بالخدمات الصحية، من المستشفيات والمراكز الصحية ومن يعمل فيها من

الأطباء وذوي المهن الصحية وكذلك الأسّرة والعقاقير العلاجية وغيرها.

٣-٢-١- واقع أدوات السيطرة:

يوجد في هذه المحافظة (٨) مستشفيات منها (٥) مستشفيات حكومية وهي:

- مستشفى الحكيم - بواقع ٢٠٠ سرير.

- مستشفى الصدر - بواقع ٨٧ سرير.

- مستشفى الزهراء - بواقع ١٨٥ سرير.

-مستشفى الفرات الأوسط - بواقع ٩٢ سرير.

- مستشفى المناذرة - بواقع ١٥٣ سرير.

و(٣) مستشفيات أهلية هي:

- مستشفى النجف الأهلي - بواقع ٣٢ سرير.

- مستشفى الأمير - بواقع ٢٥ سرير (مع طبيبين مقيمين).

- مستشفى الغدير - بواقع ٢٥ سرير.

إلى جانب هذه المستشفيات يوجد (٥٥) مركزا صحيا و (١٣) من العيادات الشعبية، وكذلك (٨) من مختبرات التحليلات المرضية و (١٨٥) صيدلية ومركز مكافحة التدرن:

ومستشفى الحكيم الذي كان يسمى مستشفى النجف العام وهي أقدم مستشفى في المحافظة حيث شيدت في ثلاثينات القرن الماضي على حدود المدينة التاريخية القديمة، وقد تم نقلها من هذا الموقع القريب إلى سور المدينة إلى موقعها الحالي في منطقة ذات فضاء مفتوح وواسع تحيط بها أحياء الغدير والحسين والحنانة. وتم تشييدها على مساحة (٩١٤٠) م٢.

وتعد مستشفى الفرات الأوسط من أقدم المستشفيات في المحافظة فقد تم إنشاؤها في عقد الخمسينات وكانت تخدم إقليما جغرافيا واسعا وهو إقليم

الفـرات الأوسـط بريفـه الواسـع ومراكـزه الحضـرية وقـد ضـمت فـروع الجراحة والتطبيب في ردهات للذكور والإناث. إما مستشفى الصدر وكانت تسمى مستشفى صدام التعليمي فهي مستشـفى تطبيقيـة لطلبـة كليـة طـب الكوفـة، وقـد تم تشـييد هـا في عقـد الثمانينـات، وتبلـغ مسـاحتها ٢١٠٠ م٢ وتظم معظم التخصصات الطبية.

وتعـد مستشـفى الزهـراء مستشـفى تخصصية للولادة والأمراض النسائية وأمـراض الطفولـة وتشـغل مسـاحة ١٤٠٠٠م٢ وقـد تم تشـييد مستشـفى المناذرة عند منتصف عقد التسعينات وتضـم عـدة ردهـات للباطنيـة وللجراحة للذكور والإناث.

يعمـل في هـذه المراكـز الصـحية مـن المستشـفيات ومراكـز الصـحة الأوليـة (٢٣٥) طبيبـا مـن الاختصاصـين و (٤٣٣) مـن الأطبـاء الممارسـين (١٢١) مـن أطبـاء الأسـنان و(١٥١) مـن الصـيادلة، إلى جانـب (٤٥٦٢) مـن العـاملين في القطـاع الصـحي. بشـكل عام فان الجدول الأتي يجمع بصورة إجمالية واقع أدوات السيطرة.

٣-٣-١- كفاءة أدوات السيطرة:

يستند قياس الكفاءة إلى عدة معايير وهي:

١- طبيب / نسمة:

يؤشر لنا عدد السكان الذي يقدر عام ٢٠٠٨ بحـدود ١١٠٤٠٠٠ نسـمة وعـدد الأطبـاء البـالغ (٧٨٩) طبيبـا أن هـذه النسبة هي ١٣٩٩ نسمة لكل طبيب، وهـي نسـبة مقبولـة عنـد مقارنتهـا مـع المقيـاس الـوطني الـذي حددتـه وزارة التخطـيط وهـو (١ / ٢٠٠٠)، وهـذه النسبة بعيدة جدا عـن المقيـاس العـالمي الـذي يحـدد ١ / ٤٠٠ وهـذه المقارنـة الدوليـة تكشـف لنـا الـنقص الكـبير في عدد الأطباء في المحافظة.

