

المستوى المعيشي للمريض وانعكاساته على ممارساته الصحية
دراسة ميدانية لعينة من المرضى المصابين بداء السكري، الضغط الدموي والقلب
بمصلحتي الطب الداخلي وأمراض القلب بمستشفى بني مسوس

د. مساني فاطمة

قسم علم الاجتماع

جامعة البويرة

الملخص:

سوف نتطرق في هذا المقال إلى المستوى المعيشي للمريض وانعكاساته على ممارساته الصحية، حيث أن الدخل يمثل أحد المؤشرات القوية لقياس المستوى المعيشي للأفراد، فغالبا ما يكون له تأثير مباشر على صحتهم، وعلى إكتسابهم الثقافة الصحية وترجمتها إلى سلوكيات صحية. فهذا المتغير له دور فعال في تلبية الإحتياجات الإجتماعية، الإقتصادية والصحية وسد متطلبات الحياة من غذاء، مسكن، ملابس. إذ أن الفقراء هم أقل طلبا للعلاج وإستهلاكاً للتغذية الصحية، والأكثر تباطؤا في إستشارة الأطباء مقارنة بالأغنياء. وعلى إثر ذلك، سوف نحاول من خلال هذا المقال إبراز العلاقة الموجودة بين الدخل الشهري للمريض وأهم الممارسات الصحية المتبعة.

الكلمات المفتاحية: المريض، السلوك الصحي، الممارسات الصحية، التربية الصحية، المستوى المعيشي، الدخل.

Résumé :

Dans cet article, on va aborder le niveau de vie chez le malade et ses répercussions sur ses pratiques sanitaires, du fait que le revenu représente un des indicateurs forts de l'évaluation du niveau de vie des individus. Cet indicateur a souvent une influence directe sur leur santé, acquérir une culture sanitaire et sa traduction en comportement sanitaire. Cette variable répond

efficacement aux besoins sociaux, économiques et sanitaires ainsi que d'autres besoins tels qu'alimentation, foyer, habillement. A noter que les pauvres sont les moins demandeurs des soins et de la consommation de la nourriture sanitaire et les plus tardifs de la consultation médicale par rapport aux riches. Ainsi on va démontrer à travers cet article la relation entre le revenu mensuel du malade et les pratiques sanitaires suivies.

Les mots clés : le malade, le comportement sanitaire, les pratiques sanitaires, éducation sanitaire, le niveau de vie, le revenu.

1. مقدمة:

عرف وما زال يعرف العالم تغيرات جذرية في الخريطة الصحية من خلال التغير في أنماط الأمراض، من أمراض معدية إلى أمراض مزمنة. وبالرغم من ذلك فما زالت بعض الدول تعاني من إزدواجية الأمراض. فهذه الأمراض المزمنة أغلبها أمراض ترتبط بالنمط الغذائي كداء السكري، الضغط الدموي والقلب، حيث تقدم مؤشرات الصحة دليلاً قاطعاً على الوضعية الحقيقية التي يعاني منها القطبين في مجال الصحة العمومية. فإستناداً على الإحصائيات، فإن الأمراض المزمنة هي السبب الرئيسي للوفيات. إذ نجد 77% من العدد الإجمالي للوفيات مصدره الأمراض غير المتنقلة، وهذا في الدول غير المتقدمة و 85% من التكفل بالمرضية الإجمالية للأمراض يوجد في الدول التي دخلها منخفض أو متوسط. وتتوقع المنظمة العالمية للصحة أنه في 2020 ستصل الوفيات بهذه الأمراض إلى 73% من الوفيات. أما بالنسبة لعبء المرضية فنجد 60% في العالم.¹ ويرجع المختصون أسبابها إلى التشيخ السريع للسكان، التحول الاجتماعي والإقتصادي، وأيضاً عوامل سلوكية، قلة الحركة والنشاط البدني، مما أدى ذلك إلى إرتفاع مستوى البدانة، زيادة الوزن وإرتفاع معدلات الإصابة بالقلب، الضغط الدموي والسكري.

إن الدولة الجزائرية إستطاعت أن تهيمن على الوضع الصحي المزري الذي كان سائداً في القرون الماضية خاصة في الستينات والسبعينات بفضل وضع سياسات صحية ترمي إلى القضاء على الأمراض المعدية. فالتحسن هذا قابله مستوى معيشي لا بأس به أدى من جهة إلى التقليل من نسبة الوفيات ومن جهة ثانية إلى ظهور بوادر التغير في عدة مجالات منها الاجتماعي، الثقافي والإقتصادي... الخ. وهذه التغيرات أثرت على المجتمع الجزائري بالإيجاب وبالسلب خاصة في مجال التغذية بظهور عادات غذائية سيئة عند الأفراد. مما نتجت عن ذلك مجموعة من الأمراض المعروفة بالأمراض غير المتنقلة، والتي هي في تزايد مستمر، حيث تؤكد معطيات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ونتائج بعض الدراسات الميدانية، أن معدل إنتشار الضغط الدموي يقدر بـ 20% ويمثل أهم عوامل خطر الإصابة بالأمراض القلبية. أما بالنسبة لداء السكري، فنجد معدل إنتشاره يقدر ما بين 7 إلى 8% في فئة السن 30-65 سنة.² وإذا كان هذا هو حال المجتمع الجزائري، فكيف يمكن القضاء على هذه الأمراض المزمنة والحد من إنتشارها؟ هل نلجأ إلى سياسة نشر التربية الصحية؟ وهل يمكن التأثير على الفرد عامة والمريض المصاب بمرض مزمن خاصة بتغيير ممارساته غير الصحية؟

فهذا التزايد المستمر لعدد المصابين بالأمراض المزمنة في المجتمع الجزائري يفرض على الهيئات المختصة وضع سياسات صحية صارمة وتكثيف الجهود على جميع المستويات لتوعية هذه الشريحة من المرضى صحياً من أجل السيطرة والتحكم في المرض المزمن وإحداث تنمية صحية. وفي هذا الصدد فإن التربية الصحية هي مبدأ الوقاية من هذه الأمراض، فمن خلالها تعزز الصحة ويتم الإرتقاء بالمعارف، المعلومات، بناء الإتجاهات وتغيير الأفكار. أي تزويد المصاب بالمعرفة الصحية والتأثير في معتقداته لتغيير بعض الممارسات غير الصحية. وقد يكون الطبيب أحد المشرفين على هذه العملية والمسئول على تنمية الوعي الصحي لدى المريض، إلا أن هذا الأخير له دور في ذلك، حيث أن طبيعة عمل الطبيب توفر له مجالاً لتعليم المرضى أصول الصحة، أي القيام بالتثقيف الصحي كجزء لا يتجزأ من عمله اليومي. وقد يجد نفسه مضطراً للقيام بهذا الدور لإكمال عملية العلاج بطريقة مباشرة أو غير مباشرة. فالمريض يكتسب المعلومات الصحية في النسق الطبي من خلال علاقته وتفاعله مع الطبيب وهيئة التمريض. وفي هذا الصدد فإن نقص الوعي الصحي لدى المريض المصاب بمرض مزمن وعدم تعاونه مع طبيبه في المجتمع الجزائري يمثل أحد المعوقات الوظيفية للنسق الطبي، والمتمثلة في معوقات التكيف، إنجاز الهدف والمحافظة والثبات على التوازن في النسق الطبي. ويعتبر التعليم أحد العناصر الرئيسية في توفر المعرفة الصحية وزيادة خبرات الفرد ومعلوماته. ولكن المشكل لا يكمن في إكتساب المعلومات الصحية فقط وإنما يتمثل في كيفية إستغلال هذه المعلومات الصحية من خلال ترجمتها إلى سلوكيات وممارسات صحية

تساعد المريض على التحكم في حالته الصحية والتعاون مع الطبيب المعالج بتنفيذ نصائحه الطبية، وهذا يتوقف على الإمكانيات المادية للمريض بالدرجة الأولى. والسؤال الذي يطرح نفسه في هذا الصدد هو: هل بإستطاعة المريض المصاب بمرض مزمن كداء السكري أو الضغط الدموي أو القلب تنفيذ نصائح طبيبه في ضوء المشاكل المعيشية الصعبة التي يعيشها هذا المريض؟ ما مدى تأثير الظروف المادية للمريض على ممارساته وسلوكه الصحي؟ وهل دخله الشهري يساعده على تلبية حاجياته الصحية؟ وعليه للإجابة على الأسئلة السابقة، تم إستجواب 300 مريض مصاب بداء السكري، الضغط الدموي والقلب ويعالجون في مستشفى بني مسوس مصلحتي الطب الداخلي وأمراض القلب، حيث تم إختيار عينة قصدية بتطبيق إستمارة المقابلة على هؤلاء المرضى. وللاقترب أكثر من الموضوع تم إتباع المنهج الوصفي والكمي لأن طبيعة الموضوع هي التي فرضت ذلك.

2_ الدخل الشهري الأسري وتأثيره على رغبة المريض وإرادته في الشفاء:

إن الدخل الشهري لرب الأسرة يؤثر على إرادة وعزيمة المريض في المحافظة على حالته الصحية الطبيعية، وذلك من خلال دوره الإجتماعي الذي تطرق إليه عالم الإجتماع تالكوت بارسونز Talcott Parsons، بإعتبار أن من أهم إلتزامات المريض البحث عن المساعدة الطبية، وبالتالي البحث عن شفاء لحالته المرضية. ولهذا نطرح السؤال التالي: هل تتوفر لدى المريض الإرادة والرغبة في الشفاء؟ والإجابة على هذا السؤال تبرزها الجداول الإحصائية التالية.

جدول رقم (01): يمثل توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري الأسري وعلاقته بنوعية القرار الطبي المتبع من طرف المريض.

المجموع	إتباع إرشادات الطبيب والعلاج الطبيعي معا	إتباع العلاج الطبيعي	إتباع إرشادات الطبيب	القرار الطبي الدخل الشهري الأسري
178 % 100	66 % 37.08	06 % 3.37	106 % 59.55	[أقل من 10.000 دج]
87 % 100	29 % 33.33	04 % 4.60	54 % 62.07	[10.000-20.000 دج]
25 % 100	07 % 28	03 % 12	15 % 60	[20.000-30.000 دج]
10 % 100	04 % 40	-	06 % 60	[30.000- فأكثر]
300 % 100	106 % 35.34	13 % 4.33	181 % 60.33	المجموع

نستشف من خلال معطيات الجدول السابق أن الإتجاه العام يتجه نحو المبحوثين الذين كان قرارهم الطبي هو إتباع تعليمات الطبيب بنسبة تقدر بـ 60.33 % مقارنة بنسبة 4.33 % كان قرارهم الطبي إتباع العلاج الطبيعي ونسبة 35.34 % قرارهم الطبي إنصب حول إتباع إرشادات الطبيب والعلاج الطبيعي في آن واحد.

وبإدخالنا للمتغير المستقل وهو الدخل الشهري الأسري، إستنبطنا نتيجة جد هامة من الجدول، وهي أن الدخل يؤثر على نوعية القرار الطبي المتخذ. إذ أن المبحوثين ذوي الدخل الشهري المرتفع والمتوسط هم الأكثر إتباعا لإرشادات الطبيب حسب تصريحهم. وذلك بنسبة متفاوتة مقارنة بالمبحوثين الذين كان قرارهم الطبي إتباع العلاج الطبيعي وإتباع النوعين معا. إن الدخل الشهري الأسري له تأثير بنوعية القرار الطبي، إذ أن المرضى ذوي المستوى المعيشي المرتفع والمتوسط غالبا ما يقررون إتباع العلاج الطبي وإرشادات وتوجيهات الطبيب دون اللجوء إلى العلاج الطبيعي، لأن المال متوفر وبفضله يمكن الحصول على أي شيء، وكما يقال "الدرهم بينوا طريق في البحر". أما بالنسبة للفقراء فإن هذا المشكل يقف كعائق أمام تحقيق تنمية

صحية وأيضا التأثير على إتخاذ القرارات الطبية، فأول شيء يتبادر إلى ذهن الفقير هو أن التفكير في الذهاب إلى الطبيب سوف يؤدي به إلى الإنفاق والتكلفة المالية. وهذا يؤدي إلى عدم تعاون المريض مع الطبيب، مما ينعكس سلبا على تأدية النسق الطبي لوظائفه والحفاظ على الإستقرار والثبات.

