Sociology of Health and Illness
A comparison field Study between Rural and Urban: Wasit Province

Sabreen Mohammed Rzew
Sabren.s@yahoo.com
Majida shaker mahdi
majidashaker2014@gmail.com
University of Baghdad- College of Arts

DOI: 10.31973/aj.v2i137.1642

Abstract:

The most important of the study: It was found that respondents and of the total sample units answered yes, which is the highest percentage, which is considered the family is the social environment that works to instill health education among its members in the countryside. In urban areas, respondents were interviewed and of the total sample units were yes. The family is considered the social environment that instills health education among its members, as evidenced by the fact that both rural and urban areas considered the family to be the social environment in which Is working to instill health education among its members, but the rural population recorded the highest proportion of urban.

were interviewed and of the total sample units were found to be different behavior of the family in dealing with its members when the disease in the countryside. In urban areas, respondents responded with of the total sample units. Yes, they also find a difference in the behavior of the family in dealing with its members at the time of illness. As a result, the rural and urban areas registered the highest percentage of yes. However, rural areas are higher than urban areas.

respondents of the total sample units do not agree with the occurrence of diseases in the family due to the death of a relative in the countryside, followed by the urban side with respondents and of the total The sample units do not agree with the diseases that occur in the family due to the death of a relative. As a result, the highest percentage of respondents in rural areas is higher than urban, ie they do not agree with the occurrence of diseases in the family due to the death of a relative.

and of the total sample units do not agree that the individual exposure to social isolation leads to illness in the countryside, followed by the urban side with respondents and of the total sample units Do not agree with the individual exposure to social isolation lead to the disease, and we conclude that the countryside recorded the highest proportion of urban exposure to isolation as a result of the disease.

of the total sample units. All of the family members took care of the patient in the countryside, followed by the urban side, with respondents and of the total sample units taking the whole family attention We all conclude that the rural and urban scored the highest percentage of the answer, yes, that the family members all of them take care of the patient now that the rural compared to the urban were the highest in the answer.

and of the total sample units do not consider the incidence of the disease to lead to the instability of family life socially in the countryside, followed by the urban side with respondents and of Total sample units do not consider the disease to lead to the instability of family life socially. It results from the fact that urban recorded the highest percentage of rheumatoid.
Keywords: health, disease, rural, urban, Wasit Governorate.

سوسيولوجيا الصحة والمرض

دراسة ميدانية مقارنة بين الريف والحضر في محافظة واسط

الباحثة صابرين محمد رضيو
جامعة بغداد/كلية الآداب
/قسم علم الاجتماع
Sabren.s@yahoo.com

ا.م.ماجدة شاكر مهدي
جامعة بغداد/كلية الآداب
/قسم علم الاجتماع
majidashaker2014@gmail.com

(مُلَخَّصُ البَحث)

إن اعتلال الصحة وحدوث المرض، كانا يعزيان في أغلب الأحيان إلى الظروف البيولوجية أو الطبيعية. ولكن مع تطور الدراسات وتداخل العلوم الإنسانية مع العلوم الطبية أصبح الاهتمام بالعوامل الاجتماعية والثقافية والاقتصادية من الأولويات التي لها دور في حدوث الأمراض حيث أثبت علماء الاجتماع أن انتشار الأمراض يتأثر بشدة بالعوامل الاجتماعية والثقافية والاقتصادية والبيئية للأفراد بما تحويه من دور للأسرة والتغير الاجتماعي والنوع والثقافة الصحية والعادات التقاليد العرقية أو المعتقدات، وغيرها من العوامل الثقافية، فقد يجمع البحث الطبي إحصائيات حول مرض ما، لكنه لايستطيع كما في المنظور الاجتماعي للصحة والمرض أن يعطي نظرة ثاقبة حول العوامل الاجتماعية وكيفية تأثيرها على صحة الإنسان في كل من الريف والحضر أي ان تأثيرها على جميع المجتمعات في الريف والحضر في العراق عموما وفي المجتمع الواسطي بشكل خاص؛ لذلك ارتأينا أن نسهم عن طريق هذه الدراسة في الكشف عن علاقة الصحة والمرض في كل من الريف والحضر بالعوامل الاجتماعية والثقافية.

إن موضوع (سوسيولوجيا الصحة والمرض دراسة ميدانية مقارنة بين الريف والحضر) وما يرتبط به من عوامل هو محور هذه الدراسة، حيث انقسمت هذه الدراسة الى ثلاثة فصول يحتوي الفصل الأول الإطار العام للدراسة على مبحثين: المبحث الأول عناصر الدراسة المتمثلة بمشكلة الدراسة وأهميتها وأهدافها، بينما يتضمن المبحث الثاني تحديد المفاهيم والمصطلحات العلمية، ، أما الفصل الثاني فقد وضع تحت عنوان الصحة والمرض ويحتوي على مبحثين : المبحث الأول، هو لمحة تاريخية عن العلاقة مابين

الصحة والمرض والسوسيولوجيا، في حين تضمن المبحث الثاني مستويات الصحة ومكوناتها ،اما الفصل الثالث عنوانه عرض النتائج الدراسة واستنتاجاتها وتضمن المبحث الاول البيانات الخاصة بالمبحوثين، والمبحث الثاني البيانات الخاصة بالدراسة اما المبحث الثالث فكان بعنوان نتائج الدراسة والمبحث الرابع اهم التوصيات والمقترحات.

الكلمات المفتاحية: الصحة، المرض، الريف، الحضر، محافظة واسط.

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

التمهيد:

يعد الإطار العام للدراسة ذو أهمية كبيرة في جميع البحوث والدراسات، وقد تضمن الفصل الأول مبحثين ضم المبحث الأول عناصر الدراسة من حيث (مشكلة الدراسة وأهميتها وأهدافها) حيث تعد مشكلة وأهمية وأهداف الدراسة من أهم خطوات البحث العلمي، أما المبحث الثاني فقد تضمن تحديد مفاهيم الدراسة، فبعد اختيار مشكلة الدراسة حدد الباحث المفاهيم التي لها إرتباط وثيق بموضوع الدراسة.

المبحث الأول

عناصر الدراسة

أولا: مشكلة الدراسة:

يمثل كل من الصحة والمرض أحد مظاهر قلق الإنسان وخوفه، فمنذ أن استقر الإنسان في داخل تجمعات وهو يحاول التصدي لمختلف الأمراض التي كانت تظهر بين الفينة والأخرى، فيتخذ كل فرد أسلوبا خاصا في تفسير الصحة والمرض، الذي يرتكز أساساً هذا الأسلوب على الاعتقاد بالغيبيات والقوى الشريرة والسحر في حدوث المرض واعتلال الصحة إلّا أنه بفضل تطور الطب عبر السنين استطاع الإنسان أن يبتعد عن هذه الممارسات. ولكن المشكلة الأكبر انه على الرغم من الاهتمام الواسع بالصحة والمرض إلّا أنه مازال تشخيص الأمراض بايولوجيا، ومفتقرا للاهتمام بالعوامل الاجتماعية والثقافية في كل من الريف والحضر، فعند تشخيص أمراض الأفراد سواء في الريف أو الحضر من المهتمين بالصحة يكون تشخيصا بايولوجيا فقط من دون إعطاء دور للعوامل الاجتماعية والثقافية والاقتصادية المحيطة به، ولم يعيروا الاهتمام لقضية مهمة وهي أن تحديد سبب المرض ومواجهته لا يختلف فقط باختلاف الثقافات فقط بل إنه يتباين داخل الثقافة الواحدة أيضا أي من جماعة ريفية إلى أخرى حضرية، متناسين أن هذه العوامل تهدد حياة المجتمع بأكمله؛ لأن العديد من الأفراد وقعوا ضحية هذه العوامل الى حدّ فقدان الحياة، ففي الريف العراقي عامة والريف الواسطي خاصة مازالت العديد من القرى تعاني من قلة الوعي الصحي

والثقافة الصحية في طريقة التعامل مع المريض ومن انخفاض مستوى التعليم وكذلك تعاني من سوء الحالة الاقتصادية بسبب توقف الزراعة وهجرة عدد من الفلاحين من القرى الى المدن مما أدى إلى سوء حالتهم المعيشية أثر ذلك على حالتهم الصحية، وعلى الرغم من أن الريف قد شهد تطورا إلّا أنّ المشكلة الاكبر أنه مازال متمسكا بكثير من العادات والتقاليد والمعتقدات في تفسير مرضه وعلاجه، كما أن التطور في الجانب الاقتصادي أخذ بالتراجع الى الوراء وهذا بحد ذاته يؤثر على حياة الأفراد ابتداء من التعليم إلى الصحة، أما في الحضر الذي يشهد تطوراً وتغييراً واسعاً وتقدماً في المجال الصحي إلا أنه مازال مهملاً لدور العوامل الاجتماعية والثقافية والاقتصادية في التأثير على الصحة التي لم يقتصر تأثيرها على الريف فقط، وإنما الحضر أيضا قد تكون بنسبة أقل ولكن هنالك تأثيرا واضحا، فبعض الأفراد في الحضر متمسكون بالعادات المتعلقة بتفسير المرض على أساس الحسد أو العين أو السحر وغيرها من العادات والمعتقدات؛ لذلك يلجأون إلى العلاج بالطب الشعبي لما يحتويه من أعشاب ووسائل علاجية أخرى كالكي ووخز الأذن وغيرها فضلا عن أن الفقر وانتشار البطالة كان له دور واضح في التأثير على صحة الفرد حيث أن انخفاض مستوى الدخل أو عدم وجوده في الأصل يعد من أهم العوامل ذات التأثير البالغ على صحة الفرد وحدوث الأمراض لذلك جاءت مشكلة دراستنا لتطرح التساؤلات الآتية:

١. هل للأسرة دور في التأثير على صحة الفرد في كل من الريف والحضر باعتبارها أحد العوامل الاجتماعية (أي الصحة)؟
٢. هل للتغير الاجتماعي الذي يشهده كل من الريف والحضر دور في حدوث الأمراض أو تغير وسائل العلاج؟
٣. هل للعادات والتقاليد والمعتقدات أثرعلى صحة الفرد في كل من الريف والحضر باعتباره أحد العوامل الثقافية؟
٤. ما مدى أثر العامل الاقتصادي على صحة الفرد في كل من الريف والحضر؟

ثانيا: أهمية الدراسة:

تكمن أهمية هذه الدراسة بأنها تناولت موضوعا نادرا في المجال السوسيولوجي، ألا وهو سوسيولوجيا الصحة والمرض كدراسة مقارنة في كل من الريف والحضر، ويعد هذا الموضوع من الموضوعات المهمة في علم الاجتماع الطبي الذي شهد تطورا في الفترة الأخيرة إلا أنه مازال يعاني من ندرة الدراسات فيه وقلة الاهتمام به على الرغم من أن هذا العلم، علم يهتم بأهم عنصرين يهددان حياة الإنسان ألا وهما عنصري الصحة والمرض اللذان يعدان من أهم عوامل تقدم المجتمع.

لذلك برزت أهمية هذه الدراسة على أنها جاءت لإثراء الجانب العلمي والمعرفي الخاص في الدراسات السوسيولوجية فبدأت توضح أن الاهتمام بالصحة والمرض لا يقتصر على الجانب البيولوجي فقط في تحديدهما، وإنما يتعدى ذلك ليشمل الجانب الاجتماعي والثقافي بما يحتويه من عوامل اجتماعية وثقافية، فالاهتمام بالجانب البيولوجي يخفي أهمية العوامل الاجتماعية والثقافية والاقتصادية ودورها في حدوث المرض في كل من الريف والحضر.

ولا ننسى أنه لكل مجتمع تعبيراته ودلالاته الخاصة بالصحة والمرض، وترجع تلك التعبيرات والدلالات إلى العوامل الاجتماعية والثقافية بما تحويه من موروث ثقافي، فالأسرة والسلوك والنظرة الاجتماعية والموروث الثقافي بما يحتويه من معتقدات وعادات وتقاليد أثر على صحة الأفراد، فالكثير من الأفراد في الريف يرجعون سبب مرضهم إلى العين والسحر وفي بعض أفراد الحضر، وهناك الكثير من العادات الاجتماعية التي تؤذي صحة الفرد كالعادات الغذائية والسلوكية المتبعة في كل من الريف والحضر.

إذن جاءت أهمية الدراسة لتوضح للمهتمين جميعا بصحة الفرد سواء في الريف أو الحضر أن الصحة والمرض لا يتأثران بجانب واحد كما ذكرنا في أعلاه ولا يقتصر فهمهما وتفسيرهما أو معالجتهما على الجانب البيولوجي، وإنما يتعديان ذلك ليشملان جميع جوانب الحياة الاجتماعية والثقافية والاقتصادية.