٢- سرير / نسمة:

على أساس عدد السكان وعدد الأسرة في مستشفيات المحافظة فإن النسبة هي (١ / ١٣٥٧) نسمة، وهي نسبة مرتفعة وبعيدة عن المقياس الوطني وهو (١/ ٢٠٠) نسمة، وعلى أساس المقياس الوطني فان واقع عدد الأسرة لا يخدم سوى ٧٥٠٠ نسمة!! وعلى أساس المقياس الوطني فإن مدينة النجف لوحدها بحاجة إلى (٢٨٠٠) سرير.

٣- ممرض طبيب: المقياس العالمي هو (٣ / ١) بينما واقع المقياس في المحافظة هو (١/١) حيث أن عدد الممرضين هو (٧٠٠) ممرض. وهذه النسبة تحتاج إلى تطوير وتشجيع على التوجه إلى مهنة التمريض ولعل كلية التمريض في جامعة الكوفة سوف تعمل على ذلك.

٤- مهنة صحية / طبيب:

المقياس العالمي هو (١٢ / ١) أي اثني عشر من ذوي المهن الصحية لكل طبيب، ولكن لصعوبة تحقيق ذلك في البلدان النامية فقد خفضت منظمة الصحة العالمية هذا المقياس إلى (٨ / ١)، والمقياس في المحافظة هو دون ذلك وهو (٦ / ١).

إلى جانب هذه المعايير هناك معايير أخرى تتعلق بالتخصصات الطبية والتقنيات المعتمدة في الفحص المرضي والتحليل والعلاج وتتعلق بمساحة المستشفيات والمساحة التي تجب أن تتوفر لكل سرير نوم للمريض الواحد وغيرها.

٣-٣-٢- تقويم الكفاءة:

لابد من إيصال الخدمة الصحية إلى السكان بأقل كلفة وأقل جهد وأسرع وقت من ذلك وضع الباحثون عدة معايير منها:

١- زمن الوصول:

لقد حدد بعض الباحثين (١٠) دقائق سيرا على الأقدام والمسافة (٧٠٠) م

هي الفترة المريحة، والمسافة المقبولة للوصول إلى الخدمة الصحية في المحافظة وبفعل التوزيع الجغرافي للمستشفيات والمراكز الصحية والعيادات كما هي على الخرائط الملحقة فقد تبين:

- ٢١٪ من السكان يقطنون بمسافة تقل عن ١٥ دقيقة.

- ٤٧ ٪ منهم على مسافة ١٥- ٣٠ دقيقة.

- ٢٧ ٪ منهم على مسافة ٣٠ - ٦٠ دقيقة.

- ٥ ٪ منهم على مسافة تزيد على الساعة.

- الأمم المتحدة / وزارة التخطيط والتعاون الإنمائي - مسح الأحوال المعيشية محافظة النجف.

٢- درجة الرضا:

لم يسمح لنا الوقت من النزول الميداني لدراسة عينة عشوائية random sample لمعرفة درجة رضا مجتمع المحافظة عن أداء المؤسسات الصحية، من ذلك حاولنا الاستفادة من بحث أجراه الدكتور حسين جعاز / قسم الجغرافية / كلية التربية للبنات فقد توصل بحثه إلى ان حوالي ٥٢ ٪من العينة المدروسة كان جوابهم جيدة ونسبة ١٠,٨٪رديئة على أن هناك من أجاب أنها جيدة جيدا وأنها متوسطة والعينة شملت سكان مدينة النجف هذا عن المستشفيات والمراكز الصحية أما عن العيادات الخاصة فكانت الإجابات بواقع ٧١٪ جيدة جدا ٢٠ ٪ جيدة ٦٪ متوسطة ٤ / ١ ٪ رديئة.

