

المستوى التعليمي وتأثيره على الثقافة الصحية للمريض في المجتمع الجزائري. دراسة ميدانية لعينة من المرضى بمستشفى بني مسوس

✍ / مساني فاطمة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية المركز الجامعي البويرة.

مقدمة:

شهد العالم بصفة عامة عدة تغيرات على جميع المستويات منها ظهور أساليب جديدة للحياة، أغذية متنوعة وانتشار عادات غذائية مع قلة الحركة. وكل هذا أدى إلى تفشي مجموعة من الأمراض لم تكن تعرفها البشرية في الماضي، وهي الأمراض المزمنة التي أصبحت تمثل أكبر مشكل في العالم. إذ نجد 60٪ من الوفيات بالأمراض المزمنة في البلدان الصناعية و40٪ من الوفيات بهذه الأمراض في الدول النامية. ويتوقع أن يرتفع العدد حتى سنة 2020 ليصل إلى 3/4 من مجموع الوفيات في العالم والتي سوف تتسبب لهذه الأمراض. (Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, 2003, p5)، والمجتمع الجزائري كباقي مجتمعات الدول النامية التي عرفت موجة من انتشار هذه الأمراض المزمنة والتي لها علاقة بالضغط النفسي والاجتماعية كداء السكري، ضغط الدم والقلب... الخ، حيث أبرزت نتائج التحقيقات التي قامت بها وزارة الصحة والسكان مع الديوان الوطني للإحصائيات، منها التحقيق الوطني حول "متابعة وضعية الأطفال والأمهات" سنة 2006 أن معدل انتشار الأمراض المزمنة بين أفراد العينة هو 10.5٪ من مجموع المبحوثين أي 8.4٪ بالنسبة للذكور و 12.6٪ بالنسبة للإناث. (Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Office national des statistiques, 2007, P 31.) هذا الصدد هو ليس مشكل انتشار الأمراض المزمنة فحسب، وإنما في كيفية تسييرها والتكيف معها بطريقة سليمة. إذ أن المختصين في الصحة العمومية يواجهون الكثير من الصعوبات في تعاملهم وتفاعلهم مع المرضى خاصة فيما يتعلق بالتفاعل الاجتماعي بين الطبيب والمريض.

وهذا بسبب غياب الوعي الصحي لدى هذا الأخير، والذي يؤدي بدوره إلى عدم التكيف، الاستقرار والثبات في النسق الطبي. فتدهور الحالة الصحية للفرد عامة والمريض المصاب بمرض مزمن خاصة ترتبط بعدة ممارسات غير صحية. وهي في الحقيقة تشكل أحد المتغيرات الفعالة في مواجهة المرض.

لقد أصبحت دراسة المواضيع الطبية مواضيع متداولة من حيث الدراسة في شتى العلوم خاصة العلوم الاجتماعية، والتي ساهم علماءها في هذا المجال كثيرا وعلى رأسهم عالم الاجتماع الأمريكي الوظيفي تالكوت بارسونز الذي اهتم بالطب من المنظور السوسولوجي، واعتبره آلة يحاول المجتمع بها ضبط هذا الانحراف وإرجاع الثبات والاستقرار مرة أخرى للمجتمع. فحسبه المرض هو السلوك الانحرافي، والطبيب هو الذي يحدث الضبط الاجتماعي في المجتمع من خلال معالجة المريض ومساعدته في الشفاء (نادية محمد السيد عمر، 1987، ص196)، حيث إن الأفراد والفاعلين في الصحة العمومية يهتمون بالصحة والمرض، لأن ذلك له علاقة بتأدية النسق الطبي لوظائفه الاجتماعية، وهذا لإحداث نوع من الضبط الاجتماعي. كما أن المرض يكون سببا من أسباب اللقاء بين الطبيب والمريض وتبدأ العلاقة بينهما وتنتهي مع نهاية المرض. وفي هذه الحالة الطبيب يوظف كل خبراته ومعلوماته العلمية لمساعدة المريض والتخفيف من آلامه. ويقابل ذلك رغبة هذا الأخير في الشفاء. وقد تتخلل هذه العلاقة في بعض الحالات صراعات وتناقضات لعدم توافق الطرفين لسبب معين. فيستخدم الطبيب قوته ونفوذه للسيطرة على المصاب في حالة عدم تنفيذ هذا الأخير للنصائح الطبية خاصة إذا كان مصابا بمرض مزمن كداء السكري، الضغط الدموي أو القلب. إذ يعتبر التخفيف الصحي الوسيلة الفعالة في مكافحة هذه الأمراض والحد منها، والتي من خلالها يتم تزويد أفراد المجتمع بالخبرات اللازمة بهدف التأثير في معلوماتهم، اتجاهاتهم وممارساتهم تأثيرا إيجابيا، بحيث يتم تحويل هذه المعارف إلى أفعال حقيقية وأنماط سلوكية صحية. وذلك باستعمال الأساليب التربوية الحديثة. فهذه العملية تهدف إلى تطوير السلوك، عادات وعقائد أفراد المجتمع في اتجاه يساعد على رفع المستوى الصحي، فهي تنشئة الشخص تنشئة صحية. وعليه فإن أهداف الصحة لا يمكن أن تتحقق دون المشاركة الإيجابية للمرضى، إلى جانب مجهودات الفاعلين في النسق الطبي في مجال توعية هذه الفئة من المرضى وحثها على القيام بمسؤولياتها ودورها اتجاه صحتها.

إن عملية التربية الصحية من أهم البرامج الصحية والطرق الوقائية الفعالة للتحكم في المرض المزمن وتسييره على أحسن وجه ممكن والتعايش معه بصفة عادية كبقية أفراد المجتمع الذين يتمتعون بالصحة. ويعتبر النسق الطبي بما فيه المستشفيات، القطاعات الصحية، الوحدات الصحية والعيادات الخاصة من الهيئات الفعالة في نشر الثقافة الصحية وتوعية المرضى صحياً، لأن أفراد المجتمع يترددون على هذا النسق للإستفادة من خدماته الصحية. ويلعب كل من الطبيب والمريض عدة أدوار، ولكل منهما دور اجتماعي معين يتحدد من خلال مجموعة من الحقوق والواجبات حددها لهما المجتمع. وهذا بالإضافة إلى السلوك المتوقع لكل واحد منهما اتجاه الآخر. فمن خلال دور الطبيب تتحدد العلاقة بينه وبين مريضه، والتي تنشأ من خلال موقف العلاج، وقد يكونان شخصان في حالة تفاعل اجتماعي. وبما أن هذا المريض لا يستطيع مساعدة نفسه بنفسه، فهو يعتمد على الطبيب ويدخل في موقف تفاعل معه سواء برغبة منه أم لا، وهذا بسبب حاجته الماسة للشفاء. وفي هذا الصدد السؤال الذي يطرح نفسه هو: هل يتمتع حقاً المرضى المصابين بالأمراض المزمنة في الجزائر بالثقافة الصحية؟ وما هي محدداتها؟ وهذا ما سوف نحاول الإجابة عليه في هذه الدراسة المتواضعة التي ينصب مضمونها حول إشكالية الثقافة الصحية لدى المريض المصاب بمرض مزمن، حيث أن إكتسابها والتمتع بها تختلف درجتها من فرد لآخر. فالبعض من المرضى يتحكم في مرضه المزمن بأسلوب فعال والبعض الآخر عكس ذلك، يعاني من عدة مشاكل صحية ناتجة عن الإهمال وعدم التحكم في العلاج. وذلك نتيجة ممارسات غير صحية تعكس طبيعة العلاقة بينه وبين البيئة التي يعيش فيها. وبالتالي تغيير أفكاره، أحاسيسه وتصرفاته يتأثر إلى حد كبير بعدة محددات اجتماعية، إقتصادية، ثقافية ونفسية. ففي هذا الصدد ما أكثر مرضى داء السكري، الضغط الدموي والقلب في الجزائر وما حاجتهم لمعرفة الكثير عن هذه الأمراض التي تفتك أرواح العديد من الأشخاص بسبب الغفلة.

إن المستشفيات الصحية في الجزائر تكتظ بالمرضى الذين يعانون من هذه الأمراض، التي كان من الممكن تجنبها بقدر من الوقاية التي تعتبر خيراً من العلاج. ولهذا فإن كل مريض بمرض مزمن له دور فعال في السيطرة على مرضه والتكيف معه إلى جانب دور الطبيب. ولكل واحد منهما دوره الخاص والمكمل لدور الطرف الثاني، وإلا فإنه سيكون المريض في حاجة ماسة إلى وجود الطبيب معه بصفة منتظمة إلى جواره ليرشده على ما يجب أن يفعله وما يجب أن لا يفعله، حيث أنه ليس هناك مرض يحتاج وينجح فيه التعاون بين الطبيب والمريض كما هو الحال بالنسبة للمرض المزمن خاصة داء السكري، الضغط الدموي والقلب. يعني

وجود علاقة المشاركة المتبادلة بين الطرفين. وقد يصل هذا النجاح إلى التغلب على المرض وإضفاء الصحة المثالية للمريض بفضل تنفيذ تعليمات وتوصيات طبيبه. والمصاب الذي يسعى وراء معرفة خصائص مرضه وكيف يلتصق بنظام معيشته يضمن الصحة والهناء، وتكون ثمرة للوعي الصحي النابع من الثقافة الصحية التي يتمتع بها.

فالثقافة الصحية ليست إكتساب معلومات صحية فحسب، وإنما هي أيضا كيفية إستغلال هذه المعرفة في نظام الحياة من خلال ترجمتها إلى ممارسات صحية، أي معرفة، إرادة وقدرة على تغيير الممارسات الصحية. ومن هذا المنطلق نحاول التعرف على كيفية إكتساب المريض المعلومات الصحية وترجمتها إلى حقائق يومية. وبالتحديد تغيير أفكاره، اتجاهاته المضرة بالصحة وتصرفاته. وقد يظهر هذا التغيير من خلال أفعال سلوكية اجتماعية صحية تتماشى مع نظام حياته. ولكن إكتساب هذه الثقافة تختلف درجتها من مريض إلى آخر، وهذا حسب مستواه التعليمي.

وعليه فإن التساؤل الذي يطرح نفسه في هذا المجال هو إلى أي مدى يؤثر المستوى التعليمي للمريض على إكتساب المعلومات الصحية وزيادة الوعي الصحي بالأمر الوقائية؟

وللإجابة على التساؤل السابق فقد تم إختيار عينة قصدية قدرها 300 مريض مصاب بداء السكري، الضغط الدموي والقلب وهذا بمستشفى بني مسوس وتطبيق عليهم إستمارة المقابلة لجمع البيانات.