أهداف الدراسة: تهدف دراستنا هذه الى:

١. تسليط الضوء على التتبع السوسيولوجي للصحة والمرض.
٢. التعرف على العوامل الإجتماعية (المتمثلة بالأسرة، والنوع، والنظرة الإجتماعية) المؤثرة في الصحة والمرض في الريف والحضر.
٣. الكشف عن أثر العوامل الثقافية المتمثلة (بالثقافة الصحية، والعادات والتقاليد، والمعتقدات) على الصحة والمرض في الريف والحضر.
٤. التعرف على مدى أثر العوامل الاقتصادية المتمثلة (بالحرمان الاقتصادي والفقر والمهنة) على الصحة والمرض في كلمن الريف والحضر.
٥. التوصل الى بعض التوصيات والمقترحات .

المبحث الثاني

تحديد المفاهيم والمصطلحات العلمية

يعد تحديد المفهومات والمصطلحات من الأمور والخطوات المنهجية الأساسية في كل بحث ودراسة مهما كان اختصاصها. حيث أنه من واجب الباحث ان يعمل عند صياغته للمشكلة على تحديد المفاهيم التي يريد أن يستعملها. وكلما اتسم هذا التحديد بالدقة والوضوح سهل على القراء الذين يتابعون البحث إدراك المعاني والأفكار التي يريد الباحث التعبير

عنها.[1] Abad-albasat mohammad,1971,p.172 وهناك عدة تعاريف للمفاهيم منها تعريف قاموس ويبستر (**Webster**) حيث عرف المفهوم بأنه لفظ يعبّر به عن مجموعة متجانسة من الاشياء، وهو عبارة عن تجريد للواقع يسمح لنا بأن نعبر عن هذا الواقع من خلاله. وتعرف المفاهيم ايضا بأنها عبارة عن أفكار عامة جردت من الملاحظة العلمية. **Abrheim 2 kalid,2009,p.23** ويمكن ان تُعرّف أيضا بوضوح وبساطة بانها لفظ أو اصطلاح عام يشير الى مجموعة خاصة من الموضوعات أو الاحداث أو العلاقات أو الاشخاص أو العمليات، ونحن في تحليلنا للمفاهيم لن نعرضها كلها بل نعرض المفاهيم الأكثر فائدة والأكثر أهمية.**3 Nahda abad kreiem,2012,p.45**

أولا: سوسيولوجيا:

تعد (السوسيولوجيا) أي علم الاجتماع من أطرف العلوم الاجتماعية، وأكثرها جذبا للناس ولكن ليس أسهلها وأبسطها؛ لأن العلاقات الإنسانية- التي تمثل موضوع هذا العلم – يمكن ان تكون معقدة أشد التعقيد كما يضيف الى صعوبة هذه الدراسة بل ويعقوها احياناً. وبهذا يمكن أن نضع عدة تعريفات للسوسيولوجيا، منها: Mohammad saad,2012,p. 4

المعنى اللغوي لكلمة سوسيولوجيا: هي كلمة إنكليزية (**Sociology**) منحوتة من كلمتينِ(**Society**) وكلمة (**Logy**) إذ تحمل الأولى معنى مجتمع فيما تعني الثانية دراسة أو بحث، والغالب أن الكلمة الاساسية سوسيولوجيا مأخوذة في الأصل من الفرنسية التي هي فرع من اللاتينية.[5] mohamad al-gawahri,2007,p.7

وتعرف كلمة سوسيولوجيا في معجم المصطلحات الحديثة في علم النفس والإجتماع بأنها أحد فروع علم الاجتماع الحديثة، التي تهتم بدراسة الظروف المادية واالفكرية التي نشأ وتطور في ظلها علم الإجتماع.[6] sammer saad,2013,p.22 واقترن مفهوم السوسيولوجيا بالعالم الفرنسي أوكست كونت وهو أول من صاغ كلمة (سوسيولوجيا) التي تتكون من أصلين لاتيني ويوناني حوالي عام (١٨٣٠م) فهي إذن كلمة نابية عن الأوضاع لأنها لم تشتق من الأصل اليوناني وحده كما هو الحال في المصطلحات العلمية الاخرى.[7] yahiamrsi,2007,p.18

وقد عرَّف السوسيولوجيا (علم الاجتماع): "الدراسة العلمية لتنظيم المجتمعات الإنسانية".[8] jel ferwel,2011,p.27.

وكان للعالم العربي (ابن خلدون) دور في تعريف السوسيولوجيا (علم الاجتماع) "هو مايعرض لطبيعة ذلك العمران من الاحوال مثل التوحش والتأنس والعصبيات وأصناف التغلبات للبشر بعضهم على بعض، وماينشأ عن ذلك الملك والدول ومراتبها، وما ينتحله البشر بأعمالهم ومساعيهم من الكسب والمعاش والعلوم والصنائع، وأثر مايحدث في ذلك العمران بطبيعته من الأحوال (...) وما إلى ذلك من العلل والاسباب"**9**. Ahammad

Rafat,1982,p.12 أما ماكجي وزملاؤه، فيتبنون في مؤلفهم المنشور عام (١٩٧٧)، تعريفا لعلم الاجتماع يذهب إلى أنه "العلم الذي يدرس النظام الاجتماعي. Mohammad oda,2002,p.17 10.

بينما عرفها العالم ماكس فيبر الذي يعدّ من أهم السوسيولوجين الالمان الذين أخذو بمنهج الفهم .11 jmail Hamadwei,2015,p.9 "العلم الذي يحاول الفهم عن طريق التأويل للفعل الاجتماعي والتفسير بطريقة سببيه لتطوره وآثاره.12 Akram Hdnie,2013,p.7أي إن هدف السوسيولوجيا بالنسبة له فهم الفعل الاجتماعي وتفسيره.

ويعرف أيضا بأنه علم اجتماعي، ينصب اهتمامه الرئيسي على دراسة النظم الاجتماعية التي تختلف بفعل التحولات الصناعية إبان القرنين أو الثلاثة الماضية13.

Antonio Kadinz,2006,p.34 بينما عرفه العالم دوركهايم "بأنه العلم الذي يهتم بدراسة الحقائق الاجتماعية"، ويقصد بالحقائق الاجتماعية أنماط السلوك التي تميز فئة اجتماعية في مجتمع معين.14 .Zerhuin Doda,2005,p.12

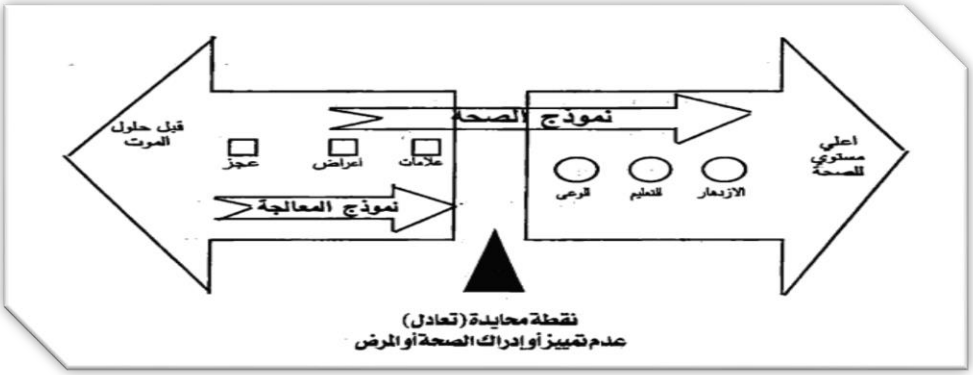
وبعد أن تطرقنا الى مجموعة من التعاريف الخاصة بالسوسيولوجيا أي علم الأجتماع لابد من أن نصل الى وضع تعريف أجرائيا مختصر وملم حيث عرفته الباحثة ((بأنه العلم الذي يهتم بدراسة المجتمع))

ثانيا: الصحة:

تختلف تعاريف الصحة من زمان الى آخر حسب الظروف والمعطيات المحيطة بالعملية الصحية أو الطبية15. Basam Abad al-rahman,2012,p.37 فالصحة مفهوم واسع يتضمن جملة كبيرة من المعاني لن نخوض فيها كلها Abad al-nasar,1989,p.67 16.وإنما سوف نحاول التطرق الى تعريفات الصحة التي تخص دراستنا: حيث عُرِّفت الصحة لغة كما وردت في المعاجم العربية ومنها مختار الصحاح : (الصحة) ضد السقم وقد (صح) يصح بالكسر و(استصح) مثل صح و(صححه) الله (تصحيحا) فهو (صحيح) وصحاح بالفتح. وكذا (صحيح) الأديم (صحاحه) بمعنى غير مقطوع. Mohammad abad al-kader,1983,p.35 17 ولقد جرت عدة محاولات لتعريف الصحة كان أبرزها تعريف العالم بركنز (**Perkins**) حيث عرَّف الصحة بأنها (حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم، وأن حالة التوازن هذه تنتج عن تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها Amal al-bkrie,2009,p.17.18 بينما عرفها العالم وينسلو (**Winslow**) بأنها "علم وفن منع المرض وإطالة العمر وترقية الصحة وكفائتها.19 Yosef Lazem,2015,p.15

في حين عرفها علماء الإجتماع على "أنها السلامة الصحية والنفسية التي تحقق من خلال تقديم الخدمات الصحية التي تتفاعل مع المناخ الخارجي من حيث التغييرات البيئية والسلوكية والوراثية. Mohammad Monam,2013,p.27 .20

وهناك تعريف آخر ينظر إلى الصحة لابوصفها غياب للمرض فحسب، بل يعرفها من خلال الأطوار المتعددة لكل من الصحة والمرض ويفترض تدرجاً قياسياً يوضح العلاقة بين نموذج الصحة ونموذج المعالجة كما في الشكل الآتي**21**. Najla Ataf ,2006,p.27



شكل يوضح (نموذج الصحة ونموذج المعالجة)

أما منظمة الصحة العالمية (**w.h.o**) فلقد عرفت الصحة بأنها الحالة الإيجابية من السلامة والكفاية البدنية والعقلية والاجتماعية وليس مجرد الخلو من المرض أو العجز. ويُلاحظ أن هذا التعريف أخذ في الاعتبار ثلاثة جوانب الجانب البدني والجانب الجسماني، فالجسم يتكون من مجموعات كثيرة من الخلايا المتخصصة التي تكون في مجموعها الانسجة ثم الأعضاء المختلفة، ولكلّ مجموعة من الأعضاء وظيفة خاصة يطلق عليها وظيفة الجهاز مثل الجهاز العصبي أو الهضمي أو التنفسي، فيقال: إن الجسم في حالة تكامل جسماني إذا كانت كافة الاعضاء والاجهزة تقوم بوضائفها على الوجه الاكمل.

أما الجانب النفسي والعقلي، فالإنسان خصه الله سبحانه وتعالى عن بقية المخلوقات بالعقل والجهاز العصبي المتطور والنمو اللذان يمنحان الإنسان القيام بقدرات ذهنية وعقلية لا يتمكن من أدائها أي كائن آخر.

أما من الجانب الاجتماعي فالإنسان بطبيعته يعيش في مجتمعات يؤثر فيها وتؤثر فيه من ناحية الإصابة ببعض الأمراض أو اكتساب بعض العادات الصحية السليمة، وبالتالي لزم التكامل الصحي للإنسان من الجانب الاجتماعي للإحتفاظ بمستوى مرتفع لصحة الفرد. Talat Koteshat,2011,p.15 **22** أما التعريف الإجرائي للصحة: هي حالة تمتع الفرد بكامل قواه العقلية والنفسية والاجتماعية.

ثالثاً: المرض (Sickness)

عرف المرض عبر العصور بتعريفات مختلفة تتباين فيما بينها تبعاً لثقافة وغاية وتخصص ومهنية الشخص الذي عَرَّفَه. فالمتخصصون بعلم الاجتماع يعرّفونه بمايخدم أو

يختص بمجال عملهم والمتخصصون بالمجال الصحي يعرّفونه بما يخدم أو يختص في مجال عملهم. Kadri 2010,p.98. **23**

فالمرض بالمفهوم اللغوي: يعني السقم، وهو نقيض الصحة، ويكون للإنسان والبعير وهو إسم للجنس قال سيبويه المرض من المصادر المجموعة كالشغل والعقل، قالوا أمراض وأشغال وعقول ومرض فلان مرضا فهو مارض ومرض ومريض والانثى مريضة.**24**
Abn-mandor,2010,p.80

أما المفهوم الاصطلاحي للمرض: فيعرّف على أنه انحراف أو اختلال في أحد عوامل الصحة الجسمية أو العقلية أو النفسية يؤدي إلى ظهور اضطراب وتظهر بعض الأعراض والمرض عملية متطورة منذ ابتداء السبب وحتى ظهور المضاعفات فقد يكون حاداً وسريعاً وقد يكون بطيئاً مزمناً، كما يمكن أن يكون المرض عامّاً يصيب أكثر من عضو واحد أو يكون موضعيا فتقتصر الإصابة على عضو واحد أو جزء من عضو. Talat koteshat,2011,p.17 25.

