مجلة المختار للعلوم الإنسانية 22 (1): 82-108، 2013

Research Article Open Access

الأوضاع الصحية في إقليم برقة (1943-1951م) (دراسة تاريخية – تحليلية)

علجية بشير العرفي

Doi: https://doi.org/10.54172/mvhfhz84

المستخلص : يتناول هذا البحث الأوضاع الصحية في إقليم برقة في ليبيا خلال الفترة من عام 1943 إلى 1951، ويهدف إلى إجراء دراسة تاريخية وتحليلية لهذا الجانب. يستعرض البحث العوامل التي أثرت على الوضع الصحي في الإقليم ويقيّم الخدمات الصحية المقدمة للسكان ومدى فعاليتها. يتساءل البحث عن مدى كفاية هذه الخدمات وما إذا كانت تلبي المستوى المطلوب، خاصة في ظل فقر ليبيا واعتمادها على المساعدات الخارجية، وحيث أن الإدارة البريطانية كانت مسؤولة عن الإقليم بشكل مؤقت وغير ملزمة بإنشاء مؤسسات جديدة نظرًا لأن الأراضي الليبية كانت ممتلكات لدولة هزمت (إيطاليا) ولم يتم التصرف فيها بعد. يركز البحث على أهمية تسليط الضوء على الجوانب الاجتماعية في هذه الفترة الأولى من بناء دولة ليبيا الحديثة، حيث تعتمد على تقارير بعثة الأمم المتحدة للمساعدة الفنية لليبيا التي توفرت كنتيجة للبحوث والدراسات المجراة. يعتبر هذا البحث مرجعًا هامًا لفهم الوضع الصحي في إقليم برقة وتطوره خلال الفترة المذكورة، ويعتمد على المنهج التاريخي التحليلي لجمع المعلومات وتحليلها للوصول إلى الحقائق المهمة.

الكلمات المفتاحية: الأوضاع الصحية، إقليم برقة، تحليل تاريخي، الخدمات الصحية، ليبيا.

The Health Situation in the Barga Region (1943-1951 AD) (A Historical-Analytical Study)

Algheia Bashir Al-Arfi

Abstract: This research examines the health conditions in the Barga region in Libya during the period from 1943 to 1951. Its aim is to conduct a historical and analytical study of this aspect. The research reviews the factors that affected the health situation in the region and evaluates the healthcare services provided to the population and their effectiveness. The research questions the adequacy of these services and whether they meet the required standards, especially in light of Libya's poverty and reliance on foreign aid, as well as the fact that the British administration was temporarily responsible for the region and not obligated to establish new institutions, as the Libyan territories were properties of the defeated state (Italy) and had not been disposed of yet. The research focuses on the importance of shedding light on the social aspects in this early period of building modern Libya, relying on reports from the United Nations Technical Assistance Mission to Libya, which were made available as a result of conducted research and studies. This research is considered an important reference for understanding the health situation in the Barga region and its development during the mentioned period, and it relies on the historical analytical approach to collect and analyze information to reach important facts.

Keywords: Health conditions, Barga region, historical analysis, healthcare services, Libya.

The Author(s) 2023. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) , which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium ,provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made.

يتناول هذا البحث الأوضاع الصحية في أحد أقاليم دولة ليبيا ، وهو إقليم برقة في الفترة التاريخية مابين سنتي (1943-1951م) أي ما بعد انتهاء الحرب العالمية الثانية في ليبيا إلى اعلان الاستقلال . فخلال هذه الفترة كان إقليم برقة يدار من قبل الإدارة البريطانية بشكل مؤقت.

ويهدف هذا البحث إلى معرفة العوامل التي أثرت في الوضع الصحي في الإقليم والخدمات الصحية التي قدمت للسكان ومدى جدواها، فهل كانت كافية أم أنها دون المستوى المطلوب خاصة وأن ليبيا بلد فقير اعتمد على الإعانات الأجنبية وأن لدولة الإدارة (بريطانية) حق العناية والصيانة فقط وليس من مهامها إنشاء مؤسسات جديدة حيث أن الأراضي الليبية خلال الفترة قيد البحث هي أملاك دولة مهزومة (ايطاليا) ولم يبت في أمرها بعد.

وفيما يتعلق بأهمية البحث فإنها تنحصر في كونها تسلط الضوء على جانب من جوانب الحياة الاجتماعية التي عادة ما كانت مغمورة في خضم الدراسات التي أعطت جل اهتمامها للجوانب السياسية خاصة وأن الفترة المعنية هي المرحلة الأولى من مراحل بناء دولة ليبيا الحديثة.

وفي هذا الإطار اعتمد البحث على العديد من المصادر أهمها وثائق بعثة الأمم المتحدة للمساعدة الفنية لليبيا ، وهي عبارة عن تقارير أصدرها خبراء متخصصون في أوائل خمسينات القرن العشرين كنتائج لما تم إجراؤه من بحوث ودراسات حول وضع ليبيا ومدى إمكانية استقلالها . وهذه التقارير أعطت صورة واضحة لأوضاع ليبيا ما بعد الحرب حتى السنوات الأولي من الخمسينات وتجدر الإشارة إلى إن هذه التقارير اختتمت بتوصيات توضح ما يجب إن يكون عليه الوضع في ليبيا وان إمكانيات البلاد أتسمح بذلك و باعتبارها بلد فقيرا فإنها غير أهل للاستقلال كما اعتمدت الدراسة على وثائق دار الكتب الوطنية وهي تقارير ورسائل بعضها صادر عن وزارة الصحة في إقليم برقة وبعضها وارد إليها وهي تعطي مؤشرات تشير إلى مستوى الخدمات الصحية في الإقليم ومحاولة تطويرها .

ومعظم هذه التقارير والرسائل صادرة في نهاية الفترة قيد الدراسة باعتبارها صادرة عن حكومة برقة التي أعلن استقلالها في مطلع شهر يونيو عام 1949.

وخلال خطوات أنجاز البحث سيتم على الاعتماد على منهج التاريخي التحليلي الذي يعتمد على استقاء المعلومات من المصادر والمراجع وتحليلها للوصول إلى الحقائق.

مدخل

تتميز ليبيا بأنها بلد صحي نسبياً, ذلك أن مناخها لا يسمح بانتشار الأمراض التي تتواجد في المناطق الحارة إلا بنسبة تكاد لا تذكر, فأشعة الشمس تسطع على الساحل بنسبة (70%). أما في الدواخل فإن هذه النسبة ترتفع إلى حد كبير . إضافة إلى ذلك فإن المحيط العام يتميز بالجفاف , وهذه الظروف الطبيعية من شأنها أن تمنع وجود الجراثيم المسببة للأمراض، وإن كانت هناك بعض البرك والمستنقعات والأراضي المشبعة بالماء , فهذه لا تتكون إلا في فترة هطول الأمطار , وهي فترة قصيرة لا تعطي الفرصة لنمو مسببات الأمراض التي تصيب الإنسان بواسطة المياه [1]، وعلى الجانب الآخر فإن ليبيا تتمتع بمساحة تقدر بمليون ومائة وخمسون ألف كيلو متر مربع ,وهذه المساحة الشاسعة لا يقطنها من السكان سوى مليون ومائة وخمسون ألف نسمة تقريباً ورغم تركز السكان في المدن إلا أن كثافة السكان في كل مدينة من هذه المدن لم تصل المستوى الذي وصلت إليه الكثافة المعتادة في مدن الشرق الأقصى .[2]

وبالتالي فإن هذا التخلخل السكاني من شأنه أن يكون عاملاً من العوامل التي تمنع انتشار الأمراض ومع ذلك فهناك الكثير من الأمراض التي وجدت في ليبيا مثل مرض السل والتيفوس, واستفحل بعضها حتى قضى على الكثير من السكان.

ومن المؤكد أن الوضع الصحي يرتبط بعاملين أساسيين الأول هو متوسط المستوى الصحي للسكان والثاني هو الخدمات الصحية المتاحة إبان تلك الفترة وبالبحث في مستوى المعيشة فان المستوى المنخفض لمعيشة السكان الليبيين عاملاً من عوامل اعتلال الصحة , حيث انه يؤثر بشكل مباشر في نوعية الغذاء ومستوى السكن وما إلى ذالك من الظروف المعيشية , وقد قُدّر دخل الفرد السنوي بما يتراوح ما بين (ثلاثين- أربعين دولارا أمريكياً , وهو دخل ضئيل جداً إذا ما قورن بأي دخل عُرف في بلدان الشرق الأوسط .[3] ويؤثر سوء التغذية إلى حد كبير على الوضع الصحي للفرد . وإذا كان معدل التغذية منخفض إلى هذا الحد في المدن التي يتقاضى بعض سكانها دخلاً سنوياً ضئيلاً , فإن هذا المعدل هو أكثر انخفاضاً في الدواخل , حيث لا يملك السكان في بعض الأحيان ما يسد رمقهم , ولذا فإن مناعتهم ضد الأمراض تكون أضعف[4], كما يؤثر سوء التغذية بشكل مضاعف على الأطفال الذين ترتفع نسبة الوفيات بينهم في عمر يتراوح ما بين سنة وخمس سنوات . وفي الغالب تكون أسباب الوفاة الإصابة بأمراض الالتهابات المعدية والمعوية. [5]

أسباب تدني الوضع الصحي:

ويتكون الغذاء الرئيسي لغالبية السكان من الشعير والقمح لمدة تزيد عن نصف سنة, ثم يُستعاض عن ذلك بالتمر في الشهور المتبقية. والكميات التي تتوافر عادةً قد تكفي مؤنه الشخص في السنوات العادية, إلا أنها تنخفض إلى حد كبير في سنوات القحط والجفاف. وفي كل الأحوال فإن هذه المواد لا تؤلف غذاءً صحياً متنوعاً ومتوازناً يضمن سلامة الجسم من الأمراض. والغذاء المتنوع رغم رخص أسعاره إلا أنه يفوق المقدرة الشرائية لعامة الشعب , وقد قدَّرت بعثة الأمم المتحدة للمساعدة الفنية سعر الغذاء البسيط المتنوع للشخص البالغ ثلاثة وستون مليماً في اليوم وهو ما لا يستطيع توفيره العامل الذي يعمل باجر يومي يبلغ متوسطه مائة وسبعة وستون مليماً. (6)