المستوى التعليمي للمريض وتأثيره على إكتساب المعرفة الصحية:

إن كل من المستوى التعليمي متغير سوسيولوجي لها وزنه في التأثير على الثقافة الصحية للمريض التي تترجم في شكل ممارسات وتصرفات صحية. فعملية التثقيف الصحي هي عملية تعليمية تهدف إلى رفع المستوى الصحي للمريض وتغيير نمط حياته، فهي ليست مجرد تقديم معلومات صحية فقط وإنما محاولة التأثير على الفرد لتغيير سلوكياته وترجمة هذه الحقائق إلى أنماط سلوكية مستحبة. بمعنى مساعدة المرضى من الإستفادة من المعلومات الصحية وتطبيقها في واقعهم المعاش، حيث تصبح جزءا من حياتهم اليومية ونظام معيشتهم، فدور الطبيب في هذه الحالة هو نشر التربية الصحية بين المرضى في النسق الطبي ودور المريض تنفيذ التعليمات وتحويل المعلومات الصحية إلى ممارسات صحية. وفي هذا الصدد فإن المشكل المطروح هو كيفية تحويل هذه المعلومات الصحية إلى ممارسات صحية وتقبلها من طرف المريض فتصبح جزءا من حياته اليومية إستنادا على مستواه التعليمي؟

إن المستوى الصحي لأي بلد من بلدان العالم لا يقاس بنوعية الخدمات المقدمة من طرف الدولة للتكفل بمرضاها بقدر ما يقاس بدرجة الوعي الصحي والنضج الاجتماعي الذي يتمتع به المرضى، وعلى رأي عالم الاجتماع "تالكوت بارسونز" فإن المرض يعتبر "خلل وظيفي لأنه يمثل أسلوب من أساليب الإستجابة للضبط الاجتماعي والسماح للمريض بالتهرب أو التخلي عن مسؤولياته الاجتماعية ونظرا لأن المريض يعفى من التزاماته الطبيعية ولذلك على الطبيب أن يكون الآلة التي يستخدمها النسق الاجتماعي لضبط المرض ومحاولة الإرجاع بالمريض إلى حالة الطبيعية كلما أمكن ذلك" (نادية محمد السيد عمر، 1987، ص 199). ويتوقف ذلك على التربية الصحية التي هي عملية تشبه التنشئة الاجتماعية، أي تربية الشخص صحيا، تلقينه أصول الصحة، فهي لا تمثل فقط نشر المعلومات الصحية أو عرض فيلم صحي فقط وإنما هدفها الأساسي إلى جانب الهدف الأول هو محاولة تلقين الفرد المبادئ الأساسية للصحة وكيفية إستغلال هذه المعلومات في نظام حياته تماشيا مع ظروفه المعيشية. ويعتبر التعليم العامل الأساسي المؤثر في إكتساب المعرفة الصحية وحتى في توجيه السلوكات.

جدول رقم (01): يبين توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي والبحث عن معلومات صحية.

المجموع	لا	نعم	البحث عن معلومات صحية المستوى التعليمي
140 % 100	129 % 92.14	11 % 7.86	أمي
80 % 100	69 % 86.25	11 % 13.75	إبتدائي
28 % 100	19 % 67.86	09 % 32.14	متوسط
38 % 100	14 % 36.84	24 % 63.16	ثانوي
14 % 100	03 % 21.43	11 % 78.57	جامعي
300 % 100	234 % 78	66 % 22	المجموع

حسب المعطيات الواردة في الجدول رقم (01) الذي يبين توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي والبحث عن معلومات صحية، إتضح لنا أن أغلبية المرضى لم يبحثوا عن معلومات صحية إضافية، حيث قدرت النسبة بـ 78 % من أفراد العينة مقارنة بنسبة 22 % من المرضى بحثوا عن معلومات صحية إضافية.

وللتأكد من مدى وجود علاقة بين المستوى التعليمي والبحث عن معلومات صحية قمنا بإدخال المتغير المستقل المتمثل في المستوى التعليمي، حيث أبرزت النتائج أن عدد المرضى الذين لم يبحثوا عن معلومات صحية قدر بـ 234 مريض أي نسبة 78% من أفراد العينة. وأن هذه النسبة مدعمة من طرف المرضى الأميين الذين قدرت نسبتهم بـ 92.14% مقارنة بـ 7.86% فقط من نفس فئة المستوى التعليمي الذين بحثوا عن معلومات صحية. أما بالنسبة لفئة المستوى التعليمي الابتدائي، فنجد أن النسبة تنخفض لتمثل 86.25% من أفراد العينة الذين لم يبحثوا عن معلومات صحية، مقارنة بنسبة 13.75% من المرضى ذوي المستوى التعليمي الابتدائي الذين بحثوا عن معلومات صحية إضافية حول المرض. وفي نفس السياق، فإن المرضى من المستوى التعليمي المتوسط قدرت نسبتهم بـ 67.86% الذين لم يبحثوا عن معلومات صحية إضافية مقارنة بنسبة 32.14% فقط من نفس المستوى التعليمي الذين بحثوا عن معلومات صحية إضافية. وبارتفاع المستوى التعليمي يقابله إنخفاض في عدم البحث عن معلومات صحية وارتفاع في فئة البحث عن معلومات صحية إضافية، فالثانويين هم أقل في صنف "لا" أي مثلوا نسبة 36.84% من مجموع الثانويين، والأكثر بحثا عن معلومات صحية وذلك بنسبة تقدر بـ 63.16% من مجموع الثانويين. وإذا تفحصنا جيدا الجدول رقم (01) نجد أن المرضى الجامعيين مثلوا نسبة ضعيفة جدا من المبحوثين غير الباحثين عن معلومات صحية أي نسبة تمثل 21.43% من مجموع الجامعيين مقارنة بنسبة 78.57% من الجامعيين بحثوا عن معلومات صحية.

من خلال الجدول السابق، نلاحظ أنه توجد علاقة بين المستوى التعليمي ومدى البحث عن معلومات إضافية حول المرض المزمن، حيث أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي كلما ارتفع البحث عن معلومات صحية. فمن خلال هذه الملاحظة نستنتج أن قدرة المريض الأمي على إكتساب المعلومات الصحية تقل، مما ينتج عن ذلك غياب للثقافة الصحية. فبالرغم من الدور الذي يقوم به الطبيب في نشر التثقيف الصحي، إلا أن المستوى التعليمي يبقى عائقا في توعية المريض صحيا، خاصة إذا كان منخفضا. فهو سبب من أسباب عدم الفهم وعدم الإستيعاب للمعلومات الصحية، لأن تفكير الأمي محدود خاصة إذا تعلق الأمر بالمرضى المسنين. ونظرا

لطول فترة المرض إلا أنهم لا يملكون معلومات صحية ولم يحاولوا البحث عنها. فأميتهم وجهلهم لا يسمحان لهم بالقراءة ولا الكتابة، لذا هم يكتبون فقط بمعلومات الطبيب. فحسب تصريحات المرضى الذين بحثوا عن معلومات صحية، فالأغلبية العظمى منهم تمثلت مصادر البحث في وسائل الإعلام السمعية، البصرية والمكتوبة، والتي تعتبر جزءا مكتملا لدور الطبيب وتقوم بنشر التربية الصحية في أوساط المرضى. مثلا في الجزائر غالبا ما تصادف في التلفاز حصص طبية تثقيفية، في الجرائد صفحات حول الأمراض... الخ. فهذه الوسيلة هي وسيلة فعالة في تربية المريض صحيا وتنشئته طبيا، إلا أنها تعمل في اتجاه واحد تخدم خاصة الفئة المثقفة، وهذا بالنسبة للجرائد والمجلات خاصة. وقد يستفيد المرضى الأميين نوعا ما من هذه الوسيلة خاصة التلفاز باعتباره أحسن وسيلة لتوصيل الرسالة الصحية، "إذ أن المعلومات تصل إلى الفرد في جميع الحالات ولا تحتاج إلى الأماكن الخاصة وغير ذلك من المتطلبات التي نريدها في الوسائل الأخرى". (محمد رشاد عامر، 1974، ص ص 145 - 146). ولكن ما يلاحظ في واقعنا المعاش يبقى مشكل اللغة الطبية أكبر معوق من معوقات التكامل الثقافي، فهي تعيق المريض الأمي من فهم الأمور الطبية وإستيعابها. وفي هذا الصدد ترى نادية محمد السيد عمر أنه "من المعوقات التي تواجه التكامل الثقافي في النسق العلاجي هي اللغة الطبية (...). حيث أن هناك الكثير من الدراسات التي أجريت في هذا المجال وأثبتت أن إستخدام الأطباء لبعض المصطلحات الطبية أمام المرضى دون الاهتمام بما إذا كان المريض يفهمها أو لا أمر شائع، ويرى الباحثون أن هذه المصطلحات التي يستخدمها الأطباء عادة ما تخلق مشاكل في إتصال الطبيب بالمريض". (نادية محمد السيد عمر، 1987، ص 466).

إن أهم المعوقات لإكتساب الثقافة الصحية في المجتمع الجزائري، نجد الإنخفاض في المستوى التعليمي وانتشار الأمية. إضافة على ذلك، غياب ثقافة القراءة والبحث في المجال الطبي عند الفرد الجزائري إلا في الحالات المفروضة عليه وهذا ينطبق على المتعلمين الذين يستفيدون أكثر من وسائل الإعلام خاصة المكتوبة وحتى السمعية والبصرية، عكس الأميين الذين يجدون صعوبة في الفهم والإستيعاب، حيث تعتبر الصحف وسيلة من وسائل نشر التثقيف الصحي موجّهة لفئة معينة من أفراد المجتمع، وهي الفئة المتعلمة، ولكن أهم عيوب هذه الوسيلة هي أنها تعمل في اتجاه واحد، وهو إيصال المعلومة الطبية إلى فئة المتعلمين فقط، وأيضا أنها لا تشركه في التخطيط. وفي هذا المجال فإن إرتفاع نسبة الأمية في الجزائر قد تعيق من عمل هذه الوسيلة وتصبح غير ناجعة، باعتبار أن نسبة كبيرة من المرضى مسنين

وأيضاً من الأميين لا يعرفون القراءة ولا الكتابة، وبالتالي يجدون صعوبة في إكتساب المعلومات الصحية، مما يفقدهم من تمتعهم بثقافة صحية حول مرضهم المزمن. فوسائل الإعلام في الجزائر لا تقوم بدورها الإيجابي في نشر التثقيف الصحي بين أوساط المرضى، خاصة أن المجتمع الجزائري يعرف إرتفاع لعدد المصابين بالأمراض المزمنة، فتجد أن التطرق لهذه الأمراض في وسائل الإعلام السمعية، البصرية والمكتوبة يصادف بالخصوص اليوم العالمي حول ذلك المرض، عكس البلدان الأخرى التي تمثل وسائل إعلامها أنجع وسيلة لتربية الفرد صحياً.

وكخلاصة للقول، فإن التعليم يعتبر متغير فعال في نشر التثقيف الصحي، حيث يشير مصطفى القمش في مؤلفه مبادئ الصحة العامة في هذا الصدد إلى أنه "ترتبط الأساليب الصحية السليمة في الحياة إرتباطاً كبيراً بمستوى التعليم، ومن ناحية أخرى فإن مجهودات التربية الصحية تحتاج إلى المضاعفة بين الأميين عنه بين المتعلمين، فالأمي لا يمكنه قراءة النشرات أو الكتيبات أو فهم النظرية الجرثومية وغيرها من مكونات التربية الصحية الحديثة، كذلك فالنظام التربوي لا يمكن أن يصل إلى أهدافه إلا عن طريق التربية الطبية والصحية". (مصطفى القمش، خليل معاينة، سحر مخامرة، 2000، ص ص 69 - 70).

وللتأكد من مدى وجود علاقة بين المستوى التعليمي والبحث عن معلومات صحية، تم حساب معامل الإرتباط وهو K^2 الذي قدر بـ 84.73 عند درجة الحرية 4 ومستوى الدلالة 0.05، أما K^2 الجدولية فهي 9.48 ويعني ذلك وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية، ومنه توجد علاقة بين المتغيرين السابقين.

توفر المعرفة الصحية عند المريض وعلاقتها بالمستوى التعليمي:

إن إكتساب معرفة صحية وزيادة الوعي الصحي يعتبر من أهم المؤشرات المؤثرة على الحالة الصحية للمريض، خاصة إذا كان هذا الأخير مصاب بمرض مزمن، فهذه المعرفة تقاس على أساس مدى توفر معلومات صحية ومعرفة بعض المخاطر التي تعتبر مؤشراً من مؤشرات قياس صحة الفرد. وعليه سوف نحاول من خلال هذا العنصر قياس درجة المعلومات الصحية للمريض.