ويعرف المرض في معجم العلوم والمصطلحات الاجتماعية بأنه اضطراب الصحة البدنية أو العقلية. وتلعب العوامل الاجتماعية دوراً مهما في إحداث كثير من الأمراض وقد يكون تأثير هذه العوامل مباشر أو غير مباشر في زيادة أو نقص احتمالات المرض.
,Ahamad Zeki,1986,p89 26.

أما المرض بالمفهوم الطبي – البايلوجي: فيعرّف بأنه اختلال في الحالة الصحية له علاقة بإصابة في بناء او وظيفة عضو أو أعضاء متعددة. ومن بين المهتمين بتعريف المرض بايلوجيا العالم (ديفيد فيلد) **(david field)** حيث يرى "إن المرض يشير إلى حالة الإنحراف العضوي التي يمكن تحديدها بمجموعة من الشواهد والاعراض، فالمرض هو الحالة غير السوية للجسم أو أحد أجزائه غير السويّة .27 Hasani abrheim,2017,p.25

في حين حدّد العالم أوبري لويس **(Aubre Lewis)** ثلاث محددات طبية تقليدية لتحديد المرض، هي: أولا: إحساس المريض بمشاعر ذاتية، وثانياً: اكتشاف أن لديه خللاً في وظيفة عضو ما، وثالثا: ظهور بعض الأعراض التي تتطابق مع نموذج أكلينيكي معين**28**. Mohammad Ali,2011,p.77

أما المرض باعتباره مفهوماً اجتماعيا وثقافيا: يعني في أحد جوانبه– مدى اتفاق ثقافة المجتمع على أن المعاناة من شيء ما تعد مرضا أم لا، فعندما يتفق أفراد المجتمع على شيء ما بأنه مرض، فإنهم يشكلون أفكارهم وسلوكياتهم وتوقعاتهم بناء على هذا الاتفاق.

ولقد أكّد ذلك كل من (فلاتر) **(Flatter)** وزميله (بلفانز) **(pflanz)** هذا المعنى، حيث يذكر إن مفاهيم المرض لاتخلو من القيم الاخلاقية والاجتماعية، فالمرض قد يقيم من جانب

جماعة اجتماعية معينه بأنه نوع من الذنب أو انه انحراف عن المعايير السليمة في المجتمع.**30**

Hasani abrheim,2017,p.53

وبعد أن أشارت الباحثة الى مختلف التعريفات للمرض فإنها تروم إلى وضع تعريف إجرائي للمرض ألا وهو إن المرض بايولوجيا خلل في أحد أعضاء الجسم واجتماعياً هو ظاهرة اجتماعية تتأثر بالمتغيرات الاجتماعية. أما التعريف الأجرائي لموضوع دراستنا سوسيولوجيا الصحة والمرض فهو ((دراسة العوامل الأجتماعية والثقافية المتمثلة بالأسرة والنوع والنظرة اللأجتماعية والعادات والتقاليد والمعتقدات والثقافة الصحية واثرهما على الصحة والمرض))

إذن نستطيع القول إن الصحة والمرض وجهان لعملة واحدة، أي لايمكن فصل أحدهما عن الآخر فهما متلازمان ومتداخلان وهذا ما أكد عليه العالم أرنو**(Arnoa)** حيث يرى" أن معظم الناس ينظرون إلى الصحة والمرض بأنهما نهايات وأطراف عبر خط متصل وإن الناس يقعون في درجات على هذين الطرفين وعبر هذا الخط المتصل **Mohammad Kasam,2011,p.16 .31**

الفصل الثاني

الصحة والمرض

المبحث الاول: لمحة تارخية عن العلاقة مابين الصحة والمرض والسوسيولوجيا:

قبل الإشارة إلى بداية اهتمام العلوم الاجتماعية وخصوصاً علم الاجتماع الطبي بقضيتي الصحة والمرض سوسيولوجياً لابد من ذكر أن العنصرين المذكورين أي الصحة والمرض قد كان الاهتمام بهما مختلفاً من مجتمع إلى آخر ومن عصر إلى آخر حسب ثقافة ونظرة كل مجتمع، وهذا يعني إنه هل هناك اختلاف بالنظرة إلى الصحة و المرض؟

نعم لقد اختلفت النظرة إلى الصحة والمرض في جميع الحضارات وتباينت من مجتمع إلى آخر ومن عصر إلى آخر وكذلك أيضاً من حضارة إلى حضارة أخرى من حيث الزمان، ومن جيل إلى آخر من ضمن نفس البيئة الاجتماعية الواحدة حيث كانت سابقاً نظرة الحضارات القديمة والمعروف عنها إنها كانت وثنية وعابدة للأصنام أو التي بعضها يعبد الكائنات الحية أو الظواهر الطبيعية التي تقوم على أساس غيبي أي تؤمن بالسحر والشعوذة. إلى أن جأت الديانات السماوية والتي كرمت بني الإنسان وجعلته أسمى وأرقى الكائنات الحية ونصت ضمن تعاليمها وعباداتها نصوصاً تنص على المحافظة على الصحة إلى جانب اعتبار المرض عارض ويجب على الإنسان معالجته وعدم الاستهانة به حيق قامت بمعالجة الأمراض عن طريق الآيات القرآنية وكذلك الأحاديث النبوية الشريفة إلى

جانب اعتبار المرض إما ابتلاءً من الله سبحانه وتعالى لكي يرى صبر المؤمن وممكن أن يكون عقاب [32]. Kadrie al-shek ,2010,p.99

ولكن مع تزامن وجود الديانات تقدمت التكنولوجيا وجميع العلوم ومن ضمنها العلوم الاجتماعية الطبية حيث شهد الربع الاخير من القرن التاسع عشر مولد (الطب الاجتماعي). ويمكن القول بعبارة أخرى نشأة ما يمكن أن يسمى أو يطلق عليه بالطب المستند إلى العلوم الاجتماعية ولابد من الذكر إنه يعود الفضل في هذا الإهتمام إلى نخبة من الأطباء ذوي المهارات والأداء، المبادئ الإجتماعية ومن الدراسات التي لايمكن إغفالها في هذا الصدد دراسة المؤلف الذي قدمها الطبيب ذو الجنسية البلجيكية سنة (١٨٦) ألا وهو الدكتور (أرماند جوزيف) والذي أجرى دراسة عن طبيعة الأحوال الصحية والاقتصادية في المجتمع البلجيكي ولقد تضمن كتابه أربعة أقسام حيث عالج في أول قسم من الكتاب البيئة الجغرافية للمجتمع البلجيكي [33]. Mohammad abd-almonam,1985,p.13

أما القسم الثاني فلقد درس فيه أسباب الوفيات و|أهم الأمراض التي لها دور في حدوث الوفيات بينما القسم الثالث من الكتاب المذكور فلقد خصصه للبحث في العوامل المجتمعية التي تؤدي إلى الأمراض وتتمثل بالمناخ، تغذية السكان، المسنوى الإقتصادي لهم في حين تضمن القسم الرابع البحث في التدابير الإجتماعية التي يمكن أن يؤخذ بها لعلاج المشكلات المرضية والصحية التي تعرض لها المجتمع البلجيكي في وقته [34]. Mohammad abd-almonam,1985,p.35

ثم ظهر بعد ذلك كتاب (الباثولوجيا الاجتماعية) عام ١٩٥١ للعالم (ادوين ليمرت) حيث يعد من أحد البدايات الحديثة التي تعد مدخلاً لغلم الإجتماع الطبي ولقد تناول في دراسته في هذا الكتاب المنحرفين من جميع النماذج كالمجرمين ومحتسي الخمر والأفراد المصابين بأمراض عقلية، حيث ميز ليمرت بين نوعين من الإنحراف، الإنحراف الأولي والانحراف الثانوي. فالإنحراف الأولي هو الذي يحرك ويدفع الفرد بينما الانحراف الثانوي فهو سلوك يعد دفاعاً أو ردة فعل للإنحراف الأول [35]. **Akbal Abrheiem,2015,p 347** ومع بدايات القرن العشرين تصاعد الإهتمام من قبل كل من علم الاجتماع والأنثروبولوجيا بقضيتي الصحة والمرض والعلاج وعلاقتهما بالنماذج والأنماط الإجتماعية والثقافية التي كانت سائدة في المجتمع. في حين أشار(جدنز) على أن الإتجاهات التقليدية المتواجدة في علم الإجتماع كانت تغفل الدور الذي تؤديه جميع المؤثرات الاجتماعية والثقافية والبيئية على الصحة [36]. Anoor Zeien, 2015,p.11

ومن بين الذين اهتموا بدراسة الصحة والمرض والطب في القرن التاسع عشر واللذين كان دورهم واضح في دراسة الصحة والمرض هما (هاريت ماتينون، وجارلت بيركنز) والتي

جائت أعمالهم بعنوان النساء المسنات في دراسة النوع والصحة أما العالمان كارل ماركس وفردريك أنجلز فقد كان مؤلفهما بعنوان (الرأسالمالية، الصحة وإنتاج الرعاية الصحية) بينما (فلورنس نايت أنجلز) فلقد كان له بحث مستند الى (مقاربة الصحة ، الرعاية الصحية والسلامة في المستشفيات) ولابد أيضاً من ذكر العالم دوركهايم الذي كانت من أهم مؤلفاته في ذلك الوقت النظام الإجتماعي والصحة العامة.**37 Fran collyer,2015,p.11**

كل ماذكرناه كانت بدايات لظهور علم الإجتماع الطبي في القرن التاسع عشر ففي عام ١٩٠٢ نشرت (اليزابيث بلاكويل) كتابا تحت عنوان (مقالات في علم الاجتماع الطبي) وكانت أول طبيبة في العصر الحديث وبلاكويل أول خريجة لكلية طبية أمريكية وكانت كانت أول طبيبة أمريكية أيضاً، وقد تناولت في هذا الكتاب بعض القضايا المتعلقة بالطب والمجتمع، ثم أصدر بعد ذلك الطبيب الامريكي (جيمس بيتر وارباس) كتاباً بعنوان علم الاجتماع الطبي تناول فيه بعض القضايا المتعلقة بالطب والمجتمع وأكد على أهمية الوعي الإجتماعي بقضايا الصحة والمرض. وفي عام ١٩٠٢ ظهرت أول مجلة في علم الاجتماع هي مجلة علم الإجتماع الطبي، وكذلك يعود الفضل في إنجاز أول عمل في علم الاجتماع الطبي هو العالم (بيرنارد ستيرن) عام ١٩٥٠[38] **38 Hasani Abrhiem,2017,p.48**

ومن أهم الرواد الذين اهتموا بدراسة الصحة والمرض وأشهرهم وهو من أهم رواد النظرية الوظيفية واللذين يعتبرون من اهم رواد علم الاجتماع الطبي هو العالم (تالكت بارسونز) من أهم مؤلفاته كتاب (النظام الاجتماعي) ويدرس فيه دور المريض فى المجتمع ودور الأسرة فى الصحة والمرض واهتم بدراسة العلاقة بين الطبقة والوفيات والمرض وفى كتابه (دور المريض) تناول دور المريض فى الأسرة والمجتمع، وهو دور قائم على التزام المريض بحقوقه وواجباته، فدور المريض يمنحه الحق فى الإعفاء من واجباته والتزاماته مدة مؤقته، أما العالم أميل دوركهايم من أهم مؤلفاته كتاب الإنتحار (**The Suicide**) الذي تحدث فيه عن الأسباب الاجتماعية للإنتحار، ذلك لأن أسباب الانتحار وآثاره كلها إجتماعية وليست نفسية أو طبية، إن الإنتحار مهما يكن نمطه يرجع إلى عوامل اجتماعية أما ما يتعلق بالعزلة الاجتماعية كإنتحار العزلة الاجتماعية، الإنتحار الأنومي أو انتحار التضحية (الانتحار الايثاري أو انتحار التفسخ الاجتماعي). وإن العامل الاجتماعي الذي يدفع بالفرد الى الانتحار يؤثر في بادئ الأمر في حالته النفسية إذ تضطرب الحالة النفسية للفرد ما يوصله إلى الانتحار، ومنه هذا المرض الذي يؤدي الى مرض نفسي جسمي، من هنا نخلص إلى القول بأنه في حالة الإنتحار كما يعلمنا إميل دوركهايم يكون السبب الإجتماعي هو الأساس، هذا السبب يقود إلى الحالة النفسية المرضية، التي تتحول بعد ذلك الى حالة نفسية جسمية سليمة تقود بالفرد الى الإنتحار، ومن مؤلفاته الأسس الاجتماعية للتكاثر

