

## الأسرة الفقيرة والرعاية الصحية الذاتية تحليل إجتماعى للإستخدام الذاتى للأدوية الطبية الحديثة

أولاً: الجانب النظرى للدراسة : دكتور / عاطف محمد شحاته

المشكلة وأهمية دراستها :

تعانى المجتمعات النامية من التجمعات البشرية العشوائية التى تعيش حياتها الخاصة فى الأحياء الفقيرة، فقلما يتمتع سكان هذه الأحياء بحقوقهم رغم إتاحة البعض من الخدمات لهم، ولأن هناك الكثير من المشكلات التى تعوق إستفادتهم من هذه الخدمات، - ومنها الخدمات الصحية - فإن السمة المميزه لسلوكياتهم الحياتيه اليوميه صارت التكيف مع هذه المشكلات، هذا التكيف له ميكانيزمات كثيره منها ما يتصل بالدخل وينود الاتفاق اليومي (السكن، الطعام، الكساء، الصحة...)، ومنها ما يتصل بالمجتمع المحلى الذى يقيمون فيه، ومنها ما يتصل بالجماعة وغيرها...<sup>(١)</sup>، نعتقد أن أخطر هذه الميكانيزمات التكيفيه ما يتم مع المرض، وقد أظهرت الدراسات أن الفقر الذى يؤدى الى عدم الإهتمام بالصحة، قد أدى إلى إنتشار الأمراض، فعادة ما تتفاض هذه الأسر عن تخصيص جزء من دخلها لصحة أفرادها، إلا فى بعض حالات الضرورة القصوى التى تتهدد فيها حياة الإنسان - بصفة خاصة الأبناء - وتكون الطريقة المعتادة فى التداوى هى الإستعانة بالعلاجات المنزلية (الأعشاب، أدوية سبق إستخدامها، إستشارة الصيدلى فى المرض)، والإستعانة بالخدمات الطبية الحكومية (المجانية، التأمينية، العلاج الإقتصادى)، واللجوء للمستوصفات والعيادات الشاملة، وأخيراً يلجأ القليل منهم للعيادات الخاصة الرخيصة الثمن.<sup>(٢)</sup>

لتأتى بعد ذلك مشكلة «الدواء» ففى أى من الطرق السابقة لايد للمريض من الاستعانة بالدواء، ومع الفقر الذى يعيشون فيه يصبح إرتفاع ثمن الدواء مشكلة مادية أكثر من كونه مرتبطاً بمشكلة مرضية، حتى عندما تتاح فرصة الحصول عليه مره فلن يتكرر هذا كل مره، هنا يجد فقراء هذه الأحياء الطريق مفتوحاً أمام الطب الشعبى السهل المنال والرخيص الثمن، أو الإستغناء عن بعض الخطوات العلاجية السابقة، فيكتفون بالنمط العلاجى الأول، متنقلين بين أساليبه المختلفه من العلاج العشبى، للأدوية التى سبق إستخدامها، لاستشارة الصيدلة فى حالتهم المرضية، وفى أيهم لايد من وجود من يمتلك خبرة إستخدام هذه الأساليب، أخطر أشكال هذه الخبرة ما يتصل بالأدوية (المقاير الطبية الحديثة) لأنها تتطلب مهارة ثقافية خاصة لاحتواء المعلومة الصحية والعلاجية وتدريب ذاتى على استخدام هذه المهارة سواء فى حيز الأسرة ذاتها أو الأسر المحيطة بهذا الفرد، وهذا ما سيحاول الباحث مناقشته فيما يأتى:

بداية تؤكد الدراسات على أن المرض مشكلة للأسرة كلها وليس مشكلة للمريض فحسب، وتتعدد أبعاد هذه المشكلة وتختلف تبعاً للعضو المريض أكان الزوج أو الزوجة أو الأبناء المعالين أو العائلين<sup>(٣)</sup> لهذا ينظر بعض الباحثين لمرض أحد أفراد أسرة ما باعتباره مؤشراً على «التضامن» بين أفرادها، وعلى مدى تماسك أفرادها عاطفياً وإجتماعياً، فخبرة الأسر في مواجهة الأزمات الصحية يمكن أن تجعلنا نتأمل ما يحدث في الأسرة والزواج كنظامين إجتماعيين، فردود فعلها تجاه المرض يمكن أن تؤثر في المرحلة التي يطلب فيها الإستعانة بالطبيب لأى مريض فيها، ولقد أشار «ديفيز» في بحث له على ردود فعل (١٤) أسرة تجاه مرض أطفالها بالشلل، أن هذه الأسر قد لجأت لثلاث خطط خداعية تحاول بها إجراء توافق بين هؤلاء الأطفال والمجتمع، أولهم التجاوز عن هذه العاهة ومحاولة إخفائها، التعود عليها واعتبارها شيئاً لا أهمية له، أخيراً الانفصال عن المجتمع وقطع الصلة معه، وعبرها إشار «ديفيز» إلى أهمية النظر للبناء الداخلى للأدوار في كل أسرة، وأنماط شخصيات أفرادها وتفاعلاتهم تجاه الأحداث المرضية فيها، وأكد «فرايد مان» هذه النتائج في بحثه على (٤٥) من الآباء تجاه أبنائهم قبيل موتهم بسبب مرض السرطان، وأكد على أن حاجة الأسرة لمواجهة اتجاهات إجتماعية حادة أو حتى لا عقلانية يصبح أمراً واضحاً في حالة إصابة أحد أفرادها بالمرض (العقلى خاصة)، ويصبح التماسك بين أفرادها أحد أهم الدلالات الإجتماعية على قرب شفاء المريض صحياً وإجتماعياً.<sup>(٤)</sup>

وينظر باحثون آخرون للأسرة الفقيرة بوصفها سبباً مباشراً للإصابة بأمراض معينة، فالأمراض التي يمكن أن تظهر في محيط الأسرة تلازمها في الحاضر، وفي تجارب أعضائها المستقبلية داخلها، لذلك فسلوك الأمهات مع أطفالهن (خاصة) يعتبر من أهم الأسباب وراء تشكيل سلوكياتهم المرضية والعلاجية، وفي حالة غياب «الأم» أو غياب دور «الأب» يصبح هذا الأمر أكثر صعوبة وأكثر تعقلاً خاصة فيما يتعلق بالأمراض النفسية وأمراض الضغط الإجتماعى والعزلة الإجتماعية، وقد وجد الباحثون أن معدلات مرض «السل الرئوى» ترتفع بين أولئك الذين يعانون من التوتر الإجتماعى والضغط، ووجدوا أن الأطفال المقيمين في إصلاحيات يعانون من التبول اللاإرادى والقيء والحساسية المفرطة والصراخ الحاد وغيرها، مثلهم في ذلك مثل ما يحدث للأطفال المقيمين في أسر مفككة أو يعالجون في مستشفيات لفترات طويلة بعيداً عن أسرهم، عموماً تعتبر الأسرة سبباً مباشراً لإصابات مرضية وسبباً أيضاً للتناوب والوقاية من حدوث مثل هذه الأمراض لأفرادها، خاصة فيما يتعلق بتأثيرات النسق الداخلى للعلاقات الأسرية داخلها وبمهنة الزوج والزوجة فيها والمستوى