جدول رقم (02): يمثل توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي وتوفر معلومات صحية حول المرض المزمن:

المجموع	لا	نعم	توفر معلومات
			المستوى التعليمي
140 % 100	121 % 86.43	19 % 13.57	أمية
80 % 100	57 % 71.25	23 % 28.75	إبتدائي
28 % 100	17 % 60.71	11 % 39.29	متوسط
38 % 100	02 % 5.26	36 % 94.74	ثانوي
14 % 100	- -	14 % 100	جامعي
300 % 100	197 % 65.67	103 % 34.33	المجموع

من خلال الجدول رقم (02) نلاحظ أن معظم إجابات المبحوثين تنصب حول "عدم توفر معلومات صحية"، حيث قدرت النسبة بـ 65.67 % من المجموع الكلي للمبحوثين.

وبما أن الاتجاه العام للجدول يتجه نحو إجابة عدم توفر معلومات صحية، فإن هذه النسبة مدعمة من طرف الأميين بنسبة 86.43 % من مجموع الأميين مقارنة بنسبة 13.57 % من الأميين الذين لديهم معلومات صحية حول مرضهم. لتأتي فئة المستوى التعليمي الإبتدائي الذين ليست لديهم معلومات حول مرضهم المزمن بنسبة تقدر بـ 71.25 % مقابل شريحة ضعيفة

من المرضى تملك معلومات صحية أي نسبة 28.75%. أما بالنسبة لفئة المستوى التعليمي المتوسط، فنجد نسبة 60.71% لا يملكون معلومات صحية حول مرضهم المزمن مقابل نسبة 39.29% من المرضى من نفس المستوى التعليمي يملكون معلومات صحية. وفي نفس الصدد، نسجل نسبة تقدر بـ 5.26% بالنسبة للمبجوثين ذوي المستوى التعليمي الثانوي المصرحين بعدم توفر معلومات، مقابل نسبة 94.74% من المرضى يملكون معلومات صحية متساوية. وأخيرا تتعدم النسبة عند المرضى الجامعيين في صنف عدم توفر معلومات صحية حول المرض مقارنة بنسبة 100% عند الفئة التي تملك معلومات صحية لدى الجامعيين.

وإستنادا على التحليل الإحصائي، فإن الأميين أقل معرفة صحية مقارنة بالمبجوثين من ذوي المستويات التعليمية المرتفعة الأكثر توفرا للمعلومات الصحية. ويمكن تفسير هذا الاختلاف بالجهل والأمية الأكثر انتشارا في المجتمع الجزائري، والتي تعتبر معوق من أهم العوقات الأساسية لنشر التثقيف الصحي في المجتمع واكتساب الثقافة الصحية. كما أن المرضى بصفة عامة يكتفون فقط بالمعلومات المقدمة لهم من طرف الطبيب، دون اللجوء إلى البحث عن معلومات أخرى في مصادر أخرى. وهذا يدل على نقص في ثقافة القراءة والبحث والتفحص في المجال الطبي. فللطبيب دور اجتماعي حدده له المجتمع، وذلك من خلال الحقوق والواجبات. فإذا كانت نظرته إلى المريض على أنه حالة مرضية فقط دون معرفة خصوصياته الأخرى لا يمكن له فهمه ومساعدته، لذلك فلا بد أن يكون تدخله لمعالجة مريضة خاصة في حالة الأمراض المزمنة هو تدخل فني وعلاجي مصحوب بفرض التثقيف. ففي هذا المنوال، فهو لا يشخص المرض أو يصف الدواء لمريضه فقط، وإنما يقوم بتعليمه تعاليم صحية تثقيفية حول المرض وطبيعته، الإحتياجات الواجب إتخاذها وأهم الممارسات الصحية المفترض إتباعها في نظام الحياة. فالأمراض المزمنة تتطلب معرفة جيدة لتسييرها بطريقة سليمة. ولهذا يمكن القول أن للطبيب دور فعال في توعية المريض صحيا، فهذه العملية مسؤوليته ومسؤولية المريض معا، لأنه يوظف خبراته العلمية في علاج المريض من خلال تثقيفه وتزويده بالمعلومات الصحية. فهذه العملية هي عملية لا تتجزأ من عمله العلاجي يقوم بها سواء كان يحسن التلقين أو لا يحسنه. وعلى المريض إتباع النصائح الطبية وتنفيذها أي التعاون مع طبيبه. فطبيعة هذه المهنة توفر له أكبر مجال في تنمية الوعي الصحي لدى الفرد. وفي هذا الصدد يجد صعوبة في تثقيف المرضى ذوي المستويات التعليمية المنخفضة، وهذا راجع إلى عدم قدرتهم على إستيعاب المعلومات الصحية بشكل جيد.

مما يدل ذلك على نقص ثقافتهم الصحية. أي عدم توفر الوعي الصحي مما يخلق عدم التكيف في النسق الطبي. وفي نفس السياق تؤكد دراسة الدكتوراة نادية محمد السيد عمر، حول دور الطبيب في تنمية الوعي الصحي لدى المريض أن هناك العديد من المعوقات التي تعيق الطبيب من أدائه لدوره الفعال في تنمية الوعي الصحي لدى المريض وفي مقدمتها إنخفاض مستواه الثقافي وانتشار الأمية والجهل بين عدد كبير من السكان. إضافة على ذلك، فالتمسك بالعوادات والتقاليد الموروثة وانتشار العادات الصحية السيئة واللجوء إلى الصيدليات بدون إستشارة طبية والعمل بالمثل القائل "إسأل المجرب ولا تسأل الطبيب" كلها عوامل تؤثر في الثقافة الصحية هذا من جهة. ومن جهة أخرى عدم اهتمام الطبيب بالقيام بهذا الدور ووجود حاجز نفسي بينه وبين مريضه. وأيضاً قلة الخدمات الصحية في المستشفيات والوقت الذي يقضيه الطبيب مع المرضى في مقابل أعدادهم الكبيرة وإحجامهم عن التردد على العيادات الخاصة إلا في وقت الضرورة القصوى وبعد حدوث مضاعفات كلها عوامل تعيق الطبيب على القيام بهذا الدور التثقيفي، حيث لا تعطى للطبيب فرصة أو وقت لغير القيام بالعمل الطبي. (نادية محمد السيد عمر، 1987، ص ص 226 - 227).

وللتحقق من مدى وجود علاقة بين المستوى التعليمي وتوفر معلومات صحية حول المرض تم استخدام معامل الارتباط المناسب الذي هو معامل التوافق، حيث قدر بـ 0.40، ويعني ذلك وجود علاقة طردية بين المتغيرين السابقين، درجة الارتباط بينهما متوسطة.

المستوى التعليمي وعلاقته بالإيمان بفعالية الطب الشعبي والتمسك بالأمثال الشعبية:

إن الإنسان هو عضو في المجتمع يؤمن بعادته، تقاليده ويرث من خلال تنشئته الثقافية الاجتماعية القيم والإرث الثقافي وحتى الأفكار والمعتقدات المتعلقة بالصحة. وفي هذا السياق فإن الإيمان بفعالية الطب الشعبي وممارسة الطب الشعبي هي أفكار وممارسات ومعتقدات تسيطر على فكر المريض وتؤثر على صحته وحتى التمسك بالأمثال الشعبية لها علاقة وطيدة بالصحة.

جدول رقم (03): يمثل توزيع المبحوثين حسب المستوى التعليمي وعلاقته بالإيمان بفعالية

الطب الشعبي.

المجموع	لا	نعم	مدى الإيمان بفعالية الطب الشعبي المستوى التعليمي
140 % 100	57 % 40.71	83 % 59.29	أمي
80 % 100	26 % 32.50	54 % 67.5	إبتدائي
28 % 100	12 % 42.86	16 % 57.14	متوسط
38 % 100	21 % 55.26	17 % 44.74	ثانوي
14 % 100	08 % 57.14	06 % 42.86	جامعي
300 % 100	124 % 41.33	176 % 58.67	المجموع

ما يلاحظ من خلال معطيات الجدول رقم (03)، أن أكبر نسبة من المرضى تؤمن بفعالية الطب الشعبي بنسبة 58.67 % مقارنة بنسبة 41.33 % لا تؤمن بفعالية الطب الشعبي.

وبإدخالنا للمتغير المستقل المستوى التعليمي، نجد أن المرضى ذوي المستوى التعليمي الإبتدائي والأمي أكثر إيمانا بفعالية هذا الطب. فنسبة 67.5 % من ذوي المستوى التعليمي الإبتدائي تؤمن بفعالية الطب الشعبي مقابل نسبة 32.50 % من المرضى من نفس فئة المستوى التعليمي لا تؤمن بفعالية الطب الشعبي. أما بالنسبة للمرضى الأميين فسجلنا نسبة 59.29 % يؤمنون بالطب الشعبي و نسبة 40.71 % لا يؤمنون بالطب الشعبي من المبحوثين الأميين. لتبقى النسبة مرتفعة عند فئة المبحوثين من المستوى التعليمي المتوسط الذين يؤمنون بالطب الشعبي أي نسبة 57.14 % مقابل نسبة 42.86 % من نفس المستوى التعليمي لا يؤمنون بالطب الشعبي. لتأتي فئة الثانويين التي تؤمن بالطب الشعبي بنسبة 44.74 % مقابل نسبة 55.26 % من الثانويين

لا يؤمنون بالطب الشعبي. وآخر نسبة نسجلها عند الجامعيين الذين يؤمنون بالطب الشعبي بنسبة 42.86% مقابل نسبة 57.14% من الجامعيين الذين لا يؤمنون بالطب الشعبي.

باعتبار أن الفرد إنسان يعيش في بيئة اجتماعية لها عاداتها وتقاليدها فهو يتأثر بها. ولهذا فإن الثقافة الشعبية ترسخ عند الأميين المؤمنين بالإعتقادات الشعبية، حيث أبرزت نتائج بحثنا أن هناك علاقة بين المستوى التعليمي للمريض والإيمان بفعالية الطب الشعبي، وهذا راجع إلى الخلفية الثقافية، وإلى الأمية والجهل اللذان يشجعان الأفراد على التمسك بالإعتقادات حتى ولو كانت خاطئة. فالمريض يتجه إلى الطبيب لمعالجة مرضه ومتابعة العلاج خلال دورات علاجية معينة، وهو حامل معه أفكار ومعتقدات تناقض العلاج الرسمي المتعارف عليه، أي العلاج الطبي الحديث. ففي هذه الحالة بالرغم من الدور الذي يقوم به الطبيب، إلا أن إعتقاد المريض بفعالية ونجاعة الطب الشعبي التقليدي يعتبر معوق من معوقات إنجاز الهدف بالنسبة للطبيب. وقد يكون للمستوى التعليمي دورا بارزا في الإيمان بالثقافة الشعبية التقليدية. ونتيجة لذلك، تنخفض درجة الثقافة الصحية المبنية على أسس وقواعد منطقية يتقبلها العقل البشري والمخيال. فالتنشئة الاجتماعية للمريض خاصة الأمي تشجعه على التمسك بالعادات، المعتقدات الشعبية التي غالبا ما يعتبرها قوانين وضوابط اجتماعية لا يمكن مخالفتها. وإذا خالفها فإن سلوكه هذا يصبح منحرفا في إعتقاده. وفي هذا الصدد فإن البيئة الريفية تنقل هذه المعتقدات إلى أفرادها، أي تنشئتهم تنشئة اجتماعية ثقافية، وذلك عن طريق نقل تعاليمها إلى أفرادها. ولهذا يمكن القول أن هناك تضارب بين الثقافة الشعبية التقليدية المرتبطة بالصحة والثقافة الصحية المبنية على أسس وقواعد طبية يلقتها مختصين في التثقيف الصحي إلى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة. وفي هذا المجال، فإن الطبيب يجد نفسه أمام تحدي كبير لتخطي هذا التضارب بين الثقافتين، وهذا يؤدي إلى خلل في العلاقة الاجتماعية بين الطبيب والمريض. ونتيجة لذلك، تسود توترات وتناقضات في هذه العلاقة.

