

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة عمار ثليجي بالأغواط
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم الاجتماع والديمقراطية



الموضوع:

الضغوط الاجتماعية والعوامل الوراثية وعلاقتها بالأمراض المزمنة
لدى عينة مرضى السكري والضغط الدموي
دراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية احميدة بن عجيلة بولاية الأغواط-

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث LMD تخصص: علم الاجتماع و الدراسات الديمغرافية

إشراف الأستاذ الدكتور:
محمد دلاسي

إعداد الطالبة:
فاطمة بومدين

لجنة المناقشة:

الاسم واللقب	الرتبة	الجامعة	الصفة
د. بودالي بن عون	أستاذ محاضر أ	جامعة عمار ثليجي - الأغواط	رئيساً
أ.د. محمد دلاسي	أستاذ التعليم العالي	جامعة عمار ثليجي - الأغواط	مشرفاً ومقرراً
أ.د. خليفة بوزبرة	أستاذ التعليم العالي	جامعة الجزائر - بوزريعة	عضواً مناقشاً
أ.د. رشيد بوسعادة	أستاذ التعليم العالي	جامعة الجزائر - بوزريعة	عضواً مناقشاً
د. رشيد بكاي	أستاذ محاضر أ	جامعة عمار ثليجي - الأغواط	عضواً مناقشاً
د. سعيدة زيزاح	أستاذ محاضر أ	جامعة عمار ثليجي - الأغواط	عضواً مناقشاً

السنة الجامعية: 2017 - 2018

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة عمار ثليجي بالأغواط
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم الاجتماع والديمقراطية



الموضوع:

الضغوط الاجتماعية والعوامل الوراثية وعلاقتها بالأمراض المزمنة
لدى عينة مرضى السكري والضغط الدموي
دراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية احميدة بن عجيلة بولاية الأغواط-

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث LMD تخصص: علم الاجتماع و الدراسات الديمغرافية

إشراف الأستاذ الدكتور:
محمد محمد دلاسي

إعداد الطالبة:
فاطمة بومدين

لجنة المناقشة:

الاسم واللقب	الرتبة	الجامعة	الصفة
د. بودالي بن عون	أستاذ محاضر أ	جامعة عمار ثليجي - الأغواط	رئيساً
أ.د. محمد دلاسي	أستاذ التعليم العالي	جامعة عمار ثليجي - الأغواط	مشرفاً ومقرراً
أ.د. خليفة بوزبرة	أستاذ التعليم العالي	جامعة الجزائر - بوزريعة	عضواً مناقشاً
أ.د. رشيد بوسعادة	أستاذ التعليم العالي	جامعة الجزائر - بوزريعة	عضواً مناقشاً
د. رشيد بكاي	أستاذ محاضر أ	جامعة عمار ثليجي - الأغواط	عضواً مناقشاً
د. سعيدة زيزاح	أستاذ محاضر أ	جامعة عمار ثليجي - الأغواط	عضواً مناقشاً

السنة الجامعية: 2017 - 2018



شكر و تقدير

﴿وَمَا تَوْفِيقِي إِلَّا بِاللَّهِ عَلَيْهِ تَوَكَّلْتُ وَإِلَيْهِ أُنِيبُ﴾ (سورة هود: الآية، 88)

الحمد والشكر لله عز وجل صاحب الفضل على جزيل عطائه و نعمه والذي أعانني على إنجاز هذا العمل، فالحمد لله على ذلك.

وأقدم بعد شكر الله تعالى بكل أسمى ومعاني الشكر و التقدير والاحترام و العرفان والامتنان لأستاذي الفاضل الأستاذ الدكتور "امحمد دلاسي" الذي تفضل مشكورا على تأطير هذا البحث وقاده بتوجيهاته ونصائحه القيمة، ونشكره على حرصه الكبير على تنمية ملكة البحث العلمي للباحث، وأشكره لأنه كان لي الأب والأخ والأستاذ الذي ألجأ إليه لأستمد منه قوتي وإصراري لإكمال هذا البحث العلمي، فالفصل والشكر تقديرنا نهديه لك ما حيننا وأقول لك:

أبدي احترامي لمن بالعلم سيرني
لولاها ما عمت الأفكار واديننا
مهما أقول فلن أوفيك حقكم
يا من بذلت الجهد كي للوعي ترسينا
بماذا أجازيك يا أستاذي يركاك ربي ودمتم مفخرا فينا ولهذا الوطن الحبيب.
كما أتقدم بأسمى معاني التقدير والاحترام والشكر والعرفان إلى كل أساتذة قسم
علم الاجتماع الذين سهرروا على تكويننا طيلة هاته السنوات وللذين ساعدوني في هذا
العمل البحثي، ولكل الزملاء والزميلات. وأتقدم بالشكر مسبقا لأعضاء لجنة المناقشة.
كما لا يفوتني أن أشكر موظفي المؤسسة الاستشفائية احميدة بن عجيبة بالأغواط
من أطباء وشبه طبيين وإداريين، وكذلك أشكر موظفي الضمان الاجتماعي. وكل من
ساعدني من قريب أو من بعيد لإنجاز وإتمام هذه الرسالة.

إهداء

قال تعالى:

﴿ وَقُلْ رَبِّ ارْحَمْهُمَا كَمَا رَبَّيَانِي صَغِيرًا ﴾ (سورة الإسراء: الآية، 24)

أهديها إليهما:

والذي رحمه الله وأسكنه فسيح جنانه .

والدتي حفظها الله ورعاها وأطال عمرها.

كما أهدي هذه الرسالة:

إلى كل أفراد عائلتي إخوتي وأخواتي وأولادهم كل واحد باسمه

وأخص بالذكر محمد و زينب.

أهديها لحبيب قلبي ابنة أخي مريم نور اليقين وأحمد شمس الدين ابن أختي

حامل اسم الغالي والذي رحمه الله وصديقتي الغالية خولة.

إلى كل أساتذة قسم علم الاجتماع.

إلى كل من جمعتني بهم أيام طيبة داخل جدران كلية العلوم الاجتماعية،

ولكل من ساندني وأسعدني وخفف أحزاني.

وإلى كل شغوف بطلب العلم

أهدي ثمة جهدي هذا العمل المتواضع.

والحمد لله ربي العالمين.

ملخص:

ارتأينا من خلال هذه الدراسة الوقوف على أهم شريحة اجتماعية وهي فئة المرضى المزمنين، وهذا لأن المجتمع الجزائري في يومنا هذا يشهد تغيرات سريعة على مستوى وتيرة الأمراض بحيث نجد ارتفاعا قويا في نسبة المصابين بالأمراض المزمنة، هذه الأخيرة التي باتت هاجسا يهدد كل كيانات المجتمع لأنها تدوم طويلا ولا تختفي تلقائيا، كما أنها تمس جميع الفئات البشرية و كذا المجتمعات المتطورة منها والنامية وذلك عبر كل الأزمنة، ولأسباب خارجة على نطاق الفرد في كثير من الأحيان، والتي قد نعتبرها نتاج التطور والتقدم الحضاري المتسارع. لذا هدفت هذه الدراسة إلى اكتشاف العوامل المسببة لهذه الأمراض المزمنة وذلك من خلال التركيز على بعض الضغوطات الاجتماعية والتي قد تلعب دورا هاما في الإصابة بهذه الأمراض كالضغوط المهنية والأسرية والاقتصادية، وما يضاعف خطورتها هو تفعيلها للعوامل الوراثية مما يساهم في تعجيل الإصابة بالمرض، وذلك على مستوى عينة مرضى السكري والضغط الدموي لكونها أكثر الأمراض المزمنة انتشارا على مستوى مدينة الأغواط. ومن أجل تحقيق هذه الأهداف حاولنا وضع الفرضيات الآتية:

- 1- زيادة عبء العمل وسوء علاقات العمل يساهم في انتشار الإصابة بمرض الضغط الدموي و داء السكري.
 - 2- توتر أو اضطراب العلاقات الاجتماعية داخل النسق الأسري يساهم في انتشار الإصابة بمرض الضغط الدموي وداء السكري.
 - 3- لتدني الدخل المادي الأسري علاقة بانتشار الإصابة بمرض الضغط الدموي وداء السكري.
 - 4- يساهم تفاعل مسببات الضغوط الاجتماعية (المهنية و الأسرية و الاقتصادية) مع العوامل الوراثية في تعجيل انتشار الإصابة بمرض الضغط الدموي و داء السكري .
- ونشير أنه تم إجراء هذه الدراسة الميدانية "بالمؤسسة الاستشفائية احميدة بن عجيلة" وذلك على عينة من مرضى الضغط الدموي والسكري، والتي تم اختيارها بطريقة قصدية مستعملين المسح بالعينة والتي قدرت بـ 240 مريض منهم 113 مصابا بالضغط الدموي و 127 مصابا بداء السكري، مستخدمة في ذلك أداة الاستبيان بالمقابلة الذي احتوى على مجموعة من الأسئلة أغلبها مغلقة وضم أربع محاور و 54 سؤال، بالإضافة لإجرائنا لمقابلة مع مجموعة من الأطباء المختصين 5 في الأمراض الداخلية و 2 في أمراض القلب مستخدمين في ذلك دليل المقابلة والذي ضم مجموعة من الأسئلة المفتوحة عددها 13 سؤال.

وقد توصلت نتائج الدراسة إلى أن للضغوط الاجتماعية مساهمة كبيرة في انتشار الإصابة بالأمراض المزمنة كالضغط الدموي وداء السكري خاصة الضغوط الاقتصادية والمهنية على غرار الضغوط الأسرية التي لم يبرز لها أي تأثير على مفردات العينة كسبب للإصابة بالمرض، وهذا نظرا للعلاقات الأسرية المبنية على المحبة والدعم والتكافل الاجتماعي، كما أظهرت نتائج الدراسة وذلك وفقا لتصريحات الأطباء أن تفاعل مسببات الضغوط الاجتماعية مع العوامل الوراثية يساهم في تفعيل الجينات الوراثية مما يعجل في انتشار الإصابة بالأمراض المزمنة.

الكلمات المفتاحية : الضغوط الاجتماعية -العوامل الوراثية -الأمراض المزمنة-مرض الضغط الدموي- داء السكري.

Abstract:

In this study, we have sought to stop at the most important social section which is the section of chronic patients, this is because the Algerian society today is witnessing rapid changes in the level of the pace of diseases, therefore we find a strong rise in the proportion of people with chronic diseases, the latter is a concern that threatens all the entities of society because it lasts long and doesn't disappear randomly, and they affect all human groups, as well as developed and developing societies throughout all times, for reasons that are often outside the scope of the individual mostly, which we may consider to be the product of rapid civilization progress and development.

So, this study aimed to discover the factors that cause these chronic diseases by focusing on some social pressures which may play an important role in the incidence of these diseases such as professional and family and economic pressures, and what increases its danger is in activating the genetic factors, which contribute in the acceleration of infection of these diseases. This is amongst a sample of diabetes and blood pressure patients being the most prevalent chronic diseases in the city of Laghouat. In order to achieve these objectives, we tried to put the following assumptions:

- 1- Increased workload and poor working relationships contribute to the prevalence of blood pressure and diabetes.
- 2- Tension or disruption of social relations within the family contributes to the spread of blood pressure and diabetes.

- 3- Low household income is associated with the spread of blood pressure and diabetes.
- 4- The interactions of social stressors (occupational, family and economic) with genetic factors contribute in the acceleration of the spread of blood pressure and diabetes.

The study was carried out on a sample of patients with blood pressure and diabetes in the healthcare institution of Ahmida Ben Adjila, which we reselected in an intentional manner using a sample survey of 240 patients, of whom 113 were infected with blood pressure and 127 were diabetic. The questionnaire, which consisted of a set of questions, mostly closed, and included four axes and 54 questions. In addition, we conducted an interview with a group of specialized physicians, 5 of whom in internal diseases and 2 in heart diseases using the interview manual which included a set of 13 open questions.

The study results concluded that social pressures contribute significantly in the spread of chronic diseases such as blood pressure and diabetes, especially economic and occupational pressures, a part of family pressures, which did not have any effect on the sample as a cause of infection of the disease, and this is due to family relations based on love and support and social solidarity. According to the results of the study, and according to the doctors, the interaction of the causes of social pressure with genetic factors contribute to the activation of genetic genes, which accelerate the prevalence of infection of chronic diseases.

Keywords: social pressures – genetic factors – chronic diseases - blood pressure disease - diabetes.

فهرس المحتويات

	شكر وتقدير
	إهداء
	ملخص الدراسة
2	مقدمة
	الباب الأول: الدراسة النظرية
	الفصل الأول : الإطار المنهجي والمفاهيمي للدراسة
8	أولاً : الإشكالية
19	ثانياً : فرضيات الدراسة
19	ثالثاً : أسباب اختيار الموضوع
21	رابعاً : أهداف الدراسة
22	خامساً : أهمية الدراسة
24	سادساً : بناء النسق المفاهيمي للفرضيات
25	سابعاً : المفاهيم الأساسية للدراسة
34	ثامناً : الدراسات السابقة
	الفصل الثاني : الضغوط الاجتماعية : تعريفها ، تطورها التاريخي ومصادرها ، آثارها ، أساليب مواجهتها والنظريات المفسرة لها
50	تمهيد
51	أولاً : تعريف الضغوط الاجتماعية وأهم المفاهيم المرتبطة بها
51	1. تعريف الضغوط الاجتماعية
55	2. الضغوط والمفاهيم المرتبطة بها
58	ثانياً : التطور التاريخي للضغوط الاجتماعية
61	ثالثاً : المصادر أو المحددات الاجتماعية المسببة للضغوط
65	1. الضغوط المهنية
71	2. الضغوط الأسرية

74	3. الضغوط الاقتصادية
77	رابعاً : الآثار المترتبة على الضغوط الاجتماعية
77	1. آثارها على الفرد
80	2. آثارها على المجتمع
82	خامساً : أساليب مواجهة الضغوط الاجتماعية
87	سادساً : النظريات والنماذج المفسرة لحدوث الضغوط
87	1. النظريات الفسيولوجية
89	2. النظريات النفسية
91	3. النظريات المعرفية
94	4. النماذج النفسية الاجتماعية
96	5. النظرية النسقية
99	6. النظريات الاجتماعية
105	خلاصة الفصل
الفصل الثالث : العوامل الوراثية	
107	تمهيد
108	أولاً : المضامين العلمية لمفهوم العوامل الوراثية وأوعيتها
109	1. تعريف الخلية وأهم خصائصها
113	2. تحليل الكروموزومات لدى الإنسان
119	ثانياً : التأثيرات الوراثية على صحة الفرد
127	ثالثاً : الخريطة الجينية البشرية وعلاقتها بالأمراض
127	1. تعريف الخريطة الجينية البشرية (الجينوم البشري)
128	2. أهداف مشروع الخريطة الجينية البشرية
130	3. المخاطر المترتبة على الجينوم البشري
131	4. الحكم الشرعي في تطبيق الجينوم البشري
134	رابعاً : نظرة الشريعة للأمراض الوراثية

134	1. تعريف الأمراض الوراثية
136	2. تصنيف أو تقسيم الأمراض الوراثية
138	3. الأمراض الوراثية من منظور الأحاديث النبوية
141	4. الحكم الشرعي في الكشف عن الأمراض الوراثية
142	خامساً : العلاقة بين الايكولوجيا الاجتماعية والوراثة والمرض
146	خلاصة الفصل
	الفصل الرابع : ظاهرة الأمراض المزمنة: تعريفها، تاريخها، أنواعها، منظوراتها، واقعها وأهمها في المجتمع الجزائري
148	تمهيد
149	أولاً : تعريف الأمراض المزمنة
151	ثانياً : نبذة تاريخية عن الأمراض المزمنة
153	ثالثاً : أنواع الأمراض المزمنة
165	رابعاً : منظورات العلوم الاجتماعية المفسرة للمرض
165	1. المنظور الثقافي
167	2. المنظور البيولوجي
168	3. المنظور الاجتماعي
169	4. نظرية الأسباب المتعددة للمرض
170	5. المنظور الاجتماعي النفسي
172	خامساً: واقع الأمراض المزمنة في المجتمع الجزائري
173	1. معدل انتشار الأمراض المزمنة حسب السن في المجتمع الجزائري
178	2. معدل انتشار الأمراض المزمنة حسب الجنس في المجتمع الجزائري
179	3. معدل انتشار الأمراض المزمنة حسب الجنس والسن والمنطقة الجغرافية في المجتمع الجزائري
182	سادساً: أهم الأمراض المزمنة المنتشرة في المجتمع الجزائري
182	1. نوعية الأمراض المزمنة المنتشرة بصفة عامة

184	2.الوضعية الابدميولوجية لداء السكري
187	3.مستويات الإصابة بالضغط الدموي على مستوى المجتمع الجزائري
190	خلاصة الفصل
الفصل الخامس : العلاقة بين العوامل الاجتماعية والبيولوجية والأمراض المزمنة ونواتجها	
192	تمهيد
193	أولاً : العلاقة بين العوامل الاجتماعية والبيولوجية والأمراض المزمنة
193	1.العلاقة بين زيادة عبء العمل وعلاقات العمل بالأمراض المزمنة
200	2.العلاقة بين توتر العلاقات الاجتماعية الأسرية والأمراض المزمنة
208	3. العلاقة بين تدني الدخل المادي والأمراض المزمنة
211	4. العلاقة بين العوامل الاجتماعية والوراثية والأمراض المزمنة
212	ثانياً : نواتج العلاقة بين الضغوط الاجتماعية والعوامل الوراثية والأمراض المزمنة
213	1.تعريف الوفاة
214	2.التطور التاريخي للوفيات في الجزائر
218	3.أسباب الوفيات عالميا ووطنيا
230	خلاصة الفصل
الباب الثاني:الدراسة الميدانية	
الفصل السادس : إجراءات المنهجية للدراسة الميدانية	
234	تمهيد
235	أولاً : التعريف بميدان الدراسة
235	1.التعريف بالمؤسسة الاستشفائية احميدة بن عجيبة
240	ثانياً : الدراسة الاستطلاعية واجراءاتها المنهجية:
240	1. الهدف من الدراسة الاستطلاعية
242	2. الإطار الزمكاني للدراسة الاستطلاعية
242	3. مجتمع وعينة الدراسة الاستطلاعية

244	4. منهج الدراسة الاستطلاعية
244	5. تقنيات الدراسة الاستطلاعية
244	6. نتائج الدراسة الاستطلاعية
245	ثالثاً : الدراسة الأساسية (الميدانية) وإجراءاتها المنهجية
245	1. حدود الدراسة الأساسية
246	2. عينة الدراسة الأساسية
247	3. منهج الدراسة الأساسية
252	4. تقنيات الدراسة الأساسية
256	5. الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة الأساسية
257	رابعاً : الخصائص العامة المتعلقة بأفراد عينة الدراسة
257	1. عرض جداول بيانات الدراسة وتحليلها إحصائياً
266	خلاصة الفصل
الفصل السابع: تحليل البيانات المتعلقة بالفرضية الأولى	
268	تمهيد
269	أولاً : التحليل الإحصائي والسوسيولوجي لجداول الفرضية الأولى
297	ثانياً: التحقق من صحة أو خطأ الفرضية الأولى
301	ثالثاً: مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى
306	خلاصة الفصل
الفصل الثامن: تحليل البيانات المتعلقة بالفرضية الثانية	
308	تمهيد
309	أولاً : التحليل الإحصائي والسوسيولوجي لجداول الفرضية الثانية
337	ثانياً: التحقق من صحة أو خطأ الفرضية الثانية
345	ثالثاً: مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية
353	خلاصة الفصل
الفصل التاسع: تحليل البيانات المتعلقة بالفرضية الثالثة	

355	تمهيد
356	أولاً : التحليل الإحصائي والسوسيولوجي لجداول الفرضية الثالثة
386	ثانياً: التحقق من صحة أو خطأ الفرضية الثالثة
395	ثالثاً: مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة
402	خلاصة الفصل
	الفصل العاشر: تحليل البيانات المتعلقة بالفرضية الرابعة
404	تمهيد
405	أولاً : الخصائص العامة المتعلقة بأفراد عينة الأطباء
406	ثانياً: التحليل الإحصائي والسوسيولوجي لجداول الفرضية الرابعة
431	ثالثاً: مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة
439	خلاصة الفصل
440	الاستنتاج العام
459	الخاتمة
465	قائمة المراجع
	الملاحق

فهرس الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
1	يوضح تقسيم الكروموزومات الجسدية في الإنسان في سبعة مجموعات.	114
2	معدل انتشار الأمراض المزمنة حسب السن والجنس.	174
3	معدل انتشار الأمراض المزمنة لذوي الفئة العمرية 60 سنة فأكثر حسب طبيعة المرض والجنس	176
4	يوضح توزيع العشرة أنواع الأولى للمرض المزمن المنتشرة في الأسر الأغواطية للموسم الأول من سنة 2013	183
5	يوضح معدل انتشار السكري حسب الفئة العمرية والجنس على مستوى ولاية الأغواط للموسم الأول من سنة 2013.	185
6	يوضح معدل انتشار السكري حسب الفئة العمرية والجنس على مستوى ولاية الأغواط لسنة 2017.	186
7	يوضح معدل انتشار الضغط الدموي حسب الفئة العمرية والجنس على مستوى ولاية الأغواط للموسم الأول من سنة 2013.	188
8	يوضح معدل انتشار الضغط الدموي حسب الفئة العمرية والجنس على مستوى ولاية الأغواط لسنة 2017.	189
9	تطور معدل الولادات والوفيات و معدل النمو الديمغرافي في الجزائر ما بين 1901- 2014	214
10	يوضح الاسباب العشرة المؤدية للوفاة في العالم لسنة 2011.	221
11	توزيع أسباب الوفيات المسجلة في الجزائر ما بين 1995-2005	223
12	يوضح توزيع الوفيات الناجمة عن الأمراض المزمنة لكل 100000 ساكن حسب الجنس ونوع المرض لسنة 2008.	229
13	يبين خصائص العينة الاستطلاعية	243
14	يوضح قيمة ثبات الاستبيان قبل التعديل في بنود الاستبيان.	256
15	يوضح قيمة ثبات الاستبيان بعد التعديل في بنود الاستبيان.	256
16	يوضح تكرارات ونسب العينة المبحوثة حسب متغير الجنس	257
17	يوضح تكرارات ونسب العينة المبحوثة حسب متغير السن	258
18	يوضح تكرارات ونسب العينة المبحوثة حسب متغير الحالة العائلية	259

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
19	يوضح تكرارات ونسب العينة المبحوثة حسب متغير المستوى التعليمي	260
20	يوضح تكرارات ونسب العينة المبحوثة حسب متغير الحالة السوسيو مهنية	262
21	يوضح تكرارات ونسب العينة المبحوثة حسب متغير الحالة المعيشية	263
22	يوضح تكرارات ونسب العينة المبحوثة حسب متغير الوسط المعيشي	264
23	يوضح درجة إحساس عينة البحث بعبء المسؤولية الملقاة على عاتقهم في العمل قبل الإصابة بالمرض حسب الجنس	269
24	يوضح درجة شعور أفراد العينة بأن المهام المطلوبة منهم تفوق طاقتهم الجسمية حسب السن.	271
25	يوضح العلاقة بين تكليف الرئيس لأفراد العينة بمهام ومسؤوليات في وقت واحد والحالة السوسيو-مهنية.	274
26	يوضح العلاقة بين الأعمال الكثيرة التي لا يتمكن أفراد العينة من انجازها خلال ساعات الدوام الرسمي واضطرارهم للعودة لإنهاء العمل بعد انتهاء الدوام الرسمي.	276
27	يوضح المواقف الصراعية التي كان يتعرض لها أفراد العينة داخل إطار العمل قبل الإصابة بالمرض ومع من كانت تحدث.	279
28	يوضح علاقة عبء المسؤولية الملقاة على أفراد العينة في العمل قبل الإصابة بالمرض والمواقف الصراعية التي كانوا يتعرضون لها.	281
29	يوضح علاقة شعور أفراد العينة بأن الراتب الذي يتقاضونه لا يتناسب مع المجهود الكبير الذي يقومون به حسب نوع المرض وذلك قبل إصابتهم بالمرض.	283
30	يوضح شعور أفراد العينة بزيادة عبء العمل المبذول وعلاقته بالإصابة بالمرض المزمن حسب نوع المرض.	285
31	يوضح علاقة سبب الإصابة بالمرض المزمن لدى أفراد العينة بشعورهم بزيادة عبء العمل المبذول في العمل.	287
31 أ	تحليل محتوى إجابات أفراد العينة عن الأسباب الأخرى للإصابة بالمرض المزمن	288
32	يوضح درجة الجهد الذي يبذله أفراد العينة بعد الإصابة بالمرض حسب نوع المرض.	291
33	يوضح العلاقة بين شعور أفراد العينة بأن المرض يسبب لهم المشاكل والضغوطات داخل العمل حسب مدة الإصابة.	293

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
34	يوضح درجة الجهد الذي يبذله أفراد العينة بعد الإصابة بالمرض وعلاقته بإمكانية الاستمرار في نشاطه الاجتماعي .	295
35	يبين نتائج الفرضية الأولى للجدول المركب رقم (23)	298
36	يبين نتائج الفرضية الأولى للجدول المركب رقم (24)	300
37	يبين نتائج الفرضية الأولى للجدول المركب رقم (25)	295
38	يبين نتائج الفرضية الأولى للجدول المركب رقم (26)	296
39	يبين نتائج الفرضية الأولى للجدول المركب رقم (27)	297
40	يبين نتائج الفرضية الأولى للجدول المركب رقم (28)	297
41	يبين نتائج الفرضية الأولى للجدول المركب رقم (29)	298
42	يبين نتائج الفرضية الأولى للجدول المركب رقم (30)	299
43	يبين نتائج الفرضية الأولى للجدول المركب رقم (31)	300
44	يوضح شكل الأسرة التي ينتمي إليها أفراد العينة قبل الإصابة بالمرض المزمّن حسب الوسط المعيشي.	309
45	يوضح علاقة أفراد العينة بأسرهم قبل إصابتهم بالمرض حسب نوع المرض	312
46	يوضح إمكانية وجود الحوار والنقاش لأفراد العينة حول مشاكلهم في وسطهم العائلي حسب الجنس.	314
47	يوضح علاقة وجود الدعم المعنوي من طرف عائلة أفراد العينة ووجود شخص مميز في العائلة كمصدر عون حقيقي لهم.	316
48	يوضح الخلافات التي كانت تحدث بين أفراد العينة وأسرهم داخل المنزل قبل الإصابة بالمرض وما سبب هذه الخلافات .	319
49	يوضح العلاقة بين سبب هذه الخلافات و مستوى الخلافات والصراعات في الأسرة التي كانت تتعرض لها عينة البحث.	321
50	يوضح العلاقة بين طول مدة توتر أفراد العينة عند حدوث مشكل أسري بنوع العلاقة التي كانت تربطه بأسرته قبل الإصابة.	323
51	يوضح العلاقة بين طول مدة توتر أفراد العينة عند حدوث مشكل أسري بالسن.	325

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
52	يوضح علاقة سبب الخلافات التي كانت تحدث في الأسرة بالمشاكل الأسرية التي يتعرض لها أفراد العينة باعتبارها سبب رئيسي لإصابتهم بالمرض المزمن.	327
53	يوضح علاقة المشاكل الأسرية التي يتعرض لها أفراد العينة كسبب رئيسي للإصابة بالمرض المزمن بوراثية المرض في الأسرة.	329
54	يوضح العلاقة بين محاولة أفراد الأسرة مساعدة أفراد العينة على نسيان آلام المرض بالقلق الذي ينتابهم عند التفكير في مرضهم.	332
55	يوضح العلاقة بين محاولة أفراد الأسرة مساعدة أفراد العينة على نسيان آلام المرض ودرجة تأثير هذا المرض على حياتهم الخاصة.	334
56	يبين نتائج الفرضية الثانية للجدول المركب رقم (44)	337
57	يبين نتائج الفرضية الثانية للجدول المركب رقم (45)	338
58	يبين نتائج الفرضية الثانية للجدول المركب رقم (46)	339
59	يبين نتائج الفرضية الثانية للجدول المركب رقم (47)	340
60	يبين نتائج الفرضية الثانية للجدول المركب رقم (48)	341
61	يبين نتائج الفرضية الثانية للجدول المركب رقم (49)	341
62	يبين نتائج الفرضية الثانية للجدول المركب رقم (50)	342
61	يبين نتائج الفرضية الثانية للجدول المركب رقم (51)	343
62	يبين نتائج الفرضية الثانية للجدول المركب رقم (52)	344
63	يبين نتائج الفرضية الثانية للجدول المركب رقم (53)	344
64	يوضح المسؤولية الوحيدة لعينة البحث بخصوص المصاريف المنزلية والدخل الشهري قبل الإصابة بالمرض حسب الجنس	356
65	يوضح العلاقة بين صعوبة التوفيق بين المتطلبات الأسرية لعينة البحث والدخل الذي تتقاضاه.	359
66	يوضح علاقة تصرف أفراد العينة في دخلهم الشهري بمستوى الدخل الذي كانت تتقاضاه قبل الإصابة بالمرض وإن كان يلبي جميع حاجاته الأسرية.	362

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
67	يوضح علاقة الحالة السوسيو-مهنية و مستوى الدخل الذي كان يتقاضاه أفراد العينة قبل الإصابة بالمرض وان كان يلبي جميع حاجاته الأسرية.	365
68	يوضح علاقة مستوى الدخل الذي كان يتقاضاه أفراد العينة قبل الإصابة بالمرض وان كان يلبي جميع حاجاته الأسرية بصعوبة التوفيق بين المتطلبات الأسرية والدخل الذي يتقاضاه.	368
69	يوضح علاقة تلبية الدخل الذي يتحصل عليه أفراد العينة اليوم لحاجاتهم وحاجات أسرهم بالحالة المعيشية.	371
70	يوضح علاقة تزود بيت أفراد العينة بجميع الضروريات العامة للمعيشة قبل الإصابة بالمرض المزمّن بمستوى الدخل الذي يتقاضونه.	373
71	يوضح علاقة تدني الدخل المادي بإصابة أفراد العينة بالمرض المزمّن حسب نوع المرض.	376
72	يوضح علاقة تدني الدخل المادي بإصابة أفراد العينة بالمرض المزمّن بدرجة تلبية الدخل بعد الإصابة لحاجات أفراد العينة وحاجات أسرهم.	378
73	يوضح علاقة تدني الدخل المادي بإصابة أفراد العينة بالمرض المزمّن بوراثة المرض داخل الأسرة.	380
74	يوضح علاقة محافظة أفراد العينة على واجباتهم الأسرية بنوع المرض .	382
75	يوضح علاقة الدخل الذي يتحصل عليه أفراد العينة اليوم وان كان يلبي حاجاتهم وحاجات أسرهم بتأثير المرض على حياتهم اليومية.	384
76	يبين نتائج الفرضية الثالثة للجدول المركب رقم (66)	387
77	يبين نتائج الفرضية الثالثة للجدول المركب رقم (67)	387
78	يبين نتائج الفرضية الثالثة للجدول المركب رقم (68)	388
79	يبين نتائج الفرضية الثالثة للجدول المركب رقم (69)	389
80	يبين نتائج الفرضية الثالثة للجدول المركب رقم (70)	390
81	يبين نتائج الفرضية الثالثة للجدول المركب رقم (71)	391
82	يبين نتائج الفرضية الثالثة للجدول المركب رقم (72)	391
83	يبين نتائج الفرضية الثالثة للجدول المركب رقم (73)	392

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
84	يبين نتائج الفرضية الثالثة للجدول المركب رقم (74)	393
85	يبين نتائج الفرضية الثالثة للجدول المركب رقم (75)	394
86	يوضح البيانات الشخصية للأطباء من حيث الجنس والتخصص والخبرة.	405
87	جدول رئيسي يوضح الفئات النواتية للموضوع	406
88	جدول يوضح الفئات الكبرى للموضوع	408
89	يوضح العوامل التي لها قوة كبيرة في ظهور المرض المزمن حسب النظرة الطبية و الخبرة الميدانية للطبيب	410
90	يوضح رؤية الطبيب لأسباب حدوث المرض المزمن وان أمكن حصره فقط في الجانب الطبي أو له علاقة كذلك بالجانب الاجتماعي.	413
91	يوضح نظرة الطبيب للضغوط المهنية والأسرية والاقتصادية كأسباب تساهم في الإصابة بالمريض المزمن.	415
92	يوضح رأي الطبيب حول الإصابة الحتمية للفرد الحامل للجينات الوراثية الخاصة بالمريض المزمن.	418
93	يوضح نظرة الطبيب للضغوط الاجتماعية (المهنية، الأسرية، الاقتصادية) كعوامل قوية تساهم في تفعيل الجينات الوراثية الحاملة للمرض المزمن	419
94	يوضح رأي الطبيب حول إرجاع ارتفاع الإصابة بالمرض المزمن لتفاعل المسببات الاجتماعية مع العوامل الوراثية .	421
95	يوضح رأي الطبيب حول علاقة متغير السن والجنس في الإصابة بالمرض المزمن.	422
96	يوضح رأي الطبيب حول درجة تأثير الضغوط (الأسرية، المهنية، الاقتصادية) على المريض بعد الإصابة بالمرض المزمن كداء السكري والضغط الدموي.	424
97	يوضح رأي الطبيب حول الوعي الصحي والسلوكيات الوقائية اتجاه المرض المزمن من خلال ملاحظته اليومية ومحاورته للمرضى.	426
98	يوضح رأي الطبيب حول أهم العوامل التي تساهم في تحسين الحالة الصحية للمريض ويتفادى بها الفرد الغير مصاب من الإصابة بالمرض المزمن.	429

فهرس الأشكال

رقم	عنوان الشكل	الصفحة
01	مخطط نموذج التحليل للفرضية الأصلية	24
02	يوضح الخلية كوحدة بنائية أساسية مكونة لجسم الإنسان	111
03	يوضح خلية حيوانية نموذجية	112
04	يوضح شكل الكروموزومات الجسدية في جسم الإنسان	114
05	يوضح أنه بداخل الكروموسوم يحزم جزئ الحامض النووي الديوكسي رايبوزي (دنا)	115
06	يوضح طريقة انتقال الصفات الوراثية المتنحية من الآباء إلى الأبناء	122
07	يوضح طريقة انتقال الصفات الوراثية المتغلبة من الآباء إلى الأبناء	123
08	يوضح طريقة انتقال الصفات الوراثية من الآباء إلى الأبناء والمرتبطة بالجنس	125
09	تصنيف أنواع الأمراض المزمنة حسب الفئة العمرية الأقل من 15 سنة وكذا التي تساوي أو أكثر من 15 سنة.	173
10	معدل انتشار الأمراض المزمنة لذوي الفئة العمرية 35-70 سنة	175
11	تصنيف الأمراض المزمنة حسب الجنس	178
12	معدل الإصابة بالمرض المزمن حسب المنطقة الجغرافية والوسط المعيشي	179
13	توزيع الأمراض المزمنة حسب المنطقة الجغرافية والسن والجنس	180
14	يوضح توزيع العشرة أنواع الأولى للمرض المزمن المنتشرة في الأسر الجزائرية	182
15	يوضع معدل انتشار السكري لدى الفئة العمرية من 35-70 حسب الجنس والسن والوسط المعيشي والمنطقة الجغرافية	184
16	يوضع معدل انتشار الضغط الدموي لدى الفئة العمرية من 35-70 حسب الجنس والسن والوسط المعيشي والمنطقة الجغرافية	187
17	يوضح اتجاه الوفيات المتوقعة من 2008 وحتى 2030 بسبب الأمراض المزمنة والمعدية.	220
18	يوضح الأسباب الرائدة للوفاة والمبكرة في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا 2010.	222
19	توزيع وفيات الجزائريين حسب الجنس لسنة 2013	225
20	توزيع وفيات الجزائريين حسب الفئات العمرية لسنتي 2012-2013	225
21	توزيع أسباب وفيات الجزائريين حسب نوع المرض لسنتي 2012-2013	226

الصفحة	عنوان الشكل	رقم
227	توزيع أسباب وفيات الجزائريين حسب نوع المرض لسنة 2008-2012-2014	22
257	يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس	23
259	يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير السن	24
260	يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير الحالة العائلية	25
261	يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي	26
263	يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير الحالة السوسيو مهنية	27
264	يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير الحالة المعيشية	28
265	يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير الوسط المعيشي	29
406	يوضح توزيع أفراد عينة الأطباء حسب متغير الجنس والتخصص والخبرة	30

فهرس الملاحق

رقم	عنوان الملحق
01	استبيان البحث.
02	دليل المقابلة.
03	جداول خاصة بالاستبيان.
04	خاص بنصائح حول أساليب الوقاية من أمراض الضغط الدموي والسكري ونصائح للمصابين به.
05	إحصائيات انتشار الأمراض المزمنة في الجزائر والوفيات المتعلقة بها لسنة 2008-2012-2014.
06	تحكيم الاستبيان عن طريق صدق المحكمين.
07	التغيرات التي تحدث للكائن الحي عند تعرضه للضغوط حسب فونتنا.
08	إحصائيات الأمراض المزمنة من مؤسسة الضمان الاجتماعي بالأغواط لسنة 2013/ 2017.
09	إحصائيات الوفيات حسب الولايات حسب (ONS) و (INSP) لسنة 2012-2013.
10	الهيكل العام للمؤسسة العمومية الاستشفائية احميدة بن عجيبة بالأغواط.

مقدمة

مقدمة :

تتعلق هذه الدراسة بمجال حيوي وأساسي من مجالات علم الاجتماع بصفة عامة وعلم الاجتماع الطبي بصفة خاصة، إلا أننا نستطيع القول بأنها كدراسة بحثية تقع بين منطقة التداخل بين العلوم الاجتماعية والطبية وتستمد رؤيتها من كليهما خاصة وأن موضوعات الصحة والمرض لم تكن جزءا من الطرح الواضح لعلم الاجتماع في مراحله المبكرة، ونشير أن الاهتمام بهذا الموضوع ليس لأنه موضوع جيد للبحث، وإنما لكونه واحدا من حقائق الحياة وثوابتها، وكونه قضية تهم العامة والخاصة، فلا يكاد يوجد إنسان على وجه البسيطة لا يعاني من الضغوط وبأشكال مختلفة وبصورة تكاد تكون يومية، إلا أنها تتفاوت في شدتها وحدتها ونوعها من شخص لآخر، ومن وقت لآخر لدى الشخص نفسه، وبغض النظر عن قدرة الفرد على مواجهة المواقف المختلفة في الحياة إلا أن للضغوط آثارا سلبية تنعكس على سلوكياته وصحته الجسمية، كما أن العوامل البيولوجية تعد من عوامل الضغط على صحة الفرد، إلا أن الدراسات الحديثة في علم الوراثة البشرية أشارت إلى نقطة مهمة وهي ذلك التأثير المتبادل بين الضغوط التي تفرزها البيئة الاجتماعية المحيطة بالفرد والاستعداد الوراثي للفرد في التأثير على صحته وسببا فيما يصيبه من أمراض. لذا جاءت دراستنا محورة حول "الضغوط الاجتماعية والعوامل الوراثية وعلاقتها بالأمراض المزمنة"، هذه الأخيرة التي أصبحت تشكل عبئا كبيرا على كاهل الفرد والمجتمع، خاصة وأنها أصبحت تحتل المراتب الأولى في مسببات الوفاة سواء في العالم الصناعي أو النامي مثل الجزائر التي تعيش تحولا وبائيا جعل من الأمراض المزمنة مشكلة صحية خطيرة، لكونها من معوقات التنمية الخاصة بالرعاية الصحية، وظاهرة جديدة في نفس الوقت على المجتمع الجزائري كون ظهورها يمتد لعشريتين من الزمن وهذا ما أظهرته الدراسات المسحية الأسرية لسنة 2002-2005، والتي ظهر من خلالها الدور الأساسي للضغوط الاجتماعية والنفسية التي عرفها مجتمعنا في فترة التسعينيات والتي أحدثت تغيرات وتحولات متعددة الأبعاد كانت انعكاساتها سلبية على الوظائف الفسيولوجية للفرد، إلا أن استقرار الوضع الأمني في المجتمع الجزائري وتحسن الوضع الاجتماعي لم يوقف من حجم

انتشار هذه الأمراض بل تضاعف حجمها مما أصبح يستدعي البحث في الأسباب الفعلية لانتشار هذه الأمراض العصرية الصامتة القاتلة.

أي أن الضغوط الاجتماعية أصبحت حقيقة اجتماعية فرضتها عوامل التغير الاجتماعي وصارت من أكثر الظواهر الاجتماعية المتفشية في الوقت الراهن، لذا يمكن أن نصف هذه الضغوط بأنها الحمل الذي يقع على كاهل الفرد باعتبارها جزء من المعيشة اليومية للأفراد، خاصة وأن الإنسان المعاصر أصبح بمنأى عن الحياة الطبيعية وبساطتها، وذلك لانسجام الحياة المعاصرة بالتقدم الصناعي والتكنولوجيا، هذا الأخير الذي جلب معه كل وسائل الراحة والرفاهية للإنسان لكن بالمقابل ضاعف مشاكله وعقد أسلوب حياته، ف وجد نفسه سجين الضوضاء والضغوطات كضريبة لنمط هذه الحياة، خاصة الضغوط الاجتماعية وذلك بشتى أنواعها والتي تفرضها الظروف الأسرية والمهنية والاقتصادية والسكنية والتعليمية...إلى غير ذلك. وما زاد الأمر تعقيدا تغلغل شدة خطر الضغوطات للناحية الجسدية للفرد مما ساهم في فقدانه للطاقة التي تمنحه القدرة على مجابهة هذه الضغوط والوقوع ضحية الأمراض المزمنة كمرض الضغط الدموي، وداء السكري، وأمراض القلب، والقرحة المعدية....إلى غير ذلك.

لذا نجد أن للمنظور السوسيولوجي عدة مداخل وتوجيهات نظرية في رؤيته للمرض كظاهرة اجتماعية لا تفهم إلى في ظل السياق الاجتماعي مبررا بذلك دورا بارزا للعوامل الاجتماعية في التأثير على صحة الإنسان خاصة في ظل التغير الاجتماعي السريع. وعلى هذا الأساس وكذلك على ضوء إحساسنا وملاحظتنا لقفشي هذه الظاهرة جاءت فكرة هذه الدراسة مستهدفة الكشف عن أهم العوامل الاجتماعية الكامنة وراء انتشار الإصابة بمرض الضغط الدموي وداء السكري، وهذا ما يمكننا من معرفة حدود تأثير الضغوط الاجتماعية التي أفرزها التغير الاجتماعي على النسق الصحي في المجتمع الجزائري، وذلك من خلال إجرائنا لدراسة ميدانية حول عينة من المصابين بهذه النوعية من الأمراض، بالإضافة لإجرائنا لمقابلة مع الأطباء المختصين للاسترشاد برأيهم وذلك بحكم خبرتهم الميدانية لاحتكاكهم اليومي والمباشر بهذه الفئة من المرضى، وذلك لمعرفة أهم العوامل الاجتماعية ودورها في تفعيل الجينات الوراثية مما

يساهم في تعجيل الإصابة بالمرض المزمن، ووفقا لتحقيق أهداف هذه الدراسة قمنا باعتماد خطة بحث احتوت على بابين أساسيين:

فالباب الأول: يمثل الدراسة النظرية واشتمل على خمسة فصول، بدءا بالفصل الأول: الذي تناولنا فيه الإطار المنهجي والمفاهيمي للدراسة والذي تضمن الإشكالية والفرضيات وأسباب وأهداف وأهمية اختيار الموضوع، وبناء النسق المفاهيمي للفرضيات وتحديد مفاهيم الدراسة والدراسات السابقة لموضوع الدراسة. ثم يلي ذلك الفصل الثاني: الذي اشتمل على الضغوط الاجتماعية، بعد التمهيد لهذا الفصل قمنا بتعريف الضغوط الاجتماعية ثم استعرضنا المسار التاريخي والمصادر المسببة لها والآثار المترتبة عنها وأساليب مواجهتها، ثم النظريات والنماذج المفسرة لحدوث الضغوط ثم أنهينا فصلنا هذا بخلاصة. في حين تناول الفصل الثالث: العوامل الوراثية والذي استهليناه بفقرة تمهيدية ثم تطرقنا للمضامين العلمية لمفهوم العوامل الوراثية وأوعيتها، التأثيرات الوراثية على صحة الفرد، الخريطة الجينية وعلاقتها بالأمراض، نظرة الشريعة للأمراض الوراثية، وأخيرا العلاقة بين الايكولوجيا الاجتماعية والوراثة والمرض ثم أنهينا فصلنا بخلاصة. أما في الفصل الرابع: الذي خصص لظاهرة الأمراض المزمنة بعد الفقرة التمهيدية تناولنا جملة من التعاريف حول الأمراض المزمنة، ثم استعرضنا المسار التاريخي لها بالإضافة إلى تبيان أنواع الأمراض المزمنة و منظورات العلوم الاجتماعية المفسرة للمرض وواقع الأمراض المزمنة في المجتمع الجزائري وأهم الأمراض المنتشرة به، ثم أنهينا فصلنا بخلاصة. والفصل الخامس: جاء متضمنا العلاقة بين العوامل الاجتماعية والبيولوجية والأمراض المزمنة ونواتجها ثم أنهينا فصلنا بخلاصة.

أما الباب الثاني: يمثل الدراسة الميدانية واشتمل كذلك على خمسة فصول، حيث يأتي الفصل السادس منه متضمنا الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية، تناولنا فيه بعد ال فقرة التمهيدية التعريف بميدان الدراسة، الدراسة الاستطلاعية والأساسية وإجراءاتهما المنهجية ثم الخصائص العامة المتعلقة بأفراد عينة الدراسة ثم أنهينا فصلنا بخلاصة. في الفصل السابع: قمنا بتحليل البيانات المتعلقة بالفرضية الأولى، بعد الفقرة التمهيدية قمنا بالتحليل الإحصائي و السوسيولوجي

لجداول الفرضية الأولى والتحقق من صحتها أو خطئها و مناقشة النتائج الخاصة بها ثم أنهينا فصلنا بخلاصة . ثم في الفصل الثامن: قمنا بتحليل البيانات المتعلقة بالفرضية الثانية، بعد الفقرة التمهيدية قمنا بالتحليل الإحصائي والسوسيولوجي لجداول الفرضية الثانية والتحقق من صحتها أو خطئها و مناقشة النتائج الخاصة بها ثم أنهينا فصلنا بخلاصة. وفي الفصل التاسع: قمنا بتحليل البيانات المتعلقة بالفرضية الثالثة، بعد الفقرة التمهيدية قمنا بالتحليل الإحصائي و السوسيولوجي لجداول الفرضية الثالثة والتحقق من صحتها أو خطئها و مناقشة النتائج الخاصة بها ثم أنهينا فصلنا بخلاصة . وأخيرا الفصل العاشر: الذي قمنا بتحليل البيانات المتعلقة بالفرضية الرابعة، بعد الفقرة التمهيدية قمنا بعرض الخصائص العامة المتعلقة بأفراد عينة الأطباء، ثم التحليل الإحصائي و السوسيولوجي لجداول الفرضية الرابعة و مناقشة النتائج الخاصة بها ثم أنهينا فصلنا بخلاصة.

وهكذا وبعد عرضنا للفصول الخاصة بالجانب الميداني للدراسة، قمنا في الأخير بتقديم استخلاص عام للنتائج المتوصل إليها ثم خاتمة الدراسة والملاحق.

الباب الأول

الفصل الأول

الإطار المنهجي والمفاهيمي للدراسة

أولاً: الإشكالية
ثانياً: فرضيات الدراسة
ثالثاً: أسباب اختيار الموضوع
رابعاً: أهداف الدراسة
خامساً: أهمية الدراسة
سادساً: بناء النسق المفاهيمي للفرضيات
سابعاً: المفاهيم الأساسية للدراسة
ثامناً: الدراسات السابقة

أولاً: الإشكالية:

لقد كرم الله عز وجل الإنسان وخصه بأشياء كثيرة مصداقاً لقوله تعالى ﴿وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ وَحَمَلْنَاهُمْ فِي الْبَرِّ وَالْبَحْرِ وَرَزَقْنَاهُمْ مِّنَ الطَّيِّبَاتِ وَفَضَّلْنَاهُمْ عَلَى كَثِيرٍ مِّمَّنْ خَلَقْنَا تَفْضِيلًا﴾¹، وجعله في الأرض خليفة حيث قال تعالى ﴿إِنِّي جَاعِلٌ فِي الْأَرْضِ خَلِيفَةً﴾².

ومن هنا جاءت التعاليم الإسلامية حاضنة لجميع الأحكام السماوية، فقد تكفلت برعاية الإنسان من مهده إلى لحدده، وفي ضوء هذا المنهج الرباني جاءت الإرشادات التوجيهية في كتاب الله تعالى بالإضافة إلى التحذيرية مصداقاً لقوله تعالى ﴿لَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ فِي كَبَدٍ﴾³. أي أن الإنسان سيواجه خلال حياته العديد من المخاطر والتهديدات والضغوطات التي ستلازمه على مدى وجوده على أرض البسيطة، والتي يجب أن يتعامل معها بفاعلية للحد من آثارها الضارة، كونها ظاهرة من ظواهر الحياة الإنسانية أي من طبيعة الوجود الإنساني، ومرتبطة بضرورة الحياة وطابعا يصبغ حياته، لأن الضغط والحياة يسيران جنباً إلى جنب. لذا نجد الإنسان ومنذ بدء الخليقة يسعى جاهداً بكل ما أوتي من قوة للحصول على أكبر مستوى ممكن من الاستقرار والأمان، جارياً وراء الراحة التي تعطيه الاتزان لتخفيف عبء الحياة عن كاهله، إلا أنه وجد نفسه اليوم يعيش في بيئة تتسم بالتغير السريع والمستمر الذي يصعب ملاحظته في كافة المجالات، مما جعله في مواجهة مستمرة "لضغوط الحياة".

بل إن عالم اليوم بمختلف مجتمعاته المتقدمة والنامية أصبح في دوامة وصراع مع هذا التغير المتسارع، والذي أخذ يزداد مداه وإيقاع سرعته وصار حقيقة في حياة المجتمعات، له

¹ سورة الإسراء، الآية 70.

² سورة البقرة، الآية 30.

³ سورة البلد، الآية 4.

* يقول "عبد الرحمن ابن السعدي" (رحمه الله) في كتابه تيسير الكريم الرحمن في تفسير كلام المنان أنه يحتمل أن المراد بذلك ما يكابده الإنسان و يقاسيه من الشدائد في الدنيا وفي البرزخ، ويوم يقوم الأشهاد وأنه ينبغي له أن يسعى في عمل يريحه من هذه الشدائد ويوجب له الفرح والسرور الدائم، وإن لم يفعل فإنه لا يزال يكابد العذاب الشديد". وما تقتضيه كلمة الشدائد هو الشدة وهي أحد مفاهيم الضغوط.

تأثيراته الذاتية وعقباته الخطيرة على النواحي النفسية والصحية والاجتماعية للأفراد، أي أنه جلب معه كل وسائل الراحة والرفاهية للإنسان لكن بالمقابل ضاعف من مشاكله وعقد أسلوب حياته.

ونجد أن "توفلر" قد أطلق مصطلح "صدمة المستقبل" على هذا العصر الذي يتسم بالتغير المتسارع ويشير أن هذا الأخير لا يقرع أبواب الصناعات والشعوب فحسب لكنه يتغلغل في أعماق حياتنا الشخصية ويرغمنا أن نلعب أدوارا جديدة، ويواجهنا بأخطار مرض نفسي جديد عنيف، مدمر هذا المرض يمكن أن نسميه "صدمة المستقبل"¹، وهناك من أطلق على هذا العصر عدة مسميات منها عصر اللااستمرارية، عصر الاضطراب البيئي... وما إلى ذلك، وفي مقابل ذلك هناك من يصف العصر الحديث بعصر الضغوط النفسية، لأننا نعيش في عصر جعل العالم يعج بأوضاع وأحداث مثيرة تهدد الأمن النفسي والجسمي والمادي والاجتماعي للفرد، حيث أصبح تعرضه للضغوط أمرا لا مفر منه.

ومن هنا أصبحت الضغوط وخاصة في ظل الحركية المجتمعية المعاصرة أحد المظاهر الرئيسية وحقيقة حياتية نعيشها كل يوم ، نتيجة التغيرات السريعة والمتلاحقة زيادة وتنوعا وتعميدا في جميع مناحي الحياة بسبب التقدم العلمي والتكنولوجي ، حتى صار يطلق على عصرنا الحالي بـ "عصر الضغوط". إلا أننا لا نستطيع الجزم بصحة هذا القول ، لأنه مما لا شك فيه أنه في الأزمنة السابقة عايش الناس العديد من المشاكل الاجتماعية المختلفة كال فقر، والاستعباد، والحروب، والمرض ، جعلتهم معرضين للضغوط مثلنا نحن، ولكن حاليا تعقد الحياة وسرعة التغير الاجتماعي وصعوبة التكيف الاجتماعي مع التشكل الحضاري السريع، وصعوبة مسايرة حاجات الزمن وعدم القدرة على تحقيق الرغبات الذاتية بالرغم من توافر مغريات الحياة، وضعف القيم الدينية والخلقية مع التطلعات الإيديولوجية المختلفة، خلقت

¹ ألفين توفلر ، صدمة المستقبل: المتغيرات في عالم الغد ، ترجمة: محمد علي ناصف، ط 2، نهضة مصر للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 1990م، ص.10.

ضغوطا نفسية واجتماعية عند الكثير من الأفراد مما جعل الضغط النفسي والاجتماعي هو محور الحديث لدى علماء الطب والنفس والاجتماع.

أي أن هذه الضغوط التي تواجه الإنسان في حياته هي ناتجة عن تفاعل عدة عوامل ومؤثرات داخلية وخارجية أي بيولوجية ونفسية واجتماعية... وغيرها، كما أن للضغوط آثارا صحية، وهذا وفقا للطريقة التي نتعامل بها مع هذه الضغوط التي تواجهنا، فيحدد بذلك شكل وطبيعة الآثار المرتبطة بها، فمثلا عندما يتفاعل معها الفرد بشكل سلبي تؤدي به تدريجيا الى فقدان الطاقة الجسمية التي تمنحه القدرة على مجابهة هذه الضغوط وبهذا يقع ضحية الأمراض المزمنة، التي تؤدي به إلى الإعاقة و الموت، والجدير بالذكر أن الآثار السلبية للضغوط لا تمس الفرد فقط في حد ذاته بل تمتد للأسرة وكذا المجتمع بصفة عامة، لذا فهي من بين أخطر الظواهر الاجتماعية في الوقت الراهن.

ونجد كلا من التراث السوسيولوجي والأنثروبولوجي والطبي يؤكد على تأثير العوامل الاجتماعية على صحة الإنسان، ولذلك فقد تتبعنا الدراسات الحالية جذور تلك العوامل وحاولت رصد آثارها الجوهرية، ومن بين تلك الدراسات دراسة "كاسل Cassel" و"تايرولر Tayroler" للتأكيد على مدى تأثير التغير الاجتماعي السريع أو العنيف على الصحة والمرض، بالإضافة إلى دراسة "باركس Parkes" وزملائه حول مصادر الضغوط الاجتماعية والآثار المرضية الناجمة عنها¹، وبهذا أصبح ينظر للمرض المزمن في ضوء السياق الاجتماعي الايكولوجي الأكبر.

وعلى الرغم من تباين واختلاف هذه القوى الضاغطة من الناحية المظهرية إلا أن جذورها تتبع من أصل واحد وهو دينا ميئية المجتمع، التي تعتمد في أصلها على تفاعل أفراد المجتمع والقوى الفكرية والميول العامة تفاعلا حيا ودائما، إذن فهذه القوى كيانات اجتماعية وثقافية وهي أشبه بالمعتقدات السائدة في المجتمع والتي لا يستطيع أفرادها تجاهلها أو رفضها.

¹ علي المكاوي، علم الاجتماع الطبي: مدخل نظري، تقديم محمد الجوهري، النشر الالكتروني، القاهرة، ب س، ص 467.

وللمنظور السوسيولوجي عدة مداخل وتوجيهات نظرية في دراسة المرض باعتباره ظاهرة اجتماعية لا تفهم إلا في ظل السياق الاجتماعي وذلك بتركيزها على دور العوامل الاجتماعية في الإصابة بالمرض، ويظهر ذلك من خلال مساهمات كلا من بارسونز وفريدسون وستراوس. وفي هذا الصدد تمثل النظرية البنائية الوظيفية "البارسونز"^{*} وكذلك تحليله النظري-الذي تخيل دور الطبيب ودور المريض- كبناءات معيارية متكاملة ومدخلا اجتماعيا لموضوعات الصحة والمرض، ويظهر ذلك من خلال إصراره على النظر إلى المرض باعتباره ظاهرة اجتماعية وليس كونه شيئا فيزيقيا أو خاصية في الأشخاص، وعلى فهم المرض من خلال الدور الوظيفي للمجتمع ككل... لأن المرض ليس خطرا عرضيا ولكنه جزء لا يتجزأ من التوازن الاجتماعي نفسه ، والمشكلة الأساسية كما يراها بارسونز هي مشكلة تحفيز الأفراد لأداء الأدوار ، فالمرض قد يتعامل معه كأسلوب وحيد للاستجابة للضغوط الاجتماعية وكوسيلة واحدة لتقليل المسؤوليات الاجتماعية.¹

وحسب ما تؤكدته دراسات "بارسونز و فوكس" فإن ارتفاع معدل الإصابة بالمرض يرجع إلى خلل وظيفي في النسق الاجتماعي... وهذا كون المرض والاستجابة له يرتبط بالبناء الاجتماعي، والملاحظ أن الظواهر الطبية يمكن أن تدل على أداء النسق الاجتماعي، فصحة السكان مؤشر بالغ الأهمية لمدى كفاءة المجتمع في أدائه الوظيفي.²

من خلال ما تقدم نستخلص أن المستوى العالي للمرض ما هو إلا دلالة على الخلل الوظيفي الذي يصيب النسق الاجتماعي، بسبب حالة عدم التوازن، وقد أشار " دور كايم" بأن المجتمع يفقد توازنه عندما يصل إلى حالة اللامعيارية، وهذا ما يؤدي إلى حدوث المرض حسب بارسونز والذي يعتبره كمؤشر على الانحراف عن المعايير الاجتماعية. وانطلاقا من هذا

^{*} يعتبر تالكوت بارسونز من رواد المدرسة الوظيفية، وأول باحث يضع أول تحليل سوسيولوجي للمرض، وبين إطاره السوسيولوجي في دراسته للمرض في سياق نظريته العامة للفعل خلال الخمسينيات في كتابه النسق الاجتماعي.

¹ نجلاء عاطف خليل، في علم الاجتماع الطبي: ثقافة الصحة والمرض، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 2006 م، ص. 132-133.

² علي المكاوي، الأنثروبولوجيا الطبية: دراسات نظرية وبحوث ميدانية، النشر الإلكتروني، القاهرة، ب س ص، 26-27.

الطرح نستطيع القول بأن الأمراض المزمنة مرتبطة بالبناء الاجتماعي الذي له دور فعال في التأثير على صحة الأفراد وهذا لأنه يتكون من مجموعة من الأنساق الفرعية والتي لها تأثير بشكل ايجابي وسلب في نفس الوقت على أفراد المجتمع.

كما نجد التصور الذي قدمه "فريدسون" يتقارب مع طرح "بارسونز". * وذلك فيما يتعلق بالمرض باعتباره انحرافا. إلا أن "فريدسون" يعطي تصورين للمرض كحالة بيولوجية يخلق تغيرات عضوية وكحالة اجتماعية يؤدي إلى تعديلات في السلوك الاجتماعي الذي يختلف باختلاف الثقافات، والطبيب عندما يشخص المرض عند الإنسان فانه يعدل في سلوك هذا الشخص وهنا تضاف الحالة الاجتماعية للحالة البيولوجية ¹.

كما لا يمكن أن نغفل دور أحد رواد التفاعلية الرمزية وهو "انسلم سترافوس" الذي يعتبر من الأوائل في دراسة الأمراض المزمنة من خلال نظرية النظام التفاوضي «*Ordre négocié*» والذي ظهر في الخمسينيات بـ و.م.أ بجامعة شيكاغو، والذي يرى أن المرض يعتبر ظاهرة اجتماعية وليس ظاهرة طبية فقط، وينظر للمريض باعتباره فاعلا أساسيا في إنتاج الصحة، أي أنه تبنى تصوره للتجربة المرضية انطلاقا من التفاعل الحاصل بين مستوى الفعل الفردي والسيرورات الاجتماعية. محاولا بذلك وضع إطار مرجعي جديد يتجاوز من خلاله البعد الطبي للتجربة المرضية إلى البعد الاجتماعي، حيث يعطي نظرة واضحة للمشاكل الاجتماعية والنفسية التي يواجهها المريض وأسرته في الحياة اليومية.²

لهذا تعتبر الضغوط الاجتماعية من الظواهر الاجتماعية الحتمية، والتي تنشأ عندما يواجه الفرد موقفا معقدا يؤدي إلى قيامه باستجابات متعارضة، ومن أشكال هذه الضغوط ما هو اقتصادي، مهني، أسري، تعليمي، سكني... وغير ذلك، والتي قد تؤثر على حالته الصحية. وبما أن المجتمع الجزائري قد نما وتطور باضطراب متسارع خلال السنوات الماضية معتمدا على

* نشير أن كلا من دراسة بارسونز وفريدسون أقيمت أثناء انتشار الأمراض الحادة، مما جعل دراستهما للصحة والمرض تتميز بالمركزية.

¹ Freidson. E, *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984, p.227.

² Strauss Anselm, *La trame de la négociation. sociologie qualitative et interactionnisme* Textes réunis par Isabelle Baszanger, éditions L'Harmattan, Paris, 1992, p.10.

التكنولوجيا الحديثة في مجالات الحياة المختلفة، لذا فلصبح من المتوقع ظهور بعض المشاكل والأمراض المزمنة التي تصيب الإنسان في أعمار مبكرة من حياته لم تكن موجودة أو ملاحظة من قبل.

وفي هذا الصدد نجد منظمة الصحة العالمية تشير في تقريرها حول الأمراض الغير سارية أي المزمنة في سنة 2014م بأن دول العالم قد وصلت إلى فترة حرجة من تاريخ هذه الأمراض، لذا عليها التدخل السريع لمكافحتها والوقاية منها وذلك بتقاسم المسؤوليات والجهود بين معظم الدول، وفق خضوعها لخطة العمل العالمية الخاصة بالأمراض المزمنة. هذه الأخيرة التي تعتبر السبب الرئيسي للوفاة على الصعيد العالمي بنسبة 68 % أي 37 مليون حالة وفاة من أصل 56 مليون حالة وفاة مسجلة في العالم خلال 2012 أي ما يعادل ثلاثة أرباع الوفيات، وكان أكثر من 40% وفيات مبكرة في الفئة العمرية الأقل من 70 سنة، وأغلبها في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط¹، كما أشار تقرير منظمة الصحة العالمية لسنة 2010 أن 63% حالة وفاة في سنة 2008 يعود سببها للأمراض المزمنة وبشكل أساسي للأمراض القلبية الوعائية وداء السكري والسرطان وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة، ومن المتوقع أن تكون السبب الأول للوفاة في عام 2030م، ويحدث ما يقارب 80% من الوفيات في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط². أما فيما يخص معدل الانتشار العالمي للسكري لسنة 2014م يقدر بنحو 9% في الفئة العمرية من 18 سنة فأكثر وهذا حسب إحصائيات منظمة الصحة العالمية، وتشير توقعات المنظمة أن السكري سيكون السبب السابع للوفاة في عام 2030، بينما بلغ معدل الانتشار العالمي لارتفاع ضغط الدم لنفس السنة 22% تقريبا لدى الفئة العمرية من 18 سنة فأكثر³.

¹ منظمة الصحة العالمية، تقرير الحالة العالمي عن الامراض غير السارية 2014: بلوغ الغايات العالمية التسع المتعلقة بالأمراض غير السارية مسؤولية مشتركة، منشورات منظمة الصحة العالمية، جنيف، 2014، ص. 9/vi.

² منظمة الصحة العالمية، تقرير الوضع العالمي الخاص بالأمراض غير المعدية لسنة 2010، منشورات منظمة الصحة العالمية، جنيف، 2011، ص. 10.

³ داء السكري والأمراض القلبية الوعائية: صحيفة وقائع رقم 312/ ورقم 317/ كانون الثاني /يناير 2015.

www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/ar

www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/ar/

وقد أشار "هانسون" أن الضغوط تمثل نسبة 80% من مجموع الأمراض التي يعاني منها الناس، وتعتبر ضمنياً السبب وراء وفاة الملايين من البشر على نطاق العالم كل يوم من جراء مشكلات صحية مختلفة كالنوبات القلبية والضغط الدموي، والقرحة المعدية والسكري... وغيرها¹.

ومن هنا ندرك بأن الضغوط من الظواهر الاجتماعية المعقدة التي لها انعكاساتها ونواتجها التي تظهر في مخرجات فسيولوجية، لذا جاءت دراستنا تركز على الضغوط الاجتماعية والعوامل الوراثية وعلاقتها بالأمراض المزمنة. ونشير بأن المرض لم يعد موضوعاً طبياً بحتاً بل أصبح موضوعاً متداولاً في شتى العلوم الاجتماعية، من بينها علم الاجتماع الذي ينظر لهذا المرض كظاهرة اجتماعية تستدعي الدراسة والتحليل خاصة بعد انتشار ظاهرة الأمراض المزمنة والتي ارتبطت بعدة محددات متفاعلة، وتجدر الإشارة بأن الإصابة بالأمراض المزمنة تتأثر بحد كبير بالعوامل والظروف المحيطة بالفرد أي أن لها علاقة وطيدة بالبيئة الاجتماعية للأفراد، بالإضافة للعوامل البيولوجية. والفهم الجيد لفحوى هذا المفهوم سنتناول مفاهيمه مجزأة وذلك لغاية الإلمام به باعتباره موضوعاً لدراستنا.

يعد مصطلح "الضغط" من المصطلحات القديمة الاستخدام في مجال العلوم الطبيعية، إلا أن الاهتمام به كموضوع للدراسة حديثاً نسبياً إذا ما قورن بالدراسات الأخرى، وقد لاقى موضوع الضغوط في تاريخنا الفكري اهتماماً منذ بداية العصر الإسلامي وذلك من قبل "ابن سينا" و"الرازي" وغيرهم، لكنهم لم يتعرضوا في كتاباتهم له بالصورة التي يبحث فيها في العصر الحديث، بل عملوا في البحث عن العوامل النفسية المعجلة بالشفاء والصحة، وقد أشار "جرمان" 1971م في حديثه عن "الضغوط" أن كتاب أوربا لم يسيروا إلى هذا المصطلح إلا في القرن 14 ميلادي.

¹ بيتر هانسون، ضغط العمل طريقك إلى النجاح: كيف تجعل من ضغوط حياتك وسيلة للتفوق، ترجمة: مكتبة جرير، مكتبة جرير للنشر، الرياض، 1996م، ص.1.

ثم بدأ استخدامه حديثاً في مجال العلوم الإنسانية عامة ومجال التربية وعلم النفس والاجتماع خاصة، ليشير إلى القوة التي تؤثر على الفرد بصورة كبيرة، كتعرضه لبعض التغيرات النفسية الضارة، وقد يصاحب ذلك تأثيرات عضوية وفسولوجية.

وبقيت مفاهيم الضغوط متعددة وغير منتظمة حتى أوائل القرن التاسع عشر، حيث بدأ التفكير في تأثير ضغوط الحياة على الصحة الجسمية والعقلية، ومنذ بدايات القرن العشرين بدأ علماء الاجتماع يهتمون بدراسة الممارسة الطبية، وسادت النظرة إليها باعتبارها ميكانيزماً في النسق الاجتماعي، واستقرت الآراء على إدخال العلوم الاجتماعية والسلوكية في مناهج كليات الطب لفهم العوامل المختلفة المؤثرة في الصحة والمرض والتعرف على الطبيعة الاجتماعية والثقافية للمجتمع.¹ ثم بعد ذلك ظهر الاهتمام بشكل كبير بالضغوط الاجتماعية واستحوذ على جهود الباحثين في "مجال العلوم السلوكية" منذ السبعينيات، وقد أشارت "نظرية العوامل الاجتماعية" أن علاقة الفرد في بيئته الاجتماعية قد تشعره بالاغتراب مما يشكل ضغطاً عليه، أي أن تفاعل الفرد مع البيئة ينتج مشكلات تكون سبباً في توليد الضغط.

لذا فمفهوم الضغط الاجتماعي لازال من أكثر المفاهيم غموضاً، لصعوبة تحديد تعريفه بشكل دقيق، لارتباطه بعدة مفاهيم مقاربة من حيث المعنى، وكذلك لارتباطه باتجاهات نظرية مختلفة، لكن رغم الاختلاف ما بين اتجاهات كل نظرية من النظريات إلا أن هناك اتفاق عام بينهم على أثر الضغط الاجتماعي على صحة الفرد وتوازنه وتكيفه. أي أنه يعتبر من الموضوعات الهامة التي شغلت وتشغل بال العلماء والباحثين في مجالات الصحة العامة وعلم النفس الاجتماعي وعلم الاجتماع الطبي خاصة، ومختلف العلوم الإنسانية، وذلك لما تتركه من آثار ونتائج خطيرة ومدمرة على حياة الناس أفراداً وجماعات ويتجلى هذا في مجموعة من الأمراض. فتعرض الأفراد لمستويات عالية من التوترات والضغوط، تترك آثارها الصحية والنفسية والاجتماعية عليهم، أي أنها تساهم في حدوث الاضطرابات الانفعالية، مما يؤثر على الجهاز العصبي والهرموني والحالة الجسمية للفرد بصفة عامة، فإن تفاعل العامل

¹ علي المكاوي، علم الاجتماع الطبي: مدخل نظري، مرجع سبق ذكره، ص. 155.

الاجتماعي مع العامل النفسي و الوراثي له أثر في إحداث الاضطرابات والأمراض البدنية، لذا فهي من أخطر الظواهر التي تهدد حياة الإنسان المعاصر. وبهذا فان الضغوط الاجتماعية تعتبر أحد المظاهر الرئيسية التي تتصف بها حياتنا المعاصرة ، وما هي إلا نتيجة للتغيرات السريعة والمتلاحقة التي طرأت على كافة مناحي الحياة والتي تعد السبب الرئيسي وراء الإصابة بالأمراض العضوية كالأمراض المزمنة.*

إذن والآن بعد أن انخفضت نسبة الأمراض المعدية الحادة أصبحت أهم مشكلة طبية واجتماعية هي ظاهرة الأمراض المزمنة (الغير معدية)، هذه الأخيرة التي تعد من الظواهر الاجتماعية المتفشية في القرن الحالي وفي هذا الجزء الأخير من التاريخ الإنساني، وباتت هاجس يهدد كل كيانات المجتمع لأنها تدوم طويلا ولا تختفي تلقائيا كونها أمراض مستعصية الشفاء تصاب بها كل الأجناس والأعمار بدون استثناء. وحسب الدراسات الحديثة فان الإصابة بهذه الأمراض هو كذلك نتاج علاقة تفاعلية بين البيئة الاجتماعية والوراثة أي أن المرض يحدث عندما يلتقي عامل أذى من البيئة مع استهداف وراثي كون الجينات الوراثية تتأثر غالبا بالبيئة المحيطة بالفرد، ويعتمد هذا التفاعل على العلاقة الموجودة بين كل من الصفات الوراثية والضغوط الاجتماعية وبهذا فإنهما يعملان في إحداث نتيجة نهائية ألا وهي المرض كونهما في علاقة متشابكة ومستمرة عبر الزمن ، لكن لا يصاب الشخص بالمرض إذا لم يتجاوز مجموع العوامل الوراثية والبيئية حد الإصابة.*

* وفي هذا السياق أكد الدكتور وولف " باستمرار على أنه هناك روابط وثيقة بين صحة الفرد ومطالب التكيف التي تفرضها عليه البيئة المحيطة به، ثم جاء الدكتور لورنس. أ. هينكل (الابن) ليطلق على هذه النظرية اصطلاح "الايكولوجيا البشرية" مؤكدا أن المرض لا يحدث بالضرورة نتيجة لعامل مفرد كجراثيم أو فيروس بل هو كنتيجة لعوامل متعددة من بينها طبيعة البيئة المحيطة بالجسم.

* وقد أشار "حامد عبد السلام زهران في كتابه علم نفس النمو- الطفولة والمراهقة "بان البيئة تمثل كل العوامل الخارجية التي تؤثر تأثيرا مباشرا أو غير مباشر على الفرد منذ الإخصاب وتحدد العوامل الوراثية، وتشمل بهذا المعنى العوامل المادية والاجتماعية والثقافية والحضارية، وللبيئة دور كبير حيث تسهم في تشكيل شخصية الفرد النامي وفي تعيين أنماط سلوكه وأساليبه في مجابهة مواقف الحياة . كما أشار "توما جورج خوري" في كتابه الشخصية مفهومها، سلوكها وعلاقتها بالتعلم بأن البيئة تمثل جميع المؤثرات الاقتصادية والجغرافية والاجتماعية والفكرية والسياسية... الخ التي تؤثر بالفرد منذ بدء حياته وحتى مماته.

وبهذا انتهت النظرة القديمة للأمراض ككيانات منفصلة وراثية أو بيئية هوبدأت تثبت أقدام النظرة الحديثة للمرض التي تدرك أن له طبيعة مركبة وأصبحت الحقائق الأساسية هي أن لكل مرض عوامله البيئية والوراثية، ولا تكتمل صورة أي مرض دون فهم دقيق لكل من العوامل الوراثية والبيئية معا وطريقة تأثيرهما في مسار المرض، وتختلف الأهمية النسبية لكل من العوامل البيئية والوراثية حسب المرض.¹

وحسب النظرة "الأبقرائية" فالجسم يبقى سليما طالما كان هناك استجابة وتكيف مع التغيرات التي تحدث في البيئة، ويصبح الجسم مريضا عندما تجرده عوامل الأذى البيئية من قدرته على التفاعل، وبهذا نستطيع القول أن محاولة توقي المرض يستلزم توضيحات في الحاضر لتزيد فرص الوقاية في المستقبل.*

ومن أهم الأمراض المزمنة المنتشرة حاليا لدى الأفراد في ولاية الأغواط وهذا حسب إحصائيات الضمان الاجتماعي للولاية في سنة 2013م هي مرض السكري الذي يصيب 7378 شخص منهم 54.45% ذكور و 45.54% إناث و الضغط الدموي الذي يصيب 8669 شخص منهم 34.39% ذكور و 65.60% إناث، و لازالت تحتل المراتب الأولى في سنة 2017م بحيث نجد مرض السكري الذي يصيب 12614 شخص منهم 54.10% ذكور و 45.89% إناث و الضغط الدموي الذي يصيب 12362 شخص منهم 37.22% ذكور و 62.77% إناث(أنظر ملحق رقم:8). وحسب إحصائيات منظمة الصحة العالمية لسنة 2011م فقد وصلت نسبة المصابين بالضغط الدموي في الجزائر سنة 2008م الى 38% مقدرة بـ 38.3% لدى الذكور و 37.6% لدى الإناث، والسكري بنسبة 8% مقدرة بـ 7.9% لدى الذكور و 8.2% لدى الإناث(أنظر ملحق رقم:5).

¹ زولت هارسنياني رينشارد هتون ، التنبؤ الوراثي ، ترجمة: مصطفى إبراهيم فهمي ، سلسلة عالم المعرفة ، الكويت، 1988م، ص.29.

* بينت دراسة " بشير بن الطاهر " التي أجريت حول استراتيجيات التكيف مع مواقف الحياة الضاغطة وعلاقتها بالصحة العامة على وجود علاقة بين الضغط والصحة فالأفراد ذوي الضغوط المرتفعة كانت صحتهم أكثر تدهورا واضطرابا حيث أدركوا مواقف حياتهم على أنها تمارس عليهم ضغوطا مرتفعة على عكس الأفراد ذوي الضغوط المنخفضة كما اشار الى أن المراحل العمرية تلعب دورا هاما في الحساسية للضغوط واضطرابات الصحة كاستجابة لهذه الضغوط.

لذا ونظرا للخطورة الكبيرة التي أصبح يشكلها هذا المرض على جميع شرائح المجتمع بصفة عامة، بالإضافة لافتقار الدراسات السوسولوجية لهذه المواضيع من جهة أخرى وهذا -حسب علم الباحثة- لذا رأينا أنه من الضروري التطرق لهذا الموضوع ودراسته وتحليله علميا خاصة وأن العديد من المرضى المزمنين في المجتمع الجزائري يواجهون العديد من الصعوبات والعراقيل بسبب ضغوطات الحياة الاجتماعية والتي تنعكس على حالتهم الصحية، خاصة وأن هذا النوع من المرض له تأثيراته وعقباته الوخيمة على الفرد والأسرة والمجتمع، لكونه من المشكلات الحقيقية التي تشكل عبئا ثقيلا وعائقا كبيرا على الأفراد أثناء مزاولتهم الطبيعية لحياتهم اليومية، حيث يصعب في الكثير من الأحيان على هذه الفئة إعالة أنفسهم وحتى تحملهم للأعباء العائلية والاجتماعية، مما يعيق علاقاتهم الاجتماعية ويؤثر على حالاتهم النفسية وخاصة كون هذا المرض يدوم طويلا ولا يختفي تلقائيا، بالإضافة إلى نواتجه الوخيمة على الفرد والتي تنتهي به إلى الإعاقة وحتى الوفاة، هذه الأخيرة التي وصلت نسبتها إلى 63% سنة 2008م على مستوى المجتمع الجزائري بسبب الأمراض المزمنة منها 32.8% ذكور و 28.6% إناث وهذا حسب إحصائيات منظمة الصحة العالمية لسنة 2011. لذا فإن هذه الشريحة من المرضى تستدعي الاهتمام، ومنه فدراستنا ستتركز على عينة مرضى السكري والضغط الدموي.

ومما تقدم فإن إشكالية الدراسة يمكن صوغها من خلال السؤال التالي:

يشهد المجتمع الجزائري في يومنا هذا كغيره من المجتمعات المتطورة والنامية تغيرات سريعة على مستوى وتيرة الأمراض، بحيث نجد ارتفاعا قويا في نسبة المصابين بالأمراض المزمنة خاصة في السنوات الأخيرة والتي يعود سببها للضغوطات اليومية المتكررة و نتيجة العوامل الوراثية. إذن إذا كانت الضغوط الاجتماعية من الظواهر الاجتماعية التي يواجهها الفرد في العمل أو في الأسرة أو بسبب العامل الاقتصادي... وغير ذلك، بالإضافة للعوامل الوراثية التي لها ارتباط وثيق بحياة الأفراد ومستقبلهم الصحي والبدني، والليذان قد يؤثران سلبا على

الحالة الصحية للفرد ، فهل تعد الضغوط الاجتماعية التي يعايشها الفرد باستمرار والعوامل الوراثية سببا رئيسيا في انتشار الإصابة بالأمراض المزمنة؟

ومن خلال هذا السؤال المحوري نطرح الأسئلة الجزئية التالية :

1. هل تساهم الضغوط المهنية في انتشار الإصابة بمرض الضغط الدموي و داء السكري؟
2. هل تساهم الضغوط الأسرية في انتشار الإصابة بمرض الضغط الدموي و داء السكري؟
3. هل الضغوط الاقتصادية تساهم في انتشار الإصابة بمرض الضغط الدموي و داء السكري؟
4. هل تفاعل مسببات الضغوط الاجتماعية مع العوامل الوراثية يساهم في تعجيل انتشار الإصابة بمرض الضغط الدموي و داء السكري؟

ثانيا:فرضيات الدراسة:

I. الفرضية العامة:

تعاظم وتراكم مسببات الضغوط الاجتماعية بالإضافة للعوامل الوراثية يكون له تأثير على الحالة الصحية للأفراد مما يساهم في انتشار الإصابة بالأمراض المزمنة.

II. الفرضيات الجزئية:

- 1- زيادة عبء العمل وسوء علاقات العمل يساهم في انتشار الإصابة بمرض الضغط الدموي و داء السكري.
- 2- توتر أو اضطراب العلاقات الاجتماعية داخل النسق الأسري يساهم في انتشار الإصابة بمرض الضغط الدموي وداء السكري.
- 3- لتدني الدخل المادي الأسري علاقة بانتشار الإصابة بمرض الضغط الدموي وداء السكري.
- 4- يساهم تفاعل مسببات الضغوط الاجتماعية(المهنية و الأسرية و الاقتصادية) مع الجينات الوراثية في تعجيل انتشار الإصابة بمرض الضغط الدموي و داء السكري .

ثالثا:أسباب اختيار الموضوع:

في حقيقة الأمر دفعتني عدة أسباب لدراسة هذا الموضوع منها أسباب موضوعية وأخرى ذاتية.

فالسبب الموضوعية لاختيارنا لموضوع "الضغوط الاجتماعية والعوامل الوراثية وعلاقتها بالأمراض المزمنة" تكمن في أن جل المشاكل الصحية لها ارتباطات وثيقة بالعوامل الاجتماعية والعوامل الوراثية، بالإضافة إلى أن دراسة المواضيع الطبية أصبحت متداولة في شتى العلوم خاصة العلوم الاجتماعية، ولأن الصحة محور أساسي لبناء المجتمع وعاملا هاما ومؤثرا في الحياة الاجتماعية وفي كافة مناحيها، وبما أن الإنسان هو الثروة الكبرى التي تعتمد عليها المجتمعات فإن صحته هي المرآة التي تعكس إمكانيات البيئة اجتماعيا وحضاريا، والمحافظة على صحة الإنسان لا تعني مزيدا من الإمكانيات المادية بقدر ما نعني بها العمل على إصلاح الأوضاع الاجتماعية بالنسبة للأفراد، لأنها من المصادر والعوامل المسببة للضغوط الاجتماعية، هذه الأخيرة التي لها أثرها البالغ على صحة الفرد، أي أنه لا يمكن أن نكون فهمنا للصحة والمرض إلا إذا أدرجناهما في ظل السياق الاجتماعي، كما يجب الاهتمام بالجانب الوراثي للفرد لما له أثر قوي على صحته، وعليه فإن دراسة المرض لا يمكن أن تقتصر على الجانب الطبي فقط وإنما يتعدى ذلك ليشمل ربط المرض بالجوانب أو العوامل الاجتماعية والبيولوجية، لذا فهي من المواضيع التي تتطلب الاهتمام والدراسة.

كما أنه لا يمكن أن نغفل طبيعة تخصصنا وهو علم الاجتماع والدراسات الديمغرافية لذا فإن المواضيع الابدميولوجية من أهم اهتماماته، هذا ما دفعنا أكثر للاهتمام بموضوع الأمراض المزمنة كمرض الضغط الدموي والسكري. وباعتبار أن الضغوط الاجتماعية والعوامل الوراثية من أكثر الظواهر المنتشرة في عصرنا الحالي ارتأينا إلى محاولة معرفة العلاقة بينها وبين الأمراض المزمنة وبصفة خاصة مرض السكري والضغط الدموي بمدينة الأغواط.

بالإضافة لقلّة الدراسات السوسيولوجية العربية والوطنية الم عالجة لهذا الموضوع وهذا - حسب علم الباحثة- كان سببا من أسباب اهتمامنا به، بالإضافة أننا نجد أن جل الدراسات المرتبطة بالأمراض المزمنة باختلاف أنواعها يرجعها الباحثين إلى عوامل نفسية أكثر منها اجتماعية وهذا لأن أغلب الأبحاث كانت من إنتاج باحثي علم النفس أكثر من باحثي علم الاجتماع، وحتى وإن وجدت فهي نادرة بالنظر إلى أهمية الدراسة خاصة في الوقت الراهن، و

هذه الدراسة كمحاولة منا كذلك لإثراء المكتبة الجامعية ببحث يخص هذه الظاهرة بالذات حتى تكون سندا ومرجعا لبحوث مستقبلية مماثلة.

كما أن هذا العمل يعد كاستكمال لموضوع رسالة الماجستير والتي أنجزت سنة 2013، لكنه تم إحداث تغيير على مستوى الموضوع بإضافة متغير مستقل جديد للدراسة وهذا من خلال ما توصلت إليه نتائج الدراسة السابقة، كما أن السبب لاستكمال هذا الموضوع هو ضيق الوقت المخصص للدراسة في تلك الفترة بحيث لم نستطع الاحتكاك بأكبر عدد من المرضى ، لذا ارتأينا في هذه الدراسة الحالية التأكد من صدق بعض الفرضيات التي تطرقنا لها في الدراسة السابقة في الوقت الراهن وان كنا قد نصل إلى نفس النتائج السابقة مع إضافة فرضيات جديدة، وذلك باستغلال وقت زمني طويل أثناء الدراسة الميدانية بقدر ما تسمح به الظروف والإمكانيات والذي قد يقتصر على مدينة الأغواط فقط.

أما الأسباب الذاتية فتكمن في كوني كنت عاملة بالقطاع الصحي، ونتيجة لاحتكاكي المتواصل بالأقسام المخصصة للمرضى لاحظت مشكلة ارتفاع عدد المصابين بالأمراض المزمنة خاصة مرضى السكري والضغط الدموي في مدينة الأغواط الأمر الذي دفعني لاختيار هذا الموضوع والبحث فيه.

رابعاً: أهداف الدراسة:

لكل بحث أو دراسة علمية أهداف يسعى الباحث إلى الوصول إليها، وعليه لا يخلو أي بحث أو دراسة علمية من مثل هذه الأهداف النابعة من الموضوع المراد دراسته ، وهذا لضمان التفاعل الايجابي بين الباحث وموضوع بحثه، فنحن من خلال هذا البحث نطمح للوصول إلى مكسب ابستمولوجي من خلال الكشف على العلاقة بين الضغوط الاجتماعية والمرض المزمن خاصة في الوقت الراهن الذي أصبح فيه الحديث عن الارتباط الوثيق بين العوامل الاجتماعية والخصائص الديمغرافية للأفراد كعوامل قوية لها تأثير على صحة الأفراد، خاصة وأن المرض المزمن أصبح أكثر انتشارا فهو يشكل إحدى أهم الظواهر الاجتماعية التي أفرزتها الضغوط نتيجة التطور الاقتصادي والاجتماعي الذي شهدته المجتمعات الإنسانية المعاصرة ، والذي

أحدث تغيرات وتحولات على مستوى البناء الاجتماعي للمجتمع، ومن هذا المنطلق يمكننا البحث في هذه المتغيرات أو المحددات الاجتماعية الكامنة وراء ظهور هذه النوعية من الأمراض في المجتمع الجزائري حالياً، وذلك من خلال احتكاكنا بواقع فئة مرضى الضغط الدموي والسكري، وتشتمل هذه المسببات الاجتماعية على الضغوط المهنية والأسرية والاقتصادية، والتي أصبحت تؤثر بشكل أو بآخر في انتشار الإصابة بالأمراض المزمنة في المجتمع الجزائري كالضغط الدموي والسكري خاصة في الوقت الراهن الذي يلاحظ فيه زيادة مستمرة في نسبة انتشار هذه الأمراض، بالإضافة أن المرض أصبح من الظواهر الاجتماعية التي تلقى الاهتمام في ميدان علم الاجتماع وخاصة في علم الاجتماع الطبي.

ونستطيع القول أن هذا كله يمكننا من محاولة الوصول إلى العوامل التي تؤدي إلى الحد من الآثار السلبية للضغوط الاجتماعية، والتي تعين أفراد المجتمع على الاحتفاظ بصحة نفسية وجسدية جيدة، لأن البحث العلمي يطمح دائماً للوصول إلى بعض الحلول لمشكلة الدراسة. بالإضافة لذلك فهناك محاولة أخرى وهي الكشف على وجهات نظر الأطباء حول تأثير الضغوط الاجتماعية والعوامل الوراثية على صحة الأفراد، وإن كان لها دور كبير في الإصابة بالمرض المزمن على مستوى مدينة الأغواط، وهذه المحاولة التي سنقوم بها تعتبر من الاهتمامات الحديثة في المجال الطبي من جهة والاجتماعي من جهة أخرى وهو اكتشاف إن كان للمسببات الاجتماعية دور في تفعيل الجينات الوراثية الحاملة للمرض مما يساهم في تعجيل الإصابة بالمرض وانتشاره.

وبهذه الأهداف التي نصبوا إلى تحقيقها في إطار هذه الدراسة سنصل إلى أهم المتغيرات التي كانت حقا سببا في ظهور الأمراض المزمنة كالضغط الدموي وداء السكري، والخروج بنتائج يمكن تعميمها. وبالتالي يمكننا توفير دراسة سوسيولوجية عن المشكلة المطروحة تكون انطلاقة لأبحاث ودراسات سوسيولوجية أخرى.

خامسا: أهمية الدراسة:

يمكن إبراز أهمية الدراسة في جانبين نظري وتطبيقي على النحو التالي:

تكمن الأهمية النظرية للدراسة في التعرف على أهم العوامل (الضغوط) الاجتماعية والمتمثلة في الجانب (المهني والأسري والاقتصادي) والعوامل الوراثية والمتمثلة في (الجينات الوراثية) التي تقف وراء ظاهرة الإصابة بالأمراض المزمنة .

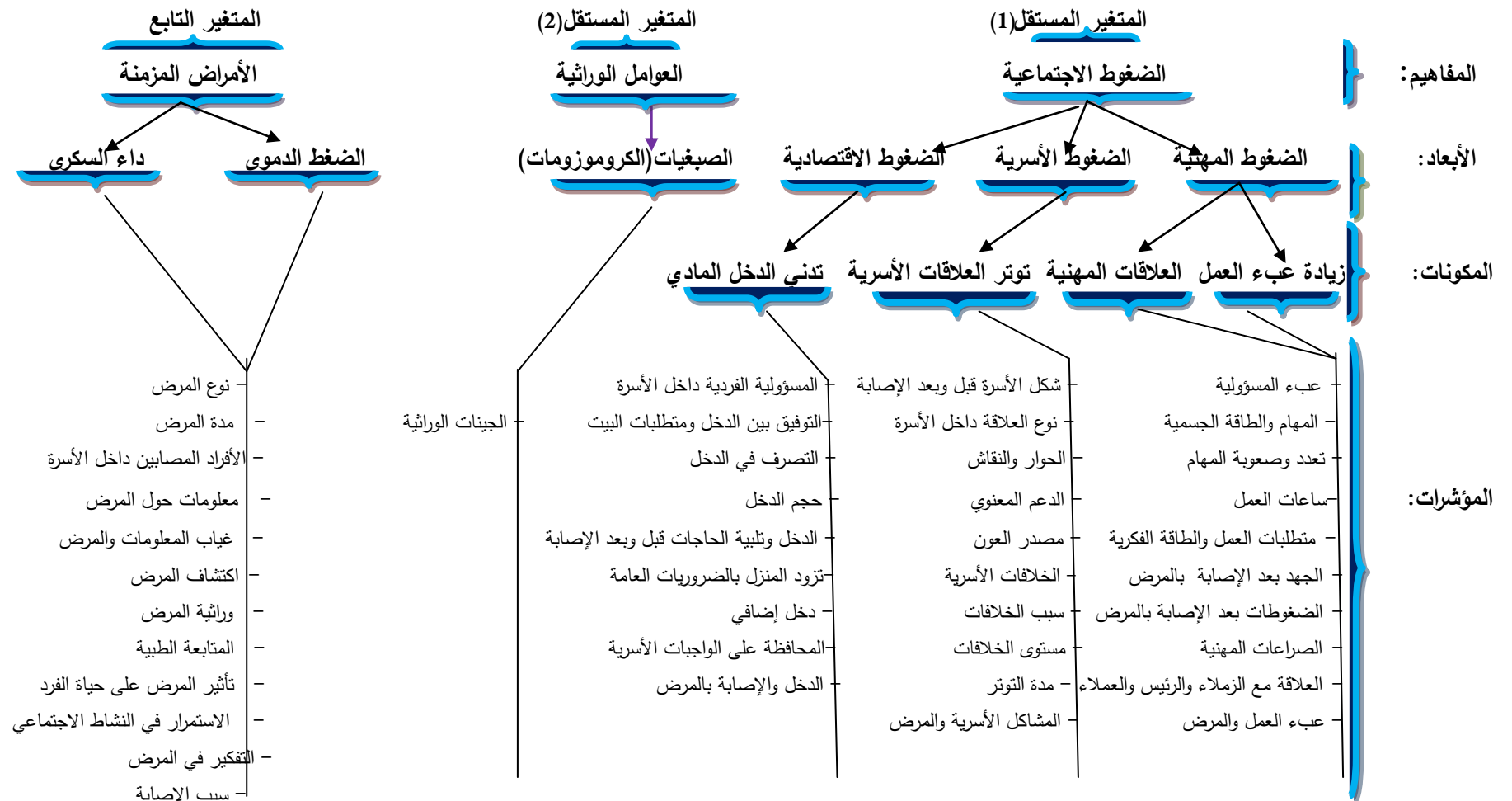
فانتشار هذه الظاهرة (المرض المزمن) قد يكون انعكاسا لما تشهده الحياة العصرية من تطور حضاري وثقافي متسارع مما انعكس سلبا على البناء الاجتماعي للمجتمع وبالتالي على البناء النفسي فالصحي للأفراد، وقد يكون نتيجة انتقال الجينات الوراثية من الآباء إلى الأبناء . وبالتالي فهذه الدراسة تحاول الكشف على أهم مسببات الضغوط الاجتماعية المرتبطة بالمرض المزمن ومدى تأثيرها عليه ، وان كان لمسببات الضغوط الاجتماعية تأثير سلبي على العوامل الوراثية مما يساهم في الإصابة بالمرض، مما يمكننا من الفهم العلمي لهذه الظاهرة.

الأهمية التطبيقية للدراسة تكمن في كون هذه الدراسة تتناول بالدراسة والتحليل فئة مهمة من المجتمع والمتمثلة في المرضى المصابين (بالسكري والضغط الدموي)، هذه الفئة التي أصبحت حياتها في خطر دائم لأن نهايتها مرتبطة بالوفاة والإعاقة. هذا ما جعلني كدارسة في علم الاجتماع، أن أحاول تفحص ظاهرة المرض المزمن من خلال البحث عن أهم المتغيرات الاجتماعية والوراثية المرتبطة والمسببة له، وهذا في مجتمعنا المحلي بمدينة الأغواط .

ومن المتوقع أن تتيح النتائج التي سوف تتوصل إليها الدراسة إلى توجيه الأفراد لكيفية التعامل مع هذه المتغيرات (المسببات) ، وإيجاد الحلول للتخفيف من حدة تأثيرها السلبي على صحة الإنسان ، لأن هذه الدراسة تتبع من دراسة ميدانية واقعية وبذلك يمكن أن تكون أساسا لدراسات أخرى تكون أكثر عمقا وتشمل جوانب أخرى.

سادسا: بناء النسق المفاهيمي للفرضيات:

شكل رقم 1: مخطط نموذج التحليل للفرضية الأصلية¹



¹ من اعداد الباحثة، مخطط تفكيك الفرضية ، حسب كتاب : ريمون كيني ،لوك فان كمبنهود، دليل الباحث في العلوم الاجتماعية ، ترجمة: يوسف الجباعي،المكتبة العصرية للطباعة والنشر،بيروت، 1997،ص.150.

سابعاً: المفاهيم الأساسية للدراسة:

إن الدراسة العلمية السليمة لموضوع ما تستوجب من الباحث تحديد المفاهيم الخاصة بموضوع دراسته وذلك لإزالة الغموض والالتباس حول المفاهيم المستعملة، ووفقاً لذلك فقد تم تحديد المفاهيم التالية:

١. الضغوط الاجتماعية:

1. مفهوم الضغوط:

لغة: يقال ضغطه ضغطاً أي غمزه إلى شيء كحائط أو غيره. ويقال ضغط الكلام إذا بالغ في اختصاره وإيجازه، حيث يتخلّى عن التفاصيل، ومن تصريفات الكلمة ضاغطة، مضاغطة، أي حين يزاحم أحدهما الآخر.¹ و ذكر "الرازي" في الصحاح "أن الضغطة بالضم هي الشدة المشقة ويقال: اللهم ارفع عنا هذه الضغطة."² وضغطة يضغطه ضغطاً أي عصره وضيق عليه وقهره، والضغطة بالضم الإكراه، يقال أخذت فلانا ضغطه أي ضيقت عليه لتكرهه على الشيء والضغطة بالفتح القهر والضيق والاضطرار.³

وفي السياق اللفظي أو اللغوي يمكن التفريق بين ثلاثة معاني:

- الضواغط (Stressors) وتشير إلى تلك القوى والمؤثرات التي توجد في المجال البيئي، الاجتماعي النفسي، والتي يكون لها القدرة على انشاء حالة ضغط ما.
- الضغوط (Stress) فتعبر عن الحادث ذاته، أي وقوع الضغط بفاعلية الضواغط أي ان الفرد قد وقع تحت طائلة ضغوط ما.
- الانضغاط (Strain) يعبر عن الحالة التي يعانيها الفرد ويئن منها، والتي تعبر عن ذاتها في الشعور بالاعياء والانهاك والاحتراق الذاتي.⁴

¹ عبد الرحمن سليمان الطريدي، الضغط النفسي: مفهومه، تشخيصه، طرق علاجه و مقاومته، مطابع شركة الصفحات الذهبية المحدودة، الرياض، 1994م، ص. 7.

² محمد بن أبي بكر بن عبد القادر الرازي، مختار الصحاح، المكتبة العصرية، بيروت، 1997م، ص. 184.

³ محمد مرتضى الحسيني الزبيدي، تاج العروس، الجزء 5، المطبعة الخيرية، مصر، 1306 هـ، ص. 177.

⁴ هارون توفيق الرشدي، الضغوط النفسية: طبيعتها، نظرياتها، مكتبة الانجلو المصرية للنشر والتوزيع، مصر، 1999م، ص. 15.

اصطلاحاً: هو مصطلح متعدد التعريفات لتعدد وجهات نظر العلماء، ويعتبر "هانز سيلبي" (Hans Selye.1956) الأب المؤسس لبحوث الضغوط فهو أول من استخدم مصطلح الضغط في المجال البيولوجي. واستخدمه ليشير به إلى حالة التمزق والبلى داخل الجسد أو ليشير إلى مجموعة التغيرات غير المحددة لأي مطلب أو حدث خارجي والمسببة للضرر، وبعد ذلك عرف الضغط بأنه "الاستجابة الفسيولوجية غير المحددة التي يستجيب بها الجسد لأي مطلب يقع عليه".¹

وتشير عبارة الضغط أو الضغوط Stress إلى الإنهاك والإرهاق الذي يخبره الجسم في عمليات التوافق المستمرة مع التغيرات البيئية، وبعبارة أخرى رد فعل الجسم للمتطلبات الواقعة عليه. وتستخدم الضغوط للدلالة على حالتين مختلفتين، فالأولى تشير للظروف البيئية التي تحيط بالفرد.... والثانية إلى ردود الفعل الداخلية... وقد اتفق معظم المهتمين بهذا الموضوع على أن المواقف البيئية التي تدرك بأنها ذات متطلبات تفوق قدرات وإمكانات الفرد في التعامل معها تمثل ضغوطاً بالنسبة له.²

وقد عرف "جيبسون وزملاؤه" (GIBSON.1994) الضغط بأنه "استجابة متكيفة تعدلها الفروق الفردية أو العمليات النفسية، والتي (الاستجابة) تنشأ نتيجة عمل أو موقف أو حدث يفرض على الفرد مطالب نفسية أو جسدية عالية".³

وحسب "فاروق السيد عثمان" فإن مصطلح الضغوط يستخدم للدلالة على نطاق واسع من حالات الإنسان الناشئة كرد فعل لتأثيرات مختلفة بالغة القوة. وعرفها بأنها تلك الظروف المرتبطة بالضبط والتوتر والشدة الناتجة عن المتطلبات التي تستلزم نوعاً من إعادة توافق عند الفرد وما ينتج من ذلك، من آثار جسمية ونفسية، وقد تنتج الضغوط كذلك من الصداق والإحباط والحرمان

¹ طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، استراتيجيات إدارة الضغوط التربوية والنفسية، دار الفكر، عمان، 2006، ص. 19.

² علي عسكر، الأسس النفسية والاجتماعية للسلوك في مجال العمل، دار الكتاب الحديث، الكويت، 2005، ص. 91.

³ حسين حريم، السلوك التنظيمي: سلوك الأفراد والجماعات في منظمات العمل، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2004، ص. 284.

والقلق، وتفرض الضغوط على الفرد متطلبات قد تكون فسيولوجية أو اجتماعية أو نفسية أو تجمع بين هذه المتغيرات الثلاثة".¹

وترى "FONTANA" بأنها "حالة تنتج عندما تزيد المطالب الخارجية عن القدرات والإمكانات الشخصية للكائن الحي" ويعرفها "MANDLER" بأنها "الظروف المرتبطة بالضغط وبالتوتر والشدة الناتجة عن المتطلبات أو المتغيرات التي تستلزم نوعاً من إعادة توافق الفرد وما ينتج عن ذلك من آثار جسمية أو نفسية"² وتعرف "بأنها" عملية يدرك الفرد من خلالها بأن هناك فرصاً هامة أو تهديداً محتملاً لا يستطيع التعامل معها بصورة فاعلة".³ كما ينظر لها بأنها "مجموعة من التغيرات الجسمية والنفسية التي تحدث للفرد في ردود فعله أثناء مواجهته لمواقف المحيط التي تمثل تهديداً له".⁴

وعرف "Caplan" الضغط بأنه التباين بين المتطلبات التي ينبغي أن يؤديها الفرد، وقدرته على الاستجابة لها.⁵ كما أشار "عكاشة" للضغط بأنه "تحدي عوامل غير سارة لطاقة التأقلم والتكيف للفرد، حيث يتفاعل الضغط مع الفرد لظهور الأمراض، وتعتمد كمية الشدة أو درجة الضغط اللازمة لنشأة الأمراض على تكوين واستعداد الفرد الوراثي".⁶

2. مفهوم الاجتماعي:

اصطلاحاً: يقصد بالاجتماعي ذلك الكل الذي يندرج تحته مختلف النشاطات والظواهر الخاصة بالأفراد. وبالتالي فإن كلمة أو مصطلح اجتماعي يأخذ بعين الاعتبار كل من المتغيرات الثقافية

¹ فاروق السيد عثمان، القلق وإدارة الضغوط النفسية، دار الفكر العربي، القاهرة، 2001، ص. 96.

² عبد العزيز عبد المجيد محمد، سيكولوجية مواجهة الضغوط في المجال الرياضي، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، 2005، ص. 18.

³ عثمان حمود الخضر، علم النفس التنظيمي، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، الكويت، 2005، ص. 74.

⁴ علي عسكر، ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها: الصحة النفسية والجسدية في عصر التوتر والقلق، ط 3، دار الكتاب الحديث، الكويت، 1990م، ص. 69.

⁵ أمل سليمان تركي العنزي، أساليب مواجهة الضغوط عند الصبيحات والمصابات بالاضطرابات النفسية، "السيكوسوماتية" دراسة مقارنة، رسالة ماجستير: قسم علم النفس، جامعة الملك سعود، 2004م، ص. 25.

⁶ أحمد عكاشة، الطب النفسي المعاصر، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 1992م، ص. 140.

والتربوية والسياسية والاقتصادية...الخ، والذي يتفاعلها مع بعضها البعض تشكل كلا اجتماعيا متضامنا.¹

كما تشير إلى العلاقة التي تقوم بين الفرد والآخرين من أفراد نوعه، فكل ما ينتج من تغيرات في سلوك شخص ما نتيجة لاتصاله بشخص آخر أو بعدد من الأشخاص بشكل مباشر أو غير مباشر يمكن وصفه بأنه اجتماعي.²

3. مفهوم الضغوط الاجتماعية:

اصطلاحاً: تعرف بأنها "ضرب من التأثير الذي يمارسه أفراد المجتمع على أقرانهم، فيؤدي إلى الفاعلية في تكوين معتقدات أو حمل الآخرين على تبني مناهجهم وخدمة أغراضها والوقوف بجانبها وممارسة الضغط والتأثير يولد الاضطرابات النفسية.³ درجة استجابة الفرد للأحداث أو المتغيرات البيئية في الحياة اليومية، وهذه المتغيرات قد تكون مؤلمة تحدث بعض الآثار الفسيولوجية، علماً بأن هذه الآثار تختلف من شخص لآخر تبعاً لتكوين شخصيته وخصائصه الحياتية التي تميزه عن الآخرين".⁴

4. التعريف الإجرائي للضغوط الاجتماعية:

ظاهرة اجتماعية وهو موضوع يتعلق بالعلاقة بين الفرد وبناء المجتمع الذي يجد نفسه فيه، أي تجربة ذاتية تحدث اختلالاً نفسياً أو عضوياً لدى الفرد، وتنتج من عوامل خارجية نابعة من بيئته الاجتماعية قد تكون مهنية، أسرية، اقتصادية... وغير ذلك أو داخلية مصدرها الفرد نفسه، والتي يمكن حصرها معاً، قد ينجح الفرد في مقاومتها والتغلب عليها وقد لا ينجح في ذلك فيتعرض للكثير من المشكلات والأمراض الجسمية أو النفسية، وهذا بالتالي ينعكس على

¹ حسن عبد الحميد أحمد رشوان ، دور المتغيرات الاجتماعية في التنمية الحضرية، دراسة في علم الاجتماع الحضري، مؤسسة شباب الجامعة، الاسكندرية، 2004م، ص.10.

² أحمد عبد اللطيف وحيد، علم النفس الاجتماعي، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، 2001م، ص.16.

³ صالح بن ناصر شغورد القحطاني ، الضغوط الاجتماعية وضغوط العمل وأثرها على اتخاذ القرارات الإدارية ، رسالة ماجستير: قسم العلوم الإدارية ، جامعة نايف للعلوم الأمنية ، 2007م، ص. 10.

⁴ عبد الله وفاق صابر علي، نصر الدين أحمد إدريس الدومة ، الضغوط الحياتية لدى مرحلة الأساس و علاقته بالتعليم بالخرطوم، بدون دار نشر، القاهرة، ب س ، ص.7.

علاقاته بالمجتمع المحيط، أي أن تفاعل الفرد مع البيئة الاجتماعية له أثر كبير في إحداث الاضطرابات الجسمية. وقد تحددت مصادر الضغوط في الدراسة الحالية بـ:

- ضغوط ذات طابع مهني: وهي أن نوع العمل الذي يقوم به الفرد وما يتضمنه من واجبات ومسؤوليات وأعباء يعتبر من المحددات الهامة لمقدار ونوع الضغط، فزيادة عبء العمل يتطلب من الفرد بذل مجهود أكبر ومهارات عالية قد لا يمتلكها مما تسبب له نوع من الضغوط بالإضافة أن سوء العلاقات المهنية بين الرؤوس والرئيس وبين الأعضاء فيما بينهم تعد من مصادر الضغوط القوية التي يكون لها انعكاس سلبي على الفرد.
- ضغوط ذات طابع أسري: ويقصد بها تلك التوترات التي تعترى العلاقات داخل الأسرة والتي تكون نتيجة تعارض في الرغبات والأهداف... وغير ذلك.
- ضغوط ذات طابع اقتصادي: متمثلة في تدني الدخل المادي للفرد مما يضعف قدرته المالية ويعيقه على القيام بمسؤوليته اتجاه أسرته أو حتى ذاته.

II. العوامل الوراثية:

اصطلاحاً: تعرف الوراثة بأنها "الصفات الطبيعية التي تنتقل من نسل لآخر بشكل جزئي أو كلي لجميع أفراد النوع أو الفصيلة، كما يعرفها البعض بأنها الاستمرارية من جيل إلى آخر عبر عناصر معينة تحمل صفات مشتركة".¹ وتعرف بأنها "انتقال السمات من الوالدين إلى الأولاد بحيث تمثل كل العوامل الداخلية التي كانت موجودة عند بدء الحياة أي عند الإخصاب، وتنتقل الخصائص الوراثية للفرد من والديه عن طريق المورثات (الجينات) التي تحملها الصبغيات (الكروموزومات)".²

¹ توما جورج خوري، الشخصية مفهومها، سلوكها وعلاقتها بالتعلم، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت، 1996م، ص. 8.

² حامد عبد السلام زهران، علم نفس النمو - الطفولة والمراهقة، ط5، عالم الكتب، القاهرة، 1995م، ص. 42.

وبهذا نصل إلى تعريف الوراثة حسب وزارة التربية الوطنية 1973-1974م بأنها "جميع الاستعدادات التي تدخل في تكوين بنية الفرد الجسمانية والعقلية والمزاجية والتي تعمل عملها قبل الولادة وبعدها".¹

نستخلص مما تقدم بأن الوراثة تعبر عن مجموع الجينات التي تنتقل إلى الفرد من أبويه وتختلف هذه المورثات من شخص لآخر أي أن كل فرد يتلقى جميعاً مختلفاً من المورثات باستثناء التوائم المتطابقة.

وتعرف العوامل الوراثية بأنها العوامل المسؤولة عن الإصابة بعدد كبير من الأمراض والتشوهات الجسمية، وتنتقل الصفات المتوارثة عن طريق الجينات والتي تلعب الدور الأهم في زيادة الاستعداد للمرض أو إنقاصه مثل زمرة الدم (و) وارتباطها بقرحة الاثني عشر وزمرة الدم (أ) وارتباطها بسرطان المعدة أو مرض البول السكري وهذه الأمراض الوراثية تنتقل من الآباء إلى الأبناء.²

III. الأمراض المزمنة:

1. مفهوم المرض:

اصطلاحاً: يعرف قاموس وبستر "المرض" باعتباره حالة أن يكون الإنسان معتل الصحة وان يكون الجسم في حالة توعك بسبب المرض، والمعنى الحرفي لكلمة مرض هو الاحتياج للراحة، والحقيقة أن المرض له معان متعددة تختلف باختلاف الأفراد وهو يشتمل على النواحي الطبية والاجتماعية والاقتصادية، ويؤثر المرض على الناس بطرق مختلفة إما بطريقة مباشرة أو غير مباشرة وله نتائج خاصة على الأفراد والجماعات والمجتمعات.³ ويعرف بأنه "انحراف عن الحالة

¹ وزارة التربية الوطنية ، مديرية التكوين الخاص بمعلمي المدرسة الأساسية في إطار الجهاز المؤقت-مادة التعليمية وعلم النفس الارسل الأول، مطبعة بن باديس، الجزائر، 1999م، ص.172.

² الصفدي عصام حمدي، مبادئ علم وبائيات الصحة، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن، 2001م، ص.17.

³ أميرة منصور يوسف علي، المدخل الاجتماعي للمجالات الصحية الطبية والنفسية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1999م، ص.26.

الطبيعية للجسم إلى الحد الذي تصبح فيه القدرات الفسيولوجية للأنسجة غير كافية لإعادة الجسم إلى حالته الطبيعية، ويصبح المرض وبائياً إذا أصيب 10% أو أكثر من السكان.¹

والمرض كمفهوم اجتماعي هو " حالة اجتماعية يضم تغييراً في السلوك وهو ظاهرة اجتماعية إنسانية تختلف باختلاف الثقافات. ففي حين أن المرض بمعناه البيولوجي يحدث مستقلاً عن المعرفة والتقييم الإنساني الاجتماعي، فإن المرض كحالة ينشأ ويتطور عن طريق هذه المعرفة والتقييم الاجتماعي".² لذا نجد علماء الاجتماع ينظرون إلى المرض على أنه " حالة اجتماعية منحرفة ظهرت نتيجة اضطراب في السلوك العادي من خلال المرض الذي هو حالة بيولوجية غير سوية".³

وفي التعريف البيولوجي للمرض يجب أن نفرق بين داء المرض بمعنى Disease وحالة المرض بمعنى Illness فالأول يؤكد على دراسة المرض كعمليات فسيولوجية بحثة خاصة بوظائف الأعضاء، أما المفهوم الثاني فهو مفهوم ثقافي يعني أن المرض هو انحراف عن الحالة الصحية الطبيعية ومع هذا فهو مفهوم يهتم بالمعتقدات الثقافية المتعلقة بالمرض، وذلك لأن حدوث المرض وتأثيره ظاهرة ثقافية واجتماعية. وهذا ما أشار له "Risse" في تعريفه للصحة والمرض على أنهما مفهومان مرتبطان بموضوعات مثل القيم الثقافية والدينية والبناء الاجتماعي والمعرفية والبيولوجيا.⁴

وفي هذا الصدد ركز بعض الباحثين منهم "براون" على الدلالات الاجتماعية والثقافية للمرض وحتى الخلفية الاجتماعية له، وهذا يعني أن المرض له جذور ضاربة في أعماق المجتمع

¹ جامعة القدس المفتوحة، الصحة العامة و حماية البيئة، منشورات جامعة القدس المفتوحة، الأردن، 1994م، ص. 17.

² الوحشي أحمد بيرى، عبد السلام بشير الدويبي، مقدمة في علم الاجتماع الطبي، الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع والإعلان، ليبيا، 1989م، ص. 59.

³ نفس المرجع ، ص. 64.

⁴ مصطفى عوض إبراهيم وآخرون، الأنثروبولوجيا الطبية، دار المعرفة الجامعية، الأزاريطة، 2005، ص. 77-81.

من حيث الدلالة والتعامل والأسباب، أي المرض ظاهرة من صنع المجتمع تتأثر بشكل مستمر بالواقع الاجتماعي".¹

ويرى "دوركايم" بأن المرض يلزم الإنسان بنسب متفاوتة، ولا يوجد إنسان خال من الأمراض، وأن الصحة هي أن يكون الإنسان في حالة أقل قدر ممكن من الأمراض، ويشير كذلك إلى أن العلامات المرضية تبدو على الإنسان ولكنها في الواقع علامة على الصحة، فإذا اختفت وظهر وكأن الإنسان سليماً فهو في الواقع يكون مريضاً، وقد قدم في ذلك مقالا "المرض الشهري عند النساء".²

ويعرف "علي المكاوي" المرض في ضوء المنظور البيولوجي باعتباره "تكيف بيولوجي يعبر عن تكيف الجسم مع الضغوط الداخلية والظروف الخارجية الخطرة".³

ويقول "بارسونز" أن "المرض انحراف عن النسق الاجتماعي لما يترتب عليه من خلل في أداء الأدوار الاجتماعية بالطريقة المعتادة".⁴

ونشير أن "تالكوت بارسونز" يعتبر أول من عالج المرض من وجهة النظر السوسيولوجية وفسر معنى المرض كانحراف باعتباره ظرفاً غير مرغوب فيه بالنسبة للشخص المريض، حيث يؤدي إلى عدم راحته واضطراب دائم أو مؤقت في وظائفه الاجتماعية والبيولوجية، وكذلك الحال بالنسبة للمجتمع، إذ يعني المرض إنقاص من قدرات الجماعة الاجتماعية أو النسق الاجتماعي، وفي هذه النقطة بالذات يرى أصحاب النظرية الوظيفية أن المرض يعتبر خلل وظيفي يهدد استقرار النسق الاجتماعي العام.⁵ والانحراف من وجهة النظر السوسيولوجية هو "أي فعل أو سلوك يندس أو ينتهك المعايير الاجتماعية المتفق عليها داخل أي نسق اجتماعي، وهذا السلوك

¹ عبد السلام بشير الدويبي، علم الاجتماع الطبي، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن، 2005، ص. 51.

² نجلاء عاطف خليل، مرجع سبق ذكره، ص. 30.

³ علي المكاوي، علم الاجتماع الطبي: مدخل نظري، مرجع سبق ذكره، ص. 609.

⁴ خليفة وليد السيد، مراد علي عيسى، الضغوط النفسية والتخلف العقلي: المفاهيم والنظريات والبرامج، دار الوفاء للطباعة والنشر، الإسكندرية، 2007، ص. 84.

⁵ نادية عمر، العلاقات بين الأطباء والمرضى، دراسة في علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1993، ص. 55-56.

الإنحرافي لا بد وأن يتضمن أولاً إعلان عن بعض الأحكام الاجتماعية عن ما هو الصحيح أو المناسب من السلوك طبقاً للمعايير الاجتماعية المتفق عليها.¹

2. التعريف الإجرائي للأمراض المزمنة :

حسب التصنيفات العالمية للمرض وذلك وفقاً لأسس علمية يصنف المرض إلى نوعين من الأمراض، النوع الأول يتعلق بالأمراض المعدية والنوع الثاني بالأمراض غير معدية أي الأمراض المزمنة، هذه الأخيرة لذي تعتبر العنصر الأساسي في هذه الدراسة وذلك بالتركيز على كل من مرض الضغط الدموي وداء السكري. ونعرف الأمراض المزمنة بأنها ظاهرة بيولوجية واجتماعية في آن واحد لأنها مرتبطة بالعوامل الوراثية وبالواقع الاجتماعي التي يعيش فيه الفرد، وهي أمراضا تدوم طويلاً ولا تختفي تلقائياً، وغالباً لا يتم الشفاء منها بشكل كامل، وقد تؤثر في أي جهاز من أجهزة الجسم مما يسبب إعاقة وظيفية للمصاب تترتب عنها أعباء نفسية واجتماعية واقتصادية ضاغطة، وتشتمل الأمراض المزمنة على أمراض القلب، الأمراض التنفسية، داء السكري، الضغط الدموي... وغير ذلك. ونعتبر في دراستنا المريض المزمّن كل شخص تم التأكد من إصابته بمرض الضغط الدموي وداء السكري لأنهما أكثر مرضين انتشاراً في الجزائر كما بينته دراسات وزارة الصحة والمعهد الوطني للصحة العمومية، بالإضافة إلى إحصائيات سنة 2013 و 2017 لولاية الأغواط التي تصنفهما من أولى الأمراض المزمنة على مستوى الولاية.

¹ نادية محمد السيد عمر، علم الاجتماع الطبي، المفهوم و المجالات، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1987م، ص.60.

ثامنا: الدراسات السابقة :

❖ الدراسات العربية:

1. دراسة الباحث "إحسان محمد الحسن" وهي دراسة ميدانية حديثة أجريت سنة 2005م في بغداد تحت عنوان «دور العوامل الاجتماعية المؤثرة في المرض والوفاة».¹

تمثلت عينة الدراسة في 500 طبيب يعملون في العيادات العامة والشعبية والخاصة و من كلا الجنسين ومن مختلف الأعمار، مستخدماً بذلك تقنية المقابلة ،أما النتائج فأكدت أن العوامل الاجتماعية تمثل أبرز أسباب المرض والوفاة بنسبة 84% من مجموع الإجابات، إذ أنها لا تقل أهمية وفاعلية عن الأسباب البيولوجية والنفسية المسؤولة عن الصحة والمرض والوفاة. وللتفصيل أكثر فإن الدراسة توصلت إلى أن هناك عشرة عوامل اجتماعية مسؤولة عن المرض والوفاة، والتي تعترض حياة الأفراد على مستوى مختلف الفئات العمرية، والخلفيات الاجتماعية، والطبقة الاجتماعية، ولقد جاءت هذه العوامل بشكل ترتيبي من حيث درجة التأثير في الإصابة بالمرض والوفاة، وذلك بدءاً بالإجهاد (Stress) أو التعب نتيجة المهام والمسؤوليات المجهدة والضاغطة بنسبة 97%، فقدان أو وفاة القريب أو الصديق (Bereavement) وما ينتج عن ذلك من ضغوط تعرضه إلى المرض الجسدي للضغط الدموي أو القرحة أو حتى مرض السرطان وبلغت نسبة هذا العامل 95% ،حوادث الحياة المؤسفة (Bad Life Accidents) والتي تكون حوادث طبيعية غير مقصودة أو حوادث بيئية وإنسانية مقصودة ،تكون داخل منزله كالتعرض لأحد أفراد عائلته للمرض أو الوفاة.. الخ أو خارج منزله كالتعرض لحادث خطير أو شجار في العمل... الخ وقدرت النسبة لهذا العامل بـ 92% ، التغير الاجتماعي السريع أو المفاجئ (Sudden Social Change) وما يفرزه من تسريع في عملية الحراك الاجتماعي وتغيير في الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية مما يعرضه م للإصابة بالأمراض والتي تقودهم إلى الإعاقة والوفاة ،بالإضافة إلى الحروب والأزمات العسكرية والسياسية والاقتصادية التي تتجر على

¹ إحسان محمد الحسن، علم الاجتماع الطبي، دراسات تحليلية في طب المجتمع ، ط2، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن ، 2010م، ص.231.

عامل التغير والتي تؤدي إلى تفاقم المشكلات الاجتماعية والاقتصادية، وبلغت نسبة هذا العامل بـ 88%، **الفقر والحرمان الاقتصادي** (Poverty and Economic Deprivation) والذي قدر بنسبة 86%، فالفقر يؤدي إلى تفكك الأسر والحرمان والجريمة والجنوح ويكون أساس المرض ، وهذا بسبب الحرمان الاقتصادي الذي يحول بينه وبين تحقيق مطالبه الأساسية ، **العمل** (Ladour) يعتبر كذلك هذا العامل الاجتماعي من العوامل المسببة للمرض والوفاة والذي قدر بنسبة 86%، فللعمل يكون مضرًا للفرد إذا كان ي فوق طاقته، بالإضافة إلى ظروف العمل الصعبة والتي تقوم على المنافسة والتحدي في العمل وكذا فقدان مكان العمل لمعطيات السلامة الصناعية ، **الأمية والجهل والتخلف الثقافي** (Illiteracy and Ignorance) والتي قدرت بنسبة 82%، **الاضطهاد الطائفي والعنصري والسياسي والاجتماعي** (Political and Social Persecution) بنسبة 77% ، **التقاطع بين الانجاز والطموح** (Contradiction Between Ambition and Achievement) بنسبة 74%، وهذا عندما يصعب على الفرد تحقيق أهدافه وطموحاته المتعلقة بالجوانب الاقتصادية والسياسية والتربوية والعلمية والاجتماعية ، وأخيرًا **الانتقال الاجتماعي السريع** (Quick Social Mobility) بنسبة 72%، وهذا الانتقال أو الحراك الاجتماعي يجعل الفرد ينتقل من الطبقة الاجتماعية الأصلية إلى طبقة أخرى سواء نحو الأعلى أو الأسفل. ومن الجدير ذكره أن معظم هذه العوامل -حسب نتائج هذه الدراسة- جاءت ترتبط بالأمراض العصرية المزمنة التي تتأثر بشدة الضغوط والانفعالات كالضغط الدموي، وداء السكري.

2. دراسة "سامي بن صالح الرويشدي" تمت هذه الدراسة خلال عام 1423 هـ. بعنوان «**الضغط النفسي كاستجابة لأحداث الحياة الضاغطة**» دراسة مسحية على ضباط مكافحة المخدرات وضباط الدوريات أجريت في مدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية.

هدفت دراسته إلى معرفة ضغوط أحداث الحياة التي تتعرض لها مجموعتي الدراسة: ضباط مكافحة المخدرات وضباط الدوريات وما الفرق بين المجموعتين في الاستجابة لهذه الأحداث، وما تأثير متغير العمر والخبرة في الاستجابة لأحداث الحياة الضاغطة ومن أهم

العوامل الضاغطة: المسؤولية عن حياة الناس ، البعد عن المنزل لأوقات طويلة ، المناوبات الليلية، التعامل مع نماذج سيئة من الناس ، بالإضافة إلى الأعباء الوظيفية ، صراع الدور... وغيرها، وذلك من خلال وضع مجموعة من الافتراضات متمثلة فيما يلي:

-توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين ضباط مكافحة المخدرات وضباط الدوريات في استجاباتهم لأحداث الحياة الضاغطة.

-تختلف الاستجابة لأحداث الحياة الضاغطة اختلافا دالا إحصائيا بين ضباط مكافحة المخدرات وضباط الدوريات باختلاف العمر.

-تختلف الاستجابة لأحداث الحياة الضاغطة اختلافا دالا إحصائيا بين ضباط مكافحة المخدرات وضباط الدوريات باختلاف الخبرة.

استخدم الباحث عينة مكونة من 73 ضابط ،من خلال مسح شامل لجميع ضباط مدينة الرياض المتواجدين في الإدارة العامة لمكافحة المخدرات وعددهم 45 ضابط، وضباط الدوريات وعددهم 28 وقام باستخدام أداة الدراسة والمتمثلة في استبانة ضغوط أحداث الحياة "لكونستانس هامن" "بجامعة كاليفورنيا"،وهو يحتوي على 79 بند موزعة على سبع محاور : العمل 8 بنود ، الناحية المالية 6 بنود ، الناحية الصحية : 8 بنود - المنزل والحياة الأسرية 20 بند - الزواج 12 بند - الوالدين 4 بنود - الأحداث الشخصية 21 بند. وتم تحليل المعطيات بواسطة برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية.

■ توصل الباحث إلى النتائج التالية :

أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين ضباط مكافحة المخدرات وضباط الدوريات في استجاباتهم لأحداث الحياة الضاغطة.

توصل أن استجابة ضباط مكافحة المخدرات وضباط الدوريات لأحداث الحياة الضاغطة تختلف باختلاف العمر بالنسبة لضغوط الزواج فقط وللمجموعتين معا ،أما المحاور الأخرى فهي غير دالة،بحيث أن الفئة العمرية الأكثر تأثرا بضغوط الزواج هي [26-30].أي أن

الاختلاف متواجد في الفئة العمرية فقط وليست هناك دلالة إحصائية بوجود اختلافات بين المجموعتين في الاستجابة للأحداث الضاغطة بتأثير عامل العمر. توصل أن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية بين ضباط مكافحة المخدرات وضباط الدوريات في استجاباتهم لأحداث الحياة الضاغطة تختلف وفقا لتأثير عامل الخبرة بالنسبة لمحور ضغوط الزواج فقط، بحيث أن من لديهم خبرة بين 2-5 سنوات لكلتا المجموعتين هم أكثر تأثرا بضغوط الزواج عن باقي الفئات. ولكن ليس هناك دلالة إحصائية بوجود اختلافات بين المجموعتين في الاستجابة للأحداث الضاغطة، وبذلك تكون النتيجة أنه لم يكن هناك اختلاف بين مجموعتي الدراسة للاستجابة للأحداث الضاغطة، ولم يكن هناك تأثيرا للعمر والخبرة على الضغط النفسي.

3. دراسة "صالح بن ناصر شغرد القحطاني" رسالة ماجستير أنجزت سنة 2007 م بعنوان «الضغوط الاجتماعية وضغوط العمل وأثرها على اتخاذ القرارات الإدارية» دراسة مسحية على ضباط الجوازات بمنطقة مكة المكرمة.

هدفت دراسته إلى التعرف على أبرز الضغوط الاجتماعية وضغوط العمل التي تواجه ضباط الجوازات عند اتخاذ القرارات الإدارية من وجهة نظر ضباط الجوازات ، والتعرف على الفروق بين وجهات نظر الضباط حول هذه الضغوط والآثار المتوقعة للضغوط على اتخاذ القرارات، والتعرف على العوامل التي تؤدي إلى الحد من الآثار السلبية لها على اتخاذ القرارات الإدارية باختلاف خصائصهم الشخصية والوظيفية (العمر - سنوات الخبرة - المؤهل العلمي). استخدم الباحث المنهج الوصفي المسحي، واختار مجتمع دراسة مكون 319 ضابطا، أخذ منهم عينة عشوائية بسيطة، مكونة من 159 ضابطا من إجمالي مجتمع الدراسة، واستخدم أداة الاستبانة التي تضم الشكل المغلق للأسئلة، وتم تحليل المعطيات عن طريق برنامج SPSS.

■ وتوصل الباحث إلى النتائج التالية :

- هناك ضغوط اجتماعية تواجه ضباط الجوازات بدرجة متوسطة عند اتخاذ القرارات الإدارية.

-ضباط الجوازات يواجهون بدرجة عالية، عامل ضغط اجتماعي واحد فقط عند اتخاذ القرارات الإدارية ويتمثل في الضغوط بعض الأصدقاء والمعارف لمساعدتهم في قضاء مصالحهم الخاصة

-ضباط الجوازات يواجهون بدرجة متوسطة، أربعة عشر عامل ضغط اجتماعي عند اتخاذ القرارات أهمها: مجاملة بعض أصحاب الشأن من ذوي المراكز الاجتماعية على حساب الأنظمة والتعليمات، علاقات الفرد الشخصية خارج نطاق العمل علاقات الفرد الشخصية مع أصحابه، والاعتبارات الشخصية لبعض المراجعين .

-ضباط الجوازات يواجهون بدرجة ضعيفة عاملي الضغط الاجتماعي عند اتخاذ القرارات الإدارية، ويتمثلان في استشارة الأسرة في بعض القرارات التي تخص العمل، والمشكلات الأسرية.

-كما أشارت النتائج أن هناك ثلاث عناصر لها تأثيرات عالية في زيادة حجم الضغوط وهي ضعف الأداء العام للمؤسسة، وتعذر تحقيق العدالة بين المراجعين، والتميز في المعاملة بين المستفيدين.

-أهمية العمل على توفير العوامل التي تؤدي إلى الحد من الآثار السلبية للضغوط الاجتماعية على اتخاذ القرارات الإدارية، حددت بـ 15 عنصر وأهمها ارتكزت على تقوية الإيمان بالله، تحسين أداء العمال من خلال التدريب لتتطور مهاراتهم، مع إعادة النظر في طرق تقويم أداء العاملين، بالإضافة القيام بتبسيط الإجراءات لانجاز المعاملات.

❖ الدراسات الجزائرية:

4. دراسة الباحثة الجزائرية "مساني فاطمة" رسالة دكتوراه في علم الاجتماع أنجزت سنة 2009/2008م بعنوان «الثقافة الصحية لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة في الجزائر» دراسة ميدانية لعينة من المرضى المصابين بداء السكري، الضغط الدموي وأمراض القلب بمستشفى بني مسوس مصلحتي الطب الداخلي وأمراض القلب.

- كان الهدف الرئيسي لدراسة الباحثة هو الوصول إلى إجابة نظرية متعلقة بمدى أهمية الثقافة الصحية في تحقيق تنمية صحية لدى المريض، وكذا محاولة فهم الواقع الاجتماعي الجزائري من خلال الفاعلين الاجتماعيين والمتمثلين في المرضى والعاملين في النسق الطبي، وذلك من خلال وضع مجموعة من الافتراضات متمثلة فيما يلي:
- التفاعل بين الطبيب والمريض في النسق الطبي ينمي الوعي الصحي.
 - المستوى التعليمي للمريض له علاقة باكتسابه للمعلومات الصحية وترجمتها إلى ممارسات صحية في نظام حياته.
 - انخفاض الدخل الشهري الأسري يؤدي إلى انعدام رغبة المريض على تغيير ممارساته غير الصحية.
 - المكونات الثقافية الصحية المرتبطة بالصحة تعرقل من اكتساب المريض للمعرفة الصحية وترجمتها إلى ممارسات صحية في حياته اليومية
 - الدعم الاجتماعي في الوسط الأسري يؤدي إلى اكتساب المريض للمعلومات وترجمتها إلى ممارسات صحية.
- تم اختيار عينة الدراسة بطريقة قصدية والتي قدر حجمها بـ 300 مبحوث من مرضى السكري والضغط الدموي، مستخدمة في ذلك المنهج الكمي (المنهج الإحصائي) والمنهج الوصفي . بالنسبة لتقنيات جمع البيانات استعملت الباحثة استمارة المقابلة كتقنية أساسية والمقابلة والملاحظة كتقنيتين تدعيميتين.
- وتوصلت الباحثة إلى مجموعة من النتائج نوجزها كالآتي:
- تبين من خلال هذه الدراسة أن نسبة الإصابة بالمرض المزمن تختلف حسب المتغيرات السوسيو-ديمغرافية: الجنس، السن، الحالة العائلية، الوسط المعيشي، المستوى التعليمي، بحيث توصلت إلى أن داء السكري والضغط الدموي والقلب تنتشر أكثر بين الإناث بنسبة 64.67% مقارنة بالذكور التي تقدر نسبة إصابتهم بـ 35.33%، كما أن الفئة العمرية الأكثر تعرضا للإصابة بالمرض هي شريحة متوسطي السن والمسنين مقدرة بـ

35% للفئة العمرية من [45-60] ونسبة 32.23% في الفئة العمرية من [60-75] مقارنة بالفئات الأخرى.

-وتكشف أيضا أن نسبة المتزوجين هم أكثر عرضة للإصابة بالمرض المزمن وذلك بنسبة تقدر بـ 74%، وكشفت الدراسة أن للبيئة الاجتماعية تأثير قوي على صحة المريض بحيث أشارت الباحثة أن نسبة 68% من المبحوثين هم من المناطق الحضرية والتي تعرف بكثافة سكانها ويزيد فيها حجم الضغوطات على غرار المناطق الريفية التي سجلت نسبة الإصابة بـ 12.67% من إجمالي عدد المبحوثين. وتتنحصر نسبة الإصابة بهذه الأمراض حسب نتائج الدراسة عند الماكثات في البيت بنسبة 43% وعند ذوي المستوى التعليمي الأمي بنسبة 46.47%، وذوي الدخل الشهري الأقل من مليون بنسبة 59.33%.

■ أما بالنسبة للنتائج وفقا لفرضيات الدراسة فقد تبين :

-أن الطبيب يقوم بدور فعال في تنمية الوعي الصحي لدى المرضى المصابين، لكن هناك عوامل تعيق أدائه وأهمها أن المرضى لا ينفذون تعليمات أطبائهم نظرا للظروف المعيشية الصعبة والعادات والتقاليد المرتبطة بالصحة.

-أن المستوى التعليمي للمريض يلعب دورا فعالا في اكتساب المعرفة الصحية وتوفر الإرادة والتمسك بالعادات الصحية، وينعكس ذلك على الوعي الصحي الذي ينمو مع مرور الوقت لدى المريض، فانخفاض المستوى التعليمي يؤدي إلى انخفاض مستوى الوعي الصحي أي أن الأمية والجهل بالقواعد الصحية يعتبران العاملين السلبيين لنجاح عملية التوعية الصحية والعكس صحيح فارتفاع المستوى التعليمي يؤدي إلى تحسين مستوى الوعي الصحي.

-كما أثبتت نتائج الدراسة أن انخفاض الدخل الشهري للأسري للمريض يؤثر على رغبته وقدرته في تغيير ممارساته غير الصحية، فالمبحوثون ذوي الدخل الشهري الأسري المنخفض هم أقل إتباعا لإرشادات الطبيب نظرا للظروف المادية الصعبة وهذا ما

يجعلهم يتبعون ممارسات غير صحية، كتناول الأغذية مع بقية أفراد العائلة دون استعمال نظام غذائي معين، واستعمال العلاج التقليدي كوسيلة لعلاج مشاكلهم المرضية.

- أن الثقافة الشعبية المرتبطة بالصحة تعمل دائما على عرقلة اكتساب المريض للمعرفة الصحية وترجمتها إلى ممارسات صحية في حياته اليومية، وعليه فقد أسفرت النتائج على وجود علاقة وثيقة بين العادات السيئة منها الغذائية والتي تنعكس سلبا على ثقافته الصحية إلى جانب الإيمان القاطع لدى المريض بالأمثال الشعبية والحكم كالمثل القائل «اسأل المجرب ولا تسأل الطبيب» وهذا يوضح لنا تمسك هذه الفئة من المرضى بالأعشاب الطبية ما يجبرهم للابتعاد عن نصائح الطبيب ويعرقل بذلك نمو الوعي الصحي لديهم.

- وحسب نتائج الدراسة فإن الدعم الاجتماعي في الوسط الأسري لا يؤدي إلى اكتساب المرضى للمعلومات الصحية وترجمتها إلى ممارسات صحية، وهذا لأن الأسر الجزائرية لا تنطلق إلى المواضيع الطبية في حواراتها ونقاشاتها باعتبار أن هذه الأمراض من الطابوهات التي يتجنبها الكثيرون، ولا تتكفل بالدعم المعنوي من خلال توفير جو هادئ مليء بالحب والحنان، مما يكبح رغبته وإرادته في تعاونه مع الطبيب وتنفيذ معلوماته وإرشاداته الطبية، أي أن المريض المزمّن لا يلقي أي دعم سواء كان ماديا أو معنويا من طرف الأسرة لكونها لا تلتزم بواجباتها اتجاهه وهذا ما يعيق شفاؤه ونمو وعيه الصحي.

5. دراسة الباحث الجزائري "باهي سلامي" رسالة دكتوراه في علم النفس أنجزت سنة 2008م

بعنوان «مصادر الضغوط المهنية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى مدرسي الابتدائي

والمتوسط والثانوي» دراسة ميدانية على عينة من أربع ولايات جزائرية.

هدفت الدراسة إلى معرفة مصادر الضغوط المهنية وأعراض الاضطرابات السيكوسوماتية

والعلاقة الكامنة بين مصادر الضغوط المهنية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى مدرسي

الابتدائي والمتوسط والثانوي. مع التركيز على متغيري الجنس ومدة الخبرة.

تم اختيار عينة الدراسة بطريقة عشوائية وهذا نظرا لكبر حجم مجتمع الدراسة، تمثلت في مدرسي الابتدائي والمتوسط والثانوي والبالغ عددهم 816 مدرسا واجري هذا البحث في السداسي الثاني من السنة الدراسية 2006/2007 في 41 بلدية من أربع ولايات جزائرية هي ولاية غرداية والأغواط والجلفة والمدينة. مستخدما بذلك المنهج الوصفي .

بالنسبة لأدوات الدراسة فقد استعمل الباحث المقاييس التالية:

مقياس الضغوط المهنية للمدرسين وكان من إعداد الباحث ولقياس ثبات المقياس استعمل معامل الفا كرنباخ ،أما المقياس الثاني فهو مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية والذي ضم 64 سؤالا ولقياس ثبات المقياس استعمل معامل سبيرمان براون. بالإضافة لعدة معاملات إحصائية أخرى استعملها الباحث في معالجته لمعطيات الدراسة كمعامل ارتباط بيرسون لغرض معرفة العلاقة بين الضغوط المهنية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى المدرسين، وكذا المتوسط الحسابي لتحديد مستويات الضغوط والاضطرابات السيكوسوماتية لدى المدرسين .

■ وتوصل الباحث إلى نتائج نوجزها كالاتي:

- وجود مستوى عال من الضغوط المهنية لدى المدرسين ككل.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مصادر الضغوط بين المدرسين والمدرسات باستثناء الأعباء المهنية حيث لم يسجل أي فرق بينهما، وأشار أن المدرسين أكثر شعورا بالضغط من المدرسات حسب المقياس ككل وفي مصدره الثاني والثالث.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تحديد مستوى الضغط لدى المدرسين حسب عامل الخبرة، وبينت النتائج أن الفئة متوسطة الخبرة أكثر شعورا بالضغط تليها الفئة ذات الخبرة الطويلة وأخيرا الفئة قصيرة المدة.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مصادر الضغوط (الأعباء المهنية-الضغوط السياسية التعليمية- المكانة الاقتصادية والاجتماعية) بين مدرسي الابتدائي والمتوسط والثانوي.
- وجود اضطرابات سيكوسوماتية لدى مدرسو الابتدائي والمتوسط والثانوي.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث بالنسبة للاضطرابات السيكوسوماتية لدى المدرسين ككل.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المدرسون ككل حسب مدة الخبرة بالنسبة لتعرضهم للاضطرابات السيكوسوماتية، فإن ذوي الخبرة الطويلة أكثر عرضة للاضطرابات السيكوسوماتية تليها المتوسطة ثم القصيرة.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أعراض الاضطرابات السيكوسوماتية بين المدرسون ككل حسب مرحلة التدريس.

- توجد علاقة ارتباطية بين مصادر الضغوط وأعراض الاضطرابات السيكوسوماتية لدى مدرسو الابتدائي والمتوسط والثانوي حسب مقياسي الدراسة.

6. دراسة الباحث الجزائري "رمضان زعطوط"، رسالة ماجستير في علم النفس، تمت الدراسة

سنة 2005 بعنوان « علاقة الاتجاه نحو السلوك الصحي ببعض المتغيرات النفسية

الاجتماعية لدى المرضى المزمنين بورقلة».

هدفت دراسته إلى استكشاف الاتجاه نحو السلوك الصحي لدى المرضى المزمنين بمدينة

ورقلة وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية مثل : الدعم الاجتماعي المدرك -

الكفاءة الذاتية المدركة -التدين .وقد افترض أن يكون الاتجاه نحو السلوك الصحي سلبيا لدى

عينة البحث ،كما أنه يختلف باختلاف المتغيرات الديمغرافية والاجتماعية مثل الجنس والسن

والمستوى الاجتماعي الاقتصادي و مدة الإزمان وطبيعة المرض لدى عينة البحث، وكان

الهدف الآخر للدراسة هو إنشاء أداة لقياس الاتجاه نحو السلوك الصحي باللغة العربية نابعة

من بيئته الحضارية. وذلك من خلال وضع مجموعة من الافتراضات متمثلة فيما يلي:

-توقع أن يكون الاتجاه نحو السلوك الصحي سلبيا لدى المرضى المزمنين المصابين

بالسكري أو بضغط الدم.

-أن الاتجاه نحو السلوك الصحي يختلف لدى المرضى المزمنين باختلاف الجنس و السن

و المستوى الاجتماعي الاقتصادي و مدة الازمان.

- أن الاتجاه نحو السلوك الصحي يختلف لدى كل من مرضى السكري و مرضى ضغط الدم باختلاف الجنس و السن و المستوى الاجتماعي الاقتصادي و مدة الايمان و كذا طبيعة المرض.

- توقع الباحث وجود علاقة ارتباطيه بين الاتجاه نحو السلوك الصحي و بين كل من الدعم الاجتماعي المدرك و الكفاءة الذاتية المدركة و التدخين لدى المرضى المزمنين المصابين بالسكري أو بضغط الدم.

- تختلف علاقة الاتجاه نحو السلوك الصحي بكل من الدعم الاجتماعي المدرك و الكفاءة الذاتية المدركة و التدخين لدى المرضى المزمنين باختلاف الجنس و السن والمستوى الاجتماعي.

وتكونت عينة الدراسة من 276 مريضا مزمنيا ،منهم 148 مصابا بالسكري و 128 مصابا بضغط الدم، من مجمل 4850 مريضا مزمنيا، والتي تم اختيارها بالطريقة العشوائية المنتظمة، تم تطبيق 4 مقاييس لاختبار فروض الدراسة، مستعملا المنهج الوصفي الارتباطي. ومقاييس الاختبار هي كالآتي :

-مقياس الاتجاه نحو السلوك الصحي من إنشاء الباحث .

-مقياس الدعم الاجتماعي المدرك لـ ZIMET & DAHLEM.

-مقياس الكفاءة الذاتية المدركة لـ JERUSALM & SHWARZER.

-مقياس التدخين لمحمد المهدي .

ونشير أن هذه المقاييس جاءت في شكل استبيانات، يجاب عليها بطريقة ليكرت، وتم تطبيق هذه الأدوات بطريقة المقابلة الفردية من طرف الباحث ،وتم تحليل المعطيات بواسطة برنامج .spss

■توصلت الدراسة إلى النتائج التالية :

-توصل الباحث إلى إنشاء مقياس للاتجاه نحو السلوك الصحي واعتباره خطوة في سبيل تشجيع البحث في مجال علم النفس الاجتماعي للصحة.

-على أن 54% من المرضى المزمنين ذوي اتجاه سلبي نحو السلوك الصحي، كما أن اتجاه مرضى ضغط الدم سلبي مقارنة بنظرائهم المصابين بالسكري خاصة لدى الإناث كبيرات السن والأميات.

-كما اختلف الاتجاه نحو السلوك الصحي باختلاف المتغيرات الديمغرافية والاجتماعية، حيث ارتبط الاتجاه السلبي بالمستوى الاجتماعي الاقتصادي المنخفض، كما ارتبط الاتجاه الايجابي نحو السلوك الصحي بصغار السن لدى المصابين بالسكري أو بضغط الدم وهذا يشير لدور المستوى التعليمي، كما توصل أن الإناث أكثر سلبية من الذكور في النسبة لسلوكاتهم الصحية يرجع سببه للعوامل النفسية الاجتماعية.

-كما دلت النتائج على أن الاتجاه نحو السلوك الصحي قد ارتبط بكل من الدعم الاجتماعي المدرك، والكفاءة الذاتية المدركة والتدين، غير أن ارتباط الكفاءة الذاتية بالاتجاه كان سلبيا خاصة لدى الإناث، ويرجع السبب حسب الباحث إلى أن هذا مرتبط بالتنشئة الاجتماعية المتعلقة بالدور الاجتماعي حسب الجنس، كما اتضح من معاملات الارتباط اختلاف العلاقة بين الاتجاه نحو السلوك الصحي بكل من المتغيرات الثلاث بين أفراد العينة، باختلاف الجنس والسن والمستوى الاجتماعي الاقتصادي، ومدة ازمان المرض وطبيعته. .
توصل الباحث إلى أن التدين السطحي يعتبر عامل خطر يؤدي إلى التوجه السلبي للسلوك الصحي لذا يتوجب تعزيز التدين الأصيل.

❖ تعقيب على الدراسات السابقة:

استعرضنا فيما سبق مجموعة من الدراسات السابقة والتي تعتبر دراسات مشابهة، فبعضها تناولت المتغير المستقل والأخرى المتغير التابع لدراستنا، أي أننا على العموم وهذا - حسب علمنا - لم نجد دراسة سابقة تناولت بالتحديد موضوعنا قيد الدراسة، والذي هو بعنوان «الضغوط الاجتماعية والعوامل الوراثية وعلاقتها بالأمراض المزمنة». لكن هذا لا ينفي أن هذه الدراسات كانت بمثابة النور الذي أنار خطوات سير بحثنا، وذلك بإثرائها للإطار النظري

لدراسة واستخلاص مفاهيم الدراسة منها، كما ساعدتنا في اختيار بعض أبعاد ومؤشرات الدراسة

.

لكن لن نخفي عليكم أنه في نهاية المطاف تم تحديد متغيرات دراستنا وفقا لاعتمادنا على الدراسة الاستطلاعية للواقع الاجتماعي للمرضى بمدينة الأغواط وذلك بالمؤسسة الاستشفائية "احميدة بن عجيبة بالأغواط"، لكي نصل لضبط جيد لمتغيرات الدراسة تكون لها علاقة قوية بميدان البحث قيد الدراسة، كي نتحكم بشكل ايجابي في مسار هذا العمل البحثي. والآن سأعرض جملة من التعقيبات على الدراسات السابقة مجزأة حسب كل دراسة:

❖ الدراسات العربية:

1 بالنسبة لدراسة "إحسان محمد الحسن" تعتبر من الدراسات المهمة والقريبة جدا من موضوع دراستنا كونها ركزت على دور المتغيرات الاجتماعية في الإصابة بالمرض والوفاة، أي أنه أراد اكتشاف أهم العوامل الاجتماعية المسببة للمرض من خلال التركيز على دور التغير الاجتماعي السريع في تفعيل العديد من الجوانب والتي انعكست سلبا على صحة الفرد، ليصل من خلال نتائجه أن أبرز أسباب الوفاة والمرض تكون جذورها اجتماعية بنسبة 84% . ومن بين أهم المتغيرات التي ركز عليها الباحث والتي لها علاقة بدراستنا هي العامل الاقتصادي و المهني، وبذلك ستكون محور مقارنة بعد نهاية هذا البحث ، لكن ما نعييه على هذه الدراسة هو عدم تحديده لنوع المرض ، بالإضافة أنها اقتصرت على عينة الأطباء فقط وليس فئة المرضى التي تعاني الإصابة والتي قد تكون لها نظرة أخرى لأسباب الإصابة، هذا ما جعلنا نركز في دراستنا على فئة المرضى بالإضافة إلى إجراء مقابلة مع مجموعة من الأطباء لنصل إلى أهم العوامل الاجتماعية المسببة للمرض.

2 تشير بأن دراسة "سامي بن صالح الرويشدي" بالرغم من أنها دراسة نفسية إلا أنها اهتمت بدراسة جانب من العوامل الاجتماعية التي تعتبر كمصادر ضغط على الأفراد ،من خلال اهتمامه بلحظات الحياة الضاغطة، مع التركيز على درجة تأثير كلا من متغير العمر والخبرة في نسبة الاستجابة لأحداث الحياة الضاغطة.

لذا نستطيع القول أنها زادت من إصرارنا على التركيز على بعض العو امل الاجتماعية التي اهتم بها الباحث من بينها الأعباء الوظيفية كعامل ضغط. لكن بالرغم للاختلاف الشاسع نوعا ما في أهداف ومسار كلا البحثين لكن هذا لا ينفي بأنه كان لهذه الدراسة السابقة الفضل في توجيه دراستنا نحو نقاط معينة.

3 تعتبر دراسة "صالح بن ناصر شغروود القحطاني" الدراسة الوحيدة بالإضافة لدراسة "باهي سلامي" اللذين ركزت على الضغوط الاجتماعية والتي لها علاقة بموضوع بحثنا، لكن ضمنا وخصوصا دراسة "صالح بن ناصر شغروود القحطاني" نجد اختلافا شاسعا من خلال أهداف كلا الدراستين لكن لا ننكر أنها أثرت الجانب النظري لدراستنا.

❖ الدراسات الجزئية:

4 دراسة الباحثة "مساني فاطمة" والتي تناولت الثقافة الصحية كعامل مهم في رفع المستوى الصحي، والتي تعتبر من أهم المواضيع التي اهتم بها علم الاجتماع الطبي لما لها من تأثير على كيان الفرد والمجتمع. أرادت الباحثة من خلال هذه الدراسة الوقوف على فئة المرضى المزمنين (السكري والضغط الدموي) والتي تعتبر كذلك محور دراستنا الحالية، والتي أرادت بها فهم التوجه الثقافي الصحي لأفراد المجتمع (ذوي الأمراض المزمنة) حول هذه الأمراض، وتسلطها للضوء على فئة الأطباء ودورها في تفعيل هذه الثقافة من خلال تنمية الوعي الصحي لدى هذه الفئة من المرضى، ونشير أن الباحثة قد اهتمت بمجموعة مهمة من الجوانب الاجتماعية التي لها دور في رفع أو خفض الوعي الثقافي للمريض والتي تعتبر كعوامل ضغط على الأفراد بطريقة غير مباشرة حسب رأينا.

وتجدر الإشارة أن هناك نقاط تشابه بين دراستنا الحالية وهذه الدراسة السابقة ، كونهما يشتركان في بعض المتغيرات التي يكون لها تأثير على المريض وعلى سبيل المثال انخفاض الدخل الشهري وبعض المتغيرات السوسيو -ديمغرافية لكن أهدافنا تختلف تماما ، كون بحثنا هذا بحال الكشف عن العوامل الاجتماعية المسببة للمرض المزمن ،بالإضافة للبحث إن كانت لهذه العوامل دور في تفعيل الجينات الوراثية مما يساهم في تعجيل الإصابة بالمرض المزمن، أي أن

الدراستين تشتركان في المتغير التابع لكن تختلفان كلياً من حيث الأهداف ،وهذا ما هو إلا دليل على تعقد الظاهرة الاجتماعية وأن لها متغيرات عديدة يتم اختيارها وفقاً لأهداف الدراسة ، لكن هذا لا ينفي أن البحوث تكمل بعضها البعض.

5 بالنسبة لدراسة الباحث "باهي سلامي" بالرغم من أنها من الدراسات النفسية لكننا استفدنا منها كثيراً، فمضمونها نجد نقاط الالتقاء في بعض النقاط ، فإذا تفحصنا مصادر الضغوط المهنية التي ركز عليها الباحث (عبء العمل-المكانة الاجتماعية.... وغيرها) ، نجد أنها ترتبط بمتغيرات دراستنا كعبء العمل والذي أردنا من خلاله معرفة علاقته بالإصابة بالمرض، وهو نفس الهدف تقريباً الذي عمد إليه الباحث بطريقة غير مباشرة وغير دقيقة كونه لم يهتم بالمرضى المزمّنين لكن اهتم بدراسة تأثير هذه الضغوط على صحة المدرسين من خلال الاضطرابات السيكوسوماتية، إلا أن أدوات الدراسة بالإضافة لطريقة اختياره لعينة الدراسة يختلف كلياً على دراستنا الحالية، وهذا نظراً لطبيعة الموضوع الذي يحدد لنا المنهج الذي نتبعه فعينة الدراسة ثم الأداة التي نستطيع بها الاحتكاك بهذا الواقع واكتشاف أغواره.

6 دراسة "رمضان زعطوط" والذي ركز من خلالها على علاقة الاتجاه نحو السلوك الصحي ببعض المتغيرات النفسية الاجتماعية لدى المرضى المزمّنين ، والتي من خلالها أراد دراسة السلوك الصحي الذي يتبناه المريض بعد الإصابة بالمرض وأهم العوامل المؤثرة عليه من خلال التركيز على بعض العوامل السوسيو -ديمغرافية، ونستطيع القول أن هناك نقاط مشتركة بينه وبين دراسة "مساني فاطمة" حول الثقافة الصحية كون هذه الأخيرة الموجه الأساسي للسلوك الصحي ، لكن تناولهما للدراسة يختلف وفقاً لأهداف دراسة كل منهما، ونحن نستطيع القول بأنه بالرغم من أن هذه الدراسة السابقة نفسية إلا أن هذا لم يمنع من استفادتنا منها خاصة في الجانب النظري ، وهذا كون العلوم متداخلة فيما بينها خاصة التي تهتم بالفرد بالدرجة الأولى.

الفصل الثاني

الضغوط الاجتماعية: تعريفها، تطورها التاريخي ومصادرها، آثارها، أساليب مواجهتها والنظريات المفسرة لها

تمهيد
أولاً : تعريف الضغوط الاجتماعية وأهم المفاهيم المرتبطة بها
1. تعريف الضغوط الاجتماعية
2. الضغوط والمفاهيم المرتبطة بها
ثانياً : التطور التاريخي للضغوط الاجتماعية
ثالثاً: المصادر أو المحددات الاجتماعية المسببة للضغوط
1. الضغوط المهنية
2. الضغوط الأسرية
3. الضغوط الاقتصادية
رابعاً : الآثار المترتبة على الضغوط الاجتماعية
1. آثارها على الفرد
2. آثارها على المجتمع
خامساً : أساليب مواجهة الضغوط الاجتماعية
سادساً : النظريات والنماذج المفسرة لحدوث الضغوط
1. النظريات الفسيولوجية
2. النظريات النفسية
3. النظريات المعرفية
4. النماذج النفسية الاجتماعية
5. النظرية النسقية
6. النظريات الاجتماعية
خلاصة الفصل

تمهيد :

يواجه الفرد في حياته العديد من المواقف الضاغطة، وأحداث تتطوي عليها الكثير من مصادر القلق، وعوامل الخطر والتهديد في مجالات الحياة كافة، وإذا كان العصر الحالي يوصف "بعصر القلق" فقد اعتبر بعض الباحثين أننا نعيش كذلك في عصر يتسم بالضغوط والأزمات، إذ لم يعد عصرنا الحاضر عصر الحياة السهلة والميسورة، بل تعقدت ظروف الحياة وبدأت تظهر أنماط من السلوك السلبي، تقود إلى اضطرابات العلاقات الإنسانية، ونقص مهارات الفرد في التعامل معها ومواجهتها، وعلى الرغم من عدم ضخامة الضغوط في كثير من الحالات إلا أن تراكمها وامتدادها على فترة زمنية طويلة يمكن أن يؤدي إلى نتائج سلبية منها الإصابة ببعض الأمراض البدنية .

وبما أن موضوع الضغوط موضوعا جذابا وله بريق على كل من مستوى البحث العلمي من جانب المتخصصين في فروع علمية مختلفة، وعلى مستوى التداول العام في الحوارات واللقاءات والأحاديث المعتادة سواء تلك التي تتم على مستوى وسائل الإعلام، أو حتى بين الناس العاديين، وهو ما يعني أن هذه الضغوط خاصة الاجتماعية قد فرضت نفسها فرضا وأصبحت جزءا لا يتجزأ من حياة الناس ، فكل منا يمر على مدار حياته اليومية أو حياته بصفة عامة بمواقف وخبرات شتى كل منها يمثل حدثا ضاغطا بصورة أو بأخرى، وربما كان أحد الأسباب التي جعلت الاهتمام بها على مستوى البحث والدراسة أمرا مبررا .

أولاً: تعريف الضغوط الاجتماعية وأهم المفاهيم المرتبطة بها :

يهدف هذا العنصر إلى التعريف بمفهوم الضغوط الاجتماعية لأنه لا يمكن دراسة وفهم ظاهرة ما دون تحديد مفهومها كونه يسهل علينا عملية فهمه، بالإضافة أن التعريف يعتبر المدخل المنطقي لأي موضوع أو ظاهرة.

ونظراً لشيوع ظاهرة الضغوط أصبحت مفهوماً معروفاً لدى الكثير من الناس، وبالرغم من أن الغالبية يفهمون معناها بصورة عامة إلا أنه لا يوجد تعريفاً موحداً استطاع أن يلم بطبيعة هذا المفهوم المعقد، وذلك من منطلق أن مصادر الضغوط متنوعة حيث أن البعض منها يظهر بسبب الفرد نفسه ، بينما ينشأ الآخر بسبب المطالب الخارجية ، بالإضافة إلى أن هذه المصادر يختلف وقعها وتأثيرها من شخص لآخر، لذا لا يزال هذا المفهوم يتعرض للخلط وسوء الفهم ، بالإضافة أن مصطلح الضغط يستخدم على نطاق واسع وفي مجالات مختلفة كالطب والفيزياء وعلم النفس والاجتماع... الخ وغيرها من المجالات، وذلك لأن موضوعه يمثل الاهتمامات المشتركة بين مختلف العلماء ، وهذا ما جعل وجهات النظر أو الآراء تختلف حول مفهومه ومن ثم لا يوجد تعريف جامع متفق عليه في تعريف الضغوط يقبله الجميع . ولأننا تطرقنا لمفهوم الضغوط في الإطار المنهجي بتعريفه لغة واصطلاحاً، فسننتظر في هذا العنصر مباشرة لتعريف الضغوط الاجتماعية حسب وجهة نظر بعض العلماء وأهم المفاهيم المرتبطة بها. وذلك للفهم الجيد لفحوى المفهوم .

1- تعريف الضغوط الاجتماعية:

يعرفها "أبو مصلح" بأنها نوع من التأثير الذي يمارسه بعض أفراد المجتمع على أقرانهم فيؤدي إلى الفاعلية في تكوين معتقدات هؤلاء وتعيين طبيعة قيمهم " ، ويرى كذلك على أنها "تدل على النفوذ الفاعل من جانب فئة اجتماعية في القرارات التي يتخذها بعض الأفراد أو الفئات الأخرى، وفي تكوين الآراء وتبني المواقف وهو وسيلة من وسائل الضغط الاجتماعي".¹

¹ عدنان أبو مصلح، معجم مصطلحات علم الاجتماع، دار أسامة للنشر والتوزيع ، عمان، 2015م ، ص 309.

ويشير "حنفي" أنها "تلك الضغوط الخارجية التي تؤثر في الفرد (المرأة والرجل) على حد سواء وتظهر في المستويات والأدوار الكثيرة الملقاة على عاتق الفرد، وتشتد عندما يقتصر هذا الفرد في أداء الدور المنشود والمنتظر من طرف الأفراد الذين يتواجد بينهم ، فيواجه مشكلات اجتماعية كثيرة تعتبر مسببات الضغوط الاجتماعية".¹

ويرى "فوزي محمد الهادي" بأنها تلك المعايير التي يفرضها المجتمع، فتحتم على الفرد الالتزام الكامل بها والخروج عنها يعد خروجاً عن العرف والتقاليد، وبالتالي يحدث إشكاليات لتلك المخالفات التي تصبح قوى ضاغطة على الفرد وتسبب له أزمات واختلالات تؤثر في تعاملاته الاجتماعية".²

ويعرفها "محمد قاسم عبد الله" بأنها تلك القوانين والتقاليد والعادات التي تفرض نفسها على الأفراد والجماعات، ويستجلب خرقها سخط المجتمع وقد يستوجب العقاب وقد تكون ذات طابع سياسي أو أجناسي أو ديني أو حتى دراسي".³

ويرى "محمد الشاذلي" "أن الفرد يتعرض لكثير من الضغوط من الأسرة وجماعة العمل وغيرها، وتقرض هذه الجماعات كثيراً من الضوابط على سلوك الفرد وعليه الخضوع لها بأن يسلك سلوكاً لا يرضيه ولا يريده لكي يرضي الجماعة".⁴

ويشير "هارون توفيق الرشيد" أنه في البيئة الاجتماعية توجد ضغوط التشكيلات والوضعيات والنماذج الاجتماعية والتشكلات الأسرية ، التفاوت الحضري ، كثرة الأبناء والجيران المتنافسة، صراع الأجيال ، اختلاف الميول والاتجاهات ، قلة نصيب الفرد من الرفاهية

¹ عبد العليم حنفي ، موسوعة الطب النفسي ، مكتبة مديبولي، القاهرة، 1999م، ص.30.

