جامعة السلطان قابوس
مجلة الآداب والعلوم الاجتماعية

Sultan Qaboos University
Journal of Arts & Social Sciences

الأبعاد الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض:
دراسة أنثروبولوجية لأمراض الدم الوراثية في المجتمع العماني

عايدة فؤاد النبلاوي

أستاذ مساعد
قسم علم الاجتماع والعمل الاجتماعي
كلية الآداب والعلوم الاجتماعية
جامعة السلطان قابوس
aidaf@squ.edu.om

سلطان بن محمد الهاشمي

أستاذ مساعد
قسم علم الاجتماع والعمل الاجتماعي
كلية الآداب والعلوم الاجتماعية
جامعة السلطان قابوس
sultanm@squ.edu.om

الأبعاد الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض: دراسة أنثروبولوجية لأمراض الدم الوراثية في المجتمع العماني

عايدة فؤاد النبلاوي و سلطان بن محمد الهاشمي

الملخص

تحاول هذه الدراسة رصد أهم المتغيرات الاجتماعية والثقافية ذات تأثير على الحالة الصحية في المجتمع العماني بوجه عام، وفي إطار الإصابة بأمراض الدم الوراثية على وجه الخصوص. وتهدف الدراسة إلى التعرف على الأبعاد الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض من حيث المفهوم والرؤى النظرية، ورصد أهم المؤشرات الصحية وحجم وانتشار أمراض الدم الوراثية في السلطنة، والكشف عن بعض العوامل والمسببات ذات طبيعة اجتماعية ثقافية، فضلاً عن رصد أهم الصعوبات التي تواجه النسق الصحي. تستند الدراسة على موجهات نظرية وفرت تفسيرات علمية حول تناول الأبعاد الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض. منهجيا، هذه الدراسة تجمع بين الطرق الكمية والكيفية باستخدام طريقة دراسة المجتمع المحلي، مع الاستعانة ببعض تقنيات المنهج الأنثروبولوجي وأدواته. وانتهت الدراسة إلى أن هناك العديد من الأبعاد الاجتماعية والثقافية شكلت مسببات وراء الإصابة بأمراض الدم الوراثية في المجتمع العماني كشفت عنها الخريطة الاجتماعية للأمراض، منها زواج الأقارب وعادات الطعام، وبعض الأفكار والتصورات الشعبية عن الصحة والمرض. وخلصت الدراسة إلى إن هناك فجوة إلى حد ما بين ما تطرحه الأسس المعرفية في النسق الصحي، وبين ما تكشف عنه المؤشرات الحالة الصحية ودلالاتها الاجتماعية الثقافية.

كلمات مفتاحية: الأبعاد الاجتماعية والثقافية، أمراض الدم الوراثية، الخريطة الاجتماعية للأمراض، زواج الأقارب.

Social and Cultural Dimensions of Genetic Blood Diseases An Anthropological study in the Omani Society

Aida Fouad Al Niblaoi and Sultan Mohammed Al Hashemi

Abstract

This study attempts to monitor the most important impacts of social and cultural variables on the health situation in the Omani society in general, and the incidence of hereditary blood disease in particular. The study aims to identify the social and cultural dimensions of health and disease in terms of concept and theoretical perspectives; the most important health indicators; the magnitude and spread of hereditary blood diseases in the Sultanate of Oman; and the disclosure of some of the social and cultural factors, and the difficulties facing the health pattern. The study relied on some Theoretical frameworks that provided scientific explanations about addressing the social and cultural dimensions of health and disease. Methodologically, the study was based on both quantitative and qualitative techniques. The study concluded that there are many social and cultural dimensions that shaped some of the factors that caused the incidence of hereditary blood disease in the Omani society. The study concluded that there are many reasons behind genetic blood diseases such as: endogamy and dietary habits, and some popular perceptions about health and disease. It could be argued that there is a gap between the foundations of knowledge in the health system, and the health situation indicators of social and cultural implications.

Keywords: social and cultural dimensions, genetic blood diseases, the social map of the disease, endogamy, habits and popular perceptions.

مقدمة

انطلاقاً من مسلمة أساسية وهي "أن البعد الاجتماعي والثقافي من أهم محددات الصحة والمرض"، تنامى الاهتمام بهذا الاتجاه باعتباره مجمل القوى الاجتماعية الموجهة لسلوك الفرد، والمحددة لمدى قدرته على الوصول إلى الموارد التي من شأنها أن تعزز الصحة، هذا فضلاً عن مدى التعرض لمخاطر البيئة الاجتماعية والثقافية من حوله. فمنذ مطلع خمسينيات القرن الماضي، ومع تزايد وتيرة التحديث في العالم اهتمت الأنثروبولوجيا ببحوث توزيعات الأمراض. كما شغلت المتغيرات الاجتماعية للصحة والمرض اهتماماً ملحوظاً خلال العقود الخمسة الماضية، مما أدى إلى ظهور ما يعرف بعلم الأوبئة الاجتماعية، وعلم الاجتماع الطبي، والأنثروبولوجيا الطبية، وعلم النفس الصحي، والطب النفسي الجسدي. وقد تزايد هذا الاهتمام نتيجة ظهور بعض الأمراض بين مجموعات اجتماعية معينة، إذ تتعرض بعض الفئات الاجتماعية لضغوط أكثر من غيرها، تتباين بصددها إمكانياتهم لمواجهة هذه الضغوطات، ومن ثم يختلف الشعور بمخاطر المرض حسب السياق الثقافي (Dressler & Bindon, 2000: 44).

ونظراً إلى تفاقم حدة المشكلات الصحية في مجتمعات العالم عامة، وبلدان العالم الثالث خاصة، حرص الأنثروبولوجيون والسوسيولوجيون على الاهتمام بالأبعاد الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض، هذا فضلا عن جهود منظمة الصحة العالمية. فمن خلال مؤتمر الصحة العالمي (٢٠٠٤)، تمت التوصية بإنشاء لجنة عالمية للمحددات الاجتماعية للصحة في عام ٢٠٠٥. وتهتم هذه اللجنة بإلقاء الضوء على كيفية توفير نصيب عادل من الخدمات الصحية للسكان، سواء على مستوى المناطق أم على مستوى قطاعات المجتمع المختلفة داخل الدولة (منظمة الصحة العالمية ٢٠٠٦: ٧). وهنا ينصب الاهتمام على البعد الاجتماعي بحسب الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية؛ ومن ثم دراسة الفرص المتاحة لتغيير الوضع الراهن من خلال جملة تدخلات، خاصة في إطار الشراكة الجديدة بين القطاعين العام والخاص ومنظمات القطاع الأهلي (Wilkinson, 1999 :4).

وفي إطار هذا الاهتمام، سوف تسعى هذه الدراسة إلى الاقتراب من الحالة الصحية بوجه عام، وأمراض الدم الوراثية على وجه الخصوص في سياق المجتمع العماني. بداية فقد أشار تقرير التنمية البشرية (عمان ٢٠٠٣) إلى أن الصحة من المؤشرات المهمة وثيقة الصلة بالتنمية البشرية، ومكون رئيس من مكوناتها؛ هذا نظراً لارتباط الصحة ببناء القدرات البشرية وتوظيفها. وقد شمل التقرير الكثير من المؤشرات العامة الداعمة للصحة بمفهومها العام، سواء في مستوى المعيشة، أم نوعية الحياة. كما تضمن التقرير مؤشرات صحية على درجة كبيرة من الأهمية في دليل الفقر البشري تتعلق بمستوى الخدمات الصحية المتوفرة، والفئات التي لا يتوفر لديها مياه مأمونة، والأطفال دون سن الخامسة ناقصي الوزن (وزارة الاقتصاد الوطني، ٢٠٠٣: ١٠٧).

في هذا السياق، سوف يتم تناول موضوع الأبعاد الاجتماعية والثقافية لأمراض الدم الوراثية، فمن خلال نتائج المسح الصحي المجتمعي الأول الذي أجرته دائرة الدراسات والبحوث بوزارة الصحة عام ١٩٩٥، ونشر التقرير عام ٢٠٠٠، الذي أشار إلى أن من بين (٦٣٤٢) طفلاً عمانياً دون الخامسة من العمر شملهم المسح (١٠٪) منهم مصابون باعتلالات في تركيب هيموجلوبين الدم الموجود في كريات الدم الحمراء مثل فقر الدم المنجلي، والثلاسيميا. هذا فضلاً عن الأطفال الذين يحملون المرض؛ إذ يولد الطفل حاملاً للمرض إذا ورث الجين المسؤول عن المرض من أحد الوالدين، بينما ورث الجين الطبيعي من الآخر ولا تظهر عليه أعراض المرض، ويظهر المرض ويصاب الشخص عندما ينقل الجين المصاب لأبنائه كما في الثلاسيميا، وفقر الدم المنجلي، وهذا الأمر يمكن تجنبه إذا كان هناك إجراء للفحص الجيني قبل الزواج. ومن المعروف أن حاملي المرض لا تظهر عليهم علامات المرض، وهناك دعاوى جادة لإجراء الفحوصات قبل الزواج، وتقديم الاستشارات الوراثية، وأيضا فحص دم المواليد مبكراً لمعرفة إذا كانوا حاملين للمرض، أو مرضى حتى يسهل متابعتهم (Al- Riyami, 2000: 117).

انتهت مؤخراً اللجنة الوطنية لأخلاقيات البيولوجيا بالتعاون مع مجموعة التبادل البحثي بجامعة السلطان قابوس إلى أن (٦٠٪) من سكان سلطنة عمان يحملون جينات لأمراض الدم الوراثية، ومن ثم نتوقع ارتفاع نسبة الإصابة لهذه الأمراض على المدى البعيد (www.ohbda.blogspot.com/). كما أوضح التقرير الصحي السنوي لعام ٢٠١٤ أن إجمالي أمراض الدم وأمراض أعضاء تكوين الدم بين المرضى من المترددين على العيادات الخارجية بلغت (٣٥٦) حالة لكل (١٠٠٠٠ من السكان) منهم (١٤٨) ذكور و(٢٠٨) إناث (وزارة الصحة، ٢٠١٤، ٩- ١٢/٨)، وهذه المعدلات تبين مدى خطورة هذه الحالة على مستقبل المجتمع العماني؛ إذ تزداد أهميتها بوصفه مجتمعاً فتياً، فضلاً عن ما تطرحه من أعباء مالية على كاهل الدولة تتمثل في توفير الرعاية الصحية اللازمة لهم.

وفي إطار عدم قدرة الطب الحديث على إيجاد علاج ناجح لأمراض الدم الوراثية، يجعل العلاج والعناية بمرضى الأمراض الوراثية عامة باهظ التكاليف سواء بالنسبة للنظام الصحي أم الأسرة لرعايتها لأطفالها، بالإضافة إلى زيادة العبء الاجتماعي والنفسي، والتخوف من الوصمة الاجتماعية. وهذا الأمر يتطلب برامج وقائية خاصة للفئات أو المجتمعات عالية الخطر للاعتلالات الوراثية سواء للمعرفة بطبيعة هذه الأمراض والوعي بمسبباتها وعوامل الخطورة، أم أماكن الحصول على الخدمة، خاصة في حالات الفحص الجيني والمشورة قبل الزواج.

تحاول هذه الدراسة رصد أهم المتغيرات الاجتماعية والثقافية الفاعلة، ذات تأثير على الحالة الصحية في المجتمع العماني بوجه عام، وفي إطار الإصابة بأمراض الدم الوراثية على وجه الخصوص. وهنا نقترب من ميدان الصحة العامة (Public Hygiene)، الذي يهتم بالأمراض ذات الطبيعة الاجتماعية والثقافية، بمعنى الأمراض الواسعة الانتشار في سياق اجتماعي معين، التي يتطلب القضاء عليها ومكافحتها إمكانيات تتجاوز حدود الطاقات الفردية؛ إذ إن برامج الصحة العامة بمفردها لا تستطيع تحسين القوى الاجتماعية؛ لذا تتبلور مشكلة الدراسة في تساؤل رئيس وهو «ما

الأبعاد الاجتماعية والثقافية المرتبطة بأمراض الدم الوراثية في المجتمع العماني؟ وما أهم التحديات التي تواجه النظام الصحي وآليات مواجهتها؟. ولمعالجة هذا الموضوع تطرح الدراسة الأسئلة الآتية:

١- ما الأبعاد الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض(المفهوم والرؤى النظرية)؟

٢- ما المؤشرات الصحية على مدى انتشار أمراض الدم الوراثية في السلطنة؟

٣- ما الأبعاد الاجتماعية والثقافية المرتبطة بأمراض الدم الوراثية؟

٤- ما التحديات التي تواجه النسق الصحي في التعامل مع أمراض الدم الوراثية وآليات مواجهتها؟

وفي محاولة للإجابة عن الأسئلة السابقة فقد تم الاستفادة من:

- تراث العلم الاجتماعي المتوفر في الأدبيات العلمية حول الظاهرة.
- استخلاص مضامين بعض النصوص التشريعية الخاصة بالنظام الأساسي للدولة، والسياسات السكانية، والسياسات الصحية.
- نتائج المسوح الوطنية المرتبطة بالصحة، فضلاً عن التقارير الرسمية المنشورة، ولا سيما من منظمة الصحة العالمية، ووزارة الصحة بسلطنة عمان، وتقارير التنمية البشرية الوطنية.
- إجراء دراسة ميدانية تجمع بين الطرق الكمية والكيفية باستخدام طريقة دراسة المجتمع المحلي، مع الاستعانة ببعض تقنيات المنهج الأنثروبولوجي وأدواته في إطار المشاهدة والملاحظة والمقابلة.

ونظراً إلى وجود خبرة سابقة في استخدام بعض تقنيات المنهج الانثربولوجي وأدواته، توفرت إمكانية استخدام مدخل "R.A.P" طرق التقييم السريع Rapid Assessment Procedures. ومن خلاله تم إجراء ما يلي:

١- زيارات ميدانية للأسر التي تم اختيارها للدراسة الميدانية، حسب شروط محددة منها إصابة أحد أفرادها بأمراض الدم الوراثية، مع اختلاف نوع المرض، والجنس والعمر. وقد ساعد مجموعة من طلاب قسم علم الاجتماع والعمل الاجتماعي بجامعة السلطان قابوس في جمع المادة الميدانية.

٢- زيارات ميدانية لعدد من المستشفيات والمراكز الصحية على اختلاف مستويات الرعاية الصحية المقدمة، في إطار محافظة مسقط ومحافظة الباطنة جنوب.

٣- غطت الدراسة (٢٥) أسرة معيشية تنتمي لمناطق مختلفة في عدد من المحافظات (مسقط، والباطنة جنوب، والداخلية)، فضلاً عن مقابلة عدد من الاختصاصين في مجال التغذية وأمراض الدم.

في هذه الدراسة تعرَّف الأبعاد الاجتماعية والثقافية لأمراض الدم الوراثية بأنها جملة المسببات والعوامل التي ساعدت على انتشار أمراض الدم الوراثية في سياق المجتمع العماني منها الخريطة الاجتماعية لتوزيع الأمراض عامة وأمراض الدم الوراثية خاصة، هذا فضلاً عن السياق الاجتماعي والثقافي المتمثل في زواج الأقارب، والتصورات الشعبية عن الصحة والمرض، وبعض العادات الاجتماعية مثل عادات الطعام وآداب المائدة، ومخاطر أنماط الحياة اليومية المستحدثة.

تشمل هذه الدراسة أربعة محاور: تناول المحور الأول الأبعاد الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض من حيث المفهوم والرؤى النظرية. والمحور الثاني نستعرض من خلاله أهم المؤشرات الصحية، وتطور معدلات أكثر أنماط أمراض الدم الوراثية انتشاراً في السلطنة. أما المحور الثالث، فيقترب من الواقع في رصد أهم الأبعاد الاجتماعية الثقافية المرتبطة بأمراض الدم الوراثية وما يرتبط بها من مشكلات صحية. والمحور الرابع، يتضمن أهم التحديات التي تواجه النسق الصحي في التعامل مع أمراض الدم الوراثية. وتنتهي الدراسة بخلاصة شملت تصوراً مقترحاً لحل المشكلات الصحية المرتبطة بموضوع الدراسة في إطار خصوصية المجتمع العماني.

أولاً: الأبعاد الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض: رؤية نظرية

بالنظر لميدان الصحة بوصفه نسقاً اجتماعياً ثقافياً، يمكن الإفادة من مفهوم التغير الاجتماعي في الكشف عن ملامح التغير الاجتماعي والثقافي في مجال الصحة والمرض (الجوهري وآخرون، ٢٠٠١: ٧-١٥). وللوقوف على طبيعة النسق وديناميته نبدأ بعرض مفهوم الأبعاد الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض من منظور علم الاجتماع والأنثروبولوجيا، وأهم الموجهات النظرية في دراسة الصحة والمرض، فضلاً عن عرض بعض أدبيات التراث العلمي حول القضية محور الدراسة.

١- مفهوم الأبعاد الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض:

من الأهمية تحديد مفهوم للصحة بصفتها قضية اجتماعية ثقافية، يساعد هذا المفهوم على قياس الحالة الصحية، وتحديد المؤشرات المطلوبة لرسم الخريطة الصحية في المجتمع؛ بهدف زيادة مدخلات التنمية الصحية، ورفع كفاءتها وكفايتها. وقد اعتمدت دول العالم في ميثاق منظمة الصحة العالمية على مفهوم شامل للصحة هو: "أنها حالة من اكتمال الرفاهية البدنية والعقلية والاجتماعية وليست مجرد السلامة من المرض والإعاقة". ويلاحظ احتواء مفهوم الصحة على عدد كبير من الأبعاد والمدخلات، ويعكس في الوقت نفسه مدى ارتباط الصحة بالمرجعية التنموية والاجتماعية الثقافية، هذا إلى جانب احتواء المفهوم على حياة الإنسان في مراحلها العمرية المختلفة (دورة حياة الإنسان) (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٥: ٩).