وفيما يتعلق بالمساكن فإن كثير منها , خاصة مجموعات الأكواخ التي وجدت في مدينتي طرابلس و بنغازي , كانت بيئة صالحة لانتشار الأمراض , فهذه الأكواخ شُيدت بالصفيح وكل منها يتكون من غرفة واحدة جدرانها خليط من الحديد القديم وخردة الأخشاب والمعادن وعلب الصفيح المملؤه بالتراب . وقد بنيت هذه الأكواخ دون مراعاة للشروط الصحية فلا تتوافر في معظم تلك التجمعات منشآت صحية من شأنها المساهمة في تحاشي كثير من الأمراض. (7)

وفي بعض المنازل التي لا تُورَّد إليها المياه عبر الأنابيب يكون مورد المياه عبارة عن بئر في ساحة المنزل, ومثل هذه الآبار تكون عادةً قريبة جداً من المراحيض البدائية المتمثلة في حفرة.ولذا قد تتسرب إليها مياه المجاري مما يؤدي إلى تلوثها , كما أن المياه قد تتلوث بواسطة الحيوانات في المناطق الريفية ويضطر سكان الأرياف إلى أخذ مياه هذه الآبار لاستعمالها للأغراض المنزلية. أما المنازل التي تأتيها المياه عبر أنابيب . فإن تلوثها يكمن في عدم توفر الصيانة الصحية التامة لموارد هذه المياه فالينابيع والخزانات التي تعتبر المصدر الرئيسي لهذه المياه , قد تتلوث في كثير من الأحيان بسبب عدم الدقة في إعداد أغطيتها أو ترك فجوات في هذه الأغطية , كما أنه قد تتسرب إليها مياه المجاري السطحية . وفي الغالب لا تُجرى عمليات تطهير لهذه المياه بعد الإنشاء أو الترميم , خاصة وأن العمال عادةً ما يتسلقون جدران هذه الخزانات من الداخل و الخارج ويَترِكون في أغلب الأحيان بقايا أوساخ تلوث المياه.(8)

وفي كثير من الأحيان تفتقر بعض المساكن إلى جهاز لجمع مياه المجاري و يكتفي بإقامة حفرة للتسريب أو بالوعة , وعندما تمتلئ هذه الحفرة تُملأ بالحجارة , وتُغطى حتى تنبعث منها الروائح الكريهة , فتكون بالتالي بيئة خصبة لتكاثر الذباب , الذي لا تتجاوز طريقة مكافحته في المنازل سوى غمس حزمة من العيدان في زرنيخيت الصوديوم , وتعليقها على الباب الأمامي , وهي طريقة لا تؤدي الغرض المطلوب وهو القضاء على هذه الحشرات التي تُعتبر إحدى مسببات الأمراض.(9)

وبالتالي فإن المستوى المتدني للمساكن كان أحد مسببات الأمراض , ذلك أن عدم توفر المنشآت الصحية ورداءة بناء هذه المساكن وعدم القدرة على توفير وسائل مقاومة الحشرات المنزلية , إضافة إلى ضيق هذه المساكن وازدحامها كل هذه الأمور تُعطي فرصة أكبر لنمو المرض وانتشاره وتضاعف إمكانية انتقاله عن طريق العدوى , وبذلك فإن مستوى المعيشة المنخفض الذي انعكس بدوره على السكن كان عاملاً من عوامل انتشار الأمراض في البيئة الليبية رغم طبيعتها الصحية .

هذا فيما يتعلق بمدى تأثير مستوى المعيشة وفقر البلاد على الغذاء والسكن , وبالتالي على صحة السكان , وبالإضافة إلى ذلك فإن الوضع المتدني للمستوى الاقتصادي كانت له انعكاساته السلبية على ما يُقدّم للبيئة من خدمات , فالمقاهي والحوانيت التي عادة ما تكون على هيأة غرف ليس فيها شيء من اللوازم الصحية , بل إن كثيراً من الموارد التي تؤكل بدون طهو تكون في أغلب الأحيان عرضة للتلوث بفعل الذباب , كما أن محلات الجزارين كانت أكثر تلوثاً من غيرها , حيث تبقى فضلات من اللحم والشحم والعضلات تلطخ معظم المكان بما فيه من أثاث , وتجتذب بذلك الحشرات إضافة إلى أن الكتل الخشبية التي يُقطع عليها اللحم عادة ما تتآكل ويتراكم بداخلها اللحم والشحم المتعفن ومع ذلك يستمر الجزارون في استعمالها . هذا من ناحية وممن ناحية أخرى فإنه لا تُجرى أي عملية من عمليات الفحص المجهري للحيوانات للتأكد من كونها مصابة بالمرض أم لا , وفي حال اتضاح أن بعض هذه الحيوانات مصابة بالدودة الشريطية بعد ذبحها , تُخزَّن لحومها لمدة عشرين يوماً في درجة حرارة أربعة مئوية ثم تُباع على أنها لحماً من الدرجة الثالثة دون مراعاة للشروط الصحية. (10)

وإلى جانب محلات بيع اللحوم فإن مستوى مصانع الألبان كان متدنياً إلى درجة كبيرة, حيث أنها تفتقر إلى الإضاءة والتهوية الكافية ناهيك عن عدم وجود رقابة صحية عليها, ولذا فلم تُراع فيها القواعد الصحية

اللازمة. حيث أن ضروع الحيوانات لا تُنَظف كما أن الأواني المستعملة رديئة يعلوها الصدأ, ويُكتفى بغسلها بالماء البارد, إضافة إلى انعدام أجهزة التبريد في معظم هذه المصانع وإن وجدت في البعض فهي غير كافية.[11]

ومما زاد تلوث البيئة أن ما يُفرّغ من مياه المجاري في البحر يكون سبباً رئيسياً في الإصابة بالأمراض , حيث تفرغ مياه مجاري مدينتي طرابلس وبنغازي عبر منفذين بالقرب من الشاطئ, وفي طرابلس تُستعمل المنطقة التي يتم التفريغ فيها للاستحمام وصيد الأسماك , كما أن بعض المصانع تَستعمل مياه هذه المنطقة لتمليح السردين دون أن تضيف لها أي مادة مطهرة . إضافة إلى ذلك فإن الأنابيب المستخدمة رديئة التصميم والتركيب لذا فهي كثيراً ما تنفجر مخلفة بذلك روائح كريهة , وفي كثير من الأحيان تتسرب مياه المجاري إلى مياه الشرب مما يؤدي إلى تلوثها[12].

وباعتبار أن البلاد كانت ساحة حرب فإن أماكن تراكم المباني المُدمرة عادة ما تكون قذرة , ولذلك لعدم الاهتمام بتنظيفها كما هو الحال في وسط المدن , إضافة إلى ذلك فإن القمامة عادة ما تُلقى في مكان مكشوف دون وضعها في براميل خاصة , وما يجمع منها لا يتم ردمه بانتظام وإنما يُلقى بشكل عشوائي في منخفض وتنثر فوقه طبقة من التراب لا تكاد تغطي جزءاً منه , وبالتالي تظل القمامة بيئة صالحة لتوالد وتكاثر الحشرات[13].

وهكذا يتضح أن المستوى العام لنظافة البيئة لم يكن مرضياً , بل إن الإهمال في هذا الجانب كان واضحاً كل الوضوح وبطبيعة الحال فإن ذلك يعود لإمكانيات البلاد المادية فالأمر يتطلب رصد ميزانية كافية للقيام بالإصلاحات اللازمة , والإدارة البريطانية المؤقتة لم تهتم كثيراً بهذه الأمور وإنما تركتها على علاتها, ذلك أن رصد مثل هذه الميزانية لم يكن بالأمر السهل بالنسبة لبلد فقير كليبيا لم تستكمل نموها الاقتصادي بعد , ولم تستطع العمل على رفع مستوى معيشة سكانها .

والجدير بالذكر أن الإهمال في الأمور الصحية لم يكن من جانب السلطات المسيطرة على البلاد فقط , بل إن معظم السكان كانوا يفتقرون إلى الوعي الصحي الكافي , ولذا فإن عدم معرفتهم أو عدم قناعتهم بما يقدم لهم من إرشادات تجعلهم يسلكون سلوكاً من شأنه أن يؤدي إلى انتشار بعض الأمراض واستفحالها – وعلى سبيل المثال– فإن ما بُذل من محاولات في أسواق برقة لإعداد صناديق زجاجية لحفظ المأكولات كالخبز

واللحم وتغطية المواد الغذائية التي تُؤكل بدون طهو بقطع من الشاش قد وجد استجابة من بعض الباعة , إلا أن الكثيرين منهم أهملوا الإرشادات المتعلقة بهذا الأمر , حيث أن كثيراً من هذه الخزانات تظل مفتوحة ومملؤه بالذباب , كما أن قطع الشاش وضعت بدون عناية بل أن بعض الباعة كان يترك بضاعته مكشوفة إلى حين مرور المفتش الصحي فيقوم بتغطيتها ليظهر بمظهر الممتثل للقانون[14].

ولم يقتصر أمر إهمال الإرشادات الصحية على الباعة فقط, بل إنه طابع عام شمل معظم فئات المجتمع, فعمال المصانع على سبيل المثال كانوا يتضايقون من الإرشادات الصحية التي تُقدم إليهم بخصوص ضرورة ارتداء الأحذية. وقد لوحظ أن معظمهم كان يفضل العمل حافياً ولذا بلغت إصابات الأقدام ثلث عدد الحوادث التي تأتي إلى المستشفيات [15] كما أن مرضى المستشفيات كانوا يشتركون أحياناً في نفس الأدوات كالملاعق والشوك والأطباق والأكواب والأسِرّة دون مراعاة للأمراض المعدية [16].

