

المفاهيم الذاتية والموضوعية للصحة والمرض: بحث ميداني لنزلاء المستشفيات الكويتية^(١)

يوسف حسن أبو ليلى*

مدرّس في قسم الاجتماع والخدمة الاجتماعية في جامعة الكويت سابقاً. أستاذ مشارك في علم الاجتماع في قسم التربية والعلوم الاجتماعية، جامعة العلوم التطبيقية، عمان، الأردن
(قُدّم للنشر في ١٤/٦/١٤١٣هـ وقُبِل للنشر في ١/١/١٤١٤هـ)

ملخص البحث. يعني هذا البحث الميداني بالكشف عن البنية العقلية والثقافية لنزلاء المستشفيات الكويتية الحكومية من خلال دراسة المفاهيم الذاتية والموضوعية وتحليلها للصحة والمرض. والفرضية التي يقوم عليها البحث، هي؛ اختلاط مصادر المعرفة الشعبية بالمعرفة العلمية في مفاهيم الإنسان العادي في المجتمع الكويتي وتصوراته حول الصحة والمرض، التي يمتزج فيها المفهوم الذاتي بالمفهوم الموضوعي. والهدف من البحث هو الوقوف على مدى الأثر الذي أحدثته عمليات التغير الاجتماعي والثقافي والاقتصادي في تغيير هذه المفاهيم في ظل توافر الخدمات الصحية الحديثة وانتشارها في جميع مناحي المجتمع في الكويت.

أجرى هذا البحث على أربعمئة وستة وخمسين نزلياً ونزيلة بلغ عدد جنسياتها عشرين جنسية، تم اختيارها بصورة عشوائية من أحد عشر مستشفى حكومياً. وقد انتهى الباحث، بعد اعتماد المنهج الإحصائي البسيط في الدراسة والتحليل وبعد فرز النتائج في الحاسوب وإنشاء الجداول الإحصائية، إلى بعض النتائج التي تظهر تعاضد دور الإدراك الذاتي ودور الأسرة في إدراك الأعراض المرضية. أما فيما يتعلق بتصورات المرضى وتفسيراتهم الذاتية لأسباب المرض فقد أشارت النتائج إلى الاعتقاد القوي «بالقضاء والقدر» وإلى استمرارية الاعتقاد بالقوى الغيبية سبباً للمرض. كما وتكشف البيانات في الوقت نفسه عن تفسيرات موضوعية للمرض وتعكس وعياً موضوعياً بالأسباب الممكنة والمحتملة للأمراض، وتدور هذه التفسيرات الموضوعية غالباً حول نتائج التغير الاجتماعي السريع وما أفرزه من أنماط جديدة في الحياة ارتبطت بالطفرة الاقتصادية المفاجئة.

(١) أتقدم بالشكر الجزيل لجامعة الكويت ولمساعدة العميد للشؤون الأكاديمية والبحوث / كلية الآداب، وللعمليين في مكتب مساعد مدير الجامعة للأبحاث، على كل ما قدموه من دعم مادي ومعنوي لإنجاز هذا المشروع الذي يحمل رقم AS008.

القسم الأول: مقدمة

أولاً: مشكلة البحث وأهميته النظرية والتطبيقية

حاول الإنسان دائماً ومنذ ظهوره على الأرض أن يفسر ما يحيط به من ظواهر وأحداث تتعلق بشخصه أو إطاره البيئي أو الاجتماعي، وما من شك في أن الإنسان قد طور عبر التاريخ أشكالاً من الوعي والمعرفة بما يحيط به. وقد انطلقت هذه الأشكال المعرفية من مصادر متعددة سحرية ودينية وشعبية وغيرها. . . . وقد شكلت تلك المصادر ووعي الإنسان عبر الفترة الأطول من حياته، وهي الفترة التي سبقت تطور الشكل الحديث من المعرفة العلمية التي تستند عادة إلى منهج علمي دقيق وموضوعي في الوعي بما يحيط بالإنسان. لكننا لا نستطيع أن نزعم أن التقدم العلمي قد قضى تماماً على أشكال الوعي والمعرفة والتفسيرات السابقة عليه، فلا تزال قطاعات واسعة من الناس تستمد تصوراتها ومفاهيمها وتفسيراتها لما يحيط بها من أحداث من مصادر سحرية ودينية وشعبية إلى حد كبير.

إن هذه المفارقة هي التي تمثل الإشكالية الأساسية لهذا البحث من حيث كونه يدور حول المصادر التي تشكل مفاهيم الإنسان العادي في المجتمع الكويتي وتصوراته حول الصحة والمرض.

فالفرضية هي منذ البداية اختلاط المعرفة الشعبية بالمعرفة العلمية في هذا المجتمع حيث يمتزج الذاتي بالموضوعي، ويطنغي أحدهما على الآخر، بالنظر إلى بعض الظروف والتغيرات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية وما إلى ذلك.

وغني عن البيان أن الاختلاط بين التصورات الشعبية والتقليدية والتصورات العلمية، هي ظاهرة تميز مجتمعات العالم الثالث بصفة عامة التي جرى فيها الانتقال من التقليد إلى التحديث شكلاً فوقياً وسطحياً يمس القشرة الخارجية للمجتمع، إن صح هذا التعبير، دون أن يواكب ذلك تغيير جذري في البنى الاجتماعية والثقافية، فقد انتقلت مظاهر الحداثة ومنتجاتها من الخارج دون أن تسهم مجتمعات العالم الثالث نفسها في إنتاج هذه الحداثة، ولكن وإن كانت هذه الظاهرة تميز العالم الثالث بصفة عامة، فإنها تبرز بشكل ملموس في المجتمعات النفطية حيث جرى الانتقال بشكل مفاجئ، تماماً وخلال حقبة زمنية قصيرة من الأشكال التقليدية إلى الأشكال الحديثة، الأمر الذي سمح بمزيد من التعايش

والتجاور بين المظاهر التقليدية والمظاهر الحديثة فانعكس ذلك بالضرورة على تصورات الناس حول مختلف جوانب الحياة ومن بينها الصحة والمرض^(٢).

ومن هنا تنبع الأهمية المزدوجة لهذا البحث بوصفه يسعى إلى تحقيق هدف نظري وآخر تطبيقي. أما الهدف النظري فقد تمثل في محاولة الكشف عن البنية العقلية والثقافية ولو بصورة نسبية، وذلك من خلال مدخل التصورات الذاتية والموضوعية المرتبطة بالصحة والمرض والكشف عن هذه التصورات والتي من شأنها أن تثرى معرفتنا السوسيوأنثروبولوجية (المعرفة المتعلقة بعلم الاجتماع وعلم الإنسان) بالعناصر الثقافية ومحدداتها الاجتماعية والاقتصادية، المتصلة بتفسير قطاعات من المجتمع في الكويت للأمراض التي يعانون منها، وتصوراتهم لطرق علاجها والوقاية منها ومدى ارتباط هذه التصورات والتفسيرات بالتشخيص والتفسير العلميين لهذه الأمراض. وقد يسهم ذلك ولو بشكل جزئي في فهم قضية نظرية في ميدان الأنثروبولوجيا (علم الإنسان) وعلم الاجتماع وهي قضية التفاعل بين الثقافة التقليدية والثقافة الحديثة وشكل هذا التفاعل في مجال واضح محدد من مجالات الخبرة الإنسانية في الكويت وهي خبرة المرض والعلاج. أما من الناحية التطبيقية فإن النتائج التي يمكن أن نصل إليها تمكننا من الإسهام في التخطيط الصحي والعلاجي من ناحية، والتخطيط لتنمية الوعي الصحي والثقافة الصحية من ناحية أخرى.

فمن الناحية الأولى يمكن الاسترشاد بنتائج البحث في وضع استراتيجية صحية تضع في اعتبارها التقاليد الشعبية الخاصة بالرعاية الصحية من ناحية وإنجازات العلم والتقدم من ناحية أخرى، فمراعاة عادات الناس وتقاليدهم وأجهاثهم نحو الصحة والمرض والمؤسسات العلاجية من شأنه أن يجعل الأساليب العلمية والموضوعية أكثر فعالية وكفاءة. كما أن النتائج أيضاً من الناحية الأخرى يمكن أن تضع أيدينا على نقاط الضعف الكامنة في الثقافة الصحية والوعي الصحي للجماهير ومن ثم يمكن أن تفيد في وضع خطة تثقيفية

(٢) تناولت العديد من الدراسات والكتابات موضوع التغير الاجتماعي والثقافي والاقتصادي في الكويت ومنطقة الخليج العربي بعد اكتشاف النفط واستثماره وما أحدثته هذه التغيرات من آثار على أنساق القيم والمعتقدات السائدة. انظر في هذا الصدد على سبيل المثال المراجع: [١؛ ص ص ٢٠٢-٢٠٣]، [٢؛ ص ص ٢٦-٢٧] و [٣؛ ص ص ٣١٤-٤٢٣].

وتعليمية تستهدف تصحيح وتطويرها تصورات الناس ومفاهيمهم الخاصة بالصحة والمرض .

ثانياً : المفاهيم الأساسية في البحث

يتصل موضوع البحث وإشكاليته بالمفاهيم الذاتية والموضوعية للصحة والمرض على نحو ما يتضح في عنوانه إلى صياغة مشكلته ، ومن الطبيعي إذن أن نحدد ما نعنيه بالمفاهيم الذاتية والموضوعية . بوصفها المفهومين الأساسيين اللذين ينطلق منها البحث ، ومن الأهمية بمكان أن نحدد أيضاً مفهوم المرض من الزاوية الأنثروبولوجية والسوسولوجية (علم الاجتماع وعلم الإنسان) وهي الزاوية التي ينطلق منها البحث .

تتضمن مفاهيم المرض دائماً بعض الأفكار عن أسباب المرض وتظهر في أي مجال ثقافي نظريات إتيولوجية etiological (سببية) مدروسة بدرجة متفاوتة عن أسباب الأمراض ونتائجها بوجه عام . وفي المجتمعات التي تعد فيها القوى الخارقة للطبيعة مسؤولة عن المطر والجفاف ، تعد هذه القوى نفسها أيضاً مسؤولة عن المرض . أما في المجتمعات التي تسود فيها النظرة الميكانيكية إلى العالم ، فتعتقد بوجه عام أن أسباب المرض ذات طابع ميكانيكي ، من حيث النظر للأمراض كنتيجة لخلل عضوي محض . وتسود هذه النظرة في الدوائر الشعبية والطبية على السواء خاصة في المجتمعات التي ينتشر فيها الطب الغربي الحديث إلى جانب الطب الشعبي التقليدي [٤ ؛ ص ص ٣٠ - ٣١] .

ومن ناحية أخرى فإن هذه المفاهيم تختلف باختلاف الثقافات والعصور التاريخية ، ولا توجد اليوم مفاهيم محضة للمرض مرتبطة ببيئة ثقافية معينة دون غيرها ، إذ توجد في كل بيئة تقريباً مجموعتان أو ثلاث مجموعات من مفاهيم المرض بعضها يوجد جنباً إلى جنب وبعضها يمتزج البعض الآخر امتزاجاً شديداً . فالمجموعة الأولى تنبع من الطب الشعبي ، وهو شائع في كل المجتمعات ويمكن أن يتعايش مع الطب الحديث ، والمجموعة الثانية تنبع من الطب التقليدي المنظم ومثاله الطب « الأيورفيدي Ayurveda » في الهند ، والثالثة تنبع من الطب العلمي الغربي [٤ ؛ ص ٢٤] .

ولا تقتصر المجموعة الأولى من المفاهيم التي تنبع من الطب الشعبي على مجتمع بحد ذاته ، حيث إنها تسود في المجتمعات المساء بالبداية أو بالمجتمعات التقليدية حيث أشار يودر (Yoder, Don) في هذا الصدد إلى وجود ثلاثة مستويات من المفاهيم التي تظهر في

الممارسات الطبية وتنتشر على امتداد العالم، هي: الطب البدائي primitive medicine ، والطب الشعبي popular or folk medicine ، والطب الحديث modern medicine . وذهب يودر Yoder, D. إلى أن كلاً من الطب البدائي والطب الشعبي يشتركان في عناصر من المواد العلاجية وتقنيات العلاج والنظرة إلى العالم، وإنما الاختلاف بينهما يكمن في السياق الاجتماعي والثقافي. ذلكم أن الطب البدائي هو نمط الطب الوحيد المعروف داخل الثقافة، بينما الطب الشعبي يوجد جنباً إلى جنب مع الطب الرسمي أو الطب الحديث، كما وأن وسائل العلاج البدائي والشعبي وأساليبه مستمدة من المحاولات المتكررة عن طريق التجربة والخطأ [٥؛ ص ١٥٨ - ١٦١].

وعلى الجانب الآخر فمصطلح «الطب التقليدي traditional medicine» يطلق على جميع الممارسات العلاجية الطبية الشعبية المتوارثة عبر الأجيال، والتي يمتزج فيها العديد من المفاهيم الطبيعية وفوق الطبيعية supernatural ، وغالباً ما يطلق على هذا النمط أيضاً «الطب شبه الرسمي» حيث تمتزج فيه ممارسات علاجية متوارثة إلى جانب الأخذ ببعض المفاهيم والممارسات الطبية الحديثة كما هو الحال في المجتمعات التي تشهد تغيرات اجتماعية وثقافية واقتصادية.

يرمز «الطب الأيورفيدي» باعتباره نمطاً طبيّاً تقليدياً منظماً، إلى «علم الحياة الصحية الطويلة» ويعتبر عنصراً مركزياً في الثقافة الهندية، وهو مصطلح مشتق من كلمتين ayor وتعني الحياة والشق الآخر هو الذي يربط الجسد بمعرفة التعليمات الدينية، إذ يرمز إلى معظم التعليمات الدينية الهندوسية الكتابية على أنه veda وتعتبر عملية الربط بين هاتين الكلمتين شيئاً مهماً، لأنها تشير إلى أن الطب الهندي في العصور الكلاسيكية القديمة لم يكن يعالج الأمراض فحسب، وإنما يسعى إلى جعل الحياة طويلة وصحيحة. وقد ظهر هذا النمط الطبي في المخطوطات السنسكريتية والتي تعرف باسم كاراكا سمهيتا caraka samhita في القرن الأول الميلادي والسوسروتا سمهيتا susruta samhita حوالي القرن الرابع الميلادي والفاغباتا vagbhata حوالي القرن الثامن الميلادي.

تستند «النظرية الأيورفيدي» على مبدأ الأخلاط الأربعة التي عرفها اليونانيون (الأرض، الماء، النار والهواء) بالإضافة إلى عنصر خامس هو الأثير. كما تقول بأن جسم الإنسان يحتوي على ثلاثة أمزجة: (البلغم، الصفراء والريح). وتكون الصحة جيدة حين تكون الأمزجة الثلاثة في حالة توازن، وتسوء الصحة في حالة عدم التوازن. وثمة علاقة

وثيقة بين هذه الأمزجة والعمر والفصول السنوية . فالبلغم يظهر مع الشباب وفصل النمو، وتظهر الصفراء مع منتصف العمر وفصل المطر، أما الريح فيرافق تقدم السن والبرد والمناخ الجاف .

وتفاوتت نظرة الناس وتقويمهم لهذا النمط الطبي على الرغم من أنه يستخدم من قبل جميع المجموعات السكانية باختلاف طبقاتها الاجتماعية وينظرون إليه على أنه جزء مركزي من الثقافة الهندية . في حين نرى أن البعض يتهم الممارسين الطبيين بأنهم لم يعودوا يتحلون بالتنوع العلمية والأخلاقية كأسلافهم في الحقبة الكلاسيكية من التاريخ الهندي . ومن الجدير بالذكر أن هذا النوع من الممارسة الطبية التقليدية يدرس في أكثر من ١٠٠ معهد تقريباً وتخرج هذه المعاهد آلافاً من الأطباء التقليديين سنوياً [٦٠ - ٦٢] .

أما المفاهيم الذاتية للمرض فالمقصود بها مجموعة المعارف والأحكام والتصورات الشخصية المبنية على الخبرات التقليدية والشعبية المتوارثة، والتي من الصعب إخضاعها للتجربة للتأكد مما إذا كانت صادقة أم لا (منظور الطب الشعبي والممارسات الطبية التقليدية)، والمفاهيم الموضوعية يراد بها مجاميع المعرفة والمعايير والممارسات العلمية المهنية التي تنظر إلى المرض بوصفه ظاهرة مستقلة بحد ذاتها عن الذاتية أو الشخصية ومن ثم تتعامل معه بوصفه حدثاً طبيعياً ميكانيكياً منفصلاً عن الذات . ويمكن التخلص منه بوسائل فنية وعلمية بحتة (المنظور العلمي البيولوجي للمرض) .

يظهر تحت وجهات نظر الطب الشعبي في مصطلحات «المرض» و «الصحة» عنصران رئيسان هما: الجسم الإنساني في شموليته و كليته، أي البنية الجسدية والفيزيائية كوحدة، والمحيط النفسي والاجتماعي الذي يتعايش فيه هذا الجسد، ويوجد بينهما وباستمرار علاقة تبادل، والتي تدور فيها الأحداث والتي تعرف وبشكل عام على أنها «الصحة» أو «المرض» . وتكون الأطر الثقافية بشموليتها هي المسؤولة بالنسبة لحدوثها، ومسؤولة كذلك عن أشكال ظهورها . ويعتبر «المرض» و «الصحة» من المصطلحات المقررة ثقافياً، والتي تتبلور طبقاً لنوع العلاقة التبادلية بين الجسد والمحيط الطبيعي ومجالها [٧]؛ ص [١٣] .