² فوزي محمد الهادي ، الضغوط الأسرية من منظور الخدمة الاجتماعية، دار القاهرة للنشر والتوزيع ، الإسكندرية ، 2007، ص.43.

³ محمد قاسم عبد الله، مدخل إلى الصحة النفسية، ط4، دار الفكر، الأردن، 2008، ص.115.

⁴ عبد الحميد محمد الشاذلي، الصحة النفسية والسيكولوجية الشخصية، ط2، المكتبة الجامعية، الإسكندرية ، 2001، ص.88.

الاجتماعية والوسائط التكنولوجية وضغوط الأحداث الشاقة في الحياة، كلها يمكن أن تكون مصدرا للضغوط الاجتماعية حيث تؤدي إلى تغير الحياة وتتطلب إعادة التوافق الثابت".¹

ومن خلال ما تقدم نخلص بأن الضغوط الاجتماعية هي :

✓ العلاقة بين الفرد والبيئة التي يرى الفرد أنها تفوق أو تقل عن قدراته وإمكاناته وتهدد رفاهيته النفسية والجسدية والاجتماعية.

✓ تلك الالتزامات والواجبات التي يفرضها المجتمع على الفرد ويلزمه بها، ويؤدي خرقها إلى سخط المجتمع عليه مما ينعكس على حالته النفسية والجسدية وكذا سلبية تفاعله مع الآخرين.

✓ ردود أفعال طبيعية ناجمة عن الإرهاق الشديد نتيجة سرعة وتيرة الحياة في أيامنا هذه وأكثر ما نتوقعه منها ضغوط سلبية تفوق قوة التحدي الصحيح عند الفرد المعين مما يؤدي به للإصابة بالمرض.

وبهذا نصل إلى تعريف إجرائي للضغوط الاجتماعية:

تلك الظروف أو المواقف الاجتماعية الضاغطة التي تعتري البيئة الاجتماعية المحيطة بالفرد والتي يكون مصدرها اضطراب العلاقات الاجتماعية بين الأفراد داخل الوسط الأسري أو تحدها البيئة المهنية مثل زيادة عبء العمل والخلافات والصراعات التي تحدث بين الرئيس والمرؤوس وبين أعضاء جماعة العمل، كما للوضع الاقتصادي والمتعلق بارتفاع أو انخفاض الدخل دور كبير في مضاعفة حجم الضغوط لما له من أهمية في تحديد المسار المعيشي والوضع الاجتماعي للفرد، وارتفاع شدة هذه الضغوط وصعوبة التكيف معها قد ينجر عنه اختلالا في النواحي النفسية والعضوية والاجتماعية.

وقبل التطرق إلى المفاهيم المرتبطة بالضغوط لا بد أن نعرض على الضغوط النفسية كوننا نعتبرها في هذه الدراسة كتحصيل حاصل للضغوط الاجتماعية، هذه الأخيرة التي لها تأثير قوي على الجانب النفسي للفرد لما تسببه من ضغوط عليه، والتي تكون نتيجتها لا محالة هي

¹ هارون توفيق الرشيد، مرجع سبق ذكره، ص. 4.

الإصابة بالمرض، كون هذا الأخير هو حسيطة تفاعل مجموعة من العوامل المتداخلة لأن الإنسان وحدة متكاملة جسديا ونفسيا واجتماعيا.

تعريف الضغوط النفسية:

أشار "سيلي" أن "الضغط عبارة عن مجموعة من الأعراض تتزامن مع التعرض لموقف ضاغط، وهو استجابة غير محددة من الجسم نحو متطلبات البيئة مثل التغيير في الأسرة أو فقدان العمل أو الرحيل والتي تضع الفرد تحت الضغط النفسي".¹

ويعرفها "طنجور" على أنها "حالة من الشعور بالضيق وعدم الارتياح يشترك في تكوينها عوامل عدة نفسية واجتماعية وبيولوجية متضافرة كتزايد إفراز الأدرينالين، والشعور بالإحباط أمام موقف حرج لا مخرج منه أو نقص التفهم من قبل الأهل والأصدقاء أو المعلمين".²

ويشير "السمادوني" بأن الضغوط حالة ناتجة عن التهديد الذي يدركه الفرد لذاته وأمنه وسلامته وأسلوبه في الحياة، وتنتج عن هذه الحالة تفاعل الفرد مع المواقف البيئية الضاغطة والتي تؤدي إلى استنفاد الطاقة الجسمية والانفعالية".³

وينظر لها "لزاروس و فولكمان" على أنها "علاقة خاصة بين الفرد والبيئة والتي يقدرها الفرد على أنها شاقة ومرهقة أو أنها تفوق مصادره للتعامل معها وتعرض صحته للخطر".⁴

في حين ينظر "الشقيير" لها على أنها مجموعة من المصادر الخارجية والداخلية الضاغطة، والتي يتعرض لها الفرد في حياته وينتج عنها ضعف على أحداث الاستجابة المناسبة للموقف

¹ ماجدة بهاء الدين السيد عبيد ، الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية ، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان 2008، ص.20.

² إسماعيل محمد طنجور، الضغوط النفسية عند الأطفال ،مجلة الطفولة العربية، الكويت ،العدد: 32، 2001، ص.74.

³ خليفة وليد السيد، مراد علي عيسى، مرجع سبق ذكره، ص.129.

⁴ طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، استراتيجيات ادارة الضغوط التربوية والنفسية، دار الفكر، عمان، 2006، ص.19.

وما يصاحب ذلك من اضطرابات انفعالية وفسولوجية تؤثر على جوانب الشخصية الأخرى لدى الفرد".¹

من خلال هذه التعريفات نستخلص أن الضغوط النفسية مرتبطة بالعوامل الداخلية للفرد إلا أن لها علاقة قوية بالعوامل الخارجية أي الاجتماعية كون الفرد في علاقة دائمة ومستمرة مع البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها والتي تتميز بالتغير والتطور والتعقيد الدائم والمستمر، والذي ينتج جرائه العديد من الضغوطات التي تنعكس لا محالة على الجانب النفسي والصحي للفرد، وهذا راجع لصعوبة تكيفه مع ظروف البيئة الاجتماعية المحيطة به.

2- الضغوط والمفاهيم المرتبطة بها:

الضغط والإجهاد: الإجهاد أو التعب هو الإعياء الجسدي والعقلي الذي ينتاب الفرد نتيجة عمله الصعب والمضني الذي يتحمل أعباءه ومسؤولياته وتبعاته دون التفكير بما يخلفه العمل على حياته الخاصة وصحته.² ويعرف كذلك "بفقدان الكفاءة وعدم الرغبة في القيام بأي مجهود عقلي أو جسماني".³ كما يشار له "بعدم قدرة الفرد على تحمل أو مواجهة الضغوط التي تواجهه، أي أنها حالة فقدان لجميع القوى التي يمتلكها الفرد، كما أنه نتيجة فسيولوجية لضغط العمل".⁴ أي أن الإجهاد المستمر للفرد والناجم عن عمله الشاق والصعب أو الناجم عن ظروفه ومعطيات حياته الخاصة والعامة غالبا ما يعرض الفرد إلى المرض النفسي أو الجسدي بل ويعرضه حتى إلى المرض المزمن مهما يكن عمر ذلك الفرد، وكلما تقدم الإنسان في العمر كلما ازدادت نسبة الإعياء الجسدي أو العقلي.⁵

ويمكن إبراز نقاط الاختلاف الأساسية بين الضغط والإجهاد فيما يلي:

¹ زينب محمود الشقير، الشخصية السوية المضطربة: نظرية الشخصية العصاب والذهان، اضطرابات الشخصية، المشكلات السلوكية، ط3، مكتبة النهضة المصرية، مصر، 2005، ص.165.

² إحسان محمد الحسن، مرجع سبق ذكره، ص.232.

³ Etienne Grand Jean, *Fitting the task to the man*, Taylor & Francis, London, 1988, p.156.

⁴ As Hornby, *Oxford Advanced Learner's Dictionary of current English*, Oxford university, London, 1974, p.214.

⁵ إحسان محمد الحسن، مرجع سبق ذكره، ص.233.

- أن الإجهاد يعتبر من النتائج الفسيولوجية المترتبة على الضغط .
 - الضغط له جانبان أحدهما سلبي والآخر ايجابي بينما الإجهاد يمثل الجانب السلبي فقط.
 - ينشأ الإجهاد من الفرد فقط بينما الضغط من البيئة والمجتمع.¹
- الضغط والأزمة:** يرادف بعض الباحثين بين الضغط والأزمة، لكن هناك اختلاف بينهما، فالأزمة هي الحادثة المفاجئة التي تتطلب من الفرد القيام باستجابات فورية نحوها والتي قد تؤدي بالفرد إلى مكابدة بعض المشكلات النفسية والصحية بعد حدوثها. ² لأن العصر الذي نعيشه هو عصر القلق الجماعي نتيجة التقلبات الاقتصادية والاجتماعية المفاجئة، كالحرب الذرية والجرثومية التي تهدد الجنس البشري بالانقراض وهدر الموارد الطبيعية وما ينجم عنها من خسائر بالأرواح والممتلكات وإعاقة المدنية، والشعور بالحرمان والبؤس، وتحطيم المعايير والمثل والتحلل الخلقي، وتفشي البطالة، وارتفاع أسعار السلع والبضائع... وغيرها من المشكلات الاجتماعية التي تعيق التكيف الاجتماعي بين أبناء المجتمع لعدم شعورهم بالضمان الاجتماعي ونظرتهم التشاؤمية والخوف من المستقبل، ويسهل إصابتهم بالأمراض، ويظهر هذا التأثير بصورة واضحة في حالة الكساد الاقتصادي والزلازل والفيضانات والأوبئة والمجاعات... لأن الفرد وبيئته يؤلفان شكلا دينامكيًا متكاملًا يربط بين أجزائه كلها برباط وثيق وتفاعل مستمر يصعب معه تعيين الحدود الفاصلة. ³ أي أن الأزمات التي تخلفها البيئة الاجتماعية تصبح كعوامل ضغط على الفرد لما تسببه من اختلالات تنعكس على علاقاته وتعاملاته الاجتماعية وما يزيد الأمر خطورة هو تأثيراتها على صحته الجسمية.

الضغط والصراع: يشير مفهوم الصراع إلى حالة من التوتر التي تحول بين الفرد وبين استمراره في السلوك المؤدي إلى تحقيق هدفه، وينشأ الصراع بسبب وجود هدفين متعارضين يتميزان بدرجة متساوية من الشعور بالجابية نحوهما أو النفور منهما مما يجعل من الصعب

¹ محمد الصيرفي، السلوك الإداري: العلاقات الإنسانية، دار الوفاء، الإسكندرية، 2007م، ص. 317.

² طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، مرجع سبق ذكره ، ص. 30.

³ إحسان محمد الحسن، مرجع سبق ذكره، ص. 206.

على الفرد الانحياز لأحدهما دون الآخر أو البعد عن أي منهما... وفي معظم الحالات تكون العلاقة بين الصراع والضغوط علاقة تبادلية بمعنى أنه إذا كان الصراع يولد الضغوط لدى الفرد فإن الضغوط تجعل الفرد يعيش حالة من الصراع.¹ إن التغير الاجتماعي يؤدي إلى حدوث صراع وتناقض في القيم الحضارية، بحيث يجد الفرد نفسه مضطرا بصورة حتمية إلى إجراء عملية الموازنة والتوافق بين القيم الجديدة والقديمة، وكثيرا ما تصحب محاولات التكيف التي يبذلها هزات نفسية متنوعة قد تعرضه لتجارب التحلل والتوتر والقلق وتسهل إصابته بالأمراض والانحرافات السلوكية.² ويعتقد "ماركس" بأن جوهر الصراع يكمن في التضارب والتناقض بين مصالح الطبقات الاجتماعية التي تقرها طبيعة العلاقات الإنتاجية، ويذهب "داهرنرروف" إلى أن الصراع ينشأ بسبب شعور الأفراد بالحرمان من الحقوق السياسية والتنظيمية.³

ندرك من خلال هذا الطرح أن هناك علاقة تفاعلية بين الضغوط والصراع هذا الأخير الذي ينجر عن إفرازات الواقع الاجتماعي الذي يتميز بالتغير الدائم والمستمر نتيجة التطور والتقدم الحضاري المتسارع الذي ينعكس على النسق الاجتماعي والأنساق الفرعية ككل، فتتولد الضغوط منها الايجابية والسلبية والتي تنعكس بطبيعة الحال على الفرد الذي يجد نفسه يعيش في حالة من الصراع بسبب محاولة مواكبة هذه التحولات الجديدة التي تفرض قيم ومعايير اجتماعية جديدة .

الضغط والإحباط: الإحباط هو الحالة التي يشعر بها الفرد عندما يواجهه عائق أو عقبة تحول بينه وبين تحقيق أهدافه، وقد يرجع الإحباط إلى خصائص متعلقة بالفرد نفسه مثل قصور في قدراته، وقد يعود الإحباط إلى ظروف ترتبط بالبيئة التي يعيش فيها، والحقيقة أن الإحباط قد يكون عرضا من أعراض الضغط وقد ينتج الضغط من الإحباطات والصراعات التي يتعرض

¹ طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، مرجع سبق ذكره، ص.31.

² إحسان محمد الحسن، مرجع سبق ذكره، ص.201.

³ نفس المرجع، ص.201.

لها الفرد في حياته.¹ إلا أنه لابد من الإشارة أن الضغط يعتبر سببا رئيسا ومباشرا في حدوث الإحباط.

وحسب ما أشار له العالم الاجتماعي "إميل دوركايم" فإن ما يقود إلى الإحباط والشقاء الفردي هي أنماط العلاقات الاجتماعية التي لا تحقق السعادة والرخاء والطمأنينة للإنسان، بسبب وجود مقاييس كثيرة ومتناقضة تؤثر على سلوكية الفرد تأثيرا سلبيا في تكوين علاقات أخلاقية مع الآخرين كما أشار أصحاب النظرية التفاعلية وخص بالذكر منهم "تشارلز كولي" و"هربرت ميد" أن الأفراد أثناء عملية التفاعل الاجتماعي يستخدمون كل ما لديهم من قدرات وخبرات تجاه المجتمع بما فيه من ضغوط ومواقف وظروف متباينة، مما يعرض بعضهم إلى الشعور بالخيبة والفشل والإحباط.²

أي أن العلاقات الاجتماعية الغير مبنية على التعاون والتكافل الاجتماعي والتي تكون كل مضامينها سلبية، تصبح من عوامل الضغط القوية على الأفراد، وتظهر تأثيراته على الحالة النفسية والصحية للأفراد كالإصابة بالأمراض.

ثانيا: التطور التاريخي للضغوط الاجتماعية

لقد شاع في بعض الكتابات اتهام القرن العشرين بأنه قرن الضغوط والمشقة، وهذا الاتهام صحيح في جانب وليس صحيحا في الجانب الآخر. فمما لاشك فيه أن القرن العشرين كان زائرا بأنواع شتى من الضغوط وكان متفردا في بعض هذه الضغوط، فقد شهد - على سبيل المثال - حربين كونيتين دمرتا حواضرا ومدنا وقرى كثيرة، وراح ضحيتها ملايين البشر، وخلفتا آثارا بيئية خطيرة ما تزال قائمة حتى الآن، ويكفي أن القرن العشرين قد شهد إلقاء أول قنبلتين ذريتين على مدينتي هيروشيما و نجازاكي في اليابان إبان الحرب العالمية الثانية، كما أن القرن العشرين قد شهد تطورات هائلة في وسائل الاتصال والتكنولوجيا، ومن ناحية أخرى لم يكن القرن العشرين بدعا بين القرون فيما شهدته من كوارث طبيعية من زلازل وبراكين وأعاصير

¹ طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، مرجع سبق ذكره، ص.30.

² إحسان محمد الحسن، مرجع سبق ذكره، ص.192-193.

وفيضانات وسيول، وحروب محلية ومجاعات، وكوارث من صنع البشر، فهو في ذلك شأنه شأن القرون السابقة حتى وإن كانت المعدلات أعلى أو الخسائر أكبر .

إن قصة الضغوط قصة قديمة لازمت الإنسان منذ وجوده على الأرض، فقد عرف الإنسان أول جريمة قتل عندما قتل أحد ابني آدم أخاه، وما تعرض له القاتل بعد ذلك من إحساس بالندم والذنب، وواجه الإنسان الأول ظروف الطبيعة دون أسلحة كافية وكان نهبا للجوع والمرض والتشرد، ثم كان فريسة للصراع والظلم والاضطهاد، وظل يكابد هذه المشقات قرّونا وقرّونا . غير أن الاستخدام الرسمي لمصطلح الضغوط "Stress" قد بدأ في أوائل القرن الرابع عشر وهو مصطلح انجليزي ، وقصد به في ذلك الحين المشقة "Hardship" والعسر "Straits" والمحنة (الضراء) "Adversity" والأسى "Affliction" ¹.

وفي أواخر القرن السابع عشر استخدم "هوك Hooke" الضغوط في سياق العلوم الطبيعية بالرغم من أن هذا الاستخدام لم يكن منظما حتى بدايات القرن التاسع عشر، وقد استمرت المصطلحات الدالة على الضغوط وعاشت وازدهرت في أحضان علوم الطب في ذلك الوقت، حيث اعتبرت الضغوط هي أساس اعتلال الصحة. وبالرغم من أن الاهتمام العلمي بالضغوط قد نما وترعرع في العديد من العلوم مثل علم الاجتماع والأنثروبولوجيا، والفسيولوجيا، وعلم النفس، والطب وعلم الغدد الصماء، فإن هناك فرعين من فروع العلم كانا الأوفر حظا من غيرهما في بحوث "الضغوط" الأول هو علم الحيوان والثاني هو علم النفس ².

وبقيت مفاهيم الضغوط متعددة وغير منتظمة حتى أوائل القرن التاسع عشر، حيث بدأ التفكير في تأثير ضغوط الحياة على الصحة الجسمية والعقلية، وفي بداية القرن العشرين قارن "أوسلر" وهو طبيب إنجليزي شهير بين الضغوط والشدة من جهة، وبين العمل الشاق والقلق من جهة أخرى .

¹ جمعة سيد يوسف، إدارة الضغوط، دار الكتب المصرية، القاهرة، 2007، ص.7.

² نفس المرجع، ص.7.

وفي العصر نفسه أي القرن العشرين اهتم "كانون" بدراسة الضغوط ، حيث قادتته دراسته إلى الحكم بأن الضغوط عندما تكون مستديمة أو طويلة الأجل تترك آثارا قاسية على الشخص تؤدي في النهاية إلى اضطراب النظام البيولوجي لديه ¹.

والواقع أن هناك أربعة رواد في علم الاجتماع كان لديهم إسهام متميز في إبراز العلاقة بين العوامل الاجتماعية والمرض، بحيث قاموا بتوظيف المعرفة السوسيولوجية في فهم الممارسة الطبية والصحة والمرض، ويأتي "بارسونز" على رأس هؤلاء الرواد حيث قدم تحليلا سوسيولوجيا لدور المريض، كما قدم " روبرت ميرتون " إسهامات عديدة حول التعليم الطبي والنظرية الاجتماعية، بالإضافة إلى "اليوت فريدسون و دافيد ميكانيك" ². إلا أن جذور هذه الضغوط هي أبعد بكثير لأنه لا يجب أن نغفل دور علمائنا المسلمين في الاهتمام بالصحة والمرض من المنظور السوسيولوجي، لأن المصادر العربية الإسلامية جاءت تحوي إشارات عميقة وعديدة على تأثير الضغوط أو العوامل الاجتماعية على الصحة ، لاسيما عند الكتاب القدامى الذين عاشوا بعد القرن التاسع الميلادي أمثال "الأندلسي، ابن عبد ربه ، وابن قتيبة الدينوري ، إخوان الصفا وابن سينا والغزالي... وغيرهم"، لكنهم لم يتعرضوا للضغوط بالصورة التي يبحث فيها في العصر الحديث .

لأن اهتمامهم كان منصبا على دراسة الجوانب الصحية والوقائية للحياة الاجتماعية وبينوا أهميتها في حفظ نوع الإنسان وتنظيم حياته وتعيده على ممارسة الأنماط السلوكية والأنشطة الاجتماعية اليومية ذات الطابع الصحي و الوقائي ، وهي دراسات ولمحات صدرت في زمن يخلو من الأجهزة الحديثة والمعدات التكنولوجية التي تساعد الباحث على الاكتشاف ، كما لم تكن توجد معرفة علمية تسمى علم الاجتماع ³.

¹ عبد الرحمان بن أحمد محمد هيجان، ضغوط العمل :منهج شامل لدراسة مصادرها ونتائجها وكيفية ادارتها ، معهد الإدارة العامة، الرياض، 1998، ص.43.

² علي المكاوي، علم الاجتماع الطبي:مدخل نظري، مرجع سبق ذكره، ص.27.

³ نفس المرجع، ص.30-31.

ومهما كانت الكتابات التاريخية بشأن بداية الاهتمام بموضوع الضغوط، فإن معظم المصادر تجمع على أن موضوع الضغوط في العصر الحديث يرتبط بدراسات "هانز سيللي" حيث أنه أول من قدم هذا المفهوم إلى الحياة العلمية، والذي تركز عمله في البداية حول تحديد المصطلحات الفسيولوجية المرتبطة بردود أفعال الجسم اتجاه الضغوط حيث اكتشف أن الغدد التي تفرز مادة الأدرينالين هي المستجيب الأول للضغوط . فلقد كان لنتائج دراسات "سيللي" تأثير كبير على مجريات الاهتمام بموضوع الضغوط بصفة عامة والضغوط النفسية بصفة خاصة ، حيث أصبح موضع الاهتمام ليس فقط لدى الباحثين والمتخصصين، ولكن كما ذكر "سيللي" 1982 م "فقد شاع استخدام مفهوم الضغوط حتى أصبح موضوعا للمحادثات الشخصية اليومية ومادة مقدمة في التلفاز و الإذاعة والصحافة والمجلات والدراسات العلمية واللقاءات والمقررات الدراسية وحلقات التدريب".¹

وفي أواخر الستينيات وأوائل السبعينيات من القرن العشرين، بدا أن هناك اعترافا متناميا بأن الضغوط أحد الحقائق التي لا يمكن الفكاك منها بحيث تم إجراء عدد كبير من البحوث والدراسات استخدمت أحداث الحياة الضاغطة بوصفها مقياسا للضغوط لدى المجموعة السكانية بصورة عامة .وفي السنوات الأخيرة ظهر اهتمام كبير في علم الاجتماع الطبي ببحوث الضغوط من خلال الاهتمام بالعوامل الاجتماعية في تحليل المرض بعدما كان ينظر إلى الأمراض التي تنسم بالخلل الوظيفي أن أسبابها ترجع إلى عوامل نفسية فقط.

ثالثا: المصادر أو المحددات الاجتماعية المسببة للضغوط:

تحفل حياة الإنسان بضغوط تحيط به منذ مولده وحتى نهاية حياته ،فهي متعددة الأنواع ومتعددة المصادر،حتى لا يكاد يخلو جانب واحد من جوانب البيئة التي يعيش فيها الناس من

¹ جهاد بن محمد الرشيد، إدارة الوقت وعلاقتها بضغوط العمل، رسالة ماجستير: قسم العلوم الإدارية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، 2003، ص.32-33.

مصدر من مصادر الضغوط، فهي موجودة في الفرد نفسه وفي أسرته ومدرسته وجامعته وفي المكان الذي يعيش فيه وفي عمله وعلاقاته...الخ.¹

أي أن الإنسان عادة ما يتعرض في حياته اليومية لأنواع عديدة من الضغوط بعضها بيولوجي والآخر نفسي وبعضها اجتماعي وديمقراطي، والتي تضاعف حجمها مع هذا العصر الذي يعرف العديد من التغيرات على مستوى كافة مناحي الحياة، أي أن هذه الضغوط ما هي الا رد فعل للتغيرات الاجتماعية الحادة والسريعة، لذا هناك صعوبة في وضع مصادر محددة للضغوط هذا من جهة، ومن جهة أخرى تكمن الصعوبة في كون مصطلح الضغط يستخدم في مجالات متعددة وبمعان مختلفة ويبدل في كل مجال على مواقف وأحداث تختلف عن مثيلاتها في المجالات الأخرى، فالبعض يرى أن المواقف الضاغطة التي يطلق عليها الدوافع مصادر أساسية ومسببة للضغوط في حين يرى البعض الآخر أن الخوف والتهديد والصراع مصادر أساسية للضغوط ، وأيضاً أحداث الحياة واضطراب العلاقات بين الناس والزملاء والأقوال والأفعال التي يكتنفها التهديد وكذلك مواقف النبذ والإخفاق والطموح ، لكن هذا لا يمنع من تركيزنا على البعض منها . وقبل التطرق إلى أهم مصادر الضغوط الاجتماعية من المهم أن نشير إلى أنواع الضغوط التي اختلف العلماء في تحديدها.

يشير "الخطيب" أن هناك عدة أنواع من الضغوط وهي:

- ضغوط غير حادة: وينتج عنها استجابات طفيفة وأعراض من السهولة ملاحظتها

- ضغوط حادة: ينتج عنها استجابات شديدة القوة لدرجة أنها تتجاوز قدرة الفرد على

المواجهة وتختلف هذه الاستجابات من شخص لآخر.

- ضغوط متأخرة: وهي لا تظهر دائماً أثناء وقوع الحدث إنما تظهر بعد فترة.

¹ عبد العزيز فهمي النوحى، الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية: عملية حل المشكلة ضمن إطار نسقي /إيكولوجي، ط2، سلسلة: نحو رعاية اجتماعية علمية متطورة ، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، القاهرة، 2001م، ص.139.

- ضغوط بعد الصدمة: وهي ناتجة عن حوادث عنيفة وشديدة وعالية وتترك آثارها على الكائن الحي بشكل طويل المدى.¹

ويحدد "عبد الستار إبراهيم" أنواع الضغوط فيما يلي:

- الضغوط الانفعالية والنفسية (القلق - الاكتئاب - المخاوف المرضية).
 - الضغوط الأسرية بما فيها الصراعات الأسرية وكثرة المجادلات والانفصال والطلاق وتربية الأطفال ووجود أطفال مرضى أو معاقين في الأسرة.
 - ضغوط اجتماعية: كالتفاعل مع الآخرين وكثرة اللقاءات أو قلتها، العزلة، والإسراف في التزاور أو الحفلات الخ .
 - ضغوطات العمل: ك العمل المكثف أو القليل و الصراعات خاصة مع الرؤساء أو المشرفين.
 - ضغوط الانتقال والتغيير: كالسفر والهجرة، تغيير المسكن أو الإقامة، والانتقال إلى عمل جديد.
 - الضغوط الكيميائية: كإساءة استخدام العقاقير، الكحول، الكافيين، النيكوتين.
 - الضغوط العضوية: كالإصابة بالمرض وصعوبات النوم، الإسراف في إجهاد الجسم عن طريق الألعاب الرياضية، العادات الصحية السيئة، واختلال النظام الغذائي.²
- كما تناول "هارون توفيق الرشدي" تقسيمات الضغوط وفق المستويات التالية :
- مستوى البيئة الاجتماعية: توجد على هذا المستوى ضغوط التشكيلات والوضعيات الاجتماعية والثقافات الأسرية والتفاوت الحضاري وصراع الأجيال وصراع القيم... وغيرها.
 - على المستوى الاقتصادي: توجد ضغوط الفقر والبطالة، فقد الثروة وانخفاض الإنتاج.

¹ أحمد نابل الغرير، أحمد عبد اللطيف أبو أسعد، التعامل مع الضغوط النفسية، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، 2009م، ص. 28.

² عبد الستار إبراهيم، الاكتئاب : اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه، سلسلة عالم المعرفة، الكويت، العدد: 239 ، ب س ن، ص. 107- 108.

- على المستوى المهني: تنشأ الضغوط من مهنة الفرد وما يقوم به من عمل مثل الشقاق مع الزملاء، ضغوط قواعد العمل، عدم الرضا عن المركز الوظيفي، المرتب، الترقية.
 - على المستوى التربوي: توجد الضغوط المدرسية التي تمثل في ضغط المناهج والمدرسين والعقوبات والقواعد المدرسية والفشل الدراسي.¹
- وكذلك نجد آخرون يصنفون الضغوط إلى نوعين:

- ضغوط إيجابية: وهي عبارة عن التغيرات والتحديات التي تفيد نمو المرء وتطوره ، وهذا النوع من الضغط يحسن من الأداء العام ويساعد على زيادة الثقة بالنفس.
- ضغوط سلبية: هي الضغوطات التي يواجهها الفرد في العائلة أو العمل أو في العلاقات الاجتماعية، وتؤثر هذه الضغوطات سلباً على الحالة الجسدية والنفسية وتؤدي إلى عوارض مرتبطة بالضغط النفسي كالصداع وآلام المعدة والظاهر والتشنجات العضلية وعسر الهضم والأرق وارتفاع ضغط الدم والسكري..الخ.²

وفقاً لما تم عرضه من أنواع مختلفة للضغوط والتي يشترك الباحثين في العديد من عناصرها، فإن الباحثة ستركز على الضغوط الاجتماعية باعتبارها السبب الرئيسي التي تتشكل من خلالها ضغوط أخرى والتي نعتبرها كمتغيرات رئيسية للدراسة ، وهذا لان الضغوط الاجتماعية مفهوم معقد ينفك عنه العديد من الأبعاد من بينها الضغوط المهنية والأسرية والاقتصادية... وغير ذلك، ونشير أنه تم استنباطها من الأطر النظرية والدراسات السابقة، ومستقرة من واقع الدراسة بحد ذاتها. أي أننا ارتأينا أن نوجه اهتمامنا حول المصادر أو المسببات التي انطوى عليها هذا النوع الأخير من الضغوط وهي الضغوط السلبية والتي تتدرج تحتها كلا من الضغوط المهنية والأسرية والاقتصادية ، وهذا ما أشار له كلا "هارون توفيق الرشيدى" و "عبد الستار إبراهيم" في تحديدهم لأنواع الضغوط سالفاً، والتي نعتبرها في دراستنا كأبعاد لمفهوم الضغوط الاجتماعية.

¹ هارون توفيق الرشيدى، مرجع سبق ذكره، ص. 4-5.

² ماجدة بهاء الدين السيد عبيد، مرجع سبق ذكره، ص. 25.

1- الضغوط المهنية:

اختلف الباحثون في تعريفهم لمفهوم ضغط العمل وطبيعته ومصادره وآثاره ، وسبل السيطرة عليه ، حيث ركز البعض على الأسباب التنظيمية وأهمل الأسباب الاجتماعية والفردية والبيئية ، وبين آخرون الآثار السلبية لتلك الضغوط ، بينها أظهر غيرهم الفوائد والآثار الإيجابية لها ، وبالتالي تعددت الاجتهادات حول سبل مواجهة ظاهرة ضغوط العمل وفقا لطبيعة الافتراضات والمفاهيم والمتغيرات المرتبطة بها .

ونستهل موضوعنا ببعض التعريفات الهامة التي تطرقت لتعريف ضغوط العمل:

لقد نشأ مصطلح ضغوط العمل في المؤسسات والمنظمات حيث يفترض أن يقوم العاملين بواجباتهم المهنية بأسلوب يتسم بالفاعلية لتقديم الخدمات المنتظرة منهم على أكمل وجه، ولكن على الرغم من الرغبة الصادقة التي قد تكون لدى أولئك العاملين ومؤسساتهم في تذليل العقبات التي تقف في طريق تقديم الخدمات المطلوبة فإن هناك معوقات في بيئة العمل تحول دون قيامهم بدورهم بصورة كاملة، مما أدى إلى ما يطلق عليه "الضغط الوظيفي" أو "ضغط العمل"، ويشير هذا المصطلح بشكل عام إلى المتغيرات التي تحيط بالعاملين في بيئة العمل وتسبب لهم الشعور بالتوتر والقلق".¹

ونجد "الهنداوي" تعرف ضغوط العمل بأنها " تجربة ذاتية تحدث لدى الفرد محل هذا الضغط اختلالا نفسيا كالتوتر أو القلق أو الإحباط، أو اختلالا عضويا كسرعة ضربات القلب أو ارتفاع ضغط الدم ،ويحدث هذا الضغط نتيجة لعوامل قد يكون مصدرها البيئة الخارجية أو المنظمة أو الفرد نفسه"². وأشار "عبد الباقي" بأنها "مجموعة المثيرات التي تتواجد في بيئة عمل الأفراد والتي ينتج عنها مجموعة ردود الأفعال التي تظهر سلوك الأفراد في العمل أو

¹ طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، مرجع سبق ذكره، ص.215.

² وفية أحمد الهنداوي، استراتيجيات التعامل مع ضغوط العمل، مجلة الإداري، معهد الإدارة العامة، مسقط، العدد: 58، 1994، ص.94.

حالتهم النفسية والجسمانية أو في أدائهم لأعمالهم نتيجة تفاعل الأفراد مع بيئة عملهم التي تحوي الضغوط ¹.

ويعرفها "سيد عبد العال" بأنها "مجموعة التغيرات الفسيولوجية والجسمية والنفسية التي يعانيها العامل أو الموظف كرد فعل لمجموعة من المثيرات المؤثرة عليه في بيئة العمل والتي لم يعد العامل أو الموظف قادرا على تحملها أو الوفاء بمتطلباتها، ولذلك فهو يعرف استجابة ضغط العمل بأنها كافة أنماط السلوك الانفعالي التي تدل على بلوغ حالة الإجهاد الجسدي والنفسي كتعبير عن حالة عدم التوافق مع متطلبات مواقف انجاز العمل والمهام بالمستوى الذي تعود الفرد عليه لكثرة الأعباء والمهام وتعددتها وتراكمها وفقا لنمط شخصيته ².

ونشير أن موضوع الضغوط المهنية قد استقطب اهتمام الباحثين الاجتماعيين بصورة عامة والباحثين في مجال السلوك التنظيمي بصورة خاصة ، وتعزى أهمية تناول العلاقة بين الضغوط والعمل إلى حيوية وضرورة العمل في حياة الفرد، فهو يقضي ما يعادل الثلث من حياته وهو يزاول عملا كوسيلة لإشباع حاجاته الأساسية من مأكلا ومشرب وملجأ ، وحاجاته النفسية من تقدير ونمو ذاتي ، بل ويمكن القول بأن العمل يساهم في تحقيق السعادة للإنسان . ولقد أثبتت دراسة ميدانية تمت في الولايات المتحدة الأمريكية أنه من الصعب أن توجد وظيفة وبلي مكان في عصرنا الحاضر خالية من الضغوط السلبية ، ولكن تختلف كمية هذه الضغوط باختلاف المهنة وطبيعة الوظيفة ذاتها ، كما أن هذا الاختلاف ليس في كمية الضغوط ولكن في طبيعة مصادر هذه الضغوط ، والمقصود بمصادر الضغوط العوامل التي تؤدي إلى نشأة ضغوط العمل السالبة على الفرد العامل في المنظمة، وقد اختلف الكتاب والباحثون في تحديد المصادر المسببة لضغوط العمل والتي لها تأثير مباشر أو غير مباشر في معاناة الأفراد .

¹ صلاح عبد الباقي، قضايا إدارية معاصرة ، دار الجامعة، الإسكندرية، 1999، ص.167.

² طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، مرجع سبق ذكره، ص.216.

ومن أشهر النماذج المعروفة التي تناولت مصادر ضغوط العمل وذلك بهدف التعريف بها وليس حصرها :

❖ **النموذج الثنائي** : يتألف من مجموعتين رئيسيتين من العوامل المسببة لضغوط العمل،

وتشتمل كل مجموعة على عدد من العناصر الفرعية ويندرج تحت كل عنصر فرعي عدد من مسببات ضغوط العمل.

- المجموعة الأولى: تشتمل على ثلاث مجموعات فرعية وهي: السياسات التنظيمية، الهيكل التنظيمي، المراحل التنظيمية.

- المجموعة الثانية: تشتمل على خمس مجموعات فرعية وهي: تجهيزات بيئة العمل المادية، السلامة والصحة المهنية، علاقات العمل الشخصية، متطلبات الوظيفة، متطلبات الدور.

❖ **النموذج الثلاثي**: يرجع أصحاب هذا الاتجاه بشكل عام مسببات ضغوط العمل إلى ثلاث

عوامل رئيسية: العوامل المتعلقة بالفرد، العوامل المتعلقة بالمنظمة، العوامل المتعلقة بالبيئة.

❖ **النموذج متعدد الأبعاد** : وهذا النموذج وضعه "Gibson" وهو لا يختلف عن سابقه، إلا أنه

يصنف مصادر ضغوط العمل إلى أربع مجموعات هي:

- المصادر الناتجة عن العوامل الفيزيائية : وتشتمل البيئة المادية التي تلعب دوراً كبيراً في

صنع الضغوط في منظمات العمل، كعوامل الإضاءة ودرجة الحرارة والضوضاء، وتلوث الهواء والمخاطر على الأمن وسلامة الموظف.

- المصادر الناتجة عن جماعة العمل : وتشمل ضعف العلاقة مع الزملاء والمرؤوسين

والمديرين، والافتقار إلى تماسك الجماعة، والصراع بين أفراد الجماعة ونقص الدعم الاجتماعي من الجماعة ومؤازرتها .

- المصادر الفردية: وتشتمل عوامل صراع الدور وغموض الدور، والعبء الزائد والمنخفض

في العمل، وقلة الرقابة والمسؤولية، وعدم الاستقرار الوظيفي، وعدم توافر فرص التقدم والترقية والنمو المهني .

- المصادر التنظيمية: وتشمل عوامل ضعف تصميم الهيكل التنظيمي للمنظمة، وعدم وجود سياسة محددة وواضحة وعدم المشاركة في اتخاذ القرارات.

وبالتالي ومن خلال ما تقدم يمكن القول أن العاملين قد يواجهون ضغوط العمل والتي يمكن تصنيفها إلى ثلاث فئات أو أقسام الأول خاص بالمصادر الشخصية والثاني خاص بالمصادر التنظيمية والثالث خاص بمصادر البيئة الخارجية.

1-1/المصادر الشخصية: للخصائص الشخصية للفرد دور هام في تحديد مستوى معاناته من الضغوط وردود فعله نحو مسببات الضغوط، فهناك أشخاص يتحملون درجة عالية من الضغط وآخرون ينهارون عند أقل درجة من الضغوط ، وهناك حقيقة مسلمة من قبل علماء السلوك التنظيمي خلاصتها وجود ارتباط بين حياة الفرد داخل المنظمة وخارجها ¹. أي أن البيئة الخاصة بالفرد قد تكون سببا مباشرا في خلق التوتر لديه في بيئة العمل ، وهذا نظرا للأحداث والمشاكل التي يتعرض لها الفرد في أسرته أو الوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه والتي عادة ما تسبب له ضغوطا تكون على انعكاسات سلبية على أدائه في العمل ، مثلما تكون بيئة المنظمة سببا مباشرا في خلق التوتر والضغط في حياته الخاصة .

1-2/المصادر التنظيمية : تشكل السياسات الإدارية مصدرا آخر لضغوط العمل ،فقد تبين أن نظم الرقابة الصارمة وعدم العدالة في نظم الأجور والترقيات، ووضع مواصفات مثالية للوظائف قبل التعيين والغموض في الإجراءات من بين مسببات ضغوط العمل، فكلما زاد حجم المنظمة كلما انعدمت الروابط الشخصية واتسعت الفجوة بين الإدارة والعاملين من ناحية وبين العاملين وبعضهم البعض من ناحية ثانية ،كما تتضاعف مشاكل التنسيق والرقابة ويزداد العبء على قنوات الاتصال ². كما أن الأشكال المختلفة لإستراتيجيات المنظمة تتضمن كثيرا من مسببات الضغط ، فإستراتيجية الاستقرار تؤدي إلى الملل والفتور في العمل وعدم إشباع

¹ مؤيد السالم، التوتر التنظيمي: مفاهيمه و أسبابه و إستراتيجيته و إدارته ، مجلة الإدارة العامة، معهد الإدارة العامة، الرياض ، العدد: 68، 1411هـ، ص.87.

² حامد زهران، الصحة النفسية في العلاج النفسي، عالم الكتب، القاهرة، 1978، ص.397.

دافع الإنجاز ، بينما تفرض إستراتيجية النمو والتوسع على أفراد المنظمة جهوداً أكبر وتحديات قد لا يتحملها الكثير منهم في حين أن استراتيجيات تقليص أوجه النشاط أو تصفية بعضها تؤدي إلى شعور الإدارة العليا والعاملين بالفشل¹. أي أن للبيئة المهنية دور كبير في نشوء وزيادة حجم الضغوط على العاملين.

وفي إطار الحديث عن المصادر التنظيمية لآبد من الإشارة إلى المصادر المرتبطة أو المتعلقة بالوظيفة نفسها والتي تشكل ضغطاً على الفرد وهي:

- تعارض الدور: ويحدث إما نتيجة تعارض الدور المتوقع من الفرد في عمله والدور المتوقع منه في أسرته، أو نتيجة تعارض ما هو مطلوب منه في عمله.
- غموض الدور: ويحدث عندما يكون الفرد غير متأكد من المهام المطلوبة منه وكيفية أدائه لها.
- كثرة المهام المرتبطة في العمل: وتحدث عندما تكون المهام أكثر مما يسمح به الوقت.
- قلة المهام المطلوبة من الفرد: فبعض الموظفين يشكون من أنه ليس لهم عمل يقومون به ، مما يشعرهم بالملل، وأن رؤسائهم لا يعطونهم الثقة الكافية، ولا يشعرونهم بالمسؤولية، وأن العمل لا يوظف طاقاتهم.
- صعوبة المهام: أي أن المهام في مستوى تعقيد أعلى من قدرة الفرد.
- ضعف السيطرة على العمل: أي أن الموظف ليس لديه الحرية والاستقلالية الكافيتين لاتخاذ قرارات بشأن عمله، وتحديد متى وأين وكيف يؤدي العمل.²

1-3/ مصادر البيئة الخارجية: المنظمة عبارة عن نظام مفتوح يتفاعل مع البيئة لذا يصبح من الصعب أن نقصر الضغوط التي يتعرض لها الفرد على تلك التي تحدث داخل المنظمة خلال ساعات العمل ، فعندما يأتي الفرد إلى المنظمة يأتي ومعه القيم والعادات والتقاليد التي اكتسبها

¹ جهاد بن محمد الرشيد، مرجع سبق ذكره، ص. 47.

² عثمان حمود الخضر، علم النفس التنظيمي، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، الكويت، 2005م، ص ص 79-81 .

من المجتمع ، كما يأتي ومعه ضغوط الحياة التي يعيشها وهي بدورها تؤثر على ضغوط العمل كما تتأثر بها ومن بين المسببات البيئية للضغط :

- ضغوط الحياة وتأتي في مقدمتها مشاكل الأسرة .
- الظروف الاقتصادية السائدة واتجاهاتها في المستقبل كالمزور بحالة كساد وانخفاض مستويات الدخل، انتشار البطالة.
- التغيرات الاجتماعية، وظهور بعض المشاكل في المجتمع كانتشار المخدرات.
- تلوث البيئة وسوء تخطيطها، وكآبة المظهر العام لها والازدحام.
- تباين الثقافات داخل المجتمع .
- الكوارث الطبيعية والحرائق والحروب.¹

وفي الأخير نخلص إلى أن أي نوع من التوتر ناجم عن الضغوط المهنية وذلك بسبب زيادة عبء الدور، ونمط العلاقات داخل بيئة العمل مع العمال والعلماء والرؤساء... وغيرها، لابد أن يصاحبه نوع من التغيرات البدنية الظاهرة والتغيرات ال فسيولوجية الداخلية ، أي عندما يمر الفرد بحالة من الضغط فإنه من الممكن أن يلتبس آثار هذه الحالة على ما يجري في جسمه من زيادة ضربات القلب وزيادة ارتفاع ضغط الدم وزيادة معدلات التنفس ، وتصيب العرق ، وجفاف الحلق ، وتتطور تلك الآثار الناجمة عن ضغوط العمل ببطء محدثة نتائج فسيولوجية واضطرابات نفسية وسلوكية ، وهذا راجع لتجاهلنا وعدم انتباهنا لتأثير وعواقب هذه الضغوط على النواحي الصحية الخاصة بنا والتي تكون نتيجتها الإصابة بالأمراض خاصة المزمنة كالضغط الدموي وداء السكري، لذا علينا الانتباه المبكر لخطورة هذه الضغوط من أجل الوقاية من أخطارها ونتائجها السلبية على النواحي النفسية والعضوية والاجتماعية.

¹ عبد الرحمان عيسوي، علم النفس الفسيولوجي: دراسة في تفسير السلوك الإنساني، دار النهضة العربية، بيروت، 1974، ص. 138.

2- الضغوط الأسرية:

تعتبر الأسرة كيان بيولوجي يتحول منذ الصغر إلى كيان اجتماعي بعد التدريب والتعلم مكون من أم وأب وأولاد، ومن مسؤولية الأسرة رعاية أعضائها جسديا واجتماعيا ونفسيا وتعليميا، وبلورة شخصية الطفل وصقلها، إلى جانب تأمين الأسرة للنواحي الاقتصادية للإنفاق ، وتعتبر الأسرة اللبنة الأولى المكونة مع مثيلاتها للمجتمع ومحددة لمامحه مستقبلا، فعملية التفاعل مع المجتمع والانخراط والتأثير والتأثر من أهم عوامل نجاح المجتمع وتقدمه وكذا إنجاح أفرادها في مواجهة ضغوط الحياة لأنها مؤسسة اجتماعية أو كيان اجتماعي مصغر من المجتمع الأم.¹ لذا يتوقف التأقلم مع الضغوط لدى الأفراد على المفاهيم الإيجابية التي تنميها الأسرة لديهم ، خاصة في مجابهة الضغوط الخارجية التي تعتري كيان كل شخص، من خلال تطوير المهارات المختلفة لهم لتحقيق التكيف، وإثراء القدرات على تحمل تغيرات الحياة، وتدعيم ثقتهم بالنفس و الاعتزاز بالذات ، كما لا يمكن إهمال الضغوط الداخلية للأسرة ك الخلافات الأسرية وصراع الأدوار الأسرية والتي تلعب دورا مهما في إحداث الضغط.

ويشير "EMERY 1983" إلى "أن الخلافات الأسرية تلعب دورا هاما في إحداث الضغط النفسي ،ويصبح الأمر أكثر خطورة إذا أدى الصراع الأسري إلى انفصال الوالدين" ، ويرى "GARMEZY 1983" أن ذلك يعود إلى شعور أفراد الأسرة بالتهديد لاسيما فيما يتعلق بفقدان الحب ، كما يكون لدى الفرد شعورا بالخسارة أو توقع الخسارة مستقبلا".* وقد أثبتت نتائج دراسة كلا من (HARBURG 1973) وكذلك (SANDLER 1980) بأن الضغوط الاجتماعية كالمشاكل الأسرية، تعتبر مصادر للضغوط والتي تنتج عن أسباب متعددة داخل الأسرة مثل

¹ قدري الشيخ علي وآخرون، علم الاجتماع الطبي ، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع، عمان، 2011، ص.164 .

* وهذا ما أكدته دراسات هارفارد التي قام بها "مكلاند McClelland" وزملاؤه على أن اضطراب العلاقات الاجتماعية يلعب دورا مدمرا للصحة ،لأن الدافع القوي للانتماء الاجتماعي وتقبل الآخرين لنا، لها ارتباط قوي بالصحة من كلا الجانبين النفسي والعضوي معا.

مرض أحد أفراد الأسرة أو غياب أحد الوالدين عن الأسرة أو الطلاق وكلها مصادر تتسبب في ظهور بعض الاضطرابات لدى الأفراد.¹

وبهذا يصل "تيوهان" إلى تعريف الضغوط الأسرية بأنها "تلك الضغوط التي تتضمن كل القوى (المشكلات والظروف والمواقف) التي يمكن ان تؤدي إلى عدم ثبات واستقرار نظام الأسرة.² أي أن بعض الأسر قد تواجه أحداثا ضاغطة تخل من توازن نظامها مثل: ولادة طفل جديد أو ولادة طفل معاق، أو انضمام الجد أو الجدة للأسرة ،أو موت أحد أفرادها، أو طلاق الوالدين، مما يجعل أفراد الأسرة مضطرين إلى تغيير نظام حياتهم، ويصبحون أكثر شعورا بالضغط، إلا أن ترابط وتماسك أفراد الأسرة يحد من تأثير هذه الضغوط عليها ويساعدها على استعادة توازنها. ويمكن أن توجه الأسرة ضغوطا خارجية، كانتقال الأسرة من سكن إلى آخر، أو فقد أحد أفرادها خاصة الأب أو العائل لوظيفته، أو تعرضها لأزمات مالية، أو ضغوطا بسبب كوارث طبيعية مما يؤثر على نظام توازن الأسرة.³

كما أن من عوامل إثارة الضغوط التي تواجه الأسر ما ينشأ من تعارض أو صراع بين الأدوار الأسرية والأدوار التي تفرضها الحياة الخارجية المختلفة ،فقد ينشأ مثلا نوعا من التناظر بين دور الشخص كزوج أو أب والأدوار التي تفرضها المهنة التي يقوم بها، أو بين دور الزوجة أو الأم والأدوار التي تفرضها المهنة التي تقوم بها، أو بين دور الزوجة أو الأم والأدوار التي تفرضها الاتجاهات الخارجية سواء ما يتصل منها بالعمل أو النشاط الاجتماعي.⁴ وكذا الأساليب الخاطئة التي يتبعها الوالدان في تطبيع وتنشئة أولادهم عاملا من عوامل الضغط التي يمارسها الوالدان على أبنائهم ، وتتمثل تلك الاتجاهات الخاطئة في اتجاه التسلط ، الحماية

¹ حسن الموسوي، الضغوط النفسية لدى العاملين في مجال الخدمة النفسية ،المجلة التربوية ،جامعة الكويت، العدد : 47 ، 1998، ص104.

² أماني عبد المقصود، وتهاني عثمان، الضغوط الأسرية والنفسية: الأسباب والعلاج ، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر، 2007، ص106.

³ نفس المرجع، ص9-10.

⁴ محمود حسن ،الأسرة ومشكلاتها، دار النهضة العربية، بيروت، 1981، ص211.

الزائدة ، الإهمال ، التدليل إثارة الألم النفسي ، القسوة ، التذبذب في المعاملة ، والتفرقة بين الأبناء ، وغالبا ما تؤدي تلك الأساليب إلى تكوين شخصيات غير سوية تسهل استئثارها ، وتشعر بقدر لا بأس به من انعدام الأمن نتيجة تنشئتها الخاطئة في فترات الطفولة.¹

نستنتج أن نظام الأسرة يدخل في حالة اللامعيارية نتيجة لتعرض هذه الأسر للضغوطات سواء كانت داخلية أو خارجية، إلا أن النتائج المترتبة على هذه الضغوطات تختلف باختلاف مصدرها، وحجمها ومدتها ونسبة خطورتها، أي أن هذه الأحداث الضاغطة قد تشكل أزمة لدى هذه الأسر وتساهم في انهيارها، وهذا في حالة عدم التوافق مع هذه الأحداث أو المواقف، كما قد تؤدي في الكثير من الحالات إلى تماسك وتضامن أعضائها مما يساعدهم على التصدي والتغلب على هذه الضغوط.

وحسب "فيولا البيلاوي" فإن ضغوط الحياة في الأسرة تعكس المراحل الانتقالية في دورة حياة الأسر، ارتباطا بدورة حياة أعضائها ومراحل نموهم وارتقائهم، فكل مرحلة تنطوي على صعوبات مصدرها والتغيرات الحادثة في المرحلة ومطالبها البيئية والثقافية ومدى تلبية حاجات كل مرحلة، ويؤدي النقص أو القصور أو الإهمال في تلبية حاجات المرحلة وتحقيق مطالب نموها إلى حدوث أزمة نمائية، وبالتالي فإن كل مرحلة تكمن فيها أزمة محتملة قد تتطور إلى أزمة فعلية أو يتجاوزها الفرد استيفاء لمطالب المرحلة وإشباعا لحاجاتها.²

وفي هذا الصدد يقول "جلاسر" "انه من خلال موقف الأزمة يمكن أن تتنبثق حلول خلاقة من أجل تنظيم أوجه النشاط بصورة أكثر تميزا أو أفضل من تلك التي كانت قائمة قبل حدوث الأزمة". كما يشير "النوحي" "أن الوسط الاجتماعي الذي يقع فيه الضغط من شأنه أن يقلل أو يزيد من حدته، فمثلا وقوع كارثة لشخص ما - وهو وسط أسرته - فانه من شأن "السند الاجتماعي" الذي توفره له الأسرة أن يساعده على تحمل ضغط الكارثة التي وقعت له، أما إذا

¹ هدى محمد قناوي، الطفل تنشئته وحاجاته، دار الانجلو المصرية، القاهرة، 1988، ص. 32.

² فيولا البيلاوي، ضغوط الحياة في الأسر: مدخل الأزمات، المؤتمر السنوي الثامن لمركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، 2001م، ص. 614.

حرم من هذا السند فان ضغط الموقف قد يتعدى قدرات الشخص على تحمله.¹ كما أن العلاقات الحميمة بين الأفراد قد تحول دون تطور الضغط، حتى ولو كانت المصادر المادية غير كافية، وقد تؤدي المحنة إلى تدعيم بناء الأسرة على المدى البعيد في وجود علاقات داخلية مستقرة ومترابطة ومتكيفة، على الرغم من أن آثارها المؤقتة قد تبدو ضارة.²

ندرك مما سبق أن الضغوط الأسرية تتدرج ضمن ضغوط خارجية أي مجتمعية كونها جزء من النسق الاجتماعي (البناء الاجتماعي) الذي يخضع للعديد من التحولات والتغيرات التي تفرضها هذه الحركية المجتمعية، والتي تنجر عليها العديد من الأزمات والمشكلات التي تفجر الضغوطات التي قد تثقل كاهل الأسر، بالإضافة للضغوط الداخلية التي تخلقها الأسر بحد ذاتها نظرا لنمط العلاقات داخلها وما تفرضه من التزامات وواجبات على أفرادها، والتي تكون لها انعكاسات سلبية أو ايجابية وهذا وفقا لمستوى الضغوطات التي تخلقها هذه المواقف التي يتعرض لها الفرد داخل الأسرة، والتي قد تؤدي إلى تفكك واضطراب العلاقات وعدم ثباتها واستقرارها، هذا ما يؤدي مباشرة إلى فشل أفرادها وعدم قدرتهم على التصدي لهذه المواقف أو الأحداث الضاغطة مما ينعكس سلبا على صحتهم النفسية والجسدية. وفي هذا الصدد سنركز على نمط العلاقات الاجتماعية داخل الأسرة وان كان توتر هذه العلاقات الأسرية له تأثير على صحة أفرادها، وهذا لما للأسرة من دور كبير في الصحة و المرض فالصحة الإيجابية أحد مسبباتها الإيجابية هي الأسرة والصحة السلبية أو الإصابة بالمرض أحد مسبباتها الأسرية، فهذه الأخيرة تحدد نمط ثقافة وسلوك وعلاقات أفرادها وبالتالي يتحدد لاحقا وجود الصحة السليمة أو الإصابة بالأمراض، و بها كذلك تتحدد أنواع الأمراض ومدى الإصابة بها وخطورتها .

3- الضغوط الاقتصادية:

إن الجانب الاقتصادي يلعب دورا أساسيا في حياة الأسرة وذلك لما ينجم عنه من إشباع لحاجات الأسرة المادية الضرورية للعيش كالسكن، توفير الغذاء، الملابس وغيرها من اللوازم

¹ فوزي محمد الهادي، مرجع سبق ذكره ، ص 41.

² السيد عبد العاطي وآخرون، علم اجتماع الأسرة، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2000م، ص 359.

المهمة ،ذلك للحفاظ على بنائها المادي،النفسي والاجتماعي. يتبين لنا أن هذا المقوم ضروري لبناء الأسرة، فالعامل الاقتصادي هو أساس قيام الحياة الأسرية، ويترتب عن قصور هذا العامل الفقر الذي يحرم الأسرة من المشاركة الاجتماعية والكثير من جوانب الحياة. لذا نجد أن الضغوط الاقتصادية لها الدور الأعظم في تشتيت جهد الإنسان وضعف قدرته على التركيز والتفكير وخاصة حينما تعصف به الأزمات المالية أو الخسارة أو فقدان العمل بشكل نهائي، إذا ما كان مصدر رزقه، فينعكس ذلك على حالته النفسية والصحية، وينجم عن ذلك عدم قدرته على مسايرة متطلبات الحياة.¹

كما تعد العوامل المادية من مسببات الضغط داخل الأسرة ، ذلك أن "شعور الأسرة بالعجز الاقتصادي يؤدي إلى آثار ضارة على الأعضاء تظهر في نشاطهم وفي علاقاتهم مع بعضهم البعض، ومن نتائجهما الشعور بالفشل فقدان الاهتمام بالحياة والهروب من المسؤوليات الأسرية، وفقدان الثقة بالنفس، والانكماش والاستغراق في أحلام اليقظة، وصعوبة تكوين علاقات اجتماعية ناجحة، وتبادل اللوم بين الزوجين وإثارة المنازعات الأسرية .² أي أن محاولة الفرد مسايرة متطلبات الحياة وإحداث تغيير في نمط المعيشة بما يتوافق مع الحياة الاجتماعية في العصر الحالي، قد يخلق له نوع من الصراع الدائم الذي يخل بنظام علاقاته الأسرية والاجتماعية بصفة عامة ويشعره باليأس والعجز، سببه وضعه الاقتصادي المحدود الذي يعيق قدرته على تحقيق استهلاك عالي لكل احتياجاته واحتياجات أسرته.

وفي هذا الشأن بينت الكثير من الدراسات أن الأشخاص الذين يحاولون الحصول على مواد مادية غالية القيمة لأجل المعيشة هم أكثر الأشخاص تعرضا لارتفاع ضغط الدم وهم يعيشون غالبا في ضغوط كبيرة ويعانون من حالة عدم الاستقرار النفسي، بسبب التناقض بين طموحاتهم

¹ غنية بن عبد الله ، دوافع محاولات الانتحار لدى المراهقات ، رسالة ماجستير في علم الاجتماع،جامعة البليدة، 2008، ص.48.

² محمود حسن،مرجع سبق ذكره،ص.211.

الشخصية في الحصول على الماديات وبين مداخله م الاقتصادية المحدودة.¹ وفي هذا الصدد لا يمكن إغفال المفهوم الاستمولوجي للحاجات "لجان بودريار" والذي ربطه بمفهوم الرفاه، حيث يرى أن الحاجات تعبر عن غايات بالنسبة للأفراد على الرغم من أن جميع الأفراد متساوون أمام الحاجة وأمام مبدأ الإشباع. وأضاف كذلك بأن هناك شريحة اجتماعية لا يستهان بها من السكان لا تتمكن من متابعة الوتيرة، هؤلاء يصبحون من المهملين المتروكين، أما أولئك الذين يبقون في السياق فإنهم يتوصلون إلى نمط المعيشة المقترح كنموذج ويدفعون ثمن ذلك جهداً، يجعلهم خائري القوى أي معرضين للمرض أكثر من غيرهم.²

إذن فالدخل يعتبر عاملاً هاماً في تحديد مكانة الطبقة السوسو-اقتصادية والمهنية وعلاقة ذلك بانتشار الأمراض المزمنة، خاصة وأن المداخل تتوزع غالباً توزيعاً غير عادل في جميع المجتمعات، فدخل الكثير من الأفراد و ثرواتهم أعلى من دخل و ثروات البعض الآخر، وما يصاحب هذا التفاوت من اختلاف في أسلوب الحياة المعيشية والصحية .³ وهذا ما أكدته العديد من الدراسات، حيث أظهرت بأن زيادة الإصابة بالأمراض المزمنة بين الأفراد الذين كتب لهم العيش في وسط الطبقات الفقيرة دون سواهم من أفراد الطبقات الغنية، نتيجة الفارق الكبير في مسألة الدخل.⁴

ومن هنا نستطيع القول بأن هناك علاقة تفاعلية بين الضغوط التي يسببها الدخل المادي للأفراد وبين الإصابة بالأمراض المزمنة، أي أن هذه الأمراض لها علاقة بالمشكلات الاقتصادية التي تعتبر من أهم مصادر الضغط خاصة عندما تعصف الأزمات المالية التي من

¹ يعقوب يوسف الكندري، الثقافة والصحة والمرض: رؤية جديدة في الأنثروبولوجيا المعاصرة ،مجلس النشر العلمي، الكويت، 2003، ص.330.

² جان بودريار، المجتمع الاستهلاكي: دراسة في أساطير النظام الاستهلاكي وتراكييه، ترجمة: أحمد خليل، دار الفكر اللبناني، بيروت، 1995، ص-ص.33-48.

³ Jean-Marie Tremblay et autres, **Liens entre le statu socio-économique et la santé**, Direction de la santé publique, Régie Régionale de la santé et des services sociaux de Québec, Ministère de la santé et des service sociaux, Avec La collaboration de bureau de la statistique du québec ,Canada,1995,p.59.

⁴ طارق السيد، أساسيات في علم الاجتماع الطبي، مؤسسة شهاب الجامعة، الإسكندرية، 2007، ص.78.

شأنها أن تزيد من توتر الأفراد وانفعالهم لسبب عدم قدرتهم على تلبية جميع الحاجات والمتطلبات المعيشية الضرورية والتي تنعكس لا محالة على الجوانب الصحية الجسمية والنفسية للفرد، لذا سنركز في دراستنا على الكشف عن العلاقة السببية بين الدخل كعامل ضغط والمرض المزمن الذي يصاب به الفرد كالضغط الدموي وداء السكري، ونشير انه سنتطرق نظريا لهذه العلاقة في الفصل الخامس.

رابعاً: الآثار المترتبة على الضغوط الاجتماعية:

تعد ظاهرة الضغوط سمة طبيعية للحياة ويملك معظم الناس القدرة على مواجهة حد معين منها بينما يستسلم ويفشل في مقاومتها البعض الآخر، وتنشئ هذه الضغوط أثاراً على المستوى المعرفي والجسمي والسلوكي والنفسي للفرد وتزداد أثارها ليطول محيط الفرد والمجتمع الذي يعيش فيه وفيما يلي عرض للآثار المترتبة على الضغوط وذلك على مستوى الفرد والمجتمع .

1 - آثارها على الفرد: الآثار التي تحدثها الضغوط على الفرد لها عدة أشكال وهي:

1 + 1 الآثار المعرفية: يؤثر الضغط على البناء المعرفي للفرد، بحيث تصبح الوظائف العقلية

غير فعالة، وتظهر هذه الآثار في الأعراض التالية:

- نقص الانتباه وصعوبة التركيز وضعف قوة الملاحظة.
- تدهور الذاكرة حيث تقل قدرة الفرد على الاستدعاء والتعرف وتزداد الأخطاء.
- عدم القدرة على اتخاذ القرارات ونسيان الأشياء.
- فقدان القدرة على التقييم المعرفي الصحيح للموقف.
- ضعف قدرة الفرد على حل المشكلات وصعوبة معالجة المعلومات.
- التعبيرات الذاتية السلبية التي يتبناها الفرد عن ذاته وعن الآخرين.
- اضطراب التفكير حيث يكون التفكير النمطي والجامد هو السائد لدى الفرد بدلا من

التفكير الابتكاري.¹

¹ طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، مرجع سبق ذكره ، ص. 44-45.

1-2- الآثار الفسيولوجية : إن الضغط تأثيرات سلبية كذلك على النواحي الفسيولوجية للفرد، فهو يحدث تغيرات وتحولات غير طبيعية داخل جسم الإنسان، والتي تكون آثاره واضحة على صحة الفرد خاصة في حالة ارتفاع مستوى الضغط، لذا فقد يعتري صحة الفرد الكثير من الاختلالات خاصة على مستوى الجهاز العصبي وإفرازات الغدد، ووظائف الجسم التي يظهر عليها علامات ومؤشرات الضعف.

إن فالعلاقة بين الضغط والصحة العامة هي علاقة خطية سالبة، فزيادة الضغط يترتب عليه تدهور في صحة الفرد، أي أن أي مثير ضاغط يترتب عليه ردود فعل داخلية من معظم أجزاء الإنسان وأعضائه مما يحدث تغيرات فسيولوجية¹. وتتمثل الآثار الفسيولوجية المرتبطة بالضغط في اضطراب الجهاز الهضمي، الإسهال، الإمساك المزمن، اضطراب الجهاز التنفسي، ارتفاع ضغط الدم، الصداع النفسي، انتشار الأمراض الجلدية، تضخم الغدة الدرقية، البول السكري، التشنج العضلي، التهاب المفاصل الروماتيزمي، اضطرابات الغذاء ك فقدان الشهية أو الشره و البدانة والميل للتقيؤ والغثيان ويضيف "هيلجارد و كويك" بعض الآثار الفسيولوجية الأخرى مثل النوبات القلبية، قرحة المعدة، ارتفاع نسبة الكوليسترول، وأوضح في دراسة "هاوس وآخرون" علاقة الضغوط المهنية وأثرها في الصحة الجسمية مثل الإصابة بالذبحة الصدرية، قرحة المعدة، الحكة الجلدية، السعال، ضغط الدم، الصداع، مرض القلب².

1-3- الآثار النفسية : وتشتمل على التعب والإرهاق والملل وانخفاض الميل للعمل والاكتئاب والأرق والقلق وانخفاض تقدير الذات والاحتراق النفسي.... فعندما يفشل الفرد في التوافق مع الضغوط ويزداد القلق عن الحد المعقول فإن ذلك يؤدي به إلى الاحتراق النفسي، الذي يعد من أخطر الآثار الناتجة عن الضغوط.... ويعد الاكتئاب كذلك من نتائج آثار الضغوط التي قد

¹ عبد الرحمن سليمان الطريدي، مرجع سبق ذكره، ص. 25.

² حسن الموسوي، مرجع سبق ذكره، ص. 104.

يصاب بها الفرد ويصبح عرضة للحزن وتوتر الأعصاب والغضب بلا سبب، ويكون سريع الاستثارة وينتج عنه حالة من الارتباك والأرق والسلوك المتقلب.¹

وقد أشار بعض الباحثين على أن معظم الأمراض تنشأ عن المواقف الضاغطة، فقد وجد أن كثير من المرضى سبق وأن تعرضوا لبعض الخبرات التي سببت الضغط النفسي قبل أن يصابوا بالمرض بفترة قليلة ، فجسم الإنسان في الظروف العادية قادر على مقاومة الأسباب الخارجية للمرض ، ولكن عندما تصاب دفاعات الجسم بالضغط النفسي يكون عندئذ عرضة للإصابة بالمرض ،وفي دراسة أجراها "عبد المعطي" عن العلاقة بين ضغوط أحداث الحياة والصحة النفسية لدى عينة من طلاب الجامعة، أسفرت عن ارتباط أحداث الحياة المرتفعة بزيادة حدة الأعراض الإكلينيكية المرضية السيكوسوماتية.....، وأن ذوي الضغوط المنخفضة كانوا في مستوى أفضل للصحة النفسية.²

1-4- الآثار السلوكية : أشار "الزهراني 2003" أن كثرة الضغوط على الفرد قد تقوده إلى

بعض السلوكيات السلبية ، كالإفراط في التدخين بشكل مبالغ فيه،أو البحث عن السلوان والنسيان بتعاطي الكحول والمخدرات، وقد يشرع البعض في تعاطي العقاقير أو زيادة في حجم الجرعات المحددة لتعمد الأذى بأنفسهم، وقد يلجأ آخرون لتدمير ذواتهم بالانتحار .

وكذلك أشار "الزاروس 1966" إلى أن من أهم آثار الضغط الارتجاف، وزيادة التقلصات العضلية واللثمة في الكلام، وتغيرات في تعبيرات الوجه والأقدام والأحجام ، وكذلك اضطرابات عادات النوم، ونقص الميول والحماس والشك في الزملاء كما أشار لها (الفرماوي 1991)، وتشير "صفاء الأعسر 1961" إلى أن "مارينا" أوردت مجموعة من الآثار الناجمة عن الضغوط

¹ عمر مصطفى محمد النعاس، ا لضغوط المهنية وعلاقتها بالصحة النفسية، الادارة العامة للمكتبات للنشر، ب ب ن، 2006م، ص.62-63.

² جار الله بن مبارك السندي، الضغوط النفسية وعلاقتها بالتحصيل الدراسي ، رسالة ماجستير في العلوم الاجتماعية ، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، 2008، ص.39 .

،وتتمثل في حالات الغضب وعدم القدرة على التركيز وارتفاع ضغط الدم والنظرة السوداوية للحياة.¹

- ويلخص كلا من " طه عبد العظيم "و"سلامة عبد العظيم "الآثار السلوكية للضغوط وفقا للأعراض التالية إلا أن هذه الأعراض تختلف من شخص لآخر:
- انخفاض الأداء والقيام باستجابات سلوكية غير مرغوبة.
 - اضطرابات لغوية مثل الثأثأة والتلعثم.
 - انخفاض مستوى نشاط الفرد حيث يتوقف عن ممارسة هواياته.
 - تعاطي العقاقير والمخدرات وتدخين السجائر، و اضطرابات النوم وإهمال الصحة.
 - عدم الثقة بالآخرين والتخلي عن الواجبات والمسؤوليات والإلقاء بها على عاتق الآخرين.
 - الانسحاب عن الآخرين والميل الى العزلة.²

وقد أشار "لازاروس"(1966) إلى أن الآثار السلوكية للضغوط تشمل تغيرات في تعبيرات الوجه والإقدام والإحجام، وكذلك اضطرابات النوم والتي تظهر في شكل أرق وفزع ليلي وكوابيس خاصة عند القيام بالعمل بشكل مستمر، وقد تظهر اضطرابات النوم بشكل معاكس لما سبق،من خلال الإفراط في النوم وشروء الذهن وكثرة التخييل والأحلام المزعجة،وقد تظهر الآثار السلوكية في نقص الميول والحماس والشك في الزملاء.³

2- آثاره.١ على المجتمع :

نظرا لأن الكثير من الأفراد لا يستطيعون الفصل بين جوانب حياتهم، فإن الضغوط في جانب تؤثر على الجوانب الأخرى كالعلاقات في المنزل والعلاقات في المجتمع بشكل عام والعلاقات في العمل ، فتحدث الاختلالات الزوجية، والطلاق والانفصال والإساءة للأبناء والزوجة ، وارتكاب المخالفات والجرائم والشكوى من الزملاء والرؤساء واللجوء إلى الحاكم لحل

¹ أحمد نايل الغرير، أحمد عبد اللطيف أبو أسعد،مرجع سبق ذكره، ص.52-53.

² طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين،مرجع سبق ذكره،ص.46.

³ عمر مصطفى محمد النعاس،مرجع سبق ذكره،ص.64.

الصراعات، والانسحاب من الحياة الاجتماعية وغير ذلك¹. وهذا كله يكون له انعكاس سلبي على البناء الاجتماعي.

ومن خلال ما تقدم نرى أنه بالرغم من أن غالبية الدراسات ركزت على الجوانب السلبية للضغوط إلا أن بعضها الآخر أشار إلى التأثير الإيجابي لضغوط الحياة، وهذا كون الضغوط ليست بالضرورة سلبية أو سيئة، ولكنها ايجابية كذلك تتوقف فقط على ادراكات الأفراد لها. أي أنهم قد يجنون العديد من الفوائد والجوانب الإيجابية في حالة تعرضهم لمقدار معين أو سليم من الضغوط.

وهذا ما يؤكد "عماد الدين نصير" في أن الضغوط ليست سيئة أو ضارة في جميع الأحوال، بل أن بعضها نافع ومفيد، فهي تؤدي إلى زيادة قوة الإنسان ونمو قدراته ونضجه وتساعد على تجاوز الأزمات واتخاذ القرارات، وتفجير الطاقة الكامنة بداخله فتحقق طموحاته وابداعاته، ولكن هذا يتوقف على التفاعل الايجابي بين الفرد والبيئة وهو ما يسمى (Eustress)².

كما يرى "ميكنبوم 1983" أن الضغط هو أحد المكونات الطبيعية في حياة الفرد اليومية، وهو نتيجة مترتبة على تفاعل الإنسان مع البيئة وأنه لا يمكن تجنب الضغوط ما دما على قيد الحياة، كما يؤكد على أن الضغوط ليست كلها سلبية بل إن بعضها يفيد الإنسان أي أنه يكون مستعدا للطوارئ، كما أنها تشد الانتباه وتوجه الذهن وتحفزه على عملية إعادة النظر والتقويم للمواقف الضاغطة، مما يساعد على تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي، وهذا النوع من الضغوط هو الذي يجعل الحياة ممتعة ونستطيع أن نستخلص مما سبق عرضه أن درجة معينة من الضغوط تفيد الإنسان وتحفزه على التفكير والتركيز وبذل الجهد والإبداع وتوثيق صلته بالآخرين، كما أن للضغوط أثرا إيجابيا في تنمية شخصية الفرد ونضجه، أما إذا تجاوزت الضغوط الحد الأعلى لإمكانيات الفرد وطاقاته فإنها تصبح حينئذ ذات تأثير سلبي عليه.³

¹ جمعة سيد يوسف، مرجع سبق ذكره، ص. 36.

² عمر مصطفى محمد النعاس، مرجع سبق ذكره، ص. 95.

³ جار الله بن مبارك السنيدي، مرجع سبق ذكره، ص. 41.

خامسا: أساليب مواجهة الضغوط الاجتماعية

يواجه الأفراد في الحياة المعاصرة المليئة بالتغيرات زيادة وتنوعا في مصادر الضغوط التي يتعرضون لها، مما جعل العلماء يولون موضوع الضغط الاجتماعي اهتماما متزايدا نتيجة لآثاره الخطيرة على الصحة النفسية والجسمية للفرد ،وبينما ترتبط ضغوط الحياة بقدر واسع من الاضطرابات الجسمية المرضية ، فإن أساليب المواجهة تعد بمثابة عوامل تعويضية تساعدنا على الاحتفاظ بالصحة النفسية والجسدية والاجتماعية معا، شرط أن يعي الفرد طرق المواجهة وما هي العمليات أو الأساليب الملائمة لمعالجة موقف ما ، كما ينظر البعض إلى تلك العمليات على أنها عوامل الاستقرار التي تعين الفرد على الاحتفاظ بالتوافق النفسي والاجتماعي أثناء الفترات الضاغطة من حياته ، وقد ظهر في الآونة الأخيرة اقتناع بضرورة الاهتمام بدراسة هذه العمليات ومعرفة الأساليب التي يستطيع الفرد من خلالها مواجهة الضغوط بنجاح خلال حياته وإيجاد طرق وأساليب مواجهة أكثر إيجابية ويطلق عليها Coping.

يمكن إجمال هذه الأساليب والتي نجدها قد أجمعت عليها العديد من الدراسات الهامة في التراث النفسي والاجتماعي على أنها أساليب جيدة تستخدم في مواجهة الضغوط وهي كالآتي:

1- أسلوب إعادة البناء المعرفي : ويقصد بها الأساليب المعرفية الفعالة في مواجهة الضغوط والتي سماها "Mecichamboum" المناعة ضد الضغوط ، بحيث تكون الخطوة الأولى فيه تطوير وعي الفرد حول سلوكه وأفكاره بحيث يتمكن من تحديد أحداث معينة تنتج عن الضغط ، وأن يتعلم أنواع المثيرات التي تجلب الضغط وهذه الخطوة يمكن أن تشعر الفرد بحد ذاتها بإحساس كبير بالضغط الذاتي ، كما يصبح الفرد أكثر فهما للأسباب المحددة لمشاعره السلبية ،وفي الخطوة الثانية يتم فيها التدريب العقلي للفرد والبدء بالتصرف بسلوك لا تشوبه أفكار غير عقلانية ، وتعلم عادات توافقية مع الضغط بطريقة عقلانية بناءه،أما في المرحلة الأخيرة فيطبق

الفرد ما قد تعلمه من مهارات في الخطوات السابقة على مواقف الضغط الجديدة التي يمر بها.¹

- 2- أسلوب حل المشكلات:** إن فكرة الضغط يمكن أن تنشأ من حل المشكلة الغير فعال وقد أوضح "Mechanic" 1983 أن حل المشكلات الفعال يمكن أن يحدث إذا تحققت الشروط التالية:
- يجب أن يكون الفرد على دراية وثيقة بمهارات حل المشكلات المعرفية والاجتماعية والحركية، وأن توجد هذه المهارات في ذخيرته السلوكية يستخدمها تحت ظروف مناسبة.
 - يجب أن يكون الفرد مدفوعا بفعالية لمواجهة المشكلة بشكل مباشر.
 - يجب أن يكون لدى الفرد القدرة على تنظيم استجاباته ضمن مدى معتدل، لكي يسهل تنفيذ مهارات المواجهة المباشرة.
 - يجب أن يكون لدى الفرد القدرة الكافية من الممارسة والخبرة لاستخدام مهارات المواجهة المباشرة في مواقف المشكلة.

ويتطلب أسلوب حل المشكلة خفض المطالب الخارجية وعمل تغيير في الحياة، وتحديد الأهداف، والتقرير حسب الأولويات، وضبط الوقت، وخفض المطالب الداخلية من خلال ممارسة الاسترخاء، وتغيير أنماط التفكير، واستدعاء الانفعالات المكبوتة.²

- 3- أسلوب المساندة الاجتماعية:** يعتبر أسلوب المساندة الاجتماعية المعتمد من طرف الأهل والأقارب والزملاء له دور كبير في الحفاظ على الصحة النفسية والجسدية، حيث أن التعرض للضغوط أمر وارد ولا مفر منه، خاصة وأن الأفراد يعيشون اليوم في عصر من أبرز سماته التغير السريع في كل أبعاده الثقافية والاجتماعية والعلمية والتكنولوجية، مما خلق الكثير من المشكلات الصحية على الصعيد النفسي والجسدي والاجتماعي للأفراد، ولذلك وجد الباحثون أن من أهم الموارد الاجتماعية في بيئة الفرد والتي تحافظ على الصحة في أوقات

¹ Feldman، R. S. , **Adjustment, Applying psychology in a Complex World**, University of Massachusetts, New York Mc Grew Hill, 1989, PP .187 – 197

² أمل سليمان تركي العنزي، مرجع سبق ذكره، ص. 64-65.

الشدائد والأزمات وتقي الفرد من التأزم النفسي والإصابة بالأمراض المزمنة هو متغير المساندة الاجتماعية .

3-1- تعريف المساندة الاجتماعية: اختلف الباحثون في تعريفهم للمساندة الاجتماعية وذلك

وفقا لتوجهاتهم النظرية، فقد تناولها علماء الاجتماع في إطار دراستهم عن العلاقات الاجتماعية، حيث صاغوا مصطلح "شبكة العلاقات" الذي يعتبر البداية الحقيقية لظهور مصطلح "المساندة الاجتماعية"، أما البعض فيطلق عليها اسم "الموارد الاجتماعية" أو "الإمكانات" أو "الإمدادات الاجتماعية". فيوى "Wiess1973" والذي أطلق عليها اسم الإمدادات الاجتماعية بأنها "تتكون من علاقات اجتماعية مميزة تتمثل في المودة والصداقة الحميمة، والتكامل الاجتماعي واحترام الفرد وتقديم المساعدة المادية والعاطفية له، بحيث تكون صلة الفرد بالآخرين مبنية على الثقة والمساندة المتبادلتين".¹

وفي الأخير يتضح أن المساندة الاجتماعية مفهوم يشير إلى مقدار ما يتلقاه الفرد من دعم وجداني ومعرفي وسلوكي ومادي، من خلال الآخرين في بيئته الاجتماعية عندما يواجه أحداثا (مواقف) يمكن أن تثير لديه المشكلة وتسبب له المتاعب وبذلك فالمساندة تتجلى في الأبعاد التالية :

- المساندة الوجدانية: وتضم مشاعر الود والصداقة والرعاية والحب والاهتمام والثقة في

الآخرين والإحساس بالراحة والانتماء.

- المساندة المعلوماتية: ويقصد بها التزويد بالنصيحة والإرشاد أو المعلومات المناسبة

للموقف، بغرض مساعدة الفرد على فهم الموقف أو المواجهة مع مشكلات البيئة أو مشكلته الشخصية.

- الصلبة الاجتماعية: (التكامل الاجتماعي) أي الاندماج مع الآخرين في نشاطات وقت

الفراغ ليشعر بأنه عضو في جماعة تشاركه اهتماماته ونشاطاته الاجتماعية.

¹ فهد عبد الله الربيعية ، الوحدة النفسية و المساندة الاجتماعية لدى عينة من طلاب و طالبات الجامعة ، مجلة علم النفس، الهيئة العامة للكتاب، القاهرة، العدد: 43، 1997، ص.31.

- المساندة الأدائية أو الإجرائية: وتشتمل على تقديم العون المالي والإمكانات المادية والخدمات اللازمة.¹

ونشير على أنه بالرغم من أن أنواع المساندة تبدو متميزة نظريا، إلا أنه في الواقع وفي بعض المواقف يحتاج الفرد إلى أكثر من نوع أو كلها لتخطي آثار المشكلات التي تخلقها الأحداث الضاغطة، أي أنها تعتبر من أهم العوامل النفسية الاجتماعية ذات العلاقة بالصحة، ونجد اتفاق الباحثين من خلال آرائهم فيما يتعلق بأهمية المساندة الاجتماعية في علاقتها بالضغوط للوصول بالفرد إلى الإحساس بالرضا عن الحياة والشعور بالسعادة . وأخيرا إذا كانت المساندة الاجتماعية تؤثر تأثيرا ايجابيا في خفض الضغوط، فإن زيادة الضغوط تؤثر بشكل سلبي على المساندة الاجتماعية، خاصة أن الناس يحاولون الابتعاد عن الأفراد الذين يقعون تحت ضغوط حادة لأن الضغوط تشكل مزاجا سلبيا قد يجعل الآخرين يبدوون أقل جاذبية وإيجابية ، كما أن المواقف الضاغطة قد تنقص من شعور الفرد بالانتماء الواقعي مع الآخرين، سواء في الأسرة أو العمل بسبب الخوف من الظهور بطريقة غير مرغوب فيها.

4- أساليب التمارين الرياضية: تشير الأدلة العلمية والطبية إلى أن الأفراد المنتظمين في أداء التمرينات الرياضية بأنواعها أقل عرضة لكثير من الأمراض المتعلقة بالضغوط مثل الأزمات والسكتة القلبية ، فالنشاط الرياضي يظهر تحسنا ملموسا في كفاءة الأوعية الدموية ، ومن ثم يحافظ على مستوى ضغط الدم ومستوى سكر الدم ، كما يشعر الفرد بالراحة بعد أداء التمارين لأنها تحرر العضلات من التوتر، وتسبب التمارين مستوى عال من الرضا الداخلي.² أي أن التمارين الرياضية لها دور هام في اختزال الضغط النفسي الاجتماعي لأنها تعتبر مخرجا لطاقة جسمية كامنة، وعندما لا يصرح بخروجها فإنها تسبب توترا ،وتفريغها عند التمرين

¹ حدة يوسف ، دور المساندة الاجتماعية في الحفاظ على الصحة النفسية والجسدية ، مجلة دراسات ، جامعة عمار تلجي، الأغواط ، العدد: 13، 2010، ص. 68- 69.

² حمدي الفرماوي، رضا أبو سريع، الضغوط النفسية تغلب على الحياة، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 1989، ص. 19-20.

الرياضي يتيح للعقل أن يفكر في بعض الأشياء المفيدة بعيدا عن الإحباطات والضغوط التي أرهقت الجسم وجعلته على أهبة المواجهة، ويعتبر هذا الأسلوب أكثر فاعلية في مواجهة الضغوط لأن التمارين الرياضية تؤدي إلى خفض الضغط بطرق مختلفة، حيث أن ضربات القلب ومعدل التنفس يميل إلى الانخفاض عند جميع الأفراد الذين يمارسون التمارين الرياضية بشكل منتظم، وأيضا يشعر التمرين بالإحساس بالنجاة ، كما يبعدك ابتعادا مؤقتا عن البيئة التي تسبب الضغط وتجعل الأفراد ينامون أفضل في الليل .¹

5- أسلوب الاسترخاء: يعتبر هذا الأسلوب من أهم الأساليب التي تتعامل بفعالية مع التوتر وأحد الأساليب لمواجهة الضغوط النفسية الاجتماعية، ويعتبر الاسترخاء العضلي أسلوبا قديما وحديثا فهو ليس بالظاهرة الجديدة فالعديد من الديانات الشرقية قد مارست هذا الأسلوب، أما في وقتنا الحاضر فقد أصبح هذا الأسلوب القاعدة الأساسية لطرق الاسترخاء الاكلينيكية الحديثة ،وقد أكد علماء النفس الفسيولوجيين على أن الفرد إن كان مسترخيا تبقى عضلاته إلى حد ما متوترة، وأن تأثر العضلة يمكن أن يعكس تأثير الظروف والبيئة السيئة على الفرد وقد أكدوا أيضا على أن جميع الناس تقريبا يستجيبون للاضطرابات الانفعالية بتغيرات وزيادة في الأنشطة العضلية ، حيث تتركز هذه التغيرات والنشاطات العضلية في كل من الجبهة والرقبة والذراعين والركبتين والعضلات الباسطة ، وأن التوتر العضلي الشديد يضبط قدرة الفرد على التوافق والنشاط البناء. وقد أورد "Burns 1980" عدة فوائد للاسترخاء العضلي ومنها التخلص من المشكلات المرتبطة بالضغط مثل الصداع العصبي والأرق وارتفاع ضغط الدم ، كما يعد الاسترخاء أسلوبا وقائيا يعمل على خفض احتمال حدوث التوتر النفسي وضبط القلق، ويساعد الاسترخاء الفرد على أن يفكر بطرق أكثر عقلانية وأن يصبح أكثر وعيا للتوتر من خلال تعلم إجراءات شد وإرخاء عضلات الجسم".²

¹ أمل سليمان تركي العنزي، مرجع سبق ذكره، ص.70.

² نفس المرجع ، ص.70-71.

سادسا: النظريات والنماذج المفسرة لحدوث الضغوط

لقد احتل موضوع الضغوط اهتمام العديد من الباحثين والمهتمين بدراسة هذه الظاهرة ، باعتبار أنها ظاهرة إنسانية وبيولوجية واجتماعية ، وهذا أسهم في تنوع النظريات والنماذج التي حاولوا من خلالها تفسير ظاهرة الضغوط ، أي أن هذا التنوع والاختلاف في تفسيراتهم راجع لاختلاف المبادئ التي تنطلق منها كل نظرية.

وبالرغم من اختلاف نتائج هذه الأبحاث في تفسيرها لكيفية حدوث هذه الظاهرة ، واختلافهم في تحديد أبعادها ومكوناتها المتعددة والمعقدة ، إلا أنها تتكامل فيما بينها في الكشف عن طبيعة هذه الضغوط. وفيما يلي نستعرض مجموعة من النظريات والنماذج المفسرة للضغوط:

1 -النظريات الفسيولوجية:ومنها:

1-1- نظرية هانز سيلبي Hans Selye: كان لطبيعة تخصصه الدراسي الاولي كطبيب تأثير

كبير في صياغة نظريته في الضغوط ،فقد تخصص في دراسة الفسيولوجيا والأعصاب ،وظهر هذا التأثير من خلال تفسيره للضغط بأنه عبارة عن مجموعة ردود أفعال فسيولوجية وكيميائية.لذا يعتبر من أشهر الباحثين الذين ارتبطت أسماؤهم بموضوع الضغوط، ويرجع له الفضل من خلال كتاباته ومحاضراته في جلب انتباه الباحثين حول تأثير الضغوط على الانسان، وأوضح مدى تأثيرها كعملية مرتبطة بالمرض .

وتنطلق نظرية "هانز سيلبي" من مسلمة ترى ان الضغط متغير غير مستقل وهو استجابة لعامل ضاغط يميز الشخص ويضعه على أساس استجابته للبيئة الضاغطة، وأن هناك استجابة أو أنماطا معينة من الاستجابات يمكن الاستدلال منها على أن الشخص يقع تحت تأثير بيئي مزعج، ويعتبر "سيلبي" أن أعراض الاستجابة الفسيولوجية للضغط عالمية وهدفها المحافظة على الكيان والحياة.¹

وقد أطلق "سيلبي" عام 1976 على هذه النظرية بعد صياغتها "متلازمة التكيف العام"، إذ يؤكد أن التعرض المستمر أو المتكرر للضغوط يؤدي إلى تأثيرات سلبية على حياة الفرد، مما يفرض

¹ فاروق السيد عثمان، مرجع سبق ذكره، ص.98.

متطلبات فسيولوجية أو اجتماعية أو انفعالية أو نفسية أو الجمع بينهم، وهذا يؤدي بالفرد على حشد كل طاقاته لمواجهة تلك الضغوط وهنا يدفع ثمنها في أعراض فسيولوجية. و زملة التكيف العام هي سلسلة من الاستجابات الجسمية لمهاجمة المرض، وحدد الاستجابات الفسيولوجية التي تحدث في العديد من المواقف الضاغطة وهي: (تضخم أو اتساع الغدة الأدرينالية - انكماش الغدة الصعترية والجهاز اللمفاوي المسؤول عن مقاومة الأمراض - القرع الهضمية).¹ وقد حدد سيللي ثلاث مراحل يمر بها الفرد في الاستجابة للضغوط: مرحلة الإنذار والنبية، مرحلة المقاومة، مرحلة الإجهاد أو الإنهاك.

تعقيب: تعتبر نظرية سيللي علامة بارزة في التصورات النظرية ومن ثم توجيه للبحوث في هذا الميدان، إلا أننا نجد سيللي قد وجه نظره لاستجابات الكائن لمصادر الضغط من خلال تحديده للمراحل الثلاث للاستجابة، ولم يركز على العلاقة المتبادلة بين الكائن وبيئته، كما أن اهتمامه وبحكم تخصصه الطبي كان منصبا على المظاهر الفسيولوجية وردود أفعالها عند مواجهة الضغوط، بينما أغفل الجوانب الاجتماعية والعمليات النفسية.

1-2- نظرية والتر كانون Walter Cannon: يعتبر العالم الفسيولوجي "كانون" من الأسماء البارزة في بحوث الضغوط في القرن العشرين، وهو الذي وصف ما أسماه استجابة "الكر" أو "الفر". وقد افترض "كانون" أنه عندما يدرك الكائن أن هناك تهديداً فإن الجسم يستثار بسرعة وتسري الدافعية في الجهاز العصبي السمبثاوي وجهاز الغدد الصماء للتعامل مع هذا التهديد، وتعمل هذه الاستجابة الفسيولوجية على حمل الكائن لمواجهة مصدر التهديد أو الهروب. ويلاحظ هنا أن "كانون" استخدم لفظ "الكائن" ولم يستخدم لفظ "الإنسان" مباشرة، حيث أجرى تجاربه المبكرة على الحيوانات، واستنتج منها أن كل الكائنات (الحيوانات والإنسان) تتعرض للضغوط وتتأثر بها.²

¹ أحمد نايل الغرير، أحمد عبد اللطيف أبو أسعد، مرجع سبق ذكره، ص. 60.

² جمعة سيد يوسف، مرجع سبق ذكره، ص. 8.

ويركز "كانون" على فكرة التوازن في تفسيره للضغط، حيث يرى بأن الفرد يعمل على المحافظة على حالة التوازن الداخلي لديه عند تعرضه للضغط، وعرف الضغط على أنه مجموعة من المثيرات الفسيولوجية والانفعالية التي تجعل الإنسان يتصرف بطريقة ما من أجل استعادة التوازن، لذلك أي حدث لا يبقى أو يحافظ على التوازن الداخلي للفرد يعتبر عامل ضغط، حيث اعتبر أن الضغط مؤثر بيئي.¹

ومن ناحية أخرى خلص كانون إلى أن الضغوط يمكن أن تكون ضارة بالكائن إذا ما أدت إلى الإخلال بأدائه الانفعالي والفسيولوجي وسببت مشكلات صحية مع مرور الوقت، وبخاصة إذا لم يكن الكائن قادراً على مواجهة التهديد أو الهروب منه واستمر في التعرض لضغوط مستمرة، واستمرت الاستثارة الفسيولوجية في التصاعد ممهدة الطريق أمام المشكلات الصحية المختلفة.²

2 النظريات النفسية:

2-1- نظرية سبيلبرجر Spielberg: قدم "سبيلبرجر" نظريته عن القلق والتي تعتبر مقدمة ضرورية لفهم الضغوط، حيث يرى أن القلق نوعان: قلق سمة وهو استعداد طبيعي أو اتجاه طبيعي يجعل القلق يعتمد على الخبرات الماضية، وقلق الحالة وهو موقفي يعتمد على الظروف الضاغطة، وتسبب الضغوط قلق الحالة ولا يحدث ذلك مع قلق السمة، وقد ركز "سبيلبرجر" في نظريته على الإطار البيئي كضغوط، وعرض تمييزاً بين كل من القلق، الضغوط والتهديد.³ ويهتم "سبيلبرجر" في الإطار المرجعي لنظريته بتحديد طبيعة الظروف البيئية المحيطة والتي تكون ضاغطة، ويميز بين حالات القلق الناتجة عنها، ويفسر العلاقات بينها وبين

¹ جاسم محمد عبد الله محمد المرزوقي، الأمراض النفسية وعلاقتها بمرض العصر (السكر): دراسة استطلاعية لمعرفة مدى تأثير الأمراض النفسية على مستوى السكر في الدم لدى مرضى السكري، العلم والإيمان للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2008، ص. 73-74.

² جمعة سيد يوسف، مرجع سبق ذكره، ص. 8.

³ عبد العزيز عبد المجيد محمد، سيكولوجية مواجهة الضغوط في المجال الرياضي، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، 2005م، ص. 35.

ميكانيزمات الدفاع التي تساعد على تجنب تلك النواحي الضاغطة أو تستدعي سلوك تجنب الذي يسمح له بالهروب من الموقف الضاغط.¹ كما أثبت من خلال دراساته التي قام بها أن الضغوط تلغي دورا هاما في إثارة الاختلافات على مستوى الدافع كل حسب إدراكه للضغط. وقد حدد نظريته في ثلاثة أبعاد رئيسية: الضغط، القلق، والتعليم. وعلى ضوء هذه الأبعاد يحدد محتوى النظرية فيما يلي:

- التعرف على طبيعة وأهمية الضغوطات في المواقف المختلفة.
 - قياس مستوى شدة القلق الناجمة عن الضغوط في المواقف المختلفة.
 - قياس الفروق الفردية في الميل للقلق.
 - توفيق السلوك المناسب للتغلب على حالات القلق الناتجة عن الضغوط في مختلف المواقف.
 - توضيح تأثير الدفاعات السيكولوجية لدى الأفراد الذين تجرى عليهم تجارب التعليخ لخفض مستوى القلق.
 - تحديد مستوى الاستجابة.
 - قياس ذكاء الأشخاص الذين تجرى عليهم برامج التعليخ ومعرفة قدراتهم على التعلم.²
- تعقيب:** نجد هذه النظرية تركز على المتغيرات المتعلقة بالمواقف الضاغطة وإدراك الفرد لها، أكثر من اهتمامها بالموقف الضاغط نفسه، كما ركز "سيليبرج" على متغير القلق باعتباره نتيجة حتمية للموقف الضاغط الذي يتعرض له الفرد، ويؤكد على أن الظروف التي تكون ضاغطة بشكل موضوعي سوف تدرك على أنها مهددة، ولكن بعض الظروف الضاغطة قد لا تدرك على أنها مهددة من قبل الفرد الذي لا يرى خطرا محتملا، أو لديه المهارات الضرورية أو الخبرة التي تساعد على التكيف مع هذه الظروف.

¹ فاروق السيد عثمان، مرجع سبق ذكره، ص. 99.

² أحمد نابل الغرير، أحمد عبد اللطيف، مرجع سبق ذكره، ص. 64.

2-2- نظرية هنري موراي H.Murray: يعتبر "موراي" أن مفهوم الحاجة ومفهوم الضغط

مفهومان أساسيان على اعتبار أن مفهوم الحاجة يمثل المحددات الجوهرية للسلوك، ومفهوم الضغط يمثل المحددات المؤثرة والجوهرية للسلوك في البيئة، ويعرف الضغط "بأنه صفة لموضوع بيئي أو لشخص تيسر أو تعوق جهود الفرد للوصول إلى هدف معين. ويميز "موراي" بين نوعين من الضغوط هما:

- ضغط بيتا Beta Stress: ويشير إلى دلالة الموضوعات البيئية والأشخاص كما يدركها الفرد.

- ضغط ألفا Alpha Stress: ويشير إلى خصائص الموضوعات ودلالاتها كما هي. ويوضح "موراي" أن سلوك الفرد بالنوع الأول ويؤكد على أن الفرد بخبرته يصل إلى ربط موضوعات معينة بحاجة بعينها، ويطلق على هذا مفهوم تكامل الحاجة، أما عندما يحدث التفاعل بين الموقف الحافز والضغط والحاجة الناشطة فهذا ما يعبر عنه بمفهوم ألفا.¹

3 النظريات المعرفية:

تعد النظرية المعرفية إحدى النظريات التي ركزت على أهمية التفكير والعوامل المعرفية، والتفسيرات التي تضيفها هذه النظرية على خبرات الفرد في تحديد استجابته للضغوط، حيث أن الاستجابة للضغوط تتأثر بما يشعر به الفرد من إثارة ومدى مقاومته وقدرته على الصمود والمواجهة، وتستند النظرية المعرفية في تفسيرها للضغوط إلى ثلاثة افتراضات وهي:

- الافتراض الأول يتمثل في أن الانفعالات التي تصيب الفرد تمثل انعكاسا لأفكار الفرد حول ذاته والعالم المحيط به.
- يتمثل الافتراض الثاني في مدى إمكانية الفرد في ضبط أفكاره التي قد تكون سببا في الانفعالات السلوكية.

¹ فاروق السيد عثمان، مرجع سبق ذكره، ص. 100.

- أما الافتراض الثالث فيتمثل في كون أن السلوك ما هو إلا نتاج لتقييم الموقف الضاغط والاستجابة الأولية له، وتوقعات النجاح في التعامل مع ذلك الموقف.

3-1- نظرية التقدير المعرفي لريتشارد لازاروس Richard Lazarus : نشأت هذه النظرية

نتيجة للاهتمام الكبير بعملية الإدراك والعلاج الحسي الإدراكي، ويرى "لازاروس" أن التقدير المعرفي هو مفهوم أساسي يعتمد على طبيعة الفرد، حيث أن تقدير كم التهديد ليس مجرد إدراك مبسط للعناصر المكونة للموقف، ولكنه رابطة بين البيئة المحيطة بالفرد وخبراته الشخصية مع الضغوط، وبذلك يستطيع الفرد تفسير الموقف، ويعتمد تفسير الفرد للموقف على عدة عوامل منها: العوامل الشخصية والعوامل الخارجية الخاصة بالبيئة الاجتماعية والعوامل المتمثلة بالموقف نفسه.¹ وأكد أن مجال الضغط يشتمل على مظاهر فسيولوجية واجتماعية ونفسية ويشتمل على المفاهيم المرتبطة بها، ويضيف أن الضغط ليس مثيرا أو استجابة بل هو علاقة ثنائية بين الفرد والبيئة، فالفرد يؤثر في البيئة ويتأثر بها.²

وتعرف نظرية التقدير المعرفي "الضغوط" بأنها تنشأ عندما يوجد تناقض بين متطلبات الشخصية للفرد، ويؤدي ذلك إلى تقييم التهديد المعرفي وإدراكه في مرحلتين: إحداها تختص بتحديد ومعرفة أن بعض الأحداث هي في حد ذاتها شيء يسبب الضغوط، والأخرى يحدد فيها الطرق التي تصلح للتغلب على المشكلات التي تظهر في الموقف، لذلك فإن ما يعتبر ضاغطا بالنسبة لفرد ما لا يعتبر كذلك بالنسبة لفرد آخر، ويتوقف ذلك على سمات شخصية الفرد وخبراته الذاتية ومهارته في تحمل الضغوط وحالته الصحية، كما يتوقف على عوامل ذات صلة بالموقف نفسه قبل نوع التهديد وكمه والحاجة التي تهدد الفرد، وأخيرا عوامل البيئة الاجتماعية كالتغيير الاجتماعي ومتطلبات الوظيفة.³

¹ فاروق السيد عثمان ، مرجع سبق ذكره، ص. 100 .

² جاسم محمد عبد الله محمد المرزوقي، مرجع سبق ذكره، ص. 74.

³ فاروق السيد عثمان ، مرجع سبق ذكره، ص. 101-100.

وحسب نظرية "الازاروس وفولكمان" عن الضغوط توجد ثلاثة مكونات رئيسية في الضغط وهي: الموقف أو المطالب والتقييم المعرفي للموقف، والمصادر المدركة لدى الفرد في مواجهة المطالب، ومن المطالب (المشكلات الاقتصادية-الجدال والنقاش في الأسرة- ظروف العمل - الطلاق - الزواج - الفشل في الامتحانات... الخ)، أما التقييم المعرفي للموقف فهي كيفية تفسير الفرد للموقف، أما المصادر فهي تشير إلى قدرة الفرد على التعامل مع الحدث الضاغط ، وقسما مصادر المواجهة إلى مصادر شخصية (تتعلق بخصائص الشخصية والخصائص المعرفية للفرد ومصادر بيئية (ترتبط بجوانب البيئة الاجتماعية والمادية).¹

تعقيب: إن طاقة الفرد للتكيف تحددها خلفية الفرد وخبراته السابقة وخصائصه النفسية وطريقة تفكيره، فكل هذه العوامل تلعب دورا هاما في كيفية تحليله المعرفي للمثير الضاغط، وهذا يتفق مع تعريف "لزاروس" الذي قال بأن إدراك الفرد وتقييمه للحدث الضاغط هو الذي قد يؤدي إلى حالة من الضغط أو عدمها، وتختلف القدرة على التكيف بين الأفراد وكذلك درجة التأثير حيث تكون بدرجات متفاوتة، وكما أن الفرد له طاقة في التكيف فان تكيفه السلبي له آثار بالغة يمكن أن تسببها الضغوط عليه، وبالطبع فانه عندما يتأثر الفرد بالضغط فان ذلك سوف يؤثر بالتالي على الحالة النفسية للمحيطين به من أفراد أسرته وأصحابه المقربين والعاملين معه، نظرا لقلقهم عليه ونظرا للتوتر في العلاقة الشخصية وهذا القول يصف أن زيادة الخبرة وكبر السن لهما تأثير ايجابي على الضغط.

3-2- نموذج سيلجمان Seligman: استخدم "سيلجمان 1975" مفهوم العجز المتعلم أو المكتسب الذي يشير إلى تكرار تعرض الفرد للضغوط إذا تزامن مع اعتقاده بأنه لا يستطيع التحكم في المواقف الضاغطة أو مواجهتها، فإن هذا يجعل الفرد يشعر بالعجز وعدم القيمة. وحدد نوعين من العوامل كأسباب للعجز المتعلم:

- عوامل بيئية ضاغطة سواء في الحياة الأسرية أو المهنية أو الاجتماعية للفرد.

¹ ماجدة بهاء الدين السيد عبيد، مرجع سبق ذكره، ص. 130-131.

- عوامل ذاتية تتعلق بالشخص ذاته وبخصائص شخصيته والتي على أساسها يتحدد نوع الاستجابة التي تصدر عنه إزاء الأحداث الضاغطة.¹

تعقيب: نجد أن نظرية العجز المتعلم تؤكد على الطريقة التي يدرك ويفسر بها الأفراد الأحداث الضاغطة والمؤلمة في حياتهم، وأن استجابة الأفراد إزاء الأحداث الضاغطة تعتمد على تفسيرهم لأسباب ومعنى ومغزى هذه الأحداث، فالأفراد الذين يفسرون الأحداث بطريقة سلبية غالبا ما يتعرضون للاكتئاب، والأفراد عند تقييمهم للأحداث والمواقف التي يتعرضون لها قد يعززون ذلك إلى أسباب داخلية أو خارجية أو إلى أسباب ثابتة أو غير ثابتة .

4 النماذج النفسية الاجتماعية:

4-1- نموذج هولمز وراهي: Holmes & rahe: يشير هذا النموذج على أن أحداث الحياة وتغيرات البيئة الخارجية سواء كانت إيجابية أو سلبية من شأنها أن تشكل ضغطا على الفرد ، ثم شرع كل من "هولمز وراهي 1967" في تحديد أحداث الحياة الضاغطة.

وتدخل نظريتهما ضمن التناول النفسي الاجتماعي للضغط، كونها تدرس السياقات النفسية الاجتماعية لهذه الظاهرة، فتراكم أحداث الحياة يؤدي إلى ظهور اضطرابات الصحة النفسية والبدنية للإنسان، ومن أهم هذه الأحداث:

- حوادث مفاجئة: تتمثل في الصدمات المتتالية، الشعور بفقدان فرد أو شيء محبوب،

الأمراض الخطيرة، الحزن، البطالة.

- حوادث مزمنة: تتميز بالاستمرارية مثل عبء العمل، الصراع بين العمال أو الأجيال، الصراع العائلي.

- المراحل الانتقالية في الحياة: تشكل الأزمات التي عرفها الفرد مثل المراهقة، الزواج،

الطلاق...إلى غير ذلك.²

¹ ماجدة بهاء الدين السيد عبيد، مرجع سبق ذكره، ص- ص. 131-132

² Jean Benjamin Stora, **Le stress**, Edition Dahlab 2eme editions, 1993, p.28

كما حاول "راه و هولمز" التأكد من أن هذه الأحداث وغيرها لها دلالة إحصائية بين عدد أحداث الحياة الشخصية وشدتها، وبين احتمال حصول الأمراض في المستقبل نتيجة الضغط، أي أن حصول هذه الأحداث في فترات معينة ويتكرر معين يؤدي إلى تحضير الجسم لأمراض فسيولوجية ونفسية في المستقبل.¹

بحيث انطلقا من افتراض مؤداه أن استجابة الضغط تحدث عندما يمر الفرد بحدث ضاغط سلبي كان أو إيجابيا والذي يتطلب منه استجابة تكيفية أو مواجهة ، وأن أحداث الحياة تختلف تأثيراتها من حيث قدرتها على إحداث الضغط، أي أن الضواغط يمكن تصورها على أنها أحداث الحياة الرئيسية ، وأن التكيف للتغير يكون مسؤولا عن استجابة الضغط، وأن هناك خصائص عدة للأحداث الضاغطة الرئيسية والتي تبدو مسؤولة عن العلاقة بين هذه الأحداث وظهور الأعراض النفسية والصحية.

تعقيب: من خلال هذا النموذج تبين لنا أن العامل الأساسي في المواقف الضاغطة هو المطالب الجديدة، التي تضع عبئا على الأنماط التكيفية المعتادة للفرد، والتوقع الذي يدخل في هذا المجال هو أن بعض الأحداث تحتاج إلى مجهود تكيفي أطول وأشد من الأحداث الأخرى، وأن الحدث الحياتي الذي يتسم بالتغير قد يكون مثيرا يدفع إلى الضغط ، هذا الأخير الذي كلما ازدادت نسبته وحجمه يكون له تأثير سلبي على الفرد كالإصابة بالأمراض الفسيولوجية والنفسية.

4-2- نموذج Levi (1971): وضع "Levi" نموذجا يفترض فيه أن العوامل النفسية- الاجتماعية تلعب دورا وسيطا في العلاقة مع المرض العضوي، حيث يرى أن تغيرات نفسية- اجتماعية يمكن أن تعمل كمصدر للتوتر أو كمثيرات لاستجابات بيولوجية غير محددة، وترتطم هذه المثيرات في فرد ما مع البرنامج السيكوبيولوجي المسبق له أو مع نزوعه وميله للاستجابة العصبية والهرمونية وفقا لنمط معين، ويشمل هذا النزوع كل من العوامل الوراثية والمؤثرات

¹ بن عبد الله عبد القادر، مصادر الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها لدى طلبة الجامعة تخصص علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية في ضوء بعض المتغيرات، أطروحة دكتوراه في الإرشاد النفسي، جامعة الجزائر 2011/3، ص 21.

البيئة المبكرة حيث تهيب هذه الاستجابة الكائن العضوي لبعض أنماط النشاط الجسمي كالكر أو الفر أي المواجهة أو الهروب في المواقف المختلفة، ومن ثم تؤثر استجابة التوتر غير المحددة هذه كنذير للمرض أو اختلال في النظام النفسي الفسيولوجي الذي لا يرقى بعد إلى درجة العجز، حيث يعرف المرض بأنه عجز أو فشل في النظام النفسي أو الجسمي على القيام بمهام ضرورية، كما افترض "Levi" أن وجود العوامل المتداخلة سواء كانت جوهرية أو عرضية يمكن أن تيسر أو تعسر حدوث المرض.¹

4-3- نموذج كوبر في الضغوط: يوضح "كوبر" من خلال نمودجه أسباب وتأثير الضغوط على الفرد، ويشير أن بيئة الفرد تعتبر مصدرا للضغوط، وهذا يؤدي إلى وجود تهديد لحاجة من حاجات الفرد، أو يشكل خطرا يهدد الفرد وأهدافه في الحياة، فيشعر بحالة الضغط، ويحاول استخدام بعض الاستراتيجيات للتوافق مع الموقف، وإذا لم ينجح في التغلب على المشكلات واستمرت الضغوط لفترة طويلة، فإنها تؤدي إلى بعض الأمراض لأمراض القلب، والأمراض العقلية، كما تؤدي إلى زيادة القلق، والاكتئاب وانخفاض تقدير الذات.²

4-4- نموذج مارشال في الضغوط: يحدد "مارشال" في هذا النموذج العوامل المسببة للضغوط في العمل، والأعراض التي تظهر على الفرد نتيجة تعرضه لها، واعتبارها أعراض خاصة بالفرد، تؤدي به في النهاية إلى أمراض القلب، وأعراض خاصة بالمؤسسة تؤدي إلى العدوانية، وتكرار الحوادث.³

5- النظرية النسقية:

عرف تالكوت بارسونز النسق الاجتماعي على أنه "عبارة عن مجموعة كبيرة من الفاعلين الذين تقوم بينهم علاقات تفاعل اجتماعي في موقف معين قد يتخذ مظهرا فيزيقيا أو بيئيا ويتجهون نحو تحقيق الإشباع الأمثل لحاجاتهم، كما تتحدد علاقاتهم الاجتماعية عن طريق

¹ بن عبد الله عبد القادر، مرجع سبق ذكره، ص. 31.

² فاروق السيد عثمان، مرجع سبق ذكره، ص. 103.

³ نفس المرجع، ص. 102.

بناء ثقافي مميز ومجموعة من الرموز المشتركة" ، ويعني ذلك أن النسق الاجتماعي مفتوح الأطراف يؤثر ويتأثر بالأنساق الأخرى ولا سيما تلك التي تشترك معه في الحدود كالثقافة والشخصية، كما يشير التعريف بالمثل إلى انضواء الثقافة داخل حدود النسق الاجتماعي بهذا المعنى الواسع، على أن الوحدات الأساسية في الأنساق الاجتماعية هي الأدوار والجماعات والعمليات ، لا الأفراد في حد ذاتهم.

واثر تحليلاته النسقية أيقن بارسونز أن النسق الاجتماعي يعتمد على التوازن الديناميكي بمعنى أن التغير الاجتماعي لا ينفي الاستقرار والتكامل بين الوحدات أو أجزاء النسق، ويترتب على ذلك أن كل أنواع التوترات مهما بلغت حدتها لا تستمر طويلا بسبب وجود ميكانيزمات إعادة التوازن.¹

تعقيب: من خلال ما تقدم نستطيع القول بأن "بارسونز" لم ينكر التغيرات والتوترات والضغوطات التي تحدث داخل النسق، إلا أنه لم يعطيها أهمية كبيرة أو دورا مركزيا في نظريته لأنه يرى أن بقاء النسق واستمراره يتوقف على نجاحه في تلبية المتطلبات والحاجات الوظيفية والمتمثلة في الحاجة للتكيف مع البيئة ومواردها والحاجة الوظيفية لتحقيق الأهداف وضرورة التكامل والتوازن البنائي والوظيفي بين مكونات النسق، بالإضافة إلى الحاجة للتدعيم الذاتي أو الداخلي للنسق وإدارة التوترات التي تهدد النظام أو النسق الاجتماعي من خلال عوامل الضبط الاجتماعي. واثر تحليلاته للأنساق الاجتماعية أعطى اهتماما بارزا للنسق الطبي من خلال الدور الوظيفي للطبيب وعلاقته بالمريض، مركزا على دور النسق الطبي في مواجهة المرض أي كميكانيزم للضبط الاجتماعي والحفاظ على توازن البناء أو النسق الاجتماعي، لأنه يرى أن المرض يسبب خللا وظيفيا كونه يشكل انحرافا يؤثر في النسق، أي أراد بارسونز بهذا أن يوضح بأن هذا النسق بإمكانه امتصاص كل مظاهر الانحرافات والتوترات والضغوطات داخله

¹ محمد عبد المعبود مرسي، علم الاجتماع عند تالكوت بارسونز بين نظريتي الفعل والنسق الاجتماعي: دراسة تحليلية نقدية، تقديم: أحمد رأفت عبد الجواد، مكتبة العليقي الحديثة، القصيم، ب س، ص-ص 102-180.

لأنه يتألف من أجزاء تقوم على الاعتماد المتبادل وتميل إلى تحقيق التوازن واستمراره عن طريق ميكانيزمات اجتماعية تعتمد على الضبط والتنشئة الاجتماعية.

وبالرغم من جملة الانتقادات التي وجهت لنظرية بارسونز كونها لا تعكس الواقع الفعلي للمجتمعات بالإضافة لإهمالها للواقع الأمبريقي وخصوصية المجتمعات المختلفة، وهذا لأن فكرة التوازن والثبات كانت مهيمنة بشدة في فكر بارسونز بالإضافة لرفضه وإنكاره للصراع إلى درجة أنه فضل استعمال مفهوم التوتر بدلا من الصراع، مما جعله لا ينظر إلى إيجابيته في بعض الحالات ، أي أنه بإمكان الصراع الاجتماعي أن يحقق استقرار للنسق وهذا ما ذهب له كل من الوظيفيين الجدد أمثال "جيفري ألكسندر" والصراعيين الجدد أمثال "رالف داهرندوف ولويس كوزر". لكن حسب- رأينا الشخصي وطبيعة موضوعنا- نرى أن هناك إيجابية في فكر بارسونز فمثلا في إطار دراستنا هذه تطرقنا للضغوط المهنية والأسرية والتي تنجم عن توتر العلاقات المهنية والأسرية، والتي نرى أنه يمكن السيطرة عليها أو التخفيف من حدتها وذلك من خلال إتباع ميكانيزمات كما أشار بارسونز لإعادة التوازن ، ونستطيع القول بأن القيم والمعايير الإيجابية تمكننا من ذلك، ونرى أن هذا الفكر البارسونزي بالرغم من نفيه لكل عناصر الضغط أو رؤيته لها على أنها عوامل يمكن التحكم فيها يتوافق جزئيا مع تعاليم ديننا الحنيف الذي أعطى حولا ودعائم قوية لكيفية المحافظة على البناء الاجتماعي بكل أنساقه الفرعية، أي أعطى مؤشرات دالة على وجود حالة التوازن والاستقرار داخل المجتمع مع وجود ميكانيزمات دفاعية لإعادة التوازن، وذلك من خلال الالتزام بمبادئ ديننا الإسلامي الحنيف الذي وضع لنا أسس ومقومات النجاح ومجابهة الضغوط والتوترات وترك الحرية للفرد في اختيار أفضلها وذلك وفقا لقدراته وأهدافه وميوله مع إدراجه لعمليات الضبط الاجتماعي في حالة حياده عن تعاليم الدين الإسلامي الحنيف.

لذا نقول أن بارسونز من خلال نظريته النسقية لم يبرز الأسباب الفعلية للضغوطات أو التوترات التي تخل بتوازن المجتمع لكنه اهتم بالآليات التي تساعد على الحفاظ على استقراره.

6 النظريات الاجتماعية:

6-1- المدخل الإيكولوجي الاجتماعي: يهتم أنصار هذا المنظور بعملية التلاؤم بين الملامح الإنسانية والاستجابات البشرية وبين متطلبات الحياة الاجتماعية والبيئة الفيزيائية. لأن المنظور الاجتماعي يعتبر أن التكيف الاجتماعي عملية بالغة التعقيد، لأنها تشتمل على القدرات النفسية والأدائية للإنسان وتدريباته ومهاراته ودرجة التأييد الاجتماعي له، وحجم متطلبات البيئة الفيزيائية والاجتماعية وحجم التلاؤم بينه وبين هذه المتطلبات، كما يتضمن هذا المنظور التأكيد على الدور الحاكم للعوامل الاجتماعية في الصحة والمرض، وسعت عدة دراسات لرصد هذه العوامل منها دراسة "كاسل و تايرولر" للكشف عن التغير الاجتماعي السريع والصحة، كذلك حاولت دراسات أخرى الكشف عن مصادر الضغوط الاجتماعية وأثارها على الصحة والمرض، لأن الصحة والمرض يصعب فهمهما ما لم نضعهما في السياق الاجتماعي الأكبر¹. لأنهما مرتبطان بالضغوط التي تحدث وتتحدد في إطار السياق الاجتماعي الذي يحيا فيه الفرد، ولذلك فالأحداث والظروف البيئية يمكن أن تكون مصدرا للضغوط مثل الحروب والكوارث الطبيعية والفقر والتمييز والبطالة، وأحداث العنف والجريمة، ومشكلات الصحة النفسية مثل تعاطي المخدرات والانتحار، وجميعها تمثل مصادر أساسية للضغوط، واستجابة الأفراد لهذه الضغوط تختلف باختلاف ظروف المجتمع، وهذا يكون مرتبط بالظروف الاقتصادية والاجتماعية والظروف البيئية، أيضا التغيرات في الاعتقادات والاتجاهات أصبحت تؤثر بشكل كبير على مستوى الضغوط لدى الأفراد، فلقد اختلفت الكثير من القيم السامية والنبيلة وظهر عوضا عنها قيم النفعية والأنانية والكذب والغش والنفاق، أيضا ثقافة المجتمع أصبحت تركز على الفرد وعلى الحقوق الشخصية الفردية والألقاب بدلا من التركيز على الواجبات والمسؤوليات التي يتعين على الفرد القيام والالتزام بها اتجاه الآخرين في المجتمع.² وبالتالي فلا مغزى للطب ولا أهمية للعلاج إذا لم يضع في الحسبان العوامل الاجتماعية والنفسية بنفس الدرجة التي يراعي

¹ علي المكاوي، علم الاجتماع الطبي: مدخل نظري، مرجع سبق ذكره، ص. 621-623.

² ماجدة بهاء الدين السيد عبيد، مرجع سبق ذكره، ص. 136-137.

بها العوامل البيولوجية ومعظم الأنشطة الطبية، ولعل المنظور الاجتماعي أسهم بالفعل في تحويل وجهة النظر الطبية عن التفسيرات الفسيولوجية والبيولوجية وتوجيهها نحو الأسباب الاجتماعية... لأنه إذا كان المرض أمراً فردياً، والعناية بالصحة أمراً يعتمد على الأحكام الذاتية، فإن هناك ظروفاً معينة يؤدي فيها المرض إلى الأضرار بالمجتمع ككل، وبالتالي يظهر السلوك الجمعي الذي يطالب بمواجهة واتخاذ التدابير الوقائية ضده، لأن ارتفاع معدل المرض والعجز في المجتمع يعني نقص في الطاقات البشرية، وتهديد الإنتاج والأسرة وكل مكونات البناء الاجتماعي، وبالتالي يسود الاتجاه الجمعي الذي يطالب بمعالجة المرض والعجز والوقاية منهما.¹

6-2- النظرية البينشخصية: يشير "كارسون وآخرون" إلى أن الضغوط التي يعانيها الفرد تعزى إلى أنماط التفاعل المختلفة وظيفياً بين الأفراد، والفرد كائن اجتماعي لا يعيش بمعزل عن الآخرين، بل هو في تفاعل دائم ومستمر ويؤثر فيهم ويتأثر بهم، والضغوط كسلوك غير توافقي ينشأ عن العلاقات البينشخصية كما هو في الصراعات الزوجية والتوتر في العلاقات بين أفراد الأسرة ومع الآخرين. ولذا يمكن خفض الضغوط من خلال العلاج البينشخصي والذي يركز على تقليل المشاكل التي تحدث داخل هذه العلاقات البينشخصية ومساعدة الأفراد على تحقيق وبناء علاقات إيجابية وسوية مع بعضهم البعض.²

6-3- نظرية العوامل الاجتماعية: ترى بعض النظريات الاجتماعية أن علاقة الفرد مع بيئته قد تشعره بالاغتراب، وهذا يؤدي بدوره إلى الشعور بالخسارة، وهذه الأمور كلها تشكل جوانب من الضغط، وأن مشكلات الفرد في أغلبها تتبع من عوامل بيئية اجتماعية، وهكذا فإن البيئة الاجتماعية تؤثر مباشرة في الخبرة الشخصية، وينتج عن هذا التفاعل بين الفرد والبيئة مشكلات تكون سبباً في توليد الضغط.

¹ علي المكاوي، علم الاجتماع الطبي: مدخل نظري، مرجع سبق ذكره، ص-ص 623-625.

² ماجدة بهاء الدين السيد عبيد، مرجع سبق ذكره، ص 136.

وفي ذلك قام كل من "ليفى و كاجال 1971" بالعديد من التجارب على المرضى ،محاولين تقديم بعض النماذج الخاصة بالعوامل الاجتماعية والنفسية المصاحبة للضغوط الخاصة ببعض الأمراض ، ويتبلور الهدف الرئيسي من هذا النموذج في أن المثير النفسي الذي قد يتعرض له الفرد من قبيل التوتر والانفعال والكبت والقمع والكف، قد يؤدي إلى تنشئة الضغوط لديه ، ويمضي الباحثان في قولهما أن معظم ما نواجهه من أحداث في الحياة غالبا ما ينشأ عنها الإحساس بالضغط ومن ثم ظهور استجابات الضغط الفسيولوجية، تلك الأخيرة التي تفسح الطريق أمام الفرد للبحث عن المناشط والسلوكيات التي من شأنها الإقلال من حدة الشعور بالضغط (التعامل مع الضغط)، ومن الأمور الهامة في نموذج ليفى وكاجان أنهما يعتبران أن هناك تفاعلا واضحا بين المحددات البيئية كما تعكسها المتغيرات الاجتماعية ، والعوامل الوراثية لدى الفرد التي أطلق عليها مصطلح (البرنامج البيولوجي النفسي)، حيث يرى الباحثان أن لكل فرد ميلا معيناً للاستجابة لنمط ضغط معين حيث تتفاعل كل من المثيرات الاجتماعية النفسية مع المحددات البيولوجية للفرد والنتيجة النهائية لهذا التفاعل هي التي تحدد لنا في النهاية حدوث استجابة الضغط والتي تثير بدورها مقدمات المرض ثم الوقوع بالمرض نفسه.¹

تعقيب: من خلال هذه النظرية نجد أن "ليفى وكاجال" أدخلوا المثيرات الاجتماعية وربطوا بينهما وبين الجانب النفسي البيولوجي في إحداث استجابات الضغط التي تعد مثيرات لإحداث المرض، أي أنهما ينظران للضغط في صورة النواتج أو الاستجابات على النحو الذي تصوره سيلي في نظريته ،وما يميز هذا النظرية هو أنها في الواقع تعاني من تعقيد كبير، لكونها مجموعة تفاعلات بين تغذية راجعة وعمليات مسببة متفاعلة لم يحدد أثر كل منها على حده.

6-4- نموذج تراكم التغيرات الحياتية: اهتمت العديد من الدراسات بتحليل الارتباط الموجود بين الأحداث الضاغطة في حياة الفرد وظهور مرض ما، فالضغط في هذا المنظور يتضمن التغيرات الحياتية ومتطلبات تغيير دالة في وجود الفرد. ويمكن التحدث هنا عن التغيرات

¹ لولو صالح الرشيد، أساليب التعامل مع الضغوط النفسية لدى بعض ذوات الظروف الخاصة والعاديات وعلاقتها ببعض سمات الشخصية، رسالة ماجستير في العلوم الاجتماعية ، جامعة الملك سعود، 1420هـ، ص، 32.

الإيجابية أو السلبية كالزواج، والطلاق والفصل عن العمل ، ويظهر أن مثل هذه الأحداث تمثل ضغوطا قوية للفرد وفي هذا السياق، أظهر "Cohen" وآخرون وجود ارتباط بين تراكم الأحداث الضاغطة التي تتطلب تغيرات أسلوب حياة الفرد وبخلاف عن ما هو معتاد، خلال فترة زمنية موجزة والتي تسبق مباشرة بداية ظهور المرض وتطوره وتمتد هذه الفترة بين ستة أشهر إلى سنتين.

وفي هذا الصدد، أكدت البحوث التجريبية وجود ارتباط بين تغيرات الحياة حتى المتوقعة منها وتواتر المرض، كما قدمت دليلا بأن التغيرات الحياتية الإيجابية أو السلبية تؤدي إلى زيادة في الاستجابة الفسيولوجية، مع ذلك يبقى كيفية تأثير استجابات الأنظمة الفسيولوجية على القابلية العامة للإصابة بالمرض غير معروف بعد. يتضح من سرد هذا التناول أن تعرض الفرد لأحداث حياتية ضاغطة سواء كانت إيجابية أو سلبية وتراكمها وما تتطلبه من تغيرات في أسلوبه في الحياة، قد تشعره بالعجز وينعكس ذلك على مجهوداته التي تصبح غير كافية وأقل فعالية، مما يثير استجابة فسيولوجية تتضمن زيادة في مستوى النشاط الفسيولوجي لمختلف الأنظمة، مما ينجر عنه إنهاك للعضوية تاركة آثارها على شكل انخفاض قدرتها على المقاومة، وهذا ما يؤدي إلى زيادة قابليتها للإصابة بالمرض. وعليه، يظهر أن تراكم التغيرات الحياتية وتجاوزها لقدرة الفرد على التعامل معها وتسويتها قد يؤثر ذلك على صحته وتعرضه للمرض¹.

6-5- الاتجاه المادي لماركس:

يعتبر الجانب المادي الاقتصادي من الجوانب الأساسية في تفسير الظواهر الاجتماعية والسلوك الإنساني، لذا نجد الماركسية الكلاسيكية تربط بشكل مباشر بين الظروف الاقتصادية التي يعيشها الفرد وبين حالته المعنوية والاعتبارية ومقدار الاحترام والتقدير الذي يحصل عليه في المجتمع. والواقع المادي الاقتصادي عند كارل ماركس هو تلك الظروف والمعطيات الاجتماعية والاقتصادية للفرد، أي أراد ماركس أن يربط بين العوامل الاقتصادية التي تعتبر

¹ Giovannini, D; Riccibitti, PE; Sarchielle, G et Speltini, G, **Psychologie et Santé** ,Pierre Mardaga, édition,1986,pp.101-104

جوهرية بالنسبة إليه في تحديد العلاقات الاجتماعية والتأثير على العوامل المعنوية والنفسية التي هي نتيجة لهذا العامل المادي.¹

تعقيب: من خلال هذا التحليل نستخلص أن ماركس أراد أن يشير ولو بطريقة غير مباشرة إلى الضغوطات التي يسببها العامل الاقتصادي وانعكاساته السلبية على الجانب النفسي والاجتماعي للأفراد، فتركيزه في تحليلاته على الجانب الاقتصادي كوحدة تحليل وكعامل من عوامل الحرمان والاستغلال الاجتماعي كونه يعتبر كبعد اجتماعي قوي له تأثير على كيان الفرد والمجتمع، وبهذا نستطيع اعتباره من عوامل الضغط المؤثرة على استقرار وتوازن الحياة الاجتماعية والصحية للأفراد.

ونشير أن التحليل الماركسي للصراع الطبقي الذي كان نتيجة التضارب والتناقض بين مصالح الطبقات الاجتماعية والتي تقررها طبيعة العلاقات الإنتاجية تولد عنه الاغتراب كحالة نفسية واجتماعية يحس بها العامل لفقده للملكية الاقتصادية مما يعرضه للتوتر والقلق، وحتى وإن لم يشر ماركس إلى مفهوم الضغوط لكن هذا الحرمان والظروف الاجتماعية السلبية تصبح من عوامل الضغط القوية المؤثرة على الأفراد، لذا فهذا يجربنا للحديث على النتائج المرضية التي تحدثها هذه الظروف الاقتصادية السيئة لأن هذه الأخيرة لها دور فعال في إحداث الكثير من الأمراض كونها تشكل عامل ضغط قوي وتصبح عائق كبير أمام تحقيق العناية الصحية وكذا تجنب التعرض للمرض، لأن الحالة الاقتصادية تتحكم في الوضع الاجتماعي للفرد وتحدد القدرة الشرائية والمستوى المعيشي له وهذا ما أثبتته الدراسات الحديثة كذلك، بأن الحرمان الاقتصادي له دور كبير في الإصابة بالأمراض ومنها الأمراض المزمنة المنتشرة حالياً في كل المجتمعات وأنه من عوامل الضغط المؤثرة على الفرد.

6-6- نظرية التحليل الاستراتيجي لميشيل كروزيه:

يعتبر "ميشيل كروزيه" مؤسس "التحليل الاستراتيجي" الذي يشير إلى مقارنة سوسيولوجية نوعية وإلى منهج يحلل المنظمات، ويعتبر كتاب "الفاعل والمنظومة" الذي شاركه بكتابته

¹ نذير زربي، الوجيز في علم الاجتماع: نظريات اجتماعية، منشورات ليجوند، ب ب ن، 2013، ص. 131-133.

"ارهارد فريديبرغ" الكتاب المؤسس للتحليل الاستراتيجي، هذا الأخير الذي يدرس من خلاله علاقات السلطة وتأثيرات استراتيجيات الفاعلين في المنظمة.¹

وقام على تحديد ثلاثة منطلقات أساسية للتحليل الاستراتيجي:

- الإنسان لا يقبل أبدا أن يعامل كوسيلة وأداة في خدمة المنظمة، حيث نجد كل إنسان له أهدافه ورغباته الخاصة التي يمكن أن تكون نفسها رغبة المؤسسة أو العكس.
- وجود الحرية النسبية للفاعلين داخل المؤسسة إذ نجد في كل منظمة الفاعل يمتلك مساحات للفعل وهذا المنطلق هو قلب التحليل الاستراتيجي.
- في خضم هذه التفاعلات الإستراتيجية هي العقلانية ولكنها تكون محدودة لأن الفاعل يتنبأ بإستراتيجية الآخرين والمحيط الدائر بهم.
- وعليه لا أحد من الفاعلين يمتلك خيار مطلق، فهناك دائما خيارات عديدة يسعى الفاعل لاختيار الأقل ضررا.

وانطلاقا من هذه المنطلقات تتجم مجموعة من الضغوطات الاجتماعية:

- ضغط منبعه محيط العمل، كالألات، الحرارة، التوقيت، منهجية العمل، فكما تخلصنا من العمل اليدوي كلما يزداد التحكم بواسطة القوانين.
- ضغط منبعه الانتماءات المختلفة للأفراد، كالإديولوجية، الاقتصادية، الثقافية، الاجتماعية.

- ضغط منبعه من تجربة التفاعلات داخل المنظمة.²

تعقيب: من خلال هذه التحليلات لميشيل كروزيه أراد أن يعطي بعدا مهما للضغوطات المهنية التي يتعرض لها الفاعلون الاجتماعيون داخل المنظمة والتي ترتبط بالظروف المادية والتنظيمية والعلاقات المهنية بالإضافة للانتماءات المختلفة للأفراد.

¹ فيليب كابان، جان فرانسوا دورتييه، علم الاجتماع: من النظريات الكبرى إلى الشؤون اليومية أعلام وتواريخ وتيارات، ترجمة: إياس حسن، دار الفرقد للطباعة والنشر والتوزيع، دمشق، 2010، ص. 237-238.

² سليم عايب، هندسة تسيير الإطار بالموسسة الصناعية: دراسة ميدانية بالموسسة الوطنية للصناعات الكهرومنزلية ENIEM، رسالة دكتوراه في علم الاجتماع: تنظيم وعمل، جامعة يوسف بن خدة الجزائر، 2006/2007، ص. 109-110.

خلاصة:

في الأخير نستخلص مما سبق ذكره حول الضغوط الاجتماعية التي يتعرض لها الإنسان، أنه سببها تطور العصر الذي خلق تغيرات على الحياة البشرية ، فأصبحت أكثر تعقيدا مما سبق ، كما أن متطلبات الأفراد اليوم اختلفت عن متطلبات آبائهم الأولين ، فالفرد اليوم دائم الانشغال والبحث لتلبية حاجاته ، وهذا من طبيعة الوجود الإنساني، إلا أن تحقيق هذه الغايات ليس بالأمر السهل، فقد يواجه الفرد متغيرات تحول دون تحقيقه لهذه الأهداف ويرجع ذلك إلى ضغوط الحياة اليومية سواء أكانت أسرية أو مهنية أو اقتصادية أو إسكانية ... وغير ذلك ، وكلها متكاملة تسبب مشاكل وأزمات يعود أثرها على الفرد في حد ذاته، وعلى الجماعة المحيطة به.

فالضغط حالة مصاحبة للفرد في كل أحواله اليومية سواء تميز بالشدة أو بدرجة منخفضة، وقد يؤثر هذا الضغط على الصحة الجسمية والحالة النفسية والانفعالية وبالتالي على إمكانية تفاعل الفرد مع الآخرين ، على الرغم من أن قدرا من الضغوط أمرا لا بد منه للاستمرار في الحياة غير أنه يشكل عاملا رئيسيا وراء ظهور الاضطرابات الفسيولوجية، أي أن الشعور بحالة من الانضغاط ينتج حالة من عدم الاتزان النفسي والفسيولوجي، وتخرج الفرد من انتظامه العادي، فيعيب قواه العقلية وصفاته المزاجية ويتخذ طاقته الجسمية والروحية لبيذل مجهودات تكيفيه، ليستعيد حالته التي كان عليها، وقد تتجح هذه المجهودات للتغلب على مصادر الضغط وقد يفشل ويظل الفرد تحت حالة الانضغاط فترة من الزمن.

الفصل الثالث

العوامل الوراثية

تمهيد
أولاً : المضامين العلمية لمفهوم العوامل الوراثية وأوعيتها
1. تعريف الخلية وأهم خصائصها
2. تحليل الكروموزومات لدى الإنسان
ثانياً : التأثيرات الوراثية على صحة الفرد
ثالثاً : الخريطة الجينية البشرية وعلاقتها بالأمراض
1. تعريف الخريطة الجينية البشرية (الجينوم البشري)
2. أهداف مشروع الخريطة الجينية البشرية
3. المخاطر المترتبة على الجينوم البشري
4. الحكم الشرعي في تطبيق الجينوم البشري
رابعاً : نظرة الشريعة للأمراض الوراثية
1. تعريف الأمراض الوراثية
2. تصنيف أو تقسيم الأمراض الوراثية
3. الأمراض الوراثية من منظور الأحاديث النبوية
4. الحكم الشرعي في الكشف عن الأمراض الوراثية
خامساً : العلاقة بين الايكولوجيا الاجتماعية والوراثة والمرض
خلاصة الفصل

تمهيد:

يتناول هذا الفصل تأطيرا معرفيا حول الوراثة التي تعتبر إحدى الخصائص الكونية التي أودعها الله عز وجل في مخلوقاته مصداقا لقوله تعالى ﴿ذَلِكُمُ اللَّهُ رَبُّكُمْ خَالِقُ كُلِّ شَيْءٍ لَا إِلَهَ إِلَّا هُوَ فَإِنِّي تُؤْفِكُونَ﴾¹. وقوله تعالى ﴿سَنُرِيهِمْ آيَاتِنَا فِي الْآفَاقِ وَفِي أَنْفُسِهِمْ حَتَّىٰ يَتَبَيَّنَ لَهُمْ أَنَّهُ الْحَقُّ﴾²، وقد ربط بهذا العلم أسراراً يتم اكتشافها تدريجياً وفقاً للحقائق العلمية التي تفرزها العلوم البيولوجية ضمن بحوثها العلمية المستمرة حول المادة الوراثية.

وموضوع علم الوراثة هو قديم جداً لم يغفله القدامى من الأطباء والفقهاء وغيرهم من العلماء وهذا ما نجده من خلال كتاباتهم وأبحاثهم التي تبرز جهودهم حتى ولو كانت تمتاز بالسطحية والعمومية. لكن ما توصل إليه اليوم هذا العلم أضفى عليه نوع من التميز والأهمية والإثارة والتشويق في آن واحد كونه أصبح علماً يهتم بالعالم الحي بصفة عامة و يغوص في حياة الإنسان بصفة خاصة، وهذا لما أثمره من فوائد جمة مست صحت الإنسان بالدرجة الأولى لتحمية من الأمراض التي تكاد تفتك أرواح البشر في كل لحظة، وهذا بعد الاكتشافات الأخيرة لتركيبة وعمل المادة الوراثية وكيفية تعديلها وإعادة تنظيمها بما يخدم الكائن البشري.

لذا سنتطرق في هذا الفصل إلى العوامل الوراثية من حيث التعريف والأهمية والعلاقة التي تربطها بالأمراض الوراثية المزمنة، مع التطرق للحكم الشرعي لمعالجة هذه الأمراض، كون تطور الدراسات حول المادة الوراثية أثبت دورها الفعال في حماية الكائن البشري وتدميره من جهة أخرى مع إمكانية إعادة علاجها من جهة أخرى، وكذلك توضيح العلاقة بين الایکولوجیا الاجتماعية والعوامل الوراثية والمرض.

¹ سورة غافر، الآية 62.² سورة فصلت، الآية 53.

أولاً-المضامين العلمية لمفهوم العوامل الوراثية وأوعيتها:

إن الحديث عن العوامل الوراثية يجرنا إلى الحديث أولاً ولو بشكل مختصر عن من له الفضل في كينونة ولادة علم الوراثة وهو "غريغوري مندل Gregor Mendel"*. والواقع أن حقائق الوراثة هي قديمة قدم الإنسانية نفسها، فمنذ أقدم العصور لاحظ الإنسان أن الأبناء يشبهون آبائهم وأجدادهم وبعض أقاربهم، ولكن العوامل والقوانين التي تتحكم في وراثة الصفات كانت غير مفهومة، وهذا ما كون له الفضول لمعرفة كيفية انتقال الصفات الوراثية. أي أن "مندل" لم يكن الوحيد الذي انهمك في دراسة الوراثة، فقد سبقه كثيرون وعاصروه أكثر، لكن دراساتهم لم تفرز وضوحاً حول هذه المسألة، ويعلل نجاح مندل في تجاربه فيما فشل الآخرون لكونه امتلاك صفتين جوهريتين ضروريتين للعالم المتمكن وهما:

-القدرة على إعطاء الطبيعة السؤال الضروري، والتمكن من انتزاع الجواب الصحيح.

-امتلاكه للخبرة في علم الرياضيات جعلته مقتدراً على تمييز اتجاهات خاصة في

المعطيات التي حصل عليها.¹

ومن أهم النتائج التي استخلصها "مندل" من تجاربه هي:

-يتحكم عاملان في كل صفة وراثية، أحدهما سائد والآخر متنح.

-يمكن للنبات وراثته عاملين سائدين أو متنحيين أو عامل سائد وآخر متنح.

-توزيع العوامل السائدة أو المتنحية يخضع للصدفة فقط.

-تظهر العوامل السائدة فقط في الجيل الأول مما يجعل النبات شبيهاً بأحد الأبوين.

* ولد الأب الحقيقي لعلم الوراثة في 22 تموز من عام 1822م في قرية هيزندروف Heizendorf، الواقع حالياً في تشيكوسلوفاكيا، وتوفي سنة 1884م، والذي قام بإجراء تجاربه الوراثية بين سنتي (1854 - 1864م) في حديق الدير حول نبات البزلاء، الذي اختاره لكونه نباتاً حولياً يمكن تنميطه وتضريبه بسهولة وسرعة مع وضوح صفاته، فضلاً عن حملته أزهاراً كاملة تحوي أعضاء التأنيث وأعضاء التذكير، كما قام بإجراء «تضريبات خلفية Back Crosses» بين أفراد الجيل الأول والجيل الأبوي، كما درس تأثير عوامل البيئة كالترية والحرارة والضوء على تجاربه، ثم قرر إجراء تجارب لمعرفة إمكانية توارث صفتين بدلاً من صفة واحدة. أي أن إجراؤه للعديد من التجارب أدى إلى اكتشافه للقوانين الأساسية للوراثة والتي كانت سبباً أساسياً لولادة هذا العلم.

¹ عبد الله صادق الكويتي، نظرات في علم الوراثة، الموسوعة الصغيرة (52)، دار الحرية للطباعة، بغداد، 1979، ص.8.

-تظهر العوامل السائدة والعوامل المتنحية بنسبة 3:1 في الجيل الثاني لصالح العوامل

السائدة، وتكون نسبة النباتات النقية إلى النباتات الهجينة السائدة 1:2.¹

وبعد استخلاص هذه النتائج وضع مندل نظرياته في الوراثة ، التي يمكن تلخيصها فيما

يأتي:

-يتحكم بكل صفة وراثية زوجان من العوامل.

-ينتقل كل عامل من جيل الآباء إلى جيل الأبناء كوحدة مستقلة غير متغيرة.

-يحتوي كل كميته (ذكري أو أنثوي) عاملاً مفرداً واحداً (سائداً أو متنحياً)، وعند اتحاد

كميتين لتكوين بيضة مخصبة، فإن كل عامل يتحد مع العامل المماثل له الحامل

للصفة نفسها، فيصبح عاملاً في البيضة المخصبة.

-كل خلية جسمية تحتوي زوجين من العوامل.

ونشير أن "مندل" عند اكتشافه "العوامل الوراثية الناقلة للصفات" لم تكن له أية فكرة عن

ماهية هذه العوامل أو كيفية وراثتها، وإن اعتقد بوجود انتقالها بصورة ما من خلايا الوالدين إلى

خلايا الأبناء، ولهذا نص على أن لهذه العوامل صفات معينة أهمها:

-احتواؤها على معلومات حياتية يحافظ عليها بصورة مستمرة.

-تنتقل عند إنتاجها بصورة أمينية من جيل إلى آخر.

-تكون قادرة على إظهار ذاتها "التعبير الجيني" بحيث يكون الطراز المظهري للجيل

البنوي مشابهاً للطراز المظهري للجيل الأبوي.

-يكون للعامل الوراثي قدرة "التغاير" variation².

1 تعريف الخلية وأهم خصائصها:

1-1- تعريف الخلية: الخلية وجود حي لا تتركه الحواس المجردة وكما أن الذرة هي أصغر

وحدة في المادة الجامدة، فذلك الخلية هي أصغر وحدة في جسم الكائن الحي، وهي تمثل

¹ مكرم ضياء شكار، علم الوراثة، ط5، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الأردن، 2012م، ص.21.

² نفس المرجع، ص.99.

حجر الأساس في بنيانه العام، ومن مجموعة الخلايا التي تقوم بعمل واحد يتكون النسيج، ومن مجموعة الأنسجة التي تتضافر لتؤدي مهمة محددة يتكون العضو، ومن مجموعة الأعضاء التي تعمل في إطار واحد يتكون الجهاز، ومن مجموعة الأجهزة يتشكل الكائن الحي بإعجازه وتفرده وبناؤه الفذ المدهش المحير.¹

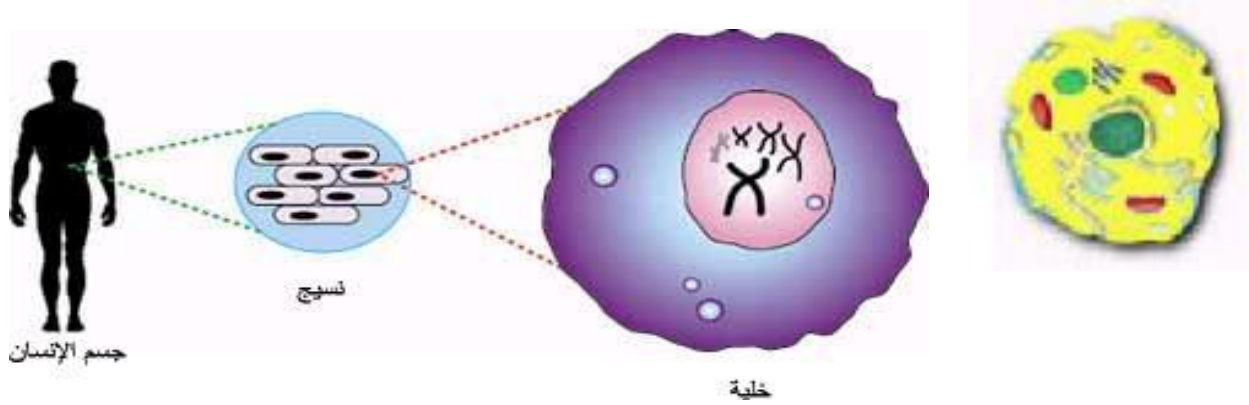
وفى سياق تطور البحث العلمي تمكن "بيشات Bichat 1771-1802 م" من خلال دراسته الدقيقة على الأعضاء من أن يميز بين الأنسجة المختلفة، من عصبية وعضلية وليفية وجلدية... وغير ذلك، ثم جاءت بعد ذلك دراسات أخرى، قام بها في نفس السياق علماء آخرون واستعملوا فيها الميكروسكوب اللوني Ochromatie الذي اخترعه إميكى Amici سنة 1822 م، واستطاعوا بواسطته معرفة التركيب الدقيق للأنسجة، حيث ثبت أنها تتركب من وحدات صغيرة جدا هي الخلايا، وكان أول من أعلن عن ذلك من علماء الأحياء كل من "شوان وشيلدن" سنة 1839 م، فيما عرق آنذاك بنظرية الخلايا، ومفادها أن كل نسيج حي يتكون من وحدات صغيرة مرتبة بنظام معين، واصطلح على تسميتها بالخلايا.

وحجم الخلية من الصغر بحيث لا يرى بالعين المجردة، ووزنها لا يتعدى الجزء من المليار من الجرام، وقطرها حوالي سبعة ميكرونات والميكرون جزء من ألف من المليمتر، والخلية تحفظ باستقلالية معينة، وإن كانت محددة إلا أنها تظل قادرة على التمتع بنوع من التفرد والاستقلال، وهذا التفرد يعتمد على التأثير المتبادل بين نواة الخلية والبلازما حيث تبنى الخلية بهما معا وحدة غذائية مستقلة، ومن ثم فالخلية أكثر من كائن حي بدائي، ودليل ذلك قدرتها على الانتشار والتكاثر، كما هو الحال في زرع الأنسجة واستنبات النطاف.²

¹ محمود عبد الرحيم مهران، الوراثة مفهومها وهندستها بين الطرح التقني والحكم الشرعي، بحوث وتوصيات الندوة العلمية حول الوراثة والهندسة الوراثية والجينوم البشري من منظور إسلامي والتي عقدها مجمع الفقه الإسلامي الدولي بالتعاون مع المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية بالكويت، طبع بجامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، الرياض، 25/23 فبراير 2013، ص.28.

² نفس المرجع، ص.28.

الشكل رقم 02: يوضح الخلية كوحدة بنائية أساسية مكونة لجسم الإنسان¹



1-2- مكونات الخلية:

أ- الغشاء الخلوي: وهو يمثل جدار الخلية المحيط بها من الخارج، ويقوم بعدة وظائف حيوية، وسمكه لا يزيد عن 75 أنجستروم، ويتكون من طبقتين دهنيتين مغلفتين بطبقتين من جزيئات البروتين، أما الدهون فنظرًا لعدم قابليتها للامتزاج بالماء فإنها تضمن الفصل بين الخلايا المتجاورة في النسيج الواحد، وتمنع تداخلها في بعضها البعض، وأما الجزيئات البروتينية فإنها تتشكل بطريقة معينة تحفظ لكل خلية بصمة خاصة، تجعلها مختلفة عن خلايا أي جسم آخر، وذلك من خلال وجود مستقبلات بروتينية للتعرف على الهوية، تجعل الجسم يحافظ على كيانه، و يتعرف على ما دونه من أجسام أجنبية غازية، مثل الجراثيم أو الطعوم أو الأعضاء المنقولة من شخص لآخر، كما توجد مستقبلات بروتينية أخرى وظيفتها السماح بمرور العناصر الغذائية إلى داخل الخلية بالقدر المطلوب لتنفيذ العمليات الحيوية، وكذلك تخلص الخلية من الفضلات أو أي مواد زائدة عن حاجتها.²

ب- البروتوبلازم (هيولى الخلية): فى سنة 1846م أطلق (هوجو فون موهل) على مادة الحياة الأولية التي تتكون منها الخلايا اسم البروتوبلازم، ويقصد به المادة أو المحتوى الأولي الذي يشغل فراغ ما بين جدار الخلية ونواتها، ويلاحظ أن هذا الاسم يتكون من مقطعين: الأول

¹ موقع الوراثة الطبية: <http://www.werathah.com/learning/research> / 12/01/2017، سا 10:00، الصفحة التعليمية.

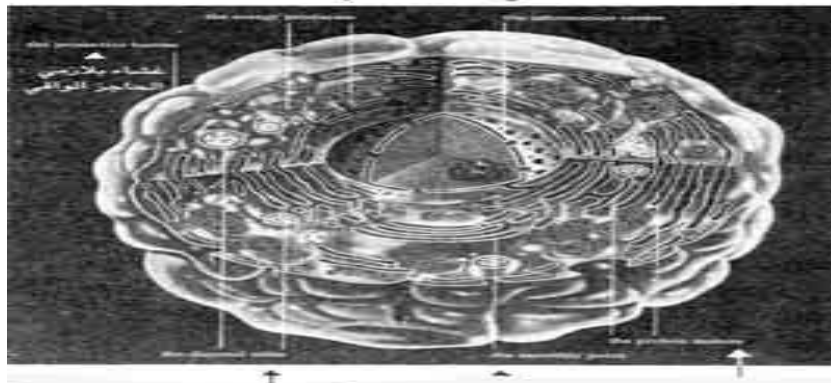
² محمود عبد الرحيم مهران، مرجع سبق ذكره، ص. 29.

بروتو ويعنى الأولى أو الأصلي، والثاني بلازم ويعنى الهولى أو الهلام، وهو القوام الوسط ما بين السيولة والصلابة مع الشفافية ،ويتكون البروتوبلازم من سيتوبلازم وأكتوبلازم والعديد من العناصر الكيميائية أبرزها الماء وعناصره، وتسبح في السيتوبلازم مكونات عضوية وحيوية، مثل الميتوكوندريا والبلاستيدات وغيرها، ومن هذه المكونات ما هو مسؤول عن توليد الطاقة، ومنها ما هو مسؤول عن إنتاج البروتينات والإنزيمات، ومنها ما يحتوى على جزئيات من الحمض النووي DNA المسؤول عن نقل الصفات الوراثية.¹

ج-النواة: مركز إدارة أعمال الخلية فهي تسيطر على كل الفعاليات الحيوية وتحتوي على النسخة الأصلية للمعلومات الحيوية المتوارثة من الآباء والأجداد والتي تحدد طبيعة الخلية ووظيفتها .وهي تحتوي على خيوط دقيقة تعرف بالكروموسومات ،وتتركب بالأساس من المادة الوراثية المسماة بالحامض النووي الديوكسي رايبوزي ، ويضم هذا المركب الكيميائي بين طياته كل المعلومات اللازمة لتكوين خلايا الكائن الحي وتحديد عملها سواء أكان بشرا أم حيوانا أم نباتا أم جرثومة.²

الشكل رقم 03: يوضح خلية حيوانية نموذجية³

نواة :مركز المعلومات ميتوكوندريات :مصانع الطاقة



شبكة اندوبلازمية معقد جولجي: أجسام حالة (الايكسوسومات):
ورايبوزومات :مركز صناعة البروتين مركز التجميع وحدات التنظيف

¹ محمود عبد الرحيم مهران، مرجع سبق ذكره، ص. 29-30 .

² مصطفى ناصف ، محمد الربيعي، الوراثة والإنسان: أساسيات الوراثة البشرية والطبية ،عالم المعرفة، الكويت ، 1986م، ص.14.

³ نفس المرجع ،ص.15.

2 تحليل الكروموزومات لدى الإنسان:

2-1-تعريف الكروموزومات: تعرف الكروموزومات بأنها أجسام خيطية توجد في نواة الخلية الحسية تحمل الجينات، وشكل الكروموزومات يبدو على هيئة بقع كروماتينية في الطور البيني ، ولها ثلاثة أشكال مألوفة وهي:

-كروموزومات وسطية الجزء المركزي : وهي التي تعرف بالكروموزومات متساوية الذراعين، وذلك لوقوع الجزء المركزي في وسط الكروموزوم الذي يشبه شكل حرف V.

-كروموزومات علوية الجزء المركزي : التي تعرف بالكروموزومات غير متساوية الذراعين، أي أن أحد الذراعين أطول من الآخر، و أنه بعد الطور الانفصالي تأخذ شكلا يشبه حرف (J).

-كروموزومات طرفية الجزء وتكون قضيبية الشكل تقريبا، ولا توجد كروموزومات بشرية من هذا النوع. ويختلف حجم الكروموزومات باختلاف العوامل والظروف التي تتأثر بها، حيث يتراوح طولها ما بين أربعة وستة مايكروونات عند الإنسان، وأطولها يبلغ عشرة مايكروونات تقريبا ويصل قطرها إلى نحو (0.6) مايكرون.¹

ويبلغ عدد الكروموزومات في كل خلية من خلايا الجسم الإنساني (أكثر من مائة تريليون خلية) هو 46 كروموسوما على هيئة أزواج وهي 22 كروموسوما جسديا وكروموسوم جنسي واحد.

فالذكر لديه 22 زوجا جسديا + XY زوج من الكروموسومات الجنسية

والأنثى لديها 22 زوجا جسديا + XX زوج من الكروموسومات الجنسية

أما الحيوان المنوي فله نصف العدد وهو 22 كروموسوما جسديا + كروموسوم X أو Y، وأما البويضة فلهيها 22 كروموسوما جسديا + كروموسوم X، فإذا تم التلقيح عاد العدد الزوجي للكروموسومات الجسدية وأما الجنسية فتكون XX في الانثى و XY في الذكر كما.

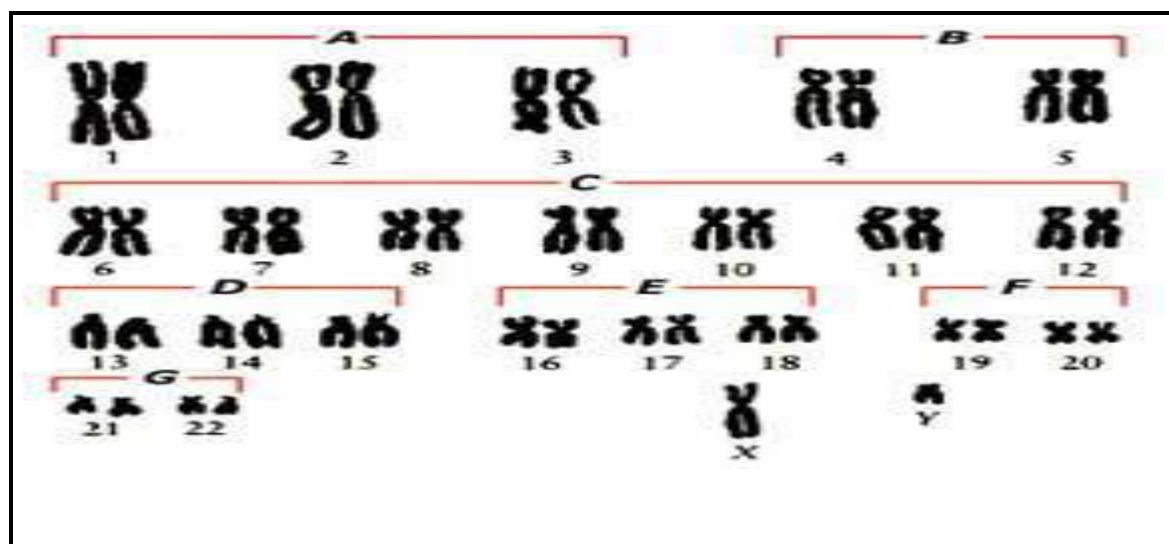
¹ درقاوي ليندة، تأثير الوراثة والمحيط على بعض الخصائص النفسية، رسالة دكتوراه في علم النفس الاجتماعي، جامعة الجزائر 2، 2013/ 2014م، ص.37.

وكل كروموسوم من هذه الكروموسومات (الصبغيات) آية من الآيات الباهرات ويتكون كل كروموسوم من سلاسل حلزونية ملتفة حول نفسها على هيئة سلاسل وهما سلسلتان متقابلتان وترتبط كل سلسلة بمثلتها عبر روابط هيدروجينية لتكون أزواجاً مرتبة بين القواعد النتروجينية.¹

جدول رقم 01: يوضح تقسيم الكروموسومات الجسدية في الإنسان في سبعة مجموعات²

المجموعة	الكروموسومات الجسدية	العدد	الحجم	موقع السنترومير
A	3-1	3	كبيرة	وسطي (1، 3، 16، 19، 20) العدد=5
B	5-4	2	كبيرة	شبه وسطي (2، 4-12، 17، 18) العدد=12
C	12-6	7	متوسطة	شبه طرفي (13-15، 21، 22) العدد=5
D	15-13	3	متوسطة	الكروموسومات الجنسية
E	18-16	3	صغيرة	الكروموسوم
F	20-19	2	صغيرة	متوسط
G	22-21	2	صغيرة	صغير

الشكل رقم 4: يوضح شكل الكروموسومات الجسدية في جسم الإنسان³



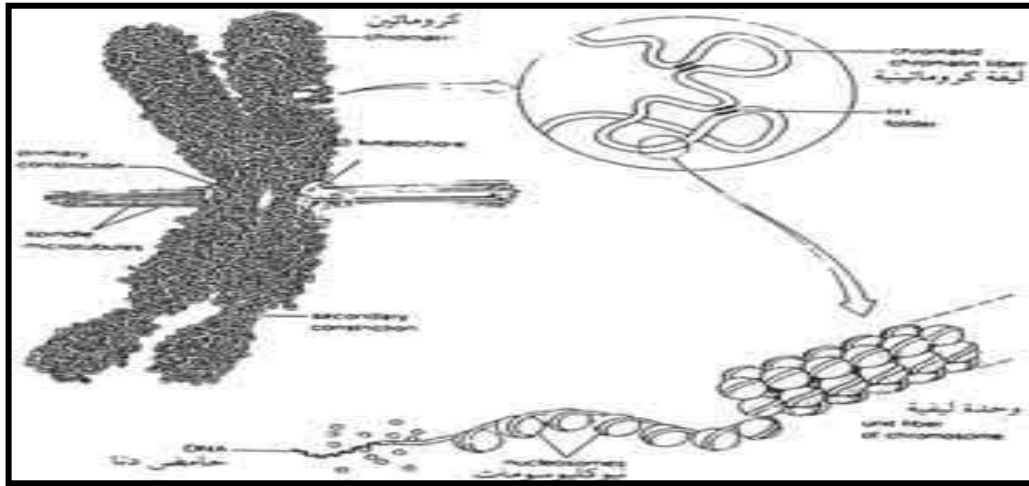
¹ محمد علي البار، الوراثة مفهومها: الكشف الجيني قبل وأثناء الحمل، بحوث وتوصيات الندوة العلمية حول الوراثة والهندسة الوراثية والجينوم البشري من منظور إسلامي، مرجع سبق ذكره، ص. 216.