إن المريض غالبا ما يتخذ قرارات تكون مناسبة لظروفه وأهمها الظروف المادية، لأن الإستجابة للمرض تتأثر بعدة عوامل أهمها الظروف السوسيو-إقتصادية. وأيضا أن عملية التثقيف الصحي وتزويد الشخص بالثقافة الصحية تتأثر بظروفه المادية التي تؤثر بدورها على العلاقة بينه وبين طبيبه. ونتيجة لهذا فإن المريض لا يستوعب المعلومات جيدا وإن إستوعبها فإنه لا يطبقها في نظام حياته، حيث يعتبر هذا المشكل معوقا من معوقات التكيف في النسق الطبي. وقد ينشر الطبيب التربية الصحية في أوساط المرضى بطريقة مباشرة أو غير مباشرة، فدوره يفرض عليه القيام بهذه العملية سواء كان يتقن ذلك العمل أو لا. وفي هذا الإطار وإستنادا على الجدول السابق، وتكملة له، نحاول معرفة مدى تأثير الدخل الشهري الأسري للمريض على مدى تناسب الإرشادات الطبية. وكانت النتائج موضحة في الجداول التالية:

جدول رقم (02): يبين توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري الأسري وعلاقته بمدى تناسب إرشادات الطبيب مع نمط حياة المريض.

المجموع	أحيانا	لا	نعم	مدى تناسب الإرشادات الدخل الشهري الأسري
178 % 100	08 % 4.50	123 % 69.10	47 % 26.40	[أقل من 10.000 دج]
87 % 100	-	43 % 49.43	44 % 50.57	[10.000-20.000 دج]
25 % 100	01 % 4	05 % 20	19 % 76	[20.000-30.000 دج]
10 % 100	-	04 % 40	06 % 60	[30.000- فأكثر]
300 % 100	09 % 3	175 % 58.33	116 % 38.67	المجموع

يعتبر نشر التربية الصحية بين المرضى المصابين بالأمراض المزمنة كداء السكري، الضغط الدموي والقلب عملية مهمة وفعالة في التحكم في المرض ومسايرته. وهذه العملية يقوم بها المثقف الصحي بما في ذلك الطبيب والممرض (ة) الذي يقوم بتنشئة المريض صحيا سواء بطرق مباشرة أو غير مباشرة. وفي هذا الإطار فإن القراءة الإحصائية للجدول رقم (02) توضح أن نسبة كبيرة من المبحوثين كانت إجاباتهم بأن إرشادات ونصائح الطبيب لا تتناسب مع نمط حياتهم، وذلك بنسبة تقدر بـ 58.33 % مقارنة بنسبة 38.67 % فقط من المبحوثين تتناسب إرشادات الطبيب مع نمط حياتهم ونسبة 3 % من المبحوثين كانت إجاباتهم أحيانا تتناسب إرشادات الطبيب مع نمط حياتهم وأحيانا لا.

إن أغلبية المبحوثين الذين لا تتناسب إرشادات الطبيب ونصائحه مع نمط حياتهم دخلهم الشهري الأسري ضعيف أي أقل من 10.000 دج، وذلك بنسبة تقدر بـ 69.10 % مقابل نسبة 26.40 % من نفس الدخل تتناسب نصائح الطبيب مع نمط حياتهم ونسبة 4.50 % من المبحوثين أحيانا تتناسب نصائح الطبيب مع نمط حياتهم وأحيانا لا وهم من نفس فئة الدخل

المنخفض. وفي هذا الصدد، فإن عدم تناسب نصائح الطبيب مع ظروف حياتهم يرجع أساسا إلى ظروفهم المعيشية الصعبة التي يعيشونها.

بالرغم من أن "تالكوت بارسونز Talcott Parsons" يبرز واجبات المريض من خلال بحثه عن الشفاء لحالته المرضية ورغبته وإرادته في ذلك، إلا أن الظروف المادية تبقى من أهم المعوقات التي تعيق المريض على أدائه لواجبه، حيث أن الطبيب غالبا ما يفرض على مريضه إتباع نمط معين في حياته الجديدة، ولكن قد يجد هذا الأخير نفسه أمام أكبر تحدي في حياته بسبب عدة عوامل أهمها الظروف الإقتصادية المحيطة به والتي لا تسمح له بالدخول في دور المريض والتقييد بالواجبات المفروضة عليه أهمها البحث عن الشفاء والتعاون مع الطبيب للوصول إلى نتائج إيجابية والتمتع بالصحة الطبيعية. وقد يتأكد هذا من خلال أقوال المبحوثين. إذ تصرح مريضة: "الطبيب يقولك وجديلي كل شي ووفريلي كل شي، الدراهم وراهم". ويمكن القول بأنه بالرغم من الإصلاحات الخاصة في المجال الإقتصادي في الجزائر، ونية المسؤولين في زيادة الدخل الشهري للمواطن الجزائري، إلا أن القدرة الشرائية له عامة وللمريض المصاب بمرض مزمن خاصة تبقى منخفضة جدا، خاصة مع إرتفاع بعض الأسعار من جهة، وإرتفاع الأدوية من جهة ثانية. فالمريض يجد نفسه ضائعا وتائها بين نصائح الطبيب وظروفه المعيشية الصعبة، وغير قادر على تنفيذ التعليمات الطبية، حيث ليس كل الأطباء يراعون الظروف المعيشية لمريضهم. وهذا ينتج عنه الفشل في التعاون معهم. وفي هذا الصدد المصاب بالرغم من إكتسابه المعلومات الصحية، إلا أن مستواه المعيشي يقف كعائق أمام ترجمة هذه المعلومات الصحية إلى سلوكيات وممارسات في نظام حياته، مما يحدث خلل في النسق الطبي وفي العلاقة بينه وبين طبيبه والتي يسودها في هذه الحالة إنعدام الثقة بين الطرفين، قلة التعاون وزيادة التوتر والصراعات بينهما. فنتيجة لذلك فإن الطبيب أيضا لا يعطي إعتبارا لمريضه ولا يحاول مساعدته. وقد يكون التفاعل بينهما مبني على التشخيص فقط. وعلى ضوء هذا النحو، فإن عدم تناسب إرشادات وتعليمات الطبيب مع الظروف المعيشية للمريض ترجع بالدرجة الأولى إلى الظروف المادية التي تعتبر عامل مهم في الحياة اليومية للفرد المصاب بمرض مزمن كداء السكري، الضغط الدموي والقلب، حيث أكد هذا من خلال تصريحات المبحوثين. إذ تصرح مريضة "أنا ما تتناسب الحاجات لي يقولهلمي الطبيب مع كيفا راني عايشة، مكاش الدراهم". وتقول مريضة أخرى "ما نقدرش ندير التحاليل"، إلى جانب هذا تضيف مريضة أخرى "ما نقدرش نتبع الطبيب، قلة الشيء لي قدرت عليه". ونختم أقوال المرضى بهذا القول "الدوا غالي، ما نقدرش ندير الريجيم، ما عنديش الدراهم، الطبيب يقولك أشري هذي، أشري هذي وهما غاليلين كيفاه ندير ما نشريش".

إستنادا على تصريحات هؤلاء المرضى، فإن إنخفاض القدرة الشرائية للمواطن في المجتمع الجزائري، يعتبر سببا من أسباب فشل العلاقة طبيب- مريض في النسق الطبي الجزائري وعدم التعاون بين الطرفين تعاونا متبادلا، لأن علاج المرض المزمن كداء السكري، ضغط الدم والقلب يفرض تعاونا مشتركا بينهما، حيث أن الطبيب يوظف خبراته ومعلوماته الطبية لعلاج مريضه، تربيته تربية صحية وتنمية وعيه الصحي، وبالتالي عليه مساعدة نفسه بنفسه ومساعدة الطبيب. وذلك من خلال تتبعه لنصائح وإرشادات طبيبه. ففي هذه الحالة ليستمر الطبيب في علاج مريضه يحتاج إلى أهم الملاحظات والتفاصيل عن حالته الصحية والتي يتبعها بنفسه ويسجلها، حيث أنه يشرف على حالته الصحية. فإنطلاقا من هذه الملاحظات التي يقدمها المريض حول حالته الصحية يمكن للطبيب رسم خطة علاجية والإستمرار في تتبع الأسلوب المسطر للعلاج أو إدخال تغيرات على المسار العلاجي بناء على تفاصيل حول الحالة الصحية. وعليه يمكن القول أن الظروف المادية للشخص تؤثر بالسلب على نوعية الممارسات وعلى تنفيذ التعليمات الطبية.

جدول رقم (03): يمثل توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري الأسري وعلاقته بالدوافع الحقيقية للجوء للمؤسسة الصحية.

المجموع	التخصص ونوع المرض	خبرة سابقة بأقرب الناس	الإطمئنان على الصحة	اليأس من الشفاء	المواعيد الطبية	الحالات المرضية البسيطة	خطورة الحالة المرضية	الدوافع الحقيقية الدخل الشهري الأسري
178 % 100	02 1.12 %	01 0.56 %	02 1.12 %	89 50 %	09 5.06 %	25 14.04 %	50 28.09 %	[أقل من 10.000 دج]
87 % 100	01 1.14 %	- -	02 2.30 %	41 47.13 %	03 3.45 %	15 17.24 %	25 28.74 %	-10.000] 20.000 دج]
25 % 100	- -	- -	- -	05 20 %	01 4 %	09 36 %	10 40 %	-20.000] 30.000 دج]
10 % 100	- -	- -	01 10 %	- -	02 20 %	06 60 %	01 10 %	-30.000] فأكثر]
300 % 100	03 1 %	01 0.34 %	05 1.67 %	135 45 %	15 5 %	55 18.33 %	86 28.66 %	المجموع

تبرز معطيات الجدول رقم (03)، أنه توجد علاقة بين الدخل الشهري الأسري والدوافع الحقيقية للجوء للمؤسسة الصحية، إذ أن نتائج البحث أوضحت أن الدوافع الحقيقية للجوء للمؤسسة الصحية حسب إجابات المبحوثين تمثلت في اليأس من الشفاء بنسبة 45% مقارنة بنسبة 28.66% من أفراد العينة دوافعهم الحقيقية للجوء للمؤسسة الصحية هي خطورة الحالة المرضية، نسبة 18.33% في صنف الحالات المرضية البسيطة، نسبة 5% في صنف المواعيد الطبية، نسبة 1.67% في صنف الإطمئنان على الصحة، نسبة 1% في صنف التخصص ونوع المرض وأخيراً نسبة 0.34% في صنف خبرة سابقة بأقرب الناس.

إن الإتجاه العام للجدول يتجه نحو المبحوثين الذين كانت إجاباتهم حول الدوافع الحقيقية تتمثل في صنف اليأس من الشفاء، هذه الفئة عززت من طرف أفراد العينة الذين دخلهم الشهري الأسري منخفض أقل من 10.000 دج، وذلك بنسبة تقدر بـ 50% مقابل نسبة 28.09% من نفس فئة الدخل وهم المبحوثين الذين كانت إجاباتهم في صنف خطورة الحالة المرضية، نسبة 14.04% من المبحوثين من فئة الدخل المنخفض كانت إجاباتهم منحصرة في صنف الحالات المرضية البسيطة، نسبة 5.06% من المبحوثين كانت إجاباتهم في صنف المواعيد الطبية، نسبة متساوية وهي 1.12% لكلا من المبحوثين من فئة الدخل المنخفضة يلجئون للمؤسسة الصحية من خلال دافع الإطمئنان على الصحة وأيضاً التخصص ونوع المرض. وأخيراً نسبة 0.56% في صنف خبرة سابقة بأقرب الناس.