أما المرض الذي نعني به في هذا البحث فهو الخلل الذي يطرأ على الجهاز الوظيفي للكائن البشري سواء تمثل في الأمراض العضوية البحتة أو الأمراض السيكلوجية

(النفسية) والسيكوسوماتية (النفسية جسدية) ، والذي أدى إلى استشعار ضرورة العلاج والبقاء بالمستشفيات أثناء إجراء هذا البحث .

القسم الثاني : أهداف الدراسة

أولاً : التساؤلات وأهم القضايا

في ضوء طرحنا السابق لإشكالية البحث ومناقشتنا الأولية لأهميته على الصعيدين النظري والتطبيقي ، يمكننا أن نحدد الأهداف الأساسية له على النحو التالي :

١ - أهداف عامة

أ) محاولة استخدام البيانات والمصادر الضرورية والمطابقة المختلفة في التعرف على الأشكال التقليدية للرعاية الصحية والعلاج ومدى استمراريتها في المجتمع الكويتي ، ومن ثم الدور الذي تلعبه في تشكيل مفاهيم الناس عن الصحة والمرض .
ب) تحليل التفاعل بين الأنماط الحديثة والتقليدية في مجال الرعاية الصحية في دولة الكويت .

٢ - أهداف خاصة

أ) التعرف على نماذج المفاهيم الذاتية والموضوعية للصحة والمرض لدى نزلاء المستشفيات الكويتية الحكومية وعلاقة هذه المفاهيم بممارساتهم العلاجية والسلوكية إزاء المرض (منظور الطب الشعبي) من ناحية واستجابتهم نحو الخطة العلاجية السائدة في المستشفى من قبل الفريق الطبي المتخصص (منظور الطب الحديث) من ناحية أخرى .
ب) التعرف على المشكلات البنائية والتنظيمية التي يستشعرها النزلاء في المستشفيات والتي قد تركز لديهم نماذج معينة من المفاهيم ، قد تؤثر بالتالي على استجابتهم للعلاج الموضوعي الحديث .

القسم الثالث : الإجراءات المنهجية

حتى نحقق الأهداف التي أشرنا إليها كان من الضروري الاستعانة بمجموعة من الإجراءات المنهجية التي تمكننا من الإحاطة بمصادر البيانات والمعلومات المختلفة التي يمكن

أن تجيب بشكل مباشر عن التساؤلات التي تثيرها إشكالية البحث، ومن ثم تمكن من تحليل أبعادها المختلفة. وقد اعتمدنا على مجموعة من الإجراءات المنهجية الكفيلة بتحقيق أهداف بحثنا والتي نشير إليها على النحو التالي:

أولاً: المصادر والكتابات المنشورة

جرت الاستعانة ببعض المصادر والكتابات التي عاجلت قضايا الصحة والمرض ومفاهيم الناس وممارساتهم العلاجية في المجتمع الكويتي قبل مرحلة التحديث والتغير الاجتماعي والاقتصادي العميق الذي اعتراه قبل اكتشاف النفط واستثماره وحتى منتصف القرن العشرين.

ثانياً: المصادر والبيانات الميدانية

إذا كانت المعلومات والبيانات المنشورة، التي تنطوي عليها بحوث ودراسات سابقة، أجريت على المجتمع الكويتي بصفة خاصة تتصل بمراحل ماضية من تطوره الاجتماعي والاقتصادي وتعكس نتائجها بالتالي الأوضاع في تلك المرحلة، وإذا كنا في بحثنا الراهن نسعى إلى الكشف عن الوضع الراهن لمفاهيم الصحة والمرض، الذاتية والموضوعية فقد كان لزاماً علينا أن نستند بالإضافة لهذه المادة المنشورة إلى مادة حية مستقاة من الواقع الراهن، من خلال البحث الميداني لواقع الصحة والمرض في المجتمع الكويتي، وتصورات الناس حولها، والممارسات المختلفة التي يجري استخدامها، سواء انطلقت من الطب الشعبي أو المؤسسات العلاجية الحديثة. ولذلك كان من الضروري أن نضع خطة منهجية تنطوي على عدد من الإجراءات المنهجية الكفيلة بتجميع هذه المادة وتحليلها وتفسيرها في إطار علمي موضوعي. ومن هنا يمكننا أن نحدد الإجراءات المنهجية التي اعتمدنا عليها في المسح الميداني الذي يستهدف الكشف عن مفاهيم الصحة والمرض الذاتية والموضوعية من خلال الممارسات العلاجية الراهنة وما يرتبط بها من معتقدات.

وتشتمل هذه الخطة المنهجية على الإجراءات التالية:

١ - إعداد وسيلة جمع البيانات (صحيفة الاستبانة) والمراحل التي مرت بها حتى وصلت إلى صيغتها النهائية.

٢ - العمل الميداني (اختيار العينة وإطارها ووحدتها).

٣ - تطبيق صحيفة الاستبانة .

٤ - تحليل البيانات .

٥ - بعض المشكلات والصعوبات .

١ - وسائل جمع البيانات

كانت صحيفة الاستبانة هي الأداة الرئيسة لجمع البيانات الميدانية ، وقد قمنا بتصميمها لكي يجاب بصورة مباشرة وغير مباشرة عن تساؤلات البحث العامة والخاصة ، وحرصنا على أن تنطوي صحيفة الاستبانة على بنود وقضايا تتصل بما يلي :

أ (بيانات شخصية أساسية عن الحالة كالسن والمستوى الاجتماعي والاقتصادي والجنس والجنسية وأنهاط الأمراض وغير ذلك .

ب (بيانات عن الجوانب الإدراكية والمعرفية المتصلة بالمرض .

جـ (بيانات عن التفسيرات الشائعة لنشأة المرض (سواء ذات الطبيعة الشعبية والمعتقدية أو ذات الطبيعة الموضوعية) .

د (بيانات عن الإجراءات السلوكية والممارسات المتعلقة بحالة المرض وأنهاطها المختلفة .

هـ (بيانات عن مظاهر الازدواجية بين الطب الشعبي والممارسات العلاجية الشعبية والطب الحديث ومؤسساته .

وقد ترجمت هذه البنود إلى ثلاثة وثلاثين سؤالاً رئيساً ينطوي بعضها على أسئلة فرعية تحاول جميعها أن تعطي كل التساؤلات المطروحة ، وقد مرت صحيفة الاستبانة بعدد من المراحل التي كانت تستهدف الوصول بها إلى درجة من التقنين تسمح بالثقة في نوعية البيانات التي تجمع بواسطتها . إذ تم اختيار صحيفة الاستبانة وتجريبها ، حيث طبقت على ثلاثين حالة موزعة على بعض المستشفيات في أقسامها المختلفة^(٣) ، واختيرت هذه الحالات

(٣) تم اختبار التجربة الأولية على ثلاث مستشفيات هي : مستشفى الجهراء ، مستشفى الولادة ، مستشفى الطب النفسي . بلغ مجموع نزلاء هذه المستشفيات من المرضى ١٦١ مريضاً . وقد أخذنا الحالات الثلاثين التجريبية على أساس أسلوب العينة العشوائية .

اختياراً عشوائياً للتحقق من قدرة الباحثين على فهم الأسئلة، ومدى الصعوبات التي تواجههم في استيعاب الأهداف الدقيقة لكل سؤال، وللتعرف أيضاً على الصعوبات التي تواجه الباحثين الميدانيين لدى تطبيقهم للاستبانة، ومحاولة رصد المشكلات الميدانية بشكل عام.

وقد كشفت هذه التجربة الأولية للاستبانة عن أن بعض الأسئلة كانت غير مفهومة من قبل الباحثين، وأنها في ذاتها قد أثارَت تساؤلات لدى المرضى ولم يكن باستطاعة الباحث الميداني الإجابة عنها، ومن ثم دعت الضرورة إلى تعديلها وإعادة صياغتها بصورة مبسطة ومفهومة. وعرضت صحيفة الاستبانة على عدد من أساتذة الجامعة/ قسم الاجتماع، ممن لهم خبرة طويلة في مجالات البحث العلمي بصورة عامة والمسح الاجتماعي الميداني بصورة خاصة، وذلك للإفادة من آرائهم في تعديل بعض الصياغات وتطويرها، والتحقق من الصدق والاتساق الظاهريين وغير ذلك.

٢ - العمل الميداني

١) اختيار عينة البحث Sampling : تشير إحصائيات وزارة الصحة لعام ١٩٨٥م إلى وجود خمسة عشر مستشفى حكومياً بالكويت تضم «٥٤٤٠» سريراً (ملحق رقم ١) ولذلك كان من الطبيعي بالنظر إلى هذا العدد الضخم من المستشفيات والأسرّة من ناحية وإلى إمكانات الباحث المتاحة (باحث مساعد واحد) من ناحية أخرى أن يجري تطبيق الاستبانة على أساس العينة: ولقد حرصنا على أن تكون عينة البحث ممثلة إلى حد كبير بكل المستشفيات والأقسام العلاجية المختلفة.

أما إجراءات اختيار العينة فقد سارت على النحو التالي:

حتى يمكن اختيار عينة عشوائية لا بد من توافر إطار للمجموع العام الذي سوف يجري الاختيار منه، وقد اتخذنا الإطار العام للعينة على النحو الذي يوضحه ملحق رقم ١ الذي ينطوي على إحصاءات بالمجموع العام للأسرّة بالمستشفيات التي بلغت وقت اختيار العينة وفقاً لإحصاء عام ١٩٨٥م ٥٥٤٠ سريراً.

وقد ضمنت هذه المستشفيات وأسرّتها إطار العينة باستثناء أربعة مستشفيات نظراً لبعض الصعوبات المتمثلة في تخوف الباحث المساعد وامتناعه عن التردد عليها خشية

العدوى بوصفها مستشفيات للأمراض السارية (انظر الجدول رقم ١ ، الذي يوضح هذه المستشفيات) . وباستثناء الأسرة الموجودة في تلك المستشفيات المستبعدة يصل مجموع الأسرة المتضمنة في إطار العينة إلى ٤٦٦٠ سريراً .

ب) وحدة العينة : تمثلت وحدة العينة في المريض المقيم بالمستشفى وقت إجراء البحث الميداني بغض النظر عن أي متغير اجتماعي آخر (السن أو الجنسية أو الجنس أو غير ذلك) وقد جرى اختيار العينة على أساس التوزيع الطبقي وفقاً للنسب التي يوضحها الجدول رقم ١ والتي يصل متوسطها إلى ١٠٪ من جملة الأسرة المشار إليها في هذه المستشفيات .

جدول رقم ١ . نسب اختيار العينة من المستشفيات التي أجري فيها البحث الميداني .

المستشفى	عدد الأسرة	مفردات العينة	نسبة العينة
مستشفى الصباح	٥٢٢	٥٢	١١,١٥٪
مستشفى الأميري	٣٣٣	٣٣	٧,١٪
مستشفى القروانية	٤٩٥	٥٠	١٠,٧٪
مستشفى العدان	٥٢٥	٥٣	١١,٤٪
مستشفى الجهراء	٤٤٩	٤٥	٩,٦٥٪
مستشفى مبارك الكبير	٤٦٢	٤٦	٩,٨٧٪
مستشفى الصليبخات	١٤٨	١٥	٣,٢١٪
مستشفى الولادة	٦٠٤	٥٩	١٢,٦٦٪
مستشفى ابن سينا	٢٦٣	٢٦	٥,٦٪
مستشفى الطب النفسي	٥٦٧	٥٧	١٢,٢٣٪
مستشفى الرازي	٢٩٠	٣٠	٦,٤٣٪
المجموع العام	٤٦٥٨	٤٦٦	١٠٠٪

وكما يوضح الجدول رقم ١ فقد بلغ عدد أفراد العينة المختارة ٤٦٦ حالة ، أمكننا أن نطبق الاستبانة على ٤٥٦ حالة منها ، وهي التي شكلت العينة الفعلية لهذا البحث ، وذلك

نظراً لصعوبات حالت دون التطبيق على بعض الحالات في بعض الأحيان واستبعاد بعض الاستبانات التي شابهها القصور أو التناقض أو سوء الفهم في حالات أخرى.

٣ - تطبيق صحيفة الاستبانة

جرى تطبيق صحيفة الاستبانة على أفراد العينة المختارة من خلال الزيارات الميدانية المتكررة للمستشفيات المحددة حيث أجريت المقابلات مع النزلاء، وذلك اعتماداً على أسلوب «الاستبانة أو المقابلة المقننة لصحيفة الاستبانة حيث يوجه الباحث الأسئلة للحالة ويسجل إجابته عليها». وقد صاحبت مساعد الباحث في بعض الأحيان الزيارات للإشراف على سير التطبيق ومتابعة دقته ومراجعة البيانات في الميدان لاستيفاء ما قد يكون سقط منها من مساعد الباحث. وقد أسهمت اثنتان من الأخصائيات الاجتماعيات في جمع بيانات الاستبانة وتطبيقها على حالات النساء في مستشفى الولادة بصورة خاصة وبعض الأقسام النسائية والحالات النسائية في أقسام ومستشفيات معينة. وذلك مراعاة للظروف الاجتماعية والثقافية السائدة والتي تخلق صعوبات بالنسبة للباحثين الرجال. وكان تطبيق الاستبانة الواحدة يستغرق ما بين خمس وأربعين وستين دقيقة تقريباً^(٤). وقد استغرقت مرحلة تطبيق صحيفة الاستبانة ومراجعتها وتدقيقها حوالي ستة شهور.

٤ - التحليل الإحصائي

جرى تحليل البيانات بواسطة الحاسب الآلي وفقاً للتحليل الإحصائي الوصفي البسيط الذي يهدف إلى استخلاص جداول وصفية تنظم كل أسئلة صحيفة الاستبانة والنتائج التي تمخضت عن هذه الأسئلة.

٥ - بعض الصعوبات والمشكلات التي واجهت البحث

واجهت البحث بعض الصعوبات والمشكلات التي استغرقت وقتاً في التغلب عليها ومن بعض هذه الصعوبات مايلي:

(٤) أجريت المقابلات على فترات متقطعة في الفترة الواقعة بين شهري نوفمبر ١٩٨٧ م ويوليو ١٩٨٨ م.

١) الإجراءات البيروقراطية المتعلقة بالتصريحات والموافقات الرسمية سواء بصدد التردد على المستشفيات أو انتداب الباحث المساعد أو الحصول على بعض البيانات ذات الطابع الرسمي .

ب) صعوبة الحصول على البيانات عن حالات النساء، وقد دفعنا ذلك للاستعانة بعدد من الأخصائيات على نحو ما ذكرنا آنفاً .

ج) تحوُّف الباحث المساعد والأخصائيات الاجتماعيات من التردد على مستشفيات الأمراض الوبائية مما اضطرنا إلى استبعاد هذه المستشفيات من البحث .

د) تحفظ المبحوثين في الإدلاء بالمعلومات نظراً لحساسية موضوع البحث الذي يتعلق بالصحة والمرض والممارسات والمعتقدات وقد بذلنا جهداً كبيراً في اكتساب ثقتهم وتحقيق الألفة معهم حتى تجاوزنا هذه المشكلة .

هـ) كانت الظروف والمواقف المحيطة بالحالة المرضية في مكان الإقامة بالمستشفى تشكل في بعض الأحيان عائقاً من حيث وجود مرضى آخرين مقيمين بالغرفة نفسها، وما يسببه ذلك من حرج للمبحوث يعيقه عن الانطلاق ويمنعه في بعض الأحيان من الإدلاء بالبيانات المطلوبة . ويتضح ذلك بجلاء إذا ما قارنا المرضى المقيمين مع غيرهم بأولئك المقيمين بغرف خاصة وللتغلب على هذه المشكلة حاولنا قدر المستطاع تحقيق درجة من السرية في موقف المقابلة .

القسم الرابع : نتائج البحث

تنطوي هذه المناقشة على أهم النتائج الميدانية المتعلقة بالموضوعات التالية، والتي تشير إلى أهميتها في النظرة للمفاهيم الذاتية والموضوعية للصحة والمرض لدى نزلاء المستشفيات في المجتمع في الكويت :

أولاً : خصائص العينة .

ثانياً : مدة الإقامة بالمستشفى وأنماط الأمراض الشائعة بين الحالات (عينة البحث) .

ثالثاً : مدة المعاناة من المرض قبل الدخول إلى المستشفى .

رابعاً : الأعراض المرضية والجوانب الإدراكية المتصلة بها وأنماط بعض الأعراض المرضية .

خامساً : أسباب المرض وفقاً لمفهومات المريض وتصوراتته .

سادساً: الإجراءات السلوكية في حالة الإصابة بالمرض .

سابعاً: أنماط العلاج وأشكال الممارسات العلاجية المتبعة من قبل المرضى :

(أ) نمط الممارسات العلاجية المنزلية .

(ب) التعامل مع المؤسسات العلاجية الحديثة .

نشبت هنا مناقشة تحليلية لمجموعات النتائج المتصلة بتلك الموضوعات بشيء من

التفصيل .

أولاً: خصائص العينة

لقد توزعت العينة على عشرين جنسية مختلفة، على النحو الذي يوضحه الجدول رقم

٢ أما من حيث توزيعها وفقاً للجنس فقد بلغ عدد «الذكور ٢٤٠ حالة» وعدد «الإناث

٢١٦ حالة» (انظر الجدول رقم ٣) . وتوزعت وفقاً للحالة الاجتماعية بحيث شملت مختلف

الفئات المدنية فبلغ عدد المتزوجين ٣٢٢ والعزاب ١٠٦ حالة (انظر الجدول رقم ٤) .

