

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة قاصدي مرباح – ورقلة

كلية العلوم الاجتماعية الإنسانية

قسم علم الاجتماع

- مدرسة الدكتوراه -

الموضوع

العلاقة العلاجية و فعالية تمثلاتها

-دراسة ميدانية لمرض القصور الكلوي بمركز "تصفية الدم" - سحيري كمال - بالأغواط-

رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع

إشراف الأستاذ:

بوزيدة عبد الرحمان

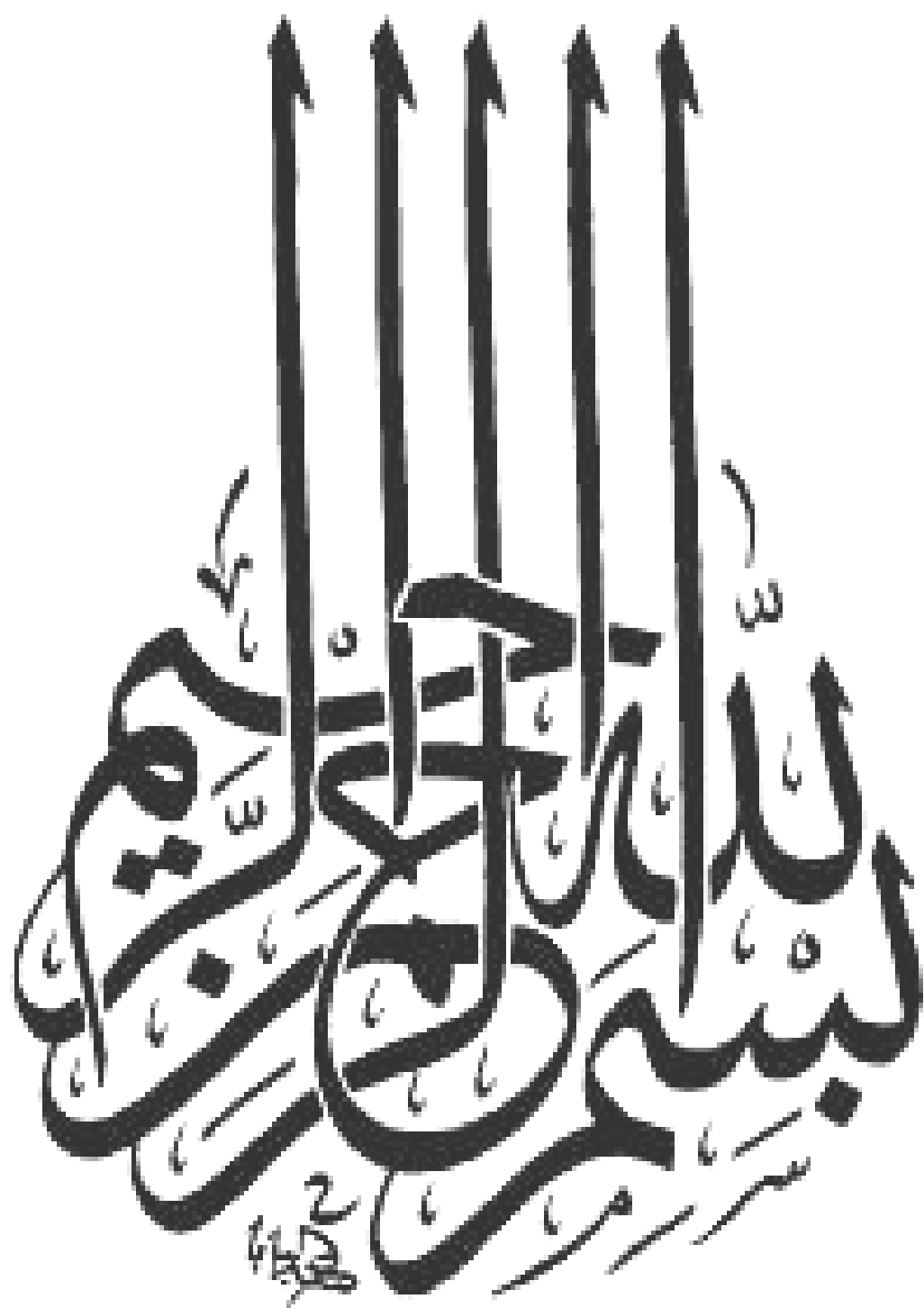
إعداد الطالبة :

صديقي فاطنة

تم مناقشة الرسالة يوم 2011/06/27 أمام اللجنة التالية :

الاسم واللقب	الرتبة العلمية	الجامعة	الصفة
أ.د بوزيدة عبد الرحمن	أستاذ	الجزائر	مشرفا ومقرا
د. بن عيسى محمد المهدي	أستاذ محاضر (أ)	ورقلة	مناقشا
أ.د مقراني الهاشمي	أستاذ	الجزائر	رئيسا ومناقشا

السنة الجامعية : 2009 - 2010



إهداء

أهدي عملي هذا إلى أغلى من في الوجود أمي الحبيبة
و أبي الغالي
و إلى إخوتي الأعمام كل باسمه

كلمة شكر

أشكر الله العزيز الحميد على توفيقه الذي تتم بنعمته الصالحات حمدا يليق
بجلال وجهه

و عظيم سلطانه فله الحمد حتى يرضى و إذا رضي و بعد الرضا حمدا عظيما
يليق بمقامه.

أشكر المولى عز و جل الذي وفقني على هذا الإنجاز

و أعانني عليه بالصبر الذي هو مفتاح كل الأعمال

و أشكر كل من مد لي يد المساعدة

و التوجيه الكل حسب قدرته.

و أتقدم بكل الشكر و العرفان و أسمى عبارات التقدير و الاحترام إلى الأستاذ و

الدكتور المشرف " بوزيدة عبد الرحمن " الذي لم يبخل علي بالنصائح و

الإرشادات القيمة و أرواني

من معرفته الغنية.

و كافة أساتذة علم الاجتماع " مدرسة الدكتوراه " و أتقدم بجزيل الشكر إلى كافة

الطاقم البشري العامل بمركز تصفية الدم من أطباء، ممرضين، أخصائيين

نفسانيين، إداريين...

كما أشكر كل من ساعدني على إنجاز هذه الرسالة.

فاطنة

فهرس المحتويات

الإهداء

الشكر

مقدمة

أ-د

الفصل الأول : المقارنة السوسولوجية للدراسة

• مدخل

- 06 1- مفهوم علم الاجتماع الطبي
- 08 2- أهمية علم الاجتماع الطبي
- 09 3- مجالات علم الاجتماع الطبي
- 13 4- علاقة الدراسة بعلم الاجتماع الطبي
- 28 5- الدراسات السابقة في علم الاجتماع الطبي

• خلاصة

الفصل الثاني : الصحة والمرض وعلاقتها بالجسد .

• مدخل

- 47 1- الصحة ومفاهيمها النظرية
- 47 1-1- المفهوم الاجتماعي للصحة
- 49 1-2- مكونات الصحة
- 51 1-3- مستويات الصحة
- 53 2- المرض كظاهرة اجتماعية
- 53 1-2- المفهوم الاجتماعي للمرض
- 56 2-2- التاريخ الطبيعي للمرض
- 59 2-3- العوامل التي تقرر مستويات الصحة (مسببات المرض)
- 67 3- عمل اجتماع الجسد
- 67 1-3- النظرية الاجتماعية – الثقافية للجسد
- 68 2-3- سوسولوجيا الجسد
- 70 3-3- علاقة الصحة والمرض بالجسد

• خلاصة

الفصل الثالث : الجانب المنهجي للدراسة

• مدخل

- 76 1- إشكالية الدراسة
- 83 2- فرضيات الدراسة (أهداف البحث)
- 85 3- بناء نموذج التحليل (تحديد المفاهيم)
- 86 1-3- البناء الاجتماعي للصحة والمرض و الجسد

92	.....	2-3- البناء الاجتماعي للأمراض المزمنة
99	.....	3-3- العوامل المحددة للعلاقة العلاجية
104	.....	4- الإجراءات المنهجية للدراسة
104	.....	1-4- المرحلة الاستكشافية
107	.....	2-4- المناهج المستعملة في البحث
109	.....	4-3- خطوات العمل الميداني
119	.....	4-4- صعوبات الدراسة

• خلاصة

الفصل الرابع : حدوث مرض القصور الكلوي والفاعلين في عملية العلاج

• مدخل

123	.....	1- كيفية حدوث المرض
136	.....	2- الفاعلين في عملية العلاج
137	.....	2-1- الأسرة كفاعل في عملية العلاج
139	.....	2-2- الأطباء وعملية العلاج
146	.....	2-3- فاعلية الطاقم شبه الطبي
156	.....	2-4- دور الأخصائي النفسي

• خلاصة

الفصل الخامس : العوامل المحددة للعلاقة العلاجية

• مدخل

166	.....	1- تأثير مرض القصور الكلوي على المريض
166	.....	1-1- تأثير المرض على المكانة الاجتماعية للمريض داخل الأسرة
173	.....	1-2- تأثير المرض على العمل
176	.....	1-3- تأثير المرض على بعض الجوانب الأخرى
179	.....	2- الوعي الاجتماعي والصحي
180	.....	2-1- محدد الوعي الاجتماعي والصحي عند المريض
197	.....	2-2- نظرة الأطباء والأخصائيين النفسيين للوعي الاجتماعي والصحي عند المريض

• خلاصة

الفصل السادس : العلاقة العلاجية بين الطبيب والمريض .

• مدخل

202	.....	1- التمثلات الاجتماعية لمرض القصور الكلوي
203	.....	1-1- نظرة مرضى القصور الكلوي لهذا المرض
213	.....	1-2- نظرة الأطباء والأخصائيين النفسيين

216 2- طبيعة العلاقة العلاجية

217 1-2- تشخيص المرض واكتشافه

230 2-2- التفاعل بين الطبيب والمريض

• خلاصة

242 ملخص تحليلي لنتائج الدراسة

خاتمة .

قائمة المراجع

الملاحق .

فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
124	أسباب حدوث مرض القصور الكلوي	1
124	متغير الجنس وارتباطه بحدوث المرض واكتشافه	2
125	ارتباط متغير السن بحدوث المرض واكتشافه	3
126	ارتباط المستوى التعليمي بحدوث المرض	4
127	ارتباط متغير الأصل الاجتماعي بحدوث المرض	5
128	ارتباط متغير الأصل الجغرافي بحدوث المرض	6
129	ارتباط حدوث المرض بالجنس والسن	7
131	متغير الجنس والمستوى التعليمي وارتباطهما بحدوث المرض	8
132	متغير الأصل الاجتماعي والأصل الجغرافي وارتباطهما بحدوث المرض	9
140	نوعية العلاقات بين الأطباء فيما بينهم والعاملين بالمستشفى	10
141	ارتباط متغير الجنس باتخاذ القرار	11
142	ارتباط متغير التخصص باتخاذ القرار	12
142	ارتباط متغير السن باتخاذ القرار	13
143	تقييم الأطباء لمهنة الطب والرضا عن ذلك	14
144	صعوبة مهنة التمريض والرضا عن هذه المهنة	15
145	وجود التعاون بين العاملين في مركز تصفية الدم	16
146	العلاقة بين الأقدمية في العمل للممرض وظروف العمل بالمركز	17
148	مساهمة الممرضين في تقديم شرح للمرض	18
148	دور الممرض كفاعل في تقديم النصائح للمرضى	19
149	استماع الممرضين لشكوى المرضى	20
155	ارتباط الرضا عن العمل بصعوبة مهنة الأخصائي النفسي	21
156	نوعية العلاقة بين الممرضين والعاملين بالمستشفى	22
156	ارتباط الأقدمية في العمل بالرضا عنه في مهنة التمريض	23
169	تأثير مرض القصور الكلوي على الأسرة والعمل وبعض الجوانب الأخرى	24
170	ارتباط متغير الجنس بتأثير المرض	25
171	ارتباط متغير السن بتأثير المرض	26
172	ارتباط المستوى التعليمي بتأثير المرض	27
173	ارتباط متغير الأصل الاجتماعي بتأثير المرض	28
174	ارتباط تأثير المرض بالحالة الاجتماعية للمريض	29
176	ارتباط تأثير المرض بمتغير الجنس والسن	30
178	ارتباط متغير الجنس والحالة الاجتماعية بتأثير المرض	31
179	المستوى التعليمي والاجتماعي والثقافي لأسر المبحوثين	32
197	ارتباط المستوى التعليمي والاجتماعي والثقافي للأسر بالمستوى التعليمي للفرد	33
198	تقبل المرض عبر مراحلها الأولى والثانية	34
198	ارتباط متغير الجنس بتقبل المرض	35

199	ارتباط تقبل المرض أو رفضه بالحالة الاجتماعية للمريض	36
200	ارتباط متغير الجنس والحالة الاجتماعية بتقبل المرض	37
201	اللجوء إلى الطب الشعبي	38
201	ارتباط اللجوء للطب الشعبي بالمستوى التعليمي والاجتماعي والثقافي للأسرة	39
202	لجوء المرضى للطب الشعبي والاعتناح بذلك	40
203	ارتباط متغير الجنس باللجوء للطب الشعبي	41
203	اقتناح الإناث والذكور باللجوء للطب الشعبي	42
204	ارتباط متغير السن باللجوء للطب الشعبي	43
205	ارتباط المستوى التعليمي باللجوء للطب الشعبي	44
206	ارتباط متغير الأصل الجغرافي باللجوء إلى الطب الشعبي	45
207	ارتباط متغير الجنس و المستوى التعليمي باللجوء للطب الشعبي والاعتناح به	46
210	ارتباط الوعي الاجتماعي والصحي بالمستوى التعليمي أو المركز حسب نظرة بعض مسؤولي الهياكل	47
223	نظرة المرضى لمرض القصور الكلوي	48
224	نظرة المرضى لمرض القصور الكلوي وارتباط ذلك بمتغير الجنس	49
225	ارتباط نظرة المرضى لمرض القصور الكلوي بالمستوى التعليمي	50
226	ارتباط نظرة المرضى لمرض القصور الكلوي بمتغير السن	51
227	ارتباط نظرة المرض لمرض القصور الكلوي بالأصل الجغرافي	52
227	ارتباط نظرة المرضى لمرض القصور الكلوي بالحالة الاجتماعية له	53
229	نظرة المرضى لمرض القصور الكلوي وارتباط ذلك بمتغير الجنس والسن	54
231	نظرة المرضى لمرض القصور الكلوي وارتباط ذلك بمتغير الجنس والمستوى التعليمي	55
233	نظرة المرضى بمرض القصور الكلوي وارتباط ذلك بمتغير الجنس والحالة الاجتماعية	56
236	نظرة الأطباء والأخصائيين النفسيين لمرض القصور الكلوي	57
245	الشك في عملية العلاج	58
245	ارتباط متغير الجنس بالشك في عملية العلاج	59
246	ارتباط متغير السن بالشك في عملية العلاج	60
247	التغيير في أسلوب العلاج	61
254	التزام المرضى بتناول الأدوية واتباع الحمية	62
255	التزام المرضى بتناول الأدوية واتباع الحمية وارتباط ذلك بمتغير الجنس	63
256	ارتباط متغير السن بالتزام المرضى	64
257	ارتباط المستوى التعليمي بالتزام المرضى	65
258	ارتباط الأصل الجغرافي للمرضى بالتزامهم الأدوية والحمية اللازمة	66
259	ارتباط التزام المرضى بمتغير الجنس والأصل الجغرافي	67
260	ارتباط التزام المرضى بمتغير الجنس والمستوى التعليمي	68

فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
45	درجات الصحة.....	01
54	مراحل المرض.....	02

مقدمة

يرى علماء الاجتماع أنّ المرض ليس حدثاً عضوياً فقط، وإنما هو فوق ذلك ظاهرة اجتماعية معقدة، ترتبط بالعديد من المتغيرات الاجتماعية والثقافية، ويعتقد العلماء أنّ اختزال المرض في بعده البيولوجي فقط ينتج فهماً قاصراً لتلك الظاهرة وعلى هذا فإنّ المرض مثله مثل كل الجوانب المهمة في حياة الفرد يحتاج إلى تفسير ومثل هذا التفسير أو البناء، ليس عملاً فردياً بل هو بناء اجتماعي، وثقافي فالانتماء الاجتماعي والثقافي هما اللذان يعطيان الفرد الإطار الذي يتم من خلاله تفسير كل الظواهر التي تمسّ الجسم وبشكل خاص المرض وأعراضه.

فالصحة والمرض هما ظواهر اجتماعية وثقافية، وأشكال تمثل الواقع الاجتماعي لذا تعد الصحة قيمة مطلقة "Une Valeur Absolue" تستمد قيمتها من قيمة المجتمع. أما المرض فهو حدث متكرر ومأساوي "l'événement le plus fréquent et dramatique" في حياة الإنسان ويحدث نتيجة أسباب اجتماعية وطبيعية مختلفة.

لذا فإنّ المجتمع الجزائري كغيره من المجتمعات يفسر الأمراض تفسيرات خاصة به وبالخصوص البعض منها، حيث نجد تفسيراتها في الخيال الجمعي للأفراد وتصوّراتهم حوله، وبالتالي تصبح الصحة والمرض وسيلة للتعبير عن المعتقدات والقيم التي يؤمنون بها وعليها يتخذون المسار العلاجي اللازم لها، وقد يكون اللجوء إلى " الطب الشعبي " أحد أهم الطرق العلاجية وذلك حسب الإطار الثقافي لكل مجتمع أو كل أسرة باعتبار أن الأسرة الخلية الأساسية والأولى داخل كل مجتمع على الرغم من نجاح " الطب الرسمي " في تفسير معظم الأمراض إلا أنّ المجتمعات تظلّ متمسكة بثقافتها وتفسير الأمراض تفسيرات غيبية كاعتقادهم مثلاً أنّ " إجراء عملية تصفية الدم عن طريق الآلة يعني الموت الأكيد لصاحبه " والتخوف كثيراً عند سماعهم كلمة " آلة " وهذا ما سيتم معرفته من خلال هذه الدراسة التي تهدف إلى معرفة التمثّلات الاجتماعية لمرض " القصور الكلوي "، هذا التمثّل الذي يرتبط بتصوّرات أفراد المجتمع حول المرض .

وعلى هذا الأساس جاء اختيارنا للموضوع الذي لم يكن بطريقة عشوائية وإنما جاء نتيجة للمراحل التي عرفها المسار البحثي، ففي البداية كان لدينا تصور عام عن موضوع في علم الاجتماع الطبي، وهكذا تمّ الانطلاق من موضوع " دور النسق الأسري والنسق الطبي في المسار العلاجي للأمراض المزمنة " إلا أنّه ونتيجة للقراءات والمقابلات الاستكشافية تبينّ لدينا أنّ هذا الموضوع جدّ واسع ومتشعب كما أنّه يتطلّب الوقت الكثير لإجراء الدراسة كما ينبغي، حيث أنّه يتناول نسقين وهما الأسرة والمستشفى، كما أنّه يتناول دراسة الأمراض المزمنة، وهي أيضاً كثيرة ومتشعبة ويختلف مسار الأمراض المزمنة من

مرض لآخر كما أنّ تمثّلات المرض تختلف من مرض لآخر، لذا ونتيجة للقراءات والمقابلات الاستكشافية تمّ تغيير الموضوع والإرساء على النسق الطّبي فقط وذلك للقيام بدراسة شاملة عن هذا النسق ودوره في المسار العلاجي لمرض " القصور الكلوي " هذا المرض الذي لم يكن اختيارنا له بطريقة عشوائية وإنّما نتيجة للملاحظة العلمية التي جاءت نتيجة تصوّرات المجتمع لهذا المرض وبالتالي تأثير هذه التصوّرات على مريض الكلى وهكذا تمّ اختيارنا لهذا المرض المزمّن.

ثمّ إنّ زيادة القراءات للنظريات الوظيفية والتفاعلية الرمزية أمدتنا بتحديد الموضوع بدقّة وتمّ الإرساء على موضوع " العلاقة العلاجية وفعالية تمثّلاتها " حيث أنّ هذا الموضوع يتضمّن شطرين من الدّراسة، جزء يتعلق بطبيعة العلاقة العلاجية التي تنشأ ما بين الطبيب والمريض والعوامل المحددة لهذه العلاقة، ومن جهة أخرى تمثّلات مرض " القصور الكلوي " الذي يعتبر محدّد آخر وأساسي في نوعية العلاقة العلاجية، و سنحاول من خلال هذه الدراسة كشف العلاقة ما بين هذه المحدّدات وطبيعة العلاقة ما بين الطبيب والمريض.

كما أنّ للموضوع صلة بعلم اجتماع الجسد ، هذا التخصص الجديد الذي يتناول ويدرس جسد الإنسان والتغيّرات التي تطرأ عليه، وباعتبار أنّ الصّحة والمرض تمسّ جسد الإنسان، فإنّ لطبيعة موضوعنا علاقة وثيقة بعلم اجتماع الصحة، هذا الجسد الذي يتعرض للتغيّرات نتيجة حدوث المرض.

ويمكن أن نحدّد الأهداف المرتبطة باختيار الموضوع في النقاط الآتية:

- فتح آفاق جديدة للبحث أمام الباحثين لمعرفة التمثّلات الاجتماعية للمرض وإسهامها في تحقيق العلاج بالنسبة للأمراض العادية وتخفيف المرض بالنسبة للأمراض المزمنة .
 - فتح العديد من المجالات أمام الباحثين في مجالات مختلفة من العلوم (علم الاجتماع، علم الطب، وعلم اجتماع الصحة كتخصص بين العلمين) إضافة إلى علم اجتماع الجسد.
 - الإشارة إلى دور الوعي الاجتماعي والصحي في تحديد العلاقات بين المريض والطبيب التي تسهم في تحقيق العلاج أو تخفيف حدّته.
 - محاولة التحقق من نظرية " تالكوت بارسونز" عن أدوار الطبيب والمريض ونظرية " أنزيم ستروس" عن فاعلية المريض في المسار العلاجي للأمراض المزمنة حيث يسمح البحث الميداني باستكشاف مدى تحقق إحدى النظريات أو جزء من النظريات أو تحقق كليهما .
- أمّا من حيث تصميم الدراسة وفصولها فقد تمّ تقسيمها إلى ستة فصول:

الفصل الأول: يتعلق هذا الفصل بالمقاربة السوسولوجية للموضوع، حيث تمّ التطرق إلى علم الاجتماع الطبي كتخصص يجمع بين علمي (الاجتماع والطب) من حيث مفهومه مجالاته، أهميته، إضافة إلى الجزء الأساسي من الدراسة وهو النظريات البارزة في هذا التخصص، حيث تعرّضنا للنظرية الوظيفية عند " تالكوت بارسونز " و " ايليوت فريديسون " والنظرية التفاعلية الرمزية عند " أنزلم ستروس " .

و هكذا ركزنا في هذا الفصل على معرفة أي النظريات التي تصلح لطبيعة الموضوع إضافة إلى تناولنا للدراسات السابقة في علم اجتماع الطبي، وعلاقة الدراسة بهذا التخصص.

الفصل الثاني: بما أننا بصدد دراسة موضوع الصّحة والمرض ارتأينا إلى التركيز على هذين الظاهرتين المرتبطتين ببعضهما وبالموضوع لذا تمّ تناول كل ظاهرة على حده، من حيث المفهوم، مكوّنات الصّحة ومستوياتها، مفهوم المرض والتاريخ الطبيعي له إضافة إلى العوامل التي تقرّر مستويات الصّحة.

كما تناولنا في هذا الفصل علم اجتماع الجسد وعلاقته بالصّحة والمرض.

الفصل الثالث: يعتبر هذا الفصل من أهم الفصول في الدراسة، حيث أنه يتعلق بالجانب المنهجي من حيث إشكالية الدراسة، أهداف الدراسة، وبناء نموذج التحليل الذي يرتبط بالجانب النظري، إضافة إلى الأدوات والمناهج التي تمّ اعتمادها في البحث.

الفصل الرابع : يعني هذا الفصل بالجانب التحليلي للمعطيات الميدانية حيث أنه يتعلق بكيفية حدوث " مرض القصور الكلوي " وأسباب ذلك، إضافة إلى عملية علاجه والفاعلين في هذه العملية من أطباء وأخصائيين نفسانيين وطواقم شبه طبيّ، إضافة إلى الإشارة البسيطة لدور الأسرة.

الفصل الخامس: يتعلق هذا الفصل بالعوامل المحدّدة لطبيعة العلاقة العلاجية وركزنا على عاملين وهما: تأثير المرض على المكانة الاجتماعية للمريض داخل أسرته وتأثيره على عمله، إضافة إلى عامل آخر وأساسي في دراستنا وهو ارتباط الوعي الاجتماعي والصّحي للمريض بالمستوى التعليمي والثّقافي والاجتماعي لديه ولدى أسرته .

الفصل السادس: نركز في هذا الفصل على معرفة طبيعة العلاقة العلاجية التي تتحدّد من خلال عاملين آخرين وهما التمثّلات الاجتماعية للمرض عند المريض، والوعي الاجتماعي والصّحي لدى المريض كعوامل محددة لهذه العلاقة، إضافة إلى تركيزنا على آراء الأطباء في اختلاف العلاقات بين المرضى وأسباب هذا الاختلاف .

وفي الأخير ملخص تحليلي لنتائج الدراسة و خلاصة الدّراسة .

الفصل الأول المقاربة السوسيولوجية للدراسة

• مدخل

- 1- مفهوم علم الاجتماع الطبي.
- 2- أهمية علم الاجتماع الطبي.
- 3- مجالات علم الاجتماع الطبي.
- 4- علاقة الدراسة بعلم اجتماع الطبي.
- 5- الدراسات السابقة في علم الاجتماع الطبي.

• خلاصة

• مدخل

يحتلّ اختصاص علم الاجتماع الطبي مكانة هامة بين الاختصاصات إذ يعدّ من أهمها فهو يدرس في أقسام طب المجتمع والتمريض وعلم الاجتماع والخدمة الاجتماعية فضلا عن أهميته المتزايدة لاختصاصي الطب وعلم الاجتماع، ذلك أنّ العديد من الأمراض الجسمية كأمراض القلب والضغط الدموي العالي والسكر والقرحة المعوية والسرطان ترجع إلى عوامل اجتماعية أساسها المجتمع والبناء الاجتماعي والمؤسسة الاجتماعية والوسط البيئي الذي يعيش فيه الإنسان ويتفاعل معه.

وهكذا تنتج عدّة أمراض من جرّاء تفاعل عدّة عوامل اجتماعية وثقافية تؤثر على جسده كالظروف الأسرية، المهنة التي يمتهنها الشخص، الوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه (الجانب الدّراسي، أو السياسي...) وهكذا يتعرّض جسد الإنسان إلى أمراض فيزيولوجية ناتجة عن عوامل اجتماعية، فإنّ يرتبط الطب بعلم الاجتماع ارتباطا وثيقا ولذا ظهر هذا التخصص "علم الاجتماع الطبي" للاهتمام بالقضايا والمواضيع التي لها علاقة بالعلمين وظهر عدة باحثين سوسيولوجيين في هذا الميدان يهتمون بميدان الصّحة والمرض أمثال: "تالكوت بارسونز T. Parsons" و"إيليو فريديسون E. Friedson" و"أنزلم ستروس A. Strauss" حيث ركزوا على دراسة المرض كل حسب وجهة نظره وحسب المدرسة التي ينتمي إليها فركز الأول "بارسونز" على الأدوار المرضية وركز الثاني "فريديسون" على أنواع المرض وتحديد العلاقة العلاجية، أمّا الأخير "ستروس" فركز على دراسة الأمراض المزمنة والعلاقة التفاعلية بين الطبيب والمريض وكيف يدخل هذا الأخير (المريض) في تحديد العلاقة.

ومن خلال هذا الفصل سنحاول توضيح أهم المفاهيم المتعلقة بعلم الاجتماع الطبي والأهداف التي ينحو إليها، وأهم مجالاته، إضافة إلى العنصر الهام في دراستنا وهو علاقة علم الاجتماع الطبي بالموضوع المدروس من خلال تقديم أهم وجهات النظر حول موضوع العلاقة العلاجية، وأهم الدّراسات البارزة في هذه التخصص و في موضوعنا.

1- مفهوم علم الاجتماع الطبي:

يرتبط علم الصّحة العامّة بالعلوم الاجمعيه ارتباطا وثيقا، وهذا ما جعل الكثير من علماء الصحة يعتبرونه علما من العلوم الاجتماعية، ويؤكدون أهمية دراسة العلوم

الاجتماعية كأساس ضروري لدراسة الصحة العامة. إذ تطوّر هذا العلم مع بداية القرن الحادي والعشرين في اتجاه يحول فلسفته من الاهتمام بالفرد إلى الاهتمام بالمجتمع ككل¹ وارتبط علم الطب بعلم الاجتماع ارتباطاً وثيقاً وأصبح فرعاً من فروع علم الاجتماع حيث ينطلق تعريف علم الاجتماع الطبي من الإطار المرجعي المفاهيمي لعلم الاجتماع ويشكّل هذا العلم فرعاً معتبراً من فروع علم الاجتماع، كما ينطلق هذا التعريف من القضايا التي يتناولها علم الاجتماع والقضايا ذات الأبعاد الصحية².

وقد ظهر هذا المصطلح في أوائل القرن العشرين لأول مرة واقتصرت دائرة اهتمامه على دراسة التأمينات الاجتماعية والرعاية الصحية للقطاعات والطبقات الفقيرة في الشعوب الأوروبية والأمريكية، وقد ظهرت قبل ذلك حوالي عام 1850 محاولات من جانب بعض الأطباء للاهتمام ببعض النواحي الاجتماعية في ممارسة مهنة الطب وفي تدريس العلوم الطبية. ثم ظهرت بعد ذلك الاهتمامات بالصحة العامة والطب الوقائي، وما كان ليُعرف بالطب الاجتماعي لولا جهود "جوستاين Gottstein" و"تيليكي Teleky" و"جروتجان Grotjahn"³، حيث يتحدّد مجال علم الاجتماع الطبي عند نقطة التلاقي بين ما هو اجتماعي وما هو طبي من أجل تكوين فهم أعمق للعلاقة بين الأسباب والظروف الاجتماعية وبين الظواهر المرضية والحالة الصحية للأفراد والمجتمعات⁴. فهو يقوم على محاولة تطبيق النظريات، والمناهج السوسولوجية على ميدان الطب كنظام اجتماعي، كما يتضمن هذا الفرع (علم الاجتماع الطبي) دراسة تصوّرات الناس عن الصحة والمرض بمعنى آخر يتناول هذا العلم الميدان الصحي بوصفه نظاماً اجتماعياً ثقافياً، أي بوصفه مجموع المؤسسات النظامية التي تستهدف إشباع احتياجات الناس إلى المحافظة على الصحة ومقاومة المرض، كما يتناول هذا العلم دراسة تأثير البيئة الاجتماعية في إحداث الأمراض الجسمية والنفسية والحضارية، وعلاقة الطبيب بالمريض وعلاقة نوع المهنة والجنس ومستوى الدخل بنوع الأمراض، وطرق علاجها ومدى إيمان الأفراد بهذه الطرق، وعلاقة معدل الوفيات بنوع الأمراض، وعلاقة التغذية بالصحة العامّة. إنّ مثل هذه الاهتمامات لم تظهر في كتابات و تفكير رواد علم الاجتماع أمثال "سان سيمون" "أوجيست كونت"، "اميل دوركايم" (الفرنسي)، و"ماكس فيبر" و"جورج زمل" (الألمانيين) و"هربرت سبنسر" (البريطاني) و"وليم كراهام سمنر" و"جورج هربرت ميد" (الأمريكيين) بينما أولى علماء الاجتماع المعاصرون بعد الحرب العالمية الثانية اهتماماتهم لهذه الظواهر أمثال: "هاورد" و"روبرت فارس" و"ورن دنهام" و"ارفك جوفمان"⁵.

1 - أحمد محمد بدح، أحمد أيمن سليمان مزاهره، زين حسن بدران، الثقافة الصحية، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع، 2009، ص 13.

2 - عبد السلام بشير الدويبي، علم الاجتماع الطبي، عمان: دار الشروق، 2005، ص 13.

3 - محمد الجوهري، الصحة والبيئة (دراسات اجتماعية و أنتروبولوجية)، القاهرة: الدار الدولية للاستثمارات الثقافية ش.م.م، 2007، ص 07.

4 - عبد السلام بشير الدويبي، مرجع سابق، ص 13.

5 - علي عمار، "علم الاجتماع الطبي عند العرب"، الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والإنسانية دورة دولية محكمة، شلف، العدد الأول، السداسي الأول، 2008، ص 37.

وفي تحديد مفاهيم هذا العلم فقد وجدت عدة تعريفات لعل أهمها التعريف الذي جاء به العالم "دافيد مكانيك **Mechanic David**" والذي ينصّ على أنه العلم الذي يدرس العلاقة المتفاعلة بين المؤسسات الصحية وما يكتنفها من مهام وتقنيات وسياقات عمل ومجتمع، إذ أنّ كلّ جانب يعطي ويأخذ من الجانب الآخر أمّا العالم "أدوين ليمرت **Edwin lemert**" فعرفه بأنّه ذلك العلم الذي يدرس علاقة المجتمع والحياة الاجتماعية بالأمراض المزمنة والانتقالية حيث أنّ المجتمع مصدر هذه الأمراض وهذه الأخيرة تترك أثارها وانعكاساتها على المجتمع والبناء الاجتماعي¹.

كما نجد تعريف آخر لـ "عبد السلام الدويبي" حيث يشير إلى أنّ هذا العلم: "يعنى بدراسة وتحليل الأبعاد الاجتماعية لصحة المجتمع والكيفية التي تتوزّع وتنظّم بها الخدمات وفرص الاستفادة منها ودرجة ملاءمتها وجدواها وفعاليتها". أمّا "هنري جيد نجر" فيعرفه: "بأنّه الدّراسة العلمية للظواهر الاجتماعية والعلاقات ذات الصّلة بالصّحة والمرض"².

ومن هنا يمكن القول أنّ الحديث عن مفاهيم علم الاجتماع الطّبي تنصب على ظاهرتي الصّحة والمرض كمفهوم أساسي وجدير بالدراسة لأننا ندرس الظواهر والتأثيرات والعوامل التي تحدّد ملامح قضيتي الصّحة والمرض ودراسة الأسباب و العوامل التي تؤثر و يتأثر فيها المجتمع بقضايا الصّحة والمرض وتأثير المجتمع عليها وتحديد ملامحها ودراسة الظروف والإجراءات للوقاية من المرض وتثبيت ثقافة صحّية لدى الأفراد والمجتمع³. كما أشار إليه "تالكوت بارسونز **Talcot Parsons**" الذي يرى أنّ علم الاجتماع الطّبي هو العلم الذي يدرس الصّلة بين المجتمع والمرض من حيث طبيعته وأسبابه وأثاره وكيفية معالجته وصلته بالمجتمع الذي يوجد فيه ويتطور في ظلّ ظروفه ومعطيائه⁴.

من خلال التعاريف السابقة يمكن تعريف علم الاجتماع الطّبي بأنّه أحد فروع علم الاجتماع العام الذي يركّز على النّواحي الاجتماعية لكلّ من سلوك الفرد، وعلاقة المجتمع والواقع الاجتماعي والظروف والأحوال الصّحية للأفراد والمجتمع من جميع الجوانب ودراسة ظاهرة الصّحة والمرض ضمن مجال وبوتقة المنحى الاجتماعي⁵. فهو ميدان أساسي من ميادين علم الاجتماع يهتم بدراسة الجوانب الاجتماعية للمرض، فيتناول دراسة الاتّجاهات نحو المرض وتوزيعه، وعلاقة المرض بالتنظيم الاجتماعي للمجتمع، كما أنّه يشمل في الوقت نفسه دراسة البناء التنظيمي للمستشفى والأدوار المختلفة (كالمريض

1 - إحسان محمد الحسن، علم الاجتماع الطبي (دراسة تحليلية في طب المجتمع)، عمان: دار وائل للنشر والتوزيع، 2009، ص ص 46، 47.

2 - عبد السلام بشير الدويبي، مرجع سابق، ص 15.

3 - قدرى الشيخ علي، سوسن سمور، ماري حداد، علم الاجتماع الطبي، عمان: مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع، 2009، ص ص 46، 47.

4 - إحسان محمد الحسن، مرجع سابق، ص 21.

5 - قدرى الشيخ علي، سوسن سمور، ماري حداد، مرجع سابق، ص ص 45، 46.

الطبيب، الممرضة...) التي يقوم بها المرضى أو الذين يتعاملون معهم سواء بطريقة مباشرة أو غير مباشرة.¹

2- أهمية علم الاجتماع الطبي:

يعدّ هذا العلم من العلوم الإنسانية التي تطوّرت في سياق الجهود العلمية في مجالات علم الاجتماع ليصبح فرعاً مهماً من فروعها، يتعامل بمنهجيات ونظريات علم الاجتماع في دراسة وتحليل الظواهر الاجتماعية في علاقتها بالصحة والمرض.

ويمكن تتبع أوجه أهمية علم الاجتماع الطبي في الآتي:

1- يسهم علم الاجتماع الطبي في تحليل وتفسير المتغيرات الاجتماعية التي لها علاقة بالصحة والمرض في المجتمع فهو لا يهتم بالحالات الفردية ولكنه يتجاوزها للتعامل مع الصحة العامة وصحة المجتمع. وعندما يحدّد علم الاجتماع الطبي العوامل الاجتماعية التي لها علاقة بالصحة والمرض فإنه يضيف على الفهم الطبي التخصصي لأسباب المرض بعداً شمولياً يستوعب الواقع الاجتماعي بمتطلباته وإمكانياته ومشكلاته وتوجهاته.²

2- تحديد الأمراض الاجتماعية وتمييزها عن الأمراض الجسمية والأمراض النفسية والعصبية، كالأزمات التي تتجسّد في الكذب والنفاق والغيرة والحسد والنميمة.... أما الأمراض النفسية والعقلية والعصبية فهي الكآبة والخوف والقلق والهستيريا.... في حين تتجسّد الأمراض الجسمية في الضغط الدموي العالي و الواطئ ومرض السكري وأمراض القلب والسرطان.....

3- التعرّف على أثر الأيكولوجيا الاجتماعية والطبيعية وأثر المجتمع والحياة الاجتماعية في المرض النفسي الذي قد يتعرض له الفرد، وأثر المرض النفسي وأعراضه في الأمراض الجسمية التي قد يتعرض لها الفرد.³

4- لعلم الاجتماع الطبي أهمية كبرى في دراسة وبحث القضايا الأسرية وخاصة الدراسات التي تتعلق وتتلاقى مع الطبّ مثل: زواج الأقارب الرضاعة وتباعد الأحمال وعدد الإنجابات وخدمات الأمومة والطفولة...

5- لعلم الاجتماع الطبي أهمية كبيرة في تأهيل وتثقيف العاملين في النّسق الطبي اجتماعياً، إلى جانب تأهيلهم طبياً وما المسافات المقرّرة في الكليات والجامعات التي تدرس التمريض والمهن الطبيّة إلا دليل واضح على أهمية وجدوى معرفة دراسة علم الاجتماع الطبي الذي يلعب دوراً أساسياً وكبيراً في معرفة العاملين في النّسق الطبي لثقافة المجتمع والأسباب الاجتماعية التي تكون سبباً خفياً للأمراض العضوية وتأثير الأمراض العضوية على سلوك الأفراد وبالتالي المجتمع مما يسهّل عملية العلاج الطبي عند معرفة الأسباب الاجتماعية للمرض والعكس.⁴

1 - محمد عاطف غيث، قاموس علم الاجتماع، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 2001، ص ص 455، 456.

2 - عبد السلام بشير الدويبي، مرجع سابق، ص 20.

3 - إحسان محمد الحسن، مرجع سابق، ص 30.

4 - قدرى الشيخ علي، سوسن سمور، ماري حداد، مرجع سابق، ص ص 58-60.

- 6- يفيد علم الاجتماع الطّبي في تحليل المؤشرات القياسية للصّحة في المجتمع من خلال دراسة النّطاق الاجتماعي والمكاني والبشري للمرض وتحديد الفئات الاجتماعية الأكثر احتمالا للتعرّض للمرض وكذلك من خلال قياس بعض المؤشرات الاجتماعية الصّحية كالحصول على المياه الصالحة للشرب والصّرف الصّحي.
- 7- تبرز أهمية علم الاجتماع الطّبي في تحليل الأبعاد الصّحية للثقافة بكلّ ما تعنيه من عادات وتقاليد وقيم وأعراف، وباعتبارها نمط معيشة النّاس وتحديد للمظاهر الثقافيّة ذات الأبعاد والانعكاسات السّلبية على صّحة المجتمع وتطوير برامج للتّصدي لهذه الأبعاد.
- 8- تكمن أهميته أيضا في المحافظة على الصّحة من خلال العديد من الفعاليات التي يتّبعها بالدراسة والبحث والتحليل والاستنتاج بما يخدم قضايا الرّأي العام..
- 9- وعلى المستوى التعليمي يسهم علم الاجتماع الطّبي ببحوثه ونظرياته في إثراء المعرفة العملية وتطويرها¹.

3- مجالات علم الاجتماع الطبي:

في سنة 1948 صدرت أول ورقة رسمية طبيّة تؤكد على أهمية الاعتبارات الاجتماعية في فهم مشاكل المريض وحين اجتماع الرابطة السوسولوجية البريطانية اجتماعها السنوي الذي عقد عام 1950، طالب عدد كبير من أعضاء الرابطة بضرورة اهتمام علم الاجتماع بدراسة الطّب، وعلى الأخص التركيز على الصّحة والمرض، وقد كان لهذا الموقف دورا كبيرا في نشأة علم الاجتماع الطّبي عام 1960 وأصبح له جريدة تعرف باسم جريدة "علم اجتماع الصحة والمرض"، وقد اهتم هذا الفرع الجديد من فروع علم الاجتماع بكثير من الموضوعات مثل شرح وتفسير أسباب المرض وخاصة المرض المزمن ومشكلة الإدمان، والاضطرابات السلوكية... كما أنّه أصبح يهتم بالعوامل الاجتماعية واعتبار البعد الاجتماعي بعدا ثالثا مسبب للأمراض كالطبقة الاجتماعية والعمل والتعليم والزواج والعائلة ووصف العلاقة بين العادات الاجتماعية والشخصية وعلاقتها بالسلوك الصّحي وأثر أنساق المعتقدات والتّجربة على أسباب المرض، وبذلك أصبحت هذه العوامل الاجتماعية مكّمة لتحليل الظاهرة البيولوجية الإنسانيّة².

وقد اشتغل العديد من علماء الاجتماع بعلم الاجتماع الطّبي أمثال "تالكوت بارسونز Talcot Parsons" الذي قدّم تحليلا سوسولوجيا لدور المريض، إضافة إلى "روبرت ميرتون Robert Merton" الذي قدّم إسهاما حول التّعليم الطّبي والنظرية الاجتماعية أمّا "اليوت فريديسون Eliot Friedson" فقد أسهم بدراسات حول سلوك المرض والبناء

¹ - عبد السلام بشير الدويبي، مرجع سابق، ص 22.

² - نادية محمد السيد عمر، علم الاجتماع الطبي (المفهوم والمجالات)، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 2003، ص 40.

والتنظيم الاجتماعي له، وعلاقة الطبيب بالمريض والأنماط المعيارية التي تحكم هذه العلاقة... مع "د. ميكانيك D. Mechanic"¹.

فإذن ومن خلال ما سبق يمكن القول بأن علم الاجتماع الطبي سخر كلّ أبحاثه وتحليلاته في فهم كل الأبعاد الاجتماعية ذات العلاقة بالصحة ومقاومة انتشار وتوطن الأمراض وهكذا تتعدّد وتتوّع قضايا ومجالات علم الاجتماع الطبي بتعدّد وتنوّع الظواهر والنظم والعلاقات ذات الصلة بنوعية الحياة الاجتماعية وبرامج ومشروعات التنمية للرفع من مستوى معيشة الأفراد وبالتالي حمايتهم ورعايتهم صحياً².

وهنا نجد "روبرت ستروس Robert Straus" يقسم علم الاجتماع الطبي إلى مجالين:

- علم الاجتماع دراسة الطب أو سيكولوجية الطب (Sociologie de Médecine) وتهتم بدراسة البناء التنظيمي وعلاقات الأدوار ووظائف الطب كنسق للسلوك وتسمح باستخدام المجال الطبي للدراسة السيكلوجية.

- استخدام علم الاجتماع في ميدان الطب أو السوسيولوجيا في الطب (Sociologie dans la Médecine) وتهتم بإدخال -على المستوى المعرفي- علم الاجتماع في تدريس العلوم الطبية وخلق قاعدة مشتركة سوسيولوجية طبية (مفاهيم مشتركة، مداخل منهجية موحدة)³.

ومع الأخذ في الاعتبار أنّ مجالات وقضايا علم الاجتماع الطبي تتداخل مع قضايا ومجالات طب المجتمع أو الصحة العامّة أو صحّة المجتمع، فإنّ موضوعات وميادين علم الاجتماع تتقاطع مع موضوعات ومجالات علوم الطب والصحة طالما أنّ موضوعها هو الإنسان كفرد وكعضو في جماعة ومجتمع⁴.

وعموماً يمكن تحديد أهم قضايا ومجالات علم الاجتماع الطبي في الآتي:

1- توزيع المرض بين السكان، والعوامل المؤدية إلى ظهورها بطريقة معينة دون الأخرى، والشائع في التراث هو الاهتمام بالأمراض المزمنة والاضطرابات العصبية ويتناول علم الاجتماع فيما يتعلق بتوزيع المرض العلاقة بين المرض وبين طائفة أخرى من المتغيرات مثل: العمر، النوع الطبقة الاجتماعية، المهنة والدخل.....⁵.

2- التنمية الاجتماعية وعلاقتها برفع مستوى المعيشة وكأسلوب وقائي يقلل من احتمالات الإصابة بالمرض وتخفيض معدلات الوفيات وزيادة توقّعات الحياة والإقلال من أمراض المهنة ومسببات الإعاقة خاصّة فيما يتعلق بزواج الأقارب وغيرها.

¹ - بن فرج الله بختة، المريض بين القطاع الصحي العام والقطاع الصحي الخاص، (رسالة ماجستير في علم الاجتماع غير منشورة)، الجزائر العاصمة، 2000-2001، ص ص 23، 24.

² - عبد السلام بشير الدويبي، مرجع سابق، ص 37.

³-François Steudler, *Sociologie Médicale*, Paris, Armond Colin, 1972, PP 9,10.

⁴ - عبد السلام بشير الدويبي، مرجع سابق، ص 37.

⁵ - محمد علي محمد وآخرون، دراسات في علم الاجتماع الطبي، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، 2004، ص 32.

3- دراسة تحليل الثقافة في صلتها بالصحة والمرض وذلك انطلاقاً من أن الثقافة تمثل نمط معيشة الناس وتوفر إجابات وأطر مرجعية لكثير من مظاهر السلوك والعلاقات وهي الكل المركب من العادات والتقاليد والقيم والأعراف والفنون والآداب والتشريعات¹.

4- دراسة الوفيات من حيث تغير معدلاتها، والتأثيرات الاجتماعية في ذلك والتوافق بين المنظّمات الطبيّة وبين تغيّر أنماط المرض والوفاة وأمّا المتغيّرات التي تحظى بالاهتمام في هذا المجال فهي تشمل: العمر، النوع المكانية الاجتماعية الاقتصادية.

5- تنظيم الممارسة الطبيّة في المجتمع وتباين أشكال هذه الممارسة باختلاف النظم الطبيّة ويدخل ضمن هذا المجال المقارنات بين نظم الرعاية الطبية في المؤسسات المختلفة².

6- دراسة أبعاد العلاقات التفاعلية التي تنشأ بين المتعاملين في المجال الصحي والطبي وتشمل كل العلاقات ذات الطبيعة الاجتماعية المؤطرة في الوسط الصحي التي تنشأ بين المرض وأعضاء المهن الطبيّة والطبيّة المساعدة، وبين أعضاء هذه المهن فيما بينهم وكذلك كلّ ما يتعلق بالسلوكيات المرتبطة بأخلاقيات مهنة الطب والتمريض والمسؤولية الطبيّة، والمكانة الاجتماعية للمهنيين وللمهنيين المساعدين³.

أي يعنى علم الاجتماع الطبي في الدراسة السوسولوجية للمهن الطبيّة من خلال متغيرات: التّنشئة الاجتماعية، الهيبة، التدرج، المنافسة، التخصص الإيديولوجيات، التعيين الالتحاق بالمهنة⁴.

وفي دراسة أبعاد العلاقات بين الأفراد في بيئة المستشفى أو المرفق الصحي يركّز علم الاجتماع الطبي على أبعاد القيم والمعايير التي تنتظم في إطارها هذه العلاقة وتحديد أوجه السواء والانحراف فيها والضغوط الاجتماعية التي يمارسها المرضى على الأطباء والمرضى وسواهم⁵، خاصّة وأنّ العلاقة بين المرضى والأطباء هامة لإتمام العلاج ونجاحه.

7- الدراسة السوسولوجية للمستشفى فأهمية المستشفى في المنظومة الصحيّة وتعدّد أهدافها وقدراتها من رعاية المرضى والتعليم الطبي والبحث العلمي يجعل منه مجالاً خصباً للبحث السوسولوجي⁶، حيث تعدّ هذه الدراسة فرع من فروع علم الاجتماع الذي يعرف بعلم اجتماع التنظيم والذي يتناول دراسة المستشفى بوصفها تنظيمًا اجتماعيًا يركّز على التطور التكنولوجي والتنظيم البيروقراطي والانجاز في المستشفى إضافة إلى تركيزه على المنافسة بين الأطباء المتخصصين وعلاقات القوة، عملية صنع القرار وغيرها ممّا يتعلّق بالمستشفى كتنظيم اجتماعي⁷.

1 - عبد السلام بشير الدويبي، مرجع سابق، ص 38.

2 - محمد علي محمد وآخرون، مرجع سابق، ص 32.

3 - عبد السلام بشير الدويبي، مرجع سابق، ص 39.

4 - محمد علي محمد وآخرون، مرجع سابق، ص 33.

5 - عبد السلام بشير الدويبي، مرجع سابق، ص 39.

6 - بن فرج الله بختة، مرجع سابق، ص 05.

7 - محمد علي محمد وآخرون، مرجع سابق، ص 33.

8- دراسة البيئة، ودور بعض العوامل والمتغيرات الاجتماعية في المحافظة عليها وانعكاسات البيئة على مستوى معيشة السكان وإشباع حاجاتهم وحمايتهم من مخاطر التلوث ونشر الوعي الاجتماعي بضرورة تحمّل المجتمع مسؤولية المحافظة على البيئة.

9- دراسة السلوكيات المنحرفة وأثرها على الصّحة، ويهتم بالخصوص بموضوعات الدّعارة والمخدّرات والتدخين وغيرها.

10- دراسة قضايا إساءة معاملة أفراد الأسرة والعنف في العلاقات الاجتماعية وتحديد علاقتها بالوضع الصّحي والمعيشي للأفراد.

11- دراسة موضوع التمييز على أساس النّوع الاجتماعي وما له من انعكاسات على صحّة وسلامة الأنثى في المجتمع¹.

12- دراسة نظم التعليم الطّبي، من حيث اتّجاهات تعليم الأطباء وأساليب اختيارهم لمهنتهم، والقيم الاجتماعية السائدة بينهم وطرق إعداد الطبيب مهنيًا ونفسيًا واجتماعيًا ونتائج التعليم الطّبي بصفة عامّة².

13- السياسة الصّحية، فمن ضمن اهتمامات علم الاجتماع الطّبي السياسة العامّة والسياسة الصّحية حيث ترتبط أساليب الرّعاية الصّحية بالأهداف السياسية للدولة³، ويختصّ هذا المجال بدراسة العلاقة بين الهيئات الحكومية والطّوعية في هذا المجال والتعاون الدولي في مجال الخدمة الطّبية كما يدرس أيضا حاجات النّاس للخدمات الطّبية ومدى توافر الإمكانيات المالية والعلمية والفنية لتوفير هذه الخدمات.

وهكذا يبدو واضحا اتّساع نطاق اهتمامات علم الاجتماع الطّبي، ذلك الميدان الذي يشير إلى الجهود المبذولة من أجل تطوير الأفكار السوسولوجية في المجال الطّبي ودراسة مسائل تطبيقية بالغة الأهمية تتعلّق بعمليات توزيع وأسباب المرض والاستجابات المختلفة له وكذلك أساليب رعاية المرضى في المجتمع⁴. و كما جاء في تقديم كتاب "ك.هرزليش C.Herzlich" فإنّ لعلم الاجتماع الطّبي هدف خاص يتمثّل في دراسة التعريفات الاجتماعية للمرض والممارسات المرتبطة به والمؤسسات التي تتولّى رعايته وتحدّد المكانة الاجتماعية للفرد المريض وتصرفاته⁵.

4- علاقة الدّراسة بعلم اجتماع الطّبي:

اهتم علماء الاجتماع بدراسة مشاكل الصّحة والمرض والعلاقات الاجتماعية والعمليات التّنظيمية التي ترتبط بهذه المشاكل، وتعتبر دراسة العلاقات الاجتماعية التي تنشأ في المجال الطّبي من أهم إسهامات علم الاجتماع في مجال الطّب سواء العلاقة بين الممرضات

1 - عبد السلام بشير الدويبي، مرجع سابق، ص 40، 41.

2 - محمد علي محمد وآخرون، مرجع سابق، ص 33، 34.

3 - بن فرج الله بخته، مرجع سابق، ص 05.

4 - محمد علي محمد وآخرون، مرجع سابق، ص 35.

5 - Claudine Herzlich, *médecine, maladie et société*, paris : mouton, 1995, p07.

أو بين المرض والأطباء ومحاولة ربط هذه العلاقة بالمكان الذي حدثت فيه هذه العلاقة وهي المستشفى¹.

وبما أننا بصدد معالجة موضوع العلاقة العلاجية بين الطبيب والمريض وكيف تتشكل من خلال ما يمثله المرض بالنسبة لكليهما فإنّ علم الاجتماع الطبي يعنى بمسألة العلاقات بين الأطباء والمرضى من منظورات مختلفة² وقبل تحديد هذه المنظورات سنتطرق لسوسيولوجيا مهنة الطب باعتبارها عنصرا فعالا ومحددا لطبيعة العلاقة:

1-4- سوسيولوجيا مهنة الطب:

إنّ الأعمال السوسيولوجية في ميدان الطب ظهرت في بادئ الأمر في فرنسا في أواخر الستينات أين كان التطور في الطب عامّة، إضافة إلى بروز أهمية المستشفيات العمومية في هذه المرحلة ممّا أدى إلى جلب انتباه الباحثين في العلوم الاجتماعية.

ولكن التنمية السوسيولوجية في الطب والمرض كموضوع، يتطلّب التضامن الكلي لتطوير التصرّوات حول المرض والصحة³. لذا تتطلّب هذه المهنة اهتماما بالغا من قبل المجتمع والمستشفى وأعضائها فلكي يؤدي الطبيب مهمته بفعالية فلا بدّ أن يوضع في مركز قوّة غير عادي وأن يكون على صلة حميمة بمرضاه فعليه مثلا أن يتغلغل في أعماقهم بحثا وراء أشد أفكارهم وسلوكهم وقد يحتاج أحيانا فحص أجزاء معينة من أجسادهم مثل أعضائهم التناسلية كما أنّه قد يحتاج إلى أن يأمر بتنفيذ أوامر معينة وأن ينصاعوا لهذه الأوامر التي قد لا تبدو صائبة في نظرهم في تلك اللحظة فهذه المتطلبات مجتمعة إلى جانب الحقيقة بأنّ القدرة على شفاء المرض تكون ذات مغزى هائل بالنسبة للأفراد ممّا يجعل من دور الطبيب دورا خاصا متميزا جذب اهتمام كثير من علماء الاجتماع⁴، إضافة إلى دور الممرضة فتتطلب مهنة الطب بالنسبة لكليهما (الطبيب- الممرضة) ما يلي:

1- أن يكون لديهما قدر من المعرفة النظرية المنسّقة والتي تعدّ أساس كل ما يؤدي من أعمال طبيّة وتمريضية وموجها لكلّ ما يتّخذ من قرارات.

2- أن يكون لديهما قدر من المهارات تستند إلى المعرفة النظرية ويمكنها من تادية خدمة جيدة للمرضى.

3- يجب عليهما أن يلما بالتغيّر الاجتماعي والظواهر والوقائع الاجتماعية التي تحدث خارج المستشفى وترتبط ارتباطا وثيقا بالمرض، إن لم يكن سببا له، إذ يفضل أن يسير كل من العلاج الطبيّ والعلاج الاجتماعي النفسي جنبا إلى جنب ومعالجة المريض مع النظر إلى الظروف الاجتماعية والنفسية والاقتصادية والثقافية التي يعيشها والتي تؤثر في سير

¹ - عبد المجيد الشاعر، يوسف أبو الرب، رشدي قطاس، علم الاجتماع الطبي، عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، 2000، ص 49.
² - سعاد شايب، الطبيب في القطاع الصحي العام بين الأداء المهنة وظروف العمل، (رسالة ماجستير في علم الاجتماع غير منشورة)، الجزائر العاصمة، 2006-2007 ص 95.

³ - Rymond Boudon, Philippe Besnard, **Dictionnaire de sociologie**, paris, Larousse bourdas/ HER, 1999, P 144.

⁴ - محمد علي محمد وآخرون، مرجع سابق، ص ص 294، 295.

المرض وفي الاستفادة من العلاج وتحقيق الشفاء بل قد تكون وراءها عودة المرض وانتكاسة أو فشل العلاج الطبي.

فإمام الطبيب والمرضة بهذه العوامل يساعد على التخطيط للنشاطات الترفيهية للمريض¹.

إلا أنّ هناك آراء أخرى مخالفة في مهنة الطب في النظرة للطبيب بحيث يرون أنّ للطبيب نصيب كبير من الاستقلالية، وأنّ هذه الاستقلالية تستخدم في المعرفة في الحصول على القوّة اللاّزمة لبقائها والمحافظة عليها².

وفي رأي " E. Friedson " فريدسون " أنّ قوّة المهن الطبيّة تمّ استخدامها لفرض السيطرة على مجالات من الحياة والسلوك لم تكن من قبل تقع في دائرة الطب³.

و لهذا السبب يرى بعض العلماء أنّ مهمة الطب لها جاذبيّة خاصّة تستمد من كفاءة العاملين بها وأنّ هذه الجاذبيّة تميل إلى أن تلقى بضلالتها على أمور أخرى ليست طبيّة. بل إنّها في بعض الأحيان تميل إلى السيطرة والهيمنة على مجالات أخرى ليست طبيّة بأي حال من الأحوال.

وبالرغم من أنّ البعض يرى أنّ توسيع نطاق الطب يشمل أمورا غير طبيّة بالمعنى الصحيح يحدث نتيجة حرص الأطباء على مصالحهم فإنّ هناك رأي آخر غير ذلك إذ أنّه طبقا لهذا الرأي فإنّ الأطباء يقومون بدور حسّاس يجعل الأفراد يميلون إلى الطب لحل مشاكلهم، حتّى تلك المشاكل التي قد لا تمت للطب بصلّة³.

ومن خلال ما سيأتي سيتم التطرّق لأهم النظريات ووجهات النظر فيما يخص سوسولوجيا مهنة الطب وطبيعة العلاقة السائدة بين الطبيب-المريض ومحدّدات هذه العلاقة:

• العلاقة العلاجية عند " ت. بارسونز T. Parsons " :

هو من أهمّ وأشهر علماء الاجتماع الأمريكيين الذين وهبوا الشيء الكثير إلى نمو وتطور النظريّة الاجتماعية حيث كان رائدا للنظريّة البنويّة الوظيفية، وله عدّة أبحاث ومؤلفات في علم الاجتماع عامّة وعلم الاجتماع الطبي خاصّة، من بين هذه الأخيرة نذكر كتاب "النظام الاجتماعي" الذي يدرس فيه دور المريض في المجتمع وعلاقة الدور بالمؤسسة الطبيّة، إضافة إلى دراسته وتحليله لموضوع المهن لاسيما مهنة الطب، كذلك قام بدراسة أثر الطبقة الاجتماعية في معدلات الولادات والوفيات ليس في أمريكا فحسب بل في العديد من الدول الأوروبية التي زارها إضافة إلى دراسة الأسرة والتنشئة وعملية التفاعل

¹ - عبد المجيد الشاعر، يوسف أبو الرب، رشدي قطاس، مرجع سابق، ص 53، 54.

² - طارق السيد، أساسيات في علم الاجتماع الطبي، الإسكندرية: مؤسسة شباب الجامعة، 2007، ص 40.

(*) - Voir : Claude Dubar, Pierre Tripier, **sociologie des professions**, paris : armand colin/ VUEF, 2008

P P 122-126.

³ - طارق السيد، مرجع سابق، ص 40 - 42.

مع التركيز على دور الأسرة والصحة والمرض¹. من حيث دورها في تخفيف الصدمة الأولية عند حدوث المرض والذي يتطلب تجنيد نفسي لكل أفراد العائلة لمواجهته مركزا على أن معالجة المرض خارج المحيط العائلي يمكن أن تكون عملية سهلة وناجحة في إيقاف المرض.

ويقول "بارسونز" أن التكفل بالمريض يترتب عنه بالنسبة للمسؤولين (المتكفلين) به قبول المرض خاصة بالنسبة للعائلة التي يزيد اهتمامها به والتكفل به أيضا²، وقد أشار إلى أن هناك أهمية كبيرة من المنظور الطبي للصحة بالنسبة للمجتمع فهو يرى بأن الصحة: "هي حالة من الطاقة الكاملة للفرد يستطيع في ظلها أداء أدواره التي تم تنشئته على تأديتها بصورة مثالية".

و أن المرض: "يمثل عبئا على المجتمع ولذلك يجب أن يظل تحت السيطرة" لذا ركز اهتماماته على كيفية تقليل حجم المرض من خلال خلق أدوار اجتماعية معرفة تعريفا اجتماعيا ويقوم بها المرضى والأطباء معا³ فللمريض في رأيه دور هام في تحديد تفاعل الفرد مع المجتمع إذ أنه عندما يحدث المرض لشخص ما فإن تصرفاته سوف تختلف عنها قبل المرض.

لذا يقول "بارسونز": "إن المرض انحراف عن النسق الاجتماعي لما يترتب عليه من خلل في أداء الأدوار الاجتماعية بالطريقة المعتادة".

ويقول "بارسونز" أيضا: "إن المجتمع يضع آليات للتعامل مع أنماط السلوك الانحرافي بوجه عام حتى لا يمثل عبئا كبيرا على النسق الاجتماعي وسيستعين بالجزاءات التي تفرض حالات الخروج عن معايير المجتمع ويطورها من أن إلى آخر ويصوغها في صلب قوانينه، وبيّاشر تطبيقها بواسطة طائفة من الأفراد الذين يقع على عاتقهم تطبيق القانون وتنفيذه".

أما في حالة الانحراف عن معايير المجتمع بسبب المرض، وهي حالة لا يمكن منعها يحاول المجتمع التحكم فيها عن طريق رسم أدوار معينة للشخص المريض.

وهكذا أوضح "بارسونز" الصفات العامة لدور الشخص المريض⁴، التي ينبغي عليه القيام بها داخل النسق الطبي فالعلاقات العاطفية السابقة داخل الأسرة تتحول إلى علاقات مهنية بين المعالج والمريض بمجرد دخوله المستشفى وهكذا بتوحد جهود المريض والطبيب الذي لدينا نظام علاجي الذي في الأساس يساعد في شفاء المريض.

في هذه الحالة، فإن هذا المريض الذي يعاني من ضعف قدرته في علاج نفسه يجد مساعدة تقنية أكثر نجاح على حد قول "بارسونز"، والتي يتقبلها ويسهل عملها ويتحول عمل المريض إلى عمل (العميل) الذي يساعد على العلاج.

¹ - إحسان محمد الحسن، مرجع سابق، ص 51.

² - Talcott Parsons, René Fox, (Le Soins au malade et la famille Américaine urbaine), in: F. Steudler, op.cit, p164.

³ - طارق السيد، مرجع سابق، ص 47.

⁴ - نفس مرجع، ص ص 83، 84.

حتى وإن كان المرض عامل نشيط في حياة الفرد، إلا أنّ الانتقال من الصّحة إلى المرض لا يتمّ بطريقة سهلة، فهذه المرحلة تبدأ بالقبول المقنّن (ضمن قوانين) وتخضع إلى نظام أو هيكل تعليمي أي تجربة اجتماعية مع المشاكل الاجتماعية الخاصة، وهذا حسب قول أحد المرضى: " يجب توفر الوقت لتعلم الأشياء التي يجب تعلمها"¹، وهذا داخل البناء الاجتماعي الذي تتحدّد به العلاقة العلاجية بين الطبيب والمريض، حيث قام "بارسونز" بتحديد النماذج التنظيمية التي يخلقها هذا البناء لسلوك المريض والطبيب ويتميز هذا النموذج المنجز للعلاقة بين الطبيب والمريض من طرف "بارسونز" بكونه لا متناسق ومتناسق، فعدم التناسق يرجع لكون: "الطبيب هو الذي يستطيع حل مشكلة المريض، فهو أي الطبيب فاعل مقابل المريض الذي يعتبر سلبي أمّا التوافق الذي يتميز به هذا النموذج راجع لـ: "كون المريض يعترف بسلطة الطبيب، ولكون العلاقة العلاجية تقوم على تبادل قوي، فهي توصف بزواج من الأدوار المتوقّعة والمتكاملة لدور المريض ودور الطبيب"².

وسنعرض فيما يلي كل من دور المريض، ودور الطبيب كما جاء بها "ت. بارسونز T. Parsons":

بالنسبة لأدوار المريض تتمثل في:

1- إن الفرد المريض ليس مسؤولاً بصفة شخصية عن حالة المرض التي يعانيتها فالمرض وفق هذا المفهوم إنّما هو نتيجة لأسباب بدنية فوق طاقته ولا علاقة بين بدايات المرض وسلوك الإنسان وأفعاله الشخصية³، فلذا ليس على المريض أن يفي بالالتزامات العادية فيما يتعلّق بدوره الاجتماعي⁴، أي التخلّص من إلزامات الدور الاجتماعي العادي والتي تنطوي عن التخلّي عن بعض الحقوق وبعض الالتزامات.

2- التصرّو النظامي (الثابت والواضح) الذي مؤداه أنّنا لا نستطيع أن نتوقع من المريض أنّه ينبغي أن يكون سليماً من المرض، في الوقت الذي يتمثّل فيه للشفاء ويستجمع قوّته أي التخلّص من عبء المسؤولية⁵.

إذن فالطابع الثاني لدور المريض مرتبط بالأول فالمريض هنا لا يستطيع الشفاء بقرار ما بل يعتبر غير مسؤول وبحاجة إلى المساعدة وهنا التغيّر لا يكون فقط على مستوى الوضعية فحسب بل حتى على مستوى موقف المريض ويشير "بارسونز" إلى أنّه: "رغم كون هاتين الخاصيتين - الإغفاء وطلب المساعدة - كميزان بالنسبة للمريض إلا أنّها تبقى مشروطة (بالخصائص الباقية) لدور المريض كواجبات⁶.

3- الالتزام بالرغبة في أنّه يعاني من المرض⁷، والرغبة الصادقة في الشفاء السريّ.

¹- T.Parsons, R. Fox, op.cit, pp 168,169.

²- Philippe Adam, Claudin Herzlich, *Sociologie de la Maladie et la Médecine*, Paris : Nathan, 1994, p77.

³ - أنتوني غندز، كارين بيردسال، علم الاجتماع (مع مدخلات عربية)، ترجمة: فايز الصباغ، ط4، عمان: المنظمة العربية للترجمة، 2003، ص 241.

⁴ - طارق السيد، مرجع سابق، ص 85.

⁵ - محمد الجوهري وآخرون، علم الاجتماع الطبي، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع، 2009، ص 17.

⁶- P. Adam, C.Herzlich ,op.cit, p 77.

⁷ - محمد الجوهري وآخرون، مرجع سابق، ص 17.

4- يجب على المريض أن يبحث عن العلاج بطريقة جادة، والاعتراف بسلطة الجهاز الطبي، وبالتالي فإن المريض شيئاً فشيئاً يصبح خاضعاً للمعالج ويفقد تلك الحقوق التي كانت له من قبل (أي قبل الإصابة بالمرض) وكذلك واجباته في حالة المريض الراشد العادي... إذن في هذه الحالة فإن المريض يكون في إطار " المريض الطفل" أين يصبح خاضعاً لنقص عاطفي اجتماعي ويتطلب منه هذا التكيف مع الوضع الجديد الذي يؤدي إلى تنشئة اجتماعية جديدة ويدخل المريض في إطار جديد فيه نوع من النسيان العاطفي. وتكون علاقة الطبيب بالمريض ضمن حدود، تختلف عن علاقة المريض بأفراد عائلته وفي منزل العائلة، ولهذا فلو أن الطبيب يعامل المريض كما يعامله والديه، فإن المريض يتعدى تلك الحدود الطبية، ويتحول إلى حالة اعتمادية خطيرة¹.

أما بالنسبة للأدوار التي حددها "بارسونز" للطبيب فتتمثل في:

1- العمومية: بمعنى أن الطبيب مستعد دائماً لخدمة كافة المرضى، على اختلاف ظروفهم أي الذين تدخل أمراضهم في نطاق تخصصه².

2- الإباحة أو "الدعم العلاجي": ويعني القبول التام للمريض أي اعتبار المريض على أنه يؤدي دور مهم وعليه يجب تقبله بكل احترام في النظام العلاجي وتقديم كل المساعدة والدعم له.

3- الصرامة (الحياد): يتسم دور المعالج بنوع من الصرامة في مواجهة بعض رغبات المريض، لأن عامل "الانتقال أو التحويل" في العملية العلاجية يجعل من المريض يظهر نوع من التعلق الشديد بالمعالج نتيجة تراكمات الطفولة التي تتسم بالعاطفة أكثر، لذا يكون دور المعالج هنا توجيه هذه الرغبات وليس تعزيزها.

4- في نفس الوقت يقوم المعالج، خلال العملية العلاجية بإدخال عامل التعزيز الشرطي لأن ذلك يساعد المريض على الشفاء³، فدور الطبيب يختلف عن دور رجل الأعمال أو التاجر، من حيث أنه موجه أساساً لخدمة الآخرين وراحة الجميع⁴.

النقد الموجه لـ "بارسونز":

قد يكون "بارسونز" على صواب في تحليله للصورة المهنية للطبيب والأدوار التي حددها لكل من المريض والطبيب والعلاقة التي قد تنشأ بينهما ولكن المسألة ليست بهذه السهولة إذ تعترضها كثير من العوائق وأنه من الملائم للأطباء الذين يحاولون القيام بعملهم دون عوائق أن ينظر إليهم بهذه الطريقة التي ذكرها "بارسونز"، فمن المؤكد أن الوضع سوف يختلف كثيراً إذا كان أداء الطبيب لدوره يتميز بشكل لا غموض فيه إلى جانب العمومية والخصوصية الوظيفية والحياد الوجداني⁵.

¹ - T.Parsons, R.Fox, op.cit, p169.

² - محمد الجوهري وآخرون، مرجع سابق، ص 18.

³ - T.Parsons, R.Fox, op.cit, pp172.173.

⁴ - محمد الجوهري وآخرون، مرجع سابق، ص 18.

⁵ - محمد علي محمد وآخرون، مرجع سابق، ص 295.

وقد كشف الباحثون عددا كبيرا من الحالات التي لم ينطبق عليها أيضا ما يسمى "بدور المريض" ولم ينطبق عليها رأي "بارسونز" في الحقوق والالتزامات المتوقعة من الشخص المريض¹.

ومن الانتقادات التي وجهت له حول دور الطبيب:

1- إذا ناقشنا فكرة العمومية لدى الطبيب ومدى "العلمية" التي تتميز بها ممارسة الطبيب لمهنته، فسوف نلاحظ أنّ طبيب العيادة يختلف اختلافا واضحا عن طبيب الأبحاث، لأنّ مهمته تكون عملية وتطبيقية أكثر منها نظرية وبينما يحاول العلماء التّوصّل إلى حلول "عامّة" لمشاكل معينة فإنّ الممارس يكون معنيا بتطبيق هذه الحلول، فعمله يكون دائما مع مشاكل فردية ومحاولته التّوصّل إلى حل لها، ونظرا لأنّ اهتمامه يكون مركزا بهذه الطريقة على مشكلة مادية ملموسة، فإنّه غالبا ما يضطر إلى الاستمرار حتى لو كان ينقصه الأساس العلمي الكافي لممارسة نشاطه، فالطبيب موجود ليساعد ومطلوب منه التّدخل ومحاولة عمل شيء اتجاه مرضاه الذين يلجأون إليه ويأملون فيه ولكل هذه الأسباب مجتمعة يكون لزوما عليه أن يتصرف بغض النظر عن حالة معلوماته ودقّتها، فالشخص المريض لن ينتظر عالم الأبحاث ليقدّم له حلا لمشكلته وإنّما هو في حاجة ملحة إلى حل عاجل².

كما أنّ قول "بارسونز" أنّ العلاقة بين الطبيب والمريض هي علاقة تعاون وتكامل هي فكرة واجهت الرفض والنقد من طرف "كلارك" **Clarck** " و" **Friedson** " و" **Coos** " إذ يرون أنّ العلاقة يشوبها نوع من التوتّر لأنّ بعض المرضى يفضلون عدم إطاعة الأطباء، وقد يلجأون إلى سبل علاجية قد لا يوافق عليها الأطباء، وهكذا ينشأ توتّر في العلاقة بين الطبيب والمريض في بعض الأحيان³.

2- وكما أنّ دور الطبيب يميل إلى الخصوصية أكثر منه إلى العمومية، وإلى الحكم الشخصي أكثر منه إلى الاستنتاج العلمي فإنّه أيضا يتميز بطابع انتشاري من الناحية الوظيفية أكثر من كونه نوعيا وخاصا، ومعنى ذلك أن يتضمّن تدخلا في نواح أخرى أكثر ممّا يوحى به تطبيق المهارة الطبيّة فالكثير من المشاكل التي يواجهها الأطباء في العمل الإكلينيكي وخاصة في الممارسة العامّة تكون خارج قدرة الطبيب كشخص متخصص في عمل بعينه.

3- فكرة الصراع في مهنة الطبّ عندما يكون على الطبيب لزوم الحكم بين مصالح مريضين أو أكثر، فإنّ المكانة الاجتماعية والاقتصادية للمريض في هذه الحالة لها أهمية واضحة فالمال والمركز الاجتماعي يتلقيان عناية خاصة من حيث أحسن الأطباء، وأرقى المستشفيات وأحسن الغرفات...

¹ - طارق السيد، مرجع سابق، ص 88.

² - محمد علي محمد وآخرون، مرجع سابق، ص 296.

³ - طارق السيد، مرجع سابق، ص 141.

4- بعد تحليل المتضمنات الثلاثة الأولى " للصورة المهنية" عند "بارسونز" نجد أنّ التحليل الأخير يؤدي بنا إلى الشك في أنه بعيد عن النوعية الوظيفية والحياد الوجداني والعمومية ويميل إلى التخصص والفردية والحاجة إلى توجيهات قيمية محدّدة تماما، إضافة لوجود الصراع الذي لن يحسم لصالح المريض¹.

أما الانتقادات التي وجهت له فيما يخص دور المريض فتتمثل في:

1- بالنسبة للانتقادات التي وجهت له حول دور المريض فهي تتمثل - بصورة عامّة- في حالات المرض غير الشّدِيد والتي كان يشفى منها المريض بسرعة وكان هذا سببا في عدم قيام المرضى بدور المريض.

2- أيضا لاحظ بعض الباحثين أنّ هناك حالات تحتاج إلى علاج طبي ومع ذلك لا يتاح للفرد المصاب أن يلعب دور المريض، كحالات إدمان الكحول إذ أنّ المرضى لا يسعون للحصول على العلاج، وكثير منهم يصرّ على لعب دوره الاجتماعي كما لو كان غير مريض.

3- في حالة الأمراض المزمنة قد لا يلعب الشخص المصاب دور المريض وذلك لأنّ هذه الأمراض تبقى فترة طويلة، أو تمكث طول العمر، لذا يجد الفرد المصاب نفسه - إذا لعب دور المريض- فسوف يصبح عالّة على الآخرين².

• علاقة المريض العلاجية عند "إليوت فريديسون Eliot-Friedson":

طرح " فريديسون" نموذج جديد لتحليل المرض والطب³، وأسهم بعدّة دراسات حول سلوك المرض والبناء والتنظيم الاجتماعي له، وعلاقة الطبيب بالمريض والأنماط المعيارية التي تحكم هذه العلاقة ... وذلك مع "دفيد ميكانيك David -Mechanic"⁴ وقد قام بإجراء العديد من الأبحاث التي قدّمت عددا من البدائل النظرية لمفهوم "بارسونز" عن دور المريض⁵.

وتدخل دراسة " فريديسون" في سياق الاهتمامات التي أولاها علماء الاجتماع للبحث في ميدان المرض والطب، من خلال كتاب هام يعتبر مرجع كلاسيكي للأطباء من جهة والدارسين في مجال العلوم الاجتماعية من جهة أخرى وهو ما يحمل طرعا مختلفا للمهنة الطبية وكذلك لعلاقة السلطة الطبية بالأفراد كمرضى ويظهر "فريديسون" في هذا الكتاب أنّ المرض والصحة هي كذلك فئات اجتماعية مبنية عن طريق المعرفة والممارسة الطبية⁶.

1 - محمد علي محمد وآخرون، مرجع سابق، ص ص 297-299.

2 - طارق السيد، مرجع سابق، ص 89.

3- Ridha Abd Mouleh, Construction Sociale De la Maladie et Rapport Aux Médicines (Une Approche Dynamique et Intégratrice), Insaniyat N° =38, Octobre-Décembre 2007, P 96.

4 - بن فرج الله بختة، مرجع سابق، ص ص 23، 24.

5 - طارق السيد، مرجع سابق، ص 93.

6 - فريدة مشري، المسار المرضي للمصاب بمرض السرطان، (رسالة ماجستير في علم اجتماع الصحة غير منشورة)، 2000-2001، ص ص 19، 20.

كما تكلم "فريدسون" في كتابه هذا أيضا عن الترتيبات الأساسية التي من خلالها يلتقي الأطباء بالمرضى والتي من شأنها التأثير على قدرة الطبيب في تنفيذ رغباته بغض النظر عن مكانة المريض ولذلك فليس مستغرب في نظره أنّ الأطباء في بعض المجتمعات يعتمدون في دخلهم على تكرار عودة المرضى إليهم¹.

وعموما ينقسم كتاب "المهنة الطبية" لـ "فريدسون" إلى أربع أبواب أساسية ثلاثة منها مرتبطة بتحليل "مهنة الطب"، ويتعلق الباب الأول بـ: "التنظيم الرسمي للمهنة" أمّا الباب الثاني فيتعلق بـ: "تنظيم النشاط المهني" ويتعلق الباب الثالث بـ: "البناء الاجتماعي للمرض" وهو الباب الذي يهتما في هذه الدراسة ويفيدنا من حيث التمثّل الاجتماعي للمرض والعلاقة العلاجية، أمّا فيما يخص الباب الرابع فيتعلق بـ: "المهن الحرة في المجتمع الأمريكي".

الباب الأول- "التنظيم الرسمي للمهنة":

يتضمن هذا الباب عرض تحليلي لظهور الطب كمهنة استشارية "Consultante" تطرّق فيه إلى التنظيم السياسي والاستقلالية المهنية في مختلف الدول (الولايات المتحدة الأمريكية، إنجلترا، روسيا)²، ولمهنة الطب فهو يحدّد شروط لهذه الأخيرة قائلا: "يشترط لنيل شهادة الطب خاصيتين: السمعة الجيدة، والأخلاق الجيدة"³.

وتناول "فريدسون" في هذا الباب طبيعة التقييم الذي يميّز به العمل الطبي وفي الأخير قام بعرض الخصائص الرسمية لـ "مهنة الطب" وما يميزها عن المهن الأخرى⁴ فهو يعتبر أنّ هذه المهنة في بعض الأحيان هي تقليل ردّ الفعل الاجتماعي للانحراف عن طريق التأثير في اعتقادات أفراد المجتمع عن حالات المرض، وأعطى مثال عن تعاطي المخدرات التي تعتبر جريمة من وجهة النظر الجنائية بينما يمكن اعتباره مرض من وجهة النظر الطبية فمهنة الطب تستمد أهميتها من أنّ الأطباء هم الذين يشخصون الأمراض وهم الذين يعطونها أسامي علمية⁵.

الباب الثاني- "تنظيم النشاط المهني":

تناول "فريدسون" في هذا الباب كيفية تنظيم النشاط المهني في المؤسسة الاستشفائية ونوعية العلاقات والسلطة المذابة في ظل هذه المؤسسات*.

وتطرّق في هذا الباب أيضا إلى شروط العمل اليومي في مهنة الطب ونماذج الممارسة في المستشفى كقطب مهم في العمل الطبي، ثمّ قام "فريدسون" بتحليل "مقياس

¹ - محمد علي محمد وآخرون، مرجع سابق، ص 288.

² - Eliot Friedson, *La Profession Médicale*, (Traduit Par Lyotard-May (A), Malamoud (C) Paris :payot,1984, P 211.

³ - C.Dubar, P.Tripier, Op,Cit, P 123.

⁴ - E. Friedson, Op.cit, P 123.

⁵ - طارق السيد، مرجع سابق، ص 97.

(*) - للمزيد من المعلومات أنظر:

(*) - Voir- C.Dubar,P. Tripier, Op,Cit, P 123.

الاستقلالية" وطبيعة هذا المقياس في مهنة الطب وفي الأخير تعرّض لبعض السمات التي يميّز بها الطبيب وتمييز العمل الطبي كمهنة إضافية.

كما تناول "فريديسون" الطابع الرسمي وشبه الرسمي للتنظيم المهني¹ وأشكال الرقابة في المؤسسة الاستشفائية وحددها في ثلاث أشكال: رقابة المديرين، ورقابة المستهلكين ورقابة العاملين وركّز على هذا الشكل الأخير².

الباب الثالث- البناء الاجتماعي للمرض:

ركّز "فريديسون" في هذا الباب على دور المريض، وعلى أنواع المرض التي يرافق كلّ منها دور متميز³، وانطلق من افتراض أساسي وهو "كون الطب هو الذي يجعل من المرض حالة اجتماعية"⁴، وأنّ الطبيب هو الشخص المسؤول عن تقرير وتبرير قيام الفرد بدور المريض وهو الذي يحدّد أبعاد المسؤولية الاجتماعية للمريض عن سلوكه فهو يخالف آراء "بارسونر" وبالذات في فكرة ردود الأفعال تجاه المرضى حيث يرى أنّ ردود الأفعال تجاه المرضى تختلف من جماعة إلى أخرى وكذلك التوقعات المنتظرة من الشخص المريض التي تختلف من شخص لآخر.

وهنا حدّد "فريديسون" سؤالين فيما يخص التوقعات الاجتماعية وهما:

1- كيف تتكون التوقعات الاجتماعية تجاه المرض؟

2- كيف تختلف هذه التوقعات من مجتمع لآخر؟⁵

ويقول "فريديسون" أيضا: "أنّ هناك رجلين من مجتمعين مختلفين تعرّض كلّ منهما للمرض نفسه، والأعراض الجانبية ذاتها، ونظر أفراد المجتمع الأول إلى رجلهم على أنّه مريض وبحاجة إلى الراحة والعناية به في حين نظر أفراد المجتمع الثاني إلى رجلهم على أنّه كسول وخامل وبحاجة إلى التأديب".

فإنّنا نتبيّن من ذلك أنّ الحالة المرضية قد تكون هي نفسها من الناحية البيولوجية ولكن ردة الفعل الاجتماعي تجاهها تختلف من مجتمع إلى آخر.

وقد نظر "فريديسون" إلى المرض كحالة اجتماعية، وقام بتحليل هذه الظاهرة وصنّفها إلى ستة أنماط⁶، كما قام بتحديد ثلاثة أنواع من المرض يرافق كلا منهما دور متميز يقوم به المريض:

1- **الدور الشرطي:** الذي ينطبق على أفراد يعانون أمراضا أو علاا مؤقتة سرعان ما يستعيدون عافيتهم بعدها، ويتوقّع من المريض في هذه الحالة أن يكتسب حقوقا وامتيازات وحدة مرضه كما هي الحال في مرض الزكام الخفيف.

¹-E . Friedson , Op.cit., P211.

²- C. Dubar,P. Tripier, Op.cit., P 126.

³- أنتوني غدنز، كرين بيرسال، مرجع سابق، ص 241.

⁴- E . Friedson ,op.cit, p 211

⁵ - طارق السيد، مرجع سابق، ص 97.

⁶ - نفس المرجع ، ص ص 94 ، 95.

2- **الدور الشرعي اللامشروط:** يؤدي هذا الدور المرضى المصابون بالأمراض المستعصية (المزمنة) كالسرطان مثلا والتي لا يستطيع المرضى بأنفسهم بذل أية محاولة لمعالجتها ولهم في هذه الحالة الحق في أن يمارسوا أو يتخلوا عن أي دور متوقع منهم بحسب مشيئتهم.

3- **الدور غير الشرعي:** وهو الدور الذي يكتسبه المرء عند إصابته بمرض معين "موصوم" اجتماعيا (الوصم هو فصل الفرد أو عزل فئة ما عن بقية المجتمع وإصاق خصائص وصفات حقيقية أو موهومة بهم)، مما يجعل فئات أو قطاعات أخرى من المجتمع تنتظر إلى هؤلاء "الموصومين" نظرة الشك أو العداء. وعلى هذا الأساس فإنّ جانباً من المجتمع على الأقل يعتبر أن المريض هو المسؤول عمّا أصابه ومثال ذلك "الايدز"¹.

الباب الرابع- المهن الحرة في المجتمع الأمريكي:

خصّص "فريديسون" هذا الباب لفهم حدود المعرفة المهنية وحدود الاستقلالية في ممارسة مهنة الطب والمرتبطة بالخلفية السوسيواقتصادية للمجتمعات.

فالممارسة الطبية مجرد معرفة تقنية لتقنين المرض كالانحراف الاجتماعي الذي يخلّ بالسير العادي للنسق الاجتماعي ولكنها كما يقول "فريديسون": "تستعمل مقاييس معيارية لانتقاء ما يهتمها وهذا العمل يمثل واقعة اجتماعية منفصلة عن الواقع العضوي لذا نجد في كتاب المهنة الطبية تحليلاً منفصلاً للبناء المهني للمرض ولمتغيرات عدّة كتنظيم النشاط المهني وتقسيم العمل، الاتجاه نحو الفعل، قاعدة القرار الطبي..."².

رغم ما أتى به "فريديسون" من إضافات لعلم اجتماع المرض إلاّ أنّه تلقى نقداً من قبل الباحثة "بزانجر Bazanger" حيث ترى أنّ هذا العمل ركز على أشكال البناء الاجتماعي وليس على سير المرض كما ترى أنّ مقارنة كل من "بارسونز Parsons" و "فريديسون Friedson" تتميز بالمركزية الطبية التي تتطلب دراستها الانتقال إلى فضاءات اجتماعية أخرى -إضافة إلى الطب- بحيث أنّ دور المريض المحدد باتفاق معياري أو مشوار المريض المحدد من الخارج، يجعل المريض سلبي من جهة، ومن جهة أخرى تكون هذه السلبية في إطار الطب ومؤسساته...

ففي المقاربة النظرية الأولى المرض كانحراف يشكّل خلل وظيفي يضبط من طرف الطب أين تنسحب الأسرة كمؤسسة ضبط، ويكون الإغفاء من المسؤوليات المعتادة وعدم الاتصال مع شبكات أخرى في الحياة الاجتماعية كالعامل، أمّا المقاربة الثانية فهناك تركيز على الطب كمهنة لها استقلالية مطلقة في خلق الانحراف (المريض اجتماعيا) إذ لا يمكن التفكير في وجود المرض اجتماعيا إلاّ بعلاقته بالطب"³.

1 - أنتوني غنيز، كارين بيردسال، مرجع سابق، ص 241، 242.

2 - مشري فريدي، مرجع سابق، ص 23.

3 - نفس المرجع، ص 24.

• المرض باعتباره "حالة معاشة" (الاتجاه التفاعلي الرمزي):

يعنى التفاعليون الرمزيون بصورة عامّة بالسبب التي يفسر بها الناس عالمهم الاجتماعي وما يصبغون عليه من معان وإيحاءات وقد طبق بعض علماء الاجتماع هذه المقاربة على ميادين الصحة والمرض في محاولة لفهم تجربة الناس للمرض وطريقة إدراكهم له، سواء أصابهم أم أصاب الآخرين ومن بعض الأسئلة المطروحة في هذا السياق:

- ما هو رد الفعل واستجابة الناس عند سماعهم عن مرض خطير؟

- كيف يؤدي المرض إلى تشكيل حياة الناس اليومية؟

- ما هو الأثر الذي يتركه العيش مع مرض مزمن على هوية الفرد الذاتية؟

لذا اهتم كثير من علماء الاجتماع بالأساليب التي يتكيف بها المرضى المزمنون مع ما تنطوي عليه حالتهم من اعتبارات علمية وعاطفية، فبعض الأمراض تتطلب معالجات ومتابعات منتظمة قد تؤثر على الروتين اليومي لحياة الناس حولهم ومثال ذلك: حالات غسل الكلى، تعاطي الأنسولين، الحقن الأدوية.

كما أنّ هناك أمراضا أخرى قد تكون بعض أثارها مفاجئة وغير متوقعة أو تكون أعراضا ظاهرية وسلوكية مثيرة للحرص لدى المحيطين بالمريض وربما لدى المريض نفسه مما يتطلب من أهل المريض أو من يقومون برعايته اتخاذ خطط واستراتيجيات معينة لمواجهة مثل هذه المواقف من جهة أو إعادة هيكلة حياتهم اليومية من جهة أخرى¹.

ومن أطروحات هذا الاتجاه "التفاعلي الرمزي" نجد أطروحة "أ.ستروس A.Strauss" الذي لم يكتف بدراسة التجربة المرضية التي تعتبر تطبيقا لافتراضات يقوم عليها عمله الفكري كون عمله يقوم على دراسة الفعل كإشكالية محورية انطلاقا من التفاعل الحاصل بين: "مستوى الفعل الفردي والسيرورات الاجتماعية الصغيرة والمستوى الماكرو اجتماعي البنائي والتي تؤثر على ظروف الفعل".

وما يميّز عمل "أ.ستروس A.Strauss" هو: "رفض تقسيم العمل السوسولوجي بين الصياغة المنطقية والاستنباطية لنظريات منفصلة عن الواقع من جهة، وبين التحقق من هذه النظريات من جهة أخرى بحيث يرى: " أنّ هناك تداخل بين العمل الإمبريقي والعمل النظري في إطار سيرورة موحدة².

وقد اهتم علماء الاجتماع هنا باستقصاء الكيفية التي يتمكن بها المرضى المزمنون من "إدارة" مرضهم أو التعامل معه في سياق حياتهم الشخصية والاجتماعية من بينهم "جوبلينغ Jobling" و "ويليامز Williams" كما نجد "كاربين Carbin" و "ستروس Strauss" اللذان تعرّضا للأمراض المزمنة حيث يريان أنّ ما لدى المزمنين من طاقات وأنشطة يتوزع في العادة على ثلاث مجالات: يتعلق الأول منها بالعامل المرضي الذي يتصل بتناول الأدوية وتقبّل المعالجات في أوقاتها وهناك العمل اليومي الذي يتعلّق

¹ - أنتوني غدنز، كارين بيردسال، مرجع سابق، ص 242.

² - مشري فريدي، مرجع سابق، ص 24، 25.

بتلبية الاحتياجات اليومية العادية، أمّا المجال الثالث فهو **العنصر البيوغرافي** الذي يعيد فيه المريض استرجاع التفاصيل الدقيقة في سيرة حياته الذاتية وذكرياته بحيث تصبح جزءاً لا يتجزأ من حالته المرضية ومخزونه الشعوري، ويؤدي ذلك في كثير من الأحيان إلى تعديل في صياغة هويّاتهم اتجاه أنفسهم ومن يحيطون بهم¹.

ويقول "ستروس" في التفاعل الرمزي للمرض: "أنّ الوضعيات التاريخية والاجتماعية والهويّات تبنى تفاعلياً، ويظهر هذا التفاعل بطريقة ديناميكية الآفاق والتطلّعات... فتفسيرات الأفراد وتولّد في الجماعات وفي العوالم الاجتماعية".

كما يقول: "أنّ التنظيم العام للمهنة تسيّره المنافسة والصّراعات بين الفاعلين في حركة دائمة" وهذا بعدما قام بدراسة تسيير "الموت" في المستشفى وذلك لفهم التفاعلات الحاصلة بين المريض المقبل على الموت، والفريق العامل بالمستشفى ومع الأسرة². فبالنسبة للمريض فإنّ موته الوشيك يكون تجربة فريدة تأخذه بجماع تفكيره وبالنسبة لأقاربه فإنّ هذا الموت سيكون ذو مغزى وشعور خاص، حيث يؤثّر ذلك على أسلوب معيشتهم في المستقبل وعلى الكثير من مظاهر حياتهم الأخرى.

ويختلف هنا دور الأطباء و المسؤولين في المستشفى، فالموت يعتبر من التجربة الروتينية لدورهم وترتيب إجراءاته جزء من عملهم أيضاً كما أنّ الموت قد يحدث أمامهم عدّة مرات في الأسبوع أو حتّى في اليوم الواحد لذلك لا يمكن للأطباء أو المسؤولين أن يشاركوا في الموقف بشكل عميق³.

ويقول "ستروس" في هذا الصدد: "إذا اعتبرنا الموت كسيرورة تمتد في الزمن فإنّ بناء المستشفى ينظر إليه على أنّه في تغيّر دائم وهذا لمعالجة مختلف فترات السيرورة... (فالبناء) هو سيرورة لها سلسلة من الخصائص المتحرّكة" وهذا ما يشرح لنا فكرة **النظام التفاوضي** « *Ordre Négocie* » هذه الفكرة التي تقول أنّ النّظام الاجتماعي هو نظام يقوم على تفاوض مستمر تتفاعل فيه أفعال الأفراد مع الشروط البنائية لهذا النظام: "ففي حالة نظرية النّظام التفاوضي، يلعب الأفراد في التنظيمات دوراً فعالاً وواعياً في وضع شكل النّظام الاجتماعي"⁴ إضافة إلى الفاعلين الآخرين فالمرضى والطبيب ليسا فقط وحدهما الفاعلين في **المسار المرضي** وهذا لكون المرض يشمل مختلف مجالات الحياة الاجتماعية. كما ربط "ستروس" بين نوع الإصابة وتحديد الفاعلين ويقول: "فالمرض المزمن يجمع تحت نفس الفئة إصابات مختلفة... فبعض الأمراض كالربو والتهاب المفاصل لا تمثّل تهديداً حيويًا فالمرضى يقوم بتعلم كيف يتكيّف مع إصابته ويعيش به.

1 - أنتوني غدنز، كارين بيردسال، مرجع سابق، ص 242، 243.

2 - مشري فريدة، مرجع سابق، ص 25.

3 - محمد علي محمد وآخرون، مرجع سابق، ص 264.

4 - مشري فريدة، مرجع سابق، ص 26.

وبالعكس تمثل أمراض القلب والسرطان تهديداً بالموت... وهنا البقاء على قيد الحياة هو مركز اهتمام المريض... ويمكن كذلك أن يكون المرض كوصم مثل مرض السيدا¹ " وهذا ما أشار إليه " فريديسون" في أنواع المرض².

وانطلاقاً من الدراسة الميدانية التي قام بها "ستروس" حول تسيير المرض من طرف مرضى متزوجين في الحياة اليومية حاول وضع المرض في سياق بيوجرافي، أي ربط الآثار والتغيرات التي تحدثها التجربة المرضية انطلاقاً من طبيعة الحياة الاجتماعية الماضية لذا يكون الفعل: " وسيلة لإدماج المرض والتغيرات التي يجلبها فهي تعطي شكل ودلالة للبيوجرافيا في مختلف فترات المرض" وقام بتقسيم هذا العمل البيوجرافي إلى أربع سيرورات تتمّ معا بطريقة تفاعلية: وضع المرض في السياق (Contextualiser la maladie) (إدخال المرض في البيوجرافيا) التوافق مع الحدود الناتجة عن المرض، إعادة تشكيل الهوية، إعادة بناء البيوجرافيا بحيث يعدّ هذا العمل التسييري عند "ستروس" القائم على التفاعل نموذج لنظريته عن النظام التفاوضي³.

إذن يمكن القول بأنّ الدراسات التي قام بها التفاعليون الرمزيون وأخص بالذکر "ستروس" حول معايشة المرض من أهمّ المجالات التي ينشط فيها علم الاجتماع الطبي وعلم اجتماع الجسد.

وأنّ أكثر الناس في المجتمعات يعيشون اليوم حياة مديدة وينشطون حتى في المراحل المتأخرة من العمر أكثر ممّا كانوا يفعلونه في العهود السابقة غير أنّ العمر المديد قد يكون في كثير من الأحيان مصحوباً بالقلق والخوف التي تصاحب الأمراض المزمنة⁴.

قامت الباحثة " بزانجر Baszanger " بتوجيه نقد لهذا الطرح المطبق في دراسة تجربة المرض المزمن كونه: " لا يسمح بإعادة تشكيل ميكانيزمات بناء الواقع الاجتماعي فهي تبيّن الآثار على مستوى المريض ولا تعالج التفاعلات الحقيقية " وهذه التفاعلات الحقيقية يشارك فيها الفاعلين غير المرضى، كما تشير الباحثة في نفس السياق إلى أنّ: "إيجاد التوازن بين الحالة غير السوية (Dénormatisation) والحالة السوية (Normalisation) في الحياة لا يمكن قراءتها فقط من خلال تجربة المريض كون الحدود بين الحالتين في حراك دائم ولأنّها تبنى اجتماعياً من تفاوضات متكرّرة وفي أمكنة متعدّدة".

إذن تعتمد مسألة المحافظة على الاندماج في الحياة الاجتماعية على كيفية اجتماعية مختلفة وعلى الأفعال التي يقوم بها مختلف الفاعلين ذلك أنّ الطابع المزمن لهذه الأمراض التي تمتدّ في الزمن يجعل التفاعل يظهر في مختلف طبقات الحياة الاجتماعية اليومية⁵.

1 - مشري فريدي، مرجع سابق، ص 27.

2 - أنتوني غدنز، كارين بيردسال، مرجع سابق، ص 241، 242.

3 - مشري فريدي، مرجع سابق، ص 27، 28.

4 - أنتوني غدنز، كارين بيردسال، مرجع سابق، ص 243.

5 - مشري فريدي، مرجع سابق، ص 29.

5- الدراسات السابقة في علم الاجتماع الطبي :

يقصد بالدراسات السابقة، الدراسات والأبحاث التي جرت في المجال الذي يفكر فيه الباحث، فهي تساعد الباحث على الاختيار السليم لبحثه ويجنبه مشقة تكرار بحث سابق كما أنها تجنب الباحث الوقوع في الصعوبات التي وقع فيها الباحثون الآخرون وما هي الحلول التي توصلوا إليها لمواجهة تلك الصعاب ومن ثم يتجنب الوقوع في الأخطاء التي وقع فيها الآخرون.¹ فهي تساعد في التحكم في موضوع البحث وفق تجربة سابقة ابتداء من طرح الإشكالية بالشكل الصحيح والخطوات المنهجية التي يجب أن يتقيد بها والأدوات التي يجب أن يستخدمها ووصولاً إلى النتائج التي تحصل عليها والصعوبات التي واجهها.²

5-1-الدراسات السابقة في العالم الغربي:

1- دراسة "مارك زبورفسكي M. ZBorowski" بعنوان: "تباين المواقف الثقافية إزاء الألم" سنة 1952* بمستشفى (كينجزبريج) الواقع بنيويورك الولايات المتحدة الأمريكية. **هدف الدراسة:** تحاول الدراسة، من خلال دراسة الألم فهم المواقف المتصلة بالصحة الدواء أي المستشفى والطب بصفة عامة. **إشكالية الدراسة:** إلى أي مدى يرتبط الألم بالمواقف الأخرى المتصلة بالصحة والدواء أي المستشفى والطب بصفة عامة؟

المنهجية والتقنيات: اختار الباحث أربع جماعات اثنو- ثقافية مرضى من أصل يهودي إيطالي، أرلندي، أنجلوسكسوني، وأختير هذا المستشفى بالذات لأنه يعكس إلى حد ما تشكيلة المدينة السكانية، وقد استخدم الباحث المنهج الكيفي في هذه الدراسة من حيث أنه يهدف إلى الكشف عن انتظام معين في الاستجابات والمواقف إزاء الألم ولذا استخدم **التقنيات** التالية: استجواب بصفة موجهة للمرضى وملاحظة تصرفهم عندما يتألمون ومناقشة كل حالة مع الممرضون والأشخاص الآخرين الذين يعينهم هذا الألم بشكل مباشر لمعرفة تقديرهم لألم المريض المعني، وسجلت أجوبة المبحوثين على أسئلة كاست وكانت مدة الاستجواب مقيّدة بالحالة المرضية للمبحوث، وبنوع الأسئلة المطروحة عليه، مع الحرص على دراسة المرضى الذين لهم نفس المرض وذلك لمقارنة استجاباتهم للألم وكان عدد الأشخاص المستجوبين 103 شخص من بينهم 87 شخص مقيم بالمستشفى وكان أغلبهم يعانون من آلام في الجهاز العصبي.