السكاني وتقسيم العمل .39 Ahassan Mohammad al-hasan,2008,p.15 أمـــــــا

العالم ريتشالد اليزلي : الذي يعد من أهم الأطباء البريطانيين في إختصاص طب المجتمع وطب الأسرة ، ومن أهم مؤلفاته في علم الاجتماع الطبي كتاب" المجتمع في الطب وكتاب "أسباب الصحة والمرض" بينما أبحاثه فقد كانت حول (إختيار زيجات الطبقة الاجتماعية، والفوارق الطبقية في وفيات الأطفال، وبحث (الطبقة الاجتماعية والصحة والمرض)، بينما العالم أدوين ليمرت: ومن أهم مؤلفاته (المرض الاجتماعي والأمراض المزمنة) وكذلك كتاب فى الإجهاد والأمراض المزمنة، ودور العوامل الإجتماعية والحضارية فى المرض حيث أنه في كتابه المرض الإجتماعي تناول ليمرت، مفهوم المرض الإجتماعي الأولي والثانوي وأثارهما، وأيضاً الأمراض الإجتماعية الأولية(التعاطي)، وأسباب الأمراض الإجتماعية، والعلاقة بين المرض الإجتماعي والعضوي. **40 Hasan Abo-zaied,2009,p.20**

وبهذا اصبح الأدراك السوسيولوجي للصحة والمرض يؤكد لنا بأنه لايجوزأن تقف ممارسة مهنة الطب عند حد دراسة الطب ومزاولته ، بل يجب الأهتمام ايضا بالبيئة والوسط الأجتماعي الذي يعمل فيهما الطبيب فهناك أرتباط واضح بين البيئة والعوامل الأجتماعية والأمراض المختلفة لهذا المجتمع أو ذلك ، أذن أن فهم الصحة والمرض لايكتمل الأ بأدراجهما في سياق أجتماعي أكبر بما يضمه من عناصر تؤثر على أدراك االفرد لمدى حاجته للمساعدة الطبية وقراره بالبحث عنها وأستجابته لها.

المبحث الثاني

مستويات الصحة ومكوناتها

أولاً: مستويات الصحة:

للصحة عدة مستويات ومكونات أساسية تتمثل بالجوانب البدنية والاجتماعية والنفسية وإن عملية تكامل هذه الجوانب بصورة فعالة وإيجابية تجعل من الفرد يبدو بحالة صحية جيدة. وبعكسها في حالة انحراف أي جانب من الجوانب الثلاث المذكورة لا يمكن أن تعتبر الحالة صحية متكاملة، بل توضع بمستوى آخر يختلف باختلاف العديد من التغيرات والمؤثرات. وفيما يلي سوف نستعرض المستويات الأساسية للصحة والمتمثلة بما يأتي:

أ. الصحة المثالية: هي إحدى درجات الصحة وتعرف بأنها نوع من التكامل البدني والإجتماعي والنفسي، ويكون هذا المستوى من الصحة نادراً ما يتوافر، حيث يعتبر هدفاً بعيداً لبرامج الصحة العامة في المجتمع وذلك لغرض العمل على تحقيقه.

ب. الصحة الإيجابية: وهي مستوى تتوافر فيه الطاقة الصحية الإيجابية حيث من خلالها يتمكن الفرد من مواجهة المشاكل والمؤثرات والضغوط البدنية والإجتماعية والنفسية دون أن تظهر عليه أية علامات أو أعراض تخص المرض، وهذا يعني أن حالة التكيف

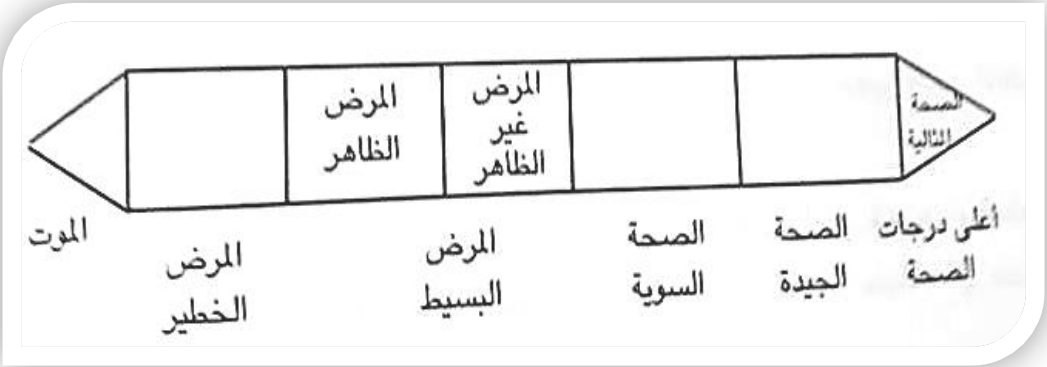
لدى الفرد ساعدته في التغلب على كل ما يعترضه في الحياة دون أن تظهر عليه أية اعراض مرضية41. Sadia Mohammad,2006,p.18

ج. الصحة المتوسطة: وفي هذا المستوى لا تتوافر أي طاقة إيجابية من الصحة.[42] Slah al-deen,1996,p.19

د. المرض الظاهر: وهي الحالة التي يشكو فيها المريض من أعراض وعلامات ظاهرة تختلف حدتها حسب عوامل خاصة، ويحتاج في هذه الحالة الفرد المريض إلى علاج.

هـ. المرض الغير الظاهر: في هذه المرحلة لا تظهر أية أعراض واضحة على المريض ولكن يمكن اكتشاف المرض من خلال العلامات أو الإختبارات الخاصة.

و. مستوى الإحتضار: أي إنه في هذا المستوى تسوء الحالة الصحية إلى حد بعيد بحيث يصعب معه على المريض أن يستعيد صحته مما يؤدي إلى وصوله إلى مرحلة الموت. والشكل التالي يوضح ما سبق ذكره عن مستويات الصحة ..43 Abad al-seaid ,2001,p.8



(أمل البكري، الصحة والسلامة العامة، مصدر سبق ذكره، ص١٨.)

ثانياً: مكونات الصحة:

ترتبط الصحة إرتباطاً وثيقاً بدراسة جسم الإنسان وتركيبه ومعرفة عمل وظائفه وذلك من أجل معرفة العلاقة بينهما، والتوصل إلى محاولة تشخيص الحالات المرضية ومعالجتها، وتوجد عدة مكونات للصحة وتتمثل بمايأتي:44 Yasaf Lazam,2017,p.15

أ:الصحة الإجتماعية (Social wellness): وتعرف الصحة الإجتماعية بأنها عملية يتم فيها توافق الأسرة والأبناء في عضويتهم مع أهداف ومتطلبات الإجتماعات المدنية للبيئة ابتداءا باجتماعهم المدني المصغر في الأسرة ثم بالأخرى المتنوعة المتمثلة بالحي والمدرسة والعمل ومرافق الحياة الواسعة المختلفة أي يمكن اختصارها بايجاز صحة، عضوية (دور-سلوك) الأبناء او أفراد الأسرة في المجتمعات التي يعيشون فيها45. Ahammad Zeidan, 2015 ,p.35

في حين يرى صبري جرجس أن "الصحة الإجتماعية في بيئة معيّنة، مرتبطة بتاريخ تلك البيئة وكيانها الحديث وبعاداتها وتقاليدها ومعتقداتها وثرائها العلمي والأدبي والفني والخلقي ومرتبطة كذلك بمقوماتها الإجتماعية والإقتصادية والصحية. وكل بيئة في هذا كله تختلف اختلاف كبير عن الأخرى بالرغم مما يكون بعضها البعض من أصول حضارية46.

Hussen Abd-alwahad , 1966,p.22

ويُلاحظ أن الصحة الاجتماعية تتطور تحت تأثير الوالدين والاصدقاء وزملاء المدرسة والجامعة وزملاء العمل والجيران في المنزل. وهناك عدة مكونات للصحة الإجتماعية منها أخلاقية الفرد التي هي عبارة عن مجموعة من الصفات الأخلاقية والمثل العليا والتوجهات القيمية التي يعتبرها الشخص صادقة لنفسه واتباع التعديلات الذاتية القيمة المختارة .

وكذلك عملية التوافق الإجتماعي التي تتضمن السعادة مع الآخرين ومسايرة المعايير الإجتماعية والإلتزام بأخلاقيات المجتمع والتفاعل الاجتماعي وتقبل التغير الإجتماعي والعمل من أجل الخير للجماعة وتعديل القيم له دور كبير في تحقيق الصحة الإجتماعية47. Smaia Taha,2005,p.35

ب: الصحة النفسية (Psycological Health)**:** توسع الإهتمام بالصحة النفسية بعد حدوث الحرب العالمية الثانية في الوقت الذي كان فيه لمنظمة الصحة العالمية دورها الهام في تحديد مفاهيم الصحة النفسية في حين بدأ الإهتمام بها منذ إنشاء وحدة الصحة العقلية في هذه المنظمة عام ١٩٤٩م والتي شكلت بواسطة لجنة من الخبراء برئاسة الطبيب النفسي (جون يولي) وهو شخصية مرموقة بين علماء النفس والطب النفسي، وعالم نفس الطفل العالم (بياجيه)48. Mustifa Hajzie, 2015,p.72

عرفت الصحة النفسية بعدة تعاريف ومنها التعريف الذي اختصرته جهود الكثير من العلماء والذي ينص على أن الصحة النفسية مفهوماً إيجابيا متعدد المستويات، يكون فيه الإنسان صحيحاً على المستوى الجسدي والنفسي والإجتماعي ثم المستوى الروحي. إذن هو مفهوم يشتمل على العديد من المستويات التي يجب أن تكون في حالة توازن ما بين إشباع هذه المستويات وتنشيطها. Mohammad Mahdi,2007,p.10 49 وهناك عدة مظاهر وخصائص يتصف بها الشخص المتمتع بالصحة النفسية منها:-

١. القدرة على التكيف الإجتماعي وتكوين علاقات إجتماعية سليمة.
٢. مدى نجاح الفرد في عمله ورضاه عن نفسه: فالفرد الناجح في عمله يشعر بالسعادة والرضا عن نفسه فيقبل ذاته وما تحويه من عيوب وينقد ذاته ويحاسب نفسه باستمرار وهذا دائماً يجلب له الرضا على عكس الفرد الذي يعمل فوق استطاعته فلا يشعر

بالسعادة ويصاب بالإحباط وهذا يعني أن أفضل وسيلة لتحقيق الإستقرار النفسي هي أن يحقق الفرد أهدافاً تتفق مع ميوله وإمكاناته المادية والمعنوية.

٣. الثقة بالنفس وبالآخرين والقدرة على التكيف الذاتي والإتزان الإنفعالي

٤. الإرادة القوية والأهداف الواضحة والقدرة على ضبط الذات وتحمل المسؤولية.50 Hammad Mohammad,2001,p.21

٥. يمتاز الأفراد المتمتعين بالصحة النفسية الجيدة بأنهم أكثر مرونة في مواجهة الأزمات والمشكلات، والأكثر قدرة على التعامل مع الضغوط.

٦. التوافق الشخصي والإجتماعي والأسري والتربوي والمهني وهي أحد صفات الأشخاص المتمتعين بالصحة النفسية لأن لديهم قدرة أكثر على التفاعل الإجتماعي وبناء علاقات اجتماعية مع الآخرين.