إن الأمثال الشعبية التي غالبا ما تقف كحاجز أمام تحقيق الصحة كالمثل القائل "إسأل المجرب ولا تسأل الطبيب" تفرز لنا رصيذا جدهام لتفسير الثقافة الصحية ومدى التمسك ببعض المعتقدات والأفكار التي لا تخدم صحة الفرد. وعليه سوف نحاول من خلال الجدول رقم (04) إبراز أهمية المستوى التعليمي وتأثيره على رأي المرضى في الموافقة على المثل السابق الذكر.

جدول رقم (04): يبين توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي وعلاقته بالموافقة على المثل القائل "إسأل المجرب ولا تسأل الطبيب".

المجموع	محايد	غير موافق	موافق	الموافقة على المثل المستوى التعليمي
140 % 100	25 % 17.86	42 % 30	72 % 52.14	أمي
80 % 100	08 % 10	27 % 33.75	46 % 56.25	إبتدائي
28 % 100	04 % 14.28	10 % 35.71	14 % 50	متوسط
38 % 100	05 % 13.16	07 % 18.42	26 % 68.42	ثانوي
14 % 100	01 % 7.14	09 % 64.29	04 % 28.57	جامعي
300 % 100	43 % 14.33	95 % 31.67	162 % 54	المجموع

إن أغلبية الباحثين تؤيد المثل المذكور آنفا بنسبة تقدر بـ 54 % مقارنة بنسبة 31.67 % لا تؤيد هذا المثل ونسبة 14.33 % محايدة الرأي .

وبما أن الاتجاه العام للجدول يتمثل في الباحثين الموافقين على المثل السابق، فإن هذه النسبة مؤيدة من طرف الثانويين بنسبة 68.42% مقابل نسبة 18.42 % غير موافقين على المثل ونسبة 13.16 % محايدين. أما الباحثين الذين مستواهم المستوى التعليمي إبتدائي، فنجد نسبة 56.25 % يوافقون على المثل ونسبة 33.75 % لا يوافقون على المثل ونسبة 10 % محايدين. أما الأميين، فمثلوا نسبة 52.14 % موافقين على المثل، نسبة 30 % غير موافقين ونسبة 17.86% محايدين. وبالنسبة لفتة المستوى التعليمي المتوسط نسبتهم قدرت بـ 50 % موافقين على المثل مقابل نسبة 35.71 % غير موافقين و نسبة 14.28 % محايدين. أما ذوي المستوى التعليمي الجامعي فقدرت نسبة الموافقة على المثل بـ 28.57 % مقابل نسبة 64.29% غير موافقين على المثل ونسبة 7.14 % محايدين من مجموع الجامعيين.

ما يمكن إستباطه من التحليل الإحصائي السابق، هو أن المريض إنسان ينتمي إلى مجتمع يؤمن بعاداته وتقاليده. وبالتالي فمهما تعلم الإنسان، إلا أنه يبقى متمسك ولو بقليل من تراثه. وذلك من خلال القول التالي لمريض "لي قالوه ناس بكري صحيح".

وعليه فإن نتائج دراستنا هذه، أثبتت أن المستوى التعليمي لا يؤثر بشكل كبير على موافقة المرضى على المثل القائل "إسأل المجرب ولا تسأل الطبيب"، وهذا راجع إلى تمسكهم بالتجريب وإلى خلفيتهم الثقافية حول الأمور الصحية. فالمجرب لقد جرب المرض وأحس به، بينما الطبيب يبني تشخيصه أو علاجه إستنادا على ما قدمه له المريض من أعراض مرضية. وأيضا من تنشئة الطبية وخبراته التعليمية والمهنية. وفي هذا الصدد فإن بعض المرضى يرون بأن المجرب يعرف أحسن من الطبيب، لأنه جرب المرض، أعراضه وعلاجه. وهذا حسب تصريحات المرضى كهذا القول: "المريض حس بالمرض أعرف الوجع وجرب نفعاته حوايج والطبيب ما جربش ما يعرفش الوجع ما حسش بالمرض". والأخذ بهذا القول، يدل على أن الطبيب ليس له دور، دوره فقط هو تشخيص المرض بناء على تعليمه الطبي، حيث أن هذا الأخير له فعالية في تنشئة الأطباء تنشئة اجتماعية، يكسبون من خلالها قدرا كافيا من الدوافع التي تعمل على المساهمة في مساعدتهم لإنجاز دورهم المنتظر، والذي حدده لهم المجتمع. وأيضا المحافظة على التفاعل الاجتماعي الذي يحدث بين الطبيب والمريض. وفي هذا المنوال "لقد إستطاع التعليم الطبي تحقيق هذا الهدف وذلك من خلال الاهتمام بتطوره وتعاون القائمين بالتعليم الطبي مع المهارات المختلفة في العلوم الإنسانية الأخرى كعلم الاجتماع لزيادة معرفة الطبيب بالمريض من الناحيتين الفسيولوجية والاجتماعية" (نادية محمد السيد عمر، 1987، ص 447). فإذا كان الطبيب من خلال تعليمه وتنشئته الاجتماعية يسعى إلى التعامل مع المريض بطريقة يفرضها عليه دوره، فإن ثقافة المريض وتمسكه بالتجريب نسبة لأفراد آخرين غير الطبيب، يؤدي ذلك حتما إلى إحداث خلل وعدم الضبط في النسق الطبي. فقلة الثقافة الصحية المرتبطة بإنخفاض المستوى التعليمي للمريض تؤدي إلى عدم التكيف في هذا النسق.

جدول رقم (05): يمثل توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي وعلاقته بمعرفة وصفات شعبية لعلاج المرض المزمن.

المجموع	لا	نعم	معرفة وصفات شعبية المستوى التعليمي
140 % 100	48 % 34.29	92 % 65.71	أمي
80 % 100	35 % 43.75	45 % 56.25	إبتدائي
28 % 100	09 % 32.14	19 % 67.86	متوسط
38 % 100	22 % 57.89	16 % 42.11	ثانوي
14 % 100	08 % 57.14	06 % 42.86	جامعي
300 % 100	122 % 40.67	178 % 59.33	المجموع

إن نتائج الدراسة الميدانية كشفت لنا حقيقة جد مهمة من ناحية التراث الشعبي المتمثل في معرفة الوصفات الشعبية التي يعتمد عليها العامة من المرضى لعلاج مرضهم المزمن كداء السكري، ضغط الدم والقلب، حيث تبرز لنا معطيات الجدول أن نسبة كبيرة من المرضى لديهم معرفة حول علاج المرض بالوصفات الشعبية، وذلك بنسبة تقدر بـ 59.33% مقابل نسبة 40.67% لا يعرفون وصفات شعبية لعلاج المرض المزمن كداء السكري، ضغط الدم والقلب.

وللتأكد من مدى تأثير المستوى التعليمي على معرفة المرضى للوصفات الشعبية لعلاج المرض المزمن، فإن معطيات الجدول أظهرت لنا بأن فئة المستويات التعليمية المنخفضة هي الأكثر معرفة بهذه الوصفات، حيث سجلت أكبر نسبة عند ذوي المستوى التعليمي المتوسط بنسبة 67.86% من المبحوثين يعرفون وصفات شعبية مقابل نسبة 32.14% من أفراد العينة لا يعرفون وصفات شعبية. أما فئة المرضى الأميين، فمثلت نسبة 65.71% من المرضى يعرفون وصفات شعبية مقابل نسبة 34.29% من المبحوثين لا يعرفون وصفات شعبية لعلاج المرض المزمن. لتأتي نسبة 56.25% من فئة المستوى التعليمي الابتدائي يعرفون وصفات شعبية مقابل نسبة 43.75% من المبحوثين لا يعرفون وصفات شعبية لعلاج داء السكري، ضغط الدم والقلب. ونسجل عند شريحة الجامعيين نسبة 42.86% من المبحوثين لديهم رصيد معرفي حول الوصفات الشعبية لعلاج المرض المزمن مقابل نسبة 57.14% من المرضى لا يملكون رصيد معرفي حول الوصفات الشعبية لعلاج المرض المزمن سواء كان داء السكري، ضغط الدم أو القلب. وآخر النسب نسجلها عند الثانويين الذين مثلوا نسبة 42.11% من المرضى يعرفون وصفات شعبية مقابل نسبة 57.89% من الثانويين لا يعرفون وصفات شعبية.

يعتبر المرضى الأقل تعليماً هم أكثر معرفة بهذه الوصفات الشعبية مقارنة بأفراد العينة من ذوي المستوى التعليمي المرتفع. ويمكن تفسير هذا الفرق في النسب من خلال البيئة الاجتماعية التي نشأ فيها الفرد المريض والتي أثرت على أفكاره ومخيلته الاجتماعي. فالأغلبية العظمى من المبحوثين الأميين مسنين، وهذا يدل على أنهم تربوا في بيئة متشعبة بالعادات، التقاليد والتراث الطبي، والذي أثر على ممارساتهم وسلوكياتهم الصحية. ونتيجة لذلك، فهم متمسكين بكل ما هو قديم مرتبط بالطب التقليدي، ويتضح ذلك من خلال المثل الشعبي العربي "الجديد أخدم بيه والقديم ما تفرطش فيه". هكذا المرضى الأميين وذوي المستويات التعليمية المنخفضة متمسكين بالطب الحديث من خلال المواعيد الطبية هذا من جهة. ومن جهة أخرى متمسكين بالطب الشعبي القديم، خاصة إذا تعلق الأمر بالطب النبوي. وهذا ما لسناه من تصريحات بعض المرضى التي تثبت تمسكهم بهذا الطب، فنقول مريضة "ناس بكري باش كانوا يداوا" وتضيف مريضة أخرى "دوا العرب ينفع ولا ما نفعكش ما يضركش، ماشي كيما دوا الطبيب يدير كل مرض" وتضيف مريضة فنقول "الطب النبوي مليح".

إن انتشار الأمراض المزمنة بشكل سريع جدا في المجتمع الجزائري شجّع على تفشي ظاهرة بيع الأعشاب الطبية وإقبال العديد من المرضى لمعالجة مرضهم بهذا الطب غير الرسمي، مما أعاق من فعالية الطب الحديث وخلق مشكل عدم التكيف في النسق الطبي. وهذا أدى إلى التنافس بين الطب الحديث والطب التقليدي بسبب غياب الثقافة الصحية لدى الفرد الجزائري، الذي غالبا ما يلجأ إلى الطب الحديث متأخرا نتيجة يأسه من الشفاء. وهذا بعد ممارسته للطب التقليدي لعله يجد الشفاء على يد مختصين وغير مختصين في الطب الشعبي. فهذه الظاهرة إستغلت من طرف العديد من أفراد المجتمع لكسب أكبر ربح مالي وجعل المريض يثق فيهم. وهو فريسة أولى لرفاهية هؤلاء المحترفين في هذا المجال.