نستنتج من خلال القراءة الإحصائية للجدول السابق، أنه توجد علاقة بين الدخل الشهري لرب الأسري والدوافع الحقيقية للجوء للخدمة الصحية، حيث أنه كلما إنخفض الدخل الشهري الأسري للمريض كلما كان دافعه للجوء للخدمة الصحية هو اليأس من الشفاء مرتفع، والعكس صحيح إذا ارتفع الدخل الشهري الأسري للمريض، فهذا يتبعه الإسراع في إستشارة الطبيب.

ويمكن تفسير هذه النتيجة إنطلاقاً من واقعنا الجزائري المعاش الذي يعرف إنتشاراً فادحاً لظاهرة الفقر، إنخفاض وغلاء المعيشة. فهذه الأسباب تجعل المريض يفكر بأنه لن يذهب إلى الطبيب للإطمئنان عن صحته، بل يكون ذلك في حالة واحدة تجبره على إستشارة الطبيب ألا وهي يأسه من الشفاء، وهذا نتيجة اللجوء إلى كل البدائل العلاجية والوصول إلى حد الخطورة. فيلجأ المريض للخدمة الصحية لعله يجد الشفاء. فضعف الإمكانيات المادية له يؤثر حتى في تفكيره والإستجابة للأعراض المرضية، حيث أن الطبقة الإجتماعية التي ينتمي إليها المريض تؤثر في سرعة الإستجابة للمرض وأعراضه. فالمرضى المنتمين إلى الطبقات الإجتماعية العليا بمجرد شعورهم بالألم يستشيرون الأطباء ويسرعون للخدمة الصحية عكس الفقراء الذين يتباطئون في زيارة الطبيب، نتيجة فقرهم، قلة ثقافتهم الصحية ووعيهم الصحي. وفي هذا الصدد تؤكد الدكتورة نادية مُجَّد السيد عمر، بأن الشخص الغني "حينما يشعر بالمرض لا يهمله إذا كان يترك عمله لكي يرى الطبيب، أما الشخص الفقير فهو يرى أن ذهابه إلى الطبيب سيجعله يفقد يوم في عمله هو في حاجة إليه، كما أن هذه النوعية من المرضى غالباً ما تؤمن بالقدرية في المرض وهذا يجعلهم أقل إتجاهاً إلى استخدام الطب الوقائي"³.

وإستناداً على رأي الدكتورة نادية مُجَّد السيد عمر، فإن الظروف المادية للمريض في مجتمعنا الجزائري لها علاقة قوية بدور المريض، إذ أن المرضى ذوي المستوى المادي المرتفع يهتمون بالأمر الصحي، بنوعية العلاج اللازم وبتابعة مراحل العلاج بطريقة صحيحة والتعاون مع الطبيب، لأنهم قادرين على التحكم في إنشغالهم اليومية وغالباً ما يسارعون إلى زيارة الأطباء، وأيضاً يترجمون معلوماتهم الصحية التي إكتسبوها من طبيبيهم إلى ممارسات صحية في نظام حياتهم، أي يملكون ثقافة صحية. وهذا ما يبرز تغييرهم لنمط حياتهم من نمط معيشي غير صحي إلى نمط معيشي صحي. وفي المقابل فئة المرضى ذوي الدخل المنخفض يرفضون الدخول في دور المريض ويجدون صعوبة في تغيير نمط معيشتهم والتسارع لزيارة الأطباء، ويرجع ذلك إلى أنهم لا يواجهون في نظام حياتهم فقط مشاكل صحية، وإنما أيضاً يواجهون مصاعب في حياتهم ونقص في العناية بصحتهم. ففي هذه الحالة الطبيب يجد صعوبة في بناء علاقة مع هذه الفئة وذلك ربما يرجع إلى إنخفاض المستوى التعليمي للمريض ودخله الشهري، وهذا يؤدي إلى سوء الفهم. فالمرضى لا يقيم ولا يبالي للكلمات الطبية والنصائح التي يقدمها له الطبيب، لأنه لن يستخدم العلاج بكل دقة ولن يجد رعاية صحية كافية في وسطه الأسري. وهنا نتكلم عن قدرة المريض على إستيعاب المعلومات الصحية وتنفيذ نصائح الطبيب في الحياة اليومية. ويمكن القول أن المرضى ليست لديهم القدرة على التعبير وغير موضوعيين لأن واقعهم المعاش لا يتناسب مع ما يفرضه الطبيب عليهم. وفي هذه المجال المصاب بمرض مزمن لا يساعد الطبيب على سرعة إستقرار حالته الطبيعية، وهذا يقودنا إلى طرح إشكالية تعاون المريض مع الطبيب وأهم النتائج المترتبة عن ذلك في العلاقة بينهما. ويمكن القول بأن إستجابة المريض لمرضه تتوقف على ظروفه المادية، حيث أن شعور الفرد بالأعراض المرضية وفي نفس الوقت أنه لا يملك المال الذي سوف يمكنه من علاج حالته المرضية واللجوء إلى الطبيب، فإنه لا يستجيب للأعراض المرضية بل يتجاهلها من جهة. ومن جهة أخرى يلجأ إلى بدائل علاجية أقل تكلفة مادية.

3_ الأوضاع المادية للمريض وإنعكاساتها على الممارسات الصحية:

الممارسات الصحية هي أهم التصرفات والسلوكيات المرتبطة بالصحة، وقد تتأثر هذه الممارسات بعدة عوامل منها ما يتعلق بالمريض في حد ذاته من خلال أفكاره، عاداته، تقاليده ومعتقداته ومستواه المعيشي... الخ ومنها ما يتعلق بعلاقة المريض بطبيبه. وفي هذا الصدد فإن كل من التعليم، الطبقة الإجتماعية للمريض، الثقافة والشخصية هي عوامل تؤثر في دور المريض، حيث تمثل الطبقة الإجتماعية أقوى العوامل في تحديد نوعية الممارسات المتبعة في الحياة. وعليه نحاول إثبات أو نفي هذا القول من خلال هذه الدراسة وبالخصوص من خلال هذا العنصر المتمثل في الجداول الإحصائية التالية:

جدول رقم (04): يمثل توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري الأسري وتنفيذ تعليمات الطبيب وتخصيص ميزانية شهرية للمريض.

المجموع	تنفيذ تعليمات الطبيب		نعم	لا	فئات الدخل
	نعم	لا			
100	178	122	56		[أقل من 10.000 دج]
	%	%68.54	%31.46		
100	87	47	40		[10.000-20.000 دج]
	%	%54.02	%45.98		
	25	10	15		[20.000-30.000 دج]
	% 100	%40	%60		
10		06	04		[30.000- فأكثر]
% 100		%60	%40		
100	300	185	115	38.33	المجموع
	%	%	%		

إن إتباع تعليمات الطبيب، نصائحه والتعاون معه من أهم الواجبات التي يفترض على المريض الإلتزام بها في حياته اليومية. وفي هذا الصدد ومن خلال إجابات المبحوثين الموضحة في الجدول رقم (04)، وجدنا أن نسبة 61.67 % لا ينفذون تعليمات الطبيب مقابل نسبة 38.33 % ينفذون تعليمات الطبيب، حيث أن فئة المبحوثين الذين لا ينفذون تعليمات الطبيب يتمركزون في فئة الدخل المنخفض أقل من مليون، وذلك بنسبة تقدر بـ 68.54 % مقابل نسبة 31.46 % من المبحوثين من نفس فئة الدخل وينفذون تعليمات الطبيب.

وفي هذا المنوال، نستنتج أن مرضى فئات الدخل المنخفضة أقل تنفيذاً لنصائح الطبيب، حيث أن هذه الفئات لا تخصص ميزانية شهرية لمريضها، كما أن عدد أفرادها ينعكس سلباً على تنفيذها للتعليمات الطبية مع إنخفاض الدخل الشهري الأسري. ويمكن تفسير هذه النتيجة على أساس الفقر المتفشي بين أفراد مجتمع عينتنا وأيضاً إنخفاض مستواهم المعيشي وقدرتهم الشرائية. فتفنيدهم لتعليمات الطبيب تقل لأنهم غير قادرين مادياً على تلبية كل إحتياجاتهم وإحتياجات أسرهم منها الغذائية، الصحية والتعليمية. وكما هو معروف ينخفض في الأسر الجزائرية عدد المساهمين في نفقاتها بسبب قلة المنتجين، وهذا يقابله كثرة المستهلكين. وأن إصابة أحد أفراد الأسرة بالمرض المزمن كداء السكري، ضغط الدم والقلب يكلف كثيراً العائلة، مما يجعل المريض يتهاون في تنفيذ تعليمات الطبيب بسبب دخله المنخفض. وهذا ما أوضحه لنا المرضى، إذ تصرح مريضة فتقول: "ليام لولة ما كنتشندير ريجيم وكي وصلت للموت راني ندير ريجيم". أما مريض آخر فيقول: "ما نقدرش نشري الدواء، ساعة نشري الدواء وساعة نقعد هكذا، ما عنديش الدراهم". إلى جانب التصريحات الأخرى التي ينصب مضمونها حول المشاكل المادية التي يعاني منها المريض. ففي هذه الحالة درجة طاعة الطبيب والتعاون معه تقل كلما قل الدخل الشهري الأسري، وهذا يؤدي إلى فشل المريض في تتبع نصائح طبيبه، وأيضاً تهديد طرق وسبل العلاج المسطر من طرف الطبيب المعالج.

وفي هذا الصدد فإن عدم تعاون المريض مع الطبيب في مجتمع بحثنا يرجع بالدرجة الأولى إلى إنخفاض الدخل الشهري لهذا الفرد وتفشي الفقر الذي لا يسمح له بتنفيذ تعليمات الطبيب، خاصة حينما يكون الطبيب "جادا في علاقته بمرضاه فلا يسمح

بأن يكون هناك حوار مفتوح بينهما أو حينما يكون غير قادر على إختيار الألفاظ السهلة في شرح وتوضيح طبيعة المرض للمريض، فهذا يؤدي إلى عدم قدرة المريض على التعاون معه⁴، وأيضاً عدم ثبات النسق الطبي.

ويعتبر عدم إهتمام المريض بإجراءات التشخيص والعلاج وفهم الخدمات المقدمة إليه من أهم نتائج عدم تعاونه مع الطبيب، حيث أنه إذا كان لا يتبع تعليمات طبيبه لا يمكن التفرقة بينه وبين المريض المطيع للطبيب بشكل واضح. ففي هذه الحالة لا يمكن للطبيب التنبؤ بالحالة الصحية للمريض غير المطيع له بنسبة كبيرة جداً. فنتيجة ضعف دخله الشهري يصبح غير مطيعاً لطبيبه، وهذا ما يفسر لنا نقص الثقافة الصحية لدى الشخص المصاب بمرض مزمن. فبسبب فقره وتدني مستواه المعيشي نجده لا يهتم بإجراءات التشخيص والعلاج وحتى نوعية الخدمات المقدمة إليه. فهذا الفشل في متابعة توصيات الطبيب ما هو إلا نقص في التعاون بين الطرفين. ويعني ذلك الإخفاق في التعاون مع الطبيب معوقاً من معوقات الإستقرار والثبات في النسق الطبي.