(٤) النتائج والتوصيات:

٤-١- النتائج:

١- تنوعت الخدمات الصحية واتخذت نمطا هيراركيا (تراتبيا) في توزيعها الجغرافي بين مركز المحافظة ((النجف الكبرى)) / وأطراف المحافظة الأخرى وهذا أمر طبيعي بفعل طبيعة تركز السكان.

٢- تتركز الخدمات في مناطق وتقل في مناطق أخرى مما يجعل سهولة الوصول ليست واحدة.

٣- يتركز الأطباء لاسيما الاختصاصين في النجف الكبرى.

٤- يتضح النقص الكبير في الملاك المتعلق بعموم المهن الصحية.

٤-٢-التوصيات

١- إعادة التخطيط الجغرافي للخدمات الصحية من المستشفيات والمراكز الصحية وفق معيار الوصول إليها سيرا على الإقدام خلال ١٥ دقيقة.وهذه مهمة ليست صعبة إذا بالإمكان إعداد الخرائط الزمنية لذلك.

٢- اعتماد معيار مركز صحي لكل ١٠,٠٠٠ نسمة وهو معيار دولي، وعلى ضوئه يتضح النقص في هذه الخدمة للعمل على زيادة أعداد هذه المراكز.

٣- إنشاء مستشفى في ناحية المشخاب وآخر في ناحية الحيدرية وذلك لتركز حجم كبير من سكان الريف فيهما ومما يقل الضغط على مستشفيات النجف الكبرى.

(٥) المراجع:

٥-١- البيانات الإحصائية:

١- وزارة التخطيط - الجهاز المركزي للإحصاء - مديرية الإحصاء السكاني (١٩٨٧) دليل الوحدات الإدارية.

٢- نتائج التعداد العام للسكان لسنة (١٩٧٧) حسب المحافظات (١٩٧٨).

٣- نتائج التعداد العام للسكان لسنة (١٩٨٧) حسب المحافظات (١٩٨٩).

٤- المجموعة الإحصائية السنوية (٢٠٠٥) نتائج مقدار السكان (١٩٩٧) حسب المحافظات.

٥- بيانات السكان من خارج التعدادات هي من تقديرات الباحث.

٦- البيانات المتعلقة بالخدمات الصحية في المحافظة هي من سجلات المديرية العامة للصحة وهي غير منشورة، وبيانات المرض تم أخذها عن شهادات الوفيات المحفوظة.

٥-٢- المراجع العربية:

١- الأمين، محمود (١٩٦١) قوانين حمورابي والقوانين البابلية الأخيرة - مجلة كلية الآداب / العدد (٣) جامعة بغداد.

٢- الموسوي، علي صاحب وجعاز، حسين (٢٠٠٢) قياسي الكفاءة النسبية الإحصائية للخدمات الصحية لمدينة النجف الأشرف / مجلة الجمعية الجغرافية / االعدد / ٤٩.

٣- عمران، عبد الرحيم (١٩٨٨) سكان العلم العربي / حاضرا ومستقبلا (صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية - نيويورك) مطبعة القبس التجارية / الكويت.

٥-٣- المراجع الأجنبية:

١- Thomson,T (1978) principles of medical geography- Longman. England.

٢-- Webster, Third Ed. International Scientific Dictionary. U.S.A.

المحاضرة الثانية

يمر بلدنا العزيز، بعد سقوط النظام البائد، بمرحلة تحول كبير يتطلب منا العمل للرقي بالواقع الصحي والبيئي