التعليمي لهما ولأفراد أسرتهما.<sup>(٥)</sup>

ودور الأسرة لا يقف عند حد إعتبارها البيئة المحيطة بالمرضى أو باعتبارها إحدى مسببات المرض، بل للأسرة دور بارز في الخدمة الصحية، فهي المرجع الأساسي لتحديد نوعية هذه الخدمة (رسميه، شعبيه)، ونوع المؤسسة التي يلجأ لها المريض، وتعتبر المصدر الأساسي لاتخاذ القرار العلاجي، لهذا فطبيعة الأسرة وحجمها ونوعيتها (نوويه - ممتده) يترك بصماته على أسلوبها في الخدمة الطبيه، فالأسرة الممتده - مثلاً - تتاح لها فرصة خدمة المريض وإعفائه من معظم مسؤولياته ليقوم بها أفراد آخري، بينما يتعذر ذلك في الأسرة النوويه، كذلك القرار العلاجي يكون سريعاً في الأسرة النوويه لقلة عدد أفرادها، بينما يستغرق هذا القرار وقتاً طويلاً في الأسرة الممتده، ويكون هذا القرار بطيئاً في الأسرة الريفية، سريعاً في الأسرة البدويه، ويتباين هذا القرار في الأسرة الحضرية تبعاً للحالة الإقتصادية للأسرة، ولمكان إقامتها وخبرتها السابقة عن المستشفيات الحكومية، وتتواجد الزوج من عدمه ولغيرها من العوامل الأخرى.<sup>(٦)</sup>

ولكن ما يلفت النظر في السلوك العلاجي لأفراد الأسرة الحضرية ما أشار له «على المكاوي» حيث يرى القرار العلاجي بها سريعاً في طلب الخدمة الرسمية من أقرب عياده خاصة أو مستشفى عام أو تخصصي، ورغم هذا فهم يعتمدون على التداوي الذاتي بالأدوية الحديثة التي قرأوا عنها أو جربوها أو جربها زميل لهم، أو سمعوا عنها في إحدى وسائل الإعلام، يضاف لهذا أن مريض الحضر يغلب عليه كثرة الاستفسارات المجديه وغير المجديه، ومناقشة الطبيب في تشخيص المرض ومراجعتة في أسماء الأدوية التي يقررها، لهذا يتسم سلوك المرض فيهم «بالتجريب» نظراً لكثرة «هواة الطب والعلاج» الذين يحرصون على الفتوى الطبية في أي موقف لإكتساب نفس المكانة الاجتماعية المرتفعة لأفراد الهيئة الطبية<sup>(٧)</sup> والتجريب هنا يجعلهم يحتفظون بتلك الخبرات العلاجية، وبالمعلومات التي صاحبت استخدام هذا التداوي، وبعض التعبيرات الانجليزية التي تتصل بالطب عموماً، فهذا يساعد في إقناع المستمع بمعرفة هذا الفرد الجيدة بالدواء، وتزيد من ثقته بتأثيراته الشفائية عليه، مع توفيره لتكلفة كتابته من الطبيب لحالته المرضية، وربما يقدم له هذا الفرد عبوه الدواء المتبقية عنده من تداوي سابق كتبه طبيب له، ليصير الأمر هكذا ينتقل من فرد لآخر معتمداً على تلك المعلومات التي فهمها هذا الفرد - على قدر علمه - من الطبيب.

ولا يقف تأثير التداوي الذاتي في الأسر الحضرية عند الخبرة التجريبية الدوائية فقط، بل يتدخل في الممارسات العلاجية الجراحية لأفراد هذه الأسر، خاصة فيما يتعلق باختبار الطبيب الخاص أو

المستشفى الخاص الذي سيعالجون فيه، أيضا ما يتعلق بكيفية إجراء العمليات الجراحية فى المستشفيات الحكومية، فمرور هذا الفرد بتجربة علاجية مع طبيب ما ونجحت معه أو فشلت، أو مروره بجراحة تمت له عن طريق طبيب فى عيادته الخاصة أو فى المستشفى الحكومى الذى يعمل فيه، كلاهما تزيد من ثقته بخبرته الطبية مع المرض ولو فى كيفية التصرف معه، وهذا ما يزيد من فرصة التقاطه لمعلومات أخرى يتناقضها مع آخرين أو يستخدمها ذاتيا مع نفسه أو مع أحد أفراد أسرته، ويزيد أيضا من ثقته فيما يفعله أو يقنع به غيره ولو كان طبيا.

ورغم خطورة ما سبق فهناك العديد من المؤسسات الصحية العالمية تطالب بتعميم نظام صحى جديد يعتمد على هذه الرعاية الذاتية، لكنها تحذر من عدة أمور يجب مراعاتها عند تطبيق هذا النظام منها<sup>(٨)</sup>:

أ - ما يتصل بالطب الشعبى وتدخلاته فى صحة الأفراد.

ب - ما يتصل بحقوق الأفراد فى الحصول على المعلومات الطبية كاملة.

د - ما يتصل بالميزانية التى ستخصص لتوعية الأفراد صحيا وطبيا.

هـ - ما يتصل بالصراع بين مؤسسات العلاج الخاصة معهم.

لهذا ترى أن التداوى الذاتى يستحق النظر بعناية له، خاصة فيما يتعلق بجذواه ومحاسنه وعيوبه، خاصة فى مسألة استخدام العقاقير الطبية بدون إستشاره طبيب فيها، وهناك رأيان بصدد ذلك : أولهما يراه «هنرى أ. سيجريست» حيث يرى العلاج الذاتى جزء من العملية الطبية الصحيحة، لأن الغالبية العظمى من الحالات المرضية - وحتى يومنا هذا - لا يراها طبيب، بل يعالجها المريض نفسه أو بعض أقاربه، وقد يجرى هذا العلاج الذاتى وفقا لمبادئ الطب العلمى المعاصر، وقد تملبه بعض المصالح التجارية أو توجهه الإعلانات، وقد يكون طبيا شعبيا أو غيرها مما قد يتجاوز حدود أعمال الأطباء.<sup>(٩)</sup> الرأى الثانى يراه «ماكيل أ. فانس وزميله» حيث يرى أنه من الضرورى على البلدان النامية أن تدرك أن إستيراد التكنولوجيا الطبية الدوائية يقترن بإصلاح الكثير من السلوكيات الصحية لأفرادها، خاصة ما يتعلق بالاعتماد غير الصحى على إبتلاع العقاقير عشوائيا، فلا بد للأفراد من إدراك خطورة هذا السلوك.

يدعم ما سبق «أنيتا هادون، سجال فان دوت» وبيرون «التطبيب الذاتى» ذو مخاطر عديده، فالأفراد فى العالم الثالث لا يعرفون إلا القليل عنه، ولا تجر حتى الآن فيه أية أبحاث منتظمة حول

توزيع العقاقير واستعمالها على مستوى المجتمع<sup>(١٠)</sup>، أيضا «جون فراي» حيث يرى أنه يلعب أربعة أدوار أساسية هم الحفاظ على الصحة والوقاية من المرض، والتشخيص الذاتي، والمعالجة الذاتية، ومشاركة المريض في الرعاية المهنية «إستعمال الخدمات»، وهذا يعني أن هذه الرعاية ستختلف بين المجتمعات باختلاف ثقافتها وقد تختلف داخل المجتمع نفسه لنفس السبب، وقد يعتبرها البعض تعبيرا عن كافة الموارد التي نصادفها في حياتنا والتي قد تتسم بالتخصص المهني الصحي، لكنها تقدم العون في صورة خدمات مباشرة أو صورة عون نفسي واجتماعي أو توفير الحماية، لهذا تنتشر هذه الرعاية بين أغلب سكان الريف في البلدان النامية وليس في البلدان المتقدمة صناعيا فقط، وتقوم بدون فعال في التعويض عن نقص الإمكانيات الصحية.