² مخلص بن حامد المطيري، عملي الوراثة في الإنسان (452 جين)، جامعة الملك سعود، كلية العلوم، قسم علم الحيوان، ب س، ص. 3.

³ نفس المرجع، ص. 3.

يتتركب كل كروموسوم من جزيء واحد طويل من الحامض النووي، وتتركب هذه الجزيئات بدورها من أربع وحدات أصغر، تتكرر بصورة كبيرة ويترتب على هذا التكرار تكوين مجاميع مختلفة في تسلسل ونوع وعدد الوحدات الصغيرة، وتدعى مجموعة الوحدات الصغيرة هذه بالجينات التي لا يمكن مشاهدتها حتى بأقوى المجاهر الحديثة، وهي تعتبر الوحدات الأساسية المحددة للصفات الوراثية.¹

الشكل رقم 5: يوضح أنه بداخل الكروموسوم يحزم جزيء الحامض النووي الديوكسي رايبوزي (دنا) * بصورة محكمة، فيشغل حيزاً أقل بعشرة آلاف مرة من طوله المنبسط (المنحل).²



ونشير أن الكروموزومات ذات تأثير قوي على شخصية الإنسان في عدة جوانب لما لها من أدوار عديدة، ومن الدلائل على التأثير الوراثي الملاحظات التي تمت وهي 158 ملاحظة للتوائم المتعلقة بالمنغولية، ففي 158 زوجاً من التوائم و جُدت 128 حالة من التوائم الأخوية يوجد منغولي و احد فقط في كل زوج، أما 30 حالة والتي تمثلت في التوائم الحقيقية فالفردان

¹ مصطفى ناصف، محمد الربيعي، مرجع سبق ذكره، ص. 14.

* في عام 1953 قام الباحثان "فرانيس كريك و جيمس واتسون" باكتشاف لغز تكوين الحامض النووي "ديوكس ريبونوكليك" أو ما يطلق عليه "DNA" الذي يحتوي على الصفات الوراثية والجينات، وكان هذا الاكتشاف بداية عصر جديد لعلم البيولوجيا الجزيئية.

² نفس المرجع، ص. 16.

منغوليان في كل زوج من أزواج التوائم المتطابقة أي ثلاثين حالة، مما يدلنا على التأثير الميكانيزمي للجينات والكروموزومات.¹

2-2- تركيب الجينات في جسم الإنسان:

حاول العلماء على مدى الخمسين عاما الماضية تتبع شجرة العائلة البشرية لكي يصلوا علميا إلى أصل البشر، وكانت البدايات من خلال تتبع الصفات الوراثية المختلفة مثل لون العينين أو فصائل الدم ، ومع تقدم العلم والتكنولوجيا بدأ العلماء يعملون على مستوى الجينات الوراثية التي تنتج هذه الصفات التي كانوا يقتفون آلتوها بدلا من اقتفاء أثر الصفة.² أي أنه مع تقدم العلم وتطور الأفكار والمصطلحات في مجال علم الوراثة ساهم في بروز كلمة جين Gene محل كلمة العامل الوراثي * ، وذلك باعتبار ما تم اكتشافه من أن الجين هو المسؤول عن حمل ونقل الصفات المتوارثة من جيل إلى آخر.³

تعريف الجين: إن كلمة جين مصدرها الكلمة الإغريقية Genos ، التي تعني الأصل أو العرق أو السلالة.⁴

ويستخدم مصطلح الجين لوصف الوحدات القاعدية للوراثة، حيث تتحكم هذه الوحدات في الصفات الوراثية المختلفة، من طول الجسم أو قصره أو شكله أو لونه، بل ونبرة الصوت ولون العين وحدة الشم وغير ذلك من السمات المميزة أو المرضية المنقولة من الآباء إلى الأبناء ، ويعمل على إبراز كل صفة من هذه الصفات جين معين أو أكثر بالرغم من أن الجينات

¹ درقاوي ليندة، مرجع سبق ذكره، ص. 38.

² عبد الهادي مصباح ، علم الوراثة يؤكد: آدم وحواء من الجنة الى أفريقيا، الدار المصرية اللبنانية، القاهرة ، 1997م، ص. 87.

* يرجع أصل مصطلح العوامل الوراثية الى العالم البريطاني "ويليام بايتسون" سنة 1914م قائلا "أن العوامل الوراثية هي أشياء محددة حاضرة أو غائبة عن أي خلية جنسية"، كما سماها "غريغور مندل " قبله" بالوحدات الانتاشية"، ليصل فيما بعد عالم النبات الدنماركي "ويلهلم جوهانسن" ليمنحها اسم "الجينات" الا أنه لم يشأ أن يعين أي أساس مادي لها. (المصدر: أنظر بامبلا ديكنسون، علم الوراثة: ماهي هندسة الوراثة، الاستنساخ، والتعديلات الجينية؟، ترجمة مركز التعريب والبرمجة ، الدار العربية للعلوم، بيروت، 2005م، ص. 39).

³ محمود عبد الرحيم مهران، مرجع سبق ذكره، ص. 26.

⁴ سارة قاسم ، المعجم المصور في الهندسة الوراثية، دار المعرفة، دمشق، 1992م، ص. 113.

المسئولة عن جميع الصفات موجودة بكل خلية من خلايا الجسم، ولكن لا ينشط منها إلا النمط به إبراز الصفة ويحمل الباقي.¹

وتم تعريف الجين في بداية اكتشافه على أنه "قطعة من الكروموسوم مسؤولة عن وراثة صفة ظاهرية معينة" وتحول التعريف بعد اكتشاف سيطرة الجينات على الإنزيمات إلى "الجين جزء من كروموسوم يحمل شفرة معينة تساعد على تكوين إنزيم معين أي جين واحد لكل إنزيم"، ولكن بعد اكتشاف قدرة الجين على تكوين أكثر من سلسلة ببتيدية في حالة تشابه تلك السلاسل، فأصبح يعرف الجين بأنه "جزء من كروموسوم يحمل "شفرة معينة" تساعد على تكوين سلسلة ببتيدية معينة أو أكثر" ولكن بعد اكتشاف قدرة الجينات على صنع الحامض النووي الريبوزي، أصبح تعريف الجين النهائي كما يلي وهو أن "الجين جزء من كروموسوم، يكون مسؤولاً عن تكوين "شفرة معينة" لصنع سلسلة ببتيدية أو أكثر أو لتكوين جزيئة (ر ن أ)".²

ب- تركيب الجين: كان يعتقد-فيما قبل-أن كل جين يمثل بجزء محدد من جزيئات الحمض النووي DNA، إلا أنه ثبت مؤخراً أن هذا غير صحيح إلا في الفيروسات والجراثيم وحيدة الخلية، أما الكائنات عديدة الخلايا كالنبات والحيوان والإنسان فإن الجين كوحدة عاملة قد يتوزع على نقاط عديدة وكثيرة جداً في كروموزوم واحد أو كروموزومات متفرقة، لذا يعد الجين حالياً -في هذه الكائنات- هو الوحدة الوظيفية في المادة الوراثية، ويقدر عدد الجينات الموجودة في كل خلية ما بين ألف إلى 2.5 مليون جين.³

ويتكون الجين الواحد من شريط مزدوج من الحامض النووي DNA وهو موجود في جزء من الكروموسوم، وهذا الجزء يقسم إلى عدة مناطق قصيرة تعرف بالاكسونات Exons المفصولة عن بعضها البعض بمناطق أوسع تعرف باسم الانترون Introns، كما يحتوي هذا الجين على مناطق تنظيمية تحدد متى وأين يتم إنتاج البروتين المطلوب.⁴

¹ صالح عبد العزيز كريم، الهندسة الوراثية وتكوين الأجنة، دار المجتمع للنشر والتوزيع، جدة، 1994م، ص. 24.

² مكرم ضياء شكاره، مرجع سبق ذكره، ص. 130.

³ محمود عبد الرحيم مهران، مرجع سبق ذكره، ص. 35.

⁴ محمد علي البار، مرجع سبق ذكره، ص. 220.

وللفهم الجيد سنتعرض لشرح مفصل لكيفية صنع البروتين والذي يعتبر من وظائف الجين. يقوم الجين المكون من آلاف القواعد النتروجينية في (الدنا DNA) بصنع البروتين، وذلك بأن يكون كل ثلاثة أزواج من القواعد النتروجينية مشفرة (كودون) تنتقل عبر رسول (الرنا RNA) عبر جدار النواة إلى الريبوزوم (محطة الرنا) في الخلية... وعبر عمليات معقدة تصنع كل شفرة إحدى الأحماض الأمينية المختارة وتستمر في وضع هذه الأحماض حتى تصل إلى منطقة محدده تقول لها قفي فتقف، وذلك عند اكتمال تكوين البروتين المطلوب.¹ عندما تبدأ الشفرة الجينية * في تكوين البروتين تقوم أولا بقص المناطق المعروفة باسم اكسون ولصقها ببعض، ثم تقوم بصنع شريط مماثل لها ولكنه يستبدل الثايمين باليوراسيل والسكر الخماسي المتروك الاوكسجين بسكر خماسي (ريبوزي) كامل الاوكسجين.²

أي أن DNA (الحامض النووي ذو السكر الخماسي المنزوع الاوكسجين) الذي يقبع في نواة الخلية يقوم بفتح ارتباط شريط الدنا في منطقة محددة فيصبح مثيلتها إلا أن القاعدة النتروجينية الثايمين تستبدل بقاعدة نتروجينية أخرى تسمى اليوراسيل كما يتم استبدال السكر الخماسي المنزوع الاوكسجين بسكر خماسي كامل الاوكسجين ويعرف هذا الشريط الجديد بالرنا RNA (Ribo Nucleic Acid) الحامض النووي ذو السكر الخماسي (الريبوزي) الرسول لأن وظيفته نقل المعلومه إلى الريبوزوم خارج النواة.

ويتم نقل هذه الرسالة من الرسول إلى ناقل موجود في السيتوبلازم خارج النواة ويعرف باسم الحامض النووي الريبوزي الناقل tRNA ، ووظيفته أن يقوم بنقل الاحماض الامينية الموجودة في السيتوبلازم (هلام الخلية) بصورة مرتبة الى سطح الريبوزومات، حسب الشفرة (الكودون) حيث تعتبر كل ثلاثة قواعد نتروجينية كلمة تختار بواسطتها الحامض الأميني المحدد ويتم ذلك

¹ محمد علي البار، مرجع سبق ذكره، ص.218.

* تعد نتائج أبحاث "غريفيث" حول البكتيريا المسببة لمرض ذات الرئة في الجرذان والتي أعلن عليها سنة 1928م سببا في فتح أول قفل في كيمياء الجين.

² نفس المرجع، ص.220.

التركيب على سطح الريبوزم كلمة بعد كلمة . وكل كلمة تحدد حمضا أمينيا معيناً حتى يكتمل عدد الأحماض الأمينية المطلوبة لتكوين البروتين المحدد.¹

2-3/ الطفرة الوراثية * : من خلال التقدم في بحوث علم الوراثة التي اشتملت على النواحي الجزيئية لعمل الجين، تم التوصل إلى معرفة كيفية حدوث الطفرات وهي التغيرات المفاجئة التي تظهر على الفرد والتي عادة تسبب تغيرات وراثية وقد تسفر هذه التغيرات عن إحداث الكثير من الأمراض أو التشوهات الوراثية في الإنسان وتحدث هذه التغيرات إما في عدد الصبغيات أو تركيبها أو تغيير في التركيب الكيميائي للجين.² وحسب المفهوم الحالي للوراثة تعرف الطفرات بأنها "تغيرات مفاجئة في التركيب الكيميائي للمادة الوراثية، سواء كانت (د ن أ) أو (ر ن أ) ويحدث التغير نتيجة تغير في كمية المادة الوراثية -من خلال زيادة أو نقصان عدد الكروموسومات -أو من خلال نوعية المادة الوراثية -من خلال تغير طبيعة الجين- والتغيرات قد تكون مؤقتة أو دائمة".³

ثانياً- التأثيرات الوراثية على صحة الفرد:

بدأت ملاحظة تأثير الوراثة على الإنسان منذ القدم ، وقد وضعت القواعد التي تحدد كيفية انتقال الصفات التي تميز الفرد من الآباء إلى الأبناء، والتي أوضحت أن كل صفة تعتمد على وجود عوامل وراثية هي الجينات، ثم تم التوصل إلى معرفة كيفية حدوث الطفرات وهي التغيرات المفاجئة التي تظهر على الفرد، والتي عادة تسبب تغيرات وراثية، وقد تتضمن إحداث الكثير من الأمراض أو التشوهات الوراثية في الإنسان، وتحدث هذه التغيرات إما في عدد الصبغيات أو تركيبها وإما في التركيب الكيميائي للجين.⁴

¹ محمد علي البار، مرجع سبق ذكره، ص. 218.

* يرجع الاهتمام العلمي الحقيقي للطفرات للعالم الهولندي "هوجديفرز" أحد مكتشفي نظرية مندل في عام 1901.

² شبيخة سالم العريض، الذكاء بين الوراثة والبيئة: سلسلة الأمراض الوراثية-الوراثة... مالها وما عليها، مركز دراسات وبحوث المعوقين، ب ب ن، ب س، ص. 298.

³ مكرم ضياء شكاره، مرجع سبق ذكره، ص. 253.

⁴ شبيخة سالم العريض، مرجع سبق ذكره، ص. 290.

ف لدى الإنسان مثلاً تحتوي البويضة على 23 صبغيا والحيوان المنوي يحتوي على 23 صبغيا، وبعد الإخصاب فإن البويضة الملقحة تحتوي على 46 صبغيا وهو العدد المميز للإنسان، وفي خلية جسم الإنسان هناك 46 صبغيا متواجدة على هيئة أزواج (23 زوج)، تنقسم إلى مجموعتين: مجموعة الصبغيات الذاتية (Autosomes) وعددها 22 زوجا تكون متشابهة ومتماثلة تماما في الذكر والانثى وهي المسؤولة على عن الصفات الجسدية كطول القامة أو لون الشعر، والمجموعة الأخرى هي مجموعة الصبغيات الجنسية (Xchromosomes) وعددها زوج واحد متماثل في الانثى يسمى بالصبغي X، في حين أن هذا الزوج يكون مختلفا في الذكر ويسمى أحدهما بالصبغي X وهو مماثل للصبغي X في الانثى، والآخر الأقصر يسمى بالصبغي Y، وتكون هذه الصبغيات مسؤولة عن الصفات الجنسية.¹

وتنتقل العوامل الوراثية من خلية إلى خلية أخرى أثناء الانقسام الخلوي، معنى ذلك أن البويضة الملقحة تحتوي على المعلومات الوراثية التي تأتي من الأب والأم، وبالتالي فإن مواصفات الابن هي خليط مما يساهم به الأب ومما تساهم به الأم، أي أن البرامج الوراثية موجودة منذ تكوين البويضة المخصبة، ثم تبدأ هذه الجينات الموجودة في العمل لإظهار المواصفات الخاصة بالفرد طبقا للبرنامج الموجود مسبقا.²

أي أن الفرد يكتسب صفاته الوراثية نتيجة الاتحاد بين خليتي كل من الأب والأم، وكل خلية نجدها تحتوي على مئات الآلاف من الجزيئات الدقيقة تسمى بالجينات أي المورثات، مسؤولة على انتقال الصفات الوراثية عبر الأجيال.

وبتقدم علم الوراثة تم التعرف إلى التركيب الكيميائي للجين ومن خلال هذه المعرفة تم التوصل إلى كيفية عمل الجين، هذا الأخير الذي يتحكم في تخليق البروتينات، سواء كانت هذه البروتينات عبارة عن أنزيمات تساعد على إتمام تفاعلات كيميائية معينة أو هرمونات أو مواد بروتينية تدخل في مكونات الخلية الحية. وقد وضعت دراسات "مندل Mendel" قوانين معينة

¹ شبيخة سالم العريض، مرجع سبق ذكره، ص. 297.

² نفس المرجع، ص. 297.

لتوارث الصفات، وقسمت إلى الأمراض المتنحية ، كأمراض التمثيل الغذائي الفينيل كيتونوريا، والأمراض السائدة كمرض التقزم، والأمراض المرتبطة بالجنس كمرض نقص الخميرة وكذلك أمراض الصبغيات كمتلازمة داون.¹

وسوف نتطرق إلى شرح مفصل لهذه الصفات المتوارثة والتي تنعكس بالسلب على الفرد من خلال إصابته بالعديد من الأمراض الوراثية ، والتي تتحدد نوعيتها وفقا للصفات التي يرثها من أبويه.

1 وراثـة الصفـات المتنحية: إذا قدر لأحد جينات الفرد المشوهة والمتنحية أن تزود مع جين طبيعي فاحتمال انتقال الجين الم شوه للأطفال سيكون بحدود 50 % ، هذا إذا ما تزوج شخصا يحمل زوجا طبيعيا من هذه الجينات. ولكنه في حالة زواجه من شخص يحمل مثله نفس الجين الم تنحي فسيكون احتمال ولادة طفل مصاب لهما مساويا 25 % وهو مساو لاحتمال انتقال الجين المشوه مضروبا باحتمال انتقال الجين المشوه لزوجك ($50\% \times 50\% = 25\%$).²

ويشير "عبد الإله صادق" أن تعيين سرعة الطفرات المتنحية من المسائل الأكثر صعوبة، كونها من المشاكل التي تواجه الوراثةيين في تقديرهم لسرعة اطفار الجينات المتنحية، والعقبة الأولى تكمن في ديبلويدية كروموسومات الاحياء المعقدة التي تضع قناعا على الطفرات المتنحية الجديدة عن طريق الأليل الاعتيادي المتغلب، ولكي تظهر الطفرة المتنحية فينوتايبيا لابد وأن يكون الكائن الحي هوموزايجوتي في هذه الصفة.³

ويعتمد احتمال زواج ناقل مرض ما من ناقلة لنفس المرض على نسبة الجين المشوه في المجتمع ككل . ولنفرض وجود فرد من بين كل ثلاثين فردا ناقل لمرض "" تاي ساك وهذا يعني وجود زوج ناقل للمرض من بين كل تسعمائة زوج . وعند الأخذ بعين الاعتبار الطبيعة المتنحية

¹ شـيخة سالم العريض، مرجع سبق ذكره، ص. 297- 298.

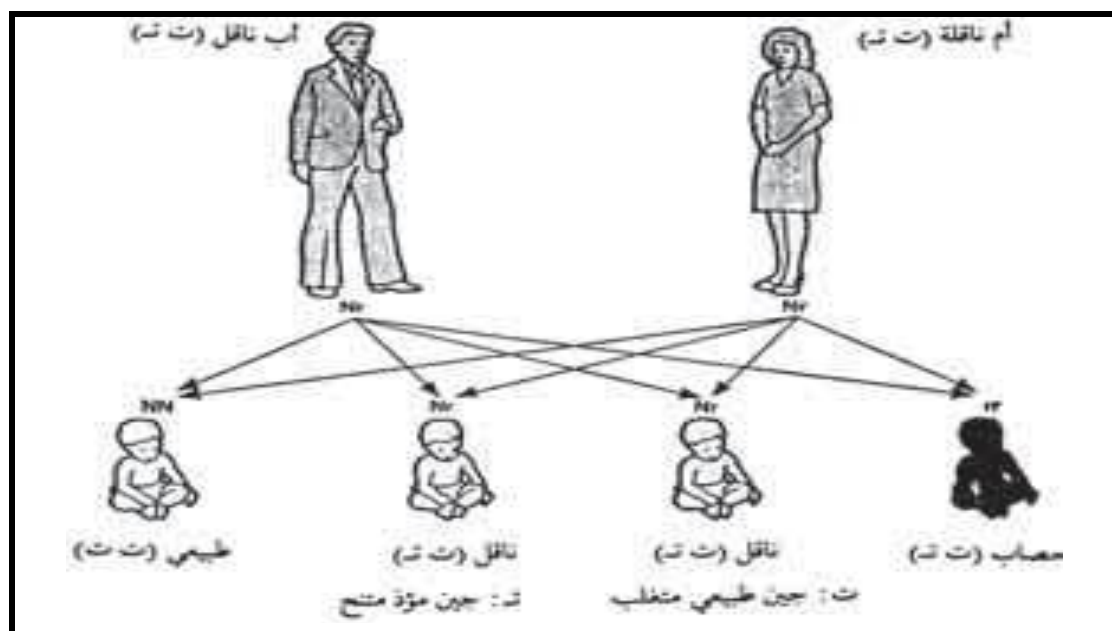
² مصطفى ناصف، محمد الربيعي، مرجع سبق ذكره، ص. 46.

³ عبد الإله صادق الكويتي، مرجع سبق ذكره ، ص. 210.

للمرض واحتمال 25% لظهوره بين أطفال الأزواج الناقلين له ، يتضح أن طفلا واحدا من بين كل 3600 ولادة سيعاني من المرض، يولد الطفل طبيعيا ويبدأ بالتأثر تدريجيا بعد الأشهر الستة الأولى فيصيبه الوهن ويبتلي بالعمى إلى أن يأتيه الموت وسنه ما بين سنتين وخمس سنوات.

ومن خصائص الأمراض الوراثية المتنحية استطاعة جيناتها الانتقال من جيل إلى آخر ، والديمومة بدون ظهور أي حالة مرضية في تلك العائلة ¹، وهذا ما سنلاحظه في الشكل الموالي.

الشكل رقم 06: يوضح طريقة انتقال الصفات الوراثية المتنحية من الآباء إلى الأبناء ²



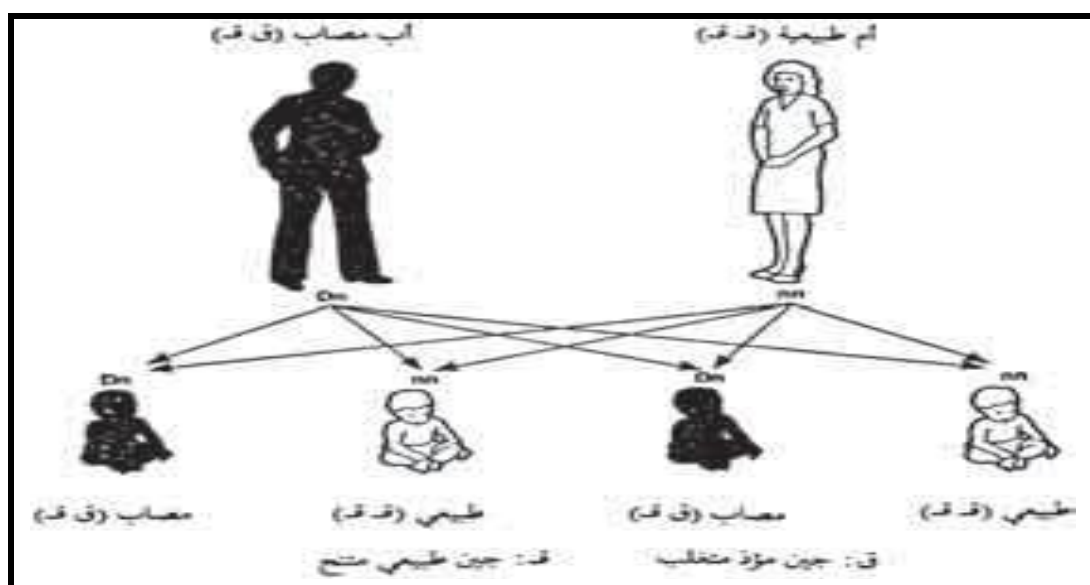
2-وراثة الصفات المتغلبة(السائدة): بالرغم من أننا نرث مختلف الصفات من كلا الأبوين، إلا أننا ننحو عادة نحو أحدهما دون الآخر في التشابه ، ويمكن القول إن بعض الجينات التي نرثها تكون أقوى من الأخرى .فنقرة الحنك يقال عنها بالمتغلبة، ويحدد ذلك بالطبع جينات خاصة غير ضارة، إلا أن العديد من الجينات المتغلبة تؤدي إلى أمراض خطيرة .فإذا ما حمل أحد الأبوين جينا منها فسينتقل هذا الجين إلى نصف أطفاله (وهذا يعتمد على الاحتمال) ،

¹ مصطفى ناصف، محمد الربيعي، مرجع سبق ذكره، ص.46-47.

² نفس المرجع، ص.46.

فعندما نقول نصف الأطفال نعني أن احتمال ظهور طفل مصاب هو 50 % وليس ذلك شرطاً لظهور طفل مصاب. ومن الأمراض الوراثية المتغلبة « القزامة » التي تنشأ عن وجود جين مفرد متغلب ، فإذا أراد قزم الزواج من امرأة طبيعية ، أو أرادت قزمة الزواج من رجل طبيعي فإن احتمال ظهور أطفال أقزام له هو 50 % ، والأمـر سواء أكان الأطفال أولادا أم بنات . وبالرغم من هذه النسبة العالية نجد حوالي سبعة أثمان هؤلاء الأقزام يولدون لأزواج أسوياء. مما يدل على أن ظهور مثل هذه الصفة يتم بصورة تلقائية ومفاجئة أي الطفرة.¹ وهذا ما يوضحه الشكل الموالي.

الشكل رقم 07: يوضح طريقة انتقال الصفات الوراثية المتغلبة من الآباء إلى الأبناء²



ويضيف "عبد الإله صادق" أن معرفة أنواع الطفرات وسرعة حدوثها لا يساعد على فهم الطبيعة الوراثية للفرد فقط، بل يقودنا إلى تشخيص مستقبل أجيال أي نوع من الكائنات. وأن تعيين سرعة طفرات الصفات المتغلبة يتطلب دقة متناهية، أي لا نأخذ مثال صفة القزم في الإنسان الذي يسيطر على أحد أشكالها جين متغلب، بل نتابع كيفية تقدير سرعة تطفير الجين العادي إلى هذا الشكل المتغلب، وأعطى مثال حول مستشفيات الولادة في الدانمارك والتي

¹ مصطفى ناصف، محمد الربيعي، مرجع سبق ذكره، ص. 42- 43.

² نفس المرجع، ص. 43.

سجلت 10 حالات قزم من أمل 94 ألف ولادة طبيعية، ومن هذه العشرة كانت ولادتان فقط

حاصلتين من والدين قزمين، لذا فإنهما تسقطان من الحساب، أما الباقيون فكانوا من والدين

اعتياديين، وعليه فإن الثمانية القزميين يمثلون طوافر جدد.¹

3- وراثية الصفات الم مرتبطة بالجنس: تختلف الجينات المرتبطة بالكروموسومات الجنسية عن وراثية غيرها من الجينات... بسبب عدم تماثل فردى الكروموسومين في الذكر (س ص) ولهذا السبب أيضا تتمثل الجينات الموجودة على الكروموسوم السيني مرتين في الأنثى بينما لا تتمثل إلا مرة واحدة في الذكر، مما يؤدي إلى ظهور تأثيرات الجينات، المتتحية في الذكور بصورة أكثر مما هي عليه في الإناث. ويطلق على الجينات الواقعة على الكروموسوم السيني الجينات المرتبطة بالجنس أما جينات الكروموسوم الصادي فتسمى الجينات الذكرية، ويساوي احتمال انتقال جين مشوه (والذي يفترض أن يكون متنحياً) إلى أحد أطفال المرأة الناقلة 50% ، وتختلف نسبة ظهور الإصابة في الأنثى عنها في الذكر .²

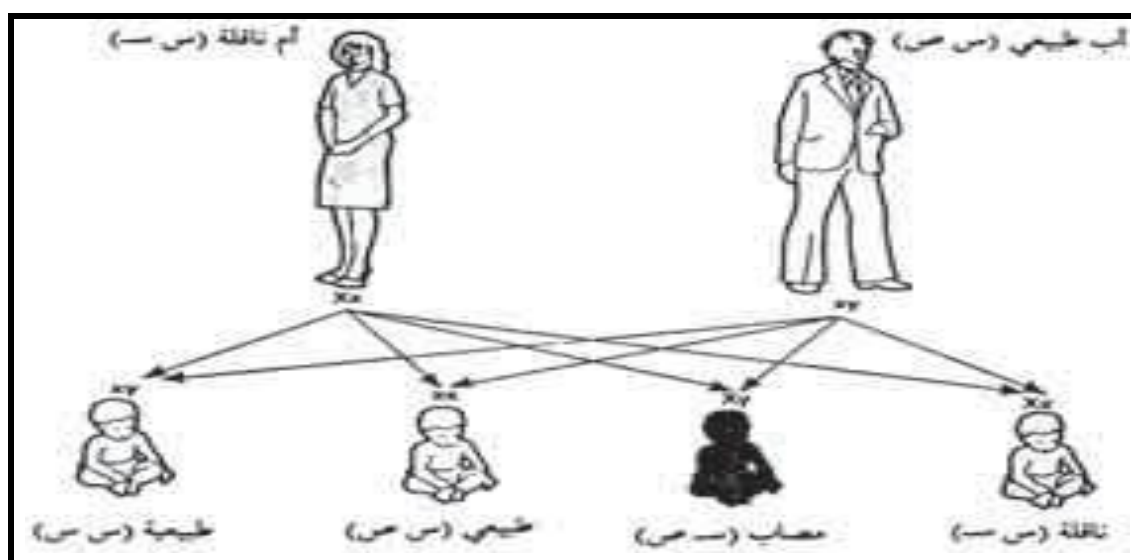
فالطفلة الأنثى تستلم كروموسوما سينيا من الأب وهذا يعني استلامها جينا طبيعيا لكون الأب غير ناقل للمرض لذلك ستكون ناقلة وطبيعية كوالدتها .أما الطفل الذكر فلا بد عند استلامه للجين المشوه من والدته أن تظهر عليه أعراض المرض، لأن كروموسومه الصادي (وهو ضروري لتحديد الذكورة) لا يحتوي على جينات مقابلة تستطيع أن تكبح عمل الجينات الموجودة على الكروموسوم السيني فيظهر عمل تلك الجينات سواء أكانت متغلبة أم متنحية. وبصورة عامة إذا ما استلم الطفل الذكر كروموسوما سينيا تقع عليه الجينات المتتحية والمشوهة، فلا بد من أن تظهر عليه الحالة المرضية التي تؤدي لها تلك الجينات.(أنظر الشكل رقم:08) ومن الأمثلة الشائعة للأمراض الوراثية التي تنتقل من الكروموسوم السيني مرض نزيف

¹ عبد الاله صادق الكويتي، مرجع سبق ذكره ، ص.209.

² مصطفى ناصف، محمد الربيعي، مرجع سبق ذكره، ص.47- 48.

الدم الوراثي، المتميز بالنزف المستمر، نتيجة فقدان أحد عوامل تخثر الدم، ولهذا المرض قصة مشهورة تعود للعائلة المالكة البريطانية.¹

الشكل رقم 08: يوضح طريقة انتقال الصفات الوراثية من الآباء إلى الأبناء والمرتبطة بالجنس.²



ومن الأمور التي يستعملها الأطباء في تفسير إصابة الأشخاص بمرض من الأمراض التي تنتقل بالوراثة المعقدة هو استعمالهم لكلمة "الحد"، أي أن الأطباء يعتقدون أن هناك حدا معيناً إذا وصل مستوى القابلية أصيب الشخص بالمرض ويسمى هذا المستوى بحد الإصابة أو مستوى الإصابة (Threshold).

وتجدر الإشارة إلى أن المرض الوراثي قد لا يكون مرض يتوارث أي أنه ليس بسبب صفات متوارثة من جيل لآخر، لكن حدوث هذا المرض الوراثي راجع للخلل في المادة الوراثية نظراً للتغيرات المفاجئة في الجينات أو مناطق فردية من الصبغيات قابلة للتوريث وتسمى بالطفرة الجديدة.

وتسمى هذه الطفرات الجينية كذلك بالطفرات النقطية وهي تغيرات جينية كما ذكرنا سابقاً، تؤثر في التتالي القاعدي للجينة الواحدة، وقد تؤدي إلى تشكيل أليل جديد، وإن تتاليا

¹ مصطفى ناصف، محمد الربيعي، مرجع سبق ذكره، ص 48-49.

² نفس المرجع، ص 48.

جديدا لقواعد DNA سينتج تتاليا جديدا للأحماض الأمينية مشكلا بروتينا، وهناك نوعان أساسيان من الطفرة الجينية:

-استبدال المعنى المفقود :حيث تحل قاعدة واحدة محل أخرى،عادة ما يؤدي ذلك إلى حمض أميني جديد مرمز في سلسلة كثير الببتيد.

-استبدال اللامعنى : حيث تحل قاعدة واحدة محل أخرى،يؤدي ذلك الى ثلاثية جديدة لا ترمز حمضا أمينيا، قد تكون الثلاثية الناتجة عبارة تعليمات لإنهاء عملية تركيب سلسلة كثير الببتيد. كما أن هذه الطفرات النقطية يمكن أن تكون مؤذية،مفيدة ، محايدة أي بلا أثر:

1-الطفرات المؤذية:هناك العديد من الأمثلة تأتي على ذكر البعض منها مثل:فقر دم الخلية المنجلية، اللياف الحويصلي، الثلاسيميا.

2-الطفرات المحايدة (الصامتة):والتي قد يكون لها أثر خفيف أو لا يكون لها أي أثر على بقاء الكائن الحي أو قدرته على التوالد ، كما أنها قد تنتج عن طفرة"المعنى نفسه" حيث لا يزال التغير في القاعدة الثالثة من التتالي يرمز للحمض الأميني ذاته.

3-الطفرات المفيدة: والتي تكون بمثابة مقاومة جرثومية اتجاه المضادات الحيوية ، بالإضافة إلى مقاومة المبيدات الحشرية مثل (DDT) للحشرات المؤذية، وتكون معدلات طفرة سريعة في الأغلفة البروتينية للفيروسات.¹

وأشار "مصطفى ناصف ومحمد الربيعي" بأن عملية قياس التغيرات في النسبة الطبيعية للطفرات عند الإنسان صعبة جدا لأسباب عدة :منها أن معظم الطفرات متنح وهذا يعني أن تأثيراتها لا تظهر في شخص معين، إلا عندما يكون هذا الشخص حاملا نفس التغير على زوج الكروموسوم، وبعبارة أخرى لا يظهر هذا التغير ما لم يكن الأبوان مصابين بنفس الضرر الوراثي. لذلك فقد تمر عدة أجيال بعد حدوث تغير وراثي في المجتمع لكي يظهر هذا التغير بصورة طفرة وراثية ظاهرة على بعض أفراد المجتمع.²

¹ بامبلا ديكنسون ،مرجع سبق ذكره،ص.41.

² مصطفى ناصف،محمد الربيعي،مرجع سبق ذكره،ص.132.

ثالثاً: الخريطة الجينية البشرية وعلاقتها بالأمراض:

يعتبر الجينوم البشري أو الخريطة الجينية البشرية من الحقائق العلمية التي أفرزتها العلوم البيولوجية فهو بمثابة سبق أو حدث علمي حديث له انعكاسات ايجابية وسلبية على البشرية جمعاء، أي أنه سلاح ذو حدين، فيمكن استخدام هذه الثورة العلمية لتدمير الحياة البشرية كما يمكن استخدامها في العديد من المجالات المفيدة للإنسان، ونظراً للمجالات المتنوعة والكثيرة التي يستخدم فيها الجينوم البشري فما يهمنا نحن في هذه الدراسة هو مجال الصحة والأمراض.

1- تعريف الخريطة الجينية البشرية (الجينوم البشري):

مصطلح الجينوم البشري " يعني كتلة المادة الوراثية جميعها، أو الحقيبة الوراثية البشرية القابعة داخل نواة الخلية البشرية، وهي التي تعطي جميع الصفات والخصائص الجسمية، أو مجموع الطاقم الوراثي، أو الرصيد الوراثي للإنسان، وهو يضم مجموعة كل الجينات أو الموروثات الموجودة في خلايا البشر . ويطلق على الجينوم البشري عدة مسميات، منها: الخريطة الجينية للإنسان، خريطة الجينوم البشري، الحقيبة الوراثية، كتاب الحياة، الشفرة الوراثية البشرية، والخريطة الوراثية للإنسان، لأن الموروثات تتوزع على الصبغيات في مواقع محددة، كما تتوزع مواقع البلدان على الخرائط الجغرافية. ويقصد "بخريطة الجينوم البشري" قراءة الترتيب التفصيلي للوحدات المكونة للمادة الوراثية في الإنسان، وتحليل المعلومات التي يتم الحصول عليها باستخدام برامج حاسوبية خاصة ، تمهيداً لدراسة المادة الوراثية، ومعرفة خصائصها، وعلاقة بعضها ببعض، وتأثيرها الجسدي والنفسي.¹

وحسب "ستيفن جونز" فان التأشير يستخدم لوضع أولى الخرائط الوراثية ويقصد به إعادة تعديل أو تنظيم في الصبغيات التي تورث من الآباء ليكتسب الجيل الجديد مادة وراثية سليمة.²

¹ محمد جبر الألفي، الوراثة والهندسة الوراثية والجينوم البشري ، موقع شبكة الألوكة <http://www.alukah.net>، صفحة الألوكة الثقافية: ثقافة ومعرفة / 2017/01، ص 10:00 .

² أنظر ستيفن جونز، لغة الجينات، ترجمة: أحمد رمو، ومراجعة: عبد الحق عبود، دار طلاس للدراسات والترجمة والنشر، دمشق، 2000 م، ص 61.

ونستطيع القول أن علم الوراثة قد استعار مصطلح الخريطة من علم الجغرافيا فأصبح ما يعرف لدينا بالخريطة الوراثية الإنسانية، التي يكون موضوعها هو الإنسان، أي أنه علم يهتم بتبيان المكونات والخصائص الوراثية للإنسان والعمل على تعديلها.

2- أهداف مشروع الخريطة الجينية البشرية:

يعتبر مشروع « الخريطة الجينية البشرية » من أهم وأضخم المشروعات التي أجريت بالمعاهد القومية للصحة NIH بالولايات المتحدة بعد موافقة الكونجرس الأمريكي سنة 1990م، بإمكانات علمية ومادية ضخمة، بحيث شارك في هذا المشروع أكثر من 1600 عالم من 16 دولة، وكان من أضخم الانجازات العلمية الذي يستقبل به العالم الألفية الجديدة حسب نظرة العلماء.

وحسب البحث الذي قدمه " نور الدين الخادمي " فان للجينوم البشري عدة أهداف وغايات منها:

- أهداف علمية تتعلق بالجينوم نفسه: من حيث معرفته وضبطه ورسم وظائفه، بعد تحديد كل الجينات الوراثية في الخلية البشرية وحصرها والتعرف على التركيب الوراثي الكامل، والشفرة الجينية للإنسان، ومن أجل اكتشاف كل تفاصيل الطاقم الوراثي للإنسان المتعلق بنموه وسماته ووظائفه.
- أهداف صحية وعلاجية تتمثل في الوقاية من الأمراض المحتملة والمتوقعة: كأمراض السكري وتصلب الشرايين وسرطان القولون والأعصاب والعضلات والزهايمر وضمور العضلات وسرطان الثدي وضغط الدم وتليف الأعصاب، والأورام المختلفة.
- أهداف صحية وعلاجية تتمثل في معالجة أمراض واقعة أصلاً: وذلك باعتماد ما يصطلح عليه بالعلاج الجيني القائم على استخدام الجينات التي يتكون منها الجينوم البشري للإنسان . ومن هذه الأمراض: مرض السرطان والسكري وأمراض القلب ومرض الزهايمر الذي يصاب به المخ البشري . ويعد هذا الأسلوب الجديد في العلاج والتداوي من أحدث الأساليب

المعاصرة في الصحة والسلامة، ومن أخطرها وأدقها، وهو متردد بين التطور الإيجابي الكبير وبين الانطواء على المخاطر والأضرار¹.

-أهداف تتعلق بالنسب وإثباته وحقوقه: وبإثبات الحقوق أو نفيها، كإثبات نسب المواليد المختلطين، أو الأولاد المدعى عليهم بعدم النسب، أو إثبات الجرائم واكتشاف أصحابها، ومعرفة هويات المفقودين والمحروقين. وكل هذا يحصل بآلية الجينوم البشري، والتحليل الجيني، والبصمة الوراثية.

-تطوير طب الجينات: إحداث بنوك تودع فيها الجينات والشفرات الوراثية الإنسانية، لاستخدامها وقت الحاجة، وللاستفادة منها في معرفة الأمراض المحتملة.

-أهداف تتعلق بجنس المولود وتحديدده واختياره.

-أهداف تتعلق بتقوية اقتصاديات عدة دول ومنظمات وهيئات علمية وشركات تجارية وصناعية ودوائية. وقد تطورت هذه الأهداف وتعاظمت بموجب التطور البيولوجي والجيني، وبمقتضى تطور أبحاث الجينوم البشري. كما قد أثرت بعض تلك الشركات التعامل مع علماء الوراثة وتقديم الدعم اللازم، من أجل تحصيل الأرباح الخيالية والعوائد المضمونة والمتزايدة.

-أهداف التغيير الوراثي، وأبرز ذلك ما يعرف بالاستتساخ البشري، وأصبح العلماء يتحدثون عن الإنسان المهندس وراثيا، هذا فضلا عن تحسين الصفات الوراثية للأجنة، وزيادة الذكاء البشري، وإيجاد الأساليب الجديدة لإيقاف الشيخوخة، وغير ذلك.²

من خلال هذه الأهداف ندرك العلاقة بين الخريطة الجينية البشرية والمرض فبفضل هذا

الخرائط يمكن معرفة التركيب الوراثي لأي إنسان والتي من خلاله ندرك قابلية حدوث بعض

الأمراض الوراثية (المزمنة) داخل هذا الجسم أي يساعدنا على اكتشاف المرض قبل الإصابة

به وتحسين الوضع الصحي للمرضى المصابين وراثيا ببعض الأمراض وذلك من خلال التعديل

¹ نور الدين الخادمي، الجينوم البشري وضوابطه في الشرع الإسلامي، بحوث وتوصيات الندوة العلمية حول الوراثة والهندسة الوراثية والجينوم البشري من منظور إسلامي، مرجع سبق ذكره، ص. 286، 287.

² نفس المرجع، ص. 287.

والتغيير في التركيب الوراثي للكائنات أو ما يعرف بهندسة المورثات، ومن بين هذه الأمراض مرض السرطان وأمراض القلب و السكري و الضغط الدموي.

وبالرغم مما توصل له هذا العلم إلا انه لازال في مراحله الأولى وهذا حسب ما أشار له واضع خارطة العوامل الوراثية الإنسانية، ومدير مركز التعدد الشكلي للدراسات الوراثية بباريس، ورئيس مؤسسة جان دوسيه لكتلة العوامل الوراثية البروفيسور الفرنسي دانيال كوهن 1993م "بأن ما نعرفه تمامًا، أي يمكننا قراءته واستيعابه علميًا حتى الآن تقدر نسبته بـ1% من DNA (الحامض النووي) وما هو فعال في جسم الإنسان فيقدر بـ 5-10% منه، في الوقت الذي تبقى فيه النسبة المتبقية وهي بين 90-95% قيد الفرضيات".¹ وهذا مصداقا لقوله تعالى ﴿وَمَا أُوتِيتُمْ مِّنَ الْعِلْمِ إِلَّا قَلِيلًا﴾². وقوله تعالى ﴿وَمَا تَشَاءُونَ إِلَّا أَن يَشَاءَ اللَّهُ إِنَّ اللَّهَ كَانَ عَلِيمًا حَكِيمًا﴾³، وقال سبحانه ﴿وَلَوْ شَاءَ رَبُّكَ مَا فَعَلُوهُ﴾⁴.

3-المخاطر المترتبة على الجينوم البشري:

من خلال أهداف الجينوم البشري التي تم عرضها سابقا استنتجنا مجموعة من الايجابيات والفوائد لهذا المشروع خاصة فيما يتعلق بالأمراض الوراثية، لكن هذا لا يمنع من وجود مجموعة من السلبيات أو المخاطر التي تترتب على هذا المشروع والتي قد تهدد حياة الإنسان .

- مخاطر تتعلق بتهديد الصحة والسلامة الإنسانية، وذلك بإحداث الأمراض القاتلة والمدمرة.
- مخاطر تتعلق بالكرامة والحقوق الإنسانية والفضائل الأخلاقية، وذلك من خلال التلاعب بالرصيد الوراثي للإنسان، وتحويل البشر إلى آلات وأجهزة يتلاعب بها بحسب الأهواء والرغبات والجدوى الاقتصادية والفوائد الربحية والخلفيات الفكرية

¹ عجيل جاسم النشمي، الوصف الشرعي للجينوم البشري والعلاج الجيني، بحوث وتوصيات الندوة العلمية حول الوراثة والهندسة الوراثية والجينوم البشري من منظور إسلامي، مرجع سبق ذكره ، ص.171.

² سورة الإسراء، الآية. 85.

³ سورة الإنسان، الآية. 30.

⁴ سورة الأنعام، الآية . 112.

-نشر الأسرار السرية والمعلومات الخاصة بأصحابها، وذلك من خلال رصد هذه الأسرار وترويجها وإعطائها لمن يرغب من الشركات والمؤسسات التأمينية والمعاشية والإدارية، بغية تحديد تعاملات العملاء في ضوءها، وهو ما يؤدي إلى حالات الفوضى والتمييز والحرمان والتفاوت الحقوقي، فضلا عن الرعب والقلق والإحساس باليأس والإحباط من قبل الأفراد والهيئات والدول على حد سواء.

-مخاطر تتعلق بتقويت حق التنوع الإنساني والجيني، وحق الاختلاف المترتب على ذلك، وهو ما قد يؤسس إلى سياسات التطهير العرقي والحنمية البيولوجية القائمة على أساس الانتقاء البيولوجي والاصطفاء الوراثي.

-مخاطر اقتصادية تتعلق بتعميق حالات الاحتكار المادي والاستغلال الربحي والاستئثار بعوائد الجينوم البشري على حساب الشعوب النامية والدول الفقيرة والجماعات المستضعفة والمسحوقة.¹

نستخلص مما تقدم أن هناك مخاطر اجتماعية ونفسية وأخلاقية وصحية تعتري كيان الإنسانية، يسببها الاستخدام الخاطئ للجينوم البشري، وذلك في حالة انعدام الرقابة في المجتمع العلمي، وعدم وضع ضوابط تحدد كيفية العمل في هذا المجال، مما يجعل هذا العلم الحديث ليكون خطرا أكثر منه منفعة على الصحة البشرية.

4-الحكم الشرعي في تطبيق الجينوم البشري:

نظرا للتقدم العلمي الباهر للأبحاث في موضوع الجينوم البشري ألزم المسلمون على أن يتعاملوا مع هذا العلم، وذلك من خلال إضفاء الحكم الشرعي حوله من حيث ما هو جائز وغير جائز أي وضع الضوابط التي يجب الالتزام بها وهذا نتيجة لآثار المترتبة على هذا المشروع الإنساني الذي له فوائده الجمة ومفاسده من الجانب الشرعي. لذا سنتطرق لحكم الشرع في ذلك من خلال بعض الأبحاث للمختصين في الشريعة الإسلامية والذين استدلووا في تحليلاتهم حول موضوع الجينوم البشري من الكتاب والسنة.

¹ نور الدين الخادمي، مرجع سبق ذكره، ص. 287- 288.

إن مشروعية العلاج الجيني تكمن في دخوله في باب التداوي في الجملة، والتداوي لا خلاف في مشروعيته. وقد ذهب الحنفية والمالكية إلى أن التداوي مباح، غير أن عبارة المالكية لا بأس بالتداوي، وذهب الشافعية والقاضي أبو يعلى وابن عقيل وابن الجوزي من الحنابلة إلى استحبابه، وجمهور الحنابلة أن تركه أفضل.

قالت الأعراب " يا رسول الله ألا نتداوى؟ قال :نعم عباد الله تداو، فإن الله لم يضع داء إلا وضع له شفاء، إلا واحدًا .قالوا :يا رسول الله وما هو؟ قال :الهرم. وقال صلى الله عليه وسلم" لكل داء دواء فإذا أصيب دواءُ الداءِ برأ بإذن الله تعالى".

وروى أبو إمامة بن سهل بن حنيف أن رسول الله صلى الله عليه وسلم أنه "داوى وجهه يوم أحد بعظم بال " . وعن عائشة رضي الله عنها قالت "كثرت الأمراض برسول الله قبل موته بخمس سنين أو ست سنين وكنا ندعوا الأطباء للتداوي".¹

فيجوز إدخال جين سليم مكان جين مريض، أو أخذ جين إنسان وزرعه للحصول على إفرازاته لتعطي لمريض قد تعطل جينه، فيجوز غرس الإنسان الذي يفرز الأنسولين في نوع من البكتيريا لإنتاج الأنسولين الذي هو أهم علاج لمرضى السكر حتى الآن.

كما يجوز الحصول على هرمون النمو من الجين الذي يفرزه لعلاج ذوي قصور النمو، أو تحضير المادة المفقودة في مرضى الهيموفيليا الذي يعوق تجلط الدم فيؤدي إلى الترف أو الحصول على مادة الإنتروفيرون التي تستعمل في علاج بعض السرطانات. ولا مانع من استئساخ الجين بعد إصلاحه وعلاجه ليستخدم بعد ذلك في العلاج.²

ويمكن التفصيل في مشروعية استخدام الجينوم البشري في بعض المواضع فقط وليس كلها:
-استخدام الجينوم البشري في الوقاية من الأمراض المحتملة وعلاجها :وهذا في عمومه جائز، بشروط التداوي المعروفة، وبحسب النتائج والحقائق التي يتضمنها العلاج الجيني. وتنظم هذا الاستخدام نوعان من الأدلة:

¹ عجيل جاسم النشمي، مرجع سبق ذكره، ص. 173- 174.

² نفس المرجع، ص. 177.

النوع الأول: الأدلة والنصوص الجزئية الداعية إلى التداوي والصحة والسلامة وإعطاء البدن حقه والبصر حقه والأهل حقهم، والداعية إلى اعتبار الجسد أمانة ومسؤولية سيسأل عنها صاحبها يوم القيامة، والداعية - كذلك - إلى اعتبار الإنسان راعيا لنفسه وزوجته وبنائه ومن لهم حق عليه، وهذا يقتضي اعتبار العلاج الجيني أحد أساليب العلاج المتعينة، بناء على اعتماد النصوص الجزئية والأدلة التفصيلية.

النوع الثاني: الأدلة العامة والقواعد الكلية الجالبة للمصالح والمنافع والدافعة للمفاسد والأضرار . ومن ذلك: قاعدة " جلب المصالح ودرء المفاسد"، وقاعدة " لا ضرر ولا ضرار"، وقاعدة " المشقة تجلب التيسير".¹

-استخدام الجينوم البشري في إفشاء الأسرار الشخصية، وفي معرفة مستقبل الإنسان الصحي والبيولوجي، والمستخدم غالبا في التوظيف والتشغيل والانخراط في الأنظمة الإدارية والمهنية والصحية والمعاشية، فهذا منظور إليه بحذر شديد، ويتنافى مع كرامة الإنسان وحقوقه، ومع التآلف والتعاطف الاجتماعي، وهو مؤد إلى الكوابيس والاكتئاب والقفوظ .وهذا كله منهي عنه، بالتصيص الجزئي بأدلة الكتاب والسنة، وبالتصيص الكلي بقواعد الشريعة ومقاصدها وعمومياتها.

استخدام الجينوم البشري في مبالغة الاكتشاف والوقوع في الطفرات العلمية المسببة للمرض، والمعطلة لأمن الناس والقادحة في حرمة البشر وحقوقهم، فهذا بين البطلان والفساد .ونصوصه وقواعده معروفة معلومة .ومن ذلك: نصوص الشرع وقواعده الداعية إلى الأمن الصحي والاجتماعي والحضاري، وإقرار الحقوق ومنع الفساد في الأرض وإزالة الضرر والضرار، وإدخال السعادة وإشاعة الفرح والطمأنينة بين الناس.²

من خلال ما تقدم ندرك أنه يجب أن نتعامل مع الجينات الوراثية كما نتعامل مع أعضاء جسمنا، فإذا أصابها المرض وجب علينا علاجها كذلك الجينات تتعرض لذلك ويجب أن نعاملها

¹ نور الدين الخادمي، مرجع سبق ذكره، ص. 295.

² نفس المرجع، ص. 299.

معاملة الأعضاء لكن تميزها بعض الخصوصية ينبغي مراعاتها، وفي هذا الصدد نجد اجتهادات علمائنا المسلمين تصب حول تأكيد جواز استخدام الخريطة الجينية البشرية في بعض المواضع، كونها من العلوم التي تصبوا إلى الحفاظ على السلامة الصحية، هذه الأخيرة التي وجدت فيها نصوص كثيرة في القرآن والسنة تدل على تأكيد الشريعة على أهمية المحافظة على الصحة الإنسانية لما لها من انعكاسات على الفرد والمجتمع، لكن جواز هذا الاستخدام يكون بما يتوافق مع القواعد التي تملئها علينا الشريعة الإسلامية أي تأكيدها على الضوابط الشرعية التي يجب أن يلتزم بها العلماء في تطبيقهم للجينوم البشري، ورفضهم لهذا المشروع في مواضع أخرى خاصة التي تخالف أحكام الشرع من حيث اختراقها لحقوق الإنسان وعبثها بكرامته وتقييدها لحرياته، فالدين الإسلامي جاء رحمة للعالمين والإنسانية بالدرجة الأولى، وخلق سبحانه وتعالى لكل داء دواء، لكن علينا أن نقبل كل ما يتوافق مع تعاليمنا الإسلامية ورفض كل ما يخالفها.

رابعا: نظرة الشريعة للأمراض الوراثية:

قبل التطرق إلى نظرة الشريعة للأمراض الوراثية من خلال الاستشهاد بأحاديث الرسول (صلى الله عليه وسلم)، سأنتقل أولا إلى التعريف بالأمراض الوراثية وأصنافها.

1- تعريف الأمراض الوراثية:

يشير مفهوم الأمراض الوراثية حسب الموسوعة الطبية إلى أنها "تمثل مجموعة من الأمراض التي قد تنتقل بالوراثة من جيل إلى جيل، وينتج عنها اضطراب في الجينات المحمولة على الصبغيات، وقد يكون ذلك الاضطراب في عدد الجينات أو تكوينها، وقد تصيب تلك الأمراض أحد الجنسين دون الآخر، ويطلق عليها في تلك الحالة اسم الأمراض الوراثية المرتبطة بالصبغيات الجنسية، وقد يكون أحد الجنسين حاملا للمرض الوراثي، دون أن يصاب به".¹

¹ عاطف مفتاح احمد عبد الجواد، الأمراض الوراثية، موقع شبكة الألوكة <http://www.alukah.net>، صفحة الألوكة الاجتماعية: مجتمع واصلاح 2017/01/12، سا 10:00 .

أي أنها "الأمراض التي تنتج عن خلل في الصبغيات (الكروموسومات) الموجودة في نواة كل خلية عددًا أو تركيبًا، أو تكون ناتجة عن عيب في أحد المورثات سواء أدى هذا المورث إلى مرض وراثي متنحي أو سائد أو مرتبط بالجنس.¹

كما تعرف بأنها "الأمراض التي يكون سببها خللا في مورثة الأب أو الأم، والأمراض الوراثية عديدة، ويمكن تشخيصها في الطفل وهو جنين بعملية خاصة حيث توضع إبرة جوفاء في رحم الأم لاستخراج عينة من السائل المخاطي الذي يطفو فيه الطفل، ففي هذا السائل من الخلايا ما يكفي لاكتشاف المرض الوراثي".

وفي ضوء ذلك تعرف الأمراض الوراثية بأنها "الأمراض التي تورث من الآباء إلى الأبناء، كما في أمراض عدة كالبول السكري والسرطان والأمراض العصبية والنفسية ولا يشترط أنه إذا كان الآباء مصابين بأحد هذه الأمراض أن يصاب بها الأطفال، ولكن احتمال إصابة الأبناء بتلك الأمراض يزداد في حالة إصابة الآباء بهذه الأمراض، والأمراض الوراثية حقيقة هي الأمراض التي قدر فيها للجنين أن يولد مصابًا بها، وقد تكون سببًا في وفاته، وقد يعيش بها مريضًا طوال حياته، ولا يشترط أن تكون تلك الأمراض موجودة في الآباء".²

من خلال هذا التعريف ندرك أن الوراثة تلعب دورا مهما في الإصابة بمجموعة كبيرة من الأمراض، التي تحدث نتيجة خلل في المورثات المسؤولة على نقل الصفات الوراثية، وهذه المورثات نجدها محمولة على الصبغيات الموجودة في نواة كل خلية من جسمنا. وتتوقف الإصابة بهذه الأمراض على حسب درجة الاستعداد الوراثي التي تحددها العوامل الوراثية. ومن بين هذه الأمراض الوراثية نجد الأمراض المزمنة التي تركز عليها هذه الدراسة وهي داء السكري والضغط الدموي، كونهما من بين أهم الأمراض التي أصبحت تشكل عبئا صحيا واجتماعيا واقتصاديا كبيرا على مستوى جميع المجتمعات باختلاف شرائحها.

¹ عبد الرحمن بن أحمد الجرعي، حكم الكشف الإجباري عن الأمراض الوراثية، بحوث وتوصيات الندوة العلمية حول الوراثة والهندسة الوراثية والجينوم البشري من منظور إسلامي، مرجع سبق ذكره، ص.131.

² عاطف مفتاح احمد عبد الجواد، مرجع سبق ذكره.

2- تصنيف أو تقسيم الأمراض الوراثية:

2-1/ أمراض ناتجة من المورثات السائدة (القاهرة أو المهيمنة): وهي التي تظهر نتيجة وجود كامل وراثي (جين) واحد غير طبيعي مسبب للمرض أي أن المورث المرضي يظهر على أحد الصبغيين فقط، بينما نظيره على الصبغي المتماثل يكون متحياً سليماً، وقد يكون المورث الآخر سائداً أيضاً، ويكون الشخص في كلا الحالتين مريضاً.¹

أي أنه في هذه الحالة أحد الوالدين يحمل ذلك النوع من المورثات المسببة للمرض عندما تكون منفردة وبالتالي كل طفل يكون لديه فرصة الإصابة بنسبة 50% ويكون المرض موروثاً، وعلى خلاف اعتلالات الصبغيات التي عادة ما تكون طارئة فإن الكثير من الأمراض الناتجة عن طفرات بالمورثات تعد وراثية، ومن الأمثلة على ذلك ظاهرة الأقزمة (قصر القامة) الناتجة من نقص التعظم الغضروفي Achondroplasia ومرض Huntington (مرض عصبي خطير لا يظهر إلا في سن معينة وينتشر بصورة سائدة في العائلات الحاملة للمورث).²

2-2/ أمراض ناتجة من المورثات المتنحية (المقهورة أو المنحصرة): الأمراض المتنحية لا تظهر إلا عند اتحاد المورث المؤدي إلى المرض على كلا الصبغيين. وهذا يعني أنه إذا كان أحد المورثين سائداً سليماً والآخر متحياً مريضاً فإن المصاب يكون ذا مظهر سليم لكنه يعتبر حاملاً للمرض، فإذا تزوج امرأة مثله فإنه احتمال ظهور المرض في ذريته يصل إلى الربع.³ في هذه الحالة يجب أن يحمل كل من الوالدين طفرة متنحية لمورثة معينة، وينتقل المرض إلى 25% من الأطفال (الذين يحملون نسختين من نفس هذه الطفرة)، والوالدان في هذه الحالة لا يظهر عليهما أية أعراض مرتبطة بذلك المرض وغالباً ما يكونون من الأقارب، وفي نفس الوقت 50% من أطفال هذين الزوجين يكونون مثل الأبوين (أي حاملين للطفرة ولا يظهر عليهم

¹ عبد الرحمن بن أحمد الجرعي، مرجع سبق ذكره، ص. 131.

² محمد الحجار، المرشد في الاستشارات الوراثية، ب د ن، ب ب ن، 2013م، ص. 16.

³ عبد الرحمن بن أحمد الجرعي، مرجع سبق ذكره، ص. 131.

أية أعراض) ونسبة الـ 25% المتبقية من الأطفال سليم أكلينيكيا وجينيا. وهناك حوالي ألف مرض ناتج عن هذا النوع أشهرها أمراض الدم (الثلاسيميا والأنيميا المنجلية).¹

2-3/ الأمراض المرتبطة بصبغيات الجنس: وهي تظهر بسبب وجود المورث المرضي على أحد الصبغيات الجنسية أو كليهما مثل مرض سيولة الدم (الهيموفيليا)، ويكون ظهوره في الذكور أكثر من الإناث لأن خلايا الذكر تحتوي على صبغي واحد (X) بينما تكون خلايا الأنثى محتوية على صبغيين (XY) فلا يظهر عليها أعراض المرض إلا إذا كان المورث المرضي موجوداً على كلا الصبغيين، فإن كان أحد الصبغيين سليماً والآخر معطوباً فتكون الأنثى حاملة للمرض تورثه لأبنائها بنسبة تصل إلى النصف.²

2-3/ الأمراض الناتجة عن اعتلال الصبغيات (الكروموسومات): تعزى الكثير من الأمراض والعاهات إلى تغيرات تحصل في الكروموسومات كفقدان أو إضافة كروموسوم كامل أو جزء صغير من الكروموسوم فتظهر على الفرد نتيجة هذه التغيرات الكروموسومية تغيرات معينة في صفاته الخارجية.³

ومن بين الأمراض التي تنتج عن هذا الخلل والاعتلال في الصبغيات ما يلي:

أ. متلازمة داون: والذي يعرف صاحبه بالطفل المنغولي، وسبب هذا المرض وجود صبغي (كروموسوم) زائد في خلايا الجسم، بسبب أن الصبغي رقم (21) يكون في حالة ثلاثية بدلاً من الثنائية فتكون عدد الصبغيات في خلايا الجسد (47) صبغياً بدلاً من (46) صبغياً، ويصاحب ذلك مستويات مختلفة من الإعاقات العقلية والاختلالات الجسدية، فيكون المريض منهم متخلفاً عقلياً وحركياً وجنسياً بدرجات متفاوتة.

¹ محمد الحجار، مرجع سبق ذكره، ص. 16.

² عبد الرحمن بن أحمد الجرعي، مرجع سبق ذكره، ص. 132.

³ مصطفى ناصف، محمد الربيعي، مرجع سبق ذكره، ص. 81.

ب. ظاهرة تيرز :حيث يحمل المريض فيها (45) صبغياً بدلا من (46) فيكون أحد صبغي الجنس غائبا (XO) فقط، ويكون المريض على شكل الإناث لكن مبايضهن صغيرة، وغالبا ما تكون عقيمة، ودرجة ذكائهن طبيعية أو أقل من المتوسطة.¹

3- الأمراض الوراثية من منظور الأحاديث النبوية :

عن عائشة رضي الله عنها قالت :قال رسول الله (صلى الله عليه وسلم) "تخيروا لنطفكم وانكحوا الأكفاء، وأنكحوا إليهم". وما رواه أنس (رضي الله عنه) عن النبي (صلى الله عليه وسلم) "تزوجوا في الحجز الصالح فإن العرق دساس"

نبه النبي في الحديث الشريف على ضرورة اختيار السلالة السليمة للمصاهرة، وأخذ ذلك بعين الاعتبار. وذلك لحرصه على إنجاب الذرية الصالحة والتي من أبرز مقوماتها سلامة البنية الجسمية لأفرادها لتكون قادرة على الامتثال وتنفيذ الدور المنوط بها في الحياة، وأكد العلم الوراثي ما أشار إليه حديث النبي عن الصفات المتتحية في الإنسان وإمكانية ظهور صفات وأمراض متتحية منذ القدم وموروثة عن الأجداد، فكلما دس في اللغة تعني إدخال شيء في تراب أو غيره، قصد إخفاءه مع المحافظة عليه، وليس قصد رميه، وهو بالضبط ما يحصل مع الصفة المتتحية، إذ أنها تظل مختفية من جيل إلى جيل، ثم وبأمر من حكيم قدير، يجمع بين زوجين يحملانها في مورثهم الجينومي، يكتب لها الظهور ولو بعد أجيال عديدة، أما إذا كان أحد الزوجين لا يحمل في مورثه أية صفة متتحية لمرض معين، فلن يكتب لذلك المرض -

بإذن الله - الظهور أبداً في تلك السلالة وهو ما يحث عليه الحديث الشريف "تخيروا لنطفكم" فاحتمال ظهور المرض الوراثي إذا التقى زوجين كان جدّيهما يحملان نفس المرض الوراثي المتتحي، ويكبر هذا الاحتمال في حالة جدّ مريض مشترك بين الزوجين فنسبة ظهور المرض

¹ عبد الرحمن بن أحمد الجرجي، مرجع سبق ذكره، ص. 132.

في الأحفاد تكون 25 % وهي نسبة عالية إذا كانت احتمال لظهور مرض خطير أو تشوه خلقي مثلاً.¹

وعن أبي هريرة (رضي الله عنه) قال كنت عند النبي (صلى الله عليه وسلم) فأتاه رجل فأخبره أنه تزوج امرأة من الأنصار، فقال له رسول الله أنظرت إليها؟ قال: لا، قال: فاذهب فانظر إليها، فإن في أعين الأنصار شيئاً.

بما أن الزواج يجسد البعد الواقعي لاستمرارية البنية البشرية التي جعلها الشرع مقصداً لإعداد الأجيال السليمة الخالية من الأمراض، حث الرسول (صلى الله عليه وسلم) الرجل الذي تزوج امرأة من الأنصار على النظر إلى مخطوبته للتأكد من خلوها من الأمراض التي قد تنتقل إلى ذريتها، وأكد ذلك علم الوراثة، حيث أن الأب يورث نصف مادته الوراثية لذريته والنصف الآخر تورثه الأم حيث إن الخلايا التكاثرية تحتوي على 23 كروموزوم وعندما تلتقي البويضة بالخلية المنوية ويحصل إخصاب تنتج زيجوت تحتوي على 46 كروموزوم، فإذا كانت الأم تحمل بعض الأمراض أو التشوهات فالاحتمال قوي بتوريث تلك الأمراض، ومسببات التشوه وقد يظهر ذلك في ذريتهم وأحفادهم.²

ونستدل من خلال ما تقدم أن الرسول (صلى الله عليه وسلم) أراد أن يوضح لنا كيفية تفادي ظهور الأمراض الوراثية وذلك من خلال التزاوج بالأكفاء من أجل الحصول على جيل سليم ومعافى، لأنه (صلى الله عليه وسلم) قد أدرك أساسيات الوراثة وأنماط التوارث قبل أربعة عشر قرناً.

وعن أنس بن مالك قال: إن هلال بن أمية قذف امرأته بشريك بن سحماء، وكان أخا البراء بن مالك لأمه، وكان أول رجل لاعن في الإسلام، قال: فلاعنها، فقال رسول الله (صلى الله عليه وسلم) "أبصروها فإن جاءت به أبيض سبطاً، قضى العنين، فهو لهلال بن أمية،

¹ منا محمد رمضان هاشم العشي، أثر الأمراض الوراثية على الحياة الزوجية -دراسة فقهية مقارنة -رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، كلية الشريعة والقانون، غزة، 2008 م، ص. 48-49.

² نفس المرجع، ص. 49.

وإن جاءت به أكحل جعداً، حمش الساقين، فهو لشريك بن سحماء "قال: فأنبئت أنها جاءت به أكحل جعداً حمش الساقين".

أي أن الحديث الشريف قد بين ما أثبتته علم الوراثة من أن الطفل يكتسب صفات أبويه الخلقية والعضوية والعقلية حيث إن الثروة الوراثية تكمن عند الإنسان في نواة كل خلية على شكل، و تنتقل من الأسلاف إلى الأكلاف، الشيء الذي يعطي كل مخلوق خصائصه وميزاته كفصيلة الدم، ولون الجلد، والشعر، والعينين، وطول القامة أو قصرها، وتعتبر هذه الكروموسومات الجسر الذي تنتقل عليه صفات النوع من جيل إلى جيل آخر، وقد يكون تأثير العامل الوراثي قوي فيظهر الشبه واضحاً بين المولود ووالديه..... والذي أكد الحديث الشريف عليه أنها ولدت الطفل أكحل جعداً حمش الساقين فكان نسخة من أبيه مما أشار إلى كونه ابناً لشريك بن سحماء لأنه يحمل نفس صفاته الخارجية.¹

من خلال ما تقدم ندرك بأن الشريعة الإسلامية قد التفتت إلى الأمراض الوراثية وظهر ذلك واضحاً في إشارات النبي حيث قدم المعلومات والمعارف التي تعتبر خطوة أساسية نحو الثقافة وبناء السلوك السوي الذي يترتب عليه صحة الأفراد وبالتالي المجتمع بأكمله، وقد أحاطت الأفراد أيضاً بالوعي الشامل مما لا يجعلنا نستغرب أن نلمس هذه الإشارات النبوية التي ترشد إلى وجود التوارث بين الآباء والأبناء وما قد يترتب عليه من نتائج.

وقد أشار النبي المصطفى عليه أفضل الصلاة والسلام إلى سبب تشابه واختلاف المخلوقات فكان قبساً هادياً لكشف ما قد يترتب على ذلك من أضرار ومنافع حيث تنتقل بموجبه الصفات الجيدة من جمال وذكاء وصحة وعافية وغيره، كما تنتقل به الصفات السيئة والضعف الجسمي والأمراض الوراثية.²

¹ منا محمد رمضان هاشم العشي، مرجع سبق ذكره، ص. 46-47.

² نفس المرجع، ص. 44.

4-الحكم الشرعي في الكشف عن الأمراض الوراثية:

إن المقصود بالكشف في المنظور الطبي هو الفحص الذي يجريه الطبيب للمريض بغية معرفة العلة والوصول لتشخيص المرض، ويتضمن الكشف معاينة علامات المرض وأعراضه وسؤال المريض عن تاريخ بداية هذا العلامات والأعراض وسؤاله عن الأمراض التي سبق أنه أصيب بها.¹

اختلف العلماء المعاصرون في حكم هذا الكشف ولهم في هذا الشأن قولان:

القول الأول: أن الأولى ترك هذا الكشف، لأن الأولى للمسلم أن يحسن الظن بربه جل وعلا، ولأن هذا الكشف يعطي - أحياناً - نتائج غير صحيحة ويترتب على ذلك أضراراً اجتماعية ونفسية كثيرة. كما أن الأصل سلامة الإنسان من الأمراض الوراثية فلا حاجة لإجراء هذا الكشف.

القول الثاني: جواز الكشف عن الأمراض الوراثية وقال به أكثر المعاصرين. واستدلوا في ذلك على مجموعة كبيرة من الأحاديث ومن أهمها:

- الأحاديث الواردة في الوقاية من الأمراض ومنها حديث "لا يورد ممرض على مصح"
- الأحاديث الواردة في التداوي ومشروعيته كحديث "إن الله خلق الداء والدواء فتداوا ولا تتداوا بحرام".
- قواعد رفع الحرج ودفع الضرر ومنها قاعدة: الضرر يزال.
- أن الكشف عن الأمراض الوراثية يحمي الأفراد والأسر والمجتمعات من هذه الأمراض.
- أن هذا الكشف وسيلة لإيجاد السكن والمودة والنسل السليم وما أدى إلى المشروع فإنه يكون مشروعاً.²

¹ عبد الرحمن بن أحمد الجرجي، مرجع سبق ذكره، ص. 130.

² نفس المرجع، ص. 135- 136.

خامسا: العلاقة بين الايكولوجيا الاجتماعية والوراثة والمرض:

بدأ الاهتمام بدراسة العلاقة بين الواقع الاجتماعي والأحوال الصحية والمرضية في المجتمع منذ أواخر القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين، وهو بداية ظهور علم الاجتماع الطبي كفرع حديث من علم الاجتماع، مما ساعد على فهم طبيعة وأسباب المرض وكيفية استجابة الناس له، ومن ثم تبلورت اهتمامات علم الاجتماع الطبي حول عدة موضوعات كان من أهمها تطوير الخدمات الطبية والمساهمة في وضع السياسات الصحية، ودراسة الأسباب الاجتماعية والايكولوجية للمرض، وتوزيع الأوبئة ومعدلات الوفيات وكافة مجالات الصحة العامة.¹

والأكثر أهمية أن موضوعات الصحة والمرض والجسد لم تكن جزءا من الطرح الواضح لعلم الاجتماع في مراحله المبكرة إذ كان قائما آنذاك على اختلافه عن العلوم الطبيعية، وما يثبت ذلك مثلا عمل "إميل دور كايم Emile Durkheim" في أواخر القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين، وما كتبه "شيلنج Shilling" إن هذه الرؤية أثرت تأثيرا شديدا في علم الاجتماع، هذا يدل على أن العلوم الطبيعية والبيولوجية كانت مستبعدة وغير هامة للتخصص التقليدي لأبحاث علم الاجتماع، لأن النظرية الاجتماعية أرادت لفت الانتباه دائما إلى الطبيعة المتضمنة في الخبرة التي تنعكس على الفرد، وإلى الخطر في المجتمع المعاصر ومن ثم يتعلق علم اجتماع الصحة والمرض بالتجربة الاجتماعية الشاملة.²

أما بالنسبة للمجال الطبي فقد ظل قرون يعامل أمراضا كثيرة على أنها أمراض وراثية صرفة أو أمراض بيئية صرفة، إلا أنه نتيجة تحديد العلامات الوراثية للأمراض بدأت مهنة الطب تراجع رويدا نظرتها هذه. وانتهت النظرة القديمة للأمراض ككيانات منفصلة وراثية أو بيئية، وبدأت تثبت أقدام النظرة الحديثة للمرض التي تدرك أن له طبيعة مركبة. وأصبحت الحقائق الأساسية هي التالية:

¹ نجلاء عاطف خليل، مرجع سبق ذكره، ص. 123-124.

² نفس المرجع، ص. 125-126.

- لكل مرض عوامله البيئية والوراثية.
- يتواجد لكل عامل وراثي علامة وراثية أو أكثر.
- العوامل البيئية يمكن تتبعها وحصرها.
- لا تكتمل صورة أي مرض دون فهم دقيق لكل من العوامل الوراثية والعوامل البيئية معا وطريقة تأثيرها في مسار المرض. وتختلف الأهمية النسبية لكل من العوامل البيئية والوراثية حسب المرض.¹

أي أنه من خلال ما تقدم ندرك تغير موقف المجال الطبي بالنسبة للعوامل المسببة للمرض، وتلاشت بذلك النظرة القديمة للمرض على أن مرده بيولوجي بحث أي أنه يرتبط بالعوامل الوراثية فقط، بل أصبح يراعى ارتباطه بالبيئة الاجتماعية والطبيعية، أي اعتراف الطب بدور العوامل الاجتماعية والطبيعية في الصحة والمرض، وفي هذا الصدد ووفقا للنظرة الطبية الحديثة فإننا نعتبر الحالة الصحية للإنسان كنتاج تداخل عدة عوامل أي تفاعل العوامل الوراثية مع عوامل مكتسبة من البيئة الاجتماعية والطبيعية المحيطة بالفرد.

والعلاقة بين عاملي البيئة والوراثة لا تظهر للوجود فحسب عند تلاقي جينات معينة بظروف بيئية خاصة، فهي تستمر عبر الزمن في علاقة دائمة من خذ وهات أينما بحثنا عن التوازن الكامل بين الاثنين. فقد تمكنا مجموعة معينة من الجينات من أن تعدل من البيئة لتصبح أكثر توصلا لبقائنا . وكمثل ذلك فإننا قد نسكن بيئة معتدلة من كوكبنا ونتعلم محاربة فترات الحرارة القصوى باستخدام تكييف الهواء ، ونتجنب قدر الإمكان أنواعا معينة من الملوثات ، وفي الوقت نفسه فإن البيئة قد تكون مما يثير وقوع تغير وراثي بأن تؤثر في عملية الانتقاء الطبيعي، فتساعد على اقتلاع الجينات الأقل فائدة والأقل إنتاجا والأكثر إضعافا للمرء، والأسباب البيئية للسرطان مثلا تتواجد أساسا بسبب تغير البيئة تغيرا سريعا جدا .ذلك أن تراثنا الجيني الذي صيغ ليواجه نوعا معيناً من العوائق لم يتعلم بعد كيف يتعامل مع هذه

¹ زولت هارسنباي ريتشارد هتون ، التنبؤ الوراثي، ترجمة: مصطفى إبراهيم فهمي، ومراجعة: مختار الطواهري، علم المعرفة، الكويت، 1988 م، ص.29.

التغيرات ، فتكون النتيجة أن يحدث المرض .وقد يحدث مستقبلا أن تأخذ تغيرات البيئة في مساعدتنا على التخلص من الجينات الضارة، وربما يحدث ذات يوم أن ينخفض معدل الإصابة بالسرطان، ويكون سبب ذلك ببساطة أننا وراثيا نتعلم كيف نستجيب لعوامل الضرر البيئية ونعادل من تأثيرها.¹ وكمثل آخر ما أشار له العالم نيل Neel على وجود جينات خاصة بالوراثة، وتعد مسؤولة عن الإصابة بمرض السكر Diabetes، حيث يوجد التوازن في جسم الإنسان بين إفراز الأنسولين Insulin والأنتي انسولين Anti-insulin وحينما يختل هذا التوازن عند بعض الأشخاص نتيجة للنظام الغذائي، وزيادة السرعات الحرارية وقلة النشاط البدني، والحياة الحضرية في المدن المزدحمة والقلق والتوتر، فإنهم يصابون بمرض السكر، وعلى هذا تزايدت العوامل الثقافية التي تتفاعل مع العوامل الوراثية والبيولوجية فتؤثر على صحة الإنسان ومرضه.²

ومن الناحية الأخرى فإن مرض القلب كان يعد أساسا مرضا بيئيا، إلا أن الدراسات الحديثة أثبتت أنه إذا كان كل فرد مستهدفا بطريقة ما للإصابة بمرض القلب فإن بعض الناس أكثر استهدافا من غيرهم، والذين « يقاومون » المرض يحتاجون إلى جرعة أكبر من أخطار البيئة حتى يصابوا به، وربما يكون ذلك بسبب أكل الطعام الخطأ، أو لعدم ممارسة الرياضة، وكذلك تعرضه لحياة مفعمة بالضغوط، أما «المستهدفون» للمرض فقد يصابون به حتى ولو كانوا على حذر في ممارسة حياتهم، فهم معرضون للمرض بمجرد أن يحدث لهم أدنى تغير بيئي . ولكل فرد العلامة الوراثية المناسبة التي تستطيع أن تحدد « احتمالات » إصابته بمرض ما.³

والحقيقة أن ارتفاع الضغط الدموي يعد من أكثر الأمراض انتشارا وأنه من أهم عوامل الإنذار التي تنتبأ بخطر وقوع مرض القلب التاجي، وقد اكتشف الباحثون أن مرض الضغط

¹ زولت هارسنباي ريتشارد هتون، مرجع سبق ذكره، ص.171.

² علي المكاوي، الأنثروبولوجيا الطبية: دراسات نظرية وبحوث ميدانية، مرجع سبق ذكره، ص.18.

³ زولت هارسنباي ريتشارد هتون، مرجع سبق ذكره، ص.29-30.

الدموي المرتفع قد يكون له عنصر وراثي هام. بحيث أجريت تجربة على الفئران في معهد بروكهافن القومي بابتون بنيويورك سنة 1974م ،بحيث قاموا بتربية مجموعتين من الفئران إحداهما مستهدفة لارتفاع ضغط الدم والأخرى تقاومه، ثم قاموا بتعريضهم للضغط فكانت النتائج أن المجموعة ذات الاستهداف الوراثي تزايدت ثابتا في ضغط الدم، أما المقاومة فلم يظهر عليها أي شيء وكان الاستنتاج أن ارتفاع ضغط الدم له عنصره الوراثي وأنه يمكن إحداثه بالتعرض للضغط.¹

أي أنه بعدما كانت تفسر هذه الأمراض كمرض السكري والضغط الدموي بعوامل بيئية صرفة وأخرى بعوامل وراثية أدركوا التداخل مابين الجانب الوراثي والبيئي الذي يعيش فيه الفرد في الإصابة بالمرض ،أي أن هناك علاقة تكاملية بينهما في تفسير المرض ، وهذا يعود لاهتمام علماء الطب بالعوامل الاجتماعية من أجل تخفيض معدلات المرض.

أي أن اهتمامات علماء الطب فتح المجال أمام علماء الاجتماع للنظر ثانية في الحقل الطبي كمجال للدراسات الاجتماعية، وهكذا يعتبر علم الاجتماع الطبي مجالا مشتركا بين الطب وعلم الاجتماع ومجالا للبحث التطبيقي، ومن ثم فهو يسعى إلى تطوير الأفكار السوسيولوجية في داخل السياق الطبي ودراسة القضايا الهامة التطبيقية المتصلة بالصحة والمرض والرعاية الصحية.² فمثلا نوعية الأمراض التي تظهر في أي جماعة إنسانية وتؤثر في أعضاء هذه الجماعة ليست بمحض الصدفة ولكنها تعبير عن المخاطر والضغوط المحيطة بهم وعن بيئتهم وسلوكياتهم والمناخ الذي عاشوا فيه والتربة التي أمدتهم بالغذاء والحيوانات والنباتات التي شاركهم موطنهم وعن أنشطتهم اليومية وعاداتهم الغذائية واختيارهم للمسكن والملبس وبنائهم الاجتماعي.³ دون أن نغفل عن دور العوامل الوراثية في ظهور هذه الأمراض كالضغط الدموي والسكري وأمراض القلب.... وغيرها.

¹ زولت هارسنباي ريتشارد هتون، مرجع سبق ذكره ، ص. 35

² علي مكاوي، الجوانب الاجتماعية والثقافية للخدمة الصحية-دراسة ميدانية في علم الاجتماع الطبي ،دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1988م، ص. 49، 50 .

³ نجلاء عاطف خليل ،مرجع سبق ذكره، ص. 151.

خلاصة:

نستخلص مما تقدم أنه بالرغم من أسطورة التكنولوجيا الطبية المتسارعة والمستمرة والتي تتطور بصورة تصاعدية من أجل خدمة الإنسان، من خلال عملها الدؤوب على تطوير أو خلق الطرق الفعالة للسيطرة على عمل العوامل الوراثية أي الجينات الوراثية وذلك للتغلب أو السيطرة على كافة الأمراض، وبالرغم من أن علم الوراثة يعتبر من أهم الانجازات العلمية ومن أرقى العلوم كونه علما تطبيقيا يهدف لحل العديد من المشكلات التي تعترض حياة البشرية وذلك بإعطائه نظرة جديدة للمصير البيولوجي للإنسان وحياته من جهة أخرى ، لكنه يبقى عاجزا في فهم وعلاج العديد من الأمراض التي تعصف بالعديد من أرواح البشرية والتي يكون سببها عدم الفهم المعمق للبنى الاجتماعية والثقافية والنفسية للمرض ، لذا لابد من تكامل كل العلوم أي أنه يستوجب استحضار العلوم الاجتماعية بشتى فروعها بداية من الانتروبولوجيا الطبية وعلم النفس وعلم الاجتماع الطبي وجعلها مناهج لفهم هذه الأمراض التي أصبحت تعترى عصرنا الحالي. وهذا لان أي اختلال في الأنظمة الايكولوجية الاجتماعية والديمغرافية والثقافية سيعرض أفراد المجتمع إلى اختلال صحي لا محالة إلا أن درجة التأثير تختلف من مجتمع لآخر.

الفصل الرابع

ظاهرة الأمراض المزمنة: تعريفها، تاريخها، أنواعها، منظوراتها، واقعها وأهمها في المجتمع الجزائري

تمهيد
أولاً : تعريف الأمراض المزمنة
ثانياً : نبذة تاريخية عن الأمراض المزمنة
ثالثاً : أنواع الأمراض المزمنة
رابعاً : منظورات العلوم الاجتماعية المفسرة للمرض
1. المنظور الثقافي
2. المنظور البيولوجي
3. المنظور الاجتماعي
4. نظرية الأسباب المتعددة للمرض
5. المنظور الاجتماعي النفسي
خامساً: واقع الأمراض المزمنة في المجتمع الجزائري
1. معدل انتشار الأمراض المزمنة حسب السن في المجتمع الجزائري
2. معدل انتشار الأمراض المزمنة حسب الجنس في المجتمع الجزائري
3. معدل انتشار الأمراض المزمنة حسب الجنس والسن والمنطقة الجغرافية في المجتمع الجزائري
سادساً: أهم الأمراض المزمنة المنتشرة في المجتمع الجزائري
1. نوعية الأمراض المزمنة المنتشرة بصفة عامة
2. الوضعية الابدميولوجية لداء السكري
3. مستويات الإصابة بالضغط الدموي على مستوى المجتمع الجزائري
خلاصة الفصل

تمهيد:

نعيش في بداية الألفية الثالثة للميلاد تغيرا وبائيا واضحا في خريطة الأمراض التي تصيب البشر، من حيث النوعية والخطورة والإزمان وعبء المرض، سواء في العالم المتقدم حيث تظهر هذه النقلة الوبائية جلية أو في العالم النامي مثل ما يحدث في الجزائر. لقد كان السبب الرئيسي للوفيات في بدايات القرن الماضي هو الأمراض المعدية مثل السل الرئوي والزكام والتهابات الرئة و الإسهال... وغير ذلك، أما اليوم فإن أمراضا مزمنة مثل السرطان وأمراض القلب والسكتة الدماغية والضغط الدموي و السكري... وغيرها، هي المتسبب الرئيسي في الوفيات.

لذا تعد الأمراض المزمنة واحدة من المشاكل المهمة التي بات العالم يواجهها، وأهمية هذه المشكلة ربما يمكن توضيحها من خلال ثلاثة أبعاد رئيسية وهي:

➤ أن الأمراض المزمنة تعد السبب الرئيسي للوفاة على مستوى العالم، إذ تموت أعداد كبيرة نتيجة للإصابة بها.

➤ تعدد العوامل المساهمة في انتشار الإصابة بالأمراض المزمنة فمنها ما هو بيولوجي واجتماعي وثقافي ك سوء الأنماط الاستهلاكية والضغط الاجتماعي... وغير ذلك ، وفي الأزمنة السابقة كانت المجتمعات الثرية والمتحضرة هي الأكثر تعرضا للمخاطر المتعلقة بارتفاع ضغط الدم، وارتفاع الكوليسترول، ومرض السكري... وغيرها. أما في الوقت الحاضر أخذت هذه الأمراض بالانتشار حتى في البلدان ذات الدخل المتوسط والمنخفض.

➤ ومن بين الأسباب الواضحة للإصابة بهذه الأمراض ،ازدياد حدة الصراعات الأسرية، والمهنية، والإسكانية والاقتصادية، والسياسية ذات التأثير الواسع على صحة الفرد .

أولاً: تعريف الأمراض المزمنة

قبل التعرض لتعريف الأمراض المزمنة سنتطرق إلى تعريف المرض بصفة عامة .
عرف المرض عبر العصور بتعريفات مختلفة، تتباين فيما بينهما تبعاً لثقافة وغاية وتخصص ومهنية الشخص الذي عرفه، فمثلاً الأخصائيين الاجتماعيين والصحيين كلا منهم يعرفونه حسب ما يخدم أو يختص بمجال عملهم، وكذلك لأن قضية المرض اختلفت من عصر لآخر ومن زمان لآخر، فكانت التعريفات غير شاملة وغير وافية لمفهوم المرض لذا نجد :
"الموسوعة البريطانية" تعرف المرض "على أنه انحرافاً ضاراً ومؤذياً عن البناء الطبيعي أو الحالة الوظيفية للكائن الحي، حيث تظهر عليه ع ادة علامات وأعراض تدل على أن حالته غير طبيعية، لذلك يجب فهم الحالة الطبيعية للكائن الحي لكي يمكن التعرف على السمات المميزة لحالة المرض".¹

وتعرف "إقبال إبراهيم وآخرون " المرض على أنه "يحدث من قصور عضو أو أكثر من أعضاء الجسم عن القيام بوظيفته خير مقام، كما يحدث المرض أيضاً إذا اختل أو انعدم التوافق بين عضوين أو أكثر من أعضاء الجسم في أداء وظائفها".²
كما عرف على أنه "الحالة التي يحدث فيها خلل إما في الناحية العقلية أو العضوية أو الاجتماعية للفرد، شأنه إعاقه قدرة الفرد على مواجهة أقل ا لحاجات اللازمة لأداء وظائف مناسبة".³

والمعنى الاجتماعي للمرض يعتبر من صنع القوى فوق الطبيعية ويظهر فقط في الإنسان. ويرى آخرون على أنه "عرض يعتري مجتمعا بأسره أو جماعة بأسرها... فالأسرة يمكن أن تكون وحدة حقيقية للأمراض".⁴

¹ نجلاء عاطف خليل، مرجع سبق ذكره، ص.30.

² إقبال إبراهيم مخلوف، العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، 1999، ص-49.

³ أيمن مزاهرة وآخرون، علم اجتماع الصحة، دار اليازوردي للنشر والتوزيع، عمان، 2003، ص.58.

⁴ علي المكاوي، علم الاجتماع الطبي: مدخل نظري، مرجع سبق ذكره، ص.78.

ومن خلال هذه التعاريف نصل إلى تعريف شامل للمرض على أنه حالة الخلل الغير طبيعية والتي تحدث اضطرابا لدى الفرد المصاب، لما تحدثه من تغيير جزئي أو كلي لوظائف الجسم قد تصل إلى حد الإعاقة الجسدية أو العقلية، والتي تنعكس لا محالة على النواحي النفسية والاجتماعية للفرد، أي أن المرض يصبح سببا أساسيا في عدم قدرة الفرد على أداء مهامه و سببا في عدم حصوله على الراحة الطبيعية التي يحتاجها لأداء واجباته وتلبية حاجياته.

ونشير أن مفهوم الأمراض المزمنة في الوقت الحاضر حسب نظرة الأطباء أنه حالة مرضية تتصف بالامتداد الزمني الطويل، الأوجاع المصاحبة للإصابات، العوق أو أمراض الشيخوخة، ويميز الأطباء بين المرض المزمّن والمرض الحاد، على أن هذا الأخير يظهر ويشفى منه الإنسان سريعا، أما المرض المزمّن فيشمل عددا كبيرا من الأمراض، تختلف فيما بينها من حيث المنشأ والسبب والأعراض والعلاج والمآل، وتتمو ببطيء كما تستمر لمدة طويلة، أي أن هذا المرض يدخل الفرد مرحلة اللاتوازن والاستقرار بسبب ما يحدثه من خلل وظيفي داخل الجسم يصعب السيطرة عليه، لأن غالبية الأمراض المزمنة يستحيل شفاؤها مما يؤدي لا محالة إلى المعاناة الطويلة أو فقدان الحياة، وهذا يتوقف بطبيعة الحال على طبيعة المرض وعلى الظروف المحيطة بالمريض وعلى السلوك الصحي المتبع من طرفه.

التعريف الإجرائي للأمراض المزمنة :

1. أنها حدث اجتماعي، يتعرض لها الإنسان في كافة مراحل حياته نتيجة بعض العوامل الطبيعية والاجتماعية، مما يوجب على الفرد أو الجماعة أعباء مقاومته إن أمكن أو التخفيف من حدته عند حدوثه.
2. هي الأمراض التي تصيب الفرد لفترة طويلة وتؤثر على جهاز وظيفي واحد أو أكثر في جسمه، مما يؤثر على صحته وبيقيه تحت الرعاية الطبية مثل أعراض السكري والدم والمفاصل والعظام والقلب.....وغير ذلك .

3. أن المرض المزمن يختلف عن المرض الحاد في كونه غير قابل للشفاء التام، وكذلك يتطلب استمرارية في علاجه، وله نتائج سلبية على الفرد المصاب وذلك بتسببه في الإعاقة بشتى أنواعها، إضافة إلى الأعباء النفسية والاجتماعية والاقتصادية المترتبة عليه، ونركز في دراستنا على نوعين من المرض المزمن (الغير معدي)، وهما داء السكري سواء كان من النوع 1 (المرتبط بالأنسولين) أو النوع 2 (غير المرتبط بالأنسولين) والضغط الدموي، ونعتبر المريض المزمن كل شخص تم التأكد بإصابته بأحد المرضين، وذلك عن طريق الملفات الطبية للمرضى والأطباء ورؤساء الأقسام العاملين بالمستشفى، وحسب ما أشارت له الإحصائيات فإن هذه الأمراض المزمنة تشكل أكبر سبب للوفيات في العالم الغربي وكذا النامي، وقد أخذت تنتشر بشكل وبائي نتيجة التغير الاجتماعي والتحديث الصناعي وعولمة أنماط السلوك وطرائق المعيشة الأقرب إلى نمط الثقافة الغربية".

ومن خلال ما تقدم يمكن أن نصل إلى أهم صفات أو خصائص المرض المزمن وهي:

- التنبؤ : لا يمكن التنبؤ بمسار المرض من حيث التحسن أن الانتكاس.
- الشفاء: يستعصي هذا المرض عن الشفاء و يحتاج إلى رعاية دائمة.
- العلاج: يتطلب علاجه مدة زمنية طويلة الأمد ، كما يتطلب تدريب المصابين به تدريجيا لإعادة تأهيلهم.

- الإعاقة: تؤدي إلى إعاقات وظيفية وجسدية مما يزيد من معاناة المريض.
- الأسباب: تأثرها بالعوامل النفسية والبيولوجية و الاجتماعية ،أي توجد علاقة قوية بين العوامل الوراثية وضغوط البيئة الاجتماعية التي تؤثر على الفرد فتترجم إلى مرض مزمن. وباختصار يمكن وصف الأمراض المزمنة بأنها تلك الأمراض التي تستمر آثارها مدى الحياة.

ثانيا : نبذة تاريخية عن الأمراض المزمنة

اختلفت وتباينت نظرة المجتمعات والحضارات في فهمها للمرض من عصر إلى عصر ، ومن حضارة إلى حضارة عبر الزمان، ومن جيل إلى جيل ضمن نفس البيئة الاجتماعية

الواحدة، فكانت نظرة الحضارات القديمة والتي كانت وثنية والتي تميزت بعبادة الأصنام أو الكائنات الحية أو الظواهر الطبيعية، تقوم على أساس غيبي يتصف بالشعوذة والسحر فكانوا يردون إصابة شخص بالمرض إلى غضب الآلهة وعدم رضاها على هذا الشخص، وبالتالي على المجتمع، لذا كانوا يعملون دوماً على رضا الآلهة بإعدام أو إغراق الشخص المصاب بالمرض سواء عقلياً أو جسدياً في الأنهار والبحار، اعتقاداً منهم بأن عملهم هذا يرضي الآلهة، وعدم غضبها بإصابتهم بأمراض أو ويلات أخرى، فكانت نظرهم إلى المرض أكثر من كونه خلل وظيفي أو عدم شعورهم بالراحة، وإنما هو غضب يجب الانتباه له عن طريق إرضاء الآلهة، أي أن المرض لديهم هو عارض روحي أكثر منه عارض جسدي أو عقلي يصيب جزء من الجسد.

إلى أن جاءت الديانات السماوية والتي كرمت بني الإنسان وجعلته أسمى وأرقى الكائنات الحية، ونصت ضمن تعاليمها وعباداتها نصوص تحض على المحافظة على الصحة، إلى جانب اعتبار أن المرض عارض، ويجب على الإنسان عدم الاستهانة بالجسم والسعي الأكيد والدؤوب للمعالجة ضد الأمراض.¹

أي أنه لم تكن الدعوة للعناية بالمرضى لاسيما ذوي الأمراض المزمنة وليد العصور الحالية بل إنها موعلة في القدم، ونجد في تاريخنا العربي الإسلامي عناية فائقة بالشريحة التي تصاب بهذه الأمراض، فقد جاء في القرآن الكريم قوله تعالى ﴿لَيْسَ عَلَى الْأَعْمَى حَرْجٌ وَلَا عَلَى الْأَعْرَجِ حَرْجٌ وَلَا عَلَى الْمَرِيضِ حَرْجٌ﴾.²

كما نجد في الوثيقة التي كتبها الإمام "علي بن أبي طالب عليه السلام" لعامله على مصر "مالك الأشتر" من بين الوصايا الكثيرة في تلك الوثيقة وصية خاصة بذوي الأمراض المزمنة إذ قال عليه السلام "ثم الله في الطبقة السفلى من الذين لا حيلة لهم، والمساكين والمحتاجين وأهل البوسي (شدة الفقر) والزمني (أي أهل العاهات المانعة لهم من الاكتساب) فإن

¹ قدرى الشيخ علي وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص. 99-100.

² سورة النور، الآية. 61.

في هذه الطبقة القانع والمعتز، فاجعل لهم قسما من بيت مالك وقسما من غلات صوافي الإسلام (أرض الغنيمة) في كل بلد، ولا تصعر خذك لهم، وتفقّد أمور من لا يصل إليك ممن تقتحمه العيون وتحقره الرجال، ففرغ لأولئك ثقتك من أهل الخشية والتواضع فليرفع إليك أمورهم، ثم اعمل فيهم بالأعذار إلى الله يوم تلقاه".¹

حتى أن الدين الإسلامي قد أوجد بعض العلاجات عن طريق الآيات والأحاديث النبوية الشريفة للمرض، إلى جانب أنه اعتبره إما أن يكون ابتلاء من الله سبحانه وتعالى ليرى مدى صبر المؤمن، وممكن أن يكون عقابا من الله بسبب عمل المحرمات، ونصت بعض التعليمات والآيات والأحاديث الشريفة على إتباع عادات صحية سليمة إلى جانب الوقاية من الأمراض، وكذا تحريم بعض الأعمال مثل الخمر، والمخدرات، والجنس الخاطئ المحرم، الذي له انعكاسات سلبية على صحة الإنسان.

وهكذا مع تزامن الديانات تقدمت التكنولوجيا والعلوم جميعها، ومن ضمنها العلوم الاجتماعية والطبية والعلمية، وأصبحت هناك اكتشافات طبية مسبقة في مجال معالجة الأمراض المزمنة والوبائية، وأصبحت النظرة إلى المرض على أنه عارض عقلي أو جسدي يجب علاجه ويجب الوقاية منه، فبدأت التكنولوجيا الطبية تتقدم في مجال الوقاية والعلاج وتصنيع الأجهزة الطبية وتأهيل الأعضاء العاملين في النسق الطبي لمواجهة هذه الأمراض ومحاولة القضاء عليها.²

ثالثا: أنواع الأمراض المزمنة

تصنف الأمراض المزمنة إلى نوعين، وذلك حسب درجة انتقال المرض من شخص إلى آخر، ومدى خطورة هذه الأمراض في حالة الاختلاط بالمصابين أو في حالة عدم عزلهم وهي:

¹ الشيخ محمد عبده، نهج البلاغة، ج3، دار القارئ للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت، 2007، ص.13.

² قدرني الشيخ علي وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص.100.

١. **الأمراض المعدية:** وهي الأمراض التي تسببها الكائنات الدقيقة التي لا ترى بالعين المجردة وتسمى الجراثيم، فتحدث العدوى نتيجة انتقال هذه الجراثيم المرضية من المريض إلى شخص غير المريض مسببة له نفس الحالة.

٢. **الأمراض غير المعدية:** وهي الأمراض التي لا تسببها الجراثيم ولا العدوى، وإنما يصاب بها الشخص نتيجة عوامل أخرى كثيرة ومتعددة تختلف باختلاف نوع المرض وهي ناتجة عن وراثيته للمرض، ومناعته، والظروف الاجتماعية المحيطة بالفرد... وغير ذلك، والتي يمكن حصرها في الأنواع التالية وذلك وفقا لانتشارها: كمرض السكري، أمراض القلب والدورة الدموية والتي تضم ضغط الدم المرتفع وتصلب الشرايين والذبحة الصدرية والجلطة، أمراض الربو والحساسية، أمراض الكلى، الأمراض الروماتيزمية، السرطان... وغيرها. وبما أن دراستنا تتمحور حول الأمراض المزمنة غير المعدية سنتطرق فقط وبلشرح المفصل لكلا من مرض السكري والضغط الدموي اللذان يعتبران متغيرين هامين في الدراسة.

1 مرض السكري:

1 1 تعريف مرض السكري:

عرفت منظمة الصحة العالمية السكري بأنه "حالة مزمنة ناتجة عن ارتفاع مستوى السكر في الدم وقد ينتج ذلك عن مجموعة من العوامل البيئية والوراثية، ويعد الأنسولين المنظم الرئيسي لتركيز الجلوكوز في الدم، وقد يرجع ارتفاع مستوى السكر في الدم إلى قلة وجود الأنسولين".

وأشارت "الشوا" في كتابها الآفاق الحديثة في دراسة ومعالجة الداء السكري بأنه "ارتفاع نسبة سكر الدم فوق المعدل الطبيعي (ارتفاع سكر الدم الصيامي فوق 110 ملغ/د.ل) نتيجة لنقص في إفراز هرمون الأنسولين أو عدم فعاليته، أو كلاهما معا".

أما "لوثر ترافيس" استشاري غدد الصم والكري في قسم الطب بجامعة تكساس في الولايات المتحدة الأمريكية، فيعرف السكري بأنه "عبارة عن اضطراب في عملية تحويل الأغذية التي يتناولها الناس إلى طاقة".¹

وبهذا نستخلص أن ظهور مرض السكري مرتبط بالعديد من العوامل منها ما هو وراثي و ما هو مرتبط بالبيئة الاجتماعية ، لكن بيولوجيا فهو مرتبط بالبنكرياس الذي يتوقف عن إفراز الكمية اللازمة من الأنسولين (وهو هرمون يضبط مستوى السكر في الدم) أو عند عجز جسم الإنسان عن إفراز الأنسولين ، ويؤدي مرض السكري مع الوقت إلى إحداث أضرار خطيرة على أجهزة الجسم.

1 2 أنواع داء السكري:

حددت منظمة الصحة العالمية مرض السكري في ثلاث أنواع إلا أن داء السكري من

النمط 1 و 2 هما الأكثر انتشارا وشيوعا:

-داء السكري من النمط 1:

حسب منظمة الصحة العالمية فإنه كان يعرف سابقا باسم داء السكري المعتمد على الأنسولين أو داء السكري الذي يبدأ من مرحلة الشباب أو الطفولة ، ونشير أن هذا النوع يتسم بنقص إنتاج الأنسولين ، مما يتوجب على الفرد المصاب التعاطي اليومي للأنسولين، لان خلايا "بيتا" في البنكرياس لا تستطيع أن تمد الجسم بما يحتاجه من الأنسولين الضروري للجسم، وهو يظهر عادة قبل سن الأربعين ونادرا في سن متأخرة، والمؤشرات الأولية لهذا الداء تشتمل على الأعراض التالية، العطش، التبول المتكرر، الجوع المستمر، وفقدان للوزن، والتغيرات في البصر والإحساس بالتعب. إلا أنه لا يمكن معرفة سبب داء السكري من النمط 1، كما لا يمكن الوقاية منه لأنه يظهر بشكل فجائي ودون سابق إنذار.

¹ جاسم محمد عبد الله محمد المرزوقي، مرجع سبق ذكره، ص. 23.

-داء السكري من النمط 2:

حسب منظمة الصحة العالمية فإنه كان يعرف سابقا باسم داء السكري غير المعتمد على الأنسولين أو داء السكري الذي يظهر في مرحلة الكهولة، لكنه الآن أصبح يصيب فئة الأطفال أيضا. ونشير أنه يحدث بسبب عدم فعالية استخدام الجسم للأنسولين، وكذلك نتيجة لفرط الوزن والخمول البدني، وقد تكون أعراض هذا المرض مماثلة لأعراض النمط 1، ولكنها قد تكون أقل وضوحا في الكثير من الأحيان ، ولذا فقد يشخص الداء بعد مرور عدة أعوام من بداية المرض أي حدوث المضاعفات.

وحسب ما أشار له "جاسم محمد عبد الله محمد المرزوقي" نقلا منه عن الصوير وهونج فان هذا النوع ينقسم إلى نوعين من خلال الارتباط والسمنة من عدمها، بحيث أن مرض السكري من النمط 2 غير المصحوب بالسمنة يشكل المصابون به أقل من 10% من مرضى السكري، أما مرض السكري من النمط 2 المصحوب بالسمنة فيشكل المصابون به أكثر من 90% من مرضى السكري.¹

-داء السكري الحملي:

غالبا ما تتعرض له السيدات الحوامل اللاتي يعانين من وجود تاريخ مرضي لمرض السكري في العائلة، واللاتي يعانين من قصور الجسم عن احتمال الجلوكوز أي عندما يكون البنكرياس غير قادر على التخلص من السكر الزائد بسهولة، وزيادة الوزن، واللاتي يلدن أطفالا أوزانهم أكثر من 4 كغ. ويصيب سكري الحمل (1-14 %) من النسوة الحوامل ويمثل 90% من حالات السكري المشاهدة أثناء الحمل.²

1 3 وبائية مرض السكري:

أشارت منظمة الصحة العالمية إلى إصابة 422 مليون شخص بالغ بالسكري على الصعيد العالمي في عام 2014 مقارنة بإصابة 108 ملايين شخص في عام 1980 ، وكاد معدل

¹ جاسم محمد عبد الله محمد المرزوقي، مرجع سبق ذكره، ص. 25.

² نفس المرجع، ص. 26.

الانتشار العالمي (الموحد حسب السن) للسكري يتضاعف منذ عام 1980 إذ ارتفع من 4.7% إلى 8.5% لدى السكان البالغين، وكان ارتفاع معدل انتشار السكري في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط أسرع من ارتفاعه في البلدان المرتفعة الدخل خلال العقد الماضي، وسبب السكري وفاة 1.5 مليون شخص في عام 2012، وأسفر مستوى الغلوكوز في الدم الأعلى من المستوى الأمثل عن وفاة 2.2 مليون شخص آخر، بزيادة مخاطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية أو بأمراض أخرى، إلا أنه لا توجد تقديرات عالمية مفصلة لمعدلات انتشار السكري من النمط 1 والنمط 2 كلا على حدا وهذا لأنه يتوجب عادة إجراء اختبارات مخبرية معقدة للتمييز بين كلا النوعين.

كما أشارت منظمة الصحة العالمية أنه تحدث نسبة 43% من حالات الوفاة هذه التي يبلغ مجموعها 3.7 ملايين حالة وفاة قبل بلوغ 70 سنة من العمر في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط بنسب أعلى مقارنة بالنسبة المنخفضة المسجلة في البلدان المرتفعة الدخل، ومن المتوقع أن يصبح السكري سابع أسباب الوفاة الرئيسية في العالم بحلول عام 2030¹. واقعيا يشكل السكري معضلة صحية خطيرة، ومن بين أهم الأمراض المزمنة التي تشكل خطورة كبيرة على المجتمعات وهذا نظرا لانتشاره الكبير خلال العقود القليلة الماضية، وأن معدل انتشاره يتضاعف بفعل عوامل عديدة منها ارتفاع نسبة البدانة، السلوكيات غير الصحية (كقلة النشاط أو الحركة - السلوك الغذائي) بالإضافة إلى العوامل النفسية والاجتماعية كالضغوطات التي تزيد حدوثها في ظل التغير الاجتماعي الدائم والمتواصل على مستوى كل المجتمعات.

1 4 أسباب الإصابة بداء السكري:

- الوراثة: لا يمكن اعتبار مرض السكري مرضا وراثيا بحتا، بمعنى أن الأبناء قد لا يصابون بنفس المرض (السكري) الذي يحمله آباؤهم، ولكن نسبة إصابتهم به تكون أكثر

¹ منظمة الصحة العالمية، صفحة المواضيع الصحية، داء السكري www.who.int/ar 2017/01/20، 14:00 .

من غيرهم، وهذه الحقيقة تم إثباتها من قبل الإحصاءات العلمية التي أجريت على مرضى السكري.

• الأدوية: هناك بعض الأدوية مثل الأقراص المانعة للحمل، والأدوية الكظرية

(الكورتيزون) ومضادات بيتا (B-blockers) التي تستخدم في معالجة أمراض القلب

والضغط، وغيرها من الأدوية التي قد تساهم في رفع مستوى السكر في الدم.

• البدانة: أثبتت الدراسات العلمية أن البدانة من عوامل الخطورة للإصابة بالسكري، وأن

نسبة هذا المرض تزداد عند البدنيين. إلا أن البدانة ليست وحدها كافية للإصابة بالسكري

أي أنه ليس كل بدين سيصاب بالسكري.¹ ونعطي مثال حول سكان جزيرة ناورو في

المحيط الهادئ، والذين أصبحوا أكثر عرضة للإصابة بداء السكري، وهذا بسبب تغير نمط

معيشتهم بعد اكتشافهم الفوسفات في جزيرتهم، بحيث تغيرت أنظمتهم الغذائية وزادت

أوزانهم.²

• الضغوط النفسية والاجتماعية: أظهرت بعض الدراسات كالدراسة التي قام بها (Neal في

1995، والمكاوي وعبد الرحمان في 1999) أن احتمالات الإصابة بالسكري تزيد مع تزايد

الضغوط التي يتعرض لها الفرد. وان السكن في المدينة والأماكن الحضرية يزيد من

احتمالية الإصابة بمرض السكري من النوع الثاني.³

أي أن الدراسات العلمية تؤكد على أنه بالإضافة للعوامل الوراثية هناك عوامل أخرى

تساعد على الإصابة بالمرض لأن بعض الأشخاص قد يرثون قابلية الإصابة بالمرض لكنهم لا

يصابون به أبدا، ومن بين هذه العوامل الضغوطات النفسية والاجتماعية بجميع أطيافها

خاصة إذا كانت مزمنة، لما لها من تأثير في حدوث النوع الأول والثاني من السكري، بل

وتؤدي إلى زيادة خطورتها، ومن هذه العوامل (الطلاق، الانفصال بين الوالدين، موت أحد

أفراد الأسرة، ضعف الارتباط العائلي والعائلي أي توتر العلاقات الأسرية، الضغوط الوظيفية

¹ جاسم محمد عبد الله محمد المرزوقي، مرجع سبق ذكره، ص. 31.

² رودي بيلوس، مرض السكري، ترجمة: هنادي مزبودي، دار المؤلف، الرياض، 2013، ص. 11.

³ جاسم محمد عبد الله محمد المرزوقي، مرجع سبق ذكره، ص. 32.

للأبوين، انخفاض مستوى المعيشة الاقتصادي و الاجتماعي... الخ). فكل هذه الضغوطات ذات تأثير سلبي مباشر وغير مباشر ، ولذلك فإن من الأهمية الكبرى الاهتمام الجدير بالنواحي الاجتماعية لأفراد المجتمع ،لتجنب العواقب السلبية ومنع المزيد من المصابين .

1 5 الآثار المترتبة على داء السكري:

حسب منظمة الصحة العالمية فإن داء السكري ومع مرور الوقت يتسبب في إلحاق الضرر بالقلب والأوعية الدموية والعينين والكلية.

• الاعتلال العصبي السكري: هو ضرر يصيب الأعصاب بسبب السكري ويطلق نحو 50%

من المصابين بهذا المرض ،ومن الأعراض الشائعة التي تحدث جراء ضعف تدفق الدم والاعتلال العصبي (تلف الأعصاب) هي الضعف في اليدين أو القدمين ، كما أن زيادة احتمالات الإصابة بقرح القدم والعدوى يؤدي إلى ضرورة بتر الأطراف في نهاية المطاف. ويُعد داء السكري من الأسباب الرئيسية للفشل الكلوي، هذا الأخير الذي يتسبب في وفاة

10% إلى 20% من المصابين بالسكري.

• يزداد خطر تعرض البالغين المصابين بالسكري للنوبات القلبية والسكتات الدماغية ضعفين أو ثلاثة أضعاف، ويتسبب في وفاة 50% من المصابين بالسكري.

• اعتلال الشبكية السكري: بعد التعايش لمدة طويلة مع السكري وذلك لمدة 15 سنة سيصاب

نحو 2% من المرضى بالعمى وحوالي 10% بحالات وخيمة من ضعف البصر.¹ لأن

اعتلال الشبكية السكري يعد من الأسباب الرئيسية التي تؤدي إلى العمى، ويحدث نتيجة لتراكم الضرر الذي يلحق بالأوعية الدموية الصغيرة في الشبكية على المدى الطويل. وحسب منظمة الصحة العالمية فإنه تعزى نسبة 2.6% من حالات العمى في العالم إلى داء السكري.

ومن خلال ما تقدم نخلص إلى مجموعة من الإرشادات التي يتوجب على المريض الالتزام

بها:

¹ أحمد محمد بدح وآخرون، الثقافة الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن، ب س ن، ص. 101-102.

- مراقبة نسبة السكر لديه والالتزام بالتحاليل الطبية اللازمة .
- إتباع نظام غذائي جيد مناسب .
- ممارسة التمارين الرياضية كالمشي والحفاظ على الوزن .
- الإقلاع عن التدخين لأنه من أكثر عوامل خطر الإصابة بالأمراض القلبية والسكتة الدماغية

- أخذ التطعيمات اللازمة لمساعدة الجهاز المناعي .
- العناية بالقدم يوميا لمنع التقرحات والالتهابات .*

2 - مرض الضغط الدموي :

2 1 تعريف مرض الضغط الدموي:

يعني مقدار الضغط الذي يحدثه اندفاع الدم على جدران الأوعية الدموية عند دخوله وخروجه من القلب، ويطلق على ضغط الدم الداخل إلى القلب بالضغط الانبساطي (الرقم الأدنى)، أما عند خروج الدم من القلب يسمى بالضغط الانقباضي (الرقم الأعلى) *، ويحسب الضغط الانقباضي والانبساطي بالمليمتر الزئبقي . علما أن متوسط الضغط الطبيعي في الأفراد الأصحاء يكون 80/120 مع وجود فروق فردية كبيرة بين الأفراد ، هذه القياسات غير ثابتة لأنها تخضع لتغيرات طبيعية خلال اليوم، وذلك تبعا لحالة الشخص، كما أنها تتغير تبعا لعدة استجابات مرتبطة بالإجهاد والانفعال ونوع الغذاء وبعض الأدوية والأمراض ... وغير ذلك. سنتعرض في هذا العنصر لكل ما يخص مرض ارتفاع ضغط الدم وسوف نستعمل في دراستنا المصطلح الشائع وهو مرض ضغط الدم للدلالة عليه.

* أنظر ملحق رقم:4.

* يعرف **الضغط الانقباضي** بأنه ذلك النشاط الناتج عن انقباض تجاويف القلب ، وهو حساس لكميات الدم المتدفقة من القلب ولقدرة الشرايين على التمدد من أجل احتواء الدم ، ويعتبر هذا الضغط غير عادي عندما يكون أكبر من 135 مم زئبقي ، بغض النظر عن عمر الشخص. أما **الضغط الانبساطي** فيمثل مستوى الضغط في الشرايين عندما يكون القلب مسترخيا أي متوقفا عن الضخ ، وهو مرتبط بمدى مقاومة الأوعية الدموية لتدفق الدم.

-**تعريف ارتفاع ضغط الدم:** ظهر مصطلح ارتفاع ضغط الدم في نهاية القرن التاسع عشر ،
ليعبر عن حالة يكون فيها ضغط الدم أعلى من المعدل الطبيعي ، وحسب منظمة الصحة
العالمية يكون ضغط الدم مرتفعاً عند تجاوز معدل الضغط الانقباضي 140 mmHg أو تجاوز
معدل الضغط الانبساطي 90 mmHg ، وذلك بمعدل ثلاثة قياسات مأخوذة لمريض مستلق في
سرير بعد 15 دقيقة من الراحة، وهذا خلال شهر¹. ويعتبر مرض ارتفاع ضغط الدم الأخير من
أهم عوامل الخطر القلبية الوعائية ويمكن أن يعرف بأنه حالة ارتفاع الضغط أين يكون
استعمال العلاج المضاد لارتفاع ضغط الدم أحسن من عدمه ،حيث يركز هذا التعريف على
مقدار الأضرار المتعلقة بالنظام القلبي ، في حالة عدم علاج ارتفاع ضغط الدم على المدى
البعيد.² ومن ناحية أخرى فان انخفاض الضغط الدموي يكون له كذلك تأثير سلبي على القلب
وعلى وظائف أجهزة الجسم الأخرى.

2 2 أنواع مرض الضغط الدموي:

- **ارتفاع ضغط الدم الأساسي (المجهول السبب):** يعتبر ارتفاع ضغط الدم أساسيا أو أوليا، إذا
لم يكن هناك سبب واضح للإصابة، أين يجب على المريض تعاطي أدوية ارتفاع ضغط الدم
. وهو يمثل نسبة 95 % من حالات ارتفاع ضغط الدم ، ويقدر الباحثون أن 10-20%
مصابون بهذا بارتفاع ضغط الدم الأساسي في العالم، ويزداد حدوثه عند السود فيبلغ 20-
30%، ويبدأ ظهوره عادة ما بين سن 25 و 55 سنة، وأنه نادرا ما يحدث قبل سن 20 سنة.
- **ارتفاع ضغط الدم الثانوي:** هذا النوع من المرض هو غير شائع مقارنة بالنوع السابق. ويمكن
اكتشاف سبب ارتفاع ضغط الدم عند 5-10% من المصابين بهذا المرض.³ حيث يعود
سبب الإصابة إلى خلل عضوي أي أنه ناتج عن وجود مرض أولي بالجسم، ويحدث عادة
في سن مبكرة نسبيا (أقل من 40 سنة) وقد يصيب الأطفال والشباب، ويحدث بشكل سريع

¹ Jean-Christophe charniot, **Cardiologie**, eetem, paris, 2002, p.155.

² Gregory.Y;H.lip , **Clinical Hypertention in practice**, Royal society of medicine press, Michigan, USA ,2003, p.31.

³ حسان شمسى باشا، ارتفاع ضغط الدم: الأسباب، الأعراض، العلاج، ط4، دار القلم، دمشق، 2007، صص. 27-39.

ومفاجئ، وقد يصل إلى قيمة مرتفعة جدا (أكثر من 130/200) وهو ما يسمى بارتفاع ضغط الدم الخبيث لأنه لا يستجيب للعلاج بسهولة.¹

2 3 - وبائية مرض الضغط الدموي:

يُعد ارتفاع ضغط الدم أحد أهم الأسباب التي تسهم في أمراض القلب والسكتات الدماغية التي تشكل معاً السبب الأول في الوفيات المبكرة والإعاقة في العالم. تسبب أمراض القلب والأوعية الدموية قرابة 17 مليون حالة وفاة سنوياً وهو ما يقارب ثلث إجمالي حالات الوفاة على مستوى العالم، ومن بين هذه الوفيات تسبب المضاعفات المترتبة على ارتفاع ضغط الدم 9.4 مليون حالة وفاة سنوياً عبر العالم، ويعزى إلى ارتفاع ضغط الدم 45% من الوفيات على الأقل بسبب أمراض القلب، و 51% من الوفيات بسبب السكتة الدماغية. وفي عام 2008 تم تشخيص ارتفاع ضغط الدم لدى قرابة 40% من البالغين على مستوى العالم ممن تبلغ أعمارهم 25 سنة فأكثر، وارتفع عدد الأفراد المصابين بهذا المرض من 600 مليون في 1980 ليصل إلى مليار شخص في 2008، ويسجل انتشار ارتفاع ضغط الدم أعلى معدلاته في الإقليم الإفريقي بنسبة 46% في أوساط البالغين ممن تبلغ أعمارهم 25 سنة فأكثر، بينما ينخفض انتشاره في البلدان المرتفعة الدخل بنسبة 35%.²

2 4 العوامل المساهمة في ارتفاع الضغط الدموي:

❖ أسباب ارتفاع ضغط الدم الأساسي: رغم أنه لا يمكن حصر سبب مباشر لارتفاع ضغط الدم الأساسي، لكن يعتقد أنه ينجم عن تفاعل مجموعة من العوامل والتي من شأنها زيادة احتمال الإصابة بالمرض، منها:

- السن و الجنس: تزيد نسبة الإصابة مع التقدم في العمر، كما أن الرجال معرضون للإصابة أكثر من النساء في مرحلة النشاط الجنسي، و تتساوي احتمالات الإصابة بين الجنسين بعد سن اليأس.

¹ أيمن الحسيني، هل تعاني من ارتفاع ضغط الدم؟: دواؤك الطبيعي من الأعشاب والغذاء، ب د ن، ب ب ن، ب س، ص 15.

² منظمة الصحة العالمية، مذكرة موجزة عالمية عن ارتفاع ضغط الدم: القاتل الصامت وأحدى أزمات الصحة العمومية

العالمية، يوم الصحة العالمي 2013، منظمة الصحة العالمية، جنيف، 2013، ص 9-10.

- الوراثة: أظهرت الدراسات أن وجود إصابة لدى أحد الوالدين على الأقل تضاعف بثلاثة مرات نسبة الإصابة لدى الأبناء، يبقى هذا الاحتمال نفسه مهما كان العمر، لكنه يزيد عند إصابة الأب قبل سن 55 وقبل 65 سنة بالنسبة للأم، بينت دراسة Framingham أن موت الوالد العائد إلى الأمراض التاجية بالدرجة الأولى يرفع من خطر الإصابة بنفس فئة المرض إلى 30% بالنسبة للابن، خصوصا عندما يتم ذلك قبل سن 60 سنة.¹ إلا أن اتخاذ الإجراءات اللازمة من شأنها منع أو تأخير الإصابة بمرض الضغط الدموي حتى لو كنت مهينا وراثيا للإصابة به.

-العوامل التنموية: النظام الغذائي غير الكافي أثناء الحمل يمكن أن يؤثر على الطريقة التي يتشكل بها جهاز الجنين النامي الدوري، أي أن الباحثين وجدوا أن زيادة ضغط الدم الانقباضي المتوسط عند الكبار يزيد بمقدار 11 ملم زئبقي عندما ينخفض الوزن عند الولادة من 3.4 كغ (7.5 رطل) إلى 2.5 كغ (5.5 رطل).

-عوامل نمط الحياة: يرى العلماء أن عوامل نمط الحياة تتفاعل مع العوامل الوراثية لتهيئة بعض الناس لفرط ضغط الدم في وقت لاحق في الحياة وهي تشتمل على: التدخين، استهلاك ملح مضاعف في النظام الغذائي، الإجهاد، قلة ممارسة الرياضة، سوء التغذية، السمنة،²

-الأمراض المزمنة: مثل ارتفاع الكوليسترول، السكر، عدم القدرة على التنفس أو هبوط القلب يزيد من خطورة الإصابة بارتفاع الضغط.³

-المسببات النفسية والاجتماعية: مثل الضغط العائلي والعلاقات الأسرية السلبية، وضغط الحياة العصرية، والإدمان على المخدرات والخمور... وغير ذلك.⁴

¹ Antoine lemaire, **Abord Clinique de L'hypertension**, springer-verlag, paris, 2009, pp.27-28.

² سارا بروير، التغلب على ارتفاع ضغط الدم: البرنامج الصحي التكميلي الشامل، مكتبة جرير، ب ب ن، 2015، ص. 18-19.

³ أحمد محمد بدح وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص. 86.

⁴ قدرني الشيخ علي وآخرون، مرجع سبق ذكره. 103.

❖ أسباب ارتفاع ضغط الدم الثانوي :

- الأسباب الكلوية: التهاب الحويضة والكلية المزمن، التهاب الكبد والكلية الحاد والمزمن، مرض تعدد الكيسات الكلوي، تضيق الشريان الكلوي. ونجد 80% من حالات فرط ضغط الدم الثانوي، يكون السبب مرض الكلية الذي يؤدي إلى إعاقته في تصفية السوائل والأملاح الزائدة من الجسم بشكل صحيح.¹

- الأسباب الغدية: حبوب منع الحمل، مرض كوشينغ، فرط الألدوسترون البدئي، الورم القنامي (فيوكروموستيوما)، مرض ضخامة النهايات.²

في الأخير ومن خلال ما تقدم نستخلص أن من بين أهم العوامل أو المتغيرات المسببة للأمراض المزمنة المرتبطة بموضوع دراستنا هي العوامل الاجتماعية والمتمثلة في الوضع الاقتصادي، والضغوط الأسرية، والمهنية ... وغيرها.

2 5 الآثار المترتبة على ارتفاع الضغط الدموي:

- تأثيراته على القلب: إن استمرارية ارتفاع ضغط الدم دون معالجته يزيد من العبء الملقى على القلب، فتحدث أعراض الذبحة الصدرية عند البعض، بسبب تضخم القلب وتضيق أو تصلب الشرايين التاجية، كما يحدث هبوط القلب أي فشل القلب.

- تأثيراته على العين: كالنزوف والنتحات (Exudates)، وقد يشكو بعض المرضى من غشاوة في الرؤية.

- تأثيراته على الكليتين: تظهر بعض التصلبات في الشريانات، وربما يظهر الدم المجهرى في البول بالإضافة للفشل الكلوي.

- تأثيراته على الجهاز العصبي: قد يشكو المصاب بهذا المرض من صداع في قفا الرأس وبالخصوص في الصباح، والبعض من الدوار أو الطنين أو الإغماء.

- النزيف الدماغي واعتلال الدماغ.³

¹ سارا بروير، مرجع سبق ذكره، ص. 20.

² حسان شمسي باشا، مرجع سبق ذكره، ص. 24.

³ نفس المرجع، ص-ص. 57-60.

- ومن خلال ما تقدم نخلص إلى مجموعة من الإرشادات التي يتوجب على المريض بـ
- HTA الالتزام بها والمتمثلة في إتباع السلوكيات الصحية والعلاج الدوائي وذلك بـ:
- إتباع حمية غذائية مناسبة خاصة عند الأشخاص البدنيين بغية إنقاص الوزن .
 - التقليل من استهلاك المواد التي تحتوي على الدهون والملح.
 - القيام بممارسة تمارين رياضية خفيفة كالمشي أو ركوب الدراجة
 - الامتناع عن شرب الكحول ، وضمان تغذية متوازنة و إتباع نمط حياة ملائم .
 - قياس ضغط الدم بصفة دورية ومنتظمة .
 - يتضمن العلاج الدوائي مجموعة من الأدوية المضادة لارتفاع ضغط الدم ، يصفها الطبيب للمريض حسب كل حالة ، من شأنها أن تخفض من درجة ضغط الدم وتحافظ على استقراره.

نستخلص مما سبق أن الضغط الدموي المرتفع يعتبر من الأمراض المزمنة التي يمكن منعها أو تقليل نسبة المضاعفات الصحية الناتجة عنها ، إذ يعتبر هذا المرض من أبرز أسباب الوفاة أو الإعاقة المزمنة الناجمة عن السكتات الدماغية أو الأزمات القلبية أو الفشل الكلوي، ورغم توفر العلاج الدوائي ، إلا أن الإصابة بارتفاع ضغط الدم تقتضي المتابعة المستمرة وإجراء تغييرات هامة بنمط الحياة مما يقتضي التزاما مستمر من طرف المريض. ونشير أن جميع الأبحاث تؤكد العلاقة الطردية بين هذه الضغوطات وإصابات الشرايين، بسبب استنفارها لهرمونات عصبية تؤدي إلى إحداث اعتلال في جدران الأوعية الدموية وارتفاع ضغط الدم الشرياني، وهذا بعد استقراء الأبحاث الطبية حول العلاقة بين الضغوطات الاجتماعية وعلاقتها بأمراض تصلب الشرايين.

رابعا: منظورات العلوم الاجتماعية المفسرة للمرض:

1- المنظور الثقافي: Cultural Perspective

يرى "رالف لينتون r.linton" أننا إذا عرفنا مضمون الثقافة أمكننا التنبؤ بشكل معقول بالصورة التي تتخذها هذه الحالة المرضية. والواقع أن هذه الوجهة من النظر تكشف عن حقيقة

هامة وهي أن المجرى الاجتماعي للمرض يتأثر إلى حد كبير بالمضمون الثقافي للمجتمع، ويتكامل مع نماذج الحياة القائمة في تلك الثقافة.¹ ويؤكد Mechanic أن كل محتوى ثقافي يتعامل مع المرض بصورة تختلف عن المحتوى الثقافي الآخر، وذلك لتأثير المعتقدات الثقافية على إدراك السكان للمرض ولأسبابه، وفي اختيارهم لنوع الرعاية الصحية ونمط العلاج.² إذن فتقافة الجماعة تؤثر في كل جانب من جوانب نمو الفرد وتطوره ، لأنها تساهم في اكتسابه لأساليب الحياة، وتحديد الأهداف والتطلعات، وعوامل الخطر التي يتعرض لها، وأساليب استجابته لهذه الأخطار وتوافقه معها ، فمذ الحمل وحتى الموت تكون كل تجربة كبرى من تجارب الحياة مشروطة إلى حد ما بالمعتقدات والاتجاهات الثقافية. وعلى الرغم من أنه يصعب عزل الجوانب الصحية عن العوامل البيولوجية والوراثية ، لكن هذه العوامل ذاتها تتأثر بالإطار الاجتماعي الثقافي فمعايير الجماعة المتصلة بالتدخين ، وتعاطي الخمر وممارسة الجنس ، وأسلوب الحياة المتبع، إما أن تعرض أعضاء هذه الجماعات للإصابة بالأمراض أو تحميهم منها.³

ويؤكد Foster أن المادة العلمية التي جمعها الأنثروبولوجيون الثقافيون عن القيم والمعايير الثقافية والمعتقدات والممارسات الطبية في العديد من المجتمعات البدائية والريفية ودراساتهم لديناميكية الثبات والتغير الاجتماعي في هذه المجتمعات قد ساهمت في توضيح أن الصحة والمرض ظواهر ثقافية واجتماعية بمثل ما هي ظواهر بيولوجية.⁴

كما أنه كثيرا ما تتعرض الحياة الاجتماعية لهزات عنيفة ، نتيجة التغيرات الاجتماعية المتلاحقة التي تعمل على تعديل نماذج التكيف الثقافي ، مما يعرض الأفراد والجماعات لمخاطر الإصابة بالأمراض وربما للموت ، ويرجع ذلك بالطبع إلى انهيار الأنساق القديمة للتوافق الاجتماعي ، وتدهور الدعائم التقليدية للحياة ، قبل أن تحل محلها نماذج اجتماعية

¹ محمد علي محمد وآخرون، دراسات في علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الأزاريطة، 2004، ص. 66.

² مصطفى عوض إبراهيم وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص. 86.

³ محمد علي محمد وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص. 66-68.

⁴ مصطفى عوض إبراهيم وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص. 90.

ثقافية جديدة ، وهكذا فإن الظروف الثقافية السائدة يمكن أن تزج بالأفراد في مشكلة صحية خطيرة وبالمثل تستطيع أن تحميهم من مواجهة هذه المشكلات .

والواقع أن القيم الثقافية السائدة في مجتمعاتنا العصرية تتسبب في عدد كبير من المخاطر الصحية ، ويكفي أن نقول أنه على مستوى السلوك الصحي الشخصي فإن ثقافة الإعلان والترفيه تؤيد التدخين واستهلاك المشروبات الكحولية والأطعمة الضارة هذا فضلا عن أن عمليات الإنتاج الصناعي - خاصة - تفسد البيئة وتعمل على تلوثها ، مما يتسبب في كثير من المشكلات الصحية ومع ذلك فالناس يرفضون التخلي عن المكاسب التي حققها التقدم التكنولوجي حتى وإن ترتبت عليه بعض المخاطر الصحية . ويبدو أيضا أن الأنماط الثقافية السائدة في الدول المتقدمة ، والتي تركز أكثر فأكثر على النزعة المادية والمنافسة والطابع العقلي للسلوك ، قد أصبحت هي ذاتها مصدرا من مصادر الكبت والتعرض لكثير من الأمراض المزمنة.¹

وباختصار فإن للقيم الثقافية المكتسبة سواء من البيئة الاجتماعية التي يعيش الفرد أو البيئة الخارجية ، خاصة في عصر العولمة الثقافية الذي نعيش فيه، لها تأثير قوي على صحة الفرد، وتعتبر من المصادر الأساسية للإصابة بالأمراض، وهذا لأن القيم الثقافية تكسب الفرد مجموعة من السلوكيات التي تكون لها إيجابياتها وسلبياتها في نفس الوقت، لأنها تحدد جانب كبير من نمط عيش الفرد، و كيفية تفاعله مع الظروف الاجتماعية المحيطة به، والتي تنعكس بطبيعة الحال على الجانب الصحي للفرد.

2- المنظور البيولوجي: The Biological Perspective

شغل المنظور البيولوجي حيزا واسعا من اهتمامات المجال الطبي. بحيث أن وجهة النظر الطبية - قديما - كانت ترد كل الأمراض إلى الأسباب الفسيولوجية والبيولوجية ، غير أن تلك

¹ محمد علي محمد وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص-ص 68-70.

النظرة أصبحت مرفوضة بصفة عامة من قبل علماء الاجتماع والأنثروبولوجيا المعاصرين ، وهذا نظرا لإهمالها للجانب الاجتماعي.¹

أي أنه يجب أن تفهم العوامل البيولوجية في نطاق البيئة المحيطة بالفرد. لأن البيئة الخارجية تفرض بعض المطالب على أداء الجسم لوظائفه ،ومن ثم يتكيف الجسم لهذه المطالب من الناحيتين الفسيولوجية والتطورية. ونستطيع أن ننظر للمرض -من زاوية واحدة- على أنه نوع من التكيف البيولوجي ،فهو نتاج تكيف الجسم مع الضغوط الداخلية والظروف الخارجية الخطيرة .

وفي هذا الصدد وضع Aubrey Lewis ثلاث محكات طبية تقليدية في تحديد المرض وهي خبرة المريض نظرا لإحساسه بمشاعر ذاتية بالمرض واكتشافه لبعض الاضطرابات بسبب خلل في وظيفة عضو ما في الجسم، وظهور بعض الأعراض التي تتوافق مع نمط إكلينيكي معين، أو مع نظرية إكلينيكية للمرض يعتنقها الطبيب .²

3- المنظور الاجتماعي: Social Perspective

على الرغم من أن المنظور الاجتماعي قد يبدو متاخلا مع المنظور الثقافي، إلا أننا هنا نهتم بالكيفية التي يحدث من خلالها التلاؤم بين السمات الإنسانية أو استجابات الأفراد وبين متطلبات الحياة الاجتماعية والبيئة الطبيعية والاقتصادية، في أي نسق من أنساق النشاط المجتمعي هناك فرص متاحة للأفراد للتعامل مع بيئات اجتماعية متنوعة.³

ويهتم المنظور الاجتماعي أيضا بالمعايير المتصلة بالمرض .حيث نجد "بارسونز" يشير أن مشكلة الصحة تكمن أساسا في اللزوميات الوظيفية للنسق الاجتماعي وأن المرض يعتبر خلا وظيفيا في النسق، فغالبا ما يصحبه عجز في القدرة على أداء الأدوار الاجتماعية، كما

¹ مصطفى عوض إبراهيم وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص.81.

² محمد علي محمد وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص.64-65.

³ نفس المرجع، ص.71.

يرى "بارسونز" أن الإنسان المريض لا يعاني فقط من الاضطرابات في حالته البيولوجية وإنما أيضا في تصرفه الاجتماعي وطريقة حياته ولا سيما أدواره الاجتماعية.¹

ومن بين المسائل الهامة التي يستخدم فيها المنظور الاجتماعي التفرقة بين المرض والعجز، ذلك أن الأمراض تختلف فيما بينها من حيث مدى العجز الذي تسببه تبعا لاختلاف الأفراد، ورغم أنه "لحالة المرض" تأثيرا على العجز إلا أن هناك عوامل أخرى لا ترتبط بالمرض تؤثر في مدى عجز الأفراد عن القيام ببعض الأنشطة. أي أن التحليل الاجتماعي لا يساعدنا على فهم السياق الاجتماعي للمرض فقط، بل يفسر أيضا العمليات الاجتماعية ووجهات النظر الاجتماعية على العموم.

وعلىنا بعد ذلك كله أن نتأكد من خلال التحليل الاجتماعي من إدراك الحقيقة التي مؤداها أن الصحة قيمة اجتماعية نحكم عليها في ضوء القيم الاجتماعية الأخرى ومن المسلم به أن الصحة والحفاظ على الحياة أمور لا يمكن تجاهلها.... ولا ينبغي تجاهل قضية الرعاية الصحية والعمل المستمر من أجل إنجاز ما يحافظ على صحة الناس ويتيح إمكانات أفضل لعلاج المرضى.²

أي أن الإطار الاجتماعي يعتبر عاملا قويا يساعد في فهمنا وتحديدنا للمرض، وهذا لما للمتغيرات الاجتماعية من أهمية بالإضافة للعوامل البيولوجية في التأثير على صحة الفرد، أي أن هناك علاقة ترابطية بين المنظورات في فهمنا للصحة والمرض.

4-نظرية الأسباب المتعددة للمرض: Multiple Causes

الصحة والمرض ليسا في حالة استاتيكية ثابتة لأن هناك معركة من جانب الإنسان للحفاظ على مستوى ايجابي ضد القوى الحيوية والطبيعية والعقلية والاجتماعية والتي تحاول قلب ميزان الصحة، فإذا تغلبت العوامل السلبية ظهرت الحالة المرضية وإذا تغلبت العوامل الايجابية استمرت حالة الصحة والسلامة. ومن أهم العوامل التي تقرر مستويات الصحة وتسبب المرض

¹ مصطفى عوض إبراهيم وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص. 81.

² محمد علي محمد وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص. 73-76.

هي: عوامل تتعلق بالمسببات النوعية (والتي تنقسم إلى مسببات حيوية وغذائية وطبيعية وميكانيكية)، وعوامل تتعلق بالإنسان (كالسن، النوع، الجنس، عوامل وراثية، عوامل عقلية، العادات، المنة)، وأخيرا العوامل البيئية (والتي تضم البيئة الطبيعية و البيولوجية و البيئة الاجتماعية والاقتصادية).¹

تعد نظرية تعدد أسباب المرض أساس البحث الاجتماعي للوبائيات حيث تلعب المتغيرات الاجتماعية كعوامل سببية (كضغوط الحياة) إلى جانب العوامل البيولوجية والفيزيائية في الإصابة بالأمراض.²

5- المنظور الاجتماعي النفسي: Socio-Psychological Perspective

يعتمد هذا المنظور على علمي الاجتماع والنفوس، ذلك لان اهتمامه الرئيسي يتعلق بأساليب التفاعل والاتصال بين الأفراد والتأثير المتبادل. إن هذا الميدان يكشف بوضوح كيف أن الأفراد يؤثرون في العملية الاجتماعية، وكيف أن حالاتهم النفسية الداخلية وشخصياتهم تنمو وتتأثر بهذه العمليات. وينظر علماء النفس الاجتماعي في ضوء اتجاههم إلى عمليات التأثير المتبادل بأساليب مختلفة، فبعض الباحثين يدرس التأثير على أساس مصدره وإستراتيجيته، وآخرون يعتبرونه عملية دينامية تفاعلية مستمرة، وغيرهم يهتمون بدراسة من يستقبلون التأثير ويشاركون فيه.³

والواقع أن رصد التأثيرات المختلفة للعوامل الاجتماعية والنفسية على الصحة كان له تأثيرا واضحا على الدراسات الوبائية التي تتناول انتشار وتوزيع ظاهرة المرض داخل المجتمع وكان له الفضل في توسيع التعريفات التي صيغت على الصحة لتشمل العناصر الاجتماعية والوجدانية بدلا من حصرها في نطاق المعايير الإكلينيكية وحدها.⁴

¹ أنظر عبد المحي محمود حسن صالح، الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي، دار المعرفة الجامعية، الأزاريطة، 2003، ص-ص 41-47.

² مصطفى عوض إبراهيم وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص. 105.

³ محمد علي محمد وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص. 76-77.

⁴ علي عبد الرزاق جلبلي، حسن محمد حسن، علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الأزاريطة، 2007، ص. 54.

ويحلل علماء النفس الاجتماعي أيضا بعض النتائج الخاصة جدا بالنسبة لعلم الاجتماع الطبي مثل: أن كثيرا من المشكلات التي يدرسها علماء الاجتماع الطبي هي نتاج -إلى حد ما أو كلية - لتفاعل العوامل النفسية والاجتماعية، وأنه رغم أن العوامل السيكولوجية قد لا تكون متصلة بصورة مباشرة بحدوث أمراض عديدة ، فإنها تؤثر في مجرى هذه الأمراض وما ينتج عنها من عجز، كما أن لتكرار حدوث المرض نتائج هامة على الحالات النفسية للناس وعلى الحياة الأسرية.

إن كافة النظريات الاجتماعية النفسية تتضمن افتراضات -ظاهرة أو كاملة- حول إمكانات الإنسان على التوافق والتكيف السلوكي. ويبدو أن كل علماء النفس الاجتماعي حثميون، من حيث أنهم يعتقدون بوجود نموذج أساسي للسلوك يمكن تفسيره على أساس المبادئ البيولوجية والسيكولوجية والاجتماعية.¹

ويذهب "فoster" إلى أن التغلب على كافة المشكلات الاجتماعية الناجمة عن الخلل العقلي والجسدي الذي يسببه المرض يكون من خلال "استراتيجيات التكيف الاجتماعي والثقافي" التي تقوم بمهمة تشكيل الأساس الثقافي للسلوك وللمعتقدات ذلك الأساس الذي ينشأ من استجابة الإنسان للمخاوف والتهديدات الناجمة عن حدوث المرض.²

وفي السنوات الأخيرة اشتمل جانب كبير من البحث التجريبي على مفهوم العجز Helplessness، وهي حالة نفسية تنشأ حينما تتعذر السيطرة على الأحداث. ولقد أوضح سيلجمان Seligman عددا كبيرا من الشواهد التي تكشف عن تشابه في الاستجابة بين العجز والكبت Depression وقد ارتبطت بعض حالات العجز بتدمير جسدي أو بالموت عند الحيوان. وحسب "فرويد S.Freud" فإن حتمية مصير الإنسان -والمشكلات المترتبة على ذلك- تتمثل في حقيقة أن التطور البيولوجي لا بد أن يحدث في سياق اجتماعي ، ولا بد للمجتمع أن يتحكم في تطور الإنسان ويعدله. في حين يرى رواد التفاعلية الرمزية أمثال "تشارلز كولي" أن تطور

¹ محمد علي محمد وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص. 77-78.

² مصطفى عوض إبراهيم وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص. 88-89.

الإنسان و المطالب الاجتماعية لا يتعارضان ،ذلك أن الطبيعة الإنسانية والحاجات الاجتماعية قد صنعا في قالب واحد، واستمرت في تفاعل دائم من خلال النمو النفسي والعلاقات مع الآخرين.¹ وفي الأخير نقول أنه إذا كانت مهام الطب -مثلا- تكمن في فهم كيفية وقوع المرض ومعالجته وتعزيز الظروف المعيشية التي تقلل من خطرها ما يهدد صحة السكان، فإن هذه المهام تصبح غير هامة إن لم نراع أهمية العوامل الاجتماعية والنفسية للأفراد مثلما نراعي العوامل البيولوجية.²

خامسا:واقع الأمراض المزمنة في المجتمع الجزائري:

عرف المجتمع الجزائري كغيره من مجتمعات العالم تحولات وتغيرات جذرية على مستوى جميع أنساق البناء الاجتماعي بسبب عوامل التطور والتحضر،هذا الأخير الذي خلق ضغوطا اجتماعية لدى أفراد المجتمع الجزائري بسبب صعوبة مواكبتهم لهذا التغير السريع والذي كان له انعكاس أو تأثير على نواحي عديدة في حياة الفرد وعلى صحته ، وذلك بالإيجاب والسلب في آن واحد،فايجابياته تكمن في اختفاء معظم الأمراض المتقلة أو المعدية ،والتي كانت تشكل خطرا يهدد حياة جميع فئات المجتمع الجزائري في وقت مضى، وبرزت إلى السطح أمراض جديدة لم يكن يعرفها المجتمع الجزائري من قبل وهي الأمراض غير السارية أو المزمنة ، والتي أدخلت المجتمع الجزائري في مرحلة وبائية جديدة من أهمها داء السكري والضغط الدموي،والسرطان، وأمراض القلب...وغير ذلك.

فهذه الأمراض المزمنة عموما أصبحت تشكل خطرا ومشكلا صحيا على الفرد كونها تدوم طويلا ولا تختفي تلقائيا ، بالإضافة لخطر الموت الذي يصبح هاجسا يهدد استقرار الفرد النفسي والاجتماعي، ويتفاقم خطر هذه الأمراض ليصل إلى المجتمع ككل، الذي يفقده توازنه وتزيد مسؤوليته خاصة في التكفل بهذه الفئة ، وذلك بحمايتهم صحيا ونفسيا واجتماعيا.

¹ محمد علي محمد وآخرون،مرجع سبق ذكره،ص-ص81-78.

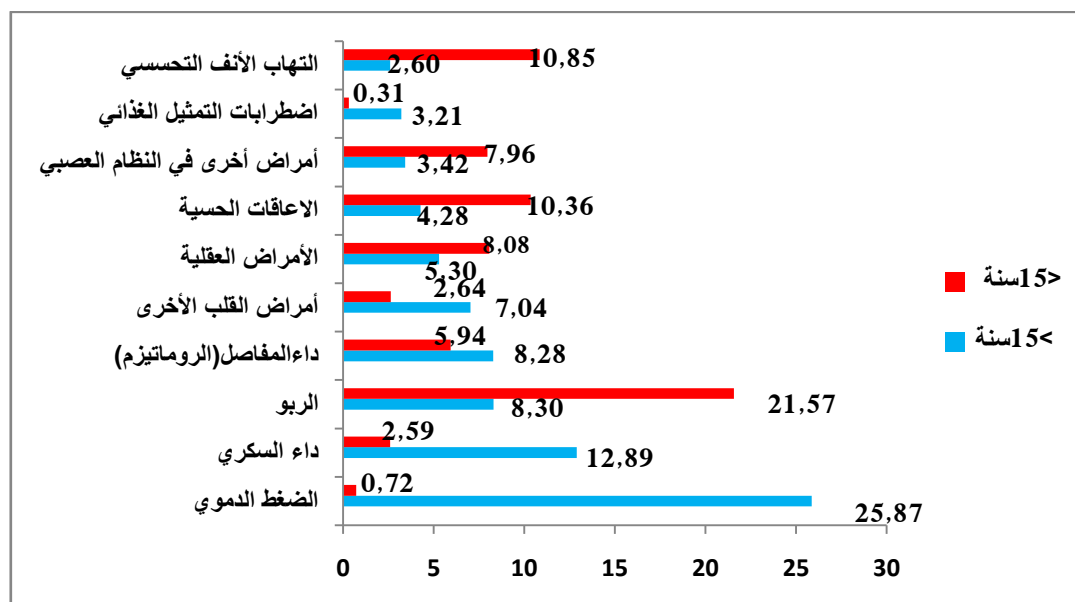
² علي المكاوي،الجوانب الاجتماعية والثقافية للخدمة الصحية،دار المعرفة الجامعية،1988،ص.54.

وتتمحور هذه الدراسة عموما على نوعين من الأمراض المزمنة التي تفرض نفسها باستمرار، لارتفاعها الدائم والمستمر في واقعنا المجتمعي وهذا وفقا للمعطيات المسجلة من خلال بعض المسوح حول صحة الأسرة بالجزائر، والتي نستطيع القول بأنها نسبية نوعا ما كونها لا تعكس الواقع الحقيقي لهذه الأمراض المزمنة، إلا أنها تعتبر كموجه أولي وإيجابي لخلق بعض الاستراتيجيات الكفيلة لمواجهة هذا الوباء القاتل والتخفيف من حدته بتحسين الوضع الصحي والاجتماعي لهذه الفئة وحماية الأصحاء منه، من خلال خلق برامج توعوية لحمايتهم من الإصابة بالمرض.

من خلال هذه الإحصائيات التي سندرجها الآن سنحاول أن نوضح أو نبرز واقع الأمراض المزمنة المنتشرة في الآونة الأخيرة، وذلك وفقا للمتغيرات الديمغرافية والاجتماعية كالسن والجنس والمنطقة الجغرافية.

1- معدل انتشار الأمراض المزمنة حسب السن في المجتمع الجزائري:

الشكل رقم 09: تصنيف أنواع الأمراض المزمنة حسب الفئة العمرية الأقل من 15 سنة وكذا التي تساوي أو أكثر من 15 سنة.



المصدر:

Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Institut Nationale de santé publique, **Transition épidémiologique et système de santé projet tahina, Enquête nationale de santé**, Institut Nationale de santé publique, Alger, Novembre 2007, P. 58.

نلاحظ من خلال الشكل الموضح أعلاه أن نسبة الإصابة بالأمراض المزمنة وعلى الأخص الضغط الدموي والسكري تتمركز في الفئة العمرية الأكثر من 15 سنة أي البالغين مقدرة على التوالي بنسبة 25.87% و 12.89%، وهذا ما يبرز لنا أن متغير السن له تأثير كبير في الإصابة بكل من هذين المرضين، في حين نجد المرضين الذين يحتلان المراتب الأولى في الفئة العمرية الأقل من 15 سنة هو مرض الربو وحساسية الأنف بنسب مقدرة على التوالي بـ 21.57% و 10.85% وهذا ما يثبت أن انتشار الأمراض المزمنة له ارتباط قوي بمتغير السن لما له من تأثير على الأفراد، وهذا لأن بتقدم سن الفرد تزيد حجم مسؤولياته الاجتماعية، والتي قد تشكل له ضغطا قويا يصعب تحمله، مما يتضاعف معها خطر الإصابة بالمرض المزمن، بالإضافة للتغيرات البيولوجية التي ترافق هذا السن والتي قد تخل بتوازن الجسم في بعض الحالات.

الجدول رقم 02: معدل انتشار الأمراض المزمنة حسب السن والجنس

الجنس	ذكور		إناث		المجموع	
	معدل انتشار المرض %	العدد	معدل انتشار المرض %	العدد	معدل انتشار المرض %	العدد
18-0 سنة	2.9	32386	2.4	31440	2.6	63827
19-24 سنة	3.4	12030	3	11901	3.2	23932
25-34 سنة	3.6	14964	5.1	14498	4.3	29462
35-59 سنة	12.7	20238	24.3	20587	18.5	40826
60 سنة فأكثر	42	6676	60.4	6362	51	13038
المجموع	8.4	86298	12.6	84802	10.5	171100

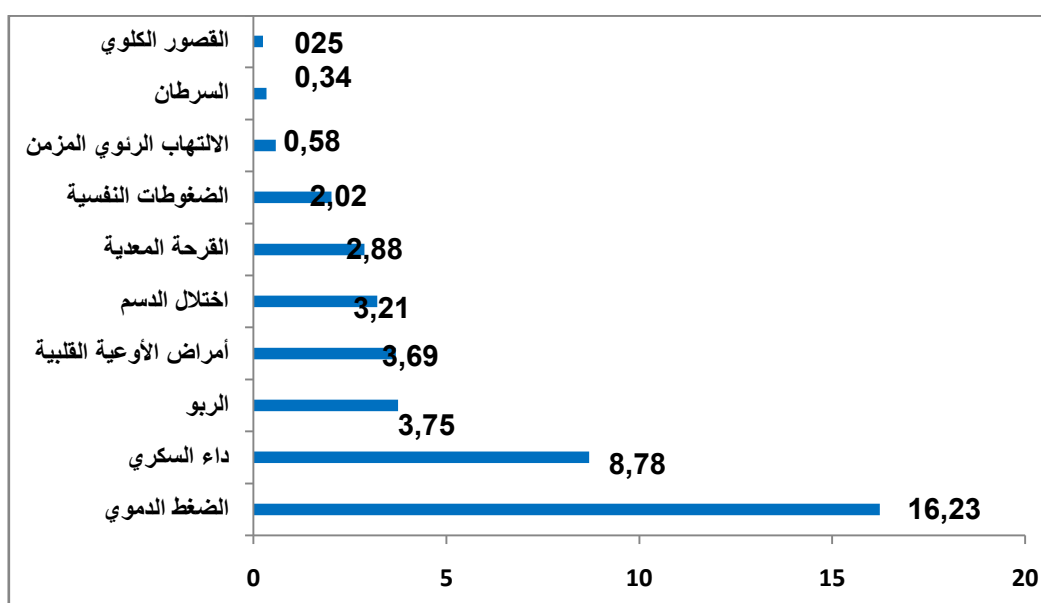
المصدر:

Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Office national des statistiques, **Suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête nationale a indicateurs multiples MICSS Algérie 2006, Rapport préliminaire**, Office national des statistiques, Alger, 2007, P. 32.

يتضح من خلال هذا الجدول أن معدل انتشار الأمراض المزمنة يتمركز في الفئات العمرية من 60 سنة فأكثر وهذا لدى كلا الجنسين، وهذا يظهر من خلال معدلات انتشار المرض والتي

قدرت بـ 51% للفئة العمرية من 60 سنة فأكثر، موزعة بأكبر معدل لدى جنس الإناث يقدر بـ 60.4% مقابل نسبة 42% لدى الذكور، تليها مباشرة الفئة العمرية من 35-59 سنة والتي قدر معدل انتشار المرض بها بـ 18.5%، موزعة بأكبر نسبة لدى جنس الإناث مقدرة بـ 24.3% مقابل نسبة 12.7% لدى الذكور، في حين نجد انخفاض كبير في الفئة العمرية من 0-34 سنة، من خلال هذه الإحصائيات نستطيع القول أن أفراد المجتمع الذين يقعون في الفئة العمرية من 35 سنة وأكثر هم أكثر عرضة للإصابة بالمرض المزمن وهذا راجع لعدة عوامل بيولوجية واجتماعية كالضغوطات والمشاكل التي يعاني منها الأفراد في هذه المراحل بسبب التغير الاجتماعي والثقافي المتسارع، كما يبرز أن الإناث أكثر عرضة للإصابة بالمرض مقارنة بالرجال، وهذا راجع للاختلاف البيولوجي لدى الجنسين، ويبرهن كذلك على عدم قدرة المرأة على تحمل المشاكل والضغوطات اليومية وأن لها تأثير سلبي على صحتها .

الشكل رقم 10: معدل انتشار الأمراض المزمنة لدى الفئة العمرية 35-70 سنة



المصدر:

Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Institut Nationale de santé publique , Transition épidémiologique et système de santé projet tahina, Enquête nationale de santé, op. cit ,p.64.

يبين هذا الشكل الإحصائيات المتعلقة بطبيعة المرض المزمن الذي يصيب الفئة العمرية

من 35-70 سنة من الجزائريين، وهذه الإحصائيات ماهي إلا تأكيد لما ذكر سابقا، إلا أنها

توضح لنا وبشكل تفصيلي نوعية الأمراض المزمنة المنتشرة لدى هذه الفئة، والذي يتضح من خلالها الارتفاع الكبير في نسبة الإصابة بالضغط الدموي والتي تقدر بـ 16.23%، تليها نسبة الإصابة بمرض السكري مقدرة بـ 8.78%، وهذا ما يثبت كذلك أن لمتغير السن دور كبير في الإصابة بالمرض كون هذه الفئة تجمع ما بين الشباب والكهولة ومرحلة الشيخوخة وكلها مراحل حرجة في حياة الفرد ومترابطة في نفس الوقت.

الجدول رقم 03: معدل انتشار الأمراض المزمنة لذوي الفئة العمرية 60 سنة فأكثر حسب

طبيعة المرض والجنس

الجنس	الذكور	الإناث
طبيعة المشكل الصحي		
مرض الضغط الدموي	20.6	37.00
مرض السكري	9.6	12.9
أمراض المعدة	10.00	15.5
أمراض القلب	6.7	9.3
أمراض الكلى	4.1	3.9
أمراض أو آلام المفاصل	16.8	31.7
الربو	4.2	3.5
إعتام عدسة العين	7.9	7.4
ألم مزمن بالظهر	7.9	11.5
عدم التحكم في البول	5.6	6.2
مشاكل عصبية ونفسية	4.6	4.8

المصدر: وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصائيات، النتائج الأولية للمسح الجزائري لصحة

الأسرة 2002، الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر، جوان 2003، ص. 47.

تبين المعطيات الإحصائية الموضحة في الجدول أعلاه والمتعلقة بمعدل انتشار الأمراض المزمنة في الفئة العمرية من 60 سنة فأكثر لدى الجزائريين، الانتشار الواسع للأمراض المزمنة والتتكيسية. وهذا ما أكدته التحقيق الذي أجرته وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات سنة 2006م، والذي أوضح من خلاله أن الأمراض المزمنة يزيد انتشارها مع تقدم السن، ونجد أن

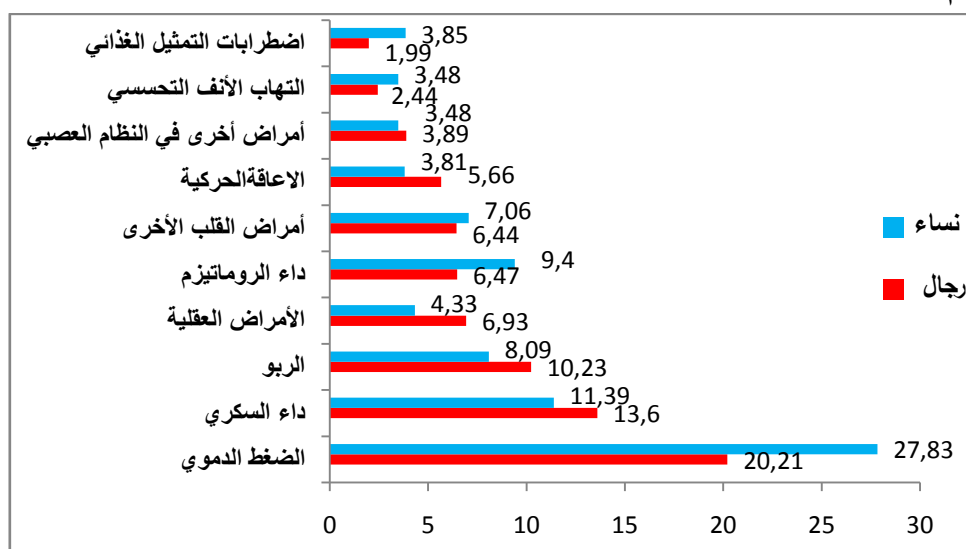
الأشخاص الذين يصبحون أكثر عرضة للإصابة بالمرض المزمن هم من يبلغون سن 35 سنة فأكثر، وأن أعلى معدلات انتشار المرض يكون في الفئة العمرية من 60 سنة فأكثر.¹

ومن خلال الإحصائيات الموضحة في الجدول أعلاه نجد مرض الضغط الدموي يحتل المراتب الأولى بين المسنين ولدى كلا الجنسين، بحيث يحتل جنس الإناث المراتب الأولى في غالبية الأمراض المزمنة، والتي يتصدرها مرض الضغط الدموي بنسبة 37 % تقابلها نسبة 20.6 % لدى الذكور، يليها أمراض المفاصل بنسبة 31.7 % لدى الإناث و 16.8 % لدى الذكور، ثم أمراض المعدة بنسبة 15.5 % لدى الإناث مقابل 10 % لدى الذكور، ثم مرض السكري بنسبة 12.9 % لدى الإناث مقابل 9.6 % لدى الذكور، نكتفي بنسب هذه الأمراض فقط لأن الدراسة الحالية تركز على واقع نسبة انتشار كلا من مرضي الضغط الدموي والسكري على مستوى المجتمع الجزائري، والتي لاحظنا من خلالها أن حجم الإصابة بالضغط الدموي ثلاثة أضعاف حجم مرض السكري لدى النساء، وهذا ما هو إلا دليل على ما تعانيه المرأة من ضغوطات في هذه المرحلة، أو أنها نتيجة حتمية لما تمر به المرأة خلال مراحل حياتها من ضغوطات أسرية ومهنية بالإضافة للتغيرات البيولوجية التي تحدث للمرأة قبل الزواج وبعده وأثناء فترات الحمل ومسؤولية تربية الأولاد، وما تعانيه كذلك في مرحلة سن اليأس من تغير في بنيتها المرفولوجية، والتي تؤثر لا محالة على جانبها النفسي لعدم قدرتها على تحمل هذه الضغوطات، فكل هذه التراكمات سيكون لها بطبيعة الحال انعكاس سلبي على صحتها في هذا السن يفرز لنا انتشار واسع لهذا المرض المزمن.

¹ Ministère de la Santé, de la population et de la réforme hospitalière, Office national des statistiques, **op.cit**, p.32 .

