حوليات آداب عين شمس (عدد خاص ٢٠١٧)
http://www.aafu.journals.ekb.eg
(دورية علمية محكمة)
جامعة عين شمس
كلية الآداب

# دور العوامل الاقتصادية في الإصابة بالمرض دراسة ميدانيه علي عينه من النزلاء بمركز طرابلس الطبي بمدينه طرابلس

**إبتسام ميلاد خير حديدان***

علم الإجتماع- جامعة عين شمس

## المستخلص

يتمثل موضوع مشكلة الدراسة في الكشف عن دور العوامل الاقتصادية المتمثلة في الدخل والتعليم والمهنة في الإصابة بالمرض، وقد استهدفت الدراسة تشكيل بناء حقيقي للعوامل الاقتصادية التي قد تلعب دوراً مهماً في الإصابة بالمرض، وذلك بغرض استخدام هذه المعرفة كبعد اجتماعي للعلاج وتأكيد أهمية البعد الاجتماعي الإقتصادي للعلاج. وتمثل المنهج المتبع بالدراسة بالمنهج الوصفي وتمثلت أداة جمع المعلومات في إستمارة إستبيان لقياس مؤشرات العوامل الاقتصادية. من خلال استخدام العينة الطبقية والعينة القصدية، وقد خلصت الدراسة إلي النتائج التالية :

- هناك أثر معنوي دال إحصائياً للعوامل الاقتصادية فى الإصابة بالمرض عند مستوى معنوي(0.05) وهذا يعني بأن المرضى تحيط بهم عوامل إقتصادية سلبية أكثر من الأصحاء.

أ. هناك أثر معنوي دال للدخل في الإصابة بالمرض عند مستوى معنوي (0.05 ).

ب. هناك أثر معنوي دال للتعليم في الإصابة بالمرض عند مستوى معنوي (0.05 ).

ج. هناك أثر معنوي دال للمهنة في الإصابة بالمرض عند مستوى معنوي (0.05 ).

إن النتائج التي إنتهت لها الدراسة حول دور العوامل الاقتصادية في الإصابة بالمرض، تحتاج لمزيد من البحث علي مستوى مجال علم الاجتماع الطبي، حيث أن هذه الدراسة تمث لدراسة دور العوامل التي تؤدي للإصابة بالمرض بالمجتمع الليبي من منظور اجتماعي اقتصادي، ومحاولة حصر وتحديد المشاكل المجتمعية بالمجتمع الليبي، كما أنه تدعو إلي الاهتمام بعدة قضايا تتمثل في العمل علي الاهتمام بالظروف المجتمعية الاجتماعية والاقتصادية التي يحيا بها الإفراد داخل المجتمع بحيث يكون لها تأثيرات إيجابية علي حياتهم الصحية من خلال مؤسسات مجتمع تراقب عن كثب المتغيرات المحيطة بالأفراد، وتتدخل من خلال إجراء البحوث والدراسات التي يمكن من خلالها الوصول إلي مؤشرات يمكن التحكم من خلالها في الحد من تأثير العوامل المؤدية إلي المرض.

© جميع حقوق الطبع والنشر محفوظة لحولية كلية الآداب - جامعة عين شمس ٢٠١٧.

**الإطار منهجي**

**أولا .. مشكلة الدراسة**

احتلت العوامل الاقتصادية جزءاً كبيراً من اهتمام الكثيرين من علماء الاجتماع والاقتصاد والطب إذ اهتموا بدورها في الإصابة بالمرض، فقد اظهرت دراسات اقتصادية واجتماعية وطبية كثيرة تناولت العلاقة بين الأزمات والأحداث الاقتصادية ظهور بعض الأمراض. وقد ركز علماء الاجتماع علي العمليات الاجتماعية والبنائية للمجتمعات في تفسير أسباب المرض، واكتشفوا أن معدلات المرض يمكن التنبؤ بها من خلال المعرفة بخصائص البناء الطبقي للمجتمع وخصائص الجماعة داخل المجتمع، مثل الجنس، العمر، المهنة، الدخل، التعليم والمهنة [١] .

ويعتبر الدخل من أهم العوامل الاقتصادية التي تؤثر الإصابة بالمرض، فقط أوضحت الدراسات إلي أنه كلما قلت الدرجة الوظيفية كلما قل دخل الفرد وازدادت مشكلاته مما يزيد من اغترابه ويزيد أيضا من انتشار الأمراض، كما يعتبر التعليم عامل هام يؤثر علي مدى الإصابة بالأمراض وأشارت نتائج الدراسات إلي أن التفاوتات التي يعانى منها ذوى الوضع الاجتماعي الاقتصادي المنخفض مرتبطة بمزيج من العناصر من أهمها انخفاض التحصيل العلمي. كما تعتبر المهنة عامل يؤثر في الإصابة بالمرض، فقد تبين أن هناك العديد من الأمراض التي تنجم عن مزاولة من معينة، وأظهرت الدراسات إلي إن الأمراض المهنية هي أحد الإفرازات المباشرة للمهنة التي يزاولها الفرد، وأظهرت أن هذه الأمراض تظهر في القطاعات المهنية التي يعمل بها الأفراد من ذوي الوضع الاقتصادي ا[لأدنى[٢].

**ثانيا .. أهمية الدراسة**

- اثراء وانماء الدراسات في مجال علم الاجتماع الطبي.
- دراسة المرض وتحديد دور العوامل والاقتصادية المسئولة عن الإصابة به، من خلال التحقق من بعض الفروض التي تنطوي علي قياس لبعض المؤشرات للعوامل الاقتصادية.
- وضع العوامل الاقتصادية في موضع الصدارة عند علاج الأمراض نظرا لما لها من تأثيرا بالغا في نجاح أو فشل برامج الخطة الصحية.
- وضع إطار محدد لحجم الظاهرة في المجتمع الليبي، والكشف عن أبعاد المرض وأسبابه الكامنة في أعماق البناء الاجتماعي والاقتصادي للمجتمع.

**ثالثا .. أهداف الدراسة**

- الكشف عن دور العوامل الاقتصادية في الإصابة بالمرض وذلك من خلال دراسة الدخل باعتباره مؤشر عن وجود علاقة ثابتة بين الحالة الاقتصادية والحالة الصحية في أي مجتمع، ودراسة التعليم باعتباره مؤشر ثاني يدلل علي التناسب الطردي مع الحالة الصحية في أي مجتمع، ودارسة المهنة بإعتبارها مؤشر ثالث ذات تأثير مباشر علي المرض.

**رابعا .. فرضيات الدراسة**

تسعي الدراسة إلي التحقق من الفرضية .. توجد علاقة ذات دالة إحصائية، بين العوامل الاقتصادية والإصابة بالمرض . وذلك من خلال :-

أ. توجد علاقة ذات دالة إحصائية ، بين الدخل والإصابة بالمرض.
ب. توجد علاقة ذات دالة إحصائية ، بين التعليم والإصابة بالمرض.
ج. توجد علاقة ذات دالة إحصائية ، بين المهنة والإصابة بالمرض.

**خامسا .. مفاهيم الدراسة**

- العوامل الاقتصادية

- عرفت بأنها " موارد يحقق منه الإنسان منفعة بصورة مباشرة أو غير مباشرة، سواء كانت ملموسة كالأرض ورأس المال والعمل، أو غير ملوس كالادارة والتنظيم والموهبه والذكاء " (٣).

**مؤشرات العوامل الاقتصادية**

**( أ ) الدخل**

- عرفه عبد السلام والدويبي بأنه "عبارة عن العائد الدوري الذي يحصل علية الفرد في نهاية كل فترة زمنية محددة "(٤).

**- تعريف إجرائي للدخل** " قدر من المال يتحصل عليه الفرد لسد احتياجاته المعيشية " .

**( ب ) التعليم**

- عرفه " اشتايندوف "بأنه" كل نشاط مخطط ومنظم وهادف ومنهجي للتأثير في حدوث التعلم، كما هو الحال بالنسبة لنقل المعارف وتطوير القدرات والمهارات والقناعات والمواقف في التعليم النظامي من الروضة حتى الجامعة " (٥).

**– تعريف إجرائي للتعليم**.. " معلومات يتحصل عليها الفرد من خلال التعلم بالمدارس تمكنه من اكتساب المعرفة التي تمكنه من المحافظة علي صحته أو التوجه إلي مصادر المعلومات التي تمكنه من المحافظة عليها ".

**( ج ) المهنة**

- عرفها " تايلور " بأنها " ذلك النشاط النوعي الذي يرتبط بسوق العمل بهدف اشباع الحاجات الأساسية للأفراد وهو نشاط يحدد الوضع الاجتماعي للفرد " (٦).

**- تعريف إجرائي للمهنة**.. " نوع العمل الذي يقوم به الفرد بغض النظر عن الصناعة التي يتم فيها هذا العمل ومركز ووظيفة الفرد " .

**تعريف إجرائي للعوامل الاقتصادية** .. " هي تلك العوامل الدالة علي كل من الدخل والتعليم والمهنة كمؤشرات وسيطة بالمتغير المستقل لها دور في الإصابة بالمرضي كمتغير تابع ".

**- الإطار النظري .**

**أولا .. المداخل النظرية الاجتماعية التي المرض كظاهرة إجتماعية**

**١ . البنائية الوظيفية والمرض**

**أ. نظرية الرأس المال الاجتماعي وعدم المساواة**

تركز نظرية الرأس المال الاجتماعي على محورين أساسيين يتمثل الأول في ثقة الفرد في المجتمع وترابط المجتمع ومسئوليته عن الأفراد وتناغم النسيج الاجتماعي مع الدولة، يتمثل المحور الثاني في الدخل الإقتصادي وعلاقته بالمجال الصحي من خلال توفير المسكن النظيف والتعليم ومياه صحية والصرف الصحي والبيئة النظيفة، وهو ما يعرف بالوضع الاجتماعي الإقتصادي الذي له تأثير واضح مؤثر على الجماعات التي تعيش في مستويات متباينة (٧).

يرى " دور كايم " إن المجتمع يشكل وحدة متكاملة وإن خصائص المجتمع جزء لا يتجزأ من خصائص الأعضاء المكونين له، وإن المجتمع له وجود مسبق على وجود أعضائه وللمجتمع تأثيره على أفراده أكثر ما لهم عليه ويركز على الحتمية الاجتماعية والإطار الاجتماعي، ويرى إن علاقات الشخص الاجتماعية ومدى إنسجامه في الشبكة الاجتماعية يلعب دور مهم حيوي وأساسي في الحفاظ على صحته ومصدر من مصادر الشفاء من المرض، وأوضح إنه ليس هناك دليل واحد على إن الفردية الاقتصادية تؤدي إلي تحقيق السعادة، ويرى إن الترابط الاجتماعي يحمي الأفراد من نوبات الاكتئاب ومن ثم يجعل الأفراد أكثر صحة نفسية، ويرى إنه قد أصبح الرأس المال الاجتماعي في الآونة

الأخيرة مهم في تفسير الإختلاف والفروق بين الصحة والمرض في الطبقات الاجتماعية المختلفة (٨).

عموما تحاول نظرية الرأس المال الاجتماعي إثبات العلاقة بين الصحة والوضع الاجتماعي، حيث ترى إن التماسك الاجتماعي والعلاقات الاجتماعية المترابطة تعني صحة جيدة وشفاء سريع من المرض، كما إن نظرية الرأس المال الاجتماعي لها جوانب مرتبطة بالجانب الإقتصادي والسياسي والثقافي، فقد درس " استورت ولف " الجالية الإيطالية في بنسلفانيا بأمريكا ووجد إن نسبة انتشار أمراض القلب تقل بنسبة (٥٠% ) بالمقارنة بأربعة مجتمعات متجاورة، وقد ذكر " استورت " إن نمط الحياة متشابها بين الجماعات المستهدفة بالدراسة مثل التدخين والغذاء والتدريبات الرياضية ، ولكنه وجد إن المجتمعات الإيطالية تتمسك بالعادات والتقاليد (٩). كما يرى كل من " هاوي " و" سل " إن المجتمع يعتبر اطار للقوة الرادعة القادرة على حماية أعضاء المجتمع من الإنزلاق في المرض، ومن ثم فإن المجتمع يتضافر ببعديه الاجتماعي والسياسي لتوفير حماية للأفراد من المخاطر والأمراض لأنهم غير قادرين على حماية أنفسهم (١٠).

قد أشار كل من " كواشي " و" كيندي " أن النظريات الحديثة وضحت أن المرض يرتبط بالطبقات الاجتماعية المتدنية، وينتشر أكثر بين المجتمعات التي تفتقر إلي الترابط والأمان الاجتماعي، ليس هذا فحسب بل أن هناك علاقة وطيدة بين ترابط النسيج الاجتماعي وزيادة العمر المتوقع للحياة، كما أشارت العديد من البحوث إن المجتمعات ذات الدخول المرتفعة تتميز بإرتقاء الحالة الصحية وإنخفاض في معدل حدوث الأمراض، حيث إن الفقراء هم الطبقة الأكثر تعرضا لإنتشار الأمراض لأن المجتمعات الفقيرة يتدنى فيها مستوى الدخل ومستوى الخدمات الطبية أيضا ولكن مع توفير الدخل الإقتصادي و الخدمات الطبية فإن صحة الأفراد سوف يتحسن بطريقة واضحة وسريعة (١١).

**ب. النظرية التوفيقية**

يرى " بارسونز " الحياة الاجتماعية من خلال أفكار البشر خاصة من خلال معاييرهم وقيمهم فالمعايير هي تلك القواعد المقبولة إجتماعيا التي يستخدمها البشر في تقرير أفعالهم، وأهم العمليات الاجتماعية عند " بارسونز " هي عملية توصيل المعاني أي توصيل الرموز، وقد تحدث "بارسونز " عن الصحة والمرض عند الوظيفيين ويرى إن الصحة هي حالة الطاقة المثلي للفرد للأداء الفعال للأدوار والمهام التي تلقنها من خلال عملية التنشئة الاجتماعية، ومن ثم فإنها أساس مشاركة الفرد في النسق الاجتماعي. وتقاس نسبيه هذه المشاركة بالقياس بمكانته في المجتمع ، في حين يرى إن المرض يعتبر نموذج لدور يتسم بالإضطراب العام في طاقة الفرد، مما يؤدي لعدم قدرته على أداء دوره على نحو سوي لذا نجد إن المريض يستثنى من القيام بدوره اليومي العادي، وأحيانا يستثنى من مسئولياته الاجتماعية كزوج أو كعائل للأسرة أو كعامل في مؤسسة أو مصنع، وتتوقف درجة الاستثناء على خطورة المرض وعلى فترة استمراره، ففي حالة العجز الدائم أو الأمراض المستعصية يستثنى المريض طوال حياته من القيام ببعض الأدوار، أما في حالة الأمراض المعدية فقد يعزل المريض، ولهذا يترك جميع أدواره اليومية ولكن لفترة معينة وفي حالة الإصابة بالأنفلونزا والبرد وما إلي ذلك، فإن المريض قد يستمر يمارس أدواره العادية أثناء اعتلال صحته وقد يعتكف عددا قليلا من الأيام، وهذا يعتبر قصور أو فشل في أداء الدور ويمكن تفسير ذلك على إنه نتيجة لعدم قدرته على التكيف ولذلك يعتبر مريض (١٢).

