جغرافية المشكلات الإجتماعية

أ.د. مضر خليل العمر
د. محمد احمد عقلة المومني

أ. د. مضر خليل العمر و د. محمد أحمد عقلة المومني

جغرافية المشكلات الاجتماعية

الطبعة الاولى

جميع الحقوق محفوظة

الناشر

دار الكندي للنشر والتوزيع

اربد - الاردن

تلفاكس ٧٢٤٤٣٢٣ ص .ب ٨٩٣

تصميم الغلاف: الفنان علي الحموري

رقم الايداع لدى دائرة المطبوعات والنشر: (١٩٩٩/٨/١٠٠٦)

رقم الايداع لدى دائرة المكتبة الوطنية: (١٩٩٩/٨/١٤٢٤)

رقم التصنيف: ٣٦١.١٩١

المؤلف ومن هو في حكمه: أ. د. مضر خليل العمر و د. محمد أحمد عقلة المومني

عنوان الكتاب: جغرافية المشكلات الاجتماعية

الموضوع الرئيسي: ١- العلوم الاجتماعية

٢- المشكلات الاجتماعية

بيانات النشر: اربد - دار الكندي للنشر

قائمة المحتويات

الموضوع	الصفحة
مدخل : التعريف بالجغرافيا الإجتماعية	**١٣-٢٣**
١- المقدمة	
٢- تعريف الجغرافيا الإجتماعية	
٣- مجال الجغرافيا الإجتماعية	
٤- الجغرافيا الإجتماعية وعلم الإجتماع	
م ١ : التنظيم المكاني للمشكلات الإجتماعية	**٢٤-٣٠**
١- المقدمة	
٢- نموذج لتنظيم مكاني- إجتماعي	
م ٢ : تحديد الأنماط الإجتماعية مكانيا	**٣١-٣٧**
١- المقدمة	
٢- المؤشرات الإجتماعية المكانية	
م ٣ : التخطيط الإجتماعي	**٣٨-٤٦**
١- المقدمة	
٢- تعريف التخطيط الإجتماعي	
٣- طبيعة التخطيط الإجتماعي	
٤- موضوعات التخطيط الإجتماعي	
٥- المخطط الإجتماعي	
٦- التخطيط الإجتماعي والدول النامية	
م ٤ : جغرافية التنمية الإجتماعي	**٤٧-٥٨**
١- المقدمة	
٢- أنواع المناطق الإجتماعية	

الموضوع	الصفحة
١- ٢ المناطق المحرومة	
٢-٢ المناطق السكنية الجديدة	
٣- التنمية الإجتماعية	
٤- ستراتيجيات مخططوا التنمية	
٥- الجغرافيا والتنمية الإجتماعية	
م٥ : الجغرافيا والسياسة المكانية	**٥٩-٦٣**
م٦ : الجغرافيا والسياسة الإجتماعية	**٦٤-٦٨**
الفصل الثاني : مناهج الدراسة في الجغرافيا الإجتماعية	
م١ : منهج دراسة الرفاه الإجتماعي	**٧٠-٨١**
١- المقدمة	
٢- مستوى المعيشة ومعاييره	
٣- التباين المكاني للرفاه	
١-٣) التباين الدولي في الرفاه الإجتماعي	
٢-٣) التباين الإقليمي في الرفاه الإجتماعي	
٣-٣) التباين الحضري في الرفاه الإجتماعي	
٤- ٣) التباين المحلي في الرفاه الإجتماعي	
٤- مراحل درسة الرفاه الإجتماعي	
م ٢ : المنهج البيئي	**٨٢-٨٤**
١- المقدمة	
٢- المدينة كوحدة بيئية	
م٣ : منهج دراسة المجموعة الإجتماعية	**٨٥-٩٢**
١- المقدمة	

الموضوع	الصفحة
٢- أنواع المجاميع الإجتماعية	
٣- العوامل المؤثرة على المجموعة	
م ٤ : المنهج السلوكي	**٩٣-٩٦**
١- المقدمة	
٢- سمات المنهج السلوكي	
الفصل الثالث : التركيب الإجتماعي للمدينة	
م١ : التركيب الإجتماعي لسكان المدينة	**٩٨-١٠٨**
١- المقدمة	
٢- المنهج الجغرافي	
٣- عناصر التركيب الإجتماعي	
١-٣) الموجود السكني	
٢-٣) سكان المدينة	
٣-٣) الحيز المكاني	
٤- مفاهيم التركيب الإجتماعي	
١-٤) الحالة الإجتماعية الإقتصادية	
٢-٤) دورة حياة العائلة	
٣-٤) دورة حياة المحلة السكنية	
م٢ : مناطق إجتماعية في المدينة	**١٠٩-١١٨**
١- المقدمة	
٢- المنطقة الطبيعية	
٣- المنطقة الإجتماعية	
٤- القري الحضرية	
٥- الغابات الحضرية	

الموضوع	الصفحة
م ٣ : الواقع السكني في المناطق الإجتماعية ١- المقدمة ٢- أثر المنطقة السكنية ٣- تحليل التباين السكني ١-٣) التحليل على المستوى الواسع ٢-٣) التحليل على المستوى التفصيلي الدقيق	**١١٨-١٢٣**
م٤ : مناطق المشاكل في المدينة ١- المقدمة ٢- المؤشرات الإجتماعية الحضرية ١-٢) المؤشرات الذاتية ٢-٢) المؤشرات التراكمية ٣- نموذج لحالة دراسية	**١٢٤-١٣٥**
م٥ : المعاني الإجتماعية للمكان ١- المقدمة ٢- تعدد معاني المكان ٣- المحلة وسلوك ساكنيها ٤- الإدراك الذاتي للمناطق الإجتماعية	**١٣٦-١٤٦**
م٦ : نوعية الحياة في المدينة ١- المقدمة ٢- العوامل المؤثرة على نوعية الحياة ١-٢) حجم المدينة ٢-٢) الإزدحام الحضري ٣-٢) الحضارات الفرعية	**١٤٧-١٦١**

الموضوع	الصفحة
٤-٢) سهولة الوصول	
٣- قياس نوعية الحياة	
١-٣) التباين في المؤشرات الموضوعية	
٢-٣) التباين في المؤشرات الذاتية	
الفصل الرابع: الأبعاد المكانية لمشكلات إجتماعية	
م ١ : مشكلة اللامساواة الإجتماعية	**١٦٣-١٧٣**
١- المقدمة	
٢- عناصر اللامساواة الإجتماعية	
١-٢) التغذية	
٢-٢) المأوى	
٣-٢) الصحة	
٤-٢) التعليم	
٥-٢) الأمان	
٦-٢) الإستقرارية	
٧-٢) البيئة العمرانية	
٨-٢) فائض الدخل	
٩-٢) الترويح عن النفس	
٣- قياس اللامساواة الإجتماعية	
٤- أسباب اللامساواة الإجتماعية	
٥- البعد المكاني للامساواة	
م٢ : مشكلة الفقر	**١٧٤-١٨٠**
١- المقدمة	
٢- أبعاد الفقر	

الموضوع	الصفحة
٣- أسباب مشكلة الفقر	
٤- التباين المكاني لمشكلة الفقر	
٥- السياسات العلاجية لمشكلة الفقر	
م٣ : مشكلة الإنحراف والجريمة	**١٨١-٢٠٠**
١- المقدمة	
٢- التحليل الجغرافي للإنحراف والجريمة	
١-٢) تطور دراسات الجريمة جغرافيا	
٢-٢) التحليل الشمولي للجريمة	
٣-٢) بعض معطيات التحليل الجغرافي	
٣- تحليل جغرافي على مستوى العراق	
١-٣) متغيرات الدراسة	
٢-٣) المؤشرات التفسيرية	
٣-٣) مناقشة فرضيات البحث	
٤- تحليل الجريمة على مستوى المدينة	
م٤ : مشكلة الخدمات الصحية	**٢٠١-٢٢١**
١- المقدمة	
٢- خصائص البيانات الصحية	
٣- الجغرافي والمشكلات الصحية	
١-٣) الأنماط المكانية للأمراض والوفيات	
٢-٣) البيئة والمشكلات الصحية	
١-٢-٣) البيئة الطبيعية والمشكلات الصحية	
٢-٢-٣) البيئة العمرانية والمشكلات الصحية	
٣-٢-٣) البيئة الإجتماعية والمشكلات الصحية	
٤-٢-٣) الأسباب البيئية للمشكلات الصحية	

الموضوع	الصفحة
٣-٣) نظام الرعاية والخدمات الصحية	
١-٣-٣) تحليل نظام الرعاية والخدمات الصحية	
٢-٣-٣) الإنتفاع من المرافق الطبية	
م٥ : مشكلة الرفاه الإجتماعي في الوطن العربي	**٢٢٢-٢٣٠**
١- المقدمة	
٢- طريقة التحليل	
٣- العلاقة بين مؤشرات الرفاه الإجتماعي	
١-٣) المؤشرات الإقتصادية	
٢-٣) المؤشرات الصحية	
٣-٣) المؤشرات الحضارية	
٤-٣) المؤشرات السكانية	
٤- أقاليم الرفاه الإجتماعي في الوطن العربي	
١-٤) إقليم الدخل الفردي المرتفع	
٢-٤) إقليم الدخل الفردي المتوسط	
٣-٤) إقليم الدخل الفردي المنخفض	
٥- الخلاصة	**٢٣٠-٢٣١**
٦- المصادر	**٢٣١-٢٤٤**

الفصل الرابع

الابعاد المكانية لمشكلات اجتماعية

المبحث الأول
مشكلة الامساواة الإجتماعية

أ- المقدمة

ترجع معظم أسباب الظواهر والمشكلات الإجتماعية التي تطفو على السطح الى عوامل تتعلق بتركيبة المجتمع وليس عوامل مكانية، وإنها (الأسباب والظواهر) معقدة ترتبط ببعضها ولها تأثيرات إجتماعية وإقتصادية وسياسية وبالمحصلة النهائية أبعاد مكانية. وعلى الرغم من أن الإخيرة هي محور إهتمام الجغرافي إلا أن التركيبة الإجتماعية والإقتصادية وفلسفة النظام السياسي ليست بعيدة عن إهتمامه لأنها أركان يستند عليها لتغير التباينات المكانية للظواهر والمشكلات الاجتماعية، فتحديد الأبعاد المكانية لمشكلة اللامساواة الاجتماعية مثلاً أمر جوهري ليس للجغرافي والجغرافيا البشرية فحسب بل ولمن يعنيه تحسن الظروف الاجتماعية وتطوير المجتمع وتقدمه. ومهما كانت الاسباب الاساسية وراء اللامساواة فللمشكلة أبعاد مكانية واضحة. ومالم تميز المجاميع الاجتماعية على اسس عرقية أو دينية أو الطبقة الاقتصادية - الاجتماعية أو الحالة المهنية أو الوضع السكنى (الديمغرافي). وما لم ترتبط دراسة هذه المجاميع والمشكلات التي تعاني منها بالمعطيات المكانية وانعكاساتها على التنظيم المكاني (للتركيب الداخلي للمدينة أو الاقليم أو الدولة)، فإنه لا يمكن تحديد الأبعاد المكانية للموضوع قيد الدرس وتبقى النظرة إلى المشكلات غير كاملة مما ينعكس على العلاجات .

يهمل الكثير من الجغرافيين دراسة المشكلات الإجتماعية ويميلون للبحث في إنتاج السلع والخدمات دون الظروف التي يعيش الناس فيها وأثر عمليات الإنتاج والتنمية الإقتصادية على حياة مختلف شرائح المجتمع وظروفهم المعيشية والمشاكل التي يعانون منها. هذا على الرغم من أن الجغرافيا من حيث التعريف معنية بصورة مباشرة بالتباينات المكانية، بحالة اللامساواة. فوجود الفقراء أو الأطفال الجياع يوفر موضوعاً حيوياً للجغرافيين للبحث فيه طالما لهذه الظاهرة البشرية (المشكلة الإجتماعية) توزيعات مكانية واضحة. مع مطلع عقد السبعينات بدأت

تظهر الكتابات الجغرافية في هذا الميدان مثل: جغرافية الفقر عام ١٩٧١ وجغرافية الرعاية الصحية عام ١٩٧٢ وفي عام ١٩٧٣ ظهرت كتب تبحث في التوزيع المكاني للدخل الحقيقي في المدن الغربية والمدينة والعدالة الإجتماعية ومشكلات مجتمع حضري (ثلاث أجزاء) وفي عام ١٩٧٦ كتاب المناطق الإجتماعية في المدينة (جزءان) وفي عام ١٩٧٧ كتاب الجغرافيا واللامساواة وتضاعف عدد المقالات والبحوث ذات العلاقة في مختلف الدوريات العلمية.

لقد كان لنتائج البحوث المختلفة المعنية بالنمو الإقتصادي والتبدلات التقنية وتحليل أثرها على زيادة التباينات المكانية دوليا وإقليميا ومحليا دور في توجيه الأنظار إى ضرورة دراسة نتائج التنميات الإقتصادية والعمرانية على المجتمع والمشكلات التي يواجهها. فقد درس Myrdal أثر السوق وقوى التنافس فيه على تفاقم حالة اللامساواة بين الأقاليم من خلال التأثير السلبي Backwash effects لتراكم النشاطات وتركز نموها في أقاليم معنية لجاذبيتها رؤوس الأموال والإستثمارات وحرمان الأقاليم الأخرى ليس من رأسمالها المحلي فحسب بل ومن ذوي الخبرة فيها أيضاً. (Myrdal 1956) ونظر البعض إلى اللامساواة الإقليمية والمحلية كنتيجة لتأثيرات خارجية نجمت عن تأثير سلوك شخص أو مجموعة أو مؤسسة على رفاه الآخرين، وقد يكون لهذا نتائج إيجابية أو سلبية. فالتلوث يحدث عندما يستخدم النهر لرمي الفضالات الصناعية فهو ناتج عن السلوك الصناعي الباحث عن حلول قليلة الكلفة لمشكلة تصريف الفضالات وبتنمية ثروات المجتمعات تزداد التأثيرات الخارجية وتنمو بسرعة تفوق التنمية الإقتصادية. ويعتقد هارفي أن التنافس على السكن والتعارض في المصالح الإجتماعية والسياسية في المدينة سببه إعادة تنظيم وتوزيع التأثيرات الخارجية والتنافس للحصول على المغانم (Harvey 1971).

ويرى كوكس أن التأثيرات الخارجية الإيجابية تميل إلى تعزيز التباينات المكانية وتحفزها. فإرتفاع الكثافة ناتج عن طبيعة المكان نفسه، ففرص العمل تتوفر أكثر حيث يسكن الشخص قرب مواقع العمل لذا ترتفع الكثافة السكنية في مناطق معينة من المدينة. وبالمقابل، وبعد أن تتعدى الكثافة المستوى الحدي، تتحدد فرص الإستفادة من الساحات والحدائق وتتردى كفاءة أدائها وتتناقص سهولة

٢- عناصر اللامساواة الإجتماعية

لقد أشير سابقا إلى مؤشرات الرفاه الإجتماعي المعتمدة من قبل المؤسسات الرسمية وشبه الرسمية ومختلف الجهات ذات الإهتمام بالإنسان وقيمته الإنسانية. ولعل الجميع متفقون، بدرجة أو باخرى، إلى أن عناصر الرفاه الإجتماعي تتحدد بتسع عناصر هي: التغذية، المأوى، الصحة، التعليم، الأمان، البيئة العمرانية، فائض الدخل والترويح. وهي ذات العناصر التي تتحدد على ضوئها العدالة الإجتماعية من عدمها، ولهذه العناصر أبعاد مكانية اذ لا يمكن تجاوزها، وهذا الفصل مخصص لدراسة بعضها بشيء من التفصيل.

٢-١ التغذية Nutrition

للتغذية أهمية تتعدى كونها ضرورية للبقاء، فهي جوهرية للحفاظ على المستوى للفرد وقد أكدت البحوث العديدة صلتها بالمتحقق في المستوى التعليمي للفرد وأثرها على التنمية الإقتصادية والإجتماعية للمجتمع برمته. العلاقة بين نقص التغذية والأمراض نوقشت من قبل العديد من الباحثين ومن مختلف التخصصات العلمية. فالتغذية الرديئة تنقص مقاومة البدن تجاه العديد من الأمراض. الذين يعانون من مرض Kwashiorkor (الناتج عن سوء التغذية) على سبيل المثال لا الحصر غير قادرين على تكوين المضادات الحيوية عند تلقيحهم بلقاحات التايفوئيد والدفتريا. ولا يمكن إغفال البراهين العلمية عن الصلة بين التغذية والذكاء ووزن الدماغ، وما يحققه الفرد في المجال التعليمي، إضافة إلى أثر سوء التغذية على عدد أيام العمل ومستوى الانتاج الإقتصادي ومستقبله الوصول إليها والإنتفاع منها (Cox 1973). إن تركز الفقراء في مساكن متداعية العمران وفي بيئات متدنية وفي مدن الصفيح أو أحياء خاصة بهم نتيجة حتمية للخسارة في الصراع التنافسي على السلع والخدمات المتوفرة في المدينة. فمناطق الفقراء هي الخاسرة في مجال التعليم والوظائف وجمع النفايات وإنارة الشوارع وتوفر المكتبات والخدمات الإجتماعية وكل ما هو متوفر في مناطق المدينة الأخرى.

فلسوء التغذية أثر على توزيع الدخل بين قطاعات المجتمع وما ينجم عنه من زيادة في حالة اللامساواة. فشعار الصحة للجميع لم يأتِ إعتباطاً، والدعوة إلى توجيه فائض الطعام ليستخدم كدافع للتنمية في المجتمعات الفقيرة مرجعها الحقائق العلمية المشار إليها آنفا.

٢-٢ المأوى Shetter

حاجة الإنسان إلى مأوى جوهرية، ولكن لظروف السكن أهمية خاصة لعلاقتها بدرجة قناعة الفرد بالحاجات الإنسانية الأخرى. لهذا السبب يعد الواقع السكني Housing Condition مؤشراً رئيسيا لمستوى الرفاه الإجتماعي الذي يعيشه الفرد وعائلته ودليلاً على موقعه في السلم الإجتماعي. والمنزل المتوسط المستوى في المناطق الريفية في معظم الأقطار النامية لا يغطي الحاجة الأساسية للمأوى حيث التركيب المتداعي وبدون توفير المتطلبات الصحية، تقابلها في المناطق الحضرية لبلدان العالم النامي تدنى مستوى الخدمات بسبب الكثافة العالية للسكن. ينتج عن هذه الحالة مجتمعات ذات وضع صحي رديء، فالسكن والصحة مترابطان يتأثران ببعض.

وفي المجتمعات المزدهرة إقتصاديا يسهم السكن بفاعلية في الرفاه الإجتماعي طالما إن نوعية السكن الجيد تجلب معها مجموعة واسعة من المنافع إضافة إلى المأوى مثل: وجود مجال دفاعي متمثل بالخصوصية السكنية، موقع نسبي يؤشر الحالة الإجتماعية، وسيلة لتعزيز الثروة وضمانها. في الأقطار المتقدمة ترتبط ظروف السكن الرديء بإرتفاع نسب وفيات الأطفال، ونسب المعاناة من الضغط النفسي وتفشي الأمراض العقلية والموت بسبب الأمراض المُعدية. إضافة إلى ذلك فلها تأثيرات سلبية على تطور الأطفال عقلياً. وعلى المستوى الكبير (التراكمي) وجدت علاقة بيئية قوية مع السلوك المنحرف وعدم الإستقرار الإجتماعي وخصائص (ديموغرافية) وعرقية ومهنية معينة. ونتيجتة آلية توزيع السكن الحكومي في كل من بريطانيا والولايات المتحدة وآلية سوق السكن فيهما فقد تركز في مناطق محددة شرائح إجتماعية معينة وتكونت مناطق إجتماعية وجزر حضارية ضمن تركيب المدينة المكاني.

٢-٣) الصحة Health

الصحة هي أساس الإحساس بالسعادة الشخصية والقدرة على التمتع بجميع معطيات الحياة وإدراكها، ولها تأثير قوي على إنتاجية الفرد وقدرته على الكسب المادي. لهذا السبب فإنه على المستوى التراكمي للصحة في المجتمع، تعد الصحة أساس رفاه المجتمع وإن فقدانها يعني الحرمان من العديد من معطيات العدالة الإجتماعية فمؤشرات نسب وفيات الأطفال ومعدل العمر المتوقع، على سبيل المثال لا الحصر تعكس تأثيرات مجموعة العوامل الطبيعية والإجتماعية والصحية على الأفراد. وللمؤشرات الأخرى تأثيرات أكثر دقة مثل إرتباط مرض السل ونقص التغذية والظروف البيئية الرديئة، وحدوث أمراض التهاب القصبات مرتبط بتلوث الهواء والأخطار المهنية والواقع السكني المتردي. تتطلب دراسة صحة المجتمع معرفة توفر الخدمات الطبية والرعاية الصحية وتوزيعها المكاني، وإن مساهمتها في تحقيق العدالة الإجتماعية يعتمد ليس على كميتها ونوعيتها فحسب بل وعلى سهولة الوصول إليها والإنتفاع منها أيضا.

٢-٤) التعليم Education

يقصد بالتعليم عملية تطوير القابليات الذهنية للأفراد والوضع الحضاري لهم، ويشمل التدريب المهني وتعليم الكبار وجميع أنواع التعليم الأساسي وغير الأساسي. فالتعليم جوهري لكل فرد في المجتمع ليتسنى له إدراك مختلف فرص التقدم الإجتماعي والمهني والإنتفاع منها. وبدرجة كبيرة فإن معدل دخل الفرد مرتبط بمستواه التعليمي وخبرته المهنية. وتراكم المستويات التعليمية يعد إستثماراً للطاقة البشرية تدفع بالأفراد ليس للتنمية الإقتصادية والرفاه المادي فقط بل وفي التنمية الحضارية والتوعية الإجتماعية والسياسية أيضا. التعليم أحد ركائز العدالة الإجتماعية تؤشر سهولة الحصول على المنافع العامة مثل الطرق والحدائق وإنارة وأسس تحقيقها.

٥-٢) الأمان Security

يرتبط الإحساس بالأمان بطرق معقدة مع العديد من معطيات العدالة الإجتماعية، فهو مرهون بالوضع السياسي السائد وسيادة القانون وتركيبة النظام الإقتصادي المتنفذ. يتناقص الإحساس بالأمان في أوقات الحروب وعند تفشي نظم الإضطهاد والعصابات والإجرام، وعندما تكون حقوق الإنسان مهملة وعندما تتدنى المشاركة العامة في السياسة والتخطيط وتنظيم الإستهلاك، وعندما تكون العدالة جزئية وحقوق الملكية غير مضمونة، وعندما لا يغطي التأمين البطالة والمرض والحوادث، وعندما يكون المسنون والأطفال بدون رعاية مناسبة ودخل مادي كاف. ففقدان الإحساس بالأمان يرتبط بالفقر والمرض والضغوط النفسية المختلفة إضافة إلى الوضع السياسي والإقتصادي والأمني للبلد.

٦-٢) الإستقرارية Stability

على الرغم من أن الصلات الإجتماعية الجيدة بين الفرد والمحيطين به تعد حاجة إنسانية جوهرية إلا أنها أكثر حاجاته غموضا وأكثرها صلة بالحضارة والتقدم. فالاستقرار الإقتصادي (بعيدا عن الأزمات) والاستقرار الإجتماعي (سيادة العدالة، التماسك الأسري) أساس التطور المتوازن للمجتمع ورفاهه وتقدمه، وتتباين المجتمعات في نسب تحقيق هذه الاستقرارية. والتباينات الإجتماعية هي تعارضات إقتصادية في أساسها وهي كذلك في محصلتها النهائية. لذلك كلما أزدادت الفروقات الإجتماعية حدة ((فقدان العدالة الإجتماعية)) إنعكس ذلك على استقرارية المجتمع وتفاقمت المشكلات الإجتماعية وتنوعت. وتقاس استقرارية المجتمع من خلال مؤشرات نسب الطلاق، نسب الإنتحار، الإدمان على المخدرات، العزل الإجتماعي، إنحراف الشباب وغيرها من المؤشرات التي تحدد تماسك المجتمع من تفككه.