ينظر إلى الصحة من المنظور السوسيولوجي بوصفها نظاماً اجتماعياً ثقافياً؛ أي مجموعة من المؤسسات النظامية التي تستهدف إشباع احتياجات الناس؛ ومن ثم المحافظة على الصحة ومقاومة المرض (الجوهري وآخرون، ٢٠٠١: ٥). وفي هذا الإطار، طرح تعريف جديد للصحة يشمل مجموعة جوانب حياة الشخص وبيئته الاجتماعية؛ إذ أصبحت بيئة الإنسان محلاً للدراسة، إلى جانب حالة الفرد الفسيولوجية. وهذا التوجه يعني ضمنا الوقاية من المرض قبل العلاج. وبفضل هذا التغير في الوعي العام لتعريف الصحة، تم تحفيز القائمين على التخطيط الصحي للتحول من

التركيز على المرض إلى اتجاه الحفاظ على الصحة (سميث، ١٩٩٢: ٤٦١ - ٦٤٢).

ووفقاً لهذا التعريف، يختلف مفهوم الصحة من ثقافة إلى أخرى، حيث يرتبط بالظروف والعناصر الاجتماعية الثقافية التي تشكل بيئة الفرد، وتكون مفهومه تجاه نموه وعلاقته بالعالم المحيط به، وبالآخرين أيضا (Giddens, 2005: 279). كما أن معايير الصحة ومفاهيمها تتباين ليس جغرافيا وثقافيا فحسب بل تاريخيا أيضا، حيث تتحول بمرور الزمن استجابة للتغير الذي يطرأ على أنماط الحياة الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، وكذلك على نظم الرعاية الصحية السائدة ومستوياتها في كل بيئة. إذ إن أنواع المرض وأنماط الوفيات التي ترجع لأسباب مرضية قد تغيرت بفضل عمليات التحديث المستمرة. لذا قد تتعثر جهود التنمية الصحية في بلدان العالم الثالث؛ بسبب اغتراب الأنساق الطبية الرسمية عن ثقافات تلك المجتمعات (الجوهري وآخرون، ٢٠٠١: ٥- ٢٠).

في هذا السياق، شاع استخدام مفهوم المرض (Illness) وفقاً للأبعاد الاجتماعية الثقافية، بمعنى جملة الإدراكات الحسية والخبرات التي تشكل الأبعاد المعرفية والرمزية للمرض (سميث، ١٩٩٢: ١٤٨). وهنا يتضمن مفهوم المرض دراسة شبكة العلاقات الاجتماعية التي تؤدي إلى ظهور أشكال من المرض، وتوزيعاتها داخل المجتمع، كما يركز على الأنساق الاجتماعية، وبناءات القوة والمعاني والآثار الاجتماعية له. إذ توجد في كل مجتمع مجموعة من القواعد لترجمة الإشارات إلى أعراض لتحديد المرض؛ ومن ثم أنماط العلاج. فدور القوى الاجتماعية لا يتوقف فقط على تشخيص المرض، بل يتعدى إلى إمكانية الحصول على مختلف أنواع العلاج، والاهتمام بنوعية المعالجين بالنسبة لمختلف قطاعات السكان.

تبعا لذلك يتم تفسير مفهوم المرض وفق المنظور الثقافي المقارن، وفيه تعد الفئة الاجتماعية الثقافية وحدة التحليل الأساسية. هذا مع دراسة المعتقدات المتعلقة بحدوث المرض، وما يرتبط بها من أنماط السلوك واتجاهات مصاحبة للمرض، أو بمعنى آخر: العمليات الاجتماعية العلاجية في المجتمعات التقليدية؛ بهدف إجراء مقارنات بينها. وهنا يتم التركيز على المعاني التي يفسر بها أعضاء المجتمع أنماط المشكلات المرضية (بشاي، ٢٠٠١: ٣٥).

وقد أسهم الكثير من الباحثين في لفت الانتباه نحو دراسة الأبعاد الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض، وأشاروا إلى دور الترابط الاجتماعي في تحسين المستوي الصحي. لقد بيّن ريتشارد ويلكنسون أن أكثر المناطق صحة في العالم ليست أكثرها غنى، ولكنها مجتمعات فيها أفضل توزيع للدخل يؤدي إلى مستويات عالية من التضامن الاجتماعي؛ ومن ثم صحة أفضل للمواطنين. وقد أكد العديد من المسوح الوطنية في مناطق مختلفة من العالم على أن هناك علاقة واضحة بين معدلات الوفيات وأنماط توزيع الدخل. وبذلك فإن ثروة الأمم لا تترجم بالضرورة إلي صحة أفضل للسكان؛ فالأمر مرتبط بتوفر مدخلات جيدة في مجال الصحة، فبلدان مثل اليابان والسويد تعد من أكثر المجتمعات عدالة في العالم - وفق مؤشرات توزيع الدخل، لذا يتمتع المواطن فيها بمعدلات عالية من الصحة، مقارنة بمواطني بلدان لديها فجوة بين الأغنياء والفقراء مثل الولايات المتحدة الأمريكية. إذ إن الفجوة الواسعة في توزيع الثروة يتضاءل معها الترابط الاجتماعي؛ ممّا يؤدي إلى وجود صعوبات في مواجهة التحديات والمخاطر المرتبطة بالصحة (: Giddens, 2005 275).وفي هذا السياق، حدد ويلكنسون بعض العوامل الاجتماعية التي تسهم في صحة المجتمع، وذكر منها: قوة الاتصال الاجتماعي، والترابط الاجتماعي بين المجتمعات المحلية، والدعم الاجتماعي، والإحساس بالأمن (Ibid, 2005 :279). إلى جانب ذلك، أجمع العديد من الباحثين على أن هناك جملة أبعاد مادية واجتماعية ثقافية ذات تأثير على صحة الإنسان.

وبناء على ما تقدم، تُعدُّ الأبعاد الاجتماعية والثقافية في دراسة الصحة والمرض أمراً ضرورياً؛ للوقوف على أهم الممارسات الخاصة بالسكان في مواجهة المرض. فمن خلال تحليل علاقات القوة الاجتماعية داخل المجتمع نصل إلى كيفية إنتاج المعرفة الطبية، مع كون رموز العلاج قوة أيضاً (سميث، ١٩٩٢: ١٤٦). وهذا ما سيتضح في بعض الرؤى النظرية، التي اهتمت بطرح تفسيرات اجتماعية ثقافية في تناول قضية الصحة والمرض.

٢- الموجهات النظرية:

هناك بعض الأطر النظرية التي وفرت تفسيرات علمية في إطار تناول قضية الأبعاد الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض، من أهمها:

أ- المدخل الإيكولوجي:

يأتي المدخل الإيكولوجي اتجاهاً نظرياً مهماً في الأنثروبولوجيا الطبية، ويبحث في الظروف البيئية والمناخية، وتأثيرها على الإنسان وأساليب تكيفه حيالها. كما يمتد اهتمام المدخل الإيكولوجي إلى الروابط القائمة بين النسق الإيكولوجي ومختلف النظم والأنساق الاجتماعية الأخرى؛ لذا ينظر إلى الصحة والمرض على أنها انعكاس للعلاقات القائمة بين السكان وموطن الإقامة والسكن، وأشكال الحياة، ومكونات البيئة الطبيعية أيضاً؛ أي أنها شكل من أشكال التوافق البيئي، يقوم به البشر في تفاعلهم مع البيئة شأنهم في ذلك شأن الكائنات الحية الأخرى، وما قد يترتب عن هذا التفاعل من تغيرات سريعة تتعرض لها المجتمعات الإنسانية خاصة التقليدية (عبد العاطي، ٢٠٠٠: ١٣٨).

كما أكدت الإيكولوجيا البشرية أن جملة التدخلات الإنسانية ينبغي أن تؤخذ في النظر لما يترتب عليها من آثار متنوعة وبعيدة المدى على كل أجزاء النظام البيئي الموجود فيه الإنسان (تورين،١٩٩٢ :٣٨٩). وهذا من شأنه أن يؤثر على الحالة الصحية. وبذلك فإن المدخل الإيكولوجي يهتم بتوضيح دور الظروف البيئية والاجتماعي الثقافية بوصفها إحدى مسببات المرض، ومدى انتشاره، ومعدل تزايد أمراض معينة في ظروف بيئية محددة.

ب- المدخل الوظيفي المحدث:

يهتم هذا المدخل بالإجابة على تساؤل مهم يتعلق بمدى إمكانية اعتبار الظروف الاجتماعية والثقافية أسباباً أساسية أو مساعدة للإصابة بالأمراض. كما أمكن الاستفادة من المفاهيم

السوسيولوجية لتشخيص حالة المرض، بوصفه مشكلة اجتماعية ثقافية وفق بعض الرؤى النظرية، ولكنها لا تعد بمفردها كافية لتفسير العلاقة بين بعض الأمراض وبعض الظروف الاجتماعية الثقافية، مثل الإحساس بالأمان، ومفهوم العزلة، والتناقض بين مستوى الطموح والإمكانيات المتاحة (الجوهري وآخرون، ٢٠٠١: ١٥).

وقد أسهم هذا المدخل في وجود رؤية جديدة تسعى لإيجاد تكامل وظيفي بين مكونات أنساق الرعاية الصحية داخل النسيج الثقافي للمجتمع، ومنظماته الاجتماعية، ونسقه السياسي أيضاً (بشاي، ٢٠٠١: ٣٢). كما يهتم هذا المدخل بدراسة العلاقة بين الثقافة والصحة والمرض، لا سيما فيما يتعلق بالتداوي الشعبي والمعالجين التقليديين، والبناء الثقافي الصحي الذي يقوم عليه (عبد العزيز، ٢٠٠١: ٥١). ومن هنا، أصبح المدخل الوظيفي المحدث يعمل جنباً إلى جنب مع مدخل التفاعلية الرمزية في دراسة أنساق الرعاية الصحية. كما يفضل أيضاً استخدام منهج المجتمع المحلي؛ لكونه يركز على تصورات المجتمع عن المرض وأسبابه وعلاجه، ودور المعالجين الشعبيين، والعلاقة بين تصورات المرض والكون. وفي هذا الإطار، حدث تطابق بين "الممارسات المرتبطة بالمعتقدات الصحية" و"جوانب أخرى للثقافة والتنظيم الاجتماعي" . وقد أسهمت بعض الدراسات التي تبنت هذا المنظور في نمو اتجاه النسبية الثقافية حول الممارسات الصحية للشعوب الأخرى (بشاي، ٢٠٠١: ٣٢).

ومن ثم يمكن النظر إلى بعض أمراض الدم الوراثية،من حيث مدى ارتباطها بالسياق الاجتماعي والثقافي من خلال الأفكار والتصورات الشعبية حول الصحة والمرض، وبعض العادات الاجتماعية خاصة عادات الطعام وآداب المائدة، فضلاً عن مخاطر أنماط الحياة اليومية والمستحدثة.

جـ- المدخل النفسي الاجتماعي:

يهتم المدخل النفسي الاجتماعي بالنظر إلى المؤسسات الطبية بوصفها تنظيمات اجتماعية، تلبي حاجات المستفيدين ودوافعهم. حتى انصب الاهتمام على استجابة المرضى للرعاية الصحية المقدمة من خلال مؤسساتها، وعلاقة المرضى بأفراد النسق الطبي الرسمي. كما ركز على العدالة الاجتماعية في علاقتها باستجابة الأفراد للرعاية الطبية التي تقدمها التنظيمات الصحية، والعلاقة بين تكلفة الخدمة الطبية والمكانة الاجتماعية الاقتصادية للمرضى (عبد العزيز، ٢٠٠١: ٤٥).

وفي إطار دراسة تنظيمات الرعاية الصحية لتكلفة تقديم الخدمة، طرح مفهوم جديد للرعاية الصحية والخدمات الصحية المجتمعية، حيث تقوم فكرة الرعاية الصحية على أساس أنها خدمة يجب أن تنتشر بين الأفراد تبعاً للحاجة إليها، وليس تبعاً لدرجة الرفاهية المطلوبة، أو المكانة الاجتماعية التي يمنحها التعليم، أو الانتماء لجماعات معينة. أما مفهوم الخدمات الصحية المجتمعية، فيقصد بها تقديم الرعاية الصحية العلاجية لجميع الأفراد في المجتمع، طوال الوقت ودون انقطاع، وفي أفضل مستوى. وهذا يستلزم تقسيم هذه الرعاية وتنظيمها عبر مستويات محلية وشعبية وإقليمية، وقطاعات سكانية أيضا(عبد العزيز، ٢٠٠١: ٤٩).

٣- قراءة في أدبيات الأبعاد الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض:

شهدت التسعينات اهتماما واضحا بالكشف عن الأبعاد الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض، فقد سعت دراسة McElroy (1990) إلى الكشف عن أهمية المتغيرات الاجتماعية والثقافية في العلوم الطبية لما لها من أهمية في الكشف عن كافة الأبعاد المحيطة بمفهوم الصحة والمرض، وذلك بوصفه ردَّ فعل لما أشار إليه النقاد إلى أن الدراسات البيولوجية في دراستها للصحة والمرض تتجاهل دور الأنظمة الاجتماعية والسياسية، مما فتح المجال أمام تخصصات تعنى بالبيولوجيا الثقافية والسلوكية، ومن ثم طرحت نماذج لدراسة البيولوجيا الثقافية تهتم بصحة الإنسان وآليات تكيفه مع المرض. وفي هذا السياق، هدفت دراسة إبراهيم (١٩٩٨) إلى إلقاء الضوء على الإطار الاجتماعي للإصابة بأمراض الكبد من خلال الكشف عن الأهمية الاجتماعية لها ومدى حدوثها وانتشارها بين أفراد المجتمع، وانتهت الدراسة إلى أن مرض الكبد الفيروسي يعد من الأمراض الاجتماعية والنفسية ذات العواقب الوخيمة والمشكلات المتنوعة للأفراد والمجتمع بشكل عام. كما ينتشر المرض بين سكان المناطق الريفية والحضرية وبين الأفراد ذوي المستويات التعليمية المتنوعة، بينما تميل للاتساع لدى سكان الريف والمناطق الهامشية بالحضر؛ نظرا لما تتسم به هذه المناطق بخصائص طبيعية واجتماعية معينة يسودها نسق قيمي يتضمن العديد من المفاهيم والتصورات الشعبية الخاصة بالمرض وبعض العادات الاجتماعية التي تساعد على انتشار المرض.

كما سعت دراسة Dressler & Bindon (2000) إلى اقتراح نماذج للفروق الفردية بحسب الضغوط الاجتماعية في إطار بحث المخاطر المتباينة للمرض داخل سياقات ثقافية معينة. وخلصت الدراسة إلى أن هناك أسباباً جيدة وراء الضغوط الاجتماعية ساهمت في وجود ارتباط بين التوافق الثقافي وضغط الدم يجب أن يكون على هيئة منحنى وغير خطي. وهذا يتطلب البعد عن نموذج الانحدار الخطي المعتاد. وعليه نتوقع وجود علاقة عكسية بين التوافق الثقافي وضغط الدم حيث يقل كلما ازداد التوافق الثقافي.

أجري أول مسح وطني (٢٠٠٠) على المستوى المحلي في السلطنة والمنطقة العربية لأمراض الدم الوراثية والتشوهات الخلقية عام ١٩٩٥، بوصفه جزءاً من دراسة حول صحة الأسرة العمانية، وهو مشروع مشترك بين دول مجلس التعاون الخليجي تحت مسمى دراسة صحة الأسرة الخليجية. ويهدف المسح إلى تقدير معدلات انتشار أمراض الدم الوراثية الأكثر شيوعاً بين الأطفال العمانيين الأقل من ٥ سنوات، وذلك من أجل إمداد المخططين ومتخذي القرار بالمعلومات المناسبة لوضع السياسات الصحية، وتخطيط وتقييم البرامج الصحية بصورة دقيقة وعلمية. ولقد أوضحت نتائج المسح الوطني أن الإصابة باعتلالات الدم الوراثية في عمان تسجل (٦٪) بالنسبة لمعدل انتشار أمراض الخلايا المنجلية، في حين بلغ معدل انتشار الثلاسيميا بيتا (٢٪). ومعدل انتشار فقر الدم (نقص الخميرة) (٢٥٪) بين الذكور و(١٠٪) بين الإناث. وقد سجل المسح (في إطار العينة) النسبة الكلية لزواج الأقارب بحوالي (٥٨٪) منهم (٣٤٪) زيجات في إطار القرابة المباشرة (أولاد العم والخال)

و(٢٣٪) في القرابة البعيدة (Al-Riyami, 2000: 47-49).

وعن دور النسق القرابي في دعم التقارب في عملية الزواج وتأثيره على الإصابة بالأمراض الوراثية، انتهت دراسة Blauhut (2007) و Sutterlüty إلى أن توجهات أعضاء الجماعة القرابية والعرقية نحو الزواج الداخلي واسعة الانتشار، مما ترتب عليه تأثيرات صحية واجتماعية واسعة المدى. وفي هذا الإطار ايضاً، هدفت دراسة خان (٢٠٠٧) إلى الكشف عن المخاطر الوراثية لزواج الأقارب. وخلصت إلى أن هناك أسباباً متنوعة وعوامل مؤثرة في ميول بعض الشباب لزواج الأقارب، فمنها عوامل اجتماعية واقتصادية وبيئية وثقافية وغيرها. منها العادات والتقاليد، وذلك للمحافظة على الثروة والميراث، وتزداد قوة هذه العوامل مع تدني مستوى التعليم. كما أن الزواج من داخل الأسرة قد يزيد أحياناً من فرص إنجاب أطفال يعانون من الأمراض والإعاقات، وذلك بسبب تزايد احتمالات انتقال العوامل الوراثية التي بها خلل إلى الأبناء. وقد أشارت الدراسة إلى أن أكثر أمراض الدم الوراثية خطورة وانتشاراً في سلطنة عمان وهي: فقر الدم المنجلي، ومرض ثلاسيميا الدم، ومرض نقص الخميرة الفولي.