كما يرى " بارسونز " إن المرض هو حاله من الاضطراب في الوظيفة الطبيعية للفرد وتشمل حالة البدن كنظام بيولوجي ونفسي واجتماعي، ومن ثم فهو يرتبط دائما

بأسباب بيولوجية واجتماعية وبيئية " . كما يرى إن المرض ليس عملية فسيولوجية فقط ولكنه أيضا ظاهرة لها أصل اجتماعي وآثار اجتماعية في نفس الوقت، بمعني إن المرض له أسبابه الاجتماعية كما له آثاره أو عواقبه الاجتماعية . فالمريض يعفي من دوره الاجتماعي الطبيعي ومسئوليات وظيفته بمعني إن المرض يؤدي إلي إنحراف مؤقت عن المتطلبات المعتادة للدور مما يهدد ثبات واستقرار النسق الاجتماعي (١٣).

ولقد أشار " تالكوت بارسونز " بأن المرض ليس ظاهرة بيولوجية فحسب، بل انه ظاهرة اجتماعية أيضا لأن المجتمع الإنساني يتطور تطوراً طبيعياً ما لم يقم الأفراد جميعاً بأداء أدوارهم الاجتماعية في كل الأوقات، فإذا تعرض فرد ما لمرض من الأمراض أصبح دوره الاجتماعي شاغراً لأنه لا يستطيع القيام بتأدية ذلك الدور المناط به إجتماعيا، وكنتيجة لهذا الخلل أصبح ذلك الدور معرضاً إلى إحتمالين الأول أن يحال إلى فرد آخر سليم من الناحية الصحية، والثاني أن يبقى ذلك الدور معطلاً دون شاغل يشغله، وهذا التبدل في الأدوار الاجتماعية يسلط ضغطاً ويولد إرباكا ضد الحركة الطبيعية للنظام الاجتماعي (١٤).

وقد بين" تالكوت بارسونز " إن للنظام الاجتماعي مهما كان لونه وشكله له مصلحه حقيقية في انشاء نظام صحي متكامل لعلاج الأمراض وللحفاظ على نظافة المجتمع من الأوبئة والأمراض المعدية حتى يتم استثمار طاقات العمال الأصحاء بطريقة يكون مردودها الإنتاجي متناسباً مع حجم ذلك النظام وقابليته، وعلى هذا الأساس فإن من مصلحة النظام الاجتماعي تحديد من هو المريض، ومن مصلحة النظام الاجتماعي أيضا معرفة من يصطنع المرض كي يجد مخرجاً يتهرب فيه من أداء الواجبات الاجتماعية المناطة به، فلو نظرنا إلى قائمة الأمراض التي تصيب الأفراد في أي مجتمع إنساني وإبتدأنا من الصداع وإنتهينا بأمراض القلب مروراً بأمراض الكبد والجهاز الهضمي والدماغ والأعصاب، لتبين لنا إن المؤسسات الصحية التي أسسها النظام الاجتماعي هي التي تحدد طبيعة المرض وخطورته، فالمجتمع مثلاً لا يعتبر الصداع مرضاً لان المؤسسة الصحية لم تعتبره حالة مرضية تستوجب دخول المستشفى أو عيادة الطبيب إلا في حالات استثنائية نادرة ، ولكنه يعتبر قرحة الأمعاء مرضاً يتوجب معالجته عن طريق الطبيب أو المستشفى مع إن الصداع والقرحة معا قد يعطلان الفرد عن الإنتاج، وعلى هذه القاعدة يمكن تطبيق كل الحالات المرضية التي يتم تحديدها عن طريق مؤسسات النظم الصحية (١٥).

لا يتوقف النظام الاجتماعي عند تحديد المرض وتشخيصه، بل يتوقع من الفرد سلوكاً معينا يتناسب مع ذلك المرض، فسلوك المريض مثلاً يعتبر من الناحية الاجتماعية مناقضاً للسلوك الطبيعي للأفراد الأصحاء، فما أن يعلن المريض أعراضه المرضية حتى يخلد إلى الفراش باحثاً عن المساعدة الطبية باذلاً ماله لتحصيل الدواء الموصوف، وبما إن المرض عامل إجتماعي سلبي على الإنسان فإن نزوله بعضو من أعضاء النظام الاجتماعي يضع ذلك المجتمع وجهاً لوجه أمام مسؤولياته في التعامل مع ذلك المريض، ولذلك فإن الجهة التي تحدد المرض يجب أن تتمتع بشرعية قانونية يقرها النظام الاجتماعي، حتى تستطيع تعويض الخسارة الاجتماعية التي يجلبها المرض على الفرد والعائلة والنظام الإقتصادي والاجتماعي(١٦).

بشكل عام تعتبر البنائية الوظيفية المرض لون من ألوان الإنحراف الاجتماعي لأن المريض يسلك خلال مرضه سلوكاً مناقضاً للسلوك الطبيعي الذي يقره الأصحاء، فالخلود إلى الفراش وتناول الدواء وتسخير الآخرين لخدمة المريض كلها تصرفات لا يقوم بها الأصحاء غالباً، ولكن هذا الإنحراف الصحي يعتبر إنحرافاً استثنائيا لأسباب عدة، منها

أولا أن هذا السلوك يستغرق فترة قصيرة محدودة ، وثانياً إنه يعبر عن قوة لا ارادية داخل جسم الإنسان، فالمريض مجبر على قبول حالته الإستثنائية وملزم بالاستسلام لواقعه الانحرافي الجديد، ولذلك فهو غير ملام على تركه العمل الإنتاجي وغير مسئول عن التقصير في أداء دوره الاجتماعي الذي أصبح شاغراً بسبب مرضه، وما على المجتمع ونظامه الاجتماعي إلا الإذعان والتسليم لحق المريض ومعاملته معاملة خاصة عن طريق منحه إجازة التخلي عن دوره ومسؤولياته الاجتماعية إلى موعد الشفاء التام، فالعامل المريض مثلا يستطيع ترك العمل والتوقف عن الإنتاج والخلود للراحة فور ظهور أعراضه المرضية، والطالب المريض يستطيع تأجيل موعد إمتحانه النهائي لأسباب مرضية، والتاجر المريض يعطل تجارته بسبب عجزه عن ممارسة العمل الطبيعي الذي تعارف أفراد المجتمع عليه (١٧) .

لاشك إن المريض الصادق ينبغي أن يطلب علاجاً سريعاً لحالته المرضية الاستثنائية لأن تباطؤه في العلاج يعني إن ذلك الفرد يهوى البقاء عالة على الآخرين ويود التخلي عن عمله الإنتاجي في الحقل الاجتماعي، وهو بذلك لا يعطل دوره الاجتماعي فحسب بل يستهلك موارد الآخرين الاقتصادية أيضا، وهذا التمارض يعطل الطاقات الإنتاجية للأفراد ويسبب خللا في الميزان الاجتماعي والإقتصادي والسياسي للمجتمع، وعلى الأغلب فإن النظام الاجتماعي يتوقع من المريض قبول المساعدة الطبية الممنوحة له من قبل المؤسسة الصحية المعترف بها إجتماعياً، فالفرد المصاب بمرض حقيقي لا يستطيع رفض استشارة الطبيب أو تعليماته الخاصة بالفحص الإشعاعي أو الكيميائي أو أخذ الدواء، لأن ذلك كله يعرضه إلى الشكوك والشبهات التي تتهمه بالتمارض تهربا من المسؤوليات الاجتماعية المناطة به (١٨).

**٢ النظرية الماركسية والمرض**

يربط المدخل المادي التاريخي بين المرض وطبيعة المجتمع والأيديولوجيا المسيطيرة فيه، ويعتبر العلاقة بين الصحة والمرض من ناحية والمجتمع من ناحية أخرى علاقة جدلية تؤثر وتتأثر بالتيار الاجتماعي للمجتمع وظروفه، حيث يرى علماء الماركسية إن نمط الحياة يؤثر على الجانب الاجتماعي والسياسي والاقتصادي والروحي، ومن ثم فإن الطبقات الاجتماعية في المجتمع الرأسمالي تؤثر على النسق الطبي، فمن يملك وسائل الإنتاج يختلف مستوى الخدمة الطبية والصحية المتوفرة له بالنظر إلي من لا يملك من العمال الذين يبيعون مجهودهم من أجل ترسيخ المجتمع الذي ينتمون إليه وليس من أجل حياتهم، وبالتالي تزداد الأمراض في طبقتهم نظرا لتدني الخدمات الصحية المتاحة وتدني الأجور مما يجعل تكلفة الخدمة الطبية عبء وإذا لم تكن مستحيلة، وليس هذا فقط بل أن انتشار الفقر وما يترتب عله من سوء تغذية وظروف بيئية وسوء الحالة المعيشية بالإضافة لعدم توافر الخدمات الصحية يؤدي إلي انتشار العديد من الأمراض، كما ترى أن الطبقة الغنية الطبقة البرجوازية هي الأخرى تعاني من المرض فقد أشار "هولميس وردهي " إلي انتشار أشكال من المرض في هذه الطبقة فنتيجة للضغوط النفسية وطبيعة الحياة المعيشية تنتشر في هذه الطبقة أمراض معينة مثل قصور الشريان التاجي والضغط والسكر (١٩).

ويرى " ماركس " أن الإنسان يرتبط ككائن بيولوجي بعلاقة اعتمادية على الطعام والشراب والنوم ويفعل ذلك بتفاعله مع بيئته البيولوجية الطبيعية، فالعلاقة المتشابكة مع الطبيعة تحتاج إلي عمل جماعي ويجب أن يتفاعل مع الآخرين لسد احتياجاته وهذا التفاعل يؤدي إلي التداخل الاجتماعي، والمجتمع كما يرى أن الإنسان يعيش الاغتراب الذي يؤثر على العامل النفسي ومن ثم العامل الجسدي، وأوضح أن العقل و الجسد جزء واحد لا يمكن تجزئتهما . وأكد " فروند " على أن حالة الاغتراب يمكن أن تؤثر على العامل

الفيزيقي والجسدي عن طريق الجهاز العصبي، الذي بدوره ينتج مواد مثل الأدرينالين ومواد هرمونية تؤثر على صحة الإنسان، حيث أن الاغتراب يؤدي إلي اضطراب عصبي هرموني وتلك المواد تتأثر بالوضع الاجتماعي، ومن ثم تحدد وجود أمراض معينة في جماعات معينة، حيث أن وضع الشخص في المنظومات المختلفة في التدرج الاجتماعي يؤثر على الحالة الصحية الفيزيقية للجسم ويصبح لكل شريحة اجتماعية أمراض معينة (٢٠).

كما أكد " هوتشستشايلد " على وجود علاقة وطيدة بين سوء الحالة الصحية والاغتراب الذي يكون له تأثير سلبي على العامل النفسي والجسدي، بالإضافة لسوء الحالة الاقتصادية للأفراد والجماعات المغتربة الأمر الذي يؤدي إلي ازدياد سواء الحالة الصحية، وكما أوضح " وليم " أن النتائج العامة لاغتراب المنتج وتأثره على الصحة أصبح شيء واضح، ويرجع ذلك إلي الموت العاطفي وسوء الحالة النفسية واللوم النفسي والإحساس بالتزييف والتهكم على النفس، وبالتالي سوء الحالة الجسدية واغتراب الفرد عن المنتج الطبي في المؤسسات الطبية حيث يكون غير قادر على الإستفادة منها (٢١).

وقد أوضح " ماركس " أمثلة كثيرة على كيفية تأثير الإلاغتراب على الجسد والعقل ولخصهما " أولمان " في حدوث اعاقات وآلام الظهر وضمور بعض العضلات، وزيادة في عضلات أخري وأورام في الرئتين وحدوث وفاة كما يحدث بين عمال مصانع الإسمنت والقطن، حيث يستنشقون مواد مضره . كما أوضحت دراسات أخرى أنه كلما قلت الدرجة الوظيفية كلما قل دخل الفرد وإزدادت مشكلاته مما يزيد من اغترابه ويزيد أيضا من انتشار الأمراض(٢٢).

أن التوجه الذي يأخذه المدخل الماركسي عند تطبيقه داخل نطاق علم الإجتماع الطبي يكون إتجاه التعرف على الأصول أو النشأة الاجتماعية للمرض، وإن النتائج الصحية الخاصة بمجموعة معينة من السكان يتم النظر إليها على أنها تتأثر بتلك العمليات أو الإجراءات الخاصة بالنظام الإقتصادي الرأسمالي على مستويين هما

- أولا .. على مستوى عملية الإنتاج نفسها .. حيث أن الصحة تتأثر بشكل مباشر من خلال الأمراض الصناعية والجروح، كذلك ارتباط الأمراض بالضغوط والإجهاد في العمل ولو بشكل غير مباشر، وذلك من خلال التأثيرات الأوسع والأكبر لعملية إنتاج السلعة في المجتمعات الحديثة، حيث أن عملية الإنتاج تتسبب في حدوث تلوث بيئي بينما تصبح عملية استهلاك تلك السلع ذات ضرر على صحة الفرد على المدى الطويل، ومثال على ذلك تناول الأطعمة المصنعة والإضافات الكيميائية وهكذا.

- ثانيا .. أن الصحة تتأثر على مستوى التوزيع .. حيث أن الدخل والثروة هي المحددات الأساسية أو الرئيسية لمستوى معيشة الأفراد حيثما يعيشون وأينما كانوا، كما تحدد مدى إمكانية حصولهم على الفرص التعليمية وإمكانية الحصول على الرعاية الصحية والغذاء، وأيضا فرصهم في الحصول على الرفاهية، حيث أن كل تلك العوامل تعد من العوامل المؤثرة للتأثير الاجتماعي للحالة الصحية أو الصحة بشكل عام (٢٣).

**ثانيا .. الدارسات السابقة**

**- الدراسة الأولي .. القدرة علي العمل ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى الأفراد المصابين بالتصلب المتعدد طبق للإرهاق – بالمجتمع الأمريكي ( ٢٠١٣ )**

**موضوع الدراسة** .. التحقق في القدرة علي العمل ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة في مجموعة من مرضي التصلب المتعدد، وأيضا التحقق ما إذا كان من الممكن ربط القدرة علي العمل ونوعية الحياة المرتبطة وبالصحة بعوامل المريض الذاتية، التعب، الحساسية للحرارة، الخلل المعرفي، الإضطراب العاطفي، درجة الإعاقة.