نتائج الدراسة:

❖ يميل اليهود والايطاليين معا إلى المبالغة في الألم ويظهرون حساسية شديدة اتجاهه لكنهما يختلفان من حيث مواقفهما اتجاهه، فالايطاليين يكثرون الشكوى ومنزعجون لما يسببه لهم الألم بينما اليهود فيعبرون عن قلقهم في كون أنّ صحتهم مهددة.

¹ - محمد عبد الفتاح الصيرفي ، البحث العلمي(الدليل التطبيقي للباحثين)، عمان: دار وائل للنشر و التوزيع، 2001، ص 93.

² - فضيل دليو، دراسات في المنهجية ، الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية ، 2000 ، ص 37.

* - Mark Zborowski, (la diversité des attitudes culturelles à l'égard de la douleur). In :F. steudler , op.cit, p p 121 -143.

❖ فيما يخص الموقف إزاء الطبيب، فالإيطاليين يضعون كلّ ثقتهم بالطبيب بينما اليهود فينظرون له من منظور سلبي، ولديهم فكرة وهي أنّ الطّبيب إذا أوقف الأهم فهذا لا يعني بأنّه كفؤ لأنّه لا يستطيع إزالته كلياً.

❖ يخفي الإيطالي ألمه أمام أسرته لأن ذلك رمز للضعف على عكس اليهودي الذي يستغل ألمه في الأسرة لخلق جو من القلق حول حالته الصّحية، ممّا يحبّد غيره لعلاجها.

❖ بالنسبة للإنجلوسكسون، لا يميلون إلى الشكوى من الألم ويحدّدون نوعية ومكان ومدّة الألم ويستجيبون للألم بالإنعزال عن المجتمع، ويقومون بمساعدة المعالج لتشخيص المرض، ويهتمون أيضاً بأهمية الألم من حيث أنّه عرض مرضي لذا فالألم مؤثر على سوء الصّحة ولا بدّ من الذهاب إلى الطّبيب الذي يضعون ثقتهم الكاملة به، فالجسم في نظرهم جهاز ميكانيكي يجب فحصه دورياً، كما أنّهم يجدون الرّاحة التّامة بالمستشفى وهذا على عكس اليهود والإيطاليين.

❖ توصّل لنتيجة أخرى وهي أنّ الأصل الاجتماعي والثّقافي والتّربية والشعور الدّيني والمهنة دور أساسي في الاستجابة للألم، إضافة إلى المستوى الدّراسي، حيث أنّ ذوا المستوى الدّراسي المرتفع يولون اهتماماً أكثر بصحتهم وهم أكثر وعياً بالمرض كما يشير الباحث إلى دور التّنشئة الاجتماعية في توجيه مواقف وتصرفات الفرد إزاء الألم والمرض.

2- دراسة " ك.ز. إرفنج K.Z.Irving " بعنوان: "الثّقافة والأعراض: تحليل لشكاوي المريض" بين سنتي 1960-1962*، وقد أجريت الدّراسة بالمستشفى العام لمساشوست بوسطن بالولايات المتحدة الأمريكية.

هدف الدراسة: هدفها دراسة العملية الانتقائية التي يقوم بها المريض فيما يقدّمه الطّبيب من أعراض كعملية تنجم عن التباين في الاستجابة للاضطرابات المتشابهة فيما بينها وقد تمّ حصر الدّراسة في ثلاث مصالح من المستشفى (الطبّ العام، طبّ العيون، أمراض الحنجرة، الأنف، الأذنين).

المنهجية والتقنيات: اعتمد الباحث على دراسة الحالة والقوائم ذات الاختيار المتعدّد والاستجواب حيث يطلب من المبحوث أن يتذكّر الأعراض التي شعر بها في فترة محدّدة وتلك التي أقلقته بشدّة لدرجة طلب المساعدة الطّبية، لذا فقد تمّ استجواب المرضى الجدد الذين يأتون لأول مرّة، أثناء الانتظار أي قبل رؤية الطبيب، وذلك بالمقابلة عن طريق الأسئلة المفتوحة حول استجابة المريض وأسرته للأعراض، كذلك بإدخال طرق أخرى لقياس الانفعالات الموضوعية، قائمة الاختيارات المتعدّدة، المقارنة الموجهة، قياس المواقف بالإضافة إلى معلومات أخرى عليها من استمارة ديموغرافية والملف الطّبي للمريض، من الطبيب الفاحص.

- * K.Z. Irving, (culture et symptômes, analyse des plaintes du malade), in : C. Herzlich , op.cit, p p 27-39.

وقد تضمّنت العيّنة المرضى الجدد من كلا الجنسين الذين تتراوح أعمارهم بين 18-50 سنة من أصل إيرلندي وإيطالي (كاثوليكين) وأنجلو سكسوني بروتستانت من 63 ايطالي (34 مبحوثة و 29 مبحوث) و 81 إيرلندي (42 مبحوثة و 29 مبحوث).

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة لمجموعة من النتائج:

❖ يميل الايرلنديون إلى التصريح بأنهم قد أصيبوا فيما سبق بمرض خطير على عكس الايطاليين كما يركّزون أكثر من الايطاليين على وضع مشاكلهم أساسا في العين، الأذن الأنف أو الحنجرة (وكان هذا أكثر عند النساء) ويقولون بأنها أكثر المناطق في الجسم في حالة اضطراب.

❖ أمّا بالنسبة للألم فقد تبين أنّ إدراكه وتحمله ليس استجابة فيزيولوجية فالإيرلنديين أكثر إنكارا للألم عكس الايطاليين ويعتبرون أنّ أعراضهم تخلق اضطرابا في علاقاتهم بالغير.

❖ إنكار الايرلنديين قلقهم من المرض على عكس الايطاليين الذين يضحون به.

3- دراسة "ماريا أ. ليولا Loyola M.A": التي تناولت موضوع "تصور المرض والممارسات المتصلة به في البلاد النامية" سنة 1981 بحي "نوقا أجواسا" الواقع بالقرب من المركز الحضري (ربو) بالبرازيل.

هدف الدراسة: هو البحث عن الممارسات العلاجية المختلفة التي يمكن أن تتعايش عند نفس الكائن الاجتماعي مريض أو معالج وإلى بناء نسق العلاقات بين مختلف أساليب العلاج الموفرة محليا والجماعات الاجتماعية التي تمارسها.

حيث أنّ من ميزات المجتمع البحثي أنّ سكانه من أصل ريفي يعملون بالمركز الحضري وأغلبهم أميين ويشكون من تردّي الظروف المعيشية فلا يوجد بالحي مراكز علاجية ولا قنوات للتزويد بالمياه وصرفها والأراضي غير معبّدة، ولا توجد خطوط هاتفية، ووسائل النقل ضعيفة، كما لا يوجد بالحي تجارة ممّا يضطر بالسكان عند قضاء احتياجاتهم الذهاب إلى المركز الحضري (ربو).

المنهجية والتقنيات: قامت الباحثة بإجراء دراسة استطلاعية اعتمدت فيها على تقنيات دراسة الحالة، الملاحظة، الاستجواب، تاريخ حياة الفرد... ثمّ قامت بتحديد الميدان وعيّنة البحث وأقيمت الاتصالات الأولى بسكان الحي المعني.

في مرحلة أولى من البحث اهتمت الباحثة بدراسة أساليب العلاج عند السكان من أجل الوصول إلى معرفة مراحل العملية العلاجية وتصوّراتهم للصحة والجسم، وهذا كوسيلة للفصل مع التعريف السائد للمرض وكان على المبحوثين أن يقصّوا تاريخ الأمراض التي اجتاحت أسرهم وفي سياق ذلك تتحصل الباحثة على أجوبة تتعلّق بموضوع الدراسة.

* - ليولا (ماريا أ.)، (الروح والجسد)، عن محمد رضا بلمختار، نسق العلاج وعقلانية الفاعلين ضمنه، (رسالة ماجستير في علم الاجتماع غير منشورة)، الجزائر العاصمة، 1990-1991، ص ص 21 - 23.

في مرحلة ثانية تمّ استجواب كلّ الأفراد سواء المعترف عليه رسمياً أو غير رسمياً كأطباء من طرف سكان الحي، أي المعالجون الذين صرّح سكان الحي بأنهم يذهبون للعلاج عندهم.

وفي مرحلة ثالثة تمّ تركيز البحث على الممارسات الدّينية (العلاقات بين الممارسات العلاجية والممارسات الدّينية).

نتائج الدراسة: توصلت الباحثة للنتائج التالية:

❖ أنّ "الطبّ الشعبي" لا يقتصر على مجرد المناطق الريفية بل نجده ينافس "الطبّ الرّسمي" في المناطق الحضرية أيضاً وأنّ المعارف المتّصلة، بتركيب الجسم أو الحالات المرضية هي ذات طابع إمبريقي، أي تعتمد على خبرة الفرد بالمرض وبالخطب الطّبية التي كان له صلة بها أو ما لاحظته عند أفراد محيطه وأنّ لغة المرض تنتشر في معظمها من طرف أخصائيو الصّحة حيث هناك عدّة أنساق لتصوّر الجسم. كما أنّ الصّحة والمرض يعاد إنتاجها باستمرار من طرف هؤلاء الأخصائيين وهي تتعايش وتتداخل كما يسهم الفراغ الذي يتركه الأطباء والمؤسّسات "الرّسمية" للصّحة والتّصوّر السحري الدّيني للجسم والصّحة السائدة عند السكان على استمرار ذلك .

❖ يوجد تصنيف اجتماعي للمرض تبعاً لأعراضه فالأعراض المتشابهة قد تردّ إلى أسباب مختلفة تبعاً للنسق التّصوري لدى المريض، فالمرض قد يكون سببه "وضعي" أو ما ورائي ويستدعي ذلك علاجاً من نفس الطبيعة بالإضافة إلى أنّ التّصوّر القدري للمرض يستبعد كل وقاية (وضعية) من الفرد.

❖ وإذا لم يحدّد ضمن الإطار المرجعي للجماعة إلى أيّة فئة من الأطباء فإنّ الأسرة تختار مواقف علاجية مختلفة كما أنّه من الصّعب الفصل القاطع بين التّصويرين ويسمح ضمن ذلك بتصنيف الأفراد حسب أصلهم الاجتماعي والجغرافي وسنّهم ومستوى تعليمهم وممارساتهم الدّينية.

❖ بيّنت الدّراسة أنّ للمكانة الاجتماعية والأصل الريفي أو الحضري، و أنّ مدّة التّجربة الحضرية مقرونة بالسّن ومستوى التّعليم يمكن ربطها بالمعرفة والاستعمال الأكبر للطّب "الرّسمي أو الشعبي".

❖ أنّ الفئات ذات المستوى التعليمي البسيط والتي تعودت العمل بالجسم والتّعرّف بواسطته على العالم كما يقول (لفي.ستراوس. Levy Straus.c) "المعرفة الملموسة" عن العقلنة المجرّدة لذلك فهي تنجذب إلى كلّ التّصوّرات غير العقلانية.

❖ إنّ أسلوب الاستجابة للمؤسّسات العلاجية لطلب المستعمل لها، له دور في التأثير على مدى إقبال الفرد وثقته بها ممّا يلجأ أولاً إلى تجارب محيطه الذي يقاسمه نفس الوضعية الطبّيقية ليتحرى عن العلاج المقدّم له، أو يستعمل "الطبّ الشعبي" للحدّ من أثر المراقبة الطّبية -الرّسمية- عليه.

وبعبارة أشمل فقد توصلت الباحثة إلى أنّ هناك علاقات بين "الطّب الرّسمي" و"الطّب الشّعبي" وهي علاقات غير جامدة تتخذ طابع الصّراع والتّنافس الاجتماعي وإن كانت هناك بعض مجالات التداخل بينهما، ويعكس الصّراع بين النوعين صراعا اجتماعيا ويفسح ذلك المجال لحد أدنى من الإستراتيجية، أي باستمرار اللّجوء " للطّب الرّسمي" والإفادة من خدماته يسمح وجود "الطّب الشّعبي" الذي يعدّ قريب من تصوّرات الغالبية فيما يتعلّق بالجسم وعلاقتهم بالعالم ، بالإفلات من سيطرة الطبقات السّائدة " اجتماعيا ومحاولاتهم لفرض نظرته للعالم من خلال "الطّب الرّسمي".

5-2- الدراسات السابقة في العالم العربي:

1- دراسة " ماجد السيد حافظ عبد الرحمن": "بعنوان"ديناميات التفاعل الاجتماعي في المؤسسة العلاجية "سنة 1980"

هدف الدراسة: يركز حول الكشف عن مدى تأدية المؤسسات العلاجية لدورها وديناميات التفاعل مع المتردّدين، وتقصد بديناميات التفاعل الاجتماعي الخدمات العلاجية (الأدوية-التغذية) والاجتماعية ودور الأخصائي الاجتماعي الطّبي.
إشكالية الدراسة: لقد انطلقت دراستها من خلال طرح التساؤلات التّالية:

1- ما هي العلاقة بين القدرة المالية للمريض وبين نوعية التفاعل الاجتماعي بينهم وبين المؤسسة العلاجية؟

2- ما هي العلاقة بين نوعية التفاعل الاجتماعي بين المرضى والمؤسسات العلاجية وبين بعض التأثيرات الأسمية؟ وما هي الطبقات التي تنتشر بينها بعض التأثيرات الأسمية؟

3- ما هي العلاقة بين نوعية التفاعل الاجتماعي بين المريض والمؤسسة العلاجية وبين مشكلة ارتفاع نسبة الوفيات؟

المنهجية والتقنيات المستعملة: استخدمت الباحثة دراسة الحالة واستعانته بالتحليل الإحصائي للبيانات التي جمعتها من السّجلات والوثائق كما استعانته باستمارة المقابلة والملاحظة.

نتائج الدراسة: انتهت الدّراسة إلى بعض التعميمات كان أهمها ما يلي:

❖ هناك علاقة دالّة واضحة بين القدرة المالية للمريض وبين تقديم الغذاء له من قبل المستشفى.

❖ هناك علاقة دالّة وجوهريّة بين القدرة المالية للمريض والتفاعل مع هيئة المستشفى الطيب-المرضة-الأخصائي الطّبي، الاجتماعي.

❖ هناك علاقة بين التفاعل الاجتماعي وبين ارتفاع نسب الوفيات مثل مرض الدرن وهو مرض الطبقات الفقيرة التي لا تملك الظروف الاقتصادية والاجتماعية الملائمة للوقاية منه.

* - ماجدة السيد حافظ عبد الرحمن، (ديناميات التفاعل الاجتماعي في المؤسسة العلاجية)، عن بن فرج الله بخته، مرجع سابق، ص 34.

2- دراسة قامت بها هيئة الصحة العالمية (O.M.S) : بعنوان "العوامل السكانية الاجتماعية والاقتصادية، ونوع التسهيلات الصحية" من سنة 1969-1972* .

هدف الدراسة: هو البحث في العلاقة بين العوامل السكانية، الاجتماعية والاقتصادية ونوع التسهيلات الصحية وقد أجريت هذه الدراسة في تونس في كل من الريف والحضر.

إشكالية الدراسة: فيما يخص إشكالية الدراسة فهي تدور حول إبراز العلاقة بين العوامل السكانية، والاجتماعية والاقتصادية ونوع التسهيلات الصحية وهل هناك تباين بين الحضر وسكان الريف فيما يتعلق باستخدام المرافق الصحية؟

المنهجية والتقنيات المستخدمة: إن المنهج الذي تم استخدامه في هذه الدراسة هو المنهج المسحي، أما العينة فقد تم اختيار مجموعة أسرية تضم 678 أسرة منها 446 أسرة حضرية و 232 أسرة ريفية وعليه فمجموع الأفراد الذين تم اختيارهم هو 3808 فرد.

أما أدوات جمع البيانات فقد استخدمت الهيئة الاستمارة التي تضمنت أسئلة تدور حول مدى وعي الأفراد بالحاجة إلى الرعاية، استشارة الطبيب وكذا تجاربهم، مع دور العلاج وهل يرجع هؤلاء الأفراد إلى الطب التقليدي للعلاج؟

نتائج الدراسة: انطلاقاً من الفرضية التي انطلقت منها الدراسة المتمثلة في أن استخدام المرافق الصحية مؤشر على التحضر، توصلت إلى مجموعة من النتائج تتمثل في:

❖ استخدام المرافق الصحية منخفض مقارنة مع الدول الأكثر تطوراً وأن الوحدات الصحية المتنقلة كثيراً ما تستخدم لعلاج الأمراض المعدية العادية وأن 85% من جميع المرضى يزورون مراكز العلاج في طور واحد فقط من أطوار المرض.

❖ أثبتت الدراسة أن 50,5% فقط هم الذين يلجأون إلى المرافق الصحية رغم أنه كان متاح ومسموح بزيارتها لجميع السكان مجاناً.

❖ أن الأسر التي يتردد أفرادها أكثر على المرافق الصحية تتسم عامة بما يلي: أنهم من سكان الحضر الذين يلمون بالقراءة والكتابة، لديهم بعض العادات الثقافية كقراءة الصحف ومعرفة بعض اللغات الأجنبية، مشاهدة التلفاز يشاركون في الندوات الاجتماعية والثقافية ونسبة من يثقون منهم بالطب التقليدي أقل، مع إيمانهم بقدرات الطب الحديث، كما أنهم على معرفة أكثر بوسائل الرقابة من الأمراض المعدية.

❖ أن معدلات استخدام المرافق الصحية أعلى بشكل واضح في المجتمعات الحضرية عنها في المجتمعات الريفية حيث تمثل الأولى نسبة 88.5% مقابل 46.2% في الثانية.

3- دراسة "سعيد عبد العزيز عثمان": بعنوان "محددات النّفقة الحكومية في قطاع الخدمات الصحية بالإسكندرية"* وذلك في كتابه: "اقتصاديات الخدمات والمشروعات العامة" الذي طبع سنة 2000 أما عن تاريخ الدراسة فهو ليس متوقّر بالضبط.

* - سلوى عثمان الصديقي، مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية والاجتماعية، الإسكندرية : المكتب الجامعي الحديث، 1999.

هدف الدراسة: استعراض وتحليل مؤشرات إنتاجية النفقة العامة في الدول النامية مقارنة بالدول المتقدمة، مع استقراء وتحليل أسباب انخفاض إنتاجية النفقة العامة في قطاع الخدمات الصحية بالدول النامية، ومن ثمّ بحث واكتشاف محددات النفقة العامة في قطاع الخدمات الصحية بمحافظة الإسكندرية ومحاولة استقراء واستنباط مؤشرات إنتاجيتها استنادا إلى بعض المقاييس والنماذج القياسية البسيطة.

أمّا عن أسباب اختيار هذا الموضوع فتعود إلى الندرة الشديدة للموارد الاقتصادية في الدول النامية والعجز المستمر في المواد المالية المتاحة لحكومات تلك الدول وعليه تصبح قضية إنتاجية النفقة العامة سواء في قطاع الخدمات الصحية أو في قطاعات اقتصادية أخرى من القضايا الملحة والمهمة التي يتعيّن الاهتمام بها والبحث عن وسائل تحسينها وزيادة كفاءتها وبصفة خاصة في قطاع الخدمات الصحية لما يرتبط به هذا القطاع من علاقات موجبة بمعدلات التنمية الاقتصادية والاجتماعية ونظرا لعلاقته المباشرة برفاهية أفراد المجتمع.

إشكالية الدراسة: تتمحور إشكالية الدراسة في استكشاف العوامل المؤثرة والمحددة للنفقة الحكومية في قطاع الخدمات الصحية بالإسكندرية ومحاولة تقديم وسائل وأساليب النفقة العامة في القطاع المستهدف وذلك من خلال البحث عن مواطن القوة ومواطن الضعف في مكونات الخدمات الصحية المقدمة من قبل حكومات الدول النامية.

أما بالنسبة **للمنهج والتقنيات** فهي غير واضحة إلاّ أنّه قام بعرض تحليلي في الفصل الأخير من كتابه هذا، والذي تمّ تقسيمه إلى ثلاث مباحث:

المبحث الأول: تعرض فيه إلى تحليل مؤشرات إنتاجية النفقة العامة في قطاع الخدمات الصحية ويتضمن هذا الأخير دراسة مؤشرات إنتاجية النفقة العامة في قطاع الخدمات الصحية - تحليل العوامل المؤثرة على إنتاجية النفقة العامة- وأخيرا تحليل أسباب انخفاض إنتاجية النفقة العامة في قطاع الخدمات الصحية بالدول النامية.

المبحث الثاني: تعرّض فيه الباحث إلى استكشاف العوامل المحددة للنفقة العامة في قطاع الخدمات الصحية بالإسكندرية.

المبحث الثالث: تعرض في هذا المبحث الأخير إلى النتائج والتوصيات.

نتائج الدراسة: قسّم الباحث نتائج الدراسة إلى نتائج خاصة بالدول النامية وأخرى خاصة بمحافظة الإسكندرية وتتمثل في:

النتائج الخاصة بالدول النامية:

إنّ مؤشرات الحالة الصحية في الدول النامية شهدت تحسنا كبيرا خلال الثمانينات وأوائل التسعينات وأنّ هذا التحسن يرجع إلى التّقدم والتّحسن الكبير في إنتاجية النفقة الحكومية في مجال الطّب الوقائي على الرغم من انتشار خدمات الطّب الوقائي في العديد

* - سعيد عبد العزيز عثمان، قراءات في اقتصاديات الخدمات والمشروعات العامة (دراسة نظرية تطبيقية)، الإسكندرية: الدار الجامعية 2000.

من الدول النامية إلا أنّ هناك ما يعادل 10 مليون طفل سنويا يتعرّضون لخطر الموت من أمراض سوء التغذية كما أنّ المستشفيات تجهّز بأحدث التكنولوجيات الطبيّة في حين تفتقر المراكز الصحيّة والوحدات الصحيّة للحد الأدنى من التجهيزات اللازمة لمواجهة الحالات المرضية العادية وبعض حالات الطوارئ بل أنّ هناك آلاف من سكان المناطق والأقاليم الريفية يواجهون الموت لعدم توفر العقاقير الطبيّة و التطعيمات ذات التكلفة المنخفضة إضافة إلى الاستغلال غير الكفء للأجهزة والمعدّات الطبيّة، مع خلل في توزيع القوى البشرية في قطاع الخدمات الصحيّة.

النتائج الخاصة بمحافظة الإسكندرية:

تتمثّل في عدم توافر الأرصدة المالية اللازمة لإتمام عمليات صيانة الأجهزة وشراء قطع الغيار المطلوبة في التوقيت الملائم مع عدم توافر عدد كبير من الأدوية والمنتجات الوسطية خلال فترات طويلة، نسبة أعطال عالية في الأجهزة والمعدّات الطبيّة، انخفاض جودة الخدمة إضافة إلى عدم كفاءة العنصر البشري الذي يتولّى تشغيل الأجهزة والمعدّات الطبيّة.

5-3-الدراسات السابقة في الجزائر:

1- دراسة "مشري فريدة": بعنوان "المسار المرضي للمصاب بمرض السرطان" سنة 2000-2001* ، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير.

هدف الدراسة: إنّ اختيار الباحثة لموضوع دراستها لم يتم بطريقة آليّة لكنه جاء كنتيجة للمراحل التي عرفها المسار البحثي، حيث أنّها انطلقت من موضوع "التربيّة الصحيّة للفرد في الأسرة الجزائرية" انطلاقاً من محاولتها لفهم العلاقة بين التنشئة الاجتماعية والسلوكيات والعادات الصحيّة في المجتمع الجزائري، ولكن من خلال إتباع الخطوات المنهجية للبحث وصلت لهذا الموضوع الذي تهدف من خلاله إلى:

- استكشاف ميدان جديد من الناحية العلمية، وذلك بتعميق الأبحاث الأكاديمية في علم اجتماع الصحة مع فتح المجال أمام المقاطعة بين مختلف التخصصات (علم اجتماع الأسرة، انثروبولوجيا الصحة، علم النفس الاجتماعي) وذلك في المجتمع الجزائري.

- محاولة التّحكم ولونسبياً في المعرفة السوسولوجية من الناحيتين النظريّة والمنهجية مع الإشارة للتداخل الموجود بينهما فالنظريّة تتجدّد وتتصل بالتحقيق الميداني الذي يخضع لمجموعة من الخطوات المنهجية التي تبنى بدورها انطلاقاً من الافتراضات والمفاهيم النظريّة المعطاة.

إشكالية الدراسة: حاولت الباحثة الإجابة عن عدّة تساؤلات تمثّلت في:

- 1- ما هي طبيعة التغيّرات التي يحدثها مرض السرطان على مستوى حياة الأفراد؟
- 2- ما هي العوامل التي تؤثر، وتخلق هذه التغيّرات والآثار في حالة مرض السرطان؟

* - مشري فريدة، مرجع سابق.

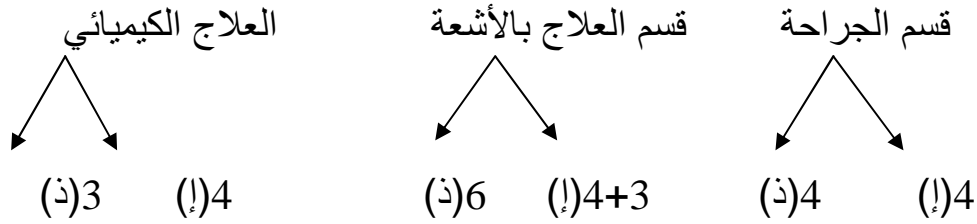
- 3- كيف يتفاعل مستوى التّصوّر، ومستوى الفعل في تحديد المسار المرضي لمرض السرطان؟
- 4- بصفة أدق هل يوجد هناك علاقة بين التّمثّل الاجتماعي لمرض السرطان وبين الأفعال والممارسات التي تميّز المسار المرضي للمصاب بمرض السرطان؟
- 5- هل تعتبر هياكل العلاج " مركز مكافحة السرطان" مجال علاجي يتعامل مع المرض كواقعة عضوية فقط أم هو عالم اجتماعي يعكس خصوصية واقع سوسيوولوجي معين ويمثّل خلفية أساسية في فهم المسار المرضي للمصاب بمرض السرطان؟
- 6- هل تمثّل الأسرة مرجعية أساسية في فهم المسار المرضي للمصاب بمرض السرطان؟
- 7- كيف يظهر "عمل التسيير Travail de gestion" كحقيقة موازية للآثار النّاجمة عن حدوث مرض السرطان كنوع من الأمراض المزمنة وما هي طبيعته على مختلف المستويات؟
- 8- هل نستطيع اعتبار المسار المرضي للمصاب بمرض السرطان كمؤشر سوسيوولوجي لفهم خصوصية بنية المجتمع الجزائري من خلال وضعية هياكل العلاج في النّسق الاجتماعي ومن خلال خصوصية التّغير الأسري وكذلك المرجعية السوسيوأنثروبولوجية للتّصور المرافقة لمرض السرطان؟

أمّا فيما يخص أهداف أو فرضيات الدّراسة فتتمثّل في:

- 1- المرض يحدث التّغيرات في جميع جوانب الحياة الاجتماعية للمرض.
- 2- يتسبّب مرض السرطان في تكلفة نفسية واجتماعية واقتصادية تمسّ المريض ومحيطه وهذه التّكلفة يرافقها عمل تسيير Travail de gestion مرتبط بخصومية الأمراض المزمنة عامّة ومرض السرطان خاصّة.
- 3- يعتبر التّمثّل الاجتماعي لمرض السرطان عاملا أساسيا في فهم الآثار النّاجمة عن هذا الواقع الجديد، وعمل التسيير المرافق له.
- 4- يظهر تسيير المرض في هياكل العلاج التّفاعل الحاصل بين المريض وأسرته وهذا المجال الاجتماعي من خلال مختلف الفاعلين فيه.
- 5- يفرز المرض كمنتج لوضعية اجتماعية جديدة ، عمل تسيير على مستوى الحياة اليومية عامّة والحياة الأسرية خاصّة.
- 6- يمثّل المسار المرضي لمرض السرطان مؤشّر سوسيوولوجي كاشف لخصومية العوالم الاجتماعية الفاعلة فيه في إطار المجتمع الجزائري.

المنهج والتقنيات: اعتمدت الباحثة على المنهج الكيفي كأسلوب ملائم لطبيعة الموضوع وهذا مرتبط من جهة بقلّة أو بالأحرى ندرة الدّراسات الخاصّة بهذا الموضوع ومن جهة

أخرى البحث عن معطيات غنيّة بهدف فهم وإدراك هذا الواقع الاجتماعي فالبحث لا يهدف إلى الكشف عن علاقات سببيّة محرّكة لهذا الواقع بل هو استكشاف لميدان جديد بأسلوب مرّن يسمح ببناء افتراضات جديدة تكون كمادة أولية لدراسات مستقبلية حول الموضوع. كما تمّ اعتماد تقنية المقابلة وذلك مع الأطباء والمرضى وأسرههم إضافة إلى الملاحظة التي كانت مدعّمة، أمّا عيّنة المقابلة فكانت كالآتي:



نتائج الدراسة:

❖ يعتبر التّمثّل الاجتماعي لمرض السرطان عاملا دالا في فهم المسار المرضي للمصاب بمرض السرطان وكمسير للأفعال التي تميّز هذا المسار أين يظهر التّفاعل بين الضّمير الجمعي وبين العقل الباطني للأفراد ليخلق خلفية تصوّرية للمرض تتعدّى الصورة الطّبية كونها تكشف عن علاقة الفرد المصاب بمحيطة الاجتماعي، ويظهر هنا عمل التسيير كنتيجة لحدّة الصورة المرافقة لمرض السرطان التي تخلق مجموعة من نماذج السلوك ويفرز ميكانيزمات لمواجهة هذه الصورة المرتبطة بالموت، الألم والعقاب... بهدف المحافظة على الهوية الاجتماعية للأفراد المصابين والملاحظ من خلال خطابات المبحوثين أنّ المعرفة المبنية فيما يخصّ الصّحة والمرض مرتبطة بالعلاقة القائمة بين الفرد والمجتمع.

❖ إنّ قرار اللّجوء إلى العلاج ليس قرار فردي يتّخذه الشّخص المريض استجابة لأعراض عضوية ما فقط بل هو كذلك قرار جماعي يلعب فيها الآخر دورا أساسيا وهذا مرتبط بالدور الاجتماعي للفرد، كما لاحظت الباحثة ارتباط عمليات التّشخيص والعلاج التي تميّز المسار المرضي داخل الفضاء الطّبي بمجموعة من المتغيّرات المتفاعلة فيما بينها.

2- دراسة "سعيدة شين": بعنوان "دور الخدمات الصحيّة في تنمية المستوى الصحي للمواطن" سنة 2003-2004*.

هدف الدراسة: يمكن حصر أهداف الدّراسة في:

- محاولة معرفة الوضع الصحي في العالم ككل والجزائر بصفة خاصة ومن ثمّ استكشاف مواطن الضّعف ومواطن القوّة في الخدمات الصحيّة المقدّمة للمواطنين.

* - شين سعيدة ، دور الخدمات الصحية في تنمية المستوى الصحي للمواطن، (شهادة ماجستير في علم اجتماع التنمية غير منشورة)، بسكرة 2003-2004.

- معرفة الأمراض المنتشرة والأمراض التي تشكل خطرا على حياة الأم والطفل.
- معرفة مدى انتشار الوعي الصحي بين أفراد المجتمع.
- معرفة مدى توفر الأطباء وخاصة المختصين وهل يتناسب هؤلاء مع عدد السكان الحالي ونفس الشيء يقال بالنسبة للهياكل الصحيّة.
- معرفة مدى توفر الأجهزة والمعدّات الطبيّة ومدى توفر المختصين في إدارتها.

أمّا عن أسباب اختيار الموضوع فنقول: أنّه لندرة الدّراسات في المواضيع المتعلّقة بالخدمات الصحيّة من قبل مختلف التّخصصات حسب ما ترى، إضافة إلى سبب آخر ويتمثل في التّقرب من الواقع لمعرفة الوضعية الصحيّة للمواطنين بعيدا عن الإحصائيات التي تصدرها مديريةية الصحيّة وغيرها من الهيئات الأخرى، ومعرفة مدى رضا المواطن على الخدمات الصحيّة المقدّمة له.

إشكالية الدراسة: تتبلور إشكالية الدّراسة في:

هل الخدمات الصحيّة لها دور فعّال في التّميّة المحليّة من خلال تنمية المستوى الصحي للمواطن؟

أمّا الأسئلة الجزئية للدّراسة فتتمثّل في:

- 1- هل الهياكل الصحيّة الموجودة تساهم في التّميّة الصحيّة للمواطن على مستوى مدينة بسكرة؟
- 2- هل التّأطير الطّبي الحالي يساهم في التّميّة الصحيّة للمواطن على مستوى مدينة بسكرة؟
- 3- هل الخدمات الصيدلانية تساهم في التّميّة الصحيّة للمواطن على مستوى مدينة بسكرة؟
- 4- هل الخدمات الصحيّة في مجال الوقاية تساهم في التّميّة الصحيّة للمواطن على مستوى مدينة بسكرة؟

المنهجية والتقنيات: قامت الباحثة باختيار المنهج الوصفي الذي يعرّفه العديد من الباحثين على أنّه: "مجموعة من الإجراءات البحثية التي تتكامل لوصف الظاهرة أو الموضوع اعتمادا على جمع الحقائق والبيانات وتصنيفها ومعالجتها وتحليلها تحليلا كافيا ودقيقا لاستخلاص دلالاتها والوصول إلى نتائج أو تعميمات عن الظاهرة أو الموضوع محل البحث". وترى بأنّه المنهج المناسب للدّراسة.

أمّا فيما يخصّ التقنيات فقد تمّ اختيار تقنية الاستمارة مع المقابلة والملاحظة بدون مشاركة، الإحصاءات الرسمية والتقارير وتمّ اختيار 40 مواطن من أصل 1000 مواطن.

نتائج الدراسة: تتمثّل النتائج التي توصلت إليها الباحثة في:

❖ انخفاض معدّل وفيات الأطفال والأمّهات الحوامل مقارنة بالسنوات الماضية ويرجع السبب إلى الخدمات الصحيّة المقدّمة في مجال الأمومة والطفولة التي ساعدت على تكوين

وعى صحّي لدى المواطنين وخاصة لدى الأمهات اللواتي أصبحنّ على وعى تام بضرورة متابعة حملهنّ.

❖ إنّ للهياكل الصحيّة دور كبير في التّمنية الاجتماعية وذلك انطلاقاً من أنّ توفّر الهياكل الصحيّة يسمح بتردّد المواطنين إليها من أجل إجراء الفحوصات الطّبيّة وإتباع مواعيد التّلقيح... الخ.

❖ إنّ توفّر الأطباء له دور كبير في التّمنية الصحيّة للمواطن فمن غير المعقول أن نتصوّر هياكل صعبة بدون أطباء ولا أطباء بدون هياكل صحيّة فكليهما يشكلان خدمة صحيّة وغياب أحدهما يعرقل الآخرين من أداء مهامه أو وظيفته.

❖ توفّر الخدمات الصيدلانية له دور كبير في التّمنية الصحيّة للمواطن انطلاقاً من أنّ توفر الدّواء يساعد المريض على استعادة صحّته.

3- دراسة "فضيلة صدراي": بعنوان "المتغيّرات الاجتماعية والثّقافية والبيئيّة للصّحة والمرض داخل المجتمع المحلي" * سنة 2005.

هدف الدراسة: إنّ من أهم أهداف هذه الدّراسة والتي تمّ تحديدها من قبل الباحثة تتمثّل في:

- محاولة الكشف عن العوامل والمتغيّرات الاجتماعية والثّقافية والبيئيّة والتّصورات التقليديّة التي تلعب دوراً كبيراً في تحديد المستوى الصحيّ للأفراد، وبالتالي العمل على تجنّبها وتقليل نسبة الإصابة بها.

- محاولة إجراء تقارب ولو ذهني بين البيئّة والإنسان وترسيخ فكرة أنّ الإنسان هو المالك والمسيطر وسيد للطّبيعة وهو الذي يتحكّم فيها ويسيرها.

- محاولة نزع الفكرة التقليديّة حول المرض بأنّه عقاب من الطّبيعة أو عقاب إلهي وبالتالي يرضخ للاستسلام وتقيدته الأمراض دون أن يحرك ساكناً.

- محاولة معرفة الوضع الصحيّ، وحصر الأمراض المنتشرة من أجل التّمكّن منها حيث تسهّل على الهيئات الصحيّة المختصّة عمليات التّصدي لها.

- محاولة توضيح أسس التّنشئة الاجتماعية داخل الأسرة باعتبارها المنطلق الأساسي في ترسيخ الأسس السليمة للصّحة والمرض.

أمّا أسباب اختيار الموضوع فتعود لنقطتين أساسيتين هما: جدّة الموضوع بالرغم من أصالته واهتمامها الشخصي بالموضوع.

إشكالية الدراسة:

إلى أيّ مدى يمكن اعتبار العوامل الاجتماعيّة والبيئيّة عوامل محدّدة للصّحة والمرض؟

فرضيات الدراسة: تتمثّل الفرضية الرئيسيّة في :

- أنّ تلوث الوسط البيئي (المعيشي) يؤدي إلى انتشار الأمراض ومن أهم مؤشراتهما:

* - فضيلة صدراي، المتغيّرات الاجتماعية والثّقافية والبيئيّة للصّحة والمرض داخل المجتمع المحلي، (شهادة ماجستير في علم اجتماع التّمنية غير منشورة)، بسكرة، 2005-2006.

- 1- كلما كان السكن صحي ونظيف كلما ساعد على التخفيف من انتشار الأمراض.
- 2- الحي الملوّث غير الصحي يساعد على انتشار الأمراض.

- إنّ الثقافة الصحيّة الرّاقية للأسرة تساهم بشكل كبير في الحدّ من انتشار الأمراض وأهم مؤشّراتها:

- 1- الثقافة الصحيّة لأفراد الأسرة تساعد على التّخفيف من انتشار الأمراض.
- 2- المعتقدات الشعبيّة (ممثلة في الطبّ الشعبي) لها تأثير في الإصابة ببعض الأمراض.

المنهجية والتقنيات: اختارت الباحثة المنهج الوصفي الذي يقوم بدراسة الظاهرة كما توجد في الواقع، ووصفها وصفا دقيقا، والتعبير عنها كيفيا وكما.
أمّا التقنيات فاتبعت تقنية المقابلة المقننة، الملاحظة، الاستمارة السجلات والوثائق الإحصائيات الرّسمية والتّقارير وذلك مع عيّنة حجمها: 123 أسرة مأخوذة كالتالي:

حي العالية ← 36 أسرة	حي 726 مسكن ← 30 أسرة
حي المسيد ← 22 أسرة	حي سيدي غزال ← 30 أسرة

نتائج الدراسة: توصلت الباحثة لمجموعة من النتائج:

- ❖ إنّ الظروف البيئية والاجتماعية والثقافية تعتبر أسبابا أصلية أو مساعدة للإصابة بالأمراض.
- ❖ تدني الوعي الصحي وتدهور الثقافة الصحيّة للأسرة إلى مستويات خطيرة.
- ❖ إنّ الظروف الاجتماعية والثقافية والبيئية تلعب دورا كبيرا في صحّة الإنسان وسلامته من الأمراض، إنّ هذا الوضع يحتم على علماء الطبّ إلقاء الضوء على مدى تأثير الظروف الاجتماعية والثقافية والبيئية عند معالجة المرضى، فالتوازن بين المكوّنات السابقة الذكر (الاجتماعية، الثقافية، البيئية) إضافة إلى الجانب البيولوجي للإنسان تشكّل التوازن الحقيقي من أجل المحافظة على الإنسان وبقائه، وإنّ أيّ خلل في هذا التوازن يعني الدمار.

• خلاصة

يهتم علم الاجتماع الطبي بدراسة القضايا والمشكلات الصحية والطبية في المجتمع كالعلاقات الاجتماعية، التنظيمات والمؤسسات الاجتماعية التي ترتبط وتؤثر في الجانب الطبي والصحي للمجتمع، ويرتبط هذا التخصص ارتباطا وثيقا بعلم الطب، كارتباط علم الاجتماع بالعلوم الأخرى ومن هنا أصبح من الضروري صياغة فهم جديد للظواهر الصحية والمرضية، فهما يقوم على الجانب الاجتماعي الطبي، فهو الذي يساعد على تطوير أسلوب العلاج، والرعاية الصحية بشكل عام، فإذن يهتم هذا التخصص بالحقائق الخاصة بالصحة والمرض، والوظائف الاجتماعية للتنظيمات والمنظمات الصحية، كما يهتم بدراسة السلوك الاجتماعي للطبيب والمريض لمعرفة العلاقة بينهما، وأثر ذلك على تطوير وتحسين العلاقة والعناية الطبية.

ومن خلال هذا الفصل حاولنا عرض لأهم مجالات علم الاجتماع الطبي كتخصص من تخصصات علم الاجتماع إضافة إلى أهميته في مجالي علم الطب وعلم الاجتماع كما استعرضنا علاقة موضوع الدراسة الذي يتمثل في: "العلاقة العلاجية وفعاليتها تمثلاتها" بهذا العلم من خلال عرض لأطروحة "بارسونز Parsons" عن الأدوار المرضية للطبيب والمريض وأطروحة "فريدسون Friedson" حول علاقة نوع المرض بنوع العلاقة الطبيب - المريض، إضافة إلى أطروحة "ستروس Strauss" حول العملية التفاعلية في العلاقة العلاجية بينهما.

كما تطرّقنا لمجموعة من الدّراسات التي تناولت المواضيع المتعلّقة بهذا المجال (مجال الصّحة والمرض)، في العالم الغربي والعالم العربي وأيضا إلى الدّراسات في المجتمع الجزائري.

الفصل الثاني: الصحة والمرض وعلاقتها بالجسد

● مدخل

- 1- الصحة ومفاهيمها النظرية
 - 1-1- المفهوم الاجتماعي للصحة
 - 2-1- مكونات الصحة
 - 3-1- مستويات الصحة
- 2- المرض كظاهرة اجتماعية
 - 1-2- المفهوم الاجتماعي للمرض
 - 2-2- التاريخ الطبيعي للمرض
 - 3-2- العوامل التي تقرر مستويات الصحة (مسببات المرض)
- 3- علاقة علم اجتماع الجسد بالصحة و المرض
 - 1-3- النظرية الاجتماعية – الثقافية للجسد
 - 2-3- سوسيولوجيا الجسد
 - 3-3- علاقة الصحة والمرض بالجسد

● خلاصة

مدخل

عرف ميدان **الصحة العامة** اهتمامات عديدة، إذ يعدّ من الميادين التي برزت فيها النظرة الاجتماعية للمرض، تلك النظرة التي لا تغفل العوامل الاجتماعية والنفسية، بل تدخلها في الحساب، فلقد مهّدت التدابير الاجتماعية التي روعيت في مجال الصحة العامة والبحوث والدراسات الصحية إلى النهوض بالجانب الاجتماعي والارتقاء بالمستوى الثقافي والتربوي للأفراد والجماعات، باعتبار أنّ ذلك هو الضمان الأكيد للارتفاع بمستوى البيئة حيث أنّ صحة البيئة أمر مجتمعي، ولذلك فإنّ الجهد الذي يبذل من أجلها يحتاج إلى إسهام الذين يعينهم المجتمع وفي مقدّمتهم الأطباء وعلماء الاجتماع وعلماء النفس والأخصائيين الاجتماعيين والاقتصاديين وغيرهم.

ومن ناحية أخرى نجد أنّ الصحة العامة في واقع الأمر إنّما هي توازن بين الإنسان والوسط الذي يعيش فيه من النواحي البدنية والتربوية والسلوكية والنفسية والطبية... فسوء الحالة الصحية وأخطار المهنة ورداءة المسكن وارتفاع معدلات الوفيات وانتشار الأمراض المعدية أدى ببعض الأمم إلى التفكير في ظهور العلاقة بين هذه العوامل المجتمعة وظهور الأمراض وكان ذلك في القرن 19م حيث اعتبروا الصحة هدف من أهداف التطور الاجتماعي والاقتصادي وهو حق أساسي لكلّ الشعوب، ولقد عاش العالم سنوات طويلة وفي تصوّره أنّ مهمة علوم الطب هي علاج المرضى فإذا امتدّت هذه المهمة إلى أكثر من ذلك فإنّها لا تتجاوز الوقاية من الأمراض ولقد تغيّر هذا المفهوم في السنوات الأخيرة وخاصة منذ قيام "منظمة الصحة العالمية" حيث اشتدّ الجدل حول تحديد معنى "الصحة" وأعطت هذه المنظمة التعريف الصحيح للصحة الذي يبعدها عن التحديد السلبي الذي كان معطى لها.

كما أنّ علاج المرضى كي يكون مثمرا لابدّ أن يراعى فيه الاعتبارات الجديدة في المجال الاجتماعي التي يمكن استغلالها في العلاج، فالمرضى والوسط الاجتماعي الذي يحيى ويعمل ضمنه ومجتمع المستشفى الذي يصبح عضوا مؤقتا فيه، كلها عوامل هامة تتفاعل ويؤثر بعضها على الآخر.

ولذا حاولنا من خلال هذا الفصل استعراض نقطتين هامتين في موضوعنا خاصة ومواضيع علم الاجتماع الطبي عامة وهما **الصحة والمرض**، الصحة من حيث مفهومها وكيف وجدت لها **التحديد المفاهيمي** من قبل العديد من السوسيوولوجيين، إضافة إلى أهميتها في المجتمع ككل ومستوياتها.

أمّا **المرض** فقد عالجناه من حيث **موسم** وأهم العوامل المتسببة في حدوثه خاصة العوامل الاجتماعية منها، إضافة إلى **التاريخ الطبي** له.

إضافة للصّحة و المرض سنحاول التطرّق لنقطة هامّة في دراستنا و هي علاقة مفهومي الصحة و المرض بالجسد، هذا المفهوم الذي حظي باهتمام كبير في الآونة الأخيرة من قبل علماء الاجتماع وبالتالي ظهور تخصص علم اجتماع الجسد.

1-الصحة ومفاهيمها النظرية :

ممّا لاشكّ فيه أنّ تحديد المفاهيم من الإضرورية في عرض وتقديم الدّراسات والبحوث العلميّة، حتى يستطيع القارئ أن يتفهّم بوعي المقصود بكلّ مفهوم وفقا لما يمليه

عليه موضوع الدراسة ولذا سنحاول في هذا الجزء تقديم مجموعة من المفاهيم المرتبطة بمفهوم الصحة والمرض وذلك على النحو التالي:

1-1- المفهوم الاجتماعي للصحة:

ارتبط مفهوم الصحة بالمرض منذ القدم فعدم مرض الإنسان وظهور علامات المرض عليه من جميع النواحي الفيزيولوجية والعضوية، العقلية والاجتماعية يعني أنّ الإنسان يتمتع بقدر متفاوت ونسبي من الصحة.

وقد بدأ الاهتمام بقضايا الصحة بعد ظهور الأمراض العضوية منها والاجتماعية والتي فرضت على الإنسان الاتجاه إلى الصحة سواء وقائياً أو علاجياً لأنه أصبح بحاجة إلى الصحة للابتعاد عن شبح المرض والموت لأنّ الحاجة أم الاختراع وشعور الإنسان بالصحة يجب أن يكون في جميع ما يتعلّق بالإنسان من قضايا مباشرة ومنظورة أو قضايا خفية غير منظورة وباكتمال جميع النواحي الجسميّة أو الجسدية، العقلية، أو الفكرية، الفيزيولوجية والنفسية الاجتماعية والسوسولوجية¹.

لذا فقد مرّ هذا المفهوم بعدّة مراحل وعدّة حضارات، وربط في كلّ فترة بمعنى معين ففي الحضارة الإغريقية نجد أنّ مفهوم الصحة لديهم يتّجه أساساً نحو الصحة الشخصية بمعنى تقيّة صحّة الفرد عن طريق الاهتمام بنظافته وتغذيته وغيرها من الأمور وقد كان لهم إله خاص بالصحة يدعى "هيجية Hygia" ومنه اشتقت كلمة (Hygiene) والتي تعني الصحة.

وفي العصر الروماني تطوّر هذا المفهوم ليتّجه نحو البيئة لذلك كان للرومان طرق مختلفة لتصريف الفضلات.

كما لم يجهل العرب أهمية حفظ الصحة خاصة المسلمون منهم مطبقين ما أمرهم به الله تعالى، وذلك من خلال القرآن الكريم الذي نصّ على الحفاظ على الصحة بالتّخلي عن شرب الخمر وأكل الخنازير... والذي بيّنه العلم فيما بعد ذلك.

وفي الوقت الحالي أصبح مفهوم الصحة أكثر شمولية ممّا كان عليه سابقاً² ليجد له عدّة تعاريف طبيّة علمية وثقافية واجتماعية:

1-1-1- النظرة الطبية العلمية للصحة:

تسمح بالنظر إلى الجسم ككلّ أو إلى عضو من الأعضاء أو جهاز من أجهزة الجسم على أنّه في حالة صحّة طبيّة إذا كان يؤدي وظائفه بفعالية مشبعاً للحاجات ومستجيباً

¹ - قدرى الشيخ علي، سوسن سمور، ماري حداد، مرجع سابق، ص 69.

² - سعاد شايب، مرجع سابق، ص 29.

لمتطلبات أو حاجيات البيئة سواء في ذلك الاحتياجات الداخلية أو الخارجية ومؤدياً دوره في النمو والتكاثر.

1-1-2- المنظور الثقافي للصحة:

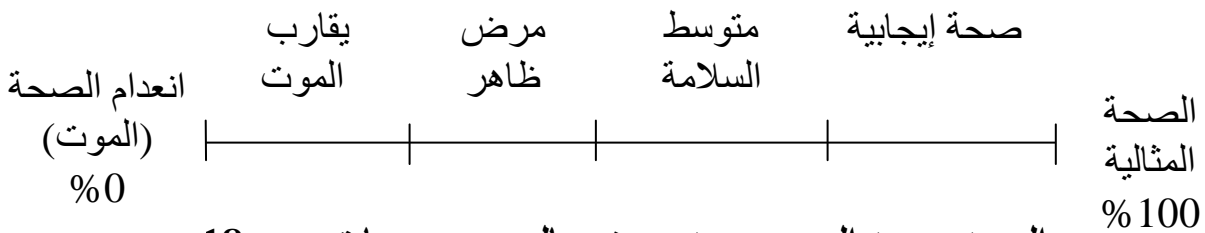
يرى هذا المنظور أنّ صحّة الناس تعكس الأسلوب الذي يختارونه للحياة فأنواع الأمراض ومعدّلات الوفيات وأنواعها في المجتمع تتأثر كثيراً بالقيم المتصلة بتنظيم الأسرة والعمل والترويج¹.

1-1-3- النظرة الطبية الاجتماعية للصحة:

وهي تعدّ أهم نظرة بالنسبة للتخصّص والدراسة إذ أنّها أخذت عدّة مفاهيم ومن قبل عدّة باحثين فمثلاً نجد تعريف "بركنز Perkins" الذي يرى أنّ الصحّة هي: "حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم وأنّ حالة التوازن هذه تنتج من تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرّض لها وأنّ تكيف الجسم عملية ايجابية تقوم بها قوى الجسم للمحافظة على توازنه"².

فهي علم وفن الوقاية من المرض والارتقاء بالصحة من خلال مجموعة من الجهود المنظمة من قبل المجتمع وتشمل العديد من المجالات والميادين³. كما عرّفت الصحّة من ناحية شدّتها على أنّها تدرّج قياس حدّ طرف الصحّة المثالية والطرف الآخر هو انعدام الصحّة (الموت) وبين الطرفين درجات متفاوتة من الصحّة وعلى ذلك تكون درجات الصحّة كما يوضّحها الشكل التالي:

الشكل رقم (01)- شكل يوضح درجات



المصدر: عبد الحي محمود حسن صالح، مرجع سابق، ص 18

أمّا التعريف الأكثر قبولا لمعنى الصحّة فهو التعريف الذي قدمته منظمة الصحّة العالمية (O.M.S) عام 1948 والذي ينصّ على أنّ الصحّة هي: "حالة التّكامل الجمالي

¹ - بن فرج الله بختة، مرجع سابق، ص 05، 06.

² - عبد الحي محمود حسن صالح، الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 2003، ص 17.

³ - سلوى عثمان الصديقي، السيد رمضان، الصحة العامة والرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية 2004، ص 23.

والعقلي والاجتماعي للفرد وليس مجرد الخلو من المرض والعاهاات" كما كان سائدا ولفترة طويلة.

من خلال التعاريف السابقة للصحة وتعريف المنظمة العالمية للصحة نستطيع القول بأن هذا المفهوم ليس مجرد الخلو من المرض أو العاهة، بقدر ما يضم من مكونات وأبعاد مترابطة¹.

1-2-1- مكونات الصحة: يضم هذا المفهوم ثلاث مكونات مترابطة تتمثل في:

1-2-1-1- الناحية الجسدية أو الجسمية:

وهنا نعني بها الناحية العضوية لأن الجسم يتكوّن من أعضاء تقوم كلّ منها بواجب محدّد تخدم نموّ وتطور وعمل الإنسان، إذا قيام أعضاء الجسم بوظائفها على أكمل وجه يعني الصحة ووجود خلل في وظيفة عضو يعني وجود مرض وكذلك الأعضاء جميعها يجب أن تتوازن مع بعضها لأنها تكمل بعضها البعض لاكتمال صحة الفرد²، ومن الوسائل المتبعة لتقدير حالة البدن الصحية:

- دراسة مقاييس.

- الفحص الإكلينيكي.

- قياس التغذية.

- اختبارات كيميائية ومختبرية مختلفة³.

1-2-2-1- الناحية العقلية أو الفكرية:

تدخل في هذا النطاق مفاهيم جديدة مثل القدرات والنّضج والاستعدادات والتمثّل والذكاء والإدراك والتّعلم والدوافع، فقدرة العقل على أداء وظائفه يعني اكتمال صحة الفرد لأنّ العقل يعطي أوامره إلى الأعصاب للتحكم بجميع أعضاء أو أجزاء الجسم فإذا كان العقل سليما فإنّ الأوامر ستكون ايجابية المسلك والطريقة للأعصاب وبالتالي أعضاء الجسم ستمارس وظائفها على أكمل وجه.

لأنه عن طريق العقل يأتي التوازن والالتزان الجسمي والنّفسي والاجتماعي لأنّ العقل مركز التّحكم بجميع هذه النّواحي ويحدّد أداء العقل لوظائفه بمقدار ما يصدر من أوامر ايجابية للأعضاء⁴.

1-2-3- الصحة الاجتماعية:

¹ - أحمد فايز النّماس، الخدمة الاجتماعية الطبية، بيروت: دار النهضة العربية، 2000، ص 49.

² - قدرى الشيخ علي، سوسن سمور، ماري حداد، مرجع سابق، ص 70.

³ - أحمد فايز النّماس، مرجع سابق، ص 49، 50.

⁴ - قدرى الشيخ علي، سوسن سمور، ماري حداد، مرجع سابق، ص 70، 71.

هناك مكون آخر للصحة يعرف بـ (الصحة الاجتماعية) إلا أنّ تعريفه غير واضح ولأنّ الفرد ينتمي لأسرة وبالتالي لمجتمع بأسره، فإنّ الوضع الاجتماعي والاقتصادي (البيئة الاجتماعية) التي يعيش بها لها تأثير على صحته فمثلا تعاطي الخمر وإدمان المخدرات وحوادث الطرق هي بعض الأدلة على ابتلاء البيئة الاجتماعية.

لذلك فإنّ صحّة الأفراد والجماعات تعتمد بدرجة كبيرة على البيئة الاجتماعية¹، لما لهذا المفهوم من أهمية لدى كافة العلوم الإنسانية والطبيعية وخاصّة في مجال العلوم الاجتماعية التي تعتبر جماع العلوم ومجال الطب وهذا للأهمية العظمى والكبيرة للطب في مجال درء خطر المرض وبالتالي البعد عن شبح الموت الذي يهدّد الإنسانية جمعاء والذي من أهم أسبابه الأمراض².

فإذن ومن خلال ما سبق يمكن اعتبار حالة الفرد صحّيّة إذا توفّرت العناصر والمكوّنات الأساسية للصحة، والتي تتمثّل في الجوانب سابقة الذكر و هي الجوانب البدنية والنفسية والاجتماعية، حيث تكون متكاملة، وبصورة فعّالة وإيجابية، وعلى العكس تماما إذا نزلت درجة أو انحرف جانب من هذه الجوانب الثلاثة السابقة الذكر حيث لا تعتبر الحالة الصحّيّة متكاملة، بل يستلزم وضعها بمستوى آخر يختلف باختلاف التفسيرات والمؤثرات.³

1-3-3- مستويات الصحة:

من منظور التعريف السابق للصحة يمكننا أن نتصورها على أنّها مدرج قياسي طرفه العلوي الصحة المثالية والطرف السفلي انعدام الصحة، وبين الطرفين توجد درجات متفاوتة من الصحة تعتمد على مدى تمتّع وتشبّع الفرد بمكوّنات الصحة التي سبقت الإشارة إليها ويمكن أن نوجز درجات الصحة فيما يلي:⁴

1-3-3-1- الصحة المثالية:

وهي حالة التّكامل المثالي لجميع الجوانب الجسميّة والنفسيّة والعقليّة والاجتماعيّة أي الحالة التي يكون فيها الفرد خاليا من أيّ أمراض ظاهرة أو باطنيّة بكافة الجوانب الصحّيّة، البدنيّة والعقليّة والنفسيّة والاجتماعيّة.⁵

1-3-3-2- الصحة الايجابية:

ويكون هنا الإنسان في درجة أو مقياس أقلّ نسبيا من الدرجة المثالية ويكون قادرا من جميع النواحي الاجتماعية والعضوية والعقلية والفيزيولوجية على مجابهة أخطار الأمراض ومواجهتها بطريقة ايجابية وقويّة وقادرا على إبداء نوع من المقاومة والمناعة الطبيعيّة والمعنويّة تجعله لا يتأثر كثيرا عند إصابته بمرض معين مع الحفاظ على درجة عاليّة من

1 - أحمد فايز النماس، مرجع سابق، ص 50.

2 - قدرى الشيخ علي، سوسن سمور، ماري حداد، مرجع سابق، ص 72.

3 - أمل البكري، الصحة والسلامة العامة، ط3، الأردن: دار الفكر للطباعة والنشر، 2002، ص 18.

4 - بهاء الدين سلامة، الصحة والتربية الصحية، القاهرة: دار الفكر العربي، 2007، ص 17.

5 - سلوى عثمان الصديقي، السيد رمضان، مرجع سابق، ص 24.

الايجابيّة المناعيّة والطبيعيّة والتي تجعله قويًا أمام المرض، لا يثنيه المرض على أداء وظائفه الشخصيّة والعضويّة وبالتالي المجتمعيّة¹.

1-3-3- الصحة المتوسطة:

وفيها لا تتوفر طاقة ايجابية من الصحة، وعند التعرّض لأيّ مؤثرات يسقط الفرد والمجتمع للمرض²، بحيث يكون الإنسان أقلّ قدرة وفعاليّة ومناعة لمجابهة أيّ مرض يتعرّض له بحيث عند الإصابة يتأثر الشّخص بهذا المرض ويمكن أن يصل إلى درجات أو مستوى أقلّ يؤثّر على حياته ويمنعه من أداء واجباته العضويّة والاجتماعيّة وبالتالي تعطيل الإنسان جزئياً أو كلياً لأداء مهمّاته والتفاعل الاجتماعي وعدم أثرانه واكتماله من النواحي الاجتماعيّة والنفسية والعقليّة والجسديّة، ويتّجه الإنسان هنا في العطاء والتعامل والتوازن الاجتماعي والنّفسي ويبدأ بالأخذ من المجتمع ومن مقدراته سواء الاقتصادية منها أو مجال العلاقات والتوافق والاتّزان، بحيث يكون أخذه من المجتمع أكثر ممّا يعطيه له³.

1-3-4- المرض غير الظاهر:

في هذا المستوى لا يشكو الفرد من أعراض مرضيّة واضحة ولكن يمكن في هذا المستوى اكتشاف بعض الأمراض نتيجة الاختبارات والتحاليل الطبيّة أو نتيجة بحث الحالة الاجتماعيّة للفرد، والتّعرف عن قرب على الظروف والصعوبات التي يعاني منها بل ومن تدنّي مستوى معيشتته.

1-3-5- المرض الظاهر:

في هذا المستوى يشكو الفرد من بعض الأمراض سواء كانت بدنيّة (وظيفية) أو نفسيّة أو اجتماعيّة، وتبدو عليه علامات وأعراض تدلّ على تدني صحته العامّة⁴.

1-3-6- انعدام الصحة كلياً أو الاحتضار:

تظهر جلياً هذه المرحلة في حالة إصابة الشّخص بمرض خطير لا يمكن علاجه بعد محاولات عديدة لإنقاذ الإنسان من هذا المرض بحيث يتغلّب هذا المرض على طاقته الديناميكيّة والعملية والمهنيّة لعمل النّسق الطّبي بحيث يبدون أحياناً عاجزين عن تقديم أيّ علاج⁵.

¹ - قدرى الشيخ علي، سوسن سمور، ماري حداد، مرجع سابق، ص 73.

² - شعيباني مالك، دور الإذاعة المحلية في نشر الوعي الصحي لدى الطالب الجماعي، (رسالة دكتوراه علوم في علم اجتماع التنمية غير منشورة)، قسنطينة، 2005-2006، ص 128.

³ - قدرى الشيخ علي، سوسن سمور، ماري حداد، مرجع سابق، ص 73.

⁴ - بهاء الدين سلامة، مرجع سابق، ص 18.

⁵ - قدرى الشيخ علي، سوسن سمور، ماري حداد، مرجع سابق، ص 73.

من كلّ ما تقدّم نخلص إلى القول بأنّ مفهوم الصّحة لا يقتصر على التّكامل البدني فقط، ولكن يشتمل الجانب النّفسي والاجتماعي أيضا، كما يتّضح لنا أيضا أنّ تعريف منظّمة الصّحة العالميّة يتّصف بالشّمول والايجابيّة حيث أنّ عقل الفرد وبدنه ومجمعه الذي يعيش فيه يكوّنون وحدة واحدة متكاملة يؤثّر كلّ منها في الآخر ويتأثّر به، فكثير من الأمراض البدنيّة تسبّبها بعض المشاكل والاضطرابات النّفسيّة، كما أنّ الأمراض بشكل عام واعتلال الصّحة بشكل خاص تمنع الفرد من الكسب وتؤثّر في سعادته وفي استقراره النفسي¹.

إضافة إلى أنّه لا يمكننا اعتبار المستوى الصّحي للفرد والمجتمع في حالة ثابتة (استاتيكية) ، بل يعتبر في حالة حركة (ديناميكية) وذلك لأنّه ينتج من تفاعل عدّة قوى أو عوامل يعمل كلّ منها في اتجاه قد يكون ايجابيا أو سلبيا فيما يتعلّق باكتساب الصّحة أو فقدانها، ويكون المستوى الصّحي في أيّ وقت بمثابة محصّلة، أو نتيجة للتّفاعل الذي ينشأ بين هذه العوامل، فإذا تغلّبت العوامل السّلبية ظهرت الحالة المرضية، وإذا تغلّبت العوامل الايجابيّة استمرت حالة الصّحة و السّلامة.²

2- المرض كظاهرة اجتماعية :

مما لا شكّ فيه يمثّل المرض والموت مظهرين من مظاهر قلق الإنسان وخوفه وعجزه وكإجراءات دفاعية يتّخذ النّاس في مختلف المجتمعات العديد من الإجراءات والممارسات لتخفيف حدّة المرض أو القضاء عليه وأيضا لتخفيف حدّة التوتّر والقلق وتسود في المجتمعات بحسب تقدّمها أو تخلفها رؤى مختلفة لحالات المرض والموت ومن هنا يأخذ المرض مفاهيم ذات دلالات اجتماعية ترتبط بثقافة المجتمع ومعتقداته³ فهو يمسّ البشرية جمعا لأنّ حياة النّاس تعتمد على حالتهم الجسميّة والعقليّة والاجتماعيّة الجيدة وهناك تعقيدات عديدة حول تعريف المرض سنحاول تناولها فيما يأتي⁴:

1-2- المفهوم الاجتماعي للمرض:

يعدّ المرض منذ أقدم العصور تحديا للإنسان في صحّته فهو كما يرى "مانفر فلانز" و "هرزيش كيوب"، من الظواهر الخطيرة التي تهدّد الفرد والجماعة والمجتمع ككل، لهذا نجد تنوّعا في أساليب وإجراءات المجتمعات للتّصدي له وقاية وعلاجا بدءا من الحماية من أخطار الطبيعة ومن البرد والحر ومرورا بالسّحر و" الطّب الشّعبي" وغيرها ووصولاً إلى

¹ - بهاء الدين سلامة، مرجع سابق، ص 18، 19.

² - إبراهيم عبد الهادي المليجي، سلوى عثمان الصديقي، الخدمة الاجتماعية في المجال الطّبي، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 2004، ص 131.

³ - عبد السلام بشير الدويبي، مرجع سابق، ص 49.

⁴ - محمد علي سلامة، العوامل الاجتماعية والاقتصادية وأثرها على الوعي الطّبي، الإسكندرية: دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، 2007، ص 38.

ما حقّقه الإنسان من تقدّم علمي مكّنه من القضاء على العديد من الأمراض وخاصة منها الوبائية¹.

ولذا فقد عرّف عبر العصور بتعريفات مختلفة تتباين فيما بينها تبعاً لثقافة وغاية وتخصّص ومهنة الشّخص الذي عرّفه، فالأخصائيين الاجتماعيين يعرفونه بما يخدم أو يختصّ بمجال عملهم، والأخصائيين الصّحيين يعرفونه بما يخدم أو يختصّ بمجال عملهم إلى جانب من لهم علاقة بمجال الصّحة والمرض من اختصاصات أخرى يعرفونه حسب ما يختصّ ويخدم تخصّصهم².

ومن التعريفات التي عرّف بها المرض عبر مختلف العصور هو أنّ البدائيين اعتقدوا أنّ حياتهم تحكمها الأرواح أو الشياطين أو العفاريت فالبعض منها خير وطيب والبعض الآخر منها شرير ومعادي، وكان الكهنة والسّحرة من رجال القبيلة هم الأقدر على الاتّصال والتّعامل معها، فكان يتمّ استدعائهم ويطلب منهم طرد هذه الأرواح أو الشياطين بأسرع ما يمكن ولقد تغيّر تفسير المرض في أوائل العصر الإغريقي ولكنّه ظلّ يعتبر بأنّه نتيجة أسباب فوق طبيعية³، إلى أن جاءت الديانات السماوية التي تنصّ على ضرورة المحافظة على الصّحة، واعتبار المرض عارض ويجب على الإنسان عدم الاستهانة بالجسم والسعي نحو علاج الأمراض... ومع تزامن وجود الديانات تقدّمت التكنولوجيا والعلوم جميعها ومن ضمنها العلوم الاجتماعيّة والطبيّة والعلميّة وأصبحت هناك اكتشافات طبيّة في مجال معالجة الأمراض المزمنة والوبائية فأصبحت النظرة إلى المرض على أنّه عارض عقلي أو جسمي يجب علاجه ويجب الوقاية منه فبدأت التكنولوجيا الطبيّة تتقدّم في مجال الوقاية والعلاج⁴... وأصبح لهذا المفهوم تصوّرات تختلف باختلاف المجال العلمي ويمكن تحديد هذه التّصورات في:

2-1-1- النّظرة الطبيّة العلميّة للمرض:

يعني الفشل أو الاضطراب في عمليات النّمو والتّطور وأداء الوظائف والتّكيف سواء بالنّسبة للجسم ككلّ أو أيّ من أعضائه وأجهزته.

2-1-2 النّظرة الثقافيّة للمرض:

يكشف هذا المنظور حقيقة هامّة وهي أنّ المجري الاجتماعي للمرض يتأثر إلى حدّ كبير بالمضمون الثقافي للمجتمع ويتكامل مع نماذج الحياة القائمة في تلك الثقافة. إذن فنّ ثقافة الجماعة تؤثر في كلّ جوانب نمو الفرد وتطوّره واكتساب أساليب الحياة وتحديد الأهداف

1 - عبد السلام بشير الدويبي، مرجع سابق، ص 49.

2 - قدرى الشيخ علي، سوسن سمور، ماري حداد، مرجع سابق، ص 98.

3 - عبد المجيد الشاعر، يوسف أبو الرب، رشدي قطاس، مرجع سابق، ص 77.

4 - قدرى الشيخ علي، سوسن سمور، ماري حداد، مرجع سابق، ص 100.

والتطلعات وعوامل الخطر التي يتعرّض لها الفرد وأساليب استجابته لهذه الأخطار وتوافقه معها¹.

2-1-3- النظرة الاجتماعية للمرض:

اختلفت التعريفات حول تحديد مفهوم المرض فبرز عدّة مفكرين في علم الاجتماع الطبي يتناول كلّ واحد على حدى هذا المفهوم حسب وجهة نظره فنجد مثلاً "دفيد ميكانيك David Mécanique" في كتابه "علم الاجتماع الطبي" يقول: "بأنّه حالة باثولوجية تنتاب الفرد وتجعله غير قادر على أداء واجباته الاجتماعيّة، فضلاً عن دورها في حثّه على الانسحاب كلياً من المجتمع لأنّه لا يمتلك المؤهلات التي تعينه على القيام بأدواره الاجتماعيّة".

كما نجد تعريف لـ"ري فيزباترك" في كتابه "علم الاجتماع كما مطبق على الطب" يقول: "المرض خلل مسّ الفرد نتيجة سوء تكييفه للمجتمع بسبب اضطراب وتلكؤ وقصور علاقة المجتمع بالفرد وعدم أهلية الفرد على التّكيف للمجتمع"².

وفي المقابل نجد تعريف آخر لـ "تالكوت بارسونز T. Parsons" حيث يقول: "أنّ المرض يمثّل عبئاً على المجتمع ولذلك يجب أن يظلّ تحت السيطرة"³.

في حين نجد "كينث جونز Kinth Jonse" يعرف المرض في كتابه "علم الاجتماع الطبي" على أنّه: "عجز يصيب عضو أو مجموعة أعضاء الفرد بسبب الظروف الاجتماعيّة السلبية المحيطة بالفرد والمؤثّرة في أنشطته وفعالياته اليوميّة والتفضيليّة".

كما يعرف المرض بأنّه حالة التّغير في الوظيفة أو الشّكل لعضو ما ربّما يكون الشّفاء منه صعباً دون تلقي العلاج المناسب .

و المرض قد يكون على شكل وباء (Epidamic) و يصيب مجتمعات كبيرة بصورة مفاجئة، أو مجتمع لم يسبق له الإصابة بهذا المرض، أو أنّه كان مستوطناً ثمّ ارتفعت معدّلات إصابته ارتفاعاً ملحوظاً و بشكل مفاجيء. أو قد يكون مستوطناً (Endimic) بمعنى أنّ المرض موجود وباق باستمرار في مجتمع معين و لكن بشكل بدائي، وهناك المرض الانفرادي (Spordic) و يعني حدوث المرض على شكل حالات انفرادية وعلى فترات متقطّعة فهو يصيب فرداً أو آخر من حين لآخر.⁴

من خلال التعاريف السابقة للنظرة الاجتماعيّة الطبيّة عن المرض نستطيع القول أنّ للمرض معان متعدّدة تختلف باختلاف الأفراد وأنّه يحدث نتيجة قصور عضو أو أكثر من

¹ - بن فرج الله بختة، مرجع سابق، ص 26.

² - إحسان محمد حسن، مرجع سابق، ص 123.

³ - طارق السيد، مرجع سابق، ص 47.

⁴ - تالا قطيشات و آخرون ، مبادئ في الصّحة و السلامة العامّة، الأردن: دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة، 2002، ص ص 19، 20.

عضو بوظيفته على أكمل وجه¹، أو هي شعور بأعراض غير طبيعية من شأنها تغيير أو إعاقة وظيفة معينة في الجسم من جميع النواحي الجسدية والعقلية والنفسية والاجتماعية، بحيث يكون المرض جزءا أساسيا من تغيير الوظيفة أو عدم القدرة على أداء المهمات من جميع الجوانب وأدائه لأبسط الحاجات والمستلزمات أو أنه عدم شعور الإنسان وحصوله على الراحة الطبيعية التي يحتاجها لأداء مهماته².

2-2- التاريخ الطبيعي للمرض:

يقصد بالتاريخ الطبيعي للمرض الفترات الزمنية المتعاقبة لحدوث المرض وتنقسم إلى مرحلتين:

2-2-1- مرحلة ما قبل المرض:

وهي الفترة الزمنية التي تسبق حدوث المرض وبدايته عند الإنسان وهناك عدة عناصر وعوامل لهذه المرحلة وهي:

- العامل المرضي: وهو عنصر، والسبب المباشر للمرض وقد يكون الاستعداد للمرض.
 - العائل: وهو كائن حي كالميكروبات والبكتيريا والفيروسات ينتقل من إنسان مريض إلى إنسان.
 - البيئة سواء الصحية أو الأسرية أو المجتمعية التي تساعد على تثبيت المرض وانتشاره وتكون بمثابة المناخ الذي يحدث فيه المرض³.
- ويطلق على هذه العوامل الثلاثة (المثلث الوبائي) إذ لا يمكن أن يحدث مرض في غياب أي واحد من هذه العوامل، ونقطة بداية إصابة الإنسان بالمرض هي عند حدوث عملية تأثير بين هذه العوامل الثلاثة⁴.

2-2-2- مرحلة المرض:

وهي المرحلة التي يصاب فيها الإنسان بالمرض بدخوله جسمه وتأثره به ويمرّ بعدة مراحل هي:

- 1- مرحلة الحضانة: ويحتضن خلالها الإنسان الكائن الحي المسبب للمرض أو يتأثر كيميائيا أو بيولوجيا أو بيئيا فيحدث المرض⁵، وهي تسبق ظهور أعراض المرض⁶.
- 2- مرحلة بؤادر المرض: وتظهر فيها أعراض ومظاهر المرض كارتفاع درجة حرارة الجسم أو انخفاضها أو تغيير لون الوجه أو العينين أو إنهاك القوى الجسمية وعدم القدرة على العمل أو التعامل مع الآخرين...

1 - إبراهيم زليفة، علم الاجتماع في مجال الطب، الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث، (ب ت)، ص 217.

2 - قدري الشيخ علي، سوسن سمور، ماري حداد، مرجع سابق، ص 99.

3 - عبد المنصف حسن علي رشوان، الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي، الأزاريطة: المكتب الجامعي الحديث، 2006، ص 23.

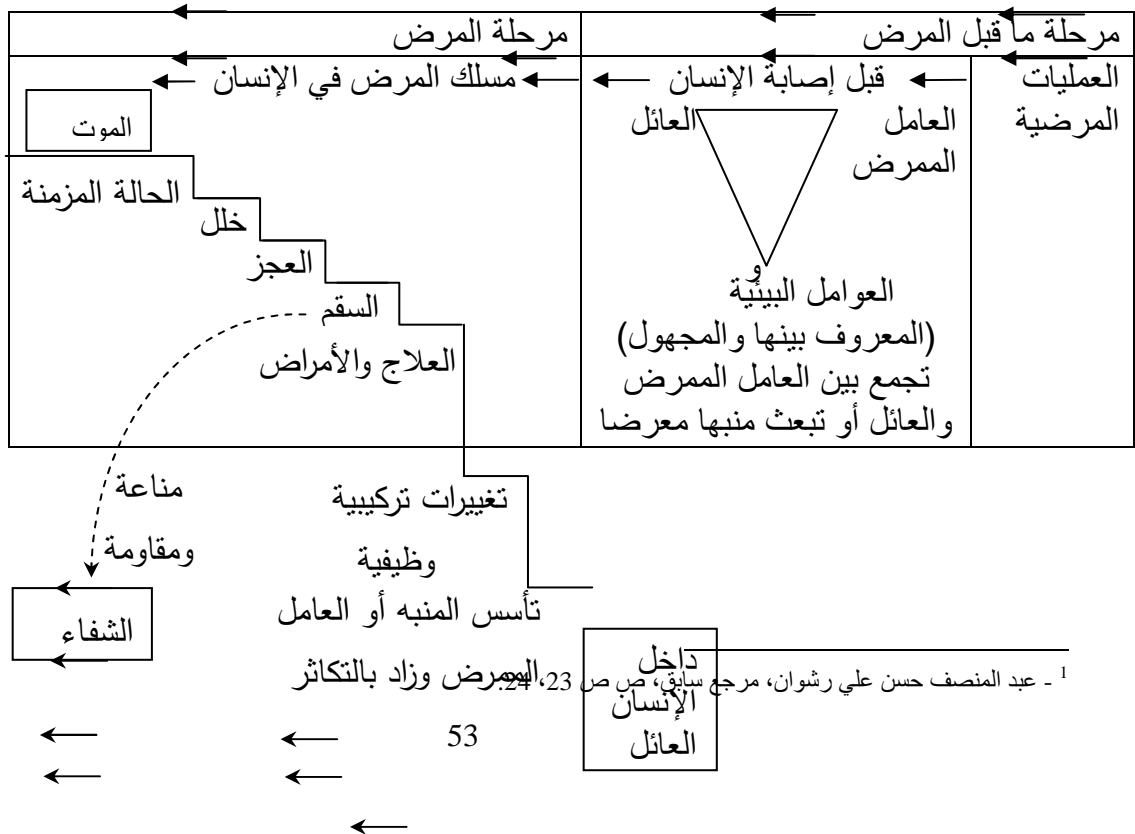
4 - أحمد فايز النحاس، مرجع سابق، ص 60.

5 - عبد المنصف حسن علي رشوان، مرجع سابق، ص 23.

6 - عبد الحي محمود حسن صالح، مرجع سابق، ص 48.

- 3-مرحلة السّقم: وفيها يتأثر الجسم بمسببات المرض ويتطلّب التّدخل العلاجي نتيجة الآثار النّاجمة عن المرض.
- 4- مرحلة تناقض المرض: وفيها تحدث تغيّرات متناقضة لدى الإنسان المريض فتعجزه عن الحركة الطبيعية في حياته ويتطلّب ذلك الجلوس والرّاحة والمثول للفحوص الطّبية والإجراءات العلاجيّة.
- 5-مرحلة الشّفاء: وفيها تتمّ مواجهة أسباب المرض وتناول المريض العلاج تحت الإشراف الطّبي وعناية الأخصائي الاجتماعي والأخصائي النّفساني، إذ تطلّب ذلك فضلا عن اهتمام ورعاية ومتابعة من الأسرة المحيطة.
- 6- مرحلة النفاة: وتلي مرحلة الشّفاء لكي يستعيد المريض توازنه الجسمي والنّفسي وتتكامل العمليات البنائيّة والوظيفيّة لشخصيّة الإنسان استعدادا لممارسة مواقف الحياة بأسلوب طبيعي كما كان قبل الإصابة بالمرض.
- 7- مرحلة العجز أو الموت: وفي بعض الأمراض التي لا تؤتي الخطوات العلاجية ثمارها وتفشل في إيجاد حلول تنقله من حالة المرض إلى حالة الشّفاء فتصل الحالة إلى درجة من العجز تقعه في الحياة وتعجزه عن الاستمرار بصورة طبيعية سواء كان ذلك في صورة مؤقتة أو دائمة تسمى عجزا أو عاهة.
- أمّا إذا كان التّدخل العلاجي متأخرا مثل حالات الإصابة بالسرطان أو الفشل الكلوي ولم ينتج عن العلاج درجة من درجات التّقدم والشّفاء فتكون الوفاة نتيجة طبيعيّة للإنسان المريض¹، وتتابع الأحداث للتّاريخ الطبيعي للمرض يبيّنها الشكل التالي:

الشكل رقم (02) - شكل يوضح مراحل المرض-



		على المرض.		
تأثر العائل والمنبه نشأة مبكرة للمرض مرض متقدم		استجابة العائل آفة مبكرة خفية نقاها		
التأهيل	الحد من العجز	التشخيص والعلاج المبكر	الارتقاء بالصحة حماية خاصة	مستويات الوقاية
الوقاية الثالثة		الوقاية الثانوية	الوقاية الابتدائية	

المصدر: أحمد فايز النماس، مرجع سابق، ص 61.

2-3- العوامل التي تقرّر مستويات الصحة (مستبيات الأمراض):

أكدت منظمة الصحة العالمية على شعار الصحة للجميع ... ويتطلب هذا تضافر مختلف الجهود والقطاعات لتوفير الصحة للجميع، كما يتطلب المشاركة الايجابية والفعّالة من جميع الهيئات على اعتبار أنّ الصحة هي أساس عملية التنمية الشاملة في أيّ مجتمع من المجتمعات وتتأثر صحة أيّ مجتمع بالعديد من العوامل المتفاعلة والمؤثرة بعضها في بعض وهذه العوامل التي تقرّر مستويات الصحة به وتسبب المرض ولقد حددها علماء الصحة في العديد من النظريات¹:

2-3-1- نظرية السبب الواحد للمرض:

باكتشاف الميكروبات تناسى العلماء الأسباب المتعلقة بالبيئة والإنسان العائل حتّى أنّهم ظنّوا أنّ القضاء على الميكروبات وطرق انتشارها يمكن من الوقاية من المرض. ومثال ذلك

¹ - سلوى عثمان الصديقي، السيد رمضان، مرجع سابق، ص 25.

ميكروب السل والذي يعدّ المسبّب النّوعي لمرض السل¹، وبالتالي يمكن التّحكم والتّخطيط للوقاية من هذا المرض وذلك بإبعاد ميكروب السل للوقاية أو القضاء عليه في حالة الإصابة (وهنا تجاهلت هذه النظرية العوامل البيئيّة المؤثّرة في المرض والعوامل الشّخصية المرتبطة بالمريض)².

2-3-2- نظرية الأسباب المتعدّدة للمرض:

إنّ المرض والصّحة ليسا في حالة استاتيكية ثابتة ولكن وراء كل حالة من الصّحة والمرض ظاهرة التّغيير المستمر، حيث يعمل الإنسان جاهدا للحفاظ على مستوى إيجابي ضدّ القوى الحيويّة والطبيعيّة والعقليّة والاجتماعية والتي تحاول قلب ميزان الصّحة وإذا تغلّبت العوامل السّلبية ظهرت الحالة المرضية وإذا تغلّبت العوامل الايجابية استمرت حالة الصّحة والسّلامة³.

فإنّ ينتج المستوى الصّحي للفرد والمجتمع من تفاعل عدّة عوامل وقوى يعمل كلّ منها في اتجاه قد يكون ايجابيا أو سلبيا فيما يتعلّق باكتساب الصّحة أو فقدها والمستوى الصّحي يكون بمثابة محصّلة أو نتيجة للتّفاعل الذي ينشأ بين هذه العوامل التي تتمثل في⁴:

1- العوامل المتعلقة بالمسبّبات النوعية للأمراض:

المسبّب النّوعي هو العامل أو العنصر أو المادة سواء كانت حيّة في الطبيعة أو غير حية والتي تسبب الأمراض أحيانا بوجودها وأوقات أخرى لعدم وجودها تسبب المرض وتنقسم هذه المسبّبات النوعية إلى عدّة أقسام⁵:

1- المسبّبات الحيويّة:

قد تكون هذه المسبّبات من أصل حيواني أو نباتي، فالأولى وحيدة الخليّة مثل: الأميبا والملازيا، أو الحيوانات متعدّدة الخلايا مثل:ديدان البلهارسيا.أو الانكلستوما أو الإسكارس أمّا المسبّب الثاني مثل: الفطريات والبكتيريا والفيروسات⁶.

2- المسبّبات الغذائيّة:

وهي تلك المسبّبات التي ترتبط بأسباب أمراض سوء التّغذية والتي تنتج من عدّة عوامل هي:

1 - عبد الحي محمود حسن صالح، مرجع سابق، ص 41.
2 - سلوى عثمان الصديقي، السيد رمضان، مرجع سابق، ص 25.
3 - عبد الحي محمود حسن صالح، مرجع سابق، ص 41.
4 - سلوى عثمان الصديقي، السيد رمضان، مرجع سابق، ص 26.
5 - قدرى الشيخ علي، سوسن سمور، ماري حداد، مرجع سابق، ص 104.
6 - شعيباني مالك، مرجع سابق، ص 150.

أ. نقص الكميات المتناولة من الطعام:

- و هو ما يسمى سوء التغذية الأساسية حيث ينتج من عدم حصول الفرد على كفايته من الطعام ومن العناصر الغذائية ويرجع ذلك إلى:
- الجهل بأنواع الأطعمة ذات القيمة الغذائية المرتفعة.
 - العادات الغذائية الخاطئة كتناول الأطعمة الخالية من الفيتامينات.
 - الفقر وارتفاع أسعار بعض المواد الغذائية.
 - انخفاض خصوبة التربة مما يؤدي إلى انخفاض في غلة الأرض أو استخدام بعض المواد الكيماوية لزيادة غلة الأرض الزراعية وما يتسبب عنها من أضرار غذائية.
 - عدم الحصول على الكميات المتاحة والتي تغطي الاحتياجات الحقيقية لجميع المواطنين.

ب. زيادة الحاجات الوظيفية:

- و هي الحالات التي تحتاج إلى زيادة في كمية العناصر الغذائية نتيجة ظروف خاصة مثل حالات الحمل أو الرضاعة أو حالات المرض أو العمليات الجراحية.

ج. العوامل الأخرى المرتبطة بأمراض الجهاز الهضمي:

- كالإصابة بالأمراض الطفيلية والتي تؤدي الأمعاء إما بفقد كميات من الدم أو إفراز مواد سامة تقلل امتصاص العناصر الغذائية والمعدنية¹.
- 3- مسببات وظيفية: والتي تحدث بسبب اختلال عمل الهرمونات التي تفرزها الغدد الصماء مثل السكري.
- 4- مسببات ميكانيكية: مثل الحرائق والحوادث والفيضانات والزلازل والأعاصير².
- 5- المسببات الطبيعية: وتتمثل في العوامل المرتبطة بالظروف الطبيعية بالمجتمع والمحيط بالإنسان وتتمثل في عوامل الحرارة والرطوبة والضوء والكهرباء والإشعاعات. فارتفاع درجة الحرارة أو انخفاضها تؤثر في الظروف الصحية وقد تكون سببا أساسيا في اعتلال الحالة الصحية كما أن الضوء الخافت أو الزائد أو الضوضاء ذاتها يؤثران على قوة الإبصار أو حدة السمع.... الخ³.
- 6- مسببات كيميائية: قد تكون خارجية من البيئة كمركبات الرصاص أو غاز الفسفور وقد تكون داخلية من داخل الإنسان كتكوّن مواد في الدم أثناء البول السكري...⁴.

1 - سلوى عثمان الصديقي، السيد رمضان، مرجع سابق، ص 27.

2 - قدرى الشيخ علي، سوسن سمور، ماري حداد، مرجع سابق، ص 104، 103.

3 - سلوى عثمان الصديقي، السيد رمضان، مرجع سابق، ص 28.

4 - شعباني مالك، مرجع سابق، ص 150.

7- المسببات النفسية والاجتماعية: وهي الأمراض الناتجة عن الضغط العصبي والنفسي بسبب مشكلات الحياة، والمشكلات الناتجة عن الأعباء الأسرية والمهنية وعدم الشعور بالأمان والطمأنينة، وكذلك تلك التي تنتج من عدم التوازن الوجداني و عن مشكلات تعاطي المخدرات¹.

2- العوامل المتعلقة بالإنسان "العائل المضيف":

وهي عوامل تختص بظروف الإنسان من أمراض تصيب الإنسان تبعاً لصفاته الشخصية أو الوراثة أو النوعية أو الاجتماعية وهي تعتمد على المسببات النوعية للأمراض ومنها:

1- العوامل الاجتماعية والشخصية والعادات: وهي التي تتعلق بما يختص بالإنسان من عادات غذائية وسلوكية وصفات وراثية وعادات المحافظة على النظافة والصحة والممارسات الجنسية².

2- السن: هناك أمراض معينة تكون أكثر انتشاراً بين مجموعات معينة من الأعمار من غيرها مثل: الحصبة عند الأطفال، السرطان عند متوسطي السن، تصلب الأوعية الدموية عند المسنين، وكثيراً من الأمراض مثل: مرض القلب تبدي ازدياداً في انتشارها مع تقدم السن³.

3- الجنس: وهي أمراض تصيب الذكور مثل البروستات وأمراض تصيب الإناث مثل سرطان الثدي أو سرطان الرحم.

4- العوامل العقلية: وهي عوامل تتعلق بالإدراك والقدرات العقلية ومدى أداء العقل لوظائفه وهذا يؤثر على تطور ونمو واكتمال شخصية الطفل، وهذه إما أن تكون مكتسبة من البيئة وإما أن تكون وراثية والتي تتعلق بالنضج ومقدار القدرات العقلية عند الطفل⁴.

5- العوامل الوراثة: وهي الصفات الوراثة التي تنتقل عن طريق الجينات وقد يكون هناك استعداد مورث للمرض مثل المياه البيضاء الوراثة بالعين أو العمى الليلي الوراثة أو الحساسية أو البول السكري، وهي عوامل من

خصائص الإنسان، إذ أن لكل جنس خصائصه عن أسلافه.....⁵

6- المهنة: "وظيفة الأعضاء" وهي اجتهادات تصيب الأعضاء نتيجة الجهد الزائد أو طول فترة استخدام العضو، والاجتهادات العقلية نتيجة الدراسة الزائدة أو السهر الزائد وهذه الأمراض تنتهي عندما يشعر الشخص بالراحة وتعود الأعضاء إلى طبيعتها الوظيفية بعد الراحة⁶.

1 - بهاء الدين سلامة، مرجع سابق، ص 21.

2 - قدرى الشيخ علي، سوسن سمور، ماري حداد، مرجع سابق، ص 104.

3 - احمد فايز النماس، مرجع سابق، ص 62، 63.

4 - قدرى الشيخ علي، سوسن سمور، ماري حداد، مرجع سابق، ص 104، 105.

5 - شعيباني مالك، مرجع سابق، ص 151.

6 - قدرى الشيخ علي، سوسن سمور، ماري حداد، مرجع سابق، ص 105.

7- المقومات الطبيعيّة غير النّوعيّة: وهي قد تكون مقاومة آليّة مثل ما يهيئه الجلد والغشاء المخاطي وما له من أهداب وشعيرات وإفرازات، وحموضة الإفرازات وغيرها والتي تكون لها قابلية محاربة المسببات النّوعية للأمراض بمساعدة مواد خاصة¹.

8- عوامل تتعلق بالبيئة: إنّ الإنسان وبيئته التي يعيش فيها، عنصران يكمل كل منهما الآخر، ولا يمكن فصلهما فالبيئة تؤثر في صحّة الإنسان وتركيبه الجسمي كما تؤثر في شخصيّته ونفسيّته وعاداته ومعتقداته، كما أنّ الإنسان يؤثر في البيئة ويتحكّم فيها إلى حدّ كبير، والبيئة بمعناها الواسع تشمل كل ما يحيط بالإنسان من عناصر طبيعيّة واجتماعيّة وبيولوجيّة².

فالبيئة الطبيعيّة تشمل الظروف الجغرافية مثل: الموقع الجغرافي والارتفاع والانخفاض عن سطح البحر، سواء كانت بصورة مباشرة أو غير مباشرة والحالة الجيولوجيّة مثل نوع التربة ونوع الغذاء فالمناطق المرتفعة عن سطح البحر تؤدي إلى قلّة الأكسجين ممّا يؤدي إلى أمراض الجهاز التنفسي. أمّا المناخ فيشمل درجات الحرارة والرطوبة وحركة الرّياح حيث تؤثر على الظروف الاجتماعيّة والاقتصاديّة والصّحية للفرد من حيث موسميّة الأمراض³.

- أمّا البيئة البيولوجيّة فتشمل كل عناصر المملكة الحيوانيّة والنباتيّة التي تؤثر في الطّعام والعوامل الوسيطة في نقل الأمراض التي تؤثر في عادات الإنسان وعمله في الزراعة أو الصّناعة⁴.

-البيئة الاجتماعيّة: رغم أنّ الأمراض تفسّر في معظمها بأسباب ماديّة سواء كانت بيولوجيّة أو كيميائيّة أو غيرها فإنّ هناك عوامل اجتماعيّة وثقافيّة لها دورها المساعد إمّا في تدعيم الصّحة ومقاومة المرض أو في انتشار الأمراض وتوطّنها⁵.

ونعني ببيئة الإنسان الاجتماعيّة، المجتمع الذي يعيش فيه الإنسان والذي يتكوّن من الأفراد والجماعات الذين لهم عاداتهم ومعتقداتهم وقيّمهم، والإنسان لا يستطيع أن يعيش بمفرده بل لا يتصوّر وجوده إلّا في جماعة - والمجتمع الذي ينشأ به الفرد هو الذي يكسبه التّقاليد والعادات والمعتقدات والثّقافة- فكلّ ما يمارسه الفرد من سلوك وعادات صحيّة وكلّ

1 - سلوى عثمان الصديقي، السيد رمضان، مرجع سابق، ص 29.

2 - بهاء الدين سلامة، مرجع سابق، ص 238.

3 - سلوى عثمان الصديقي، السيد رمضان، مرجع سابق، ص 30.

4 - بهاء الدين سلامة، مرجع سابق، ص 22.

5 - عبد السلام بشير الدويبي، مرجع سابق، ص 60.

ما يتعلّمه من أساليب وطرق الرّعاية الصّحية له ولأسرته يتوقّف على البيئة والمجتمع الذي عاش فيه، أي أنّ سلوك الأفراد يعتمد إلى حدّ كبير على النّشئة الاجتماعيّة¹.
ويدخل ضمن البيئة الاجتماعيّة وعواملها التّأثيريّة عدّة مؤشّرات أهمّها:

الأميّة والجهل:

تلعب الأميّة والجهل دورها الفاعل والمهمّ في تعرّض الأفراد إلى شتى أنواع الأمراض والأوبئة التي قد تفتك بعدد كبير من الأفراد والجماعات فالأميّة التي هي عدم القدرة على القراءة والكتابة تجعل الفرد بعيدا عن معرفة واستيعاب ما يدور في محيطه من أشياء وحوادث، وتجعله أيضا غير قادر على التّقدم والتّطور في محيط عمله وأسرته ومجتمعه المحلي وإحداث اضطرابات على مستوى تفكيره وسلوكه وعلاقاته الاجتماعيّة مع الآخرين مما يؤثر سلبا في تكيفه مع المحيط الذي يعيش فيه ويتفاعل معه، وهذا ممّا يقود إلى مرضه واعتلال صحّته²، وهذا ما أظهرته مختلف الأبحاث أنّ حالة التّعليم تتناسب طرديا مع الحالة الصّحية في أيّ مجتمع فكّما ارتفع مستوى التّعليم ارتفع المستوى الصّحي، والعكس أيضا³.

أمّا الجهل فلا يقلّ خطورة عن الأميّة في التّأثير على قدرات الفرد في استيعاب محيطه وإدراك ماهية ما يقع من قضايا وأحداث قد تكون مؤسفة ومحطمة للفرد الذي يشهدها ويتعامل معها، فالجهل يعني ضعف قدرة الفرد على الفهم وإدراك ما يحدث في المجتمع وصعوبة التّعامل معه والتّعايش مع معطياته ومفرداته.... وهذا ما يوقع الفرد في مشكلات سلوكية وتفاعلية وتكيفية لا يستطيع تخطّي صعوباتها وهنا يكون هذا الفرد أسير المرض إذ لا يستطيع تجاوزه إلاّ بالقضاء على حياته كليا⁴.

الأسرة والحياة العائليّة:

عندما يتمّ سماع كلمة أسرة أو نقرؤها، لا نجد صعوبة في معرفة ما تعنيه هذه الكلمة فهي مؤسّسة هامّة يرتكز عليها بناء المجتمع السّليم المتكامل، ولكن الصعوبة تظهر عندما نحاول إيجاد صياغة لما تعنيه هذه الكلمة في جملة معبّرة تعبيراً دقيقاً محدّداً، ومع ذلك فإنّ العديد من الباحثين والعلماء عرفوا الأسرة كلّ حسب نظريته من بينهم "أوجست كونت" الذي يرى

بأنّها: "الخلية الأولى في جسم الإنسان وهي النّقطة التي يبدأ منها التّطور"، أمّا "جون لوك" فيرى بأنّها: "مجموعة من الأشخاص ارتبطوا بروابط الزواج والدّم والاصطفاء، أو التّبني

1 - بهاء الدين سلامة، مرجع سابق، ص 239.

2 - إحسان محمد حسن، مرجع سابق، ص 240.

3 - شعيباني مالك، مرجع سابق، ص 154.

4 - إحسان محمد حسن، مرجع سابق، ص ص 240، 241.

مكوّنين حياة معيشية مستقلة ومتفاعلة يتقاسمون عبء الحياة وينعمون بعبائها¹. فهي تعدّ مهمة للمجتمع كما يعدّ المجتمع مهمًا لها، وتعتبر حلقة الوصل بين الفرد والمجتمع وأنها مصدر السمات والخواص التي تميّز كلّ من منهما على حدّ سواء².

وبناء على ذلك فالأسرة إذن هي عبارة عن مؤسسة اجتماعية قائمة بذاتها ينشأ فيها الطفل وتتبلور من خلالها معالم شخصيته، بناءً على ما يحدث في هذه المؤسسة من تفاعل وعلاقات بين أفرادها ولكلّ أسرة أساليبها الخاصة بها وإنّ الأسرة مسؤولة تماما عن بناء شخصية الطفل وتعتبر الأسرة في المجتمع بمثابة القلب في الجسد³، فهي تؤثر في كلّ جوانب حياته التعليمية والشخصية والصحية. وتعتبر عامل من عوامل الإصابة بالمرض حيث يشير علماء الاجتماع إلى أنّ من بين الترتيبات التنظيمية التي تسهم في إحداث المرض أنماط التفاعل الأسري والتنشئة الاجتماعية للطفل، فمثلا جودة العلاقة بين الطفل وأبويه مهمة جدًا لصحته النفسية خاصة مع أمه⁴ كما أنّ المستوى المعيشي للأسرة من شأنه التأثير على الحالة الصحية لأفراد الأسرة ويقاس هذا المستوى بمدى حصول الأفراد على حاجتهم الغذائية والسكنية والتعليمية ويرتبط بالدخل ومدى مناسبته لإشباع كلّ الحاجات الضرورية للمعيشة، حيث تؤكد الدراسات على أنّه كلما انخفض مستوى المعيشة كلما زادت مؤشرات المرض، وإنّ تدني مستوى المعيشة يرتبط بالفقر⁵، الذي يعدّ من أهم العوامل المسببة للمرض والوفاة، فالشخص الفقير هو الذي لا يستطيع اقتناء أدنى متطلبات الحياة ليتمكّن من العيش ومواصلة مسار حياته⁶.

على ضوء ما سبق يمكن إيجاز العوامل الأسرية المؤثرة في الصحة والمرض فيما يلي:

- عدد أفراد الأسرة له تأثير واضح على انتشار الأمراض واللجوء للخدمة الصحية.
- دخل الأسرة له أهمية في الاهتمام بالقواعد الصحية (النظافة، تصريف الفضلات...)
- ثقافة الأسرة من خلال إتباع القواعد الصحية⁷، والوسائل التي تمتلكها في التعامل مع المرض⁸.
- طبيعة الأسرة وحجمها ونوعها من خلال اللجوء إلى الخدمة الصحية الحكومية أو غير الحكومية.
- نوع الأسرة ونظم الزواج الذي له أثر في الصحة والمرض ومثال ذلك زواج الأقارب يزيد من معدل الأمراض الوراثية.
- طبيعة العلاقات الأسرية وترابطها¹.

1 - عبد المجيد الشاعر، يوسف أبو الرب، رشدي قطاس، مرجع سابق، ص 134.

2 - إحسان محمد الحسن، علم اجتماع العائلة، عمان: دار وائل للنشر والتوزيع، 2005، ص 07.

3 - عبد المجيد الشاعر، يوسف أبو الرب، رشدي قطاس، مرجع سابق، ص 134.

4 - شعباني مالك، مرجع سابق، ص 154.

5 - عبد السلام بشير الدويبي، مرجع سابق، ص 62.

6 - إحسان محمد حسن، مرجع سابق، ص 238.

7 - عبد المجيد الشاعر، يوسف أبو الرب، رشدي القطاس، مرجع سابق، ص 137.

8 - T.Parsons ,R. Fox, Op.Cit, P 164.