إن عدم تعاون وطاعة المريض لطبيبه يؤدي إلى التأثير السلبي في العلاقة بين الطرفين. فالطبيب إذا عرف أن مريضه لا ينفذ نصائحه وتعليماته الطبية فإنه يستخدم السلطة والنفوذ للتأثير عليه، وأن علاقته معه تتغير ويسودها نوع من التوترات والتناقضات نتيجة فشل المصاب في تتبع توصياته العلاجية وإنعدام ثقافته الصحية بسبب مستواه المعيشي وبعض الأسباب الأخرى. وهذا ما أكدته لنا تصريحات المرضى، كقول هذا المريض: "كي ما درتش الرجيم زقى عليا الطبيب باش ندير الرجيم ولا يعطيني لنسولين". ومريضة أخرى تصرح أيضاً: "في لؤل ما درتش الرجيم حتى ولات الطبية تتداوس معايا كي نضريت نتاع الصح درت الرجيم". أما فيما يخص عدم إحترام الدواء يقول مريض: "الدوا ما شربتوش ثلاث أيام ثم الطبيب عيط عليا وقال ما تخليش الدوا نتاعك". وفي هذا السياق، فإن العلاقة طبيب-مريض في حالة الأمراض المزمنة كداء السكري، ضغط الدم والقلب تتصف بعلاقة المشاركة المتبادلة بين كلا الطرفين. فالطبيب يحتاج إلى مساعدة المريض من خلال مراقبة ومتابعة جيدة لحالته الصحية وتزويده بكل التطورات الحاصلة في الحالة الصحية لرسم خطة علاجية محكمة من جهة. ومن جهة أخرى يقدم لمريضه كل خبراته، مهاراته العلمية، تنمية وعيه الصحي وتقديم له مجموعة من المعلومات والتعليمات الواجب إتباعها. وعليه فإن واجب المريض تنفيذ التعليمات الطبية وإعلام طبيبه بكل ما يحصل له من تطورات صحية. مثلاً الحمية الغذائية من مسؤولية الطبيب إعداد خطتها التي تكون مناسبة للحالة الصحية للفرد، عمره ومهنته. ومن واجب هذا الأخير تنفيذها والتقيدها بها في نظام حياته، والفشل في تنفيذها يعني الفشل في طاعة الطبيب.

يمكن القول بأن الطبيب في المجتمع الجزائري لا يستخدم السلطة والنفوذ المهني الذي تطرق إليه "تالكوت بارسونز Talcott Parsons"، وهذا راجع إلى عدة أسباب أهمها خوفهم من النتائج التي يمكن أن تنعكس سلباً على صحة المريض. فهذا الأخير إذا إستعملت معه السلطة فإنه يهمل العلاج من جهة، ومن جهة ثانية لا يتابع المعالجة الطبية ولا يحترم المواعيد. وهذا ما أكد لنا من تصريحات الأطباء كتصريح الطبيبة المختصة في الطب الداخلي والتي تقول: "فإذا كنا واعرات ونستعمل السيطرة ونزقي مع المرضى فإنهم يتخلون عن العلاج ويذهبون ولا يعودون إلى الإستشارة الطبية، كما أنهم لا يشربون الدواء. ولهذا السبب لا أستعمل القوة، وأغلبية الأطباء لا يستعملون القوة يكونون دائماً ملاح مع المرضى". وفي هذا السياق تضيف الطبيبة "فيما يخص تأثيرنا على المريض لتغيير نمط حياته، فإننا لا نستعمل معه القوة بل نقوم فقط بتخويفه مثلاً نقول له لو لا أنك لا تتبع الرجيم سوف تصبح تعالج بالدياليز... الخ، وهذا تخويفاً فقط منا، حيث أن المرضى عندما أقول لهم أي سوف أستبدل لكم الدواء مثلاً إستعمال حقن الأنسولين فإنهم يرفضون، فأنا أسجل بأن المريض يهمل العلاج".

إن الفشل في طاعة الطبيب يؤثر على المجتمع، خاصة في حالة الأمراض المزمنة، حيث أن التهاون في تنفيذ تعليمات الطبيب يؤدي إلى ظهور عدة مضاعفات، وبالتالي يكثر عدد المرضى الذين يعانون من مشاكل صحية في المجتمع، وتعجز الدولة والمؤسسات

الصحية على التكفل بهم وتقديمها لأجود الخدمات العلاجية الطبية. وهذا كله ناتج عن تدني المستوى المعيشي للمريض وقدرته الشرائية. وعليه يمكن القول أن إنخفاض الدخل الشهري للمصاب يؤثر في ثقافته الصحية التي تشمل المعلومات الصحية، القدرة على تغيير نمط الحياة، الرغبة في الشفاء وتغيير الممارسات غير الصحية إلى ممارسات صحية.

وفي الختام يمكن القول أن الظروف العائلية وحتى أفراد الأسرة قد يكونون سببا في عدم تنفيذ المريض لنصائح الطبيب. إذ أن حالة مريضة تثبت ذلك. فهي تقول: "أنا فقيرة نعاني مشاكل وعندي عايلتي ماشي مهتمين بيا أولادي، نقولهم أشروني الدوا مرات يزقوا عليا ومرات يعطوني نشري الدوا ومرات نبقى بلا لنسولين حالتي راهي غير تروح، أولادي يبريكو عند الناس وماشي عايشين معايا دائما". وحالة أخرى تقول: "ساعات نشرب الدوا وساعات ثلاثة أيام ويومين نستهنى".

وفي هذا المنوال، نحاول من خلال الجدول اللاحق معرفة مدى تغيير المرضى لنمط حياتهم، وهل هذا التغيير يتأثر بالدخل الشهري الأسري أم لا؟

جدول رقم (05): يمثل توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري الأسري وعلاقته بتغيير نمط الحياة.

المجموع	محاولة التغيير في نمط الحياة دون أي جدوى	لا	نعم	تغيير نمط الحياة الدخل الشهري الأسري
178 % 100	07 % 3.93	125 % 70.22	46 % 25.85	[أقل من 10.000 دج]
87 % 100	02 % 2.30	53 % 60.92	32 % 36.78	[-10.000 20.000 دج]
25 % 100	01 % 4	10 % 40	14 % 56	[-20.000 30.000 دج]
10 % 100	01 % 10	04 % 40	05 % 50	[-30.000 فأكثر]
300 % 100	11 % 3.67	192 % 64	97 % 32.33	المجموع

لقد أسفرت بيانات الجدول رقم (05)، أن نسبة كبيرة من أفراد العينة لم يغيروا من نمط حياتهم، من نمط غير صحي إلى نمط صحي يتماشى مع حالتهم المرضية، حيث مثلت النسبة 64 % من مجموع المبحوثين لم يغيروا من نمط حياتهم مقابل نسبة 32.33 % من المبحوثين غيروا من نمط حياتهم ونسبة 3.67 % من المبحوثين حاولوا تغيير نمط حياتهم دون أي جدوى. وفي هذا الصدد الإتجاه العام للجدول المتمثل في المبحوثين الذين لم يغيروا من نمط حياتهم عزز من طرف المبحوثين الذين دخلهم الشهري الأسري منخفض أقل من 10.000 دج أي بنسبة تقدر بـ 70.22 % من مجموع فئات الدخل المنخفض مقابل نسبة 25.85 % من أفراد العينة من نفس فئة الدخل والذين غيروا من نمط حياتهم ونسبة 3.93 % من المبحوثين من فئة الدخل المنخفض والذين حاولوا تغيير نمط حياتهم دون أي جدوى.

نستخلص من خلال معطيات الجدول رقم (05)، أنه توجد علاقة بين الدخل الشهري الأسري للمريض، وبين تغييره لنمط حياته، فالمرضى ذوي الدخل الشهري المنخفض أقل تغييرا لنمط حياتهم، مقارنة بفئات المرضى ذوي الدخل الشهري المرتفع،

حيث يبقى المستوى المعيشي المعيق الأساسي لتنفيذ تعليمات الطبيب وتغيير الممارسات غير الصحية إلى الممارسات الصحية. وهذا يقودنا إلى الحديث عن علاقة الدخل بتوفر الثقافة الصحية لدى المريض. فعدم الطاعة أو نقص تعاون المريض مع الطبيب يرجع إلى الدخل المنخفض الذي يؤدي إلى نقص في فهم المريض لأهمية النصائح الطبية، قيمتها في حياته اليومية وإنعدام رغبته في تغيير نمط حياته، مثلا تغيير بعض الممارسات الغذائية، القيام بالتمارين الرياضية والحركة، عدم الإجهاد في العمل وتنظيم العمل... الخ. فكل هذه التوصيات والتعليمات الطبية التي يوصي بها الطبيب مريضه بتنفيذها في حياته الجديدة لها أهميتها البارزة في الحفاظ على الصحة الطبيعية. وفي هذه الحالة يظهر الدور الاجتماعي للمريض ورغبته في الحفاظ على صحته الطبيعية. وغالبا ما صادفنا في بحثنا الميداني قلة الرغبة لدى الفرد في تغيير نمط حياته، خاصة وأنه أعتاد على نمط معين في حياته، فهو كثيرا ما يجد صعوبة في إحداث هذا التغيير، كتصريح هذه المريضة "سييت نبدل من حياتي ما أقدرتش، والفت ناكل بزاف، وعندني طبيعة في الماكلة، وثاني المعيشة غالية شحال تقدرني تديري الريجيم، الدراهم مكاش، أنا ناكل واش ياكلوا في الدار". فنتيجة إنخفاض المستوى المعيشي للمريض، وطغيان شهواته الذاتية، أثر على إرادته ورغبته في تغيير نمط حياته.

ولقد أشارت في هذا المجال الدكتورة نادية محمد السيد عمر بأن "كثير من الأطباء ليس لديهم معلومات كافية عن أسباب نقص تعاون المريض مع الطبيب أو مع النظام العلاجي وذلك لإعتقادهم أن عدم تعاون المريض مع الطبيب يحدث فقط في أثناء جلوس المريض في العيادة ولكنه يرى أن المريض يتعاون تماما مع العلاج، وهذه غير الحقيقة حيث أن عدم التعاون يمكن أن يحدث في أي مكان يتلقى فيه المريض توصيات، كما أنهم يعتقدون أن عدم التعاون يكون مقصورا على المرضى غير المتعلمين أو الذين ينتمون إلى الطبقات الاجتماعية الدنيا وإلى نقص المعرفة لديهم أو عدم الفهم لنظام العلاج".⁵ وعليه يمكن القول أن رغبة المريض في تغيير نمط حياته وفي محافظته على حالته الصحية الطبيعية من أهم الإلتزامات والواجبات المفروضة عليه.

إن تغيير نمط الحياة موقف إجتماعي جاد يتخذه المريض لتمتعه بالصحة الطبيعية، ولكن أغلبية المرضى المستجوبين لم يتخذوا هذا الموقف ولم يغيروا من نمط حياتهم ويرجعون ذلك إلى المشكل المادي الذي يعانون منه.

وإستنادا على ما ذكر سابقا، حاولنا تصميم جدول آخر يتمثل في الدخل الشهري الأسري للمريض وإستعمال نظام غذائي معين بصفة منتظمة والحفاظ على نوعية التغذية، كميتها ووقتها ليكون هذا الجدول مكملا للجدول السابق.

جدول رقم (06): يمثل توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري الأسري وعلاقته بتتبع نظام غذائي بصفة منتظمة ومستمرة.

المجموع	تتبع نظام غذائي		
	لا	نعم	الدخل الشهري الأسري
178	117	61	[أقل من 10.000 دج]
% 100	% 65.73	% 34.27	
87	50	37	[10.000-20.000 دج]
% 100	% 57.47	% 42.53	
25	12	13	[20.000-30.000 دج]
% 100	% 48	% 52	
10	04	06	[30.000 - فأكثر]
% 100	% 40	% 60	
300	183	117	المجموع
% 100	% 61	% 39	

من خلال معطيات الجدول رقم (06)، نلاحظ أن للدخل الشهري الأسري علاقة مع إتباع نظام غذائي بانتظام في الحياة اليومية للمريض، حيث أن الإتجاه العام للجدول يمثل نسبة 61 % من مجموع الباحثين الذين لا يتبعون نظام غذائي معين. وبإدخالنا للمتغير المستقل وهو الدخل الشهري الأسري أثبتت نتائج البحث أن أفراد العينة ذوي مستوى الدخل المنخفض أقل من 10.000 دج أقل إتباعا لنظام غذائي معين، وذلك بنسبة 65.73 % مقابل نسبة 34.27 % من الباحثين من ذوي الدخل المنخفض يتبعون نظام غذائي.