على مستوى الخدمات المقدمة والنظم الصحية المعمول في الوقت الحاضر. فقد أصبح للمواطن العراقي طموحا كبيرا في تحسين واقع الخدمات الصحية وأملا يراوده في الحصول على النوعية الأرقى والأكثر ضمانا له ولأسرته . وأصبح من الضروري بمكان ان نرتقي بكل ما له علاقة بتعزيز الصحة والوقاية من المرض. . وأصبح من الأهمية أن يتم عقد مؤتمر وطني موسع داخل العراق لمناقشة ودراسة الوضع الصحي الراهن ورسم استراتيجيات المستقبل لخفض معدلات المراضة والوفيات في هذا البلد العزيز.. ومن أبرز ملامح القطاع الصحي في العراق أنه نظام يرتكز على الخدمات التي تقدمها المستشفيات، كما أنه نظام مركزي. كذلك، لا يوجد تكامل بين البرامج الصحية المختلفة. فنظام الرعاية الصحية الأولية، الموجود حالياً، يحتاج إلى عملية تعزيز وتقوية بشكل شامل. هذا إلى جانب وجود خدمات تقدم على نطاق واسع من قبل القطاع الخاص إلا أنها تفتقر إلى التنظيم الصحيح. هذا بجانب انخفاض ما يخصص للفرد من الموارد الحكومية الموجَّهة للصحة. ويقوم عدد كبير من وكالات الأمم المتحدة، والمنظمات الدولية غير الحكومية، ومنظمات المعونة الثنائية، والمتعددة الأطراف، بتقديم المساعدات للعراق.

وما الواقع الصحي في محافظة النجف إلا صورة أخرى لتردي الخدمات الصحية في ظل الظروف الأمنية الراهنة وكثرة التحديات التي تواجه مرحلة التغيير والبناء التي يمر بها بلدنا العزيز. وان من أهم الأولويات الصحية ما يلي:

١- المخاطر البيئية وتلوث الهواء والماء والغذاء.

٢- إعـادة تأهيـل بـرامج الرعايـة الصحية الأولية وتطوير البنية التحتية للمؤسسات الصحية في المحافظة.

٣- تطوير النظام الصحي وهو جزء من السياسة الصحية للبلد بشكل عام.

٤- إنشـاء مراكـز للوقايـة والعـلاج للأمراض المزمنة والأورام السرطانية.

٥- إنشـاء مركـز للرصـد الوبـائي للإمراض في النجف.

٦- مركز لبحوث الأغذية في النجف.

حيث لوحظ وجود زيادة في معدلات حدوث السرطان في السنوات الثلاثة الماضية بازدياد معدل وقوع سرطان الثدي وسرطان الرئة إلى الضعف عما مسجل سابقا. وبلغ معدل الإصابة بالسرطان ٢٨ إصابة لكل ١٠٠٠٠٠ نسمة من السكان بعد أن كانت ٧ لكل ١٠٠٠٠٠. وبلغت نسبة وفيات الأمهات في العام ٢٠٠٦ هي ٢٤ وفاة لكل ١٠٠٠٠٠ ولادة حية.

ولابد من الإشارة إلى أن المحافظة شهدت تطورا في إعادة تأهيل البنية التحتية للمؤسسات الصحية في المحافظة حيث تم إنشاء عدد من المراكز الصحية المتطورة مع توفر الأجهزة الحديثة فيها وافتتاح بعض المراكز والوحدات العلاجية التي لم تكن موجودة سابقا مثل مركز الكلية ووحدة قسطرة القلب في مستشفى الصدر التعليمي في النجف. وإذا أردنا أن نبحث الواقع الصحي في محافظتنا لابد من التعرف على الواقع الصحي في العراق يشكل عام لان النجف كغيرها من مناطق العراق تعاني من وطأة النظام الصحي المتخلف في عموم البلاد. لقد شهدت تسعينيات القرن الماضي زيادة سريعة في معدلات وفيات الأطفال، وتدهوراً في المؤشّرات الصحية الأخرى. وتقع

الآن بعض المؤشرات الصحية في العراق ضمن الفئة الأسوأ في إقليم شرق المتوسط. وهناك ارتفاع في معدلات وفيات الأمهات والأطفال، حيث يبلغ معدل وفيات الرضع ١٠٨ لكل وليد حي وكذلك وفيات الأطفال دون سن الخامسة، نحو ١٣٠ لكل ١٠٠٠ وليد حي. ويعاني هذا القطر من عبء مرضي مضاعف، حيث إن هناك أمراضاً معدية رئيسية مثل أمراض الإسهال والسل والملا ريا وداء الليشمانيات، وفي ذات الوقت تبعث الأمراض القلبية الوعائية، والسكري، وارتفاع معدلات وقوع السرطان، على كثير من القلق. وقد عقدت لقاءات عديدة للنهوض بالواقع الصحي وبالتعاون مع منظمة الصحة العالمية كما ورد ذلك في وثيقة التعاون البلداني بين منظمة الصحة العالمية والعراق للأعوام ٢٠٠٥ - ٢٠١٠ وقد خلص المجتمعون إلى ضرورة تبنّي منظمة الصحة العالمية لأسلوب يعمل على مسارين: مواصلة دعم الاحتياجات العاجلة القائمة، وفي ذات الوقت تقديم الدعم اللازم لتنمية القطاع الصحي على المدى المتوسط.