٧-٢) البيئة العمرانية Physical Environment

أكدت دراسات عديدة على الصلة بين نوعية البيئة العمرانية والنمو الإقتصادي والتحضر. وتمثل البيئة العمرانية عنصرا متميزا من عناصر العدالة

الإجتماعية فهي تؤشر سهولة الحصول على المنافع العامة مثل الطرق والحدائق وإنارة ونظافة وهدوء الشوارع وتؤشر المستوى الحضاري للمنطقة ونوعية سكانها. وتتباين البيئة العمرانية من ناحية النوعية مكانيا داخل المدينة الواحدة وبين المدن، داخل الإقليم وبين الأقاليم وبين الدول.

٨-٢) فائض الدخل Surplus income

يعد الدخل الفائض عن تلبية الحاجات الطبيعية للفرد مفتاحاً لتلبية الحاجات (العليا) ومحققاً للطموحات الشخصية. إنه يسهل إستهلاك جميع السلع والخدمات المترفه مثل التلفزيون الملون، أجهزة التصوير، الملابس الحديثة التصاميم، التمتع بالتسهيلات الترويحية المتنوعة وغيرها من سلع وخدمات غير أساسية. إنه يحدد مستويات الأفراد الحضارية. وتتباين المجاميع الإقتصادية في كمية الدخل الفائض عن الحاجتها الأساسية، كما إنها تتباين في تحديد حاجاتها الأساسية أيضا. ولهذا فإن فائض الدخل يحدد التباينات الحضارية في المجتمع الواحد ويؤطرها كثقافات أو حضارات ثانوية متعارضة في مفاهيمها ومقاصدها.

٩-٢) الترويح عن النفس Leisure

يعرف وقت الترويح عن النفس بأنه الوقت الفائض عن ساعات العمل بإستثناء تلك المستغرقة في التنقل من العمل واليه وإنجاز المهام المنزلية الإعتيادية. ويقدر الوقت المستقطع للنوم واللبس والطعام بعشر ساعات يوميا. وفي مجال العدالة الإجتماعية ينظر إلى الترويح عن النفس والتسلية كحاجة حضارية يعبر عنها بممارسة الرياضة البدنية وقراءة الأدب والشعر للتسلية والقيام بالنزهات وإرتياد المسارح والمنتديات الثقافية. ترتبط سهولة الحصول على الخدمات الترويحية بالفائض من الدخل والمستوى الثقافي والحضاري للفرد. وبتباين مستويات الدخل والتعليم تتباين وتتنوع الخدمات الترويحية من حيث الكم والنوع وتتباين في توزيعها المكاني وطبيعة روادها.

٣- قياس اللامساواة الإجتماعية

تعتمد طريقة قياس عناصر اللامساواة وتحديد أبعادها الإجتماعية والمكانية حاجة Need المواطن لكل سلعة أو خدمة. وقد تم تحديد الحاجة بطرق متباينة، أبرزها طرق أربع هي:-

الطريقة الأولى: وهي المباشرة، وتعتمد أراء الخبراء والإداريين مثل تحديد معايير السكن وخط الفقر ومتطلبات التغذية. وتصنف الحاجات إلى معيارية Nou-mative ومطلقة Absolute وأساسية Basic الطريقة الثانية: Comparative need وتكون من خلال المقارنة بين المناطق أو المجاميع المختلفة في المتوفر لها من الخدمات والسلع قيد الدرس. الطريقة الثالثة: Expuessed need وتتحدد الحاجة فيها من خلال سلوك المواطن (المستهلك) وطلبه لها في السوق. الطريقة الرابعة: Latent demand ويعبر عن الحاجة بالإحساس بالحرمان من خلال توفر السلع والخدمات لبعض الجماعات دون غيرهم، وتمثل هذه طلبا غير منظورا (Runciman 1966).

من الناحية العملية لكل طريقة من هذه الطرق محدداتها. فتعريف الحاجة الأساسية مثلاً قد يتأثر بمعايير الطبقة الوسطى عند تقييم حاجات الطبقة العاملة، إضافة إلى ذلك فإن الفاصل بين هذه الطرق غير واضح، كما يصعب تحديد الحاجة الأساسية للعائلة إلى المأوى بقياسات الأقدام المكعبة أو التسهيلات والخدمات المنزلية Plumbing وبدون الأخذ بالمعايير الإجتماعية المعبر عنها بالإشتراك فى الفراش أو الغرفة من جنس واحد أو الجنسين ووجود صلة بين المشتركين وغيرها. فالحاجة نسبية قياسا إلى الظروف البيئية والحضارية السائدة. ومستويات التغذية يجب أن ينظر لها من زاوية المناخ ونوع العمل والتركيب العمري والجنسي للسكان، وتعتمد الحاجة إلى الرعاية الصحية في بعض البيئات على درجة توطن الأمراض وتفشيها والتركيب العمري والجنسي للسكان.

٤- أسباب اللامساواة الإجتماعية

يعكس التركيب المكاني لأية منطقة (سواء أكانت قارة، دولة،إقليم أو مدينة) التفاعل الحاصل بين الإنسان والبيئة الطبيعية فيها. والتركيب المكاني الذي أنتجه

الإنسان (المستوطنات وطرق النقل، مثلاً) ليس له وجود بدون الإنسان نفسه، وهو يعكس بطريقة أو بأخرى إتجاهات المجتمع وتركيبته إنها اللوحة المجسمة التي رسمها الإنسان لنفسه والبيئة التي صنعها Man-made Environment ليعيش فيها.

حالة اللامساواة موجودة في جميع المجتمعات، غنيها وفقيرها، وبغض النظر عن فلسفتها السياسية. وقد نوقشت حالة اللامساواة في المجتمعات الرأسمالية بحرية لذلك توفرت كتابات كثيرة ومن مختلف التخصصات العلمية. ويلخص هذا البحث آراء كوتس وزميليه جونستن ونوكس التي وردت في كتاب الجغرافيا واللامساواة بالنقاط التالية:-

(١) في المجتمعات الرأسمالية يعد البحث عن الربح Profit القوة المسيرة لآلية السوق، ويتأتى الربح من وجود نقص في العرض مقابل زيادة في الطلب. ولتحقيق الزيادة في الطلب يعمد الرأسماليون إلى الإعلانات والدعايات للسلع والخدمات لترويجها.

(٢) تنجم حالة اللامساواة من تركز السلطة الرأسمالية في أقطار قليلة وفي مدن معينة وفي أجزاء محددة منها.

(٣) الحياة في المجتمعات الرأسمالية هي تعارض دائم بين الفرد والمجموعة من جهة وبين المجاميع التي يتكون منها المجتمع من جهة أخرى. ولأن المجتمعات الرأسمالية هي مجتمعات تكتلية mass Society لذا ليس هناك فرد يتفاوض عن نفسه، بل لابد من مجموعة ينتمي إليها لتدافع عن مصالحه وحقوقه مثل النقابات والجمعيات وغيرها، ومصالح هذه المجاميع متعارضة بطبيعتها.

(٤) ومن ميادين التعارض بين المجاميع الأرض territory ولسببين: الأول لأن الجميع يحتاجوها ليعيشوا عليها أو يستثمرها، وثانيا لأن الأراضي تتباين في خصائصها الموقعية ومحتوياتها وسهولة الوصول إليها. نتيجة ذلك ظهرت الملكية الخاصة والملكية العامة. تعكس كل منها موقع مالكها/ المستفيد منها ضمن مراتب سلم تقسيم العمل لذلك تعكس حالة اللامساواة في السوق كتوزيع مكاني.

(٥) إن أنماط المواقع المكانية تعبر عن اللامساواة في تقسيم العمل واللامساواة بين عناصر المجتمع، ويعتقد الرأسماليون إن هذا التباين ضروري لبقاء النظام الرأسمالي ولتحقيق النمو الإقتصادي الذي هو هدف الرأسمالية الأول.

(٦) لتخفيف حدة التباين الإجتماعي وأثاره إتجهت الدول إلى إيجاد مؤسسات تحمي المستهلك وتعزز قدرته الشرائية وظهرت مشاريع لإعادة توزيع الدخل من خلال نظام ضرائبي وتوفير السلع والخدمات العامة مثل المراكز الصحية والتعليم والمساكن والشرطة والضمان الإجتماعي والتأمين ضد البطالة والمرض وغيرها.

(٧) ليس هدف الدول إزالة حالة اللامساواة بل التخفيف من الشعور بحدتها، ومعظم سياسات الدول ذات طابع مكاني سواء أكان هذا مصرح به أم لا ((توجيه الإستثمارات إلى أماكن محددة، إعادة توزيع الخدمات والتسهيلات، إعادة ترتيب الحدود الإدارية وغيرها))، الخطأ في هذا التوجه أن الهندسة المكانية قد تعالج مرض اللامساواة المكانية ولكنها لا تصيب المسبب له وذلك لأنها (اللامساواة المكانية) إحدى المتغيرات المعتمدة للمساعدة في إنتاج اللامساواة وليست المنتجة لها.

(٨) إن الأسباب الجذرية للامساواة المكانية لا يمكن معالجتها بسياسة مكانية لوحدها لأنها ناتجة عن التركيب الإجتماعي-الإقتصادي السائد، ولكن بالتأكيد يمكن التخفيف من حالة اللامساواة من خلال هذه السياسات، ولكنها ليست العلاج.

(٩) لما كان النظام الرأسمالي يعتمد على الإنتخابات لذا فإن السياسات التي ترسم تكون في الغالب قصيرة الأمد ولتحقيق النجاح في الإنتخابات، لذا لم يفكر أحد بوضع ستراتيج بعيد المدى لإعادة تنظيم التركيب الإجتماعي الإقتصادي ووضع حلولاً كاملة للمشكلة. وفي حالة التخطيط لذلك فإن النجاح في الإنتخابات غير مأمون وكما حدث مع حزب العمال البريطاني في نهاية السبعينات (Coates et al. 1977).

هذا ما يتعلق بالنظام الرأسمالي، ماذا عن الأنظمة التي لم تتحدد هويتها السياسية والإقتصادية؟ أليس الأمر أكثر تعقيدا من خلال المزاوجة بين

القرارات المركزية وآلية السوق؟ وهل هناك ستراتيج محدد أم قرارات مزاجية وردود أفعال ذاتية؟

٥- البعد المكاني للامساواة

ترتبط مشكلة العدالة الإجتماعية في المجتمعات الغربية بالمساواة في الحقوق، وعلى هذا الإساس يمكن إعتماد تقنيات مختلفة لتقييم التوزيعات المكانية. ويمكن قياس درجة اللامساواة النسبية بين المناطق على ضوء مستوى مثالي مثل إعتماد معامل سشوتز Schutz Coefficient أو معامل جيني .Gini Coef والأخير أكثر إستخداماً و يعتمد منحنى لورنز Lorenz Curve لقياس التباين المكاني والإبتعاد عن الحالة المثالية.

وتقاس حالة اللامساواة بالمقارنة بين الواقع وحال مطلوب ومرغوب فيه أو بالمقارنة مع منطقة غنية بطريقة الفرق بين منطقتين أو نسبة Ratio الأولى إلى الثانيه ولكل منطقة وبالتالي إسقاط النتائج على الخرائط لتوضيح البعد المكاني للامساواة، أو على أساس المعدل العام لمجموعة من المناطق Z Score (المدينة، الإقليم، الدولة أو دول منطقة معينة-الوطن العربي مثلاً). مثل هذه الخرائط أفضل تعبير عن الواقع المعاش وقربه أو بعده عن العدالة الإجتماعية.

المبحث الثاني
مشكلة الفقر

١- المقدمة

الفقر هو فقدان السيطرة على المصادر وعدم الحصول على فرص التقدم، إنه أكثر من مسألة توفر النقود على الرغم من أهميتها. فقد تمتلك عائلة دخلاً موازياً للمعدل العام للبلد أو الإقليم إلا أنها غير قادرة على تأجير منزل مناسب لها. وقد تمتلك عائلة ريفية المصادر المالية وتعيش بمستوى موازي لنظيرتها في الحضر إلا أنها مقطوعة عن العديد من الخدمات والتسهيلات والفرص لعدم إمتلاكها واسطة نقل، فهي محرومة من الكثير المتوفر لأقرانها في الحضر، فالفقر والحرمان توأم. فالفقير محروم من الكثير والميسور المقطوع فقير أيضا لأنه محروم من الكثير.

والفقر نسبي، ففي الولايات المتحدة عُدّ خُمس سكانها فقراء عام ١٩٦٤ وفق المعايير الموضوعية، ولكن المستوى الذي يعيش به هذا الخمس أعلى من المستوى المعيشي لملايين البشر في الدول النامية. لذا فإن تحديد الفقر يعتمد على المستوى المعيشي العام في البلد المعني إضافة إلى ذلك، فان المعايير المعيشية تتغير مع الزمن لتبدل ضروريات الحياة. على ضوء هذا يحدد كولنكورث الفقراء بأنهم الأفراد أو العوائل التي تمتلك من المصادر أقل بكثير، وعبر الزمن من المعدل الذي يعيش فيه أفراد وعوائل مجتمعهم (Cullingworth 1972). فالفقر في جوهره يمثل حالة اللامساواة في المجتمع وهو ناتج عنها.

٢- أبعاد الفقر

يلخص كولنكورث أبعاد الفقر بقوله أن الفقر أكثر من دخل واطىء، إنه يضم سلسلة متصلة من حالات الحرمان. فالفقير يعيش في مناطق سكنية متدنية العمران والمعيار السكني، ويذهب إلى مدارس بمستوى أدنى لذا يكون مستواه التعليمي أدنى، ولهذا يحصل على مهن بأجر منخفض ولهذا يكون فقيراً ويبقى كذلك. إضافة إلى ذلك، فإن طعامه غير جيد ومسكنه غير صحي مما ينعكس

على صحته، نتيجة ذلك فإنه يفقد الكثير من أيام الدراسة والعمل، ولربما يؤدي وضعه الصحي المتردي إلى العوق أو أن لا يكون مؤهلاً للأعمال اليدوية التي قد تكون هي الوحيدة المتوفرة، ولهذا يعاني الفقراء من إرتفاع نسبة البطالة ولمدة غير قصيرة. والفقر يجعل الفرد يحس بأن الآخرين أكثر نجاحا منه وقادرين على القيام بأعمال يحلم هو بها، لذا قد يرى الفقير نفسه كإنسان فاشل ولهذا يفقد الثقة بنفسه ويستسلم بسهولة لليأس ولا يحث نفسه على التقدم والعطاء ولهذا يبقى فقيرا. فللفقر دورة تبدأ لتنتهي من حيث بدأت. فإن لم يكن الفقر ناتجا عن فشل الفقراء أنفسهم فإنه ناتج حتما عن عمل الأغنياء (Cullingworth 1972).

والحرمان والإحساس به من صلب مشكلة الفقر. لذلك يمثل الحرمان موضوعا مركزيا في الدراسات المعنية بالسياسة الإجتماعية، خاصة ما يتعلق بالفقر، سوء التغذية، الوضع الصحي، الظروف السكنية المتردية وغيرها من المشكلات الإجتماعية. والحرمان حالة ذهنية يعاني منها الفرد أو المجتمع أو مجموعة أفراد ويعتقدون بأنه يجب أن لا يكونوا بدون الشيء الذي حرموا منه سواء أكان هذا الشيء مادياً أو خدمة أو أي شيء متيسر لغيرهم وليس لهم القدرة للوصول إليه أو الحصول عليه (Bulmer 1982). الحرمان هو الفاصل غير العادل بين من يستطيع ضمان ظروف معيشية جيدة والمتطلبات الضرورية للحياة عن غيره، إنه يرتبط مباشرة بسهولة الوصول النسبية والسيطرة على المصادر ضمن تركيبة الفرص والمصادر المتوفرة في المجتمع.

ومهما اختلف في تعريف الحرمان والفقر فإنهما لا ينتشران عشوائيا بين أفراد المجتمع بل هناك تركز واضح في مجموعة إجتماعية معينة مع ميل للتركز في أماكن معينة. فضمن المدينة هناك أماكن تكون الخدمات والمصادر الأساسية متدنية مثل السكن، التعليم، العمل، الصحة. لهذا السبب توجهت الدول لمعالجة المشاكل الإجتماعية على أساس المناطق. ولكن من الضروري الإنتباه إلى أن المناطق التي ترتفع نسبة الفقراء والمحرومين فيها لا تعطي صورة كاملة عن المشكلة وذلك لأن:-

أ) ليس جميع الأشخاص في هذه المناطق يعانون من المشكلة، وليسوا بدرجة واحدة من المعاناة.

ب) ليس جميع الأشخاص الفقراء والمحرومين يعيشون في هذه المناطق بل الأغلبية موزعة على المناطق الأخرى و

ج) التركيز على نوع معين من الحرمان أو سبب من أسباب الفقر لا يعني أن الأنواع الأخرى من الحرمان أو الأسباب الآخر غير موجودة وبذات النسبة من التركيز والفاعلية (Bulmer 1982).

٣- أسباب مشكلة الفقر

تتباين زوايا النظر إلى مشكلة الفقر، فقد نظر البعض إليها وكأنها مشكلة إقتصادية صرفة يمكن حلها من خلال تنمية إقتصادية. وقد برهنت تجارب مختلف الدول أن زيادة الدخل ترفع المستوى المعيشي العام ولكن ليس لذلك تأثير إيجابي على الأفراد الذين يقل دخلهم عن المعدل، وقد ينتج عن الإرتفاع العام للمستوى تأثيرات سلبية حيث تتفاقم الصراعات الطبقية وتتنافر المصالح.

يرتبط الفقر بالبطالة، وقد تعود البطالة إلى دورة إقتصادية أو التركيب الإقتصادي للبلد أو تبرز عند مقارنة الوضع الراهن مع ما كان عليه. وللبطالة آثار سلبية كبيرة موثقة سواء في الجانب النفسي أو الإجتماعي، إضافة إلى النتائج الإقتصادية والسياسية.

وقد لوحظ إرتباط بين الفقر والصناعات التي تدفع أجورا منخفضة، وفسر الفقر على أساس التركيب السكاني (الديموغرافي) للمجتمع، ويرتبط الفقر بطبيعة التركيب الوظيفي لفرص العمل المتوفرة في سوق العمل. ،وقد يعود الفقر إلى تدهور صناعة معينة نتيجة تبدل في التقنية أو ضعف في المنافسة وتردي العائد المادي. وهذا من أبرز أسباب البطالة في بريطانيا. وقد تكون الإدارة غير كفوءة، أو أن الوظائف المتوفرة غير متناسبة مع طبيعة قوة العمل في السوق. فقد يفتقد العمال الخبرة المطلوبة للحصول على الوظائف، أو إنهم يميلون إلى المهن المريحة أو يطلبون مهن غير متوفرة. وقد تكون نقابات العمال غير كفوءة أو إن نظام الأجور مختلف لم يتم تحديثه أو غير متناسب مع المستجدات. وقد تكون فرص العمل محدودة للبعض بسبب الحالة الصحية أو الحاجة إلى إعادة التدريب والتأهيل المهني. وعند النظر إلى الأجور زمنياً يلاحظ إنها إرتفعت بصورة عامة

ولكن الزيادة في الأجور العالية تفوق ما حصل للأجور المنخفضة. وبما إنه ليس هناك سبب واحد للفقر والشعور بالحرمان، لذا ليس هناك علاج واحد.

لا ينحصر الفقر بمن ليس لديه عمل، ففي الولايات المتحدة يوجد عدد كبير من العمال الفقراء والمحرومين نتيجة قلة أجورهم، فهم يعملون في صناعات ذات مردود واطيء وليس فيها نقابات تدافع عنهم. وفي أواخر الستينات أشارة الإحصاءات إلى أن (٧٪) من الذكور البيض و(٢٣٪) من الذكور الملونين يعملون في صناعات تدفع أجوراً متدنية و(١٧٪) من الإناث البيض و(٤٤٪) من الإناث الملونات يعملن في مثل هذه الصناعات (Green 1977). والمتبضعون بنقود إضافية مخصصة لشراء الخضروات يستطيعون شراء كميات كبيرة بينما البعض الآخر الذي يجهد نفسه لإبقاء آخر فلس في كل أسبوع حتى نهايته فإنه يشتري نوعيات أدنى أسبوعا بعد آخر ويعاني من الحرمان أكثر فأكثر. فالدخل الإضافي يسمح للأشخاص في إستثماره إقتصاديا وإستخدامه لديموغرافية ظروفهم المعيشية وتحسينها. فالأشخاص بدخل إضافي يستطيعون شراء منزل بدون تقليص في الأساسيات والضروريات وذلك لأنهم معززون بقوة تساعدهم في شراء أفضل المواد والسلع وأكثرها، والإستثمار في فرص تدر عليهم دخلاً إضافيا أو الصرف على الذات والتمتع بالوقت بصورة جيدة. بعبارة أخرى، إنهم يضمنون العمل والدخل الإضافي لذا يطورون ويتقدم طرز حياة عوائلهم وهم غير محرومين من الضروريات، وبالمقابل فإن الدخل المحدود يسمح في أحسن الأحوال باستقرار طراز الحياة الإجتماعية مع بقاء حالة الحرمان مستديمة.

إن التمييز العرقي والديني والقومي في العمل كان سبباً مباشراً للفقر وإنعدام القدرة على الحراك والإرتقاء الإجتماعي في العديد من الدول الأوربية وفي الولايات المتحدة، فالمهن المتدنية الأجور وحدها المتوفرة للأقليات. فنسبة السود الفقراء في أمريكا تفوق أقرانهم البيض بثلاثة أضعاف. بين عامي ١٩٤٧-١٩٦٥ تناقص عدد العوائل البيض التي تعيش حالة الفقر بنسبة (٢٧٪) تقابلها (٣٪) لعوائل الزنوج. إضافة إلى ذلك، فإن معدل دخل العائلة البورتوريكية في الولايات المتحدة عام ١٩٥٩ يساوي (٧١٪) وفي عام ١٩٧٤ إنخفض إلى (٥٩٪) من معدل الدخل القومي (Green 1977).

يلخص كولنكورث أسباب الفقر بما يلي:-

(١) الكوارث الطبيعية وما تسببه من أضرار وفقدان للمعيلين أو ضرر وعوق دائمين (بدني أو عقلي) والإعتماد على الآخرين،

(٢) الأزمات الإقتصادية التي تؤدي إلى إضعاف القدرة الشرائية للعديد من العوائل والأشخاص.

(٣) دورة الفقر، (أشير إليها آنفا)،

(٤) العيش في مناطق معزولة ومهملة أو أقاليم نائية أو متخلفة إقتصاديا نتيجة طبيعة إقتصادها،

(٥) السكن في مناطق يعيش فيها فقراء المدينة، (كبداية لدورة الفقر والتأثر بحضارة الفقر وقيمها)،

(٦) إن الوضع المادي الصحي والبيئة القاسية والتركيب العائلي والطاقات الشخصية والعلاقات المرافقة لها قد تؤدي إلى تكيف مع وإتسام بخصائص نظام خاص ذو قيم وتوجهات معينة يشكل ما يعرف بحضارة الفقر Culture of poverty كحضارة ثانوية تؤطر الأنماط السلوكية لأفرادها وتكون عائقاً أمامهم من الهرب إلى طرز الحياة الأخرى والخروج عن مسار دورة الفقر (Cullingworth 1972).