أما المسح الصحي الوطني (٢٠٠٨) فيهدف إلى التعرف على المعارف والاتجاهات حول التشوهات الخلقية والاعتلالات الوراثية حتى يتسنى تغييرها على الأمد البعيد للتخفيف من المشكلات المتعلقة بأمراض الدم الوراثية والتشوهات الخلقية. وانتهت نتائج المسح إلى أن نصف عينة الدراسة في إطار زواج الأقارب، وقد أظهر أفراد العينة قبولاً واضحاً لظاهرة زواج الأقارب، ويعدّونه جيداً بمعدل ثلاث أرباع العينة، وعلى الرغم من ذلك جاءت أسباب الإصابة بالتشوهات الخلقية تتعلق بزواج الأقارب بنسبة (٧٣,٧٪)، وكان مصدر معلوماتهم عن الأمراض الوراثية من وسائل الإعلام. وقد جاءت استجابتهم نحو أهمية التفكير في الاختبار الجيني قبل الزواج بنسبة (٨٨٪). أما الفئات التي يجب توعيتها من الأمراض الوراثية والتشوهات الخلقية من وجهة نظرهم فجاءت في مقدمتها الشباب المقبل على الزواج (٧٠٪)، ومن المهم تثقيف المراهقين (٨٨٪)، وتوفير معلومات حول أسباب الأمراض الوراثية (٦٧٪)، والفحص الجيني قبل الزواج والحمل (٧٠٪). وقد جاء الفحص الجيني قبل الزواج ضروريا لمعرفة ما إذا كان الشخص يحمل أي جينيات لأمراض وراثية. وأشار ما يقرب من (٣٦٪) إلى أنه لا جدوى من الإجراءات الوقائية من الإصابة بالأمراض الوراثية (Directorate of Research and Studies, 2008: 137- 140).

أما دراسة Nagaraj& Others, (2008) فتهدف إلى الكشف عن الفروق بين الجنسين في الوفيات في ماليزيا عبر فترات زمنية. إذ أظهرت الدراسة أن هناك فروقا ثابتة بين الجنسين عبر الزمن ولكنها اتسعت عند الملاويين والهنود، وضاقت عند الصينيين، والأكثر أهمية أنها اتسعت بشكل كبير عند الشباب. كما أن تحليل الأسباب الأساسية للوفاة كشفت أن الشباب من الذكور كانوا أكثر تعاملا مع السلوكيات الخطرة، إلا أن هذه الأسباب تختلف عبر المجموعات العرقية.

وفي سياق أخر، هدفت دراسة موسي (٢٠١٣) إلى التعرف على دور الأمراض الوراثية والمعدية في الفرقة بين الزوجين من وجهة نظر فقهية مقارنة، وخلصت الدراسة إلى أن الشريعة الإسلامية تتميز بالمرونة والقدرة على معالجة القضايا المستجدة بلا إفراط ولا تفريط، فحرصت الشريعة على الموازنة بين المصالح والمفاسد، وتحقيق الأصلح للفرد وللمجتمع، وحل كافة المشكلات التي تواجهه في جميع شؤون حياته. وهنا يجوز لولي الأمر إصدار قانون يلزم فيه كل المتقدمين للزواج لإجراء الفحص الطبي، وجعله شرطاً لإتمام العقد. فلقد أثبتت الدراسات الحديثة في علم الوراثة أن لزواج الأقارب علاقة بالأمراض الوراثية، وأكدت الدراسة أن تكرار هذا النوع من الزواج يزيد فرص انتقال الأمراض الوراثية وتفشيها في العائلة، ويضعف النسل مع تعاقب الأجيال. ويعتبر وجود المرض الوراثي في أحد الزوجين عيبا يفرق به بينهما بشروط وضوابط. وذلك لما في الأمراض الوراثية من خطر يهدد بهدم ضرورة من الضروريات الخمس للحياة الإنسانية وهي النسل.

ومؤخراً، انتهى فريق بحثي من مستشفى جامعة السلطان قابوس من إجراء دراسة تحليلية للتركيبة الجينية لمرض ثلاسيميا ألفا في سلطنة عمان، وأثرها الإكلينيكي على مرضي الثلاسيميا (باء) وفقر الدم المنجلي. وقد تم نشر نتائج هذه الدراسة في المجلة الدولية لمختبر أمراض الدم في عام ٢٠١٤ (International Journal of Laboratory Hematology). وتعد هذه الدراسة أول دراسة دقيقة في السلطنة تحديدا لمعرفة التركيبة الجينية في عمان، وتحديد نوعيتها. وهذا بسبب كون هذا المرض منتشراً في السلطنة. وتكمن أهمية هذه الدراسة في رصد أنواع الطفرات الجينية لمرض ألفا ثلاسيميا وارتباطها بأمراض الدم الوراثية المنتشرة في السلطنة مثل بيتا ثلاسيميا وفقر الدم المنجلي، وذلك من أجل إمكانية تشخيص حالات الثلاسيميا "ألفا"، فضلاً عن تقديم النصح والمشورة قبل الزواج. وقد هدفت الدراسة إلى تشخيص سبب وجود فقر الدم الحاد مع عدم وجود سبب، كنقص في الغذاء، أو وجود الثلاسيميا.

وأجريت هذه الدراسة على حوالي ٨٠٠٠ عينة حبل سري من الاطفال حديثي الولادة المولودين بمستشفى الجامعة ومستشفى صحار. وقد تم تحليل الهيموجلوبين في هذه العينة، وأوضحت النتائج أن نسبة العينات الطبيعية بلغت ٤٦,٣٪ . كما أسفرت الدراسة عن تحديد ومعرفة أنواع الطفرات الجينية لمرض ألفا ثلاسيميا، ونسبة انتشارها ومدى تأثيرها على أمراض الدم الوراثية الأخرى في السلطنة.

وقد ساعدت نتائج هذه الدراسة الأطباء المتخصصين في أمراض الدم الوراثية في تشخيص الأمراض بشكل دقيق لفهم طبيعة أعراض الأمراض المختلفة التي يوثر عليها مرض ألفا ثلاسيميا، ومن ثم معرفة وتحديد المصاب بالثلاسيميا سواء ألفا أو البيتا. ففي حالة إصابة الشخص بهذا المرض، فمن الضروري أن يعرف الطبيب المعالج بأن هذا المريض لديه كريات دم حمراء أقل حجماً من المعتاد، فقد يلتبس على الطبيب ويظن أن المريض مصاب بنقص الحديد، بينما هو يعاني من الثلاسيميا، وعلاج كلا المشكلتين مختلف ففي حال إعطاء أقراص الحديد لمرضى الثلاسيميا، فإن ذلك غير مفيد

بل قد يكون مضراً.

وعلى جانب أخر، ساهمت هذه الدراسة في إيجاد استراتيجية للفحص الجيني تناسب الطفرات الجينية الموجودة لدى العمانيين. كما ساعدت أيضاً في توفير قاعدة بيانات لأنواع الطفرات الجينية لمرض ألفا ثلاسيميا. ويعتزم الفريق البحثي مستقبلاً توسيع نطاق البحث ليشمل كافة مناطق السلطنة لتحديد نسبة انتشار مرض ألفا ثلاسيميا. والتركيز على وجود قاعدة بيانات للطفرات الجينية الشائعة لأمراض الدم الوراثية لدى العمانيين واستخدامها في وضع طرق واستراتيجيات جديدة لتحليلها بأسرع وقت وبدقة أكبر (https://home.trc.gov.om/arabic/tabid/1035/).

فضلاً عن ما تقدم، هناك مسوح وطنية نوعية في السلطنة (Rajab & Others, 2014) تستهدف تقديم بيانات دقيقة حول الحالات المتوقعة من الأطفال الذين سوف يعانون من الأمراض الوراثية مستقبلاً، وعليه يجب توفير خدمات صحية، ومعالجة المشكلة من خلال تطوير سياسات مرتبطة بالخدمات الصحية في هذا المجال. وخلص المسح الوطني إلى أن (٦٠٪) من العينة كان بسبب زواج الأقارب على اختلاف درجة القرابة، والتي تنتشر بينهم وجود أبناء ذوي الإعاقات الذهنية وأمراض الدم الوراثية، العمى، والصم، والاعاقات الأخرى. وفي السطور الآتية، نتناول مؤشرات الحالة الصحية وتطور معدلات الإصابة بأمراض الدم الوراثية في السلطنة.

ثانياً: مؤشرات الحالة الصحية وأمراض الدم الوراثية في السلطنة

يشمل هذا المحور موضوعين هما: مؤشرات الحالة الصحية بوجه عام في السلطنة مع الإشارة إلى بيان وضع السلطنة في إطار دول مجلس التعاون الخليجي، فضلاً عن المؤشرات الصحية المرتبطة بأمراض الدم الوراثية. أما الثاني فيعرض لمجموعة أمراض الدم الوراثية الأكثر انتشاراً في سياق المجتمع العماني وتطور معدلاتها.

١- مؤشرات الحالة الصحية:

يمكن رصد أهم مؤشرات الحالة الصحية في السلطنة من واقع التقرير الصحي السنوي لعام ٢٠١٤، بداية يمكن إلقاء الضوء على أهم الخصائص الديموغرافية للسكان. والجدول (١) يوضح تطور الخصائص الديموغرافية بين العمانيين من عام ١٩٩٥ حتى عام ٢٠١٤.

ووفقاً لنتائج تقديرات المركز الوطني للإحصاء والمعلومات للسكان العمانيين في منتصف عام ٢٠١٤، فإن نسبة النوع تصل إلى (١٠٢) ذكر لكل (١٠٠) من الإناث. كما لا يزال المجتمع العماني مجتمعاً فتياً، إذ إن حوالي (٥٠٪) من السكان تقل أعمارهم عن (٢١) عاماً؛ وتصل نسبة الأطفال دون الخامسة من العمر إلى (١٤,٥٪) والأطفال دون

جدول (١) تطور الخصائص الديموغرافية للسكان في سلطنة عمان

الخاصية	١٩٩٥	٢٠٠٠	٢٠٠٥	٢٠١٠	٢٠١١	٢٠١٢	٢٠١٣	٢٠١٤
السكان								
عماني	١,٥٥٢,٠٢٠	١,٧٧٧,٦٨٥	١,٨٤٢,٦٨٤	٢,٠٨١,٠٥٤	٢,١٣٧,٨٠٧	٢,٠٩٢,٥٦٠	٢,١٧٢,٠٠٢	٢,٢٦٠,٧٠٥
وافد	٥٣٩,٤٠٠	٦٢٣,٥٧١	٦٦٦,١٥٣	١,١٥٦,٣٥٨	١,٣٨١,٠١١	١,٥٣٠,٤٤١	١,٦٨٣,٢٠٤	١,٧٣٢,١٨٨
الجملة	٢,٠٩١,٤٢٠	٢,٤٠١,٢٥٧	٢,٥٠٨,٨٣٧	٣,٢٣٧,٤١٢	٣,٥١٨,٨١٨	٣,٦٢٣,٠٠١	٣,٨٥٥,٢٠٦	٣,٩٩٢,٨٩٣
خصائص المجتمع العماني: نسبة النوع (الذكور لكل ١٠٠ من الإناث)	١٠٤	١٠٣	١٠٢,١	١٠٢	١٠٢	١٠٣	١٠٣	١٠٢
أقل من ٥ سنوات (٪ من المجتمع العماني)	١٦,٣	١٤	١١,٩	١٢,٧	١٣,٢	١٣,٩	١٤,٣	١٤,٥
أقل من ١٥ سنة (٪ من المجتمع العماني)	٤٩,٩	٤٣,٢	٣٨,٩	٣٤,٣	٣٤	٣٣,٧	٣٤,٣	٣٥,١
٦٠ سنة فأكثر (٪ من المجتمع العماني)	٤,٧	٤,٨	٣,٥	٣,٨	٣,٨	٦	٦	٥,٩
الإناث في سن ١٥ إلى ٤٩ سنة (٪ من المجتمع العماني)	٢٠,٢	٢٣,٥	٢٦,٩	٢٨,٩	٢٩	٢٧,١	٢٦,٩	٢٦,٦
الإناث في سن ١٥ إلى ٤٩ سنة (٪ من المجتمع الإناث العماني)	٤١,٢	٤٧,٧	٥٤,٤	٥٨,٣	٥٨,٤	٥٥,٢	٥٤,٦	٥٣,٩
الإناث المتزوجات (٪ من الإناث ١٥ إلى ٤٩ سنة)	٦٤,٣	٥٠,٢	٥٠,٢	٤٢,٩	٤٢,٩	٤٢,٩	٤٢,٩	٤٢,٩
نسبة الإعالة تبعا للسن (أقل من ١٥ وأكثر من ٦٥ عاما إلى المجتمع بين ١٥ و ٦٥ عاما)	١,٢	٠,٨٧	٠,٧	٠,٥٩	٠,٥٧	٠,٦١	٠,٦٣	٠,٦٥
معدل المواليد الخام (لكل ١٠٠٠ من السكان)	٣٤	٣٢,٥٨	٢٤,٧٥	٢٩,٢	٢٩,٤	٣٢,١	٣٣,٨	٣٣,٩
معدل الخصوبة الكلي (مولود لكل أنثى من ١٥ إلى ٤٩ سنة)	٦	٤,٧	٣,١٤	٣,٢٥	٣,٢٤	٣,٧	٣,٩	٣,٩
معدل الوفيات الخام (لكل ١٠٠٠ من السكان)	٦,١	٣,٦٥	٢,٥٣	٢,٩	٣,١	٣,٢	٢,٩	٢,٩
توقع الحياة عند الولادة (سنة) كلي	٦٧,٤	٧٣,٣٨	٧٤,٢٨	٧٣,٣	٧٢,٤	٧٦,٢	٧٦,٦	٧٦,٦
ذكور	٦٦,٨	٧٢,٤٩	٧٣,١٦	٧٠,٨	٧٠,١	٧٤,٥	٧٤,٨	٧٤,٨
الإناث	٦٧,٧	٧٤,٣	٧٥,٤٢	٧٦,٢	٧٥,٢	٧٨	٧٨,٥	٧٨,٥

المصدر: وزارة الصحة، التقرير الصحي السنوي ٢٠١٤، الفصل الأول، المقدمة، (١-٤)

الجدول (٢) مؤشرات الحالة الصحية في السلطنة ودول مجلس التعاون في تقرير التنمية البشرية ٢٠١٤

الدولة	معدل وفيات البالغين		معدل الوفيات على أساس العمر		الوزن الزائد بين البالغين على حسب العمر	انتشار فيروس نقص المناعة البشرية بين البالغين	متوسط العمر المتوقع			الاطباء	الإنفاق على الصحة	
	لكل ١,٠٠٠ من السكان		لكل ١٠٠,٠٠٠ من السكان		بالنسبة المئوية من الفئة العمرية ٢٠ سنه وما فوق	بالنسبة المئوية من الفئة العمرية ١٥-٤٩ سنه	عند ٦٠ سنه	معدلا بعامل الصحة بالسنوات		لكل ١٠,٠٠٠ من السكان	المجموع	من الموارد الشخصية
	الإناث	الذكور	بسبب استهلاك الكحول	بسبب تعاطي المخدرات			بالسنوات	الإناث	الذكور		بالنسبة المئوية من الناتج المحلي الإجمالي	بالنسبة المئوية من مجموع الإنفاق على الصحة
السنه	٢٠١١	٢٠١١	٢٠٠٨	٢٠٠٨	٢٠٠٨	٢٠١٢	٢٠١٥\٢٠١٠	٢٠١٠	٢٠١٠	٢٠١٢-٢٠٠٣	٢٠١١	٢٠١١
قطر	٥٢	٧٤	-	٠	٣٣,١	-	٢١,٢	٦٧,٤	٦٦,٢	٢٧,٦	١,٩	١٣,٦
السعودية	٥٢	٧١	٠,٤	٠,٢	٣٥,٢	-	١٩,٢	٦٦,٦	٦٣,٩	٩,٤	٣,٧	١٨
الامارات	٦٤	٨٥	١,١	٠,٣	٣٣,٧	-	١٩,٨	٦٦,٢	٦٤,٧	١٩,٣	٣,٣	١٦,٢
البحرين	٥١	٦٩	٠,٥	٠,٥	٣٢,٦	-	١٩,٥	٦٥,٢	٦٤,٣	١٤,٩	٣,٨	١٦,٦
الكويت	٤٤	٦١	٠,١	-	٤٢,٨	-	١٧,٦	٦٧	٦٥,٣	١٧,٩	٢,٧	١٦,١
عمان	٧٨	١٥٧	٠,٤	٠,٢	٢٢	-	٢٠,٥	٦٦,٤	٦٣,٦	٢٠,٥	٢,٣	١١,٤

المصدر: البرنامج الإنمائي الأمم المتحدة، تقرير التنمية البشرية ٢٠١٤، الأمم المتحدة. (١٧٦-١٨٢)

الخامسة عشر من العمر (٣٥,١٪)، وهنا نصف السكان العمانيين دون (١٥ سنة). أما الذين يبلغون من العمر ستون عاماً فأكثر فتصل نسبتهم (٥,٩٪) فقط. ويبلغ متوسط حجم الأسرة العمانية (٧,٨) فرداً، ونلاحظ أن أكثر من ربع المجتمع العماني (٢٦,٦٪) يتألف من إناث في عمر الإنجاب (١٥-٤٩ سنة) وهن يمثلن حوالي (٥٣,٩٪) من مجموع الإناث، ويتوقع أن تكون نسبة المتزوجات منهن (٤٢,٩٪). كما أوضح المسح الصحي العالمي لعام ٢٠٠٨ أن متوسط السن عند الزواج الأول هو (٢٩,١ سنة) للذكور و (٢٦,٨ سنة) للإناث. ولعل ارتفاع متوسط سن الزواج الأول (٢٠,٧ للإناث و٢٤,٨ للذكور حسب تعداد ١٩٩٣) هو أحد الأسباب الهامة لانخفاض معدلات الخصوبة في سلطنة عمان، فنجد أنه تم تقدير معدل الخصوبة الكلي للمرأة العمانية من بيانات تعداد ١٩٩٣ ووجد (٦,٩) مولود حي لكل امرأة في سن الإنجاب (١٥-٤٩) وقد انخفض ليبلغ (٣,٥٦) حسب تعداد ٢٠٠٣، وقد عاود الارتفاع قليلا وسجل (٣,٩) حسب بيانات عام ٢٠١٤.