**منهج الدراسة** ..أجرت الدراسة مسحا وصفيا حيث تم ارسال استبيان إلي ( ٣٢٣ ) فرد من أصحاب مرض التصلب المتعدد تتراوح أعمارهم بين ( ٢٠ – ٦٥ ) عام، وقد تضمن الإستبيان أسئلة حول العوامل الخلفية للمريض ونسبة احتلال المرض والعمل جنبا إلي جنب مع نوعية الحياة المرتبطة بالصحة في شكل وثيق وشدة التعب .

**أهم النتائج**

- ثم العثور علي أن مستويات التعب والخلل الإدراكي والاضطراب العاطفي تكون العوامل الرئيسية المساهمة في نوعية الحياة المرتبطة بالصحة .
- تبين أن قدرة العمل ونوعية الحياة بين الأفراد المصابين بمرض التصلب المتعدد تتأثر بشدة من التعب بصفة أساسية، وتؤثر علي القدرة علي العمل بفعل الحرارة، الحساسية، الصعوبات المعرفية،

الإضطراب العاطفي، الإعاقة الجسدية، الجنس، مستوي التعليم [٢٤].

**- الدراسة الثانية .. إنتاجية العمل للمرضي الذين يعانون من إلتهاب الفقار اللأصق – بالنمجتمع الأمريكي ( ٢٠١٢)**

**موضوع الدراسة** .. دراسة دور العوامل المرتبطة بضعف الإنتاجية في العمل من المرضي الذين يعانون صحيا من إلتهاب الفقار اللاصق، وأيضا تحليل الاختلافات الممكنة في السن والنوع.

منهج الدراسة .. شمل الاستبيان المسائل المتعلقة بضعف الانتاجية في العمل خصائص المريض، مدة المرض، نشاط المرض، الوظيفة، القلق، الفعالية الذاتية، الإجازات المسجلة وقد تم استخدام معامل ارتباط بيرسون لدراسة العوامل المرتبطة بضعف الإنتاجية في العمل

**أهم النتائج**

- تبين أن العوامل التي كان لها تأثير علي ضعف إنتاجية العمل كانت الفعالية الذاتية، الاكتئاب، مدة المرض ١٢ عام، مستوى التعليم ولكن تأثير هذه العوامل لم تكون كبيرة في جميع الطبقات من حيث العمر والجنس.
- كانت النساء الأكثر تأثرا بضعف الإنتاجية أكثر من الرجال في الفترة العمرية ( ١٨ – ٥٢ ) (٢٥).

**الدراسة الثالثة.. كنتاكي مجتمع متعدد التخصصات و المداخل .. المحددات الاجتماعية و الاقتصادية كعوامل تنبؤ للتفاوت في النتائج الصحية في ولاية كنتاكي ( ٢٠١٠ )**

**موضوع الدراسة** .. أن الهدف من هذه الدراسة هو دراسة العلاقة ما بين المؤشرات الاجتماعية الاقتصادية على مستوى المجتمع في بعض مناطق كنتاكي الغير مغطاة طبيا وبين المؤشرات الاجتماعية الاقتصادية على مستوى الفرد كعوامل تنبؤ للنتائج الصحية، ومعرفة ما إذا كان هناك إختلافات معنوية مؤثرة احصائيا في العوامل الاجتماعية الإقتصادي على مستوى الفرد والجماعة في بعض مناطق كنتاكي الغير مغطاة طبيا، وبعض الأماكن المماثلة لها جغرافيا وإلى أي مدى يكون ذلك أحد عوامل تنبؤ النتائج الصحية في هذه الأماكن .

**المنهج المتبع** .. قد تم اتباع المنهج الوصفي من خلال استخدام بعض البيانات الثانوية التي تم جمعها من خلال دراسة طوليه من عام( ١٩٩٣ ) إلى( ٢٠٠٥ )، كما تم استخدام الاحصاء السكاني على مستوى بلدة كنتاكي من عام( ١٩٩٠ ) حتى عام( ٢٠٠٠ )، حيث تم عمل متوسطات لها وتم استخدامها في الدراسة من خلال عمل تحليل للإنحدار

الإحصائي، وذلك من أجل تحديد العوامل الاجتماعية الاقتصادية على مستوى المجتمع أو الجماعة وأيضا على مستوى الفرد كعوامل تنبؤ للنتائج الصحية .

**أهم النتائج**

- وجدت نتائج الدراسة إن هؤلاء الذين لديهم أسوأ حالة صحية وأسوأ نتائج صحية فإنهم هم الذين يقيمون في مناطق كنتاكي الأكثر فقرا والأقل تعليما، كما إن النتائج قد دعمت المسلمة أو الفكرة بأن المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية على مستوى الجماعة هي الأفضل في التنبؤ للحالة الصحية عن المؤشرات الاجتماعية الاقتصادية على مستوى الفرد (٢٦).

**لدراسة الرابعة .. تأثير الحالة الاجتماعية الاقتصادية علي الآثار الصحية السلبية للفقدان اللاإرادي ( التقائي ) للوظائف – بالمجتمع الأمريكي ( ٢٠١٠ )**

**موضوع الدراسة** .. في اطار إن الفقدان اللاإرادي ( التلقائي ) للوظائف هو اهتمام قومي في ظل الأوضاع الاقتصادية، فأن هذه الدراسة سعت إلي معرفة مدى ارتباط الحالة الاجتماعية الاقتصادية بعملية التعرض لفقد الوظائف وللصحة .

**المنهج المتبع** .. تم استخدام بيانات من( ١٥٠٩ ) مشارك في هذه الدراسة، مع القيام بتقدير التفاعلات ما بين عملية فقدان العمل أو الوظيفة وبين خمسه نقاط من الأوضاع الاجتماعية الاقتصادية وهى التعليم، الدخل، الوضع الوظيفي، الثروة، وملكية المنزل، بالنسبة لنتائج الدم والأوعية الدموية " الأزمة القلبية، ارتفاع ضغط الم " وأيضاً أعراض الاكتئاب.

**أهم النتائج**

- وجود تأثير معتدل للوضع الاجتماعي الإقتصادي علي النتائج المادية والطبيعية ، كما أتضح أن كل من التعليم الأقل والمكانة الاجتماعية الأقل يعملان على اعتدال الجانب الصحي أو ضبطه لتخفيف تأثير فقدان العمل (٢٧) .

**الدراسة الخامسة .. هل الأثرياء لديهم مميزات صحية ؟ التحقيق في الثروة كمقياس للحالة الاجتماعية الاقتصادية – بالمجتمع الأمريكي ( ٢٠١٠ )**

**- موضع الدراسة** .. دراسة العلاقة ما بين الثروة والعديد من النتائج الصحية منها ضغط الدم، السمنة ، الحالة الصحية العامة والوفيات .

**منهج الدراسة** .. تم استخدام بيانات على ديناميكيات الدخل من خلال دارسة مسحية وهى دراسة طوليه على عينة وطنية ممثلة لسكان الولايات المتحدة في الفترة من (١٩٨٤ ) حتى ( ٢٠٠٥ )، حيث تم استخدامها لتقييم العلاقة ما بين الثروة والحالة الصحية العامة، بينما البيانات من ( ١٩٩٩ ) حتى( ٢٠٠٥ ) فقد تم استخدامها لتوضيح العلاقة ما بين الثروة وضغط الدم، السمنة.

**أهم النتائج**

- هناك علاقة عكسية قوية ما بين الثروة بين الحالة الصحية المتدنية وبين الوفاة، وإن هناك علاقة عكسية ضعيفة ما بين الثروة وحدوث ضغط الدم، وإن الثروة هي مقياس جيد لقياس الوضع الاجتماعي الإقتصادي ولابد من أخذها في الاعتبار في الدراسات المستقبلية المتعلقة بالصحة (٢٨).

**ثالثا .. العوامل الاقتصادية دورها في الإصابة بالمرض**

إن مرحلة النمو الاقتصادي يمثل عاملا هاما في تحديد نطاق المرض علي المستوى العالمي، فالدراسات الوبائية التي تمت في بلاد مختلفة تكشف عن إن المكانة السوسيواقتصادية ترتبط بوضوح بأنواع معينة من المرض. فالدارسات الإنجليزية علي

سبيل المثال تشير إلي إن معدلات الوفيات بوجه عام ومعدلات وفيات الرضع والمواليد بوجه خاص ترتفع بين الطبقات الاجتماعية الدنيا عنها في الطبقات الاجتماعية العليا، وإن معدلات المرض بالنسبة لأمراض معينة وغالبا الأمراض المعدية والطفيلية ترتبط بالفقر [٢٩]. كما تبين الدراسات نجد إن النزلات المعوية بين الرضع والنزلات الشعبية وإلتهابات الرئوية والتدرن من المسببات الرئيسية للوفاة بين أفراد الطبقة الاجتماعية الدنيا، بينما نجد إن معدلات الإصابة بتلك الأمراض أكثر انخفاضا بين أفراد الطبقة الاجتماعية العليا ومن ناحية أخرى هناك بعض الأمراض الأكثر شيوعا بين الطبقات العليا كأمراض الشريان التاجي بالقلب، اللوكيميا، تليف الكبد وفي أغلب الأحيان يمكننا أن نعزي الاختلاف في المعدلات نسبيا إلي وجود البيئة الصحية أو عدم وجودها، وإلي طبيعة المهنة ونمط الحياة المرتبط بوضع الطبقة الاجتماعية . وهذا يفسر إرتفاع معدلات حدوث الأمراض المعدية والطفيلية بين أفراد الطبقات الاجتماعية الدنيا الذين يعيشون في ظروف الفقر والقذارة والازدحام وغياب تدابير الصحة[٣٠].

ومن أهم المتغيرات المؤثرة في العوامل الاقتصادية :

**أ- الدخل**

لقد أصبح من البديهيات المعترف بها وجود علاقة ثابتة بين الحالة الاقتصادية والحالة الصحية في أي مجتمع، فكلما ارتفع دخل الفرد كلما ارتفع مستواه الصحي وقلت أمراضه وكلما انخفض المستوى الإقتصادي لمجتمع ما وقل دخل الفرد فيه وصاحب ذلك انخفاض في المستوى الصحي وانتشار الأمراض، ولعل كلا منهما سبب ومسبب أي إنهما يكونان حلقة مفرغة كل منهما يؤدي إلي الأخر إذ إن الأمراض التي تؤدي إلي انخفاض المستوى الصحي هي مثل الأمراض المعوية وسوء التغذية(٣١). فالدخل المنخفض من أهم العوامل المسببة للمرض، فالشخص الذي من ذوي الدخل المنخفض هو الذي لا يستطيع إقتناء الطعام وشراء الملابس والأدوية وبناء أو إيجار سكن مريح الذي يقيه من شرور البرد والحر، فضلا عن عدم قدرة ذوي الدخل المنخفض علي اقتناء تسهيلات الحياة التي تسهل أمور حياته وتمكنه من العيش الرغيد الذي يساعد في إطالة حياتـه [٣٢].

إن البناء الاجتماعي هو الذي يقرر طبيعة المواجهة أو عدم المواجهة عند التعامل مع العوامل الاقتصادية، كإنخفاض الدخل وعدم إيجاد فرص تعليم جيدة تجعل الفرد يرتقي في حياته نحو الأفضل وعدم إمكانية التمتع بخدمات صحية جيدة تحميه من المرض، فالبناء الاجتماعي عندما يكون متكون من توزيع غير متساو للدخل، المؤهلات العلمية، الفرص الثقافية، الحقوق الحرفية، الإمتيازات فإنه بذلك يكون مساهم رئيسي في الإصابة بالمرض [٣٣].

هناك الكثير من الدراسات التي ربطت بين اللامساواة والمرض، ومن أشهر الدراسات الحديثة في هذا المجال دراسة " ولكنسن " حيث استخدم بيانات من تسعة دول صناعية وقارنها بدول فقيرة من حيث عدد السنوات المتوقع أن يعيشها الفرد عند الولادة ، وقد وجد " ولكنسن " علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين اللامساواة في توزيع الدخل وتوقع الحياة، وقد أيدت دراستين أخريين الدراسة السابقة حيث أجري " كيندي " وزملاؤه وكذلك " كابلن " وآخرون عدة أبحاث أجريت علي خمسن ولاية أمريكية، إذ تبين وجود ارتباط دال بين المتغيرين. كما استخدم " كاوستي" وزملاؤه بيانات مسحية وطنية أمريكية لاختبار الأهمية المحتملة لرأس المال الاجتماعي حيث دلت نتائج الدراسة الأمريكية علي أن نسبة الذين وافقوا علي العبارة التالية " إن معظم الناس سوف يحاولوا استغلالك إذا سنحت لهم الفرصة " مرتبطة بعدم المساواة في الدخل [٣٤].

إن الارتفاع بالمستوى الإقتصادي للأفراد خير كفيل للارتقاء بالمجتمع صحيا، أي إن المستوى الاقتصادي يلعب دور رئيسي في الأوضاع الصحية ، وقد أجريت دراسة في أحد المدن الأمريكية أثبتت إن الأسر ذات الدخل المحدود ( أقل من ١٠٠٠ دولار في السنة) ترتفع لديها نسبة الأمراض بنسبة ( ٦٦% ) أكثر من الأسر المرتفعة الدخل ( أكثر من ١٠٠٠ دولار في السنة )، وفي تقرير لمنظمة الصحة العالمية وضع فيه سبعون دوله في ست مجموعات وفقا لدخل الفرد في السنة، وقد تبين إن هناك علاقة مطردة بين الوضع الاقتصادي لكل من هذه المجموعات وبين نسبة التعليم ومستوى التغذية و وفيات الأطفال الرضع وتوقعات الحياة عند الولادة، وكلها تنم عن المستوى الصحي السائد في هذه المجموعات [٣٥]. ولقد استخدم مفهوم الحرمان النسبي في المجتمعات الغربية في مستوى الدخول وقد مكنهم من استخدامه كعامل للتنبؤ، بأن الناس الذين يحتلون أسفل الهرم الاجتماعي يشعرون بالغضب والتهميش وهذ الشعور من شأنه أن يؤدي بشكل مباشر وغير مباشر إلي أثار صحية، فهنالك مجموعة من الباحثين أمثال "ويلكنسن " دلت نتائج أبحاثهم علي وجود أثار هامة احصائية لمتغير عدم المساواة في الدخل علي الوفيات في الدول الصناعية، وهذه النتائج أدت إلي الاستنتاج أن المستوى المطلق للمصادر المادية مقاسا بنصيب الفرد من الدخل القومي أقل أهمية من مكانة الفرد النسبية في المجتمع، فإذا كانت المستويات المطلقة للمصادر مهمة فعلي المرء أن يتوقع وجود علاقة مباشرة لشخص يعيش مثلا في مجتمع يبلغ متوسط الدخل فيه علي سبيل المثال ( ٥٠,٠٠٠ ) دولار، مقارنة بشخص في مجتمع يبلغ متوسط الدخل فيه ( ٢٥.٠٠٠ ) دولار. كما جاء في دراسة بريطانية لقطاع العاملين في الجهاز المدني قام باجراها " مارموت " وزملاؤه لأشخاص لم يعاني أيا منهم من الحرمان المادي، إذ كان جميع المشاركين يتمتعون بالتأمين الصحي إلا إنه كانت هناك فروقات واضحة في معدلات الوفيات تبعا لمكانة الشخص في الهرم الاجتماعي، إذ وجدت الدراسة إن الفروق كانت واضحة بين أولئك الذين يحتلون قمة الهرم كالمدراء والمهنيين الذين يحتلون منتصف الهرم وبين العمال وأولئك الذين يحتلون أسفل الهرم، وهذه الدراسة وضحت إن الفئة الأخيرة وبسبب مكانتها الاجتماعية تعيش شروط حياتية سيئة وهذا شرط كاف لإصابتهم بالأمراض وبالتالي الوفاه [٣٦].