وقد تراوحت أعمار أفراد العينة بين «أقل من ثمانية عشر عاماً» و «أكثر من سبعة وستين

عاماً» (الجدول رقم ٥)، أما من حيث المستوى التعليمي فقد بلغ عدد الأميين ١١٠

حالات ومن حصلوا على الشهادة المتوسطة ١٢٠ حالة، وبلغ عدد الحاصلين على المستوى

الجامعي وما فوق ١١٥ حالة (انظر الجدول رقم ٦) . أما من حيث الدخل الشهري فقد

توزعت العينة بين فئات من أقل من مائة دينار إلى ١٥٠٠ دينار فأكثر، وبذلك فقد شملت

العينة المستويات الاجتماعية والاقتصادية المختلفة على نحو ما يوضح الجدول رقم ٧ .

ومن حيث التوزيع المهني فقد شملت العينة ربات بيوت ٢١٤ حالة وكن الأغلبية،

أما أقل فئة مهنية فتمثلت في المشتغلين في أعمال البيع «٧ حالات» ويوضح الجدول رقم ٨

تفاصيل التوزيع المهني . ويوضح جدول رقم ١١ توزيع أفراد العينة حسب مكان العمل .

وأما من حيث نوع السكن كانت أغلبية أفراد العينة من المستأجرين «٢٤٠ حالة»

وأقليتهم ممن يعيشون في سكن تابع للعمل ويوضح الجدول رقم ٩ تفاصيل الحالة السكنية .

كما يشير الجدول رقم ١٠ إلى توزيع أفراد العينة بالنسبة لحجم السكن المقاس بعدد

الغرف فقد تبين أن مساكن أفراد العينة التي تقل عن أربعة غرف «٢٢٣ حالة» تشكل حوالي

نصف العينة، يليها في الترتيب المساكن التي تحتوي على «ثلاثة إلى ستة غرف ٧٥ حالة» .

جدول رقم ٢. توزيع المرضى حسب الجنسية.

النسبة	التكرار	الجنسية
٪٣٦,١٨	١٦٥	١ - كويتي
٪٢٠,٣٩	٩٣	٢ - مصري
٪١٤,٢٥	٦٥	٣ - أردني
٪٩,٦٥	٤٤	٤ - غير كويتي / بدون
٪٤,١٧	١٩	٥ - عراقي
٪٢,٦٣	١٢	٦ - لبناني
٪٢,١٩	١٠	٧ - سوري
٪١,٥٤	٧	٨ - فلسطيني
٪١,٣٢	٦	٩ - يمني
٪١,٣٢	٦	١٠ - سعودي
٪١,١٠	٥	١١ - إيراني
٪١,١٠	٥	١٢ - بنجلاديشي
٪٠,٨٨	٤	١٣ - هندي
٪٠,٢٢	١	١٤ - سيلاني
٪٠,٦٦	٣	١٥ - سوداني
٪٠,٦٦	٣	١٦ - باكستاني
٪٠,٢٢	١	١٧ - سنغالي
٪٠,٢٢	١	١٨ - صومالي
٪٠,٢٢	١	١٩ - إيطالي
٪٠,٢٢	١	٢٠ - بولندي
٪٠,٨٨	٤	٠ - لا إجابة
٪١٠٠,٠٠	٤٥٦	المجموع

الموال = ١

حجم العينة (ن) = ٤٥٦

جدول رقم ٣. توزيع المرضى حسب الجنس .

النسبة	التكرار	الجنسية
%٥٢,٦٣	٢٤٠	١ - ذكر
%٤٧,٣٧	٢١٦	٢ - أنثى
%٠,٠٠	٠	٣ - لا إجابة
%١٠٠,٠٠	٤٥٦	المجموع

حجم العينة (ن) = ٤٥٦ المتوال = ١

جدول رقم ٤. الحالة الاجتماعية للمرضى .

النسبة	التكرار	الحالة الاجتماعية
%٢٣,٢٥	١٠٦	١ - أعزب
%٧٠,٦١	٣٢٢	٢ - متزوج
%٢,٨٥	١٣	٣ - مطلق
%٣,٢٩	١٥	٤ - أرمل
%٠,٠٠	٠	٥ - لا إجابة
%١٠٠,٠٠	٤٥٦	المجموع

حجم العينة (ن) = ٤٥٦ المتوال = ٢

جدول رقم ٥. توزيع المرضى حسب أعمارهم .

النسبة	التكرار	العمر
%٥,٢٦	٢٤	١ - أقل من ١٨ سنة
%٢١,٧١	٩٩	٢ - ١٨
%٣٢,٠٢	١٤٦	٣ - ٢٧
%٢٨,٥١	١٣٠	٤ - ٣٧

تابع جدول رقم ٥ . توزيع المرضى حسب أعمارهم .

العمر	التكرار	النسبة
٥٧ - ٥	٤٧	٪١٠,٣١
٦٧ - فأكثر	١٠	٪٢,١٩
٧ - لا إجابة	٠	٪٠,٠٠
المجموع	٤٥٦	٪١٠٠,٠٠

حجم العينة (ن) = ٤٥٦

المتوسط = ٣٧,٣

الانحراف المعياري = ٧,٦

المنوال = ٣

جدول رقم ٦ . الحالة التعليمية للمرضى .

الحالة التعليمية	التكرار	النسبة
١ - أمي	١١٠	٪٢٤,١٢
٢ - يقرأ ويكتب	٢٥	٪٥,٤٨
٣ - ابتدائي	٤٧	٪١٠,٣١
٤ - متوسط	١٢٠	٪٢٦,٣٢
٥ - ثانوي	١١٥	٪٢٥,٢٢
٦ - جامعة فما فوق	٣٩	٪٨,٥٥
٧ - لا إجابة	٠	٪٠,٠٠
المجموع	٤٥٦	٪١٠٠,٠٠

حجم العينة (ن) = ٤٥٦

المنوال = ٤

جدول رقم ٧. توزيع المرضى حسب الدخل الشهري.

الدخل	التكرار	النسبة
١ - أقل من ١٠٠ دينار	٢٨	٪٦,١٤
٢ - ١٠٠ -	١٠٩	٪٢٣,٩٠
٣ - ٣٠٠ -	٦٦	٪١٤,٤٧
٤ - ٥٠٠ -	٥١	٪١١,١٨
٥ - ٧٠٠ -	٧	٪١,٥٤
٦ - ٩٠٠ -	١	٪٠,٢٢
٧ - ١١٠٠ -	٢	٪٠,٤٤
٨ - ١٣٠٠ -	٠	٪٠,٠٠
٩ - ١٥٠٠ فأكثر	٢	٪٠,٤٤
١٠ - لا إجابة	١٩٠	٪٤١,٦٧
المجموع	٤٥٦	٪١٠٠,٠٠

حجم العينة (ن) = ٤٥٦
 المتوسط = ٣٤٦,٦
 الانحراف المعياري = ٥٩,٤
 السؤال = ٢

جدول رقم ٨. المهنة.

المهنة	التكرار	النسبة
١ - بدون مهنة (لا يعمل)	٢٢	٪٤,٨٢
٢ - المهن العلمية والفنية	٣٧	٪٨,١١
٣ - الإداريون ومديرو الأعمال	١٦	٪٣,٥١
٤ - المشتغلون في أعمال البيع	٧	٪١,٥٤

تابع جدول رقم ٨ .

النسبة	التكرار	المهنة
٪٦,١٤	٢٨	٥ - المشتغلون في أعمال الخدم (خادم، حارس...)
٪٠,٠٠	٠	٦ - المشتغلون في الزراعة وتربية الحيوان
٪٥,٤٨	٢٥	٧ - عمال
٪٢٣,٦٨	١٠٨	٨ - موظفون / كتاب
٪٤,٦١	٢١	٩ - متقاعدون
٪٣,٧٣	١٧	١٠ - مهني (ميكانيكي، نجار، صباغ...)
٪٥,٢٦	٢٤	١١ - طالب / طالبة
٪٢٧,١٩	١٢٤	١٢ - ربة بيت
٪٥,٩٢	٢٧	١٣ - لا إجابة
٪١٠٠,٠٠	٤٥٦	المجموع

حجم العينة (ن) = ٤٥٦ السؤال = ١٢

جدول رقم ٩ . نوع السكن .

النسبة	التكرار	نوع السكن
٪١٢,٠٦	٥٥	١ - سكن خاص (ملك)
٪٤,٦١	٢١	٢ - سكن الدخل المتوسط
٪٢٦,٥٤	١٢١	٣ - سكن الدخل المحدود
٪٥٢,٦٣	٢٤٠	٤ - بالإيجار
٪٣,٠٧	١٤	٥ - سكن تابع للعمل
٪١,١٠	٥	٦ - لا إجابة
٪١٠٠,٠٠	٤٥٦	المجموع

حجم العينة (ن) = ٤٥٦ السؤال = ٤

جدول رقم ١٠ . حجم السكن (عدد الغرف) .

عدد الغرف	التكرار	النسبة
١ - أقل من ٤ غرف	٢٢٣	٪٤٨,٩٠
٢ - ٤ -	٤٠	٪٨,٧٧
٣ - ٦ -	٧٥	٪١٦,٤٥
٤ - ٨ -	٥٦	٪١٢,٢٨
٥ - ١٠ -	٢٣	٪٥,٠٤
٦ - ١٢ غرفة فأكثر	٣١	٪٦,٨٠
٧ - لا إجابة	٨	٪١,٧٥
المجموع	٤٥٦	٪١٠٠,٠٠

حجم العينة (ن) = ٤٥٦
المتوسط = ٥٠١
الانحراف المعياري = ١١,٢
المنوال = ١

جدول رقم ١١ . مكان العمل .

مكان العمل	التكرار	النسبة
١ - حكومي	١٤٨	٪٣٢,٤٦
٢ - خاص (شركات، ...)	٨٧	٪١٩,٠٨
٣ - أعمال خدمات في المنازل	١٠	٪٢,١٩
٤ - لا يعمل	١٨٧	٪٤١,٠١
٥ - لا إجابة	٢٤	٪٥,٢٦
المجموع	٤٥٦	٪١٠٠,٠٠

حجم العينة (ن) = ٤٥٦
المنوال = ٤

أما جدول رقم ١٢ فيبين درجة الازدحام السكني والتي تم التوصل إليها من خلال توزيع الأفراد لكل غرفة نوم، وقد ظهر أن وجود «فردين للغرفة الواحدة ١٩٢ حالة» يشكل أعلى نسب، يليها «ثلاثة أفراد للغرفة الواحدة ١٠١ حالة».

ويظهر جدول رقم ١٣ توزيع المرضى حسب نوع الأسرة. ويتضح أن أغلبية أفراد العينة تعيش في النوع الأول، والمكون من «الزوجين وأبنائهما ٣٠٢ حالة».

ثانياً: مدة الإقامة بالمستشفى وأنماط الأمراض

بلغ متوسط إقامة أفراد العينة بالمستشفى ١٥,٦ يوم إذ كانت مدة إقامة الغالبية العظمى منهم ١٥,٧٢٪ «أقل من خمسة عشر يوماً»، و أقل من شهر «٣٨,٨٨٪». أما نسبة الذين بلغت مدة إقامتهم ثلاثة شهور فأكثر فكانت نسبتهم ضئيلة بالقياس إلى مجموع العينة «٣,٧٣٪». ويشير هذا التوزيع إلى أن غالبية أفراد العينة لم تكن تعاني من أمراض مزمنة تستلزم الإقامة الطويلة في بعض الأحيان أو إن معاناتها بدأت قبل دخول المستشفى بفترة طويلة، ويمكن أن يعكس هذا الوضع اتجاهاتهم نحو المستشفيات والمؤسسات العلاجية الرسمية، فمن الملاحظ أنه في المجتمعات التقليدية بشكل عام ينفر الناس من الإقامة الطويلة بالمستشفى مفضلين عليها الرعاية المنزلية وسط جو عائلي وأسري. وبهذا الصدد فإننا نشير إلى أن هندرلنج (Hinderling) يرى أن المرض الذي يصيب الفرد يتخطى هذه المرحلة وينتقل ليصبح في مرحلة المرض الاجتماعي، وتكون الجماعة بالتالي مصابة بهذا المرض، إذ تقع مسؤولية العلاج وإعادة تشكيل الوضع الطبيعي، لهذا الفرد، على عاتقها. حيث تلعب الأسرة أو المحيط الاجتماعي دوراً فعالاً أثناء عملية الشفاء، ويمكن بالتالي ومن خلال عملية التعاون بين المصاب بالمرض والوحدة الاجتماعية، الإسراع أو الإبطاء في الإجراءات العلاجية [٨؛ ص ٧٧]. ولربما تشكل عملية الانتقال من المحيط الأسري إلى مكان المعالجة - المستشفى في هذه الحالة - والإقامة فيه نذير سوء بالنسبة للمريض وأهله في أحيان كثيرة، وفقاً للنسق المعتقدي السائد لديها (انظر الجدول رقم ١٤).

ثالثاً: مدة المعاناة من المرض قبل الدخول إلى المستشفى

وليس أدل على هذا الاستنتاج مما يشير إليه الجدول رقم ١٥ والذي يوضح بشكل عام طول فترة المعاناة من المرض قبل الذهاب إلى المستشفى، إذ بلغ متوسط مدة المعاناة

جدول رقم ١٢ . عدد الأفراد لكل غرفة نوم .

النسبة	التكرار	توزيع الأفراد
٪١٦,٤٥	٧٥	١ - فرد واحد
٪٤٢,١١	١٩٢	٢ - فردان
٪٢٢,١٥	١٠١	٣ - ثلاثة أفراد
٪١٧,٧٦	٨١	٤ - أربعة أفراد فيها فوق
٪١,٥٤	٧	٥ - لا إجابة
٪١٠٠,٠٠	٤٥٦	المجموع

حجم العينة (ن) = ٤٥٦

المتوسط = ٢٠٤

الانحراف المعياري = ١١,٢

المنوال = ٢

جدول رقم ١٣ . توزيع المرضى حسب نوع الأسرة .

النسبة	التكرار	نوع الأسرة
٪٦٦,٢٣	٣٠٢	١ - زوج وزوجة وأبناء فقط
٪٢٠,٣٩	٩٣	٢ - تضم الآباء والأجداد والأعمام أيضاً
٪٧٠,٤٦	٣٤	٣ - زوج وزوجة فقط
٪٤,١٧	١٩	٤ - يعيش لوحده
٪١,٧٥	٨	٥ - لا إجابة
٪١٠٠,٠٠	٤٥٦	المجموع

حجم العينة (ن) = ٤٥٦

المنوال = ١

جدول رقم ١٤ . مدة الإقامة في المستشفى .

النسبة	التكرار	مدة الإقامة
٪٧٢,١٥	٣٢٩	١ - أقل من ١٥ يوماً

تابع جدول رقم ١٤ . مدة الإقامة في المستشفى

النسبة	التكرار	مدة الإقامة
٪١٦,٢٣	٧٤	٢ - ١٥
٪٣,٠٧	١٤	٣ - ٣٠
٪١,٥٤	٧	٤ - ٤٥
٪٢,٤١	١١	٥ - ٦٠
٪٠,٠٠	٠	٦ - ٧٥
٪٣,٧٣	١٧	٧ - ٣ شهور فأكثر
٪٠,٨٨	٤	٨ - لا إجابة
٪١٠٠,٠٠	٤٥٦	المجموع

حجم العينة (ن) = ٤٥٦

المتوسط = ١٥,٦

الانحراف المعياري = ١٥,٠

المنوال = ١

جدول رقم ١٥ . المدة التي عانيت فيها قبل الدخول إلى المستشفى .

النسبة	التكرار	مدة الإقامة
٪٤٣,٨٦	٢٠٠	١ - أقل من ١٥ يوماً
٪١,٧٥	٨	٢ - ١٥
٪٥,٠٤	٢٣	٣ - ٣٠
٪١,١٠	٥	٤ - ٤٥
٪٤,٨٢	٢٢	٥ - ٦٠
٪٠,٠٠	٠	٦ - ٧٥
٪٣٩,٩١	١٨٢	٧ - ٣ شهور فأكثر

تابع جدول رقم ١٥ .

النسبة	التكرار	مدة الإقامة
٣,٥١%	١٦	٨ - لا إجابة
١٠٠,٠٠%	٤٥٦	المجموع

حجم العينة (ن) = ٤٥٦

المتوسط = ٤٦,٦

الانحراف المعياري = ١٠,٥

النسبة = ١

٤٦,٧ يوم، خاصة إذا قارنا هذا المتوسط بمتوسط مدة الإقامة بالمستشفى، إذ يكون الانتقال إلى المستشفى بعد فترة طويلة من المعاناة من المرض، ربما يجرب المريض وأهله خلالها ممارسات علاجية أخرى قد تكون ذات طابع شعبي أو تقليدي (انظر الجدول رقم ١٥). وقد أشار آرثر كلينمان (Kleinman, A.) إلى أن المرض يتخذ في إطار الثقافة شكلاً منظمًا بالنسبة للمريض وعائلته، على نحو مواز لشبكات المعاني اليومية، وشبكات العلاقات والتفاعلات الشخصية والاجتماعية التي يشارك فيها المريض وعائلته بطريقة روتينية. وإنه في إطار هذه الشبكات يمكن تحديد كثير من الاعتبارات والملابس المحيطة بالمرض والعلاج، منها: الشعار label أو التسمية التي تطلق على المرض، والضغط الاجتماعية التي يعزى إليها التعجيل في حدوثه، وأنباط التوتر التي تصيب العائلة من جرائه، ونظرة الآخرين للمريض واستجاباتهم وتقديرهم لظروفه المرضية والقرارات العلاجية التي يحسن اتخاذها، والوسائل العلاجية المقترحة، والمعالجون الذين تسند إليهم مهمة العلاج [٥؛ ص ١٧٥].

