مجلة الريادة للبحوث والأنشطة العلمية
Al-Riyadah Journal For Researches
And Scientific Activities

العدد التاسع
March 2024 مارس

برامج التنمية ونوعية الحياة الصحية بالمجتمع الريفي
دراسة ميدانية على قرية "شلغودة" بلدية الزاوية الجنوب

سهيلة عبد المجيد أوشاح
قسم علم الاجتماع، كلية الآداب والتربية / جامعة صبراتة
Abdallah.oshah6886@gmail.com

ملخص الدراسة:

تهدف الدراسة إلى وصف وتحليل انعكاسات البرامج التنموية على نوعية الحياة الصحية بالمجتمع الريفي بليبيا، وبالتحديد في قرية شلغودة، وتعتبر هذه الدراسة وصفية تحليلية، واعتمدت منهج المسح الاجتماعي بطريقة العينة، واستمارة استبيان وسيلة لجمع البيانات في مجتمع البحث. بلغ حجم العينة(250) أسرة من الأسر المقيمة بقرية شلغودة، توصلت الدراسة إلى عدة نتائج أهمها: أن غالبية أرباب الأسر على مستوى عينة البحث أفادوا بأن الخدمات الصحية في القرية غير كافية، وأن غالبيتهم غير راضيين عن مستوى الخدمات الصحية بالقرية بنسبة (94.0%). وخرجت الدراسة بتوصيات عدة منها: إنشاء مركز بحوث يهتم بدراسة نوعية الحياة ويعمل على إصدار سلسلة من الدراسات والأبحاث واستطلاعات الرأي عن مؤشرات نوعية الحياة من حين إلى آخر، والعمل على الرفع من مستوى الخدمات والصحية وكافة الخدمات الأخرى التي تلبي احتياجات المواطنين.

Abstract:

The study aims to describe and analyze the impact of development programs on the quality of healthy life in the rural community in Libya، specifically in the village of Shalgouda. This study is considered descriptive and analytical، and it adopted the social survey approach using a sample method and a questionnaire form as a means of collecting data in the research community. The sample size was (250) families residing in the village of Shalgouda. The study reached several results، the most important of which are: The majority of household heads across the research sample reported that health services in the village are insufficient، and that the majority of them are dissatisfied with the level of health services in the village at a rate of (94.0%). The study came out with several recommendations، including: establishing a research center concerned with studying the quality of life and working to issue a series of studies، research and opinion polls on quality of life indicators from time to time، and working to raise the level of health services and all other services that meet the needs of citizens.

المقدمة:

مع بداية التسعينيات في القرن الماضي بدأ مفهوم التنمية البشرية يفرض نفسه في الخطاب الاقتصادي والاجتماعي على المستوى العالمي، وقام برنامج الأمم المتحدة الإنمائي وتقاريره السنوية بدور بارز في إعطاء اهتمام عالمي لهذا المفهوم الذي يركز على تحقيق جودة حياة البشر من خلال خدمة الإنسان وتطوير حياته وتحسين مستوى معيشته والاستجابة لمتطلباته وتطلعاته المادية والروحية والبيئية. وبدأت تتكون قناعة لدى عدد من الاقتصاديين بأن التنمية لم يعد بالإمكان النظر إليها كزيادة في قيمة السلع والخدمات المادية فحسب، وأن المقاييس الاقتصادية الكلية المعروضة من الناتج المحلي إلى متوسط الدخل الفردي، لا تمثل بشكل صحيح الوجوه المختلفة من عملية التنمية، وبأن المؤشرات الاقتصادية وحدها لا يمكن استخدامها كمقياس عام لتصنيف الدول من حيث درجة نموها، إذ أن نوعية الحياة الإنسانية يمكن أن تكون سيئة نسبياً في بلدان تكون فيها المؤشرات الاقتصادية متوسطة، ومن هنا تبلور النقد لأحادية الفكر القائلة بأن زيادة كمية السلع والخدمات المتاحة باستمرار هي المفتاح لتحسين نوعية الحياة، بل من خلال التعليم الجيد، والعناية بالصحة، والتوزيع العادل للثروة والدخل، وإقامة نظام للأمن الاجتماعي، والاهتمام بالثقافة، وإقامة علاقات إنسانية على أساس العدل والسلم والمساواة ورعاية الحقوق الأساسية، وإتاحة الفرصة للمشاركة والتداول السلمي للسلطة، والتحرر من أسر الجهل والفقر والمرض .

أولاً: تحديد موضوع الدراسة:

على الرغم من تعدد البحوث التي أجريت على نوعية الحياة إلا أنه لا يوجد أداة محددة لقياس نوعية الحياة، وقد تم تعريفها بشكل واسع اجتماعياً وموضوعياً، وبشكل ضيق بمصطلحات الفردية والذاتية فتضمنت في الفترة السابقة موضوعات مثل: الدخل والوظيفة والتعليم والصحة والسكن والظروف البيئية والحياتية، وبعد ذلك تضمنت مؤشرات مثل: السعادة والرضا عن الحياة فالتحول في الاتجاهات الكمية والنوعية في السياسات الإنمائية تشكل في حد ذاتها ثورة ذات أبعاد اجتماعية واقتصادية وسياسية وثقافية تتحقق بفعل التوسع في محتوى التوقعات والطموحات والوعي والإرادة لدى الأفراد.

فتشكيل الإطار العام لنوعية الحياة في المجتمع الليبي خلال العقود الماضية كان يسير في ظل التوجه الإيديولوجي الوأحد الذي يتجه نحو إشباع الحاجات الأساسية للأفراد، وإن الاختلاف في

نوعية الحياة ما بين المجتمعات المختلفة يكون اختلاف في الدرجة وليس اختلاف في النوع، والمقصود بالدرجة مساحة أو حجم الحاجات الاجتماعية والإنسانية التي تستطيع نوعية الحياة المعنية إشباعها، فالتحدي الذي يواجه التنمية وبرامجها ليس فقط في الأعمال التنفيذية وإنما هو في تفاعل العناصر التنموية المختلفة لتكوين مجتمع يتميز بنوعية حياة جيدة تعبر عن أهداف التنمية من خلال التخطيط والتنفيذ والإدارة فإذا لم تحقق كل هذه المقدمات نتائج لتحسين نوعية الحياة أصبحت التنمية قاصرة وعاجزة عن تحقيق أهدافها. وبالنظر إلى الشرائح الاجتماعية المختلفة في المجتمع الليبي وخاصة لمجتمع البحث، إلى متغيرات المكانة الاجتماعية والاقتصادية المتمثلة في التعليم والدخل والمهنة، من المتوقع أنه كلما ارتفع المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأفراد بمجتمع البحث انخفض مستوى الرضا عن نوعية الحياة، وهذا يرجع إلى ارتفاع مستوى التعليم والاتصال بالعالم الخارجي والتمسك بمستويات أعلى من الطموح.

تهدف الدراسة إلى وصف وتحليل طبيعة انعكاسات برامج التنمية الاجتماعية على نوعية الحياة الصحية، وبالتحديد في قرية "شلغودة "من خلال الكشف عن برامج التنمية الاجتماعية وتقييمها من خلال الرؤية الذاتية لأفراد مجتمع البحث، ومعرفة أثرها على نوعية حياتهم والرعاية الصحية التي يحصلون عليها، ومعرفة درجة رضاهم بهذا المجتمع.

ثانياً: أهمية الدراسة:

يرجع اختيارنا لهذا الموضوع إلى قلة الدراسات الاجتماعية التي تناولت نوعية الحياة في المجتمع الليبي، وتأتي أهمية هذه الدراسة من خلال تقييمها لبرامج التنمية الصحية من خلال تصورات أفراد مجتمع البحث نحوها للتعبير عن المتطلبات الحقيقية للمجتمع، حيث إن رؤيتهم هذه تعطي لنا وقائع حقيقية فيما يتعلق بعملية التنمية ومدى تحقيقها لأهدافها.

وتكمن الأهمية التطبيقية لهذه الدراسة في أنها سوف تسهم في مساعدة صانعي القرار في اختيار السياسات التنموية التي تلبي متطلبات وتطلعات شرائح المجتمع المختلفة وخاصة الصحية منها.

ثالثاً: أهداف الدراسة:

1- التعرف على أثر برامج التنمية الاجتماعية على نوعية الحياة الصحية بالمجتمع الريفي.
2- التعرف على مدى رضا أفراد مجتمع البحث على نوعية الحياة الصحية بمجتمع البحث.