السُّلوك الاجتماعي:

يؤثر سلوك الإنسان على صحته فكّما كان سلوكه سويا وإيجابيا كلّما انعكس ذلك ايجابيا على صحته²، لأنّ اتّجاهات النّاس وأنماط سلوكهم إزاء الصّحة والمرض تتّسم بالتّنوع والتّعقيد لدرجة كبيرة، حيث أجريت الكثير من الأبحاث الاجتماعية الطّبية منذ أوائل القرن 20م لاكتشاف العوامل المؤثّرة في المعتقدات وفي الاتّجاهات السلوكيّة الصحيّة والمرضيّة، ومن ذلك أبحاث "كوزر" 1954 و"فريديسون" 1961 و"لويس لوبريتو" 1962 وغيرهم، حيث أكّدت هذه الدّراسات أنّ اختلاف الأفراد في تفسيرهم للأعراض المرضية التي يشعرون بها، وفي استجاباتهم للألم وفي اتّجاهاتهم نحو الرعاية الطّبية الذاتيّة، وعرض حالتهم المرضيّة على الطّبيب، كلّها ترتبط بمتغيّرات اجتماعية مثل الانتماء الحضاري والعنصري، والطّبقة الاجتماعيّة والتّفاعل الاجتماعي³.

كما أنّ السلوكيات المنحرفة التي يقوم بها الإنسان لها انعكاساتها على الصّحة ومن هذه السلوكيات:

- 1- التّدخين وصلته المباشرة بأمراض الجهاز التنفسي وبالخصوص السرطانية منها.
- 2- تعاطي وإدمان الخمر والمخدرات.
- 3- الانحرافات السلوكيّة الجنسيّة وارتباطها بالعديد من الأمراض المنقولة جنسيا كمرض فقدان المناعة.
- 4- السلوكيات والعادات الغذائيّة الضّارة كالإفراط في تناول النّشويات والدهنيات والبروتينات⁴.

التّغير الاجتماعي:

يعدّ التّغير الاجتماعي من أهمّ العوامل الاجتماعيّة المسيّبة للمرض فتعرّض الفرد لهذه التّغيّرات التي قد تكون سريعة وفجائيّة والنّاجمة عن الأوضاع والمعطيات المحيطة بالمجتمع من كل جانب كدخول مظاهر التّحضر والتّصنيع والتّنميّة والتّحديث إلى المجتمع بصورة فجائية وغير متوقّعة والتي تتسبّب بإسراع عمليّة الحراك الاجتماعي وتغيّر الأوضاع الاقتصاديّة والاجتماعيّة للأفراد والتّأثير في مستوياتهم المعيشيّة والثّقافيّة والتّعليمية ... هذه التّغيّرات كلّها تتسبّب في إحداث الأمراض لديهم والتي قد تقود إلى الوفاة أو الإعاقة كلياً عن العمل... ومن أسباب التّغير أيضا الحروب والأزمات العسكريّة والسياسيّة والاجتماعيّة والاقتصاديّة⁵.

1 - عبد المجيد الشاعر، يوسف أبو الرب، رشدي القطاس، مرجع سابق، ص 137.

2 - عبد السلام بشير الدويبي، مرجع سابق، ص 64.

3 - عبد المجيد الشاعر، يوسف أبو الرب، رشدي القطاس، مرجع سابق، ص 148.

4 - عبد السلام بشير الدويبي، مرجع سابق، ص 64، 65.

5 - إحسان محمد حسن، علم الاجتماع الطبي(دراسة تحليلية في طب المجتمع)، ص 236، 237.

3- علاقة علم اجتماع الجسد بالصحة و المرض :

نحاول من خلال هذه النقطة التّعرض للنّظرة الاجتماعيّة - الثقافيّة للجسد والى تحديد المفهوم الاجتماعي له، كما سنحاول التّطرق لعلاقة الصّحة والمرض بالجسد.

3-1-النّظرة الاجتماعيّة الثقافيّة للجسد.

يمثّل الجسد البشري بالنسبة للأفراد في كلّ المجتمعات أكثر من مجرد عضو فزيقي يتأرجح بين الصّحة والمرض، حيث يعدّ كذلك محور المعتقدات بشأن أهميته الاجتماعيّة والنفسية وتركيبه وبنائه وأدائه لوظائفه وقد استخدم مصطلح " صورة الجسد" لوصف كل الطرق التي يكوّن بها الفرد مفهوما عن جسده ويشعر به سواء بوعي أم بدون وعي ويتضمّن ذلك في تعريف "فيشر Fisher"واقفه الجمعية والأحاسيس والتّخيّلات عن جسده بالإضافة إلى الأسلوب الذي يتعلّم الشّخص من خلاله تنظيم وتكامل خبراته الجسدية ومن ثمّ فإنّ صورة الجسد هي شيء يكتسب بواسطة الشّخص في عائلة أو في مجتمع معيّن وذلك على الرغم من وجود اختلافات في هذه الصورة داخل المجتمع الواحد¹.

ولذا فقد ركّزت عدّة دراسات حديثة على دراسة المواضيع المرتبطة بالجسد من بينهم مثلا دراسة " جورج فغارلور Gorge Vigarelle" حول موضوع النّظافة منذ العصور الوسطى، إضافة إلى دراسات حول الجمال وعمليّات التّغيير في الجسد البشري². كما تعدّ دراسة الجسد من الموضوعات التي تنتمي إلى المحاور التي تحدّد هوية الإنسان على ما هو عليه بدون هذا الجسد الذي يعطيه وجهه وستكون حياته اختزالا مستمرا للعالم في جسده عبر الرمز الذي يجسده فوجود الإنسان هو وجود جسدي كما أنّ المعالجات الاجتماعيّة والثقافيّة والصّور التي تعبّر عن العمق الإنساني الكامن فيه والقيم التي تميّزه تدور كلّها حول الشّخص وحول المتغيّرات التي يمرّ بها تعريفه وأنماط وجوده وبنيته الاجتماعيّة.

و نظرا لأنّ الجسد يوجد العمل الفردي والجماعي وفي الرمزية الاجتماعيّة الأمر الذي يقتضي دراسة العلاقة بين هذه المستويات الثلاثة للجسد لفهم الثقافات والمجتمعات.

- المستوى الأول: (الجسد الفردي)... يفترض منطقيا أنّ كلّ الناس يشتركون على الأقل في الإحساس البديهي بالذات المجسّدة كوجودها مستقلّة عن الأجساد الفرديّة الأخرى.
- المستوى الثاني: (الجسد الاجتماعي) يشير إلى الاستخدامات التّصوّرية للجسد كرمز طبيعي تدرس من خلاله ثقافة وطبيعة المجتمع.

¹ - نجلاء عاطف خليل، في علم الاجتماع الطبي (ثقافة الصحة والمرض)، القاهرة: مكتبة الانجلو مصرية، 2006، ص 222.

² - Fr. Wikipedia. Org/wiki/ Sociologie-du- corps.

- المستوى الثالث: (الجسد السياسي) يشير إلى الانضباط والرقابة وإدارة الجسد الفردي والجماعي في التكاثر والجنسانية والعمل والفراغ والمرض¹.

3-2-3- سوسولوجيا الجسد.

إنّ علم اجتماع الجسد هو من ميادين البحث الجديدة نسبيا في علم الاجتماع والعلوم الاجتماعية عموما، وفي هذا الميدان يجرى استقصاء الطرق والأوجه التي يتأثر فيها الجسم أو الجسد البشري بالعوامل والمؤثرات الاجتماعية، فالجسد البشري ليس كيانا فيزيقيا ماديا يعيش في الفراغ أو خارج السياق الاجتماعي أو التجارب التي نمرّ بها في تفاعلاتنا غير المحدودة مع منظومة التجارب والبيئات النفسية والروحية والاجتماعية والاقتصادية والطبيعية التي تكتنف وجودنا الإنساني، وقد بدأ علماء الاجتماع في الآونة الأخيرة بإدراك الأغوار العميقة لطبيعة الترابطات القائمة بين الحياة الاجتماعية والجسد، وأخذ هذا المجال يكتسب أهميته المتزايدة في العلوم الاجتماعية على وجد العموم².

حيث يدرس علم اجتماع الجسد الطرق التي تتأثر فيها أجسادنا بالعوامل الاجتماعية فالجسد ليس فقط شيئا ماديا يوجد خارج المجتمع وإنما أجسادنا تتأثر بعمق بخبراتنا الاجتماعية كما أنها تتأثر أيضا بمعايير وقيم المجموعات التي ننتمي إليها، ولقد تمّ إدراك ذلك في الآونة الأخيرة فقط من قبل علماء الاجتماع لذلك فإنّ علم الاجتماع يهتم بالبحث عن الطبيعة المعقّدة للارتباطات بين الحياة الاجتماعية والجسد، وهو أحد مجالات علم الاجتماع الجديدة والمثيرة³ الذي يجمع ويستقطب عددا كبيرا من المجالات من بينها آثار التّغير الاجتماعي على الجسد البشري⁴. ومن بين الدّراسات في هذا المجال هو تناول بعض العلماء مفهوم الجسد "كرمز" فالكائن البشري في نظرهم قد يستخدم كخريطة معرفية تمثّل العلاقات الاجتماعية والطبيعية وفوق الطبيعية والعلاقات المكانية الأخرى كما تساعد البناءات الثقافيّة للجسد وحول الجسد في تأكيد الرؤية الخاصّة للعلاقات الاجتماعية والمجتمعية كما يظهر هذا المفهوم في التّوازنات الرمزية بين مفاهيم الجسد السليم والمجتمع والجسد المريض والمجتمع العاجز، ويشير "جانزن Janzen" إلى أنّ كلّ مجتمع لديه مفهوم يوطوبوي عن الصّحة يمكن تطبيقه من المجتمع إلى الجسد والعكس بالعكس.

¹ - نجلاء عاطف خليل، مرجع سابق، ص 222، 223.

² - أنتوني غدنز، كارين بيردسال، مرجع سابق، ص 225.

³ - HTTP : Omar, socialindex. Net.

⁴ - أنتوني غدنز، كارين بيردسال، مرجع سابق، ص 225.

أمّا المرض والموت فيرجعان إلى التّوترات الاجتماعيّة والتّناقضات والحروب¹.
فموقف المجتمع هنا يتأرجح بين العناية بالمريض وعيادته وبين الخوف من المرض
وتجنّب الجسد المريض وإقصائه.

فمهما كان نوع المرض، فإنّ تجربة الألم تعاش دائماً بأسلوب غريبة مطلقة تقود إلى
القلق وعدم اليقين وانعدام التماسك والشخص يتألم بمفرده والصلة وثيقة بين الألم وبين
الشعور الحاد بالذات الذي يفصله عن العالم الموضوعي، والألم هو الذي يكشف للشخص
عن وجوده الفردي بضعفه وصغره ومحدوديته في حدة قاسية تتمزق معها كل الروابط التي
كانت تربطه بالعالم وبالآخرين ويرتدّ إلى جسده بعنف ليحسّ بوحدته الرهيبة وبانعزاله
عن كلّ شيء².

فإنّ صورة الجسد هي التّصور الذي يكوّنه الشخص عن جسده والطريقة التي يبدو بها
له عبر سياق ثقافي اجتماعي ويضفي عليه طابعا من تاريخه الشخصي وتنظّم هذه الصورة
في شكل ومضمون، الشكل يتجلى في الشعور بوحدة مختلف أجزاء الجسد وبإدراكها ككلّ
وبحدودها المكانية الدّقيقة، أمّا المضمون فهو صورة الجسد كعالم متماسك ومألوف تدرج
فيه أحاسيس يمكن التنبؤ بها والتعرّف عليها، بالإضافة إلى محورين آخرين هما محور
المعرفة أي معرفة الشخص بالفكرة التي يكوّنها المجتمع عن العمق غير المرئي للجسد
ومحور القيمة بمعنى أن يقوم الشخص باستنباط الحكم الاجتماعي الذي يحيط بالصفات
الجسدية التي تميّزه حيث يبني الشخص حكما عن الصورة التي يكوّنها عن جسده طبقا
لتاريخه الشخصي والطّبة الاجتماعيّة التي يبني علاقته بالعالم بداخلها³.

3-3- علاقة الصحة والمرض بالجسد.

نحاول من خلال هذا العنصر التعرّض لعلاقة الصّحة والمرض بالجسد أي كيف
يتعرّض هذا الجسد للمرض وكيف يحاول التّصدي له، لذا فإنّ هذه الفكرة شغلت فكر
الإنسان منذ القدم حين أدرك هشاشة جسده وبطلانه بسبب الألم والمرض والشيخوخة حيث
أنّ هذا الفكر مطلق ومشاع بين الجميع وفي كلّ الحضارات والتّقافات.

¹ - نجلاء عاطف خليل، مرجع سابق، ص ص 236، 237.

² - صوفية السحيري بن حنيرة، الجسد والمجتمع (دراسة أنثروبولوجية لبعض الاعتقادات والتصورات حول الجسد)، الأردن: دار محمد علي
الحاتمي، (ب ت)، ص 237.

³ - نجلاء عاطف خليل، مرجع سابق، ص ص 238، 239.

فالاهتمام بالذات والعناية بالجسد هدف قبل كل شيء لحماية هذا الجسد من كل أسباب المرض والألم، الهرم والموت، وبالتالي الاعتناء ومعالجة وإنقاذ وحماية الجسد¹.
لذا فإن علم اجتماع الجسد يثير في آن واحد عددا من القضايا وأحد أهم القضايا تتعلق بآثار التغير الاجتماعي على الجسد²، وإصابته بالمرض الذي عادة ما ينظر إليه من الناحية السلبية فقط. إذن يمكن أن يكون المرض الجسدي من أشكال إدارته العدوانية نحو الذات كميل تدميري فيعيش الإنسان مأساته من خلال جسده، فالجسد هو حامل الآلام والآثام والمآسي جميعا إذ هو وعاء الذات الوحيد³.

فالمرض الذي أرجعه عدّة باحثين إلى عوامل وأسباب اجتماعية وثقافية تتعلق بالمجتمع⁴، ليس دائما شيئا سلبيا، فهو قد يأخذ معنى وجوديا كما أنه ليس فقط انهيار وحرمان الإنسان من بعض إمكانياته الشخصية، إذ أنّ الآلام والأمراض والإعاقات قد تفتح الباب أمام إمكانيات جديدة، فهي قد تفرز وتفجر من أعماق الذات إمكانيات وقدرات خلاقة.

و هكذا ما كان يبدو حرمانا وإعاقة وحاجزا قد يتحوّل ولكن عند البعض وبفضل العبقريّة إلى نقطة انطلاق والدعوة لخوض مغامرة خلاقة⁵.

إضافة إلى الأسباب الاجتماعية المسببة للمرض، هناك فريق من يرجع أسباب المرض إلى فوضى واضطراب أخلاط الجسد التي تنسب عادة إلى الطبيب " أبقراط " (377-460 ق.م) في نظريته الأخلاط الأربعة والتي ظهرت في كتابه (الطبيعة والإنسان) وتتمثل هذه النظرية في أنّ جسد الإنسان يحتوي: خلط الصفراء، خلط الدم، خلط البلغم، الخلط السوداوي، ويبيّن " أبقراط " أنّه لو كانت الطبيعة الإنسانية المتركبة من خلط واحد فإنّ الإنسان لن يعرف المرض أبدا، لأنّ هذه الطبيعة لن تتعرض إلى هجوم الأضداد (L'assaut des contraires)⁶.

ومع حدوث التطور والتغيرات الحديثة أصبحت هناك عوامل أخرى مؤثرة ومغيرة لطبيعة الجسد فعمليات التغير المطرد المتسارع التي نعيشها في عالم يطرح أمامنا أخطارا وتحديات مهمّة تترك بدورها أثارا عميقة في الجسم والصحة غير أنّها تفسح أمامنا مجموعة كبيرة من الخيارات عن أفضل السبل التي تفضي بنا إلى العناية بصحتنا، فالطب والعناية الصحية يمران الآن بتحوّلات بارزة تتيح للأفراد أدوار أكبر في العناية بأنفسهم ومعالجة ما قد ينتابهم من أمراض وفي الوقت نفسه، فإنّ العلاقة بين الخبرات الطبيّة

¹ - صوفية السحيري بن حنيرة، مرجع سابق، ص 237.

² - HTTP : Omar, socialindex. Net.

³ - صوفية السحيري بن حنيرة، مرجع سابق، ص 287.

⁴ - مصطفى عوض إبراهيم وآخرون، الأنثروبولوجيا الطبية، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 2005، ص ص 124-126.

⁵ - صوفية السحيري بن حنيرة، مرجع سابق، ص 287.

⁶ - نفس المرجع، ص 249.

والمرضى قد أخذت بالتّغير في كثير من المجتمعات، وأخذ كلّ من المرضى والأطباء ما يعرف الآن بالطّب البديل¹.

¹ - أنتوني عدنز، كارين بيردسال، مرجع سابق، ص 225.

• خلاصة

شغل موضوع الصّحة والمرض اهتمام العديد من المفكرين في اختصاصات ومجالات عديدة من العلوم، وعلم الاجتماع كعلم من هذه العلوم أعطى أهمية قصوى لهما حيث ظهر تخصص يهتمّ بذلك وهو "علم الاجتماع الطّبي" الذي ظهر به عدّة سوسيولوجيين عرّفوا الصّحة بتعاريف متعدّدة ومختلفة إلى أن جاءت منظمة الصّحة العالمية التي أعطت المفهوم الصّحيح والدّقيق وألغت المفهوم السّلبى لها، كما اهتم هؤلاء بمعرفة العوامل الاجتماعيّة المتسبّبة في إحداث الخلل بجسد الإنسان وإصابته بالمرض لذا قاموا من جهة أخرى بتحديد مفهوم المرض وتحديد العوامل المتسبّبة في حدوثه والمراحل التّطوّرية له.

ومن خلال ما سبق في هذا الفصل الخاص بالصّحة والمرض تعرفنا على أهميّة الصّحة بالنسبة للفرد والمجتمع ككل إضافة إلى ارتباطها ببعضها وكيف تمّ الاهتمام بهما عبر التّاريخ الإغريقي والروماني، وعند المسلمين إلى الوقت الحالي، إضافة إلى مكوّنات الصّحة الجسديّة والعقليّة، والاجتماعيّة كما تعرضنا إلى مختلف التّصورات الطّبيّة المتسبّبة في حدوث هذا الأخير وكيف أنّ العوامل والمؤثّرات الاجتماعيّة والثقافيّة التي يعيشها الفرد في مجتمع ما ووسط ما، له الأثر الكبير في تحسّن أو تدهور حالته الصّحية. هذا إضافة لتناولنا للعلاقة الموجودة ما بين الجسد و تعرضه للمرض.

الفصل الثالث الجانب المنهجي والميداني للدراسة

• مدخل

- 1- إشكالية الدراسة
 - 2- فرضيات الدراسة (أهداف البحث)
 - 3- بناء نموذج التحليل
- 1-3- البناء الاجتماعي للصحة والمرض والجسد
 - 1-3-1- المفهوم الاجتماعي للصحة
 - 3-1-2- المفهوم الاجتماعي للمرض
 - 3-1-3- المفهوم الاجتماعي للجسد
 - 2-3- البناء الاجتماعي للأمراض المزمنة
 - 3-2-1- المرض المزمن
 - 3-2-2- مرض القصور الكلوي والآثار الجانبية له
 - 3-2-3- التمثل الاجتماعي للصحة والمرض
 - 3-3- فعالية تمثلات مرض القصور الكلوي
 - 3-3-1- الوعي الاجتماعي
 - 3-3-2- الوعي الصحي
 - 3-3-3- العلاقة العلاجية بين الطبيب و المريض
 - 4- الإجراءات المنهجية للدراسة
 - 4-1- المرحلة الاستكشافية
 - 4-1-1- البحث البيبليوغرافي
 - 4-1-2- المقابلات الاستكشافية
 - 4-2- المناهج المستعملة في البحث
 - 4-3- خطوات العمل الميداني
 - 4-3-1- تقنيات جمع المعطيات
 - 4-3-2- تقنيات فرز وتحليل المعطيات
 - 4-4- التعريف بالمؤسسة
 - 4-4-1- الدراسة الاستطلاعية
 - 4-4-5- عينة الدراسة
 - 4-6- صعوبات الدراسة

• خلاصة

• مدخل

على الأغلب يمرّ أيّ بحث علمي بعدّة مراحل بدءاً من أوّل تصوّر للموضوع والشروع فيه إلى الوصول لتحقيق الأهداف المنطلق منها، وهكذا فإنّ البحث العلمي هو التّقصي المنظم بإتباع أساليب ومناهج علميّة محدّدة بقصد الكشف على ما لم يتمّ الكشف عنه بعد، أو بقصد التّأكد من صحتها أو تعديلها أو إضافة الجديد إليها .

والبحث العلمي حسب "روميل Rommel" هو: "التّقصي أو الفحص الدّقيق من أجل اكتشاف معلومات أو علاقات جديدة، ونمو المعرفة الحالية والتّحقق منها".

أمّا البحث العلمي عند "فان دالين Van Dalen" فهو: "المحاولة الدّقيقة النّاقدة للتّوصل إلى حلول للمشكلات التي تورّق الإنسان وتحيّره"¹.

في حين يعرف "آرثر كول Arther Cole" البحث العلمي بأنّه: "تقرير واف يقدّمه باحث عن عمل تعهده وأتمّه، على أن يشمل التّقرير كلّ مراحل الدّراسة منذ كانت فكرة حتّى صارت نتائج مدوّنة، مرتّبة، مؤيّدة بالحجج والأسانيد"².

فإذن يمكننا القول بأنّ أيّ بحث علمي يمرّ بمسار بحثي بهدف الوصول إلى النّتائج المحدّدة في شكل أهداف و فرضيات بحثية، فالمسار هو كيفية التّقدم نحو هدف من الأهداف، وعرض المسار العلمي يرتكز على تحديد المبادئ الأساسية التي ينبغي وضعها موضع التّفيز في عمل بحثي، وما المناهج إلّا تشكّلات خاصّة للمسار، وتنكبّ دروب مختلفة صمّمت لتكون أكثر توافقاً مع الظواهر أو الميادين المدروسة، إلّا أنّ هذا التّوافق لا يعفي الباحث من مسؤوليته في أن يظلّ أميناً لمبادئ المسار العلمي الأساسية ... هذه المبادئ التي أوجزها "غاستون باشلار" في قوله: "الواقعة العلمية تغزى وتبنى، وتعاين"

- تغزى وتخلّص من الأحكام المسبقة .

- تبني بالعقل .

- تعاين في الواقع .

فكرة المسار إذن عمليّة قوامها أفعال ثلاثة ينبغي احترام تسلسلها، وهذه العمليّة تسمى بترتيب الأفعال المعرفيّة (الابستيمولوجيا)، هذه الأفعال التي تتمثّل في: القطع، البناء، المعاينة (التجريب)³.

وهذا ما تمّ اتّباعه في دراستنا فقد خضعت لمراحل البحث العلمي كما حدّدها "ريمو كيفي R. Quivy" بدءاً من التّصوّر الأولي للموضوع حتّى الوصول لنتائج هذا التّصوّر الذي شهد تغيير في تحديده فقد تمّ الانطلاق من موضوع "دور النّسق الأسري والنّسق الطّبي في المسار العلاجي للأمراض المزمنة" ولكن نتيجة القراءات والمقابلات الاستكشافية تمّ تغيير

¹ - صلاح الدين شروخ، منهجية البحث العلمي، الجزائر، عنابة: دار "1" للنشر والتوزيع، (ب ت)، ص ص 19، 20.

² - حسين عبد الحميد رشوان، ميادين علم الاجتماع و مناهج البحث، 10، الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث، 2004، ص 121.

³ - Rymond Quivy, luc- Van campenhoudt, Manuel de recherche en sciences sociales, Paris : Dunod, 1988, pp13,14.

الموضوع والتركيز على النسق الطبي فقط من خلال دراسة " العلاقة العلاجية وفعالية تمثلاتها " .

وسنحاول ممّا سيأتي التطرق لخطوات البحث العلمي التي تمّ إتباعها في دراستنا من خلال عرض كلّ خطوة ومراحلها على حده.

1-تحديد الإشكالية:

إن مهنة الطب مهنة قديمة قدم الإنسانية، وقد تطورت بتطور العلوم الطبيعية والبيولوجية وترتب عن هذا التطور تغيير النظرة الطبية للصحة والمرض، فأصبحت نظرة ضيقة محدودة ففي كثير من الحالات كان ينظر الطبيب للمريض على أنه آلة في حاجة إلى إصلاح، وأن عملية العلاج عملية ميكانيكية لا تتعدى اكتشاف العضو المصاب و محاولة إصلاحه.

لكن وبتطور التقنيات ووسائل العلاج الطبية، كذلك تطور العلوم الاجتماعية ومنها علم الاجتماع، واتساع مجالات دراساته، كذلك التراكبات والمعلومات الطبية، أكدت كلها على أن المرض يرجع بشكل أساسي إلى البيئة الاجتماعية التي يعيشها المريض، وأن هذه البيئة عنصر أساسي في عملية العلاج، إضافة إلى هذا فإن شبكة العلاقات الاجتماعية للفرد تؤثر بشكل كبير على الحالة الصحية والمرضية وعلى السلوك الصحي والمرضيه له . لذا ظهر هذا العلم علم اجتماع الصحة كأحد التخصصات العلمية في علم الاجتماع يهتم بدراسة القضايا والمشكلات الصحية والطبية في المجتمع.

وبما أن موضوع الصحة يعدّ من أهم الجوانب الأساسية في حياة الأفراد والمجتمعات فقد تمّ الاهتمام بها منذ القدم والبحث في أسباب حدوث الأمراض وكيفية علاجها، ولا تزال إلى اليوم تسعى إلى ذلك معتمدة على التطور التكنولوجي والعلمي سعيا إلى تحقيق أكبر قدر من الصحة التي تعني حسب "برنكز Perkins " : "حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم، وأن حالة التوازن هذه تنتج من تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها وأن تكيف الجسم عملية إيجابية تقوم بها قوى الجسم للمحافظة على توازنه".¹ بينما عرفت هيئة الصحة العالمية (O.M.S) الصحة على أنها : "حالة السلامة والكفاية البديلة والاجتماعية الكاملة، وليست مجرد الخلو من المرض أو العجز أو الضعف".²

فالصحة إذا هي ارتباط بين الجوانب الجسمية والنفسية والعقلية والاجتماعية في الإنسان ودليل ذلك التكامل هو قيام الفرد و هو في حالة الصحة بأدواره الاجتماعية ووظائفه في الحياة على أكمل صورة. بينما المرض فيعني :حدث احتمالي يتعرض له الإنسان في كافة مراحل حياته نتيجة بعض العوامل الطبيعية والاجتماعية مما يوجب على الفرد أو الجماعة أعباء مقاومته إن أمكن أو التخفيف من حدته عند حدوثه، و لذلك لم يعد هناك خلاف على أن المرض من أهم ما يتعرض له الإنسان من مخاطر تمتد آثارها لتعوق حركة التنمية الاجتماعية والاقتصادية على اختلاف مراحلها لأنه خطر يتعرض له جميع الأفراد دون استثناء منذ الولادة و حتى الوفاة و تحقّقه يسبب خسارة للأسرة والمجتمع على حدّ السواء، فالمرض إذا هو كلّ ما خرج بالكائن الحي عن حدّ الصحة والاعتدال حيث يصيب جسد الإنسان نتيجة تأثير العوامل الاجتماعية، فهو يتأثر أي الجسد بعمق بخبراتنا الاجتماعية كما أنه يتأثر أيضا بمعايير و قيم المجموعات التي ينتمي إليها. وقد تمّ إدراك هذه الطبيعة

1 - عبد الحي حسن صالح، مرجع سابق، ص 17

2 - أحمد فايز النماس، مرجع سابق، ص 49 .

المعقدة للارتباطات بين الحياة الاجتماعية والجسد في الآونة الأخيرة فقط من قبل علماء الاجتماع لذا ظهر ما يعرف باسم علم اجتماع الجسد، هذا الجسد الذي يتأثر بسرعة بجملة العوامل الاجتماعية المحيطة به مما يؤثر على صحته و بالتالي إصابته بالمرض أي إحداث التغير الاجتماعي على الجسد البشري، فعمليات التغير المطرد المتسارع التي نعيشها في عالم يطرح أماننا أخطارا وتحديات مهمة تترك دورها أثارا عميقة في الجسم والصحة، غير أنها تفسح أمامنا مجموعة كبيرة من الخيارات عن أفضل السبل التي تفضي بنا إلى العناية بصحتنا فالطب والعناية الصحية يمران الآن بتحولات بارزة تتيح للأفراد أداء أدوار أكبر في العناية بأنفسهم ومعالجة ما قد ينتابهم من أمراض، رغم أن هذا الاهتمام هو اهتمام قديم نتيجة إدراك الفرد لهشاشة جسده و بطلانه بسبب الألم و المرض والشيخوخة و هذا الفكر مطلق ومشاع بين الجميع و في كل الحضارات والثقافات.

فالاهتمام بالذات والعناية بالجسد يهدف قبل كل شيء إلى حماية هذا الجسد من كل أسباب الأمراض وألم الهرم والموت، فالاعتناء و معالجة وإنقاذ وحماية الجسد و بالتالي حماية الحياة تبقى من ضمن الاهتمام الأساسي للشعوب، إذ تحاول كل المجتمعات أن تبذل في التصدي للأمراض والعذاب والأوجاع وانحلال التوازن الفكري والجسدي في أشكال ومستويات مختلفة طبقا لإمكانياتها الاقتصادية ومعارفها الفكرية وحدها فالنظرة للمرض تختلف باختلاف الشعوب والحضارات، وهذا حسب دراسة قام بها "مارك زبور فسكي" حول سلوكيات التعبير عن الألم بأحد المستشفيات بأمريكا، حيث أجرى تجربته على مجموعة من الايطاليين واليهود فلم تكن استجابتهم للألم موحدة، إذ كان للثقافة والدين والتنشئة تأثير على تعبيرات الألم، رغم أنه تعبير تولد عن ضغوط فيزيولوجية وهذا مما يدل على أن للثقافة دور في تحديد مفهوم المرض الذي تختلف مفاهيمه حسب تصورات و ثقافة كل مجتمع¹.

إن موضوع الصحة ونقيضها المرض مفهومان مرتبطان بالعوامل الاجتماعية و الثقافية ولا يمكن عزلهما عن النسق الاجتماعي والثقافي الذي توجدان فيه، فهما نتاج لأسلوب الحياة الذي يعيشه الناس في بيئتهم، وفقا لما توارثته الأجيال من مخزون ثقافي عن بعضهم البعض مما أدى إلى تشكيل نماذج تعبيرية مختلفة خاصة بالألم والمرض وإلى تقديم تفسيرات متعددة لأسباب وطرق التفادي من الأمراض، ولذا لم يعد المرض يحدّد بيولوجيا فقط، وإنما أضيف لفهمه الجانب الاجتماعي من خلال العلاقة القائمة بين أسلوب العيش و تأثيره على جسد الإنسان، ومن خلال الأمراض المتواجدة والتصور الاجتماعي للمرض وطرق معالجته وهذا ما كشفته مختلف الدراسات الاجتماعية فمسألة الصحة لم تعد مسألة

¹ - صوفية السحيري بن حنيرة ، مرجع سابق ، ص 237.

فردية كما قالت "كلودين هرزليش C.Herzlich" ¹ "تخصّ المريض وحده وإنما قضية اجتماعية تمسّ المجتمع ككل.

و بالتّالي إصابة هذا الجسد أو بالأحرى إصابة الفرد بالمرض تتطلّب منه البحث عن العلاج و يكون ذلك من خلال التّوجه نحو الطبيب الذي يسهم هو الآخر في تقديم المساعدة و ذلك بهدف تحقيق العلاج الذي يتوقف على نمط العلاقة و التّفاعل القائم بينهما، حيث نجد "تالكوت بارسونز Talcot Parsons" يعالج مفهومي الصّحة و المرض على أنّ الأوّل هو: "حالة من الطّاقة الكاملة للفرد، يستطيع في ظلّها أداء أدواره التي تمّ تنشئته على تأديتها بصورة مثالية"، بينما المرض فهو: "يمثّل عبئا على المجتمع ولذلك يجب أن يظل تحت السيطرة"، و قد ركز على كيفية تقليل حجم المرض من خلال خلق أدوار اجتماعية معرفة تعريفًا اجتماعيًا ويقوم بها المرضى والأطباء معًا، فهو يرى أنّ النموذج الطّبي الحيوي هو نموذج تقني، ليس له صفة اجتماعية و يقول: "إنّ الاهتمام البالغ الذي يمنحه المجتمع الأمريكي للصّحة إنّما يرجع لارتباطها بعدد من القيم المحورية في هذا المجتمع مثل قيم النشاط و المشاركة في الحياة العامّة، وفي أنشطة المحافظة على البيئة، وقيم الاهتمام بالحياة الدنيويّة، والمصالح غير الدّينية، ولذلك فإنّ حرص الأفراد على حالتهم الصّحيّة يعدّ مطلبًا وظيفيًا لأنّه يساعد المجتمع على أداء وظائفه، و يتوافق مع السعي وراء التّفوق و الإنجاز" ².

وفي تصوّره لمهنة الطّب يحدّد "بارسونز" هنا الأدوار الاجتماعية التي لابدّ أن تقوم بين المريض و الطبيب فلكي يؤدي هذا الأخير مهمّته بفعالية و نجاح فإنّ عليه أن يقّدّم نفسه بطريقة خاصّة من خلال تأدية الأدوار الوظيفيّة المحدّدة له و التي تتمثّل في :

- يجب أولاً توفر ما يسمّى بـ"الرّخصة أو التّرخيص" أي يسمح للمريض بأن يعبر عن أفكاره، أمنياته، أحلامه حتّى المنحرفة، كما يجب على الطبيب أن يعامل المريض بجديّة.
- المساعدة العلاجية أي القبول التّام للمريض، واعتبار أنّ المريض يؤدي دور مهمّ وعليه يجب تقبّله بكلّ احترام في النّظام العلاجي، ويستحق المساعدة و الدّعم.
- في التحليل السابق، فإنّ دور المعالج يتّسم بنوع من الصّرامة في مواجهة بعض رغبات المريض لأنّ في عامل "الانتقال أو التحويل" يظهر المريض نوع من التّعلق الشّديد بالطبيب و التي تكون نتيجة تراكمات الطفولة التي تتّسم بالعاطفية أكثر، ولهذا يكون دور الطبيب توجيه هذه الرغبات وليس تعزيزها، حيث يقوم الطبيب بهذه العمليّة بطريقتين أساسيتين :

¹ - www.aboulo.com.Herzlich-C-santè-maladie-analyse-representation -sociale

² - طارق السيد ، مرجع سابق ، ص ص 47 ، 48 .

أولاً : للمريض رغبات يأمل أن يشبعها، بعضها غير طبيعية أو منحرفة و هنا يجب على الطبيب مقاومتها وردّها ... والمحافظة على موقفه العملي الطبي أي يقف في وجه عامل التحويل الذي يقوم به المريض لتحقيق رغباته التي سمحت بها مرحلتي الترخيص والدعم، والمساعدة للنظام العلاجي الذي يتطلب منه في مرحلة أخرى بتوجيه ومراقبة هذه الرغبات.

ثانياً: في نفس الوقت يقوم الطبيب، خلال العملية العلاجية بإدخال عامل التعزيز الشرطي بهدف تحسين أداء المريض في عملية العلاج.

بفضل عدم استجابة الطبيب لرغبات المريض المنحرفة، و إدخال عامل التعزيز الشرطي فإنّ هذا يساعد المريض على الشفاء.

- التوجه نحو الجماعة، أي أنّ دور الطبيب يختلف عن دور رجل الأعمال أو التاجر من حيث أنّه موجّه أساساً لخدمة الآخرين و راحة الجميع.¹

أمّا الأدوار الاجتماعية التي يقوم بها المريض فيحددها "بارسونز" في :

- التخلّص من الزمات الدور الاجتماعي العادي، والذي ينطوي عن التخلّص عن بعض الحقوق و كذلك التخلي عن بعض الالتزامات.

- التّصور النّظامي (الثابت و الواضح) الذي مؤداه أنّنا لا نستطيع أن نتوقّع من المريض أن يكون سليماً من المرض في الوقت الذي يتماثل فيه للشفاء أي التخلّص من عبء المسؤولية.

- الالتزام بالرغبة في أنّه يعاني من المرض.

- الالتزام بأن يبحث عن المساعدة من الجهة المختصة في العلاج، وأن يتعاون مع الطبيب.²

فإنّ من خلال هذا الطّرح للأدوار الاجتماعية عند "بارسونز" يمكن أن نتوقّع نوع العلاقات التي تقوم ما بين الطبيب والمريض من خلال أنّ هذه الأدوار إنّما هي وظائف محدّدة لكلّ منهما وينبغي التّزام كل طرف بأداء وظيفته وبالتالي تحديد نمط العلاقة الإيجابية بينهما و هكذا تحقيق ما يعرف بعلاج المرض، فرعاية المريض هي نشاط مهني متخصص وظيفياً وهذه المكانة التي يشغلها الطبيب تتحقّق من خلال ظهور حدّ أدنى من معايير الكفاءة الفنيّة للطبيب تستلزم أيضاً تحديد الوظيفة (توصيف الوظيفة) وهذا حسب "بارسونز"، فمن المتوقّع أن يتّخذ الطبيب موقف الحياد الايجابي أو الفعّال فسواء أحب الطبيب مريضه أم لا، فلا يؤثّر هذا على أسلوب معالجته للحالة فمن المتوقّع وبحكم طبيعة المهنة أن يعامل المريض بأسلوب موضوعي و معقول من النّاحية العلميّة.

إلا أنّ هناك آراء مخالفة لآراء "بارسونز" عن الملامح البنائية لدور الطبيب ومهنته فرغم أنّ المكانة الطبيّة المتخصصة تقتضي تحقيق مهارات فنيّة فإنّ الأبناء الذين ينتمون إلى آباء

¹ - T. Parsons, R.Fox op. cit.,pp172,17.

² -R. Abdmouleh, op.cit, p93.

لهم مكانة اجتماعية متفاوتة، يتمتعون بفرص مختلفة جدًا في اكتساب هذه المهارات (مهارة الطبيب) والتي يتوجهون بها أي الأطباء إلى مرضاهم فهو سلوك شائع في مهنة الطب.

فتركيز "بارسونز" هنا عن الأدوار البنائية للطبيب و دور المريض كمريض يعاني من المرض و توقعات ردود فعل كل واحد منهما تجاه الآخر، و تمثلات المرض لديهما على أنه حالة لا بد من إزالتها ، أفكار كانت لها ردود أفكار و آراء أخرى كما سبق و أن أشرنا و سنركز الآن على آراء "فريدسون Friedsson" الذي يميز بين ثلاث أنواع من المرض و الذي يختلف الدور فيها حسب نمط المرض فالأول: هو الدور الشرطي الذي ينطبق على أفراد يعانون أمراضا أو علا مؤقتة سرعان ما يستعيدون عافيتهم بعدها و يتوقع من المريض في هذه الحالة أن يكتسب حقوقا و امتيازات تتناسب و حدة مرضه كالزكام مثلا. أما الدور الشرعي اللامشروط فيؤديه المرضى المصابون بالأمراض المستعصية كالسرطان أو مرض الزهايمر التي لا يستطيع المرضى بأنفسهم بذل أية محاولة لمعالجتها ، في هذه الحالة بإمكانهم التخلي عن أي دور متوقع منهم بحسب مشيئتهم ، أما دور المريض الأخير فهو الدور غير الشرعي الذي يكتسبه المرء عند إصابته بمرض معين "وصمة اجتماعية كالإيدز" مثلا.

وهكذا فإن نظرة "فريدسون" مخالفة لنظرة "بارسونز" حيث لا يعترف بالفكرة الوظيفية التي تقول بأن البناء الاجتماعي متجانس كما أنه لا يرى أن استجابة أفراد المجتمع لموضوع المرض على نسق واحد متجانس ويرى أن الطبيب هو الشخص المسؤول عن تقرير و تبرير قيام الفرد بدور المريض وهو الذي يحدد أبعاد المسؤولية الاجتماعية للمريض عن سلوكه .

أما مهنة الطب تستمد أهميتها من أن الأطباء هم الذين يشخصون الأمراض وهم الذين يعطونها أسامي علمية، فعلى سبيل المثال تعاطي المخدرات جريمة من وجهة النظر الجنائية، بينما هو مرض من وجهة النظر الطبية لذا يقول "فريدسون" هنا: "إن مهمة الطب في بعض الحالات تقليل رد الفعل الاجتماعي للانحراف عن طريق التأثير في اعتقادات أفراد المجتمع عن حالات المرض."

فآراء "فريدسون" حول ردود الأفعال تجاه المرض تختلف من جماعة إلى أخرى، و كذلك التوقعات المنتظرة من الشخص تتفاوت من شخص لآخر.¹

وفي المقابل نجد الاتجاه التفاعلي الرمزي يتناول المرض باعتباره حالة معاشة، حيث ركزوا على الأمراض المزمنة، وحاولوا فهم تجربة الناس للمرض وطريقة إدراكهم له سواء أصابهم أم أصاب الآخرين، فبعض الأمراض تتطلب معالجات ومتابعات منتظمة قد تؤثر على الروتين اليومي لحياة الناس حولهم، ومثال ذلك حالة غسل الكلى كما هو الحال في دراستنا.

¹ - طارق السيد، مرجع سابق ، ص ص 96 ، 97.

ومن أطروحات هذا الاتجاه نجد "أنزلم ستروس Anselem Strauss" و"كاربين Carbin" اللذان تعرّضا للأمراض المزمنة، حيث يريان أنّ ما لدى المزمّن من طاقات وأنشطة تتوزع في العادة على ثلاث مجالات: يتعلّق الأول منها بالعمل المرضي الذي يتّصل بتناول الأدوية وتقبّل المعالجات في أوقاتها، وهناك العمل اليومي الذي يتعلّق بتلبية الاحتياجات اليومية العادية أمّا المجال الثالث، فهو العنصر البيوغرافي الذي يعيد فيه المريض استرجاع التفاصيل الدقيقة في سير حياته الذاتية وذكرياته بحيث تصبح جزءا لا يتجزأ من حالته المرضية ومخزونه الشعوري، ويؤدي ذلك في كثير من الأحيان إلى التعديل في صياغة هويّاتهم تجاه أنفسهم ومن يحيطون بهم.¹

ويقول "ستروس Strauss" في التفاعل الرمزي للمريض أنّ: "الوضعيات التاريخية والاجتماعية و الهويّات تبنى تفاعليا، ويظهر هذا التفاعل بطريقة ديناميكية الآفاق و التطلعات... تفسيرات الأفراد و تولّد في الجماعات وفي العوالم الاجتماعية" كما يقول أنّ: "التنظيم العام للمهنة تسيّره المنافسة والصّراعات بين الفاعلين في حركة دائمة" وهذا بعدما قام بدراسة "تسيير الموت" في المستشفى وذلك لفهم التفاعلات الحاصلة بين المريض المقبل على الموت، والفريق العامل بالمستشفى ومع الأسرة.²

وربط بين نوع الإصابة و تحديد الفاعلين و يقول: "فالمريض المزمّن يجمع تحت نفس الفئة إصابات مختلفة... فبعض الأمراض كالربو، والتهابات المفاصل لا تمثّل تهديدا حيويا فالمريض يقوم بتعلّم كيف يتكيّف مع إصابته ويعيش به".

وبالعكس تمثّل أمراض القلب و السرطان تهديدا بالموت... وهنا البقاء على قيد الحياة هو مركز اهتمام المريض... و يمكن كذلك أن يكون المرض كوصم مثل مرض السيدا.

وانطلاقا من الدّراسة الميدانية التي قام بها "ستروس" حول تسيير المرض من طرف مرضى متزوجين في الحياة اليومية، حاول وضع المرض في سياق بيوغرافي، أي ربط بين الآثار والتغيّرات التي تحدثها التجربة المرضية و انطلاقا من طبيعة الحياة الاجتماعية الماضية يكون الفعل: "وسيلة لإدماج المرض و التغيّرات التي يجلبها، فهي تعطي شكل دلالة للبيوغرافيا في مختلف فترات المرض" وقام بتقسيم هذا العمل البيوغرافي إلى أربع سيرورات تتمّ معا بطريقة تفاعلية وهي: وضع المرض في السياق، التوافق مع الحدود الناتجة عن المرض، إعادة تشكيل الهوية، إعادة بناء البيوغرافيا

حيث يعدّ هذا العمل نموذج لنظريته عن النظام التفاوضي.³

بعد هذا الطّرح النظري لكلّ من الصّحة والمرض ومهنة الطّب وتصوّرها من قبل "بارسونز" و "فريدسون" و "ستروس" يمكن القول أنّ تعرّض الفرد للمرض يستلزم و يتطلّب منه السعي نحو العلاج و يتوقّف ذلك على مستوى الوعي الصّحي والاجتماعي

¹ - أنتوني غدنز، كارين بيردسال، مرجع سابق، ص 242، 243.

² - مشري فريدة، مرجع سابق، ص 25.

³ - نفس المرجع، ص 27.

والمعرفي الذي يمتلكه الفرد من خلال أسرته ومجتمعه، هذا الوعي هو الذي يشكل من خلاله تمثّلات وتصوّرات عن المرض، ويشكّل صورة أخرى لدى الطبيب، فكّلما وعى الفرد وتصوّر خطورة المرض على جسده و بالتّالي على أداء وظائفه الاجتماعيّة العاديّة كلّما تماثل للشّفاء والتّركيز على العلاج والتّقيّد بأوامر الطبيب والعكس كلّما قلّ هذا الوعي، بتصوّره للمرض ساءت العلاقات والتّفاعلات الاجتماعيّة بينه وبين الطبيب و بالتّالي تقلّ نسبة الشّفاء.

لذا نحن أمام الإشكال الآتي:

إلى أيّ مدى يسهم تصوّر المرض و تمثّلاته لدى الطبيب و المريض والوعي بضرورة علاجه في تحديد نوعيّة العلاقات و التّفاعلات الاجتماعيّة بينهما، وبالتّالي التّقليل من زيادة حجم مرض القصور الكلوي؟

التساؤلات الجزئية:

- ما المقصود بالصّحة ؟
- إلى أيّ مدى تتسبّب العوامل الاجتماعيّة في الإصابة بمرض القصور الكلوي؟
- ما هي أهم هذه العوامل الاجتماعيّة التي تتسبّب في حدوث المرض ؟
- ما المقصود بالمرض ؟
- على أي أساس يتجه المريض نحو العلاج ؟
- هل على أساس الوعي الاجتماعي و الصحي لديه أم على أساس آخر ؟
- ماذا نقصد بالتمثّلات الاجتماعيّة للمرض ؟
- ما هي المحدّدات التي من خلالها يشكّل المريض تمثّلاته عن المرض؟
- ما نوعيّة العلاقة و التّفاعلات الاجتماعيّة التي قد تنشكّل بين الطبيب والمريض ؟
- ما محدّدات هذه العلاقة وعمليات التّفاعل ؟

2-فرضيات الدراسة (أهداف البحث):

- إنّ العوامل الاجتماعيّة مثلها مثل العوامل الطبيعيّة تتسبّب في حدوث مرض القصور الكلوي، هذا المرض الذي يتطلّب تظافر كافة الجهود لتقليل حجمه.
- يتسبّب مرض القصور الكلوي في التّأثير على المكانة الاجتماعيّة للمريض داخل أسرته، كما يؤثّر على عمله و بعض الجوانب الأخرى من حياته.
- يرتبط الوعي الاجتماعي والصّحي لدى الفرد بالمستوى التّعليمي والثقافي و الاجتماعي لديه و لدى أسرته هذا ممّا يؤدي إلى تشكيل صورة اجتماعية عن المرض، تسهم في تكوين العلاقة مع الطبيب.

-للعوي الاجتماعي والصّحي لدى الفرد دور في تحديد نمط العلاقات والتفاعلات الاجتماعية بين الطبيب والمريض وبالتالي توكيف حجم التدهور من خلال التمثلات الاجتماعية والمعرفية لكل من الطبيب والمريض.

أسباب اختيار الموضوع و أهميته: لقد تمّ اختيار هذا الموضوع بناء على جملة من الأسباب الذاتية و الموضوعية التي تمثّلت في:

- الأسباب الذاتية :و تتمثل في :

- معرفة العوامل الاجتماعية والثقافية التي تحدث الخلل بجسد الفرد وبالتالي مرضه.

- معرفة درجة الوعي الاجتماعي والصّحي والمعرفي لدى الفرد وعلاقته بتحقيق العلاج.

- معرفة تصوّرات و تمثّلات المرض لدى الأطباء و المرضى.

- معرفة نمط العلاقات والتفاعلات التي تتشكّل من جرّاء التّصوّرات و بالتالي إسهامها في تحقيق العلاج.

- الأسباب الموضوعية :و تتمثل في :

- معرفة ما إذا كانت هناك أدوارا وظيفية حقا يقوم بها كل من الأطباء و المرضى.

- نقص الدّراسات و الأبحاث في المجتمع الجزائري حول تمثّلات المرض وارتباطه بالعلاقات العلاجية الطبيب - المريض.

- اعتباره ذا فائدة من الناحية العلمية والاجتماعية.

أمّا من حيث أهميته فتسهم هذه الدّراسة في إفادة الباحثين و كافة الأفراد بالمجتمعات فيما يلي:

-تفتح العديد من المجالات أمام الباحثين في مجال علم الاجتماع و مجال علم الطّب و علم اجتماع الصّحة.

- تفيد هذه الدّراسة في معرفة العوامل الاجتماعية والثقافية التي قد تحدث الخلل في جسد الفرد.

- يفتح آفاق جديدة للبحث أمام الباحثين لمعرفة التّمثّلات الاجتماعية للمرض وإسهامها في تحقيق العلاج.

- الإشارة إلى دور الوعي الاجتماعي و الصّحي في تحديد العلاقات بين المريض و الطبيب ممّا يسهم في علاج المرض.

3- بناء نموذج التحليل (تحديد المفاهيم)

تقوم وظيفة العمل الاستكشافي على توسيع منظورات التحليل، والإلمام بفكر المؤلفين الذين يمكن لأبحاثهم وأفكارهم أن تلهم عمل الباحث، وإبراز وجوه من المسألة المدروسة ما كان لهذا الباحث قطعا أن يفكر فيها بنفسه وتقوم وظيفة هذا العمل في نهاية الأمر على اختيار إشكالية ملائمة.

ومع ذلك ينبغي أن تستغل هذه المنظورات و الأفكار الجديدة على النحو الأفضل لفهم الظواهر الملموسة التي تستأثر اهتمام الباحث ودراستها دراسة دقيقة، وإلا فإنه لا طائل فيها، إذن ينبغي ترجمتها إلى لغة والتعبير عنها في أشكال من شأنها توجيه العمل النظامي المتعلق بجمع وتحليل معطيات المعاينة أو التجريب الذي يجب أن يأتي بعدها.

هذا هو الغرض من بناء نموذج التحليل، إنها المرحلة التي تكون نقطة اتصال بين الإشكالية المعتمدة من قبل الباحث من جهة، وعمله التوضيحي في مجال التحليل هو حكما ضيق ومحدد من جهة ثانية¹، أي أن بناء نموذج التحليل يتحدد بتحديد مفاهيم الدراسة وتحديد التركيب أو البناء السببي بين هذه المفاهيم، كما أن هذا التركيب السببي يتحدد بحدود العناصر معا في الظاهرة، حيث يلعب هذا التماثل البنائي دور الفاصل أو الحاسم في الموضوع².

ولذا فإن عملية تحديد المفاهيم تعتبر من الأساسيات في البحث العلمي إذ أنها تمثل سيروية تدرجية لتجسيد ما نريد ملاحظته في الواقع، يبدأ هذا التحليل أثناء شروع الباحث في استخراج المفاهيم من فرضيته (هدف بحثه) يستمر هذا التحليل أثناء تفكيك كل مفهوم لاستخراج الأبعاد أو الجوانب التي ستأخذ بعين الاعتبار، ثم يتم تشريح كل بعد وتحويله إلى مؤشرات أو ظواهر قابلة للملاحظة. يمكن بعد ذلك أن يصل الباحث إلى تجميع بعض المؤشرات لإيجاد قياس تركيبى وهو ما يسمى بالدليل، في الأخير تأخذ بعض المؤشرات شكل متغيرات من أنواع مختلفة³.

فالمفهوم إذن يلزم ويرتبط بالملاحظة والمفهوم ليس عونا من أجل الفهم فحسب بل هو طريقة للتصور، إنه ينظم الواقع متحفظا بصفات الظواهر المتميزة الدالة ويقوم بأول تصنيف وسط سيل الانطباعات التي تنهال على الباحث.

وبعد ذلك ينبغي أن يوجه المفهوم الباحث موفرا له منذ البداية وجهة نظر⁴.

ومن خلال موضوع دراستنا والإشكالية المطروحة في هذا الموضوع حول العلاقة العلاجية وفعالية تمثلاتها ومن خلال فرضيات الدراسة سنركز في بناء نموذج التحليل على المفاهيم المرتبطة بالموضوع والتي تم تحديدها في أهداف البحث.

هذه المفاهيم التي ساعدت في بناء الموضوع وستساعد في تحليل نتائج الدراسة الميدانية والوصول إلى النتائج المرغوبة .

وانطلاقا من إشكاليتنا التي تطرقنا فيها إلى الفكرة الوظيفية لدى "بارسونز" عن أدوار الطبيب والمريض⁵، وكيف ردّ عليها "فريدسون" في عدم إيمانه بالفكرة الوظيفية ورأى

1- R.Quivy ,L.Campenhoudt ,op,cit,p101.

2- Jean – claude Combessie ,la méthode en sociologie ,paris : Edition la Découverte,1996,p06.

3- مورييس أنجرس ، منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية (تدريبات علمية)،ترجمة :بوزيد صحراوي ،كمال بوشرف ،سعيد سبعون ط2،الجزائر : دار القصة للنشر ،2008 ، ص ص 157 ، 158.

4- Madeleine Grawitz ,Méthodes des science sociales ,Paris :Edition Dalloz ,8^{eme}Edition, 1990,pp 425,426.

5- T. Parsons ,OP .cit ,pp 169-174.

بأنّ الدور يختلف حسب نوع المرض¹ وتأتي فيما بعد فكرة التفاعلية الرمزية عند "ستروس" وكيف أنّ المرض المزمن يؤثر على الحياة الاجتماعية للفرد، فيصبح الفرد فاعل في عملية العلاج وليس منصاع².

وبناء على موضوعنا سنحاول تحديد البناء المفاهيمي للدراسة وإدراج العلاقة بين هذه المفاهيم فيما بينها وعلاقتها بالدراسة ككلّ .

3-1- البناء الاجتماعي للصحة والمرض والجسد:

يرتبط علم الصحة العامّة بالعلوم الاجتماعية ارتباطا وثيقا، وهذا ما جعل الكثير من علماء الصحة يعتبرونه علما من العلوم الاجتماعية، ويؤكدون أهمية دراسة العلوم الاجتماعية كأساس ضروري لدراسة الصحة العامّة، وقد تطوّر علم الصحة مع بداية القرن 21م في اتجاه يحول فلسفته من الاهتمام بالفرد إلى الاهتمام بالمجتمع ككل، ولذا أصبح علم الصحة العامّة يعني: "أنّه علم تشخيص وعلاج المجتمع"³.

ويرتبط مفهوم الصحة بالمرض ارتباطا وثيقا يكاد أن يكونا وجهان لعملة واحدة فقد عرّف مفهوم الصحة بأنّه الحالة الخالية من الأمراض، وقد اتّفق معظم المشتغلين بالطب على صحة هذا التعريف، ولكنهم اختلفوا في كلّ ما يتعلّق بالنظريات المفسّرة لأسباب المرض. وهذا الخلاف يختلف باختلاف المجتمعات وباختلاف الفترة الزمنية التي يطرح فيها وعلى سبيل المثال فإنّ الأمراض في المجتمعات البدائية تعتبر عقابا من الآلهة أو ضربا من ضروب السحر. لذلك يتّجه العلاج إلى محاولة استرضاء الآلهة واستعمال الأحجبة والتعاويد التي يعتقد أفراد تلك المجتمعات أنّها سبيل العلاج الوحيد.

ولكن الوضع مختلف في المجتمعات الحديثة، حيث يعتمد أفراد تلك المجتمعات على الطب العلمي الغربي الحديث، الذي يقوم أساسا على المنهج العلمي في تفسير وعلاج الظواهر المرضية⁴.

إضافة إلى ارتباط الصحة بالمرض فهما يرتبطان أيضا بالجسد من حيث أنّه المحور الذي يتعرّض للصحة أو المرض، حيث أنّ أجسادنا تتأثر بالمؤثرات الاجتماعية والثقافية فهو ليس شيئا خارج عن المجتمع وإنّما يتأثر بخبراتنا الاجتماعية، كما أنّه يتأثر بمعايير وقيم المجموعات التي ننتمي إليها وهكذا يتعرّض للإصابة بالمرض بحجم العوامل الاجتماعية⁵.

3-1-1- المفهوم الاجتماعي للصحة:

¹ - R. Abdmouleh ,op .cit ,pp 96,97.

² - أنتوني غنذر ، كارين بيردسال ،مرجع سابق ، ص ص 242، 243 .

³ - أحمد محمد بدح ، أيمن سليمان مزاهره، زين حسن بدران ، مرجع سابق، ص 13.

⁴ - طارق السيد ، مرجع سابق ، ص 27.

⁵ - http : Omar ,Socialindex.Net.

إننا نعلم القليل عن الصّحة و الأصحاء و اللطّب و الدّواء صلة محدودة بالصّحة إذن فما هي العوامل ذات الصّلة الأكثر فعالية ؟ إنّ الصّحة مثل المرض تعتبر نتيجة عوامل متعدّدة، وقد كان يظنّ لعدّة أجيال سابقة أنّ المرض يحدثه سبب منفرد، ودعم هذا الاتجاه نظرية الجرثومة التي أقام دعائمها على المدى الطويل " باستور Pasteur " و " لستر Lister"¹

وهكذا فقد ظلّ ولفترة طويلة يظنّ بأنّ المعرفة الطّبيّة ما هي إلاّ مجموعة نظريات بعيدة كلّ البعد عن كلّ ما هو اجتماعي، إذ أنّ الطّب هو حصيلة العلم، لذلك فإنّه يختلف عن العلوم الأخرى، وبالذات علم الاجتماع.

وقد تعرّض هذا الرّأي للنقد من أصحاب أربع مدارس فكرية.

المدرسة الأولى : كانت تقوم على أنّ المعاناة الفردية لها تأثير مباشر على الحالة الصحيّة ومن بين أصحاب هذا المذهب " ايلش Illich "

المدرسة الثانية : تقول بأنّ التّصوّرات الاجتماعية تؤثر على صحّة الأفراد ومن أصحاب هذا الاتجاه نجد " فوكوه Foucalt "

المدرسة الثالثة : وهي المدرسة الوظيفيّة ويمثلها " بارسونز Parsons " والقائمة على فكرة الأدوار الاجتماعية لكلّ من الطبيب والمريض، كما تقوم على أنّ لقيم المجتمع علاقة كبيرة بالصّحة .

المدرسة الرابعة : وهي المدرسة الماركسية التي كانت ترى أنّ هناك العديد من القوى الاجتماعية التي تؤثر على صحّة الإنسان².

وهكذا بعد النقد تمّ الاعتراف حديثاً بأنّ كلّ شخص يحمل الإمكانية الكاملة لكل مرض في كل الأوقات ولكن من خلال الظروف المحيطة التي تختلف باختلاف الأفراد، فيصبح بعض النّاس مرضى بينما آخرون في نفس المكان يبقون أصحاء، بمعنى القاعدة الفيزيقيّة تثار وتفجّر الأمراض أو الإصابات لأنهم يجدونها مفضّلة عن وطأة الضّغوط وإجهادها وقد أوضح ذلك بعض علماء الاجتماع أمثال " بارسونز Parsons " كما سبق وأنّ أشرنا في دراسته المتعلّقة بالأدوار المرضيّة³. حيث نجده يحدّد مفهوم الصّحة في أنّها تعني : " حالة من الطّاقة الكاملة للفرد، يستطيع في ظلّها أداء أدواره التي تمّ تنشئته على تأديتها بصورة مثاليّة " ⁴.

كما أنّ هناك تعريف يعتبر أنّ الصّحة هي : " غياب المرض الظاهر وخلق الإنسان من العجز والعلل " وبالتالي يمكن النّظر إلى الأشخاص الذين لم يشعروا بالمرض أو لم تبدوا عليهم علامات الإللال عند الفحص أصحاء ولكن هذا التعريف غير دقيق إذا قارناه

¹ - إبراهيم طيفة، مرجع سابق، ص 213.

² - طارق السيد، مرجع سابق، ص 39-51.

³ - عبد المجيد الشاعر، يوسف أبو الرب، رشدي قطاس، مرجع سابق، ص 61.

⁴ - طارق السيد، مرجع سابق، ص 47.

بتعريف منظمة الصحة العالمية التي تعرّف الصّحة بأنّها : "حالة السّلامة والتّحسن الجسمي والاجتماعي والعقلي الكامل وليست مجرد الخلو من المرض أو العجز"¹. وهكذا يمكن القول بأنّ تعريف منظمة الصحة العالمية (O.M.S) هو التّعريف الدقيق والمحدّد للصّحة، حيث أنّ هذا المفهوم ليس مجرد الخلوّ من المرض أو العجز فقط، وإنّما يعني حالة الكفاية والسلامة والصّحة من جميع جوانب حياة الفرد الجسميّة والنفسيّة والاجتماعيّة فلا نستطيع القول على الفرد سليم من الناحية الجسدية فقط أو من الناحية الاجتماعية فقط أو الناحية العقليّة أنّه سليم ومعافى، وإنّما إذا اجتمعت هذه الجوانب الثلاثة كلّها في الفرد نستطيع القول أنّه ذو صّحة جيّدة وأنّه معافى وسليم.

3-1-2- المفهوم الاجتماعي للمرض :

يعدّ موضوع المرض من الموضوعات التي تجذب اهتمام كلّ من الأطباء وعلماء الاجتماع ذلك لأنّ المرض حالة من الاضطراب أو اختلال للنواحي الوظيفيّة في الجسم أو لأسباب حيويّة بيولوجيّة تجعل عدم قدرة أعضاء الجسم على أداء وظائفها على الوجه الأكمل كما أنّه يتعلّق بطبيعة الفرد نفسه من حيث سلوكه في الحياة². فالمرض يمثّل خبرة فردية عند المريض إلاّ أنّه جد مهم ومرتبطة بالمجتمع ككل³، حيث أنّ هناك علاقة وطيدة بين المرض والعوامل المجتمعيّة فهناك العديد من المتغيّرات الطبيعيّة والاجتماعيّة والثّقافيّة التي تسهم في الإصابة بالمرض وأنّ حالة الإنسان الصّحيّة هي في الواقع نتاج تفاعل البيئة الاجتماعية والثّقافيّة والطبيعيّة إذ أنّ تدني الحالة الصّحيّة لكثير من الأفراد وانتشار الأمراض يعدّ نتاجا لأسلوب الحياة والعديد من المتغيّرات كالجهل والأميّة والمعتقدات والممارسات الشّعبيّة والسحريّة والعادات الخاصّة بالصّحة والمرض³. فيحدث هذا الأخير بقصور عضو أو أكثر من عضو في الجسم عن القيام بوظيفته خير قيام، كما يحدث المرض أيضا إذا اختل أو انعدم التّوافق بين عضوين أو أكثر من أعضاء الجسم في أداء وظائفه .

ويعرف قاموس ويلستر المرض: " بأنّه حالة يكون فيها الإنسان معتلّ الصّحة ويكون الجسم في حالة توعك بسبب المرض، والمعنى الحرفي لكلمة مرض هو الاحتياج للرّاحة"⁴. أمّا المنظور الاجتماعي للمرض فهو يمثّل : " انحراف " سواء كان فيزيقيا أو نفسيا أو اجتماعيا والذي يخلق مشكلات اجتماعيّة للأفراد والمجتمع ككلّ .

كما أنّ فهمنا للصّحة والمرض لن يكتمل إلاّ بعد إدراجهما في " السّياق الاجتماعي " والذي يعدّ بحق الإطار الأشمل الذي تندرج منه الصّحة والمرض فيضفي عليها الصبغة

¹ - عبد الحي محمود حسن صالح، مرجع سابق ، ص 17.

² - مصطفى عوض إبراهيم وآخرون، مرجع سابق ، ص 73.

(*) - للمزيد من الاطلاع أنظر :

(*) - Voir -C. Herzlich ,Santé et maladie ,analyse d'une représentation sociale , Lahaye :Mouton , 1970

³ - مصطفى عوض إبراهيم وآخرون، مرجع سابق ، ص 17.

⁴ - محمد علي محمد وآخرون ، مرجع سابق ، ص 49.

الاجتماعية ، وقد عبّر " رنيه ديوبو Rene Dubos " عن ذلك تعبيراً أكثر وضوحاً عندما قال : " أنّ النضال الدائب للإنسان من أجل أهداف جديدة وبعيدة المدى، يجعل مصيره دائماً أكثر ابتعاداً عن نطاق التنبؤ من مصير الكائنات الحيّة ولهذا السبب لا يمكن أن تتمثّل الصّحة والسّعادة قيمًا مطلقة ودائمة مهما بلغ مستوى التّخطيط الطّبي والاجتماعي من نضج واكتمال ويعتبر لإنجاح البيولوجي في كل مظاهره وجدانية مسألة ملائمة تخضع للقياس الدقيق، والملائم تتطلّب بدورها جهوداً مستمرة وغير متناهية من أجل التّوافق مع ظروف البيئة الكليّة التي لا تتوقّف عن التغيّر " ¹.

كما لقي موضوع " المرض " اهتماماً بالغاً من قبل علماء الاجتماع وهذا بعد أن ظهر علم الاجتماع الطّبي في نهاية الستينات في فرنسا ² ، حيث نجد من بينهم :

النظرية الوظيفية : التي يمثّلها " تالكوت بارسونز T.Parsons " والذي يرى بأنّ للمرض دور هام في تحديد تفاعل الفرد مع المجتمع ، إذ أنّه عندما يحدث المرض لشخص ما فإنّ تصرّفاته سوف تختلف عنها قبل المرض ولذا يقول : " إنّ المرض انحراف عن النّسق الاجتماعي لما يترتّب عليه من خلل في أداء الأدوار الاجتماعية بالطريقة المعتادة " ³. كما أنّ معالجة المرض خارج المحيط العائلي يمكن أن تكون عمليّة سهلة وناجحة في إيقاف المرض ⁴.

كما نجد في المقابل " إيليو فريديسون E.Friedson " الذي طرح نموذج جديد لتحليل المرض مخالف عنه عند "بارسونز " ، والسبب الذي دفع هذا الباحث ليس تكلمة مهام الطبيب كما فعل " بارسونز " وإنما يقول : " إنّ سوسيولوجية المعرفة خارجة عن هذا الموضوع التحليلي : فالطب يتدخل به إبداع فئة المرضى " ⁵ ، أمّا المرض فبإمكان الطب تحديده إذا ما كان مرض أم لا ⁶.

النظرية التفاعلية : ويمثّلها " أنزلم ستروس A.Strauss " الذي ركّز على دراسة الأمراض المزمنة، ورأى بأنّ بعض الأمراض تتطلّب معالجات ومتابعات منتظمة قد تؤثر على الروتين اليومي لحياة الناس حولهم، ويتبدّى ذلك في حالات غسل الكلى مثلاً كما هو الحال في دراستنا، أو تعاطي الأنسولين، والحقن والأدوية ⁷.

من خلال كل ما سبق في تحديد مفهوم المرض نستطيع القول أنّ هذا المفهوم لقي الاهتمام من قبل العديد من النظريات وأخذ سياقاً تاريخياً في تطوّره هذا السّياق الذي ارتبط بتحديد ماهيته والعوامل المرتبطة به، لذا ظهرت النظرية الوظيفية والتفاعلية الرمزية وعالجت كل منهما هذا المفهوم حسب نظرتها له. ويمكن القول بأنّ المرض يعني الاعتلال

¹ - مصطفى عوض إبراهيم وآخرون ،مرجع سابق ، ص ص 83 ، 84.

² - B.Rymond, P.Besnard ,op,cit,p114.

³ - طارق السيد ، مرجع سابق ، ص ص 83 ، 84.

⁴ - T.Parsons ,R.Fox,op ,cit ,p165.

⁵ - R .Abdmouleh ,op .cit , 96.

⁶ - طارق السيد ، مرجع سابق ، ص 97 .

⁷ - أنتوني غدنز ، كارين بيردسال ، مرجع سابق ، ص 242.

في إحدى جوانب حياة الفرد إما الجسدية أو النفسية أو الاجتماعية، وهو يعني عدم الراحة في إحدى تلك الجوانب، فكلما شعر الفرد بالتوَعك وعدم الراحة يعني ذلك اعتلال في الصحة ويعني بأنه مريض يحتاج إلى العلاج لمواصلة الحياة

3-1-3- المفهوم الاجتماعي للجسد :

تتعدّد وتختلف معاني الجسد بتعدّد واختلاف المجتمعات، فصياغة كلمة جسد كجزء مستقل عن الإنسان الذي يحمل هذا الجسد وجهة تفترض ألا تنوعاً غريباً بين المجتمعات البشرية، فالجسد في المجتمعات التقليدية ذات التركيب الجمعي المتجانس لا يشكّل موضوعاً للانفصال لأنّ الإنسان يمتزج بالكون والطبيعة والجماعة، كما أنّ تصوّرات الجسد في هذه المجتمعات هي في الواقع تصوّرات للشخص، وأنّ صورة الجسد هي صورة ذاته ... كما يمكن أن تعطي هذه الكلمة " جسد " مفاهيم مختلفة جداً من مكان لآخر ففي المجتمعات الريفية لا يكون الشخص محدوداً بحدود جسده المنغلق على ذاته ولا تتوقف هويته عند جسده ولا يفصله هذا الجسد عن المجموعة وإنّما يدرجه فيها... وهكذا فإنّ الجسد في المجتمعات التقليدية يعمل كواصل لطاقة الجماعة حيث يكون الشخص بواسطة جسده في اتصال بمختلف الميادين الرمزية التي تعطي معنى للوجود الجماعي وذلك على عكس الجسد في المجتمعات الغربية من النمط الفردي حيث يعمل كقاطع للطاقة الاجتماعية وبالتالي يختلف تحديد مفهوم الجسد باختلاف المجتمعات وباختلاف ثقافة الإنسان¹. كما أنّ لهذه الثقافة وللمجتمعات تأثير واضح على جسد الإنسان وخاصة من حيث تأثير العوامل الاجتماعية والثقافية في إصابته بالمرض². ممّا استلزم ظهور تخصص يهتم بهذا وهو علم اجتماع الجسد الذي يهتم باستقصاء الطرق والأوجه التي يتأثر فيها الجسم أو الجسد البشري بالعوامل و المؤثرات الاجتماعية، فالجسد البشري ليس شيئاً مادياً يعيش في فراغ أو خارج السياق الاجتماعي أو التجارب التي نمّر بها في تفاعلاتنا غير المحدودة مع منظومة التجارب والبيئات النفسية والروحية والاجتماعية والاقتصادية والطبيعية التي تكتنف وجودنا الإنساني³، وإنّما له علاقة وطيدة بكلّ ما هو اجتماعي و موجود في المجتمع⁴.

إذا يمكن القول بأنّ الجسد مفهوم تمّ الاهتمام به منذ القدم وذلك لإدراك الناس لهشاشة هذا الجسد وبطلانه إذا لم يتم الاعتناء به وهو شكل ورمز للفرد لذا ارتبط هذا المفهوم بعلم الاجتماع وأصبح تخصصاً من تخصصاته وأطلق عليه علم اجتماع الجسد هذا التخصص الذي يهتم بشكل الجسد من جميع الجوانب خاصة الجانب الصحي منه، لذا فإنّ تعرّض الفرد للمرض يعني تعرّض جسده للمرض، وركز معظم الباحثين في هذا الميدان على تأثير

¹ - نجلاء عاطف خليل ، مرجع سابق ، ص ص 230 ، 231.

² - [http : Omar ,Socialindex.Net.](http://Omar.Socialindex.Net)

³ - أنتوني غدنز ، كارين بيردسال ، مرجع سابق ، ص 225.

⁴ - [http : Omar ,Socialindex.Net.](http://Omar.Socialindex.Net)

المؤثرات الاجتماعية والثقافية في الإصابة بالمرض، لذا يعدّ هذا المفهوم من أهم المفاهيم في دراستنا حيث نهتم في هذه الدراسة ببحث العوامل الاجتماعية التي قد تتسبب في حدوث المرض.

3-2- البناء الاجتماعي للأمراض المزمنة :

غالبًا ما كانت الفروق بين المجتمعات والثقافات تنسب في الماضي إلى اختلافات جنسية بين الناس، وهذا الاعتقاد ما يزال منتشرًا على نطاق واسع وبدرجة تكون قوة سياسية واجتماعية فعالة، فالناس يختلفون في خواص عضوية وبيولوجية معينة واضحة مثل لون الجسم، وشكل الشعر وحجم الرأس. كما يختلفون في خواص أقل وضوحًا مثل الاستعداد للإصابة بالمرض، ويختلف تكرار بعض الجينات الوراثية بين السكان على الرغم من عدم اقتصر جينات معينة على جنس معين، وكلما تباعد السكان كلما ازدادوا تميزًا... وهكذا يتضح لنا أنّ تحديد الشكل الطبيعي للمجتمعات مرتبط بنوع البيئة التي يسيطر عليها الإنسان من خلال ذكائه ومن تنظيمه الاجتماعي الذي يحدّد معالم التقدّم الإنساني المختلفة¹. وهكذا فإنّ هذا الذكاء أو الوعي الذي يمتلكه في ذهنه يخلق له تمثّلات اجتماعية مختلفة عن الأشياء المحيطة به، هذا التمثّل الذي تكلم عنه " اميل دور كايم " في مفهوم التمثّل الجمعي الذي يعتبره طبقات فرعية من الضمير الجمعي ويقول في التمثّل الجمعي أنّه لا يمكن اختزاله إلى مستوى وعي الفرد" فالتمثّلات الجمعية تنتج من طبقات الأفراد المشتركين لكن لها ميزاتها المتفرّدة " ممّا يعني أنّ هذه الميزات الفريدة لا يمكن اختزالها إلى الوعي الفردي، وإنما يمكن وضعها ضمن إطار الحقائق الاجتماعية غير المادية إنّها تتجاوز الفرد لأنّها لا تعتمد في وجودها على فرد معين، إنّها مستقلة عن الأفراد لأنّ عمرها أطول من عمر أيّ فرد². هذا فيما يخصّ التمثّل الجمعي للأفراد أيّ الصورة التي تكوّنها الجماعة حول الأشياء التي يغيب فيها وعي الفرد لوحده، لكن هناك تمثّلات اجتماعية خاصة بالفرد والتي ترتبط ارتباطًا وثيقًا بحياة الفرد الشخصية ومن خلالها يشكّل صورًا حول الأشياء المحيطة به، ومن ضمنها التمثّل الاجتماعي للمرض حسب نوعيته ومدّته وأثاره الجسمية والنفسية والاجتماعية .

لذا سنحاول من خلال ما سيأتي التّعرض للمرض المزمن باعتباره أكثر الأمراض المؤثرة على أفعال و تصرفات الأفراد وسنركّز على مرض " القصور الكلوي " الذي هو محور بحثنا.

3-2-1- المرض المزمن:

يعرّف المرض المزمن من الناحية الطبية على كونه: " يتميّز بتطوّر بطيء دون اتّجاه نحو الشفاء فهو ليس له، كما هو الحال بالنسبة للمرض الحاد بداية محددة فتطوّر غير

¹ - إقبال إبراهيم مخلوف ، مرجع سابق ، ص ص 48 ، 49.

² - www.3almani.org/Spip.php?article 2102

محسوس عبر الأشهر والسنوات، فالإزمان مرتبط بمقاومة الجراثيم للعلاج، أو باضطراب مناعي، يتطلب علاجاً دائماً هدفه تصحيح الاضطراب المرضي¹.

أما من الناحية السوسولوجية يعتبر الإزمان المرضي " بقاء في المدّة فالمرضى يبقى مريضاً طول الحياة، إذ أنّ الفصل بين الفترات المؤقتة (الصّحة - المرض - الشفاء - العودة إلى الصّحة) المستبدلة بفترات أكثر تعقيداً (صعوبة التّعرف على الأعراض ممّا يتطلب تسييراً للإزمان المرضي وليس فقط البحث عن التّشخيص والعلاج الفعّال " ومن هنا يظهر المرض المزمن ليس فقط كتجربة بيولوجية واجتماعية يتحقّق الشفاء منها بمجرد اللّجوء إلى العلاج وهو يميّز بخصائص الشكّ في سير الأحداث، مواجهة المرض¹.

إذا يمكن القول بأنّ الإزمان هو حدوث المرض وبقائه طول الحياة فالمرض يعني اختلال في الجوانب الجسميّة أو النّفسيّة أو الاجتماعيّة والإزمان يعني نوع من أنواع الأمراض الذي قد يكون حاداً ثمّ يتحوّل إلى مرض مزمن فيلازم الفرد طول حياته ويعيش به ويصبح جزء من حياته حيث لا يستطيع إغفاله أو تجاوزه، فيؤثّر على أدواره الاجتماعيّة العاديّة التي كان يقوم بها، لذا يدخل المريض هنا في شكل آخر من الهويّة حيث أنّ من أهم آثار المرض المزمن هو التأثير في هويّة الفرد.

3-2-2- مرض القصور الكلوي والآثار الجانبية له :

يجمع الأطباء على أنّ الكلى من أهم أجهزة الجسم الحيويّة لبقاء الإنسان على قيد الحياة وهي قد تصاب بأمراض مختلفة تؤثر سلبياً على وظائفها ولعلّ من أهم هذه الأمراض **الفشل الكلوي المزمن** والذي يراه الأطباء من أهم التّجديدات المعاصرة أمام علم الطّب لعلاجها أو لتجسيم خطواته².

حيث يعدّ **الفشل الكلوي** من الأمراض المزمنة التي تؤثر على قدرات الإنسان وعلاقاته وعمله، وهو ينجم عن تلف أنسجة الكليتين بصورة نهائية وتعجزان بعدها عن أداء وظيفتهما في جسم المصاب بهذا المرض، والذي ينشأ بداية نتيجة التهاب الكلى أو ارتفاع ضغط الدّم أو ارتفاع السّكري ... ممّا يؤدي إلى تراكم السّموم والفضلات في الدّم³. من هنا تتعدّد أسباب حدوث **الفشل الكلوي** ونذكر من بينها :

- التهاب حوض الكلى وهو يؤدي إلى التهاب المسالك البولية وعدم سرعة علاجها
- التهاب الكلى أو ضمورها وأثره على عدم قدرتها على تنقية الدّم وترشيحه والتّخلص من المواد السامة بالجسم.
- مرض الأكياس في الكليتين حيث يولد بعض الناس حاملين لهذا المرض وذلك بسبب كبر حجم الكلية وبالتالي يؤدي إلى الإصابة بالفشل الكلوي.

¹ - مشري فريدة، مرجع سابق، ص 103.

² - محمد سلامة محمد غباري، أدوار الأخصائي في المجال الطبي، الأزاريطة: المكتب الجامعي الحديث، 2003، ص 183.

³ - فيصل محمد غرابية، الخدمة الاجتماعيّة الطبيّة، عمان: دار وائل للنشر والتوزيع، 2008، ص 215.

- فقدان السوائل في الجسم بسبب الإسهال الشديد أو الجفاف أو الحروق.¹
- تكوّن الحصوات أو الالتهاب أو حدوث الاثنين معاً، هذه الحصوات التي تكون نتيجة الأملاح في الجسم أو نتيجة الالتهابات الموضعية .
- الاستعمال السيئ للأدوية التي قد تضرّ أنسجة الكلى، والتي قد تؤدي إلى تدمير خلاياها، وبذلك ينتج عنها الفشل في وظائفها².

إذا كانت أسباب مرض **الفشل الكلوي**، والعوامل المؤدية للفشل الكلوي في مجموعها مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بحقائق طبيّة بحتة، فإنّ التّحليل الاجتماعي لها يكشف عن جوانب سلوكيّة وثقافيّة واجتماعيّة تتدخل في إحداثها، لتتبلور الطبيعة الاجتماعيّة، وكذلك الجهود الوقائيّة منها، وكلّ ذلك لتحقيق الخطة العلاجيّة .

وقد كشف التّحليل الاجتماعي للعوامل الطبيّة أنّ هناك ارتباط وثيق بالعوامل الايكولوجيّة والثّقافيّة المرتبطة بأمراض الكلى .

وكذلك هناك العوامل المناخيّة والغذائيّة والسلوكيات الحياتيّة المرتبطة بهذا المرض إضافة إلى الجوانب السلوكية المرتبطة بالانحراف السلوكي أو العادات السلوكية الضّارة ونمط الحياة السّائد ونوعيّة الأغذية التي تتسبّب كلّها في حدوث الفشل الكلوي .

إضافة لما سبق نجد أيضاً تأثير الجوانب الاقتصاديّة المرتبطة بالفقر والحاجة وانعكاس ذلك على النّمط الحياتي السّائد والغذاء والمسكن وتأثير الجوانب الاجتماعيّة المرتبطة بالتوترات الأسريّة أو المجتمعيّة والعلاقات الإنسانيّة بصفة عامّة³.

فإذن حدوث **الفشل الكلوي** نتيجة هذه الأسباب يترتّب عنه عدّة مشكلات يتخبّط بها المريض حيث يمكن إيجازها في النقاط الآتية:

- يزداد اعتماد المصاب على الأشخاص والأجهزة، مع تزايد المخاوف من استمرار ذلك الاعتماد إلى نهاية الحياة .
- يصاحب عملية غسيل الكلى المتكرّر حالة قلق تشدّد حدّته مع الزمن وخاصّة إذا ما بدأ ينصح بزرع الكلية، فيتّجه قلقه إلى مدى نجاح العمليّة واستمرار نجاحها، عدا الألم المصاحب لعمليّة غسيل الكلى في حدّ ذاتها.
- يحاول المصاب تجاهل الحالة وإنكارها، ويعبّر عن رغبته في العودة إلى عمله وقد تزداد الحالة حدّة إلى درجة عدم الحضور في المرّة الأخرى، ممّا يسبّب انتكاسة لحالته.
- يزداد اعتماد المصاب على الآخرين وخاصّة في تركيب الجهاز الخاص بالغسيل، رغم أنّ بعض المصابين يقلّون من الاعتماد على الآخرين ويحاولون تقليص ذلك إلى أبعد الحدود .

¹ - محمد سلامة محمد غباري، مرجع سابق، ص ص 186، 187.

² -healths .roro 44 .com /healths -91-671-0-html

³ - محمد سلامة محمد غباري، مرجع سابق، ص ص 187، 188.

- يحتاج مريض الكلى إلى إتباع نظام غذائي خاص، ويحاول المصاب عادة أن يخرج عن هذا النظام الغذائي، ممّا ينعكس سلبيًا عليه¹.
- لمرض الفشل الكلوي، آثار اجتماعية، فهو يحتاج إلى وقت طويل لعلاج ذلك يستنزف موارد الأسرة المالية، ويرهق المريض وأسرته².
- يؤثر مرض الكلى على دور الفرد في المجتمع من حيث تأديته في المجتمع بالإضافة لما يلاقه من سخرية واشمئزاز وابتعاد الناس عنه .
- يؤثر المرض على دور المريض كأب أو كأم ، من حيث عدم القدرة على توجيه الأبناء ممّا يدفع بالأبناء إلى البحث عن مصادر أخرى ينالون منها الاهتمام .
- للفشل الكلوي تأثير على دور المريض كزوج أو كزوجة وذلك من حيث العجز الجنسي³.

من خلال كل ما سبق نستطيع القول أنّ مرض الفشل الكلوي من الأمراض المزمنة الأكثر حدّة، من حيث أنّه يؤثر على الأدوار الاجتماعية العادية للمريض، فهو مرض تعدّدت الآراء حول أسباب حدوثه، فهناك من يرجعها إلى عوامل طبيّة وهناك من يرجعها إلى عوامل اجتماعية مرتبطة بالحياة والمستوى المعيشي للفرد، وبالتالي الإصابة بهذا الداء يستلزم منه علاجا قد يرافقه طول الحياة ممّا يؤثر سلبيًا على الحياة الاجتماعية للفرد من كلّ النواحي النفسيّة والاجتماعية والجسديّة.

3-2-3- التمثّل الاجتماعي للصحة والمرض :

يعتبر التّمثّل الاجتماعي من بين المواضيع التي حظيت باهتمام كبير من طرف علماء الاجتماع، والذي أخذ من أطر متباينة، ممّا أدى إلى تباين تعريفاته وفي هذا الإطار سنحاول عرض بعض التعريفات :

1- إميل دوركايم Emile Durkheim " التّمثّل الاجتماعي هو ظاهرة تميّز عن باقي الظواهر في الطبيعة بسبب ميزاتها الخاصّة ... بدون شكّ فإنّ لها أسباب وهي بدورها أسباب... ويضيف أنّ إنتاج التّصوّرات لا يكون بسبب بعض الأفكار التي تشغل انتباه الأفراد ولكنها بقايا لحياتنا الماضية إنّها عادات مكتسبة، أحكام مسبقة، ميول تحرّكنا دون أن نعي وبكلمة واحدة أنّها كلّ ما شكل سماتنا الأخلاقية " ⁴

2- تعريف فيشر Ficher : " التّمثّل الاجتماعي هو بناء اجتماعي لمعارف عادية مهية من خلال القيم والمعتقدات، ويتقاسمها أفراد جماعة معينة وتدور حول مواضيع مختلفة (أفراد،

¹ - فيصل محمد غرابية ، مرجع سابق ، ص ص 215 ، 216.

² - محمد سلامة محمد غباري، مرجع سابق، ص 182.

³ - إقبال إبراهيم مخلوف ، مرجع سابق ، ص ص 59 ، 60.

⁴ - Emile Durkheim ,sociologie et philosophie ,paris :PUF,1997,p113.

أحداث، فئات اجتماعية...) وتؤدي إلى توحيد نظرتهم للأحداث كما تظهر أثناء التفاعلات الاجتماعية" ¹

3- تعريف جودلي Jodelet: " التمثّل الاجتماعي شكل من المعرفة الاجتماعية المبنية والمقسّمة من طرف المجتمع وتهدف إلى أشياء عملية، كما تعمل على إعادة بناء الواقع المشترك بين الجماعات الاجتماعية، وهي تعتبر معرفة ساذجة " ²

4- تعريف موسكو فيسي Moscovici: " التمثّل الاجتماعي هو نظام من القيم ومن المبادئ والممارسات المرتبطة بأشياء معينة سواء مظاهر أو أبعاد خاصة بالوسط الاجتماعي، والتي تسمح باستقرار إطار الحياة الخاصة بالأفراد والجماعات، كما تشكل أيضا أداة لتوجيه إدراكنا وكذا بناء استجاباتنا " ³

5- تعريف هرزليش Herzlich: " التمثّل الاجتماعي هو عبارة عن منتج أو سيرورة لبناء الواقع، تؤثر في أن واحد على المثير والاستجابة فتعدّل من الأول وتوجّه الثاني " ⁴ وهكذا ومن خلال هذه التعريفات يمكن القول أنّ التمثّل الاجتماعي هو عبارة عن محتويات التفكير من معارف وآراء ومعتقدات متعلّقة بمسألة معينة والتي ترتبط بقيم الجماعة، الأمر الذي يخلق لأفرادها نظرة موحّدة لهذه المسألة، تترجم خصوصا خلال تفاعلاتهم الاجتماعية في جملة المواقف والسلوكيات المتعلّقة بها .

وفي سياق آخر فإنّ التمثّلات الاجتماعية حول الصحة والمرض، هي عبارة عن عملية بناء وتشكيل الواقع، حيث أنّ المرض تجربة من تجارب الحياة التي يمرّ بها الفرد ولكن يختلف معنى التمثّل من فرد إلى آخر ويرتبط ذلك بمجموعة من العوامل المتداخلة التي تصل بالجنس، ونمو الشخصية، والضغوط البيئية والظروف الاجتماعية ودرجة العجز والنتائج النهائية للمرض ⁵، لذا نجد الباحثة " ك. هرزليش C. Herzlich " تعرّف التمثّل الاجتماعي على أنّه: " إنجاز نفسي، معقّد، يدخل من خلاله في صورة دالة تجربة كل فرد والقيم والمعلومات الموجودة في المجتمع " ⁶.

ولا يمكن أن نقارن بين ما يقاسيه فرد معين وبين معاناة فرد آخر والمقياس الوحيد هو استجابة الفرد نفسه بأبعاد شخصيته المتميّزة حيث تختلف أنواع المرض ودرجة مقارنة الشّخص لهذا المرض والمشاعر النفسية اتجاه المرض، ولذا تتدخّل درجة نضج المريض بما في ذلك عمره وخبراته نحو المرض فقد يستطيع المريض الذي حقّق نضجا انفعاليا أن يتكيّف مع عجزه دون انحراف نفسي يذكر ويمكنه أن يتقبّل الاعتماد على الآخرين لفترة معينة، ثمّ يتخلّى عن هذا السلوك بمجرد إحساسه بعدم الحاجة إليه .

¹- Gustave –Nicolas Ficher ,les concept Fondamentaux de la psychologie sociale ,3eme Edt ,Paris :Dunord ,2005,p 131.

² - Denise Jodelet ,les représentation sociale ,Paris :PUF,1990,P360.

³ - Moscovici Serge ,la psychanalyse son image et son public ,Paris :PUF,1961,pp 42,43.

⁴ -C. Herzlich , (la représentation sociale) ,in : Moscovici Serge ,introduction à la psychologie sociale ,Paris : Larousse ,1972,P304.

⁵ -إبراهيم عبد الهادي المليجي ، مرجع سابق ، ص 135 .

⁶-C.Herzlich ,santé et maladie,analyse d'une représentation sociale ,op. cit ,P23.

ومن ناحية أخرى، قد تكون استجابة الفرد الذي ينقصه النضج الانفعالي نحو الأمراض الطفيفة بالانسحاب، وتجنّب الاتصال بالآخرين، وقد يبدي نفورا نحو أعضاء أسرته، وقد يتحوّل تدريجيا إلى شخص تدور كل اهتماماته وتتركز حول ذاته، ويطلب بأن توجه إليه كلّ الخدمات والعناية، حتّى يعوّض ما يشعر به من نقص وقصور¹.

وهذا نتيجة التّصور الاجتماعي الذي يشكّله المريض اتّجاه مرضه حيث لا يوجد شخصان يعني المرض بالنسبة لهما شيئا واحد حتى لو كانا يعانيان نفس المرض، وهذا ما يدخل ضمن دراستنا وضمن تخصّصنا وهو البحث عن ما يعنيه المرض بالنسبة للمريض لذا² فالتمثّلات الاجتماعية للصّحة والمرض هي أساس المعرفة لدى المريض والتّصرفات التي يبديها الأفراد الآخرين³ اتّجاهه، كما أنّ هذه التّمثّلات جدّ معقّدة وترتبط بعدّة عناصر⁴ ممّا يجعل بعض المرضى يحاولون إلى حدّ معين إنكار المرض ونتيجة هذا الإنكار سيستمر في بذل الجهد الذي كان يحتاج إليه في استعادته لصّحته وسيظلّ تبعا لذلك مريضا. وعدم الاعتراف بالمرض وإنكاره يعني عدم اتّخاذ خطوات للسير نحو إجراءات الشّفاء . و هناك بعض المرضى من يعترفون بمرضهم ويتقبّلون جميع الالتزامات والحدود التي يضعها ويفرضها المرض فيصبح قادرا على توجيه قدراته نحو السير في طريقها للشّفاء. ونجد البعض قد تعلّموا كيف يتغلّبون على الضغوط التي تواجههم أثناء المرض وغيره بأقلّ قدر من الأزمات، والبعض الآخر لديه الكثير من المعوّقات التي قد تصيبه بالشّلل وتفقده القدرة على مواجهة هذه الضغوط⁵. هذه المعوّقات منها ما يرجع إلى المرض في حدّ ذاته، ومنها ما هو راجع إلى المريض ومنها ما يرتبط بالمستشفى والمجتمع⁶.

بعد تطرقنا لمفهوم التّمثّل الاجتماعي عامّة، والتّمثّل الاجتماعي للصّحة والمرض خاصّة يمكن أن نقول بأنّ هذا الأخير يعني تكوين أو تشكيل صورا اجتماعية للمرض لدى المريض من خلال خبراته في الحياة ونوع مرضه ومعايشته له، كما يمكن القول بأنّه الصورة التي قد يبلورها الآخرين في ذهن المريض، أو الصورة التي يشكّلها من خلال وعيه الصّحي ومستواه الاجتماعي والثّقافي والتّعليمي، حيث أنّ كلّ هذا يدخل ضمن التّمثّلات الاجتماعية للصّحة والمرض، ومن خلالها أيضا يدخل في تشكيل نوع العلاقة العلاجية التي قد تكون بينه (المريض) وبين الطبيب .

3-3-فعالية تمثّلات مرض القصور الكلوي:

¹ - إبراهيم عبد الهادي المليجي ، مرجع سابق ، ص 135.

² - إقبال إبراهيم مخلوف ، مرجع سابق ، ص 55.

³ - Philippe Pitaud , Marika Richtto_ *Miroir gentil miroir ...Des représentation sociales de la maladie d'alzheimer comme éléments d'approche des malades et de leur entourage* ,Marseille :GREAI-PACA et corse ,2005,p 07

⁴ -Rymond Baril ,José- Durand Marie ,*L'influence des représentation de la maladie ,de la deleur et de la guerision sur le processus de réadaptation au travail* ,Paris :L'iRSST,2008,p 32.

⁵ - إقبال إبراهيم مخلوف ، مرجع سابق ، ص 56.

⁶ - إبراهيم عبد الهادي المليجي ، مرجع سابق ، ص ص 137،136.

إنّ محور دراستنا في هذا الموضوع هو دراسة العلاقة العلاجيّة التي قد تنشأ بين الطبيب والمريض من خلال تمثّلات المرض لدى كل منهما وأيضا من خلال الوعي الاجتماعي والصّحي والمعرفي لدى المريض، فالعلاقة الإنسانيّة بين الطبيب والمريض تعدّ من أهم موضوعات علم الاجتماع الطّبي فهي كالعلاقة الإنسانيّة بين الممرضة والمريض أو بين الأستاذ و الطالب أو بين المهندس والعامل ... فهي تنطوي على فعل ورد فعل بين الاثنين وعلى مجموعة رموز سلوكيّة وكلاميّة يفهمها الإنسان فضلا عن وجود أدوار اجتماعيّة متباينة يشغلها الطرفان، هذه الأطراف التي توضح ماهية المراكز التي يشغلها الشّخصان المتفاعلان كالطبيب و المريض¹.

لذا فإنّ العلاقة العلاجيّة بين الطبيب-المريض تعتمد على عدّة عوامل منها الحالة النفسيّة التي يتواجد فيها المريض، والجانب الأخلاقي للمهن الطّبيّة كالضمير المهني والحفاظ على سرّ المهنة وتتحكّم فيها أيضا نوعيّة العلاج المقدم فأولوية الأشخاص تختلف بحيث هناك من يولي اهتماما أكبر للعلاج وهناك من يفضل العلاقات الجيدة والمعاملة الحسنة ويمكن أن تكون للعلاقات تأثير كبير على أداء الخدمة واستجابة المريض للعلاج² كما تتوقّف هذه العلاقة كما سبق وأن ذكرنا على درجة الوعي الاجتماعي والصّحي لدى المريض، حيث يعدّ الوعي الصّحي والاجتماعي من أهم العوامل المسؤولة عن صحّة الفرد وحيويته وطول عمره، فعندما يكون الفرد متسلّحا بالوعي الاجتماعي والصّحي أي يدرك ويعرف تمام المعرفة ماهية الشّروط والمعطيات الاجتماعية التي تجلب له الصّحة والحيويّة وحسن التكيف للمحيط الذي يعيش فيه ويتفاعل معه ويدرك كذلك طبيعة الأمراض الموجودة في محيطه وماهية أسبابها وأخطارها وآثارها وكيفية التحوّط منها ويدرك في الوقت نفسه الأطعمة التي يجب تناولها وطبيعة الأطعمة التي يجب تجنّبها وكيفية الموازنة بين العمل والراحة والنوم ودور كل منهما في الصّحة والحيويّة والتّكيف مع البيئة فإنّه يمكن أن يتمتع بقسط من الصّحة والحيوية والنشاط³.

وسنحاول تحديد مفهوم كلّ من الوعي الاجتماعي والصّحي كلّ على حده وبشكل من التفصيل فيما يلي:

3-3-1- الوعي الاجتماعي:

نتيجة للتّداخل في دلالات مفهوم الوعي، فقد استخدم المفهوم بمعاني ومقاصد مختلفة، كما ألحقت به صفات ونعوت ذات دلالات مغايرة والملاحظة التي تفرض نفسها أنّ الكثير من الكتاب يتجاوز الإشارة في حديثه عن تحديد معنى محدّد لمفهوم الوعي وربّما يعود هذا إلى ارتباط المفهوم بتوجهات إيديولوجيّة وفكريّة والتصاق صفة الطبقيّة بالوعي كما ربط هذا المفهوم بمفهوم آخر وهو " الوجود الاجتماعي" الذي يضمّ في مجمله نشاط البشر الذي

¹ - إحسان محمد الحسن ، مرجع سابق ، ص 285.

² - كريمة علوان ، التنظيم الاستشفائي بين القوانين والممارسة ، (رسالة ماجستير في علم الاجتماع غير منشورة) ، جامعة الجزائر 2008-2009 ، ص 106.

³ - إحسان محمد الحسن ، مرجع سابق ، ص 214.

يهدف إلى خلق المستلزمات المادية الأساسية لحياتهم من طعام وملبس ومسكن ووسائل انتقال... الخ ويتكوّن الوجود الاجتماعي أساساً من العلاقات التي تنشأ بين الناس أثناء عملية إنتاج مثلاً، أو العلاقات التي تنشأ بين الزوجين داخل الأسرة، والعلاقات بين الآباء والأبناء والعلاقات المادية الثقافية التي تنشأ بين الناس¹.

أما الوعي الاجتماعي فيعني إدراك الفرد وتحسّبه ومعرفته بمفردات البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها وطبيعة أخطارها ونقاط قوتها وضعفها وكيفية التوجّس من سلبياتها وأمراضها لكي يتفادها ويتجنّب شرورها، فمن مفردات الوعي الاجتماعي تحقيق التوازن بين أنشطة العمل وأنشطة الفراغ والترويح، وتحقيق التوازن بين حجم العائلة وبين مواردها المالية، وعدم إجهاد الذات بالعمل والكسب المادي والرّكض وراء الرّبح السريع والابتعاد عن المنافسة والصّراعات مع الآخرين، وعدم التّدخل في شؤون الآخرين والالتزام بالقيم الاجتماعية الايجابية كالشجاعة والثقة العالية بالنفس والتعاون والإيثار والصدق والصّراحة والفتاة... والتّخلي عن القيم السلبية كالكذب والغش والاعتداء على الآخرين والتّفاق والتّملق والعنصرية والطبقية...².

3-2- الوعي الصحي:

الوعي الصحي مفهوم يقصد به إلمام المواطنين بالمعلومات والحقائق الصحيّة، وأيضاً إحساسهم بالمسؤولية نحو صحتهم وصحة غيرهم، وفي هذا الإطار يعتبر الوعي الصحي الممارسة الصحيّة عن قصد نتيجة الفهم والاختراع، ويعني الوعي الصحي أيضاً أن تتحوّل تلك الممارسات الصحيّة إلى عادات تمارس بلا شعور أو تفكير³. كما يعني إدراك الفرد ومعرفته لكل ما هو صحي وكل ما هو غير صحي والميل في السلوك نحو الصحي وتفاذي أو تجنب كل ما هو غير صحي.

إنّ الوعي الصحي يجعل الفرد يميل إلى تناول الأغذية الغنيّة بالفيتامينات ويتجنّب التدخين وشرب المشروبات الكحولية والابتعاد عن مواطن العدوى والمرض وأخذ قسط كافٍ من الراحة والنّوم واستشارة الطبيب في حالة المرض وعدم تناول العقاقير الطّبيّة إلاّ بعد وصفها من قبل الأطباء مع زيارة المصحّات والمنتجات الصحيّة والنّظافة⁴. بمعنى آخر الوعي الصحي هو الهدف الذي يجب أن نسعى إليه ونتوصّل إليه، وليس أن تبقى المعلومات الصحيّة كثافة صحيّة فقط، وإنّ الهدف من هذا الوعي في أي مجتمع من المجتمعات يتّضح من خلال أفراد هذا المجتمع إذا كانوا يسلكون سلوكاً صحيحاً أولاً⁵.