إضافة على ما سبق ذكره، فإن الاختلاف في الرأي بين الطبيب والمريض خاصة الإختلاف الثقافي، قد يؤثر على العلاقة بين الطرفين، حيث أن الطبيب له ثقافة معينة، مبنية على تعاليم ومستمدة من خبراته الطبية، بينما المريض له ثقافة شعبية صحية مستمدة من تشبته الصحية ومن البيئة التي يعيش فيها. فهذا الإختلاف في الثقافات قد يؤدي حتما إلى توترات وتناقضات في العلاقة بين الطبيب و المريض.

إن إستخدامنا لمعامل الارتباط وهو إختبار ك²، تبين أن هناك علاقة بين المستوى التعليمي ومعرفة وصفات شعبية تقليدية، حيث قدر هذا المعامل بـ 9.58 وك² الجدولية بـ 9.48 عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية 4.

قدرة المريض على تغيير نمط حياته وعلاقتها بالمستوى التعليمي:

تعتبر قدرة المريض على تغيير نمط حياته مؤشر من مؤشرات الثقافة الصحية، حيث أن الإرادة والعزيمة وحدها لا تكفي للبحث عن شفاء للحالة المرضية، بل لا بد من توفر القدرة على التغيير التي تلعب دورا هاما في حياة المريض المصاب بمرض مزمن، كداء السكري، ضغط الدم والقلب. وفي هذا الصدد، تمثل رغبة المريض في البحث عن شفاء لحالته إحدى الواجبات المفروضة عليه، كما هي محددة في دوره الاجتماعي. فالطبيب ينشر التربية الصحية وعلى المصاب ترجمة هذه الحقائق إلى سلوكيات صحية مستحبة في نظام حياته، والتي تتوقف على مستواه التعليمي.

جدول رقم (06): يمثل توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي وعلاقته بتففيذ تعليمات

الطبيب.

المجموع	لا	نعم	تنفيذ تعليمات الطبيب المستوى التعليمي
140 % 100	99 % 70.71	41 % 29.29	أمي
80 % 100	50 % 62.50	30 % 37.50	إبتدائي
28 % 100	18 % 64.29	10 % 35.71	متوسط
38 % 100	15 % 39.47	23 % 60.53	ثانوي
14 % 100	03 % 21.43	11 % 78.57	جامعي
300 % 100	185 % 61.67	115 % 38.33	المجموع

تبرز لنا معطيات الجدول، أن أغلبية المرضى لا ينفذون نصائح الطبيب، وذلك بنسبة تقدر بـ 61.67% من مجموع المبحوثين مقارنة بنسبة 38.33% من المستجوبين ينفذون نصائح الطبيب باستمرار.

وبإدخالنا للمتغير المستقل الذي هو المستوى التعليمي، وجدنا أن أغلبية الأميين لا ينفذون تعليمات الطبيب بنسبة 70.71% مقارنة بالأميين الذين ينفذون تعليمات الطبيب والذين قدرت نسبتهم بـ 29.29% من مجموع الأميين. لنجد في المرتبة الثانية المرضى الذين مستواهم التعليمي متوسط، حيث سجلنا نسبة 64.29% من هذه الفئة غير منفيذين لتعليمات الطبيب، مقارنة بنسبة 35.71% من فئة ذوي المستوى التعليمي المتوسط المنفيذين لتعليمات الطبيب. أما بالنسبة للمبحوثين الذين مستواهم التعليمي إبتدائي، فقد سجلنا من بينهم نسبة 62.50% لا ينفذون تعليمات ونصائح الطبيب ونسبة 37.50% ينفذون تعليمات الطبيب. وإذا اتجهنا إلى فئة الثانويين، فإننا نسجل إنخفاض في النسبة عند شريحة المرضى غير المنفيذين لتعليمات الطبيب، وهذا بنسبة 39.47% مقابل إرتفاع في عدد المصابين المنفيذين لتعليمات الطبيب بنسبة

60.53% من مجموع الثانويين. وفي نفس السياق نجد الجامعيين أكثر تنفيذا لتعليمات الطبيب باستمرار، حيث نسجل نسبة 21.43% جامعيين غير منفيدين لتعليمات الطبيب مقارنة بنسبة تقدر بـ 78.57% من الجامعيين المنفيدين لتعليمات الطبيب.

إن المرضى ذوي المستوى التعليمي المرتفع يتمتعون بثقافة صحية مقارنة بفئة الأميين الذين يجدون صعوبة في إكتساب هذه الثقافة مما ينعكس ذلك سلبا على علاقاتهم بالطبيب، لأن المستوى التعليمي يؤثر في التفاعل الاجتماعي بينهما، وهذا ما أكده لنا بعض الأطباء. ويمكن إرجاع أسباب عدم تنفيذ المرضى لتعليمات طبيبهم إلى كره هؤلاء للروتين اليومي الذي تعودوا عليه. وهذا حسب تصريح البعض منهم كقول هذه المريضة "أنا الطبيبة قاتلي ديري الريحيم، وأشربي الدواء، أنا ما شريتش ومانديرش الريحيم وكى ندخل ليها نقولها أشريت الدواء وأشربته". فهذا التصريح بعدم تنفيذ النصائح الطبية يدل على عدم تعاون المريض مع الطبيب وغياب الرغبة والقدرة على التغيير من الأسوأ إلى الأحسن. فالأسباب الرئيسية وراء هذا التصرف هي الجهل، قلة المعرفة وانتشار الأمية بين أفراد العينة، خاصة عند فئة المسنين. وهذا ينعكس سلبا على الصحة ونشر التربية الصحية وإكتسابها، حيث أن هذا الإنخفاض في الوعي الصحي يؤدي في بعض الحالات إلى الوفاة بسبب الجهل بالأمر الصحي. وهذا ما يتأكد من خلال تصريح المريضة التي تقول: "أنا رحنت للعرس وأكليت الطعام حتى شبعت وصلت للسيطار وحتى للكومة"، إذ أن هذه المريضة مستواها التعليمي أمني. فهذه المجازفة بالحياة تدل على غياب الوعي الصحي. لذا فلا بد على المختصين في التثقيف الصحي من تكثيف جهودهم أكثر بين الأميين لتجاوز المخاطر المؤدية إلى الهلاك وحتى إلى الموت. فالحياة الصحية للفرد مرتبطة إرتباطا قويا بمستوى تعليمه وثقافته الصحية. وفي نفس السياق، فإن عدم تنفيذ المرضى خاصة الأميين لنصائح الطبيب وإرشاداته يعتبر ذلك سببا من أسباب عدم الثبات والاستقرار في النسق الطبي وعدم قيام هذا الأخير بوظائفه على أكمل وجه، حيث تشير نادية محمد السيد عمر في مؤلفها علم الاجتماع الطبي المفهوم والمجالات بأنه "يرى بارسونز أن أي نسق يستطيع المحافظة على ثباته من خلال وجود عمليتين أساسيتين العملية الأولى هي التنشئة الاجتماعية والعملية الثانية هي الضبط الاجتماعي، وهاتين العمليتين يكمل بعضها البعض وهدفهما جعل الأشخاص في المجتمع ينصاغون للمعايير التي توجد بالنسق الاجتماعي فإذا فشلت التنشئة الاجتماعية في جعل الأشخاص يتبعون المعايير فإن الضبط الاجتماعي يجبرهم على ذلك" (نادية محمد السيد عمر، 1987، ص ص 446 - 447).

وعليه يمكن القول أن عدم تعاون المريض مع الطبيب هو سبب من أسباب عدم استقرار النسق وثباته، وهذا يعني أن فشل المصاب بالمرض في تتبع النصائح والإرشادات الطبية، قد يؤدي ذلك إلى تهديد سبل العلاج المسطرة من طرف الطبيب وخلق نوع من التفاعل السلبي بينهما. مما ينعكس ذلك سلبا على العلاقة طبيب- مريض، والتي تكون سيئة مبنية على التشخيص ووصف العلاج فقط. فهي تتأثر بالدرجة الأولى بالمستوى التعليمي، لأن المرضى أقل تعليما يكونون أقل معرفة بالأمر الصحية وأيضا أقل تبادلا للحوار مع الأطباء عكس المرضى ذوي المستوى التعليمي المرتفع. مثلا المريض الأمي تصادفه عدة صعوبات في تبادل الحديث مع طبيبه ويرجع ذلك أساسا إلى قلة معرفته وإلى العوامل النفسية مثل الخوف، الخجل، القلق والتوتر. وهذا يؤدي إلى عدم قدرته على توضيح حالته الصحية وأهم الأعراض التي تتابته، أي عدم استطاعته إيصال الرسالة إلى الطبيب ووصف حالته المرضية بسبب قلة معلوماته وثقافته الصحية حول المرض المزمن وأعراضه. والشيء الغريب في الأمر، هو أن البعض من المرضى وخاصة الأميين يوافقون على كل ما يقدم لهم من أوامر وكل ما يكتب لهم دون مناقشة وإستفسار، فهم يرون بأن الطبيب هو مثلهم الأعلى في الشفاء. لذا هم يحترمونه ولا يعارضونه. وهذا ما لاحظناه أثناء حضورنا الإستشارة الطبية. عكس المتعلمين الذين هم غالبا ما يناقشون الأمور الصحية مع أطبائهم، يعارضونهم أحيانا عن نظام العلاج غير المناسب لحالتهم، حيث يحاولون الإستفسار على بعض الأمور غير الواضحة، وهذا لكسب أكبر قدر من المعرفة الصحية وإستغلالها في نظام الحياة اليومي في شكل سلوكيات صحية.

وفي هذا الصدد، يعتبر الإتصال بما يتضمنه من إتصال شفهي أو غير شفهي عملية مهمة في الإستشارة الطبية هذا من جهة. ومن جهة أخرى تتأثر هذه العملية بالمستوى التعليمي. وفي نفس السياق، فإن الأسباب الرئيسية التي تجعل الإتصال غير فعال في النسق الطبي إلى جانب التعليم هي كثرة المرضى وقلة الوقت الذي يقضيه الطبيب مع مريضه مما يؤدي إلى عدم الإهتمام بهذا الأخير جيدا وعدم اعتباره إنسان له آدميته. وفي هذه الحالة، فإن إحساس الشخص بأن الطبيب لا يهتم به، يتابته القلق والخوف وحتى الإضطراب، هذا يؤدي به إلى الصمت وعدم الكلام بكل حرية، حتى أنه لا يفهم جيدا كل ما يقدم له من إرشادات طبية خاصة إذا كان مستواه التعليمي منخفض. وقد تكون لشخصية الطبيب (ة) أهمية في الإتصال بين الطرفين. وهذا ما ذكره لنا المرضى. إذ تقول مريضة: "الطبيبة تقول للبنات بالأكو على يماكم، الطبيبة مليحة تلاقيك بلسان الحلو". أما مريض آخر فيصرح: "كي

يكون الطبيب مليح المورال يطلع". فمثل هذه المشاكل ترجع أساسا إلى الإختلاف الثقافي بين وجهة نظر كل من الطبيب والمريض. وأيضا إلى الجهل والامية اللذان يكونان سببان من أسباب فشل الإتصال، حيث أن الدور الاجتماعي للطبيب يكون إيجابيا وفعال إذا كان المصاب ذو مستوى تعليمي مرتفع، متمتع بثقافة صحية تسمح له بخلق الحوار وتبادل الحديث وأيضا التعاون بينهما، وهذا للوصول إلى نتيجة إيجابية في العلاج. فكلما كان الإتصال جيد بين الطرفين كلما ساهم ذلك في تدفق المعلومات الصحية من طرف الطبيب، وإكتساب المريض أكبر قدر منها وزيادة ثقافته الصحية لتسيير مرضه المزمن.

