الجانب الصحي وآثره على إنتاجية العمل في القطاع الصناعي

د. اسمـــاعيل شـــــعبان*

□ ملخص □

نظراً لأهمية الجانب الصحي الفيزيولوجي والسيكولوجي في العملية الإنتاجية الصناعية والتأثير في مخرجاتها الكمية والنوعية، وما تسببه الإصابات المهنية للمشروع الصناعي من خسارة في العلاج، والعطالة عن العمل، والتوقف عن الإنتاج...الخ.

لذلك تم التعرض في معالجة العنوان أعلاه، إلى بعض تلك الإصابات وإلى أهمية الصحة الإنتاجية الفردية والاجتماعية، ودور العنصر البشري الهام بين القوى المنتجة...الخ، تم التعرض للعوامل السلبية المؤثرة على الصحة المهنية الصناعية، وخاصة في البلدان النامية، والعربية ضمناً، مع ايراد بعض الاقتراحات والاجراءات الوقائية اللازمة لتحقيق صحة اجتماعية أفضل في القطاع الصناعي.

* الدكتور اسماعيل شعبان أستاذ في قسم الاقتصاد والتخطيط في كلية الاقتصاد بجامعة حلب - حلب - سورية.

المقدمة:

أولا – بعض الإصابات المهنية الفيزيولوجية والسيكولوجية.

ثانيا – أهمية الصحة في الإنتاجية الفردية والإجتماعية.

ثالثا – أهمية وعوامل زيادة الإنتاجية الصناعية ودور العنصر البشري فيها.

رابعا – العوامل السلبية المؤثرة على الصحة المهنية الصناعية.

خامسا – تردي حالات الصحة والإنتاجية في البلدان النامية.

سادسا – إنتاجية العمالة الصناعية العربية وعلاقتها بالأوضاع الصحية العربية.

سابعا – كيف يمكن تحقيق صحة اجتماعية افضل في البلدان النامية.

ثامنا – إجراءات وقائية ضرورية لصحة العاملين في القطاع الصناعي.

تاسعا – الخاتمة.

المقدمة:

لقد تطور الإنسان عبر التاريخ مع تطور وتطوير وسائل إنتاجه بالدرجة الأولى وبالتالي إنتاجيته.

وقد عرف علم الإقتصاد بأنه العلم الذي يدرس كيفية إشباع الحاجيات الإجتماعية بالشكل الأمثل، وهذا غير ممكن من دون رفع الإنتاجية إلى الحد الأمثل، الذي يقتضي تطوير القوى المنتجة، (الإنسان، ووسائل، إنتاجه)، وكيفية تعامله معها، وبفضل الإرتقاء في ذلك تم الإرتقاء من إنسان الغابة إلى إنسان الفضاء. ذلك ولاشك أنه في كافة الأحوال يبقى الإنسان هو العنصر الفعال في مجموعة القوى المنتجة، سواء كفرد، أو كجماعة، وتزداد فعالية هذا الإنسان الإجتماعي بمقدار ارتقاء إنتاجيته التي تقتضي ارتقاء نوعيته وظروفه المتناسبة طرداً مع ارتقاء وعيه، ومؤهلاته، وادارته، ومسكنه، واتصالاته ومواصلاته، وتقسيم العمل الإجتماعي لديه، وخاصة رفع مستواه الغذائي والصحي، وحفظ طاقته من الهدر العشوائي لتوجيهها الوجهة الصحيحة، لإستخلاص منها أكثر مايمكن من العمل المنتج والمفيد والموجه المؤدي لزيادة الإنتاج الكمي والنوعي، لإشباع حاجياته الفردية والإجتماعية المتزايدة.

هذا وإذا كان الحفاظ على الصحة مطلوبا، ليس فقط للجندي في المعركة أو الطالب في الصف أو الفلاح في الحقل، أو صياد السمك في البحر، أو الفضائي في الفضاء...الخ اما لها من دور مؤثر مباشر على حسن الأداء، ورفع الإنتاجية وزيادة المردود، الخ ولكنه مطلوب اكثر للإنسان المنتج في القطاع الصناعي (وخاصة المعاصر منه المعقد لدرجة كبيرة، متنوع الآلات، والأنماط.... الخ) وذلك ليس لزيادة إنتاجيته وإنتاجه الكمي والنوعي فقط، وإنما ايضا لوقاية نفسه من خطر الإستهلاك السريع، أو من خطر اصابات العمل المشوهة، أو القاتلة.

هذا ويعتبر الإهتمام الصحي الإجتماعي بشكل عام، والمهني الإنتاجي بشكل خاص معيارا أساسيا من معايير التقدم الإجتماعي السياسي والإقتصادي، العلمي والأخلاقي في أي مجتمع.

ولاشك أن التطور الصناعي الكمي والنوعي في كافة المجالات وما استجد على الصناعات العالمية من متغيرات نوعية جديدة (كيماوية، إشعاعية، سامة، غازية، معدنية، عضوية، ضوضائية ...الخ) هذا بالإضافة إلى تعميق تقسيم العمل الإجتماعي الدولي، وتعقيد أساليب العمل الإنتاجي، وزيادة شدة العمل والإجهاد... الخ، والتي تشكل كلها خطورة كبيرة على صحة العاملين أثناء مزاولتها، وما يؤدي إليه ذلك من الحوادث المهنية، والوفيات، والإنقطاعات عن العمل، وتذبذبات وتأثره، وانخفاض مستوى الإنتاجية والإنتاج الكمي والنوعي فيه ... الخ، ولذلك

اقتضى الأمر المزيد من العناية الصحية اللازمة لإستمرار ورفع وتيرة العملية الإنتاجية سواء بتطوير أساليب الوقاية والحد من مصادر الخطر، وبالتالي من إصابات العمل، وتطوير أساليب المعالجة اللازمة، ومايؤدي اليه ذلك من استمرارية للإنتاج، ورفع الإنتاجية... الخ، ولذلك يمكن القول بأن مايصرف على العناية بالصحة الإجتماعية في القطاعات الإنتاجية هو أقل بكثير مما يمكن أن يصرف على المعالجة من الحوادث أو معالجة الخسائر الكبيرة الناتجة عن الانقطاع العمالي المرضي على مبدأ: (درهم وقاية خير من قنطار علاج).

ولذلك لابد من إشاعة عوامل الصحة والسلامة المهنية المتعلقة بحماية العاملين من أخطار المهن التي يزاولونها، والتي تتم بإدراك أسباب وطرق مكافحة الملوثات الكيماوية والفيزيائية والحيوية... الخ، والحد من مخاطر وأضرار حوادث الأمراض المهنية وإصابات العمل، بإتخاذ الإحتياطات الوقائية اللازمة لمنع إصابات العمل، وتأمين الوسائل العلاجية اللازمة لما يحدث منها. المؤدية كلها لحماية الإنسان ليس فقط كواجب إنساني، في إطار حقوق الإنسان، وضمن العلاقات الإنسانية، فقط، وإنما كمطلب إجتماعي في إطار التضامن الإجتماعي، والتكافل الصحي، وكذلك كمطلب اقتصادي هام، حيث أن الإنسان المريض ليس فقط غير منتج، وغير معيل، وإنما يصبح مستهلكا فقط، ومعالا وهو يكلف بذلك أضعاف الأصحاء.

ولذلك فإن حماية العامل هي بحد ذاتها حفاظ على القوى المنتجة ككل. إنسان عامل وأدوات عمل، ومواضيع عمل وخبرة... الخ).