رابعاً: تساؤلات الدراسة:

س- هل أدت برامج التنمية إلى تحسين نوعية الحياة الصحية بالمجتمع الريفي ؟

س- هل أفراد مجتمع البحث راضون عن نوعية الحياة الصحية التي يعيشونها؟

خامساً : المفاهيم المستخدمة في الدراسة:

1- مفهوم التنمية:

عرفت هيئة الأمم المتحدة التنمية 1955 بأنها العملية المرسومة لتقدم المجتمع اجتماعياً واقتصادياً وتعتمد بقدر الإمكان على مبادرة المجتمع المحلي وإشراكه، ثم عرفتها عام 1956 بأنها العمليات التي توحد جهود الأهالي وجهود السلطات الحكومية لتحسين الأحوال الاجتماعية والاقتصادية والثقافية للمجتمعات المحلية. (الجوهري1999: 10).

أما البنك الدولي عرف التنمية بأنها زيادة قابلة للاستمرار في مستويات المعيشة يشمل الاستهلاك المادي والتعليم والصحة وحماية البيئة. (السروجي 2012 : 17) .

ويعرفها (علي الكواري) على أنها عملية مجتمعية واعية ودائمة موجهة وفق إدارة وطنية مستقلة من أجل إيجاد تحولات هيكلية وأحداث تغييرات سياسية واجتماعية واقتصادية تسمح بتحقيق تصاعد مطرد لقدرات المجتمع، وتحسين مستمر لنوعية الحياة فيه. (الكواري1996: 260).

ويرى (الكردي) أن التنمية هي تحسين نوعية الحياة عن طريق زيادة فاعلية الأنشطة المجتمعية القائمة وارتفاع معدل استفادة الفرد منها (الكردي 1999: 7).

في حين عرفها تقرير التنمية البشرية لعام 2010 أنها توسيع لحريات البشر فيعيشوا حياة مديدة ملؤها الصحة والإبداع ويسعوا إلى تحقيق الأهداف التي ينشدونها ويشاركون في رسم مسارات التنمية. (تقرير التنمية البشرية 2010،22) في حين جاء تعريف التنمية البشرية في تقرير التنمية الإنسانية العربية بأنها: عملية توسيع الخيارات وبما أن الإنسان هو محور تركيز جهود التنمية فإنه ينبغي توجيه هذه الجهود لتوسيع نطاق خيارات كل إنسان في جميع ميادين سعي الإنسان (تقرير التنمية الإنسانية العربية :2002،13،14).

وعرف التقرير الوطني للتنمية البشرية ليبيا التنمية البشرية على أنها توجه إنمائي يهدف إلى توفير فرص حياتية أفضل ويعمل على تحقيق ثلاثة أهداف رئيسية وهي حياة أطول وأكثر صحة، وتمتع الفرد والمجتمع بالمعرفة المتجددة، وإتاحة مستويات معيشية مرتفعة (التقرير الوطني للتنمية البشرية ليبيا1999: 8).

2- مفهوم برامج التنمية:

هناك صعوبة بعض الشيء في إمكانية إيجاد تعريف واضح جامع مانع لمفهوم البرامج التنموية، ولاسيما في الكتابات السوسيولوجية؛ وذلك نظراً لتداخله واقترابه من بعض المفاهيم الأُخرى، مثل السياسات الاجتماعية واستراتيجيات التنمية والتخطيط وغيرها من المفاهيم الأُخرى.

فبرامج التنمية عملية ديناميكية مستمرة تنبع من الكيان وتشمل جميع الاتجاهات، فهي عملية مطردة تهدف إلى تبديل الهياكل الاجتماعية وتعديل الأدوار والمراكز وتحريك الإمكانيات المتعددة الجوانب بعد رصدها وتوجيهها نحو تحقيق هدف التغيير في المعطيات الفكرية والقيمية وبناء دعائم الدولة العصرية، وذلك من خلال تكافل القوى البشرية لترجمة الخطط العلمية التنموية إلى مشروعات فاعلة تؤدي إلى أحداث التغييرات المطلوبة (المعهد العربي للتخطيط 1997: 7).

وبصيغة أُخرى يمكن القول: إن البرامج التنموية هي بمثابة الأُسلوب أو الفلسفة التي تتم بها عملية التنمية أو هي تحديد خطوط التحرك الجوهرية التي تكفل نقل المجتمع من حالة التخلف إلى حالة التقدم وتستمر عبر مراحل مختلفة حتى يتم ترجمتها في عدد من المشروعات ذات الأهداف المحددة التي يتم تنفيذها عبر شبكة كبيرة من الهيئات والأجهزة (درويش1996: 68).

ويُقصد بالبرامج التنموية كذلك مجموعة القرارات التي تتضمن اتجاهات منظمة ومجالات وطرقاً واجب استخدامها لتحقيق الأهداف التنموية للمجتمع (التابعي 2009: 75).

أما **التعريف الإجرائي لمفهوم برامج التنمية** فيشمل الخطط والمشاريع التنموية التي تحقق لكل إنسان التمتع بحياة صحية طيلة حياته.

3- مفهوم نوعية الحياة :

تعرف منظمة الصحة العالمية نوعية الحياة بأنها إدراك الفرد لوضعه المعيشي في سياق أنظمة الثقافة والقيم في المجتمع الذي يعيش فيه، وعلاقة هذا الإدراك بأهدافه وتوقعاته ومستوى اهتمامه (who، 1994:41، 57).

وتعرف منظمة اليونسكو نوعية الحياة بأنها: مفهوم شامل يظم كل جوانب الحياة كما يدركها الفرد، وهو مفهوم يتسع ليشمل الإشباع المادي للحاجات الأساسية والإشباع المعنوي الذي يحقق التوافق النفسي للفرد عبر تحقيقه لذاته، وعلى ذلك فإن نوعية الحياة في هذه الرؤية لها ظروف موضوعية

ومكونات ذاتية، ولقد ارتبط هذا المفهوم منذ البداية بسعي المجتمعات الصناعية نحو التنمية والارتقاء بمتطلبات الأفراد عن طريق تحقيق الوفرة الاقتصادية لمواجهة إشاعات الأفراد وتطلعاتهم وطموحاتهم (الأشول 2005: 6).

ويرى (عبد المعطي) أن نوعية الحياة كمفهوم يستخدم للتعبير عن رقي مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع، كما أنها تعني مجموعة تقييمات الأفراد لحوادث حياتهم اليومية في وقت محدد وفي ظل ظروف معينة وإدراكهم لمكانتهم ووضعهم في محيط المنظومة الثقافية التي يعيشون فيها وعلاقة ذلك بأهدافهم واهتماماتهم وتوقعاتهم ومعاييرهم في ضوء تقييمهم لجوانب حياتهم التي تشمل الرضا عن الحياة، والأنشطة المهنية، وأنشطة الحياة اليومية، والسعادة، والأعراض النفسية، والصحة البدنية، والعلاقات الاجتماعية والحالة المادية (عبد المعطي،2005: 17،18).

يعرف (تايلور وبوجدان Taylor & bogdan)، نوعية الحياة بأنها رضا الفرد عن كثير من جوانب حياته وشعوره الداخلي بالقناعة أو الإشباع بما يعيشه في حياته، ويعرفها (سواتزكي Sawatzky) بأنها تقييم الفرد لجميع جوانب حياته، ويشير إلى تقييم الفرد لمجالات حياته في ضوء رضاه عن ظروف حياته المختلفة والتي يفترض إسهامها في نوعية حياته، ويتم تقييم مجالات الحياة من خلال استجابة الفرد لأسئلة تدور حول رضاه عن ظروف معينة في حياته، ويعد هذا الرضا هو قياس لنوعية الحياة (المغربي 2010 :6).

ويعرف (كارن ولامبور) نوعية الحياة بأنها القدرة على تبني أسلوب حياة يشبع الرغبات والاحتياجات لدى الفرد. (Karen85،Lambour ،1990:).

يشير مفهوم نوعية الحياة إلى الإشباع المادي للحاجات الأساسية والإشباع المعنوي الذي يحقق التوافق النفسي للفرد عبر تحققه لذاته، وعليه فإن نوعية الحياة لها ظروفها الموضوعية والذاتية.