وقد يكون هناك إهمال في توزيع المرضى نظراً لضيق القدرة الاستيعابية للمستشفى, إلا أن مشاركة المريض لمرضى آخرين في أدواتهم أمر راجع للمريض نفسه , ولو كان هنالك بعض من الوعي الصحي لأدرك الجميع بأنه من الضروري أن يستخدم كل منهم أدواته ليس في حالات المرض فقط بل في الظروف العادية أيضاً .

وإجمالاً يمكن القول أنه بالرغم من أن ليبيا بلد صحي, إلا أن احتمال تفشي الأمراض فيها كان كبيراً بسبب

1- انخفاض مستوى المعيشة.

2- وإهمال نظافة البيئة.

وهذا الأمر راجع بطبيعة الحال إلى سوء الأوضاع الاقتصادية من ناحية , والى عدم وجود الوعي الصحي الكافي لدى معظم السكان من ناحية أخرى , ومع ذلك فإن هذه الأمور لم تكن وحدها من عوامل ظهور الأمراض وانتشارها , وإنما هناك أمور أخرى تتعلق بالخدمات الصحية ومدى توفرها التي تعتبر إحدى الخطوات الرئيسية التي تحول دون استفحال الأمراض وتفشيها في المجتمع ، وما يحدث من خلل في أي برنامج من برامج هذه الخدمات يؤدي إلى مضاعفات صحية أكثر خطورة من ذي قبل .وقد واجهت البلاد بعد الحرب العالمية الثانية وخاصة إقليم برقة مشكلة توفير الخدمات الصحية لمواطنيها , وكان ذلك بسبب خروج

العناصر المؤهلة التي كانت تشرف على الأعداد المحدودة من المؤسسات الصحية في البلاد حيث لم يبق من تلك العناصر سوى بعض الراهبات اللائي واصلّن عملهن في تلك المؤسسات . وبالرغم من أنه تمت الاستعانة بالعناصر الأجنبية , إلا أن الإمكانيات المادية لم تكن متوفرة بشكل يشجع على استجلاب هذه العناصر وضمان استمرارها في العمل . فخلال عام 1950 كان العدد المقرر للأطباء في وزارة الصحة ببرقة هو ثلاثة وعشرين طبيباً إلا أنه لم يتوفر من هذا العدد سوى احد عشر طبيباً, ويرجع ذلك إلى عدة أسباب من بينها:

1- أن رواتب الأطباء المعتمدة في الميزانية كانت ضئيلة جداً إذا ما قورنت بما يدفع لزملائهم في البلدان الأخرى, ففي بريطانيا تراوح راتب الأخصائي مابين إلف وثمانمائة وألفي جنيه إسترليني سنوياً. وفي إمارة الكويت بلغ مرتب طبيب العيون ألفان وسبعمائة وخمسون جنيه إسترليني أما في عدن فكان الطبيب العمومي يتقاضى مرتباً سنوياً يتراوح مابين (تسعمائة وعشرة وألف وثلاثمائة) جنيه إسترليني. وأمام إغراء هذه المرتبات عرضت حكومة برقة تسعمائة جنيه إسترليني للأخصائي و سبعمائة جنيه للعمومي.وبطبيعة الحال فإن هؤلاء الأطباء فضّلوا البلدان ذات العروض الأفضل , خاصة وأن أعدادهم خلال تلك الفترة , وفق ما أوردته تقارير منظمة الصحة العالمية , كان قليلاً جداً بحيث أتيحت لهم فرصة الاختيار بعيداً عن أية ضغوط .

2- لم تُوفر لهؤلاء الأطباء أماكن سكن مناسبة , ووسائل نقل تُمكنهم من القيام بواجباتهم ,

3- أن هؤلاء الأطباء لم يتمتعوا بأي ضمانات في حالات التقاعد , ولم تُرْصد لهم أية مكافأة بعد انتهاء خدمتهم أو إحالتهم على المعاش[17].

وقد ترتب على ذلك أن أصبحت المراكز الطبية شاغرة ولم يتوفر بها الأخصائيون اللازمون فحتى أواخر عام 1949 لم يكن في إقليم برقة كله صيدلي واحد , بالرغم من ظهور الكثير من العقاقير والأدوية الحديثة , التي يجهل استعمالها الممرضون الليبيون . إضافة إلى ذلك فإنه لم يتم توفير طبيب للعلاج الطبيعي بالرغم من أن أكثر المرضى يدخلون المستشفى بسبب الأضرار والجروح وغيرها من المسببات التي قد تؤدي إلى العجز[18] خاصة وأنه بالرغم من ضيق نطاق الصناعة إلا أن حوادث العمل كانت أكثر من غيرها , وقد سجّلت المؤسسة الوطنية للتأمين ضد حوادث العمل خلال عام 1951 حوالي ثلاثة آلاف حادثة لعدد من العمال لم يتجاوز العشرة آلاف عامل , وبطبيعة الحال فإن هذا العدد أقل بكثير من العدد الواقعي , حيث إن كثير من الإصابات تُهمل ولا يتم تسجيلها .

وقد شملت هذه الحوادث مختلف أجزاء الجسم فحوادث الأقدام بلغت حوالي العشرة آلاف, أما الأيدي والأصابع بلغت إلف ومائة إصابة, في حين أن إصابات العيون بلغت مائة وعشرون إصابة أما حوادث الآلات فبلغت مائتان حادثة [19]. وبذلك فإن تعدد الإصابات وكثرتها كان يتطلب توفير أطباء للعلاج الطبيعي , إلا أن ذلك لم يحدث واقتصرت معالجة هذه الحالات على ما يقوم به الممرضون , ولنا أن نتصور مقدار ما يحدث من أضرار في حالات الإصابات البالغة التي يصعب على هؤلاء الممرضين علاجها , ثم إن مثل هذه الإصابات تحتاج إلى معدات طبية بالإضافة إلى العقاقير والأدوية . ولم يختلف الأمر في حالات الأمراض العقلية حيث ظلَّ مستشفى (مسه) دون أخصائي مما جعل كثير من المرضى يذهبون للتداوي في طرابلس [20] . قد ثبت من خلال وثائق تلك الفترة أن هذا المستشفى ظلَّ على حاله حتى أواخر يوليو1951 أو ما بعد ذلك التاريخ بكثير , حيث جاء في رسالة وزير الصحة إلى مدير الصحة العامة ما يلي :

"...هذا وأني لأرغب منكم أن تعملوا أثناء وجودكم في بريطانيا على تأمين جلب الآلات اللازمة والمهمة التي نحن في حاجة إليها خصوصاً ما يختص منها بعلاج الأمراض العقلية والتي ينبغي عليكم أن تُأمِّنوا الطبيب الخاص لها ....[21]

ما ورد بالرسالة السابقة يشير بوضوح إلى مدى العجز الذي تشهده المؤسسات الصحية وإن هذا العجز كان شاملاً للوازم الخاصة بجميع الأمراض المتواجدة في البلاد , حيث لم يقتصر الطلب على معدات خاصة بمرض معين وإن كان الإلحاح في الطلب خاصاً بالمعدات واللوازم الخاصة بالأمراض العقلية .

وقد أوردت وزارة الصحة العامة في بيان لها الأسباب التي أدت بها إلى عدم القدرة على توفير الأدوية والآلات الطبية , حيث أرجعتها إلى القيود المالية التي تُفرض على التبادل التجاري, ثم أن الوزارة لا تحصل على المصادقة على الميزانية المقررة إلا بعد عدة شهور من الموعد المقرر لها . ولذا فإنها تضطر إلى تقليص نفقات السنة السابقة , لتتمكن من توفير بعض متطلبات السنة التالية لها , وبالإضافة إلى ذلك فإنه في حالة وصول الطلبات اللازمة إلى ميناء طرابلس فإنها تواجه مشكلة شحنها إلى ميناء بنغازي , وذلك لقلة البواخر الآتية إلى بنغازي ولعدم سماح السلطات العسكرية بشحنها في بواخرها [22].

وإذا كان العجز في المعدات والكوادر العاملة قد شّكل مشكلة بالغة الصعوبة , فإن مشكلة إيجاد مأوى للمرضى داخل المستشفيات لم تكن بالأمر الهين , فعلى سبيل المثال كانت الأماكن الخاصة بالمرضى في مستشفى بنغازي لا تتسع لأكثر من مائتي سرير , وهي متراصة بعضها فوق بعض وهذا العدد من الأسِرّة غير

كافِ لمرضى مدينة بنغازي وحدها التي يكاد عددها سكانها يبلغ ثمانين ألف نسمة , فما بالك بسكان المناطق التابعين لها الذين يُضاهي عددهم عدد سكان المدينة نفسها . ففي هذه الحالة تكون نسبة الأسِرّة إلى المرضى {سرير لكل تسعمائة مريض }. وهذا في حالة استثناء سكان المناطق الأخرى الذين عادة ما يُرسِلون مرضاهم إلى هذا المستشفى باعتباره المستشفى الرئيسي الذي يضم الأطباء الأخصائيين, وهذه النسبة لا يوجد لها مثيل في أي بلد من بلدان العالم.

وبطبيعة الحال فإن وضع المستشفى لم يكن يسمح بإنشاء أقسام للعزلة , ولا أماكن احتياطية لمكافحة أي وباء أو حوادث طارئة قد تنشأ في أي وقت [23].

وبذلك فإن أوضاع المستشفيات كانت سيئة للغاية , فإذا كان هذا هو الوضع في مستشفى بنغازي الرئيسي الذي يحوي أفضل الأخصائيين المتوفرين في البلاد , وهو بطبيعة الحال له الأولوية في التزود بالمعدات واللوازم الطبية من أدوية وأدوات وغيرها , فما بالك ببقية المستشفيات الفرعية التي تفتقر إلى أي نوع من التجهيزات , ولذا فإن مشكلة إيواء المرضى وإيجاد العلاج اللازم لهم كانت مشكلة عويصة الحل في غياب التخطيط لإنشاء مباني جديدة لاستيعاب الكم الهائل من المرضى الذين يترددون على ذات المستشفى وقد حاولت وزارة الصحة أن تجد حلاً لهذه المشكلة بضم المستشفى العسكري إلى وزارة الصحة إلا أن حكومة برقة تلكأت في الأمر مما جعل المشكلة تستفحل وازداد عدد المرضى دون أية زيادة في عدد المستشفيات أو في عدد الأسِرّة حتى وصلت النسبة سرير واحد لكل ألف نسمة في حين أن المعدل الطبيعي لهذه النسبة في البلدان المتمدنة هو أربعة عشر سريرا لكل ألف نسمة وكان الأجدى العمل على إيجاد حل للفرق الشاسع بين عدد الأسِرّة وعدد المرضى خاصة وأن ليبيا مازالت في حاجة إلى كثير من العناية الصحية الطبية وهي في ظل هذه الظروف تحتاج أكثر مما يحتاجه العالم المتمدن[24].