2- معدل انتشار الأمراض المزمنة حسب الجنس في المجتمع الجزائري:

الشكل رقم 11: تصنيف الأمراض المزمنة حسب الجنس



المصدر:

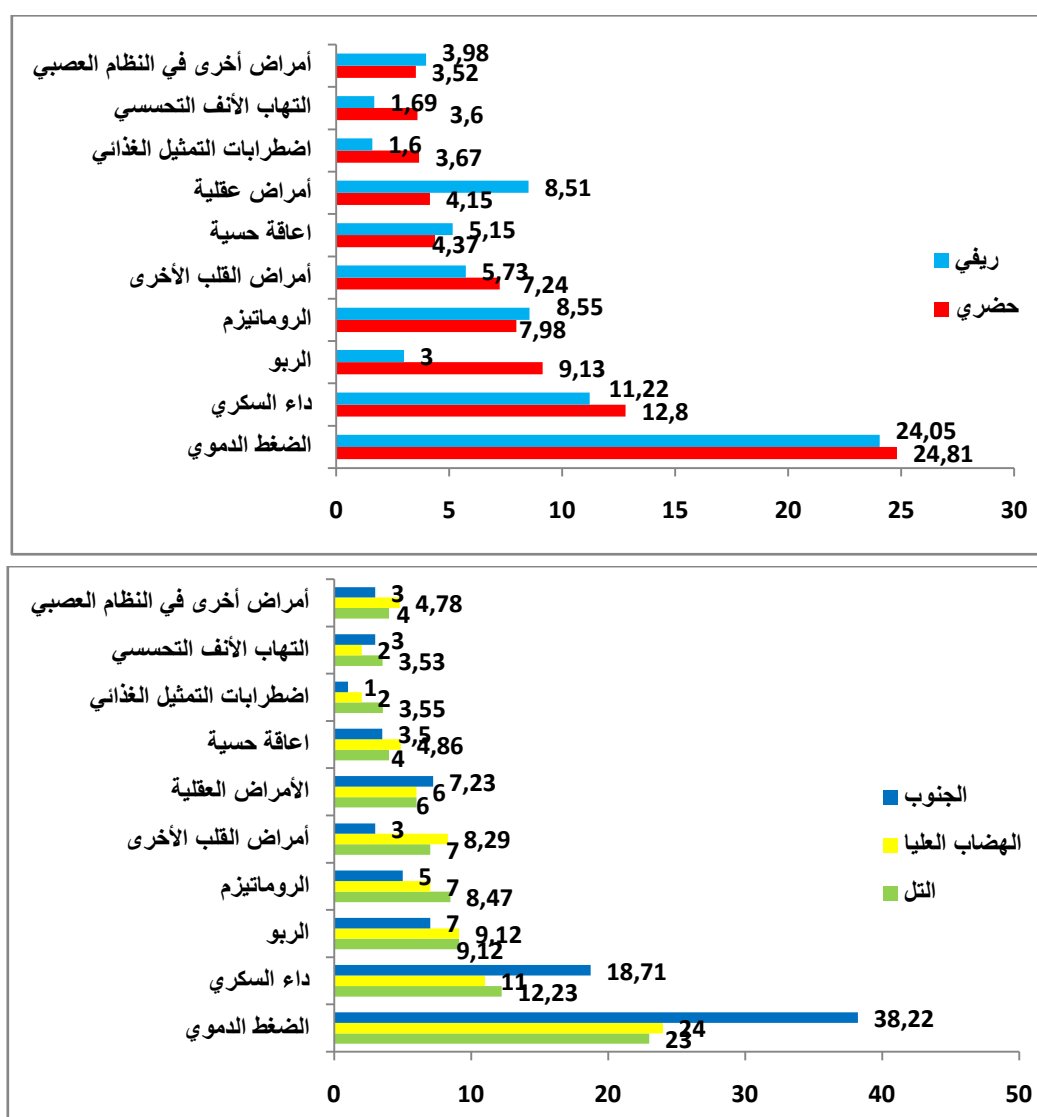
Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Institut Nationale de santé publique , **Transition épidémiologique et système de santé projet tahina, Enquête nationale de santé**, op.cit , p.57.

تبين الشواهد الإحصائية الموضحة في الشكل السابق نسب الأمراض المزمنة المنتشرة في المجتمع الجزائري والمتعلقة بالجنس، بحيث نجد كلا من مرضي الضغط الدموي والسكري يتصدران المراتب الأولى في نسب الإصابة لدى النساء والرجال وبمعدلات متفاوتة، بحيث نجد جنس الإناث يحتل المرتبة الأولى في معدل الإصابة بالضغط الدموي مقدرة بـ 27.83 % مقابل 20.21% لدى الذكور، فهذا الارتفاع في نسبة الإصابة لدى النساء راجع للمسؤوليات المتعددة الملقاة على عاتق المرأة بسبب ازدواجية دورها بين شؤون المنزل ومتطلبات العمل والتي تزيد من حدة الضغوط عليها تتعكس على جانبها الصحي ، في حين يحتل الرجال المرتبة الأولى في الإصابة بالسكري مقدرة بنسبة 13.60 % مقابل 10.23 % لدى النساء، وهذا الاختلاف الطفيف في درجة الإصابة ما هو إلا دلالة على أن كلا الجنسين معرضين للإصابة بهذه الأمراض، وهذا لأنه في الوقت الراهن نلاحظ أن كلا من المرأة والرجل يمران بنفس الضغوط الاجتماعية التي أصبحت تعتري حياتهما. لكن نظرا للاختلاف الواضح على مستوى الأنماط السلوكية والعوامل النفسية والاجتماعية، وكل ما يتعلق بالجهد المبذول وذلك

وفقا لطبيعة النشاط الممارس ودرجة الضغوط وردود الفعل اتجاه المواقف الضاغطة وذلك وفقا لشخصية النوع الاجتماعي وطبيعة مكوناته الجسمية، كما لا تغفل دور الوضع المادي، بالإضافة للميكانزمات المتخذة في مواجهة ضغوطات الحياة، فكل هذه العناصر وغيرها تساهم في انتشار الأمراض المزمنة بين نوع اجتماعي دون آخر.

3- معدل انتشار الأمراض المزمنة حسب الجنس والسن والمنطقة الجغرافية والوسط المعيشي في المجتمع الجزائري:

الشكل رقم 12: معدل الإصابة بالمرض المزمن حسب المنطقة الجغرافية والوسط المعيشي

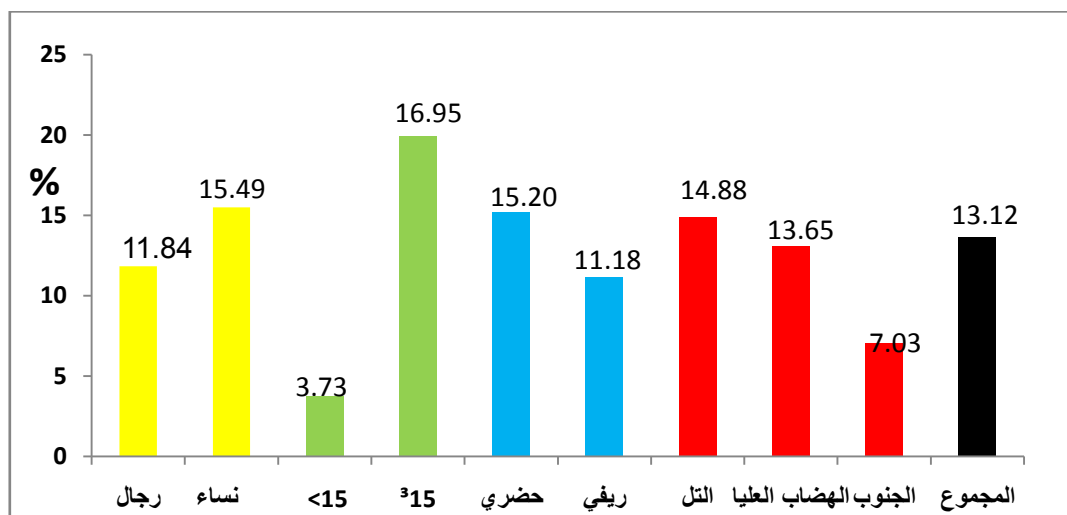


المصدر:

Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Institut Nationale de santé publique, Transition épidémiologique et système de santé projet tahina, Enquête nationale de santé, op.cit, p.59.

من خلال الإحصائيات الموضحة في الشكلين السابقين نلاحظ أن معدل انتشار الأمراض المزمنة خاصة الضغط الدموي والسكري يحتل المراتب الأولى سواء على مستوى المناطق الريفية أو الحضرية، بحيث نجد نسبة انتشار الضغط الدموي والسكري مقدرة بـ 24.81% و 12.80% على التوالي في المناطق الحضرية، مقابل 24.05% و 11.22% على التوالي في المناطق الريفية، نلاحظ أن هناك تقارب في النسب بين المناطق وهذا نظرا للتغيرات الاجتماعية التي أصبحت تعترى البيئة الاجتماعية الحضرية والريفية بنفس الدرجة والقوة. وما يثير الانتباه من خلال الإحصائيات المسجلة على مستوى المناطق الجغرافية نجد أن الجنوب يحتل المراتب الأولى في نسبة الإصابة بالضغط الدموي والسكري ونسب عالية مقارنة بالتل والهضاب العليا، في حين تتخفف نسبة الأمراض المزمنة الأخرى بها، ونستطيع تفسير الارتفاع في الجنوب بسبب طبيعة المناخ الجوي الذي يمتاز بحرارة كبيرة، بالإضافة لظروف المعيشة الصعبة في الكثير من المناطق... الخ، لأن عدم التوافق بين أسلوب الحياة خاصة في حالة الفقر ومتطلبات الحياة لدى الفرد لها تأثير سلبي على صحته.

الشكل رقم 13: توزيع الأمراض المزمنة حسب المنطقة الجغرافية والسن والجنس



المصدر:

Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Institut Nationale de santé publique, Transition épidémiologique et système de santé projet tahina, Enquête nationale de santé, op.cit, p.56.

تشير الإحصائيات المبينة في الشكل أعلاه أن أعلى معدل لانتشار الأمراض المزمنة يتمركز في منطقة التل بنسبة 14.88%، مقابل 13.12% في الهضاب العليا ، في حين نجد أدنى نسبة في الجنوب بمعدل 7.03%، هذه الإحصائيات تثبت كذلك ما اتضح في الشكلين السابقين وهو انتشار الأمراض المزمنة في منطقة التل والهضاب العليا وانخفاضها بالجنوب، لكن أهم مرضين تركز عليهم الدراسة ينتشران في الجنوب حسب ما أشير له في التحليل السابق، بالإضافة أن للوسط المعيشي دور كبير في انتشار هذه الأمراض المزمنة ويظهر ذلك من خلال النسب المسجلة على كل من الوسط الحضري والذي قدر بـ 15.20% والذي هو أعلى من النسبة المسجلة على مستوى الوسط الريفي والمقدرة بـ 11.18% ، وهي أمراض منتشرة لدى الفئة العمرية التي تساوي أو تزيد على 15 سنة بنسبة 16.95% مقابل أدنى نسبة مقدرة بـ 3.73% في الفئة العمرية الأقل من 15 سنة، ونجد أن معدل الإصابة بالمرض المزمن يرتفع عند النساء مقارنة بالرجال بنسب مقدرة على التوالي بـ 15.49% و 11.84%.

نستطيع القول أنه من خلال هذه الإحصائيات ندرك أن خطر هذه الأمراض المزمنة يهدد كلا من الوسطين سواء الحضري أو الريفي بنفس الدرجة لأن التفاوت بسيط بينهما، إلا أننا كنا نتوقع أن يكون معدل الإصابة بالأمراض المزمنة عاليا جدا ومضاعفا بالنسبة للوسط الحضري الذي يتميز بحجم سكاني عالي وتكثر فيه حجم الضغوط الاجتماعية، مقارنة بالوسط الريفي الذي يتميز بترباط العلاقات وقلة الآفات والظواهر الاجتماعية السلبية، وهذا وفقا لما أشارت له العديد من الدراسات. لكن هذه الإحصائيات تثبت أن عوامل التغير الاجتماعي التي جلبت معها كل عوامل الراحة والإرهاق في نفس الوقت ،قد تغلغت وأثرت في أوساط كل المجتمعات وعلى جميع أفراد المجتمع ، خاصة الفئة العمرية التي تساوي أو تفوق 15 سنة ، وهذا لأنها تحوي شرائح مختلفة منها شريحة الشباب في سن المراهقة وهي مرحلة حرجة وخطيرة كذلك لان المراهق لم يكتمل نضجه النفسي والعقلي والاجتماعي تماما وهذا ما يحدث له العديد من الاضطرابات والتوترات التي سيكون لها انعكاس سلبي على صحته ، بالإضافة لمرحلة النضج

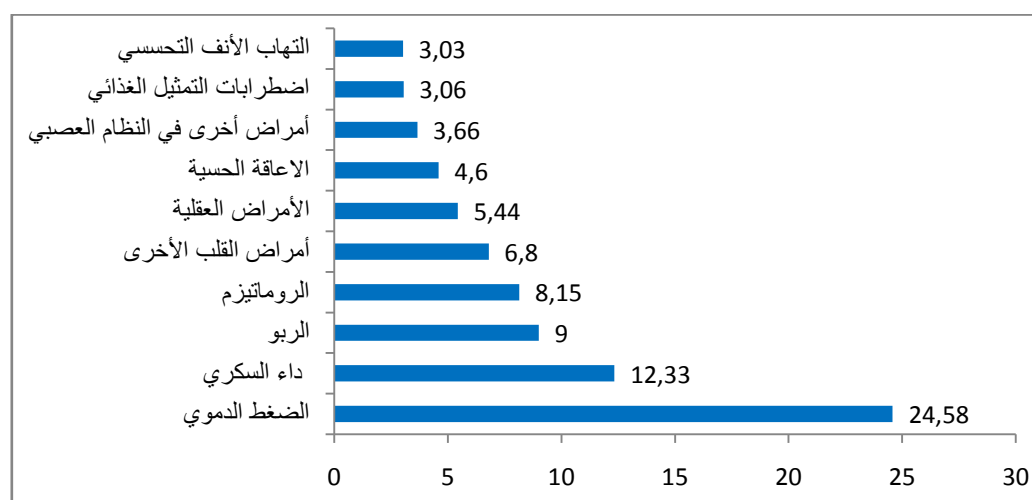
الكامل والتي يدخل من خلالها الشاب لميدان الحياة المهنية والاجتماعية بشكل واسع والتي قد يتعرض خلالها للعديد من الضغوطات ، بالإضافة لمرحلة الكهولة والشيخوخة والتي يكون أفرادها قد مروا مسبقا بمواقف اجتماعية ايجابية وسلبية في مسيرة حياتهم، كما يحدث في هذه المرحلة تغيرات في البنية الجسمية للأفراد بسبب التقدم في العمر والتي ستكون لها بطبيعة الحال تأثيرات سلبية على صحتهم.

ونظرا لان المرأة الجزائرية حاليا تبذل مجهودا مضاعفا عن الرجل خاصة بعد دخولها لميدان العمل الذي زاد من حجم مسؤولياتها ، بعدما كانت مسبقا وظائفها مقتصرة على تربية الأطفال والقيام بالوظائف المنزلية فقط، بالإضافة لاختلاف البنية الفسيولوجية لكل منهما، هذه العوامل كلها تعد من الأسباب التي شكلت ضغطا على المرأة والتي نستشهد بها لتفسير ارتفاع معدلات الإصابة عند النساء على غرار الرجال. وبهذا نستطيع القول أن المرض المزمن أصبح خطرا حقيقيا ومرضا وبائيا يكتسح جميع الأمكنة والفئات بمختلف أجناسها.

سادسا: أهم الأمراض المزمنة المنتشرة في المجتمع الجزائري:

1-نوعية الأمراض المزمنة المنتشرة بصفة عامة:

الشكل رقم 14: يوضح توزيع العشرة أنواع الأولى للمرض المزمن المنتشرة في الأسر الجزائرية



المصدر:

Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Institut Nationale de santé publique , Transition épidémiologique et système de santé projet tahina, Enquête nationale de santé, op.cit ,p.57.

تبين المعطيات الإحصائية الموضحة في الشكل أعلاه بعض الأمراض المزمنة التي تحتل العشر مراتب الأولى في المجتمع الجزائري وهذا وفقا للتحقيقات الوطنية التي أجريت في سنة 2005م، بحيث نجد الضغط الدموي يحتل المرتبة الأولى بنسبة 24.58% يليه مباشرة مرض السكري بنسبة 12.33%، هذا ما يوضح كذلك حجم خطورة هذين المرضين على أفراد المجتمع على غرار الأمراض الأخرى.

الجدول رقم 04: يوضح توزيع العشرة أنواع الأولى للمرض المزمن المنتشرة في الأسر الأغواطية للموسم الأول من سنة 2013*

نوع المرض	العدد	النسبة %
الضغط الدموي	8668	34.97
داء السكري	7378	29.76
قصور الجهاز التنفسي المزمن	1735	6.99
امراض عصبية	1192	4.80
أمراض القلب والأوعية الدموية	1160	4.68
أمراض عصبية نفسية	1144	4.61
الاعتلال الدماغي	733	2.95
أمراض الغدد المعقدة	698	2.81
الروماتيزم المزمن	487	1.96
الصدفية	359	1.44
المجموع	24786	-

المصدر، مؤسسة الضمان الاجتماعي بالأغواط، 2013.

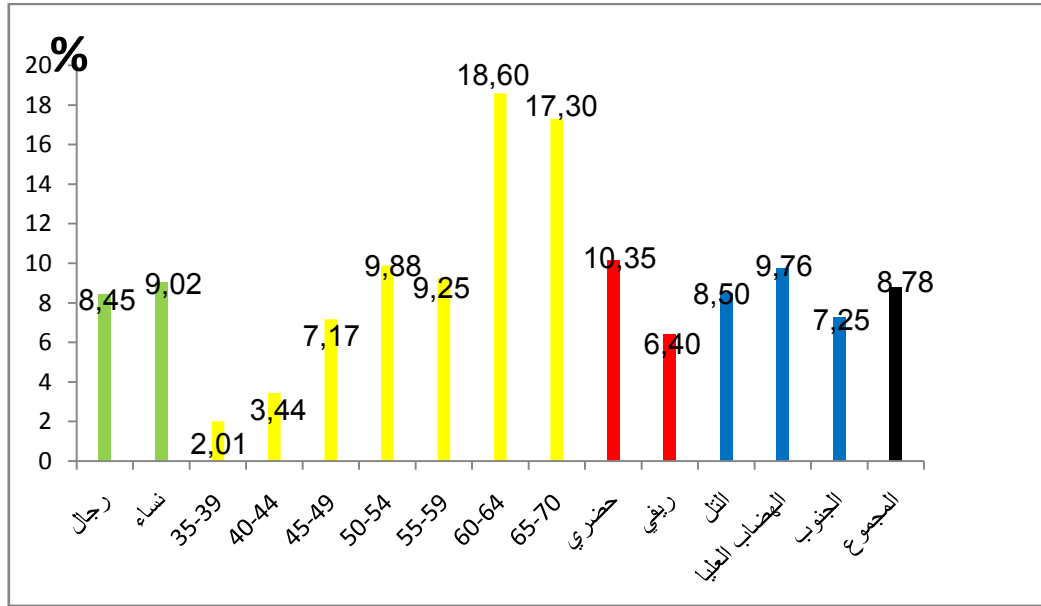
تبين المعطيات الإحصائية الموضحة في الجدول أعلاه بعض الأمراض المزمنة التي تحتل العشر مراتب الأولى في المجتمع الأغواطي وهذا وفقا لإحصائيات الضمان الاجتماعي بالأغواط الخاصة بالموسم الأول من سنة 2013م، بحيث نجد الضغط الدموي يحتل المرتبة الأولى بنسبة 34.97% يليه مباشرة مرض السكري بنسبة 29.76%، هذا ما يوضح كذلك حجم خطورة هذين المرضين على أفراد المجتمع على غرار الأمراض الأخرى ذات النسب

* أنظر ملحق رقم 8.

المنخفضة مقارنة بهذين المرضين، وهذا ما يبرز ضرورة الاهتمام بمخاطر أمراض العصر أي السكري والضغط الدموي والبحث في الأسباب الفعلية التي تزيد من انتشارها .

2-الوضعية الابدميولوجية لداء السكري:

الشكل رقم 15: يوضع معدل انتشار السكري لدى الفئة العمرية من 35-70 حسب الجنس والسن والوسط المعيشي والمنطقة الجغرافية



المصدر:

Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Institut Nationale de santé publique, **Transition épidémiologique et système de santé projet tahina, Enquête nationale de santé**, op.cit ,p.66.

تشير الإحصائيات الموضحة في الشكل أعلاه وهذا وفقا للتحقيق الوطني للصحة لسنة 2005، أن نسبة الداء السكري لدى الجزائريين من ذوي الفئة العمرية 35-70 سنة قدرت حوالي 8.78% مع ميزة انتشاره الواسع بين النساء بنسبة 9.02% نظير 8.45% لدى الرجال. هذه النسبة التي ترتفع بارتفاع الأعمار تشهد قيمتها القصوى 18.60% لدى الفئة 60-64 سنة. مع التقارب في نسبة انتشاره بين الوسط الريفي والحضري مع تمركز النسبة الأعلى في الوسط الحضري، أما بين المناطق الجغرافية فنجد التقارب في نسب الإصابة بين الهضاب العليا والتل في حين تنخفض النسبة عليهما في الجنوب، و سجلت أدنى قيمة لدى الفئة العمرية 35-39 سنة ممثلة في نسبة 2.01%. من خلال هذه الإحصائيات نجد أن الداء السكري ذو نسب منخفضة مقارنة

بالضغط الدموي مع بقاء فئة النساء تحتل المرتبة الأولى في كلا المرضين، ويمكن إرجاع أسباب الإصابة لما ذكر في تفسير الضغط الدموي (أنظر الشكل رقم:...) بالإضافة للتفسير الذي أدرج حول معدل انتشار الأمراض المزمنة في الفئة العمرية من 60 سنة فأكثر لدى الجزائريين في (الجدول 3) سابقا، فقط يمكن أن نضيف أن مرض السكري تكون له كذلك أسباب وراثية، لكن الأوضاع المتأزمة عجلت في ظهوره.

الجدول رقم 05: يوضح معدل انتشار السكري حسب الفئة العمرية والجنس على مستوى ولاية الأغواط للموسم الأول من سنة 2013

السكري 2013		نوع المرض فئات السن + الجنس
العدد	معدل انتشار المرض %	
186	2.52	[18-0]
478	6.47	[19-35]
3627	49.15	[36-55]
2437	33.03	[56-70]
650	8.80	[من 70 فأكثر]
4018	54.45	ذكور
3360	45.54	إناث
7378	-	المجموع

المصدر: مؤسسة الضمان الاجتماعي بالأغواط، 2013.

تشير الإحصائيات الموضحة في الجدول أعلاه وهذا وفقا لإحصائيات الضمان الاجتماعي بالأغواط لسنة 2013، أن نسبة الداء السكري لدى الأغواطيين تنتشر لدى الفئة العمرية 36-55 سنة بـ 49.15% مع ميزة انتشاره الواسع بين ال ذكور بنسبة 54.45% نظير 45.54% لدى النساء، هذه النسبة التي ترتفع بارتفاع الأعمار تشهد قيمتها 33.03% لدى الفئة [56-70] سنة، مع نسب منخفضة كثيرا في الفئات العمرية الأخرى، ويمكن تبرير السبب لما تم عرضه في التحليلات السابقة المتعلقة بداء السكري في الفئة العمرية من [35-70] سنة حسب السن والجنس.

الجدول رقم 06: يوضح معدل انتشار السكري حسب الفئة العمرية والجنس على مستوى

ولاية الأغواط لسنة 2017

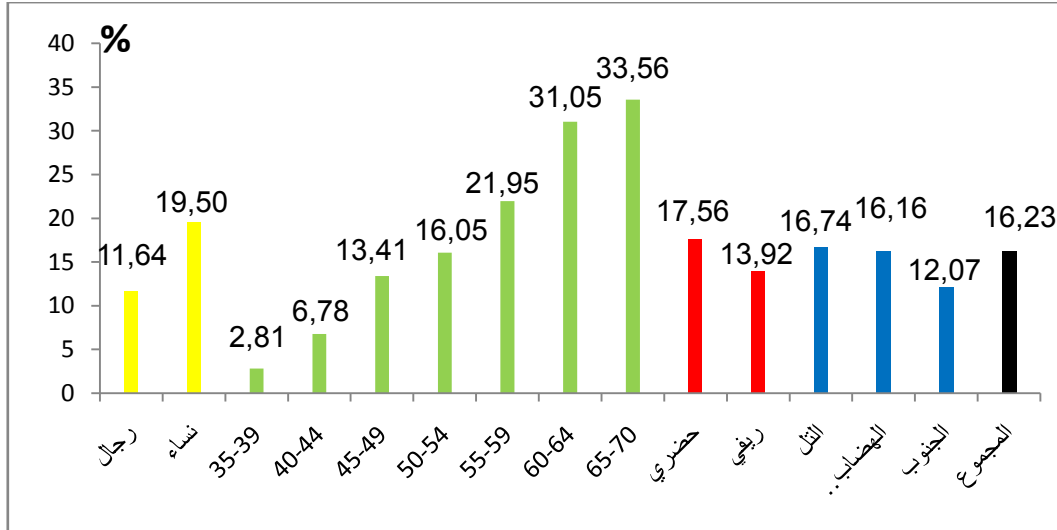
السكري 2017		نوع المرض فئات السن + الجنس
العدد	معدل انتشار المرض %	
295	2.33	[18-0]
921	7.30	[19-35]
6339	50.25	[36-55]
3770	29.88	[56-70]
1289	10.21	[من 70 فأكثر]
6825	54.10	ذكور
5789	45.89	إناث
12614	-	المجموع

المصدر: مؤسسة الضمان الاجتماعي بالأغواط، 2017.

نلاحظ من خلال الإحصائيات الموضحة في الجدول أعلاه المتعلقة بداء السكري على مستوى ولاية الأغواط لسنة 2017 أن هناك ارتفاع كبير في عدد الإصابات والتي وصلت إلى 12614 مقارنة بسنة 2013 التي كان عددها 7378، وهو مؤشر دال على الانتشار الكبير لداء السكري وخاصة في الفئة العمرية [36-55] سنة بـ 50.25% مع بقاء انتشاره الواسع بين الذكور بنسبة 54.10% نظير 45.89% لدى النساء وهي نسب متقاربة مع سنة 2013، تليها الفئة العمرية [56-70] سنة بنسبة 29.88% مع نسب منخفضة كثيرا في الفئات العمرية الأخرى.

3- مستويات الإصابة بالضغط الدموي على مستوى المجتمع الجزائري:

الشكل رقم 16: يوضع معدل انتشار الضغط الدموي لدى الفئة العمرية من 35-70 حسب الجنس والسن والوسط المعيشي والمنطقة الجغرافية.



المصدر:

Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Institut Nationale de santé publique, **Transition épidémiologique et système de santé projet tahina, Enquête nationale de santé**, op.cit ,p.65.

تشير الإحصائيات الموضحة في الشكل السابق، وهذا وفقا للتحقيق الوطني للصحة لسنة 2005، أن نسبة ارتفاع الضغط الدموي لدى الجزائريين من ذوي الفئة العمرية [35-70] سنة قدرت حوالي 16.23% مع ميزة انتشاره الواسع بين النساء بنسبة 19.50% نظير 11.64% لدى الرجال، هذه النسبة التي ترتفع بارتفاع الأعمار تشهد قيمتها القصوى لدى الفئتين العمريتين [60-64] سنة و [65-70] سنة مقدرة على التوالي بنسبة 31.05% و 33.56%. مع التقارب في نسبة انتشاره بين الوسط الريفي والحضري وبين المناطق الجغرافية، في حين سجلت أدنى قيمة لدى الفئة العمرية [35-39] سنة ممثلة في نسبة 2.81%، من خلال هذه الإحصائيات نستطيع القول أن السن يتحكم بنسبة كبيرة في قوة الإصابة بالمرض، بحكم أن أعلى النسب مسجلة لدى الفئة من [60-70] سنة، وقد نرجع سبب الإصابة إلى كبر السن أو بسبب ما تعرض له أفراد هذه الفئة من متاعب وضغوطات خلال مسار حياتهم أنهكت الجسم وقللت من قدرته على مقاومة الضغوط، ولعل ما عايشه المجتمع خلال العشرية السوداء كان من أقوى العوامل

المسببة للضغط، وهذا لما أفرزته من قلق وتوتر وذعر في نفوس الأسر الجزائرية التي فقدت الأمن والاستقرار والثقة، وعانت كذلك من تفكك العلاقات الأسرية التي تعتبر السند القوي لتصدي المحن.

الجدول رقم 07: يوضح معدل انتشار الضغط الدموي حسب الفئة العمرية والجنس على مستوى ولاية الأغواط للموسم الأول من سنة 2013

الضغط الدموي 2013		نوع المرض فئات السن + الجنس
العدد	معدل انتشار المرض %	
5	0.05	[18-0]
172	1.98	[19-35]
3357	38.72	[36-55]
4041	46.61	[56-70]
1093	12.60	[من 70 فأكثر]
2981	34.39	ذكور
5687	65.60	إناث
8668	-	المجموع

المصدر: مؤسسة الضمان الاجتماعي بالأغواط، 2013.

تشير الإحصائيات الموضحة في الجدول أعلاه، وهذا وفقا لإحصائيات الضمان الاجتماعي بالأغواط لسنة 2013، أن نسبة الضغط الدموي في المجتمع الأغواطي تنتشر لدى الفئة العمرية [56-70] سنة بـ 46.61% تليها نسبة 38.72% لدى الفئة العمرية [36-55] سنة مع ميزة انتشاره الواسع بين الإناث بنسبة 65.60% نظير 34.39% لدى الذكور. مع نسب منخفضة كثيرا في الفئات العمرية الأخرى، ويمكن تبرير السبب لما تم عرضه في التحليلات السابقة حول دور العوامل الاجتماعية والنفسية والبيولوجية، بالإضافة لعامل الشيخوخة.

الجدول رقم 08: يوضح معدل انتشار الضغط الدموي حسب الفئة العمرية والجنس على

مستوى ولاية الأغواط لسنة 2017

الضغط الدموي 2017		نوع المرض فئات السن + الجنس
العدد	معدل انتشار المرض %	
7	0.05	[18-0]
254	2.05	[19-35]
4837	39.12	[36-55]
5318	43.01	[56-70]
1946	15.74	[من 70 فأكثر]
4602	37.22	ذكور
7760	62.77	إناث
12362	-	المجموع

المصدر: مؤسسة الضمان الاجتماعي بالأغواط، 2017.

نلاحظ من خلال الإحصائيات الموضحة في الجدول أعلاه المتعلقة بالضغط الدموي

على مستوى ولاية الأغواط لسنة 2017 أن هناك ارتفاع كبير في عدد الإصابات والتي وصلت إلى 12362 مقارنة بسنة 2013 التي كان عددها 8668 ، وبالرغم من هذا الارتفاع الكبير لكن تبقى نفس الفروقات الملاحظة في سنة 2013 سواء من حيث الجنس أو الفئات العمرية، بحيث سجلت نسبة 62.77% لدى الإناث مقارنة بنسبة 37.22% من الذكور، مع بقاء انتشاره في الفئة العمرية [56-70] سنة ب 43.01% تليها نسبة 39.12% لدى الفئة العمرية [36-55] سنة، ونسبة 15.74% في الفئة العمرية [من 70 فأكثر]، مع انخفاض كبير في الفئات الأخرى.

خلاصة:

نستخلص مما سبق ذكره أن المرض لم يعد موضوعا طبيا بحتا بل ظاهرة اجتماعية، وقد أدى تغير خريطة الأمراض وظهور الأمراض المزمنة إلى تغيير فهمنا للمرض والمحددات أو المصادر المسببة له بسبب تفاعل العديد من العوامل منها ما هو بيولوجي وآخر نفسي وشخصي وكذلك اجتماعي. وكذا التوصل إلى ما يترتب على هذه الأمراض المزمنة من آثار اقتصادية واجتماعية ونفسية كثيرة.

❖ من بين الآثار الاقتصادية :

- عدم قدرة المريض على إعالة نفسه وعدم قدرته على تحمل أعباء عائلية واجتماعية.
- كذلك اضطرار الدولة إلى تخصيص نسبة لا يستهان بها من ميزانية النفقات لإعالة هؤلاء المرضى.

- كذلك ضعف مساهمة المصابين بهذه الأمراض على تحقيق الناتج القومي، مما يعني في نهاية الأمر زيادة نسبة الذين يعتمدون في معيشتهم على استقطاع جزء من الناتج القومي، مما يعني حرمان الاقتصاد من موارد كان يمكن أو توظف في مجالات إنتاجية.

❖ من بين الآثار النفسية:

- يحدث المرض توتر وقلق دائم للمريض، مما يؤدي إلى تفاقم خطورة المرض، بالإضافة إلى كثرة الشكوى من المرض.

❖ ومن بين الآثار الاجتماعية:

- تكون لهذه الأمراض تأثيرات سلبية على علاقات الأفراد سواء داخل الأسرة أو خارجها، أي في العمل والعلاقات في المجتمع بشكل عام بسبب القلق الدائم للمرضى . لذا علينا الانتباه إلى معالجة الضغوط التي تعترى البيئة الاجتماعية التي تحيط بالفرد، والتي من شأنها أن تقي الفرد وتمنع المزيد من الإصابات بالمرض المزمن.

في الأخير نشير أن هذه الأمراض المزمنة لا تعتبر منبعا للموت فقط، لكنها سببا مهما في الإعاقة بشتى أنواعها التي تهدد بصفة عامة صحة الأفراد وتزيد من مستوى التكلفة الطبية.

الفصل الخامس

العلاقة بين العوامل الاجتماعية والبيولوجية

والأمراض المزمنة ونواتجها

تمهيد
أولاً : العلاقة بين العوامل الاجتماعية والبيولوجية والأمراض المزمنة
1. العلاقة بين زيادة عبء العمل وعلاقات العمل بأمراض المزمنة
2. العلاقة بين توتر العلاقات الاجتماعية الأسرية والأمراض المزمنة
3. العلاقة بين تدني الدخل المادي والأمراض المزمنة
4. العلاقة بين العوامل الاجتماعية والوراثية والأمراض المزمنة
ثانياً : نواتج العلاقة بين الضغوط الاجتماعية والعوامل الوراثية والأمراض المزمنة
1. تعريف الوفاة
2. التطور التاريخي للوفيات في الجزائر
3. أسباب الوفيات عالمياً ووطنياً
خلاصة الفصل

تمهيد:

بعدما تطرقنا في الفصول السابقة إلى الشرح المفصل لمتغيرات الدراسة يتوجب علينا أن نتعرض من خلال هذا الفصل لشرح العلاقة الكامنة بين هذه المتغيرات من حيث إبراز تأثير المتغير المستقل على التابع أي العلاقة بين العوامل الاجتماعية والبيولوجية (الوراثية) و الأمراض المزمنة، وذلك من خلال توضيح العلاقة بين عبء العمل والعلاقات المهنية في العمل والأمراض المزمنة لذوي داء السكري والضغط الدموي، وبين توتر العلاقات الاجتماعية الأسرية والأمراض المزمنة، وكذا العلاقة بين تدني الدخل المادي والأمراض المزمنة، بالإضافة إلى العلاقة بين العوامل الاجتماعية و الوراثة والمرض المزمن ، ويكون ذلك بشرح كل م تغير على حدا وصولا للعلاقة بينهما، ونشير أنه تم التعرض لأبعاد المرض المزمن في الفصل الوابع لذا سنكتفي بشرح أبعاد المتغير المستقل، ثم نقوم بعد ذلك بتوضيح نواتج العلاقة بين متغيرات الدراسة، أي استخلاص نواتج العلاقة بين الضغوط الاجتماعية و الأمراض المزمنة والتي تكمن في الإعاقة والوفاة ، وهذا ما أثبتته العديد من الدراسات بالإضافة لما تم استخلاصه من خلال احتكاكنا بالواقع الاجتماعي لهذه الفئة و ما أفادنا به الأطباء من جهة أخرى خلال الدراسات الاستطلاعية والميدانية، لكن في هذه الدراسة انصب تركيزنا على الوفاة باعتباره ا من أهم المتغيرات السوسيو-ديمغرافية، ولكونها من المؤشرات الهامة وذات الدلالة الواضحة حول مدى خطورة الأمراض في المجتمع، خاصة الأمراض النوعية كالأمراض المزمنة والخطيرة، بالإضافة أنه مؤشر حساس يوضح لنا المستوى الصحي بالمجتمع.

أولاً: العلاقة بين العوامل الاجتماعية والبيولوجية والأمراض المزمنة:

1- العلاقة بين زيادة عبء العمل وعلاقات العمل بالأمراض المزمنة:

1-1- عبء العمل (الدور) :

عبء العمل هو كمية و نوعية العمل اللتان يطلب من الفرد إنجازهما في وقت محدد . ويتخذ عبء العمل شكلين أساسيين هما إما زيادة عبء الدور أو انخفاضه وتعني زيادة عبء الدور قيام الفرد بمهام لا يستطيع إنجازها في الوقت المحدد، أو أن هذه المهام تتطلب مهارات عالية لا يمتلكها الفرد . وقد أثبتت بعض الدراسات أن الموظف الذي يتحمل زيادة كبيرة في عبء الدور يعاني من مستوى عال من الضغوط مما يترتب عليه من زيادة في ضربات القلب وأيضاً ارتفاع في ضغط الدم .

وحسب الدراسة التي أجريت من قبل الباحث "وايمان" وذلك لفحص العلاقة بين زيادة عبء العمل وانخفاض عبء العمل والضغط ، تبين 1450 مدير وتبين أن المديرين الذين يعانون من مستوى عالي أو مستوى متدني من الضغط لديهم مشكلات صحية ، وأن زيادة عبء العمل وانخفاضه يؤديان إلى انخفاض الأداء وحدوث المشكلات النفسية والبدنية والسلوكية . كما أن دراسة "سمير أحمد عسكر" التي أجريت على عينة من العاملين في المصارف بدولة الإمارات ، تبين أن الضغوط الناتجة عن كمية العمل ، تحتل المرتبة الأولى من بين المتغيرات الأخرى المستخدمة في الدراسة بغض النظر عن المستوى الإداري الذي يحتله الفرد.¹

1-1-1/زيادة أعباء الدور (نوعياً): تمثل مطالب العمل المجموعة الأساسية والهامة لمسببات ضغوط العمل ، وترتبط هذه المطالب بالأنشطة المحددة التي يجب القيام بها لأداء عمل معين ، وتكشف الدراسات عن نوع العمل الذي يقوم به الفرد ، وما يتضمنه من واجبات ومسؤوليات وأعباء ، يعتبر من المحددات الهامة لمقدار ونوع الضغط الذي يتعرض له . فقد تبين

¹ على بن حمد بن سليمان الروشان، ضغوط العمل وأثرها على عملية اتخاذ القرارات :دراسة مسحية على القيادات الادارية في عدد من الأجهزة الأمنية والمدنية في مدينة الرياض، رسالة ماجستير في العلوم الإدارية ، الرياض، 2003، ص.21.

أن رجال الإدارة أكثر عرضة - من المهندسين والعلماء - لأشكال مختلفة من ضغوط العمل بسبب زيادة أعباء العمل، كما أن المسؤولية عن الأفراد تعتبر مصدراً قوياً للضغط بدرجة أكبر من المسؤولية عن الأشياء، ومن ثم فإن هذا النوع من ضغوط العمل يتعرض له العاملون في مجالات الشرطة، والإطفاء والتمريض والتدريس ومراقبة الملاحة الجوية وكذلك رجال الإدارة. وعموماً فقد تبين أن زيادة أعباء العمل، تؤدي إلى تدني رضا العاملين عن العمل، وإذا كانت الزيادة في أعباء العمل تمثل مصدراً للضغط، فإن انخفاض أعباء العمل تمثل مشكلة لكثير من الأفراد خاصة عندما يصبح ظاهرة مستمرة، ويرجع ذلك إلى أن العمل لا يمثل تحدياً لقدراتهم ويدفع إلى الملل. وتعتبر ظروف العمل المادية من أعباء الدور الوظيفي التي تعتبر من مصادر ضغوط العمل، حيث تؤثر الظروف على درجة تقبل الفرد لبيئة العمل وبالتالي على رضاه عن العمل.¹ حيث تشير الدراسات إلى أن درجة جودة أو سوء ظروف العمل المادية تؤثر على قوة الجذب التي تربط الفرد بعمله، وهناك مجموعة من العوامل المادية التي قد تسبب الضغوط للفرد في العمل، حيث ينبغي أن تكون هذه العوامل مواتية لتساعد العامل على سرعة الإنتاج وتحسينه وتقليل التعب والملل والإرهاق، وتخفض من احتمالات تعرضه لإصابات العمل مثل درجة الحرارة، والإضاءة، ومصادر الضوضاء، والكثافة الاجتماعية، ومطالب العلاقات مع الأفراد والجماعات في المنظمة الواحدة.

1-1-2/زيادة أعباء الدور (كمياً): تؤثر عدد ساعات العمل التي يقضيها الفرد في عمله على إنتاجيته ورضاه عن عمله، لذلك تعتبر ساعات العمل مصدراً من مصادر ضغوط العمل، حيث أن عدم التنظيم الجيد لساعات العمل يؤدي إلى إصابة الفرد بالإجهاد والتوتر، إضافة إلى أن زيادة ساعات العمل اليومية غالباً ما تؤدي إلى إرهاق العامل واعتلال صحته، ويضيف البعض أنه من الاستنزاف التدريجي لصحة الفرد. وترتبط زيادة ساعات العمل بزيادة معدلات الحوادث والأخطار، إضافة إلى ارتفاع معدلات الغياب نتيجة للإرهاق والإجهاد الذي يعتري الأفراد، مما يؤدي إلى الغياب أو التأخر عن العمل كرد فعل لتلك الزيادة، كما تؤدي أيضاً

¹ أحمد صقر عاشور، السلوك الإنساني في المنظمات، دار الجامعات المصرية، الإسكندرية، 1978، ص. 35.

في كثير من الأحيان إلى أضرار اجتماعية كعلاقة الفرد بأسرته، كما تؤدي بالفرد إلى نقل بعض أعباء العمل إلى المنزل لاستكمالها وبالتالي تؤثر على برامج الأسرة مما يؤدي إلى ضغط الأسرة والفرد أيضاً.¹

1-2- علاقات العمل (المهنية):

لقد تعددت وتنوعت تعاريف علاقات العمل لذا سنعرض البعض منها وباختصار شديد:

عرفها **كسلمان "Csslman"** بأنها العلاقات بين أصحاب العمل والعمال، ويشمل هذا

الاصطلاح بمعناه الواسع العلاقات بين مختلف النقابات وبين الدولة وأصحاب العمل

والحكومة²

في حين نجد تعريف "إبراهيم عبد القادر إبراهيم" أكثر تفصيلا لهذه العلاقات المهنية التي يرى "بأنها الروابط أو القواعد التي يتفق عليها العمال وأصحاب العمل بصورة جماعية، والتي تحكم تعاملها المتبادل بشأن تحديد نوعية وكمية أداء العمل والأجور، أوقات العمل، الراحة، الإجازات، شروط وظروف ممارسة العملية الإنتاجية، والمحافظة على أدواتها ومستلزماتها وحماية العمال في أثنائها خاصة".

ويضيف "إبراهيم عبد القادر إبراهيم" تعريف آخر لعلاقات العمل معطيا بذلك عدة

مصطلحات مرادفة لها قائلا "ويطلق أيضا عن عبارات علاقات العمل في بعض الأحيان

اصطلاحات أخرى مثل علاقات الشغل أو العلاقات الصناعية أو العلاقات المهنية ويقصد بها

مجملة العلاقة القائمة بين أطراف العمل من أجل تنظيم هذه العلاقات بين كل أو بعض

الأطراف³

من خلال هذه التعريفات السابقة ندرك بأن علاقات العمل تحدد لنا الحقوق والواجبات التي

سيلتزم بها كل طرف داخل المنظمة من رئيس وعمال، والتي على إثرها يتحدد نمط العلاقات

¹ مؤيد السالم، مرجع سبق ذكره، ص-ص 79-96.

² Csslman.(J), Labour Dictionary, Newyork, 1974, p.197.

³ لحسن بونعامة، علاقات العمل وأثرها على الانتاجية في المؤسسات الاقتصادية: دراسة حالة المؤسسة الوطنية للسيارات الصناعية، رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية، جامعة الجزائر، 1996-1997، ص.32.

الإنسانية أو الشخصية بينهم وهذا لما لها دور في استقرارهم النفسي والاجتماعي داخل إطار العمل، كون الفرد بحاجة دائمة إلى الاحترام والتعاون والتفاهم والدفع الاجتماعي والصدقة سواء مع جماعة العمل أو رئيس العمل. ونجد بذلك تأكيد كلا من " الشنواني و عيسوي " في تعريفاتهم على أهمية هذه العلاقات الإنسانية داخل إطار العمل.

بحيث عرفها "صلاح الشنواني" بأنها ذلك الميدان في الإدارة الذي يهدف إلى التكامل بين الأفراد في محيط العمل بالشكل الذي يدفعهم ويحفزهم إلى العمل بإنتاجية ويتعاون مع حصولهم على إشباع حاجاتهم الطبيعية والنفسية والاجتماعية".¹

ويضيف "عبد الرحمن عيسوي" معرفا العلاقات الإنسانية "بأنها تلك العلاقات التي تجمع بين الناس في مكان العمل وتدفعهم إلى العمل سويا متفاهمين ومتعاونين ومنتجين، كما تكون مقرونة بالرضا العام الذي يتمثل في الاستقرار النفسي والاجتماعي والاقتصادي".²

كما نجد "John Hill" في إطار بحثه يؤكد على الاهتمام بالعمال مشيرا بذلك إلى ضرورة المحافظة على الجمهور الداخلي للمؤسسة الذي يعد من أهم واجبات الإدارة، لأن الإدارة الناجحة ينبغي أن تتجنب الوقوع في بعض الأخطاء عند تعاملها مع العمال".³

من خلال ما تقدم نستخلص بأن علاقات العمل هي علاقات إنسانية متطورة تضبطها أطر قانونية وإنسانية في آن واحد تكون بين كل أطراف المنظمة، أي بين الإدارة المتمثلة في شخص الرئيس والعامل وبين العمال فيما بينهم، فبإيجابية هذه العلاقة تبنى علاقات متجانسة بين أعضاء المنظمة ككل ويساعد على اندماجهم في العمل، لأنها تحقق تدعيما للنشاط الإنساني في محيط بيئته المهنية، و تخلق جو من الثقة والتعاون والاحترام المتبادل الذي يزيل كل عوامل الصراع والنزاع التي من شأنها أن تعترض سير العمل داخل المؤسسة وبذلك تتحقق أهداف الفرد والمنظمة. لذا وفي خضم الحديث عن علاقات العمل أردنا الكشف عن العلاقات

¹ صلاح الشنواني، إدارة الأفراد والعلاقات والانسانية، دار الجامعة المصرية، 1974، ص.498.

² عبد الرحمن عيسوي، العلاقات الإنسانية في الإدارة، مكتبة القاهرة، 1969، ص.21.

³ محمد طلعت عيسى، العلاقات العامة كأداة للتنمية، ط4، دار المعارف، مصر، 1970، ص.112.

الإنسانية أو الشخصية في العمل بين الرئيس والمرؤوسين والمرؤوسين فيما بينهم، وهذا لما لها دور في تحديد نوع العلاقة القائمة بينهم أي أن هذه الروابط التي تجمعهم مؤسسة على التعاون والتفاهم أو العكس قائمة على الصراع والنزاع الذي يعكس التفاعل السلبي ويوحي بغياب كل تكامل بين أفرادها والتي ستشكل ضغوطا على الأفراد، لأن سوء هذه العلاقات داخل إطار العمل سواء مع الرئيس أو زملاء العمل سيكون لها تأثير سلبي على صحة الفرد لأنها ستصبح من مصادر الضغوط المهنية السلبية ، والتي ستتضح لنا من خلال نوع وطبيعة هذه العلاقات التي سنأتي على ذكرها في العناصر الموالية.

-العلاقة بين المرؤوسين و الرؤساء والمرؤوسين فيما بينهم:

إذا لم تتسم هذه العلاقات بين الرئيس والعامل أو بين زملاء العمل فيما بينهم بالتعاون والمودة ولم تكن علاقات حسنة فإنها ستصبح من مصادر الضغط والقلق والتوتر والإحباط الناتج عن سوء هذه العلاقات والذي يكون له تأثير على استقراره النفسي والاجتماعي يدفع ثمنها سلامة صحته النفسية والاجتماعية.

-الصراع بين أعضاء الجماعة:

إن من الجوانب السلبية لهذه العلاقات المهنية هو الصراع الذي يعكس لنا طبيعة هذه العلاقات بين أعضاء الجماعة في العمل، كما أنه يعتبر من الظواهر المنتشرة في بيئات العمل المختلفة ومن صور الصراع أن تكون بين فرد وآخر وبين فرد وجماعة للحصول على نصيب وافر من موارد تتصف بالندرة النسبية سواء كان هذا المورد معنويا مثل السلطة، المكانة، المعلومات، أو يكون سببها موردا ماديا أو ماديا ومعنويا معا، وللصراع العديد من الأسباب منها تعارض الأهداف والتنافس وصراع الأجيال وصراع الأدوار.

وحسب "ستريس و بورتر Porter & Stears (1979) فإن هناك ايجابية في الصراع داخل

العمل، ويجب المحافظة عليه وذلك عند مستوى أمثل لأن غيابه يؤدي إلى اللامبالاة وغياب

روح المنافسة وإهمال الأداء ، لكنه يعد من مصادر الضغط على الفرد في حالة كان مستوى الصراع مرتفعاً.¹

وبهذا نستطيع القول بأن سوء العلاقات بين كل أعضاء البيئة التنظيمية يولد الصراع الدائم ويزيد من شدة الضغوط عليهم و يفكك الروابط بينهم مما يشعرهم بعدم الأمان والانتماء الوظيفي، ويضعف شبكة الاتصال بينهم، فيكون له تأثير سلبي عليهم يترجم في مخرجات فسيولوجية، وهذا ما أكدته العديد من الدراسات والأبحاث كالإصابة بالضغط الدموي بالدرجة الأولى والسكري كذلك، بالإضافة لتأكيدهم على إيجابيه هذه الضغوط وذلك في حالة اعتدالها عند مستوى أمثل وذلك للمحافظة على أداء الفرد والمنظمة ككل.

1-3- الأمراض المزمنة(السكري والضغط الدموي): نعيد التذكير أنه تم التطرق لهذين

المتغيرين في الفصل الرابع بالتفصيل، لذا سنكتفي في هذا الفصل بتوضيح العلاقة بينهما وبين متغيرات المتغير المستقل.

وأخيراً سنوضح العلاقة بين الشعور بزيادة عبء العمل والعلاقات المهنية والمرضى المزمن من خلال ما تم استنتاجه من هذه القراءات النظرية ، أي أن زيادة عبء العمل أو نقصانها سواء كمياً أو نوعياً يعتبر أحد مسببات الضغوط الوظيفية، فزيادة عبء العمل تتمثل في زيادة المهام المطلوب إنجازها أو تعدد المهام في وقت ضيق، أي أن زيادة الواجبات والمهام المناطة بالشخص بقدر أكبر مما هو متوافر لديه من قدرات وإمكانات مع محدودية المدة الزمنية لانجازها، قد تحدث اختلالاً جسدياً أو نفسياً لدى الفرد، وذلك لعدم تناسق قدرات الفرد مع مهام العمل الموكلة له من حيث قلة تأهيله أو حدته أو عدم تناسب مؤهلاته مع طبيعة العمل، أو عدم التنظيم الجيد لساعات العمل. وإذا كانت زيادة عبء العمل تسبب ضغطاً على الفرد فإنه يواجه ضغطاً كذلك في حالة انخفاضه، وتكون نتيجته الحتمية إصابة الفرد بمشكلات صحية، قد تكون فسيولوجية كالإصابة بالأمراض المزمنة خاصة السكري والضغط الدموي، أو تكون له انعكاسات نفسية معقدة كالاكتئاب، القلق... وغير ذلك، وهذا ما أشارت له

¹ شعبان علي حسين السيري، أسس السلوك الإنساني بين النظرية والتطبيق، المكتب الجامعي الحديث، 2009، ص. 363.

العديد من الدراسات خاصة في مجال السلوك التنظيمي، كما لا يمكن أن نغفل عن دور العلاقات المهنية في التأثير على الحالة الصحية للفرد لأن عمليات التفاعل التي تحدثها هذه العلاقات قد تؤثر على الإنسان باعتباره كائن بشري يتأثر ويؤثر، فإذا شعر بأنه موضع تقدير ورعاية في ميدان عمله فإن ذلك سيشعره بالأمان والراحة والهدوء، ويؤدي إلى الرفع من جانبه المعنوي ويخلق روح الإخاء بين الأفراد ووظائفهم مما ينعكس على أدائهم المهني، أي أن الاتصال الفعال والفهم المتبادل بين أعضاء المنظمة ككل والتعاون والتأييد يؤدي إلى تنمية العلاقات بينهم ويخفف من حدة الضغوطات المهنية عليهم وتتحقق بذلك الفائدة للطرفين أي أهداف الفرد والمنظمة ككل، أي على اثر هذه المعاملة أو العلاقة الايجابية للقوى العاملة فيما بينهم أي بين الرئيس والعامل والعمال فيما بينهم من شأنه الحفاظ على العلاقات الطيبة وإزالة كل ما يعكر صفو التفاهم داخل العمل فيحقق بذلك الفرد انتماءه واندماجه الوظيفي وتحقق المنظمة ولاء والتزام العامل لها وتقلل بذلك من المشاكل التي من شأنها أن تعترض سير عملها. لكن إذا لم تكن هناك علاقات متجانسة بين أعضاء المنظمة ككل أي لم تكن مبنية على ما تم ذكره سابقا أي تغيب فيها كل أسس الثقة والتفاهم والتأييد... وغيرها، فسيكون هناك عدم إقناع واقتناع بين كل الأفراد، ويشعر الفرد بذلك بعدم الانتماء والاندماج والرضا الوظيفي الذي يضعف من معنوياته وقد يؤدي به إلى العزلة والاعترا ب الوظيفي، لأن العلاقات المهنية التي لا تكون حركتها الاتصالية تسير بطريقة دائرية بين أجزائها أي بين أعضائها ككل من شأنه أن يولد الصراع والخلاف في محيط البيئة المهنية، مما يضاعف من حجم الضغوط عليهم وتكون نتيجتها أضرارا صحية ونفسية واجتماعية، كون هذه العلاقات المهنية تمثل جزءا هاما في حياة المنظمة والفرد كذلك لذا فسوء هذه العلاقات تكون له أضرارا على المنظمة التي يختل سير عملها وإنتاجها، وأضرارا جسيمة على صحة الفرد النفسية والاجتماعية والعضوية، هذه الأخيرة التي تصبح تشكل ضغطا مضاعفا لدى الفرد كما أنها تفقده توازنه وتخل بدوره الوظيفي، ومن بين هذه الأضرار العضوية الإصابة بأمراض الحضارة كالضغط الدموي والسكري وغيرها من الأمراض الأخرى وحتى النفسية منها.

2- العلاقة بين توتر أو اضطراب العلاقات الاجتماعية الأسرية والأمراض المزمنة:

2-1- توتر العلاقات الاجتماعية الأسرية :

العلاقات الاجتماعية الأسرية وبين الكبار والصغار ليست بظاهرة كونية، بل تختلف من مجتمع لآخر ومن حقبة تاريخية لأخرى، وتخضع طبيعة هذه العلاقات لصيرورة تطور كل مجتمع، فتتبدل وتتغير صيغها وفق التحولات التي تطرأ على هيكله التحتية والفوقية. أي أن هذه العلاقات تدل على حقيقة وجود الإنسان ككائن إنساني يرتبط بغيره من المخلوقات الإنسانية الأخرى بروابط مختلفة، وتنشأ عن وجوده عدة كائنات إنسانية تتفاعل فيما بينها وتشارك بأهداف ومصالح وغايات وبيئة واحدة ، وإن أقوى العلاقات هي تلك التي تقوم على التكافل والتلاحم والتفاهم بين أفرادها، وتكون بعيدة عن التوترات والصراعات التي قد تخل بتوازنها وتوازن أفرادها.

العلاقات الأسرية من المصطلحات الأكثر استعمالاً وتداولاً في مجال العلوم الاجتماعية، ورغم ذلك قلما نعثر على تعريف دقيق يوضح معنى هذا المصطلح، لذلك سوف نسعى لتعريف العلاقات الاجتماعية الأسرية وخصائصها ثم نذكر بشيء من الشرح، كيف نظرت بعض النظريات السوسيولوجية لطبيعة العلاقات داخل الأسرة.

2-1-1/ تعريف العلاقات الاجتماعية الأسرية: يمكن تعريف العلاقات الاجتماعية على أنها

"تمودج التفاعل الاجتماعي بين شخصين أو أكثر، ويمثل هذا النموذج أبسط وحدة من وحدات التحليل السوسيولوجي، كما أنه ينطوي على الاتصال الهادف والمعرفة المسبقة بسلوك الشخص الآخر، وقد تكون العلاقة الاجتماعية ذات أمد قصير (كما هو الحال بالنسبة لقائد السيارة الذي يريد إقناع رجل الشرطة بأنه لم يكن مخطئاً) أو تكون طويلة المدى (كالعلاقة بين الزوج والزوجة) في تلك الحالة يطلق عليها علاقة اجتماعية طويلة الأجل".¹

ويصنف علماء الاجتماع المتخصصين في دراسة الجماعات الإنسانية، الأسرة عادة ضمن الجماعات الأولية، وهذا نظراً لطبيعة العلاقات الاجتماعية التي توجد بداخلها. يقول "تشارلز

¹ نخبة من الأساتذة، المرجع في مصطلحات العلوم الاجتماعية ، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ب س ، ص. 437.

كولي" في كتابه "التنظيم الاجتماعي" الذي ألفه عام 1909م "أنني أعني بالجماعات الأولية، تلك التي تتميز بالتعاون والترابط الوثيق بين الأفراد وهي أولية بمعاني عديدة، ولكنها أولية في الأساس لأنها ضرورية وحيوية في تكوين الطبيعة الاجتماعية للفرد ومثالياته، ومن نتيجة هذا الارتباط الوثيق على المستوى النفسي، التحام شخصيات الأفراد في وحدة كلية، ومن ثم تصبح الذات الفردية، معبرة عن حياة الجماعة وأهدافها".¹

هذا عن العلاقات الاجتماعية، والعلاقات الأسرية كنموذج من نماذجها يقصد بها: دراسة وفهم التفاعلات داخل الأسرة، وتحديد الدور والوظيفة التي يقوم بها كل من الأفراد المتفاعلون داخل التكوين الأسري، فكل فرد منهم اعتباراً من (الزوج والزوجة، والوالدين والأبناء، الأبناء بعضهم ببعض، الأسرة ككل والمجتمع الخارجي) كل منهم له دور خاص ووظيفة خاصة يقوم بها.² ويقصد بها كذلك " تلك العلاقات التي تقوم بين أدوار الزوج والزوجة والأبناء، ويقصد بها أيضاً طبيعة الاتصالات والتفاعلات التي تقع بين أعضاء الأسرة الذين يقيمون في منزل واحد، ومن ذلك العلاقة التي تقع بين الزوج والزوجة وبين الأبناء أنفسهم ".³

ويلاحظ أن هناك تحولات أساسية بسبب التغيرات البنيوية في الأوساط الأسرية العربية، ومن خلال هذا كله ندرك أن العلاقات الاجتماعية الأسرية تحتوي على ثلاث مجموعات من العلاقات وهي:

-العلاقات الاجتماعية بين الزوج والزوجة : ففي الماضي كان الأب هو الذي يرأس الأسرة ويصدر القرارات الخاصة بالمنزل، ويعمل جاهداً في توفير الحاجات الأساسية للحياة الأسرية، كما أن علاقة الزوجة بزوجها كانت تتميز بالطاعة والخضوع، ويشتمل عمل المرأة على تربية أطفالها ورعايتهم. ومع التطور الذي حدث تقطعت تلك الصورة التقليدية بسبب

¹ محمد عاطف غيث، علم الاجتماع الحضري: مدخل نظري، دار النهضة العربية، بيروت، ب س ص، 55.

² أميرة منصور، يوسف علي، محاضرات في قضايا السكان والأسرة والطفولة، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1999، ص. 81.

³ محمد عاطف غيث، قاموس علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1992، ص. 437.

التصنيع والتحضر وتبين مدى ذلك التغير الذي حدث من حيث :مساعدة الزوج لزوجته في الأعمال المنزلية - تحمل المرأة المسؤولية في حال غياب الزوج عن المنزل - الخلاف بين الزوجة والزوج.

-**العلاقات بين الآباء والأبناء:** إن الإنسان خصوصاً العربي ما زال محباً للأولاد، فهو يفخر ويتباهى دائماً بكثرة الإنجاب وخاصة إذا كانوا ذكور، وإذا لم يرزق الشخص بولد ورزق ببنات فإنه يظل راغباً في إنجاب الذكور لأنه يعتبر الذكر مصدر اعتزاز. وهذا غالباً ما نجده ينطبق على مناطق كثيرة سواء كانت حضرية أو ريفية كما أنه يوجد تشابه بين الريف والحضر في الرغبة في كثرة الإنجاب وخاصة إنجاب الذكور ويفترض في العلاقات بين أعضاء الأسرة أن تقوم على التعاون والمودة.

-**العلاقات الاجتماعية بين الأبناء أنفسهم:** أطفال الأسرة هم مواطنون يعيشون في عالم الصغار، وفيه يتلقون مجموعة مختلفة من الخبرات خلال معيشتهم المشتركة. وتتميز العلاقات بين الأخوة بالإشباع والشمول كما تتسم بالصراحة والوضوح، ومما تجدر الإشارة إليه أن مكانة الأبناء تختلف حسب تسلسلهم داخل الأسرة.¹

ومجمل القول أن الحياة الاجتماعية تنشأ عندما يتفاعل الأفراد فيما بينهم مكونين جماعات بشرية ينتج عنها مجموعة من العلاقات الاجتماعية والتفاعلات التي تعتبر المحور الأساسي في حياة البشر، وفي حالة توتر أو اضطراب هذه العلاقات فإن نتائجها تكون سلبية على الأفراد بحيث قد يكون لها تأثير على نفسياتهم وصحتهم. فالباحث الاجتماعي المهتم بالعلاقات داخل الأسرة، يسعى إلى فهم أنماط التفاعل الواقعة بين مختلف الشخصيات المكونة لها، ويسعى أيضاً إلى إبراز أثر التغير الثقافي - الاجتماعي على صيغ التواصل والاتصال، والتأثير والتأثر بين الأفراد المتفاعلين، لأن العلاقات الأسرية هي علاقات اجتماعية ديناميكية، يطرأ عليها التغير.

¹ عبد القادر القصير، الأسرة المتغيرة في مجتمع المدينة العربية، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، 1999، ص.216.

2 - 1-2/ خصائص العلاقات الاجتماعية الأسرية : تتميز العلاقات التي تربط مختلف

الأطراف داخل الأسرة، باعتبارها جماعة أولية أساسية بعدة خصائص أهمها :

✓ أنها علاقات تقوم بين أفراد تربطهم علاقات القرابة الدموية والزواج، فهي علاقات متينة وقوية.

✓ نظرا للقرب المكاني، فإنها تقوم على الاحتكاك الاجتماعي المباشر، والاتصال العفوي بواسطة الحديث المباشر، الإشارات أو أي تعبيرات أخرى.

✓ شخصية :أي أنها متحررة من المراسيم والشكليات، ومشحونة بشحنة عاطفية.

✓ طويلة الأمد :أي أنها ليست عرضية، فهي تلازم الفرد طوال حياته.

✓ لا تقتصر على أداء نشاط واحد، بل تنطوي على طيف واسع من الأنشطة الاجتماعية والمواقف المشتركة، مما يعني أن الحقوق والواجبات المتبادلة في نطاق هذه العلاقات، تتميز بالكثافة والكثرة وعدم الوضوح أحيانا.

✓ تخضع لتوجيه القيم والعادات والتقاليد السائدة في المجتمع، وتعد هذه الأخيرة بمثابة وسائل جاهزة تمنحها الثقافة لإشباع الحاجات البيولوجية والاجتماعية.

2-1-3/ العلاقات الاجتماعية الأسرية والمداخل النظرية: اهتمت عدة نظريات سوسيولوجية

بفحص وتحليل وتفسير صور ونماذج التفاعل الاجتماعي، القائمة داخل الأسرة، كجماعة أو كوحدة اجتماعية مستقلة. ومن هذه النظريات نذكر، النظرية البنائية الوظيفية، نظرية الصراع الاجتماعي، نظرية التبادل الاجتماعي.

❖ **النظرية البنائية الوظيفية:** ركزت هذه النظرية أساسا على بناء الأسرة ووظائفها، فمن حيث

الأداء الوظيفي اهتم أصحاب المدرسة البنائية -الوظيفية، بإبراز وتصنيف الوظائف التي

تقوم بها الأسرة، كتلك التي تؤديها لنفسها باعتبارها نسق اجتماعي فرعي، أو تلك التي

تؤديها لأفرادها بصفقتها مؤسسة وسيطة بين الفرد والمجتمع، أو تلك الوظائف التي تقوم بها

للمجتمع الكلي. أما من حيث البناء الاجتماعي الذي هو من المفاهيم الكلية والأساسية، فلقد

حاول العلماء المنظرون تحت هذا الاتجاه تفسيره وشرحه اعتمادا على المفاهيم الجزئية

المكونة له، مثل "الدور الاجتماعي" و"المركز الاجتماعي". فالدور الاجتماعي "يفترض فيه في الواقع أن يعرض المظهر الديناميكي والوظيفي للتصرفات الفردية في مختلف المجتمعات الاجتماعية، ويفسر بالتالي، طبيعة السلوك والأفعال الفردية وآلياتها، فأداء دور اجتماعي معين مثل دور الطبيب، المعلم، الزوج، أو الزوجة... يعني القيام بالواجبات المرتبطة به". أما الوضع الاجتماعي "Statut social" فهو مكان أو موقع، له أهمية ومعنى، وقيمتة مؤثرة في العلاقة القائمة بين شخصيتين أو أكثر، وبالنسبة للمواقع الأخرى ذات العلاقة الخاصة أو ذات العلاقة بالجماعة.¹

تعقيب: إذا كان للدور الاجتماعي مظهر ديناميكي متغير، فإن الوضع الاجتماعي يبدو أكثر استقراراً وثباتاً، بحيث يشكل بنية اجتماعية، ويظهر جلياً مما سبق أن النظرية البنائية الوظيفية وإن ركزت جل اهتماماتها على الجوانب البنائية والوظيفية للأسرة، فإنها لم تهمل عملية التفاعل الاجتماعي القائمة داخله كما يبدو لبعض نقادها، لأنها من خلال مفهومي "الدور الاجتماعي" و"الوضع الاجتماعي" قد قدمت الإطار النظري الأمثل لتحليل تصرفات وسلوك الأفراد داخل الجماعة الأسرية.

❖ **نظرية الصراع الاجتماعي:** يرجع الاهتمام بظاهرة الصراع الاجتماعي إلى علماء الاجتماع في القرن التاسع عشر، مثل "هوبز" الذي تصور أن "المجتمع البشري هو في حالة صراع وحرب مستمرة، فالقوي دائماً يسلب حقوق الضعيف، وهذا القوي لا بد أن يضعف فيقدم عليه شخص أقوى منه فيسلبه أمواله وحقوقه".²

ولقد تدعمت نظريته هذه بآراء عالم الطبيعة "تشارلز داروين" (1809-1882) حول التنافس على البقاء. أما "كارل ماركس وفريدريك إنجلز" فحاولا تفسير هذه الظاهرة تفسيراً علمياً اجتماعياً، فذهبا إلى أن "هناك صراعاً أساسياً حول المصالح في المجتمع، ينشأ من

¹ الوحيشي أحمد بيبري، الأسرة والزواج: مقدمة في علم الاجتماع العائلي، الجامعة المفتوحة، طرابلس، 1998، ص-ص. 361-365.

² دينكن ميتشال، معجم علم الاجتماع، ترجمة: إحسان محمد الحسن، ط2، دار الطليعة، بيروت، 1986، ص. 56.

العلاقات المختلفة والتمايز للأفراد بوسائل الإنتاج، الأمر الذي يترتب عليه صراع طبقي"، غير أن استخدام هذه النظرية، لم يقتصر على الفلسفة وعلم اجتماع الوحدات الكبرى بل تعداه ليشمل أيضا علم اجتماع الوحدات الصغرى ومن بينها الأسرة، وفي هذا المجال بالذات قدم أصحابها عدة فروض أهمها:

✓ يعتبر الصراع مكون أساسي للنظام الاجتماعي، وهو حتمي أي لا مفر منه وعامل

أساسي في دينامية النظم الاجتماعية وتغيرها.

✓ كأى نظام اجتماعي أو جماعة اجتماعية، فإن الأسرة لا تمثل بطبيعتها حالة من الثبات والاستقرار، بل أن المحافظة على الثبات والاستقرار يمثل مشكلة .

✓ إذا كان الصراع ينشأ في الغالب نتيجة لتوزيع المصادر النادرة، وخاصة السلطة والنفوذ والقوة، فإن الأسرة بنظامها التراتبي حسب متغيري الجنس والسن، تمنح إطارا ملائما لظهور الصراع .

✓ يتجلى الصراع داخل الأسرة في تعارض في الرغبات، الأهداف، اختلاف وتعارض في القيم، اختلاف في توقعات الشخصيات، اختلاف وتعارض الشخصيات".¹

تعقيب: لم تلق نظرية الصراع الاجتماعي الرواج الذي عرفته النظرية البنائية الوظيفية في دراسة الأسرة، بحيث لم تستعمل إلا في مجالات مثل تغير الأدوار الجنسية ومشكلات الأسرة، والعنف الأسري. ومن أبرز الانتقادات التي وجهت لها، أنها بالغت في تصور أن الصراع يسيطر على جميع العلاقات داخل الأسرة، كما أن الصراع الاجتماعي والتغير الاجتماعي لا توجد بينهما علاقة تلازم، فالصراع لا يؤدي حتما إلى التغير الاجتماعي، كما أن هذا الأخير ليس دائما نتيجة للصراع والتعارض.

❖ **نظرية التبادل الاجتماعي :** تعتبر هذه النظرية من أحدث النظريات التي استخدمت في تفسير وتحليل العلاقات الزوجية والأسرية، وتقوم على مفهوم التبادل الاجتماعي أي

¹ الوحيشي أحمد بيري، مرجع سبق ذكره، ص. 403.

الأفعال الطوعية التي يقوم بها الأفراد وبحركها العائد الذي يتوقعون الحصول عليه من الآخرين كما أكد "بيتر بلاو" أحد أقطاب هذا المدخل النظري .

ويمكن تلخيص الفروض التي قدمتها هذه النظرية كما يلي:

- ✓ تعتبر التكاليف والفوائد هي المحرك لعملية التبادل في نطاق العلاقات الاجتماعية.
- ✓ لا يعبر مفهوم التكاليف والفوائد عن أشياء مادية فقط، بل يعبر أيضا عن أشياء معنوية يعتبرها الآخرون ذات قيمة.
- ✓ إن الأفراد خلال عملية التبادل، لا يطلبون دائما فوائد آنية وسريعة كمقابل لما أنفقوا من تكاليف، لكنهم ربما يتوقعون الحصول عليها على المدى الطويل.
- ✓ لا يدرك أطراف التبادل دائما أن عمليات التبادل الاجتماعي تجري بينهم، أي أنهم لا يعونها بشكل جيد.

✓ أحيانا تكون الفائدة المتوقعة أو المرجوة من التبادل الاجتماعي غير واضحة بالنسبة للطرف الآخر الذي ينبغي أن يردها.¹

ولقد وجهت لهذه النظرية عدة انتقادات، أهمها أنها تفترض أن الإنسان دائما يجري الحسابات، ويقدر الفوائد والتكاليف في إطار علاقاته مع الآخرين. كما أن مفهومي التكاليف والفوائد غير واضحين ودقيقين ويتصفان بالطابع الفردي والشخصي .

❖ النظرية التحديثية: ظهر مفهوم التحديث الاجتماعي على الدراسات الاجتماعية والإنسانية

بشكل عام خاصة بعد الحرب العالمية الثانية، ولذلك فهي تراعي خصوصيات جديدة ظلت مرتبطة بالمجتمع ومؤسساته وظهرت أثارها على السلوك الفردي والاجتماعي، وتركز النظرية التحديثية على تحليل أهم قضايا الواقع الاجتماعي المساعدة على التطور والتغير، وقد التمت في هذا النطاق تلك الخصائص المرتبطة بالمجتمعات الغربية التي سبقت غيرها من المجتمعات في مجالات التصنيع والتمدن والتحضر وغيرها من العوامل المساعدة على التحديث، فهذا السياق التطوري قد سيطر كثيرا عند العلماء والباحثين الاجتماعيين الذين

¹ نخبة من الأساتذة، مرجع سبق ذكره، ص. 167.

برزوا من خلال وجهات نظرهم المبنية على عاملي الزمن أكثر من التطور، من بين هؤلاء "هربرت سبنسر" و "اميل دور كايم".

ركز التحديثيون على مفهوم التطور الحديث في شكل يتماشى مع تغيرات مؤسسات المجتمع، والأسرة واحدة من هذه المؤسسات لها علاقة بظواهر أخرى كالدين والتعليم والاقتصاد والسياسة، ولذلك فهي تتغير وتتطور حسب خط مستقيم تصاعدياً أو بصورة أخرى أكثر وضوحاً تتطور من الشكل البسيط إلى الشكل المركب، وقد لا ينجو من هذا التغير أي عضو فيها ما دامت مؤسسات المجتمع كلها تتحرك في اتجاه واحد يفرضه الواقع المتحضر أو المصنع المبني على التطور التكنولوجي، وقد كان هذا التطور منطلق واقع المجتمعات الغربية في النصف الثاني من القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين. ويعتبر "الت روستو" أحد المتأثرين والمدافعين على هذا الاتجاه، الذي يرى أن المجتمعات البشرية تمر عبر حركة تطورها بمراحل انتقالية ترتبط بين البناء الاقتصادي والاجتماعي مع تقدير في المدة الزمنية، ويتوقع "الت روستو" من بعد هذا التقسيم عدد من الظواهر التي سوف تصيب المجتمع ومؤسساته بما فيها الأسرة، بحيث يتصور انتشار القلق والملل والاضطرابات التي تمس الأسرة كوحدة هامة في المجتمع، ولذا بادر بوضع جملة من التساؤلات تتعلق بالتربية والنسل عن كيفية مصيرهما حينما يكتمل المجتمع ويصل إلى مرحلة الاستهلاك الوفير أو ما بعد الصناعي.¹

نستخلص أن هناك علاقة قوية بين توتر العلاقات الأسرية والأمراض المزمنة خاصة لدى مرضى السكري والضغط الدموي، وهذا لأن هناك الكثير من الشواهد في العصر الحاضر توضح أنه بإمكان الأسرة أن تؤثر على كل من حدوث المرض، ومجراه ونتيجته النهائية، فالبناء الأسري وطبيعة العلاقات بداخلها تتطوي على أهمية كبرى، إذ تلعب هذه العوامل دوراً مباشراً أو وسيطاً في حدوث المرض، وهذا ما أشار له كذلك فريق بحثي أمريكي من جامعة

¹ امحمد دلاسي ، العائلة التقليدية في الوسط الحضري: دراسة ميدانية بمدينة الأغواط ، رسالة دكتوراه في علم الاجتماع، الجزائر، 2009، ص-ص 31-34.

"يونغ بريغهام"، حول قضاء وقت سعيد مع الأهل والأصدقاء يقلل من خطر الموت المبكر بنسبة 50%، وصرح أعضاء الفريق أن العلاقات الاجتماعية القوية مفيدة للصحة، فهي تزيد في صحة الإنسان أفضل من اللقاحات التي تمنع الإصابة بالمرض، ذلك أن الإنسان خلق كي يعيش مع غيره، وأن عزله عن الناس يسبب له أمراض نفسية وصحية، ذلك أن العلاقات الأسرية المبنية على أواصر الحوار، والتواصل، والتفاهم، والتعاون، والتآخي، والتكافل الاجتماعي وغيرها من الصفات الحميدة هي التي تجعل الأسرة متماسكة ومتربطة، مما يؤثر بالإيجاب على صحة أفرادها عكس العلاقات المتوترة والمتشنجة التي تكون نتائجها وخيمة على صحة الفرد والمجتمع.

3- العلاقة بين تدني الدخل المادي والأمراض المزمنة:

3-1- تدني الدخل المادي :

يعتبر الدخل أو المرتب الشهري من الأشياء الضرورية في حياة الأسر، فكل أسرة تحتاج إلى دخل اقتصادي ملائم لإشباع حاجات أبنائها الضرورية و الكمالية ، إذن فالدخل هو من الأشياء الأساسية لقيام كيان أي أسرة حيث لا نستطيع تكوين أسرة بدون دخل ، و هذا الأخير تختلف مصادره تبعاً لطبيعة مهن الآباء أو الأمهات أو الأبناء أو أحد هذه الفئات، و الذي يكون في شكل مرتبات ثابتة تتلقاها الأسرة، كما قد يكون في شكل دخول مختلفة لا تخضع للثبات أحياناً بحيث تصبح متذبذبة و متنوعة أحياناً .

و إجمالاً يمكن أن نحدد أنواع الدخول فيما يلي:

- دخول ثابتة: تكون في شكل مرتبات شهرية يتلقاها أفراد الأسرة العاملين من وظائف أو أعمال لدى القطاع العام أو الخاص أو كمنح للمتقاعدين ، أو من خلال إيرادات ثابتة لبعض الممتلكات العقارية أو المنقولة، كإيرادات الكراء العقاري ، إيرادات فلاحية ، إيرادات وسائل نقل .. وغيرها.

- دخول غير ثابتة: وتمثل ما يجنيه أفراد الأسرة من أعمال ليست ثابتة بطبيعتها ، و هذا ما يجعل دخولها غير مستقرة و التي تكون عادة في الأعمال الحرة و الظرفية و الموسمية ، أو

كمساعدات غير مستقرة أو منتظمة. لذا فنوع الدخل يعتبر المؤثر الوحيد على تصرفات وطبيعة الإنسان في مجتمعه وقراراته ومكانته الاجتماعية، لأن المال عامل أساس في إبراز الشخصية واستقرارها وانسجامها مع الآخرين، ويعكس لنا وضع الأسرة في المجتمع و مستواها المعيشي الذي تتميز به ، وهناك تسلسل في مدى ضرورة الحاجات و أولويتها للأسرة و أفرادها، وتأثير هذه الحاجيات من حيث توفرها أو عدمها على الأسرة سلبا أو إيجابا . و يمكن استعراض تلك الحاجات و تأثيرها على الحياة الأسرية فيما يلي:

- من حيث المسكن و فضاءه: فالمنازل الضيقة تجعل الحياة ضمن المجموعة أكبر مشقة، فالفضاء الضيق و ما يؤدي إليه من احتكاك دائم بين أفراد الأسرة، يجعل مقومات الحياة الشخصية شبه معدومة، فينشأ عن ذلك العديد من ردود الفعل العدوانية أو القائمة على الإسراف في الحماية.¹

- المأكّل و الغذاء: من خلال الدخل الذي تضمنه الأسرة، تتمكن من توفير عناصر غذائية أساسية بالإضافة إلى ضمان غذاء صحي وسليم.

- الكساء و اللباس :يعد الكساء أو اللباس من أهم العناصر التي لها أبعاد مهمة في حياة أفراد الأسرة بصفة عامة، وهو يرتبط أيضا بمدى قدرة الأسرة على تلبية بالكمية و النوعية المطلوبة وتبعا لأهميته كحاجة ضرورية من الناحية النفسية و الصحية . فالأسرة ذات المستوى الاقتصادي الميسور تحرص عل الاهتمام بالمظهر الخارجي، على عكس الفقراء الذين يعجزون عن تحقيق ذلك بسبب قلة دخلهم و توجيهه لحاجات أساسية أخرى.²

- الخدمات الطبية والصحية: إن تعرض أفراد الأسرة لجملة من الأمراض وخاصة المتكررة منها، هذا يتطلب مصاريف لتوفير أنواع من الأدوية و الرعاية الصحية المختلفة سواء كانت داخل الأسرة أو خارجها، وهذا ما يكون فاتورة إضافية على عاتق دخل الأسرة.

¹ فاطمة النشئي، الاتجاهات الوالدية في التنشئة الاجتماعية، دار الشروق، عمان، 2000، ص. 88.

² عبد الله زاهي الرشدان، التربية والتنشئة الاجتماعية، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، 2005، ص. 133.

-الخدمات الترفيهية: تتأثر وسائل الرفاهية في المنزل بالمستوى الاجتماعي و الاقتصادي للأسرة، فتحرص الأسر على توفير وسائل الترفيه و التثقيف المختلفة، وكلما كانت البيئة المنزلية غنية بوسائل الترفيه كان ذلك في صالح راحة أفراد الأسرة، وخاصة الطفل التي تساهم في تنشئته و تربيته.¹

-المواصلات: امتلاك الأسرة لوسيلة أو أكثر للنقل يعد من العوامل الهامة، إذ من خلال هذه الوسيلة تضمن تقديم خدمات لأفرادها و بالتالي تحدد مكانتهم الاجتماعية تبعاً لذلك، و من جهة أخرى نجد أن هذه الوسائل تمكن الأسرة من تلبية باقي الحاجات المذكورة آنفاً بسهولة و يسر، وتعزز جانباً من الثقة بين أفرادها.²

و ما نستنتج من خلال ما سبق أن هناك علاقة وطيدة أو طردية بين تدني الدخل المادي والأمراض المزمنة كالضغط الدموي والسكري، فتلبية كل الحاجات المشار إليها سابقاً هي مرتبطة بصورة مباشرة أي توفرها من عدمه بالدخل الشهري للفرد ، ولابد من الإشارة في هذا السياق إلى أن الأفراد الذين يعانون من الضغوط المالية يتوجه تفكيرهم إلى مضاعفة مجهودهم فتجدهم ينشغلون بالعمل ليلاً ونهاراً وبكل كفاح واجتهاد من أجل حماية أفراد عوائلهم من السقوط والتدهور الاجتماعي والاقتصادي، وهذا بتوفير الدخل الذي يسمح لهم بتغطية كل تلك الحاجات، فهذه الضغوطات الاقتصادية بالإضافة للجهد المضاعف الذي يبذله الفرد لتلبية جميع حاجاته وحاجات أسرته وما يرافقه من قلق وتوتر دائم من شأنه أن يضعف بنيته الجسدية مما يحدث خلال عضوية تكون له انعكاسات خطيرة تؤدي لإصابتهم بأمراض عديدة كالضغط الدموي وداء السكري، وكذلك تتجر عن هذه الضغوطات اضطرابات سلوكية تظهر من خلال تصرفاتهم وتعاملهم مع الآخرين، أي أن سعيهم لتحسين دخلهم يجعلهم يغمرون في العمل وذلك على حساب أوقات فراغهم فيحولون بذلك أوقات الراحة و الاستجمام إلى أوقات عمل، لذا نجد "علماء اجتماع العمل و الفراغ" يؤكدون على حقيقة مفادها بأن انغمار الإنسان

¹ فاروق عبد الحميد اللقاري، تثقيف الطفل ، دار المعرفة، الاسكندرية، 1976، ص.73.

² إحسان محمد الحسن، علم الاجتماع العائلة، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، 2005، ص.157.

في مجال العمل يساعد على تحسين ظروفه الاقتصادية و يحقق له الرفاهية المادية، غير أنه لا يضمن سعادته النفسية والصحية.

4-العلاقة بين العوامل الاجتماعية والوراثية والأمراض المزمنة:

نعيد التذكير أنه تم التطرق لهذه المتغيرات في الفصول السابقة بالتفصيل، لذا سنكتفي في هذا الفصل بتوضيح العلاقة بينهم.

ندرك أن العوامل الوراثية لها دور كبير في الإصابة بالمرض المزمن وهذا ما أثبتته العديد من الدراسات والأبحاث خاصة في المجال الطبي، إلا أن الدراسات الحديثة أشارت إلى نقطة مهمة وهي تأثير المحددات أو العوامل الاجتماعية التي تفرزها البيئة الاجتماعية المحيطة بالفرد في الإصابة بهذه النوعية من الأمراض، بالإضافة لدورها في تفعيل الجينات الوراثية الحاملة للمرض، خاصة في الوقت الراهن التي تعتريه التحولات والتغيرات السريعة التي أفرزت معها العديد من الضغوطات على كافة مناحي الحياة المحيطة بالفرد، سواء داخل الوسط الأسري الذي يعيش فيه أو الوسط الاجتماعي المحيط به، والتي ألزمته ببذل أقصى ما لديه من قدرات لمجابهتها والتصدي لها من أجل استمرارية البقاء والعيش، إلا أنه وجد نفسه فريسة للأمراض كانعكاس لهذا الجهد المضاعف ، إلا أن الشخص الذي يعيش في بيئة اجتماعية تتسم بالاستقرار والتوازن وانعدام أو انخفاض للضغوط تكون نتيجتها الصحة السليمة حتى وإن كان الشخص له استعدادا وراثيا للإصابة بأمراض العصر كالضغط الدموي والسكري، أي أن هذا الوضع الإيجابي يساعده على عدم ظهور المرض على عكس الفرد الذي تلازمه ضغوط اجتماعية مستمرة فستكون نتيجتها سلبية لا محالة وهي الإصابة بالمرض حتى ولو لم يكن حاملا للجينات الوراثية الحاملة للمرض، إلا أن مقدار التأثير يختلف من شخص لآخر وهذا وفقا لادراكاتهم لهذه الضغوط، ووفقا للبناء الشخصي والфизиولوجي لكل شخص، ولنوعية ومصدر الضغوط بحد ذاتها، أي أن هناك عوامل أخرى مسببة للضغوط قد تكون لها علاقة في زيادة حدة المرض المزمن، لأنه وكما أشار "سيلجمان" أن هناك عوامل ذاتية تتعلق بالشخص ذاته وبخصائص شخصيته ، والتي على أساسها يتحدد نوع الاستجابة التي تصدر عنه إزاء

الأحداث الضاغطة، أي أن الإصابة بالمرض ومضاعفاته قد ترتبط بشخصية الفرد بحد ذاته وطريقة تعامله وتكيفه مع هذه الضغوط، وفي هذا الصدد فقد كشفت أبحاث "والتر كانون" على وجود ميكانيزم في جسم الإنسان يساعده على مواجهة التغيرات التي تواجهه والرجوع لحالة التوازن العضوي والكيميائي بانتهاء الظروف والمواقف المسببة لهذه التغيرات، لكن هذه العوامل الخارجية بإمكانها أن تخل بهذا التوازن إذا فشل الجسم في التعامل معها، أي أنه يستلزم على الفرد أن يتكيف مع الضغوط وإلا سيكون عرضة لأعباء نفسية وصحية كثيرة، ومن خلال هذا الطرح نستطيع القول أنه يمكننا أن نؤجل ظهور المرض المزمن بالرغم من أنه لدينا استعداد وراثي للإصابة به وهذا وفقا للقواعد الصحية المتبعة في حياتنا اليومية ووفقا لأسلوبنا في التعامل مع الضغوط الاجتماعية الملازمة للفرد وفي كيفية مواجهتها .

ثاني: نواتج العلاقة بين الضغوط الاجتماعية والعوامل الوراثية والأمراض المزمنة:

تعد الإعاقة والوفاة من الموضوعات التي حظيت باهتمام كبير من قبل الباحثين و المختصين في مجالات علمية مختلفة، كعلم النفس، وعلم الاجتماع بصفة عامة، وعلم الاجتماع الطبي والديمغرافيا بصفة خاصة ... وغيرها، كنواتج للعلاقة بين الضغوط والمرض بصفة عامة و كمؤشر هام لمدى خطورة المرض المزمن بصفة خاصة، بالإضافة إلى اهتمامات المجال الطبي ومنظمة الصحة العالمية، هذه الأخيرة التي تمدنا بالعبء العالمي للأمراض والوفيات الناجمة على إثرها، بالإضافة للبحث في أسبابها وكيفية الوقاية والتخفيف من حدتها خاصة لدى ذوي المرض المزمن كالسكري والضغط الدموي اللذان أصبحا من الظواهر الاجتماعية التي تهدد كيان جل المجتمعات المتقدمة منها والنامية . فلا يكاد يوجد مؤلفا في هذه المجالات يخلو من فصل أو أكثر عن هذه المواضيع، وفي دراستنا هذه انصب تركيزنا على الوفاة، والتي تعد من أهم الأولويات التي يجب أخذها بعين الاعتبار، لأنها أهم ناتج لهذه العلاقة وعامل يهدد حياة المريض المزمن في كل لحظة أكثر من الأصحاء.

1- تعريف الوفاة: تعد الوفاة من الظواهر الديمغرافية المؤثرة في توزيع السكان و نموهم، وبذلك تساهم في عملية الانتقال الديمغرافي، كما تعتبر من المؤشرات الهامة التي تمكننا من التحليل الديمغرافي وكذا معرفة التطور الصحي.

وتعرف الوفاة (الموت) **لغويا** "بأنه التوقف التام للوظائف الحسية، وعدم الحياة عما من شأنه أن يكون حيا أو تعطيل القوى عن أفعالها وترك النفس استعمال الجسد.¹

وتعرف حسب **جماهير المسلمين** أنها انتقال من عالم من عوالم الله سبحانه وتعالى إلى عالم آخر من عوالمه سبحانه وتعالى أيضا، كذلك هي انتقال من دار الدنيا إلى دار البرزخ ، انتظاراً فيها للوصول إلى الدار الآخرة أي انتقال من دار الفناء إلى دار البقاء و انتقال من دار الزرع إلى دار الحصاد، ويرون أيضا أنها انتقال من دار التكليف والعمل الدنيوي إلى دار الثواب والعقاب الأخروي. ويقول **"ابن القيم"** "جعل سبحانه وتعالى الدور ثلاثاً : دار الدنيا ، ودار البرزخ ، ودار القرار ، وجعل لكل أحكاماً تختص بها.

ومن هنا فالموت ينقل العبد من دار الدنيا إلى دار البرزخ كما أخبر الحق وهو أصدق المخبرين في قوله تعالى : ﴿ حَتَّىٰ إِذَا جَاءَ أَحَدَهُمُ الْمَوْتُ قَالَ رَبِّ ارْجِعُونِ ، لَعَلِّي أَعْمَلُ صَالِحًا فِيمَا تَرَكْتُ كَلَّا إِنَّهَا كَلِمَةٌ هُوَ قَائِلُهَا وَمِنْ وَرَائِهِمْ بَرْزَخٌ إِلَىٰ يَوْمِ يُبْعَثُونَ ﴾.²

والوفاة في **"نظر الطب"** عبارة عن توقف الأعمال الحيوية في الجسم ، نتيجة لتوقف أجهزة وضعها البارئ سبحانه وتعالى في البدن ، وهذه الأجهزة هي: الجهاز الدوراني، الجهاز العصبي، الجهاز التنفسي، وبهذا يكون الشخص غير قابل للإنعاش، ثم تحدث تغيرات بالجسم تمنعه من العودة إلى الحياة".

وللموت علامات ، منها:

- برودة الجسم، انخفاض حرارة البدن، حيث تهبط درجة مئوية واحدة في الساعة.
- نقص وزن الجثة، بسبب نقص مائها.

¹ عبد المؤمن الحنفي، المعجم الشامل لمصطلحات الفلسفة، ج2، مكتبة مدبولي، القاهرة، 2000، ص.851.

² سورة المؤمنون، الآية. 99، 100.

- اتساع حدقتي العينين، وعدم تأثرهما بالضوء.
- توقف القلب ويعرف ذلك بانعدام النبض في معصم اليد .
- توقف النفس ويعرف ذلك بانعدام الحركات في الصدر، والبطن، ويمكن التأكد من وقوفه إذا وضعنا سطح مرآة أمام الأنف والفم، ولم تتشكل عليه طبقة ضبابية.¹

2-التطور التاريخي للوفيات في الجزائر:

عرفت الوفيات أثناء مسار الانتقال الديموغرافي والوبائي في بلادنا التراجع من معدلات عليا إلى أخرى منخفضة بالإضافة إلى التغير في أسبابها، و يعد الانتشار المتزايد للأمراض المزمنة مسؤولا عن حوالي 60% من الوفيات في العالم، ويبلغ نصيب البلدان ذات الدخل المتوسط والمنخفض 77% من مجموع الوفيات، و 85% من مجموع الحالات المرضية المرتبطة بالأمراض المزمنة، ومن المتوقع بحلول 2020 أن قرابة ثلاثة أرباع من الوفيات الناجمة عن السكتة الدماغية، و 70% من الوفيات الناجمة عن مرض السكر، ستحدث في بلدان نامية. وعلى نطاق عالمي سيحدث 60% من عبء الأمراض المزمنة في البلدان النامية.²

الجدول رقم 09: تطور معدل الولادات والوفيات و معدل النمو الديمغرافي في الجزائر ما

بين 1901-2014

السنة	المعدل للوفيات لكل 1000 ساكن	المعدل للوفيات لكل 1000 ساكن	السنة	معدل النمو الطبيعي (%)	المعدل للوفيات لكل 1000 ساكن	المعدل للوفيات لكل 1000 ساكن	معدل النمو الطبيعي (%)
1901-1986	37.8	32.8	1988*	5.0	33.91	6.61	27.30
1906-1910	35.5	30.5	1989*	5.0	31.0	6.00	25.00
1911-1915	35.3	27.4	1990	7.9	30.94	6.03	2.49

¹ عبد الحي الفرماوي، الموت في الفكر الإسلامي، بدون دار النشر، القاهرة، 1991، ص-ص 9-31.

² منظمة الصحة العالمية، النظام الغذائي والتغذية و الوقاية من الأمراض المزمنة ، منشورات منظمة الصحة العالمية ،جنيف، 2003، ص.20.

24.10	6.00	30.10	** 1991	3.7	31.4	34.9	1920-1916
24.30	6.10	30.40	** 1992	7.8	29.4	37.2	1925-1921
22.57	6.25	28.22	*** 1993	15.7	26.6	42.3	1930-1926
21.68	6.56	28.24	*** 1994	18.1	25.3	43.4	1935-1931
18.90	6.43	25.33	*** 1995	17.0	25.1	42.1	1940-1936
16.88	6.03	22.91	*** 1996	0.2-	43.1	42.9	1945-1941
16.39	6.12	22.51	*** 1997	10	32.2	42.2	1950-1946
15.20	5.82	21.02	*** 1998	26.8	20.6	47.4	1955-1951
14.60	5.61	20.21	*** 1999	-	-	45.6	1960-1956
14.8	4.59	19.82	**** 2000	33.9	14.6	48.5	1965-1961
15.5	4.56	20.03	**** 2001	32.9	14.9	47.8	1969-1966
15.3	4.41	19.68	**** 2002	33.4	16.7	50.1	1970-1969
1.58	4.55	20.36	2003	31.4	15.9	47.3	1975-1971
1.63	4.36	20.67	2004	31.6	14.4	46.0	1977
16.9	4.47	21.36	***** 2005	30.9	12.8	42.7	1978
17.8	4.30	22.07	***** 2006	31.3	12.7	44.0	1979
18.6	4.38	22.98	***** 2007	32.1	11.8	43.9	* 1980
19.2	4.42	23.62	***** 2008	31.5	9.5	41.0	* 1981
1.96	4.51	24.07	2009	31.5	9.1	40.6	* 1982
2.03	4.37	24.68	2010	31.6	8.9	40.5	* 1983
20.4	4.41	24.78	***** 2011	31.6	8.6	40.2	* 1984
21.6	4.53	26.08	***** 2012	31.1	8.4	39.5	* 1985
2.07	4.39	25.13	2013	27.39	7.34	34.73	* 1986
21.5	4.44	25.93	***** 2014	27.63	6.97	34.60	* 1987

المصدر:

- عميرة جوييدة، إحصاءات السكان في الجزائر، عالم الأفكار، ب ب ن، 2017، ص-ص 89-109.

-Office national des statistiques, **Démographie Algérienne 2005**, Données statistiques ,n°442(données 2003-2005) .

-Office national des statistiques, **Démographie Algérienne 2013**, Données statistiques ,n°658(données 1990-2013).

سوف نستشهد من خلال هذا الجدول الموضح أعلاه في تحليل المراحل التي مرت بها الوفيات العامة في الجزائر أثناء مسار الانتقال الديمغرافي والوبائي والتي نحددها في المراحل التالية :

❖ المرحلة الأولى: (1901-1945): يتضح من خلال الجدول أعلاه أن المعدل الخام للوفيات في هذه المرحلة قد عرف مستويات مرتفعة ومخفضة بحيث وصلت نسبتها في الفترة ما بين (1901-1905) إلى 32.8% وبمعدل النمو الطبيعي الذي وصل إلى 5.0% ، لتعرف الوفيات انخفاضا في 10 سنوات التي تليها لتصل إلى 27.4%، ثم تعود للارتفاع في المرحلة (1916-1920) لتصل إلى 31.4%، ثم تنخفض مرة أخرى لترتفع مجددا وتصل إلى ذروتها سنة 1945 بنسبة 43.1% مقابل معدل النمو الطبيعي الذي وصل إلى - 0.2% ، وهي نسبة منخفضة وضعيفة جدا مقارنة بالسنوات الماضية التي كانت متذبذبة لكنها مرتفعة خاصة سنة 1935 بمعدل 18.1%.

وتجدر الإشارة أن ارتفاع الوفيات يعود للأسباب التالية:¹

- وفيات الجزائريين في الحرب العالمية الأولى (1914-1918) بعد تجنيدهم إجباريا في الجيش الفرنسي، نتيجة الأزمة الزراعية الخطيرة سنوات (1920-1922).
- الوفيات التي حصلت نتيجة مشاركة الجزائريين في الحرب العالمية الثانية (1939-1945).
- الأزمة الزراعية، المجاعة والجفاف سنة 1945، بالإضافة إلى الإبادة السكانية في أحداث 08 ماي 1945.

- الأمراض المعدية مثل الجدري والكوليرا والتيفويد والطاعون وأمراض الجهاز التنفسي، بلغ أرقاما كارثية وكان العمر المتوقع محصورا بين 20 إلى 40 سنة.

❖ المرحلة الثانية: (1946-1971): يتضح من خلال الجدول السابق الذكر أنه منذ بداية هذه المرحلة بدأت معدلات الوفيات في الانخفاض والتراجع التدريجي لتصل إلى 32.2% في الفترة ما بين (1946-1950) بمعدل النمو الطبيعي مقدر بـ 10% بعدما كان - 0.2% في

¹ Maison. D , **La population de l'Algérie**, Population 28(6),1973, pp. 1079 – 1107.

المرحلة السابقة ، ليصل الى 33.4% سنة 1970 وبمعدل وفيات وصل إلى 16.7% ، وهذا راجع للتحسن التدريجي في الأوضاع الاجتماعية والسياسة للدولة الجزائرية خاصة بعد حصولها على الاستقلال .

❖ المرحلة الثالثة: (1972-1986): يتضح من خلال الجدول السابق الذكر أن هذه المرحلة قد عرفت تراجع مستمر للوفيات منذ بدايتها والتي كانت مقدرة بمعدل 15.9% لتصل إلى 7.34% سنة 1986 رافقه انخفاض في معدل النمو الطبيعي والذي وصل إلى 27.39% مقارنة ببداية هذه المرحلة والذي وصل فيها إلى 4.31%. ويرجع سبب انخفاض مستوى الوفيات في الجزائر إلى سياسة الإصلاحات والتي أدت إلى تحسن الظروف المعيشية والأوضاع الصحية وتطبيق مجانية العلاج منذ سنة 1974م.

❖ المرحلة الرابعة: (من 1987 الى غاية اليوم): يتضح من خلال الجدول السابق الذكر أن هذه المرحلة قد شهدت ترجعا مستمرا في معدلات الوفيات لكن بوتيرة بطيئة جدا وصلت إلى 6.97% و 4.59% على التوالي سنتي 1987 و 2000 ، مقابل انخفاض تدريجي في معدل النمو الطبيعي الذي وصل إلى 27.63% و 14.8% في نفس السنتين، ليعود للارتفاع مجددا منذ سنة 2001 ويستمر في التصاعد ليصل سنة 2014 إلى 21.5% مقابل معدل وفيات مقدّر بـ 4.44%.

نشير أن الانخفاض في الوفيات راجع إلى انتقال العمر المتوقع عند الميلاد سنة 1962 من 47 سنة ليصل إلى 65.4 سنة في عام 1987، ليصل سنة 2000 إلى 70.5 سنة، ثم 77.2 سنة في عام 2014.¹ كما أن انخفاض معدل النمو الطبيعي في مرحلة الثمانينيات راجع لتطبيق سياسة تباعد الولادات الذي شرع فيه منذ سنة 1983، بالإضافة للأزمة الاقتصادية التي عرفت البلاد في سنوات الثمانينيات من القرن الماضي، كما تجدر الإشارة انه منذ بداي القرن العشرين إلى يومنا هذا، قد اختفت العديد من الأمراض خاصة المعدية منها، والتي شهدتها جميع المجتمعات بما فيها المجتمع الجزائري ،والتي كانت تحصد أرواح العديد من البشر، لكن

¹ عميرة جويده، مرجع سبق ذكره، ص.110.

برزت إلى السطح أمراض أخرى سميت بأمراض العصر أو الأمراض المزمنة مثل السكري وارتفاع ضغط الدم والأمراض الجنسية...إلى غير ذلك، والتي لا تقل خطورتها وتأثيراتها على الفرد، وهذا لما لها من انعكاس سلبي على صحته والتي قد تفقده الحياة في أي وقت. ومن الجدول الذي يوضح توزيع الوفيات المصرح بها حسب الولايات لسنتي 2012 و 2013 حسب الديوان الوطني للإحصائيات (ONS) والمعهد الوطني للصحة العمومية (INSP)* نلاحظ ارتفاع كبير في نسبة الوفيات والذي وصلت نسبتها 45.34% سنة 2013 مقارنة بسنة 2012 والتي قدرت بـ 45.30%، فهذا الارتفاع في نسبة الوفيات مؤشر خطير ودال على أن الوضع الصحي في المجتمع الجزائري غير سليم ويحتاج إلى اهتمام أكثر، كما لا نستثني دور الفرد في توجيه سلوكاته الصحية السليمة التي قد تحميه من الوقوع في بوتقة الأمراض، و تضاعف من أمد الحياة، وفي نفس الوقت لا ننسى أننا كمسلمين نؤمن بأن انقضاء الأجل بيد الخالق لكن لا نضعه كذريعة لذلك، لأنه يجب أن نأخذ بالأسباب في ذلك وهي أن الحفاظ على الصحة من شأنه أن يضاعف في أمد الحياة .

3-أسباب الوفيات عالميا ووطنيا:

في الواقع ليس من السهولة تحديد أسباب الوفيات أو تصنيفها وذلك نظرا لوجود العديد من الأسباب المباشرة والغير مباشرة ومنها الظاهرة والأخرى كامنة ، إلا أن منظمة الصحة العالمية سعت إلى وضع دليل موحد لتصنيف أسباب الوفيات يطلق عليه "التصنيف الدولي للأمراض" . فهذا التتبع المستمر لتطور الوفيات أوضح أن أسباب الوفيات قد تغيرت تدريجيا على مستوى العالم بأسره، فبعدما كانت في الماضي تسيطر الأمراض المعدية على نسبة كبيرة من الوفيات فقد أصبحت حاليا الأمراض غير السارية تحتل المراتب الأولى في ذلك.

وحسب نتائج إحصائيات دراسة عبء المرض العالمي لسنة 2010 الذي قام به معهد القياسات الصحية والتقييم (IHME) وشبكة تنمية الموارد البشرية ، توصلوا بأن الأشخاص الذين يموتون بسبب الأمراض غير المعدية مثل مرض القلب الاقفاري ومرض السكري ارتفع بمقدار

* أنظر ملحق رقم 9.

نسبة 30% منذ سنة 1990 ، كما أن الارتفاع في العدد الإجمالي للوفيات بسبب الأمراض غير المعدية ساهم في زيادة عدد السنوات الصحية المفقودة أو معدل DALYS، إن استخدام مؤسسوا عبء المرض العالمي لمقياس DALYS بدلا من أسباب الوفاة وحدها يعطي صورة أدق للعوامل الأساسية لتدهور الصحة.¹ والجدير بالذكر أن البلدان الصناعية تمتلك نظاماً لتقييم أسباب وفيات سكانها بينما تتعدى تلك النظم في معظم البلدان النامية، مما يقتضي تقييم أعداد الوفيات الناجمة عن أسباب محدّدة انطلاقاً من بيانات غير مكتملة. ومن المسلم به الآن وعلى نطاق واسع ضرورة إحراز تقدم في هذا المجال من أجل تحسين الصحة والحد من الوفيات التي يمكن توقعها في العالم النامي.

ونشير أن الاهتمام بالوفيات كونها من الظواهر الديمغرافية المهمة ، بالإضافة أنها من المؤشرات الهامة لتقييم النظام الصحي في أي بلد ما ، إلا أن الإحصائيات المتعلقة بالوفيات تبقى غير مستوفية أو غير كاملة إن لم يتم تحديد الأسباب المرضية المسببة للوفاة وذلك حسب السن والجنس والوسط المعيشي وذلك لضمان المراقبة الابدميولوجية للسكان، لذلك نجد الجزائر قد أنشأت سنة 1995 وحدة لجمع وتحليل أسباب الوفيات على مستوى المعهد الوطني للصحة العمومية، ولتسهيل العملية تم فرض إجبارية إصدار الشهادة الطبية للمتوفي قبل الدفن، لكن بالرغم من كل هذه الجهود إلا أن معدل التغطية لم يتجاوز نسبة 30% سنة 2005 بعدما كان 10-15% ما بين (1995-2003) ، بالإضافة لارتفاع نسبة الأسباب غير المعروفة لهذه الوفيات، ونستطيع القول بأن التحقيق الوطني لسنة (2002-2005) هو الذي كان سابقا في دق ناقوس الخطر حول ثقل الأمراض المزمنة وكعامل قوي في ارتفاع نسبة الوفيات. ونشير انه في الوقت الذي أجريت فيه دراستنا هذه، ومن خلال احتكاكنا بالعديد من المؤسسات الوطنية المكلفة بالإحصائيات كالديوان الوطني للإحصائيات ONS، والمعهد الوطني للصحة العمومية INSP بالإضافة لوزارة الصحة والسكان أثبت لنا أن الاهتمام بالإحصائيات لا يزال

¹ معهد القياسات الصحية والتقييم، شبكة تنمية الموارد البشرية، عبء المرض العالمي: تقديم الدليل، توجيه السياسات- طبعة اقليمية خاصة بالشرق الأوسط وشمال افريقيا، منشورات منظمة الصحة العالمية، جنيف، 2013، ص.20.

موضوع هلامي ولا يلقى حرص كبير من طرف المسؤولين عليه، بالرغم من الجهود المبذولة من طرف الدولة في ذلك، بالإضافة للصعوبة في إعطاء المعلومة خاصة على مستوى الوزارة، وهذا ما هو إلا دلالة على عدم الاهتمام بالأبحاث العلمية وعلى التكتّم على الإحصائيات، كما أن إحصائيات الوفيات لسنة 2012-2013 الصادرة عن المعهد الوطني للصحة العمومية أوضحت كذلك أن هناك نسب مرتفعة حول الأسباب غير المعروفة لهذه الأمراض، لذا نقول أن هذه الإحصائيات الحديثة و المبتورة لها دلالة كبيرة على النقص الكبير في معدل التغطية لأسباب الوفيات.

3-1/ أسباب الوفيات حسب تصنيف العبء العالمي للأمراض GBD :

الشكل رقم 17: يوضح اتجاه الوفيات المتوقعة من 2008 وحتى 2030 بسبب الأمراض المزمنة والمعدية.



المصدر:

-منظمة الصحة العالمية، مذكرة موجزة عالمية عن ارتفاع ضغط الدم: القاتل الصامت واحدى أزمات الصحة العمومية العالمية، منشورات منظمة الصحة العالمية، جنيف، 2013، ص. 11.

تشير الإحصائيات المبينة في الشكل أعلاه وهذا حسب ما كشفت عليه منظمة الصحة العالمية اثر تقريرها حول ارتفاع الضغط الدموي على مستوى العالم لسنة 2013، والذي أبرزت

من خلاله اتجاه الوفيات المتوقعة من 2008 وحتى 2030 بسبب الأمراض المزمنة والمعدية، بأن جل الوفيات ستكون بسبب الأمراض المزمنة وعلى رأسها أمراض القلب والأوعية الدموية يليها السرطان وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة وستكون في ارتفاع مستمر لغاية 2030 بحيث ستصل نسبها على التوالي خلال هذه السنة إلى 24% و 12% و 8% مقارنة بسنة 2008 والتي كانت نسبها على التوالي في حدود 17% و 8% و 4% ، في حين أن الأمراض الأخرى منها المزمنة والمعدية فستكون في انخفاض مستمر، ماعدا السكري الذي سيستمر في الارتفاع لكن بنسبة ضئيلة جدا، فمن خلال هذه الإحصائيات نستطيع القول أن أمراض القلب والأوعية الدموية والتي لها ارتباط قوي بارتفاع الضغط الدموي هي التي أصبحت أكثر خطورة وأكثر انتشارا بسبب نمط الحياة الجديدة والذي أصبح يتطلب جهدا مضاعفا لمسايرة التغيرات السريعة على مستوى جميع الأصعدة.

الجدول رقم 10: يوضح الاسباب العشرة المؤدية للوفاة في العالم لسنة 2011.

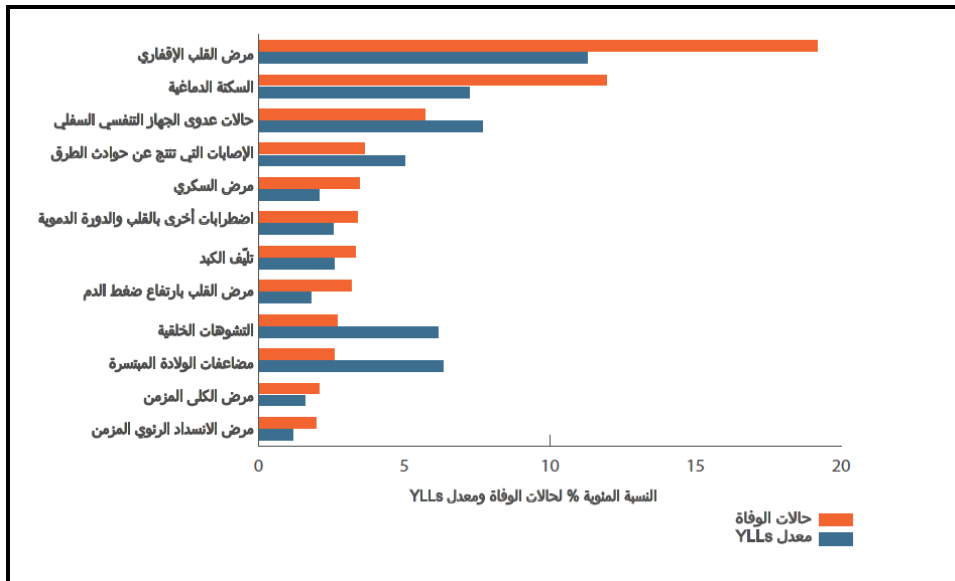
نوع المرض	الوفيات بالملايين	الوفيات %
مرض القلب الاقفاري	7.25	21.8
السكتة الدماغية وغيرها من الأمراض الدماغية الوعائية	6.15	10.8
أنواع العدوى التي تصيب الجهاز التنفسي السفلي	3.46	6.1
مرض الرئة الانسدادي المزمن	3.28	5.8
أمراض الاسهال	2.46	4.3
الايدز والعدوى بفيروسه	1.78	3.1
أنواع السرطان التي تصيب الرغامى والقضبات والرئة	1.39	2.4
السل	1.34	2.4
السكري	1.26	2.2
حوادث المرور	1.21	2.1

المصدر:

— منظمة الصحة العالمية ، صفحة المواضيع الصحية، عبء المرض العالمي: www.who.int/ar، 2017/01/20،
سا 22:00.

تشير الإحصائيات المبينة في الجدول أعلاه وحسب ما كشف عليه التوزيع التفصيلي للعشرة أسباب الأولى للوفيات من تصنيف العبء العالمي للأمراض، وهذا على مستوى العالم لسنة 2011، بأن جل الوفيات كانت بسبب الأمراض المزمنة وعلى رأسها أمراض القلب الإقفاري والاقفاري والأمراض الدماغية الوعائية بنسب مقدرة على التوالي بـ 12.8% و 10.8%، وهذان المرضان يعتبران مؤشرين هامين على دور ارتفاع الضغط الدموي في إحداث الوفيات لما له دور في الإصابة بهذه الأمراض وهذا ما أثبتته الدراسات والأبحاث التي قدمتها منظمة الصحة العالمية، ليليهما المرض المعدي الذي يصيب الجهاز التنفسي بنسبة 6.1%، ونجد الداء السكري يحتل المرتبة ما قبل الأخيرة بنسبة 2.2%، وهذا ما هو دلالة على الوعي الصحي لدى هذه الفئة مما ساهم في انخفاض الوفيات وعلى التحكم الجيد في المرض.

الشكل رقم 18: يوضح الأسباب الرائدة للوفاة والوفاة المبكرة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا 2010.



المصدر:

- معهد القياسات الصحية والتقييم، شبكة تنمية الموارد البشرية، عبء المرض العالمي: تقديم الدليل، توجيه السياسات- طبعة اقليمية خاصة بالشرق الأوسط وشمال افريقيا، منشورات منظمة الصحة العالمية، جنيف، 2013، ص. 50.

تشير الإحصائيات المبينة في الشكل أعلاه وحسب ما كشف عليه كلا من معهد القياسات الصحية والتقييم وشبكة تنمية الموارد البشرية في تقريرهما حول عبء المرض العالمي

في سنة 2013، أن الأسباب الرائدة للوفاة والوفاة المبكرة في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا في 2010 ترجع لمرض القلب الاقفاوي والسكتة الدماغية والتي تحتل المراتب الاولى وينسب مرتفعة ، وأنها تقتل كبار السن وهذا وفقا لمعدل YLLS * المنخفض، وتليها حالات عدوى الجهاز التنفسي السفلي والاصابات الناتجة عن حوادث الطرق، وأنها تحصد أرواح الشباب لأن النسبة المئوية أكبر في معدل YLLS ، في حين نجد نسبة وفيات السكري و مرض القلب بارتفاع ضغط الدم منخفضة مقارنة بالأمراض الأولى لكنها تقتل كذلك كبار السن وهذا وفقا لمعدل YLLS المنخفض.

3-2/أسباب الوفيات في الجزائر حسب المعهد الوطني للصحة العمومية (INSP) ومنظمة الصحة العالمية :

3-2-1/توزيع أسباب الوفيات في الجزائر حسب المعهد الوطني للصحة العمومية INSP:

الجدول رقم 11: توزيع أسباب الوفيات المسجلة في الجزائر ما بين 1995-2005

السنة	الأمراض المعدية البييرينثال والأمومة	%	الأمراض الغير معدية	%	الصدّات	%	الوفيات الغير معرفة	%	المجموع
1995	7644	38.5	7990	40.3	1914	9.6	2312	11.7	19860
1996	4784	35.1	5587	41.0	1178	8.7	2076	15.3	136226
1997	6031	35.4	6068	35.6	1122	6.6	3842	22.5	17063
1998	4799	31.0	5538	36.0	992	6.4	4113	26.71	15442
1999	3618	26.8	7209	53.5	978	7.3	1667	12.3	13472
2000	5378	30.3	9377	52.8	1207	6.8	1802	10.2	17764
2001	5127	29.7	9760	56.5	1168	6.7	1225	07.1	17280

* معدل YLLS يوضح سنوات العمر المفقودة بسبب الوفاة المبكرة، ونشير أن الباحثون قاموا بتقدير عدد السنوات المفقودة بناء على أعلى عمر متوقع في الفئة العمرية التي تعرضت للموت، فمثلا اذا مات أحد الذكور وعمره 20 سنة فهذا معناه انه فقد 66 سنة من عمره وهو أعلى عمر متوقع ومتيق في سن 20 سنة، ونفس الشيء بالنسبة للإناث.

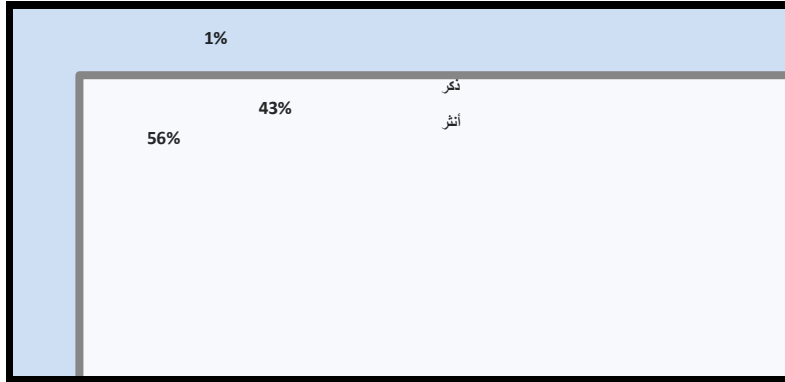
17381	09.5	1651	8.6	1488	50.2	8719	31.8	5523	2002
16626	06.6	1094	5.1	843	56.4	9385	32.0	5304	تحقيق 2002
13817	08.1	1120	10.6	1465	58.3	8054	23.0	3178	2003
32260	40.6	13112	04.5	1470	36.8	11887	18.0	5791	2004
40199	28.0	11294	05.5	2232	43.6	17526	22.8	9174	2005

المصدر:

-Institut national de sante publique, **Amélioration de la certification des Causes médicales de décès**, Algérie, 2006, pp.1-16.

تبين المعطيات الإحصائية الموضحة في الجدول أعلاه توزيع الوفيات في الجزائر، بحيث سجلت نسبة 40.5% لسنة 1995 للمصابين بالأمراض غير المعدية، وهذا ما هو إلا دلالة على ارتفاع نسب المرضى المزمنين في تلك الفترة، والتي قد يرجع سببها في غالب الأحيان للأوضاع الاجتماعية والسياسية المتوترة التي كان يعيشها المجتمع الجزائري في فترة التسعينيات، بسبب العشرية السوداء التي سببتها ظاهرة الإرهاب ، والتي نعتبرها من عوامل الضغط السلبية التي سببت توترا وذعرا لدى الأفراد، مما انعكس سلبا على صحتهم، ثم تعود هذه النسبة للانخفاض سنة 1997، بنسبة مقدرة بـ 35.6% لتعود للارتفاع بنسبة عالية بعد سنتين من بعد بنسبة مقدرة بـ 53.5% وهذا قد يعود لاستمرارية ظاهرة الإرهاب، ثم تعرف الوفيات اضطراب في النسب طيلة السنوات المتبقية وذلك من حيث الارتفاع والانخفاض إلى غاية سنة 2005 التي سجلت بها نسبة 43.6%، والتي بدأ حينها المجتمع يعرف نوع من الهدوء والاستقرار السياسي وتحسن في الوضع الاجتماعي.

الشكل رقم 19: توزيع وفيات الجزائريين حسب الجنس لسنة 2013



المصدر:

-Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Institut Nationale de santé publique, **Cause médicales de décès-Alger 2013**, Institut Nationale de santé publique, Alger, Mai2015,p.4.

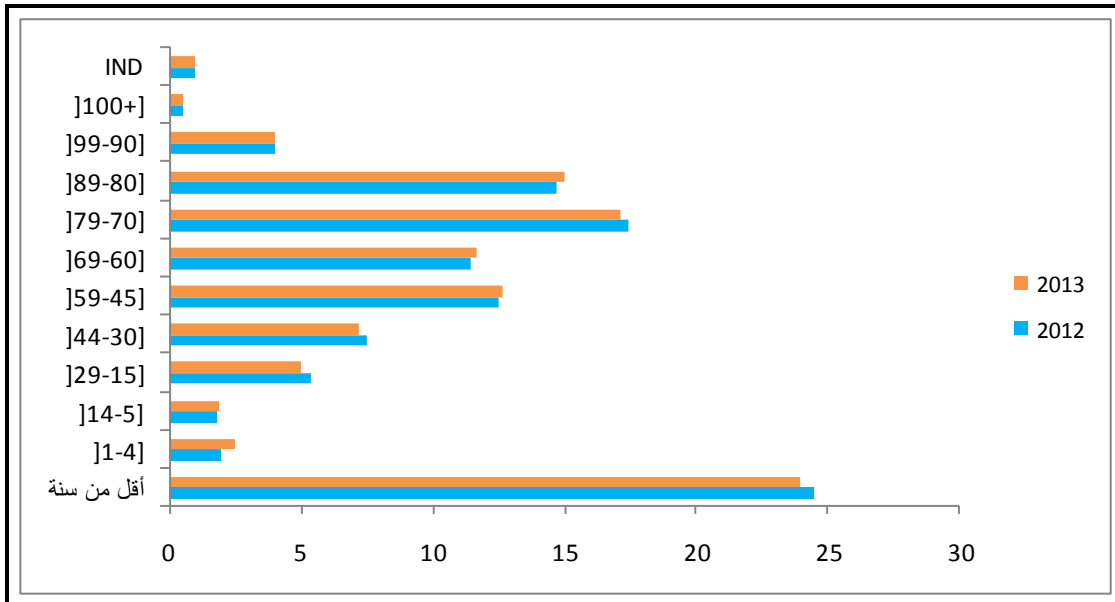
تشير الإحصائيات المبينة في الشكل أعلاه وهذا حسب ما كشف عليه المعهد الوطني

للصحة العمومية في تقريره لسنة 2013، بأن نسبة الوفيات مرتفعة لدى الإناث ومقدرة بـ 56%

مقارنة بالذكور بنسبة 43%، ويمكن أن نرجع سبب الوفيات نتيجة للضغوط التي تتلقاها هذه

الفئة من مسؤوليات وواجبات اتجاه الأسرة والمجتمع.

الشكل رقم 20: توزيع وفيات الجزائريين حسب الفئات العمرية لسنتي 2012-2013

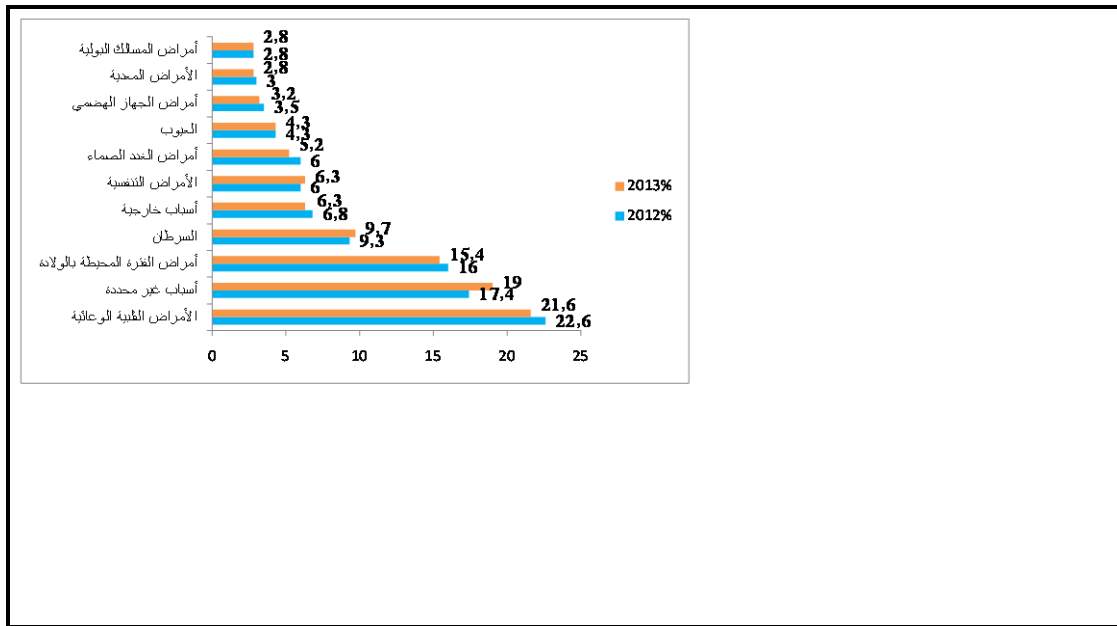


المصدر:

-Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Institut Nationale de santé publique, **Cause médicales de décès-Alger 2013**, op.cit ,p.4.

يبين الشكل الموضح سابق الإحصائيات المتعلقة بالوفيات حسب الفئات العمرية الأقل من سنة إلى أكثر من 100 سنة لدى الجزائريين، بحيث نجد ان ربع الوفيات لدى الأطفال الأقل من سنة وهذا يمكن إرجاعه للإهمال الصحي للأم أثناء الحمل بسبب الأوضاع الاجتماعية التي تعيشها، أو بسبب النقائص في القطاع الصحي، في حين نجد نصف الوفيات في الفئة العمرية ما بين [45-89] سنة، وهذا ما يعكس لنا وبشكل غير مباشر خطورة الأمراض المزمنة التي تسيطر على هذه الفئات العمرية والتي تفتك أرواحها، ويمكن أن نرجع سبب الوفيات نتيجة للضغوط التي تتلقاها هذه الفئة من مسؤوليات وواجبات اتجاه الأسرة والمجتمع، وقد يرجع لعوامل أخرى كتناول الكحول والتدخين وعدم الالتزام بالغذاء الصحي السليم وإهمال الكثير للمتابعة الطبية..... الخ، كما لا يمكن أن نغفل عامل السن وتأثيره على صحة الفرد خاصة لدى الفئات التي تفوق 65 سنة.

الشكل رقم 21: توزيع أسباب وفيات الجزائريين حسب نوع المرض لسنتي 2012-2013



المصدر:

-Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Institut Nationale de santé publique, **Cause médicales de décès-Alger 2013**, op.cit, p.7.

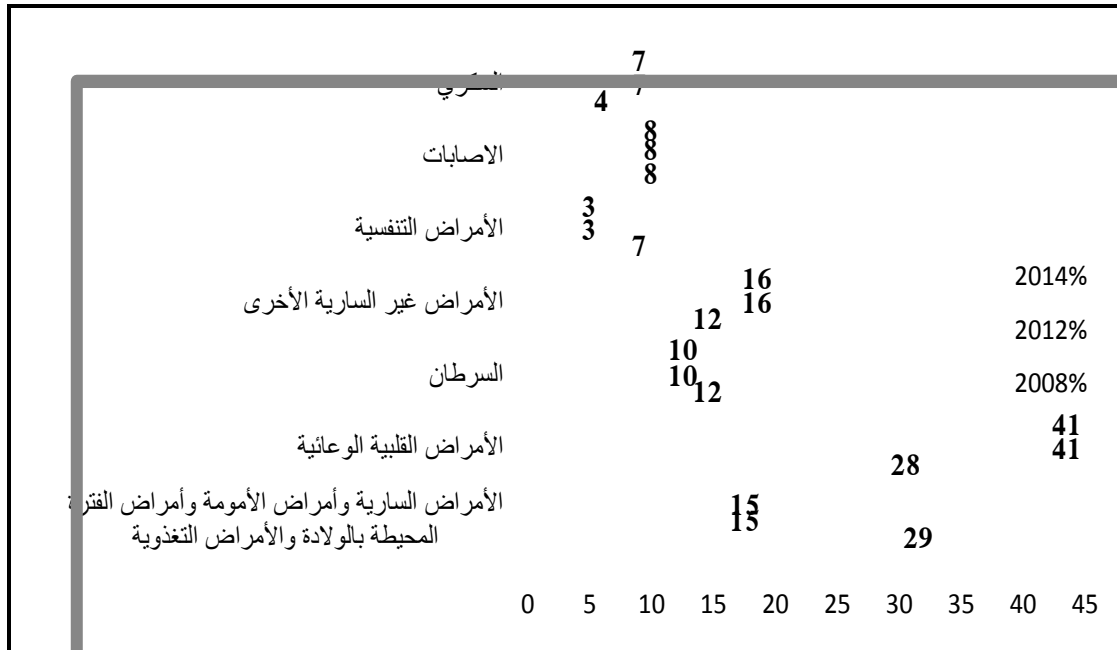
تبين المعطيات الإحصائية الموضحة في الشكل أعلاه والمتعلقة بوفيات الجزائريين حسب نوع المرض لسنتي 2012 و2013، الانتشار الواسع للأمراض المزمنة والتكيفية، حيث تقدمت

فيها الأمراض القلبية الوعائية بنسبة 22.6% لسنة 2012 مقابل 21.6% لسنة 2013 في حين نجد الأسباب الغير محددة أو غير معروفة لهذه الوفيات بنسب كبيرة جدا خاصة سنة 2013 والتي وصلت نسبتها إلى 19%، وهذا يدل على ضعف المنظومة الإحصائية ، بالإضافة إلا أن الساحة الوبائية لا تزال تعاني من الارتفاع المقلق والزيادة السريعة في الأمراض المزمنة التي تستوجب تكفل خاص، وهذا نظرا لتغير النمط المعيشي والتحضر وبذلك التزايد المستمر في نسبة الإعاقة والوفيات.

3-2-2/ توزيع أسباب الوفيات في الجزائر حسب منظمة الصحة العالمية لسنة 2008:

الشكل رقم 22: توزيع أسباب وفيات الجزائريين حسب نوع المرض لسنة 2008-2012-

*2014



المصدر:

منظمة الصحة العالمية، الجزائر: www.who.int/ar ، 2017/01/10 ، سا 22:00 .

تشير المعطيات الإحصائية المبينة في الشكل أعلاه وهذا حسب ما كشفت عليه منظمة الصحة العالمية (ملحق رقم 5)، أن الأمراض السارية وأمراض الأمومة وأمراض الفترة المحيطة بالولادة والأمراض التغذوية تشكل أكبر سببا للوفيات في سنة 2008 مقدرة بـ 29% ثم ينخفض

* أنظر ملحق رقم 5.

ليصل إلى 15% في السنوات الأخرى ، تليها الأمراض القلبية الوعائية بنسبة 28% في سنة 2008 لتحتل الصدارة في السنوات الأخرى وتصل نسبتها 41% في 2014، ونستطيع القول أن هذا النوع من الأمراض لازال يحتل المراتب الأولى في الوفيات على مستوى المجتمع الجزائري، وهذا ما أثبتته كذلك إحصائيات المعهد الوطني للصحة العمومية لسنة 2013، بالإضافة لما أثبتته التحقيق الوطني لسنة 2002، وهذا ما هو دلالة على إخفاق أو عجز على مستوى البرامج الصحية الوقائية والتوعوية في نفس الوقت حول المخاطر التي تسببها هذه الأمراض، ودلالة كذلك على الارتفاع في نسب مرض الضغط الدموي لأنه من بين المسببات الأولى لهذه الأمراض، لكن ما لوحظ كذلك من خلال إحصائيات هذا الشكل والإحصائيات السابقة هو تراجع في معدلات الوفيات بسبب مرض السكري الذي وصلت نسبته 4% في سنة 2008 وتقدم عليه مرض السرطان بثلاثي النسبة وهي نسبة كبيرة مقارنة بالنسب التي سجلها التحقيق الوطني للصحة لسنة 2002، هذا بالرغم من المجهودات التي تقوم بها الدولة، وهذا ما لاحظناه في السنوات الأخيرة ،حيث أنها قامت ب حملات تحسيسية بخطورة السرطان خاصة لدى النساء والمتعلق بسرطان الثدي ، وفتح الفحص المجاني للنساء على مستوى المراكز الصحية لكل الولايات لتسهيل الفحوصات، والاكتشاف المبكر لهذه الأورام ، لكن لا يزال يستوجب علينا التدقيق أكثر في الأسباب الفعلية لمعاودة انتشار مرض السرطان، خاصة وأننا نلاحظ انخفاض بسيط في معدلات الوفيات المتعلقة بالسرطان في كل من سنة 2012 و2014 حيث وصل إلى 10% على عكس وفيات مرضى السكري التي ارتفعت إلى 7% لتستقر بذلك إلى غاية 2014 .

الجدول رقم 12: يوضح توزيع الوفيات الناجمة عن الأمراض المزمنة لكل 100000 ساكن حسب الجنس ونوع المرض لسنة 2008.

الجنس	الذكور	الاناث
نوع المرض		
السرطان	97.7	79.2
الأمراض التنفسية المزمنة	74.7	38.9
الأمراض القلبية الوعائية و السكري	178.6	275.0
جميع الأمراض غير السارية (المزمنة)	556.0	472.4

المصدر:

— منظمة الصحة العالمية، الجزائر: www.who.int/ar ، 2017/01/10 ، سا 22:00 .

تشير المعطيات الإحصائية المبينة في الجدول أعلاه وهذا حسب ما كشفت عليه منظمة الصحة العالمية في سنة 2011 أن الأمراض القلبية الوعائية والسكري تنتشر عند الإناث أكثر منها عند الذكور ، يليها مرض السرطان الذي يرتفع عند الذكور أكثر منه عند النساء، في حين تحتل الأمراض التنفسية المرتبة الأخيرة بنسبة مضاعفة لدى الذكور مقارنة بالإناث، بالرغم من التفاوت في نسب الإصابة بين الجنسين إلا أن هذه الإحصائيات تشير إلى أن هذه الأمراض الغير سارية تشكل خطورة كبيرة على كلا الجنسين.

خلاصة:

نستخلص من خلال تطرقنا لمختلف العلاقات بين متغيرات ال عوامل الاجتماعية والبيولوجية والمرض المزمن أن هناك نواتج لهذه العلاقة متمثلة في الوفاة و الإعاقة... الخ، التي تعد من أهم نواتج الضغوط الاجتماعية على مرضى الضغط الدموي والداء السكري، وهذا لما للضغوط من أثر قوي على الصحة الجسمية لذوي الأمراض المزمنة، وهذا ما أشارت له العديد من البحوث.

فالضغوط المزمنة تقلل من القدرة على مقاومة الأمراض وتزيد من تأثيراتها، ويعتمد تأثير الضغوط على شدة وبقاء الضغوط، واحتمال التعرض لها، كما أن الضغوط المستمرة يمكن أن تؤدي غالبا إلى استجابة بدنية معينة، فتظهر على الفرد العلامات و الأعراض المرضية كالضغط الدموي المرتفع، والداء السكري ... وما إلى غير ذلك ، هذه الأمراض التي تصنف ضمن الأمراض القاتلة والمسببة للشلل. وهذا كله طبقا لاستعداد الفرد وتهيئته لذلك، غير أنه من المهم أن ننبه إلى أنه ليست كل الأمراض مرتبطة بالضغوط الاجتماعية ، فهناك عوامل أخرى يمكن أن تساهم في حدوث الأمراض كالحالة الصحية العامة للفرد، الجانب الوراثي والذي قد يتأثر بدرجة قوية بهاته الضغوط وهذا وفقا للدراسات الحديثة التي أثبتت فاعليتها في ذلك ، بالإضافة للتاريخ الطبي للأفراد، لكن تبقى العوامل الاجتماعية تحتل حصة الأسد في الوقت الراهن الذي تكاثفت إثره العديد من المشاكل الاجتماعية بسبب التغيرات المتسارعة خاصة في عصر العولمة الثقافية، والذي كانت له آثار ايجابية وسلبية في نفس الوقت، خاصة على المجتمعات المتوسطة والمنخفضة الدخل، والتي لم تستطع مواكبة كل هاته التطورات مما انعكست بالسلب على البناء الاجتماعي ، فجسدت من خلالها العديد من الاضطرابات والضغوطات المجتمعية التي انعكست على العديد من الجوانب من بينها الجانب الصحي للأفراد .

كما انه لا بد أن نشير أن نموذج الأمراض في بلادنا يمتاز بتكلفة مزدوجة، فبالرغم من تراجع واختفاء بعض الأمراض المعدية إلا أن الساحة الوبائية لا تزال تعاني من الارتفاع المتزايد

والسريع في وتيرة الأمراض المزمنة ، والتي لم يحدد سببها بسبب إهمال الباحثين خاصة الاجتماعيين، وعدم إدراكهم لخطورة الظاهرة المتفشية منذ العشر سنوات السابقة ، والتي كانت تستلزم الدراسة والبحث، وما يزيد الأمر سوءاً أن هذه الأمراض تعتبر سبباً رئيساً لارتفاع نسبة الوفيات خاصة السكري والضغط الدموي، هذان المرضان اللذان يعرفان ارتفاعاً مذهلاً في الوقت الراهن بسبب التغيرات الاجتماعية والاقتصادية المتسارعة في المجتمع، مع النقص الدائم للأبحاث والدراسات في هذا المجال، بالإضافة إلى النقص في الإحصائيات الخاصة بالوفيات، وهذا ما لمسناه حقاً من خلال احتكاكنا بأرض الواقع على مستوى المراكز الإحصائية والصحية بالعاصمة وعلى مستوى ولايتنا.

الباب الثاني

الفصل السادس

الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

تمهيد
أولاً : التعريف بميدان الدراسة
1. التعريف بالمؤسسة الاستشفائية احميدة بن عجيبة
ثانياً : الدراسة الاستطلاعية واجراءاتها المنهجية:
1. الهدف من الدراسة الاستطلاعية
2. الإطار الزمكاني للدراسة الاستطلاعية
3. مجتمع وعينة الدراسة الاستطلاعية
4. منهج الدراسة الاستطلاعية
5. تقنيات الدراسة الاستطلاعية
6. نتائج الدراسة الاستطلاعية
ثالثاً : الدراسة الأساسية(الميدانية) وإجراءاتها المنهجية
1. حدود الدراسة الأساسية
2. عينة الدراسة الأساسية
3. منهج الدراسة الأساسية
4. تقنيات الدراسة الأساسية
5. الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة الأساسية
رابعاً : الخصائص العامة المتعلقة بأفراد عينة الدراسة
1. عرض جداول بيانات الدراسة وتحليلها إحصائياً
خلاصة الفصل

تمهيد:

بعد انتهائنا من إجراءات الدراسة النظرية وطرح الجوانب التي لها صلة بالموضوع، تأتي مرحلة الجانب الميداني والذي يعتبر الجزء الأساسي في البحوث السوسولوجية الحديثة، كما أنه من أهم المحطات الحاسمة التي يقف عندها الباحث لاختبار فرضياته على محك الواقع من إثباتها أو نفيها، وكذا للغور أكثر في حيثيات الموضوع مستعينا بأهم المستلزمات الرئيسية أي الأدوات المنهجية التي تعينه في جمع المعطيات والمعلومات ذات الصلة بمشكلته عن طريق عينة الدراسة، ثم يتوجب علينا تحليل وتفسير المعطيات بصفة موضوعية، لنصل بذلك إلى نتائج واستخلاصات عامة حول الموضوع.

وزمنيا تسجل هذه الدراسة كإحدى الدراسات الأولى المتواضعة في علم الاجتماع والدراسات الديمغرافية-حسب علم الباحثة- كونهما تبحث في العلاقة بين الضغوط الاجتماعية والأمراض المزمنة، بالإضافة للبحث في دورها في تفعيل العوامل الوراثية مما يعجل في الإصابة بمرض السكري والضغط الدموي، وهذا في مرحلة تعرف توجهات الهيئات الدولية وعلى رأسها منظمة الصحة العالمية تركيزا واهتماما بالأمراض المزمنة وعلى رأسها الداء السكري والضغط الدموي اللذان يعرفان انتشارا كبيرا ويعتبران من أهم مسببات الوفاة.

أولاً: التعريف بميدان الدراسة

1 التعريف بالمؤسسة العمومية الاستشفائية احميدة بن عجيلة:

من المعروف أن إجرائنا لأي دراسة علمية ميدانية يتطلب منا تحديدا دقيقا للمجال أو المكان الجغرافي الذي يجرى فيه ، والذي من خلاله يستطيع الباحث جمع المعلومات والبيانات المتعلقة بمجتمع بحثه، وفي هذا الصدد انصب اختيارنا على مستشفى احميدة بن عجيلة باعتباره المكان الأمثل والجيد الذي يتوافق مع أهداف هذه الدراسة البحثية هذا من جهة ومن جهة أخرى كونه المكان المخصص للعلاج والاستشفاء والذي يلجأ له المريض بصفة دائمة ومستمرة والذي يساعدنا على الاقتراب والاحتكاك بالمرضى كونهم عينة دراستنا، أي أن البناء التصوري لهذا الموضوع محل الدراسة هو ما فرض علينا إجراء هذا البحث الميداني ضمن هذا النسق الطبي.

وعلى هذا الأساس يمكن التعرض لكل الحقائق المعرفية المتعلقة بالمؤسسة الاستشفائية احميدة بن عجيلة، هذا المستشفى تم إنشاؤه بعد صدور المرسوم رقم 242/81 مؤرخ في 06 ذي القعدة 1401 الموافق 05 سبتمبر 1981 الذي تضمن إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها وتصنيفها من الأصناف (أ،ب،ج) إذ صنف القطاع الصحي بالأغواط بالتصنيفات التالية: مستشفى 240 سرير و مستشفى 120 سرير، و قطاعات للعلاج الصحي و عيادات مراكز لحماية الأمومة و الطفولة.

وفي سنة 1984 تم إنشاء مستشفى مركزي (240 سرير) من طرف شركة فرنسية BOUYIG ، في المنطقة الشمالية لمدينة الأغواط وتم فتحه سنة 1985 بطاقة شغيلة تقدر بـ 650 عاملا منها: 85 طبيبا وثلث إداريين وثلث ممرضين ، أما حاليا فهو يضم 773 عاملا منهم 330 من الإداريين و 130 من الأطباء و 310 من الشبه طبيين.

وسمي آنذاك بالقطاع الصحي بحيث كانت العيادات وقاعات فحص والعلاج والمراكز الصحية تابعة له إداريا وماليا، وفي 05 / 07 / 2000 تم تسميته باسم الشهيد " احميدة بن عجيلة " ، وفي سنة 2007 من شهر مايو تم تقسيم القطاعات الصحية إلى "مؤسسات عمومية إستشفائية " ،

والعيادات التي كانت تابعة لها إلى "مؤسسات عمومية للصحة الجوارية" وذلك طبقا للمرسوم رقم 140/07 مؤرخ في 02 جمادي الأول عام 1428 الموافق 19 مايو سنة 2007، متضمن إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتوضع تحت وصاية الوالي.

وبعد التقسيم الجديد والذي تم بصده عزل العيادات متعددة الخدمات والمستوصفان وقاعات العلاج والفحص عن المؤسسة العمومية الإستشفائية إداريا وماليا، فقد تناقصت مهام هذه الأخير واقتصرت مهامها على التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بالحاجات الصحية للسكان وفي هذا الإطار تقوم على الخصوص بتقديم الرعاية الصحية للمرضى في المقام الأول وذلك بتقديم الإسعافات الأولية والقيام بالعمليات الجراحية، تقدم الخدمات الوقائية، ضمان تنظيم وبرمجة توزيع العلاج الشفائي والتشخيص، إعادة التأهيل الطبي والاستشفاء، تطبيق البرامج الوطنية للصحة، ضمان حفظ الصحة والنقاوة، مكافحة الأمراض الخطيرة والمعدية، كما أنه مجالا للدراسة والبحث كونها ميدانا للتكوين الطبي والشبه طبي والتكوين في التسيير الاستشفائي على أساس الاتفاقيات التي تبرم، كما أنها تهتم بضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتجديد معارفهم.

ونشير أن أي تنظيم اجتماعي يخضع لهيكل تنظيمي يسير عليه والذي نجده يتكون من مجلس إداري ومجلس طبي يديرهما ويسيرهما مدير يعين بقرار من الوزير المكلف بالصحة، وتنتهي مهامه بنفس الشكل، ويساعد في تأدية مهامه أربع مدراء مساعدين وهم: المدير الفرعي للمالية والوسائل، المدير الفرعي للموارد البشرية، المدير الفرعي للنشاطات الصحية، المدير الفرعي لصيانة التجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة، يعينون بقرار من الوزير المكلف بالصحة باقتراح من مدير المؤسسة، لكن يعتبر المدير هو المشرف الرئيسي على تسيير شؤون المستشفى إداريا وتقنيا واتخاذ القرارات لضمان السير الحسن للمؤسسة الصحية.

سنقوم بشرح تفصيلي للمهام أو الوظائف التي يقوم بها عناصر الهيكل التنظيمي:*

1. المجلس الإداري :

يعين أعضاؤه من طرف الوالي ويقوم هذا المجلس باتخاذ القرارات في مجال التمويلات، الاعتمادات، الميزانية، المخطط السنوي والإحصائيات وحساب التسيير الإداري السنوي ويتداول على الخصوص : مخطط التنمية للمؤسسة على المديين القصير والمتوسط ، مشروع ميزانية المؤسسة، مشاريع الاستثمار والحساب الإداري، البرنامج السنوي لحفظ البيانات والتجهيزات الطبية وصيانتها ، العقود المتعلقة بتقديم العلاج مبرمة مع شركاء المؤسسة لاسيما هيئات الضمان الاجتماعي والتأمينات الاقتصادية والتعاضدية والجماعات المحلية والمؤسسات والهيئات الأخرى ، مشروع جدول تعداد المستخدمين والنظام الداخلي للمؤسسة ، الصفقات و العقود والاتفاقيات طبقا للتنظيم المعمول به.

2. المجلس الطبي :

يعتبر المجلس الطبي هيئة استشارية تشارك بصفة فعالة بحيث يكلف بدراسة المسائل التي تهم المؤسسة وإبداء رأيه الطبي والتقني فيها ولاسيما في الأمور المتعلقة : بالتنظيم والعلاقات الوظيفية بين المصالح الطبية ، مشاريع الصحة والسكان ، برامج التظاهرات العلمية والتقنية، إنشاء هياكل طبية أو إلغائها، أي يقترح كل التدابير التي من شأنها تحسين تنظيم المؤسسة وسيرها لاسيما العلاج والوقاية.

3. مدير المؤسسة :

هو المسير الأول والمسؤول الأعلى بالهرم المؤسساتي وهو المسؤول المباشر على المصالح الإدارية الاستشفائية ، ويشرف المدير على السير الحسن للمؤسسة، ويمثل المؤسسة أمام العدالة وهو الأمر بالصرف وله عدة مهام أخرى، يساعده في مهامه أربع مدراء فرعيين كل واحد يسير مديرية فرعية و هم كالتالي:

* أنظر ملحق رقم 10.

❖ المديرية الفرعية للمالية والوسائل : يترأسها مسؤول مؤهل بمثابة مدير فرعي وتقوم هذه

المديرية على تكفل بكل الشؤون المالية للمؤسسة وهي تتفرع إلى عدة مكاتب :

مكتب الصفقات: هو المتكلف بعقد وتطبيق الصفقات التي يتم الاتفاق عليها بين

المستشفى ومؤسسات أخرى حسب البنود المتفق عليها.

-مكتب التموين : تقدم له الطلبات اللازمة والضرورية التي تحتاج إليها المؤسسة وبعد

دراستها حسب الأولوية وحسب الميزانية المتوفرة يقوم بتحضير وصولات لشراء ما

يلزم أي أنه هو الذي يعود إليه قرار تحديد والتموين المؤسسة بما يلزمها.

مكتب المحاسبة المواد : يقوم بكتابة الثمن الفردي والاجمالي للمواد موجود على

وصولات التي استلمها من مكتب التموين على سجلات.

مكتب حساب الكلفة: هو المسؤول عن حساب الإجمالي للمواد المدونة على الفواتير

وانجاز فاتورة إجمالية ليتم تسليمها إلى مكتب المالية.

مكتب المالية : يتكلف هذا المكتب بشراء الأشياء المدونة على الفواتير التي تأتيه كما

لديه قسم خاص بإنجاز الأجور الموظفين والثاني خاص بتسيير الحوالات.

مكتب جرد وتسيير المخازن : يقوم هذا المكتب بجرد المواد التي دخلت المؤسسة وهو

المسؤول عن توزيع وتسيير كل ما هو موجود في المخازن من مواد ومستلزمات

أخرى.

❖ المديرية الفرعية للنشاطات الصحية :

-مكتب الوقاية :يحرص هذا المكتب على التأكد من وقاية المؤسسة وكذلك المدينة من

كل الأمراض المعدية والخطيرة ،ويتكلف بإجراء فحوص للأشخاص مشكوك فيهم

وعزلهم بأمكان خاصة واتخاذ الإجراءات اللازمة.

-مكتب الطب العام: يشرف على تسيير الأمور المتعلقة بالطب العام :الفحص، العلاج ،

برمجة المداومات بنسبة للأطباء ... وغير ذلك.

-مكتب الشؤون الصحية: يشرف على تسييره طبيب منسق يعمل على إعداد وتطبيق البرامج الصحية المعدة سنويا من طرف وزارة أو مديرية الصحة.

-مكتب القبول والاستعلامات: وهو الذي له سلطة الإحصاء الكامل لجميع المرضى المتواجدة على مستوى المصالح الاستشفائية للمؤسسة، وبه مكتب خاص يعمل على جمع المحاصيل المالية في جميع الهياكل الصحية التي تقع بالمستشفى وتقدم خدمات صحية بأنواعها: الولادات، الفحص الطبي، إيواء المرضى... وغير ذلك.

❖ المديرية الفرعية لصيانة التجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة:

- مكتب صيانة تجهيزات الطبية و تجهيزات المرافقة: يسهر هذا المكتب على صيانة كل التجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة لها بوجود أو استدعاء ذوي الاختصاص.

❖ المديرية الفرعية للموارد البشرية :

وهي المديرية المسؤولة عن تسيير الموارد البشرية من ناحية التوجيه والإحصاء والمتابعة الدائمة للحياة المهنية للعمال، من حيث التكوين والتحويل والانتداب وغيرها من الحركات المهنية وتتفرع منها عدة مكاتب هي كالتالي:

- مكتب الموارد البشرية والمنازعات: يتكفل هذا المكتب بحل النزاعات التي تقع، وتسويتها وديا سواء كانت داخلية أو خارجية للموظفين والتي لها علاقة مباشرة بالعمل.

- مكتب تسيير المستخدمين الإداريين والشبه الطبيين والطبيين: يتكلف هذا المكتب بمتابعة

المسار المهني للموظف (تعيين، تثبيت، ترقية، الانتداب، الاستيداع، التقاعد ..الخ) أي

كل الإجراءات الإدارية التي تتعلق بمسار المهني للموظفين بالمؤسسة.

- مكتب العطل والملفات الإدارية (الأرشيف): تحفظ فيه كل الملفات الخاصة

بالمستخدمين الذين لا يزالون يمارسون مهامهم بالمؤسسة، وتحفظ أيضا على الكمبيوتر

لمعرفة الرصيد المتبقي لكل موظف في العطل السنوية.

❖ الهياكل الطبية للمؤسسة العمومية الاستشفائية بالأغواط:

إضافة إلى الهياكل الإدارية المكلفة بالتسيير الإداري، نعلم أن هدف نشأة المؤسسات

الصحية هو التكفل الصحي بالمواطنين وهي المهمة الرئيسية لها لذا نجد في جل المؤسسات

الصحية عدة مصالح تختلف باختلاف نوع وصنف المؤسسة ويمكن لنا تعداد بعض الهياكل الطبية للمؤسسة العمومية الاستشفائية بالأغواط كما يلي:

- **المصالح الاستشفائية :** مكونة من 12 مصلحة: مصلحة طب الرجال ، مصلحة طب الأطفال، مصلحة طب النساء ، مصلحة الإنعاش الطبي ، مصلحة طب العيون ، مصلحة جراحة وتقويم العظام ، قسم الجراحة العامة والأذن و الحنجرة ، مصلحة أمراض الكلى ، قسم جراحة الرجال ، قسم جراحة النساء ، مصلحة الاستعجالات ، مصلحة الأمراض الصدرية، مصلحة أمراض القلب.

ونشير أن الدراسة الأساسية تم إجراؤها في المؤسسة الاستشفائية احميدة بن عجيبة على مستوى هاته المصالح، فقط تم تجنب بعض المصالح : لمصلحة الإنعاش الطبي -ومصلحة طب الأطفال-وقسم الجراحة العامة والأذن و الحنجرة.

- **المصالح التقنية:** مكونة من: مصلحة الصيدلية ، مصلحة المخبر ، مصلحة الأشعة ، مصلحة الطب الوقائي.

ثانيا:الدراسة الاستطلاعية وإجراءاتها المنهجية:

1-الهدف من الدراسة الاستطلاعية:

يستحسن قبل البدء في إجراءات البحث و بصفة خاصة في البحوث الميدانية ،القيام بدراسة استطلاعية للتعرف على الظروف التي سيتم فيها إجراء البحث ، والصعوبات التي ربما تواجه الباحث في تطبيق أدوات بحثه مثلا، أو إجراء مقابلة شخصية أو نحو ذلك للتعرف على الظروف والأفراد الذين ستطبق عليهم هذه الأدوات أو تتم معهم المقابلة أو يتم جمع البيانات عنهم، ومعرفة مدى استعدادهم ورضاهم عن الإجراءات الخاصة التي ستتبع معهم، وأيضا للتعرف على مدى استعداد المسؤولين عن أفراد العينة للتعاون مع الباحث، وغير ذلك من الظروف التي تمهد لنجاح إجراء البحث، و لذلك ينبغي أن يبدأ الباحث بإجرائه للدراسة

الاستطلاعية و يبين أهدافها و التحقق من صحة إجراءاتها، ليتم فيما بعد تحديد الإجراءات الخاصة بالدراسة الأصلية.¹

وكما أشار "دونالد أري Donald Ary" وآخرون بأنها دراسة تمهيدية تبدأ قبل تهيئة وتحضير خطة البحث، وربما يكون من المفيد تجربة الإجراءات المقترحة على عدد قليل من الأفراد، وهذه المحاولة التجريبية أو الدراسة الاستطلاعية ستساعد قبل كل شيء الباحث على تقرير فيما إذا كانت الدراسة ممكنة التطبيق وفيما إذا كانت تستحق الاستمرار فيها، وهي تهيئ فرصة لتقييم ملاءمتها وعملياتها لأدوات جمع البيانات، كما أنها تسمح بإجراء اختبار أولي للفرضية، بما قد يعطي بعض المؤشرات على مناعتها، كما تقترح فيما إذا كان الموقف بحاجة إلى تنقيح إضافي.²

أي أن الدراسة الاستطلاعية هي دراسة أولية يقوم بها الباحث عند بداية بحثه. ونظرا للأهمية الكبيرة التي تلعبها الجولة الاستطلاعية كمرحلة هامة من مراحل البحث العلمي تبلورت أهدافنا من هذه الدراسة فيما يلي:

- أول هدف لهذه الدراسة نابع من أهميتها كونها تسمح لنا بتقرير إذا ما كانت هذا الدراسة قابلة للتطبيق، وأنها تستحق منا الاستمرار في البحث فيها أم الاستغناء عنها.
- التعرف على الظروف التي ستتم فيها الدراسة الأساسية (الميدانية) .
- التعرف على مختلف الصعوبات التي يمكن أن تواجهها الباحثة في الميدان .
- التعرف على خصائص العينة من حيث تفاعلها مع الموضوع .
- اختبار مدى ملاءمة الأساليب والأدوات المستخدمة للتحقق من فرضيات الدراسة * .

¹ محمود عبد الحليم المنسي، مناهج البحث العلمي في المجالات التربوية والنفسية، دار المعرفة الجامعية للنشر والتوزيع، 2011، ص. 59-60.

² دونالد أري وآخرون، مقدمة للبحث في التربية، ترجمة: سعد الحسيني، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الأردن، 2013، ص. 122 .

* نشير أن المقابلة الاستكشافية في الجولة الاستطلاعية هي ذو بعد كشفي لا تهدف للتحقق من فرضيات ما ، بل من أجل بناء نموذج التحليلي أي الوصول إلى صياغة فرضيات بحث... فهي ليست مقيدة بدليل يحمل مؤشرات متغيرات هذه الفرضيات بل يوظفها فقط سؤال الانطلاق الذي تترجم به مشكلة البحث، فهي بذلك مفتوحة تماما ينتظر منها الباحث الحصول على

2- الإطار الزمكاني للدراسة الاستطلاعية:

لكون عينة البحث من فئة مرضى السكري والضغط الدموي ، فقد قامت الباحثة بإجراء الدراسة الاستطلاعية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية احميدة بن عجيلة بالأغواط لمدة 15 يوم ، من 2016/01/3 إلى 2016/01/17، وبعد موافقة المسؤولين بدءا بالمدير الفرعي للموارد البشرية والمدير الفرعي للنشاطات الصحية، تم الالتقاء برئيس الأطباء الذي سهل لنا الأمر على مستوى المصالح الأخرى التي يتواجد بها المرضى ، وبعد ذلك تم إطلاعنا على الحالات الموجودة في تلك الفترة من خلال السجلات، حيث تعرفنا على المرضى بمساعدة كل من الأخصائيات النفسانيات العاملات على مستوى المصالح التي أجريت بهم الدراسة الاستكشافية والتي اقتصر على كل من مصلحة (طب الرجال-طب النساء-أمراض القلب) ، واختيارنا لهذه المصالح ليس عشوائيا لكن بتوجيه من طرف رئيس الأطباء بحكم أنهما أكثر المصالح التي يتواجد بها مرضى السكري والضغط الدموي، هذا من جهة ومن جهة أخرى أنها تتوفر بها خصائص العينة المراد دراستها، وهذا ساعدنا كثيرا على الاحتكاك الجيد بالمرضى وتوضيح لنا كيفية اختيارنا للعينة خلال الدراسة الميدانية، ونشير أنه قبل إجراء المقابلات مع المرضى قمنا بتعريفهم على شخصنا وعلى دورنا والهدف من العمل معهم.

3- مجتمع وعينة الدراسة الاستطلاعية:

بالنسبة لمجتمع البحث فقد اقتصر على كل مرضى الضغط الدموي والسكري بالمؤسسة الاستشفائية احميدة بن عجيلة بمدينة الأغواط، كنا نود إجراء مقابلات مع كل المرضى المتواجدين على مستوى كل المصالح بالمستشفى في فترة تواجدها بالمستشفى، لكن نظرا لخضوعنا لإلزامية الوقت المخصص لنا من طرف المؤسسة في فترة الدراسة الاستطلاعية والذي حدد بفترة قصيرة ، بالإضافة أنه لكي تكون جولة الباحث الاستكشافية مفيدة عليه أن يختار عدد قليل من المبحوثين، هذا كله فرض علينا بطريقة غير مباشرة اللجوء للعينة لأنه

معلومات وبيانات لم يصل إليها من استعراضه للأدبيات. المصدر: سعيد سبعون ، حفصة جراي، الدليل المنهجي: في إعداد المذكرات والرسائل الجامعية في علم الاجتماع، دار القصة للنشر، الجزائر، 2012، ص.82.

يستحيل علينا الأخذ والإلمام بكل المفردات في هاته الفترة. هذا ما جعلنا نأخذ مجموعة من هذا المجتمع وهي العينة والتي تعرف بلقبها "مجموعة جزئية من مجتمع الدراسة يتم اختيارها بطريقة معينة لإجراء الدراسة عليها"،¹ وقد تم اختيار العينة الاستطلاعية من الأجنحة أو المصالح الآنف الذكر وهي عينة قصدية، وعرفها "غرايبي وآخرون" بأنها "العينة التي يختارها الباحث عن قصد لأنه يرى أنها تحقق أهداف دراسته بشكل أفضل، وبالتالي فإنه ينتقي عناصر العينة لأنه يعرف مسبقاً أنها الأقدر على تقديم معلومات عن مشكلة بحثه " ² لأنها ملائمة لأغراض البحث، إذ تم اختيار مرضى السكري والضغط الدموي بناء على السجل الخاص بالمرضى، واستناداً إلى المعلومات الطبية المتوفرة عن حالاتهم، وقد اشتملت العينة الاستطلاعية على 30 مريض مصابون بالسكري والضغط الدموي من كلا الجنسين، وتراوح أعمارهم بين 25 سنة و 65 سنة. ويمكن أن نورد خصائص العينة الاستطلاعية كما يلي:

الجدول رقم 13: يبين خصائص العينة الاستطلاعية

البيانات الشخصية	المنف	ت	%	المجموع	
				ت	%
الجنس	ذكر	10	33.3%	30	100%
	أنثى	20	66.7%		
السن	[25-45]	13	43.3%	30	100%
	[46-65]	17	56.7%		
نوع المرض	السكري	20	66.7%	30	100%
	الضغط الدموي	10	33.3%		

المصدر : من إعداد الباحثة

¹ محمد عبيدات وآخرون، منهجية البحث العلمي: المراحل والقواعد والتطبيقات، ط2، دار وائل للنشر، عمان، 1999، ص.84.