٤- التباين المكاني لمشكلة الفقر

ليس الدول وحدها تتباين في مواردها الطبيعية وقدراتها على استثمارها لتطوير إقتصادها وتحقيق رفاه مجتمعها بل تتباين الأقاليم في معدل الدخل ومستوى تطورها الإقتصادي والحضاري ضمن الدولة الواحدة أيضا. فالتباين بين الشمال والجنوب واضح في الولايات المتحدة، إيطاليا، يوغوسلافيا، نيجيريا، باكستان والمملكة المتحدة على سبيل المثال لا الحصر. كذلك جلبت الفرقات الكبيرة بين الريف والحضر الإنتباه اليها، فقد لوحظ أن نسبة الفقر في المجتمعات الحضرية أقل بكثير مماهي عليه في الريف. وتشير البحوث إلى أن نسبة الفقر من مجموع السكان الحضر تتناقص بزيادة حجم المركز الحضري ولعل ذلك راجع إلى زيادة التنوع في فرص العمل المتوفره. والمدن التي تتوفر فيها مهن

يسكن الأغنياء في نايروبي (كينيا) قرب المنطقة التجارية المركزية يحيط بهم الهنود، أما الأفارقة الفقراء فيعيشون في الأطراف على شكل مجمعات قبلية. بينما الحال مختلف في مدن الدول المتقدمة، فالفقر سمة من سمات مراكز المدن في الولايات المتحدة والمملكة المتحدة. وترجع الأسباب في هذا التقسيم المكاني إلى طبيعة النظام الإجتماعي- الإقتصادي وإلى تركيبة سوق السكن والكلفة العالية لقروض البناء وإرتفاع أجور عمال البناء مقارنة مع الأجور الأخري (Ornati 1970).

٥- السياسات العلاجية لمشكلة الفقر

عند رسم أية سياسة علاجية من الضروري تحديد وبدقة الهدف الستراتيجي والحد الفاصل بين الفئات التي تعد ضمن ميدان المشكلة قيد الدرس. وقد تم تحديد ما يعرف بخط الفقر Poverty Line، والأشخاص والعوائل التي تحدد بأنها دونه تكون مشمولة بمجموعة من برامج المساعدة لتحسين وضعها المادي والصحي.

تشمل برامج المساعدة معونات مالية أسبوعية بعد حساب مقدار الدخل الأسبوعي وخصم ما يصرف منه للإيجار والتنقل للعمل والحاجة إلى العلاج لمدة غير قصيرة، وما يتبقى من الدخل يقارن مع الأسعار السائدة على ضوء ذلك تقدم المساعدة وصولاً إلى مستوى خط الفقر. ويعاد النظر في مقدار المعونة سنويا على ضوء التضخم النقدي الذي يعاني منه البلد أو الإقليم.

إضافة إلى برامج المساعدات المالية، يقدم الحليب مجانا، كذلك الرعاية الصحية، خاصة للأمهات والأطفال. وتنظم برامج تدريبية للقادرين على العمل وأخرى خاصة بالمعوقين. وتقوم المؤسسات المختلفة بتوفير دور حضانة للأطفال تيسيراً لعمل الأمهات. وفي بريطانيا قدمت برامج عديدة للتنمية الإجتماعية والمساعدات بياقات بيضاء بنسبة عالية تنخفض فيها نسبة الفقر.

وبرامج التطوير الحضرية. وقد مرت هذه البرامج بثلاثة أطوار هي:-

(١) توسيع دور الحضانة والمدارس الإبتدائية وتطويرها،

(٢) التأكيد على التعليم في سن الشباب وتوفير مراكز إجتماعية ومراكز استشارية

للعوائل وأماكن سكن لمن ليس لديه سكن ومراكز للمسنين وصفوف دراسية لتعليم اللغة للمهاجرين ومراكز للشباب للذين ليس لديهم معيل ومراكز للمدمنين على الكحول،

(٣) رسم سياسات لتحسين الوضع السكني وتعزيز المنظمات الشعبية التطوعية للتطوير والتنمية الإجتماعية، وتوفير مناطق اللعب للأطفال والشباب، ومراكز تقديم الإستشارات للعوائل، ومراكز رعاية المسنين والأطفال دون الخمس سنوات (Cullingworth 1972) إن جميع برامج المساعدة للفقراء تصب في المساعدة المالية لمن هم دون خط الفقر، وإنها تهمل مع رفض ضمني معالجة حالة اللامساواة المتأصلة في التركيب الإجتماعي - الإقتصادي والفقر والحرمان بالتأكيد ليسا مرتبطين بالدخل لوحده بل باللامساواة في فرص التعليم والعمل والحصول على الخدمات الصحية وهذه في تفاعل مع بعضها وتعزز الواحدة الأخرى.

المبحث الثالث
مشكلة الإنحراف والجريمة.

١ – المقدمة

نتيجة الإهتمام المتزايد بدراسة أثر البيئة على الجريمة فقد ظهرت تصنيفات لها. وقد تصور البعض أن البيئة الجغرافية تشمل سطح الأرض وما عليه من معالم طبيعية ومصادر الثروة الطبيعية كتوزيع الأرض والمياه والجبال والسهول والموارد المعدنية والنباتات والحيوانات والمناخ وجميع القوى الكونية التي تعمل فوق سطح الأرض وتؤثر في حياة الإنسان. وإن هناك بيئة (تكنولوجية) يتدخل الإنسان بتقنياته وآلياته ليعدل البيئة الطبيعية ويحورها لخدمة أغراضه المختلفة، وبيئة إجتماعية تتمثل بمظاهر السلوك العام والآداب والنظم الإجتماعية السائدة. وقد عدت جميع الظروف والعوامل الطبيعية مسؤولة عن تحديد كثافة السكان وصحتهم وثرواتهم وطاقاتهم الحيوية وعاداتهم الجمعية وتقاليدهم ونظمهم الثقافية وغيرها من المظاهر الحضارية (الدوري ١٩٧٦).

الجغرافيا تدرس الإنسان ونشاطه ضمن بيئته الطبيعية والتي صنعها، بما فيها البيئة الإجتماعية. فالجغرافيا ليست الطبيعة فحسب، بل وحتى فروع الجغرافيا الطبيعية هدفها الأساس الإنسان وإستثمار المعرفة بالطبيعة وقوانينها لخدمته وتحقيق أهدافه. الإنسان هو محور تفكير الجغرافي وهو هدف دراساته مهما إختلفت زوايا النظر ومناهج البحث ومفردات الدراسة.

ركزت الدراسات الأولى على حدوث الجرائم وليس الجنات، و على الوقاية من الجريمة دون تحليل أسبابها ومعالجتها. ومنذ سبعينات هذا القرن توجهت الأنظار لدراسة البيئات التي تحدث فيها الجريمة والبيئات التي تضم الجنات. ولهذا المنهج فوائد منها إنه:-

(١) يساعد في تحديد البيئات العامة للجريمة في تصغير دائرة البحث لتكون منطلقاً للبحث مع التركيز على العوامل المباشرة ذات العلاقة بالنشاط الإجرامي.

(٢) لا تتحدد العوامل البيئية المحلية بالجنات فقط بل بالشرطة وبرامجهم في

الوقاية والحد من الجريمة وفي الضحايا وظروفهم وهي جميعا من مفردات الدراسة البيئية الحديثة.

(٣) تلخيص الإحصاءات الرسمية إلى مستويات تسهل معرفة الكثير عن الحوادث و عن الجنات.

(٤) تساعد دراسة البيئات المحلية في معرفة دور الضحايا وردود أفعالهم تجاه الجريمة وصلاتهم بالجنات.

(٥) تساعد الدراسات البيئية في تقييم ستراتيجيات الحماية وبرامج الشرطة والسياسة والإجتماعية. (Herbert 1982).

٢- التحليل الجغرافي للإنحراف والجريمة

١-٢ تطور دراسات الجريمة جغرافيا

مرت دراسة ظاهرة إنحراف الشباب والجريمة جغرافيا بثلاثة مراحل هي:-

(١) مرحلة التمثيل الخرائطي في القرن التاسع عشر وإبراز التباينات المكانية فقط. تمتد هذه المرحلة من عام ١٨٢٩ حتى ظهور مدرسة شيكاغو في عشرينات هذا القرن. وقد أطلق على هذا النهج بالمدرسة الجغرافية. إنصب الإهتمام في البدء على التوزيعات المكانية للجريمة وعلاقاتها مع الظروف الإجتماعية الأخرى وقد اهتم بالعوامل المناخية وتأثيراتها على حركة الناس والإنتاج النباتي وما ينجم عنها من مشاكل (رمضان، ١٩٨٥).

(٢) مرحلة العلاقات البيئية، وتنقسم إلى مرحلتين ثانويتين ترتبط الأولى بدراسة البيئة البشرية Human Ecology وظهور نموذج برجس عن التركيب الداخلي للمدينة. وتبدأ الثانية من عقد الخمسينات حيث تطورت تقنيات التحليلات الكمية وتعددت المتغيرات المعتمدة في التحليل (بين ١٥ إلى ٤٠ متغيرا).

(٣) المرحلة الحديثة والتي تبدأ مع مستهل سبعينات هذا القرن تعاظم الإهتمام بدراسة الجريمة جغرافياً وظهور فرع جديد بإسم جغرافية الجريمة Geography of Crime. ففي عام ١٩٧٢ عقد جمعية الجغرافيين الأمريكان AAs نشاطا خاصا بعد أن صدر في العام نفسه (١٤) بحثا ذي علاقة وتزايد عدد

الباحثين المهتمين بالموضوع في المرحلة الحديثة ظهرت ثلاثة إتجاهات لدراسة الجريمة جغرافياً، هي:-

(١) إهتمام الإتجاه الأول بدراسة الجريمة إقليميا وتأشير صلتها بالظروف الإجتماعية والإقتصادية والديموغرافية للمناطق. إنه إستمرار للمنهج البيئي لرسم صورة التباينات المكانية للجريمة، مع إهتمام بأماكن سكن وتواجد الجنات وأماكن حدوث الجريمة.

وتستخدم في التحليل طرقاً كمية متطورة مثل التحليل العاملي وتحليل Ca-nonical وتحليل الإنحدار المتعدد المتغيرات. وبالقارنة مع الدراسات البيئية السابقة فأن جغرافيو الجريمة قد إعتمدو طرقاً إحصائية أكثر تطورا وتعقيدا ولكن النتائج التي توصلوا إليها قد عززت نتائج سابقيهم في عقد الأربعينات والخمسينات مؤكدة الصلة بين نسب الجريمة وبعض الخصائص الإجتماعية والإقتصادية. فالنسبة العالية من الجنات هي عناصر شابة عاطلة عن العمل دون خبرة مهنية وبمستوى تعليمي متدني، ينتمون إلى عوائل كبيرة مفككة ومن الأقليات العرقية أو الدينية ويعيشون في حالة إزدحام سكني في مساكن متدهورة العمران ومتدنية المعيار. وقد شكلت العلاقة بين مناطق سكن الجنات وأماكن حدوث الجريمة مادة أساسية للدراسات الجغرافية الحديثة. وقد أشارت الدراسات إلى تباين المسافة الفاصلة بين الإثنين حسب نوع الجرم وعمر الجاني.

(ب) إعتمد الإتجاه الثاني تقنيات تحليلة للتوزيعات الجغرافية مثل تحديد الأنماط بطريقة Centrographic أو تحليل إنحدار السطح Surface Trend analydsis وإعتماد تسهيلات الحاسب الآلي في رسم الخرائط وتحليلها. وقد اهتم أيضا بالعدالة الإجتماعية ونظر للجريمة كناتج يطفو على السطح نتيجة تفاعل عوامل عديدة منظورة وغير منظورة، وإن خصائص المكان تمثل مفتاحاً لفهم وإدراك التباين المكاني للجريمة (Bartnicki 1988).

(ج) توجه بعض الباحثين إلى دراسة الجريمة على مستوى الفرد بحثا عن الأسباب المباشرة، بعد تحديد العوامل العامة المشتركة. وقد حددت أربعة أبعاد للجريمة، هي: القانون الجاني، الجرم ومسرح الجريمة. يهتم الجغرافيون بالبعد الأخيرين دون إهمال الأبعاد الأخرى.

٢-٢) التحليل الشمولي للجريمة،

إنحراف الشباب والجريمة من الموضوعات التي تشترك في دراستها التخصصات العلمية المختلفة، ولكي تكون دراسة الجريمة بموضوعية ومنهج علمي شمولي. نقترح الخطوات التالية:-

(١) إعتماد مؤشرات إحصائية تراكمية عن الإنحراف والجريمة وتأشير مسارها الإجمالي وإتجاه الجرائم حسب أنواعها.

(٢) تحليل إحصائي أولى على الوحدات الإدارية الكبيرة (المحافظات) لتحديد التباين السكاني والزمني وإتجاهات النمو على مستوى الوحدات الإدارية الكبيرة ومن الضروري أن يشمل التحليل مجموعة من المتغيرات التي تتعلق بالتركيب السكاني والحالة الإقتصادية والبيئية العامة في الوحدات الإدارية. هدف هذه الخطوة تحديد أقاليم الجريمة وتصنيفها كبداية لتحليل مكاني أكثر. إن التحليل على المستوى الكبير Macro-scale ولمدة زمنية غير قصيرة يكشف التبدلات التي حصلت في الأنماط المكانية وتؤشر نقاط وأماكن الخلل في النظام الأمني، وتكون ذات فائدة كبيرة في تحديد مناطق الدراسة التفصيلية اللاحقة.

(٣) التحليل المكاني على مستوى الوحدات الإدارية/ الإحصائية الصغيرة أو المستوطنات التي إتسمت بإرتفاع نسب الإنحراف والجريمة والتي تميل إلى الزيادة والتفاقم. كذلك تحليل التركيب السكاني والبيئي وإعتماد مؤشرات عن السيطرة على النظام الأمني. الهدف هنا تحديد الأقاليم الثانوية وتصغير دائرة التحليل المعمق. إضافة إلى ذلك فإن التحليل على المستوى المتوسط Meso-scale يساعد في تقييم أداء مديريات الشرطة والأجهزة الأمنية الأخرى، وهي بداية معرفة الأسباب الحقيقية للإنحراف والجريمة.

(٤) تحليل عوامل البيئة المحلية وتأشير البيئات والفئات التي تتطلب إهتماماً ودراسة تفصيلية تحليلية معمقة.

بعبارة أخرى تحديد الأسباب البيئية المؤشرة على التباين المكاني للإنحراف والجريمة. إن التحليل على المستوى الدقيق Micro-scale يساعد في تحديد

أماكن (الورم) والدواء المناسب كماً ونوعاً لكل داء.

(٥) إحالة نتائج الدراسات أعلاه إلى المعنيين (نفسانيين، تربويين، علم الإجتماع، إداريين وغيرهم) للقيام بتحليلاتهم الخاصة والإستفادة من خبرتهم البحثية التخصصية في تحديد الأسباب الدقيقة (العوامل الذاتية والعمليات Prosses الإجتماعية وغيرها).

(٦) جمع نتائج التحليلات أعلاه وإعتمادها لإقتراح سياسة وقائية ووضع برنامج علاجي مناسب.

(٧) قيام الجهات المعنية بالأمن الإجتماعي بتطوير نظام مراقبة ومتابعة مناسب بعد الإستفادة من نتائج الدراسات.

(٨) قيام المؤسسات التربوية والتعليمية بدراسات تتبعية تقويمية للسياسات الإجتماعية وتنفيذها، وعقد مؤتمرات سنوية لتقييم الوضع الأمني أو متابعة جانب محدد منه بالتعاون مع الجهات الأمنية.

٣-٢) بعض معطيات التحليل الجغرافي

البحث العلمي هو تساؤلات يطرحها الباحث على نفسه بهدف تقصي الإجابة عنها. ومن الأسئلة المعتمدة في بحوث جغرافية الجريمة:-

(١) هل يمكن تحديد البيئات المحلية وتصنيفها على أساس تعرضها للإعتداءات؟

(٢) ماهي العناصر الأساسية التي تسهم في تعريض البيئة المحلية إلى مختلف أنواع الإعتداءات؟ (خصائص ذاتية، تتعلق برجال الأمن وسياستهم، طبيعة المناطق المجاورة، . . . . ، وغيرها)

(٣) ماهي إحتمالية تعرض الحيز الجغرافي للإعتداءات على ضوء العوامل الإجتماعية والعمرانية؟ وما العوامل بين هذه العوامل؟

(٤) هل يمكن تحديد خصائص هذه المناطق بطريقة ذاتية من خلال معرفة الضحايا والفئات المعرضة للخطر؟ أو الجنات الذين يكون سلوكهم مستوعباً المنطقة وطبيعتها؟ (Murray & Boal 1979).

لا تعطي الأرقام المجردة صورة حقيقية عن الإنحراف أو الجريمة، بل من الضروري أن تحول إلى نسب Ratios للسكان أو الفئات المعرضة للإعتداء أو

الإنحراف. بهذه الصيغة تكون النسب أداة حقيقية للمقارنة بين المناطق المختلفة أو المنطقة ذاتها زمنيا.

ويمكن إشتقاق أدلة لتوطن جريمة معينة كأن يحسب معامل تباين Coefficient of variation حدوث جريمة ما للبلد وتؤخذ نسبته إلى معامل تباين مجموع الجرائم، أو تقاس نسبة معامل تباين جريمة معينة لمدة من الزمن لمنطقة محددة إلى معامل تباين مجموع الجرائم للمنطقة ذاتها وللمدة عينها (العمر ١٩٩٥).

٣- تحليل جغرافي على مستوى العراق

قام الدكتور مضر خليل بدراسة جرائم النساء في العراق للمدة (١٩٧٩-١٩٩٠)، وقد إختار (٢٦) مؤشرا لتمثيل البيئة الجغرافية.

١-٣) متغيرات الدراسة

من أجل تحديد درجة تأثر أعداد ونسب المتهمات في كل جريمة بالتوزيع الجغرافي لمجموعة المؤشرات المختارة تم حساب مجموع قيم معاملات الارتباط الثنائية بين المتغير قيد الدرس ومجموعة المؤشرات. بعد هذا رتبت المتغيرات تنازليا حسب مجموع قيم معاملات الإشتراك في التوزيع الجغرافي مع معدلات أعداد المتهمات. ملاحظة، يمثل الرقم الأول ( ) هذا المجموع، أما الرقم الثاني (( )) فيمثل مجموع معاملات إشتراك النسب.

(١) معدل أعداد المتهمات بالسرقة (١٤,٦٧٣) ((٦,٦٥٠))

(٢) معدل أعداد المتهمات بالقتل العمد (١٤,٤٣٥) ((٢,٥٦٩-)) (٣) معدل أعداد المتهمات بالبغاء (١٤,٣٢٥) ((٩,٥٧٤))

(٤) معدل أعداد المتهمات بجرائم تمس الأسرة (١٤,٠٧٥) ((٢,٣٣٥))

(٥) معدل أعداد المتهمات بالإحتيال (١٤,٠٥٣) ((٣,٣٠٢))

(٦) معدل أعداد المتهمات بالفعل الفاضح (١٣,٩٢٠) ((٣,٦٧٧))

(٧) معدل أعداد المتهمات بالجرح والضرب (١٣,٠٥٧) ((٤,١٥٧-))

(٨) معدل أعداد المتهمات الإجمالي(١٢,٨٣٩) ((١,١٠٠-))

(٩) معدل أعداد المتهمات بجرائم تمس المنفعة العامة (١١,١٣١) ((٥,٧٤٥-))

(١٠) معدل أعداد المتهمات بجرائم تمس القضاء (٦,٤٨٤) ((٣,٦٨٦-))
(١١) معدل أعداد المتهمات بالتهديد (٥,٠٣٣) ((٧,١٢٨-))
(١٢) معدل أعداد المتهمات بالقذف والسب (٣,٢١٤) ((٥,٩٩٩-))

يعني هذا التراتب أن جرائم السرقة عند النساء يمكن تفسيرها بالعوامل قيد الدرس بثقة عالية، تتناقص هذه الثقة بتناقص تأثير العوامل وصولاً إلى جرائم القذف والسب إلى لم تظهر علاقة قوية مع هذه المؤشرات.

٢-٣) المؤشرات التفسيرية،

(أ) مؤشرات عامة وتتكون من :- ((يمثل الرقم الأول ( ) مجموع قيم معاملات الإشتراك في التوزيع الجغرافي للمؤشر مع معدلات أعداد المتهمات بالجرائم قيد الدرس، والرقم الثاني (( )) يمثل مجموع قيم معامل إشتراك المتغير مع النسب المئوية للمتهمات بالجرائم المختارة للدراسة))

(١) مجموع سكان المحافظة (٨,٥١٥) ((٠,٤٣٢-))
(٢) مجموع الإناث في المحافظة (٩,٠٠٦) ((٠,٤٧٨-))
(٣) مجموع المتزوجات في المحافظة (٩,٤٦٥) ((٠,١٩١-))
(٤) نسبة النوع في المحافظة (ذكر/ ١٠٠ أنثى) (٤,٣٦٦) ((٠,٦٧٥-))
(٥) نسبة الإعالة في المحافظة (٣,٧٥٤) ((٠,٦١٧))
(٦) الكثافة العامة (٨,٨٥١) ((٠,٠٢٥))
(٧) ٪لثلاث أسر تسكن مع بعض في المحافظة (٠,٣٦٤-) ((٠,٠٧٠))
(٨) عدد الوحدات الإداري في المحافظة (٠,٢٩٤-) ((١,١٩٤-))

(ب) مؤشرات عن البيئة الحضرية، وتتمثل ب:-

(١) مجموع السكان الحضر في المحافظة (٨,٩٣٣) ((٠,٧٦٢))
(٢) مجموع الإناث في الحضر (٩,٢١٣) ((٠,٠٠١))
(٣) مجموع المتزوجات في الحضر (٩,١٨٩) ((٠,٠٠٤-))
(٤) ٪ لسكان الحضر من مجموع سكان المحافظة (٤,٥٥٥) ((٠,٧٦٢))
(٥) ٪ لسكان المدينة الأولى من سكان المحافظة (٥,٠٦٨) ((٠,٩٤٤))
(٦) ٪ لسكان القضاء المركز من سكان المحافظة (٥,٣٩٨) ((٠,٧٨١))
(٧) نسبة النوع في الحضر (١,٨٥٩) ((٠,٩٧١-))

(٨) معدل حجم الأسرة في الحضر (٠,٧٥٤-) ((١٩٢,٠-))
(٩) ٪ لثلاث أسر تسكن مع بعض في الحضر (٠,٦٨٧-) ((٢١١,٠))

(ج) مؤشرات إجتماعية عامة، تضم:-

(١) مجموع المطلقات في المحافظة (٩,٦٦٩) ((٠٦٦,٠-))
(٢) مجموع المطلقات في الحضر (٩,٤٣٩) ((٠٠٣,٠))
(٣) مجموع الأرامل في المحافظة (٩,٦٥٧) ((٢٠٦,٠-))
(٤) مجموع الأرامل في الحضر (٩,٣٤١) ((٠٠٩,٠-))
(٥) مجموع الأميات في المحافظة (٧,٨٤٨) ((١٩٥,٠-))
(٦) مجموع الأميات في الحضر (٨,٢٤٨) ((٢٣٥,٠))
(٧) ٪لأسر تستأجر سكنها في الحضر (٠,٠٠٨) ((١٣٢,٠))
(٨) ٪إناث غيرن أماكن سكنهن بسبب الزواج في الحضر (٠,٣٧٢-) ((٣٥٨,٠-))
(٩) ٪إناث لم يغيرن أماكن سكنهن بسبب الزواج في الحضر(٤٦٦,٠) ((٢٥٩,٠)).

٣-٣) مناقشة فرضيات البحث

البحث، هو بحث عن الحقيقة. والبحث عن حقيقة ما يتطلب إفتراض وجود شبكة من العلاقات التي تفسر الأنماط التي تحتويها أو تمثلها هذه الحقيقة. وقد تصيب الفرضية وقد تخيب. وعدم الأصابة هو كشف عن جانب من جوانب الحقيقة، كما هو الحال عندما تكون الفرضية صحيحة. والحقيقة التي بحثت الدراسة عنها هي:

ما حقيقة التوزيع الجغرافي للمتهمات في العراق؟ أي كيف يجب أن يُفهم التوزيع الجغرافي للمتهمات في العراق.

ماهى عناصر شبكة العلاقات التي تفسر هذا التوزيع؟

١- تنص الفرضية الأولى على وجود تناسب طردي بين أعداد ونسب المتهمات في المحافظة مع أعداد الإناث في مدنها.