وهي أيضاً الدرجة التي يستمتع بها الفرد والاحتمالات الهامة التي يتوقعها في حياته، إضافةً إلى أنها ناتج التفاعل بين العوامل الاجتماعية والاقتصادية والصحية، وتنمية الظروف المؤثرة على التنمية الاجتماعية والبشرية (Robert 2000: 12).

مؤشرات نوعية الحياة:

أولاً: المؤشرات الموضوعية:

هي تلك المؤشرات القابلة للقياس الكمي والتي تتعلق أساساً بالمتغيرات المؤسسة لنوعية الحياة مثل حجم ومستوى المرافق والخدمات الموجودة بالمناطق السكنية والمؤسسات التي تقدم كافة الخدمات الصحية والعلاجية والغذائية، والمدارس والهيئات التعليمية وأماكن ووسائل الترويح المتاحة والأنشطة الاقتصادية الشائعة والسلع المتوفرة والمؤسسات القائمة على تحقيق الأمن (الجوهري 1994: 47).

ثانياً: المؤشرات الذاتية:

وهي تلك المؤشرات التي تعكس إدراك وتقييم الأفراد لحياتهم، سواء في ذلك تقييم الشخص لحياته ككل أو لمجالات معينة منها كالمسكن أو الدخل أو العمل أو المساواة في المعاملة أو الجمال، وبذلك يكون هذا التقييم بمثابة انعكاس مباشر على الأقلفي مجالٍ ما لإدراك ذلك الشخص لنوعية الحياة، كما تعتبر بمثابة تقارير عن مستوى السعادة أو قدر الشقاء الذي يشعر به ذلك الشخص (جمال الدين 1991: 74،75).

وتجدر الإشارة هنا إلى وجود تكامل بين المؤشرات الموضوعية والمؤشرات الذاتية لنوعية الحياة، فالنوعية الجيدة من الأفراد التي تمثل البعد الذاتي تسعى لتحسين واستثمار الظروف التي تحيا فيها لإقامة حياة جيدة كما أن نوعية الظروف المجتمعية والتي تمثل البعد الموضوعي لنوعية الحياة إذا ما أتاحت للأفراد فرص النمو والتطور فإنها تؤدي إلى تحسين نوعية حياتهم وإلى الارتقاء بهم وبقدراتهم ومن ثم الارتقاء بمجتمعهم، وإذا تمثلت أبعاد نوعية الحياة في البعدين الذاتي والموضوعي فإن محدداتها في عاملين أساسيين هما شعور الفرد بأهميته، واستمتاعه بكل جانب من جوانب حياته. وبالتالي يمكن أن **نعرف نوعية الحياة إجرائياً** بأنها (مجموعة من المتغيرات المتنوعة التي تهدف إلى إشباع الحاجات الأساسية للأفراد الذين يعيشون في المجتمع، بحيث يمكن قياس هذا الإشباع بمؤشرات موضوعية تتمثل في الخدمات والرعاية الصحية، ومؤشرات ذاتية تتمثل في الرضاء عن تلك المؤشرات لما تقدمه من إشباع للفرد والأسرة).

الدراسات السابقة:

1- دراسة: ماجدة حسانين، التنمية الاجتماعية في مرحلة الإصلاح الاقتصادي "2007": تهدف الدراسة إلى التعرف على تصورات شرائح المجتمع المختلفة عن حالة التنمية الاجتماعية بعد تطبيق سياسات وبرامج الإصلاح الاقتصادي . اعتمدت الدراسة على أدوات مختلفة لتحقيق أهدافها منها الإحصاءات، ودليل نوعية الحياة والمقابلة المقننة. بلغ حجم العينة 300 مفردة من المقيمين في أحياء القاهرة. توصلت الدراسة لعدة نتائج أهمها: أن أغلب أفراد العينة غير راضيين على هذه سياسات وبرامج الإصلاح الاقتصادي وترجع أسباب عدم الرضا إلى تدهور الحالة الاقتصادية وعدم انخفاض معدلات البطالة. توصلت الدراسة إلى أن الخدمة الصحية الحكومية كانت أفضل قبل تطبيق سياسات الإصلاح الاقتصادي ويرجع لأسباب التكلفة أقلوالخدمة الجيدة.

2- دراسة: "Quality of life in Czech ، D. Spesna، M. Deliu، P. Pospech rural areas، Agric. Econ، CZEch، 2009 . تهدف الدراسة لإيجاد الفرق بين سكان الريف وسكان الحضر في نوعية الحياة وقد اعتمدت الدراسة على سبعة أبعاد أساسية وهي: العلاقة مع الأسرة–الرفاهية "الرفاه" العاطفية–الرفاه المادي–الصحة–العمل والنشاط الإنتاجي. شعور الفرد تجاه مجتمعة المحلي وتعتبر دراسة تحليلية مقارنة بين سكان الريف وسكان الحضر، وتم تحديد تعريف سكان الريف بأنهم السكان الذين يعيشون في البلديات البالغ عددها أقل من 2000 نسمة. **توصلت الدراسة لنتائج عدة أهمها:** أنه هناك اختلافات كبيرة في مستويات التعليم بين المناطق الريفية والمناطق الحضرية، وأن نسبة البطالة في سكان الريف أكثر من سكان الحضر حيث كانت نسبة البطالة في الريف 6.9%. وأن سكان الحضر يتمتعون برفاهية مادية أعلى من مستوى الرفاهية التي يعيشها سكان الريف.

3- دراسة : Quality of life among rural ، S.o. Popoola،Yetunde Abosede Zaida .Nigerian Women: The role of in formation Library Philosophy and practice. 2010

تهدف الدراسة إلى التعرف على نوعية وجودة الحياة للمرأة الريفية ومعرفة ما تحتاج إليه المرأة في ولاية EKiti. وتم اختيار عشر مجموعات بؤرية من ستة عشر منطقة محلية بولاية "Ekiti". وتم جمع البيانات من خلال استخدام الأشرطة الصوتية وأجهز الكمبيوتر. **توصلت الدراسة لنتائج عدة**

أهمها: أن المرأة الريفية في المناطق التي تم تحديدها تعيش مستوى متدني لنوعية الحياة. ووجود تدني مستوى الخدمات الصحية بالولاية وأكدت على ضرورة تحسين الخدمات الصحية للمرأة الريفية من خلال توفير مراكز صحية وكوادر طبية وأجهزة متطورة.

4- دراسة : medical ، Quality of life a mange ederly people at rural area،missiriya science،2014 . تهدف هذه الدراسة إلى تقييم نوعية الحياة لدى المسنين في قرية Kuthambakkam بمنطقة Thiunvellore. تعتبر هذه الدراسة وصفية تحليلية، وبلغ حجم العينة 60 فرداً من كبار السن الذين توافرت بهم معايير الاختيار لإجراء الدراسة عليهم، وتم تقييم مستوى نوعية الحياة من خلال استخدام بعض معايير منظمة الصحة العالمية Who. **توصلت الدراسة لنتائج عدة أهمها:** أن أغلب أفراد العينة راضين على نوعية الحياة التي يعيشونها، أيضاً أشارت إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متغير الجنس ونوعية الحياة.

5- دراسة: جميعي، الحياة اليومية لسكان المناطق العشوائية وسبل تحسين نوعية الحياة داخل المناطق الريفية."2015": تهدف الدراسة إلى التعرف عن الحياة اليومية لسكان المناطق العشوائية وسبل تحسين نوعية الحياة داخل المناطق الريفية، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي ومنهج دراسة الحالة، وبلغ حجم العينة 300 مفردة من الذكور والإناث، واعتمدت الدراسة استمارة الاستبيان كوسيلة لجمع البيانات.

توصلت لنتائج أهمها: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المرافق والخدمات وتحسين نوعية الحياة. ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الدخل، المستوى التعليمي، المهنة، الامن، النقل والمواصلات وتحسين نوعية الحياة.

أولاً: نظرية التحديث:

تؤكد نظرية التحديث على أن التحول الاجتماعي والاقتصادي والسياسي والثقافي بكافة أشكاله وأنماطه في مجتمعات العالم النامي يجب أن يتسم بنفس سمات وصفات وخصائص النسق الرأسمالي الغربي، حتى تستطيع أن تصل إلى ما وصلت إليه المجتمعات الصناعية المتقدمة، بل يجب على المجتمعات النامية العمل على تغيير قيم ومواقف وأعراف الناس حتى لا تقف عائقا أمام المتطلبات المادية للتحديث (غربي وآخرون 2003 : 99).