² فوزي غرايبي وآخرون، أ ساليب البحث العلمي في العلوم الاجتماعية والإنسانية، ط 3، دار وائل للنشر، عمان، 2002، ص.45.

4- منهج الدراسة الاستطلاعية:

يعرف المنهج بأنه "مجموعة القواعد العلمية التي تطمح إلى كشف أساسيات الإشكالية لأجل تشخيصها واقتراح علاج لها، ويتم اختيار منهج الدراسة عادة وفق طبيعة الموضوع المراد دراسته والهدف منه".¹ وبما أن موضوع بحثنا هو "الضغوط الاجتماعية والعوامل الوراثية وعلاقتها بالأمراض المزمنة لدى مرضى السكري والضغط الدموي"، فإن المنهج الذي تم اعتماده هو "المنهج الوصفي التحليلي و الارتباطي".

5- تقنيات الدراسة الاستطلاعية :

لكل دراسة أداة أو مجموعة من الأدوات تعتمد عليها بغية الوصول إلى نتائج موضوعية، وفي دراستنا هذه تم الاعتماد على الملاحظة والمقابلة وأداة الاستبيان، هذا الأخير الذي يعرف على أنه "نموذج يضم مجموعة من الأسئلة توجه إلى الأفراد بغية الحصول على معلومات حول موضوع أو مشكلة أو موقف، ويتم تقديم الاستمارة إما عن طريق المقابلة الشخصية، أو ترسل عن طريق البريد".²

وقد اعتمدنا في هذه الدراسة على المقابلة التي تم إجراؤها مع بعض الأطباء الأخصائيين في الأمراض الداخلية وأمراض القلب، وعلى استبيان تم إجراؤه على شكل مقابلات فردية، والذي أعدته الباحثة في إطار هذه الدراسة، وقد تم تطبيقه في الفترات الصباحية، لأنها أحسن فترة للدراسة، فالفترات المسائية تستحيل فيها الدراسة في الكثير من الحالات لأن الزيارات العائلية للمرضى محددة من 13:30 دقيقة حتى 15:00، بالإضافة أنه تم السماح لنا بمقابلة المرضى في الفترة الصباحية فقط في هذه المدة الخاصة بالدراسة الاستطلاعية.

6- نتائج الدراسة الاستطلاعية:

يمكن تلخيص ما تم التوصل إليه من نتائج في النقاط التالية.

¹ فيصل عباس، إشكالية المعالجة النفسية، ط2، دار الميسر، بيروت، 1983، ص.14.

² رشيد زرواتي، تدريبات على منهجية البحث في العلوم الاجتماعية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2002، ص.123.

- التعرف على الأماكن التي ستتم فيها الدراسة النهائية ، وتوضحت لنا الرؤى حول إمكانية إجراء المسح الاجتماعي بالعينة لكل مرضى السكري والضغط الدموي على مستوى المستشفى وهذا نظرا لاكتشافنا بأن جل الأقسام يتواجد بها مرضى حاملين لهذين النوعين من المرض حتى ولو لم يكن بنفس الحجم الذي يتواجد في الأقسام التي أجريت بها الدراسة الاستطلاعية.
- اتضح لنا أن استعمال تقنية الاستمارة بالمقابلة يتطلب منا اللباقة وحسن التصرف وذلك بالنظر لظروف المريض وحالته النفسية والصحية.
- توصلنا كذلك بأن مسألة التواصل مع المبحوثين تتطلب الكثير من التعاطف لأنها تعتبر عامل مهم بالنظر لطبيعة عينة بحثنا ،لكن دون أن يؤثر ذلك على طريقة طرحنا للأسئلة.
- التأكد من صلاحية الأدوات التي سيتم استخدامها في الدراسة النهائية.
- قد مكنتنا هذه الدراسة من التأكد بأن الفرضيات الأولية قابلة للدراسة ويمكن اعتبارها كفرضيات أساسية للدراسة الميدانية مع بعض التعديلات البسيطة.

ثالثا: الدراسة الأساسية(الميدانية) وإجراءاتها المنهجية:

1 حدود الدراسة الأساسية:

يمكن تحديد حدود الدراسة بالمجال المكاني والزمني والبشري للدراسة الميدانية، بالنسبة للمجال المكاني فقد أجريت الدراسة بمدينة الأغواط بالمؤسسة الاستشفائية احميدة بن عجيله هذه الأخيرة التي تم التعريف بها مسبقا في العنصر الأول من هذا الفصل، ونشير أنه تم حصر الدراسة في نطاق محدد ليساعد الباحثة على التعمق في دراسة الظاهرة والإحاطة بها، كذلك فان المستشفى احميدة بن عجيله هو الوحيد على مستوى مدينة الأغواط الذي يقوم باستقبال عدد كبير من المرضى ،بالإضافة أن المستشفى لا يستقبل المرضى المتواجدين على مستوى المدينة فقط بل أنه يستقبل كل المرضى المتواجدين على مستوى الولاية، وهذا ما جعله ميدان ملائم لإجراء الدراسة الميدانية وسحب العينة.

أما بالنسبة للحدود الزمانية لهذه الدراسة الميدانية فقد أجريت من 2017/01/29 إلى غاية 2017/03/14 ،بحيث كان تواجدنا يوميا في المؤسسة الاستشفائية طيلة هذه المدة من الساعة

الثامنة صباحا إلى غاية الخامسة مساء، وفي بعض الظروف المعينة كنا نلقى المساعدة من قبل الأخصائيات النفسانيات المتواجدات على مستوى مختلف المصالح بالمؤسسة .

نحن ندرك أنه في الحقل السوسيولوجي ينبغي على كل باحث أن يقوم بتحديد مجتمع بحثه بشكل دقيق قبل البدء في عمله بشكل نهائي، لأنه يعد من أهم الخطوات الأساسية لإجراء الدراسة الميدانية، وفي هذا السياق يعرف "موريس أنجرس" **Maurice Angers** مجتمع البحث بأنه مجموعة من العناصر التي تحمل خاصية أو مجموعة من الخصائص المشتركة التي تميزها عن غيرها من العناصر الأخرى المراد دراستها في البحث.¹

ونشير أنه واجهتنا بعض الصعوبات في تحديدنا لمجتمع البحث المراد دراسته في بداية الأمر، لأن رغبتنا في استجواب جميع المرضى المصابين بالضغط الدموي والسكري على مستوى ولاية الأغواط شكل لنا صعوبة كبيرة سواء من الجانب المادي أو المنهجي، هذا ما جعل مجتمع بحثنا يقتصر على مرضى السكري والضغط الدموي المتواجدين على مستوى المدينة وبالأخص بالمؤسسة الاستشفائية احميدة بن عجيلة بمدينة الأغواط .

2 - عينة الدراسة الأساسية:

يتكون المجتمع الأصلي من 340 مريضا مزمنًا ، ونشير أنه في دراستنا يعتبر المريض المزمن كل من هو مصاب بمرض السكري والضغط الدموي، لذا تم اختيار عينة الدراسة بطريقة قصدية ، واشتملت عينة الدراسة على كل أفراد المجتمع الأصلي الوافدين على مستوى المستشفى طيلة مدة الدراسة المحددة بمدة زمنية دامت 45 يوما، إلا أنه تم استبعاد 100 مريض وهذا لأسباب قهرية فرضتها علينا ظروف العمل الميداني، فنحن نتعامل مع عينة من الفئات الهشة وهي المرضى المزمنين التي يجب أن نراعي فيها بعض الخصوصية المتعلقة بالحالة الصحية لها (أي تسمح أو لا تسمح) وهذا حسب تشخيص الأطباء ، فمثلا 20 حالة على مستوى الأقسام والذين كانوا في حالة صحية حرجة، ومن

¹ Maurice Angers, **Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines**, Casbah Université , Alger, 1997, P. 226.

بينهم 5 مرضى تم استبعادهم مكونة من الفئة العمرية الأقل من 20 سنة، وهذا لأن دراستنا حددت بفئة عمرية معينة من 20 سنة فما فوق لأنها تمثل أكثر الفئات إصابة بالسكري والضغط الدموي وهذا حسب الإحصائيات المتحصل عليها من الضمان الاجتماعي لسنة 2013 و 2017* هذا من جهة ومن جهة أخرى فإنه خلال إجرائنا للدراسة الاستطلاعية واجهنا رفض من جل المرضى الذين تقل أعمارهم عن سن العشرين لإجراء المقابلة معهم بسبب عدم تقبلهم لمرضهم وعدم رغبتهم للحديث عنه. أما الحالات المتبقية والمتمثلة في 80 حالة على مستوى مصلحة الاستعجالات، والذين كانت حالتهم الصحية لا تسمح لنا بمساءلتهم بالإضافة لرفض البعض منهم أي حوار أو مسائلة وجل هذه الفئة كانت بين 25 سنة و 45 سنة. لذا فإن عينة الدراسة حددت بـ 240 مريض مزمن منهم 113 مصابا بالضغط الدموي (49 ذكور و 64 إناث) و 127 مصابا بالداء السكري بنوعيه لكن جلهم كان لديهم الداء من النمط الأول (60 ذكور و 67 إناث)، موزعين على كل الأقسام (المصالح) الموجودة بالمستشفى، والذين تبلغ أعمارهم من [25 سنة فأكثر]، وذلك خلال الزمن المحدد للدراسة .

3 منهج الدراسة الأساسية

إن طبيعة الدراسة هي التي تحدد المنهج، أي أن كل دراسة متفردة لا يليق بها منهج واحد، بل قد تتعدد مناهج دراسة موضوع معين وفقا لمبدأ المرونة المنهجية الذي يدعو إلى عدم الاعتماد على منهج واحد في دراسة أية ظاهرة أو مشكلة، وإنما يصلح مع كل دراسة منهجية أو أكثر.¹ أي أنه من أجل الوصول إلى الموضوعية في دراسة موضوع ما، يجب على الباحث تطبيق منهجا علميا يستجيب وطبيعة الموضوع، وفي الواقع لا توجد طريقة أو منهج علمي واحد يمكن الاعتماد عليه للكشف عن الحقيقة لأن طرق البحث تختلف باختلاف المواضيع التي يدرسها الباحث، وباختلاف الأهداف العامة والنوعية التي يستهدف البحث تحقيقها، لذا من الصعب المفاضلة بين طريقة وأخرى إلا بعد تحديد كافة الظروف الملائمة لتطبيق كل طريقة

* أنظر الملحق رقم: 8 .

¹ غريب سيد أحمد، تصميم وتنفيذ البحث الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1998، ص. 101.

منها،¹ أي أن اختلاف موضوعات الدراسة يستوجب أيضا اختلاف المناهج المتبعة في حقل البحث العلمي ، وخاصة لما يتعلق الأمر بحقل علم الاجتماع ، الذي يتطلب الاعتماد على منهج أو مناهج معينة تفي بغرض تفسير أسباب حدوث الظواهر الاجتماعية التي تتسم بنوع من التعقيد وتتطلب أيضا التحليل العميق لمعرفة دوافع التصرفات والغرائز الإنسانية .² وعليه فإن المنهج هو " مجموعة من القواعد التي يتم وضعها قصد الوصول إلى الحقيقة في العلم".³ ويرى "موريس أنجرس" بأن المنهج " هو الطريقة التي يتناول بها الباحث موضوع معين، وذلك بإتباع قواعد بحثية معينة"⁴.

ومن هنا يمكن القول بأن أي بحث علمي يقوم به الباحث يفرض عليه استخدام مناهج البحث المختلفة لفهم الظاهرة المدروسة، ومما لا شك فيه أن المنهج الملائم لأي بحث يتحدد وفقا لطبيعة موضوع هذه الظاهرة المدروسة والأهداف المحددة ، وعلى هذا الأساس فإن هذه الدراسة الحالية التي تبحث في خبايا إحدى الظواهر الاجتماعية التي استفحلت في هذا العصر ألا وهي الأمراض المزمنة لم تعتمد على منهج واحد بل أن طبيعة موضوع هذه الدراسة المتعددة الأبعاد اقتضت استخدام أكثر من منهج ، وكذلك لا تغفل دور نتائج الدراسة الاستطلاعية للظاهرة المدروسة كانت بمثابة الموجه الأساسي في تحديدنا لمناهج أخرى مفيدة للدراسة، ونحدد أهم المناهج التي تم اعتمادها في هذه الدراسة الأساسية كالآتي:

▪ المنهج الوصفي التحليلي:

يعتبر المنهج الوصفي التحليلي مظلة واسعة ومرنة تتضمن عددا من المناهج والأساليب الفرعية مثل المسوح الاجتماعية ودراسات الحالات التطورية والميدانية وغيرها، إذ أن المنهج الوصفي يقوم على أساس تحديد خصائص الظاهرة ووصف طبيعتها ونوعية العلاقة بين

¹ زيدان عبد الباقي، قواعد البحث الاجتماعي، ط2، مطبعة السعادة، القاهرة، 1974، ص. 184-185

² Raymond Boudon, *Les méthodes en sociologie*, Presses universitaires de France, Editions Dalta, France, 1996, P.124

³ بوحوش عمار، الذنبيات محمد محمود، مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر،

1995، ص. 89.

⁴ Maurice Angers, *op.cit*, P.65.

متغيراتها وأسبابها واتجاهاتها وما إلى ذلك من جوانب تدور حول سبر أغوار مشكلة أو ظاهرة معينة والتعرف على حقيقتها في أرض الواقع . ويعتبر بعض الباحثين بأن المنهج الوصفي يشمل كافة المناهج الأخرى باستثناء المنهجين التاريخي والتجريبي، لأن عملية الوصف والتحليل للظواهر تكاد تكون مسألة مشتركة وموجودة في كافة أنواع البحوث العلمية . ويعتمد المنهج الوصفي على تفسير الوضع القائم (أي ما هو كائن) وتحديد الظروف والعلاقات الموجودة بين المتغيرات . كما يتعدى المنهج الوصفي مجرد جمع بيانات وصفية حول الظاهرة إلى التحليل والربط والتفسير لهذه البيانات وتصنيفها وقياسها واستخلاص النتائج منها.¹

وهذا ما تسعى له الدراسة الحالية وهو وصف خصائص مجتمع البحث ومحاولة إبراز العلاقة بين متغيري الدراسة، ومعرفة درجة تلك العلاقة وننتهي بتفسير وتحليل البيانات المختلفة والوقوف على حيثيات الدراسة لتحديد طبيعتها وبالتالي استخلاص النتائج العامة بطريقة علمية دقيقة.

■ المنهج الوصفي الارتباطي:

يعتبر هذا المنهج مكملًا ومن بين أساليب المنهج الوصفي التحليلي، هذا الأخير الذي يهتم بوصف الظاهرة والتعبير عنها كيفيا بتوضيح خصائصها وكميا بوصفها رقميا وتوضيح حجمها ودرجة ارتباطها مع الظواهر الأخرى ، ونظرا لانطلاق هذا الموضوع من واقع اجتماعي وبما أن موضوع بحثنا هو "الضغوط الاجتماعية والعوامل الوراثية وعلاقتها بالأمراض المزمنة لدى مرضى السكري والضغط الدموي" ، أي أنه يهدف لاستكشاف العلاقة بين متغيري الدراسة، فإن المنهج الوصفي والأنسب لموضوع الدراسة و الذي تم اعتماده كذلك هو " المنهج الوصفي الارتباطي أو التفاضلي "الذي يعرف على أنه "دراسة الوضع الراهن للبشر والأشياء والأحداث، وذلك دون تغيير من طرف الباحث لأي من متغيرات الدراسة" ، فهو يهدف إلى استكشاف حجم ونوع العلاقات بين البيانات أي إلى أي مدى ترتبط المتغيرات، أو إلى أي حد تتطابق المتغيرات، أو إلى أي حد تتطابق تغيرات في عامل واحد مع تغيرات في عامل آخر، وقد

¹ عميرة إبراهيم، حتى نفهم البحث التربوي، دار المعارف، القاهرة، 1981، ص.96.

ترتبط المتغيرات مع بعضها البعض ارتباطا تاما أو ارتباطا جزئيا موجبا كان أو سالبا، أو يرجع إلى الصدفة... وغير ذلك.¹

والدراسات الارتباطية تهتم بدراسة وتحديد ما إذا كانت هناك علاقة بين متغيرات البحث، وإيجاد قيمة العلاقة والتعبير عنها بشكل كمي من خلال ما يعرف بـ كاي تربيع وتحديد نوع العلاقة بتطبيق كلا من معامل التوافق والاقتران . وهذا المنهج جرننا إلى استخدام المنهج الإحصائي.

■ المنهج الإحصائي:

هذا المنهج هو مكمل للمنهجين السابقين لأن الإحصاء أداة هامة للقياس والتكميم ، ويعبر عن المنهج الإحصائي بأنه " مجموعة من الأساليب المتنوعة المستعملة لجمع المعطيات الإحصائية وتحليلها رياضيا من أجل إظهار و توضيح الاستدلالات العلمية التي قد تبدو في الغالب غير واضحة".²

وبما أن هذا الموضوع يتطلب التدقيق في جمع المعطيات وفي طريقة تحليلها وتفسيرها ، فإن هذا المنهج الإحصائي يتناسب مع متطلبات هذه الدراسة وأهدافها وأغراضها المنهجية، وظهر هذا جليا خلال جمعنا للمعطيات الإحصائية من الهيئات المختصة والتي تعتبر مصدرا من مصادر جمع المعطيات حول الظاهرة المدروسة (المرض المزمن) كالمنظمة العالمية للصحة، وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، المعهد الوطني للصحة العمومية، والديوان الوطني للإحصائيات، بالإضافة إلى ذلك اعتمدنا على تقنيات التحليل الإحصائي وذلك باستخدامنا لاستبيان المقابلة مع المرضى كتقنية لجمع البيانات من الميدان، وكذا تبويب وترتيب المعطيات وعرضها إحصائيا في شكل جداول ورسومات وأعمدة بيانية، ثم قمنا بتحليل ووصف البيانات، وفي إطار معرفة العلاقة بين متغيرات الدراسة لمعرفة أسباب حدوث الظاهرة واستخلاص نتائج الدراسة قمنا باستخدام بعض المقاييس الإحصائية لمعاملات الارتباط. أي

¹ عبد الفتاح محمد دويدار، *مناهج البحث في علم النفس*، دار المعرفة الجامعية، القاهرة، 2000، ص.179.

² عبد القادر حليمي، *مدخل إلى الإحصاء*، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1994 ، ص.24.

أن الاعتماد على الأدوات والأساليب المنهجية الخاصة بالمنهج الإحصائي من شأنه مساعدة الباحث لأنه يعتبر من أهم الطرق الملائمة والتي تساعد في جمع المعطيات وعرضها وتحليلها للوصول لنتائج إيجابية حول الظاهرة المدروسة.

▪ منهج المسح الاجتماعي بالعينة:

يعرف المسح الاجتماعي بأنه الدراسة العلمية لظروف المجتمع وحاجاته بقصد الحصول على بيانات ومعلومات كافية عن ظاهرة معينة وتحليلها وتفسيرها للوصول إلى تعميمات بشأنها.¹

فهو يعتبر من المناهج التي تهدف لدراسة الظواهر الاجتماعية في الوقت الراهن والموجودة في مكان محدد وفي جماعة معينة وهذا ما تهدف له بالضبط دراستنا الراهنة. وقد قامت الباحثة بتطبيق هذا المنهج على كل مرضى الضغط الدموي والسكري الوافدين على المؤسسة الاستشفائية احميدة بن عجيبة في زمن الدراسة الأساسية ،وقد وقع اختيار الباحثة على ميدان الدراسة من خلال الدراسة الاستطلاعية التي قامت بها بمدة قبل قيامها بالدراسة الأساسية (الميدانية)، كما أن الدراسة الراهنة تركز على مدينة الأغواط فقط وبما أنه يوجد مؤسسة استشفائية واحدة على مستوى البلدية كانت هي خيارنا الوحيد، وكذلك لأنها مؤسسة يتوجه لها غالبية المرضى على العموم باختلاف خصائصهم ، بالإضافة أن بالمستشفى أقسام متعددة يتواجد بها العديد من مرضى السكري والضغط الدموي، الأمر الذي سمح لنا بالاحتكاك أكثر بعينة الدراسة، وهذا ما ضمن لنا كذلك تمثيل جيد للعينة، وسهل علينا تطبيق تقنيات الدراسة كالاستمارة بالمقابلة وإجراؤنا كذلك للمقابلات المباشرة مع الأطباء المختصين في أمراض القلب والأمراض الداخلية.

¹ فاطمة عوض صابر، ميرفت علي خفاجة، أسس ومبادئ البحث العلمي، مكتبة ومطبعة الإشعاع الفنية، الإسكندرية، 2002،

■ منهج تحليل المحتوى:

لازال التعريف الذي وضعه "برسلون" سنة 1952 في كتابه تحت عنوان Content analysis in communication research هو المتربع على كل التعاريف المتعلقة بتحليل المحتوى، والذي يعرفه بأنه « تقنية بحث من أجل الوصف الموضوعي والمنظم والكمي للمحتوى الظاهري »¹. واستعمالنا لهذا المنهج تحدد وفقا لمتطلبات هذه الدراسة، كما تم استخدام أحد أساليب تحليل المحتوى وهو أسلوب التحليل الفئوي « وهو إجراء استكشافي يعني أنه لا يستعمل فيه إطار فئوي نظري أو إمبريقي كدعامة وسند لتحليل النتائج المنبثقة من منهجية تحليل واحدة وخالية من الاعتماد على إطار محدد مسبقا »².

4 تقنيات الدراسة الأساسية:

لتحقيق الهدف من الدراسة وهو فحص العلاقات بين الضغوط الاجتماعية والعوامل الوراثية والأمراض المزمنة لدى عينة مرضى السكري والضغط الدموي لابد من استخدام وسائل لتحقيق هذا الهدف والتي تمكننا من اختبار فروض الدراسة، ونشير أن اختيار أدوات جمع البيانات في أي دراسة ما يتوقف على عدة عوامل منها: طبيعة الموضوع وأهداف الدراسة ونوع المنهج المختار في البحث ، لذا فقد اعتمدت الباحثة في هذه الدراسة الحالية على الأدوات التالية:

❖ **المقابلة:** تعتبر المقابلة وسيلة لجمع البيانات في البحث السوسيولوجي وتعتبر من الأدوات

الأكثر استعمالا وانتشارا في الدراسات الاجتماعية، وتم الاستعانة بهذه الأداة من أجل التحقق من الفرضية الرابعة، وفي خضم الحديث عن هذه التقنية التي تم توظيفها لتدعيم التقنيات الأخرى والتي نعرفها باختصار حسب ما أشار لها كل من "ريمون كوفي لوك فان

¹ سعيد سبعون، حفصة جرادي، مرجع سبق ذكره، ص. 229.

² Rodolphe Ghiglione, Benjamin Mathalon ,Les enquêtes Sociologiques:Théoris et Pratique , Armand colin ,Paris , 1978 , p. 184.

كمبنهود " إلى أن لها وظيفة رئيسية وهي الكشف عن جوانب هامة من الظاهرة المدروسة ما كان للباحث التفكير فيها من تلقاء نفسه، ولكونها تدور بطريقة مفتوحة ومرنة جدا".¹

ومما تمت الإشارة إليه فانه تم إجراء المقابلة مع الأطباء المختصين وهذا الأمر كان مقصودا كونهم الفئة المؤهلة للإجابة عن أسئلة المقابلة، كما لا نغفل خبرتك الكبيرة بحكم تخصصهم وقربهم من فئة المرضى، كذلك لأن طبيعة الفرضية المقترحة تفرض علينا ذلك، وتحدد عددهم بطبيبان مختصان في أمراض الأوعية والشرابين القلبية و خمسة أطباء مختصون في الأمراض الداخلية، أي أن عدد الأطباء الذين أجريت معهم المقابلة محدد بـ سبعة أطباء من مجموع تسع أطباء مختصين في الأمراض الداخلية وأمراض الأوعية والشرابين القلبية، ونشير أن الطبيبان المتبقيان اللذان لم نجري معهم المقابلة لم يكن مقصودا لكن نظرا لظروف معينة انعدم تواجدهم بالمستشفى في الفترة المحددة للدراسة الميدانية، ولقد تضمنت المقابلة المجرات مع الأطباء 13 سؤالا كلها مفتوحة تهدف للحصول على بيانات حول الفرضية الرابعة، وتم إجراء المقابلات أثناء المدة التي كان يتم فيها إجراء الدراسة الميدانية بالمستشفى، وكان الوقت المحدد للمقابلة لا يتجاوز 30 دقيقة على الأغلب.

ولابد في هذا المقام أن نشير للصعوبات التي واجهتنا في مقابلة الأطباء وهذا نظرا لطبيعة عملهم التي نستطيع القول أنها معقدة ومتعبة في نفس الوقت، لأن الطبيب المختص يعمل لمدة عشر أيام في الشهر وفي تلك الفترة لديه أيام لفحص المرضى خارج المستشفى هذا من جهة، ومن جهة أخرى فان له التزامات كبيرة داخل المستشفى ويفرض عليه العمل في الكثير من الحالات التنقل عبر المصالح خاصة مصلحة الاستعجالات لرؤية المرضى، لذا فان إجراءنا للمقابلة يمكن القول أنه تلقى صعوبة كبيرة، لكن بالرغم من كل الصعوبات إلا أن الأطباء استقبلونا بكل احترام ولم يبخلوا علينا بمعلوماتهم

¹ ريمون كيبي، لوك فان كمبنهود، مرجع سبق ذكره، ص. 85.

واستحسنوا الأمر كثيرا ، وهناك من طلب أن تجري دراسة عليهم وعلى الضغوطات المهنية التي يتعرضون لها بسبب الظروف الغير ملائمة للعمل.

وفي خضم الحديث عن المقابلات لا يمكن أن نغفل المقابلات العامة التي أجريت اثر قيامنا بهذه الدراسة والتي أفادتنا سواء في تحليلاتنا في الجانب النظري أو الميداني بالإضافة للمقابلات التي كانت صادمة بالنسبة لنا، وأجريت هذه المقابلات مع:

✓ لقاء مع رئيس مصلحة المراقبة الطبية بمؤسسة الضمان الاجتماعي الذي قام بتوجيهي إلى المسؤول على مكتب الإحصائيات وذلك للترود بمختلف المعلومات الإحصائية عن الأمراض المزمنة وخاصة المتعلقة بمعدل انتشار المرض على مستوى الولاية.

✓ لقاء مع رئيس مكتب الإحصائيات بمديرية الإحصاء والتخطيط للحصول على نسبة الوفيات لدى الأمراض المزمنة، لكن اكتشفنا أنها غير متوفرة لديهم، فقط نسبة الوفيات بشكل عام.

✓ لقاء مع رئيس مكتب الإحصائيات بمديرية الصحة والسكان ،للحصول على نسبة الوفيات لدى الأمراض المزمنة لكن ما توفر لديهم فقط نسبة الوفيات بشكل عام دون وجود أسباب للوفيات ،مما أدى إلى الاستغناء عنها.

❖ **الإستبيان:** وهي من الوسائل الشائعة الاستخدام في جمع البيانات خاصة في ميدان العلوم

الإنسانية والاجتماعية ، لما تتميز به من شمول وإشباع وسهولة المعالجة الكمية واستخدام الأساليب الإحصائية المختلفة، وتم تطبيق الباحثة للإستبيان عن طريق المقابلات الفردية للمرضى، حيث تراوحت مدة التطبيق من 15 دقيقة إلى 30 دقيقة لكل حالة ،حسب الحالة الصحية للمبحوث ،مع قراءة الأسئلة وتبسيط المعنى في حالة عدم الفهم، وكذلك من أجل تقادي إعياء المبحوثين. وتم بناء الإستبيان وفقا لفرضيات الدراسة، وتم تصميمه وفقا للأصول المنهجية من حيث مراعاة التسلسل والتدرج في الأسئلة ، واعتماد الوضوح وتوخي الدقة ، وكذا التنسيق، مع الأخذ بعين الاعتبار تناسب الأسئلة مع ثقافة المبحوثين،

وللحصول على معلومات تتناول جميع جوانب المشكلة التي نحن بصدد دراستها، وأخذ الاستبيان شكل الأسئلة شبه مغلقة .

تم تقسيم الاستبيان إلى محاور احتوت على أسئلة أغلبها مغلقة لكي لا تصعب علينا طريقة تفريغها. وقد تمحور على عدد من الأسئلة موزعة على المحاور التالية:

- ❖ المحور الأول: يشمل البيانات الشخصية الخاصة بالمبحوثين، وضم سبعة أسئلة.
- ❖ المحور الثاني: يتضمن الضغوط المهنية، وضم إثنا عشر سؤال.
- ❖ المحور الثالث: خاص بالضغوط الأسرية، ويضم إثنا عشر سؤال.
- ❖ المحور الرابع: يتضمن الضغوط الاقتصادية، وضم عشرة أسئلة.
- ❖ المحور الخامس: يشتمل على المرض المزمن، وضم ثلاثة عشر سؤال.

- صدق الأداة:

للتأكد من الصدق الظاهري لأداة الدراسة قمنا بوضع استبيان بحث أولي من أجل تحكيمه من طرف الأستاذ المشرف ومن طرف بعض الأساتذة ، أي قمنا باستخدام أسلوب "صدق المحكمين" * وذلك بعرض الاستبيان على مجموعة من المحكمين من ذوي الاختصاص في علم الاجتماع وذلك لإبداء رأيهم بخصوص وضوح العبارات ودقة الصياغة. وعلى ضوء ملاحظات المحكمين ومقترحاتهم قمنا بإجراء التعديلات المطلوبة لبعض العبارات والتقليص من حجمها مما جعل أداة الدراسة ذات صلاحية للتطبيق على عينة البحث ثم تم النزول النهائي إلى الميدان.

- ثبات الأداة:

للتحقق من الاتساق الداخلي لفقرات الاستبيان استخدمت الباحثة معامل "ألفا كرونباخ" الذي يعتبر من بين الطرق الإحصائية التي يقاس بها مدى ثبات الاستبيان.

* أنظر ملحق رقم:6.

1. جدول رقم 14: يوضح قيمة ثبات الاستبيان قبل التعديل في بنود الاستبيان.

أسئلة الاستبيان	معامل ثبات "ألفا كرونباخ" (Cronbach's Alpha)
59	0.621

2. المصدر : مخرجات برنامج spss.

2. جدول رقم 15: يوضح قيمة ثبات الاستبيان بعد التعديل في بنود الاستبيان.

أسئلة الاستبيان	معامل ثبات "ألفا كرونباخ" (Cronbach's Alpha)
54	0.724

المصدر : مخرجات برنامج spss.

3. تحليل نتائج ثبات الاستبيان:

نلاحظ من خلال الشواهد الإحصائية المبينة في الجدولين أعلاه والمتعلقة بقياس ثبات الاستبيان باستعمال "ألفا كرونباخ" أن معامل الثبات كان يساوي 0.621 و لكن بعد حذف وتعديل بعض الأسئلة ارتفع ألفا كرونباخ ليصل إلى 0.724 وهذا يدل على ثبات البنود.

5- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة الأساسية

يستمد الباحث من المنهج الإحصائي بعض الأدوات التي تمكنه من التحكم في موضوعه وفي تحليل معطياته ، لذا اعتمدنا في هذه الدراسة على أساليب الإحصاء الوصفي باستخدام برنامج التحليل الإحصائي (spss22.0) لتسهيل عمليات جمع وتقرير ومعالجة و تبويب البيانات الكمية للدراسة ، وفي ربط متغيرات الدراسة ببعضها البعض، لأنه يقوم بجمع كل الأساليب التي يستخدمها الإحصاء الوصفي بطريقة رقمية تسهل على الباحث تقرير أسئلة الاستبيان بطريقة رقمية وسهلة دون الاعتماد على الطرق اليدوية التي تستهلك الجهد والوقت. مما يعني انه لا يمكن أن يستغني الباحث عن لغة الأرقام في ميدان السوسيولوجيا ، ويأتي هذا في إطار التزاوج الضروري والمثمر بين المسعبيين الكمي والكيفي في العلوم الإنسانية بصفة عامة. ولإيجاد العلاقة بين متغيري الدراسة (الضغوط الاجتماعية والمرضى المزمن)، تم

تطبيق "كاي تربيع"، عن طريق استخدام البرنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية ، ولمعرفة نوع العلاقة تم استخدام نوعين من معاملات الارتباط وهما معامل الارتباط التوافقي ومعامل الارتباط.

رابعاً: الخصائص العامة المتعلقة بأفراد عينة الدراسة

I. عرض جداول بيانات الدراسة وتحليلها إحصائياً:

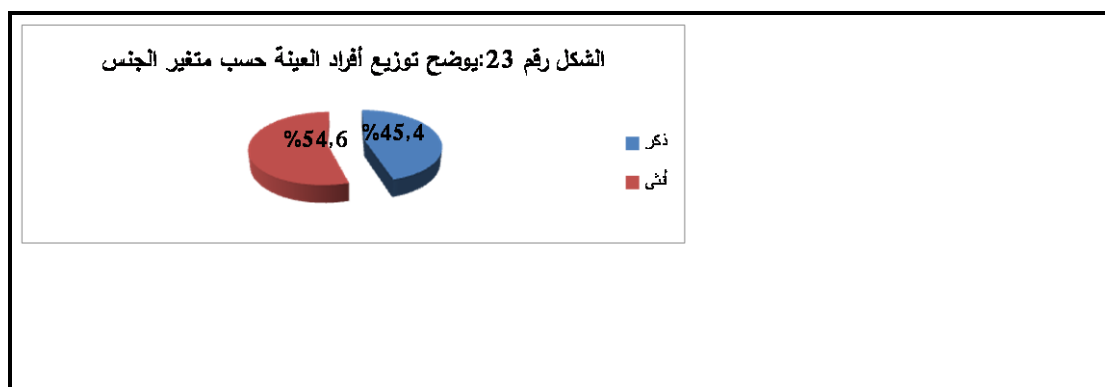
1. جدول رقم 16: يوضح تكرارات ونسب العينة المبحوثة حسب متغير الجنس

النسبة %	التكرارات	الجنس
45.4%	109	ذكر
54.6%	131	أنثى
100%	240	المجموع

المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.1. التحليل الإحصائي للجدول :

نلاحظ من خلال الشواهد الإحصائية المبينة في الجدول أعلاه والمتعلق بمتغير الجنس أن فئة جنس الإناث والذي عددهم 131 تشكل نسبة 54.6% من عينة البحث مقارنة بفئة جنس الذكور والذي عددهم 109 بنسبة مقدرة بـ 45.4% ، وعلى العموم فمجموع عينة الدراسة الكلي من كلا الجنسين 240 مريض مزمن والذي قدرت نسبتهم بـ 100% مصابين بالضغط الدموي وداء السكري مأخوذة من المؤسسة العمومية الاستشفائية بالأغواط .



المصدر : مخرجات برنامج Excel .

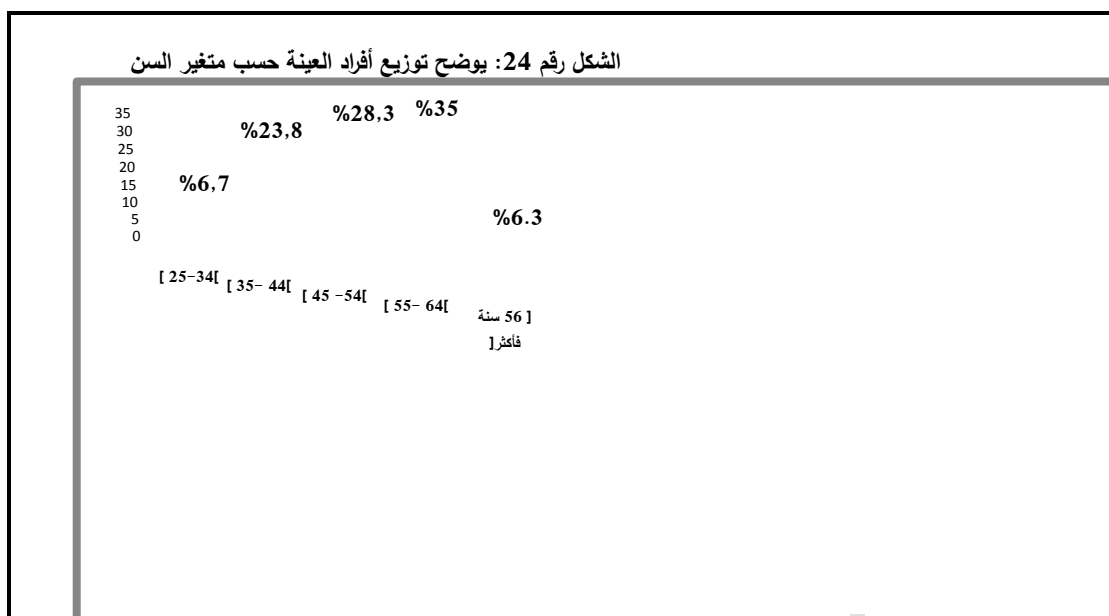
2. جدول رقم 17: يوضح تكرارات ونسب العينة المبحوثة حسب متغير السن

النسبة %	التكرارات	السن
6.7%	16	[25-34]
23.8%	57	[35-44]
28.3%	68	[45-54]
35%	84	[55-64]
6.3%	15	[65 سنة فأكثر]
100%	240	المجموع

3. المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.2. التحليل الإحصائي للجدول :

نلاحظ من خلال المعطيات الإحصائية المبينة في الجدول أعلاه والمتعلق بمتغير السن أن الفئة العمرية [55-64] سنة والذي عددهم 84 تشكل أكبر نسبة في العينة المبحوثة والتي قدرت بـ 35% مقارنة بأقل نسبتي متساويتين تقريبا في كل الفئة العمرية من [65 سنة فأكثر] والذي عددهم 15 بنسبة 6.3% و الفئة العمرية [34-25] سنة والذي عددهم 16 بنسبة قدرت بـ 6.7% ، تتوسطهما فئتين متقاربتين تقريبا بحيث نجد الفئة العمرية [45-54] سنة والذي عددهم 68 بنسبة 28.3% تقابلها الفئة العمرية [35-44] سنة والذي عددهم 57 بنسبة قدرت بـ 23.8% ، وعلى العموم فمجموع عينة الدراسة 240 مريض مزمن بنسبة 100% مصابين بالضغط الدموي وداء السكري مأخوذة من المؤسسة العمومية الاستشفائية بالأغواط .



المصدر : مخرجات برنامج Excel .

4. جدول رقم 18: يوضح تكرارات ونسب العينة المبحوثة حسب متغير الحالة العائلية

الحالة العائلية	التكرارات	النسبة %
أعزب	34	14.2%
متزوج(ة)	172	71.7%
مطلق(ة)	16	6.7%
أرمل(ة)	18	7.5%
المجموع	240	100%

المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.3. التحليل الإحصائي للجدول :

نلاحظ من خلال المعطيات الإحصائية المبينة في الجدول أعلاه والمتعلق بمتغير الحالة

العائلية بأن شريحة المتزوجين هي الأكثر عرضة للإصابة بمرض الضغط الدموي وداء

السكري والذي عددهم 172 بحيث شكلت أكبر نسبة في العينة المبحوثة والتي قدرت بـ

71.7% مقارنة بأقل نسبة سجلت لدى شريحة المطلقين والذي عددهم 16 بنسبة 6.7%، في

حين نجد شريحة العزاب والأرامل تتوسط هاتين الشريحتين، فنجد العزاب عددهم 34 بنسبة

مقدرة بـ 14.2%، تليها شريحة الأرامل والذي عددهم 18 بنسبة قدرت بـ 7.5% وهي نسبة

مقارنة مع نسبة المطلقين، وعلى العموم فمجموع عينة الدراسة 240 مريض مزمن بنسبة 100% مصابين بالضغط الدموي وداء السكري مأخوذة من المؤسسة العمومية الاستشفائية بالأغواط .



المصدر : مخرجات برنامج Excel .

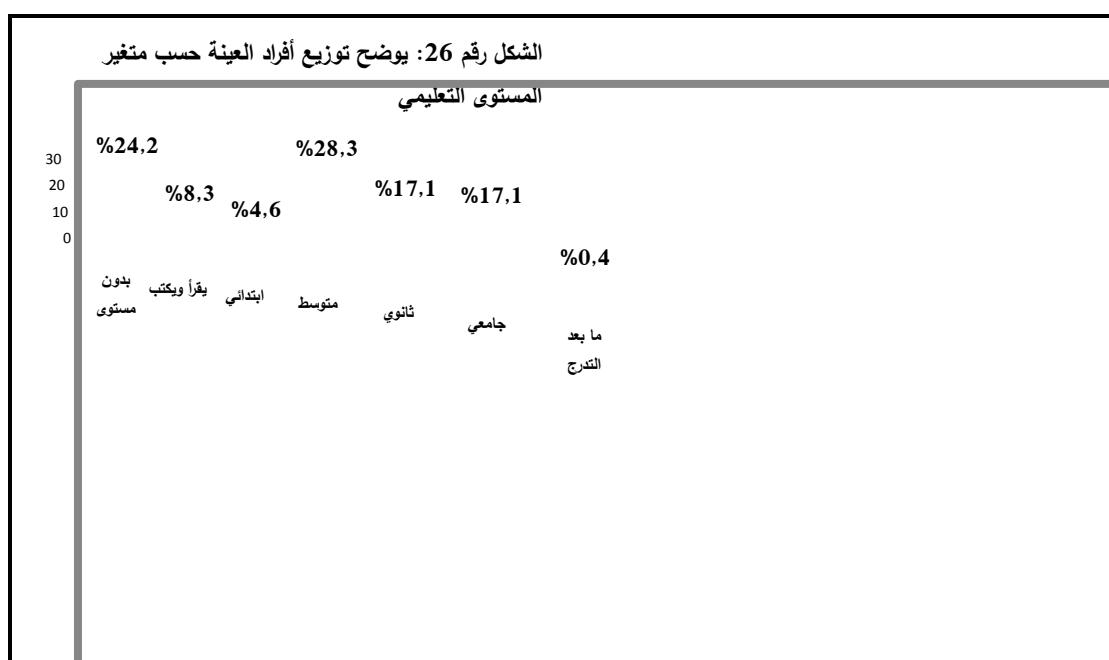
5. جدول رقم 19: يوضح تكرارات ونسب العينة المبحوثة حسب متغير المستوى التعليمي

النسبة %	التكرارات	المستوى التعليمي
24.2%	58	بدون مستوى
8.3%	20	يقرأ ويكتب
4.6%	11	ابتدائي
28.3%	68	متوسط
17.1%	41	ثانوي
17.1%	41	جامعي
0.4%	1	ما بعد التدرج
100%	240	المجموع

المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.4. التحليل الإحصائي للجدول :

نلاحظ من خلال المعطيات الإحصائية التي يوضحها الجدول المبين أعلاه المتعلق بمتغير المستوى التعليمي بأن أفراد المستوى التعليمي المتوسط والذي عددهم 68 تشكل أكبر نسبة في العينة المبحوثة والتي قدرت بـ 28.3% مقارنة بأقل نسبة سجلت لدى أفراد المستوى التعليمي ما بعد التدرج والذي عددهم 1 بنسبة 0.4%، في حين نجد المستويات الأخرى على التوالي فالمبحوثين بدون مستوى تعليمي والذي عددهم 58 بنسبة مقدرة بـ 24.2%، ثم نجد نسبتي متساويتين لدى كلا من ذوي المستوى الجامعي و الثانوي والذي عددهم 41 بنسبة قدرت بـ 17.1% مكررة، ثم نجد آخر نسبتيين لدى كلا من المستوى التعليمي يقرأ ويكتب و المستوى الابتدائي والذي بلغ عددهم على التوالي 20 و 11 بنسبة قدرت بـ 8.3% و 4.6% ، وعلى العموم فمجموع عينة الدراسة 240 مريض مزمن بنسبة 100% مصابين بالضغط الدموي وداء السكري مأخوذة من المؤسسة العمومية الاستشفائية بالأغواط .



المصدر : مخرجات برنامج Excel .

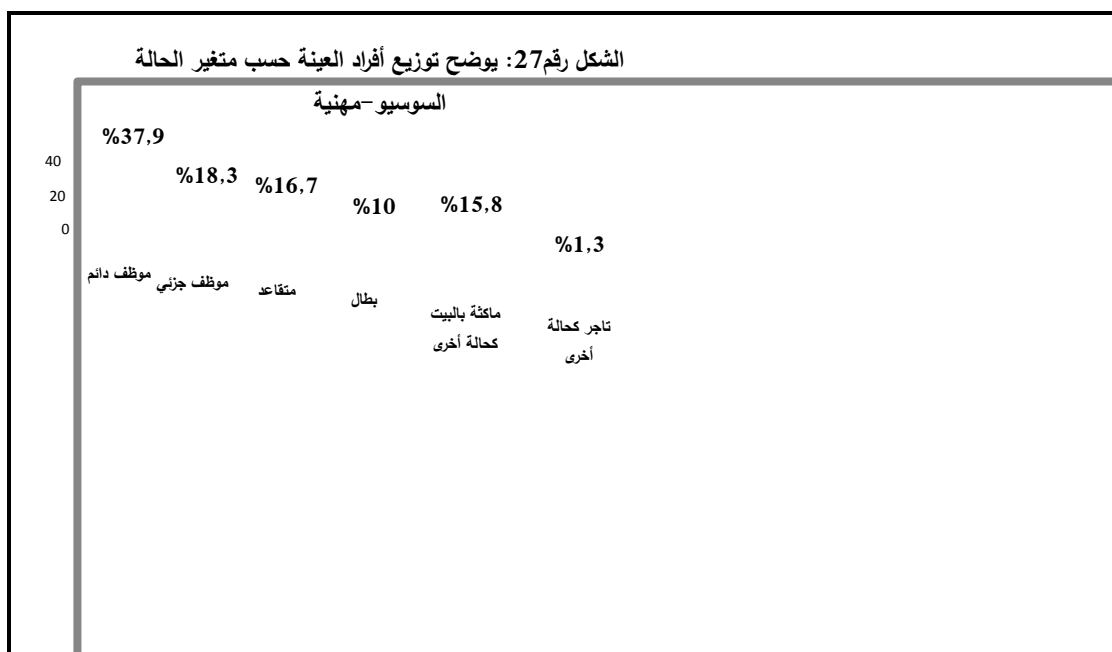
6. جدول رقم 20: يوضح تكرارات ونسب العينة المبحوثة حسب متغير الحالة السوسيو-مهنية

النسبة %	التكرارات	الحالة السوسيو-مهنية
37.9%	91	موظف دائم
18.3%	44	موظف جزئي
16.7%	40	متقاعد
10%	24	بطل
15.8%	38	ماكثة بالبيت كحالة أخرى
1.3%	3	تاجر كحالة أخرى
100%	240	المجموع

المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.5. التحليل الإحصائي للجدول :

نلاحظ من خلال المعطيات الإحصائية التي يوضحها الجدول المبين أعلاه المتعلق بمتغير الحالة السوسيو-مهنية بأن حالة الموظفين بصفة عامة هم أكثر عرضة للإصابة بمرض الضغط الدموي وداء السكري بحيث نجد الموظفين الدائمين والذي عددهم 91 بحيث شكلت أعلى نسبة في العينة المبحوثة والتي قدرت بـ 37.9% مقارنة بأقل نسبة سجلت لدى التجار والذي عددهم 3 بنسبة 1.3%، تليها فئة الموظفين الجزئيين والذي عددهم 44 بنسبة مقدرة بـ 18.3%، في حين نجد تقارب مع الحالات الأخرى فالمبحوثين المتقاعدين عددهم 40 بنسبة مقدرة بـ 16.7% تليها حالة النساء الماكثات بالبيت والذي عددهم 38 بنسبة قدرت بـ 15.8% ثم جاءت حالة البطالين والذي بلغ عددهم 24 بنسبة مقدرة بـ 10%، وعلى العموم فمجموع عينة الدراسة 240 مريض مزمن بنسبة 100% مصابين بالضغط الدموي وداء السكري مأخوذة من المؤسسة العمومية الاستشفائية بالأغواط .



المصدر : مخرجات برنامج Excel .

7. جدول رقم 21: يوضح تكرارات ونسب العينة المبحوثة حسب متغير الحالة المعيشية

الحالة المعيشية	التكرارات	النسبة %
جيدة	32	13.3%
متوسطة	177	73.8%
ضعيفة	31	12.9%
المجموع	240	100%

المصدر : مخرجات برنامج spss.

7.1. التحليل الإحصائي للجدول :

نلاحظ من خلال الشواهد الإحصائية المبينة في الجدول أعلاه والمتعلق بمتغير الحالة

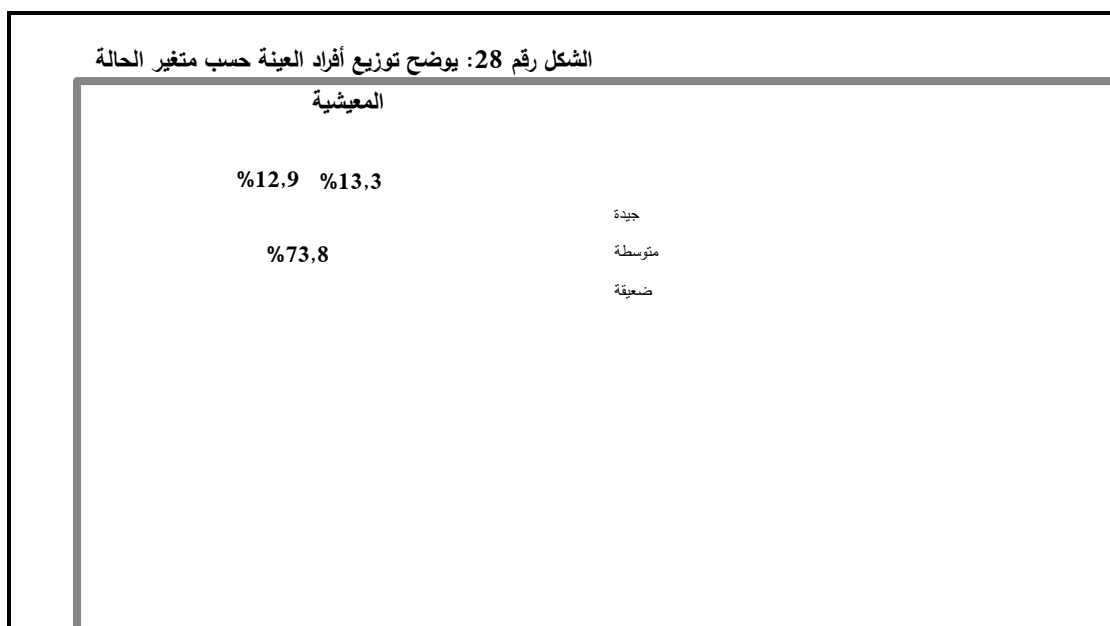
المعيشية بأن المبحوثين ذوي الحالة المعيشية المتوسطة هم أكثر عرضة للإصابة بمرض

الضغط الدموي وداء السكري والذي بلغ عددهم 177 بحيث شكلت أعلى نسبة في العينة المبحوثة والتي قدرت بـ 73.8% مقارنة بأقل نسبة سجلت لدى الحالة المعيشية الضعيفة والتي

عددها 31 بنسبة 12.9%، في حين توسطت الحالتين الحالة المعيشية الجيدة والتي بلغ عددها

32 بنسبة مقدرة بـ 13.3%، وعلى العموم فمجموع عينة الدراسة 240 مريض مزمن بنسبة

100% مصابين بالضغط الدموي وداء السكري مأخوذة من المؤسسة العمومية الاستشفائية بالأغواط .



المصدر : مخرجات برنامج spss.

8. جدول رقم 22: يوضح تكرارات ونسب العينة المبحوثة حسب متغير الوسط المعيشي

الوسط المعيشي	التكرارات	النسبة %
حضري	164	68.3%
شبه حضري	72	30%
ريفي	4	1.7%
المجموع	240	100%

المصدر : مخرجات برنامج Excel .

8.1. التحليل الإحصائي للجدول :

نلاحظ من خلال الشواهد الإحصائية المبينة في الجدول أعلاه والمتعلق بمتغير الوسط

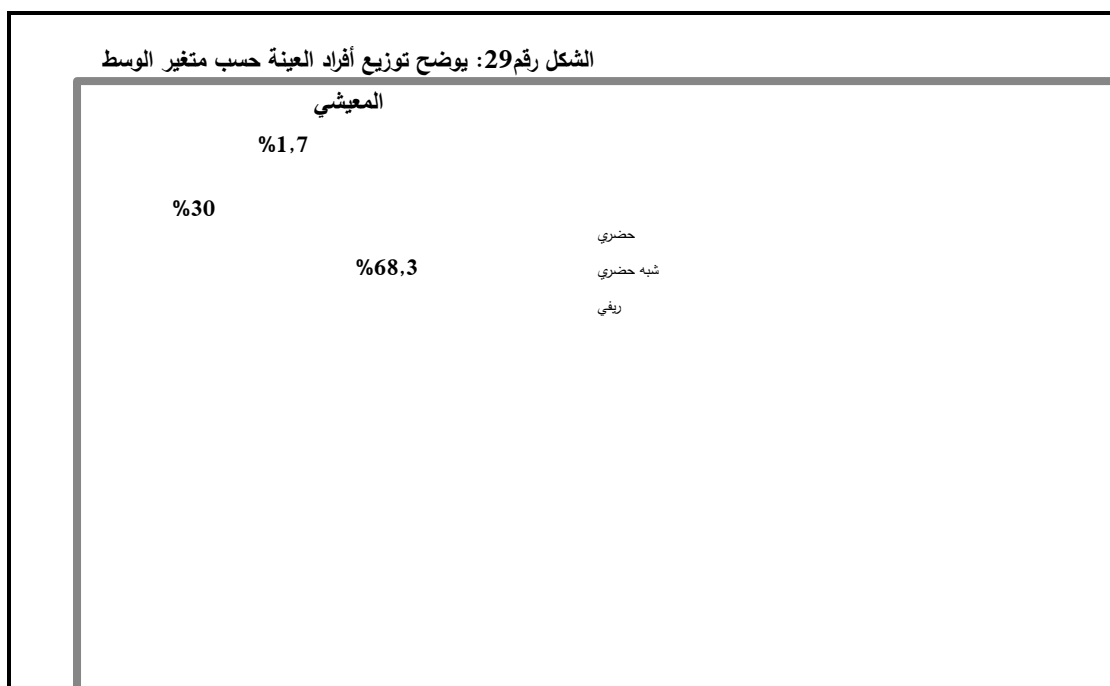
المعيشي بأن أكثر من نصف المبحوثين ذوي الأمراض المزمنة يسكنون المناطق الحضرية

والذي بلغ عددهم 164 بحيث شكلت أعلى نسبة في العينة المبحوثة والتي قدرت بـ 68.3%

مقارنة بأقل نسبة سجلت لدى المناطق الريفية والتي عددها 4 بنسبة 1.7%، في حين توسطت

المنطقتين المنطقة شبه حضرية والتي بلغ عددها 72 بنسبة مقدرة بـ 30%، وعلى العموم

فمجموع عينة الدراسة 240 مريض مزمن بنسبة 100% مصابين بالضغط الدموي وداء السكري مأخوذة من المؤسسة العمومية الاستشفائية بالأغواط .



المصدر : مخرجات برنامج Excel .

خلاصة:

على ضوء ما تم عرضه سابقا لكل الخطوات والإجراءات المنهجية وصولا لجمعنا للمعلومات والبيانات المتعلقة بخصائص أفراد عينة الدراسة المتمثلة في المرضى المزمنين المصابين بالضغط الدموي وداء السكري وذلك على مستوى المؤسسة العمومية الاستشفائية بالأغواط، والتي تبين لنا من خلالها الانتشار الواسع لهذه النوعية من الأمراض بين جنس الإناث أكثر من الذكور، وتصيب الفئات العمرية الوسطى وما فوقها بشكل كبير جدا وملفت للانتباه، وبرز معاناة شريحة المتزوجين بشكل كبير مقارنة بالشرائح الاجتماعية الأخرى كونها أكثر الفئات تعاني ضغوطا بسبب المسؤولية التي يفرضها عليها نسقها الأسري، وأن للمستويات التعليمية المتوسطة وبدون مستوى نصيب واسع في المساهمة في انتشار هذه الأمراض كون المستوى التعليمي يحدد مكانته الاجتماعية وثقافته الصحية، وترتفع لدى الموظفين الدائمين مقارنة بالفئات السوسيو-مهنية الأخرى ما يعكس تأثير الضغوط المهنية على صحة وكيان الفرد، وترجع خطورة هذه الأمراض كونها ترتبط بالحالة المعيشية المتوسطة للأفراد ما يعكس دور الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية في التأثير على صحة الأفراد والأسر، خاصة وأن غالبية الأفراد من الوسط الحضري الذي تعج به المشاكل والضغوطات الاجتماعية والتي تضفي مشاقا كبيرة على حياة الفرد مقارنة بالشبه حضري والريف.

الفصل السابع

تحليل البيانات المتعلقة بالفرضية الأولى

تمهيد

أولاً : التحليل الإحصائي والسوسيولوجي لجداول الفرضية الأولى

ثانياً: التحقق من صحة أو خطأ الفرضية الأولى

ثالثاً: مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى

خلاصة الفصل

تمهيد:

سوف نتطرق في هذا الفصل من الدراسة الميدانية إلى بعد اجتماعي مهم له تأثير على الحالة الصحية للأفراد وهو الضغط المهني الذي يتعرض له الفرد داخل الإطار المهني، خاصة وأنه يقضي الثلث من حياته وهو يزاول عملاً كوسيلة لإشباع حاجاته وحاجات أسرته الأساسية، لذا فظروف العمل التي تحيط بالفرد سيكون لها تأثير إيجابي أو سلبي على صحته، لأن الفرد يؤدي عمله ضمن شبكة من المسؤوليات والعلاقات الاجتماعية والتي ربما تتحول إلى مصادر للضغط بالنسبة له.

لذا سنركز على العلاقة بين الضغوط المهنية والمرض المزمن من حيث البحث في بعض المؤشرات الهامة باعتبارها من المسببات الرئيسية للضغوط وذلك من خلال عبء العمل الذي تحدده الأعمال الكثيرة والمجهدّة وساعات العمل وتعدد المسؤوليات، بالإضافة لطبيعة العلاقات داخل بيئة العمل الداخلية والتي تحددها الصراعات التي يتعرض لها الأفراد مع رئيسهم وزملائهم، لأن أداء العمل يتطلب ضرورة إقامة علاقات مع الرئيس والزملاء إلا أن سوء استغلال هذه العلاقة من طرف أعضائها يؤدي إلى ظهور الصراعات والنزاعات مما يشعر الفرد بالتوتر والضغط النفسي الذي ينهك البنية النفسية والجسدية للفرد وتكون نتيجة مخرجات فسيولوجية كالإصابة بالمرض المزمن كالسكري والضغط الدموي.

أولاً : التحليل الإحصائي والسوسيولوجي لجداول الفرضية الأولى :

1. جدول رقم 23: يوضح درجة إحساس عينة البحث بعبء المسؤولية الملقاة على عاتقهم في العمل قبل الإصابة بالمرض حسب الجنس*

المجموع	هل كنت تحس بعبء المسؤولية الملقاة على عاتقك في العمل قبل الإصابة بالمرض المزمن؟			التكرارات	ذكور	الجنس
	أحيانا	لا	نعم			
85	20	7	58	التكرارات		
%100	% 23.6	8.2 %	68.2 %	النسبة %		
93	12	38	43	التكرارات	إناث	
%100	%13	%40.8	46.2 %	النسبة %		
178	32	45	101	التكرارات	المجموع	
%100	%18	%25.2	56.8 %	النسبة %		

المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.1. التحليل الإحصائي للجدول :

من خلال الشواهد الإحصائية المبينة في الجدول أعلاه، نلاحظ أن نسبة 68.2% من الذكور يؤكدون أنهم يحسون بعبء المسؤولية الملقاة على عاتقهم في العمل قبل إصابهم بالمرض المزمن مقارنة بنسبة 8.2% من نفس الجنس يؤكدون أنهم لا يحسون بعبء المسؤولية الملقاة على عاتقهم في العمل قبل إصابهم بالمرض المزمن ، في حين نجد نسبة 46.2% من الإناث يؤكدون كذلك أنهم يحسون بعبء المسؤولية الملقاة على عاتقهم في العمل قبل إصابهم بالمرض المزمن مقارنة بنسبة 13% من نفس جنس الإناث يرون أنهم أحيانا يحسون بعبء المسؤولية الملقاة على عاتقهم في العمل قبل إصابهم بالمرض المزمن . وعلى العموم فإن نسبة 56.8% من المجموع العام للمبحوثين من كلا الجنسين يؤكدون على أنهم

* ملاحظة: نشير أن عينة الدراسة مكونة من فئات الموظفين والغير موظفين لذا فان انخفاض عدد المبحوثين في هذا الجدول والجدول التي تليه يعبر عن إجابات المبحوثين الموظفين والمتقاعدين والتجار وغياب إجابات الماكثات في البيت والبطالين لأن هذا المحور مخصص لإطار الضغوط المهنية، كما سنلاحظ في بعض الجداول الأخرى انعدام بعض الإجابات للتجار وهذا ما يسبب تغير في عدد إجابات المبحوثين.

يحسون بعبء المسؤولية الملقاة على عاتقهم في العمل قبل إصابتهم بالمرض المزمن مقارنة بنسبة 18% من مجموع المبحوثين من كلا الجنسين يؤكدون بأنه أحيانا فقط يحسون بعبء المسؤولية الملقاة على عاتقهم في العمل قبل إصابتهم بالمرض المزمن

2.1. التحليل السوسيولوجي للجدول :

نستخلص من خلال نتائج التحليل الإحصائي الموضحة في الجدول السابق الذكر والمتضمن العلاقة بين الجنس والإحساس بعبء المسؤولية الملقاة على عاتق أفراد العينة في العمل قبل إصابتهم بالضغط الدموي وداء السكري اتضح بأن فئة الذكور هم أكثر تأثرا وإحساسا بعبء المسؤولية الملقاة على عاتقهم مقارنة بالإناث، لأنه حسب تصريحاتهم هناك العديد من المسؤوليات التي يكلفهم بها رئيسهم في وقت واحد والتي تفوق طاقتهم في الكثير من الأحيان، كما أنهم يرون بأن المهام الصعبة والمعقدة دائما يكلف بها الذكور أكثر من الإناث، وهذا ليس استصغارا لحجم مسؤولية المرأة حسب رأيهم لكن لازال يراعى ذلك الاختلاف بين الجنسين من الجانب البيولوجي و الاجتماعي وبالأكثر الديني الذي يوصي بالاهتمام بالمرأة مصداقا لقول رسول الله صلى الله عليه وسلم « استوصوا بالنساء خيرا فإنهن خلقن من ضلع أعوج... »، إلا أنه لا يمكن اعتبار هذا التفسير كحجة وافية أو كاملة للفروقات بين الجنسين لأن طبيعة العمل والأقدمية في العمل والحالة الاجتماعية للفرد بالإضافة للخصائص الشخصية لكل واحد منهم لها دور في تحديد مستوى معاناته من الضغوط فهناك من يتحملون درجة عالية من الضغوط وآخرون ينهارون عند أقل درجة من الضغوط، ولأن هناك حقيقة مسلم بها من قبل علماء السلوك التنظيمي خلاصتها وجود ارتباط بين حياة الفرد داخل المنظمة وخارجها. لذا نستطيع القول بأن شعور أفراد عينة البحث بعبء المسؤولية الملقاة على عاتقهم راجع للعوامل السالفة الذكر وخاصة الخصائص الشخصية التي تعكس درجة تأثير هذه الضغوط، لكن لا يمكن أن نغفل بطبيعة الحال ما أشارت له العديد من الدراسات حول التأثير القوي لعبء المسؤوليات المهنية على الفرد ودورها في إصابته بالمرض وهذا ما أظهرته نتائج دراستنا الحالية والتي بلغ تأثيرها على الذكور أكثر من الإناث، لكن هذا لم يمنع من تأثر نسبة معتبرة من الإناث بهذه الضغوط التي يسببها عبء المسؤولية الملقاة

على عاتقهم في إطار العمل خاصة وأن المرأة أصبحت تتقصد جميع المناصب مثلها مثل أخيها الرجل وتحمل نفس المسؤوليات، بالإضافة للمسؤولية الأسرية الملقاة على عاتقها فيما يخص القيام بكل الوظائف المنزلية وتربية الأولاد، لكن تبقى مراعاة الفروقات كما ذكرنا سابقا والتي صرح بها المبحوثين لها ايجابياتها كونها تخفف من حدة الضغوط على المرأة في إطار العمل.

ومن هنا نستخلص بأن كلا الجنسين يعانون من الضغوط المهنية بسبب إحساسهم بعبء المسؤولية الملقاة على عاتقهم في العمل قبل إصابتهم بالمرض، والتي كانت من بين أهم العوامل المساهمة في إصابتهم بالمرض المزمن كالضغط الدموي وداء السكري لكن يبقى الذكور هم أكثر عرضة لهذه الضغوط مقارنة بالإناث.

2. جدول رقم 24: يوضح درجة شعور أفراد العينة بأن المهام المطلوبة منهم تفوق طاقتهم الجسمية حسب السن.

المجموع	هل كنت تشعر بأن المهام المطلوبة منك تفوق طاقتك الجسمية؟					
	أحيانا	لا	نعم			
15	–	15	–	التكرارات	]34–25]	السن
%100	–	%100	–	النسبة %		
51	5	28	18	التكرارات	44–35	
%100	%9.8	%55	%35.2	النسبة %		
53	13	16	24	التكرارات	54–45	
%100	%25	%30	%45	النسبة %		
54	16	16	22	التكرارات	64–55	
%100	%29.6	%29.6	40.8	النسبة %		
5	–	1	4	التكرارات	65 فأكثر	
%100	–	%20	%80	النسبة %		
178	34	76	68	التكرارات	المجموع	
%100	%19.1	%42.7	%38.2	النسبة %		

المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.2. التحليل الإحصائي للجدول :

نلاحظ من خلال المعطيات الإحصائية التي يوضحها الجدول المبين أعلاه المتعلق بتوضيح العلاقة بين درجة شعور أفراد العينة بأن المهام المطلوبة منهم تفوق طاقتهم الجسمية والسن، أن عدد قليل من المبحوثين يقدر بـ 15 فرد لفئة السن 25-34 سنة مقدرة بنسبة 100% لا يشعرون بأن المهام المطلوبة منهم تفوق طاقتهم الجسمية، في حين نجد فئة دنيا من المبحوثين مقدرة بـ 5 أفراد لفئة السن 65 سنة فأكثر مقدرة بنسبة 80% كانوا يشعرون بأن المهام المطلوبة منهم تفوق طاقتهم الجسمية تقابلها 20% من نفس الفئة لا يشعرون بذلك، في حين نجد نسبة 55% لفئة السن 35-44 سنة لا يشعرون كذلك بأن المهام المطلوبة منهم تفوق طاقتهم الجسمية مقارنة بنسبة 9.8% من نفس الفئة الذين يشعرون أحيانا بأن المهام المطلوبة منهم تفوق طاقتهم الجسمية، في حين نجد نسبة 45% للفئة العمرية 45-54 سنة يشعرون بأن المهام المطلوبة منهم تفوق طاقتهم الجسمية مقارنة بنسبة 25% من نفس الفئة يشعرون أحيانا بأن المهام المطلوبة منهم تفوق طاقتهم الجسمية، وآخر نسبة سجلت بالفئة العمرية 55-64 سنة مقدرة بـ 40.8% يشعرون بأن المهام المطلوبة منهم تفوق طاقتهم الجسمية تقابلها نسبة 29.6% مكررة في نفس الفئة يشعرون أحيانا ولا يشعرون في نفس الوقت بأن المهام المطلوبة منهم تفوق طاقتهم الجسمية، وعلى العموم فإن نسبة 42.7% من مجموع المبحوثين بمختلف فئاتهم العمرية كانوا لا يشعرون بأن المهام المطلوبة منهم تفوق طاقتهم الجسمية مقارنة بنسبة 19.1% من المبحوثين من كانوا أحيانا فقط يشعرون بأن المهام المطلوبة منهم تفوق طاقتهم الجسمية.

2.2. التحليل السوسولوجي للجدول:

أوضحت نتائج التحليل الإحصائي في الجدول أعلاه والمتضمن العلاقة بين السن والشعور بأن المهام المطلوبة من الأفراد تفوق طاقتهم الجسمية بإجماع المبحوثين بمختلف فئاتهم العمرية بأن المهام المطلوبة منهم لا تفوق طاقتهم الجسمية، وهذا ظهر بنسبة كبيرة لدى الفئات العمرية الأقل من 44 سنة مقارنة بالفئات الأخرى الأكثر من 45 سنة والتي أكدت بأن المهام المطلوبة منها تفوق طاقتها الجسمية، فهذه الفروقات توضح لنا تأثير التقدم في العمر على كمية الجهد

والطاقة الجسمية لدى الأفراد خاصة عندما توكل لهم مهام ومسؤوليات تفوق هذه الطاقة التي يمتلكونها، لأنه حسب التفسير البيولوجي فإن تقدم العمر ينقص من فاعلية الجسم وتتأثر بذلك وظائف الجسم التي تفقد مرونتها وقدرتها تدريجياً، كما أن خطورة التقدم في السن تؤهل تدريجياً الفرد للإصابة بالمرض المزمن لأنه يكون أكثر عرضة لها مقارنة بالأمراض المعدية التي ينخفض معدل إصابته بها لاكتسابه مناعة ومقاومة ضدها وهذا ما أثبتته الدراسات العلمية، إلا أن الأمراض المزمنة لا تتحدد بعامل السن فقط بل كذلك بالظروف الاجتماعية والثقافية والنمط المعيشي للفرد، فالذي يعيش في محيط يعج بالضغوط الاجتماعية باختلاف أنواعها ويمارس عادات وسلوكات صحية غير مناسبة يكون مؤهلاً حتماً للإصابة بهذه النوعية من الأمراض والعكس صحيح، كما لا يمكن إغفال العامل البيولوجي فالجينات الوراثية الحاملة للمرض لها دور كبير في انتشار هذه الأمراض وهذا ما أثبتته الدراسات الطبية والواقع الاجتماعي لهذه الفئة من المرضى.

ووفقاً لهذه النتائج فإن متغير السن يعتبر كعامل ضغط يؤثر على الطاقة الجسمية للفرد مما يعيق انجازه لمهامه، بحيث نجد هذه الفئة من الأفراد والتي تفوق 45 سنة أكثر شعوراً بضغوط العمل، فهذه العلاقة التأثيرية بين العوامل الديمغرافية والسوسولوجية تفرز مخرجاتها على الفرد نفسه وتساهم في إصابته بالمرض المزمن وهذا ما يثبت بأن الفرد قد يتأثر بعاملين أو أكثر في نفس الوقت مما يساهم في تصعيد مخاطر هذه الضغوط، وأن هذه الأخيرة ليست مرتبطة بالجانب الاجتماعي فقط والذي يعرف تغيراً واختلافاً وتنوعاً لكن هناك عوامل أخرى غير متغيرة وثابتة ولصيقة بالفرد نفسه كعامل السن، لكن هذا المتغير لم يثبت تأثيره على الجانب الفكري للفرد¹ والذي اتضح من خلاله تأكيد أكثر من نصف المبحوثين بأن العمل المطلوب انجازه كان مناسب لطاقتهم الفكرية ولدى كل الفئات العمرية وبنسبة مرتفعة وهذا ما يؤكد بأن متطلبات العمل متناسبة مع الطاقة الفكرية لهذه الفئات وأن العمر لا يؤثر على الجانب الفكري للفرد لكن على الجسد يمكنه ذلك خاصة مع تقدم العمر وعند قيام الفرد بمجهود مضاعف لا يتوافق مع طاقته الجسدية.

¹ أنظر ملحق رقم 3: جدول رقم 1 .

وبهذا نستخلص بأن متغير السن يعتبر من العوامل المساهمة في رفع حجم الضغوط المهنية لدى الفئات العمرية المتوسطة المرتفعة والمسننة مع انعدامه في الفئات المتوسطة المنخفضة وفئة الشباب، لكن على العموم نجد بان غالبية المبحوثين يؤكدون بأنهم لا يشعرون بأن المهام تفوق طاقتهم الجسدية ولا الفكرية.

3. جدول رقم 25: يوضح العلاقة بين تكليف الرئيس لأفراد العينة بمهام ومسؤوليات في وقت واحد والحالة السوسيو-مهنية.

المجموع	هل كان يكلفك رئيسك بمهام ومسؤوليات متعددة في وقت واحد؟						
	أحيانا	لا	نعم				
91	60	16	15	التكرارات	دائم	موظف	الحالة السوسيو- مهنية
%100	%65.9	%17.6	%16.5	النسبة %			
44	11	30	3	التكرارات	جزئي		
%100	%25	%68.2	%6.8	النسبة %			
40	23	16	1	التكرارات	متقاعد		
%100	%57.5	%40	%2.5	النسبة %			
175	93	63	19	التكرارات	المجموع		
%100	%53.1	%36	%10.9	النسبة %			

المصدر : مخرجات برنامج spss.

2.3. التحليل الإحصائي للجدول :

توضح الشواهد الإحصائية المبينة في الجدول أعلاه بأن نسبة 68.2% من حالة الموظف الجزئي يشيرون أنه لم يكن يكلفهم رئيسهم بمهام ومسؤوليات متعددة في وقت واحد تقابلها نسبة 6.8% من نفس الفئة يشيرون أنه كان يكلفهم رئيسهم بمهام ومسؤوليات متعددة في وقت واحد، كما نلاحظ أنه غالبية المبحوثين والذين عددهم 91 مقدرة بنسبة 65.9% من حالة الموظفين الدائمين أشاروا أنه أحيانا فقط كان يكلفهم رئيسهم بمهام ومسؤوليات متعددة في وقت واحد تقابلها نسبة 16.5% من نفس الفئة كان يكلفهم رئيسهم بمهام ومسؤوليات متعددة في وقت واحد، وأن نسبة 57.5% من أفراد العينة المتقاعدين يشيرون أنه أحيانا كان يكلفهم رئيسهم بمهام ومسؤوليات

متعددة في وقت واحد تقابلها نسبة 2.5% من نفس الفئة يشيرون أنه كان يكلفهم رئيسهم بمهام ومسؤوليات متعددة في وقت واحد، وعلى العموم فإن نسبة 53.1% من المجموع العام المبحوثين حسب الحالة السوسيو-مهنية يشيرون أنه أحيانا كان يكلفهم رئيسهم بمهام ومسؤوليات متعددة في وقت واحد مقارنة بنسبة 10.9% من المبحوثين يؤكدون بأنه كان يكلفهم رئيسهم بمهام ومسؤوليات متعددة في وقت واحد.

2.3. التحليل السوسولوجي للجدول:

نلاحظ من خلال نتائج التحليل الإحصائي في الجدول السابق الذكر والمتضمن علاقة متغير الحالة السوسيو-مهنية بتكليف الرئيس للأفراد بمهام ومسؤوليات في وقت واحد، اتضح لنا بأن كل الأفراد بمختلف حالاتهم السوسيو-مهنية كانوا يكلفون أحيانا بمهام ومسؤوليات متعددة في وقت واحد خاصة لدى الموظف الدائم مقارنة بالموظف الجزئي الذي كان يعفى من هذه المسؤوليات، ما يوضح بأن طبيعة العمل ومسؤوليته تختلف باختلاف الأدوار الوظيفية التي يقوم بها الأفراد وحجم ساعات العمل التي يقضيها الفرد في إطار العمل، فالموظف الجزئي (المؤقت) يكون له حجم ساعي ومسؤوليات وظيفية أقل مقارنة بالموظف الدائم الذي يفرض عليه القانون المهني الالتزام بحجم ساعي ومسؤوليات أكبر وهذا ما لوحظ من خلال هذا الجدول، نشير أنه بالرغم من تكليف الموظفين بهذه المسؤوليات المتعددة في وقت واحد من حين لآخر فقط لكن هذا لم يمنع من تأثيرها على جوانبهم الصحية النفسية والجسدية، لأن تعدد المسؤوليات والواجبات كان يضاعف من كمية عبء العمل عليهم ويفرض عليهم بذل أكبر حجم من قدراتهم، كما أنهم كانوا يشعرون بالعجز أحيانا عند قيامهم بهذه المهام دفعة واحدة، أي أن العبء الكمي قد يحدث للفرد صعوبة و يعيق انجازه لعمله بطريقة صحيحة مما يشعره بعدم الرضا الوظيفي الذي ينشأ له حالة من التوتر والانفعال المستمر، و قد يحدث له صراعا وظيفي بسبب تعدد الأدوار التي يقوم بها والتي قد تتعارض مع بعضها البعض، كما أنه يجب أن نأخذ في الحسبان الاعتبارات الشخصية للأفراد، لذا نستطيع القول بأن هذا التعدد في المسؤوليات في وقت واحد قد يكون من بين المؤشرات الدالة والمساهمة في الإصابة بالضغط الدموي وداء السكري وهذا ما أشارت له العديد

من الدراسات العلمية، كون المشكلات الصحية أو الاضطرابات الفسيولوجية التي تصيب الفرد ترتبط بشكل كبير بصراع الدور وعبء الدور خاصة وأن الفرد يجمع بين أدوار وظيفية داخل البيئة التنظيمية وخارجها والمتعلقة بالأدوار الأسرية مما تكون نتائجها سلبية على الكيان الصحي للإنسان، ونستطيع القول بأن الظروف المهنية الغير مناسبة تسهم بدرجة كبيرة في اختلال التوازن لدى الفرد ويحد من تكيفه داخل بيئة العمل والتي يكون منشؤها قوة الضغط المصاحب للتعدد في المهام والمسؤوليات في وقت واحد وما يكونه من صراع في الأدوار يمتد ليطول صحة الفرد الجسدية والنفسية معا.

4. جدول رقم 26: يوضح العلاقة بين الأعمال الكثيرة التي لا يتمكن أفراد العينة من انجازها خلال ساعات الدوام الرسمي واضطرابهم للعودة لإنهاء العمل بعد انتهاء الدوام الرسمي.

المجموع	هل كنت تضطر للعودة بعد انتهاء الدوام الرسمي لإنهاء عملك المتبقي؟					
	أحيانا	لا	نعم			
50	3	9	38	التكرارات	نعم	هل كان لديك أعمال كثيرة لا تتمكن من انجازها خلال ساعات الدوام الرسمي؟
100%	6%	18%	76%	النسبة %		
93	24	52	17	التكرارات	لا	المجموع
100%	25.8%	56%	18.2%	النسبة %		
32	—	11	21	التكرارات	أحيانا	
100%	—	34.3%	65.7%	النسبة %		
175	27	72	76	التكرارات		
100%	15.4%	41.1%	43.5%	النسبة %		

المصدر : مخرجات برنامج spss

2.4. التحليل الإحصائي للجدول :

تشير المعطيات الإحصائية في الجدول التالي بإجابة نسبة من المبحوثين من عينة الدراسة مقدرة بـ 76% بأنهم كان لديهم أعمال كثيرة لا يتمكنون من انجازها خلال ساعات الدوام الرسمي وهذا ما كان يضطرهم للعودة بعد انتهاء الدوام الرسمي لإنهاء عملهم المتبقي تقابلها نسبة ضعيفة جدا من نفس الفئة مقدرة بـ 6% يشيرون أنه بالرغم من أنه كان لديهم أعمال كثيرة لا يتمكنون من انجازها خلال ساعات الدوام الرسمي إلا أنهم أحيانا فقط كانوا يضطرون للعودة بعد انتهاء الدوام

الرسمي لإنهاء عملهم المتبقي، في حين نجد نسبة 65.7% من المبحوثين ممن أشاروا أنه أحيانا فقط كان لديهم أعمال كثيرة لا يتمكنون من انجازها خلال ساعات الدوام الرسمي وهذا ما كان يضطرهم للعودة بعد انتهاء الدوام الرسمي لإنهاء عملهم المتبقي تقابلها نسبة 34.3% من نفس الفئة أنه بالرغم من أنه أحيانا كان لديهم أعمال كثيرة لا يتمكنون من انجازها خلال ساعات الدوام الرسمي إلا أنهم كانوا لا يضطرون للعودة بعد انتهاء الدوام الرسمي لإنهاء عملهم المتبقي، في حين نجد عدد كبير من المبحوثين والذي يقدر بنسبة 56% يؤكدون أنه لم يكن لديهم أعمال كثيرة لا يتمكنون من انجازها خلال ساعات الدوام الرسمي ولهذا لم يكونوا مضطرين للعودة بعد انتهاء الدوام الرسمي تقابلها نسبة 18.2% من نفس الفئة يشيرون أنه ليس لديهم أعمال كثيرة لا يتمكنون من انجازها خلال ساعات الدوام الرسمي إلا أنهم يضطرون للعودة بعد انتهاء الدوام الرسمي لإنهاء عملهم المتبقي، وعلى العموم فإن نسبة 43.5% من المجموع العام المبحوثين من كان لديهم أعمال كثيرة لا يتمكنون من انجازها خلال ساعات الدوام الرسمي بمختلف إجاباتهم يؤكدون بأنهم كانوا يضطرون للعودة بعد انتهاء الدوام الرسمي لإنهاء عملهم المتبقي مقارنة بنسبة 15.4% من المبحوثين كانوا أحيانا فقط يضطرون للعودة بعد انتهاء الدوام الرسمي لإنهاء عملهم المتبقي.

2.4. التحليل السوسيولوجي للجدول:

أوضحت نتائج التحليل الإحصائي للجدول السالف الذكر والمتضمن العلاقة بين الأعمال الكثيرة التي لا يتمكن أفراد العينة من انجازها خلال ساعات الدوام الرسمي واضطرابهم للعودة لإنهاء العمل بعد انتهاء الدوام الرسمي، بأن عدد معتبر من المبحوثين كانت لديهم أعمال كثيرة لا يتمكنون من انجازها خلال ساعات الدوام الرسمي وهذا ما كان يضطرهم للعودة بعد انتهاء الدوام لإنهاء عملهم المتبقي، فحسب تصريحاتهم أنه في الكثير من الأحيان تكون هناك أعمال كثيرة يفرضها عليهم الرئيس قبل انتهاء الدوام بمدة قصيرة فيصعب عليهم انجازها وبذلك يكونون مضطرين لإنهاءها بعد انتهاء الدوام الرسمي، ناهيك أن ظروف العمل تتغير من وقت لآخر ففي بعض الحالات يكون هناك هدوء وتوازن لكن في غالب الوقت متطلبات العمل تكون أكثر قوة

وشدة وأكثر مما يسمح به الوقت وطاقة الفرد بحد ذاته، فعدم الاستقرار داخل إطار العمل بسبب الأعمال الكثيرة قد كان يشعرهم بالتوتر والانفعال وحتى يفقدهم السيطرة على عملهم ويشل قدراتهم وعلى حد قولهم هذا ما أثر على صحتهم، وبما أن غالبية أفراد العينة هم متزوجون لذا فإن حجم الضغوط سيتضاعف لديهم لأنهم مكلفون بمهام ومسؤوليات أخرى خارج عملهم متعلقة ببيئتهم الأسرية قد تكون مساهمة كذلك في مضاعفة الضغوط عليهم. لكن هناك فئة معتبرة من المبحوثين يؤكدون بأنه ليست لديهم أعمال كثيرة لا يتمكنون من انجازها خلال ساعات الدوام الرسمي لذا فإنهم لا يضطرون للعودة بعد انتهاء الدوام الرسمي ، فهذا الاختلاف بين المبحوثين نستطيع تفسيره بأن هذه الأعمال الكثيرة والمسؤوليات لديها عدة مسببات أو عوامل أولها أنها خارجة عن نطاق الفرد لأنها من مسؤولية الرئيس الذي يصدر الأوامر ويحدد المهام الواجب انجازها بالإضافة لطبيعة الدور الوظيفي الذي يشغله الفرد، كذلك الأمر متعلق بالمنظمة بحد ذاتها وبطبيعة نشاطها...إلى غير ذلك، بالإضافة لما تطرقنا له في تحديدنا للفروقات بين الموظفين فيما يخص التكليف بالمسؤولية في (الجدول رقم 25) فهذا كله نستطيع القول بأنه يعكس التناقض في إجابات المبحوثين وسببا في تحمل فئة للمسؤوليات عن فئة أخرى، لكن الحقيقة الواضحة والتي ندركها هو أن أي شخص يتعرض لأنواع كثيرة من الضغوط وبدرجات متفاوتة لكن آثارها تتوقف على الشخص بحد ذاته فهناك من يستطيع التغلب على هذه الضغوط ويتمكن من مواجهتها فتكون نتائجها غير سلبية عليه وهناك من لا يستطيع التوافق والتكيف معها فتكون نتائجها سلبية والتي قد تصل به إلى حد التدمير العضوي.

ومن هنا نستخلص بأن الضغوط المهنية لها تأثير كبير على صحة الأفراد والتي يسببها تضاعف المهام والمسؤوليات التي تفوق ساعات الدوام الرسمي ليضطر العامل إلى إجبارية انجازها في وقت إضافي والتي قد تتعارض مع رغبته وقدرته وظروفه فهذه التراكمات الوظيفية مع ما تسببه من انعكاسات سلبية على الجانب النفسي تكون نتيجتها مخرجات فسيولوجية تترجم إلى أمراض متعددة من أهمها أمراض الحضارة أي الأمراض المزمنة كالضغط الدموي والسكري.

5. جدول رقم 27: يوضح المواقف الصراعية التي كان يتعرض لها أفراد العينة داخل إطار العمل قبل الإصابة بالمرض ومع من كانت تحدث.

المجموع	مع من كانت تحدث هذه الصراعات؟						
	العملاء	زملاء العمل	رئيس العمل				
97	10	30	57	التكرارات	نعم	هل كنت تتعرض إلى مواقف صراعية(نزاعات) داخل إطار العمل قبل الإصابة بالمرض؟	
%100	%10.3	%31	%58.7	النسبة %			
54	12	34	8	التكرارات	أحياناً		
%100	%22.2	%63	%14.8	النسبة %			
151	22	64	65	التكرارات	المجموع		
%100	%14.6	%42.3	%43.1	النسبة %			

المصدر : مخرجات برنامج spss.

2.5. التحليل الإحصائي للجدول :

نلاحظ من خلال الشواهد الإحصائية المبينة في الجدول أعلاه أنه نسبة 63% من المبحوثين يشيرون أنه أحياناً كانوا يتعرضون إلى مواقف صراعية (نزاعات) داخل إطار العمل قبل إصابتهم بالمرض وكانت تحدث غالبية هذه الصراعات مع زملاء العمل تقابلها نسبة 14.8% من نفس الفئة الذين كانوا أحياناً يتعرضون لمواقف صراعية داخل إطار العمل وذلك مع رئيس العمل، في حين نجد غالبية المبحوثين والذين تقدر نسبتهم بـ 58.7% ممن أكدوا أنهم كانوا يتعرضون إلى مواقف صراعية داخل إطار العمل قبل إصابتهم بالمرض وأن هذه الصراعات كانت تحدث مع رئيس العمل تقابلها نسبة 10.3% من نفس الفئة وممن كانوا يتعرضون إلى مواقف صراعية داخل إطار العمل وذلك مع العملاء، وعلى العموم فإن نسبة 43.1% من مجموع المبحوثين الذين كانوا يتعرضون إلى مواقف صراعية (نزاعات) داخل إطار العمل قبل إصابهم بالمرض بمختلف إجاباتهم بأنه كانت تحدث غالبية هذه الصراعات مع رئيس العمل مقارنة بنسبة 14.6% من المبحوثين كانوا يتعرضون إلى مواقف صراعية داخل إطار العمل وذلك مع العملاء.

2.5. التحليل السوسيولوجي للجدول:

نلاحظ من خلال نتائج التحليل الإحصائي للجدول السابق الذكر والمتضمن العلاقة بين المواقف الصراعية التي كان يتعرض لها أفراد العينة داخل إطار العمل قبل الإصابة بالمرض

ومع من كانت تحدث هذه الصراعات، بأن غالبية المبحوثين أكدوا على تعرضهم للصراع داخل البيئة المهنية مع جماعة العمل والتي كانت تحدث في غالب الوقت مع رئيس العمل وهذا بسبب المهام الكثيرة والمتكررة من حين لآخر والتي كانت تفرض عليهم من قبله دون مراعاتهم، أي أن هذه الأوامر التي كان يفرضها الرئيس على موظفيه دون مراعاته لظروفهم وبأسلوب تعسفي وإجباري تغيب فيه كل لغات الحوار والنقاش، وهذا على حد قولهم كان سببا في فقدهم لسيطرتهم على عملهم وأشعرهم بأنهم مقيدون في عملهم وأضعف قدراتهم على التعامل مع هذه الضغوط وأثر سلبا على صحتهم، لأن شدة الضغط التي تفوق قدرة الفرد تؤدي به إلى مشكلات فسيولوجية كالإصابة بالأمراض المزمنة كالضغط الدموي وداء السكري، وما كان يضاعف خطورة الوضع داخل بيئة العمل هي العلاقات السلبية أو الصراعات مع الزملاء في العمل والتي تعتبر من العناصر الهامة والأساسية لزيادة حجم الضغوط على الفرد وهذا ما كان يتعرض له المبحوثين كذلك، وهذه الصراعات لها أسباب مختلفة فمنها ما هو متعلق بالمهام الموكلة إليهم بالدرجة الأولى وأخرى مصدرها عوامل شخصية لا للعمل دخل فيها، أي أن هذه العلاقات الاجتماعية المهنية السلبية القائمة بين الأفراد ورئيسهم وجماعتهم في العمل والتي تقتقر للاحترام والحوار والتماسك وتغيب فيها كل عوامل الدعم المعنوي والمساندة الاجتماعية أفقد الأفراد راحتهم النفسية وهدوءهم واستقرارهم في بيئة عملهم وأكسبتهم العزلة من العلاقات الإنسانية داخل العمل وشكلت ضغطا قويا عليهم فكانت نتائجه سلبية ضارة عليهم مدمرة من عدة جوانب أخطرها الجانب الفسيولوجي أي أنها كانت سببا قويا في إصابتهم بالضغط الدموي وداء السكري.

6. جدول رقم 28: يوضح علاقة عبء المسؤولية الملقاة على أفراد العينة في العمل قبل الإصابة بالمرض والمواقف الصراعية التي كانوا يتعرضون لها.

المجموع	هل كنت تتعرض إلى مواقف صراعية(نزاعات) داخل إطار العمل قبل الإصابة بالمرض؟					
	أحيانا	لا	نعم			
101	36	–	65	التكرارات	نعم	هل كنت تحس بعبء المسؤولية الملقاة على عاتقك في العمل قبل الإصابة بالمرض المزمن؟
%100	35.7%	–	64.3%	النسبة %		
45	18	27	–	التكرارات	لا	
%100	40%	60%	–	النسبة %		
32	–	–	32	التكرارات	أحيانا	
%100	–	–	100%	النسبة %		
178	54	27	97	التكرارات	المجموع	
%100	30.4%	15.1%	54.5%	النسبة %		

المصدر : مخرجات برنامج spss.

2.6. التحليل الإحصائي للجدول :

تشير المعطيات الإحصائية في الجدول أعلاه أن نسبة 100% من المبحوثين يحسون أحيانا بعبء المسؤولية الملقاة على عاتقهم في العمل قبل إصابهم بالمرض المزمن ولكنهم كانوا يتعرضون إلى مواقف صراعية داخل إطار العمل، في حين نجد غالبية المبحوثين والتي تقدر نسبتهم بـ 64.3% يؤكدون أنهم كانوا يحسون بعبء المسؤولية الملقاة على عاتقهم في العمل قبل إصابتهم بالمرض المزمن بالإضافة لتعرضهم لمواقف صراعية داخل إطار العمل تقابلها نسبة 35.7% من نفس الفئة يحسون كذلك بعبء المسؤولية الملقاة على عاتقهم في العمل قبل إصابتهم بالمرض المزمن إلا أنهم أحيانا فقط كانوا يتعرضون لمواقف صراعية داخل إطار العمل، في حين نجد نسبة 60% من المبحوثين يؤكدون أنهم لا يحسون بعبء المسؤولية الملقاة على عاتقهم في العمل قبل إصابتهم بالمرض المزمن بالإضافة أنهم لم يتعرضوا لمواقف صراعية داخل إطار العمل قبل إصابتهم بالمرض تقابلها نسبة 40% من نفس الفئة لا يحسون بعبء المسؤولية الملقاة على عاتقهم في العمل قبل إصابتهم بالمرض المزمن لكنهم كانوا أحيانا يتعرضون لمواقف

صراعية داخل إطار العمل قبل إصابتهم بالمرض المزمن، وعلى العموم فإن نسبة 54.5% من مجموع المبحوثين الذين كانوا يحسون كذلك بعبء المسؤولية الملقاة على عاتقهم في العمل قبل إصابتهم بالمرض المزمن بمختلف إجاباتهم يؤكدون بأنهم كانوا يتعرضون إلى مواقف صراعية (نزاعات) داخل إطار العمل قبل إصابتهم بالمرض مقارنة بنسبة 15.1% من المبحوثين كانوا لا يتعرضون إلى مواقف صراعية داخل إطار العمل قبل إصابتهم بالمرض .

2.6. التحليل السوسولوجي للجدول:

أوضحت نتائج التحليل الإحصائي للجدول السابق الذكر والذي يوضح علاقة عبء المسؤولية الملقاة على عاتق أفراد العينة في العمل والمواقف الصراعية التي كانوا يتعرضون لها قبل الإصابة بالمرض المزمن، بأن أكثر من نصف المبحوثين كانوا يشعرون بعبء المسؤولية الملقاة على عاتقهم في العمل بالإضافة للمواقف الصراعية التي كانوا يتعرضون لها داخل إطار العمل ، فهذان المؤشران يعتبر من بين أهم العوامل المهنية التي تساهم في الرفع من الضغوط على العامل لأنها بمثابة تهديد لحالته المعيشية داخل المؤسسة التنظيمية ومن عوامل الاغتراب والعزلة والانسحاب. فهذه النتائج نستطيع القول بأنها تكميلية ومؤكدة للجدول السابقة فنجد بأن شعور الأفراد بعبء المسؤولية داخل العمل متعلق بالمتطلبات الكثيرة والإلزامية التنفيذ والتي كان يفرضها الرئيس على الموظفين، مع تعرضهم للنزاعات القوية والحادة مع الرئيس والزملاء. وبما أن الفرد في علاقة دائمة مع محيطه المهني الذي يقضي فيه أكثر من ثلث حياته فهذا الجو السلبي والغير ملائم الذي يعيش فيه أفقده لكل عوامل التوافق الايجابي مع بيئته المهنية وكل تفاعل بناء مع جماعة العمل فكانت عوامل كافية ليتضاعف حجم الضغوط عليه، وسببا مساهما في إصابته بالأمراض المزمنة التي ترتبط كثيرا بالجوانب الاجتماعية المحيطة بالفرد.

7. جدول رقم 29: يوضح علاقة شعور أفراد العينة بأن الراتب الذي يتقاضونه لا يتناسب مع المجهود الكبير الذي يقومون به حسب نوع المرض وذلك قبل إصابتهم بالمرض.

المجموع	ما نوع المرض المزمن الذي تعاني منه ؟					
	السكري	الضغط الدموي				
123	53	70	التكرارات	نعم	قبل الإصابة بالمرض هل كنت تشعر بأن الراتب الذي تتقاضاه لا يتناسب مع المجهود الكبير الذي تقوم به في عملك؟	
%100	%43.1	%56.9	النسبة %			
55	29	26	التكرارات	لا		
%100	%52.7	%47.3	النسبة %			
178	82	96	التكرارات			المجموع
%100	%46.1	%53.9	النسبة %			

المصدر : مخرجات برنامج spss.

2.7. التحليل الإحصائي للجدول :

نلاحظ من خلال الشواهد الإحصائية المبينة في الجدول أعلاه أنه نسبة 56.9% من المبحوثين كانوا يشعرون قبل إصابتهم بالمرض بأن الراتب الذي يتقاضونه لا يتناسب مع المجهود الكبير الذي يقومون به في عملهم وذلك لفئة المصابين بالضغط الدموي تقابلها نسبة 43.1 % كذلك كانوا يشعرون قبل إصابتهم بالمرض بأن الراتب الذي يتقاضونه لا يتناسب مع المجهود الكبير الذي يقومون به في عملهم وذلك لفئة المصابين بداء السكري، في حين نجد نسبة 52.7% من أفراد العينة لا يشعرون بأن الراتب الذي يتقاضونه لا يتناسب مع المجهود الكبير الذي يقومون به في عملهم وذلك لدى فئة المصابين بداء السكري تقابلها نسبة 47.3 % لا يشعروا قبل إصابتهم بالمرض بأن الراتب الذي يتقاضونه لا يتناسب مع المجهود الكبير الذي يقومون به في عملهم وذلك لدى فئة المصابين بالضغط الدموي، وعلى العموم فإن نسبة 53.9% من مجموع المبحوثين الذين كانوا يشعرون ولا يشعرون قبل إصابتهم بالمرض بأن الراتب الذي يتقاضونه لا يتناسب مع

المجهود الكبير الذي يقومون به في عملهم وذلك لفئة المصابين بالضغط الدموي تقابلها نسبة 46.1% من المبحوثين المصابين بداء السكري.

2.7. التحليل السوسولوجي للجدول:

نلاحظ من خلال نتائج التحليل الإحصائي للجدول السابق الذكر والمتضمن علاقة شعور أفراد العينة بأن الراتب الذي يتقاضونه لا يتناسب مع المجهود الكبير الذي يقومون به حسب نوع المرض وذلك قبل إصابتهم بالمرض، بأن هناك عامل آخر كان مساهما في زيادة ثقل الضغوط المهنية على الأفراد والمتمثل في الرواتب بحيث نجد أكثر من نصف المبحوثين يؤكدون بأنه قبل إصابتهم بالمرض كانوا يشعرون بأن الراتب الذي يتقاضونه لا يتناسب مع المجهود الكبير الذي كانوا يقومون به في العمل وبنسبة عالية لدى مرضى الضغط الدموي مقارنة بداء السكري، هذا ما يثبت بأن الضغوط المهنية من أكثر العوامل المساهمة في انتشار الإصابة بالضغط الدموي بالدرجة الأولى هذا من جهة ومن جهة أخرى فإن هذه الضغوط المهنية التي كان يتعرض لها الأفراد لم تقتصر فقط على المهام الكثيرة الموكلة إليهم والصراعات مع أعضاء جماعة العمل والقائد، بل تعداها الأمر إلى شعورهم بعدم الرضا عن رواتبهم أي قصور المنظمة في تحفيز عمالها ماديا مما ضاعف من حجم الضغوط عليهم لأنها لا تتوافق مع كمية الجهد الذي كانوا يبذلونه، لكن لا بد أن نشير أنه بالرغم من المخاطر والتأثيرات السلبية لهذه الضغوط إلا أن قدرا من الضغوط له إيجابيته في الكثير من الأحيان لأنها تثير حماسة ودافعية ونشاط الفرد.

وفي هذا الصدد ووفقا لهذه النتائج نستطيع القول بأن هذه الضغوط هي محصلة لتفاعل عدة عوامل يصعب علينا في حقيقة الأمر حصرها في عوامل محددة لأن تتداخل بين البيئة المهنية وطبيعة الكائن البشري الذي يصعب التنبؤ بسلوكه والسيطرة عليه، لكن ما استخلصناه من هذه الدراسة أن التعرض الدائم لهذه الضغوط ومحاولة مقاومة الفرد لها سبب له عجزا وهد من قدراتها على تحملها واستنزاف كل طاقاته وأضعف قدرته على التكيف، فانهارت بذلك كل سبل التغلب عليها مما ساعد على ظهور مختلف الأمراض وهذا ما كان مصير عينة البحث

كإصابتهم بداء السكري والضغط الدموي بالدرجة الأولى، والجدير بالذكر أن هذه الآثار السلبية لا تطال الموظف فقط بل تعيق حتى المسار السليم لهذه المؤسسات والتي تنعكس بالسلب على المجتمع بأكمله .

8. جدول رقم 30: يوضح شعور أفراد العينة بزيادة عبء العمل المبذول وعلاقته بالإصابة بالمرض المزمن حسب نوع المرض.

المجموع	ما نوع المرض المزمن الذي تعاني منه ؟				
	السكري	الضغط الدموي			
118	46	72	التكرارات	نعم	هل شعورك بزيادة عبء العمل المبذول له علاقة بإصابتك بالمرض المزمن؟
%100	%39	%61	النسبة %		
60	36	24	التكرارات	لا	
%100	%60	%40	النسبة %		
178	82	96	التكرارات	المجموع	
%100	%46.1	%53.9	النسبة %		

المصدر : مخرجات برنامج spss.

2.8. التحليل الإحصائي للجدول :

نلاحظ من خلال الشواهد الإحصائية المبينة في الجدول أعلاه أنه نسبة 61% يشعرون بأن زيادة عبء العمل له علاقة بإصابتهم بالمرض المزمن وذلك لدى فئة المصابين بالضغط الدموي تقابلها نسبة 39% مم يشعرون كذلك بأن زيادة عبء العمل له علاقة بإصابتهم بالمرض المزمن وذلك لدى فئة المصابين بالسكري، في حين نجد 60% من المبحوثين لا يشعرون بأن زيادة عبء العمل له علاقة بإصابتهم بالمرض المزمن وذلك لدى فئة المصابين بالسكري تقابلها نسبة 40% ممن كذلك لا يشعرون بأن زيادة عبء العمل له علاقة بإصابتهم بالمرض المزمن وذلك لدى فئة المصابين بالضغط الدموي، وعلى العموم فإن نسبة 53.9% من مجموع المبحوثين الذين كانوا يشعرون ولا يشعرون بأن زيادة عبء العمل له علاقة بإصابتهم بالمرض المزمن وذلك لفئة

المصابين بالضغط الدموي تقابلها نسبة 46.1% من المبحوثين الذين كانوا يشعرون ولا يشعرون بأن زيادة عبء العمل له علاقة بإصابتهم بالمرض المزمن وذلك لدى المصابين بداء السكري.

2.8. التحليل السوسولوجي للجدول:

أوضحت نتائج التحليل الإحصائي للجدول السابق الذكر والمتضمن علاقة زيادة عبء العمل المبذول لدى الفرد بإصابته بالمرض المزمن وذلك حسب نوع المرض بأن أكثر من نصف المبحوثين

يؤكدون بأن إصابتهم بالمرض سببه عبء العمل المضاعف الذي يظهر تأثيره بقوة لدى المصابين بالضغط الدموي مقارنة بداء السكري الذين لا يرون بأنه كان سببا في إصابتهم بالمرض، وهذا يوضح لنا بأن هناك اختلاف في العوامل المؤثرة والمساهمة في حدوث المرض، ونستنتج كذلك بأن الضغوط المهنية تساهم في الرفع من الإصابة بالضغط الدموي وهذا ما أثبتته العديد من الأبحاث والدراسات، وهذا ما تأكد كذلك في إجابات المبحوثين¹ والذي برز من خلاله تأكيد مرضى الضغط الدموي بأن سبب إصابتهم راجع لعبء العمل الذي يفرض جهدا مضاعفا مقارنة بداء السكري الذي يظهر تأثير الدخل عليهم لأنه يفرض مستوى معيشي منخفض أثر على سلوكياتهم الصحية، بالإضافة لارتباطه بعوامل أخرى والتي ستتضح في الجدول اللاحق وذلك وفقا لما صرح به المبحوثين حول وجود أسباب أخرى ساهمت في إصابتهم بالمرض، وهذا يعني بأن مصادر الضغوط كثيرة ومتنوعة وتأثيرها يتحدد وفقا لنوع وشدة هذه المؤثرات التي يتعرض لها الفرد في حياته.

¹ أنظر الملحق رقم 3: الجدول رقم 2.

9. جدول رقم 31: يوضح علاقة سبب الإصابة بالمرض المزمن لدى أفراد العينة بشعورهم بزيادة عبء العمل المبذول في العمل.

هل شعورك بزيادة عبء العمل المبذول له علاقة بإصابتك بالمرض المزمن؟						
المجموع	لا	نعم				
4	–	4	ك	اضطراب وتوتر العلاقات الاجتماعية داخل الأسرة	سبب الإصابة بالمرض	
%100	–	%100	%			
26	8	18	ك	المستوى المعيشي المنخفض الذي يفرضه تدني دخلك المادي؟		
%100	%30.8	%69.2	%			
85	4	81	ك	– بسبب جهد مضاعف بذلته في العمل (عبء العمل)؟		
%100	%4.7	%95.3	%			
13	8	5	ك	مرض وراثي بالأسرة		
%100	%61.5	%38.5	%			
50	40	10	ك	أسباب أخرى حددها		
%100	%80	%20	%			
178	60	118	ك			المجموع
%100	%33.7	%66.3	%			

المصدر: مخرجات برنامج spss.

2.9. التحليل الإحصائي للجدول :

تشير المعطيات الإحصائية في الجدول أعلاه أن عدد ضعيف من المبحوثين والذي قدر بـ 4 أفراد بنسبة 100% يرون أن سبب إصابتهم بالمرض راجع لاضطراب وتوتر العلاقات الاجتماعية داخل الأسرة بالإضافة أن شعورهم بزيادة عبء العمل له علاقة بإصابتهم بالمرض المزمن ، في حين نجد عدد كبير من المبحوثين والذي قدر بـ 81 مبحث بنسبة 95.3% يرون أن سبب إصابتهم بالمرض راجع للجهد المضاعف الذي يبذلونه في العمل لذا فإن شعورهم بزيادة عبء العمل له علاقة بإصابتهم بالمرض المزمن تقابلها نسبة 4.7% من نفس الفئة الذي يرون أن سبب إصابتهم بالمرض راجع للجهد المضاعف الذي يبذلونه في العمل لكن لا يشعرون بأن زيادة عبء العمل له علاقة بإصابتهم بالمرض المزمن ، في حين نجد 80% منهم يرون أن سبب إصابتهم بالمرض المزمن يرجع لأسباب أخرى ولا يرون أن عبء العمل له علاقة بإصابتهم

بالمرض المزمن تقابلها نسبة 20% من نفس الفئة الذين يرون أن سبب إصابتهم بالمرض المزمن يرجع لأسباب أخرى والتي سنقوم بتوضيحها لاحقاً في الجدول الموالي ، كما نجد نسبة 69.2 % يرون أن سبب إصابتهم بالمرض يرجع ل لمستوى المعيشي المنخفض الذي يفرض ه تدني دخلهم المادي بالإضافة لشعورهم بأن زيادة عبء العمل له علاقة بإصابتهم بالمرض المزمن تقابلها 30.8 % من نفس الفئة الذين يرجعون كذلك إصابتهم للمستوى المعيشي المنخفض لكن لا يرون أن لزيادة عبء العمل علاقة بإصابتهم بالمرض المزمن ، كم أشارت نسبة 61.5% من المبحوثين أن سبب إصابتهم بالمرض يعد وراثيا في الأسرة ولا يشعرون بأن عبء العمل له علاقة بإصابتهم بالمرض تقابلها نسبة 38.5% من نفس الفئة التي ترى أن سبب الإصابة وراثيا بالإضافة لشعورهم بأن عبء العمل له علاقة بإصابتهم بالمرض المزمن، وعلى العموم فإن نسبة 66.3% من مجموع المبحوثين الذين أشاروا الى أسباب أخرى كسبب لإصابتهم بالمرض فإنهم يشعرون بأن زيادة عبء العمل له علاقة بإصابتهم بالمرض المزمن تقابلها نسبة 33.7% من المبحوثين الذين لا يشعرون بأن زيادة عبء العمل له علاقة بإصابتهم بالمرض المزمن.

جدول رقم 31-أ: تحليل محتوى إجابات أفراد العينة عن الأسباب الأخرى للإصابة بالمرض المزمن

فئة الموضوع:الإجابة عن أسباب أخرى للإصابة بالمرض المزمن			
رقم الوحدة	وحدات التحليل	ك	%
01	وفاة الزوج	15	18.3%
02	وفاة الابن	12	14.6%
03	خلعة كلب	10	12.2%
04	مشاكل التحصيل الدراسي للأولاد ومشاكلهم مع الجيران	14	17.1%
05	العشرية السوداء	7	8.5%
06	إتباع نمط غذائي سيء	24	29.3%
المجموع		82*	100%

المصدر : من إعداد الباحثة

9.1.أ. التحليل الإحصائي للجدول :

نلاحظ من خلال معطيات تحليل إجابات المبحوثين عن الأسباب الأخرى للإصابة بالمرض المزمن وهو جدول مكمل للجدول السابق أن أكبر نسبة سجلت لدى وحدة التحليل رقم 6 مقدرة بـ 29.3 % حيث يرى أفراد العينة أن سبب الإصابة راجع لإتباعها لنمط غذائي سيء، أما وحدة التحليل رقم 1 فتري أن سبب الإصابة بالمرض يرجع لوفاة الزوج بنسبة 18.3 %، في حين وحدة التحليل رقم 4 يرى أفراد العينة أن سبب إصابتهم بالمرض يعود لمشكل التحصيل الدراسي للأولاد بالإضافة لمشاكلهم مع الجيران وذلك بنسبة 17.1 %، في حين سجلت وحدة التحليل رقم 2 نسبة 14.6 % من إجابات المبحوثين الذين يرون أن سبب إصابتهم هو وفاة الابن وهي نسبة متقاربة مع وحدة التحليل رقم 3 والتي قدرت بـ 12.2 % والتي كان سبب إصابتها هو تعرضها لخلعة الكلاب، وأدنى نسبة سجلت لدى وحدة التحليل رقم 5 مقدرة بـ 8.5 % التي ترجع سبب الإصابة للعشرية السوداء.

9.2. التحليل السوسيلوجي للجدولين :

أوضحت نتائج التحليل الإحصائي للجدول السابق الذكر والمتضمن العلاقة بين سبب الإصابة بالمرض المزمن لدى الأفراد بشعورهم بزيادة عبء العمل، بأن هذا الأخير له قوة تأثير كبيرة على صحة المبحوثين لأنه من بين أهم الأسباب الرئيسية لإصابتهم بالمرض المزمن وهذا مقارنة بكل الأسباب الأخرى وهذا ما تأكد من خلال تصريحات المبحوثين في هذا الجدول و الجداول السابقة والتي تعرضنا فيها لأهم العوامل المساهمة في شعورهم بزيادة عبء العمل وأنه من العوامل الضاغطة عليهم ، أما فيما يخص تحليلنا لمحتوى إجابات الأسباب الأخرى والتي حددها المبحوثين بستة وحدات أو إجابات، والتي يرون بأنها ساهمت في إصابتهم بالمرض وتظهر بدرجة كبيرة بسبب إتباعهم لنمط غذائي سيئ، وفاة رفيق الدرب، مشاكل التحصيل الدراسي للأولاد ومشاكلهم مع الجيران، وفاة الابن، العشرية السوداء التي عرف خلالها المجتمع الجزائري حدث سوسيو-أمني خطير جلب معه كل مشاعر الخوف والذعر وفقدان كل معالم الأمن والاستقرار والذي كان سببه ظاهرة الإرهاب، وهذه تعتبر من أصعب المراحل التي عاشتها مختلف شرائح

المجتمع الجزائري في فترة التسعينيات والتي تركت مخلفاتها على النواحي النفسية والاجتماعية وظهرت مخرجاتها في أمراض مزمنة كالضغط الدموي والسكري وهذا ما أظهرته إحصائيات التحقيق الوطني (2002-2005) والذي كان سباقا في دق ناقوس الخطر حول ثقل هذه الأمراض وبرز من خلالها الانتشار الواسع لأمراض العصر وأنها من أخطر الأمراض المساهمة في ارتفاع معدلات الوفاة كذلك.

ويجب أن نشير بأن النمط الغذائي السيئ لم يقتصر على فئة المستوى المعيشي المنخفض بل حتى ذوي الوضع المعيشي الجيد، هذه الأخيرة التي توجهت نحو عادات غذائية سيئة بسبب إتباع نمط استهلاكي كبير وغير صحي في نفس الوقت، خاصة وأنه في الوقت الراهن أصبح التوجه الواسع نحو الأكل السريع والضار في نفس الوقت، لأنه قد لا تتوفر فيه كل شروط النظافة والجودة الصحية باعتبارها تعج بالدهون المضاعفة، بالإضافة للأكل الجاهز والمستورد والذي أصبح يلقي رواجاً واستهلاكاً لدى أفراد المجتمع في هذا العصر الذي يشهد نقلة نوعية في نمط التغذية من أغذية تحتوي على الألياف النباتية والخالية في نفس الوقت من الدهون إلى أغذية مشبعة بالدهون والدهن والسكريات والأملاح المضاعفة ، هذا ما أصبح يشكل خطراً كبيراً على الأفراد لمساهمتهم في انتشار الإصابة بمرض الضغط الدموي والسكري، وبروز عامل آخر سببه هذا التطور التكنولوجي الذي فتح الأبواب أمام المرأة وغير عاداتها في الطهي دون مراعاة لتوازن مائدتها خاصة وأن غالب الأكل يحمل كميات معتبرة من الدهون لأن غالبية الأطباق مرتبطة بعملية القلي، كما صرح بعض المبحوثين بأن النمط الغذائي السيئ سببه تدني دخلهم المادي الذي حرّمهم من استهلاك غذاء صحي متكامل من حيث النوعية والكمية كالخضر والفواكه والحبوب والتي كان يجب أن تكون ضمن وجباتهم اليومية لأنها من أبرز المواد المغذية التي تحتوي على ألياف كثيرة تعمل على مكافحة وتجنب مختلف الأمراض المزمنة خاصة الضغط الدموي وداء السكري، ومن هنا نستطيع القول بأن السلوكيات الغير صحية سواء بسبب الدخل المرتفع أو المنخفض كان لها تأثير على أفراد العينة وساهمت في انتشار إصابتهم بهذه النوعية من الأمراض.

وفي الأخير نستنتج بأن زيادة عبء العمل له دور كبير في الإصابة بالأمراض المزمنة كما أظهرت نتائج هذه الدراسة بروز عوامل أخرى تتداخل فيما بينها ما يؤكد تعقد الظاهرة الاجتماعية وتربطها خاصة هذه الظاهرة التي أصبحت مشكلة اجتماعية صحية سلبية معقدة وصعبة لأنه يعاني منها الفرد والبناء الاجتماعي برمته، ولهذا أصبح يتطلب منا السير باتجاه خطوات عملية لتتبع ومراقبة هذه الظاهرة الاجتماعية التي هي في انتشار دائم ومتواصل.

10. جدول رقم 32: يوضح درجة الجهد الذي يبذله أفراد العينة بعد الإصابة بالمرض حسب نوع المرض.

المجموع	ما نوع المرض المزمن الذي تعاني منه ؟				
	السكري	الضغط الدموي			
100	40	60	التكرارات	نعم	بعد الإصابة بالمرض المزمن هل ما زلت تبذل نفس الجهد مثلما كنت قبل الإصابة؟
%100	%40	%60	النسبة %		
65	29	36	التكرارات	لا	أحيانا
%100	%44.6	%55.4	النسبة %		
13	13	–	التكرارات	المجموع	
%100	%100	–	النسبة %		
178	82	96	التكرارات		
%100	%46.1	%53.9	النسبة %		

المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.10. التحليل الإحصائي للجدول :

يتضح من المعطيات الإحصائية في الجدول أعلاه أن نسبة 100% وهو عدد قليل من المبحوثين يشيرون أنه أحيانا فقط وخاصة بعد إصابتهم بالمرض يبذلون نفس الجهد مثلما كانوا عليه قبل الإصابة وهي تخص المصابين بمرض السكري، في حين نجد عدد كبير من المبحوثين يقدر بـ 100 فرد أشاروا أنهم بعد إصابتهم بالمرض لا يزالون يبذلون نفس الجهد مثلما كانوا عليه قبل الإصابة بالمرض وذلك بنسبتي 60% و 40% على التوالي لكل من هم مصابين بالضغط الدموي والسكري، كما نجد نسبتي لا يستهان بهما من إجابات المبحوثين مقدرتين بـ 55.4% و 44.6% يشيرون أنه بعد إصابتهم بالمرض لا يبذلون نفس الجهد مثلما كانوا عليه قبل الإصابة

بالمرض وذلك لدى كل من مرضى الضغط الدموي والسكري، وعلى العموم فإن نسبة 53.9% من مجموع المبحوثين الذين يزالون ولا يزالون وأحيانا يزالون يبذلون نفس الجهد مثلما كانوا عليه قبل الإصابة وذلك لدى المصابين بالضغط الدموي تقابلها نسبة 46.1% من المبحوثين وذلك لدى المصابين بداء السكري.

2.10. التحليل السوسيوولوجي للجدول:

نلاحظ من خلال نتائج التحليل الإحصائي للجدول السابق الذكر والذي يوضح درجة الجهد الذي يبذله أفراد العينة بعد الإصابة بالمرض حسب نوع المرض بأن غالبية المبحوثين أكدوا بأنهم لازالوا يبذلون نفس الجهد مثل ما كانوا عليه قبل إصابتهم بالمرض لدى كل من مرضى داء السكري والضغط الدموي، هذا الأخير الذي ترتفع نسبته مقارنة بالمصابين بداء السكري، لكن هذا لم يمنع من تأكيد فئة معتبرة من أفراد عينة البحث بأنهم لا يبذلون نفس الجهد مثلما كانوا عليه قبل إصابتهم بالمرض المزمن مع بقاء نفس الفروقات حسب نوع المرض، وهذا نرجعه للتغيرات الفسيولوجية التي يحدثها المرض على الشخص المريض، كما أن تصريحات المبحوثين السابقة قبل إصابتهم بالمرض تثبت تعرضهم للعديد من الضغوط المهنية كعبء العمل المضاعف بسبب المتطلبات التي يفرضها الرئيس والصراعات داخل إطار العمل فبقاء هذه العوامل السلبية بعد الإصابة من شأنها أن تضاعف خطر المرض على الفرد وتشل قدراته فيتأثر بذلك أدائه الوظيفي داخل إطار العمل، بالإضافة أن هناك من لا يتقبلون المرض لمدة طويلة لأنهم ينظرون له كعيب خلقي يجب إخفاؤه مما يكون لهم قلق وصراع داخلي يساهم في زيادة ضعف بنيته الجسدية فتؤثر بطريقة غير مباشرة على جهده ورغبته وأدائه في العمل، كما أن هناك من لم يتقبلوا حتى العلاج حتى يصل بهم الأمر إلى مرحلة الخطر أين يكونوا مجبرين على العلاج من أجل الحفاظ على حياتهم ويتم إدراكهم لخطورة الوضع وهذا ما اصدمننا به حقا أثناء إجرائنا لهاته الدراسة، إلا أن هذا كله يتوقف على شخصية الفرد ومستوى ثقافته ووعيه بخطورة المرض، فهذه العوامل كلها التي أتينا على ذكرها لها درجة كبيرة في إضعاف جهد و طاقة الفرد.

نستخلص أنه بالرغم من الآثار السلبية المترتبة على المرض خاصة من حيث تأثيره على قدرة الفرد وطاقته الجسدية لكن هذا لم يمنع من إمكانية محافظة المصاب على جهده في العمل وهذا ما أظهرته تصريحات المبحوثين، وهذا يرجع لعدة عوامل مدة الإصابة بالمرض، الدور الذي يشغله الفرد ونسبة الضغوط التي يتلقاها الفرد المصاب في بيئته المهنية، وكذلك لا يمكن إغفال دور المحيط الأسري الإيجابي في دفع عجلة صحة الفرد إلى الأمام مع الالتزام بسلوكات صحية مناسبة لحالته المرضية وإتباعه لنصائح وتوجيهات الطبيب...إلى غير ذلك.

11. جدول رقم 33: يوضح العلاقة بين شعور أفراد العينة بأن المرض يسبب لهم المشاكل والضغوطات داخل العمل حسب مدة الإصابة.

المجموع	مدة الإصابة بالمرض						
	أكثر من 10 سنوات	من 5 - 10 سنوات	من 1-4سنوات	أقل من سنة			
124	9	37	45	33	ك	نعم	هل تشعر بأن مرضك سبب لك نوع من المشاكل والضغوطات داخل عملك؟
%100	7.6%	29.8%	36.2%	26.6%	%		
34	–	9	9	16	ك	لا	
%100	–	26.5%	26.5%	47%	%		
20	–	1	19	–	ك	أحياناً	
%100	–	5%	95%	–	%		
178	9	47	73	49	ك	المجموع	
%100	5.1%	26.4%	41%	27.5%	%		

المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.11. التحليل الإحصائي للجدول :

تشير الشواهد الإحصائية الموضحة في الجدول أعلاه أن نسبة 95% من المبحوثين أحياناً ما يشعرون بأن مرضهم يسبب لهم نوع من المشاكل والضغوطات داخل إطار العمل والتي مدة إصابتها بالمرض حددت من 1-4 سنوات تقابلها نسبة 5% من نفس الفئة إلا أن مدة إصابتها بالمرض من 5-10 سنوات، في حين نجد نسبة 47% من أفراد العينة لا يشعرون بأن مرضهم سبب لهم نوع من المشاكل والضغوطات داخل إطار العمل والتي مدة إصابتها بالمرض أقل من سنة تقابلها في نفس الفئة نسبتيين متساويتين قدرت بـ 26.5% الذين كذلك لا يشعرون بأن مرضهم

سبب لهم نوع من المشاكل والضغوطات داخل إطار العمل والتي حددت مدة إصابتها على التوالي من 1-4 سنوات و 5-10 سنوات، كما نجد نسبة 36.2% ممن يشعرون بأن مرضهم سبب لهم نوع من المشاكل والضغوطات داخل إطار العمل والتي حددت مدة إصابتها من 1-4 سنوات تقابلها نسبة 7.6% من نفس الفئة المجيبة بنعم لكن مدة إصابتها بالمرض هي أكثر من 10 سنوات، وعلى العموم فإن نسبة 41% من مجموع المبحوثين الذين كانوا يشعرون ولا يشعرون وأحيانا يشعرون بأن مرضهم سبب لهم نوع من المشاكل والضغوطات داخل إطار العمل وذلك لدى من مدة إصابتهم على من 1-4 سنوات مقارنة بنسبة 5.1% من المبحوثين كانوا يشعرون بأن مرضهم سبب لهم نوع من المشاكل والضغوطات داخل إطار العمل الذين مدة إصابتهم بالمرض هي أكثر من 10 سنوات.

2.11. التحليل السوسيولوجي للجدول:

أوضحت نتائج التحليل الإحصائي للجدول السابق الذكر والذي يوضح العلاقة بين شعور أفراد العينة بأن المرض يسبب لهم المشاكل والضغوطات داخل عملهم حسب مدة الإصابة، بأن غالبية المبحوثين يؤكدون بأن مرضهم قد سبب لهم نوع من المشاكل والضغوطات داخل عملهم بدرجات مختلفة مع ارتفاع طفيف لدى الذين مدة إصابتهم من 1-4 سنوات وهذا ما يعكس تأثير هذه الفئة بالمرض والذي نرجع سببه لعدم تقبلها للمرض لأن الأبحاث الطبية أثبتت أن هناك من لا يتقبلون المرض طيلة العشر سنوات الأولى مما يشعروهم بالتوتر وعدم الرضا على وضعهم الحالي فيتضاعف حجم الضغوط عليهم مما يفقدهم توازنهم وقدرتهم على العطاء و بذل أي جهد مضاعف، لأن المرض لا يمكنه أن يضعف الجهد الشخصي للفرد مع بداية الإصابة به فقط لوجود بعض الأسباب أهمها عدم تقبل الشخص لمرضه والذي يكون سببا قويا في غلق كل أبواب العلاج والتواصل مع الطبيب مما يؤدي إلى تدهور البنية العضوية والنفسية للفرد، وقد يحدث لهم بعض التعقيدات المرضية الأخرى التي تضاعف من مشاكلهم المهنية والحياتية بصفة عامة. وعموما ووفقا لتصريحات أفراد عينة البحث فإن شعورهم بأن مرضهم سبب لهم نوع من المشاكل والضغوطات داخل عملهم كونهم أصبحوا يحسون بأن المرض يتمكن منهم تدريجيا

ويفقدون توازنهم ويضعف قدرتهم خاصة وأن متطلبات العمل كثيرة وتتطلب جهداً متواصل، فبالرغم من أنهم لا زالوا يبذلون نفس الجهد وهذا لرغبتهم في الحفاظ على أدائهم الوظيفي كما كانوا عليه في سابق عهدهم أي قبل إصابتهم بالمرض، لكن هذا سبب لهم ضغط كبير لأنهم يجبرون على بذل جهد مضاعف يتعدى طاقتهم الحالية، كما أنهم أصبحوا أكثر توتراً وقلقاً من السابق وأصبحوا يتأثرون بالمواقف الاجتماعية بإيجابياتها وسلبياتها خاصة التي يتعرضون لها في إطار العمل وخارجه مما أصبح يشعرهم بالخوف من مضاعفات المرض عليهم، ناهيك عن عدم قدرتهم على المواظبة على السلوكيات الصحية السليمة التي يقون بها أنفسهم بسبب عدم توافق الدخل مع متطلباتهم الحياتية بالإضافة للعوامل الأخرى التي تم التطرق لها سابقاً في (الجدول رقم 30) والتي تكون مكملتها لما ذكرناه كونها تساهم كذلك في تفسير سبب شعور الفرد بأن مرضه أصبح يشكل له نوعاً من المشاكل والضغوطات داخل عمله وبالأخص عدم تقبلهم لمرضهم.

12. جدول رقم 34: يوضح درجة الجهد الذي يبذله أفراد العينة بعد الإصابة بالمرض وعلاقته بإمكانية الاستمرار في نشاطه الاجتماعي .

المجموع	منذ إصابتك بهذا المرض هل استطعت الاستمرار بنشاطك الاجتماعي؟				
	لا	نعم			
100	17	83	التكرارات	نعم	بعد الإصابة بالمرض المزمّن هل ما زلت تبذل نفس الجهد مثلما كنت قبل الإصابة؟
%100	%17	%83	النسبة %		
65	4	61	التكرارات	لا	
%100	%6.2	%93.8	النسبة %		
13	–	13	التكرارات	أحياناً	
%100	–	%100	النسبة %		
178	21	157	التكرارات	المجموع	
%100	%11.8	%88.2	النسبة %		

المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.12. التحليل الإحصائي للجدول :

يتضح من المعطيات الإحصائية الموضحة في الجدول أعلاه أنه عدد قليل من المبحوثين والذي يقدر بـ 13 مبحوث و بنسبة 100% يشيرون أنه أحياناً فقط وخاصة بعد إصابتهم

بالمرض يبذلون نفس الجهد مثلما كانوا عليه قبل الإصابة إلا أنهم لا يزالون مستمرين في ممارسة نشاطهم الاجتماعي، في حين نجد نسبة 93.8% من أفراد العينة يرون أنه بعد إصابتهم بالمرض لا يبذلون نفس الجهد مثلما كانوا عليه قبل الإصابة إلا أنهم استطاعوا الاستمرار في نشاطهم الاجتماعي تقابلها نسبة ضعيفة جدا من نفس الفئة المجيبة بلا والتي قدرت بـ 6.2% إلا أنهم لم يستطيعوا الاستمرار في نشاطهم الاجتماعي، كما نجد عدد كبير من المبحوثين بنسبة 83% والذين لا يزالون يبذلون نفس الجهد مثلما كانوا عليه قبل إصابتهم بالمرض بالإضافة لاستمرارهم في ممارسة نشاطهم الاجتماعي تقابلها نسبة 17% من نفس الفئة المجيبة بنعم لكنها لم تستطع الاستمرار في نشاطها الاجتماعي، وعلى العموم فإن نسبة 88.2% من مجموع المبحوثين الذين من مجموع المبحوثين الذين يزالون ولا يزالون وأحيانا يزالون يبذلون نفس الجهد مثلما كانوا عليه قبل الإصابة وذلك أنهم لا يزالون مستمرين في ممارسة نشاطهم الاجتماعي تقابلها نسبة 11.8% من المبحوثين وذلك لدى المصابين بداء السكري. مقارنة بنسبة 5.1% من المبحوثين لم يستطيعوا الاستمرار في نشاطهم الاجتماعي.

2.12. التحليل السوسيولوجي للجدول:

نلاحظ من خلال نتائج التحليل الإحصائي للجدول السابق الذكر والذي يوضح درجة الجهد الذي يبذله أفراد العينة بعد الإصابة بالمرض وعلاقته بإمكانية الاستمرار في نشاطه الاجتماعي نجد بأن غالبية المبحوثين يؤكدون بأنهم لا زالوا يبذلون نفس الجهد مثل ما كانوا عليه قبل الإصابة بالمرض وأنهم ما زالوا مستمرين في نشاطهم الاجتماعي مقارنة بفئة قليلة فقدت استمراريته في نشاطها الاجتماعي. وعلى العموم نجد بأن أكثر من نصف المبحوثين بمختلف تصريحاتهم يؤكدون بأنه منذ إصابتهم بالمرض مازالوا مستمرين في نشاطهم الاجتماعي، ومن هنا نستطيع القول بأن ما أشار له "بارسونز" في نظريته الدور الاجتماعي للمريض أنه لا يتطابق مع المصابين بالأمراض المزمنة، وهذا قد يكون سببه الفترة الزمنية التي أجريت فيها دراسته حيث كان هناك انتشار للأمراض المعدية في تلك الفترة، لذا وفقا لنظريته فهو يعفي المريض من جميع الالتزامات المرتبطة بدوره الاجتماعي حتى يشفى معطيا بذلك السلطة للطبيب لإعفائه من ذلك

بالإضافة لسلطته العلاجية مستبعدا بذلك لوظيفة الأسرة في ذلك، فهذا الإجراء العلاجي لا يتوافق مع المرضى المزمين كون مرضهم يلزمهم مدى الحياة مما يلزمهم على الاستمرار في أداء وظائفهم أو دورهم الاجتماعي، خاصة وأن هناك كثيرا من هذه النوعية من الأمراض خاصة مرضى السكري والضغط الدموي الذين قد يتقيدون في بعض الأنشطة التي يتطلب فيها جهد جسدي عنيف لكن هذا لا يمنعه من القيام بأدوار اجتماعية عادية لا تتطلب جهدا جسديا كبيرا، وكذلك للأسرة دور كبير في استقرار الحالة الصحية للمريض لأن هذه الفئة بالذات تحتاج لكل عوامل المساندة الاجتماعية والدعم المعنوي الذي يساعدها على مجابهة المرض والتصدي لضغوط الحياة، هذا الدور الرئيسي للأسرة الذي استبعده "بارسونز" من حياة المريض وأعطاه للمؤسسات العلاجية. لذا ووفقا لنظرتنا السوسيولوجية فهذه الوضعية المرضية يجب أن يشترك فيها العديد من الفاعلين الاجتماعيين لما لهم من دور في توجيه مسار هذا المرض فلا ينحصر بين الطبيب والمريض بل يتعداه إلى النسق الأسري وكل الفاعلين في الأنساق الأخرى التي يجبر المريض على التفاعل معها.

وعموما نستطيع القول بأن المريض المصاب بالداء السكري والضغط الدموي وهذا حسب نتائج هذه الدراسة يمكنه الاستمرار في أداء وظائفه المهنية بعد إصابته بالمرض بنفس درجة الجهد الذي كان يبذله سابقا، وحفاظه على هذا النمط من الجهد لمدة طويلة بقدر الإمكان يتوقف على التزامه بكل التوجيهات والإرشادات الطبية مضاف إليها طريقة تعامله مع كل الضغوط الاجتماعية التي تواجهه في ظل التغيرات التي تفرض تعقيدات في الحياة الاجتماعية.

ثانيا: التحقق من صحة أو خطأ الفرضية الأولى

بعدما انتهينا من التحليل الإحصائي والسوسيولوجي للجداول المركبة المتعلقة بالفرضية الأولى سنقوم في هذا الجزء بالتحقق من صحة أو خطأ الفرضية وذلك من خلال استعمالنا لمقاييس إحصائية متمثلة في معامل الارتباط كاف تريبع (χ^2) الذي يوضح مدى استقلالية مؤشرات المتغيرين (المستقل والتابع)، أي من خلاله يتضح لنا وجود الترابط بينهما من عدمه، وذلك باستعمالنا لبرنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية spss الذي يتميز بالدقة في

النتائج ويساعد على اختصار الوقت والجهد، كما سنقوم باستعمال معامل الارتباط التوافقي ومعامل الاقتران الذي يوضح لنا من خلالهما نوع العلاقة بين المتغيرين وذلك بحسابهما يدويا.

❖ تذكر بنص الفرضية الأولى:

❖ زيادة عبء العمل وسوء علاقات العمل يساهم في انتشار الإصابة بمرض الضغط الدموي و داء السكري.

سنقوم الباحثة باختبار الفرضية الأولى باستخدام كاي تربيع* ومعامل التوافق ومعامل الاقتران، وهذا بتطبيقه على الجداول من (23 إلى غاية 31) التي تحوي المؤشرات الدالة لإثبات صدق الفرضية أو نفيها.

1. جدول رقم 35: يبين نتائج الفرضية الأولى للجدول المركب رقم (23)

المتغيرات (الجدول رقم: 35)	العينة	درجة الحرية	كاي تربيع (χ^2)	قيمة الاحتمال (sig)	الدالة
الجنس	178	2	14.740	0.001	غير دالة
هل كنت تحس بعبء المسؤولية الملقاة على عاتقك في العمل قبل الإصابة بالمرض المزمن؟					

المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.1. تحليل نتائج اختبار كاي تربيع:

بعدما تم اختبار الفرضية من خلال ربط مؤشر المتغير المستقل المتمثل في الجنس بمؤشر المتغير التابع المتمثل في الإحساس بعبء المسؤولية الملقاة على عاتق أفراد العينة في العمل قبل الإصابة بالمرض المزمن، في جدول مركب يعبر عن قوة الفرضية عند (مستوى دلالة معنوية = 5%)، وجدنا ($\chi^2 = 14.740$) و (قيمة الاحتمال = 0.001) وهي أقل من (قيمة المعنوية 0.05)، وهذا يعني أن هناك استقلالية بين مؤشرات الفرضية حسب الجدول التالي، ومنه فإننا لا نقبل بأن هناك علاقة بين مؤشرات المتغير المستقل والتابع في هذا الجدول وبالتالي فإن هذين المؤشرين من الفرضية غير محقق نسبيا.

* نشير انه تم الاستعانة بمرجع (أسامة ربيع أمين سليمان، التحليل الإحصائي باستخدام برنامج spss، ط2، ب د ن: ب ب ن، 2007، ص-ص 183-191). وذلك في طريقة حساب وتحليل نتائج كاف تربيع باستخدام برنامج spss.

2.1. تحليل نتائج معامل ارتباط التوافق للجدول المركب 23:

قبل التطرق إلى تحليل نتائج معامل الارتباط التوافقي يجب أن نعرف هذا الارتباط ونوضح كيفية حسابه و كيفية قراءة نوعية الارتباط. يعرف بأنه إحدى معاملات الارتباط التي يتم من خلالها قياس الارتباط بين ظاهرتين أي تحديد قيمة ونوعية الارتباط بين ظاهرتين التي يكون لديها بيانات وصفية لكل منهما أو إحداها على الأقل وكانت مقسمة لأكثر من صفتين¹. أي الجدول المزدوج الذي يحوي هذين المتغيرين يزيد عدد خلاياه عن (4) خلايا دون حساب خلايا المجموع.

نشير أن قيمة معامل الارتباط محصورة بين [-1، 1] لذا سنوضح كيفية قراءة نوعية الارتباط من خلال هذا الجدول أدناه:

نوع الارتباط	قيمة معامل الارتباط
ارتباط طردى تام	1+
ارتباط طردى قوى	من 0.7 إلى أقل من 1+
ارتباط طردى متوسط	من 0.4 إلى أقل من 0.7
ارتباط طردى ضعيف	من صفر إلى أقل من 0.4
الارتباط منعدم	صفر
ارتباط عكسي تام	1-
ارتباط عكسي قوى	من -0.7 إلى أقل من 1-
ارتباط عكسي متوسط	من -0.4 إلى أقل من -0.7
ارتباط عكسي ضعيف	من صفر إلى أقل من -0.4

المصدر: مهدي محمد القصاص، مبادئ الإحصاء والقياس الاجتماعي، ب د ن، القاهرة، 2007، ص.296.

■ كيفية حساب معامل الارتباط التوافقي "ق" (Rc):²

$$ق = \sqrt{\frac{ج}{1-ج}}$$

¹ أماني موسى محمد، التحليل الإحصائي للبيانات، مركز تطوير الدراسات العليا والبحوث في العلوم الهندسية، القاهرة، 2007، ص.67.

² بودالي بن عون، رمضان بين الدين والاقتصاد: دراسة ميدانية، ب د ن، ب ب ن، 2014، ص.111.

حيث ج: هي قيمة العلاقة بين المتغير المستقل والمتغير التابع.

$$ج = 1ج + 2ج + \dots + ن$$

$$\text{حيث : } 1ج = 1 / [أ^2 / س + ب^2 / ص + ت^2 / ع]$$

$$2ج = 1 / [ث^2 / س + ح^2 / ص + د^2 / ع]$$

-سوف نقوم بحساب معامل التوافق للجدول المركب (21) بشكل مفصل لكي يتم فهم الطريقة جيدا:

$$1ج = 85 / [101^2 / 58 + 45^2 / 7 + 32^2 / 20] = 0.55$$

$$= 0.55$$

$$2ج = 93 / [101^2 / 43 + 45^2 / 38 + 32^2 / 12] = 0.59$$

$$= 0.59$$

$$ج = 1ج + 2ج = 0.55 + 0.59 = 1.14$$

$$ق = \sqrt{0.1228} = \sqrt{0.14 / (1 - 1.14)} = 0.35$$

بما أن معامل التوافق يساوي +0.35 وهي تقع في المجال من [صفر إلى أقل من 0.4] فإن هناك ارتباط طردى ضعيف بين متغيري الدراسة.

2. جدول رقم 36: يبين نتائج الفرضية الأولى للجدول المركب رقم (24)

المتغيرات (الجدول رقم: 36)	العينة	درجة الحرية	كاي تربيع (x^2)	قيمة الاحتمال (sig)	الدالة
السن	178	8	37.016	0.000	غير دالة
هل كنت تشعر بأن المهام المطلوبة منك تفوق طاقتك الجسمية؟					

المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.2. تحليل نتائج اختبار كاي تربيع:

بعدما تم اختبار الفرضية من خلال ربط مؤشر المتغير المستقل المتمثل في السن بمؤشر المتغير التابع المتمثل في الشعور بأن المهام المطلوبة من أفراد العينة في العمل تفوق طاقتهم الجسمية، في جدول مركب يعبر عن قوة الفرضية عند (مستوى دلالة معنوية = 5%)، وجدنا

($x^2=37.016$) و(قيمة الاحتمال=0.000) وهي أقل من(قيمة المعنوية 0.05)، وهذا يعني أن هناك استقلالية بين مؤشرات الفرضية حسب الجدول التالي، ومنه فإننا لا نقبل بأن هناك علاقة بين مؤشرات المتغير المستقل والتابع في هذا الجدول وبالتالي فإن هذين المؤشرين من الفرضية غير محقق نسبياً.

2.2. تحليل نتائج معامل التوافق للجدول المركب 24:

معامل الارتباط التوافقي يساوي + 0.41 وهي تقع في المجال من [0.4 إلى أقل من 0.7] فان هناك ارتباط طردى متوسط بين متغيري الدراسة.

3. جدول رقم 37: يبين نتائج الفرضية الأولى للجدول المركب رقم (25)

المتغيرات (الجدول رقم: 37)	العينة	درجة الحرية	كاي تربيع (x^2)	قيمة الاحتمال (sig)	الدالة
الحالة السوسيو مهنية	175	2	3.751	0.153	دالة
هل كان يكلفك رئيسك بمهام ومسؤوليات متعددة في وقت واحد؟					

المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.3. تحليل نتائج اختبار كاي تربيع:

بعدما تم اختبار الفرضية من خلال ربط مؤشر المتغير المستقل المتمثل في الحالة السوسيو-مهنية بمؤشر المتغير التابع المتمثل في تكليف رئيس العمل أفراد العينة بمهام ومسؤوليات متعددة في وقت واحد ، في جدول مركب يعبر عن قوة الفرضية عند (مستوى دلالة معنوية = 5%)، وجدنا ($x^2=3.751$) و(قيمة الاحتمال=0.153) وهي أكبر من(قيمة المعنوية 0.05)، وهذا يعني أنه ليس هناك استقلالية بين مؤشرات الفرضية حسب الجدول التالي، ومنه فإننا نقبل بأن هناك علاقة بين مؤشرات المتغير المستقل والتابع في هذا الجدول وبالتالي فإن هذين المؤشرين من الفرضية محقق نسبياً.

2.3. تحليل نتائج معامل التوافق للجدول المركب 25:

بما أن معامل الارتباط التوافقي يساوي +0.41 وهي تقع في المجال من [0.4 إلى أقل من 0.7] فإن هناك ارتباط طردى متوسط بين متغيري الدراسة.

4. جدول رقم 38: يبين نتائج الفرضية الأولى للجدول المركب رقم (26)

المتغيرات (الجدول رقم: 38)	العينة	درجة الحرية	كاي تربيع (x^2)	قيمة الاحتمال (sig)	الدلالة
هل كان لديك أعمال كثيرة لا تتمكن من انجازها خلال ساعات الدوام الرسمي؟	175	4	8.432	0.077	دالة
هل كنت تضطر للعودة بعد انتهاء الدوام الرسمي لإنهاء عملك المتبقي؟					

المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.4. تحليل نتائج اختبار كاي تربيع:

بعدما تم اختبار الفرضية من خلال ربط مؤشر المتغير المستقل المتمثل في إمكانية أن تكون هناك أعمال كثيرة لدى عينة البحث بحيث لا يتمكنون من انجازها خلال ساعات الدوام الرسمي بمؤشر المتغير التابع المتمثل في اضطرار المبحوثين للعودة بعد انتهاء الدوام الرسمي لإنهاء عملهم المتبقي ، في جدول مركب يعبر عن قوة الفرضية عند (مستوى دلالة معنوية =5%)، وجدنا ($x^2=8.432$) و (قيمة الاحتمال = 0.077) وهي أكبر من (قيمة المعنوية = 0.05)، وهذا يعني أنه ليس هناك استقلالية بين مؤشرات الفرضية حسب الجدول التالي، ومنه فإننا نقبل بأن هناك علاقة بين مؤشرات المتغير المستقل والتابع في هذا الجدول وبالتالي فإن هذين المؤشرين من الفرضية محقق نسبياً.

2.4. تحليل نتائج معامل التوافق للجدول المركب 26:

معامل الارتباط يساوي +0.48 وهي تقع في المجال من [0.4 إلى أقل من 0.7] فإن هناك ارتباط طردى متوسط بين متغيري الدراسة.

5. جدول رقم 39: يبين نتائج الفرضية الأولى للجدول المركب رقم (27)

المتغيرات (الجدول رقم: 39)	العينة	درجة الحرية	كاي تربيع (x^2)	قيمة الاحتمال (sig)	الدالة
هل كنت تتعرض إلى مواقف صراعية (نزاعات) داخل إطار العمل قبل الإصابة بالمرض؟	151	2	4.526	0.052	دالة
مع من كانت تحدث هذه الصراعات؟					

المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.5. تحليل نتائج اختبار كاي تربيع:

بعدما تم اختبار الفرضية من خلال ربط مؤشر المتغير المستقل المتمثل في إمكانية تعرض أفراد العينة لمواقف صراعية (نزاعات) داخل إطار العمل قبل الإصابة بالمرض بمؤشر المتغير التابع المتمثل في العناصر التي كانت تحدث معهم هذه الصراعات ، في جدول مركب يعبر عن قوة الفرضية عند (مستوى دلالة معنوية = 5%)، وجدنا ($x^2 = 4.526$) و(قيمة الاحتمال = 0.052) وهي أكبر من (قيمة المعنوية 0.05)، وهذا يعني أنه ليس هناك استقلالية بين مؤشرات الفرضية حسب الجدول التالي، ومنه فإننا نقبل بأن هناك علاقة بين مؤشرات المتغير المستقل والتابع في هذا الجدول وبالتالي فإن هذين المؤشرين من الفرضية محقق نسبياً.

2.5. تحليل نتائج معامل التوافق للجدول المركب 27:

بما أن معامل التوافق يساوي +0.39 وهي تقع في المجال من [صفر إلى أقل من 0.4] فإن هناك ارتباط طردي ضعيف بين متغيري الدراسة.

6. جدول رقم 40: يبين نتائج الفرضية الأولى للجدول المركب رقم (28)

المتغيرات (الجدول رقم: 40)	العينة	درجة الحرية	كاي تربيع (x^2)	قيمة الاحتمال (sig)	الدالة
هل كنت تحس بعبء المسؤولية الملقاة على عاتقك في العمل قبل الإصابة بالمرض المزمع؟	178	4	5.527	0.700	دالة
هل كنت تتعرض إلى مواقف صراعية (نزاعات) داخل إطار العمل قبل الإصابة بالمرض؟					

المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.6. تحليل نتائج اختبار كاي تربيع:

بعدما تم اختبار الفرضية من خلال ربط مؤشر المتغير المستقل المتمثل في إحساس عينة البحث بعبء المسؤولية الملقاة على عاتقك في العمل قبل الإصابة بالمرض المزمن بمؤشر المتغير التابع المتمثل في إمكانية تعرض أفراد العينة لمواقف صراعية (نزاعات) داخل إطار العمل قبل الإصابة بالمرض، في جدول مركب يعبر عن قوة الفرضية عند (مستوى دلالة معنوية = 5%)، وجدنا ($x^2 = 5.527$) و (قيمة الاحتمال = 0.700) وهي أكبر من (قيمة المعنوية 0.05)، وهذا يعني أنه ليس هناك استقلالية بين مؤشرات الفرضية حسب الجدول التالي، ومنه فإننا نقبل بأن هناك علاقة بين مؤشرات المتغير المستقل والتابع في هذا الجدول وبالتالي فإن هذين المؤشرين من الفرضية محقق نسبياً.

2.6. تحليل نتائج معامل التوافق للجدول المركب 28:

معامل الارتباط يساوي +0.65 وهي تقع في المجال من [0.4 إلى أقل من 0.7] فإن هناك ارتباط طردى متوسط بين متغيري الدراسة.

7. جدول رقم 41: يبين نتائج الفرضية الأولى للجدول المركب رقم (29)

المتغيرات (الجدول رقم: 41)	العينة	درجة الحرية	كاي تربيع (x^2)	قيمة الاحتمال (sig)	الدالة
قبل الإصابة بالمرض هل كنت تشعر بأن الراتب الذي تتقاضاه لا يتناسب مع المجهود الكبير الذي تقوم به في عملك؟	178	1	1.421	0.233	دالة
ما نوع المرض المزمن الذي تعاني منه ؟					

المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.7. تحليل نتائج اختبار كاي تربيع:

بعدما تم اختبار الفرضية من خلال ربط مؤشر المتغير المستقل المتمثل في الشعور بأن الراتب الذي كان يتقاضاه المبحوثين قبل الإصابة بالمرض لا يتناسب مع المجهود الكبير الذي يقومون به في عملهم بمؤشر المتغير التابع المتمثل في نوع المرض الذي يعانون منه ، في

جدول مركب يعبر عن قوة الفرضية عند (مستوى دلالة معنوية = 5%)، وجدنا $(x^2 = 1.421)$ و (قيمة الاحتمال = 0.233) وهي أكبر من (قيمة المعنوية 0.05)، وهذا يعني أنه ليس هناك استقلالية بين مؤشرات الفرضية حسب الجدول التالي، ومنه فإننا نقبل بأن هناك علاقة بين مؤشرات المتغير المستقل والتابع في هذا الجدول وبالتالي فإن هذين المؤشرين من الفرضية محقق نسبياً.

2.7. تحليل نتائج معامل ارتباط الاقتران للجدول المركب 29:

في هذا الجدول والجدول الذي يليه سنستعمل معامل الاقتران وهذا لأنه يختص بقياس الارتباط بين ظاهرتين ذات صفتين فقط أي يستعمل في الجدول المزدوج الذي يحوي هذين المتغيرين وعدد خلاياه (4) فقط.

- كيفية حساب معامل الاقتران (C.C):¹

$$\text{معامل الاقتران} = \frac{a \times d - b \times c}{a \times b + c \times d}$$

- سوف نقوم بحساب معامل الاقتران للجدول 27 بشكل مفصل لكي يتم فهم الطريقة جيداً:

$$\text{معامل الاقتران} = \frac{26 \times 53 + 29 \times 70}{26 \times 53 - 29 \times 70} = \frac{3408}{625} = 0.19 +$$

بما أن معامل الاقتران يساوي 0.19+ وهي تقع في المجال من [صفر إلى أقل من 0.4] فإن هناك ارتباط طردى ضعيف بين متغيري الدراسة.

8. جدول رقم 42: يبين نتائج الفرضية الأولى للجدول المركب رقم (30)

المتغيرات (الجدول رقم: 42)	العينة	درجة الحرية	كاي تربيع (x^2)	قيمة الاحتمال (sig)	الدالة
هل شعورك بزيادة عبء العمل له علاقة بإصابتك بالمرض المزمن؟	178	1	1.520	0.253	دالة
ما نوع المرض المزمن الذي تعاني منه؟					

المصدر : مخرجات برنامج spss.

¹ مهدي محمد القصاص، مرجع سبق ذكره، ص. 296.

1.8. تحليل نتائج اختبار كاي تربيع:

بعدما تم اختبار الفرضية من خلال ربط مؤشر المتغير المستقل المتمثل في شعور أفراد العينة بأن زيادة عبء العمل له علاقة بإصابتهم بالمرض المزمن بمؤشر المتغير التابع المتمثل في نوع المرض الذي يعانون منه ، في جدول مركب يعبر عن قوة الفرضية عند (مستوى دلالة معنوية = 5%)، وجدنا ($x^2 = 1.520$) و(قيمة الاحتمال = 0.253) وهي أكبر من (قيمة المعنوية 0.05)، وهذا يعني أنه ليس هناك استقلالية بين مؤشرات الفرضية حسب الجدول التالي، ومنه فإننا نقبل بأن هناك علاقة بين مؤشرات المتغير المستقل والتابع في هذا الجدول وبالتالي فإن هذين المؤشرين من الفرضية محقق نسبياً.

2.8. تحليل نتائج معامل ارتباط الاقتران للجدول المركب 30:

بما أن معامل الاقتران يساوي +0.19 وهي تقع في المجال من [صفر إلى أقل من 0.4] فإن هناك ارتباط طردي ضعيف بين متغيري الدراسة.

9. جدول رقم 43: يبين نتائج الفرضية الأولى للجدول المركب رقم (31)

المتغيرات (الجدول رقم: 43)	العينة	درجة الحرية	كاي تربيع (x^2)	قيمة الاحتمال (sig)	الدالة
سبب الإصابة بالمرض	178	4	3.018	0.082	دالة
هل شعورك بزيادة عبء العمل له علاقة بإصابتك بالمرض المزمن؟					

المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.9. تحليل نتائج اختبار كاي تربيع:

بعدما تم اختبار الفرضية من خلال ربط مؤشر المتغير المستقل المتمثل في سبب الإصابة بالمرض بمؤشر المتغير التابع المتمثل شعور أفراد العينة بأن زيادة عبء العمل له علاقة بإصابتهم بالمرض المزمن ، في جدول مركب يعبر عن قوة الفرضية عند (مستوى دلالة معنوية = 5%)، وجدنا ($x^2 = 3.018$) و(قيمة الاحتمال = 0.082) وهي أكبر من (قيمة المعنوية 0.05)، وهذا يعني أنه ليس هناك استقلالية بين مؤشرات الفرضية حسب الجدول التالي، ومنه

فإننا نقبل بأن هناك علاقة بين مؤشرات المتغير المستقل والتابع في هذا الجدول وبالتالي فإن هذين المؤشرين من الفرضية محقق نسبياً.

2.9. تحليل نتائج معامل ارتباط التوافق للجدول المركب 31:

معامل الارتباط يساوي $0.60+$ وهي تقع في المجال من $[0.4$ إلى أقل من $0.7]$ فإن هناك ارتباط طردى متوسط بين متغيري الدراسة.

ثالثاً: مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى:

من خلال الدلالات الإحصائية والسوسيولوجية المستخلصة من معالجة مؤشرات المتغيرات ضمن الجداول المركبة المتعلقة بالفرضية الأولى والتي تهدف للكشف عن مساهمة الضغوط المهنية في انتشار الإصابة بمرض الضغط الدموي وداء السكري، وهذا من خلال العلاقات المهنية وعبء العمل الذي تتعرض له عينة الدراسة، بالإضافة أنه تم اختباره الفرضية باستعمال الأساليب الإحصائية خاصة كاف تريبع الذي يتضح من خلاله استقلالية المتغيرات الخاصة بالدراسة من عدمها ، اتضح لنا وذلك بعد اختبار تسعة (9) جداول ثبت أن هناك عدم استقلالية بين مؤشرات المتغير المستقل والتابع في سبعة (7) جداول مع وجود استقلالية بين مؤشرات المتغيرات في جدولين فقط ، كما اتضح لنا من خلال استعمال معاملات الارتباط التوافقي والاقتران أن هناك ارتباط طردي في كافة الجداول وتحدد نوع الارتباط الطردي المتوسط في (5) والارتباط الطردي الضعيف في (4) جداول، لذا وبما أن غالبية الجداول تحققت فيها العلاقة بين مؤشرات الدراسة وهي أن قيمة الاحتمال المحصل عليها في جل الجداول هي أكبر من قيمة المعنوية التي تساوي 0.05 و كذلك نوع الارتباط طردي متوسط، فإن هذه النتائج تدل على وجود علاقة بين الضغوط المهنية والإصابة بالمرض المزمن وهذا كون العلاقات المهنية وعبء العمل يساهم كثيراً في انتشار الإصابة بمرض الضغط الدموي والسكري وهذا ما أثبتته الواقع الميداني لمدينة الأغواط ومنه فالفرضية محققة نسبياً جداً.

نشير أن النتائج المتوصل إليها من خلال هذه الفرضية والمتعلقة بتأثير العلاقات المهنية وعبء العمل على صحة الفرد هي مشابهة تقريبا للنتائج المتوصل إليها في الدراسات السابقة

التي تم الاستعانة بها في دراستنا الحالية وهي كلا من دراسة "باهي سلامي" التي أشارت نتائجها إلى نقطة مهمة وهي أن جنس الذكور أي المدرسين هم أكثر شعورا بالضغط من الإناث أي المدرسات وهذا ما أثبتته دراستنا الحالية كذلك وهي أننا نجد الذكور يشعرون بالضغط بسبب عبء المسؤولية الملقاة على عاتقهم أكثر من الإناث ، أما دراسة "إحسان محمد الحسن" * فكانت نتائج دراسته واضحة تماما فيما يخص الضغوط المهنية كعامل مسبب للمرض وذلك بسبب زيادة عبء العمل ، وبالرغم من اختلاف عينة البحث في كل من هذه الدراسات السابقة والحالية لكن هذا لا ينفي إثباتها للضغوط المهنية كمصدر وعامل ضغط قوي يعرض الأفراد إلى أمراض جسمية مختلفة من أهمها مرض الضغط الدموي والسكري اللذان يلعبان بأمراض العصر ، أي أن الموظف الذي يتحمل زيادة كبيرة من عبء العمل يعاني من مستوى عال من الضغوط مما يترتب عليه من زيادة في ضربات القلب وأيضا ارتفاع في ضغط الدم، بالإضافة لداء السكري وهذا وفقا لما توصلت له دراستنا الحالية . كما أن دراسة "أحمد عسكر" التي أجريت على عينة من العاملين في المصارف بدولة الإمارات أوضحت أن الضغوط الناتجة عن كمية العمل تحتل المرتبة الأولى من بين متغيرات دراسته، بالإضافة إلى دراسة "وايمان" * التي توصلت إلى أن زيادة عبء العمل وانخفاضه يعتبران من عوامل الضغط التي تؤدي إلى انخفاض الأداء وحدوث المشكلات النفسية والبدنية أي الصحية والسلوكية.

أي أن زيادة أعباء العمل التي تعتبر من أهم عوامل الضغط المهني تؤثر على طاقة وجهد الإنسان وتكون له توتر دائم، والذي لابد أن يكون مصحوبا بنوع من التغيرات البدنية الظاهرة والتغيرات الفسيولوجية الداخلية، أي عندما يمر الفرد بحالة من الضغط فانه من الممكن أن يلتبس آثار هذه الحالة على ما يجري في جسمه من زيادة ضربات القلب وزيادة ارتفاع ضغط الدم، وتتطور هذه الآثار محدثة نتائج فسيولوجية متمثلة في أمراض مزمنة كالسكري والضغط الدموي، كما أشارت له نتائج دراستنا، وكذلك هذا ما أوضحته دراسة "هاوس وآخرون" أن للضغوط

* أنظر الجانب النظري: ص-ص. 41-34.

* راجع الجانب النظري: ص. 193.

المهنية أثرها على الصحة الجسمية، وقد أوضح "فونتانا" تلك النتائج الفسيولوجية نتيجة زيادة الضغوط، بحيث أشار أن زيادة الأدرينالين بالدم يؤدي إلى تنشيط وزيادة رد فعله، وإذا استمر هذا الضغط لمدة طويلة قد يؤدي إلى فشل في تلك الأجهزة مثل اضطرابات الدورة الدموية وأمراض القلب ^Φ. خاصة في هذا العصر الذي أصبحت تعتريه العديد من التغيرات الاجتماعية المتسارعة والتي ألقت بظلالها على جميع أصعدة الحياة والتي تغلغت على إثرها إلى كيان الفرد الصحي بنتائج ايجابية وسلبية في آن واحد.

كما أظهرت لنا نتائج هذه الدراسة أن الضغوط المهنية لا تستثني لا الذكور ولا الإناث مما جعل كلا الجنسين معرضين للإصابة بهذه الأمراض، إلا أن النتائج أسفرت بأن الذكور أكثر عرضة لهذه الضغوط أكثر من النساء وهذا نظرا لعبء المسؤولية الملقاة على عاتقهم على غرار المرأة وهذا لأن طبيعة النشاط الممارس ودرجة الضغوط مختلفة بينهما في الكثير من الحالات، وهذا لا يعني أن مسؤوليات ومهام المرأة محدودة لكن نستطيع القول أن خصوصية المجتمع الأغواطي الذي يتميز بإعطاء مكانة واحترام للمرأة في إطار العمل مع مراعاة الجانب النفسي والاجتماعي والبيولوجي لها يخفف قدرا من الضغوط المهنية عليها على غرار الرجل .

كما تظهر نتيجة أخرى وهي أن لعامل السن دور قوي في التأثير على الطاقة الجسمية للأفراد مما يعيق أدائهم للمهام المطلوبة منهم في إطار العمل وهذا ما يسبب لهم نوعا من الضغوط المهنية خاصة في الفئة العمرية من 45 فما فوق ، وهذا يعني أن هذه الشريحة تتعرض للضغوط بشكل مضاعف وهذا نظرا لتضاعف المسؤوليات في إطار العمل بالإضافة للواجبات الأسرية خاصة المرأة التي تقوم بعمل مضاعف بسبب ازدواجية دورها بين شؤون المنزل ومتطلبات العمل والتي تزيد من حدة الضغوط عليها، على غرار الرجل الذي يبقى عمله حبيس المنهج الكلاسيكي أي أنه لا يتعدى إطار العمل بالإضافة للوظائف البسيطة الأخرى كإحضار المستلزمات الخاصة بالمنزل والتي تشترك في أدائها المرأة في الكثير من الأحيان وهذا وفقا لما أشار له المبحوثين.

^Φ أنظر ملحق رقم 7.