وبأختصار نستطيع أن نتوصل إلى أن الأفراد الذين يتمتعون بهذه الصفات هم الأكثر عافية نفسية وفاعلية إجتماعية51. Abad al-mutlab,2009,p.2

ت: الصحة الجسمية (البدنية):

تتأثر الصحة الجسمية بالبيئة السيكولوجية والإجتماعية بطريقة لايمكن تفاديها. وذلك لأن جميع الظروف المرضية والصحية وليس فقط الأمراض التي حددتها النظريات السيكوسوماتية التي ظهرت في حقبة متقدمة من الزمن. تتأثر بالعوامل السيكولوجية والاجتماعية. وإنما أيضا علاج الأمراض والتنبؤ بالشفاء يتأثران بشكل عميق وجوهري بالعوامل الاجتماعية، كالتعرض للضغط وتوفر المساندة الإجتماعية إذ ليس من المعقول أن يتم الفصل بين الجسم والعقل عند الحديث عن القضايا المتعلقة بالصحة والمرض52. Sheli Tylor ,2008,p.40 تعد الصحة الجسمانية جزء هام من الصحة الكلية، و من العلامات الصحية التي تدل على أن الفرد صحي من الناحية الجسمية هو تمتعه بما يلي:

١. مظهر حسن، جلد نظيف، عيون براقة.

٢. شعر لامع وجسم مغطى بالعضلات المشدودة الغير مفرطة للسمنة، جودة الشهية.

٣. سلامة النوم وسهولة التبرز واتزان ويسر سلامة حركات الجسم.

٤. اعتدال نبض دقات القلب وضغط الدم وسلامة بقية أعضاء الجسم.

وهناك عدة وسائل رئيسية تستخدم لتقييم حال الفرد صحيا من الناحية الجسمية (البدنية) ألا وهي: دراسة مقاييس الجسم، الفحص السريري، قياس التغذية، وإجراء اختبارات كيميائية ومختبرية.

ث: الصحة العقلية: تمثل الصحة العقلية في العصر الحديث واحدة من التخوم الأخيرة في مجال تحسين الوضع البشري وفي مواجهة الوصم واللامبالاة المتفشيين53. Robert

Dejelie,2004,p.9 وتعرف الصحة العقلية (Mental health) : بأنها عملية الحفاظ على صحة الإنسان من الناحية العقلية ومكافحة الإضطرابات النفسية والإنحرافات الخلقية وانتزاع بذور الأمراض العقلية قبل نموها واستفحالها وتنظيم الوقاية من هذه الأمراض ونشر مبادئ الصحة العقلية.54 Mdahat Mohammad,2005,p.20 فالصحة العقلية "جزء لا يتجزأ من الصحة وتعني أكثر من مجرد غياب المرض العقلي ولها صلة قوية بالصحة البدنية والنفسية مثل المرض الجسدي.

حيث ذكر هذا المصطلح من قبل العديد من علماء النفس والفلاسفة بالإضافة إلى ذلك ظهرت العديد من الدراسات التي اهتمت بالصحة العقلية منها دراسة (أبراهام ماسلو) حيث كان له مشروع بحث يتحدث عن الصحة العقلية أجرى فيه مقاربة لطبقة متكونة من عدد من المواطنيين ذوي الصحة الجيدة، وشرح الأسباب التي تجعل منهم أناس أصحاء وبعدها قام بإعداد جدول يتحدث عن الصحة العقلية لكل واحد منهم.55 Abraham Maslow,2001,p.23 وتقسم أعراض الصحة العقلية تقليدياً إلى مجموعات حيث إنها تكون إما أعراض عصابية أو ذهانية ويمكن النظر إلى الأعراض العصابية كخبرات إنفعالية عادية ولكنها شديدة وتكون بدرجة أعلى من العادية وهذا بدوره يؤدي إلى حدوث مشكلات في الصحة العقلية وهذه المشكلات تؤثر على الطريقة التي يشعر أو يفكر بها الفرد Abad al-hakam,2016,p.60 56.

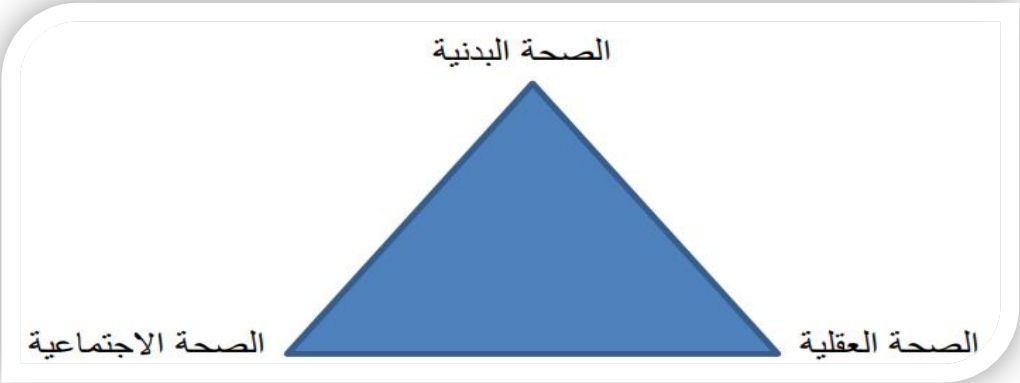
جـ- الصحة الغذائية : تعنى الصحة الغذائية بنوعية الغذاء وسلامته، وذلك لأن الغذاء ضروري لإستمرار الحياة، وتسمى المواد الموجودة في الغذاء والتي لها دور أساسي في الحفاظ على حياة الإنسان بالمغذيات أو العناصر الغذائية (nutrients). وتمد هذه المواد الجسم بالكربوهيدرات والدهون والبروتينات والفيتامينات والعناصر المعدنية والماء الإنسان بالطاقة والمواد البنائية الضرورية لنموه وبقائه.57 Group of Professors,2005,p.11

حيث إنه لجميع ماذكرنا من فيتامينات وإلى آخره إستعمالات عديدة ومتنوعة يستفاد منها الجسم فهي المكون الأساسي للجلد والكولاجين كما إنها ضرورية للدم ولبقية أجزاء الجسم الأخرى إذن يؤثر الطعام الذي نتناوله على الصحة وإمكانية الإصابة ببعض الأمراض، كأمراض القلب وغيرها.58 Jwan Webster,2013,p.22

إذن لابد من أن نحصل على غذاء صحي لكي نتوصل إلى حالة صحية جيدة لأن الغذاء المحور الأساسي لجميع أنحاء الجسم فلا طاقة ولا نشاط ولاقوة دون الغذاء الصحي.

وبعد أن انتهينا من التعرف على أنواع الصحة لابد من أن نذكر أن جميع هذه الأنواع مرتبطة مع بعضها البعض أي إننا لانستطيع القول أن هنالك صحة إجتماعية دون النظر إلى بقية الأنواع الأخرى ولايمكن القول توجد صحة نفسية دون أن ننظر أيضاً إلى بقية

الأنواع الأخرى وهكذا أي إن هناك ترابط واضح مابينهما وكلاهما مكمل للآخر. والرسم في الشكل التالي يمثل مدى إرتباط كل من الصحة البدنية والعقلية والاجتماعية.



الفصل الثالث

عرض نتائج الدراسة وتحليلها

المبحث الأول/ البيانات الأولية

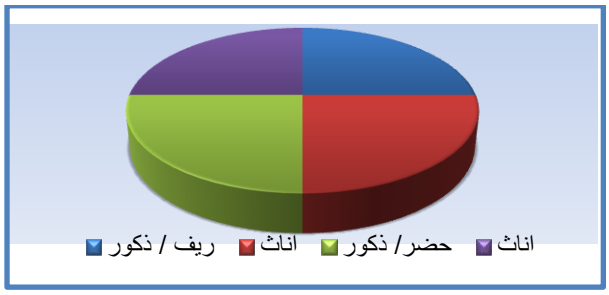
تعد البيانات الأولية من المداخل الأساسية المتمثلة بالجنس والعمر والحالة الزوجية والمهنة والتحصيل الدراسي والمستوى الاقتصادي للمبحوثين.

جدول (١) يبين جنس المبحوثين

الموطن الاصلي		الجنس		المجموع
		ذكر	أنثى	
ريف	العدد	75	75	150
	%	25%	25%	50 %
حضر	العدد	75	75	150
	%	25%	25%	50%
المجموع	العدد	150	150	300
	%	50%	50%	100%

يتبين من الجدول أعلاه الجنس والموطن الاصلي للمبحوثين، وقد تبين من خلال النتائج الاحصائية للريف إن عدد الذكور كان (٧٥) مبحوثا وعدد الإناث (٧٥) ايضا وبنسبة (٢٥%) لكل منهما، اما الحضر فقد كان عدد الذكورمساوي أيضا لعدد الاناث اي (٧٥) لكل منهما وبنسبة (٢٥%) لكل منهما. نستدل مما تقدم إن الباحثة راعت وجهات النظر بين الذكور والاناث ومعرفة ارائهم حول الصحة والمرض لكل من الريف والحضر فكان التوزيع متساوي.

شكل (١) يبين جنس المبحوثين



جدول (٢) يبين فئات أعمار المبحوثين

الموطن الأصلي		العمر						المجموع
		18-28	29-38	39-48	49-58	59-68	69-78	
ريف	العدد	35	28	38	32	10	7	150
	%	11.7%	9.3%	12.7%	10.7%	3.3%	2.3%	50%
حضر	العدد	62	44	24	12	7	1	150
	%	20.7%	14.7%	8%	4%	2.3%	0.3%	50%
المجموع	العدد	97	72	62	44	17	8	300
	%	32.3%	24%	20.7%	14.7%	5.7%	2.7%	100%

المتوسط الحسابي =٣٧.٢ الانحراف المعياري =١٣.٨

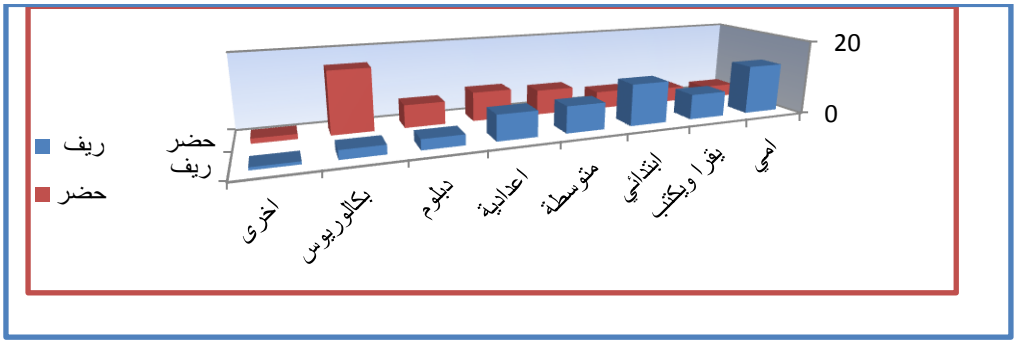
يبين جدول (٢) عمر المبحوثين لكل من الريف والحضر ،وقد تبين من النتائج اعلاة إن غالبية أفراد عيّنة الدراسة في الريف من الفئة (٣٩-٤٨) كان عددهم (٣٨) مبحوث وبنسبة (١٢.٧%)، ثم تلتها بعد ذلك الفئة من (١٨-٢٨) بعدد (٣٥) وبنسبة (١١.٧%) ، وجاءت بعدها الفئة (٤٩-٥٨) بعدد (٣٢) وبنسبة (١٠.٧%)، وبعدها الفئة العمرية (٢٩-٣٨) بعدد (٢٨) وبنسبة (٩.٣%)، واما الفئة (٥٩-٦٨) كانت بعدد (١٠) وبنسبة (٣.٣%) ،ومن ثم الفئة (٦٩-٧٨) بعدد (٧) وبنسبة (٢.٣%). اما في الحضر إن غالبية عيّنة الدراسة كانت من الفئة (١٨-٢٨) بعدد (٦٢) وبنسبة (٢٠.٧%)، بينما الفئة العمرية (٢٩-٣٨) بعدد (٤٤) وبنسبة (١٤.٧%)، وبعدها الفئة العمرية (٣٩-٤٨) بعدد (٢٤) وبنسبة (٨%)، في حين كانت الفئة (٥٩-٦٨) بعدد (٧) وبنسبة (٢.٣%)، اما الفئة (٦٩-٧٨) كان عددها (١) ونسبتها (٠.٣%)، بينما كان الوسط الحسابي لعمر المبحوثين (٣٧.٢) سنة. أما الانحراف المعياري فقد كان (١٣.٨) سنة. إن الباحثة ارادت الوصول الى جميع الفئات العمرية لمعرفة وجهات نظرهم حول موضوع الدراسة وهذا مانلاحظه في الجدول اعلاه.