تقوم نظرية التحديث على وجود نموذجين أو مجتمعين أحدهما حديث صناعي متقدم والآخر تقليدي يختلف، ويستند مفكرو التحديث في صياغة نظرياتهم على التمييز بين التقليدية والحداثة والتحول في نمط الاقتصاد التقليدي البسيط إلى نمط الاقتصاد الحديث، ومن سمات نظرية التحديث أنها حاولت وضع مؤشرات تتعلق بالسلوك والشخصية، وعلى مستوى المجتمع حاولت دفع سلماً لتحديث يبدأ بالمجتمعات الأكثر تقدماً فالأقلتطوراً، والتحديث هنا لا يأتي إلا باستبدال القيم التقليدية بالقيم الحديثة (محمد 2004: 50).

إن الوصول لنوعية الحياة المرغوبة مرتبط بتغير البيئة المحيطة، والبيئة الطبيعية والاجتماعية مهمة لاختيارات الفرد، فالعالم المحيط يتحكم في الفرد والأفراد الآخرين من حيث نوعية الحياة وهذا لا يتحقق إلا من خلال الوعي المطلوب حتى يتحكم في التغيير ويقود التغير (الجوهري 1994 : 62) من خلال نقطتين أساسيتين هما مدى تتأثر الإدراكات الذاتية بالتوتر وعمليات السيطرة الداخلية والخارجية وبالدعم الاجتماعي والأداء والقلق والاكتساب وتأثير هذه المتغيرات على نوعية الحياة، وثانيهما إلى أي مدى يمكن اعتبار الذين يتنبؤون بمختلف جوانب نوعية الحياة الانفعالية والمعرفية في بعض الميادين الخاصة متشابهين أم مختلفين (Mjosepn،329 : 1986) فنوعية الحياة ارتبطت بالكثير من المفاهيم كالقيم والإدراك الذاتي والحاجات والاتجاهات والطموح والتوقع والصحة النفسية، ونوعية الحياة ضمن هذا السياق هي تعبير عن الإدراك الذاتي للفرد، والحياة بالنسبة للإنسان هي ما يدركه منها فجوهر نوعية الحياة يكمن في إشباع الحاجات الإنسانية فيرى (بارسونز وماريون ليفي) أن عملية التحديث هي عملية تباين وتواصل مستمر في البناء الاجتماعي وتخصص في الوظائف يشمل جميع مجالات العلاقات الاجتماعية، وأن هذا التباين الوظيفي لا ينطوي على تفكك اجتماعي يقدر ما يتضمن تنسيقا وتكاملاً اجتماعياً عند مستوى أعلى بواسطة قواعد منظمة ومعايير ذات طابع أخلاقي عام بالإضافة إلى ميكانزميات عامة للتبادل، كالأسواق التجارية والانتخابات والجهاز الإداري البيروقراطي وكافة أساليب التفاعل المعروفة في المجتمع الصناعي (عودة وآخرون1979 : 467).

وعرض (بارسونز) نموذجاً عرف بمتغيرات النمط حاول من خلاله تفسير التنمية على أنها عملية الانتقال في نمط معين إلى نمط أخر يقابله، وبناء على هذا التطور لمتغيرات النمط أوْلى (بارسونز)

مسألة القيم أهمية خاصة واعتبرها من المكونات الرئيسية لأي نسق من أنساق الفعل الاجتماعي بمعنى أنها تمتلك القدرة على التعميم التحليلي، فضلاً عن كونها متغيرات ويمكن أن تطبق على سلوك الفرد أو أسلوب الجماعة وتفيد في تحليل الجماعات الصغيرة أو المجتمع الكبير ككل ووصف أفعال الفاعلين الأفراد أو النظم الاجتماعية (جي روشية1981 : 77، 78).

وقد حدد (بارسونز) متغيرات النمط الخمسة واعتبرها إطاراً مرجعياً يستر شد به الباحث في تحديد إمكانات التغير والصراع بين القيم والمعايير التي ينبغي على المجتمع أن يتغلب عليها حتى يصون توازنه ويتحقق فيه التكامل والاستقرار (عارف، 1982 : 250، 251).

وتتمثل متغيرات النمط الخمسة عند (بارسونز) في الوجدانية في مقابل الحياد الوجداني، التوجه الجماعي في مقابل الفردية، الانتشار في مقابل التخصص، الخصوصية في مقابل العمومية، النسبية في مقابل الإنجاز، حيث يرى بارسونز أن أفراد المجتمع الصناعي موجهون نحو الأداء أكثر مما هم موجهون نحو النسبية أي أن العمل والإنجاز يعتبر أقوى من النظر إلى الأصل الأسري والانتماء الطبقي، كما أنهم ذوو أدوار متخصصة أكثر مما هم ذوو أدوار منتشرة عامة، فيعتبر أفراد المجتمع المتقدم عموميين أكثر منهم خصوصيين أي أنهم يرتبطون بالآخرين بالنظر إلى أدوارهم الاجتماعية أكثر مما يرتبطون بهم في ضوء خصائصهم المميزة، وأنهم يتصفون بالحياد الوجداني أكثر مما هم وجدانيون بمعنى أنهم يهتمون بمصالحهم الخاصة أكثر من الاهتمام بالصالح العام (يتماشيف، 1982 : 357 – 361).

وفي هذا السياق يمكن قياس نوعية الحياة على الحاجات الإنسانية ومدى تحققها، حيث إن تجاهل هذه الحاجات الإنسانية تعتبر عائق في سبيل تحقيق نوعية حياة أفضل (Antonia 198: 1).

فالحياة بالنسبة للإنسان هي ما يدركه منها فتقييم الفرد للمؤشرات الموضوعية في حياته، كالصحة والتعليم وغيرها يمثل في أحد مستوياته انعكاس مباشر لإدراك هذا الفرد لنوعية الحياة وفي وجود هذه المتغيرات بالنسبة لهذا الفرد يظهر ذلك بوضوح في مستوى السعادة أو الارتقاء الذي يكون عليه والذي يؤثر بدوره على تعاملات هذا الإنسان مع كافة المتغيرات الأخرى في نطاق تفاعلاته بما في ذلك أسلوبه في حل المشكلات ومواجهة المواقف الضاغطة.

فالأساس لنوعية الحياة يتضح في العلاقة الانفعالية القوية بين الفرد وبيئته وهذه العلاقة تتوسطها

مشاعر وأحاسيس الفرد ومدركاته التي تظهر من خلالها نوعية حياة الفرد (الشيخي2014: 83) . فالإنسان يشعر بالرفاهية عندما يشبع احتياجاته الأساسية حيث إنه يتم إخبار الذات بالإحساس بالرفاهية عندما تنخفض الحاجات التي يشعر بها الفرد وتتغير هذه العملية باستمرار؛ لأن الفرد له احتياجات كبيرة ومتجددة ويمكن إشباعها بطرق متعددة (K.F. Schuessler. 1985: 2).

فالقيم لها دور مهم في حياة الأفراد نظراً لأهميتها في تفسير الطموحات والتوقعات الخاصة بالأفراد، فهي تسهم في تحديد مستويات الأهمية النسبية لمجالات الحياة المتعددة أو طبيعة تدرجها وفقاً للنسق القيمي الخاص بالفرد، حيث إن الفرد الذي يضع العمل على قمة المدرج القيمي يكون أكثر سعادة كلما كان راضياً عن عمله ويؤثر ذلك بشكل إيجابي على حياته ككل، فيصبح راضياً عنها وينطبق ذلك على كافة القيم الأخرى في حياة الإنسان (الحسيني وآخرون1979: 78، 79).

ميز (ليرنر) بين نمطين من المجتمعات، المجتمع التقليدي والمجتمع الحديث، فالتحديث من وجهة نظر ليرنر تغير اجتماعي شامل تكتسب من خلاله المجتمعات التقليدية وخصائص المجتمعات الحديثة، وتتلخص نظريته في نموذج يجمع بين عدد من المتغيرات المستقلة والتابعة ترتبط في علاقات تراتبية تعكس درجة تحديث المجتمع، وتتمثل في انتشار التعليم الذي يؤدي إلى توسيع نطاق المشاركة اجتماعياً وسياسياً واقتصادياً وهذا يعود بدوره إلى تطور الشخصية الحديثة، أو ما يعبر عنه ليرنز الاستبصار الوجداني، فتحديث المجتمع يتم من خلال الأفراد والبيئة معاً، فالاستبصار الوجداني يمكن الفرد من تخيل أدوار الآخرين واكتساب هذه الصفة يجعل الفرد اكثر استعداداً للحركة الاجتماعية وتوسيع نطاق مشاركته أما بالنسبة للبيئة فقد اهتم ليرنر بالتغيرات التي تحدث في مجال البيئة المحيطة بالفرد وبتأثير هذه التغيرات في تطوير الشخصية الحديثة (التير 1992 : 316).