تؤكد الدراسة أن أقوى العلاقات كانت مع أعداد الإناث في الحضر، وإن قوة تأثيرها تفوق تأثير أعداد الإناث على مستوى المحافظة، وإن:-

(١) الفرضية صحيحة على المستوى الإجمالي، وبالنسبة لأعداد المتهمات بالجرائم التي تمس الأسرة، تمس المنفعة العامة، الفعل الفاضح والمخل بالحياء، السرقة الإحتيال، الجرح والضرب والإيذاء العمد و القتل العمد.

(٢) الفرضية صحيحة بالنسبة لأعداد، كذلك نسب، المتهمات بالبغاء والسمسرة.

(٣) لم تؤثر أعداد الإناث في المحافظة أو في الحضر على نسب المتهمات، وبقي أثرها مقصوراً على أعداد المتهمات. بعبارة أدق، تتناسب أعداد المتهمات بالجرائم المشار إليها في أعلاه طرديا مع أعداد الإناث في مدن المحافظة. ولهذا فإن الفرضية صحيحة ومبرهن عليها إحصائيا.

٢- تنص الفرضية الثانية على وجود علاقة عكسية بين أعداد المتهمات ونسب النوع. أي بزيادة نسبة الإناث إلى الذكور تزداد مشاكلهن. ((نسبة النوع عدد الذكور لكل مائة أنثى من السكان، وتسمى نسبة الجنس أيضا)). وتوضح الدراسة أن:-

(١) إرتبطت نسب النوع في المحافظات بعلاقات موجبة ضعيفة مع مجموع المتهمات، معدلات أعداد المتهمات بجرائم تمس المنفعة العامة، السرقة، البغاء، الإحتيال، الجرح والضرب والإيذاء العمد والقتل العمد.

(٢) برزت علاقة موجبة ضعيفة بين نسب النوع في المحافظات وفي الحضر، أيضا، مع النسب المئوية للمتهمات بجرائم الإحتيال.

(٣) هناك علاقة عكسية بين نسب النوع في الحضر ونسب المتهمات من مجموع المتهمين، ومع نسب المتهمات بجرائم تمس الأسرة والفعل الفاضح والمخل بالحياء.

(٤) إرتبط التوزيع الجغرافي لنسب النوع في المحافظات سلبيا مع توزيع النسب المئوية للمتهمات من نوع المتهمين.

تؤكد هذه الملاحظات عدم صحة الفرضية، وإن نسب النوع لا تشكل عاملاً مهما في تفسير أعداد المتهمات أو نسبتهن.

٣- تنص الفرضية الثالثة على وجود تناسب طردي بين أعداد المتهمات، ونسبتهن، مع درجة التحضر في المحافظة تستنتج الدراسة ما يلي: -

(١) ليس هناك علاقة نوعية موجبة قوية بين عدد المدن في المحافظة وأي من المتغيرات قيد الدرس. يعني هذا إن حجم المدن أهم بكثير من عددها. فلا زال العديد من المدن العراقية أقرب إلى الريف منها إلى الحضر. وقد إرتبط عدد المدن سلبياً مع نسب مجموع المتهمات.

(٢) ليس هناك علاقات قوية، موجبة أو سالبة، بين أعداد أو نسب المتهمات بجرائم تمس القضاء والمؤشرات الحضرية.

(٣) إرتبطت أعداد المتهمات بجرائم تمس المنفعة العامة بالكثافة العامة بعلاقة موجبة. يعني هذا أن للكثافة العالية علاقة بزيادة الجرائم من هذا النوع. كذلك إرتبطت أعداد المتهمات بالجرائم التي تمس المنفعة العامة سلبياً مع النسبة المئوية للسكان الحضر في المحافظة و النسبة المئوية لسكان المدينة الأولى من مجموع السكان في المحافظة. يعني هذا حيث تكون المدن صغيرة ونسب التحضر واطئة تزداد أعداد المتهمات بهذه الجرائم.

(٤) برهن التحليل على وجود علاقة موجبة بين أعداد ونسب المتهمات بجرائم تمس الأسرة ومؤشرات التحضر. كذلك الحال مع أعداد ونسب المتهمات بجرائم الفعل الفاضح والمخل بالحياء، السرقة والبغاء والسمسرة . يعني هذا، إرتباط أعداد ونسب المتهمات بهذه الجرائم بالإناث في الحضر أكثر مما هي مرتبطة بأعداد الإناث في المحافظة أو الريف. إنها جرائم (حضرية).

(٥) إرتبطت الكثافة العامة طردياً بجرائم الإحتيال والجرح والضرب والقتل العمد.

(٦) وجود علاقة عكسية بين النسبة المئوية للسكان الحضر ونسب المتهمات بجرائم التهديد والقذف والسب. أي إن هذه الجرائم تحدث في المدن الصغيرة والريف المحيط بالمدن أكثر مما تحدث في المدن الكبيرة.

(٧) ليس هناك أثر كبير للمؤشرات الحضرية على أعداد المتهمات بجرائم الجرح والضرب والإيذاء العمد.

الفرضية صحيحة مع أنوع معينة من الجرائم، وجه الخصوص: الفعل

الفاضح، السرقة والبغاء والسمسرة.

٤- جاء في الفرضية الرابعة أن أعداد ونسب المتهمات لا ترتبط بأعداد الإناث فقط، وإنما بالحالة الزوجية لهن. تؤكد الدراسة على أن:-

(١) لأعداد المتزوجات والمطلقات والأرامل علاقة قوية مع أعداد المتهمات في معظم الجرائم (عدا جرائم القذف والسب).

(٢) وجود علاقة طردية قوية بين الحالة الزوجية للنساء في المحافظة والحضر وأعداد المتهمات بجرائم البغاء والسمسرة. وتكون العلاقة أضعف نسبيا مع نسب المتهمات في هذه الجرائم في المحافظات.

(٣) لا ترتبط أعداد الأميات في المحافظة بعلاقات قوية مع أعداد ونسب المتهمات بجرائم تمس القضاء، التهديد وجرائم القذف والسب. وترتبط بعلاقة ضعيفة مع نسب المتهمات بجرائم البغاء والسمسرة.

(٤) ما ذكر في (٣) أعلاه صحيح على مستوى المحافظة والحضر، إضافة إلى ذلك:-

١- إرتبطت نسب المتهمات بالسرقة بعلاقة موجبة ضعيفة مع المؤشرات قيد البحث،

٢- إرتبطت نسب المتهمات بجرائم: تمس المنفعة العامة، التهديد والقذف والسب بعلاقة عكسية ضعيفة مع أعداد الأميات في الحضر.

أعداد ونسب المتهمات بجرائم التهديد والقذف والسب حيث تخضع هذه لمؤثرات أخرى محلية وشخصية.

٥- تؤكد الفرضية الأخيرة على أثر الحالة الأسرية على أعداد ونسب المتهمات في المحافظات إشارة إلى نتائج التحليل الإحصائي فقد أوضحت الدراسة الآتي:-

(١) وجود علاقة ضعيفة بين نسب الإعالة مع أعداد المتهمات بالجرائم: تمس الأسرة، الفعل الفاضح، السرقة، البغاء، الإحتمال والقتل العمد. كما إرتبطت طردياً مع نسب المتهمات بالبغاء وعكسيا مع نسب المتهمات بجرائم القذف والسب.

(٢) كانت للنسب المئوية للإناث اللواتي غيرن أماكن سكنهن بسبب تبدل في

(الحالة الزواجية علاقة موجبة ضعيفة مع نسب المتهمات بجرائم الجرح والضرب والإيذاء العمد، وعلاقة عكسية ضعيفة مع أعداد ونسب المتهمات بجرائم تمس الأسرة، وعلاقة عكسية أيضا مع أعداد المتهمات بجرائم الفعل الفاضح.

٣) إرتبطت نسب الإناث اللواتي لم يغيرن سكنهن منذ الولادة بعلاقة طردية ضعيفة مع نسب المتهمات بجرائم الإحتيال، وعكسية ضعيفة مع نسب المتهمات بجرائم الجرح الضرب.

(٤) كان لتأجير المساكن أثر موجب ضعيف على نسب المتهمات بجرائم تمس القضاء ونسب المتهمات بجرائم تمس الأسرة.

(٥) للكثافة السكنية العالية علاقة طردية مع نسب المتهمات بجرائم تمس الأسرة ونسب المتهمات بالفعل الفاضح ولها تأثير عكسي على نسب المتهمات بجرائم تمس المنفعة العامة والتهديد والقذف والسب.

(٦) إرتبط معدل حجم الأسرة طردياً مع المتهمات بجرائم تمس المنفعة العامة والإحتيال، وعكسياً مع نسب المتهمات بجرائم تمس الأسرة والفعل الفاضح.

تباينت المؤشرات المعتمدة في التحليل في البرهنة على صحة الفرضية. فليس هناك علاقة بين هذه المؤشرات وإعداد المتهمات أو نسبتهن الإجمالية، ولا لعدد المتهمات بجرائم تمس القضاء. بصورة عامة، هناك علاقة، وتختلف هذه العلاقة من حيث القوة والإتجاه من مؤشر لآخر. ويكون تأثيرها على نسب المتهمات في جرائم معينة أكثر مما هو تأثير على أعداد المتهمات.

٤- تحليل الجريمة على مستوى المدينة

درس هربرت (Herbert 1983). الجريمة في مدن ويلز وقام بتحليل البيئات التي حدثت فيها وتلك التي إحتوت الجنات. ومن المدن التي درس الجريمة فيها مدينة كاردف عاصمة ويلز وكبرى مدنها وفيها تنوع في الأنماط الإجتماعية الإقتصادية. وترتفع فيها نسب الجريمة قياسا بمدن ويلز الأخرى. إعتمد هربرت الإحصاءات الرسمية المتوفرة في مراكز الشرطة ونتائج التعداد العام للسكان،

بولم يكتفي بذلك بل قام بمسح ميداني. شملت الدراسة الأحداث بعمر بين (١٠-١٩) سنة من المتخذة بحقهم إجراءات بين عامي ١٩٦٦-١٩٧١ وأخذ عينة حجم (٧١٨) حدث لعام ١٩٦٦ و (٩١٤) حدث لعام ١٩٧١. وقد إستخدم الوحدات الإحصائية الرسمية أساسا لحساب نسب الجنوح لكل سنة قياسا إلى الفئة العمرية. وقد فاقت نسبة الجنوح بين الذكور نظيرتها للإناث بنسبة (٤٠٪) وإن معظم الجانحين قد جاؤا من عوائل كبيرة الحجم. فبين (٣٥-٤٠٪) من الجانحين ينتمون إلى عوائل تضم (٧) أفراد فأكثر وإن نسبة الجانحين من عوائل أفرادها (٦) فأكثر يشكلون نسبة (٧٦٪). إعتمد هربرت الخرائط لتوضيح التوزيع الجغرافي لنسب الجنوح وتحديد مناطق الدراسة الميدانية. لقد إرتفعت نسب الجنوح في بعض مناطق مركز المدينة وفي مساكن الدولة في الأطراف. لقد كانت معظم التحليلات السابقة عن الجريمة على المستوى التراكمي، أما بالنسبة إلى كاردف فقد توفرت على المستوى الفردي وقد تم إسقاط عناوين الجانحين بدقة على خارطة توضح الجزء الشرقي من مركز المدينة حيث تسكن عينه الدراسة. وقد تبين أن حوالي نصفهم يعرف بعضه ويشتركون في الأعمال الجرمية، فبالإضافة إلى صلة الجوار السكني هناك مجالات أخرى للتلاقي مع بعض مثل المدرسة والنادي ومراكز اللهو الأخرى. وقد كرر هربرت التحليل في منطقتين أخريتين وجاءت النتائج مطابقة.

لم يكتفي هربرت باستثمار البيانات التي توفرت لديه عن كاردف لإختبار فرضية واحدة بل عمد إلى مناقشة فرضيات وإختيارها لتكون دليل عمل للباحثين وليعزز النتائج التي توصل إليها في بحوثه السابقة.

(١) الفرضية الأولى: العلاقات حسب النظريات التقليدية، تفترض النظريات التقليدية أن أسباب الجنوح تعود إلى ظروف إجتماعية محلية مثل الوضع الإقتصادي المتدني وعدم الإستقرار السكني للعائلة من أبرز هذه الأسباب وقد أكدت دراسة هربرت صحة هذه الفرضية.

(٢) الفرضية الثانية: للوضع البيئي غير الجيد في الحي السكني والظروف المعيشة والوضع الإجتماعي الإقتصادي والسكني المتردي علاقة بالجنوح والجريمه. وقد برهنت الدراسة على الصلة بين الجنوح ونسب البطاله عند

الذكور، كذلك الصلة مع العائلة أحادية الوالد والإشتراك في السرقه وكانت الصلة عكسية بين الجنوح ومناطق الطبقة الإجتماعية العليا وظروف السكن الجيد.

(٣) الفرضية الثالثة: ترتبط الجريمة بنوعية ملكية السكن، وقد توصل هربرت إلى نتيجة أن نسبة الجانحين في المناطق التي تسود فيه ملكية السكن من قبل ساكنيها هي أقل بكثير من المعدل العام للمدينة، وكانت أعلى النسب في مناطق تكثر فيها المنازل المؤجره من القطاع الخاص.

الفرضيات الثلاث تكمل بعضها وتعطي صورة جيدة عن مناطق الجنوح ومناطق المشاكل في كاردف. لقد أوضحت دراسة هربرت أن نموذج البيئة غير الجيدة غير كاف لتفسير التوزيع المكاني للجنوح في المدينة، وليس جميع مناطق مركز المدينة ولاً جميع مناطق مساكن الدولة هي بيئات غير جيدة ترتفع فيها نسب الجنوح. وقد إستبدل في النهاية بأن البيئة المباشرة بالحدث هي السبب المباشر، وإن العوامل البيئية الأخرى هي ضواغط يخضع لها جميع أفراد المجموعة الإجتماعية وهي عوامل ثانوية.

درس الباحث أحمد فارس العيسى جريمتي السرقة والقتل في مدينة البصره، وقد حدد أقاليم الجذب وأقاليم تصدير المشاكل. نلخص هنا بعض العلاقات الإحصائية التي توصل إليها. عُدّ متغيري مكان وقوع جرائم السرقة ومكان سكن المتهمين كمتغيرين معتمدين (مستقلين عن بعضهما) وتم تحليل العلاقة الإحصائية بين كل منهما مع (٢٩) متغيرا تتعلق ب: البيئة، مهنة المتهمين، التركيب العمري والمستوى التعليمي لهم. وقد أثمر التحليل النتائج التالية: - ليس لمساحة المنطقة السكنية علاقة مع مكان وقوع السرقات أو سكن المتهمين بها.

- للحجم السكاني في المنطقة السكنية علاقة إحصائية قوية بحجم جرائم السرقات التي تحدث فيها (٠,٨٨).
- ليس للكثافة السكانية العامة في المناطق السكنية في المدينة علاقة إحصائية بمكان وقوع جرائم السرقة، ولها علاقة متوسطة القوة مع مكان سكن المتهمين بها (٠,٥٢).

- ليس للكثافة السكنية في مناطق المدينة (مقاسة منزل/ شخص وغرفة/ شخص) علاقة إحصائية مع مكان وقوع السرقات، وعلاقتها مع مكان سكن المتهمين بالسرقات متوسطة القوة (٠,٥٥، و ٠,٦٣ على التوالي).
- ليس لمسقط رأس المتهمين بالسرقات علاقة إحصائية بأماكن وقوعها أو مناطق سكن المتهمين.
- يمارس المتهمون بالسرقة من الفئة العمرية (٣١-٣٥) جرائمهم خارج مناطق سكناهم أكثر من مناطق سكناهم (٠,٩٢ و٠,٨٤ على التوالي).
- ترتبط سرقات المتهمين من الفئة العمرية (١٨-٢٥) سنة في مناطق سكناهم أكثر من خارجها (٠,٩٨ و ٠,٨٠ على التوالي)، كذلك الحال مع الفئات العمرية الأخرى عدا الفئة (٣١-٣٥).
- يمارس المتهمون بالسرقة ممن لديهم معرفة بسيطة بالقراءة والكتابة سرقاتهم في مناطق سكناهم وخارجها (٠,٩٥ و ٠,٩٤ على التوالي).
- تكون سرقات المتهمين من حملة شهادة الدراسة المتوسطة خارج مناطق سكناهم (٠,٩٨) أكثر من ممارستها فيها (٠,٨١). كذلك الأمر مع حملة شهادات المعاهد والجامعات (٠,٦١ و ٠,٤٥ على التوالي).
- ترتبط جرائم المتهمين من الموظفين بالسرقات بأماكن خارج مناطق سكناهم أكثر مما يمارسوه فيها (٠,٨٧ و ٠,٧٣ على التوالي).
- إرتبطت مهن المتهمين بالسرقة من، العسكريين، الأمن الداخلي، الطلاب والعمال بأماكن سكناهم أكثر من خارجها.
- ليس للحجم السكاني في المنطقة السكنية علاقة إحصائية بجرائم القتل فيها، ولكن ظهرت علاقة متوسطة القوة بين المساحة ومكان سكن المتهمين (٠,٦٦) وأمكان حدوث جرائم القتل (٠,٥٦).
- للكثافة السكانية العامة علاقة إحصائية بمكان وقوع جرائم القتل أكثر من مناطق سكنى المتهمين بها (٠,٧٤ و ٠,٥١ على التوالي).
- ليس للكثافة السكنية علاقة قوية بجرائم القتل سواء من حيث مكان وقوعها أو سكن المتهمين بها.

- ليس لمسقط رأس المتهمين بالقتل علاقة إحصائية يعتمد عليها، فهي سالبة ضعيفة مع مواليد المدينة وموجبة ضعيفة مع المواليد المدينة وموجبة مع المواليد من خارجها.
- إرتبطت جرائم القتل بالفئتين العمريتين (١٨-٢٥) و (٢٦-٣٠) سنة بعلاقة قوية جدا، وكانت أضعف علاقة لها مع الفئة العمرية (٣٦-٤٠) سنة.
- كان لمهنة العاملين في قوى الأمن الداخلي من المتهمين أقوى العلاقات الإحصائية بجرائم القتل، يليهم الحراس والسواق.
- إرتبطت جرائم القتل إحصائيا بالمتهمين من حملة شهادة الدراسة الإبتدائية والأميين بدرجة قوية جدا (العيسى، ١٩٩٧).

تعتبر مشكلة إنحراف الاحداث إحدى المشكلات الرئيسة التي تواجه المهتمين بالجغرافيا الاجتماعية، إذ أن هذه المشكلة تتفاقم يوماً بعد يوماً تمشياً مع تطور اعباء الحياة واتساع المدن وازدحامها، وما يتبع ذلك مع سلوكات غير مرغوب فيها.

وفي دراسة مسحية لقضايا الأحداث الجانحين في مدينة اربد وضواحيها - مدينة تقع في شمال الأردن - خلال الفترة ١٩٧٩-١٩٨٨، قام بها الباحث علي القسيم، إذ تكون مجتمع الدراسة من مجموع الأحداث الجانحين للسنوات العشر والذين بلغ عددهم ٦٥٩٢ حدثاً جانحاً، في حين تكونت العينة من مجموع الأحداث الجانحين للسنوات الثلاث ١٩٨٠، ١٩٨٤، ١٩٨٨، والذين بلغ عددهم ٢٠٨٦ حدثاً جانحاً. وقد صنفت قضايا الاحداث إلى خمسة أنواع هي السرقة، الأيذاء، المخالفات، القتل، والتهم الأخرى. (على القسيم، ١٩٨٩، ص ٢).

وقد خلصت الدراسة إلى أن ظاهرة إنحراف الأحداث تتباين من عام لآخر، وأن نسبة ظاهرة الانحراف ترتفع عند الذكور، وتنخفض بالنسبة للاناث. وأن نسبة الاحداث الجانحين تزداد بازدياد المرحلة العمرية، كما أكدت الدراسة على أن طلاب المدارس على اختلاف مراحلهم التعليمية يمثلون الغالبية العظمى من الأحداث الجانحين، كما خلصت الدراسة إلى تناسب المستوى الاقتصادي وعدد غرف المنزل تناسباً عكسياً مع نسبة الاحداث الجانحين. بالاضافة إلى تناسب

الاحداث الجانحين تناسباً طردياً مع عدد أفراد الأسرة. وأن ظاهرة الايذاء هي من أكثر التهم انتشاراً بين الاحداث، تليها السرقة، ثم المخالفات، والتهم الأخرى، ثم ظاهرة القتل التي ترتفع في الريف، وفي الأسر ذات الدخل المرتفع.

يعد جنوح الاحداث مشكلة تعاني منها معظم دول العالم، ويمثل الجنوح ظاهرة اجتماعية منهم جميع طبقات المجتمع، لأن الاحداث يشكلون خطراً على حياة الافراد، ولأنهم جزء لا يساهم في التنمية الاقتصادية للمجتمع. (الشرقاوي، ١٩٧٧، ص ٨).

وظاهرة جنوح، الاحداث قديمة قدم تكون المجتمعات البشرية، وتتباين حديثاً من مجتمع لآخر حتى أصبحت في النصف الثاني من القرن العشرين مشكلة رئيسة يواجهها المجتمع البشري. فمثلاً في الولايات المتحدة الامريكية زادت ظاهرة انحراف الاحداث بمقدار ٩٠٪ في الخمسينات من هذا القرن عما كانت عليه بين عامي ١٩٤٠-١٩٤٨. (العيسوي، ١٩٨٣). بينما في الوطن العربي تعد ظاهرة انحراف الاحداث مشكلة غير واضحة المعالم تحتاج إلى مزيد من الدراسة والبحث. (التوايهة، ١٩٨٤).

وفي الأردن اشارت سجلات وزارة التنمية الاجتماعية إلى أن عدد الأحداث الجانحين بلغ عام ١٩٧٩ نحو ٣٣٣١ حدثاً جانحاً، وفي عام ١٩٨١ بلغ ٣٧٦٤، وفي عام ١٩٩٦ زاد عن ١٠٠٠٠ حدثاً جانحاً.

مفهوم الحدث Juvenile

تعني الحدث في اللغة العربية «صغير السن». (المغربي، ١٩٦٠، ص ٢٠) وتنص التشريعات السكسونية إلى أن سن الحدث هو ثماني سنوات، وفي الأردن سبع سنوات، وفي السويد ٢١ سنة. ويختلف أيضاً تعريف الحدث في القانون عنه في علم النفس، وعلم الاجتماع. فمفهوم الحدث قانونياً يعني صغير السن الذي أتم السن التي حددها قانون الدولة. بينما يعني مفهوم الحدث وفق المفهوم الاجتماعي والنفسي بأنه «الصغير منذ ولادته حتى يتم نضجه الاجتماعي والنفسي وتتكامل لديه عناصر الرشد(نشأت، ١٩٨١، ص٣٧).

اما مكتب الشؤون الاجتماعية التابع للأمم المتحدة فيعرف الحدث بأنه «الشخص في حدود سن معينة يمثل أمام هيئة قضائية أو أية سلطة أخرى بسبب ارتكابه جريمة جنائية. ومن وجهة النظر الاجتماعية، فالحدث بأنه «ضحية ظروف سيئة اجتماعية كانت أم اقتصادية أم صحيّة أم ثقافية أم حضارية». (رمضان، ١٩٨٥، ص ٣٢).

وقد عرف المشّرع الجنائي الأردني الحدث بأنه «كل شخص أتم السابعة من عمره ولم يتم الثامنة عشرة ذكراً كان أم أنثي. وصنف الاحداث إلى ثلاث فئات يترتب على كل منها نتائج وآثار خاصة تتعلق بالمسؤولية الجنائية التي يتحملها الحدث هي:- (القسم، ١٨٩٨٩، ص٤).

١- الولد، هو الولد الذي أتم السابعة من عمره ولم يتم الثانية عشرة، ٧-١١ سنة.

٢- المراهق، هو الحدث الذي أتم الثانية عشرة ولم يتم الخامسة عشرة. ١٢-١٥ سنة.

٣- الفتي، هو الفتى الذي أتم الخامسة عشرة ولم يتم الثامنة عشرة. ١٥-١٨ سنة.