في دراسات في أمريكا وأوربا حول العلاقة بين المرض والعوامل الاقتصادية للأفراد أثبتت الدراسة إن ذوي المستوى الاقتصادي المنخفض يستغلون الخدمات الصحية بنسب أقل من الذين مستواهم الاقتصادي عالي، وهذا يرجع إلي تكاليف العلاج المرتفعة حيث إن الكثير من ذوي المستوى الاقتصادي المنخفض لا يحملون تأمينات صحية وبذلك يترددون علي الطبيب بنسب أقل، وإن ذوي الدخل المنخفض في البلدان الرأسمالية يزورن الأطباء وأطباء الأسنان بنسب أقل بكثير من ذوي المستوى الاقتصادي العالي، كما يواجهون العديد من المشاكل الصحية الجسمية والنفسية ويتعرضون للكثير من الأمراض المزمنة، والكثير من الاعاقات الجسمية ويتحصلون علي خدمات طبية أقل مما تستحقه أعراضهم المرضية [٣٧].

لقد أشار " اندرسون " في دراسة له حول نوعية العلاج ومكانه والدواء الذي يتناوله المريض إلي أن أبناء الطبقة العليا وبناء علي دخولهم المرتفعة، يستطيعون زيارة المستشفيات الخاصة وشراء الأدوية الأجنبية . في حين إن أبناء الطبقة الدنيا بشكل عام نظرا لانخفاض أجورهم يميلون الي استخدام الطب الشعبي أكثر من الطب الحديث بالرغم من أنهم يعانون من كثرة الأمراض والاعاقات أكثر من أبناء الطبقة العليا، فسلوكهم الصحي غالبا ما يكون للبحث عن رعاية الأعراض مقارنة مع أبناء الطبقة العليا الذين

يبحثون عن الوقاية والطب الوقائي، أي محاولة البقاء أصحاء بشكل مستمر بدلا من الانتظار حتى يحدث المرض ويستفحل (٣٨). إن كون الفرد من ذوي الدخل المنخفض في البلدان النامية يجعل صحته غير جيدة إذ إنه لا يستطيع الحصول علي غذاء جيد متكامل، الأمر الذي يجعله ضعيف غير قادر جسميا في منطقة ملوثة غير نظيفة يعاني من أمراض علي رأسها أمراض الجهاز التنفسي، وهو لا يستطيع الحصول علي مسكن مناسب صحي مما يجعله معرضا للحشرات والقوارض ناقلة الأمراض، يضاف إلي ذلك إن حياته مليئة بالضغط والقلق إذ أنه دائما قلق حول الحصول علي أموال كافيه لدفع مصاريف حاجاته الرئيسية، وأن الضغط والقلق المستمر يمكن أن يكون سبب في بعض الأمراض الجسمية والنفسية (٣٩).

كما إن ذوي الدخل المنخفض لا يستجيب للمرض بسرعة ويطلب العلاج فمثلا سعال بسيط والذي قد يكون مؤشر علي مرض خطير قد يتغاضى عنه ولا يسعى للعلاج، لأن حالته المادية لا تسمح حتى بالحصول علي الغداء، ولكنه قد يضطر إلي الذهاب إلي الطبيب بعد أن تسوء حالته ويصبح الوقت متأخر بالنسبة للمرض ( زين الدين عبد المقصود : ١٩٨١، ١٦٧ ). وكثيرا ما يعامل ذوي الدخل المنخفض بنوع من العدوانية أو النظرة الدونية والإزدراء أو الإحتقار من قبل بعض الأطباء والعاملين في قطاع الصحة، أو علي الأقل لا ينالون الانتباه والاصغاء والرعاية التي يحتاجونها التي تتطلبها حالتهم المرضية ، وبذلك فهم غالبا يتجنبون التردد علي الأطباء والمراكز الصحية سواء الوقائية أو العلاجية، بتالي فأنهم في أغلب الأحيان يكونون مرضي وإن فترات مرضهم تطول مقارنة بغيرهم من ذوي الدخل المرتفع(٤٠).

في دراسة عن وصف التأثير الكبير للعوامل الاقتصادية على الإصابة بالمرض تما عينة للدراسة من مجموعة وطنية من السكان في الولايات المتحدة الأمريكية، حيث تم عمل مسح اجتماعي عليها وذلك للحصول على بعض المعلومات الديموغرافية، الاجتماعية والاقتصادية، التوظيف والبطالة، خصائص قوى العمل للتحقق من الإصابة بالمرض، وهذه الدراسة قد تمت باختيار الدخل العائلي كمؤشر للوضع الاجتماعي الاقتصادي للفرد، إذ أنه يعكس القدرة المادية لدى الفرد للحصول على مسكن مناسب، غذاء مناسب، ورعاية طبية مناسبة. وكان من الواضح من خلال النتائج أن مستويات دخل ترتبط بشكل كبير يبعضها البعض، كما وجد أنه تقريبا من حوالي ربع إلى ثلث الإصابات المرضية المرتبطة بالسكان الموجودة في أماكن ذات دخل منخفض، كما أوضحت النتائج أيضا وجود علاقة عكسية واضحة ما بين الدخل والوفيات لكل من الرجال والنساء، وكميا فأن تأثير الدخل علي معدل الوفيات يكون أقوي من تأثير التعليم بالنسبة للرجال ولكنه أضعف بالنسبة لنساء، كما أشار " كيتاجاوا "و" هاوزر " إلي إنه إذا أصبح الأشخاص المرضي بلا عمل فأنهم يضطروا إلي ترك عملهم والعمل في مستوى أقل في السنوات التي تسبق الوفاة، وإن ما يحققونه من ربح يكون أقل مما كانوا يكسبونه عندما كانوا في تمام الصحة، وبالتالي فإن الصحة الهزيلة أو سوء الحالة الصحية تكون نتيجة لإنخفاض في الدخل(٤١).

**ب- التعليم**

أظهرت الأبحاث إن حالة التعليم تتناسب طرديا مع الحالة الصحية في أي مجتمع، فكلما ارتفع مستوى التعليم ارتفع المستوى الصحي وانخفضت نسبة الإصابة بالأمراض، وبالعكس فإن المجتمعات المتخلفة علمياً هي مجتمعات التي يوجد بها مستوى صحي منخفض وتنتشر فيها الأمراض، حيث أن هذه المجتمعات قاصرة علي توضيح أسباب الأمراض وتنساق وراء خرافات تؤدي إلي الاعتقاد بوجود الجن والأرواح الشريرة والحسد

كأسباب للمرض، كما إن الجهل والأمية يكون سبب في عدم اتباع إرشادات الطبيب وتعليماته بشأن استعمال الدواء وكميته وموعده والانتظام فيه(٤٢).

إن المستوى التعليمي لأفراد المجتمع هو عامل هام يؤثر علي مدى انتشار الأمراض وفي مدى اتباع وسائل السيطرة عليها، كما يؤثر علي مدى تعاون الناس مع السلطات الصحية المحلية في اتخاذ ما يلزم من اجراءات لرفع المستوى الصحي للمجتمع، وبشكل عام فأنه كلما ارتفع المستوى التعليمي في المجتمع كلما ارتفعت معه المستويات الثقافية الصحية، وازدادت معه عمليات التعاون مع السلطات الصحية للمساعدة في اتخاذ الاجراءات الملائمة للسيطرة علي الأمراض للحد من انتشارها وبالتالي المحافظة علي المجتمع سليم معافى(٤٣).

لقد أشار العديد من الباحثين منهم " روس " إلي أن الناس الذين يتمتعون بتعليم عال يتمتعون بصحة أفضل مقارنة مع من هم أقل تعليما، ويمكن تفسير العلاقة بين التعليم والصحة الجسدية والنفسية من خلال ثلاث فرضيات أو مجموعات تفسيرية وهي ظروف العمل الاقتصادية وأنماط الحياة الصحية والمصادر النفسية الاجتماعية ، فالذين يتمتعون بتعليم عال غالبا ما تتميز أعمالهم بأنها مستقلة وليس روتينية ويتقاضون دخول مرتفعة وأعمالهم ليست خطيرة ويتمتعون بالسيطرة علي مجريات حياتهم، ولديهم عادات صحية جيدة ودعم إجتماعي أفضل ونتائج التعليم هذه ذات آثار ايجابية علي الصحة(٤٤).

وفي عام ( ١٩٧٣ ) قام كل من " كيتاجاوا " و" هاوزر " بتقديم دراستهم بعنوان علم الأوبئة الاجتماعي والاقتصادي وفروق الوفيات في الولايات المتحدة الأمريكية، وقاموا بعرض النتائج التي اعتمدت علي مجموعتين مختلفتين من البيانات، هما دراسة السجلات المتطابقة ( ١٩٦٠ ) ودراسة منطقة شيكاغو التي قامت بدراسة السجلات المتطابقة، وبربط كل من شهادات الوفاة مع بعض معلومات الاحصاء السكاني عن مدى التعليم لعدد حوالي( 34,000 ) فردا ممن توفوا خلال الفترة مايو – أغسطس( ١٩٦٠ ) في الولايات المتحدة الأمريكية، حيث إنهم قاموا بدراسة العلاقة ما بين التعليم والوفيات للعديد من المجموعات اعتمادا علي العمر والجنس والسلالة، وقد وجدوا إن بين كل المجموعات السلالية والجنسية ذات العمر من(٢٥ ) إلي ( ٦٤) عاما علاقة عكسية قوية بين سنوات الدراسة والوفيات في عام( ١٩٦٠ )، كما أوضحت النتائج أيضا إنه بين هؤلاء الأكبر عمرا من (٦٥) عاما توجد علاقة بسيطة ما بين التعليم (٤٥).

كما وجد كل من " ماكنباتش " و" لومان " ( ١٩٩٠) أنه في المتوسط فأن نسبة معدلات الوفيات بين الأكثر تعليما والأقل تعليما كانت تقريبا ثلثين إي بنسبة ( ٢:٣ )، كما وجدت دراسة أخرى إن نسبة الوفيات بين ذوي الدخل الأعلى وذوي الدخل الأقل كانت تقريبا ( ٨٢% )، كما وجد كل من " كونست " و" لومان " و"ماكنباتش " في دراستهم علي الفترة الزمنية ( ١٩٥٢، ١٩٦٢، ١٩٧٢، ١٩٨٢ ) إن العلاقة ما بين العامل الاقتصادي والوفيات كانت علاقة إيجابية في ( ١٩٥٢، ١٠٦٢ ) بين الرجال، علي الرغم من كونها سالبة بين النساء ولكنها أصبحت علاقة سالبة لكل من الرجال والنساء في( ١٩٨٠ )(٤٦).

كما وجد " كوكرهام " وزملاؤه في دراسة حاولت الربط السلوك الصحي بالتعليم إن التعليم هو أحد العوامل الاقتصادية التي لها تأثير في خلق درجة أو نوع من عدم المساواة عبر الدول التي تمت دراستها بالنسبة للجانب الصحي، وهناك إختلافات أو عدم مساواة صحية أخرى يمكن تقسيمها إلي مجموعتين :ـ

أولا .. إتجاه يشير إلي خصائص أو سمات الفرد أو الأسرة والتي من الممكن أن تؤدي إلي اختلافات صحية، ويمكن تقسيم تلك السمات إلي خصائص تعتمد علي الموارد (مادية)

مثل الثروة وملكية المسكن، وملكية السيارة ، وخصائص لا تعتمد علي الموارد وهي خصائص سلوكية مثل العوامل النفسية والوراثية و الثقافية .
ثانيا .. الإتجاه الثاني يشير إلي تلك المرحلة العمرية التي توجد بها تجارب وخبرات حياتية وتتكون فيها جوانب عدم المساواة، حيث يمكن تقسيمها أيضا إلي قسمين، اختلافات تنشأ من الاختلاف في خبرات و طبيعة الحياة عبر المرحلة العمرية مثل اختلافات في الغذاء، التدخين، الرياضة، المهنة ، واختلافات التي تنشأ من الاختلاف في امكانية الحصول علي والاستفادة من خدمات الرعاية الصحية(٤٧).

يلعب التعليم دورا هاما في صحة الفرد والمجتمع ككل، فهناك دراسة تري إن الأفراد المتمتعين بتعليم أفضل يختارون العلاج في المستشفى بينما يفضل الأقل تعليما الإستفادة من الخدمات الطبية التقليدية، وقد يعد التعليم من أكثر المتغيرات ارتباطا بالاختلافات في مواقف الأفراد من المرض، فالاستهلاك الطبي يزداد مع إرتفاع مستوى التعليم . ويمكن ملاحظة وجود علاقة بين تعليم المرأة ومعرفتها لوسائل منع الحمل، وللتعليم تأثير مباشر علي مواقف الناس من الطب العصري فالمتعلمون من السهل اعلامهم بواسطة النشرات والمجلات والمكتبات ...الخ، كما أنه يجعل الناس أكثر تقبلا للأفكار الجديدة والتجارب (٤٨).

أشارت الدراسات إلي أن المستوى التعليمي للأم يشكل دور أساسي في المحافظة علي صحة الطفل أو إهماله من الناحية الصحية والغذائية، فالمرأة المتعلمة احتمال إصابة طفلها بالمرض وخاصة التي تؤدي إلي الوفاة نادرة للغاية فهي أكثر استجابة من المرأة الأمية لأساليب الرعاية الصحية لأطفالها، ويلاحظ إن النساء المتعلمات المنتميات للمستويات الاجتماعية والاقتصادية العليا والوسطي يدركن بطريقة أفضل أهمية الممارسات الصحية لأطفالهن واتباع نظام غذائي، أكثر من النساء الأميات والآتي ينتمين إلي مستويات إقتصادية واجتماعية دنيا حيث انتشار الفقر والجهل وتدني المستوى التعليمي والثقافي (٤٩).