و تم تحديد سبعة أهداف استراتيجية تستهدي بها المنظمة على درب تعاونها مع العراق على مدى السنوات الأربع إلى الست المقبلة، وذلك في ضوء الظروف المعقدة الموجودة في العراق. وهذه الأهداف هي:

" تلبية الحاجات العاجلة.

" إعداد حزمة من الخدمات الصحية الأساسية تكون متاحة لجميع السكان وتقدم من خلال شبكة من مراكز الرعاية الصحية الأولية.

" تغيير التوجه الخاص بالنظام الصحي المركزي، المعتمد على

المستشفيات، إلى نظام لا مركزي متكامل.

" التخفيف من وطأة العبء الصحي الملقى على عاتق الفقراء والقطاعات السكانية المهمشة.

" التعامل بكفاءة مع عوامل الاختطار الرئيسية.

" تقديم خدمات الرعاية الصحية دون تمييز وبتكلفة ميسورة.

" وضع الصحة في قلب برنامج التنمية الشاملة.

لقد تمت صياغة التوجهات الإستراتيجية الخاصة بدعم منظمة الصحة العالمية للعراق بالشكل الذي يجعلها تلبي متطلبات التنمية الصحية، سواء العاجلة منها، أو تلك المطلوب توفرها على المدى المتوسط والبعيد. وفي ما يتعلق بمساهمتها في تلبية الاحتياجات العاجلة، فسوف تقوم المنظمة بتقديم الدعم للعراق في الجوانب التقنية واللوجستية، بما في ذلك: الأدوية والإمدادات الطبية الأساسية، ومد مظلة التمنيع، وتوفير مرافق نقل الدم، وتحسين وسائل التدريب والإدارة والاتصالات، وجودة المياه، وأنظمة سلامة الأغذية، والمتطلبات التأهيلية الملحة، وخدمات الرعاية الصحية الأولية (بما في ذلك الحالات النفسية وتلك الناجمة عن الضغط العصبي)، والمعلومات الصحية الأساسية (مثلاً: عند تفشي الأوبئة)، والإمدادات، والأمور الإدارية اللازمة لتنسيق أنشطة الدعم.

وبالنسبة للمدى المتوسط، فإن إعداد حزمة من الخدمات الصحية الأساسية تكون متاحة لكافة السكان، وتقدم من خلال شبكة من مراكز الرعاية الصحية الأولية، هو أحد أهم أولويات التوجهات الإستراتيجية. ولكي تتمكن مرافق الخدمات الصحية من تقديم هذه الحزمة من الخدمات،

وكذا تحسين عملية الحصول عليها دون تمييز، وتحقيق المساواة والتمويل المنصف لها، وضمان جودتها، فإن هناك حاجة لإصلاح النظام الصحي. وكجزء.

المحور الأول: تحليل الواقع الصحي والخدمات الصحية ومراجعة النظام الصحي الحالي في العراق عموما وفي محافظة النجف بشكل خاص وهي ذاتها التي تعاني منها محافظات العراق وأسوؤها في الوسط والجنوب.

المحور الثاني: البيئة وصحة المجتمع و دراسة المخاطر البيئية وقوانين حماية وتحسين البيئة.

المحور الثالث: دراسة التحديات الراهنة وضع المعالجات السريعة وتحديد استراتيجيات العمل لتغيير الواقع الصحي المتردي في البلاد.