أولا – بعض الإصابات المهنية الفيزيولوجية والسيكولوجية:

يوجد عدد غير قليل من الإصابات المهنية الفيزيولوجية، والسكولوجية، التي يتعرض لها العمال المهنيون والتي يوجد منها في سورية وحدها 52 مرضا مهنياً، هذا ومن الحوادث المهنية بشكل عام يمكن إيراد على سبيل المثال وليس الحصر، مثال (حوادث السقوط، الإنصعاق الكهربائي، بتر الأطراف، الكسور، الجروح، الحروق، الرضوض، الهروس, الصمم، أذى العينين، انضغاط الفقرات، التدرن الرئوي، أمراض التحسس، الأضطرابات الفيزيولوجية، حالات التسمم، الضعف الجنسي, الرجفان، ضعف الرؤية، الشلل، أمراض الكبد، التشوهات والعاهات الدائمة، والتي كثير منها يؤدي إلى العجز المؤقت، أو المزمن، أو الوفاة)،... الخ.

هذا وفي الوقت نفسه هناك حالات الإصابة المؤدية إلى الأمراض المهنية السيكولوجية، والتي منها على سبيل المثال (الأمراض العصابية، التوتر النفسي، القلق

الدائم الخوف من المستقبل حالات الاكتئاب... الخ)، والتي يمكن أن تنتج كلها أو بعضها عن بيئة العمل المتردية أو عن شدة العمل أو طول فترته، وزيادة أعبائه أو انخفاض كفاءة الفرد، أو عدم انسجام ميول العامل مع العمل المتاح، أو غياب فترات الراحة، مع غياب الاحترام والتقدير، وكذلك انخفاض مستوى علاقات العمل، الملل، الإرهاق، الشعور بالظلم، القهر، الغبن، التعسف ... الخ.

ثانياً: أهمية الصحة في الإنتاجية الفردية والاجتماعية:

منذ القدم، تسود المقولة القائلة، بأن (العقل السليم في الجسم السليم)، وقد عززت صحة هذه المقولة بالعلم والتجارب الحياتية، بأن الأفضل صحة (مع تثبيت كافة العوامل الأخرى) أكثر قدرة على العمل الفيزيولوجي والفكري، والتعامل مع التكنولوجيا الحديثة، بالإضافة إلى أنه الأقوى مناعة ضد الأمراض، وأكثر فهماً واستيعاباً وتمثلاً للحقائق.

ونظراً لأن صحة المجتمع هي مجموعة صحة أفراده، كذلك الإنتاجية الاجتماعية هي مجموعة إنتاجيات العاملين في المجتمع، إضافة إلى ذلك فإن الصحة الجيدة تؤدي بصاحبها إلى العمر المنتج الأطول، والخبرات الأكثر، والإنتاج الأوفر، وبالتالي الرفاهية الأفضل.

أ - الوضع المرضي للعامل، خطأ، يجب تجنبه أو اصلاحه قبل أن يؤدي إلى أخطار معملية كبيرة:

إذا تتبعنا تاريخ الحوادث الصناعية أو الكوارث الناتجة عن سوء تعامل الإنسان مع التكنولوجيا، وخاصة الحديثة منها، نجد أن أغلبها قد تم بسبب سوء الحالة الصحية، الفيزيولوجية أو العصبية أو النفسية وبالتالي كثرة حالات السهو والخطأ ولحظات الضعف أو الشرود، والقلق أو التوتر... الخ، التي تؤدي ربما إلى حالات كارثية سواء في التعامل مع تكنولوجيا المواصلات البرية أو البحرية أو الجوية أو الفضائية أو الإنتاجية، وما كارثة تشيرنوبل، واحتراق معامل بأكملها بمن فيها، وانهيار مناجم على عمالها، إلا حصيلة أخطاء بسيطة نتجت عن عدم الوقاية وكان بالإمكان تداركها ولذلك يجب دائماً أخذ الوضع الصحي بعين الاعتبار على مبدأ: درهم وقاية خير من طن علاج، وإذا حدث المرض فلا بد من معالجته مهما كلف الأمر.

ب - ماهي الصحة:

الصحة: كما عرفها دستور الصحة العالمية: هي تمتع الفرد بالرفاهية الكاملة، بدنياً وعقلياً واجتماعياً، وليست مجرد خلوه من الأمراض والعاهات.

ويمكن تعريفها أيضاً: بأنها مدى المطابقة للحدود والأبعاد الطبيعية للمستويات الصحية

المتفق عليها، وعلى طرق قياسها والتي تختلف بحسب السن والجنس والمجتمع والمكان. (1)

جـ - الصحة مطلب جماعي لكل أفراد المجتمع بشكل عام، وللمنتجين فيه بشكل خاص:

إذا كانت العناية الصحية هي من حقوق الإنسان في كل زمان ومكان، لتحقيق الصحة الأفضل لكل أفراد المجتمع بشكل عام، فإنها ضرورية أكثر للعاملين المنتجين في المجتمع بشكل خاص وذلك لكي يتمكنوا من العمل بكفاءة أكثر لإنتاج ما يشبع حاجيات بقية أفراد المجتمع، وخاصة منهم غير القادرين على العمل (القاصرين، المرضى، والعجزة ... الخ).

د - الصحة هدف للرفاهية الاقتصادية والاجتماعية، ووسيلة لبلوغها:

لقد صدق من قال: "الصحة تاج على رؤوس الأصحاء لايراه إلا المرضى" يقول الدكتور شريف حتاتة: (الصحة هي قبل كل شيء هدف من أهداف التطور الاجتماعي والاقتصادي، وهي حق لجميع الشعوب وإن التطور الاقتصادي ليس هدفاً بحد ذاته بل هو وسيلة لزيادة رفاهية الشعوب، بما في ذلك تحسين المستوى الصحي. كما أن الصحة ليست ثمرة للتنمية الاقتصادية والاجتماعية فحسب، بل هي أيضاً وسيلة أساسية لبلوغ الأهداف المرجوة في تحقيق رفاهية شعوب البلدان النامية. (2)

ثالثا: أهمية وعوامل زيادة الإنتاجية الصناعية ودور العنصر البشري فيها:

لقد ورد في كتاب اقتصاد وتخطيط الصناعة للدكتور محمد مروان السمان بأن:(3)

$$\text{إنتاجية العامل} = \frac{\text{الإنتاج الصناعي الإجمالي}}{\text{عدد العمال}}$$

وأرى أن المعادلة كانت أكثر دقة لو وردت بالصيغة التالية:

$$\text{(إنتاجية العامل الصناعي} = \frac{\text{الإنتاج الصناعي الإجمالي}}{\text{عدد العمال الصناعيين}}\text{)}$$

وإن هذا المؤشر يجب أن يرتفع باستمرار، وبسرعة أكبر من ازدياد عدد العمال، وإن العوامل المؤثرة على هذا المؤشر هي:

1- درجة التأهيل المهني وتطور المهارة والخبرة.

2- تحسين تنظيم عملية الإنتاج.

3- زيادة التجهيزات والآلات وزيادة المكننة والأتمتة.

4- الاستفادة من زمن العمل باستخدام معايير زمن العمل.. الخ.

كما عرف الدكتور ابراهيم حياني الإنتاجية بالمعادلة التالية:

$$\text{الإنتاجية} = \frac{\text{كمية الوحدات المنتجة}}{\text{الزمن الفعلي اللازم للإنتاج}}$$

وإن زيادة الإنتاجية تؤدي إلى ميزات كثيرة منها، الحصول على إنتاج أوفر، ونوعية

أفضل، وفي وقت أقصر، وبكلفة أقل، وبالتالي قدرة على المزاحمة الداخلية والخارجية أكثر.

هذا ويلعب العنصر البشري الدور الهام في كل ذلك من خلال:

أ - اختيار نوعية الأفراد العاملين.

ب - عدد وتوزيع ساعات العمل عليهم.

جـ - العلاقة بين الإدارة والعاملين.