يشير (ليرنر) إلى أن المتغيرات الأساسية للتحديث تتمثل في التحضر والتعليم والصحة والمشاركة في وسائل الاتصال والمشاركة السياسية، فهو يرى أن المجتمع الحديث هو الذي يحقق درجة عالية على سلم هذه الخصائص أما المجتمع التقليدي فهو ذلك المجتمع الذي لا يحقق سوى درجة ضعيفة على السلم (الحسيني، 1982 : 108).

وركز العديد من العلماء على المؤشرات الموضوعية مثل معدلات المواليد والوفيات ونوعية المساكن والمستويات التعليمية لأفراد المجتمع ومستوى الاستيعاب والقبول في مراحل التعليم المختلفة ومستوى

الدخل والصحة وغيرها من المؤشرات ومن المعروف أن هذه المؤشرات تختلف من مجتمع لآخر كما تختلف من جماعة لأخرى داخل المجتمع (الغندور 1999 :24) .

فالتّحديث ظاهرة تمثل حركة المجتمع على مسار محدد يمكن ملاحظته وقياسه من خلال خصائص ومؤشرات تتعلق بالبيئة المحيطة بالفرد أو تتعلق بالفرد نفسه، فمؤشرات التّحديث على مستوى المجتمع تشمل توفر المباني الحديثة على شكل وحدات سكنية وأسواق وخدمات وكذلك الطرق ووسائل اتصال مختلفة وأيضاً المؤسسات العامة مثل المدارس، والمستشفيات، والمؤسسات الاجتماعية أما مؤشرات التّحديث على مستوى الشخصية فتتمثل في القدرة على التكيف مع متطلبات الحياة العصرية وما يتصل بها من سرعة في التغير والتّحديث.

الإجراءات المنهجية:

1- نوع الدراسة: تعتبر هذه الدراسة وصفية تحليلية فالتركيز في هذه الدراسة يتجه نحو وصف نوعية الحياة لتقييم الاوضاع المعيشية للأسرة، والتي بدورها تتباين من أسرة إلى أخرى حسب ظروف كل منها.

2- المنهج المستخدم في الدراسة: تعتمد الدراسة منهج المسح الاجتماعي الوصفي بطريقة العينة .

3- وحدة التحليل: توجه الاهتمام في هذه الدراسة إلى رب الأسرة كوحدة للتحليل والاهتمام.

4- مجتمع البحث: يتمثل مجتمع البحث في جميع الأسر المقيمة داخل الحدود الإدارية لقرية شلغودة البالغ عددها حسب مكتب السجل المدني بالقرية 1017 أسرة.

5- تصميم وحجم العينة: بلغ عدد الأسر بقرية شلغودة 1017 أسرة تقريباً حسب السجل المدني بالقرية، وتم استخدام أسلوب المسح الاجتماعي بطريقة العينة لجمع البيانات من مجتمع البحث، ونظراً لعدم وجود بيانات دقيقة تعكس مجتمع البحث بصورة واضحة تم اختيار عينة عمدية بلغ حجمها (250) أسرة.

6- وسيلة جمع البيانات: تم استخدام استمارة الاستبيان لجمع البيانات وتم تقسيم استمارة الاستبيان إلى البنود التالية.

أ- البيانات الاساسية وتمثلت في البيانات الخاصة بوصف العينة وتتمثل في العمر، حجم الأسرة، المستوى التعليمي، الدخل، المهنة.

ب- بيانات تتعلق بنوعية الحياة الصحية والرضا عنها.

ت- تحليل البيانات

أولاً: الخصائص الاجتماعية والاقتصادية لعينة الدراسة:

-**العمر:** يعتبر السن من المتغيرات المهمة التي لها دور كبير في تشكيل الخبرات لدى الأفراد من خلال التجارب المختلفة التي مروا بها، التي تسهم بشكل مباشر أو غير مباشر في تشكيل نظرتهم للحياة، والجدول التالي يلقي الضوء على الفئات العمرية لأفراد العينة:

جدول (1) يوضح توزيع أفراد العينة حسب العمر

فئات العمر	ك	%
من 19 سنة إلى أقل من 30 سنة	59	23.6
من 30 سنة إلى أقل من 40 سنة	75	30.0
من 40 سنة إلى أقل من 50 سنة	105	42.0
من 50 سنة فأكثر	11	4.4
المجموع	250	100

يشير الجدول (1) أنه نسبة (42%) من أرباب الأسر تتراوح أعمارهم من (40 إلى أقل من 50 سنة) وأن نسبة (30%) من ارباب الأسر تقع اعمارهم في الفئة العمرية من (30 إلى أقل من 40 سنة) أي أن غالبية أرباب الأسر تتراوح أعمارهم من (30 سنة إلى أكثر من 50 سنة) وهذا يعني أن هذه الفئات العمرية ليست حديثة الزواج، وبالتالي فهي تشكل مركز قوة في اعطاء البيانات الكافية حول مؤشرات نوعية الحياة المختلفة، نتيجة لما يتمتعون به من خبرة وفهم وإدراك لنواحي الحياة المختلفة، وهذا ينعكس على طموحهم لتحقيق نوعية حياة أفضل. يعتبر متغير الحالة الاجتماعية متغير مهم ومؤثر على استقرار الأسرة وهذا بالضرورة ينعكس على نوعية الحياة التي تعيشها، والجدول التالي يوضح الحالة الاجتماعية لأفراد العينة:

جدول (2) يوضح توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية	ك	%
متزوج	247	98.8
أرمل	3	1.2
المجموع	250	100

يبين الجدول (2) أن غالبية أفراد العينة متزوجون حيث كانت نسبتهم (98.8%) وهذا في رأي الباحث يرجع إلى ما يمثله الزواج من قيمة اجتماعية عالية، بالإضافة إلى سطوة العادات والتقاليد

بالمجتمعات الريفية وما تمثله من إلزام اجتماعي للأرامل والمطلقين بالزواج مرة ثانية، كما يبين الجدول أن (1.2%) من أفراد العينة أرامل أي فقدوا أزواجهم.

-**حجم الأسرة:** يؤثر حجم الأسرة على نوعية الحياة التي تعيشها، حيث تسعى كل أسرة إلى إشباع الحاجات الأساسية لأفرادها من تعليم وصحة ومستوى معيشي لائق، والجدول التالي يوضح عدد أفراد الأسر لأفراد العينة:

جدول (3) يوضح توزيع أفراد العينة حسب حجم الأسرة

عدد أفراد الأسرة الذكور	ك	%
أقل من 4 أفراد	60	24
من 4-7 أفراد	111	44.4
من 8 أفراد فأكثر	79	31.6
المجموع	250	100

يشير الجدول (3) أن نسبة (44.4%) من أفراد العينة بلغ حجم أسرهم من (4-7) أفراد، ونسبة (31.6%) من أفراد العينة كان حجم أسرهم من (8 أفراد فأكثر) وهذا يعني أن غالبية أفراد العينة كان حجم اسرهم من (4 أفراد فأكثر) حيث بلغت نسبتهم (76%) وهذا في رأي الباحث قد يرجع للنظرة التي يمنحها الريفيون للأنجاب وزيادة عدد أفراد الأسرة وخاصة الذكور كقيمة اجتماعية عالية لما تمثله من عزوة ومكانة اجتماعية للقرويين، بالإضافة إلى ما يمثله الأبناء وخاصة الذكور من مساهمة من مساعدة لأسرهم في المصروفات وكافة الالتزامات الأخرى للأسرة، وقد يعود كبر حجم الأسرة إلى أن الأسرة الليبية أسرة تقليدية إلى حدٍ ما رغم التغيير الذي حدث فيها وخاصةً في المناطق الريفية. كما يبين الجدول (3) أن نسبة (24%) من أفراد العينة بلغ حجم أسرهم أقل من (4 أفراد) وهذ يشير إلى أن هناك اتجاه نحو تنظيم الأسرة والتقليل من حجمها وهذا قد يرجع إلى التغير في متطلبات الحياة الاجتماعية والاقتصادية وصعوبة تكاليف الحياة.