واستنادا على ذلك، فإن العناية الطبية ونشر التربية الصحية يفترض أن تكثف بين أوساط الأميين وذوي المستويات التعليمية المنخفضة، وأيضا لا بد من تحسين العلاقة طبيب- مريض، وإعادة النظر في استعمال المصطلحات الطبية أمام هذه الفئة من المرضى، التي غالبا لا تفهم الكلمات الطبية، لأن اللغة الطبية التي يستخدمها الطبيب أحيانا أمام مريضه قد تكون معوقا من معوقات التكامل الثقافي داخل النسق العلاجي. وعليه ينبغي على الأطباء تجنب هذا السلوك والتقليل منه. وإذا كان الموقف يحتم على أحدهم إستخدامها فلا بد أن يكون بعيدا عن أنظار المريض لأن إستخدامها إما أن يؤدي بالمصاب إلى الفهم الخاطئ حول حالته أو جعله مضطربا وقلقا. ولهذا يجب على الطبيب مراعاة ذلك أثناء تعامله معه. ويعتبر إستخدام الطبيب للغة الطبية نتاجا طبيعيا للتعليم الطبي الذي تلقاه، حيث أصبح الآن إستخدام التعليم الطبي لهذه اللغة أهم معوق للتكامل الثقافي داخل النسق العلاجي (نادية محمد السيد عمر، 1987، ص 467- 468). إذ أنه من خلال الإستشارات الطبية التي حضرناها في مصالحتي الطب الداخلي والقلب بمستشفى بني مسوس صادفتنا هذه الظاهرة، حيث أن بعض الأطباء يستخدمون مصطلحات طبية مع مرضاهم، حتى مع المرضى الأميين. مثلا فيما يخص إسم الأدوية، آلات قياس نسبة السكر في الدم... الخ. وتستخدم اللغة الطبية حتى في تبادل الحديث والحوار مع المرضى.

إن أهم سبب لعدم تعاون المريض مع الطبيب هو التعليم، الذي يعتبر عامل فعال في توفير الوعي الصحي، التمتع بالثقافة الصحية وزيادة الخبرات والمعلومات المكتسبة والمقدمة. وفي هذا الصدد يؤكد الأطباء على أن للمستوى التعليمي دور في تتبع المريض للنصائح الطبية، لأن الجهل والامية يعيقان عملية التربية الصحية ويعملان على عدم التعاون مع الطبيب. فالمستوى التعليمي خاصة المنخفض يؤدي إلى عدم قدرة المريض على فهم ما يقال له أثناء الإستشارة

الطبية، وهذا راجع إلى صعوبة اللغة الطبية التي يستعملها الأطباء وعدم إستخدامهم للألفاظ السهلة والعبارات البسيطة التي يعبرون بها عن وجهة نظرهم في تشخيص وعلاج المرض، وهذا نتيجة تعليمهم الطبي المبني على اللغة الفرنسية. فتعليم الطبيب يكون بلغة معينة وعمله في الميدان مع المرضى بلغة معينة، فهذا الأخير يجد صعوبة في التأقلم والتوفيق بين اللغتين. ولهذا يؤكد الأطباء بأن جهل المريض بالأمور الوقائية والعلاجية وعدم القدرة على فهم الحقائق الطبية سببا من أسباب عدم التعاون معنا وعدم نجاعة العلاقة بيننا. فهذا الجهل ناتج عن غياب الوعي الصحي والثقافة الصحية. فهذه الأخيرة لا تحفز المريض على فهم المرض، نوعه وأسلوب علاجه هذا من جهة. ومن جهة أخرى فإن إيمانه ببعض المعتقدات الخاطئة وتتبعه لممارسات غير صحية في نظام حياته يؤدي حتما بدوره إلى فشل عملية التفاعل بين الطرفين.

إن أغلبية أفراد عينتنا لا يتبعون بصفة منتظمة الإحتياطات الوقائية اللازمة، وخاصة عند فئة المرضى ذوي المستويات التعليمية المنخفضة كاستعمال الريجيم، الأدوية، الإبتعاد عن الضغوطات النفسية، مراقبة الحالة المرضية، إتباع الحركة، تنظيم العمل والإمتناع عن التدخين. وهي ممارسات يفترض تتبعها في نظام الحياة للحفاظ على الصحة الطبيعية. فعدم التنفيذ راجع بالدرجة الأولى كما ذكرنا سابقا إلى إنعدام الثقافة الصحية واللامبالاة التي يتميز بها أفراد هذه الفئة، فالإرادة والعزيمة صفة من صفات الإمتثال للشفاء والتعاون مع الطبيب. فهذا التعاون يعتبر واجب من واجبات المريض، حيث أن ما من مرض يحتاج إلى تكثيف الجهود وتعاون المريض مع الطبيب تعاونا متكاملًا في الأدوار كما هو الحال بالنسبة للأمراض المزمنة كداء السكري، ضغط الدم والقلب، لأن عملية العلاج تتوقف على درجة التعاون بين الطرفين وإعتماد كل طرف على الآخر. فالطبيب يحيط مريضه علما بكل الإحتياطات والتعليمات التي يتبعها في علاج مرضه ومحافظته على الصحة الطبيعية. ويتحدد دور المريض في طاعة الطبيب وتنفيذ الأوامر والتعليمات الطبية من أجل التغلب على الحالات الأكثر خطورة. وفي هذا الصدد يتجلى دور الطبيب في مساعدة المريض. بينما هذا الأخير يساعد نفسه بإتباع الإرشادات الطبية. وعليه تكون مشاركة متبادلة بينهما. ولكن الإشكال المطروح في الجزائر هل هذا حقا متحقق؟ نقول لا يوجد تعاون بين الطرفين نظرا لعدة أسباب ذكرناها آنفا.

إن دور الطبيب هو فهم وتقييم الشكاوي التي يقدمها المصاب له، وتفسير الأعراض المرضية التي يعاني منها وإسقاط نتائجها على حالته في الحاضر والمستقبل والسيطرة على الحالة بشكل جيد يخدم مصلحته بالدرجة الأولى. ويندرج هذا عادة تحت علاقة طبيب

- مريض. فخبرة الطبيب تسمح له بممارسة السلطة والنفوذ في علاقته هذه، حيث أنه يعرف أفضل ولهذا السبب هو موجود للقيام بدوره الذي حدده له المجتمع. وعليه يمكن القول أن علاقة المشاركة المتبادلة بين الطبيب والمريض تعتبر أساسية في علاج الأمراض المزمنة. فالمرضى يحتاج لخبرة الطبيب، والطبيب يحتاج للمريض من خلال مراقبته لحالته عن طريق قياس الضغط الدموي باستمرار مثلا، قياس نسبة السكر في الدم وتنظيم التغذية... الخ. وإذا تم التعاون بين الطرفين فإن النسق الطبي يعرف الثبات والاستقرار، لأن توفر الوعي الصحي في هذه الحالة يؤدي إلى إحداث تكيف في هذا النسق، ولكن يا ترى هل الجزائر تعرف تكيفا وثباتا في نسقها الطبي؟ وإجابة على ذلك فإن المستوى التعليمي المنخفض الذي يؤدي إلى نقص الثقافة الصحية يعيق عملية تعاون المريض مع الطبيب. أي أن العلاقة بينهما هي علاقات ليست بعلاقة المشاركة المتبادلة وإنما هي علاقات يسودها التوتر والتناقض، وهذا أصلا يؤدي إلى عدم ثبات النسق الطبي وعدم تكيفه.

جدول رقم (07): يوضح توزيع الباحثين حسب المستوى التعليمي وعلاقته بتغيير نمط الحياة.

المجموع	محاولة التغيير في نمط الحياة دون أي جدوى	لا	نعم	تغيير نمط الحياة المستوى التعليمي
140 % 100	03 % 2.14	109 % 77.86	28 % 20	أمي
80 % 100	04 % 5	50 % 62.50	26 % 32.50	إبتدائي
28 % 100	01 % 3.57	15 % 53.57	12 % 42.86	متوسط
38 % 100	02 % 5.26	14 % 36.84	22 % 57.90	ثانوي
14 % 100	01 % 7.14	04 % 28.57	09 % 64.29	جامعي
300 % 100	11 % 3.67	192 % 64	97 % 32.33	المجموع

نستشف من خلال قراءة معطيات الجدول أن الاتجاه العام له يتجه نحو المرضى الذين لم يغيروا من نمط حياتهم، حيث نسجل نسبة 64% من مجموع المبحوثين مقابل نسبة 32.33% من أفراد العينة غيروا من نمط حياتهم. بينما نسبة 3.67% من المبحوثين حاولوا تغيير نمط حياتهم دون أي جدوى.

وبإدخالنا للمتغير المستقل ألا وهو المستوى التعليمي، نجد نسبة المرضى الذين لم يغيروا نمط حياتهم دعمت من طرف الأميين بنسبة 77.86% مقابل نسبة 20% من الأميين غيروا نمط حياتهم. وأخيرا نسبة 2.14% من المرضى الأميين حاولوا تغيير نمط الحياة دون جدوى. وارتفاع المستوى التعليمي يرتفع عدد المرضى المغيرين لنمط حياتهم، إذ نجد أن ذوي المستوى التعليمي الإبتدائي مثلوا نسبة 62.50% لم يغيروا من نمط الحياة مقابل نسبة 32.50% غيروا نمط الحياة من نفس المستوى التعليمي ونسبة 5% حاولوا تغيير نمط حياتهم دون أي جدوى. أما ذوي المستوى التعليمي المتوسط، فنجد نسبة 53.57% من المبحوثين لم يغيروا من نمط الحياة مقابل نسبة 42.86% غيروا نمط حياتهم وهم من ذوي المستوى التعليمي المتوسط. ونسبة 3.57% حاولوا تغيير نمط حياتهم دون أي جدوى من نفس فئة المستوى التعليمي. وفي نفس السياق فإن فئة ذوي المستوى التعليمي الثانوي الذين لم يغيروا من نمط حياتهم قدرت نسبتهم بـ 36.84% مقابل نسبة 57.90% من الثانويين غيروا من نمط الحياة ونسبة 5.26% من نفس المستوى التعليمي حاولوا تغيير نمط الحياة دون أي جدوى. وأخيرا نجد شريحة الجامعيين، من بينهم نسبة 28.57% لم يغيروا من نمط الحياة مقابل نسبة 64.29% غيروا من نمط الحياة ونسبة 7.14% حاولوا تغيير نمط الحياة دون أي جدوى.

وما يمكن ملاحظته، هو أنه توجد علاقة طردية بين المستوى التعليمي وتغيير نمط الحياة، فكلما ارتفع المستوى التعليمي ارتفعت نسبة الأفراد المغيرين لنمط الحياة والعكس صحيح. وهذا يدل على نتيجة جد هامة، وهي أن المرضى ذوي المستوى التعليمي المنخفض أقل تعاوناً مع الطبيب مقارنة بالمرضى ذوي المستوى التعليمي المرتفع الذين يدركون المخاطر التي سوف يتعرضون لها إذا لم يغيروا ممارساتهم غير الصحية. ولذا يمكن القول أن الجهل وما يتضمنه من نقص الوعي الصحي يجعل المريض رهن عاداته غير الصحية ومعتقداته الخاطئة حول الأمور الصحية، كالمريضة التي تقول "لأجوات الموت واحدة ما تحبسها حتى حاجة أنا ناكل لي جات". فهذا الاعتقاد بأن الموت قضاء، وقدر يؤدي بهذه المصابة بأن تتصرف كما يحلو لها. وهنا ينطبق عليها المثل الشعبي العربي "لي جابوه رجليه الحديد ليه". يعني أنها لا

تستخدم الريجيم ولم تغير من نمط حياتها، وترى بأن إذا لم يأتي أجلها فإنها لن تموت، حيث أنها لا تعرف بأن عدم تغيير الممارسات غير الصحية وعدم التقيد بالسلوكيات المفروضة عليها يؤدي بها إلى أضرار وآفات صحية لا يحمد عقابها كالشلل مثلا وحتى الموت.