والجدير بالذكر أن معظم المباني التي أُستخدمت كمستشفيات هي أملاك للحكومة الإيطالية لم يبت في أمرها بعد وأُجِّرت إلى حكومة برقة إلى حين البت في أمر تلك الأملاك من قبل الأمم المتحدة, حيث تستلمها الحكومة التي تخلف الحكومة الإيطالية. فعلى سبيل المثال حُوِّلت الثكنة العسكرية الإيطالية في اجدابيا إلى مستشفى , وكذلك أحد فنادق المدينة حيث اتخذت هذه البنايات مراكز بعد إجراء بعض التحوير في نظامها , إلا أن عدم إمدادها باللوازم الصحية جعل خدمتها محدودة النطاق [25]

ونتيجة لرداءة الخدمات الطبية وعدم إيجاد أماكن لإيواء المرضى في مستشفيات برقة , اضطر كثير من المرضى خلال عام 1951 إلى السفر إلى طرابلس , لتلقّي العلاج مما كلفهم الكثير من المال وزاد وضعهم الاقتصادي سوءاً , خاصة وإن الإقليم قد أصيب خلال ذات السنة بجفاف شديد أدى إلى تناقص المحصول الزراعي , الذي يُمثّل العمود الفقري لاقتصاد البلاد والمورد الطبيعي لغذاء السكان [26].

ومن الممكن تصور مدى ما يعانيه المرضى نتيجة سفرهم إلى إقليم طرابلس في غياب الإمكانيات المادية, ووجود كثير من القيود التي تَفرِض على الشخص حرية التنقل بين الأقاليم الليبية. فالسفر إلى طرابلس كان يُعتبر صعباً بمقاييس تلك الفترة ويُخطط له تخطيطاً مسبقاً فوسائل المواصلات كانت محدودة. بالإضافة إلى حالة الفقر المدقع التي سيطرت على معظم السكان . ومن الأرجح أن من سافروا إلى طرابلس هم المرضى ميسوري الحال بعض الشيء, أما أولئك الذين يعانون من وطأة الفقر فمن المستبعد أن يكونوا تلقوا أي نوع من العلاج خارج الإقليم, لأن إمكانياتهم المادية لم تكن تسمح لهم بالسفر. أما ما يتعلق بصعوبة حرية التنقل بين الأقاليم فتكفي الإشارة إلى أن هناك حدوداً سياسية وضعت بين الأقاليم الليبية خلال تلك الفترة, ولا يتم مرور الأشخاص إلا بمستند رسمي ناهيك عن اختلاف العملة بين الإقليمين.

وفيما يتعلق بالأمراض المنتشرة في الإقليم فإن أهالي ليبيا لا يتعرضون للأمراض الخطيرة التي يصاب بها الكثيرون في أقطار العالم المختلفة , ولكن مالا شك فيه أن في هذه البلاد كثير من المرضى التي ترجع إصابتهم إلى سوء التغذية, حيث أن نقص الغذاء الملائم يؤدي إلى ضعف جهاز المناعة ضد هذه الأمراض[27]. وبالإضافة إلى نقص المناعة هناك بعض الحشرات المنتشرة بشكل واضح في البلاد وهي إما أنها مسببة للمرض أو ناقلة له . فالذباب يتكاثر بشكل كبير أثناء الصيف وعادة ما يكون سبب تكاثره هو وجود البيئة الملائمة , ذلك أن تواجد أعداد كبيرة من الحيوانات في المدن والقرى وتكديس روثها بدون عناية وتركه لمدة طويلة للانتفاع به في التسميد يؤدي إلى تكاثر الذباب , إضافة إلى ذلك أن المراحيض البدائية هي أكثر الأماكن صلاحية لتوليد الذباب . وفي حالة جفاف الطقس تجف المواد العضوية بسرعة ويكون الوسط العام في حالة جفاف أيضاً مما يؤدي إلى انحصار توالد هذه الحشرات . وفي المناطق المنتجة للتمور يتكاثر الذباب أثناء موسم جني البلح , حيث يكون المحصول في العراء ويستمر كذلك فترة طويلة خاصة إذا كان المحصول غزيراً لدرجة لم يتمكن صاحبه من تسويقه , ففي هذه الحالة تكون بيئة صالحة لتكاثر الذباب وبالتالي تنتشر الأمراض التي تنقلها هذه الحشرة بصورة أوسع . ووسيلة مكافحة الذباب في المنزل لا تتعدى

وضع حزمة من العيدان في زرنيخيت الصوديوم وتعليقها على الباب الأمامي وهي طريقة غير مجدية , أما في بعض الأسواق والمستشفيات والمستوصفات, فتتم محاربة هذه الحشرة برشها بمحلول قاتل للحشرات إلا أن ذلك لم يكن كافياً للقضاء عليها i. وتكمن خطورة الذباب في أنه عامل من عوامل انتشار الأمراض المعوية, كما أن له دوراً خطيراً في تفشي أمراض العيون واستفحالها [29].

وبالإضافة إلى الذباب فإن كثرة القمل كانت مألوفة خاصة في المناطق الريفية , وإن كان من المتفق عليه قبل الحرب العالمية الثانية أن عدوى مرض التيفوس تأتي من القمل بوجهٍ عام إلا أن الغالب في نقل عدوى هذا المرض تتم عن طريق القمل الذي يتوالد على جسد الإنسان . وإلى جانب ذلك فإن القمل يسبب في أحيان كثيرة مرض الحمى الراجعة , التي تكاد تكون مرضاً عاماً وشائعاً في البلاد . أما القردان التي عادة ما تكون هي أيضاً أحد أسباب الحمى الراجعة فقد كانت أكثر انتشاراً في أوجلة , الكفرة , جالو , جغبوب , ومرادة ببرقة. ومع ذلك فهذا لا ينفي وجود القردان في بعض المناطق الساحلية كالبردية ومرسي لوك. كما وُجِدت القواقع المسببة لمرض البلهارسيا في وادي درنة الاطرون وعين مارة [30].

وبذلك فإن ليبيا رغم الطابع الصحي لمناخها إلا أنها لا تخلو من بعض الحشرات المسببة أو الناقلة لعدوى الأمراض . وبوجهٍ عام لا توجد في البلاد بأسرها من الأمراض الخطيرة إلا ثلاثة أمراض هي: الالتهاب المعدي لدى الأطفال, أمراض العيون, والسل, وهذه الأمراض هي أمراض مستوطنة ولم تظهر في البلاد بعد الحرب. وبالإضافة إليها هناك كثير من الأمراض الأقل خطورة كمرض التيفوس والملا ريا والجدري والحمى الراجعة وغيرها.

ويصاب الأطفال بمرض الالتهاب المعدي نتيجة لسوء تغذية الأم أثناء الحمل , أو نتيجة لإعطاء الأطفال طعام البالغين فيصاب بالمرض خاصة إذا كان جهازه الهضمي متعب.

وبالإضافة إلى مرض الالتهاب المعدي هناك بعض الأمراض التي أودت بحياة كثير من الأطفال , ومن بين هذه الأمراض مرض (الانفلوينزيل) الذي قضى على كثير من أطفال دار صيانة الأطفال ببنغازي[31]. وفي نوفمبر عام 1945 ساد وباء الدفتيريا بين الأطفال في جالو ومن بين خمسة عشر طفلاً مصاباً توفي منهم عشرة أطفال[32]. وبوجهٍ عام فإن نسبة الوفيات بين الأطفال كانت كبيرة , وكمثال على ذلك

فإن نسبة وفيات الأطفال في مدينة بنغازي خلال شهر نوفمبر 1949 بلغت مائتين وست وعشرين في الألف , أي بمعدل (22%) تقريباً [33].

أما أمراض العيون فبالرغم من أن التقارير الإنجليزية تشير إلى تحسن واضح في أوضاعها مقارنة ببقية الأمراض , إلا أن هناك الكثير من الإصابات بالتهاب العيون , وقد أثبتت بعض الدراسات التي أُجريت حول هذه الأمراض أن شخصاً واحداً من ثلاثة أشخاص تقريباً مصاباً بالتهاب العيون أو قد سبقت له الإصابة بهذا المرض [34].

وفيما يتعلق بمرض السل, فعادة ما يصيب الأشخاص الذين لا يحصلون على تغذية كافية , وينتشر بشكل واضح في أوساط الشباب المقيمين في المدن . وقد تم التبليغ عن تسعين حالة إصابة بالسل في إقليم برقة , ثم ارتفع هذا العدد إلى مائة واثنين وسبعين حالة [35], ومع أن التقرير السنوي للإدارة البريطانية يشير إلى تناقص في حالات الإصابة[36], إلا أن هناك إشارات إلى استفحال هذا المرض , حيث ورد في صحيفة الوطن ما يفيد أن هذا المرض أصبح منتشراً انتشاراً فظيعاً , وإن وسائل علاجه معدومة , حيث لا توجد بالإقليم مصحة لعلاجه وحجز المرضى لوقاية الأشخاص الأصحاء من العدوى , كما أن البلاد افتقرت إلى اللقاح لوقاية الأطفال الذين يولدون في بيئة موبوءة بهذا المرض[37].

وبالإضافة إلى هذا الأمراض كان الجدري من بين الأمراض الوبائية المعدية المستوطنة والتي ظهرت بشكل واضح خلال عام 1946, وفي إقليم برقة سُجِّلت بالمستشفى خلال عام 1945 مائتان واحد عشر حالة إصابة من بينها إحدى وثلاثون حالة وفاة [38].