وهكذا يمكننا القول أنّ الوعي الاجتماعي والصّحي عوامل محدّدة لطبيعة العلاقة العلاجيّة التي تنشأ ما بين الطبيب والمريض، هذا إضافة إلى عوامل أخرى تتمثّل في مدى

1 - طه نجم ، علم اجتماع المعرفة (دراسة في مقولة الوعي والايديولوجيا) ، الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية ، 2004 ، 125.

2 - إحسان محمد الحسن، مرجع سابق، ص 214.

3 - بهاء الدين سلامة، مرجع سابق، ص 23.

4 - إحسان محمد الحسن، مرجع سابق، ص ص 214، 215.

5 - بهاء الدين سلامة ، مرجع سابق ، ص ص 23 ، 24.

تقبل المريض لمرضه، ودرجة تأثير المرض على مكانته الاجتماعية داخل أسرته، وعلى عمله أيضا، بالإضافة إلى التمثل الذي يشكّله عن مرضه والذي يرتبط بوعيه الاجتماعي والصحي وهذا ما تمّ الإشارة إليه سابقا.

3-3-3- العلاقة العلاجية الطبيب – المريض :

تعددت وتنوّعت الأبحاث حول العلاقة بين الطبيب – المريض وظهرت عدّة نظريات في علم الاجتماع لبحث العلاقة، وهذا عبر السياق التاريخي للصحة والمرض ومن خلال المتغيرات التي كانت تطرأ على مهنة وثقافة الطب خاصة حول الأمراض المزمنة*. لذا ناقش الكثير من العلماء والسوسيولوجيين مسألة العلاقات بين الأطباء والمرضى من منظورات مختلفة، وقد كانت البنائية الوظيفية إحدى هذه المنظورات ويمثلها "بارسونز" ويؤكد فيها على الفهم المشترك بين الأطباء والمرضى، ويعتبر التحليل الوظيفي الذي أجراه "بارسونز" لدراسة العلاقات بين الأطباء والمرضى من أبرز تلك التحليلات، فقد بدأ "بارسونز" عملية التحليل عندما اعتبر المرض سلوكا منحرفا، وكان في تفسيره للعلاقات بين الأطباء والمرضى يركّز على مجموعة من الأنماط السلوكية والنظر إلى الطبيب على أنه رجل متخصص، والمريض على أنه شخص منحرف باعتبار أنّ المرض نوعا من أنواع السلوك الانحرافي، وعلى أساس هاتين الفكرتين بنى "بارسونز" إطاره التصوري¹.

حيث يقول: "إنّ معرفة متطلبات الدور يساعد على تسيير الانسجام والتكامل في العلاقة بينهما".

وقد قام كل من "ساداس" و"هولاندر" بعمل دراسات أضافت كثيرا إلى تصوّر "بارسونز" للعلاقة بين الطبيب والمريض، وشملت هذه الإضافات أنواع العلاقات بين الأطباء والمرضى وكيف أنّ هذه العلاقات إيجابية من جانب الأطباء، وسلبية من جانب المرضى.

كما تناولت هذه الإضافات نمط الإرشاد من قبل الطبيب والتعاون مع المريض، وتطرقت لطبيعة السيطرة التي يمارسها الأطباء في أثناء تعاملهم مع مرضاهم².

لذا فالعلاقة بين الأطباء والمرضى قد تكون ايجابية أو قد تكون سلبية أو هامشية، أي غير قوية ولا ضعيفة، بيد أنّ إيجابية أو سلبية العلاقة بين الأطباء والمرضى إنّما تعتمد على المواقف التي يحملها كل من الأطباء والمرضى إزاء بعضهما البعض، فإذا كانت المواقف التي يحملها الأطباء إزاء المرضى إيجابية فإنّ العلاقة بين الطرفين الطبيب – المريض لا

(*) - للمزيد من الاطلاع حول تطور المرض عبر السياق التاريخي وتطور مهنة الطب من خلال التغيرات التي كانت تحدث في البيئة أنظر :

(*) - Voir – christine Rolland ,la relation médecin- malade lors de consultation de patients hypertendus en médecine générale de ville,France :I N P E S,2007 ,pp 2,3.

¹ - سعاد شايب ، مرجع سابق ،ص 95.

² - طارق السيد ، مرجع سابق ، ص 132.

بدّ أن تكون إيجابية ووطيدة، بينما إذا كانت المواقف التي يحملها الأطباء نحو المرضى سلبية فإنّ العلاقة بين الطرفين الطبيب – المريض تكون سلبية حتماً، أمّا إذا كانت المواقف التي يحملها كل طرف إزاء الطرف الآخر هامشية أو مذبذبة فإنّ العلاقة بين الطرفين تكون هامشية أي لا تكون قويّة ولا ضعيفة. إذا فالمواقف بين الطرفين والوعي الاجتماعي والصّحي لدى المريض هي التي ترسم نمط أو اتجاه العلاقات العلاجيّة بين المرضى والأطباء¹، وهذا ما يعكس لنا الصورة التي كوّنوها "بارسونز" عن علاقة التّعاون والتّكامل بينهما، حيث يرى كلّ من "كلارك" و"فريدسون" و"كوز" أن العلاقة بين الطبيب والمريض يشوبها نوع من التّوتر حيث يتوقّع الأطباء دائماً من المرضى أن يطيعوا تعليماتهم ولكن بعض المرضى يفضلون عدم إطاعة الأطباء وقد يلجأون إلى سبل علاجيّة قد لا يوافق عليها الأطباء .

وهكذا ينشأ توتّر في العلاقة بين الطبيب والمريض في بعض الأحيان وفي الوقت الذي يحاول فيه المريض التأثير على الطبيب كي يوافق على برنامج علاجي يرى المريض أنّه مفيد، ويحاول الطبيب إقناع المريض بعمل تحاليل وأبحاث معيّنة توطئة لإعطائه الدّواء الصّحيح من وجهة نظر الطبيب².

إضافة لهذه الآراء نجد آراء التّفاعلية الرّمزية الذين حاولوا البحث عن الطّرق التي يفهم من خلالها النّاس المرض وطريقة إدراكهم له، خاصّة في الأمراض المزمنة وكيفية تكيف المرض مع هذا النّوع من الأمراض ونجد "أ.ستروس A.Strauss" من أهم الباحثين في هذا المجال وفي هذه النّظرية³.

من خلال ما سبق نستطيع القول بأنّ العلاقة العلاجيّة الطبيب – المريض هي علاقة تعتمد بصورة كبيرة على كلّ من الطبيب والمريض ومواقف كل منهما اتجاه الآخر، هذه العلاقة التي قد تكون ايجابية أم سلبية، أو قد تكون مذبذبة (هامشية) كما تتوقّف على درجة الوعي الاجتماعي والصّحي والمعرفي بالمرض لدى المريض، وقد ظهرت عدّة آراء ونظريات عالجت هذه المسألة كل حسب موقفها فمثلاً نجد "بارسونز" يقول بأنّ العلاقة بين الطبيب – المريض هي علاقة إيجابية حيث تعتمد على الأدوار التي يؤديها كلّ طرف اتجاه الآخر، بينما نجد "فريدسون" يقول بأنّ نوع المرض هو الذي يحدّد نمط العلاقة، في حين نجد رأي آخر وهو رأي "ستروس" الذي يرى بأنّ للمريض دور في تحديد نمط العلاقة فلا يمكن أن نتوقّع منه الإيجاب دائماً خاصّة في الأمراض المزمنة حيث لا يستطيع الفرد الالتزام بدور المريض لأنّ ذلك يعيقه على تأدية أدواره الاجتماعيّة العاديّة .

1 - إحسان محمد الحسن، مرجع سابق، ص ص 289، 290.

2 - طارق السيد، مرجع سابق، ص 141.

3 - أنتوني عدنز، كارين بيردسال، مرجع سابق، ص 242.

4- الإجراءات المنهجية للدراسة :

المنهجية هي مقياس في البحث الميداني تنمي الاكتشافات حول الموضوع المستقصى من خلال استعمال الملاحظة مثلا أو المقابلة كأدوات بحث¹. وتشير بصفة عامة إلى دراسة الطرق والإجراءات التي تستخدم في البحوث والدراسات العلمية²، ومن خلال هذه النقطة سنحاول التركيز على الخطوات المنهجية التي تم إتباعها في هذه الدراسة .

4-1- المرحلة الاستكشافية:

بعد عملية صياغة السؤال المناسب للدراسة والذي يشكّل دليلا للعمل تأتي مرحلة جمع المعلومات، واستكشاف الميدان لبناء التصور حول إشكالية البحث هذه المرحلة التي تتضمن عمليات القراءة والمقابلات الاستكشافية وبعض المناهج المتممة له والمرتبطة به وإنّ ما ترمي إليه عمليات القراءة هو بصورة جوهرية ضمان النوعية في طرح الأسئلة بينما تساعد المقابلات والمناهج المتممة الباحث خصوصا على الاحتكاك بالواقع كما يعيشه الفاعلون الاجتماعيون³.

4-1-1- البحث البيبليوغرافي :

تحّد مفهوم البيبليوغرافيا في القرن 19م فصارت تعني " الكتابة عن الكتب" أي تجميع مواد الإنتاج الفكري المستخدمة في الإعلام والتعلم والبحث، سواء كانت هذه المواد مخطوطة أو مطبوعة، مسموعة أو مرئية، في قوائم ذات نظام موحد تربط بين موادها صفة مشتركة و يحكمها غرض معين، كأن تكون حول شخص أو موضوع، زمان أو مكان، بشكل عام أو موحد⁴.

لذا فإننا عندما نتكلم عن البحث البيبليوغرافي فهذا يعني الإلمام بمختلف النصوص (كتب، مقالات، معطيات ...) وذلك دون أن ننسى أي مرجع أساسي يعدّ ذا أهمية ومنفعة في الموضوع، كما يكون الاختيار لأفضل المراجع الملائمة⁵.

لذا يتعيّن على الباحث الحصول على بيانات بحثه من خلال المصادر والمراجع المختلفة الموجودة بالمكتبات بما يمكنه من جمع المادة العلمية التي لها علاقة بموضوع بحثه... والارتكاز إلى حدّ أدنى من المعارف العامة واللغوية التي يفترض الإحاطة بها ومن

¹- Luc Albarllo et al ,Pratique et méthodes de recherche en sciences sociales ,Paris :Armond colin Editeur 1995,P63.

²- فيروز زرارقة وآخرون ، في منهجية البحث الاجتماعي(سلسلة البحوث الاجتماعية) ، الجزائر ، قسنطينة : مكتبة إقرأ ، 2007 ، ص 59.

³- R.Quivy ,L .Campenhoudt ,op.cit,p 39.

⁴ - أحمد بدر، أصول البحث العلمي و مناهجه، ط 09، القاهرة: المكتبة الأكاديمية، 1996، ص 207.

⁵ - L Albarllo et al,op.cit,p21.

أهم هذه المراجع : المراجع العلميّة المعاجم اللغوية، الموسوعات ودوائر المعارف الموسوعات المتخصصة¹.

حيث عرف البحث البيبليوغرافي في دراستنا التي قمنا بها العديد من المراحل والخطوات والتي ساعدتنا في تحديد وبناء الموضوع والصياغة النهائية للإشكالية، إضافة إلى المراحل التي يجب إتباعها في الدراسة ويشمل هذا البحث قراءة مختلف الكتب والمراجع ذات الصلة بموضوع العلاقة العلاجية وفعاليتها وتمثلاتها، وقصدنا في البداية جامعتي ورقلة والأغواط وتمّ جمع كل ما له علاقة بالموضوع إضافة إلى توجّهنا إلى البحث في بعض مواقع الانترنت والتي ساعدتنا في اكتشاف عدّة أمور كانت غائبة عنّا من بينها التّمثلات الاجتماعية للمرض، هذا إضافة إلى الدراسات السابقة والتي أسهمت في تحديد توجّهنا البحثي .

ونتيجة هذه القراءات تمّ التعديل في الموضوع والخطوات حيث كانت لدينا وجهة نظر أخرى عن الموضوع ونتيجة القراءات تمّ التعديل في هذه الواجهة فانطلقنا من السؤال التالي: ما دور كل من النّسق الأسري والطّبي في المسار العلاجي للمريض ؟

ولكن بعد زيادة القراءات غيرنا كثيرا من السؤال وتوجّهنا في مرحلة أخرى إلى التركيز على النّسق الطّبي فقط لأنّ أخذ جانب النّسق الأسري يتطلّب الوقت الكبير لإجراء الدراسة كما ينبغي، كما أنّنا وجدنا أنفسنا قد ركزنا على المدرسة الوظيفية لـ " تالكوت بارسونز " وأهملنا وجهات نظر المدارس الأخرى كالتفاعلية الرمزية التي لها إسهام كبير في مجال الصّحة والمرض وهكذا تمّ التّغيير في الموضوع نتيجة زيادة القراءات والتي شملت في مرحلة أخرى زيادة بعض الولايات : الجزائر العاصمة، قسنطينة، غرداية، بسكرة وهكذا تبنيّا أخيرا إشكاليتنا ألا وهي :

إلى أيّ مدى يسهم تصوّر المرض و تمثّلاته لدى الطبيب و المريض والوعي بضرورة علاجه في تحديد نوعيّة العلاقات والتّفاعلات الاجتماعية بينهما، وبالتالي التّقليل من زيادة حجم مرض القصور الكلوي؟

4-1-2- المقابلات الاستكشافية:

ينبغي أن تساعد القراءات والمقابلات الاستكشافية على تكوين إشكالية البحث فالقراءات تساعد على تحديد العناصر المعرفية المتعلقة بالسؤال الأولي أو سؤال الانطلاق ، والمقابلات تسهم في اكتشاف الجوانب التي ينبغي أخذها بعين الاعتبار وتوسّع أو تعدّل حقل الاستقصاء الخاص بالقراءات إنّها تتكامل علائقيا ويغني بعضها بعضا، فالقراءات تمنح المقابلات الاستكشافية إطارا، والمقابلات تنير أذهاننا حول ملائمة هذا الإطار لموضوع البحث. إنّ الهدف من وراء المقابلة الاستكشافية هو تقليل الإنفاقات غير المجدية على صعيد الطّاقة والوقت المخصّصين للقراءة، وكذلك عل صعيد بناء الفرضيات وإجراء المعايينات .

¹ - حامد خالد ، منهجية البحث في العلوم الاجتماعية والإنسانية ، الجزائر: دار الجسور للنشر والتوزيع ، 2008 ، ص ص 116 ، 117 .

إذن للمقابلات الاستكشافية وظيفة رئيسية هي تبيان جوانب الظاهرة المدروسة ما كان للباحث أن يفكر فيها من تلقاء نفسه و الوصول بهذه الطريقة إلى تكملة مجالات العمل التي تكون قراءاته السابقة قد أظهرتها¹.

وهكذا فقد ساعدتنا المقابلات الاستكشافية كثيرا في تبيان بعض جوانب اللبس حول الموضوع، وقد تمّ مناقشة الموضوع مع عدّة باحثين ودكاتره في علم الاجتماع أمثال : **بن عيسى محمد المهدي، رميّة أحمد، حقيقي نور الدين، جوزة عبد الله** هذا إضافة إلى مناقشته مع باحثين في علم الاجتماع **Alin Milon** و **Vatin François** حيث ساهما في إفادتي ببعض التّصورات حول الموضوع خاصّة حول التّمثّل الاجتماعي للمرض.

إلا أنّ الفضل الكبير في بناء الموضوع يعود للأستاذ الدكتور والمشرف "**عبد الرحمان بوزيدة**" الذي أمّدي بالأطر المنهجية والنّظرية الصحيحة في البناء العلمي للموضوع وكذلك في توضيح بعض جوانب الغموض.

إنّ هذه المقابلات والمناقشات قد ساعدتني في تحديد عدّة جوانب من الموضوع تتمثّل في:

- 1- الضبط الدقيق للمرض الذي سيّتم تناوله في الدّراسة الميدانية.
- 2- تحديد مجتمع البحث الذي ينبغي دراسته.
- 3- تحديد استمارة المقابلة كتقنية ينبغي تبنيها والتي تمّ تغييرها فيما بعد لعدّة أسباب سيّتم مناقشتها لاحقا.
- 4- أهمية التّمثّل الاجتماعي للمرض الذي ينبثق على مدى درجة تأثير المرض على المريض.

بعد الوصول إلى هذه الاستنتاجات والملاحظات حول الموضوع تمّ إجراء مقابلات استكشافية من نوع آخر، وهي مقابلات تتعلّق بمجتمع البحث وتجريب الاستمارة التي تمّ اختيارها كتقنية ، وهكذا تمّ إجراء المقابلات مع (الأطباء العوام والأخصائية في أمراض الكلى، إضافة إلى المقابلات مع الأخصائيين النفسانيين، والمرضى، والطاقم شبه الطّبي) وتمّ الوصول إلى عدّة استنتاجات :

- إلغاء الاستمارة بالمقابلة مع المرضى وتبني المقابلة كتقنية مناسبة وذلك لعدّة أسباب :
 - ✓ وجود حالات عديدة كبيرة في السن لا تستطيع التّجاوب معنا.
 - ✓ إن الاستمارة تحتوي على العديد من الأسئلة وهكذا فهي تشعر المريض بالملل.
 - ✓ عدم تقبّل المرض، جعلت من المرضى لا يتقبّلون أيّ باحث.
- وهكذا تمّ تبني المقابلة كتقنية مناسبة جدّا للحصول على المعلومات، أمّا الاستمارة فتمّ تبنيها مع الطّاقم شبه الطّبي.
- اختيار المرضى الذين سيّتم إجراء المقابلة معهم .

¹- R. Quivy C.compenhoudt,op,p60.

- إنَّ الولوج في مجتمع البحث سمح لنا بتحديد الكيفية والأسلوب الذي ينبغي أن أعامل به المرضى، إضافة إلى معرفة الأوقات التي يجب إجراء المقابلة فيها، وهذا الوقت هو قبل إجراء التَّصفيّة عن طريق الآلة، فرغم قبول المرضى بإجراء المقابلة أثناء التَّصفيّة إلا أنني لم أجد ذلك مناسباً وملائماً فأفضل وقت هو قبل التَّصفيّة .

- تمّ إفادتي كثيراً من قبل الأخصائيين النَّفسانيين خاصّة فيما يتعلّق باختيار المرضى الذين يمكن التَّكلم معهم .

إنّ يمكننا القول أنّ للبحث البيبليوغرافي بما فيه من قراءات للكتب والمجالات وأيضا المقابلات الاستكشافية سواء المتعلّقة بالباحثين في علم الاجتماع أو المتعلّقة بمجتمع البحث لها أهمية كبيرة في تحديد وضبط حدود الدّراسة ، وهذا ما حدث فعلا في موضوعنا .

4-2- المناهج المستعملة في البحث :

لو طرحنا أسئلة في العلم بمساعدة الاستدلال العلمي، ومن أجل ملاحظة أفضل فهذا لا يعني أننا نقوم بذلك وفق مسعى غير واضح ، بل يتمّ ذلك وفق منهج، وهذا المنهج محدّد هنا بمجموعة من الإجراءات والطرق الدّقيقة المتبناة من أجل الوصول إلى نتيجة .

إنّ المنهج في العلم مسألة جوهرية ، كما أنّ الإجراءات المستخدمة أثناء إعداد البحث وتنفيذه هي التي تحدّد النتائج¹، وقد تمّ تعريف منهج البحث بتعريفات متعدّدة لعلّ من أشملها التّعريف الذي أورده " بدوي عبد الرحمن " بقوله: " إنّ منهج البحث العلمي يعني الطّريق المؤدي إلى الكشف عن الحقيقة في العلوم بواسطة طائفة من القواعد العامّة تهيم على سير العقل وتحدّد عمليّاته حتّى يصل إلى نتيجة معلومة "². وتتعدّد أنواع المناهج بتعدّد أنواع المواضيع³، وهي ثلاث أنواع في العلوم الإنسانيّة كما أشار إليه "موريس أنجرس" وتتمثل هذه المناهج في المنهج التجريبي، المنهج التاريخي، منهج البحث العلمي⁴. ويعتبر هذا الأخير أكثر ملائمة لدراستنا حيث أنّه يعنى بدراسة ظواهر موجودة في الوقت الراهن، يطبّق غالبا على مجموعة كبيرة من السكان، يستطيع الباحث أن يأخذ منها بالتقريب كلّ ما يريد أن يكشف عنه، كما أنّه يسمح بدراسة طرق العمل والتّفكير والإحساس لدى هذه المجموعات⁵. وهذا ما يلائم موضوع العلاقة العلاجيّة وفعاليتها تمثّلها لدى مرضى " القصور الكلوي " حيث نستطيع بواسطته دراسة سلوكيات المرضى وإحساساتهم اتّجاه المرض المزمن، كما نستطيع من خلاله أخذ العيّنة التي تليق وتناسب الدّراسة .

وعادة ينقسم هذا المنهج (منهج البحث العلمي) إلى منهجين أساسيين وهما : **المنهج الكمي** و**المنهج الكيفي**، حيث يهدف الأول إلى قياس الظاهرة موضوع الدراسة، وقد تكون هذه

1 - موريس أنجرس ، مرجع سابق ، ص 36.

2 - فيروز زرافة وآخرون ، مرجع سابق ، ص 58.

3 - محمد علي محمد، مرجع سابق، ص 164.

4 - موريس أنجرس ، مرجع سابق ، ص 102.

5 - نفس المرجع ، ص 106.

القياسات من الطراز الترتيبي (Ordinales)، مثل " أكثر من أقل من " أو عددية وذلك باستعمال الحساب لذا فإن أغلبية البحوث في العلوم الإنسانية تستعمل القياس الكمي، وكذلك حينما يتم استعمال المؤشرات، النسب، المتوسطات.

أما المناهج الكيفية فتهدف في الأساس إلى فهم الظاهرة موضوع الدراسة وعليه ينصب الاهتمام هنا أكثر على حصر معنى الأقوال التي تم جمعها أو السلوكات التي تمت ملاحظتها¹. كما هو الحال في دراستنا، حيث أن المنهج الأكثر ملائمة لموضوع العلاقة العلاجية بين الطبيب والمريض هو المنهج الكيفي الذي يقيس أفعال كل من المريض والمعالج اتجاه الآخر ويقيس معنى المرض بالنسبة لكليهما، لذا فإن تقنية المقابلة هي أنسب تقنية لجمع المعلومات، هذا إضافة إلى تقنية الملاحظة وتقنية الاستمارة التي تم إجراءها مع الطاقم شبه الطبي وذلك كله لقياس معنى المرض وما يمثله للمريض وللطاقم البشري العامل بالمستشفى، و السلوكات التي تنجم عن هذا المعنى وتحدد بذلك نوعية العلاقة العلاجية بين الطبيب - المريض.

أما المنهج الكمي فقد تم استخدامه مع الطاقم شبه الطبي وذلك باستخدام تقنية الاستمارة.

3-4-3- خطوات البحث الميداني:

3-4-1- تقنيات جمع المعلومات :

أشرنا سابقا إلى أن المنهج الكيفي يمتاز بتنوع تقنياته وأنا اعتمدنا في دراستنا على تقنية المقابلة، الملاحظة، الاستمارة، والتي تعد أنسب التقنيات لطبيعة الموضوع المدروس وسنحاول الآن التّعرض لهذه التقنيات بنوع من التفصيل:

• المقابلة:

يعرف ماكوبي Macobi المقابلة على أنها : " تفاعل لفظي يتم عن طريق موقف مواجهة يحاول فيه الشخص القائم بالمقابلة أن يستثير معلومات أو آراء أو معتقدات شخص آخر، أو أشخاص آخرين، بالإضافة إلى حصوله على بعض البيانات الموضوعية الأخرى " ويعرف " بولين يونج " المقابلة بأنها : " طريقة منظّمة يتمكّن الفرد من خلالها أن يسبر غور حياة فرد آخر غير معروف له نسبيا "2.

وتعرف الباحثة " مادلين غرويتز M.Grawitz " المقابلة بأنها : " طريقة من طرق البحث العلمي تعتمد على عملية الاتصال اللغوي (C.Verbal) من أجل جمع معطيات لها علاقة مع الهدف المرسوم "3 .

¹ - نفس المرجع ، ص 100.

² - غريب محمد سيد أحمد، تصميم وتنفيذ البحث الاجتماعي، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 2004، ص 250.

³ -M.Grawitz ,op.cit,p742

وتتعدّد أنواع المقابلة فهناك المقابلة الموجّهة وشبه الموجّهة، وقد تمّ اختيار هذه الأخيرة "Entretien semi- directifs" كأداة لجمع المعطيات وهي تعرّف على أنّها : "وسيط بين المقابلة المغلقة، والمقابلة المفتوحة، فهي تجمع بين متناقضين هما من جهة السّماح للمبحوث ببناء فكرة حول الموضوع ومن جهة أخرى تنفي من مجال الاهتمام مختلف الاعتبارات التي يريد إثارتها المبحوث"¹. ويعتبر هذا النوع من المقابلة الأكثر شيوعاً حيث أنّه يجمع بين ميزات النوعين (المقابلة المغلقة، المقابلة المفتوحة) من حيث غزارة البيانات وإمكانية تصنيفها وتحليلها إحصائياً ، ومن أمثلة ذلك : أن يبدأ الباحث بتوجيه أسئلة مغلقة للشخص موضوع البحث على النحو التالي : هل توافق على تعليم المرأة ؟ ثم ينتقل إلى أسئلة مفتوحة لسبر غور الموضوع كأن يضيف: لماذا ؟ أو هل لك أن توضح موقفك بشيء من التفصيل ؟² أو غير ذلك ، وهذا ما تمّ إدراجه في دراستنا ، حيث أنّ المقابلة شبه الموجّهة هي الأكثر ملائمة لطبيعة الموضوع ، حيث تمّ وضع مجموعة أسئلة موجهة للمبحوثين وذلك لاستكشاف ومعرفة المعلومات والمعطيات التي يعلمها المبحوث حول الموضوع، لذا فقد تمّ إعداد مرشدين للمقابلة :

1- المرشد الأول : يعنى به المرضى، وذلك لمعرفة كيفية حدوث المرض عندهم وتأثير ذلك على مكانتهم الاجتماعية داخل أسرهم إضافة إلى تأثيره على عمل المريض وبعض الجوانب الأخرى من حياته الاجتماعية هذا إضافة إلى بعض الأسئلة الموجّهة لهم لمعرفة مدى امتلاكهم للوعي الاجتماعي والصّحي ودرجة ارتباطه بالمستوى التعليمي والثّقافي والاجتماعي لديهم و لدى أسرهم إضافة إلى دور هذا الوعي في تحديد طبيعة العلاقة العلاجية ما بين الطبيب والمريض.

2- المرشد الثاني: يعنى به الأطباء والأخصائيين النفسانيين لمعرفة درجة فاعليتهم في عمليّة العلاج، وكانت الأسئلة متعلّقة بتقييمهم لمهنتي الطب والتمريض، إضافة إلى تشخيص المرض وبعض محدّدات العلاقة العلاجية.

• الملاحظة:

يبدأ العلم بالملاحظة و ينتهي بها، فبدءاً من الملاحظة يستنتج الباحث أوضاعاً معينة تميز ظاهرة عن أخرى والمتابعة بالملاحظة تمكنه من التحقق أكثر فأكثر من خصائص تلك الظاهرة.³

و يشير لفظ الملاحظة إلى المعاينة المباشرة للشيء أو مشاهدته على النحو الذي هو عليه وفي مجال البحث العلمي بوجه عام يختلف معنى المفهوم عن معناه اللّغوي حيث

¹- L Albarillo et al, op.cit,p61.

² - غرابية فوزي وآخرون ، أساليب البحث العلمي في العلوم الاجتماعية والإنسانية ، ط3 ، عمان : دار وائل للنشر والتوزيع ، 2002 ص 62.

³ - مدحت أبو النصر، قواعد و مراحل البحث العلمي(دليل إرشادي في كتابة البحوث و إعداد رسائل الماجستير و الدكتوراه)، القاهرة: مجموعة النيل العربية، 2004 ، ص 157.

تعرف على أنها المعاينة المباشرة، وفي مجال البحث الاجتماعي، الملاحظة هي المشاهدة أو المعاينة المباشرة للموقف الاجتماعي وأشكال السلوك أو أنماط التفاعل... الخ . والملاحظة هنا تكون بقصد جمع البيانات التي ترتبط بموضوع البحث¹. وهذا ما طرحه الكثير من الباحثين من بينهم **سلوى الصديقي** التي ترى أن: " الملاحظة هي النشاط العقلي للمدركات الحسية والتي تعتمد على سلامة الجوانب وتتم من خلال التفاعل بين العقل والحواس فهي المشاهدة المقصودة وغير المقصودة والتي تفيدنا في التعرف على كلمات المبحوث المسموعة وغير المسموعة " إضافة إلى تعريف **عبد الباسط محمد حسن** الذي يقول " أن الملاحظة في المعرفة التجريبية، تقف عند بعض المواقف العلمية المحددة والتي تبدو قاصرة في محيط التفكير النظري، كما أن تدخل العقل يكون بسيط في الملاحظة الساذجة بخلاف الحال في الملاحظة العلمية التي يقوم فيها العقل بنصيب كبير في ملاحظة الظواهر وتفسيرها، وإيجاد العلاقات القائمة بينها بالإضافة إلى أن الملاحظة العلمية لا تقتصر على مجرد الحواس بل تستعين بأدوات علمية دقيقة القياس ضمانا لدقة النتائج وموضوعيتها من ناحية وتقاديا لقصور الحواس من ناحية أخرى².

فالملاحظة هي المفتاح المناسب لتفكيك لغز القيام بالبحث على حد تعبير " **صامو ويلسون** " فالباحث لا يكتفي في المرحلة الأولى بتجميع الملاحظات وترتيبها وتصنيفها بل يعمل جاهدا على تفسير الظواهر وليس البحث عن معرفة حقيقتها لأن ذلك يندرج في الإطار الميتافيزيقي فهو بذلك يقوم بتقديم الفكرة التي يعتمدها بغية تفسير الظاهرة محل البحث لكونها تمثل الدليل في التجريب³.

ويقسم الباحثون الملاحظة إلى نوعين: الملاحظة بالمشاركة، الملاحظة بدون مشاركة وقد تمّ استخدامنا للأخيرة نظرا لطبيعة الموضوع، حيث يقوم الباحث بمراقبة الجماعة عن كثب دون أن يشترك في أيّ نشاط تقوم به هذه الجماعة موضع الملاحظة، فهي لا تتضمن أكثر من النظر والاستماع ومتابعة موقف اجتماعي معين، دونما مشاركة فعلية فيه، ويحاول الباحث الملاحظ قدر الإمكان ألا يظهر في الموقف ... ويقوم بتسجيل ما يراه أو يسمعه وما يلحظه دون علم المبحوثين بذلك⁴.

أي أن يلعب الباحث دور المتفرّج أو المشاهد بالنسبة للظاهرة أو الحدث موضوع الدراسة⁵.

وهذا ما تمّ إتباعه في موضوعنا، حيث أن تردّدنا على المركز سمح لنا بتسجيل عدّة ملاحظات حول الموضوع و الخاصة بالمرضى و الطاقم العامل بالمستشفى، فأهم ما تمّ ملاحظته مثلا هو فاعلية هذا الطاقم في علاج المريض و تظافر الجهود ما بينهم خاصة إذا

¹ سامية محمد جابر ، منهجية البحث في العلوم الاجتماعية ، الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية ، (ب ت) ، ص 345.

² - محمد البدوي الصافي خليفة، المهارات المهنية للأخصائي الاجتماعي، الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث، 2005، ص 114.

³ - الهادي خالدي ، عبد المجيد قدي ، المرشد المفيد في المنهجية وتقنيات البحث العلمي ، الجزائر ، دار هومه للطبع والنشر والتوزيع 1996 ، ص 24.

⁴ - شفيق محمد، البحث العلمي الأسس ، الإعداد ، الإسكندرية : المكتب الجامعي الحديث ، 2004 ، ص ص 123 ، 124.

⁵ - غرابية فوزي وآخرون ، مرجع سابق ، ص 52.

كانت هناك حالة طارئة فنجد كافة العاملين يقفون ويمدون المساعدة من طبيب، أخصائي نفسي ممرضين... وحتى الحارس.

إضافة إلى ملاحظتنا لبعض سلوكيات المرضى التي تتعلق بدرجة تقبلهم للمرض وبعض السلوكيات التي توضح لنا درجة الوعي الاجتماعي و الصحي عندهم ومدى ارتباط ذلك بمستواهم التعليمي ومستوى أسرهم.

● **الاستمارة:** تعتبر استمارة البحث من أكثر أدوات جمع البيانات استخداما وشيوعا في البحوث الاجتماعية، ويرجع ذلك إلى الميزات التي تحققها هذه الأداة سواء بالنسبة لاقتصار الجهد أم التكلفة أم سهولة معالجة بياناتها إحصائيا.

واستمارة البحث نموذج يضم مجموعة أسئلة توجه إلى المبحوثين من أجل الحصول على معلومات حول موضوع أو مشكلة أو موقف يتم ملؤها مباشرة و تسمى **الاستبيان (Questionnaire)** يطلب من المبحوث الإجابة عنها مباشرة وقد ترسل عن طريق البريد وتسمى الاستبيان البريدي، أما استمارة المقابلة فيقصد بها قائمة الأسئلة أو الاستمارة التي يقوم الباحث باستيفاء بياناتها من خلال مقابلة تتم بينة وبين المبحوث .

تنقسم هذه الأسئلة إلى بيانات ترتبط بطبيعة الموضوع ، بحيث يتعلّق كلّ نوع من أنواع البيانات بجانب من جوانب الموضوع أو بمتغيّر من متغيّرات البحث .

ومن الشّروط الأساسية للسؤال الجيّد هو ارتباطه الوثيق بإشكالية البحث وفرضياته بحيث تتعلّق كلّ مجموعة من الأسئلة باختيار فرضية معيّنة وذلك بهدف الحصول على الإجابة الوافية والدّقيقة عنها¹.

وعادة تستخدم الاستمارة لجمع البيانات الميدانية التي تعسّر جمعها عن طريق أدوات جمع البيانات الأخرى، وتنقسم إلى قسمين:

القسم الأول: يتعلّق بالصفحة الأولى من الاستمارة والتي تضمّ الجامعة والمعهد، عنوان البحث، ونوع الرسالة، إعداد الطالب، إشراف الدكتور ملاحظة عن الموضوع، السنة الجامعيّة .

القسم الثاني: ويضمّ المحاور التي يجب أن تغطّي جوانب الموضوع وعادة تكون كالآتي:

المحور الأول: يتعلّق بالبيانات الشّخصية والعامة للمبحوث كالجنس و السن مثلا

المحور الثاني: الثالث و الرابع مثلا وتضمّ جميع الأسئلة التي يجب أن تغطّي جميع فصول وفرضيات البحث المراد تخصيص الاستمارة لها².

وقد تمّ اعتماد الاستمارة في موضوعنا وذلك مع الطّاقم شبه الطّبي لمعرفة مدى فاعليتهم في علاج المريض أو لنقل تقليل حجم مرض **القصور الكلوي** وتمّ إتّباع الخطوات السّابقة الذكر في بناء الاستمارة كما تمّ تقسيمها أيضا لقسمين:

¹ - شفيق محمد ، البحث العلمي (الخطوات المنهجية لإعداد البحوث الاجتماعية) ، الإسكندرية : المكتب الجامعي الحديث ، 1985 ، ص 117 .
² - زرواتي رشيد ، تدريبات على منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية ، الجزائر : دار هومه للطبع والنشر ، 2000 ، ص ص 182 184 .

القسم الأول: يتعلق بواجهة الاستمارة بما فيها من ملاحظات عن موضوع الدراسة.

القسم الثاني: وتمّ تقسيمه إلى ثلاث محاور:

المحور الأول: يتعلّق بالبيانات الشخصية للمبحوث.

المحور الثاني: يتعلّق بمهنة التمريض.

المحور الثالث: يتعلّق بعلاقة الممرض بالمريض.

4-3-2- تقنيات فرز وتحليل المعطيات:

بعد أن ينتهي الباحث من جمع البيانات بوجه عام يوجّه اهتمامه نحو تحليل وتفسير تلك البيانات المتحصّل عليها ، وعند هذه المرحلة يجب أن يضع في الاعتبار إشكالية البحث والتساؤلات التي انطلق منها، لأنّها تمثّل الإجابة عن إشكالية البحث أي أن تكون لديه نظرة شاملة عن الموضوع¹.

وقبل عمليّة التحليل والتفسير تخضع المادّة التي تمّ جمعها في إطار البحث السوسولوجي لعمليّة الفرز والتحليل، وهذه العمليّة ليست مستقلّة عن باقي خطوات المسار البحثي بل هي نتيجة لها، وتختلف عملية فرز وتحليل المعطيات في البحوث الكيفية عنها في البحوث الكمية، فهي من حيث خصوصيتها كما أشار إليها الباحث "لازرسفيلد Lazarsfield" : "ملاحظة مذهشة تثير مشاكل جديدة وتكشف ظواهر مهمّة " ².

ويمكن أن تأخذ المعطيات الكيفية شكل أقوال مسجّلة أو معلومات من الملاحظة (Notes D'observation) مدوّنة في دفتر المشاهدات³. كما هو الحال في دراساتنا فقد، اعتمدنا على عمليّة تسجيل الأجوبة في دفتر خاص بذلك، هذا إضافة إلى تسجيل كل الملاحظات التي من شأنها أن تخدم البحث ولها علاقة وطيدة به، وبما أنّنا اعتمدنا على المقابلة كتقنية في البحث مع المرضى والأطباء والأخصائيين النفسيين، فإنّ هذه المقابلة التي تمّ تسجيلها كما أوردنا سابقاً تتطلّب التحليل الكيفي من خلال الاعتماد على تحليل المضمون الذي أشار إليه " ريمو كيفي Rymond Quivy " حيث يقول : " يتناول تحليل المضمون مهمّات متنوّعة كالأعمال الأدبيّة، ومقالات الصحف والوثائق الرّسمية، والبرامج السّمعية والبصرية، والتّصريحات السّياسية وتقارير الاجتماعات أو المقابلات شبه الموجهة "⁴. وفي دراستنا نعتمد على هذه الأخيرة التي تعني النّقل الحرفي لما تمّ تسجيله حتّى نتمكن من تحليل أقوال الشّخص المستجوب، فلا بدّ أن تكون لدينا هذه الأقوال مكتوبة لأنّ ذلك يسمح لنا بالذهاب والإياب بكل سهولة، والتّفكير حول هذه الأقوال والمقارنة بين المقاطع باستخدامنا لبرنامج معالجة النّص الذي يمكنه القيام ببعض العمليّات الإضافية للتّجميع فإنّنا نضيف مرونة إلى ما هو مكتوب...ومن المفيد كذلك الإشارة إلى اللّغة الخاصّة التي تمّ

¹ - خالد حامد ، مرجع سابق ، 103.

² - M. Grawitz ,op.cit,p505.

³ - موريس أنجريس ، مرجع سابق ، ص 382.

⁴ - R. Quivy , L .compenhoudt ,op.cit ,p216.

استعمالها من طرف الشّخص المستجوب... كما يتضمّن تدوين المقابلة توضيحات حول اللّغة غير المتلفظ بها للشّخص المبحوث (مثل الإيماءات، الانطباعات البارزة) والتي تغطّي إشارات جلية جدًا عندما توضع في علاقة ببعض الأقوال المحتفظ بها مثلًا في حالة ما إذا وقع ضحكا أو غضبا أو انزعاجا أثناء إجراء المقابلة فيجب تدوين ذلك وإدراجه أثناء التّحليل¹.

هذا التّحليل الكيفي الذي يناسب دراستنا والذي يتطلّب الكشف والتّصنيف والمقارنة لمادّة ما وهذا للسّماح ببناء تدريجي لفرضيات أو لمخطط أدقّ وأوضح لوضعيّة أو الظاهرة لسيرورة موضوعه في مجال إمبريقي معين². ويعتبر هذا التّحليل الأكثر ملائمة لموضوعنا إذ يحاول بشكل رئيسي إبراز التّمثلات الاجتماعية أو أحكام المخاطب انطلاقا من فحص بعض العناصر التكوينية للخطاب³.

إلّا أنّنا استعملنا التّحليل الكميّ في تقنية الاستمارة التي تمّ إجراءها مع الطاقم شبه الطّبي، وسيتمّ التّطرّق لذلك بنوع من التّفصيل لاحقا.

أمّا بالنّسبة للخطوات التي تمّ إتباعها في عمليّة فرز وتحليل المعطيات الكيفيّة فتتمثل في:

- بما أنّنا استخدمنا أسلوب تدوين المعلومات في الدّفتر الخاص بذلك فقد تمّ تنظيمها لاحقا في شكل خطابات مكتوبة للمبحوثين وخصّص لكلّ مبحوث وثيقة خاصّة به تمّ بها عرض مختلف المعلومات التي أدلى بها.

- بناء شبكة التّحليل - Grille d'analyse - التي تعرّف على أنّها : " مجموعة من المفاهيم الوصفية والتّحليلية التي تسمح بمقارنة وتصنيف مادّة البحث "⁴. أي أنّنا قمنا في هذه الخطوة بتحديد العناصر التي يجب تحليلها لخدمة أهداف البحث وكان ذلك من خلال الاعتماد على مرشد المقابلة في تحديد هذه العناصر وتتمثّل هذه العناصر فيما يلي:

- ✓ حدوث المرض و عمليّة علاجه.
- ✓ تأثير المرض على المكانة الاجتماعيّة للمريض داخل أسرته وأيضا على عمله وبعض الجوانب الأخرى من حياته.
- ✓ ارتباط الوعي الاجتماعي والصّحي بالمستوى الثقافي والتّعليمي والاجتماعي للمريض وأسرته.
- ✓ علاقة الوعي الاجتماعي والصّحي بتحديد طبيعة العلاقة العلاجيّة بين الطبيب والمريض.

¹ - موريس أنجرس ، مرجع سابق ، ص ص 382 ، 383

² - L Albarllo et al ,op.cit,p83.

³ - R. Quivy, L .compenhoudt ,op.cit ,p266.

⁴ - L Albarllo et al ,op.cit,p91.

- بعدما قمنا بتحديد عناصر التحليل تم وضع هذه العناصر في فصول خاصة، وتم بعد ذلك إدراج مؤشرات كل عنصر على حده.
- تفرغ إجابات المبحوثين عن هذه المؤشرات التي كانت في صيغة أسئلة مع إدراج التحليل السوسولوجي لكل إجابة ثم التحليل السوسولوجي العام لكل الإجابات.
- اعتمدنا أيضا في أسلوب التحليل على طريقة أخرى وهي في حالة تشابه الأجوبة فإننا نقوم في هذه الحالة بتفريغ كل الإجابات ثم إدراج تحليل سوسولوجي واحد، كما كان الحال بالنسبة لإجابات الأطباء التي كانت متشابهة.
- رغم اعتمادنا على التحليل الكيفي في تحليل إجابات المبحوثين إلا أننا اعتمدنا على عملية تكيم الإجابات في شكل جداول، لتسهيل عملية التحليل لا أكثر.
- وهكذا فإن عملية الفرز كانت أساسية قبل وأثناء عملية التحليل وهي خطوة ترافق المسار البحثي ككل منذ بدايته حتى الوصول إلى النتائج، وهذا ما تم مع المقابلات والتحليل الكيفي مع المرضى والأطباء والأخصائيين النفسيين، أما بالنسبة للطاقتم شبه الطبّي فقد تم الاعتماد على الاستمارة، هذه الأخيرة التي تتطلب التحليل الكمي للمعطيات وقد مرّت هي الأخرى بجملة من الخطوات ندرجها فيما يلي :
- تفرغ المعطيات والمعلومات بالطريقة اليدوية والتي تتطلب تحويل هذه المعطيات من الصيغة اليدوية إلى الصيغة الكمية التي يمكن عرضها في جداول أو أشكال أو رسوم بيانية كما تصبح خاضعة إلى إمكانية حسابها وإجراء الاختبارات الإحصائية عليها¹.
- بعد عملية التفرغ وإدراج المعلومات في جداول تم إجراء التحليل السوسولوجي من خلال النسب المعبر عنها في الجداول .
- الخروج باستنتاج عن كل جدول والذي يعبر عن عنصر ما من الموضوع.

4-4- التعريف بالمؤسسة:

تعتبر المؤسسة العمومية الاستشفائية "أحمد بن عجيبة" المستشفى المركزي الأول على مستوى المدينة، حيث تقدر مساحته بـ: 18672 م². إذ يتوفر على معدات و أجهزة جديدة ذات تقنيات حديثة، فهو يقدم خدمات متنوعة تتمثل في الإسعافات الأولية و العمليات الجراحية و كذا الخدمات الوقائية التي تخص المدن و القرى المجاورة له. أما عن تاريخ إنشاء المستشفى فهو يرجع إلى وقت ليس بالبعيد، حيث أقترحت تسميته بالقطاع الصحي الجديد بعدما كان يسمى بمستشفى المدينة و ذلك في سنة 1979، و تعزز

¹ - زرواني رشيد ، مرجع سابق ، ص 291.

هذا القرار سنة 1981 عند صدور المرسوم رقم 242/281 و المتضمن إنشاء و تنظيم القطاع الصحي و تصنيفه إلى ثلاث هياكل استشفائية :

- مستشفى أحمد بن عجيبة
- مركز تصفية الدم سحيري كمال.
- عيادة طب العيون

أما عن تنشئته فقد تم إنشاءه من طرف الشركة الفرنسية "بوينغ" و تم فتحه سنة 1985 بطاقة تشغيلية تقدر ب: 680 عامل، منهم 85 طبيب و 03 إداريين و 02 ممرضين و يعتبر هذا الرقم نسبي، أما الآن فقد تزايد عدد العمال إلى أن أصبح 1084 عامل دون حساب عمال تشغيل الشباب كما تمت تسميته يوم 2000/07/05 على الشهيد " أحمد بن عجيبة " .

و فيما يخص قدرة استعاب المستشفى للمرضى فتقدر ب: 260 000 مريض. و قد تم اجراء الدراسة بمركز تصفية الدم الذي تم تدشينه في 7 جويلية 1987 وذلك بجهد من قبل الأخصائي في أمراض الكلى "بوزيان قفاف" ثم واصل هذا العمل عدّة أخصائيين وأطباء آخرين، حيث يقع هذا المركز بمنطقة الصنوبر بولاية الأغواط وهو مركز طبيّ متعدّد الخدمات ويحوي هذا المركز مكتب للطبيب، ومكتب للأخصائيين النفسانيين ومكتب لرئيس المصلحة، إضافة إلى غرفة الاستقبال والانتظار، وغرفتين للعلاج إحداهما كبيرة تضمّ 16 سريرا و16 جهاز لتصفية الدّم، وغرفة صغيرة تحتوي على سريرين وجهازين للتّصفية وهي خاصة بمرضى الاستجالات. وتستقبل هذه المصلحة المرضى كلّ يوم عدا يوم الجمعة ، حيث كانت تغطي عدّة ولايات (غرداية، البيض، تيارت، ورقلة، بوسعادة، عين صالح، واد سوف، الجلفة) إضافة إلى ولاية الأغواط والقادمين في العطل الصيفية سواء من الجزائر العاصمة أو من فرنسا أمّا الآن فأصبحت تغطي ولاية الأغواط وبلدياتها فقط .

4-4-1- الدراسة الاستطلاعية:

ما نقصده بالدراسة الاستطلاعية هو زيارة الميدان واستطلاعه قبل الشروع في المقابلات النهائية وذلك بهدف بناء وتحديد مجتمع البحث من خلال استعمال الوسائل المختلفة لهذا التحديد، وفي موضوعنا اعتمدنا على الملاحظة والمقابلة، هذا إضافة إلى مساعدة الأخصائيات النفسانيات في تحديد هذا المجتمع، وسنتناول الآن النتائج التي تمّ التّوصل إليها من هذه الوسائل المساعدة في بناء مجتمع البحث .

-**الملاحظة:** أثناء تواجدها بالمركز كنا نلاحظ كلّ كبيرة وصغيرة إلا أننا ركزنا في ملاحظتنا على معرفة مدى فاعلية الطّاقم البشري العامل بالمستشفى والأداء المهني من

خلال تقديم المساعدة الطبيّة كما ينبغي إضافة إلى الرغبة في معرفة وجود التعاون فيما بينهم.

كما ركزنا في ملاحظتنا أيضا على معرفة دور الأخصائي النفسي في هذا المركز ومعرفة مدى تقبل المرضى لمرضهم وكيفية التفاعل معه، وقد تمّ التّوصل لعدّة نتائج سيتمّ التّطرق إليها لاحقا في نتائج الدّراسة.

- **الأخصائي النفسي :** نتيجة احتكاكنا الكبير بالأخصائيات النفسيات بالمركز فقد كنا نستمع لحديثهنّ عن المرضى وعدم تقبلهم للمرض، وتأثير المرض على حياتهم الاجتماعيّة، هذا إضافة إلى حديث الأطباء والعاملين بالمستشفى، لذا كنا نغتنم الفرصة ونحاول التعرف على هذا الشّخص وقد كان اختيارنا للعينة متنوّعا .

• تجريب مرشد المقابلة:

كنا قد أشرنا سابقا إلى أنّ اختيارنا للمقابلة كان بعد اختيارنا لاستمارة المقابلة، هذه الأخيرة التي لم تفد في موضوعنا وذلك للأسباب التي تمّ ذكرها لذا فقد وجدنا أنّ أنسب تقنية لمرض القصور الكلوي هو تقنية المقابلة التي تمّ تجريب أول مرشد لها في شهر ديسمبر 2009 وذلك مع الأطباء والمرضى والأخصائيين النفسيين، وركزنا في هذا المرشد على معرفة الأسباب الاجتماعيّة التي قد تتسبب في حدوث مرض القصور الكلوي، إضافة إلى تركيزنا على التّمثّل الاجتماعي للمرض ومدى تقبل المريض له، كما كان تركيزنا على معرفة درجة التعاون ما بين الطّاقم البشري العامل بالمستشفى لتقليل حجم المرض .

بعدها تمّ تجريب مرشد المقابلة تمّ تعديل بعض الأسئلة وإلغاء أخرى وزيادة بعض الأسئلة التي لم تكن واردة في أذهاننا.

كما أنه رغم استفادتنا من وسيلة مرشد المقابلة والأخصائي النفسي في اختيار مجتمع البحث إلا أنّ الملاحظة كانت الوسيلة الأكثر اعتمادا عليها.

4-5- عينة الدراسة:

بما أنّنا اخترنا تقنية المقابلة مع المرضى فإنّ اختيارنا عينة هذه التقنية يكون بطريقة تلبي حاجيات الباحث بهدف إثارة رد فعل واحد أو أكثر من طرف المبحوثين، ثمّ إقامة تحليل كفي يهدف إلى تجاوز الحالات الخاصّة واستنتاج سمات مشتركة إن أمكن ذلك¹. وهذا ما تمّ في دراستنا حيث تمّ اختيار عينة متنوّعة تخدم أهداف البحث وهذا ما أشار إليه " البارلو لوك " مع باحثين آخرين حيث يقول : " إنّ الدّراسات الكيفية تستهدف استجواب

¹ - موريس أنجرس ، مرجع سابق ، ص 197 .

عدد من المبحوثين ... فالمقياس الذي يحدّد قيمة العيّنة يصبح تلاؤمها مع أهداف البحث، انطلاقاً من مبدأ تنوّع الأشخاص المستجوبين وهذا بالتأكد من عدم نسيان أيّ وضعية¹ . وفي دراستنا حول العلاقة العلاجية وفعاليتها تمثلتها فقد تمّ الأخذ بعين الاعتبار وضعيات متنوّعة للمبحوثين تخدم أهداف البحث وتتمثّل هذه الوضعيات في :

1- متغيّر السن: يلعب دوراً أساسياً في موضوعنا فيما يخص تقبّل المريض لمرضه، وأيضاً في عمليّة التفاعل مع النّظام العلاجي والطّاقم البشري العامل على راحته.

2- متغيّر الجنس: إنّ لهذا المتغيّر دوراً أساسياً في موضوعنا حيث أنّ لهذا العامل أيضاً دوراً في تقبّل المريض لمرضه أم رفضه له، إضافة إلى معرفة نسبة درجة تأثير المرض على الجنسين وهل تختلف هذه النسبة بين الجنسين أم هي متساوية.

3- الحالة الاجتماعية للمريض: إنّ الحالة الاجتماعية للمريض إنّ كان متزوجاً أو أعزباً لها دور في تشكيل التّمثّل الاجتماعي عن المرض وهذا ما سيتمّ معرفته من خلال استجوابنا للمبحوثين.

4- المستوى التعليمي للمريض: إنّ لهذا المتغيّر دوراً في معرفة درجة الوعي الاجتماعي والصّحي لدى المريض والذي من خلاله يدخل في تشكيل نوعيّة العلاقة العلاجية بينه وبين الطبيب، لذا تمّ الأخذ ببعض المبحوثين ذوو المستويات العليا .

5- الوضعية المهنيّة: إنّ لهذه الوضعية علاقة بدرجة تأثير المرض على هذه الوضعية بعد الإصابة به.

6- الأصل الاجتماعي والأصل الجغرافي: إنّ لهذين المتغيّرين علاقة بالتّمثّل الاجتماعي عن المرض وأيضاً بكيفية حدوث المرض واكتشافه. ولذا وبناءً على هذه الوضعيات المختلفة تمّ اختيار 15 مبحوثاً من أصل 94 مبحوث يتنوّعون بين هذه الوضعيات .

هذا بالنسبة للمرضى أمّا الأطباء فقد تمّ اختيار نسبة 100 % أي استجواب 4 أطباء عوام وأخصائيّة في أمراض الكلى، ونفس الشّيء بالنسبة للأخصائيات النفسانيات والطّاقم شبه الطّبي، فقد تمّ اختيار نسبة 100 % أي الأخذ بثلاث أخصائيات و 17 ممرض .

4-6- صعوبات الدراسة:

لا يخلوا أيّ عمل ميداني من وجود بعض الصعوبات والعراقيل التي تواجه الباحث أثناء دراسته النظرية والميدانيّة، ولذا فقد واجهتنا عدّة صعوبات وعراقيل منذ بداية البحث إلى نهايته منذ الدّراسة النظرية إلى الدّراسة الميدانيّة، ويمكن إيجاز هذه الصعوبات فيما يلي:

¹- L Albarillo et al ,op.cit,p72.

- إنَّ أول صعوبة واجهتنا أثناء بناء الإشكالية، حيث أنَّ نقص المادّة العلميّة والخلفيّة البيبليوغرافيّة للموضوع جعلتنا نواجه صعوبة في التّقدّم البنائي للإشكالية، وهذا ما جعلنا نبحث في بعض الولايات عن المادّة العلميّة.
- إنَّ هذا التّقلُّل من مكان لآخر أدى إلى استهلاك الوقت الذي كان من المفروض أن يستغل في سير كتابه الموضوع .
- إن مجال علم الاجتماع الطّبي هو مجال جديد بالنسبة لي، لذا فقد واجهتني صعوبة في التّعرف على مختلف جوانب هذا الميدان الثّري والواسع جدًّا كما وجدت صعوبة في حصر وضبط الموضوع.
- يعتبر التّحليل الكيفي للمقابلات ميدان جديدًا بالنسبة لي، لذا فقد وجدت صعوبة كبيرة أثناء التّحليل، الذي أخذ الوقت الكبير منّي.
- إنَّ بعد المسافة بين مكان الدّراسة (ورقلة) ومكان إجراء الدّراسة (الأغواط) جعل منّا نهدر الكثير من الإيجابيات والفرص التي كان بالإمكان استغلالها في مواصلة سير الموضوع كتضييع الوقت مثلاً، فالدراسة الميدانيّة تتطلّب التّردّد اليومي على مكان الدّراسة وهذا ما لم يكن بقدرنا في كثير من الأحيان وبالتالي تضييع بعض الملاحظات التي كان بمقدورها أن تفيدنا .
- صعوبة إجراء المقابلات مع المرضى، فحالتهم الصّحية المتدهورة لم تسمح لنا بإجراء المزيد من المقابلات، والمقابلات التي تمّ إجراءها كانت في الأغلب رغماً عنهم ويمكن إرجاع ذلك لصعوبة المرض المزمن وعدم تقبّله من قبل المرضى.
- صعوبة دمج المعطيات المختلفة والمتنوّعة ما بين المرضى، والأطباء والأخصائيين النّفسانيين، إضافة إلى الطّاقم شبه الطّبي.

• خلاصة

إنّ العلم ليس مجرد مجموعة من المعارف التي ينبغي تعلّمها، بل هو إضافة إلى ذلك، نشاط منتج للمعرفة عن طريق البحوث والدّراسات. إنّ المواقف والاستعدادات الدّهنية الخاصّة بهذا النشاط، والتي ينبغي أن يتميّز بها كل باحث علمي نسميها بالروح العلميّة التي تميّزها الملاحظة والمساءلة والاستدلال والمنهج والتّفتح الدّهني والموضوعيّة والتي تسمح بممارسة البحث العلمي بنجاح¹.

وهكذا فإنّ المسار البحثي الذي تمّ إتباعه في دراستنا اتّسم بالروح العلميّة التي ميّزت كلّ خطوات البحث العلمي، رغم وجود عدة صعوبات وعراقيل من بداية البحث إلى نهايته.

¹ - مورييس أنجرس، مرجع سابق، ص 30.

وقد تمّ التّعرّض لمختلف ما يميّز منهجيّة البحث العلمي بدءاً من تحديد الإشكالية وأهداف الدّراسة، ثمّ بناء نموذج التّحليل وتحديد المفاهيم اللازمة في الدّراسة هذه المفاهيم التي ارتبط تحديدها بالجانب النّظري للدّراسة، ثمّ تمّ التّعرّض للمنهج والتقنيات المستخدمة والتي تعتبر أكثر ملائمة لطبيعة الموضوع. حيث يربط هذا الفصل بين الفصول النظرية والميدانية اللاحقة ويعدّ أهم فصل من بين جميع الفصول لأنّه أساس نجاح البحث العلمي الذي يقوم به الباحث الاجتماعي.

الفصل الرابع

حدوث مرض القصور الكلوي والفاعلين في عملية علاجه

• مدخل

- 1- كيفية حدوث المرض واكتشافه.
- 2- الفاعلين في عملية العلاج.
- 1-2- الأسرة كفاعل في عملية العلاج.
- 2-2- الطاقم شبه الطبي كفاعل في العلاج.
- 2-3- دور الأخصائي النفسي .

• خلاصة

• مدخل

من أهم أعراض المرض في جسم الإنسان الأعراض الفيزيولوجية التي تظهر عليه وهذه الأعراض هي ظواهر بيولوجية محسوسة كالأورام والتهاب الرئة وأمراض الكلى ومن الطبيعي أنّ هذه الأمراض ترجع بشكل أساسي إلى عوامل بيولوجية طبيعية في جسم الإنسان، وهذا ما أثبتته عدّة دراسات وفي موضوعنا حول مرض "القصور الكلوي" فإنّ هذا المرض أرجع بشكل أساسي إلى تأثير العوامل الطبيعية إلا أنّ هناك من أرجعه إلى تأثير العوامل والظروف الاجتماعية التي يعيشها الفرد، لذا وانطلاقاً من الافتراض الأوّل الذي وضعناه والذي خصّص له هذا الفصل لمناقشته وتحليله ومعرفة صحته أو خطئه ارتأينا تحليل تصريحات المبحوثين (المرضى) حول كيفية حدوث المرض لديهم ومعرفة إذا ما كان للعوامل الاجتماعية حقا دور في الإصابة بالقصور الكلوي.

كما حاولنا في هذا الفصل أيضا معرفة الفاعلين الأساسيين في عملية العلاج والمساعدة الطبيّة لذا ركّزنا على دور الطاقم البشري العامل بالمستشفى من أطباء وممرضين وأخصائيين نفسانيين، أمّا الأسر فلم نركّز كثيرا عليها، إذ أنّ دراسة ذلك يتطلّب الوقت الطويل من حيث دراسة أسرة كلّ مريض على حده خاصّة وأنّ هذه الأسرة هي مؤسسة اجتماعية قائمة بذاتها لها قواعدها وقيمها وعاداتها وتقاليدها، لذا لو تمّ اتّخاذها كفاعل فإنّ ذلك يلزمه وقتا طويلا لذا لم نأخذ هذا المفهوم بشكل أساسي وكبير وإنّما أشرنا إليه فقط على أنّه هو الآخر فاعل في عملية العلاج .

1- كيفية حدوث المرض واكتشافه:

يرتبط علم الصّحة العامّة بالعلوم الاجتماعيّة ارتباطاً وثيقاً، وهذا ما جعل الكثير من علماء الصّحة العامّة يعتبرونه علماً من العلوم الاجتماعيّة ويؤكدون أهميّة دراسة العلوم الاجتماعيّة كأساس ضروري لدراسة الصّحة العامّة. ومن بين أشهر مفاهيم الصّحة العامّة، أنّها علم وفن، ليتمكن كلّ مواطن من الحصول على حقه المشروع في الصّحة والحياة. ولقد تطوّر علم الصّحة العامّة في اتجاه يحول فلسفته من الاهتمام بالفرد إلى الاهتمام بالمجتمع.

وعلى هذا أصبح علم الصّحة العامّة يعني: "أنّه علم تشخيص وعلاج المجتمع" وهذا ما دعا العاملين في مجال الصّحة العامّة إلى دراسة تركيب المجتمع بينما يعرف علم الطبّ بأنه: "علم تشخيص وعلاج الفرد" ولذا وجبت دراسة تركيب جسم الإنسان ووظائف أعضائه حتّى يمكن تشخيص وعلاج الأمراض.¹

وإنّ من أهم مفاهيم علم الطبّ مفهومي الصّحة والمرض التي هي أمور تتشكل من خلال السياق الاجتماعي الذي تحدث فيه ولقد عبّر "رنيه ديبو Rene Du-Bos" على ذلك تعبيراً أكثر وضوحاً عندما قال: "أنّ النّضال الدائب للإنسان من أجل أهداف جديدة وبعيدة المدى، يجعل مصيره دائماً أكثر ابتعاداً عن نطاق التّنبؤ من مصير الكائنات الحيّة الأخرى ولهذا السبب لا يمكن أن تمثّل الصّحة والسّعادة قيماً مطلقة ودائمة مهما بلغ مستوى التّخطيط الطّبي والاجتماعي من نضج واكتمال ويعتبر لإنجاح البيولوجي في كل مظاهره مستمرة وغير متناهية من أجل التّوافق مع ظروف البيئة الكليّة التي لا تتوقّف عن التّغيير"² فإنّ لبطبيعة الأبعاد الاجتماعيّة مثلها مثل العوامل الطبيعيّة أثر واضح على الصّحة والمرض وعلى الخدمة الصحيّة في كل المجتمعات، وتشير هذه الأبعاد إلى السياق الاجتماعي العام للمجتمع وتأثيره على الخدمة الصحيّة التي تقدّمها المؤسسات الطّبيّة المختلفة ونمط الأسرة وطبيعة الدور الذي تمارسه في حالة مرض أحد أعضائها وكيفية اتّخاذ القرار الطّبي للعلاج باللّجوء إلى المؤسسة الصحيّة وسلوك المريض وكيفية الاستجابة باختيار الطبيب المعالج بالإضافة إلى نوع العلاقة بين البيئة الطبيعيّة والاجتماعيّة وأنماط الأمراض السائدة ودرجة التّلاؤم بينها وبين الخدمة الصحيّة المتاحة والمرافق والخدمات الأخرى، وكذلك طبيعة علاقة المهنة بالصّحة والمرض ومدى حجم الوعي الصحي المترتب على هذه المهنة فيما يتّصل باللّجوء إلى المؤسسات الصحيّة طلباً لخدماتها الصحيّة³.

وسنحاول من خلال ما سيأتي تبين كيفية حدوث مرض القصور الكلوي و اكتشافه وكيفية اللّجوء إلى العلاج من قبل المرضى.

¹ - بهاء الدين سلامة، مرجع سابق، ص 25.

² - مصطفى عوض السيد، مرجع سابق، ص 84.

³ - عبد المجيد الشاعر، يوسف أبو الرب، رشدي قطاس، مرجع سابق، ص 133.

• **المبحوثة رقم (01):** (أنثى، 36 سنة، مستوى تعليمي جامعي، تقديم دروس خصوصية غير متزوجة، الأصل الاجتماعي متوسط، من أصل حضري مدة المرض 10 سنوات).

تصف المبحوثة حدوث مرضها قائلة بأنه حدث مباشرة دون أي أعراض سابقة حينما تعرّضت لإغماء في الجامعة عندما كانت تدرس، ولما عادت لوعيتها اتّجهت إلى بيتها، وبعدها عاودتها وتعرّضت لأزمة حادة كما تقول - **Une Crise** - أخذتها أسرتها إلى المستشفى الذي زاد من مرضها وهذا ما قالت: "أنهم من زاد من مرضي و ذلك لكثرة التّحاليل التي أرفقتني وأخذت مدة أسبوع كامل مما أدى إلى نقص الدّم كثيرا عندي " كما تقول أنّ الأطباء لم يعاملوها معاملة الإنسان المريض حيث استهزؤوا بوالدتها حينما خرجت مسرعة وطلبت المساعدة منهم (الأطباء) قائلة أنّ أزمة ابنتها قد زادت وحينها كانوا يشاهدون مباراة كرة القدم فقالوا: "إنّ كانت ستموت فلتمت".

لذا فإنّ المبحوثة ترجع زيادة مرضها إلى الطّاقم البشري العامل بالمستشفى وتقول أنّها وصلت إلى مرحلة ظنّ فيها الجميع بأنّها لن تحيي وستموت إلى أن جاء أحد الأطباء وقال أنّه سيجرب لها عملية تصفية الدّم فنجحت ولم تعلم بذلك حتّى قامت ووجدت نفسها على السرير وتقول بأنّه قد فقد الأمل في حياتها .

• الملاحظ من خلال هذا التّصريح للمبحوثة أنّ مرض "**القصور الكلوي**" قد يكون حدوثه مفاجئا دون أن تظهر له أيّ أعراض أو أنّ له أعراض ولكن لم يتمّ كشفها من قبل المريضة.

فهناك بعض الأمراض والإصابات المخفية للكلّي التي قد لا يشعر المريض بأعراضها وقد لا تظهر علاماتها إلّا بعد فوات الأوان (ولكن يمكن اكتشافها مبكرا بالفحص والتّحاليل الدورية) ومن هذه الأمراض:

1- العيوب الخلقية التي تصيب الجهاز البولي: مثل الكلّي المتكيسة أو انخفاض إحدى الكلينتين أو وجود اختناقات خلقية في الحالب أو قناة مجرى البول ...

2- الالتهابات الصامتة، وهي التي لا يشكوا منها الإنسان ولذلك تتراكم مضاعفاتها حتّى تتلف.

3- الأورام التي لا يشعر المريض بأعراضها مبكرا.

4- متلازمة الكلّي: وهذه المتلازمة التي تكتشف عادة في الطفولة المبكرة.

وهكذا يمكن القول أنّ العوامل الاجتماعية مثلها مثل العوامل الطبيعيّة تتسبّب في حدوث مرض "**القصور الكلوي**" عند الفرد كوجود المشاكل داخل الأسرة، مشاكل في المهنة وغيرها من العوامل الاجتماعيّة.¹

¹ - عبد المجيد الشاعر ، يوسف أبو الرب ، رشدي قطاس ،مرجع سابق ،133.

كما يتبين من تصريح المبحوثة أيضا فيما يتعلق بحدوث المرض أنها أرجعت سبب المرض إلى المستشفى حيث لم يعاملها الأطباء معاملة الإنسان واستهزؤوا بها مما يتبين لنا أن لطبيعة الخدمات الصحية التي يتلقاها المريض داخل المستشفى دور في عدم تفاقم المرض لديه بحيث لو يعامل الفرد بالطريقة التي يجب و يتم الإسراع في علاجه فإن ذلك قد يحد من تفاقم المرض و زيادته.

● **المبحوثة رقم (02):** (أنثى، 20 سنة، المستوى التعليمي متوسط عند حدوث المرض والآن تدرس في السنة الثالثة ثانوي عن طريق المراسلة، غير متزوجة، الأصل الاجتماعي متوسط، غير موظفة، من أصل ريفي، مدة المرض 4 سنوات).

أصيبت المبحوثة بالمرض منذ 7 سنوات، 3 سنوات منها قبل دخول عملية "تصفية الدم" - Dialyse - حيث أصيبت بالانتفاخ الكلي في جسدها إلى أن وصل إلى وجهها فشكّت العائلة وتم أخذها للعلاج و في تلك الثلاث سنوات لم يكتشف الأطباء أنه مرض الكلى و كانت تعالج ظنا بأن لديها ارتفاع في نسبة الأملاح وشعرت بالتحسن ولكن بعد توقيف الأدوية و العلاج لمدة سنة عاودها المرض من جديد، حينها تم الاكتشاف بأنه مرض الكلى الذي أثّر فيه الملح. عندما ظهرت أعراضها على كامل جسدها وأصبحت تحسّ بالتعب والإرهاق ولم تعد تستطيع المقاومة أبدا و هكذا تم أخذها للمستشفى بعد وصولها لدرجة الموت أين تم طلب الطبيب من الوالد إجراء عملية "تصفية الدم" لها - Dialyse - فرفض الوالد رفضا قاطعا لذلك وبكى وسأل الطبيب حينها وحلفه اليمين إذا ما كانت ابنته فما سيفعل، فبكى الطبيب وقال: لكنت أجريت لها ذلك حتى ترتاح من هذا المرض وذهب الطبيب، وبقيت المريضة مع عائلتها التي كانت منفعلة، الوالد يبكي من جهة والأسرة تتألم من جهة ثانية، وهنا تقول المريضة سألت نفسي لما كل ذلك و احترت من أمري فقامت من السرير و أنا جد تعب و مرهقة وذهبت إلى الطبيب في مكتبه قبل خروجه وقلت له: "قم بعملك وأرحني ولا تستمع لأبي أو أهلي لأنني أنا المتألمة والمتضررة، ولم أعد أستطع أن أتحمّل الألم" وهكذا اقتنع أهلي بالعلاج عندما تقبلته أنا.

وتقول المريضة إن أول مرة في حياتي أشعر بالراحة وحب الحياة بعدما أجريت أول تصفية، لأنني كنت قد وصلت إلى درجة كبيرة من الألم ظلّ فيها الجميع أنني سأموت ولن أحيأ.

● الملاحظ من خلال هذا التصريح للمبحوثة أن لمرض "القصور الكلوي" أعراض تظهر على المريض قبل حدوث الأزمة الحادة و هذا ما أشرنا إليه سابقا، فالمريضة ظهرت عليها كل أعراض المرض، رغم ذلك لم يتم اكتشافه مبكرا ولعلّ ذلك هو السبب الرئيسي في تفاقمه و زيادته فلو تم اكتشافه مبكرا في الثلاث سنوات الأولى لما كانت قد وصلت إلى هذه الحالة .

كما يتبين لدينا أنّ مرض "القصور الكلوي" مرضاً جدّ مزمن وهذا ما أجمع عليه كلّ الأطبّاء، فالكلّي من أهم أجهزة الجسم الحيوية لبقاء الإنسان على قيد الحياة¹ ولا يمكن أن يشعر به أحد سوى المصاب به وهذا ما لمسناه من تصريح المبحوثة من خلال طلبها إجراء عملية "تصفية الدم" -Dialyse- وأنّها لم تعد تستطيع التّحمل أكثر. هذا ما أجبرها أيضاً على الخروج عن معايير التّشخيص الاجتماعيّة التي تلقّتها من أسرتها نتيجة شدّة المرض عليها، كما أنّ حالتها هذه جعلت من الوالد و الطبيب في حالة من التّوتر و القلق و البكاء لشدّة حالة المريضة.

• **المبحوثة رقم (03):** (أنثى، 31 سنة، المستوى التّعليمي متوسط، غير موظفة، متزوجة ليس لها أطفال، الأصل الاجتماعي متوسط، من أصل ريفي ثلاث سنوات دخول تصفية الدم).

تقول المبحوثة عن حدوث المرض عندها بأنّها مصابة به منذ 6 سنوات، 3 سنوات منها كانت علاج فقط قبل دخول مرحلة "تصفية الدم" -Dialyse- و3 سنوات دخول هذه المرحلة. أمّا عن اكتشاف المرض فتقول: "أنّها لم تكن تشعر بأيّ أعراض له لا التّعب ولا غيره كنت إنسانة عاديّة أعيش كغيري من الناس إلّا أنّ الشيء الذي أدى بي إلى اكتشاف هذا المرض هو أنّني كنت أبحث عن الإنجاب، وعند علاجي عن ذلك اكتشف الطبيب أنّي مريضة بالكلّي فتابعت العلاج لمدة ثلاث سنوات و لكنّه لم يفلح و بعدها دخلت مباشرة لعلاج "تصفية الدم".

• الملاحظ من خلال ما سبق أنّ اكتشاف مرض "القصور الكلوي" قد لا يكون اكتشافه نتيجة لمعرفته ومعرفة أعراضه، وإنّما قد يكون نتيجة أسباب أخرى، أي البحث عن علاج آخر لداء آخر و لكن سرعان ما يتمّ معرفة أنّ لدى المريض مرض الكلّي الذي قد يتفاقم و يصلّ لمرحلة "القصور الكلوي" المزمن كما حدث للمبحوثة فمرض الكلّي يعدّ من الأمراض الصامتة التي لا تظهر أعراضها إلّا أحياناً.

كما يمكن القول أيضاً أنّ عدم معرفة أعراضه مسبقاً لدى الفرد يتسبّب في عدم معرفته لذلك، لذا نجد أنّ المريضة تصرّح بأنّه لم يكن لديها أعراض عن المرض، ولكنّنا نقول أنّ لهذا المرض أعراض تظهر مباشرة على جسد الإنسان فكّلما كان الفرد أكثر اتساعاً بمعرفة أعراض الأمراض فإنّه سرعان ما يكتشف أنّ لديه ذلك النوع من المرض وإن كان غير ملم بالمعرفة الصحيّة لأعراض الأمراض فإنّه حتّى ولو تعرّض لتلك الأعراض فإنّه لن يتعرّف عليه.

¹ - محمد سلامة محمد غباري، مرجع سابق، ص 183.

• **المبحوثة رقم (04):** (أنثى، 52 سنة، المستوى التعليمي ابتدائي، غير موظفة متزوجة أم لستة أولاد، الأصل الاجتماعي غني، من أصل حضري مدّة المرض 6 سنوات ودخول العلاج 5 أشهر)

أصيبت المريضة بمرض الكلى منذ 6 سنوات حينما شعرت بالتعب و الإرهاق في سائر جسدها، وقامت حينها بالتوجه للطبيب فتمّ الاكتشاف بأن لديها **مرض الكلى** وأجريت لها **عملية جراحية**، ولم تنجح، وبعدها أجرت ستة عمليات جراحية أخرى في فرنسا ولم تنجح كلها، مع العلم أنّ لديها **مرض السكري** ممّا يمنعها من زرع الكلى وبعد كلّ ذلك تقول المريضة أنّ الأطباء أدركوا كما أدركت أنّ لا علاج لمرضي سوى الدخول في المرحلة قبل الأخيرة من مراحل علاج هذا المرض (مرض القصور الكلوي) وهو إجراء "تصفية الدم"، أمّا المرحلة الأخيرة من مراحل هذا المرض هو **عملية زرع الكلى** والمريضة لا تستطيع ذلك لأنّ "**مرض السكري**" يمنعها من ذلك وهو الذي تسبّب في حدوث مرض "**القصور الكلوي**" لديها.

• إضافة للتّحليل السّابقة حول حدوث مرض "**القصور الكلوي**" و اكتشاف أعراضه وأسبابه، يمكن القول إضافة لما سبق أنّ لهذا المرض حقا أعراض تظهر على جسد المريض، ويتوقّف اكتشافه على **المعرفة الصحية** التي يمتلكها المريض وتمتلكها أسرته وهكذا فإنّ اعتلال عضو أو أكثر من أعضاء الجسم من **النّاحية البيولوجية** فإنّ الاهتمام يرجع إلى الفرد وإلى البيئة التي يعيش فيها ويشمل ذلك دراسة الفرد وما يحدث له من استجابات مختلفة للظروف المتنوّعة التي يقابلها، وطريقة سلوكه في الحياة على مرّ الوقت، وهكذا فالسبب البيولوجي للمرض يكون مزدوجا، أي أنّه يرجع إلى **طبيعة الفرد نفسه وطبيعة البيئة التي يعيش بها**.¹

كما تمّ اكتشاف أنّ من أسباب مرض "**القصور الكلوي**" حدوث مرض آخر لدى الفرد وهو "**مرض السكري**" إضافة إلى مرض "**الضغط الدموي**" ومرض "**ارتفاع نسبة الأملاح**".

• **المبحوث رقم (05):** (ذكر، 37 سنة، المستوى التعليمي أمي، متوقّف عن العمل متزوّج، أب لثلاث أطفال، الأصل الاجتماعي متوسط، من أصل ريفي، مدّة المرض 3 سنوات).

يصف المبحوث حدوث المرض عنده قائلا بأنّه أصيب بذلك منذ ثلاث سنوات حينما مرض بالشركة التي كان يعمل بها، أين أغمي عليه وهو يعمل، فتمّ نقله إلى المستشفى وهنا اكتشف أنّ كليته لا تقومان بعملهما، وأنّه مصاب بمرض "**القصور الكلوي**" المزمن الذي

¹ - محمد علي محمد وآخرون، مرجع سابق، ص 57.

ليس له أيّ علاج سوى إجراء "تصفية الدم" بالآلة - Dialyse - فنمتّ معالجته بذلك مباشرة دون أيّ علاج مسبق .

• الملاحظ من خلال هذا التصريح أنّ المبحوث شأنه شأن المرضى الآخرين وصل إلى درجة ميؤوس منها من المرض وأنه تعرّض له مباشرة دون إعلان مسبق أو معرفة مسبقة به حتى وجد نفسه ملقى على السرير بعد تعرّضه للإغماء الذي يتعرّض له كل مرضى "القصور الكلوي"، وحينها أدرك أنه لا بد من إجراء "تصفية الدم".

وهكذا يمكن أن نستنتج من خلال هذا التصريح أنّ مرضى "القصور الكلوي" يتعرّضون للإغماء ممّا يفقدهم وعيهم ويدخلهم في غيبوبة ويصلون إلى درجة الموت ولا علاج لهذا سوى إجراء "تصفية الدم"، هذا العلاج الذي يعدّ الحل الوحيد لحالتهم.

• **المبحوث رقم (06):** (ذكر، 36 سنة، المستوى التعليمي جامعي، موظف بمدرية الضرائب، أعزب، الأصل الاجتماعي متوسط، من أصل حضري مدّة المرض 17 سنة) المرض يلزم المبحوث منذ الصغر، حيث أنّه ضعيف الجسد وفاقد للنظر بإحدى العيون وفاقد للسمع بأذن واحدة، كما يقول أنّ هذا الضعف الجسدي هو الذي تسبّب في حدوث مرض "القصور الكلوي" لديه وتفاقمه، حيث أصيب بهذا المرض ولم يكتشف ذلك منذ الصغر وقد اكتشفه مؤخرا هذا ما أدخله هذا النوع من العلاج والوصول إلى هذه الدرجة من المرض، حيث بدأ العلاج منذ 17 سنة .

• نلاحظ من خلال حدوث المرض لدى هذا المريض أنّ مرض "القصور الكلوي" قد يكون نتيجة الضعف الجسدي لدى الفرد حيث أنّ هذا الضعف يتسبّب في عدم قدرة الجسد على المقاومة وبما أنّ الكلى من أهم أعضاء الجسم فهي تخلّص الدّم وتنقيه من المواد السّامة والمواد الضّارة الناتجة عن عمليات التمثيل الداخلي وما يزيد على حاجة الجسم من الماء والأملاح¹ فهي أكثر عرضة للأمراض. وإن كان جسد الإنسان ضعيفا وغير قادر على مقاومة الأمراض فإنّ أيّ شيء يصيبه يتسبّب في إحداث أمراض أخرى أكثر حدّة من الأمراض الأخرى، كحدوث الفشل الكلوي المزمن، فالمريض هنا نتيجة الضعف الجسدي فقد كلا كليتيه، وأصبح يعيش دونهما وهذا ممّا يؤكّد لنا أيضا علاقة الضعف الجسدي بإحداث أمراض قد لا تكون في الحسبان، فبما أنّ أعضاء الجسد في علاقة وظيفية مع بعضها البعض فإنّ أيّ خلل يحدث لعضو يتسبّب في إصابة العضو الآخر وهكذا فإنّ أيّ مرض لدى الفرد قد يكون سببا في حدوث مرض آخر .

• **المبحوثة رقم (07):** (ذكر، 27 سنة، المستوى التعليمي أمي، حارس بالمستشفى أعزب الأصل الاجتماعي متوسط، من أصل ريفي، مدّة العلاج 5 سنوات والمرض 9 سنوات).

¹ --healths.roro 44 .com/he alths-91-671-o.gTmL

أصيب المريض بمرض الكلى منذ 9 سنوات، 5 سنوات منها عندما دخل هذه المرحلة من العلاج، حيث يقول المريض أنه خلال الأربع سنوات الأولى: " كنت أعالج دون أيّ وعي منّي ووعي من الأطباء أنّني مريض بالكلى أو بالأحرى أنّني كنت أعالج على مرض لم أكن أعرف نوعه، ثلاث سنوات منها علاج بولاية غرداية وكنت أتناول الأدوية بالتزام ولكن دون أيّ فائدة " وبعدها توجه إلى الجزائر العاصمة وهناك بقي ثمانية أشهر بالمستشفى وأخيرا اكتشفوا أنّ لديه العجز في إحدى الكلى وأنه لا بدّ من القيام بعملية تصفية الدم لكي يبقى على قيد الحياة وهكذا بدأ المريض هذا النوع من العلاج ويقول أنّ السبب الرئيسي في مرضي هو المركز الذي كنت أعالج فيه سابقا، حيث أنّهم لم يقوموا بعلاجي بالصورة التي كانت تجب ولو أنّهم اكتشفوا الميكروبات التي دخلت لكليتي نتيجة لسعة النحلة لما كنت قد وصلت إلى هذه الحالة.

• نلاحظ من خلال هذا التصريح للمبحوث أنّ مرض الكلى قد يكون نتيجة الميكروبات التي يتعرض لها الفرد. كما نلاحظ أنّ اكتشاف المرض مبكرا قد يحدّ من زيادته، فكلما اكتشف المرض مبكرا كلما قلّ الحدّ من تضخّمه إضافة إلى أنّ للجانب الطّبي نصيب من زيادة المرض، فإذا كان القطاع الطّبي أكثر حرصا وتشخيصا للمرض فإنّ ذلك يقلّل من زيادة حجمه، أمّا إذا كان هذا القطاع غير مباليا فإنّ المرض حتما سيزيد ويصل المريض إلى درجة أخرى من المرض الذي يفقده الأمل في الحياة أو يفقده الحياة ككلّ وهذا ما لمسناه من خلال تصريح هذا المبحوث، إضافة إلى ملاحظتنا لشدّة لومه على القطاع الصحي الذي تسبّب في مرضه.

• المبحوث رقم (08): (ذكر، 17 سنة، المستوى التعليمي الثانية متوسط الأصل الاجتماعي فقير، من أصل ريفي، مدّة المرض 7 سنوات والعلاج 6 سنوات).

المريض مصاب بمرض الكلى منذ الصغر نتيجة أسباب طبيعّية حيث أنّ كليته صغيرتين ولا تستطيعان عمل عملهما كما ينبغي.

أمّا اكتشاف ذلك فكان منذ 7 سنوات، سنة قبل دخول هذه المرحلة "مرحلة تصفية الدم" و6 سنوات منذ دخوله لهذا العلاج.

• إن الملاحظ من خلال هذا المبحوث أنّ مرض الكلى كما سبق وأن قلنا قد يكون نتيجة أسباب طبيعّية يحملها الفرد، فقد يولد وهو مريض به، أو أنّ ضعف جسده قد تسبّب في إحداث مرض الكلى وبالتالي الإزمان الكلوي.

وهكذا فإنّ من العوامل البيولوجية التي تحدث الفشل الكلوي ما يلي :

- 1- التهاب حوض الكلى وهو يؤدي إلى التهاب المسالك البولية وعدم سرعة علاجها.
- 2-التهاب الكلى أو ضمورها وأثره في عدم قدرتها على تنقيّة الدّم وترشيحه والتخلّص من المواد السّامة بالجسم.

- 3- مرض الأكياس في الكليتين حيث يولد بعض الناس حاملين لهذا المرض وذلك بسبب كبر حجم الكلية وبالتالي يؤدي إلى الإصابة **بالفشل الكلوي** .
- 4- فقدان السوائل بالجسم بسبب الإسهال الشديد أو الجفاف أو الحروق.
- 5- نقص كمية الدم المتجهة إلى الكلية يؤثر كثيرا على حيوتها.

• **المبحوثة رقم (09):** (أنثى، 40 سنة، المستوى التعليمي أمي، عزباء الأصل الاجتماعي متوسط، من أصل حضري، مدة المرض 19 سنة).
تقصّ المبحوثة قصة مرضها قائلة بأنها أصيبت بمرض **الكلّي** منذ 19 سنة وتقول الأيام **العصيبة** التي كانت تعيشها **الجزائر** أي فترة **الإرهاب** ،وهي ترجع سبب مرضها لهذه المرحلة، حينما كانت عمليات القتل والتعذيب وأعمال الشغب وهذا ما أدى إلى إصابتها بمرض **الضغط الدموي** ،الذي كان يزيد يوما بعد يوم، فأخذها أهلها الذين تربت عندهم إلى العلاج مع العلم أنها تعيش لوحدها ومنفصلة عن أهلها بالإنجاب وعن أهلها الذين ربوها فتقول بأنها لم تتربى عند أهلها وأنّ والديها متوفيان ولكن هذه العائلة التي ربّتها أحسنت لها وعاملتها معاملة الابنة .

و هكذا بعد أخذها للعلاج لم أكتشف أنّ لها كلية واحدة تعيش بها وهذه الكلية مريضة لذا يلزمها عملية "تصفية الدم" .

• إنّ الملاحظ من خلال تصريح المبحوثة عن حدوث مرضها أنّ **للعوامل و الظروف الاجتماعية** مثلها مثل **العوامل الطبيعية** دور في إحداث مرض "القصور الكلوي" وهذا ما سبق وأن أشرنا إليه، فالمشاكل المعاشة للفرد تتسبب في ارتفاع **الضغط الدموي** عنده وهذا ما يولّد لنا مرض "القصور الكلوي" خاصة وإن كانت الكلّي في حدّ ذاتها مريضة كما هو الأمر بالنسبة للمبحوثة .

وهكذا فإنّ **ظروف الأمن** التي كانت تعيشها **الجزائر** في **العشرية السوداء** "مرحلة **الإرهاب**" تسببت في ارتفاع **الضغط الدموي** للمريضة نتيجة التوترات والقلق والخوف وهذا ما أحدث لها مرض "القصور الكلوي" خاصة وأنها تعيش لوحدها، فلو لم تكن تلك الظروف مثلا لما تعرّضت المبحوثة لهذا **الأزمان الكلوي**، إضافة إلى ظروف معيشتها فهي تعيش لوحدها وأهلها لا يسألون عنها سوى الذين ربوها، وربما هذا أيضا من الأسباب التي أنتجت **الضغط الدموي** لديها .

ولذا يمكن القول أنّ **العوامل الاجتماعية** مثلها مثل **العوامل الطبيعية** دور في إحداث "القصور الكلوي" من خلال ارتفاع **الضغط الدموي** وارتفاع **السكري** لدى الفرد وهذا ما كشفه **التحليل الاجتماعي** للعوامل الطبية حيث تنبهوا أو بالأحرى كشفوا أنّ هناك ارتباط وثيق بين **العوامل الاجتماعية** وحدث "القصور الكلوي" كالعوامل **الايكولوجية** و**الثقافية** المرتبطة بعادات الزواج مثلا، وكذلك السلوكات الغذائية السيئة و السلوكات

الحياتية، وبعض المعتقدات العلاجية الشعبية الخاطئة، بالإضافة إلى النمط الحياتي السائد كما هو لدينا في هذه الحالة.

• **المبحوثة رقم (10):** (أنثى، 38 سنة، المستوى التعليمي ثالثة ثانوي، غير موظفة متزوجة، أم لفتاة واحدة، الأصل الاجتماعي متوسط، من أصل حضري، مدة المرض 7 سنوات، 6 سنوات علاج).

أصيبت المريضة بمرض الكلى منذ 7 سنوات، وبدأت العلاج منذ 6 سنوات وتقول: "حينما وصلت إلى درجة يرثى لها من المرض، ونقلت حينها إلى المستشفى، مع العلم أنني كنت أعلم أنني مريضة **بالكلى** منذ سنة لأنني كنت أعالج، وكنت أشعر بالتعب والغثيان وأحياناً كثيرة كنت أتقيأ، هذه الأعراض التي كانت واضحة علي وهي أعراض توحى بوجود مرض **الكلى**، ولكن بعد تلك السنة ومنذ 6 سنوات دخلت هذه المرحلة من العلاج "تصفية الدم" بعدما وصلت إلى درجة الموت".

• إن أهم ما نلاحظه من خلال هذه الحالة أنّ لهذا المرض أعراض واضحة يستطيع الواعي صحياً ومعرفياً أن يدرك تمام الإدراك أنّ لديه مرض **الكلى** خاصة بعد وصوله لدرجة الغثيان و التقيؤ، هذان المؤشران اللذان يوضحان أنّ لدى الفرد مرض **الكلى**. و المبحوثة أدركت ذلك حينما تعرّضت لهذه الأعراض، وقامت بإتباع **الحمية والعلاج** إلا أنّها وصلت إلى المرحلة الصعبة من هذا المرض وهو "**القصور الكلوي**" المزمن.

كما نستنتج أيضاً وإضافة لما سبق أنّ هذا النوع من الأمراض يوصل الفرد إلى حالة الدوار و الغثيان، وهذا ما يوصله إلى المستشفى، وهناك فإن السبيل الوحيد لعلاج هو إجراء "**تصفية الدم**"، لذا فإن المرضى في هذه الحالة ما عليهم سوى القبول والخضوع.

• **المبحوث رقم (11):** (ذكر، 26 سنة، المستوى التعليمي ابتدائي، عامل بأرض والده أعزب، الأصل الاجتماعي متوسط، من أصل ريفي، مدة المرض 3 سنوات والعلاج شهر) يقول المريض: " لا أذكر بالضبط المدة التي مرضت بها، لكنها مدة نوعاً ما طويلة حوالي 3 سنوات، أمّا دخول هذا العلاج "**تصفية الدم**" فهو منذ شهر وخلال تلك المدة لم أكن أبالي أبداً بالمرض وكنت أعلم أنّ لدي **مرض الكلى** لكنني لم ألتزم بتناول الأدوية ولا بإتباع الحمية، هذا ما أدى إلى شعوري بالتعب والعياء أكثر فأكثر، ثم في يوم من الأيام زاد الألم و هذا ما أدى بأسرتي إلى نقلي إلى المستشفى و هناك أجروا لي عملية "**تصفية الدم**" مباشرة دون أي تردد".

• إنّ هذا التصريح مثله مثل الآخرين يبيّن لنا أنّ مرض "**القصور الكلوي**" أو "**العجز الكلوي**" يؤدي بصاحبه إلى مرحلة الموت أين يلزم أو يجبر الأطباء حينها إلى إجراء عملية "**تصفية الدم**" مباشرة دون أي تردد، إلا أنّ ما نلاحظه في هذا التصريح و الذي يخالف التصريحات الأخرى هو أنّ الفرد بإمكانه التّحكم أو بالأحرى تفادي الوصول إلى

"العجز الكلوي" من خلال الالتزام بالنظام العلاجي الذي يحدده الطبيب في حالة تعرّض الفرد لمرض الكلى وهكذا تفادي الوصول إلى هذه المرحلة من المرض.

• **المبحث رقم (12):** (ذكر، 59 سنة، المستوى التعليمي الثانوي، موظف لدى الشركات الأجنبية في الصحراء، متزوج، أب لـ 5 أطفال، الأصل الاجتماعي غني، من أصل حضري مدة المرض 4 سنوات والعلاج 3 أشهر).

تعرّض المبحث لحادث سيارة أين أصيب بشقوق في رجله، وبدأ العلاج على هذه الأخيرة، فاكتشف أنّ لديه مرض "داء المفاصل" – **La Goutte** - هذا المرض الناتج عن كثرة أكل اللحم. كما صرّح به المبحث. كما أنّ لديه مرض آخر وهو "ارتفاع الضغط الدموي" ويقول أنّ هذا ما ولد لديّ مرض "القصور الكلوي" فعندما بدأت العلاج عن هذه الأمراض اكتشف أنّي مريض بالكلّي وأصبحت أعالج لمدة 4 سنوات وكنت متوقّعا أنّي سأصل إلى هذه المرحلة، حيث أنّ الأطباء هيّئوني نفسيا وأخبروني بأنني سأصل يوما ما إلى "العجز الكلوي" الذي لا دواء له سوى العلاج بآلة تصفية الدم.

• إنّ الملاحظ من هذا أنّ لأسباب مرض "القصور الكلوي" أمراض أخرى مرض "الضغط الدموي" كما سبق وأن أشرنا، ومرض "داء المفاصل" نتيجة ارتفاع الدّسم في الدّم، وهذا ما ينتج عنه مرض الكلى.

كما نلاحظ أيضا دور الأطباء في تهيئة مريض الكلى بوصوله لمرحلة "القصور الكلوي" وهذا ما يحدّد من انفعال المريض عند وصوله إلى "تصفية الدّم".

• **المبحوثة رقم (13):** (أنثى، 38 سنة، المستوى التعليمي ثانوي، كانت موظفة بمؤسسة الصم البكم، متزوجة مرتين ومطلقة، أم لثلاث أطفال الأصل الاجتماعي متوسط، من أصل حضري، مدّة المرض 4 سنوات)

تقول المبحوثة: "إنّ من أسباب مرضي هو ارتفاع الضغط الدموي عندي وهذا عندما كنت مع زوجي الأوّل، الذي كنت أحبّه، وبسبب تلك الفترة التي كنا نعيشها بسبب الإرهاب فإنّ هذا ما تسبّب في ارتفاع الضغط الدموي عندي، وذلك عندما أخذوا زوجي أمام أعيني بالعنف من قبل الأمن، حيث كان مشكوك بأمره رغم أنّه من الطبقة المثقّفة، له مستوى جامعي ومهندس وبسبب ذلك انفجر لدي هذا المرض الذي أعجزني ولم أعد كما كنت من قبل خاصّة بعد ما لم يظهر أيّ جديد عن زوجي منذ ذلك الوقت، حتّى سمعت بأنّه قد توفي، وهكذا كثرت المشاكل عندي، وبعده لم أعد أفكر في أيّ أحد إلى أن جاء زوجي الثاني وقبلت الزواج به فأنجبت معه ولدا وأنجبت مع الأوّل بنتا وولد، هذا الزوج الأخير الذي لم أعش معه الحياة التي كنت أتوقّعها فكثرت المشاكل معه وزاد الضّغط الدّموي عندي وبسبب ذلك تعرّضت لمرض "القصور الكلوي" الذي أصابني مباشرة دون معرفة مسبقة بأنّ لدي مرض "الكلّي".

• ما تؤكده لنا هذه الحالة هو أنّ للضّغط الدّموي فعلا دور في الإصابة بالقصور الكلوي هذا الضّغط المنفجر عن المشاكل الاجتماعيّة التي يعيشها الفرد داخل أسرته فالأسرة مؤسسة اجتماعية تتواجد وتندمج ضمن إطارها الحقيقي وهو المجتمع¹، هذا الأخير الذي تسبب في إحداث مرض "القصور الكلوي" لدى المريضة و ذلك حسب قولها. إذن يمكن القول بأنّ لعامل الأسرة دور في التّعريض للأمراض وهذا ما أثبتته عدّة دراسات حول تأثير الأسرة في المرض ومن أهم هذه العوامل الأسرية المؤثرة في حدوث المرض نذكر:

- 1- عدد أفراد الأسرة من خلال مدى الاهتمام باللّجوء إلى الخدمة الصحيّة .
 - 2- دخل الأسرة من حيث الاهتمام بالقواعد الصحيّة (نظافة وتصريف الفضلات الاهتمام بالطعام ونوعيته ...)
 - 3- ثقافة الأسرة من خلال إتباع القواعد الصحيّة والإقبال على خدماتها .
 - 4- طبيعة الأسرة وحجمها ونوعها، ومن خلال اللّجوء إلى الخدمة الصحيّة الحكومية أو غير الحكومية .
 - 5- نوع الأسرة ونظم الزواج له أثر في الصّحة والمرض والاهتمام باللّجوء للخدمة الصحيّة مثال:زواج الأقارب.
 - 6- طبيعة العلاقة الأسرية وترابطها².
- **المبحوث رقم(14):** (ذكر،32سنة، المستوى التعليمي جامعي (اقتصاد) موظف بمؤسسة البناء والتعمير، أعزب، الأصل الاجتماعي متوسط، من أصل حضري، مدّة المرض 6 سنوات).
- يصف المبحوث حدوث المرض عنده قائلا: " كنت أعاني من ارتفاع الضّغط الدّموي رغم عدم وجود أيّ مشاكل لدي، وكنت أشعر دائما بالتعب و الغثيان إلى أن تعرضت يوما إلى الإغماء، فتمّ نقلي مباشرة من قبل الأسرة إلى المستشفى فاكشف أنّ لدي مرض "القصور الكلوي"، وأجرى الأطباء لي عملية "تصفية الدم" مباشرة دون أيّ انتظار .
- من خلال هذا التصريح نستنتج أن حدوث المرض عند هذا المبحوث كان مفاجئا نتيجة ارتفاع الضّغط الدّموي عنده.

• **المبحوث رقم (15):** (25 سنة، المستوى التّعليمي متوسط، الأصل الاجتماعي متوسط من أصل حضري، مدّة المرض منذ الصغر، 8 سنوات علاج).

¹ -Mostafa Boutefnouchet, la famille Algérienne(évolution et caractéristique récentes) ,Alger :SEND ,1982 p24.

² - عبد المجيد الشاعر ، يوسف أبو الرّب ، رشدي قطاس ، مرجع سابق ،ص137.

المرض يلزم المبحوث منذ الصغر، حيث كانوا يظنون بأنه مجرد انتفاخ و أنّ لديه ارتفاع في نسبة الأملاح، ولكن مع الوقت وظهور علامات المرض لديه، تمّ التعرف أخيراً أنّ لديه مرض " القصور الكلوي " وكان ذلك منذ 8 سنوات أين بدأ العلاج بـ "تصفية الدم" مباشرة دون أيّ إجراءات سابقة .

• ما نلاحظه هنا، أنّ المبحوث مثله مثل الحالة التي سبق وأن تكلمنا عنها بأن ارتفاع نسبة الأملاح لدى الفرد ولّد لديه مرض " القصور الكلوي "، وأنّ اكتشافه عادةً يكون متأخراً أين يصل الفرد إلى درجة ميئوس منها من التعب والفتل والعياء وهكذا يدخل في العلاج مباشرة دون معرفة مسبقة وهذا حسب تصريحات و خطابات المبحوثين.

• التحليل السوسيوولوجي العام:

سنأخذ في هذا التحليل بعض المتغيرات التي ترتبط بحدوث مرض "القصور الكلوي" واكتشافه كمتغير الجنس، السن، المستوى التعليمي، الأصل الاجتماعي، الأصل الجغرافي.

جدول رقم (01): - أسباب حدوث مرض القصور الكلوي-

النسبة	التكرار	حدوث المرض
46.66%	7	حدوث مباشر
33.33%	5	ظهور أعراض قبل حدوثه
20%	3	أخرى
100%	15	المجموع

إن نسبة 46.66% هي من المرضى الذين صرحوا بأن حدوث المرض كان فجأة دون ظهور أي أعراض تبين ذلك، هذا مقارنة مع الذين ظهرت أعراض المرض عندهم حيث نجد نسبة 33.33%، بينما إرجاع المرض لعوامل أخرى قد تكون طبيعية لدى الفرد أو نتيجة الميكروبات كما صرح به احد المرضى نجد نسبة 20%.

• ما يمكن أن نتبينه من الجدول هو أن مرض القصور الكلوي من الأمراض الصامتة التي قد لا تظهر أعراضها مباشرة على الفرد حتى يصاب فجأة به وهذا المرض راجع لعدة عوامل اجتماعية يتخبط ويعيش بها، وهذا ما يبينه هذا الجدول فأكثر نسبة أجابت بذلك، على عكس العوامل الأخرى والتي تنحصر في العوامل الطبيعية الراجعة للتركيب البيولوجية عند الفرد، حيث نجد نسبة قليلة جدا مقارنة مع تأثير العوامل الاجتماعية.