ومن واقع البيانات تم تقدير معدل المواليد الخام بحوالي (٣٣,٩) لكل ١٠٠٠ من المجتمع العماني في عام ٢٠١٤. وخلال السنوات الإحدى والعشرين الماضية انخفض هذا المعدل بنسبة (١٥,٩٪)، ففي عام ١٩٩٣ كان معدل المواليد الخام (٤٠,٣)، وقد صاحب ذلك انخفاض في معدل الوفيات الخام من (٧,٣) عام ١٩٩٣ إلى (٢,٩) لكل ١٠٠٠ نسمة من المجتمع العماني عام ٢٠١٤، وهذا يعني انخفاض معدل الوفيات بنسبة (٦٠,٣٪) خلال السنوات الإحدى والعشرين الماضية (تقرير الصحي السنوي، ٢٠١٤، ص ١-٣).

وفي إطار مقارنة السلطنة ودول مجلس التعاون في بعض المؤشرات الصحية، فقد أشار تقرير التنمية البشرية لعام ٢٠١٤ (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، ٢٠١٤: ١١) جملة مؤشرات تعكس الحالة الصحية في السلطنة مقارنة بدول مجلس التعاون كما يوضحها الجدول رقم (٢)

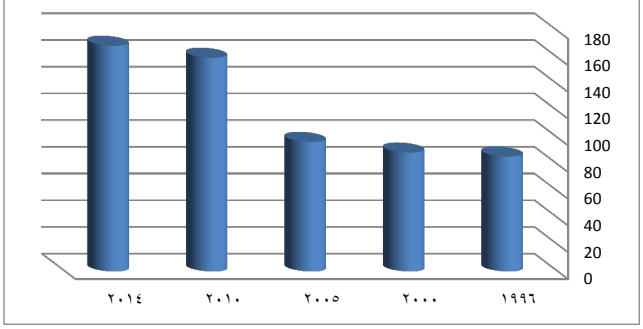
يشير الجدول (٢) إلى أن السلطنة سجلت معدلاً مرتفعاً لنسبة

جدول رقم (٣) يوضح تطور أمراض الدم من عام ١٩٩٦ /٢٠١٤

أمراض الدم وأعضاء تكوين الدم	٪ من إجمالي المراضة العيادات الخارجية	لكل ١٠٠٠٠ من السكان
١٩٩٦	٠,٣	٨٦
٢٠٠٠	٠,٥	٨٩
٢٠٠٥	٠,٦	٩٧
٢٠١٠	٠,٨	١٦٠
٢٠١٤	٠,٨	١٦٩

المصدر: وزارة الصحة، التقرير الصحي السنوي، ٢٠١٤، الفصل التاسع، المراضة والوفيات، ص(٩-٤)

شكل (١) معدل أمراض الدم وأعضاء تكوين الدم لكل ١٠٠٠٠ من السكان



وفيات البالغين من الجنسين وخاصة النساء مقارنة بدول مجلس التعاون. بينما انخفض معدل الإصابة بالوزن الزائد (السمنة) وهو أحد أمراض العصر، وسجلت السلطنة موقعاً متوسطاً في كل من متوسط العمر المتوقع مع ملاحظة تزايد أمد الحياة بين النساء العمانيات مقارنة بالذكور، كما في عدد الأطباء لكل (١٠,٠٠٠ من السكان)، والحال كذلك في الإنفاق الصحي.

وفي محاولة لبيان المؤشرات الصحية المرتبطة بأمراض الدم الوراثية من واقع سجلات وزارة الصحة (التقرير الصحي السنوي، ٢٠١٤) ويبين الجدول (٣) تطور معدلات أمراض الدم وأعضاء تكوين الدم من عام ١٩٩٦ إلى عام ٢٠١٤.

الجدول (٤) أنواع أمراض الدم للمراضة المترددين على العيادات الخارجية عام ٢٠١٤ (المعدل لكل ١٠٠٠٠ من السكان)

أنيميا نقص الحديد والانيميا الأخرى	١٢
أنيميا حال (تكسير) الدم وأخرى غير محددة	١٥٢
اضطرابات أخرى بالدم وأعضاء تكوين الدم	٥
جملة أمراض الدم وأمراض أعضاء تكوين الدم	١٦٩

المصدر: وزارة الصحة، التقرير الصحي السنوي، ٢٠١٤، الفصل التاسع، المراضة والوفيات، ص(٩-١٦)

جدول (٥) الوضع الصحي لطلاب المدارس (الصف الأول) من التعليم العام والأساسي خلال العام الدراسي ٢٠١٣ / ٢٠١٤

نوع المرض	وضع الحالات التي تابعتها خدمات الصحة المدرسية				
	الحالات تحت العلاج ٪	الحالات تم شفاؤها ٪	٪ نسبةالحالات الجديدة	٪ من إجمالي المفحوصين	العدد
انيميا منجلية	٩٣,٥٢	٠	٨٤,٢٦	٠,٧٧	٣٢٤
مرض الثلاسيميا	١٠٠	٠	٧٦,٦٠	٠,١١	٤٧
الأنيميا الفولية	٩٠,٣١	٠	٨٩,١٤	٤,٠٥	١٧١٣
نقص الدم الغذائي	٤٥,١٨	٥٤,٧٧	١١,٩٣	٤,٦٦	١٩٧٠
إجمالي أمراض الدم	٦٨,٧٥	٣١,٢٣	٥١,٠٩	٩,٥٨	٤,٠٥٤

المصدر: وزارة الصحة، التقرير الصحي السنوي، ٢٠١٤، الفصل الثامن، المجالات الصحية، ص(٨-١١١)

جدول (٦) الوضع الصحي لطلاب المدارس (الصف السابع) من التعليم العام والأساسي خلال العام الدراسي ٢٠١٣ / ٢٠١٤

نوع المرض	وضع الحالات التي تابعتها خدمات الصحة المدرسية				
	الحالات تحت العلاج ٪	الحالات تم شفاؤها ٪	٪ نسبةالحالات الجديدة	٪ من إجمالي المفحوصين	العدد
انيميا منجلية	٩٨,٣٩	٠	٨١,١٢	٠,٦٥	٢٤٩
مرض الثلاسيميا	٩٣,٩٤	٠	٩٣,٩٤	٠,٠٩	٣٣
الأنيميا الفولية	٩١,١٦	٠	٨٨,٢١	٢,٧٤	١٠٥٢
نقص الدم الغذائي	٦٣,٩٨	٣٥,٤٧	١٦,٦٤	١,٩١	٧٣٣
إجمالي أمراض الدم	٨٢,٤٤	١٧,٣٧	٦٢,٠٧	٥,٣٩	٢٠٦٧

المصدر: وزارة الصحة، التقرير الصحي السنوي، ٢٠١٤، الفصل الثامن، المجالات الصحية، ص(٨-١١٣)

جدول (٧) الوضع الصحي لطلاب المدارس (الصف العاشر) من التعليم العام والأساسي خلال العام الدراسي ٢٠١٣ / ٢٠١٤

نوع المرض	وضع الحالات التي تابعتها خدمات الصحة المدرسية				
	الحالات تحت العلاج ٪	الحالات تم شفاؤها ٪	نسبةالحالات الجديدة٪	من إجمالي المفحوصين٪	العدد
انيميا منجلية	٩٩,٢٢	٠	٩١,٨٣	٠,٧٤	٢٥٧
مرض الثلاسيميا	١٠٠	٠	١٠٠	٠,٠٩	٣٠
الأنيميا الفولية	٩٣,٨٢	٠	٩٢,٤٧	٢,١٥	٧٤٤
نقص الدم الغذائي	٦١,٠٥	٣٨,٩٥	١٥,٢٩	٢,٢١	٧٦٥
إجمالي أمراض الدم	٨٠,٧٣	١٩,٢٧	٥٩,٦٣	٥,١٩	١٧٩٦

المصدر: وزارة الصحة، التقرير الصحي السنوي، ٢٠١٤، الفصل الثامن، المجالات الصحية، ص(٨-١١٥)

يوضح الجدول (٣) والشكل (١) أن هناك تزايدا ملحوظا يعبر عنه منحنى تطور معدل الإصابة بأمراض الدم وأعضاء تكوين الدم من إجمالي المراضة العيادات الخارجية في المؤسسات الصحية التابعة لوزارة الصحة، وذلك خلال الفترة من عام ١٩٩٦ إلى عام ٢٠١٤، وهذه دلالة على استمرار وتفاقم العوامل والمسببات للإصابة بأمراض الدم الوراثية في سلطنة عمان.

وإذا انتقلنا إلى نوعية الإصابة بأمراض الدم للمرضى المترددين على العيادات الخارجية بمؤسسات وزارة الصحة يلاحظ تزايد ملحوظ في معدل الإصابة بأنيميا حال (تكسير) الدم وأخرى غير محددة بمعدل ١٥٢ (لكل ١٠٠٠٠ من السكان) وهي في الغالب أنواع أمراض الدم الوراثية التي تنتشر في السلطنة على اختلافها.

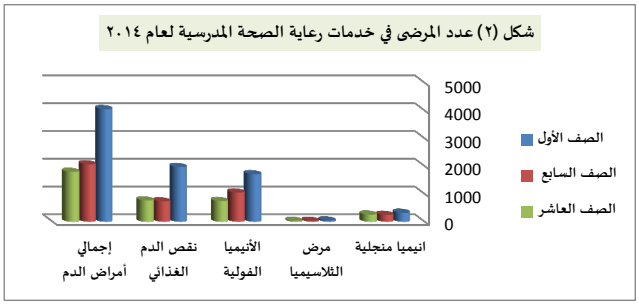
وجدير بالذكر، أن توزيعات أنماط أمراض الدم الوراثية في التقرير الصحي السنوي لعام ٢٠١٤ لم تظهر إلا في جداول الوضع الصحي لطلاب المدارس، كما كشفت عنها خدمات الصحة المدرسية. ففي الجدول (٥) يبين وضع الحالات التي تابعتها خدمات الصحةالمدرسية لدى طلاب مدارس الصف الأول من التعليم الأساسي والتعليم العام.

هناك ملاحظة جديرة بالاهتمام تتعلق بمعدلات الحالات التي تم شفاؤها من أمراض الدم الوراثية، إذ أشارت البيانات أن الأمراض الوراثية وهي (أنيميا منجلية - ومرض الثلاسيميا- والأنيميا الفولية) لم يُشفَ منها مريضٌ خلال عملية العلاج، بل اقتصرت الحالات التي تم شفاؤها على مرض نقص الدم الغذائي.

باستقراء البيانات الواردة بشأن عدد مرضى أمراض الدم الوراثية المسجلة في خدمات رعاية الصحة المدرسية لعام ٢٠١٤ كما في الشكل (٢) يتضح أن إجمالي الإصابة بأمراض الدم يتزايد بشكل واضح بين طلاب الصف الأول من التعليم الأساسي، وتقل كلما صعدنا في فئات العمر الأكبر بين طلاب المدارس. وتظهر بوضوح ارتفاع معدلات نقص الدم الغذائي، ثم أنيميا الفول، والأنيميا المنجلية، ثم الثلاسيميا. وفي السطور الآتية سوف نعرض لثلاث أمراض دم وراثية أكثر انتشاراً في البيئة العمانية من واقع السجلات الرسمية والمقابلات مع متخصصين وبعض المرضى وأرباب الأسر.

٢- أمراض الدم الوراثية في سياق المجتمع العماني:

تعدُّ أمراض الدم الوراثية من الأمراض التي تنتشر في المجتمع العماني حسب ما أشارت بيانات وزارة الصحة مؤخراً، وتنتقل الأمراض الوراثية من الآباء والأمهات إلى الأبناء عن طريق الجينات (المورثات) الموجودة في نواة الخلية في الجزء المسمى بالكروموسومات؛ إذ يرث الوليد نصف صفاته الوراثية من الأم والنصف الآخر من الأب. إذ يبلغ معدل ولادة طفل مصاب بأحد أمراض الدم الوراثية بالسلطنة ما بين (٣,٥-٤,٧ في كل ١٠٠٠ ولادة حية). ويحمل (١٠٪) من العمانيين جين مرض الأنيميا المنجلية بينما (٢-٣٪) يحملون الطفرة الجينية المسببة لمرض البيتا ثلاسيميا و (٤٥٪) يحملون طفرة وراثية لنوع الألفا ثلاسيميا، وهو الأخف والأقل تأثيراً من الناحية المرضية. ولعل أكثر أمراض الدم الوراثية شيوعاً بين المصابين في المجتمع هو مرض نقص الخميرة، حيث يحمل (٢٨٪)



من الذكور حين المرض بينما في الإناث تصل نسبة الحاملات إلى (١٢٪).

وهناك ثلاثة أمراض دم وراثية أكثر انتشاراً في المجتمع العماني من حيث معدل الإصابة (أنيميا الخلايا المنجلية- الثلاسيميا- أنيميا الفول نقص الخميرة) كل مرض يختلف في طريقة انتقاله من الآخر. وفي السطور الآتية نتناول أكثر أنماط أمراض الدم الوراثية انتشاراً في سياق المجتمع العماني.

أ- مرض فقر الدم المنجلي:

يعد مرض فقر الدم المنجلي أحد أمراض الدم الوراثية التي تصيب الإنسان بسبب وجود اعتلال في تركيب هيموجلوبين الدم الموجود في كريات الدم الحمراء. وهو ناتج عن تغير في تركيب الجينات المسؤولة عن تكوين الدم. وهذا يؤدي إلى صعوبة وصول الدم لبعض أجزاء الجسم، مما يسبب نوبات الألم الشديدة، وتكسر كريات الدم الحمراء، وهبوط نسبة الهيموجلوبين والتعرض للالتهابات.

تنتشر أنيميا الخلايا المنجلية أو فقر الدم المنجلي في العديد من دول العالم خاصة أفريقيا والشرق الأوسط والهند، وفي السلطنة بلغت نسبة حاملي المرض (٦٪) وبلغت أعلى المعدلات في المحافظات الداخلية ٩٪ ثم مسقط وجنوب الباطنة، في حين بلغت نسبة المرضى (٠,٢٪) إذ يعاني من فقر الدم المزمن لتكسر كرات الدم الحمراء في الأوعية الدموية والطحال، وذلك حسب آخر الدراسات التي أجريت لأطفال ما دون سن الخامسة. ومن أعراض هذا المرض الآلام الشديدة للمصابين في الأطراف ومنطقة الظهر. ومن الممكن تجلط خلايا الدم في الرئتين ويؤدي إلى الآلام شديدة في الصدر ، ومشاكل في التنفس. وقد تتجلط خلايا الدم في المخ ويؤدي إلى الجلطة الدماغية. لذا يتكرر دخول المريض إلى المستشفى ويتلقى المضادات الحيوية وأدوية مسكنات للآلام ونقل الدم في بعض الحالات (shabiba.com/News/Article-27989.aspx).

ب- الثلاسيميا:

تعدُّ ثلاسيميا الدم خاصة "بيتا" مرضاً وراثياً يصيب الدم، وينتقل من الآباء إلى الأبناء، إذ يعجز الجسم عن تكوين سلاسل كافية من سلسلة بيتا في الهيموجلوبين، مما يؤدي إلى سرعة تكسر كريات الدم الحمراء، وبالتالي إلى فقر الدم (الأنيميا) وعادة لا يظهر المرض في الشهور الأولى بعد الولادة، ولكن الأعراض سرعان ما تظهر خلال السنة الأولى من العمر. ومن ثم، فإن مرض الثلاسيميا (فقر الدم حوض البحر المتوسط) تكون بسببه خلايا الدم الحمراء غير قادرة على أداء وظيفتها على أكمل وجه. إذ يتكون الهيموجلوبين وهي المادة المهمة الموجودة في خلايا الدم الحمراء من سلسلتين "أ" و "ب" ولابد من وجود كل منهما بكميات متطابقة حتى يتم إنتاج الهيموجلوبين. فإذا نقصت كمية الإنتاج في أحد السلسلتين يسمى الثلاسيميا، فإذا نقصت "ا" تسمى ثلاسيميا "ألفا" واذا نقصت "ب" تسمى ثلاسيميا "بيتا".

يعاني مرضى الثلاسيميا "بيتا" من نقص حاد في الدم، وأعراض الأنيميا منذ فترة مبكرة من حياتهم. وفي العادة منذ الشهر السادس من العمر، وهذا يؤدي إلى ضعف في النشاط والنمو. عموما يعاني المريض من فقر دم حاد، وشحوب، وتعب، وتضخم في الكبد والطحال. هذا الأمر يتطلب نقل دم للمصاب بشكل شهري للتخفيف من هذه الأعراض، أو إعطاء المريض دواء لتجنب زيادة نسبة الحديد في الجسم بسبب النقل المتكرر للدم. ويصاب المريض على المدى البعيد بإصابات وتشوهات في عظام الرأس والأسنان، وتأخر النمو الجسدي والعقلي وتأخر في البلوغ. ومؤخرا، ظهر الحل الوحيد والناجح لمثل هذه الحالات هو زراعة النخاع العظمي من شخص آخر مطابق جينيا لهذا المريض (دائرة البحوث والدراسات، ٢٠١٣: ١١٦).

ينتشر الثلاسيميا الدم (أنيميا البحر المتوسط) في بلاد البحر المتوسط والشرق الأوسط وجنوب آسيا. وتبلغ نسبة حاملي ثلاسيميا بيتا في السلطنة حوالي (٥٢٪) من إجمالي المواطنين بينما تبلغ نسبة المرضى (٠,٠٧٪)من المواطنين. وأعلى معدلات الانتشار في منطقة شمال الباطنة (٣,٩٪)، ومحافظة مسقط ومحافظة الداخلية. وتبلغ نسبة حاملي ثلاسيميا ألفا (٥٠٪) بين المواطنين تقريبا (دائرة البحوث والدراسات، ٢٠١٢: ١١٦).