ومن الأمراض المعدية أيضاً التي شهدتها ليبيا مرض التيفوس, الذي يُنقل بواسطة القمل من الشخص المصاب, حيث ظهرت حوالي سبع وثلاثون إصابة خلال عام 1945 [39]. وخلال شهر أبريل 1950 ظهرت عدة حالات لمرض التيفوس في مناطق أبو عطني , الرجمة , توكرة وسلوق[40].

كما ظهرت بعض الحالات في نجع المغاربة بمنطقة علم زغبه باجدابيا.ووفقاً لتقرير صادر من وزير الصحة إلى رئيس وزراء برقة فإن إجمالي الحالات التي تم التبليغ عنها خلال الفترة 1943–1950 هي (مائة وواحد وستون حالة.والجدول التالي يوضح توزيع هذه الحالات :[41]

السنة	1943	1944	1945	1946	1947	1948	1949	1950
عدد الحالات	7	7	22	7	54	16	22	26

وبطبيعة الحال فإن هذه الأرقام لا تدل على العدد الحقيقي للإصابات , فهي تشمل فقط الحالات التي تم التبليغ عنها في المراكز الطبية والمستشفيات , وبذلك فإن هناك الكثير من الإصابات التي لم يتم التبليغ عنها من قبل الأهالي لخوفهم من إجراءات الحجر الصحي المتبعة [42].

كما تم اكتشاف ثمانية عشر حالة إصابة بتضخم الطحال بنسبة (33%).كما أُبلغ عن تسع إصابات فقط بمرض البلهارسيا في نهاية الفترة. ويرى خبراء الصحة أن الإصابات التي ظهرت في برقة كانت نتيجة العدوى التي أصيب بها بعض الأشخاص أثناء سفرهم أو إقامتهم في مصر، وفي الكفرة تم اكتشاف عشرين إصابة بمرض الحمى الراجعة خلال عام 1949 [43].

وهكذا فقد وجدت كثير من الأمراض خلال الفترة قيد الدراسة. وقد أودت بعض هذه الأمراض بحياة كثير من السكان ,وكان انخفاض مستوى المعيشة عاملاً أساسياً في وجود بعضها وفي انتشار بعضها الآخر , إلا أنه مع ذلك لم يُفسْح المجال لهذه الأمراض لدرجة أن تُصْبح وباءً يقضي على معظم السكان , وإنما تم تداركها رغم قلة الإمكانيات واتخذت في سبيل ذلك عدة وسائل كان بعضها مكملاً للبعض الآخر .

ففي كثير من مناطق الإقليم اتخذت عدة إجراءات لمكافحة الأمراض بغرض الوقاية والحد من أضرارها , وقد تم التركيز في حملات المكافحة على مرض الجدري والتيفوس , وذلك لكونها من الأمراض المعدية سريعة الانتشار , فخلال عام 1946–1947 أُجري تطعيم ضد الجدري شمل جميع السكان باستثناء بعض القبائل الرحل التي لم تتمكن الإدارة البريطانية من تحديد أماكن إقامتها[44].

وتطلبت خطورة المرض اتخاذ إجراءات صارمة ضد كل من يتستر على حالات الإصابة ، خاصة وأن الوعي الصحي لم يكن سائداً في الوسط الليبي بشكل يدعو للاطمئنان على سلامة الأفراد. ونتيجة لكل ذلك كُثفت حملات التلقيح في إقليم برقة بشكل يسترعي الانتباه .فبدأت هذه الحملات في التاسع من يناير 1947 واستمرت حتى التاسع من مارس حيث تم تلقيح حوالي ثلاث وثلاثون ألفا وسبع وأربعون نسمة في بنغازي وحدها ,وكان النجاح في تلقيح هذا العدد راجع إلى ما أبداه مختاروا المحلات من مساعدات لفرق التلقيح , إضافة إلى الاستجابة التي أبداها الأهالي حيال مكافحة المرض وعندما تم تلقيح سكان المدينة انتقلت الفرق العاملة إلى دخول المنطقة كالكويفية , توكرة ,قمينس,سلوق, المقرون ,مرادة ,اجدابيا وجالو[45].

ولزيادة الكوادر العاملة ضد المرض تم تدريب مجموعة من العناصر الوطنية من الذكور والإناث في مستشفى (مسه) , وقامت هذه المجموعة بتلقيح السكان في كل من: مسه , البيضاء ,شحات , سوسة والفايدية [46].

وفيما يتعلق بمقاومة مرض التيفوس استخدمت الإدارة البريطانية مسحوق الـ د.د.ت , لتطهير البيوت والملابس ورش الشعر للقضاء على حشرة القمل المسببة للمرض , وقد كان هذا الإجراء ذو أثر فعال لدرجة أن سكان هذه الأماكن لم يعودوا بحاجة إلى حملات تطعيم واسعة النطاق ضد هذا المرض وأضحى التطعيم ضد المرض مسألة كمالية عديمة الفائدة ii. وفي هذا السبيل شُكِّلت فرق للمكافحة تكونه من الأطباء والممرضين والممرضات , وزودت بالأدوية والأمصال والأدوات الطبية اللازمة للقيام بعملية تطعيم وتطهير المناطق الآتية :توكرة, الرجمة , سلوق , بنينة , بوعطي,الكويفية , المقرون , اجدابيا ,النواقية ,الأبيار .بما في ذلك المدرسة الداخلية , منطقة سيدي حسين ببنغازي , قمينس , جردينة وبرسس . وقد تألفت فرق المكافحة من:

- فرقة ثابتة ومركزها العقيلة , وهي مكونة من مفتش صحي , ملاحظ , مساعد طبي , ممرضة لتطعيم ورش النساء , كاتب ونفر بوليس , ومن مهام هذه الفرقة تطعيم ورش القادمين من طرابلس بمادة الـ د.د.ت , وإعطاء كل من يخضع لهذا الإجراء شهادة بذلك . وعادةً ما تستمر هذه الفرقة في عملها لمدة شهرين ثم تستبدل بأخرى .
- فرقة متنقلة اتخذت من سلوق , الأبيار , الرجمة , اجدابيا , مركزاً لها أثناء قيامها بعملها وتتكون هذه الفرقة من طبيب مسؤول , ملاحظ صحي , ممرضه , عاملين , نفري بوليس وثلاث خيم للإقامة .

وقامت هذه الفرقة بزيارة مناطق بنينة , بوعطني , توكره , المقرون , قمينس , برسس, النواقية , الكويفية , سيدي حسين و جردينة . إضافة إلى ذلك قررت وزارة الصحة تشكيل فرقة ثالثة للعمل في المرج ودرنة وطبرق إذا اقتضت بضرورة ذلك[48].

وفي أبريل 1950 تم تطعيم ستمائة وسبعين شخصاً في منطقة توكرة , مائتين وتسعة وثمانين آخرين في الرجمة كما قامت الفرقة برش مائة وثلاث وعشرين بيتاً في توكرة وثلاث وأربعين منزلاً في الرجمة , إضافة إلى ذلك شَمِل التطهير مناطق سلوق , بنينة وبوعطني[49]. وعلى أثر ظهور إصابات في نجع بمنطقة (علم زغبه) . اجدابيا تم تطهير النجع المكون من أربع وعشرين بيت شعر بمسحوق وسائل الـ د.د.ت , كما بُخِّرت الملابس و قُصّت شعور السكان و طُعّم مائة وتسعة وستون شخصاً من بينهم اثنان وسبعون امرأة و واثنان وخمسون رجلاً و وخمسة وأربعون طفلاً [50]. وفي منطقة المقرون ظهر المرض بنجع يبعد عن المنطقة بحوالي عشرة كيلو متر فقامت فرق المكافحة بعزل المرضى الذين بلغ عددهم أثنا عشر مريضاً , و رُشّت ملابسهم وملابس بقية الأفراد المخالطين لهم والبالغ عددهم تسعة وأربعون شخصاً , كما طُهِّرت خيام المرضى والخيام المجاورة لها ورُشّ حوالي اثنان وتسعون بيت شعر تقع بالقرب من النجع ويقطنها حوالي مائتان وخمسة وثمانون شخصاً [51].

وحسب ما ورد في تقرير وزير الصحة العامة ببرقة فإن عمليات التطهير والتطعيم كانت كالآتي [52] .

البلدة	أشخاص طعموا	أشخاص طهروا	مساكن طهرت
بنينة وبوعطني	331	331	جميعها
توكرة	670	670	125
المقرون	250	250	92
الرجمة	289	289	43
اجدابيا	169	169	44 بيت شعر
قمينس	-	-	13
سلوق	1050	1050	جميعها

برسس	55	120	34
النواقية	-	100	19
الأبيار	المدرسة الداخلية بما فيها من معلمين و تلاميذ وموظفين		
الكويفية	40	120	14
سيدي حسين	5	5	1
جردينة	-	-	-

من خلال ما سبق يتضح أن مرض التيفوس كان أكثر انتشاراً في غرب برقة وهي المنطقة التي تقطنها القبائل الرحل وأشباه الرحل , ولذا يمكن القول إن هذا المرض قد تفشى بصورة واضحة بين أفراد هذه الفئة , ومع وجود إصابات في أماكن أخرى من الإقليم إلا أنها لم تصل إلى المستوى الذي وصلت إليه في شرق الإقليم , إضافة إلى ذلك فإنه رغم وجود إشارات إلى أن هذا المرض كان طابعاً عاماً شمل البلاد بأقاليمها الثلاث , إلا أنه اتضح أن برقة كانت أكثر الأقاليم تضرراً من جرّائه , وإذا جاز لنا أن نربط بين انتشار هذا المرض والقبائل الرحل , فإن معظم هذه القبائل كانت موجودة في إقليم برقة وما تم اتخاذه من إجراءات لرش وتطعيم القادمين من إقليم طرابلس ما هو إلا إجراءات كرنتينية من شأنها تسهيل عملية السيطرة على المرض , فهذا الإجراء يضمن عدم دخول أي شخص مصاب إلى الإقليم , وفي ذات الوقت يضمن سلامة هذا الشخص وعدم إصابته بالمرض إن لم يكن مصاباً به .