الجدول رقم (02): - متغير الجنس وارتباطه بحدوث المرض واكتشافه -

المجموع	الجنس		حدوث المرض
	أنثى	ذكر	
%100 07	%57.14 04	%42.25 03	حدوث مباشر
%100 05	%60 03	%40 02	ظهور أعراض قبل حدوثه
%100 03	0 0	%100 03	أخرى
%100 15	%46.66 07	%53.33 08	المجموع

إن نسبة 57.5% هي من الإناث اللواتي صرحن بأن حدوث المرض عندهن كان فجأة دون ظهور أي أعراض مسبقة تدل عن وجود المرض هذا مقارنة مع نسبة الذكور حيث نجد نسبة 42.5%.

أما الذين صرحوا بحدوث المرض فنجد أعلى نسبة أيضا عند الإناث حيث نجد نسبة 60% هذا مقارنة بنسبة الذكور حيث نجد نسبة 40%. وفيما يخص إرجاع المرض لعوامل أخرى فنجد النسبة الكلية عند الذكور عدا الإناث.

- بالرغم من أن أعلى نسبة من جنس الإناث صرحن بحدوث المرض مباشرة دون أي أعراض إلا أنه لا يمكننا أن نربط بين متغير الجنس وكيفية حدوث المرض لأن نسبة أيضا منهن صرحن بحدوث المرض بعد ظهور أعراضه عليهن، وهكذا فلا يمكن أن نعتبر أن لهذا المتغير دور في أسباب وكيفية حدوث المرض، لأن كيفية وأسباب حدوث المرض تصيب كلا الجنسين (الذكر والأنثى).

الجدول رقم (03):- ارتباط متغير السن بحدوث المرض واكتشافه-

المجموع	السن					حدوث المرض
	[62-53]	[53-44]	[44-35]	[35-26]	[26-17]	
%100 7	0 0	0 0	%57.14 4	%14.24 1	%28.57 2	حدوث مباشر
%100 5	%20 1	%10 1	%40 2	%20 1	0 0	ظهور أعراض قبل حدوثه
%100 3	0 0	0 0	%33.33 1	%33.33 1	%33.33 1	أخرى
%100 15	%6.66 1	%6.66 1	%46.66 7	%20 3	%20 3	المجموع

إن نسبة 57.14% تعتبر أعلى نسبة تعبر عن حدوث المرض مباشرة وذلك لدى فئة [44-35] هذا مقارنة مع حدوثه بنسبة قليلة لدى الفئات الأخرى حيث نجد نسبة 28.57% لدى فئة [26-17] ونسبة 14.28% لدى فئة [35-26] وانعدمت في الفئات الأخرى. أما عن ظهور الأعراض قبل حدوثه فنجد أعلى نسبة لدى فئة [44-35] وذلك بنسبة 40%، هذا مقارنة مع فئة [35-26] و[53-44] و[62-53] حيث نجد نسبة 20%. وفيما يتعلق بإرجاعه لعوامل أخرى فتوزع النسب بين الفئة [26-17] و[35-26] و[44-35] بنسبة 33.33%.

• ما يمكننا أن نتبينه من الجدول ارتباط عامل السن بحدوث مرض "القصور الكلوي" حيث نجد أعلى نسبة صرحت بحدوثه المباشر دون أي أعراض في سن [44-35] وهذه الفئة صرحت بتعرضها لعدة مشاكل اجتماعية تسببت في حدوث مرض "الضغط الدموي" هذا المرض الذي ينجم عن المشاكل الاجتماعية والذي يتسبب في حدوث مرض "القصور الكلوي المزمن" دون أن تظهر أعراضه قبلاً، فنتيجة ارتفاع هذا الضغط كثيراً تصاب الكلى مباشرة، وهذا ما أكده الأطباء أثناء إجراء المقابلة حيث ركز الجميع على ارتباط مرض الضغط الدموي بحدوث مرض القصور الكلوي، كما أن أعلى نسبة أيضاً في نفس الفئة صرحت بظهور أعراضه قبل حدوثه هذا ما يبين ارتباط حدوث مرض القصور الكلوي بهذه الفئة كثيراً سواء كان حدوثه مباشراً أو ظهور أعراضه قبلاً.

الجدول رقم (04):- ارتباط المستوى التعليمي بحدوث المرض-

المجموع	جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	أمي	المستوى التعليمي حدوث المرض
100%	28.57%	28.57%	0	14.28%	28.57%	حدوث مباشر
7	2	2	0	1	2	
100%	0	40%	20%	40%	0	ظهور أعراض قبل حدوثه
5	0	2	1	2	0	
100%	33.33%	0	0	33.33%	33.33%	أخرى
3	1	0	0	1	1	
100%	20%	26.66%	6.66%	26.66%	20%	المجموع
15	3	4	1	4	3	

إن نسبة 28.57% هي أعلى نسبة لدى مستويات (الأمي، الثانوي، الجامعي) حدث المرض مباشرة لهم دون أي أعراض، هذا مقارنة مع المستوى الابتدائي حيث نجد نسبة 14.28%، أما المستوى المتوسط فانعدمت تماماً في هذا المستوى.

بينما اكتشافه وظهر أعراضه فنجد أعلى نسبة عند المستوى الابتدائي والثانوي بنسبة 40%، هذا مقارنة مع المستوى المتوسط 20% والمستوى (الأمي، والجامعي) حيث انعدمت تماما.

وفيما يخص إرجاعه لعوامل طبيعية فنجد النسبة متساوية بين المستوى الأول والمتوسط والجامعي وذلك بنسبة 33.33%.

• يتبين بوضوح من خلال هذا الجدول أن مرض القصور الكلوي من الأمراض الصامتة حقا فرغم المستوى التعليمي العالي الذي قد يكون عند الفرد إلا أن حدوثه قد يكون فجأة بالنسبة له، حيث تعادلت النسب بين المستوى الابتدائي والثانوي والجامعي في حدوث المرض.

بينما كانت أعلى نسبة في ظهور الأعراض ومعرفتها لدى المستوى الابتدائي والمتوسط والثانوي وانعدمت في المستوى المتوسط.

وهكذا يمكننا القول بان المستوى التعليمي لا يرتبط بكيفية ومعرفة مرض القصور الكلوي، عكس بعض الأمراض الأخرى التي تظهر أعراضها مباشرة على الفرد بمجرد إصابته بها.

الجدول رقم (05):- ارتباط متغير الأصل الاجتماعي بحدوث المرض-

المجموع	غني	متوسط	فقير	الأصل الاجتماعي
7	0	7	0	حدوث المرض
5	2	3	0	ظهور اعراض قبل حدوثه
3	0	2	1	أخرى
15	2	12	1	المجموع

إن نسبة 100% هي من المرضى الذين هم من أصل اجتماعي متوسط حدث المرض فجأة لهم، دون أي أعراض مسبقة، بينما حدوث المرض بعد ظهور الأعراض فنجد أعلى نسبة عند الذين هم من أصل اجتماعي متوسط وذلك بنسبة 60% هذا مقارنة مع الذين هم من أصل اجتماعي غني حيث نجد نسبة 40%.

أما إرجاع المرضى لعوامل أخرى كالعوامل الطبيعية مثلا فنجد أعلى نسبة عند الأصل الاجتماعي المتوسط وذلك بنسبة 66.66% هذا مقارنة مع الأصل الاجتماعي الفقير حيث نجد نسبة 33.33%.

- يتبين من الجدول ارتباط الأصل الاجتماعي في كثير من الأحيان بمعرفة المرض حيث نجد أن نسبة معينة ما من الذين هم من الأصل اجتماعي غني ظهرت أعراض المرض عليهم واكتشفوا ذلك هذا مقارنة مع حدوثه المباشر لا نجد أي نسبة. وهذا ما يوحي بان الجانب المادي دور كبير في اكتشاف ومعرفة المرض، فالذين صرحوا به عند إجراء العمليات الجراحية المتتالية في فرنسا، وأيضا الوعي الاجتماعي والصحي لديهم عند تعرضهم لأمراض أخرى تسببت في حدوث مرض القصور الكلوي.

جدول رقم (06):- ارتباط متغير الأصل الجغرافي بحدوث المرض-

المجموع	الأصل الجغرافي		
	حضر	ريف	حدوث المرض
%100 7	%71.42 5	%28.57 2	حدوث مباشر
%100 5	%60 3	%40 2	ظهور أعراض قبل حدوثه
%100 3	%33.33 1	%66.66 2	أخرى
%100 15	%60 9	%40 6	المجموع

إن نسبة 71.42% من الذين حدث المرض مباشرة لهم وذلك لدى المرضى الذين هم من أصل جغرافي حضري، هذا مقارنة بالذين هم من أصل ريفي حيث نجد نسبة 28.57% بينما الذين ظهرت أعراض المرض عندهم قبل حدوثه فنجد حدوثه فنجد أعلى نسبة عند الذين هم من أصل حضري وذلك بنسبة 60% هذا مقارنة مع الذين هم من أصل ريفي حيث نجد نسبة 40%.

ومن جهة أخرى نجد نسبة 66.66% من أصل ريفي أرجعوا حدوث المرضى عندهم لعوامل أخرى، هذا مقارنة بالذين هم من أصل حضري حيث نجد نسبة 33.33%.

- مثلت أعلى النسب في حدوث المرض مباشرة واكتشاف أعراضه قبلا لدى المرضى من الأصل الحضري في حين نجد أعلى نسبة في حدوث المرض مباشرة عند أصحاب الريف، وهذا ما يدل على عدم ارتباط الأصل الجغرافي بمعرفة واكتشاف مرض القصور الكلوي.

الجدول رقم (07):- ارتباط حدوث المرض بالجنس والسن-

المجموع	أنثى					ذكر					متغير الجنس والسن
	[62-53]	[53-44]	[44-35]	[35-26]	[26-17]	[62-53]	[53-44]	[44-35]	[35-26]	[26-17]	
% 100	0	0	%42.35	0	%14.28	0	0	% 14.28	% 14.28	% 14.28	حدوث المرض
7	0	0	3	0	1	0	0	1	1	1	حدوث مباشر
% 100	0	%20	%20	%20	0	%20	0	0	%20	0	ظهور أعراض قبل حدوثه
5	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	
% 100	0	0	0	0	0	0	0	%33.33	%33.33	%33.33	أخرى
3	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	
% 100	0	%6.66	%26.66	%6.66	%6.66	0	0	% 13.33	%20	% 13.33	المجموع
15	0	1	4	1	1	0	0	2	3	2	

إن نسبة 42.85% من جنس الإناث من صرح بحدوث المرض فجأة لهم، وذلك في فئة [35-44] هذا مقارنة مع فئة [17-26]، ومقارنة مع جنس الذكور حيث نجد نسبة 12.5% لدى الفئة الأولى والثانية و الثالثة وانعدامها في الفئتين الرابعة والخامسة. بينما نجد النسب متساوية في حدوث الأعراض قبل المرض وذلك لدى فئات [26-35] [53-62] بالنسبة للذكور وفئات [26-35] و[35-44] و[44-53] لدى فئة الإناث. أما بالنسبة للعوامل الأخرى فنجد نسبة 33.33% لدى جنس الذكور وذلك في فئات [17-26] و[26-35] و[35-44]، هذا مقارنة مع نسبة الإناث حيث لا نجد أي نسبة.

• يتبين لنا من هذا الجدول ارتباط حدوث مرض القصور الكلوي لدى جنس الإناث بفئة [35-44] وهي الفئة التي حدث المرض مباشرة لها دون أي أعراض فرغم اعتبار عدم ارتباط الجنس بكيفية حدوث المرض سابقا إلا أنه من خلال هذا الجدول اتضح أن لعامل الجنس وفئة [35-44] دور في حدوث مرض القصور الكلوي، وهذه الفئة، هي الفئة التي صرحت بأنها تعاني من الضغط الدموي الناتج عن المشاكل الاجتماعية ، هذا الداء الذي يتسبب في حدوث القصور الكلوي.

الجدول رقم (08):- متغير الجنس والمستوى التعليمي وارتباطهما بحدوث المرض-

المجموع	إناث					ذكور					الجنس المستوى التعليمي حدوث المرض
	جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	أمي	جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	أمي	
%100 7	%14.28 1	%14.28 1	%14.28 1	0 0	%14.28 1	%14.28 1	0 0	%14.27 1	0 0	%14.28 1	حدوث مباشر
%100 5	0 0	%20 1	%20 1	%20 1	0 0	0 0	%20 1	0 0	%20 1	0 0	ظهور أعراض قبل حدوثه
%100 3	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	%33.33 1	0 0	0 0	%33.33 1	%33.33 1	أخرى
%100 15	%6.66 1	%6.66 1	%6.66 1	%6.66 1	%6.66 1	%13.33 2	%6.66 1	%6.66 1	%13.33 2	%13.33 2	المجموع

تعادلت النسب بالنسبة للجنس في حدوث المرض مباشرة وذلك بـ14.28% حيث نجد ذلك في المستوى الأول والثالث والخامس بالنسبة للذكور، والمستوى الأول والثالث والرابع والخامس بالنسبة للإناث.

كما تعادلت في ظهور الأعراض أيضا بالنسبة لكلا الجنسين، حيث نجد نسبة 20% وذلك لدى المستوى الثاني والرابع لدى الذكور (الابتدائي، الثانوي)، والمستوى الثاني والثالث والرابع بالنسبة للإناث (الابتدائي، المتوسط، الثانوي).

بينما قضية إرجاعه لعوامل أخرى فنجد النسب متساوية أيضا لدى جنس الذكور بـ33.33% في المستوى الأول والثاني والخامس (الأمي، الابتدائي، الجامعي) وذلك عدا جنس الإناث حيث لا نجد أي نسبة.

• يتبين من هذا الجدول عدم الترابط ما بين كيفية حدوث مرض "القصور الكلوي" ومتغيري الجنس والمستوى التعليمي، فبما أن النسب متساوية ما بين حدوثه المباشر ومعرفة أعراضه فإن ذلك يدل على عدم الترابط ما بينهما.

الجدول رقم (09):- متغير الأصل الاجتماعي والأصل الجغرافي وارتباطهما بحدوث المرض-

المجموع	حضر			ريف			الأصل الاجتماعي و الأصل الجغرافي
	غني	متوسط	فقير	غني	متوسط	فقير	
%100 7	0 0	%71.42 5	0 0	0 0	%28.57 2	0 0	حدوث المرض حدوث مباشر
%100 5	%40 2	%20 1	0 0	0 0	%40 2	0 0	ظهور أعراض قبل حدوثه
%100 3	0 0	%33.33 1	0 0	0 0	%33.33 1	%33.33 1	أخرى
%100 15	%13.33 2	%46.66 7	0 0	0 0	%33.33 5	%6.66 1	المجموع

إن نسبة 71.42% هي أعلى نسبة تعبر عن حدوث المرض مباشرة لدى المرضى من المنطقة الحضرية والذين هم من أصل اجتماعي متوسط، هذا مقارنة مع الذين هم من أصل ريفي حيث نجد نسبة 28.57% لدى المرضى الذين هم من أصل متوسط. بينما حدوث المرض بعد ظهور أعراضه فنجد نسبة 40% من أصل اجتماعي متوسط من أصل ريفي تعادل نسبة الأصل الاجتماعي الغني بالنسبة للحضر أي 40% أيضا. هذا مقارنة بالأصل الاجتماعي المتوسط حيث نجد نسبة 20% فقط لدى الحضر وانعدمت لدى أصحاب الريف.

أما بالنسبة للعوامل المتسببة في حدوث المرض فنجد 33.33% لدى أصحاب المنطقة الريفية من أصل اجتماعي فقير ومتوسط وأيضا 33.33% لدى الأصل الجغرافي الحضري من أصل متوسط.

• يتبين من خلال هذا الجدول ارتباط اكتشاف المرض بالأصل الاج للمريض والأصل الجغرافي له، حيث نجد نسبة ما من الذين صرحوا بأنهم من الحضر من أصل اجتماعي غني اكتشفوا المرض قبل حدوثه، هذا مقارنة مع أصحاب الريف حيث لا نجد أي نسبة وهكذا يمكننا القول أن الأصل الاجتماعي والجغرافي لدى المريض دور في اكتشاف ومعرفة المرض قبل حدوثه المفاجئ.

أما بالنسبة للعوامل الأخرى فهي عموما عوامل طبيعية راجعة لضعف جسد الفرد أو لصغر حجم الكلي. أو لتعرض الفرد للميكروبات التي تتسبب في الإصابة بمرض القصور الكلوي المزمن.

على ضوء ما سبق في تحليلنا لأشكال حدوث المرض لدى الفرد وبناءا على تصريحات المبحوثين نستطيع القول بأن مرض "القصور الكلوي" هو من الأمراض المزمنة التي تصيب الفرد نتيجة عدة عوامل قد تكون طبيعية مرتبطة بجسد الفرد أو أنها نتيجة عوامل اجتماعية، هذه العوامل التي تسهم في إحداث أمراض "الضغط الدموي" أو "مرض السكري" أو "مرض داء المفاصل" والتي لها علاقة وطيدة بالظروف الاجتماعية والعادات الثقافية التي يتخبط فيها الفرد، ونتيجة هذه الظروف يتعرض الواحد منا لهذه الأمراض التي تكون بمثابة إنذار لحدوث مرض مزمن هو مرض "القصور الكلوي" الذي لا علاج له سوى عملية "تصفية الدم"، هذه العملية التي تتم من خلال آلة يتم الربط بينها وبين الأوردة عند المريض لإجراء التصفية ويصبح مصير الإنسان في هذه الحالة مرتبط بهذه الآلة التي ترافقه طيلة حياته .

2-الفاعلين في عملية العلاج:

تسعى المستشفى كهيئة طبيّة إلى تقديم رعاية علاجية صحية للأفراد سواء كانت هذه الرعاية رعاية علاجية أو وقائية، وسواء كانت رعاية عامّة أو رعاية متخصصة تقدّم هذه الخدمات لأفراد يقيمون في بيئة جغرافية معيّنة أو يتبعون قطاع مهني... الخ أو تقدّم خدماتها للجميع بلا استثناء .

وتكتسب المؤسسة هذه الصّفة العلاجيّة لوجود عدد مناسب من المتخصّصين بها في شؤون الطبّ كالأطباء والممرضين والأخصائيين في شؤون العلاج أو الكشف أو التحليل...¹

¹ - محمد علي محمد وآخرون، مرجع سابق، ص 130.

وهكذا فإن الوظيفة العامة للمستشفى كهيئة اجتماعية توضح بقانون 13 جويلية 1983 وقانون 9 جانفي 1986، الذي يحدّد مجموعة الحقوق والواجبات لكلّ الطّاقم البشري العامل بالمستشفى.¹

إذن تتّصف المؤسسة الطّبيّة بتعدّد أقسامها وتعدد العاملين بها مع اختلاف تخصّصاتهم ومسؤولياتهم لهذا يستلزم أو يتطلّب وجود قانون يحدّد الحقوق والواجبات لكلّ عامل.² كما تختص هاته المستشفى بوضع أسلوب للتّعامل مع المريض الذي يعتبر المحور الأساسي بها.³ هذا من جهة، ومن جهة أخرى فبالرغم من هذا الجانب الرّسمي للمستشفى، فإنّ المؤسسة الطّبيّة حتّى لو انتظمت تحت مجموعة هاته اللّوائح والإجراءات لتنظيم شؤونها إلا أنّ طبيعة المرض وفردية كلّ حالة من حالات المرض تخضع هذه الإجراءات واللّوائح وتطبيقها لظروف كلّ مريض على حده، أي أنّها لا يمكن أن تسير على وتيرة روتين جامد بل أنّ حالة مريض قد تقتضي حرّية التّصرف للطبيب وفق ظروف الحالة فمقتضيات المريض تقرر الأسبقيات كما تخضع إجراءات المستشفى لظروفها.⁴ وهكذا فإنّ عمليّة علاج المريض تتطلّب تظافر عدّة جهود، ففي حالة " القصور الكلوي" فالمريض بحاجة لكامل الطّاقم البشري العامل بالمؤسسة الطّبية من طبيب مرضيين، مسيرين، فنيين، أخصائيين اجتماعيين الذين يعتبرون فاعلين في عمليّة العلاج هذا من جهة ومن جهة أخرى فإنّ للأسرة والمجتمع أيضا دور في عمليّة العلاج .

2-1- الأسرة كفاعل في عمليّة العلاج :

نستطيع القول بأنّ هناك علاقة وطيدة بين الفرد وأسرته والمجتمع ككلّ فكلّ ما يحدث في هذا المجتمع أو الأسرة له الأثر الكبير على حياة الفرد سواء الحياة العمليّة أو التّعليميّة أو الصّحية، وفي موضوعنا حول الصّحة فإنّ الأسرة قد تكون أحيانا سببا في الإصابة أو الاضطرابات والمشكلات لدى المريض، وهنا لا بدّ أن تضطلع الأسرة بما يجب أن تقوم به اتجاهه وأن تقوم بالتّعامل معه لمساعدته على التّخلص من التّوتر الناشئ من الضغط العائلي وتقوم الأسرة بحل الصراعات الداخلية وإزالة أسباب ومظاهر القلق الذي يعكّر صفو الأسرة ويحقّق التّقارب بين أفرادها وتحصين الأفراد داخل الأسرة ضدّ الاضطرابات التي تنعكس في الإصابة بالأمراض المختلفة⁵

فإذن تعتبر الأسرة فاعل أساسي في عمليّة العلاج، ومن خلال المقابلات التي تمّ إجراءها مع المرضى حول المرافق لهم في عمليّة "تصفية الدم" ولماذا؟ فإنّ كافة المرضى صرّحوا بأنّهم يأتون في الغالب وحدهم لعمليّة التّصفية، فبالنسبة للذين ليسوا

¹ - Jean- Marc Bon mati, les ressources Humaines À L'Hôpital (Un Patrimoine à Valoriser), Paris : Berger - revrault, 1998, p29.

² - محمد علي محمد وآخرون، مرجع سابق، ص 130.

³-Jean- Marc Bon mati- , op.cit, p29.

⁴ - محمد علي محمد وآخرون، مرجع سابق، ص 130.

⁵ - عبد المنصف حسين علي رشوان، مرجع سابق، ص ص110، 111.

متزوجين فإنّ المرافق عادة في بداية العلاج يكون إما الأم أو الأب، أمّا المتزوجين فعادة المرافق يكون الطرف الثاني للمريض أمّا بالنسبة للشيوخ فيكون أحد الأبناء ولكن بعد التّعود على العلاج فإنّ المرضى يأتون بمفردهم في سيارّة الإسعاف المخصّصة لهم تحضرهم وترجعهم لبيوتهم .

أمّا في بداية العلاج فيقول أغلب المرضى أنّهم وجدوا صعوبة في تقبّل المرض لذا كان الأهل يحضرون معهم، ولكن بعد التّعود على المرض والعلاج أصبحوا يأتون بمفردهم. عدا كبار السنّ فإنّ اعتمادهم على أبنائهم يبقى وذلك لمساعدتهم على الأكل النهوض... و غيرها من الأمور، هذا ما تمّ ملاحظته أثناء إجراء الدّراسة بالمستشفى فالكبار لا يستطيعون الاتّكال على أنفسهم ولذا فإنّ خير معين هو الأبناء (الابن بالنسبة للأب) و(البنات بالنسبة للأم). و هكذا يمكن القول بأنّ للأسرة دور في إتمام عمليّة العلاج الطّبي للمريض من خلال توفير الجو المناسب لشفائه.

2-2-الأطباء و عمليّة العلاج:

إنّ مهنة الطّب هي من المهن الجّدّ صعبة والتي تتطلّب الجهد الكبير لدراستها، وقد ظهرت عدّة دراسات ونظريات سوسولوجية في علم الاجتماع تتناول هذه المهنة حسب وجهة نظرها منها النّظرية الوظيفية التي يمثّلها " تالكوت بارسونز " والذي حدّد أدوار الطبيب في المستشفى اتّجاه المريض كما نجد " فريديسون " والذي تكلم عن اختلاف أدوار المريض حسب الحالة المرضيّة التي يعيشها، وفي المقابل نجد النّظرية التّفاعليّة التي يمثّلها " ستروس " والذي يعتبر المريض فاعل في عمليّة العلاج وليس طرف قابل لكلّ ما يؤمر به أي ليس كما وصفه "بارسونز" بأنّ له أدوار وهو بالضرورة يقوم بها ليعالج.

وهكذا يمكن القول بأنّ هذه المهنة قد وجدت العديد من وجهات النّظر وسنحاول من خلال تصريحات المبحوثين معرفة دور الطبيب كفاعل حقيقي في عمليّة العلاج باعتباره المحور الأساسي في هذه العمليّة ويتمّ اللّجوء إليه لتحقيق الشّفاء.

وفي موضوعنا "القصور الكلوي المزمن" تمّ استجواب المبحوثين حول مجموعة من الأسئلة والتي توحى بهذا الدور الفعّال للطبيب.

• المبحوث رقم (01): (طبيب، 47 سنة، متزوج، تخصص: طب عام، مدة العمل 20 سنة في ميدان الصحة و 6 سنوات في مصلحة تصفية الدّم).

" فيما يخصّ علاقتي بالعاملين معي فلا تعترضني أيّة مشاكل معهم والعلاقات جدّ جيّدة وذلك لأنني الأمر والنّاهي في هذا المركز وأنا أمثّل الطبيب الرئيسيّ به لذا لا تواجهني أيّة مشاكل معهم .

وفيما يتعلّق باتّخاذ قرارات مخالفة للعاملين معي فأنا أحيانا كثيرة أتخذ قرارات تكون مخالفة لهم وذلك لأنني الأكثر خبرة منهم بحكم السّنوات ومدة العمل الطويلة 20 سنة وهذه القرارات عادة تكون في صالح المريض".

وبالنسبة لتقييم المبحوث لمهنة الطب فهو يرى بأنها جدّ صعبة لأنّ الطب مجال واسع ومتشعب ويلزمه تخصص وتخصّص أيّ الدقّة والتدقيق في الجزئيات، كما يتطلّب دراسة متواصلة، وهي صعبة أيضا من ناحية الظروف المحيطة بالطبيب من حيث وسائل العلاج، والعلاقات التي قد تكون مع المرضى وحدوث المشاكل معهم ومن بينها عدم تقبّل المرضى لبعض الأطباء مما يجعلنا نتفادى التعامل معهم أو تقديم وصفات الدواء لهم إلاّ بطريقة غير مباشرة، ومن أسباب هذا المشكل هو شعور بعض المرضى بالغيرة من الأطباء واعتبارهم من تسبّب في إحداث المرض لديهم، أو عندما يكون التعامل مع شخص من عائلة تحدر من طبقة مرموقة فإنّ هذا المريض لا يتقبّل المرض أبدا ولا يتقبّل التعامل مع أيّ كان إلاّ باعتماد أسلوب الإقناع. وهذا ما يجعلنا نواجه صعوبات في هذه المهنة وبالأخصّ عند التعامل مع الأمراض المزمنة، وأنا جد راض عن هذه المهنة لأنها مهنة شريفة ونبيلة أمام الله وأمام المجتمع بالرغم من صعوبتها".

• يتبيّن لنا من هذا التصريح أن علاقة المبحوث بالعاملين معه هي جيّدة وذلك لأنّه يمثّل الطبيب الرئيسي بالمركز ممّا يمنحه الهيبة لدى الجميع وعدم معصية أوامره فهو يتّخذ أحيانا كثيرة قرارات مخالفة للجميع وذلك لأنّه يرى أنّه الرأى الصواب فهو أكثر خبرة من الآخرين وهذا ممّا يدلّ على أنّ لمدّة العمل الطويلة والخبرة التي يكتسبها الطبيب في هذه المدّة تمنحه القدرة على اتّخاذ القرارات التي يكون واثقا من نتائجها الايجابية. رغم الصعوبات التي قد تواجهه في ميدان العمل فهذه المهنة مهنة صعبة كما يقول وهي تتطلّب الدقّة والتركيز في الجزئيات عند عمليّة التشخيص والعلاج وحتّى يستطيع الطبيب اتّخاذ القرار الصائب لأنّه يتعامل مع نفس بشرية يصعب التعامل معها لذا نجد أنّ الطبيب دائما يشعر بنوع من التّخوف عند تقديم العلاج ولا يستطيع فعل ذلك إلاّ بعدما يكون جدّ واثقا منه .

كما تكمن الصعوبة أيضا في هذه المهنة لدى هذا المبحوث في نقص وسائل العلاج ممّا يوقع الطبيب في موضع صعب ولا يجد الحلول لحلّ هذا المشكل لأنّ توفير وسائل العلاج من أهمّ الأساليب لتحقيق العلاج والمساعدة الطّبيّة وإذا غاب ذلك فلا يستطيع الطبيب تقديم هذه المساعدة .

وفيما يتعلّق بالمشاكل التي تنشأ بين الطبيب والمريض في مركز "تصفية الدم" فيجد هذا المبحوث صعوبة في التعامل مع مرضى "القصور الكلوي" هذا المرض المزمن الذي يخلق علاقات جدّ حسّاسة بين الطرفين خاصة من جهة المريض الذي يأخذ الأمور بشكل مختلف ومغاير لما هي عليه فيتّجه باللوم في مرضه إلى الطبيب ويعتبره المسبّب الرئيسي لمرضه كما يقول الطبيب ممّا يؤدي إلى سوء العلاقات ما بينه وبين المريض لذا يمكن القول بأنّ هذه المهنة تلقى العديد من الصعوبات التي يتخبّط بها الطبيب ويجد نفسه أمام عدّة عراقيل يحاول تفاديها لتقديم المساعدة الطّبيّة .

فالطبيب إذن فاعل رئيسي وأساسي في عملية العلاج من خلال أنه يقدّم العلاج، ويتحمّل الصعوبات والظروف التي قد تواجهه سواء بالنسبة للعاملين معه أو بالنسبة للمعامل معه وهو المريض.

• **المبحوث رقم (02):** (طبيب، 32 سنة، أعزب، تخصص طب عام، مدّة العمل، سنة واحدة).

" إن علاقتي بالعاملين معي جدّ جيّدة رغم أنّي أحيانا أتخذ قرارات تكون مخالفة لهم لكن ذلك لا يؤثّر على العلاقات بيني و بينهم، لأنّ هذه القرارات تكون لصالح المريض وفي مصلحته لذا أنا كثيرا ما أتخذ قرارات تكون مخالفة لهم . فهذه المهنة مهنة صعبة للغاية وذلك نظرا للمسؤولية الكبيرة التي تقع على عاتق الطبيب اتّجاه نفسه واتّجاه المريض واتّجاه الله، إلا أنني جد راض عنها رغم صعوبتها".

• يتبيّن لنا من هذا التصريح درجة رضا المبحوث عن المهنة رغم صعوبتها وهذا ما يدل على فعاليته كعنصر فاعل في عملية العلاج، كما يتّضح لدينا أنّ هذه المهنة تحتمّ على صاحبها اتّخاذ بعض القرارات الفردية عندما تكون صائبة وفي صالح المريض خاصة إذا كان الطبيب جدّ واثقا من العلاج الذي سيفدّمه، هذه القرارات التي لا تؤثّر على العلاقات ما بين الأطباء ممّا يتبيّن لدينا أيضا احترام آراء بعضهم البعض ووجود التّعاون والتّشاور ما بينهم، فقبل أن يتّخذ أيّ طبيب قرار فهو يتشاور معهم ولكن في النهاية يتّخذ قراره إذا ما كان صائبا وواثقا منه لذا نجد أنّ أغلب الأطباء صرّحوا بأنهم يتّخذون أحيانا قرارات مخالفة للأطباء العاملين معهم .

أمّا من حيث الصعوبة فهذا المبحوث شأنه شأن الأوّل وشأن الآخرين يجدّ في هذه المهنة صعوبة كبيرة خاصة المسؤولية التي تقع على عاتقه وعاتق كل الأطباء هذه المسؤولية التي تجعل منه دائم الحذر والتّخوف من التّشخيص وخاصة تقديم العلاج .
فهذه المسؤولية تكون اتّجاه الطبيب كشخص، واتّجاه المريض كفرد يضع ثقته بين يدي الطبيب، وأمام الله.

المبحوثة رقم (03): (طبيبة، 35 سنة، عزباء، تخصص طب عام، مدة العمل 4 سنوات).
تقول المبحوثة: "أنا جد راضية عن المهنة و لكن لست ليست راضية عن العاملين معي حيث أجدّ بعض المشاكل معهم خاصة مشكل تدخلهم في عملي ومهنتي، إضافة إلى أنني لست راضية عن ظروف العمل من ناحية عدم التّنظيم من قبل الإدارة وعدم توفر الوسائل اللازمة للعلاج مثال: قاعة العلاج التي تضمّ كلّ المرضى وهذا ما لا يجب أن يكون" حيث تقول : " إذا أردنا علاج أحد أو التّكلم معه فإنّ جميع المرضى يشاهدون ويسمعون ممّا

يؤثر على البعض، كما أنني لا أتخذ أي قرارات مخالفة للأطباء وذلك لأنه ليس لدي الحرية الكاملة في اتخاذ ذلك .

أما صعوبة المهنة فهي صعبة للغاية خاصة بالنسبة للمرأة حيث تتطلب الحرية الكاملة لها كما تتطلب العمل في المناوبات الليلية هذا ما يؤثر على حياتها خاصة إذا كانت متزوجة.

• إن أهم ما نلاحظ من هذا التصريح هو أن ظروف وشروط العمل دور في تقبل الطبيب لمهنته أو رفضه له، فهذه المبحوثة ترى بأن المهنة كمهنة مقبولة وراضية عنها، إلا أن الظروف غير المناسبة جعلت منها ترفض هذه المهنة إلا إذا توفرت لها الشروط المناسبة كما أن هذه الظروف تكون عائق أمام اتخاذ القرارات وإحداث التغيير لأنها دائما أمام العديد من العقاقيل والمراقبات التي تمنعها من ذلك .

لذا يمكننا القول أنه كلما توفرت شروط العمل المناسبة كلما كان الطبيب أكثر رضا عن مهنته وكان أحسن أداء لذلك، والعكس كلما كانت هذه الظروف سيئة فإن ذلك يؤدي إلى عدم الرضا وبالتالي يقل الأداء المهني نظرا لتلك الظروف التي تكون عائقا فعليا أمام إحداث التغيير، فهذه المهنة تتطلب دائما التغيير لمواكبة التغييرات التي تحدث في ميدان الطب .

أما فيما يخص صعوبة المهنة وإضافة للصعوبات السابقة الذكر هناك صعوبة أخرى بالنسبة للمرأة خاصة، حيث يدخل عامل الجنس هنا كعامل متسبب في حدوث مشاكل وعراقيل بالنسبة لجنس المرأة ولا نجد ذلك عند جنس الرجال فهذه المهنة تتطلب الحرية الكاملة لها والتفرغ لها نظرا للمناوبات الليلية التي تقوم بها الطبيبة، وتكون هذه الصعوبة خاصة بالنسبة للمتزوجات، لذا فالمرأة هنا تتخبط في مشاكل عديدة مما يؤثر على أدائها المهني، إلا أنها تحاول جاهدة التوفيق بين عملها وحياتها لذا يمكن اعتبارها عنصر فاعل في العلاج فبالرغم من هذه المشاكل فهي تسعى بكل قدراتها لتقديم المساعدة الطبية لكل المرضى دون استثناء .

• المبحوثة رقم (04): (طبيبة، 30 سنة، الحالة الاجتماعية متزوجة تخصص: طب عام مدة العمل 4 سنوات مباشرة في هذا المركز)

إن المبحوثة راضية جدا عن هذه المهنة وعن عملها مما يجعل علاقتها بالعاملين معها عادية كما تقول: "يسود الاحترام والتقدير لآراء بعضنا البعض فلا تواجهني أية مشاكل معهم، حتى في اتخاذ بعض القرارات فإن ذلك لا يكون إلا بالتشاور فيما بيننا واتخاذ القرار الصائب لأن هذه المهنة مهنة صعبة وتتطلب المسؤولية اتجاه إنسان يكون بمقدورنا إحيائه أو فقدانه هذا ما يجعلنا دائما في تخوف".

• يتبين من قول المبحوثة درجة الرضا الكبير عن المهنة، وهذا ما جعل علاقتها بالعاملين معها جيدة حيث أنها تحاول دائما إبقاء الاحترام والتقدير بينهم واحترام آراء الآخرين فيما يتعلق باتخاذ القرارات التي عادة تكون في صالح المريض، فأهم ما يميز هذه المهنة هو التشاور واحترام الآراء بين الأطباء وهذا ما يدل أيضا على أنها مهنة تتطلب المسؤولية الكبيرة كما سبق وأن ذكرنا وذكرنا المبحوثة .

• **المبحوثة رقم (05):** (طبيبة، 31 سنة، متزوجة، تخصص أمراض الكلى، مدة العمل سنة واحدة).

المبحوثة جد راضية عن مهنتها لأنها تشعر بأنها تؤدي واجب ودور اتجاه المريض بشكل خاص واتجاه المجتمع بشكل عام و هذا حسب قولها.

أما فيما يخص العلاقات مع العاملين معها فهي جيدة كما تقول بل ممتازة فلا تواجهها أية مشاكل معهم، وإنما العكس وهذا ما تم ملاحظته أثناء الزيارة الميدانية، وما يدل أكثر على ذلك هو اتخاذها للقرارات التي تقول بأنها عادة تكون مماثلة لقرارات العاملين معها فلا تحاول الانفراد بقرار وإنما تتشاور معهم وتعتمد أسلوب الإقناع عند وجود الاختلافات وتحاول توحيد الآراء والخروج برأي يرضى عنه الجميع وهذا كله في صالح المريض .

وفيما يتعلق بصعوبة المهنة فتقول أنها جد صعبة ومن عدة نواحي:

- جسديا: لأنها تتطلب الوقوف كثيرا.

- اجتماعيا: المناوبات الليلية وهذا ما يؤثر على كافة حياتي .

- المرض المزمن: وجود صعوبة في التعامل مع مرضى يعانون من مرض مزمن وهذا ما يوقعها في مشاكل معهم نظرا لنفسياتهم المحطمة كما تقول ويحاولون توجيه اللوم للطبيب، الذي يعتبرونه مجرما وليس طبيبا معالجا من خلال ما يمثله المرض لديهم .

• يتبين لنا من قول المبحوثة أنها جد راضية عن المهنة، هذه المهنة التي تمنحها الشعور بالراحة وبأنها تؤدي واجبا ودورا فعّالا في المجتمع لأنها تتعامل مع إنسان وهذا الإنسان هو الذي يمنح الشرف للطبيب فكأما أدى الطبيب واجبه على أكمل وجه مع هذا المريض فإنه يشعر بالراحة النفسية وبأنه عنصر فعّال في المجتمع وفي عملية العلاج خاصة إذا كانت علاقاته مع العاملين معه تتسم بالممتازة كما تقول فإن ذلك دور في زيادة الأداء وتحسينه، وما يدل أكثر على نوعية هذه العلاقات هو رأيها في اتخاذ القرارات التي تقول أنها لا تتخذها بمفردها وإنما عن طريق التشاور معهم وإيجاد الحل الذي يكون في صالح المريض ويرضي جميع الأطراف .

أما فيما يخص صعوبة المهنة، فهي صعبة من جميع النواحي الجسدية من حيث التعب نتيجة الوقوف كثيرا، واجتماعيا من حيث تأثيرها على الحياة الاجتماعية للطبيبة خاصة

الزوجية وذلك نتيجة المناوبات الليلية التي تتسبب في حدوث مشاكل مع الأزواج ومع الأبناء فإذن لعامل الجنس والحالة الاجتماعية دور في وجود الصعوبات بهذه المهنة. كما يواجه الأطباء صعوبة في التعامل مع الأمراض المزمنة وهذا ما صرح به كل الأطباء "بمركز تصفية الدم" الذين يتعاملون مع مرض جدّ صعب وهو مرض "القصور الكلوي" ولكن رغم هذه الصعوبة فإنّ المبحوثة جدّ راضية عن مهنتها هذا ما يجعلها تؤدّي دورها كما ينبغي وهذا ما تمّ ملاحظته أيضا فكلّما كان هناك رضا كان هناك أداء فعّال.

• التحليل السوسولوجي العام:

بعدما قمنا بتحليل كل خطاب على حدة نحاول أن حكم المعطيات ككل في شكل جداول لمعرفة فاعليته هذا الطاقم الطبي في عملية العلاج.

الجدول رقم (10):- نوعية العلاقات بين الأطباء فيما بينهم والعاملين بالمستشفى -

العلاقات	الجنس	ذكر	أنثى	المجموع
جيدة	2	2	2	4
نوعا ما	0	0	1	1
سيئة	0	0	0	0
المجموع	2	2	3	5

يتبين من الجدول أن نسبة 50% من كلا الجنسين صرحت بأن العلاقات جيدة فيما بينهم وبالعاملين في المستشفى، هذا مقارنة مع الذين صرحوا بأن العلاقات (نوعا ما) حيث نجد النسبة الكلية لدى الإناث 100% عدا الذكور حيث لا نجد أي نسبة.

• ما يمكن أن نتبينه من الجدول أن العلاقات تتسم بالجيدة في هذا المركز (مركز تصفية الدم) ولعل هذا مؤشر على فعالية الطاقم الطبي، فكلما كانت العلاقات جيدة فيما بينهم كان الأداء أكثر فعال والعكس كلما ساءت العلاقات ساء الأداء المهني لهم.

الجدول رقم (11):- ارتباط متغير الجنس باتخاذ القرار-

اتخاذ القرارات	الجنس	ذكور	إناث	المجموع
نعم	2	2	0	2
لا	0	0	0	0

3	3	0	
%100	%60	%40	المجموع
5	3	2	

يتبين من الجدول أن نسبة الذكور الكلية صرحت بأنها تتخذ أحيانا كثيرة قرارات مخافة للأطباء العاملين معهم، هذا مقارنة مع جنس الإناث حيث لا نجد أي تصريح يفيد بأنه يتخذ قرارات مخالفة، بينما في عدم اتخاذ القرارات فنجد العكس النسبة الكلية من الإناث صرحت بعدم اتخاذها للقرارات إلا بعد التشاور فيما بينهم.

- يبدو واضحا ارتباط عامل الجنس باتخاذ القرارات فالذكور لا ينتظرون التشاور لاتخاذ أي قرار وإنما إن كان القرار صائبا في نظرهم وفي مصلحة المريض يتخذون فورا القرار دون أي تشاور على عكس جنس الإناث فهن لا يتخذن أي قرار إلا بعد التشاور ثم اتخاذ القرار الصائب أو مشورة من هم أكثر خبرة منهم.

الجدول رقم (12):- ارتباط متغير التخصص باتخاذ القرار-

المجموع	تخصص أمراض الكلى	طب عام	التخصص اتخاذ القرارات
%100	0	%100	نعم
2	0	2	
%100	%40	%60	لا
	1	2	
%100	%20	%80	المجموع
5	1	4	

يتبين من الجدول أن نسبة 100% من تخصص الطب العام صرحت بأنها تتخذ أحيانا كثيرة قرارات تكون مخالفة للأطباء بينما لا نجد أي نسبة من تخصص أمراض الكلى صرحت بذلك.

في حين نجد أن نسبة 60% من الذين لا يتخذون قرارات مخالفة للأطباء العاملين معهم من تخصص الطب العام، بينما تخصص أمراض الكلى فنجد نسبة 40%.

- ما نستنتجه من هذا الجدول أن اتخاذ القرار لا يرتبط بالتخصص فرغم أن الأخصائية في أمراض الكلى هي المشرفة على العاملين بالمستشفى، إلا أنها لا تتخذ أي قرار مخالف ولعل ذلك يعود لمبادئ مهنة الطب حيث تقول الأخصائية: " ألبأ للذين هم اكبر خبرة مني قبل اتخاذ أي قرار، ثم أتشاور معهم واتخذ أخيرا القرار إن كان صائبا" ولذا فبالرغم من اتخاذها للقرار في نهاية المطاف إلا أن ذلك لا يكون مباشرة وإنما بعد التشاور في القضية المطروحة.

الجدول رقم (13):- ارتباط متغير السن باتخاذ القرار-

المجموع	[51-44]	[44-37]	[37-30]	السن اتخاذ القرار
% 100 2	% 50 1	0	% 50 0	1 نعم
% 100 3	0	0	% 100 0	3 لا
% 100 5	% 10 0	0	% 80 0	4 المجموع

إن نسبة 50% من الذين يتخذون قرارات مخالفة وذلك في الفئة الأولى [37-30] وهذا مع نفس فئة [51-44] حيث نجد أيضا 50%، بينما الذين لا يتخذون القرارات مخالفة فنجد 100% في الفئة الأولى [37-30] بينما انعدمت في الفئات الأخرى.

- ما يتبين لنا من هذا الجدول عدم ارتباط متغير السن باتخاذ القرارات فرغم صغر سن المبحوث في فئة [37-30] إلا انه يتخذ قرارات تكون مخالفة للأطباء العاملين معه. على ضوء ما سبق في الجداول حاولنا من خلالها تكيم المعطيات لا أكثر يتضح لدينا بجلاء صعوبة هذه المهنة، خاصة بالنسبة لجنس الإناث والحالة الاجتماعية لهن حيث صرحن بان هذه المهنة تؤثر على العلاقات الزوجية لأنها تتطلب المناوبات الليلية والعمل كثيرا، لذا فان ذلك يؤثر كثيرا على حالتهم الاجتماعية، ولكن رغم هذه الصعوبة فالجميع صرح بالرضا الكبير عن المهنة، مما يدل على فعالية هذا الطاقم العامل بالمستشفى، فكلما زاد الرضا زاد الأداء والعكس تماما.
- كما أن الأغلبية صرحت بوجود علاقات جيدة فيما بينهم وبين العاملين الآخرين وهذا دليل آخر على وجود فاعلية طبية.

أما من حيث الجداول التي تبين عملية اتخاذ القرار فيمكن القول أن هذه العملية ترتبط بالجنس وليس السن أو التخصص، حيث أن جنس الذكور يميل إلى اتخاذ القرارات على عكس الإناث.

الجدول رقم (14):- تقييم الأطباء لمهنة الطب والرضا عن ذلك-

المجموع	راض جدا	راض	لست راض	الرضا عن المهنة صعوبة المهنة
% 100	% 100	0	0	صعبة
5	5	0	0	ليست صعبة
0	0	0	0	المجموع
0	0	0	0	

إن نسبة 100% من الأطباء صرحوا بصعوبة مهنة الطب والرضا الكبير عن هذه المهنة، هذا مقارنة مع الفئات الأخرى حيث انعدمت النسب تماما.

• ما يمكن أن نتبينه من الجدول أن مهنة الطب من المهن الصعبة ولكن رغم هذه الصعوبة إلا أن درجة الرضا عنها تقلل من صعوبتها، فهي مهنة شريفة ونبيلة كما صرح الأطباء وتتطلب الجهد الكبير لأداء هذه المهمة بفعالية، وبما أن النسبة الكلية صرحت بالرضا الكبير عنها يمكننا القول أن هذا الفريق الطبي يؤدي دوره بفعالية في هذا المركز.

2-3- فاعلية الطاقم شبه الطبي:

يقول إحسان محمد الحسن: "لا يمكن لمهنة التمريض أن ترقى إلى مستوى المهن الحديثة والفاعلة ولا يمكن للممرض أن يؤدي أدواره الوظيفية ويتحمل أعباءها الفئحة والمهنية والإنسانية دون تكوينه أنماطا من العلاقات الإنسانية الجيدة مع المرضى والأطباء من جهة ومع أعضاء الفريق الصحي والجهاز الإداري الذي يتعامل معه من جهة أخرى ذلك أن العلاقات الإنسانية الجيدة التي تتوفر في المؤسسات الصحية والمجتمعية إنما هي تعبير لوحدة وتماسك هذه المؤسسات ومؤشر إيجابي على كفاءتها وقدرتها على تحقيق أهدافها وطموحاتها القريبة والبعيدة"¹

لذا فقد تم إدراج هذا العنصر لتحديد فاعلية هذا القطاع (شبه الطبي) في عملية "تصفية الدم" لدى مرضى "القصور الكلوي"، وسنحاول مما سيأتي تبين دور هذا القطاع كفاعل في هذا المركز.

الجدول رقم (15):- صعوبة مهنة التمريض والرضا عن هذه المهنة-

¹ - إحسان محمد الحسن ، علم الاجتماع الطبي (دراسة تحليلية في طب المجتمع) ، مرجع سابق ، ص 307.

المجموع	راض جدا	قليلًا	لست راض	الرضا عن المهنة صعوبة المهنة
100% 9	66.66% 6	33.33% 3	0 0	نعم
100% 8	75% 6	25% 2	0 0	لا
100% 17	70.58% 12	29.41% 5	0 0	المجموع

أن نسبة 66.66% من المرضى الذين صرحوا بصعوبة المهنة مع رضاهم الكبير عنها هذا مقارنة مع نسبة الرضا القليل مع وجود الصعوبة حيث نجد نسبة 33.33%. أما الذين لا يجدون صعوبة في مهنة التمريض مع رضاهم الكبير نجد نسبة 75% هذا مقارنة مع الذين لا يجدون صعوبة ونسبة الرضا قليلة حيث نجد نسبة 25%.
 • إن أهم ما يتبين من الجدول من دلالة سوسيولوجية هو أن نسبة الصعوبة مع الرضا كبيرة وهذا ما يدل على فاعلية هذا الطاقم البشري العامل بالمستشفى.

فمهنة التمريض هاته من المهن الصعبة

التي تتطلب التأهيل للعمل مع المريض¹، فإنّ الممرض يسعى بقدراته العلميّة والفكريّة والشخصيّة إلى تقديم كافة المساعدات دون استثناء رغم الصعوبات التي قد تواجهه فهذه المهنة ليست بالمهنة السهلة حيث أنّ الممرض يلقي عدّة عراقيل سواء من جانب المؤسسة الطبيّة أو من جانب المريض، هذا الأخير الذي قد يكون السبب في سوء العلاقة الإنسانيّة ما بينه وبين الممرض، ومسؤوليتهم هاته تتحدّد بالمواقف والممارسات السلبيّة التي يميّز بها بعضهم والتي تسيء بطريقة أو بأخرى إلى العلاقات الاجتماعيّة في المؤسسات الصحيّة، وإنّ مشكلات هذه العلاقات ما بين الممرض والمريض والتي سببها المرضى تتجسّد في عدّة عوامل هي: عدم التزام المرضى بالقوانين الموضوعة وانخفاض المستوى الثقافي لبعض المرضى وإتباعهم الأسلوب الخشن عند تعاملهم مع الممرضين خاصّة الممرضات².
 رغم هاته العراقيل التي قد تعترض الممرض في المستشفى فإنّ في دراستنا هاته وجدنا أنّ معظم الممرضين اختاروا هاته المهنة رغبة منهم مع علمهم أنّها مهنة تتطلب الجهد و التركيز و العمل اليومي و خاصّة الصبر في هذا القطاع " مركز تصفية الدم " حيث أنّ التّعامل مع مرضى " القصور الكلوي " كمرض من الأمراض المزمنة يتطلب الصبر لأنّ التّعامل هو تعامل مع نفسيات محطّمة .

¹ - محمد علي محمد وآخرون ، مرجع سابق ، ص 146.

² - إحسان محمد الحسن ، علم الاجتماع الطبي (دراسة تحليلية في طب المجتمع)، مرجع سابق، ص 321.

فإذن يعتبر قطاع شبه الطبي قطاع جدّ فعّال في عمليّة العلاج من خلال الرغبات التي على أساسها يختار الممرّض هذه المهنة و يقّدّم نفسه خدمة للمرضى.

الجدول رقم (16): - يوضح وجود التعاون بين العاملين في مركز تصفية الدم-

المجموع	التكرار	وجود تعاون
100%	17	نعم
0	0	لا
100%	17	المجموع

إن النسبة الكلية من الممرضين الذين صرحوا بوجود التعاون فيما بين العاملين بمركز تصفية الدم، بينما نجد عدم وجود أي إجابة تصرّح عكس ذلك.

● إنّ الملاحظ من خلال هذا الجدول هو أنّ هناك تعاون كبير واتّصال ما بين العاملين في المؤسسة الطبيّة، وذلك لتحقيق الهدف الأسمى الذي تسعى إليه هذه الأخيرة وهو توفير الخدمات الصحيّة اللازمة لمرضى "القصور الكلوي" والاعتناء الكامل بهم من كافة الجوانب الطبيّة من قبل الطبيب و الممرضين والنّفسيّة من قبل الأخصائيين النّفسانيين وأمور الإدارة من توفير أدوات ووسائل العلاج اللازمة من قبل الإدارة، وأمور النّظافة من قبل العاملين في النّظافة وهكذا لا بدّ من وجود اتّصال وتعاون ما بينهم وتفادي حدوث أيّة مشاكل التي تنعكس سلبا على المريض بالدرجة الأولى والممرض هنا يشغل مكانة أساسية في المستشفيات والمراكز الصحيّة، فهو يعتني بالمريض عناية شاملة من خلال الواجبات التي تقدّم لخدمته، وتشغل هذه المهنة مكانة تحتاج إلى كفاءة ومهارة فنيّة عالية فالممرّض يعتبر حلقة الوصل بين جميع العاملين في المستشفى أو المركز الصحي مثل أقسام المختبر والصيدلية والأشعة والتّغذية، لذا نجد أنّه يتفادى حدوث أيّة مشاكل مع أيّ طاقم استشفائي بغرض توفير الخدمات اللازمة للمريض.

جدول رقم (17): - العلاقة بين الأقدمية في العمل للممرض وظروف العمل بالمركز-

المجموع	سيئة	نوعا ما	جيدة	ظروف العمل
				الأقدمية في العمل
100%	66.66%	33.33%	0	[7 - 2]
3	2	1	0	
0%	0	0	0	[12 - 7]
0	0	0	0	
100%	100%	0	0	[17 - 12]
1	1	0	0	

% 100 8	% 37.5 3	% 62.5 5	0 0	] 22 - 17 [
% 100 4	% 25 1	% 75 3	0 0	] 27 - 22 [
% 100 1	0 0	% 100 1	0 0	] 32 - 27 [
% 100 17	% 41.17 7	% 58.82 10	0 0	المجموع

يتبين لنا من الجدول أنّ نسبة 58.82% من الذين أجابوا بأنّ ظروف العمل هي نوعاً ما ليست بالجيّدة ولا السيّئة هذا مقارنة مع الذين لا يرون أنّ ظروف العمل داخل المستشفى هي جيّدة حيث لا نجد أيّ إجابة، كما نلاحظ أنّ نسبة 41.17% من الذين أجابوا بأنّ ظروف العمل سيّئة وهي نسبة ضئيلة مقارنة مع الذين أجابوا بأنّ ظروف العمل هي نوعاً ما. كما نلاحظ أنّ نسبة 75% من الذين أجابوا بأنّ ظروف العمل هي متوسطة وذلك لدى فئة [27-22] سنة وفئة [22-17] بنسبة 62.5%، أمّا الفئة الأولى [2-7] سنوات والذين ليست لهم أقدمية في العمل أجابوا بأنّ ظروف العمل نوعاً ما بنسبة 33.33% هذا مقارنة مع إجابتهم بأنّ ظروف العمل سيّئة حيث نجد نسبة تفوق الأولى 66.66% أمّا فئة [22-27] سنة نجد نسبة 25% من الذين أجابوا بأنّ ظروف العمل سيّئة ونسبة 37.5% لدى فئة [22-17] سنة.]

• يوضّح لنا هذا الجدول العلاقة ما بين مدّة العمل التي عمل بها الممرّض في هذا المركز والظروف الموجودة به، حيث أهم ما يمكن ملاحظة هو أنّ أغلب هذا الطاقم العامل بهذا المستشفى له مدّة طويلة في العمل فهم قدامى ولهم خبرة أكثر في التّعامل مع المرضى بصفة عامّة و مرضى "القصور الكلوي" بصفة خاصّة، رغم ظروف العمل التي صرح أغلب الممرّضين أنّها نوعاً ما ولم نجد أيّ تصريح يقول بأنّ الظروف جيّدة، هذا ممّا يدلّ على أنّ الممرّض فاعل في عمليّة العلاج كل ما يهّمه تأديّة هذه المهنة بشرف ونبالة رغم ظروف العمل التي قد لا تكون جيّدة ومساعدة له لتأديّة مهامه على أكمل وجه، إلّا أنّه يبقى متفاني في عمله وهذا ما توضّحه لنا مدّة العمل لدى فئتي [17-22] وفئة [22-27] التي أجابت بأنّ ظروف العمل متوسطة وليست سيّئة ولا نجد سوى نسبة قليلة من أجابت بذلك، أمّا الفئة التي ليست لها أقدمية في العمل فأجابت أكبر نسبة بأنّ ظروف العمل سيّئة ممّا يدلّ على أنّ لأقدمية العامل في المؤسسة دور في تقبّل الظروف والتّعامل الايجابي معها. ومن التّصريحات التي توضّح لنا ذلك آراء بعض الممرّضين في هذه المهنة، حيث تقول:

1- أنّها مهنة صعبة وتحتاج إلى الكثير من الصّبر.

2- نبيلة وشريفة وتتميز بالإنسانية وكلّ المعاني السّامية للتعامل مع المرضى والمجتمع ككلّ.

3- مهنة جيّدة رغم الظروف فأنا أفخر بهذه المهنة.

4- مهنة متعبة لكنها تشعرنا بالرّاحة عندما نؤدي واجبنا على أكمل وجه .

5- تتطلّب مسؤولية كبيرة اتّجاه المريض واتّجاه الله .

6- مهنة إنسانية قبل أن تكون مهنة من أجل القوت والرّزق.

إذن من خلال هذا يمكن القول أنّ طبيعة التمريض كمهنة شريفة ونبيلة وإنسانية، هي صعبة ومتعبة وتتطلّب جهدا كبيرا على عاتق الطّاقم شبه الطّبي رغم هذا فإنّ طابعها الإنساني يجرّدها من صعوبتها ويجعل العامل بها يتغاضى عن ذلك وعن الظروف التي قد تكون غير ملائمة ومناسبة لسير العمل.

جدول رقم (18):- مساهمة الممرضين في تقديم شرح للمرض-

شرح المرض	التكرار	النسبة
نعم	17	100 %
لا	0	0
المجموع	17	100 %

إنّ نسبة 100 % من الذين أجابوا بأنّهم يقدّمون شروحات عن المرض للمرضى بينما لا نجد أيّ نسبة تقول بأنّها لا تقدّم شروحات عن المرض .

• إنّ الملاحظ من هذه الإجابات هو دور الممرض كفاعل في عمليّة العلاج حيث أنّه لا يكتفي بتطبيق أوامر الطبيب فحسب، وإنّما أيضا يقدّم شرحا للمرض لكافة المرضى دون استثناء، حيث أنّ هذا النّسق الطّبي يتطلّب وجود قدر كبير من التّدخل الوظيفي بين عدد من العاملين الذين يشغلون مكانات وأدوار اجتماعية متباينة داخل المستشفى من أطباء ممرضين، إداريين ... فكلّما زاد تقسيم العمل في المستشفى فإنّ الطبيب يتنازل بالضرورة عن أجزاء من وظائفه إلى أفراد هيئة التمريض، ويصبح معتمدا على غيره من العاملين معه بنفس القدر الذي يعتمدون به على مهاراته، فكما أنّ للطبيب دور أساسي في علاج المرضى فإنّ هذا العلاج لا يمكن أن يتمّ بدون تعاون من جانب الممرضين في تشخيص المرض، ويعتمد الأطباء على هيئة التمريض في ملاحظة المرض وتنفيذ تعليماتهم الخاصّة بالعلاج، والأطباء خاضعون بصفة مستمرة لملاحظات الممرضين وهم الشهود الوحيدون على فشل أو خطأ الطبيب في التشخيص والعلاج .

جدول رقم (19) : - يوضح دور الممرض كفاعل في تقديم النصائح للمرضى-

النسبة	التكرار	تقديم النصائح
100%	17	نعم
0	0	لا
100%	17	مجموع

إن نسبة 100% من الممرضين الذين يقدمون النصائح لمرضى "القصور الكلوي" حول مرض الكلى وكيف يتبعون الحمية، بينما لا نجد أي نسبة تصرّح بعدم تقديمها للنصائح.

• ما يمكن استخلاصه من هذا الجدول هو أنّ للممرضين دور آخر إضافة للعلاج وشرح المرض فهم يقومون بدور تقديم النصائح حول المرض وذلك تقاديا لتفاقمه وزيادته ولا يمكن أن نقول علاجه لأنّ لمرض " القصور الكلوي " علاج وحيد وهو عملية "زرع الكلى" هذا إن كان ممكنا، لذا لا يمكن أن نقول أنّ هناك علاج لهذا المرض، فالممرضين يبذلون قصارى جهدهم لتقديم النصيحة تقاديا لتضخم المرض، فأثناء عملية العلاج وعند ملاحظة بعض السلوكيات غير المرغوبة يقوم الممرض هنا بتوجيه النصائح حتى وإن لم تقبل فإنّه يحاول جاهدا ترسيخها لديه إمّا بإعادة المحاولة وهو أسلوب الترغيب، أم بإخافته وهو أسلوب الترهيب، ومن بين النصائح التي يقدمها الممرضين للمرضى هي نصائح تخصّ نظام الأكل والحمية التي يجب أن يتّخذها كتجنّب التدخين عند الرجال وتجنّب كثرة شرب الماء، إضافة إلى أكل السكريات خاصّة للمصابين بداء السكري أمّا فيما يخصّ النصائح المتعلقة بالمشاكل التي يعانها المريض فهي تخصّ الأخصائي النفساني رغم تكلم الممرض مع هذا الطاقم عن حياتهم الاجتماعية إلا أنّهم لا يتدخلون في إعطاء النصائح.

الجدول رقم (20) : - استماع الممرضين لشكوى المرضى-

النسبة	التكرار	الاستماع
86.66%	13	نعم
13.33%	2	لا
100%	15	المجموع

إن نسبة 86.66% هي من الممرضين الذين أجابوا بأنهم يستمعون لشكوى المرضى بينما نجد نسبة قليلة من أجابوا بعدم ذلك وهي نسبة 13.33% حيث أن هذه النسبة صرحت بأنها تحاول تقادي الاستماع لشكوى المرضى.

• ما نلاحظه من هذه التصريحات هو نشوء علاقات إنسانية بين الممرضين والمرضى خارج العلاقات العلاجية، فمرضى "القصور الكلوي" يحاولون دائما التّكلم عن حالتهم وظروفهم فيجدون الممرضين أمامهم للروح بذلك فإن العلاقة بينهما تتعدى العلاقة العلاجية إلى علاقة إنسانية هذه العلاقة التي تكون شبيهة بعلاقة العمال بالمهندسين والطلبة بالأساتذة من حيث قوتها أو ضعفها ومن حيث الأطراف المسؤولة عن ذلك ومن حيث تطويرها نحو الأحسن والأفضل، لكن قوّة العلاقة الإنسانية بين شخصين أو جماعتين تتحدّد بتعادل كفتي الموازنة بين ما تمنحه كلّ جماعة للجماعة الأخرى من واجبات وخدمات، فالواجبات التي يقدّمها الممرضون للمرضى يجب أن تقابل بالاحترام والتقدير والامتنان من المرضى، كما أنّ تعاون المرضى مع الطاقم شبه الطّبي وإطاعة أوامرهم والالتزام بتوجيهاتهم ينبغي أن يقابل باحترام وتقدير الممرضين ومضاعفة الجهود الفنيّة والإنسانية لخدمتهم وتقليل الآلام والمعاناة والمضيّ قدما نحو رعايتهم التّمرضيّة وتلبية احتياجاتهم ومطالبهم وقت مرضهم وشدّتهم¹.

وهكذا فالعلاقة بينهما تسهم إلى حدّ ما في تخفيف الآلام والأوجاع للمرضى فكّلما كانت هذه العلاقات جيّدة بينهما زاد من الفاعليّة العلاجية وكلّما كانت سيّئة قلّت الفاعليّة.

وما نستدلّه من دلالة سوسيولوجية أنّ هذه المهنة تجعل من صاحبها يتقمّص عدّة أدوار:

- 1- دور الطبيب من حيث تقديم العلاج الطّبي والمساعدة الطّبيّة.
- 2- دور الممرض من خلال تلبية أوامر الأطباء والسّهر على راحة المريض.
- 3- دور الأخصائيّ النّفساني من خلال الدّخول في علاقات إنسانية خارج إطار المهنة والوظيفة.

4- دور الإداري من خلال الطّلب على توفير الوسائل والأدوات العلاجية اللازمة.

5- دور الأسرة من خلال تقديم يد المساعدة عند غياب أفراد الأسرة.

ومن خلال تصريحات المبحوثين فيما يخصّ دورهم بالنسبة للمريض نجد:

- 1- تحسين صورة المريض بالنسبة لذاته وزرع الأمل عنده.
- 2- قبل الدور العلاجي كما يقول أحد المبحوثين يجب على الممرض أن يكون ذكيا ومدركا لكل صغيرة وكبيرة عن مريضه لأنّ الثّقة في مهنتنا هي المفتاح الأوّل للدخول إلى قلب المريض.

3- يكمن دور الممرض بالنسبة للمريض في دور المعالج والصديق.

4- طمأنة المريض عن المرض ومساندته.

2-4- دور الأخصائي النّفساني:

¹- نفس المرجع، ص308.

يلعب الأخصائي النفسي دوراً فعالاً في عملية العلاج بمركز "تصفية الدم" وهذا ما تم ملاحظته أثناء الدراسة الميدانية حيث أتضح لنا أنهم في كثير من الأحيان يمثلون حلقة الوصل ما بين الطبيب والمريض عند شرح عملية العلاج أو إتباع الحماية.

كما أنّ لهم دور آخر وهو إخراج المريض من الحالة النفسية المتدهورة والنتيجة عن الإصابة بمرض مزمن هذا المرض الذي يجعل صاحبه في حالة نفسية محطمة وهشة فكل ما يحدث له يؤثر على حالته النفسية والاجتماعية والجسدية ولذا نجد الأخصائي النفسي هنا يمثل دوراً أساسياً في جعل المريض يتجاوز تلك التمثلات عن المرض وعلى تقبله للعلاج أم رفضه .

وسنحاول في هذه النقطة التركيز على الصعوبات التي تواجه الأخصائي النفسي "بمركز تصفية الدم" ودرجة الرضا عن ذلك إضافة إلى قبول هذا الأخصائي للتغيير أم لا في حالة وجود أيّ فرص أخرى واعتبار هذه النقاط مؤشرات عن مدى فعالية هذا العنصر في تقديم المساعدات لمرضى "القصور الكلوي"، إضافة إلى أننا سنحاول معرفة أدوارهم بالضبط في هذا المركز .

• المبحوثة رقم (01): (أخصائية، 28 سنة، مدّة العمل 4 سنوات).

تواجه المبحوثة عدّة صعوبات في عملها من بينها صعوبة التعامل مع الإنسان هذه النفس البشرية التي تتطلب التعمق فيها ومشاركتها مشاكلها وحياتها، كما تواجه مشكل مع المرضى خاصة الرجال الذين يبدون تعلقاً بها وبينون آمالاً للارتباط رسمياً بها هذا ممّا يوقعها في الخجل و العجز عن الإجابة، فمهنّتها هي إخراج المريض من حالته النفسية و إعطائه الأمل في الحياة و المشي قدماً لتحقيق طموحاته، وكيف تستطيع مواجهته ورفضه وما يكون تبرير ذلك؟ إلا أنّها لم تعد تعاني من هذا المشكل بعد الزواج حيث أدرك الجميع ذلك لأن المرضى أنفسهم في هذا المركز سوى بعض الحالات الجديدة التي أتت إلى المركز و من الصعوبات أيضاً التي تواجهها المبحوثة مشكل التعلّق، حيث تقول أنه نتيجة تواجدنا هنا لمدّة ما و تواجد نفس المرضى في هذا المركز فإننا نبدي تعلقاً ببعضنا البعض من جهتهم ومن جهتنا فبعدما نتعوّد عليهم يصعب أن نفارقهم خاصّة عندما نسمع بوفاة أحد فهذا الفراق ليس دنيوي فقط وإنما إلى عالم آخر .

أمّا فيما يخص دورهم في هذا المركز فتقول يكمن بالتحديد في تحضير المريض نفسياً، وذلك بمساعدته على فهم المرض والتعايش معه وكذا الدّعم النفسي، إضافة إلى شرح كيفية العلاج عندما يكون المريض جديداً وتشجيعه على زرع الكلى وغرس الأمل لديه، أمّا بالنسبة للمريض الذي له مدّة في هذا العلاج فيمكن دورهم بالضبط كما تقول المبحوثة في معرفة التزامه بالحماية أولاً والتشجيع له، والآثار الناتجة عن عدم الالتزام بتلك الحماية إضافة إلى إخراجهم من جوّ المرض .

● ما يمكن ملاحظته من إجابة المبحوثة هو أنّ علاقتها بمن يعملون معها علاقات جيدة و هذا ما يدل على فعالية أدائها بهذا المركز، و هذا ما تم ملاحظته أثناء الزيارة الميدانية فرغم الصعوبات التي تواجهها فهي راضية بعملها هنا ولن تقبل التغيير والتبديل في حالة وجود أيّ فرصة أخرى خارج هذا المركز وكما صرّحت المبحوثة فنتيجة السنوات التي قضتها هنا لا تستطيع أن تقبل التغيير بأيّ حال من الأحوال وهذا ما يدلّ أيضا على دورها الفعّال فيما أنّ هناك رضا عن العمل فسيكون هناك أداء أكثر وفعّال. وبالنسبة للصعوبات فيمكن القول بأنّ هذه المهنة ليست بالسهلة وإنّما صعبة وتتطلب الحنكة والصبر لأنّ التعامل هو مع إنسان خاصّة إذا كان مريض بمرض مزمن حيث أنّ نفسيته تكون هشّة وكلّ ما يحدث له يؤثر على كافة حياته، لذا فإنّ الأخصائي النفساني يواجه عدّة صعوبات في التعامل معه ويستعمل كل الأساليب ليجنّبه الإحساس بالنقص خاصّة صعوبة التعلّق والوصول إلى درجة الزواج فالأخصائي يقع في موقف جدّ حرج ولولا الحنكة لا يستطيع تفادي هذا المشكل، ممّا يمكننا القول أنّها مهنة حقا صعبة ولكن رغم هذه الصعوبة فالمبحوثة لا ترغب في التبديل وتقول بأنّها اعتادت على المرضى واعتادوا عليها لذا لا يمكنها تركهم وهذا دليل آخر على فعالية هذه المبحوثة بهذا المركز.

أمّا فيما يخص دورهم بالضبط بهذا المركز فهم كما تقول يقومون بتحضير المريض نفسيا وهذا يدلّ على أنّ هذا المرض ليس بالسهل وإنّما بتطلّب جهود كبيرة ومن طرف جميع الفاعلين في علاجه لتمكينه من تقبّل المرض ومعايشته خاصّة تقبل الآلة التي يأخذ نظرة عنها من خارج المركز أي من المجتمع بأنّ كلّ من يدخل هذا العلاج ويستعمل هذه الآلة فيعني الموت الأكيد لذا فإنّ دور الأخصائي النفساني هنا محاولة جعله يتجاوز هذه الفكرة وإقناعه بعكس ذلك وبأنّه من خلال هذه الآلة يمكنه أن يعيش لسنوات عديدة ويعطونه أمثلة عن ذلك، كما يحاولون زرع الأمل لديه بأنّ هناك علاج آخر يتمثّل في " زرع الكلى " وذلك لجعله يتقبّل المرض والعلاج إضافة إلى متابعته في الالتزام بالنظام المحدّد له حتّى أنّ الأطباء أحيانا كثيرة يطلبون منهم التّكلم مع المريض الذي تقاوم عنده المرض يوم علاجه ومعرفة إذا ما التزم بالنظام أم لا. وهذا كلّه يدلّ على أنّ للأخصائي النفساني دور فعّال في تجاوز المريض مشكلته وتقبّله لمرضه من خلال الرّضا عن المهنة والقبول بالتغيير والدور المحدّد لهم بهذا المركز.

● المبحوث رقم (02): (أخصائية، 27 سنة، مدّة العمل 3 سنوات).

تقول المبحوثة: " لست راضية عن العمل بهذا المركز، إلا أن هذا أمر واقع وليس لدي اختيار آخر أو مجال آخر أعمل فيه، ولو وجدت عملا آخر أكثر تشويقا وفي إطار تخصصّ (علم النفس) فسوف أقبل مباشرة لأنّ العمل بهذا المركز "تصفية الدم" الخبرة محدودة ولا

يمكننا أن نزيد من ذلك لأنّ التّعامل هو مع نفس المرضى لذا لا أجد التّجديد وأشعر أنّ تفكيري متوقّف .

أمّا عن العلاقات مع العاملين فتقول مثلها مثل الجميع علاقات جيّدة جدّا ولا تواجهها أية صعوبات في عملها خاصّة بحكم السّنوات حيث تقول لدي الخبرة الكافية للتّعامل مع مرضى "القصور الكلوي"، إلا أنّ الصّعوبة تبقى دائما في أنّنا نحن الأخصائيين النّفسانيين نتعامل مع نفس بشرية يصعب التّعامل معها بالرغم من الخبرة التي لدينا في هذا المجال إلا أنّ هذه الصّعوبة تبقى دائما لأنّنا دائمي التّعامل مع هذا الإنسان الذي هو مريض بمرض مزمن.

وفيما يتعلّق بدورهم في هذا المركز فتقول:

1- استقبال المريض الجديد استقبال جيّد يشعره بالاطمئنان والثّقة في الشّخص الذي يعالجه.
2- التّحضير النّفسي والدّعم المعنوي لإجراء أوّل حصّة تصفية بتقديم المعلومات الصحيحة عن الآلة ودورها وما هي إلاّ وسيلة للعلاج كالوسائل الأخرى "مثال: الأدوية التي يصفها الطبيب" وليس كما هو شائع أنّها آلة للقتل وتشويه الجسد وهذا كلّه من أجل طمأنة المريض وجعله أكثر ثقة بنفسه وبالطاقم الذي يعالجه الطّبي وشبه الطّبي .
3- أحيانا كثيرة نتكلم مع أسرة المريض لأنّها أيضا تحتاج للدّعم المعنوي حتّى تمنحه لمريضها.

4- بالنّسبة للمرضى القدامى فتقول، عملنا يقتصر على الدّعم المعنوي والمتابعة النّفسيّة المستمرة لحالته من خلال إجراء حصص منتظمة، إلا أنّ المرضى لا يحترمون هذه الحصص.

5- العمل بالتّنسيق مع الأطباء من خلال تبادل تطوّرات حالة المرضى .

6- التّشجيع على " زرع الكلى " والتّحضير النّفسي للمقبلين على هذه العمليّة (تقديم الشرح والمعلومات والتّشجيع له وللمتبرّع).

• إنّ أهمّ ما يتبيّن لنا من هذا التّصريح هو أنّ عدم رضا المبحوثة عن العمل بهذا المركز يقلل من فعالية أدائها كأخصائية نفسانية، حيث تقول أنّ العمل بهذا المركز يحد من زيادة الخبرة لذا فهي تشعر بأنّها لم تحقّق أيّ خبرة في ميدان عملها وتخصّصها للأفكار متوقّفة ولم تتطوّر وذلك نظرا لأنّ التّعامل هو مع نفس المرضى لذا لا تجد التّجديد معهم مما يوحي لنا بأنّ دورها كأخصائية نفسانية بهذا المركز محدود نتيجة عدم الرضا عن العمل فرغم أنّ العلاقات مع العاملين معها جيّدة، إلا أنّ عدم الرّغبة في العمل في مكان ما يجعل صاحبه غير فعّال أو لنقل غير فعّال بالصّورة التي يجب . فحقا قد يكون لها دور في مساعدة المرضى لكن هذا الدور ليس كما ينبغي فكما كان عدم الرضا عن العمل كان الأداء ناقصا وغير فعّالا ولا يمكن أن نرجع ذلك للمبحوثة وإنّما لطبيعة هذا العمل الذي يحدّ من زيادة اكتساب الخبرة كما يجعل الأخصائي النّفساني في حالة متوقّفة من التّفكير والأفكار فلا يستطيع أن يبدع ويجدّد لأنّ الحالات نفسها والمرضى أنفسهم لذا فإنّ طبيعة

العمل حقا تحدّ من فاعلية الأخصائي النفسي، فالمرضى يعرفون الأخصائيين والأخصائيين يعرفون المرضى لذا لا يشعر كلا الطرفين بأنه يجدد مع الطرف الثاني (الأخر) أمّا الصعوبات فلا تواجه المبحوثة أيّة صعوبات مما يدلّ على أنّها حقا اكتسبت خبرة في عملها جعلتها لا ترى في الصعوبة صعوبة .

إلا أنّ الفاعلية العلاجية للأخصائي النفسي تظهر أكثر كما تقول المبحوثة عند قدوم مريض جديد هذا الأخير الذي يتطلّب حقا الدّعم والمساعدة النفسية لإخراجه من حالته وطمأنته وبتثالثة في نفسه وفي الذين سيعالجونه وجعله يتقبّل المرض حتّى يتقبّل العلاج لأنّه إذا لم يتقبّل المريض المرض فلن يستطيع أن يتحسن ويخرج من حالته الانطوائية الناتجة عن الإصابة بمرض مزمن فدور الأخصائي هنا يكون واضحا وفعّالا، أمّا في حالة المرضى القدامى وكما تقول أنّهم لا يتبعون الحصوص والمتابعات المفروضة فنلاحظ أنّ المرضى أنفسهم لا يتقبّلون وجود الأخصائي النفسي إلاّ البعض حيث أنّهم يقولون وكما تقول كل الأخصائيات النفسيات أنّ هؤلاء المرضى لا يتقبّلون فكرة وجودنا لأننا لا نقدم حلا لمشاكلهم و هذا في نظرهم، أمّا بالنسبة لنا يمكن القول أنّه نتيجة الحالة النفسية والاجتماعية التي يتعرّض لها المريض نتيجة الإصابة بـ"القصور الكلوي" فإنّ هذه الحالة تجعل صاحبها يبحث عن أيّ حلّ للخروج من مشكلته رغم أنّه عند التّكلم عن حالته هو نفسه خروج عن هذا المشكل إلاّ أنّ المرضى يريدون الحلول لكلّ المشاكل ممّا يوقع الأخصائي في موقف جدّ صعب ويحدّ من فعاليته .

• المبحوثة رقم (03): (أخصائية، 26 سنة، مدّة العمل 4 أشهر).

بالنسبة لرضا المبحوثة عن المهنة تقول أنّها راضية عن ذلك، أمّا العمل في هذا القطاع فهي غير راضية أبدا لأنّها ترى مثل الأخرى بأنّ الخبرة فيه محدودة ويمكن اكتسابها من خلال بعض الأشهر ولن تزيد بعد ذلك، فهي تشعر بأنّها لن تتقدّم أبدا وأنّ هذا القطاع هو مجال للبحث فقط وليس للزيادة في الخبرة لأنّ المرضى أنفسهم، ولو أتيحت لها فرصة أخرى في مجال آخر فلن تتردّد في القبول، وفيما يخصّ العلاقات مع العاملين معها فهي علاقات جيّدة .

وفي استجوابنا للمبحوثة عن الصّعوبة في هذه المهنة فهي مثلها مثل الأخرى ومثل الأخصائي النفسي ككلّ والطّاقم البشري العامل بالمستشفى تكمن الصعوبة في التّعامل مع نفس بشرية هذه النفس التي تقول بأنّها لا تعطيها الحقائق كما هي وأنّ المرضى كثيرا ما يكذبون عليها ولا يخبرونها الوقائع كما وقعت ومشاكلهم الحقيقية فهم يتهرّبون من الإجابة عن بعض الأسئلة لذا لا نستطيع أنّ نوجّههم مثلا أو أن نتعامل معهم كما ينبغي وهذا مشكل صعب جدا .

أمّا عن دورهم بالتّحديد في هذا المركز فقد أجابت نفس إجابة المبحوثتين السابقتين.

• يتضح لنا من هذا التصريح أن عدم الرضا عن العمل عند هذه المبحوثة يدلّ على نقص الأداء الفعّال هذا رغم مدّة العمل القصيرة التي قضتها المبحوثة في هذا العمل مع أنّها مدّة ليست بالطويلة إلاّ أنّها تشعر بالملل نتيجة أنّه ميدان تنقص فيه الخبرة و تتوقّف في مرحلة ما لأنّ التّعامل هو مع نفس المرضى الذين تجد صعوبة في التّعامل معهم فهي كثيرا ما تشعر بأنهم لا يعطونها الحقائق كما هي و في فترة ما تكتشف عكس الأقوال التي أخبرت بها خاصّة في حالة الشّخصيّة الهستيريّة، هذه الشّخصيّة التي تجد صعوبة في التّعامل معها ونتيجة المرض تزيد هذه الحالة لديه، ممّا يوقع الأخصائيّ النّفساني في موقف صعب يعجزه عن معرفة الطّريقة والسّبيل الذي يجب أن يعامل به هذا المريض .

• التحليل السوسولوجي العام:

نحاول من خلال تقييم إجابات المبحوثين معرفة مدى فاعلية هذا العنصر بهذا المركز، ولذا ارتأينا أخذ بعض المؤشرات التي تدل على هذه الفاعلية كصعوبة المهنة والرضا عنها، نوعية في هذا المركز، الرضا عن العمل وارتباط ذلك بالأقدمية في العمل ولم لم نربط ذلك بمتغير جنس الإناث فقط، كما لم نربط ذلك بالسن لأن لدينا نفس الفئة تقريبا.

أما الأصل الاجتماعي والجغرافي فلا يمت بصلة إلى فاعلية هذا العنصر بهذا المركز.

و فيما يخص دورهم في هذا المركز فلا يمكن تقييم الإجابات لأن الإجابة عن ذلك كانت متشابهة في دورهم في هذا المركز.

الجدول رقم (21):- ارتباط الرضا عن العمل بصعوبة مهنة الأخصائي النّفساني-

المجموع	الرضا عن العمل			صعوبة المهنة
	راض جدا	لست راض	راض	
3 %100	0 %33.33	0 0	2 %66.66	نعم
0 0	0 0	3 %100	0 0	لا
3 %100	1 %33.33	0 0	2 %66.66	المجموع

إن نسبة 66.66% هي أعلى نسبة تمثل إجابة الأخصائيّات النّفسانيّات بأن مهنة الأخصائيّ مهنة صعبة، وهن لسن راضيات عن هذه المهنة أو لنقل العمل بهذا المركز هذا مقارنة مع وجود الرضا الكبير حيث نجد نسبة 33.33% يصرحن بوجود صعوبة ولكن الرضا كبير عن ذلك رغم هذه الصعوبة.

- ما يمكن أن نتبينه من الجدول أن فاعلية هذا العنصر قليلة بهذا المركز رغم أهمية وجوده بالنسبة للمرضى والأطباء وذلك لعدم الرضا عن العمل، فكلما قل الرضا قل الأداء وهذا ما لمسناه من أداء بعض الأخصائيات أثناء الزيارة الميدانية.

الجدول رقم(22):- نوعية العلاقة بين الأخصائيين والعاملين بالمستشفى-

نوعية العلاقات	التكرار	النسبة
جيدة	3	100%
نوعا ما	0	0
سيئة	0	0
المجموع	3	100%

إن نسبة 100% من الذين صرحوا بوجود علاقات جيدة بين العاملين فيما بينهم في مركز تصفية الدم، هذا مقارنة مع الذين صرحوا بأن العلاقات نوعا ما، وأن العلاقات سيئة حيث انعدمت النسبة تماما عندهما.

- ما يتبين من هذا الجدول إن العلاقات بهذا المركز هي علاقات جيدة وهذا ما وجدناه عند الأطباء أيضا والطاقم شبه الطبي، لذا يمكننا القول بأن الفاعلية العلاجية في هذا المركز تتسم بالقوة لأن وجود علاقات جيدة تسهل التعاون والتواصل بين العاملين وهكذا تزيد الفاعلية.

الجدول رقم (23):- ارتباط الأقدمية في العمل بالرضا عنه في مهنة الأخصائي

النفساني-

الأقدمية في العمل الرضا عن العمل	أقل من 2 سنوات	[4-2]	[8-4]	المجموع
لست راض	2 100%	0	1 50%	2 100%
راض	0	3 100%	0	3 100%
راض جدا	2 40%	3 60%	1 100%	5 100%
المجموع	1 33.33%	1	2 66.66%	3 100%

يتبين من الجدول أن النسب متساوية في الإجابة بعدم الرضا عن المهنة، وذلك في الفئة الأولى (أقل من 2 سنوات) والفئة الثالثة [4-8] سنوات، كما أنها تمثل أعلى نسبة بالنسبة للرضا الكبير عن المهنة في فئة [4-8] سنوات.

ما يمكننا ملاحظته عدم الارتباط بين الأقدمية في العمل والرضا عنه، حيث أن النسب متساوية، وهذا بين الفئتين الأولى والثالثة ولذا فإن عدم الرضا لا يرتبط بالأقدمية وإنما بظروف العمل داخل المركز واكتساب الخبرة به وهذا صرحت به المبحوثات حيث أرجعن سبب عدم الرضا إلى محدودية الخبرة بهذا المركز ونقصها نتيجة تواجد نفس المرضى.

كما يتضح لدينا أيضا بأنّ الفعاليّة في هذا المركز ليست مرتبطة بالعلاقات والأوضاع الجيدة الموجودة فرغم هذه الظروف فإنّ المبحوثة ترغب في تغيير مجال العمل إذا ما أتاحت لها فرصة أخرى، لأنّ هذا المركز هو ميدان للبحث كما تقول، لذا فإنّ الفعاليّة تقلّ بقلّة اكتساب وزيادة الخبرة، هذه الأخيرة التي تجعل الأخصائيّ النفساني يرغب ويأمل في التّغيير.

ما يمكن استنتاجه في تشخيص وعلاج مرضى "القصور الكلوي" والفاعلين في هذا الميدان هو أنّ هذا المرض يتطلّب تضافر عدّة جهود لمساعدة هذا المريض الذي يكون في حالة صعبة ممّا يلزمه الدّعم من كافة الأطراف، الأسرة من جهة باعتبارها المكان الذي يعيش فيه، ومن طرف المؤسسة الطّبيّة باعتبارها المكان الذي يعالج فيه من كافة الجوانب الجسميّة من قبل الأطباء والطّاقم شبه الطّبي والجانب النفسي من قبل الأخصائيّ النفساني.

● خلاصة

حاولنا في هذا الفصل عرض أسباب حدوث مرض "القصور الكلوي" باعتباره الافتراض الأول الذي انطلقنا منه والذي يقوم على أنّ للعوامل الاجتماعية مثلها مثل العوامل الطبيعية دور في إحداث مرض "القصور الكلوي"، هذا المرض الذي يتطلب تضافر عدّة جهود لتقليل حالة التدهور لدى المريض، ومن خلال تحليلنا لأقوال وتصريحات المبحوثين (المرضى) ومعرفة العوامل التي تسببت في حدوث المرض لديهم وتصريحات الطاقم البشري العامل بالمستشفى باعتبارهم فاعلين في عملية العلاج والأسر من خلال مرافقتهم للمرضى في عملية العلاج فإنّ أهم ما تمّ استنتاجه من هذه التصريحات والتحليلات هو أنّ للعوامل الاجتماعية حقا دور في إحداث مرض "القصور الكلوي" من خلال أنّ التّعرّض للمشاكل اليومية في الحياة وظروف الأمن التي كانت تعيشها الجزائر في مرحلة العشرينات السوداء كانت حقا أسباب وعوامل تسببت في مرض العديد من المبحوثين وبالتالي الإصابة بهذا المرض فنتيجة تلك الظروف تولّد لديهم مرض الضّغط الدموي هذا الأخير الناتج عن كثرة المشاكل في الحياة ونتيجة هذا المرض (الضغط الدموي) فإنّ ارتفاعه بكثرة يصيب الكلى مباشرة باعتبارها من أهم الأعضاء في جسد الإنسان وبما أنّ الأعضاء في علاقة وظيفية مع بعضها البعض فإنّ أيّ مرض يصيب أحدها يؤثر على العضو الآخر، وهكذا فإنّ هذا المرض هو أيضا نتيجة العديد من الأمراض التي تصيب الفرد كالضّغط الدموي وارتفاع السّكري الناتجة عن المشاكل الاجتماعية للفرد ومرض داء المفاصل الناتج عن بعض السلوكات الغذائيّة، إضافة إلى أنّ قلّة الاهتمام واللامبالاة سواء من قبل المريض عند معرفته بمرض الكلى وعدم الالتزام بالحماية والأدوية فإنّ ذلك يوصله إلى الإزمان الكلوي، أو قلّة الاهتمام من قبل المستشفى الذي وجدنا أنّه هو الآخر يتسبب في تأزّم الحالة وتفاقمها وهذا ما تمّ معرفته من إجابة المبحوثين .

وهكذا فإصابة الفرد بالإزمان الكلوي يتطلب تضافر عدّة جهود ليحصل على المساعدة وتقليل شدة المرض، هذه الجهود التي تتوزّع بين عدّة فاعلين في هذه العملية تبدأ بالأسرة باعتبارها المكان الأساسي الذي يؤثر ويتأثر به المريض، ولم نركّز في هذه الدّراسة على الأسر كفاعل حقيقي في العلاج سوى عند معرفتنا للمرافق في عملية العلاج للمريض حيث اتّضح أنّ هؤلاء المرضى خصّص لهم وسيلة مواصلة خاصّة بهم تحضرهم وترجعهم لبيوتهم سوى بعض الحالات، كما اتّضح لدينا أيضا أنّ عدم تقبّل المرض في المرحلة الأولى من معرفته تحتم مرافقة أفراد الأسرة ولكن مع الوقت والتّعود على هذا العلاج فإنّ المرضى أصبحوا يأتون بمفردهم. هذا فيما يخصّ الأسر كفاعلين في عملية العلاج، أمّا بالنسبة للطّاقم البشري العامل بالمستشفى فإنّ للطّاقم الطّبي وشبه الطّبي دور فعّال في عملية العلاج حيث أنّهما يتقاسمان هذه المهمّة، فالطبيب يشخص ويقدم الأدوية والنّصائح، والطّاقم شبه الطّبي يسهر على التزام المريض. بهذه الأدوية والنّصائح، إضافة إلى الوقوف معهم أثناء عملية العلاج بالآلة إلى غاية خرونها.

أمّا العنصر الآخر الفعّال في هذا المركز فهو الأخصائي النّفساني حيث أنّنا وجدنا أنّ لهم دوراً فعّالاً في تقبّل المريض لمرضه وفي تقليل الضغوطات عنده قبل بدء عمليّة العلاج بالآلة، إلّا أنّنا وجدنا أيضاً أنّ هذا العنصر قد يكون فعّالاً في حالة ما إذا كان راغباً وراضياً عن مهنته في هذا المركز، ولن يكون كذلك إن لم يكن راضياً عن ذلك ودرجة الرضا هذه تحدّد عمليّة اكتساب وزيادة الخبرة حيث أنّ المبحوثين أجابوا بأنّ قلّة زيادة الخبرة هي ما جعلنا غير راضين عن العمل في هذا المركز .

الفصل الخامس العوامل المحددة للعلاقة العلاجية

• مدخل

1- تأثير مرض القصور الكلوي على المريض.

2- فعالية التمثلات.

1-2- ارتباط الوعي الاجتماعي والصحي بالمستوى التعليمي والثقافي

والاجتماعي عند المريض و أسرته.

2-2- رأي بعض مسؤولي الهياكل عن التمثلات.

• خلاصة

• مدخل

بعدها تطرقنا في مرحلة سابقة للعوامل الاجتماعية المتسببة في حدوث مرض "القصور الكلوي" و الفاعلين في عملية العلاج من أطباء و أخصائيين نفسانيين و الطاقم شبه الطبي إضافة إلى أسرة المريض، سنحاول معرفة تأثير مرض "القصور الكلوي" على مكانة المريض داخل أسرته، إضافة إلى تأثيره على عمله و بعض الجوانب الأخرى من حياته.

كما أننا سنتطرق أيضا إلى الوعي الاجتماعي و الصحي عنده و إلى مدى يرتبط هذا الوعي بالمستوى التعليمي و الثقافي و الاجتماعي لديه ولدى أسرته حيث اعتبرنا تأثير المرض و الوعي الاجتماعي و الصحي عند المريض محدّدات للعلاقة العلاجية التي تنشأ ما بين الطبيب و المريض، فمن خلال ما يتركه هذا المرض من آثار سلبية على حياة المريض و من خلال ما يمتلكه من وعي اجتماعي و صحي في مجال الصحة و المرض يمكن أن يدخل في علاقة مع الطبيب هذا الأخير الذي يعي تماما بذلك فيحاول جاهدا أخذ هذه الأمور بعين الاعتبار عند تعامله مع المريض الذي يجد صعوبة في التأقلم مع هذا الواقع الجديد الذي تسبب مرض " القصور الكلوي " في تغييره.

1- تأثير مرض القصور الكلوي على المر

يقول إبراهيم عبد الهادي المليجي: "يحدّد نوع العجز الذي يعاني منه المريض طبيعة استجابته و العجز الكلي أو الجزئي الذي ينشأ عند المرض حيث يلعب دوره في حياة الكثير من الأشخاص ولا تتوقّف استجابة المريض نحو عجزه على اتزانة النفسي فقط، بل وعلى طبيعة مرضه أيضا وإن أول ما يرد في ذهن الفرد الذي يصاب بعجز جسدي يرتبط بمقدار الإصابة وشدتها والمدة التي يظلّ فيها تحت العلاج و الفترة التي يصل فيها إلى الشفاء الكامل وعلى الآثار التي سوف تنتج عن المرض والمصير الذي يؤول إليه. فإذا كانت الظروف ملائمة واستمر المرض فترة قصيرة، تكون مشكلات المرض عادة ضئيلة نسبيا، أمّا إذا طالت فترة المرض فإنّ المريض لا يعاني من آلام جسميّة فقط و إنّما كذلك الشعور بالإحباط، وتدهور حالته المعنوية و أغلب حالات سوء التّكيف تظهر بوضوح في حالات الأمراض المزمنة خصوصا عندما يتحمّل المريض مسؤوليات أسريّة¹ .

لذا يمكن القول أنّ إصابة الفرد بمرض ما يؤثر على حياته الاجتماعية بجميع جوانبها خاصّةً إذا كان مرضا مزمنا، هذا المرض الذي يلزمه طيلة حياته فكيفما إذا كان مرض "القصور الكلوي" هذا الذي يتطلّب إجراء عمليّة "تصفية الدّم" يوما بعد يوم على الأقلّ مرتين في الأسبوع للفرد إذا ما كان ملتزما بالنّصائح كما يجب.

وهكذا فإنّ ذلك يؤثّر على مكانته داخل أسرته كما يؤثّر على عمله ودراسته إذا ما كان متمدرسا إضافة إلى أنّ هذا المرض يؤثّر كثيرا على زواج المريض سواء بالنسبة للإناث أو الذكور، ولذا سنركّز في هذا الفصل على معرفة مدى تأثير هذا المرض على مكانة الفرد داخل أسرته وعلى عمله وبعض الجوانب الأخرى للمريض من خلال ما صرّح به المبحوثين من أقوال فيما يخصّ المشاكل التي تواجههم منذ إصابتهم بالمرض ودخولهم هذا النوع من العلاج .

• **المبحوثة رقم (01):** (أنثى، 36 سنة، مستوى تعليمي جامعي، تقديم دروس خصوصية، غير متزوجة، الأصل الاجتماعي متوسط، من أصل حضري مدّة المرض 10 سنوات)

أثّر المرض على الزّواج عند هذه المبحوثة وأيضا على السّفر، فلا تستطيع أن تسافر بسبب المرض ولا يتقدّم أحد لخطبتها بسبب مرضها.

• ما يتبيّن لنا هنا تأثير المرض على سفر المبحوثة أو زواجها، فقبل المرض كانت تستطيع السّفر لأيّ مكان دون أيّ عائق يعوقها أمام ذلك، كما كانوا يتقدّمون لخطبتها خاصّة وأنّ لها مستوى جامعي فهي مهندسة في الإعلام الآلي ولكن وبسبب المرض لم يعد أحد يتقدّم لخطبتها، لأنّ المرض أثّر على جسدها كليا فلم تعد كما كانت سابقا حيث تبدو وكأنّها تبلغ من العمر الخمسة والأربعين سنة، هذا ما منع أيّ أحد من خطبتها، كما أنّ هناك مانع

¹ - إبراهيم عبد الهادي المليجي، مرجع سابق، ص 136.

آخر وهو إمكانية الإنجاب أيضا إذ أنها ضئيلة جدًا حتى ولو حدث ذلك ينبغي عليها أن تقوم بعملية "تصفية الدم" يوميا هذا إن أمكنها ذلك حيث أن ذلك يجهد جسدنا ومعنونا، كما أنه لا توجد أي حالة من النِّسَاء اللواتي حملن بعد مرضهن إلا حالة واحدة ولكنها لم تتم نظرا للتعب والجهد الكبير .

• **المبحوثة رقم (02):** (أنثى، 20 سنة، المستوى التعليمي متوسط عند حدوث المرض والآن تدرس في السنة الثالثة ثانوي عن طريق المراسلة، غير متزوجة، الأصل الاجتماعي متوسط، غير موظفة، من أصل ريفي، مدة المرض 4 سنوات).

"أثر المرض كثيرا على المبحوثة خاصة في الدراسة، حيث تقول : " منعني هذا المرض من مواصلة دراستي كبقية الناس، فبسببه أشعر بالتعب كثيرا ونظرا لأن المدرسة بعيدة لم أعد أستطع المشي كثيرا لهذا توقفت عن الدراسة ولكنني لازلت أدرس عن طريق المراسلة، كما أثر هذا المرض على وقتي لأنه يأخذ مني كل الوقت لذا لا أستطيع الدراسة بشكل كافي خاصة وأنتي مقبلة على امتحانات شهادة البكالوريا ."

• يتجلى بوضوح تأثير المرض على الدراسة لدى مريض "القصور الكلوي" فبسببه توقفت المبحوثة عن الدراسة مما يوحي لنا بجلاء وكما سبق وأن قلنا تأثيره على الجانب الجسدي لذا لم تعد المبحوثة قادرة على مواصلة الدراسة نظرا لبعده المسافة بين المبحوثة والمدرسة ولهذا لم تعد تستطيع المشي فتوقفت عن مزاولة الدراسة. ولم يتوقف تأثير المرض عند هذا الحد فحسب بل أثر عليها حتى في دراستها بالمراسلة فيما أنه يأخذ كل وقتها نتيجة العلاج يوما بعد يوم لم تجد الوقت الكافي للدراسة، هذا بالإضافة إلى أن أسرتها تعتمد عليها كليا في الأعمال خارج وداخل البيت لأنها البنت البكر لذا فاعتمادهم عليها بقي كما كان قبل المرض لذا فهي لا تجد الوقت الكافي للدراسة .

• **المبحوثة رقم (03):** (أنثى، 31 سنة، المستوى التعليمي متوسط، غير موظفة، متزوجة ليس لها أطفال، الأصل الاجتماعي متوسط، من أصل ريفي ثلاث سنوات دخول تصفية الدم).

تقول: " أثر المرض كثيرا على علاقتي بأسرة زوجي، حيث أن العلاقات تغيرت و لم تعد كما كانت في السابق، وذلك لعدم قدرتي على أداء الأشغال المنزلية الثقيلة و المعتادة".

• يتبين لنا بوضوح تأثير المرض على المبحوثة ، حيث تغيرت العلاقات مع أهل الزوج وذلك بسبب المرض الذي لم تعد تستطيع من خلاله القيام بالأعمال المنزلية المعتادة خاصة وأنها كانت تقوم ببعض العمال التقليدية كصناعة الزرابي مثلا، إلا أنها لم تعد قادرة على القيام بذلك ولهذا تغيرت علاقتها بأسرة زوجها، وهذا ما يبين نقص الوعي الاجتماعي والصحي عند هذه الأسرة.

• **المبحوثة رقم (04):** (أنثى، 52 سنة، المستوى التعليمي ابتدائي، غير موظفة متزوجة أم لستة أولاد، الأصل الاجتماعي غني، من أصل حضري مدّة المرض 6 سنوات ودخول العلاج 5 أشهر).

تقول المبحوثة: " لم يؤثر المرض على علاقتي بأسرتي بل وجدت الدّعم الكلي من قبلهم خاصّة من قبل الزّوج الذي هو مدير في **المفتشية الجهويّة العامّة** وتقول أصبحت أشعر بمحبتهم أكثر من السابق، لكنني أشعر أنني مقصّرة في كثير من الأشياء فلم أعد الزوجة والأم التي كانت، حيث أنّ هذا المرض أثر على الجانب الجسمي لي أكثر من الجانب النفسي والاجتماعي فلم أعد أقم بواجباتي كما كنت أتجاه زوجي واتّجاه أبنائي فرغم دعمهم وعدم رغبتهم في أن يشعروني بأنني مريضة و مقصّرة اتّجاههم إلاّ أنني أعرف تمام المعرفة أنني لم أعد كما كنت في السابق .