يتبن من الجدول والذي يوضح عدد الأحداث الجانحين في مدينة اربد وضواحيها للفترة من ١٩٧٩-١٩٨٨ الاتي:-

١- أن عدد الأحداث الجانحين يتفاوت من عام لآخر. حيث أحتل عام ١٩٨٠ المرتبة الأولى، فقد بلغ ٨٣٢ حدثاً جانحاً، يليه عام ١٩٨٦ بلغ ٧٣٩ حالة، ثم يليه عام ١٩٨٨ ثم عام ١٩٨٥، ثم عام ١٩٨٣. بينما أحتل عام ١٩٨٤ المرتبة الأخيرة.

٢- بلغ النسبة المؤية للذكور من عدد الاحداث الجانحين للفترة من١٩٧٩-١٩٨٨ والبالغ عددهم ٦٢٨٠ حدثاً جانحاً من أصل ٦٥٩٢ حدثاً نحو ٩٥,٧٦٪ بينما بلغت نسبة الاناث نحو ٤,٨٪ وهذ تشكل نسبة ضئيلة.

وقد اشارت الدراسات أن عدد حالات السرقة للاعوام ١٩٨٠ و ١٩٨٤ و ١٩٨٨ بلغة ٨١١ حالة والقتل، ١٧ والمخالفات ١٦٨ والايذاء ١٠٣٨ واخرى

٥٢، لتصل في مجموعها إلى ٢٠٨٦ حدثاً جانحاً.

وقد بينت الدراسة أن نسبة الجنوح بين الذكور تزيد كثيراً عن نسبة الجنوح بين الاناث بالنسبة لجميع التهم.

وقد احتلت تهمة الإيذاء المرتبة الأولى (١٠٣٨ حالة) تليها السرقة (٨١١ حالة)، ثم المخالفات (١٦٨ حالة) بينما احتلت تهمة القتل المرتبة الأخيرة (١٧ حالة).

كما أوضحت الدراسة أن نسبة جنوح الاحداث تزداد بازدياد العمر بالنسبة لتهم الإيذاء والمخالفات والقتل في حين تزداد تهمة السرقة بازدياد العمر حتى سن ١٥ سنة.

وتتميز المدينة عن الريف بكثرة حوادث السرقة والايذاء والمخالفات، بينما تكثر حوادث القتل في الريف والمخيمات. وقد تبين أيضاً أن الأحداث الجانحين من ذوي التعليم الالزامي (من الصف الأول وحتى الصف العاشر) يحتلون الطليعة بالنسبة لتهم القتل والمخالفات والايذاء، ويحتلون المرتبة الثانية بالنسبة لتهمة السرقة، في حين تنخفض نسبة الاميين الذين يمارسون حوادث السرقة والايذاء والمخالفات بينما يميل الأحداث من ذوي التعليم الثانوي (الصف الحادي عشر والثاني عشر) إلى ارتكاب حوادث المخالفات أكثر منهم من ذوي التعليم الابتدائي، وبصورة عامة تتشابه جنوح الأحداث من ذوي التعليم الالزامي والثانوي، فقد احتلت تهمة الايذاء المرتبة الأولى والسرقة المرتبة الثانية والمخالفات المرتبة الثالثة، والتهم الأخرى المرتبة الرابعة، والقتل المرتبة الأخيرة. (القسيم، ١٩٨٩، ص ٤٠-٤٤).

وعند تناول الجدول بالدراسة والتحليل، والذي يوضح النسبة المئوية للاحداث الجانحين لكل من السرقة والقتل والمخالفات والايذاء والتهم الاخرى، يتضح الآتي:-

١) أن الدخل الشهري لأسر الأحداث الجانحين دون مائة دينار اردني يأتي في المرتبة الأولى من حيث عدد التهم، والتي تبلغ ١٠٤٠ حدثاً جانحاً، وزعت على النحو الآتي:- تهمة السرقة ٤٢٩، القتل ٦ والمخالفات ٦٧، والإيذاء ٥١٦، وتهم أخرى ٢٢.

٢) أن الدخل الشهري لأسر الأحداث الجانحين والذي يتراوح ما بين ١٠١-٢٠٠ دينار أردني، احتلت المرتبة الثانية، والتي تبلغ عددها ٦٦٩ حدثاً جانحاً، منها ٢٣٥ تهمته سرقة، و٤ قتل، و٦٣ مخالفات، و٣٥٠ ايذاء، و١٧ تهم أخرى.

٣) أما بالنسبة للدخل الشهري ٢٠٠ دينار أردني فأكثر، فقد بلغ عدد التهم ٣٧٧، منها ١٤٧ تهمة السرقة، و٧ قتل، و٣٨ مخالفات، و١٧٢ تهمة الايذاء، و١٣ تهم أخرى.

٤) أما من حيث الترتيب التنازلي لعدد التهم، فقد احتلت تهمة السرقة المرتبة الأولى، فقد بلغ عدد التهم الكلي للسرقة لجميع فئات الدخول الشهرية ٨٨١١ تهمة، تلاها تهمة الإيذاء والتي بلغ عددها ١٠٣٨ تهمة، ثم تهمة المخالفات ١٦٨، ثم تهم أخرى ٥٢، وأخيراً تهمة القتل ١٧ تهمة.

٥) يلاحظ أن تهمة القتل احتلت المرتبة الأولي لذوي دخل ٢٠٠ دينار فأكثر فبلغت ٧، تلاها في المرتبة الثانية لذوي الدخل دون ١٠٠ دينار وعددها ٦، بينما احتلت المرتبة الثالثة ذوي الدخل الذي يتراوح ما بين ١٠١-٢٠٠ دينار، فبلغ عددها ٤.

ويلاحظ من الجدول والذي يبين النسب المؤية للاحداث الجانحين ولكل تهمة على انفراد بناءً على تغير عدد الغرف المنزلية، أن عدد الغرف يتناسب عكسياً مع احداث الجانحين، فمثلاً بلغ عدد الاحداث الجانحين لتهم السرقة والقتل والمخالفات والايذاء والتهم الاخرى ٩٨٠ لمن تقطن عائلاتهم ٢ غرفة فما دون، بينما قل عدد التهم إلى ٩١٤ لمن تملك اسرهم ٥ غرف فما فوق.

أما بالنسبة إلى علاقة تهم السرقة والقتل والمخالفات بعدد أفراد الأسرة فهي علاقة طردية، فكلما زاد عدد أفراد الأسرة كلما زاد عدد الأحداث الجانحين، فمن أصل ٢٠٨٦ تهمة، ثم ارتكاب ١٢٢٦ منها في اسر يزيد عدد أفرادها عن ٨ فأكثر، بينما بلغت ٢٧٣ تهمة في أسر يبلغ عدد أفرادها ٤ فما دون.

المبحث الرابع
مشكلة الخدمات الصحية

١- المقدمة

على الرغم من التقدم الكبير في التعليم الصحي والخدمات الصحية، وعلى الرغم من الإرتفاع المستمر للمستوى المعيشي خلال القرنين الماضيين إلا إن الإنسان لازال ضعيفا أمام الأمراض البدنية والعقلية، ولازالت الأمراض وانتشارها تشكل مشكلة إجتماعية تؤرق الفرد والعائلة والمجتمع. لهذا السبب ظهر فرع علمي متخصص في كليات الطب باسم ((طب المجتمع))، وظهرت أقسام الصحة البيئية والأمراض المتوطنة في دوائر الصحة الرسمية، واهتمت العلوم المختلفة بالمجتمع والمشاكل التي يعاني منها بما فيها المشكلات الصحية.

وفي الدول المتقدمة بعد أن تم التخلص من جميع الأمراض المعدية الخطرة والتي تؤدي إلى العوق والموت والتي كانت متوطنة في ما قبل الثورة الصناعية وبدايتها، تنتشر اليوم أمراض خطرة ولكنها غير معدية مثل أمراض القلب والسرطان والإختلال العقلي وهي من الأسباب الرئيسية للعوق والموت. وتعد هذه أمراض العصر ويطلق عليها أيضا لقب الأمراض الإجتماعية.

يهدف العديد من الباحثين في دراساتهم إبراز التباينات المكانية لإنتشار العديد من الأمراض وعلى مختلف المستويات (بين الدول، بين الأقاليم وداخل المدينة). وقد توجهت الأنظار إلى تحليل أثر التحضر والعيش في مدن كبرى على صحة الإنسان وسلوكه. كما لوحظ توطن مشكلات صحية معينة في المدينة، إضافة إلى التباين في نسب الوفيات وأسبابها بين الريف والحضر، وبين المدن الكبيره والصغيرة. وتوفرت قناعة بوجود تباين إقليمي في نسب الإصابة بأمراض العقل وتباين في التشخيص والمعالجة والتسهيلات العلاجية المتيسرة. الجغرافيون معنيون بدراسة التباينات المكانية في الظروف البيئية التي تسبب الأمراض وإنتشارها ولها صلة بصحة الإنسان. فقد نظر إلى عناصر الطقس المختلفة والبيئات (المحلية على وجه الخصوص) والنشاطات البشرية كأسباب كامنة للأمراض. كذلك يهتم الجغرافيون بتقييم التوزيع المكاني للخدمات والتسهيلات الصحية على ضوء

خصائص المجتمع (تركيبته الديموغرافية والإجتماعية) وحاجاته المعلنة (الطلب) والمستترة (الحاجة التي لم تلبي أو لم يعلن عنها).

٢- خصائص البيانات الصحية

تعرف الصحة Health بأنها الحالة البدنية والروحية الكاملة للمخلوق البشري والتكيف الكامل للظروف البيئية (McGlashan 1973)، ولا تتوفر البيانات عن الصحة بل عن المرض، عن فقدان الصحة وعدم التمتع بها. وللبيانات الصحية خصائص من الضروري تسليط الضوء عليها ليتسنى تحديد سبل معالجتها في التحليل وتجاوزالنقص والخلل فيها.

(١) نادرا ما تجمع البيانات التشخيصية للأمراض أو أسباب الوفيات بطريقة جغرافية. فالمكان الذي تعّرض فيه المريض إلى البيئة المحفزة للمرض لا يتم تحديدها إلا نادرا، وشهادة الوفاة لا تعطي السبب الحقيقي للوفاة. فقد يموت شخص مصاب بالسرطان نتيجة حادث مروري أو قد يصاب بمرض يكون هو السبب المثبت في شهادة الوفاة. وقد يهتم الطبيب بتحديد أسباب المرض على ضوء تخصصه وإهتماماته دون النظرة الشمولية. بعبارة أخرى، قد يسجل سبباً للوفاة المرض الذي تم معالجة المريض منه وليس المرض أو الأمراض الكامنه غير المشخصة أو التي لم يعالج منها قبيل الوفاة.

(٢) عدم التوافق بين حدود المناطق الإحصائية التي تجمع على أساسها البيانات السكانية مع تلك التي تسجل على ضوئها بيانات الأمراض والوفيات ولا مع الحدود الإدارية لعمل المؤسسات الصحية. يؤدي هذا إلى صعوبة تحديد الظروف العامة والأسباب المباشرة وقلة الإعتماد على إحصاءات السكان الرسمية في تقييم كفاءة أداء الخدمات الصحية والسياسات الوقائية.

(٣) تتجسد المشكلة أعلاه مع مراجعي المستشفيات والأطباء الإختصاصيين، ومما يزيد المشكلة تعقيدا أن هذه المؤسسات تهمل تسجيل عناوين مراجعيها، وحتى عند توثيقها فنادرا ما تكون دقيقة.

(٤) تقوم العديد من الجهات بجمع معلومات لحسابها الخاص ولأغراض تحددها مسبقا دون النظر إلى الأبعاد المكانية وإهمال أهميتها لتحليل المرض وأسبابه

ورسم السياسة العلاجية والوقائية. فدراسة إنتشار مرض سرطان المعدة قد يتطلب تحديد مناطق إستخدام مخصبات كيمياوية معينة في المزارع القريبة، أو تتطلب دراسة حوادث المرور معرفة التوزيع المكاني للحانات، وهكذا مع الأمراض أو المشكلات الصحية الأخرى.

(٥) تتوضح النقطة (٤) أعلاه في إعتماد الجداول في عرض البيانات وتحليلها دون إسقاطها على الخرائط. فنادرا ما تكون الجداول قادرة على عرض العلاقة المكانية، والإجابة عن تساؤلات مثل: هل تتكتل القيم أو النسب المتشابهة في الحيز المكاني أم تنتشر بإنتظام أم إنها مبعثرة؟ فالخارطة تفيد الأطباء في الإجابة عن العديد من التساؤلات وتجلب الإنتباه إلى نقاط قد تكون غائبة عن الذهن في الوهلة الأولى. تؤشر الرسوم البيانية الإتجاه الزمني وتعرض الخارطة النمط المكاني وإتجاهه (الإنتشار). الإثنان مع بعض (الرسم البياني والخارطة) يكمل بعضهما البعض ويبرزان جوانب متنوعة من معطيات الدراسة الطبية.

(٦) تعكس سجلات الدخول إلى المستشفى والخروج منها الغرض من الرعاية الصحية Suply وليس الحاجة Need. إنها تعكس المتوفر من خدمات في أحد أجزاء النظام في نقطة من الزمن، دون الإشارة إلى الحاجة أو قياسها.

(٧) إحصاءات الوفيات هي الأكثر دقة وشمولية، ولكن، هل يمكن للميت أن يكون عينة Sample للحي؟ فهم في الغالب من المسنين وإصابتهم بالمرض تعود إلى سنين سابقة.

(٨) إن التباين في المستوى الصحي للطبقات الإجتماعية أكثر وضوحا من التباين بين الأقاليم.

(٩) إن التباين في وفيات الذكور على أساس الطبقات الإجتماعية أكثر دقة من وفيات الإناث وذلك لأن المتزوجة تصنف حسب الطبقة التي ينتمي إليها زوجها (Bulmer 1982).

٣- الجغرافي والمشكلات الصحية

لقد ساهم الجغرافيون في دراسة وتحليل المشكلات الصحية في المجالات التالية:-

١-٣) الأنماط المكانية للأمراض والوفيات،

لاحظ الباحثون أن العديد من الأمراض التي تسبب وفاة تنتشر بأنماط مكانية معينة. ويتطلب تحديد الأنماط المكانية على توفر بيانات معيارية دقيقة وتطبيق تقنيات مكانية خاصة. ويمثل قياس الأمراض وتحديدها مفتاحا للبحوث السريرية وبحوث علم الأوبئة Epidemiology. والصحة البدنية والعقلية إجتماعية في جوهرها تحددها قيم المجتمع، وعلى هذا الأساس تصنف الأمراض ويتم ترتيبها. وهذا من أكثر الموضوعات التي يحتدم حولها الجدل للتباينات الحضارية الإقليمية ولأهمية الموضوع لتحديد ماهو إختلال عقلي من دونه، وما يصرح به كمرض من غيره.

ويمثل تحديد الأشخاص المصابين بمرض ما صعوبة، ولهذا فإن حجم المشكلة الصحية نادرا ما يحدد بدقة وموضوعية. ومن أسباب ذلك أن العديد من الأمراض البدنية والسلوكية يتأثر بجملة من العوامل الإجتماعية. ففي الولايات المتحدة والمملكة المتحدة حوالي (٢٪) من السكان على تماس مع الخدمات النفسية ضمن إحصاء لسنة واحدة قام به أحد الباحثين. كذلك وجد هذا الباحث أن بين (١٠-٢٥٪) من السكان يعاني من مشاكل نفسية ويراجع أطباء غير مختصين، إضافة إلى نسبة غير معلومة عن مرضى يعد سلوكهم منحرفا إجتماعيا مثل تعاطي والإدمان على المخدرات ومحاولات الإنتحار. تتباين نسب الوفاة لأسباب عقلية بين المدن وداخل المدينة، يتطلب قياسها مسحا ميدانيا مكلفا.

تتباين مصادر المعلومات الصحية في نوعية ودرجة إكتمال بياناتها. فاحصاءات الوفيات يمكن الحصول عليها من شهادات الوفيات إلا أن بيانات وفيات الأطفال متباينة في نوعيتها وتنشر تراكمية دون تجزئتها مكانيا، كذلك الحال مع مراجعي المستشفيات والوحدات الطبيه. وفي الولايات المتحدة تتعدد مصارف المعلومات وتتباين نوعيا وكميا بين المستشفيات الأهلية والرسمية. وتتوفر في العديد من الدول نظم معلومات مركزية، إلا أن بياناتها لا تساعد الجغرافيين كثيرا في رسم الأنماط والتحليل المكاني على مستوى الوحدات الإحصائية الصغيرة وداخل المدينة Intra-urban scale.

تزداد مخاطر الوفاة وحالات الإختلال السلوكي مع تقدم العمر للعديد من الأمراض، إضافة إلى أن التعرض إلى الأجواء الموبوءة ولمدة غير قصيرة مهم، وترتبط بعض الأمراض بخصائص (ديموغرافية) معينة مثل الجنس (ذكر أم أنثى) والحالة الزواجية، الطبقة الإجتماعية، والمستوى التعليمي والمهنة. لذا فإن الإحصاءات السكانية التفصيلية جوهرية لتحديد الفئات السكانية المعرضة إلى خطر الإصابة بمرض معين ونسبة الوفاة بسببه. فالبيانات السكانية Population والسكنية Housing على مستوى الوحدات الإحصائية الصغيرة مهمة جدا لرسم الأنماط وتحليل العلاقات المكانية للأمراض والوفيات.

تتباين طرق إسقاط البيانات الصحية على الخرائط وتحليلها بدرجة كبيرة فقد إعتمدت الطرق التالية:-

(أ) الأنماط النقطية لتحديد أماكن الإصابات والوفيات،

(ب) نسبة المصابين إلى الشريحة السكانية المعرضة لخطر الإصابة،

(ج) نسبة المصابين في مكان معين إلى مجموع الإصابات في الإقليم أو البلد،

(د) تكرار حالات الإصابة من سجلات الأطباء حسب اليوم أو الأسبوع،

(هـ) خطوط الإصابات/ الوفاة المتساوية عند توفر بيانات تفصيلية، وقد أعتمدت هذه في أستراليا،

و) حساب إحتمالات الإصابة وإسقاطها على خرائط، وقد أستخدمت هذه الطريقة في بولندا وجنوب إفريقيا وإنكلترا ويلز (McGlashan 1973)

(ز) لمقارنة المناطق الجغرافية إعتمدت معادلة رياضية تضم المتغيرات التالية:- ١) الحجم السكاني في منتصف السنة لكل إقليم ٢) وزن الحجم السكاني بإعتماد التركيب العمري ونسبة النوع ونسبة المسنين ونسبة الأطفال ٣) نسب الوفيات لأسباب مرضية (Bulmer 1982).

أستخدمت الإسقاطات النقطية لتوضيح الأنماط المكانية لإنتشار الأمراض والوفياة، وإستخدم البعض البيانات الخام (الأرقام الحقيقية) وإعتمد آخرون النسب المعيارية (نسبة المصابين إلى السكان أو فئة معينة). كما تباين حجم الوحدات الإحصائية التي جمعت البيانات على أساسها مما جعل المقارنة بين الدراسات والمدن المختلفة أمرا صعبا.

تعرض البحوث المنشورة عن المشاكل الصحية الحالة الثابتة Static أما الدراسات التي تتعامل مع المشكلة وتعرضها بطريقة حيوية Dynamic قليلة وتغطي مدة قصيرة من الزمن (سنة مثلاً). وتستخدم البيانات الزمنية لتعرض نسبة حدوث المرض (عدد حالات الإصابة بالمرض ضمن مجتمع معين وخلال مدة زمنية محددة)، أو نسبة إنتشار المرض (مجموع حالات الإصابة ضمن مجتمع معين وبمدة محددة). لقد بحث البعض في التوزيع الزمني لمشكلات صحية معينة ونسب الوفيات. فقد لوحظ أن توزيع نسب حالات الإنتحار ثابتة في أربع حقب زمنية خلال مدة أربعين سنة، بينما كان إنتشار وباء الحصبة Mea sles سريعا في منطقة AKron خلال ثمانية أشهر. وفي شيكاغو لوحظ تبدل جوهري في توزيع العديد من حالات الإختلال العقلي خلال أربعين سنة. إن المقارنة بين إنتشار الأمراض والعلل الصحية ميدان رحب، والمنشور منه يعتمد المقارنة البصرية الوصفية دون إعتماد التحليل الموضوعي (Giggs 1979).

تشكل العلاقة المكانية بين المؤشرات الصحية ،الإجتماعية موضوعاً خصباً للبحث والتقصي، فقد ركزت بعض الدراسات على العلاقة المكانية بين نسب المرض والوفاة وغيرها من المشكلات الإجتماعية مثل إنحراف الشباب والجريمه. وإهتمت دراسات بإنتشار مرض ما ونسب تفشيه بين مختلف الفئات الإجتماعية. وقد أستخدمت تقنيات إحصائية متنوعة لإختبار ومقارنة النتائج مثل مربع كاي ورسمت خرائط إحتمالات الوفاة بسبب الإصابة بمرض السرطان في مدينة بتسبرك وإحتمالات الوفاة بسبب الإصابة بامراض البنكرياس في مدينة نوتنكهام.

في الحقيقة إن العوق البدني غير سهل تحديده، ويمثل مشكلة عند بحثه لأنه أكثر تعقيدا مما يبدو للوهلة الأولى من الناحيتين النظرية والقياس. إنه يمثل مشكلة إجتماعية لأنه يحرم صاحبه أشياء كثيره ويجعله ذي حاجات خاصة به لا يستطيع تلبيتها بنفسه، مثل الإنتقال والحركة والإكتفاء الذاتي والعمل وإيجاد المهنة المناسبة، وكذلك في مجال العلاقات العائلية والعامة.

وفوق هذا، ماهو مكان الشخص المعوق في المجتمع؟ وهل يجب أن يكون جزءً من المجتمع ويعامل على هذا الأساس أم يتم عزله؟ فالمعوق قد إنتقل من

الوسط الإجتماعي إلى خارجه ليخفي عوقه عن الناس وبهذا يقل دوره في المجتمع وتكون نشاطاته خارج المجرى العام للنشاطات الإجتماعية العامة. ونتيجة إنعزال المعوقين فقد تم تطوير أنماطاً من النشاطات الإجتماعية التي تميزهم عن غيرهم فعلاقاتهم محدودة مع عدد قليل من الأهل ولربما مع بعض المعوقين الذين يلتقون بهم في المناسبات والنوادي والجمعيات الخاصة.

تعتمد التصنيفات الرسمية للمعوقين المقارنة بين ما يستطيع القيام به المعوق مع ما يستطيع أقرانه في عمره وجنسه. وهناك نظرية المجموعة المرجع Group Reference thory التي تهتم بالمجموعه التي يرى المعوق نفسه منتميا إليها وكيف يستوعب وضعه الإجتماعي. وقد عرفت دائرة السكن والشؤون الإجتماعية البريطانية DHSS العوق بأنه فقدان القدرة البدنيه أو العقلية التي تقود الحياة الطبيعية للفرد بما يؤثر على حالات معينة للمعوق وحياته الطبيعية لتشمل العمل والسكن والنشاطات الإجتماعية والترويح عن النفس (Bulmer 1982).

٢-٣) البيئة والمشكلات الصحية

يسعى بعض الباحثين إلى تحديد الأبعاد المكانية للمشكلات الصحية كهدف بحد ذاته مستخدمين خرائط الأنماط المكانية لتحديد الفئات السكانية والبيئات التي تتطلب إهتماما خاصا ولإقتراح نظام متطور للخدمات الصحية. وقد شكلت خرائط الوفيات وإنتشار الأمراض مرحلة أولية لسلسلة واسعة من الأبحاث الشاملة لاحقا. وحاول البعض تحديد العناصر الرئيسية في البيئة الحضرية التي تشكل خطرا على صحة الإنسان ورفاهه، وإعتمد البعض على المقارنة الخرائطية (كارتوكرافيه) وركز آخرون على المقارنة الإحصائية، وكان الهدف الأساسي للجميع تفسير التباين المكاني للمرض أو نسب الوفاة على أسس بيئية.