وتكشف نتائج الدراسة أيضا أن للحالة السوسيو-مهنية لأفراد العينة دور كبير في إصابتهم بالمرض المزمن خاصة الموظفين والمتقاعدين لأنهم كانوا يكلفون من قبل رئيسهم بمسؤوليات ومهام في وقت واحد مما يتطلب منهم بذل جهد مضاعف يترتب عليه إرهاق كبير في الكثير من المرات، بالإضافة لاضطرارهم للعودة بعد انتهاء الدوام الرسمي لإنهاء عملهم المتبقي وهذا ما كان يشعرهم بعبء المسؤولية الملقاة على عاتقهم، كما أن الراتب الذي كانوا يتقاضونه كان يشكل عامل ضغط على المبحوثين لأنهم كانوا يشعرون بأنه لا يتناسب مع المجهود الذي يقومون به وهذا ما ضاعف من حدة الضغط المهني عليهم، وخاصة لدى مرضى الضغط الدموي الذين كانوا يشعرون ويؤكدون بأن عبء العمل له علاقة بإصابتهم بالمرض المزمن على غرار مرضى السكري الذين كانت نسبتهم ضعيفة فيما يخص تأثير عبء العمل عليهم أي أن الضغوط المهنية تساهم في انتشار الإصابة بالضغط الدموي أكثر من داء السكري .

كما أنه من النتائج التي أبرزتها هذه الدراسة أن أفراد العينة كانوا يتعرضون إلى مواقف صراعية داخل إطار العمل قبل إصابتهم بالمرض وذلك مع رئيس العمل وأحيانا مع زملاء العمل أي أن للعلاقات المهنية دور كبير في التأثير على صحة الفرد، لأن البيئة المهنية التي يسود فيها سوء العلاقات المهنية تولد الصراع الدائم والمستمر والتي تفقد الفرد الاحترام والمراعاة من قبل الرئيس والصدقة والتفاهم مع جماعة العمل، مما يرفع من حجم الضغوط المهنية عليه و تشعره بعدم الأمان والاستقرار ويكون بذلك تأثيرها سلبى على النواحي البيولوجية والنفسية وحتى الاجتماعية.

كما أوضحت نتائج هذه الدراسة أن هناك عوامل أخرى كانت سببا في إصابة بعض أفراد العينة بالمرض المزمن خاصة مرضى السكري كفقدان عزيز أية وفاة(الزوج-الابن) بالإضافة لخلعة الكلاب، ونجد أن العديد من الدراسات أثبتت دور هذه العوامل في الإصابة بمرض السكري، والسبب الآخر تمحور حول الضغوطات التي يتعرض لها الوالدين جراء ضعف التحصيل الدراسي الذي يصيب أولادهم بالرغم من توفر كل الإمكانيات لتحقيق النجاح ، كما لا يمكن إغفال دور التغذية كذلك لأن إتباع الأفراد لنمط غذائي سيء ساهم كذلك في تعجيل

إصابتهم بالمرض المزمن وهذا نظرا للعادات السيئة المكتسبة من النظام الغذائي الأغواطي الذي يعتمد على استعمال السكر في العديد من الأطعمة بالإضافة للملح المضاعف في الأطعمة، كما أشارت النتائج ولو بشكل ضئيل لكن له دلالاته الواقعية وهي تأثيرات العشرية السوداء والتي ترجع مدتها لعقدين من الزمن أي منذ التسعينيات والتي عرف خلالها المجتمع الجزائري حدث سوسيو - أمني خطير سببه العنف الإرهابي الدموي الذي شكل ضغوطا سلبية مدمرة وترك أثرا مأساويا في نفوس الجزائريين وجعل صحتهم أرضية خصبة للإصابة بمثل هذه الأمراض المزمنة كالسكري والضغط الدموي .

وهكذا ومن خلال عرضنا لهذه النتائج يمكن القول بأن الإصابة بالأمراض المزمنة كالضغط الدموي والسكري لدى أفراد عينة الدراسة مرتبطة ارتباطا قويا بالضغوط الوظيفية خاصة زيادة عبء العمل وسوء العلاقات المهنية مع الرئيس والزملاء والتي كانت لها تأثيرات سلبية على صحتهم ، خاصة وأن الشخص العامل يقضي الثلث من حياته وهو يزاول العمل لإشباع حاجاته الأساسية والتي سيتعرض من خلالها لا محالة للضغوط سواء كانت ايجابية أو سلبية وهذا لأنه لا توجد وظيفة خالية من الضغوط لكن تأثيراتها تبقى مرتبطة بمقدار ومصادر هذه الضغوط ،ونجد أن " Gibson" قد أشار من خلال نمودجه متعدد الأبعاد* إلى أهم مصدرين للضغط واللذان كان لهما تأثير كبير على عينة الدراسة وذلك وفقا لتحليلنا للبيانات المتعلقة بالتفاعل الاجتماعي السلبي بين جماعة العمل أي الصراع القائم بين الزملاء والمسؤولين ،هذا الصراع الذي يكون مصدرا للضغوط التي تساهم في توتر الفرد وما يزيد من خطورتها هو تأثيراتها على صحة الفرد وهذا ما أثبتته هذه الدراسة الحالية، بالإضافة لعبء العمل المضاعف على الأفراد المبحوثين لكونه من بين أهم عوامل الضغط التي لها انعكاسات سلبية نتيجة لما تسببه من اعتلالات صحية، وهذا كذلك ما أشار له كلا من "وايمان" و"سمير أحمد عسكر" عن مصادر الضغوط الذي يكون سببها عبء العمل.

* راجع الجانب النظري :ص.67.

خلاصة :

ما يمكن استخلاصه في هذا الفصل وذلك بعد تحليلنا ومناقشتنا للفرضية المتعلقة بالعلاقة بين الضغوط المهنية والمرض المزمن توصلنا إلى أن للضغوط المهنية آثارا سلبية على الصحة الجسدية للأفراد والتي ظهرت نتائجه في إصابتهم بالأمراض المزمن كالضغط الدموي بدرجة كبيرة مقارنة بداء السكري، وذلك بسبب زيادة عبء العمل وسوء العلاقات المهنية التي عانى منها الأفراد في بيئتهم المهنية.

فالمهام والمسؤوليات المتعددة التي كان يكلفون بها من قبل رؤسائهم والتي لا يتمكنون من انجازها خلال ساعات الدوام الرسمي مما يضطرهم لبذل جهد مضاعف وساعات إضافية لإنهاءها والتي كانت لا تتوافق حتى مع دخولهم الشهرية ، ناهيك عن الصراعات والنزاعات التي كانوا يتعرضون لها مع رئيسهم وزملائهم في العمل والتي ضاعفت من حجم الضغوط عليهم، وزادت من توترهم وإجهادهم الانفعالي والبدني والذي انعكس سلبا على راحتهم النفسية وسلامتهم الصحية وترجم إلى أمراض مزمنة.

الفصل الثامن

تحليل البيانات المتعلقة بالفرضية الثانية

تمهيد

أولاً : التحليل الإحصائي والسوسيولوجي لجداول الفرضية الثانية

ثانياً: التحقق من صحة أو خطأ الفرضية الثانية

ثالثاً: مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية

خلاصة الفصل

تمهيد:

تعتبر الأسرة من الوحدات الأساسية التي تكون البناء الاجتماعي باعتبارها كيان بيولوجي واجتماعي ومسرحا للتفاعل وبناء الأفراد، لذا فهذا النظام الاجتماعي قد يختل توازنه في حالة تعرضه لضغوط قوية سواء كانت خارجية بسبب عملية التحضر التي أفرزت أنماط معيشية جديدة في الحياة الأسرية أو داخلية كالخلافات الأسرية وصراع الأدوار الاجتماعية، والتي تنعكس بطبيعة الحال على الفرد الذي تفقده صحته النفسية والجسدية وعلى الأسرة التي يهدد استقرارها والمجتمع الذي يختل توازنه.

أي أن اضطراب العلاقات الأسرية يساهم بطريقة غير مباشرة في تدهور الحالة الصحية للفرد لأن كثرة المواقف الأسرية السلبية والتي تحكمها الخلافات والصراعات وغياب كل قواعد الدعم والمساندة الاجتماعية والتكافل الوجداني والمادي من شأنه إضعاف البنية الأسرية وتفكيك كل روابطها وتؤدي إلى إحداث اضطرابات نفسية وسلوكية وجسدية لدى أفرادها تكون نتيجتها الحتمية فقدانهم للسلامة الصحية. إذن فالعلاقة بين الضغوط الأسرية وبخاصة التي يكون سببها اضطراب العلاقات بين أفرادها وبين الأمراض المزمنة كالضغط الدموي والسكري قد تكون علاقة تفاعلية لان الإنسان اجتماعي بطبعه ويعيش في مجتمع إنساني وفي بيئة أسرية يتأثر ويؤثر فيها لذا فهذا النوع من الأمراض قد يحدث نتيجة ضغوط الحياة الاجتماعية بصفة عامة وضغوط البيئة الأسرية بصفة خاصة.

لذا فانه قد يكون انتشار الإصابة بالأمراض المزمنة التي يعاني منها الفرد في يومنا هذا من صنع البيئة الأسرية التي تحكمها العلاقات المضطربة بين أفرادها مع غياب كلي لكل مقومات الدعم المعنوي الذي يعتبر من العوامل القوية التي تقي الفرد من الضغوطات والمشاكل الحياتية التي يتعرض لها ، وانعدام لغة الحوار والنقاش بين أفرادها، لذا فهذه الأسباب ب سوف نعتبرها كمؤشرات هامة لقياس العلاقة بين الضغوط الأسرية والمرضى المزمن .

أولاً : التحليل الإحصائي والسوسيولوجي لجداول الفرضية الثانية :

1. جدول رقم 44: يوضح شكل الأسرة التي ينتمي إليها أفراد العينة قبل الإصابة بالمرض المزمن حسب الوسط المعيشي.

المجموع	ماهو شكل الأسرة التي كنت تنتمي إليها قبل إصابتك بالمرض؟					
	ممتدة(كبيرة)	نووية(صغيرة)				
164	124	40	التكرارات	حضري	الوسط المعيشي	
%100	75.6 %	24.4 %	النسبة %			
72	43	29	التكرارات	شبه حضري		
%100	59.7 %	40.3 %	النسبة %			
4	–	4	التكرارات	ريفي		
%100	–	100 %	النسبة %			
240	167	73	التكرارات	المجموع		
%100	69.6 %	30.4 %	النسبة %			

المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.1. التحليل الإحصائي للجدول :

تبين الشواهد الإحصائية المبينة في الجدول أعلاه أن عدد قليل من المبحوثين يقدر بـ 4 مبحوثين من الوسط الريفي الحضري مقدرة بنسبة 100% يشيرون بأن شكل الأسرة التي كانوا يقيمون فيها قبل إصابتهم بالمرض المزمن هي ممتدة، في حين نجد غالبية المبحوثين بنسبة 75.6% ينتمون للوسط المعيشي الحضري وأن شكل الأسرة التي كانوا يقيمون فيها قبل إصابتهم بالمرض المزمن هي نووية مقارنة بنسبة 24.4% من نفس فئة الوسط المعيشي الحضري لكن شكل الأسرة التي كانوا يقيمون فيها قبل إصابتهم بالمرض المزمن هي أسر ممتدة، ونجد نسبة 59.7% من المبحوثين المقيمين بالوسط المعيشي شبه الحضري يشيرون بأن شكل الأسرة التي كانوا يقيمون فيها قبل إصابتهم بالمرض المزمن هي نووية يقابلها نسبة معتبرة من نفس الفئة مقدرة بـ 40.3% لكن شكل الأسرة التي كانوا يقيمون فيها قبل إصابتهم بالمرض المزمن هي أسر ممتدة، أما نسبة 69.6% من المجموع العام للمبحوثين حسب الوسط

المعيشي كان شكل الأسر الذين ينتمون إليها قبل إصابتهم بالمرض المزمن هي أسر نووية مقارنة بنسبة 30.4% من الذين كانوا ينتمون إلى أسر ممتدة قبل إصابتهم بالمرض المزمن.

2.1. التحليل السوسولوجي للجدول :

نلاحظ من خلال نتائج التحليل الإحصائي للجدول السابق الذكر والذي يوضح علاقة الوسط المعيشي بشكل الأسرة التي ينتمي إليها الفرد قبل إصابته بالمرض المزمن، بأن أكثر من نصف المبحوثين هم من الوسط الحضري مقارنة بالوسط الشبه حضري والريفي، وأن جلهم ينتمون إلى أسر نووية واستمر هذا الانتماء حتى بعد إصابتهم بالمرض.*

ندرك بأن الوسط الحضري هو أكثر المناطق تأثراً بعملية التغير الاجتماعي، هذا الأخير الذي أحدث تغيرات حادة وسريعة على كافة مناحي الحياة ليصل إلى إحداث تغير كبير في طريقة حياة الأفراد، وتغلغل بذلك ليصل إلى المستوى الصحي لهم فظهرت أمراض الحضارة أي الأمراض المزمنة كالضغط الدموي والسكري كإفرازات للضغوط الاجتماعية التي يعايشها الفرد في بيئته الاجتماعية الحضرية الحديثة، التي يميزها الازدحام والكثافة السكانية، كما أن هذه التغيرات مست البناء الاجتماعي للأسرة الذي انتقل من أسر ممتدة إلى نووية، إلا أن هذا البناء الأسري الجديد لم يغير في نمط العلاقات الأسرية التي بقيت تحافظ على روابطها، لكن هذا لم يمنع من انهيار بعض الأسر وتفككها وذلك بسبب غياب الدعم الذي كان يتلقاه الأفراد في الأسر الكبيرة، ومن ناحية أخرى فإن نمط الحياة الحضرية الذي فرض استقلالية للأسر أدى إلى ظهور مشاكل اقتصادية بسبب المسؤولية الفردية بعدما كان التكافل المادي بين الأفراد في الأسر الممتدة، مما ضاعف من حدة الضغوط النفسية والاجتماعية عليهم خاصة لدى ذوي الوضع المعيشي المتدني، والذين أصبحوا يجدون عوائق كبيرة أمام تحقيق المتطلبات الأسرية المتزايدة، ومن ناحية أخرى زاد هذا الوضع المعيشي تأثيراً في الوضع الصحي الحديث الذي أصبح يعرف انتشاراً واسعاً للأمراض المزمنة، هذا الأخير الذي تأثر كثيراً بطرق العيش الجديدة كالعادات الغذائية الدخيلة والسيئة مع قلة النشاط الحركي... إلى غير

* أنظر ملحق رقم 3: الجدول رقم 3.

ذلك، أي أن هذا الخلل الفسيولوجي لا يمكن فهمه إلا من خلال فهم العوامل التي أدت إلى حدوثه في هذه المجتمعات، لذا فلا يمكننا أن نغفل على الاتصال الدائم والمستمر مع معطيات الثقافات الأخرى الواردة من المجتمعات الغربية المتقدمة ما خلق نوعاً من الصراع بين حقائق الحياة المعاشة أي ما هو كائن ورغبته في ما يجب أن يكون، مما زاد من صعوبة تكيف الفرد والأسر مع هذا الوضع الجديد، ونجد بأن هذه الإفرازات المختلفة لعوامل التغير الاجتماعي خاصة في الوسط الحضري ظهرت مؤشرات في انتشار الأمراض المزمنة، هذه الأخيرة التي لم يسلم منها حتى أفراد المجتمع الشبه حضري وهذا لأن مؤشرات التغير الاجتماعي قد أضفت بظلالها على هذه البيئة كذلك لكن بدرجة أقل من الوسط الحضري.

ومن هنا نستطيع القول بأن الوسط الذي يعيش فيه الفرد له تأثير كبير على صحته خاصة وأن مشكلة انتشار الإصابة بالأمراض المزمنة في الوسط الحضري أكثر من الوسط الشبه حضري والريفي، فهذه الفوارق في معدلات الإصابة بهذه النوعية من الأمراض يعكس مخاطر الضغوط الاجتماعية التي يتعرض لها الأفراد في البيئة الحضرية، لأن الضغوط الحياتية التي تفرزها البيئة الاجتماعية تعتبر من المصادر أو العوامل المساهمة في الإصابة بالأمراض المزمنة كالضغط الدموي والسكري.

2. جدول رقم 45: يوضح علاقة أفراد العينة بأسرهم قبل إصابتهم بالمرض حسب نوع المرض.

المجموع	ما نوع المرض المزمن الذي تعاني منه ؟				
	السكري	الضغط الدموي			
209	116	93	التكرارات	كيف كانت علاقتك بأسرتك قبل إصابتك بالمرض؟	حسنه
%100	%55.5	%44.5	النسبة %		
23	7	16	التكرارات		
%100	%30.4	%69.5	النسبة %	متذبذبة	سيئة
8	4	4	التكرارات		
%100	%50	%50	النسبة %	المجموع	
240	127	113	التكرارات		
%100	%52.9	%47.1	النسبة %		

المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.2. التحليل الإحصائي للجدول :

نلاحظ من خلال المعطيات الإحصائية التي يوضحها الجدول المبين أعلاه أن عدد قليل من المبحوثين مقدر بـ 23 مبحوث كانت علاقاتهم الأسرية قبل إصابتهم بالمرض متذبذبة بنسبة كبيرة قدرت بـ 69.5% لدى الفئة التي تعاني من الضغط الدموي مقارنة بنسبة 30.4% من نفس الفئة لكنهم من ذوي مرضى داء السكري، في نجد عدد كبير من المبحوثين مقدر بـ 209 فرد كانت علاقاتهم الأسرية قبل الإصابة بالمرض المزمن حسنة موزعة بنسبة 55.5% لدى مرضى داء السكري ونسبة 44.5% من مرضى الضغط الدموي، لكن نجد نسب متساوية عند أدنى عدد من المبحوثين مقدر بـ 8 مبحوثين يؤكدون بأن علاقاتهم الأسرية قبل إصابتهم بالمرض سيئة مقدرة بـ 50% لدى كل من مرضى الضغط الدموي والسكري، وعلى العموم فإن عدد المبحوثين الذين أشاروا إلى نوع العلاقة التي تربطهم بأسرهم من مجموع المبحوثين الكلي لعينة البحث والمقدر بـ 240 منهم 127 من مرضى داء السكري بنسبة 52.9% و 113 مبحوث بنسبة 47.1% من مرضى الضغط الدموي.

2.2. التحليل السوسيولوجي للجدول:

أوضحت نتائج التحليل الإحصائي للجدول السابق الذكر والمتضمن علاقة أفراد العينة بأسرهم حسب نوع المرض وذلك قبل إصابتهم بالمرض بأن غالبية المبحوثين يؤكدون بأن علاقاتهم الأسرية حسنة لأنها مبنية على أواصر المحبة والتفاهم والدعم الاجتماعي وليست لها علاقة بإصابتهم بالمرض المزمن وهذا لدى كل الأفراد بمختلف إصابتهم المرضية مع ارتفاع نسبتها لدى مرضى داء السكري مقارنة بالضغط الدموي. فهذا يعتبر كمؤشر هام يدل على أن عوامل التغير السوسيو-اقتصادي والثقافي لم تلقي بظلالها على النسق الأسري بشكل كلي، وأنه بالرغم من تحولها من نمط الأسر الكبيرة إلى الصغيرة فلم يغير من وظائفها اتجاه أفرادها، ولم يغير من قيمها الدينية التي تنص على التكافل بكل أنواعه والتراحم والتعاون ما بين أفرادها مركزة على الحفاظ على العلاقات الاجتماعية، أي أنها ما زالت مركزا لأمنهم وطمأنينتهم وذلك حتى بعد إصابتهم بالمرض المزمن[†]، وبالأخص أن الفرد يعيش في الوسط الحضري الذي يعتبر مجتمعا أكثر اتساعا وتعقدا وتغيرا في القيم والعادات الاجتماعية التي تتماشى مع هذا الوضع الجديد، ونستطيع القول بأن هذا يتوافق مع ما أشار له "بارسونز" حول الأسر في المجتمع الحديث الذي يرى بأنها لم تفقد وظائفها وإنما أصبحت أكثر تخصصا فيها، مما ساعدها على القيام بوظائفها بشكل أفضل مما مضى.

ونشير أن وجود هذه العلاقات الحسنة لا يعني بأن الأسر الأغواطية لا تتعرض للضغوط لكن طبيعة العلاقات القائمة بين أفرادها هو الذي يحد من تأثيرها ويساهم في التحكم فيها والتكيف معها، خاصة وأن تحليلنا لجدول الفرضية الثالثة أظهر لنا تضرر غالبية المبحوثين من العامل الاقتصادي المتمثل في الدخل والذي يعتبر من أهم عوامل الضغط المؤثرة عليهم لأنه من المعوقات المعيشية، لذا نستطيع القول بأن الضغوط الاجتماعية هي ملازمة للفرد وأمر حتمي يتعرض له في مسيرته الحياتية لأن المجتمع في حركية وديناميكية دائمة ومستمرة إلا أن تأثيراتها تختلف من شخص لآخر ومن وقت لآخر، وبالأخص من أسرة لأخرى لأن الأسرة التي تسيطر

[†] أنظر جدول رقم: 54 و 55.

وتخفف من حدة الضغوطات التي تتعرض لها وتعرف كيف تتعامل معها يساعدها ذلك على البقاء والاستمرار، هذا الأخير الذي تضبطه طبيعة العلاقات السائدة بين أطرافها ونوع التفاعل القائم بينهم الذي يقيهم ويقي أسرهم من مخاطر الحياة.

وفي الأخير نستخلص أنه بالرغم من العلاقات الاجتماعية الحسنة التي كانت تجمع أفراد المجتمع الأغواطي لكنها لم تقيهم من الإصابة بالمرض المزمن وهذا ما يبرز بأن هناك عوامل أخرى ساهمت في إصابتهم بالضغط الدموي وداء السكري.

3. جدول رقم 46: يوضح إمكانية وجود الحوار والنقاش لأفراد العينة حول مشاكلهم في وسطهم العائلي حسب الجنس.

المجموع	هل كان يوجد حوار ونقاش حول مشاكلك في وسطك العائلي قبل الإصابة؟			الجنس	الذكور	النسبة %
	أحيانا	لا	نعم			
109	24	14	71	الذكور	التكرارات	71
%100	%22	%12.9	%65.1		النسبة %	%65.1
131	26	25	80	الإناث	التكرارات	80
%100	%19.8	%19.1	%61.1		النسبة %	%61.1
240	50	39	151	المجموع	التكرارات	151
%100	%20.8	%16.3	%62.9		النسبة %	%62.9

المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.3. التحليل الإحصائي للجدول :

نلاحظ من خلال الشواهد الإحصائية المبينة في الجدول أعلاه أن نسبة 61.1% من الإناث يؤكدون بأنه كان يوجد حوار ونقاش حول مشاكلهم في وسطهم العائلي قبل إصابتهم بالمرض المزمن مقارنة بنسبة 19.1% من نفس الجنس يؤكدون أنه لم يكن يوجد حوار ونقاش حول مشاكلهم في وسطهم العائلي قبل إصابتهم بالمرض المزمن، في حين نجد نسبة 65.1% من الذكور يؤكدون كذلك أنه كان يوجد حوار ونقاش حول مشاكلهم في وسطهم العائلي قبل إصابتهم بالمرض المزمن مقارنة بنسبة 12.9% من نفس جنس الذكور يؤكدون بأنه لم يكن

هناك حوار ونقاش حول مشاكلهم في وسطهم العائلي قبل إصابتهم بالمرض المزمن . وعلى العموم فإن نسبة 62.9% من مجموع المبحوثين من كلا الجنسين يؤكدون على وجود حوار ونقاش حول مشاكلهم في وسطهم العائلي قبل إصابتهم بالمرض المزمن مقارنة بنسبة 16.3% من مجموع المبحوثين من كلا الجنسين يؤكدون بأنه لم يكن هناك حوار ونقاش حول مشاكلهم في وسطهم العائلي قبل إصابتهم بالمرض المزمن.

2.3. التحليل السوسيولوجي للجدول:

نلاحظ من خلال نتائج التحليل الإحصائي للجدول أعلاه والمتضمن العلاقة بين الجنس وإمكانية وجود الحوار والنقاش بين أفراد العينة حول مشاكلهم في وسطهم الأسري بأن غالبية المبحوثين من كلا الجنسين يؤكدون بأنه كان يوجد الحوار والنقاش داخل أسرهم وذلك حول المشاكل التي يتعرضون لها قبل إصابتهم بالمرض. فهذا كذلك مؤشر هام ودال على قوة العلاقات الاجتماعية داخل الأسر الأغواطية وعلى الغياب التام نسبيا لكل معالم الصراع والتوتر داخلها، وهذا يمكن أن يرشدنا كذلك إلى طبيعة العلاقات الزوجية لهذه الأسر وذلك وفقا لتصريحات المبحوثين حول وجود الحوار والنقاش داخل أسرهم لدى كل من الذكور والإناث بالإضافة أن غالبية المبحوثين هم متزوجون، فهذا يوحي لنا بحالة التوافق والانسجام والتعاون في هذه العلاقة المقدسة وأن هناك تكيف ايجابي في هذه العلاقة الذي ساعدهم على مجابهة التغيرات التي تفرزها المواقف الاجتماعية، لأن العلاقات الزوجية هي علاقة سكن ومودة ورحمة مصداقا لقوله تعالى ﴿وَمِنْ آيَاتِهِ أَنْ خَلَقَ لَكُمْ مِنْ أَنْفُسِكُمْ أَزْوَاجًا لِتَسْكُنُوا إِلَيْهَا وَجَعَلَ بَيْنَكُمْ مَوَدَّةً وَرَحْمَةً إِنَّ فِي ذَلِكَ لَآيَاتٍ لِقَوْمٍ يَتَفَكَّرُونَ﴾[‡] أي أنها عملية اجتماعية تبنى على أساسها الأسر، أي رباط اجتماعي وروحي متكامل فيه كل الوظائف كما أنها تعتبر كميكانيزم للاستقرار، لذا فان العلاقات الايجابية بين الزوجين المبنية على الروابط القوية تنعكس بشكل ايجابي على أفراد أسرتها ككل لأنها تنمي لديهم كل الجوانب الايجابية خاصة وأنها تؤطر طبيعة تفاعلهم داخل الوسط الأسري وخارجه وتعزز قدراتهم للتصدي لضغوطات الحياة، لأن الشيء المؤكد وهذا حسب الدراسات العلمية بأن

[‡] سورة الروم، الآية 21.

للضغوط الحياتية تأثير كبير على صحة الفرد، وأن للعوامل الاجتماعية دور كبير في انتشار هذه المواقف الضاغطة .

ومن هنا نستخلص بأن الضغوط الأسرية والتي يعكسها اضطراب أو توتر العلاقات الاجتماعية داخل النسق الأسري تشهد غياباً تاماً نسبياً في الأسر الأغواطية لأن تفاعلها ايجابي وهذا لدى كلا الجنسين ومبني على الحوار والنقاش الذي يساعدهم على حل مشاكلهم لذا فالضغوط الأسرية ليست سبباً في إصابتهم بأمراض العصر كالضغط الدموي والسكري.

4. جدول رقم 47: يوضح علاقة وجود الدعم المعنوي من طرف عائلة أفراد العينة ووجود شخص مميز في العائلة كمصدر عون حقيقي لهم.

المجموع	هل هناك شخص مميز في العائلة يعتبر مصدر عون حقيقي لك ؟					
	لا	نعم				
179	1	178	التكرارات	نعم	هل تجد الدعم المعنوي من طرف عائلتك ؟	
%100	%0.6	%99.4	النسبة %			
4	4	–	التكرارات	لا		
%100	%100	–	النسبة %			
57	20	37	التكرارات	أحياناً		
%100	%35.1	%64.9	النسبة %			
240	25	215	التكرارات	المجموع		
%100	%10.4	89.6	النسبة %			

المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.4. التحليل الإحصائي للجدول :

تشير المعطيات الإحصائية في الجدول التالي بإجابة 4 مبحوثين من مجموع أفراد عينة الدراسة مقدرة بنسبة 100% بأنهم لا يجدون الدعم المعنوي من طرف عائلاتهم ولا يوجد شخص مميز في العائلة يعتبر مصدر عون حقيقي لهم، في حين نجد غالبية المبحوثين من عينة الدراسة مقدرة بـ 99.4% يؤكدون بأنهم كانوا يجدون الدعم المعنوي من طرف عائلاتهم وكان يوجد شخص مميز في العائلة يعتبر مصدر عون حقيقي لهم تقابلها نسبة ضعيفة جداً من نفس الفئة مقدرة

بـ0.6% يشيرون بأنه بالرغم من وجود الدعم المعنوي من طرف عائلاتهم لكنه لا يوجد شخص مميز في العائلة يعتبر مصدر عون حقيقي لهم،، في حين نجد نسبة 64.9% من المبحوثين ممن أشاروا أنه أحيانا فقط كانوا يجدون الدعم المعنوي من طرف عائلاتهم لكنه كان يوجد شخص مميز في العائلة يعتبر مصدر عون حقيقي لهم تقابلها نسبة 35.1% من نفس الفئة أنه بالرغم من أنه أحيانا كانوا يجدون الدعم المعنوي من طرف عائلاتهم لكنه لا يوجد شخص مميز في العائلة يعتبر مصدر عون حقيقي لهم، إلا أنه على العموم نجد أن مجموع غالبية المبحوثين بالرغم من اختلاف إجاباتهم حول وجود الدعم المعنوي المقدم من طرف عائلاتهم إلا أنه كان يوجد شخص مميز في عائلاتهم يعتبر عون حقيقي لهم مقدرة بنسبة 89.6% مقارنة بنسبة 10.4% ممن لم يكن لهم شخص مميز في العائلة يعتبر مصدر عون حقيقي لهم.

2.4. التحليل السوسيولوجي للجدول:

نلاحظ من خلال نتائج التحليل الإحصائي للجدول السابق الذكر والمتضمن علاقة وجود الدعم المعنوي من طرف عائلة أفراد العينة ووجود شخص مميز في العائلة كمصدر عون حقيقي لهم، بأن غالبية المبحوثين وبنسبة كبيرة جدا يؤكدون بأنهم يتلقون الدعم المعنوي وسط أسرهم بالإضافة لوجود شخص مميز في العائلة يعتبر مصدر عون حقيقي لهم، فهذه النتيجة تدعم بشكل كبير جدا نتائج الجداول السابقة وتثبت بأن هناك تفاعل إيجابي بين أعضاء الأسرة الواحدة وهذا لالتزامها بالمساندة الوجدانية التي تحميهم من منغصات الحياة. وبما أن الأسرة هي النواة الرئيسية والطبيعية التي يحتمي بها أفرادها خاصة في ظل زخم الحياة المتغيرة والمتجددة باستمرار دائم فانه يتوجب عليها إرساء دعائم جيدة ومختلفة لمساعدة أعضائها على مجابهة هذه الصراعات والتوترات التي تفرضها البيئته الاجتماعية الحديثة، لذا يعد الدعم المعنوي من بين أهم العناصر الايجابية لتقوية الجانب النفسي للفرد الذي ينعكس على سلوكاته وتصرفاته إزاء ما يتعرض له من ضغوطات، أي أن الدعم المعنوي له انعكاس إيجابي على الجانب النفسي والاجتماعي والصحي للفرد مصداقا لقوله صلى الله عليه وسلم «مثل المؤمنين في توادهم وتراحمهم وتعاطفهم كمثل الجسد الواحد إذا اشتكى منه عضو تداعى له سائر الجسد بالسهر والحمى» وهذا ما يعتبر من

الجوانب الأساسية التي عمد النظام الأسري الأغواطي انتهاجه لتقوية عزيمة أفرادها لمواجهة صعوبات الحياة ووقايتهم من العزلة الاجتماعية وللتخفيف من مشاكلهم اليومية، لأن المحبة والتعاون والحنان والتشجيع والرعاية والدفء...إلى غير ذلك يقوي الجانب النفسي والعلائقي بين الأفراد، ويقيهم من الوقوع في مطبات المرض لأن الدعم المعنوي له ارتباطا قويا بالصحة النفسية والجسمية للفرد سواء قبل إصابته بالمرض أو بعد إصابته، وقد أشار "ماسلو" في نظريته إلى أهمية الحب كشرط ضروري لنمو الطفل واعتبره ركن أساسي للوجود الإنساني برمته لأنه يعتبر من عناصر الدعم المعنوي القوية والايجابية للجانب النفسي للفرد.

وفي هذا الصدد نستطيع القول بأن مراعاة الأسرة الأغواطية لأفرادها وعكوفها على دعمهم ومساعدتهم على حل مشاكلهم لم يقيهم من الوقوع كفريسة لأمراض الحضارة، وهذا لا يعتبر نقصيرا منها إلا أن ظاهرة المرض تعتبر من الظواهر الاجتماعية المعقدة لارتباطها بعدة مؤثرات لا يمكن السيطرة عليها كليا، لكن هذا لم يوقف هذه الأسر من الاستمرار في أداء وظيفتها التدعيمية خاصة بعد إصابة أفرادها بالضغط الدموي وداء السكري وهذا ما ظهر في تحليل نتائج الجدولين الأخيرين لهذه الفرضية.

5. جدول رقم 48: يوضح الخلافات التي كانت تحدث بين أفراد العينة وأسرهم داخل المنزل قبل الإصابة بالمرض وما سبب هذه الخلافات .

المجموع	إذا كانت هناك خلافات ما سببها؟					
	اجتماعية	عاطفية	مادية			
24	11	–	13	التكرارات	نعم	هل كانت تحدث خلافات عنيفة بينك وبين أفراد أسرتك داخل المنزل قبل الإصابة بالمرض؟
%100	%45.8	–	%54.2	النسبة %		
161	52	14	95	التكرارات	لا	المجموع
%100	%32.3	%8.7	%59	النسبة %		
55	23	2	30	التكرارات	أحياناً	
%100	%41.8	%3.6	%54.6	النسبة %		
240	86	16	138	التكرارات		
%100	%35.8	%6.7	%57.5	النسبة %		

المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.5. التحليل الإحصائي للجدول :

نلاحظ من خلال الشواهد الإحصائية المبينة في الجدول أن نسبة 59% من المبحوثين أكدوا بأنه لم تكن تحدث خلافات عنيفة بينهم وبين أفراد أسرتهم داخل المنزل قبل إصابتهم بالمرض المزمن ولكنه كانت تحدث بعض الخلافات بينهم سببها مادي بالدرجة الأولى تقابلها نسبة 8.7% من نفس الفئة إلا أن سبب بعض الخلافات التي كانت تحدث بينهم هو عاطفي ، في حين نجد نسب متساوية تقريباً بين المبحوثين الذين أجابوا بنعم وأحياناً، بحيث نجد نسبة 54.6% يشيرون إلى أنه أحياناً فقط كانت تحدث خلافات عنيفة بينهم وبين أفراد أسرتهم داخل المنزل قبل إصابتهم بالمرض المزمن وسبب هذه الخلافات مادي بالدرجة الأولى تقابلها نسبة 3.6% من نفس الفئة إلا أن سبب هذه الخلافات التي كانت تحدث بينهم هو عاطفي ، في حين نجد نسبة 54.2% من المبحوثين يؤكدون أنه كانت تحدث خلافات عنيفة بينهم وبين أفراد أسرتهم داخل المنزل قبل إصابتهم بالمرض المزمن وسبب هذه الخلافات مادي بالدرجة الأولى تقابلها نسبة 45.8% من نفس الفئة إلا أن سبب هذه الخلافات هو اجتماعي ، وعلى العموم نجد أن مجموع غالبية المبحوثين بالرغم من اختلاف إجاباتهم حول وجود خلافات عنيفة بينهم وبين أفراد أسرتهم

داخل المنزل قبل إصابتهم بالمرض المزمّن إلا أن سبب هذه الخلافات التي كانت تحدث في بعض الأحيان هي مادية بالدرجة الأولى مقدرة بنسبة 57.5% مقارنة بنسبة 6.7% كان سبب خلافاتهم عاطفي.

2.5. التحليل السوسولوجي للجدول:

نلاحظ من خلال نتائج التحليل الإحصائي للجدول السابق الذكر والذي يوضح إن كانت تحدث خلافات عنيفة بين الفرد وأسرته داخل المنزل وسبب هذه الخلافات قبل إصابتهم بالمرض، تأكيد غالبية المبحوثين والذي يفوق عددهم النصف بأنه لم تكن تحدث خلافات عنيفة بينهم وبين أفراد أسرهم داخل المنزل قبل إصابتهم بالمرض، لكن هذا لم يمنع من وجود بعض الخلافات والتي كان سببها مادي بالدرجة الأولى ما يعكس الضعف الاقتصادي أي الدخل الشهري لهم، يظهر لنا من خلال هذه النتائج بأن طبيعة الاتصالات والتفاعلات التي تقع بين أعضاء الأسرة هي ايجابية، لأن الاضطرابات العلائقية داخل الوسط الأسري تساهم في مضاعفة الخلافات والصراعات بين أفرادها فتضعف بنيتها الأسرية وتفقد تماسكها وتضامنها الاجتماعي والتي يكون لها تأثير سلبي على الصحة النفسية والجسمية للفرد وتساهم بطريقة غير مباشرة في إصابتهم بالأمراض المزمنة كالضغط الدموي وداء السكري .

ومن هنا نستطيع القول بأن غياب الاضطرابات الأسرية وبخاصة العلائقية لدى غالبية المبحوثين والتي ظهرت من حيث تصريحاتهم حول انعدام الخلافات العنيفة بينهم وبين أسرهم يثبت بأن مرضهم لا يرتبط بالضغط الأسرية بل بعوامل أخرى، والذي نستقيه من إجاباتهم حول سبب بعض الخلافات العابرة على حد تعبيرهم والتي كان سببها مادي، وهذا راجع لعدم كفاية دخلهم المادي، هذا الأخير الذي يورق النظام الأسري ويحاول الإخلال بتوازنه من حين لآخر، وحسب تصريحاتهم أنه كان له دور بارز في إصابتهم بالمرض المزمّن ولو بطريقة غير مباشرة، خاصة لدى المسؤولين على المصاريف المنزلية كونه يعيش حالة صراع دائم بين محاولة التوفيق بين المتطلبات المعيشية لأسرته وبين دخله، أي أن هذا التوتر الدائم الذي يصيب هذه الفئة بسبب ضعف العامل الاقتصادي يعتبر كعامل ضغط قوي ساهم في إصابتهم

بالأمراض المزمنة، كما أنه سيصبح سببا قويا لتفكيك الروابط الأسرية في المستقبل وتدمير علاقاتها المبنية على التكافل والدعم الاجتماعي، خاصة إذا تعلقت المشكلات الحياتية الضاغطة والمتكررة والدائمة بالجانب المادي كونه يرتبط ارتباطا وثيقا بحياة الأفراد، والذي سيزيد تأثيره السلبي على الوضعية الصحية والنفسية والاجتماعية لهم وهذا في حالة عدم حدوث حراك اجتماعي عمودي ينتقل من خلاله الفرد إلى مستوى مختلف وهذا نظرا لوجود مرونة داخل البناء الطبقي في المجتمع سببه التغيرات المستمرة و المتسارعة التي تحدث في المجتمع.

6. جدول رقم 49: يوضح العلاقة بين سبب هذه الخلافات و مستوى الخلافات والصراعات في الأسرة التي كانت تتعرض لها عينة البحث.

المجموع	هل كان مستوى الخلافات والصراعات في الأسرة ؟					
	طبيعي	متوسط	حاد			
138	91	39	8	التكرارات	مادية	إذا كانت هناك خلافات ما سببها؟
%100	%65.9	%28.3	%5.8	النسبة %		
16	16	—	—	التكرارات	عاطفية	
%100	%100	—	—	النسبة %		
86	63	19	4	التكرارات	اجتماعية	
%100	%73.3	%22.1	%4.6	النسبة %		
240	170	58	12	التكرارات	المجموع	
%100	%70.8	%24.2	%5	النسبة %		

المصدر : مخرجات برنامج spss

1.6. التحليل الإحصائي للجدول :

تشير المعطيات الإحصائية المبينة في الجدول أعلاه أن نسبة 100% من المبحوثين أشاروا أنه في حالة حدوث بعض الخلافات بينهم كان سببها عاطفي لكن يبقى مستوى الخلافات والصراعات في الأسرة طبيعي، في حين نجد نسبة 73.3% أشاروا أنه في حالة حدوث بعض الخلافات بينهم فكان سببها اجتماعي لكن مستوى الخلافات والصراعات في أسرهم يبقى طبيعي تقابلها نسبة 4.6% من نفس الفئة إلا أن مستوى الخلافات والصراعات في الأسرة كان حاد، في

حين نجد نسبة 65.9% من المبحوثين أشاروا أنه في حالة حدوث بعض الخلافات بينهم كان سببها مادي لكن مستوى الخلافات والصراعات في الأسرة كان طبيعي تقابلها نسبة 5.8% من نفس الفئة إلا أن مستوى الخلافات والصراعات في الأسرة كان حاد ، وعلى العموم نجد أن غالبية المبحوثين بالرغم من اختلاف إجاباتهم حول سبب هذه الخلافات التي كانت تحدث في بعض الأحيان إلا أن مستوى الخلافات والصراعات في الأسرة كان طبيعي مقدرة بنسبة 70.8% مقارنة بنسبة 5% كان مستوى الخلافات والصراعات في أسرهم حاد.

2.6. التحليل السوسيولوجي للجدول:

أوضحت نتائج التحليل الإحصائي للجدول السابق الذكر والمتضمن العلاقة بين سبب هذه الخلافات ومستوى الخلافات والصراعات في الأسرة والتي كانت تتعرض لها عينة البحث قبل الإصابة بالمرض المزمن، بأن هذه الخلافات مادية بالدرجة الأولى وهذا ما أشير له سابقا في (الجدول رقم: 48) إلا أن مستوى هذه الخلافات والصراعات طبيعي، وعلى حد قول المبحوثين فإن درجة هذه الخلافات ليست بالقوية ولا العنيفة التي تؤثر على علاقاتهم لأنهم يعتبرونها خلافات عادية وطبيعية تحدث داخل كل أسرة، كونها مؤسسة اجتماعية مسؤولة على إشباع حاجات أفرادها النفسية والاجتماعية، كما أن الدعم الأسري والتكافل والتضامن الموجود بين أعضاء الأسرة كان له دور قوي وحقيقي في التخفيف من الضغوطات التي تتعرض لها هذه الأسر كما أنه ساعدهم كثيرا على حل الخلافات والمشاكل الأسرية خاصة التي يخلقها العامل المادي، كما أنهم يرون بأن هذه الخلافات لها إيجابياتها في الكثير من الأحيان لأنها تساهم في إعادة توطيد وتقوية أواصر المحبة الأسرية.

وبهذا نستخلص أن وجود مستوى طبيعي للخلافات والصراعات داخل الأسرة يعتبر كمؤشر هام ودال على أن الأسر الأغواطية لازالت تحافظ على الاحترام بين الزوجين وبين أفراد الأسرة ككل لأنها أسر محافظة تركز على الشرع والسنة اللذان يحثان على المودة والرحمة والتعاون والتكافل، والتي بهم تحافظ على سلامة أفرادها و تتجاوز بهم المواقف الضاغطة، لكن بما أن سبب بعض الخلافات هو مادي فإن لوضعهم الاقتصادي دور كبير في إصابتهم بالأمراض

المزمنة كالضغط الدموي والسكري سواء أقروا وشعروا بذلك أو لم يقرؤا ويشعروا وهذا لمساهمتهم ولو بشكل غير مباشر في تهيئة المناخ للسلوكيات الغير صحية كالممارسات الغذائية السيئة ناهيك عن مضاعفته لضغوطات الحياة على الأفراد.

7. جدول رقم 50: يوضح العلاقة بين طول مدة توتر أفراد العينة عند حدوث مشكل أسري بنوع العلاقة التي كانت تربطه بأسرته قبل الإصابة.

المجموع	كيف كانت علاقتك بأسرتك قبل إصابتك بالمرض؟					
	سيئة	متذبذبة	حسنة			
76	6	17	53	التكرارات	نعم	إذا حدث لك مشكل أسري هل يطول توترك ؟
%100	%7.9	%22.4	%69.7	النسبة %		
153	2	6	145	التكرارات	لا	
%100	%1.3	%3.9	%94.8	النسبة %		
11	–	–	11	التكرارات	أحيانا	
%100	–	–	%100	النسبة %		
240	8	23	209	التكرارات	المجموع	
%100	%3.3	%9.6	%87.1	النسبة %		

المصدر : مخرجات برنامج spss

1.7. التحليل الإحصائي للجدول :

نلاحظ من خلال المعطيات الإحصائية التي يوضحها الجدول المبين أعلاه أن عدد قليل من المبحوثين مقدر ب 11 مبحوث أشاروا بأنهم أحيانا فقط كان يطول توترهم في حالة حدوث مشكل أسري بنسبة قدرت ب 100% لكن يؤكدون بأن علاقاتهم بأسرهم قبل إصابتهم بالمرض حسنة، في حين نجد نسبة 94.8% يؤكدون بأنه لا يطول توترهم في حالة حدوث مشكل أسري وأن علاقاتهم بأسرهم قبل إصابتهم بالمرض حسنة تقابلها نسبة 1.3% من نفس الفئة لا يطول توترهم في حالة حدوث مشكل أسري لكن علاقاتهم بأسرهم قبل إصابتهم بالمرض كانت سيئة ،في حين نجد نسبة 69.7% من المبحوثين يؤكدون بأنه كان يطول توترهم في حالة حدوث مشكل أسري لكن علاقاتهم بأسرهم قبل إصابتهم بالمرض كانت حسنة تقابلها نسبة 7.9% من نفس الفئة أشاروا بأنه كان يطول توترهم في حالة حدوث مشكل أسري لأن علاقاتهم بأسرهم قبل إصابتهم بالمرض

كانت سيئة، وعلى العموم من خلال المجموع الكلي نجد أن غالبية المبحوثين بالرغم من اختلاف إجاباتهم حول المدة التي يستغرقها توترهم في حالة حدوث مشكل أسري إلا أن علاقاتهم بأسرهم قبل إصابتهم بالمرض كانت حسنة مقدرة بنسبة 87.1% مقارنة بنسبة 3.3% كانت علاقاتهم بأسرهم قبل إصابتهم بالمرض سيئة.

2.7. التحليل السوسيولوجي للجدول:

أوضحت نتائج التحليل الإحصائي للجدول السابق الذكر والمتضمن علاقة طول مدة توتر أفراد العينة عند حدوث مشكل أسري بطبيعة العلاقة التي كانت تربطهم بأسرهم قبل الإصابة بالمرض المزمن، بأن أكثر من نصف المبحوثين صرحوا بأنه في حالة حدوث مشكل أسري لا يطول توترهم وهذا يدل على وجود تكيف شخصي وأسري ايجابي لدى الأفراد، لأن قصر مدة قلقهم كرد فعل لما يعترضهم من مشاكل أسرية يعكس تكوينهم النفسي وسلوكهم اتجاه هذه المواقف، وله دلالة كذلك على تكيفهم مع بيئتهم الأسرية وعلى أن هناك انسجام في هذه العلاقة بين الفرد وأسرته، وما يؤكد هذا الانسجام طبيعة العلاقة الحسنة بين الفرد وأسرته قبل إصابته بهذه النوعية من الأمراض الضغط الدموي وداء السكري، أي أن علاقة الأفراد بأسرهم تخلو من أي تخالف أو تصادم وهذا ما تأكد من خلال الجداول السابقة كذلك، وأنه يميزها الهدوء والاستقرار والتفاهم والتآلف والتقارب بين أفراد الأسرة، وأنها ليست سببا في إصابتهم بالمرض ولها دور ايجابي كذلك في قصر مدة توترهم، كما لا يمكن أن نغفل دور المهارات والخبرات الشخصية للفرد والتي تلعب دورا هاما في عملية التفاعل الاجتماعي لأنها قد تكون سببا في نجاحها أو إعاقتها، وتحدد درجة انفعالاته اثر هذه المواقف الاجتماعية التي يصطدم بها في مسيرة حياته الأسرية أو الاجتماعية بصفة عامة.

8. جدول رقم 51: يوضح العلاقة بين طول مدة توتر أفراد العينة عند حدوث مشكل أسري بالسن.

المجموع	إذا حدث لك مشكل أسري هل يطول توترك ؟					
	أحيانا	لا	نعم			
16	–	12	4	التكرارات	] 25–34]	السن
%100	–	%75	%25	النسبة %		
57	2	40	15	التكرارات	] 35–44]	
%100	%3.5	%70.2	%26.3	النسبة %		
68	5	39	24	التكرارات	] 45–54]	
%100	%7.4	%57.3	%35.3	النسبة %		
84	4	51	29	التكرارات	] 55–64]	
%100	%4.8	%60.7	%34.5	النسبة %		
15	–	11	4	التكرارات	] 65 سنة فأكثر]	
%100	–	%73.3	%26.7	النسبة %		
240	11	153	76	التكرارات	المجموع	
%100	%4.6	%63.7	%31.7	النسبة %		

المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.8. التحليل الإحصائي للجدول :

نلاحظ من خلال الشواهد الإحصائية التي يوضحها الجدول المبين أعلاه بأن غالبية المبحوثين في الفئة العمرية 25-34 سنة لا يطول توترهم في حالة حدوث مشكل أسري مقدرة بنسبة 75% تقابلها نسبة 25% من نفس الفئة أكدوا بأنه كان يطول توترهم في حالة حدوث مشكل أسري ، في حين نجد المبحوثين ذوي الفئة العمرية من 65 فأكثر كذلك لا يطول توترهم في حالة حدوث مشكل أسري مقدرة بنسبة 73.3% تقابلها نسبة 26.7% من نفس الفئة أكدوا بأنه كان يطول توترهم في حالة حدوث مشكل أسري ، ونجد نسبة 70.2% لفئة السن 35-44 سنة كذلك لا يطول توترهم في حالة حدوث مشكل أسري تقابلها نسبة 3.5% من نفس الفئة أشاروا بأنه أحيانا فقط كان يطول توترهم في حالة حدوث مشكل أسري، وأن الفئة العمرية 55-64 سنة أشاروا بنسبة مقدرة بـ 60.7% بأنه كذلك لا يطول توترهم في حالة حدوث مشكل أسري تقابلها نسبة 4.8% من نفس الفئة أشاروا بأنه أحيانا فقط كان يطول توترهم في حالة حدوث مشكل

أسري ، وآخر نسبة سجلت بالفئة العمرية 45-54 سنة والذين أجابوا كذلك بأنه لا يطول توترهم في حالة حدوث مشكل أسري بنسبة 57.3% تقابلها نسبة 4.8% من نفس الفئة أشاروا بأنه أحيانا فقط كان يطول توترهم في حالة حدوث مشكل أسري، وعلى العموم فإن نسبة 63.7 % من مجموع المبحوثين بمختلف فئاتهم العمرية كان لا يطول توترهم في حالة حدوث مشكل أسري مقارنة بنسبة 4.6% من المبحوثين من كانوا أحيانا فقط كان يطول توترهم في حالة حدوث مشكل أسري.

2.8. التحليل السوسيولوجي للجدول:

أوضحت نتائج التحليل الإحصائي للجدول السابق الذكر والمتضمن العلاقة بين طول مدة توتر أفراد العينة عند حدوث مشكل أسري بالسن قبل الإصابة بالمرض المزمن، بأن غالبية المبحوثين يؤكدون بمختلف فئاتهم العمرية بأنه لا يطول توترهم في حالة حدوث مشكل أسري، أي لا توجد فروقات بين مختلف الأعمار مما يؤكد بأن هناك علاقات ودية بين أفراد الأسرة، أي أنهم يحسون ويشعرون بالآلام بعضهم البعض ويتبادلون الآراء والأفكار ويتجاوزون ويتناقشون فيما بينهم ولا يوجد حاجز بينهم بالرغم من اختلاف أعمارهم هذا ما يحد من توترهم ويقصر من مدته، كما يبرز بأن شبكة الاتصالات في الوسط الأسري هي ايجابية لأنها مرتبطة بنمط العلاقات بين الفاعلين الاجتماعيين داخل الأسرة والذي يتحدد من خلاله الدور الاجتماعي للأسرة الذي يختلف من بيئة أسرية لأخرى طبقا لوضعها الاجتماعي والاقتصادي وقيمها...ووعيا بدورها. كما أنه لا يمكن أن ننظر للقلق أو التوتر الذي يصيب الفرد من حين لآخر كأنه أمر غير طبيعي لأنه قد يصبح كمصدر لاستثارة طاقاته من أجل تحقيق الأهداف التي يصبوا إليها وذلك عندما لا يتجاوز معدله المقبول، لأن سلبية هذه التوترات تكمن في حالة تجاوزها الحد المقبول والتي تصبح فيه كمصدر ضرر وضغط على الفاعلين الاجتماعيين والذي قد يصل بهم إلى حد إصابتهم بالأمراض كمرض الضغط الدموي وداء السكري اللذان هما في انتشار دائم ومتواصل على مستوى كل المجتمعات والشرائح الاجتماعية بمختلف فئاتهم العمرية خاصة في عصر الضغوط هذا والذي يطلق عليه كذلك بعصر القلق.

وبهذا نستخلص من خلال ما صرح به أكثر من نصف المبحوثين بمختلف فئاتهم العمرية والذين أكدوا بأنه لا يطول توترهم كثيرا في حالة حدوث مشكل أسري كمؤشر هام وقوي كذلك يعكس لنا بأن سبب إصابة أفراد عينة البحث بالأمراض المزمنة يرتبط بعوامل أخرى تتجاوز علاقاتهم الأسرية منها ما هو بيولوجي واجتماعي هذا الأخير الذي اتضح لنا دوره في العديد من الجداول السابقة والمتعلق بالعامل الاقتصادي أي المادي بالإضافة لعوامل أخرى والتي تم التطرق لها في (الجدول 29-أ) كموت رفيق الدرب، الابن، المشاكل المتعلقة بالأولاد، حادث (خلعة كلب)، العشرية السوداء، التغذية السيئة...إلى غير ذلك.

9. جدول رقم 52: يوضح علاقة سبب الخلافات التي كانت تحدث في الأسرة بالمشاكل الأسرية التي يتعرض لها أفراد العينة باعتبارها سبب رئيسي لإصابتهم بالمرض المزمن.

المجموع	هل تعتبر مشاكلك الأسرية سببا رئيسا في إصابتك بالمرض المزمن؟				
	لا	نعم			
138	117	21	التكرارات	مادية	إذا كانت هناك خلافات ما سببها؟
%100	%84.8	%15.2	النسبة %		
16	16	–	التكرارات	عاطفية	
%100	%100	–	النسبة %		
86	71	15	التكرارات	اجتماعية	
%100	%82.6	%17.4	النسبة %		
240	204	36	التكرارات	المجموع	
%100	%85	%15	النسبة %		

المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.9. التحليل الإحصائي للجدول :

نلاحظ من خلال الشواهد الإحصائية المبينة في الجدول أعلاه أن نسبة 100% من المبحوثين أشاروا بأنه إذا كانت هناك خلافات فسيبها كان عاطفي إلا أنهم لا يعتبرون بأن مشاكلهم الأسرية سببا رئيسا في إصابتهم بالمرض المزمن ، في حين نجد نسبتي تقاربتي لكن تختلفان في سبب الخلافات بحيث نجد نسبة 84.8% يشيرون إلى أن سبب بعض الخلافات التي

كانت تحت بينهم هي مادية إلا أنهم لا يعتبرون مشاكلهم الأسرية سببا رئيسا في إصابتهم بالمرض المزمن تقابلها نسبة 15.2% من نفس الفئة إلا أنهم يعتبرون مشاكلهم الأسرية سببا رئيسا في إصابتهم بالمرض المزمن ، وأن نسبة 82.6% أشاروا بأنه إذا كانت هناك خلافات فسيبها كان اجتماعي إلا أنهم لا يعتبرون مشاكلهم الأسرية سببا رئيسا في إصابتهم بالمرض المزمن تقابلها نسبة 17.4% من نفس الفئة إلا أنهم يعتبرون مشاكلهم الأسرية سببا رئيسا في إصابتهم بالمرض المزمن ، وعلى العموم فنسبة 85% من مجموع المبحوثين الذين اختلفت إجاباتهم حول سبب هذه الخلافات التي كانت تحدث بينهم وبين أسرهم إلا أنهم لا يعتبرون مشاكلهم الأسرية سببا رئيسا في إصابتهم بالمرض المزمن مقارنة بنسبة 15% ويعتبرون مشاكلهم الأسرية سببا رئيسا في إصابتهم بالمرض المزمن.

2.9. التحليل السوسيولوجي للجدول:

نلاحظ من خلال نتائج التحليل الإحصائي للجدول السابق الذكر والمتضمن علاقة سبب الخلافات التي كانت تحدث في الأسرة بالمشاكل الأسرية التي كان يتعرض لها الأفراد باعتبارها سبب رئيسي لإصابتهم بالمرض المزمن، بأن تصريحات المبحوثين جاءت مؤكدة لنتائج تحليلنا للجدول السابقة وداعمة لها، والتي نعتبرها كمؤشر قوي يؤكد بأن الضغوط الأسرية التي كان يتعرض لها أفراد الأسرة ليس لها علاقة بوجود أي اضطراب أو توتر في علاقاتهم الأسرية لكن سبب خلافاتهم هي مادية، ويؤكدون بأن مشاكلهم الأسرية ليست سببا رئيسا في إصابتهم بالأمراض المزمنة كالضغط الدموي والسكري، أي أن هناك عنصر دخیل إن صح التعبير لكنه أساسي في حياة أي فرد أو أسرة لأنه من عناصر الحياة الضرورية لاستمرارية البقاء في هذا المجتمع المادي إن صح التعبير، كما أنه عامل يؤدي بالفرد إلى الفناء واللاوجود وهذا بعد مشيئة الخالق عز وجل. لكن لا يمكن أن ننكر بأن محدودية وعدم كفاية هذا الجانب المادي والمتمثل في الدخل الشهري للأفراد يؤدي إلى تصعيد حدة الضغوطات على الأسرة لأنه سيحد من نمطهم الاستهلاكي لمختلف متطلباتهم الفردية والعائلية، ويحدد وضعيتهم الاجتماعية التي قد تتناقض مع ما يهدفون له ويصبون إليه، كما أنه قد يتدخل حتى في طبيعة التفاعل

الاجتماعي بين أفراد الأسرة ومع مختلف الفاعلين الاجتماعيين، والأخطر من ذلك هو وصوله إلى الجوانب النفسية والصحية للفرد أي يفقد الطمأنينة والراحة النفسية والصحة الجسدية والتي يكون مآلها الوقوع كفريسة لأمراض الحضارة التي تعرف انتشارا متواصلا ومستمرًا فرضتها هذه الحياة الصعبة والتي راح ضحيتها الكائن البشري الذي دفع صحته كضريبة لهذه الحياة. ومن النتائج الهامة المتوصل إليها هو محافظة الأسرة الأغواطية على دورها الاجتماعي باعتبارها كنظام اجتماعي يهدف لتقوية الروابط الأسرية ليتجنب أي تصدعات في بنيته الأسرية لإدراكه للدور الإيجابي للعلاقات الاجتماعية في حياة الفرد، ويعكس كذلك جانبهم الأخلاقي الذي يرتبط بالتزامهم الديني أي لما نصت عليه شريعتنا الإسلامية والتي تقر وتؤكد على تربية روح الاجتماع وتقوية أواصره.

10. جدول رقم 53: يوضح علاقة المشاكل الأسرية التي يتعرض لها أفراد العينة كسبب رئيسي للإصابة بالمرض المزمن بوراثية المرض في الأسرة.

المجموع	هل هذا المرض هو وراثي بالأسرة ؟				
	لا	نعم			
36	20	16	التكرارات	نعم	هل تعتبر مشاكلك الأسرية سببا رئيسا في إصابتك بالمرض المزمن؟
%100	%55.6	%44.4	النسبة %		
204	113	91	التكرارات	لا	المجموع
%100	%55.4	%44.6	النسبة %		
240	133	107	التكرارات	النسبة %	
%100	%55.4	%44.6	النسبة %		

المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.10. التحليل الإحصائي للجدول :

نلاحظ من خلال المعطيات الإحصائية المبينة في الجدول أعلاه أن النسب متقاربة من حيث الإجابات، بحيث نجد نسبة 55.6% من المبحوثين يعتبرون بأن مشاكلهم الأسرية سببا رئيسا في إصابتهم بالمرض المزمن وأن مرضهم ليس وراثيا تقابلها نسبة 44.4% من نفس الفئة يعتبرون مشاكلهم الأسرية سببا رئيسا في إصابتهم بالمرض المزمن إلا أنهم أشاروا بأن مرضهم وراثي

بالأسرة ، في حين نجد نسبة 55.4% يؤكدون بأنهم لا يعتبرون مشاكلهم الأسرية سببا رئيسا في إصابتهم بالمرض المزمن وأن مرضهم ليس وراثيا تقابلها نسبة 44.6% من نفس الفئة لا يعتبرون مشاكلهم الأسرية سببا رئيسا في إصابتهم بالمرض المزمن الا أنهم أشاروا بأن مرضهم وراثيا ، وعلى العموم فنسبة 55.4% من مجموع المبحوثين الذين يفترون ولا يعتبرون في نفس الوقت بأن مشاكلهم الأسرية سببا رئيسا في إصابتهم بالمرض المزمن يؤكدون بأن مرضهم ليس وراثيا مقارنة بنسبة 44.6% يؤكدون بأن مرضهم وراثي بالأسرة.

2.10. التحليل السوسولوجي للجدول:

أوضحت نتائج التحليل الإحصائي في الجدول السابق الذكر والمتضمن علاقة المشاكل الأسرية التي يتعرض لها أفراد العينة كسبب رئيسي للإصابة بالمرض المزمن بوراثية المرض في الأسرة، بتأكيد عدد كبير جدا من المبحوثين بعدم مساهمة مشاكلهم الأسرية في إصابتهم بالمرض المزمن وهذا ما تأكد كذلك في (الجدول رقم:52) والجداول السابقة بصفة عامة، مع ظهور مؤشر جديد وهو العامل الوراثي لدى فئة معتبرة من عينة البحث قاربت النصف منهم والذي ورثوا المرض من والديهم بالدرجة الأولى من الأم والأب وينسب مقاربة جدا[§]، في حين نجد فئة فاقت الأولى بجزء بسيط جدا تؤكد بغياب أي استعداد وراثي بأسرهم ما يؤكد بأن الإصابة بهذه الأمراض المزمنة لا يقتصر فقط على الأشخاص الذين لديهم القابلية الجينية اتجاه هذه الأمراض بل حتى الأصحاء. والشيء المؤكد والمعروف في الأدبيات الطبية هو أن أي شخص سيكون معرضا للإصابة بهذه النوعية من الأمراض لكن الذين لديهم استعداد وراثي يكونون أكثر عرضة من غيرهم للإصابة بها، أي من لديهم تاريخ عائلي مرضي يثبت إصابة أحد الوالدين أو كلاهما وحتى أجدادهم، إلا أن إصابتهم بالمرض ليست بالأمر الحتمي ، بالإضافة أن الاستعداد الجيني ليس الوحيد المسؤول عن انتشار الأمراض المزمنة وهذا ما اتضح من خلال تصريحات المبحوثين بحيث وجدنا أكثر من نصف المبحوثين يؤكدون بأن مرضهم ليس وراثي بالأسرة، هذا

§ أنظر ملحق رقم3: جدول رقم11.

ما يؤكد على وجود عوامل أخرى محفزة ومفجرة في نفس الوقت تساهم في ظهور أمراض العصر أي المزمنة .

وهذا ما أكدته الأدبيات الطبية والسوسيولوجية والايكولوجية والنفسية على وجود عوامل في البيئة الاجتماعية والطبيعية كمفعلات قوية تساهم في الإصابة بالأمراض الوراثية كالضغط الدموي والسكري، ونجد الرواد السوسيولوجيون يركزون على عوامل التغير الاجتماعي وإفرازاته في هذا العصر كمسببات ومؤثرات مساهمة في انتشار هذه النوعية من الأمراض، ومن بين هذه العوامل مخاطر ضغوط الحياة الاجتماعية والأحداث اليومية، والتي أثبتت فعلا خلال تحليلنا لنتائج الفرضية الأولى والتي ظهر خلالها مساهمة الضغوط المهنية في الإصابة بالأمراض المزمنة، وكذلك اثر تحليلنا السوسيولوجي لهذه الفرضية ظهر متغير الضغوط الاقتصادية كعامل مؤثر ولو بطريقة غير مباشرة على صحة الأفراد، مع الغياب الكلي لتأثير الضغوط الأسرية على صحة الفرد، وهذا نظرا لعدم وجود المشاكل الأسرية والخلافات والصراعات العنيفة وحتى وان وجدت فمستواها يكون طبعيا، وأن علاقاتهم بأسرهم حسنة مع وجود عناصر الدعم المعنوي هذا ما ساعدهم على عدم توترهم لمدة طويلة وهذا لدى كل الفئات العمرية، أي أن مشاكلهم الأسرية لا تعد سببا لإصابتهم بالأمراض المزمنة.

11. جدول رقم 54: يوضح العلاقة بين محاولة أفراد الأسرة مساعدة أفراد العينة على نسيان آلام المرض بالقلق الذي ينتابهم عند التفكير في مرضهم.

المجموع	هل يقلقك التفكير في مرضك؟					
	أحيانا	لا	نعم			
189	104	18	67	التكرارات	نعم	هل يحاول أفراد أسرتك مساعدتك على نسيان آلام المرض؟
%100	%55	%9.5	%35.5	النسبة %		
8	–	–	8	التكرارات	لا	
%100	–	–	%100	النسبة %		
43	–	8	35	التكرارات	أحيانا	
%100	–	%18.6	%81.4	النسبة %		
240	104	26	110	التكرارات	المجموع	
%100	%43.4	%10.8	%45.8	النسبة %		

المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.11. التحليل الإحصائي للجدول :

نلاحظ من خلال الشواهد الإحصائية التي يوضحها الجدول المبين أعلاه بأن عدد قليل مقدر بـ 8 مبحوثين أكدوا بأن أفراد أسرته لا يحاولون مساعدتهم على نسيان آلام المرض بنسبة مقدرة بـ 100% وأنه يقلقهم التفكير في مرضهم، وأن نسبة 81.4% أشاروا بأنه أحيانا فقط يحاول أفراد أسرته مساعدتهم على نسيان آلام المرض وأنه يقلقهم التفكير في مرضهم تقابلها نسبة 18.6% من نفس الفئة الذين أحيانا يحاول أفراد أسرته مساعدتهم على نسيان آلام المرض إلا أنه لا يقلقهم التفكير في مرضهم ، في حين نجد عدد كبير من المبحوثين بنسبة 55% يؤكدون بأن أفراد أسرته يحاولون مساعدتهم على نسيان آلام المرض إلا أنه أحيانا يقلقهم التفكير في مرضهم تقابلها نسبة 9.5% من نفس الفئة التي أفراد أسرهم يحاولون مساعدتهم على نسيان آلام المرض أنه لا يقلقهم التفكير في مرضهم ، وعلى العموم من خلال المجموع العام للمبحوثين نجد أن غالبية المبحوثين بالرغم من اختلاف إجاباتهم حول محاولة أفراد أسرهم مساعدتهم على نسيان آلام المرض إلا أنه يقلقهم التفكير في مرضهم مقدرة بنسبة 45.8% مقارنة بنسبة 10.8% لا يقلقهم التفكير في مرضهم.

2.11. التحليل السوسيولوجي للجدول:

أوضحت نتائج التحليل الإحصائي للجدول السابق الذكر والمتضمن العلاقة بين محاولة أفراد الأسرة مساعدة أفراد العينة على نسيان آلام المرض بالقلق الذي ينتابهم عند التفكير في مرضهم، بأن غالبية المبحوثين أكدوا بأن أسرهم يحاولون مساعدتهم على نسيان آلام المرض لكن التفكير في مرضهم يقلقهم، وعلى حد قولهم فإن العلاقة بينهم وبين أفراد أسرهم مبنية على المساندة الوجدانية وحتى الاجتماعية، هذا ما يخفف عليهم متاعب مرضهم لأنهم يعتبرون أسرهم العامل القوي والسند الداعم لهم لمواجهة مشاق المرض وهذا ما أكدت عليه النساء بشدة، كما أضاف المبحوثين بأن شبكة الاتصال وثقافة الحوار بين أفراد الأسرة لازالت موجودة والحمد لله لأنهم يتحدثون ويسردون كل انشغالاتهم وهمومهم داخل أسرهم. أي أن العلاقات الطبية المبنية على التكافل والمساندة والدعم الاجتماعي من شأنها أن تحمي صحة الفرد وتخفف وتقلص عنه ضغط المرض وتمنع تضاعفه، ويمكن القول بأنها تطيل في عمر المريض وهذا وفقا لعدة أبحاث على المرضى وهذا كله يبقى تحت مشيئة الخالق.

لكن بالرغم من هذه الإيجابية في علاقة المبحوث بأسرته لم يمنعه من التفكير في مرضه ولا الحد من قلقه، فمنهم من يفكر كثيرا في الآثار التي تترتب على هذه الأمراض مثلا نجد مرضى السكري ينتابهم القلق والخوف من بتر الأعضاء ومرضى الضغط الدموي من الشلل الذي يصيبهم ويقعدهم السرير مدى الحياة بحيث أشار أحدهم قائلا «شوفي صح المرض حاجت ربي أو مرجبا بيه بصح راني خايف من بعد لوكان المرض ايشلني»، وهناك آخرون نجد خوفهم وقلقهم متعلق بعدم تقبلهم التام لمرضهم مع هاجس الخوف من المستقبل والذي يراود تفكيرهم، في حين أشار آخرون بأن مسؤولية الأولاد هي ما يقلقهم خاصة بعد إصابتهم بالمرض لأنهم يرون أن متطلباتهم كثيرة وصعبة خاصة في العصر الحالي ولم يكن يقلقهم الأمر سابقا لكن بعد إصابتهم بالمرض أصبحوا يشعرون كأنه عائق وعامل مثير للمخاوف والقلق الدائم لأنه سيحد من قدراتهم اليوم أو غدا بحيث أشار أحدهم قائلا «لوكانا نطيح فراش شكون إلي بيا أو بولادتي»، بالإضافة إلى احتياجاتهم كمرضى مزمنين ما يتطلب منهم متابعة طبية

ونظام غذائي معين للحفاظ على صحتهم، لكن واقع الأمور يجعلهم يتناسون ذواتهم من أجل ضمان الراحة لأسرهم لكي لا يحسون بعجزهم. ونظرا لاحتكاكي الكبير بهذه الفئة أثناء إجرائي لهذه الدراسة اكتشفت عامل قوي يكون من الدعائم الروحية القوية لهذه الفئة وهو قوة الوازع الديني الذي يحقق لها جانب من الطمأنينة وهذا وفقا لما استقيته من أقوالهم فأدركت أنه بالرغم مما يعانون منه من ضغوطات وقلق يرافقكم بعد إصابتهم بالمرض المزمن لكن لازال إيمانهم بالله قوي وراضين بما قسم الله عليهم مرددين هذه المقولات والمكررة بين أفواههم خلال إجرائي للمقابلة معهم «حاجت ربي، قضاء وقدر، الحمد لله هاك أولا أكثر، المرض تزكية على النفس»

12. جدول رقم 55: يوضح العلاقة بين محاولة أفراد الأسرة مساعدة أفراد العينة على نسيان آلام المرض ودرجة تأثير هذا المرض على حياتهم اليومية.

المجموع	هل أثر هذا المرض على حياتك اليومية؟					
	أحيانا	لا	نعم			
189	57	57	75	التكرارات	نعم	هل يحاول أفراد أسرتك مساعدتك على نسيان آلام المرض؟
%100	%30.2	%30.2	%39.6	النسبة %		
8	–	–	8	التكرارات	لا	
%100			%100	النسبة %		
43	14	3	26	التكرارات	أحيانا	
%100	%32.5	%7	%60.5	النسبة %		
240	71	60	109	التكرارات	المجموع	
%100	%29.6	%25	%45.4	النسبة %		

المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.12. التحليل الإحصائي للجدول :

نلاحظ من خلال المعطيات الإحصائية المبينة في الجدول أعلاه أن نسبة مقدرة بـ 100% من الباحثين أكدوا بأن أفراد أسرته لا يحاولون مساعدتهم على نسيان آلام المرض وأنهم يرون بأن هذا المرض قد أثر على حياتهم اليومية، وأن نسبة 60.5% أشاروا بأنه أحيانا فقط يحاول أفراد أسرته مساعدتهم على نسيان آلام المرض وأن هذا المرض قد أثر على حياتهم اليومية تقابلها نسبة 7% من نفس الفئة الذين أحيانا يحاول أفراد أسرته مساعدتهم على نسيان آلام المرض إلا

أن هذا المرض لم يؤثر على حياتهم اليومية ، في حين نجد نسبة 39.6% يؤكدون بأن أفراد أسرهم يحاولون مساعدتهم على نسيان آلام المرض إلا أن هذا المرض قد أثر على حياتهم اليومية تقابلها نسبة 30.2% مكررة في نفس الفئة التي أفراد أسرهم يحاولون مساعدتهم على نسيان آلام المرض الا أنه لم يؤثر المرض وأحيانا أخرى يؤثر على حياتهم اليومية ، وعلى العموم من خلال المجموع العام للمبحوثين نجد أن غالبية المبحوثين بالرغم من اختلاف إجاباتهم حول محاولة أفراد أسرهم مساعدتهم على نسيان آلام المرض الا أن هذا المرض يؤثر على حياتهم اليومية مقدرة بنسبة 45.4% مقارنة بنسبة 25% لا يؤثر على حياتهم اليومية.

2.12. التحليل السوسولوجي للجدول:

أوضحت نتائج التحليل الإحصائي للجدول السابق والمتضمن علاقة مساعدة الأسر للمبحوثين لنسيان آلام مرضهم بدرجة تأثير هذا المرض على حياتهم اليومية، بتأكيد المبحوثين على أنهم يتلقون كل أشكال الدعم خاصة المعنوي من طرف عائلاتهم مما يساعدهم على نسيان آلام ومخاطر المرض، لكنهم لا ينكرون بأنهم منذ إصابتهم تغيرت أمور كبيرة في نظام حياتهم اليومية وأحسوا بالتأثير السلبي للمرض عليهم، بحيث أنهم أصبحوا ينظرون إلى المرض وهذا على حد تصورهم وأقوالهم مثل الحاكم الجلال الذي يحرسهم في كل لحظة إن أخطئوا سيلقون العقاب مباشرة وبقسوة شديدة، كذلك المرض أصبح يفرض عليهم قوانين وواجبات كثيرة يحسون بأنها مرهقة ومتعبة ويرون بأنه إن لم يلتزموا بها تلقوا العقاب الذي يسكنهم السرير، ويشعرون بأن مواقف الحياة العادية سواء كانت ايجابية أو سلبية أصبح لها تأثير عليهم وهذا بسبب أنهم يرون أنفسهم مقيدون بعامل قوي لصيق بهم مدى الحياة أصبح يرهق يومياتهم ويضاعف حجم ضغوط الحياة عليهم مصرحا بذلك أحدهم قائلاً «شوف قادر تخرج لاباس عليك من الدار تتلاقا معا واحد ايقلقك اتعود امخلصها غالية»، أي أن التفاعل الاجتماعي السلبي بين المريض ومختلف الفاعلين الاجتماعيين له تأثير على جانبهم النفسي والذي يؤثر بدوره على حالتهم المرضية، وهذا لأن أفراد المجتمع ليسوا كلهم متفهمون للحالات المرضية خاصة حالة المصابين بالسكري والضغط الدموي

وليسوا مدركين للعوامل التي لها تأثير سلبي عليهم، كما أن عدم معرفتهم للحالة الصحية للأفراد سببها البعد القرابي الذي يجعلهم غير متفهمين في مواقف عدة، إلى غير ذلك من المواقف الاجتماعية التي يتعرض لها الفرد بحكم الاحتكاك اليومي بمحيطه الخارجي لأن طبيعة الحياة الاجتماعية تفرض عليه ذلك كما أن الإنسان اجتماعي بطبعه لا يمكنه الانحياز أو الانعزال على بيئته الاجتماعية.

وصرح آخرون أنه من بين الأسباب التي تؤرق حياتهم اليومية هو بيئة عملهم، فهم يرون بأن مرضهم أمر شخصي لذا يودون إبقاءه مخفياً، كما أنهم يريدون أن يتصرف معهم الآخرون بشكل طبيعي ولا يقبلون شفقتهم عليهم أو استغلال ضعفهم المرضي لاستثارة قلقهم وإضافة المتاعب عليهم... إلى غير ذلك، هذا ما يفرض عليهم بذل جهد مضاعف لكي لا يظهر عليهم أي تقصير في القيام بمسؤولياتهم لكنه يكون على حساب راحتهم، أي أن المواقف التي يتعرضون لها اثر مزاولتهم حياتهم الطبيعية وفي بيئتهم الاجتماعية هو ما يؤثر على يومياتهم، خاصة وأنه بعد مرضهم أصبحت بنيتهم البيولوجية عكس السابق قدرة أقل وضعف كبير، إلا أن جو الأسرة المريح على حد قولهم هو الذي يخفف من معاناتهم اليومية ويساعدهم على إعادة توازنهم وخفض مشاكلهم، لأنه المأوى الآمن الذي يلجأ إليه الفرد ويشعر فيه بالأمن والاستقرار.

ومن هنا نستطيع القول بأن الأسرة السوية هي التي تساهم في المحافظة على سلامة مرضاها وتحقق لهم الحماية وتوفر لهم كل أشكال الدعم الذي يخفف من ضغوطات الحياة والمرض عليهم، وأنها هي من تتقبل مزاجهم في بعض الأحيان بأن تراعي التغيرات الفسيولوجية التي أحدثها المرض عليهم، وتحاول بذلك إغلاق كل أبواب الإحباط والكبت لديهم قدر المستطاع لكي لا يصابوا بالعزلة الاجتماعية ولا تكن هناك مضاعفات خطيرة تكلفهم حياتهم.

ثانياً: التحقق من صحة أو خطأ الفرضية الثانية

بعدما انتهينا من التحليل الإحصائي والسوسيولوجي للجداول المركبة المتعلقة بالفرضية الثانية سنقوم في هذا الجزء بالتحقق من صحة أو خطأ الفرضية وذلك من خلال استعمالنا لمقاييس إحصائية متمثلة في معامل الارتباط كاف تربيع (χ^2) وذلك باستعمالنا لبرنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS، كما سنقوم باستعمال معامل الارتباط التوافقي ومعامل الاقتران الذي يوضح لنا من خلالهما نوع العلاقة بين المتغيرين وذلك بحسابهما يدوياً.

❖ **تذكير بنص الفرضية الثانية:**

توتر أو اضطراب العلاقات الاجتماعية داخل النسق الأسري يساهم في انتشار الإصابة بمرض الضغط الدموي وداء السكري.

سنقوم الباحثة باختبار الفرضية الثانية باستخدام كاي تربيع ومعامل التوافق والاقتران، وهذا بتطبيقه على الجداول من (44 إلى غاية 53) التي تحوي المؤشرات الدالة لإثبات صدق الفرضية أو نفيها.

1. جدول رقم 56: يبين نتائج الفرضية الثانية للجدول المركب رقم (44)

المتغيرات (الجدول رقم: 56)	العينة	درجة الحرية	كاي تربيع (χ^2)	قيمة الاحتمال (sig)	الدالة
الوسط المعيشي	240	2	15.273	0.000	غير دالة
ما هو شكل الأسرة التي كنت تنتمي إليها قبل إصابتك بالمرض؟					

المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.1. تحليل نتائج اختبار كاي تربيع:

بعدما تم اختبار الفرضية من خلال ربط مؤشر المتغير المستقل المتمثل في الوسط المعيشي بمؤشر المتغير التابع المتمثل في شكل الأسرة الذي كان ينتمي إليها أفراد العينة قبل الإصابة بالمرض المزمن، في جدول مركب يعبر عن قوة الفرضية عند (مستوى دلالة معنوية = 5%)، وجدنا ($\chi^2 = 15.273$) و (قيمة الاحتمال = 0.000) وهي أقل من (قيمة

المعنوية 0.05)، وهذا يعني أن هناك استقلالية بين مؤشرات الفرضية حسب الجدول التالي، ومنه فإننا لا نقبل بأن هناك علاقة بين مؤشرات المتغير المستقل والتابع في هذا الجدول وبالتالي فإن هذين المؤشرين من الفرضية غير محقق نسبياً.

2.1. تحليل نتائج معامل التوافق للجدول المركب 44:

بما أن معامل الارتباط التوافقي يساوي + 0.73 وهي تقع في المجال [من 0.7 إلى أقل من +1] فإن هناك ارتباط طردى قوي بين متغيري الدراسة.

2. جدول رقم 57: يبين نتائج الفرضية الثانية للجدول المركب رقم (45)

المتغيرات (الجدول رقم: 57)	العينة	درجة الحرية	كاي تربيع (χ^2)	قيمة الاحتمال (sig)	الدالة
كيف كانت علاقتك بأسرتك قبل إصابتك بالمرض؟	240	2	7.140	0.028	غير دالة
ما نوع المرض المزمن الذي تعاني منه ؟					

المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.2. تحليل نتائج اختبار كاي تربيع:

بعدما تم اختبار الفرضية من خلال ربط مؤشر المتغير المستقل المتمثل في نوع العلاقة التي كانت تربط المبحوثين بأسرهم قبل إصابتهم بالمرض المزمن بمؤشر المتغير التابع المتمثل في نوع المرض المزمن الذي يعانون منه ، في جدول مركب يعبر عن قوة الفرضية عند (مستوى دلالة معنوية = 5%)، وجدنا ($\chi^2 = 7.140$) و (قيمة الاحتمال = 0.028) وهي أقل من (قيمة المعنوية 0.05)، وهذا يعني أن هناك استقلالية بين مؤشرات الفرضية حسب الجدول التالي، ومنه فإننا لا نقبل بأن هناك علاقة بين مؤشرات المتغير المستقل والتابع في هذا الجدول وبالتالي فإن هذين المؤشرين من الفرضية غير محقق نسبياً.

2.2. تحليل نتائج معامل التوافق للجدول المركب 45:

بما أن معامل التوافق يساوي + 0.09 وهي تقع في المجال [من 0.4 إلى أقل من 0.4] فإن هناك ارتباط طردى ضعيف بين متغيري الدراسة.

3. جدول رقم 58: يبين نتائج الفرضية الثانية للجدول المركب رقم (46)

المتغيرات (الجدول رقم: 58)	العينة	درجة الحرية	كاي تربيع (χ^2)	قيمة الاحتمال (sig)	الدالة
الجنس	240	2	4.843	0.049	غير دالة
هل كان يوجد حوار ونقاش حول مشاكلك في وسطك العائلي قبل الإصابة بالمرض؟					

المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.3. تحليل نتائج اختبار كاي تربيع:

بعدما تم اختبار الفرضية من خلال ربط مؤشر المتغير المستقل المتمثل في الجنس بمؤشر المتغير التابع المتمثل في إمكانية وجود حوار ونقاش لأفراد العينة في وسطهم الأسري حول مشاكلهم قبل إصابتهم بالمرض ، في جدول مركب يعبر عن قوة الفرضية عند (مستوى دلالة معنوية = 5%)، وجدنا ($\chi^2 = 4.843$) و (قيمة الاحتمال = 0.049) وهي أقل من (قيمة المعنوية 0.05)، وهذا يعني أن هناك استقلالية بين مؤشرات الفرضية حسب الجدول التالي، ومنه فإننا لا نقبل بأن هناك علاقة بين مؤشرات المتغير المستقل والتابع في هذا الجدول وبالتالي فإن هذين المؤشرين من الفرضية غير محقق نسبياً.

2.3. تحليل نتائج معامل التوافق للجدول المركب 46:

بما أن معامل التوافق يساوي -0.1 وهي تقع في المجال من [صفر إلى أقل من -0.4] فإن هناك ارتباط عكسي ضعيف بين متغيري الدراسة.

4. جدول رقم 59: يبين نتائج الفرضية الثانية للجدول المركب رقم (47)

المتغيرات (الجدول رقم: 59)	العينة	درجة الحرية	كاي تربيع (χ^2)	قيمة الاحتمال (sig)	الدالة
هل كنت تجد الدعم المعنوي من طرف عائلتك قبل الإصابة بالمرض ؟	240	2	90.220	0.000	غير دالة
هل هناك شخص مميز في العائلة يعتبر عون حقيقي لك؟					

المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.4. تحليل نتائج اختبار كاي تربيع:

بعدما تم اختبار الفرضية من خلال ربط مؤشر المتغير المستقل المتمثل في إمكانية وجود الدعم المعنوي لأفراد عينة البحث من طرف عائلاتهم قبل إصابتهم بالمرض بمؤشر المتغير التابع المتمثل في وجود شخص مميز في العائلة يعتبر عون حقيقي لهم ، في جدول مركب يعبر عن قوة الفرضية عند (مستوى دلالة معنوية = 5%)، وجدنا ($\chi^2 = 90.220$) و(قيمة الاحتمال = 0.000) وهي أقل من (قيمة المعنوية 0.05)، وهذا يعني أن هناك استقلالية بين مؤشرات الفرضية حسب الجدول التالي، ومنه فإننا لا نقبل بأن هناك علاقة بين مؤشرات المتغير المستقل والتابع في هذا الجدول وبالتالي فإن هذين المؤشرين من الفرضية غير محقق نسبياً.

2.4. تحليل نتائج معامل التوافق للجدول المركب 47:

بما أن معامل ارتباط التوافق يساوي 0.51+ وهي تقع في المجال من [0.4 إلى أقل من 0.7] فإن هناك ارتباط طردى متوسط بين متغيري الدراسة.

5. جدول رقم 60: يبين نتائج الفرضية الثانية للجدول المركب رقم (48)

المتغيرات (الجدول رقم: 60)	العينة	درجة الحرية	كاي تربيع (x^2)	قيمة الاحتمال (sig)	الدالة
هل كانت تحدث خلافات عنيفة بينك وبين أفراد أسرتك داخل المنزل قبل الإصابة بالمرض؟ إن كانت هناك خلافات ما سببها؟	240	4	5.326	0.255	دالة

المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.5. تحليل نتائج اختبار كاي تربيع:

بعدما تم اختبار الفرضية من خلال ربط مؤشر المتغير المستقل المتمثل في إمكانية حدوث خلافات عنيفة بين أفراد العينة وأسرهم داخل المنزل قبل الإصابة بالمرض بمؤشر المتغير التابع المتمثل في سبب هذه الخلافات ، في جدول مركب يعبر عن قوة الفرضية عند (مستوى دلالة معنوية = 5%)، وجدنا ($x^2 = 5.326$) و (قيمة الاحتمال = 0.255) وهي أكبر من (قيمة المعنوية 0.05)، وهذا يعني أنه ليس هناك استقلالية بين مؤشرات الفرضية حسب الجدول التالي، ومنه فإننا نقبل بأن هناك علاقة بين مؤشرات المتغير المستقل والتابع في هذا الجدول وبالتالي فإن هذين المؤشرين من الفرضية محقق نسبياً.

2.5. تحليل نتائج معامل التوافق للجدول المركب 48:

بما أن معامل ارتباط التوافق يساوي -0.34 وهي تقع في المجال من [صفر إلى أقل من -0.4] فإن هناك ارتباط عكسي ضعيف بين متغيري الدراسة.

6. جدول رقم 61: يبين نتائج الفرضية الثانية للجدول المركب رقم (49)

المتغيرات (الجدول رقم: 61)	العينة	درجة الحرية	كاي تربيع (x^2)	قيمة الاحتمال (sig)	الدالة
إن كانت هناك خلافات ما سببها؟ هل كان مستوى الخلافات والصراعات في الأسرة قبل إصابتك بالمرض؟	240	4	11.382	0.023	غير دالة

المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.6. تحليل نتائج اختبار كاي تربيع:

بعدما تم اختبار الفرضية من خلال ربط مؤشر المتغير المستقل المتمثل في سبب الخلافات التي كانت تحدث في بعض الأحيان في الأسرة بمؤشر المتغير التابع المتمثل مستوى الخلافات والصراعات التي كان يعاني منها أفراد عينة البحث في أسرهم قبل الإصابة بالمرض المزمن ، في جدول مركب يعبر عن قوة الفرضية عند (مستوى دلالة معنوية =5%)، وجدنا ($\chi^2 = 11.382$) و (قيمة الاحتمال = 0.023) وهي أقل من (قيمة المعنوية 0.05)، وهذا يعني أن هناك استقلالية بين مؤشرات الفرضية حسب الجدول التالي، ومنه فإننا لا نقبل بأن هناك علاقة بين مؤشرات المتغير المستقل والتابع في هذا الجدول وبالتالي فإن هذين المؤشرين من الفرضية غير محقق نسبياً.

2.6. تحليل نتائج معامل التوافق للجدول المركب 49:

بما أن معامل ارتباط التوافق يساوي - 0.1 وهي تقع في المجال من [صفر إلى أقل من - 0.4] فإن هناك ارتباط عكسي ضعيف بين متغيري الدراسة.

7. جدول رقم 62: يبين نتائج الفرضية الثانية للجدول المركب رقم (50)

المتغيرات (الجدول رقم: 62)	العينة	درجة الحرية	كاي تربيع (χ^2)	قيمة الاحتمال (sig)	الدلالة
إذا حدث لك مشكل أسري هل يطول توترك ؟	240	4	14.972	0.005	غير دالة
كيف كانت علاقتك بأسرتك قبل إصابتك بالمرض؟					

المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.7. تحليل نتائج اختبار كاي تربيع:

بعدما تم اختبار الفرضية من خلال ربط مؤشر المتغير المستقل المتمثل في طول مدة توتر المبحوثين في حالة حدوث مشكل أسري بمؤشر المتغير التابع المتمثل في طبيعة علاقتهم بأسرهم قبل الإصابة بالمرض ، في جدول مركب يعبر عن قوة الفرضية عند (مستوى دلالة معنوية =5%)، وجدنا ($\chi^2 = 14.972$) و (قيمة الاحتمال = 0.005) وهي أقل

من (قيمة المعنوية 0.05)، وهذا يعني أن هناك استقلالية بين مؤشرات الفرضية حسب الجدول التالي، ومنه فإننا لا نقبل بأن هناك علاقة بين مؤشرات المتغير المستقل والتابع في هذا الجدول وبالتالي فإن هذين المؤشرين من الفرضية غير محقق نسبياً.

2.7. تحليل نتائج معامل التوافق للجدول المركب 50:

بما أن معامل ارتباط التوافق يساوي - 0.14 وهي تقع في المجال من [صفر إلى أقل من - 0.4] فإن هناك ارتباط عكسي ضعيف بين متغيري الدراسة.

8. جدول رقم 63: يبين نتائج الفرضية الثانية للجدول المركب رقم (51)

المتغيرات (الجدول رقم: 63)	العينة	درجة الحرية	كاي تربيع (x^2)	قيمة الاحتمال (sig)	الدلالة
السن	240	8	17.170	0.028	غير دالة
إذا حدث لك مشكل أسري هل يطول توترك ؟					

المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.8. تحليل نتائج اختبار كاي تربيع:

بعدما تم اختبار الفرضية من خلال ربط مؤشر المتغير المستقل المتمثل في السن بمؤشر المتغير التابع المتمثل في طول مدة توتر المبحوثين في حالة حدوث مشكل أسري ، في جدول مركب يعبر عن قوة الفرضية عند (مستوى دلالة معنوية = 5%)، وجدنا ($x^2=17.170$) و (قيمة الاحتمال = 0.028) وهي أقل من (قيمة المعنوية 0.05)، وهذا يعني أن هناك استقلالية بين مؤشرات الفرضية حسب الجدول التالي، ومنه فإننا لا نقبل بأن هناك علاقة بين مؤشرات المتغير المستقل والتابع في هذا الجدول وبالتالي فإن هذين المؤشرين من الفرضية غير محقق نسبياً.

2.8. تحليل نتائج معامل التوافق للجدول المركب 51:

بما أن معامل التوافق يساوي +0.09 وهي تقع في المجال من [صفر إلى أقل من 0.4] فإن هناك ارتباط طردي ضعيف بين متغيري الدراسة.

9. جدول رقم 64: يبين نتائج الفرضية الثانية للجدول المركب رقم (52)

المتغيرات (الجدول رقم: 64)	العينة	درجة الحرية	كاي تربيع (x^2)	قيمة الاحتمال (sig)	الدالة
إن كانت هناك خلافات ما سببها؟ هل تعتبر مشاكلك الأسرية سببا رئيسا في إصابتك بالمرض المزمن؟	240	2	13.227	0.010	غير دالة

المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.9. تحليل نتائج اختبار كاي تربيع:

بعدما تم اختبار الفرضية من خلال ربط مؤشر المتغير المستقل المتمثل في سبب الخلافات التي كانت تحدث في بعض الأحيان بين المبحوث وأسرته بمؤشر المتغير التابع المتمثل في اعتبار المبحوثين بأن مشاكلهم الأسرية سببا رئيسا في إصابتهم بالمرض المزمن ، في جدول مركب يعبر عن قوة الفرضية عند (مستوى دلالة معنوية = 5%)، وجدنا ($x^2=13.227$) و (قيمة الاحتمال=0.010) وهي أقل من (قيمة المعنوية 0.05)، وهذا يعني أن هناك استقلالية بين مؤشرات الفرضية حسب الجدول التالي، ومنه فإننا لا نقبل بأن هناك علاقة بين مؤشرات المتغير المستقل والتابع في هذا الجدول وبالتالي فإن هذين المؤشرين من الفرضية غير محقق نسبيا.

2.9. تحليل نتائج معامل التوافق للجدول المركب 52:

بما أن معامل التوافق يساوي -0.1 وهي تقع في المجال من [صفر إلى أقل من -0.4] فإن هناك ارتباط عكسي ضعيف بين متغيري الدراسة.

10. جدول رقم 65: يبين نتائج الفرضية الثانية للجدول المركب رقم (53)

المتغيرات (الجدول رقم: 65)	العينة	درجة الحرية	كاي تربيع (x^2)	قيمة الاحتمال (sig)	الدالة
هل تعتبر مشاكلك الأسرية سببا رئيسا في إصابتك بالمرض المزمن؟ هل هذا المرض هو وراثي بالأسرة؟	240	1	9.722	0.003	غير دالة

المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.10. تحليل نتائج اختبار كاي تربيع:

بعدما تم اختبار الفرضية من خلال ربط مؤشر المتغير المستقل المتمثل في اعتبار المبحوثين بأن مشاكلهم الأسرية سببا رئيسيا في إصابتهم بالمرض المزمن بمؤشر المتغير التابع المتمثل في وراثية المرض المزمن بالأسرة، في جدول مركب يعبر عن قوة الفرضية عند (مستوى دلالة معنوية = 5%)، وجدنا ($x^2 = 9.722$) و (قيمة الاحتمال = 0.003) وهي أقل من (قيمة المعنوية 0.05)، وهذا يعني أن هناك استقلالية بين مؤشرات الفرضية حسب الجدول التالي، ومنه فإننا لا نقبل بأن هناك علاقة بين مؤشرات المتغير المستقل والتابع في هذا الجدول وبالتالي فإن هذين المؤشرين من الفرضية غير محقق نسبيا.

2.10. تحليل نتائج معامل ارتباط الاقتران للجدول المركب 53:

بما أن معامل الاقتران يساوي -0.003 وهي تقع في المجال من [صفر إلى أقل من -0.4] فإن هناك ارتباط عكسي ضعيف بين متغيري الدراسة.

ثالثا: مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية:

انطلاقا من معالجة بيانات الفرضية الثانية التي ارتبط هدفها في هذه الدراسة بمعرفة مدى مساهمة الضغوط الأسرية في الإصابة بالأمراض المزمنة محل الدراسة كالضغط الدموي وداء السكري، وذلك من خلال العلاقات الاجتماعية المتوترة التي يتعرض لها أفراد عينة الدراسة داخل النسق الأسري، والتي تم اختبارها بتطبيق كاف تربيع على عشرة (10) جداول مركبة وذلك ليتضح لنا استقلالية المتغيرات الخاصة بالدراسة من عدمها، فاتضح لنا بعد هذا الاختبار أن هناك استقلالية بين مؤشرات المتغير المستقل والتابع في تسعة (9) جداول مع عدم وجود استقلالية بين مؤشرات المتغيرات في جدول واحد فقط، كما اتضح لنا من خلال استعمال معاملات الارتباط التوافقي والاقتران أن هناك ارتباط عكسي وطردني في الجداول وتحدد نوع الارتباط العكسي الضعيف في (6) جداول والارتباط الطردني الضعيف في (2) جدولين مع وجود ارتباط طردني قوي واحد وارتباط طردني متوسط وحيد، لذا وبما أن غالبية الجداول لم

تتحقق فيها العلاقة بين مؤشرات الدراسة وهي أن قيمة الاحتمال المحصل عليها في جل الجداول هي أقل من قيمة المعنوية التي تساوي 0.05 وكذلك وجود ارتباط عكسي ضعيف في غالبية الجداول فإن هذه النتائج تدل على عدم وجود علاقة بين الضغوط الأسرية وانتشار الإصابة بالمرض المزمن وهذا على مستوى مدينة الأغواط لكون توتر العلاقات الاجتماعية داخل النسق الأسري لم يساهم في إصابة المبحوثين بمرض الضغط الدموي والسكري ومنه فالفرضية غير محققة نسبيا جدا.

أي أن العلاقات الاجتماعية داخل النسق الأسري الأغواطي مؤسسة على التعاون و التراحم والتكافل الاجتماعي والدعم والمساندة الاجتماعية ^{**} بشتى أنواعها، خاصة المساندة الوجدانية التي تقوم على مشاعر الود والصداقة والرعاية والحب والاهتمام والثقة في الآخرين ، والإحساس بالراحة والانتماء ، وهذا في نطاق علاقاتها الاجتماعية الأسرية، والتي لازالت تحكمها القيم الدينية السامية، وهذا وفقا لمجموعة من النتائج الهامة المتوصل إليها والتي يمكن تلخيصها فيما يلي:

قبل التطرق إلى أهم النتائج التي تم استخلاصها أريد أن أشير إلى نقطة مهمة، وهي بصفتي باحثة لا أريد أن أنكر أنه اثر إجرائي لهذه الدراسة اتضح لي أن هناك ميزة خاصة يتميز بها أفراد المجتمع الأغواطي وهو التحفظ في الكثير من الجوانب خاصة فيما يتعلق بالجوانب الأسرية ومحاولتهم لعدم إبراز ما يتعلق بحياتهم الأسرية، مما شكل لي صعوبة في بداية الأمر لكن هذا لم ينقص من دافعتنا ولا من إصرارنا، فعمدت على كسب ثقة المبحوثين وتهيئة جو هادئ لهم واستدراجهم بطريقة غير مباشرة وتم بذلك الحصول على كل المعلومات الهامة التي تقيدها في بحثنا هذا.

نشير أن نتائج الدراسة الحالية خاصة فيما يخص طبيعة العلاقات الاجتماعية الأسرية مناقضة تماما لنتائج الدراسة السابقة الخاصة بـ "مساني فاطمة"^{††} هذه الأخيرة التي أشارت

^{**} للتعلم أكثر في مفهوم المساندة الاجتماعية راجع الجانب النظري:ص.38.

^{††} راجع عنصر الدراسات السابقة: ص.38.

نتائج دراستها إلى غياب الدعم المعنوي والمادي من طرف أسرة المريض وأنها لا تلتزم بواجباتها اتجاهه مما يعيق شفاؤه ووعيه الصحي، على غرار دراستنا الحالية التي أجريت على مستوى مدينة الأغواط والتي أظهرت بشكل واضح جدا وجود التفاعل الاجتماعي الايجابي بين المبحوثين وأفراد أسرهم، وأن الدعم المعنوي الذي يتلقاه المبحوثين من طرف أسرهم يساهم كثيرا في مواجهتهم للعديد من الضغوطات خاصة بعد إصابتهم بالمرض، فهذا الاختلاف في النتائج راجع لاختلاف ميادين الدراسة التي أجريت بها كلا من الدراستين ودلالة قوية على أن بوابة الجنوب الجزائري لازالت تحافظ على قوة الروابط الأسرية على عكس المدن الكبرى خاصة بالشمال كالعاصمة التي أجريت بها دراسة "مساني فاطمة" والتي تكشف عن اضطراب وتفكك العلاقات الاجتماعية الأسرية وعلى أنها تشهد صراعا قويا في الوقت الراهن، والذي قد نرجع سببه لعوامل التغير الاجتماعي الذي أحدثت نوعا من التناقضات على مستوى البيئة الاجتماعية، فهذه التغيرات أنشأت واقع جديد يتميز بتعدد الثقافات وتغير في المفاهيم والعلاقات الاجتماعية وتغير على مستوى الأنساق الاجتماعية ككل ، وضاعفت من حدة المشاكل الاجتماعية التي انعكست بالسلب على أهم ركيزة أساسية لبناء المجتمع وهي الأسرة، بالإضافة لذلك ابتعادهم عن أسس ومبادئ دينهم الحنيف التي تحافظ على تماسكهم وتساعدتهم على مواجهة التغيرات التي تحدث في المجتمع.

لقد اتضح من نتائج دراستنا الحالية أن غالبية المصابين بالأمراض المزمنة هم من الوسط الحضري ، وهذا له دلالة سوسيولوجية تكمن في أنه للوسط المعيشي دور هام في الإصابة بالمرض المزمن^{##} خاصة في ميدان دراستنا الحالية التي اقتصرنا على مدينة الأغواط ، هذه الأخيرة التي شهدت كغيرها من المدن تطورا خلال العشرينيتين الأخيرتين مما انعكس تلقائيا بشكل ايجابي وسلب في آن واحد على الجوانب الاجتماعية والثقافية والاقتصادية، ومن بين أهم الآثار السلبية لتطور المدينة انتشار ظاهرة الأمراض المزمنة كالضغط الدموي والسكري.

^{##} لقد أثبتت الدراسة المسحية التي أجريت سنة 2005 بان هناك تقارب في نسب الإصابة بمرض السكري والضغط الدموي بين الوسط الريفي والحضري وهذا ما يتوافق مع نتائج هذه الدراسة، راجع الجانب النظري ،ص.180.

وبالرغم من أن البيئة الاجتماعية الحضرية لها مميزاتها الخاصة خاصة من حيث الكثافة السكانية والمشاكل الاجتماعية مما يساهم في تضاعف حجم الضغوطات على أفرادها إلا أنه في الوقت الراهن حتى البيئة الشبه حضرية باتت لا تختلف كثيرا عن الوسط الحضري في العديد من النقاط خاصة الضغوطات الاجتماعية اليومية التي يعاني منها أفراد المجتمع والتي تصبح في الكثير من الأحيان بمثابة الحاجز الذي يقف أمام تحقيق أهداف الفاعلين الاجتماعيين خاصة فيما يتعلق بمتطلبات الحياة الاجتماعية، فقد أصبحت الضغوط الاقتصادية والمشاكل المهنية بسبب الصراعات داخل العمل والأعباء الوظيفية التي تنقل كاهلهم في الكثير من الأحيان والمشاكل الأسرية التي غالبا ما تكون مادية بسبب عدم قدرتهم على تلبية جميع متطلباتهم خاصة في هذا الوقت الذي يعرف ارتفاعا مستمرا في الأسعار، كما لا يمكن إغفال دور الشارع في زيادة حجم الضغوط في الكثير من الأحيان وهذا حسب ما صرح به العديد من المبحوثين، فهذه العوامل الضاغطة ستزيد من حدة توتر أفراد العينة خاصة في حالة غياب أساليب مواجهة هذه الضغوطات، كما أن استمرارية تعرض الفرد لهذه الضغوطات حتى ولو كانت بسيطة في ظاهرها سيكون لها آثارها السلبية التي ستؤدي لا محالة إلى إحداث اختلالات صحية تصيب الفرد وترفع من فرصة الإصابة بالأمراض. وهذا ما أشار له "سيللي" * من خلال نظريته "متلازمة التكيف العام" والذي أكد من خلالها على أن التعرض المستمر للضغوط تكون له تأثيرات سلبية على صحة الفرد، وفي هذا الصدد فقد كشفت أبحاث "والتر كانون" على وجود ميكانيزم في جسم الإنسان يساهم على مواجهة التغيرات التي تواجهه والرجوع لحالة التوازن العضوي والكيميائي بانتهاء الظروف والمواقف المسببة لهذه التغيرات، لكن هذه العوامل الخارجية بإمكانها أن تغل بهذا التوازن إذا فشل الجسم في التعامل مع ها، أي أنه يستلزم على الفرد أن يتكيف مع الضغوط وإلا سيكون عرضة لأعباء نفسية وصحية كثيرة.

كما أنه من أهم التغيرات التي مست البنية الأسرية حاليا هي عملية الانتقال من النمط

الأسري الممتد إلى النمط النووي خاصة في الوسط الحضري والشبه حضري، أي أنه بعدما

* راجع الجانب النظري: ص. 87- 88.

كانت الأسر تعيش في منزل مشترك أصبحت في الوقت الراهن هناك استقلالية للأسر الزوجية في حياتها وظهور وانتشار للأسر النووية أو البسيطة، لكن بالرغم من هذه التغيرات التي عرفتها الأسرة الجزائرية والأغواطية خاصة لم تؤثر بالسلب على نمط العلاقات الأسرية التي كانت تتميز دائما بالتضامن والتلاحم والتآخي والمحبة وهذا حسب ما أشار له غالبية المبحوثين سواء مرضى داء السكري أو الضغط الدموي، أي أن الأسر الأغواطية لم تهمل تماما الدور المنوط بها في العديد من الجوانب وخاصة فيما يتعلق بالجانب المعنوي كالدفع العائلي الذي له تأثير ايجابي على أفراد العينة قبل وبعد الإصابة بالمرض، لأنهم يعتبرونه كصمام أمان وكعامل قوي يدفعهم لاجتياز ونسيان صعوبات المرض بشكل يضمن رغبتهم واستمرارهم في العيش، فهم يرون أنه لو كانوا يعيشون في وسط أسري يشوبه توتر دائم واضطرابا في العلاقات بين أفراد أسرهم فسيشكل لهم لا محالة اضطرابات نفسية وصحية وخيمة وسيساهم بطريقة غير مباشرة في تدهور صحتهم خاصة بعد إصابتهم بالمرض المزمن. وهذا يعاكس تماما ما أشارت له "نظرية الصراع" التي ترى أن الأسرة كجماعة اجتماعية لا تمثل بطبيعتها حالة من الثبات والاستقرار، بل أن المحافظة على الثبات والاستقرار يمثل مشكلة لأن الصراع أساسي للنظام الاجتماعي.

وما يثبت كذلك ايجابية التفاعل الاجتماعي بين أفراد عينة البحث أن كلا الجنسين سواء تعلق الأمر بالذكور أو الإناث أشاروا بأنهم كانوا يناقشون مشاكلهم داخل وسطهم الأسري وذلك بنسب متقاربة جدا، مما كان يساعدهم كثيرا على التخفيف من حدة الضغوطات اليومية التي كانوا يتعرضون لها، وهذا عكس ما أشار له "المدخل الايكولوجي الاجتماعي" * في أن الكثير من القيم النبيلة قد اختفت وظهر عوضا عنها قيم النفعية والأنانية، وأن ثقافة المجتمع أصبحت تركز على الفرد وعلى الحقوق الشخصية الفردية والألقاب بدلا من التركيز على الواجبات والمسؤوليات التي يتعين على الفرد القيام والالتزام بها اتجاه الآخرين. أي أن نتائج هذه الدراسة أثبتت بأن الدعم المعنوي الأسري الذي كان يجده المبحوثين ووجود أشخاص مميزين في أسرهم

* راجع الجانب النظري: ص. 99.

كمصدر عون حقيقي لهم كان بمثابة الدرع الواقي لهم في الكثير من الحالات سواء قبل الإصابة أو بعدها. وهذا ما أشار له الفريق البحثي الأمريكي من جامعة "يونغ بريغهام"^{ss} والذي صرح بأن العلاقات الاجتماعية القوية مفيدة للصحة وبأنها أفضل من اللقاءات التي تمنع الإصابة بالمرض خاصة المبنية على أواصر الحوار والتعاون والتكافل الاجتماعي. لكن بالرغم من هذه المساندة والدعم الاجتماعي التي توفره الأسر الأغواطية إلا أنها لم تستطع أن تحد من تأثير هذه الضغوطات الاجتماعية اليومية التي يعيشها الأفراد، خاصة وأن المجتمع يعيش في حركية دائمة وتغير مستمر مما يفرض علينا مسايرة وتحمل أعباءه، أي أنه بالرغم من أن العلاقات داخل الأسر الأغواطية تتميز بالتعاون والترابط والتلاحم الوثيق بين أفرادها، بالإضافة أنه لم تكن هناك خلافات عنيفة بين المبحوثين وأفراد أسرهم لكن هذا لم يمنع من ظهور بعض الخلافات والتي كان سببها مادي بالدرجة الأولى و كانت من أبرز عوامل الضغط عليهم ، خاصة وأن حالتهم المعيشية متوسطة مما يحول دون تحقيقهم لجميع المطالبات الأسرية خاصة الأولاد الذين أصبحت تتضاعف مطالبهم ورغبتهم في الحصول على كل ما هو موجود، لكن يبقى مستوى هذه الخلافات المادية حسب المبحوثين متوسط و طبيعي في الكثير من الأحيان وهذا بسبب نمط العلاقات الاجتماعية الايجابية والحسنة داخل أسرهم، فهذه العلاقات الجيدة ساعدتهم كثيرا في التحكم في درجة قلقهم الذي كان لا يطول كثيرا خاصة في حالة حدوث بعض المشاكل داخل الأسرة وذلك لدى جل الفئات العمرية لعينة البحث أي من 25 سنة فما فوق ، ما يثبت تماما أن هناك احتكاك اجتماعي مباشر وعفوي داخل الأسر وتفاعل ايجابي بين مختلف الشخصيات المكونة لها.

كما أظهرت نتائج هذه الدراسة مؤشر هام وهو وراثية المرض المزمن وذلك بالرغم من أن غالبية المبحوثين يؤكدون بعدم وراثية المرض المزمن لكن هناك كذلك عدد كبير من المبحوثين أشاروا إلى أن مرضهم وراثي وهذا ما يبرز أن هناك عامل آخر يضاعف للضغوط الاجتماعية

^{ss} راجع الجانب النظري:ص.208.

يساهم في ظهور الأمراض المزمنة وهي العوامل الوراثية أي الجينات الحاملة للمرض والتي يكتسبها الفرد من الوالدين وبهذا يكون له استعداد وراثي للإصابة بالمرض المزمن.

وهكذا يمكن القول بأن إقرار غالبية المبحوثين بأن إصابتهم بالمرض المزمن كالضغط الدموي والسكري ليس له علاقة بالضغوط الأسرية أي أنهم لم يكونوا يعانون من توتر أو اضطراب في علاقاتهم الأسرية وهذا من خلال تحليلنا للعديد من المؤشرات التي كانت لها دلالتها فمنها المؤشرات الديمغرافية كالسن والجنس والذي أثبت من خلالهما أنه يوجد الحوار والنقاش داخل أسرهم مما يحفزهم على طرح مشاكلهم ويخفف من حدة قلقهم وذلك قبل إصابتهم بالمرض، بالإضافة لمؤشرات أخرى تم ذكرها سالفًا تعلقت بطبيعة العلاقات الحسنة مع غياب الصراعات والخلافات داخل الأسر، وحتى وإن وجدت فلا يكون لها تأثير قوي ولا تزيد من حدة توترهم وهذا لوجود الدعم المعنوي بين أفراد الأسرة الأغواطية، وبما أن عينة الدراسة لا تعاني من توتر في علاقاتها الأسرية فقط لدى عدد قليل من المبحوثين فإن هناك عوامل أخرى مسببة للضغوط قد تكون لها علاقة بإصابتها بالمرض المزمن، لأنه وكما أشار "سيلجمان" أن هناك عوامل بيئية ضاغطة سواء في الحياة الأسرية أو المهنية أو الاجتماعية للفرد وأخرى ذاتية تتعلق بالشخص ذاته وبخصائص شخصيته ، والتي على أساسها يتحدد نوع الاستجابة التي تصدر عنه إزاء الأحداث الضاغطة*، أي أن الإصابة بالمرض قد ترتبط بشخصية الفرد بحد ذاته وطريقة تفسيره للأحداث الضاغطة التي يتعرض لها، كما أن المجتمعات تمر عبر حركة تطورها بمراحل انتقالية ترتبط بين البناء الاقتصادي والاجتماعي مع تقدير في المدة الزمنية وهذا ما أشار له أحد رواد النظرية التحديثية "والت روستو" الذي يتوقع من بعد هذا التقسيم عددا من الظواهر التي سوف تصيب المجتمع ومؤسساته بما فيها الأسرة بحيث يتصور انتشار القلق والملل والاضطرابات التي تمس الأسرة كوحدة هامة في المجتمع*، إلا أن ما أشار له قد يتوافق مع الواقع العربي بشكل جزئي وليس كلي لأن ديننا الحنيف وسنة رسول الله صلى الله عليه

* أنظر الجانب النظري:ص.93.

* أنظر الجانب النظري:ص.207.

وسلم يعتبران كضابط ذاتي واجتماعي للأفراد لأنهما ركزا على تمتين أواصر الأخوة بين الأفراد، وعلى توطيد العلاقات الأسرية من خلال الكلمة الطيبة التي تحمل طاقة تنير ذات الفرد، والتركيز على المودة والرحمة، بالإضافة لعدم إهمال الإنفاق سواء المادي أو المعنوي أو التربوي، لما لهم من دور كبير في الحفاظ على تماسك الأسرة كنسق فرعي والذي يؤثر بالإيجاب على النسق الكلي (المجتمع) ولأنها تعتبر النواة الأساسية لبناء المجتمع، و عكس ذلك يؤدي إلى تفكك الأسرة وانهيار المجتمع.

خلاصة :

بعد المعالجة الإحصائية والسوسيولوجية لكل الجداول المركبة المتعلقة بهذه الفرضية ومناقشة نتائجها، اتضح لنا بأن الضغوط الأسرية ليست لها علاقة بانتشار الإصابة بالأمراض المزمنة داخل المجتمع الأغواطي وذلك لأن أفرادها لا يعانون من توتر في علاقاتهم الأسرية، بل هي أسر مبنية على لغة الحوار والنقاش والتكافل والدعم المعنوي، أي أنها لا تعاني من الصراعات والخلافات العنيفة التي تهدد استقرارها وتخل بروابطها، إلا أن ضعفها المادي إن صح التعبير يعكر صفو نسقها من حين لآخر، لكن قوة روابطها الأسرية تجعلها تتحدى الضغوطات اليومية التي تفرضها الحياة العصرية، خاصة وأن المجتمع الجزائري قد عرف العديد من التحولات الاجتماعية والثقافية والسياسية، هذه التغيرات التي أحدثت الانفرادية والاستقلالية على مستوى البيئة الحضرية والشبه حضرية فتحوّلت غالبية الأسر من ممتدة إلى نووية مع محافظتها على ميكانيزم تماسكها الأسري .

الفصل التاسع

تحليل البيانات المتعلقة بالفرضية الثالثة

تمهيد
أولاً : التحليل الإحصائي والسوسيولوجي لجداول الفرضية الثالثة
ثانياً: التحقق من صحة أو خطأ الفرضية الثالثة
ثالثاً: مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة
خلاصة الفصل

تمهيد:

يعتبر المستوى الاقتصادي من العوامل الأساسية في تحديد المستوى الطبقي للفرد هذه الأخيرة التي لها دور هام في الصحة والمرض وهذا ما أثبتته العديد من الدراسات الاجتماعية والاقتصادية، أي أن المستوى الاقتصادي يعتبر معيارا هاما لقياس المستوى الصحي للفرد وعقبة رئيسية في تحديد المستوى الطبقي والذي يعكس المستوى المعيشي للأفراد، هذا الأخير الذي تكون له علاقة مباشرة بأحوالهم الصحية لأنه يعكس العديد من المتطلبات والممارسات الصحية والغير صحية مما يساهم في خفض أو رفع السلامة الصحية. لذا يمكن اعتبار الضغوطات التي يسببها العامل الاقتصادي والتي تؤثر بطريقة مباشرة أو غير مباشرة في نسق الصحة والمرض كإحدى العوامل الضاغطة التي تساهم في الإصابة بالأمراض المزمنة، خاصة وأن التراث البحثي قد قدم الكثير من الأدلة التي يثبت من خلالها تأثير الضغوط بطريقة مباشرة أو غير مباشرة على الصحة الجسدية والنفسية للفرد من خلال التغيرات الفسيولوجية التي تحدث في الجسم أو بشكل غير مباشر من خلال السلوكيات المرتبطة بالصحة .

لذا ونظرا للأهمية التي تكمن وراء اكتشاف عمق الصلة بين الضغوط الاقتصادية والمرض المزمن سيتم التطرق في هذا الفصل من الدراسة الميدانية إلى بعض المؤشرات الهامة والتي يمكن من خلالها قياس الضغوط الاقتصادية وذلك من حيث الدخل الشهري لأفراد الأسرة ومدى كفايته وتلبية كل المتطلبات الضرورية لحياة الأسر كمؤشر هام له تأثيراته على الصحة والمرض المزمن كالضغط الدموي وداء السكري، لأنه يعتبر متغير سوسيو-اقتصادي فعال في تحديد الطبقة الاجتماعية التي ينتمي لها الفرد والمستوى المعيشي له، ودور فعال في تلبية كل الاحتياجات الاجتماعية والصحية.

أولاً : التحليل الإحصائي والسوسيولوجي لجداول الفرضية الثالثة :

1. جدول رقم 66: يوضح المسؤولية الوحيدة لعينة البحث بخصوص المصاريف

المنزلية والدخل الشهري قبل الإصابة بالمرض حسب الجنس

المجموع	هل كنت الوحيد المسؤول على المصاريف المنزلية والدخل الشهري المنزلي قبل إصابتك بالمرض المزمّن؟		التكرارات	النسبة %	الجنس
	لا	نعم			
109	6	103	التكرارات	النسبة %	ذكور
%100	%5.5	%94.5	النسبة %		
93	85	8	التكرارات	النسبة %	إناث
%100	%91.4	%8.6	النسبة %		
202	91	111	التكرارات	النسبة %	المجموع
%100	%45	%55	النسبة %		

المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.1. التحليل الإحصائي للجدول :

نلاحظ من خلال الشواهد الإحصائية المبينة في الجدول أعلاه أن نسبة 94.5% من الذكور يؤكدون بأنه كانوا الوحيدين المسؤولين على المصاريف المنزلية والدخل الشهري المنزلي قبل إصابتهم بالمرض المزمّن مقارنة بنسبة 5.5% من نفس الجنس أشاروا بأنهم ليسوا الوحيدين المسؤولين على المصاريف المنزلية والدخل الشهري المنزلي قبل إصابتهم بالمرض المزمّن، في حين نجد نسبة 91.4% من الإناث يؤكدون بأنهم ليسوا الوحيدين المسؤولين على المصاريف المنزلية والدخل الشهري المنزلي قبل إصابتهم بالمرض المزمّن مقارنة بنسبة 8.6% من نفس جنس الإناث يؤكدون بأنهم كانوا الوحيدين المسؤولين على المصاريف المنزلية والدخل الشهري المنزلي قبل إصابتهم بالمرض المزمّن. وعلى العموم فإن نسبة 55% من مجموع المبحوثين من كلا الجنسين يؤكدون على أنهم كانوا الوحيدين المسؤولين على المصاريف المنزلية والدخل الشهري المنزلي قبل إصابتهم بالمرض المزمّن مقارنة بنسبة 45% من مجموع المبحوثين من كلا الجنسين يؤكدون بأنهم لم يكونوا الوحيدين المسؤولين على المصاريف المنزلية والدخل الشهري المنزلي قبل إصابتهم بالمرض المزمّن.

2.1. التحليل السوسيولوجي للجدول :

نلاحظ من خلال نتائج التحليل الإحصائي في الجدول السابق الذكر والذي يوضح العلاقة بين الجنس والمسؤولية الوحيدة لعينة البحث بخصوص المصاريف المنزلية والدخل الشهري قبل الإصابة بالمرض بأن هناك علاقة قوية بين الجنس ومسؤولية المصاريف المنزلية داخل النسق الأسري، بحيث اتضح تأكيد الذكور على أنهم كانوا يتحملون بمفردهم مسؤولية المصاريف المنزلية والدخل الشهري المنزلي قبل إصابتهم بالمرض المزمّن مقارنة بالإناث اللاتي أكدن بأنهن لا تتحملن هذه المسؤولية بمفردهن، فهذا الفارق بين الجنسين هو ما ضاعف من حجم الضغوط على الذكور وساهم بطريقة غير مباشرة في إصابتهم بهذا المرض كالضغط الدموي وداء السكري، وهذا بالرغم من اعتراف الأفراد بأن المسؤولية الاجتماعية والدينية تفرض عليه هذا الواجب كمعيل لعائلته ولا يتكفرون أو يستكفرون لهذا الأمر، لكن الظروف المعيشية الصعبة التي زادت حدتها في عصر العولمة الثقافية والتي أفرزت معها كل عوامل الضغط الاجتماعي والاقتصادي والثقافي أنهكت قوى الفئة الضعيفة في المجتمع والتي دخلها لا يتكافأ مع متطلبات هذا العصر الذي تفرض نفسها على حياة الفرد مما انعكس سلباً على صحتهم، فرغبتهم في تحقيق الـ مستلزمات الأساسية لما تحتاجه أسرهم، ومسؤوليتهم كأرباب أسر زادت من حجم الضغوط عليهم، بحيث أشار بعضهم بأنهم أصبحوا يحسون بالعجز الذي أثر على بنائهم الشخصي والنفسي كونهم أصبحوا غير قادرين حتى على توفير ما هو ضروري وأساسي، وهو توفير غذاء متكامل وصحي لأن الارتفاع الدائم في الأسعار والغير مستقر خاصة في المواد الغذائية أنهك قواهم العقلية والجسدية وشل تفكيرهم حتى على النظر في الأمور الأخرى وخاصة الاهتمام بصحتهم، أي أن تأمين الغذاء أصبح من المشاكل الكبيرة التي تؤرقهم مقارنة بالمتطلبات الأخرى وهذا كون الغذاء من العناصر الهامة في تحصين الأفراد من الأمراض وبخاصة المزمّنة كالضغط الدموي والسكري، كما أننا نعلم بأن التغذية الجيدة لها دور كبير في الحفاظ على الصحة السليمة والمتوازنة للجسم التي من شأنها أن تمدّه بالقوة الجسدية والعقلية التي يستثمرها في مواجهة

الضغوطات الحياتية، في حين نجد غالبية الإناث يؤكدن بأنهن لا يتحملن المسؤولية بمفردهن فيما يتعلق بالمصاريف المنزلية والدخل الشهري قبل إصابتهم بالمرض، لكن هذا لم يمنعهم من مساعدة شريك الحياة في بعض الأمور المتعلقة بأسرهم لكن ضعف دخل غالبية النساء هو ما يعيق تقديم مساعدات كبرى فيما يتعلق بالمصاريف المنزلية وهذا ما أثبتته البيانات الإحصائية المتعلقة بعلاقة الجنس بالدخل^{*}، ومن بين المساعدات التي تقدمها المرأة هي التخفيف من عبء المصاريف المتعلقة بالمناسبات الاجتماعية بحيث قالوا «شوفي كل يوم وحدة اتعرس ولأخرى تولد أو زيد هاذي عارضاتك على طهارت بنها أو.....أو زيدي أعليهم هم الحفافة قوليلي وين انصدوا إخلاص أو لوكان ما اتروحيش اتعودي ماكيش مليحة أو ماكانش إلي أيزيد ايجيك»، فمن خلال هذه التصريحات ندرك بأن المرأة تعد من بين المساهمين ولو بطريقة غير مباشرة في المصاريف الأسرية لأن ما تقوم به هو من جانب يخفف العبء على عائلتها ومن جانب آخر يدل على التفاعل الاجتماعي الإيجابي بين أفراد المجتمع الأغواطي، وهذا لمحاولة المرأة المحافظة على هذه العلاقات الاجتماعية بالرغم مما تشكله من ضغط مادي عليها، كما أشارت المبحوثات بأن هذه المناسبات تعتبر من العوامل المساهمة في التخفيف من الضغوطات عليهم في بعض الأحيان لأن الترفيه وتغيير الروتين اليومي ورؤية الأحباب والأصدقاء يشعرون بالارتياح وينسيهن هموم الحياة. ومن هنا نستطيع القول بأن للجنس تأثير كبير على دور الرجل في الأسرة، كون ذكوريته تفرض عليه تحمل المسؤولية المنفردة لهذا النسق الأسري الذي يجب أن يحقق له كل متطلباته، مما يضاعف من حجم الضغوط عليه والتي ستتعاكس على بنيته العضوية فيكون مؤهلاً للإصابة بالأمراض المزمنة وهذا بالرغم من مساهمة المرأة بجزء في هذه المسؤولية التي لا نستطيع أن نجردها من تأثيراتها السلبية عليها لكن تبقى درجتها أقل مقارنة لما يتعرض له الرجل بصفته المعيل الأول والرئيسي لهذا البناء الأسري.

* ملحق رقم 3: جدول رقم 4.

2. جدول رقم 67: يوضح العلاقة بين صعوبة التوفيق بين المتطلبات الأسرية لعينة البحث والدخل الذي يتقاضاه.

المجموع	هل كنت تجد صعوبة في التوفيق بين المتطلبات الأسرية والدخل الذي تتقاضاه؟					
	أحيانا	لا	نعم			
24	–	–	24	ك	[أقل من 10.000 دج]	كم هو دخلك؟
%100	–	–	%100	%		
89	6	–	83	ك	[10.000–20.000 دج]	
%100	%6.7	–	%93.3	%		
64	22	5	37	ك	[20.000–30.000 دج]	
%100	%34.4	%7.8	%57.8	%		
25	13	2	10	ك	[30.000 دج فأكثر]	
%100	%52	%8	%40	%		
202	41	7	154	ك	المجموع	
%100	%20.3	%3.5	%76.2	%		

المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.2. التحليل الإحصائي للجدول :

نلاحظ من خلال المعطيات الإحصائية التي يوضحها الجدول المبين أعلاه أن نسبة 100% من ذوي الدخل الشهري [أقل من 10.000 دج] يؤكدون بأنهم يجدون صعوبة في التوفيق بين المتطلبات الأسرية والدخل الذي كانوا يتقاضونه، ونجد نسبة 93.3% من ذوي الدخل الشهري [10.000–20.000 دج] يؤكدون بأنهم يجدون صعوبة في التوفيق بين المتطلبات الأسرية والدخل الذي كانوا يتقاضونه، ونجد نسبة 6.7% من نفس الفئة يؤكدون بأنهم كانوا أحيانا يجدون صعوبة في التوفيق بين المتطلبات الأسرية والدخل الذي كانوا يتقاضونه ، و نجد نسبة 57.8% من ذوي الدخل الشهري من [20.000–30.000 دج] يؤكدون بأنهم كانوا يجدون صعوبة في التوفيق بين المتطلبات الأسرية والدخل الذي كانوا يتقاضونه تقابلها نسبة 7.8% من نفس الفئة يؤكدون بأنهم لا يجدون صعوبة في التوفيق بين المتطلبات الأسرية والدخل الذي كانوا يتقاضونه ، في حين نجد نسبة 52% من المبحوثين الذين دخلهم [30.000 دج فأكثر] يؤكدون بأنهم أحيانا

يجدون صعوبة في التوفيق بين المتطلبات الأسرية والدخل الذي كانوا يتقاضونه تقابلها نسبة 8% من نفس الفئة أشاروا بأنهم لا يجدون صعوبة في التوفيق بين المتطلبات الأسرية والدخل الذي كانوا يتقاضونه ، وعلى العموم ومن خلال المجموع الكلي نجد أن غالبية المبحوثين بالرغم من اختلاف دخولهم إلا أنهم يؤكدون بأنهم كانوا يجدون يجدون صعوبة في التوفيق بين المتطلبات الأسرية والدخل الذي كانوا يتقاضونه مقدرة بنسبة 76.2% مقارنة بنسبة 3.5% لا يجدون صعوبة في التوفيق بين المتطلبات الأسرية والدخل الذي كانوا يتقاضونه.

2.2. التحليل السوسيولوجي للجدول:

أوضحت نتائج التحليل الإحصائي للجدول السابق الذكر والمتضمن العلاقة بين صعوبة التوفيق بين المتطلبات الأسرية لعينة البحث والدخل الذي تتقاضاه، بأن هناك علاقة طردية بين الدخل الشهري والصعوبة التي يتلقاها المبحوثين في تحقيق متطلباتهم الأسرية قبل إصابتهم بالمرض المزمن، حيث نجد ذوي الدخل المنخفض يؤكدون بأنهم يجدون صعوبة في التوفيق بين متطلباتهم الأسرية والدخل الذي يتقاضونه، وهذا ما كان عامل ضغط قوي بالنسبة لأفراد العينة لأنه كان عائقا كبيرا يقف أمام تحقيق حياة كريمة، بحيث أشاروا أنه كيف لهم أن يفكروا أو يهتموا بالجانب الصحي أو خطورة الإصابة بالأمراض المزمنة وهم الوحيد هو كيفية توفير لقمة العيش أي (القفة) فقط على حد تعبيرهم، وخاصة أن الفئة الأكثر تأثرا بالدخل المنخفض هم البطالين الذين ينتظرون ما تمنحه لهم فرص الحياة فقط، حيث قالوا «انطبعوا برك نهار كائنة ونهار مكاش» وحسب تصريحهم فلا يوجد استقرار كامل لدخلهم فقط ذلك الذي تمنحه لهم الدولة والذي لا يستطيع تحقيق لهم عيش يومين بشكل جيد، ناهيك على أن مستواهم التعليمي ضعيف وبدون مستوى* مما يعيق أكثر فرصهم في الحصول على عمل جيد يقيهم في المستقبل من صعوبات الحياة، وهذا لأن المستوى التعليمي دور كبير في تحديد المركز الوظيفي هذا الأخير الذي يحدد المستوى المعيشي والمكانة الاجتماعية للفرد وتتحقق به الرعاية الصحية الجيدة، ويخفف عليهم من ضغوطات الحياة التي تتفاقم يوم بعد يوم بسبب التغير

* أنظر ملحق رقم 3: الجدول رقم 5.

المتواصل في نمط الحياة الذي يرفع من حجم المتطلبات المعيشية. كما أن المستوى التعليمي يرتبط كذلك بمستوى الوعي الصحي لدى الفرد وهذا ما أثبتته دراستنا الميدانية وذلك حسب ما أشارت له تصريحات الأطباء الذي أكدوا بأنه لا يوجد لدى كل المرضى ما عدا الفئة القليلة المثقفة، كما أن مشكل صعوبة التوفيق بين المتطلبات الأسرية والدخل الشهري نجده حتى لدى ذوي الدخل العالي الذين يرون بأنهم كانوا أحياناً يتلقون هذه الصعوبات قبل إصابتهم بالمرض، نظراً لأن نمط المعيشة في الوقت الراهن تغير كثيراً على الوقت الماضي ومتطلبات الأسرة تتضاعف يوماً بعد يوم، خاصة وأن غالبية الأفراد كما أوضحته المعطيات الإحصائية للخصائص المتعلقة بأفراد عينة الدراسة هم من الوسط الحضري الذي تكثر فيه مغريات الحياة الاجتماعية والتي يصعب تحقيقها بصفة كلية ودائمة مما يزيد من حجم الضغوط الحياتية عليهم والتي ستساهم في دخولهم في صراعات نفسية وصحية تكون نتيجتها إصابتهم بالأمراض المزمنة.

ومن هنا نستخلص وذلك وفقاً لتصريحات المبحوثين بأن الضغوط الاجتماعية التي كانت تواجههم نجمت عن الظروف السوسيو-اقتصادية المحيطة بهم، وبالأخص أن غالبية المبحوثين بمختلف دخولهم كانت تواجههم صعوبة التوفيق بين المتطلبات الأسرية والدخل الذي كانوا يتقاضونه، وهذا ما يؤكد بأن هذا العامل الاقتصادي له دور كبير في ظهور مثل هذه النوعية من الأمراض كالضغط الدموي وداء السكري.

3. جدول رقم 68: يوضح علاقة تصرف أفراد العينة في دخلهم الشهري بمستوى الدخل الذي كانت تتقاضاه قبل الإصابة بالمرض وان كان يلبي جميع حاجاته الأسرية.

المجموع	هل مستوى الدخل الشهري الذي كنت تتقاضاه قبل الإصابة بالمرض المزمن كان يلبي جميع حاجاتك الأسرية؟					
	أحياناً	لا	نعم			
191	40	144	7	التكرارات	نعم	هل كنت أنت من يتصرف في دخلك الشهري أم أحد أفراد الأسرة؟
%100	20.9%	75.4%	3.7%	النسبة %		
3	–	3	–	التكرارات	لا	
%100	–	100%	–	النسبة %		
8	1	7	–	التكرارات	أحياناً	
%100	12.5%	87.5%	–	النسبة %		
202	41	154	7	التكرارات	المجموع	
%100	20.3%	76.2%	3.5%	النسبة %		

المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.3. التحليل الإحصائي للجدول :

نلاحظ من خلال الشواهد الإحصائية المبينة في الجدول أن نسبة 100% يشيرون إلى أنهم لم يكونوا يتصرفون في دخلهم الشهري بمفردهم ولا يلبي مستوى الدخل الشهري الذي كانوا يتقاضونه قبل إصابتهم بالمرض المزمّن جميع حاجاتهم الأسرية، في حين نجد نسبة 87.5% من المبحوثين أشاروا بأنه كانوا أحياناً يتصرفون في دخلهم الشهري بمفردهم وأن مستوى الدخل الشهري الذي يتقاضونه قبل إصابتهم بالمرض المزمّن لا يلبي جميع حاجاتهم الأسرية مقارنة بنسبة 12.5% من نفس الفئة التي كانت أحياناً تتصرف في دخلها الشهري بمفردها و أن مستوى الدخل الشهري الذي كانوا يتقاضونه قبل إصابتهم بالمرض المزمّن كان أحياناً يلبي جميع حاجاتهم الأسرية، ونجد غالبية المبحوثين بنسبة 75.4% يشيرون إلى أنهم كانوا يتصرفون في دخلهم الشهري بمفردهم إلا أن مستوى الدخل الشهري الذي كانوا يتقاضونه قبل إصابتهم بالمرض المزمّن لا يلبي جميع حاجاتهم الأسرية مقارنة بنسبة 20.9% من نفس الفئة التي كانوا يتصرفون في دخلهم الشهري بمفردهم إلا وأن مستوى الدخل الشهري الذي كانوا يتقاضونه قبل إصابتهم بالمرض

المزمن كان أحيانا يلبي جميع حاجاتهم الأسرية ، وعلى العموم نجد أن نسبة 76.2% من مجموع المبحوثين الذين كانوا يتصرفون ولا يتصرفون وأحيانا يتصرفون في دخل هم الشهري بمفردهم يؤكدون بأن مستوى الدخل الشهري الذي كانوا يتقاضونه قبل إصابتهم بالمرض المزمن لا يلبي جميع حاجاتهم الأسرية مقارنة بنسبة 3.5% أشاروا بأنه كان مستوى الدخل الشهري الذي يتقاضونه قبل إصابتهم بالمرض المزمن يلبي جميع حاجاتهم الأسرية.

2.3. التحليل السوسولوجي للجدول:

نلاحظ من خلال نتائج التحليل الإحصائي في الجدول السابق الذكر والمتضمن علاقة تصرف أفراد العينة في دخلهم الشهري بمستوى الدخل الذي كانوا يتقاضونه قبل إصابتهم بالمرض وان كان يلبي جميع حاجاتهم الأسرية، أنه بالرغم من أن غالبية المبحوثين يتصرفون في دخولهم الشهرية لكن هذا لم يمنع من عدم تلبية حاجاتهم الأسرية، لأنهم يرون بأن العائق الكبير لا يكمن في مسؤولية من يتصرف في الدخل بل في الدخل بحد ذاته الذي يفرض عليهم مستوى معيشي غير متوازن وغير صحي وغير متكامل، لأن الدخل يحد من القدرة الشرائية للفرد وخاصة فيما يتعلق بالعناصر الضرورية للحياة من مأكّل، وملبس، وعلاج...إلى غير ذلك، وركزت تصريحاتهم على المواد الغذائية الأساسية بالدرجة الأولى التي تشهد ارتفاعا دائما والتي أصبحت هاجس يؤرقهم ويؤرق كل فئات المجتمع وهذا لأهميتها الضرورية في الحياة اليومية لكافة البشر. فمن خلال ما تم طرحه يظهر دور العامل السوسيو-اقتصادي كعامل ضغط قوي يؤثر على صحة الأفراد وخاصة في حالة عدم تلبية حاجاتهم التي يفرضها الواقع المعيش، فرغبتهم في مواكبة متطلبات العصر الحالي على مستوى جميع الأصعدة أصبح من بين العوامل السلبية التي تعيق استقرار الفرد والعيش في كنف بيئة اجتماعية هادئة ومناسبة والذي يراه لا يتحقق إلا بالجانب المادي الذي يحقق كفاية حاجاته وحاجات أسرته، كما أن عدم وجود مصدر دخل إضافي لهذه الأسر ضاعف من شدة العوز

المالي* كون تلبية حاجات أسرهم تتوقف فقط على ما يتحصلون عليه من عملهم اليومي أو الشهري وليست لديهم أي فرصة لمضاعفته بدخل آخر.

فهذه النتائج تعكس لنا بأن الوضع الاقتصادي له علاقة قوية بالأمراض المزمنة، كون أكثر فئة متضررة أو مصابة بهذا المرض هي الفئات ذوي الدخل المنخفض، هذا الأخير الذي يعتبر من أعظم عوامل الضغوط الاجتماعية التي تهدد السلامة الصحية للأفراد لأنه يفرض عليهم ظروف معيشية صعبة ويؤدي بهم إلى استهلاك غير منتظم وإلى إتباع سلوكيات غير صحية، مما ضاعف من حجم الخطورة عليهم وأصبحوا مؤهلين للإصابة بهذه النوعية من الأمراض، وهذا ما تطرق له "جان بودريار"[†] بأن الفئة التي لا تستطيع مواكبة هذه الحياة تصبح أكبر فئة معرضة للإصابة بالمرض لأنها تبذل جهداً مضاعفاً لتحقيق نمط معيشي معين، لكن ما نود الإشارة إليه كذلك هو أن هناك أفراد تتضاعف حاجاتهم وطرق استهلاكهم بتضاعف رفايتهم وهذا ما قد يشعروهم بالقلق والتوتر ويزيد من حجم الضغوط عليهم تكون نتيجتها فقدانهم لسلامتهم الصحية.

* أنظر ملحق رقم 3: جدول رقم 6.

† راجع الجانب النظري: ص. 76.

4. جدول رقم 69: يوضح علاقة الحالة السوسيو-مهنية و مستوى الدخل الذي كان يتقاضاه أفراد العينة قبل الإصابة بالمرض وان كان يلبي جميع حاجاته الأسرية.

المجموع	هل مستوى الدخل الشهري الذي كنت تتقاضاه قبل الإصابة بالمرض المزمن كان يلبي جميع حاجاتك الأسرية؟					
	أحيانا	لا	نعم			
91	33	57	1	التكرارات	موظف دائم	الحالة السوسيو-مهنية
%100	%36.3	%62.6	%1.1	النسبة %		
44	—	44	—	التكرارات	موظف جزئي	
%100		%100	—	النسبة %		
40	7	29	4	التكرارات	متقاعد	
%100	%17.5	%72.5	%10	النسبة %		
24	—	24	—	التكرارات	بطل	
%100		%100	—	النسبة %		
3	1	—	2	التكرارات	تاجر كحالة أخرى	المجموع
%100	%33.3	—	%66.7	النسبة %		
202	41	154	7	التكرارات		
%100	%20.3	%76.2	%3.5	النسبة %		

المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.4. التحليل الإحصائي للجدول :

نلاحظ من خلال المعطيات الإحصائية التي يوضحها الجدول المبين أعلاه أن نسبة 100% مكررة لدى كل من الموظفين الجزئيين والبطالين يؤكدون بأن مستوى الدخل الشهري الذي كانوا يتقاضونه قبل إصابتهم بالمرض المزمن لا يلبي جميع حاجاتهم الأسرية، ونجد نسبة المتقاعدين مقدرة بـ 72.5% يؤكدون بأن مستوى الدخل الشهري الذي كانوا يتقاضونه قبل إصابتهم بالمرض المزمن لا يلبي جميع حاجاتهم الأسرية تقابلها نسبة 10% من نفس الفئة الا أنه كان مستوى الدخل الشهري الذي كانوا يتقاضونه قبل إصابتهم بالمرض المزمن يلبي جميع حاجاتهم الأسرية ، ونجد نسبة 66.7% من التجار كحالة أخرى يؤكدون بأن مستوى الدخل الشهري الذي كانوا يتقاضونه قبل إصابتهم بالمرض المزمن يلبي جميع حاجاتهم الأسرية مقارنة بنسبة 33.3% من

نفس فئة التجار يؤكدون أن مستوى الدخل الشهري الذي كانوا يتقاضونه قبل إصابتهم بالمرض المزمّن أحيانا يلبي جميع حاجاتهم الأسرية ، وآخر نسبة سجلت لدى الموظفين الدائمين مقدرة بـ 62.6% يؤكدون بأن مستوى الدخل الشهري الذي كانوا يتقاضونه قبل إصابتهم بالمرض المزمّن لا يلبي جميع حاجاتهم الأسرية تقابلها نسبة 1.1% من نفس الفئة الا أن مستوى الدخل الشهري الذي كانوا يتقاضونه قبل إصابتهم بالمرض المزمّن كان يلبي جميع حاجاتهم الأسرية ، وعلى العموم نجد أن نسبة 76.2% من مجموع المبحوثين حسب الحالة السوسيو-مهنية يؤكدون بأن مستوى الدخل الشهري الذي كانوا يتقاضونه قبل إصابتهم بالمرض المزمّن لا يلبي جميع حاجاتهم الأسرية مقارنة بنسبة 3.5% أشاروا بأنه كان مستوى الدخل الشهري الذي يتقاضونه قبل إصابتهم بالمرض المزمّن يلبي جميع حاجاتهم الأسرية.

2.4. التحليل السوسولوجي للجدول:

نلاحظ من خلال نتائج التحليل الإحصائي للجدول أعلاه والمتضمن العلاقة بين الحالة السوسيو-مهنية ومستوى الدخل الذي كان يتقاضاه المبحوثين قبل إصابتهم بالمرض وان كان يلبي جميع حاجاتهم الأسرية، بأن كل الحالات السوسيو-مهنية تعاني من مشكل الدخل وتحقيقهم لإشباع تام لكل الحاجات خاصة لذوي الدخل المنخفض وهم فئة البطالين التي تعتبر أكثر شريحة تعاني من الضغوط الاقتصادية التي تزيد من احتمالية إصابتهم بالأمراض السيكوسوماتية كالضغط الدموي والسكري، لأن هذا الضعف الاقتصادي يعيق هذه الفئات أمام تحقيق أو تلبية حاجات أسرهم وتحقيق مستوى معيشي مناسب لهم ولأفراد أسرهم، مما يعرضهم للتوتر والانفعال الدائم والذي تكون له نتيجة حتمية وهي الضرر الصحي للفرد، إلا أن هذه الضغوط لم تستثني حتى فئة الموظفين الجزئيين لأن مستواهم المعيشي لا يبعد كثيرا على مستوى البطالين وهذا لأن دخلهم المنخفض حسب تصريحاتهم لا يوفر ولا يلبي جميع حاجاتهم الاجتماعية، حتى أنهم أوضحوا صعوبة حصولهم على عمل إضافي يساعدهم على تلبية احتياجاتهم المادية، وهذا ما يضاعف من الضغوط عليهم -حسب تصريحات المبحوثين- والتي زادت حدته بعد إصابتهم بالمرض الذي أصبح يفقدهم طاقتهم تدريجيا ويقلقهم كثيرا، لكن بالرغم من كل ذلك لازالوا

يتحملون مسؤولية تلبية حاجات أسرهم وممارسة نشاطهم الاجتماعي لكن دون تمكنهم من مساعدة ذواتهم على تحقيق مستوى صحي يليق بحالتهم المرضية، وهذا الضغط لم يسلم منه حتى المتقاعدين الذين يرون بأنه راحة للجسد وتعب للجيوب -على حد تعبيرهم- لأن دخلهم لم يكن يحقق لهم كفاية لازمة وهم موظفين فكيف له أن يحقق لهم ذلك بعد حصولهم على التقاعد الذي يكون فيه انخفاض تدريجي للدخل خاصة وأن غالبية المبحوثين هم ذوي مستوى تعليمي منخفض إن صح التعبير، والذي حرّمهم طيلة حياتهم من مزاولة مراكز مناسبة ترفع من دخولهم، لذا فهذا التقاعد ضاعف من حجم الضغوط عليهم وساهم في إصابتهم بالمرض المزمن خاصة وأن غالبيتهم دخولهم في المستوى المتوسط المتدني وما يثبت تأثرهم به هو أن مدة إصابتهم لم تتجاوز الأربع سنوات *، فهذه الضغوط المالية أصبحت مسألة معيقة في مسيرة وتيرة متطلبات هذا العصر التي تتضاعف يوما بعد يوم مما أفقدهم حتى مراعاة سنهم ومتطلباته من الراحة النفسية والجسدية وحتى الرعاية الصحية، كما أن هذه الضغوط المادية لم يسلم منها حتى الموظفين الدائمين الذين أكدوا بأن دخلهم لا يلبي جميع حاجاتهم، وهذا يوضح لنا بأن متطلبات الفرد تتضاعف كذلك بتضاعف الدخل ما يبقيه كعائق أمام تحقيق اكتفاء تام وكامل لكل الحاجات الأسرية، لكن هذا يتوقف على عدة جوانب منها حجم الأسرة وحجم هذه المتطلبات ونوعها لأنهما يؤثران على مدى كفاية الدخل، لأن الإنسان بطبعه يطمح دائما إلى ما هو أفضل خاصة في العصر الحالي الذي أصبح يفتح أبواب عدة أمام مغريات الحياة التي تترك الفرد بين هوس تحقيقها وامتلاكها فيجد نفسه يعيش صراعا اجتماعيا يفقده توازنه النفسي والجسدي والذي ينعكس لا محالة على صحته، وهذا ما يمكن أن يبرر انتشار الإصابة بالأمراض المزمنة كالضغط الدموي والسكري، لكن لا يمكن أن نغفل عن دور الضغوط المهنية التي تتعرض لها هذه الفئة بالذات داخل إطار عملها والذي برز تأثيره بقوة كذلك وذلك اثر تحليلنا ومناقشتنا للفرضية الأولى والذي كان سببه الإجهاد المضاعف بسبب عبء المسؤولية في العمل وبسبب التفاعل الاجتماعي السلبي كالصراعات والنزاعات التي كانت تحدث بينهم وبين الرئيس والزملاء.

* أنظر ملحق رقم 3: جدول رقم 7 و جدول رقم 8.

وفي الأخير نستطيع القول بأن المتغير السوسيو-اقتصادي يبقى كعائق قوي وخطير يهدد كل الفئات السوسيو-مهنية بدون استثناء خاصة عندما يعيق الفرد من تلبية كل حاجاته الأسرية وهذا ما يؤكد كذلك من خلال ما نستخلصه في الجدول الموالي.

5. جدول رقم 70: يوضح علاقة مستوى الدخل الذي كان يتقاضاه أفراد العينة قبل الإصابة بالمرض وان كان يلبي جميع حاجاته الأسرية بصعوبة التوفيق بين المتطلبات الأسرية والدخل الذي يتقاضاه.

المجموع	هل كنت تجد صعوبة في التوفيق بين المتطلبات الأسرية والدخل الذي تتقاضاه؟					
	أحيانا	لا	نعم			
7	2	1	4	التكرارات	نعم	هل مستوى الدخل الشهري الذي كنت تتقاضاه قبل الإصابة بالمرض المزمن كان يلبي جميع حاجاتك الأسرية؟
%100	%28.6	%14.3	%57.1	النسبة %		
154	6	3	145	التكرارات	لا	
%100	%3.9	%1.9	%94.2	النسبة %		
41	33	3	5	التكرارات	أحيانا	
%100	%80.5	%7.3	%12.2	النسبة %		
202	41	7	154	التكرارات	المجموع	
%100	%20.3	%3.5	%76.2	النسبة %		

المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.5. التحليل الإحصائي للجدول :

نلاحظ من خلال الشواهد الإحصائية المبينة في الجدول أن نسبة 94.2% من المبحوثين أشاروا بأن مستوى الدخل الشهري الذي يتقاضونه قبل إصابتهم بالمرض المزمّن لا يلبي جميع حاجاتهم الأسرية وأنهم كانوا يجدون صعوبة في التوفيق بين المتطلبات الأسرية والدخل الذي يتقاضونه مقارنة بنسبة 1.9% في نفس الفئة التي كان مستوى الدخل الشهري الذي يتقاضاه قبل إصابتها بالمرض المزمّن لا يلبي جميع حاجاتها الأسرية إلا أنها كانت لا تجد صعوبة في التوفيق بين المتطلبات الأسرية والدخل الذي تتقاضاه، ونجد نسبة 80.5% من المبحوثين أشاروا بأنه أحيانا فقط كان مستوى الدخل الشهري الذي يتقاضونه قبل إصابتهم بالمرض المزمّن يلبي جميع حاجاتهم الأسرية وأنهم أحيانا كانوا يجدون صعوبة في التوفيق بين المتطلبات الأسرية والدخل

الذي يتقاضونه مقارنة بنسبة 7.3% من نفس الفئة التي كان أحيانا مستوى الدخل الشهري الذي يتقاضاه قبل إصابتها بالمرض المزمّن يلبي جميع حاجاتها الأسرية إلا أنها كانت لا تجد صعوبة في التوفيق بين المتطلبات الأسرية والدخل الذي يتقاضاه، ونجد نسبة 57.1% يشيرون إلى أن مستوى الدخل الشهري الذي كانوا يتقاضونه قبل إصابتهم بالمرض المزمّن يلبي جميع حاجاتهم الأسرية إلا أنهم كانوا يجدون صعوبة في التوفيق بين المتطلبات الأسرية والدخل الذي يتقاضونه مقارنة بنسبة 14.3% من نفس الفئة التي كان مستوى الدخل الشهري الذي يتقاضاه قبل إصابتها بالمرض المزمّن يلبي جميع حاجات ها الأسرية ولا يجدون صعوبة في التوفيق بين المتطلبات الأسرية والدخل الذي يتقاضونه ، وعلى العموم نجد أن نسبة 76.2% من مجموع المبحوثين الذين كان مستوى الدخل الشهري الذي يتقاضونه قبل إصابتهم بالمرض المزمّن يلبي ولا يلبي وأحيانا أخرى يلبي جميع حاجات هم الأسرية إلا أنهم كانوا يجدون صعوبة في التوفيق بين المتطلبات الأسرية والدخل الذي يتقاضونه مقارنة بنسبة 3.5% من المبحوثين أشاروا بأنهم لا يجدون صعوبة في التوفيق بين المتطلبات الأسرية والدخل الذي يتقاضونه.

2.5. التحليل السوسولوجي للجدول:

نلاحظ من خلال نتائج التحليل الإحصائي للجدول أعلاه والمتضمن العلاقة بين مستوى الدخل الذي كان يتقاضاه أفراد العينة قبل الإصابة بالمرض وان كان يلبي جميع حاجاتهم الأسرية بصعوبة التوفيق بين المتطلبات الأسرية والدخل الذي يتقاضونه، والذي تأكدت من خلاله قوة العلاقة بين هذين المؤشرين أي تأكيد غالبية المبحوثين بأن دخلهم لا يلبي جميع حاجاتهم الاجتماعية الأسرية مما يشكل لهم صعوبة في التوفيق بينه وبين متطلباتهم الأسرية وهذا ما تأكد كذلك من خلال الجدول السابق، ما يبرز كذلك قوة العامل الاقتصادي باعتباره من أهم عوامل الضغط الاجتماعي التي لها انعكاسات سلبية على الصحة الجسدية للأفراد بمختلف فئاتهم، وهذا وفقا لما اتضح في المعطيات الإحصائية المحددة للخصائص العامة المتعلقة بأفراد العينة خاصة لدى المتزوجين وذوي المستوى التعليمي المنخفض وبدون مستوى، هذا الأخير الذي يفرض مستوى معيشي متوسط ومنخفض، هذه الفئة التي تصرح بأنه يرتفع فيها حجم

المتطلبات الأسرية خاصة مطالب الأولاد في الوقت الحالي التي تعرف تغيرا كبيرا عن زمنهم ولوقت حتى ليس بالبعيد، لأنهم يرون بأنه تقريبا وخلال العشرية الأخيرة فقط حدث تغيرا اجتماعيا وثقافيا كبيرا جدا على مستوى المدينة فتغيرت طباعهم وطباع أولادهم بسبب هذا النمط المعيشي الجديد والذي يعتبر مولود جديد فرضته هذه العولمة التكنولوجية والثقافة الغربية، مما فرض عليهم متطلبات جديدة دون التغير الكبير في دخولهم الشهرية ما أوجد هوة بين التوفيق بين متطلباتهم الأسرية والدخل الذي يتقاضونه فهذا التناقض الذي فرضه الواقع المعاش ضاعف من حجم الضغوط عليهم، لأنه جعلهم يتطلعون إلى ما يجب أن يكون داخل بيئتهم الأسرية و يصطدمون بما هو كائن في ميزانيتهم المالية، ما كون لهم صراع اجتماعي مادي أنك قدراتهم تدريجيا على تحمل المزيد من هذه الضغوط الاقتصادية، بالإضافة للمشاكل والصعوبات الأخرى التي تكتنف حياتهم اليومية. وما يضاعف من صعوبة تلبية الحاجات والتوفيق بين المتطلبات الأسرية والدخل هو أن هذا الأخير يحدده المركز الوظيفي للفرد وهذا يتحقق كذلك بمستوى تعليمي عالي، لكن للأسف هذا لم يتوفر لدى غالبية فئات الأفراد الذي انحصر تقريبا بين ذوي المستوى التعليمي المنخفض وبدون المستوى مما أعاق أي تغيير في نظام حياتهم الذي يتحقق بارتفاع دخلهم، أي أن هناك تداخل مابين العوامل الاجتماعية من حيث التأثير، والذي يدفع ثمنها في الأخير الفرد الذي يفقد بنيته العضوية بسبب هذه الضغوط الاجتماعية التي ترافقه مدى الحياة والتي أصبحت تتضاعف يوما بعد يوم خاصة مع المتطلبات الأسرية التي لا تنتهي ولا تتوقف مادام الإنسان لا يستطيع أن يعيش بمعزل عن وسطه الاجتماعي والأسري بالدرجة الأولى.

فهذه النتائج ما هي إلا تأكيد على أن للعامل الاقتصادي تأثير كبير على صحة الأفراد وله دور كبير في إصابتهم بالأمراض المزمنة كالضغط الدموي والسكري أي أنه يعتبر من أكثر عوامل الضغط الاجتماعي التي تؤرق أفراد المجتمع والتي تفتك منهم سلامة بنياتهم الجسدية.

6. جدول رقم 71: يوضح علاقة تلبية الدخل الذي يتحصل عليه أفراد العينة اليوم لحاجاتهم وحاجات أسرهم بالحالة المعيشية.

المجموع	هل ما تتحصل عليه اليوم يلبي حاجاتك وحاجات أسرتك ؟					
	أحيانا	لا	نعم			
28	7	11	10	التكرارات	جيدة	الحالة المعيشية
%100	%25	%39.3	%35.7	النسبة %		
143	17	98	28	التكرارات	متوسطة	
%100	%11.9	%68.5	%19.6	النسبة %		
31	–	31	–	التكرارات	ضعيفة	
%100	–	%100	–	النسبة %		
202	24	140	38	التكرارات	المجموع	
%100	%11.9	%69.3	%18.8	النسبة %		

المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.6. التحليل الإحصائي للجدول :

نلاحظ من خلال المعطيات الإحصائية التي يوضحها الجدول المبين أعلاه أن نسبة 100% من المبحوثين حالتهم المعيشية ضعيفة وأن ما ي تحصلون عليه اليوم لا يلبي حاجاتهم وحاجات أسرهم، تليها نسبة 68.5% من المبحوثين الذين حالتهم المعيشية متوسطة يؤكدون بأن ما يتحصلون عليه اليوم لا يلبي حاجاتهم وحاجات أسرهم مقارنة بنسبة 11.9% من نفس فئة المستوى المعيشي المتوسط يرون بأنه أحيانا ما ي تحصلون عليه اليوم يلبي حاجات هم وحاجات أسرهم ، و نجد نسبة 39.3% من ذوي الحالة المعيشية الجيدة يؤكدون بأن ما ي تحصلون عليه اليوم لا يلبي حاجاتهم وحاجات أسرهم مقارنة بنسبة 25% من نفس الفئة أشاروا بأنه أحيانا فقط ما يتحصلون عليه اليوم يلبي حاجاتهم وحاجات أسرهم، وعلى العموم نجد أن نسبة 69.3% من مجموع المبحوثين حسب مختلف الحالات المعيشية يؤكدون بأن ما يتحصلون عليه اليوم لا يلبي حاجاتهم وحاجات أسرهم مقارنة بنسبة 11.9% أشاروا بأنه أحيانا فقط كان ما يتحصلون عليه اليوم يلبي حاجاتهم وحاجات أسرهم

2.6. التحليل السوسيولوجي للجدول:

أوضحت نتائج التحليل الإحصائي للجدول السابق الذكر والمتضمن العلاقة بين الحالة المعيشية ودرجة تلبية الدخل الذي يتحصل عليه الأفراد اليوم لحاجاتهم وحاجات أسرهم، بأن غالبية المبحوثين بمختلف حالاتهم المعيشية يؤكدون بأن ما يتحصلون عليه لا يلبي حاجاتهم وحاجات أسرهم خاصة لدى الحالة المعيشية المتوسطة والمنخفضة، ما يؤكد كذلك الضغوط الاقتصادية التي يفرضها الدخل على الأفراد، وهذا ما يعكس أن هناك عدة متطلبات تفرضها الحاجة الاجتماعية والتي قد تحدث في وقت واحد فتصبح عامل ضغط على أفراد الأسرة، كما أن إخفاقهم في الحصول على كل حاجاتهم وحاجات أسرهم سواء كانت ضرورية أو كمالية بالنسبة للأسرة يؤثر بطريقة مباشرة على أهدافهم في هذه الحياة لأن هذه الأخيرة مرتبطة كذلك بالجانب المادي كما أشارت تصريحاتهم.

وفي هذا الصدد نستطيع القول بأن الحالة المعيشية للأفراد هي التي تحدد لنا مستوى الدخل لدى هذه الفئة و الذي من خلاله يتحقق أو يتمكن أعضاء الأسرة أو من هو مكلف بمصاريف الدخل الشهري من تلبية حاجاته وحاجات أسرته هذا من جهة، ومن جهة أخرى فإنه من العوائق أو المشاكل الاجتماعية التي تولد أو تحدث الضغوط اليومية للفرد والأسرة.

7. جدول رقم 72: يوضح علاقة تزود بيت أفراد العينة بجميع الضروريات العامة للمعيشة قبل الإصابة بالمرض المزمن بمستوى الدخل الذي يتقاضونه.

المجموع	هل كان بيتك مزودا دائما بجميع الضروريات العامة للمعيشة قبل الإصابة بالمرض المزمن ؟				
	لا	نعم			
24	24	–	التكرارات	[أقل من 10.000 دج]	كم هو دخلك؟
%100	%100	–	النسبة %		
89	83	6	التكرارات	[10.000–20.000 دج]	
%100	%93.3	%6.7	النسبة %		
64	35	29	التكرارات	[20.000–30.000 دج]	
%100	%54.7	%45.3	النسبة %		
25	–	25	التكرارات	[30.000 دج فأكثر]	
%100	–	%100	النسبة %		
202	142	60	التكرارات	المجموع	
%100	%70.3	%29.7	النسبة %		

المصدر : مخرجات برنامج spss.