المستوى التعليمي: يعمل التعليم على تزويد الأفراد بمجموعة من المعارف والقيم ذات الطبيعة العقلانية مما يساعد على الإنسان على ترشيد ممارسة الحياة بالمستوى الذي يحقق الإشباع الأمثل للحاجات الأساسية لأفراد الأسرة، والجدول التالي يوضح المستوى التعليمي لأفراد العينة:

جدول (4) يوضح توزيع أفراد العينة حسب المستوي التعليمي

المستوي التعليمي	ك	%
أمي	4	1.6
يقرأ ويكتب	6	2.4
ابتدائي	20	8.0
إعدادي	21	8.4
ثانوي أو متوسط	93	37.2
دبلوم عالي وجامعي	94	37.6
ماجستير	12	4.8
المجموع	250	100

يبين الجدول (4) أن نسبة (37.6%) أفادوا بأن مستواهم التعليمي دبلوم عالي وجامعي، ونسبة (37.2%) من أفراد العينة أفادوا بأن مستواهم التعليمي متوسط أو ثانوي، وهذا يشير إلى أن غالبية أفراد العينة كان مستواهم التعليمي من متوسط وثانوي فما فوق حيث بلغت نسبتهم تقريباً (79.6%) وهذ يرجع في رأي الباحث إلى انتشار التعليم والتشجيع على مواصلته، بالإضافة إلى إتاحة فرصة للحصول على وظيفة تجلب دخل ثابت، فضلاً عن ما يمنحه التعليم من مكانة اجتماعية عالية بين القرويين، كما يحظى التعليم في ليبيا من قبل الأفراد بقبول اجتماعي واسع لكلا الجنسين .

وتشير البيانات الواردة في الجدول (4) أيضاً إلى ان نسبة (8.4%) من أفراد العينة كان مستواهم التعليمي إعدادي، في حين بلغت نسبة الأمية من أفراد العينة (1.6%) وهذا في رأي الباحث قد يعود إلى أنهم لم تتاح لهم فرصة استكمال تعليمهم.

-الدخل الشهري بالدينار الليبي:

ويمثل المرتب الذي يتقاضاه رب الأسرة شهرياً مقابل العمل الذي يؤديه، ويلعب الدخل دوراً رئيسياً في إشباع الحاجات الأساسية للأسرة، بالإضافة إلى ما يمثله الدخل من امان ونوع من الاستقرار السيكولوجي للأسرة، والجدول التالي يبين فئات الدخل لأفراد العينة:

جدول (5) يوضح توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري بالدينار الليبي

الدخل الشهري بالدينار الليبي	ك	%
ليس لديهم دخل	29	11.6
أقل من 500 دينار ليبي	37	14.8
من 500 إلى 999 دينار ليبي	156	62.4
من 1000 إلى 1499 دينار ليبي	21	8.4
من 1500 دينار ليبي فأكثر	7	2.8
المجموع	250	100

يشير الجدول (5) أن أغلب أفراد العينة تركزوا في فئة الدخل المتوسط حيث بلغت قيمة دخلهم الشهري من (500 – 999 د.ل) وبنسبة (62.4%)، ونسبة (14.8%) كان دخلهم الشهري أقل من (500 د.ل).

ثانياً: نوعية الحياة الصحية للأسرة.

– وجود مراكز صحية بالقرية:

جدول (6) يوضح توزيع أفراد العينة حسب وجود مراكز صحية بالقرية

هل توجد مراكز صحية بالقرية	ك	%
نعم	250	100
لا	-	-
المجموع	250	100

تشير البيانات الواردة في الجدول (6) أن جميع أفراد العينة أفادوا بوجود مركز صحي بالقرية، وهذا يدل على اهتمام الدولة إلى حدٍ ما بتقديم الخدمات الطبية لمستحقيها بأنشائها مراكز صحية صغيرة بما يعرف بالمستوصف.

– نوع المراكز الصحية الموجودة بالقرية:

جدول (7) يوضح توزيع أفراد العينة حسب نوعية المراكز الصحية الموجودة بالقرية

نوع المراكز الصحية الموجودة بالقرية	ك	%
مستوصف	250	100
عيادة مجمعة	-	-
مستشفى عام	-	-
المجموع	250	100

يبين الجدول (7) إن المراكز الصحية الموجودة في القرية عبارة عن مستوصف وهذا يعود للسياسة التي تتبعها الدولة في إنشاء مثل هذه المراكز لقديم الخدمات الطبية المحدودة وذلك لتخفيف الازدحام على المستشفيات التي عمدت الدولة على إنشاءها في المدن وهذا يعني أن سكان القرية يضطرون للذهاب إلى مناطق أخرى لتلقي العلاج نتيجة للخدمات الصحية المحدودة التي يقدمها المستوصف بالقرية.

– نوع الخدمات التي تقدمها المراكز الصحية الموجودة بالقرية:

جدول (8) يوضح توزيع أفراد العينة حسب نوع الخدمات التي تقدمها المراكز الصحية الموجودة بالقرية

مانوع الخدمات التي تقدمها المراكزالصحية الموجودة بالقرية	ك	%
تطعيم	250	100
كشف	250	100
إسعافات أولية	250	100
عدد المبحوثين	250	

يوضح الجدول (8) أن الخدمات التي تقدمها المراكز الصحية بالقرية تتمثل في التطعيم والكشف

والاسعافات الاولية، وهذا في راي الباحث يرجع إلى الأوضاع الراهنة التي تشهدها البلاد بشكل عام وإلى صعوبة التحاق العديد من المختصين والأطباء بالخدمة بالإضافة إلى عدم توفير ما تحتاجه المراكز الصحية من مستلزمات وأدوات طبية كما تعرضت العديد من المراكز الصحية للسرقة والسطو المسلح نتيجة للانفلات الأمني الذي تشهده البلاد، ونلاحظ من الجدول أن النسب المئوية أكثر من (100%) وذلك لأنه سمح للمبحوث باختيار أكثر من إجابة.

- كفاية الخدمات الصحية بالقرية:

جدول (9) يوضح توزيع أفراد العينة حسب كفاية الخدمات الصحية بالقرية

هل الخدمات الصحية كافية بالقرية	ك	%
نعم	18	7.2
لا	232	92.8
المجموع	250	100

تشير البيانات الواردة من الجدول (9) أن غالبية أفراد العينة يروا أن الخدمات الصحية بالقرية غير كافية حيث كانت نسبتهم (92.8%) ويرجع عدم كفاية هذه المراكز إلى طبيعة الخدمات الطبية التي تقدمها فهي بسيطة جداً مما يضطر أهل القرية إلى الذهاب للمستشفيات الكبيرة في المدن.

- الخدمات الصحية التي يجب توفرها بالقرية:

جدول (10) يوضح توزيع أفراد العينة حسب نوعية الخدمات الصحية التي يجب توفرها بالقرية

ما الخدمات الصحية التي يجب توفرها بالقرية	ك	%
وحدة اسعاف	38	16.4
مختبر تحاليل	42	18.1
أخصائي نساء وتوليد	30	12.9
مركز اشعة	19	8.2
جميع ما سبق	103	44.4
المجموع	*232	100

*عدد المبحوثين الذين أفادوا بعدم كفاية الخدمات الصحية بالقرية.

بيانات الجدول (10) تشير إلى أن أغلب أفراد العينة أفادوا بأن الخدمات الصحية التي يحتاجونها ويجب توفرها تتمثل في (وحده للإسعاف، ومختبرات تحاليل، ومركز للأشعة) حتى تخفف عنهم المعاناة الناتجة عن التنقل إلى المدن لتلقي العلاج وبالتالي الحصول على خدمات طبية أفضل، حيث كانت نسبتهم (44.4%) من أفراد العينة، كما أن هذه الخدمات تعتبر ضرورية ومهمة ويجب توفرها.