إنطلاقا من القراءة الإحصائية للجدول رقم (06)، نلاحظ أنه توجد علاقة طردية بين الدخل الشهري الأسري للمريض وتبعه لنظام غذائي معين، حيث أن المرضى ذوي الدخل المنخفض أقل تتبعا للحمية الغذائية في نظام حياتهم اليومية عكس المرضى ذوي الدخل الشهري المرتفع. فحسب تصريح بعض المرضى غير المتبعين للريجيم يبرز بأن إنخفاض مستواهم المعيشي وكثرة أفراد الأسرة سبب في ذلك، كالمريضة التي تصرح "ما نقدرش ندير الريجيم ما عنديش المال". وتضيف مريضة أخرى فتقول: "في بلادنا صعب الريجيم، الظروف ما تخليكش". إلى جانب التصريحات الأخرى التي تدل على إستحالة إتباع نظام غذائي كما يجب. إستنادا على ذلك، يمكن القول بأن المال مورد فعال للإستمرار في الحياة والتمتع بصحة طبيعية بالنسبة للمريض المصاب بمرض مزمن، إذا فدخله يؤثر على ممارساته التي تعتبر مفهوم مهم في الثقافة الصحية.

ويربط العلاقة بين الدخل وتتبع نظام غذائي، تتوصل إلى نتيجة هامة وهي عدم التعاون مع الطبيب وتنفيذ تعليماته الطبية، يعني فشل المصاب في تنفيذ توصيات طبيبه، وهذا يخلق خللا في النسق الطبي وفي الأدوار الإجتماعية للأطباء وعدم إستقرار النسق وثباته. فالطبيب لا يمكنه أن يتوصل إلى نتيجة فيما يخص مسار العلاج المخصص لمريضه، فتتوتر العلاقات بينهما. وفي هذه الحالة المريض لا يقوم بواجبه المتمثل في رغبته في البحث عن شفاء مرضه. فإستخدام النظام الغذائي هو من واجب الطبيب وضع خطته وشرحها للمصاب حسب حالته وعمره، ومن مسؤولية هذا الأخير تنفيذها والتقيدها بما في نظام حياته. فهذه المشاركة المتبادلة فعالة جدا في السير على المسار الجيد للعلاج، والتي تتأثر بالدخل الشهري للفرد، حيث أن إنخفاض دخله لا يلي له كل الرغبات وبالتالي تقل عزيمته وإرادته في تنفيذ توصيات الطبيب. إذ أن هذا الأخير في الجزائر في بعض الحالات وإن لم نقل دائما، لا يراعي الظروف المعيشية لمريضه، يفرض عليه إتباع خطة علاجية صارمة لا تتماشى مع ظروف حياته نتيجة الفقر، ضعف القدرة الشرائية، إنتشار البطالة، كثرة المستهلكين في الأسرة وقلة المنتجين فيها. وهذا ما صادفناه أثناء قيامنا بإستمارة المقابلة، حيث تصرح مريضة "الطبيب يقولك أشري هذي وهذا وديري الريجيم، وكل شي غالي، واش تديري واش تخلي". أما من جانب الأطباء فيؤكدون على العلاقة الموجودة بين الظروف المعيشية للمريض وتأثيرها على تنفيذ توصياتهم. وهذا ما أوضحته مقابلتنا مع الأطباء، إذ يصرح الطبيب "إن المرضى لا يطبقون ولا ينفذون النصائح التي نقدمها إليهم، وهذا راجع إلى الفقر، شروط الحياة الصعبة للمريض وغياب الوعي الصحي لدى المرضى. وتأثيرنا على المريض يكون عن طريق تحميله المسؤولية وأيضا تحويفه، حيث نستعمل السلطة والقوة للتأثير فيه لتغيير نمط حياته". وإستنادا على هذين التصريحين، يمكن القول بأن القدرة الشرائية للمواطن الجزائري خاصة في السنوات الأخيرة أصبحت صعبة جدا. وذلك من خلال غلاء المعيشة، إنخفاض الدخل الشهري للفرد الجزائري وإرتفاع عدد أفراد الأسرة، حيث عرفت الجزائر مستويات من الفقر، وبدأت تظهر بوادر الطبقات الإجتماعية في المجتمع الجزائري، الطبقة الدنيا الكادحة التي لا دخل لها مستوى معيشتها منخفض، الطبقة المتوسطة وهي طبقة العمال والطبقة الأخيرة طبقة الأغنياء، مستواهم المعيشي مرتفع يعيشون في رفاهية ونعيم.

إن الظروف المعيشية الصعبة للمريض المصاب بمرض مزمن وإنخفاض دخله لا يسمح ذلك له بالحفاظ على نوعية التغذية وكميتها، لا يتقيد بنظام غذائي معين يتناسب مع حالته، حيث أن هذه الفئات من المرضى يلجئون إلى شراء مواد غذائية رخيصة

التمن لا تتوفر على المقاييس الغذائية التي يفرضها الطبيب. فتناول المريض للتغذية يكون تناولاً عشوائياً فقط لكبت الجوع. وإن لم نقل أكل كل ما يؤكل في العائلة مع المراعاة القليلة مثلاً للمواد السكرية والدهنيات... إلخ. وهذا ما صرح به بعض المرضى كقول هذه المريضة: "نقول للطبيبة ما عنديش باش ندير الريجيم واش كلاو الذراري ناكل". فالوجبات الرخيصة تفتقر إلى المواد التي يحتاجها الجسم للقيام بوظائفه بشكل طبيعي. فعلاء المعيشة، كثرة أفراد الأسرة وزيادة متطلبات الحياة كلها عوامل تؤثر حتماً على تنفيذ تعليمات الطبيب، بما في ذلك التقيد بالنظام الغذائي. فالدخل المنخفض يؤدي بالضرورة إلى إنخفاض في مستوى تغذية الفرد عامة والمريض المزمّن خاصة، حيث أن الغذاء هو عنصر حيوي في معيشة الإنسان، فأول شيء يصرف عليه الشخص هو الغذاء لتلبية الحاجات الغذائية للجسم وهي حاجات ضرورية، ثم تأتي الحاجات الأخرى والتي أغلبها ثانوية، والحفاظ على بقائه مرتبط بإشباع غريزته الغذائية. وفي هذا الصدد يمكن القول أن مستوى التغذية في الجزائر بين بعض فئات المجتمع الجزائري لم يصل إلى الحد المعقول، حيث يؤكد زياد الحافظ في مؤلفه أزمة الغذاء في الوطن العربي بأن الفقر "يجعل الناس يأخذون كميات ضئيلة من الغذاء وبنوعية سيئة تنعكس على حجم ونوعية اليد العاملة وبالتالي تساهم في إزدياد الفقر"⁶.

فمشكل الغذاء في الجزائر يبقى الشغل الشاغل للمواطنين في تفكيرهم اليومي، حيث يشكل أكبر مشكل بعد المشكل الأمني. فالإنسان يحافظ على كيانه من خلال توفر التغذية والأمن في المجتمع. وهذا يقودنا إلى الحديث عن مشكلة عدم التوازن بين النمو الإقتصادي والنمو الديموغرافي، حيث أن السكان يتزايدون بسرعة مقارنة بالموارد الغذائية التي تتزايد ببطيء، فالنظرية المالتوسية حول السكان مهمة جداً لمعرفة ظاهرة الفقر وتفسيرها. وعليه فإن إنتاج المواد الغذائية وتوفرها في السوق بالقدر الكافي للسكان وانتقائها عملية صعبة المنال خاصة إذا كانت تلك العائلة تعرف فقراً كادحاً وإنخفاض مستواها المعيشي بسبب كثرة عدد أفرادها. وهذا ما لمسناه من تصريحات المبحوثين.

ففي هذه الحالة المريض لا يمكنه الحصول على غذاء جيد ومتكامل من الناحية الغذائية، مما ينتج عن ذلك الضعف الجسدي على مواجهة المرض، إنعدام الرغبة في الشفاء والتغيير في نمط الحياة من ممارسات غير صحية إلى ممارسات صحية. وهذا بسبب الظروف المعيشية لأن "طعاماً مناسباً من مختلف المكونات الغذائية أمر لازم لتنظيم أنشطة الجسم الطبيعية، وأن سوء التغذية سبب رئيسي للقصور المناعي، حيث لا يؤثر فقط على السكان ذوي المواد الغذائية المحدودة بل أيضاً على الأشخاص الذين يعيشون في الأحياء الفقيرة، وعلى هؤلاء الذين يعانون من الأمراض المزمنة"⁷.

لقد أسفرت تصريحات الأطباء والمرضى بأنه في المجتمع الجزائري لا يمكن إتباع نظام غذائي معين، كتصريح طبيبة مختصة في الطب الداخلي بمستشفى بني مسوس، حيث تقول: "كيما تعري الريجيم، المريض ما يقدرش يديرو خاطر المريض لي بالسكر لازموا الخضرة والخضرة غالية والمريض في دزائر ما يقدرش يدير الريجيم، ياكل الحبوب، العدس، وهايليك بما ثاني مريضة بالسكر سييت نديرها ريجيم كيما لازم ما تقدرش تدير تاكل الحبوب، في دزائر الريجيم Impossible شوية من المريض وشوية من الغلا".

وإستناداً على القول السابق للطبيبة، فإن المأكولات الموصوفة لمريض داء السكري، ضغط الدم والقلب غالبية الثمن خاصة إذا كانت الخضرة في موسم غير موسمها، تتطلب تكاليف باهظة الثمن لتوفيرها، لأنه لا يمكن إستعمال الريجيم والتخلي عن الدواء أو التقيد بالدواء والتخلي عن الريجيم، لا يمكن لعنصر أن يحل محل عنصر آخر إلا في بعض الحالات فقط يفرضها الطبيب، حيث تؤكد وزارة الصحة والسكان بأن "آثار الأزمة الإقتصادية ولدت إنخفاض في القدرة الشرائية التي زادت من نسبة المحرومين"⁸. وفي هذا الصدد فإن الفقر والجهل يقفان كعائقان أمام تحقيق التعاون مع الطبيب، والتمتع بالثقافة الصحية التي تعتبر عماد الصحة.

وإذا تكلمنا عن هذا المشكل، فإن المرضى ذوي المستوى المعيشي المرتفع محظوظين جدا من الناحية الإقتصادية والغذائية، فإنهم يتقيدون بنظام غذائي معين مفروض عليهم، يساعدهم على التمتع بالصحة الطبيعية ولا يشكل لهم المال مشكل. وكما هو معروف فإن معظم المواد الغذائية، الخضروات والفواكه متوفرة في السوق خلال معظم فصول السنة، ولهذا المرضى ذوي الدخل المرتفع يشترون هذه الأغذية على مدار السنة. وفي هذا الصدد يشير المؤلف ألبير ساسون في مؤلفه أي تغذية للإنسان غدا، أنه "غالبا ما يقاس إرتفاع مستوى المعيشة بمؤشرات شاملة تخفي الفوارق الهامة بين الدخل والتفاوت في مجال الإغتذاء وسط السكان، فالطبقات المسورة هي أول من يستفيد بعامة من تغذية جيدة ينبغي أن يستفيد منها فيما بعده الشرائح الإجتماعية الأخرى".⁹ وكخلاصة للقول، هو أن الدخل الشهري للمريض يؤثر تأثيرا فعالا في إستهلاك المواد الغذائية وفي تتبع نظام غذائي معين وبالتالي التأثير على الممارسات الصحية وعلى الثقافة الصحية. وهذا بالإستناد على تصريحات المرضى التي إستبطنها من الميدان، حيث أن البعض منهم إتصف بالإستهزاء في عملية إتباع نظام غذائي مما إنعكس ذلك سلبا على حالته الصحية. كحالة هذا المريض الذي يسرد حياته فيقول: "من قبل ما كنتش ندير الريجيم وما كنتش نحافظ على صحي وكى طحت فراش تعوقت إستعرفت بالغلطة وندمت على واش جوزت كى ما كنتش نحافظ على صحي". وإضافة على ذلك فإن مريضة أخرى تقول: "أنا ندير الريجيم سمانة بسمانة وكى نشوف روجي مليحة نخلية، عندي شهر ما درتش وكى نشوف روجي ماشي مليحة نولي للريجيم وهكذا". وفي هذا السياق، نلاحظ إستهزاء المرضى وعدم مبالاهم بأهمية إتخاذ نظام غذائي معين في حياتهم اليومية. كقول هذه المريضة: "الريجيم ساعات نتبع سمانة و عشر أيام وبعد شهر عادي وهذا بالدالة".