عموما يعتقد البعض أن ظهور هذا النوع من الرعاية الصحية الذاتية كان نتيجة ل<sup>(١١)</sup>.

أ - التغيير الذي حدث في أنماط الأمراض وأدى لارتفاع أنماط الأمراض المزمنة لـ ٨٠٪، وهذا ما أوجب وجود أنماط أخرى للرعاية الصحية المطلوبة ومنها الرعاية الصحية الذاتية.

ب - تزعزع الإيمان بالخدمات الطبية المهنية خاصة مع زيادة الأعباء الملقاة على أفراد الهيئة الطبية، وهذا ما يزيد تكاليف تقديم الرعاية الصحية، ويوجب توزيع الجهد والتكلفة ما بين أهل المريض والحكومات، فكانت هذه الرعاية الذاتية.

ج - تعدد الاستراتيجيات العلاجية في مختلف المجتمعات، هو ما أوجب الجمع بين الرسمي منها وغير الرسمي، كالذي بين الطب الشعبي والحديث، والرعاية الصحية الحكومية والرعاية الصحية الشعبية والذاتية وغيرها.

د - ظهور الاتجاه نحو الوقاية من المرض تلاه الاتجاه نحو تحسين الصحة، وكلاهما يعتمد - ولدرجة كبيرة - على سلوك الفرد ونظام معيشتته وعلاقاته الاجتماعية، ويعتمد على العمل الجماعي «البيئي والإقتصادي»، وكلاهما لا يقع تحت سيطرة المؤسسات الصحية المهنية، بل يدخل في نظام الرعاية الصحية الذاتية.

هـ - الاتجاه نحو تقليل حجم الاستثمارات المالية على القطاع الصحي في المجتمعات، وإدخال هذه الاستثمارات في مجالات أخرى ليس لها منافذ أخرى، فكانت الرعاية الصحية الذاتية البديل الأكثر جدوى والأقل تكلفة لتحقيق ذلك، فمن جهة تزيد معدلات تحسين الصحة، ومن جهة أخرى تزيد معدلات الخدمات الأخرى المقدمة لهم، لهذا ينظر بعض المحللين للرعاية الصحية الذاتية

باعتباره أحد مكونات «الاعتماد على الذات» وهو المفهوم الآخذ في النمو الآن في البلدان النامية، ويعتبرون هذه الرعاية ضمن دعاوى الحركات الاجتماعية المعاصرة للعناية بالبيئة والإنسان وبالصراعات الطبقيّة في المجتمع، فالرعاية الصحية في البلدان النامية تكاد تكون مغلقة على فئة مختاره من المجتمع، غالباً ما تتمتع بقدر من السيطرة الاجتماعية، هذه الفئة كانت تنظر لتلك الرعاية باعتبارها أمر هامشي وثانوي بالنسبة للرعاية الطبية المتخصصة، ولكن عندما فقدت الغالبية الوسيلة تجاه ذلك لم يجدوا سوى هذه الطريقة ولو تحت دافع توفير النفقات الاقتصادية لعلاجهم، وهذا لا يقتصر الآن على البلدان النامية، بل شاع في البلدان المتقدمة، فلقد قدر «دانسل وزملاء» أن ما بين ٧٥-٨٠٪ من إجراءات الرعاية للحالات ذات الأعراض المرضية في مدينة لندن مصدرها ذاتي، وفي عام ١٩٧٧ قدم «برادشو» تقريراً يشير إلى أن ٨٠-٨٥٪ من حالات المرض في بريطانيا قد عولجت بدون اللجوء لطبيب، وأشارت تقارير عن الولايات المتحدة إلى أن نصف حالات الأمراض الحادة قد عولجت بدون إستشارة طبيب، وأن نسبة الأعراض المرضية التي عولجت بدون إستشارة طبيب قد وصلت لـ ٨٠٪ منها (١٢).

لهذا فالرعاية الصحية الذاتية يمكن إعتبارها أسلوباً لحياة أفراد المجتمع المتواجدة فيه، فادراكهم أنهم واقعون تحت سيطرة مشكلة صحية أو مادية معينة، أو أنهم مقهورون بأحد مظاهر النظام الذي يعيشون تحت سيطرته، فهذا يجعلهم يفكرون جيداً في إنتظار تدعيم هذا النظام لهم، أو الإعتقاد الكلي على أنفسهم، أو محاولة المزج بين كليهما، وبأيهم تتضح مدى علاقة الأفراد بالنظم السياسية والصحية في مجتمعهم، وتجعلنا ننظر لسلوك أفراد مجتمعنا في استخدام العقاقير الطبية بدون إستشارة طبيب باعتباره سلوكاً يجابون به سياسات مجتمعهم قبل أن يجابوها به صحتهم - حتى وإن كان ذلك بشكل غير متعمد ومدرك منهم -، لهذا فاتجاه أفراد مجتمعنا للاعتماد على علاج أنفسهم بالعقاقير الطبية بدون إستشارة الطبيب إنما ينفي عنهم الإتفاق مع هذا المجتمع في علاج المشكلات التي يعانها كليهما من الآخر، لأن كليهما لا يتفق مع الآخر في خطورة إعتبار المساعدات الذاتية مجرد مساندة الأغنياء، في مجتمع ما في مشروعات صحية فيه أو تقديم إعانات مالية أو تحمل أعباء مشكلات مرضية أو غيرها.

أيضاً إذا اعتبرنا استخدام العقاقير الطبية في العالم الثالث من أهم المشكلات الإقتصادية والاجتماعية التي تعانها حكومات هذه الدول، ففي الوقت الذي تبلغ ميزانية أدوية المضادات الحيوية والطفيليات في ألمانيا ٤٪ وفي بريطانيا ١٥٪ وتبلغ في الهند ٢٤٪ ودول أفريقيا نسبة

تفوق الـ ٥٠٪، إضافة لذلك فأطباء هذه المجتمعات يكتبون لمرضاهم ما قد يفوق قدرتهم المالية (لكثرته أو لإرتفاع ثمنه)، وهذا ما قد يصيبهم بارتباكات مالية، وقد يضر بصحتهم بجانب شفائه لأمراضهم، وقد يقلل من المتوفر لغيرهم عندما تقدم هذه الأدوية بالمجان أو بأسعار مخفضة، ففي الهند مثلا ٢٠٪ من السكان هم الصالح لهم الأدوية بينما بقية القطاعات محرومة من ذلك، وتقدر منظمة الصحة العالمية أن ٦٠ - ٨٠٪ من سكان كثير من بلدان العالم النامي لا تتاح لهم العقاقير الأساسية بانتظام، والحقيقة أن سعى البلدان الصناعية لدعم ميزان مدفوعاتها هو ما يجعلها تروج لهذه الأدوية، وتزيد من ممثلى شركاتها فى هذه البلدان، بل ويسعون فى إشاعة هذا النمط من التدويات لمصلحة شركاتها الدوائية<sup>(١٣)</sup>.