إن إلحاح الطبيب وإساراه على تغيير الممارسات اليومية غير الصحية للمرضى ليست أمرا إعتباطيا وإنما مبني على أسس وقواعد ينتهجها في خطته العلاجية للسيطرة على الحالة المرضية والمحافظة على الصحة الطبيعية. فمخالفة هذا الأمر يضر بصحة المريض بالدرجة الأولى. فالطبيب يسهم من خلال نصائحه في إحداث الضبط الاجتماعي في النسق الطبي، لأن المرض بالنسبة له انحراف لا بد من معالجته. وفي هذا الصدد يسعى الفريق الطبي إلى المحافظة على وظائف النسق الطبي وخاصة المحافظة على ثبات النسق، وهكذا يفترض أن يكون هناك تعاون بين الطبيب والمريض ويرجع ذلك إلى توفر الوعي الصحي لهذا الأخير. وفي مجتمعنا الجزائري غالبا ما نصادف غياب الثقافة الصحية عند المرضى المصابين بالأمراض المزمنة، كداء السكري، ضغط الدم والقلب، والذين تكثر لديهم مضاعفات المرض، حيث أن مستشفياتنا الصحية تكتظ بهم نتيجة غياب الوعي الصحي. والذي بدوره يؤدي إلى عدم استقرار النسق وثباته. وهذا يقودنا إلى القول بأن العدد المرتفع من المرضى وقلة الإمكانيات الطبية والبشرية ينتج خلل وظيفي في إنجاز الأهداف التي يسعى إليها الفريق الطبي لتحقيقها وهي هدف علاج المرضى. فقلة الإمكانيات في المستشفى مع كثرة المرضى وقلة الوقت المخصص لكل مريض يجعل الطبيب في صراع دائم في أدواره الاجتماعية من حيث كيفية استخدام هذه الإمكانيات وتوزيعها على المرضى، من هو المريض الذي يحتاج حقا إلى هذه الوسيلة أو أولويات استخدام الإمكانيات.

جدول رقم (08): يمثل توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي والمراحل المتبعة في العلاج منذ بداية الأعراض المرضية حتى اللجوء إلى الطبيب.

المجموع	140 % 100	80 % 100	28 % 100	38 % 100	14 % 100	300 % 100
الصلاة الدعاء الصبر وقراءة القرآن	02 1.43	01 %1.25	01 % 3.57	-	-	04 % 1.33
الإرتياح	03 %2.14	03 %3.75	01 %3.57	01 %2.64	-	08 %2.67
البكاء	-	02 %2.50	-	-	-	02 %0.67
أدوية وأعشاب طبية	01 %0.71	-	-	-	-	01 %0.33
اللجوء إلى العلاج التقليدي	56 %40	23 28.75	07 %25	06 %15.79	04 %28.57	96 %32
اللجوء إلى العلاج الحديث	28 %20	21 26.25	05 %17.87	17 %44.74	06 %42.86	77 %25.67
تناول دواء دون إستشارة الطبيب	21 %15	13 16.25	08 %28.57	06 %15.78	01 %7.14	49 %16.33
التأكد من طبيعة المرض	04 %2.86	05 %6.25	03 %10.71	03 %7.89	01 %7.14	16 %5.33
تجاهل الأعراض المرضية	25 17.86	12 %15	03 %10.71	05 %13.16	02 %14.29	47 %15.67
المراحل المستوى التعليمي	أمي	إبتدائي	متوسط	ثانوي	جامعي	المجموع

من البيانات الواردة في الجدول رقم (08)، يتضح لنا أن نسبة كبيرة من أفراد العينة يلجئون إلى المساعدة غير الطبية في حالة تعرضهم للمرض المفاجئ، أي اللجوء إلى العلاج التقليدي بما يتضمنه من أعشاب طبية ووصفات شعبية منزلية، حيث مثلوا نسبة 32 % من المجموع الكلي للمبحوثين.

ويربط المستوى التعليمي بالمراحل المتبعة في العلاج تبين لنا أن فئة الأميين عززت الاتجاه العام، حيث قدرت نسبة المرضى الأميين الذين يلجئون إلى العلاج التقليدي بـ 40% مقابل نسبة 20% أميين يلجئون إلى العلاج الحديث أي إستشارة الطبيب في حالة المرض. أما المراحل الأخرى فتعرف إنخفاض في النسبة إذ نجد نسبة 17.86% من الأميين تجاهلوا الأعراض المرضية، 15% من الأميين تناولوا دواء دون إستشارة الطبيب، نسبة 2.86% أميين حاولوا التأكد من طبيعة المرض قبل ممارسة أي فعل، ونسبة 2.14% حاولوا الإرتياح، نسبة 1.43% لجئوا إلى الصلاة، الدعاء، الصبر وقراءة القرآن. وأخيرا نسبة 0.71% أميين إستخدموا الأدوية والأعشاب الطبية في آن واحد. أما المبحوثين الذين مستوهم التعليمي إبتدائي، فنجد نسبة 28.75% في صنف اللجوء إلى العلاج التقليدي مقابل نسبة 26.25% لجئوا إلى العلاج الحديث، نسبة 15% تجاهلوا الأعراض المرضية، نسبة 16.25% تناولوا دواء دون إستشارة طبية، نسبة 6.25% حاولوا التأكد من طبيعة المرض، نسبة 3.75% لجئوا إلى الإرتياح لعل الأعراض المرضية تزول ونسبة 2.50% لجئوا للبكاء. وأضعف نسبة نجدها في صنف الصلاة، الدعاء، قراءة القرآن والصبر وهي نسبة تمثل 1.25% من المرضى ذوي المستوى التعليمي الإبتدائي في حين فإن أفراد عينتنا من ذوي المستوى التعليمي الجامعي، قدرت نسبتهم بـ 28.57% مارسوا العلاج التقليدي لإسعاف حالتهم المرضية، مقابل نسبة 42.86% جامعيين إستفادوا من العلاج الحديث، نسبة 14.29% منهم تجاهلوا الأعراض المرضية ونسبة متساوية أي 7.14% من الجامعيين البعض منهم حاول التأكد من طبيعة المرض والبعض الآخر تناول دواء دون إستشارة طبية، لتنخفض النسبة في التصنيفات المتبقية. وبالنسبة للمبحوثين ذوي المستوى التعليمي المتوسط، فإننا نلاحظ إنخفاض في استعمال العلاج التقليدي، إذ نسجل نسبة 25% من المبحوثين ذوي المستوى التعليمي المتوسط عالجوا حالتهم المرضية بالطرق العلاجية الشعبية التقليدية مقابل نسبة 17.87% من المرضى من نفس المستوى التعليمي لجؤوا إلى العلاج الحديث أي إستشارة طبيب مباشرة. ونجد نسبة 28.57% في صنف تناول دواء دون إستشارة الطبيب، نسبة 10.71% لكلا من صنف تجاهل الأعراض المرضية وصنف التأكد من طبيعة المرض ونسبة 3.57% لكلا من الصنفين الإرتياح وصنف الصلاة، الدعاء، الصبر وقراءة القرآن. وإذا اتجهنا إلى المرضى ذوي المستوى التعليمي الثانوي، فنجد نسبة 15.79% ثانويين لجئوا إلى العلاج التقليدي مقابل نسبة 44.74% لجئوا إلى إستشارة الطبيب أي العلاج الحديث، ولتتذبذب النسب في الأصناف المتبقية، إذ نسجل نسبة 15.78% في صنف تناول دواء

دون إستشارة طبية، نسبة 13.16% من الثانويين تجاهلوا الأعراض المرضية ونسبة 7.89% لكل من صنف التأكد من طبيعة المرض. وأخيرا نسبة 2.64% من الثانويين حاولوا الإرتياح.

يتضح جليا من معطيات الجدول السابق، أنه توجد علاقة بين المستوى التعليمي والمراحل المتبعة في العلاج في حالة ظهور المشاكل المرضية، حيث أن المرضى ذوي المستويات التعليمية المنخفضة أكثر لجوءا للطب الشعبي التقليدي مقارنة بالمرضى ذوي المستويات التعليمية المرتفعة الذين يتبعون العلاج الحديث. ويمكن تفسير هذا التباين في النتيجة من خلال انتشار الأمية، الجهل واللامبالاة في الأمور الوقائية العلاجية، وأيضا قلة الوعي، عدم إدراك المرض وتجاهل الأعراض المرضية خاصة عند فئة المرضى المنخفضي المستوى التعليمي، والذين يعتبرون الأعراض المرضية أعراض بسيطة لا تستدعي زيارة الطبيب. والبعض الآخر عالج المشاكل الصحية بالطرق غير الطبية المتمثلة في العلاج التقليدي. فمن خلال هذا التصرف يتباطئون في إستشارة الأطباء. فتتفاقم الحالة المرضية، ويجد الطبيب صعوبة في القيام بدوره، وحتى أن العلاقة بينه وبين مريضه في هذه الحالة يسودها الغموض وعدم الجدية، لأنه يبني تشخيصه على أساس ما يراه وما يصرح به المصاب. مثلا الفرد الأمي غالبا ما يعجز عن وصف حالته المرضية.

وفي هذا الصدد، يمكن القول أن البحث عن المساعدة الطبية يعتبر من إلتزامات أو واجبات المريض باعتبارها أول خطوة يقوم بها هذا الأخير للخروج من دور المريض. ويعني ذلك البحث عن شفاء لحالته والتعاون مع الطبيب، وهذا يؤدي إلى تحقيق إنجاز الهدف. والبحث عن المساعدة الطبية غالبا ما يكون عند فئة المتعلمين أكثر من شريحة غير المتعلمين الذين لا يسارعون إلى إستشارة الأطباء بل يلجئون إلى الطب الشعبي التقليدي لإسعاف حالتهم المرضية. وهنا تظهر إشكالية الثقافة الصحية عند الشخص الذي مستواه التعليمي منخفض. وفي نفس السياق، ترى الباحثة نادية محمد السيد عمر بأن "البحث عن المساعدة العملية المتخصصة من قبل المريض عادة وليس ضرورة، فالمرضى عادة ما يبحث عن طبيب متعاون معه لكي يشفى، وحينما يتعاون المريض كلية مع الخبراء الطبيين فهو يريد من ذلك شفائه، ولذلك يرى أنه من المستحيل أن نرى المريض في موقف تعارض أو تناقض مع الطبيب لأنه هو الذي يبحث عن المساعدة برغم تلامز هذا الدور مع العناصر مثل علاقته بالترج الاجتماعي (...) والإختلافات الثقافية (...) والفردية". (نادية محمد السيد عمر، 1987، ص 191).