4_ الدخل ونمط الإستجابة للمرض:

إن المرض ظاهرة تؤثر في جميع الناس دون إستثناء، ولكن تأثيره يختلف من شخص لآخر حسب مدى الإستجابة للأعراض المرضية، إذ تؤثر عدة عوامل في هذه الإستجابة منها المستوى التعليمي، الثقافة والطبقة الإجتماعية التي تعتبر متغير فعال في ذلك، حيث أن أفراد الطبقات العليا بمجرد الشعور بالألم يسارعون لزيارة الأطباء وحتى أنهم خلال فترات زمنية معينة يلجئون إلى الخدمة الصحية للإطمئنان على صحتهم. عكس الفقراء الذين لا يستجيبون بسهولة للأعراض المرضية، فهم يتجاهلوها ويتبعون بدائل علاجية لا تكلفهم كثيرا. وفي بعض الحالات يتباطئون في اللجوء للخدمة الصحية، وهذا ينعكس سلبا على صحتهم، فتتفاقم الحالة المرضية ويصعب علاجها. ومن خلال ذلك حاولنا في دراستنا هذه إبراز العلاقة بين الطبقة الإجتماعية التي حددناها في الدخل الشهري الأسري ومدى تأثير ذلك على الإستجابة للمرض إنطلاقا من الجداول التالية:

جدول رقم (07): يمثل توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري الأسري وعلاقته بالمراحل المتبعة في العلاج منذ بداية الأعراض المرضية حتى اللجوء إلى الطبيب.

المراحل المتبعة	تجاهل الأعراض المرضية	التأكد من طبيعة المرض	تناول دواء دون إستشارة الطبيب	اللجوء إلى العلاج الحديث	اللجوء إلى العلاج التقليدي	أدوية وأعشاب طبية	البكاء	الإرتياح	الصلاة الدعاء الصبر وقراءة القرآن	المجموع
الدخل الشهري الأسري										
[أقل من 10.000 دج]	27 15.17%	06 3.37%	27 15.17%	30 16.8%	75 42.13%	01 0.56%	02 1.13%	06 3.37%	04 2.25%	178 100%
-10.000] [20.000 دج]	17 19.54%	07 8.05%	16 18.39%	32 36.7%	14 16.09%	-	-	01 1.15%	-	87 100%
-20.000] [30.000 دج]	03 12%	03 12%	04 16%	10 40%	04 16%	-	-	01 4%	-	25 100%
[30.000 دج فأكثر]	-	-	02 20%	05 50%	03 30%	-	-	-	-	10 100%
المجموع	47 15.67%	16 5.33%	49 16.33%	77 25.6%	96 32%	01 0.33%	02 0.67%	08 2.67%	04 1.33%	300 100%

جدول رقم (08): يبين توزيع أفراد العينة حسب أسباب اللجوء إلى الممارسات غير الصحية.

أسباب اللجوء إلى ممارسة غير صحية	التكرار	النسبة %
الخبرة الشخصية والتجربة	25	10
الظروف المادية	124	49.6
المشاكل	05	2
النية في الشفاء	83	33.2
العادات والتقاليد	02	0.8
الكره من الأطباء والدواء	09	3.6
عدم توفر الوقت والإنشغال بالعمل	02	0.8
المجموع	*250	100

ملاحظة: المجموع أكبر من حجم العينة وهو يخص المرضى الذين يمارسون ممارسات غير صحية، حيث يوجد تكرار لبعض الحالات.

لقد أبرزت نتائج دراستنا من خلال معطيات الجدول رقم (07) أن هناك علاقة بين المستوى المعيشي واللجوء للخدمة الصحية، حيث أن الأفراد ذوي المستوى المعيشي المنخفض يتباطئون في زيارة الطبيب لأن ذهابهم يكلفهم الكثير من المال، لذا يلجئون إلى البدائل العلاجية وأهمها العلاج التقليدي الذي لا يكلفهم الكثير. إذ أن الإتيان العام للجدول يتجه نحو المبحوثين الذين يلجئون للعلاج التقليدي في حالة تعرضهم للمشاكل المرضية أي بنسبة تقدر بـ 32 % من مجموع المبحوثين مقارنة بنسبة 25.67 % من المبحوثين يلجئون إلى العلاج الحديث، نسبة 16.33 % في صنف تناول دواء دون إستشارة الطبيب، نسبة 15.67 % من المبحوثين كانت إجاباتهم في صنف تجاهل الأعراض المرضية، نسبة 5.33 % في صنف التأكد من طبيعة المرض، نسبة 2.67 % في صنف الإرتياح، نسبة 1.33 % في صنف الصلاة، الدعاء، الصبر، قراءة القرآن ونسبة منخفضة في صنف البكاء بـ 0.67 % من مجموع المبحوثين.

إن الإتيان العام للجدول المتمثل في صنف اللجوء للعلاج التقليدي يعزز من طرف المرضى الذين دخلهم الشهري الأسري أقل من مليون، وذلك بنسبة 42.13 % مقابل نسبة 16.85 % من نفس فئة الدخل يلجئون للعلاج الحديث، نسبة 15.17 % إجابات المبحوثين كانت في صنف تجاهل الأعراض المرضية وأيضاً تناول دواء دون إستشارة طبية، نسبة 3.37 % في صنف التأكد من طبيعة المرض ونفس النسبة في صنف الإرتياح، نسبة 2.25 % من المبحوثين كانت إجاباتهم في صنف الصلاة، الدعاء، الصبر وقراءة القرآن ونسبة 1.13 % من المبحوثين إجاباتهم إنصبت في صنف البكاء. وأخيراً نسبة 0.56 % من المبحوثين كانت إجاباتهم في صنف تناول أدوية وأعشاب طبية في آن واحد.

وعليه إتضح جلياً من القراءة الإحصائية للجدول أنه توجد علاقة طردية بين الدخل الشهري للأسري للمريض والممارسات الصحية المتبعة لعلاج المشاكل الصحية، حيث أن إرتفاع الدخل الشهري يتبعه اللجوء للعلاج الحديث. أما إنخفاضه فيتبعه لجوء المرضى أكثر للعلاج التقليدي، وتفسير هذا الأخير يرجع إلى سبب الفقر وعدم قدرة المرضى منخفضي الدخل على إستشارة الطبيب واللجوء للمستشفى نظراً لعدم توفر وسائل النقل، قلة المال وبعد المستشفى عن مكان إقامتهم. وأن إستشارة الطبيب تكلفهم أموالاً خاصة في العيادات الخاصة، تكاليف الكشف، الدواء، التحاليل والأشعة الطبية باهظة. وبالتالي فهم يبحثون عن بدائل علاجية لا تكلفهم كثيراً، ويجدون أن أحسن هذه البدائل هي العلاج التقليدي المتمثل في الأعشاب الطبية. وهذا ما أبرزته تصريحات المرضى، إذ توضح مريضة فتقول: "كي يجتلي السكر خلاص ما عنديش نحوس على العشب". فقلة هذا الوعي الصحي وإنخفاض الثقافة الصحية يجعلان المريض المصاب بمرض مزمن لا يتعاون مع طبيبه لأن الطبيب من بين توصياته لمريضه هي تأكيده له بإستشارة الأطباء في حالة التعرض للمرض لأن حالتهم الصحية لا يجب الإستهانة بها. فالمريض نتيجة إنخفاض دخله الشهري الأسري يبني ثقافة صحية في مخيلته. فماله غير كاف لإستشارة الأطباء وبالتالي اللجوء مباشرة إلى الطب التقليدي لمعالجة الحالة المرضية ولو جزئياً، ويستخدم احتمالاته في ذلك إن زال الألم والتعب إنتهى الأمر، وإن حدث عكس ذلك وإستمر الخطر يتوجه إلى الخدمة الصحية. وعليه نستنتج بأن إنخفاض الدخل الشهري للأسري للمريض يؤثر على القدرة الشرائية وعلى إستشارة الأطباء وتلبية حاجاته الصحية مما يؤثر على ثقافته الصحية ووعيه الصحي. وهذا ما يجعله يمارس ممارسات غير صحية حسب مخياله الإجتماعي، خبراته الشخصية وتجاربه الحياتية.

وفي هذا الصدد فإن معظم الدراسات تؤكد العلاقة بين الواقع الإجتماعي للمريض واللجوء للخدمة الصحية من حيث التسارع أو التباطؤ في إستشارة الأطباء، وكانت دراسة علي المكاوي رائدة في هذا المجال، حيث ربط بين الطبقة الإجتماعية واللجوء للخدمة الصحية، وأكد بأن عمليات الفرز ذات الطابع الإجتماعي والإقتصادي في المجتمع تجعل شخصا معيناً طالبا للعلاج واللجوء لإحدى المؤسسات العلاجية الطبية لطلب المساعدة الطبية، من حيث إدراك الفرد لمدى حاجته للمساعدة الطبية

وقراره بالبحث عنها. والتي ترتبط بأسباب المركز الاجتماعي الذي يفسر تأخر المرضى في إتخاذ القرار السليم بالتوجه للطبيب¹⁰، حيث تطرق "تالكوت بارسونز Talcott Parsons" من خلال معالجته لدور المريض إلى هذا العنصر وهو البحث عن المساعدة الطبية. ففي هذا المجال فإن البحث عن هذه المساعدة هو إلتزام وواجب المريض التقييد بما لتمتعه بالصحة الطبيعية والتعاون مع الطبيب لإنجاز الهدف الذي يسعى إليه كل من العاملين في النسق الطبي، وإذا تأخر أو تباطأ الفرد في البحث عن مساعدة لحالته المرضية، فإنه يفتقد الرغبة، الإرادة وقلة الدافع في التمتع بالصحة الطبيعية.

وإستكمالا للجدول السابق، فإن الجدول اللاحق يبين مدى تأثير الدخل الشهري الأسري على معالجة المرض المزمن بالطرق غير الطبية، حيث أن علاج هذا المرض يبدأ بالطرق الطبية وينتهي بالطرق غير الطبية وهذا راجع إلى إنخفاض المستوى المادي للمريض الذي يؤثر بدوره على وعيه الصحي.

جدول رقم (09): يمثل توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري الأسري ومدى معالجة المرض المزمن بالطرق غير الطبية.

المجموع الكلي	لا	نعم	المعالجة بالطرق غير الطبية الدخل الشهري الأسري
178 % 100	67 % 37.64	111 % 62.36	[أقل من 10.000 دج]
87 % 100	43 % 49.43	44 % 50.57	[10.000-20.000 دج]
25 % 100	13 % 52	12 % 48	[20.000-30.000 دج]
10 % 100	07 % 70	03 % 30	[30.000 دج فأكثر]
300 % 100	130 % 43.33	170 % 56.67	المجموع

ما يمكن ملاحظته من معطيات الجدول رقم (09)، هو أنه توجد علاقة طردية بين الدخل الشهري لرب الأسرة ومدى معالجة المرض المزمن بأحد الطرق غير الطبية.

وفي هذا الصدد نلاحظ من الجدول أن أغلبية المبحوثين يلجئون لعلاج مرضهم المزمن بطرق غير طبية، وذلك بنسبة تقدر بـ 56.67 % من مجموع المبحوثين المستجوبين. مقابل نسبة 43.33 % من المبحوثين لا يعالجون مرضهم المزمن بالطرق غير الطبية.

وبإدخالنا للمتغير المستقل وهو الدخل الشهري الأسري، نجد بأن المبحوثين من فئة الدخل المنخفض أقل من مليون يتوزعون بنسبة 62.36% بالنسبة للمبحوثين الذين يتبعون طرق غير طبية في علاج مرضهم المزمن مقابل نسبة 37.64% من نفس فئة الدخل من المبحوثين لا يستعملون الطرق غير الطبية لعلاج مرضهم المزمن.