• يتّضح من خلال قول المبحوثة **تأثير المرض على الجانب الجسمي للمريض** وهو حتمية لدى كل مرضى "**القصور الكلوي**" رغم وجود المساندة من قبل العائلة إلاّ أنّ **العجز الجسمي** يشعر صاحبه بأنّه مقصّر في تأدية واجباته فكثرة التّعب نتيجة المرض و **المعالجة بالآلة** التي تؤثر على جسم الإنسان وترك آثارها عليه، يؤثر ذلك على **جسد المريض** ويضعه في موقف جدّ صعب أمام أسرته ويشعر بأنّه عالة عليهم وأنّه لا يستطيع تأدية واجباته العادية التي كان يقوم بها قبل مرضه، وهذا ما تبين لنا من قبل المبحوثة فرغم ما تجده من محبّة أفراد عائلتها إلاّ أنّ هذا المرض أثر على دورها وواجبها كأم لأبنائها، وأيضا كزوجة كما أثر على وظائفها المنزلية فأصبحت تشعر بالعياء كثيرا لمجرّد القيام بأيّ شغل وعمل بسيط.

• **المبحوث رقم (05):** (ذكر، 37 سنة، المستوى التعليمي أمي، متوقّف عن العمل متزوج، أب لثلاث أطفال، الأصل الاجتماعي متوسط، من أصل ريفي مدّة المرض 3 سنوات)

يقول المريض: " أثر هذا المرض كثيرا على حياتي خاصّة على عملي فبسببه طردت من العمل بعدما كنت أعمل كحارس في **شركة (سوناطراك)** وبعد إصابتي به ولمدّة الثلاث سنوات كنت أقدم شهادة مرضية للشركة وبعد تجاوز الثلاث سنوات لم يصبحوا بحاجة إليّ وهكذا طردت من عملي مع منحي مبلغا شهريا من المال .

• يتبيّن لنا بوضوح **تأثير مرض " القصور الكلوي "** على **عمل المريض** ففي هذه الحالة وبسبب المرض تمّ تسريح المبحوث من عمله نتيجة مرضه الدائم والمزمن ونتيجة ملازمة

العلاج الذي يأخذ من المريض الوقت الكامل من حياته لذا استغنت هذه الشركة عن خدمات المريض مع بقاء مرتبه الشهري إلا أنّ هذا المرتب كما يقول المبحوث لا يكفي لسد حاجات الأسرة نتيجة كثرة الاحتياجات وغلاء المعيشية ، إضافة إلى مصاريف العلاج. لذا فإنّ هذا المرض تسبّب في العديد من المشاكل المادية للمريض نتيجة انقطاعه عن العمل وزيادة حاجات الأسرة، ووجد نفسه عاجز عن توفير هذه الاحتياجات وعن أداء دوره الحقيقي كرتب أسرة يقوم بتلبية ما عليه من واجبات هذا ما أدخله في حالة يرثى لها من القلق والخوف من المستقبل وهذا ما لمحنه ولاحظناه أثناء إجراء المقابلة، فهذا المريض تبدو عليه آثار التعب من الحياة حيث نجده في حيرة دائمة وقلق، كما أنّه لا يتكلم مع أحد فعلاقاته محدودة داخل هذا المركز سواء مع المرضى أو الطاقم البشري العامل بالمستشفى، وهذا ما يدلّ على أنّ المريض متأثر حقا لما سببه الانقطاع عن العمل

- **المبحوث رقم (06):** (ذكر، 36 سنة، المستوى التعليمي جامعي، موظّف بمدرية الضرائب، أعزب، الأصل الاجتماعي متوسط، من أصل حضري مدّة المرض 17 سنة) المشاكل التي يواجهها المبحوث منذ مرضه مشكلتين أساسيتين وهما: مشكل السفر ومشكل الزواج حيث يعتبر المرض عائق في أن يفكر في السفر أو في الزواج.
- نلاحظ من تصريح هذا المبحوث تأثير المرض على جوانب من الحياة و مواجهة عدّة مشاكل كانت لن تكون لولا المرض، هذا الأخير الذي أثر حقا على حياة مريض " القصور الكلوي "، حيث يقول المبحوث أنّ هذا المرض أثر على جانبي السفر والزواج، فبسبب العلاج الذي يكون ثلاث مرّات في الأسبوع لا يستطيع السفر ولا يستطيع أن يعالج في مكان آخر إذا ما سافر لأنه اعتاد على هذا المركز وعلى العاملين فيه، كما أثر على مشكل الزواج لديه فلم يجد من تقبل أن تكون زوجة له وذلك لأنّه يقوم بعملية "تصفية الدّم" هذه العملية التي تعجزه عن الإنجاب واحتمال حدوث ذلك ضئيل أو لنقل غير ممكن في حالته أبدا فهو لا يملك الكلي كليا ممّا يعجزه عن ذلك .

- **المبحوث رقم (07):** (ذكر، 27 سنة، المستوى التّعليمي أمي، حارس بالمستشفى أعزب الأصل الاجتماعي متوسط، من أصل ريفي، مدّة العلاج 5 سنوات والمرض 9 سنوات).

" بالرغم من أنني أعمل و الحمد لله، إلا أنني أشعر بالنقص لعدم قدرتي على إتمام نصف الدين، حيث أنني رفضت كثيرا و ذلك لأنني أعاني من القصور الكلوي، هذا المرض الذي قد يمنعني من الإنجاب إن تزوجت".

- يتبين من هذا التصريح أن المبحوث جد متأثر بالمرض، ذلك لأنه منعه من الزواج و مواصلة حياته كسائر الناس خاصة في هذا السن، سن الشباب فبالرغم من أنه يعمل إلا أنه يشعر دائما بالنقص، هذا النقص الذي قد يدوم طول حياته.

• **المبحوث رقم (08):** (ذكر، 17 سنة، المستوى التعليمي الثانية متوسط الأصل الاجتماعي فقير، من أصل ريفي، مدة المرض 7 سنوات والعلاج 6 سنوات) أثر المرض كثيرا على دراسة المبحوث حيث أنه يعالج ثلاث مرّات في الأسبوع ممّا يتطلّب منه التّغيب هذه الأيام، لذا لا يستفيد من الدّروس كبقية المتدرّسين كما يقول: " بسبب المرض لا أستطيع اللّعب ببعض الألعاب التي أحبّ أن أقوم بها لذا أنا أحيانا أتفادها وأحيانا أخرى لا أستطيع فأتغاضى عن المرض وأقوم بما أريد ".
 • ما يتبيّن لدينا هنا تأثير المرض على دراسة المريض مثله مثل المبحوثة رقم (05) حيث أنّه بسبب المرض لم يستطع مزاولة دراسته مثل الجميع والدليل على هذا التأثير هو سنّه الذي ينبغي أن يكون متدرّسا في الثانية ثانوي وليس الثانية متوسط، فنتيجة التّغيب عن الدّراسة أصبح يعيد السّنوات وبقي متأخرا في دراسته وحتّى في تفكيره، وهذا ما تمّ ملاحظته، حيث أنّا عند التّكلم معه وملاحظة أفعاله بدا لدينا أنّه لا يبلغ سوى 10 سنوات لا أكثر وكل تصرفاته تصرفات صبيانية، حتّى في قوله أنّه لا يمكنه اللّعب مثل بقية الأطفال فهو مازال يظنّ بأنّه صغير.
 كما أنّ تأثير المرض واضح على جسده حيث منعه من النّمو والزيادة فهو يبدو حقا صغير السنّ.

و هكذا ومن تصريح هذين المبحوثين يتّضح لنا بجلاء تأثير مرض " القصور الكلوي" أو لنقل الأمراض المزمنة ككل من مزاولة الدّراسة بطريقة عادية، فهذين المبحوثين أثر المرض على مستقبلهما ككل.

• **المبحوثة رقم (09):** (أنثى، 40 سنة، المستوى التعليمي أمي، عزباء الأصل الاجتماعي متوسط، من أصل حضري، مدة المرض 19 سنة).
 تقول المريضة فيما يخص تأثير المرض على أدوارها الاجتماعية التي كانت تقوم بها أنّ هذا المرض لم يؤثر على ذلك أبدا فهي تقوم بوظائفها العادية على أكمل وجه، أمّا فيما يخصّ تأثيره على علاقتها بأسرتها فهذه المريضة لم تعش عند أسرتها الحقيقية وإنّما تبنتها أسرة أخرى وعاشت معها طول هذه المدّة، لذا فهي لا تواجه أيّ مشاكل مع هذه الأخيرة، إلّا أنّ أسرتها الحقيقية في بادئ الأمر أحببتها واستدعتها لتبقى عندها فترة مرضها، إلّا أنّها اكتشفت فيما بعد أنّها أحببتها من أجل مالها فقط حيث تقول: "ظنّوا أنّني أملك المال وبعد إدراكهم عكس ذلك طردت من عندهم وعدت إلى الأسرة التي ربّنتي وبعد فترة وعندما أدركوا أنّني أملك بيتا عادوا إلي وطلبوا مني العودة إليهم إلّا أنّني أعلم تماما أنهم لا يحبونني ولا يريدونني أبدا لذا أنا لا أرغب في لقاءهم أو العيش معهم لذلك عندما يأتون إلي فأنا أطردهم من بيتي وقلت لهم أنّني أعلم كليا بنواياكم لذا لا تعودوا إلي هنا أبدا".

• يتبيّن لنا من هذا التصريح مدى تأثير المرض على المكانة الاجتماعيّة للمريض خاصّة إذا ما كان هذا المرض مرضاً مزمناً وبالخصوص مرض " القصور الكلوي "، وفي هذه الحالة فإنّ هذا المرض حقا أثر على الجانب النفسي للمريضة فبعدما عاشت في أسرة أخرى وتعوّدت عليها جاءت أسرتها الحقيقية وطلبت منها العيش معها وذلك لمصالحهم الشخصيّة فقط و لم يفكروا بها أبدا لا قبل المرض ولا بعده، ففي السّابق لم يكونوا يعرفونها وبعد سماعهم بمرضها تذكروا أنّ لهم أختاً أخرى ورغبوا في أن تبقى معهم هذا مع العلم أنّ والديها متوفيان منذ أن كانت صغيرة هذا ممّا زاد من ألمها.

و ما يمكن استدلاله من هذا هو أنّ المرض المزمن يضع صاحبه في موقف جدّ صعب خاصّة إذا ما عرف أن عائلته لا ترغب فيه لذاته و إنّما طمعا في ماله .و ما يرتبط بذلك أيضا هو الحالة الاجتماعيّة للمريضة فيما أنّها غير متزوجة زاد طمعهم بها كما أنّها تسكن في المدينة و تمتلك بيتا أمّا عائلتها فإنّها من أصل ريفي، و مستواها التعليمي متدنّي ولعلّ هذا ما زاد طمعهم بها لذا حاولوا استغلال نقاط الضّعف هاته ليأخذوا ما عندها، إلا أنّ المريضة أدركت ذلك و لم تسمح لهم باستغلالها ممّا يوحى لنا أنّ هذا المرض حقا يؤثر على المكانة الاجتماعيّة للمريض داخل عائلته، حيث أثر على مكانتها كأخت بينهم و في نظرهم ليس سوى مصدر للاستغلال المادّي لا أكثر.

• **المبحوثة رقم (10):** (أنثى، 38 سنة، المستوى التعليمي ثالثة ثانوي، غير موظفة متزوجة، أم لفتاة واحدة، الأصل الاجتماعي متوسط، من أصل حضري، مدّة المرض 7سنوات، 6 سنوات علاج).

تقول المريضة: " أثر المرض كثير على حياتي ولم أعد أعيش كما كنت في السّابق حيث أنّ زوجي تزوّج بأخرى وذلك لغرض الإنجاب فقط، فهو لم يرغب حتى في طلاقي إلاّ أنّه أسكنها معي وهذا ما لم يعجبني ممّا زاد من مرضي فحياتي تغيّرت كلياً منذ إصابتي بهذا المرض ولم أعد كما كنت في السّابق من جميع النّواحي".

• ما يمكن استدلاله من هذا هو تأثير المرض على العلاقات الزوجيّة وعلى مكانة الزوجة داخل أسرتها، فقبل المرض كانت تحظى بمكانتها العاديّة كزوجة وأم، ولكن بعد المرض غابت هذه المكانة فرغم حبّ الزوج الكبير لها و دليل ذلك هو عدم انفصاله عنها، إلاّ أنّ الزوجة لا تشعر بذلك فيما أنّه تزوج بأخرى فلا يعني ذلك إلاّ شيء واحد و هو أنّه لم يعد راغبا فيها، وما يمكن أن نقوله نحن وأن نستدلّه من هذه المبحوثة تأثير المرض بشكل أساسي على المكانة الاجتماعيّة للمريضة كزوجة و تأثيره على بعض الجوانب الأخرى وهو **عدم القدرة على الإنجاب** إلاّ بنسبة قليلة، فرغم أنّها امرأة تتحلّى بكامل الصّفات إلاّ أنّها **تفتقد للصّحة** وهي أساس الحياة و هذا ما أبعد زوجها عنها ممّا زاد من مرضها ومن تأزم حالتها الجسميّة والاجتماعيّة والنّفسيّة فمرض الزوجة أثر على العلاقة الزوجيّة.

وبالتالي على الأسرة ككل هذه العلاقة التي تعتمد أساسا على الجانب العاطفي لاستمرارها.¹

- **المبحوث رقم (11):** (ذكر، 26 سنة، المستوى التعليمي ابتدائي، عامل بمرض والده أعزب، الأصل الاجتماعي متوسط، من أصل ريفي، مدة المرض 3 سنوات والعلاج شهر).
يقول: " لم أعد أستطيع القيام ببعض الأعمال الشاقة التي كنت أقوم بها قبل زيادة المرض، إلا أنني لا أبالي به و أحاول جاهدا تجاهل المرض".
- ما يمكن أن نتبينه من قول المبحوث أن المرض أثر على أداء عمله، فرغم تجاهله لذلك إلا أن ذلك حقيقة لا بد منها، كما يتضح لدينا أيضا نقص الوعي الاجتماعي والصحي عنده كونه لا يكثرث بالمرض وهذا ما أدى به للوصول إلى القصور الكلوي.

- **المبحوث رقم (12):** (ذكر، 59 سنة، المستوى التعليمي الثانوي، موظف لدى الشركات الأجنبية في الصحراء، متزوج، أب لـ 5 أطفال، الأصل الاجتماعي غني، من أصل حضري، مدة المرض 4 سنوات والعلاج 3 أشهر).
"بالرغم من معاملة أبنائي الجيدة، إلا أنني لم أعد قادرا على إدارتهم وتوجيههم كما كنت في السابق، فرغم احترامهم لي و بقاء العلاقات، إلا أنني أشعر أحيانا كثيرة بعجز عن أداء واجبي كأب حقيقي".
- لعل من الأسباب التي تجعل من المريض يشعر بالنقص هو عامل السن وهذا ما تبين لنا من هذا المبحوث فرغم المعاملة الجيدة من قبل الأبناء إلا أنه يشعر بالتقصير في واجبه.

- **المبحوث رقم (13):** (أنثى، 38 سنة، المستوى التعليمي ثانوي، كانت موظفة بمؤسسة الصم البكم، متزوجة مرتين ومطلقة، أم لثلاث أطفال الأصل الاجتماعي متوسط، من أصل حضري، مدة المرض 4 سنوات).
تقول المريضة: " هذا المرض أثر على علاقتي بزوجي الثاني الذي طلقني بسبب المرض وأخذ ابني مني، كما أثر على علاقتي بأسرتي وإخوتي، فقبل المرض كنت أشعر بعدم رغبتهم وحبهم لي و بعد المرض زاد ذلك حيث أنني أصبحت ثقيلة الحمل عليهم خاصة و أنّ لدي ثلاث أطفال و يلزمهم المال ليعيشوا".

¹ - R. Parsons, R.Fox, op.cit, p 164.

• ما يمكن أن يتبين لنا من تصريح المبحوثة هو تأثير هذا المرض المزمن على حياتها الزوجية في بيتها كزوجة وعلى مكانتها داخل أسرتها، فالأولى تسبب المرض في طلاقها من جهة وحرمانها من ابنها من جهة أخرى مما زاد من مرضها، حتى أن أسرتها تقول بأنهم غير راغبين فيها وربما يعود ذلك لعدم عملها و كثرة طلباتها وتحمل والدتها مسؤولياتها ومسؤولية أبناءها و المحاكم التي أخذت منها الكثير من الأموال ليبقى ابنها معها لكنها لم تفلح في ذلك لسبب واحد وهو مرضها المزمن. هذا كله تسبب بمرضها النفسي و دخولها المركز للعلاج، حيث لم تعد كما كانت في السابق تودّ العيش و لو بالمرض، حيث أثر هذا المرض كثيرا على مكانتها كزوجة وبالتالي طلاقها وأثر عليها كأخت داخل أسرتها.

• **المبحوث رقم (14):** (ذكر، 32 سنة، المستوى التعليمي جامعي (اقتصاد) موظف بمؤسسة البناء والتعمير، أعزب، الأصل الاجتماعي متوسط، من أصل حضري، مدة المرض 6 سنوات)

لم يؤثر المرض قط على عمل المريض ، حيث أنه يجري العلاج في الليل هذا ما ساعده على تأدية ومواصلة عمله كما يجب، ففي النهار يقوم بعمله كبقية الناس وفي الليل ويوما بعد يوم يجري "عملية التصفية" ، إلا أنه يقول أن مرض " القصور الكلوي " أثر عليه وبشدة في تأدية دوره كعضو نشط في الجمعيات التي تنشط بالجامعة، إلا أنه وبسبب المرض لم يعد ينتمي إليها لأنه أصبح يشعر بأنه عالة عليهم ولا يؤدي دوره كما ينبغي خاصة وأن هذا النشاط يتطلب الجهد الجسدي والعقلي الكامل ويتطلب الوقت والمريض لا يملك الوقت الكافي نظرا لارتباطه بالآلة التي تلازمه يوما بعد يوم .

• يتبين لنا من هذا التصريح أثر المرض وبشدة على دور المبحوث كعضو نشط بالجمعية فرغم أنه لم يؤثر عليه في عمله الشخصي إلا أن عمله الإنساني توقف بسبب مرض " القصور الكلوي " هذا المرض الذي يفقد الفرد التوازن الجسدي وأحيانا العقلي إذا لم يجد المريض الدعم من قبل أسرته وفي هذه الحالة فإن المريض وجد الدعم والمساندة إلا أن التعب الجسدي وقلة الوقت أعاقت تأديته لهذا النشاط الذي كان يجد فيه العمل الخيري والعمل الإنساني كما أنه كان يرتاح كثيرا في عمله هذا. والآن فقدانه لذلك يشعره بالنقص لذا يحاول دائما تقديم المساعدة للغير وهذا ما لاحظناه أثناء الزيارة الميدانية فهو إنسان يحب تقديم الخير رغم أنه مريض مثله مثل الآخرين إلا أنه يحاول جاهدا تعويض عمله كعضو نشط في الجمعية بمساعدته المرضى داخل هذا المركز فرغم الألم الذي يبذره عليه أحيانا من جراء تعب المرض وتعب العمل إلا أنه يقدم نفسه للغير قبل نفسه .

وهكذا يمكن القول أن هذا المبحوث مثله مثل الآخر كان أثر المرض واضحا عليه حيث أنه أفقده وظيفة خيرية وإنسانية كان يقوم بها وهذا ما أزعجه.

• **المبحث رقم (15):** (25 سنة، المستوى التعليمي متوسط، الأصل الاجتماعي متوسط من أصل حضري، مدة المرض منذ الصغر، 8 سنوات علاج)

يقول المريض : " أثر المرض كثيرا على حياتي فرغم أنني مريض منذ الصغر وأسرتي تتكفل بكل مصاريفي وحياتي ولا يلزمني أي شيء إلا أنني الآن أحتاج لأن أعتمد على نفسي وبما أنني لم أكمل دراستي فمصيري هو العمل عند عامة الناس ولكن لا أستطيع ذلك لأن المرض أرهقتي جسدياً وأشعر بالتعب لذا لا يمكنني العمل " .

• ما يتبين لنا من تصريح هذا المبحث هو تأثير المرض على العمل بشكل آخر، حيث أن مرض " القصور الكلوي " كما سبق وأن قلنا يعجز الفرد جسدياً وهذا ما وقع لهذا المبحث حيث لا يستطيع تأدية أي عمل خاصة وأنه لم يكمل دراسته وليس له أي مستوى دراسي معين سوى متوسط لذا فإن ذلك يعوقه أمام أداء عمل بسيط يتطلب الجهد العقلي أكثر منه جسدي كما هو في حالة المبحث رقم (02) بحيث أن المرض لم يؤثر على عمله وذلك لأن له مستوى جامعي جعله يعمل في وظيفة تتطلب الجهد العقلي أكثر من الجهد العضلي أما في حالة هذا المبحث فليس أمامه أي خيار آخر هذا ما جعله يفكر في زرع كلية رغم صعوبة هذه العملية وتخوف الجميع منها إلا أنه سيجري هذه العملية ليتخلص من العجز الكلوي الذي أثر على حياته ككل وبالخصوص العمل حيث يقول أنه أصبح يشعر بأنه عالة على أسرته ،ولا بد أن يعمل كي يتجاوز هذا المشكل الذي يعاني منه.

• التحليل السوسولوجي العام:

الجدول رقم (24):- يتعلق بتأثير مرض القصور الكلوي على الأسرة والعمل وبعض الجوانب الأخرى-

النسبة	التكرار	تأثير المرض
40%	6	الأسرة
20%	3	العمل
40%	6	أخرى
100%	15	المجموع

إن نسبة 40% هي من المرضى الذين صرحوا بتأثير مرض " القصور الكلوي " على مكانتهم داخل الأسرة، هذا مقارنة مع الذين أثر المرض على مكانتهم في العمل حيث نجد نسبة 20% فقط.

بينما تأثير المرض على بعض الجوانب الأخرى فنجد نسبة 40% وهي نسبة تعادل تأثير المرض على مكانة المريض داخل الأسرة.

• إن أهم ما يتبين لنا من هذا الجدول من دلالة سوسولوجية هو أن لمرض القصور الكلوي تأثير على المكانة داخل الأسرة أكثر من تأثيرها على عمل المريض، ولعل ذلك

يرجع لبعض المتغيرات التي سنحاول فيما سيأتي إثبات علاقتها بذلك أو إثبات عكس ذلك ولذا فإن لمرض "القصور الكلوي" تأثير على كافة جوانب الحياة الاجتماعية للمريض، حيث وجدنا نسبة معينة تصرح بتأثير المرض على بعض الجوانب الأخرى من حياتهم وتراوحت الإجابات بين تأثيره على الدراسة، السفر، الزواج،

الجدول رقم (25): - ارتباط متغير الجنس بتأثير المرض-

المجموع	إناث	ذكور	الجنس	تأثير المرض
% 100 6	%83.33 5	%16.66 1		الأسرة
% 100 3	0	%100 3		العمل
% 100 6	%33.33 2	%66.66 4		أخرى
% 100 15	%60 7	%40 8		المجموع

إن نسبة 83.33% هي من الإناث اللواتي صرحن بتأثير المرض على مكانتهم داخل الأسرة، هذا مقارنة مع نسبة الذكور حيث نجد نسبة 16.66% فقط من الذين صرحوا بتأثير المرض على مكانتهم داخل الأسرة في حين نجد أن نسبة 100% من الذكور الذين صرحوا بتأثير المرض على عملهم هذا مقارنة مع جنس الإناث حيث انعدمت النسبة نهائياً. وفي تأثير المرض على بعض الجوانب الأخرى وجدنا نسبة 66.66% من الذكور الذين أثار المرض عليهم بينما الإناث فنجد نسبة 46.66% فقط من اللواتي أثار المرض على جوانب أخرى من حياتهم.

● إن أهم ما يمكن ملاحظته واستنتاجه من هذا الجدول الذي حاولنا من خلاله تكيم معطيات المبحوثين لمعرفة مدى الارتباط بين الجنس وتأثير المرض وجدنا أن تأثير المرض على المكانة داخل الأسرة هي عند الإناث أكثر منها عند الذكور وهذا قد يرجع للمكانة الحساسة التي تحتلها المرأة في المجتمع بعكس الرجل، الذي وجدنا أن المرض

يؤثر على مكانتهم داخل العمل أكثر منها داخل الأسرة وأيضا على بعض الجوانب الأخرى كالزواج مثلا أو الدراسة بينما النساء فوجدنا نسبة قليلة مقارنة بالذكور. وهكذا يمكننا القول أن لعامل الجنس ارتباط كبير بتأثير المرض وأن نسبة الإناث تتعرض للعديد من المشاكل الأسرية بمجرد إصابتهم بمرض مزمن، هذا المرض الذي يعجزهن عن أداء بعض المهام والواجبات المنزلية خاصة إن كانت المرأة متزوجة بينما الرجل فإن المرض يؤثر على عمله فلا يستطيع تأدية ذلك كما كان في السابق خاصة إذا كان العمل عملا يتطلب الجهد العضلي أكثر منه عقلي وهذا ما تم استنتاجه من خطابات المبحوثين.

الجدول رقم (26): - ارتباط متغير السن بتأثير المرض-

المجموع	[62-53]	[53-44]	[44-35]	[35-26]	[26-17]	السن تأثير المرض
% 100 2	% 16.66 1	% 16.66 1	% 50 3	% 16.66 1	0 0	الأسرة
% 100 3	0 0	0 0	% 33.33 1	% 33.33 1	% 33.33 1	العمل
% 100 6	0 0	0 0	% 33.33 2	% 33.33 2	% 33.33 2	أخرى
% 100 15	% 6.66 1	% 6.66 1	% 40 6	% 26.66 4	% 20 3	المجموع

إن نسبة 50% من المرضى الذين هم في فئة [44-35] صرحوا بتأثير المرض على مكانتهم داخل الأسرة، هذا مقارنة مع فئة [35-26] و [53-44] و [62-53] سنة حيث نجد نسبة 16.66% فقط وانعدمت في الفئة الأولى تماما.

بينما نجد تعادل النسبة في تأثير المرض على العمل بين الفئة الأولى والثانية والثالثة وذلك بنسبة 33.33% وانعدمت في الفئات الأخرى.

وفيما يخص تأثير المرض على بعض الجوانب الأخرى فنجد أعلى نسبة هي في فئة [45-35] وذلك بنسبة 40% ونسبة 26.66% في فئة [35-26] هذا مقارنة مع فئة [26-17] حيث نجد نسبة 20%، و فئة [53-44] و [62-53] بنسبة 6.66% .

ما يمكن أن نستنتجه من خلال هذا الجدول ارتباط عامل السن بتأثير المرض حيث وجدنا أن نسبة تأثيرها على الأسرة لدى الفئة الثالثة وهي الفئة المتوسطة التي تتوقع بين الفئات، و لهذا فإن هذه الفئة تتعرض للمشاكل الأسرية أكثر من الفئات الأخرى وربما يعود ذلك للحالة الاجتماعي التي سنخصص لها تحليل خاص بها من حيث تأثير المرض على العمل فالنسب متساوية بين الفئات الثلاثة الأولى ومنعدمة في الفئات الأخيرة وهذا ما يدل

على ارتباط السن بتأثير المرض على العمل وأنه يمس الفئات الأولى عدا الأخيرة وهذا أيضا راجع إلى أنها فئات شابة تحتاج للعمل في هذه الفترة أكثر من الفئات الأخرى، ونفس الشيء بالنسبة لتأثير المرض على بعض الجوانب الأخرى فالفئات الأولى هي الفئات المعنية بتأثير المرض وليس الفئات الأخيرة ولعل هذا راجع إلى المكانة التي تتموقع بها هذه الفئات.

الجدول رقم (27): - ارتباط المستوى التعليمي بتأثير المرض-

المجموع	جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	أمي	المستوى التعليمي تأثير المرض
%100 6	0 0	%50 3	%16.66 1	%16.66 1	%16.66 1	الأسرة
%100 3	0 0	0 0	%33.33 1	%33.33 1	%33.33 1	العمل
%100 6	%50 3	0 0	%33.33 2	0 0	%16.66 1	أخرى
%100 15	%20 3	%20 3	%26.66 4	%13.33 2	%20 3	المجموع

إن نسبة 50% من الذين أجابوا بأن مرض القصور الكلوي أثر على مكانتهم داخل الأسرة وهم من مستوى ثانوي هذا بالمقارنة مع الذين هم من المستوى الأول (أمي) والمستوى الثاني (ابتدائي) والمستوى الثالث (متوسط) حيث نجد نسبة 16.66% وانعدمت تماما في المستوى الجامعي.

بينما تأثير المرض على العمل فنجد النسب متساوية بين المستوى الأول والثاني والثالث حيث نجد نسبة 33.33% وانعدمت في المستويات الأخرى.

وفي تأثير المرض على جوانب أخرى فنجد نسبة 50% عند الجامعيين هذا مقارنة مع المستوى المتوسط حيث نجد نسبة 33.33% والمستوى الأول نجد 16.66%.

● بالنسبة لارتباط تأثير المرض على المكانة داخل الأسرة بالمستوى التعليمي، فلا يبدو وجود أي ارتباط بينهما ولا يمكن أن نرجع حدوثه للمستوى الثانوي أكثر من المستويات الأخرى إلى أسباب معينة إلا بعد إدراجه مع متغير آخر كالحالة الاجتماعية مثلا بينما فيما يخص الارتباط بين تأثير المرض على العمل وارتباط ذلك بالمستوى التعليمي فبيدوا واضحا وجود هذا الترابط الذي يمكننا أن نرجعه إلى أن الذين من مستوى متدني

يجدون صعوبة كبيرة في العمل لأن عملهم عادة ينحصر في الأعمال التي تتطلب الجهد العضلي وهي أعمال شاقة ينصح بعدم القيام بها بالنسبة لمرضى "القصور الكلوي" بينما الذين هم من مستوى عالي، فإن عملهم عادة يتطلب الجهد العقلي أكثر منه عضلي ولذا فهم لا يجدون أي تأثير للمرض على عملهم، وفيما يخص تأثيره على بعض الجوانب الأخرى فنجد العكس يؤثر على مستوى الجامعي أكثر من المستويات الأخرى، ويمكن إرجاع ذلك إلى الطموحات التي يأملون في تحقيقها كمواصلة الدراسة مثلا، ولكن المرض يعوقهم عن تأدية ذلك وهذا ما صرحت به إحدى الأخصائيات في علم النفس.

الجدول رقم (28): - ارتباط متغير الأصل الاجتماعي بتأثير المرض-

المجموع	غني	متوسط	فقير	الأصل الاجتماعي تأثير المرض
100% 6	33.33% 2	66.66% 4	0	الأسرة
100% 3	0	100% 3	0	العمل
100% 6	0	83.33% 5	16.66% 1	أخرى
100% 13	0	80% 12	16.66% 1	المجموع

إن نسبة 66.66% من الذين أثر المرض على مكانتهم داخل الأسرة وهم من أصل اجتماعي متوسط هذا مقارنة بالذين هم من أصل اجتماعي غني حيث نجد نسبة 33.33%.
بينما تأثيره على العمل فنجد النسبة الكلية لدى الذين هم من أصل اجتماعي متوسط وانعدامها لدى الأصل الفقير والغني.

وفيما يتعلق بتأثير المرض على جوانب أخرى فنجد نسبة 83.33% لدى الذين هم من أصل اجتماعي متوسط هذا بالمقارنة مع الذين هم من أصل اجتماعي فقير حيث نجد نسبة 16.66% وانعدمت في الأصل الاجتماعي الغني.

- يبدو من الجدول أن تأثير المرض على الأسرة لدى الأصل الاجتماعي الغني أكثر من الأصل الاجتماعي الفقير وهذا ما يدل على عدم ارتباط تأثير المرض على الأسرة بالأصل الاجتماعي بينما عدم تأثيره على العمل لدى الأصل الاجتماعي الغني يدل على أن للجانب المادي لدى المريض دور في عدم تأثير المرض على عمله، فلو تم توقيفه عن العمل فلن يؤثر ذلك على الجانب المادي له على عكس الأصل الاجتماعي المتوسط

والفقير فتعرض الفرد لمرض القصور الكلوي يؤثر على تأدية عمله كما ينبغي وهذا ما يجعل الجهات المعنية تستغني عن أداء عمله.
أما من حيث تأثيره على الأصل الاجتماعي المتوسط في كلا الحالتين فليس لهذا أي دلالة سوسيولوجية حيث أن هذا الأصل الاجتماعي المتوسط يتوسط الأصل الاجتماعي الفقير والغني لذا ليس لذلك أي دلالة.

الجدول رقم (29) :- ارتباط تأثير المرض بالحالة الاجتماعية للمريض-

المجموع	مطلق	متزوج	أعزب	الحالة الاجتماعية تأثير المرض
%100 6	%16.66 1	%66.66 4	%16.66 1	الأسرة
%100 3	0	%33.33 1	%66.66 2	العمل
%100 6	0	0 20	%100 6	أخرى
%100 5	%6.66 1	%33.33 5	%60 9	المجموع

إن نسبة 66.66% من المتزوجين الذين أثر المرض على مكانتهم الاجتماعية داخل الأسرة هذا مقارنة مع الحالة الاجتماعية (أعزب ومطلق) حيث نجد نسبة 16.66% فقط. بينما تأثير المرض على العمل فنجد أعلى نسبة عند الحالة الاجتماعية (أعزب) بنسبة 66.66% هذا بالمقارنة مع المتزوجين حيث نجد نسبة 33.33%. أما بالنسبة لتأثير المرض على جوانب أخرى من الحياة الاجتماعية للمريض فنجد النسبة الكلية عند الحالة الاجتماعية الأولى (أعزب) أي 100%.

● ما يمكن أن نتبينه من الجدول وجود ارتباط كبير بين تأثير المرض والحالة الاجتماعية للمريض حيث أن أعلى نسبة أثر المرض على مكانتها داخل الأسرة هي عند المتزوجين هذا ما يدل على تأثير العلاقات الزوجية بين الطرفين نتيجة المرض، فبسببه تسوء العلاقة نتيجة عدم القدرة على تأدية الالتزامات والواجبات اتجاه الطرف الآخر واتجاه أفراد الأسرة ككل واتجاه الواجبات المنزلية التي ينبغي تأديتها كطرف أساسي في الأسرة. و بالنسبة لتأثير المرض على العمل يتضح تأثيره عند الحالة الاجتماعية الأولى (أعزب) أكثر من المتزوجين وربما يعود ذلك لنقص حالات المتزوجين الذين أثر المرض على عملهم.

أما فيما يخص تأثيره على جوانب أخرى من حياة المريض فيبدو لنا بوضوح تأثيره على الحالة الاجتماعية الأولى (أعزب) عدا الحالات الأخرى وهذا ما جعلنا نحدد نوعية هذه التأثيرات التي تتمثل في:

- مشكل الزواج: أي رفض الطرف المريض.
- عدم القدرة على مواصلة الدراسة نتيجة التغيب بسبب طبيعة العلاج.
- مشكل السفر الذي يعاني منه الجميع حيث لا يستطيع المريض التنقل نتيجة طبيعة العلاج.
- مشكل الانخراط في الجمعيات وبعض النشاطات كما صرح به أحد المرضى..

الجدول رقم (30): - ارتباط تأثير المرض بمتغير الجنس والسن-

المجموع	إناث					ذكور					متغير الجنس والسن
	[62-53]	[53-44]	[44-35]	[35-26]	[26-17]	[62-53]	[53-44]	[44-35]	[35-26]	[26-17]	تأثير المرض
%100 6	0 0	%16.66 1	%50 3	%16.66 1	0 0	%16.66 1	0 0	0 0	0 0	0 0	الأسرة
%100 3	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	%33.33 1	%33.33 1	%33.33 1	العمل
%100 6	0 0	0 0	%33.33 1	0 0	33.33 1	0 0	0 0	%33.33 1	%66.66 2	%33.33 1	أخرى
%100 5	0 0	%6.66 1	%26.66 1	%6.66 1	%6.66 1	%6.66 1	0 0	%13.33 2	%20 3	%13.33 2	المجموع

إن نسبة 50% من الإناث في سن [35-44] من الذين أثار المرض على مكانتهم الاجتماعية، هذا مقارنة مع الفئات الأخرى ومع جنس الذكور حيث نجد نسبة 16.66% من الذكور في فئة [53-62] فقط، ولدى الإناث في سن [26-35] و[44-53] بينما انعدمت في باقي الفئات سواء بالنسبة للإناث أو الذكور.

أما بالنسبة لتأثير المرض على العمل فنجد النسب متساوية لدى الذكور في الفئات الأولى والثانية والثالثة هذا مقارنة مع جنس الإناث وفي الفئات الأخرى بالنسبة للذكور حيث انعدمت تماما.

أما بالنسبة لتأثيره على السفر والزواج ... وغيرها من الأمور فنجد أعلى نسبة لدى جنس الذكور في فئة [26-35] هذا مقارنة مع الفئة الأولى والثانية للذكور، والفئة الأولى والثالثة بالنسبة للإناث حيث نجد نسبة 33.33%، وانعدمت في باقي الفئات.

● إن أهم ما نستنتجه من الجدول ارتباط تأثير المرض على مكانة داخل الأسرة بمتغير الجنس والسن، حيث أن أعلى نسبة صرحت بتأثير المرض على الأسرة عند جنس الإناث، وذلك في الفئة المتوسطة التي تتموقع بين الفئات وهي الفئة التي عادة ما تواجه مشاكل أسرية مع الإخوة، أو عائلات الأزواج، أو الأزواج خاصة وهذا ما لمسناه من خطابات المبحوثين، في حين عدم وجود ذلك عند جنس الذكور.

كما يتضح ارتباط تأثير المرض على العمل بمتغير لجنس والسن وذلك من حيث تأثيره على الفئات الأولى من جنس الذكور فقط عدا الإناث، وهذا ما يدل على أن هذه الفئات من جنس الذكور هي التي يلزمها العمل أكثر من الفئات الأخرى بالنسبة لهذا الجنس وأكثر من جنس الإناث أيضا. أما بالنسبة لتأثير المرض على بعض الأمور الأخرى فيتضح أن الفئة الثانية من جنس الذكور يؤثر المرض عليها أكثر من الفئات الأخرى وأكثر من جنس الإناث وهذا قد يرجع إلى مشكل الزواج الذي يتخبط به الشباب في هذه السن.

الجدول رقم (31): - ارتباط متغير الجنس والحالة الاجتماعية بتأثير المرض-

الجنس والحالة	ذكور	إناث	المجموع
---------------	------	------	---------

تأثير المرض الاجتماعي	أعزب	متزوج	مطلق	أعزب	متزوج	مطلق	مطلق
الأسرة	0	1	0	1	1	0	16.66% 6
العمل	2	1	0	0	0	0	33.33% 3
أخرى	4	0	0	2	0	0	33.33% 6
المجموع	2	3	3	3	3	3	60% 15

يتبين لنا من الجدول أن نسبة 50% من النساء المتزوجات من تعرضت لتأثير المرض على مكانتهم داخل الأسرة، هذا مقارنة مع جنس الذكور والفئات الأخرى حيث نجد نسبة 16.66% من الذكور المتزوجين الذين أثر المرض على مكانتهم داخل الأسرة إضافة إلى الفئة الأولى والثالثة من النساء اللواتي أثر المرض على مكانتهم داخل أسرهم. وفي المقابل نجد نسبة 66.66% من جنس الإناث حيث انعدمت النسبة كليا، أما الفئة الثانية من جنس الذكور فنجد نسبة 33.33% أما الذين أثر المرض على جوانب أخرى من حياتهم فنجد نسبة 66.66% من الذكور في الفئة الأولى (أعزب) من أثر المرض عليهم هذا مقارنة مع جنس الإناث حيث نجد نسبة 33.33% في الفئة الأولى أيضا.

● ما يمكن أن نتبينه من الجدول ارتباط تأثير المرض بمتغير الجنس والحالة الاجتماعية حيث يتضح لنا بجلاء تأثير المرض على مكانة المرأة داخل أسرتها خاصة إذا كانت متزوجة حيث أن تعرضها للمرض يفقدها مكانتها السابقة وهذا ما لاحظناه من خطاب المبحوثات حيث تعرضن لعدة مشاكل مع أزواجهن فهناك من تزوج زوجها بأخرى وهناك من تعرضت للطلاق....

كما وجدنا كثيرا من لم تعدن قدرات على إدارة أفراد أسرهن فبالرغم من المعاملة الجيدة من قبلهم إلا أنهم يشعرون بالتقصير في واجباتهن اتجاههم كما يتبين لنا من الجدول أن تأثير المرض على العمل يصيب الحالتين الأولى والثانية دون الثالثة من جنس الذكور عدا الإناث، مما يدل على أن لمرضى القصور الكلوي تأثير على العمل عند الرجال في الحالتين الأوليتين وهما أكثر الفئات احتجا لذلك ، أما بالنسبة لتأثيره على أمور أخرى فنجد أيضا تأثيره على الحالة الأولى عند كلا الجنسين وعند الذكور أكثر من الإناث، هذا ما يبين تخطب الشباب خاصة في مشكل الزواج الذي أرجعه الجميع لرفض ارتباط الجنس الآخر به.

بعد هذا الطرح لتأثير مرض "القصور الكلوي" على حياة المريض الأسرية والعملية وبعض الجوانب الأخرى كالدّراسة عند الذين يدرسون والزّواج عند الشّباب والسّفرة عند جميع المرضى، يمكن القول أنّ لمرض "القصور الكلوي" تأثير على المكانة الاجتماعيّة للمريض داخل أسرته سواء كان ابنا فيها أو أبا أو أمّا، وخاصّة تأثيره على العلاقات الزوجيّة وتغيّر المكانة الاجتماعيّة للطرف المصاب وبالتالي الطلاق الذي وجدنا أنّه كثير الحدوث في هذا المركز فالعلاقات الزوجيّة تكون جيّدة قبل المرض، ولكن وبمجرد الإصابة به وخاصّة إصابة النّساء فإنّ ذلك يؤثّر على مكانتها كزوجة وكأم لأطفالها وفي الأخير تصبح من المطلقات .

2- فعالية التمثلات:

يعدّ الوعي الاجتماعي والصّحي من أهمّ العوامل المسؤولة عن صحّة الفرد وحيويته وطول عمره، فعندما يكون الفرد متسلّحا بالوعي الاجتماعي والصّحي أي يدرك ويعرف تمام المعرفة ماهية الشّروط والمعطيات الاجتماعيّة التي تجلب له الصّحة والحيوية وحسن التّكيف للمحيط الذي يعيش فيه ويتفاعل معه ويدرك كذلك طبيعة الأمراض الموجودة في محيطه وماهية أسبابها وأخطارها وآثارها وكيفية التحوّط منها، ويدرك في الوقت نفسه طبيعة الأطعمة التي يتناولها وطبيعة الأطعمة التي يتجنبها، وكيفية الموازنة بين العمل والراحة والنّوم ودور كل منهما في الصّحة والحيوية والتّكيف مع البيئة فإنّه يمكن أن يتمنّع بقسط من الصّحة والحيوية والنّشاط.¹

لذا يعدّ الوعي الاجتماعي والصّحي مهم بالنسبة للفرد والمجتمع ككل حيث تعنى كل دولة بضرورة نشر الثقافة الصحيّة، ونقصد بالثقافة الصحيّة تقديم المعلومات والبيانات والحقائق الصحيّة التي ترتبط بالصّحة والمرض لكافة أفراد المجتمع، وذلك بهدف الإرشاد والتّوجيه، والوصول إلى الوضع الذي يصبح فيه كل فرد مستعد من كافة النّواحي لأن يتجاوب مع هذه الإرشادات الصحيّة.²

وبالتّالي نشر الثقافة الصحيّة من شأنه رفع مستوى الوعي الاجتماعي والصّحي لدى الفرد فيستطيع بذلك أن يتجاوب مع المشكلات الصحيّة التي قد تواجهه، كما أنّ هذا الوعي الاجتماعي والصّحي قد يرتبط أيضا بالمستوى التّعليمي والثّقافي والاجتماعي لدى الفرد ولدى أسرته فقد نجد أحيانا كثيرة أنّ دور المستويات العالية في الجانب الاجتماعي والتّعليمي والثّقافي من شأنه رفع مستوى الوعي الاجتماعي والصّحي .

وما نقصده بالضبط بالوعي الاجتماعي هو إدراك الفرد وتحسّبه ومعرفة بمفردات البيئة الاجتماعيّة التي يعيش فيها وطبيعة أخطارها ونقاط قوّتها وضعفها وكيفية تجنّب سلبيّاتها وأمراضها لكي يتفادها ويتفادى أخطارها فمن مؤشّرات الوعي الاجتماعي تحقيق التّوازن بين أنشطة العمل وأنشطة الفراغ، تحقيق التّوازن بين حجم العائلة وبين مواردها الماليّة،

¹ - إحسان محمد الحسن، علم الاجتماع الطبي (دراسة تحليلية في طب المجتمع) ، مرجع سابق ، ص 214 .

² - بهاء الدين سلامة ، مرجع سابق ، ص 23 .

وعدم إجهاد الذات بالعمل والكسب المادي، والابتعاد عن المنافسة و الصّراعات مع الآخرين ... وغيرها من المؤشرات التي ترتبط بالوعي الاجتماعي¹.

أما الوعي الصحي فنقصد به إمام الفرد بالمعلومات والحقائق الصحيّة وإحساسهم بالمسؤولية نحو صحتهم وصحة غيرهم، وفي هذا الإطار يعتبر الوعي الصحي، الممارسة الصحيّة عن قصد نتيجة الفهم والافتناع². فهو إذن معرفة وإدراك ما هو صحي وما هو غير صحي والميل في السلوك نحو الصحي وتفاذي أو تجنب كل ما هو غير صحي كتناول الأغذية الغنيّة بالفيتامينات وتجنّب التدخين، والابتعاد عن مواطن العدوى والمرض واستشارة الطبيب في حالة المرض ... وغيرها ممّا يبيّن علامات الوعي الصحي عند الفرد³.

وفي موضوعنا عن العلاقة العلاجيّة وفعاليّة تمثّلاتها، ومن خلال اعتمادنا للوعي الاجتماعي والصّحي كمحدّد لهذه العلاقة ارتأينا عدم التفرقة ما بين الوعي الاجتماعي والصّحي، باعتبار أنّهما يمثلان إدراك الفرد لكلّ السلوكات والأفعال الإيجابية التي من شأنها رفع مستواه الصحي وتقليل نسبة مرضه خاصّة إذا كان مرضا مزمنًا كما هو لدينا مرض "القصور الكلوي" لذا حاولنا تجاوز فكرة التفرقة ما بين الوعي الاجتماعي والصّحي خاصّة وأنّ لهما نفس المؤشرات التي تبين أنّ المريض يمتلك لهذا أم يفقر له، ومن بينها تقبل المرض في مرحلة ما من مراحلها، إضافة إلى نوع المعاملة التي يعامل بها منذ حدوث المرض، كما اعتمدنا طرق العلاج التي لجأ إليها المريض عند مرضه، ونظرتنا لهذا العلاج كمؤشر أساسي على امتلاك الوعي الاجتماعي والصّحي عند المريض. وسنحاول أيضا معرفة ما إذا كان للمستوى التعليمي والاجتماعي والثقافي لدى المريض ولدى أسرته علاقة بهذا الوعي (الاجتماعي والصّحي).

2-1- ارتباط الوعي الاجتماعي والصّحي بالمستوى التعليمي والثقافي والاجتماعي عند المريض و أسرته:

يعتبر الوعي الاجتماعي والصّحي من أهمّ محدّدات العلاقة العلاجيّة ما بين الطبيب والمريض ولذا سنحاول من خلال هذه النقطة معرفة مدى الارتباط ما بين هذا الوعي والمستوى التعليمي والثقافي والاجتماعي عند المريض وأسرته عند اكتشاف المرض وفي عمليّة البحث عن العلاج، والمعاملة التي يعامل بها منذ حدوث المرض إضافة إلى رأيه في " الطبّ الشعبي".

• **المبحوثة رقم (01):** (أنثى، 36 سنة، مستوى تعليمي جامعي، تقديم دروس خصوصية، غير متزوجة، الأصل الاجتماعي متوسط، من أصل حضري مدّة المرض 10 سنوات)

¹- إحسان محمد الحسن، علم الاجتماع الطبي (دراسة تحليلية في طب المجتمع)، مرجع سابق، ص 214.

²- بهاء الدين سلامة، مرجع سابق، ص 23.

³- إحسان محمد الحسن، علم الاجتماع الطبي (دراسة تحليلية في طب المجتمع)، مرجع سابق، ص ص 214، 215.

المستوى التعليمي لأب المبحوثة هو ثانوي وهو متقاعد كان معلماً في المدرسة الابتدائية، والمستوى التعليمي للأم هو أيضا ثانوي ولكنها مأكثة بالبيت لها 9 إخوة كلهم متمرسين، ولهم مستوى جامعي، منهم 6 موظفين، 2 ذكور متزوجين و3 بنات متزوجات مأكثات بالبيت .

تقول المبحوثة عن ذهابها للعلاج أنه كان من قبل الأسرة وكما قلنا سابقا عندما زادت أزمته ووصلت إلى درجة الإغماء أين أخذتها عائلتها للمستشفى وتم اكتشاف الإزمان الكلوي عندها فلم تتقبل الفكرة أبدا، ولم تتقبل العلاج في السنة الأولى وكانت رافضة له تماما، إلا أنها تقول أنني كنت أداومه ولم أتغيّب يوما عن ذلك لأنني كنت أشعر بالراحة بعد القيام بعملية غسل الكلى وترجع عدم تقبلها للعلاج إلى الخجل من الأطباء والممرضين عند عملية إيصال الآلة بجسدها.

أما عن أسرتها فنقول أنها تقبلت الفكرة بكل بساطة، وهذا ما جعلها تبقي على نفس المعاملة التي كانت تعامل بها سابقا وكأنها ليست مريضة بمرض مزمن، هذا مع العلم أنه مرض جديد في العائلة .

وفيما يخص قيام المبحوثة بعلاج مخالف للعلاج الطبي تقول: "لم أقم بأيّ علاج آخر مخالف لذلك، لأنّ مرض " القصور الكلوي " لا يلزمه سوى هذا العلاج"، إضافة إلى رأي الأم في العلاج الطبي الذي تشجعه، وتصر عليه حتى لا يزيد المرض عند ابنتها، فهم لا يثقون أبدا في أيّ علاج آخر .

● ما يتبين لنا هنا عدم تقبل المريضة للمرض في مرحلته الأولى، رغم مستواها التعليمي العالي ومستوى أسرتها التعليمي والاجتماعي والثقافي، فهي من أسرة مثقفة ومتعلمة من الأب إلى آخر فرد من الأسرة، إلا أنها لم تتقبل فكرة وجود مرض مزمن وأي مرض مرض " القصور الكلوي" الذي يتطلب المتابعة العلاجية يوما بعد يوم والمريضة لا تداوم سوى مرتين في الأسبوع فهي ليست كباقي المرضى وذلك راجع لوعيها الاجتماعي والصحي، حيث أنها نتيجة إتباع الحمية، تداوم مرتين في الأسبوع فقط، رغم عدم تقبلها للمرض إلا أنها كانت ملتزمة بما عليها من أدوية ونصائح، أما عدم التّقبل فيمكن إرجاعه للخجل فقط وليس لقلّة وعيها ولكن مع الوقت اعتادت على المرض وعلى العلاج وأصبح من الضروري تقبله لأنّ وجود حلول لهذا المرض منعدمة، ليس هنالك أيّ علاج سوى "غسل الكلى"، وما يمكن استدلاله هو ارتفاع الوعي الاجتماعي والصّحي عند المبحوثة وأسرتها نتيجة للمستوى التعليمي والثقافي والاجتماعي عندهم، وما يدلّ على ذلك هو رأيهم في العلاج المخالف للعلاج الطبي، فهم لا يؤمنون بأيّ علاج آخر ولا يثقون فيه، خاصة في مرض " القصور الكلوي"، هذا المرض الذي لا يتطلب سوى عملية "التصفية" إضافة إلى نوع المعاملة التي تعامل بها فهي لم تتغيّر ومكانتها الاجتماعية داخل أسرتها بقيت كما كانت في السابق .

• **المبحوثة رقم (02):** (أنثى، 20 سنة، المستوى التعليمي متوسط عند حدوث المرض والآن تدرس في السنة الثالثة ثانوي عن طريق المراسلة، غير متزوجة، الأصل الاجتماعي متوسط، غير موظفة، من أصل ريفي، مدة المرض 4 سنوات).

والدي المبحوثة متعلمين لهما مستوى ابتدائي، حيث أنّ الوالد يعمل كحارس بمدرسة، أمّا الأم فمأكثة بالبيت، لها 5 إخوة صغار، وهم متمدرسين حيث تحتل المبحوثة المرتبة الأولى داخل أسرتها، ليس لها إخوة موظفين فكلهم صغار كما قلنا، ويتم الاتكال عليها في كل أشغال البيت الداخلية والخارجية.

و عن ذهاب المبحوثة للعلاج تقول أنّه كان من قبل الأسرة، أمّا عن تقبلها للمرض تقول: "تقبّلت المرض بكلّ بساطة، خاصّة عند العلاج لأوّل مرّة حيث أنّني شعرت بالراحة واقتنعت بهذا العلاج مباشرة وقتها". في حين أنّ أسرتها لم تتقبّل أبدا هذه الفكرة وبالخصوص الأب لتعلّقه الشّديد بالمبحوثة ولكن تقول سرعان ما اقتنع به عند رؤيته بأنني ارتحت بعد إجراء "عملية التصفية".

وبالنسبة للمعاملة فهي تعامل معاملة خاصّة من قبل أفراد أسرتها وكان ذلك قبل المرض، والمرض زاد من هذه المعاملة خاصّة من قبل الأب.

جرّبت المبحوثة علاجا آخر مخالف للعلاج الطّبي وهو العلاج بالأعشاب رغم عدم اقتناعها به، وذلك لرغبة الوالد الذي كان يلحّ على ذلك ويحضر لها كلّ أصناف الأدوية التي يسمع بها، إلّا أنّ هذه الأدوية لم تفد في شيء واقتنع الوالد بأنّ "تصفية الدم" هي الحلّ الوحيد والمناسب لمرضها، أمّا هي فلم تكن تثق به قط وترى بأنّه قد يفيد في حالات أخرى غير مرضها.

• ما يمكن أن نلاحظه من هذه المبحوثة هو تقبلها للمرض رغم صعوبته فشدة الألم وتعبها من جرّاء المرض جعلت منها تتقبّله رغم تأثيره على صحّتها وحياتها ولكن تقول المهم الإحساس بالراحة، وهذا ما شعرت به عند إجراء أوّل تصفية فالمبحوثة لم تفكر في عواقب المرض، أو لنقل آثار المرض عليها وكل ما فكرت فيه تخفيف الألم، وربّما يعود ذلك لصغر سنّها فقد مرضت منذ 7 سنوات حين كانت تبلغ 13 سنة وفي هذه السنّ لم تكن تعلم شيئا عن المرض أو غيره، وكل ما فكرت فيه هو الراحة وتقليل الألم.

إلّا أنّ الوالد لم يتقبّل أبدا فكرة العلاج وذلك للصورة التي يكوّنها لديه وهي: "كلّ من يعالج بالآلة فيعني ذلك الموت الأكيد له" وهذا ما يدلّ على نقص الوعي الاجتماعي والصّحي عنده الراجع للمستوى التعليمي، وما يدلّ أكثر على ذلك هو إلحاحه على الدّواء الشعبي الذي حرص على إلزام ابنته به وذلك قد يعود إلى طبيعة البيئة الريفية التي يعيش بها وهذا ما كشفته دراسة **عبد المجيد الشاعر** وآخرون حيث وجدوا أنّ اللّجوء إلى الخدمة الصّحية في المجتمعات البدوية والريفية يكون أولا باللّجوء إلى الطّب الشعبي والعلاج بالأعشاب أو

الكي .. وغيرها من أمور الطب الشعبي، ثم بعد ذلك يتم اللجوء إلى الخدمة الصحية الرسمية¹.

وهكذا فرغم رفض المريضة لهذا العلاج إلا أنها لم تكن بطريقة واعية لأنها كانت في سن صغيرة لا تستطيع التمييز بين العلاج الصحيح والعلاج الخاطئ لذا فمصيرها كان بيد أسرتها، خاصة الوالد هذا الأخير الذي يتبين لنا بوضوح قلة الوعي الاجتماعي والصحي عنده المرتبط بالمستوى التعليمي والثقافي والاجتماعي. هذا رغم المعاملة الحسنة التي تعامل بها حيث لم تتغير معاملتهم لها وبقيت مكانتها الاجتماعية داخل أسرتها كما هي.

● **المبحوثة رقم (03):** (أنثى، 31 سنة، المستوى التعليمي متوسط، غير موظفة متزوجة ليس لها أطفال، الأصل الاجتماعي فقير، من أصل ريفي ثلاث سنوات دخول تصفية الدم)

إنّ المستوى التعليمي للزوج هو مثل الزوجة مستوى متوسط، حيث أنه يعمل لحام - Soudeur - وليس لهما أيّ أطفال.

وفي ذهابها للعلاج تقول المبحوثة: " كان بهدف الإنجاب وكان من طرفي وطرف الزوج، إلا أنّ اكتشاف المرض كان صدمة بالنسبة لي، فلم أكن أتوقع أبدا بأن أصاب بأيّ مرض مزمن، وأنني سأعالج يوما ما بهذه الطريقة، أمّا عن زوجي وعائلتي فرفضوا هذا العلاج في الأول وعندما لا حظوا راحتي تقبلوا ذلك ".
أمّا عن المعاملة فقد تغيّرت من جهة عائلة الزوج فلم تعد تعامل من جهتهم بنفس المعاملة الأولى وذلك لتأثير المرض على أعمال البيت التي كانت تقوم بهاو تأثيره على إنجاب الأطفال، ممّا غير نظرهم لها.

وفي عملية العلاج فقد لجأت المريضة " للطب الشعبي " وذلك في الثلاث سنوات الأولى من المرض، حيث جرّبت عدّة أدوية عشبية، ولكن بعد بدء العلاج " غسل الكلى " لم تقم بأيّ علاج مخالف لهذا العلاج الطبّي الرسمي وذلك لعدم فاعلية العلاج الأول واقتنعت كليا بالعلاج الأخير .

● ما يمكن ملاحظته هو عدم تقبل المريضة للمرض، وربما يعود ذلك إلى عدم وعيها بأنّها يمكن أن تصاب يوما ما بأيّ مرض، هذا الوعي الراجع إلى المستوى التعليمي عندها وعند الزوج، حيث أنّ هذا الأخير أيضا لم يتقبل فكرة المرض ولا طريقة العلاج حتّى عائلته لم تتقبل ذلك ولعلّ السبب هو الصورة التي يكوّنها الناس عن مرض " القصور الكلوي " (فكرة الموت) ومن هذا المنطلق لم يتقبل الزوج ولا المبحوثة ولا عائلة الزوج هذا العلاج وهذا يعود أيضا إلى المستوى الثقافي والاجتماعي للأسرة فهم من أسرة بسيطة من أصل ريفي ليس لهم أيّ وعي بالأمراض وما يدلّ على ذلك هو عدم إدراك المبحوثة لأعراض المرض عند مرضها إلا بعد الوصول إلى حالة الإغماء والغثيان، فلو كان لها الوعي الكافي لإدراك

¹ - عبد المجيد الشاعر ، يوسف أبو الرب ، رشدي قطاس ، مرجع سابق ، ص 154.

ذلك لما وصلت إلى هذه الحالة، إلا أنّ عدم وعيها ونقص معرفتها وخبرتها في مجال الصحّة والمرض أوصلها إلى هذه الحالة، وهذا كلّه قد يعود إلى المستوى التعليمي لها ولزوجها، كما أنّ طريقة العلاج التي لجأت إليها واعتمدت عليها في الفترة الأولى من المرض - الطبّ الشعبي - لها تأثير على تأزم حالتها والوصول إلى هذه المرحلة من المرض ممّا يدلّ على تدنيّ المستوى الثقافي والاجتماعي عندهم، فهذه العادات والتقاليد والمعتقدات السلبية الخاطئة من شأنها التأثير على المريض وعلى أسرته أيضا فقد تقلل من شأن المرض فيتأخّر اكتشافه وبالتالي يصعب معالجته¹، كما أنّ الثقافة البدويّة والريفية تفرض على أبنائها الرّزانة وعدم الاشتكاء عند المرض حيث نجد أنّ المريض متماسك عند الألم، كثير التّحمل والصّبر²، ولعلّ هذا ما جعل المبحوثة تكتشف المرض مؤخرا فقط .

• **المبحوثة رقم (04):** (أنثى، 52 سنة، المستوى التعليمي ابتدائي، غير موظفة متزوجة أم لستة أولاد، الأصل الاجتماعي غني، من أصل حضري مدّة المرض 6 سنوات ودخول العلاج 5 أشهر).

للزوج مستوى ثانوي، حيث أنّه مدير بالمفتشية العامّة، لهم 6 أولاد كلهم متمدرسين لهم مستوى جامعي، حيث أنّ فتاتين منهم متزوجتين والآخرين موظفين .

ذهاب المبحوثة للعلاج كان رغبة منها ومن الأهل، وعند اكتشاف المرض تقبلت المبحوثة المرض بكلّ بساطة، كما تقبلته الأسرة أيضا رغم صعوبته وتأثيره على أدوارها كأم وكزوجة، وهي تعامل بمعاملة خاصّة تفوق المعاملة الأولى حيث تجد الدّعم الكلّي والمساندة من قبلهم خاصّة الزوج الذي لم يتخلّى عنها حيث قال: "وجدتني في الأوقات الأخرى كما وجدتك أنا فكيف أتخلّى عنك وأنت مريضة، حيث أنّك كنت السند لي والمعين".

وفي لجوءها إلى العلاج الشعبي تقول: "جربت مرّة واحدة العلاج بالأعشاب ولكنني ندمت على ذلك لأنّه أثر سلبا على حالتي الصحيّة، ومنذ ذلك الوقت أصبحت أتخوّف من هذا الدّواء ولا أوافق عليه أبداً.

• ما يتبيّن لدينا هنا ارتفاع الوعي الاجتماعي والصّحي عند المبحوثة وعائلتها حيث أنّهم تقبلوا فكرة وجود المرض بكلّ بساطة ممّا يدلّ على وجود هذا الوعي الذي يبديا بوضوح أنّه مرتبط بالمستوى التعليمي للأسرة (الزوج والأبناء) والمستوى الاجتماعي والثقافي لها فرغم المستوى المتدنيّ للمبحوثة إلا أنّ المستوى المرتفع للأهل غطى هذا النقص عند المريضة .

¹ - إبراهيم عبد الهادي المليجي ، مرجع سابق ، ص 148.

² - عبد المجيد الشاعر ، يوسف أبو الرب ، رشدي قطاس ، مرجع سابق ، ص 154.

وما يدلّ أيضا على وجود هذا الوعي هو رغبة المبحوثة وأسرتها في الذهاب للعلاج بمجرد معرفة أعراضه وهذا ما تمّ الإشارة إليه سابقا في الفصل الرابع حول حدوث المرض ولعلّ ذلك يعود للوسط الحضري الذي تعيش فيه المبحوثة. كما أنّ دعم الأسرة والزّوج لها ووقوفهم معها وقت المرض دليل آخر على وجود هذا الوعي المرتبط بالمستوى التّعليمي والثّقافي و الاجتماعي عندهم.

إضافة إلى كلّ هذا فإنّ ما يدلّ على امتلاك الوعي أيضا هو رأي المبحوثة في " الطّب الشعبي " الذي لا توافق عليه أبدا رغم تجريبيها له إلا أنّها لم تعد تثقّ فيه و في نتائجها التي كانت سلبية على حالتها الصّحيّة.

● **المبحوث رقم (05):** (ذكر، 37 سنة، المستوى التّعليمي أمي متوقف عن العمل متزوج، أب لثلاث أطفال، الأصل الاجتماعي متوسط من أصل ريفي مدة المرض 3 سنوات).

زوجة المبحوث لم تدرس أبدا، كما أنّ كلا عائلتيهما لم تدرسا أبدا إلاّ الأبناء الصغار، له ثلاث بنات، 2 منهما تدرسان و الأخرى صغيرة.

عن ذهاب المبحوث للعلاج يقول كان فجأة عندما مرض بالعمل، أمّا عن تقبّله للمرض فلم يتقبّل المرض أبدا في البداية إلاّ بعد مدّة طويلة بعدما اقتنع أنّه أمر إلهي، أمّا أسرته ففسس الشيء وجدت صعوبة في تقبّله، إلاّ أنّها ترى بأنّه قضاء وقدر، أمّا عن معاملة الأسرة فبقيت نفس المعاملة الأولى .

وعن " الطّب الشعبي " يقول: "جربت بعض الأدوية العشبية ولكنّها لم تفد في مرضي". أمّا عن رأيه في هذا العلاج يقول: "بأنّه قد يشفي أناسا وقد لا يشفي أناسا بقدرة الله".

● ما نلاحظه عند هذا المبحوث هو نقص الوعي الاجتماعي والصّحي عنده وذلك لعدم اكتشافه لأعراض المرض قبل الإصابة به، وهذا ما أشرنا إليه سابقا في كيفية حدوث المرض، ولعلّ ذلك راجع لنقص المستوى التّعليمي عنده وعند عائلته فرغم تقبّله للمرض بعد مدّة من العلاج إلاّ أنّ ذلك واقع لا بدّ منه .

رغم المعاملة التي بقيت كما هي إلاّ أنّ ذلك يعود لطبيعة المكانة الاجتماعيّة التي يحتلها داخل أسرته فهو يمثّل ربّ الأسرة و يتمّ الاعتماد عليه كليا كما كان في السابق.

و ما نلاحظه أيضا عن سلوك المرض و اللّجوء " للطّب الشعبي"، أنه يؤمن بهذا العلاج و بنتائجها، وما يبين ذلك قوله أنّه قد يشفي أناسا ولا يشفي أناسا بقدرة الله، وهذا دليل آخر على نقص الوعي الاجتماعي والصّحي المرتبط بالمستوى التّعليمي والثّقافي والاجتماعي للمريض وأسرتة.

• **المبحوث رقم (06):** (ذكر، 36 سنة، المستوى التعليمي جامعي، موظف بمدرسة الضرائب، أعزب، الأصل الاجتماعي متوسط، من أصل حضري مدة المرض 17 سنة).
إنّ المستوى التعليمي للوالدين هو مستوى ابتدائي ، الوالد متقاعد و الأم مأكثة بالبيت و للمبحوث 06 إخوة، 2 منهما لهم مستوى جامعي و 4 منهم متمدرسين إلا أنهم لم يكملوا الدراسة، 3 موظفين و 2 بنات متزوجات و 2 ذكور متزوجين.

عن ذهابه للعلاج يقول كان من قبل الأسرة عندما كان صغيرا ،أمّا عن تقبله للمرض فيعتبره هدية من عند الله عزّ وجلّ حيث أنّه تقبل مع أسرته هذه الفكرة بكلّ بساطة و يقول : "ما دام قد افكرني الله بهذا المرض المزمّن فذلك يعني أنّه يحبني، وأنا جدّ فخور ومعتزّ بهذا المرض وأتقبله بكلّ فرح وسرور". أمّا عن المعاملة فيقول كنت أعامل بنوع من الشفقة والرّحمة وسرعان ما تغيّرت هذه النظرة بعد تعوّدهم على أنّي دائما مريض. و عن " الطبّ الشعبي " يقول: " لم أقم بأيّ علاج مخالف للعلاج الطّبيّ في مرضي هذا "مرض الكلى" ، إلا أنّني جرّبت بعض الأدوية و لكن لأمرض أخرى كالمعدة مثلا".

• ما يتبيّن لنا من هذا المبحوث ارتفاع الوعي الاجتماعي و الصّحي عنده و ذلك راجع لمستواه التعليمي و مستوى أسرته، حيث أنّهم تقبلوا فكرة المرض بكل بساطة و اعتبر " المرض المزمّن " هدية من عند الله عزّ وجلّ و دليل ذلك هو حرص العائلة على علاج المبحوث عند إصابته بالمرض منذ صغره كما أنّ ما يدلّ على ذلك أيضا هو المعاملة التي كان يعامل بها، حيث أنّه كان يعامل بنوع من الحرص و التّخوف على مشاعره إلى أن تعودوا على فكرة مرضه الدائم، هذا ما يبرهن ارتفاع المستوى الاجتماعي و الثقافي لهذه الأسرة .

و الذي يدلّ أيضا على وجود الوعي الاجتماعي والصّحي هو رأيه في " الطبّ الشعبي " بالنسبة لمرضه حيث لا يثق فيه، ويرى أنّ هذا المرض يلزمه "العلاج الطّبيّ الرّسمي" وليس أيّ علاج آخر إلا أنّه يرى بأن المداواة بالأعشاب قد تكون مفيدة لأمرض أخرى بسيطة وليست مزمنة وهذا ما يدلّ أيضا على ارتباط الوعي الاجتماعي والصّحي عند المريض بالمستوى التعليمي والاجتماعي والثقافي له ولأسرته .

• **المبحوث رقم (07):** (ذكر، 27 سنة، المستوى التعليمي أمي، حارس بالمستشفى أعزب الأصل الاجتماعي متوسط، من أصل ريفي، مدة العلاج 5 سنوات و المرض 9 سنوات)

والذي المبحوث لم يدرس قط، الأب موظف و الأمّ مأكثة بالبيت، له 7 إخوة متمدرسين يحتلّ المرتبة الأولى في العائلة .

لم تحرص الأسرة على ذهاب ابنها للعلاج، وإنّما كان ذلك رغبة منه فقط وأمّا عائلته فيقول لم تكثرث لذلك أبدا، أمّا عن تقبله للمرض فيقول : "واجهت المرض بكلّ بساطة لأنّه قضاء وقدر، وأنا ألاحظ الكثير من الذين يبكون بسبب المرض، و لكنني أقول لو كان البكاء

يعيد لي صحّتي لبكيت ولكن ما الفائدة من ذلك" . حتّى أسرتي فكان سلوكها عاديا وهي تعاملني بنفس المعاملة الأولى.

و فيما يخصّ "الطّب الشعبي" فالمبحوث تناول عدّة أدوية عشبيّة قبل إجراء عمليّة "تصفية الدم" فلم يترك أيّ دواء سمع به و لم يجربّه، وهو يقول ذلك و هو مبتسم و مقتنع بما قام به، إلاّ أنّه بعد هذا العلاج أوقف العلاج الأوّل "علاج الأعشاب" و اقتنع بأنّه لا يوجد دواء لمرض "القصور الكلوي" سوى عمليّة "غسل الكلى".

• ما يمكن أن نلاحظه عند هذا المبحوث هو نقص الوعي الاجتماعي و الصّحي عند أسرته خاصّة، هذه الأسرة التي لم تكثرث لأمر ابنها، ولم تقدّم له المساعدة الكافية لعلاج مرضه، حيث أنّه اعتمد على نفسه كلياً ومن جميع النواحي الماديّة و المعنويّة منذ بداية المرض إلى يومنا هذا، وهذا راجع إلى نقص المستوى التعليمي والثّقافي والاجتماعي عند هذه الأسرة .

أمّا نقص الوعي عند المبحوث فيظهر في نظرتّه "للطّب الشعبي" هذا الطّب الذي اعتمد عليه وجرب كل أنواع الأعشاب التي تذكر له، مما يدلّ حقا على نقص الوعي عنده، فلو كان واع بالشكل اللازم لما جرب كلّ الأنواع التي ينصح بها و هذا راجع لمستواه التعليمي المتدنّي، إلاّ أنّه اقتنع بعد مدّة بعدم فائدتها ممّا بيّنا لنا أيضا أنّ الوعي الاجتماعي والصّحي بالمرض في مركز "تصفية الدم" وفي "الأمراض المزمنة" قد يكتسب بعد المدّة التي يقضيها المريض بالمركز .

• **المبحوث رقم (08):** (ذكر، 17 سنة، المستوى التعليمي الثانية متوسط الأصل الاجتماعي فقير، من أصل ريفي، مدة المرض 7 سنوات والعلاج 6 سنوات).

إنّ المستوى التعليمي للأب هو مستوى ابتدائي وهو موظف، أمّا الأم فهي لا تعرف القراءة ولا الكتابة و هي مأكثة بالبيت، أمّا عدد الإخوة فهم 5 إخوة و 2 صغار.

ذهاب المريض للعلاج كان من قبل أسرته، وسلوكه عند معرفة المرض هو سلوك عادي لم يبدي أيّ ردّة فعل لأنّه كان صغير ولا يفهم شيئا عن الصّحة و لا المرض سوى الألم الذي كان يتعرّض له، و يقول أنّني كنت أشعر بالراحة عند إجراء عمليّة "غسل الكلى" أمّا سلوك أسرته فهو أيضا سلوك عادي حيث أنّهم يعاملونه بنوع من العطف والحنان ويلبون كل رغباته عدى الرّغبات الصّعبة التي لا يستطيعون تلبيةها لأنهم من أسرة فقيرة. وعن "الطّب الشعبي" يقول لم أجرب أيّ دواء و ربّما ذلك يعود لطبيعة كليتيه فهما صغيرتان لا يلزمهما أيّ علاج آخر.

• ما يتبيّن لنا هنا أنّ الوعي الاجتماعي و الصّحي مرتبط أيضا بسنّ المبحوث هذا الأخير الذي لا يعرف شيئا عن الصّحة ولا المرض، لذا لم يبدي أيّ ردّة فعل، أمّا أسرته فيتّضح

لنا أنه رغم مستواها التعليمي والثقافي والاجتماعي إلا أنه يبدو بوضوح أنها تمتلك لنسبة ما من الوعي وما يدلّ على ذلك هو حرصهم على معالجته منذ الصغر، إضافة إلى نوع المعاملة التي يعامل بها حيث أنهم يلبون كل رغباته و ذلك حتى لا يشعر بالنقص رغم المستوى الاجتماعي لها فهي أسرة فقيرة إلا أنها تحرص على تغطية هذا النقص بأيّ وسيلة كانت وهذا ما يوضّحه قوله: "أنّ عائلتي توفّر لي كل طلباتي إلا البعض".

كما أنّ ما يبيّن لنا أيضا امتلاك هذه الأسرة للوعي هو عدم اللجوء " للطّب الشعبي" لأنّ حالة كلى المريض ليست كالحالات الأخرى و لذا يمكن القول أنّ الوعي الاجتماعي والصّحي أحيانا لا يرتبط بالمستوى التعليمي والثقافي والاجتماعي، و إنّما يرتبط بالخبرات والتّجارب والمعارف المتعلّقة بأمر الصّحة والمرض والتي يكتسبها الفرد من الحياة.

• **المبحوثة رقم (09):** (أنثى، 40 سنة، المستوى التعليمي أمي، عزباء الأصل الاجتماعي متوسط، من أصل حضري، مدّة المرض 19 سنة).
إنّ والدي المبحوثة متوفيان، لها 5 إخوة وهم من أصل اجتماعي فقير لا تربطها أيّ علاقة بهم، تربّت في أسرة أخرى بعيدة عنهم واهتمت بها هذه الأسرة غنيّة ولها مستوى اجتماعي وثقافي مرموق خاصّة الأخت التي لها علاقة كبيرة بها حيث أنّها طبيبة وزوجها أيضا.

ذهاب المريضة للعلاج كان برغبة الأخت التي تربّت معها و زوج الأخت حيث تقول أنّهم من ألح على ضرورة ذلك، أمّا عن سلوكها عند معرفة المرض فتقول: "لم أخف أبدا كبقية المرضى، وإنّما اعتبرته قضاء وقدر " وبالنسبة لسلوك الأخت و الزوج فقد تقبّلوا ذلك بكلّ بساطة رغم تخوّف الأخت من ردّة الفعل السلبية، إلا أنّها تقول: " تفاعلت بالسلوك الإيجابي الذي أبديته".

أمّا عن المعاملة فلم تتغيّر أبدا وتحسّنت أكثر فأكثر إلا من جهة عائلتها الأصليّة التي حاولت ولمرات عديدة استغلالها ماديا.

و في لجوءها " للطّب الشعبي" تقول بأنّها لم تقم بأيّ علاج وذلك لأنّها تعتبره دون فائدة، خاصّة عند سماعها للطبيب الذي نبّه عن عدم إتباع أيّ علاج مخالف " للعلاج الطّبي الرّسمي" خاصّة في "مرض الكلى" فاقتنعت المبحوثة و لم تجربّه قط.

• ما يمكن أن يتبيّن لنا من هذه المبحوثة هو وجود الوعي الاجتماعي و الصّحي عندها وعند أسرتها التي تبنتها، حيث يبدو واضحا ذلك خاصّة عند إصرارهم بضرورة علاجها، وعند تقبّل فكرة المرض حيث لم تبدي المبحوثة أيّ ردّة فعل سلبية وإنّما كان عكس ذلك، حتىّ الأخت وزوجها تقبّلوا الفكرة ولعلّ ذلك يعود للمستوى التعليمي والثقافي والاجتماعي لهم.

فرغم المستوى التعليمي المتدني للمريضة إلا أنّ مستوى الأهل غطى هذا النقص وأصبحت تدرك تماما ماهية الصّحة والمرض، وكيفية العلاج فهي لم تقم بأيّ علاج مخالف " للعلاج الرّسمي" وذلك وعيا منها بآثاره السّلبية التي نبّه عنها الطبيب، حتّى نوع المعاملة دليل آخر على ارتفاع الوعي عند أسرة المبحوثة التي تبنتها فلم تتغيّر أبدا وإنما زادت عكس الأسرة الأصليّة التي أبدت طمعها بالمبحوثة. وذلك دليل على نقص الوعي الاجتماعي والصّحي عند هذه الأخيرة التي طردت المبحوثة بمجرد معرفتهم لأنّها لا تملك من المال شيئا.

و هكذا يبدووا بجلاء ارتباط الوعي الاجتماعي والصّحي بالمستوى التعليمي والثقافي و الاجتماعي للأسرة فرغم المستوى التعليمي للمبحوثة إلا أنّ المكانة الاجتماعيّة للأسرة داخل المجتمع لها دور في تغطية هذا النقص وهذا ما تمّ اكتشافه عند هذه المبحوثة.

● **المبحوثة رقم (10):** (أنثى، 38 سنة، المستوى التعليمي ثلاثة ثانوي، غير موظفة متزوجة، أم لفتاة واحدة، الأصل الاجتماعي متوسط، من أصل حضري، مدّة المرض 7 سنوات، 6 سنوات علاج).

لزوج المبحوثة مستوى 3 ثانوي، وهو موظّف، أمّا عائلتها فالوالدين متعلمين لها إخوة جامعيين كما لها إخوة متزوّجين و آخرون موظفين، كانت تسكن لوحدها و لكن و بعد مرضها أصبحت تسكن مع الزوجة الثّانية لزوجها.

ذهابها للعلاج كان نتيجة زيادة الألم عليها، هذا ما دفعها ودفع الزوج إلى أخذها إلى المستشفى، وبعد اكتشاف المرض لم تتقبّل ذلك أبدا، كما لم تتقبّل العلاج بالآلة ورفضت رفضا قاطعا العلاج، إلا أنّ الزوج شجعها على ذلك عندما أخبرهم الطبيب بأنّها ستجري هذه التّصفية مرّة أو اثنتين فقط وسرعان ما ستعود لصحّتها هذا ما جعلها تصبر عن المرض، ولكن وبعد معرفة أنّها ستداوم العلاج ولثلاث مرّات في الأسبوع لم تتقبّل ذلك نهائيا إلى يومنا هذا فهي ليست متقبّلة للفكرة أبدا، حتى أنّ الزوج الذي كان يشجعها في السابق لم يتقبّل بسهولة المرض الذي يتبعه العلاج بالآلة، هذا ما جعل منه يعيد الزواج رغم عدم تغيّر معاملته لها كزوجة إلا أنّها تشعر بعكس ذلك، أمّا الأهل فالمعاملة بقيت كما هي. لم تقم بأيّ علاج مخالف للعلاج الطّبي لأنّها تعي تماما بأنّه دون فائدة خاصّة في مرضها، فالعلاج بالأعشاب مثلا قد يفيد لأمراض أخرى أقلّ حدّة و إزمانا و ليس مرض "القصور الكلوي".

● رغم رفض المبحوثة " للطّيب الشّعبي" الذي لا تثق به إلا أنّها لا تملك الوعي الكافي للنّفاع مع مرضها الذي أثر على حياتها الزّوجية، فهي لم تتقبّل فكرة المرض ولا العلاج قط، كما لم يتقبّل الزوج ذلك أيضا، هذا رغم مستواهما التعليمي، وما يبيّن ذلك أيضا هو تصديق فكرة أنّ العلاج بالآلة سيكون لمرة أو مرتين فقط، مع أنّنا نعلم أنّ كلّ من يعالج بهذه الطريقة فإنّ ذلك يتطلّب المتابعة إلى آخر يوم من حياة المريض، و لكن رغم هذه

الفكرة الشائعة إلا أنّ المريضة والزّوج لم يدركا ذلك أبداً، كما أنّ عدم تقبّل المرض الذي أصبح جزءاً من حياتها أيضاً دليل على قلة وعيها الاجتماعي والصّحي و عند الزّوج أيضاً الذي سرعان ما تزوّج بأخرى لمجرّد مرض زوجته.

و هكذا يمكن القول هنا أنّ الوعي الاجتماعي والصّحي عند المريضة و زوجها لم يرتبط أبداً بمستواها التّعليمي ولا التّقافي ولا الاجتماعي.

• **المبحث رقم (11):** (ذكر، 26 سنة، المستوى التّعليمي ابتدائي، موظف في أرض والده، أعزب، الأصل الاجتماعي متوسط، من أصل ريفي، مدّة المرض 3 سنوات والعلاج شهر)

كلا والدي المبحث لم يدرسا، الأب يعمل في أرضه، والأم مأكثة بالبيت، أمّا الإخوة فله أربعة إخوة لهم مستوى ابتدائي، و يعمل الكل في هذه الأرض.

ذهابه للعلاج كان برغبة من الأسرة و هذا عندما زاد ألمه ، فرغم شعوره بالتعب و العياء، إلاّ أنّه لم يشأ الذهاب إلاّ بعدما وصل لحالة العياء الكلي والغثيان هناك تمّ نقله للمستشفى، وبعد معرفة المرض " مرض الكلى " في حالته الأولى لم يتّبع الحماية اللازمة حتّى وصل إلى هذه الحالة " غسل الكلى " ويقول اعتبرته أمراً عادياً جدّاً، كما تقبّلت أسرته بكلّ بساطة أيضاً و عن المعاملة فهو يعامل بنفس المعاملة الأولى.

جرّب العلاج بالأعشاب ولكنّه لم يفلح في شيء وهذا في مرحلة المرض الأولى قبل الوصول لهذه الحالة، وبعد إجراء " عملية التّصفية " لم يقدّم بأيّ علاج من هذا النوع، لأنّه اقتنع بعدم فائدته.

• بالرغم من اعتمادنا لتقبّل المريض لمرضه وأسرته لذلك كمؤشّر على امتلاك الوعي الاجتماعي والصّحي بالمرض، إلاّ أنّ هناك عدّة أمور أخرى لابدّ من أخذها بعين الاعتبار كالكشف المرض، والذهاب للعلاج، والسلوك الذي اتّخذه المريض اتّجاه مرضه قبل الوصول لحالة " غسل الكلى " .

ومن هنا وفي هذه الحالة التي لدينا فإنّه يبدو واضحاً نقص الوعي الاجتماعي والصّحي عند هذا المبحث وأسرته، هذا الوعي المرتبط بالمستوى التّعليمي والثقافي والاجتماعي عندهم، فرغم تقبّلهم للمرض بكلّ بساطة والمعاملة الحسنة من قبلهم التي لم تغيّر من مكانته الاجتماعيّة كفرد داخل أسرته، إلاّ أنّ هناك أمور أخرى توضّح نقص الوعي لديهم، ومن ذلك مثلاً سلوك المبحث في المرحلة الأولى من المرض، حيث أنّه لم يتّبع الحماية اللازمة لتحقيق العلاج، وإنّما لم يكثر ذلك أبداً، حتّى أسرته لم تحرص على الالتزام بالعلاج، ولو كان لديهم الوعي الكافي في مجال الصّحة لما وصل لهذه الحالة النهائيّة من المرض و لكن نقص الوعي عندهم جرّه إلى هذه الحالة.

حتى في ذهابه للعلاج لم يكن ذلك برغبته الشخصية ولا رغبة الأسرة رغم ظهور أعراض المرض عليه إلا بعدما وصل لأزمة مرضية حادة أدت به إلى دخول المستشفى. كما أن طبيعة البيئة التي يعيش بها أيضا لها دور في نقص الوعي عنده و الإصابة بالمرض بما فيها البيئة الجغرافية، البيئة الاجتماعية و الثقافية¹ ... و غيرها مما يحيط به. إضافة إلى كل هذا فإن اعتماد المبحوث " الطب الشعبي " في المرحلة الأولى من المرض دليل آخر على نقص الوعي حيث اعتمد كثيرا على هذا الدواء، بينما " العلاج الطبي الرسمي " لم يبالي به ضنا منه أن الأول فيه العلاج أفضل من الثاني وهذا ما أثر سلبا على حالته الصحية، إلا أنه لم يعد يثق به بعد تآزم حالته أكثر فأكثر، وهذا كله يبين لنا ارتباط الوعي الاجتماعي والصحي بالمستوى التعليمي والثقافي والاجتماعي للمريض وأسرته وأن هذا الوعي قد يكتسب بالخبرة و المعرفة بين المرضى والطاقم البشري العامل بالمركز.

● **المبحوث رقم (12):** (ذكر، 59 سنة، المستوى التعليمي، ثانوي، موظف لدى الشركات الأجنبية في الصحراء، متزوج، أب لـ 5 أطفال، الأصل الاجتماعي غني، من أصل حضري مدة المرض 4 سنوات والعلاج 3 أشهر)

لزوجة المبحوث مستوى متوسط، له خمسة أبناء كلهم يدرسون منهم الجامعي و الثانوي والمتوسط، و لا أحد منهم موظف.

في ذهابه للعلاج كما سبق وأن أشرنا في الفصل الرابع المتعلق بحدوث المرض فإنه كان نتيجة حادث سيارة الذي عرّضه لتشققات في رجله و هكذا تم اكتشاف مرض " الكلى " عنده الناتج عن مرض " داء المفاصل "، حيث التزم في هذه الفترة الأولى من المرض بالأدوية والحمية.

كان المبحوث يعلم بأنه سيصل يوما إلى " القصور الكلوي " الذي نبّه إليه الأطباء وهكذا تم تهيئته من جميع النواحي قبل التعرّض إليه، فتقبل الفكرة بكل بساطة عند الإصابة به رغم الألم و التعب الشديد الذي يحدث بعد عملية " تصفية الدم ".

أما عن أسرته فوجدت صعوبة كبيرة في تقبل المرض خاصة البنات لذا لم يكن المبحوث يبدي أمامهم تعبه وألمه حرصا على مشاعرهم، ويقول هنا: "كنت أتظاهر أمامهم بعدم تعبي وذلك حتى لا يشعروا بالقلق من ناحيتي ويؤثر ذلك سلبا على دراستهم"، وهكذا فالمعاملة من جهتهم كانت جدّ حسنة و تخوّفهم عليه كان جدّ كبير.

أما العلاج الشعبي فيقول قد جرّب نوعا من الدواء و لكن كان يعي تماما بعدم فائدته خاصة في مرض " القصور الكلوي " إلا أن حرص الزوجة على ذلك هو ما جعله يجرب هذا الدواء.

¹ -بهاء الدين سلامة، مرجع سابق، ص 22.

• يتّضح لنا بجلاء ارتفاع الوعي الاجتماعي والصّحي عند هذا المبحوث و أسرته وهذا ما تبيّن من المسار العلاجي للمبحوث، منذ بداية المرض إلى يومنا هذا، حيث أنّه التزم تماما بكل ما عليه من أدوية ونصائح قبل التّعريض " للقصور الكلوي " إلى أن تعرّض إلى هذا الأخير والذي كان متوقّعا حدوثه فكلّي المبحوث كانتا مصابتين كثيرا لذا تمّ تهيئته ومن جميع النواحي لهذا الواقع المحتمل حدوثه، وهكذا تقبّل المرض بكلّ بساطة رغم تأثيره على الناحية الجسديّة له خاصّة، أمّا تأثيره على مكانته داخل الأسرة أو العمل فلم يؤثر ذلك عليه بحكم السنّ حيث أنّه بلغ 59 سنة و بالتّالي سيحال إلى التقاعد، كما أنّ أسرته تعامله معاملة جيّدة ممّا يعني بقاء مكانته كما هي وهذا ما تمّ ملاحظته عند حضور الأبناء معه فيبدو واضحا اهتمامهم وحرصهم على راحة الوالد إلا أن المبحوث يشعر بالتقصير في تادية دوره كأب، وهذا كله يدخل في نطاق الوعي الاجتماعي والصّحي المرتبط بالمستوى التّعليمي والاجتماعي والتّقافي لهذه الأسرة .

كما أنّ مؤشّر السنّ له علاقة كبيرة بتقبّل المرض، حيث نجد الصغار يرفضون هذه الفكرة لأنّ ذلك يؤثر على بعض الجوانب من حياتهم، بينما فئة الكهول فيكون تأثرهم بالمرض نوعا قليل مقارنة بالفئة الأولى و لعلّ هذا ما جعل من المبحوث يتقبّل المرض (تهيئته من جهة، سنّه و تأثير المرض عليه).

إضافة لكلّ ما سبق، فإنّ استعمال المبحوث " للطّب الشعبي " لم يكن لرغبته الذاتية وإنّما كان لرغبة الزوجة فقط، حيث يعي تماما بعدم فائدته ولكن إلاح الزوجة على ذلك جعله يجربّه دون أن يضع ثقته الكاملة به وهذا ممّا يدلّ على وعيه الاجتماعي والصّحي وما يبيّن ذلك أيضا حرصه على مشاعر الأبناء، حيث لا يظهر سلوكيات الألم أمامهم رغم تعبه الشّديد من المرض ومن العلاج.

• **المبحوثة رقم (13):** (أنثى، 38 سنة، المستوى التّعليمي ثانوي، كانت موظفة بمؤسسة صم البكم، متزوجة مرتين ومطلقة، أم لثلاث أطفال، الأصل الاجتماعي متوسط، من أصل حضري، مدّة المرض 4 سنوات)
أب المبحوثة متوفي، أمّا الأم فلها مستوى ابتدائي تقوم بأشغال تقليدية في البيت و تتقاضى عن ذلك أجرا، لها خمسة إخوة، 3 ذكور لم يكملوا الدّراسة 2 منهما يعملان، ولها 2 بنات واحدة لها مستوى جامعي وموظفة والثانية تدرس بالجامعة.

ذهابها للعلاج كان برغبة من الأم، حيث أنّها كانت تعاني من "الضّغط الدّموي " فلم تتبّع الحمية اللازمة حتى تعرّضت " للقصور الكلوي " وهذا ما أشرنا إليه في الفصل الرابع، أمّا سلوكها عند المرض فلم تتقبّل ذلك إطلاقا لا في السابق ولا الآن، و هذا نظرا لتأثيره على حياتها ككل، كما أنّ العائلة لم تتقبّل ذلك أيضا.

و فيما يخص المعاملة فقد تغيّرت كثيرا سواء مع زوجها الثاني الذي طلقها بسبب المرض أو مع عائلتها التي أصبحت عبئا عليهم.

أما عن "الطّب الشعبي" فقد جرّبت المريضة الرّقية الشرعية كثيرا وظنّت أنّ مرضها يلزمه الرّقية، و لكنّها اقتنعت في الأخير بعملية "غسل الكلى".

• رغم المستوى التعليمي للمبحوثة إلاّ أنّها لا تملك الوعي الكافي بمرضها حيث أنّها لم تحرص على الالتزام بالحماية واستهزأت بذلك ممّا أوقعها في هذا المرض "القصور الكلوي"، حتّى في البحث عن العلاج لم يكن ذلك برغبتها وإنّما برغبة الأم، وهكذا فهي لا تملك الوعي الصّحي الكافي لمعرفة المرض وإدراكه رغم ظهور أعراضه الواضحة عليها و تنبيه الأطباء لخطر "الضّغط الدّموي" الذي كان يرتفع كثيرا عندها، فهي لم تكثرث لذلك أبدا ممّا تسبّب في حدوث المرض عندها وهكذا فهي لم تؤمن حتّى بالعلاج "الطّبي الرّسمي" وبحثت عن علاج آخر لهذا المرض وهو الرّقية لكنّها اكتشفت عدم فائدة ذلك ولكن مؤخرا ممّا بيّين نقص الوعي الاجتماعي والصّحي حقا عندها وعند عائلتها .

وفي المعاملة فقد تغيّرت كثيرا سواء مع الزّوج الذي طلقها لسبب المرض، أو مع أسرته التي أصبحت تتحمّل مصاريفها ومصاريف أبنائها و لعلّ هذا ما جعلها لا تتقبّل المرض طيلة مسارها المرضي، وهذا نظرا لشدّة تأثيره على حياتها ككلّ حيث تسبّب في طلاقها وفقدان الابن والعمل، إضافة إلى تأثيره على مكانتها الاجتماعيّة داخل أسرتها الصغيرة والكبيرة .

و هكذا يمكننا القول أنّه رغم المستوى التعليمي الذي قد يكون عند المريض إلاّ أنّ درجة تأثير المرض على جوانب الحياة الاجتماعيّة له، قد يجعله لا يتقبّل المرض رغم الوعي الاجتماعي والصّحي الذي يكون لديه. فالمرض المزمن قد يفقد المريض كلّ أعصابه، وهذا ما حدث لهذه المبحوثة فبسبب "القصور الكلوي" أصبحت تعالج عن مرض آخر وتتبع علاجا آخر في مركز " الأمراض العقلية " بالبلدية.

• **المبحوث رقم (14):** (ذكر، 32 سنة، المستوى التعليمي جامعي (اقتصاد) موظف بمؤسسة البناء والتعمير، أعزب، الأصل الاجتماعي متوسط، من أصل حضري، مدّة المرض 6 سنوات)

إنّ المستوى التعليمي للأب هو ثانوي وهو مدرّس في الابتدائي، أمّا الأم فلها مستوى ابتدائي وهي مأكثة بالبيت، عدد إخوة المبحوث 5 إخوة، 2 ذكور وثلاث بنات كلهم جامعيين و موظفين.

حدوث المرض عنده كان فجأة كما أشرنا لذلك سابقا، حيث حدث فجأة بعد التّعرّض للإغماء، هذا مع العلم بأنّه يعاني من " **الضغط الدموي** "، هذا الأخير الذي تسبّب في حدوث الأوّل.

وعن سلوكه عند المرض رفض ذلك في الأوّل ولكنّه يقول : " أنّي لم أستسلم له ولم يكن عائقا أمام أهدافي وطموحاتي "، أمّا عن أسرته فنفس الشّيء رفضت ذلك في الأوّل ولكنّها اقتنعت بهذا الواقع الذي لا يمكن تغييره فهي تعامله معاملة جيّدة أفضل من السابق ووقفت إلى جانبه وحاولت ألاّ تشعره بالنقص .

وعن " **الطبّ الشعبي** " جرّب بعض الأعشاب و لكن بإلزام من الأم فقط حيث أنّه لم يرد ذلك لأنّه لا يثق بنتائجه في مرض " **القصور الكلوي** " .

● رغم عدم تقبّل المبحوث وأسرته للمرض عند اكتشاف ذلك، إلّا أنّنا يمكن أن نرجع ذلك لسنّه حيث أنّه شاب والإصابة بالمرض من هذا النوع يؤثّر على كامل حياته، لذا كانت الصّدمة قويّة عند اكتشافه، إلّا أنّ طموح المبحوث و أهدافه جعلته لا يستسلم لهذا المرض، إنّما واصل حياته كبقية النّاس، هذا ممّا يوحي لنا بوعيه الاجتماعي والصّحي فكما قلنا رغم رفضه لذلك عند اكتشافه إلّا أنّه تقبّل ذلك فيما بعد على عكس المبحوثة رقم (13) فهي لم تتقبّل المرض طيلة مسارها المرضي.

والمعاملة الجيّدة من قبل أسرته دليل آخر على المستوى الثقافي والاجتماعي لهذه الأسرة فهي لم تتغيّر أبدا وإنّما زادت المعاملة الحسنة اتّجاهه ولعلّ هذا يرجع لوجود الوعي الاجتماعي والصّحي لديهم في مجال الصّحة و المرض كما أنّ ما يوحي أيضا بوجود الوعي عند هذا المبحوث هو رفضه " **الطبّ الشعبي** " رغم تجربته لذلك إلّا أنّه كان بإلزام من الأم فقط فهو لا يثق به أبدا خاصة في مرض " **القصور الكلوي** "، وبالفعل إنّ هذا المرض لا يلزمه سوى عمليّة " **غسل الكلى** " .

● **المبحوث رقم (15):** (25 سنة، المستوى التعليمي متوسط، الأصل الاجتماعي متوسط من أصل حضري، مدّة المرض منذ الصغر، 8 سنوات علاج)

إنّ أب المبحوث متوفي لم يعرفه أبدا أمّا الأم فهي غير متعلّمة و مأكثة بالبيت، له 5 إخوة لم يكملوا الدّراسة من بينهم 2 ذكور موظّفين و 3 بنات مأكثات بالبيت.

ذهابه للعلاج كان برغبة من الأسرة وذلك عندما كان صغيرا، فالمرض يلزم المبحوث منذ الصغر أمّا عن سلوكه عند معرفة ذلك، فلم يبدي أيّ سلوك وذلك لعدم وعيه ومعرفته بالأمراض بحكم سنّه الصغير أمّا الأسرة فلم تتقبّل الفكرة أبدا وهي تعامله معاملة جدّ جيّدة خاصّة وأنّه الصغير في العائلة.

جرّب عدّة أدوية مخالفة للعلاج " الطّبي الرّسمي " و هو العلاج بالأعشاب ولكنّها لم تفده قط، وذلك لم يكن برغبته وإنّما برغبة الأسرة فهو لا يعلم شيئاً عن مجال الصّحة والمرض ولكنّه يقول: " لا أتق بهذا العلاج ولن أجربه مرّة أخرى".

● لم تتقبّل أسرة المبحوث المرض و لعلّ ذلك راجع للمكانة الاجتماعيّة التي يحتلها المريض داخل أسرته ، فكما قلنا هو صغير العائلة وكل ما يصيبه سيؤثر عليه و عليهم وربّما هذا ما جعل أحد إخوة المبحوث يتبرّع له بإحدى الكلى .فهم يعاملونه أحسن معاملة و يلبون كل رغباته هذا ما يوحي لنا بوعيهم الاجتماعي والصّحي رغم مستواهم الاجتماعي والثقافي، ورغم استعمال " الطبّ الشّعبي " .

وما يمكن أن نتبيّنه أيضا هو أنّ لسن المريض دور في تقبّل المرض أو رفضه ففي حالة هذا المبحوث و في إصابته بالمرض فإنّ ذلك حدث منذ الصغر أين كان لا يدرك شيئاً عن الصّحة و المرض لذا لم يبدي أيّ سلوك اتّجاهه، أمّا الآن فهو جدّ متفائل " لعمليّة الزرع".

و هكذا يمكن القول ومن خلال هذه الحالة أنّنا أحيانا كثيرة لا نجد أنّ الوعي الاجتماعي والصّحي مرتبط بالمستوى التعليمي والثقافي والاجتماعي للمريض و أسرته.

● التحليل السوسولوجي العام:

الجدول رقم (32): - المستوى التعليمي والاجتماعي والثقافي لأسر المبحوثين-

النسبة	التكرار	المستوى التعليمي
40%	6	عالي
13.33%	2	متوسط
46.66%	7	متدني
100%	15	المجموع

يتبين من الجدول أن نسبة 46.66% من الذين أسره من مستوى اجتماعي وثقافي وتعليمي متدني هذا مقارنة مع الذين هم من مستوى عالي حيث نجد نسبة 40%، أما الذين هم مستوى متوسط فنجد نسبة 13.33%.

● يتبين من الجدول أن نسبة الذين تعرضوا للمرض هم من مستوى متدني أكثر من المرض فبالرغم من أن القصور الكلوي كما قمنا سابقا من الأمراض الصامتة إلا انه كثيرا ما تظهر أعراضه على الفرد ويستطيع معرفة ذلك بناء على مستواه ومستوى أسرته الاجتماعي والثقافي والتعليمي أو حتى بعد معرفته فانه لا يلتزم بما يجب وهذا ما يؤدي به إلى الإزمان الكلوي.

الجدول رقم (33):- ارتباط المستوى التعليمي والاجتماعي والثقافي للأسر بالمستوى التعليمي للفرد-

المجموع	جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	أمي	المستوى التعليمي للفرد مستوى الأسرة
%100 6	%50 3	%16.66 1	0 0	%16.66 1	%16.66 1	عالي
%100 2	0 0	%100 2	0 0	0 0	0 0	متوسط
%100 7	0 0	0 0	%57.14 4	%14.28 1	%28.57 2	متدني
%100 15	%20 3	%20 3	%26.66 4	%13.33 2	%20 3	المجموع

إن نسبة 50% من المرضى الذين هم من مستوى جامعي ينحدرون من أسر ذات مستوى تعليمي واجتماعي وثقافي عالي، هذا مقارنة مع الذين هم من مستوى أمي ابتدائي، ثانوي حيث نجد نسبة 16.66% فقط.