د - الشروط الاجتماعية والنفسية للعامل.

هـ- الأجور التشجيعية.

و - الإجهاد العضلي.

ز - الرغبة في العمل.

حـ- تركيب القوة العاملة (سن - جنس - إعداد فني.. الخ)[4]

هذا وتعتبر إنتاجية الفرد الياباني الساعية أعلى في الصناعة منها في أي بلد في العالم، وتأتيها في الإنتاجية ايطاليا - فرنسا - ألمانيا - بريطانيا - ثم الولايات المتحدة الأمريكية.[5]

ولذلك كانت الصناعة اليابانية أقدر من غيرها على المزاحمة على السوق الدولية. كما يرى (آخيم مولر) أن العامل الكبير في تأمين الصحة النفسية والفيزيولوجية للعامل لتحقيق إنتاجية أفضل، يتأمن عندما تتأمن له السعادة في العمل، أو من خلاله، والتي يمكن تحقيقها من خلال:

الأجور المجزية، والأمن في مكان العمل، والمشاركة في القرار، وإضفاء الطابع الإنساني على محيط العمل.[6]

ويقول يحي أبو بكر في موضوعه الإنتاجية واستمرار البقاء بأن مستوى الإنتاجية ومستوى المعيشة، أمران بينهما علاقة وثيقة في إطار جهود التنمية الشاملة[7].

هذا بالإضافة إلى ضرورة توفير المعاهد المتخصصة بالدراسة النقابية والإدارة العمالية، والأمن الصناعي، والتأمينات الإجتماعية، والعلاقات العمالية الدولية... الخ[8].

كما أن للإنتاجية صلة وثيقة بالتدريب والتثقيف والرعاية الإجتماعية وبالإدارة والتنظيم، وبكل مايحيط بهذه المحاور من عوامل نفسية واجتماعية[9].

ويقلل التدريب من العوامل والهوالك، ويخفض مصروفات الإصلاح والصيانة ويزيد في إنتاجية الآلات، وطول عمرها، وإن العامل المدرب الذي يحسن تشغيل الآلة، وتقليل أوقات التوقف والأعطال ويقلل أوقات الدوران غير المنتج للآلة، يستطيع أن يحقق ارتفاع إنتاجية الآلة[10].

ولمجموعة العوامل السابقة، فقد تطورت إنتاجية العامل السوري بأسعار عام 1962 من 10,8 ألف ليرة سورية عام 1970، إلى 14,5 ألف عام 1987[11].

بالإضافة إلى ضرورة التعامل مع العامل (كعنصر حي) وليس كـ(روبوت).

حيث إذا كانت الآلة المتطورة، أو الإنسان الآلي (الروبوت) كقوة منتجة مؤلفة

من أجزاء مادية فقط، تعمل بطاقة معينة، وفي شروط معينة، وتستهلك بنسب معينة، وبالتالي يمكن إبدالها أو إصلاحها، أو تغيير قطعها بأخرى من دون احاسيس أو مشاعر تتأثر بذلك ... الخ.

إلا أن العامل البشري كقوة منتجة، هو بالإضافة إلى كونه كتلة فيزيولوجية مادية حية، ولكن من الصعب تغيير أي جزء من أجزائه او إبداله بآخر، بالإضافة لذلك فهو كتلة من المشاعر والأحاسيس الإنسانية التي يجب مراعاتها في كل زمان ومكان، وهو يتعرض لكل الأمراض المهنية والحياتية.

هذا وإذا كانت الآلة تقتضي المزيد من الوقاية والصيانة والإصلاح والتجديد والتطوير، الخ، كذلك الإنسان العامل يقتضي المزيد من العناية الصحية. والمراعاة النفسية بالإضافة إلى المزيد من التدريب لزيادة إنتاجيته وبالتالي توعيته لوقاية نفسه من اخطار العمل، واستغلال الوقت المنتج أحسن استغلال لإشباع حاجات الطلب على ماينتج.

يقول الأستاذ محمد الشاش: (إن كون العمل أحد العناصر الهامة لتكاليف الإنتاج يحتم على الإدارة الناجحة أن تعمل على استثماره أحسن استثمار وعلى محو الإسراف في استعماله وعلى تقليل نفقات الحصول عليه، أما كون العمل عبارة عن مجهود إنساني يبذله أحد الأفراد في سبيل الحصول على دخل يؤمن له مستوى لائق من الحياة يليق به كإنسان له متطلبات الإنسان وشعور الإنسان فهو شيء أخر. ويتابع الأستاذ الشاش: وقد راح خبراء الإدارة النفسانيون ينادون بالتمييز بين العمل كسلعة تخضع قيمتها لقانون العرض والطلب، ولإنتاجيتها الجدية، وبين العامل كإنسان له كرامة يجب أن تؤمن له ضرورات الحياة)[12].

هذا ولحوادث العمل مجموعة كبيرة ومركبة من الأسباب المتداخلة مع بعضها منها الأسباب الحياتية، كالسكنية، والمعيشية، والمواصلاتية، والعملية والإجتماعية، وانقطاع الكهرباء والمياه، والتلوث الضجيجي... الخ.

مثل تداخل انعدام الراحة الكافية في المنزل سواء نتيجة إقلاق الراحة بسبب العائلة الكبيرة أو الجيران، أو الضجيج العام في الشارع أو الحي المجاورين... وما يؤدي اليه ذلك من قلة النوم، والقلق والتوتر والإنتظار الطويل على وسائل المواصلات، أو الإدارة السيئة، أو العلاقات الزمالية المتوترة بين أناس متوترين.

كذلك إنعدام توفر أدوات الوقاية والحماية اللازمة، أو غياب الوعي الصحي أو التوعية الصحية، أو رداءة توزيع الآلات وسوء تشغيلها، أو سمية بعض المواد أو المنتجات الصناعية موضوع العمل... الخ وكثيرا ما أدت وتؤدي حوادث العمل إلى المزيد من الوفيات أو العجز، أو المرض المهني المؤقت أو المزمن.

ولذلك تفننّت إدارة المستخدمين في المشاريع الصناعية الحديثة، في تقديم الخدمات الإجتماعية الصحية، الفيزيولوجية والسيكولوجية لعمالها، إلا أنه وعلى الرغم مما هو متوفر الآن مما تقدم، فقد بلغ عدد حوادث الوفيات المهنية الصناعية في العالم مايزيد عن 180 ألف حادثة سنويا، كما تبلغ حوادث توقف العمل حوالي 350 ألف حادثة يوميا، وما يؤدي اليه ذلك من خسائر اقتصادية وإجتماعية كبيرة فكيف إذا احتسبنا المآسي الإجتماعية / العائلية التي تخلفها هذه الحوادث وراءها.

هذا ومن خلال إحصائيات منظمة العمل الدولية في جنيف 1985 تبين أن عدد حوادث العمل التي حصلت عام 1983 في بعض البلدان كانت كالتالي، (بالألف):

اسبانيا 491,666.

تشيكوسلوفاكيا 210,811.

سويسرا 2864,44.

الأرجنتين 20,685.

مصر 63,188.

هذا مع العلم أن 99 ٪ منها أدى إلى انقطاع عن العمل، كما أن الوفيات التي حدثت في بريطانيا في القرن التاسع عشر نتيجة إصابات العمل بلغت 20 ٪ من عددالعاملين، وكانت ناتجة بالدرجة الأولى عن إنعدام عوامل الوقاية وسوء الإدارة.