من الجوانب الهامة فى دراسة التداوى الذاتى بالعقاقير الطبية هو البعد الطبقي لتواجد هذا السلوك، وفيه يرى الباحثون أنه أقل خطورة بين أفراد الطبقة الوسطى عن أفراد الطبقة الدنيا، لأن أفراد الطبقة الوسطى يمتلك أفرادها قدرا من التعليم والوعى الصحى الذى لا يجعلهم يسيئون استخدام هذه الرعاية، إضافة إلى أن طبيعة الأمراض المنتشرة بين أفراد هذه الطبقة لا تحمل أخطارا كبيرة عندما تتدخل فيها الرعاية الذاتية، على عكس الطبقات الدنيا التى يتسم غالبية أفرادها بالأمية والفقر وغياب الوعى الصحى وحدة الأمراض التى يصابون بها، لهذا فالاعتماد الذاتى على التداوى بالعقاقير الطبية يصير خطرا على صحتهم، وكلا الأمران يثير سؤالا هاما حول كيفية التحكم الشخصى والاجتماعى فى ميدان الصحة عموما؟ بمعنى آخر كيف يمكننا إستشارة إرادة أفراد مجتمع ما على علاج مشكلات حياتهم (الصحية أو غير الصحية)؟، هذا الأمر يعنى إحداث تحول فى التخطيطات والسياسات المختلفة التى تسيّر حياة هؤلاء الأفراد، ويعنى البحث عن المورد الاجتماعى الذى يمكن أن يحول السياسات المجتمعية من نمطها الصناعى المهنى إلى الأسلوب الاجتماعى الذى يخدم كلا الطرفين<sup>(١٤)</sup>.

ما سبق يؤكد أهمية دراسة البناء الصحى للمجتمع، وفى ذلك يرى «هيرتزشتاين» أن معظم البلدان النامية تعاني من هذه المشكلة، على عكس البلدان المتقدمة التى تضع لوائح وقواعد تتشدد فيها فى مجال تنظيم العقاقير، ففي السويد لا تشمل القائمة الرسمية للعقاقير إلا على ٢٥٠٠ - ٣٠٠٠ دواء تتيح للسلطات المعنية مراقبتها أو إلغائها أو تطويرها، بل قد تفرض قيودا صارمة على رخصة توزيعها، وتضع حدودا لذلك، وقيودها قد تصل لحد الإبلاغ عن إستخدامها قبل أسبوعين من ذلك<sup>(١٥)</sup> أما فى مجتمعاتنا النامية فالصورة تختلف عن ذلك، فتتظيم العقاقير

الخاضعة لوصفة الطبيب فى العالم الثالث يتحكم فيها أمور أخرى كثيرة أهمها سياسات الشركات المنتجة لها عالميا، فنجد غالبية هذه الأدوية المستخدمة فى البلدان النامية محرمه الإستعمال عالميا، وهذا ما يطرح تساؤلات عديدة حول قائمة العقاقير الأساسية فى هذه المجتمعات، والرشاوى التى تقدمها هذه الشركات لمستولى الصحة فى هذه المجتمعات، ويعيدا عن ذلك أكثر مشكلات هذه المجتمعات مع الأدوية أن غالبيتها تصرف دون أى وصفه، وغالبا من قبل مستخدمين أميين، وأن الدعاية المصاحبة لترويجها تظهرها كما لو كانت ذات قدرة خارقة على الشفاء وبأسلوب فاضح ومبالغ فيه، وهذا ما يجعل مستخدميها يتهاونون مع آثارها السلبية أو قد يتجاهلون هذه الآثار كلية عند وصفها<sup>(١١)</sup>.

وتزداد الخطورة السابقة إذا عرفنا أن الجرعات المسموح بها فى الورقة المرفقة بالدواء تختلف ما بين متناولها من الدول الغربية ودول أفريقيا وآسيا، ويشير «شارلز ميهاوار» فى ذلك أن هذه الجرعات تزيدها هذه الشركات عندما توزع منتجها فى دول أفريقيا وآسيا<sup>(١٢)</sup> ولنا هنا ملحوظتان هامتان هما :

أ - أغلب الأحيان أن هذه الشركات تسعى لإبقاء منتجها منتشرا وفعالا، وهذا لا يأتى مع الجرعات الصغيرة الفعالة فيه - التى سمح بها فى مجتمعهم - فكان عليها أن تزيد هذه الفعالية بزيادة الجرعة التى يتناولها المريض - وإن أضرته - فهنا لا يضرها فى شىء.

ب - فى العادة مثل هذه الشركات لا تقدم على توزيع منتجها إلا بعد إجراء بحوث عديدة تعرف منها كيف توزع هذا المنتج؟ وكيف يمكن قبوله طبييا واجتماعيا وثقافيا؟، وإنتشاره فى مجتمعاتنا يوضح إدراكهم لسمة ثقافية صحية تخص مرضانا وهى رغبتهم فى الشفاء السريع وإن كان هذا سيحدث أضررا فى المستقبل، لهذا غيرت الجرعات المطلوبة للمريض والأمنه له.

لهذا يعتقد الباحث أن لـ «ورقة المعلومات الطبية» المرفقة بعلب الأدوية الطبية تأثير كبير فى وجود هذا التناوى الذاتى، فهذه الأوراق رغم النصائح والإرشادات المكتوبة بها، بألا يستخدم ما فيها إلا بعد إستشارة الطبيب، إلا أن غالبية المرضى عادة ما يقرأون ما فيها ليعرفوا ما لم يُعرفه الأطباء لهم، وهذه نقطة ليست ضمن السلوك التطفلى للمرضى المصريين، بقدر ما هى سلوك تعويضى عن سوء العلاقة التفاعلية بين المرضى والأطباء فى كل من المستشفيات الحكومية والتأمينية وأيضا المستشفيات الخاصة، هذا السوء يتدخل فيها - ولمدى كبير - «عامل الوقت» الذى يتيح الطبيب لمريضه للتعبير عن معاناته المرضية، والتى غالبا ما تجر الطبيب لشكاوى ذات



صبغة إجتماعية ونفسية تجعلهم يضيعون من وقتهم الثمين مع مرضى آخرين، سواء في عياداتهم الخاصة أو في المستشفيات الحكومية، إضافة لنظرة التعالي التي يتصف بها غالبية أفراد الهيئة الطبية تجاه مرضاهم خاصة فيما يتعلق بالمعلومات الطبية، فالأطباء لا يجدون مبررا للنقاش الطبي غير المتكافئ، بينهم وبين مرضاهم، ولا يجدون مبررا للتبسط الفكرى فيما بينهما، فهذا فى اعتقادهم يقلل من مكانتهم الاجتماعية أمامهم، ويلغى الهالة الغامضة التي يضعونها حول أعمالهم وكيفية تقييمهم للأعراض المرضية، لهذا عادة ما يبحث المرضى فى تلك الأوراق المرفقة بالأدوية عن إجابات شافية لكل ما كانوا يريدون معرفته، ويبدأون فى بناء إطار تصورى طبي يجمع ما بين الأعراض المرضية التي يعانون منها، والتطورات الصحية التي طرأت عليهم، والخطوات الشفافية التي حدثت لهم بعد إستعمال الدواء، والأعراض الجانبية التي قد تكون قد حدثت لهم أثناء تناولهم هذا الدواء، وأحيانا يبحثون عن البدائل الأخرى للأدوية - الأرخص ثمنًا والأكثر تواجدًا فى الصيدليات - ويستخدمونها بعد إستشارة الصيدلى فى درجة فعاليتها الطبية المساوية أو المقاربة لتلك الأدوية الغالية الثمن، هذا الإطار التصورى هو ما يستدعونه دائما عند محاولتهم ممارسة أى سلوك تداوى ذاتى مع أنفسهم أو مع ذويهم أو حتى مع أحد جيرانهم.