جدول (٣) يبين المستوى التعليمي للمبحوثين

الموطن الأصلي		مستوى التعليم								المجموع
		أمي	يقرأ ويكتب	أبتدائي	متوسط	أعدادي	دبلوم	بكالوريوس	أخرى	
ريف	العدد	39	20	33	21	20	8	7	2	150
	%	13%	6.7%	11%	7%	6.7%	2.7%	2.3%	0.7%	50%
حضر	العدد	10	12	14	20	23	18	49	4	150
	%	3.3%	4%	4.7%	6.7%	7.7%	6%	16.3%	1.3%	50%
المجموع	العدد	49	32	47	41	43	26	56	6	300
	%	16.3	10.7	15.7	13.7	14.3	8.7	18.7	2	100%

يبين جدول (٣) المستوى التعليمي للمبحوثين، تبين النتائج السابقة ان المستوى التعليمي في الريف منخفض حيث بلغ عدد الأميين(٣٩) مبحوثا وبنسبة (١٣%) ثم تلاها بعد ذلك من هم في الابتدائية وعددهم (٣٣) مبحوثا أي بنسبة (١١%)، وبعدها المتوسطة بعدد (٢١) مبحوثا وبنسبة (٧%)، في حين إن الاعدادية كان عددهم (٢٠) مبحوثا وبنسبة (٦.٧%)، بينما خريجي الدبلوم كان عددهم (٨) مبحوثا ونسبتهم (٢.٧%)، والبكالوريوس بعدد (٧) مبحوث ونسبتهم (٢.٣%)، اما الاخرى كان عددهم (٢) مبحوث ونسبتهم (٠.٧%). بينما الحضر كان خريجو البكالوريوس قد حصلوا على أعلى النسب فقد كان عددهم (٤٩) مبحوثا ونسبتهم (١٦.٣%)، وتليها الاعدادية بعدد (٢٣) مبحوثا وبنسبة (٧.٧%)، اما المتوسط كان عددهم (٢٠) مبحوثا ونسبتهم (٦.٧%)، في حين كان عدد الدبلوم (١٨) مبحوثا وبنسبة (٦%)، وتليها الابتدائي فقد كان عددهم (١٤) مبحوثا ونسبتهم (٤.٧%)، اما فئة يقرأ ويكتب كانت بعدد (١٢) مبحوثا وبنسبة (٤%) بينما الأمية كانت بعدد (١٠) مبحوثا وبنسبة (٣.٣%)، اما الاخرى كان عددهم (٤) مبحوثا ونسبتهم (١.٣%). نستدل مما تقدم إن نسبة الامية عالية في الريف نتيجة عدم التحاقهم بالمدارس وبعدها عن منازلهم، في حين الحضرين كانت نسبة التعليم عالية.

شكل (٣)/ يبين المستوى التعليمي للمبحوثين

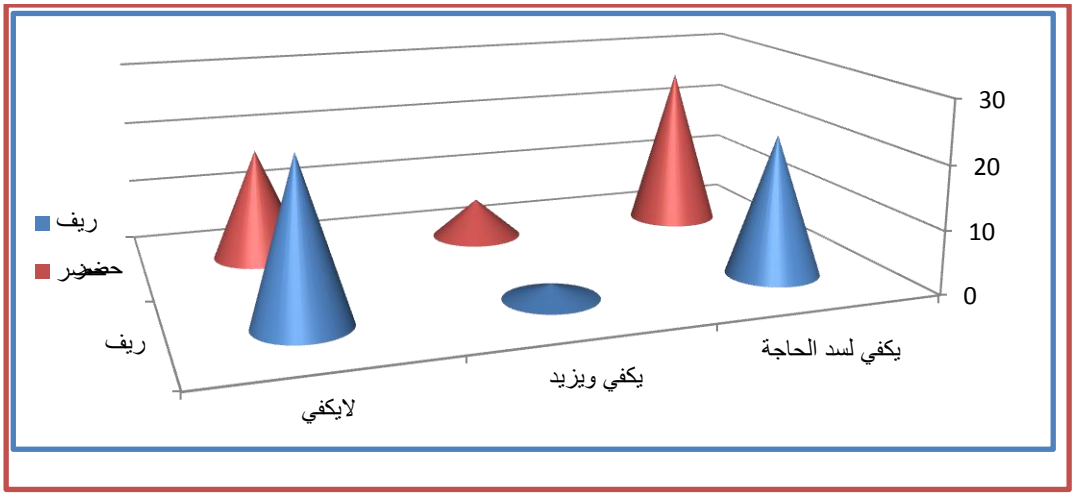


جدول (٤) يبين كفاية دخل المبحوثين

الموطن الاصلي		كفاية دخل المبحوثين			المجموع
		يكفي لسد الحاجة	يكفي ويزيد	لايكفي	
ريف	العدد	67	7	76	150
	%	22.3%	2.3%	25.3%	50%
حضر	العدد	78	19	53	150
	%	26%	6.3%	17.7%	50%
المجموع	العدد	145	26	129	300
	%	48.3%	8.7%	43%	100%

يبين جدول (٤) كفاية دخل المبحوثين، حيث تبين من النتائج الإحصائية إن في الريف كانت لا يكفي هي النسبة الأعلى اي بعدد (٧٦) وبنسبة (٢٥.٣%)، في حين يكفي لسد الحاجة كانت بعدد (٦٧) وبنسبة (٢٢.٣%)، اما يكفي ويزيد كانت بعدد (٧) ونسبة (٢.٣%)، بينما في الحضر كانت اعلى نسبة هي يكفي لسد الحاجة بعدد (٧٨) وبنسبة (٢٦%)، وتليها لا يكفي بعدد (٥٣) وبنسبة (١٧.٧%)، في حين يكفي ويزيد كانت بعدد (١٩) وبنسبة (٦.٣%). إن الريف يعتمدون على قوتهم اليومي من زراعة العمل فيها فهذا لا يكفيهم في سد متطلبات الحياة .

شكل (٤) يبين كفاية دخل المبحوثين



المبحث الثاني /البيانات الخاصة بالدراسة

جدول (٥) يبين بيئة الاسرة الاجتماعية وعملها على غرس التربية الصحية بين الأفراد بحسب الموطن الاصلي

الموطن الاصلي		بيئة الاسرة الاجتماعية وعملها على غرس التربية الصحية بين الأفراد نعم	لا	المجموع
ريف	العدد	147	3	150
	%	49%	1%	50 %
حضر	العدد	141	9	150
	%	47%	3%	50%
المجموع	العدد	288	12	300
	%	96%	4%	100%

تبين بينات الجدول أعلاه ان (١٤٧) مبحوثا وبنسبة (٤٩%) من مجموع وحدات العيّنة أجابو بنعم أي يعتبرون الاسرة هي البيئة الاجتماعية التي تعمل على غرس التربية الصحية بين أفرادها في الريف، في حين اجابة (٣) مبحوثا وبنسبة(١%) من مجموع وحدات العيّنة بلا أي لا يعتبرون الاسرة هي البيئة الاجتماعية التي تعمل على غرس التربية الصحية بين أفرادها في الريف . أما في الحضر فقد كانت أجابة (١٤١) مبحوثا وبنسبة (٤٧%) من مجموع وحدات العيّنة بنعم حيث يعتبرون الاسرة هي البيئة الاجتماعية التي تعمل على غرس التربية الصحية بين أفرادها، في حين اجابة (٩) مبحوثا وبنسبة (٣%) من مجموع وحدات العيّنة بلا اي لا يعتبرون الاسرة هي البيئة الاجتماعية التي تعمل على غرس التربية الصحية بين أفرادها.وهذا يعني أن كل من الريف والحضر اعتبروا أن الاسرة هي من أهم المؤسسات الاجتماعية التي لها اثر واضح على صحة الفرد لآنها تحتضنه منذ ولده.

جدول (٦) يبين اختلاف سلوك الاسرة في التعامل مع أفرادها عند المرض

الموطن الاصلي		اختلاف سلوك الاسرة في التعامل مع أفرادها عند المرض نعم	لا	المجموع
ريف	العدد	93	57	150
	%	31 %	19 %	50%
حضر	العدد	92	58	150
	%	30.7%	19.3%	50%
المجموع	العدد	185	115	300
	%	61.7%	38.3%	100%

توضح بينات الجدول اعلاه ان (٩٣) مبحوثا وبنسبة (٣١%) من مجموع وحدات العيّنة أجابو بنعم أي يجدون اختلاف سلوك الاسرة في التعامل مع أفرادها عند المرض في الريف، في حين اجابة (٥٧) مبحوثا وبنسبة(١٩%) من مجموع وحدات العيّنة بلا اي إنهم يجدون اختلاف سلوك الاسرة في التعامل مع أفرادها عند المرض في الريف.

أما في الحضر فقد أجاب (٩٢) مبحوثا وبنسبة (٣٠.٧%) من مجموع وحدات العيّنة بنعم أنهم يجدون اختلاف في سلوك الاسرة في التعامل مع أفرادها عند المرض، في حين اجابة (٥٨) مبحوثا وبنسبة (١٩.٣%) من مجموع وحدات العيّنة بلا اي لا يجدون اختلاف سلوك الاسرة في التعامل مع أفرادها عند المرض. وهذا يعني أنه عند مقارنتنا بين أجابات الأفراد في الريف مع الأفراد في الحضر وجدنا ان كل منهما يختلفون في طريقة التعامل مع المريض أذ أكد أكثرهم على أنهم يكونون أكثر أيجابية من خلال العناية والاهتمام بالمريض ونستنتج من ذلك أن الأفراد في الريف والحضر متقاربين في الأجابة عن أختلاف سلوك الأسرة في التعامل مع المريض .

جدول (٧) يبين حدوث الأمراض في العائلة بسبب وفاة احد الاقرباء

يبين حدوث الأمراض في العائلة بسبب وفاة احد الاقرباء				المجموع
الموطن الاصلي		نعم	لا	
ريف	العدد	20	130	150
	%	6.7%	43.3%	50%
حضر	العدد	44	106	150
	%	14.7%	35.3%	50%
المجموع	العدد	64	236	300
	%	21.3%	78.7%	100%

أوضحت بينات الجدول اعلاه ان (١٣٠) مبحوثا وبنسبة (٤٣.٣%) من مجموع وحدات العيّنة لا يتفقون مع حدوث الأمراض في العائلة بسبب وفاة احد الاقرباء في الريف، في حين اجابة (٢٠) مبحوثا وبنسبة (٦.٧%) من مجموع وحدات العيّنة يتفقون مع الأمراض التي تحدث في العائلة بسبب وفاة احد الاقرباء في الريف. يليها الجانب الحضري اذ جاء (١٠٦) مبحوثا وبنسبة (٣٥.٣%) من مجموع وحدات العيّنة لا يتفقون مع الأمراض التي تحدث في العائلة بسبب وفاة احد الاقرباء، في حين اجابة (٤٤) مبحوثا وبنسبة (١٤.٧%) من مجموع وحدات العيّنة يتفقون مع الأمراض التي تحدث في العائلة بسبب وفاة احد الاقرباء. نستدل مما تقدم ان أغلب الأفراد في الريف والحضر لم يعانوا من هذه

الأمراض التي تتفق مع هذه الحالة وأكدو على أنهم أكثر أيمان بالله سبحانه وتعالى وأن الموت حق .

جدول (٨) يبين فيما إذا تعرض الفرد لعزلة أجتماعية أدت به الى المرض.

الموطن الأصلي		يبين فيما أذا تعرض الفرد لعزلة أجتماعية أدت به الى المرض		المجموع
		نعم	لا	
ريف	العدد	33	117	150
	%	11%	39%	50%
حضر	العدد	42	108	150
	%	14%	36%	50%
المجموع	العدد	75	225	300
	%	25%	75 %	100%

توضح بينات الجدول السابق ان (١١٧) مبحوثا وبنسبة (٣٩%) من مجموع وحدات العيّنة لا يتفقون على أن تعرض الفرد للعزلة الاجتماعية تؤدي به الى المرض في الريف، في حين اجابة (٣٣) مبحوثا وبنسبة(١١%) من مجموع وحدات العيّنة بنعم أي يتفقون انة الفرد أذا تعرض للعزلة الاجتماعية تؤدي به الى المرض في الريف.

يليها الجانب الحضري اذ جاء (١٠٨) مبحوثا وبنسبة (٣٦%) من مجموع وحدات العيّنة لا يتفقون مع تعرض الفرد للعزلة الاجتماعية تؤدي به الى المرض، في حين اجابة (٤٢) مبحوثا وبنسبة (١٤%) من مجموع وحدات العيّنة، يتفقون مع تعرض الفرد للعزلة الاجتماعية تؤدي به الى المرض. وهذا يعني أن أفراد الحضر قد تعرضو للعزلة أكثر من أفراد الريف مما أدى بهم الى المرض، حيث أغلب أفراد الحضر أرجعو عزلتهم الى صعوبة الحياة والمعيشة والتكلفة وعدم الإمكانية المادية وكثرة متطلبات الحياة وكثرة المشكلات الأسرية .