لما كان مفهوم البيئة واسعا لذا من الضروري تصنيفها حسب نوعها إلى: - بيئة طبيعية وعمرانية وإجتماعية.

١-٢-٣) البيئة الطبيعية والمشكلات الصحية

إهتم الباحثون ومنذ القرن التاسع عشر بالعلاقة بين الطقس والسلوك

البشري، ولكن البحث في العلاقة بين عناصر الطقس والتباين المكاني للعديد من الأمراض وحالات الوفيات داخل المدينة لازال بحاجة إلى إهتمام وتركيز. وقد درست نسب الوفيات في المناطق الحضرية في المدن الكبرى وعلاقة ذلك بإرتفاع درجات الحرارة. ففي الولايات المتحدة لوحظ إرتفاع نسب الوفيات مع موجات الحر صيفا في العديد من المدن الكبيرة. فقد إرتفعت نسب الوفيات في مركز مدينة نيويورك، حيث تتكون الجزيرة الحرارية، حيث يسكن الفقراء والمسنون والمعوقون بدنيا والمصابون بالأمراض المعديه بالمقابل كانت نسب الوفيات واطئة في الضواحي حيث تنخفض درجات الحراره وتعيش الطبقة المتوسطة.

لقد درست التأثيرات السلبية للطقس على صحة الإنسان ونشاطه من خلال الإهتمام بتلوث الهواء. فمعظم المدن الكبيرة هي مراكز لأقاليم صناعية مهمة، وفيها العديد من النشاطات الإقتصادية المسببة للتلوث. فحرق الوقود في الصناعة، والمنازل والسيارات يطلق كميات هائلة من الغازات السامة والسوائل والمواد الصلبة إلى الهواء. ولوحظ تباين موسمي ومكاني في نسب تركز ملوثات الهواء. وعند سكون حركة الهواء وحدوث إنقلاب حراري يصل تركز الملوثات إلى مستويات مميتة، وتكون المشكلة حادة قرب المعامل وفي مركز المدينة وبجوار الطرق الرئيسية. أشارت دراسات عديدة إلى العلاقة بين تلوث الهواء وإرتفاع نسب الوفيات بين المصابين بأمراض الجهاز التنفسي، والشكوى من أمراض الجهاز التنفسي أمر شائع بين سكان المدن. وأكدت الدراسات على الصلة بين الأمراض الخبيثة التي تصيب هذا الجهاز وبعض أمراض القلب مع تلوث الهواء.

وقد وجد Wood وزملاءه في مانشستر في بريطانيا أن نسب الوفاة إجمالاً ونسب الوفاة بسبب إنتفاخ الرئة والتهاب القصبات ترتبط إحصائيا مع نسب تركز الدخان (Wood et al 1974). وبرهنت دراسات أخرى على العلاقة بين إرتفاع نسب أول أوكسيد الكاربون والرصاص في الهواء والأمراض العقلية وإختلال السلوك، وخاصة الرصاص الذي له تأثير خطير على الدماغ، فالأطفال الذين يعيشون قرب الشوارع المزدحمة يكونون في خطر دائم للتعرض إلى هذه التأثيرات.

للأنواع الأخرى من التلوث تأثيراتها أيضا على صحة الإنسان، ففي بريطانيا وأمريكا الشمالية قد حدثت وفيات في العديد من المدن نتيجة شرب مياه ملوثة، وقد نسبت بعض الأمراض إلى تلوث المياه فقد لوحظ في شيكاغو إنتشار التهاب الكبد قرب مناطق فيها مياه سطحية ملوثة.

ومن أكثر الملوثات تأثيرا في المدن هي الضوضاء الصادرة عن المعامل وحركة السيارات والطائرات. ففي بعض الحالات، في بعض المعامل قد يصل مستوى الضوضاء إلى درجة تعطل السمع كليا. إن التعرض المستمر يسبب حالة عصبية تتمثل بالقلق والسخط والغضب، وتكون المشكلة حادة قرب المطارات، وتتباين قدرة الأشخاص في الإستجابة إلى تأثيرات الضوضاء.

لقد درست الملوثات بشكل منفرد، إلا إنها تتفاعل وتتداخل مكانيا ضمن المناطق الحضرية الكبرى مؤدية إلى وضع بيئي خطر جدا على الصحة، فقد لوحظت مثل هذه الحالة في مدينتي فيلادلفيا ومانشستر. وقد إعتمد وود وزملاءه في دراستهم جغرافية التلوث في مانشستر ستة قياسات للتلوث وإشتقاق دليل للتلوث منها وتطبيقة على (٧١) وحدة إدارية. وقد أستدل على أن أعلى تركيز للتلوث يقع حول المركز التجاري في سالفورد وفي ويكان Wigan في الغرب وقد سجلت أوطأ التركيزات في الشمال الشرقي والجنوب. وقد وجد إن أعلى مستويات تلوث الهواء في مناطق تسكنها مجموعة في أدنى السلم الإجتماعي الإقتصادي. في هذه المناطق تقع أعلى تركزات الدخان صيفا، وفي الشتاء تكون فيها أعلى تركيزات ثاني أوكسيد الكبريت مسببة مخاطر صحية جمة.

٢-٢-٣) البيئة العمرانية والمشكلات الصحية،

للحالة العمرانية للسكن تأثيرات على الصحة البدنية والنفسية لساكنيه، كما أن لها تأثيراتها على الإدراك الذاتي ودرجة قناعة الساكنين وتشكل ضغطا نفسيا يؤثر على صحة الشخص. وقد كان هذا موضوعا للبحث والتقصي في العديد من الدراسات الحضرية. فقد ركز البعض على دراسة أثر إعادة إعمار المناطق القديمة والتجديد الحضري على ساكنيها وكلفها الإجتماعية والصحية. وإهتم البعض بأثر هذه السياسات على البيئة الإجتماعية وتدميرها، وركز آخرون على

الكلف النفسية والصحية لإعادة توزيع السكان من المناطق المتهرئة. كما درس أثر طراز المنزل وتنظيم مداخله على التجاور المكاني وأنماط العلاقات الإجتماعية، وركز البعض على تقييم الحالة الصحية حسب المناطق السكنية في المدينة. وإهتم آخرون في تحليل العلاقة بين الإختلال العقلي وملكية المنازل وطرز بنائها، كما لوحظت علاقة بين الأمراض العقلية والبناء العمودي.

لقد نسبت العديد من الأمراض البدنية والإجتماعية إلى إرتفاع الكثافة والإزدحام السكني. وليس سهلاً تعريف وبدقة ماذا يقصد بالكثافة العالية والإزدحام السكني فقد إعتمدت قياسات متباينة من قبل الباحثين ،والمهتمين بالموضوع، مثل: شخص/غرفة، منزل/هكتار، شخص/منزل، شخص/غرفة نوم، عائلة/منزل. وقد أوضحت دراسات عديدة إشتراكا في توزيع قيم الكثافة العالية ونسب الموت بسبب الأمراض، والنتيجة عكسية مع الإصابة بالأمراض العقلية فقد لوحظ إرتفاع نسب الدخول إلى مستشفيات الأمراض العقلية من مناطق تتميز بالسكن المنفرد وإنخفاض الكثافة والعزلة الإجتماعية. وأكدت بحوث عديدة على الصلة بين أمراض العظام والمفاصل ونسب الرطوبة في المسكن.

٣-٢-٣) البيئة الإجتماعية والمشكلات الصحية،

لقد لوحظ إشتراك في توزيع معظم الأمراض البدنية والعقلية والتباين الإجتماعى، فقد أشارت الدراسات إلى الصلة بين لحالة الصحية وطرز الحياة (متمثلة بالتركيب العمري ودورة الحياة) والحالة الإجتماعية -الإقتصادية وحالة الأقليات القومية والدينية والعرقية ومع درجة تجانس المجتمع وإستقراريته.

وقد برهنت الدراسات التي إهتمت بالتباينات داخل المدينة على العلاقة العكسية بين نسب الوفيات والموت بسبب الأمراض والطبقة الإجتماعية، فقد تم تحديد مناطق الفقر في العديد من المدن الغربيه ومقارنة الوضع الصحي لسكانها مع نظيره لسكان المناطق الأخرى في المدينة ذاتها. وفي جميع الدراسات وجد أن سكن الفقراء في مركز المدينة قد أدى إلى إرتفاع نسب وفيات الأطفال والموت أثناء الولادة وأمراض السفلس والتدرن الدئوي وسرطان الرحم. وفي دراسة في

مدينة شيكاغو وجدت علاقة بين توزيع تسع قياسات صحية مع التوزيع المكاني للفقراء، هي: السيلان، الولادات غير الشرعية، الإسهال، ولادات خدج، السفلس، الحصبة، التسمم ، التدرن الرئوي ووفيات الأطفال. وقد لوحظت علاقة مماثلة مع حالات الإختلال العقلي، ففي معظم الدراسات أشير إلى إرتفاع نسب حالات الإختلال العقلي، ففي معظم الدراسات أشير إلى إرتفاع نسب الأشخاص الذين يرقدون في المستشفيات من الطبقة الإجتماعية الدنيا ومن سكنة مركز المدينة. وفي بريطانيا أشرت ذات الحالة مع الضواحي حيث مساكن الدولة. ترتبط الأنماط المكانية لنسب الوفاة بسبب الأمراض ونسب الوفاة ضمن المناطق الحضرية بالتركيب العمري للسكان والعيش في بيئات محلية معينة، فالمتوقع إرتفاع نسب الوفيات في الوحدات الإحصائية التي ترتفع فيها نسب المسنين. يعني هذا،أن التركيب العمري والخصائص الإجتماعية تمثل متغيرات ذات علاقة متداخلة لذا فإن الحالة الصحية للمسنين تكون الأسوأ في المناطق التي تقطنها فئات من الطبقة الإجتماعية-الإقتصادية الدنيا. كذلك الحال مع وفيات الأطفال والعوق العقلي يكون عاليا بين أطفال الفقراء مقارنة بأقرانهم من الطبقة المتوسطة.

تتباين حالة المرض والإختلال السلوكي طبقا للحالة الزواجيه. فحالات الإختلال العقلي ونسب الوفيات بسبب المرض تكون واطئة عند المتزوجين ومرتفعة عند العزاب والذين يعانون من حالات الإخفاق مثل الترمل والطلاق والوضع العائلي القلق، ومثل هؤلاء الأشخاص يسكنون مركز المدينة. فمراكز المدن تتصف بإرتفاع نسب العزاب و الأرامل والمنفصلين عن أزواجهم والمطلقين ونساء في سن العمل. بالمقابل ترتفع في ضواحي المدن نسب المتزوجين والأطفال والنساء بدون عمل.

تهتم بعض الدراسات بالمقارنة بين الوضع الصحي للأقليات القومية والعرقة ومجموع السكان، وخاصة عندما يسكنون مناطق الفقراء. ففي شيكاغو يكون العمر المتوقع للزنوج أقل بعشر سنوات عن أقرانهم غير الملونين، وترتفع نسب الوفيات بنسبة (٢٥٪) عنهم. وقد لوحظ أن الزنوج الذين يعيشون في مناطق تكون فيها السيادة لغير الملونين ترتفع فيهم نسبة الإصابة بإنفصام الشخصية بنسبة

(٣٢٪) أعلى من الزنوج الذين يعيشون في مناطق خاصة بالسود (Giggs 1979) وأشارت دراسات عديدة إلى أثر الإستقرار السكني على الحالة الصحية للسكان. فالمشكلات الصحية (بدنية وعقلية) تكون أكثر وضوحا في المناطق التي تعاني من التبدلات السكانية قياسا بالمناطق السكنية التي تعيش إستقرار سكني وتماسك إجتماعي.

أشارت إحدى الدراسات في الولايات المتحدة أنه في عام ١٩٢٥ كانت نسبة وفيات الأطفال الرضع (أقل من سنة) (٥٩) وفاة من كل ألف ولادة حية للعوائل الغنية تقابلها نسبة (١٦٧) للعوائل بدخل واطيء. وقد وجدت نسبة عالية للوفيات عند الفقراء وفي جميع الفئات العمرية، ولكن النسبة الأعلى كانت بين الشباب حيث يكون التعرض إلى مخاطر البيئة والإصابة بالأمراض والجروح كبيرا.

بقياس حالات العوق التراكمية فإن عدد الأيام المفقودة من النشاطات الإجتماعية أكثر عند الفقراء. فبالنسبة لتلاميذ المدارس يفقد أبناء العوائل الغنية (٥,٩) يوم لكل طفل في السنة يقابله،(٦,٥) يوم لكل طفل من العوائل الفقيرة. وبالنسبة لأيام العمل وفقدانها لأسباب المرض فإن الأشخاص من ذوي الدخل العالي يفقدون (٥,٤) يوم لكل شخص في السنة يقابلها (٨,٩) يوم لكل شخص من الفقراء.

وبقياسها بفترة الرقود في فراش المرض نجد أن الشخص من ذوي الدخل العالي يرقد بمعدل (٥,٢) يوم في السنة يقابلها (١٢,٥) يوم في السنة للشخص الفقير. وبقياس جميع النشاطات المحددة فإن الشخص الغني يفقد بمعدل (١٣,١) يوم في السنة مقابل (٢٩,١) يوم للشخص الفقير (Romer & kisch 1975).

٤-٢-٣ الأسباب البيئية للمشكلات الصحية

إن تحديد الصلة السببية بين المرض والموت والبيئة أمر في غاية الصعوبة. فالوفاة تحدث نتيجة تفاعل عدد من العوامل، وبسبب طبيعة البيانات المتوفرة يصعب تحديد أسبابها بصورة علمية. نتيجة ذلك أصبح عدد البحوث المهتمة

بالتباين المكاني للأمراض وأسباب الوفاة على مستوي المدينة الواحدة قليلة. ومن هذه الدراسات واحدة خصصت للبحث في إنتشار مرض الحصبة كنموذج للعلاقة البيئية مبرزة فائدة التقنيات التحليلية فقد أسقطت نتائج تحليل بيانات أربع سنوات (٦٥، ٦٦، ٦٩ و١٩٧٠) لمدينة أكرون في ولاية أوهايو على أربع خرائط فاشارت الخرائط إلى إرتفاع نسب الإصابة بين الأطفال في مركز المدينة والأجزاء الجنوبية الشرقية منها.

وعند مقارنة هذه الخرائط مع التوزيع المكاني للأطفال بعمر أقل من عشرة سنوات لوحظت علاقة عكسية كاملة. فالمناطق التي تضم أكبر عدد من الأطفال المعرضين للمرض يقعون في الضواحي ذات المستوي الإقتصادي العالي. ولم توفر تقنية تحليل الإنحدار البسيط Simple Regression Analysis تفسيرا إلا إنها قد ساعدت في عرض جزء من صورة الإنتشار ومعطياته المكانية. لقد أعتمدت بيانات عن إنتشار مرض الحصبة وأعمار الأطفال المصابين وعناوينهم وأسقطت البيانات على خرائط وغطت الدراسة المدة بين ١١/ ٧ و٥/ ١٩٧١ (توزيع ١٤ جيل من الوباء) وقد بدأ ظهور المرض في المناطق الفقيرة من مدينة أكرون وبعدها أخذ المرض بالإنتشار بنمط واضح من مركز المدينة متجها نحو المنطقة الإنتقالية ثم باتجاه الضواحي. وخلال الأشهر الثلاث الأخيرة من إنتشار الوباء (الجيل ٨ إلى الجيل ١٤) تناقص عدد المصابين نتيجة الأسباب الطبيعية ونشاط الفرق الصحية في المدينة. مع هذا فقد كانت الإصابات الأخيرة في أطفال دون سن الدراسه في المنطقة الأولى التي بدأ المرض بها مما يؤثر أن إنتشاره قد فاق توفر اللقاحات والإجراءات الإحترازية.

تشكل دراسة العوق العقلي وإختلال السلوك مشكلة بحد ذاتها عند البحث عن الأسباب البيئية إذ لا تتوفر معايير تشخيصية متفق عليها عالميا. إضافة الى ذلك، فبعض العوامل غير متفق على أثرها على الأمراض العقلية، وحتى مرض إنفصام الشخصية (الذي يعد الأسوأ والأسهل من الناحية التشخيصية وأكثر الحالات دراسة ومتابعة) فهناك إختلاف حول أسبابه فيما إذا كانت وراثية أم تتعلق بالعائلة أو بالخبرة الذاتية أو العوامل الإجتماعية أم هذه مجتمعة. وفي دراسة عن الأنماط المكانية للأمراض العقلية في مدينة شيكاغو وجد إنها تتركز في

أن تركيبة الحيز الجغرافي والتغيرات التي تحصل في كثافة الإتصالات قد أصبحت من المعطيات المهمة التي تعني بها اية دراسة عن الأمراض والأوبئة. ويأتي هنا دور الجغرافي ليشترك مع الأطباء في هذا الميدان الحدودي المشترك. ففي دراسة عن إنتشار وباء الهيضة (الكوليرا) في الولايات المتحدة خلال القرن الماضي لوحظ أن طريقة إنتشار المرض نفسه قد تغيرت كثيرا نتيجة التبدلات التي حدثت في شبكة الاتصالات وتركيبة الحيز الجغرافي. ففي عام ١٨٣٢ كان النقل يتم عبر القنوات أو العربات التي تجرها الخيول ويبدو أن المرض كان متأثرا بعامل المسافة. في عام ١٨٦٦ وبانتشار شبكة السكك الحديدية أخذ المرض يتنقل بقفزات مع السلم التراتبي الهرمي للمدن (العمر وزملاءه، ١٩٩٧).

٣-٣ نظام الرعاية والخدمات الصحية

المدينة هي مركز خدمي لسكانها وسكان إقليمها، ولذا تركزت المرافق الخدمية بالمدن بصورة واضحة. ولهذا السبب إتجهت الدراسات الجغرافية لتحليل نظام الرعاية الصحية في المدن وتقييم أداءه على ضوء المعطيات التالية.

(أ) عناصر نظام الرعاية الصحية في المدينة وتنظيمها المكاني.

- الأنماط التركيبية والمكانية للأطباء والعيادات والمستشفيات.

(٢) درجة إنتفاع المرضى من مختلف الخدمات الصحية وعلاقة ذلك بانماط الرحلة للعلاج.

(٣) تحديد أنماط اللامساواة في توفير الخدمات الصحية واستخدامها والتخطيط لنظام متكامل مكانيا وتركيبيا.

١-٣-٣ تحليل نظام الرعاية والخدمات الصحية

تشير الدراسات في الولايات المتحدة إلى وجود تراتب هرمي Hierarchy مكاني للخدمات الصحية ضمن المناطق الحضرية يتراوح بين العيادات الفردية للأطباء إلى المستشفيات الكبرى. وقد لوحظ تداعي في الطبقة الأساس لنظام الرعاية الصحية ((الأطباء غير الإختصاص)) ولعقود من الزمن، ويرجع ذلك جزئيا إلى التوجه إلى الأطباء الإختصاص وعدم تناسب عدد الأطباء غير الإختصاص مع عدد السكان ونموهم. ففي مدينة بوسطن إزداد عدد السكان بين

عامي ١٩٤٠-١٩٦١ بنسبة (٣٠٪) وتناقص عدد الأطباء غير الإختصاص بنسبة (٣٧٪). وتعتمد الدراسات في الغالب المقارنه بين نسب الأطباء إلى السكان في المناطق الحضرية المختلفة. ففي مدينة شيكاغو عام ١٩٧٠ وجد أن نسبة الأطباء إلى السكان هي (١,١٣) لكل ألف نسمة في المدينة، تقابلها نسبة (٠,٨١) لكل ألف نسمة في الريف و(١٥,٤٢) لكل ألف نسمة في المنطقة المركزية قرب المستشفي التعليمي و(٠,٥١) لكل ألف نسمة في مناطق الزنوج في مركز مدينة شيكاغو و(١,٧٠) لكل ألف نسمة في الضواحي التي يسكنها الأغنياء. كذلك أوضحت الدراسات إلى أن التباين المكاني لتوزيع الأطباء يزداد بمرور الزمن حيث لوحظت هجرة واضحة من مركز المدينة باتجاة الضواحي، من قبل الأطباء غير المختصين. إهتمت بعض الدراسات بالمتغيرات الإقتصادية وتأثيراتها على الأطباء في تحديد مواقع عياداتهم. ففي بوسطن لوحظ في عام ١٩٦١ في الوحدات الإحصائية التي تضم أعلى المستويات الإقتصادية الإجتماعية إنها تحتوي (٤٠٪) من سكان المدينة و (٥١,٥٪) من الأطباء غير الإختصاص و(٢,٩٠٪) من الأطباء الإختصاص في الأمراض الباطنية وأطباء الأطفال والنسائية و(٥,٩٣٪) من المختصين بالأمراض الأخرى. وفي دراسة بتسبرك وجد أن مواقع العيادات يرتبط بالقرب من المستشفيات والنطاقات التجارية حيث يتجمع السكان (Giggs 1979).

أشارت الدراسات إلى تراتب هرمي لمواقع المستوصفات والمستشفيات حسب حجمها (عدد الأسره) ومستوى الخدمات التي تقدمها. فهناك مستشفيات تعليمية وبحثية وأخرى غير متخصصة. فالمستشفيات الكبرى تقع في الغالب قرب مركز المدينة وقرب الجامعات ومناطق تركز السكان وعقد النقل، بالمقابل فان المستشفيات الصغيرة مبعثره في الضواحي. وفي مركز المدينة تقع أقدم المستشفيات وأكبرها، أما مستشفيات الضواحي فيكون توسعها سريعا قياسا بنمو السكان في منطقتها والمدينة لأنها تخدم إقليم المدينة ولإمكانية التوسع المساحي في الضواحي. وقد درس توزيع المستشفيات في وسط إفريقيا، في ملاوي، نهاية الستينات وحددت مناطق نفوذ المستشفيات وأسقطت على خرائط وتم تحليل الخرائط على أساس نسبة المستشفيات إلى السكان ضمن منطقة النفوذ فوجد أن

إقليم شمال ملاوي متوازن في خدماته ولكن توجد ثلاثة أقاليم وسط ملاوي تعاني من ضغط سكاني عالي يفوق طاقة المستشفيات، وقد كانت أقل الأقاليم تقديم للخدمات الصحية وأدناها الأقاليم التي تعد معارضة لنظام الحكم آنذاك McGl ashan) .1973)

٢-٣-٣ الإنتفاع من المرافق الطبية

لقد تقدمت البحوث المعنية بانماط مراجعة المرضي للعيادات والمستشفيات. فالجغرافيون مهتمون بالتفاعل المكاني بين المرضى والأطباء والمستشفيات، وقد أستخدمت متغيرات عديدة مثل الخط المستقيم بين الإثنين، الوقت المستغرق للسفر بين مكان سكن المريض ومواقع الخدمات الطبيه، كذلك أعتمد نموذج الجاذبية Gravity Model لوصف الرحلة للعلاج. وقد أشارت النتائج إلى أن حركة المرضى باتجاه التسهيلات والمرافق الطبية ذات نمط منتظم تقريبا، فنسبة مراجعة العيادات والمستشفيات تتناقص مع زيادة المسافة.

وقد ولوحظ وجود عوامل عديدة تؤثر على نمطية الرحلة للعلاج منها حجم المستشفي، إتجاه طرق النقل وحركة حافلات النقل العام. إن وجود المستشفيات التعليمية المتخصصة الكبرى في مراكز المدن لها تأثيرها الكبير على نمط الرحلة للعلاج. وفي المدن الأمريكية تعود بعض المستشفيات إلى الأقليات العرقية أوالدينية ولهذه أثرها أيضا من الناحية الإجتماعية.