وهناك الآن متغير جديد أضيف لميكانيزم الاستخدام الذاتى للعقاقير فى البيت المصرى ألا وهو عامل الهجرة لدول الخليج، ويرى الباحث أنه من أخطر العوامل التي أدت لإنتشار الأدوية الهرمونية والجنسية والقيتامينات، فرما لانقطاع رب الأسرة عن منزله فى فترة هجرته، وتراكم كثير من رغباته الجنسية بلا تلبية طبيعية لها، قد يتصور بشكل خاطئ، حاجته لمثل هذه التداويات المحفزة له جنسيا، وقد يتوهم حاجته لها لتعويض نفسه وزوجته عن الحرمان لفترة هجرته، هنا يبحث هؤلاء الأفراد عنها ويتناقلونها بينهم، ويناقشون محتوياتها وفعاليتها وخبرات أحدهم عندما جربها، ليأتى بها ضمن محتويات حقيبته وهداياه التي يعود بها لزوجته، هذا الأمر يجعله دائما مختزنا لإطار تصورى ذاتى عن علاج مشكلات حياته الجنسية والتناسلية، يسأل فيها أحد أصدقائه أو جيرانه المقربين له، ويقرأ عنها مثل هذه الأوراق المرفقة بعلب الأدوية، ليصبح معالجا ذاتيا لنفسه فى هذا الأمر، ومعاونًا جيدا لغيره ممن يمرون بمثل هذه المشكلات الجنسية المرضية، ويعتقد الباحث أن هذا الأمر برمته ذو صلة قوية بالبناء الثقافى الصحى حول مفهوم «الجنس» فى الثقافة العربية عموما، وما يحيط بها من أخطاء حول الفحولة والجماع، والإشباع الجنسى، والخصوبة والانجاب، والبيكاره والختان وغيرها (١٨).

ويتفرع عن مناقشتنا السابقة في التداوى الذاتى واستخدام الأدوية بدون إستشارة طبيب أمران: أولهما خاص بالأدوية المهدئة<sup>(١١)</sup> والثانى خاص بالمضادات الحيوية، الأمر الأول نعتقد أن للتغيرات القيمة السريعة التى تحدث فى المجتمع المصرى الآن دخل كبير فى إحداثها، خاصة فيما يتعلق بمشكلات الشباب المصرى فى البطالة وتأخر سن الزواج والإحساس الدائم بالتوتر والقلق والاضطراب، هذه الأمور مع غيرها أدت إلى زيادة معدلات الاضطرابات النفسية والاكتئاب وزيارات العيادات النفسية، أيضا إزدادت معدلات استخدام الأدوية المهدئة والمنومة، التى إنتشرت معلومات كثيرة عنها، ولسهولة الحصول على بعض أنواع منها، فكثيرا ما يلجأ الأفراد للتداوى الذاتى من مشكلاتهم النفسية عن طريقها، خاصة وهذه الأنواع من الأدوية - المسموح بيعها فى الصيدليات - لا تحدث ما قد يشير الشكل فى اضطراب سلوك متعاطيها أو تغير من تركيزه أو طريقة كلامه، أما الأمر الثانى فهو أكثر أنواع التداويات الطبية استخداما فى المنزل المصرى، وهذا عائد لفكرة مسبقة عن طريقة كتابة الوصفات الطبية فى المستشفيات الحكومية والعيادات الخاصة، فعالية هذه الوصفات يعرف المرضى عنها إحتوائها على نوع من المضادات الحيوية بداية ثم بعض أنواع من التداويات الأخرى التى تعالج الحالة المرضية للمريض، وكثيرا ما تأتى «تعليمات الطبيب» مدعمة لهذه الصورة، ومؤكدة لأهمية هذا الصنف من الدواء، وضروورة الإلتزام بمواعينه وتكراره إذا لزم الأمر، هذه التعليمات هى ما تجعل المرضى دائما ما يربطون بين شفائهم وبين صنف معين من هذه المضادات الحيوية، وتجعلهم يلجأون فى أحيان كثيرة لاستخدامها بدون إستشارة الطبيب عندما يحسون ببداية عودة أى من الأعراض المرضية السابقة لهم، ولا يمتنع أحيانا من إضافة نوع من الفيتامينات معها لتقليل الهبوط والضعف (الهيبلان) الذى يحدث، ليصبح الأمر فى نهايته فى غير حاجة لاستشارة الطبيب فى كل مرة يصاب فيها لامريض بأعراض مرضية، فليس استخدام نفس الوصفة.

والباحث هنا لا يتحدث عن أخطار طبية لاستخدام أدوية طبية بدون إستشارة طبيب، فيمكنى السلوك السابق خطيرة أن نعرفه، أن عدم التمييز فى أنواع المضادات الحيوية يسبب أضرارا طبية عديدة، والأمر يصدق على خطورة استخدام الأدوية المهدئة، والجنسية والفيثامينات، لكننا نتحدث عن «نموذج للمعتقدات الصحية» يتخذ نمط التداوى الذاتى فى الثقافة الصحية لفقراء المدينة، هذا النموذج هو ما نحن بصدد دراسته ومعرفة مكوناته بين أفراد الأسر الفقيرة، وتحديد السيناريات الاجتماعى الذى أفرزه، ومدى إنتشاره بين هؤلاء الأفراد، وعلاقة الصحة بأساليب العيش المختلفة،

وهذا ما توضحه الأهداف الآتية التي يسعى الباحث لتحقيقها.

#### ٢- أهداف الدراسة :

تسعى الدراسة الراهنية لتحقيق الأهداف الآتية :

- أ - وصف السلوك المرضى للأفراد المنتمين للأسر الفقيرة في المدينة.
- ب - توضيح الأسباب المختلفة وراء سلوكهم العلاجي الذاتي.
- ج - تحديد الخطورة الاجتماعية لاستخدام الأدوية بدون إستشارة الطبيب.
- د - البحث في علاقة البيئة (الاجتماعية والثقافية) بالسلوك الصحي.

#### ٣ - مفاهيم الدراسة :

##### أ - الأسرة الفقيرة :

هي الأسرة التي تتسم بالحرمان النسبي من إشباع بعض الحاجات الأساسية، والذي ينتج عادة عن نقص الدخل وعجزه عن سد الحاجات الإنسانية التي تندرج في هرم من الحاجات، يبدأ من الحاجات البيولوجية والفسبولوجية الى الحاجة للأمان ثم العضوية الاجتماعية ثم الاستقلال والحرية وصولا الى الحاجة الأعلى للتذوق الفني والمعرفة وتحقيق الذات<sup>(٢٠)</sup>.