أما من حيث نماذج الأمراض فإن الجدول رقم ١٦ يوضح توزيع أفراد العينة على معظم الأمراض المعروفة، لكنه يشير في الوقت ذاته إلى أكثر الأمراض شيوعًا بين أفراد العينة، وجدير بالذكر أننا لم نستند إلى تصنيفات عالمية للأمراض وإنما وضعناه على النحو الذي جاءت به استجابات الباحثين حول الأمراض التي يعانون منها، وذلك لأن التصنيفات العالمية تخضع لمحكات موضوعية بحثية، وقد حرصنا على أن نتحقق بالإضافة إلى تلك المحكات والمعايير الموضوعية، من المفاهيم الذاتية والإدراك الذاتي للمرض. ومن هنا كان حرصنا على وضع قائمة الأمراض من خلال توصيف المريض نفسه، والمسميات

التي يطلقها على ما يعاني منه من مرض نظراً لأهمية المدلولات في قضية المفاهيم الذاتية التي تعد قضية محورية في بحثنا.

جدول رقم ١٦ . توزيع المرضى حسب نوع المرض .

النسبة	التكرار	أنماط الأمراض
١,٣٦%	٧	١ - فتق
٩,٥٥%	٤٩	٢ - الأمراض الباطنية
٩,٧٥%	٥٠	٣ - كسور أطراف
١,٩٥%	١٠	٤ - أمراض الجهاز البولي
٠,٧٨%	٤	٥ - بواسير
٠,١٩%	١	٦ - داء الفيل
٠,١٩%	١	٧ - انتفاخ في الطحال
١,١٧%	٦	٨ - أمراض المرارة
٠,١٩%	١	٩ - حروق
٠,٣٩%	٢	١٠ - قطع أطراف
٠,٥٨%	٣	١١ - دوالي
٠,٩٧%	٥	١٢ - أمراض الدم
٥,٦٥%	٢٩	١٣ - إجهاض
٨,٣٨%	٤٣	١٤ - حمل
١,٥٦%	٨	١٥ - أمراض الصدر
٧,٢١%	٣٧	١٦ - ارتفاع ضغط الدم
٠,١٩%	١	١٧ - صداع
٣,٣١%	١٧	١٨ - أمراض القلب والشرابين
٤,٤٨%	٢٣	١٩ - سكري

تابع جدول رقم ١٦ .

النسبة	التكرار	أنماط الأمراض
١٩,٠%	١	٢٠- سرطان
١,٧٥%	٩	٢١- شلل
٣,٣١%	١٧	٢٢- كسور في العمود الفقري
٠,٧٨%	٤	٢٣- عيون
٠,٩٧%	٥	٢٤- أنف، أذن، حنجرة
٣,٩٠%	٢٠	٢٥- أمراض الجهاز التناسلي
٠,٣٩%	٢	٢٦- عقم
٣,٧٠%	١٩	٢٧- تحت العناية والملاحظة
٤,٢٩%	٢٢	٢٨- انفصام شخصية
٤,٢٩%	٢٢	٢٩- كلى
٠,٥٨%	٣	٣٠- أمراض جلدية
١,٧٥%	٩	٣١- كبد
١,٥٦%	٨	٣٢- محاولة انتحار
٠,٣٩%	٢	٣٣- جلطة بالمخ
٠,٣٩%	٤	٣٤- أمراض شبخوخة
٠,٧٨%	٤	٣٥- روماتيزم
٠,٥٨%	٣	٣٦- علاج طبيعي
٠,٣٩%	٢	٣٧- تمزق عضلات
٠,٩٧%	٥	٣٨- قلق
٠,١٩%	١	٣٩- مرض الزهو
٠,٥٨%	٣	٤٠- هوس

تابع جدول رقم ١٦ .

النسبة	التكرار	أنماط الأمراض
٠,٧٨%	٤	٤١- إدمان
٠,٧٨%	٤	٤٢- وسواس
٠,١٩%	١	٤٣- هستيريا
٠,٧٨%	٤	٤٤- حمى
٢,٣٤%	١٢	٤٥- أمراض العظام
٠,١٩%	١	٤٦- صرع
٠,٥٨%	٣	٤٧- أمراض الرئة
٠,٣٩%	٢	٤٨- أمراض الغدد
٠,١٩%	١	٤٩- تخلف عقلي
٣,١٢%	١٦	٥٠- اكتئاب
٠,٩٧%	٥	٥١- لا إجابة
١٠٠,٠٠%	٥١٣	المجموع

العينة (ن) = ٤٥٦ المنوال = ٣

ملاحظة: حسب النسب على أساس مجموع التكرارات.

إن إدراك الفرد لجسده ينبع من الظروف المتغيرة، المحيطة به، ويحاول إدماج خبرته الذاتية في مفهوم الجسد المميز ثقافياً، أي بمعنى أن هناك معلومات مسبقة موجودة لديه حول الخبرة بالأعراض المرضية، والتي حتمًا تقرر استدعاء الانتباه بالأعراض والإحساس الذاتي بها. . . . حيث يشكل كل من الجسد والنسق الاجتماعي وحدة تبادلية. ويتوقف على هذه العملية التبادلية المستمرة فيما بينهما، مقدرة التعرف على الحالة الجسدية أو النفسية والتعامل معها على اعتبارها حالة مرضية أم لا [٧؛ ص ص ٢٠ - ٢١].

كما ويعبر كل من بفلايدرر وبشمن (Pfleiderer & Bichmann) اللغة أهمية بارزة وفعالة في التعبير عن الإحساس بالحدث والمجربات التي تطرأ على الجسد، والتغيرات التي

تظهر على المريض، إذ تسهم المصطلحات اللغوية السائدة في وضع المظهر الجسدي في دور المفسر للحالة، وتشير بالتالي إلى وصف تركيبى للأعراض والمتلازمات المرضية، والتي تؤثر على عملية الإحساس الجسدي بالحالة المرضية [٩؛ ص ٩٣].

يشير الجدول رقم ١٦ إلى أن أنماط الأمراض الأكثر انتشاراً بين أفراد العينة هي الكسور، ويشير في ذلك إلى المعدلات المرتفعة للحوادث بصورها المتعددة «٧٥، ٩٪»، يليها الأمراض الباطنية في مجموعها «٥٥، ٩٪» فأمرض النساء (الحمل والولادة والإجهاض) «١٣، ٠٣٪» في مجموعها، فأمرض الجهاز الدوري (ضغط الدم والقلب والشرابين) إذ بلغت نسبتها ٥٢، ١٠٪ في مجملها، وبلي ذلك انفصام الشخصية، فأمرض الجهاز التناسلي وكسور العمود الفقري والاكنتاب، ثم أمراض العظام.

ويوضح هذا التوزيع في بياناته التفصيلية أن عينة البحث تعاني من انتشار معظم الأمراض المعروفة، ومن ثم تتيح أمامنا فرصة جيدة للتعرف على الوعي الذاتي والموضوعي بها، وكيفية التعامل معها سواء في الإطار التقليدي أو الإطار الرسمي الحديث.

رابعاً: الأعراض المرضية والجوانب الإدراكية المتصلة بها وأنماط الأعراض

١ - الأعراض المرضية

تشير نتائج البحث إلى أن نسبة المرضى الذين شعروا بأعراض غير اعتيادية على أجسادهم هي الفئة الغالبة حيث بلغت نسبتهم ٢٦، ٨١٪، في حين أن من شعر منهم بأعراض غير اعتيادية على سلوكهم الاعتيادي اليومي بلغت ٧٥، ١٧٪، ويشير ذلك إلى أن معظم الإصابات المرضية كانت من الأمراض ذات الأعراض الجسدية (انظر الجدول رقم ١٧).

٢ - إدراك الأعراض المرضية والانتباه إليها

فقد أشارت نتائج البحث إلى أن وعي المريض، وإدراكه الذاتي لأعراض مرضه كانت واضحة بنسبة ٦١، ٦١٪ في حين أن ٧٠، ١٦٪ من الأعراض المرضية تم الانتباه إليها وإدراكها من قبل الطبيب المختص، بيد أن ٨٢، ١٣٪ من عينة البحث أشارت إلى أن أعراضهم المرضية تم اكتشافها ولفت الانتباه إليها من قبل الأهل، وأن نسبة ٥٠، ٢٪ منهم فقد تم لفت الانتباه لهذه الأعراض من قبل الأصدقاء، ٩٦، ٠٪ تم اكتشاف أعراضهم

جدول رقم ١٧ . الشعور بالحالة المرضية (الناحية الإدراكية).

النسبة	التكرار	الناحية الإدراكية
٪٨١,٢٦	٤١٢	١ - شعور بأعراض غير اعتيادية على الجسم
٪١٧,٧٥	٩٠	٢ - شعور بأعراض غير اعتيادية على السلوك
٪٠,٩٩	٥	٣ - لا إجابة
٪١٠٠,٠٠	٥٠٧	المجموع

حجم العينة (ن) = ٤٥٦ المنوال = ١

ملاحظة : حسب النسب على أساس مجموع التكرارات

المرضية من قبل طبيب شعبي . ويشير ذلك إلى تساؤل دور الطب الشعبي في إدراك الأعراض المرضية وتعاضم دور الإدراك الذاتي يليه دور الأسرة والعلاقات الشخصية الحميمة ، مما يشير إلى أن إدراك المرض يتم في سياق اجتماعي أولي مما يعكس قوة الروابط الاجتماعية التقليدية (انظر الجدول رقم ١٨) .

٣ - أنماط الأعراض المرضية

تكشف نتائج البحث الموضحة في الجدول رقم ١٩ عن عدة أنماط للأعراض المرضية غير الاعتيادية التي كان المرضى يشعرون بها والتي تم لفت انتباههم إليها، وذلك على النحو التالي :

١) الإحساس بآلام شديدة في البطن «٥, ٨١٪»، آلام في الظهر «٥, ٧١٪» ثم عدم المقدرة على المشي والوقوف وأعراض الدوران بالنسبة المثوية نفسها «٤, ٧٦٪»، التغيرات المفاجئة في الجسم قبل ظهور أعراض ظاهرية من الأورام وخلافها «٤, ٦٥٪»، أعراض القيء والآلام، وتيبس الأرجل والأيدي بنسب متساوية لكل منها «٤, ٤٤٪» .
 ب) الشعور بآلام من جراء الكسور في الأطراف «٣, ٩١٪»، الصداع «٣, ٨١٪»، نزيف دموي «٣, ٤٩٪»، مغص شديد «٢, ٩٦٪»، إرهاق وآلام في الجانبين «١, ٩٠٪»، لكل عرض مرضى من الأعراض السابقة .

جدول رقم ١٨ . توزيع المرضى حسب كيفية انتباه كل منهم إلى أعراضه المرضية .

من قبل . .	التكرار	النسبة
١ - الأهل	٧٢	%١٣,٨٢
٢ - الأصدقاء	١٣	%٢,٥٠
٣ - المعارف	٢	%٠,٣٨
٤ - طبيب شعبي	٥	%٠,٩٦
٥ - طبيب متخصص	٨٧	%١٦,٧٠
٦ - آخرون	١	%٠,١٩
٧ - المريض نفسه	٣٢١	%٦١,٦١
٨ - لا إجابة	٢٠	%٣,٨٤
المجموع	٥٢١	%١٠٠,٠٠

حجم العينة (ن) = ٤٥٦ المنوال = ٧

ملاحظة : حسب النسب على أساس مجموع التكرارات

ج) أعراض الاختناق وضيق التنفس وأعراض العصبية الزائدة بنسبة ٦٩,١٪ لكل عرض منها، آلام الرأس والشعور بالكآبة بنسبة ٥٩,١٪ لكل عرض منها، وأعراض الإغماء وأعراض عدم المقدرة على النوم وأعراض الوسواس والتفكير والخوف بنسبة ٣٧,١٪ لكل عرض من الأعراض السابقة، آلام في القلب وأعراض آلام في الأعضاء التناسلية بنسبة ١٦,١٪ لكل عرض منها، وأعراض رعشة في الجسم وتصبب العرق بكثرة وأعراض الإسهال وأعراض الاصفرار بنسبة ٦,١٪ لكل منها .

ومن الملاحظ أن كل عرض أو كل مركب من هذه الأعراض يرتبط بمرض بعينه أو بعدة أمراض مختلفة لها الدلالات العرضية المرضية نفسها، وجدير بالذكر أن هذه الأعراض المشار إليها مستقاة من المرضى أنفسهم ومن ثم فهي تعكس الجانب المعرفي والإدراكي المرضي، والذي قد تختلط فيه المفاهيم الذاتية بالمفاهيم الموضوعية .

جدول رقم ١٩. توزيع المرضى حسب الأعراض.

النسبة	التكرار	أنماط الأعراض المرضية
%٥,٨١	٥٥	١ - ألم في البطن
%٤,٤٤	٤٢	٢ - تقيؤ
%٣,٩١	٣٧	٣ - الشعور بآلام الكسور
%٥,٧١	٥٤	٤ - آلام الظهر
%٠,١١	١	٥ - ألم الجيوب الأنفية
%٠,٣٢	٣	٦ - الإمساك
%٣,٤٩	٣٣	٧ - ملاحظة نزيف دموي
%٠,١١	١	٨ - تسليخ الجلد
%٣,٨١	٣٦	٩ - الشعور بالصداع
%٠,٣٢	٣	١٠ - شعور ببرود في الأطراف
%٤,٧٦	٤٥	١١ - عدم المقدرة على المشي والوقوف
%٠,١١	١	١٢ - عدم المقدرة على هضم الطعام
%٠,٣٢	٣	١٣ - تقيؤ دم
%٠,٢١	٢	١٤ - احتباس بولي
%١,٩٠	١٨	١٥ - حرقان في البول
%٠,٨٥	٨	١٦ - ألم في الصدر
%٤,٧٦	٤٥	١٧ - الدوار
%٤,٠٧٦	١٠	١٨ - رعشة في الجسم
%٠,١١	١	١٩ - ألم في المראה
%٠,٥٣	٥	٢٠ - ألم في الكبد
%١,١٦	١١	٢١ - ألم في القلب

تابع جدول رقم ١٩ .

النسبة	التكرار	أنماط الأعراض المرضية
٪٤,٦٥	٤٤	٢٢- تغيرات مفاجئة في الجسم (أورام)
٪١,١٦	١١	٢٣- ألم في الأعضاء التناسلية
٪١,٣٧	١٣	٢٤- إغماء
٪١,٥٩	١٥	٢٥- ألم في الرأس
٪٠,١١	١	٢٦- عدم الرؤية
٪٠,١١	١	٢٧- اختفاء الصوت
٪٠,١١	١	٢٨- ترشيق في الأنف
٪٠,٣٢	٣	٢٩- ألم في اللوز
٪٠,٩٥	٩	٣٠- ارتفاع درجة حرارة الجسم
٪٠,٨٥	٨	٣١- التبول بكثرة
٪٠,٧٤	٧	٣٢- جفاف الفم
٪١,٠٦	١٠	٣٣- تصبب العرق بكثرة
٪٢,٢٢	٢١	٣٤- تقلصات في البطن
٪٢,٣٣	٢٢	٣٥- إرهاق وضعف عام
٪١,٦٩	١٦	٣٦- اختناق (ضيق تنفس)
٪١,٠٦	١٠	٣٧- إسهال
٪٠,٣٢	٣	٣٨- حكة شديدة
٪١,٣٧	١٣	٣٩- عدم المقدرة على النوم
٪٠,١١	١	٤٠- حموضة
٪٤,٤٤	٤٢	٤١- آلام وتيبس في الأرجل والأيدي
٪٠,٢١	٢	٤٢- آلام في الكلى

تابع جدول رقم ١٩ .

النسبة	التكرار	أنماط الأعراض المرضية
٠,٩٥%	٩	٤٣- فقدان الشهية
٠,٢١%	٢	٤٤- نقص الوزن
١,٠٦%	١٠	٤٥- اصفرار
١,٦٩%	١٦	٤٦- عصبية زائدة
٢,٩٦%	٢٨	٤٧- مغص
٠,٢١%	٢	٤٨- ضعف الشهية
٠,١١%	١	٤٩- التهاب جلدي
٠,١١%	١	٥٠- تغير لون البول
١,٥٩%	١٥	٥١- الشعور بالكآبة
٠,٧٤%	٧	٥٢- أحلام مزعجة
٠,٢١%	٢	٥٣- عدم التركيز
٠,٢١%	٢	٥٤- عدم الثقة بالناس
٠,١١%	١	٥٥- نزول دم مع البول
١,٩٠%	١٨	٥٦- آلام في الجانبين (الخصر)
٠,٣٢%	٣	٥٧- الشعور بآلام وحرقان في الخروج
٠,١١%	١	٥٨- الشعور بنمنمة في الأطراف
٠,٤٢%	٤	٥٩- نزول دم مع البراز
٠,٣٢%	٣	٦٠- عدم السيطرة على النفس
٠,٦٣%	٦	٦١- قلق
٠,٦٣%	٦	٦٢- ألم في المفاصل
٠,١١%	١	٦٣- شرب الماء بكثرة

تابع جدول رقم ١٩ .