يراجع المرضي عادة المستشفيات التي يعمل فيها الأطباء الذين يعالجوهم، وقد لاتكون هذه قريبة من سكنهم. وقد لوحظ أيضا أنه حيثما يتوفر الأطباء غير الإختصاص يتناقص عدد مراجعي الأطباء الإختصاص، كما تتناقص المراجعات بزيادة المسافة عن هذه العيادات. وترتفع نسب الوفيات أثناء الولادة عند النساء اللواتي ثم يراجعن طبيب إختصاص، كما ترتفع النسبة عند من يسكن بعيدا عن مواقع العيادات الإستشارية. وللخصائص الإجتماعية والتركيب السكاني أثر على درجة الإنتفاع من المرافق الطبية، وللجيران والأصدقاء أثر لا يستهان به. إضافة إلى ذلك، فان تكرار مراجعة العيادات وطبيعتها تتباين مع العمر والطبقة الإجتماعية والحالة العرقية والدينية. والمجموعة الإجتماعية في أدنى السلم تكون

مراجعاتها للأطباء أقل من ذوي الدخل العالي (Giggs 1973).
قدم Bulmer جدولاً يمثل دليل مراجعة ذوي العاهات المزمنة إلى المرافق الطبية، ومن الجدول يستدل على النقاط التالية:-

(١) تكون مراجعة الذكور للأطباء والمستشفيات أقل من الأناث،
(٢) تكون مراجعة الذكور للمستشفيات أكثر من مراجعة الأطباء غير الإختصاص،
(٣) تكون مراجعة الذكور والأناث من الطبقة العليا للأطباء والمستشفيات أكثر من أقرانهم من الطبقات الأدني،
(٤) يميل الذكور والأناث من الطبقة الدنيا إلى مراجعة الأ طباء غير الإختصاص أكثر من مراجعة المستشفيات،
(٥) لكل زيارة يقوم بها ذكر من الطبقة الدنيا مصاب بمرض مزمن إلى الطبيب تقابلها زيارتان من نظيره من الطبقة العليا، والنسبة بين الأناث تكون زيارة واحدة مقابل ثلاث زيارات (Bulmer 1982)،

ويقدم Roemer وزميلة Kisch دليلاً آخر عن الفرق في الإستفادة من المرافق الطبية. فقد وجد أن المعدل السنوي لزيارة الطبيب من قبل الفقراء هي الأقل وعلى مختلف صنوف الإستشارات الطبية ماعدا المستشفيات فانها تكون الأكثر. وفي المستشفيات يكون الوقت المخصص أقل للمريض بكثير مما هو في العيادات الخاصة. وعلى الرغم من هذا فان حوالي (٦٠٪) من الإستشارات الطبيه التي يطلبها الفقراء تكون في العيادات الخاصة التي تعود إلى أطباء غير إختصاصيين. وبالنسبة للعوائل الميسورة تكون نسبة مراجعة طبيب الأطفال (٢٩,٤٪) للأطفال دون سن (١٥) سنة بينما تكون هذه النسبة (٩,٦٪) للأطفال من عوائل ذات دخل واطيء. وتكون نسبة مراجعة أطباء التوليد والنسائية بنسبة (١٧,١٪) للنساء من العوائل الميسوره مقابل (٣,٥٪) للنساء بدخل واطيء. يعد الفحص البدني العام حجز الزاوية في الوقاية الطبية، ،ونادرا ما يحدث هذا عند الفقراء. ففي عام ١٩٦٣ وجد أن العوائل التي يصل دخلها السنوي إلى عشرة آلاف دولار فأكثر يقوم أبنائها دون سن (١٧) سنة بهذه الفحوصات بنسبة (٥٤٪) مقابل (١٦٪) بالنسبة للفقراء الذين يقل دخلهم السنوي على ألفي دولار.

وتكون الحالة أكثر سوء مع زيارة أطباء الأسنان، فالشخص من ذوي الدخل الذي يصل إلى سبعة آلاف دولار فاكثر لديه (٢,٣٪) زيارة في السنة لعيادة طبيب الأسنان مقابل (٠,٧٪) لمن يقل دخله السنوي على ألفي دولار. إضافة إلى ذلك، فإن مراجعة طبيب الأسنان من قبل الأغنياء تكون للتنظيف وتحشية الأسنان، وهي إجراءات وقائية بينما الفقراء تكون مراجعاتهم لخلع الضرس وهي نتيجة حتمية للإهمال الصحي (Roemer & kisch 1975).

يميل الفقراء إلى إعتماد وصفات الأطباء لمرضي آخرين ويقومون بمراجعة الصيدلي الذي قد يعطي مسكنات لتخفيف الألم وتغطية العلة وبذلك يتأخر التشخيص الصحيح للمرض وتتأخر المعالجة. وعندما تفشل الوقاية وعندما تكون المعالجات الإسعافية الأولى غير كافية عندها يكون دخول المستشفي أمراً لا مهرب منه. وغالبا ما يكون بقاء الفقراء في المستشفيات لمدد أطول من الأغنياء، وذلك لأن المرض يكون في مراحل متقدمة لذا تكون فترة النقاهة أطول. ولاننسى أثر سوء التغذية على طول فترة النقاهة. وفي المستشفيات تحال حالات مرض الفقراء إلى أطباء في بداية حياتهم المهنية قليلو الخبرة. ويكون الفقراء مادة للدراسة والتعليم في المستشفيات التعليمية. وفوق هذا، فان ظروف المريض المنزلية لا تساعد في تسريع شفاءه لذا يميل الأطباء إلى أبقائهم في المستشفى على غير حال الميسورين الذين تتوفر في منازلهم أسباب الراحة والعلاج.

لقد لوحظ أن العمال من ذوي الدخل الواطيء نادرا ما تكون لديهم إجازات مرضيه كما هو حال الموظفين من ذوي الياقات البيض. فاليوم الذي يقضى بمراجعة الطبيب او المستشفى يعني يوما بدون أجر. والمرأة الفقيرة لا تستطيع أخذ إبنها المريض إلى العيادة دون أخذ أبنائها الآخرين معها. ويمثل النقل مشكلة قائمة فالإعتماد على النقل العام يعني ضياع وقت وعدم إرتياح وإزعاج للمريض ومرافقة. وفوق هذا فإن وقت الإنتظار في العيادات العامة يطول ويقوم الأطباء بمعالجة عدد كبير من الفقراء في وقت محدد. وفي المدن الكبرى غالبا ما يكون قرب مناطق الفقراء أطباء قليلو الخبرة من غير الإختصاصيين. ويميل الفقراء إلى المعالجة بالأعشاب ومعالجة أمراض العمود الفقري يدوياً.

إن خصائص الخدمات الصحية المقدمة للفقراء هي نتيجة حتمية لوضعهم المادي، ولكن هذا وحده لا يفسر وضعهم الصحي. فبالأضافة إلى ضعف القدرة على تحمل كلف الحصول على الرعاية والخدمات الطبية في القطاع الخاص هناك ضعف في المستوي التعليمي الذي يؤدي إلى نقص في إدراك أعراض المرض والحاجة إلى الرعاية والعلاج. إن تكرار حالات الأذى البدني والنفسي يجعل الإيمان بالقدر وتفشي حالة اللامبالاة واقعا مما يؤدي إلى تأخير وإهمال الحاجة الى العلاج. وحتي عندما تتوفر فرص رعاية الطفولة والأمومة فان نسبة الإستفادة منها تكون قليلة. وفي الغالب تكون الإستجابة الأولى لأعراض المرض باستشارة الجيران وليس الطبيب.

توفر دوائر الصحة في مختلف دول العالم العيادات والمستوصفات للوقاية من أمراض الأطفال ورعاية الأمومة، ومن الناحية النظرية إنها وجدت للجميع، ولكنها من الناحية العملية محددة بالعوائل ذات الدخل الوطيء. فالعوائل الغنية تقوم بمراجعة الأطباء الإختصاص للوقاية وللعلاج. وتقوم المؤسسات الطبية الرسمية بتقديم خدماتها لمعالجة مختلف الأمراض والأوبئة، وتقوم وبالتعاون مع إدارات المدارس بفحص التلاميذ لتشخيص أمراض القلب والعين والأذن وغيرها. وفي الغالب تعاني هذه المؤسسات من نقص في تجهيزاتها وملاكها الوظيفي. كذلك تقوم ممرضات دوائر الصحة في الدول المتقدمة بزيارات للمنازل للتوعية والوقاية من الأمراض المعدية والمزمنه ورعاية الأطفال حديثي الولادة وحتى الأمراض المزمنه. وتقوم بعض المؤسسات الرسمية بمتابعة أمراض محددة ودراستها بهدف إيجاد العلاج الناجح لها.

٤-٣ مواقع المرافق الطبيه

إن بناء مستشفى وإدامتها مكلف مادياً، وكذلك الأمر مع مختلف المرافق الطبية، لذا فإن مواقع هذه المرافق من الضروري أن تختار بعناية. يتمثل المنهج التقليدي في تقديم الخدمات الصحية بأخذ الحجم السكاني ضمن الوحدة الإدارية وإيجاد نسبتهم إلى عدد الأسرة في المستشفيات ومقارنتها مع مثيلاتها في الإقليم أو الدولة.

وقد أشرت نواقص هذا المنهج في العديد من البحوث ومنذ وقت غير قصير. وتوفر دراسة الإنتفاع من المستشفيات وخدماتها أساسا جيدا لتقدير الحاجات والقياسات المطلوبة للتخطيط. وقد حددت المتغيرات المتعلقة بالمرضى (الطلب الرعاية والخدمة الصحية) بالأتي:- مستوى ونوع الرعاية المطلوبة، القدرة على تحمل الكلفة الماديه، الناحية العرقية والدينية. وحددت المتغيرات المتعلقة بالأطباء والمستشفى (عرض الخدمات الصحية) بالأتي:- عدد الأطباء، مواقع عملهم، مواقفهم التفضيلية، موقع المستشفى، نوع ومستوى الرعاية المتوفرة فيها، وسياسة الإدارة والسيطرة ونوعها. كذلك تجمع بيانات عن رحلة المرضى للعلاج لتحديد تأثير مختلف الأطباء وأنماط خدمات المستشفيات الأخرى. وباعتماد طريقة التحليل العاملي وجد أن تدفق المرضى يتأثر بشكل متساوي بحجم الطلب والفرص المتوفرة وبالطلب الإضافي. ويزداد التدفق البشري عند وجود تشابه عرقي أو ديني بين إدارة المستشفى والمرضى ويتناقص التدفق مع نوعية المستشفى ومعالجتها لأمراض محددة مستعصية حيث يكون مراجعيها من مناطق مختلفة ومتباعدة (Morrill & Earickson 1975).

المبحث الخامس
مشكلة الرفاه

١- المقدمة

تتباين أقطار الوطن العربي في مواردها الطبيعية، ويفترض أن تتباين، طبقا لذلك، في مستويات الرفاه الإجتماعي. فللمورد الطبيعي انعكاس على دخل الدولة وميزانيتها لتوفير الخدمات الأساسية لمواطنيها، ومعدل دخل الفرد فيها. فهل يتوافق التوزيع الجغرافي لمعدلات دخول الأفراد في أقطار الوطن العربي مع التباين المكاني للرفاه الإجتماعي؟

وفرت موسوعة العالم الإسلامي (١٩٩٤) معلومات قيمة عن أقطار الوطن العربي والعالم الإسلامي، وإعتمادا على هذه المعلومات أشتقت مؤشرات هذه الدراسة. لتأشير مستوى الرفاه الإجتماعي في أقطار الوطن العربي (البالغ عددها ٢١ قطرا) أشتقت المؤشرات التالية:-

١- معدل دخل الفرد السنوي.
٢- نسبة طبيب/ شخص.
٣- نسبة سرير/ شخص.
٤- وفيات الأطفال الرضع، بالألف.
٥- معدل الوفيات، بالالف.
٦- معدل المواليد، بالألف.
٧- الزيادة الطبيعية.
٨- معدل العمر المتوقع للذكور.
٩- معدل العمر المتوقع للأناث.
١٠- نسبة هاتف/ شخص.
١١- نسبة جهاز مذياع/ شخص.
١٢- نسبة جهاز تلفاز شخص.
١٣- النسبة المئوية للأمية بين الكبار.

٢- طريقة التحليل

للإجابة عن السؤال المطروح في مقدمة البحث وتغطية معطيات الرفاه المختلفة أعتمدت الطرائق الإحصائية التالية:-

١- تحويل قيم المتغيرات إلى الدرجات المعيارية Standar ized Score لتصنيفها إلى فئات حسب موقعها من المعدل بغية إسقاطها على الخرائط لتجسد التباين المكاني لقيم المتغير قيد الدرس.
٢- إيجاد مصفوفة العلاقة بين المتغيرات لتحديد أنماط العلاقات في التوزيع

المكاني لمؤشرات الرفاه الإجتماعي.

٣- إيجاد مصفوفة العلاقة بين قراءات أقطار الوطن العربي بهدف تصنيفها على أساس التشابه في تباين القيم إلى أقاليم تعكس مستوى الرفاه وقد أختيرت القيمة (٠,٩) لتحديد الأقاليم. بعبارة أخرى التشابه بين أقطار الإقليم الواحد لا تقل عن (٨١٪) في تباين القيم.

٤- إستخراج معدل كل إقليم ومعامل تباين Coef. of Variation القيم فيه لتحديد درجة تجانسه الذاتية وتباينه عن الأقاليم الأخرى.

٣- العلاقة بين مؤشرات الرفاه الإجتماعي

٣-١ المؤشر الإقتصادي

أشر التحليل وجود علاقة إحصائية بين قراءات معدل دخل الفرد في أقطار الوطن العربي مع قراءات مؤشري معدل العمر المتوقع للذكور للأناث (٠,٥١ و٠,٥٤ على التوالي). يعني هذا إن إرتفاع مستوى الدخل يصاحبه زيادة في عوامل إطالة العمر. وتتأكد هذه النتيجة بالعلاقة السالبة بين معدل الدخل الفردي الوفيات (٠,٤٧-) ومعدل وفيات الأطفال الرضع (٠,٦١-). فارتفاع معدل ومن دراسة الدخل الفردي يوفر فرص رعاية الطفولة وبالتالي تقليل المعدل العام للوفيات. ومن دراسة التوزيع الجغرافي لمعدل دخل الفرد في أقطار الوطن العربي قياسا إلى المعدل العام. نجد إلى أن أقطار الكويت، الإمارات، قطر والبحرين قد سجلت معدلات تفوق المعدل العام (البالغ ٤٠٥٧,٨ دولار سنوياً) باكثر من درجة معيارية واحدة. تلتها أقطار السعودية، عمان وليبيا لتفوق معدلاتها المعدل العام بأقل من درجة معيارية واحدة. جاءت في المرتبة الثالثة بقية أقطار الوطن العربي لتسجل معدلات تقل عن المعدل العام بأقل من درجة معيارية واحدة. ولم تتوفر معلومات عن الأرض المحتلة.

٣-١ المؤشرات الصحية

إرتبط مؤشر نسبة طبيب/شخص بعلاقة سالبة مع معدل العمر المتوقع للذكور (٠,٦٣-) والأناث (٠,٦٤-). أي كلما زاد عدد الأشخاص للطبيب

الواحد تناقص الإهتمام الصحي وتداعت الخدمة مما يؤدي إلى زيادة الوفيات باعمار دون الشيخوخة. ذات الشيء يحدث مع نسبة سرير/شخص، وللمؤشرين علاقة موجبة مع معدل الوفيات وفيات الأطفال الرضع مما يعزز النتيجة أعلاه. بالمقابل فان إرتفاع نسب الولادات وعلاقتها الموجبة مع هذين المتغيرين تفسر على أن أقطار الوطن العربي تتسم بخصائص ديموغرافية الشعوب النامية: إرتفاع نسب الولادات والوفيات.

تتأثر معدلات وفيات الأطفال الرضع بنسب الأمية بين الكبار في أقطار الوطن العربي فقد كانت العلاقة الإحصائية موجبة وبقيمة (٠,٥١)، وبانتشار وسائل الإعلام (٠,٥٦) التي تستخدم للتوعية الصحية. أي، كلما زاد عدد الأشخاص لكل جهاز مذياع أو تلفاز زاد معه الجهل الصحي وإرتفعت نسب وفيات الأطفال الرضع. ولمعدل وفيات الأطفال الرضع علاقة إحصائية بنسب طبيب/شخص وسرير/شخص كأدلة عن مستوى الرعاية الصحية. بعبارة أخرى، حيثما ترتفع نسب الأشخاص للطبيب وللأسرة في المستشفيات وحيثما تقل مصادر التوعية الجماهيرية وترتفع نسب الأمية ترتفع نسب وفيات الأطفال الرضع، ولهذا المعدل تأثير مباشر على معدل الوفيات (العلاقة الإحصائية ٠,٦٦).

أن الصومال، وعمان واليمن قد سجلت معدلات تفوق المعدل العام (البالغ ٦٧,١ بالألف) بأكثر من درجة معيارية واحدة وجاءت دول الجزائر، السعوديه، السودان، العراق، ليبيا، مصر، المغرب وموريتانيا لتسجل معدلات أعلى من المعدل العام بأقل من درجة معيارية واحدة. وإنخفض المعدل في أقطار الأردن، سوريا ولبنان عن المعدل العام باقل من درجة معيارية واحدة. وكانت أفضل رعاية للأمومة والطفولة في الإمارات، البحرين، فلسطين، قطر والكويت حيث سجلت معدلات وفيات الأطفال الرضع أقل من المعدل العام بأكثر من درجة معيارية واحدة.

يرتبط معدل العمر المتوقع لمواطني الأقطار العربية إيجابياً بمعدل دخل الفرد وسلبياً مع جميع المؤشرات الأخرى. إضافة إلى ما قيل عن واقع الخدمات الصحية وعلاقتها بالوفيات ومعدلات الأعمار فإن الأمية والتخلف الإعلامي

يفاقم الوضع سوء ويجعل معدلات الأعمار للذكور والأناث منخفضة.

أن معدل العمر المتوقع للذكور في الأرض المحتلة والكويت يفوق المعدل العام (البالغ ٦١,٥ سنة) بأكثر من درجة معيارية واحدة. ويفوق معدل العمر المتوقع للذكور في بلدان: الأردن، الإمارات، البحرين، تونس، الجزائر، السعوديه، سوريا، العراق، قطر، لبنان، ليبيا والمغرب المعدل العام بأقل من درجة معيارية واحدة.

أما في أقطار الصومال، عمان، مصر وموريتانيا فيقل معدل العمر المتوقع للذكور عن المعدل العام بأقل من درجة معيارية واحدة. وتسجل جيبوتي، السودان واليمن أقل معدل لإعمار الذكور.

٣-٣ المؤشرات الحضارية

سجل معدل نسب الأمية بين الكبار في أقطار الوطن العربي علاقة موجبه مع معدل وفيات الأطفال الرضع (٠,٥١) وسالبة مع معدل العمر المتوقع للذكور (٠,٥١-) والأناث (٠,٥٤-). يعني هذا إن إرتفاع الدخل الفردي في العديد من أقطار الوطن العربي لم يؤدي إلى إنحسار الأمية فيها.

يشكل الهاتف مرفقا حضارياً مهما يسهل إتصال المواطنين ببعض وينظم شبكة العلاقات الإجتماعية ويطورها. ولا تنحصر أهميتة في المعطيات الإجتماعية فقط بل وفي مجمل نشاطات الحياة اليومية للمواطنين أيضا. تدلل نتائج التحليل أن إرتفاع معدل الدخل يصاحبه زيادة في أعداد الهاتف، وقد بلغ المعدل العام في أقطار الوطن العربي هاتف لكل (٢٤,٨) شخص وبتباين كبير بين البلدان حيث بلغ معامل التباين (١١٠٪).

أن جيبوتي، والمغرب واليمن ترتفع فيها نسبة الأشخاص إلى جهاز الهاتف بأكثر من درجة معيارية واحدة. وفاقت النسب في الجزائر ومصر النسبة العامة بأقل من درجة معيارية واحدة. وباستثناء دول السودان، الصومال، ليبيا وموريتانيا التي لم تتوفر عنها معلومات، فقد سجلت الأقطار الأخرى نسبا تقل عن النسبة العامة بأقل من درجة معيارية واحدة.

يشكل المذياع والتلفاز وسائل إتصال جماهيرية. والمذياع أكثر إنتشاراً، لذا سجل علاقات إحصائية أكثر من التلفاز وقد بلغت نسبة إنتشاره لتصل إلى مذياع لكل (٧,٦) شخص وبمعامل تباين كبير بين أقطار الوطن العربي (معامل تباين قدرة ١٦٠,٨٪). أما التلفاز فقد كانت نسبته جهاز واحد لكل (٣٢,٣) شخص وبمعامل تباين قدره (٢٣٦,٦٪) بين نسب أقطار الوطن العربي. ويشير التحليل إلى أن للمذياع دور في التوعية الصحية أكثر من التلفاز.

٤-٣ المؤشرات السكانية،

بلغ المعدل العام للولادات في أقطار الوطن العربي (٣٧,٨) بالألف وتباين ضئيل بين الأقطار (٢٢,٧٪). يعني هذا أن الفروقات قليلة رغم التباين الكبير في مستوى الدخل ومؤشرات الرفاه الأخرى. بارتفاع معدلات الولادات ترتفع معدلات وفيات الأطفال الرضع (٠,٦٦) ومعدلات الوفيات (٠,٧١) ومعدلات الزيادة الطبيعية للسكان (٠,٨٣). وقد بلغ معدل الوفيات (٩,٤) بالألف بتباين بين بلدان الوطن العربي قدره (٥٢,٣٪)، أي أن التباين الوفيات في يفوق تباين الولادات مما يؤشر تباينا في مستوى الرعايه والخدمة الصحية المقدمة للأطفال وأمهاتهم، إضافة إلى التباين في المستوى الحضاري ومستويات الرفاه الإجتماعي. إرتبطت معدلات الوفيات سلبيا مع معدل الدخل الفردي ومعدل الأعمار المتوقعة للذكور والأناث (٠,٤٧-، ٠,٩٢- و٠,٩١- على التوالي) وإيجابيا مع نسب طبيب/ شخص (٠,٦٥) وسرير/ شخص (٠,٧٥).

نتيجة إرتفاع معدلات الوفيات ووفيات الأطفال الرضع فقد بلغت نسبة الزيادة الطبيعية السنوية العامة لسكان الوطن العربي (٢,٨٪) وبمعامل تباين منخفض قدره (٢١,٨٪) مشيرا إلى قلة التباين بين أقطار الوطن العربي في هذا المضمار. ومع هذا يمكن تصنيف أقطار الوطن العربي حسب معدلات الزيادة في سكانها إلى الفئات التالية: الفئة الأولى (أعلى من المعدل العام بأكثر من درجة معيارية واحدة) دول الأردن، سوريا، العراق واليمن. الفئة الثانية (أعلى من المعدل العام بأقل من درجة معيارية واحدة) أقطار: السعودية، السودان، الصومال، ليبيا وموريتانيا. ضمت الفئة الثالثة (دون المعدل العام بأقل من درجة

معيارية واحدة) دول: تونس، الجزائر، جيبوتي، الكويت، مصر والمغرب. تجمعت أقطار: البحرين، فلسطين ولبنان في الفئة الرابعة (دون المعدل العام بأكثر من درجة معيارية واحدة. ولم تتوفر بيانات عن الإمارات، عمان وقطر.

٤- أقاليم الرفاه الإجتماعي في الوطن العربي

بعد تحليل العلاقة بين توزيع قيم مؤشرات الرفاه الإجتماعي على أقطار الوطن العربي من الضروري إعادة التحليل بطريقة أخرى لإشتقاق درجة التشابه بين هذه الأقطار. ومن دراسة درجة الرفاه الاجتماعي في الوطن العربي نجد أن هناك تبايناً في درجة الرفاه الاجتماعي على النحو الآتي:

١-٤ إقليم الدخل الفردي المرتفع،

تكون الإقليم الأول من أقطار: الإمارات، البحرين، السعودية، عمان، فلسطين، قطر، الكويت وليبيا. يعتمد إقتصاد دول هذا الإقليم على مصادر الطاقة الطبيعية (البترول) وقيام بعض الصناعات الخفيفة. لهذا السبب إرتفع معدل دخل الفرد فيها إلى (١٠١٧٢,١) دولار سنويا وتباين بين أقطار الإقليم بمعامل تباين قدرة (٥٤,٧٪). يمثل معدل دخل الفرد في هذا الإقليم عشرة أضعاف نظيره في الإقليم الثاني و(٢٧,٧) ضعف مثيله الإقليم الثالث.