جـ- فقر الدم الفولي (نقص الخميرة) (G6PD)

فقر الدم الفولي مرض ينتج عن نقص الخميرة الموجودة في الجزء الأساسي لكريات الدم الحمراء، ووجودها ضروري للحفاظ على سلامة جدار كريات الدم الحمراء من التكسر، لذلك فإن الأشخاص الذين يعانون من هذا المرض يتعرضون لتكسر كريات الدم الحمراء عند تعرضهم لبعض المواد الكيميائية الموجودة في الفول. وتتمثل أعراض المرض في إن المصاب بهذا المرض إذا أكل الفول أو البقوليات، أو تناول بعض العقاقير الطبية فإنه يعاني من شحوب في اللون، تنتج عنه حالة فقر دم حادة ليصبح على إثرها الدم داكناً، ويصاب المريض بدوار، وقد يصاحبها في الحالات الشديدة فقدان الشهية أو القيء، أو يصاب باضطراب في التنفس وقصور في وظيفة القلب، قد يصل إلى فقدان الوعي. أما إذا لم يتعرض الشخص المصاب لهذه العوامل المؤثرة فإنه يكون سليماً معافى. ويعد هذا المرض الوراثي الأقل خطورة من بين الأنماط الأخرى إلى حد ما لأن أعراض المرض لا تظهر إلا حينما يتناول المصاب بعض الأطعمة كالفول، وبعض المضادات الحيوية.

ويعدُّ مرض نقص الخميرة هو أكثر الأمراض الأنزيمية انتشاراً في العالم إذ يوجد نحو مائة مليون شخص مصاب به. وينتشر هذا المرض في بلاد البحر المتوسط مثل اليونان، قبرص، مصر، إيران،

العراق، وبين السود في أمريكا وأفريقيا وفي آسيا مثل الفلبين والهند. وحسب آخر دراسة أجريت بسلطنة عمان لوحظ انتشار المرض بنسبة (١٨٪) بين الأطفال دون سن الخامسة من العمر (٢٥٪) بين الذكور و(١٠٪) بين الإناث. وحسب آخر دراسة ميدانية في عمان تبلغ نسبة حاملي المرض (٦٪) من الأطفال دون سن الخامسة بينما تبلغ نسبة الإصابة بالمرض (٠,٢٪)، ويزداد في شمال الشرقية والداخلية ومسقط وجنوب الباطنة ومسندم. وبلغت نسبة أعلى المعدلات بالسلطنة في الداخلية (٢٩٪) ثم جنوب الباطنة والظاهرة (دائرة البحوث والدراسات، ٢٠١٣: ١١٧).

وإذا تطرقنا إلى حجم أمراض الدم الوراثية في السلطنة ومدى انتشارها، فقد أفادت الدراسة Rajab & Others (2014) أن (٤٢٪) من أسر العينة لديهم حامل أو مصاب بأمراض دم وراثية، و(٢٩٪) لديهم عمى وصم وأعاقات ذهنية (١٧,٥٪)، و(١٢٪) اضطرابات خلقية أخرى، كما أن (٧,٣٪) من الأمهات تعرضنَ لموت أحد أطفالها وكان السبب غير معروف في أغلب الأحوال خاصة بين حديثي الولادة والرضع، وأن (١٠٪) منهن مصابون بأمراض دم وراثية، وعموما لم يتم إجراء فحص جيني أثناء الحمل.

وقد أشار الاختصاصيون الطبيون إلى أن تكسير خلايا الدم يسبب تضخم الطحال، وعموماً قد يحدث نتيجة عوامل وراثية، أو زواج الأقارب. كما قد يحدث نتيجة العديد من الأسباب الأخرى منها: الإصابة بالملاريا، وسرطانات الغدد اللمفاوية، وتليف الكبد، والسل الرئوي، ومرض الروماتيد. هذا إلى جانب اختلاف فصيلة دم الأم عن الجنين خاصة (Rh) بأن تكون الأم سالب والجنين موجب. كما يتعرض الشخص الذي ينقل له فصيلة دم مغايره عن فصيلته. هذا فضلا عن بعض العادات الغذائية مثل تناول الشاي الأحمر بعد الأكل مباشرة، وعدم تناول الفواكه والخضروات، وعدم التعرض لأشعة الشمس النافعة وقت الشروق والغروب، والاستخدام المفرط للأدوية سواء المسكنات أو المضادات الحيوية.

ومن واقع الدراسة الميدانية، فقد غطت الدراسة عدداً من الأسر (٢٥) أسرة معيشية في مناطق مختلفة (السيب بمحافظة مسقط، وبركة في محافظة الباطنة جنوب، وبهلاء بمحافظة الداخلية)، عانت من إصابة عضو من أعضائها أو أكثر بأمراض الدم الوراثية. وكانت أكثر الأمراض انتشاراً بين الأسر هي: فقر الدم المنجلي، وأنيميا الفول (نقص الخميرة)، والثلاسيميا. كما تنوعت فئات العمر بين المرضى، هذا مع ملاحظة تزايدها بين الأطفال من الجنسين. وكشفت الدراسة أن أغلب الأسر كانت في إطار زواج الأقارب، وخاصة من الدرجة الأولى (أبناء عمومة وخؤولة)، وفي بعض الأسر لم يكن الوالدان أقارب ولكنهما كانا حاملين لأحد أمراض الدم الوراثية مما أدى إلى إصابة أحد أبنائهم.

وقد سجلت الدراسة الميدانية مدى معاناة الأسر مع أفرادها المصابين بأمراض الدم الوراثية سواء كان (أبن، أبنه، أب، أم، جد، جدة)، من ارتفاع في درجات الحرارة (حمى) وألم في العظام لا يستطيع معه النوم، وقيء خاصة في مرض أنيميا الفول. أما المصابون بفقر الدم المنجلي فيعانون من نفس الأعراض إلى جانب عدم القدرة على الوقوف، ولمرض الثلاسيميا، تقريباً نفس الأعراض. وقد بينت الدراسة أن كثيراً من الأسر اكتشفت المرض منذ صغر سن المريض خلال عامه الأول في أغلب الحالات. كما كشفت الدراسة أن مريض انيميا الفول علاجه فقط أقراص الحديد التي قد تسبب إمساكاً وقد تلجأ ربة الأسرة إلى وقف العلاج بسبب شدة الإمساك، ولكنّ المريض بوجه عام يكون أفضل حالاً عندما يبتعد عن تناول البقوليات. أما فقر الدم المنجلي والثلاسيميا فإن المريض يحتاج دائماً إلى متابعة مستمرة وتنويم في المستشفى ونقل دم، ولا يوجد له علاج شافٍ ولكن مجرد مسكنات للآلام فقط. أما مرض الثلاسيميا فقد ظهر له علاج مؤخراً، وهو زرع نخاع، ولكن في سن ما بعد ١٧ عاماً كما ذكرت بعض الأسر. وفي هذا الصدد، سوف يزداد الأمر وضوحاً حين نلقي الضوء على أهم الأبعاد الاجتماعية والثقافية لأمراض الدم الوراثية كما كشفت عنها الدراسة الراهنة.

ثالثاً: الأبعاد الاجتماعية والثقافية لأمراض الدم الوراثية

يشير الواقع المعيش إلى تنوع واضح في البيئة العمانية بحسب الظروف البيئية، والسياق الاجتماعي الثقافي. ووفقاً للخصائص البيئية، تواجه سلطنة عمان تحديَ البقاء والنماء في زمن العولمة القاسي لمجتمع محدود من حيث عدد سكانه، ينتشر على رقعة جغرافية واسعة ذات تضاريس صعبة، ويتبنى اقتصاداً مفتوحاً صغير الحجم، يرتكز أساساً على مورد طبيعي غير متجدد (النفط)، ويقوم على قاعدة موارد طبيعية محدودة تتعرض إلى التناقص أو النفاذ أو التلف. ويزداد الأمر سوءاً في حالة وجود مخاطر بيئية ذات تأثير مباشر أو غير مباشر على صحة الإنسان.

وقد أشار تعداد ٢٠١٠ أن السكان العمانيين ما يقرب من ٢ مليون نسمة يتميز بمعدل سريع النمو وحجم الأسرة كبير بمعدل سبعة أطفال لكل أسرة، مع تزايد معدل زواج الأقارب. كما يتم توفير الرعاية الصحية مجاناً للمواطنين من خلال أكثر من (٢١٠) مؤسسة للرعاية الصحية الأولية، و١١ مستشفى للرعاية الثانوية، و٣ مراكز صحية للإحالة من الدرجة الثالثة. كما أشار المسح القطاعي لعام ٢٠٠٧ أن هناك توقع بأن (٧٪) من الأطفال ممن يعانون من الأمراض الوراثية بين (٣٠٠٠) أسرة من المسجلين في المسح. وهذه المسوح الوطنية تستهدف تقديم بيانات دقيقة حول الحالات المتوقعة من الأطفال الذين سوف يعانون من الأمراض الوراثية، لتوفير خدمات صحية ومعالجة المشكلة من خلال تطوير سياسات المرتبطة بالخدمات الصحية في هذا المجال (Rajab & others, 2014: 283).

وقد شهدت عمان خلال السنوات الخمس والأربعين الماضية نمواً اقتصادياً واجتماعياً ملحوظاً، انعكس بوضوح في تطور نظم الرعاية الصحية تطوراً فعالاً. وكان نتيجة لذلك حدوث تحول في نمط الأمراض من الأمراض المعدية إلى الأمراض غير المعدية، وانخفاض معدل المواليد ومعدل وفيات الأطفال. هذا مع تقديم رعاية طبية أفضل للمعاقين. وارتفاع أمد الحياة للأطفال الذين يعانون من الأمراض الخلقية والوراثية الآن.

وعلى جانب أخر، كشفت الدراسة الميدانية عن بعض المحددات ذات مرجعية تستند على السياق الاجتماعي والثقافي للمجتمع

المحلي، تستطيع أن تقدم أطراً تفسيرية لبعض المؤشرات الصحية منها تطور معدلات الإصابة بأمراض الدم الوراثية، وخريطة توزيعاتها المكانية. إذ أوضحت المؤشرات الصحية أن هناك تزايداً في منحنى تطور معدلات الإصابة بأمراض الدم الوراثية في الفترة من عام ١٩٩٦ حتى عام ٢٠١٤، فخلال (١٨) عاماً تزايدت إلى الضعف تقريبا من (٨٦) إلى (١٦٠) لكل ١٠٠٠٠ من السكان. وهذا المؤشر جدير بالبحث والتفسير حول الأسباب التي ساهمت في تزايد معدلات الإصابة كما سبقت الإشارة. كما من الأهمية الالتفات إلى معدل الإصابة بأنواع أمراض الدم، فكانت أنيميا تكسير الدم وغيرها شكلت (١٥٢) من إجمالي كافة الأنواع التي سجلت (١٦٩) لكل ١٠٠٠٠ من السكان لعام ٢٠١٤، أي حوالي (٩٠٪) من إجمالي أمراض الدم، وهذا النوع يرتبط بأمراض الدم الوراثية.

كما رصدت خريطة التوزيعات المكانية لأمراض الدم الوراثية تزايد معدلات الإصابة في محافظة الداخلية، وبوجه عام تتزايد معدلات الإصابة كلما اتجهنا شمال السلطنة، وتنخفض كلما اتجهنا جنوبا، إذ سجلت أقل معدلاتها بمحافظة الوسطى يليها محافظة ظفار. كل هذه المؤشرات تحتاج إلى تفسير وتحليل؛ فقد كشفت الدراسة الميدانية النقاب عن بعض الأبعاد الاجتماعية والثقافية بوصفها محددات تفسيرية للمؤشرات الصحية منها: زواج الأقارب، والسياق الثقافي من خلال بعض التصورات الشعبية، إلى جانب بعض العادات الاجتماعية، مثل: عادات الطعام وآداب المائدة، ومخاطر أنماط الحياة اليومية والمستحدثة. وهذا ما سوف يتضح في السطور الآتية.

١- الخريطة الاجتماعية لأمراض الدم الوراثية:

تتشكل الخريطة الاجتماعية للأمراض عامةً وفقا للمكان والزمان والسياق الاجتماعي الثقافي، وتتعرض للتغيير بمرور الوقت استجابة للتغيرات التي تطرأ على المجتمع، وأنماط الحياة الاقتصادية والاجتماعية، والتغيرات الديموغرافية أيضاً. وكذلك حسب ما يشهده المجتمع من تطور ملحوظ في نظم الرعاية الصحية ومستوياتها (الجوهري وآخرون، ٢٠٠١: ١٥). وتعنى الخريطة الاجتماعية بالأبعاد الاجتماعية والثقافية المتصلة بالصحة والمرض لدى شرائح اجتماعية معينة في مناطق بعينها (اسحق، ٢٠٠١: ١٦٩).

وباستقراء خريطة الأمراض في السلطنة بحسب البعد المكاني (المناطق الصحية) من واقع البيانات المتوفرة (التقرير الصحي السنوي، ٢٠١٤)، يلاحظ ارتفاع معدل الإصابة بالأمراض (المعدية وغير المعدية وأمراض التسمم وغيرها) في ثلاث مناطق هي: الوسطى، ومسندم، وجنوب الشرقية، وتنخفض بشكل واضح في كلّ من: مسقط، وظفار، والظاهرة. وفي مرتبة وسطى نجد: الداخلية، وشمال الباطنة، وجنوب الباطنة، وشمال الشرقية. ومن الواضح أن المناطق التي تزداد فيها معدل الإصابة بالأمراض على اختلافها تنتمي إلى مناطق الأطراف والحدود كما توضحها خريطة السلطنة. إذ يتعذر حصول سكانها على نصيب وافر من نظم الرعاية الصحية ومستوياتها. ويرجع ذلك إلى اتساع الحيز الذي تشغله السلطنة، وتوزيع السكان على مناطق متباعدة بعضها ذو طبيعة جغرافية صعبة؛ لذا فإن تكلفة التنمية ولا سيما التنمية الصحية تميل إلى الارتفاع بالمقارنة مع دول الخليج الأخرى الأوفر حظاً من ناحية الموارد النفطية، وصغر مساحة بعض منها، وسهولة الوصول إلى السكان في أغلب المناطق.

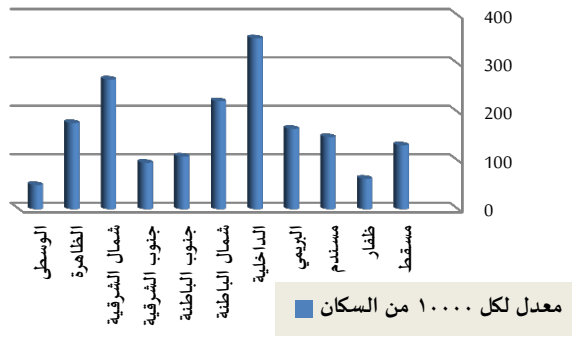
من استعراض الخريطة الاجتماعية للأمراض في السلطنة يتضح أن نوعية الأمراض الأكثر انتشاراً ترتبط إلى حد كبير بعدد من المتغيرات، منها ما يرتبط بالظروف البيئية المحيطة، فضلاً عن المستوى الاقتصادي والاجتماعي. ومن ثم، يمكن أن نعرّج على التوزيعات المكانية لانتشار أمراض الدم الوراثية كما يوضحها الجدول رقم (٨).

الجدول (٨) المراضة المترددين على العيادات الخارجية لمؤسسات وزارة الصحة حسب المحافظات الصحية لعام ٢٠١٤ (المعدل لكل ١٠٠٠٠ من السكان)

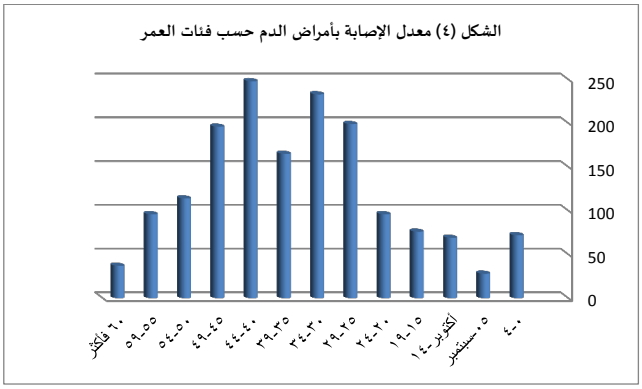
المحافظات	أنواع أمراض الدم وأمراض أعضاء تكوين الدم			
	أنيميا نقص الحديد والانيميا الأخرى	أنيميا حال (تكسير) الدم وأخرى غير محددة	اضطرابات أخرى بالدم وأعضاء تكوين الدم	الإجمالي الوطني
مسقط	٤	١٢٣	٥	١٣٢
ظفار	١١	٤٨	٤	٦٣
مسندم	٢٠	١١٩	١١	١٤٩
البريمي	١٣	١٤٧	٦	١٦٦
الداخلية	٧	٣٤١	٤	٣٥٣
شمال الباطنة	٢١	١٩٧	٥	٢٢٣
جنوب الباطنة	٢٣	٨١	٦	١٠٩
جنوب الشرقية	١٠	٨٣	٤	٩٦
شمال الشرقية	٨	٢٥٥	٥	٢٦٨
الظاهرة	٤٣	١٢٨	٨	١٧٨
الوسطى	١٦	٢٤	٩	٥٠
الإجمالي الوطني	١٢	١٥٢	٥	١٦٩

المصدر: وزارة الصحة، التقرير الصحي السنوي، ٢٠١٤، الفصل التاسع، المراضة والوفيات، ص (٩-٢٠)

الشكل (٣) التوزيعات المكانية لأمراض الدم وأمراض أعضاء الدم عام ٢٠١٤



الشكل (٤) معدل الإصابة بأمراض الدم حسب فئات العمر



جدول (١٠) المراضة المترددين على العيادات الخارجية حسب فئات العمر والنوع لعام ٢٠١٤ (المعدل لكل ١٠٠٠٠ من السكان)

فئات العمر	أمراض الدم وأمراض أعضاء تكوين الدم
٤-٠	٧٢
٩-٥	٢٨
١٤-١٠	٦٩
١٩-١٥	٧٦
٢٤-٢٠	٩٦
٢٩-٢٥	١٩٩
٣٤-٣٠	٢٣٣
٣٩-٣٥	١٦٥
٤٤-٤٠	٢٤٨
٤٩-٤٥	١٩٦
٥٤-٥٠	١١٤
٥٩-٥٥	٩٦
٦٠ فأكثر	٣٧
جملة	١٦٩

المصدر: وزارة الصحة، التقرير الصحي السنوي، ٢٠١٤، الفصل التاسع، المراضة والوفيات، ص (٩-١٦)

جدول (٩) أنواع أمراض الدم للمراضة المترددين على العيادات الخارجية حسب فئات النوع لعام ٢٠١٤

أنواع أمراض الدم وأمراض أعضاء تكوين الدم	معدل لكل ١٠٠٠٠ من ذكور	معدل لكل ١٠٠٠٠ من الإناث
أنيميا نقص الحديد والانيميا الأخرى	٧	٢٢
أنيميا حال (تكسير) الدم وأخرى غير محددة	١٣٧	١٧٩
اضطرابات أخرى بالدم وأعضاء تكوين الدم	٤	٧
جملة الإصابة	١٤٨	٢٠٨
٣٥٦		

المصدر: وزارة الصحة، التقرير الصحي السنوي، ٢٠١٤، الفصل التاسع، المراضة والوفيات، ص (٩-٨) (٩-١١)

باستقراء البيانات الواردة في الجدول (٨) والشكل (٣)، يتضح أن محافظة الداخلية تميزت بارتفاع ملحوظ بنسب الإصابة بأمراض الدم الوراثية على اختلافها بمعدل (٣٥٣ لكل ١٠٠٠٠ من السكان) وهي تقع في منطقة وسطى في السلطنة وتبعد عن السواحل؛ لذا سميت بـ "الداخلية" وتتميز بوجه عام بسيادة وقوة السياق الثقافي التقليدي، ومن ثم تزداد بها الأبعاد الاجتماعية والثقافية وضوحاً وخاصة ما يتعلق بزواج الأقارب، فطبيعة السياق الاجتماعي التقليدي يفضل الزواج الداخلي من أبناء العمومة والخؤولة، مما يترتب عليه تزايد معدل الإصابة بأمراض الدم الوراثية. هذا فضلاً عمّا ينتشر في هذا السياق من عادات الطعام وآداب المائدة، وما قد يرتبط بها من سوء تغذية، فضلاً عن بعض الأفكار والتصورات الشعبية حول الصحة والمرض.