- الجهة التي تتجه إليها الأسرة لتلقي العلاج:

جدول (11) يوضح توزيع أفراد العينة حسب التصرف في حال تعرض أحد أفراد الأسرة للمرض

في حال تعرض أحد أفراد الأسرة للمرض يتم عرضه على	ك	%
الطب الشعبي	7	2.8
الصيدلي في الصيدلية	15	6.0
المستوصف بالقرية	49	19.6
المستشفيات الحكومية	69	27.6
العيادات الخاصة	102	40.8
خارج الدولة	8	3.2
المجموع	250	100

يتضح من البيانات الواردة في الجدول (11) أن نسبة (40.8%) من أفراد العينة يتجهون إلى العيادات الخاصة لتلقي العلاج رغم ارتفاع تكاليف العلاج بها إلا أن العيادات الخاصة تقدم خدمات طبية أفضل وأسرع، إضافة إلى توفر الإمكانيات البشرية (أطباء وأطباء مساعدين وفنيين وأخصائيين أشعة واختبارات تحليل كاملة) وكذلك المادية وتتمثل في مواد التحليل والغرف الجاهزة وجميع الأجهزة والأدوات الطبية إضافةً إلى الدقة في المواعيد وعدم الازدحام، في حين كانت النسبة التي تليها(27.6%) الذهاب للمستشفيات الحكومية رغم تدني مستوى الخدمات الطبية فيها؛ وذلك نتيجة الحالة المادية للأسرة حيث إن هذه المستشفيات تقدم العلاج مجاناً، في حين كانت نسبة الذين يتجهون إلى خارج الدولة لتلقي العلاج (3.2%) وهذا يرجع في راي الباحث للحالة الاقتصادية الجيدة لهذه الأسر التي تسمح لها بالسفر لتلقي العلاج بالخارج.

- متابعة الزوجة للحمل عند الطبيب:

جدول (12) يوضح توزيع أفراد العينة حسب متابعة الزوجة الحمل عند الطبيب

هل تتابع الزوجة الحمل عند الطبيب	ك	%
نعم	218	87.2
لا	32	12.8
المجموع	250	100

تشير بيانات الجدول (12) أن نسبة (87.2%) من أفراد العينة تتابع زوجاتهم الحمل عند الطبيب وهذا يرجع في راي الباحث إلى وعيهم بأهمية متابعة الحمل عند الطبيب والمخاطر التي قد تتعرض لها الزوجة والجنين أثناء فترة الحمل، في حين أن نسبة (12.8%) من أفراد العينة لا

يتابعون زوجاتهم الحمل عند الطبيب وتدل هذه النسبة على أهمية المتابعة عند الطبيب والاهتمام بالصحة الانجابية للزوجة.

- سبب عدم متابعة الزوجة للحمل:

جدول (13) يوضح توزيع أفراد العينة حسب سبب عدم متابعة الزوجة للحمل

سبب عدم متابعة الزوجة للحمل	ك	%
الحالة المادية لا تسمح	7	21.8
بعد العيادات التخصصية	25	78.2
المجموع	*32	100

*عدد المبحوثين الذين لا تتابع زوجاتهم الحمل عند الطبيب.

تبين البيانات الواردة في الجدول (13) أن نسبة (78.2%) من أفراد العينة الذين لا تتابع زوجاتهم الحمل عند الطبيب أفادوا بأن سبب عدم متابعة زوجاتهم للحمل عند الطبيب هو بعد العيادات التخصصية عن القرية، وكانت نسبة (21.8%) من أفراد العينة الذين لا تتابع زوجاتهم الحمل عند الطبيب أفادوا بأن حالتهم المادية لا تسمح لهم بمتابعة الحمل عند الطبيب.

- مكان عملية الولادة:

جدول (14) يوضح توزيع أفراد العينة حسب مكان ولادة الزوجة

أين تتم عملية الولادة	ك	%
المستشفى العام	163	65.2
عيادة تخصصية	87	34.8
المجموع	250	100

تشير بيانات الجدول (14) أن (65.2%) من أفراد العينة أفادوا بأن عملية الولادة لزوجاتهم تتم في المستشفى العام وذلك لمجانية الخدمات الطبية من عمليات وتحاليل وأن نسبة (34.8%) من أفراد العينة تتم عملية الولادة لزوجاتهم في العيادات التخصصية وهذا يعود في رأي الباحث إلى الإمكانيات المادية التي تتمتع بها هذه الأسر.

- توفي أطفال رضع في الأسرة:

جدول (15) يوضح توزيع أفراد العينة حسب توفي أطفال رضع في الأسرة

هل سبق وتوفي أطفال رضع في الأسرة	ك	%
نعم	24	9.6
لا	226	90.4
المجموع	250	100

توضح بيانات الجدول (15) أن نسبة (90.4%) من أفراد العينة لم يسبق وتوفي لهم أطفال رضع وهذا يدل على توفر الخدمات الطبية المتعلقة بالأطفال وحديثي الولادة، إضافة إلى وعي المواطنين واهتمامهم بالأطفال وحديثي الولادة لما تحتاجه هذه الفئة العمرية من اهتمام خاص، في حين كانت نسبة (9.6%) من أفراد العينة سبق وتوفي لهم أطفال رضع والجدول التالي يبين سبب وفاة الأطفال الرضع.

- سبب وفاة أطفال رضع في الأسرة:

جدول (16) يوضح توزيع أفراد العينة حسب سبب وفاة أطفال رضع في الأسرة

سبب وفاة أطفال رضع في الأسرة	ك	%
الإهمال وعدم الاهتمام	9	37.5
تشوه ناتج عن صلة القرابة	15	62.5
المجموع	*24	100

*عدد الأسر التي سبق وتوفي لهم أطفال رضع.

تشير البيانات الواردة في الجدول (16) أن نسبة (62.5%) من أفراد العينة الذين سبق وتوفي لهم أطفال رضع كان سبب وفاة الأطفال التشوه الناتج عن صلة القرابة بين الابوين حيث يعد زواج الأقارب من أنواع الزواج المألوف في المجتمع الليبي فيمثل مدى ارتباط الأسرة بالعادات والتقاليد الموروثة، ويقصد الباحث بصلة القرابة الزواج في محيط القرابة والتابعين لقبيلة وأحدة، وهذا النمط من الزواج هو النمط السائد بقرية شلغودة، حيث تدل هذه النسبة على وفاة أطفال نتيجة للزواج من الأقارب، وكانت نسبة (37.5%) كان سبب وفاة الأطفال نتيجة الإهمال وعد الاهتمام من قبل الأسرة.

- الرضا عن نوعية الحياة الصحية:

جدول (17) يوضح توزيع أفراد العينة حسب الرضا عن نوعية الحياة الصحية بالقرية

هل انت راض عن نوعية الحياة الصحية بالقرية	ك	%
نعم	15	6.0
لا	235	94.0
المجموع	250	100

تشير البيانات الواردة في الجدول (17) أن غالبية أفراد العينة غير راضيين عن مستوى الخدمات الصحية بالقرية حيث كانت نسبتهم (94.0%) وهذا يرجع إلى تدني مستوى الخدمات الصحية في القرية، والجدول التالي يوضح سبب عدم الرضا عن نوعية الحياة الصحية بالقرية.

- سبب عدم الرضا عن نوعية الحياة الصحية:

جدول (18) يوضح توزيع أفراد العينة حسب سبب عدم الرضاعن الخدمات الصحية بالقرية

سبب عدم الرضا عن الخدمات الصحية بالقرية	ك	%
ضعف امكانيات الوحدة الصحية	276	117.4
عدم الاهتمام من قبل العاملين بالوحدة الصحية	66	28.1
قلة الخبرة للعاملين بالوحدة الصحية	75	31.9
عدم وجود رقابة صحية كافية	125	53.2
عدم وجود أطباء متخصصين	149	63.4
ارتفاع أسعار الأدوية	137	58.2
عدم وجود عيادة مجمعة	146	62.1
عدم وجود معامل تحاليل	144	61.2
عدد المبحوثين	*235	

*عدد المبحوثين الغير راضيين عن نوعية الحياة الصحية.

توضح البيانات الواردة في الجدول (18) أن اعلي نسبة من أفراد العينة الغير راضيين عن الخدمات الصحية بالقرية كان سبب عدم رضاهم عن هو ضعف امكانيات الوحدة الصحية بالقرية حيث بلغت نسبتهم (117.4%)، يلي ذلك من كانوا غير راضين عن الخدمات الصحية بالقرية بسبب عدم وجود أطباء متخصصين وبلغت نسبتهم (63.4%) من أفراد العينة.

نتائج البحث:

أولاً: النتائج المتصلة بالأوضاع الاجتماعية والاقتصادية للأسرة بمجتمع البحث.