نتيجة الوضع الإقتصادي الجيد في أقطار هذا الإقليم فقد بلغ معدل عدد الأشخاص للطبيب الواحد (٧٤٥,٥) شخصا، يشكل هذا (٣٩٪) من النسبة ذاتها في الإقليم الثاني و(٦٪) من نسبة الإقليم الثالث. أما نسبة سرير/شخص فقد كانت في هذا الإقليم حوالي نصف نسبة الإقليم الثاني وخمس نسبة الإقليم الثالث. وكان معدل وفيات الأطفال الرضع (٤٤,٢) بالألف وتباين كبير بين أقطار هذا الإقليم. ومع هذا يشكل هذا المعدل ثلثي معدل الإقليم الثاني و(٣٨,٨٪) من معدل الإقليم الثالث. بلغ معدل العمر التوقع للذكور في هذا الإقليم (٦٧) سنة والإناث (٧١) سنة وهذا أكثر من معدلي الإقليمين الآخرين. على الرغم من الرفاه المادي الذي تعيشه أقطار هذا الإقليم إلا أن نسب الأمية مرتفعة بين الكبار وتفوق نسبتها للإقليم الثاني. وبلغت نسبة الهواتف فيها جهاز

واحد لكل (٧) أشخاص، وهي حوالي ربع نسبة الإقليم الثاني و(٨٪) من نسبة الإقليم الثالث. إنتشرت أجهزة المذياع وأصبح لكل (٢,٧) شخصا مذياع، وتلفاز لكل (٥,٥) شخصا.

بلغ معدل الوفيات في أقطار هذا الإقليم (٥,٦) لكل ألف نسمة، ومعدل الولادات (٣٠,٦) لكل ألف نسمة ومعدل الزيادة الطبيعية ٢,٥٪ نسمة.

يعيش مواطنو هذا الإقليم في بحبوحة من العيش تتناسب مع الموارد الطبيعية التي وهبها الله لهم، إلا أن المستوى الحضاري لازال دون المتوقع قياسا بمعدل الدخل والإمكانات المادية للفرد والدولة.

٢-٤ إقليم الدخل الفردي المتوسط،

تكون هذا الإقليم من أقطار: الأردن، تونس، الجزائر، سوريا، العراق، لبنان، مصر والمغرب. يرتبط إقتصاد أقطار هذا الإقليم بالصناعات الخفيفة، الغذائية، النسيجية، مواد البناء والأسمدة. بلغ معدل الدخل الفردي في أقطار هذا الإقليم (١٠٠٩,١) دولار سنويا وهو يشكل (٩٪) من معدل دخل الفرد في الإقليم الأول و(٢٦٨,٥٪) من معدل دخل الفرد في الإقليم الثالث.

كان معدل عدد الأشخاص للطبيب الواحد (١٨٩٥,٥) نسمة ويمثل هذا (٢٥٤٪) من نسبة الإقليم الأول و(١٥٪) من نسبة الإقليم الثالث. وبلغت نسبة الأشخاص إلى السرير الواحد في المستشفى (٥٦٠) نسمة ويمثل هذا (١٨٢٪) من نسبة الإقليم الأول و(٣٦٪) من نسبة الإقليم الثالث.

بلغ معدل وفيات الأطفال الرضع في هذا الإقليم (٦٦,٦) بالألف، ويمثل هذا (١,٥) مرة بقدر معدل الإقليم الأول و(٥٨٪) من نظيره للإقليم الثالث وقد كان التباين قليلاً بين أقطار الإقليم (٢٩,٣٪)، لم ينخفض معدل العمر المتوقع للذكور في الإقليم الثاني كثيراً عن مثيله في الإقليم الأول ولكنه أكبر كثيراً من معدل العمر المتوقع للذكور في الإقليم الثالث. وكذلك الحال مع معدل الأعمار المتوقعة للأناث.

إنخفضت نسب الأمية بين الكبار في أقطار هذا الإقليم عن معدل النسب في الإقليمين الأول والثالث مما يؤشر إهتماما بالتعليم وفتح فرص للتقدم والرقي

الحضاري أمام المواطنين في هذا الإقليم. أما نسبة هاتف/ شخص فقد كانت (١/ ٨,٢٦) وهي (٣,٨) ضعف النسبة في الإقليم الأول و(٣٣٪) من نسبة الإقليم الثالث. وبلغت نسبة راديو/ شخص (١/ ٤) وهي تمثل (١,٥) ضعف مثيلتها في الأقليم الأول و(١٨٪) من نظيرتها في الإقليم الثالث. وفاقت نسبة تلفاز/ شخص في هذا الإقليم (١/ ٢٠,٧) نسبة الإقليم الأول ب(٣,٧) ضعف ولم تمثل إلا (١٥٪) من نسبة الإقليم الثالث.

كان معدل نسب الوفيات في أقطار هذا الإقليم (٧,٤) بالألف وهي أكثر من نظيرتها في الإقليم الأول وأقل من نصف (٤٤٪) نسبة الإقليم الثالث. أما نسبة الولادات فقد كانت (٣٦,٦) وهي مقاربة لنسبة الإقليم الأول وأقل بكثير من نسبة الإقليم الثالث. ذات الشيء يمكن قوله عن معدل الزيادة الطبيعية. بصورة إجمالية فإن مواطنو هذا الإقليم يعيشون في وضع صحي وحضاري أفضل بكثير من مواطني الإقليم الثالث، إلا أن الموارد الطبيعية في بعض أقطار الإقليم لم تستثمر بما يحقق مستوى أفضل في الرفاه الإجتماعي لمواطنيها.

٣-٤ إقليم الدخل الفردي المنخفض

تكون الإقليم الثالث من أقطار: جيبوتي، السودان، الصومال موريتانيا واليمن. تعتمد أقطار هذا الإقليم على الزراعة والحرف التقليدية وبعض الصناعات الغذائية. وقد بلغ معدل دخل الفرد السنوي في هذا الإقليم (٣٧٥,٨) دولار وبتباين قليل جدا بين أقطاره (١٧,٢٪). يمثل هذا المعدل (٣,٦٪) من معدل الإقليم الأول و(٣٧٪) من نظيره في الإقليم الثاني.

يتدني المستوى الصحي في أقطار هذا الإقليم حيث بلغت نسبة طبيب شخص (١/ ١٢٣٠٠) وهي تشكل (٦,٥) ضعف مثيلتها في الإقليم الثاني و(٦,٥) ضعف النسبة في الإقليم الأول. ذات الشيء يمكن قوله عن نسبة سرير/ البالغة (١/ ١٥٣٩,٢). لهذا السبب ترتفع نسب وفيات الأطفال في الإقليم لتصل إلى (١١٣,٧) بالألف وهي(٢,٥) ضعف النسبة في الإقليم الأول و(١,٧) ضعف النسبة في الإقليم الثاني. ولهذا السبب أيضا ينخفض معدل العمر المتوقع للذكور ليصل إلى (٤٧,٨٪) سنة و(٥٠,٨) سنة للأناث.

ترتفع نسب الأمية بين الكبار في هذا الإقليم (٧٢,٧٪)، كذلك يزداد عدد الأشخاص لكل هاتف (٧٩,٥) وللمذياع (٢١,١) والتلفاز (١٣٢,٣). بعبارة أخرى إن المستوى الحضاري هنا متدني كما هو الوضع الصحي. نتيجة ذلك ترتفع نسب الوفيات إلى (١٦,٦) بالألف والولادات إلى (٤٧) بالألف ليكون معدل الزيادة الطبيعية في هذا الإقليم (٣,١).

٥- الخلاصة،

لقد أدى وجود الموارد الطبيعية في بعض أقطار الوطن العربي إلى إرتفاع في معدلات الدخل الفردي، وتقديم الخدمات الصحية لمواطني هذه الأقطار وتوفير وسائل الإعلام والتوعية، إلا أن المتحقق لازال دون أن يشكل مستوى متقدما من الرفاه الإجتماعي يتناسب مع معدلات الدخل.

وقد تباينت أقطار الوطن العربي في مستوى الرفاه الإجتماعي مما سهل تصنيفها إلى ثلاثة أقاليم. ويلاحظ من التحليل الإحصائي أن أقطار الإقليم الثالث أكثر تقاربا في معظم معدلاتها ونسبها من الإقليمين الآخرين.

لم تكن قيم معاملات التباين مرتفعة بين قراءات أي إقليم مما يؤكد تجانسها. ففي الإقليم الأول تراوحت قيمة معامل التباين بين (٢,٨٤٪) في نسبة تلفاز/شخص إلى (١,٩٪) لمعدل العمر المتوقع للذكور والأناث. أما الإقليم الثاني فقد تراوحت قيم معامل التباين بين (٤,٩٧٪) في نسب تلفاز / شخص إلى (٦,٤٪) في معدل العمر المتوقع للذكور. وكانت قيم معامل التباين في قراءات الإقليم الثالث أقل من نظيراتها في الإقليمين الآخرين عدا في نسب راديو/ شخص وتلفاز/ شخص.

إن تجانس دول الأقليم في قراءاتها وتباين الأقاليم في معدلاتها يدلل على صحة نتائج التحليل ويبرر منطقيتها. فاقطار الوطن العربي تنقسم الى ثلاثة أقاليم حسب مستوى الرفاه الإجتماعي الذي يعيشه مواطنوها. ولكل إقليم خصائصه الإقتصادية والإجتماعية والحضارية.

أ- المصادر والمراجع العربية

- الأمم المتحدة، ,١٩٩٠)،حاجات الإنسان الأساسية في الوطن العربي، (الجوانب البيئية والتكنولوجيات والسياسيات).
- التوايهة، عباطة (١٩٨٤)، العوامل المساهمة في تكرار السلوك الجانح عند الاحداث الجانحين المكررين، رسالة ماجستر غير منشورة، الجامعة الاردنية.
- الحسن، رعد ياسين محمد (١٩٩٠)،التركيب الإجتماعي لمدينة الزبير، رسالة ماجستير، غير منشورة، جامعة البصره.
- حمود، مشهور حسن وأبو سمور، حسن يوسف والعرموطي، عمر محمد (٩٩٤) موسوعة العالم الإسلامي (١) وكالة النعيم للإعلان والطباعة، عمان-الأردن.
- الأخرس، محمد (١٩٨٣)، «العوامل المؤدية لجناح الاحداث في الوطن العربي «مجلة الأمم والحياة« (١٤)، ١٧-٢٠.
- الدوري، د.عدنان (١٩٧٦)، أسباب الجريمه وطبيعة السلوك الإجرامي، منشورات دار ذات السلاسل، الكويت.
- رمضان، السيد (١٩٨٥)، الجريمه والإنحراف من المنظور الإجتماعي. المكتب الجامعي الحديث، الإسكندريه.
- القسيم، علي سلامة القايش، (١٩٨٩) دراسة مسحية لقضايا الاحداث الجانحين في مدينة اربد وضواحها ٧٩-١٩٨٨، رسالة ماجسترغير منشورة، جامعة اليرموك.
- شوكة، إبراهيم (١٩٩٠)،الجغرافية العربية حتى نهاية القرن العاشر الميلادي، ترجمة صالح فليح حسن الهيتي و خلدون داؤد صبري القيسي، دار الحكمة، بغداد.
- الشرقاوي، أنور (١٩٧٧)، انحراف الاحداث، القاهرة،
- عبود، آمال صالح (١٩٩٠)، التباين الزماني والمكاني لمرض الملاريا في محافظة البصرة ٦٠-١٩٨٩، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة البصرة.

- غلاب، محمد السيد، (١٩٦٩)، البيئة والمجتمع، ط٤، مكتبة لانجلو المصرية.
- العمر، مضر خليل ١٩٩٠، تحليل العامل البيئي واستخداماته في دراسة النظام الحضري في جنوب العراق، مجلة الخليج العربي، المجلد ٢٢، العدد ١، البصره.
- العمر، مضر خليل (١٩٩٤)، الأنماط المكانية للجريمة في العراق: ١٩٧٩-١٩٩٠، مركز البحوث والدراسات-مديرية الشرطة العامة، بغداد.
- العمر، مضر خليل (١٩٩٥)، جرائم النساء: دراسة في الجغرافيا الإجتماعية، مركز البحوث والدراسات-مديرية الشرطة العامة، بغداد.
- العمر، مضر خليل وصالح، مالك إبراهيم (١٩٨٧)، دراسة في التجربة البريطانية لمعالجة مشكلة المساكن القديمة، مجلة النفط والتنمية، العدد ٦، بغداد.
- العمر، مضر خليل والزيدي، نجيب عبد الرحمن (١٩٩٧)، أثر المواد الطبيعية على الأنماط المكانية للرفاه الإجتماعي في الوطن العربي، بحث مقدم إلى المؤتمر الرابع لإتحاد الجغرافيين العرب-بغداد.
- العصرة، ميز (١٩٧٤)، رعاية الاحداث، الكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية.
- العيسى، أحمد فارس (١٩٩٦)، جرائم السرقة والقتل في البصره: تحليل جغرافي، أطروحة دكتوراه، جامعة البصره.
- العيسوي، عبد الرحمن (١٩٨٣)، «جنوح الاحداث»، مجلة الامم والحياة، ٢(١٤)، ٢٨-٣٨.
- فريمان، ت.و. (بدون تاريخ)، الجغرافيا في مائة عام، ترجمة عبد العزيز طريح شرف، دار الشؤون الثقافية العامة (آفاق عربية)- بغداد.
- المغربي، سعد (١٩٦٠)، انحراف الصغار، دار المعارف، القاهرة.
- كولد، بيتر (١٩٨٨)، الجغرافي خارج قاعات الدرس، ترجمة: مضر خليل العمر وعبد علي الخفاف، مراجعة محمد المومني، (١٩٩٧) دار الكندي، اربد، الأردن.

- مصباحي، فتحي (١٩٨٧): قراءات في الجغرافيا الاجتماعية التطبيقية، تحرير: عبد الله علي الصنيع.
- المظفر، محسن عبد الصاحب (١٩٧٩)، التحليل المكاني لأمراض متوطنة في العراق: دراسة في الأسس الجغرافية للتخطيط الصحي، مطبعة الإرشاد، بغداد
- وود، كرستوفر، (١٩٨٤)، تخطيط المدن والسيطرة على التلوث، ترجمة: مضر خليل العمر، مطبعة جامعة البصره، البصره.

ب- المصادر والمراجع الأجنبيه

- AL-Omar, M.K. 1986, Substandard Urban Housing In Wales , post 1960. ph.D. Thesis, Aberystwyt, UCW, Barker, R.G. 1963. On the Nature of the Environment. Journal on of social Issuses 19, pp.17-38.
- Berry, B.J.L et al. 1976. Attitudes Toward Integration: the Role of status in Community Response to Racial Change in The changing Face of the sub-urbs, Ed. by B. Schwartz. University of chicago press, chicago.
- Bloomberg, w. Jr. and Schmandt, H.J 1970 . Urban Poverty: Its Social and Political Dimensions Sage Publications, California, USA.
- Boskoff, A. 1970 . The Sociology of Urban Region, New York
- Oxford University press, Oxford.Bourne, L. S. 1971 Apartment Location and Housing Market. In: Internal Structure of the city: Readings on Space and Environment, Ed. by: L. S. Bourne.
- Bourne, 1. 1981 The Geography of Housing. Edward Arnold, Bath, U.K.
- Bulmer, M. 1982 The Uses of Social Research: Social Investigation in public Policy-Social Geography.Making Contemporary Social Research: No. 3 George Allen and Unwin., London.
- Buttimer, A. 1968 In : International Encyclopaedis of the Social Sciences Ed. D. I. Sills, New york
- Carlisle, E. 1972 The Conceptual Structure of Social Indicators In: Social Indicators and Social policy. Ed. Shonfield, A. and S. Shaw.
- Chadwick, G. 1977 A System View of planning Pergamon press,
- Coates, B.E. , Johnston, R. J. and Knox, P. L. 1977 Geography and Ine-quality Oxford University Press, Oxford.

- Coppok, J. T. 1978 Cullingworth, J. B. 1972 Geography and Public Policy: Challenges , Opportunities and Imlications. In: Fundamentals of Human Geography: A Reader Ed. J. Blunden et al. open University set Book, Harper & Row, Publishers, London- Problems of an urban society vol. 2: The Social Content of planning Urban and Regional Studies, No. 5 George Allen and Unwin, London.
- Cullingworth, J. B. 1974 Problems of an Urban Society, Vol. 2 : The Social Content of Planning Urban & Regional Studies, No. 5 Georgr Allen & Unwin, London.
- Dalkey, N. C. and Rourke, D. L. 1973 The Delphi Procedure and Ratring Quality of Life Factors The Quality of life, Environmental protection Agency Washington D.C.
- Drewnowski, J. 1974 On Measuring and planning the Quality of Life Mouton, The Hague.
- Evans, D. J. 1978 Urban structure and social problems unpublished Ph. D. thesis, Unviersity of Wales, Swansea
- Eyles, J. 1974 Social Theory and Social Geography progress in Geography, 6 Eyles, J. 1979 -
- Area-Based Policices for the Inner City: Context, Problems And Prospects In: Social Problems and the city: Geiographical Perspective Ed. D. T. Herbert and D. M. smith Oxford Unviersity press, Oxford -
- Foley, D. J. 1960 Britsh Town Planning: One Ideology of three British Jornal of Sociology, 11, 211-31
- Friedman, J. 1964 Regional Planning as a Field of Study In: Regional Development and planning Ed. J. friedman and W. Alonso
- Gale, S. and Moore, E. G. 1975 The Manipulated City: Perspectives on Spatial Strcture and Social Issues In Urban American, Maaroufa Press

Inc., Chicago

- Giggs, J. A. 1973 The Distribution of Schizophrenics in Nottingham I. B.G Transaction, 59, 55-79

- Giggs, J. A. 1979 Human Health Problems in Urban Areas in Social problems and the City: Geograhical Perspectives ed. by D. T. Herbert and D. M. Smith Oxford University press, Oxford

- Glasson, J. 1975 An Introduction to Regional Planning Hutchinson of London

- Gold, J. R. 1980 An Introduction to Behavioral Geography Oxford University press, Oxford

- Gould, P. 1985 - The Geoprapher at work

- Green, R. L. 1977 - The Urban Challenge: Poverty and Race Follett Publications, Chicago

- Griffiths, M. 1971 - A Geographical Study of Mortality in an Urban Area Urban Studies, 8, 2, 11-20

- Hamnett, C. 1973 - Improvement Grants as an Indicator of Gentrification in Inner London,Urban Studies, 8, 2, 11-20 Area, 5, 3, 252-61 Social Justic and the City Arnold, London

- Harvey, D. 1978 - What Kind of Geograpgy for what kind of public policy In: Fundamentals of Human Geography: A Reader Harper & Row, Publishers, london

- Henderson, J. M. and Quandt, R. E. 1958 - Microeconomic Theory: A Mathematical Approach McGrow-Hill, New York

- Herbert, D. T. 1973 - Residential Mobillity and perference: a Study of swansea I. B. G. special publication, No. 5, Social Patterns in Cities, 179-94

- Herbert, D.T. 1975 - Urban deprivation: definition, measurement and spatial qualities Geographical Journal, 141, 362-372
- Herbert, D. T. 1976 - The Study of Delinquency Areas: A Social :Geographic Approach Transactions, Institute of British Geographers N.S., 1, pp. 472-492
- Hol termann, S. 1979 - Area-Based Explanation: A Critical Appraisal In: Social Problems and the city: Geographical Perspectives Ed. D. T. Herbert and D. M. Smith Oxford University Press, OxfHouse, J. 1973 - ord Geographers, Decision Takers & policy Makers In: Studies in Human Geography Ed. M. Chisholm and B. Rodgers
- Hugill, P. 1975 - Social Conduct on the Golden Mille Annals, Association of American Geographers, 65, pp. 214-228
- Johnston, R. J. 1980 - MUltiveriate Statistical Analysis in Geofraphy Aprimer on the General Linear Model, Longman, London
- Jones, E., 1975 - Introduction In: Readings in Social Georgraphy Ed. E. Jones, Oxford University press, Oxford
- Jones, E. and Eyles J. 1979 - An Introduction to Social Georaphy Oxford University press, Oxford
- Kamrany, N. M. and christakis, A. N. 1970 - Social Indicators in Perspective Socio-Economic Planning Sciences, 14
- Knox, P. L. 1975 - Social Well-Baing: ASpatial perspective Theory and practice in Geography, Series Oxford University press, Oxford
- Lewis, G. M. 1968 - Levels of living in the North-Eastren United States: a New Approach to Regional Geography I.B.G. Transaction, 45, 11-37
- Ley, D. 1983 - A Social Geography of the City Harper and Row, Publishers, London

- Lomas, G. 1974 - Social Planning In: The Spirit anad Purposes of planning Ed. M. J Bruton, Hutchinson of London
- Mc Dermott, R. 1975 - Toward an Embodied Map of Urban Nei ghbo hoods Occasional paper, An thropological society of washington, D. C.
- Mcglashan, N. D. 1973 - int Evaluating the Human Environment: Essays in Applied Geography ed. by: J. A. Dawson and J. C. Doornkamp, Edward Arnold, London
- Mishan, E. J. 1964 - Welfare Economics: Five Introductory Essays Random House, New York
- Morgan, B. 1974 - Social Distance and Spatial Distance: A Research Note Area, 6, pp.293-297
- Morrill, R. L. 1973 - Geography and the Transformation of Society In: Geography and contemporary Issues Ed. M. Albaum, New York
- Morrill, R. L. and Earickson, R. J. 1975 - Locational Efficiency of Chicago Hospitals: An Experimental Model in: The Manipulated City: Perspectives on Spatial Structure ed. by: S. Gale and E. G. Moore, Maaroufa press, Chicago
- Morris, T. 1971 - The Criminal Area: a Study in Social Ecology Routledge and kegan paul, London
- Murray, R. and Boal, f. W. 1979 - The Social Ecology of Urban Violence in: Social problems and the city: Geographical perspectives ed. D. T. Herbert and D. M. Smith Oxford Unviersity Press, Oxford
- Nath, S. K. 1973 - A perspective of Welfare Economics Macmillan, London
- Ornati, O. A. 1970 - The Spatial Distribution of Urban Poverty in: Urban poverty: Its Social and Political Dimensions ed. by: w. Jr. Bloomberg and H. J. Schamandt Sage publications, Cail. USA

- Pagi, R. E., 1965 - Trends in Social Geography Ed. R. J. Chor ley and p. Haggeyy Methuen and Co. LTD. , London
- Rahl, R. E. 1929 - The City as a Social Laboratory in: Frontiers in Geographical Teaching in Chicago: An Experiment in Social Science Research ed. by T. smith and L. White, University of Chicago, chicago-
- Ratcliffe, J. 1977 - An Introduction to Town and Country Planning Hutchinson of London
- Rein, M. 1977 - Social Planning: the Search for Legitmacy In: The City: Problems of Planning Ed. M. Stewart Penguin ooks, Harmondsworth, England
- Roberts, M. 1975 - An Introduction to Town Planning Techniques Hutchinson of London
- Robson, B. T. 1969 - Urban Analysis Cambige, The University press
- Roemer, M. I. and kisch, A. I. 1975 - Health, Poverty and the Medical Mainstream in: The Manipulated City ed. by: S. Gale and E. G. Moore Maaroufa press inc., Chicago
- Rose, E. 1974- Philosophy and purpose of planning In: The Spirit and purpose of planning Ed. J. Bruton, Hutchinson of London
- Sauer, C. 1962 - Cultural Landscape In: Readings in Cultural Geography Ed. P.I. Wagner and M.W. Mikesell, Chicago
- Smith, D. M 1973 - The Geography of Social Well-Being in the Untied States McGraw Hill, New York
- Smith, D. M. 1978 - Human Geography: A Welfare Approach In: Fundamentals of Human Geograply: AReader Ed. J. Blunder et al. Harper & Row, Publishers, London

دار الكندي للنشر والتوزيع

دار الكندي للنشر والتوزيع

تلفاكس 7244323 ص. ب 893 - اربد - الأردن

Design: Ali Hammouri
079 591073