وعادة تتمتع الأسر التي نالت قدراً كبيرًا من التعليم بصحة أفضل فالتعليم بالنسبة للوالدين وخاصة الأم يلعب دوراً هاماً في صحة الطفل حتى قبل الولادة وطوال فترة الطفولة، وكذلك فالأمهات اللاتي نلن تعليمً أفضل سيتزوجن ويشرعن في تكوين أسرة في سن أكبر مما يقلل من المخاطر الصحية للولادة المبكرة، كما أنهن يمارسن الصحة المنزلية بصورة أفضل وينتفعن بالخدمات الصحية بصورة أنجح، وهن بصورة عامة أفضل حالاً للحصول على المعلومات المتعلقة بالصحة والعمل بموجبها. كما أن التعليم يلعب دوراً هاما في تغيير العادات الشخصية وأساليب الحياة، فالمتعلمين يميلون للأخذ بالاختبارات الأفضل بالنسبة لصحتهم والتي تقلل من فرص تعرضهم للمخاطر الصحية، فهم أسرع إلى تغيير سلوكهم عند ظهور تهديدات جديدة لصحتهم (مثل الإيدز)، وكذلك فهم أسرع في التجاوب مع المعلومات الجديدة عن الصحة. وبالمقابل إن سوء صحة الفرد تفرض عليه تكاليف من حيث انخفاض قدرته على التمتع بالحياة أو كسب الدخل أو العمل بفعالية. وهكذا تسمح الصحة الجيدة للفرد بمواصلة حياة أكثر إنجازًا وإنتاجية بينما يحدث العكس في حالة تدهور الحالة الصحية للفرد (٥٠).

**ج- المهنة**

وضحت العديد من الدراسات إن المهنة ذات تأثير مباشر علي المرض، وعلي كيفية التعامل معه وعلي تحديد نمط سلوك المرض، فبعض المهن تعد مصدرا رئيسيا للإصابة بالمرض . ويري الكثير من الباحثين بأنها تمثل وسيط للعدوى وتزداد خطورتها،

إذ تبين منذ سنوات ليست بالقصيرة من خلال الأبحاث والدراسات الإحصائية المرضية، إن هناك علاقة وطيدة وأساسية بين المهنة أو العمل الذي يقوم به الأفراد، وإن كثير من الأمراض التي يصابون بها تكون ناتجه عن أسباب وعوامل مهنيـة، وإن الأمراض المهنية ما هي إلا حالات مرضية تصيب العامل عند مزاولته لمهنة معينة مدة من الزمن قد تطول أو تقصر، فمثلا من يتعرض في عمله للوهج والنار تنشأ في عيناه عتامات تضعف بصره ويعد ضعف البصر هذا مرضا مهنيا، ومن كان يتعرض في عمله لإنجره وأتربه تحتوي علي الرصاص أو المنجنيز تظهر عليه أعراض التسمم بالرصاص أو المنجنيز فإن حالته تعد مرض مهني (٥١).

إن المهنة التي يمتهنها الفرد تعد أحد المصادر المهمة في سعادته وشقائه، ففي عام (١٩٨٣ ) أشار " كوهين " و" شولر" إلي إن مفهوم الإتجاه الذاتي الوظيفي هو أحد المفاهيم المهمة وظيفيا، وقد دعمت عدة أبحاث من قبل " كاراسك " وزملاؤه الفكرة فقد دلت أبحاثهم علي أن معدلات المرض ونوعية الحياة تتأثر سلبا عند العمال الذين يعانون من كثرة متطلبات العمل وتدني سلطتهم وعدم وجود المرونة في بيئة العمل، كما وجد كل من " جونسون "و" هول " إن الدعم الاجتماعي قوة تتوسط عمليات الطلب علي العمل وحرية الإختيار والحركـة، ولقد حاول " سايم " تفسير الميل للمرض من خلال الإشارة إلي أنه كلما تدنت مكانة الشخص في الهرم الوظيفي كلما تدنت قدرته علي التحكم بالأحداث الحياتية التي يواجهها، كما أشارت نتائج الدراسات إلي أن معدلات المرض ودرجة الوظيفة والطبقة الاجتماعية تختلف بناء علي القدرة والفرصة والتدريب الذي يتلقاه الناس من أجل السيطرة علي الأحداث الحياتية التي تعصف بهم (٥٢).

تختلف المهن بإختلاف المجتمع ففي المجتمع الريفي تكون المهنة الرئيسية هي الزراعـة، أما المجتمع البدوي تكون المهنة الرئيسية هي الرعي، وفي المجتمع الحضري تكون الحرفة الرئيسية هي الصناعة، ولكل مهنة من هذه المهن أمراض تتعلق بها وتكون ناتجة عنها ولذلك يطلق عليها أمراض المهنة. والمهنة المنهكة والمضنية كمهنة عمال المناجم وأعمال الفلاحة والزراعة ومهنة إدارة المكنة الصناعية وصيانتها وتشغيلها والمهن الحربية بل حتى المهن العلمية والفكرية كلها تعرض الفرد إلي الإجهاد والإنهاك البدني والعقلي، وإذا لم يعالج هذا الإجهاد من قبل الفرد فإنه لابد أن يتعرض إلي المرض الذي قد يكون مرضا مزمنا (٥٣).

قد اقترح " سقرست " ( ١٩٩٦ ) طريقة جديدة للنظر الي ضغوط العمل حيث اقترح نموذج عدم التوازن بين الثواب والجهود، حيث يفترض هذا النموذج إن معدلات المرض سوف تظهر عندما يحدث عدم توازن بين الجهود الشخصية كالمنافسة والانخراط والاخـلاص فـي العمـل ومـن جهـة، والمكافأة أو الثواب من جهة أخرى قبل الترقية وتوقف التطور المهنـي أو إنغـلاق الفـرص، وبناء علي هذا النموذج النظري قام " سقرست " بدراسة ( ٤١٦ ) عامل ولمدة ست سنوات ونصف، حيث دلت نتائج دراسته علي إرتفاع معدلات الإصابة بأمراض الشريان التاجي بست مرات(٥٤).

والمهنة تكون مضره للفرد إذا كانت فوق طاقة الفرد إذا كان يمارسها وكانت تستغرق ساعات طويلة ، لاسيما إذا كان العمل لا يرافقه ساعات فراغ وترويح يستطيع الفرد من خلالها الحصول علي قسط من الراحة والإستجمام وتجديد طاقاته البدنية والعقلية المنهكة، والذي يعرض الفرد إلي المرض والإستياء والصدمة هو تسريحه من المهنة وإنهاء عمله وجعله بدون عمل لسبب أو لأخر، علما بأن البطالة عن العمل التي تؤدي إلي قطع مصادر الرزق عن الفرد تؤدي إلي إضطراب الحالة النفسية والإعياء الاجتماعي وسوء التكيف مع

المحيط الذي يعيش فيه الفرد ويتفاعل معه، ومثل هذه الأعراض التي يمر بها الفرد نتيجة بطالته عن العمل لابد وأن تسبب له شتي أنواع الأمراض الإنتقالية والمزمنة بسبب ضعف مقاومته للمرض نتيجة إنهيار طاقاته الجسمية والنفسية والعقلية ، يضاف إلي ذلك إنه في محيط العمل الذي يعمل فيه الفرد هناك ضروب كثيرة من المنافسة والتحدي التي تأخذ مكانها بين الأفراد العاملين في محيط العمل، لاسيما عندما يكون هؤلاء كثيرين وعندما تكون ظروف العمل صعبة وشائكة ومضطربة ، فالكثير من العاملين في ظروف العمل هذه يكونون ضحية لمعطيات المهنة وظروفها( ٥٥ ).

هناك بعض الدارسات التي أوضحت تعرض الأجساد للأمراض وخاصة الغدد والسرطانات والقلب والأزمة والقرحة والآم العضلات والتقيؤ والصدفية نتيجة الضغوط المطولـــــة، منها دراسة " هاوس " وزملائه حيث قاموا بإجراء دراسة علي حوالي (١٨٠٠) عامل في المنطقة الشمالية الشرقية للولايات المتحدة الامريكية، ووجدوا بناء علي التقارير الذاتية " الاستبانات " للعمال أن الضغوط الوظيفية المدركة من قبلهم مرتبطة بالعديد من الأمـراض، مثل الخناق الصدري والقرحة والقلق وإرتفاع الدم وأمراض الشريان التاجي وأمراض الجهاز التنفسي وغير ذلك ( ٥٦ ).

مما يؤدي إلي تفاقم بيئة العمل وإضطرابها تميز المهنة بالخطورة الناجمة عن فقدان معطيات السلامة الصناعية والأمن الصناعي، كتلوث بيئة العمل بالكربون والغازات السامة المنبعثة من المكائن الصناعية وتطاير القاذفات والكتل النارية منها وربما إحتراقها وإنفجارها مما يؤدي إلي إصابة العمال بإصابات جسيمه وخطيرة تؤدي إلي مرضهم وتوقفهم كليـة عـــن العمل( ٥٧ ).

يتضح تعرض الأفراد في أثناء مزاولتهم لهنتهم للإصابة بالمرض، من خلال إحتكاكهم بعدة عوامل في بيئة العمل تؤثر علي صحتهم منها :_

-نقص الوعي الوقائي .. أي أن الإصابة بالمرض يتوقف علي مدى ومستوى إدراك صاحب العمل لمخاطر صناعته .

-العوامل الطبيعية .. كالحرارة والرطوبة والضوضاء والضغط الجوي والإشعاعات النووية.

- الأتربة .. قد تكون عضوية مثل السكر والدقيق والخشب وزغب القطن والصوف أو غير عضوية مثل الرمال وأتربة الصخور.

- الغازات والأنجره والأدخنة التي تتصاعد من الصناعات والتي بعضها سام وبعضها الآخر خانق .

- العوامل البيولوجية .. كالبكتيريا والفطريات والطفيليات .

- عوامل إجتماعية وإدارية .. مثل العلاقة بين العمال مع بعضهم البعض ونظام العمل مثل الدوام وفترات الراحة والأجور .

- عوامل شخصية ونفسية .. تتعلق بطريقة أداء العامل لعمله مثل وقوفه وحركته وجلوسه وعلاقته بالآخرين ( ٥٨ ).

إن نوع المرض قد يتوقف أساسا علي بعض المحكات التي من أهمها العامل الاقتصادي، وأن تباين هذا العامل هو المسئول الأول عن التباين في نوع المرض داخل المجتمعات المختلفة بل داخل المجتمع الواحد بين شرائحه المختلفة، وقد تنتشر بعض الأمراض داخل أنماط معينة من المجتمعات وتختلف أيضا من شريحة إلي أخرى( ٥٩ ). فقد قام " لوج " و " جارجورا " (١٩٩٠) بدراسة العلاقة ما بين الطبقة الاجتماعية والوفيات من أمراض القلب في ( ١٢٠٠ ) مقاطعة توجد في ثماني مدن فـــي أوهايو، حيث إنهم وجدوا إن مناطق الطبقات الدنيا والوسطي يوجد بها تقريبا ضعف معدل الوفيات عنه في

مناطق الطبقات الوسطي والعليا، وإن المناطق الفقيرة ذات العمالة الفقيرة يوجد بها معدل وفيات حوالي أربعة إضعاف ما يوجد في مناطق الطبقات المتوسطة والعليا . وقد إتضح من هذه الدراسة إن المشاكل المرضية المترتبة عن العوامل الاقتصادية تعتمد علي القوى الاجتماعية والبناء الاجتماعي، كما تعتمد علي إمتلاك الموارد التي يمكن إستخدامها في التقليل من إستجابة الأفراد في البناء الاجتماعي للمرض، مع تمكين الأفراد من التفكير بأوضاعهم وإعادة تنظيم حياتهم . فخطر العوامل الاقتصادية المتمثل في الدخل المنخفض يمس العمال غير الماهرين وشبة الماهرين هؤلاء الذين يفتقدون المؤهلات والموارد المادية التي تجعلهم أكثر عرضة للمرض، وهذه النتيجة تتفق مع ما خلص إليه " دورند " بأن من أهم العوامل المؤثرة في قدرة الفرد علي مواجهة أزمات الحياة هو المجال الذي تعبر المواجهة فيه عن نفسها، وهذا المجال يتأثر بعدة عوامل تقع خارج محيط الفرد وبخاصة عدم المساواة في المجالات الاقتصادية(٦٠).

وهناك ما يعرف بالمرض المهني هو المرض الذي يصيب العامل نتيجة تعرضه بحكم عمله لبعض العوامل الضارة التي تعتبر جزءا من طبيعة العمل، وبعض تلك العوامل الضارة لا توجد في أغلب الأحيان إلا في بيئة العمل ومن ثم فإن الأمراض التي تنشا عنها لا توجد إلا بين العاملين المعرضين. مثال ذلك مرض تحجر الرئتين ( السليكوزس ) الذي يصيب عمال المناجم. على أن هناك بعض الأمراض التي تصيب بعض العاملين في مهن معينة ولكنها كذلك يمكن أن تصيب الأفراد من غير العاملين في تلك المهن. ومثال ذلك التدرن الرئوي الذي يعتبر مرضا مهنيا عندما يصيب العاملين في مستشفيات الدرن أو في معامل التحاليل الطبية ويعتبر مرضا عاديا في غير تلك الحالات. كما أن بعض الأمراض المعدية الأخرى مثل الحمى المالطية ( البروسلوزس) في عمال تربية الحيوان والإلتهاب الكبد الفيروسي بي وسى C& B في الأطباء الجراحين تعتبر أمراضا مهنية في تلك المهن وأمراضا عادية في عامة الناس (٦١). ولابد من وضوح العلاقة بين العامل المسبب وبين المرض حتى يمكن اعتبار المرض مهنيا، وعلى ذلك فان إصابة أحد العاملين بأي من الأمراض الشائعة أثناء فترة عمله في مكان ما لا تعتبر مرضا مهنيا ما لم تكن هناك علاقة سببية مباشرة واضحة بين المرض وظروف العمل(٦٢).

**الفصل الثالث .. الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية**

**أول .. نوع ومنهج الدراسة**.. لقد إعتمدت الدراسة علي المنهج الوصفي لملائمته لأغراض البحث، بالتطرق إلي الأدبيات السابقة بعد إجراء مسح مكتبي للإطلاع علي الدراسات والبحوث النظرية والميدانية والوقوف عند أهمها، والتي ستشكل رافدا مناسب لهذه الدراسة . بالإضافة إلي أن الباحثة اعتمدت في جمع بياناتها على استمارة الاستبيان تتضمن مؤشرات لقياس العوامل والاقتصادية، حيث تم تطبيقها علي فئة من المرضى النزلاء المتواجدين بمركز طرابلس الطبي من مختلف أقسامه الإيوائية وعلي فئة من الأصحاء تم اختيارهم داخل محيط مدينة طرابلس بناءً علي خصائص ديموخرافية متمثلة في الجنس، العمر، الخلفية الحضارية، وهي استمارة استبيان ذات أسئلة مغلقة لدراسة دور العوامل الاقتصادية في الإصابة بالمرض.