النسبة	التكرار	أنماط الأعراض المرضية
٠,٦٣%	٦	٦٤- زغللة في العين
٠,٤٢%	٤	٦٥- انتفاخ في البطن
٠,٤٢%	٤	٦٦- توتر
٠,٥٣%	٥	٦٧- انزواء على الذات
٠,٧٤%	٧	٦٨- شعور غير عادي بعدم الأكل
٠,٤٢%	٤	٦٩- وخز في الجانب أو الصدر
٠,٣٢%	٣	٧٠- انهيار عصبي نفسي
٠,١١%	١	٧١- رعشة في الشفاه
٠,١١%	١	٧٢- هروب من المنزل
٠,١١%	١	٧٣- عدوانية تجاه نفسه والآخرين
٠,١١%	١	٧٤- الشعور بوجود أجسام غريبة في المنزل
٠,٣٢%	٣	٧٥- عدم الإحساس بالأطراف
٠,٢١%	٢	٧٦- الخوف من الناس
٠,٣٢%	٣	٧٧- صيحات وثوران وبكاء مفاجيء
٠,٦٣%	٦	٧٨- سماع أصوات غريبة
٠,١١%	١	٧٩- تقطيع الملابس
٠,١١%	١	٨٠- الشعور بجرأة زائدة
٠,٤٢%	٤	٨١- عدوانية تجاه الآخرين فقط
٠,١١%	١	٨٢- فقدان المسؤولية
٠,٧٤%	٧	٨٣- أفكار غريبة
٠,٥٣%	٥	٨٤- الخوف من الموت

تابع جدول رقم ١٩ .

النسبة	التكرار	أنماط الأعراض المرضية
%٠,١١	١	٨٥- الضحك والبكاء في آن واحد
%٠,١١	١	٨٦- التعرف على الأم وليس الأب
%٠,٢١	٢	٨٧- حساسية مفرطة من كلام الناس
%١,٣٧	١٣	٨٨- وسواس وتفكير وخوف
%٠,١١	١	٨٩- الإحساس بالخجل
%٠,١١	١	٩٠- الخوف من مظاهر الطبيعة
%٠,٣٢	٣	٩١- عدم الاستمتاع بالأشياء
%٠,٢١	٢	٩٢- تقمص أدوار وشخصيات أخرى
%٠,٢١	٢	٩٣- الزيادة في التدخين
%٠,٢١	٢	٩٤- الرغبة في النوم
%٠,٤٢	٤	٩٥- النسيان بكثرة
%٠,١١	١	٩٦- التفكير المفرط في الجنس وممارسته
%٠,١١	١	٩٧- ممارسة العادة السرية عدة مرات يومياً
%٠,٢١	٢	٩٨- الشعور بالمراقبة
%٠,٣٢	٣	٩٩- الرغبة في تناول المخدرات / المشروبات
%٠,١١	١	١٠٠- ألم الحروق
%٠,١١	١	١٠١- سعال
%٣,١٧	٣٠	٠ - لا إجابة
%١٠٠,٠٠	٩٤٦	المجموع

حجم العينة (ن) = ٤٥٦

المنوال = ١

ملاحظة : حسب النسبة على أساس مجموع التكرارات

خامساً: حول تصور المرضى وتفسيراتهم الذاتية لأسباب الإصابة بالمرض يشير الجدول رقم ٢٠ إلى التصورات والتفسيرات الذاتية للمرضى كما يدركها المرضى أنفسهم، ويمكن تصنيف تلك الأسباب التي يتضمنها الجدول إلى مجموعتين: (أ) مجموعة من الأسباب التي تدور حول المعتقدات الدينية والسحرية. (ب) مجموعة من الأسباب الموضوعية الطبيعية كالعوامل الوراثية والاجتماعية والاقتصادية والنفسية.

وتشير نتائج البحث إلى أن الغالبية العظمى من الاستجابات «٨٠، ٨١٪» تعتقد اعتقاداً راسخاً في القضاء والقدر، فإن أضفنا من يرون في ذلك الاعتقاد بوصفه احتمالاً «٥٨، ٦٠٪» لارتفعت النسبة نفسها إلى ما يقرب من ٩٠٪. لكن ذلك لا يعني في ضوء ثقافتنا الإسلامية الربط المباشر بين القضاء والقدر والمرض، وإنما يتسق ذلك مع الاعتقاد الأصيل في أن القضاء والقدر هو التفسير النهائي لكل ما يجري في عالمنا، مما لا ينفي دور الأسباب المباشرة التي ترتبط بها الأمراض بصورة ملموسة. لكن الاتجاهات والممارسات الشعبية قد تأخذ بالفكرة الأساسية للقضاء والقدر دون النظرة السببية الموضوعية، فتتحول إلى اعتقاد بالقوى الفوقية وتدخلها في مصير حياتهم. وجدير بالذكر أن ذلك يتسق مع الاتجاهات التي تنطوي عليها الثقافات التقليدية والبدائية من النظر إلى الأمراض، في نهاية الأمر، بوصفها ترجع إلى عوامل وظروف فوق طبيعية لا قبل للإنسان بها. وبصفة خاصة تلك الأمراض التي يقف الطب عاجزاً حيالها. وربما لا يقتصر الأمر - في بعض الأحيان - على الثقافات التقليدية والبدائية فقط، بل كثيراً ما يظهر لدى الناس في المجتمعات الحديثة، والأكثر تعقيداً تلك النزعة السيكولوجية (النفسية) التي ترد للإنسان إلى مثل تلك الاعتقادات في حالة عجز الطب أو المؤسسات العلاجية الحديثة عن التشخيص والعلاج.

ترى زهرة ديكسون فريث أن الاعتقاد بالقضاء والقدر من أكثر المعتقدات رسوخاً لدى العرب الرحل، وهي من أعظم الخصائص والمميزات التي عرفوا بها، إذ أنهم يتقبلون العديد من المصائب نتيجة لذلك، وأن هذه النظرة العميقة في شخصية العربي تكاد تكون السبب الرئيسي لعدم اتخاذ الحيطة دفاعاً لخطر محقق. [١٠؛ ص ص ٩٧ - ٩٨] ويذكر بدر الدين الخصوصي أن كثيراً من سكان الكويت تخوفوا من تلقيح أنفسهم ضد الجدري عندما انتشر هذا الوباء في الكويت عام ١٩٣٦م وفضلوا الاستسلام للقضاء على أن يسمحوا لأنفسهم ولأولادهم بالتلقيح [٣؛ ص ١٦١].

جدول رقم ٢٠ . سبب الإصابة بالمرض «أسباب الأمراض وفقاً لاعتقاد المرضى أنفسهم» .

السبب	بكل تأكيد			
	١	٢	٣	٤
- القضاء والقدر (مقدر لي أن أصاب بالمرض)	٨١,٨٠ %	٦,٥٨ %	٨,٩٩ %	٢,٦٣ %
- الأرواح الشريرة أو الجن	٣,٢٩ %	٣,٢٩ %	٧٨,٩٥ %	١٤,٤٧ %
- إهمال ذاتي وعدم العناية الخاصة بالصحة (عدم وعي صحي)	١٢,٩٤ %	١٢,٥٠ %	٦٢,٠٦ %	١٢,٥٠ %
- ذنب أو خطيئة أو عمل سيء قمت به يوماً من الأيام	٣,٥١ %	٤,٦١ %	٧٧,٤١ %	١٤,٤٧ %
- عدم الوفاء بالندرج	٠,٤٤ %	٢,٦٣ %	٨١,٨٠ %	١٥,١٣ %
- التغيرات التكنولوجية الحديثة في المسكن	٥,٠٤ %	٣,٩٥ %	٧٦,٧٥ %	١٤,٢٥ %
- تغير نوع الغذاء	٦,٣٦ %	١٥,٣٥ %	٦٦,٢٣ %	١٢,٠٦ %
- التغيرات التكنولوجية في مكان العمل	٥,٠٤ %	٣,٥١ %	٧١,٧١ %	١٩,٧٤ %
- حادث آلي (سيارة، آلة . .)	١٥,٧٩ %	٠,٨٨ %	٦٧,٩٨ %	١٥,٣٥ %
- التعرض لتقلبات الجو من ارتفاع في درجة الحرارة رطوبة، طوز، برد . . إلخ .	٨,٩٩ %	٩,٦٥ %	٧٠,٦١ %	١٠,٧٥ %
- التعرض لمواد ملوثة أثناء العمل	١,١٠ %	٤,١٧ %	٧٤,٥٦ %	٢٠,١٨ %
- الاختلاط بمجموعات سكانية أخرى	٣,٧٣ %	٣,٢٩ %	٧٩,٣٩ %	١٣,٦٠ %
- عدوى من الخارج أثناء السفر	٠,٠٠ %	١,٥٤ %	٨٣,٩٩ %	١٤,٤٧ %
- خلل وراثي في الأسرة	٥,٢٦ %	٤,٦١ %	٧٧,٤١ %	١٢,٧٢ %
- اضطرابات نفسية وتخوف من المستقبل	١١,٦٢ %	٢٢,٣٧ %	٥٨,٧٧ %	٧,٢٤ %
- أزمة مالية	٣,٧٣ %	٩,٦٥ %	٧٣,٤٦ %	١٣,١٦ %
- تغيير نمط الحياة الأسرية والعلاقات الاجتماعية	٦,٥٨ %	٨,٣٣ %	٧١,٩٣ %	١٣,١٦ %

ملاحظة: حسبت النسب المئوية على أساس مجموع التكرارات.

ومن العوامل فوق الطبيعية، التي أشار إليها المبحوثون مثل ارتكاب ذنب معين أو خطيئة أو أعمال سيئة قاموا بها في يوم من الأيام (حوالي ٨٪ بين اعتقاد جازم ومحتمل) أو عدم الوفاء بالندور (٣٪ بين اعتقاد مؤكد ومحتمل). أو الجن والأرواح الشريرة (حوالي ٧٪ أيضاً بين من يؤكدون ذلك ومن يرونه مجرد احتمال).

ما زالت الأسباب فوق الطبيعية تمثل إذن إطاراً تفسيرياً للأمراض لدى قطاع محدود من المرضى. مما يشير إلى أن عمليات التغيير الاجتماعي والثقافي والتحديث السريع قد فعلت فعلها في الجوانب المادية من الحياة أكثر من الجوانب الفكرية والاعتقادية.

ويتسق ذلك مع ما يعرف في ميدان علم الاجتماع والأنثروبولوجيا (علم الإنسان) بنظرية التخلف الثقافي أو الهوة الثقافية التي ارتبطت بوليم أوجبرن، فعلى الرغم من ضالة هذا القطاع إلا أنه يوميء باستمرار هذا التيار التفسيري بوصفه واحداً من الرواسب الثقافية، وبخاصة إذا علمنا أنه يشير إلى اعتقاد ذاتي وربما حاول البعض أن يخفيه إلا أنه قد يظهر في بعض الممارسات السلوكية، فقد أشارت بعض الدراسات التي أجريت في موضوع التراث الشعبي والممارسات الشعبية إلى استمرارية الاعتقاد بالحسد والجن، واستمرارية بعض التدابير والإجراءات المستخدمة لدرء آثار ذلك مثل اليامعة، الرقي بالبخور، التعاويذ، حفلات الزار، القراءة على المريض، ووضع سكين تحت وسادة الأطفال حتى لا يستبدلوا بواسطة الجن وغير ذلك.^(٥)

أما عن التفسيرات الموضوعية للمرض فإنها تعكس وعياً موضوعياً بالأسباب الممكنة لحدوثه كالإهمال الذاتي (حوالي ٢٥٪)، وتغير نوع الغذاء ووفرتة (حوالي ٢٢٪)، والخلل الوراثي والأزمات المالية والاضطرابات النفسية والاجتماعية، وتغير نمط العلاقات الأسرية، والتغيرات التكنولوجية سواء في المجال العملي أو المنزلي، إضافة لما طرأ على البيئة من تغير وتلوث. ويعكس ذلك كله ضغوط التغيير الاجتماعي والمادي السريع في المجتمع الكويتي وما أفرزته من سلبيات يعيها المبحوثون إلى حد كبير، فليس من شك في وجود ارتباط كبير بين أنماط معينة من الأمراض كالسكري، وارتفاع ضغط الدم وأمراض الدورة الدموية

(٥) لمزيد من الاطلاع انظر: [١١؛ ص ص ١٩٩ - ٢٧٩]، [١٢؛ ص ص ٢٤٣ - ٢٥٦]، [٣؛ ص

ص ١٤٨ - ١٦٨]، [١٣؛ ص ص ٣٣ - ٥٠]، [٥؛ ص ص ٣٧١ - ٤٧٦]، [١٤؛ ص ص

٢١٥ وما بعدها] و[١٥؛ في معظم فصوله].

بشكل عام وبين ارتفاع مستوى المعيشة، ونمط الحياة المترفة بالإضافة إلى التغيرات البيئية.^(٦)

والحقيقة إن كل الاستجابات التي وردت في إطار التفسيرات الموضوعية للمرض، وكما يوضحها الجدول المشار إليه، يمكن أن تصب مباشرة في عامل التغير الاجتماعي، وما صاحبه من استحداث أنماط استهلاكية جديدة، وتغيرات بنيوية سواء في العمل أو الحياة المنزلية، وأشكال من الرفاهية لم تكن متاحة فيما قبل الحقبة النفطية. فيما عدا بعض الاستجابات التي تربط المرض أو الحالة المرضية بسببها المباشر، كالحوادث مثلاً، وإن كان ذلك يدخل بشكل غير مباشر في أنماط الحياة الجديدة التي تلعب فيها الآلة بوصفها استهلاكية أو إنتاجية دوراً واضحاً.

ويهمنا هنا أن نشير إلى تفسير بعض الاستجابات للمرض كنتيجة لأزمة مالية أو اضطرابات نفسية أو مخاوف مرضية إزاء المستقبل. إذ تعكس مرحلة معينة أثرت فيها التقلبات الاقتصادية والقيم الاستهلاكية، تأثيراً بالغاً على الشخصية في اتجاه التوتر والقلق والرغبة المحمومة في الثراء والاستهلاك ومجاراة الآخرين. وهي وإن كانت مرتبطة بالتغير الاجتماعي في اتجاه نموذج استهلاكي في الحياة، إلا أنها تحتاج إلى تركيز وعناية خاصين نظراً لارتفاع نسبة الاستجابات التي أشارت إلى تلك المتغيرات (مجموع هذه المتغيرات حوالي ٤٧٪).

سادساً: المتغيرات السلوكية الشائعة في مواجهة المرض

يمكننا أن نميز في مجال الإجراءات السلوكية - نظرياً - بين مراحل أو مستويات ثلاثة:

١ - الإجراءات الذاتية على مستوى الفرد نفسه كحالة مرضية، لدى إحساسه بالأعراض المرضية أو ملاحظتها.

٢ - مستوى الجماعات الأولية التي ينتمي إليها وموقفها وردود أفعالها إزاء تلك الأعراض كالأسرة والأصدقاء وغيرهم، وما تشير به هذه الجماعات على المريض أو ما تتخذه هي من إجراءات عملية وذلك بوصف المرض حدثاً اجتماعياً يهدد تلك الجماعات ذاتها بحكم انتماء الفرد إليها واندماجه فيها.

(٦) قارن في هذا الصدد الأمراض والوفيات وأسبابها في [١٦؛ ص ص ٧ - ٤١] و [١٧؛ ص ص ٥١

٣ - أما المستوى الثالث، فيشير إلى التنظيمات الاجتماعية المختلفة للتشخيص والعلاج، والتي قد تنقسم إلى نمطين رئيسيين:

أ) التنظيمات العلاجية الشعبية والتقليدية المتمثلة في الممارسين الشعبيين، «كالمطوعين» و«الحجامين» و«الملالي» و«فرق الزار» وغير ذلك.

ب) التنظيمات العلاجية الحديثة والتي نعني بها النظم الصحية الحديثة «كالأطباء» و«المستشفيات» و«الممارسين الطبيين المعترف بهم رسمياً» وغيرهم.

ويشير الجدول رقم ٢١ إلى ردود أفعال تلك المستويات المختلفة أو إجراءاتها وممارساتها السلوكية إزاء المرض، وإذا بدأنا بالمستوى الفردي فسنجد الاستجابات السلوكية تتراوح بين المراقبة الذاتية للسلوك وللأعراض المرضية (١٥٪ تقريباً) أو اتخاذ موقف سلبي تماماً عبر عنه البعض بالاتكال على الله والاستسلام لمشيئته ومن ثم الوقوع في المرض (٤٨، ٥٪) والصلاة والابتهاال إلى الله وقراءة القرآن والكتب الدينية (٦٣، ٦٪) أو البكاء أو الاكتئاب وربما محاولة الانتحار، وإن كان ذلك بنسب ضئيلة. وثمة بعض الإجراءات الفردية على مستوى الممارسات مثل الامتناع عن قيادة السيارة أو الامتناع عن ارتداء الأحذية العالية أو ممارسة الرياضة أو غير ذلك.

أما على مستوى الجماعة الأولية فسنجد من يستخدم دواء سبق تجربته في الأسرة (٨٣، ٣٪) وعرض الحالة على الأسرة أو الأصدقاء أو الأقارب (٩٩، ١١٪).