وبعد ذلك تشير خريطة توزيع أمراض الدم الوراثية إلى أنها تزداد كلما اتجهنا شمالاً حيث شمال الشرقية، وشمال الباطنة، والظاهرة، ومسقط، والبريمي، ومسندم. وتنخفض معدلات الإصابة بأمراض الدم الوراثية كلما اتجهنا جنوباً حيث الوسطى، وظفار، وجنوب الشرقية، وجنوب الباطنة. أما إذا انتقلنا إلى عرض أنواع أمراض الدم بين المرضى المترددين على العيادات الخارجية حسب فئات النوع، فالجدول (٩) يبين أن هناك تزايداً في معدلات أمراض الدم الوراثية على اختلافها بين الإناث مقارنة بالذكور. بمعنى أن الإناث أكثر عرضة لمجموعة أمراض الدم الوراثية. ويرجع ذلك حسب ما أشارت الدراسة الميدانية إلى كونهن أكثر عرضة لمخاطر سوء التغذية في الأسر المعيشية.

أما الجدول (١٠) والشكل (٤) يتناول توزيع المرضى بأمراض الدم الوراثية المترددين على العيادات الخارجية بمؤسسات وزارة الصحة حسب فئات العمر. وهنا يلاحظ اختلاف معدلات الإصابة بأمراض الدم الوراثية حسب فئات العمر؛ حيث تزداد بشكل واضح بين الفئات الشابة (٢٥-٤٤ سنة) إذ بلغت (٨٤٥ حالة لكل ١٠٠٠٠ من السكان)، وتأتي بعد ذلك فئات السن من متوسطي العمر (٤٥-٥٩ سنة) إذ سجلت (٤٠٦ حالة لكل ١٠٠٠٠ من السكان). وتحتل المرتبة الثالثة فئات العمر صغار السن (أقل من ٢٤سنة) إذ بلغت معدلات الإصابة (٣٤١ حالة لكل ١٠٠٠٠ من السكان). أما فئات كبار السن (من ٦٠ فأكثر) فقد سجلت معدلات الإصابة (٢٦٠ حالة لكل ١٠٠٠٠ من السكان). ومن أهم الدلالات الاجتماعية لتوزيعات معدلات الإصابة بأمراض الدم تزايد معدلات الإصابة بالمرض بين البالغين (الشباب

ومتوسطي العمر)، مما يجعلنا نتوقع تزايد معدلات الإصابة بأمراض الدم الوراثية في المستقبل لدى الجيل الثاني.

وفي محاولة لرصد تطور مؤشرات رعاية الحوامل قبل وبعد الولادة لعام ٢٠١٤من خلال نسبة حالات فقر الدم في الجدول (١١).

تعكس مؤشرات تطور رعاية النساء الحوامل قبل وبعد الولادة إلى ميل منحنى المعدلات إلى الانخفاض التدريجي خلال الفترة من ٢٠٠٥/٢٠١٤، وهذه دلالة على تحسن سبل الرعاية الصحية المقدمة للمرأة الحامل. وإذا انتقلنا إلى رصد مؤشرات رعاية الحوامل قبل الولادة من خلال نسبة حالات فقر الدم موزعة جغرافيا حسب المحافظات لعام ٢٠١٤ في الجدول (١٢).

فإن البيانات تكشف تزايد نسبة الإصابة بين الأمهات الحوامل قبل الولادة حسب المحافظات الصحية لعام ٢٠١٤ في محافظتي الباطنة شمال وجنوب، ثم تأتي محافظات مسندم، ومسقط، والداخلية. وهذا حسب المؤشرات الصحية لوزارة الصحة لعام ٢٠١٤. مما يدل على توقع أن تتزايد نسب الإصابة وحمل المرض بين المواليد.

ومما سبق يتضح، أن التوزيعات المكانية للأمراض الدم الوراثية كشفت عن جملة مؤشرات مهمة سوف تتضح من خلال عرض بعض العوامل التي ساعدت على انتشار أمراض الدم الوراثية منها: زواج الأقارب، والسياق الثقافي من خلال بعض التصورات الشعبية وعادات الطعام وآداب المائدة، فضلا عن مخاطر أنماط الحياة اليومية والمستحدثة.

٢- زواج الأقارب:

تنتقل الأمراض الوراثية من الآباء والأمهات إلى الأبناء عن طريق الجينات (الموروثات) الموجودة في نواة الخلية. لذا فإن الأقارب الذين ينحدرون من أصل واحد فإنهم يحملون جزءاً من نفس الجينات، إذ تشير الدراسات إلى أن (٣٪) من المواليد في العالم يولدون بمشاكل وتشوهات خلقية ووراثية وتزيد هذه النسبة إلى (٧٪) عند المتزوجين من أقاربهم من الدرجة الأولى. وقد أظهرت نتائج الحصر الشامل للمعوقين في السلطنة أن نسب الإعاقات الوراثية والخلقية تمثل (٤١٪) من مجموع أسباب الإعاقة، وفي فئة الأطفال أقل من ١٥ سنة فإن هذه النسبة تصل إلى أكثر من (٨٠٪) من مجموع أسباب الإعاقة لفئة الأطفال (دائرة الدراسات والبحوث، ٢٠١٣: ١١٥-١١٦).

من المعروف أن زواج الأقارب وإن انتشر في بيئة ما، فهو ليس بالضرورة أن يكون ضاراً، فمشاكل زواج الأقارب تعتمد على مدى انتشار الأمراض الوراثية بين أفراد تلك البيئة. ومن المعلوم لدى معظم الناس أن أمراض الدم الوراثية تزداد كثيراً بين العائلات التي يكثر فيها زواج الأقارب. وتعد هذه النوعية من الأمراض من أخطر وأكثر الأمراض الوراثية انتشاراً. ومن هذه الأمراض في سياق المجتمع العماني: فقر الدم المنجلي، وكذلك مرض ثلاسيميا الدم، ومرض نقص الخميرة الفولي. وفي هذه الأمراض الوراثية قد يكون الشخص مصاباً بالمرض بصورة شديدة أو قد يكون حاملاً للجين الوراثي للمرض، والذي قد ينقله إلى أولاده مما يزيد من انتشار مثل هذه الأمراض. وهذا الأمر له نتائج سلبية على الحالة

جدول (١١) تطور مؤشرات رعاية الحوامل قبل وبعد الولادة لعام ٢٠١٤

السنة	نسبة حالات فقر الدم ٪
٢٠٠٥	٣٦,٥
٢٠٠٥	٣٣,١
٢٠١٠	٢٧,٩
٢٠١١	٢٧,٦
٢٠١٢	٢٦,٧
٢٠١٣	٢٧,١
٢٠١٤	٢٤,٨

المصدر: وزارة الصحة، التقرير الصحي السنوي، ٢٠١٤، الفصل الثامن، المجالات الصحية، ص (٨-٥)

جدول (١٢) مؤشرات رعاية الحوامل قبل الولادة حسب المحافظات الصحية لعام ٢٠١٤

المحافظة	نسبة حالات فقر الدم ٪
مسقط	٢٧,٤٥
مسندم	٢٧,٧٧
البريمي	١٣,٩٨
الداخلية	٢٦,٣٤
شمال الباطنة	٣٠,٥٢
جنوب الباطنة	٣٠,٥٤
جنوب الشرقية	١٧,٢٧
شمال الشرقية	١٩,٢٦
الظاهرة	٢٢,٨٢
الوسطى	٩,٥
ظفار	١٣,٨١
الإجمالي	٢٤,٨٢

المصدر: وزارة الصحة، التقرير الصحي السنوي ٢٠١٤، الفصل الثامن، المجالات الصحية (٨-٩)

الصحية للأسرة والمجتمع تمتد إلى الاقتصاد الوطني.

فسلطنة عمان من المجتمعات التي تتميز بسيادة القبلية بوضوح كما هو معتاد في المحيط الإقليمي في إطار دول مجلس التعاون الخليجي. ومن ثم تزداد سطوة القبائل ويزداد معها التمسك بالعادات والتقاليد والقيم الموروثة من الأجداد إلى الآباء ومنهم إلى الأبناء. وتعد عادة زواج الأقارب إحدى هذه العادات الاجتماعية. ومع ذلك لا تتوفر دراسات تركز على معرفة النسبة الفعلية لمدى انتشار زواج الأقارب في المجتمع العماني، والتي يمكن أن تساعد في معرفة حجم المشكلة المرتبطة بانتشار أمراض الدم الوراثية ومدى انتشارها. وتتنوع الأسباب والعوامل المؤثرة في ميول بعض الشباب إلى زواج الأقارب، فمنها عوامل اجتماعية واقتصادية وبيئية وثقافية وغيرها، ومن أهمها العادات والتقاليد، والمحافظة على الثروة والميراث، وتدني مستوى التعليم. فقد جرت التقاليد المتبعة في المجتمع العماني أن يتم الزواج بين الأقارب، أو أبناء القبيلة الواحدة، فغالباً ما يتزوج الفرد من أبناء أخواله أو أعمامه. وهذا بدوره يعزز الروابط الأسرية ويزيد من قوة التماسك العائلي، إلا

(Directorate of Research and Studies, 2008: 118 - 124)

أن الزواج من داخل الأسرة قد يزيد أحياناً من فرص إنجاب أطفال يعانون من الأمراض والإعاقات؛ وذلك بسبب تزايد احتمالات انتقال العوامل الوراثية التي بها خلل إلى الأبناء. ومن المعلوم أن العلم الحديث يحذر من زواج الأقارب، ويدعو دوماً إلى زواج من غير الأقارب، لما لهذا النوع الأخير من الزواج من نتائج إيجابية مثل اختلاط الأنساب وتكبير حجم العائلات وتقليل احتمالية الإصابة بأحد الأمراض الوراثية الخطيرة (خان، ٢٠٠٧: ٩-١٢).

وقد أشارت بعض الدراسات إلى أن زواج بين الأقارب المباشرين أو غير المباشرين لا يزال منتشراً في كثير من المجتمعات العربية مع تفاوت انتشاره في الريف أكثر من الحضر وبين البلاد العربية وبعضها. ويصل معدل زواج الأقارب إلى حوالي ٥٠٪، ويقدر زواج الأقارب من الدرجة الأولى ٣٠-٣٥٪، و ١٥٪ من زيجات القرابة البعيدة. فعلى سبيل المثال، تصل أعلى نسب الزواج بأحد الأقارب المباشرين في السودان وموريتانيا وليبيا ولكنها تقل كثيراً في لبنان. وقد سجلت الاحصائيات خلال الفترة من ١٩٧٠-٢٠٠٠ انخفاضاً في نسب الزواج من القرابة المباشرة، ولكنه ازداد في الزواج من القرابة غير المباشرة، وهو ما يعني تواصل حضور العائلة العربية في الزواج كما حدث في سوريا وتونس. وفي المشروع العربي لصحة الأسرة عام ٢٠٠٨ تحت رعاية جامعة الدول العربية، فقد بلغت نسبة المتزوجات (١٥-٤٩ سنة) من الأقارب نسباً عالية في اليمن (٤٨٪) وليبيا (٤٢٪) وتونس (٤٢٪) وسوريا (٤٠٪) وجيبوتي (٣٩٪) وأقلها في لبنان (٢٥٪) والمغرب (٢٧٪) والجزائر (٣٣٪)، وبلغ زواج الأقارب في مصر حسب المسح الديموغرافي الصحي ٢٠٠٨ حوالي (٣٠٪) وزادت إلى (٤٨٪) في ريف جنوب مصر (دائرة الدراسات والبحوث، ٢٠١٣: ١١٥).

أما في دول الخليج فإن معدلات زواج الأقارب تبدو أكثر ارتفاعاً وفي سلطنة عمان بلغت نسبة زواج الأقارب في المسح صحة الأسرة الخليجية عام ١٩٩٥ (٤٥,٣٪)، منها (٣٣,٧٪) قرابة أولى و (٢٠,٦٪) قرابة أخرى. وقد أشار المسح الصحي الوطني عام ٢٠٠٠ إلى أن معدلات الزواج بين الأقارب تصل إلى (٥١,٦٪)،من بينهم (٣٨,٦٪) كان الزواج من القرابة المباشرة، أما الزواج من القرابة البعيدة سجلت (١٣٪). وتختلف نسب زواج الأقارب باختلاف المحافظات داخل السلطنة، حيث بلغ الزواج من القرابة المباشرة، وغير المباشرة نسباً عالية في ظفار وسجلت على التوالي (٥٢,٥٪، ٨,٥٪) والشرقية (٤٨,٢٪، ١١,٩٪) والداخلية (٤٠,٣٪، ١٤,٥٪) وأقلها في مسقط (٢٦,٧٪، ١٩,١٪) والباطنة (٣٩,٩٪، ١٢,١٪) (دائرة الدراسات والبحوث: ١١٥).

وقد أشار المسح الصحي الوطني لعام ٢٠٠٨ إلى الفئة الأكثر إلحاحاً للتوعية بالصحة الوراثية والخدمات الصحية التي تقدمها الوزارة وهم الشباب ومتوسطي العمر، ونوه إلى ضرورة تقبل الفحص الجيني قبل الزواج مع بيان أسبابه . وقد شمل هذا المسح عينة قوامها (٤١١٤) أسرة معيشية، وشملت الفئات المستهدفة (١٨ سنة فأكثر) (٤٦٢٢) فرداً. وأسفر المسح على العديد من النتائج من أهمها: أن زواج الأقارب شغل ما يقرب من نصف العينة على اختلاف درجة القرابة من الدرجة الأولى (٢٠,٦٪) والدرجة الثانية (٢٥,٥٪) و(٣,٦٪) لديهم صلة قرابة بعيدة. كما بلغت نسبة الموافقين على إجراء الفحص قبل الزواج/ قبل الحمل (٧٠٪) تزداد بين المتعلمين بطبيعة الحال (Directorate of Research and Studies, 2008: 124 - 118).

ومؤخرا أشارت دراسة Rajab & Others (2014) إلى أن مستويات القرابة في عمان لم تتغير بشكل ملحوظ في السنوات الأخيرة، مما يشير إلى أن خفض معدل وفيات الأطفال والمرضى. ومن ثم، فإن مواجهة انتشار الأمراض الوراثية والخَلقية يحتاج إلى مزيد من الجهد من قبل الخدمات الوراثية والوقائية بما في ذلك تطبيق الاختبارات الجينية. كما يزداد عدد الأطفال المتضررين الباقين على قيد الحياة، مما يشكل عبئا كبيرا على الرعاية الصحية والخدمات الاجتماعية. وقد نواجه إشكالية تتعلق بكيفية التوفيق بين حرية عملية اختيار شريك الحياة مع ما يتفق مع العادات والتقاليد والأعراف الاجتماعية، ومخاطر الإصابة بأمراض الدم الوراثية كما كشف عنها الوضع الحالي (Rajab & others, 2014: 283).

ونظراً إلى خطورة زواج الأقارب فقد سعت دراسة خان (٢٠٠٧) إلى معرفة مدى وعي طلبة جامعة السلطان قابوس بأهمية الفحص الطبي قبل الزواج وانتهت إلى أن الذكور لديهم فكرة بالفحص الطبي قبل الزواج أكثر من الإناث. بينما تزداد نسبة الإناث من لديهن فكرة عن عيادة أمراض الدم الوراثية. كما تزداد نسب الإناث ممن ينظرن إلى أهمية الفحص الطبي قبل الزواج. وتتقارب نسب الجنسين مع تزايد الذكور حول إلزامية الفحص الطبي قبل الزواج. وحول أسباب عزوف الشباب من الجنسين عن إجراء الفحص الطبي قبل الزواج فتتدرج من أسباب شخصية ثم اجتماعية وثقافية (خان، ٢٠٠٧: ٣٩-٤٩).