1- أن غالبية أرباب الأسر على مستوى عينة الدراسة من ذوي الفئة العمرية 40 سنة فما فوق.
2- أن غالبية أرباب الأسر على مستوى عينة الدراسة من ذوي المستوى التعليم الجامعي والمعاهد العليا ثم المستوى المتوسط.
3- أن غالبية أرباب الأسر على مستوى عينة الدراسة كان حجم أسرهم من فئة من (4 -7) أفراد.
4- غالبية أرباب الأسرة يتقاضون مرتبات شهرية متوسطة من (500- 999 د.ل).
5- غالبية أرباب الأسر على مستوى عينة البحث متزوجون ويعولون أسر.

ثانياً: نوعية الحياة الصحية:

1- غالبية أرباب الأسر على مستوى عينة البحث أفادوا بأن الخدمات الصحية في القرية غير كافية
2- بينت النتائج أن غالبية أرباب الأسر على مستوى أفراد العينة أفادوا بأن أهم الخدمات التي تحتاجها القرية تتمثل في توفير مختبر للتحاليل الطبية ووحدة للإسعاف ومركز للأشعة وأخصائي نساء وتوليد.

3- وضحت النتائج أن أغلب الأسر على مستوى عينة البحث يتجهون إلى مراكز الحضرية لتلقي العلاج وهذا يعود لتدني مستوى الخدمات الصحية بالقرية بسبب عدم الاهتمام والتقصير من قبل الدولة فيما يتعلق بتوفير مستوى لائق من الخدمات الصحية بالقرية والأرياف بصفة عامة.

4- أشارت النتائج إلى أن غالبية الزوجات يتابعن الحمل عند الطبيب، وهذا يعود لإدراك السكان بالقرية للمخاطر المترتبة عن عدم متابعة الحمل عند الطبيب، على الرغم من بعد المستشفيات والعيادات التخصصية عن القرية.

5- كما بينت النتائج أن سبب عدم متابعة الزوجات للحمل هو: تدني مستوى الدخل، وبعد العيادات عن القرية.

6- بينت النتائج أن غالبية الزوجات على مستوى عينة البحث تتم عملية ولادتهن في المستشفيات الحكومية.

7- غالبية الأسر على مستوى عينة الدراسة لم يسبق وتوفي لهم أطفال رضع.

8- بينت النتائج أن سبب وفاة الرضع هو: التشوه الناتج عن صلة القرابة بين الزوجين، والإهمال وعدم الاهتمام.

9- أن غالبية أفراد العينة غير راضين عن مستوى الخدمات الصحية بالقرية حيث كانت نسبتهم (94.0%).

التوصيات

1- إنشاء مؤسسة تهتم بدراسة كافة المناطق في ليبيا ووضع الخطط التي تتناسب مع طبيعة هذه المناطق من أجل تحقيق تنمية شاملة تسهم بشكل فعال في الارتقاء بنوعية الحياة للمواطنين.

2- تحقيق العدالة في توزيع الثروات بين مختلف المدن والمناطق مع زيادة التركيز بشكل أكبر على المناطق الريفية.

3- تحديث شامل للبيانات الإحصائية في ليبيا من أجل وضع خطط تنموية شاملة وفعالة قادرة على النهوض بالمستوى المعيشي للمواطنين.

4- إنشاء مركز بحوث يهتم بدراسة نوعية الحياة ويعمل على إصدار سلسلة من الدراسات والأبحاث واستطلاعات الرأي عن مؤشرات نوعية الحياة من حين إلى أخر.

5- العمل على الرفع من مستوى الخدمات والصحية وكافة الخدمات الأخرى التي تلبي احتياجات المواطنين.

قائمة المراجع

أولا: المراجع العربية

1. السيد الحسيني، التنمية والتخلف، دار المعارف، القاهرة، 1982م.
2. السيد الحسيني وآخرون، دراسات في التنمية الاجتماعية، ط1، دار المعارف، القاهرة، 1979م.
3. جي روشيه، علم الاجتماع الأمريكي، دراسة لأعمال "تالكوت بارسونز" ترجمة أحمد زايد وآخرون، دار المعارف، القاهرة، 1981.
4. طلعت السروجي، التنمية الاجتماعية من الحداثة إلى العولمة، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، 2012م.
5. عبد الهادي الجوهري وآخرون، دراسات في التنمية الاجتماعية، مدخل إسلامي، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، 1999م.
6. على خليفة الكواري، تنمية للضياع، أم الضياع لفرص التنمية. محصلة التغيرات المصاحبة للنفط في بلدان مجلس التعاون، بيروت، مركز دراسات الوحدة العربية، 1996م.
7. على غربي وآخرون، تنمية المجتمع من التحديث إلى العولمة، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة، 2003م.
8. كمال التابعي، مقدمة في علم الاجتماع الاقتصادي، دار النصر للنشر والتوزيع القاهرة ط2009،5. 2009م.
9. محمود عودة وآخرون، دراسات في التنمية الاجتماعية، دار المعارف، القاهرة، 1979م.
10. محمود كردي، اجتماعات التنمية، دار المعارف، القاهرة، 1999.
11. مصطفى التير، ميسرة، تحديث المجتمع الليبي، مواءمة بين القديم والجديد، ط1، معهد الإنماء العربي، 1992م.
12. نيقولا تيماشيف، نظرية علم الاجتماع طبيعتها وتطورها، ترجمة محمود عودة وآخرون، دار المعارف، القاهرة، 1982.
13. السيد بخيت أحمد درويش، قيم الأخبار في الصحافة المصرية في إطار السياسات التنموية: دراسة تطبيقية في الصحافة القومية والحزبية خلال 1987-1990 رسالة دكتوراه، جامعة القاهرة، كلية الإعلام، قسم الصحافة، 1996.
14. العارف بالله محمد غندور أسلوب حل المشكلات وعلاقته بنوعية الحياة دراسة نظرية، المؤتمر الدولي السادس بمركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، جودة الحياة توجه قومي للقرن الحادي والعشرين، القاهرة، 10-12 نوفمبر 1999م.

15. المعهد العربي، للتخطيط، مسح التطورات في مؤشرات التنمية ونظرياتها، الكويت، 1997م.
16. حسم مصطفى عبد المعطي، الإرشاد النفسي وجودة الحياة في المجتمع المعاصر، المؤتمر الثالث بكلية التربية جامعة الزقازيق، الإنماء النفسي والتربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة، 2005م
17. عادل الأشول، نوعية الحياة في المنظور الاجتماعي والنفسي والطبي، المؤتمر العلمي الثالث، الإنماء النفسي والتربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة، كلية التربية، جامعة الزقازيق، مارس 2005.
18. هبه جمال الدين، مؤشرات نوعية الحياة بين البعد الذاتي والبعد الموضوعي، المركز القومي للبحوث، المجلة الاجتماعية القومية، المجلد 28، العدد 3، سبتمبر 1991.
19. برنامج الأمم المتحدة الإنمائي للتنمية البشرية، تقرير التنمية الإنسانية العربية، 2002م.
20. برنامج الأمم المتحدة الإنمائي للتنمية البشرية، تقرير التنمية البشرية، 2010م.
21. برنامج الأمم المتحدة الإنمائي للتنمية البشرية، تقرير الوطني للتنمية البشرية، ليبيا، 1999م.

ثانيا: المراجع الاجنبية

22. Antonia Abby. Frank M.andrews: modeling the psychological determinants of life quality- social indicators research- vol 1985.
23. K.f. Schuessler. G.A. fisher: Quality of life Research and sociology. Annud revies sociology No. 1985.
24. Karn، O.، Lambour، G. & M. Begab (Eds.)، Quality of life perspectives and issues Washington: American Association on mental Retardation1990.
25. M.Joseph sirgy: Aquality of life theory derived from maslow،s develop pcrspective "Qudlity is related to progressive sat is paction. Of hierarchy of needs. lower order and higher the. American Journal of economic and sociology. Vol (us). 1986..
26. P. Pospech، M. Deliu، D. Spesna، Quality of life in Czech rural areas، Agric. Econ، CZEch، (55)،2009.
27. Robert L schalock: three decades of quality of life focus on autism & other development disabilities، vol،2000.
28. Sahbanathul missiriya، Quality of life a mange ederly people at rural area، medical science، vol "U" issue: 11، 2014.
29. Who- Qol Group. 1994. The Development of word Health organization Quality of life Assess ment- the (WHoQol in orley، J & Kuyken، W. (Eds) Quaility of life assessment international perspectives.
30. Yetunde Abosede Zaida، S.o. Popoola، Quality of life among rural Nigerian Women: The role of in formation Library Philosophy and practice. 20