**ثانيا .. مجتمع الدراسة**

**١ - مجتمع الدراسة الأول**

يتكون المجتمع الدراسة الأول من مركز طرابلس الطبي في العاصمة الليبية طرابلس، وهو مركز خدمات طبية وتعليمية بحثية، ويعد من الركائز الطبية المتقدمة في مجال تقديم الخدمات الطبية وهو مركز تعليمي بحثي متقدم لتأهيل وتدريب العناصر الطبية

والطبيـــة المساعـــدة والبحـــوث الصحيـــة، ويمارس إختصاصاته وفقـــا لقرار إنشائه رقم ( ١٦٩ ) لسنـة ( ١٩٩٣ ) . يقع المركز في المدخل الشرقي لمدينة طرابلس وقد شيد علي مساحة إجمالية تقدر بحوالي ( ٢٧٨١٥٠ ) متر مربع ، يحده من الشمال مدخل كلية الطب البشري بجامعة طرابلس ومن الغرب مبني الكلية ومن الجنوب القرية السكنية الخاصة بالمركز ومن الشرق الطريق الرئيسي المؤدي إلي وسط مدينة طرابلس(٦٣) .

**٢- مجتمع الدراسة الثاني**

يتكون المجتمع الدراسة الثاني من مناطق متعددة ومختلفة بمدينة طرابلس، التي هي عاصمة ليبيا وأكبر مدنها. تقع علي حوض البحر الأبيض المتوسط في الجزء الشمالي الغربي من ليبيا، تبلغ مساحتها حوالي (1,063,5 ) كيلومتر مربع ، وتضم مدن رئيسيـــة ويقطـــن بهـــا حسب تعداد ( ٢٠٠٦ ) حوالي ( ١٣٢٧٠٠ ) نسمة. كما يتضح من الصورة رقم ( ١٤ ) التي تمثل إقليم مدينة طرابلس (٦٤) .

**ثالثا .. أسس إختيار العينة**

**١- تحديد عينة الدراسة**

نظرا لأن كلا مجتمعا الدراسة أكبر مما تسمح به إمكانيات الباحثة فإن الباحثة رأت أنه من المناسب للدراسة الحالية أن يكون عدد العينة ( ٣٠٠ ) علي أن يتم إختيار ( ١٥٠ ) منهم من مجتمع الدراسة الأول مركز طرابلس الطبي بإستخدام العينة العشوائية البسيطة ليمثلوا عينة المرضى ويتم تطبيق الإستمارة عليهم ثم تبيت خصائص ديموخرافية معينة وهي النوع، العمر، الخلفية الحضارية لتمثل عينة الأصحاء علي إعتبار أن العينة تمثل إنعكاس للصفات والخصائص الأساسية في مجتمع الدراسة. وبناءا علي هذه الخصائص الديموخرافية يتم تطبيق الإستمارة بعد ذلك علي (١٥٠) في مجتمع الدراسة الثاني مدينة طرابلس ليمثلوا عينة الأصحاء. إي أن الإختيار سوف يكون بإستخدام العينة القصدية لأشخاص يقطنون في محيط مدينة طرابلس يماثلون عينة المرضى في العدد من حيث النوع، العمر، الخلفية الحضارية.

**أ- تحديد حجم العينة المراد دراستها في مجتمع الدراسة الأول .**

ليكون الإختيار بشكل عادل بحيث تتوفر الفرصة لأي فرد من أفراد المجتمع لأن يكون مـن العينـــة، فأن الباحثة قامت بتحضير قائمة مرقمة تضم أعداد الأسرة بكل الأقسام التي تمثل مجتمع الدراسة ووضع هذه الأرقام بصندوق السحب. وعليه تكونت عينة الدارسة في المجتمع الأول مركز طرابلس الطبي من مائة و خمسون ( ١٥٠ )، تنقسم إلي ست وسبعون ( ٧٦ ) ذكور، وأربع و سبعون (٧٤).

**ب. تحديد عينة الأصحاء في مجتمع الدراسة الثاني**

لتحقيق أهداف الدراسة والتمكن من الكشف دور العوامل الاقتصادية في الإصابة بالمرض فإن الباحثة بعد أن قامت بتحديد العينة في المجتمع الأول للدراسة مركز طرابلس الطبي وإستخرجت عينة المرضى، قامت بعد تفريغ البيانات وبعد ذلك قامت بتبييت ثلاث خصائص ديموخرافية بناءً علي البيانات التي جمعت من الأفراد المرضى وهي النوع، العمر، الخلفية الحضارية وعلي أساس هذه الخصائص تم تحديد عينة الأصحاء، وقد تم استخراج هذه النسبة باستخدام معادلة احصائية باستخدام برنامج (SPSS)، كما هو موضح في الجدول رقم ( ١ ).

الجدول رقم ( ١ )

يوضح توزيع عينة الدراسة بالمجتمع الثاني مدينة طرابلس وفقا للخصائص الديموخرافية

| الخلفية الحضارية | النوع | العمر | | | المجموع |
|---|---|---|---|---|---|
| | | أقل من ٤٠ | من ٤٠ -٥٠ | من ٥٠ فما فوق | |
| حضري | ذكر | ١٠ | ١٥ | ١٥ | ٤٠ |
| | | %٢٥.٠ | %٣٧.٥ | %٣٧.٥ | %١٠٠.٠ |
| | أنثي | ٧ | ١٣ | ١٨ | ٣٨ |
| | | %١٨.٤ | %٣٤.٢ | %٤٧.٤ | %١٠٠.٠ |
| | المجموع | ١٧ | ٢٨ | ٣٣ | ٧٨ |
| | | %٢١.٨ | %٣٥.٩ | %٤٢.٣ | %١٠٠.٠ |
| ريفي | ذكر | ٦ | ٥ | ٢٥ | ٣٦ |
| | | %١٦.٧ | %١٣.٩ | %٦٩.٤ | %١٠٠.٠ |
| | أنثي | ٤ | ٦ | ٢٦ | ٣٦ |
| | | %١١.١ | %١٦.٧ | %٧٢.٢ | %١٠٠.٠ |
| | المجموع | ١٠ | ١١ | ٥١ | ٧٢ |
| | | %١٣.٩ | %١٥.٣ | %٧٠.٨ | %١٠٠.٠ |

تكونت عينة الأصحاء بناءً علي الخصائص الديموغرافية المثبتة من مجموعة ذات خلفية حضرية تكونت من ( ٤٠ ) ذكور بنسبة (١٠٠.٠%) و ( ٣٨ ) إناث بنسبة (١٠٠.٠%)، إنقسمت مجموعة الذكور إلي ( ١٠ ) أشخاص أعمارهم ( أقل من ٤٠) بنسبة (٢٥.٠%) و( ١٥ ) أعمارهم ( من ٤٠ – ٥٠ ) بنسبة (٣٧.٥%) و( ١٥ ) أعمارهم ( من ٥٠ فما فوق ) بنسبة (٣٧.٥%)، في حين إنقسمت مجموعة الإناث الي ( ٧) أعمارهن ( أقل من ٤٠ بنسبة (١٨.٤%) و( ١٣ ) أعمارهن ( من ٤٠ – ٥٠ ) بنسبة (٣٤.٢%) و( ١٨ ) أعمارهن ( من ٥٠ فما فوق ) بنسبة (٤٧.٤%)، كما هو مبين في الجدول رقم ( ١ ).

كما تكونت مجموعة الأصحاء من مجموعة ذات خلفية ريفية تكونت من (٣٦) ذكور بنسبة (١٠٠.٠%) و ( ٣٦ ) إناث بنسبة (١٠٠.٠%)، إنقسمت مجموعة الذكور إلي ( ٦ ) أشخاص أعمارهم ( أقل من ٤٠) بنسبة (١٦.٧%) و( ٥ ) أعمارهم ( من ٤٠ – ٥٠ ) بنسبة (١٣.٩%) و( ٢٥ ) أعمارهم ( من ٥٠ فما فوق ) بنسبة (٦٩.٤%) في حين إنقسمت مجموعة الإناث الي ( ٤ ) أعمارهن ( أقل من ٤٠ بنسبة (١١.١%) و( ٦ ) أعمارهن ( من ٤٠ – ٥٠ ) بنسبة (١٦.٧%) و( ٢٦ ) أعمارهن ( من ٥٠ فما فوق ) بنسبة (٧٢.٢%) .، كما هو مبين في الجدول رقم ( ١ ).

وبعد تحديد هذه النسبة قامت الباحثة باستخدام العينة القصدية لتطبيق استمارة الاستبيان علي أفراد يعيشون في محيط مدينة طرابلس مماثلين لعينة المرضى من حيث العدد وتنطبق عليهم الخصائص الديموغرافية النوع، العمر، الخلفية الحضارية وهي خصائص مماثلة لخصائص عينة المرضى الديموخرافية، وبذلك تكونت عينة الأصحاء من مائة وخمسون ( ١٥٠ )، تنقسم إلي ست وسبعون ( ٧٦ ) ذكور، وأربع وسبعون ( ٧٤ ).

**ثانيا .. عينة الدراسة**

تكونت عينة الدراسة من ثلاثمائة ( ٣٠٠ ) فرد يمثل مائة وإثنين وخمسون ( ١٥٢ ) مجموع الذكور. ويمثل مائة وثماني وأربعون ( ١٤٨ ) مجموع الإناث .

**رابعا .. أداوات جمع البيانات**

**إستمارة الإستبيان** .. تعد إستمارة الإسبيان من أدوات البحث العلمي التي أصبحت الأكثر شيوعا في الآونة الأخيرة وازداد استخدامها في البحوث العلمية، حتى أصبحت الأداة الأولي التي يجمع بها المعلومات التي يمكن علي ضوئها اختبار فروض الدراسة. قد تم تعريفها بأنها " مجموعة من الأسئلة المصممة للتوصل من خلالها إلي حقائق يهدف إليها البحث " كما أنها " مجموعة منظمة من الأسئلة لجمع المعلومات وتحليلها بغرض إتخاذ إجراءات أو إصدار أحكام أو إتخاذ قرارات بهدف التطوير والتحسين "[٦٥]

**خطوات تصميم إستمارة الإستبيان**

لقد كان الهدف الذي ترمي إليه الباحثة في بنائها للاستمارة الاستبيان الخروج بمؤشرات قياس للعوامل والاقتصادية التي تلعب دور في الإصابة بالمرض، وقامت الباحثة باتباع عدة خطوات منهجية وتمثلت في :ـ

١- قائمة البيانات الأولية .. تتضمن تسع أسئلة، وتحتوي علي بيانات أولية يمكن من خلالها التعرف علي الخصائص الديموغرافية المتمثلة في الجنس، العمر، الحالة التعليمية، الخلفية الحضارية، السكن، نوع الملكية، الحالة الوظيفية، الدخل، الوضع الأسري.

٢- تحديد أسئلة استمارة الاستبيان في ضوء مشكلة الدراسة الرئيسية والهدف الرئيسي للدراسة والذي تمثل في تحديد دور العوامل الاقتصادية للمرض . من خلال :-

**أ .الدخل**

لقد تم صياغة خمس أسئلة تتعلق بقياس مؤشر علاقة الدخل بالإصابة بالمرض، كما تم صياغة خمس أسئلة أخري تتعلق بقياس وجهة نظر المريض والسوي حول مدة علاقة المسكن بالإصابة بالمرض.

**ب . التعليم**

لقد تم صياغة خمس أسئلة تتعلق بقياس مؤشر علاقة الدخل بالإصابة بالمرض، كما تم صياغة خمس أسئلة أخري تتعلق بقياس وجهة نظر المريض والسوي حول مدة علاقة المسكن بالإصابة بالمرض .

**ج. المهنة**

لقد تم صياغة خمس أسئلة بقياس مؤشر علاقة المهنة بالإصابة بالمرض، كما تم صياغة أربع أسئلة أخري تتعلق بقياس وجهة نظر المريض السوي حول مدة علاقة المهنة بالإصابة بالمرض .

**صدق الأداة**

للتأكد من الصدق الداخلي لإستمارة الإستبيان وتغطيتها لأهداف الدراسة وفرضياتها والتحقق من مدة إمكانية تحليلها إحصائياً، فقد تم تحكيمها من قبل بعض أساتذة علم الإجتماع . وقامت الباحثة في هذه المرحلة من التأكد من صدق المقياس علي أساس منطقي أي مدة تطابق وحداته مع ما تحاول إستمارة المؤشرات قياسه، حيث قامت الباحثة بعرض العبارات علي مجموعة من المحكمين بقسم علم الإجتماع بكلية الآداب بجامعة طرابلس وبأكاديمية الدراسات العليا . لتحقيق الأهداف التالية :-

- الحكم علي مضمون الفقرات بعد التعديل اللغوي.
- الحكم علي صياغة الفقرات و وضوحها .

- الحكم علي صلاحية الفقرات وفقا للتعريف الإجرائي المستخدم .
- تحديد إتجاه عبارات الإستمارة .

قد قدم هؤلاء الأساتذة مجموعة من الملاحظات، منها حذف بعض الفقرات التي إعتبروها غير مناسبة ولا تخدم أهداف الدراسة، بالإضافة إلي طلب دمج فقرتين في فقرة واحدة وتعديل البعض الآخر، وقد أبدي بعض المحكمين ملاحظات تتعلق باللغة التي صيغت بها أداة الدراسة . وعلي ضوء هذه الملاحظات تمت إعادة بناء إستمارة إستبيان المؤشرات في شكلها النهائي، والتي من شأنها التحقق من فرضيات الدراسة بصدق وموضوعية، وعلي ضوء أراء السادة المحكمين والمناقشات التي أجرتها الباحثة معهم قامت الباحثة بالتعديلات.

**طريقة القياس**

رأت الباحثة بعد إستعراضها لطرق القياس أن تصوغ قياس إستمارة المؤشرات بطريقة ليكرت، ولقد إختزلت درجات الموافقة أو عدمها إلي ثلاث درجات، وهي (موافق إلي حد كبير)، ( أوفق إلي حدا ما )، ( لا أوفق ) . ذلك بإعتبار إن طبيعة موضوع الدراسة وطبيعة المبحوثين مناسب في قياسهما إستخدام ثلاث درجات . ولقد قامت الباحثة بإعطاء أرقام وزنيه لكل درجة من درجات الموافقة

لإيجاد المتوسط الحسابي لكل الفقرات قد قامت الباحثة بصياغة جميع فقرات مؤشرات القياس صياغة سلبية، حيث تم تحديد مستوى الإصابة بالمرض على أساس الحصول على نسبة ( ٧٥% ) فأكثر من مجموع الدراجات يعني المستوى مرتفع، والحصول على أقل من (٧٥ % ) إلى (٥٠%) من مجموع الدرجات يعني منخفض، والحصول على أقل من (٥٠ %) يكون ضعيف . لقد إستعانت الباحثة بذات المحكمين للأداة الدراسة لتأكيد الإتجاه السلبي للعبارات.