وعليه يمكن القول بأنه في مجتمعنا الجزائري وفي واقعنا المعاش هذا الرأي ينطبق أكثر على المرضى المتعلمين الذين يسعون إلى البحث عن شفاء لحالتهم المرضية وينفذون النصائح الطبية لتحقيق عملية التكيف، الثبات والاستقرار في النسق الطبي عكس المرضى ذوي المستويات التعليمية المنخفضة والمسنين الذين يمارسون ممارسات غير صحية، كالتداوي بالأعشاب الطبية. وقد تكون إستشارة الأطباء بعد اليأس من الشفاء وتأزم الحالة المرضية، وهذا راجع لقلة وعيهم الصحي. فهذه الفئة من المرضى تحتاج إلى تكثيف جهود المختصين في المجال الطبي لنشر التربية الصحية في وسطهم. وفي هذه الحالة التعليم له دور فعال في عملية نشر التثقيف الصحي. إذ أن تغيير الممارسات غير الصحية والإستعداد لتقبل المعلومات الصحية المقدمة من طرف المثقف الصحي تتوقف على المستوى التعليمي للفرد، لأن هذه المعرفة الصحية في بعض الأحيان يعتبرونها غريبة ومعارضة لأفكارهم ومعتقداتهم، ولا تتناسب مع نمط معيشتهم، لهذا السبب يرفضونها. وفي هذا المجال يفترض مراعاة بعض المتغيرات في مرحلة إعداد أي برنامج تثقيفي صحي من حيث الوسط الذي يعيش فيه الفرد، عاداته، تقاليده ومستواه المعيشي... الخ، لأن التثقيف الصحي ليس مجرد توزيع معلومات صحية على أفراد المجتمع والمرضى فحسب، وإنما في كيفية تحويل وترجمة هذه المعلومات إلى أنماط سلوكية واستعمالها في نظام الحياة. فهو يتضمن تفاصيل معيشتنا وشؤون حياتنا وتستمر هذه العملية من الطفولة إلى آخر العمر، حيث تعتمد هذه العملية على المجهودات التعليمية والتربوية الهادفة إلى تطوير سلوكيات الأفراد، عاداتهم، أفكارهم وتقاليدهم غير الصحية في اتجاه يخدم صحتهم. فهدفه هو إحداث نوع من التنمية الصحية بين أفراد المجتمع بصفة عامة والمرضى بصفة خاصة.

جدول رقم (09): يمثل توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي وعلاقته بالمدة المستغرقة بين ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب.

المجموع	مدة طويلة جداً أكثر من 15 يوم	مدة طويلة 5- 15 يوم	مدة متوسطة 3- 4 أيام	مدة قصيرة يوم- يومين	مدة قصيرة جداً أقل من يوم	المدة المستغرقة المستوى التعليمي
140 % 100	26 % 18.57	57 % 40.72	15 % 10.71	27 % 19.29	15 % 10.71	أمي
80 % 100	15 % 18.75	20 % 25	14 % 17.50	23 % 28.75	08 % 10	إبتدائي
28 % 100	04 % 14.29	07 % 25	05 % 17.86	11 % 39.28	01 % 3.57	متوسط
38 % 100	03 % 7.89	06 % 15.79	03 % 7.89	19 % 50	07 % 18.43	ثانوي
14 % 100	03 % 21.43	01 % 7.14	01 % 7.14	03 % 21.43	06 % 42.86	جامعي
300 % 100	51 % 17	91 % 30.33	38 % 12.67	83 % 27.67	37 % 12.33	المجموع

إن الجدول السابق يبين علاقة المستوى التعليمي بالمدة المستغرقة بين ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب، وقد كان اتجاهه العام يتجه نحو المرضى الذين يلجئون إلى الطبيب خلال مدة طويلة، وذلك بنسبة تقدر بـ 30.33% من الباحثين. وقد عززت هذه النسبة من طرف فئة الأميين بنسبة 40.72% مقابل نسبة 19.29% في صنف المدة القصيرة، نسبة 18.57% في صنف مدة طويلة جداً ونسبة 10.71% في صنف كل من مدة قصيرة جداً ومدة متوسطة. وبارتفاع المستوى التعليمي تنخفض نسبة المرضى الذين يلجئون للطبيب بعد مدة طويلة بين ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب والعكس صحيح، حيث نجد أنه من بين الباحثين من ذوي المستوى التعليمي الإبتدائي نسبة 25% تتراوح مدة ظهور الأعراض المرضية

وزيارة الطبيب بمدة طويلة مقابل نسبة 28.75% من المبحوثين من نفس المستوى التعليمي الإبتدائي مدة ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب هي مدة قصيرة، نسبة 17.50% في صنف مدة متوسطة، نسبة 18.75% من المبحوثين تراوحت مدة ظهور الأعراض وزيارة الطبيب بالمدة الطويلة جدا. ونسبة 10% المدة تميزت بمدة قصيرة جدا. أما بالنسبة للمبحوثين من ذوي المستوى التعليمي المتوسط، فنجد نسبة 25% تراوحت مدة ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب بالمدة الطويلة مقابل نسبة 39.28% في صنف مدة قصيرة، نسبة 17.86% مدة ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب هي مدة متوسطة، نسبة 14.29% في صنف المبحوثين الذين تراوحت مدة ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب بالمدة الطويلة جدا. وأخيرا نسبة 3.57% من المبحوثين من نفس المستوى التعليمي الذين تراوحت مدة ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب بالمدة القصيرة جدا.

والملاحظة الأكثر أهمية في هذا الجدول، هي أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للمريض كلما اتجه هذا الأخير إلى زيارة الطبيب في مدة قصيرة جدا، إذ أن المستويات التعليمية المرتفعة يتبعها حتما إرتفاع في الوعي الصحي والثقافة الصحية. وعليه فإن الجدول رقم (09) يوضح بأن فئة المبحوثين الثانويين مثلوا نسبة 15.79% من المرضى تراوحت مدة ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب بالمدة الطويلة مقابل نسبة مرتفعة من نفس المستوى التعليمي من المبحوثين تراوحت مدة ظهور أعراضهم المرضية وزيارة الطبيب بالمدة القصيرة وذلك بنسبة 50%، نسبة 18.43% في صنف مدة قصيرة جدا، نسبة ضعيفة عند الثانويين الذين يلجئون إلى الطبيب في مدة متوسطة ومدة طويلة جدا بعد ظهور الأعراض المرضية، وذلك بنسبة 7.89% لكلا المدتين.

وفي نفس السياق، نسجل نسبة 7.14% عند الجامعيين الذين يتجهون للطبيب بعد مدة طويلة من ظهور الأعراض المرضية مقابل نسبة 42.86% من الجامعيين تراوحت مدة ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب بالمدة القصيرة جدا، نسبة 21.43% لكلا المبحوثين الجامعيين المصنفين رأيهم في المدة القصيرة والمدة الطويلة جدا. أما نسبة المبحوثين الجامعيين الذين يستشيرون الطبيب بعد ظهور الأعراض المرضية في مدة متوسطة، فنجد نسبة 7.14% من مجموع المبحوثين الجامعيين.

إن المستوى التعليمي له علاقة بالحالات المرضية التي يلجأ فيها المريض للطبيب وبالمدة المستغرقة بين ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب، حيث أن المرضى ذوي المستويات التعليمية

المنخفضة يتباطئون في إستشارة الأطباء عكس المرضى الذين مستواهم التعليمي مرتفع والذين يتسارعون لزيارة الطبيب. وعليه يمكن القول بأنه توجد علاقة بين المستوى التعليمي والتباطؤ في اللجوء للخدمة الصحية. فهذا التباطؤ يرتفع عند فئة المرضى منخفضي المستوى التعليمي والذي يرجع إلى اللامبالاة وانخفاض وعيهم الصحي، حيث أنهم يتجاهلون المزايا من وراء الإسراع في إستشارة الأطباء. فهذا الإسراع يؤدي إلى إكتشاف المرض في بوارده الأولى مما يكون الشفاء سريع جدا. وعليه يمكن القول بأن إنخفاض المستوى التعليمي له علاقة بالإستجابة للأعراض المرضية وإدراك مخاطر المرض. فالتعليم يعتبر عامل مهم وفعال، يلعب دور أساسي في إحساس المريض بالألم، الأعراض المرضية والإستجابة لها. فالمرضى ذوي المستويات التعليمية المرتفعة أكثر وعيا صحيا ووقائيا وأكثر إستجابة للألم عكس المرضى الأقل تعليما، فهم أقل إستجابة للمرض بسبب جهلهم للأمور الصحية. وبالتالي فإن الخلفية الثقافية المرتبطة بالصحة للمريض تؤثر تأثيرا فعالا في الإستجابة للمرض وفي العلاقة طبيب- مريض.

خاتمة:

إن إنعدام الوعي الصحي لدى المريض يعتبر معوقا من معوقات النسق الطبي أي عدم استقراره لإحداث نوع من الضبط الاجتماعي، وعليه فإن الطبيب يقوم بنشر التثقيف الصحي وتنمية الوعي لدى الفرد. فدوره يعتبر من الأدوار الأساسية والهامة التي يشهد لها العامة والخاصة. فإلى جانب العمل الطبي الذي يقوم به، فإنه يسعى جاهدا إلى مساعدة المرضى من خلال دوره الذي يتضمن قيم، معايير وأخلاقيات مهنية تمليه عليه للقيام بواجباته وأدائه لدوره على أحسن وجه ممكن. وإنطلاقا مما سبق ذكره، فإن عملية تنمية الوعي الصحي هي حادثة اجتماعية ومسؤولية الطرفين معا كل من الطبيب والمريض، لأن عمل الطبيب توفر له فرصة لتعليم المرضى أصول وقواعد محاربة المرض إلى جانب مهنته كطبيب معالج. فهذه العملية تعتبر جزءا من عمله اليومي لا تتجزأ عن العلاج والكشف الطبي. فهو يجد نفسه مضطرا للقيام بهذا الدور سواء كان يتقن ذلك أو لا. وعلى المريض إكتساب ثقافة صحية وإتباع تعليمات الطبيب والتعاون معه لإحداث نوع من التنمية الصحية. وفي هذا الصدد يعتبر التعليم من أهم المتغيرات الاجتماعية المؤثرة في توفر الوعي الصحي لدى المريض وزيادة خبراته ومعلوماته التي يتلقاها من طبيبه المعالج حول المرض، حيث إتضح جليا من نتائج الدراسة أن المستوى التعليمي للمريض يؤثر في معلوماته وإكتسابه للمعرفة الصحية حول المرض المزمن ومخاطره. فكلما إرتفع المستوى التعليمي كلما زادت درجة الوعي الصحي والعكس

صحيح، حيث أن هبة المجتمع لا تقاس فقط بالتقدم العلمي، وإنما تقاس أيضا بدرجة وعي أفرادها. فإرتفاع المستوى الصحي للمجتمع يتوقف على نوعية الخدمات الاجتماعية والصحية وعلى مدى نضج أعضائه اجتماعيا وتربيتهم صحيا.

قائمة المراجع:

1- المراجع باللغة العربية :

- 1- بوحوش عمار، الذنبيات محمد محمود، مناهج البحث العلمي وطرق اعداد البحوث، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1995.
- 2- عبد القادر محمود رضوان، سبع محاضرات حول الأسس العلمية لكتابة البحث العلمي، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1990.
- 3- محمد رشاد عامر، الموحز في علم الصحة والتربية الصحية، دار القلم، الكويت، ط1، 1974.
- 4- مصطفى القمش، خليل معاينة، سحر مخامرة، مبادئ الصحة العامة، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، الأردن، 2000.
- 5- نادية محمد السيد عمر، علم الاجتماع الطبي، المفهوم والمجالات، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1987.

2- قائمة المراجع باللغة الفرنسية:

- 1- Maurice Angers, Initiation pratique a la méthodologie des sciences humaines, casbah université, Alger, 1997.
- 2- Ministère de la santé, de la population et de la réforme 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.
- 3- Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Office national des statistiques, Suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête nationale a indicateurs multiples MICSS Algérie 2006, Rapport préliminaire, Office national des statistiques, Alger, 2007.