##### ب - التداوى الذاتي :

عملية يقوم الأفراد فيها بأنفسهم بأعمال تحسين صحتهم ووقايتها من المرض، وإكتشاف الأمراض وعلاجها عند أول مستوى صحي في نظام الرعاية الصحية.<sup>(٢١)</sup>

##### ج - الدواء (العقار) :

مواد كيميائية لها القدرة على تغيير وظائف الكائن الحي العضوية والنفسية والعقلية، أيضا لها قدرة على التأثير في الألم وقد تحدث النوم، وقد تحدث إعتقادا جسميا ونفسيا، وعند التوقف عن تعاطيها تحدث أعراضا لهذا الاعتماد الارتفاع، ويعرفها آخرون بأنها كل مادة تؤخذ لكي تغير من وظائف الجسم ومن السلوك والعواطف والتفكير والشعور، ويراه آخرون باعتبارها كل مادة كيميائية تستخدم من أجل الحصول على آثارها الفسيولوجية أو النفسية.<sup>(٢٢)</sup>

## ٤ - فروض الدراسة :

الفرض الأول : هناك علاقة طردية بين وجود الصيدليات فى المناطق الشعبية الفقيرة، وإعتماد أفرادها على التداوى الذاتى.

الفرض الثانى : هناك علاقة عكسية بين إتجاه أفراد الأسر الفقيرة للمستشفيات الحكومية، وإستخدامهم للأدوية المسكنة بدون استشارة الطبيب.

الفرض الثالث : هناك علاقة طردية بين القيم الدينية لأفراد الأسر الفقيرة، وإستخدامهم للتداويات النباتية ذاتيا.

الفرض الرابع : هناك علاقة عكسية بين الدخل الشهرى للأسر الفقيرة، والتداوى الذاتى للأمراض المزمنة لأفرادها.

الفرض الخامس : هناك علاقة عكسية بين الاضطرابات الأسرية فى المناطق الشعبية الفقيرة، وإستخدام الأزواج فيها للأدوية الجنسية والزوجات للأدوية المهدئة ذاتيا.

## ٥ - تساؤلات الدراسة :

س - ما هى الأسباب وراء لجوء الأفراد لشراء الأدوية بدون استشارة الطبيب؟

س - هل يستخدم الأفراد هذه الطريقة مع أدوية مكتوبة سابقا لهم أو يستخدمونها مع أى أعراض مرضية تظهر عليهم ؟

س - هل يؤثر دخل الأفراد على ذهابهم للطبيب الخاص؟

س - هل لمستوى الفرد التعليمى تأثير على تواجد هذا السلوك؟

س - ما هى القيم والعادات الصحية التى تحيط بسلوك التداوى الذاتى؟

س - هل لعلاقة الأفراد بالصيدلة القريبين منهم تأثير على إستخدامهم للأدوية بدون إستشارة الطبيب؟

س - هل لارتفاع أسعار الأطباء الخصوصيين تأثير على وجود هذا السلوك، أم لعيوب فى الخدمة الصحية الحكومية؟

س - هل لتواجد المستوصفات أو العيادات الشاملة تأثير على هذا السلوك؟

س - هل علاقة أفراد الأسر الفقيرة بالمرضى بالمستشفيات الحكومية أو العيادات الخاصة مؤثرة على استخدامهم للتداويات المنزلية؟

س - إلى أى مدى تؤثر قيم الأفراد الدينية في إتجاههم للتداويات النباتية؟

س - هل للمشكلات الأسرية علاقة باستخدام الأفراد للأدوية الجنسية والمهذنة بدون إستشارة الطبيب؟

س - هل قلقة دخل الأفراد تأثير على ذهابهم للمستشفيات الحكومية؟ وفي حالة عدم ذهابهم هل يؤثر ذلك على سلوكهم للتداوى الذاتى؟

٥ - الأسلوب الفنى المتبع فى الدراسة :

أ - الإطار النظرى :

إستعان الباحث «بالمنظور الإجتماعى» للسلوك المرضى كإطار تصورى للدراسة، خاصة فيما يطرحه حول مسألة «التكيف الإجتماعى» حيث يشير هذا المدخل الى أن وصف الطبيب الدواء للمريض يفى بوظائف إجتماعية فى الاستشارة الطبية، فقد يصف الدواء له ليرضى توقعاته ويتكيف مع غموض الحالة المرضية، كذلك تحقق هذه العملية وظيفة التواصل والإحتكاك بين اهتمامات الطبيب ومريضه، كجزء من عملية مستمرة للتكيف مع المرض، أيضا ما يطرحه هذا المنظور حول السياق الاجتماعى للصحة والخدمات الصحية، وهذا السياق هو الذى يحدد الظروف والأحوال التى يمكن للمريض فيها أن يعلن عن مرضه ويخفف من مسؤولياته أو يهمل هذا المرض أو يستخدم تداويات شعبية أو تداويات ذاتية.. وغيرها<sup>(٢٣)</sup>

ب- المنهج المستخدم :

إستعان الباحث بمنهج «دراسة الحالة» فى دراسته لسلوك التداوى الذاتى بدون إستشارة الطبيب، وعموما هذا المنهج يفيدنا فى دراسة سلوك الصحة والمرض، وجدوى الخدمات الصحية المقدمة لهم، والقيم والمعتقدات المتعلقة بهذا السلوك العلاجى<sup>(٢٤)</sup>، ولأننا لا نستطيع بمفردنا القيام بجهد دراسة حالة كل الأسر الفقيرة فى منطقة دراستنا، سيكفى الباحث بعينة يتم إختيارها تبعاً للمحددات الآتية:

- دخل الأسرة الشهرى فى حدود ١٥٠ جنيه (قللة ما يصرف على الطعام، والتداوى).

- يقلب على أفرادها الأمية أو ضعف المستوى التعليمي (تأثير الجهل على الصحة).
- الإقامة في الشقق ذات الغرفة الواحدة أو الغرفتين إضافة لصالة (تأثير الازدحام).
- الإقامة لفترة لا تقل عن (٥) سنوات في نفس المكان (تأثير البيئة السيئة).
- الحصول على الشقة كان عن طريق القرعة أو الإزالة (طول فترة الفقر).

#### ٦ - أدوات جمع البيانات:

استعان الباحث بالمقابلة الحرة واستمارة الإستبيان كأداتين لجمع البيانات.

#### ٧- العينة وكيفية إختيارها:

بعد حصر الأسر المقيمة في منطقة البحث وجدها الباحث (٤٥٢ أسرة) \* وجد بعد زيارته الميدانية لها أن (٥٠) أسرة هي ما تنطبق عليها الشروط السابقة، عدد أفراد هذه الأسرة ٢٦١ فرداً (٦٣) زوجاً، (٥١) زوجة، (٧٩) للأبناء الذكور، (٦٨) للإناث، مع ملاحظة أن مجموعة الأزواج والزوجات يتضمن أكثر من عدد الأسر نتيجة لتواجد أكثر من أسرة مقيمة في شقة واحدة، كذلك يتضمن عدد الزوجات المقيمات مع أزواجهن، والمقيمات مع أبنائهن لسفر أزواجهن للخارج وهن من استعان الباحث باحدى الباحثات لتطبيق الاستمارة عليهن وعلى أفراد أسرهن.