**خامسا .. مجالات الدراسة**

**أ- المجال المكاني :-**

**١- المجال المكاني الخاص بالمرضى**

مركز طرابلس الطبي في العاصمة الليبية طرابلس يحتوي على ( ١٠٠٠ ) طبيب وطبيبة وقرابة ( ٣٠٠٠ ) موظف، وهو أكبر مستشفى في طرابلس حيث يوجد شرقي المدينة ( دليل ليبيا الطبي، شبكة الإنترنت / بتاريخ ٢٤ / ٣ /٢٠١٣) . تم إختيار مركز طرابلس الطبي كمجال مكاني للدراسة لأنه يعتبر مركز طبي متخصص يحوي العديد من الأقسام الإيوائية المتخصصة التي يتعذر وجودها في مراكز طبية حكومية أخري، الأمر الذي يمكن الباحثة من الحصول علي عينه من الأشخاص الذين تعرضوا للإصابة بالمرض من تخصصات طبية مختلفة، وهو أمر يتماشى مع ما تتطلبه الدراسة بأن الإصابة بالمرض بغض النظر عن نوع المرض هو في الغالب نتيجة للعوامل الاجتماعية والاقتصادية التي يعيش بها المريض .

**٢- المجال المكاني الخاص بالأصحاء**

مدينة طرابلس عاصمة ليبيا وأكبر مدنها تقع في شمال الغربي لليبيا، مقامة علي رأس صخري مطل علي البحر الأبيض المتوسط مقابل الرأس الجنوبي لجزيرة صقلية، يحدها شرقا منطقة تاجوراء، غربا منطقة جنزور . جنوبا منطقة السواني، والبحر الأبيض المتوسط شمالا . ويتوسط مركز المدينة ميدان الشهداء و السراي الحمراء وتوصف مدينة طرابلس بعروس البحر المتوسط لجمال بساتينها ومبانيها البيضاء وتسمي طرابلس أيضا بإسم طرابلس الغرب لتمييزها عن طرابلس الشام الواقعة شمال لبنان [٦٦].

**ب- المجال البشري :-**

١- تم التطبيق إستمارة إستبيان مؤشرات العوامل الاقتصادية علي المرضى ذكور وإناث المقمين بالأقسام الإيوائية بمركز طرابلس الطبي، وتم التطبيق مع ( ١٥٠ ) حالة من الذكور والإناث.

٢- تم تطبيق إستمارة الإستبيان لمؤشرات العوامل العوامل الاقتصادية علي مجموعة من الأفراد الأصحاء بمناطق مختلفة بداخل مدينة طرابلس، وقد تم الإختيار بناءً علي تثبيت ثلاث خصائص ديموخرافية التي جمعت من الأفراد المرضى وهي النوع، العمر، الخلفية الحضارية وعلي أساس هذه الخصائص تم تحديد عينة الأصحاء.

**ج- المجال الزمني :-**

بدأ الإعداد للدراسة النظرية من خلال تجميع المادة العلمية المتوفرة في مجال علم الإجتماع الطبي من البحوث والمراجع العربية والأجنبية المتاحة بالمكتبات، وتم الإعتماد علي الأبحاث الحديثة المنشورة في هذا المجال وتم إستخدامها كمراجع علمية في البحث ولقد إستغرق تجميع المادة العلمية للدراسة الفترة من فبراير (٢٠١٢) حتى إكتوبر ( ٢٠١٢) مع ملاحظة المتابعة المستمرة للأبحاث الحديثة في موضع الدراسة حتى نهاية فترة الإعداد للبحث، وتم الإعداد للدراسة الميدانية من خلال تصميم إستمارة إستبيان مؤشرات الاقتصادية من يناير ( ٢٠١٣ ) وتقيمها من قبل المشرف والمحكمين، وبدأ التنفيذ الفعلي لتطبيق الإستمارة من شهر مارس إلي شهر أغسطس ( ٢٠١٤ ) وقد إستغرق التطبيق الميداني خمسة أشهر تقريبا وبدأت مرحلة التفريغ اليدوي للبيانات الخاصة بدليل المقابلة لتحليلها مع إعداد دليل تكويد لإستمارة المؤشرات وتفريغها وإدخالها علي برنامج SPSS لتحليل البيانات وجدولتها وإيجاد الإرتباط بين المتغيرات الأساسية، وبنود الإستمارة، وبعد إنتهاء هذه المرحلة تم تحليل البيانات الكمية والكيفية من خلال ( توصيف للجداول وتحديد للنتائج ثم تحليل النتائج في ضوء فرضيات الدراسة وفي ضوء نظرياتها ) وتم إعداد الأطروحة في شكلها المبدئي في فبراير ٢٠١٥.

**سادسا .. التحليل الإحصائي**

تم معالجة البيانات من خلال الحاسب الآلي بإستخدام برنامج ( SPSS ) الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية، وقد طبقت الأساليب الإحصائية التالية :_

١- التكرارات، النسب المئوية، الوسط الحسابي، الإنحراف المعياري.

٢- المتوسط الحسابي لترتب المتغيرات .

٣- الإنحراف المعياري.

٤- إختبار ( T ) .

٥- إختبار ( F ) .

٦- إختبار (كا٢) .

وبعد المعالجة الإحصائية للبيانات فقد تم إستخراج ما يلي :-

جداول مركبة في ضوء العوامل الرئيسية للدراسة.

النسب المئوية للتوزيعات التكرارية للدراسة.

- إستخدام التحليلات لمعرفة العلاقة بين متغيرات الدراسة ومستوي دلالاتها.

**الفصل الرابع .. عرض وتحليل نتائج الدراسة**

**أولا.. علاقة الخصائص الديموجرافية في الإصابة بالمرض وفقا للعوامل الاقتصادية**

١- لا توجد علاقة بين الجنس والإصابة بالمرض وفقا للعوامل الاقتصادية في مجموعتي المرضى والأصحاء.

٢- لا توجد علاقة بين العمر والإصابة بالمرض وفقا للعوامل الاقتصادية في مجموعة المرضى، في حين توجد علاقة بين العمر والإصابة بالمرض وفقا للعوامل الاقتصادية في مجموعة الأصحاء.

٣- توجد علاقة بين الحالة التعليمية والإصابة بالمرض وفقا الاقتصادية في مجموعة المرضى، في حين لا توجد علاقة بين الحالة التعليمية والإصابة بالمرض وفقا للعوامل الاقتصادية في مجموعة الأصحاء.

٤- توجد علاقة بين الخلفية الحضارية والإصابة بالمرض وفقا للعوامل الاقتصادية في مجموعتي المرضى والأصحاء.

**ثانيا .. نتائج الدراسة في ضوء الفرضيات**

**الفرضية الأساسية..** في إطار العوامل الاقتصادية نصت الفرضية الثالثة علي أنه " توجد علاقة داله إحصائياً ذات داله إحصائية ، بين العوامل الاقتصادية والإصابة بالمرض" .

لتحقق من هذه الفرضية فقد صاغت الباحثة الفرضية التالية:-

١ - الفرض العدمي (Ho) " لا توجد علاقة داله إحصائياً بمستوى معنوي( ٠.٠٥ ) ، بين العوامل الاقتصادية والإصابة بالمرض " .

٢ - الفرض البديل (H١) " توجد علاقة داله إحصائياً بمستوى معنوي ( ٠.٠٥ ) ، بين العوامل الاقتصادية والإصابة بالمرض ".

للتحقق من صحة الفرضية إحصائيا تبين أن قيمة إختبار ( t ) تساوي (24.136) بإحتمال دلالة (P=0.000) وبما أن إحتمال الدلالة (P) أصغر من مستوى المعنوية ( 0.05) لذلك :-

- نرفض الفرضية الصفرية (Ho) القائلة بأنه " لا توجد علاقة داله إحصائياً بمستوى معنوي ( ٠.٠٥ ) ، بين العوامل الاقتصادية والإصابة بالمرض " .

- نقبل الفرضية البديلة (H1) القائلة " توجد علاقة داله إحصائياً بمستوى معنوي (٠.٠٥) ، بين العوامل الاقتصادية والإصابة بالمرض ".

بمعنى أن هناك أثر معنوي دال إحصائياً للعوامل الاقتصادية على الإصابة بالمرض عند مستوى معنوية (0.05 ) .

تشير البيانات بأن المتوسط الحسابي للعوامل الاقتصادية بين المرضى قد بلغ (68.6133) والإنحراف المعياري (5.61014)، بينما المتوسط الحسابي للعوامل الاقتصادية بين الأصحاء لم يتجاوز (53.2133) والإنحراف المعياري (5.43983)، وبما أن المتوسط الحسابي لمجموعة المرضى أكبر من المتوسط الحسابي لمجموعة الأصحاء فبتالي فأن الفروق تشير إلي أن المرضى تحيط بهم عوامل إقتصادية سلبية أكثر من الأصحاء .

**أ. فرضية**.. نصت الفرضية المركبة الثانية علي أنه " توجد علاقة داله إحصائياً بمستوى معنوي ( ٠.٠٥ ) ، بين الدخل والإصابة بالمرض " .

لتحقق من هذه الفرضية فقد صاغت الباحثة التالي:-

١ - الفرض العدمي (Ho) " لا توجد علاقة داله إحصائياً بمستوى معنوي (٠.٠٥) ، بين الدخل والإصابة بالمرض" .

٢ - الفرض البديل (H١) " توجد علاقة داله إحصائياً بمستوى معنوي ( ٠.٠٥ ) ، بين الدخل والإصابة بالمرض " .

للتحقق من صحة الفرضية إحصائيا وتبين أن قيمة إختبار ( t ) تساوي (13.637) بإحتمال دلالة (P=0.000) وبما أن إحتمال الدلالة (P) أصغر من مستوى المعنوية ( 0.05) لذلك :-

- نرفض الفرضية الصفرية (Ho) القائلة بأنه " لا توجد علاقة داله إحصائياً بمستوى معنوي ( ٠.٠٥ ) ، بين الدخل ا والإصابة بالمرض"

- نقبل الفرضية البديلة (H1) القائلة " توجد علاقة داله إحصائياً بمستوى معنوي (٠.٠٥)، بين الدخل والإصابة بالمرض ".

بمعنى أن هناك أثر معنوي دال إحصائياً لدخل في الإصابة بالمرض عند مستوى معنوية (0.05 ) .

تشير البيانات بأن المتوسط الحسابي لدخل مجموعة المرضى قد بلغ (24.3267) والإنحراف المعياري (4.34192)، بينما المتوسط الحسابي لدخل مجموعة الأصحاء لم يتجاوز (18.2467) والإنحراف المعياري (3.31143)، وبما أن المتوسط الحسابي لمجموعة المرضى أكبر من المتوسط الحسابي لمجموعة الأصحاء فبتالي فأن الفروق تشير إلي أن دخل مجموعة المرضي له تأثيرات سلبية أكثر من دخل مجموعة الأصحاء .

**ب. فرضية** .. " توجد علاقة داله إحصائياً بمستوى معنوي ( ٠.٠٥ ) ، بين التعليم والإصابة بالمرض " .

لتحقق من هذه الفرضية فقد صاغت الباحثة التالي:-

- الفرض العدمي (Ho) " لا توجد علاقة داله إحصائياً بمستوى معنوي ( ٠.٠٥ ) ، بين التعليم والإصابة بالمرض"

- الفرض البديل (H١) " توجد علاقة داله إحصائياً بمستوى معنوي ( ٠.٠٥ ) ، بين التعليم والإصابة بالمرض " .

للتحقق من صحة الفرضية إحصائيا إستخدمت الباحثة إختبار( إختبارt ) للعينتين المستقلتين للوقوف علي وجود علاقة بين المتغيرين وعلى دلالة الفروق بين متوسط درجات التعليم ودوره في الإصابة بالمرض، وتبين أن قيمة إختبار ( t ) تساوي (12.029) بإحتمال دلالة (P=0.000) وبما أن إحتمال الدلالة (P) أصغر من مستوى المعنوية (0.05 ) لذلك :-

- نرفض الفرضية الصفرية (Ho) القائلة بأنه " لا توجد علاقة داله إحصائياً بمستوى معنوي ( ٠.٠٥ ) ، بين التعليم والإصابة بالمرض"
- نقبل الفرضية البديلة (H1) القائلة " توجد علاقة داله إحصائياً بمستوى معنوي (٠.٠٥)، بين التعليم والإصابة بالمرض ".

بمعنى أن هناك أثر معنوي دال إحصائياً لتعليم في الإصابة بالمرض عند مستوى معنوية (0.05 ) .

تشير البيانات بأن المتوسط الحسابي لتعليم مجموعة المرضى قد بلغ (23.0467) والإنحراف المعياري (2.81257)، بينما المتوسط الحسابي لتعليم مجموعة الأصحاء لم يتجاوز (19.0467) والإنحراف المعياري (2.94545)، وبما أن المتوسط الحسابي لمجموعة المرضى أكبر من المتوسط الحسابي لمجموعة الأصحاء فبتالي فأن الفروق تشير إلي أن تعليم مجموعة المرضي له تأثيرات سلبية أكثر من تعليم مجموعة الأصحاء .

**ج. فرضية ..** " توجد علاقة داله إحصائياً بمستوى معنوي ( ٠.٠٥ ) ، بين المهنة والإصابة بالمرض " .

لتحقق من هذه الفرضية فقد صاغت الباحثة التالي:-

- الفرض العدمي (Ho) " لا توجد علاقة داله إحصائياً بمستوى معنوي ( ٠.٠٥ ) ، بين التعليم والإصابة بالمرض"
- الفرض البديل (H١) " توجد علاقة داله إحصائياً بمستوى معنوي ( ٠.٠٥ ) ، بين التعليم والإصابة بالمرض ".

للتحقق من صحة الفرضية إحصائيا إستخدمت الباحثة إختبار( إختبارt ) للعينتين المستقلتين للوقوف علي وجود علاقة بين المتغيرين وعلى دلالة الفروق بين متوسط درجات المهنة ودورها في الإصابة بالمرض، وتبين أن قيمة إختبار ( t ) تساوي (17.872) بإحتمال دلالة (P=0.000) وبما أن إحتمال الدلالة (P) أصغر من مستوى المعنوية (0.05 ) لذلك :-

- نرفض الفرضية الصفرية (Ho) القائلة بأنه " لا توجد علاقة داله إحصائياً بمستوى معنوي ( ٠.٠٥ ) ، بين المهنة والإصابة بالمرض"
- نقبل الفرضية البديلة (H1) القائلة " توجد علاقة داله إحصائياً بمستوى معنوي (٠.٠٥) ، بين المهنة والإصابة بالمرض " .

بمعنى أن هناك أثر معنوي دال إحصائياً لمهنة في الإصابة بالمرض عند مستوى معنوية (0.05 ) .