أما فيما يخص المستوى الثانوي فنجد أنهم ينحدرون من أسر ذات مستوى تعليمي وثقافي واجتماعي متوسط وذلك بنسبة 100%

وفي المقابل نجد كنسبة 57.14% من الذين هم من مستوى تعليمي متوسط ينحدرون من أسر ذات مستوى تعليمي متدني، هذا بالإضافة إلى المستوى الأول حيث نجد نسبته 28.57% وانعدمت النسب في المستوى الثانوي والجامعي.

• يتبين لنا من خلال هذا الجدول ارتباط المستوى التعليمي للفرد بالمستوى التعليمي والاجتماعي والثقافي للأسرة حيث وجدنا أن الذين هم من مستوى تعليمي جامعي ينحدرون من أسر ذات مستوى عالي، على عكس الذين هم من مستوى ثانوي والمستوى الأول والثاني والثالث. فالمستوى الثانوي ينتمون لأسر ذات مستوى متوسط والذين هم من المستويات الأخرى فهم من أسر ذات مستوى متدني.

إلا انه لا يمكننا أن ننفي وجود فئة ما من الذين هم من مستوى تعليمي أمي أو ابتدائي أو ثانوي ينتمون لأسر ذات مستوى تعليمي عالي، وهذا ما تم ملاحظته واكتشافه من خلال خطابات المبحوثين الذين وجدنا أنهم بالرغم من مستواهم المتدني إلا أن أسرهم من مستويات اجتماعية وتعليمية مرموقة ولكن ذلك بنسبة قليلة جدا مقارنة مع الذين هم من مستوى عالي وينتمون لأسر من مستوى اجتماعي وتعليمي وثقافي عالي.

الجدول رقم (34):- يتعلق بتقبل المرض عبر مراحلها الأولى والثانية-

النسبة	التكرار	تقبل المرض
46.66%	7	المرحلة الأولى
33.33%	5	المرحلة الثانية
20%	3	أخرى
100%	15	المجموع

إن نسبة عدم تقبل المرض في مرحلته الأولى هي 46.66% هذا مقارنة مع الذين تقبلوا فكرة وجود المرض في المرحلة الثانية فقط وذلك بنسبة 33.33%.

أما بالنسبة لحالات أخرى مخالفة لفكرة قبول المرض عبر مراحلها فنجد نسبة 20%.

• يبدو بوضوح صعوبة مرض القصور الكلوي، هذا المرض الذي يجعل صاحبه يرفضه خاصة في مرحلته الأولى وعدم تقبل هذه الفكرة في بدايتها إلا بعد فترة ما من المرض، وبعد الاقتناع كلياً بهذا الواقع الذي يصعب معاشته.

كما يمكن أن نستنتج أن هناك ظروف أخرى مخالفة لفكرة القبول، وعموماً تتمثل في الرفض الكلي للمرض سواء في مرحلته الأولى أو الثانية أو عدم إبداء أي ردة فعل اتجاهه، وهذا راجع لسن المبحوث الذي تم التماسه من خطاب المبحوثين.

الجدول رقم (35): - ارتباط متغير الجنس بتقبل المرض-

المجموع	الجنس		تقبل المرض
	إناث	ذكور	
100%	33.33%	66.66%	تقبله في المرحلة الأولى
6	2	4	
100%	60%	40%	تقبله في المرحلة الثانية
5	3	2	
100%	33.33%	66.66%	أخرى
3	1	2	
100%	40%	53.33%	المجموع
14	6	8	

إن نسبة 66.66% من الذكور الذين تقبلوا فكرة وجود المرض في المرحلة الأولى منه هذا مقارنة مع نسبة الإناث الذين تقبلوا ذلك في المرحلة الأولى حيث نجد نسبة 33.33%.

أما فيما يخص تقبل المرض في المرحلة الثانية فنجد أعلى نسبة عند الإناث وذلك بنسبة 60% هذا مقارنة مع نسبة الذكور حيث نجد نسبة 40%.

أما فيما يتعلق بعوامل أخرى فنجد نسبة 66.66% من الذكور الذين صرحوا بذلك على عكس الإناث حيث نجد نسبة 33.33%.

- ما يمكن أن نتبينه من الجدول أن النساء أكثر رفضاً للمرض من الرجال ولعل ذلك يعود للمكانة الحساسة التي تحتلها المرأة وأيضاً لتأثير المرض عليها حيث أثبتنا سابقاً أن نسبة تأثر المرأة بالمرض أكثر منها عند الرجل خاصة فيما يتعلق بتأثر مكانتها داخل الأسرة، وربما لهذا السبب يرفضن فكرة وجود المرض ولا يتقبلن ذلك إلا في المرحلة الثانية من المرض وبعد الاقتناع بهذه الفكرة التي يصعب تقبلها كما يتضح أن هناك من النساء من يرفض الفكرة نهائياً سواء في مرحلة المرض الأولى أو الثانية على عكس الرجال حيث يتضح من الجدول أن الذكور أكثر صلابة من النساء في تقبل المرض في مرحلته الأولى.

الجدول رقم (36): - ارتباط تقبل المرض أو رفضه بالحالة الاجتماعية للمريض-

المجموع	الحالة الاجتماعية			تقبل المرض
	مطلق	متزوج	أعزب	
100%	0	28.57%	71.42%	تقبل المرض في المرحلة الأولى
7	0	2	5	
100%	0	60%	40%	تقبل المرض في المرحلة الثانية
5	0	3	2	
100%	33.33%	0	66.66%	أخرى
3	1	0	2	
100%	6.66%	33.33%	60%	المجموع
15	1	5	9	

إن نسبة 71.42% من المرضى الذين تقبلوا المرض في مرحلته الأولى وهم من الفئة الأولى (أعزب)، هذا مقارنة بالمتزوجين الذين تقبلوا المرض في هذه المرحلة حيث نجد نسبة 28.57%، أما عن تقبله في المرحلة الثانية فنجد نسبة 60% من المتزوجين هذا مقارنة بالفئة الأخرى حيث نجد نسبة 40%.

كما يتبين من الجدول أن نسبة 66.66% من الذين لم يبدووا أي ردة فعل اتجاه المرض أو رفضه كلياً سواء في مرحلته الأولى أو الثانية وذلك في الفئة الأولى، هذا مقارنة بالفئة الثالثة حيث نجد نسبة 33.33%.

- يبدو بوضوح ارتباط تقبل المرض أو رفضه بالحالة الاجتماعية للمريض، حيث أن هذا الجدول يوضح أن نسبة تقبل المرض في مرحلته الأولى عند فئة (أعزب) أكثر من الفئة الثانية، هذه الفئة التي يمكن أن نرجع رفضها للمرض إلى المكانة التي تحتلها حيث أن المسؤولية التي تقع على عاتقه تجعله يرفض المرض تماماً في مرحلته الأولى وقد يدوم ذلك حسب درجة تأثيره على مكانته ولذا فإن هذه الفئة ترفض فكرة وجود المرض

خاصة في المرحلة الأولى، ولكن قد تتقبل ذلك في المرحلة الثانية منه وهذا ما يبدو من الجدول.

الجدول رقم (37): - ارتباط متغير الجنس والحالة الاجتماعية بتقبل المرض-

المجموع	إناث			ذكور			الجنس والحالة الاجتماعية تقبل المرض
	مطلق	متزوج	أعزب	مطلق	متزوج	أعزب	
%100 7	0 0	%28.57 2	%28.57 2	0 0	%14.28 1	%28.57 2	تقبله في المرحلة الأولى
%100 5	0 0	%40 2	%20 1	0 0	%20 1	%20 1	تقبله في المرحلة الثانية
%100 3	%33.33 1	0 0	0 0	0 0	0 0	%66.66 2	أخرى
%100 15	%6.66 1	%26.66 4	%20 3	0 0	%13.33 2	%26.66 4	المجموع

إن نسبة 28.57% من جنس الإناث من صرحن بتقبل المرض في مرحلته الأولى وذلك في الحالة الاجتماعية الأولى والثانية (أعزب ومتزوج) وأيضا جنس الذكور في الحالة الاجتماعية الأولى (أعزب) هذا مقارنة مع الحالة الاجتماعية الثانية (متزوج) للذكور وانعدمت في الحالات الاجتماعية الأخرى.

كما نلاحظ نسبة 40% من جنس الإناث من تقبلن فكرة وجود المرض في مرحلته الثانية وذلك بالنسبة للمتزوجات، هذا مقارنة مع الحالة الاجتماعية الأولى لهن والحالة الاجتماعية الأولى والثانية لجنس الذكور حيث نجد نسبة 20%.

أما فيما يتعلق بحالات أخرى في تقبل المرض فنجد نسبة 66.66% من جنس الذكور في الفئة الأولى يصرحن بذلك مقارنة مع جنس الإناث حيث نجد نسبة 40% في الحالة الاجتماعية الثالثة (مطلق).

● ما يمكن أن نستنتجه من الجدول ارتباط متغيري الجنس والحالة الاجتماعية بتقبل المرض، خاصة بالنسبة لجنس الإناث حيث أن نسبة تقبلهن لذلك في المرحلة الثانية من حدوث المرض أكبر منها عند الرجال وذلك لدى الحالة الاجتماعية الثانية (متزوج) مما يدل على صعوبة تقبل المتزوجات لفكرة المرض، إلا بعد مدة ما وبعد الاقتناع هذا الواقع الصعب.

الجدول رقم (38): - يتعلق باللجوء إلى الطب الشعبي-

النسبة	التكرار	اللجوء للطب الشعبي
--------	---------	--------------------

نعم	10	66.66%
لا	5	33.33%
المجموع	15	100%

إن نسبة 66.66% من الذين لجأوا للطب الشعبي، هذا مقارنة مع الذين لم يلجأوا لذلك حيث نجد نسبة 33.33%.

- ما يمكن أن نتبينه من الجدول أن نسبة اللجوء للطب الشعبي نسبة كبيرة بالمقارنة مع الذين لم يلجأوا لذلك، وهذا راجع لقلّة الوعي الاجتماعي والصحي بالمرض المرتبط بالمستوى التعليمي للفرد، أو أنه راجع لمتغير الجنس أو السن ... أو غيرها من المتغيرات التي سنتناولها بالتحليل فيما سيأتي.

الجدول رقم (39):- ارتباط اللجوء للطب الشعبي بالمستوى التعليمي والاجتماعي والثقافي للأسرة-

المجموع	متدني	متوسط	عالي	مستوى الأسرة اللجوء للطب الشعبي
100%	40%	30%	30%	نعم
10	4	3	3	
100%	0	40%	60%	لا
5	0	2	3	
100%	26.66%	33.33%	40%	المجموع
5	4	5	6	

إن نسبة 40% من الذين اعتمدوا على العلاج الشعبي وهم ينحدرون من مستوى متدني، هذا بالمقارنة مع الذين مستوى أسرهم عالي أو متوسط، حيث نجد نسبة 30%. أما الذين لم يلجأوا للطب الشعبي فنجد نسبة 60% من الذين ينحدرون من مستوى عالي هذا مقارنة مع الذين هم من مستوى متوسط حيث نجد نسبة 40% وانعدمت في المستوى المتدني.

- يبدو بوضوح ارتباط المستوى التعليمي والثقافي والاجتماعي للأسر باللجوء للطب الشعبي حيث أن الذين ينحدرون من مستوى تعليمي وثقافي واجتماعي عالي لم يعتمدوا على هذا العلاج بالشكل الكبير، مقارنة مع الذين هم من مستوى متدني وهذا راجع للوعي الاجتماعي والثقافي الذي يبدو بوضوح ارتباطه بالمستوى التعليمي للأسر، كما أن الذين ينحدرون من مستوى متوسط لم يعتمدوا كثيرا على ذلك بعكس المستوى المتدني، وهذا راجع للثقافة الطبية التي تمتلكها هاته الفئتين (المستوى العالي، المستوى المتوسط) بعكس المستوى المتدني.

الجدول رقم (40): - لجوء المرضى للطب الشعبي والافتناع بذلك-

المجموع	الافتناع بالطب الشعبي		المجموع
	لا	نعم	
10	4	6	نعم
5	0	5	لا
15	4	11	المجموع

إن نسبة 60% من المرضى الذين لجأوا للطب الشعبي وهم مقتنعين بذلك، هذا مقارنة مع الذين لجأوا لذلك وهم غير مقتنعين. كما يتبين من الجدول أن نسبة 100% من المرضى الذين لم يلجأوا لهذا العلاج وهم مقتنعين كليا بذلك.

• يبدو من الجدول أن نسبة اللجوء للطب الشعبي والافتناع بذلك أكبر من نسبة عدم الاقتناع به وهذا قد يرجع لعدة متغيرات كالجنس مثلا أو المستوى التعليمي..... أو غيرها، هذه المتغيرات التي تلعب دورا في اللجوء للطب الشعبي أم لا، والافتناع به أم لا.

أما من حيث عدم اللجوء لهذا العلاج فالنسبة الكلية صرحت بأنها مقتنعة بذلك هذا مما يوحي أن هناك فئة معينة تقتنع بعدم فاعلية العلاج خاصة في مرضها مرض "القصور الكلوي" الذي يلزمه عملية "غسل الكلى" فقط. كما صرح به المرضى.

الجدول رقم (41): - ارتباط متغير الجنس باللجوء للطب الشعبي-

المجموع	الجنس		المجموع
	إناث	ذكور	
10	4	6	نعم
5	3	2	لا

%100	%46.66	%53.33	المجموع
15	7	8	

إن نسبة 60% من الذكور الذين اعتمدوا على العلاج الشعبي بعكس الإناث حيث نجد نسبة 40% فقط. أما فيما يخص عدم اعتمادهم على العلاج الشعبي فنجد نسبة 60% من الإناث اللواتي لم يعتمدن على هذا العلاج مقارنة مع جنس الذكور حيث نجد نسبة 40%.

• من خلال تحليلنا لخطابات المبحوثين كل خطاب على حدة وجدنا أن كثيرا من الذكور من اعتمدوا على الطب الشعبي ولكن لم يكن ذلك برغبة منهم، وإنما كان تلبية لرغبة الزوجة أو الوالدة ولعل هذا ما يبرر وجود نسبة كبيرة من الذكور من اعتمدوا على العلاج الشعبي أكثر منها عند الإناث.

ومن خلال الجدول الآتي سنحاول بحث نسبة الاقتناع بالعلاج بين الجنسين (الذكور والإناث)

الجدول رقم (42): - اقتناع الإناث والذكور باللجوء للطب الشعبي-

المجموع	إناث		ذكور		الجنس والاقتناع بالطب الشعبي اللجوء للطب الشعبي
	لا	نعم	لا	نعم	
%100 6	%10 3	%30 3	%30 3	%30 3	نعم
%100 5	0	%60 3	0	%40 2	لا
%100 15	%6.66 1	%40 6	%20 3	%33.33 5	المجموع

إن نسبة 30% من الذكور الذين اعتمدوا على الطب الشعبي دون الاقتناع به، هذا مقارنة بجنس الإناث حيث نجد نسبة 10% من الإناث اللواتي لجأن لهذا العلاج وهن غير مقتنعات به.

وفي المقابل نجد النسب متساوية بين الجنسين في اللجوء للعلاج الشعبي والاقتناع به وذلك بنسبة 30%.

وفيما يتعلق بعدم اللجوء لهذا الطب فنجد نسبة 60% من الإناث اللواتي لم يعتمدن على هذا العلاج وهن مقتنعات بذلك مقارنة بجنس الذكور حيث نجد نسبة 40%.

• يبدو بوضوح من الجدول أن نسبة عدم اقتناع جنس الذكور بالطب الشعبي واللجوء إليه أكبر من جنس الإناث وهذا ما يبرر قولنا أن اعتماد الذكور على هذا الطب كان بإلحاح

من الأسرة وبالخصوص الأم أو الزوجة، على عكس الإناث حيث أننا وجدنا نسبة قليلة من اعتمدت على ذلك دون الاقتناع به. وفي المقابل يتضح أن عدم اعتماد الإناث على هذا النوع من العلاج والاقتناع بذلك أكبر من جنس الذكور ولعل ذلك راجع للنسبة الكبيرة من الذكور التي اعتمدت على العلاج الشعبي دون الإناث.

الجدول رقم (43): - ارتباط متغير السن بالجوء للطب الشعبي-

المجموع	[62-53]	[53-44]	[44-35]	[35-26]	[26-17]	السن للجوء للطب الشعبي
% 100 10	% 10 1	% 10 1	% 20 2	% 40 4	% 20 2	نعم
% 100 5	0 0	0 0	% 80 4	0 0	% 20 1	لا
% 100 15	% 6.66 1	% 6.66 1	% 40 6	% 26.66 4	% 20 3	المجموع

إن نسبة 40% في سن [35-26] من الذين لجأوا للطب الشعبي، مقارنة مع الفئة الأولى والثالثة حيث نجد نسبة 20% والفئتين الرابعة والخامسة حيث نجد نسبة 10%. أما الذين لم يعتمدوا على هذا العلاج فنجد نسبة 80% في فئة [44-35] مقارنة بالفئة الأولى حيث نجد نسبة 20% وانعدمت في الفئة الثانية والرابعة والخامسة.

● لعل اعتماد المرضى على الطب الشعبي في سن [35-26] راجع لصعوبة تقبل المرض في هذه السن وأيضا لتأثيره الكبير على المريض في هذه المرحلة ولذا نجد أن المرضى اعتمدوا على "الطب الشعبي" ظنا منهم بفعاليتها، فتم استعماله خاصة العلاج بالأعشاب هذا العلاج الذي يعتمد عليه في المجتمع الجزائري لعلاج بعض الأمراض ومرض القصور الكلوي إحدى هذه الأمراض التي ينصح باستعمال بعض الأدوية العشبية لتقليل زيادته ولكن في مرحلته الأولى وليس مرحلته الأخيرة (الأزمان الكلوي) ولذا نجد أن المرضى اعتمدوا عليه كثيرا في المرحلة الأولى ولكن اقتنعوا بعدها بعدم فائدته، وهذا ما تم اكتشافه من خطابات المبحوثين التي تم تحليلها كل خطاب على حده. أما عن الذين اعتمدوا على هذا العلاج فنجد أكبر نسبة في سن [44-35] وهذا راجع للاقتناع الكلي بعدم فعاليتها، وأيضا للوعي الاجتماعي والصحي عندهم.

الجدول رقم (44): - ارتباط المستوى التعليمي بالجوء للطب الشعبي-

المجموع	جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	أمي	المستوى التعليمي
---------	-------	-------	-------	---------	-----	------------------

الطب الشعبي						
%100	%10	%20	%30	%20	%20	نعم
10	1	2	3	2	2	
%100	%40	%20	%20	0	%20	لا
5	2	1	1	0	1	
%100	%20	%20	%26.66	%13.33	%20	المجموع
15	3	3	4	2	3	

إن نسبة 30% من المستوى المتوسط اعتمدوا على العلاج الشعبي هذا مقارنة مع المستوى الأول والثاني حيث نجد نسبة 20%، أما المستوى الثانوي والجامعي فنجد نسبة 10% فقط.

أما بالنسبة لعدم استعمال هذا العلاج فنجد أعلى بنسبة عند الجامعيين حيث نجد نسبة 40% مقارنة مع المستوى الأول والثالث والرابع حيث نجد نسبة 20% أما المستوى الثاني فانعدمت تماماً.

• يبدو بوضوح ارتباط المستوى التعليمي بالجوء إلى الطب الشعبي وأيضاً ارتباط المستوى التعليمي بالوعي الاجتماعي والصحي عند المريض، حيث أن المرضى ذوي المستويات العليا لم يعتمدوا على هذا العلاج في مرض "القصور الكلوي" كما اعتمدت عليه المستويات الأخرى وهذا اقتناعاً منهم بعدم فعاليته خاصة في مرض "القصور الكلوي" هذا المرض الذي لا يلزمه سوى "تصفية الدم" عن طريق آلة مخصصة لذلك تقوم بغسل الكلى، لذا فإن ذوي المستويات الجامعية لم يعتمدوا على "الطب الشعبي" بقدر ما اعتمدوا على "الطب الرسمي".

أما ذوي المستويات الدنيا (أمي، ابتدائي، متوسط) فنجد نسبة كبيرة من اعتمدت على ذلك ولكن في الأخير اقتنعوا بعدم فائدته خاصة في مرضهم "القصور الكلوي".

الجدول رقم (45): - ارتباط متغير الأصل الجغرافي بالجوء إلى الطب الشعبي-

الأصل الجغرافي للجوء للطب الشعبي	ريف	حضر	المجموع
الأسرة	%50	%50	%100
	5	5	10
العمل	%20	%80	%100
	1	4	5
المجموع	%40	%60	%100
	6	9	15

يتبين من الجدول أن النسب متساوية في اعتمادها على "الطب الشعبي" وذلك بين الأصل الجغرافي (الريف والحضر) بنسبة 50%.

بينما عدم اللجوء لهذا الطب فيبدو أن أعلى نسبة هي عند الحضر وذلك بنسبة 80% هذا مقارنة مع أصحاب الحضر حيث نجد نسبة 20% فقط.

• يتبين من هذا الجدول أن نسبة الاعتماد على "الطب الشعبي" هي نسبة متساوية إلا أن نسبة عدم الاعتماد مختلفة حيث أن أصحاب منطقة الحضر لم يعتمدوا على هذا العلاج بشكل أكبر من أصحاب منطقة الريف ولعل هذا راجع للوعي الاجتماعي والصحي الذي يمتلكه أصحاب هذه المنطقة بعكس أصحاب منطقة الريف، هذه المنطقة التي تعتمد على بعض العادات والتقاليد الشعبية وما زالت تعتمد على العلاج الشعبي.

كما لا يمكن أن ننفي أن نسبة كبيرة من أصحاب منطقة الحضر اعتمدوا على هذا العلاج ولعل ذلك يعود لنفس أسباب منطقة الريف حيث أن هناك العديد من الأسر التي لازالت مقتنعة بالعلاج الشعبي ولا زالت تثق في بعض العادات والتقاليد الشعبية فيما يخص الأمراض.

الجدول رقم (46): - ارتباط متغير المستوى التعليمي باللجوء للطب الشعبي والافتناع به-

المجموع	لا					نعم					الجنس و المستوى التعليمي اللجوء للطب الشعبي
	جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	أمي	جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	أمي	
%100 10	%10 1	%10 1	%20 2	0 0	0 0	0 0	%10 1	%10 1	%20 2	%20 2	نعم
%100 5	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	%40 2	%20 1	%20 1	0 0	%20 2	لا
%100 15	%6.66 1	%6.66 1	%33.33 2	0 0	0 0	%13.33 2	%13.33 2	%13.33 2	%13.33 2	%20 5	المجموع

إن نسبة 20% من المرضى الذين هم من مستوى ابتدائي وأمي لجأوا للطب الشعبي وهم مقتنعين بذلك، هذا مقارنة مع الذين هم من نفس المستوى وغير مقتنعين بذلك حيث انعدمت النسبة تماما.

كما أن نسبة 40% من المستوى الجامعي الذين لم يستعملوا هذا العلاج هم مقتنعين بعدم فعاليته هذا بالمقارنة مع المستويات الأخرى حيث نجد نسبة 20%.

• يتضح لنا من خلال هذا الجدول أن هناك ارتباط بين المستوى التعليمي واللجوء للطب الشعبي والاعتناع به، حيث أن الجامعيين غير مقتنعين بهذا العلاج لذا لم يتم استعماله من قبلهم، حتى وان تم استعماله فليس اقتناعا منهم بفعاليته وإنما إرضاء لرغبات الأهل (الأم أو الزوجة) بينما المستوى الابتدائي والأمي فنلاحظ الاعتناع الكلي بهذا العلاج الشعبي ولذا يمكننا القول أن هناك ارتباط بين المستوى التعليمي لفرد والوعي الاجتماعي والصحي عنده، حيث أنه كلما زاد المستوى التعليمي زاد الوعي الاجتماعي والصحي عنده، غير أنه لا يمكننا أن ننفي وجود نسبة من ذوي المستويات الدنيا لا يفتنعون بهذا العلاج الشعبي وإنما يفضلون "الطب الرسمي" وهذا ما تم اكتشافه من خطابات المبحوثين.

2-2- رأي بعض مسؤولي الهياكل عن التمثلات :

بعدما تعرّضنا في مرحلة سابقة لارتباط الوعي الاجتماعي والصحي بالمستوى التعليمي والثقافي والاجتماعي للمريض وأسرتة سنحاول الآن التركيز على نظرة الأطباء والأخصائيين النفسانيين لوجود هذا الوعي عند المرضى بمركز "تصفية الدم"، وقد أخذنا نظرة الأخصائيين النفسانيين ولم نأخذ نظرة الطاقم شبه الطبي باعتبارهم أكثر احتكاكا بالمرضى خاصة عند دخول المريض للمركز أول مرة حيث يختصون بتهيئته نفسيا خاصة ليتقبل المرض والعلاج .

• **المبحوث رقم (01):** (طبيب، 47 سنة، متزوج، تخصص: طب عام، مدة العمل 20 سنة في ميدان الصّحة و6 سنوات في مصلحة تصفية الدّم)
" إن صعوبة مرض " القصور الكلوي " تجعل من المريض لا يتقبل المرض رغم المستوى الذي قد يكون عنده و عند عائلته، و رغم وعيه الاجتماعي والصّحي في هذا المجال، وذلك نظرا لخوف المريض من الآثار الناتجة عن هذا المرض".

• **المبحوث رقم(02):** (طبيب، 32 سنة، أعزب، تخصص: طب عام، مدّة العمل: سنة واحدة)

" إن الوعي الاجتماعي والصحي عند المرضى قد يكتسب بمجرد الدّخول لمركز "تصفية الدّم " من خلال المعرفة التي يأخذها من جرّاء طول مدّة المرض و طول العلاج فرغم

المستوى التعليمي المتدني الذي قد يكون عنده إلا أنّ إمكانية اكتسابه تكون بالخبرة و المعرفة".

• **المبحوث رقم (03):** (طبيبة، 35 سنة، عزباء، تخصص : طب عام ، مدّة العمل 4 سنوات)

" إنّ الوعي الاجتماعي والصّحي قليل جدًا لدى مرضى " القصور الكلوي " وذلك لصعوبته و شدة خطورته وتأثيره على حياة المريض، فرغم المستوى الذي قد يكون عنده إلا أنّ خطورته تجعل منه لا يتقبّل المرض و بالتالي التأثير السلبي على صحّته، و حياته ككل".

• **المبحوث رقم (04):** (طبيبة، 30 سنة، الحالة الاجتماعية متزوجة تخصص: طب عام مدّة العمل 4 سنوات مباشرة في هذا المركز)

" إنّ الوعي الاجتماعي و الصّحي مرتبط أكثر بمدّة المرض، فالقداىمى يملكون الوعي الكافي لإدراك خطورة مرض " القصور الكلوي " والتفاعل معه، إلا أنّ الجدد مهما كان مستواهم فيصعب تقبّل المرض إلا بعد مدّة من المرض".

• **المبحوث رقم (05):** (طبيبة، 31 سنة، متزوجة، تخصص أمراض الكلى مدّة العمل سنة واحدة)

" إنّ نسبة 40% من المرضى يعون كفاية بمرضهم، بينما 60% لا يعون أو لنقل لا يريدون ذلك، نظرا لعدم تقبّلهم للمرض، فالوعي يكتسب بمجرد الدّخول للمركز".

• **المبحوث رقم (06):** (أخصائية، 28 سنة، مدّة العمل 4 سنوات)

من خلال عملها كأخصائية نفسانية بهذا المركز فهي ترى بأن الكثير من المرضى لهم الوعي الكافي بمرضهم، لأنّ هذا الوعي يكتسب من المركز.

• **المبحوث رقم (07):** (أخصائية، 27 سنة، مدّة العمل 3 سنوات)

" نقص الوعي الاجتماعي والصّحي يكون عند غير المتعلمين و ذلك في البداية إلا أنّ هذا الوعي يكتسب من المركز، وكما تقول أنّ هناك العديد من المرضى واعون جيّدا بمرضهم، إلا أنّهم يتجاهلون أو يدّعون بأنهم لا يعلمون شيئا عن ذلك".

• **المبحوث رقم (08):** (أخصائية، 26 سنة، مدّة العمل 4 أشهر)

" الوعي الاجتماعي والصّحي يكون عند المتعلمين والمتقّفين فقط أمّا الآخرون فيصعب التّعامل معهم لأنهم مهمما أدركوا مرضهم فإنهم يتجاهلون ذلك".

• ما يمكن أن يتبيّن لنا من تصريح المبحوثين (الأطباء والأخصائيين النفسانيين) أنّ الوعي الاجتماعي والصّحي في مركز "تصفية الدّم" يكتسب بهذا المركز و من خلال الخبرة الناتجة عن طول المرض.

أمّا عن الوعي الاجتماعي و الصّحي قبل دخول المركز وعند اكتشاف المرض فإنّ صعوبته و صعوبة التّأقلم مع هذا الوضع الجديد يجعل من المريض مهما كان مستواه الاجتماعي و الصّحي ينفعل بشدّة، و لعلّ هذا ما يوضّح لنا سلوكيات بعض المرضى المتعلمين الذين لم يتقبّلوا المرض عند اكتشاف إصابتهم به.

• **التحليل السوسولوجي العام:**

الجدول رقم (47):- ارتباط الوعي الاجتماعي والصّحي بالمستوى التعليمي أو المركز حسب نظرة بعض مسؤولي الهياكل-

النسبة	التكرار	الوعي الاجتماعي الصّحي حسب نظرة المسؤولين
50%	4	يرتبط بالمستوى التعليمي
50%	4	يرتبط بالمركز
100%	8	المجموع

إن نسبة 50% من بعض مسؤولي الهياكل من صرح بأن هناك ارتباط وعلاقة ما بين الوعي الاجتماعي والصّحي لدى المرضى والمستوى التعليمي لديه، ونفس الشيء بالذين صرحوا وربطوا العلاقة ما بين الوعي الاجتماعي والصّحي بالمركز الذي يعالج فيه المريض.

• ما يمكن أن نتبينه من الجدول ومن تصريحات الأطباء والأخصائيين النفسانيين أنّ هناك ارتباط حقا بين المستوى التعليمي لدى الفرد والوعي الاجتماعي والصّحي لديه، هذا المستوى الذي وجدنا أنه يرتبط بالمستوى التعليمي والثقافي والاجتماعي لدى أسرته، كما يمكن القول أيضا انه بالإمكان اكتساب هذا الوعي الصّحي والثقافة الصّحية من المركز

الذي يعالج فيه الفرد بمجرد الدخول والعلاج فيه، خاصة بالنسبة للقمامى فمهما كان مستواهم التعليمي فإنه بإمكانهم معرفة ما يجب في أمور الصحة والمرض.

• خلاصة

ما يمكن أن نستخلصه من هذا الفصل أنّ لمرض "القصور الكلوي" باعتباره مرضاً مزمناً تأثير على مكانة المريض داخل أسرته، كما يؤثر على عمله و على بعض الجوانب الأخرى كعدم الزواج والقدرة على الإنجاب والسفر أيضاً... وغيرها من الأمور المرتبطة "بالعجز الكلوي"، وهكذا فإنّ المريض يدخل في علاقة مع الطبيب من خلال ما يتركه هذا

المرض على حياته، رغم الوعي الاجتماعي والصّحي الذي قد يكون لديه والذي وجدنا أنه يرتبط حقا بالمستوى التعليمي والثّقافي والاجتماعي عند المريض وعند أسرته، كما وجدنا بعض الحالات ورغم مستواهم المتدنّي إلا أنّهم يملكون الوعي الكافي في مجال الصّحة و المرض نظرا لمستوى أسرهم وفي المقابل وجدنا نقص الوعي عند بعض المرضى رغم مستواهم العالي ومستوى أسرهم. و ما يفسّر ذلك هو درجة تأثير المرض على حياتهم وهذا ما جعلهم لا يتقبّلون فكرة المرض ولا العلاج وبالتالي نقص الوعي الاجتماعي والصّحي رغم وجوده عندهم.

و ما يمكن أن نتبيّنه أيضا من أقوال الأطباء والأخصائيين النفسيين هو أنّ الوعي الاجتماعي والصّحي يمكن اكتسابه بالخبرة والمعرفة من خلال مدّة المرض و مدّة البقاء في المركز.

الفصل السادس العلاقة العلاجية بين الطبيب والمريض

• مدخل

- 1- التمثلات الاجتماعية لمرض القصور الكلوي .
 - 1-1- تصورات المرض من قبل المرضى.
 - 1-2- نظرة الأطباء والأخصائيين النفسانيين للتمثلات.
- 2- التفاعل بين الطبيب والمريض .
 - 1-2- مميزات التكفل بمرضى القصور الكلوي.
 - 2-2- الوعي الاجتماعي والصحي كمحدد للعلاقة التفاعلية بين الطبيب والمريض .
 - 2-3- العلاقة العلاجية من وجهة نظر الأطباء.

• خلاصة

• مدخل

بعد عرضنا للعوامل الاجتماعية المتسببة في حدوث مرض " القصور الكلوي " وعرضنا للعوامل المحددة للعلاقة العلاجية بين الطبيب والمريض سنحاول في هذا الفصل التركيز أكثر على عامل آخر مهم في تحديد هذه العلاقة من خلال التمثلات الاجتماعية لمرض " القصور الكلوي " ألا وهو الوعي الاجتماعي والصحي الذي وجدنا أنه يرتبط كثيرا بالمستوى التعليمي والثقافي والاجتماعي للمريض وأسرته ، وفي هذا الفصل سنتعرف أكثر على مدى الارتباط ما بين هذا الوعي ودرجة التزام المريض بالنظام العلاجي المحدد له وبالتالي نوعية العلاقة التي تتشكل ما بين الطبيب والمريض من خلال درجة الالتزام بهذا النظام .

وهكذا فإنّ هذا الوعي يتحدّد بمدى تقبّل المرض في مرحلة ما، والتّمثّل الاجتماعي الذي يشكّله عن مرضه، وعلى إثر هذا التّمثّل يدخل المريض في العلاقة العلاجية مع الطبيب وتحدّد نوعية هذه العلاقة بالصورة التي يشكّلها الطبيب أيضا عن المريض الذي يتعامل معه.

فالتّمثّل الاجتماعي للمرض يختلف من مريض لآخر حتّى وإن اشتركوا في نوع المرض وذلك قد يرجع للدرجة التي أثار بها المرض على المريض والذي يجعله لا يتقبّل المرض وبالتالي لا يتقبّل الالتزام بالنظام وهذا ما يؤدي إلى سوء العلاقة العلاجية .

1- التمثلات الاجتماعية لمرض القصور الكلوي .

تعرّضنا في مرحلة سابقة للتّمثّل الاجتماعي ككل ونظرة رواد علم الاجتماع لهذا التّصوّر الاجتماعي بدءاً من "اميل دوركايم" ثمّ "فيشر" و "هرزليش" وغيرهم ممّن تعرّض لهذا المفهوم، واستخلصنا في الأخير بأنّ التّصوّر الاجتماعي هو عبارة عن محتويات التّفكير من معارف وآراء ومعتقدات متعلّقة بمسألة معيّنة، والتي ترتبط بقيم الجماعة الأمر الذي يخلق لأفرادها نظرة موحّدة لهذه المسألة، تتدرّج خصوصاً خلال تفاعلاتهم الاجتماعيّة في جملة المواقف والسلوكيات المتعلّقة بها .

إلا أنّنا في مفهوم التّصوّر الاجتماعي للمرض لا يمكننا أن نجد شخصان يعني المرض بالنسبة لهما شيئاً واحداً، حتّى لو كانا يعانيان نفس المرض¹ . وهذا ما أثبتته عدّة دراسات حول موضوع التّمثّل الاجتماعي للصّحة والمرض من بينها دراسة الباحثة "كلودين هرزليش C.Herzlich" * التي بيّنت من خلالها أنّ البحث في التّمثّل الاجتماعي للصّحة والمرض هو: "ملاحظة تفكير وعيش الأفراد في المجتمع من خلال مجمل القيم والمعايير الاجتماعيّة والنّماذج الثقافيّة، ودراسة الطّريقة التي تبنى بها (منطقياً ونفسياً) هذه المواضيع الاجتماعيّة المتمثّلة في الصّحة والمرض"²

إلا أنّ فهم التّمثّل الاجتماعي للصّحة والمرض يسمح بالتّعريف على الطّريقة التي يبني بها الفرد الواقع الاجتماعي، وتعرّف الباحثة الاجتماعيّة التّمثّل الاجتماعي على أنّه: "إنجاز نفسي معقّد يدخل من خلاله في صورة دالّة، تجربة كلّ فرد، والقيم والمعلومات الموجودة في المجتمع"³.

نستخلص مما سبق أنّ: "التّمثّل الاجتماعي للصّحة والمرض يبني على ثلاث مستويات هي التجربة بحدّ ذاتها التي تتماشى معها، والمعايير والسلوكيات الناتجة عنها"⁴. وبما أنّنا بصدد معالجة موضوع العلاقة العلاجيّة التي تنشأ بين الطبيب والمريض في مركز "تصفية الدم" لمرض "القصور الكلوي" ارتأينا التّطرّق إلى محدّدات هذه العلاقة وركّزنا في فصل سابق على تأثير مرض "القصور الكلوي" على مكانة المريض داخل أسرته وتأثيره على عمله وبعض جوانب حياته، إضافة إلى أنّنا ركّزنا على الوعي الاجتماعي والصّحي وارتباطه بالمستوى التعليمي والثقافي والاجتماعي لديه ولدى أسرته. وسنحاول في هذا الفصل التركيز أكثر على محدّد آخر وأساسي في هذه العلاقة وهو التّمثّل أو التّصوّر الاجتماعي الذي يكوّنه مريض "القصور الكلوي" عن مرضه وكيف

¹ - إقبال إبراهيم مخلوف ، مرجع سابق ، 55.
* - للمزيد من الاطلاع أنظر .

* - voir -P. Adam ,C.Herzlich, op, cit ,p 64.

² -C. Herzlich ,santé et maladie,analyse d'une représentation sociale , op, cit ,pp 13,14.

³ - Ibid, p 23.

⁴ - Ibid , p 175.

يتعامل على أساسه أو من خلاله في تكوين العلاقة مع الطبيب لذا سنتناول الآن نظرة مرضى "القصور الكلوي" لهذا المرض ونظرة الأطباء والأخصائيين النفسانيين له، ولم ندرج نظرة الطاقم شبه الطبي لهذا المرض لأننا بصدد معالجة العلاقة العلاجية بين الطبيب والمريض، واتخذنا الأخصائي النفساني هنا باعتباره متعمق في نفسيات المرضى ومطلع على ما يشكّله المرض بالنسبة لهم وهكذا يشكّل هذا الأخصائي نظرتة عن المرض من خلال المرضى وما يعنيه المرض لهم .

1-1- تصورات المرض من قبل المرضى:

مرض "القصور الكلوي" من الأمراض الجدّ مزمنة والتي تصيب الفرد وذلك نتيجة لعدّة أسباب التي قد تكون لأسباب طبيّة (طبيعية أو بيولوجية في الإنسان) أو قد تعود لأسباب وعوامل اجتماعية يعيشها الفرد وهذا ما تمّ اكتشافه واستنتاجه من خلال الفصل الرابع المخصّص لتأثير العوامل الاجتماعية في الإصابة بمرض "القصور الكلوي"، وهكذا فإنّ إصابة الفرد بهذا المرض، ودرجة تأثيره على بعض جوانب حياته كما تمّ إثباته أيضاً، له دور في تشكيل المريض للتمثّلات أو التّصورات الاجتماعية عن مرضه إضافة إلى درجة وعيه الاجتماعي والصّحي المرتبط بالمستوى التعليمي والثقافي والاجتماعي للمريض وأسرته .

وهكذا فإنّ هذا التّصوّر يحدّد طبيعة العلاقة التي تنشأ بين المريض والطبيب ولذا سنحاول الآن التّطرق لأهمّ التّمثّلات الاجتماعية التي يتصوّرها مريض "الكلّي" عن مرضه.

● **المبحوثة رقم (01):** (أنثى، 36 سنة، مستوى تعليمي جامعي، تقديم دروس خصوصية غير متزوجة، الأصل الاجتماعي متوسط، من أصل حضري، مدّة المرض 10 سنوات)

تقول: " أتقبّل المرض بكلّ بساطة لأنّه قضاء وقدر، وهذا ما أراده الله، فما سأفعل إن غضبت أو لم أتقبّله، فلن يتغيّر أيّ شيء".

● ما نلاحظه من تصريح المبحوثة أنّها راضية عن هذا الواقع، وأنّها قويّة الإيمان الذي أرجعناه في مرحلة سابقة لطبيعة المجتمع والأسرة والمستوى التعليمي، الذي تتمتع به هذه المبحوثة، فيما أنّه أمر إلهي فليس بيدها أن تغيّر هذا الواقع، ممّا يتّضح لنا ضرورة تقبّل المرض مهما كانت درجة تأثيره لأنّ عدم تقبّله يعود بالسلب على المريض بالدرجة الأولى وأسرته بالدرجة الثانية ولهذا فالمريضة تتقبّل المرض لتمكّن من التّعايش معه ومع هذا الواقع الذي ليس بيدها أن تختاره أو يختاره لها النّاس وإنّما قضاء وقدر من عند الله.

• **المبحوثة رقم (02):** (أنثى، 20 سنة، المستوى التعليمي متوسط عند حدوث المرض والآن تدرس في السنة الثالثة ثانوي عن طريق المراسلة، غير متزوجة، الأصل الاجتماعي متوسط، غير موظفة، من أصل ريفي، مدة المرض 4 سنوات)

تقول: "اعتدت على هذا المرض وعلى كوني مريضة، فهذا المرض أصبح جزءا من حياتي رغم تأثيره على دراستي فأنا أجده صديق وذلك لأنني مريضة به لسبعة سنوات كما أنني أصبحت أتشوق لهذا اليوم الذي آتي فيه للعلاج".

• ما يتضح لنا من هذا تعود المريضة على المرض كما تقول، وأنه أصبح جزءا من حياتها، إضافة إلى تشوقها له، هذا مما يدل على أن هناك من لا يرى في المرض أمر سلبي وإنما بالعكس فما لاحظناه أثناء الدراسة الميدانية هو أن لهذه المبحوثة علاقات جدّ جيّدة مع المرضى ومع الطاقم البشري العامل بالمستشفى، ولهذا تقول: "أصبحت أتشوق لهذا اليوم وللقاء الأصدقاء" هذا ما جعلها ترى في المرض صديق مثله مثل الأصدقاء الذين معها، وهو الذي جمعها بهم كما أنّ مدة المرض (7 سنوات) ليست بالمدة القصيرة حيث أنّها خلال هذه السنوات اعتادت على المرض كما اعتادت على المرضى، فرغم بعد المسافة وتواجدها في منطقة بعيدة عن المركز إلا أنّها لا تجد في ذلك تعباً لها.

• **المبحوثة رقم (03):** (أنثى، 31 سنة، المستوى التعليمي متوسط، غير موظفة، متزوجة ليس لها أطفال، الأصل الاجتماعي فقير، من أصل ريفي ثلاث سنوات دخول تصفية الدم)

تقول: "مرض "القصور الكلوي" هو مرض متعب وأنا أشعر بالخوف من نتائجه".

• ما نلاحظه عند هذه المبحوثة تخوّفها من نتائج هذا المرض فإضافة إلى تأثيره على أداء أدوارها ونشاطها التقليدي الذي كانت تقوم به، أثار المرض أيضا على مكانتها عند عائلة زوجها، لذا فهي تتخوّف من النتائج الأخرى وترى في هذا المرض أنه متعب خاصة على الجانب النفسي رغم دعم الزوج لها وحبها لها إلا أنّ مشكل عدم الإنجاب وبقاء الحالة تبقى هاجس أمامها وتخشى دائما أن يعيد زوجها الزواج وهكذا تقول: " سأصبح محطمة كلياً إن فعل ذلك" ولعلّ تأثير المرض هذا هو ما جعلها تشعر بالتخوّف والتعب منه حيث أرهاقها جسدياً ومعنوياً.

إضافة إلى بعد المسافة بين مكان إقامتها ومركز العلاج فهي من أصل ريفي والمسافة بعيدة نوعاً ما لذا يتطلّب منها هذا العلاج المداومة لثلاث مرّات في الأسبوع، هذا ما أرهاقها وجعلها تتعب كثيراً من هذا المرض.

• **المبحوثة رقم (04):** (أنثى، 52 سنة، المستوى التعليمي ابتدائي، غير موظفة متزوجة أم لستة أولاد، الأصل الاجتماعي غني، من أصل حضري مدّة المرض 6 سنوات ودخول العلاج 5 أشهر)

تقول: " إنّ هذا المرض مرض متعب جدّا ومن جميع النّواحي، فرغم ما أجده من دعم كلي من قبل أسرتي إلاّ أنّني أشعر بالتعب كثيرا من جرّاء المرض المزمن ". .

• ما نلاحظه شدّة تأثير مرض " **القصور الكلوي** " على مختلف جوانب الحياة كما سبق وأن أشرنا، فهو مرض متعب يتطلّب صبر المريض ليتمكّن من التّعايش معه، ولعلّ شعور المريضة بهذا هو راجع لتأثيره على دورها كأم لأولادها وكزوجة فرغم ما تجده من دعم من قبل أسرتها كما أشرنا سابقا إلاّ أنّ عجزها عن تادية بعض واجباتها من جرّاء المرض يشعرها بأنّها مقصّرة اتّجاه بيتها ولهذا فهي تجد فيه مرضا متعبا ليس من النّاحية الفيزيولوجية فقط وإنّما من النّاحية النفسيّة والاجتماعيّة .

• **المبحوث رقم (05):** (ذكر، 37 سنة، المستوى التعليمي أمي، متوقّف عن العمل متزوج، أب لثلاث أطفال، الأصل الاجتماعي متوسط، من أصل ريفي مدّة المرض 3 سنوات).

يقول: " هذا المرض مرض جدّ متعب، خاصّة بالنّسبة لحالتي، فأنا أب لثلاث بنات صغيرات كما أنّني خرجت من العمل وهذا ما أتعبني أكثر ". .

• يتبيّن لنا شدّة تأثير المرض عند هذا المبحوث ممّا أتعبه كثيرا وأصبح يرى في هذا المرض مرض متعب فكما يقول خاصّة وأنّه أب لثلاث بنات وأنّه لا يعمل حيث طرد من العمل بسبب مرضه المزمن، وهذا ما سبق وأن أشرنا إليه ولعلّ هذا ما جعله يرى في هذا المرض مرضا متعبا إضافة إلى التأثير الجسدي لهذا المرض على جسد المريض فإنّ له تأثيرات أخرى وهي عدم العمل، والمسؤولية التي تقع على عاتقه فهو ربّ أسرة ولا يستطيع تلبية بعض رغبات أبنائه، هذا ممّا جعل المريض يرى في هذا المرض أنّه متعب فقد أثر عليه وأتعبه من جميع النّواحي الجسدية والاجتماعية، و ما زاد ذلك هو مكان سكنه فهو من منطقة ريفية بعيدة عن مركز " **تصفية الدّم** " ويتطلّب منه مداومة ومتابعة العلاج يوما بعد يوم أي ثلاث مرّات في الأسبوع، ممّا أخذ وقته كليا وأبعده عن أسرته وأبنائه. هذا ما أتعبه وجعله يرى في مرض " **القصور الكلوي** " مرضا متعبا.

• **المبحوث رقم (06):** (ذكر، 36 سنة، المستوى التعليمي جامعي، موظف بمدرية الضرائب، أعزب، الأصل الاجتماعي متوسط، من أصل حضري مدّة المرض 17 سنة) يقول: "مرض " **القصور الكلوي** " صديق كونه أصبح وأصبحت مرتبط به وبالمستشفى والعلاج، خاصّة وأنّني مريض منذ الصغر، واعتدت على أن أصبح مريضا، لذا أصبحت

أشتاق لليوم الذي سأجري فيه "تصفية الدّم" هذا رغم آثاره الجسدية بالخصوص، كما أن هذا المرض هو قضاء و قدر لقوله تعالى: " ونبلوكم بالشر والخير فتنة "1، وقوله أيضا: "كن فيكون "2

• يتبين بوضوح ارتباط مدة المرض بتصوّر المريض للمرض، فكلما زادت مدّته عند المريض يزيد تقبّله لهذا الوضع الذي هو قضاء و قدر كما يقول وبما أنّ المرض يلزم المبحوث منذ الصغر فإنّه أصبح ينظر إليه نظرة الصديق فقد اعتاد على العلاج وعلى المركز الذي يعالج فيه وعلى العاملين والمرضى، لذا فالمرض والمستشفى أصبحا جزءا لا يتجزأ من حياته .

• **المبحوث رقم (07):** (ذكر، 27 سنة، المستوى التعليمي أمي، حارس بالمستشفى أعزب الأصل الاجتماعي متوسط، من أصل ريفي، مدّة العلاج 5 سنوات والمرض 9 سنوات) يقول المريض: " إنّ المرض قضاء و قدر من عند الله فهو لا يشكّل لي أيّ شيء وهو أمر عادي " ويقول: "كما أراك أرى المرض فهو لاشيء ولا أعتبره عائق أو مانع لي في حياتي ، كما أنّه لا يتعبني، فأيّ شيء في الحياة متعب وأعطى مثال عنّي: ويقول أنّ دراستك هاته متعبة، وأيّ شيء آخر هو متعب لذا أعتبر المرض شيئا عاديا بالنسبة لي وهو جزء من الأمور التي أعيشها وأنا جدّ راض عن هذا الواقع .

• يتبين من هذا قبول المريض للمرض ورضاه عنه وقوّة الوازع الديني عنده فرغم مستواه الدّراسي إلاّ أنّه يرجع المرض لأسباب قضائية من عند الله ممّا يبيّن لنا أيضا عدم ارتباط المستوى الدّراسي بقوّة الوازع الديني، وهذا ما تمّ اكتشافه سابقا، كما يتّضح لنا أيضا اعتبار المرض جزء من حياة الإنسان ولعلّ هذا ما جعل المبحوث يرجع المرض لأمر القضاء والقدر فالحياة متعبة كما يقول والمرضى جزء من هذه الأشياء المتعبة إلاّ أنّه لا يعتبره متعبا قط ولعلّ ذلك يعود لقوله: " أنّ هذا المرض لم يؤثّر على حياتي أبدا فأنا أعيش كسائر الناس " ولذا نقول لعلّ أيضا من أسباب إرجاع المرض للقضاء والقدر هو عدم تأثير المرض عليه خاصّة وأنّه موظّف في المستشفى هذا الأخير الذي يمنحه مدراءه الاستقلالية الجزئية، ويتفهمون أوضاعه، ممّا لا يوقعه في أيّ مشكل مع عمله، حتّى أسرته فهو يحتلّ المرتبة الأولى في العائلة لذا مكانته كما هي قبل وبعد المرض، لذا فالمرض لا يجد في المرض أيّ مانع أو عائق أمامه ولعلّ هذا من أسباب إرجاع المرض لأمر القضاء والقدر.

• **المبحوث رقم (08):** (ذكر، 17 سنة، المستوى التعليمي الثانية متوسط الأصل الاجتماعي فقير، من أصل ريفي، مدّة المرض 7 سنوات والعلاج 6 سنوات)

1- سورة الأنبياء، الآية: 35.

2- سورة يس، الآية: 82.

يقول: "رغم ما يؤثره هذا المرض على دراستي وعلى اللعب كسائر الأطفال إلا أنني أحبّ المجيء هنا وأصبحت أشتاق لهذا اليوم، فالمرض أصبح جزءاً منّي فهو كالصديق الذي أراه يوماً بعد يوم".

• ما نلاحظه من تصريح هذا المبحوث أنّ مرض "القصور الكلوي" يعتبر صديقاً فنتيجة العلاج والتّردّد على المركز والتّعود على العاملين به وعلى المرضى أصبح المريض يتشوّق لليوم الذي يأتي فيه، فهم أصبحوا جزءاً من حياته كما أصبح المرض جزءاً كذلك وهذا عكس الإجابات السّابقة التي ترى في أنّ هذا المرض مرض متعب وأنّ التّردّد هذا على المركز هو الذي يتعب أكثر فأكثر ولعلّ ذلك يعود لسن المبحوث فهو صغير السنّ حتّى في تفكيره وما زال لا يعلم الآثار السّلبية لهذا المرض أو غيره من الأمراض المزمنة .

• **المبحوثة رقم (09):** (أنثى، 40 سنة، المستوى التّعليمي أمي، عزباء الأصل الاجتماعي متوسط، من أصل حضري، مدّة المرض 19 سنة)

تقول المبحوثة: " إنّ هذا المرض هو قضاء وقدر وهو أمر عادي حدث وقد يحدث لأيّ شخص، فكلّ ما يأتي من عند الله أَرْضَى به، إلاّ ما يأتي من عند الإنسان فأشعر بأنّه ظلم لذا فأنا راضية عن هذا الواقع الذي اختاره الله لي ."

• يتبيّن من تصريح المبحوثة أنّه رغم خطورة هذا المرض إلاّ أنّها راضية عن هذا الواقع كما تقول، وأنّه قضاء وقدر ممّا يبيّن لنا شدّة وقوّة الوازع الدّيني عند هذه المبحوثة بالرغم من مستواها التّعليمي إلاّ أنّها راضية عن هذا المرض ممّا يتّضح لنا أيضاً أنّ المستوى التّعليمي ليس له علاقة بقوّة الدّين عند الفرد وتقبّله للمرض أم عدم تقبّله، حيث تدخل أمور أخرى هنا مثلاً المجتمع والأسرة اللذين تنتمي إليهما، إضافة إلى أنّ الثقافة الدّينية ليست مرتبطة أبداً بالمستوى التّعليمي، فقد نجد أحيانا كثيرة أفراداً مثقّفين في الجانب الدّيني إلاّ أنّ مستواهم التّعليمي متدنّي، وقد نجد في بعض الأحيان العكس، كما لا يمكن أن ننفي أنّ للمستوى التّعليمي أحيانا كثيرة دور في اكتساب وتملّك الثقافة الدّينية .

كما يتبيّن لنا أيضاً من تصريح المبحوثة أنّها ليست متذمّرة من المرض حيث تقول أنّه حدث وقد يحدث لأيّ شخص ممّا يبيّن أنّها حقاً راضية عن هذا الواقع فهي لم تتمنى أن يحدث المرض لآخر وإنّما كما حدث لها قد يحدث لآخر.

• **المبحوثة رقم (10):** (أنثى، 38 سنة، المستوى التّعليمي ثالثة ثانوي، غير موظفة، متزوجة، أم لفتاة واحدة، الأصل الاجتماعي متوسط، من أصل حضري، مدّة المرض 7سنوات منها 6 سنوات علاج).

تقول: " مرض القصور الكلوي مرض متعب جدّاً، وسبّب لي العديد من المشاكل الجسديّة والاجتماعيّة خاصّة ."

• لعلّ من الأسباب التي جعلت المبحوثة ترى في أنّ هذا المرض مرض متعب هو تأثيره على حياتها الجسديّة، كما تقول والاجتماعيّة، فهذا المرض يترك أثاره على كامل جسد

الإنسان، وهذا ما حدث للمريضة خاصّة وأنها أنثى، إضافة إلى أنه سبّب لها مشاكل عديدة مع زوجها الذي أعاد الزواج وبالتالي هذا ما جعلها تنظر إليه على أنه مرض متعب وذلك لتأثيره على نفسيّتها المحطّمة بسبب زواج الزوج .

إضافة إلى أنّ هذا المرض يأخذ كامل وقت المريض نظرا لمداومة العلاج ويتطلّب التردّد يوما بعد يوم على مركز التّصفية ممّا يشعر صاحبه بالملل والتّعب النفسي والاجتماعي والجسدي، هذا رغم أنّها من أصل حضري وتسكن في نفس المنطقة التي تعالج بها إلا أنّها ترى فيه التّعب الكلي.

• **المبحوث رقم (11):** (ذكر، 26 سنة، المستوى التّعليمي ابتدائي، موظف في أرض والده، أعزب، الأصل الاجتماعي متوسط، من أصل ريفي، مدّة المرض 3 سنوات والعلاج شهر)

يقول: "إنّ المرض بصفة عامّة هو قضاء وقدر من عند الله، ومرض "القصور الكلوي" إحدى هذه الأمراض، وهذا ما أراده الله بي، فما علي سوى الرضا والقبول به لأنّه أمر إلهي خارج عن نطاق الإنسان ."

• ما يتّضح لنا من هذا التّصريح أنّه مثله مثل الآخرين يرجع المرض لأمر قضائيّة من عند الله، كما أنّه راض عن هذا الواقع ممّا يدلّ أيضا على أنّ لقوّة الوازع الدّيني عند الفرد دور في تقبّل المرض أو رفضه رغم المستوى التّعليمي الذي قد يكون عند المريض.

وما يمكن ملاحظته هو أنّ لمدّة المرض ومعرفة الفرد له دور في تقبّل المرض أم لا فبالنسبة لهذا المريض فمدّة العلاج هي شهر فقط، كما أنّه لا يعلم الكثير عن المرض رغم شرح الأطباء والأخصائيين النّفسانيين والطّاقم شبه الطّبي إلا أنّ معرفة المرض تكتسب مع طول الوقت والمدّة وليس من أوّل يوم أو شهر حيث يقول: "أنّ المرض لم يؤثّر على حياته ولعلّ هذا أيضا من أسباب إرجاع المرض للقضاء والقدر لأنّ المريض لا يجد فيه عائق أمام مواصلة حياته.

• **المبحوث رقم (12):** (ذكر، 59 سنة، المستوى التّعليمي الثانوي ، موظف لدى الشّركات الأجنبيّة في الصّحراء، متزوج، أب لـ 5 أطفال الأصل الاجتماعي غني، من أصل حضري، مدّة المرض 4 سنوات والعلاج 3 أشهر)

يقول: " هذا المرض هو ابتلاء من الله عزّ وجلّ ويرى بأنّ مريض "القصور الكلوي " هو مريض مدان ومحكوم عليه ولكن من عند يد عظمى من عند الله سبحانه وتعالى لذا فرغم التّعب الذي يراودني بعد كل عمليّة "تصفية" إلا أنّني راض تماما عن هذا الواقع الذي هو من عند الله ."

• ما يمكن أن نتبيّنه من هذا التّصريح هو ارتباط الوعي الاجتماعي والصّحي بتقبّل المرض والرضا عنه، وهذا ما تمّ ملاحظته أثناء إجراء الاستجواب فهو إنسان مثقّف جدّا

ولعلّ ذلك يعود لطبيعة عمله الذي يمنحه هذه الميزة فيما أنه يعمل لدى الشركات الأجنبية فإنّ ذلك يزيد من ثقافته وفي جميع الأمور.

إنّ هذا الوعي الثقافي الذي يمتلكه إضافة إلى طبيعة المجتمع الذي يعيش فيه ومستواه الدراسي ووظيفته منحه القدرة على تقبّل المرض واعتباره قضاء وقدر وابتلاء من عند الله عزّ وجلّ، فرغم أنّ هذا المرض متعب ويدين الشّخص المريض إلاّ أنّ متعته تكمن في أنّه من عند الله، كما أنّ لعامل السنّ هنا دوراً في تقبّل المرض، فيما أنّه لم يؤثّر على أدواره العادية لا على العمل ولا الأسرة لذا فإنّه قضاء وقدر.

• **المبحوثة رقم (13):** (أنثى، 38 سنة، المستوى التعليمي ثانوي، كانت موظفة بمؤسسة صم البكم، متزوجة مرتين ومطلقة، أم لثلاث أطفال، الأصل الاجتماعي متوسط، من أصل حضري، مدّة المرض 4 سنوات)
تقول: "مرض "القصور الكلوي " مرض مزمن فقد دمرّ لي كل حياتي وأنا أشعر بالكره اتجاهه ."

• ما يمكن أن نلاحظه من هذه المبحوثة اختلاف نظرتها عن سابقها خاصّة عن الذين يرون في مرض "القصور الكلوي " الصّدق الدائم، فهي تنظر إليه نظرة الكره وتقول لأنه دمرّ حياتها، حيث يمكننا القول أنّ لتأثير المرض دور في تحديد التّمثّل الاجتماعي لدى المريض، فيما أنّه تسبّب في طلاقها وفقدانها لابنها ودخولها المركز العقلي فهي تكره هذا المرض الذي جعلته قيد هذا التّفكير الذي سيؤثّر في علاقتها بالآخرين وبالأخص الأطباء الذين هم أساس عمليّة العلاج .

فإذن يمكن القول أنّ لطبيعة تأثير المرض على مكانة المريض داخل أسرته وتأثيره على عمله من شأنه التأثير في تشكيل التّمثّل الاجتماعي للمرض والذي من خلاله يدخل المريض في العلاقة العلاجيّة مع الطبيب.

• **المبحوث رقم (14):** (ذكر، 32 سنة، المستوى التعليمي جامعي (اقتصاد)، موظّف بمؤسسة البناء والتعمير، أعزب، الأصل الاجتماعي متوسط، من أصل حضري، مدّة المرض 6 سنوات)

يقول: "مرض "القصور الكلوي "مرض عادي وهو قضاء وقدر، حيث أنّه مثله مثل الأمراض الأخرى، كما أنّني أفضل بكثير من الذين لا يعانون من أيّ مرض، فأنا أعيش حياتي كسائر النّاس بل وأفضل من الكثير، فرغم مرضي هذا فأنا أسافر وأقرأ ولا أجد أيّ مانع من أداء ذلك ."

• إنّ الملاحظ من هذا، قوّة الإيمان التي قلنا أنّها قد تعود لطبيعة المجتمع والأسرة التي يعيش بهما الفرد، ويمكننا أن نضيف لما سبق أنّ للمستوى التعليمي تعزيز وتقوية هذا الوازع، فبالإضافة للمجتمع والأسرة فإنّ للمستوى التعليمي العالي دور في تقبّل المرض ورضا المريض عنه، وهذا ما تمّ ملاحظته من هذا المبحوث خاصّة أنّه موظّف ويمارس

حياته كسائر الناس فرغم أنّ لمرض "القصور الكلوي" تأثير على السفر إلا أنّ هذا المبحوث لم يجد فيه عائقا لذلك فهو يتحمّل ويصبر عدّة أيام سفره عن التّصفيّة إلى أن يعود فهو يقاوم كثيرا المرض ويقول: " لو أصابني أيّ شيء فذلك من عند الله وذلك ما قدر لي، لذا فلن أعتبر هذا المرض عائقا أمام مواصلة حياتي ودراستي، وأنا أتمنّى كثيرا أن أتحصّل على شهادة الماجستير بل وأكثر ."

وهذا ما بيّين لنا قوّة الإيمان عند هذا المبحوث أكثر من الذين قبله وما زاد هذه القوّة هو المستوى التّعليمي والطموحات التي يأمل أن يحققها المبحوث .

كما يتّضح لنا أيضا أنّ هذا المرض قد يكون كأيّ مرض من الأمراض الأخرى المزمنة أو الأمراض العادية وهذا ما صرّح به المبحوث.

• **المبحوث رقم (15):** (25 سنة، المستوى التّعليمي المتوسط، من أصل حضري، مدّة المرض منذ الصغر، 8 سنوات علاج)

يقول: " أكره هذا المرض كثيرا لأنّه يمنعني من العيش كسائر الناس وهو عائق أمام حياتي، لكنني بزرع الكلية سأخطئ هذا المشكل ."

• ما نلاحظه من تصريح المبحوث هو أنّه ينظر لهذا المرض نظرة الكره وذلك لتأثيره على حياته، وما يفسّر هذا الكره هو أنّه لم يعيش سنّ المراهقة فبسبب تأثيره هذا أصبح يمثّل له هاجسا أمام العيش، هذا التمثّل الذي سيؤثّر في طبيعة العلاقة العلاجيّة فكّلما كان المريض متقبّلا لمرضه كانت العلاقات جيّدة وبالتالي عدم تأزم حالته، ولكن إذا كان غير متقبّلا لمرضه فإنّه لن يتقبّل فكرة العلاج أبدا ممّا يؤدّي إلى سوء العلاقة .

• **التحليل السوسولوجي العام:**

الجدول رقم (48): - نظرة المرضى لمرض القصور الكلوي-

النسبة	التكرار	نظرة المرضى
40%	6	قضاء وقدر
40%	6	سخط وتذمر
20%	3	أخرى
100%	15	المجموع

إن نسبة 40% من المرضى الذين ينظرون لمرض القصور الكلوي على أنه قضاء وقدر وفي المقابل نجد نفس النسبة بالنسبة للذين يرون فيه سخط. أما بالنسبة لبعض الرّؤى المختلفة فنجد نسبة 20% .

- يتضح من هذا الجدول تنوع النظرة لمرض "القصور الكلوي"، هذا المرض الذي يترك أثاره الجسمية والنفسية والاجتماعية على الفرد، الذي يكون نظرتة عن المرض من خلال جملة الآثار هاته. لذا ومن خلال هذا الجدول يتضح أن هناك من ينظر إليه نظرة السخط والتذمر، وهناك من ينظر إليه على أنه قضاء وقدر وذلك بنفس النسبة كما يتبين أيضا أن هناك بعض الرؤى الأخرى المخالفة لها تبين النظرتين كالنظر إليه نظرة الصديق مثلا.

الجدول رقم (49): - نظرة المرضى لمرض القصور الكلوي وارتباط ذلك بمتغير الجنس-

الجنس	ذكور	إناث	المجموع
نظرة المرضى			
قضاء و قدر	4	2	6
سخط و تذمر	2	2	6
أخرى	2	1	3
المجموع	8	7	15
	%66.66	%33.33	%100
	%33.33	%66.66	%100
	%66.66	%33.33	%100
	%40	%60	%100

إن نسبة 66.66% من الذكور الذين يرون في مرض القصور الكلوي قضاء وقدر هذا مقارنة بنسبة الإناث حيث نجد نسبة 33.33% .
بينما نجد نسبة 66.66% من الإناث من يرون فيه سخط وتذمر هذا بالمقارنة مع جنس الذكور حيث نجد نسبة 33.33% .

أما فيما يخص وجود تصورات أخرى لمرض القصور الكلوي فنجد نسبة 66.66% عند الذكور ونسبة 33.33% عند الإناث.

• يتضح بجلاء من الجدول ارتباط متغير الجنس بالنظرة التي يشكلها المرضى عن المرض حيث أن أعلى نسبة من الذكور صرحت بأنها ترى في مرض القصور الكلوي قضاء وقدر عكس جنس الإناث وهذا ما يدل على شدة الإيمان عند هذا الجنس عكس الإناث أما عن النظر إليه نظرة السخط والتذمر فنجد العكس أعلى نسبة عند الإناث وهذا ما يدل على قلة الإيمان عندهن أو لنقل أن هناك أسباب جعلت منهن يرون فيه المرض المتعب والمدمر لحياتهن كشدة تأثيره على حياتهن هذا التأثير الذي يسهم في تشكيل هذه النظرة وبالتالي الدخول في نوعية العلاقة العلاجية بينهم وبين الأطباء.

الجدول رقم (50): - ارتباط نظرة المرضى لمرض القصور الكلوي بالمستوى

التعليمي-

المجموع	جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	أمي	المستوى التعليمي
100%	33.33%	16.66%	0	16.66%	33.33%	نظرة المرضى
6	2	1	0	1	2	قضاء وقدر
100%	0	33.33%	33.33%	16.66%	16.66%	سخط وتذمر
6	0	2	2	1	1	
100%	33.33%	0	66.66%	0	0	أخرى
3	1	0	2	0	0	
100%	20%	20%	26.66%	13.33%	20%	المجموع
15	3	3	4	2	3	

يتبين من الجدول تساوي النسب بين المستوى الأول والأخير (الأمي والجامعي) في النظر للمرض على أنه قضاء وقدر وذلك بنسبة 33.33% ، هذا مقارنة مع المستوى الابتدائي والثانوي حيث نجد نسبة 16.66% وانعدمت في المستوى المتوسط.

أما النظر إليه نظرة سخط وتذمر فنجد نسبة متساوية بين المستوى المتوسط والثاني حيث نجد نسبة 16.66% وانعدمت في المستوى الجامعي. أما النظر إليه نظرة أخرى مخالفة للنظرتين السابقتين فنجد نسبة 66.66% لدى المستوى المتوسط ونسبة 33.33% لدى المستوى الجامعي وانعدمت في المستويات الأخرى.

• يبدو بوضوح عدم ارتباط المستوى التعليمي بالتصور الذي يشكله المريض عن مرضه وذلك لتساوي النسب في نظرة القضاء والقدر بين المستوى الأول والخامس (الأمي، الجامعي) وإنما ترتبط هذه النظرة بقوة الوازع الديني وليس المستوى التعليمي أما عن نظرة السخط والتذمر فنجد أعلى النسب في المستوى المتوسط والثاني وأدناها في المستوى الأول والثاني، ولذا لا يمكننا اعتبار أن هناك ارتباط بين المستوى التعليمي والتصورات التي يشكّلها المرضى عن مرضهم، وإنما ذلك راجع لدرجة تأثير المرض على المريض.

الجدول رقم (51):-ارتباط نظرة المرضى لمرض القصور الكلوي بمتغير السن-

المجموع	[62-53]	[53-44]	[44-35]	[35-26]	[26-17]	السن نظرة المرضى
%100 6	%16.66 1	0 0	%33.33 2	%50 3	0 0	قضاء وقدر
%100 6	0 0	%16.66 1	%50 3	%16.66 1	%16.66 1	سخط وتذمر
%100 3	0 0	0 0	33.33 1	0 0	%66.66 2	أخرى
%100 15	%6.66 1	%6.66 1	%40 6	%26.66 4	%20 3	المجموع

إن نسبة 50% من المرضى الذين يرون في مرض القصور الكلوي قضاء وقدر وذلك في فئة [35-26] هذا بالمقارنة مع فئة [44-35] حيث نجد نسبة 33.33% و نسبة 16.66% في الفئة الأخيرة [62-53] وانعدمت النسبة في الفئة الأولى والرابعة. وفي المقابل نجد نسبة 50% في فئة [44-35] ترى في مرض القصور الكلوي نظرة القضاء والقدر هذا مقارنة مع الفئة الأولى والثانية والرابعة حيث نجد 16.66% وانعدمت النسبة في الفئة الأخيرة.

وفيما يخص وجود نظرة أخرى مخالفة فنجد نسبة 66.66% في الفئة الأولى ونسبة 33.33% في الفئة الثالثة [44-35] وانعدمت في الفئات الأخرى.

- إن وجود أعلى نسبة في فئة [35-26] تنظر للمرض نظرة القضاء والقدر دليل على امتلاك مستوى ثقافي وديني عالي عند هذه الفئة مقارنة مع الفئات الأخرى، بعكس فئة [44-35] التي وجدنا أن أعلى نسبة في هذه الفئة ترى فيه نظرة السخط والتذمر ولعل ذلك راجع لتأثير المرض على هذه الفئة أكثر من الفئات الأخرى، كما أن وجود أعلى نسبة في فئة [26-17] ترى في المرض نظرة أخرى مخالفة للنظرتين السابقتين أكثر من الفئات الأخرى دليل على أن هذه الفئات مازالت لا تمتلك الوعي الكافي لإدراك المرض المزمن وتأثيراته، وبالخصوص مرض القصور الكلوي، ولذا لم تستطع التمييز في نظرتها (نظرة السخط أم القضاء).

الجدول رقم (52): - ارتباط نظرة المرضى لمرض القصور الكلوي بالأصل الجغرافي-

المجموع	حضر	ريف	الأصل الجغرافي نظرة المرضى
100% 6	66.66% 4	33.33% 2	قضاء وقدر
100% 3	66.66% 4	33.33% 2	سخط وتذمر
100% 6	33.33% 1	66.66% 2	أخرى
100% 15	60% 9	40% 6	المجموع

إن نسبة 66.66% من المرضى الذين هم من أصل جغرافي حضري يرون في مرض القصور الكلوي قضاء وقدر، هذا بالمقارنة مع الذين هم من الريف حيث نجد نسبة 33.33% ، ونفس الشيء بالنسبة لنظرة السخط والتذمر حيث نجد أعلى نسبة عند الحضر وذلك بـ 66.66% هذا بالمقارنة مع الريف حيث نجد نسبة 33.33% .
أما عن النظرة إليه نظرة أخرى مخالفة فنجد نسبة 66.66% لدى الريف هذا بالمقارنة مع الحضر حيث نجد نسبة 33.33% .

- من خلال هذا الجدول يمكننا أن نستنتج ارتباط النظرة للمرض بالأصل الجغرافي حيث أن أعلى النسب ترى فيه قضاء وقدر وترى فيه نظرة السخط والتذمر، على عكس النظرة الأخرى المخالفة حيث نجد أعلى نسبة هي 66.66% عند الريف، هذا مما يمكننا من القول أن هناك نظرة أخرى تلعب دورها عند أصحاب هذه المنطقة، هذه النظرة التي ترى فيه نظرة الصديق الذي اعتادوا عليه نتيجة الوقت ومدة المرض.

الجدول رقم (53):-ارتباط نظرة المرضى لمرض القصور الكلوي بالحالة الاجتماعية له-

المجموع	مطلق	متزوج	أعزب	الحالة الاجتماعية نظرة المرضى
100%	0	16.66%	83.33%	قضاء وقدر
6	0	1	5	
100%	16.66%	66.66%	16.66%	سخط وتذمر
6	1	4	1	
100%	0	0	100%	أخرى
3	0	0	3	
100%	6.66%	33.33%	60%	المجموع
15	1	5	9	

إن نسبة 83.33% من المرضى غير المتزوجين الذين يرون في مرض القصور الكلوي قضاء وقدر هذا بالمقارنة مع المتزوجين حيث نجد نسبة 16.66% من الذين يرون فيه قضاء وقدر.

أما بالنسبة للذين يرون فيه نظرة السخط والتذمر فنجد نسبة 66.66% من المتزوجين الذين يرون ذلك هذا بالمقارنة مع غير المتزوجين والمطلقين حيث نجد نسبة 16.66% وفيما يتعلق بنظرة أخرى مخالفة فنجد النسبة الكلية في الفئة الأولى (أعزب) وذلك بنسبة 100% هذا بالمقارنة مع الفئتين (متزوج، مطلق) حيث انعدمت النسبة تماما.

- يبدو بوضوح ارتباط متغير الحالة الاجتماعية بالنظرة التي يشكلها المرضى عن المرض حيث أن شدة تأثير المرض على المتزوجين جعلت منهم ينظرون إليه نظرة السخط والتذمر، هذا مقارنة بغير المتزوجين حيث أنهم ينظرون إليه نظرة القضاء والقدر أكثر من نظرة السخط والتذمر وهذا راجع لنسبة تأثيره على المريض وأيضا لدرجة وعيه الاجتماعي والصحي ومستواها الثقافي، هذه العوامل التي تسهم في تحديد النظرة للمرض وبالتالي الدخول في نوعية العلاقة العلاجية.

الجدول رقم (54):- نظرة المرضى لمرض القصور الكلوي وارتباط ذلك بمتغير الجنس والسن-

المجموع	إناث					ذكور					الجنس والسن نظرة المرضى
	[62-53]	[53-44]	[44-35]	[35-26]	[26-17]	[62-53]	[53-44]	[44-35]	[35-26]	[26-17]	
%100 6	0 0	0 0	%33.33 2	0 0	0 0	%16.66 1	0 0	0 0	%50 3	0 0	قضاء وقدر
%100 6	0 0	%16.66 1	%33.33 2	%16.66 1	0 0	0 0	0 0	%16.66 1	0 0	%16.66 1	سخط وتذمر
%100 3	0 0	0 0	0 0	0 0	%33.33 1	0 0	0 0	%33.33 1	0 0	%33.33 1	أخرى
%100 5	0 0	%6.66 1	%26.66 4	%6.66 1	%6.66 1	%6.66 1	0 0	%13.33 2	%20 3	%13.33 2	المجموع

إن نسبة 50% من الذكور في سن [26-35] يرون في مرض القصور الكلوي انه قضاء وقدر، هذا بالمقارنة مع جنس الإناث حيث انعدمت النسبة في هذه الفئة ونجد نسبة 33.33% في سن [35-44] عند الإناث، ونسبة 16.66% عند الذكور في سن [53-62] وانعدمت النسبة في باقي الفئات.

أما فيما يخص نظرة السخط والتذمر فنجد نسبة 33.33% من الإناث في سن [35-44] من صرحن بذلك، هذا بالمقارنة مع فئة [26-35] و[44-53] حيث نجد نسبة 16.66%، كما نجد نفس النسبة عند الذكور في فئة [17-26] و[35-44].

وفي المقابل نجد نسبة 33.33% من الذكور في الفئة الأولى والثالثة يصرحون بنظرة مخالفة لنظرة القضاء والسخط، ونفس النسبة عند الإناث في فئة [17-26].

• يتضح من الجدول ارتباط متغيري الجنس والسن بنظرة المرضى للمرض، حيث أن الذكور أكثر تقبلا للمرض في سن [26-35] هذا بالمقارنة مع جنس الإناث في هذا السن، ولعل ذلك راجع للوعي الاجتماعي والصحي الذي يمتلكه هذا الجنس بعكس الإناث، حيث أن هذا السن مرحلة خطر بالنسبة لهن، لذا فهن لا يتقبلن المرض إطلاقا وهذا بعكس سن [35-44] حيث انعدمت النسبة في هذه السن بالنسبة للذكور عكس الإناث وهذا ما يدل على أن هذا السن هو الذي يمثل مرحلة الخطر بالنسبة لجنس الذكور خاصة وان كان متزوجا.

أما عن نظرة السخط والتذمر فنجد أعلى نسبة من صرحت بذلك هي عند الإناث في سن [35-44] أيضا مقارنة بجنس الذكور حيث أن النسبة قليلة جدا في هذه السن وهذا يدل على سخط الإناث أكثر من الذكور وتذمرهن من المرض الذي شكل لهن مشاكل اجتماعية، ولعل هذا ما جعل منهن ينظرن إليه نظرة السخط والتذمر أكثر من الرجال.

أما فيما يخص وجود نظرة أخرى مخالفة فنجد النسبة عند الذكور أكثر من الإناث وذلك في الفئة الأولى والثالثة بالنسبة لهم، والفئة الأولى بالنسبة للإناث وهذا ما يدل على أن الفئة الأولى لكلا الجنسين لا يستطيع التمييز في نظرتها للمرض بعكس الفئات الأخرى.

الجدول رقم (55):- نظرة المرضى لمرض القصور الكلوي وارتباط ذلك بمتغير الجنس والمستوى التعليمي-

المجموع	إناث					ذكور					متغير الجنس والمستوى التعليمي نظرة المرضى
	جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	أمي	جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	أمي	
%100 6	16.66 %	0	0	0	%16.66 1	%16.66 1	%16.66 1	0	%16.66 1	%16.66 1	قضاء وقدر
%100 6	0	%33.33 2	16.66 %	%16.66 1	0	0	0	%16.66 1	0	%16.66 1	سخط وتذمر
%100 3	0	0	33.33 1	0	0	33.33 1	0	33.33 1	0	0	أخرى
%100 15	%6.66 1	%13.33 2	13.33 %	%6.66 1	%6.66 1	%13.33 2	%6.66 1	%13.33 2	%6.66 1	%13.33 2	المجموع

إن نسبة 16.66% من الذكور في المستوى الأول والثاني والرابع والخامس (أمي، ابتدائي، ثانوي، جامعي) صرحوا بنظرتهم للمرض على أنه قضاء وقدر هذا بالإضافة إلى جنس الإناث حيث نجد نفس النسبة في المستوى الأول والخامس (أمي، جامعي). أما بالنسبة لنظرة السخط والتذمر فنجد نسبة 33.33% من الإناث في المستوى الثانوي يصرحن بذلك بعكس جنس الذكور حيث انعدمت النسبة في هذا المستوى. وفيما يتعلق بنظرة أخرى مخالفة فنجد نسبة 33.33% في المستوى (متوسط، جامعي) بالنسبة للذكور والمستوى المتوسط بالنسبة للإناث.

• من خلال هذا الجدول يتضح عدم ارتباط الجنس والمستوى التعليمي بالنظرة التي يشكلها المرضى عن المرض وذلك لوجود نسبة من المستوى الأول (أمي) والمستوى الخامس (الجامعي) من صرحت بنفس النسبة لنظرتها للمرض على أنه قضاء وقدر وذلك لدى كلا الجنسين مما يوضح عدم الترابط بين النظرة للمرض والجنس، كما أننا نجد نظرة السخط عند الإناث في المستوى الثانوي وانعدمت عند الذكور، وهذا قد يكون راجعا لدرجة تأثيره الكبير عند هذه الفئة دون الفئات الأخرى، فجعل منهن ينظرن للمرض نظرة السخط والتذمر.

الجدول رقم (56):- نظرة المرضى لمرض القصور الكلوي وارتباط ذلك بمتغير الجنس والحالة الاجتماعي-

المجموع	إناث			ذكور			الجنس والحالة الاجتماعية
	مطلق	متزوج	أعزب	مطلق	متزوج	أعزب	
%100 6	0	0	%33.33 2	0	16.66 1	%50 3	نظرة المرضى قضاء وقدر
%100 6	%16.66 1	%50 3	0 0	0 0	16.66 1	%16.66 1	سخط وتذمر
%100 6	0	0	%33.33 1	0	0	%66.66 2	أخرى
%100 15	%6.66 1	0 3	0 3	0 0	%20 2	0 3	المجموع

إن نسبة 50% من الذكور في الحالة الاجتماعية الأولى (أعزب) من صرحوا بنظرتهم للمرض على أنه قضاء وقدر، هذا بالمقارنة مع جنس الإناث حيث نجد نسبة 33.33% في هذه الحالة، بينما نجد نسبة 16.66% من الذكور في الحالة الاجتماعية الثانية (متزوج) صرحوا بهذه النظرة وانعدمت النسبة عند الإناث في هذه الحالة الاجتماعية. أما فيما يخص نظرة السخط والتذمر فنجد نسبة 50% من الإناث في الحالة الاجتماعية الثانية (متزوج) من صرحوا بهذه النظرة، هذا مقارنة مع جنس الذكور في هذه الحالة حيث نجد نسبة 16.66% ونفس النسبة في الحالة الاجتماعية الأولى للذكور والحالة الاجتماعية الثالثة للإناث.

أما عن وجود نظرة أخرى مخالفة فنجد نسبة 66.66% من الحالة الاجتماعية الأولى (أعزب) عند الذكور، هذا بالمقارنة مع جنس الإناث حيث نجد نسبة 33.33%.

• يتبين بوضوح ارتباط متغير الجنس والحالة الاجتماعية بالنظرة التي يشكلها المرضى عن المرض ذلك أن الذكور في الحالة الاجتماعية الأولى (أعزب) أكثر ميلا لنظرة القضاء والقدر مقارنة بالإناث وذلك راجع للوعي الاجتماعي والصحي عند هذا الجنس أكثر من جنس الإناث. هذا الجنس الأكثر ميلا لنظرة التذمر خاصة في الحالة الاجتماعية الثانية (متزوج) ولعل ذلك راجع لشدة تأثيره على مكانتهم داخل أسرهم. وهكذا يمكننا القول أن لدرجة تأثير المرض على المريض وبالخصوص على جنس الإناث دور في تشكيل النظرة عن المرض.

1-2- نظرة الأطباء والأخصائيين النفسانيين للتمثلات:

تختلف نظرة المرضى لمرض "القصور الكلوي" عن نظرة الأطباء والأخصائيين النفسانيين، ومن خلال تحليلنا السابق للتمثلات الاجتماعية لمرض "القصور الكلوي" عند المرضى وجدنا أنهم يختلفون فيما بينهم في نظرتهم هاته وذلك يعود لعدة أسباب قد تكون لقوة الوازع الديني، أو قد تكون لدرجة تأثيره على حياته، أو حسب مدة المرض والمستوى التعليمي ... وغيرها من الأسباب التي تمّ بها تفسير هذه الاختلافات والتمثلات. و سنحاول من خلال خطابات الأطباء والأخصائيين النفسانيين معرفة نظرتهم لهذا المرض:

المبحوث رقم (01): (طبيب، 47 سنة، متزوج، تخصص: طب عام، مدة العمل 20 سنة في ميدان الصحة و 6 سنوات في مصلحة تصفية الدم) "مرض القصور الكلوي مرض محبط، يفقد الأمل عند صاحبه وهو جدّ صعب وخطير ويصعب تقبله من قبل المرضى".

• **المبحوث رقم (02):** (طبيب، 32 سنة، أعزب، تخصص: طب عام، مدة العمل: سنة واحدة)

"مرض القصور الكلوي مرض خطير خاصّة إن لم يجد المريض الدّعم الكافي من قبل كل الجهات الفاعلة في علاجه، لذا يتطلّب التّعاون من قبل الهيئة الطّبية بما فيها من أطباء أخصائيين نفسانيين، ممرضين، أسر المرضى لتخطّي هذا المشكل".

• **المبحوث رقم (03):** (طبيبة، 35 سنة، عزباء، تخصصّ: طب عام مدّة العمل 4 سنوات)

"مرض القصور الكلوي مرض جدّ صعب خاصّة بالنّسبة للمريض، فلا أحد يشعر بخطورته وشدّته إلّا من كان مريضا به، فرغم أنّي طبيبة بهذا المركز، وأعلم ما يشعر به المرضى إلّا أنّي لا أستطيع أن أصف صعوبة هذا المرض حقا، لأنّه يتطلّب عدّة شروط لتقليل شدّته، و تقبّله".

• **المبحوث رقم (04):** (طبيبة، 30 سنة، الحالة الاجتماعية متزوجة تخصصّ: طب عام مدة العمل 4 سنوات مباشرة في هذا المركز)

"أصعب مرض بعد مرض السرطان، هو مرض القصور الكلوي، لأنّه يتطلّب العلاج اليومي ومداومته، كما أنّه يؤثّر على كافة حياة المريض ممّا يضعه في موقف جدّ صعب ولا يتقبّل المرض".

• **المبحوث رقم (05):** (طبيبة، 31 سنة، متزوجة، من أصل حضري تخصصّ أمراض الكلى، مدّة العمل سنة واحدة)

"مرض القصور الكلوي من الأمراض الخطيرة والأمراض الصامتة التي قد لا تظهر أعراضها على المريض سوى بعد إصابته به، وتعرّضه لهذا العجز الكلوي كما أنّه صعب من خلال أنّه يحطّم هويّة وبيني هويّة أخرى للمريض"

• **المبحوث رقم(06):** (أخصائية، 2 سنة، حضري، مدّة العمل 4 سنوات)

تقول: "مرض غير جيّد، فهو خطير ويعتبر عائق أمام المريض في أداء أدواره خاصّة للتعلم، أو أيا كان في مجال العلم، كما أنّه يؤثّر على كافة مجالات حياة المريض، فيشعر دائما بأنّه معاق، وأنّه عاجز عن أداء بعض الأدوار والوظائف ومثال ذلك السفر الذي لا يتمّع به المريض لأنّ الآلة تعتبر عائق أمام ذلك " وتقول في نظرة المرضى لهذا المرض أنّهم دائمي القلق وذلك خوفا من الموت .

• **المبحوث رقم (07):** (أخصائية، 27 سنة، مدّة العمل 3 سنوات)

"يعتبر هذا المرض من الأمراض الأكثر حدّة وازمانا من الأمراض الأخرى وذلك لارتباطه بالمستشفى، فهو مرض جدّ خطير".

• مايتبين لنا من تصريح الأطباء والأخصائيين النفسانيين هو توحد النظرة لهذا المرض الذي يعتبره الجميع مرضا صعبا وخطيرا ولا يشعر به أحد سوى المصاب به، فبالنسبة للأول يرى بأن المريض يفقد كل الآمال والطموحات بسبب هذا المرض المزمن، أما الثاني فيرى ضرورة توحد الجهود لتقليل حجمه وذلك لأنه مرض صعب يتطلب ضرورة ذلك، كما نجد من يرى بأنه من الأمراض الصعبة بعد مرض "السرطان" لأنه يلزم صاحبه التردد على المستشفى الذي يتعبه كثيرا وبالتالي يصبح المرض عائقا أمام طموحاته وحياته ككل خاصة بالنسبة للمتعلّمين كما تقول الأخصائية النفسانية فهذا المريض يشعر بأنه معاق نظرا لأنه يملك القدرة على المواصلة إلا أنّ المرض يعوقه أمام تأدية ذلك .

• **المبحث رقم (08):** (أخصائية، 26 سنة، مدة العمل 4 أشهر)

" لا أرى في هذا المرض سوى أنه الموت الأكيد، وهذا النوع من العلاج به سلبيات 100% أكثر منها ايجابيات فهو يتسبب في الضعف الجسدي للمريض إضافة إلى عدّة أمور أخرى، أما ايجابياته فهي تصفية الدم لمواصلة الحياة".

• ما تبين لنا هنا صورة أخرى لمرض **القصور الكلوي** مخالفة للتصورات الأخرى فهو يعني الموت الأكيد، فكما تقول الباحثة، إنّ سلبياته أكثر من إيجابياته فهو يؤثر على الناحية الجسدية للمريض وعلى المكانة الاجتماعية له وعلى عمله وبالتالي الإيجاب الوحيد كما تقول يكمن في إمكانية البقاء على قيد الحياة ولو لفترة ما أمّا نهايته فهو الموت، وكل من يصاب بهذا المرض فيعني موته الأكيد .

• **التحليل السوسولوجي العام:**

الجدول رقم (57):- نظرة الأطباء والأخصائيين النفسانيين لمرض القصور الكلوي-

النسبة	التكرار	نظرة الأطباء و الأخصائيين
87.5%	7	خطير
12.5%	1	الموت الأكيد
100%	8	المجموع

أن نسبة 87.5% من الأطباء والأخصائيين النفسانيين الذين يرون في مرض القصور الكلوي انه مرض خطير، هذا بالمقارنة مع نظرة الموت الأكيد حيث نجد نسبة 12.5%.

• إن أهم ما تبين لنا من هذا الجدول اختلاف نظرة مسؤولي الهياكل عن نظرة المرضى لمرض القصور الكلوي حيث أنهم ركزوا بالخصوص على أنه مرض من الأمراض الخطيرة التي تأتي بعد مرض القصور الكلوي كما صرح به أحد الأطباء وأنه يحتاج لتضافر عدة جهود لتقليل زيادته.

أما النظر إليه على أنه الموت الأكيد فنجد نسبة قليلة مقارنة بالأولى، وهذا ما يدل على تقليل تعظيم خطورة المرض من قبل الأطباء والأخصائيين النفسانيين. ما يمكن أن نستخلصه من التمثلات الاجتماعية لمرض "القصور الكلوي" أنه من الأمراض المزمنة والجّد صعبة خاصة عند المرضى، حيث أنهم يجدون صعوبة في التأقلم معه وتقبّله، هذا المرض الذي أصبح جزءاً من حياتهم، لذا ليس أمامهم سوى مسابرتهم ليتمكّنوا من العيش، ولكن رغم هذا فإنهم يشكّلون عدّة تمثّلات حوله، فرغم أنهم يعانون نفس المرض إلاّ أنهم يختلفون في تصوراتهم له ولعلّ ذلك يعود للمكانة الاجتماعية التي يحتلها المريض داخل أسرته، وتأثير المرض على هذه المكانة، وإضافة إلى السنّ كعامل محدّد لهذه التمثّلات حيث أنّ البالغ في السنّ وعدم تأثير المرض على أدواره الاجتماعية يجعل تصوّره للمرض مخالف للذي هو صغير في السنّ .

وأيضاً من العوامل المحدّدة للتمثّلات هو مستوى الوعي الاجتماعي والصّحي لدى المريض وقوّة الوازع الديني عنده .

ومن خلال تصريحات المبحوثين وجدنا أنّ من التمثّلات الاجتماعية لهذا المرض هو أنّه قضاء وقدر من عند الله، والبعض الآخر ينظر إليه نظرة السخط و التذمر نتيجة تأثيره على حياتهم. أمّا نظرة الأطباء فهي مخالفة للمرضى حيث يرون بأنّه مرض خطير للغاية وأنّه ليس مختلفاً عن مرض " السرطان "، فهو من الأمراض الجّد صعبة كما نجد تصريح آخر يقول بأنّ هذا المرض يعني الموت الأكيد.

2- التفاعل بين الطبيب و المريض:

كنا قد تعرّضنا في مرحلة سابقة للعلاقة العلاجية ما بين الطبيب والمريض وذلك في بناء نموذج التحليل وكيف أنّ هذا الموضوع قد لقي عدّة اهتمامات ومن طرف عدّة باحثين سوسيولوجيين أمثال "تالكوت بارسونز" عن الأدوار العلاجية لكل من الطبيب والمريض و"إيليو فريديسون" عن هذه الأدوار ومهنة الطب¹ إضافة إلى دراسة "جوبلينغ Jobling" و"ويليامز Williams" ودراسة "كاربين Carbin" و"ستروس Strauss" حيث ركزوا في دراساتهم على الأمراض المزمنة وكيفية معاشة هذا المرض من قبل المرضى، وما أضافه كل من "كاربين وستروس" في دراستهم عن هذه الأمراض هو أنّ ما لدى المزمّنين من طاقات وأنشطة يتوزّع في العادة على ثلاث مجالات: يتعلّق الأوّل منها بالعمل المرضي الذي يتّصل بتناول الأدوية وتقبّل المعالجات في أوقاتها، وهذا ما أدرجناه في موضوعنا "القصور الكلوي" وسنحاول التّركيز على ذلك في هذا الفصل، وهناك العمل اليومي الذي يتعلّق بتلبية الاحتياجات اليومية العادية، أمّا المجال الثالث فهو العنصر البيوغرافي الذي يعيد فيه المريض استرجاع التفاصيل الدّقيقة في سيرة حياته وذكرياته بحيث تصبح جزءاً لا يتجزأ من حالته المرضية ومخزونه الشّعوري، ويؤدّي ذلك

¹-R. Boudon et Al, op. ,cit ,pp 114,115.

في كثير من الأحيان إلى تعديل في صياغة هويّاتهم تجاه أنفسهم ومن يحيطون بهم¹ أي تأثير المرض على حياتهم الاجتماعية، وهذا ما تمّ معالجته في فصل سابق واستنتجنا من خلاله أنّ لمرض "القصور الكلوي" كمرض من الأمراض المزمنة حقا تأثير على مكانة المريض داخل أسرته إضافة إلى تأثيره على عمله وبعض الجوانب الأخرى كالسفر والزواج وعدم القدرة على الإنجاب... وغيرها من الآثار الجانبية لهذا المرض.

فإنّ ومن خلال هذه النقطة التي تعدّ المحور الأساسي في موضوعنا سنتطرق وبشكل من التحليل للتفاعل ما بين الطبيب والمريض خلال عمليّة العلاج بدءا من أول لقاء لتشخيص المرض واكتشافه ثمّ تقديم العلاج المناسب والشروع في المتابعة العلاجيّة لمرض القصور الكلوي وهكذا تنشأ علاقة علاجية ما بين الطبيب والمريض هاته التي تتوقّف طبيعتها على مجموعة من المحدّات التي تمّ الإشارة إليها سابقا.

2-1- مميزات التكفل بمرضى القصور الكلوي:

إنّ دور الطبيب هو فهم وتقييم الشكاوى التي يذكرها المريض له وتفسير الأعراض التي يعاني منها، وتحديد نتائجها على المريض في الحاضر والمستقبل، والسيطرة على الحالة بشكل ما من أجل مصلحة المريض. وتحتّم طبيعة هذا الدور ألاّ يهتمّ الطبيب فقط بحالة المريض من الناحية الفيزيقيّة بل أن يهتمّ بالإنسان باعتباره كلاً متكاملًا.²

وهكذا فإنّ عمليّة تشخيص المرض تعدّ العمليّة الأولى من مراحل اكتشاف المرض وعلاجه، حيث يجد الطبيب والمريض صعوبة في أول لقاء لأنّ كليهما يعتنقان أفكارا ومفاهيم مختلفة تماما عن المرض، فتتشكّل وجهات نظر الطبيب - إلى حدّ كبير - من خلال تدريبه المهني وخبرته العلاجيّة في حقل الطب. أمّا وجهات نظر المريض فهي تتأثر بحاجته الملحة إلى مواجهة مشكلة معيّنة وتصحيحها أو علاجها فضلا عن اصطباغها بطابع الفهم الاجتماعي والثقافي لطبيعة تلك المشكلة وهنا في العلاقة بين الطبيب والمريض، يحدث اللقاء أو ربّما الافتراق أحيانا بين ثقافتين مختلفتين تماما وهما ثقافة العامّة والثقافة المهنية الطبيّة.³

إنّ يمكن القول أنّ الطبيب يختصّ كما يختصّ المريض في عمليّة تشخيص المرض حيث أنّ الأوّل هو المسؤول الأساسي عن ذلك، إلّا أنّ للثاني أيضا دورا مهما في ذلك فبواسطته يتعرّف الطبيب على المرض ويستطيع تشخيصه ووصف الدواء اللازم لعلاجّه، والمتابعة العلاجيّة إذا كان المرض مرضا مزمنًا وهكذا فإنّ هذه العمليّة تتوقّف على كلا الطرفين إلّا أنّ الطبيب هو الذي يعنى أكثر بذلك من خلال الأسلوب الذي يعتمده في عمليّة

¹- أنتوني غندز، كارين بيردسال، مرجع سابق، ص 242، 243.

²- محمد علي محمد وآخرون، مرجع سابق، ص 249.

³- نفس المرجع، ص 157.

التشخيص، وتغيير هذا الأسلوب من حين لآخر وذلك لمواكبة التغيرات التي تحدث في المجتمعات إضافة إلى الأخذ بعين الاعتبار الظروف الاجتماعية للمريض .
كما يعتمد في التشخيص أيضا على الشك في عملية العلاج هذه الخطوة التي ترافق الطبيب طيلة المسار العلاجي للمريض من حيث وصف الأدوية وتقديم الإرشادات والنصائح اللازمة لتفادي تضخم المرض وغيرها من الأمور التي تدخل في نطاق عملية تشخيص واكتشاف المرض، ولذا سنحاول في هذه النقطة بالذات معرفة مميزات التكفل بمرضى القصور الكلوي إضافة إلى عملية الشك لدى الأطباء في مهنتهم، وتغيير أسلوب العلاج .

• **المبحث رقم (01):** (طبيب، 47 سنة، متزوج، تخصص: طب عام، مدة العمل 20 سنة في ميدان الصحة و 6 سنوات في مصلحة تصفية الدم)
بالنسبة لمميزات التكفل بمرضى "القصور الكلوي" يقول أنّ هذا المرض يمرّ بعدة مراحل منذ بداية ظهوره:

1- الإصابة بمرض الكلى : هنا يتعرّض الفرد لعدة عوامل تكون السبب في الإصابة بمرض الكلى، وعند توجّهه للطبيب فإنّه يقوم بتشخيص المرض من خلال العمليات الطبية اللازمة لذلك، وقد لا يدري المريض عن المرض ويأتي لعلاج مرض آخر، ولكن بعد عملية التشخيص نكتشف وجود هذا المرض "مرض الكلى" فنقدّم الدواء والحمية اللازمة وذلك لعدم تفاقمه ويتمّ تنبيه المريض إلى خطورة عدم الالتزام حتّى لا يتعرّض لمرض الكلى الحاد.

2- الإصابة بمرض الكلى الحاد : إنّ عدم التزام المريض بالدواء والحمية اللازمة يؤدي به للوصول إلى مرض الكلى الحاد وهو أقلّ من الإزمان حيث يمكن تقليل حجمه، أمّا الإصابة بالإزمان الكلوي، فليس لذلك أيّ علاج سوى عملية "غسل الكلى"، كما أنّ إمكانية التعرّض لمرض الكلى الحاد قد يحدث رغم الالتزام بالحمية

3- الإصابة بالإزمان الكلوي : يصل مريض الكلى إلى هذه الحالة المزرية و التي تتطلب منه المتابعة العلاجية المرتبطة ارتباطا وثيقا بالمستشفى من خلال عملية "غسل الكلى" التي تكون عادة يوما بعد يوم أي ثلاث مرّات في الأسبوع ولمدة أربع ساعات في كلّ مرّة، وقد تكون ليومين فقط، وذلك حسب تضخم الحالة وتفاقم المرض، هذا إضافة إلى الأدوية التي تلازم المرض وعند الوصول لهذه الحالة فإننا نجد صعوبة في إخبار المريض فنخبر أسرته بذلك حسب حالته النفسية ومكانته الاجتماعية.

4- مرحلة زرع الكلى: بعد دخول المريض لمركز "تصفية الدم" نحاول إقناعه بضرورة زرع كلية إن وجد متبرعا لذلك، وإنّ هذه المهمة يختصّ بها الأخصائي النفسي لذا فإنّ وجودهم ضروري في هذا المركز إضافة للعلاج الطبي لمرض "القصور الكلوي" فإنّ العلاج النفسي ضروري جدّا لهم حيث يلعب الأخصائي النفسي دورا أساسيا بهذا المركز

من حيث مساعدتنا في شرح المرض للمريض، إضافة إلى التأهيل النفسي لهم خاصة المرضى الجدد الذين يجدون صعوبة في تقبل المرض والعلاج بالآلة، إضافة إلى تشجيعهم على زرع الكلى .