هذا ولاشك أن خسارة المؤسسة الإنتاجية نتيجة إصابات العمل ونتائجها السلبية من تعطيل عن العمل ومعالجة وتعويضات.. الخ تكلف المؤسسة المنتجة أضعاف، كلفة أساليب الوقاية الممكن أتخاذها لتجنب ذلك، هذا وبحسب تصريح الدكتور أحمد ديب شاش في التلفزيون السوري بتاريخ 16 / 8 / 1992، (أنه يوجد في سوريا 52 مرضا مهنيا)، وقد بلغت حوادث العمل المؤدية إلى الوفاة في سوريا 2150 حادثة خلال الفترة الزمنية 1977 - 1987، وما يتبع حالات الوفاة عن توقف عن الإنتاج، وخسارة نفقات التدريب والإعداد المصروفة على المتوفي، وأعباء تشغيل عامل جديد يقتضي التأهيل والإعداد... الخ. هذا وقد بلغ إجمالي تكاليف تعويض 36127 إصابة عمل حدثت في الفترة (1983 - 1985) مبلغا قدره 225,920,658 مليون ل.س.

كما تم تعطيل 149985 يوم بسبب حوادث العمل خلال عام 1987 وحده.

هذا وإن الخوف على الصحة وعدم توفر السلامة يؤدي إلى ترك 72,16 ٪ من العمال لأعمالهم. في حين أن 89,18 ٪ سوف ترتفع إنتاجيتهم فيما إذا زالت المعاناة الصحية... الخ.

ولذلك فإن العناية الصحية تجعل **العمال أقدر فيزيولوجياً ومعنويا على العمل، والإنتاج الكمي والنوعي، وبالتالي أشد قدرة**

على الإستمرار في الحياة المنتجة لفترة أطول[13].

رابعا – العوامل السلبية المؤثرة على الصحة المهنية والصناعية:

حيث تزداد الحاجة يوما بعد يوم إلى المزيد من العناية بالصحة المهنية بسبب ادخال المزيد من الألات الحديثة والمتطورة في العمل، وما يقتضي التعامل معها من وعي ودقة وسرعة، بالإضافة إلى الإضطرار للتعامل مع الأعمال الجديدة بالجلوس الطويل، أو الوقوف الطويل، أو التفكير المجهد، أو الحركة الدائمة... الخ وآثار كل ذلك على الإنتاجية.

1- هذا بالإضافة إلى أنه لكل عمل طبيعته الخاصة به، ولكل صناعة أضرارها وحوادثها ومخاطرها، وظروفها المهنية والممرضة الخ.

2- كذلك هناك جنس، ولكل عمر وحتى لكل إنسان ظروفه الوراثية والتربوية والتعليمية والتأهيلية، والعمرية، والصحية... الخ المساعدة على درء المرض أو الإصابة به.

3- ألا أنه بشكل عام، هنالك قواسم عامة مشتركة في القطاع الصناعي تؤثر بشكل مباشر وغير مباشر على صحة كل العاملين المتعرضين لها، مثل التعرض في الجو المعملي الداخلي إلى درجات عالية من (الرطوبة، أو الحرارة، أو الدخان، أو الأبخرة أو الغبار، أو غاز الفحم، أو الكبريت، أو الضجيج، أو الأضواء الباهرة، أو الخافتة، أو الكهرباء الستاتيكية، أو حركات الألات وأخطارها ... الخ.

4- يضاف إلى ذلك تزايد نسبة الصناعة الملوثة وبالتالي زيادة عرضة العاملين بها لأخطار العمل المهني الخاصة بها، منها في الصناعات الحديثة مثل (الإسمنت، الحديد، الكيماويات بكل انواعها، الكاوتشوك، الرصاص، المناجم... الخ).

5- كذلك هناك الصناعات الحربية، وتزايد نسبة الأخطار المهنية فيها:

سواء بتعرض العاملين فيها إلى الأخطار الصناعية الأخرى، بالإضافة إلى أخطارها الخاصة بها سواء العامة أو المتخصصة.

هذا وتتميز المصانع الحربية بأنها لا تعمل في نوع واحد من الصناعات كغيرها من المنشآت أو المؤسسات، إذ أنها تشمل الصناعات المعدنية والهندسية والكهربائية والألكترونية والثقيلة والخفيفة، بأخطارها وحوادثها وتوزعها... وخاصة منها الأسلحة البيولوجية، والكيماوية بكافة أنواعها، والانفجارية، والاشعاعية...الخ

ومن خلال تجربة المصانع الحربية تأكدت النظرة الجدية إلى أهمية العلاج الطبي في قطاع الصناعة، إلى جانب كونه جزءا هاما من الخدمات الإجتماعية عموما، فإن دوره

يمتد إلى عملية الإنتاج نفسها، نظرالأهميته في صيانة وحماية قوة العمل البشرية وتمكينها من ممارسة وظائفها على أحسن صورة ممكنة، وبالتالي ضرورة المحافظة على القوة البشرية وتدعيمها اثناء عملية الإنتاج، وهي قوة يصعب تعويضها نظرا لقيمة الحياة البشرية في ذاتها، والجهود الطويلة المبذولة في تكوينها، وتزويدها بالخبرة اللازمة.

وبالتالي ضمان استمرار العمل، وذلك بالوقاية من الأمراض قبل وقوعها وضمان شفائها عند حدوثها، في أقصر وقت ممكن، لأن كل غياب عن العمل يمكن ترجمته إلى مال يبدد، يحمّل علىتكلفة الإنتاج ويرفع من أسعار المنتجات، ويقلل من قدرتها على المزاحمة، وبالتالي قلة الأرباح التي هي الدعامة الأولى لإعادة الإستثمار.(14)

خامسا – تردي حالات الصحة والإنتاجية في البلدان النامية:

تعاني البلدان النامية بشكل عام، من التخلف الإقتصادي الناتج عن التخلف الإجتماعي، وبالتالي عن قلة الإنتاج الكمي والنوعي، بسبب تخلف الإنتاجية فيها بالدرجة الأولى، لأسباب متعددة، كضعف إنتاجية وسائل الإنتاج المستعملة، و(سوء الإدارة،والسكن، والإتصالات، وقلة الدخل) الخ، ولكن مع تثبيت كافة العوامل المذكورة سنتعرض هنا إلى مايخص الجانب الصحي منها فقط، والتي منها:

أ- حالات سوء التغذية:

والذي من أسبابه: النقص في البروتينات، والفيتامينات اللازمة، وأعراض فقر الدم التي تؤثر على النمو الجسدي والعقلي للأجيال المتعاقبة من الشباب، وبالتالي على العاملين منهم، فينال من قدرتها على العمل، والتفكير والإبتكار والإختراع والإبداع، ويؤدي فيما يؤدي إلى ضعف المناعة في هذه الأجسام تجاه العوامل الخارجية، وتمهيد الطريق لإنقضاض الأمراض على الأجساد المنهكة، وخاصةالأمراض المستوطنة منها مثل (الكوليرا - الملاريا - التيفوئيد - انتان الكبد - البلهارسيا - الجرب الديزانتري - الأمراض الجنسية.... الخ).

يقول د. شريف حتاتة: (تؤثر مشاكلنا الصحية تأثيرا مباشرا على مستوى الدخل القومي، فالبلهارسيا تصيب مايقرب من 40٪ من السكان، بحسب الإحصاءات الرسمية، وإن كانت النسبة في الغالب أكثر ارتفاعا من ذلك، وينتج عن الإصابة بهذا المرض فقر الدم، والهزال، وتليف الكبد، وسرطان المثانة... الخ، ويقدر الخبراء الخسار الناجمة عن البلهارسيا وحدها بثلث الدخل القومي في الريف)(15).

هذا وقد قتل سوء التغذية والجوع من الرجال والنساء خلال عشرات السنين الأخيرة

أكثر مما قتلت الحروب، وإن الفقدان الكامل للغذاء يكون دائما سببا هاما للوفاة، وإن ثلثي سكان العالم جائعون وفقا لتقديرات ماقبل الحرب[16]. وذلك بسبب نقص (الغليسيد – الهيدروكاربون) المقوي للطاقة والمقدم 2 / 3 نفقة الطاقة الميكانيكية[17].