تشير البيانات بأن المتوسط الحسابي لمهنة مجموعة المرضى قد بلغ (21.2400) والإنحراف المعياري (2.41272)، بينما المتوسط الحسابي لمهنة مجموعة الأصحاء لم يتجاوز (15.9200) والإنحراف المعياري (2.73314)، وبما أن المتوسط الحسابي

لمجموعة المرضى أكبر من المتوسط الحسابي لمجموعة الأصحاء فبتالي فأن الفروق تشير إلي أن المهنة لدى مجموعة المرضي لها تأثيرات سلبية أكثر من مهنة مجموعة الأصحاء .

**الخاتمة .. القضايا العامة التي تثيرها الدراسة الراهنة والمقترحات البحثية المستقبلية**

إن النتائج التي إنتهت لها الدراسة حول دور العوامل الاقتصادية في الإصابة بالمرض، تحتاج لمزيد من البحث علي مستوى التفكير في بناء نظرية صغرى في مجال علم الإجتماع الطبي، حيث أن هذه الدراسة تمثل من الدراسات في مجال علم الإجتماع الطبي التي تدرس دور العوامل التي تؤدي للإصابة بالمرض بالمجتمع الليبي من منظور إقتصادي، ولقد واجهت الدراسة العديد من الصعوبات من عدم توافر البيانات، ولمواجهة مثل هذه الصعوبات التي تتصدى للدراسات المهتمة بعلم الإجتماع الطبي، لذا الباحثة تري أنه يجب أن تتم دراسة المرض من خلال تعاون بين المتخصصين في المجال الطبي والاجتماعي والاقتصادي لدراسة الأسباب التي تؤدي إلي المرض، ومحاولة حصر وتحديد المشاكل المجتمعية بالمجتمع الليبي، إذ أن هذه الدراسة تدعو إلي الإهتمام بالظروف المجتمعية الاجتماعية والاقتصادية التي يحيا بها الإفراد داخل المجتمع بحيث يكون لها تأثيرات إيجابية علي حياتهم الصحية من خلال مؤسسات مجتمع تراقب عن كثب المتغيرات المحيطة بالأفراد، وتتدخل من خلال إجراء البحوث والدراسات التي يمكن من خلالها الوصول إلي مؤشرات يمكن التحكم من خلالها في الحد من تأثير العوامل المؤدية إلي المرض.

**Abstract**

**The Role The Economic Factors In Disease، A Field Study Applied On A Sample Of Inmates In Tripoli Medical Center – Tripoli**

**By Ebtsam Melad**

The study problem was studying the the economic factors. And the current study aimed to form a real structure for economic factors that may play an important role in disease, in order to use this knowledge as a social dimension for treatment & asserting the importance of social aspects in treatment.Utilization the Descriptive method، and use Questionnaire forms to monitor the index conomic factors.. And use the stratified sample and intentionality

**Study Results**:-

- There is statistically significant relationship between economic factors and the pathogenesis of disease.

A. There is statistically significant relationship between income and the pathogenesis of disease.

B. There is statistically significant relationship between education and the pathogenesis of disease.

c. There is statistically significant relationship between profession and the pathogenesis of disease

**المراجع و التهميش**

(١) ( الموسوي، ١٩٨٩، ص ٤٧- ٤٨، ص١٢٠-١٣٣ )
( ٢ ) ( مزاهره وآخرون، ٢٠٠٣، ص ١٠٩ )
( ٣ ) ( عبد المولي، ٢٠٠٠، ص ٦٧ )
(٤ ) ( المزي، ٢٠٠٩، ص ١٨٧)
( ٥ ) ( محمود، ٢٠٠٦، ص ١٣٢ )
( ٦ ) ( صليبيا، ١٩٧٣، ص ٣٠٢ )
( ٧ ) ( الحلبي وآخرون، ٢٠٠٣، ص ٧٨ )
( ٨ ) ( الحلبي وآخرون، ٢٠٠٣، ص ٦٦)
( ٩ ) ( معمر، ١٩٩٢، ص ٣١-٣٢)
( ١٠ ) (هاناي، ٢٠٠٧، ص ٥٣ )
( ١١) ( هاناي، ٢٠٠٧، ص ٥٥ )
( ١٢ ) ( الجلبي، ٢٠٠١، ص ١٣٦ )
( ١٣ ) ( Harvard and Barbara 16)،1974 ،
( ١٤ ) ( أبوزيد، ٢٠٠٩، ص ١٩٨ ) .
( ١٥ ) ( Harvard and Barbara 17)،1974 ،
( ١٦ ) ( أبوزيد، ٢٠٠٩، ص١٩٩ )
( ١٧ ) Abel )،( 1991, 13
( ١٨ ) ( Harvard and Barbara 18)،1974 ،
( ١٩ ) ( الحلبي وآخرون، ٢٠٠٣، ص ٨٩ )
( ٢٠ ) ( الحلبي وآخرون، ٢٠٠٣، ص ٨٩ )
( ٢١ ) ( الحلبي وآخرون، ٢٠٠٣، ص ٨٩ )
( ٢٢ ) (الحلبي وآخرون، ٢٠٠٣، ص ٨٩ )

( ٢٣ ) ( أبوزيد، ٢٠٠٩، ص ١٠٣ )
( ٢٤ ) ( Flensner، 2013، p 12 )
( ٢٥ ) ( Haglund p23 )، 2012 )،
( ٢٦ ) ( Hayden، 2010، p8 )
( ٢٧ ) ( Berchick)، 2010، ( p10 )
( ٢٨ ) ( Hajat ) ، 2010، ( p3 )
( ٢٩ ) (رشوان، ١٩٨٩، ص ٩٨ )
( ٣٠ ) ( سبح، ١٩٦٦ ، ص ١٥٦ )
( ٣١ ) ( رشوان، ١٩٨٩، ص ١٠١ )
( ٣٢ ) ( حسن، ٢٠٠٨، ص ٩٨ )
( ٣٣) ( شحاتة، ب ت، ص ١٢٧ )
( ٣٤ ) ( Ihara)، 2006، ( p34 )
( ٣٥ ) ( حسن، ٢٠٠٨، ص ٩٨ )
( ٣٦ ) ( الوريكات، ٢٠١١، ص ١٠٠ )
( ٣٧ ) ( Roger )، ( 2009 . p 67
( ٣٨ ) ( الوريكات، ٢٠١١، ص ١٠١ )
( ٣٩ ) ( Ihara)، 2006، ( p36 )
( ٤٠ ) ( رشوان، ١٩٨٩، ص ١١٢ )
( ٤١ ) ( Jonathan)، 1993، (p 37
( ٤٢ ) ( البيري والدويبي، ١٩٨٩، ص ٩٨)
( ٤٣ ) ( مخلوف، ١٩٩١، ص ٩٨ )
( ٤٤ ) ( الوريكات، ٢٠١١، ص ٦٩ )
( ٤٥ ) ( Jonathan)، 2004، ( p 15 )
( ٤٦ ) ( Roger )، ( 2009 . p 36
( ٤٧ ) ( Roger )، ( 2009 . p 39
( ٤٨ ) ( محسني، ب ت، ص ١٠٧)
( ٤٩ ) ( الوريكات، ٢٠١١، ص ٧٣ )
( ٥٠ ) ( الفارسي، ٢٠٠١، ص ١٧٦ )
( ٥١ ) ( الشاعر وآخرون، ٢٠٠٠، ص ١٤١ )
( ٥٢ ) ( الوريكات، ٢٠١١، ص ٢٠٠ )
( ٥٣ ) ( حسن، ٢٠٠٨، ص١٣٩ )
( ٥٤ ) ( حسن، ٢٠٠٨، ص ١٤١ )
( ٥٥ ) ( الوريكات،٢٠١١، ص ٥٠-٥١ )
( ٥٦ ) ( الوريكات،٢٠١١، ص ٥٠-٥١ )
( ٥٧ ) ( حسن، ٢٠٠٨، ص ١٤٢-١٤٣ )
( ٥٨ ) ( الشاعر وآخرون، ٢٠٠٠، ص ١٤٣-١٤٤ )
( ٥٩ ) ( يونس، ١٩٧٦، ص ٣٠ )
( ٦٠ ) ( المثني، ٢٠٠٠، ص ١٧١ )
( ٦١ ) ( وصفي، ١٩٩٨، ص ١٥٤ )
( ٦٢ ) ( فرج، ١٩٨٧، ص ١١١ )
( ٦٣ ) (موسوعة ويكيبيديا، شبكة الإنترنت / بتاريخ ٢٧ / ٣ / ٢٠١٣ ) .
( ٦٤ ) (http، libiyate.3arabiyate.net//t33-topic بتاريخ ٤ / ٩/ ٢٠١٤)
( ٦٥ ) ( خشيم، ٢٠٠٩، ص ١١٩ )

( ٦٦ ) (http،libiyate.3arabiyate.net/t33-topic// بتاريخ ٤ / ٩/ ٢٠١٤)

## المراجع العربية

١- إبراهيم وجيه محمود ( ٢٠٠٦ )، التعليم – أسسه ونظرياته وتطبيقاته، دار المعرفة الجامعية للطبع والنشر والتوزيع، الإسكندرية.
٢- إحسان محمد حسن ( ٢٠٠٨)، علم الإجتماع الطبي _ دراسة تحليلية في طب المجتمع، دار وائل للنشر، عمان.
٣- احمد أبوزيد ( ٢٠٠٩)، البناء الاجتماعي، مدخل لدراسة المجتمع، الجزء الأول، الدار القومية للنشر ، الإسكندرية .
٤- إقبال إبراهيم مخلوف ( ١٩٩١ )، العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية _ إتجاهات تطبيقية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية .
٥- الوحيشي البيري وعبدالسلام الدويبي (١٩٨٩)، مقدمة في علم الإجتماع الطبي، مكتبة طرابلس العالمية، طرابلس.
٦- انتصار يونس (١٩٨٠)، السلوك الإنساني، دار المعارف، الإسكندرية.
٧- أيمن مزاهره وآخرون ( ٢٠٠١ )، علم إجتماع الصحة، دار البـازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان.
٨- ديفيد هاناي ، " ترجمة " حسن محمد العوضي ( ٢٠٠٧ )، سلسلة المناهج الطبية العربية، مركز تعريب العلوم الصحية، ب م.
٩- جميل صليبيا ( ١٩٧٣ )، المعجم الفلسفي، دار الكتاب اللبناني، بيروت .
١٠- حسين عبد الحميد رشوان - ( ١٩٨٩ ) دور المتغيرات الاجتماعية في الطب والأمراض _ دراسة في علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
١١- حسين سبح ( ١٩٦٦ ) ، موجز مبادئ علم الأمراض، ظ ٢، مطبعة جامعة دمشق ، دمشق.
١٢- عاطف محمد شحاتة ( ب ت )، علم الإجتماع الطبي السوسيوماتية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
١٣- عاطف وصفي ( ١٩٩٨ )، الأنثروبولوجيا الاجتماعية ، دار النهضة العربية، بيروت.
١٤- عايد الوريكات ( ٢٠١١ )، علم الإجتماع الطبي، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان .
١٥- عبدالله مقبل معمر( ١٩٩٠ ) ، الطب الشعبي والتطور الاجتماعي في اليمن _دراسة لعلاقة البناء الاجتماعي بطرق العلاج، رسالة ماجستير منشورة، مكتبة مدبولي، القاهرة.
١٦- عبدالمجيد الشاعر وآخرون ( ٢٠٠٠ )، علم الإجتماع الطبي، دار اليازوري العلمية، عمان.
١٧ - علي عبدالرزاق حلبي وآخرون ( ٢٠٠١ ) علم الإجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية.
١٨- علي عبدالرزاق حلبي ( ٢٠٠١ ) علم الإجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
١٩- علي كامل فرج ( ١٩٨٧ )، البيئة والنظام البيئي – دليل الشباب في رعاية البيئة، المجلس الأعلى للشباب و الرياضة، القاهرة.
٢٠- كامل محمد المزي ( ٢٠٠٩ )، السلوك التنظيمي، دار الفكر للنشر والتوزيع، الإسكندرية.
٢١- مانوشهر محسني ( ب ت )، المرضي ولجوئهم للرعاية الصحية، مواقف الناس من الإنتفاع بالخدمات الطبية والصحية في إيران ترجمة عمر مكي، المجلة الدولية للعلوم الاجتماعية ، السنة الثامنة، العدد ٣٢.
٢٢- محمد عبد المولي ( ٢٠٠٠ )، تطور الفكر الاقتصادي والاجتماعي عبر العصور، الشركة التونسية للتوزيع، تونس.
٢٣- محمد صادق عباس الموسوس (١٩٨٤)، تأثير الانتماء الطبقي في نوعية المرض وأسلوب مواجهته، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الأدب،جامعة الإسكندرية .
٢٤- مصطفي عبدالله خشيم ( ٢٠٠٩ )، تصميم البحوث العلمية في إطار العلوم الاجتماعية، الدار الأكاديمية للطباعة والتأليف والترجمة والنشر، طرابلس.
٢٥ يوسف إبراهيم المثني(٢٠٠٠)،علم الإجتماع الطبي، دار المستقبل للنشر والتوزيع، عمان.
٢٦ (موسوعة ويكيبيديا، شبكة الإنترنت / بتاريخ ٢٧ / ٣ / ٢٠١٣ ) .
٢٧ (http://libiyate.3arabiyate.net/t33-topic بتاريخ ٤ / ٩/ ٢٠١٤

## المراجع الإجنبية

28- Berchick، Edward R (2010) the effect of socioeconomic status on negative health consequences of involuntary job loss, Yale University.
Foucault Michel (2004)، Crisis of Medicine or Anti-Medicine،29- Foucault Studies.

30- Flensner، Gullvi ( 2011)، work capacity and health – related quality of life among individuals with multiple rosis reduced
31- Harvard، wait zkin and Barbara، waterman ( 1974 ) the exploitation of illness in capitalist society،the bobs Merrill company،new York
32- Haglund، Emma ( 2012 ), Work productivity in a population based cohort of patients with spondylor thritis، center spensh alt Sweden
33- Hayden, Theresa Carolyn (2010), Kentucky interdisciplinary community screenings: Socioeconomic determinants as predictors of disparities in health outcomes in Kentucky، University of Louisville.
34- Jonathan S. Feinstein (1993)، The relationship between socioeconomic s John Knowles( 1977 )، The responsibility Daedal us winter106.
35- Hajat، Anjum (2010)، Do the wealthy have a health advantage? ? An investigation of wealth as a measure of socioeconomic status، The University of North Carolina at Chapel Hill.
36- Ihara، Emily S (2006)، Ethnicity matters: Socioeconomic position and health among Asian Americans، Brandeis University، the Heller School for Social Policy and Management.
37-Roger،T ( 2009 )، Mortality Effects Community Socioeconomic Status، Vol 8، NO .1.