2.7. التحليل الإحصائي للجدول :

نلاحظ من خلال المعطيات الإحصائية التي يوضحها الجدول المبين أعلاه أن نسبة 100% من ذوي الدخل الشهري [أقل من 10.000 دج] يؤكدون بأن بيوتهم لم تكن مزودة دائما بجميع الضروريات العامة للمعيشة قبل الإصابة بالمرض المزمن، في حين نجد نسبة 100% من المبحوثين الذين دخلهم [30.000 دج فأكثر] يؤكدون بأنهم كانت بيوتهم مزودة دائما بجميع الضروريات العامة للمعيشة قبل الإصابة بالمرض المزمن، ونجد نسبة 93.3% من ذوي الدخل الشهري [10.000–20.000 دج] يؤكدون كذلك بأن بيوتهم لم تكن مزودة دائما بجميع الضروريات العامة للمعيشة قبل الإصابة بالمرض المزمن تقابلها نسبة 6.7% من نفس الفئة يؤكدون بأنهم كانت بيوتهم مزودة دائما بجميع الضروريات العامة للمعيشة قبل الإصابة بالمرض المزمن، ونجد نسبة 54.7% من ذوي الدخل الشهري [20.000–30.000 دج] يؤكدون بأن بيوتهم لم تكن مزودة دائما بجميع الضروريات العامة للمعيشة قبل الإصابة بالمرض المزمن

تقابلها نسبة 45.3% من نفس الفئة يؤكدون بأنهم كانت بيوتهم مزودة دائماً بجميع الضروريات العامة للمعيشة قبل الإصابة بالمرض المزمن، وعلى العموم ومن خلال المجموع الكلي نجد أن غالبية المبحوثين بالرغم من اختلاف دخولهم إلا بأن بيوتهم لم تكن مزودة دائماً بجميع الضروريات العامة للمعيشة قبل الإصابة بالمرض المزمن مقدرة بنسبة 70.3% مقارنة بنسبة 29.7% يؤكدون بأنهم كانت بيوتهم مزودة دائماً بجميع الضروريات العامة للمعيشة قبل الإصابة بالمرض المزمن.

2.7. التحليل السوسولوجي للجدول:

أوضحت نتائج التحليل الإحصائي في الجدول السابق الذكر والذي يوضح العلاقة بين الدخل وبين درجة تزود منازل الأفراد بجميع الضروريات العامة للمعيشة قبل الإصابة بالمرض المزمن، بأن هناك تأثير كبير لدى الفئات ذات الدخل المنخفض والمتوسط المنخفض والمتوسط المرتفع وذلك بتأكيدهم بأن منازلهم لم تكن مزودة بجميع الضروريات العامة للمعيشة قبل الإصابة بالمرض، ما يوضح لنا بأن القدرة الشرائية لدى هذه الفئة محدودة جداً، وأن مستوى الدخل الشهري يحول دون تحقيق تكيف لهذه الأسر مع متطلبات العصر وبالأخص الضرورية منها للمعيشة داخل الأسر، وهذا ما ظهر من خلال عدم تزود بيوتهم بالضروريات العامة للمعيشة قبل إصابتهم بالمرض، وهذا ما يتعلق بالأمور المادية كالثلاجة، التلفاز، مكيف هوائي، تدفئة، غسالة، وبالأخص المأكّل والملبس والمشرب...إلى غير ذلك، بحيث وجدنا تضمرًا كبيرًا من بعض المبحوثين عن سوء حالتهم المعيشية، بحيث أشاروا أنه حتى لو توفرت لهم بعض هذه المستلزمات فإنها لا تكون في المستوى المطلوب خاصة لدى مستوى الدخل المنخفض أي الضعيف بحيث قال أحدهم «شوفي يا أختي كيفاش اتحوسي واحد هاربة أعليه الخبزة يفكر في كليما تيزور ولا حتى في غسالة...شوفي أنا فريجيدير عندي واحد انهار يمشي أو عشرة والو ويذا حبيتي تضحكي تليفزيون أو ما عنديش ملي حبس ما اقدرتش نشري» وأشار آخر «يا أختي أنا أوصلت بعت كلش اعلا جال باش انعشي أولادتي»، فبالرغم من إصراري على محاولة معرفة ما يتوفر في منازل هذه الفئة بالذات إلا أن جل

المبحوثين كان تركيزهم على الشيء الضروري وهو الأكل أما بالنسبة للأشياء الأخرى فانه بالرغم من أن عدم توفرها يشكل لهم مشاكل كثيرة خاصة مع أسرهم الذين يرغبون في العيش مثل الآخرين لكنهم يرون بأن عدم توفرها لا يشكل عائقا كبيرا في الحياة أمام لقمة هنية طيبة لهم ولأسرهم، لكن آخرون يرون بأن عدم توفر منازلهم على كل متطلبات الحياة يشكل ضغط نفسي واجتماعي عليهم نظرا لعدم تقبل أفرادهم العيش في ظروف معيشية مثل هذه ومطالبتهم الدائمة بتوفيرها لهم ما أثر سلبا على صحتهم، في حين أشار ذوي الدخل المرتفع بأن بيوتهم كانت مزودة دائما بجميع الضروريات العامة للمعيشة قبل إصابتهم بالمرض المزمن لكن هذا لم يمنع من ظهور متطلبات أخرى باستمرار مثلا بدل توفير مدفئة أصبح يتوجب اثنان أو ثلاثة ناهيك عن المكيفات الهوائية والتلفاز...إلى غير ذلك، لأن كل فرد في المنزل تغير نمط تفكيره وأصبح يميل إلى الاستقلالية والانفرادية داخل المنزل، وهذا ما يتطلب مبالغ كبيرة لأن المتطلبات لا تقف عند هذا الحد، كما أشاروا أن الرضا إذا توفر لدى فرد يكون غير موجود لدى طرف آخر في الأسرة، هذا ما يزيد من مشكل تعقد الوضع المادي أحيانا ويؤثر حتى على ميزانية المصاريف اليومية الضرورية للمعيشة، وذلك فيما يخص توفير الغذاء السليم لأنه يعتبر من الضروريات الهامة التي يجب أن يتزود بها المنزل كما لا يمكن إغفال دور تزود المنزل بالمياه المعدنية لأن مياه الأغواط غير صالحة للشرب، لذا يجدون أنفسهم يتعايشون يوميا مع ضغوطات الحياة بطريقة دائمة ومستمرة وهذا حسب تصريحاتهم، أي أن هذا الحراك الاجتماعي الذي تفرضه عوامل التغير الاجتماعي والاقتصادي والثقافي مع الرغبة في مسايرة ومواكبة مستجدات الحياة، ومحاولة الأفراد الانتقال إلى مستوى أحسن من المعتاد أو من طبقة اجتماعية إلى أخرى، دفع ثمنها غالبا وهي صحته فظهرت أمراض هذا العصر ألا وهي الأمراض المزمنة التي هي في ارتفاع دائم ومستمر ولا تأبه أن تقتك حتى أرواحهم عند تعاضم الضغوطات الاجتماعية عليهم.

8. جدول رقم 73: يوضح علاقة تدني الدخل المادي بإصابة أفراد العينة بالمرض المزمن حسب نوع المرض.

المجموع	ما نوع المرض المزمن الذي تعاني منه ؟				
	السكري	الضغط الدموي			
123	58	65	التكرارات	نعم	هل ترى أن سبب إصابتك بالمرض المزمن يعود لتدني دخلك المادي؟
%100	%47.2	%52.8	النسبة %		
79	48	31	التكرارات	لا	
%100	%60.8	%39.2	النسبة %		
202	106	96	التكرارات	المجموع	
%100	%52.5	%47.5	النسبة %		

المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.8. التحليل الإحصائي للجدول :

نلاحظ من خلال الشواهد الإحصائية المبينة في الجدول أعلاه أن نسبة 60.8% من المبحوثين لا يرون بلق سبب إصابتهم بالمرض المزمن يعود لتدني دخلهم المادي وذلك لدى المصابين بداء السكري مقارنة بنسبة 39.2% لا يرون بلق سبب إصابتهم بالمرض المزمن يعود لتدني دخلهم المادي وذلك لدى المصابين بالضغط الدموي، في حين نجد نسبة 52.8% من أفراد العينة يرون بلق سبب إصابتهم بالمرض المزمن يعود لتدني دخلهم المادي وذلك لدى فئة المصابين بالضغط الدموي مقارنة بنسبة 47.2% يرون بلق سبب إصابتهم بالمرض المزمن يعود لتدني دخلهم وذلك لدى فئة المصابين بداء السكري ، وعلى العموم فإن نسبة 52.5% من مجموع المبحوثين الذين كانوا يرون ولا يرون بلق سبب إصابتهم بالمرض المزمن يعود لتدني دخلهم المادي وذلك لدى المصابين بداء السكري مقارنة بنسبة 47.5% من المبحوثين المصابين بالضغط الدموي.

2.8. التحليل السوسيولوجي للجدول:

نلاحظ من خلال نتائج التحليل الإحصائي للجدول السابق الذكر والمتضمن العلاقة تدني الدخل المادي بإصابة أفراد العينة بالمرض المزمن حسب نوع مرضهم اختلافا في آراء الباحثين حول تحديدهم لسبب الإصابة، لكن هذا لم يمنع من إشارة غالبية الباحثين بأن تدني دخلهم المادي كان سببا في إصابتهم بالمرض المزمن خاصة ذوي الضغط الدموي الذين يؤكدون بأن مشكل تدني دخولهم المادية يعد من بين الأسباب المهمة في إصابتهم بالمرض لأنه كان عائقا كبيرا في تحقيق متطلباتهم الحياتية مما شكل صراعا وضغطا عليهم، في حين نجد مجموعة أخرى من الباحثين وهي تقل عن الأولى تنفي بأن سبب إصابتها بالمرض هو تدني دخلها المادي، لكن هذا راجع لضغوط اجتماعية أخرى تعرضوا لها في حياتهم كفقْدان الزوج أو الابن ونمط التغذية السيئ... وهذا ما ظهر في الجدول (رقم 31-أ)، بالإضافة للعامل البيولوجي أي استعدادهم الوراثي.

ومن هنا نستطيع القول أنه بالرغم من الاختلاف في الإجابات بين مرضى الضغط الدموي والسكري، لكن هذا لم يمنع من تأثر نسبة كبيرة من الأفراد من كلا المرضين مع ارتفاعها لدى مرضى الضغط الدموي بالدخل سواء كان منخفضا أو مرتفعا ورؤيتهم له بأنه كان سببا في إصابتهم بالمرض وهذا ما اتضح في جداول سابقة، لأن نمط المعيشة تغير وتضاعفت حجم الرغبات مع ضعف كبير ودائم في الدخل لا يتماشى مع هذه التطلعات الجديدة، فتكونت فجوة كبيرة بين الموجود والمتوفر والمرغوب فيه، فهذا الصراع النفسي أنتج الصراع الاجتماعي الذي أصبح يلزم عصر الحضارة وانتشرت من خلاله الأمراض القاتلة كالأمراض المزمنة.

9. جدول رقم 74: يوضح علاقة تدني الدخل المادي بإصابة أفراد العينة بالمرض المزمن بدرجة تلبية الدخل بعد الإصابة لحاجات أفراد العينة وحاجات أسرهم.

المجموع	هل ما تتحصل عليه اليوم يلبي حاجاتك وحاجات أسرتك؟					
	أحيانا	لا	نعم			
123	17	106	–	التكرارات	نعم	هل ترى أن سبب إصابتك بالمرض المزمن يعود لتدني دخلك المادي؟
%100	%13.8	%86.2	–	النسبة %		
79	7	34	38	التكرارات	لا	
%100	%8.9	%43	%48.1	النسبة %		
202	24	140	38	التكرارات	المجموع	
%100	%11.9	%69.3	%18.8	النسبة %		

المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.9. التحليل الإحصائي للجدول :

تشير المعطيات الإحصائية في الجدول أعلاه أن نسبة 86.2% من المبحوثين يرون بلق سبب إصابتهم بالمرض المزمن يعود لتدني دخلهم المادي وأن ما يتحصلون عليه اليوم لا يلبي حاجاتهم وحاجات أسرهم مقارنة بنسبة 13.8% من نفس الفئة التي ترى بلق سبب إصابتها بالمرض المزمن يعود لتدني دخلهم المادي الا أنه أحيانا ما يتحصلون عليه اليوم يلبي حاجاتهم وحاجات أسرهم ، في حين نجد نسبة 48.1% من أفراد العينة يرون بلق سبب إصابتهم بالمرض المزمن لا يعود لتدني دخلهم المادي وأن ما يتحصلون عليه اليوم يلبي حاجاتهم وحاجات أسرهم مقارنة بنسبة 8.9% من نفس الفئة التي ترى بلق سبب إصابتها بالمرض المزمن يعود لتدني دخلها المادي الا أنهم أحيانا يرون بأن ما يتحصلون عليه اليوم يلبي حاجاتهم وحاجات أسرهم، وعلى العموم فإن نسبة 69.3% من مجموع المبحوثين الذين كانوا يرون ولا يرون بلق سبب إصابتهم بالمرض المزمن يعود لتدني دخلهم المادي أكدوا بأن ما يتحصلون عليه اليوم لا يلبي حاجاتهم وحاجات أسرهم مقارنة بنسبة 11.9% من المبحوثين يرون بأنه أحيانا فقط ما يتحصلون عليه اليوم يلبي حاجاتهم وحاجات أسرهم.

2.9. التحليل السوسيولوجي للجدول:

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي المتضمن علاقة تدني الدخل المادي بإصابة أفراد العينة بالمرض المزمن بدرجة تلبية الدخل بعد إصابتهم لحاجات أفراد العينة وحاجات أسرهم بأن غالبية المبحوثين يؤكدون بأن إصابتهم بالمرض المزمن كداء السكري والضغط الدموي له علاقة قوية بتدني الدخل المادي وأنه حالياً كذلك يعانون من تدني دخلهم المادي الذي لا يلبي حاجاتهم وحاجات أسرهم هذا ما يزيد من خطورة الأمر على هذه الفئة من المرضى، كونه كان سببا في إصابتهم وأنه سيصبح عائقا في محافظتهم على صحتهم بعد انتهاك المرض لحرمة أجسادهم أي هناك تفاعل سلبي يبقى قائما بين الفرد وصحته بسبب الضغوط المادية خاصة وأن المريض المزمن يحتاج إلى نمط غذائي معين وضغوط أقل، والعديد من الواجبات التي يجب أن يلتزم بها الفرد ليحافظ على استقرار المستوى الصحي لديه، لكنه يجد نفسه معاق أمام عجزه الاقتصادي خاصة من هم مسؤولين على توفير ميزانية المصاريف المتعلقة بالأسرة ما يلزمهم بمضاعفة جهودهم في سبيل تحقيق ذلك فتكون على حساب صحتهم، هذا الإهمال الذي لوحظ بسبب هذه الدخل ومنعهم حتى من زيارة الطبيب لتشخيص حالتهم بعد إصابتهم بالمرض واعتمادهم على وصفات شعبية فقط*، في حين نجد فئة قليلة جدا ترى بأن إصابتها بالمرض لا يعود لتدني دخلها المادي لأنه يلبي حاجاتها وحاجات أسرهم، بل هناك أسباب أخرى والتي أتينا على ذكرها سابقا اثر تحليلنا للجدول السابقة.

ومن هنا نستنتج بأن العامل المادي لا يؤثر على صحة الفرد قبل الإصابة فقط بل كذلك بعد الإصابة والذي يتضاعف حجم تأثيره، لأن محدودية دخلهم لازالت تعيق فرصهم في تلبية حاجاتهم وحاجات أسرهم وبدرجة كبيرة بعد إصابتهم بالمرض، وهذا يثبت أن هناك حالة اللاتوازن بين أنساق البناء الاجتماعي مما يخلق صراع دائم ومستمر تكون ضحيتها صحة الفرد والأسرة واستقرار المجتمع.

* أنظر ملحق رقم 3: جدول رقم 9.

10. جدول رقم 75: يوضح علاقة تدني الدخل المادي بإصابة أفراد العينة بالمرض المزمن بوراثية المرض داخل الأسرة.

المجموع	هل هذا المرض هو وراثي بالأسرة ؟					
	لا	نعم				
123	57	66	التكرارات	نعم	هل ترى أن سبب إصابتك بالمرض المزمن يعود لتدني دخلك المادي؟	
%100	%46.3	%53.7	النسبة %			
79	50	29	التكرارات	لا		
%100	%63.3	%36.7	النسبة %			
202	107	95	التكرارات	المجموع		
%100	%53	%47	النسبة %			

المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.10. التحليل الإحصائي للجدول :

نلاحظ من خلال المعطيات الإحصائية في الجدول أعلاه أن نسبة 63.3% من المبحوثين لا يرون بلبن سبب إصابتهم بالمرض المزمن يعود لتدني دخلهم المادي وأن مرضهم ليس وراثي بالأسرة مقارنة بنسبة 36.7% من نفس الفئة التي ترى بلبن سبب إصابتها بالمرض المزمن لا يعود لتدني دخلهم المادي لأن مرضهم وراثي بالأسرة ، في حين نجد نسبة 53.7% من أفراد العينة يرون بلبن سبب إصابتهم بالمرض المزمن يعود لتدني دخلهم المادي وأن مرضهم وراثي بالأسرة مقارنة بنسبة 46.3% من نفس الفئة التي ترى بلبن سبب إصابتها بالمرض المزمن يعود لتدني دخلها المادي إلا أن مرضهم ليس وراثي بالأسرة ، وعلى العموم فإن نسبة 53% من مجموع المبحوثين الذين كانوا يرون ولا يرون بلبن سبب إصابتهم بالمرض المزمن يعود لتدني دخلهم المادي أكدوا بأن مرضهم ليس وراثيا بالأسرة مقارنة بنسبة 47% من المبحوثين يؤكدون بأن مرضهم وراثي بالأسرة.

2.10. التحليل السوسيولوجي للجدول:

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي للجدول السابق الذكر والمتضمن علاقة تدني الدخل المادي بإصابة أفراد العينة بالمرض المزمن بوراثية المرض داخل الأسرة، بأن غالبية المبحوثين

يؤكدون بأن سبب إصابتهم بالمرض يعود لتدني دخلهم الأسري وأن مرضهم ليس وراثي بالأسرة، ما يؤكد بأنه ليس للعامل البيولوجي فقط الدور الأعظم في ظهور هذه الأمراض المزمنة كالضغط الدموي وداء السكري، وأن هذه الأمراض ليست مقتصرة على هذه الفئة التي لديها استعداد وراثي بالمرض بل حتى من ليس لديهم استعداد وراثي بالمرض، هذا ما يثبت بأنه أصبح للعوامل الاجتماعية في الوقت الراهن دور كبير في إصابة غالبية المبحوثين بالمرض المزمن وهذا نظرا للظروف المعيشية المعقدة والذي فرضها هذا التغير الاجتماعي، الذي جلب معه كل عوامل الرفاهية والراحة وذلك بالتوازي مع الضغوط السلبية التي تواجه الأفراد اثر محاولتهم الوصول إلى هذه الرفاهية الاجتماعية التي أصبحوا ملزمين على تحقيقها لأنهم يرون أنها من عوامل الراحة ويحققون من خلالها التوازن الاجتماعي داخل نسقهم الأسري، لكن هذا لم يمنع من ظهور عدد كبير من المبحوثين الذين أشاروا إلى أن مرضهم وراثي بالأسرة لكن معاناتهم من تدني دخلهم المادي ضاعف من حجم الخطر عليهم وأدى إلى إصابتهم بالمرض المزمن، وهذا ما أشارت له الدراسات الطبية الحديثة على أن تفاعل مسببات الضغوط الاجتماعية مع العوامل الوراثية يساهم في تعجيل الإصابة بالأمراض المزمنة.

ومن هنا نستطيع القول بأن الضغوط الاجتماعية أصبح لها تأثير واضح في عصرنا الحالي خاصة الضغوط السوسيو-اقتصادية التي تفرض نفسها بقوة على حياة الأفراد الاجتماعية، خاصة وأنه لها تأثير على كل شرائح المجتمع وبالأخص التي لها استعداد وراثي للإصابة بالأمراض المزمنة كالضغط الدموي وداء السكري، وهذا لأن بنيتها البيولوجية ممهدة لتكون أول المتأثرين بهذه الضغوط لكن تأثره بها يتوقف على حجمها وطبيعتها الموافق الاجتماعية التي يتعرضون لها ودرجة تكيفهم معها.

11. جدول رقم 76: يوضح علاقة محافظة أفراد العينة على واجباتهم الأسرية بنوع المرض.

المجموع	ما نوع المرض المزمن الذي تعاني منه ؟				
	السكري	الضغط الدموي			
132	57	75	التكرارات	نعم	هل تحافظ حالياً على واجباتك الأسرية؟
%100	%43.2	%56.8	النسبة %		
43	12	31	التكرارات	لا	
%100	%27.9	%72.1	النسبة %		
27	27	–	التكرارات	أحياناً	
%100	%100	–	النسبة %		
202	96	106	التكرارات	المجموع	
%100	%47.5	%52.5	النسبة %		

المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.11. التحليل الإحصائي للجدول :

نلاحظ من خلال المعطيات الإحصائية المبينة في الجدول أعلاه أن نسبة 100% من الباحثين أشاروا أنهم حالياً أحياناً فقط يحافظون على واجباتهم الأسرية وذلك لدى المصابين بداء السكري، و نجد نسبة 72.1% من الباحثين يؤكدون بأنهم حالياً لا يحافظون على واجباتهم الأسرية وذلك لدى فئة المصابين بالضغط الدموي مقارنة بنسبة 27.9% من نفس الفئة الذين يؤكدون بأنهم حالياً لا يحافظون على واجباتهم الأسرية وذلك لدى فئة المصابين بداء السكري، في حين نجد نسبة 56.8% من الباحثين يؤكدون بأنهم حالياً يحافظون على واجباتهم الأسرية وذلك لدى فئة المصابين بالضغط الدموي مقارنة بنسبة 43.2% من نفس الفئة الذين يؤكدون بأنهم حالياً يحافظون على واجباتهم الأسرية وذلك لدى فئة المصابين بداء السكري ، وعلى العموم فإن نسبة 52.5% من مجموع الباحثين الذين حالياً يحافظون ولا يحافظون وأحياناً يحافظون على واجباتهم الأسرية وذلك لدى المصابين بالضغط الدموي مقارنة بنسبة 47.5% من الباحثين المصابين بداء السكري.

2.11. التحليل السوسيولوجي للجدول:

أظهرت نتائج المعطيات الإحصائية للجدول أعلاه والذي يوضح العلاقة بين محافظة أفراد العينة على واجباتهم الأسرية بنوع المرض تأكيد أكثر من نصف المبحوثين على أنهم لا يزالون يحافظون على واجباتهم الأسرية خاصة لدى المصابين بالضغط الدموي مقارنة بداء السكري، ووفقا للجدول السابقة وخاصة الجدول الأول أدركنا بأن جنس الذكور هم من يشكلون أكبر نسبة في تحملهم لمسؤولية المصاريف المنزلية وأعباء الدخل الشهري، وكما أشرنا سابقا بأن دوره الاجتماعي كمسؤول على تحقيق الكفاية المادية للأسرة سببه عامل اجتماعي وديني وكذلك العامل الثقافي، فإذا نظرنا إلى تاريخ الأسرة الجزائرية نجد تلك السلطة الأبوية التي كانت تسيطر على تكوين البنية الأسرية ولا زالت تأثيراته إلى يومنا هذا، والذي توضح من خلال المسؤولية الاجتماعية التي يتحملونها الذكور مقارنة بالإناث، واستمراريتهم في ذلك حتى بعد إصابتهم بالمرض وهذا ما يتضح لنا من خلال هذا الجدول بأنهم لا يزالون يحافظون على مسؤوليتهم اتجاه أسرهم لأنها تعتبر من الواجبات التي يلزمهم بها دورهم الاجتماعي في هذا النسق الأسري، كما لا يمكننا إغفال دور المرأة ومساهمتها في ميزانية الدخل الشهري المتعلقة بالمصاريف المنزلية بطريقة غير مباشرة و ذلك بالرغم من مسؤولية المحدودة في ذلك، بالإضافة لدورها الاجتماعي

والذي يرتبط بخلفيتها الثقافية والدينية كربة بين مسؤولة على شؤون بيتها وعلى تربية أولادها، كما أن هناك متغير آخر قد يكون سببا في عدم إعاقه هذه الفئة لوظائفها هي أن غالبيتهم مدة إصابتهم لا تتعدى الأربع سنوات هذا ما يبرز بأنه لازال الأفراد يحافظون على توازن صحتهم المرضية*، لأن الدراسات أثبتت أن طول مدة المرض تؤثر على الفرد لأن المرض يضع بعض القيود والحدود على حركته ونشاطه وعلاقته بالآخرين ويضطره إلى التخلي عن عمله أو تغييره، كما أنه يتطلب العلاج مدى الحياة مما يفرض بعض المتطلبات المالية إضافة لمستلزمات معيشية أخرى، إلا أن هذه التأثيرات تتوقف على الوضع الاجتماعي للمريض والسلوكيات

* أنظر ملحق رقم3: جدول رقم 8.

الصحية المتبعة بالإضافة للبيئة الأسرية التي يعيش فيها لأن العلاقات الأسرية لها تأثير إيجابي وسلبي في نفس الوقت على صحة الإنسان، لكن مناقشتنا لنتائج الفرضية الثانية لدراستنا الحالية أثبتت بأن الروابط الاجتماعية داخل الأسر الأغواطية تتميز بالقوة والتماسك وتسودها كل عوامل الدعم المعنوي والمساندة الاجتماعية.

وفي هذا الصدد يمكن القول بأن السن ومدة الإصابة بالإضافة للعلاقات الأسرية الجيدة كانت بمثابة عوامل قوية ساهمت في مساعدة فئة المصابين بالأمراض المزمنة على المحافظة على واجباتهم الأسرية، لكن هذا لم يمنع من وجود فئة معتبرة لم تتمكن من المحافظة على واجباتها الأسرية والذي يرجع سببه لتأثير المرض على صحتهم وهذا حسب تصريحاتهم، والذي ضاعف من حدة الضغوط عليهم وأصبح كعائق أمام قيامهم بمسؤوليتهم وواجبهم اتجاه أسرهم .

12. جدول رقم 77: يوضح علاقة الدخل الذي يتحصل عليه أفراد العينة اليوم وان كان يلبي حاجاتهم وحاجات أسرهم بتأثير المرض على حياتهم اليومية.

المجموع	هل أثر هذا المرض على حياتك اليومية؟					
	أحيانا	لا	نعم			
38	18	13	7	التكرارات	نعم	هل ما تتحصل عليه اليوم يلبي حاجاتك وحاجات أسرتك ؟
%100	%47.4	%34.2	%18.4	النسبة %		
140	26	28	86	التكرارات	لا	
%100	%18.6	%20	%61.4	النسبة %		
24	19	4	1	التكرارات	أحيانا	
%100	%79.2	%16.6	%4.2	النسبة %		
202	63	45	94	التكرارات	المجموع	
%100	%31.2	%22.3	%46.5	النسبة %		

المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.12. التحليل الإحصائي للجدول :

نلاحظ من خلال الشواهد الإحصائية المبينة في الجدول أعلاه أن نسبة 79.2% من المبحوثين أشاروا أنه أحيانا فقط يلبي ما يتحصلون عليه اليوم حاجاتهم وحاجات أسرهم وأن المرض أحيانا فقط يؤثر على حياتهم اليومية مقارنة بنسبة 4.2% من نفس الفئة التي أحيانا يلبي

ما تتحصل عليه حاجاتها وحاجات أسرتها إلا أنهم يؤكدون بأن المرض يؤثر على حياتهم اليومية، تليها نسبة 61.4% من المبحوثين الذين يؤكدون بأن ما يتحصلون عليه اليوم لا يلبي حاجاتهم وحاجات أسرهم وأن المرض يؤثر على حياتهم اليومية مقارنة بنسبة 18.6% من نفس الفئة التي أكدت بأن ما يتحصلون عليه اليوم لا يلبي حاجاتهم وحاجات أسرهم إلا أن المرض يؤثر أحيانا فقط على حياتهم اليومية ، و نجد نسبة 47.4% من المبحوثين يؤكدون بأن ما يتحصلون عليه اليوم يلبي حاجاتهم وحاجات أسرهم وأن المرض أحيانا فقط يؤثر على حياتهم اليومية مقارنة بنسبة 18.4% من نفس الفئة أكدوا على أن المرض يؤثر على حياتهم اليومية ، وعلى العموم نجد أن نسبة 46.5% من مجموع المبحوثين الذين أشاروا بأن ما يتحصلون عليه اليوم يلبي ولا يلبي وأحيانا يلبي حاجاتهم وحاجات أسرهم يؤكدون على أن المرض يؤثر على حياتهم اليومية مقارنة بنسبة 22.3% أكدوا على أن المرض لا يؤثر على حياتهم اليومية.

2.12. التحليل السوسيولوجي للجدول:

أوضحت نتائج التحليل الإحصائي للجدول السابق الذكر والمتضمن علاقة الدخل الذي يتحصل عليه المبحوثين اليوم ودرجة تلبية حاجاتهم وحاجات أسرهم بالتأثيرات التي سببها المرض على حياتهم، والتي برز من خلالها معاناة أكثر من نصف المبحوثين بسبب دخلهم المادي لأن ما يتحصلون عليه اليوم كذلك لا يلبي حاجاتهم وحاجات أسرهم وهذا ما أثر على حياتهم اليومية، ونشير أنه بالإضافة لما تطرقنا له في (الجدول رقم 55) حول التأثيرات التي سببها المرض على الحياة اليومية للأفراد نظيف بأن العجز المالي المتواصل للمبحوثين والذي زادت حدته بعد إصابتهم بالمرض هو ما ضاعف من الضغوط اليومية عليهم كما أنه أعجزهم حتى على التكيف مع مرضهم، وسبب لهم حتى بعض المشاكل الوجدانية كالخوف الدائم أو المستمر بأن يصابوا بأمراض أخرى تسبب لهم عجز دائم، بالإضافة للمشاكل السلوكية لتأثر تركيبهم الشخصية بعد الإصابة بالمرض كسرعة الغضب والحساسية المفرطة اتجاه الآخرين واتجاه المواقف الاجتماعية التي يتعرضون لها ، لأن للفرد قدرة معينة على التحمل لكن عندما تتراكم عليه مجموعة من الضغوط وتزيد شدتها يفقد كل إمكانياته وقدراته على مواجهتها، فضغط المرض

مضاف إليه ضغط عجزهم المادي كون لهم صعوبة التكيف حتى مع مرضهم، والأخطر من ذلك أن المشكلات الاقتصادية أدت بهم إلى مقاومة المرض والعلاج ورفضه واللجوء إلى الوصفات الشعبية مما ضاعف من تأثير المرض على صحتهم وعلى حياتهم اليومية.

وبهذا نستخلص بأن تأثيرات المرض على الحياة اليومية للأفراد لا تتوقف على المرض بحد ذاته لأن توجد إمكانية أن يتعايش معه الفرد مدى الحياة بدون أي تأثيرات ومضاعفات خطيرة خاصة في حالة الالتزامات الصحية المتعلقة بهذه النوعية من الأمراض، لكن هذا يتطلب وعي صحي ومستوى معيشي جيد...إلى غير ذلك، هذا ما لم يتوفر عند غالبية المبحوثين فعجزهم الاقتصادي هو ما كون لهم ضغوطا سلبية على جوانبهم الصحية وعلى حياتهم اليومية والاجتماعية بصفة عامة.

ثانيا: التحقق من صحة أو خطأ الفرضية الثالثة

بعدما انتهينا من التحليل الإحصائي والسوسيولوجي للجداول المركبة المتعلقة بالفرضية الثالثة سنقوم في هذا الجزء بالتحقق من صحة أو خطأ الفرضية وذلك من خلال استعمالنا لمقاييس إحصائية متمثلة في معامل الارتباط كاف تربيع (χ^2) وذلك باستعمالنا لبرنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS، كما سنقوم باستعمال معامل الارتباط التوافقي ومعامل الاقتران الذي يوضح لنا من خلالهما نوع العلاقة بين المتغيرين وذلك بحسابها يدويا.

❖ تذكير بنص الفرضية الثالثة:

لتدني الدخل المادي الأسري علاقة بانتشار الإصابة بمرض الضغط الدموي وداء السكري. ستقوم الباحثة باختبار الفرضية الثالثة باستخدام كاي تربيع ومعامل التوافق ومعامل الاقتران، وهذا بتطبيقه على الجداول من (66 إلى غاية 75) التي تحوي المؤشرات الدالة لإثبات صدق الفرضية أو نفيها.

1. جدول رقم 78: يبين نتائج الفرضية الثالثة للجدول المركب رقم (66)

المتغيرات (الجدول رقم: 78)	العينة	درجة الحرية	كاي تربيع (χ^2)	قيمة الاحتمال (sig)	الدلالة
الجنس	202	1	149.560	0.000	غير دالة
هل كنت الوحيد المسؤول على المصاريف المنزلية والدخل الشهري المنزلي قبل إصابتك بالمرض المزمن؟					

المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.1. تحليل نتائج اختبار كاي تربيع:

بعدما تم اختبار الفرضية من خلال ربط مؤشر المتغير المستقل المتمثل في الجنس بمؤشر المتغير التابع المتمثل في معرفة إن كان المبحوث المسؤول الوحيد على المصاريف المنزلية والدخل الشهري المنزلي قبل إصابته بالمرض المزمن، في جدول مركب يعبر عن قوة الفرضية عند (مستوى دلالة معنوية = 5%)، وجدنا ($\chi^2 = 149.560$) و(قيمة الاحتمال = 0.000) وهي أقل من (قيمة المعنوية 0.05)، وهذا يعني أن هناك استقلالية بين مؤشرات الفرضية حسب الجدول التالي، ومنه فإننا لا نقبل بأن هناك علاقة بين مؤشرات المتغير المستقل والتابع في هذا الجدول وبالتالي فإن هذين المؤشرين من الفرضية غير محقق نسبياً.

2.1. تحليل نتائج معامل ارتباط الاقتران للجدول المركب 66:

بما أن معامل الاقتران يساوي +0.98 وهي تقع في المجال من [0.7 إلى أقل من 1] فإن هناك ارتباط طردى قوي بين متغيري الدراسة.

2. جدول رقم 79: يبين نتائج الفرضية الثالثة للجدول المركب رقم (67)

المتغيرات (الجدول رقم: 79)	العينة	درجة الحرية	كاي تربيع (χ^2)	قيمة الاحتمال (sig)	الدلالة
كم هو دخلك ؟	202	6	4.571	0.334	دالة
هل كنت تجد صعوبة في التوفيق بين المتطلبات الأسرية والدخل الذي تتقاضاه؟					

المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.2. تحليل نتائج اختبار كاي تربيع:

بعدما تم اختبار الفرضية من خلال ربط مؤشر المتغير المستقل المتمثل في الدخل الذي يتقاضونه بمؤشر المتغير التابع المتمثل في إمكانية وجود صعوبة لدى المبحوثين في التوفيق بين المتطلبات الأسرية والدخل الذي يتقاضونه ، في جدول مركب يعبر عن قوة الفرضية عند (مستوى دلالة معنوية = 5%)، وجدنا ($x^2 = 4.571$) و (قيمة الاحتمال = 0.334) وهي أكبر من (قيمة المعنوية 0.05)، وهذا يعني أنه ليس هناك استقلالية بين مؤشرات الفرضية حسب الجدول التالي، ومنه فإننا نقبل بأن هناك علاقة بين مؤشرات المتغير المستقل والتابع في هذا الجدول وبالتالي فإن هذين المؤشرين من الفرضية محقق نسبياً.

2.2. تحليل نتائج معامل التوافق للجدول المركب 67:

معامل الارتباط التوافقي يساوي + 0.43 وهي تقع في المجال من [0.4 إلى أقل من 0.7] فان هناك ارتباط طردى متوسط بين متغيري الدراسة.

3. جدول رقم 80: يبين نتائج الفرضية الثالثة للجدول المركب رقم (68)

المتغيرات (الجدول رقم: 80)	العينة	درجة الحرية	كاي تربيع (x^2)	قيمة الاحتمال (sig)	الدالة
هل كنت أنت من تتصرف في ذلك الشهي أم أحد أفراد الأسرة؟	202	4	1.664	0.797	دالة
هل مستوى الدخل الشهري الذي كنت تتقاضاه قبل الإصابة بالمرض المزمن كان يلبي جميع حاجاتك الأسرية؟					

المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.3. تحليل نتائج اختبار كاي تربيع:

بعدما تم اختبار الفرضية من خلال ربط مؤشر المتغير المستقل المتمثل في تصرف المبحوثين في دخلهم الشهري أم أحد أفراد أسرهم بمؤشر المتغير التابع المتمثل في مدى تلبية الدخل الشهري الذي كان يتقاضاه أفراد العينة قبل إصابتهم بالمرض المزمن لحاجاتهم الأسرية ، في جدول مركب يعبر عن قوة الفرضية عند (مستوى دلالة معنوية = 5%)، وجدنا ($x^2 = 1.664$) و (قيمة الاحتمال = 0.797) وهي أكبر من (قيمة المعنوية 0.05)، وهذا يعني أنه ليس هناك استقلالية بين مؤشرات الفرضية حسب الجدول التالي، ومنه فإننا نقبل بأن هناك

علاقة بين مؤشرات المتغير المستقل والتابع في هذا الجدول وبالتالي فإن هذين المؤشرين من الفرضية محقق نسبياً.

2.3. تحليل نتائج معامل التوافق للجدول المركب 68:

بما أن معامل التوافق يساوي -0.10 وهي تقع في المجال من [صفر إلى أقل من -0.4] فإن هناك ارتباط عكسي ضعيف بين متغيري الدراسة.

4. جدول رقم 81: يبين نتائج الفرضية الثالثة للجدول المركب رقم (69)

المتغيرات (الجدول رقم: 81)	العينة	درجة الحرية	كاي تربيع (χ^2)	قيمة الاحتمال (sig)	الدالة
الحالة السوسيو - مهنية	202	8	11.342	0.078	دالة
هل مستوى الدخل الشهري الذي كنت تتقاضاه قبل الإصابة بالمرض المزمّن كان يلبي جميع حاجاتك الأسرية؟					

المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.4. تحليل نتائج اختبار كاي تربيع:

بعدما تم اختبار الفرضية من خلال ربط مؤشر المتغير المستقل المتمثل في الحالة السوسيو-مهنية بمؤشر المتغير التابع المتمثل في مدى تلبية الدخل الشهري الذي كان يتقاضاه المبحوثين قبل إصابتهم بالمرض المزمّن لجميع حاجاتهم الأسرية ، في جدول مركب يعبر عن قوة الفرضية عند (مستوى دلالة معنوية = 5%)، وجدنا ($\chi^2 = 11.342$) و (قيمة الاحتمال = 0.078) وهي أكبر من (قيمة المعنوية 0.05)، وهذا يعني أن هناك استقلالية بين مؤشرات الفرضية حسب الجدول التالي، ومنه فإننا نقبل بأن هناك علاقة بين مؤشرات المتغير المستقل والتابع في هذا الجدول وبالتالي فإن هذين المؤشرين من الفرضية محقق نسبياً.

2.4. تحليل نتائج معامل التوافق للجدول المركب 69:

بما أن معامل الارتباط التوافقي يساوي +0.51 وهي تقع في المجال من [0.4 إلى أقل من 0.7] فإن هناك ارتباط طردي متوسط بين متغيري الدراسة.

5. جدول رقم 82: يبين نتائج الفرضية الثالثة للجدول المركب رقم (70)

المتغيرات (الجدول رقم: 82)	العينة	درجة الحرية	كاي تربيع (χ^2)	قيمة الاحتمال (sig)	الدالة
هل مستوى الدخل الشهري الذي كنت تتقاضاه قبل الإصابة بالمرض المزمّن كان يلبي جميع حاجاتك الأسرية؟	202	4	4.077	0.396	دالة
هل كنت تجد صعوبة في التوفيق بين المتطلبات الأسرية والدخل الذي تتقاضاه؟					

المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.5. تحليل نتائج اختبار كاي تربيع:

بعدما تم اختبار الفرضية من خلال ربط مؤشر المتغير المستقل المتمثل في مدى تلبية الدخل الشهري الذي كان يتقاضاه المبحوثين قبل إصابتهم بالمرض المزمّن لجميع حاجاتهم الأسرية بمؤشر المتغير التابع المتمثل في صعوبة التوفيق بين المتطلبات الأسرية والدخل الذي يتقاضونه ، في جدول مركب يعبر عن قوة الفرضية عند (مستوى دلالة معنوية = 5%)، وجدنا ($\chi^2 = 4.077$) و (قيمة الاحتمال = 0.396) وهي أكبر من (قيمة المعنوية 0.05)، وهذا يعني أنه ليس هناك استقلالية بين مؤشرات الفرضية حسب الجدول التالي، ومنه فإننا نقبل بأن هناك علاقة بين مؤشرات المتغير المستقل والتابع في هذا الجدول وبالتالي فإن هذين المؤشرين من الفرضية محقق نسبياً.

2.5. تحليل نتائج معامل التوافق للجدول المركب 70:

بما أن معامل الارتباط التوافقي يساوي + 0.61 وهي تقع في المجال من [0.4 إلى أقل من 0.7] فإن هناك ارتباط طردى متوسط بين متغيري الدراسة.

6. جدول رقم 83: يبين نتائج الفرضية الثالثة للجدول المركب رقم (71)

المتغيرات (الجدول رقم: 83)	العينة	درجة الحرية	كاي تربيع (χ^2)	قيمة الاحتمال (sig)	الدالة
الحالة المعيشية	202	4	8.432	0.077	دالة
هل ما تتحصل عليه اليوم يلبي حاجاتك وحاجات أسرتك ؟					

المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.6. تحليل نتائج اختبار كاي تربيع:

بعدما تم اختبار الفرضية من خلال ربط مؤشر المتغير المستقل المتمثل في الحالة المعيشية بمؤشر المتغير التابع المتمثل في مدى تلبية الدخل الذي يتقاضاه المبحوثين اليوم لحاجاتهم وحاجات أسرهم، في جدول مركب يعبر عن قوة الفرضية عند (مستوى دلالة معنوية = 5%)، وجدنا ($\chi^2=8.432$) و (قيمة الاحتمال = 0.077) وهي أكبر من (قيمة المعنوية 0.05)، وهذا يعني أنه ليس هناك استقلالية بين مؤشرات الفرضية حسب الجدول التالي، ومنه فإننا نقبل بأن هناك علاقة بين مؤشرات المتغير المستقل والتابع في هذا الجدول وبالتالي فإن هذين المؤشرين من الفرضية محقق نسبياً.

2.6. تحليل نتائج معامل التوافق للجدول المركب 71:

بما أن معامل التوافق يساوي +0.31 وهي تقع في المجال من [صفر إلى أقل من 0.4] فإن هناك ارتباط طردي ضعيف بين متغيري الدراسة.

7. جدول رقم 84: يبين نتائج الفرضية الثالثة للجدول المركب رقم (72)

المتغيرات (الجدول رقم: 84)	العينة	درجة الحرية	كاي تربيع (χ^2)	قيمة الاحتمال (sig)	الدالة
كم هو دخلك؟	202	3	3.532	0.057	دالة
هل كان بيتك مزوداً دائماً بجميع الضروريات العامة للمعيشة قبل الإصابة بالمرض المزمن ؟					

المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.7. تحليل نتائج اختبار كاي تربيع:

بعدما تم اختبار الفرضية من خلال ربط مؤشر المتغير المستقل المتمثل في حجم الدخل الذي يتقاضونه بمؤشر المتغير التابع المتمثل في تزود بيت المبحوثين بجميع الضروريات العامة للمعيشة قبل الإصابة بالمرض المزمن ، في جدول مركب يعبر عن قوة الفرضية عند (مستوى دلالة معنوية = 5%)، وجدنا ($\chi^2 = 3.532$) و (قيمة الاحتمال = 0.057) وهي أكبر من (قيمة المعنوية 0.05)، وهذا يعني أن هـ ليس هناك استقلالية بين مؤشرات الفرضية حسب الجدول التالي، ومنه فإننا نقبل بأن هناك علاقة بين مؤشرات المتغير المستقل والتابع في هذا الجدول وبالتالي فإن هذين المؤشرين من الفرضية محقق نسبياً.

2.7. تحليل نتائج معامل التوافق للجدول المركب 72:

بما أن معامل الارتباط التوافقي يساوي + 0.56 وهي تقع في المجال من [0.4 إلى أقل من 0.7] فإن هناك ارتباط طردى متوسط بين متغيري الدراسة.

8. جدول رقم 85: يبين نتائج الفرضية الثالثة للجدول المركب رقم (73)

المتغيرات (الجدول رقم: 85)	العينة	درجة الحرية	كاي تربيع (χ^2)	قيمة الاحتمال (sig)	الدالة
هل ترى أن سبب إصابتك بالمرض المزمن يعود لتدني دخلك المادي؟ ما نوع المرض المزمن الذي تعاني منه ؟	202	1	3.570	0.059	دالة

المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.8. تحليل نتائج اختبار كاي تربيع:

بعدما تم اختبار الفرضية من خلال ربط مؤشر المتغير المستقل المتمثل في رؤية المبحوثين بأن سبب إصابتهم بالمرض المزمن راجع لتدني دخلهم المادي بمؤشر المتغير التابع المتمثل في نوع المرض الذي يعانون منه ، في جدول مركب يعبر عن قوة الفرضية عند (مستوى دلالة معنوية = 5%)، وجدنا ($\chi^2 = 3.570$) و (قيمة الاحتمال = 0.059) وهي أكبر من (قيمة المعنوية 0.05)، وهذا يعني أن هـ ليس هناك استقلالية بين مؤشرات الفرضية حسب الجدول

التالي، ومنه فإننا نقبل بأن هناك علاقة بين مؤشرات المتغير المستقل والتابع في هذا الجدول وبالتالي فإن هذين المؤشرين من الفرضية محقق نسبياً.

2.8. تحليل نتائج معامل ارتباط الاقتران للجدول المركب 73:

بما أن معامل الاقتران يساوي $+0.26$ وهي تقع في المجال من [صفر إلى أقل من 0.4] فإن هناك ارتباط طردى ضعيف بين متغيري الدراسة.

9. جدول رقم 86: يبين نتائج الفرضية الثالثة للجدول المركب رقم (74)

المتغيرات (الجدول رقم: 86)	العينة	درجة الحرية	كاي تربيع (χ^2)	قيمة الاحتمال (sig)	الدالة
هل ترى أن سبب إصابتك بالمرض المزمن يعود لتدني دخلك المادي؟	202	2	73.078	0.001	غير دالة
هل ما تتحصل عليه يلبي حاجاتك وحاجات أسرتك؟					

المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.9. تحليل نتائج اختبار كاي تربيع:

بعدما تم اختبار الفرضية من خلال ربط مؤشر المتغير المستقل المتمثل في اعتبار المبحوثين بأن تدني دخلهم المادي سببا رئيسيا في إصابتهم بالمرض المزمن بمؤشر المتغير التابع المتمثل في إمكانية تلبية دخلهم لحاجاتهم وحاجات أسرهم، في جدول مركب يعبر عن قوة الفرضية عند (مستوى دلالة معنوية = 5%)، وجدنا ($\chi^2 = 73.078$) و (قيمة الاحتمال = 0.001) وهي أقل من (قيمة المعنوية 0.05)، وهذا يعني أن هناك استقلالية بين مؤشرات الفرضية حسب الجدول التالي، ومنه فإننا لا نقبل بأن هناك علاقة بين مؤشرات المتغير المستقل والتابع في هذا الجدول وبالتالي فإن هذين المؤشرين من الفرضية غير محقق نسبياً.

2.9. تحليل نتائج معامل التوافق للجدول المركب 74:

بما أن معامل الارتباط التوافقي يساوي $+0.60$ وهي تقع في المجال من [0.4 إلى أقل من 0.7] فإن هناك ارتباط طردى متوسط بين متغيري الدراسة.

10. جدول رقم 87: يبين نتائج الفرضية الثالثة للجدول المركب رقم (75)

المتغيرات (الجدول رقم: 87)	العينة	درجة الحرية	كاي تربيع (χ^2)	قيمة الاحتمال (sig)	الدالة
هل ترى أن سبب إصابتك بالمرض المزمن يعود لتدني دخلك المادي؟	202	1	5.548	0.019	غير دالة
هل هذا المرض هو وراثي بالأسرة؟					

المصدر : مخرجات برنامج spss.

1.10. تحليل نتائج اختبار كاي تربيع:

بعدما تم اختبار الفرضية من خلال ربط مؤشر المتغير المستقل المتمثل في اعتبار المبحوثين بأن تدني دخلهم المادي سببا رئيسيا في إصابتهم بالمرض المزمن بمؤشر المتغير التابع المتمثل في وراثية المرض المزمن بالأسرة، في جدول مركب يعبر عن قوة الفرضية عند (مستوى دلالة معنوية = 5%)، وجدنا ($\chi^2 = 5.548$) و (قيمة الاحتمال = 0.019) وهي أقل من (قيمة المعنوية 0.05)، وهذا يعني أن هناك استقلالية بين مؤشرات الفرضية حسب الجدول التالي، ومنه فإننا لا نقبل بأن هناك علاقة بين مؤشرات المتغير المستقل والتابع في هذا الجدول وبالتالي فإن هذين المؤشرين من الفرضية غير محقق نسبيا.

2.10. تحليل نتائج معامل ارتباط الاقتران للجدول المركب 75:

بما أن معامل الاقتران يساوي +0.33 وهي تقع في المجال من [صفر إلى أقل من 0.4] فإن هناك ارتباط طردي ضعيف بين متغيري الدراسة.

ثالثاً: مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة:

بعد تحليلنا ومعالجتنا لمجموعة من المؤشرات المتعلقة بالفرضية الثالثة والتي هدفت إلى معرفة العلاقة الكامنة بين الضغوط الاقتصادية والمرض المزمن وذلك بالتركيز على الدخل المادي المتدني الذي يساهم في الإصابة بالضغط الدموي والسكري، وليتضح لنا استقلالية المتغيرات من عدمها قمنا باختبار الفرضية باستعمال كاف تربيع، فتوصلنا وذلك بعد اختبار عشرة (10) جداول ثبت أن هناك عدم استقلالية بين مؤشرات المتغير المستقل والتابع في سبعة (7) جداول مع وجود استقلالية بين مؤشرات المتغيرات في ثلاث جداول فقط، كما اتضح لنا من خلال استعمال معاملات الارتباط التوافقي والاقتران أن هناك ارتباط طردي في كل الجداول تقريباً مع وجود ارتباط عكسي ضعيف في جدول واحد، وظهر الارتباط الطردي المتوسط في (5) جداول مع وجود ارتباط طردي ضعيف (3) وارتباط طردي قوي واحد، لذا وبما أن غالبية الجداول تحققت فيها العلاقة بين مؤشرات الدراسة وهي أن قيمة الاحتمال المحصل عليها في جل الجداول هي أكبر من قيمة المعنوية التي تساوي 0.05 ووجود ارتباط طردي متوسط في غالبية الجداول فإن هذه النتائج تدل على وجود علاقة بين الضغوط الاقتصادية وانتشار الإصابة بالمرض المزمن وهذا كون الضغوط الاقتصادية التي تعاني منها الأسرة بسبب تدني دخلها المادي تساهم في الإصابة بمرض الضغط الدموي والسكري وهذا وفقاً لنتائج الدراسة الميدانية بمدينة الأغواط ومنه فالفرضية محققة نسبياً جداً.

حسب نتائج جداول الفرضية الثالثة فإن للضغوط الاقتصادية دوراً بارزاً في إصابة المبحوثين بالأمراض المزمنة وذلك نظراً لوضعيتهم المادية الحرجة قبل إصابتهم بهذه الأمراض، وأنهم كانوا ولا يزالون يعانون من تدني في دخولهم الشهرية والتي لا تسمح لهم بتلبية جميع متطلباتهم الأسرية، خاصة في الوقت الحالي الذي أصبحت فيه الأسعار تعرف ارتفاعاً متواصلاً، فيما يخص جميع المستلزمات الخاصة بالأسرة وخاصة المواد الغذائية حسب ما صرح به المبحوثين والتي لا يمكن تجاهلها أو الاستغناء عنها، هذا ما يؤرق الكثير من

المبحوثين الذين يرون أن التفكير في الققة أصبح شغلهم الشاغل، وهذا ما زاد من حدة الضغوط عليهم، بالإضافة أن الدخل المنخفض يحول دون التزامهم بتوفير نمط غذائي جيد لهم ولأسرهم مما ساهم بطريقة غير مباشرة في إصابتهم بالمرض وأصبح له تأثير سلبي بعد إصابتهم بالمرض، لأن المريض المزمن ملزم بإتباع نمط غذائي معين خاصة مرضى السكري الذين يعانون كثيرا حسب تصريحاتهم ولا يستطيعون إتباع غذاء صحي متكامل، وهذا ما يبرر حسب رأينا ملاحظتنا للتواجد المستمر والمرتفع لمرضى داء السكري على مستوى الأقسام الصحية والتي يدوم لأيام عدة وفقا لما تتطلبه ظروفهم الصحية على غرار مرضى الضغط الدموي الذين يكونون متواجدين بنسبة كبيرة على مستوى قسم أمراض القلب لإجراء فحوصات طبية أو على مستوى قسم الاستعجالات بسبب ارتفاع ضغطهم والذي لا يدوم تواجدهم به طويلا فقط من يكونون في ظروف صحية حرجة .

هذه النتائج المتوصل إليها وفقا لتحليلنا للجداول المركبة المتعلقة بالفرضية الثالثة تتوافق كثيرا مع ما توصلت إليه الدراسة السابقة للباحثة "مساني فاطمة" والتي كانت تهدف للوصول لدور الثقافة الصحية في تحقيق التنمية الصحية لدى المريض، والتي توصلت من خلالها للدور الذي يلعبه الدخل الشهري الأسري المنخفض في عدم إتباع المرضى للإرشادات الصحية للطبيب كما أنهم يتبعون ممارسات غير صحية، ونستطيع القول أنه بالرغم من بعد هدفي كلا من الدراسة السابقة والحالية لكنهما أبرزتا مؤشرا هاما يعتبر من العوامل المسببة للضغوط وهو تأثير الدخل الشهري المنخفض على صحة الفرد خاصة الدراسة الحالية التي قمنا بها والتي أوضحت تماما أن له تأثير قوي وبارز في الإصابة بالمرض بطريقة غير مباشرة باعتباره من مصادر الضغط التي تؤرق المبحوثين كثيرا، كما أن تأثيره يتضاعف بعد الإصابة بالمرض وهذا ما أثبتته كذلك دراسة "مساني فاطمة". كما لا يمكن إغفال دراسة "إحسان محمد الحسن" التي أشارت إلى مجموعة من العوامل الاجتماعية المؤثرة في المرض من بينها عامل الفقر والحرمان الاقتصادي لأن الحرمان الاقتصادي يحول بين الفرد وبين تحقيقه لمطالبه الأساسية ويساهم في الإصابة بالمرض، وهذا يتوافق مع ما توصلت إليه دراستنا الحالية.

واتضح لنا كذلك من خلال هذه النتائج أن هناك فروقا بين الجنسين في تحمل المسؤولية الأسرية وهذا كون فئة الذكور هي من تتحمل مسؤولية المصاريف المنزلية والدخل الشهري المنزلي بمفردها قبل إصابتها بالمرض على غرار الإناث اللاتي أكدن بعدم تحملهم لمسؤولية المصاريف المنزلية لوحدهم، وهذا ما هو إلا دلالة على أن الرجل الأغواطي لازال يحافظ على الدور الاجتماعي المنوط به داخل أسرته خاصة فيما يتعلق بالرعاية الاجتماعية لأنه عماد أمن وأمان كما أنه المسؤول الأول على أمور أسرته ككل، **مصادقا لقوله صلى الله عليه وسلم « كلكم راع وكل راع مسؤول عن رعيته »**، ووظائف الرجل حسب ما أشار لها ديننا الحنيف لا تقتصر على الجانب الاقتصادي فقط بل كذلك الجانب الديني والأخلاقي والنفسي، كما لا يمكننا إغفال المسؤولية الاجتماعية التي تقع على عاتق المرأة داخل أسرته خاصة فيما يتعلق بزرع القيم والفضائل الإنسانية النبيلة ، أي أن الرجل والمرأة هما حجرا الأساس لبناء الأسرة هذه الأخيرة التي هي عماد المجتمع وركيزة أساسية لبنائه كونها بيئة خاصة لبناء الإنسان وتكوينه نفسيا واجتماعيا والذي يكون له تأثير على مجتمعه فبصلاحه يصلح المجتمع والعكس صحيح. وهذه الفروق بين الجنسين نستطيع القول أنها سببت لهم صعوبة في التوفيق بين المتطلبات الأسرية والدخل الذي يتقاضونه بالرغم من أنهم هم من يتصرفون في دخلهم الشهري وهذا ما نجده خاصة لدى الفئة التي دخلها من 10000 دج وأقل والذين أكدوا تماما بأنهم يواجهون صعوبات كبيرة في حياتهم اليومية بسبب تدني دخلهم الشهري الذي يحول بينهم وبين تحقيق مطالبهم اليومية ويعيق قدرتهم الشرائية من غذاء وملبس....إلى غير ذلك، في حين نجد من دخولهم الشهرية من 10000 فما فوق متفاوتة النسب في كل الإجابات حيث أنهم يجدون ولا يجدون وأحيانا أخرى يجدون صعوبة في التوفيق بين متطلباتهم الأسرية ودخولهم الشهرية، وحسب المجموع الكلي للمبحوثين نجد بأن غالبية المبحوثين بمختلف دخولهم يؤكدون بعدم كفاية دخلهم الشهري، وهذا ما يؤكد ويبرز دور هذا المتغير السوسيو-اقتصادي في التأثير على صحة الأفراد لأنه يتحكم في السلوك الاستهلاكي الأسري ومن خلاله يتحقق الإشباع لجميع الحاجات خاصة الأساسية منها والتي تضمن لهم مستوى صحي جيد، وبما أن غالبية

المبحوثين يعانون من عدم كفاية دخلهم الشهري فسيكون له انعكاس سلبي عليهم خاصة في جانب نوعية الغذاء وهذا ما أشار له المبحوثون سالفًا، بالإضافة للمصاريف المتعلقة بالزوجة والأولاد...إلى غير ذلك، في حين نجد نسبة من المبحوثين لا يجدون صعوبة في التوفيق بين متطلباتهم الأسرية ودخلهم المادي لأنه يحقق لهم جميع حاجاتهم الأساسية كما أنه لا يعتبر عامل ضغط قوي عليهم ولا سببا في إصابتهم بالمرض، لكنهم يرون أن نمط غذائهم السيئ خاصة وأن ظروف العمل تفرض عليهم في الكثير من الأحيان التوجه للأكل الجاهز في الشارع الغير صحي في الكثير من الأحيان، كما أشار المبحوثين إلى نقطة مهمة وهي عصرنة المرأة للطهي معتمدة في ذلك على وسائل الإعلام من أهمها الإنترنت التي أضافت إلى رصيدها نماذج وطرق جديدة في الطبخ، لكن الخل يكمن وهذا حسب ما صرح به المبحوثين في عدم مراعاتها لوجوب تحضير غذاء صحي متوازن لأن غالبية الأكلات تحمل مقدارا عاليا من الدهون والأملاح، بالإضافة للحلويات التي أصبحت لا تخلو منها مائدتنا اليوم وفي هذا الصدد قال أحد المبحوثين «أنقولك الصح أنا تعجبني الطابلة كي اتكون متحوفة بالماكلة الجديدة والفتها خلاص» وقال آخر «أنا وليت لوكان ما انشوفش جديد انعيف وانروح Fast-Food» ومن هنا نستطيع القول أنه أصبح للمرأة في الوقت الراهن دور كبير في النزول بالمستوى الصحي للأفراد إلى القاع وخاصة أنها لم تستطع تحقيق الموازنة السليمة والصحية في مائدتها ما يحملها جانبا من المسؤولية في إصابة أفرادها بالمرض المزمن بالإضافة لمسؤولية الفرد لأن المحافظة على صحته تعنيه بالدرجة الأولى.

ونشير أن المشاكل التي يسببها الدخل لم تقف حكرا على فئة البطالين الذين يعانون من محدودية الدخل بل حتى الموظفين بنسبة كبيرة وهذا نظرا لكثرة المسؤوليات التي تتضاعف يوما بعد يوم وأشار بعض المبحوثين إلى مثل شعبي قائلا «الدرهم كي الريش والدورو ما ايعشيش» حتى أنهم يجدون أنفسهم في حيرة دائمة في هذا الزمن الذي أصبحت فيه النقود لا توفي جميع الواجبات وأشار آخر قائلا «البركة اتحت يا حصراه اعلا وقت بكري قلت الشيء بصح عايشين والحمد لله».

وما يؤكد ذلك أن نسبة كبيرة من المبحوثين يؤكدون على أن مستوى الدخل الشهري الذي كانوا يتقاضونه قبل الإصابة بالمرض لا يلبي حاجاتهم الأسرية وأنهم حقا يجدون صعوبة في التوفيق بين متطلباتهم الأسرية ودخلهم الشهري وهذا لأن حالتهم المعيشية متوسطة وهذا بسبب العوائق السوسيو-اقتصادية والتي كانت تحول دون تزود منازلهم بجميع الضروريات العامة للمعيشة قبل الإصابة بالمرض، وهذا لدى جميع فئات الدخل على غرار من يفوق دخلهم 30.000 دج أجابوا بأن منازلهم كانت تتوفر على جميع الأمور الضرورية للمعيشة قبل إصابتهم بالمرض، وبالرغم من هذه الاختلافات إلا أن نتائج الدراسة أثبتت أن نسبة كبيرة من المبحوثين يرون أن سبب إصابتهم بالمرض يعود لتدني دخلهم المادي لأنه ما يتحصلون عليه لا يلبي حاجاتهم وحاجات أسرهم.

لكن فيما يخص الفروقات بين المبحوثين في تحديد سبب الأساسي لإصابتهم بالمرض وإن كان له علاقة بتدني دخلهم الشهري حسب نوع المرض فنجد نسبة كبيرة من مرضى الضغط الدموي يرجعون إصابتهم لتدني دخلهم عكس مرضى السكري الذين تقاربت نسبهم واختلفت إجاباتهم كون الفئة الأولى ترى أن إصابتها بالمرض له علاقة بتدني دخلها الشهري والثانية لا ترى بأنه سببا في إصابتها بنسبة تفوق الفئة الأولى وهذا ما يوضح لنا أن هناك فروقا في قوة تأثير العوامل الاجتماعية المسببة لنوع الإصابة بالمرض المزمن والتي تختلف من شخص لآخر، وهذا لأن الضغوط الاقتصادية التي سببها الدخل المادي المنخفض ساهم في الإصابة بالضغط الدموي بالدرجة الأولى أكثر من داء السكري وهذا ما ظهر بقوة في النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى كذلك الخاصة بالضغوط المهنية.

فهذه النتائج تعطي دلالة سوسيولوجية وهي أن العوامل الاقتصادية والمهنية تعتبر من عوامل الضغط التي تساهم في انتشار الإصابة بالأمراض المزمنة كالضغط الدموي أكثر من داء السكري، هذا الأخير الذي قد يتأثر بعوامل أخرى تكون سببا في انتشاره وهذا لأن هناك أنواع عديدة من الضغوط بعضها بيولوجي والآخر نفسي وبعضها اجتماعي وديمغرافي فمثلا عامل السن لأن احتمالية الإصابة بهذا المرض تزيد نسبتها مع التقدم في العمر، بالإضافة

لوراثية المرض المزمن حتى وان كانت هناك نسبة ضعيفة من المبحوثين ترى أن سبب إصابتها بالمرض لا يعود لتدني دخلهم المادي وبأن مرضهم وراثي مقارنة بمن يرون أن مرضهم ليس له علاقة لا بالدخل ولا بوراثة المرض ونستطيع القول أن هناك عوامل أخرى كانت سببا في إصابتهم بالمرض المزمن وهذا حسب تصريحات المبحوثين في (الجدول 29-أ). كما لا يمكن أن نغفل دور الجنس في التأثير على هذه النتائج خاصة وأن نسبة كبيرة من الإناث لا تتحملن مسؤولية المصاريف الخاصة بالمنزل بمفردها، إلا أن هذا لم يمنعها من تقديم مساعدات مالية لأسرتها لكن بنسب منخفضة عن الرجل وهذا حسب ما أشارت له المبحوثات، التي ترى أن جل المصاريف أصبحت تذهب كما قلن على «الواجبات إلي ما تقضاش» أي مصاريف الهدايا المتعلقة بالمناسبات الاجتماعية كالزواج والختان والمواليد الجديدة...إلى غير ذلك، والتي أصبحت تأخذ منهم مبالغ كبيرة وهي في ارتفاع دائم واستمراري ة على طول السنة وأنهم لا يستطيعون التوقف عنها لأنها من العوامل المساعدة على المحافظة على العلاقات الاجتماعية بين أفراد المجتمع.

ومن هنا نستطيع القول وذلك حسب ما أشار له " نموذج تراكم التغيرات الحياتية" * بأن تراكم التغيرات الحياتية سواء كانت ايجابية أو سلبية وتجاوزها لقدرات الفرد الذي يعجز على التعامل معها قد سيكون له انعكاس سلبي على صحته وهذا ما يضاعف من درجة الإصابة بالمرض. أي أن الضغوط في أغلبها تتبع من عوامل بيئية اجتماعية تحدث في إطار السياق الاجتماعي الذي يحيا فيه الفرد، والتعرض الدائم والمستمر أو المتكرر للضغوط يؤدي إلى تأثيرات سلبية على حياة وصحة الفرد .

وبما أن الجانب المادي من الضروريات الأساسية التي تلازم الفرد طيلة مسيرة حياته ، فان شعور الفرد بالعجز الاقتصادي الذي يسببه ضعف دخله المادي يعتبر من أهم العوامل الضاغطة، وهذا ما أشار له " لازاروس وفولكمان" † في تحديدهم للمكونات الرئيسية للضغوط،

* راجع الجانب النظري:ص.101.

† راجع الجانب النظري:ص.93.

لأن الجانب الاقتصادي يلعب دوراً أساسياً في حياة الأسرة ، وذلك لما ينجم عنه من إشباع لحاجاتها المادية الضرورية للعيش كالسكن ، توفير الغذاء ، الملابس وغيرها من اللوازم المهمة ، وذلك للحفاظ على بنائها المادي ، النفسي والاجتماعي ، وهذا سيلزم الفرد حسب "هانز سيللي"^{*} على حشد كل طاقاته لمواجهة تلك الضغوط وهنا يدفع ثمنها في أعراض فسيولوجية ، أي أنه في حالة عدم تحقيق الدخل للإشباع يولد توتراً نفسياً للأفراد ، ويتطلب منهم بذل الجهد المضاعف لتحقيق رغباتهم ، والسعي لتحسين دخلهم مما يجعلهم ينغمرون في العمل على حساب أوقات فراغهم وهذا كله ينعكس بالسلب على صحتهم وسلوكياتهم وتصرفاتهم ، وهذا ما أشار له علماء اجتماع العمل والفراغ أن انغمار الإنسان في مجال العمل يساعده على تحسين ظروفه الاقتصادية ويحقق له الرفاهية المادية ، غير أنه لا يضمن سعادته النفسية والصحية ، إذن فالعلاقة بين الضغط والصحة العامة هي علاقة خطية سالبة ، فزيادة الضغط يترتب عليه تدهور في صحة الفرد ، أي أن أي مثير ضاغط يترتب عليه ردود فعل داخلية من معظم أجزاء الإنسان وأعضائه مما يحدث تغيرات فسيولوجية.

^{*} راجع الجانب النظري: ص. 87.

خلاصة:

يعتبر الدخل الشهري من المتغيرات السوسيو-اقتصادية التي لها دور كبير وقوي في إحداث الضرر الصحي لفئات المجتمع، والذي اتضح جليا من خلال تحليلنا ومناقشتنا لهذه الفرضية والتي برز فيها تأثير هذا المتغير تقريبا على كافة أفراد عينة الدراسة، خاصة وأن غالبيتهم يعانون من مستوى معيشي متوسط بسبب تدني دخلهم المادي الذي لا يتوافق مع متطلباتهم المعيشية ولا يحقق لهم الكفاية اللازمة في حياتهم الاجتماعية، مما شكل ضغطا كبيرا عليهم وأثر سلبا على صحتهم وكان من بين أهم مسببات مرضهم أيضا كإصابتهم بالضغط الدموي والسكري، وضاعف من حجم الخطورة عليهم بعد إصابتهم بالمرض وأثر سلبا على حياتهم اليومية وأصبح عائقا أمام التزامهم بسلوك صحي سليم ومناسب لحالتهم المرضية.

الفصل العاشر

تحليل البيانات المتعلقة بالفرضية الرابعة

تمهيد
أولاً : الخصائص العامة المتعلقة بأفراد عينة الأطباء
ثانياً: التحليل الإحصائي والسوسيولوجي لجداول الفرضية الرابعة
ثالثاً: مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة
خلاصة الفصل
الاستنتاج العام

تمهيد:

إن المرض يرتبط بالعديد من المسببات منها ما هو اجتماعي وما هو نفسي وبيولوجي لذلك سنتناول في هذا الفصل أو بالأحرى سنحاول الكشف عن العلاقة الكامنة بين الضغوط الاجتماعية والعوامل البيولوجية وبين المرض المزمن.

نحن نعلم أن العوامل الوراثية وهذا وفقا للعديد من الأبحاث والدراسات العلمية بأن لها دور في الإصابة بالأمراض المزمنة كالضغط الدموي والسكري ، وهذا كونهما الأكثر انتشارا والأكثر قابلية للتأثر بالعوامل الوراثية، لكن نود التعمق في فهم العلاقة بين هذا العامل الوراثي وبين المرض بإضافة عامل آخر وسيط إن صح التعبير، يساهم في تعجيل الإصابة بهذه النوعية من الأمراض وهي الضغوط الاجتماعية، خاصة وأن الدراسات المعاصرة في الطب تؤكد على أن هذه العوامل الوراثية ليست الوحيدة المسؤولة على انتشار الأمراض المزمنة في المجتمعات حاليا بل أن وجودها مرتبط بعوامل اجتماعية وثقافية واقتصادية ما يزيد من فرصة الإصابة بها. ونظرا لصعوبة قياس هذه العلاقة ميدانيا على عينة من المرضى ارتأينا أن يكون الأطباء وسيلة قياسنا لهذه الفرضية .

لذا سنقوم بالتأكد من صدق أو نفي هذه الفرضية من خلال التحليل الإحصائي والسوسيولوجي لمحتوى مقابلات الأطباء باستعمال أسلوب التحليل الفئوي في الصفحات الموالية.

أولاً: الخصائص العامة المتعلقة بأفراد عينة الأطباء.

1. جدول رقم 88: يوضح البيانات الشخصية للأطباء من حيث الجنس والتخصص والخبرة.

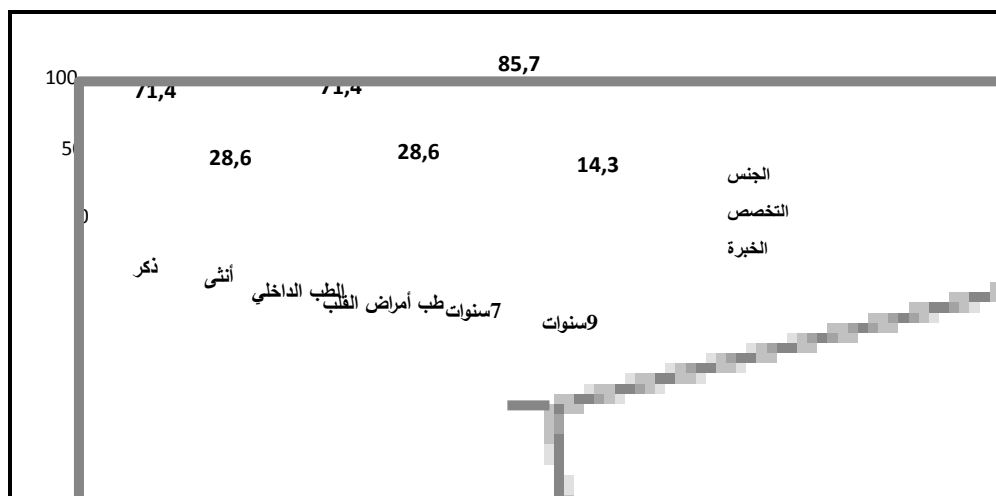
البيانات الشخصية	الصنف	التكرار	%	المجموع	
				التكرار	%
الجنس	ذكر	5	71.4%	7	100%
	أنثى	2	28.6%		
التخصص	الطب الداخلي	5	71.4%	7	100%
	طب أمراض القلب	2	28.6%		
الخبرة	7 سنوات	6	85.7%	7	100%
	9 سنوات	1	14.3%		

المصدر : من إعداد الباحثة

1.1. التحليل الإحصائي للجدول :

نلاحظ من خلال الشواهد الإحصائية المبينة في الجدول أعلاه والمتعلق بالبيانات الشخصية لعينة الأطباء من حيث الجنس والتخصص والخبرة، أن فئة جنس الذكور والذي عددهم 5 تشكل نسبة 71.4% من عينة البحث مقارنة بفئة جنس الإناث والذي عددهم 2 بنسبة مقدرة بـ 28.6%، ونجد الأطباء يتوزعون حسب التخصص بين الطب الداخلي والذي عددهم 5 بنسبة 71.4% مقارنة بعدد الأطباء المتخصصين في طب أمراض القلب والذي عددهم 2 بنسبة مقدرة بـ 28.6%، ونجدهم يتوزعون من حيث الخبرة بين 7 سنوات والذي عددهم 6 بنسبة مقدرة بـ 85.7% مقارنة بطبيب واحد لديه خبرة مدتها 9 سنوات بنسبة مقدرة بـ 14.3%، وعلى العموم فمجموع الأطباء هو سبعة والذي قدر بنسبة 100%، والمأخوذة من المؤسسة العمومية الاستشفائية بالأغواط .

الشكل رقم 31: يوضح توزيع أفراد عينة الأطباء حسب متغير الجنس والتخصص والخبرة



المصدر : مخرجات برنامج Excel .

ثانيا: التحليل الإحصائي والسوسيولوجي لجداول الفرضية الرابعة:

1. جدول رقم 89: جدول رئيسي يوضح الفئات النواتية للموضوع

الوحدة	الفئات النواتية للموضوع	التكرار	النسبة %
1	هناك عوامل غير متغيرة مثل السن، الوراثة، الجنس.	7	4.6
2	هناك عوامل متغيرة: مثل السمنة، قلة ممارسة الرياضة، الغذاء الغير صحي، التدخين، تدني المستوى المعيشي، مشاكل أسرية، الضغط النفسي، ضغوط العمل..	7	4.6
3	نعم في بعض الحالات يمكن حصره في جانب طبي فقط.	5	3.33
4	لا بل له كذلك علاقة بالجانب الاجتماعي.	7	4.6
5	نعم أكيد فالضغوط المهنية والأسرية والاقتصادية تعد من مسببات الإصابة بالمرض المزمن.	7	4.6
6	نعم أكيد خاصة الضغوط الاقتصادية والمهنية تعد من أقوى مسببات الإصابة بالمرض المزمن.	5	3.33
7	نعم أكيد خاصة الضغوط الأسرية والاقتصادية	2	1.33

		تعد من أهم مسببات الإصابة بالمرض المزمن.	
4.6	7	لا ليس كل من له استعداد وراثي مؤهل للإصابة بالمرض المزمن.	8
4.6	7	نعم تساهم الضغوط الاجتماعية في تفعيل الجينات الوراثية الحاملة للمرض المزمن مما يساهم في ظهوره.	9
2.6	4	نعم يمكن ان نرجع ارتفاع الإصابة بالمرض المزمن لتفاعل المسببات الاجتماعية مع العوامل الوراثية.	10
2	3	لا يمكن ان نرجع ارتفاع الإصابة بالمرض المزمن فقط لتفاعل المسببات الاجتماعية مع العوامل الوراثية.	11
4.6	7	نعم لمتغير السن والجنس علاقة بالإصابة بالمرض المزمن .	12
4.6	7	نعم لمتغير الوسط المعيشي والحالة العائلية علاقة في انتشار الإصابة بالمرض المزمن.	13
4.6	7	غالبا للضغوط تأثير كبير على المريض بعد إصابته بالمرض المزمن.	14
3.33	5	تأثيرها يتوقف على كمية الضغوط التي يتعرض لها المريض.	15
3.33	5	تأثيرها يتوقف على وجود أمراض أخرى.	16
2.7	4	يتوقف على نوع الضغوط	17
4.6	7	يتوقف على مدى تقبل المريض للمرض.	18
4.6	7	ليس جميع المرضى لهم وعي صحي وسلوكيات وقائية اتجاه المرض.	19
4.6	7	ما يساهم في تحسن الحالة الصحية الحركة وممارسة الرياضة.	20
4.6	7	الغذاء الصحي	21
4.6	7	تفادي الضغط النفسي	22

23	تفادي التدخين	5	4.6
24	الفحوصات الطبية ومراجعة الطبيب	6	4
25	الالتزام بمواعيد الدواء للمرضى.	7	4.6
المجموع		150*	%99.5

المصدر : من إعداد الباحثة

2. جدول رقم 90: جدول يوضح الفئات الكبرى للموضوع

أرقامها	الفئات النواتية للموضوع	فئات المواضيع الكبرى
2-1	هناك عوامل غير متغيرة مثل السن، الوراثة، الجنس. هناك عوامل متغيرة: مثل السمنة، قلة ممارسة الرياضة، الغذاء الغير صحي، التدخين، تدني المستوى المعيشي، مشاكل أسرية، الضغط النفسي، ضغوط العمل..	العوامل التي لها قوة كبيرة في ظهور المرض المزمن حسب النظرة الطبية و الخبرة الميدانية للطبيب.
4-3	نعم في بعض الحالات يمكن حصره في الجانب الطبي فقط. لا بل له كذلك علاقة بالجانب الاجتماعي.	رؤية الطبيب لأسباب حدوث المرض المزمن وان أمكن حصره فقط في الجانب الطبي أو له علاقة كذلك بالجانب الاجتماعي.
7-6-5	نعم أكيد فالضغوط المهنية والأسرية والاقتصادية تعد من مسببات الإصابة بالمرض المزمن. نعم أكيد خاصة الضغوط الاقتصادية والمهنية تعد من أقوى مسببات الإصابة بالمرض المزمن. نعم أكيد خاصة الضغوط الأسرية والاقتصادية تعد من أهم مسببات الإصابة بالمرض المزمن.	نظرة الطبيب للضغوط المهنية والأسرية والاقتصادية كأسباب تساهم في الإصابة بالمرض المزمن.
8	لا ليس كل من له استعداد وراثي مؤهل للإصابة بالمرض المزمن.	رأي الطبيب حول الإصابة الحتمية للفرد الحامل للجينات الوراثية الخاصة بالمرض المزمن

9	نعم تساهم الضغوط الاجتماعية السلبية بقوة في تفعيل الجينات الوراثية الحاملة للمرض المزمن مما يساهم في ظهوره.	نظرة الطبيب للضغوط الاجتماعية (مهنية أو أسرية أو اقتصادية) كعامل قوي في تفعيل الجينات الوراثية الحاملة للمرض المزمن مما يؤدي الى ظهوره لدى الفرد.
11-10	نعم يمكن ان نرجع ارتفاع الاصابة بالمرض المزمن لتفاعل المسببات الاجتماعية مع العوامل الوراثية. لا يمكن ان نرجع ارتفاع الاصابة بالمرض المزمن فقط لتفاعل المسببات الاجتماعية مع العوامل الوراثية.	رأي الطبيب حول ارجاع ارتفاع الاصابة بالمرض المزمن لتفاعل المسببات الاجتماعية مع العوامل الوراثية .
12	نعم لمتغير السن والجنس علاقة بالإصابة بالمرض المزمن.	رأي الطبيب حول علاقة متغير السن والجنس في الإصابة بالمرض المزمن.
13	نعم لمتغير الوسط المعيشي والحالة العائلية علاقة في انتشار الاصابة بالمرض المزمن.	رأي الطبيب حول علاقة متغير الوسط المعيشي والحالة العائلية في الإصابة بالمرض المزمن.
14-15-16-17-18	غالبا للضغوط تأثير كبير على المريض بعد إصابته بالمرض المزمن. تأثيرها يتوقف على كمية الضغوط التي يتعرض لها المريض . تأثيرها يتوقف على وجود أمراض أخرى. يتوقف على نوع الضغوط. يتوقف على مدى تقبل المريض للمرض.	رأي الطبيب حول درجة تأثير الضغوط (الأسرية-المهنية - الاقتصادية-السكنية) على المريض بعد الإصابة بالمرض المزمن كداء السكري والضغط الدموي.
19	ليس جميع المرضى لهم وعي صحي وسلوكيات وقائية اتجاه المرض.	رأي الطبيب حول الوعي الصحي والسلوكيات الوقائية اتجاه المرض المزمن من خلال ملاحظته اليومية ومحاورته للمرضى.

20-21-22- 23-24-25	ما يساهم في تحسين الحالة الصحية الحركة وممارسة الرياضة. الغذاء الصحي. تقادي الضغط النفسي. تقادي التدخين. الفحوصات الطبية ومراجعة الطبيب. الالتزام بمواعيد الدواء للمرضى.	رأي الطبيب حول أهم العوامل التي تساهم في تحسين الحالة الصحية للمريض ويتفادى بها الفرد الغير مصاب من الاصابة بالمرض المزمن.

المصدر : من إعداد الباحثة

-تحليل بيانات الفرضية الرابعة:

3. جدول رقم 91: يوضح العوامل التي لها قوة كبيرة في ظهور المرض المزمن حسب النظرة الطبية و الخبرة الميدانية للطبيب.*

النسبة%	التكرار	مسمى الفئة	رقم الفئة
50%	7	هناك عوامل غير متغيرة مثل السن،الجنس ، الوراثة.	1
50%	7	هناك عوامل متغيرة:مثل السمنة، قلة ممارسة الرياضة،الغذاء الغير صحي،التدخين، تدني المستوى المعيشي،مشاكل أسرية،الضغط النفسي ، ضغوط العمل...الى غير ذلك.	2
100%	14*	المجموع	

المصدر : من إعداد الباحثة.

1.3. التحليل الإحصائي للجدول :

نلاحظ من خلال المعطيات الإحصائية المبينة في الجدول أعلاه والذي يوضح العوامل التي لها قوة كبيرة في ظهور المرض المزمن حسب النظرة الطبية و الخبرة الميدانية للطبيب ، تبين أن هناك تساوي في إجابات الأطباء وذلك من حيث تحديدهم لأنواع العوامل بحيث أشارت إجابات 7 أطباء بنسبة 50% بأن هناك عوامل غير متغيرة مثل السن والجنس والوراثة

* تشير أن تضخم حجم عينة الأطباء يرجع لتضاعف عدد الإجابات.

تقابلها نفس النسبة والمقدرة بـ 50% حسب إجابات كل الأطباء بأن هناك عوامل متغيرة: مثل السمنة، قلة ممارسة الرياضة، الغذاء الغير صحي، التدخين، تدني المستوى المعيشي، مشاكل أسرية، الضغط النفسي، ضغوط العمل... إلى غير ذلك .

2.3. التحليل السوسيوولوجي للجدول:

نلاحظ من خلال نتائج التحليل الإحصائي للجدول أعلاه والذي يوضح نظرة الأطباء لأهم العوامل التي لها قوة كبيرة في ظهور المرض المزمن نجدهم يشيرون إلى نوعين من العوامل أولها وهي العوامل الغير متغيرة أو الثابتة وهي لصيقة بالفرد إن صح التعبير وليس له دخل فيها، إلا أن تأثيراتها تختلف من شخص لآخر، والتي حددت بالسن والجنس والوراثة، فالسن له علاقة كبيرة بالإصابة بهذه الأمراض المزمنة والتي تتضاعف خطورته مع التقدم بالعمر، بحيث أكدت الدراسات بأنه بعد سن الأربعين يصبح لعامل السن تأثير على الفرد إن لم يراعي في ذلك سلوكاته الصحية، خاصة وأنه في الكثير من الأحيان لا يشعر المرء بإصابته بالمرض حتى يتضاعف خطره، كما أن عامل السن يتأثر كذلك بعوامل الاختطار التي تحيط بالفرد مما يساهم في انتشار الإصابة بهذه النوعية من الأمراض كالضغط الدموي والسكري، بالنسبة للجنس فنجد كلا من المرأة والرجل مؤهلين للإصابة بهذه النوعية من الأمراض، لكن يبقى تأثيرهما بهذه الأمراض يختلف من جنس لآخر وذلك يتوقف على عدة عوامل وأهمها الاختلاف في التكوين البيولوجي لكل منهما وهذا ما يبقى النساء أكثر عرضة للإصابة بهذه النوعية من الأمراض مقارنة بالرجل، وفيما يخص الجانب الوراثي فله علاقة قوية ودور كبير في ظهور هذه الأمراض المزمنة كالضغط الدموي وداء السكري، كما أن فرصة الإصابة تزيد كلما كان أحد الوالدين مصاب بهذا المرض، ويجب أن نأخذ في الحسبان بأن الجينات الوراثية تتماشى مع الأجيال وفي جيل معين قد يختفي المرض نهائيا وهذا ظاهريا فقط لأنه في مرحلة كمون لكن قد يظهر مرة أخرى في جيل آخر ناقل لنفس الجينات الوراثية.

أما فيما يخص النوع الثاني من العوامل فقد حددها الأطباء في عدة عناصر وهي السمنة، قلة الرياضة، الغذاء الغير صحي، التدخين، تدني المستوى المعيشي، مشاكل أسرية، الضغط النفسي،

ضغوط العمل...إلى غير ذلك، مشيرين إلى أن هناك عوامل كثيرة لكن هذه العناصر تعتبر من أبرز العوامل المساهمة في الإصابة بهذه النوعية من الأمراض وذلك وفقا لاحتكاكهم اليومي بالمرضى، والتي سنقوم بشرح البعض منها فقط فالسمنة أي الوزن الزائد يشكل خطورة كبيرة لأنه يؤدي إلى تراكم الشحوم في الجسم وبالأخص في منطقة البطن والأحشاء مما يساهم بدرجة كبيرة في الإصابة بالضغط الدموي والسكري هذا الأخير الذي يعتقد بأنه نتيجة العلاقة القوية بين ارتفاع الدهون في الدم وزيادة مقاومة الخلايا للأنسولين، كما أن السمنة تؤدي لزيادة كمية الدم في الجسم الذي يؤدي إلى زيادة الجهد الذي يبذله القلب في ضخ كميات أكثر من الدم مما يساهم في ارتفاع الضغط الدموي ، أما الخمول البدني أي قلة النشاط الرياضي فهو يعد من العوامل التي تخل بتوازن الطاقة في الجسم ويساهم في الإصابة بالأمراض القلبية الوعائية بما فيها الضغط الدموي، وداء السكري...إلى غير ذلك من الأمراض، وخطره لا يتوقف عند الإصابة بالأمراض المزمنة فقط بل يتعداه إلى خطر الموت، حيث أشارت منظمة الصحة العالمية في سنة 2010 بأن الأشخاص الذين لا يمارسون نشاطا بدنيا كافيا سيتعرضون لخطر الوفاة أكثر من المسببات الأخرى بنسبة 20-30% وأوضحت بأن الخمول البدني ينتشر عند النساء أكثر من الرجال، وبالنسبة للغذاء الغير صحي فانه يساهم في ارتفاع كل من مرضي ضغط الدم والسكري خاصة وان كان مشبع بالدهون والأملاح والسكريات، هذين الأخيرين اللذين يوصفان بالسموم البيضاء حسب تصريحاتهم وهذا لما لها من أضرار على صحة الإنسان في حالة الإفراط في تناولهما ما يحولهما إلى سموم ضارة للجسم فيصاب بالمرض وحتى تؤدي للوفاة، كما أشاروا بأن الدقيق الأبيض لا يحتوي على أي فائدة سوى أنه يزيد في الوزن لأنه مصنع وغير طبيعي، ونجد أن هناك علاقة تفاعلية وتبادلية مع العناصر السابقة لان كل منهما يؤثر في الآخر، فالتغذية تسبب السمنة هذا الأخير الذي يؤثر سلبا على النشاط البدني كما أن قلة النشاط البدني تؤدي إلى السمنة وهذه الأخيرة تزيد من شراهة الشخص فيتضاعف حجم تغذيته ونتيجتها اختلال معادلة توازن الطاقة في الجسم وتسبب الأمراض المزمنة المختلفة لتصل بهم إلى حد الوفاة، كما أن ظاهرة التدخين والتي نجدها تنتشر بنسبة كبيرة لدى الذكور مقارنة بالنساء وبخاصة في المجتمع الجزائري

والتي أصبحت معروفة ومنتشرة حتى بين أوساط المراهقين، لها تأثيرات خطيرة ومساهمة في انتشار هذه النوعية من أمراض العصر، وأضاف الأطباء بأن هذه العوامل المتغيرة هي محصلة لعوامل التغير في نمط الحياة هذا الأخير الذي ضاعف من حجم الضغوط الاجتماعية على جميع الشرائح الاجتماعية وبالأخص ذوي المستوى المعيشي المتوسط والمتدني والذي خلق لهم العديد من المشاكل الاجتماعية سواء داخل البيئة الأسرية وخارجها التي ساهمت في انتهاك حرمة أجسادهم وتضاعف بذلك الانتشار لأمراض الحضارة كالضغط الدموي والسكري .

4. جدول رقم 92: يوضح رؤية الطبيب لأسباب حدوث المرض المزمن وان أمكن حصره فقط في الجانب الطبي أو له علاقة كذلك بالجانب الاجتماعي.

رقم الفئة	مسمى الفئة	التكرار	النسبة %
3	نعم في بعض الحالات يمكن حصره في الجانب الطبي فقط.	5	41.7%
4	لا بل له كذلك علاقة بالجانب الاجتماعي.	7	58.3%
المجموع		12*	100%

المصدر : من إعداد الباحثة

1.4. التحليل الإحصائي للجدول :

تشير المعطيات الإحصائية في الجدول أعلاه والذي يوضح رؤية الطبيب لأسباب حدوث المرض المزمن وان أمكن حصره فقط في الجانب الطبي أو له علاقة كذلك بالجانب الاجتماعي، بأن اجابات 7 أطباء بنسبة مقدرة بـ 58.3% أشاروا بأنه لا يمكن حصر أسباب حدوث المرض المزمن في الجانب الطبي بل له كذلك علاقة بالجانب الاجتماعي مقارنة بإجابات 5 أطباء بنسبة 41.7% يرون بأنه يمكن حصر أسباب حدوث المرض المزمن في الجانب الطبي في بعض الحالات فقط.

2.4. التحليل السوسيولوجي للجدول:

نلاحظ من خلال نتائج التحليل الإحصائي للجدول أعلاه والذي يوضح رؤية الطبيب لأسباب حدوث المرض المزمن وان أمكن حصره في الجانب الطبي فقط أو له علاقة بالجانب

الاجتماعي، فصرح الأطباء بأن مرض السكري والضغط الدموي لهما علاقة كبيرة بالعوامل الاجتماعية لأن الإنسان في تفاعل وتلازم دائم مع البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها هذه الأخيرة التي ترتبط بها مجموعة من العوامل والمؤثرات كالضغوطات الاجتماعية^{*} سواء كانت ايجابية أو سلبية (والتي تعرضنا لها بإسهاب اثر تحليلنا للفرضيات السابقة) والتي يتأثر بها الفرد نفسيا وجسديا وذلك وفقا لشدتها ونوعها ودرجة تقبل الفرد لها وتكيفه معها، أي أن شخصية الفرد تلعب كذلك دورا بارزا في هذه العلاقة التفاعلية فردود فعله اتجاه هذه المواقف الضاغطة وأسلوب معالجته لها هي التي تحدد درجة تأثيرها عليه، فالضغط النفسي الذي يصيب الفرد هو محصلة للمشاكل والصعوبات الاجتماعية التي يتلقاها الفرد في مسيرة حياته، والذي تتضاعف خطورته بتضاعف حجم هذه المشاكل والأحداث الضاغطة مما يؤدي بالفرد للوقوع كفريسة لهذه النوعية من الأمراض.

كما أشار الأطباء بأنه في بعض الحالات قد يصاب الفرد بهذه الأمراض مع غياب كلي للعوامل الاجتماعية و يكون سببه طبي محض[†] وهذا راجع لبعض المشاكل التي تسببها بعض الأدوية، وقد ترجع لأسباب متعلقة بالغدد، كما لا يمكن إغفال العامل الوراثي كعامل بيولوجي إلا أنه قد يتأثر بوجود بعض الأمراض التي تساهم في تفعيل هذا الاستعداد الجيني أو نظرا لظروف اجتماعية يمر بها الفرد.

^{*} للإيضاح والفهم أكثر راجع الجانب النظري والذي تم التعرض فيه لبعض مسببات الضغوط الاجتماعية والمتعلقة بالدراسة الحالية، ص. 61.

[†] للتعرف أكثر على العوامل المساهمة في الإصابة بالضغط الدموي وداء السكري أنظر الجانب النظري، ص-ص 157-162.

5. جدول رقم 93: يوضح نظرة الطبيب للضغوط المهنية والأسرية والاقتصادية كأسباب تساهم في الإصابة بالمرض المزمن.

رقم الفئة	مسمى الفئة	التكرار	النسبة %
5	نعم أكيد فالضغوط المهنية والأسرية والاقتصادية تعد من مسببات الإصابة بالمرض المزمن.	7	50%
6	نعم أكيد خاصة الضغوط الاقتصادية والمهنية تعد من أقوى مسببات الإصابة بالمرض المزمن.	5	35.7%
7	نعم أكيد خاصة الضغوط الأسرية والاقتصادية تعد من أهم مسببات الإصابة بالمرض المزمن.	2	14.3%
المجموع		14*	100%

المصدر : من إعداد الباحثة

1.5. التحليل الإحصائي للجدول :

نلاحظ من خلال الشواهد الإحصائية المبينة في الجدول أعلاه والذي يوضح نظرة الطبيب للضغوط المهنية والأسرية والاقتصادية كأسباب تساهم في الإصابة بالمرض المزمن ، نجد أن نسبة 50% من إجابات 7 أطباء يؤكدون بأن الضغوط المهنية والأسرية والاقتصادية كمسببات تساهم في الإصابة بالمرض المزمن، في حين نجد إجابات 5 أطباء بنسبة 35.7% يؤكدون من خلالها على أن الضغوط الاقتصادية والمهنية تعد من أهم مسببات الإصابة بالمرض المزمن، ونجد إجابات 2 من الأطباء بنسبة 14.3% يؤكدون من جهتهم على أن الضغوط الأسرية والاقتصادية تعد من أقوى مسببات الإصابة بالمرض المزمن.

2.5. التحليل السوسولوجي للجدول:

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي للجدول السابق الذكر والمتضمن نظرة الطبيب للضغوط المهنية والأسرية والاقتصادية كأسباب تساهم في الإصابة بالمرض المزمن بالتأكيد الشامل للأطباء على أن هذه الضغوط تساهم بدرجة كبيرة في انتشار الأمراض المزمنة كالضغط الدموي والسكري

لأنها تعتبر كعوامل مفجرة des facteurs déclenchants تساهم في تسريع الإصابة بهذه النوعية من الأمراض، بالإضافة بطبيعة الحال لعوامل أخرى مساهمة في ذلك، لكنها تعتبر من بين العناصر الاجتماعية القوية المؤثرة على الصحة بصفة عامة، وهذا ما أظهرته دراستنا الميدانية من خلال الفصول السابقة التي خصصت لإثبات الفرضيات المتعلقة بالضغوط الاقتصادية والمهنية والأسرية والتي تدعم ما أشار له الأطباء في كون هذه العوامل لها انعكاسات على المستويات النفسية والجسدية للأفراد خاصة الضغوط المهنية والاقتصادية، فالحالة الاقتصادية يتحدد من خلالها المستوى المعيشي فالمستوى الصحي لأن هناك علاقة تفاعلية بينهما، ونحن نعلم بأن هناك فروقات في هذا المستوى والذي يتحدد وفقا للدخل الشهري لكل فرد، والذي يتحكم في متطلباته وسلوكياته وممارساته الصحية والغير صحية والتي يكون لها تأثير في درجة ونوع الإصابة بالمرض، لكن بالرغم من هذا الاختلاف إلا أن مرض السكري والضغط الدموي أصبح يطال جميع الفئات بكل مستوياتهم، لكن يكمن الاختلاف في كيفية تأثير الدخل عليهم حتى أصيبوا بالمرض مثلا نجد ذوي رفاة الدخل يعمدون إلى شراء الأكل الجاهز واستهلاك وفير لمختلف الغذاء دون مراعاتهم للسلوك الغذائي الصحي والسليم في ذلك، ناهيك عن الاستعمال الدائم للسيارات مما يحد من النشاط الرياضي... إلى غير ذلك، فهذا مثال بسيط حسب تصريحاتهم أما فيما يخص ذوي الدخل المتوسط و المتدني فان إمكانياتهم المادية لا توفي حتى ما هو أساسي، خاصة مع غلاء المعيشة وارتفاع الأسعار لا يمكنه توفير غذاء متوازن وسليم بشكل يومي ودائم مما يكون له تأثير عليهم، ناهيك عن الضغط النفسي الذي يتعرضون له اثر ذلك، لأننا نعلم بأننا اليوم نعيش في مجتمع كثرت فيه المغريات من شتى النواحي وفي كل الجوانب، فليست التغذية هي العائق أو المشكل الوحيد الذي يعترض دخلهم خاصة للذي لديه مسؤولية كبيرة مثلا الوالدين، عدد كبير من الأولاد... إلى غير ذلك، ما يضاعف من حجم الضغوط عليه، لذا دائما من يتوجهون للعلاج لدى الأطباء في المستشفى العمومي على حد قولهم هم هذه المستويات المتوسطة والمنخفضة والذين يعانون بشكل كبير من عامل الدخل الشهري في حياتهم، كما أشار الأطباء بأنه لا يمكن أن نغفل عن دور الضغوط المهنية حيث قال أحدهم « أنت ترين بأم عينيك

« ما نتعرض له نحن من ضغوطات في العمل، ظروف غير ملائمة، شكاوي المرضى ... »

فالشخص الذي لا يعرف كيف يتكيف مع هذه الضغوط ويعتمد إلى التخفيف من انفعاله والتحكم فيه فسيكلفه ذلك صحته، لان جل هذه الضغوطات الاجتماعية مهما كان نوعها إن لن نعلم كيف نواجهها ونتكيف معها سنتعرض لهزات قوية تكون نفسية أو جسدية ولعل أهم الأمراض التي تتأثر بهذه الهزات في الوقت الراهن هي الأمراض المزمنة كالضغط الدموي والسكري، وهذا بحكم واقع المرضى المتداولين على المستشفى بالإضافة لما أثبتته العديد من الدراسات، أما بالنسبة للضغوط الأسرية فلها تأثير كذلك مثل العوامل الأخرى خاصة في نواتجها على الفرد، ومتى نقول عن الأسرة بأنه أصبح لها تأثير سلبي في حالة عكوفها على القيام بوظائفها الاجتماعية سواء تعلق الأمر بالدعم المادي أو المعنوي، هذا الأخير الذي له دور كبير في التأثير على الجانب النفسي للفرد والذي يساعده على بناء ميكانيزم دفاعي قوي خاصة في زمن الأزمات والهزات المتداولة في هذا المحيط الاجتماعي الذي نعيش فيه، لذا فإنها تعتبر بمثابة الواقي والحامي في جوانب والمعيق والمدمر في جانب آخر، لكن اثر دراستنا الميدانية وبالخصوص تحليلنا ومناقشتنا للفرضية الثالثة اتضح لنا بأن الأسرة الأغواطية تعتبر ايجابية في علاقاتها مع أفرادها قبل وبعد إصابتهم بالمرض، لكن هناك عوامل أخرى هي من أثرت على أفراد العينة حتى أصيبوا بمثل هذه النوعية من الأمراض، ونجد أنه حتى الأطباء وضعوها من حيث الخطورة في آخر تأكيد لهم لأنهم أعلم منا بالمرضى وبجوانبهم الاجتماعية وهذا لطبيعة دورهم الوظيفي وخبرتهم الطويلة ، لكن بالنسبة لنا هو مقابلتنا لفئة معتبرة من المرضى وإجراء مسح لكل المرضى المصابين بالضغط الدموي وداء السكري اثر مرحلة الدراسة الأساسية كان له دور فعال لبناء تصور واسع وشامل مؤكد بمعطيات إحصائية حول أهم العوامل التي كان لها تأثير عليهم وسببا لإصابتهم بمرض الضغط الدموي وداء السكري.

6. جدول رقم 94: يوضح رأي الطبيب حول الإصابة الحتمية للفرد الحامل للجينات الوراثية الخاصة بالمرض المزمن.

رقم الفئة	مسمى الفئة	التكرار	النسبة %
8	لا ليس كل من له استعداد وراثي مؤهل للإصابة بالمرض المزمن.	7	100%
المجموع		7	100%

المصدر : من إعداد الباحثة

1.6. التحليل الإحصائي للجدول :

نلاحظ من خلال المعطيات الإحصائية المبينة في الجدول أعلاه والذي يوضح رأي الطبيب حول الإصابة الحتمية للفرد الحامل للجينات الوراثية الخاصة بالمرض ، أن نسبة 100% من إجابات 7 أطباء أكدوا بأنه ليس كل من له استعداد وراثي مؤهل للإصابة بالمرض المزمن.

2.6. التحليل السوسيولوجي للجدول:

نلاحظ من خلال نتائج التحليل الإحصائي في الجدول أعلاه والمتضمن رأي الطبيب حول الإصابة الحتمية للفرد الحامل للجينات الوراثية الخاصة بالمرض لمزمن، بأنه ليس بالأمر الحتمي ولا الوارد في كل الحالات لأن هناك العديد من المرضى من لهم استعداد وراثي لكن يمكن أن لا يظهر عليهم المرض مدى الحياة ،في حين نجد من لهم استعداد شخصي لظهور هذا المرض قد يصيبهم المرض قبل الأشخاص الذين لهم استعداد جيني، لذا فهذا يتوقف كذلك على عدة عوامل مرتبطة بالشخص بحد ذاته لأننا عندما نتكلم على الفرد باعتباره هو مركز الداء والدواء في آن واحد، وهذا لأن له دور بارز وقوي في إطالة وإيقاف حدوث خطر الإصابة بالمرض، وهذا يكون وفقا لقدراته وذكائه وأسلوب حياته وإمكانياته المادية والاجتماعية بصفة عامة، قالت إحدى الطبيبات في خضم الحديث عن هذا الموضوع « أنا لذي استعداد وراثي للإصابة بالمرض لأن والدتي ووالدي مصابين بالمرض المزمن، لذا فاني من أكثر المعرضين للإصابة بهذا المرض لكنني أقي نفسي بإتباع سلوكات صحية والتي يجب أن أنتهجها في

حياتي للمحافظة على سلامتي الصحية « فهي أرادت أن تثبت بأن هناك حقيقة أساسية وثابتة وهي أن للعوامل الوراثية دور كبير في الإصابة بهذه النوعية من الأمراض والتي ترتفع احتمالية الإصابة بها، والتي تصل إلى 60% في حالة إصابة الوالدين معا بهذه النوعية من الأمراض، لكن يمكننا أن نتحكم فيه من خلال الأسلوب المنتهج في الحياة والسلوكيات الصحية المتبعة لأنها من الأمور اللصيقة بالأفراد، لذا لا يمكن الخلاص منها أو تجاهلها، وفي نفس الوقت علينا أن نتقبل هذا الأمر الوراثي بالدرجة الأولى ونعلم كيف نتعامل مع جيناتنا لنقي أنفسنا لمدة أطول قدر المستطاع وقد تطول مدى الحياة.

7. جدول رقم 95: يوضح نظرة الطبيب للضغوط الاجتماعية (المهنية، الأسرية، الاقتصادية) كمعامل قوية تساهم في تفعيل الجينات الوراثية الحاملة للمرض المزمن

رقم الفئة	مسمى الفئة	التكرار	النسبة %
9	نعم تساهم الضغوط الاجتماعية السلبية بقوة في تفعيل الجينات الوراثية الحاملة للمرض المزمن.	7	100%
	المجموع	7	100%

المصدر : من إعداد الباحثة

1.7. التحليل الإحصائي للجدول :

نلاحظ من خلال المعطيات الإحصائية المبينة في الجدول أعلاه والذي يوضح نظرة الطبيب للضغوط الاجتماعية (المهنية ، الأسرية ، الاقتصادية) كمعامل قوية تساهم في تفعيل الجينات الوراثية الحاملة للمرض المزمن ، اتضح من خلال إجابات كل الأطباء والذي عددهم 7 بنسبة 100% تأكيدهم على قوة مساهمة الضغوط الاجتماعية (المهنية والأسرية والاقتصادية) خاصة السلبية في تفعيل الجينات الوراثية الحاملة للمرض المزمن.

التحليل السوسيولوجي للجدول:

نلاحظ من خلال نتائج التحليل الإحصائي للجدول السابق الذكر والمتضمن نظرة الطبيب للضغوط الاجتماعية كمعامل قوية تساهم في تفعيل الجينات الوراثية الحاملة للمرض المزمن

تأكيد جميع الأطباء على هذه العلاقة وذلك بأن للبيئة الاجتماعية ومخلفاتها أو مؤثراتها التي تظهر في شكل ضغوطات اجتماعية كعناصر قوية ومساهمة في تفعيل الجينات الوراثية، بحيث أشار أحد الأطباء قائلا « هذه حقيقة أكدتها الأبحاث والواقع الذي تظهره الحالات المرضية التي نعالجها، لكن يبقى لدينا قصور في إجرائنا لمثل هذه الأبحاث على أرض الواقع في مجتمعنا لأن هذا يتطلب إمكانيات مادية وبشرية كبيرة »، ثم أضاف الأطباء بأننا نعيش في بيئة تعج بالضغوطات والمصاعب في كل مكان في العمل، والشارع، الأسرة، مع الجيران والأصدقاء، بالإضافة للمشاكل المادية، فهذه المؤثرات أو الضغوطات منها ما هو مضر وآخر نافع في نفس الوقت، لكن إذا فاقت شدتها طاقة الفرد اللازمة فيكون لها تأثير سلبي على البناء الصحي للفرد وتزيد قوة تأثيرها على الفرد الذي يحمل جينات وراثية حاملة للمرض المزمن لأنه يكون أكثر عرضة من غيره للإصابة بها النوعية من الأمراض، أي أن هذه الضغوط تصبح بمثابة المحفز الرئيسي لهذه الجينات الحاملة للمرض والتي تطفو إلى جسم الإنسان وتظهر في شكل المرض الذي يكون نوعه وفقا للجين الحامل للمرض كالضغط الدموي أو السكري.

أي أن هذه الحالة المرضية التي تصيب الفرد هي نتاج تفاعل العوامل الجينية مع عوامل محفزة أو مكتسبة من البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها الفرد، كما لا يمكن إغفال عوامل البيئة الطبيعية كذلك لمل لها من دور في الإصابة بمثل هذه النوعية من الأمراض.

لذا نستطيع القول بأن هناك العديد من العوامل المتداخلة أي ذات العلاقة الارتباطية والمساهمة في حدوث الأمراض المزمنة، من بينها الضغوط الاجتماعية التي تعتبر كعوامل اجتماعية لها ميزتها الضاغطة على الجينات الوراثية مما يساهم في تعجيل الإصابة بالأمراض المزمنة، وعلى العموم فإن الأمراض المزمنة في الواقع هي نتيجة تفاعل العوامل البيولوجية مع عوامل البيئة الاجتماعية وحتى الطبيعية لكن هذه بدرجة قليلة مقارنة بما هو اجتماعي خاصة فيما يتعلق بأمراض الحضارة كالضغط الدموي وداء السكري.

8. جدول رقم 96: يوضح رأي الطبيب حول إرجاع ارتفاع الإصابة بالمرض المزمن لتفاعل المسببات الاجتماعية مع العوامل الوراثية .

رقم الفئة	مسمى الفئة	التكرار	النسبة %
10	نعم يمكن أن نرجع ارتفاع الإصابة بالمرض المزمن لتفاعل المسببات الاجتماعية مع العوامل الوراثية.	4	57.1%
11	لا يمكن أن نرجع ارتفاع الإصابة بالمرض المزمن فقط لتفاعل المسببات الاجتماعية مع العوامل الوراثية.	3	42.9%
	المجموع	7	100%

المصدر : من إعداد الباحثة

1.8. التحليل الإحصائي للجدول :

نلاحظ من خلال المعطيات الإحصائية المبينة في الجدول أعلاه والذي يوضح رأي الطبيب حول إرجاع ارتفاع الإصابة بالمرض المزمن لتفاعل المسببات الاجتماعية مع العوامل الوراثية ، أن نسبة 57.1% من إجابات الأطباء والذي عددهم 4 يرون بأنه يمكن أن نرجع ارتفاع الإصابة بالمرض المزمن لتفاعل المسببات الاجتماعية مع العوامل الوراثية مقارنة بإجابات 3 أطباء والتي قدرت بنسبة 42.9% يرون بأنه لا يمكن أن نرجع ارتفاع الإصابة بالمرض المزمن فقط لتفاعل المسببات الاجتماعية مع العوامل الوراثية.

2.8. التحليل السوسيولوجي للجدول:

أوضحت نتائج التحليل الإحصائي في الجدول أعلاه والذي يوضح رأي الطبيب حول إرجاع ارتفاع الإصابة بالمرض المزمن لتفاعل المسببات الاجتماعية مع العوامل الوراثية بأن غالبية الأطباء أكدوا هذا، في حين عارض آخرون هذه الفكرة مبررين ذلك بأنه في الوقت الراهن لم تصبح هناك فروقات في الإصابة بمثل هذه النوعية بالأمراض، فهي تظهر و بدون استثناء لدى كل الفئات سواء الحاملين للجينات الوراثية أو غير الحاملين لها، وحقيقة نحن نعلم بأن من لديهم استعداد وراثي هم أكثر عرضة للإصابة بالمرض خاصة في حالة تعرضهم

لعوامل خارجية مرتبطة ببيئتهم الاجتماعية لكن لا يمكن أن نجزم بأن ارتفاع نسبة الإصابة يخص فقط الحاملين للجينات الوراثية وذلك لأن تأثير هذه المسببات يختلف، فبالإمكان أن تتعرض هذه الفئة الحاملة لهذا الجين الوراثي لضغوطات بدرجة ضعيفة على غرار من ليس لهم استعداد جيني مما لا يكون تأثيرها سلبي والعكس صحيح، لذا فهي معادلة صعبة لا يمكن الجزم فيها بالإيجاب، في حين نجد غالبية الأطباء يؤكدون بأنه يمكن إرجاع ارتفاع الإصابة بالمرض المزمن لتفاعل المسببات الاجتماعية مع العوامل الوراثية لأنهم يرون أنها من أهم العوامل المؤثرة على الصحة في العصر الحالي، ويرجع سببه للتغير الاجتماعي الذي أضفى بضلاله على كل الجوانب الاجتماعية والاقتصادية والثقافية، فلم يترك شيئاً ولم يحدث فيه تغييراً حتى أنماط الأمراض تغيرت في هذا العصر من أمراض معدية إلى أمراض مزمنة، فكيف لا تؤثر هذه العوامل وبدرجة عالية على من لهم استعداداً وراثي إذا كان حتى الأصحاء في الوقت الراهن يتعرضون بنسبة عالية لهذه النوعية من الأمراض، لأن الأفراد الذين لديهم القابلية الجينية للمرض نجد بناؤهم الصحي غير سليم ومهدد أكثر من غيرهم، وبخاصة اليوم أصبح أفراد المجتمع يمرون بمختلف الضغوط لكن بدرجات مختلفة ومتنوعة، لكن يبقى من له استعداد وراثي المهدد الأول بالخطر لذا نرجع ارتفاع الإصابة بالأمراض المزمنة لتفاعل المسببات الاجتماعية مع العوامل الوراثية خاصة مع نمط الحياة المعيشية للفرد في العصر الحديث مع انتهاج السلوكات الغير صحية والذي ساهم في ارتفاع الإصابة بمثل هذه الأمراض المزمنة.

9. جدول رقم 97: يوضح رأي الطبيب حول علاقة متغير السن والجنس في الإصابة بالمرض المزمن.

رقم الفئة	مسمى الفئة	التكرار	النسبة %
12	نعم لمتغير السن والجنس علاقة بالإصابة بالمرض المزمن.	7	100%
	المجموع	7	100%

المصدر : من إعداد الباحثة

2.9. التحليل الإحصائي للجدول :

نلاحظ من خلال المعطيات الإحصائية المبينة في الجدول أعلاه والذي يوضح رأي الطبيب حول علاقة متغير السن والجنس في الإصابة بالمرض المزمن ، نجد إجابات كل الأطباء والذي عددهم 7 بنسبة 100% يؤكدون على أن لمتغير السن والجنس علاقة بالإصابة بالمرض المزمن.

2.9. التحليل السوسيوولوجي للجدول:

أوضحت نتائج التحليل الإحصائي للجدول السابق الذكر والذي يوضح علاقة متغير السن والجنس في الإصابة بالمرض المزمن كالضغط الدموي والسكري بتأكيد الأطباء على وجود علاقة قوية بين هذه المتغيرات الديمغرافية والإصابة بالأمراض المزمنة ، نشير أن تطرقنا لهذه العوامل في (الجدول رقم: 91) حينما صنفها الأطباء ضمن العوامل الغير متغيرة والتي تساهم في الإصابة بمثل هذه الأمراض، ونستطيع القول بأن علاقة المرض بمتغير السن أي العمر هي علاقة طردية فكلما ارتفع العمر ارتفع معدل خطر الإصابة بهذه الأمراض سواء الضغط الدموي أو السكري هذا الأخير الذي يصيب حتى الأعمار الصغرى كالأطفال والمراهقين لكن بدرجة أقل وهذا ما أظهرته إحصائيات التحقيق الوطني للصحة في سنة 2002-2005[†]، إلا أننا نجد اختلاف في تأثيره على الجنس فداء السكري ينتشر لدى الإناث أكثر من الذكور أما بالنسبة للضغط الدموي فالذكور أكثر عرضة من النساء ، لكن بعد سن اليأس تكون المرأة أكثر عرضة من الرجل وهناك إمكانية التساوي في ذلك وهذا راجع للاختلاف في البنية الفسيولوجية لدى الطرفين ودرجة تأثرهما بالعوامل الاجتماعية المحيطة بهم.

[†] راجع الجانب النظري (الفصل الرابع) والذي يوضح انتشار الأمراض المزمنة في المجتمع الجزائري و الأغواط بصفة خاصة حسب السن والجنس وأهم الفروقات بينهما من حيث درجة الإصابة والانتشار.

10. جدول رقم 98: يوضح رأي الطبيب حول درجة تأثير الضغوط (الأسرية، المهنية، الاقتصادية) على المريض بعد الإصابة بالمرض المزمن كداء السكري والضغط الدموي.

رقم الفئة	مسمى الفئة	التكرار	النسبة %
14	غالبا للضغوط تأثير كبير على المريض بعد إصابته بالمرض المزمن.	7	25%
15	تأثيرها يتوقف على كمية الضغوط التي يتعرض لها المريض.	5	17.9%
16	تأثيرها يتوقف على وجود أمراض أخرى.	5	17.9%
17	يتوقف على نوع الضغوط.	4	14.2%
18	يتوقف على مدى تقبل المريض للمرض.	7	25%
المجموع		*28	100%

المصدر : من إعداد الباحثة

2.10. التحليل الإحصائي للجدول :

نلاحظ من خلال الشواهد الإحصائية المبينة في الجدول أعلاه والذي يوضح رأي الطبيب حول درجة تأثير الضغوط (الأسرية ، المهنية ، الاقتصادية) على المريض بعد الإصابة بالمرض المزمن كداء السكري والضغط الدموي ، نجد نسبة 25% مكررة في فئتين تتوافق فيها إجابات كل الأطباء الذين يرون بأنه غالبا ما يكون هناك تأثير كبير على المريض بعد إصابته بالمرض المزمن كما أن درجة التأثير تتوقف على مدى تقبل المريض للمرض ، ونجد كذلك توافق لإجابات 5 أطباء بنسبة 17.9% مكررة في فئتين وذلك في رؤيتهم بأن درجة تأثير الضغوط يتوقف على كميتها وعلى وجود أمراض أخرى، في حين سجلت آخر نسبة لدى إجابات 4 أطباء بنسبة 14.2% يرون بأن درجة تأثير الضغوط يتوقف على نوعها.

2.10. التحليل السوسولوجي للجدول:

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي للجدول السابق الذكر والمتضمن رأي الطبيب حول درجة تأثير الضغوط الاجتماعية على المريض بعد الإصابة بالمرض المزمن كداء السكري والضغط الدموي، بأن لهذه الضغوط تأثير كبير على المريض وخاصة بعد الإصابة بالمرض المزمن وذلك على كل الجوانب النفسية والصحية وحتى الاجتماعية للمريض، وهذا ما توصلنا له اثر تحليلنا لمجموعة من الجداول المتعلقة بالفرضيات السابقة. صرح الأطباء بأن الشيء الواضح والمؤكد هو أن هناك مضاعفات مرضية تصيب المريض المزمن فقد تكون مؤقتة أو حادة وخطيرة والتي قد يتعرض لها في أي مرحلة من مراحل المرضية والتي قد تخل بوظائف جسمه فمثلا داء السكري فمضاعفاته[§] تكمن في إصابته بالقدم السكرية التي تؤدي إلى إعاقة المريض، وأمراض القلب، العمى، الغيبوبة، إصابة الكليتين...إلى غير ذلك، أما بالنسبة لمرض الضغط الدموي فكذلك له مضاعفات خطيرة كالجلطات، والشلل النصفي، تلف الكلى أو شللها التام، إصابة العينين...إلى غير ذلك، لكن هذه المضاعفات طبعاً تتوقف تأثيراتها على عدة عوامل أولها وهي مدى تقبل المريض لمرضه لأنه قد يؤثر حتى على الجانب العلاجي له وعلى إتباع إرشادات ونصائح الطبيب وحتى على إتباع نظام علاجي أصلاً...إلى غير ذلك، ما يكون له تأثير كبير على صحته، وأكد الأطباء بأن هذه النوعية من المرضى يتطلبون مساعدة اجتماعية من الطبيب بالدرجة الأولى والأسرة التي تشجعه على العلاج وذلك لتخفيف المضاعفات المرضية ويحقق قدر من الصحة يتناسب مع حالته المرضية، كما أن كمية ونوع الضغوط التي يتعرض لها المريض لها علاقة بمضاعفة مخاطر المرض لأنه كلما ارتفعت شدتها وتضاعفت فسيكون لها تأثير سلبي عليه، خاصة في بداية مرضه التي تكون مصحوبة بالعديد من الاضطرابات الانفعالية التي تتتاب المصاب بسبب عدم تقبله لمرضه أو مخاوفه، كون المرض يصبح من مصادر الإزعاج والقلق الذي يخل بتوازنه ويمهد الطريق أمام هذه

[§] للتوضيح أكثر راجع الجانب النظري الذي يوضح فيه الآثار المترتبة على كل من الضغط الدموي وداء السكري، ص -

الضغوط لمضاعفة التأثير السلبي للمرض، وما يؤكد ما أشار له الأطباء هو تصريحات المبحوثين^{**} بأن السبب في استغراق مدة طويلة لزيارة الطبيب هو عدم تقبلها لمرضها، وبرز كذلك دور العامل الاقتصادي كعامل ضاغط يعرقل ويضاعف مخاطر المرض مما يجبرهم على استعمال الوصفات الشعبية للعلاج، والتي تعكس كذلك الجانب الثقافي لهذه الفئة لأن المثقفين يتجهون مباشرة إلى الأطباء ويكونون أكثر التزاما بالعلاج وهذا ما أشار له الأطباء اثر إجرائنا للمقابلة الميدانية معهم، كما صرح الأطباء بأن تأثير هذه الضغوط يتوقف كذلك على وجود أمراض أخرى مصاحبة لمرض الضغط الدموي والسكري لأنها تضاعف من تعقد المشكلة الصحية لدى المريض وتفتح الطريق أمام هذه العوامل الاجتماعية في مضاعفة خطورتها وذلك في حالة سلبيتها، أو التخفيف من عبئها على المريض وذلك في حالة ايجابيتها، وخاصة فيما يتعلق بكل الضغوط سواء المهنية أو الأسرية والاقتصادية وبالأخص الجانب الاقتصادي لأن له دور كبير وأساسي في حياة المريض الذي يتطلب رعاية صحية دائمة لتجنب قدرا معتبرا من المخاطر التي يسببها المرض.

11. جدول رقم 99: يوضح رأي الطبيب حول الوعي الصحي والسلوكات الوقائية اتجاه المرض المزمن من خلال ملاحظته اليومية ومحاورته للمرضى.

رقم الفئة	مسمى الفئة	التكرار	النسبة %
19	ليس جميع المرضى لهم وعي صحي وسلوكات وقائية اتجاه المرض.	7	100%
	المجموع	7	100%

المصدر : من إعداد الباحثة

2.11. التحليل الإحصائي للجدول :

نلاحظ من خلال الشواهد الإحصائية المبينة في الجدول أعلاه والذي يوضح رأي الطبيب حول الوعي الصحي والسلوكات الوقائية اتجاه المرض المزمن من خلال ملاحظته اليومية

^{**} أنظر ملحق رقم 3: جدول رقم 9.

ومحاورته للمرضى، يتضح لنا أن نسبة 100% من إجابات كل الأطباء تشير إلى أنه ليس جميع المرضى لهم وعي صحي وسلوكيات وقائية اتجاه المرض.

2.11. التحليل السوسيولوجي للجدول:

أوضحت نتائج التحليل الإحصائي في الجدول أعلاه والمتضمن رأي الطبيب حول الوعي الصحي والسلوكيات الوقائية اتجاه المرض المزمّن لدى المرضى على مستوى مدينة الأغواط، بتأكيد الأطباء على أنه ليس لدى جميع المرضى وعي صحي وسلوكيات وقائية اتجاه المرض، وهذا يعد كذلك من العوامل المساهمة في مضاعفة مخاطر المرض المزمّن لأن غياب الوعي الصحي الوقائي يؤدي إلى ممارسات وسلوكيات غير صحية، بحيث أشار الأطباء بأن الكثير من المرضى لا يلتزمون بنصائحهم الطبية ولا بتوجيهاتهم ولا حتى التزامهم بمواعيدهم المخصصة للمراقبة الطبية، وهذا ما يوتر الأطباء كثيرا لأنهم في الكثير من الأحيان يعطون كل وقتهم للمريض ويقدمون له النصائح اللازمة للحفاظ على سلامته الصحية لكن دون جدوى، فتجدهم لا يلتزمون بنظام الدواء وعند معاتبة الطبيب لهم يتحججون بالنسيان عن غير قصد، وأشار طبيب قائلا «في كل مرة تجد نفسك تكرر لهم نفس الكلام لكن فئة قليلة فقط من تلتزم بذلك، كل ما نأخذه منهم الحجب الغير وافية لعدم التزامهم بالنصائح المقدمة لهم...»، وحتى أنهم لا يلتزمون بنظام غذائي صحي ولا يمارسون أي نشاط رياضي حيث قالت طبيبة «عندما أطلب من بعض النساء المشي فقط لمدة 30 دقيقة يوميا تقول لا يمكنها ذلك فهي لا تخرج لوحدها والزوج لا يمكنه أن يخرجها كل يوم»، هذا ما يعكس لنا كذلك تأثير الجانب الثقافي لأفراد الأسرة ودوره في مساندة مرضاهم على العلاج أو إعاقته، وهذا ما أشار له الأطباء كذلك بأن المستوى التعليمي له دور كبير في تنمية الوعي الصحي لدى المريض، فأعطوا مثلا على فئة المثقفين الذي أكدوا بأنهم لا يجدون معهم أي مشكل أو صعوبة كبيرة من حيث تطبيقهم لتوجيهاتهم وتعليماتهم ولا حتى في طريقة تعاملهم مع مرضهم مما يساعد الطبيب والمريض في نفس الوقت، الذي يسترجع لياقته البدنية والصحية ويحافظ على استقرار الحالة المرضية لديهم، لكن يؤكد الأطباء بأنها تبقى فئة قليلة جدا مقارنة بالفئات الأخرى من المرضى التي تتوجه للمستشفى العمومي لأن غالبية

المرضى الذين يلتحقون بهذه المستشفى هم ذوي المستوى التعليمي المتوسط وبدون المستوى، بالإضافة لمستواهم المعيشي المتوسط والامتدني وهي تعتبر أكثر فئة تفتقد لدرجة الوعي الصحي والوقائي، و هذا لتوفرها على كل المعوقات المساهمة في ذلك أي المستوى التعليمي والمستوى المعيشي الذي يحدده العامل الاقتصادي، فمثلا يطلب الأطباء من المرضى ممارسة بعض التمارين الرياضية على الأقل أربع حصص في الأسبوع فهذا يتطلب مبلغ كبير يفوق طاقة المريض، بحيث صرحت طبيبة قائلة « كل حصة بـ500دج أي أنه في الشهر 10.000دج فكيف يتمكن من ذلك، نحن ذوي الدخل المرتفع ونلاقي صعوبة في ذلك فكيف الإنسان المنخفض والمنعدم الدخل » أي أرادت الطبيبة الإشارة إلى الضغوط المادية كعائق كبير يحيل بين الفرد وبين التزامه الصحي، لذا فهم يراعون هذا الجانب في المرضى وينصحونهم فقط بركوب الدراجة إن توفرت لديهم أو المشي لمدة 30دقيقة كنوع من الرياضة التي تتطلبها حالتهم الصحية، وأضافت قائلة كذلك للجانب المالي تأثير كبير على غذائهم فالغذاء الصحي لمرضى السكري يتطلب أن تتوفر فيه مجموعة من المكونات فمثلا يجب أن يتوفر في أكلهم السمك وأن يكون هناك تنوع فيه قدر المستطاع لكن قالت «كيف لي أن أطلب منهم هذا وأنا أعرف بأنهم لا يستطيعون توفير ذلك فأنا طبيبة ولا يمكنني توفير ذلك دائما فكيف لمرضى ذو دخل غير كافي» وهذا طبعا وفقا لواقعنا المعاش ونحن نعلم بأن الأسماك أسعارها باهظة الثمن، وهذا يبقى كمثال بسيط مقارنة بعدة مكونات يجب أن تتوفر عليها مائدة المريض، أي أن الأطباء أرادوا أن يوضحوا لنا بأن هناك عوامل مترابطة ومتداخلة فيما بينها تساهم بطريقة غير مباشرة في عرقلة النظام الصحي لدى المريض، وتضعف وعيه الصحي بطريقة إجبارية وقهرية، ونجد بأن الدخل الشهري يعتبر من العوامل المؤثرة في ذلك بالدرجة الأولى والذي برز تأثيره كعامل ضغط قوي خلال تحليلنا لنتائج الفرضيات السابقة سواء قبل إصابة الفرد بالمرض أو بعد إصابته به، بالإضافة للمستوى التعليمي الذي لا يمكن إغفال دوره في تنوير الفكر الإنساني نحو الطريق الإيجابي والسليم، وما يثبت كذلك صحة تصريح الأطباء حول ضعف الوعي الصحي وعدم توفره

لدى كل الفئات هي إجابات المبحوثين على بعض الأسئلة⁺⁺ التي لها علاقة بهذا الموضوع والتي تبين من خلالها عدم توفر معلومات حول هذا المرض المزمن لدى غالبية المبحوثين وعلى حد قولهم يعرفون شيء بسيط وهو أن الملح والسكر يساهمان في الإصابة بالمرض دون الانتباه للعوامل المساهمة في الوقاية من الإصابة بهذه الأمراض، خاصة وأنه حسب اعتقادهم أن عدم توفرهم على معلومات حول هذا المرض كان له تأثير جزئي في إصابتهم بالمرض، بالإضافة أنهم تلقوا صعوبات في فهمهم وتحديدهم للمرض في بداية الأمر.

12. جدول رقم 100: يوضح رأي الطبيب حول أهم العوامل التي تساهم في تحسين الحالة الصحية للمريض ويتفادى بها الفرد الغير مصاب من الإصابة بالمرض المزمن.

رقم الفئة	مسمى الفئة	التكرار	النسبة %
20	ما يساهم في تحسين الحالة الصحية الحركة وممارسة الرياضة.	7	21.9%
21	الغذاء الصحي .	7	21.9%
22	تفادي الضغط النفسي.	7	21.9%
23	تفادي التدخين.	5	15.6%
24	الفحوصات الطبية ومراجعة الطبيب .	6	18.7%
25	الالتزام بمواعيد الدواء للمرضى	7	21.9%
المجموع		32*	100%

المصدر : من إعداد الباحثة

2.12. التحليل الإحصائي للجدول :

نلاحظ من خلال الشواهد الإحصائية المبينة في الجدول أعلاه والذي يوضح رأي الطبيب حول أهم العوامل التي تساهم في تحسين الحالة الصحية للمريض ويتفادى بها الفرد الغير مصاب من الإصابة بالمرض المزمن ، نجد نسبة 21.9% مكررة في أربع فئات أشار من خلالها كل الأطباء إلى أن ما يساهم في تحسين الحالة الصحية الحركة وممارسة الرياضة

⁺⁺ انظر ملحق رقم 3: جدول رقم 10 .

والغذاء الصحي و تقادي الضغط النفسي والالتزام بمواعيد الدواء للمرضى، في حين نجد نسبة 18.7% لإجابات 6 أطباء أشاروا إلى أهمية الفحوصات الطبية ومراجعة الطبيب، وآخر نسبة قدرت بـ 15.6% لإجابات 5 أطباء يؤكدون على تقادي التدخين.

2.12. التحليل السوسولوجي للجدول:

نلاحظ من خلال نتائج التحليل الإحصائي للجدول السابق الذكر والمتضمن رأي الطبيب حول أهم العوامل التي تساهم في تحسين الحالة الصحية للمريض ويتقادي بها الفرد الغير مصاب من الإصابة بالمرض المزمن، بأنهم يرون بأن هذه الأمراض لم تعد مخيفة كالسابق، فقط على المرضى والأصحاء الالتزام بهذه النصائح ليضمن الأصحاء بأن يكونوا أقل عرضة للإصابة بالأمراض المزمنة، وتقل بها خطورة مضاعفات المرض لدى المرضى ويحسنون بذلك استجابتهم للدواء والتي حددها الأطباء في العناصر التالية:##

-الاهتمام باللياقة البدنية والمحافظة عليها من خلال ممارسة الرياضة، وإتباع نظام غذائي قليل الملح والسكر والدهون وكثير الألياف مع مراعاة فروق الكمية والتنوعية للأصحاء والمرضى، الإقلاع على التدخين، وإجراء الفحوصات الطبية ومراجعة الطبيب والالتزام بمواعيد الدواء للمرضى، كما يتوجب التكيف مع الظروف والمشاكل الاجتماعية المستجدة والمعاشة بشكل يومي لكي يتمكن الفرد المريض والسليم الجسد من التخفيف من حدة توتره وانفعاله لأن هناك مقولة شهيرة «لا تعصبه حتى لا يرتفع ضغط دمه»، أن هذا التوتر والانفعال يزيد من حجم الضغوط النفسية التي ترتبط بضغوط الحياة التي يجد الفرد نفسه في صراع دائم معها، وهذا ما أثبتته العديد من الدراسات والعكس صحيح فانخفاض الضغوط لدى الفرد يحافظ به الأصحاء على سلامتهم الصحية والمريض على استقرار حالته دون أي مضاعفات .

أنظر ملحق رقم 4 والذي يتضمن مجموعة من النصائح المساهمة في تحسين الحالة الصحية للفرد بشكل مفصل أكثر ومكمل لما أشار له الأطباء.

ثالثاً: مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة

انطلاقاً من التحليل الإحصائي والسوسيولوجي وذلك باستعمال أسلوب التحليل الفئوي للمقابلات التي تم إجراؤها مع الأطباء الأخصائيين، والمتعلقة بالفرضية الرابعة، والتي تهدف للكشف عن نظرة الأطباء حول الدور الذي تلعبه الضغوط الاجتماعية في انتشار الإصابة بالأمراض المزمنة وأن تفاعل مسبباتها مع العوامل الوراثية يساهم في تعجيل الإصابة بهذه النوعية من الأمراض كالضغط الدموي وداء السكري، اتضح لنا من خلال هذه النتائج بأن تفاعل مسببات الضغوط الاجتماعية مع العوامل الوراثية يساهم في تعجيل الإصابة بالمرض المزمن ومنه فالفرضية محققة نسبياً جداً. ويظهر ذلك من خلال جملة من النتائج المتوصل إليها:

وفقاً لما أشار له الأطباء فقد تحددت العوامل التي ساهمت في ظهور الأمراض المزمنة خاصة مرض داء السكري والضغط الدموي في نوعين: العوامل الغير متغيرة أو الثابتة كالجنس والسن والوراثة أي أن هذه العوامل الديمغرافية والبيولوجية تفرض نفسها على الفرد وتلزمه بالخضوع أمامها إلا أننا نستطيع القول بأن هذا لا يمنع من إمكانية تهذيبها لضمان السلامة الصحية فمثلاً فيما يخص العامل الوراثي نجد بأن الدراسات الحديثة في علم الوراثة أشارت إلى إمكانية إحداث تعديلات في الجين الوراثي الحامل للمرض وهذا حسب ما أشار له واضع الخرائط الوراثية أو الجينوم البشري "ستيفن جونز"^{§§} والذي أشار أنه يمكن أن نعدل في الصبغيات التي تورث من الآباء من أجل أن يكتسب الجيل الجديد مادة وراثية سليمة، أما النوع الثاني فهي العوامل المتغيرة والمتمثلة في السمنة، قلة ممارسة الرياضة، الغذاء الغير صحي، التدخين، تدني المستوى المعيشي، مشاكل أسرية، الضغط النفسي ، ضغوط العمل... إلى غير ذلك.

كما أشار الأطباء إلى أن المرض يمكن -حصره- في بعض الأحيان في جانب طبي فقط فمثلاً بعض الأشخاص تجدهم يعيشون في بيئة اجتماعية سليمة خالية من الضغوط وليس لهم

^{§§} للتوضيح أكثر راجع الجانب النظري:ص.127.

حتى استعداد وراثي لكن حدوث خلل بيولوجي يصيب خلايا الجسم من شأنه أن يساهم في الإصابة بالمرض المزمن ، إلا أنه لا يمكن أن نغفل الدور الكبير للعوامل الاجتماعية في ظهور المرض المزمن خاصة في الوقت الراهن الذي تعتريه العديد من المشاكل والصعوبات الاجتماعية والتي تولد الضغط النفسي لدى الأفراد تنعكس على البنية الفسيولوجية للفرد، وهذا ما أشار له العديد من الباحثين.

كما ظهر من خلال تصريحات الأطباء تأكيدهم على دور الضغوط الاجتماعية (المهنية والأسرية والاقتصادية) كمسببات مساهمة في انتشار الإصابة بالمرض المزمن، كما أعطوا الأولوية لقوة بعض العوامل على عوامل أخرى فهناك من ركز على الضغوط الأسرية والاقتصادية وآخرون ركزوا على الضغوط الاقتصادية والمهنية، نستطيع القول بأن هذا الرأي الأخير يتوافق مع ما توصلت له نتائج دراستنا الحالية والمتعلقة بالفرضية الأولى والثالثة، كما لا حظنا تكرارهم للضغوط الاقتصادية في كل الإجابات هذا ما يبرز لنا قوة هذا المتغير في التأثير على البنية الجسدية للفرد خاصة عندما تعصف الأزمات المالية التي تعيق قدرة الفرد على مسابقة متطلبات الحياة وإتباع سلوكيات صحية سليمة يقي بها نفسه قبل وبعد الإصابة بالمرض، لأن العامل الاقتصادي كما تطرقنا له سابقا اثر تحليلنا لنتائج الفرضيات الأخرى يساهم في تحديد المستوى المعيشي للفرد والسلوكيات الصحية التي ينتهجها الأفراد في حياتهم، أي أن هذا المتغير السوسيو-اقتصادي يعتبر من بين أهم الضغوط أو المخاطر الحياتية إن صح التعبير وذلك في حالة عدم كفايته لدى الفرد وعدم تحقيقه لكل متطلباته الحياتية، إلا أن ايجابيته تكمن في كونه يضمن الحياة الكريمة والمستقرة للفرد والصحة السليمة والدائمة في حالة توافقه مع المتطلبات الحياتية للأفراد.

وأظهرت هذه الدراسة كذلك وذلك وفقا لتصريحات الأطباء بأنه ليس كل من له استعداد وراثي مؤهل حتما للإصابة بالمرض أي أننا لا نعتبرها كقاعدة ثابتة وإلزامية، لان هناك أشخاص لهم استعداد وراثي لكن قد لا يظهر عليهم المرض مدى حياتهم، لكن نستطيع القول بأنهم أكثر احتمالية واستعدادا للإصابة بالمرض المزمن خاصة في حالة معيشتهم لظروف اجتماعية

سلبية أو غير سليمة يكون لها تأثير قوي على البنية البيولوجية للفرد، وهذا ما أشار له العالم "موس" 1973 حول العلاقة المتبادلة بين الجانب البيولوجي والاجتماعي الذي يرى بان التفاعل الاجتماعي بينهما يفرض تأثيرات متبادلة ومستمرة فسيولوجيا واجتماعيا. كما نجد ديننا الحنيف قد نبه بشكل واضح إلى التأثيرات الواضحة للعوامل الوراثية ومساهمتها في انتشار الأمراض الوراثية فأشار بذلك إلى ضرورة اختيار السلالة السليمة للمصاهرة لإدراكه لخطورة العوامل الوراثية في الرفع من انتشار الإصابة بالمرض ، وهذا ما ظهر جليا في أحاديث الرسول صلى الله عليه وسلم من بينها «تخيروا لنطفكم وانكحوا الأكفاء، وانكحوا إليهم» *** .

ويضيف الأطباء في هذا الصدد تأكيدهم على أن للضغوط الاجتماعية قوة كبيرة في التأثير على الجينات الوراثية الحاملة للمرض وذلك لكونها من بين المفعلات أو المحفزات الرئيسية التي تهدد استقرارها مما ينعكس بنتائج مرضية تترجم إلى أمراض مزمنة كالضغط الدموي وداء السكري، أي أن هناك تداخل مابين الجانب الطبي والبيئة الاجتماعية وهذا يتوافق مع ما أشار له العالم "تيل"+++، وكذلك "نظرية العوامل الاجتماعية" والتي أشار من خلالها كلا من "ليفى وكاجال" لتفاعل المحددات الاجتماعية والنفسية مع المحددات البيولوجية للفرد فتؤدي به للوقوع كفريسة للمرض. إلا أننا نجد اختلاف بين الأطباء في تحديد سبب ارتفاع الإصابة بالأمراض المزمنة فهناك من يرى بأنه يمكن أن نرجع ارتفاع الإصابة بهذه النوعية من الأمراض لتفاعل المسببات الاجتماعية مع العوامل الوراثية وفئة أخرى تؤكد العكس مستندين في ذلك إلى احتكاكهم اليومي والمباشر بهذه الفئة من المرضى، ونستطيع القول بأن نتائج اختبارنا للفروض الأخرى الخاصة بالدراسة الحالية أظهرت تقارب في نسب المصابين بالمرض سواء بين من لديهم استعداد وراثي والبعيدين عن هذا الاستعداد أي من يكون لهم استعداد شخصي للإصابة بالمرض وهذا يرتبط بشخصية الفرد وتكوينه البيولوجي بعيدا عن الاستعداد الوراثي، إلا أننا نستطيع القول بأنه لا يمكن الجزم بهذه النتائج كون المرض قد يختفي لأجيال

*** للتوضيح والفهم أكثر راجع الجانب النظري: ص.138.

+++ للتوضيح أكثر راجع الجانب النظري: ص.144.

عدة لكن يعود للظهور في جيل آخر وهذا ما يحدث خاصة مع الصفة المتنحية، هذا ما قد يفقد المعلومات لدى المبحوثين حول إمكانية تواجد هذا المرض من عدمه في أسرهم، وهذا بالرغم مما توصل له العلم حول الخرائط الجينية التي يهدف من خلالها إلى الكشف والوقاية من الأمراض المحتملة والمتوقعة كمرض الضغط الدموي والسكري وذلك وفقا للعلاج الجيني، إلا أنه في واقعنا الحالي وخاصة مجتمعنا الجزائري لا يزال محل الانتظار والتطبيق على هذه الفئات بالذات، وهذا راجع لتضارب آراء علماء الشريعة المعاصرين بين مؤيد ورافض للكشف عن هذه الأمراض الوراثية⁺⁺⁺.

وفيما يخص درجة تأثير هذه الضغوط الاجتماعية خاصة الأسرية والاقتصادية والمهنية على المريض بعد الإصابة بالمرض المزمن، فقد أشار الأطباء إلى أنه غالبا ما يكون لها تأثير كبير على المريض خاصة وأن للمرض أبعاد بيولوجية واجتماعية كونه يحدث خلا في وظائف أعضاء الجسم والتي يكون لها انعكاس سلبي على الفرد التي قد تفقده طاقته وقدرته على أداء وظائفه أي نشاطه الاجتماعي سواء داخل أسرته أو في إطار بيئته المهنية والاجتماعية بصفة عامة، ويتضاعف حجم أخطار المرض في حالة تعرض المريض لضغوط اجتماعية قوية وسلبية تزيد من حجم الآثار السلبية للمرض وتزيد من خطر الوفاة المبكرة بصفة عامة، هذه الأخيرة التي تشهد ارتفاعا قويا ومستمر خاصة لدى الأمراض غير المعدية وهذا وفقا للوفيات المتوقعة حول العالم من 2008 إلى غاية 2030، وفيما يخص إحصائيات الجزائر لسنتي 2012-2013 يظهر ارتفاع قوي للوفيات بسبب الأمراض المزمنة والتكيسية^{§§§}.

كما أن تأثير هذه الضغوط يتوقف على مدى تقبل المريض للمرض، لأن تقبل المرض أو الاستجابة له يتوقف على الشخص ذاته وعلى خصائص شخصيته وهذا ما أشار له "تموذج سيلجمان" في تحديده لأسباب العجز المكتسب، لذا فتقبل المرض يساعد المريض على التكيف مع أوضاعه الصحية الجديدة، وهذا التكيف يكون بمثابة الدرع الواقي لصعوبات الحياة اليومية

⁺⁺⁺ للتوضيح أكثر راجع الجانب النظري عنصر الحكم الشرعي في الكشف عن الأمراض الوراثية، ص 141.

^{§§§} راجع الجانب النظري: ص-ص 220-223.

التي تعترضه في مسيرة حياته، وأضاف الأطباء عنصر آخر وهي أن تأثيرها يتوقف كذلك على نوعية وكمية هذه الضغوط أي كلما ارتفع حجم هذه الضغوط فوق القدرة الشخصية للمريض فستزيد من حدة المرض عليه، كما أن وجود أمراض أخرى لدى المريض من شأنها أن تضعف القدرة والبنية الجسدية للفرد، لأننا نعلم بأن للمرض المزمن خاصة السكري والضغط الدموي مضاعفات أخرى كالنوبة القلبية والسكتة الدماغية، الفشل الكلوي، العمى، تضرر الأعصاب، الشلل النصفي، بتر الساق...إلى غير ذلك، مما يضيف تعقيدات جديدة ويسهل تغلغل هذه الضغوط الاجتماعية إلى هذه الفئة من المرضى.

ونستطيع القول بأن تأثير هذه الضغوط يتوقف كذلك على درجة الوعي الصحي والسلوكيات الوقائية لدى المرضى اتجاه مرضهم، وهذا ما لم يتوفر لدى كل المرضى وهذا وفقا لتصريحات الأطباء المستمدة من خبرتهم الميدانية المكتسبة من معالجتهم واحتكاكهم اليومي بمرضى الضغط الدموي والسكري، فقد أشاروا إلى أن عدد كبير من المرضى لا يلتزمون بنصائحهم ولا توجيهاتهم خاصة وأن معظم المرضى الذين لديهم اتصال بالمستشفى العمومي هم من ذوي المستوى المعيشي والتعليمي المتوسط والمنخفض، وهذه العوامل تعتبر من المعوقات الحقيقية لدى الفرد فمثلا أنتم تعلمون بأن التعليم له دور في توفر مستوى الوعي لدى المرضى وهذا بدوره يؤثر على طرق تنفيذ العلاج وفهم المرض و التوضيح الجيد لحالته المرضية للطبيب، كما أنه يؤثر على المريض بعلاقته بطبيبه وذلك في تقبله لنصائحه، لكن للأسف نجد غياب كلي تقريبا لهذه الموصفات لدى غالبية المرضى المتداولين على المستشفى العمومي فمثلا نجد المرضى يهملون المواعيد الطبية، وفي هذا الصدد قال أحد الأطباء «في بداية عملي بالمستشفى بالأغواط رأيت ظاهرة سلبية في المريض وهو عدم ثقته الكلية في الطبيب لذا تجده ينتقل من طبيب لآخر وفي نهاية الأمر يرجع مجددا، لكن مؤخرا لاحظت تغير في سلوكاته إلا أن عدم الالتزام التام بالمواعيد يبقى مشكلة لدى المريض»، كما أنهم يتحججون في الكثير من الأحيان لنسيانهم جرعات الدواء المفروض تناولها في مواعيدها، بالإضافة لعدم التزامهم بالنظام الغذائي الجيد وفي هذه النقطة قالت طبيبة «هناك عادات غذائية سيئة في

كيفية طهي بعض الأكلات خاصة الشعبية فتجدهم يستعملون فيها الكثير من السكر والملح والدهون وهذا من خلال ملاحظتي الشخصية»، بالإضافة لعدم ممارستهم للرياضة، وهذا كله يرتبط كثيرا بالجانب الاقتصادي للمريض أي الدخل والجانب الثقافي لان بنية الإنسان السلوكية هي محصلة تفاعل الإنسان مع محيطه الاجتماعي والثقافي، وهذا ما يؤكد بأن المستوى المعيشي والتعليمي يسيران بطريقة طردية كلما ارتفع المستويين الأولين ارتفع المستوى الصحي والعكس صحيح، ولقد استثنى الأطباء في إطار حديثهم فئة المثقفين وهي قليلة حسب قولهم من حيث تناولها على المستشفى العمومي، الذين لا يلقون معهم صعوبة كبيرة لا من حيث تعاملهم مع مرضهم ولا من حيث تطبيقهم لتعليمات الطبيب، مما يساعدهم كثيرا على استرجاع لياقتهم البدنية والصحية و المحافظة على توازن مرضهم وأنها أحسن فئة تعرف كيف تتعامل وتتكيف مع ضغوط هذه الحياة. لذا يقول الأطباء نحن بصفتنا أطباء نوجه المريض ونعطيه القواعد الأساسية التي يجب أن يلتزم بها للمحافظة على صحته لكي لا تكون هناك مضاعفات مرضية، من خلال كيفية استعماله للدواء، الغذاء...إلى غير ذلك، لكن المسؤولية الكبرى تبقى على المريض بحد ذاته لأن سلامة صحته تتوقف على مدى التزامه وتطبيقه لهذه النصائح الطبية.

وفي الأخير أشار الأطباء إلى مجموعة من العوامل أو الاستراتيجيات المتداعمة على أطر زمنية مختلفة والتي تساهم في تحسين الحالة الصحية للمريض ويتفادى بها الغير مصاب من الإصابة بالمرض المزمن قدر المستطاع والتي حددها في مجموعة من العناصر:

أول شيء وهو ممارسة الرياضة التي تساهم في تحسين الحالة الصحية للمريض ووقاية للأصحاء، ونجد أن معظم الأبحاث العلمية تؤكد على فعالية التمارين الرياضية في التحكم في الأمراض خاصة المزمنة منها، وكذلك في الحفاظ على الصحة الجسدية قبل الإصابة بالمرض لأنها تساهم في اختزال الضغط النفسي الاجتماعي، فالرياضة الخفيفة الغير مجهدة كالمشي والسباحة وركوب الدراجة مفيدة لحرق السكريات وتخفف العبء على البنكرياس، وتخفض من نسبة الدهون في الدم وتبعد حدوث الأزمات القلبية وتحسن من حالة الدورة الدموية وصحة

الأوعية الدموية، خاصة في الوقت الراهن الذي أصبح فيه النشاط الإنساني يعاني من الخمول كضريبة للتغيرات في النمط المعيشي في العصر الحالي، وفي هذا السياق قال أحد الأطباء «أصبحنا وأنا منهم بسبب ضغوط الحياة نستعمل السيارة أكثر من المشي على الأرجل بسبب الإرهاق والتعب الذي نعاني منه بعد العمل...»، لكن لا يجب أن نستعمله كذريعة أو حجة دائمة لأن السلوكات الغير صحية يمكن تعديلها وضبطها من حين لآخر، وهذا ما أشار له "أنتوني جينز" حول دور العوامل الخارجية في التأثير على نمط الحياة والخيارات الفردية خاصة في عصر الحداثة الذي فرض على المجتمعات تغيرات كثيرة على مستوى الأنظمة الاجتماعية والثقافية والتي لا تترك خيارا أمام الفرد، لذا يرى أن يحسن الفرد في اختيار أسلوبا معينا لحياته لأنها مهمة في عملية بناء الهوية والذات.

بالنسبة للغذاء الصحي فقد أشار الأطباء بأن المواد الغذائية التي يحتاجها المصاب بالمرض المزمن لا تختلف كثيرا على الغير مصاب لكن فقط لابد من مراعاة الكمية والنوعية للمصاب بالمرض المزمن، فالغذاء يجب أن يكون متكافيا من الناحية الكمية والنوعية أي يجب أن يتضمن البروتينات والفيتامينات والأملاح المعدنية وهذا للحفاظ على سلامة الجسم ونضمن بذلك تادية جيدة لأجهزة الجسم، فالغذاء الصحي يقي المريض من تضاعف حدة المرض أي المحافظة على الحالة الطبيعية لنظام السكر في الدم والدهون ومعدل الضغط الدموي والسيطرة على الحالة المرضية للمريض والأصحاء من أي نقص أو زيادة في الوزن وبذلك يتجنبون الإصابة بالمرض خاصة وأن السمنة تعد من عوامل الخطر المساهمة في ظهور الأمراض المزمنة، وأحسن مثال على ذلك سكان "جزيرة ناورو" في المحيط الهادي الذين بسبب تغير نمط معيشتهم وارتفاع أوزانهم كانت سببا في إصابتهم بالمرض المزمن.

كما أشار الأطباء لضرورة تقادي الضغط النفسي هذا الأخير الذي يرتبط ارتفاعه أو انخفاضه بنمط شخصية الفرد بحد ذاته وبتقديره لهذه الضغوط وبنوع وحجم هذه الضغوط التي تخلفها البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها الفرد، وهذا ما أشار له العديد من العلماء في علم النفس والاجتماع في تعريفهم للضغوط ، وأضاف الأطباء بضرورة التكيف مع الضغوط والالتزام

الدوائي للمرضى والفحوصات الطبية ومراجعة الطبيب للمريض وغير المريض، وتفادي التدخين الذي يعتبر من العادات الضارة والخطيرة، لأنه يتكون من مواد مؤثرة على الجسم أهمها النيكوتين الذي يساعد على رفع نسبة الكوليسترول في الدم، هذا الأخير الذي يؤدي إلى انقباض الأوعية الدموية وزيادة ضغط الدم وما يتبعها من مشاكل كحدوث الجلطات، كم أنه سببا للإصابة بداء السكري والسرطان... وغيرها من الأمراض.

خلاصة:

بعد تحليلنا ومناقشتنا للفرضية المتعلقة بالضغط الاجتماعي والعوامل الوراثية وعلاقتها بالأمراض المزمنة، استخلصنا بأن المرض ظاهرة طبية واجتماعية في نفس الوقت ولا يمكن فهمهما بمعزل عن الواقع الاجتماعي وأن هناك علاقة تفاعلية دائمة ومستمرة بينهما.

لذا يمكن القول بأن انتشار الإصابة بالأمراض المزمنة في الواقع هو نتيجة تفاعل العوامل البيولوجية مع العوامل الاجتماعية، أي أن الضغوط الاجتماعية تعد من مسببات الإصابة بالأمراض المزمنة وتتضاعف خطورتها عند تفاعلها مع الجينات الوراثية الحاملة لمرض السكري والضغط الدموي مما يساهم في تعجيل الإصابة بهذه النوعية من الأمراض باعتبارها كعوامل محفزة للقابلية للمرض، إلا أن درجة تأثيرها تتوقف على قوتها ونوعها وعلى الشخص بحد ذاته لأنها قد تشكل عبئا على أشخاص دون آخرين.

كما تبين أنه ليس كل من له استعداد وراثي مؤهل حتما للإصابة بالمرض المزمن، وأن هذا الاستعداد أو القابلية هي السبب الرئيسي لظهور هذه النوعية من الأمراض، لأن هناك من لهم استعداد شخصي يؤهلهم للإصابة بهذا المرض بعيدا عن وراثيتهم للمرض، لكن لا نستطيع أن ننفي بأن من له استعداد وراثي يكون أكثر عرضة وتأثرا بالضغوط الاجتماعية السلبية القوية التي قد تفقده سلامته الصحية من أول وهلة.

الاستنتاج العام:

إن تقييم دراسة ما كتجربة بحث علمي يعني تقييم مشوار عمل انطلاقاً من التساؤلات الأولى، القراءات النظرية، إجراءات البحث وخطواته ووسائله وأخيراً نتائجه استناداً إلى الفروض المراد اختبارها. لذا وبناءً على الخطوات السابقة والتي قمنا من خلالها بالتحليل السوسولوجي والإحصائي لكل الجداول والتي توصلنا من خلالها على مجموعة من النتائج والتي تعلقت بكل من خصائص العينة التي قدرت بـ 240 فرد مصاب بالضغط الدموي وداء السكري، وكذلك نتائج متعلقة بصدق أو خطأ فرضيات الدراسة والتي سمحت بالكشف عن وجود علاقة بين الضغوط السوسيو-اقتصادية والمهنية وانتشار الإصابة بالأمراض المزمنة كالضغط الدموي وداء السكري مع غياب العلاقة على مستوى الضغوط الأسرية، كما كشفت نتائج الدراسة موقف الأطباء إزاء مساهمة تفاعل مسببات الضغوط الاجتماعية مع العوامل الوراثية في انتشار الإصابة بهذه النوعية من الأمراض. لذا سنقوم بتقديم استنتاجاً عاماً يشتمل على عرض خصائص عينة البحث وما خلصت إليه نتائج فرضيات البحث المتوصل إليها في هذه الدراسة كما يلي:

الجزء الأول: الخصائص المتعلقة بأفراد عينة البحث:

أثبتت نتائج الدراسة الميدانية التي أجريت على مجموعة من المرضى المزمنين المصابين بالضغط الدموي وداء السكري بأن شريحة الإناث أكثر تعرضاً لهذه النوعية من الأمراض المزمنة مقارنة بالذكور وظهر ذلك جلياً من خلال نسبة الإصابة والتي قدرت بـ 54.6% لدى الإناث مقابل نسبة 45.4% لدى الذكور، يرجع هذا الاختلاف في الإصابة بالمرض حسب الجنس كون المرأة أكثر تأثراً بالضغوطات التي تتعرض لها في حياتها اليومية نظراً للدور الاجتماعي الذي تقوم به في المجتمع مضاعف إليها العوامل البيولوجية والنفسية المختلفة على الرجل.

إن الفئات العمرية الأكثر تعرضاً لهذه الأمراض مقارنة بالفئات العمرية الأخرى هي الفئات المتوسطة العمر والأكبر سناً، حيث أن أعلى نسبة سجلت لدى الفئة العمرية [55-64] سنة

وقد رت بـ35%، تليها الفئة العمرية [45-54] سنة والتي بلغت نسبتها 28.3% وأخيرا الفئة العمرية من [35-44] سنة والتي سجلت نسبة 23.8%، فهذا الارتفاع في الإصابة بالمرض لدى هاته الفئات العمرية راجع لعوامل بيولوجية وسوسولوجية، كون التقدم بالعمر يعرض خلايا الجسم للتلف وعجزا بالأعضاء، ناهيك عن الضغوطات التي يتعرض لها الفرد خلال مسيرة حياته والتي تتراكم تدريجيا لترمي بثقلها على الجانب الصحي للفرد.

كما أوضحت نتائج الدراسة أن أكثر شريحة اجتماعية تتعرض للإصابة بأمراض العصر الحديث مثل السكري والضغط الدموي هي المتزوجين وذلك بنسبة مقدرة بـ 71.7 %، وهذا بسبب المسؤولية الاجتماعية الأسرية التي تلقى على عاتق المتزوجين والتي تعرضهم لمواجهة العديد من الضغوطات المحيطة بوقائع الحياة، والتي تفرض نفسها عليهم باستمرار.

كشف متغير المستوى التعليمي للمبحوثين بأن الأمراض المزمنة أصبحت تمس جميع المستويات تقريبا، حيث سجلت النسبة الأعلى لدى المستوى التعليمي المتوسط بنسبة تقدر بـ28.3%، تليها مباشرة من هم بدون مستوى أي الأميون بنسبة 24.2% وأخيرا المبحوثين ذوي المستوى الجامعي والثانوي بنسب متساوية مقدرة بـ 17.1% وهذا مؤشر هام يوضح أن هذه الأمراض أصبحت تستحوذ على جميع شرائح المجتمع بمختلف مستوياتهم التعليمية بدون استثناء، وهذا لأنهم يتعرضون لنفس الضغوط الاجتماعية خاصة وأن غالبية المبحوثين متزوجون إلا أن طريقة تعاملهم معها وكيفية معاشتهم لها بالإضافة للأسباب الفعلية التي كانت عاملا قويا في إصابتهم بأمراض العصر تختلف من فئة لأخرى، وهذا ما تبرزه الحالة السوسيو-مهنية التي تظهر بأن فئة الموظفين هم أكثر عرضة للإصابة بهذه الأمراض والتي سجلت أكبر نسبة بها تقدر بـ 37.9% لدى الموظفين الدائمين ونسبة 18.3% لدى الموظفين بتوقيت جزئي مقارنة بالفئات الأخرى، وهذا راجع للضغوطات التي يتعرض لها الفرد داخل العمل الناجمة عن طبيعة العلاقات التي تربطه بالرئيس والزملاء وحجم الجهد الذي يبذله في العمل والذي قد يتضاعف بسبب الساعات الطويلة التي يقضيها في العمل تنعكس على الجانب الفسيولوجي للفرد، وهذا ما أثبتته الدراسات الطبية التي أشارت بأن زيادة الجهد في العمل

يساهم في استثارة الجهاز العصبي السمبثاوي الذي يساهم في ظهور المرض خاصة الضغط الدموي، أي أن الأفراد الذين يشتغلون في وظائف ضاغطة يكونون أكثر عرضة للإصابة بالمرض.

واتضح حسب الحالة المعيشية بأن المرض المزمن يصيب الأفراد ذوي المستوى المعيشي المتوسط بنسبة عالية جدا قدرت بـ 73.8%، وهذا لأن المستوى المعيشي المتوسط يؤثر على الأفراد ويعيق اهتمامهم اتجاه تحقيق متطلبات صحية جيدة، كما أن المستوى المعيشي يعكس الوضع السوسيو-اقتصادي الذي يتحكم في سلوكيات ونمط معيشة الفرد التي تساعد على المحافظة على صحته، كما أنها من عوامل الضغط السلبية التي تنعكس مع الوقت على صحته. وما يضاف إلى ذلك أن غالبية المصابين بالأمراض المزمنة هم من المنطقة الحضرية بنسبة تقدر بـ 68.3%، مقارنة بالمصابين في المناطق الشبه حضرية بنسبة قدرت بـ 30%، أما آخر نسبة سجلت بالمناطق الريفية بنسبة ضعيفة جدا قدرت بـ 1.7%، ندرك أن الوسط الحضري هو انعكاس لكل عوامل التغير الاجتماعي التي يجلب معه العديد من التناقضات على مستوى البيئة الاجتماعية للمدينة لذا تتضاعف بها المشكلات الاقتصادية والاجتماعية والايكولوجية وحتى الديمغرافية، يدفع ثمنها الفرد لما لها من آثار خطيرة على كيانه الجسماني والنفسي والسلوكي، وما يضاعف من عبء الحياة عليهم ويفرض ضغوطا ومشكلات مختلفة هو المستوى المعيشي المتوسط الذي يعاني منه أفراد العينة .