#### أما عن السمات المميزة لأفراد العينة فهي :

أ - في الجدول رقم (١) نلاحظ أن غالبية أفراد العينة (٤٠,٣١٪) من العينة الكلية يقعون في الفئة العمرية (١٥-٢٥ عام)، ويتركزون في غالبية أفراد عينة الأبناء الذكور (٣٨ فرد) ويمثلون (٤٩,٤٪) من هذه المجموعة، وفي غالبية أفراد عينة الأبناء الإناث (٧٩ بنت) ويمثلون (٥٧,٤٪) منهم، بينما غالبية عينة الأزواج (٢٥ فرد) ويمثلون (٣٩,٧٪) منهم ويقعون في الفئة العمرية (٤٥ - ٥٥ عام)، وغالبية عينة الزوجات (٢١ زوجة) ويمثلون (٤١,٢٪) منهم ويقعون في الفئة العمرية (٢٥ - ٣٥ عام).

ب - في الجدول رقم (٢) نلاحظ أن غالبية أفراد العينة من الذكور ويمثلون (٥٤,٤٪) من العينة الكلية، والإناث يمثلن (٤٥,٦٪) منهم.

ج - في الجدول رقم (٣) نلاحظ أن غالبية أفراد العينة ويمثلون (٦٥,٦٪) من العينة الكلية دخلهم الشهري في حدود (١٠٠) جنيه شهرياً أو أقل، تتركز غالبية أفراد هذه المجموعة في عينة

الزوجات (٣٦ فرد) ويمثلن (٧٠,٦٪) منهن، وغالبية عينة الأبناء الذكور (٧٢ فرد) ويمثلون (٩١,١٪) منهم، وغالبية عينة الأبناء الإناث (٦٣ بنت) ويمثلن (٩٢,٦٪) منهن، بينما غالبية أفراد عينة الأزواج (١٩ فرد) ويمثلون (٣٠,٢٪) منهم دخولهم فى حدود (١٠٠ - ١٥٠ جنيه شهريا)، مع ملاحظة أن تقديرات عينة الزوجات والذكور والإناث كانت للدخل الكلى للأسرة جميعها.

د - فى الجدول رقم (٤) نلاحظ أن غالبية أفراد العينة ويمثلون (٤٥,٦٪) من العينة الكلية ممن يحملون شهادة متوسطة (أو مازالوا فيها)، تتركز غالبيتهم فى عينة الأبناء الإناث (٥٢ بنت) ويمثلون (٧٦,٥٪) منهن، بينما غالبية أفراد عينة الأزواج (٢٨ فرد) ويمثلون (٤٤,٤٪) منهم ممن لا يقرأون أو يكتبون، كذلك غالبية عينة الزوجات (٣١ زوجة) ويمثلن (٦٠,٨٪) منهن لا يقرآن أو يكتبن، وأخيرا غالبية أفراد عينة الذكور (٤٠ فرد) ويمثلون (٥٠,٦٪) منهم ممن يحملون شهادة متوسطة.

هـ - فى الجدول رقم (٥) نلاحظ أن غالبية أفراد العينة الكلية (٧٠٪) منها أسر عدد أفراد أسرها أقل من خمس أفراد، يليهم الأسر ذات الست أفراد ويمثلون (٢٢٪) من العينة الكلية، يليهم الأسر ذات السبعة أفراد، وذات الثمانية أفراد فأكثر، وكلاهما يمثل (٤٪) من العينة الكلية.

#### ٨ - المجال البشري، والمجال الجغرافى، المجال الزمنى:

\* المجال البشرى : إستعان الباحث بـ (٥٠) أسرة عدد أفرادها ٢٦٦ فردا، إستيعد الباحث منهم (٣٥) فرد وهم فى الفئة العمرية أقل من ١٥ عام ممن يصعب التعامل بحثيا معهم، لهذا صارت العينة متكونة من (٢٢٦) مفردة.

\* المجال الجغرافى : منطقة التجنيد وهى إحدى مناطق قسم النحال فى مدينة الزقازيق، وتعتبر من المناطق الأولى التى أنشئ فيها مساكن شعبية فى مدينة الزقازيق منذ نهاية الثمانينات، وتم إنشاء وحداتها السكنية على فترات زمنية متلاحقة، وعددها (٣٧) عمارة، كل منها ذات مدخلين، وتحتوى على شقق ذات غرفتين أو ثلاثة أو أربعة، بعضها ثلاثة أدوار وبعضها الآخر أربعة، إضافة ليدروم العمارة ويقم فيه أيضا بعض العائلات.

\* المجال الزمنى: أجرى الباحث دراسته الميدانية من ١٩٩٥/٧/٣ - ١٩٩٥/٨/١٩، تلى ذلك تحليل البيانات وكتابة التقرير النهائى حتى منتصف شهر سبتمبر ١٩٩٥.

## ثانيا : الجانب الميداني في الدراسة :

ب سنقدم صورة سريعة عن سلوك التداوى الذاتى بالأدوية الطبية الحديثة ومدى معرفة أفراد الأسر الفقيرة بها وهذا ما سنلاحظه فى الجدولين رقمى (٦) ، (١٣) حيث يشير الجدول الأول ل :

١- غالبية أفراد العينة لا يعرفون أسماء أدوية لعلاج الدوخة، إرتفاع درجة الحرارة، آلام الظهر، الإسهال، القيء، ونسبتهم على الترتيب (٩٧,٤)٪، (٣٨,٤)٪، (٣٤,٩)٪، (٥٨,٤)٪، (٩١,٢)٪.

٢- غالبية عينة الأزواج يعرفون أدوية الصداع ويمثلون (١٥,٥)٪ منهم، بينما غالبية عينة الزوجات (٢٦,٩)٪ يعرفن أدوية لعلاج آلام الظهر، وغالبية عينة الأبناء الذكور (٢٦,٢)٪ منهم يعرفون أدوية علاج المغص الباطنى والكلوى، أيضا غالبية عينة الأبناء الإناث (٢٠,٨)٪ منهم يعرفن أدوية المغص فقط.

لهذا نعتقد أن أفراد الأسر الفقيرة إما لا يعرفون هذه الأدوية أو أنهم يستخدمون الدواء بلا أدنى اهتمام بمعرفة حتى إسمه، وإما يستخدمونه بعد إستشارة فرد ما فيه، أو أنهم يستخدمون الدواء ذاتيا تحت علامات توضيحية أخرى (غير الأسماء) كلون العلبة، شكل القرص...