٣- السياق الثقافي وبعض العادات الاجتماعية (عادات الطعام وآداب المائدة):

تقوم فلسفة العلاج في الطب الشعبي على الاعتقاد بأن لكل داء دواء، ومن ثم فإن كل مرض من الممكن شفاؤه، ما لم تكن نهاية المريض مقدرة في تلك اللحظة، وهنا يستحيل على اي طب أن يغير مشيئة الله. ومن ثم، ينطلق المعتقد الشعبي من مجموعة مفاهيم وتصورات عن الصحة والمرض ويتبنى مقولة لا يوجد مرض إلا وله علاج. وهذا الأمر رغم انه يتعارض مع حالة الإصابة بأحد أمراض الدم الوراثية التي أغلبها ليس لها علاج سوى المسكنات والتنويم لفترات في المستشفيات ومتابعة من قبل الأسر إلا أن أغلب الأسر تعتقد أن له دواء انطلاقاً من هذا التصور الشعبي، لذا كان أول سؤال تطرحه أرباب الأسر المعيشية في الدراسة الميدانية أثناء المقابلة "لديكم علاج"، "في شيء جديد يمكن من الشفاء"، فمقابلة الأسر كادت تفتح لديهم باب العلاج أو أمل في العلاج لولا تدخل القائم بالمقابلة لتوضيح الأمر برفق.

وتجدر الإشارة إلى أن بعض الأسر تحرص على إعطاء أطفالها أدوية على اختلافها خاصة المسكنات والمضادات الحيوية خوفاً من تزايد المرض، مما يؤدي إلى فقدان القدرة على المقاومة الذاتية للمرض وضعف مناعة الجسم، ويصبح أكثر عرضه لظهور الأمراض الوراثية.

أما بالنسبة لعادات الطعام، فيلاحظ بشكل عام سيادة عادات طعام متشابهة على مستوى مناطق السلطنة، تمتد بجذورها إلى سياق ثقافي متشابه في مجتمعات الخليج العربي. حيث الميل إلى تفضيل الأكلات العمانية التقليدية، على الرغم من كونها محدودة الأنواع، حيث تعتمد الوجبة الرئيسية (الغداء) على الأرز في المقام الأول، ويطلق عليه (عيش) كمسمى محلي، و يضاف إليه اللحم أو السمك أو الدجاج أو القاشع (نوع من أسماك السردين المجفف). وعلى اختلاف المستوى المعيشي، يلاحظ انخفاض نسبة البروتين والفيتامينات في الطعام وتزايد نسبة النشويات، ويزداد الأمر سوءا مع تدني المستوى المعيشي، حيث يتعذر أحياناً الحصول على ضروريات البقاء أي الأرز لكونه عصب وجبة الغداء العمانية. ويعتقد الأهالي في ارتفاع القيمة الغذائية لأنواع معينة من الأطعمة منها: الرطب أو التمور، والبصل، والثوم.

ولا تخلو المائدة العمانية في معظم الأوقات من التمور حسب تسمية المجتمع، بينما يطلق عليه خلال موسم جمع النخيل الرطب. كما تحتل التمور مكانة خاصة في التراث الشعبي العماني، ويبدو ذلك خاصة من خلال الأمثال الشعبية؛ نظراً لما تتمتع به من قدرة على معالجة العديد من الأمراض. ومع ارتفاع المستوى المعيشي نوعاً ما يتوفر التنوع في نوعية الأطعمة؛ حيث تتضمن العسل والحليب واللبن والبقوليات والبيض والسمن البلدي والفواكه. بينما الفئات الدنيا والضعيفة تكاد تخلو مائدة الطعام لديهم من العناصر الغذائية، سواء لعدم المقدرة على شراء بعض المنتجات الغذائية لارتفاع سعرها مثل الأسماك على سبيل المثال وغيرها، أو لعدم الوعي بضرورة التنوع الغذائي. وفي هذا السياق، كشفت الدراسة الميدانية أن الأسر الضعيفة يقل فيها تناول الفواكه والخضار فضلاً عن انخفاض نسبة البروتين بشكل عام بين الأسر الأقل دخلاً، أو المحدودة الدخل. ومن غير شك تسهم الأوضاع المعيشية في الأسر الضعيفة إلى تزايد معدلات الإصابة بأمراض سوء التغذية، التي قد تؤدي إلى الإصابة بأمراض الدم الوراثية، والتي تزداد بشكل واضح في ظل انتشار زواج أقارب.

كما أن بعض الأسر المعيشية في الدراسة الميدانية تعتمد على المواد النشوية كعناصر أساسية في غذاء الأطفال والبالغين، وهو عبارة عن الأرز مضاف إليه نوع من أنواع البروتينات (اللحوم، الدواجن، والأسماك). وعلى الرغم من توافر البروتين على مائدة الطعام إلا أن طريقة تناول البروتينات ضعيفة بينما يكون التركيز في الغالب على الأرز، ولا سيما في إطار المستويات الاجتماعية المتوسطة والضعيفة، مع العلم أن الفئات الأخيرة (الضعيفة) أكثر تضرراً بسبب ندرة نسبة البروتينات على مائدة الطعام. كما أن من عادات الطعام لدى قطاع عريض من السكان مع اختلاف المستويات الاجتماعية أن يكون العشاء من نفس أصناف الغداء، وهنا تتزايد معدلات تناول النشويات على حساب تنوع الضروري لأنواع الطعام على مائدة الطعام.

ومن الملاحظ، أن هناك تفضيلات للأطعمة المنتجة في البيئة المحلية بين كبار السن بوجه عام، على الرغم من إقبال الجيل الثاني أحياناً على الوجبات السريعة، وتزداد بشكل ملحوظ بين الجيل الثالث من صغار السن والمراهقين خاصة في الحضر. ويبرر كبار السن عدم الإقبال على الوجبات الجاهزة أو السريعة بأنهم: (تعودوا على أن يكون الطعام مطبوخ في المنزل) أو(بأنها تأتي من خارج البيت وغير مضمونة المصدر)؛ لذا تضر بصحة الإنسان وخاصة المثلجات منها؛ نظراً لما تحتويه من نسبة دهون تؤدي إلى الإصابة بأمراض القلب والشرايين. كما رصدت الدراسة، أن هناك أكلات خاصة بالنساء بعد الولادة تسمى "حريمه"، و في بعض المناطق تسمى "الخارث"، وتتنوع في مكوناتها، ويكشف محتواها عن كم من السكريات تزيد من الطاقة، مع كونها فقيرة في محتواها الغذائي. فمن العادات الاجتماعية الشائعة تناول نوعيات من الأطعمة تجهز خصيصا للمرأة بعد الولادة، يطلق عليها "جماميل" وفي بعض المناطق "قروص"، تتميز هذه الأطعمة بزيادة نسبة الدهون والنشويات مثل (خبز عماني مغموس في مرق الدجاج) و(عيش مع الحلبة والكركم والثوم) و(طحين وحليب بودر وعسل)، والسكريات مثل (خبز عماني وسمن بلدي وعسل)، وذلك على حساب أنواع أخرى ترتفع قيمتها الغذائية مثل الخضروات والفاكهة.

هذا إلى جانب التعود على تناول الشاي (الكرك)، فعلى الرغم أنه بالحليب إلا أن كثرة غليان الشاي يفقده الكثير من العناصر الغذائية، ويصبح غير صحي بالنسبة للكبار والصغار. وبالنسبة للأطفال فيلاحظ تدني مستوى الثقافة الغذائية لدى بعض الأسر وخاصة فيما يتعلق بتغذية الأطفال، فبعض الأسر لا تهتم بإعطاء الطفل الوجبة الرئيسة (الغداء) فلا تراعي اهتمام الأطفال بتناول الحلوى قبل الغداء مما يؤدي إلى فقدان الشهية ولا يتناولون الوجبة الرئيسة. هذا فضلاً عن عدم الاهتمام بتناول السلطة الخضراء والفاكهة بالنسبة للأطفال.

وعلى جانب أخر، هناك إقبال من جانب قطاع كبير من العمانيين أيضاً على الأطعمة التي تجلب من الأسواق جاهزة، وأصبحت تنتشر بشكل واضح في المجتمع العماني كغيره من المجتمعات في العالم. وهذه الوجبات الجاهزة أو السريعة في الغالب تفتقر إلى مواصفات الغذاء الصحي، وقد أشارت الدراسة الميدانية من خلال مقابلات مع أرباب العمل في الأماكن التي تقدم الوجبات الجاهزة أن قطاعاً عريضاً من السكان العمانيين يفضلون تناول أنواع الطعام التي لا تختلف كثيراً عن أنماط الطعام التقليدية في الثقافة العمانية الغنية بالنشويات على حساب التنوع الغذائي ومنها على سبيل المثال (الأرز بكافة أنواعه مضافاً إليه أحد عناصر البروتين السابق ذكرها فضلاً عن المعجنات بأنواعها). وهذاالإقبال من قبل السكان على الوجبات السريعة والجاهزة وخاصة في المدن والمناطق الحضرية، يزداد مع انتشار أنماط الحياة العصرية. وهذا يصبح ضاراً بالصحة مع تدني الوعي الغذائي، مما يعرض أفراد الأسرة للإصابة بأمراض سوء التغذية، وأمراض الدم عموماً.

كما توضح خريطة توزيعات عادات الطعام في السلطنة، كيف أنها ارتبطت بخريطة توزيع أمراض الدم الوراثية إلى حد كبير. فمن واقع المشاهدة من خلال الزيارات الميدانية ومقابلة عدد من الإخباريين من العمانيين ذوي اختصاص بالتغذية، فقد أشاروا

إلى تنوع واضح في مكونات الغذاء في المناطق الشمالية والقريبة من دولة الإمارات، وخاصة بين الأسرة ذات الدخول المرتفعة. وهنا تتميز مائدة الطعام بالدسامة، وتزايد أنواع الحلويات على حساب القيمة الغذائية. كما تزداد في المناطق الزراعية والرعوية المصادر الحيوانية على موائد الطعام، مثل اللحوم ومنتجات الألبان، خاصة في الأسر الميسورة في محافظتي ظفار والوسطى وهما من المناطق التي حققت انخفاضا في معدلات الإصابة بأمراض الدم الوراثية.

فقد أوضحت الدراسة أن المناطق الصحراوية (خاصة منطقة الوسطى)، حيث تنتشر جماعات البدو الذين يعيشون في بيئة حارة وجافة ورملية. والبعض يسكنون في بيوت من العريش (عادة تصنع من سعف النخيل)، -يتمتعون بأنماط تغذية جيدة، نظراً لتوافر مراعي الجمال (البوش) وتناول اللحوم بكميات كافية في وجباتهم. ويعد ذلك في مفهوم بعض السكان "أنهم يتمتعون بالغذاء الجيد" وفق التصورات الثقافية للغذاء المفيد بين السكان حسب ما أدلى به الإخباريون، وقد ظهر ذلك بوضوح في انخفاض معدلات الإصابة بأمراض الدم الوراثية في الإحصائيات الرسمية لوزارة الصحة.

أما البيئات الزراعية خاصة في الجنوب (خاصة محافظة ظفار)، حيث الاهتمام بتربية الطيور والمواشي والأغنام (الهوش)، ففي هذا السياق يشارك الحيوان الإنسان في الوسط المعيشي، وهذا من شأنه أن يؤدي إلى انتقال بعض الأمراض منها "البيروسلا" و"السالمونيلا". ومع ذلك، تتميز هذه البيئة بالاهتمام بتناول البروتين ولا سيما من اللحوم والدواجن مقارنة بمحافظات الشمال؛ لذا تعد محافظة ظفار من المناطق التي تنخفض فيها معدلات الإصابة بأمراض الدم الوراثية بعد محافظة الوسطى، التي حققت أقل نسبة إصابة على مستوى السلطنة.

وقد أوضحت الدراسة أن العمانيين بوجه عام لا يهتمون بتناول الأسماك كثيراً رغم أهميتها الغذائية، وهذا الوضع في الحقيقة لا يتناسب مع كون هذا المجتمع مجتمع بحار غنية بالأسماك، ويمتلك ما يقرب من (٣٥٠٠كم) من السواحل، وهذا باستثناء محافظة الشرقية شمال وجنوب. وهنا تقع محافظتي الشرقية في موقع وسط من حيث الإصابة بأمراض الدم الوراثية. ومن ثم، فأن التوزيعات المكانية لعادات الطعام في السلطنة تعكس نوعية الأمراض الأكثر انتشاراً التي ترتبط إلى حد كبير بعدد من المتغيرات، منها ما يرتبط بالظروف البيئية المحيطة، فضلاً عن المستوى الاقتصادي والاجتماعي للفرد.

وإذا تطرقنا إلى نوعية الأطعمة الخاصة بالأطفال، فقد بينت الدراسة قصوراً في الوعي الصحي المرتبط بتغذية الأطفال، ففي العادة لا يُهتمُّ بنوعية طعام خاصة بالأطفال سوى في الفئات الاجتماعية ذات المستوى المعيشي المرتفع وبعض الأسر المتوسطة، بينما نجد أن بعض السكان يتناول أطفالهم طعامهم من نفس نوعية طعام الكبار. ومن ثم، فمن نتاج قصور الاهتمام بالتنوع الغذائي لاختلاف الأسباب كما سبقت الإشارة، وجود بيئة خصبة لانتشار سوء التغذية خاصة بين الأطفال. ومن غير شك أن التغذية من التحديات ذات الطبيعة الهيكلية بمعنى مدى ارتباطها بالعديد من القضايا ذات الاهتمام ومنها: العادات الغذائية- تدني الوعي الصحي عموما والوعي التغذوي خصوصا- تلوث مياه الشرب- عدم توفر خدمات الصرف الصحي السليم بشكل كاف.

وقد توصلت دراسة قامت بها وزارة الصحة حول عوامل خطورة سوء التغذية عند الأطفال الأقل من (٣) سنوات في السلطنة عام ٢٠٠٣/٢٠٠٢، إلى أن أهم العوامل المرتبطة بسوء التغذية عند الأطفال وهي: المواليد ناقصي الوزن، الإصابة بأمراض الإسهال، عدم توفر مياه صالحة للشرب، نقص التغذية عند الأمهات، الاستخدام المنتظم للحليب الصناعي، وأخيراً الممارسات غير الصحية. وقد كشفت دراسة أخرى لوزارة الصحة، أن السبب وراء مشكلة سوء التغذية يكمن في نقص الوعي الغذائي بين أفراد المجتمع، وتكرار الحمل والولادة، وعدم توفر مياه الشرب النقية في كثير من المناطق. وقد انتهت دراسة أخرى إلى أن حجم أمراض الدم عند الأطفال تلفت الانتباه (وزارة الصحة، ٢٠٠٥: م٤-٢٣).

٤- مخاطر أنماط الحياة اليومية والمستحدثة:

أوضحت الشواهد الميدانية هيمنة الطابع التقليدي على نمط الحياة اليومية للأسرة العمانية عامة، خاصة في المناطق الريفية والبدوية عن المناطق الحضرية. وجدير بالإشارة إلى أن المناطق الحضرية وبعض المناطق القريبة منها تشتهر بدخول نمط حياة مستحدثة نوعاً ما؛ هذا نظراً لتزايد المراكز التجارية والمطاعم وانتشار نمط الأغذية السريعة أو المعلبة أو المجففة أو المجمدة، وقد ساعد على الإقبال عليها رخص ثمنها وسهولة الوصول إليها، كما تحظي بقبول من قبل جيل الشباب والأطفال والنساء أيضاً. ومن ثم، تشهد الساحة تزايداً ملحوظاً في تغلغل أنماط الحياة المستحدثة نتاجاً لعمليات التغير الاجتماعي الثقافي. وقد برزت بوضوح من خلال حجم الإقبال على الوجبات السريعة والجاهزة وتفضيلها من قبل الأطفال والمراهقين والشباب، وهو ما امتد نوعاً ما بين جيل الآباء، وهذا الوضع يزيد حجم مشكلة سوء التغذية.

كما أشارت الدراسة إلى عدم توفر ثقافة غذائية مرتبطة بالعصائر الطبيعية التي يتم إعدادها في المنازل بين الفئات الاجتماعية المتوسطة والدنيا إلي حد كبير، بل تنتشر ثقافة المشروبات (ماء وسكر وألوان صناعية) مثال (سان توب، فيمتو) على اختلافها مع أنها فقيرة في محتواها الغذائي. ومن الملاحظ أن الوحدات المعيشية في ظل تدني المستوى الاقتصادي تعاني من سوء التغذية وما يرتبط بها من أمراض الدم عموماً. وعلى الرغم من تزايد المساعدات المادية والعينية، فإنها غير موجهة للطعام والصحة، ولكن أغلبها بصدد توفير احتياجات أخرى على سبيل المثال: المسكن والملبس ومستلزمات تخص مظاهر الحياة (عطور وبخور). لذا يلاحظ انتشار الأنيميا بأنواعها بين هذه الفئة علي اختلاف الفئات العمرية.

وقد انتهت دراسة لوزارة الصحة حول واقع التغذية المدرسية والوعي الغذائي إلى أن ٩٥٪ من طلاب المدارس يحصلون على مصروف يومي (١٠٠ بيسة) (الريال العماني =١٠٠٠ بيسة) يشترون بها شيبسي وشراب الفاكهة بدلاً من الإفطار؛ مما يزيد من تعقد مشكلة سوء التغذية واستدامتها، ويتحتم مواجهتها (وزارة

الصحة، ٢٠٠٥: م-١٣).