وعلى صعيد الفعالية الجسدية، نشاهد نقصا أقل في الجلد على العمل، والكسل في الشغل، الذي يظهره كثيرون من العمال في البلدان الخاضعة لتغذية غير كافية[18].

هذا ويمكن ربط تردي وضع الكفاءة الإنتاجية في كافة المجالات في بلدان العالم الثالث، وبالتالي تخلفها الإقتصادي والإجتماعي والعلمي والتقني والحضاري بسبب ماتعانيه من مشاكل صحية مرعبة فيها، سواء من الأمراض الوراثية أو الناتجة بالدرجة الأولى من سوء التغذية، حيث تشير الفصلية الإحصائية لمنظمة الصحة العالمية، العدد 38 لعام 1985، بأن متوسط السعرات الحرارية للفرد الواحد يوميا في بلدان العالم الثالث لايتجاوز 2324 سعرة، ويهبط هذا المتوسط إلى 2183 في افريقيا، وخاصة لـ 329 مليون طفل بين 6 – 60 شهرا و39,3 ٪ من أطفال العالم الثالث سيئي التغذية، مما يؤدي إلى ارتفاع معدل وفيات الأطفال البالغة 15 ٪ يضاف إلى ذلك تدهور الحالة البيئية المخيفة في هذه البلدان، في التربة والهواء والماء ولاسيما أن 62 ٪ من سكان البلدان النامية، يعيشون من دون امدادات مائية صحية كافية ويعاني سكان الريف فيها من 80 ٪ من ذلك[19].

ومايؤدي اليه ذلك من قلة المناعة، وكثرة اسباب العدوى وانتشار الأوبئة المستوطنة والوافدة، وكثرة الطفيليات الداخلية والخارجية في هذه البلدان الخ، وما يسببه ذلك من كثرة الأمراض المتعددة المنهكة للقدرة الفيزيولوجية والعقلية والإستيعابية وبالتالي المؤدية إلى تردي الكفاءة الإنتاجية والمقصرة للعمر المنتج، والمسببة للوفاة المبكرة، هذا مايمكن ملاحظته بالتفصيل في كتاب الدكتور فيليب عطية بعنوان: أمراض الفقر والمشكلات الصحية في العالم الثالث، والذي يبين فيه بما لايقبل الشك بأن رداءة الأحوال الصحية هي السبب الأساسي لكل ماتقدم ليس فقط لضعف الكفاءة الإنتاجية وإنما ضعف القدرة على العمل، أو التفكير الصحيح, أو الفهم أو الإستيعاب..[20]

هذا وهنالك علاقة طردية بين التغذية والإنتاجية، حيث بينت الدكتورة كينيا جينسكايا بقولها، (إن الأبحاث بينت أن التغذية الكافية والكاملة تساعد على رفع إنتاجية العمل إلى الحد الأمثل وبالعكس، وإنه اذا تناول العامل في عمل عضلي متوسط (3000) كالوري يومياً يؤدي إلى قدرته على أداء إنتاجية 100٪، ولكن انخفاض التغذية إلى (2500) كالوري يومياً تخفض إنتاجيته إلى

58 ٪ أما اذا تناول (2000) كالوري فقط فتنخفض إنتاجيته إلى 27٪[21] فقط.

مما تقدم لاعجب أن يكون هنالك بعض المعامل ذات الطبيعة الخاصة، يعطى فيها العامل مخصصات يومية من الحليب والبيض واللحم، لتأمين الطاقة اللازمة له يوميا، ولوقايته من تأثير بعض المواد الضارة من جهة أخرى.

ب- حالات العجز والشيخوخة المبكرين:

إن قصر متوسط العمر في البلدان النامية بشكل عام، والشيخوخة المبكرة بسبب المعاناة الشديدة نتيجة المشكلات الحياتية الكثيرة والتعرض للأمراض بأنواعها المختلفة الخ، تسبب نقصا بدرجات متفاوتة في التكوين العضوي والنفسي للإنسان العامل، وهنا تظهر أهمية وضرورة الرعاية الصحية لتعويض مايمكن تعويضه مما يفقده الإنسان من تكوينه العضوي والنفسي نتيجة للأمراض والتقدم في العمر[22].

جـ- حالات تشغيل الأطفال في ظروف غير إنسانية:

نظرا لحالات الفقر المريرة يضطر الكثيرون في بلدان العالم الثالث وخاصة في الهند واندونيسيا إلى تشغيل أطفالهم، ببيع قوة عملهم إلى مستغليهم الذين يشغلونهم كالعبيد ساعات طويلة وفي أعمال مرهقة، مما يؤدي إلى تساقط الكثيرين منهم بين فكي الموت قبل بلوغهم الثانية عشرة، ومن يستمر منهم على قيد الحياة يعاني من العلل والأمراض والتشوهات الفيزيولوجية والنفسية.. الخ وبحسب تقرير منظمة العمل الدولية الأخير، فإن /44/ مليون طفل في بلدان العالم يعملون في ظروف غير إنسانية، وفي مجالات عمل صناعية مرهقة ولساعات طويلة وبأجور زهيدة، ولذلك يموت الكثيرون منهم في سن مبكرة جدا ليحل محلهم غيرهم من الأطفال البؤساء في صفوف الفقراء والبائسين.

سادسا - إنتاجية العمالة الصناعية العربية وعلاقتها بالأوضاع الصحية العربية:

1- تتسم العمالة العربية الصناعية بانخفاض المشاركة في النشاط الإقتصادي بشكل عام، وعلى الخصوص مشاركة الإناث، كما أن نسبة العمالة العربية في قطاع الصناعة منخفضة نسبياً، بينما لاتزال مرتفعة في قطاع الزراعة بشكل عام.

أ- ففي قطاع الصناعة لاتتجاوز النسبة 18 ٪ في تونس، و 15 ٪ في كل من سورية والمغرب والجزائر، وتنخفض إلى 7 ٪ في الإمارات و 6 ٪ في البحرين، و 5 ٪ في السودان، وإلى 3 ٪ في موريتانيا.

ب- وتتسم العمالة الصناعية العربية بغلبة العمالة غير الماهرة ونصف الماهرة، في حين أن العمالة العربية الفنية والمؤهلة نادرة في معظم البلدان وفي الوقت نفسه يتزايد عدد الحائزين على مؤهلات

جامعية أو تكوين متوسط في الوقت الذي أصبح عدد متزايد منهم يعاني من صعوبة إيجاد فرص مناسبة المساهمة في النشاط الإقتصادي.

جـ- كما أن نسبة الفنيين من قوة العمل المندمجة في النشاط الإقتصادي لاتزال منخفضة في معظم اقتصاديات البلدان العربية، إذ تتراوح بين 16 ٪ في الكويت و 2,5 ٪ في السودان[23] وبالتالي انخفاض الإنتاجية الصناعية العربية الكمية والنوعية.

2- هذا ونظرا لأن الوضع الصحي الجيد، الفردي والإجتماعي ينتج عن مدى إشباع الحاجيات الأساسية للسكان، وخاصة في المجالات الصحية، ونصيب الفرد من الغذاء، والماء الصالح للشرب، واستهلاك الطاقة، ومن عدد الأسرة في المشافي، والأطباء... الخ في بلد ما، وسنرى بأن الوطن العربي لازال يعاني بشكل عام من مشكلات متعددة منها:

أ- الأوضاع الغذائية العربية غير الجيدة:

ففي الوقت الذي زاد فيه مؤشر إنتاج الفرد العربي للغذاء عام 1988 قياسا لفترة الأساس (1979 - 1981 = 100) في كل من الأردن والسعودية والعراقزلبنان ومصر والمغرب واليمن فإن الأرقام المتوفرة تشير الى تناقص في هذا المؤشر في دول عربية أخرى ومن عجز غذائي عام.