إن الطب الشعبي هو أحد البدائل العلاجية التي يلجأ إليها المريض المصاب بمرض مزمن كداء السكري، ضغط الدم والقلب. وأصبح هذا الطب يتفاعل جنباً إلى جنب مع الطب الحديث، فغالبا ما يلجأ المرضى المصابين بالأمراض المزمنة في بداية مرضهم إلى الأطباء والمستشفيات وعند اليأس من الشفاء نهائياً، الكره من الأطباء والممارسات غير المنطقية للعاملين في النسق الطبي وأيضا كره الأدوية الكيميائية وينتهي بهم المطاف بالطب الشعبي والعلاج التقليدي. وهذا ما صرح به المرضى، إذ تقول مريضة "أنا كرهت من الطب ودوا الطبيب". أما مريض آخر فيقول: "الواحد يكره ويتقلق، تتقلق بزاف كي تكون المشاكل ومرات كي تروح لزنتة ونشوف حاجة ما تعجبنيش نتقلق وفي السببطار نتقلق، غير البيروقراطية في السببطات والبيسطوا وغير هذاك من المشاكل لي يتلقاها المريض". فغالبا ما تكون الظروف المعيشية الصعبة التي يعيشها المريض سببا من أسباب هذه الممارسات. وهذا ما صادفناه بين أفراد عينتنا، حيث أن الدخل الشهري الأسري للفرد له علاقة مع معالجة المرض المزمن بالطرق غير الطبية وأيضا بالطرق الطبية. فكلما ارتفع الدخل الشهري الأسري للمريض كلما قل اللجوء لمعالجة المرض المزمن بالطرق غير الطبية والعكس صحيح. كلما إنخفض الدخل الشهري الأسري للمريض كلما ارتفعت نسبة ممارسة العلاج التقليدي وعلاج المرض المزمن بالطرق غير الطبية. ويرجع ذلك أساسا إلى الوضع المادي المنخفض للمصاب، لأن الطرق غير الطبية المتمثلة في الأعشاب الطبية، الوصفات الشعبية التقليدية لا تكلف كثيرا من الأموال، وهذا السبب يغرس بعض الأفكار والمعتقدات في مخيلة المريض وفي تفكيره وإيمانه بفعالية الطب الشعبي الذي يراه فعال في علاج الأمراض المزمنة كداء السكري، ضغط الدم والقلب. ويرجع ذلك إلى ثقافته الشعبية، عاداته، تقاليده وكيفية معالجة المرض في الماضي، حتى أن تجربته الشخصية لها أثر على تفكيره وعلى ثقافته الصحية حسب تصريحات المرضى. فالأسباب الرئيسية لممارسة هذا النوع من العلاج الشعبي لعلاج المرض المزمن هي الظروف الإقتصادية، المادية والإشهار في وسائل الإعلام خاصة في القنوات الفضائية.

جدول رقم (10) : يمثل توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري الأسري للمريض والحالات المرضية التي يلجأ فيها للطبيب.

المجموع	الحالات المرضية البسيطة أحيانا والحالات الخطيرة أحيانا أخرى	الحالات المرضية البسيطة	الحالات المرضية الخطيرة	الحالات المرضية الدخل الشهري الأسري
178 % 100	01 % 0.56	35 % 19.66	142 % 79.77	أقل من 10.000 دج]
87 % 100	-	23 % 26.44	64 % 73.56]-10.000]20.000 دج]
25	-	14	11]-20.000

30.000 دج]	44 %	56 %	-	100 %
[30.000- فأكثر]	01	09	-	10 %
	10 %	90 %	-	100 %
المجموع	218	81	01	300
	72.66 %	27 %	0.33 %	100 %

جدول رقم (11): يمثل توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري الأسري للمريض والمدة المستغرقة بين ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب.

المدة المستغرقة الدخل الشهري الأسري	مدة قصيرة جدا أقل من يوم	مدة قصيرة يوم- يومين	مدة متوسطة 3-4 أيام	مدة طويلة 5-15 يوم	مدة طويلة جدا أكثر من 15 يوم	المجموع
[أقل من 10.000 دج]	12	47	24	69	26	178
	6.74 %	26.40 %	13.48 %	38.76 %	14.61 %	100 %
[-10.000 20.000 دج]	14	24	12	16	21	87
	16.09 %	27.59 %	13.79 %	18.39 %	24.14 %	100 %
[-20.000 30.000 دج]	06	08	02	05	04	25
	24 %	32 %	8 %	20 %	16 %	100 %
[30.000 دج فأكثر]	05	04	-	01	-	10
	50 %	40 %	-	10 %	-	100 %
المجموع	37	83	38	91	51	300
	12.33 %	27.67 %	12.67 %	30.33 %	17 %	100 %

يمثل الجدول رقم (10)، توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري الأسري للمريض والحالات المرضية التي يلجأ فيها إلى الطبيب، حيث أوضحت بياناته أن المريض غالبا ما يلجأ إلى الطبيب عند تأزم الحالة المرضية وصعوبة الشفاء، أي اليأس من الشفاء، فمثلت النسبة 72.66 % من أفراد العينة يستشيرون الأطباء في حالة ظهور الأعراض المرضية الخطيرة. ولإبراز مدى تأثير الحالات المرضية التي يلجأ فيها المريض إلى الطبيب بمتغيرات أخرى، أدخلنا على هذا المتغير التابع، المتغير المستقل والمتمثل في الدخل الشهري الأسري للمريض وكانت النتائج كما يلي:

إن معطيات الجدول رقم (11)، توضح من خلال الوهلة الأولى أن هناك علاقة بين الدخل الشهري الأسري للمريض والحالات المرضية التي يلجأ فيها للطبيب، حيث أنه كلما إنخفض الدخل الشهري الأسري للمريض كلما كان اللجوء إلى الطبيب بعد تأزم وتفاقم المرض، الأعراض المرضية الخطيرة والعكس صحيح كلما إرتفع الدخل الشهري الأسري للمريض كلما كان اللجوء أسرع إلى الطبيب بمجرد ظهور الأعراض المرضية البسيطة.

وعليه فإن الإتجاه العام للجدول والمتمثل في اللجوء إلى الطبيب في حالة الأعراض المرضية الخطيرة يتمركز في فئة الدخل الشهري الأسري المنخفض أقل من مليون، وذلك بنسبة 79.77 % من المبحوثين يلجئون إلى الطبيب بعد تفاقم الحالة المرضية والأعراض الخطيرة مقابل نسبة 19.66 % من أفراد العينة من نفس فئة الدخل الشهري الأسري يلجئون إلى الطبيب بمجرد ظهور الأعراض المرضية البسيطة ونسبة 0.56 % من المرضى يستشيرون الأطباء أحيانا في حالة ظهور أعراض مرضية بسيطة وأحيانا ظهور أعراض مرضية خطيرة.

إستنادا على الجدول السابق رقم (10)، فإن الجدول رقم (11)، يوضح لنا المدة المستغرقة بين ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب وتأثرها بالدخل الشهري الأسري للمريض، حيث أثبتت نتائجنا أن فئة كبيرة من أفراد العينة يستغرقون مدة طويلة بين ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب، وذلك بنسبة تقدر بـ 30.33 % من مجموع المبحوثين مقابل نسبة 27.67 % من المبحوثين تتراوح مدة ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب بالمدة القصيرة، نسبة 17 % من أفراد العينة يلجئون إلى الطبيب بعد مدة طويلة جدا من ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب، نسبة 12.67 % من المرضى تراوحت مدة ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب بالمدة المتوسطة ونسبة 12.33 % من أفراد العينة يستشيرون الأطباء في مدة قصيرة جدا من ظهور الأعراض المرضية وزيارة الأطباء.

تبين معطيات الجدول رقم (11) من خلال الوهلة الأولى أنه توجد علاقة طردية بين الدخل الشهري الأسري للمريض والمدة المستغرقة بين ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب، حيث إتضح أن المبحوثين من فئة الدخل المنخفض أقل من 10.000 دج يتوزعون كما يلي: نسبة 38.76 % من أفراد العينة من الدخل المنخفض تتراوح مدة ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب بالمدة الطويلة تقابلها نسبة 26.40 % من نفس فئة الدخل تنحصر مدة ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب بالمدة القصيرة، نسبة 14.61 % من المبحوثين ذوي الدخل المنخفض يلجئون إلى الطبيب بعد مدة طويلة جدا، نسبة 13.48 % بالنسبة للمرضى من نفس فئة الدخل يستشيرون الأطباء في مدة زمنية متوسطة من ظهور الأعراض المرضية. وآخر النسب من فئات الدخل المنخفض نجدها بنسبة 6.74 % من المبحوثين إجاباتهم إنصبت في صنف مدة قصير جدا.

نستنتج من خلال القراءة الإحصائية للجدولين السابقين، أنه توجد علاقة بين الدخل الشهري الأسري للمريض وسرعة اللجوء للخدمة الصحية. إذ أن المرضى ذوي الدخل الشهري المرتفع يسارعون في إستشارة الأطباء بمجرد ظهور الأعراض المرضية البسيطة في مدة قصيرة، عكس المرضى ذوي الدخل الشهري المنخفض الذين يتباطئون في إستشارة الأطباء، واللجوء إليهم في حالة خطورة الأعراض المرضية الخطيرة وتفاقمها. ونتيجة ذلك تطول المدة الزمنية بين ظهور هذه الأعراض وزيارة الطبيب.

إن التأخر في إستشارة الأطباء وعدم التوجه للخدمة الصحية بمجرد ظهور الأعراض المرضية حتما له علاقة بالوضعية الإقتصادية للمريض، لأن ذلك يؤثر على أفكاره وممارساته، وأيضا أن إنخفاض مستواه المادي لا يسمح له بتلبية جميع متطلباته، وقد يكون المطلب الصحي آخر مطلب يفكر فيه الفقير. وهذا ما رصدناه من أقوال وآراء المبحوثين. إذ يظهر ذلك من خلال تصريح هذه المريضة التي تقول: "الوسائل المادية هي لي تخلي الإنسان ما يروحش للطبيب". ويضيف مريض آخر: "ما عندي الدراهم ما نروح للطبيب". وهذا كله راجع إلى الظروف المعيشية الصعبة التي يعيشها المريض، حيث يقول لنا مريض حرفيا: "ما تكفيش الشهرية الإنسان يشح يشح الله غالب الدراهم أنا ما عنديش". فهو يتباطأ ضنا منه زوال المرض وسوف يصل إلى مرحلة التمتع بالصحة الطبيعية، وهذا نتيجة قلة وعيه الصحي والثقافة الصحية التي هي لا تعتبر فقط مجرد معلومات طبية بل تتضمن أيضا رغبة، إرادة وقدرة على تغيير نمط الحياة والممارسات غير الصحية إلى ممارسات صحية، وحتى تغيير الأفكار والمعتقدات الخاطئة. وغالبا ما يكون الدخل معيقا لذلك. فهذا العامل يدفع بالمريض المصاب بمرض مزمن لأخذ مثل هذه المواقف

والممارسات. نظرا لقلّة المال وخوفه من التأثير على ميزانية الأسرة ومن تكاليف العلاج. وقد أرجع المبحوثين أسباب التباطؤ في زيارة الطبيب إلى الظروف المعيشية الصعبة. وكما هو معروف، فإن تدني المستوى الإقتصادي لأي عائلة لا يسمح لها بتلبية جميع متطلباتها، خاصة المساهمة في تكاليف العلاج وزيارة الطبيب، يعني ذلك أن المرض يكلف حتما المرضى وعائلاتهم أموالا باهظة. لذا نجدهم يتصرفون بطرق غير صحية لإزالة الألم والتخلص من المرض. ويرجع هذا كله إلى عامل الظروف الإقتصادية التي تعرقل الحياة اليومية للشخص. وذلك بسبب البطالة، الإضطرابات وفقدان المواد الأولية أو غلاء إستيرادها، حيث تلعب دورا فعالا في هذا التدني، لذا يمكن القول بأن الفقر والغنى قطبان لمعادلة واحدة.