جدول (٩) يبين مدى الإهتمام بالمريض من قبل الأب ام الأم ام جميع أفراد العائلة

الموطن الأصلي		برأيك ان الاهتمام بالمريض يكون من قبل الاب ام الام ام جميع أفراد العائلة			المجموع
		الاب	الام	جميع أفراد العائلة	
ريف	العدد	16	43	91	150
	%	5.3%	14.3%	30.3%	50%
حضر	العدد	6	64	80	150
	%	2%	21.3%	26.7%	50%
المجموع	العدد	22	107	171	300
	%	7.3%	35.7%	57%	100%

توضح بينات الجدول اعلاه ان (٩١) مبحوثا وبنسبة (٣٠.٣%) من مجموع وحدات العيّنة يبادرون جميع أفراد العائلة الاهتمام بالمريض في الريف، في حين اجابة (٤٣) مبحوثا وبنسبة(١٤.٣%) من مجموع وحدات العيّنة بان الام تبادر الاهتمام بالمريض في الريف، كما اجاب (١٦) مبحوثا بنسبة(٥.٣%) من مجموع وحدات العيّنة بان الاب يبادر الاهتمام بالمريض في الريف

توضح بينات الجدول اعلاه ان (٩٥) مبحوثا وبنسبة (٣١.٧%) من مجموع وحدات العيّنة لا يعتبرون الاصابة بالمرض يؤدي الى عدم استقرار الحياة الاسرية اجتماعيا في الريف، في حين اجابة (٥٥) مبحوثا وبنسبة (١٨.٣%) من مجموع وحدات العيّنة يعتبرون الاصابة بالمرض تؤدي الى عدم استقرار الحياة الاسرية اجتماعيا في الريف.

المبحث الثالث

نتائج الدراسة وإستنتاجاتها سوف تستعرض الدراسة أهم النتائج الميدانية التي توصلت إليها الدراسة :

١. إن عدد الذكور في الريف كان (٧٥) مبحوثا وعدد الإناث (٧٥) ايضا وبنسبة (٢٥%) لكل منهما، اما الحضر فقد كان عدد الذكور مساوي أيضا لعدد الاناث اي (٧٥) لكل منهما وبنسبة (٢٥%) لكل منهما وهذا يعني أن عدد الذكور والاناث في كل من الريف والحضر كانوا متساويين في العدد.
٢. توصلت الدراسة الى أن غالبية أفراد عيّنة الدراسة في الريف هم من الفئة (٣٩-٤٨) وكان عددهم (٣٨) مبحوث وبنسبة (١٢.٧%)، ثم تلتها بعد ذلك الفئة من (١٨-٢٨) بعدد (٣٥) وبنسبة (١١.٧%) اما في الحضر إن غالبية عيّنة الدراسة كانت من الفئة (١٨-٢٨) بعدد (٦٢) وبنسبة (٢٠.٧%)، بينما الفئة العمرية (٢٩-٣٨) بعدد (٤٤) وبنسبة (١٤.٧%). ونستنتج من ذلك أن الفئة العمرية (١٨-٢٨) بعدد (٦٢) وبنسبة (٢٠.٧%) في الريف سجلت النسبة الأعلى.
٣. إن غالبية أفراد العيّنة هم من المتزوجين لكل من الريف والحضر، حيث كان عدد المتزوجين(١١١) وبنسبة (٣٧%)، بينما كان عدد العزاب (٢٩) وبنسبة (٩.٧%)، اما عدد من هم مطلق (٢) وبنسبة (٠.٧%) بينما الارمل كان عددهم (٨) وبنسبة (٢.٧%).
٤. ان المستوى التعليمي في الريف منخفض حيث بلغ عدد الأميين(٣٩) مبحوثا وبنسبة (١٣%) ثم تلاها بعد ذلك من هم في الابتدائية وعددهم (٣٣) مبحوثا أي بنسبة (١١%)، وبعدها المتوسطة بعدد (٢١) مبحوثا وبنسبة (٧.٠٠) ، بينما الحضر كان خريجو البكالوريوس قد حصلوا على اعل النسب فقد كان عددهم (٤٩) مبحوثا ونسبتهم

(١٦.٣%)، وتليها الاعدادية بعدد (٢٣) مبحوثا وبنسبة (٧.٧%)، اما المتوسط كان عددهم (٢٠)

٥. متوسط الدخل الشهري في الريف كان لا يكفي هي الاعلى اي بعدد (٧٦) وبنسبة (٢٥.٣%)، في حين يكفي لسد الحاجة كانت بعدد (٦٧) وبنسبة (٢٢.٣%)، اما يكفي ويزيد كانت بعدد (٧) ونسبة (٢.٣٠)، بينما في الحضر كانت اعلي نسبة هي يكفي لسد الحاجة بعدد (٧٨) وبنسبة (٢٦.٠٠)، وتليها لا يكفي بعدد (٥٣) وبنسبة (١٧.٧%)، في حين يكفي ويزيد كانت بعدد (١٩) وبنسبة (٦.٣%).و ونستنتج من ذلك أن الريف سجل أعلى نسبة من الحضر من ناحية لا يكفي لسد الحاجة أي أنهم أقل رفاهية أقتصادية من الحضر ويعزى ذلك الى التوقف عن الزراعة بسبب عدم توفر المياه اللازمة وعدم توفر المواد الأساسية للزراعة.

٦. عدد أفراد الاسرة، في الريف كان العدد من (٦ –١٠) كانت نسبتهم (٢١.٧%) وبعدد (٦٥)، ويليها العدد (١١–١٥) بنسبة (١١.٣%) وبعدد (٣٤)، في حين نرى النتائج في الحضر إن العدد من (١–٥) حصل على اعلي النسب(٢٦%)، وبعدها العدد (٦–١٠) بنسبة (٢٢.٣%)، بينما العدد من (١١–١٥) بنسبة (٠.٧%). وهذا يعني عددأفراد الأسرة في الريف أعلى من الحضر ممايؤدي الى تعرضهم للأمراض . وهذه النتيجة تتفق مع النتيجة التي جاءت بها الدراسة العراقية لريسان عزيز والتي بعنوان (أثر العوامل الاجتماعية على الحالة الصحية) والتي كانت بأن للأسرة دور فاعل في مدى تعرض الفرد للأصابة بالمرض من ناحية حجمها .

٧. تبين أن (١٤٧) مبحوثا وبنسبة (٤٩%) من مجموع وحدات العيّنة أجابوا بنعم وهي النسبة الأعلى أي يعتبرون الاسرة هي البيئة الاجتماعية التي تعمل على غرس التربية الصحية بين أفرادها في الريف، . في حين تلتها أجابة (١٤١) مبحوثا وبنسبة (٤٧%) من مجموع وحدات العيّنة بنعم حيث يعتبرون الاسرة هي البيئة الاجتماعية التي تعمل على غرس التربية الصحية بين أفرادها، ونستدل من ذلك أن كل من الريف والحضر كانو يعتبرون الاسرة هي البيئة الاجتماعية التي تعمل على غرس التربية الصحية بين أفراده ولكن الريف سجلوا النسبة الأعلى مقارنة بالحضر ،وهذه النتيجة تتفق مع احد النتائج التي جاءت بها الدراسة العراقية لريسان عزيز والتي بعنوان (أثر العوامل الاجتماعية على الحالة الصحية) والتي كانت بأن للأسرة دور فاعل في مدى تعرض الفرد للأصابة بالمرض .

٨. تبين أن (٩٣) مبحوثا من الريف وبنسبة (٣١%) من مجموع وحدات العيّنة أجابو بنعم أي يجدون اختلاف سلوك الاسرة في التعامل مع أفرادها عند المرض في حين

تلتهاأجابة(٩٢) مبحوثا من الحضر وبنسبة (٧٠.٣%) من مجموع وحدات العيّنة أجابوا بنعم أي أنهم يجدون اختلاف في سلوك الاسرة في التعامل مع أفرادها عند المرض . ونستنتج من ذلك أن الريف والحضر سجلوا أعلى نسبة هي الأجابة بنعم أي أن هناك أختلاف في سلوك الأسرة في التعامل مع المريض. ولكن الريف سجلوا النسبة الأعلى.

٩. تبين إن (١٣٠) مبحوثا وبنسبة (٣٠.٤٣%) من مجموع وحدات العيّنة في الريف لا يتفقون مع حدوث الأمراض في العائلة بسبب وفاة احد الاقرباء ، فيحين تلتها أجابة (١٠٦) مبحوثا وبنسبة (٣٥.٣%) من مجموع وحدات العيّنة في الحضر لا يتفقون مع الأمراض التي تحدث في العائلة بسبب وفاة احد الاقرباء. ونستنتح من ذلك أن الريف سجل ألاعلى مقرنة بالحضر أي أنهم لا يتفقون مع حدوث الأمراض في العائلة بسبب وفاة احد الاقرباء .

١٠. إن (١١٧) مبحوثا في الريف وبنسبة (٣٩%) من مجموع وحدات العيّنة لا يتفقون على أن تعرض الفرد للعزلة الاجتماعية تؤدي به الى المرض ،ثم تلتها أجابة (١٠٨) مبحوثا وبنسبة (٣٦%) من مجموع وحدات العيّنة في الحضر بأنهم لا يتفقون على أن تعرض الفرد للعزلة الاجتماعية يؤدي به الى المرض ،ونستنتج من ذلك أن الريف سجل أعلى نسبة من الحضر بتعرضهم للعزلة نتيجة المرض .

١١. إن (٩١) مبحوثا وبنسبة (٣٠.٣%) من مجموع وحدات العيّنة يبادرون جميع أفراد العائلة الاهتمام بالمريض في الريف ، يليها الجانب الحضري اذ جاء (٨٠) مبحوثا وبنسبة (٦٤%) من مجموع وحدات العيّنة يبادرون جميع أفراد العائلة الاهتمام بالمريض، ونستنتج من ذلك أن الريف والحضر سجلو النسبة الأعلى في الأجابة بنعم أي أن أفراد العائلة جميهم يبادرون بالاهتمام بالمريض ألان أنه الريف مقارنة بالحضر كان الاعلى في الإجابة بذلك

المبحث الرابع

التوصيات والمقترحات

١. تشكيل فرق جوالة لنشر التوعية الصحية بين صفوف سكان المناطق الريفية في المحافظة.
٢. تشكيل لجان مختصة وبالتعاون مع الحكومة المحلية للاطلاع على أحوال سكان الريف ومعرفة احتياجاتهم الصحية والاقتصادية وتلبيتها.
٣. توفير المراكز الصحية المتكاملة بالقرب من القرى الريفية النائية وذلك لبعد المسافة بين هذه القرى وبعض المراكز الصحية الأخرى.
٤. تنفيذ حملات لتلقيح الأطفال في الريف.

٥. اجراء كشوفات وتحري عن الأمراض المنتشرة في الريف والحضر وتوفير العلاجات اللازمة وسبل الوقاية منها.
٦. أقامه ندوات ومحاضرات توعوية صحية عامة لكل من الريف والحضر .
٧. أجراء فحوصات لمياه الشرب في كل من الريف والحضر وبالأخص القرى الريفية في محافظة واسط .
٨. وضع حلول جذرية لعلاج مشكلة التسرب الدراسي في القرى الريفية خاصة والاحياء الحضرية التي تزيد من نسبة الجهل لديهم .
٩. يجب ان تقوم مديرية الموارد المائية بزيادة الإطلاقات المائية في نهري الدجيلة والغراف وذلك لضمان وصول المياه الى القرى النائية الواقعة في أطراف المحافظة لضمان استفادتهم منها في ري المحاصيل الزراعية والشرب.
١٠. على مديرية تربية واسط متابعة وحث الطلبة المتسيبين من الريف والحضر على العودة الى مقاعد الدراسة وبالتنسيق مع أولياء

المصادر والمراجع

- **القران الكريم**
- **المعاجم**

١. إبن منظور، محمد بن مكرم علي، ابو الفضل، جمال الدين ابن منظور الانصاري، الافريقي، لسان العرب، المجلد السادس، دار صادر– بيروت، ط٣، ١٤١٤هـ، ص٤١٨٠.
٢. أحمد زكي بدوي، معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، مكتبة لبنان بيروت، ١٩٨٦.
٣. جيل فيريول، معجم مصطلحات علم الاجتماع، ترجمة أنسام محمد الاسعد، ط١، دار ومكتبة الهلال، بيروت، ٢٠١١، ص٢٧.