وفي بعض البلدان العربية يزيد متوسط نصيب الفرد من السعرات الحرارية عن متوسط نصيب الفرد في الدول النامية البالغ (2392 سعرة/يوم) ويساوي أو يقارب نصيب الفرد في الدول المتقدمة البالغ (3376 سعرة/يوم) فعلى سبيل المثال، يبلغ نصيب الفرد في الإمارات (3733 سعرة/يوم) وفي ليبيا (3601 سعرة/يوم) وفي مصر (3342)، وفي سورية (3260)،الخ واذا كان ماتقدم يعتبر مرضيا، إلا أنه لايزال دون تغطية الحاجات الأساسية في مجموعة الدول العربية الأخرى الأقل نمواً.[24]

هذا ويؤدي النمو السكاني العربي المفرط إلى انخفاض نصيب الفرد العربي من إنتاج الغذاء، ولاسيما أن الدول العربية بشكل عام تعاني من فجوة غذائية كبيرة في إنتاج الحبوب والحليب واللحوم، والدهون والسكر، وقد اتسعت الفجوة الغذائية عما كانت عليه في السبعينات لكل من الحبوب واللحوم[25] وهذا بدوره يؤدي إلى المزيد من ضعف ناجعية العامل العربي، وقلة إنتاجيته.

ب- كما يعاني الوطن العربي من عدم كفاية المياه الصالحة للشرب في أكثر من بلد عربي.

جـ- ويقل استهلاك المواطن العربي من الطاقة عن متوسط استهلاك الفرد في البلدان النامية (324 كغ معادل نفط)

وفي البلدان المتقدمة (4885) مقابل (58 كغ) في السودان[26].

د- أما عدد الأطباء فإنه على الرغم من ازديادهم من 78133 عام 1980 إلى 122981 عام 1985، وبالتالي انخفاض عدد السكان لكل طبيب من 2003 عام 1980 إلى 1475 عام 1985.

وفي الوقت نفسه الذي يقل هذا العدد في بعض البلدان العربية، مثل بلدان دول الخليج، الأردن، والجزائر وليبيا ومصر وسوريا، ولكنه لايزال دون المستوى المنشود في بعض الدول العربية الأخرى، حيث يوجد (16089) نسمة لكل طبيب في الصومال، و10765 في موريتانيا و 9836 في السودان.

ويبلغ متوسط عدد السكان في الوطن العربي بمعدل 600 نسمة لكل سرير / مشفى، ولكن عدد هذه الأسرة يتراوح بين سرير واحد لكل أقل من500 نسمة في كل من الإمارات والبحرين وعمان وليبيا والجزائر وتونس وجيبوتي، مقابل سرير واحد لكل أكثر من ألف نسمة في بعض البلدان العربية الأخرى، ليصل إلى سرير واحد لكل 1518 نسمة في اليمن[27].

هـ- هذا عداك عن سوء الإدارة والحالة النفسية المتردية نتيجة كل ماتقدم، والتي تقلل الإنتاجية إلى أدنى حد ممكن، لقد كتبت جريدة تشرين السورية بتاريخ 23 / 6 / 1992 بأن إنتاجية العامل المصري لاتتجاوز 27 دقيقة في اليوم/ وربما إنتاجية بقية العمال العرب ليست بأفضل منها.

سابعا – كيف يمكن تحقيق صحة اجتماعية أفضل في البلدان النامية:

نظرا لكثرة المشكلات الصحية في البلدان النامية، وكون أكثرها ذات طبيعة مزمنة، لذلك فإن القضاء جذريا يتطلب بعض الوقت مما يستلزم وضع خطة منظمة ذات أهداف وتوقيت محدد، وبالتالي إعداد وترتيب للعمليات المختلفة من إدارة وتمويل وتجهيزات، وإجراءات كاملة ومتكاملة مع بعضها، اللازمة للقضاء على الأمراض المستوطنة، وتجنب الوافدة منها، وتحسين ظروف الحياة الصحية، بنشر الدراسة الصحية والوعي الصحي وتحسين مستوى الحياة الصحية بكافة المجالات وهذا بدوره يقتضي التخطيط الصحي الكامل.

تعريف التخطيط الصحي:

لقد عرف د. رمسيس عبد العليم جمعة، التخطيط الصحي بأنه رسم سياسة مفصلة لتوفير الخدمات الصحية للمواطن بشكل برامج ومشروعات تستهدف بلوغ مستوى صحي للفرد والمجتمع، له خصائص محددة في فترة زمنية مقدرة، وذلك بأحسن استغلال للإمكانيات المادية والبشرية المتاحة.[28]

ثامناً – اجراءات وقائية ضرورية لصحة العاملين في القطاع الصناعي:

من خلال ماتقدم، ينبغي العمل في المؤسسة الإنتاجية على تأمين الوقاية اللازمة من حوادث العمل، بكل أنواعها (الوفاة، العجز الكلي أوالجزئي، المرضي الفيزيولوجي أو السيكولوجي... الخ) وهذا يقتضي برأينا أخذ بعين الإعتبار التالي:

1- تأمين العوامل المادية اللازمة للعملية الإنتاجية، عند إقامة المصانع الجديدة، مثل التصميم الجيد للمنشأة من حيث الموقع، الحجم، توزيع وتقسيم وتنظيم وإدارة العملية الإنتاجية، وتجزئتها وإمكانية تأمين التهوية والإنارة الطبيعية، وكذلك تأمين الألات ذات الأمان المرتفع، وتوزيعها وفق ماتقتضيه أساليب الحماية، ووضع أساليب الوقاية من الأخطار المهنية في متناول الأستعمال، والصيانة الدورية اللازمة لها، وتأمين المواد الأولية الجيدة ... الخ، وضرورة مشاركة الأطباء إلى جانب مسؤولي الأمن الصناعي والمهندسين في ذلك[29].

2- توصيف العمل، وانتقاء العاملين اللازمين، وفحصهم عند تعيينهم لشغل الأعمال المطلوبة، ووضع الشخص المناسب في المكان المناسب وفتح ملف صحي خاص بكل منهم، وتأهيلهم عملياً لاستعمال الآلة اللازمة.

3- تأمين وسائل الوقاية اللازمة من قفازات، قبعات، نظارات، كمامات، واقيات ضجيج، أحذية خاصة ألبسة خاصة وشرح للعمال ضرورتها وفوائدها، وتدريبهم على كيفية استعمالها، واقناعهم باستخدامها أصولا والإستفادة منها ضد الضجيج، الغازات، الأبخرة، الضوء المبهر، الإشعاعات، وكافة الملوثات الأخرى...

4- كذلك ضرورة تأمين الوحدة الطبية اللازمة للوقاية والمعالجة عند اللزوم بالإضافة إلى التعاقد مع مشفى مركزي لمعالجة ماتعجز عنه الوحدة الطبية وبالتالي تنفيذ برامج الصحة ونشر الوعي الصحي بين العمال، بالإكثار من الدورات اللازمة، وعرض أفلام الفيديو، وكثرة وضع اللوحات والملصقات اللازمة المبينة لمخاطر العمل، والتحذير من أخطار التدخين، وشرب الكحوليات في أماكن العمل، لتجنب الأخطار المهنية الخاصة بأعمال المنشأة، ومحاولة الكشف المبكر عن أي مرض ومعالجته.