ومن الملاحظ ضعف دور الفرد والجماعة الأولية بالنسبة للإجراءات السلوكية إزاء الأمراض ذات الأسباب الطبيعية، مقارنة بدور التنظيمات العلاجية، سواء الشعبية، أو التقليدية أو الحديثة منها. فالنسبة الغالبة تقوم بعد وضوح الأعراض المرضية بمراجعة المؤسسات العلاجية الحديثة المتمثلة في مراجعة الطبيب المختص مباشرة (٢٩، ٣٣٪)، وإذا أضفنا إلى هذه النسبة من يراجعون الجهات الطبية المختصة بالمستشفيات والمستوصفات (٩٢، ١٤٪) لارتفعت نسبة من يلجأون مباشرة إلى العلاج الحديث إلى حوالي (٤٩٪)، ويعكس ذلك توافر المؤسسات العلاجية الحديثة، والخدمات الصحية والعلاجية المجانية وانتشارها في كل المناطق والأحياء وتغلغل دورها في حياة الناس مما يجعلها الملجأ الأول في حالة الإحساس بالأعراض المرضية، وقد يشير ذلك إلى تزايد الوعي بالأسباب الموضوعية للمرض ومن ثم ضرورة اللجوء إلى العلاج الحديث.

جدول رقم ٢١ . الإجراءات السلوكية (قبل استشارة الطبيب).

التكرار	النسبة*
١١٧	٪١٤,٩٢
٩٤	٪١١,٩٩
٣٠	٪٣,٨٣
٧	٪٠,٨٩
٢٦١	٪٣٣,٢٩
٥٢	٪٦,٦٣
٤٥	٪٥,٧٤
٤٣	٪٥,٤٨
١١٧	٪١٤,٩٢
١	٪٠,١٣
١	٪٠,١٣
١	٪٠,١٣
١	٪٠,١٣
١	٪٠,١٣
١	٪٠,١٣
١	٪٠,١٣
١	٪٠,١٣
٢	٪٠,٢٦
١	٪٠,١٣
٧	٪٠,٨٩
٧٨٤	٪١٠٠,٠٠

حجم العينة (ن) = ٤٥٨ المنوال

ملاحظة : حسب النسب على أساس مجموع التكرارات .

لكن ذلك لا يعني الاندثار الكامل للطب الشعبي والتنظيمات العلاجية التقليدية فما زالت نسبة (٦٪) تقريباً تلجأ إلى المطيب الشعبي أو المطوع أو إلى ذوي الاختصاصات الطبية غير الرسمية أو استخدام بعض المواد الشعبية، في حالات مرضية معروفة على النطاق الشعبي أو المحلي مثل الكمون أو الحليب أو العصير أو غير ذلك.

سابعاً: نمط الممارسات العلاجية المنزلية (قبل اللجوء إلى المؤسسة العلاجية الحديثة) يناقش هذا الجزء نقطتين مهمتين تكمل إحداها الأخرى:

- ١ - نمط الممارسات العلاجية المنزلية (قبل اللجوء إلى المؤسسات العلاجية الحديثة).
- ٢ - التعامل مع المؤسسات العلاجية الحديثة، ومدى الامتثال لنظمها إبان الإقامة بها.
- ١ - نمط الممارسات العلاجية المنزلية (قبل اللجوء إلى المؤسسات العلاجية الحديثة) ولو أن نسبة من يعتمدون العلاج فقط قبل اللجوء إلى المستشفى ضئيلة، على نحو ما اتضح في الجدول السابق رقم ٢١، فقد رأينا ضرورة الكشف عن الممارسات العلاجية المنزلية، وذلك لأننا نستهدف تقديم صورة شاملة لأنماط الممارسات العلاجية حتى وإن تضاءلت نسبة انتشارها. ويوضح الجدول رقم ٢٢ توزيع المرضى وفقاً للممارسات العلاجية المنزلية والتي يمكن تصنيفها بصورة عامة إلى نموذجين:

- (أ) ممارسات ذات طابع سحري أو اعتقادي كالأحجية والرقي والتائم والتعاويد وغيرها.
- (ب) ممارسات تعتمد على استخدام مواد أو مشروبات معينة أو تدابير أخرى ذات طبيعة مادية. (٧)

(٧) كانت الممارسات والإجراءات العلاجية في الكويت قديماً، تنبع من عدة معطيات أساسية: (أ) المعرفة الحسية والموضوعية لأسباب الأمراض أو/وب) التحري والاستقصاء لمعرفة هذه الأسباب، وبذلك اتخذت طابعين رئيسيين: الأول مستمد من الممارسات العلاجية الطبيعية، والثاني مستمد من الممارسات العلاجية فوق الطبيعية. إذ استمدت الممارسات العلاجية الطبيعية من الخبرات المتوارثة، واتخذت في أساليبها وممارساتها العلاجية مواد متاحة ومتوفرة في البيئة، من مواد حيوانية بحرية وبرية وأعشاب وبذور إلى جانب المواد المصنعة من سحق، ومزج، وتركيب. كما استخدمت المواد الحديدية والخشبية والرصاص والمواد الحجرية في هذه الممارسات. في حين استمدت الممارسات والوسائل العلاجية فوق الطبيعية، من المعتقدات الدينية النابعة من التعاليم الإسلامية من ناحية، ومن الممارسات ذات الطابع السحري الخرافي والأسطوري من ناحية أخرى.

لمزيد من الاطلاع حول هذه الأساليب بالتفصيل انظر: [١١؛ ص ص ١٩٩ - ٢٧٩]، [١٨؛ ص ص ٢٣٨]، [٢٠؛ ص ص ٧٥ - ٨٥]، [٢١؛ ص ص ٤٣١] و[٢٢؛ ص ص ٩٨].

جدول رقم ٢٢ . توزيع المرضى حسب الممارسات العلاجية المنزلية .

نوع الممارسات	التكرار	النسبة*
١ - الكبي	١٥	٣,١٤%
٢ - الزار	٠	٠,٠٠%
٣ - الأحجبة	٢٦	٥,٤٤%
٤ - الأعشاب	٥١	١٠,٦٧%
٥ - استخدام الخشب عن طريق مطبخ شعبي	٣	٠,٦٣%
٦ - استخدام صدف البحر	١	٠,٢١%
٧ - استخدام الزيت والدهن	٢	٠,٤٢%
٨ - استخدام النشا	١	٠,٢١%
٩ - الإقلاع عن بعض المواد الغذائية	٥	١٠,٥%
١٠ - شرب العصير وماء الورد	٢	٠,٤٢%
١١ - استخدام ماء حار/بارد	٢	٠,٤٢%
٠ - لا إجابة	٣٧٠	٧٧,٤١%
المجموع	٤٧٨	١٠٠,٠٠%

حجم العينة (ن) = ٤٥٦

المنوال = ٤

ملاحظة : حسب النسب على أساس مجموع التكرارات .

ومن الملاحظ أن أحدًا لم يشر إلى حفلات الزار كممارسة على الرغم من وجودها في المجتمع الكويتي^(٨) (ولربما كان ذلك من قبيل الخجل الاجتماعي أو الصدفة)، بينما احتلت الأحجبة المكانة الأولى (٤٤ ، ٥٪) . وفيما يتصل بالممارسات المادية فقد وردت ممارسات مثل تناول الأعشاب والزيت والدهون والنشا والإقلاع عن تناول مواد غذائية وتناول العصير وماء

(٨) على الرغم من عدم إشارة أي من أفراد العينة إلى العلاج عن طريق الزار إلا أن هناك من الدراسات والبحوث ما يؤيد وجود ظاهرة العلاج بالزار لدى بعض شرائح المجتمع الكويتي . انظر: [١١] ص ٢٥٥ - ٢٦٣، [٣] ص ١٥٩ و [١٢] ص ص ٢٤٧ - ٢٤٩ .

الورد واستخدام الماء الحار أو البارد أو صدف البحر. أما النسبة البارزة في الممارسات ذات الطابع المادي فكانت للكفي (١٤, ٣٪) واستخدام السواند الخشبية لدى المجبرين في حالة الكسور.

وفيما يتعلق بالمساعدة في العلاج المنزلي من قبل الآخرين يذكر (١٨, ٤٥٪) أنهم تلقوا مثل هذه المساعدة (انظر الجدول رقم ٢٣) وقد تلقوها من قبل الوالدين في الأعم الأغلب (٢١, ٩٪) ثم الأقارب والأصدقاء والجيران بنسب متقاربة (انظر الجدول رقم ٢٤).

وكانت نسبة من المرضى تحظى - خلال علاجها المنزلي - بمساعدة مطبب شعبي أو ممرض أو ممرضة أو مطوع على نحو ما يشير إليه الجدول نفسه.

٢ - التعامل مع المؤسسات العلاجية الحديثة ومدى الامتثال لنظمها إبان الإقامة بها
يشير الجدول رقم ٢٥ إلى توزيع المرضى وفقاً لكيفية اتخاذ القرار بالذهاب إلى المستشفى كخطوة أولى، في محاولة الكشف عن الوعي الذاتي والموضوعي، ودور الجماعات المختلفة التي ينتمي إليها المريض في هذا الصدد. وتشير النتائج التي ينطوي عليها هذا الجدول إلى تعاضد دور المريض نفسه في اتخاذ القرار لدى شعوره بالأعراض المرضية (٤٠, ٤١٪) في بدايتها، ونجد نسبة مقاربة اتخذت القرار عند الشعور بالعجز التام عن تحمل المرض (٨٩, ٣٢٪). ويكشف ذلك عن تردد نسبة لا بأس بها في عملية اتخاذ القرار بالإقامة في المستشفى إلا إذا فرضت الظروف المرضية ذلك على المريض. وهذه ظاهرة تشيع في المجتمعات التقليدية التي لا تزال الجماعة الأولية تلعب دوراً رئيساً فيها في الحماية والرعاية، ومن ثم ترتبط الإقامة بالمستشفى بالحالة المرضية المتردية، بينما لا يرتبط مجرد التردد على المستشفيات للعلاج المتقطع والخارجي بمثل هذا التردد. وبذلك فإن اتخاذ قرار الإقامة في المستشفى عملية شاقّة على المستويين الفردي والجماعي.

لقد كان الفرد غالباً، ماعدا الأطفال، هو صاحب القرار وذلك أمر طبيعي لأن الفرد يحاول تجنب الأسرة حرجاً من اتخاذ مثل هذا القرار، وقد تتجنب الأسرة ذلك خوفاً من اعتقاد المريض بأن الأسرة ترغب في التخلص من أعبائه، ولذلك تترك له الأسرة، في الغالب، اتخاذ القرار بنفسه، لكنها قد توحى إليه بذلك. ويتضح ذلك من حجم دور الأسرة في اتخاذ القرار سواء عند اتخاذها لقرار التحويل أو عندما ضاق ذراعها في احتضانه في الأسرة (٠٢, ١٢٪) وبلغت نسبة قرار التحويل بناء لنصائح الأصدقاء، (٠١, ٤٪).

جدول رقم ٢٣ . هل ساعدك أحد في استخدام العلاج المنزلي .

النسبة	التكرار	الإمكانية
٪١٦,١	٧٣	١ - نعم
٪٤٥,١٨	٢٠٦	٢ - لا
٪٣٨,٨٢	١٧٧	٠ - لا إجابة
٪١٠٠,٠٠	٤٥٦	المجموع

حجم العينة (ن) = ٤٥٦
المنوال = ٢

جدول رقم ٢٤ . من قام بالمساعدة .

النسبة*	التكرار	الجهة
٪٩,٢١	٤٤	١ - الوالدان / الأسرة
٪١,٤٦	٧	٢ - الجيران
٪٢,٩٣	١٤	٣ - الأقارب
٪٢,٣٠	١١	٤ - الأصدقاء
٪٢,٠٩	١٠	٥ - طبيب شعبي
٪٠,٤٢	٢	٦ - ممرض / ممرضة
٪٠,٦٣	٣	٧ - المطوع
٪٠,٢١	١	٨ - الزوجة / الزوج
٪٨٠,٧٥	٣٨٦	٠ - لا إجابة
٪١٠٠,٠٠	٤٧٨	المجموع

حجم العينة (ن) = ٤٥٦
المنوال = ١

* حسب النسب على أساس مجموع التكرارات .

جدول رقم ٢٥ . توزيع المرضى حسب كيفية أخذ القرار في الذهاب إلى المستشفى .

النسبة*	التكرار	كيفية أخذ القرار
٪٣٢,٨٩	١٩٧	١ - عند الشعور بالعجز التام عن تحمل المرض
٪٤١,٤٠	٢٤٨	٢ - عند الشعور بالحالة المرضية مباشرة
٪٨,٨٥	٥٣	٣ - عندما قررت الأسرة تحويلي إلى المستشفى
٪٤,٦٧	٢٨	٤ - بعد ممارسة العلاج المنزلي دون فائدة
٪٣,١٧	١٩	٥ - عندما ضاق ذراع الأسرة باحتضاني ورعابتي
٪١,٦٧	١٠	٦ - عند ملاحظة المريض نفسه لأعراضه المرضية
٪١,٠٠	٦	٧ - عندما قرر الطبيب المختص
٪٤,٠١	٢٤	٨ - نصائح الأصدقاء
٪٠,١٧	١	٩ - عند وقوع الحادث
٪١,٥٠	٩	١٠ - قرار ذاتي
٪٠,٦٧	٤	٠ - لا إجابة
٪١٠٠,٠٠	٥٩٩	المجموع

حجم العينة (ن) = ٤٥٦
المنوال = ٢

* حسب النسب على أساس مجموع التكرارات .

وفيما يتعلق بالامتثال للطب الرسمي بالمستشفى كما يمكن الاستدلال عليه من خلال إحساس المرضى وشعورهم نحو حالتهم المرضية بالمستشفى من ناحية، ومدى التزامهم بخطة العلاج الرسمي في المستشفى، يكشف الجدول رقم ٢٦ عن أن الفئة الأولى تثق بدور الطب الحديث في الشفاء (٨٨, ٥٠٪) بينما تعتقد الفئة الثانية بأنه يساعد في إحداث تحسن طفيف (٥٧, ٤٠٪)، إلا أن فئة ضئيلة، نظراً لحالات أفرادها المرضية، رأت أن الطب الحديث غير مؤثر أو أنه لم يلعب دوراً فعالاً في حالتهم المرضية (٧, ٠٢٪)، لكن النتائج تعكس بصورة عامة موقفاً إيجابياً من دور المؤسسات العلاجية الحديثة .

جدول رقم ٢٦ . هل تشعر بتحسن بوجودك بالمستشفى .

النسبة	التكرار	
٧,٠٢%	٣٢	١ - لا أشعر بتحسن إطلاقاً
٤٠,٥٧%	١٨٥	٢ - أشعر بتحسن طفيف
٥٠,٨٨%	٢٣٢	٣ - أشعر بتحسن مستمر
٠,٤٤%	٢	٤ - لا أعرف
١,١٩%	٥	٥ - لا إجابة
١٠٠,٠٠%	٤٥٦	المجموع

حجم العينة (ن) = ٤٥٦
النوال = ٣

أما تلك النسبة الضئيلة التي لم تشعر بتحسن أحوالها الصحية بالمستشفى والتي تعكس بشكل ضمني موقفاً سلبياً من فاعلية المؤسسات العلاجية الحديثة فقد ذكرت أسباباً تكشف عن مثل هذا الموقف مثل عدم كفاية الفريق الطبي، أو المعاملة الرسمية في هذه المؤسسات، أو عدم الاعتقاد بجدوى العلاج المقدم لهم، أو الإحساس بالعزلة الاجتماعية، والبعد عن العلاقات الأولية، أو الاعتقاد بأن الشفاء هو من عند الله، أو صعوبة التواصل اللغوي مع قطاعات من العاملين في هذه المؤسسات أو غير ذلك (انظر الجدول رقم ٢٧).

وفيما يتصل بالتمسك بالخطة العلاجية الموضوعية والمقررة من قبل المستشفى، بوصفه محوراً يمكن أن يكشف عن الالتزام والامتثال للطب الرسمي، أو عدم الامتثال له واللجوء إلى الممارسات الشعبية حتى داخل المستشفى، فإن الجدول رقم ٢٨ يكشف عن أن الغالبية العظمى منهم تلتزم تماماً بالبرنامج العلاجي للمستشفى (٩٥,٨٣%). ومن هنا تتضاءل نسبة من يتعاطون علاجات خارجية بانتظام» (أقل من نصف بالمائة) أو في بعض الأحيان (١,٧٥%).

إن دلت هذه النتائج على شيء فإنها تؤكد قناعة المرضى بفاعلية المؤسسات العلاجية الحديثة، ومع ذلك حاولنا أن نكشف عن تلك الممارسات العلاجية المزوجة (الرسمية والشعبية) التي قد تتواصل في المستشفى على الرغم من قلة الممارسين لها على نحو ما أوضحنا، حيث يشير الجدول رقم ٢٩ إلى أدوية تم تحضيرها خارج المستشفى ذات طابع

جدول رقم ٢٧ . أسباب عدم الشعور بالتحسن داخل المستشفى .