الجزء الثاني: نتائج الفرضيات:

الفرضية الأولى: زيادة عبء العمل وسوء علاقات العمل وعلاقتها بانتشار الإصابة

بمرض الضغط الدموي و داء السكري.

أظهرت نتائج الفرضية الأولى التي تم معالجتها إحصائيا وسوسيولوجيا أن هناك علاقة بين متغيرات الدراسة وهذا وفقا للمعامل الإحصائي كاف تربيع الذي تم تطبيقه على غالبية الجداول ومعامل الارتباط التوافق والاقتران اللذان أبرزوا أن هناك ارتباط طردي متوسط، أي أن

الضغوط المهنية الناتجة عن العلاقات المهنية وعبء العمل المضاعف ساهمت في انتشار الإصابة بالأمراض المزمنة كالضغط الدموي وداء السكري.

ندرك أن العمل واجب اجتماعي وغاية إنسانية يسعى إلى تحقيقها كل فرد، وهذا لأهميته الكبرى في تأمين حياة اجتماعية كريمة ومستقرة تعود بالنفع عليه وعلى المجتمع، كما أنه يعتبر من القيم الدينية التي ركز عليها ديننا الحنيف لأنه يعتبرها من أنواع العبادة التي يصل بها إلى ربه مصداقا لقوله تعالى ﴿ وَقُلِ اعْمَلُوا فَسَيَرَى اللَّهُ عَمَلَكُمْ وَرَسُولُهُ وَالْمُؤْمِنُونَ ﴾^{*}. كما أن العمل يعتبر الوسيلة الرئيسية التي يحقق بها الفرد دخله المادي الذي يساعده على تحقيق أهدافه، بالإضافة لدوره الإيجابي في الحفاظ على اللياقة البدنية والنفسية، لكن هذا لا ينفي سلبيته وهذا طبعا يتوقف على الظروف التي تحيط بالفرد في بيئته المهنية وطبيعة العمل الذي يقوم به ، الذي قد يولد له ضغوطات سلبية تنعكس على صحته خاصة وأنه لا توجد في عصرنا الحالي وظيفة خالية من الضغوط. وهذا ما توصلت له نتائج دراستنا الحالية بأن الضغوط المهنية التي كان يتعرض لها أفراد عينة البحث كانت سببا في إصابتهم بأمراض العصر خاصة لدى الذكور أكثر من الإناث وهذا لأنهم كانوا يشعرون بعبء المسؤولية الملقاة على عاتقهم، إلا أن هذا لم يمنع من إصابة المرأة بالمرض ولا بتأثرها بعبء مسؤولية العمل الذي كانت تقوم به، لكن اختلاف المسؤوليات الوظيفية التي يقوم بها كلا الجنسين بالإضافة لمراعاة المرأة في العمل حسب تصريحات المبحوثات مما كان يخفف من حدة الضغوط عليها، خاصة وأنه كانت هناك أعمال كثيرة لا يتمكن الأفراد من انجازها خلال ساعات الدوام الرسمي مما يضطرهم للعودة بعد انتهاء الدوام الرسمي لإنهائها والتي كانت جلها تقتصر على الذكور وهذا حسب تصريحات المبحوثين .

ووفقا للحالة السوسيو-مهنية أظهرت لنا أن كلا من الموظفين والمتقاعدين كانوا يكلفون بمهام ومسؤوليات متعددة في وقت واحد من قبل رئيسهم، مما كان يجبرهم على مضاعفة الجهد المبذول من قبلهم، الذي كانوا يرون بأنه كان سلبي هدام لصحتهم النفسية والجسدية، فهذا

^{*} سورة التوبة، الآية 105.

الإجهاد الوظيفي الذي كانوا يتعرضون له والذي لا تراعى فيه طاقتهم الجسمية كان يشعرهم بالكثير من التوتر والإعياء الكبيرين خاصة لدى الفئة العمرية من 45 سنة فما فوق وهذا وفقا لما اتضح من خلال نتائج هذه الدراسة ، وهذا لأن الإنسان مع تقدم العمر والتغيرات البيولوجية التي تحدث له يفقد الكثير من الطاقة التي تؤهله لمقاومة ضغوطات العمل، وخاصة أن هذه الفئة لها مسؤوليات أسرية والتزامات اجتماعية أخرى تفرضها عليها حياتها اليومية تستهلك جهودها وطاقاتها، نستطيع القول أن هذا التداخل والتعدد في المهام ينعكس سلبا على الجوانب الصحية للفرد. وما ضاعف من حدة الضغوطات على أفراد عينة البحث هو تعرضها للمواقف الصراعية داخل إطار العمل قبل إصابتها بالمرض المزمن، والذي غالبا ما كان يحدث مع رئيس العمل وزملائهم في العمل، فهذه الصراعات التي فقد من خلالها الفرد مؤازرة الجماعة ودعمها وافتقارها لكل أوجه التماسك والتكافل الذي يحقق الراحة والأمن والهدوء في عمله زاد من حدة التوتر والقلق لديه وأدى إلى استنفاد كل طاقته وعرض صحته للضرر.

واستكمالا لهاته الحقائق ظهر مؤشر هام يكمن في عدم توافق راتب المبحوثين مع الجهد الكبير الذي كانوا يقومون به بسبب عبء المسؤولية الملقاة على عاتقهم، ما يبرز عدم الرضا الوظيفي لدى المبحوثين بسبب غياب التحفيز المادي والمتمثل في الرواتب، الذي كان يشعرهم بالضيق وعدم الارتياح وحدوث الاضطرابات الانفعالية مما يؤثر على الجهاز العصبي والهرموني والحالة الجسمية لهم، لذا يرون أنه من بين العوامل الضاغطة والمساهمة في إصابتهم بالمرض، وهذا ما أشار له "هانسون" بأن الضغوط تمثل نسبة 80% من مجموع الأمراض التي يعاني منها الناس ، وهنا نلاحظ تداخل للعوامل الاجتماعية فيما بينها ما يفسر تعقد الظاهرة الاجتماعية وصعوبة تفسيرها لمثل هذه الظواهر، بحيث برز تداخل العامل السوسيو-اقتصادي والمهني في مضاعفة حدة الضغط على أفراد عينة البحث وجعلهم أرضية خصبة للإصابة بمثل هذه الأمراض المزمنة التي يزداد انتشارها يوما بعد يوم، وهذا يتوافق مع النظرة "الأبقرائية" التي ترى بأن الجسم يبقى سليما طالما كان هناك استجابة وتكيف مع

التغيرات التي تحدث في البيئة ، ويصبح الجسم مريضاً عندما تجرده عوامل الأذى البيئية من قدرته على التفاعل.

كما أن نتائج دراستنا الحالية أظهرت مؤشراً هاماً وهو أن الزيادة في عبء العمل يساهم في الإصابة بمرض الضغط الدموي أكثر من داء السكري، وهذا ما يبرز بأن نوعية المرض مرتبطة ارتباطاً قوياً بالمصادر المسببة للضغوط أي أن من يتعرضون للضغوط المهنية يكونون معرضون للإصابة بالضغط الدموي بالدرجة الأولى، إلا أنه لا يمكننا إغفال عوامل أخرى مساهمة في تحديد درجة ونوعية الإصابة بالمرض كسلوكيات الفرد المعيشية وبنائه النفسي والبيولوجي بالإضافة للعوامل الوراثية. ويمكن أن نظيف لهذه المسببات ما صرحت به مجموعة معينة من المبحوثين التي ظهرت من خلالها عوامل أخرى كانت سبباً في إصابتهم بالمرض والتي ارتكزت عموماً على النمط الغذائي السيء وفقدانهم لشخص عزيز عليهم (الزوج-الابن)، بالإضافة للضغط الذي كانوا يتعرضون له بسبب المشاكل التي يسببها الأولاد مضاف إليها ضعفهم الدراسي، وعامل آخر بالرغم من بعده الزمني والذي يعود بنا لفترة التسعينيات أي العشرية السوداء والتي شهد خلالها المجتمع الجزائري كل أنواع العنف خاصة الدموي الذي خلف آثاراً سلبية على بنيتهم النفسية والصحية بسبب فقدانهم للأمن والاستقرار .

ولعل النتيجة الهامة حسب تصريحات غالبية المبحوثين أن للضغوط السوسيو-مهنية دور أساسي في بروز الظاهرة الاجتماعية المتعلقة بالمرض المزمن الذي أصبح يهدد كيان المجتمع الأغواطي والتي حددتها العديد من المؤشرات من أهمها الجنس والسن والجهد المضاعف الذي كان يبذله الأفراد بسبب الأعمال الكثيرة التي كانوا لا يتمكنون من إنجازها خلال ساعات الدوام الرسمي فيضطرون للعودة بعد انتهاء الدوام لإنجازها وهذا كله يرجع لعبء المسؤولية الملقاة على عاتقهم من قبل رئيسهم الذي كان يكلفهم بمهام ومسؤوليات متعددة في آن واحد، كما أن نمط العلاقات المهنية السيئة التي كانت تحيط بالبيئة المهنية التي يزولون بها عملهم، بسبب المواقف الصراعية التي كانوا يتعرضون لها مع الزملاء والرئيس زادت من حدة الضغوطات وساهمت بدرجة لا يستهان بها في تعجيل إصابتهم بأمراض العصر وبدرجة عالية لدى مرضى

الضغط الدموي مقارنة بمرضى داء السكري، وهذا ما أوضحتها دراسة "هاوس" وآخرون[†] حول الآثار الصحية التي تسببها الضغوط المهنية والتي تساهم في ظهور مجموعة من الأمراض كالضغط الدموي، بالإضافة لنموذج " مارشال " الذي أضاف بأن الضغوط المهنية تكون نتيجتها الإصابة بأمراض القلب ، وهذا ما يؤكد بأن للعوامل الاجتماعية دور حاكم في الصحة والمرض وهذا ما أكد عليه " المدخل الايكولوجي الاجتماعي " لأن الصحة والمرض يصعب فهمهما ما لم نضعهما في السياق الاجتماعي الأكبر ر، لأنهما مرتبطان بالضغوط التي تحدث وتتحدد في إطار السياق الاجتماعي الذي يحيا فيه الفرد، كما أن ارتفاع معدلات المرض والعجز في المجتمع يعني نقص في الطاقات البشرية، وتهديد الإنتاج والأسرة وكل مكونات البناء الاجتماعي.

الفرضية الثانية: توتر أو اضطراب العلاقات الاجتماعية داخل النسق الأسري ومساهمته في انتشار الإصابة بمرض الضغط الدموي و داء السكري.

أوضحت نتائج الفرضية الثانية أن هناك استقلالية بيت متغيرات الدراسة وذلك وفقا للمعامل الإحصائي كاف تربيع الذي تم تطبيقه على غالبية الجداول ومعامل الارتباط التوافقي والاقتران اللذان أبرزتا أن هناك ارتباط عكسي ضعيف، فهذه النتائج دلت على أن عدم وجود علاقة بين الضغوط الأسرية والمرض المزمن لأن عينة البحث لم تكن تعاني من توتر في علاقاتها داخل نسقها الأسري مما لم يجعلها سببا في إصابتها بالمرض المزمن .

نجد أن ديننا الحنيف قد أسهم كثيرا وبشكل واضح في وضع الأسس السليمة والحاكمة للعلاقات الاجتماعية بين الأفراد، والتي يدفع من خلالها بالفرد للتفاعل مع الجماعة ومع كل أفراد المجتمع الذي ينتمي إليه، ليتحقق التضامن والتكافل الاجتماعي ونحافظ على ترابط

العلاقات بين أفراد المجتمع الواحد، **بقوله تعالى ﴿وَتَعَاوَنُوا عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَىٰ وَلَا تَعَاوَنُوا عَلَى الْإِثْمِ وَالْعُدْوَانِ وَاتَّقُوا اللَّهَ إِنَّ اللَّهَ شَدِيدُ الْعِقَابِ﴾** [‡] الذي أراد به الله عز وجل أن يحثنا على

[†] للتوضيح أكثر راجع الجانب النظري: ص-ص 78-99.

[‡] سورة المائدة، الآية 2.

التعاون الايجابي لا السلبي ،لما له دور ايجابي في توطيد وديمومة العلاقات الإنسانية، كما أراد الله عز وجل أن يكون هذا التعاون بين جميع أفراد المجتمع أي أنه لا يقتصر على أفراد الأسرة الواحدة مصداقا لقوله تعالى ﴿لَيْسَ الْبِرُّ أَنْ تُولُوا وَجُوهَكُمْ قِبَلَ الْمَشْرِقِ وَالْمَغْرِبِ وَلَكِنَّ الْبِرَّ مَنْ آمَنَ بِاللَّهِ وَالْيَوْمِ الْآخِرِ وَالْمَلَائِكَةِ وَالْكِتَابِ وَالنَّبِيِّينَ وَآتَى الْمَالَ عَلَى حُبِّهِ ذَوِي الْقُرْبَىٰ وَالْيَتَامَىٰ وَالْمَسَاكِينَ وَابْنَ السَّبِيلِ وَالسَّائِلِينَ وَفِي الرِّقَابِ وَأَقَامَ الصَّلَاةَ وَآتَى الزَّكَاةَ وَالْمُوفُونَ بِعَهْدِهِمْ إِذَا عَاهَدُوا وَالصَّابِرِينَ فِي الْبَأْسَاءِ وَالضَّرَّاءِ وَحِينَ الْبَأْسِ أُولَئِكَ الَّذِينَ صَدَقُوا وَأُولَئِكَ هُمُ الْمُتَّقُونَ﴾[§]. من خلال ما تقدم ندرك مدى التزام أفراد المجتمع الأغواطي بالقيم والمبادئ الدينية التي ركزت كثيرا على ضرورة المحافظة على العلاقات الاجتماعية لما لها دور في حماية الفرد والمجتمع ويظهر ذلك جليا من خلال ما توصلت له نتائج هذه الفرضية والتي أثبت من خلالها الغياب التام نسبيا لكل مؤشرات التوتر داخل النسق الأسري وبرهنت على أن الضغوط الأسرية لم تكن سببا في إصابة عينة البحث بالمرض المزمن.

أي أن العوامل السوسيو-ديمغرافية أظهرت الغياب الكلي نسبيا لكل عوامل الاضطراب داخل النسق الأسري للمبحوثين والتي ظهرت من حيث الوسط المعيشي، فغالبية المبحوثين المصابين بالمرض المزمن هم يقيمون بالوسط الحضري إلا أن هذا لم يحدث خلا على مستوى البناء الأسري ولم يؤثر على طبيعة علاقاتهم الأسرية ولا على ترابطها، خاصة وأننا نعلم بأن البيئة الحضرية تعرف تغيرا دائما ومستمرًا سواء من الناحية العمرانية أو السكانية أو الاجتماعية مما يساهم في تعقد الحياة بها والذي يؤدي بدوره إلى انتشار المشاكل الاجتماعية المتعددة المرتبطة بكل جوانب الحياة والذي يكون له انعكاس سلبي على البناء الأسري على عكس الوسط الشبه حضري الذي تتميز بيئته الاجتماعية بالاستقرار والهدوء مع انخفاض جزئي في معدلات الضغوط الاجتماعية، إلا أن عوامل التغير الاجتماعي برزت مؤشرات على مستوى الوسط الحضري فقط من حيث انتقال البنية الأسرية من أسر ممتدة إلى أسر نووية.

[§] سورة البقرة، الآية 177.

ويتضح كذلك غياب مسببات الضغوط الأسرية من خلال المؤشرات الديمغرافية كالجنس والسن، فنجد كلا من الجنسين يؤكدون بأنهم كانوا يناقشون مشاكلهم في وسطهم الأسري قبل إصابتهم بالمرض، هذا ما كان يساعدهم على التخلص من التوتر الانفعالي الذي كانت تسببه هاته المشاكل الاجتماعية التي كانوا يتعرضون إليها في حياتهم اليومية، أي أن هذا الحوار والتفاعل الايجابي بين المبحوثين وأسرهم كان يخفف من حدة الضغوطات عليهم ويغرس الثقة المتبادلة بين المتفاعلين الاجتماعيين في أسرهم، لذا فإن المشاكل الصحية التي أصابت أفراد العينة لم يكن سببها مشاكلهم الأسرية ذلك لدى كل الفئات العمرية من 25 سنة فما فوق.

كما أن وجود الدعم المعنوي من طرف عائلات المبحوثين بالإضافة لوجود من هو مصدر عون حقيقي لهم من أفراد أسرهم ساهم بمعدل كبير جدا في مقاومتهم للضغوط التي كانوا يتعرضون لها، أي أن الوسط الأسري الذي يحاول المحافظة على وظائفه الاجتماعية كتأمين بيئة اجتماعية أساسها المساندة والدعم الاجتماعي وغرس قيم وعادات سليمة تؤهل أفرادها للتكيف مع ما تفرزه التغيرات المجتمعية، وتعينه على الرغبة في الاستمرارية في الحياة، ونسترشد في هذا إلى أحد رواد التفاعلية الرمزية "انسلم ستراوس" الذي يرى بأن هناك شبكة معقدة من الفاعلين الذين يشاركون في المسار المرضي وذلك في إنتاج الصحة والمرض ولا تقتصر على المريض والطبيب، وهذا ما يؤكد ما أشار له علماء الاجتماع بأن الأسرة ليست مجرد تجمع بيولوجي بل هي كذلك نسق من العلاقات الاجتماعية المستمرة، خاصة وأن تصريحات المبحوثين أكدت على غياب الخلافات العنيفة داخل وسطهم الأسري أي أن قلة الصراعات وقلة التضارب بين أفراد الأسرة زاد من نسبة التوافق بين الفرد وأسرته وأزاح عوامل الخطر التي تعكر صفو الأسر، و قلص من مدة التوتر لديهم والتي كانت لا تدوم طويلا خاصة في حالة حدوث بعض المشاكل الأسرية.

إلا أن هذا كله لم يمنع من ظهور بعض الخلافات داخل الأسرة والتي كان سببها مادي في غالب الأمر، فهذا التداخل بين العوامل الاجتماعية يؤكد على تداخل الأنساق الاجتماعية مع بعضها البعض وأنها تتأثر ببعضها البعض مما يكون له انعكاسات سلبية وإيجابية على الفرد

والبناء الاجتماعي ككل، ويظهر هنا جليا تأثير النسق السوسيو-اقتصادي على النسق الأسري، فنلاحظ أنه بالرغم من توازن واستقرار العلاقات الأسرية لكن ضعف العامل المادي يساهم في خلخلة هذه العلاقات من حين لآخر أي أنه من عوامل الضغط القوية التي يكون لها تأثير سلبي على الفاعلين الاجتماعيين وهذا ما أثبتته كذلك النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى وهذا نظرا للدور الكبير الذي يلعبه العامل الاقتصادي في حياة الأفراد، وهذا ما يبرر بأن المشاكل الصحية التي تصيب الفرد تتأثر كثيرا بالمشاكل الاجتماعية التي تصيب الأسرة، وهذا يتوافق كثيرا مع ما أشار له "انسلم سترأوس" الذي كان سباقا في دراسة ظاهرة الأمراض المزمنة معطيا بذلك نظرة واضحة حول دور العوامل الاجتماعية في الإصابة بالمرض الذي يعتبره كظاهرة اجتماعية وليست طبية فقط، مركزا بذلك على المشاكل الاجتماعية والنفسية التي تواجه المريض وأسرته في الحياة الاجتماعية.

نستطيع القول بأن التوتر الدائم في العلاقات الاجتماعية يكون له انعكاس سلبي على نفسية الفرد التي تفقده نشاطه وقدرته على ضبط انفعالاته والتي تنعكس على علاقاته ونمط تفاعله مع الآخرين فيشعره بالاغتراب الذي يولد له عجز صحي في نهاية المطاف جسدي كان أم نفسي، وهذا ما يثبت لنا السب وراء نبذ ديننا الحنيف لمثل هذه الصراعات والخلافات حتى وإن كانت حقيقة اجتماعية تعيشها مختلف الفئات الاجتماعية وهي طبيعية في بعض الحالات حين تضبطها أطر خلقية وتفرضها أطر تنافسية مثل ما يحدث بين الطلاب والرياضيين والسياسيين....إلى غير ذلك، والتي تزول بتحقيق الهدف المرغوب فيه من قبل الأفراد وتعود معه سمات التكافل الاجتماعي والتعاون والمساندة الاجتماعية مصداقا لقوله تعالى ﴿وَإِنْ طَائِفَتَانِ مِنَ الْمُؤْمِنِينَ اقْتَتَلُوا فَأَصْلَحُوا بَيْنَهُمَا فَإِنْ بَغَتْ إِحْدَاهُمَا عَلَى الْأُخْرَىٰ فَقَاتِلُوا الَّتِي تَبْغِي حَتَّىٰ تَفِيءَ إِلَىٰ أَمْرِ اللَّهِ فَإِنْ فَاءَتْ فَأَصْلَحُوا بَيْنَهُمَا بِالْعَدْلِ وَأَقْسِطُوا إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ الْمُقْسِطِينَ، إِنَّمَا الْمُؤْمِنُونَ إِخْوَةٌ فَأَصْلَحُوا بَيْنَ أَخَوَيْكُمْ وَاتَّقُوا اللَّهَ لَعَلَّكُمْ تُرْحَمُونَ﴾ ** ، فديننا أراد الحفاظ والعمل على تقوية روابط هذه العلاقات الاجتماعية بين الأفراد لما لها من ايجابية اتجاه الفرد

** سورة الحجرات، الآية 9-10.

والمجتمع لأن ارتفاع البناء الاجتماعي واستقراره يتوقف على وحدة أفرادهم وتماسكهم، كما أنه أراد تهذيب هذه العلاقات والمحافظة عليها لان الإنسان مدني بطبعه وحتمية اجتماعه مع الآخرين هي إلزامية الوجود الإنساني التي تفرض عليه التواصل والتفاعل مع الآخرين، لذا فان البناء الأسري القوي المتماسك الذي يحافظ على سلامة أفراد من خلال بناء علاقات سليمة أساسها المحبة والتفاهم والمساندة الاجتماعية يكون له انعكاس ايجابي على البناء الاجتماعي ككل ألا وهو المجتمع الذي يكون متينا وقويا، لأن النسق الأسري يعتبر العمود الفقري للمجتمع لأنه الركيزة الأساسية واللبنة الأولى التي يبني عليها توازنه واستقراره.

ونتائج هذه الدراسة أثبتت لنا الدور الايجابي لهذه العلاقات الاجتماعية الأسرية على المبحوثين من كلا الجنسين ولدى كل الفئات العمرية والمبينة على الدعم المعنوي والمساندة الاجتماعية والتي تبتعد كثيرا عن الصراعات والخلافات سواء قبل أو بعد إصابتهم بالمرض المزمن، ففضلها كانوا ومازالوا يحافظون على راحتهم النفسية، لذا نستطيع القول بأن الفرد يتغذى وبحيا بقوة هذه العلاقات لما لها من انعكاس ايجابي على صحة الفرد خاصة بعد إصابته بالمرض والتي من خلالها يمكنه مجابهة ومقاومة صعوبات المرض. لكن بالرغم مما أثبتته هذه النتائج عن غياب التوتر في العلاقات الأسرية الأغواطية وبأنها لا تعتبر من عوامل الضغط السلبية لدى الفرد إلا أن هذا لم يمنع من إصابته بالمرض وهذا لولوج عوامل أخرى أثرت على استقرار أفراد النسق الأسري وعلى صحتهم بطريقة غير مباشرة من أبرزها الحالة الاقتصادية وهذا ما ظهر جليا من خلال هذه الفرضية بالإضافة لوجود عامل آخر وهو العامل البيولوجي أي العوامل الوراثية والتي كانت سببا في إصابة نسبة معتبرة من المبحوثين بالمرض، ومن هنا نستطيع القول بأن وجود الاستعداد الوراثي وتفاعله مع المسببات الاجتماعية أي الضغوط الاجتماعية يساهم في تعجيل الإصابة بالمرض المزمن وهذا ما أثبتته الدراسات الحديثة كذلك، كما أن هناك عوامل اجتماعية أخرى أظهرتها نتائج الفرضية الأولى كفقدان الزوج أو الابن والنمط الغذائي السيئ بسبب المستوى المعيشي المتوسط ومشاكل الأولاد والعشرية السوداء، وهذا ما أكدته دراسة "تالكوت بارسونز" و "فوكس" بأن معدل الإصابة

بالمرض يرجع إلى خلل وظيفي في النسق الاجتماعي لأن المرض والاستجابة يرتبطان بالبناء الاجتماعي، إلا أنهما استبعدا الدور العلاجي للأسرة والمريض نفسه وأن المؤسسات العلاجية يمكنها أن تكون بديلا لذلك، ونستطيع القول أن هذه النظرة السلبية أو الدونية لكل من الدور الذي تلعبه الأسرة والمريض في مكافحة المرض والتي تتميز بالمركزية سببه أن هذه الدراسة تمت أثناء انتشار الأمراض الحادة .

الفرضية الثالثة: تدني الدخل المادي الأسري وعلاقته بانتشار الإصابة بمرض الضغط الدموي وداء السكري.

أظهرت نتائج الفرضية الثالثة أنه ليست هناك استقلالية بيت متغيرات الدراسة وذلك وفقا للمعامل الإحصائي كاف تربيع الذي تم تطبيقه على غالبية الجداول ومعاملات الارتباط التوافق والاقتران التي أبرزت أن هناك ارتباط طردي متوسط، ومن هذا المنطلق أبرزت نتائج هذه الفرضية بأن الضغوط الاقتصادية التي تعاني منها الأسرة بسبب تدني دخلها المادي تساهم وبطريقة غير مباشرة في الإصابة بمرض الضغط الدموي والسكري.

إن الشيء الواضح والمؤكد أن هناك علاقة وطيدة بين العامل الاقتصادي والحالة الصحية للفرد لأنه يحدد قدرته الشرائية ومستواه المعيشي، لذا يعتبر من العقبات الرئيسية في تحقيق الاستقرار الاجتماعي الذي تتجر عنه السلامة الصحية، لذا فإن عدم كفايته يكون له انعكاسات على الفرد وأسرته، وهذا ما أثبتته نتائج دراستنا الحالية التي أوضحت بأن الضغوط الاقتصادية من العوامل المساهمة في الإصابة بالمرض المزمن وهذا راجع للدخل الشهري المنخفض الذي يعاني منه أفراد عينة البحث.

ومن بين أهم النتائج المتوصل إليها هو أن الرجل لازال يحتفظ بدوره الاجتماعي كمعيل لعائلته وهذا كونه المسؤول الوحيد على المصاريف المنزلية والدخل الشهري المنزلي قبل إصابته بالمرض المزمن عكس الإناث وهذا وفقا لتصريحات المبحوثين، وهذا بالرغم من دخول المرأة لمجال العمل بجانب الرجل ، وهذا له دلالة سوسيولوجية لكلا الجنسين وهو أن معدل التغير الاجتماعي في الأسر الأغواطية لم يصل ذروته وهذا كون الرجل ما زال يحافظ على مسؤوليته

كرب أسرة، كما أن اندماج المرأة في سوق العمل المأجور الذي يعرف ارتفاعا على مستوى مدينة الأغواط وهذا ما أظهرته هذه الدراسة التي أبرزت التقارب في النسب ما بين الجنسين في مجال العمل، إلا أن هذا لم يساهم في تغيير دورها الأسري بشكل كلي وتام، خاصة وأن الخلفية الثقافية لا زالت تسيطر على نمط مسؤولياتها التي لازالت عليها فيما يخص تربية الأولاد وكل ما يتعلق بوظائفها المنزلية، إلا أن هذا يوضح مدى المسؤولية المضاعفة لدى المرأة والتي تضاعف من حجم الضغوط عليها، لكن يبقى الدور البارز للذكر كعضو فاعل في توفير وتسيير الميزانية الأسرية دلالة على ثقل المسؤولية الاجتماعية التي يتحملها الذكور والتي خلقت لهم ضغوطات أسرية، وهذا ما أثبتته نتائج الفرضية الثانية التي أظهرت بأن هناك خلافات أسرية كان سببها مادي بالدرجة الأولى، وهذا ما يوضح الصعوبة التي يتلقاها المبحوثين بسبب عدم قدرتهم على التوفيق بين المتطلبات الأسرية والدخل الذي يتقاضونه والتي وجدت لدى غالبية المبحوثين بمختلف المداخل ونسبة كاملة لدى الأفراد ذوي الدخل الضعيفة، وهذا ما يبرز المعاناة الواضحة جدا لذوي الدخل المنخفض، إلا أن هذا الاختلاف لم يمنع من شعور غالبية المبحوثين بأن مستوى الدخل الذي كانوا يتقاضونه لا يلبي حاجاتهم وحاجات أسرهم بالرغم من أنه يتصرفون في دخولهم بمفردهم.

كما أن الحالة المعيشية للمبحوثين والتي تركزت في المستوى المتوسط لها دلالة قوية على الضعف القاعدي الذي يسببه الدخل وهذا ما أكد عليه المبحوثين بتصريحاتهم بأن ما يتحصلون عليه لا يلبي حاجاتهم وحاجات أسرهم خاصة فيما يتعلق بتزود منازلهم بالضروريات العامة للمعيشة والتي غابت تقريبا لدى كل المداخل باستثناء المداخل المرتفعة، هذا ما جعلهم يؤكدون بأن سبب إصابتهم بالمرض راجع لتدني دخلهم المادي مع عدم توافقه مع المتطلبات المعيشية الخاصة بهم وبأسرهم مما شكل ضغطا عليهم وعلى صحتهم، لكن نتائج هذه الفرضية أبرزت وجود فروق في تصريحات المبحوثين حول نظرتهم للعامل المسبب للمرض وذلك حسب نوع مرض كل منهم، حيث نجد مرضى الضغط الدموي أكثر تأثرا بالعامل الاقتصادي على عكس مرضى السكري، هذا ما يبرز أن هناك عوامل أخرى ساهمت في إصابتهم بالمرض وهذا

ما ظهر جليا في نتائج الفرضية الأولى والتي تركزت بقوة لدى إتباعهم لنمط غذائي سيئ، وهذا من بين العوامل المساهمة في رفع مستوى المتاعب الصحية وظهور العديد من الأمراض أهمها الضغط الدموي والسكري، لأننا نعلم بأن الغذاء الصحي يجب أن يكون متكاملًا سواء من الناحية الكمية أو النوعية أي البروتينات والفيتامينات والأملاح المعدنية إلا أن هذا مرتبط تمامًا بالعامل الاقتصادي الذي يعمل على تحقيقه، كما لا يمكن إغفال مستوى الوعي الصحي الذي يساهم في السلامة الصحية.

هذه النتائج توضح لنا بأن قوة العوامل الاجتماعية المتسببة في ظهور المرض تختلف من مرض لآخر، كما أنه يمكنها أن تشترك في ظهور نفس الأمراض المزمنة وهذا ما يبرز التداخل ما بين العوامل الاجتماعية وتأثيرها ببعضها البعض، وهذا نظرا لتعدد الظاهرة الاجتماعية وتداخل الأنظمة الاجتماعية مع بعضها البعض خاصة النظام الاقتصادي الذي برز تأثيره على الفرد في هذه الدراسة نظرا لتداخله مع النظم المهنية والأسرية التي يرتبط بها الفرد ارتباطًا وثيقًا، كما لا يمكن إغفال متغير الجنس والعامل البيولوجي أي العوامل الوراثية التي تحمل الجينات الحاملة للمرض المزمن والتي ظهرت بنسبة معتبرة بين المبحوثين، وهذا ما أشارت له الدراسات العلمية حول دورها الكبير في ظهور المرض المزمن بالإضافة للأبحاث الحديثة التي تشير للعلاقة التفاعلية بين العوامل الاجتماعية والمرض المزمن أي أن قوة الضغوط الاجتماعية تساهم في تفعيل الجينات الوراثية مما يساهم في تعجيل الإصابة بالمرض المزمن.

الفرضية الرابعة: تفاعل مسببات الضغوط الاجتماعية مع العوامل الوراثية ومساهمتها في

تعجيل الإصابة بمرض الضغط الدموي و داء السكري.

أبرزت نتائج الفرضية الرابعة وذلك وفقا لنظرة الأطباء في ذلك إلى أن مسببات الضغوط الاجتماعية تساهم في تفعيل الجينات الوراثية مما يعجل انتشار الإصابة بالمرض المزمن. إن الدور الاجتماعي للطبيب يعطيه المسؤولية المباشرة للاهتمام بالوضعية الصحية للمريض، لذا يعتبر أكثر فاعل اجتماعي يكن له دراية بالأحوال والمشاكل الصحية للمريض

وبالعوامل التي ساهمت في إصابته بالمرض، وهذا نظرا للعلاقة التي تربطهما ببعضهما البعض كـمعالج يود تطبيق خبراته ومعلوماته الطبية وحصوله في نفس الوقت على كل المعلومات الخاصة بالمريض والمرض، وهذا من أجل التشخيص الجيد ومساعدة المريض على التحسن والشفاء، والفاعل الاجتماعي الآخر في هذه العلاقة هو المريض الذي يرى الطبيب كشخص مؤهل علميا لمساعدته في تحديد مرضه وتوضيحه له وإعادة بث الثقة فيه، فهذا التفاعل الاجتماعي بين الطبيب والمريض هو ما قادنا إلى اللجوء للأطباء للاسترشاد برأيهم الطبي وخبرتهم الميدانية لاختبار الفرضية الرابعة لهذه الدراسة، والتي اتضح لنا من خلالها العديد من النقاط أهمها هو تأكيدهم على العلاقة التفاعلية بين الضغوط الاجتماعية والعوامل الوراثية وذلك من خلال مساهمة العوامل الاجتماعية في تفعيل الجينات الوراثية الحاملة للأمراض المزمنة مما يعجل في ظهور وانتشار هذه النوعية من الأمراض، إلا أن هذا يتوقف على نوعية هذه الضغوط ومدى قوة تأثيرها على الفرد الذي لديه استعدادا وراثيا للإصابة بمثل هذه النوعية من الأمراض، ونستطيع القول بأن "نظرية الأسباب المتعددة للمرض"^{††} قد برزت قوتها وفعاليتها من خلال هذه الدراسة كونها أكثر النظريات التي أشارت إلى تعدد العوامل المسببة للمرض فجمعت بين ما هو بيئي وبيولوجي واجتماعي، مشيرة إلى أنه في حالة تغلب العوامل السلبية فإن سيكون هناك ظهور للحالات المرضية والعكس صحيح في حالة تغلب العوامل الإيجابية التي ستحافظ على سلامة الصحة للأفراد، وهذا يتوافق مع تصريحات الأطباء لكن أهملوا تطرقهم لدور العوامل البيئية وهذا لأنهم يركزون على أهم العوامل المرتبطة بالأفراد على مستوى مدينة الأغواط خاصة المصابين بمرض داء السكري والضغط الدموي ومضيفين كذلك تأثير العوامل الديمغرافية في انتشار الإصابة بهذه الأمراض.

بحيث أشاروا إلى أن أهم العوامل المؤثرة على صحة الأفراد والمساهمة في ظهور الأمراض المزمنة كالضغط الدموي والسكري تتجلى في عوامل غير متغيرة كالسن والجنس والوراثة، وعوامل متغيرة كالسمنة، قلة ممارسة الرياضة، الغذاء الغير صحي، التدخين، تدني المستوى

^{††} راجع الجانب النظري: ص. 169.

المعيشي، المشاكل الأسرية، الضغط النفسي، ضغوط العمل... إلى غير ذلك، نرى بأن تعدد وتداخل الأسباب المساهمة في ظهور هذه الأمراض هو ما أدى إلى صعوبة فهم هذه الظاهرة الاجتماعية بشكل جيد، لأنها لا تنحصر في باب واحد أي ما هو اجتماعي فقط، إلا أن هذا لم يستثني تصريح الأطباء للدور القوي الذي تلعبه العوامل الاجتماعية كالضغوط المهنية والأسرية والاقتصادية في الرفع من انتشار الإصابة بالأمراض المزمنة لدى كل فئات المجتمع مع تضاعفها لدى الفئة التي لديها استعدادا وراثيا لأنها تعتبر كمحفزات تهدد بنيتهم البيولوجية، لكن هذا لا يعتبر دليلا قاطعا أو كقاعدة ثابتة لإصابة كل من له جينات وراثية حاملة للمرض، لكنهم يعتبرون من أكثر الشرائح المهددة بالإصابة في حالة تعرضهم لضغوطات سلبية تفوق طاقتهم مما يحد من قدرتهم على تحملها.

وما أضافه الأطباء هي تلك التأثيرات المضاعفة التي تسببها الضغوطات الاجتماعية وذلك بعد إصابة الفرد بالمرض، والتي تكون في غالب الأحيان كبيرة وكثيرة جدا على النواحي النفسية والاجتماعية، خاصة وأن المرض المزمن يتصف بالامتداد الزمني الطويل والدائم في حياة الفرد والذي يضعف من قدرته، خاصة عندما يصاب بأمراض أخرى ترفع من حجم ضعفه الجسدي والصحي وتؤثر على أداء مهامه وواجباته والتي قد تصل به لفقدان دوره الاجتماعي، وهذا ما أشار رائد الوظيفة "تالكوت بارسونز"^{##} حول الخطر الذي يسببه المرض وهو أن دوره لا يقتصر على إحداث اضطرابات بيولوجية لدى الفرد وإنما يؤثر على سلوكياته ونمط حياته وخاصة دوره الاجتماعي. كما أن تأثير هذه الضغوط حسب الأطباء يتوقف على شخص المريض بحد ذاته وعن درجة تقبله لمرضه التي تحدد سلوكياته اتجاه التعامل مع هذه الضغوط التي تفرضها الحياة الاجتماعية بإيجابياتها وسلبياتها.

وهناك نقطة مهمة أبرزها الأطباء وهي أن درجة الوعي الصحي والوقائي التي قد تمتلكها هذه الفئة من المرضى يكون لها دور ايجابي في استقرار الحالة الصحية لهم وتمكنهم من عدم ظهور مضاعفات صحية أخرى، لأن غياب هذا الوعي الصحي لدى المرضى سيزيد من حدة

^{##} راجع الجانب النظري: ص. 168.

تأثير الضغوط الاجتماعية عليهم، ويجعلهم مؤهلين لمخاطر وتوقعات صحية خطيرة يكون مصيرها الوفاة والإعاقة، لكن للأسف يجدون بأن غالبية المرضى لا يملكون هذا الوعي الصحي بالرغم من الشرح الدائم للمريض والمتواصل والحملة التحسيسية، وهذا متواجد خاصة لدى ذوي المستوى المعيشي والتعليمي المتوسط والمنخفض تماما كونهم أكثر شريحة لها اتصال بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بالأغواط عكس التواجد المحتشم إن صح التعبير لفئة المثقفين على مستوى المؤسسة، والذين لا يجد الطبيب صعوبة معهم كونهم يتبعون إرشاداته الطبية ويلتزمون بها ويحافظون على توازنهم الصحي بسبب وعيهم الصحي والوقائي الايجابي اتجاه مرضهم، وهنا نستطيع القول بأن "المنظور الثقافي"^{§§} قد أبرز دور القيم الثقافية التي تكسب الفرد مجموعة من السلوكيات السلبية والايجابية في نفس الوقت وتحدد نمط عيشه و كيفية تعامله مع الظروف الاجتماعية التي يستطيع بها مواجهة المشكلات، وفي نفس الوقت بإمكانها أن تنعكس على الجانب الصحي للفرد وترج به في بوتقة المشاكل الصحية الخطيرة. ومن هنا قد يبرز لنا طرح إشكال جديد وهو بالإضافة للعوامل الاجتماعية والوراثية هل لتدني الوعي الصحي لأفراد المجتمع الأغواطي علاقة بانتشار الإصابة بالأمراض المزمنة؟

وفي الأخير أرشدنا الأطباء إلى مجموعة من النصائح والتوجيهات أو الحلول الصحية التي يفترض على الفرد الالتزام بها قبل وبعد إصابته بالمرض، من أجل تسهيل استمرارية بقائه والحفاظ على سلامة صحته، وذلك بالالتزام بإتباع سلوكيات صحية كالحمية الغذائية، ممارسة الرياضة لما لها دور في اختزال الضغوط النفسية الاجتماعية وتحقيق السلامة الجسدية، تقادي التدخين، بالإضافة للعلاج الدوائي للمرضى وإجراء الفحوصات الطبية ومراجعة الطبيب، وتقادي التدخين، والتعايش مع الضغوط بشتى أنواعها ومحاولة تقايدها ومسايرتها والتكيف معها للتخفيف من حدتها ، وهذا ما أشار له "فoster"^{***} الذي يرى بأن ما يسببه المرض يتوقف على استراتيجيات التكيف الاجتماعي والثقافي للفرد، وركز الأطباء على شيء هام آخر ذا بعد

§§ للتوضيح أكثر راجع الجانب النظري:ص.165.

*** للتوضيح أكثر راجع الجانب النظري:ص.166.

اجتماعي وهو أهمية المساندة الاجتماعية التي يحتاجها كل واحد منا، والتي تتضاعف ايجابياتها لدى المريض بحكم ما يخلفه المرض من ضغط على حالته النفسية، لذا فالدعم الاجتماعي المبني على التفاعل الايجابي بين الأفراد وبين الطبيب والمريض من شأنه أن يرتقي بدرجات الصحة إلى مستوى ايجابي إن صح التعبير، خاصة في وقتنا الحالي الذي تعرف بيئته الاجتماعية تغيرا دائما ومتسارعا، مما خلق نوعا من الصراع الدائم بين أنساق البناء الاجتماعي بايجابياته وسلبياته.

الختمة

الخاتمة:

بالنظر لما تشكله الصحة العامة من أهمية كبرى في تقدم المجتمعات وتطورها واستقرار بنائها الاجتماعي، فإن دراسة المرض والعوامل المسببة له يعتبر من الأولويات التي يجب الاهتمام بها والوقوف عليها، وهذا ما عمدت له دراستنا والمتمثلة أساسا في الكشف عن دور المتغيرات الاجتماعية في انتشار الإصابة بالأمراض المزمنة مع الأخذ بالتأثير المتبادل بين العوامل البيولوجية و الضغوط الاجتماعية وعلاقتها بهذه النوعية من أمراض العصر، خاصة مع ما أشار له رواد البنائية الوظيفية والتفاعلية الرمزية بأن المرض ظاهرة اجتماعية وأنه من الحقائق الاجتماعية، وهذا ما أثبتته العصر الحالي الذي يعرف ارتفاعا كبيرا ومستمر في الأمراض المزمنة كالضغط الدموي وداء السكري والتي أصبحت تسير تزامنا مع التغيرات الاجتماعية التي يعرفها مجتمعنا الجزائري.

ووفقا لهذه الدراسة اتضح لنا بأن الضغوط الاجتماعية من القضايا المتصلة بالمرض، وبأن المرض ظاهرة اجتماعية وبيولوجية لا يمكن دراستهما وفهماهما بمعزل عن هذه المتغيرات. حيث أكدت نتائج هذه الدراسة أن العوامل السوسيو-مهنية والاقتصادية تساهم في انتشار الإصابة بالأمراض المزمنة كالضغط الدموي وداء السكري مع بروز دور المتغيرات الديمغرافية كالجنس والسن في التأثير في المرض واللذان ظهرا كذلك في الضغوط الأسرية التي سجلت الغياب التام كونها لم تساهم في انتشار الإصابة بهذه النوعية من الأمراض، كما أكد الأطباء على الدور البارز للضغوط الاجتماعية في الإصابة بالمرض خاصة عند تفاعلها مع العوامل الوراثية فهو شيء وارد وحتمي، لأن الضغط المضاعف يؤدي إلى كسر القابلية الوراثية للإصابة بالأمراض المزمنة.

انطلاقا مما سبق ذكره ندرك بأن البيئة التنظيمية التي يعمل فيها الأفراد تعتبر من المعوقات الصحية، لأن العمل الذي يعجز بالضغوط تكون له نتائج سلبية تنعكس على صحة أفرادها ، خاصة وأن كمية العمل المجهد الذي تسببه المسؤوليات الملقاة على عاتقهم ، والأعمال الكثيرة التي لا يتمكنون من انجازها خاصة خلال ساعات الدوام الرسمي بسبب المهام

والمسؤوليات المتعددة التي يكلفهم بها رئيسهم في وقت واحد والتي تضطربهم للعودة بعد انتهاء الدوام الرسمي لانجازها، فهذا كله يضاعف من حدة الضغوط عليهم ويجعل له انعكاسات سلبية على النواحي النفسية والاجتماعية والصحية للأفراد، لذا نجدها تحدث لهم خلاصيا يترجم إلى أمراض مزمنة كداء السكري والضغط الدموي وهذا طبعا ما توصلت له دراستنا، إلا أنها أظهرت فروقا في درجة تأثيرها بين الجنسين وبين الفئات العمرية هذا ما يعتبر من العلامات البارزة التي تبرهن بأن هناك اختلافا في درجة تأثير العوامل الضاغطة وفقا للجنس والسن والمتعلقة بحجم المسؤوليات وساعات العمل الإضافية، ولعل هذا راجع للخلفية الثقافية والدينية لأفراد المجتمع الأغواطي الذي لازال يراعي مكانة المرأة ويراعي الفروقات البيولوجية والاجتماعية لها، كما أن الصراعات التي تحدث في إطار العمل بسبب سوء العلاقات المهنية مع الزملاء ورئيس العمل، وعدم الرضا الوظيفي لدى الأفراد بسبب عدم توافق الراتب مع الجهد المبذول، أخذت حصة الأسد في رفع حجم الضغوطات على الأفراد واستنفذت كل طاقاتهم التي تؤهلهم لمقاومة الضغوطات المهنية، وحطمت كل أطر المساندة الاجتماعية والدعم المعنوي بين الفاعلين الاجتماعيين، فهذا التفاعل السلبي بين الأفراد وبيئتهم المهنية عرض صحتهم للخطر وساهم في تحديد نوع إصابتهم بالمرض والذي ظهر بقوة لدى مرضى الضغط الدموي مقارنة بداء السكري، وهذا ما جرننا للنظر في العوامل الأخرى المساهمة في إصابتهم بالمرض وذلك وفقا لنتائج هذه الدراسة كالنمط الغذائي السيء، وفاة شخص عزيز، مشاكل الأولاد الدراسية ومع الجيران، الحدث السوسيو-أمني (العشرية السوداء).

ومن المتغيرات التي ظهر جليا بأنها من العوامل المساهمة في الحفاظ على استقرار الحالة الصحية للأفراد و سندا قويا لمواجهتهم للضغوطات التي تعترضهم قبل و بعد إصابتهم بالمرض المزمّن يكمن في ترابط العلاقات الاجتماعية داخل النسق الأسري والغياب الكلي نسبيا لكل عوامل الضغوط الأسرية ، فالدعم المعنوي والحوار والتفاعل الايجابي بين أفراد الأسرة الواحدة ومناقشة مشاكلهم مع بعضهم البعض غرس الثقة المتبادلة بينهم وأهلهم لمواجهة ما تفرزه التغيرات المجتمعية من ضغوطات يومية خاصة وأن معظمهم يقيمون في بيئة حضرية،

كما أن قلة الصراعات والخلافات الأسرية كان يخفف من حدة ومدة توترهم، لكن هذا لم يمنع من وجود عنصر دخیل يعكس صفو هذه العلاقات من حين لآخر ويكون سببا في حدوث الخلافات بينهم وهو الشق المادي بسبب ضعف الدخل الشهري للأسر وهذا وفقا لنتائج هذه الدراسة، وهذا يؤكد بأن الظاهرة الاجتماعية ذات جزئیات بنائية تحكمها علاقات ديناميكية، وهذا نظرا لتداخل الأنساق الاجتماعية فيما بينها وتأثيرها ببعضها البعض، أي أنه بالرغم من أن العلاقات الأسرية مبنية على المحبة والدعم المعنوي والتفاهم والمساندة الاجتماعية لكن ها لم تمنع ظهور المرض ولا انتشاره وهذا كونه مرتبط بعوامل أخرى منها ما هو بيولوجي كالاستعداد الوراثي الذي ظهر بين نسبة معتبرة من الأفراد بالإضافة لعوامل اجتماعية أخرى متداخلة فيما بينها تطرقنا لها سابقا. لكن نستطيع القول بأن التكافل الاجتماعي والمعنوي بين الأفراد بمختلف أعمارهم وجنسهم هو الذي مازال يقيهم إلى يومنا هذا من ضغوطات الحياة اليومية التي تلازم الفرد في مسيرته الحياتية بإيجابياتها وسلبياتها.

وفي سياق نتائج هذه الدراسة ظهر الدور الأعظم للمتغير السوسيو-اقتصادي في إعاقة قدرة الفرد على مسايرة متطلبات الحياة و رفع حجم الضغوط و كعامل قوي لانتشار أمراض العصر كالضغط الدموي والسكري، نستطيع القول ب أن الطبقة الاجتماعية المتوسطة أكثر إصابة وتضررا بالمرض وهذا ما أظهرته عدة مؤشرات كالمستوى التعليمي المتوسط والذي يتحدد من خلاله المركز الوظيفي بالإضافة للمستوى المعيشي المتوسط وتدني الدخل المادي للفرد الذي لا يمكنه من تلبية حاجاته وحاجات أسرته بسبب عدم توافقه مع المتطلبات المعيشية، فهذه عوامل كافية لندرك بأن العوامل الاجتماعية وبالأخص الاقتصادية كتدني الدخل المادي سببا في عدم محافظة الفرد على سلامة صحته وصحة أسرته وجعل لها دورا كبيرا في انتشار الأمراض المزمنة وسط هذه الفئة بالذات، كما أن الفروق بين الجنسين في درجة التأثير بالمستوى الاقتصادي يتوقف على من يتحمل مسؤولية المصاريف المنزلية والدخل الشهري المنزلي لأنه يضاعف من حجم الضغوط على الفرد وهذا ما أظهرته هذه الدراسة التي أبرزت الدور الفعال للرجل في تحمل مسؤولية أسرته، فهذا سلبي من حيث سلامته الصحية لكن

إيجابيته تظهر في كونه مازال يحافظ على دور هـالاجتماعي كمعيل لأسرته، لكن هذا لا يمنع من التكافل المعنوي والمادي بين الطرفين وأفراد الأسرة ككل خاصة بعد خروج المرأة للعمل، بالإضافة لتغير نمط الحياة والاحتياجات الأسرية التي تتضاعف وتتضاعف معها منغصات الحياة اليومية، وما أوضحتة هذه الدراسة هو أن الضغوط الاجتماعية التي يسببها العامل الاقتصادي والمهني يهاهم في انتشار الإصابة بالضغط الدموي بالدرجة الأولى مقارنة بداء السكري.

وحسب النظرة الطبية فان الصحة هي مركب من القرائن الاجتماعية والوراثية، فالأفراد الذين يحملون جينات وراثية حاملة لمرض الضغط الدموي والسكري هم أكثر عرضة للإصابة بالمرض على غيرهم خاصة في حالة تعرضهم للضغوطات الاجتماعية السلبية التي تساهم في تفعيل هذه الجينات مما يساهم في تعجيل إصابتهم بهذه النوعية من الأمراض، وهذا ما أثبتته الدراسات العلمية والواقع المعيش الذي يشهد انتشارها لدى هذه الفئة، فتعقيدات الحياة والظروف الاجتماعية والبيئية التي يعيشون فيها ويمرون بها خاصة المتعلقة بالمستوى المعيشي والمحيط الأسري والمهني... إلى غير ذلك، تضاعف من حدة الخطر عليهم، كما لا يمكن أن نغفل عن دور المتغيرات الديمغرافية كالسن والجنس التي تفرض نفسها على الفرد والتي لها ارتباط وثيق بمثل هذا الأمراض المزمنة، إلا أن هذه الأخيرة لم يسلم منها حتى الأصحاء الذين ليس لديهم استعداد وراثي للمرض والذي أخذ يزداد انتشارها بينهم.

وتجدر الإشارة إلى نقطة مهمة وهي المخاطر أو التأثيرات السلبية لهذه الضغوط على المريض بعد إصابته بالمرض خاصة في حالة المستوى المعيشي المنخفض والذي لا يمكنه من رفع المستوى الصحي لديه، وذلك فيما يخص إتباع نظام غذائي يتوافق مع حالته المرضية، ناهيك عن الضغوط الأخرى والتي يتضاعف تأثيرها في حالة عدم تقبل المريض لمرضه، والذي يفتح لها بذلك الباب على مصرعي هـاللتل منة والتي تكون نتيجتها الحتمية الموت أو الإعاقة ، لذا فان تفادي هذه الضغوط قدر المستطاع ومحاولة تقبلها ومعايشتها وإتباع سلوكات صحية وقائية قبل وبعد الإصابة كممارسة الرياضة والالتزام بغذاء متوازن وسليم و بالعلاج

الدوائي والفحوصات الطبية ومراجعة الطبيب وتطبيق نصائحه، ستساعده على حفظ السلامة الصحية ومنع أو التقليل من ظهور أخطار التعقيدات التي يسببها المرض، لكن للأسف فما اتضح جليا من تصريحات الأطباء بأن الوعي الصحي والسلوك الوقائي ليس متوفر لدى جميع المرضى وذلك وفقا لعوامل اجتماعية وثقافية بالدرجة الأخرى والمتعلقة بالمستوى التعليمي والمعيشي المتوسط للأفراد والليذان لهما تأثير قوي في نوعية الممارسات الصحية والاستجابة للمعايير التي يفرضها عليهم المرض.

وفي الأخير نستطيع القول بأن الضغوط هي إحدى الحقائق الاجتماعية التي فرضها الواقع المعاش بسبب حركية المجتمع المصحوبة بالعولمة والتطور التكنولوجي السريع، وبما أن علاقة الفرد والمجتمع ذات وجهة ثنائية فكل منهما يؤثر في الآخر، لذا نجد الإنسان المعاصر قد نجح في استيعاب النمو المتسارع لمتطلبات الحضارة لكنه خسر بالمقابل راحته النفسية وسلامة صحته الجسدية، وجعلت من الأمراض تحديا حقيقيا للأفراد والمجتمعات، لكن من الخطأ أن نعتقد بأن الضغوط هدامة وسلبية دائما فهي ايجابية في حالة ما كانت معتدلة لأنها في مواقف معينة تعطي القوة والقدرة للفرد على مواجهة التحديات. وبهذا فان الضغوط الاجتماعية تعتبر من الظواهر الاجتماعية الحتمية التي لا يمكن الفكك منها وأن قدرا من الضغوط أمرا لا بد منه لاستمرار الحياة ، تتطلب منا توافقا وإعادة توافق مع البيئة الاجتماعية، وأن شأنها شأن الظواهر الحياتية لأن جذورها تتبع من أصل واحد وهو ديناميكية المجتمع وبالتالي لا نستطيع أن نكون بمنأى عنها ولا تجاهلها أو رفضها.

المراجع

قائمة المراجع

I. المراجع باللغة العربية :

■ القرآن الكريم .

أولاً : المعاجم والقواميس .

1. محمد بن أبي بكر بن عبد القادر الرازي ،مختار الصحاح،المكتبة العصرية، بيروت ،1997م
2. دينكن ميتشال ، معجم علم الاجتماع، ترجمة:إحسان محمد الحسن ، ط 2، دار الطليعة ، بيروت،1986.
3. سارة قاسم ، المعجم المصور في الهندسة الوراثية، دار المعرفة، دمشق ،1992م.
4. الشيخ محمد عبده، نهج البلاغة، ج3، دار القارئ للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت،2007.
5. عبد العليم حنفي ، موسوعة الطب النفسي ، مكتبة مدبولي، القاهرة، 1999م.
6. عبد المؤمن الحنفي ،المعجم الشامل لمصطلحات الفلسفة، ج 2، مكتبة مدبولي، القاهرة،2000.
7. عدنان أبو مصلح، معجم مصطلحات علم الاجتماع ، دار أسامة للنشر والتوزيع ، عمان، 2015 م .
8. محمد عاطف غيث، قاموس علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية ،1992.
9. محمد مرتضى الحسيني الزبيدي، تاج العروس ،الجزء5، المطبعة الخيرية، مصر، 1306 .
- 10.نخبة من الأساتذة، المرجع في مصطلحات العلوم الاجتماعية ، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ب س.

ثانياً : الكتب الخاصة بالمنهجية

1. بوحوش عمار، الذنبيات محمد محمود،مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث،ديوان المطبوعات الجامعية،الجزائر ، 1995.
2. دونالد أري وآخرون، مقدمة للبحث في التربية ، ترجمة:سعد الحسيني، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الأردن،2013.
3. رشيد زرواتي، تدريبات على منهجية البحث في العلوم الاجتماعية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2002.
4. ريمون كوفي،لوك فان كمبنهود، دليل الباحث في العلوم الاجتماعية ، ترجمة: يوسف الجبالي،المكتبة العصرية للطباعة والنشر، بيروت،1997.
5. زيدان عبد الباقي،قواعد البحث الاجتماعي،ط2،مطبعة السعادة،القاهرة،1974.

6. سعيد سبعون، حفصة جرادي، الدليل المنهجي : في إعداد المذكرات والرسائل الجامعية في علم الاجتماع، دار القصة للنشر، الجزائر، 2012.
 7. عبد الفتاح محمد دويدار، مناهج البحث في علم النفس، دار المعرفة الجامعية، القاهرة، 2000.
 8. عميرة إبراهيم، حتى نفهم البحث التربوي، دار المعارف، القاهرة، 1981.
 9. غريب سيد أحمد، تصميم وتنفيذ البحث الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1998.
 10. فاطمة عوض صابر، ميرفت علي خفاجة، أسس ومبادئ البحث العلمي، مكتبة ومطبعة الاشعاع الفنية، الاسكندرية، 2002.
 11. فوزي غرابية وآخرون، أساليب البحث العلمي في العلوم الاجتماعية والإنسانية، ط3، دار وائل للنشر، عمان، 2002.
 12. فيصل عباس، إشكالية المعالجة النفسية، ط2، دار الميسر، بيروت، 1983.
 13. محمد عبيدات وآخرون، منهجية البحث العلمي: المراحل والقواعد والتطبيقات، ط2، دار وائل للنشر، عمان، 1999.
 14. محمود عبد الحليم المنسي، مناهج البحث العلمي في المجالات التربوية والنفسية، دار المعرفة الجامعية للنشر والتوزيع، 2011.
- ثالثاً : الكتب الخاصة بالموضوع**
1. إحسان محمد الحسن، علم الاجتماع الطبي، دراسات تحليلية في طب المجتمع، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، ط2، 2010م.
 2. إحسان محمد الحسن، علم الاجتماع العائلة، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، 2005.
 3. أحمد صقر عاشور، السلوك الإنساني في المنظمات، دار الجامعات المصرية، الإسكندرية، 1978.
 4. أحمد عبد اللطيف وحيد، علم النفس الاجتماعي، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، 2001م.
 5. أحمد عكاشة، الطب النفسي المعاصر، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 1992م.
 6. أحمد محمد بدح وآخرون، الثقافة الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن، ب س .
 7. أحمد نايل الغرير، أحمد عبد اللطيف أبو أسعد، التعامل مع الضغوط النفسية، دار الشروق، الأردن، 2009 .

8. أسامة ربيع أمين سليمان، التحليل الإحصائي باستخدام برنامج spss ، ط2، ب د ن: ب ب ن ، 2007.
9. إقبال إبراهيم مخلوف، العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1999.
10. ألفين توفلر، صدمة المستقبل: المتغيرات في عالم الغد، ترجمة: محمد علي ناصف، ط2، نهضة مصر للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 1990م.
11. أماني عبد المقصود، وتهاني عثمان، الضغوط الأسرية والنفسية: الأسباب والعلاج، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر، 2007م.
12. أماني موسى محمد، التحليل الإحصائي للبيانات، مركز تطوير الدراسات العليا والبحوث في العلوم الهندسية، القاهرة، 2007.
13. أميرة منصور يوسف علي، المدخل الاجتماعي للمجالات الصحية الطبية والنفسية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1999م.
14. أميرة منصور، يوسف علي، محاضرات في قضايا السكان والأسرة والطفولة، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1999.
15. أيمن الحسيني، هل تعاني من ارتفاع ضغط الدم؟: دواؤك الطبيعي من الأعشاب والغذاء، ب د ن، ب ب ن، ب س.
16. أيمن مزاهرة وآخرون، علم اجتماع الصحة، دار اليازوردي للنشر والتوزيع، عمان، 2003.
17. باميلا ديكنسون، علم الوراثة: ماهي هندسة الوراثة، الاستنساخ، والتعديلات الجينية؟، ترجمة مركز التعريب والبرمجة، الدار العربية للعلوم، بيروت، 2005م.
18. بودالي بن عون، رمضان بين الدين والاقتصاد: دراسة ميدانية، ب د ن، ب ب ن، 2014.
19. بيتر هانسون، ضغط العمل طريقك إلى النجاح: كيف تجعل من ضغوط حياتك وسيلة للتفوق، ترجمة: مكتبة جرير، مكتبة جرير للنشر، الرياض، 1996م.
20. توما جورج خوري، الشخصية مفهومها، سلوكها وعلاقتها بالتعلم، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت، 1996م.
21. جاسم محمد عبد الله محمد المرزوقي، الأمراض النفسية وعلاقتها بمرض العصر (السكر): دراسة استطلاعية لمعرفة مدى تأثير السكر في الدم لدى مرضى السكري، العلم والإيمان للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2008.
22. جان بودريار، المجتمع الاستهلاكي: دراسة في أساطير النظام الاستهلاكي وتراكيبه، ترجمة: أحمد خليل، دار الفكر اللبناني، بيروت، 1995.

23. جمعة سيد يوسف، إدارة الضغوط، دار الكتب المصرية، القاهرة، 2007.
24. حامد زهران، الصحة النفسية في العلاج النفسي، عالم الكتب، القاهرة، 1978.
25. حامد عبد السلام زهران، علم نفس النمو-الطفولة والمراهقة ، ط5، عالم الكتب، القاهرة، 1995م.
26. حسان شمسي باشا، ارتفاع ضغط الدم: الأسباب، الأعراض، العلاج ، ط4، دار القلم، دمشق، 2007.
27. حسن عبد الحميد أحمد رشوان ، دور المتغيرات الاجتماعية في التنمية الحضرية، دراسة في علم الاجتماع الحضري، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، 2004م.
28. حسين حريم، السلوك التنظيمي: سلوك الأفراد والجماعات في منظمات العمل ، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان ،الأردن، 2004م.
29. حمدي الفرماوي، رضا أبو سريع، الضغوط النفسية تغلب على الحياة، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 1989.
30. خليفة وليد السيد، مراد علي عيسى، الضغوط النفسية والتخلف العقلي: المفاهيم والنظريات والبرامج ، دار الوفاء للطباعة والنشر، الإسكندرية، 2007م.
31. رودى بيلوس، مرض السكري، ترجمة: هنادي مزبودي، دار المؤلف، الرياض، 2013.
32. زولت هارسنباي ريتشارد هتون ، التنبؤ الوراثي، ترجمة مصطفى إبراهيم فهمي، سلسلة عالم المعرفة، الكويت ، 1988م.
33. زينب محمود الشقير، الشخصية السوية المضطربة: نظرية الشخصية العصاب والذهان، اضطرابات الشخصية، المشكلات السلوكية، ط3، مكتبة النهضة المصرية، مصر، 2005.
34. سارا بروير، التغلب على ارتفاع ضغط الدم: البرنامج الصحي التكميلي الشامل، مكتبة جرير، ب ب ن، 2015.
35. ستيفن جونز، لغة الجينات ، ترجمة: أحمد رمو ، ومراجعة: عبد الحق عبود، دار طلاس للدراسات والترجمة والنشر، دمشق، 2000م.
36. السيد عبد العاطي وآخرون، علم اجتماع الأسرة، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2000م.
37. شعبان علي حسين السيبي، أسس السلوك الإنساني بين النظرية والتطبيق، المكتب الجامعي الحديث، 2009.

38. شيخة سالم العريض، الذكاء بين الوراثة والبيئة: سلسلة الأمراض الوراثية-الوراثة...مالها وما عليها، مركز دراسات وبحوث المعوقين، ب ب ن، ب س ن.
39. صالح عبد العزيز كريم، الهندسة الوراثية وتكوين الأجنة ، دار المجتمع للنشر والتوزيع، جدة، 1994م.
40. الصفدي عصام حمدي، مبادئ علم وبائيات الصحة ،دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن، 2001 م.
41. صلاح الشنواني، إدارة الأفراد والعلاقات والإنسانية ، دار الجامعة المصرية، الإسكندرية، 1974.
42. صلاح عبد الباقي، قضايا إدارية معاصرة ، دار الجامعة المصرية، الإسكندرية، 1999، ص.
43. طارق السيد ، أساسيات في علم الاجتماع الطبي ، مؤسسة شهاب الجامعة، الإسكندرية، 2007.
44. طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، استراتيجيات إدارة الضغوط التربوية والنفسية، دار الفكر، عملن، 2006.
45. عبد الإله صادق الكويتي ، نظرات في علم الوراثة ، الموسوعة الصغيرة (52)، ،دار الحرية للطباعة، بغداد، 1979.
46. عبد الحميد محمد الشاذلي ، الصحة النفسية والسيكولوجية الشخصية، ط2، المكتبة الجامعية، الإسكندرية، 2001.
47. عبد الحي الفرماوي، الموت في الفكر الإسلامي، بدون دار النشر، القاهرة، 1991.
48. عبد الرحمان بن أحمد محمد هيجان، ضغوط العمل: منهج شامل لدراسة مصادرها ونتائجها وكيفية إدارتها، معهد الإدارة العامة، الرياض، 1998.
49. عبد الرحمان عيسوي، العلاقات الإنسانية في الإدارة، مكتبة القاهرة، ب ب ن، 1969.
50. عبد الرحمان عيسوي، علم النفس الفسيولوجي: دراسة في تفسير السلوك الإنساني ،دار النهضة العربية، بيروت، 1974.
51. عبد الرحمن سليمان الطيردي، الضغط النفسي: مفهومه، تشخيصه، طرق علاجه و مقاومته، مطابع شركة الصفحات الذهبية المحدودة، الرياض، 1994 م .
52. عبد الرحمن ناصر السعدي، تيسير الكريم الرحمن في تفسير كلام المنان ، مؤسسة الرسالة، بيروت، 1420 هـ.
53. عبد السلام بشير الدويبي، علم الاجتماع الطبي، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن، 2005.

54. عبد العزيز عبد المجيد محمد، سيكولوجية مواجهة الضغوط في المجال الرياضي ، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، 2005م.
55. عبد العزيز فهمي النوحى، الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية: عملية حل المشكلة ضمن إطار نسقي /ايكولوجي، ط2، سلسلة نحو رعاية اجتماعية علمية متطورة ، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، القاهرة، 2001م.
56. عبد القادر القصير، الأسرة المتغيرة في مجتمع المدينة العربية ، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، 1999.
57. عبد القادر حليمي، مدخل إلى الإحصاء، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1994 .
58. عبد الله زاهي الرشدان، التربية والتنشئة الاجتماعية ، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، 2005.
59. عبد الله وفاق صابر علي، نصر الدين أحمد إدريس الدومة ، الضغوط الحياتية لدى مرحلة الأساس و علاقته بالتعليم بالخرطوم، بدون دار نشر، القاهرة، ب س ن.
60. عبد المحي محمود حسن صالح، الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي ،دار المعرفة الجامعية، الأزاريطة، 2003.
61. عبد الهادي مصباح ، علم الوراثة يؤكد: آدم وحواء من الجنة الى أفريقيا، الدار المصرية اللبنانية، القاهرة ، 1997م.
62. عثمان حمود الخضر، علم النفس التنظيمي، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، الكويت، 2005م.
63. عثمان حمود الخضر، علم النفس التنظيمي، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، الكويت، 2005م.
64. عكاشة، أحمد ، الطب النفسي المعاصر، ط9 ، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة ، 1998م.
65. علي المكاوي، الأنثروبولوجيا الطبية: دراسات نظرية وبحوث ميدانية ، النشر الالكتروني، القاهرة، ب س .
66. علي المكاوي، علم الاجتماع الطبي: مدخل نظري، تقديم محمد الجوهري، النشر الالكتروني، القاهرة ، ب س.
67. علي عبد الرزاق جليبي، حسن محمد حسن، علم الاجتماع الطبي ،دار المعرفة الجامعية، الأزاريطة، 2007.
68. علي عسكر، الأسس النفسية والاجتماعية للسلوك في مجال العمل ،دار الكتاب الحديث، الكويت، 2005.
69. علي عسكر، ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها: الصحة النفسية والبدنية في عصر التوتر والقلق ، دار الكتاب الحديث، الكويت، ط3، 1990م.

70. علي مكاوي، الجوانب الاجتماعية والثقافية للخدمة الصحية-دراسة ميدانية في علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، 1988م.
71. عمر مصطفى محمد النعاس، الضغوط المهنية وعلاقتها بالصحة النفسية، الادارة العامة للمكتبات للنشر، ب ب ن، 2006م.
72. عميرة جويده، إحصاءات السكان في الجزائر، عالم الأفكار، ب ب ن، 2017م.
73. فاروق السيد عثمان، القلق وإدارة الضغوط النفسية، دار الفكر العربي، القاهرة، 2001م.
74. فاروق عبد الحميد اللقاني، تثقيف الطفل، دار المعرفة، الإسكندرية، 1976.
75. فاطمة الكتاني، الاتجاهات الوالدية في التنشئة الاجتماعية، دار الشروق، عمان، 2000.
76. فوزي محمد الهادي، الضغوط الأسرية من منظور الخدمة الاجتماعية، دار القاهرة للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2007.
77. فيليب كابان، جان فرانسوا دورتيه، علم الاجتماع: من النظريات الكبرى إلى الشؤون اليومية أعلام وتواريخ وتيارات، ترجمة: إياس حسن، دار الفرقد للطباعة والنشر والتوزيع، دمشق، 2010.
78. قدرى الشيخ علي وآخرون، علم الاجتماع الطبي، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع، عمان، 2011.
79. ماجدة بهاء الدين السيد عبيد، الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2008.
80. محمد الحجار، المرشد في الاستشارات الوراثية، ب د ن، ب ب ن، 2013م.
81. محمد الصيرفي، السلوك الإداري: العلاقات الإنسانية، دار الوفاء، الإسكندرية، 2007م.
82. محمد طلعت عيسى، العلاقات العامة كأداة للتنمية، ط4، دار المعارف، مصر، 1970.
83. محمد عاطف غيث، علم الاجتماع الحضري: مدخل نظري، دار النهضة العربية، بيروت، ب س.
84. محمد عبد المعبود مرسى، علم الاجتماع عند تالكوت بارسونز بين نظريتي الفعل والنسق الاجتماعي: دراسة تحليلية نقدية، تقديم: أحمد رأفت عبد الجواد، مكتبة العليقي الحديثة، القصيم، ب س.
85. محمد علي محمد وآخرون، دراسات في علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الأزاريطة، 2004.
86. محمد قاسم عبد الله، مدخل إلى الصحة النفسية، ط4، دار الفكر، الأردن، 2008.
87. محمود حسن، الأسرة ومشكلاتها، دار النهضة العربية، بيروت، 1981.

88. مصطفى عوض ابراهيم وآخرون، الأنثروبولوجيا الطبية، دار المعرفة الجامعية، الأزاريطة، 2005.
 89. مصطفى ناصف، محمد الربيعي، الوراثة والانسان: أساسيات الوراثة البشرية والطبية، عالم المعرفة، الكويت، 1986م.
 90. مكرم ضياء شكار، علم الوراثة، ط5، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الأردن، 2012م.
 91. مهدي محمد القصاص، مبادئ الإحصاء والقياس الاجتماعي، ب د ن، القاهرة، 2007 .
 92. نادية عمر، العلاقات بين الأطباء والمرضى، دراسة في علم الاجتماع الطبي ، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1993.
 93. نادية محمد السيد عمر، علم الاجتماع الطبي، المفهوم و المجالات، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1987م.
 94. نجلاء عاطف خليل، في علم الاجتماع الطبي: ثقافة الصحة والمرض، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 2006 م.
 95. نذير زربي، الوجيز في علم الاجتماع: نظريات اجتماعية، منشورات ليجوند، ب ب ن، 2013.
 96. هارون توفيق الرشدي، الضغوط النفسية: طبيعتها، نظرياتها ، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 1999.
 97. هدى محمد قناوي، الطفل تنشئته وحاجاته، دار الانجلو المصرية، القاهرة، 1988.
 98. الوحيشي أحمد بيري، عبد السلام بشير الدويبي، مقدمة في علم الاجتماع الطبي، الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع والإعلان، ليبيا، 1989م.
 99. الوحيشي أحمد بيري، الأسرة والزواج: مقدمة في علم الاجتماع العائلي، الجامعة المفتوحة، طرابلس، 1998.
 100. يعقوب يوسف الكندري، الثقافة والصحة والمرض: رؤية جديدة في الأنثروبولوجيا المعاصرة، مجلس النشر العلمي، الكويت، 2003.
- رابعاً : المجالات والدوريات باللغة العربية :
1. إسماعيل محمد طنحور، الضغوط النفسية عند الأطفال ،مجلة الطفولة العربية ، الكويت، العدد: 32، 2001 .
 2. جامعة القدس المفتوحة، الصحة العامة و حماية البيئة ، منشورات جامعة القدس المفتوحة ، الأردن، 1994م.

3. حدة يوسف، دور المساندة الاجتماعية في الحفاظ على الصحة النفسية والجسدية، مجلة دراسات، جامعة عمار تليجي، الأغواط، العدد: 13، 2010.
4. حسن الموسوي، الضغوط النفسية لدى العاملين في مجال الخدمة النفسية، المجلة التربوية، جامعة الكويت، العدد: 47، 1998.
5. راوية محمود حسين دسوقي، النموذج السببي للعلاقة بين المساندة الاجتماعية و ضغوط الحياة و الصحة النفسية لدى المطلقات، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية للكتاب، القاهرة، العدد: 39، 1996.
6. عبد الرحمن بن أحمد الجري، حكم الكشف الإجباري عن الأمراض الوراثية، بحوث وتوصيات الندوة العلمية حول الوراثة والهندسة الوراثية والجينوم البشري من منظور إسلامي والتي عقدها مجمع الفقه الإسلامي الدولي بالتعاون مع المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية بالكويت، طبع بجامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، الرياض، 25/23 فبراير 2013.
7. عبد الستار ابراهيم، الإكتئاب : اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه، سلسلة عالم المعرفة، الكويت، العدد: 239، ب س ن.
8. عجيل جاسم النشمي، الوصف الشرعي للجينوم البشري والعلاج الجيني، بحوث وتوصيات الندوة العلمية حول الوراثة والهندسة الوراثية والجينوم البشري من منظور إسلامي والتي عقدها مجمع الفقه الإسلامي الدولي بالتعاون مع المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية بالكويت، طبع بجامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، الرياض، 25/23 فبراير 2013م.
9. فهد عبد الله الربيع، الوحدة النفسية و المساندة الاجتماعية لدى عينة من طلاب و طالبات الجامعة، مجلة علم النفس، الهيئة العامة للكتاب، القاهرة، العدد: 43، 1997.
10. فيولا البيلاوي، ضغوط الحياة في الأسر: مدخل الأزمات، المؤتمر السنوي الثامن لمركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، 2001م.
11. محمد علي البار، الوراثة مفهومها: الكشف الجيني قبل وأثناء الحمل، بحوث وتوصيات الندوة العلمية حول الوراثة والهندسة الوراثية والجينوم البشري من منظور إسلامي والتي عقدها مجمع الفقه الإسلامي الدولي بالتعاون مع المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية بالكويت، طبع بجامعة الامام محمد بن سعود الإسلامية، الرياض، 25/23 فبراير 2013.
12. محمود عبد الرحيم مهران، الوراثة مفهومها وهندستها بين الطرح التقني والحكم الشرعي، بحوث وتوصيات الندوة العلمية حول الوراثة والهندسة الوراثية والجينوم البشري من منظور إسلامي والتي عقدها مجمع الفقه الإسلامي الدولي بالتعاون مع المنظمة الإسلامية

- للعلوم الطبية بالكويت، طبع بجامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، الرياض ، 25/23 فبراير 2013 .
13. مخلد بن حامد المطيري، **عملي الوراثة في الانسان (452جين)**، جامعة الملك سعود، كلية العلوم: قسم علم الحيوان، ب.س.
14. معهد القياسات الصحية والتقييم، شبكة تنمية الموارد البشرية، **عبء المرض العالمي: تقديم الدليل، توجيه السياسات- طبعة إقليمية خاصة بالشرق الأوسط وشمال إفريقيا**، منشورات منظمة الصحة العالمية، جنيف، 2013
15. منظمة الصحة العالمية، **مذكرة موجزة عالمية عن ارتفاع ضغط الدم: القاتل الصامت وإحدى أزمات الصحة العمومية العالمية**، منشورات منظمة الصحة العالمية، جنيف، 2013.
16. منظمة الصحة العالمية، **النظام الغذائي والتغذية و الوقاية من الأمراض المزمنة** ، منشورات منظمة الصحة العالمية ،جنيف، 2003.
17. منظمة الصحة العالمية، **تقرير الحالة العالمي عن الأمراض غير السارية 2014: بلوغ الغايات العالمية التسع المتعلقة بالأمراض غير السارية مسؤولية مشتركة** ، منشورات منظمة الصحة العالمية، جنيف، 2014.
18. نور الدين الخادمي، **الجينوم البشري وضوابطه في الشرع الإسلامي**، بحوث وتوصيات الندوة العلمية حول الوراثة والهندسة الوراثية والجينوم البشري من منظور إسلامي والتي عقدها مجمع الفقه الإسلامي الدولي بالتعاون مع المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية بالكويت، طبع بجامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، الرياض ، 25/23 فبراير 2013.
19. منظمة الصحة العالمية، **تقرير الوضع العالمي الخاص بالأمراض غير المعدية لسنة 2010**، منشورات منظمة الصحة العالمية، جنيف، 2011.
20. مؤيد السالم، **التوتر التنظيمي: مفاهيمه وأسبابه وإستراتيجيته وإدارته** ، مجلة الإدارة العامة، معهد الإدارة العامة، الرياض، العدد: 68، 1411هـ.
21. وزارة التربية الوطنية ، **مديرية التكوين الخاص بمعلمي المدرسة الأساسية في إطار الجهاز المؤقت- مادة التعليمية وعلم النفس الإرسال الأول**، مطبعة بن باديس، الجزائر، 1999م.
22. وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، **الديوان الوطني للإحصائيات، النتائج الأولية للمسح الجزائري لصحة الأسرة 2002**، الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر، جوان 2003.
23. وفية أحمد الهنداوي، **استراتيجيات التعامل مع ضغوط العمل**، مجلة الإداري، معهد الإدارة العامة، مسقط، العدد: 58، 1994.

خامساً : الرسائل والأطروحات الجامعية :

1. امحمد دلّاسي ، العائلة التقليدية في الوسط الحضري:دراسة ميدانية بمدينة الأغواط ، رسالة دكتوراه في علم الاجتماع، الجزائر، 2009 .
2. أمل سليمان تركي العنزي، أساليب مواجهة الضغوط عند الصغيرات والمصابات بالاضطرابات النفسجسمية "السيكوسوماتية" دراسة مقارنة، رسالة ماجستير في علم النفس ، جامعة الملك سعود، 2004.
3. بشير بن الطاهر، استراتيجيات التكيف مع مواقف الحياة الضاغطة وعلاقتها بالصحة العامة، رسالة دكتوراه في علم النفس ، جامعة وهران، غير منشورة، 2004/، 2005 م.
4. بن عبد الله عبد القادر ، مصادر الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها لدى طلبة الجامعة تخصص علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية في ضوء بعض المتغيرات ، أطروحة دكتوراه في الارشاد النفسي، جامعة الجزائر 2011، 2012/3.
5. جار الله بن مبارك السريدي، الضغوط النفسية وعلاقتها بالتحصيل الدراسي ، رسالة ماجستير في العلوم الاجتماعية ، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، 2008.
6. جهاد بن محمد الرشيد، إدارة الوقت وعلاقتها بضغط العمل ، رسالة ماجستير في العلوم الإدارية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، 2003.
7. درقاوي ليندة، تأثير الوراثة والمحيط على بعض الخصائص النفسية ، رسالة دكتوراه في علم النفس الاجتماعي، جامعة الجزائر 2، 2013 / 2014م.
8. سليم عايب، هندسة تسيير الاطارات بالمؤسسة الصناعية: دراسة ميدانية بالمؤسسة الوطنية للصناعات الكهرومنزلية ENIEM ، رسالة دكتوراه في علم الاجتماع: تنظيم وعمل، جامعة يوسف بن خدة الجزائر ، 2006/2007.
9. صالح بن ناصر شغروود القحطاني ، الضغوط الاجتماعية وضغوط العمل وأثرها على اتخاذ القرارات الإدارية ، رسالة ماجستير في العلوم الإدارية ، جامعة نايف للعلوم الأمنية ، 2007م.
10. على بن حمد بن سليمان النوشان ، ضغوط العمل وأثرها على عملية اتخاذ القرارات:دراسة مسحية على القيادات الادارية في عدد من الأجهزة الأمنية والمدنية في مدينة الرياض، رسالة ماجستير في العلوم الادارية ، الرياض، 2003 .
11. غنية بن عبد الله ، دوافع محاولات الانتحار لدى المراهقات ، رسالة ماجستير في علم الاجتماع، جامعة البليدة، 2008.

12. لحسن بونعامة، علاقات العمل وأثرها على الانتاجية في المؤسسات الاقتصادية:دراسة حالة المؤسسة الوطنية للسيارات الصناعية ، رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية ، جامعة الجزائر، 1996-1997.
 13. لولو صالح الرشيد، أساليب التعامل مع الضغوط النفسية لدى بعض ذوات الظروف الخاصة والعاديات وعلاقتها ببعض سمات الشخصية، رسالة ماجستير في العلوم الاجتماعية ، جامعة الملك سعود، 1420هـ.
 14. منا محمد رمضان هاشم العشي، أثر الأمراض الوراثية على الحياة الزوجية-دراسة فقهية مقارنة-، رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، كلية الشريعة والقانون، غزة، 2008 م.
- سادسا : المواقع الالكترونية على الانترنت باللغة العربية :
1. داء السكري والأمراض القلبية الوعائية:صحيفة وقائع رقم 312/ورقم 317/كانون الثاني /يناير 2015. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/ar /
www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/ar/
 2. منظمة الصحة العالمية، صفحة المواضيع الصحية، داء السكري: www.who.int/ar 2017/01/20 ، سا 14:00 .
 3. عاطف مفتاح احمد عبد الجواد، الأمراض الوراثية، موقع شبكة الألوكة <http://www.alukah.net> ، صفحة الألوكة الاجتماعية:مجتمع واصلاح 2017/01/12 ، سا 10:00 .
 4. محمد جبر الألفي ، الوراثة والهندسة الوراثية والجينوم البشري ، موقع شبكة الألوكة <http://www.alukah.net> ، صفحة الألوكة الثقافية:ثقافة ومعرفة / 2017/01 ، سا 10:00 .
 5. منظمة الصحة العالمية، صفحة المواضيع الصحية، عبء المرض العالمي : www.who.int/ar ، 2017/01/20 ، سا 22:00
 6. موقع الوراثة الطبية: <http://www.werathah.com/learning/research> ، 12/ / 2017/01/ ، سا 10:00، الصفحة التعليمية.

II. المراجع الأجنبية:

أولاً : المعاجم باللغة الأجنبية:

1. Csselman.(J), **Labour Dictionary**, Newyork, 1974.

ثانياً : كتب المنهجية باللغة الأجنبية:

1. Maurice Angers, **Initiation pratique a la Méthodologie des sciences humaines**, Casbah Université , Alger, 1997.
2. Raymond Boudon, **Les méthodes en sociologie**, Presses universitaires de France, Editions Dalta, Frances, 1996.
3. Rodolphe Ghiglione, Benjamin Mathalon ,**Les enquêtes Sociologiques : Théoris et Pratique** , Armand colin ,Paris , 1978 .

ثالثاً: كتب خاصة بالموضوع باللغة الأجنبية:

1. Freidson E, **La profession médicale**,Paris,Payot,1984 .
2. Feldman, R. S. , **Adjustment, Applying psychology in a Complex World**, University of Massachusetts, New York Mc Grew Hill, 1989.
3. Gregory.Y;H.lip ,**clinical Hypertention in practice**, royal society of medicine press, Michigan,USA ,2003.
4. Jean-Marie Tremblay et autres, **Liens entre le statu socio-économique et la santé**, Direction de la santé publique, Régie Régionale de la santé et des services sociaux de Québec, Ministère de la santé et des service sociaux, Avec La collaboration de bureau de la statistique du québec ,Canada,1995.
5. Strauss Anselm ,**La trame de la négociation sociologie qualitative et interactionnisme** ,Textes réunis par Isabelle Baszanger,éditions L 'Harmattan, Paris, 1992.
6. Adam Philippe,Herzlich Claudine,**Sociologie de la maladie et de la médecine** ,Paris , Nathan ,1994.
7. Antoine lemaire,**Abord Clinique de L'hypertension**, springer-verlag, paris,2009
8. As.Hornby,**Oxford Advanced Learner's Dictionary of current English**,Oxford university,London,1974.
9. Etienne Grand Jean ,**Fitting the task to the mai**,Taylorl francis, London, 1988.
- 10.Giovannini. D; Riccibitti. PE; Sarchielle.G et Speltini. G, **Psychologie et Santé**, Pierre Mardaga, édition,1986.
- 11.Jean Benjamin Stora, **Le stress** ,Edition Dahlab 2eme editions,1993.
- 12.Jean-Christophe charniot,**cardiologie**, eetem, paris, 2002
- 13.Maison, D , **La population de l'Algérie**. Population 28(6),1973.

رابعاً: التحقيقات والدراسات:

1. Institut national de sante publique, **Amélioration de la certification des Causes médicales de décès**, Algérie, 2006.
2. Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Office national des statistiques, **Suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête nationale a indicateurs multiples MICSS Algérie 2006, Rapport préliminaire**, Office national des statistiques, Alger, 2007.
3. Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Institut Nationale de santé publique , **Transition épidémiologique et système de santé projet tahina, Enquête nationale de santé**, Institut Nationale de santé publique, Alger, Novembre 2007.
4. Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Institut Nationale de santé publique, **Cause médicales de décès-Alger 2013** , Institut Nationale de santé publique, Alger, Mai2015.
5. Office national des statistiques, **Démographie Algerienne2005**, Données statistiques ,n°442(données2003-2005) .
6. Office national des statistiques, **Démographie Algerienne2013**, Données statistiques ,n°658(données1990-2013).

الملاحق

ملحق رقم (01)

جامعة عمار ثليجي بالأغواط

كلية العلوم الاجتماعية

قسم : علم الاجتماع والديمقراطية

تخصص: علم الاجتماع والدراسات الديمغرافية

استبيان البحث

المحور الأول: البيانات الشخصية :

- 1-الجنس: ذكر ☐ أنثى ☐
- 2-السن:
- 3-الحالة العائلية: أعزب ☐ متزوج(ة) ☐ مطلق(ة) ☐ أرمل(ة) ☐
- 4-المستوى التعليمي: بدون مستوى ☐ يقرأ ويكتب ☐ ابتدائي ☐ متوسط ☐ ثانوي ☐ جامعي ☐ ما بعد التدرج ☐
- 5-الحالة السوسيو-مهنية: موظف دائم ☐ موظف جزئي ☐ متقاعد ☐ بطل ☐ حالة مهنية أخرى ما هي
- 6-الحالة المعيشية: جيدة ☐ متوسطة ☐ ضعيفة ☐
- 7-الوسط المعيشي: حضري ☐ شبه حضري ☐ ريفي ☐

المحور الثاني: الضغوط المهنية :

- 8-هل كنت تحس بعبء المسؤولية الملقاة على عاتقك في العمل قبل الإصابة بالمرض المزمن؟
نعم ☐ لا ☐ أحيانا ☐
- 9-هل كنت تشعر بأن المهام المطلوبة منك تفوق طاقتك الجسمية؟
نعم ☐ لا ☐ أحيانا ☐
- 10- هل كان يكلفك رئيسك بمهام ومسؤوليات متعددة في وقت واحد؟
نعم ☐ لا ☐ أحيانا ☐
- 11- هل كان لديك أعمال كثيرة لا تتمكن من انجازها خلال ساعات الدوام الرسمي؟
نعم ☐ لا ☐ أحيانا ☐

- 12 - هل كنت تضطر للعودة بعد انتهاء الدوام الرسمي لإنهاء عملك المتبقي؟
☐ نعم ☐ لا ☐ أحيانا
- 13 - هل كانت متطلبات العمل المطلوب انجازها مناسبة لطاقتك الفكرية؟
☐ نعم ☐ لا ☐ أحيانا
- 14 - هل ترى بأن عملك يطغى على حياتك الخاصة؟
☐ نعم ☐ لا ☐ أحيانا
- 15 - بعد الإصابة بالمرض المزمن هل ما زلت تبذل نفس الجهد مثلما كنت قبل الإصابة؟
☐ نعم ☐ لا ☐ أحيانا
- 16 - هل تشعر بأن مرضك سبب لك نوع من المشاكل والضغوطات داخل عملك؟
☐ نعم ☐ لا ☐ أحيانا
- 17 - هل كنت تتعرض إلى مواقف صراعية (نزاعات) داخل إطار العمل قبل الإصابة بالمرض؟
☐ نعم ☐ لا ☐ أحيانا
- إذا كانت الإجابة بنعم مع من: رئيس العمل ☐ زملاء العمل ☐ العملاء ☐
- 18 - قبل الإصابة بالمرض هل كنت تشعر بأن الراتب الذي تتقاضاه لا يتناسب مع
المجهود الكبير الذي تقوم به في عملك؟ نعم ☐ لا ☐ أحيانا ☐
- 19 - هل شعورك بزيادة عبء العمل المبذول له علاقة بإصابتك بالمرض المزمن؟
☐ نعم ☐ لا ☐

المحور الثالث: الضغوط الأسرية :

- 20 - ماهو شكل الأسرة التي كنت تنتمي إليها قبل إصابتك بالمرض؟
☐ ممتدة ☐ نووية
- 21 - هل ما زلت تنتمي لنفس الشكل الأسري بعد إصابتك بالمرض المزمن؟
☐ نعم ☐ لا ☐
- 22 - كيف كانت علاقتك بأسرتك قبل إصابتك بالمرض؟
☐ حسنة ☐ متذبذبة ☐ سيئة
- 23 - هل كان يوجد حوار ونقاش حول مشاكلك في وسطك العائلي قبل إصابتك بالمرض المزمن؟
☐ نعم ☐ لا ☐ أحيانا
- 24 - هل يحاول أفراد أسرتك مساعدتك على نسيان آلام المرض؟

نعم ☐ لا ☐ أحيانا ☐

25 - هل كنت تجد الدعم المعنوي من طرف عائلتك قبل إصابتك بالمرض المزمن ؟

نعم ☐ لا ☐ أحيانا ☐

26 - هل هناك اشتراك بين أفراد الأسرة في تحقيق الطموحات والأهداف ؟

نعم ☐ لا ☐ أحيانا ☐

27 - هل هناك شخص مميز في العائلة يعتبر مصدر عون حقيقي لك ؟

نعم ☐ لا ☐

28 - هل كانت تحدث خلافات عنيفة بينك وبين أفراد أسرتك داخل المنزل قبل الإصابة

بالمريض؟ نعم ☐ لا ☐ أحيانا ☐

- إن كان هناك خلافات ما سببها؟ مادية ☐ عاطفية ☐ اجتماعية ☐

29 - هل كان مستوى الخلافات والصراعات في الأسرة ؟

طبيعي ☐ متوسط ☐ حاد ☐

30 - إذا حدث لك مشكل أسري هل يطول توترك لمدة طويلة؟

نعم ☐ لا ☐ أحيانا ☐

31 - هل تعتبر مشاكلك الأسرية سببا رئيسا في إصابتك بالمرض المزمن؟

نعم ☐ لا ☐

المحور الرابع: الضغوط الاقتصادية :

32 - هل كنت الوحيد المسؤول على المصاريف المنزلية والدخل الشهري المنزلي قبل إصابتك

بالمريض المزمن؟ نعم ☐ لا ☐

33 - هل كنت تجد صعوبة في التوفيق بين المتطلبات الأسرية والدخل الذي تتقاضاه؟

نعم ☐ لا ☐ أحيانا ☐

34 - هل كنت أنت من يتصرف في دخلك الشهري أم أحد أفراد الأسرة؟ نعم ☐ لا ☐

- في حالة الإجابة بلا: هل كانوا يتصرفون في دخلك بشكل ايجابي؟ نعم ☐ لا ☐

35 - كم هو دخلك؟ أقل من 10000 دج ☐ من 10000 إلى 20000 دج ☐

من 20000 إلى 30000 دج ☐ أكثر من 30000 دج ☐

36 - هل مستوى الدخل الشهري الذي كنت تتقاضاه قبل الإصابة بالمرض المزمن كان يلبي

جميع حاجاتك الأسرية؟ نعم ☐ لا ☐ أحيانا ☐

37 - هل ما تتحصل عليه اليوم يلبي حاجاتك وحاجات أسرتك ؟

نعم ☐ لا ☐ أحيانا ☐

38 - هل كان بيتك مزودا دائما بجميع الضروريات العامة للمعيشة قبل الإصابة بالمرض

المزمن؟ نعم ☐ لا ☐

39 - هل كان لديك مصدر دخل إضافي خلافا عن دخل العمل؟ نعم ☐ لا ☐

40 - هل تحافظ حاليا على واجباتك الأسرية؟ نعم ☐ لا ☐ أحيانا ☐

41 - هل ترى أن سبب إصابتك بالمرض المزمن يعود لتدني دخلك المادي؟

نعم ☐ لا ☐

المحور الخامس: المرض المزمن :

42 - ما نوع المرض المزمن الذي تعاني منه ؟ السكري ☐ الضغط الدموي ☐

43 - منذ متى وأنت مصاب بهذا المرض؟ ☐ أشهر ☐ سنة

44 - هل لديكم أحد أفراد الأسرة مصاب بمرض مزمن ؟ نعم ☐ لا ☐

-إذا كانت الإجابة بنعم حدد الشخص الحامل للمرض بأسرتك:

الأب ☐ الأم ☐ الجد الحالي ☐ الجدة الحالية ☐ الأجداد الأولين ☐

45 - هل كانت لديك معلومات مكتسبة عن هذا المرض ؟ نعم ☐ لا ☐

46 - هل في اعتقادك أن عدم تفورك على معلومات حول هذا المرض المزمن سببا في

إصابتك به؟ كليا ☐ جزئيا ☐ لم يساهم ☐

47 - هل لاقيت صعوبات في فهمك وتحديدك لأعراض هذا المرض المزمن؟

نعم ☐ لا ☐

48 - هل تم اكتشاف مرضك من خلال إجرائك لفحوصات طبية ؟ نعم ☐ لا ☐

49 - هل هذا المرض وراثي بالأسرة؟ نعم ☐ لا ☐

50 - هل استغرقت مدة طويلة لزيارة الطبيب بعد إصابتك بالمرض المزمن؟

نعم ☐ لا ☐

- إذا كانت الإجابة بنعم هل يرجع السبب إلى:

- عدم توفره على الدخل المادي لمتابعة الطبيب

- استعمالك لوصفات شعبية لعلاج المرض

- عدم تقبلك لهذا المرض

- لا تثق كثيرا في الأطباء
- أسباب أخرى أذكرها.....
- 51 - هل أثر هذا المرض على حياتك اليومية؟ نعم ☐ لا ☐ أحيانا ☐
- 52 - منذ إصابتك بهذا المرض هل استطعت الاستمرار بنشاطك الاجتماعي؟
نعم ☐ لا ☐
- 53 - هل يقلقك التفكير في مرضك؟ نعم ☐ لا ☐ أحيانا ☐
- 54 - هل ترى أن سبب إصابتك بالمرض راجع إلى:
- اضطراب وتوتر العلاقات الاجتماعية داخل الأسرة
- المستوى المعيشي المنخفض الذي يفرض حرمانا ماديا (تدني الدخل المادي)
- بسبب جهد مضاعف بذلته في العمل (زيادة عبء العمل)
- مرض وراثي بالأسرة
- أسباب أخرى حددها.....

ملحق رقم (02)

دليل المقابلة

(خاص بالأطباء)

-البرهنة على الفرضية الرابعة التي تتمحور حول ان كان تفاعل مسببات الضغوط الاجتماعية مع العوامل الوراثية يساهم في تعجيل الإصابة بالمرض المزمن. بالإضافة لمعرفة إن كان لبعض المتغيرات الديمغرافية والاجتماعية علاقة بظهور المرض

1. الجنس: ذكر ☐ أنثى ☐

2. التخصص:

3. الخبرة:

4. حسب نظريتهم الطبية وخبرتهم الميدانية ما هي أهم العوامل التي لها قوة كبيرة في ظهور المرض المزمن(الضغط الدموي والسكري)؟

5. هل نستطيع حصر أسباب حدوث المرض المزمن في جانب طبي فقط أو له علاقة بالجانب الاجتماعي؟

6. هل تظن أن الضغوط المهنية(زيادة عبء العمل) والضغوط الأسرية (كتوتر العلاقات

الأسرية) والضغوط الاقتصادية(كتدني الدخل المادي) سببا في الإصابة بالمرض المزمن؟

7. هل نستطيع القول أن أي فرد حامل للجينات الوراثية الخاصة بالمرض المزمن(السكري والضغط الدموي) مؤهل حتما للإصابة بهذا المرض؟

8. هل نعتبر أن الضغوط الاجتماعية سواء كانت(مهنية أو أسرية أو اقتصادية)عاملا قويا

في تفعيل الجينات الوراثية الحاملة للمرض المزمن كالسكري والضغط الدموي مما يؤدي إلى ظهوره لدى الفرد؟

9. هل يمكن أن نرجع ارتفاع الإصابة بالمرض المزمن لتفاعل المسببات الاجتماعية مع العوامل الوراثية؟

10. هل لمتغير السن والجنس علاقة في الإصابة بالمرض المزمن(السكري والضغط الدموي)

11. ما هو مدى تأثير الضغوط (الأسرية-المهنية -الاقتصادية) على المريض بعد الإصابة بالمرض المزمن كداء السكري والضغط الدموي؟

12. من خلال ملاحظتكم اليومية ومحاورتكم للمرضى هل ترى بأنهم بعد إصابتهم بالمرض

أصبح لهم وعي صحي و سلوكيات وقائية اتجاه هذا المرض؟ كيف ذلك؟

13. انطلاقاً من طبيعة عملكم وتجربتكم المهنية ماهي العوامل التي تساهم في تحسين الحالة الصحية للمريض المصاب (بداء السكري والضغط الدموي) ويتفادى بها الفرد الغير مصاب (الذي يتمتع بصحة جيدة) من الاصابة بالمرض المزمن؟

ملحق رقم (3)

جداول خاصة بالاستبيان

1. جدول رقم 1: يوضح درجة تناسب متطلبات العمل المطلوب انجازها للطاقة الفكرية لأفراد العينة حسب السن

المجموع	هل كانت متطلبات العمل المطلوب انجازها مناسبة لطاقتك الفكرية؟			جدول رقم 1		
	أحيانا	لا	نعم			
15	–	1	14	التكرارات	]34–25]	السن
%100	–	%6.7	%93.3	النسبة %		
51	6	1	44	التكرارات	44–35	
%100	%11.7	%2	%86.3	النسبة %		
53	6	4	43	التكرارات	54–45	
%99.9	%11.3	%7.5	%81.1	النسبة %		
54	21	4	29	التكرارات	64–55	
%100	%38.9	%7.4	%53.7	النسبة %		
5	–	1	4	التكرارات	65 فأكثر	
%100	–	%20	%80	النسبة %		
178	33	11	134	التكرارات	المجموع	
%100	%18.5	%6.2	%75.3	النسبة %		

2. جدول رقم 2: يوضح علاقة سبب الإصابة بالمرض المزمن لدى أفراد العينة بنوع المرض

جدول رقم2			ما نوع المرض الذي تعاني منه؟		المجموع
السكري		الضغط الدموي			
سبب الإصابة بالمرض	اضطراب وتوتر العلاقات الاجتماعية داخل الأسرة	ك	7	–	7
		%	100%	–	100%
	المستوى المعيشي المنخفض الذي يفرضه تدني دخلك المادي؟	ك	45	7	52
		%	86.5%	13.5%	100%
	– بسبب جهد مضاعف بذلته في العمل (عبء العمل)؟	ك	22	63	85
		%	25.9%	74.1%	100%
	مرض وراثي بالأسرة	ك	11	8	19
		%	57.9%	42.1%	100%
	أسباب أخرى حددها	ك	42	35	77
		%	54.5%	45.5%	100%
المجموع	ك	127	113	240	
	%	52.9%	47.1%	100%	

3. جدول رقم 3: يوضح الشكل الأسري الذي ينتمي اليه الفرد بعد إصابته بالمرض المزمن.

النسبة %	التكرارات	جدول رقم 3	
91.7%	220	نعم	هل ما زلت تنتمي لنفس الشكل
8.3%	20	لا	الأسري بعد إصابتك بالمرض المزمن؟
100%	240	المجموع	

4. جدول رقم 4: يوضح علاقة الجنس بالدخل الشهري لأفراد العينة .

المجموع	كم هو دخلك؟				جدول رقم 4		
	30.000] دج فأكثر]	20.000]- 30.000 دج]	10.000]- 20.000 دج]	أقل من 10.000 دج]			
109	14	30	41	24	ك	ذكور	الجنس
99.9%	12.8%	27.5%	37.6%	22.0%	%		
93	11	34	48	-	اك	إناث	
100%	11.8%	36.6%	51.6%		%		
202	25	64	89	24	ك	المجموع	
100%	12.4%	31.7%	44.1%	11.8%	%		

5. جدول رقم 5: يوضح الحالة السوسيو-مهنية بالمستوى التعليمي.

المجموع	المستوى التعليمي							جدول رقم 5		
	ما بعد الترج	جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	يقرأ ويكتب	بدون مستوى			
91	1	21	29	28	4	–	8	ك	موظف دائم	الحالة السوسيو – مهنية
%100	%1.1	%23	%31.9	%30.8	%4.4	–	%8.8	%		
44	–	6	3	24	2	3	6	ك	موظف جزئي	
%99.8	–	%13.6	%6.8	%54.5	%4.5	%6.8	13.6	%		
40	–	14	2	14	1	7	2	ك	متقاعد	
%100	–	35%	%5	%35	%2.5	%17.5	%5	%		
24	–	–	–	–	–	2	22	ك	بطل	
%100	–	–	–	–	–	%8.3	%91.7	%		
3	–	–	–	–	–	–	3	ك	تاجر كحالة أخرى	
%100	–	–	–	–	–	–	%100	%		
202	1	41	34	66	7	12	41	ك	المجموع	
100	%0.5	%20.3	%16.8	%32.7	%3.5	%5.9	%20.3	%		

6. جدول رقم 6: يوضح درجة وجود مصدر دخل إضافي خلافا عن دخل العمل

جدول رقم 6		التكرارات	النسبة %
هل لديك مصدر دخل اضافي خلافا عن دخل العمل؟	نعم	24	10%
	لا	216	90%
المجموع		240	100%

7. جدول رقم 7: يوضح العلاقة بين الحالة السوسيو-مهنية والدخل

المجموع	كم هو دخلك؟				جدول رقم 7			
	30.000] دج فأكثر]	-20.000] دج]	-10.000] دج]	أقل من 10.000 دج]				
91	19	49	23	–	ك	موظف دائم	الحالة السوسيو – مهنية	
%100	20.9%	53.8%	%25.3	–	%			
44	–	–	44	–	ك	موظف جزئي		
%100	–	–	100%		%			
40	3	15	22	–	ك	متقاعد		
%100	7.5%	%37.5	55%		%			
24	–	–	–	24		بطل		
%100	–	–	–	100%				
3	3	–	–	–		تاجر كحالة أخرى		
%100	100	–	–	–				
202	25	64	89	24	ك	المجموع		
%100	%12.4	%31.7	44%	11.9%	%			

8. جدول رقم 8: يوضح علاقة الحالة السويو-مهنية بمدة الإصابة

المجموع	مدة الإصابة بالمرض				جدول رقم 8		
	أكثر من 10 سنوات	من 5 - 10 سنوات	من 1 - 4 سنوات	أقل من سنة			
91	6	11	44	30	ك	موظف دائم	الحالة السويو-مهنية
%100	%6.59	%12.08	%48.37	%32.96	%		
44	–	20	5	19	ك	موظف جزئي	
%100	–	%45.4	%11.4	%43.2	%		
40	3	16	21	–	ك	متقاعد	
%100	%7.5	%40	%52.5	–	%		
24	–	22	2	–	ك	بطل	
%100	–	%91.7	%8.3	–	%		
3	–	–	3	–	ك	تاجر كحالة أخرى	
%100	–	–	%100		%		
38	–	9	15	14	ك	ماكثة بالبيت	المجموع
%100	–	%23.7	%39.5	%36.8	%		
240	9	78	90	63	ك		المجموع
%100	%3.7	%32.5	%37.5	%26.3	%		

9. جدول رقم 9: يوضح علاقة استغراق المريض لمدة طويلة لزيارة الطبيب والسبب في ذلك

المجموع	إذا كانت الإجابة بنعم هل يرجع السبب الى:					جدول رقم 9		
	أسباب أخرى أذكرها	لا تتفق كثيرا بالاطباء	عدم تقبلك لهذا المرض	استعمالك لوصفات شعبية لعلاج المرض	عدم توفر الدخل المادي لمتابعة الطبيب			
174	3	9	49	50	63	ك	نعم	هل استغرقت مدة طويلة لزيارة الطبيب
%100	%1.7	%5.2	%28.2	%28.7	%36.2	%		
174	3	9	49	50	63	ك	المجموع	
%100	%1.7	%5.2	%28.2	%28.7	%36.2	%		

10. جدول رقم 10: يوضح درجة توفر معلومات حول المرض، اعتقاد الفرد بأن سبب إصابته بالمرض هو عدم توفره على معلومات، درجة الصعوبات التي يتلقاها في فهمه وتحديدده للمرض.

المجموع		%	التكرار	الاجابات	جدول رقم 10
%	التكرار				
100%	240	67.5%	162	نعم	هل كانت لديك معلومات مكتسبة عن هذا المرض ؟
		32.5%	78	لا	
100%	240	13.3%	32	كلياً	هل في اعتقادك أن عدم توفرك على معلومات حول هذا المرض المزمن سببا في إصابتك به؟
		52.9%	127	جزئياً	
		33.8%	81	لم يساهم	
100%	240	57.5%	138	نعم	هل لاقيت صعوبات في فهمك وتحديدك لأعراض هذا المرض المزمن؟
		42.5%	102	لا	

11. جدول رقم 11: يوضح الأشخاص الحاملين للمرض بأسرة المريض

النسبة %	التكرارات	جدول رقم 11	
39.3%	42	الأب	تحديد الشخص المصاب بالأسرة
40.2%	43	الأم	
7.5%	8	الجد الحالي	
9.3%	10	الجدة الحالية	
3.7%	4	الأجداد الأولين	
100%	107	المجموع	

ملحق رقم (4)*

خاص بنصائح حول أساليب الوقاية من أمراض الضغط الدموي والسكري ونصائح للمصابين به

أيام على الأقل أسبوعياً يساعد على خفض ضغط الدم ونسبة الكوليسترول، كما أنه يحافظ على الوزن في معدله الصحي. ولكن كما يقول المثل: ((ما لا يدرك كله لا يترك كله)) فإذا كنت لا تمارس أي نوع من الرياضة فحاول أن تبدأ فوراً بالتدريج. إن ممارسة الرياضة لمدة ١٠ دقائق فقط في اليوم يأتي بآثار إيجابية على قلبك.

حافظ على وزنك المثالي



أصبحت السمنة أحد آفات هذا العصر وخلال السنوات الأخيرة ارتفعت نسبة المصابين بزيادة الوزن في العالم بمعدلات كبيرة. إن الوزن الزائد يرفع من معدلات الكوليسترول الضار والدهون الثلاثية ويقلل من نسبة الكوليسترول المفيد بالدم، كما أن السمنة تزيد من احتمال الإصابة بارتفاع ضغط الدم والسكري. إن الوزن الزائد يجعل القلب يعمل بقوة أكبر لمحاولة إمداد الجسم بالأكسجين الذي يحتاجه.

حاول التقليل على الضغوط العصبية

- الضغط العصبي أصبح جزءاً لا يتجزأ من حياتنا.
- تتسبب الضغوط العصبية في زيادة معدلات الأدرينالين داخل الجسم، والذي بدوره يزيد من سرعة ضربات القلب، وتضييق الشرايين، وبالتالي ارتفاع ضغط الدم، ولهذا فإن الضغوط العصبية تجعل قلبك يعمل بسرعة أكبر وأسرع.
- إن طريقة تعاملك مع مختلف الضغوط العصبية هو الذي يقرر حجم العبء الذي يتعرض له القلب.
- فقد أظهرت الدراسات الحديثة بما لا يدع مجالاً للشك أن الضغوط العصبية أحد الأسباب الهامة للإصابة بالنوبة القلبية.

ألف باء الوقاية من أمراض الضغط والسكر..

اتبع أسلوباً غذائياً صحياً



الغذاء الصحي هو أحد أهم الأسلحة ضد معظم الأمراض، فتنوع الأكل الذي نتناوله وكميته قد تؤدي إلى ارتفاع نسبة الدهون بالدم، والإصابة بالسكري وزيادة الوزن. إن البرنامج الغذائي الذي تكثر فيه الخضروات، والفاكهة، والحبوب الكاملة الغنية بالألياف، والأسماك، ومنتجات الألبان قليلة أو عديمة الدسم، والقليل من الدهون والسكر والملح هو الغذاء الصحي والمناسب.

كن حريصاً على ممارسة الرياضة يومياً



الأشخاص قليلو النشاط الرياضي هم أكثر عرضة للإصابة بأمراض الشرايين التاجية. وقد أظهرت الدراسات أن ممارسة الرياضة (المشي السريع، الهرولة، ركوب الدراجات) بشكل منتظم لمدة ٣٠ دقيقة يومياً ٥

* الرسالة الطبية، صحتنا بين قاتل صامت ومرض صديق: ملف خاص بأمراض الضغط والسكري، العدد 33، مستشفى جامعة العلوم والتكنولوجيا، مارس-أفريل، 2013.

تابع ملحق (4)

أحرص على ضبط معدل السكر في دمك

يتسبب مرض السكري في ارتفاع السكر في الدم (الجلوكوز)، وهو غالباً ما ينتج عن عدم إفراز البنكرياس كمية كافية من الأنسولين أو عندما لا يستطيع الجسم استخدام الأنسولين أو عندما لا يستطيع استخدام الأنسولين كما يجب، وللأسف فإن مرض السكري عادة ما يكون مصاحباً لزيادة الدهون في الدم وارتفاع ضغط الدم وزيادة الوزن وكل هذه العوامل بالطبع تزيد من احتمالات الإصابة بأمراض القلب.



حافظ على ضغط دمك في معدله الطبيعي

ضغط الدم هو عبارة عن مقياس القوة التي تنشأ على جدران الشرايين عند انقباض أو انبساط القلب مع كل خفقة، ضغط الدم المثالي أقل من ١٢٠ (الرقم الأعلى) وأقل من ٨٠ (الرقم الأدنى)، ويصبح الشخص مصاباً بارتفاع ضغط الدم عندما يصل القياس إلى ٩٠/٦٠ أو أكثر. ليس هناك أعراض مبكرة لارتفاع ضغط الدم، ولهذا السبب يطلق عليه القاتل الصامت. يرتفع ضغط الدم طبيعياً مع زيادة العمر، كما أن أصحاب الوزن الزائد أكثر عرضة للإصابة به عن ذوي الوزن الطبيعي.

كيفية المحافظة على ضغط دمك :

كيفية السيطرة على مرض السكري

للسيطرة على مرض السكري

- افحص نسبة السكر في الدم في المنزل وحاول إبقاؤها قرب المعدلات الطبيعية قدر المستطاع بعد استشارة الطبيب.
- تناول دواءك كما هو مطلوب منك.
- حافظ على وزنك.
- احرص على ممارسة الرياضة.

العوامل الوراثية

بعض الأشخاص يكون لديهم قابلية أكثر للإصابة بالأمراض القلبية والضغط والسكري نتيجة العوامل الوراثية، وفي الغالب ما يكون أحد الوالدين أو كلاهما مصاباً بهذه الأمراض في سن مبكرة. بطبيعة الحال لا يمكن للإنسان التحكم في جيناته الموروثة، ولكنه بالتأكيد يمكنه أن يساعد نفسه وأفراد أسرته على الحماية من الأمراض السابقة بالتحكم في عوامل الخطر السالفة الذكر.



- افحص ضغط دمك في كل مرة تزور فيها الطبيب.
- حافظ على وزنك المثالي.
- قلل من نسبة الملح في طعامك.
- توقف عن التدخين.
- احرص على ممارسة الرياضة.
- اتبع خطة العلاج.
- تناول دواءك الموصوف.

تابع ملحق (4)

نصائح عامة لمرضى الضغط

إن اتباع نظام غذائي صحي عند مرضى القلب يلعب دوراً أساسياً لتجنب المضاعفات وللحصول على المستوى المطلوب من ضغط الدم، وهناك بعض المأكولات التي يجب تجنبها وأخرى يمكنك تناولها إليكم بعض النصائح العامة:

- الحصول على الكمية اللازمة من الكالسيوم (٢ كوب حليب قليل \ خالي الدسم يومياً) فهو يساعد على خفض ضغط الدم
- التأكد من عبارة بدون ملح في حال كنت تريد تناول المعلبات
- تناول السمك من اللحوم
- تناول الحبوب من النشويات فهي تساعد على خفض نسبة الدهون في الدم
- يجب خفض الوزن للحصول على الوزن المثالي
- ممارسة الرياضة (ساعة ٣ مرات أسبوعياً) فهي تساعد على رفع معدل (الكوليسترول الجيد)
- إجراء الفحوصات اللازمة بانتظام
- عدم استعمال الملح على طاولة الطعام
- غسل الخضار المغلب جيداً ونقعها بالماء لفترة قبل استعمالها
- استشر الطبيب قبل استعمال بدائل الملح
- يجب شرب ما بين ١,٥ - ٢ ليتر ماء في اليوم (٨ - ١٠ أكواب يومياً)

فما هي المأكولات التي يجب تجنبها؟

- الدهون المشبعة: السمن، الزبدة
- الأجبان الصفراء المملحة والمصنعة مثل: قشقوان- موز ريلا، حلوم، عكاوي- بيكون- كيري- سميدس..
- اللحم الأحمر، لحم الغنم- اللحم الأحمر الغني بالدهون
- المقالي، بطاطا مقلية- قربيط مقلي- كوسة مقلي- لحوم مقلية- بيض مقلي..
- اللبن و الحليب الكامل الدسم أو الطازج
- صفار البيض
- الكبد- نخاعات...
- نقانق- سجنق- اللحوم المعلبة والمبردة (مرتديلا...)، البستردا
- الحلويات العربية والأجنبية لغناها بالدهون المشبعة
- المكسرات على أنواعها لغناها بالزيوت والملح
- الزيوت لغناها بالوحدات الحرارية والدهون
- الزعتر- بيكن سودا- بيكن بودر- الخميرة الكريونية- البزورات- صوص الصويا- صلصة المشاوي- صوص الترتار- مكعبات مرقة اللحم أو الدجاج- الشوربة المصنعة أو المعلبة- الزبدة المملحة- مايونيز- زبدة الفستق- مسحوق الكاكاو- صلصة البندورة و الكاتشب- الخردل؟
- الخضار المعلبة
- الشيبس- الشوكولا
- الكعك و البسكويت المملح
- الفاكهة المعلبة
- السمك و السردين المعلب
- الكحول
- التدخين

ما الذي يمكنك تناوله؟؟

- الخضار الطازجة على أنواعها فهي خالية من الدهون و الكوليسترول و غنية بالفيتامينات و المعادن
- الفاكهة الطليعية فهي غنية بالألياف
- النشويات والحبوب مثل البطاطا- المعكرونة- الأرز..
- اللحوم مثل الدجاج بدون جلد- اللحمية الهيرة- السمك ..
- الأجبان والألبان قليل أو خالي الدسم
- الزيوت مثل زيت الزيتون والزيت النباتي
- الحلويات المحضرة في المنزل يجب أن تكون محضرة بزيت قليل و حليب قليل الدسم
- التوابل و البطيبات (للحصول على طعم أشهى عوضاً عن الملح)
- البيض المسلوق (مرتين في الأسبوع بدون الصفار)
- الجبنة البيضاء و اللبنة قليلة الملح
- الحرص على تناول الأطعمة الغنية بالمغنسيوم مثل (رز-بطاطا- فاصوليا- موز...) و الأطعمة الغنية بالكالسيوم مثل الحليب و مشتقاته قليلة أو الخالية من الدسم.
- تناول الأطعمة الغنية بالبوتاسيوم الموجودة في الفاكهة (موز- شمام- فريز- ليمون- كيوي...) و الخضار (الملوخية- البامية- الفطر- بطاطا- هليون البندورة...) لأنها تساعد على المحافظة على مستوى ضغط الدم.
- الإكثار من تناول الألياف عبر الإكثار من البقول (حمص- فول- عدس- فاصوليا- بازىلا...) النشويات ذات اللون الأسمر- الفاكهة و الخضار مع القشر..



تابع ملحق(4)

الغذاء الصحي لمرضى السكري

الفواكه:

الأفضل استخدام الفواكه الطازجة والعصائر بدلاً من المعلبة.
المقدار في اليوم حبة فاكهة أو كوب صغير من العصير الطازج بدون سكر مضاف إليه.

الفاكهة	الكمية
برتقال	١
تفاح	١
موز	نصف موزة
حبات تمر	٣-٢
حبة عنب	١٢-١٠
البطيخ (حبوب)	قطعتين صغيرتين
رمان	نصف رمانة
التين الشوكي	١
شمام	نصف كوب
مشمش	٢
فرسك (خوخ)	٢

ملاحظة:

كلما كانت الفاكهة غنية بالماء والألياف كانت أقل خطورة .

الخضروات:

تناول الخضروات الطازجة بكثرة.
يفضل سلق الخضار (ليس كثيراً) بدلاً من قليها.
تصفية الخضروات المعلبة وغسلها بالماء للتخلص من الملح.



أنواع الخضار:

فاصوليا	بصل
باميه	بيبار
كوسه	طماطم
قرنبيط	بالدنجان

مجموعة الحليب:

يفضل الحليب الخالي من الدسم أو خفيف الدسم
حليب جاف خالي من الدسم (ثلث كوب)
الزبادي أو الحقيق الخالي من الدسم ، إذا كانت النشويات نوع واحد فقط
في الوجبة الواحدة فيمكن مضاعفة الكمية مثلاً: (كوب رز في وجبة الغذاء بدون أكل خبز أو بطاطا في نفس الوجبة) .

مجموعة اللحوم:

أكل اللحوم البيضاء (الدجاج - السمك) أفضل من الحمراء
يفضل شوي اللحوم أو سلقها وليس القلي
قلل من تناول الأعضاء الحيوانية حيث أنها غنية بالكوليسترول مثل: (الكبد - القلب - الكلاوي- إلخ...)
الأجبان الدسمة يجب تحاشيها.

الكميات المسموح بها من اللحم والبيض:

قطعة لحم صغيرة خفيفة الدهون
بيضة واحدة أو ٢ مقادير من بياض البيض
ملعقتين من الجبنة قليلة الدسم
ربع كوب تونا معلبة.

مجموعة الخبز:

تناول الحبوب والخبز والتي تحتوي على الألياف الغذائية
أنواع الخبز في اليمن: خبز (الشعير - الججين - القفوع - الكدم).

الكميات المسموح بها من الخبز والنشويات:

شريحة خبز أو ربع رغيف عربي أو حبة كدم
نصف كوب أرز مطبوخ
نصف كوب مكرونة مطبوخة
حبة بطاطس محمصة أو مشوية
ثلث كوب عدس أو فول مطبوخ
نصف كوب بازلاء خضراء
من ٤-٦ قطع بسكويت غير محلى.

إذا كانت النشويات نوع واحد فقط في الوجبة الواحدة فيمكن مضاعفة الكمية مثلاً: (كوب رز في وجبة الغذاء بدون أكل خبز أو بطاطا في نفس الوجبة).

تابع ملحق(4)

مجموعة الدهون :

استخدم الزيوت النباتية مثل (زيت الدرة- زيت الزيتون) بدلاً من الزبدة أو الشحوم أو السمن .



حسب الرغبة :

أكثر من تناول السلطات الخضراء، مثل الخس- السبانخ- الخيار- الملفوف- اليقطين- النعناع- الليمون- الطماطم .



تجنب هذه الأطعمة :



الكميات المسموح بها من الدهون :

- ملعقة شاي (صغيرة) زيت
- ملعقة شاي زبدة نباتية
- ٦ حبات لوز جاف
- ١٠ حبات زيتون
- ٢٠ حبة قول سوداني
- ملعقتين مكسرات

تناول باعتدال :

- ملح
- المشروبات الغازية الخالية من السكر
- شاي أو قهوة
- بديل السكر
- الفيتات مع المرق بدلاً من العسل
- الحلبة والسلطة الخالية من الزيوت أو الدقة
- أكثر من شرب السوائل وخاصة الماء
- الجزر
- مكعبات الشورية
- جيلاتين خال من السكر (آيس كريم)
- مخللات غير محلاة
- أي قطعة لحم مثل (دجاج- سمك- بقر- ضأن) .

كن معتدلاً:

باستعمال الملح ويفضل استعمال البهارات والأعشاب أو عصير الليمون لإعطاء نكهة للطعام
كن معتدلاً بشرب الشاي والقهوة والمشروبات الغازية المحتوية على الكافيين .

- الخضروات المقلية
- اللحوم المقلية
- المسجق
- البطاطا الحلوة
- السكر
- سكاكر حلويات
- كريمة- قشطره
- بوظة (آيس كريم)
- المشروبات الغازية (بيبسي- كولا- فيمتو)
- الخبز الأبيض مثل (الرشوش- بنت الصحن- الروتي الأبيض- التميز- المطبق المكون من الدقيق).
- اللحوم الدسمة
- جلد اللحوم المشوية
- رقائق البطاطس المملحة
- العسل
- البسكويت المحلى
- الزبدة
- الكيك

تابع ملحق (4)

هل شرب الشاي الأخضر مفيد لمرضى السكر وارتفاع الضغط ؟

- الشاي الأخضر والسكر في البول
- يحسن أيض الليبيد والجلوكوز، ويمنع زيادة نسبة السكر في الدم، و يصحح معدل الأيض
- الشاي الأخضر والسكر في الدم
- السكر في الدم يتجه نحو الزيادة مع التقدم في العمر، لكن البوليفينول والبولىسكريد في الشاي الأخضر يساعدان على تخفيض السكر في الدم
- الشاي الأخضر و الذبحة القلبية
- يساعد على تجنب الذبحة القلبية وذلك بتخفيض نسبة الكوليسترول في الدم، وحتى بعد الإصابة بالذبحة القلبية، الشاي الأخضر يمنع موت الخلايا ويزيد نسبة الخلايا التي تحافظ على القلب
- الأخضر والكوليسترول
- يعمل على تخفيض نسبة الكوليسترول ويحسن نسبة الكوليسترول الجيد، وذلك بتخفيض نسبة الكوليسترول السيئ.
- الشاي الأخضر وتخفيف الوزن
- يساعد على تخفيف الوزن حيث يعمل على حرق الدهون (٧٠ وحدة حرارية في اليوم الواحد)، ويزيد من نسبة الأيض الطبيعي
- الشاي الأخضر والبدانة
- يمنع البدانة ويوقف من حركة الجلوكوز في الخلايا المدهنة، فإذا كنت تمارس نظاماً غذائياً، تناول يوميا شاي أخضر للمساعدة على تجنب البدانة
- الشاي الأخضر والجهد النفسى
- التيانين التي هي من نوع -أمينو أسيد- في الشاي الأخضر، تساعد على إزالة الإجهاد والتعب والتعب والتعب والتعب.



الكركدية وخفض الضغط

شراب الكركديه يخفض ضغط الدم المرتفع ويزيد من سرعة دوران الدم ويقوى ضربات القلب ويقتل الميكروبات مما يجعله مفيداً فى علاج الحميات وعلوى الميكروبات وأوبئة الكوليرا حيث أنه حامض طبيعته، ومن خواصه أنه مرطب ومنشط. يتم تحضير شراب الكركديه مثل الشاي ويشرب كما يشرب الشاي إما ساخناً أو بارداً بغلي السبلات وتصفيتها ثم إضافة السكر إليها لتحليتها حسب الطلب .

إن الكركديه كمشروب بارد أو ساخن ينشط عضلة القلب ويحد من نمو الأورام السرطانية بجسم الإنسان ويفيد في خفض ضغط الدم المرتفع.

ويعتبر شراب مغلي أزهار الكركديه من أفضل المشروبات المستعملة في شهر رمضان المبارك فهو شراب حمضي ملطف وقابض وخافض للحرارة ومضاد للديدان الشريطية والاسطوانية وملين خفيف للمعدة ويساعد على خفض ضغط الدم المرتفع.

وقد قيل أن الكركديه يمكن أن يكون الوصفة السحرية لكثير من العلل فهو مرطب ومنشط ومهضم ومنظف وملين ومفيد لأوجاع الصدر والربو ولضعف المعدة والتهاب المفاصل والروماتيزم والنقرس والمغص الكلوي وضد المشروبات القلوية.

ملاحظة يجب عدم الإكثار من الكركديه من قبيل المرضى المصابين بانخفاض ضغط الدم لأنه يخفض الضغط أساساً.



تابع ملحق (4)[†]

نظام مراقبة سكر الدم في الزمن الحقيقي أو نظام Guardian RT

1. أداة جديدة تعطي قيم لسكر الدم بشكل مستمر في الزمن الحقيقي Real Time و يعطي تنبيهات في حالات هبوط أو ارتفاع سكر الدم مما يحسن من مراقبة مستويات سكر الدم في الداء السكري من النمط الأول .
2. نظام الكترولونزيمي بواسطة حساس يزودنا بقراءات لمستويات سكر الدم في الزمن الحقيقي .
3. نظام Guardian RT مجهز بشاشة تعرض قيم سكر الدم كل 5 دقائق مع اتجاهات حركة سكر الدم و مزودة بمنبه في حالات ارتفاع أو انخفاض سكر الدم .
4. يمكن استبدال حساس سكر الدم كل 3-5 أيام بسهولة و يمكن تخزين المعلومات عن طريق حاسوب شخصي تصل لمدة 21 يوم .



1. أداة جديدة تعطي قيم لسكر الدم بشكل مستمر في الزمن الحقيقي Real Time و يعطي تنبيهات في حالات هبوط أو ارتفاع سكر الدم مما يحسن من مراقبة مستويات سكر الدم في الداء السكري من النمط الأول .
2. نظام الكترولونزيمي بواسطة حساس يزودنا بقراءات لمستويات سكر الدم في الزمن الحقيقي .
3. نظام Guardian RT مجهز بشاشة تعرض قيم سكر الدم كل 5 دقائق مع اتجاهات حركة سكر الدم و مزودة بمنبه في حالات ارتفاع أو انخفاض سكر الدم .
4. يمكن استبدال حساس سكر الدم كل 3-5 أيام بسهولة و يمكن تخزين المعلومات عن طريق حاسوب شخصي تصل لمدة 21 يوم .

1. نظام يتألف من جزئين :
 (أ) نظام مراقبة سكر الدم المستمر في الزمن الحقيقي Real Time أو نظام Guardian RT .
 (ب) جيل من مضخات الأنسولين التي تستطيع استقبال قراءات نظام المراقبة لاسلكياً و تعطي تنبيهات في حالات ارتفاع و انخفاض سكر الدم .
2. يعتبر هذا النظام الحالي هو مقدمة لما يعرف بنظام الحلقة المغلقة Close-loop System أو ما يعرف بالبنكرياس الاصطناعي المحمول portable Artificial Pancreas .



[†] مصطفى محمد شوا، الآفاق الحديثة في دراسة ومعالجة الداء السكري، سلسلة أمراض الغدد الصماء والداء السكري والاستقلاب، ج4، النشر الإلكتروني، سوريا، 2002.

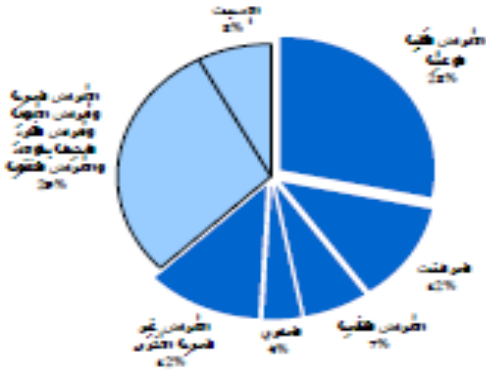
ملحق رقم (5)

احصائيات انتشار الأمراض المنزمنة في الجزائر والوفيات المتعلقة بها لسنة 2008-2012-2014

الجزائر

مجموع سكان في عام 2010 : 35 468 208
قائمة مختلطة: شريحة مختلطة من مختلطة مختلطة

الوفيات المتعلقة بالأمراض غير المعدية (نسبة المئوية من مجموع الوفيات، جميع الأمراض) *



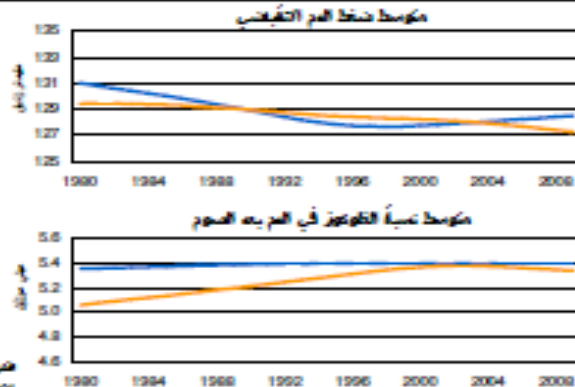
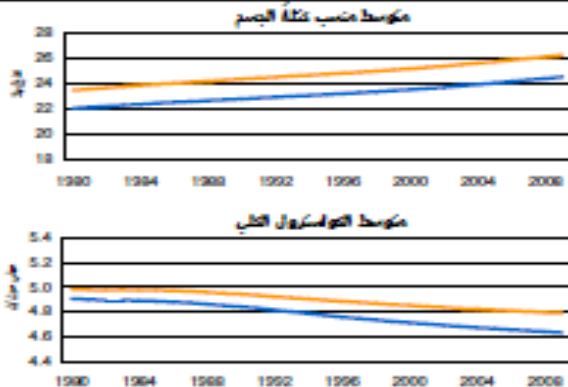
الوفيات المتعلقة بالأمراض غير المعدية (نسبة المئوية من مجموع الوفيات، جميع الأمراض) *

المرض	الذكور	الإناث
الأمراض القلبية	55.5	28.6
السكري	53.5	28.6
السرطان	55.0	27.4
السكتة الدماغية	97.7	79.2
أمراض غير معدية أخرى	74.7	38.9
الأمراض المعدية	278.6	275.0

نوع المرض	الذكور	الإناث	المجموع
الأمراض القلبية	24.8	0.2	12.5
السكري	30.8	47.6	39.2

نوع المرض	الذكور	الإناث	المجموع
الأمراض القلبية	38.3	37.6	38.0
السكري	7.9	8.2	8.0
السرطان	39.1	51.8	45.5
السكتة الدماغية	9.6	22.4	16.0
أمراض غير معدية أخرى	36.6	40.5	38.5

الوفيات المتعلقة بالأمراض غير المعدية (نسبة المئوية من مجموع الوفيات، جميع الأمراض) *



نوع المرض	الذكور	الإناث	المجموع
الأمراض القلبية	24.8	0.2	12.5
السكري	30.8	47.6	39.2
السرطان	38.3	37.6	38.0
السكتة الدماغية	9.6	22.4	16.0
أمراض غير معدية أخرى	36.6	40.5	38.5

الوفيات المتعلقة بالأمراض غير المعدية (نسبة المئوية من مجموع الوفيات، جميع الأمراض) *

الوفيات المتعلقة بالأمراض غير المعدية (نسبة المئوية من مجموع الوفيات، جميع الأمراض) *

الوفيات المتعلقة بالأمراض غير المعدية (نسبة المئوية من مجموع الوفيات، جميع الأمراض) *

تابع للملحق (5)

Algeria

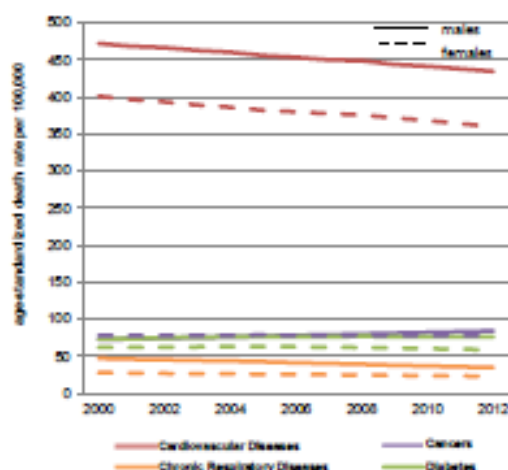
Total population: 38 482 000

Income Group: Upper middle

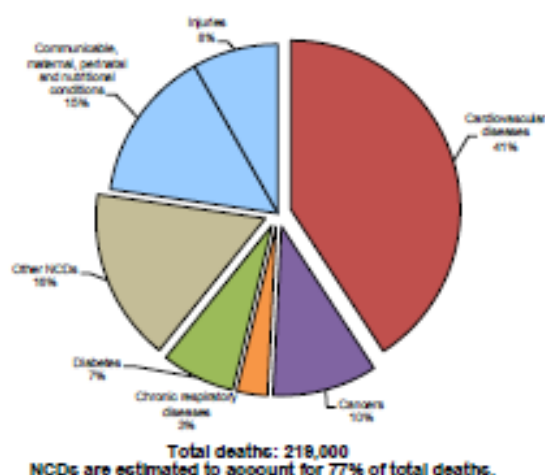
Percentage of population living in urban areas: 73.0%

Population proportion between ages 30 and 70 years: 40.0%

Age-standardized death rates*

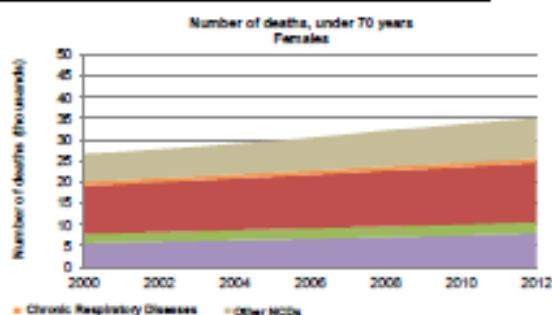
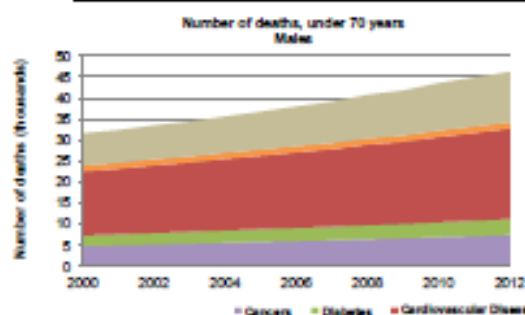


Proportional mortality (% of total deaths, all ages, both sexes)*



Premature mortality due to NCDs*

The probability of dying between ages 30 and 70 years from the 4 main NCDs is 22%.



Adult risk factors

	males	females	total
Current tobacco smoking (2011)	28%	2%	15%
Total alcohol per capita consumption, in litres of pure alcohol (2010)	1.8	0.4	1.0
Raised blood pressure (2008)	29.1%	28.7%	28.9%
Obesity (2008)	9.6%	22.4%	16.0%

National systemic response to NCDs

Has an operational NCD unit/branch or department within the Ministry of Health, or equivalent	Yes
Has an operational multisectoral national policy, strategy or action plan that integrates several NCDs and shared risk factors	No
Has an operational policy, strategy or action plan to reduce the harmful use of alcohol	Yes
Has an operational policy, strategy or action plan to reduce physical inactivity and/or promote physical activity	Yes
Has an operational policy, strategy or action plan to reduce the burden of tobacco use	Yes
Has an operational policy, strategy or action plan to reduce unhealthy diet and/or promote healthy diets	Yes
Has evidence-based national guidelines/protocols/standards for the management of major NCDs through a primary care approach	No
Has an NCD surveillance and monitoring system in place to enable reporting against the nine global NCD targets	No
Has a national, population-based cancer registry	No

* The mortality estimates for this country have a high degree of uncertainty because they are not based on any national NCD mortality data (see Explanatory Notes).

تابع للملحق(5)

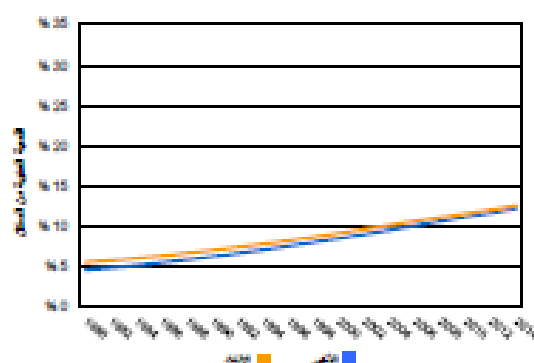
الجزائر

مجموع عدد السكان: 39 667 000
قائمة السكان: التوزيع الطبقي من السكان المقيمة

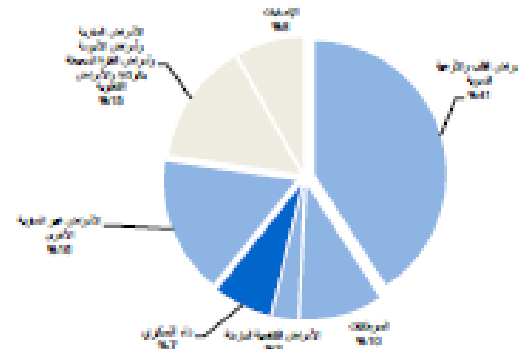
محل الوفيات*

عدد الوفيات الناتجة عن ارتفاع منسوب الغلوكوز في الدم				عدد الوفيات الناتجة عن داء السكري			
الجنس	الذكور	الإناث	السن 30-69 سنة	الجنس	الذكور	الإناث	السن 30-69 سنة
	6 690	4 250	السن أكبر من 70 سنة		3 610	2 520	السن أكبر من 70 سنة
	8 210	6 780			4 640	4 340	

الاتجاهات في معدل الانتشار الموحّد حسب السن للإصابة بالسكري



محل الوفيات النسبي (النسبة المئوية من مجموع الوفيات، جميع الأعراق)*



محل انتشار داء السكري وعوامل الخطر ذات الصلة به

المجموع	الذكور	الإناث	
%10.5	%10.7	%10.2	داء السكري
%57.1	%60.3	%53.9	زيادة الوزن
%23.6	%29.3	%18.0	السمنة
%32.5	%39.4	%25.8	الضغوط النفسية

الاستجابة الوطنية لداء السكري

السياسات والبرامج التوجيهية والرصد

السياسات والبرامج التوجيهية والرصد	السياسات والبرامج التوجيهية والرصد
السياسات والبرامج التوجيهية والرصد	السياسات والبرامج التوجيهية والرصد
السياسات والبرامج التوجيهية والرصد	السياسات والبرامج التوجيهية والرصد
السياسات والبرامج التوجيهية والرصد	السياسات والبرامج التوجيهية والرصد
السياسات والبرامج التوجيهية والرصد	السياسات والبرامج التوجيهية والرصد
السياسات والبرامج التوجيهية والرصد	السياسات والبرامج التوجيهية والرصد
السياسات والبرامج التوجيهية والرصد	السياسات والبرامج التوجيهية والرصد
السياسات والبرامج التوجيهية والرصد	السياسات والبرامج التوجيهية والرصد

نوافذ التوعية والتكنولوجيا الأساسية والإجراءات في قطاع الصحة العمومية

الأنشطة في مرافق الرعاية الأولية

الأنشطة في مرافق الرعاية الأولية	الأنشطة في مرافق الرعاية الأولية
الأنشطة في مرافق الرعاية الأولية	الأنشطة في مرافق الرعاية الأولية
الأنشطة في مرافق الرعاية الأولية	الأنشطة في مرافق الرعاية الأولية
الأنشطة في مرافق الرعاية الأولية	الأنشطة في مرافق الرعاية الأولية
الأنشطة في مرافق الرعاية الأولية	الأنشطة في مرافق الرعاية الأولية
الأنشطة في مرافق الرعاية الأولية	الأنشطة في مرافق الرعاية الأولية
الأنشطة في مرافق الرعاية الأولية	الأنشطة في مرافق الرعاية الأولية
الأنشطة في مرافق الرعاية الأولية	الأنشطة في مرافق الرعاية الأولية
الأنشطة في مرافق الرعاية الأولية	الأنشطة في مرافق الرعاية الأولية

مصدر: إحصاءات الصحة العامة، وزارة الصحة، الجزائر. تم تحديث البيانات في 2018. (البيانات غير المتاحة في الجدول أعلاه هي البيانات المتوقعة)

● = من سنة 2018
○ = من سنة 2017
ملحوظة: الصحة العامة - المراكز الصحية في الجزائر، 2018.

ملحق رقم (6)

تحكيم الاستبيان عن طريق صدق المحكمين

أستاذي الكريم ضع علامة (X) في الخانة المناسبة لقياس صدق الاستبيان

تحكيم المختص			جوانب الاستبيان
ملاحظات	غير مناسب	مناسب	
			1- الشكل الظاهري للاستبيان
			2- لغة الاستبيان
			3- صياغة أسئلة الاستبيان
			4- درجة وضوح مؤشرات الفرضيات المقترحة
			5- ترتيب أسئلة الاستبيان
			6- عدد البنود
			7- ترتيب البنود

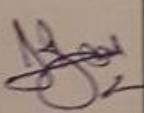
اسم ولقب المحكم	الدرجة العلمية	التخصص	الجامعة	التوقيع	الملاحظة

تحكيم رقم (1)

تحكيم الاستبيان عن طريق صدق المحكمين

استاذي الكريم ضع علامة (X) في الخانة المناسبة لقياس صدق الاستبيان

تحكيم المختص			جوانب الاستبيان
ملاحظات	غير مناسب	مناسب	
		✓	1- الشكل الظاهري للاستبيان
		✓	2- لغة الاستبيان
		✓	3- صياغة أسئلة الاستبيان
ممتاز جداً ، كتفصلي مؤثران في السبب الوراثي .		✓	4- درجة وضوح مؤشرات الفرضيات المقترحة
		✓	5- ترتيب أسئلة الاستبيان
		✓	6- عدد البنود
		✓	7- ترتيب البنود

اسم ولقب المحكم	الدرجة العلمية	التخصص	الجامعة	التوقيع	الملاحظة
الدكتور بن عون	أستاذ مهاضر صدق بن	علم إجتماع المحضري	عما كلجيبي الأغواط		استبيان ممتاز جداً من الناحية المرفقة والمهجية واللغوية يندر دراسة علمية جادة جداً ، واضحة ودقيقة

تحكيم رقم (2)

تحكيم الاستبيان عن طريق صدق المحكمين

استاذي الكريم ضع علامة (X) في الخانة المناسبة لقياس صدق الاستبيان

تحكيم المختص			جوانب الاستبيان
ملاحظات	غير مناسب	مناسب	
	X		1- الشكل الظاهري للاستبيان
		X	2- لغة الاستبيان
		X	3- صياغة أسئلة الاستبيان
		X	4- درجة وضوح مؤشرات الفرضيات المقترحة
		X	5- ترتيب أسئلة الاستبيان
	X		6- عدد البنود
		X	7- ترتيب البنود

اسم ولقب المحكم	الدرجة العلمية	التخصص	الجامعة	التوقيع	الملاحظة
حفصة جبردي	استاذة	علم الاجتماع	جامعة بني سويف		أسئلة الاستبيان واضحة + المعاملة تتسم بالمشورية والوضوح وهي واضحة

(مستوفى)

تحكيم رقم (3)

تحكيم الاستبيان عن طريق صدق المحكمين
أستاذي الكريم ضع علامة (X) في الخانة المناسبة لقياس صدق الاستبيان

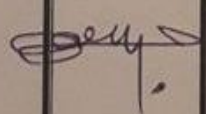
تحكيم المختص			جوانب الاستبيان
ملاحظات	غير مناسب	مناسب	
		X	1- الشكل الظاهري للاستبيان
		X	2- لغة الاستبيان
		X	3- صياغة أسئلة الاستبيان
إعادة صياغة بعض الأسئلة		X	4- درجة وضوح مؤشرات الفرضيات المقترحة
		X	5- ترتيب أسئلة الاستبيان
إله حد ما			6- عدد البنود
		X	7- ترتيب البنود

اسم ولقب المحكم	الدرجة العلمية	التخصص	الجامعة	التوقيع	الملاحظة
بكاوي زبيدة	أستاذة محاضرة "١"	علم الأحياء	الأنوال	<u>بكاوي</u>	استبيان مقبولة وأستعد راضية إله حد ما.

تحكيم رقم (4)

تحكيم الاستبيان عن طريق صدق المحكمين
أستاذي الكريم ضع علامة (X) في الخانة المناسبة لقياس صدق الاستبيان

تحكيم المخصص			جوانب الاستبيان
ملاحظات	غير مناسب	مناسب	
		✓	1- الشكل الظاهري للاستبيان
		✓	2- لغة الاستبيان
		✓	3- صياغة أسئلة الاستبيان
		✓	4- درجة وضوح مؤشرات الفرضيات المقترحة
		✓	5- ترتيب أسئلة الاستبيان
		✓	6- عدد البنود
		✓	7- ترتيب البنود

اسم ولقب المحكم	الدرجة العلمية	التخصص	الجامعة	التوقيع	الملاحظة
بودي منعوني	أستاذ محاضر (أ)	علم الاجتماع	جامعة بغداد		R.A.S

تحكيم رقم (5)

تحكيم الاستبيان عن طريق صدق المحكمين

استاذي الكريم ضع علامة (X) في الخانة المناسبة لقياس صدق الاستبيان

تحكيم المفضل			جواب الاستبيان
ملاحظات	غير مناسب	مناسب	
		X	1- الشكل الظاهري للاستبيان
		X	2- لغة الاستبيان
		X	3- صياغة أسئلة الاستبيان
		X	4- درجة وضوح مؤشرات الفرضيات المقترحة
		X	5- ترتيب أسئلة الاستبيان
		X	6- عدد البنود
		X	7- ترتيب البنود

اسم والمب المحكم	الدرجة العلمية	التخصص	الجامعة	التوقيع	الملاحظة
د. زيزناح صبيحة	د. محاضرة مختصة دكتوراه علم الاجتماع التربوي	علم الاجتماع التربوي	جامعة عالمية البحرين	تبارع 14/05/2023	عنوان الأسئلة واضح قدم بشكل كبير المتنوع فيه أبعاد الج والاصابع

ملحق رقم (7)

التغيرات التي تحدث للكائن الحي عند تعرضه للضغوط حسب فونتانا

النتائج الفسيولوجية لزيادة الضغوط	تأثيرات معرفية لزيادة الضغوط	تأثيرات انفعالية لزيادة الضغوط	تأثيرات سلوكية عامة لزيادة الضغوط
- زيادة الأدرينالين بالدم مما يؤدي إلى تنشيط وزيادة رد فعله وإذا استمر هذا الضغط لمدة طويلة قد يؤدي إلى فشل في تلك الأجهزة مثل اضطرابات الدورة الدموية وأمراض القلب . - زيادة إفراز الغدة الدرقية مما يؤدي إلى زيادة تفاعلات الجسم وزيادة استنفاد الطاقة وإذا استمر هذا الضغط لمدة طويلة يحدث إجهاد ونقص بالوزن، وأخيرا انهيار جسمي. - زيادة إفراز الكولسترول من الكبد يعطي طاقة للجسم، وإذا استمر الضغط لفترة طويلة يحدث تصلب شرايين وأمراض ونوبات القلب. - توجد أجهزة أخرى بالجسم تساعد على التغيرات الفسيولوجية السابق ذكرها مثل الخطوط الخلفية وراء المحارة الأمامية مثل : - امتناع الجهاز الهضمي ، وتحول الدم من المعدة والأمعاء إلى الرئتين ، وإذا طالت فترة امتناع الجهاز الهضمي يحدث اضطرابات هضمية بالمعدة .	- عدم القدرة على التركيز . - تقل الاستجابة السريعة الحقيقية ، وقد تؤدي محاولات التعويض إلى قرارات متسريعة وخاطفة . - يزداد معدل الخطأ . - تدهور في القدرة على التنظيم والتخطيط بعيد المدى . - عدم تحري الدقة و الحقيقة، وتصبح الأفكار متداخلة وغير معقولة.	- زيادة التوترات الطبيعية والنفسية حيث تقل القدرة على الاسترخاء. - زيادة الإحساس بالمرض حيث يحدث تهيج أمراض الضغط واختفاء مشاعر الإحساس بالصحة. - حدوث تغيرات في صفات الشخصية. - تزيد مشاكل الشخصية حيث تتفاقم المشاكل المتواجدة مثل القلق الحساسية المفرطة. - ظهور الاكتئاب وعدم المساعدة وشعور بعدم القدرة على التأثير. - فشل في تقدير الذات وتطور الشعور بالعجز وعدم القيمة.	- زيادة مشاكل التخاطب المتمثلة في ترايد التلعثم والتأتأة. - نقص في الاهتمام والتحمس والتنازل عن الأهداف الحياتية. - انخفاض مستوى الطاقة وانحدارها من يوم لآخر بدون سبب واضح. - صعوبة في النوم أو البقاء أكثر من أربعة ساعات في اليوم. - الميل لإلقاء اللوم على الغير. - نقل المسؤوليات على الآخرين - ظهور نماذج سلوكية شاذة. - حل المشاكل بمستوى سطحي .
- تفاعلات جلدية حيث يصبح لون الجلد شاحبا بسبب تحول الدم إلى مناطق أخرى. - إفراز الكورتيزون بالدم يؤدي إلى نقص الحساسية التي تؤدي إلى ضيق النفس ، وإذا طالت المدة تقل المناعة الطبيعية مما يؤدي إلى خرق المعدة وأمراض الحساسية .			

Agence: laghouat**ملحق رقم (8)****إحصائيات الأمراض المزمنة من مؤسسة الضمان الاجتماعي بالأغواط لسنة 2013****II. Maladies prises en charges à 100%:****II.1 Evolution par affection:****II.2 Répartition des maladies chroniques par tranche d'âge:****II.3 Répartition des maladies chroniques par sexe:**

Affections	Code	Nombre de cas arrêtés au 1er trimestre 2013	nouveaux cas enregistrés durant le 1er trimestre 2013	Nombre de cas supprimés durant le 1er trimestre 2013	<18 ans	19-35 ans	36-55 ans	56-70 ans	> 70 ans	Total	Masculin	Féminin	Total
Tuberculose sous toutes ses formes	C1	31	0	0	1	6	10	9	5	31	10	21	31
Psychonévroses graves	C2	1110	34	0	122	600	265	95	62	1144	636	508	1144
Maladies cancéreuses	C3	526	22	3	10	58	291	133	53	545	173	372	545
Hémopathies	C4	107	0	0	13	39	47	7	1	107	53	54	107
Sarcoïdose	C5	6	0	0	0	3	3	0	0	6	3	3	6
Hypertension artérielle maligne	C6	8436	233	1	5	172	3357	4041	1093	8668	2981	5687	8668
Maladies cardiaques et vasculaires	C7	1134	26	0	3	47	514	513	83	1160	647	513	1160
Maladies neurologiques	C8	1151	41	0	307	429	296	78	82	1192	661	531	1192
Maladies musculaires ou neuromusculaires	C9	45	0	0	2	0	8	35	0	45	21	24	45
Encéphalopathies	C10	715	18	0	497	101	81	21	33	733	418	315	733
Néphropathies	C11	233	5	1	56	90	39	42	10	237	123	114	237
Rhumatismes chroniques	C12	479	8	0	10	130	251	54	42	487	126	361	487
Périartérite noueuse	C13	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1
Lupus érythémateux disséminé	C14	26	1	0	0	18	7	2	0	27	8	19	27
Insuffisances respiratoires chroniques	C15	1678	57	0	84	410	739	388	114	1735	743	992	1735
Poliomyélite antérieure	C16	13	0	0	0	0	9	4	0	13	3	10	13

aigue													
Maladies métaboliques (diabète)	C17	7145	234	1	186	478	3627	2437	650	7378	4018	3360	7378
Cardiopathies congénitales	C18	41	1	0	17	3	21	1	0	42	19	23	42
affections endocriniennes complexes	C19	667	31	0	40	266	244	109	39	698	126	572	698
Rhumatisme articulaire aigu	C20	51	0	0	3	16	30	2	0	51	28	23	51
Ostéomyélite chronique	C21	13	0	0	2	0	5	3	3	13	6	7	13
Complications des gastrectomies	C22	4	0	0	0	0	3	1	0	4	3	1	4
Cirrhoses du foie	C23	24	0	0	0	2	10	9	3	24	14	10	24
Recto-colite hémorragique	C24	76	1	0	0	30	40	7	0	77	39	38	77
Psoriasis	C25	332	27	0	45	90	150	70	4	359	193	166	359
L'Hydatidose et ses complications	C26	9	0	0	0	2	4	3	0	9	4	5	9
Total 1er trimestre		24052	740	6	1403	2990	10052	8064	2277	24786	11057	13729	24786

تابع للملحق رقم (8)

Agence: laghouat**تابع ملحق رقم (8)****إحصائيات الأمراض المزمنة من مؤسسة الضمان الاجتماعي بالأغواط لسنة 2017****II. Maladies prises en charges à 100%:****II.1 Evolution par affection:****II.2 Répartition des maladies chroniques par tranche d'âge:****II.3 Répartition des maladies chroniques par sexe:**

Affections	Code	nouveaux cas enregistrés durant le 2er trimestre 2017	Nombre de cas supprimés durant le 2er trimestre 2017	<18 ans	19-35 ans	36-55 ans	56-70 ans	> 70 ans	Total	Masculin	Féminin	Total
Tuberculose sous toutes ses formes	C1	2	1	1	7	8	9	4	29	8	21	29
Psychonévroses graves	C2	399	2	160	857	475	156	111	1754	963	791	1754
Maladies cancéreuses	C3	298	1	31	111	483	243	121	989	354	635	989
Hémopathies	C4	77	0	44	64	82	22	7	219	118	101	219
Sarcoïdose	C5	4	0	0	4	5	2	0	11	4	7	11
Hypertension artérielle maligne	C6	2213	6	7	254	4837	5318	1946	12362	4602	7760	12362
Maladies cardiaques et vasculaires	C7	354	0	7	67	732	707	200	1713	1012	701	1713
Maladies neurologiques	C8	346	1	440	573	420	136	149	1718	939	779	1718
Maladies musculaires ou neuromusculaires	C9	6	1	5	5	9	36	0	55	27	28	55
Encéphalopathies	C10	142	2	652	126	99	26	54	957	544	413	957
Néphropathies	C11	85	1	67	119	89	61	23	359	187	172	359
Rhumatismes chroniques	C12	129	1	13	158	348	101	75	695	179	516	695
Périartérite noueuse	C13	0	0	0	0	3	0	0	3	2	1	3
Lupus érythémateux disséminé	C14	11	0	1	33	10	2	1	47	13	34	47
Insuffisances respiratoires chroniques	C15	443	2	144	528	1048	576	275	2571	1165	1406	2571

Poliomyélite antérieur aigue	C16	12	0	0	0	8	4	0	12	3	9	12
Maladies métaboliques (diabète)	C17	3411	3	295	921	6339	3770	1289	12614	6825	5789	12614
Cardiopathies congénitales	C18	36	1	59	10	22	2	1	94	39	55	94
affections endocriniennes complexes	C19	480	2	106	406	589	193	70	1346	248	1116	1364
Rhumatisme articulaire aigu	C20	4	2	8	17	33	2	0	60	30	30	60
Ostéomyélite chronique	C21	4	0	2	1	9	3	4	19	10	9	19
Complications des gastrectomies	C22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cirrhoses du foie	C23	14	0	0	8	25	11	6	50	23	27	50
Recto-colite hémorragique	C24	24	0	3	49	53	9	2	116	58	58	116
Psoriasis	C25	108	0	85	147	233	83	6	554	292	262	554
L'Hydatidose et ses complications	C26	1	0	1	2	4	3	1	11	6	5	11
Total 2ér trimestre		8603	26	2131	4467	15969	11475	4346	38388	17651	20737	38388

تابع للملحق رقم (8)

ملحق رقم (9)

احصائيات الوفيات حسب الولايات حسب (ONS) و (INSP) لسنة 2012-2013

الولاية	INSP 2012	ONS 2012	INSP/ONS 2012	INSP 2013	ONS 2013	INSP/ONS 2013
أدرار	605	1802	33.6	693	1853	37.4
الشلف	1557	3861	40.3	1671	3865	43.2
الأغواط	689	1574	43.7	521	1552	33.6
أم البواقي	1025	2428	42.2	1448	2503	47.9
باتنة	1811	5260	34.4	2061	4975	41.4
بجاية	2687	4540	59.2	2560	4357	58.8
بسكرة	2251	3096	72.7	2299	2982	77.0
بشار	854	1221	70.0	779	1195	65.2
البلدية	2234	4821	46.3	1653	4872	34.0
البويرة	1098	2421	45.4	782	2599	30.0
تمنراست	454	1396	32.5	310	1514	20.5
تبسة	1203	2762	43.5	1197	2589	46.2
تلمسان	1822	5121	35.6	1929	5013	38.5
تيارت	2263	3809	59.4	2292	3813	60.1
تيزي وزو	2462	5985	41.1	2312	5714	40.5
الجزائر العاصمة	7121	17013	41.8	7588	17123	44.3
الجلفة	1295	3202	40.4	1460	3413	42.8
جيجل	1300	2650	49.05	1375	2672	51.5
سطيف	2728	6577	41.5	2789	6467	43.1
سعيدة	578	1473	39.3	675	1452	46.5
سكيكدة	1712	3640	47.0	1889	3725	50.7
سيدي بلعباس	1974	3132	63.0	1820	3148	57.8
عنابة	2110	4187	50.4	3039	3948	77.0
قائمة	1276	2016	63.3	1220	1990	61.3
قسنطينة	2929	6265	46.8	3085	6302	49.0
المدية	1616	3185	50.7	1086	3005	36.1
مستغانم	1175	3610	32.5	794	3612	22.0
مسيلة	1879	3934	47.8	1966	3749	52.4
معسكر	2441	3900	62.6	2003	3676	54.5
ورقة	1608	2193	73.3	1440	2223	64.8
وهران	2541	8350	30.4	1940	8231	23.6
البيض	325	1035	31.4	348	995	35.0
اليزي	98	192	51.0	131	289	45.3
برج بوعريش	828	2504	33.0	979	2440	40.1
بومرداس	825	2574	33.1	848	2362	36.0
الطارف	471	1211	39.0	269	1240	21.7
تندوف	163	383	42.6	189	352	53.7
تسمسيلت	625	1244	50.2	721	1237	58.3
الواد	1069	2468	43.3	966	2444	39.5
خنشلة	671	1711	39.2	700	1692	41.4
سوق اهراس	562	1794	31.3	621	1905	32.6
تيبازة	1366	2316	60.0	1082	2379	45.5
ميلة	699	2767	25.3	902	2708	33.3
عين الدفلة	1077	3079	35.0	1181	2994	39.4
النعام	634	855	74.2	500	852	58.7
عين تيموشنت	911	1871	48.7	862	1789	48.2
غرادية	847	1486	57.0	961	1537	62.5
غليزان	2094	3112	67.3	2088	3098	67.4
المجموع	70590	156026	%45.30	70020	154445	%45.34

ملحق رقم (10)

الهيكل العام للمؤسسة العمومية الإستشفائية احميدة بن عجيلة بالأغواط