5- العمل على توفير البيئة الصحية الفيزيولوجية، النفسية الضرورية مثل النظافة في المكان، درجة الحرارة المناسبة، التهوية النقية، الإضاءة المناسبة، الألوان، الترتيب اللازم، الحماية الكافية لمياه الشرب الصحية، ضمان فترات الاستراحة اللازمة، تأمين الموسيقا المساعدة

للعمل،المشاركة في القرار تقوية العلاقات الإجتماعية، الضمان الصحي..[30-33]

6- ضرورة العمل على خلق العقلية الجديدة المؤمنة بدور الوقاية وأن تتكون هذه العقلية ليس عند العمال الصناعيين المعنيين فقط، وإنما في الجامعات، ووزارة الصحة، والتربية، ومدارس ومعاهد التدريب والتأهيل.

7- استصدار التشريعات القانونية الملزمة للمشاريع الإنتاجية باتباع ضمانات الصحة المهنية، ووضع البرامج الصحية الوقائية، ورصد الإعتمادات اللازمة لها، وتأمين مايلزم لتنفيذها، وخطر تشغيل الأطفال، ومنع تشغيل النساء الحوامل في الأعمال المجهدة، وتطبيق القوانين الخاصة التي تحمي الأمومة والطفولة كاملة.

8- إقامة الندوات، والدورات التثقيفية والتدريسية العمالية، وإصدار المطبوعات المصورة لهم، وكذلك عرض المزيد من أفلام الفيديو المعالجة لعمل المنشأة وكذلك إجراء الحفلات الجماعية التي تؤدي إلى تقوية العلاقات الإجتماعية فيما بينهم، وإشاعة الثقة، وتقوية الروح المعنوية لديهم.

9- تكييف الهواء: يقول المهندس محمود الطاهري، رئيس مجلس إدارة شركة كولدير (بأن تكييف الهواء له أهمية كبيرة في رفع الكفاءة الإنتاجية في المصنع، ويقول بأنه ثبت من الإحصائيات التي أجرتها بعض المعاهد الأمريكية للتدليل على أهمية تكييف الهواء، بأن الإنتاج في الأماكن المكيفة الهواء يزيد بنسبة 25 ٪ تقريبا عن الإنتاج في الأماكن غير المكيفة في فصل الصيف[34]

10- الفحص الدوري: إن مسألة الفحص الدوري مهمة للغاية، لأنها تمثل الجزء الوقائي في طب الصناعات، الذي يمكن أن يحمي مئات الآلاف من العاملين ضد العديد من الأمراض، ويضمن مستوى صحيا لائقا يساعد على زيادة الكفاية الإنتاجية ويوفر كثيرا من أيام العمل الضائعة، ومن تكاليف العلاج في التأمين الصحي أو نظم العلاج الأخرى[35].

11- التأمين ضد الحوادث: من النادر أن تقع إصابة دون حادث، أو يقع حادث دون اصابة، وقد أجريت بحوث عديدة في تقدير الخسائر الناجمة عن إصابات العمل والحوادث، واتضح منها أن خسائر المنشأة تتراوح مابين 4 - 25 ضعف خسائر تأمين العامل ضد الإصابات والحوادث، وتختلف قيمة هذه الخسائر باختلاف نوع العمل، ويقدر متوسطها بنحو عشرة أضعاف، أي أن مجموعة أصحاب الأعمال تخسر نتيجة الحوادث والإصابات عشرات أمثال خسائر نظم تأمين إصابات العمل[36].

12- تحسين وضع العامل الحياتي خارج المعمل ضرورة حتمية مكملة لما في المصنع: لاشك أن تحسين وضع العامل الصحي داخل المنشأة فقط، غير كاف، إذ أنه سرعان مايخرج إلى الخارج ليقضي أكثر من 3/2 وقته في زحمة المعاناة الحياتية اليومية، لذلك فقد بنت الكثير من الشركات الكبرى لعمالها مجمعاتهم السكنية المريحة، ومطاعمهم، ومخازنهم، وملاعب أطفالهم ...الخ قرب أماكن أعمالهم، وذلك من أجل توفير الطاقة والمجهود اللذين كان سيبذلهما العامل في معترك الحياة اليومية، ليبذلها في اليوم التالي بالعملية الإنتاجية، ولاشك أن التخطيط الصحي مهما بلغ من الدقة والإمكانيات فإنه لايمكن له أن يقوم بوظيفة التخطيط الاقتصادي والاجتماعي الخاص بالنواحي الحياتية المختلفة الأخرى، المؤثرة على الصحة العامة مثل: وضع الحالة السكنية العائلية والاجتماعية، والمواصلاتية، والترفيهية والملوثة، التي يعانيها خارج المنشأة - والتي كلها بدورها تؤثر على حواس الإنسان العامل، وعلى أعصابه وقدراته الإنتاجية... الخ وضرورة أخذها بعين الاعتبار، ووضع الخطط اللازمة لحلها.

13- ضرورة المتابعة والرقابة للاستمرار في تنفيذ كل ما تقدم...

ولاشك أن في كل ما تقدم أهمية كبيرة في زيادة الإنتاجية والإنتاج الكمي والنوعي، وفي التعاون مع الآخرين.. وإشاعة البهجة في روح الجماعة، والغيرة على إنجاح المنشأة وبالتالي تقليل حوادث العمل، وتقليل تكاليف الإنتاج.

تاسعا - الخاتمة:

نظراً لأن الشيخوخة تبدأ من المرحلة الجنينية وما يتعرض له الشخص من أمراض خلال مسيرة حياته وما تساهم به بشكل مباشر أو غير مباشر في تسريع شيخوخته وعجزه وموته.

ولذلك يجب العناية بالإنسان منذ بداية تكوينه الجنيني، وحتى وفاته عجوزا، وبالتالي الإعتماد على الطب الوقائي، كأفضل طريق لدوام الصحة والسلامة.

وإن تحسين ظروف العمال داخل المنشأة وخارجها، وما يصرف على الجوانب الصحية للعاملين، وعلى مستواهم المعيشي الخ، قد تبدو لأول وهلة أنها تتم على حساب تقليص ربح المستثمر ولكن في نهاية الأمر هي لصالح العمل والمنشأة واستمرارية الربح وتزايده..

ونتيجة لذلك اصبح بمقدور العامل الياباني أن يعمل 2300 ساعة منتجة سنويا، أي بمعدل 6,30 ساعات يوميا على مدار السنة، وبرغبة منه، في حين يعمل الفرنسي

والبريطاني (2000 – 2020) ويعمل الأوربي بشكل عام (1800 – 1900) في حين يعمل في البلدان النامية أقل من 1000 ساعة سنويا،وبإنتاجية متردية.

هذا مع العلم أن إصابات العمل لاتتم في القطاع الصناعي فقط، وإنما في كافة القطاعات، حتى المصرفية منها، ولذلك أجريت الدورة المهنية، التي تمت حول إصابات العمل في المصارف، والتأمينات، والقطاعات المالية في دمشق 11 – 24 / 2 / 1992، من قبل المعهد العربي للصحة والسلامة المهنية التابع لمنظمة العمل العربية.