وإضافة إلى مكافحة الأمراض عن طريق التطعيم أو التطهير , أُتخذت عدة خطوات للوقاية من بينها إصدار الأوامر إلى مراكز البوليس لاتخاذ الإجراءات اللازمة لامتثال الوافدين إلى برقة للإجراءات الصحية , وإعطائهم الإرشادات والتعليمات للتعاون مع الحكومة في هذا السبيل[53].

وكان هناك حملات للتوعية الصحية في تلك النشرات التي كانت تصدر عن وزارة الصحة و تُنشْر على صفحات الجرائد. وفي هذا الإطار نشرت صحيفة برقة الجديدة نشرة صحية تضمنت التحذير من مرض التيفوس , حيث بيّنت الأعراض الناجمة عنه والإجراءات الواجب إتباعها عند ظهور أعراض هذا المرض[54]. ونتيجة لانخفاض مستوى الثقافة لدى الناس الذين لم يستطيعوا الاستفادة من الدروس التي تعطى في العادات

الصحية السليمة , التي تُنشْر على هيأة مقالات في الصحف اليومية , فقد أُستعيض عن هذه المقالات بالدعاية الصحية الشفهية المكثفة , حيث كان يتم تكليف كل من رؤساء المناطق والأئمة بنقل مثل هذه الدروس بأسلوب بسيط للسكان[55]. كما يُجْمع أعيان ومشايخ البلدة المصابة بالمرض وتقدم لهم النصائح , التي تساعدهم على الوقاية منه .إضافة إلى ذلك تم تعيين بعض الأشخاص للإبلاغ عن الإصابات أو الاشتباه في حدوثها إلى المتصرفية لاتخاذ الإجراءات اللازمة [56].

وتجدر الإشارة إلى أن مكافحة الأمراض بهذه الوسائل لا يعني عدم وجود مؤسسات صحية وكوادر طبية للعمل على القضاء على هذه الأمراض, حيث توفرت بالبلاد بعض من هذه المؤسسات التي عملت وفق إمكانياتها المتاحة وبكامل طاقتها.

حيث تشير تقارير الأمم المتحدة إلى أن هناك تقدم ملحوظ في الخدمات الصحية طوال عهد الإدارة. وقد اتضح هذا التقدم من خلال الزيادة في مصروفات الصحة حيث زادت من ثلاث وثلاثين ألفا ومائتين وثماني جنيهات إسترلينية في سنة 1943–1944 إلى مائة وثمانية وتسعون ألفا وثمانمائة وخمسة وسبعون جنيهاً مصرياً 1951 – 1952 , ومن هذه التقاريرنرى أن مظاهر التقدم في الخدمات الصحية يتضح من الزيادة المستمرة في أسّرة المستشفيات والجدول التالي يبين هذه الزيادة [57] .

السنة	44-43	45-44	46-45	47-46	48-47	49-48	50-49	51-50
عدد الأسِرّة	283	395	459	470	465	551	568	610

وبالنظر إلى الجدول السابق يتضح أن هناك زيادة في عدد الأسِرّة , إلا أنه منذ نهاية الحرب في ليبيا في يناير 1943 وحتى عام 1951–1952 لم تتجاوزثلاثمائة وسبعة وعشرون سرير وهو عدد قليل إذا ما قورن بعدد سكان الإقليم الذي يزيد على ثلاثمائة ألف نسمة , بل إن هذه الأسِرّة لم تكن كافية لسكان المدن الرئيسية كبنغازي التي بلغ عدد سكانها تسعة وخمسون ألفا وثمانمائة واثنان وسبعون نسمة , أو درنة التي يقطنها خمسة عشر ألفا وسبعمائة وسبع وسبعون نسمة , والمرج التي تضم احد عشرالفا وثلاثمائة وأربع عشرة نسمة

[58]. ناهيك عن سكان بقية المدن كطبرق واجدابيا وغيرها إضافة إلى الضواحي وسكان الدواخل . وإذا جاز القول بأن هذه الزيادة قد تكون معقولة في الظروف العادية , إلا أنها ليست كذلك في حالات تفشي الأمراض . وقد سبق توضيح تلك الأمراض التي تطلبت حملات تطهير مكثفة على المنازل والنجوع لتحاشي تفاقم الحالة وزيادة الضغط على المستشفيات.

وعلى سبيل المثال عملت مستشفيات برقة خلال عام 1945 بجملة ثلاثمائة وخمسة وتسعون سرير, منها مائتان وخمسة عشر في بنغازي ومائة وعشرة في درنة, وخمسة وثلاثون في المرج ومسه. وفي مقابل هذا العدد هناك ستة الاف وثلاثمائة وستة عشر مريض في عموم مستشفيات برقة باستثناء مستشفى العزلة بالمرج ومن بين هؤلاء المرضى ثلاثة ألاف وسبعمائة وأربعة وثلاثون ذكر وألفان وخمسمائة واثنان وثمانون أنثى , وأجريت لحوالي ألف وثمانمائة وتسعة وتسعون مريض عملية جراحية , بينما توفي مائتان وواحد وثلاثون ناهيك عمن وصلوا في حالة من الإعياء الشديد ولم تتمكن هذه المستشفيات من تقديم المساعدة لهم [59].

وبمقارنة الأعداد الوافدة على المستشفى بعدد الأسِرّة يتضح أن هناك بوناً شاسعاً بين الرقمين, ومن الممكن أن تكون معظم الوفيات ناتجة عن ضعف الإمكانيات العلاجية فلا يمكن بأي حال من الأحوال أن يستوعب هذا العدد من الأسِرّة أعداد المرضى بالإقليم. وكدلالة على ذلك ما ورد برسالة وزير الصحة في برقة إلى رئيس مجلس الوزراء بشان ضرورة استحداث مستشفى بمدينة اجدابيا حيث جاء بالرسالة :

"... لما كانت اجدابيا تعتبر من المدن الخمس الكبرى في هذه البلاد ويبلغ سكانها مع المناطق المحيطة بها الأربعون ألفاً يكابدون عناءً كبيراً في معالجة المرضى منهم بسبب بعدهم من المستشفى الرئيسي ببنغازي , وبسبب عدم وجود الوسائل الطبية الكافية لمثل هذه المدينة فقد عقدت هذه الوزارة النية على إنشاء مستشفى في اجدابيا وإعداده إعداداً مناسباً لإيواء المرضى من سكانها وسكان تلك المنطقة وتقديم المعالجة اللازمة لهم وبذلك نكون قد خففنا من آلام السكان الذين يكابدون مشقة كبيرة في إرسال مرضاهم إلى بنغازي ورفعنا روحهم المعنوية بجعلهم يشعرون بعطف الحكومة عليهم ..."[60]

فمن خلال الرسالة السابقة يتضح أن هناك أعداداً كبيرة من السكان تفتقر إلى الخدمات الطبية التي تستدعي الإقامة في المستشفيات , وهؤلاء السكان لا يقتصر وجودهم على مدينة اجدابيا وضواحيها فقط , بل إن هناك أعداداً كبيرة من السكان المقيمين في مناطق أكثر بعداً عن بنغازي من مدينة اجدابيا , وبطبيعة الحال فإن هؤلاء يعانون أكثر مما يعاني سكان اجدابيا . إضافة إلى ذلك أن تاريخ تحرير الرسالة يشير إلى بقاء هذه

المدينة لسنوات عدة بعد انتهاء الحرب دون أن تحظى بالخدمات الطبية باستثناء تلك الحملات التطهيرية التي كانت تقوم بها فرق مكافحة الأمراض التي سبقت الإشارة إليها .

وبوجه عام بلغ عدد مستشفيات برقة في نهاية عام 1950 ستة مستشفيات, ضمّت ما يقرب من خمسمائة وخمسين سرير . ورغم قلة الإمكانيات المادية والبشرية إلا أنها حاولت تقديم أكبر قدر من المساعدة للمترددين عليها[61]. وكانت هذه المستشفيات موزعة مابين بنغازي , ودرنة , والمرج , مسه , طبرق والكفرة . وقد عُولِّج بهذه المستشفيات خلال الفترة الممتدة من يناير 1947, حتى أغسطس 1949 حوالي أربعة وعشرون ألفا وأربعمائة وسبعة وعشرون مريضا. كما بلغ عدد المستوصفات خمسة وثلاثون مستوصفاً[62]. وفي الغالب تكون المعالجة الطبية مجاناً إلا أن المرضى الذين يقبلون في المستشفيات مكلفون بدفع ثمن الطعام وأجرة النوم , ولما كان معظم نزلاء المستشفى من الفقراء الذين لا يجدون ما يسد رمقهم ,فإن نسبة قليلة جداً تقوم بدفع الأجرة المطلوبة ومعظم المرضى الذين يترددون على المراكز الطبية هم المصابون بأمراض السل والعيون [63].

والى جانب العناصر المحلية العاملة بالصحة هناك عناصر بريطانية وايطالية , إضافة إلى أخرى من الشرق الأوسط [64]. وفيما يتعلق بالأطباء فإن الإقليم واجه عجزاً كبيراً في توفيرهم حيث لم يتوفر خلال فترة ما بعد الحرب وحتى عام 1950 سوى ثلاثة عشر طبيباً كحد أقصى رغم أن عدد الأطباء المقرر اعتمادهم وفقاً لميزانية 1949- 1950 تسعة عشر طبيباً , في حين تم اعتماد خمسة وعشرون طبيباً في ميزانية عام 1950- 1951 . وقد طالب وزير الصحة في بداية عام 1950 بتعيين ثلا ثين طبيباً أخصائياً كحد أدنى على أن يكون لكل عشرة آلاف نسمة طبيباً واحداً , وهذه النسبة ضئيلة إذا ما قورنت بغيرها في البلدان الأخرى وقد شملت تخصصات هؤلاء الأطباء : الأمراض الباطنية , والأمراض العقلية والعصبية , أمراض الأذن والأنف والحنجرة , أمراض العيون , الجراحة , الأشعة , العلاج الطبيعي , الميكروبات , أمراض النساء , الأطفال , تحليل كيميائي والصيدلة [65].