وقد ورد في تقارير منظمة الصحة العالمية في مؤتمراتها حول الوضع الصحي في العراق أن أكثر التحدّيات التي تواجه العراق خطورة وأهمية على المدى القريب والمتوسط هي كيفية تلبية احتياجات الناس من الخدمات والبرامج الصحية في ظل الأحوال الأمنية البالغة القسوة، وتتلخص هذه التحديات بما يلي:

أهم التحديات على المدى القصير:

١- خدمات الطوارئ والتي تشمل الرعاية التوليدية.

٢- التغطية باللقاحات في برنامج التحصين الموسع.

٣- خدمات نقل الدم.

٤- وسائل المواصلات والتواصل.

٥- جودة المياه وسلامة الأغذية.

٦- الاحتياجات الملحة للتأهيل.

٧- التزويد بالأدوية الأساسية وبالإمدادات الطبية.

٨- دورات تدريبية سريعة وتحسين الإدارة.

٩- خدمات الرعاية الصحية الأولية والتي تشمل معالجة الحالات المتعلقة بالكروب والصحة النفسية.

١٠- تنسيق أنشطة الدعم التي تقدم للحالات الطارئة والملحة.

وعلى المدى الطويل والمتوسط

فإن التحدِّيات الرئيسية التي تواجه تأهيل القطاع الصحي وتعزيزه، والتي حددت وفق تحليل الوضع الراهن، هي:

١- إعداد مضمومة أو حزمة من الرعاية الصحية الأساسية التي ستتاح لجميع السكان من خلال شبكة الرعاية الصحية الأولية.

٢- إصلاح القطاع الصحي وإعادة توجيهه ليكون نظاماً لا مركزياً ومتكاملاً تتعاون فيه القطاعات بدلاً من النظام العلاجي المرتكز على المستشفيات.

٣- تطوير نظام متوازن للموارد البشرية يتماشى مع إصلاح القطاع الصحي.

٤- إنشاء نظام عادل للتمويل الصحي.

٥- تعزيز القدرات المؤسسية والتخطيط والمعايير والإدارة.

٦- إنشاء نظام فعَّال للمعلومات الصحية.

٧- تلبية الاحتياجات الملحة حول المحدِّدات الاجتماعية للصحة مثل البيئة والتغذية وغير ذلك.

٨- التصدِّي للتغيرات في أنماط الحياة وعوامل الخطر.

٩- الاستجابة للعبء المزدوج للأمراض.

١٠- التصدّي لأثر الفقر على الصحة.

١١- التصدّي لنقص الأدوية والإمدادات الأساسية الأخرى.

١٢- الاستجابة لبعض الأمراض السارية المنبعثة بعد اضمحلالها.

١٣- تحسين الشراكة بين القطاع الصحي الخاص والعام.

١٤- إعداد خطة متعددة القطاعات لمياه الشرب الآمنة والإصحاح.

١٥- تعزيز سلامة الأغذية والقضايا الأخرى في الصحة البيئية.

الصحة البيئية

١- إنشاء برنامج وطني شامل ومنسّق للصحة البيئية (مياه الشرب، والإصحاح، وإدارة النفايات الصلبة، والسلامة الكيميائية وغير ذلك)، ويساهم فيه كل من وزارة الصحة، ووزارة البلديات، ووزارة البيئة وغيرها من الوزارات والشركاء المعنيين. فضلا عن إجراء مراجعة شاملة لمدى الحاجة إلى الموارد البشرية اللازمة في مجال صحة البيئة.

٢- إنتاج معلومات موثوقة لصحة البيئة في كل محافظة، ويشمل ذلك التغطية بإمداد المياه والتغطية بالإصحاح والنفايات الصلبة.... إلخ.

٣- مواصلة تعزيز جودة مياه الشرب.

٤- حملات دعائية قوية ودعم كبير لبرنامج خاص بالخدمات البيئية في المستشفيات ومرافق الرعاية الصحية ولاسيما المياه والإصحاح وإدارة نفايات المستشفيات.

٥- إنشاء برنامج شامل وواضح المراحل لسلامة الغذاء.

٦- دعم تنفيذ الإمداد بالمياه، والإصحاح والإجراءات البيئية الصحية الأخرى من خلال مبادرات مجتمعية (مبادرات تلبية الاحتياجات الأساسية).