إضافة على ذلك، فإن توصيل الخدمات الطبية الجيدة يرتبط أيضا بالتمايزات البيئية والإجتماعية، وبوجه عام نادرا ما تستطيع الجماعات الإجتماعية الفقيرة إستشارة الأخصائيين و القيام بالأشعة و التحاليل الطبية، أي قيمة تكاليف الخدمات الصحية مرتفعة، حيث أن الرعاية الطبية التي تتلقاها تلك الفئات محدودة وأن مستواهم المادي منخفض يستغلون الخدمات الصحية بنسب أقل من الذين مستواهم المادي عالي. و بذلك يترددون على الطبيب بنسب أقل (بصفة محتشمة) لذا نجدهم يعانون الكثير من المشاكل الصحية و يتعرضون للكثير من الأمراض المزمنة. فالفقير عادة لا يستجيب للمرض ولطلب العلاج. ويتضح ذلك من خلال تصريح بعض المرضى، إذ أن سعالا بسيطا و الذي قد يكون مؤشرا على مرض خطير قد يتغاضى عنه الفرد و لا يسعى لطلب العناية الصحية، إذا كانت حالته المادية لا تسمح له بذلك، ولكنه قد يضطر إلى الذهاب إلى الطبيب بعد أن تسوء حالته، و يصبح الوقت متأخرا بالنسبة له.

ولقد أوضحت بعض الدراسات أن هناك عدة أسباب تجعل المريض يتأخر ويتباطأ في إستشارة الأطباء، منها البحث الذي قام به "بلاكويل Blackwell" سنة 1963 والذي تبين من خلاله أن هذا التأخير يرجع إلى سبب أو عدة أسباب منها: إنشغال المريض بمسؤوليات لا يستطيع تركها لأحد، ومثال عن ذلك الأم التي تقوم بالإشراف على أطفالها ولا تجد من يحل محلها، فلا يمكنها تركهم للذهاب لإستشارة الطبيب. وأيضا شعور المريض بالخوف، القلق، التوتر أو الإضطراب النفسي من جهة. ومن جهة أخرى شعوره بنوع من الكراهية نحو الأطباء بصفة عامة نتيجة لخبرات سيئة عن حالات مرضية سابقة، سواء خبرات ذاتية أو خبرات عن حالات مرّ بها أحد من أصدقائه أو أقربائه. هذه كلها عوامل تؤدي بالمصاب إلى التأخير في طلب الرعاية الصحية. وفي هذا الصدد فإن ضعف مستواه الثقافي، الإقتصادي والإقتصادي سببا في ذلك. ومن الواضح أن الأعراض المرضية وحدها ليست كافية في معظم الحالات لدفع الشخص مباشرة لإستشارة الطبيب. وأن أسباب تأخير عرض الحالة على الطبيب، هي أسباب إجتماعية قد تكون ناتجة عن عوامل ثقافية حضارية، وقد تكون نتيجة لمواقف إجتماعية معينة تأثر بها الشخص بطريق مباشر أو غير مباشر في حياته.¹¹

وإذا ما طبقنا نظرية نموذج المعتقدات الصحية التي توضح بأن سلوك الفرد يتحدد من خلال بعض الدوافع الداخلية والخارجية مثل تحقيق أكبر قدر من الحاجات والخواف، وما هي القيمة التي يقدرها الشخص المصاب لذلك السلوك أو الممارسة، حيث أن إتخاذ القرار يعتبر سلوكا ناتج عن عدة دوافع للقيام به، القيمة والأهداف المسطرة لهذا السلوك. إذ أن سلوك إستشارة الأطباء يتوقف على عدة دوافع تدفع المريض المصاب بمرض مزمن للقيام بهذا السلوك. ففي هذه الحالة دافعه هو السعي نحو الشفاء وتجنب المرض بكل أشكاله، وأن قيمة الحافز لتحقيق الهدف السابق هي رغبته وإرادته في أن يصبح في حالة صحية طبيعية وتقديره تقدير ذاتي بمدى احتمال نجاح هذا السلوك. وتحقيق الهدف هو إعتقاد المريض بأن سلوكه الصحي كالتوجه إلى الطبيب سوف يحميه من تطور الحالة المرضية، يخفف عنه المرض ويسترجع صحته الطبيعية، حيث تشير فوزية رمضان أيوب بأن "الناس عادة لا يحاولون إتخاذ أي إجراء للوقاية من المرض أو مقاومته إلا إذا كان لديهم حد أدنى من الدوافع الصحية والثقافة الصحية

(...) وكانوا يرون أن احتمال تعرضهم للمرض وتهديده لهم هو احتمال قائم، وكانوا مقتنعين بجدوى محاولة الوقاية أو العلاج، وبإمكانية إتخاذ الإجراء المطلوب أو المقترح إتخاذ ذلك دون معوقات تذكر أو بقليل من الصعوبات".¹²

ويمكن القول بأن العوامل الاقتصادية تؤثر على الدوافع، الخبرات والمعلومات الصحية للفرد التي هي جزء من ثقافته الصحية، والتي تساهم في تحديد السلوك الصحي له وفي السرعة أو التباطؤ في إستشارة الأطباء. وأن المواقف تحدث بين الصحة الطبيعية والمرض، وهذا بدأ من ظهور الأعراض المرضية. فالسلوك الذي يقوم به المريض يمكن أن يتخذ عدة أشكال منها تجاهل الأعراض المرضية، إستعمال أعشاب طبية... الخ، وهذه الإستجابة للمرض تختلف من مريض لآخر حسب ظروفه، وأهمها ظروفه المعيشية والمادية والتي تؤثر على الإسراع أو التباطؤ في البحث عن علاج لحالته المرضية. ففي دراستنا هذه المبحوثين من فئات الدخل المرتفع، كانت محدداتهم الأساسية للجوء للطبيب وسلوك البحث عن العلاج، هي وجود الأعراض المرضية إعتقادا منهم أنها تعتبر تهديدا لصحتهم الطبيعية وإعتقادهم أيضا بفائدة الرعاية الطبية التي تقدم لهم، عكس الفقراء الذين أثر دخلهم على معتقداتهم الصحية وعلى سلوكهم الصحي، حيث أن الفئات الاجتماعية الفقيرة أقل إستجابة للأعراض المرضية، وغالبا ما يتجاهلوها وعدم إدراكها حتى تتفاقم الحالة المرضية ويضطرون بعد فوات الأوان إلى ممارسة سلوك اللجوء للخدمة الصحية، لأن هؤلاء المرضى في إعتقادهم أن الأعراض المرضية تحتاج إلى الذهاب إلى الطبيب، وهذا ينجر عنه تكلفة مالية، أخذ إجازة من العمل إذا كان المريض عاملا. وأيضا فإن الإيمان بالقدر هو سبب من أسباب إتخاذ المريض سلوكا معيناً في مجال صحته. فالتردد على الأطباء يكون بصفة محتشمة نظرا لظروفهم المادية المنعدمة في بعض الحالات والمنخفضة أحيانا. وفي سياق الحديث، نرى بأن ثقافة الفقير حول الصحة تختلف عن ثقافة الغني في المجال الصحي والمريض، فالفقير كتوم، صبور لا يستجيب سريعا للمرض ولا يسارع لإستشارة الأطباء عكس الغني.

5- خاتمة:

إن تقدم الرعاية الصحية وعلاج المرض يرتبط بتقدم المجتمع، تطوره، إرتفاع مستوى معيشة أفراده وزيادة درجة وعيهم بمظاهر الصحة وعوامل المرض وغيرها، لأن الرعاية الصحية تعد تبعا لذلك جانبا متأثرا بالحياة الاقتصادية و الاجتماعية سلبا أو إيجابا. لذا إعتبر التحكم في المرض بمثابة مشكلة لها دوافعها الاجتماعية، و هكذا أصبحت مسألة تخفيف حدة المرض المزمن كداء السكري، الضغط الدموي والقلب قضية تحتاج إلى وقت طويل. وهذا يعني أن التدخل العلاجي يستلزم إحداث تغيرات في الأنماط السلوكية لحياة المريض. وهذا يرتبط بالعوامل الاجتماعية و الاقتصادية والتي لها مكانة بارزة في تخفيف حدة الأمراض المزمنة. وكنتيجة توصلنا إليها من خلال مختلف المعطيات المبينة سابقا، يظهر بوضوح مدى تأثير الفقر على عزيمة المريض وقدرته على تغيير نمط حياته، يعني التأثير على ثقافته الصحية، حيث أن تدني المستوى المعيشي يؤدي حتما إلى ممارسة سلوكيات غير صحية متنافية مع تعليمات الطبيب، لذلك نجد المرضى لا ينفذون النصائح الطبية وأغلبهم من الفقراء. كما أن العادات السلوكية اليومية لها إنعكاس على الصحة، حيث أن الطبيب يوضح تعليمات ونصائح لمريضه من أجل التقيد بها، حيث أنه يضع نظاما غذائيا معيناً في التغذية، فيصعب على المريض تنفيذه لإرتفاع تكاليفه فتسوء حالته الصحية، وقد يرى الطبيب يجب على المريض أن يستريح فترة طويلة قبل أن يعود إلى العمل، لكن حاجته الاقتصادية تدفعه إلى عدم تنفيذ هذه التعليمات فينتكس... الخ.

الهوامش:

1- Ministère de la santé, de la population et de la reforme hospitalière, direction de la prévention, Rapport du séminaire atelier d'élaboration du programme

national de lutte intégrée contre les maladies non transmissibles, Ministère de la santé, de la population et de la reforme hospitalière, Alger, 2003, P16.

2- Ibid, P 5.

- 3- نادية مُجَّد السيد عمر، علم الاجتماع الطبي، المفهوم والمجالات، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1987، ص 168 .
- 4- نفس المرجع، ص 459.
- 5- نفس المرجع، ص 182.
- 6- زياد الحافظ، أزمة الغذاء في الوطن العربي، معهد الإنماء العربي، بيروت، ط1، 1976، ص 15.
- 7- فيليب عطية، أمراض الفقر، المشكلات الصحية في العالم الثالث، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت، 1992، ص ص 110-111.
- 8- وزارة الصحة والسكان، السكان والتنمية في الجزائر، التقرير الوطني، وزارة الصحة والسكان، الجزائر، ديسمبر 1998، ص 56.
- 9- ألبير ساسون، أي تغذية للإنسان إذا؟، تر: الأندلسي مصطفى، الناوي مصطفى، نشر الفنك، اليونيسكو، 1990، ص 207.
- 10- علي المكاوي، الجوانب الاجتماعية والثقافية للخدمة الصحية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ط1، 1988، ص ص 219-291.
- 11- فوزية رمضان أيوب، علم الاجتماع الطبي، مكتبة نهضة الشرق، القاهرة، 1985، ص 61.
- 12- نفس المرجع، ص 68.

قائمة المراجع:

_ المراجع باللغة العربية:

- 1- ألبير ساسون، أي تغذية للإنسان إذا؟، تر: الأندلسي مصطفى، الناوي مصطفى، نشر الفنك، اليونيسكو، 1990.
- 2- زياد الحافظ، أزمة الغذاء في الوطن العربي، معهد الإنماء العربي، بيروت، ط1، 1976.
- 3- علي المكاوي، الجوانب الاجتماعية والثقافية للخدمة الصحية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ط1، 1988.
- 4- فوزية رمضان أيوب، علم الاجتماع الطبي، مكتبة نهضة الشرق، القاهرة، 1985.
- 5- فيليب عطية، أمراض الفقر، المشكلات الصحية في العالم الثالث، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت، 1992.
- 6- نادية مُجَّد السيد عمر، علم الاجتماع الطبي، المفهوم والمجالات، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1987 .
- 7- وزارة الصحة والسكان، السكان والتنمية في الجزائر، التقرير الوطني، وزارة الصحة والسكان، الجزائر، ديسمبر 1998.

_ المراجع باللغة الأجنبية:

-Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Direction 1 de la prévention, Rapport du séminaire Atelier, d'élaboration du programme national de lutte intégrée contre les maladies non transmissibles, Ministère de la santé, de la population et de la reforme hospitalière, Alger, 2003.