و قد تم تدريب التمرجية الذين سبق لهم العمل في المستشفيات ليقوموا بالتمريض , خاصة أولئك الذين لديهم دراية بمبادئ الحساب , وذلك كي يستطيعوا إعطاء الدواء والحقن بالقدر المطلوب [66].

وفي نوفمبر 1947 افتتحت مدرسة لتدريب ممرضي المستوصفات في بنغازي انضم إليها أثنا عشر طالباً ليبياً تتراوح أعمارهم ما بين (ست عشرة – أربع وعشرين) سنة [67]. وكانت مدة الدراسة في هذه المدرسة سنتين كاملتين. وقد أُلحق بهذه المدرسة قسم داخلي لتشجيع أبناء المناطق النائية للانتساب إليها. كما تقرر منح الطلاب منحه دراسية شهرية قدرها خمس جنيهات بالنسبة لطلبة القسم الخارجي وجنيهان لطلاب القسم الداخلي, الذين تتكفل المدرسة بنفقات طعامهم ومسكنهم. وقد تخرّج من هذه المدرسة خلال عام 1948-1949 ثمانية ممرضين , ثم قامت وزارة الصحة بتوسيع نطاق المدرسة لتستوعب أكبر عدد من التلاميذ . وفي بداية نوفمبر 1950 تم ترشيح أتنين وثلاثين طالباً للدراسة وأعطيت الفرصة لانتساب عشر طالبات لهذه المدرسة , ومع ذلك واجهت وزارة الصحة صعوبة في الحصول على تلميذات لتمرينهن كممرضات وقابلات [68]. ومن بين الناجحين تم اختيار مجموعة ليتدربوا تدريبا خاصاً لمدة سنة يؤهلهم لأن يكونوا مساعدي أطباء [69]. وتجدر الإشارة إلى أنه بعد رحيل الايطاليين بقيت مجموعة من الراهبات اللائي كن يقمن بأعمال قيمة في التمريض , وكان لوجودهن أبلغ الأثر في تسيير عمل المستشفيات [70].

وبالإضافة إلى الأطباء والممرضين هناك مفتش صحي بريطاني الجنسية مقر إقامته في بنغازي وآخر سوداني الجنسية في درنة , وكل من هذين المفتشين مسئولان أمام الطبيب القائم بالأعمال الصحية الوقائية بالمصلحة الطبية , وهناك ملاحظون صحيون ليبيون بلغ عددهم حوالي عشرون ملاحظاً , وهم يعملون تحت إشراف هؤلاء المفتشين [71].

نتائج الدراسة – من خلال ما سبق يتضح أن هذه الفترة شهدت ضعف إمكانيات الطب الوقائي فلم تكن هناك وسائل متطورة للقضاء على الحشرات المسببة أو الناقلة للأمراض , إضافة إلى أنه لم تكن هناك عناية بتصريف الفضلات التي عادةً ما تكون بيئة صالحة لنمو هذه الحشرات . ثم إن ضعف الإمكانيات المادية انعكست بدورها على النظافة الشخصية ذلك أن توفير مواد التنظيف سواء بالنسبة للفرد أو المجتمع يحتاج إلى ميزانية معينة وهو ما تفتقر إليه البلاد مما انعكس سلبياً على وضع الأفراد فعدم النظافة الشخصية قد تكون نتيجة لإهمال الفرد إلا أنها في الوقت ذاته قد تكون بفعل نقص لوازم التنظيف وعد وجود البيئة الحية المناسبة.

– إن المؤسسات الصحية في إقليم برقة كانت قليلة العدد مقارنة بسكان الإقليم, حيث لم يتواجد خلال معظم الفترة موضوع الدراسة سوى مستشفى مركزي واحد ببنغازي. وأن كثيراً من مدن الإقليم افتقر إلى وجود مستشفى يأوي مرضاها , ولذا فقد كان هناك ضغط على مستشفى بنغازي . وهذا ما دعا وزارة الصحة إلى القيام بحملات لمكافحة الأمراض التي ظهرت في الإقليم وشكلت فرقاً للتطعيم والتطهير .

– أثّر الوضع الاقتصادي وقلة الإمكانيات المادية على مستوى الكوادر الوظيفية المستجلبة من الخارج , حيث إن المبالغ المرصودة للأطباء الأخصائيين لم تكن كافية وأن ما عرض عليهم من مرتبات كان يسيراً مقارنة بعروض البلدان الأخرى , وبالتالي فقد فضلوا العمل في البلدان ذات العروض الأفضل , خاصة وأن عددهم خلال تلك الفترة كان قليلاً في العالم بأجمعه , وبذلك شهدت المؤسسات الصحية عجزاً كبيراً في العناصر المتخصصة .

– انخفاض مستوى الثقافة في البلاد وارتفاع نسبة الأمية كان حائلاً دون نجاح الدعاية الصحية على صفحات الجرائد أو عن طريق المنشورات, وكانت الدعاية الشفهية هي البديل الأسرع والأقوى تأثيراً في السكان.

[1] أ. ليندسي, تقرير عن الأحوال الصحية والخدمات الصحية في ليبيا , بعثة الأمم المتحدة للمساعدة الفنية , أكتوبر 1950 , ص 14 .

[2] تشارلز مورس , تقرير عن نظافة البيئة في ليبيا , بعثة الأمم المتحدة للمساعدة الفنية في ليبيا , 30 يونيو 1952 , ص 3.

[3] جون لندبرج , تقدير عام للاقتصاد الليبي . بعثة الأمم المتحدة للمساعدة الفنية في ليبيا مايو 1952 , ص26 .

[4] محمد الصادق عفيفي , الاتجاهات الوطنية فى الشعر الليبي الحديث , بيروت القاهرة – بغداد دار الكتان 1969 ص 92 .

[5] منظمة الأغذية والزراعة ,تقرير عن الزراعة مقدم إلى الحكومة الليبية , مايو 1952,ص 30.

[6] بنجامين هيجنز ,التنمية الاقتصادية والاجتماعية في ليبيا ,بعثة الأمم المتحدة للمساعدة الفنية في ليبيا ,15 ديسمبر 1951, ص 4 .

[7] تشارلز مورس , المصدر السابق , ص 26 .

[8] المصدر نفسه ,ص 9-10 .

[9] أ. ليندسي , المصدر السابق , ص 19 – 49 .

[10] تشارلز مورس , المصدر السابق , ص 35 - 36 .

[11] ر.ج. نيكولاي, تقرير عن بيع اللبن للمستهلكين في ولاية طرابلس الغرب , المصلحة الطبية , طرابلس ,مايو 1950 ,ص 39 .

[12] تشارلز مورس , المصدر السابق , ص 18 -19 .

[13] أ. ليندسي , المصدر السابق , ص 45 .
[14] ر.ج. نيكولاي, المصدر السابق , ص 40 .
[15] تشارلز مورس , المصدر السابق , ص 24 .
[16] الوطن , ع 251 , (بنغازي ,27 نوفمبر 1951).
[17] وثائق دار الكتب الوطنية – بنغازي , بيان وزارة الصحة العامة 6\11\1950 ص 2 . وثيقة غير مصنفة .
[18] المصدر السابق , اقتراحات بشأن إعداد طريقة العمل في إعادة تنظيم التجنيد والتدريب ورواتب الموظفين , فبراير 1949 , وثيقة غير مصنفة
[19] تشارلز مورس , المصدر السابق , ص 24 .
[20] وثائق دار الكتب الوطنية – بنغازي , محضر الجلسة المنعقدة في مكتب وزير الصحة , 6 أبريل 1950 , وثيقة غير مصنفة .
[21] وثائق دار الكتب الوطنية – بنغازي , رسالة من وزير الصحة العامة بشأن الوضع الصحي في البلاد , 27 يوليو 1951 , وثيقة غير مصنفة .
[22] وثائق دار الكتب الوطنية – بنغازي , بيان وزارة الصحة العامة .
[23] المصدر نفسه .
[24] المصدر نفسه .
[25] وثائق دار الكتب الوطنية – بنغازي, رسالة من وزير الصحة والمعارف إلى رئيس مجلس الوزراء بشان مستشفى اجدابيا , 28 أكتوبر 1950 , وثيقة غير مصنفة .
[26] وثائق دار الكتب الوطنية – بنغازي , بيان وزارة الصحة العامة
[27] بنجامين هيجنز , المصدر السابق , ص 132.
[28] ر.موريكا ,"النواص الوبائية للريكتسيا في ولاية طرابلس الغرب " النشرة الصحية لولاية طرابلس الغرب ,ع 1-2 . مج 5 , يناير – يونيو 1947 ص 12.
[29] تشارلز مورس , المصدر السابق , ص 49 .
[30] المصدر نفسه , ص 47 .
[31] وثائق دار الكتب الوطنية – بنغازي , كشف مرسل من لجنة رعاية الأطفال الليبيين ببنغازي إلى وزير الصحة العامة 20\6\1950 ,وثيقة غير مصنفة .
[32] British Military Administration, Tripolitania , Annual Report for period 1st ,January, 1949 to 30st December ,1945,P 20 .
[33] وثائق دار الكتب الوطنية – بنغازي , تقرير عام بخصوص الأطباء 19 يناير 1950 , وثيقة غير مصنفة .
[34] بنجامين هيجنز , المصدر السابق , ص 133.
[35] المصدر نفسه .
[36] British Military ,op, cit ,P 19 .
[37] الوطن , ع 251 .
[38] British Military ,op, cit ,P 19 .
[39] Ibid, P 20.
[40] برقة الجديدة , ع 1324 ,(بنغازي ,21 ابريل 1950) .
[41] وثائق دار الكتب الوطنية – بنغازي ,تقرير مقدم من وزير الصحة إلى إدريس السنوسي حول انتشار مرض التيفوس باجدابيا 17\4\1950 , وثيقة غير مصنفة .
[42] وثائق دار الكتب الوطنية – بنغازي , تقرير مقدم من وزير الصحة إلى رئيس الوزراء بخصوص مرض التيفوس ,11 مايو 1950 , وثيقة غير مصنفة .
[43] تشارلز مورس , المصدر السابق , ص 45-48, 51-52 .
[44] نقولا زيادة , ليبيا 1948 , الجامعة الأمريكية (بيروت 1966) , ص 105 .
[45] برقة الجديدة , ع 867 ,(بنغازي ,16 مارس 1947) .
[46] برقة الجديدة , ع 866 ,(بنغازي ,14 مارس 1947) .
[47] نقولا زيادة , المصدر السابق .