السبب	بكل تأكيد			
	١	٢	٣	٤
- عدم الاقتناع الكافي من قبل الفريق الطبي بحالتك	١,٣٢ %	٠,٦٦ %	١٣,٦٠ %	٨٤,٤٣ %
- المعاملة في المستشفى معاملة رسمية وغير ودية	٠,٨٨ %	١,٣٢ %	١٣,٣٨ %	٨٤,٤٣ %
- تفكيرك الدائم ببعده عن أسرته وبيتك	٢,٤١ %	٠,٨٨ %	١٢,٩٤ %	٨٣,٧٧ %
- اعتقادك بعدم جدوى وفعالية العلاج المقدم لك	١,٩٧ %	١,٥٤ %	١٣,٨٢ %	٨٢,٦٨ %
- إحساسك بالوحدة وبالعالم غريب	١,٩٧ %	١,٣٢ %	١٢,٩٤ %	٨٣,٧٧ %
- تفكيرك المستمر بسرعة الشفاء	٢,٨٥ %	١,٣٢ %	١٢,٩٤ %	٨٢,٨٩ %
- عدم تناولك الأدوية التي تعطى لك من قبل الطبيب	٠,٤٤ %	٠,٠٠ %	١٥,١٣ %	٨٤,٤٣ %
- قناعتك التامة بأن الشفاء هو بيد الله وحده	٣,٥١ %	٠,٤٤ %	١٢,٧٢ %	٨٣,٣٣ %
- اللغة ووسيلة التفاهم مع العاملين غير واضحة ومفهومة	١,١٠ %	٠,٦٦ %	١٣,٨٢ %	٨٤,٤٣ %
- قناعتك التامة بالعلاج البيتي والطب الشعبي	٠,٠٠ %	٠,٦٦ %	١٤,٩١ %	٨٤,٤٣ %
- أسباب أخرى أذكرها: استمرارية الشعور بالألم	١,٣٢ %	٠,٠٠ %	٠,٠٠ %	٩٨,٦٨ %
- الخوف من العملية وعدم التأكد من المرض	٠,٤٤ %	٠,٠٠ %	٠,٠٠ %	٩٩,٥٦ %
- سبب الإزعاج أثناء النوم	٠,٤٤ %	٠,٠٠ %	٠,٠٠ %	٩٩,٥٦ %
- اضطرابات نفسية وقلق مستمر	٠,٦٦ %	٠,٠٠ %	٠,٠٠ %	٩٩,٣٤ %
- عدم عمل اللازم حتى الآن	٠,٨٨ %	٠,٠٠ %	٠,٠٠ %	٩٩,١٢ %

جدول رقم ٢٨ . هل تناول أي علاج خارجي من غير استشارة الطبيب في المستشفى .

الانصياع	التكرار	النسبة
١ - لا أتناول أي علاج خارجي إطلاقاً	٤٣٧	٩٥,٨٣ %

تابع جدول رقم ٢٨ .

النسبة	التكرار	الانصياع
٠,٤٤%	٢	٢ - أتناول دوماً علاجاً خارجياً
١,٧٥%	٨	٣ - بعض الأحيان
١,٩٧%	٩	٠ - لا إجابة
١٠٠,٠٠%	٤٥٦	المجموع

حجم العينة (ن) = ٤٥٦

المنوال = ١

جدول رقم ٢٩ . توزيع المرضى حسب نوع العلاج الطبيعي الممارس في المستشفيات .

النسبة	التكرار	نوع العلاج والممارسات
٢,١٩%	١٠	١ - أدوية تم تحضيرها من خارج المستشفى
٠,٦٦%	٣	٢ - أحجية أو تعاويذ
٠,٤٤%	٢	٣ - الكسي
٠,٠٠%	٠	٤ - الزار
٠,٠٠%	٠	٥ - موالد وحلقات ذكر
٠,٢٢%	١	٦ - شرب ماء مقروء عليه
٠,٨٨%	٤	٧ - شرب واستخدام الأعشاب الطبية
٠,٢٢%	١	٨ - أخذ مقويات وحبوب أخرى
٠,٢٢%	١	٩ - استخدام الدهون
٩٥,١٩%	٤٣٥	٠ - لا إجابة
١٠٠,٠٠%	٤٥٧	المجموع

حجم العينة (ن) = ٤٥٦

المنوال = ١

* حسبت النسبة على أساس مجموع التكرارات .

شعبي غالباً، واستخدام الأعشاب الطبية والأحجبة والتعاويد والكي (حين يخرج المريض في زيارة لأسرته) واستخدام الدهون، ومقويات وعقاقير أخرى. وغالباً ما يجري إحضار هذه المواد الخارجية إلى المريض، أثناء إقامته في المستشفى، من قبل الأهل والأقارب. ويدفع هذه القلة القليلة من المرضى إلى مثل هذه الممارسات، اعتقادهم بأنهم يشعرون بتحسّن كبير أو طفيف من جراء استخدامها، على الرغم من قلة هؤلاء عند مقارنتهم بمن لا يشعرون بأي تحسّن لدى استخدامها. وربما يدفعهم اليأس من الشفاء أو صعوبة الحالة المرضية إلى اللجوء لمثل تلك الممارسات على الرغم من قناعتهم بالأطائل من ورائها.

تكشف مجموعة الجداول التي تنطوي على النتائج المتصلة بالامتثال للطب والعلاج الحديثين، عن أن قوي التغيير والتحديث تجرف في طريقها الممارسات والنظم التقليدية والشعبية للعلاج.

إن الوعي بكفاءة المؤسسات العلاجية الحديثة وفعاليتها يتعاظم ويتنامى، وانتشار تلك المؤسسات وإتاحتها للخدمات العلاجية المجانية في ظل سياسة معينة للرعاية الاجتماعية، قد ساعد في ذلك.

خاتمة

حاولنا في بحثنا الراهن الذي استهدف التعرف على نماذج المفاهيم الذاتية والموضوعية للصحة والمرض لدى نزلاء المستشفيات الكويتية الحكومية، وعلاقة هذه المفاهيم بممارساتهم العلاجية والسلوكية ومدى استجاباتهم نحو العلاج، أن نكشف بصورة مباشرة في بعض الأحيان، وغير مباشرة في أحيان أخرى عن ظاهرة الاختلاط والتفاعل والتشابك بين التصورات الشعبية والتقليدية من ناحية، والتصورات العلمية والموضوعية من ناحية أخرى، إزاء ظواهر المرض والعلاج في المجتمع الكويتي. وهي ظاهرة تحظى باهتمام الباحثين في ميدان الأنثروبولوجيا الطبية بصفة عامة والمهتمين بالأنساق الطبية في العالم الثالث بصفة خاصة.

ويرجع اهتمامنا بهذا الموضوع إلى قناعتنا بأهميته من الناحيتين العلمية والتطبيقية، فلقد كان الأمل يحدونا وباستمرار أن نقدم جديداً من المعلومات والمعارف غير المتوافرة حول

هذا الموضوع بصفة عامة، وحول المجتمع الكويتي بصفة خاصة، وهي المعلومات التي بالإضافة إلى إسهاماتها في تقدم المعرفة السوسولوجية والأنثروبولوجية (المجالات المعرفية في علم الاجتماع وعلم الإنسان) بالمجتمع الكويتي، يمكن أن تشكل ركيزة لا غنى عنها للمهتمين بوضع السياسة الصحية والعلاجية في المجتمع، ذلك لأنها قد تقدم مادة ضرورية مستقاة من المستفيدين المباشرين بسياسة الرعاية الصحية، تصوراتهم، وممارساتهم ووعيهم بالأمراض، والعلاج ومواقفهم المختلفة إزاء المرض من ناحية، وإزاء المؤسسات والتنظيمات العلاجية المختلفة، رسمية كانت أم شعبية من ناحية أخرى.

وتحقيقاً للهدف الذي حددناه لبحثنا، استندنا بالإضافة إلى المادة المنشورة حول المجتمع الكويتي إلى مادة حية مستقاة من الواقع الاجتماعي وذلك من خلال البحث الميداني لواقع الصحة والمرض في هذا المجتمع.

ويمكننا تلخيص أبرز النتائج التي ينطوي عليها هذا البحث فيما يلي :

أولاً: نتائج خاصة ببعض الخصائص المرضية لأفراد العينة

دلت النتائج المتصلة بهذا الموضوع على أن أغلبية أفراد العينة لم تكن إصاباتهم المرضية ذات طابع مزمن. ومن ثم لم تكن تتطلب الإقامة لفترة طويلة في المستشفى. كما أشارت النتائج إلى أن دخول الحالات المرضية للإقامة بالمستشفى، قد جاء بعد فترة طويلة من المعاناة. ويمكن أن يشير ذلك إلى المخاوف الاجتماعية من فكرة الإقامة بالمستشفى من ناحية، ودور الأسرة والوسط الاجتماعي الأولي في الرعاية السابقة على الإقامة بالمستشفيات من ناحية أخرى. وتلك خاصية أساسية من خصائص المجتمعات التقليدية، والتي تلعب فيها النظم والمؤسسات التقليدية والعلاقات الأولية دوراً هاماً في مجالات الرعاية الصحية والاجتماعية.

وقد كشف البحث أيضاً في هذا الصدد أن التردد في إقامة المرضى بالمستشفى لفترات طويلة نسبياً قد يرجع في بعض الأحيان إلى تجربة ممارسات علاجية ذات طابع تقليدي أو شعبي.

ثانياً: نتائج خاصة بإدراك المرض والوعي به وتفسيره

تكشف النتائج عن تعاضم دور الإدراك الذاتي ودوره الأسرة والعلاقات الشخصية

الحميمة في الوقت الذي يتضاءل فيه دور الطب الشعبي في إدراك الأعراض المرضية، بمعنى أن اكتشاف حالة الإصابة بالمرض، وإدراك الأعراض يتم غالباً في سياق اجتماعي وثقافي يعكس قوة الروابط الاجتماعية التقليدية ويعني ذلك ببساطة أن المريض نفسه هو الذي يستشعر حالته أولاً، كما يأتي دور الأسرة في المرتبة الثانية من حيث الالتفات إلى أن ثمة حالة غير عادية تعترى المريض .

ويكشف إدراك المريض للأعراض المرضية عن الجانب المعرفي والإدراكي الخاص بالمرض وهو الجانب الذي أوضحت بياناتنا أن المفاهيم الذاتية تختلط فيه بالمفاهيم الموضوعية .

أما من حيث تصورات المرضى وتفسيراتهم الذاتية لأسباب المرض فلقد أشارت نتائج البحث إلى الاعتقاد الراسخ بالقضاء والقدر، لكن ذلك لا يعني - في ضوء الثقافة الإسلامية التي تشكل بصورة عامة مجمل الثقافة المعاصرة العربية بشكل عام والثقافة الكويتية على وجه الخصوص - الربط المباشر بين القضاء والقدر والمرض، وإنما يشير إلى القضاء والقدر بوصفه تفسيراً نهائياً أو تفسيراً في التحليل الأخير مما لا ينفي الأسباب المباشرة التي ترتبط بالمرض بصورة ملموسة .

وقد كشفت البيانات أيضاً عن استمرار التفسير بالنظر إلى الأسباب فوق الطبيعية لدى قطاع محدود من المرضى، وعلى الرغم من ضآلة هذا القطاع إلا أنه يوجي باستمرارية هذا الإطار التفسيري فوق الطبيعي بوصفه واحداً من الرواسب الثقافية . وقد حاولنا تفسير استمرارية هذا الإطار في هذا النطاق المحدود، في ضوء عمليات التغير الاجتماعي والتحديث السريع التي أثرت في الجوانب الفكرية والاعتقادية، وبخاصة إذا وضعنا في اعتبارنا أن البعض قد لا يفصح عن هذا الاعتقاد الذاتي الذي قد يظهر في ممارساتهم السلوكية أكثر مما يظهر في استجاباتهم اللفظية المباشرة .

وفي الوقت نفسه تكشف البيانات عن تفسيرات موضوعية للمرض وتعكس وعياً موضوعياً بالأسباب الممكنة والمحتملة للأمراض، وتدور هذه التفسيرات الموضوعية غالباً حول نتائج التغير الاجتماعي السريع وما أفرزه من أنماط جديدة في الحياة ارتبطت بالطفرة الاقتصادية المفاجئة وليس ثمة شك في وجود ارتباط وثيق بين أنماط معينة من الأمراض كالسكري وأمراض الدورة الدموية وبين ارتفاع مستوى المعيشة وأنماط الحياة المترفة بشكل

عام. وهذه الحقيقة قد أكدتها كل الاستجابات التي جاءت في إطار التفسيرات الموضوعية للمرض، ويرتبط ذلك أيضاً بالتقلبات الاقتصادية والقيم الاستهلاكية والتطلعات وما يترتب عليها من زيادة معدلات التوتر والقلق والرغبة المحمومة في الشراء ومجاراة الآخرين. إن بياناتنا تشير بوضوح إلى ارتباط التغيير الاجتماعي باتجاه نموذج اجتماعي استهلاكي من الحياة مع أنماط جديدة من الأمراض لم تكن على هذه الدرجة من التفشي والانتشار.

ثالثاً: نتائج متصلة بالإجراءات السلوكية والممارسات العلاجية المختلفة

كشفت البيانات عن دور الفرد والجماعة الأولية فيما يتعلق بالإجراءات السلوكية (مقارنة بدورها في الوعي بالأعراض المرضية). كما كشفت في الوقت ذاته عن تعاضد دور التنظيمات العلاجية سواء الشعبية التقليدية أو الحديثة وبصفة خاصة المؤسسات العلاجية الحديثة. فالنسبة الغالبة من أفراد العينة تراجع تلك المؤسسات فور وعيها وإحساسها بالأعراض المرضية ويشير ذلك إلى توافر تلك المؤسسات من ناحية، وإتاحتها لفرص الرعاية الصحية المجانية على نطاق واسع وقد يشير من ناحية أخرى إلى تعاضد الوعي بالأسباب الموضوعية للمرض ومن ثم اللجوء إلى العلاج الحديث، لكن هذه النتيجة لا تعني على الإطلاق الاندثار النهائي للطب الشعبي والتنظيمات العلاجية التقليدية، إذ كشفت البيانات عن نسبة - وإن كانت ضئيلة - تلجأ إلى تلك الممارسات الشعبية.

لقد سبقت الإشارة إلى الطول النسبي لفترة المعاناة المرضية قبل اتخاذ قرار الإقامة بالمستشفى، ولقد كشفت معطيات البحث عن أن المرضى في هذه الفترة قد يلجأون إلى أشكال من الممارسات العلاجية المنزلية، كما كشفت تلك المعطيات عن أن قرار الذهاب إلى المستشفى هو قرار المريض أساساً، يتخذه البعض لدى إحساسهم المباشر بأعراضهم المرضية ويتخذه البعض الآخر لدى الشعور بالعجز التام عن تحمل المرض مما يشير إلى نسبة لا بأس بها ما تزال تتردد في الإقامة بالمستشفيات وما تزال تفضل الرعاية في وسط اجتماعي أولي. وقد يرتبط ذلك بمعتقدات شائعة تربط بين الإقامة في المستشفى والحالة المرضية المتردية، لذا فإن بياناتنا تكشف عن صعوبة اتخاذ قرار الإقامة على المستويين الفردي والجماعي. ويمكن أن يفسر ذلك غلبة المبادرات الفردية في اتخاذ هذا القرار إذ تترك الأسرة للمريض نفسه حرية اتخاذ مخافة الشعور بأنه غير مرغوب فيه وفي رعايته في نطاق الأسرة.

رابعاً: نتائج متصلة بفاعلية العلاج الحديث والامتثال لبرامجه

كشفت نتائج البحث عن وعي المرضى بفاعلية العلاج الحديث والرعاية الصحية الحديثة باستثناء نسبة ضئيلة لم تشعر بتحسّن في حالتها المرضية داخل المستشفى وهي النسبة التي عكست موقفاً سلبياً من فاعلية المؤسسات العلاجية الحديثة . وقد كشفت البيانات أيضاً عن قناعة المرضى بتلك الفاعلية كما يشير إليها امتثالهم للبرنامج العلاجي والتزامهم بالعلاج الحديث .

إن المادة الميدانية المتصلة بهذا الموضوع تشير بصورة ملموسة إلى أن قوى التغيير والتحديث تجرف في طريقها الممارسات والنظم التقليدية والشعبية للعلاج والرعاية الصحية كما يدل على ذلك تعاضم القناعة بفاعلية العلاج الحديث من ناحية وانتشار المؤسسات التي تقدم تلك الخدمات العلاجية المجانية وتعاضمها في ظل سياسة معينة للرعاية الاجتماعية من ناحية أخرى .

وليس من شك في أن هذه الخلاصة المختصرة، تكشف عن أهمية النتائج التي توصلنا إليها على الصعيدين العلمي والتطبيقي . وسوف تتعاضم هذه الأهمية بالتأكيد بتشجيع مزيد من البحوث والدراسات حول هذا الموضوع الهام وبصفة خاصة تلك البحوث والدراسات التي تسعى إلى الربط بين عناصر الوعي الذاتي والوعي الموضوعي والممارسات العلاجية وبين المتغيرات الاجتماعية والثقافية والاقتصادية .

المراجع

- [١] حبيب، عزيز محمد وحبيب، نجيب محمد . الكويت ونهضتها الحديثة . القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٧٧ م .
- [٢] الرميحي، محمد . معوقات التنمية الاجتماعية والاقتصادية في مجتمعات الخليج العربي المعاصر، ط ٢ . الكويت: شركة كاظمة، ١٩٨٤ م .
- [٣] الخصوصي، بدر الدين . دراسات في تاريخ الكويت الاجتماعي والاقتصادي، ط ٢ . الكويت: ذات السلاسل، ١٩٨٣ م .
- [٤] بفلانز، مانفريد (Pflanz, M.) وكويب، هاينرش (Keupp, H.) «نظرة اجتماعية إلى مفاهيم المرض»، المجلة الدولية للعلوم الاجتماعية، ترجمة: أمين محمود الشريف، ع ٣٢، س ٨ . القاهرة: مركز مطبوعات اليونسكو ومجلة اليونسكو، الهيئة المصرية العامة للكتاب، (يوليو/ سبتمبر، ١٩٧٨ م) .