وقد رصد تقرير التنمية البشرية (عمان ٢٠٠٣) (وزارة الاقتصاد الوطني، ٢٠٠٣: ٢٢) العديد من المشكلات الصحية المرتبطة بنمط الحياة العصرية، من أهمها ظهور نوعية جديدة من الأمراض مرتبطة بتغير أنماط الغذاء، وزيادة متوسط العمر، وزيادة التعرض للضغوط النفسية، وزيادة معدلات السفر. وهذا فضلاً عن الإصابات الناتجة عن حوادث السيارات وغيرها. ومما سبق يتضح، أن هناك العديد من الأبعاد الاجتماعية والثقافية تشكل في مجملها خلفية للإصابة بالعديد من الأمراض تمثل تحديا أمام النظام الصحي كما سوف يتضح في السطور الآتية.

رابعاً: أهم التحديات التي تواجه النظام الصحي في التعامل مع أمراض الدم الوراثية:

اشار تقرير التنمية البشرية عمان ٢٠١٢ إلى أن من أهم التحديات والصعوبات التي يواجهها النسق الصحي في السلطنة مجال الخدمات الصحية، وتمويل الخدمات الصحية، ومجال المشكلات الصحية؛ فعلى الرغم من التحسن في مشكلات المراضة والوفيات في السلطنة ما زال النسق الصحي يواجه مجموعة من المشكلات المرضية تتباين في مسبباتها، ويمكن إيجازها كالتالي:

- الأمراض غير المعدية: إذ شهدت السلطنة في السنوات الأخيرة زيادة في الأمراض غير المعدية مما يمثل عبئاً على الخدمات الصحية. ويمثل السلوك الشخصي والممارسات غير الصحية للأفراد العامل الأساسي في انتشار هذه الأمراض. ويقتضي تغير هذا السلوك جهداً كبيراً ووعياً والتزاماً من الأفراد وجهود متضافرة من قطاعات متعددة.
- الأمراض الوراثية: تشير المؤشرات إلى أن الأمراض الوراثية ما زالت السبب الأول لوفيات الرضع كما أنها السبب في عدد كبير من الإعاقات مثل الإعاقات الذهنية والتخلف العقلي كما تسهم أمراض الدم الوراثية في ارتفاع معدلات انتشار فقر الدم في فئات عمرية مختلفة والتي هي أحد مظاهر مشكلة سوء التغذية.
- المشكلات المرتبطة بسوء التغذية: ما زالت المؤشرات تشير إلى ارتفاع معدلات انتشار سوء التغذية بين الفئات الحرجة مثل الأطفال والأمهات الحوامل وارتفاع في معدلات السمنة. ومن أهم أسباب سوء التغذية هي غياب الوعي لدى الأسر بأهمية الغذاء السليم وتعدد الحمل وعدم المباعدة بين الولادات بالإضافة إلى العوامل الاقتصادية وعمل الأم ونقص الوزن الولادي للأطفال (المجلس الأعلى للتخطيط، ٢٠١٢: ١٤٤-١٤٥).
- وقد بدأت وزارة الصحة بالاهتمام بمشكلة الأمراض الوراثية في الخطة الخمسية السادسة (٢٠٠١-٢٠٠٥) بوصفه جزءاً من برنامج "رعاية صحة الأم والطفل"، وذلك نتيجة لارتفاع معدلات زواج الأقارب التي بلغت (٥١,٦٪)، فضلاً عن الحمل في عمر متأخر بنسبة (٩,٣٪)، وقد أسهم ذلك في زيادة وفيات أثناء الولادة، وكذلك الإعاقات المستديمة. وقد تم إدراج مجال منفصل للأمراض الوراثية في الخطة الخمسية السابعة (٢٠٠٦-٢٠١٠) والثامنة الحالية (٢٠١١-٢٠١١) والخدمات التي تقدم في هذا المجال تشمل:
  - الفحص قبل الزواج: يتم عن طريقه تقديم المشورة والفحص الطبي، الذي يتوفر عبر المراكز الصحية المنتشرة في كافة أرجاء السلطنة خاصة بالنسبة لأمراض الدم الوراثية.
  - خدمات المشورة لما قبل الحمل.
  - تزويد المرأة الحامل بالحديد وحامض الفوليك حيث يمنع العيوب الخلقية بالعمود الفقري.
  - التطعيم ضد الثلاثي الفيروسي (MMR) والذي يحتوي على الحصبة والحصبة الألمانية والنكاف والتمنيع ضد الحصبة الألمانية يقي الجنين من العيوب الخلقية إذا أصيبت الأم بها وهي حامل.
  - خدمات ما بعد الولادة: تأمين الفحص الطبي للأطفال للتأكد من خلوهم من العيوب الخلقية.
  - كما يهدف مجال الأمراض الوراثية إلى توفير الإجراءات الوقائية الفاعلة وتحسين جودة الخدمات الصحية والتوسع في خدمات الفحص ما قبل الزواج ونشر الوعي الصحي حول الأمراض الوراثية وحماية المجتمع من الإصابة بها. وجاري إنشاء مركز وطني للصحة الوراثية لتقديم خدمات عديدة ومتخصصة ومتقدمة لتحسين الرعاية والوقاية والعلاج والبحوث في هذا المجال (دائرة الدراسات والبحوث، ٢٠١٣: ١١٧).

وعلى جانب أخر، هناك اهتمام ملحوظ بمجال أمراض الدم الوراثية من قبل جامعة السلطان قابوس منذ عام ١٩٩٥ فقد افتتحت وحدة زراعة النخاع بالمستشفى بسرير واحد فقط، ووصل العدد الآن إلى أربع أسرة، وتم زراعة أكثر من ٢٣٠ حالة، كما تم التوسع في نوعيات العمليات سواء بزراعة النخاع من شخص آخر مطابق للمريض وهي الأكثر تعقيداً، أو بزراعة النخاع من الشخص نفسه، وكذلك زراعة النخاع من النخاع والدم الخارجي، وكذلك زراعة دم الحبل السري. كما تم التوسع في معالجة أنواع الأمراض التي تحتاج زراعة النخاع وخاصة أمراض السرطان، كسرطان الدم الحاد، وفقر الدم المنجلي والثلاسيميا، وكثير من أمراض نقص المناعة. وهذا من شأنه أن يجعل هذه الوحدة متميزة على مستوى العالم في هذا المجال، لكن الوحدة لا تفي بمفردها باحتياجات السلطنة في هذا النوع من العلاج؛ لذا فإن بناء مركز متخصص يعد ذا أهمية كبرى لحصول المرضى على علاج بين أهلهم وذويهم في السلطنة.

الخلاصة

انتهت الدراسة إلى أن هناك العديد من الأبعاد شكلت في مجملها الأبعاد الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض عامة وفي إطار الإصابة بأمراض الدم الوراثية خاصة في سياق المجتمع العماني. ووفقا للمعطيات الكمية والشواهد الميدانية حول دور السياق البيئي والاجتماعي الثقافي في مجال الصحة والمرض. فقد بين جانب منها التوزيعات المكانية لانتشار أمراض الدم الوراثية (الخريطة الاجتماعية للأمراض)، إذ ظهرت محافظة الداخلية بأعلى معدل إصابة بأمراض الدم الوراثية، كما يلاحظ تزايد

معدلات الإصابة كلما اتجهنا شمالاً في السلطنة وتقل كلما اتجهنا جنوباً، وسجلت محافظة الوسطى أقل معدل إصابة. وحسب انتشار أمراض الدم الوراثية بحسب الجنس أظهرت البيانات إن الإناث أكثر عرضه للإصابة من الذكور باعتبارهن أكثر عرضه لمخاطر سوء التغذية في الوحدة المعيشية. كما أشارت البيانات إلى أن توزيعات أمراض الدم بحسب فئات العمر بينت أن فئة الشباب (٢٥-٤٤) سجلت أعلى معدل إصابة بأمراض الدم الوراثية، يليها متوسطي العمر (٤٥-٥٩)، ثم صغار السن، وهذا من غير شك يؤثر على مسار التنمية في البلاد.

وكشفت الدراسة الميدانية عن جملة نتائج تتعلق بنوعية المرض، وتوقيت اكتشافه، ومصاحباته، وانتهت إلى أن هناك عوامل ومسببات لأمراض الدم الوراثية ترتبط بالسياق الاجتماعي الثقافي للمجتمع العماني تتمثل في زواج الأقارب وخاصة أبناء العمومة والخؤولة، وبعض الأفكار والتصورات الشعبية عن الصحة والمرض، وبعض العادات الاجتماعية لا سيما عادات الطعام وآداب المائدة، فضلاً عن مخاطر أنماط الحياة اليومية المستحدثة. ونستطيع القول إن هناك فجوة إلى حد ما بين ما تطرحه الأسس المعرفية في النظام الصحي، وما تكشف عنه مؤشرات الحالة الصحية في السلطنة ودلالاتها الاجتماعية الثقافية؛ لذا، فهناك بعض المشكلات التي تواجه النظام الصحي والحالة الصحية في السلطنة، بذلت بصددها جهود رسمية ومجتمعية من أجل تخفيف وطأتها. ووفقا لما انتهت إليه الدراسة الراهنة من نتائج يمكن تقديم بعض المقترحات وهي:

- ضرورة الاهتمام بإجراء المسوح الوطنية حول زواج الأقارب، والتي سوف توفر قاعدة بيانات تكشف عن معدلات الزواج من الأقارب الفعلية في السلطنة؛ للوقوف على حجم المشكلة والتوقعات بشأن معدلات انتشار أمراض الدم الوراثية مستقبلاً، ومن ثمة مواجهة الأخطار المترتبة عنها.
- الاتجاه نحو مزيد من الاهتمام بأمراض الدم الوراثية في إطار إستراتيجيات وزارة الصحة، والمستشفيات التعليمية، والمراكز الصحية المنتشرة في كافة أرجاء السلطنة، فضلاً عن المؤسسات المعنية بتوفير بيئة صحية للصغار والكبار.
- مزيد من نشر الوعي الصحي وتكوين ثقافة غذائية (الغذاء المتوازن والمتنوع) من خلال برامج وقوافل إرشادية، تستهدف في المقام الأول المناطق التي تتزايد فيها معدلات الإصابة بأمراض الدم الوراثية.
- ضرورة التأكيد على أهمية الفحص الطبي قبل الزواج، سواء من خلال نشر الوعي الصحي، أو باعتباره جزءاً لا يتجزأ من إجراءات إتمام الزواج.
- إدراج الوعي التغذوي في المناهج الدراسية لكافة المؤسسات التعليمية على اختلاف مراحلها، مع التركيز على مرحلة التعليم الأساسي؛ بحيث يصبح هدفاً استراتيجياً لوزارة التربية والتعليم.
- ومجمل القول: إنه سعياً لمحاولة التخفيف من انتشار أمراض الدم الوراثية في السلطنة في ضوء خصوصية المجتمع العماني ينبغي النظر إلى المشكلات الصحية من خلال منظور أكثر شمولية أي بوصفها قضايا اجتماعية تطرح على مائدة الحوار، وتحدد ملامح السياسات الاجتماعية. وهذا يتأتى من خلال تزويد صناع السياسة بقاعدة معلومات من الواقع المعيش تجسد بالفعل العلاقة بين الظروف المجتمعية والصحة، حتى نستطيع تحديد الفئة المستهدفة أو ما يطلق عليها "فقراء الصحة" في المجتمع. كما أنه من الأهمية بمكان التعرف على الدلالات الاجتماعية لمؤشرات الصحة العامة؛ حتى نتلمس الطريق حول سبل مواجهة المشكلات الصحية.
- ومن أكثر استراتيجيات التدخل في المجال الصحي، وأكثرها ملاءمة مع طبيعة السياق الاجتماعي للمجتمع العماني استراتيجيات التدخل القائمة على أساس المجتمع المحلي (منظور شمولي). وفي هذا الإطار تتحدد سبل التدخل من خلال التركيز على البيئة الاجتماعية. وذلك سعياً لاستكمال برامج الوقاية التقليدية من انتشار أمراض الدم الوراثية من أجل تكثيف الجهود نحو تقليل المخاطر الصحية التي تواجه الأفراد. هذا إلى جانب فهم أنماط السلوك المرتبطة بجوانب الصحة العامة، والتغذية والنظافة بوصفها انعكاساً لنسق المعتقدات والعادات والتقاليد. ومن هنا، تصبح عملية التدخل لتحسين الأوضاع الصحية أكثر فاعلية طالما أخذنا في الحسبان السياق الاجتماعي الذي نعمل في إطاره. كما تتحدد سبل مواجهة مشكلة سوء التغذية من خلال العمل الجماعي، وتضافر جهود مؤسسات المجتمع على اختلافها، من أجل تشكيل وعي عام حول تنمية الوعي الغذائي، ومواجهة هادئة للعادات الغذائية، التي تقف وراء مشكلة سوء التغذية.

الهوامش

- تم تنفيذ هذا المسح الوطني أثناء تنفيذ المسح الصحي العالمي بالسلطنة، وتم جمع البيانات في النصف الأول من عام ٢٠٠٨ و شمل العمانيين فقط في عمر ١٨ سنة فأكبر من كل المحافظات والمناطق شاملة الحضر والريف.

المراجع

المراجع العربية:

إبراهيم، نعيمة منصور(١٩٩٨). الأبعاد الاجتماعية والاقتصادية والثقافية للإصابة بأمراض الكبد. مجلة الثقافة الشعبية، المركز الحضاري لعلوم الإنسان والتراث الشعبي بالتعاون مع كلية الآداب جامعة المنصورة.

اسحق، ثروت (٢٠٠١). الخريطة الاجتماعية للصحة والمرض. في محمد الجوهري ولآخرون، الصحة والبيئة، دراسات اجتماعية وأنثروبولوجية، القاهرة.

البرنامج الإنمائي الأمم المتحدة، تقرير التنمية البشرية (٢٠١٤). المضي في التقدم: بناء المنعة لدرء المخاطر، الأمم المتحدة.

الجمعية العمانية لأمراض الدم الوراثية .www.ohbda.blogspot com

الجوهري، وآخرون، (٢٠٠١)، الصحة والمرض: وجهة نظر علم الاجتماع والأنثروبولوجيا، دار المعرفة الجامعية بالإسكندرية، القاهرة.

المجلس الوطني للإحصاء والمعلومات، (٢٠١٤)، سلطنة عمان.

المجلس الأعلى للتخطيط، (٢٠١٢)، تقرير التنمية البشرية عمان (٢٠١٢)، سلطنة عمان.

دائرة الدراسات والبحوث، (٢٠١٣)، إضاءات على أهم نتائج المسح الصحي العالمي والبحوث الوطنية المنفذة معه. المديرية العامة للتخطيط، وزارة الصحة، سلطنة عمان.

بشاي، أليس أسكندر، (٢٠٠٧)، الاتجاهات الحديثة في دراسة الطب الشعبي التقليدي. في محمد الجوهري وآخرون. الصحة والبيئة، دراسات اجتماعية وأنثروبولوجية، القاهرة.

تورين، ألان، (١٩٩٢)، نقد الحداثة (ترجمة): أنور مغيث (١٩٩٧)، المشروع القومي للترجمة، ٣٨، المجلس الأعلى للثقافة، القاهرة.

خان، عوف بن عبد الرحمن، (٢٠٠٧)، زواج الأقارب بين التقاليد والمخاطر الوراثية. السلسلة الصحية، حلقة رقم (١). سلطنة عمان.

سميث، شارلوت سيمور، (١٩٩٢)، قاموس علم الإنسان، ترجمة محمد الجوهري وآخرين (١٩٩٨)، المجلس الأعلى للثقافة، المشروع القومي للترجمة، العدد ٦١، القاهرة.

عبد العاطي، سيد، (٢٠٠٠)، الإنسان والبيئة، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.

عبد العزيز، عاطف محمد، (٢٠٠١)، الاتجاهات الحديثة في دراسة التنظيمات الطبية. في محمد الجوهري وآخرون، الصحة والبيئة، دراسات اجتماعية وأنثروبولوجية، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية.

موسى، عبدالعزيز فرج، (٢٠١٣)، الأمراض الوراثية والمعدية وأثرها في الفرقة الزواجية: دراسة فقهية مقارنة. مركز البحوث والدراسات الإسلامية، جمهورية مصر.

منظمة الصحة العالمية، (٢٠٠٦)، نحو صحة أفضل لسكان العالم، مكتب مسقط، سلطنة عمان.

وزارة الصحة، (٢٠١٤)، التقرير الصحي السنوي. سلطنة عمان.

وزارة الاقتصاد الوطني، (٢٠٠٣)، تقرير التنمية البشرية (عمان٢٠٠٣). سلطنة عمان.

المراجع الأجنبية:

Al- Riyami, A. (2000). National Genetic Blood Disoro ders Survey, Ministry of Health, Sultanate of Oman.
Ann McElroy.

Medical Anthropology Quarterly, 4, (3), pp. 243-265.

Directorate of Research and Studies (2008). Knowledge and Attitudes Towards Congenital Anomalies and Genetic Disorders Survey. Directorate General of Planning- Ministry of Health, Sultanate of Oman.

Dressler, W. W, &Bindon, J. R. (2000). The Health Consequences of Cultural Consonance: Cultural Dimensions of Lifestyle, Social Support, and Arterial Blood Pressure in an African American Community. American Anthropologist, 102, (2), 244-260.

Giddens, A. (2005). Sociology. London: Simon Griffiths Polity.

Keskimaki, I., (1995), Socioeconomic Equity Finnish Hospital Care in Relation to Need, Journal of Social Science & Medicine, (3).

Nagaraj, S. (2008). Ethnic Dimensions of Gender Differentials in Malaysia. Journal of Population Research, 25, (2), 183-205.

Rajab, A., Al Salmi J., Jaffer A. Mohammed, J., & Patton, M. A. (2014). Congenital and genetic disorders in the Sultanate of Oman. First attempt to assess healthcare needs. Springer- Verlag Berlin Heidelberg (283-289)

Sutterlüty, F. A.(2006). The belief in ethnic kinship: A deep symbolic dimension of social inequality, Ethnography, 7, (2), 179-207.

Wilkinson, k .(1999). Social Determinants of Health,

Oxford University Press: Oxford.

www.ohbda.blogspot.com,

shabiba.com/News/Article-27989.aspx,

https://home.trc.gov.om/arabic/tabid/1035/language/en-US/Default.aspx