المصادر العربية

١. إبتسام علام واخرون، الصحة والبيئة، دراسات أجتماعية وانثروبولوجية، ط١، مصر، ٢٠٠١.
٢. إبراهيم عبد الهادي المليجي وأخرون، الرعاية الطبية من منظور الخدمة الاجتماعية، ط١، المكتب الجامعي الحديث، الأسكندرية، مصر ،٢٠١٢.
٣. إبراهيم عبد الهادي المليحي واخرون، الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية، ط١، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، مصر، ٢٠١٢.
٤. إحسان محمد الحسن، النظريات الاجتماعية، ط١، مطبعة الرسائل، العراق، ٢٠٠٣.
٥. إحسان محمد الحسن، علم الاجتماع الطبي: دراسة تحليلية في طب المجتمع، ط١، وائل للطباعة والنشر، عمان، الأردن، ٢٠٠٨.
٦. إحسان محمد الحسن، علم الاجتماع الطبي، ط١، دار وائل للنشر، عمان الاردن، ٢٠٠٨.
٧. أحمد بدر، أصول البحث العلمي ومناهجه، ط٦، المكتبة الاكاديمية، مصر، ١٩٩٠.
٨. احمد رأفت عبد الجواد، مبادىء علم الاجتماع، ط١، مكتبة نهضة الشرق للنشر، مصر،١٩٨٢.

٩. أحمد زيدان حمدان، صحة الاسرة الوقائية والعلاجية في ادارة وتقديم مسؤوليات الحياة اليومية، ط١، دار التربية الحديثة للطباعة والنشر، سوريا، ٢٠١٥.

١٠. أحمد محمد الزعبي، الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية والدراسية عند الاطفال، ط١، دار زهران، الاردن، ٢٠١٣.

١١. أحمد محمد حسن صالح واخرون، الصحة النفسية والتربية الصحية، ط١، مطبعة الجمهورية، الاسكندرية، مصر، ٢٠٠١.

١٢. أسامة حمدان الرقب، رعاية ذوي الأعاقة في الاسلام، ط١، دار يافا العلمية للنشر،عمان،٢٠١٢.

١٣. إعداد أساتذة من الجامعات في العالم العربي، الكتاب الطبي الجامعي: تمريض صحة المجتمع، ط١، أكاديميا، لبنان، ٢٠٠٦.

١٤. إعداد نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي، الغذاء والتغذية، ط٢، أكاديميا إنترناشيونال، بيروت، لبنان، ٢٠٠٥.

١٥. إقبال أبراهيم مخلوف، الرعاية الطبية والصحية ورعاية المعوقين، ط١، المكتب الجامعي الحديث،مصر،بدون سنة طبع.

١٦. إقبال أبراهيم مخلوف، الرعاية الطبية والصحية ورعاية المعوقين،ط١، المكتب الجامعي الحديث،مصر،بدون سنة طبع.

١٧. أكرم عدنني، سوسيولوجيا الدين والسياسة عند ماكس فيبر، ط١، المعارف، بيروت، لبنان، ٢٠١٣.

١٨. أماني عمر حافظ، الاعلام والمجتمع، ط١، عالم الكتب، القاهرة، ٢٠٠٥.

١٩. أمطير عثمان ،مباديء الأحصاء، ط١، مركز الكتاب الأكاديمي للطباعة والنشر، عمان، ٢٠١٧.

٢٠. أمل البكري واخرون، الصحة والسلامة العامة، ط٥، دار الفكر للطباعة والنشر، عمان، ٢٠٠٩.

٢١. أمل المخزومي، الأطفال في دوامة الأشكال الاجتماعية، ط١، دار يداء للنشر والتوزيع، الأردن،٢٠١٧.

٢٢. انتوني جدنيز، ترجمة احمد زايد وآخرون، مقدمة نقدية في علم الاجتماع، ط٢، مركز البحوث للطباعة والنشر، مصر،٢٠٠٦.

٢٣. إيمان عباس الخفاف، الذكاء الإنفعالي: تعلم كيف تفكر إنفعالياً، ط١، دار المناهج للنشر والتوزيع، الأردن، ٢٠١٣.

٢٤. إيمان محمود، الصحة النفسية للطفل علامات على الطريق الصحيح، ط١، وكالة الصحافة العربية، مصر، ٢٠١٦.

٢٥. باسم عبد الحميد حمودي، عادات وتقاليد الحياة الشعبية العراقية، ط١، دار الشؤون الثقافية العامة، العراق، ١٩٨٦.

٢٦. إبراهيم خليل ابراش، المنهج العلمي وتطبيقاته في العلوم الاجتماعية، ط١، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الاردن، ٢٠٠٩.

٢٧. بسام عبد الرحمن المشاقبة، الاعلام الصحفي، ط١، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان، الادن،٢٠١٢.

٢٨. بسمة خليفة، إضاءات على مادة تقنيات التعبير،ط١، دار النهضة العربية، لبنان، ٢٠١٤.

٢٩. بهاء الدين جلال وأخرون، دليل الأخصائي الاجتماعي للتعامل مع المعاقين ذهنياً، ط٢، دار العلوم للنشر، القاهرة، ٢٠١٧.

٣٠. تالات قطيشات واخرون، مبادىء في الصحة والسلامة العامة، ط٤، دار المسيرة للطباعة والنشر، عمان، ٢٠١١.

٣١. تمارة محمد زياد الجار الله، الأسرة ودورها في تنشئة الأطفال اجتماعياً وتربوياً، ط١، دار خالد الحياني للنشر، عمان، ٢٠١٦.

٣٢. تمام محمد اللودعمي، الجينات البشرية وتطبيقها: دراسة فقهية مقارنة، ط١، المعهد العالمي للفكر الإنساني، الولايات المتحدة الامريكية.

٣٣. جاسم محمد العبيدي وآخرون، طرق البحث العلمي،ط١، ديبونو للطباعة والنشر،٢٠١٠، الاردن.

٣٤. جميل حمداوي: جهود ماكس فيبر في مجال السوسيولوجي، ط١، شبكة الألوكة، المغرب، ٢٠١٥.

٣٥. جوان وبيستر غاندي: ترجمة زينب منعم، الغذاء والتغذية، ط١، دار المؤلف، الرياض، ٢٠١٣.

٣٦. جيل فيريول، معجم مصطلحات علم الاجتماع، ترجمة أنسام محمد الاسعد، ط١، دار ومكتبة الهلال، بيروت، ٢٠١١.

٣٧. حسن علي حسن، المجتمع الريفي والريف المصري، ط١، المكتب الجامعي الحديث، الأسكندرية، ١٩٧٨.

٣٨. حسن موسى عيسى، الممارسات التربوية الأسرية وأثرها في زيادة التحصيل الدراسي في المرحلة، ط١، دار الخليج، عمان، ٢٠٠٩.

٣٩. حسني ابراهيم عبد العظيم، علم الاجتماع الطبي: الجذور التاريخية والقضايا المعاصرة، ط١، دار الكتاب الجامعي، بني سويف، مصر، ٢٠١٧.

٤٠. حسين عبد الحميد رشوان، دور المتغيرات الاجتماعية في الطب والأمراض: دراسة في علم الاجتماع الطبي، ط٢، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، ١٩٨٩.

٤١. حسين عبد الواحد الشاعر، الطب الاجتماعي والأمراض المهنية، ط١، الدار القومية للطباعة والنشر، مصر،١٩٦٦.

٤٢. خالد السيد محمد عبد المجيد موسى، شرح نظام التأمينات الاجتماعية السعودي الجديد ولائحته التنفيذية، ط١، مكتبة القانون والاقتصاد، السعودية، ٢٠١٤.

٤٣. خالد تيسير الشرايري، الثقافة والاقتصاد، ط١، مطبعة البيروني، ٢٠١٠.

٤٤. د.ج. ابارك وأخرون، ترجمة الزروق الهونى واخرون، الموجز في طب المجتمع، ط١، مجمع الفاتح للطباعة والنشر، ١٩٨٩.

٤٥. دلال عوض، المراهقة ودور الأسرة في التعامل معها "الخصائص والمشكلات"، ط١، دار من المحيط الى الخليج، عمان، ٢٠١٦.

٤٦. ربحي مصطفى علوان، البحث العلمي أسسه ومناهجه وأساليبه وإجراءاته، ط١، بيت الأفكار الدولية، الأردن، ٢٠٠١.

٤٧. رشا عبد الله عمارة، اصلاح الروح مع النفس، ط١، مكتبة الثقافة الوطنية، القاهرة ،٢٠١٣.

٤٨. رشا قباني، صحة الطفل، ط٣، دار المعرفة، بيروت، لبنان، ٢٠١٧.

٤٩. روبرت ديجارليه وأخرون، ترجمة أيهاب عبد الرحيم محمد، الصحة العقلية في العالم، ط١، المجلس الاعلى للثقافة، القاهرة، ٢٠٠٤.

٥٠. ريسان عزيز داخل، أثر العوامل الاجتماعية على الحالة الصحية، رسالة ماجستير، كلية الأداب، جامعة بغداد، ١٩٩٨.
٥١. سامي محسن الختاتنة، علم النفس الصناعي، ط١، دار الحامد للنشر والتوزيع، الاردن، ٢٠١٣.
٥٢. سعدية محمد حسانين عيسى واخرون، صحة البيئة والغذاء،ط١، الرشيد للطباعة والنشر، الرياض، السعودية، ٢٠٠٦.
٥٣. سمية طه جميل، الارشاد النفسي، ط١، دار عالم الكتب، مصر، ٢٠٠٥.
٥٤. سمير سعيد حجازي، ترجمة جالورجيور دانيو، معجم المصطلحات الحديثة في علم النفس والاجتماع، ط١، دار الكتب العلمية، بيروت لبنان.
٥٥. سمير فياض، الصحة في مصر، ط١، المكتبة الاكاديمية، مصر، ٢٠٠٢.
٥٦. سناء الخولي وأخرزن ،دراسات في علم الاجتماع الطبي ،ط١، دار المعرفة الجامعية ، مصر ،١٩٨٢.
٥٧. سنان الموسوي، ادارة الموارد البشرية وتأثيرات العولمة عليها، ط١، دار مجدلاوي للطباعة والنشر، الاردن، ٢٠٠٤.
٥٨. شعبان خلف ، علم الوبائيات في مجال صحة الإنسان ،د١، دار الكتب العلمية ، لبنان ،٢٠١٥.
٥٩. شعبان خلف الله، علم الوبائيات في مجالات صحة الإنسان، ط١، دار الكتب العلمية للنشر، بيروت، لبنان، ٢٠١٥.
٦٠. شيلي تايلور، ترجمة وسام درويش بريك وأخرون، ط١، دار الحامد للطباعة والنشر، عمان، الاردن، ٢٠٠٨.
٦١. عبد الحكم أحمد الخزامي، العلاج النفسي الصحة النفسية أساس نجاح الفرد والمجتمع، ط١، دار الفجر، القاهرة، مصر، ٢٠١٦.
٦٢. عبد الحميد رشوان، دور المتغيرات الإجتماعية في الطب والأمراض، ط٢، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، ٢٠٠٤.
٦٣. عبد الرحمن سيد سلمان، مناهج البحث، ط١، دار عالم الكتب، الاسكندرية، ٢٠١٤.
٦٤. عبد السلام مرجي، أساسيات في السلامة المهنية، ط٢، دار الخليج للنشر والتوزيع، عمان، ٢٠١٦.
٦٥. عبد الله يوسف أبو زعيزع، مقدمة في الأرشاد المهني، ط١، دار يافا للنشر والتوزيع، الاردن، عمان، ٢٠١٠.
٦٦. عبد المطلب امين القرمطي، مبادئ الصحة النفسية والارشاد، ط١، دار النصر للطباعة والنشر، مصر، ٢٠٠٩.
٦٧. عبد المنصف علي رشوان، الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية بالمجال الطبي، المكتب الجامعي الحديث ،الاسكندرية،٢٠٠٧

- **الكتب الاجنبية:**

1. Abraham Maslow، Mental Health: A Philosophical Analysis،Vol1، Kluwer Academic Publishers، Netherlands، 2001.
2. Fran Collyer، The Palgrave Handbook of Social Theory in Health، Illness and Medicine، Vo l1، published on that website www.books.google.com، Australia.
3. Professor Sama Hewa، Theories of disease causation: Social epidemiology and epidemiological transition، Resaeach published in Galle Medical Journal،Vol 20، 2015.
4. Weber ، max. Basic Concepts of Sociology Green wood press، New York، 1983.
5. Zerihun Doda، M.A، Introduction to Sociology، First Edition، Ethiopia، 2005