[48] وثائق دار الكتب الوطنية – بنغازي , رسالة من رئيس الوزراء إلى وكيل الديوان الأميري بخصوص مكافحة مرض التيفوس , 18 مايو 1950 , وثيقة غير مصنفة .
[49] برقة الجديدة , ع 1324 .
[50] وثائق دار الكتب الوطنية – بنغازي ,تقرير مقدم من وزير الصحة إلى إدريس السنوسي حول انتشار مرض التيفوس باجدابيا , مصدر سابق .
[51] وثائق دار الكتب الوطنية – بنغازي , تقرير عن ظهور مرض التيفوس بالمقروت ,20\5\1950 , وثيقة غير مصنفة .
[52] وثائق دار الكتب الوطنية – بنغازي , تقرير مقدم من وزير الصحة إلى رئيس الوزراء بخصوص مرض التيفوس ,11 مايو 1950 , مصدر سابق .
[53] وثائق دار الكتب الوطنية – بنغازي , رسالة من رئيس الوزراء إلى وكيل الديوان الأميري بخصوص مكافحة مرض التيفوس , مصدر سابق .
[54] ع 1330 , (بنغازي ,14 مايو 1950).
[55] Civil Affairs Medical Office , Report on the Health Services of Tripoli city for the year 1945, p 4-5 .
[56] وثائق دار الكتب الوطنية – بنغازي ,تقرير مقدم من وزير الصحة إلى إدريس السنوسي حول انتشار مرض التيفوس باجدابيا , مصدر سابق .
[57] Vladimir Karakacheef ,Report on public finance in Libya 1944-1951-United Nations Technical Assistanca Mission to Libya 1951
[58] Ibid, P 15.
[59] British Military Administration, Cyrenica, Annual Report for period 1st ,January, 1949 to 30st December ,1945,P 19 .
[60] وثائق دار الكتب الوطنية – بنغازي , تقرير مقدم من وزير الصحة إلى رئيس الوزراء بخصوص مستشفى اجدابيا , 12 .9. 1950 , وثيقة غير مصنفة .
[61] وثائق دار الكتب الوطنية – بنغازي , بيان وزارة الصحة العامة , مصدر سابق.
[62] وثائق دار الكتب الوطنية – بنغازي , رسالة من مدير دائرة الصحة العمومية إلى رئيس الوزراء ,15 يناير 1950 , وثيقة غير مصنفة .
[63] Vladimir Karakacheef , op, cit ,P 15 .
[64] وثائق دار الكتب الوطنية – بنغازي , تقرير مقدم من وزير الصحة إلى رئيس الوزراء بخصوص تحسين حالة المستشفيات , 30 .6. 1950 , وثيقة غير مصنفة .
[65] وثائق دار الكتب الوطنية – بنغازي , تقرير عام بخصوص الأطباء , مصدر سابق .
[66] وثائق دار الكتب الوطنية – بنغازي ,مقترحات بشان إعداد طريقة في إعادة تنظيم التجنيد والتمرين ورواتب الموظفين , مصدر سابق
[67] British Military Administration, Cyrena , Annual Report for period 1st ,January to 30t December ,1947,P 28 .
[68] دار الكتب الوطنية – بنغازي , بيان وزارة الصحة العامة , مصدر سابق.
[69] وثائق دار الكتب الوطنية – بنغازي ,مقترحات بشان إعداد طريقة في إعادة تنظيم التجنيد والتمرين ورواتب الموظفين , مصدر سابق
[70] وثائق دار الكتب الوطنية – بنغازي,مقترحات بشان إعداد طريقة في إعادة تنظيم التجنيد والتمرين ورواتب الموظفين , مصدر سابق
[71] Vladimir Karakacheef , op, cit ,part 3 ,P 24.

المصادر و المراجع

*** وثائق دار الكتب الوطنية – بنغازى**

1 – وثائق دار الكتب الوطنية _ بنغازى , اقتراحات بشأن إعداد طريقة العمل فى إعادة تنظيم التجنيد و التدريب و رواتب الموظفين , فبراير 1949 , وثيقة غير مصنفة .

2– وثائق دار الكتب الوطنية _ بنغازى , رسالة من مدير دائرة الصحة العمومية الى رئيس الوزراء , 15 يناير 1950 , وثيقة غير مصنفة .

3– وثائق دار الكتب الوطنية _ بنغازى , تقرير عام بخصوص الأطباء 19 يناير 1950 و وثيقة غير مصنفة .

4– وثائق دار الكتب الوطنية _ بنغازى , محضر الجلسة المنعقدة فى مكتب وزير الصحة , 6 ابريل 1950 , وثيقة غير مصنفة .

5– وثائق دار الكتب الوطنية – بنغازى ,تقرير مقدم من وزير الصحة الى ادريس السنوسى حول انتشار مرض التيفوس باجدابيا 1950/4/17 , وثيقة غير مصنفة .

6– وثائق دار الكتب الوطنية – بنغازى ,تقرير مقدم من وزير الصحة الى رئيس الوزراء بخصوص مرض التيفوس 11 مايو 1950 , وثيقة غير مصنفة .

7– وثائق دار الكتب الوطنية – بنغازى , رسالة من رئيس الوزراء الى وكيل الديوان الاميري بخصوص مكافحة مرض التيفوس , 18 مايو 1950 , وثيقة غير مصنفة .

8– وثائق دار الكتب الوطنية – بنغازى , تقرير عن ظهور مرض التيفوس بالمقرون 1950/5/20 , وثيقة غير مصنفة .

9- وثائق دار الكتب الوطنية – بنغازى, كشف مرسل من لجنة رعاية الأطفال الليبيين ببنغازى إلى وزير الصحة العامة 1950/6/20 , وثيقة غير مصنفة .

10- وثائق دار الكتب الوطنية – بنغازى ,تقرير مقدم من وزير الصحة الى رئيس الوزراء بخصوص تحسين حالة المستشفيات , 1950/6/30 , وثيقة غير مصنفة ,

11- وثائق دار الكتب الوطنية – بنغازى , تقرير مقدم من وزير الصحة الى رئيس الوزراء بخصوص مستشفى اجدابيا 1950/9/12 ,وثيقة غير مصنفة .

12- وثائق دار الكتب الوطنية – بنغازى , بيان وزارة الصحة العامة 1950/11/6 ص 2 , وثيقة غير مصنفة .

13- وثائق دار الكتب الوطنية – بنغازى, رسالة من وزير الصحة و المعارف إلى رئيس مجلس الوزراء بشان مستشفى اجدابيا و 28/ اكتوبر /1950 , وثيقة غير مصنفة .

14- وثائق دار الكتب الوطنية – بنغازى , رسالة من وزير الصحة العامة بشأن الوضع الصحى فى البلاد , 27/يوليو/1951 , وثيقة غير مصنفة .

*** تقارير الأمم المتحدة :**

1- بنجامين هيجنز , التنمية الاقتصادية و الاجتماعية فى ليبيا , بعثة الأمم المتحدة للمساعدة الفنية فى ليبيا , 15 ديسمبر 1951 , ص 4 .

2- تشارلز مورس , تقرير عن نظافة البيئة فى ليبيا , بعثة الأمم المتحدة للمساعدة الفنية فى ليبيا , 30 يونيو 1952 , ص 3 .

3- جون لندبرج , تقدير عام للاقتصاد الليبي , بعثة الامم المتحدة للمساعدة الفنية فى ليبيا مايو 1952 , ص 26.

4- ر. ج نيكولاي , تقرير عن بيع اللبن للمستهلكين فى ولاية طرابلس الغرب , المصلحة الطبية , طرابلس , مايو 1950 و ص 39 .

5- ر.موريكا و "النواص الوبائية للريكتسيا فى ولاية طرابلس الغرب " النشرة الصحية لولاية طرابلس الغرب و ع 1-2 . مج 5 , يناير – يوينو 1947 ص 12 .

6- منظمة الأغذية و الزراعة , تقرير عن الزراعة مقدم إلى الحكومة الليبية ,مايو 1952 , 30 ص.

7- أ. ليندسي , تقرير عن الأحوال الصحية و الخدمات الصحية فى ليبيا , بعثة الأمم المتحدة للمساعدة الفنية , أكتوبر 1950 , ص 14 .

*** المراجع العربية :**

1- محمد الصادق العفيفي , الاتجاهات الوطنية فى الشعر الليبي الحديث , بيروت – القاهرة – بغداد دار الكتاب 1969 , ص .92 .

2- نقولا زيادة , ليبيا 1948 , الجامعة الامريكية (بيروت 1966) و ص 105 .

*** الصحف :**

1- الوطن , ع 251 , (بنغازى , 27 نوفمبر 1951)

2- برقة الجديدة , ع 866 , (بنغازى , 14 مارس 1947) .

3- برقة الجديدة , ع 867 , (بنغازى , 16 مارس 1947) .

4- برقة الجديدة , ع 1324 , (بنغازى , 21 ابريل 1950) .

5- ع 1330 (بنغازى , 14 مايو 1950) .

*** المراجع الاجنبية :**

1- British military Administration , cyrenica Annual Report for period 1st , January , 1949 to 30 st December , 1945 , p 19 .

2- British military Administration , Tripolitania Annual Report for period 1st , January , 1949 to 30 st December , 1945 , p 20 .

3- British military Administration , cyrenica, Annual Report for period 1st , January to 30 t December , 1947 , p 28 .

4- Civil Affairs Medical office , Report on the Health Services of Tripoli city for the year 1945 , p 4-5 .

5- Vladimir Karakacheef , Report on public finance in Libya 1944-1951 United Nations Technical Assistanca Mission to Libya 1951 .