إضافة للعلاج الطبي والنفسي يتم التكفل بمرضى "القصور الكلوي" أيضا من الناحية الاجتماعية من خلال الجمعيات الخيرية المختصة لهم وهذه الجمعيات تقدم المساعدات الاجتماعية لكافة المرضى خاصة للمحتاجين.

كما أن التكفل بهم يكون أيضا على المستوى العائلي حيث تلعب الأسرة دورا أساسيا في عملية العلاج.

هذا فيما يخص مميزات التكفل بمرضى "القصور الكلوي" أما بالنسبة للشك في عملية العلاج فإن المبحوث يصرح بأنه يشك كثيرا في العلاج الذي يقدمه حيث أنه يعيد تقييم ذلك، لأن هذه المهنة مهنة صعبة خاصة في دول العالم الثالث كما يقول، وأن هناك فرقا بين الجانب النظري الذي درسه وبين الواقع فعلا، لذا فإن الشك يكون دائما في التشخيص وتقديم العلاج المناسب وهذا ما يستدعي دائما التغيير لأن في كل مرحلة معلومات جديدة في الأبحاث العلمية تلزم علينا مسايرتها وتلزم علينا ضرورة الإطلاع والقراءة الدائمة على الأقل لمدة ساعتين في اليوم .

● **المبحوث رقم (02):** (طبيب، 32 سنة، أعزب، تخصص: طب عام، مدة العمل: سنة واحدة)

بالنسبة لمميزات "القصور الكلوي"، فإن ما يضيفه هذا المبحوث عن الأول هو التركيز على عملية التحاليل والإشعاعات في عملية تشخيص المرض إضافة إلى كيفية العلاج بعد التعرض للإزمان الكلوي، حيث أنه يقول: "أن هذا المرض يتطلب الجهد الكبير لتقليل حجمه وذلك من خلال عملية التعاون بين الطاقم البشري العامل بالمستشفى، ومن خلال توفير الجو الملائم داخل أسرته" كما يشير إلى أن من مميزات التكفل بهذا المرض هو وجود الآلة التي تعد أساسية في العلاج، لا بد من ضرورة تقبل المريض لذلك، حتى يتم تقليل حجم المرض، وأن مريض الكلى لا يمكن أن يصل إلى مرحلة الشفاء الكلي إلا من خلال عملية زرع الكلى وهذا ما يتخوف منه جميع المرضى فلا يتقبلون ذلك حتى وإن وجدوا متبرعا .

وعن الشك في العلاج فإنه يقول أن ذلك عملية أساسية في العلاج الطبي حيث أنه يشك أحيانا كثيرة في نوعية العلاج والتشخيص الذي قام به إضافة إلى نوعية الدواء الذي وصفه.

وبالنسبة لإحداث التغيير في أسلوب العلاج يقول: "أقوم بذلك بسبب التغييرات التي تحدث في إطار الأبحاث العلمية الطبية، أما عن الهدف من ذلك فإنه للارتقاء بهذه المهنة

إلى درجة أعلى من التطور، وأنّ التغيير يكون عادة في الأسلوب الذي أعامل به المرضى، حيث أنني أتخذ أحيانا أسلوب المسايرة وأحيانا أخرى أسلوب القوة لأنّ المرضى لا يتقبلون في العادة فكرة المرض والتشخيص، لذا نجد صعوبة في إخبار المريض عن مرضه خاصة إذا كان مرضا مزمنًا كمرض " القصور الكلوي "، إلا أنني أخبر كلا الطرفين – المريض والأسرة – وذلك حسب المكانة الاجتماعية للمريض ودرجة تقبله للمرض .

• **المبحث رقم (03):** (طبيبة، 35 سنة، عزباء، تخصص: طب عام، مدة العمل 4 سنوات)

لم تضيف أيّ جديد إلى المبحثين السابقين عن مميزات التكفل بمرضى "القصور الكلوي" سواء عن مراحل التشخيص، أو عن عملية المتابعة العلاجية أمّا فيما يخص الشك في عملية العلاج فشأنها شأن الآخرين، تشك في العلاج وتقول: "أتوقع كثيرا رجوع المريض رغم الحرص الشديد في التشخيص جيدا وتقديم الدواء النافع إلا أنّ الشك ضرورة في مهنة الطب".

وهي تقوم بتغيير أسلوب العلاج من حين لآخر وذلك لتجاوز الروتين الذي يعيش به كافة الطاقم البشري العامل بهذا المركز وكافة المرضى أيضا فلا نجد أيّ تجديد المرضى أنفسهم، وأسلوب المتابعة العلاجية نفسه، هذا ما يوقع الجميع في الروتين الذي يصعب كثيرا تجاوزه، حيث ترغب المبحوثة كثيرا في الخروج من هذا المركز لأنها تشعر بأنّ مجال الخبرة به متوقّف تماما عن الزيادة والتطور .

• **المبحث رقم(04):** (طبيبة، 30 سنة، الحالة الاجتماعية متزوجة تخصص: طب عام مدة العمل 4 سنوات مباشرة في هذا المركز)

إنّ الجديد عند هذه المبحوثة في التكفل بمرضى "القصور الكلوي" هو تركيزها على إخراج المريض من الحالة النفسية التي يتموقع بها من جرّاء المرض وإعطاءه الأمل في الحياة من خلال ضرورة تقبل الآلة لتقليل حجم المرض كما ركزت كثيرا على الحمية اللازمة في هذا المرض.

وهي لا شك أبدا في العلاج الذي تقدّمه وفي حالة الشك فإنّها تقدّم الدواء الذي ينفع ولا يضرّ إن تحتم الأمر وشكّت في العلاج، كما أنّها تغيّر كثيرا من أسلوب العلاج وذلك أيضا لتطور الأبحاث العملية الطبية إلا أنّ التغيير بهذا المركز يكون قليلا لعدم وجود حلول أخرى لهذا المرض سوى عملية "التصفية" عن طريق "الآلة"، أمّا التغيير فيكون في أسلوب التعامل مع المرض، وأيضا في عمليات التشخيص الأولية للمرض، أو في نوعية الأدوية التي تقلّل من تفاقم حجم المرض .

• **المبحوث رقم (05):** (طبيبة، 31 سنة، متزوجة، تخصص أمراض الكلى مدة العمل سنة واحدة)

بالنسبة للتكفل بمرض "القصور الكلوي" تقول أن ذلك يتم عبر مراحل ثلاث:

1- مرحلة اكتشاف المرض في بدايته: نقوم ببذل أقصى الجهود لحماية الكلى من خلال تقديم الأدوية والحمية اللازمة.

2- مرحلة اكتشاف المرض: بعد اكتشاف وجود مرض "اللازمان الكلوي" فإننا نقوم بتأهيل المريض من كافة النواحي النفسية من قبل الأخصائي النفسي والناحية الاجتماعية من خلال تأهيل أسرته لذلك لتوفير الجو الملائم للمريض والتأهيل الطبي من خلال التحاليل والإشعاعات وتقديم الأدوية والحمية اللازمة، ثم خلق الأوردة التي يتم بها إيصال أو ربط الآلة بالجسد ويقوم بذلك الطبيب الجراح .

3- مرحلة تصفية الدم: بعد تأهيل المريض من كافة النواحي تأتي أخيراً مرحلة "غسل الكلى" ويتطلب من المريض هنا التردد على المركز يوماً بعد يوم لإجراء التصفية، كما يتم متابعتها من كافة النواحي حتى يتقبل المريض مرضه.

لا تشك المبحوثة أبداً في العلاج الذي تقدمه، أما الشك فيكون قبل تقديم ذلك وفي هذه الحالة فهي تستشير الأكثر خبرة وكفاءة منها حتى لا تقع في مشاكل قد يصعب حلها.

وتقول: " أقوم بالتغيير في أسلوب العلاج وذلك لمواكبة التطورات الحاصلة في مجال مهنة الطب حيث تجري اجتماعات علمية تناقش فيها قضايا خاصة بالمهنة ويلزم علينا الأخذ بذلك".

• التحليل السسيولوجي العام:

ما يمكننا أن نتبينه من تصريحات المبحوثين – الأطباء – عن تشخيص المرض واكتشافه، وعن مميزات التكفل بمرضى "القصور الكلوي" هو أن هذا المرض يعدّ من الأمراض الصعبة والذي يتدرّج عبر عدّة مراحل إلى أن يصل إلى مرحلته النهائية "العجز الكلوي" فكما أشار الجميع فهو يمرّ بثلاث مراحل :

1- مرحلة التعرض للمرض : تتسبب عدّة عوامل طبيعية وعوامل اجتماعية في الإصابة بمرض "الكلى" هذا المرض الذي يتطلب الإسراع لعلاجه وهو في أول مراحل حيث يقوم الطبيب هنا بتشخيص المرض ومعرفة مع ما يصرّح به المريض من أعراض تواجهه وتقديم المساعدة لعدم تفاقمه من خلال الالتزام بتناول الأدوية التي يصفها الطبيب ومن خلال إتباع الحمية اللازمة، لذلك يقوم الطبيب في التشخيص بإجراء كافة التحاليل اللازمة لمعرفة المرض واكتشافه إضافة لما يصرّح به المريض، ويقدم الأدوية والنصائح اللازمة

لعدم تفاقمه كما يقوم في هذه المرحلة بتأهيله نفسيا واجتماعيا بأنه قد يتعرّض "للعجز الكلوي" لذا لابدّ من ضرورة الالتزام بما يقدّم له .

2- **مرحلة القصور الكلوي الحاد**: تعدّ هذه المرحلة أقلّ حدّة من القصور الكلوي للكلّي، حيث أنّ تفاقم وتآزم كلّي المريض، يؤدّي به إلى مرض الكلّي الحاد وذلك قد يكون أحيانا كثيرة لعدم الالتزام بالنصائح.

3- **مرحلة القصور الكلوي المزمن**: تعدّ هذه المرحلة قبل الأخيرة أو لنقل المرحلة الأخيرة من مرض الكلّي حيث تعجز الكلّي كليا عن أداء وظيفتهما ويلزمهما في هذه الحالة إجراء "التّصفية" التي تكون طيلة حياة المريض، كما نجد مرحلة أخرى وهي مرحلة "زرع الكلّي" وهذه الحالة تكون نادرة وقليلة لتخوّف المرضى منها وعدم وجود المتبرّع .

إضافة إلى أنّ هذا المرض يتطلّب التّكفّل من كافة النّواحي:

1- **التّكفّل الطّبي** : يسهر كافة الطّاقم البشري العامل بالمستشفى من أعلى الهرم إلى أدناه من الأطباء إلى عمال النّظافة على التّكفّل بالمريض حيث يقوم الطبيب بالتّشخيص ووصف الأدوية والحماية اللازمة، ويقوم الإداري بتجهيز ملف المريض لدخوله المركز كما يقوم الطّاقم شبه الطّبي بتنفيذ العلاج والوقوف مع المريض منذ بدء العلاج إلى خروجه منه. كما يختصّ أيضا بشرح المرض وتنبيه المريض لضرورة الالتزام بالنّصائح اللازمة لعدم تفاقم المرض.

أمّا عمال النّظافة فإنّهم ملزمون بعملية التّنظيف لتفادي انتقال وانتشار الجراثيم والميكروبات التي تنتشر بسرعة ويتطلّب مكافحة ذلك.

هذا إضافة إلى عمال سيّارة الإسعاف والحارس... وغيرهم ممّن يسهرون على راحة المريض والتّكفّل بهم .

2- **التّكفّل النّفسي** : وهي مهمة الأخصائي النّفساني حيث يعدّ وجوده مهما جدّا في مركز "تصفية الدّم" حيث يلعب دورا أساسيا في تأهيل المريض للعلاج فبعد عمليّة التّشخيص، يطلب من الأخصائي شرح المرض وشرح العلاج والحماية اللازمة، كما يختصّ أيضا بتقليل الصّدمة النّفسية التي يقع بها نتيجة عدم تقبّل المرض وتقبّل العلاج بالألّة، وهذا في حالة المريض الجديد أمّا في حالة المرضى القدامى، فإنّهم يهيئونهم نفسيا كلّما استدعت الضرورة ذلك فأحيانا كثيرة ما يأتي المريض وهو منفعل نتيجة المشاكل الاجتماعية التي تواجهه في حياته، لذا يلزم على الأخصائي تقليل هذه الحالة حتى لا يرتفع ضغطه الدّموي ويوقعه في مشاكل مع "تصفية الدّم".

3- **التّكفّل الاجتماعي**: ويكون على مستويين:

3-1- الجمعيات المتخصصة: تختصّ جمعيات خيرية لتقديم المساعدات لكافة المرضى دون استثناء خاصة الذين هم بحاجة لذلك. حيث تقوم بتمويل المرضى ماديا خاصة وتقديم بعض المساعدات الأخرى.

3-2- التكفل الأسري: إنّ للأسرة دور كبير في مساعدة مريض "القصور الكلوي" حيث أنّ صعوبة المرض وصعوبة تقبله تتطلب على الأقل توفير الجوّ العاطفي المناسب لتقبل المرض والعلاج.

وهكذا يمكننا القول أنّ مرض "القصور الكلوي" يتطلب التكفل الكلي ومن جميع النواحي وذلك لصعوبته وصعوبة تقبله، حيث أنّ الطبيب يجد نفسه في موقف صعب جدًا عند اكتشاف المرض المزمن، ومن خلال تصريحات المبحوثين عن إخبار المرضى بذلك فقد صرّح الأغلبية بأنهم يخبرون المرضى مباشرة وذلك حسب الحالة الصحية التي يتموقع بها المريض فإذا كان مغمى عليه أو في حالة قلق شديد من المرض، أو إذا كان صغير السن أو كبير في السن فإنه يتمّ إخبار أسرته التي يمكنها تقديم المساعدة المعنوية أكثر منها مادية وهذا ما يبيّن لنا صعوبة مرض "القصور الكلوي" ليس على المريض فحسب وإنما على الأسرة أيضا والطبيب الذي يقوم بالتشخيص والاكتشاف وتقديم العلاج.

هذا فيما يخص مراحل تشخيص مرض "القصور الكلوي" التي لا يمكن تكميمها في شكل جداول، وذلك للتشابه في الإجابة عن مراحل عملية العلاج أما فيما يخص الشك والتغيير في عملية العلاج فسنحاول وضع جداول لتكميم معطيات المبحوثين و معرفة ذلك:

الجدول رقم (58) :- يتعلق بالشك في عملية العلاج-

النسبة	التكرار	الشك في العلاج
60%	3	نعم
40%	2	لا
100%	5	المجموع

إن نسبة 60% من الأطباء الذين صرحوا بالشك في عملية العلاج، هذا بالمقارنة مع الذين لا يشكون في عملية العلاج حيث نجد نسبة 40%.

- يتبين لنا من الجدول أن نسبة الشك في عملية العلاج أكبر من نسبة عدم الشك ولعل ذلك راجع لطبيعة المهنة والمسؤولية الكبيرة التي تقع على عاتق الطبيب، فهو مسؤول على نفس بشرية يصعب التعامل معها لذا فإن الطبيب دائم الشك في العلاج رغم كفاءته وخبرته المهنية. كما أن مهنته لا تخلوا من وجود بعض العثرات التي قد يقع بها أي طبيب مهما كان مستواه المهني.

الجدول رقم (59) :- ارتباط متغير الجنس بالشك في عملية العلاج-

الجنس	ذكور	إناث	المجموع
-------	------	------	---------

			الشك في العلاج
% 100	% 33.33	% 66.66	نعم
3	1	2	
% 100	% 100	0	لا
2	2	0	
% 100	% 60	% 40	المجموع
5	3	2	

إن نسبة 66.66% من الذكور الذين يشكون في عملية العلاج هذا مقارنة مع نسبة الإناث حيث نجد نسبة 33.33% فقط. أما عن عدم الشك فنجد النسبة الكلية عند جنس الإناث 100% وانعدمت عند جنس الذكور.

- إن أهم ما تبين لنا من الجدول أن جنس الإناث أكثر تخوفاً من جنس الذكور في عملية العلاج، ولهذا فهن لا يقدمن علاجاً قبل التأكد منه، وهذا ما تم اكتشافه من خطابات المبحوثين كحيث أن الإناث صرحن بتخوفهن من تقديم العلاج، وفي حالة الشك سيستشرن الأكثر خبرة منهم، على عكس الذكور إلا أن هذا لا ينفي تخوف الأطباء أيضاً ودليل ذلك عملية الشك التي تتبع المسار العلاجي للمريض.
- الجدول رقم (60): - ارتباط متغير السن بالشك في عملية العلاج-

				السن
المجموع	[51-44]	[44-37]	[37-30]	الشك في العلاج
% 100	% 33.33	0	% 66.66	نعم
3	1	0	2	
% 100	0	0	% 100	لا
2	0	0	2	
% 100	% 20	0	% 80	المجموع
5	1	0	4	

إن نسبة 66.66% في سن [37-30] سنة يصرحون بأنهم يشكون في عملية العلاج هذا مقارنة مع فئة [51-44] حيث نجد نسبة 33.33% وانعدمت النسبة في الفئة الثانية. أما فيما يخص عدم الشك فإننا نجد النسبة الكلية في فئة [37-30] وذلك بنسبة 100% وانعدمت في باقي الفئات.

- يبدو من الجدول عدم الارتباط بين متغير السن والشك في عملية العلاج، حيث أن وجود نسب كبيرة من الذين يشكون ولا يشكون في الفئة الأولى [37-30] دليل على عدم وجود

هذا الترابط، وهكذا فإن هذه العملية لا ترتبط بأي متغير وإنما هي عملية أساسية في العلاج، أما عن الذين لا يشكون فإن ذلك راجع للتخوف الكبير من المسؤولية التي تقع على عاتقهم في حالة أي خطأ لذا فهم يحرصون على تقديم العلاج المناسب أو استشارة ذوي الخبرة.

الجدول رقم (61): - يتعلق بالتغيير في أسلوب العلاج-

النسبة	التكرار	التغيير في العلاج
100 %	5	نعم
00 %	0	لا
100 %	5	المجموع

إن نسبة 100% من الأطباء الذين يقومون بالتغيير في بعض الجزئيات من العلاج هذا مقارنة بالذين لا يقومون بأي تغيير حيث انعدمت النسبة تماما.

• يتبين لنا من هذا الجدول أن النسبة الكلية صرحت بتغييرها لأسلوب العلاج، أو لنقل بعض الجزئيات في عملية العلاج، وذلك لمواكبة التطورات الحاصلة في الأبحاث العلمية، هذا مما يدل على أن هذه المهنة ديناميكية وليست استاتيكية فنتيجة التغييرات والتطورات التكنولوجية الحاصلة في ميدان الأبحاث العملية الخاصة بالطب يتوجب على الطبيب إحداث التغييرات لمواكبة هذه التطورات والارتقاء بالمهنة إلى أرقى حد ممكن.

2-2- الوعي الاجتماعي و الصحي كمحدد للعلاقة التفاعلية بين الطبيب و المريض :

يعتبر المرض تجربة صعبة يعيشها الفرد ولو مرّة واحدة في حياته منذ الطفولة فهو متغيّر لا يخجل ولا يخاف، يمسّ الغنيّ منّا و الفقير، الصغير منّا و الكبير، المرأة والرّجل، وباعتبار الطبيب العارف بتركيب البدن وما يخفي من أسرار يجهلها الإنسان العادي، تتجمّع لدى المريض نوع من مشاعر الخوف والرّهبة من هذا الطبيب، ويمكن لهذه المشاعر أن تؤثر على العلاقة بينهما كطرفين كلاهما في أمسّ الحاجة إلى الآخر و يجد المريض صعوبة في طريقة اختيار طبيبه.

فالعلاقة بين الطبيب و مريضه تعتبر كمقايضة أقيمت ليس بين التّجربة المعاشة والمعرفة العلاجية للطبيب، ولكن كذلك بين معرفة المريض لمرضه والتّجربة المعاشة

للطبيب¹، وعندما يتخلّص المريض من خوفه ويختار الطبيب الذي وجده ملائماً يشرع الطبيب في جعل مريضه الذي منح له ثقته يتعرف بسرعة ممكنة حقيقة مرضه فيبدأ بتوجيه الأسئلة التي يتوقّع الإجابة الصادقة عليها حتّى يتمكّن من اكتشاف المرض وبالتالي وصفه أي شرحه وهكذا إيجاد الدّواء الشّافي له، وكما تقول الباحثة "كريستين رولاند Christine Rolland" "أنّ فاعلية الطبيب تتوقّف على إرادة المريض الذي هو محلّ علاج"² وكما يقول الباحث "كلود ليفي ستروس Claude levé – Strauss" "أنّ الطبيب يهتم بالعمليات الملموسة أكثر من الاهتمام بالكلمات"³. لذا فهم عندما يشخّصون مرض المريض تواجههم إحدى النّظريات الثلاث في العلاج: النّظرية الأولى وهي أن يعالج المريض حسب عمله ومهارته وخبرته متجاهلاً ما قد يشعر به المريض من آلام فلا يهتم الطبيب بالجانب الدّاتي في المريض وإنّما يهتم فقط بوصف الدّواء الذي يراه شافياً للمرض أو أداء العملية الجراحية الضرورية للشّفاء، أمّا النّظرية الثّانية أنّه لا يجب على الطبيب أن يحاول تخفيف الآلام على المريض فقط وإنّما يجب عليه أيضاً في تشخيصه وعلاجه للمريض أن يضع في اعتباره كل ما يحيط به من ظروف، خصوصاً في حالة الأمراض العقلية والعصبية أمّا النّظرية الثالثة فإنّها لا تتجاهل إحساسات المرضى بالآلام كما ترى النّظرية الأولى، وإنّما تهتم، بها وتوصي بتخفيفها، ولكنها لا تهتم كثيراً بتشخيص المرض في إطار البيئة الخارجية التي تحيط بالمريض، وإنّما تهتم اهتماماً أساسياً بطبيعة الجسم الحي الذي يعمل ككل أو أنّ كلّ الوظائف الحيوية تعمل بها معا⁴.

فإنّ إضافة للنّظريات السوسولوجية السّابقة عن الأدوار العلاجية وكيفية تكوين العلاقة ما بين الطبيب والمريض سنضيف هاته النّظريات الثلاث لمعرفة مدى تدخل الطبيب في الحياة الاجتماعية للمريض والاهتمام بها كجزء لا يتجزأ من العلاج وسنحاول إثبات أو نفي وجود هذه الأهمية والعلاقة الفعّالة ما بينهما من خلال التزام المرضى بتناول الأدوية والالتزام بالنّظام الغذائي وبعض النّصائح المتعلّقة بميدان صحة مريض "القصور الكلوي" إضافة إلى نوعية العلاقة الموجودة بينهم وبين الأطباء من خلال القبول بتغيير بعض الجزيئات في عملية العلاج، وارتباط هذه المؤشّرات بالوعي الاجتماعي والصّحي عند المريض. كما سيتم معالجة هذه العلاقة من خلال الأخذ بوجهات نظر الأطباء فيما يخص بعض مؤشّرات العلاقة كمحاولة التّكلم عن المشاكل والظروف الاجتماعية للمريض أو لنقل أمور أخرى خارج إطار المهنة، إضافة إلى ردّة فعل الطبيب في حالة عدم التزام المريض بالحمية اللازمة، واختلاف العلاقات من مريض لآخر وسبب هذا الاختلاف .

¹-D. Fassin, Y.jaffre, *sociétés – Développement et santé*, paris : ellipse ,1990 , p 212.

²-C.Rolland op ,cit ,p05.

³ - Michel Goudmand, *la relation Malade –Médecin : Relation interpersonnelle Malade –Médecin*, paris : PCEM2 ,2006 ,P03.

⁴ - أحمد محمود صبحي ، محمود فهمي زيدان ، تقديم : مرسي عبد الله محمود، في *فلسفة الطب* ، لبنان : دار النهضة العربية ، 1993 ، ص 132 .

• **المبحوث رقم (01):** (أنثى، 36 سنة، مستوى تعليمي جامعي، تقديم دروس خصوصية، غير متزوجة، الأصل الاجتماعي متوسط، من أصل حضري، مدة المرض 10 سنوات).

تلتزم المبحوثة التزاما كبيرا بتناول الأدوية اللازمة لمرضها وبالإلتباع الحمية اللازمة لذلك. وهي لا توافق أبدا عند إحداث أيّ تغيير في بعض الجزئيات في العلاج وذلك لأنّها تجد الراحة في هذا الأسلوب والطريقة، حتّى أنّها تعالج ليومين فقط في الأسبوع.

• يتّضح لنا بجلاء ارتباط الوعي الاجتماعي والصّحي بالالتزام المريضة **النظام العلاجي** المحدّد لها، هذا الوعي الذي يرتبط بمستواها ومستوى أسرتها التّعليمي والثقافي والاجتماعي، وهذا ما جعل منها تلتزم التزاما كبيرا بهذا النّظام ولعلّ هذا ما يجعل العلاقات جيّدة مع الأطباء رغم عدم قبولها للتّغييرات التي تحدث في بعض الجزئيات العلاجيّة إلا أنّ ذلك مؤشّر على أنّها تمتلك الوعي الكافي لقبول العلاج أم لا، كما يتبيّن لنا أيضا أنّها فاعلة في هذه العملية وليست مطبّقة لكلّ ما تؤمّر به.

• **المبحوثة رقم (02):** (أنثى، 20 سنة، المستوى التّعليمي متوسط عند حدوث المرض والآن تدرس في السنة الثالثة ثانوي عن طريق المراسلة، غير متزوجة، الأصل الاجتماعي متوسط، غير موظفة، من أصل ريفي، مدة المرض 4 سنوات) تقول إنّها لا تلتزم بالأدوية ولا الأوامر أو النّصائح وذلك لأنّها تقوم "بتصفية الدّم" فلما الالتهام.

لا تتقبّل التّغيير مهما كان نوعه لأنّها اعتادت على هذه الطريقة وكلّ جزئيات العلاج فلما التّغيير.

• رغم المستوى التّعليمي للمبحوثة إلا أنّها لا تلتزم **بالنظام العلاجي** وتجعل من الآلة المسؤول الأوّل والأخير عن **النظام** ممّا يوحي لنا أنّ المستوى التّعليمي والوعي الاجتماعي والصّحي الذي قد يكون عند المريض لا يرتبط بمدى التزامه بالعلاج، كما يتّضح لنا أيضا أنّها فاعلة في عملية العلاج حيث لا تتقبّل أيّ تغيير في أيّ جزء كان من العلاج سواء بزيادة يوم أو نقصان يوم أو زيادة الساعات أو نقصانها أو في الأدوية.

• **المبحوث رقم (03):** (أنثى، 31 سنة، المستوى التّعليمي متوسط، غير موظفة، متزوجة ليس لها أطفال، الأصل الاجتماعي فقير، من أصل ريفي ثلاث سنوات دخول تصفية الدّم).

المبحوثة مواظبة كثيرا عن الالتزام بتناول الأدوية وتلبية الأوامر والنصائح إلا البعض منها حيث تقول أنها لا تستطيع، ومثال ذلك بعض الأشغال الثقيلة في البيت، أما عن قبولها التغيير فتقول: " إذا كان بالنسبة لنقص الأيام أو الساعات فإنني أقبل وعلى الفور وأما إذا كان بالزيادة فلن أقبل ذلك على الإطلاق".

• ما يمكن أن نلاحظه من المبحوثة أنه رغم مستواها التعليمي المتدني ومستوى أسرتها إلا أنها تلتزم التزاما كبيرا بالأدوية والنصائح، مما يبين لنا أن الالتزام بالنظام العلاجي لا يرتبط بالمستوى التعليمي والوعي الاجتماعي والصحي عند المريض أحيانا. إلا أن ما يبين نقص الوعي الاجتماعي والصحي عندها حقا هو قبولها بالتغيير السلبي وعدم قبولها بالتغيير الإيجابي مما يوضح لنا نقص الوعي عندها وأنها فاعلة في عملية العلاج فلا تقبل بكل التغييرات إلا ما يخدمها.

• **المبحث رقم (04):** (أنثى، 52 سنة، المستوى التعليمي ابتدائي، غير موظفة متزوجة، أم لستة أولاد، الأصل الاجتماعي غني، من أصل حضري، مدة المرض 6 سنوات ودخول العلاج 5 أشهر)

تواضب المريضة على الالتزام بتناول الأدوية والالتزام بالأوامر، ولكنها في الوقت نفسه لا تقبل بالتغييرات الجزئية في هذا العلاج لأنها تجد الراحة في هذه المداومة .

• ما نلاحظه ارتباط الوعي الاجتماعي والصحي الذي يرتبط بالمستوى التعليمي والثقافي والاجتماعي لأسرتها مع التزامها بالنظام العلاجي، فرغم مستواها التعليمي إلا أن مستوى أسرتها غطى هذا النقص و لعل هذا ما جعلها تلتزم بالحمية العلاجية وهذا أيضا ما جعلها لا تتقبل ببساطة التغييرات الجزئية وذلك لأنها تجد الراحة في هذا العلاج وهذا كله يبين أن للمريضة دور في قبول أو رفض العلاج حسب رغبتها والمستوى الذي تملكه أو تملكه أسرتها.

• **المبحث رقم (05):** (ذكر، 37 سنة، المستوى التعليمي أمي، متوقف عن العمل متزوج، أب لثلاث أطفال، الأصل الاجتماعي متوسط، من أصل ريفي مدة المرض 3 سنوات).

لا يلتزم المريض بتناول الأدوية في كثير من الأحيان، كما لا يلتزم بالأوامر والنظام العلاجي، و لا يقبل التغيير بأي حال من الأحوال.

• يتضح لنا بجلاء الارتباط ما بين المؤشرات الثلاث وهي نقص الوعي الاجتماعي والصحي المرتبط بالمستوى التعليمي والثقافي والاجتماعي لديه ولدى عائلته، إضافة إلى ارتباطها بعدم الالتزام بالنظام العلاجي، وعدم قبول التغيير في العلاج وهذا يؤدي إلى سوء العلاقة العلاجية ما بين الطبيب والمريض.

• **المبحوث رقم (06):** (ذكر، 36 سنة، المستوى التعليمي جامعي، موظف بمدرية الضرائب، أعزب، الأصل الاجتماعي متوسط، من أصل حضري مدّة المرض 17 سنة) لا يلتزم المبحوث بتناول الأدوية ولا يلتزم بالنّصائح و الأوامر أيضا، كما أنّه يتوقّع عدم تغيير الطبيب لتغيير بعض الجزيئات خاصّة و أنّ له مدّة كبيرة جدّا في العلاج بمركز "تصفية الدّم" ولم يحدث أيّ تغيير في هذه المدّة، وفي حالة أيّ تغيير لن يقبل ذلك لأنّه وجد الرّاحة في هذه المدّة من المرض والعلاج.

• إنّ المستوى التّعليمي و التّقافي والاجتماعي لدى المريض ولدى أسرته يرتبط بدرجة الوعي الاجتماعي والصّحي الذي يمتلكه المريض، إلّا أنّه لا يلتزم بنظام العلاج سواء تناول الأدوية أو الالتزام بالأوامر، أو قبول التّغيير وهذا كلّه يبيّن لنا أنّ الوعي الاجتماعي والصّحي لا يرتبط في كثير من الأحيان بالالتزام بالنّظام العلاجي، فقد نجد مرضى يملكون الوعي الكافي للتّفاعل مع مرضهم إلّا أنّهم لا يحبّون الالتزام لتخفيف المرض، ولعلّ هذا راجع لآلة التّي تقوم بدور "التصفية" وتقليل حجم المرض. كما أنّ ما يمكن ملاحظته دور المريض كفاعل في عملية العلاج و ليس متقبّل لكلّ ما يصدر عن الطبيب مهما كان مستوى المريض التّعليمي، وهذا ما يؤدّي إلى سوء العلاقة العلاجيّة في كثير من الأحيان.

• **المبحوثة رقم (07):** (ذكر، 27 سنة، المستوى التّعليمي أمي، حارس بالمستشفى أعزب الأصل الاجتماعي متوسط، من أصل ريفي، مدة العلاج 5 سنوات والمرض 9 سنوات) لا يلتزم المريض بتناول الأدوية ولا الأوامر ويقول: "لا أبالي أبدا بالنّصائح ولا الأدوية فأنا أعيش حياتي كغيري من النّاس، كما أنّني لن أقبل أيّ تغيير مهما كان نوعه لأنّني أجد الرّاحة في هذا العلاج"

• ما يتبيّن لنا ارتباط المستوى التّعليمي بنقص الوعي الاجتماعي والصّحي عند المريض فهو لا يلتزم بالنّظام العلاجي أبدا، ويقول ذلك بكل ثقة و هذا ما تمّ ملاحظته أثناء إجراء الاستجواب مع المبحوث، فهو لا يكثرث بالنّظام المحدّد له و ذلك راجع للمستوى التّعليمي عنده.

• **المبحوث رقم (08):** (ذكر، 17 سنة، المستوى التعليمي الثانية متوسط الأصل الاجتماعي فقير، من أصل ريفي، مدّة المرض 7 سنوات والعلاج 6 سنوات). لا يلتزم المبحوث بتناول الأدوية ولا النّصائح المقدّمة له، وإن غيّر من بعض الجزيئات في العلاج فهو يقبل ذلك بكل بساطة.

• يتّضح لنا نقص الوعي الاجتماعي والصّحي عند هذه الأسرة و المرتبط بالمستوى التّعليمي والتّقافي والاجتماعي لهم، حيث أنّ المريض صغير السنّ وينبغي أن يكون الالتزام

بالنظام العلاجي بالزام من الأسرة إلا أنه لا يكثر لذلك، وعن قبوله التغيير فنظرا لسنه أيضا فهو يقبل بأي شيء نظرا لعدم مسؤوليته عن نفسه.

● **المبحث رقم (09):** (أنثى، 40 سنة، المستوى التعليمي أمي، عزباء الأصل الاجتماعي متوسط، من أصل حضري، مدة المرض 19 سنة).

لا تتناول المريضة الأدوية أبدا، قائلة: "إن أدويتهم بلا فائدة ولا تنفع، وإنما هي مضرّة فكثيرا ما مرضت بسبب أدويتهم، وأنا أحمد الله لأن لي أختا طبيبة تتصحنني".
أما عن الالتزام بالنظام فهي لا تلتزم بذلك وتقول: "إنني أفعل وأكل كل شيء ولكن ذلك لم يضرني قط".

و بالنسبة للتغيير في العلاج فهي لن تقبل ذلك على الإطلاق لأنها تشعر بالراحة في هذا النظام.

● رغم إثباتنا في مرحلة سابقة إلى أن هذه المبحوثة تمتلك الوعي الاجتماعي والصحي الكافي لفهم المرض و الراجع للمستوى الاجتماعي و الثقافي و التعليمي لأسرتها من حيث تقبلها المرض وعدم لجوءها " للطب الشعبي" ووضع الثقة به، إلا أنها لا تلتزم بالنظام العلاجي وهذا ما وجدناه عند بعض المبحوثتين سابقا فرغم مستواهم التعليمي إلا أنهم لا يلتزمون بتناول الأدوية ولا الأوامر و النصائح الضرورية لعدم تفاهم المرض.

كما أن عدم ثقتها بأدوية الأطباء يدل على أنها لا تتناول أي دواء وصف لها و إنما تستشير أولا وتتأكد من ذلك، ولكن رغم هذا فهي لا تتبع الحماية اللازمة لعدم تفاهم المرض، كما أنها لا تقبل أي تغيير وهذا ما يسيء للعلاقة العلاجية بين الطبيب - المريض.

● **المبحث رقم (10):** (أنثى، 38 سنة، المستوى التعليمي ثالثة ثانوي، غير موظفة متزوجة، أم لفتاة واحدة، الأصل الاجتماعي متوسط، من أصل حضري، مدة المرض 7 سنوات، 6 سنوات علاج).

تلتزم المبحوثة التزاما كبيرا بتناول الأدوية كما تحافظ على الحماية المحددة لها وعن التغيير تقول: " أقبل التغيير إن شعرت بالثقة اتجاه الطبيب، أما إن اكتشفت أن ذلك بهدف التجربة فقط فلن أقبل على الإطلاق".

● ما يمكن أن نتبينه من المبحوثة هو امتلاكها للوعي الاجتماعي والصحي المرتبط بالمستوى التعليمي لها و للزوج، وهذا ما تم الإشارة إليه سابقا، هذا الوعي الذي ارتبط عندها بمداومة العلاج، ولعل ذلك راجع لتأثير المرض على حياتها الزوجية ورغبتها في تقليل حجمه، لكي تستطيع المقاومة والاستمرار في الحياة كما أن فكرتها عن التغيير في أسلوب العلاج دليل آخر على وعيها وحرصها على حالتها الصحية.

• **المبحوث رقم (11):** (ذكر، 26 سنة، المستوى التعليمي ابتدائي، موظف في أرض والده، أعزب، الأصل الاجتماعي متوسط، من أصل ريفي، مدة المرض 3 سنوات والعلاج شهر).

يلتزم المبحوث بتناول الأدوية كما يلتزم بالحماية المحددة له، ويقول: "أقبل أيّ تغيير من قبل الأطباء".

• رغم المستوى التعليمي والثقافي والاجتماعي للمبحوث وأسرته إلا أنه يلتزم التزاما كبيرا بالنظام العلاجي المحدد له، كما أنه يقبل بأيّ تغيير مهما كان نوعه وهذا إن دلّ فإنّما يدلّ على أنّ الوعي الاجتماعي والصّحي عند المريض لا يرتبط أحيانا كثيرة بمدى الالتزام بالنظام العلاجي وهذا ما بيّناه وتبيّناه عند هذا المبحوث الذي يقبل أيّ تغيير، ولعلّ ذلك يعود لرغبته الكبيرة في الشفاء ولمدة القليلة التي دخل بها مركز "تصفية الدّم".

• **المبحوث رقم (12):** (ذكر، 59 سنة، المستوى التعليمي الثانوي، موظف لدى الشركات الأجنبية في الصحراء، متزوج، أب لـ 5 أطفال الأصل الاجتماعي غني، من أصل حضري، مدة المرض 4 سنوات والعلاج 3 أشهر)

يتناول الأدوية بالالتزام كما يتبع الحماية اللازمة كما حددها الأطباء، أمّا عن التّغيير فهو يقبل أيّ تغيير والذي عادة يكون في وصفة ونوعية الأدوية.

• إنّ الملاحظ من المبحوث هو ارتباط الوعي الاجتماعي والصّحي عنده بالالتزامه الحماية اللازمة لعدم زيادة المرض وتقليل حجمه، كما أنه يقبل بالتّغيير وهذا دليل على حرصه للتمائل للشفاء.

• **المبحوث رقم (13):** (أنثى، 38 سنة، المستوى التعليمي ثانوي، كانت موظفة بمؤسسة صم البكم، متزوجة مرتين ومطلقة، أم لثلاث أطفال، الأصل الاجتماعي متوسط من أصل حضري، مدة المرض 4 سنوات)

لا تلتزم بالأدوية كما لا تلتزم بالأوامر ولا تتقبّل ذلك أبدا وتقول بالخصوص من الطبيبات، أمّا عن التّغيير فلن تتقبّل هذا التّغيير مهما كان نوعه.

• رغم المستوى التعليمي للمبحوثة إلا أنّها لا تلتزم بالنظام العلاجي كما أنّ تأثير المرض على حالتها ومكانتها في بيت زوجها جعل منها لا تتقبّل الأوامر أو التّعامل مع الطبيبات فهي تضع ثقنها الكلية بالأطباء الرّجال، أمّا النّساء فلا تثق بهنّ أبدا وهذا ما يوضّح تأثير المرض على شعورها بالخوف من فقدان مكانتها كمرأة في المجتمع وهذا ما حدث فعلا حينما طلّقت، كما أنّها لا تتقبّل التّغيير وذلك يدلّ على فاعليتها في العلاج .

• **المبحوث رقم (14):** (ذكر ،32 سنة ،المستوى التعليمي جامعي (اقتصاد)، موظف بمؤسسة البناء والتعمير، أعزب، الأصل الاجتماعي متوسط، من أصل حضري، مدة المرض 6 سنوات).

بالنسبة لالتزام المبحوث بتناول الأدوية فهو مواظب على ذلك وبانتظام ،أمّا عن الأوامر فهو لا يلتزم أحيانا كثيرة بذلك ويقول : " اعتدت على هذا المرض كما اعتاد علي، لذا فأنا أعلم ما يجب وما لا يجب" وعن قبول التغيير فلا يقبل ذلك على الإطلاق لأنه يعلم عن المرض ما فيه الكفاية وهذا حسب قوله.

• رغم الوعي الاجتماعي والصّحي عند المبحوث إلاّ أنّه لا يلتزم بالأوامر ولا يتقبّل التغيير ولعلّ ذلك راجع كما يقول لاعتياده على المرض، وأيضا لكثرة معلوماته عنه ومعرفة ما يجب وما لا يجب وهكذا يمكننا القول أنّ في كثير من الأحيان نجد عدم التّرابط مابين الوعي الاجتماعي والصّحي والالتزام بالنّظام العلاجي .

• **المبحوث رقم (15):**(25 سنة، المستوى التعليمي المتوسط، من أصل حضري، مدة المرض منذ الصغر، 8 سنوات علاج).

يتناول الأدوية، ولا يلتزم ببعض الأوامر والنّصائح لأنه كما يقول:"يعلم ما يجب وما لا يجب " كما أنّه لن يقبل التغيير مهما كان نوعه.

• لعلّ حرص المبحوث على تناول الأدوية دليل على رغبته في الشّفاء خاصّة وأنه مقدم على زرع كلية، أمّا عن الأوامر فيمكن القول أنّ أغلب مرضى "القصور الكلوي" لا يلتزمون بالأوامر لأنّهم يعتمدون على الآلة التي تقوم بالتّصفية وبالنسبة للتغيير فيتّضح فاعليته في العلاج.

• التحليل السوسولوجي العام:

الجدول رقم (62): - يتعلق بالالتزام المرضى بتناول الأدوية وإتباع الحمية-

النسبة	التكرار	التزام المرضى
40%	6	يلتزم
46.66%	7	لا يلتزم
13.33	2	أحيانا
100%	15	المجموع

ان نسبة 46.66% من المرضى الذين لا يلتزمون بتناول الأدوية وإتباع الحمية هذا مقارنة مع الذين يلتزمون حيث نجد نسبة 40% بينما الذين يلتزمون أحيانا، وأحيانا أخرى لا فنجد نسبة 13.33%.

- يبدو من هذا الجدول أن نسبة عدم الالتزام هي أكثر من الالتزام وهذا قد يرجع للوعي الاجتماعي والصحي الذي يمتلكه المريض عن المرض، هذا الوعي الذي وجدنا أنه يرتبط بالمستوى التعليمي والثقافي والاجتماعي عند المريض وعند أسرته، وسنحاول فيما سيأتي تبين هذا الارتباط بين الوعي والمستوى التعليمي ودور ذلك في تشكيل العلاقة العلاجية بين المريض والطبيب.

الجدول رقم (63): - التزام المرضى بتناول الأدوية وإتباع الحمية وارتباط ذلك بمتغير الجنس-

الجنس	ذكور	إناث	المجموع
الالتزام المرضى			
يلتزم	2 33.33%	4 66.66%	6 100%
لا يلتزم	4 57.14%	3 42.85%	7 100%
أحيانا	2 100%	0	2 100%
المجموع	8 53.33%	7 46.66%	15 100%

إن نسبة 66.66% من الإناث اللواتي يلتزمون بالعلاج وإتباع الحمية مقارنة بجنس الذكور حيث نجد نسبة 33.33%، بينما الذين لا يلتزمون فنجد نسبة 57.14% لدى الذكور، هذا بالمقارنة مع جنس الإناث حيث نجد نسبة 42.85%. أما الذين يلتزمون أحيانا، وأحيانا أخرى لا يلتزمون فنجد النسبة الكلية عند الذكور وذلك بنسبة 100%.

- من خلال هذا الجدول يتبين بأن جنس الإناث أكثر حرصا والتزاما بتناول الأدوية وإتباع الحمية، ولعل ذلك راجع لوعيهن بالمرض أكثر من الرجال، أو أن درجة تأثيره عليهن هو ما جعلهن يلتزمين لتقليل زيادة حجمه، أما الرجال فنجد أكبر نسبة لا يلتزمون وربما يعود ذلك إلى نظرتهن إليه على أنه قضاء وقدر هذه النظرة التي وجدنا سابقا أنها عند الرجال أكثر منها عند النساء، لذا في نظرهم أن الالتزام أحيانا كثيرة يعوقهم أمام مواصلة مشاريعهم خاصة الالتزام بعدم تأدية بعض النشاطات التي يجدون فيها عائقا أمام العمل مثلا، لذا لا يلتزمون بعكس جنس الإناث.

الجدول رقم (64): -ارتباط متغير السن بالالتزام المرضى-

التزام المرضى	السن	[26-17]	[35-26]	[44-35]	[53-44]	[62-53]	المجموع
يلتزم	0	2	2	2	1	1	6
لا يلتزم	2	1	4	0	0	0	7
أخرى	1	1	0	0	0	0	6
المجموع	3	4	6	6	1	1	15

إن نسبة 33.33% من الذين يلتزمون بالأدوية وإتباع الحمية في فئة [35-26] و[44-35] هذا بالمقارنة مع الفئة الأولى حيث انعدمت النسبة كلياً، وفئة [53-44] و[62-53] حيث نجد نسبة 16.66% فقط.

أما الذين لا يلتزمون فنجد نسبة 57.14% في فئة [44-35] هذا مقارنة مع الفئة الأولى [26-17] حيث نجد نسبة 28.57% ونسبة 14.28% في فئة [35-26] وانعدمت النسب في الفئات الأخرى.

أما فيما يخص الالتزام أحيانا فنجد النسب متساوية بين الفئتين [26-17] و[35-26] وذلك بنسبة 50%.

• يتبين لنا من خلال هذا الجدول ارتباط الالتزام بالسن، حيث أن النسب متساوية في فئتي [35-26] و[44-35] وهذا يدل على أن هاتين الفئتين أكثر حرصاً على الالتزام مقارنة بالفئات الأخرى، لكن هذا لا يعني أن هناك نسبة كبيرة جداً في فئة [44-35] من لا يلتزمون، وهذا راجع لصعوبة مرض القصور الكلوي هذا المرض المزمن الذي يحد من نشاطات وفعالية الفرد في الحياة، وهذه الصعوبة تجعل من الفرد يتهاون عن الالتزام، ذلك لأن هذا المرض هو مرض دائم، لذا فإن المرضى يجدون صعوبة في الالتزام خاصة في هذه السن التي تتوسط الفئات، كما إن وجود مرضى في سن [26-17] لا يلتزمون دليل على قلة الوعي الاجتماعي والصحي بالمرض عند هذه الفئة وليس تأثيره عليها.

وفيما يخص الالتزام أحيانا فإن تساوي النسب بين الفئتين [26-17] و[35-26] دليل على نقص الوعي بالمرض عند هاتين الفئتين.

الجدول رقم (65): - ارتباط المستوى التعليمي بالالتزام المرضى-

المستوى التعليمي	أمي	ابتدائي	متوسط	ثانوي	جامعي	المجموع
------------------	-----	---------	-------	-------	-------	---------

التزام المرضى						
%100	%16.66	%33.33	%16.66	%33.33	0	يلتزم
6	1	2	1	2	0	
%100	%14.28	%14.28	%28.57	0	%42.85	لا يلتزم
7	1	1	2	0	3	
%100	%50	0	%50	0	0	أحيانا
2	1	0	1	0	0	
%100	%20	%20	%26.66	13.33	%20	المجموع
15	3	3	4	2	3	

إن نسبة 33.33% من الذين هم من مستوى ابتدائي وثنوي صرحوا بأنهم يلتزمون بتناول الأدوية وإتباع الحمية، هذا مقارنة بالمستوى المتوسط والجامعي حيث نجد نسبة 16.66% وانعدمت في المستوى الأول (الأمي).

كما نلاحظ أن نسبة 42.85% من المستوى الأول (الأمي) لا يلتزمون الحمية، هذا مقارنة مع الذين هم من مستوى متوسط حيث نجد نسبة 28.57% ونسبة 14.28% في المستوى الثانوي والجامعي، وانعدمت في المستوى الابتدائي.

أما عن الذين يلتزمون أحيانا فقط فنجد نسبة 50% لدى المستوى المتوسط والمستوى الجامعي وانعدمت في الفئات الأخرى.

● بالنسبة للذين يلتزمون يمكننا القول أن ذلك ليس مرتبط بالمستوى التعليمي حيث أن وجود نسبة كبيرة من المستوى الثاني (ابتدائي) يلتزم بإتباع الحمية دليل على عدم ارتباط المستوى التعليمي بالتزام المرضى.

أما فيما يخص عدم الالتزام فيتميز أن الذين لا يلتزمون في المستوى الأول أكثر من المستويات الأخرى وهذا قد يرجع لنقص الوعي الاجتماعي والصحي عندهم، إلا أنه لا يمكننا أن ننفي وجود فئة من المستوى الجامعي والثانوي لا يلتزم بإتباع الحمية وهذا قد يرجع لعوامل تأثيره على الحياة الاجتماعية لهم، والدليل على ذلك وجود تساوي في النسب بين المستوى المتوسط والمستوى الجامعي حيث يلتزمون أحيانا وأحيانا أخرى لا يلتزمون.

الجدول رقم (66):- ارتباط الأصل الجغرافي للمرضى بالتزامهم الأدوية والحمية اللازمة-

الأصل الجغرافي		التزام المرضى	
ريف	حضر	المجموع	
%33.33	%66.66	%100	يلتزم
2	4	6	

%100 7	%42.85 3	%57.14 4	لا يلتزم
%100 2	%100 2	0	أحيانا
%100 15	%60 9	%40 6	المجموع

إن نسبة 66.66% من المرضى الذين يلتزمون من أصل جغرافي حضري، هذا مقارنة بالأصل الريفي حيث نجد نسبة 33.33%، أما فيما يخص عدم الالتزام فنجد نسبة 57.14% من الريف الذين لا يلتزمون، هذا مقارنة بالحضر حيث نجد نسبة 42.85% أما فيما يخص الالتزام أحيانا فنجد النسبة الكلية عند الحضر وذلك بنسبة 100%.

- يتبين من الجدول ارتباط الأصل الجغرافي بالالتزام المرضى حيث أن الذين يلتزمون من أصل حضري أكثر من الريف، كما أن الذين لا يلتزمون من الريف أكثر من الحضر، وهذا دليل على امتلاك أصحاب الحضر للوعي الاجتماعي والصحي الكافي الذي يدخلون من خلاله في تشكيل نوعية العلاقة العلاجية بين الطبيب والمريض، وأن هذا الوعي راجع للثقافة الطبية التي تمتلكها هذه الفئة بعكس فئة الريف.

الجدول رقم (67): - ارتباط التزام المرضى بمتغير الجنس والأصل الجغرافي -

المجموع	إناث		ذكور		الجنس والأصل الجغرافي الالتزام
	حضر	ريف	حضر	ريف	
%100 6	%50 3	%16.66 1	%16.66 1	%16.66 1	يلتزم

لا يلتزم	3	14.28%	1	14.28%	2	28.57%	7	100%
أحيانا	0	0	0	100%	0	0	2	100%
المجموع	4	26.66%	2	26.66%	5	33.33%	15	100%

إن نسبة 50% من الإناث الذين هم من الحضر صرحوا بأنهم يلتزمون بإتباع الحماية، هذا مقارنة مع نسبة الذكور الذين هم من أصل جغرافي ريفي أو حضري والإناث الذين هم من الريف حيث نجد نسبة 16.66%.

أما عن الذين لا يلتزمون فنجد نسبة 42.85% من جنس الذكور من الريف لا يلتزمون هذا مقارنة مع جنس الإناث حيث نجد نسبة 14.28% منهن من الريف لا يلتزمن ونسبة 28.57% منهن من الحضر من يلتزمن.

وفيما يخص الالتزام أحيانا فنجد نسبة 100% عند الذكور من الأصل الحضري.

- إن لعامل الجنس والأصل الجغرافي علاقة بالالتزام المرضى، حيث أن الإناث من الأصل الحضري أكثر التزاما من جنس الذكور، وهذا راجع لوعيهم الاجتماعي والصحي بالمرض وأيضا لحرصهن على تقليل زيادة حجم المرض أكثر من الذكور كما أن عدم الالتزام هو عند الذكور من الأصل الجغرافي الريفي وهذا راجع للعادات والتقاليد الشعبية السيئة فيما يخص أمور الصحة والمرض وأيضا لنقص الوعي الاجتماعي والصحي الكافي لتقليل حجم المرض.

أما فيما يتعلق بالالتزام أحيانا فإن النسبة الكلية عند الحضر من الذكور وذلك راجع لوجود بعض المشاريع عند هذه الفئة، ويعد المرض عائقا في تحقيقها لذا هم يلتزمون أحيانا وأحيانا أخرى لا، حسب ظروف عملهم.

الجدول رقم (68): - ارتباط التزام المرضى بمتغير الجنس والمستوى التعليمي-

المجموع	إناث					ذكور					الجنس و المستوى التعليمي	التزام المرضى
	جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	أمي	جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	أمي		
%100 6	%16.66 1	%16.66 1	%16.66 1	%16.66 1	0 0	0 0	%16.66 1	0 0	%16.66 1	0 0	يلتزم	
%100 7	0 0	%14.28 1	%14.28 1	%14.28 1	%14.28 1	0 0	0 0	%14.28 1	0 0	%28.57 2	لا يلتزم	
%100 2	0 0	0 0	0 0	0 0	%50 1	0 0	0 0	%50 1	0 0	0 0	أحيانا	
%100 15	%6.66 1	%13.33 2	%13.33 2	%13.33 2	%6.66 1	%6.66 1	%6.66 1	%13.33 2	%6.66 1	%13.33 2	المجموع	

إن نسبة 16.16% من جنس الذكور في المستوى الأول يصرحون بالتزامهم العلاج، ونجد نفس النسبة في المستوى الثانوي عند نفس الجنس، والمستوى الابتدائي والمتوسط والثانوي والجامعي عند جنس الإناث.

كما نجد نسبة 28.57% في المستوى الأول (الأمي) من جنس الذكور من الذين لا يلتزمون هذا مقارنة مع المستوى المتوسط لنفس الجنس حيث نجد نسبة 14.28% ونفس النسبة لجنس الإناث في المستوى الأمي والابتدائي والمتوسط والثانوي.

أما عن الالتزام أحيانا فنجد النسب متساوية عند الذكور في المستوى المتوسط والجامعي بـ50% وانعدمت في باقي الفئات وعند جنس الإناث.

● فيما يخص التزام المرضى فالنسب متساوية بين الجنسين والمستويات التعليمية وهذا دليل على انه لا يمكن اعتبار وجود أي علاقة بين المستوى التعليمي والجنس بالتزام المرضى، أما فيما يخص عدم التزامهم فان جنس الذكور من المستوى الأول لا يلتزم وهذا راجع لنقص الوعي الاجتماعي والصحي المرتبط بالمستوى التعليمي عند هذه الفئة.

هذا فيما يخص التزامات المرضى وارتباط ذلك بالوعي الاجتماعي والصحي عندهم حيث وجدنا أنه رغم المستوى التعليمي الذي قد يكون عند المريض ورغم وعيه الاجتماعي والصحي بالمرض إلا أنه لا يلتزم أحيانا كثيرة بالنظام العلاجي، كما وجدنا في المقابل أن الكثير من المرضى لا يملكون الوعي الكافي بالمرض، إلا أنهم يلتزمون التزاما كبيرا وهكذا يمكننا القول أن المريض فاعل في عملية العلاج وليس منفذ لكل ما يؤمر به هذا ما يؤدي إلى سوء العلاقة العلاجية ما بينه وبين الطبيب نتيجة عدم الالتزام.

2-3- العلاقة العلاجية من وجهة نظر الأطباء:

بعدها تكلمنا في مرحلة سابقة عن محددات العلاقة العلاجية من وجهة نظر المرضى وارتباط ذلك بالوعي الاجتماعي والصحي لديهم مركزين على الالتزام بتناول الأدوية وإتباع الحمية سنحاول الآن التركيز على محددات هذه العلاقة بالنسبة لتصريحات الأطباء:

● **المبحوث رقم (01):** (طبيب، 47 سنة، متزوج، تخصص: طب عام، مدة العمل 20 سنة في ميدان الصحة و 6 سنوات في مصلحة تصفية الدم)

"كثيرا ما أتكلّم مع المريض عن أمور خارج إطار المهنة و يكون ذلك في أمور الحياة ككل أمّا بالنسبة لمشاكله فلا أحاول مناقشة ذلك أبدا، خاصّة وأنّ المرضى يحاولون في كثير من الأحيان التّطرق إلى مواضيع شائكة لا يجب التّكلّم فيها " أمّا بالنسبة لالتزامات المرضى فيقول: " لا يلتزمون أبدا بالنّظام المحدّد لهم رغم معرفتهم لخطورة المرض و خطورة عدم الالتزام، لذا فإنّه يتحمّل مسؤوليته لوحده، فلا أتخذ أيّ إجراءات اتّجاهه و إنّما أتركه يدرك ذلك لوحده، وهذا ما يجعل العلاقات تختلف بيني وبين المرضى من مريض لآخر و

هذا حسب المستوى التعليمي والثقافي والاجتماعي لديه، والمستوى الأخلاقي أيضا، فالمعاملة تكون بحذر حسب درجة تقبل المريض للطبيب لأنّ مرضى "القصور الكلوي" ينظرون للطبيب والطّاقم شبه الطّبي على أنّهم المرض في حدّ ذاته".

• **المبحوث رقم (02):** (طبيب، 32 سنة، أعزب، تخصصّ: طب عام، مدّة العمل: سنة واحدة)

"أتكلّم في كثير من الأحيان مع المرضى عن أمور خارج المهنة وذلك لتقليل نسبة الخوف عندهم وزيادة ثقتهم بأنفسهم، أمّا إن لم يلتزم المريض بالحمية اللازمة لتقليل تفاقم حجم المرض فإنّني أستعمل أسلوب التّريغيب أحيانا وأحيانا أخرى التّرهيب من خلال إخافتهم بزيادة المرض عنده وبالتالي الموت ، وهكذا فالمرضى يلتزمون ".
وفيما يخص نوعية العلاقات فهي تختلف وذلك حسب درجة وعيه الاجتماعي و الصحي بالمرض وتقبله له.

• **المبحوث رقم (03):** (طبيبة، 35 سنة، عزباء، تخصصّ : طب عام، مدّة العمل 4 سنوات)

" أتكلّم مع المرضى عن أمور خارج المهنة والمرضى، إلّا أنّ هذا التّعامل يكون في كثير من الأحيان بحذر لأنّ التّعامل هو مع إنسان مريض بمرض مزمن وفي حالة عدم الالتزام فإنّني أقنعهم أولا وإن لم يفد فإنّني أخيفهم ،أمّا بالنّسبة لعلاقتي بالمرضى فهي تختلف من مريض لآخر وذلك حسب شخصية المريض وسنه إضافة إلى المستوى التعليمي عنده ".

• **المبحوث رقم(04):** (طبيبة، 30 سنة، الحالة الاجتماعية متزوجة تخصصّ : طب عام ، مدّة العمل 4 سنوات مباشرة في هذا المركز)

" أتكلّم مع المرضى عن أمور الحياة ككل وخاصة النساء منهم ،حيث أحاول بهذه الطريقة إنساء المريض المرض، وجعله أكثر ثقة بنفسه، أمّا فيما يخص عدم التزام المرضى فإنّني أغضب كثيرا في هذه الحالة، إلّا أنّني أحاول إقناعهم وإن لم يفد ذلك فأستعمل أسلوب التّخويف. أمّا عن العلاقات فهي تختلف من مريض لآخر حسب درجة وعيه الصّحي بالمرض وحسب التزامه بالنّظام العلاجي ".

• **المبحوث رقم (05):** (طبيبة، 31 سنة، متزوجة، تخصصّ أمراض الكلى مدّة العمل سنة واحدة)

" أتكلّم مع المرضى عن أمور خارج إطار المهنة، وذلك لزيادة الثقة عندهم كما أنّني أتضايق كثيراً في حالة عدم التزامهم بما يؤمرون به، إلا أنّني أحاول إقناعهم بأيّ وسيلة كانت. أمّا عن العلاقات فهي تختلف حسب المستوى الثقافي والتعليمي والفكري للمريض وأيضا حسب سنّه ".

• لا نستطيع تكميم خطابات الأطباء وذلك لتشابه الأفكار سواء عن التكلّم في أمور خارج المهنة أو عن ردة الفعل اتجاه المريض الذي لا يلتزمك أو عن سبب اختلاف العلاقات بينهم وبين المرضى من مريض لآخر لذا فإن ما يمكننا أن نقوله هو أنّ لدرجة الالتزام **بالنظام العلاجي** دور في نمط السلوك والفعل الذي يتّخذه الطبيب اتجاه المريض، كما يتّضح لنا دور الطبيب أيضا في ضرورة كسب ثقة المريض من خلال التكلّم معهم عن أمور خارج إطار المهنة ولكن يكون ذلك دائما بحذر وهذا ما صرّح به المبحوثين، ولعلّ ذلك راجع لطبيعة المرض، فالمرض المزمن يتطلّب الحذر كثيرا بعكس الأمراض العادية لأنّ المرضى لا يتقبّلون في كثير من الأحيان فكرة وجود المرض لذا يوجّهون اللوم إلى الأطباء والطّاقم العامل بالمستشفى وينظرون للفرد السليم غير المريض وكأنّه السبب في حدوث المرض عنده، ولعلّ هذا ما جعل بعض المرضى لا يلتزمون **بالنظام العلاجي** رغم وعيهم الاجتماعي والصّحي بالمرض، وبالتالي يؤدي إلى سوء العلاقات العلاجية بينهم وبين الأطباء نتيجة تدخلهم كفاعلين في عملية العلاج وليسوا منفذين لكلّ ما يؤمرون به .

أمّا بالنسبة لردود أفعال الأطباء نتيجة عدم الالتزام فقد اختلفت الآراء فمنهم من يحمل المريض مسؤولية ذلك نتيجة وعيه بالمرض الذي اكتسبه من المركز ومنهم من يستعمل أسلوب التّرهيب، وإن لم يفد ذلك يستعملون أسلوب التّرهيب من خلال إخافتهم بعواقب عدم الالتزام.

وما يمكن أن نتبيّنه أيضا اختلاف العلاقات بين الطبيب والمرضى من مريض لآخر وذلك حسب جملة من العوامل التي اتّفق عليها جميع الأطباء كعامل السن، والمستوى التعليمي، ودرجة تقبّل المريض لمرضه، وركزوا كثيرا على الوعي الاجتماعي والصّحي لدى المريض كمؤشر في تحديد نوعية العلاقة التي تنشأ بينهم .

• خلاصة

ما من شكّ أنّ للأمراض المزمنة تأثير بالغ على كافة الحياة الاجتماعية للمريض بما فيها مكانته الاجتماعية داخل أسرته وتأثيرها على عمله وعلى العلاقات الزوجية وهذا ما تمّ إثباته سابقا حول تأثير مرض "**القصور الكلوي**" على حياة المريض.

وهكذا فإنّ لهذا التأثير دور في تحديد نوع التّمثّل الاجتماعي الذي يشكّله مريض " **القصور الكلوي** " عن مرضه، وهذا ما تمّ إثباته وملاحظته في هذا الفصل حيث وجدنا تنوّع التّمثّلات الاجتماعية للمرض لدى المرضى فمنهم من رأى فيه قضاء وقدر، ومنهم من رأى فيه الصّدق الدائم ومنهم من رأى بأنّه متعب ويتخوّفون من نتائجه وذلك يعود لدرجة تأثير المرض عليهم، إلاّ أنّهم لم يستسلموا أبدا لهذا المرض وإنّما يعيشون حياة عادية وهذا ما ينفي قول " **بارسونز** " أنّ الفرد يتخلّص من إلتزامات الدور الاجتماعي العادي حيث نثبت هنا مقولة " **فريدسون** " على أنّ نوع المرض يلعب دورا في تحديد الدور الذي يؤدّيه المريض .

وما يمكن أن نستنتجه أيضا هو أنّ الوعي الاجتماعي والصّحي عند المريض لا يرتبط بدرجة الإلتزام **بالنظام العلاجي** ، حيث وجدنا أنّ الكثير من المرضى من يملكون الوعي الكافي لإدراك مرضهم والتفاعل معه، إلاّ أنّهم لا يلتزمون ويوكلون هذه المهمة للآلة التي تقوم بالتّصفية، كما اتّضح لدينا أيضا أنّ المريض يلعب دورا فعّالا في عملية العلاج ويعتبر فاعل في هذه العملية حيث لا يتقبّل بسهولة الإلتزام بما يؤمر به، وإنّما يقوم بما يراه صائبا حسب التّمثّل الاجتماعي الذي يشكّله عن مرضه وهذا ما ينفي مقولة " **بارسونز** " حول الإلتزامات ويثبت قول " **ستروس** " لفاعلية مريض الأمراض المزمنة في العلاج وهذا كلّه يحدّد لنا نوعية العلاقة العلاجية التي تنشأ ما بين المريض والطبيب التي تتحدّد حسب قول الأطباء بمدى تقبّل المريض لمرضه - أي التّمثّل الاجتماعي الذي يكوّنه عن مرضه - وحسب سنّ المريض، ووعيه الاجتماعي والصّحي بالمرض.

• ملخص تحليلي لنتائج الدراسة:

تعددت ميادين وتخصصات علم الاجتماع بتعدد احتياجاتها، فنتيجة هذا الشعب ظهر تخصص علم الاجتماع الطبي الذي هو فرع من فروع ويمثل حلقة الوصل بين علمي (الاجتماع، والطب) ويقوم على محاولة تطبيق النظريات والمناهج السوسولوجية على ميدان الطب كنظام اجتماعي، كما يتضمن هذا الفرع دراسة تصورات الناس عن الصحة والمرض، بمعنى آخر يتناول علم الاجتماع الطبي الميدان الصحي بوصفه نظاما اجتماعيا ثقافيا أي بوصفه مجموعة المؤسسات النظامية التي تستهدف إشباع احتياجات الناس إلى المحافظة على الصحة ومقاومة المرض.

وتكمن أهمية هذا التخصص في أن التغيرات التي تحدث في نوعية المرض وفي معرفة الطبيب لبعض الأسباب التي تجعل المريض يبحث عن المساعدة والتقدم الذي يحدث في تحليل البحث الطبي وفي أسباب ونتائج المرض، كل هذه المسائل لا يستطيع الطبيب فهمها عن طريق علاج المرض العضوي فقط ولكنها تحتاج إلى معرفة المبادئ التي تحكم العلاقات الشخصية كفهمة تماما للعوامل التي تؤثر في السلوك في المواقف الاجتماعية المختلفة.

وهكذا فقد تنوّعت وتعدّدت مواضيع هذا التخصص، وظهر عدّة مفكرين وباحثين عالجا هذه المواضيع الشائكة ولذا حاولنا من خلال هذه الدراسة فهم طبيعة العلاقة العلاجية التي تنشأ ما بين الطبيب والمريض نتيجة التمثّلات الاجتماعية للمرض لدى كل منهما، ولهذا فقد مرّ هذا البحث بجملة من الخطوات المنهجية وحاولنا تطبيق كل خطوة كما ينبغي ذلك، لذا وبعد اختيار سؤال الانطلاق والموضوع الأولي للدراسة الذي يتمثل في البحث عن: "دور النسق الأسري والنسق الطبي في المسار العلاجي للأمراض المزمنة" ثم أجرينا البحث البيبليوغرافي من قراءات ومقابلات استكشافية ونتيجة ذلك فقد تمّ تغيير الموضوع والإرساء على موضوع: "العلاقة العلاجية وفعاليتها" هذا الموضوع الذي نهدف من خلاله إلى كشف العوامل المحددة لطبيعة العلاقة ما بين المعالج والمريض إضافة إلى محاولة فهم المسار المرضي والعلاجي عنده من خلال معرفة كيفية حدوث المرض وأساليب العلاج المعتمدة في هذه العملية وهكذا فقد تمّ الانطلاق من جملة أهداف حاولنا الكشف عنها من خلال البحث الميداني هذه الأهداف التي ارتبطت ارتباطا وثيقا بموضوع الدراسة والتي تمثّلت في البحث عن الأسباب الاجتماعية التي تتسبب في حدوث مرض " القصور الكلوي "، ومعرفة مدى تأثير هذا المرض على مكانة المريض داخل أسرته، وتأثيره على عمله وبعض الجوانب الأخرى من حياته كالعلاقات الزوجية و السفر ... وغيرها.

كما حاولنا أيضا معرفة مدى ارتباط الوعي الاجتماعي والصحي عند المريض بالمستوى التعليمي والثقافي والاجتماعي عنده وعند أسرته، هذا الوعي الذي يحدّد طبيعة العلاقة العلاجية من خلال ما يمثّله مرض " القصور الكلوي " عند المريض وأيضا من خلال درجة تأثيره عليه.

فإذن هذه الأهداف تطلّبت مسار بحثي علمي يتماشى مع طبيعة النظريات السوسيولوجية التي تمّ الانطلاق منها، هذه النظريات هي الوظيفة عند " تالكوت بارسونز " و " اليوت فريديسون " والتفاعلية الرمزية عند " أنزلم ستروس " .

وقد تمّ اختيار منهج البحث العلمي الذي يعتمد على التحليل الكيفي للمقابلات والملاحظات، والتحليل الكمي للاستمارة التي تمّ إجرائها مع الطاقم شبه الطبي، وتمّ التوصل لجملة من النتائج الميدانية التي تتمثل في:

- إنّ العوامل الاجتماعية شأنها شأن العوامل الطبيعية دور في حدوث مرض " القصور الكلوي " وهذا من خلال بعض عادات التغذية السيئة أو بعض العادات الثقافية التي يعتمدها الأفراد في البحث عن العلاج من خلال اللجوء إلى العلاج الشعبي قبل اللجوء إلى العلاج الطبي العلمي، ولعلّ هذا ما يزيد من حدّة وتفاقم المرض عندهم، إضافة إلى تعرّض بعض الأفراد للمشاكل الاجتماعية التي تتسبب في ارتفاع "الضغط الدموي" و"السكري" عندهم وبالتالي عدم إتباع الحمية لهذه الأمراض يؤدي إلى الإصابة " بالقصور الكلوي " .

- يعتبر مرض " القصور الكلوي " من الأمراض الصعبة والجّد مزمنة التي تتطلب تظافر عدة جهود لتقليل حجمه وليس علاجه، لأنّ هذا المرض ليس له أيّ علاج سوى عملية زرع الكلى، هذه العملية التي يتخوّف منها الجميع هذا إذا ما وجد متبرع .

لذا فهو مرض يتطلب التعاون بين كافة الطاقم البشري العامل بالمستشفى إضافة إلى الأسرة التي لم يتم تناولها كمحور أساسي في الدراسة وتمّ الإشارة إلى دورها فقط، لأنّ ذلك يتطلّب الوقت الكبير لمعرفة مدى دورها في عملية العلاج، وتمّ التركيز على النسق الطبي فقط ووجدنا أنّ العاملين به يقومون بدورهم كما ينبغي، ممّا يمكننا من القول أنّ الأمراض المزمنة تستلزم الجهد الكبير من قبل العاملين بالنسق الطبي والسهر على راحة المريض لأنّ في ذلك مسؤولية كبيرة أمام المجتمع وأمام الله .

وهذا ما تمّ استنتاجه من التحليل الميداني، وملاحظته أثناء الزيارة الميدانية عن دور الطبيب والعاملين بالمستشفى كفاعلين في عملية العلاج.

فإذن يمكننا القول أنّ جزء من نظرية " تالكوت بارسونز " قد تحقّق وذلك عن دور الطبيب في عملية العلاج، حيث وجدنا أنّه فاعل في هذه العملية، وأنّه يؤدي دوره كما

ينبغي خاصة وأنه بصدد معالجة مرض من الأمراض المستعصية وهو مرض " القصور الكلوي " .

- يؤثر مرض " القصور الكلوي " على مكانة المريض داخل أسرته، كما يؤثر على عمله وعلى العلاقات الزوجية وغيرها من أمور الحياة، وهذا ما تمّ استنتاجه وملاحظته من الدراسة الميدانية، فقد حطّم هذا المرض عدة عائلات، ونتج عنه عدّة حالات طلاق. كما أدى ببعض المتدربين إلى ترك مقاعد الدراسة بسبب المرض أو التراجع في الدراسة بسبب الغياب الناتج عن المتابعة العلاجية يوماً بعد يوم.

- يشكل مرضى " القصور الكلوي " تمثّلات اجتماعية وتصوّرات مختلفة عن المرض وهذا راجع لمدى تأثير المرض عليهم، ودرجة تقبلهم لذلك فنتيجة عدم تقبل المريض لمرضه وتأثيره عليه، ودرجة وعيه الاجتماعي والصحي بالمرض يشكل المريض صورته عن المرض التي تختلف من مريض لآخر حتى وإن كانا يعانيان نفس المرض ومن خلال هذا يدخل المريض في نوع العلاقة العلاجية التي تنشأ بينه وبين الطبيب وقد وجدنا تمثّلات مختلفة لهذا المرض، فمنهم من يرى بأنه قضاء وقدر ومنهم من يتذمر لوجوده و ينظر إليه نظرة السخط والكره.

- بالنسبة للوعي الاجتماعي والصحي لدى المريض وجدنا أنه يرتبط في كثير من الحالات بالمستوى التعليمي والثقافي والاجتماعي لديه ولدى أسرته، إلا أننا وجدنا بعض الحالات من يمتلكون لهذا الوعي دون امتلاكهم للمستوى العالي من التعليم ولكن حالات قليلة جداً وضئيلة مقارنة بالذين يمتلكون هذا الوعي الذي يرتبط بالمستوى التعليمي والثقافي والاجتماعي لديهم، وقد تم اتخاذ مدى تقبل المريض للمرض في مرحلة ما من مراحل إضافة إلى سلوكه وسلوك أسرته عند معرفته كمؤشر على امتلاكه هذا الوعي.

كما وجدنا أنه رغم الوعي الاجتماعي الذي قد يمتلكه الفرد والذي يستطيع من خلاله تحديد نوع العلاقة العلاجية، إلا أنه لا يعتبر منفذ لدور المريض المحدد له وإنما هو فاعل رئيسي وأساسي في عملية العلاج حيث لا يتقبل بسهولة تنفيذ الأوامر والنصائح التي يؤمر بها. كما وجدنا أنه رغم المستوى الذي قد يمتلكه الفرد إلا أنه لا يلتزم أحياناً كثيرة بإتباع النظام العلاجي المحدد له مما يبيّن لنا تحقق نظرية " أنزلم ستروس " عن فاعلية المريض في العلاج، فالمرضى يلعبون دوراً فعالاً وواعياً في التنظيمات الاستشفائية لوضع شكل النظام التفاوضي وهذا في حالة الأمراض المزمنة التي ركز على دراستها "ستروس".

كذلك تحقق فكرة الربط بين التغيرات والآثار التي تحدثها التجربة المرضية والحياة الاجتماعية الماضية للمريض.

- تتوقف العلاقة العلاجية على كلا الطرفين في تأدية دوره المحدد له ووجدنا من خلال هاته الدراسة أن الطبيب فاعل في عملية العلاج و يؤدي دوره كما ينبغي ذلك لأنه بصدد علاج مرض من الأمراض المزمنة، أما عن المريض فوجدنا أنه رغم المستوى التعليمي الذي قد يمتلكه إلا أنّّه لا يلتزم أحيانا كثيرة بالنظام العلاجي المحدد له وهذا ما يؤدي إلى سوء العلاقة العلاجية.

وفي الأخير يمكننا القول أنّ المسار العلاجي للأمراض المزمنة يختلف عن الأمراض العادية، حيث أنّ المرض العادي يجعل صاحبه يتقمص دور المريض لأنه لا يلزمه كلّ حياته، وإنما فترة ويشفى، بينما الأمراض المزمنة فهي أمراض مستعصية وصعبة تتطلب المتابعة العلاجية لتقليل حجمها كما هو لدينا في حالة مرض " القصور الكلوي " لذا فإن هذا المريض لا يستطيع أداء دور المريض لأنه يشعر بأنه عبء على أسرته، لذا فهو يتجاهل مرضه ويتجاهل دور المريض .

الملاحق

خاتمة

لم يكن اختيارنا للموضوع بطريقة عشوائية وإنما كان نتيجة مسار البحث العلمي وأيضا نتيجة للأهداف التي تم تحديدها في مقدمة الدراسة، هذه الدراسة التي عرفت مراحل متسلسلة من البحث العلمي حتى الوصول إلى النتائج التي تعتبر حوصلة للبحث الاستكشافي.

وهكذا فنتيجة هذا البحث الذي يدور حول معرفة طبيعة العلاقة العلاجية وفعالية تمثّلها يتضح لنا بجلاء ضرورة الاهتمام بالدراسات الاجتماعية في مجال الطب، خاصة فيما يتعلق بالأمراض المزمنة، هذه الأمراض التي تتطلب تكثيف الجهود من قبل جميع الفاعلين لتقليل حجمه. خاصة في المجتمع الجزائري الذي لا يولي اهتماما بالأخصائي الاجتماعي والدراسات الاجتماعية في كافة المجالات ومجال الطب بالخصوص، وهذا ما تمّ ملاحظته من الميدان حيث وجدنا كافة الفاعلين من أطباء، أخصائيين نفسانيين ممرضين، إداريين.. وغيرهم من العاملين عدى الأخصائي الاجتماعي الذي يلعب دورا بالغا في هذا المركز لذا لا بدّ من ضرورة إعادة النظر فيما يخص الأخصائي الاجتماعي في مجال الأمراض المزمنة.

كما يتّضح لدينا أيضا من هذا البحث الاستكشافي أهمية التمثّل الاجتماعي للمرض في تحديد العلاقة العلاجية بين الطبيب والمريض، وأيضا ارتباط هذه العلاقة بدرجة الوعي الاجتماعي والصحي عند المريض ودرجة تقبّله للمرض حيث وجدنا صورا مختلفة لمرض " القصور الكلوي " التي تراوحت بين قدرة الله ونظرة التذمر له.

هذه الإشكاليات التي تمّ الانطلاق منها بناء على نظريات علماء الاجتماع " تالكوت بارسونز " و " اليوت فريد سون " و " أنزلم ستروس " .

وفي الأخير تمّ استنتاج تحقّق جزء من نظرية "بارسونز" عن دور الطبيب عدى دور المريض، وتحقق نظرية " ستروس " عن فاعلية المريض في المسار العلاجي من خلال عملية التفاوض التي تحدث في هذا المسار، حيث وجدنا أنه رغم الوعي الاجتماعي والصحي الذي قد يمتلكه المريض إلا أنه لا يلتزم أحيانا كثيرة بالنظام العلاجي المحدد له ولعلّ ذلك يعود لطبيعة العلاج المقدم في مرض "القصور الكلوي" (تصفية الدم)، وأيضا لطبيعة المرض المزمن ، وهذا ما يثبت نظرية "ستروس " عن عدم التزام المريض بدوره في حالة الأمراض المزمنة التي تلازم المريض طول حياته .

إلا أنّ هذا لا ينفى ارتباط الوعي الاجتماعي والصحي بطبيعة العلاقة العلاجية وهذا ما تمّ ملاحظته من أقوال وآراء الأطباء في اختلاف العلاقات بين المرضى، حيث أرجع كلّ الأطباء ذلك لدرجة الوعي الذي يمتلكه المريض فنتيجة ذلك يكون الطبيب نظرتة عن المريض ويدخل معه في طبيعة العلاقة التي قد تنشأ بينهما، حيث يجد تفهما ووعيا من قبل المرضى ذوا المستويات التعليمية العالية وهذا ما تمّ استنتاجه من الدراسة الميدانية.

إضافة إلى أنه لا يمكننا إرجاع سوء العلاقة العلاجية للطبيب وإنما للمريض الذي وجدنا أنه لا يلتزم أحيانا كثيرة بالنظام العلاجي رغم المستوى التعليمي الذي قد يكون عنده.

قائمة المراجع

1 - محتوى المراجع باللغة العربية:

• الكتب:

1. أبو النصر مدحت، قواعد و مراحل البحث العلمي (دليل إرشادي في كتابة البحوث و إعداد رسائل الماجستير و الدكتوراه)، القاهرة: مجموعة النيل العربية، 2004.
2. أنجرس موريس، منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية (تدريبات علمية) ترجمة صحراوي بوزيد، بوشرف كمال، سبعون سعيد، ط2، الجزائر: دار القصبه للنشر 2008.
3. بدر أحمد، أصول البحث العلمي و مناهجه، ط 09، القاهرة: المكتبة الأكاديمية 1996.
4. البدوي الصافي خليفة محمد، المهارات المهنية للأخصائي الاجتماعي، الإسكندرية المكتب الجامعي الحديث، 2005.
5. بشير الدويبي عبد السلام، علم الاجتماع الطبي، عمان: دار الشروق، 2005.
6. البكري أمل، الصحة والسلامة العامة، ط3، الأردن: دار الفكر للطباعة والنشر، 2000.
7. الجوهري محمد ، الصحة والبيئة (دراسات اجتماعية و أنتروبولوجية)، القاهرة: الدار الدولية للاستثمارات الثقافية ش.م.م، 2007.
8. الجوهري محمد وآخرون، علم الاجتماع الطبي، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع 2009.
9. حسن صالح عبد الحي، الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي، الإسكندرية دار المعرفة الجامعية، 2003.
10. حسن علي رشوان عبد المنصف، الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي، الازاريطة: المكتب الجامعي الحديث، 2006.
11. خالد حامد، منهجية البحث في العلوم الاجتماعية والإنسانية، الجزائر: دار الجسور للنشر والتوزيع، 2008 .
12. خالد الهادي، عبد المجيد قدي، المرشد المفيد في المنهجية وتقنيات البحث العلمي، الجزائر، دار هومة للطبع والنشر والتوزيع ، 1996 .
13. رشيد زرواتي، تدريبات على منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية الجزائر دار هومة للطبع والنشر، 2000 .
14. زرارقة فيروز وآخرون، في منهجية البحث الاجتماعي سلسلة البحوث الاجتماعي الجزائر، قسنطينة : مكتبة اقرأ، 2007 .
15. السحيري بن حثيرة صوفية ، الجسد والمجتمع(دراسة أنثروبولوجية لبعض

16. سلامة بهاء الدين، الصحة والتربية الصحية، القاهرة: دار الفكر العربي، 2007.
17. سلامة محمد غباري محمد، أدوار الأخصائي في المجال الطبي، الأزاريطة المكتب الجامعي الحديث، 2003 .
18. السيد طارق ، أساسيات في علم الاجتماع الطبي، الإسكندرية : مؤسسة شباب الجامعة، 2007.
19. الشاعر عبد المجيد، أبو الرب يوسف ، قطاس رشدي ، علم الاجتماع الطبي عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع 2000.
20. شروخ صلاح الدين، منهجية البحث العلمي، الجزائر ، عنابة : دار العلوم للنشر والتوزيع، (ب ت).
21. الشيخ علي قدري ، سوسن سمور، ماري حداد، علم الاجتماع الطبي، عمان مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع، 2009 .
22. الصديقي سلوى عثمان ، رمضان السيد ، الصحة العامة والرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، 2004.
23. زيفة إبراهيم ، علم الاجتماع في مجال الطب، الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث، (ب ت).
24. عاطف خليل نجلاء، في علم الاجتماع الطبي (ثقافة الصحة والمرض)، القاهرة مكتبة الانجلو مصرية، 2006.
25. عبد الحميد رشوان حسين، ميادين علم الاجتماع و مناهج البحث العلمي، ط 10 الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث، 2004.
26. عبد العزيز عثمان سعيد، قراءات في اقتصاديات الخدمات والمشروعات العامة (دراسة نظرية تطبيقية)، الإسكندرية: الدار الجامعية، 2000.
27. عبد الفتاح الصيرفي محمد، البحث العلمي(الدليل التطبيقي للباحثين)، عمان: دار وائل للنشر و التوزيع، 2001.
28. عبد الهادي المليجي إبراهيم ، عثمان الصديقي سلوى ، الخدمة الاجتماعية في المجال الطّبي، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 2004
29. عثمان الصديقي سلوى ، مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية والاجتماعية الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث، 1999.
30. علي سلامة محمد ، العوامل الاجتماعية والاقتصادية وأثرها على الوعي الطبي الإسكندرية: دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، 2007.
31. علي محمد محمد وآخرون، دراسات في علم الاجتماع الطبي، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، 2004.

32. عوض إبراهيم مصطفى وآخرون، الأنثروبولوجيا الطبية، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 2005.
33. غدنز أنتوني ، بيردسال كارين، علم الاجتماع (مع مدخلات عربية)، ترجمة الصباغ فايز ، ط4، عمان: المنظمة العربية للترجمة، 2003 .
34. فايز النماس أحمد، الخدمة الاجتماعية الطبية، بيروت: دار النهضة العربية 2000.
35. فوزي غرايبة وآخرون، أساليب البحث العلمي في العلوم الاجتماعية والإنسانية ط3، عمان: دار وائل للنشر والتوزيع، 2002.
36. قطيشات تالا و آخرون، مبادئ في الصحة و السلامة العامة الأردن: دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة، 2002.
37. محمد الحسن إحسان، علم اجتماع العائلة، عمان: دار وائل للنشر والتوزيع 2005.
38. محمد الحسن إحسان، علم الاجتماع الطبي (دراسة تحليلية في طب المجتمع) عمان: دار وائل للنشر والتوزيع، 2009.
39. محمد السيد عمر نادية، علم الاجتماع الطبي (المفهوم والمجالات)، الإسكندرية دار المعرفة الجامعية، 2003.
40. محمد السيد عمر نادية، علم الاجتماع الطبي (المفهوم والمجالات)، الإسكندرية دار المعرفة الجامعية، 2003.
41. محمد بدح أحمد، سليمان مزارهه أحمد أيمن، حسن بدران زين، الثقافة الصحية عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع، 2009.
42. محمد جابر سامية، منهجية البحث في العلوم الاجتماعية، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، (ب ت).
43. محمد سيد أحمد غريب، تصميم وتنفيذ البحث الاجتماعي، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 2004.
44. محمد شفيق، البحث العلمي (الخطوات المنهجية لإعداد البحوث الاجتماعية) الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث، 1985.
45. محمد شفيق، البحث العلمي (الخطوات المنهجية لإعداد البحوث الاجتماعية) الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث، 1985.
46. محمد غرايبة فيصل، الخدمة الاجتماعية الطبية، عمان: دار وائل للنشر والتوزيع 2008.
47. محمود صبحي أحمد، فهمي زيدان محمود، تقديم : عبد الله محمود مرسى، في فلسفة الطب، لبنان: دار النهضة العربية، 1993.
48. نجم طه، علم اجتماع المعرفة (دراسة في مقولة الوعي والايديولوجيا)، الإسكندرية

دار المعرفة الجامعية، 2004 .

• **مصادر القرآن الكريم:**

49. سورة الأنبياء، الآية:35.

50. سورة يس، الآية:82

• **المعاجم و القواميس:**

51. عاطف غيث محمد، قاموس علم الاجتماع، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية 2001.

• **المجلات و الجرائد:**

52. علي عمار، "علم الاجتماع الطبي عند العرب"، الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والإنسانية دورة دولية محكمة، شلف، العدد الأول، السداسي الأول، 2008 .

2- محتوى المراجع باللغة الفرنسية:

• **LES OUVRAGES :**

53. Adam Philippe, Herzlich Claudine, Sociologie de la Maladie et la Médecine, Paris : Nathan, 1994.
54. Albarllo Luc et al, Pratique et méthodes de recherche en sciences sociales, Paris : Armond colin Editeur 1995.
55. Bon mati Jean– Marc, les ressources Humaines À L'Hôpital (Un Patrimoine à Valoriser), Paris : Berger – revrault ,1998
56. Boutefnouchet Mostafa, la famille Algérienne (évolution et caractéristique, récentes), Alger : SEND ,1982
57. C. Herzlich, (la représentation sociale) in : Serge Moscovici, introduction à la psychologie sociale, Paris : Larousse ,1972.
58. Combessie Jean – claude, la méthode en sociologie, paris : Edition la Découverte, 1996
59. D. Fassin, Y.jaffre ,sociétés –Développement et santé ,Paris : ellipse 1990.
60. Dubar Claude, Tripier Pierre, sociologie des professions, paris : armand, colin/ VUEF, 2008.
61. Durkheim Emile, sociologie et philosophie, paris : PUF, 1997
62. Ficher Gustave –Nicol, les concept Fondamentaux de la psychologie sociale , 3eme Edt, Paris :Dunord ,2005.
63. Friedson Eliot, La Profession Médicale, (Traduit Par Lyotard-May (A),Malamoud (C) Paris : payot, 1984.

64. Goudmand Michel, la relation Malade –Médecin : Relation interpersonnelle, Malade –Médecin, Paris : PCEM2 ,2006
65. Grawitz Madeleine, Méthodes des sciences sociales, Paris : Edition Dalloz,8^{eme} Edition, 1990.
66. Herzlich Claudin, médecine, maladie et société, paris : mouton 1995, p07.
67. Herzlich Claudine, Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale, Lahaye : Mouton, 1970.
68. Jodelet Denise, les représentations sociales, Paris : PUF, 1990.
69. Quivy Rymond , luc- Van campenhoudt ,Manuel De recherche en sciences, Sociales, Paris : Dunod ,1988.
70. Rolland Christine, la relation médecin- malade lors de consultation, de patients hypertendus en médecine générale de ville, France : I N P E S, 2007
71. Serge Moscovici, la psychanalyse son image et son public Paris : PUF, 1961,
72. Steudler François, Sociologie Médicale, Paris, Armond Colin, 1972.

- **Encyclopédies et dictionnaires**

73. Boudon Rymond, Besnard Philippe, Dictionnaire de sociologie, paris, Larousse bourdas/ HER, 1999

- **Les Journaux et Magazine :**

74. Ridha Abd Mouleh, Construction Sociale De la Maladie et Rapport Aux Médecines (Une Approche Dynamique et Intégratrice), Insaniyat, N° =38, Octobre-Décembre 2007.

3- الاطروحات :

75. بختة بن فرج الله، المريض بين القطاع الصحي العام والقطاع الصحي الخاص،(رسالة ماجستير في علم الاجتماع غير منشورة)، الجزائر العاصمة، 2000-2001.
76. سعيدة شين، دور الخدمات الصحية في تنمية المستوى الصحي للمواطن (شهادة ماجستير في علم اجتماع التنمية غير منشورة)، بسكرة، 2003-2004.
77. شايب سعاد، الطبيب في القطاع الصحي العام بين الأداء المهنة وظروف العمل (رسالة ماجستير في علم الاجتماع غير منشورة)، الجزائر العاصمة، 2006- 2007 .
78. صدراتي فضيلة، المتغيرات الاجتماعية الثقافية والبيئية للصحة والمرض داخل المجتمع المحلي، (رسالة ماجستير في علم اجتماع التنمية غير منشورة)، بسكرة 2005-2006.
79. -علوان كريمة، التنظيم الاستشفائي بين القوانين والممارسة،(رسالة ماجستير في علم الاجتماع غير منشورة)، الجزائر العاصمة 2008- 2009.

80. ليولا (ماريا. أ)، (الروح والجسد)، عن محمد رضا بلمختار، نسق العلاج وعقلانية الفاعلين ضمنه، (رسالة ماجستير في علم الاجتماع غير منشورة)، الجزائر العاصمة 1991-1990.
81. مالك شعباني، دور الإذاعة المحلية في نشر الوعي الصحي لدى الطالب الجماعي (رسالة دكتوراه علوم في علم اجتماع التنمية غير منشورة)، قسنطينة، 2006-2005.
82. مشري فريدة، المسار المرضي للمصاب بمرض السرطان، (رسالة ماجستير في علم اجتماع الصحة غير منشورة)، 2001-2000.

4- مواقع الانترنت:

83. Fr. Wikipedia.Org/wiki/ Sociologie-du- corps.
84. healths. roro 44.com /healths-91-671-0.
85. HTTP: Omar, social index. Net.
86. www.3almani.org/Spip-php? article2102.
87. www.aboulo.com.Herzlich-C-santè-maladie-analyse- représentation –sociale.

الملحق رقم 01
مرشد المقابلة
الطبيب و الأخصائي النفساني

المحور الأول: البيانات الشخصية

- 1- الجنس:
- 2- السن:
- 3- الحالة الاجتماعية:
- 4- التخصص:
- 5- الأقدمية في العمل:

المحور الثاني: الطبيب و مهنة الطب

- 6- هل أنت راض عن هذه المهنة؟ و ما درجة رضاك؟
- 7- كيف هي علاقتك بمن تعمل معهم؟
- 8- هل تتخذ أحيانا قرارات مخالفة لآراء الإدارة أو العاملين معك؟ ما هي؟
و لماذا؟
- 9 - ما تقييمك لهذه المهنة(هل هي مهنة صعبة)؟
- 10- كيف يتم التكفل بمرضى القصور الكلوي؟
- 11- هل تشك من حين إلى آخر في نوع العلاج الذي تقدمه؟

المحور الرابع: تمثلات المرض لدى الطبيب

- 12- ما نظرتك لمرض القصور الكلوي؟
- 13- هل ترى بأن للمرضى الوعي الكافي لمعرفة المرض و التفاعل معه؟
- 14- هل تقوم بإحداث بعض التغييرات في بعض جزئيات العلاج ؟ ولماذا؟

المحور الخامس: التفاعل ما بين الطبيب –المريض

- 15- هل تحاول التكلّم مع المريض عن أمور أخرى خارج إطار المهنة؟ و لماذا؟
- 16- إن لم يلتزم المريض بالنصائح، ما تكون ردة فعلك اتجاهه؟ ولماذا؟
- 17- هل تختلف العلاقات بينك و بين المرضى من مريض لآخر ؟ و لماذا؟

الملحق رقم 02
مرشد المقابلة
المرضى

المحور الأول: البيانات الشخصية

- 1- الجنس:
- 2- السن:
- 3- المستوى التعليمي:
- 4- الحالة السسيومهنية:
- 5- الأصل الاجتماعي:
- 6- الحالة الاجتماعية:

المحور الثاني: حدوث المرض واكتشافه

- 7- منذ متى و أنت مصاب بالمرض؟
- 8- صف لي كيف حدث لك المرض؟
- 9- من يرافقك في عملية العلاج؟

المحور الثالث : الوعي الاجتماعي و الصحي

- 10- هل ذهابك للعلاج كان برغبتك أم برغبة الأسرة؟
- 11- ما كان سلوكك و سلوك أسرتك عند معرفة المرض؟
- 12- هل تغيرت معاملة أسرتك بعد المرض؟
- 13- هل قمت بعلاج آخر مخالف للعلاج الطبي؟
- 14- ما رأيك في الطب الشعبي بالنسبة لمرضك؟

المحور الرابع: المستوى الاجتماعي و الثقافي للأسرة

- 15- ما هو المستوى التعليمي للأب أو الزوج؟
- 16- ما هي وظيفة الأب أو الزوج؟
- 17- ما هو المستوى التعليمي للأم أو الزوج؟
- 18- ما هي وظيفة الأم أو الزوجة؟
- 19- كم عدد أفراد الأسرة ؟
- 20- كم عدد الأولاد المتدرسين؟
- 21- كم عدد الإخوة الموظفين؟

المحور الخامس: تمثلات المرض و أثره على حياة المريض

- 22- ما نظرتك لهذا المرض؟
23- هل أثر هذا المرض على بعض أدوارك الاجتماعية؟
24- هل أثر هذا المرض على علاقتك بالأسرة والمجتمع؟
25- ما هي المشاكل التي تواجهها منذ حدوث المرض؟

المحور السادس: التفاعل ما بين الطبيب-المريض

- 26- هل تتناول الأدوية التي وصفها لك الطبيب؟
27- هل تلتزم بالأوامر التي ينصحك بها الطبيب؟
28- هل تعارض أو توافق على تغيير بعض الجزئيات في علاجك؟ و لماذا؟

الملحق رقم 03

جامعة قاصدي مرباح - ورقلة -

معهد العلوم الاجتماعية و الإنسانية

قسم علم الاجتماع

ملاحظة: بهدف جمع البيانات حول الموضوع المشار إليه أدناه نطلب منكم المساهمة الايجابية في إثراء هذا الموضوع وذلك من خلال الإجابة عن الأسئلة المحتواه في هذا الاستبيان.
- تأكد أن مساهمتك ثرية لنا و أن البيانات التي ستقدمها لنا ستكون محل سرية.
- تقبلوا منا فائق التقدير و الاحترام و شكرا مسبقا على تعاونه معنا.

الموضوع

العلاقة العلاجية و فعالية تمثلاتها

ملخص البحث:

نحاول من خلال هذه الدراسة معرفة تأثير مرض القصور الكلوي المزمن على المكانة الاجتماعية للمريض داخل أسرته، إضافة إلى تأثيره على عمل المريض أو دراسته إن كان متمدرسا، ودرجة وعي المريض الصحي و المعرفي بهذا المرض وما يمثله لديه.
إضافة إلى معرفة المستوى التعليمي و الاجتماعي و الثقافي لديه و لدى أسرته و تأثير ذلك على العلاقة العلاجية التي تنشأ بين الطبيب و المريض .

إشراف الأستاذ:

د.بوزيدة عبد الرحمان

إعداد الطالبة:

صديقي فاطنة

السنة الجامعية: 2009-2010

المحور الأول : البيانات الشخصية

- 1- الجنس: ذكر أنثى
- 2- السن:
- 3- الأصل الاجتماعي: فقير غني متوسط
- 4- الأصل الجغرافي: ريفي حضري
- 5- الحالة الاجتماعية: متزوج أعزب
- مطلق أرمل
- 6- الأقدمية في العمل:

المحور الثاني : الممرض و مهنة التمريض

- 7- هل ترى أن مهنة الطب مهنة صعبة ؟ نعم لا
- 8- في حالة الإجابة بنعم أين تكمن هذه الصعوبة؟
.....
.....
- 9- هل يوجد هناك اتصال و تعاون بينك و بين العاملين معك ؟
نعم لا
- 10- في حالة الإجابة بنعم ، هل تواجهك أية مشاكل معهم ؟
نعم لا
- 11- مع أي طاقم بالضبط عند إجابتك بنعم ؟
الأطباء الإداريين الفنيين
- 12- فيما تكمن الأسباب في حالة أي إجابة؟
.....
.....
- 13- هل تتخذ أحيانا قرارات اتجاه المريض دون موافقة العاملين معك ؟

نعم لا

14- في حالة الإجابة بنعم، هذه القرارات تكون مخالفة لمن؟

- للأطباء

- للإدارة

15- في حالة أي إجابة، ما هي هذه القرارات؟.....

16- ما تأثير ذلك على العلاقات بينك وبينهم؟ - بقاء العلاقات

- تدهور العلاقة

17- في حالة الإجابة الثانية، هل يؤثر ذلك على الأداء المهني و الوظيفي لديك؟

نعم لا

18- ما رأيك في ظروف العمل داخل المستشفى؟

ظروف جيدة نوعا ما سيئة

19- هل أنت راض عن ذلك؟ نعم لا

20- في إجابتك بلا، ما هي الظروف التي لست راض عنها؟

- ساعات العمل

- الأجر

- محتوى العمل

- وسائل و أدوات العلاج

21- ما رأيك في هذه المهنة؟.....

22- ما درجة رضاك عن هذه المهنة؟

راض جدا قليلا غير راض

المحور الثالث: علاقة الممرض بالمريض

23- هل تجد صعوبة في التعامل مع المريض ؟

نعم لا

24- في حالة الإجابة بنعم ، لما يرجع ذلك ؟

- نقص الوعي المعرفي و الصحي للمريض

- المستوى التعليمي - السن

أخرى أذكرها؟.....

.....

25- هل تحاول شرح بعض جزئيات المرض للمريض؟

نعم لا

26- هل تقدم بعض النصائح للمريض حول المرض ؟

نعم لا

27- في حالة الإجابة بنعم، هل يلتزم المريض عادة بما تقدمه من نصائح ؟

نعم لا

28- إذا لم يلتزم المريض بذلك ، ما تكون ردة فعلك اتجاهه ؟

- إعادة المحاول تقادي المحاولة

- الامتناع عن التعامل مع ذلك المريض - إخافته

- فعل آخر أذكره؟.....

.....

29- هل يشكوا إليك المرضى بأسرارهم و مشاكلهم الخاصة ؟

نعم لا

30- في حالة إجابتك بنعم ، هل تحاول الاستماع لهم ؟

نعم لا

31- هل ترى أن ذلك عملية أساسية في العلاج ؟

نعم لا

32- ما هي المآخذ التي تأخذها عن المريض ؟ - عدم التزامه

- كثرة اشتكائه

- أخرى أذكرها؟.....

.....

33- فيما يتمثل دورك بالضبط بالنسبة للمريض؟.....

.....

.....

34- ما هو دورك بالنسبة للطبيب؟.....

.....

.....