المراجع

- د. ابراهيم حياني – الإنتاجية – مجلة الإقتصاد، دمشق، العدد 192 لعام 1980.
- د. أخيم موللر – توافق الطاقات وزيادة الإنتاجية – مجلة تنمية المجتمع، العدد 3 و 4 لعام 1981.
- د. حيدر غيبة – الزراعة والصناعة وعلاقتها بالتجارة الخارجية – ندوة الثلاثاء الإقتصادية السادسة دمشق 5/8 – 10 / 7 / 1990.
- د. رمسيس عبد الحليم جمعة – التخطيط العلمي لمجتمع الإشتراكية والتنمية – مصر الدار القومية للطباعة والنشر.
- د. شريف حتاتة، الصحة والتنمية دار المعارف، مصر.
- د. عمر وصفس عقيلي، ادارة الأفراد، منشورات جامعة حلب 1988.
- د. فيليب عطية، أمراض الفقر والمشكلات الصحية في العالم الثالث، عالم المعرفة العدد 161، ايار 1992.
- د. كينيا جنيسكايا، نمو السكان والمشكلة الغذائية في البلدان النامية، دار التقدم - موسكو 1985.
- د. مالك مخول، علم النفس في الصناعة والتجارة، مطبعة ابن حيان، دمشق 1984.
- أ – محمد الشاش، مجلة الكفاية الإنتاجية، وزارة الصناعة العدد 1 يناير 1960.
- د. محمد الناشد، المدخل إلى ادارةالأعمال، جامعة حلب، ط2، عام 1981.
- د. محمد بيومي منصور، دور السلامة والصحة المهنية والتنمية الإقتصادية والإجتماعية في الوطن العلابي، مجلة العمل العربي.
- د. محمد عبد الفتاح، إنتاجية العمل، مفهومها، وطرق قياسها.
- محمد عبد القادر حاتم، حول مستقبل الإنتاجية في مصر، مجلة تنمية المجتمع، العدد 3 و 4، لعام 1981.
- أ – محمد طاهر الخلف، الصحة والسلامة المهنية وأثرها على الروح المعنوية والإنتاجية – أطروحة ماجستير – جامعة حلب كلية الإقتصاد 1992.
- د. محمد مروان السمان، اقتصاد وتخطيط الصناعة، مطبوعات جامعة حلب 1982.

- مكتب اليونيسكو الإقليمي للتربية في الدول العربية، كتاب مرجعي في التربية السكانية، الجزء 6، السكان والصحة والتغذية في الوطن العربي، ط1،1991 عمان.
- منظمة الصحة العالمية، العدد 38، لعام 1985.
- ميشال سيباد، وهنري غونال (الجوع)، ترجمة بهيج شعبان، منشورات عويدات بيروت، باريس، ط2، لعام 1982.

الهوامش

(1) د. رمسيس عبد العلم جمعة، التخطيط الصحي لمجتمع الاشتراكية والتنمية، مصر، الدار القومية للطباعة والنشر. ص11.

(2) د. شريف حتاتة، الصحة والتنمية، دار المعارف، مصر، ص 9

(3) د. محمد مروان السمان، اقتصاد وتخطيط الصناعة، مطبوعات جامعة حلب 1982، ص 265 - 266.

(4) و(5) - د. ابراهيم حياني، الإنتاجية، مجلة الاقتصاد، دمشق - العدد /192/ ك2، 1980، ص 81 - 91

(6) د. محمد عبد القادر حاتم، حول مستقبل الإنتاجية في مصر، مجلة تنمية المجتمع، العدد (3 و 4) لعام 1981، ص 3 - 14 - 15 - 5.

(7) و(8) و(9) - د .محمد عبد القادر حاتم، حول مستقبل الإنتاجية في مصر، مجلة تنمية المجتمع، العدد (3 و 4) لعام 1981، ص 3 - 14 - 15 - 5.

(10) د. حسين العمري الإستثمار في التدريب، ودور التدريب خارج الإنتاج، نفس المرجع أعلاه، ص 31.

(11) د. حيدر غية، الزراعة والصناعة وعلاقتها بالتجارة الخارجية، ندوة الثلاثاء الإقتصادية السادسة دمشق 5/8 ولغاية 10 / 7 / 1990 ص 23.

(12) أ- محمد الشاش: مجلة الكفاية الإنتاجية، وزارة الصناعة، العدد 1، القاهرة، يناير 1960، ص 5 - 6.

(13) للمزيد من التوسع يمكن العودة إلى أ. محمد طاهر الخلف الصحة والسلامة المهنية وأثرها على الروح المعنوية والإنتاجية، أطروحة ماجستير، جامعة حلب، كلية الإقتصاد 1992.

(14) للمزيد من التوسع أنظر: د. شريف حتاتة، الصحة والتنمية، دار المعارف بمصر بدون تاريخ ص 215-216.

(15) للمزيد من التفصيل، انظر د. شريف حتاتة، الصحة والتنمية دار المعارف بمصر، ص 27.

(16) و(17) و(18) ميشال سيباد، هنري غونال: الجوع: ترجمة بهيج شعبان، منشورات عويدات، بيروت، باريس، ط2، 1982، ص 115 - 18 - 58.

(19) الفصلية الإحصائية لمنظمة الصحة العالمية، العدد 38 لعام 1985، ص 285.

(20) للمزيد من التفصيلات، يمكن العودة إلى د. فيليب عطية (أمراض الفقر والمشكلات الصحية في العالم الثالث) الصادر في مجلة عالم المعرفة، العدد 161 الخاص بشهر ايار 1992، والمكون 318 صفحة بالعربية.

(21) د. كيبيا جنسيكايا، نمو السكان والمشكلة الغذائية في البلدان النامية دار التقدم، موسكو، ص 61.

(22) د. مهندس محمد عبد الفتاح منحي، إنتاجية العمل، مفهومها وطرق قياسها، يوليو 1969، ص 5.

(23) و (24) للمزيد من التفصيلات يمكن العودة إلى التقرير الإقتصادي العربي الموحد لعام 1990، ص 51 - 52.

(25) مكتب اليونسكو الإقليمي للتربية في الدول العربية، كتاب مرجعي في التربية السكانية، الجزء 6، السكان والصحة والتغذية في الوطن العربي، ط1 لعام 1990، عمان الأردن، ص 103 - 106.

(26) و(27) التقرير الإقتصادي العربي الموحد، لعام 1990، ص 51 - 52.

(28) للمزيد من التوسع، يمكن العودة إلى د. رمسيس عبد العليم جمعة، التخطيط الصحي لمجتمع الإشتراكية والتنمية، مصر الدارة القومية للطباعة والنشر، ص 11 - 14.

(29) يمكن العودة إلى د. شريف حتاتة، الصحة والتنمية، دار المعارف بمصر، ص 303 - 304.

(30) للمزيد من التفصيل، يمكن العودة إلى عبد الرزاق الخطيب، صحتك في عملك، مطبعة مؤسسة الثقافة العمالية بغداد 1979.

(31) د. عمر وصفي عقيلي، ادارة الأفراد، منشورات جامعة حلب، 1988، ص 363.

(32) د. محمد الناشد والمدخل إلى ادارة الأعمال، جامعة حلب، ط2 1981 ص 83 - 111.

(33) د. مالك مخول، علم النفس والصناعة والتجارة، مطبعة ابن حيان، دمشق 1984.

(34) مجلة الكفاية الإنتاجية، وزارة الصناعة، العدد 1 يناير 1960، ص 27 - 31.

(35) للمزيد من التفصيلات، يمكن العودة إلى د. شريف حتاتة في كتابة الصحة والتنمية، دار المعارف بمصر ص 301-302.

(36) د. محمد بيومي منصور، دور السلامة والصحة المهنية في التنمية الإقتصادية والإجتماعية في الوطن العربي، مجلة العمل العربية، ربع السنوية، مكتب العمل العربي، ك1 1978، العدد (12)، ص 107.

ABSTRACT

With view to the importance of the hygienic, physiological and psychological side of the industrial process of production and the effect of the quantitative and qualitative output of such process and due to the vocational damages.

Resulting from the industrial project in the form of loss in treatment and unemployment and cessation of production etc., therefore in the treatment of the above title some of these damages have been discussed in addition the importance of the social, individual and productive hygiene and the role of the human element among the forces of production.

Moreover, the negative factors affecting the industrial and vocational hygiene, especially in the developing countries and specifically the Arab countries.

Some suggestions and protective procedures have also been considered for the realization of a better social hygiene in the industrial sector.