- [٥] كليمان، آرثر (Kleinman, A.). «التخطيط الصحي العالمي من منظور الانثولوجيا الطبية». في الخولي، حسن. الريف والمدينة في مجتمعات العالم الثالث، القاهرة: دار المعارف، ١٩٨٢م.
- [٦] Foster, G. and Anderson, B. *Medical Anthropology*. New York: John Wiley and Sons, (1978).
- [٧] Koch, I. C. *Die Ethnischen Varianten des Krankseins, Krankheitsvorstellungen und Krankheitsverhalten in Stammeskulturen*, Band 6, Bonn: Mundus Reihe Ethnologie, (1986).
- [٨] Hinderling, P. *Kranksein in 'Primitiven' und traditionellen Kulturen*, Norderstedt: Verlag fuer Ethnologie, (1981).
- [٩] Pfleiderer, B. and Bichmann, W. *Krankheit und Kultur: Eine Einfuehrung in die Ethnomedizin*. Berlin: Dietrich Reimer Verlag, (1985).
- [١٠] فريث، زهرة، ديكسون. الكويت كانت منزلي. بيروت: دار الكتاب العربي، (د.ت).
- [١١] حسين، أيوب. مع ذكرياتنا الكويتية، ط ٢. الكويت: ذات السلاسل، ١٩٨٤م.
- [١٢] المغني، عادل محمد العبد. من التراث الشعبي الكويتي. الكويت: مطابع القبس التجارية، ١٩٨٨م.
- [١٣] البشر، أحمد. مقالات عن الكويت. الكويت: مكتبة الأمل، ١٩٦٦م.
- [١٤] الساعاني، سامية. السحر والمجتمع: دراسة نظرية وبحث ميداني. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٨٢م.
- [١٥] الجوهري، محمد. علم الفولكلور: دراسة المعتقدات الشعبية، ج ٢. القاهرة: دار المعارف، ١٩٨٠م.
- [١٦] عزيز، مكي محمد. الوفيات في الكويت واختلاف أسبابها؛ ١٩٧٥-١٩٧٠: دراسة في الجغرافيا الطبية، ج ١. الكويت: مطبعة جامعة الكويت، ١٩٨٨م.
- [١٧] عزيز، مكي محمد. الوفيات في الكويت واختلاف أسبابها؛ ١٩٧٥-١٩٧٠: دراسة في الجغرافيا الطبية، ج ٢. الكويت: مطبعة جامعة الكويت، ١٩٨٩م.
- [١٨] رشدي، راسم. كويت وكويتيون: دراسات في ماضي الكويت وحاضرها. بيروت: مطبعة الهبانية، ١٩٥٥م.
- [١٩] الرشدي، حسن بزال. أمسنا ويومنا وغدنا يابني. الكويت: شركة القاهرة التجارية للنشر والدعاية والإعلام، ١٩٧٣م.
- [٢٠] التميمي، عبدالمالك. التبشير في منطقة الخليج العربي: دراسات في التاريخ الاجتماعي والسياسي، ط ٢. الكويت: مؤسسة الكميل، ١٩٨٢م.
- [٢١] الشملان، سيف مرزوق. تاريخ الغوص على اللؤلؤ في الكويت، ج ١، ط ٢. الكويت: ذات السلاسل، ١٩٨٦م.
- [٢٢] الحاتم، عبدالله بن خالد. من هنا بدأت الكويت. دمشق: المطبعة العمومية، ١٩٦٢م.

الحكومية حسب الأرقام العلاجية لعام ١٩٨٥م

المجموع العام	الطوارئ	إجمالي	حساسية	أمراض عصبية ونفسية	علاج النظائري	جراحة سرطان	جراحة عروق و جراحة تخليط	جراحة أعصاب	جراحة أطفال	أمراض معدية	طب طبيعيات	جراحة صدر وقلب	أمراض صدرية
---------------	---------	--------	--------	--------------------	---------------	-------------	--------------------------	-------------	-------------	-------------	------------	----------------	-------------

522	-	522											
333	-	333											
495	34	461											
525	24	501											
449	10	439											
462	-	462											
2786	68	2718											

148	1	148									92		
604	163	441											
294	-	294										80	61
207	-	207								207			
263	-	263					25	62	76				
113	-	113			62	46							
567	-	567		567									
290	-	290											
13	-	13	13										
2499	163	2336	13	567	62	46	25	62	76	207	92	80	
37	-	37											
118	-	118											
5440	231	5209	13	567	62	46	25	62	76	207	92	80	61

Remarks: 1 - Excluding 98 beds for delivery in different hospitals.

2 - These beds a complement to the capacity.

3 - Female sanitorrium was close down on 11/1/1985

ملحق رقم (٢)

بسم الله الرحمن الرحيم

جامعة الكويت / كلية الآداب
قسم الاجتماع والخدمة الاجتماعية

استبيان بحث حول :

«مفاهيم المرض الذاتية والموضوعية للمرض في دولة الكويت»

الباحث

د. يوسف أبوليلي

استبيان الرأي

يقوم الباحث بإجراء دراسة للتعرف على وجهات نظر المريض تجاه مرضه، والممارسات الوقائية العلاجية التي يقوم بها مع بداية الأعراض المرضية. لذا نرجو التكرم بالتعاون مع المقابلين بتعبئة الاستبيان بأمانة وصدق، علمًا بأن بيانات الاستبيان ستستخدم لأغراض علمية بحثية ولن تطلع عليها أية جهة أياً كانت.

تجرى هذه الدراسة من قبل الدكتور يوسف أبو ليل / قسم الاجتماع والخدمة الاجتماعية / كلية الآداب / جامعة الكويت.

الرجاء عدم كتابة أسماء على هذا الاستبيان .

- ١ - نوع المرض: ()
 ٢ - الجنسية: ()
 ٣ - الجنس:

أنثى	ذكر
٢	١

٤ - العمر:

أقل من ١٨	١٨ -	٢٧ -	٣٧ -	٥٧ -	٦٧ فأكثر
١	٢	٣	٤	٥	٦

٥ - الحالة الاجتماعية:

أعزب	متزوج	مطلق	أرمل
١	٢	٣	٤

٦ - الحالة التعليمية:

أمي	يقرأ ويكتب	ابتدائي	متوسط	ثانوي	جامعي فما فوق
١	٢	٣	٤	٥	٦

٧ - الدخل:

أقل من ١٠٠	-١٠٠	-٣٠٠	-٥٠٠	-٧٠٠	-٩٠٠	-١١٠٠	-١٣٠٠	١٥٠٠ فأكثر
١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩

٨ - نوع المهنة: ()

٩ - قطاع العمل الحالي:

حكومي	خاص (شركات أو مؤسسات أو تجارة حرة)	أعمال خدمات في المنازل	لا يعمل
١	٢	٣	٤

١٠ - هل تمتعت بأجازتك السنوية خلال الستين الأخيرتين:

نعم	لا
١	٢

١١ - ما مدة هذه الأجازة؟

أقل من شهر	شهر	شهر ونصف فأكثر
١	٢	٣

١٢- نوع الأسرة:

زوج وزوجة وأبناء فقط	تضم الآباء والأجداد والأعمام أيضاً	زوج وزوجة فقط	يعيش لوحده
١	٢	٣	٤

١٣- عدد أفراد الأسرة المقيمين معك في المسكن نفسه:

أقل من ٣ أفراد	- ٣	- ٥	- ٧	- ٩	١١ فرداً فأكثر
١	٢	٣	٤	٥	٦

١٤- نوع المسكن:

سكن خاص (ملك)	سكن الدخل المتوسط	سكن الدخل المحدود	بالإيجار	سكن تابع لمكان العمل
١	٢	٣	٤	٥

١٥- حجم السكن (عدد الغرف):

أقل من ٤ غرف	- ٤	- ٦	- ٨	- ١٠	١٢ غرفة فأكثر
١	٢	٣	٤	٥	٦

١٦- عدد الأفراد لكل غرفة نوم:

١	٢	٣	٤ فأكثر
١	٢	٣	٤

١٧- كم مضي على إقامتك في المستشفى؟

() المدة:

١٨- ماهي المدة التي عانيت فيها من المرض قبل دخولك المستشفى؟

() المدة:

١٩- الشعور بالناحية المرضية (الناحية الإدراكية):
كيف شعرت بحالتك المرضية؟

١	شعور ذاتي بأعراض غير اعتيادية على الجسد
٢	شعور ذاتي بأعراض غير اعتيادية على السلوك المعتاد

٢٠- من لفت انتباهك إلى هذه الأعراض؟

١	الأهل
٢	الأصدقاء
٣	المعارف
٤	طبيب شعبي
٥	طبيب متخصص
٦	آخرون . . ، اذكرهم
٧
٨

٢١- ماهي تلك الأعراض غير الاعتيادية التي شعرت بها، أو تم لفت انتباهك لها؟ اذكرها؟

١
٢
٣
٤
٥

٢٢- أسباب الإصابة بالمرض :

هل تعتقد أن إصابتك بالمرض نتيجة لـ

لا أعتقد	محتمل	بكل تأكيد	سبب الإصابة
٣	٢	١	
			القضاء والقدر (مقدر لي أن أصاب بالمرض)
			الأرواح الشريرة أو الجن
			إهمال ذاتي وعدم العناية الخاصة في الصحة (عدم وعي صحي)
			ذنب أو خطيئة أو عمل سيء قممت به يوماً من الأيام
			عدم الوفاء بالنذر

لا أعتقد	محتمل	بكل تأكيد	سبب الإصابة
٣	٢	١	
			تغير نوع الغذاء
			التغيرات التكنولوجية الحديثة في المسكن
			التغيرات التكنولوجية الحديثة في مكان العمل
			حادث آلي (سيارة، آلة)

لا أعتقد	محتمل	بكل تأكيد	سبب الإصابة
٣	٢	١	
			التعرض لتلقيات الجو من ارتفاع في درجة الحرارة، رطوبة طوز، برد
			التعرض لمواد ملوثة

لا أعتقد	محمّل	بكل تأكيد	سبب الإصابة
٣	٢	١	
			الاختلاط بمجموعات سكانية أخرى
			عدوى من الخارج أثناء السفر

لا أعتقد	محمّل	بكل تأكيد	سبب الإصابة
٣	٢	١	
			خلل وراثي في الأسرة

لا أعتقد	محمّل	بكل تأكيد	سبب الإصابة
٣	٢	١	
			اضطرابات نفسية ، تخوف من المستقبل
			أزمة مالية
			تغير نمط الحياة الأسرية والعلاقات الاجتماعية (المشكلات الأسرية)

الرمز	أسباب أخرى اذكرها
١
٢
٣
٤
٥

٢٣- الإجراءات السلوكية:

ماهي الإجراءات السلوكية التي اتخذتها قبل استشارة الطبيب لمواجهة المرض؟

الرمز	نوع الإجراءات
١	مراقبة السلوك والأعراض المرضية ذاتياً
٢	عرض الحالة على الأسرة / الأصدقاء / الأقارب
٣	تناول عقاقير وأدوية بيتية كانت تستخدم من قبل أفراد الأسرة
٤	القيام بمراجعة واستشارة صيدلي
٥	القيام بمراجعة الطبيب المختص مباشرة (طبيب عام)
٦	القيام بالصلاة والتوسل إلى الله سبحانه وتعالى وقراءة الكتب الدينية
٧	عرض الحالة على مطبب شعبي (مطوع، ممرض، ممرضة)
٨	وكلت أمري لله حتى استفحل المرض بي
٩	القيام بمراجعة الطبيب المختص (مستوصف، مستشفى)
١٠	إجراءات أخرى اذكرها

٢٤- نوع الممارسات العلاجية المنزلية

إن كنت قد عالجت حالتك المرضية لوحدهك دون استشارة طبيب فما هي الممارسات التي قمت بها؟

الرمز	نوع الممارسات
١	الكمي
٢	الزوار
٣	الأحجية (الحجاب والتعاويد)

٤	الأعشاب
	ممارسات أخرى . . ، اذكرها

٢٥- هل ساعدك أحد في استخدام العلاج المنزلي؟

لا	نعم
٢	١

٢٦- إذا كان الجواب بنعم ، فمن الذي قام بمساعدتك؟

الرمز	المساعدون
١	الوالدان / الأسرة
٢	الجيران
٣	الأقارب
٤	الأصدقاء
٥	طبيب شعبي (ممارس علاجي غير مرخص)
	آخرون . . ، اذكرهم

٢٧- ماهي المساعدة التي قدمت لك؟ اذكرها

الرمز	نوع المساعدة

٢٨- أسباب وكيفية أخذ القرار في القدوم إلى المستشفى؟

١ - متى قررت الذهاب إلى المستشفى؟

الرمز	أسباب الذهاب إلى المستشفى
١	عند الشعور بالعجز التام عن تحمل المرض
٢	عند الشعور المباشر بالحالة المرضية
٣	عندما قررت الأسرة تحويلي إلى المستشفى
٤	عندما قام مسئول في مكان العمل بتحويلي إلى المستشفى
٥	عند قيامي بممارسة جميع أنواع العلاج البيتي دونما فائدة
٦	عندما ضاق ذراع الأسرة باحتضاني ورعايتي
٧	أسباب أخرى

ب - من الذي قرر تحويلك إلى المستشفى؟

الرمز	صاحب القرار
١	قرار ذاتي
٢	الأسرة
٣	الأقارب
٤	الأصدقاء
٥	رئيسي في العمل
٦	طبيب غير متخصص
٧	طبيب متخصص
٨	آخرون . . . ، اذكرهم

٢٩- الإقامة في المستشفى :

١ - هل تشعر بتحسن بوجودك في المستشفى؟

لا أعرف	أشعر بتحسن مستمر	أشعر بتحسن طفيف	لا أشعر بتحسن
٤	٣	٢	١

ب - إذا كانت الإصابة السابقة «لا أشعر بتحسن» فهل يعود السبب لـ . . .

لا أعتقد	محتمل	بكل تأكيد	السبب
٣	٢	١	
			عدم الاعتناء الكافي من الفريق الطبي بحالتك؟

			المعاملة في المستشفى معاملة رسمية وغير ودية؟
			تفكيرك الدائم ببعذك عن أسرتك وبيتك؟
			اعتقادك بعدم جدوى وفاعلية العلاج المقدم لك؟
			إحساسك بالوحدة وبالعالم غريب؟
			تفكيرك المستمر بسرعة العلاج؟
			عدم تناول الأدوية التي تعطى لك من من قبل الطبيب؟
			قناعتك التامة بأن الشفاء هو بيد الله وحده؟
			اللغة ووسيلة التفاهم مع العاملين غير واضحة ومفهومة؟
			قناعتك التامة بالعلاج البيتي وبالطب الشعبي؟
أسباب أخرى ، اذكرها؟			
.....			
.....			
.....			

٣٠- التثبيت بالممارسات العلاجية الشعبية :

١ - هل تمارس نوعاً من العلاج الطبيعي أو استعمال بعض الوصفات العلاجية من غير استشارة

الطبيب أثناء إقامتك في المستشفى؟

لا أتناول علاجاً خارجياً على الإطلاق	أتناول دوماً علاجاً خارجياً	في بعض الأحيان يحضر لي الأهل بعض الوصفات العلاجية
١	٢	٣

ب - إن كنت تتناول أي علاج سواء دوماً أو بعض الأحيان هل هذا العلاج عبارة عن :

الرمز	نوع العلاج
١	أدوية تم تحضيرها خارج المستشفى؟
٢	أحجبة أو تعاويذ؟
٣	الكي؟
٤	الزوار؟
٥	موالد وحلقات ذكر؟
٦	أنواع أخرى من العلاج . . . اذكرها

٣١- هل تشعر بتحسن نتيجة تلقيك لعلاج من خارج المستشفى؟

أشعر بتحسن طفيف	أشعر بتحسن كبير	لا أشعر بأي تحسن
١	٢	٣

٣٢- الانصياع إلى نوع الغذاء المقدم في المستشفى :
هل تتناول الوجبات الغذائية المقدمة لك في المستشفى بانتظام؟

أتناولها بانتظام	أتناول كل ما يقدم لي بالإضافة إلى الوجبات المنزلية التي يحضرها الأهل معهم	لا أتناول غذاء المستشفى إطلاقاً	لا أتناولها بانتظام
١	٢	٣	

٣٣- ما هو السبب في تناولك الوجبات الغذائية من خارج المستشفى؟

لا أعتقد	محمّل	بكل تأكيد	الأسباب
٣	٢	١	
			لأن الطعام في المستشفى غير كاف؟
			لأن نوع الطعام سيء؟
			لأنني لا أرغب في الانصياع لنصائح وإرشادات المستشفى؟
أسباب أخرى... ، اذكرها؟			
.....			
.....			
.....			

Patient's Subjective and Objective Concepts and Treatment of Disease in Kuwaiti Hospitals*

Yousef Abu Laila**

(Received 14/6/1413; Accepted for publication 1/1/1414 A.H.)

Abstract. This study deals with the subjective and objective views of health and disease among hospital patients in the Kuwaiti State hospitals and the relationship between their understanding of health and disease on one hand and their response to medical treatment on the other. In addition, an attempt was made to examine directly and indirectly the interaction between their traditional concepts of health and disease on one hand and the objective ways of modern treatment on the other.

The findings show, first, that the feeling of being ill is the result of their cognition of the disease itself and of their subjective views; second, as for their subjective interpretation of disease etiology, they have a strong belief in human fate and destiny; third continuity in the belief of the supernatural powers as a part of the traditional cultural heritage has influenced their attitude towards disease; fourth, their concepts about health and disease have changed as a result of the socio/cultural economics and ecological changes.

* The research project has been supported by Kuwait University Research Center grant number AS008.

**The author was a faculty member at the Dept. of Sociology and Social Work, Kuwait University, at present he is associate professor of Sociology in the Dept. of Social Sciences and education, in the Applied Science University in Amman - Jordan.