ولنحدد إذا كان أفراد العينة لا يعرفون الدواء الذى يتسخدمونه أم يستخدمونه تحت محددات أخرى؟، سنحاول إستشفاف ذلك من خلال الجدول رقم (١٣) حول أول شىء يهتمون بمعرفته فى الدواء عند شرائهم له (وعيههم الثقافى بالدواء) فنجد غالبية أفراد العينة الكلية (٥٣,٥)٪ يهتمون بمعرفة ثمن الدواء، وتتواجد هذه المجموعة بين عينة الأزواج (٥٧,١)٪ منهم، وبين عينة الزوجات بنسبة (٨٢,٤)٪ منهم، وبين عينة الأبناء الإناث بنسبة (٥٣,٣)٪ منهم، بينما غالبية أفراد عينة الأبناء الذكور ويمثلون (٣٢,٨)٪ يرون أن ما يهتمون بمعرفته هو الجرعة الفعالة للدواء. هنا نلاحظ مدى وعى أفراد الأسر الفقيرة بالدواء مع قلة نسبة من يهتمون منهم بمعرفة أخطار الدواء (٢,٧)٪ من العينة الكلية، ومعرفة مصدر انتاج هذا الدواء ويمثلون (٤,٤)٪ من العينة الكلية، ومعرفة الجرعة الفعالة للدواء ويمثلون (١٤,٦)٪ من العينة الكلية، رغم هذه الانحرافات (الجهل بأسماء الأدوية، وباخطارها، والجرعات الفعالة لها، وبمصدر انتاجها) فأفراد الأسر الفقيرة يستخدمون هذه الأدوية بدون إستشارة الطبيب، فكيف يحدث هذا؟ هذا ما سنحاول مناقشته عبر النقاط الآتية:



- ١ - كيفية إتخاذ قرار التداوى الذاتى؟
- ٢- نوعية الدواء وتواجد سلوك التداوى الذاتى.
- ٣ - المرجعية الثقافية لسلوك التداوى الذاتى.
- ٤- العوامل المؤثرة على سلوك التداوى الذاتى.

#### ١- كيفية إتخاذ قرار التداوى الذاتى :

يتسم السلوك العلاجى لأفراد الأسر الفقيرة بقدر عال من التردد فى الذهاب للطبيب أينما كان مكانه (فى مستشفى، فى عياده، فى مستوصف)، وتكاد تغلب على ردودهم الصيغة التشاؤمية تجاه مستقبلهم الصحى، فرغم ظهور أعراض مرضية عليهم فتلك لا تكفى للذهاب للطبيب، لأنهم معتقدون فى الصحة بشكل آخر، فماداموا بصحة فى باقى أعضاء جسمهم (غير التى ظهر عليها المرض)، فهذا مبرر لعدم إستشارة الطبيب (أنا حاسس بعفيتى أكثر من الدكتور)، إضافة لاعتقادهم أن الذهاب للطبيب مرة واحدة، سيجعلهم لا ينقطعوا عن زيارته، (جر رجل)، فالأطباء يوهمون مرضاهم ويضخمو لهم المرض (بيكبروا العيا للبنآدم)، لهذا فهم يتشائمون من الذهاب للطبيب أينما كان.

ويخرج مع السلوك السابق تعبيران لهما دلالة كبيرة «الواحد يولول على نفسه لما يعيا»، «لا تتمارضوا فتمرضوا فتموتوا»، الأول يرى فيه أفراد الأسر الفقيرة أن مجرد مرضهم سوف يؤدى لوفاتهم، لهذا يعتمدون دائما عدم الاستسلام للإحساس بالمرض، والإبتعاد عن أى شيء يوقعهم فى أحوال الأدوية والتداوى، وما يلفت النظر هو أنهم هم الذين سيبكون على أنفسهم وليس غيرهم (أهلهم)، هنا يعنى أنهم يخافون من المرض الذى يتوقعون طول فترة معاناتهم منه، وبالتالي بكائهم على صحتهم ومعاونة الآخرين لهم ستصبح هى المتوقعة، لهذا فهم يخافون من لحظة الضعف التى سيحتاجون فيها لمعاونة الناس ومساندتهم ماديا أو معنويا، لهذا فالعديد منهم يتمنى أن يموت بأى شيء غير المرض (أموت واقف على رجليا) فهذا لن يجعله فى إنتظار المعاونة من أحد (شحاته ثمن الدوا مثلا) ويؤكد هذا ما أورده أفراد الأسرة الفقيرة فى التعبير الثانى (لا تتمارضوا... فتموتوا)، فهم يعتبرون المرض ما يقعد الإنسان تماما عن الحياة اليومية له، أما (شويه المفص، وجع الراس، وجع الظهر، غممان النفس...) فمجرد إختبار من الله هو الذى أتى بها وهو الذى سيشفى منها (رينا هو الشاف)، ومن لا يقبل هذا الإختبار فأولئك من يتمارضوا، والنتيجة ستكون

موتهم بهذا المرض، والأداه هم الأطباء، والأطباء هنا لا بد أن يزيدوا مما يعانیه المريض (يعملوا من الحبة أبه، ويوروا أنهم شغالين وفيه حاجة بيعملوها)، لهذا فأفراد الأسر الفقيرة يخافون من لحظة طلب المعاونة من الآخرين، لهذا لا يريدون أن يضعوا أنفسهم فى محك إختبار للمرض، فربما يسحبهم هذا للوفاة فى النهاية.

لهذا نلاحظ أن تعبيرات أفراد الأسر الفقيرة للأطباء - لما قد يظهر عليهم من أعراض مرضية - يتركز على عرض واحد أو اثنين على الأكثر (باستفراغ، ضرسى وارم، بطنى بتفرك، ظهري محشوش...)، ويتوقعون من الأطباء الإنتلاق عبر هذا العرض ومعرفة ما يعانون منه، أما حينما يطلب الطبيب تحاليل أو صورة أشعة أو عمل مزرعة، فهذا يعنى أنه لا يعرف شيئا، وأنه بيغى تكلفتهم ماديا حتى يحدد ما يعانون منه، فلو كان طبيبا جيدا (شاطر) لعرف المرض من أول الكشف، ولكتب دواء واحد أو اثنين على الأكثر، وكتب أدوية رخيصة الثمن، فالطبيب الذى يكتب أدوية كثيرة وغاليه لا يعرف شيئا عن المرض، (غاوى مظهره)، لهذا الطبيب الشاطر هو الطبيب القادر على إحياء هؤلاء الأفراد بثقته فى نفسه، وهذه فى رأيهم فى تجهمه وقلة كلماته، والكشف المرتفع الثمن (خلافا عن الدواء)، وأناقة منظر عيادته.

رغم ما سبق فقد أشار العديد من أفراد الأسر الفقيرة بأن ذهابهم للطبيب الخاص ضرورى لربما يحدث لصحتهم مالا يقدررون عليه فيما بعد (يلحقها فى أولها)، وهذا أقل سلوك وقائى يلاحظ بين أفراد الأسر الفقيرة، لكنه ليس بدافع الخوف على الصحة والوقاية من تبعات المرض، بقدر ما هو خوف من تأثيرات المرض الاقتصادية، ويعتقد الباحث أن هذا السلوك يحمل خيره علاجية مسبقه، سواء حدثت للفرد نفسه أو لأحد قريب منه، ولاحظوا فيه صعوبة علاج تبعات المرض، ويبدو أن المرض عندما يأتى لأحد منهم يستمر لفترة طويلة ويأتى بأعراض متعاقبة، وكلا الأمرين لا نرى فيه تناقضا مع الآخر، فاهمال المرض وخطورة هو ما قد يحدث فيه إستجابة مرضية خاطئة، والذهاب للطبيب بما يستحق ومالا يستحق أيضا إستجابة خاطئة، لهذا نرى فى تقديرات أفراد الأسر الفقيرة لسلوكهم المرضى نموذجا للمعتقدات الصحية الخاطئة، سنلاحظ مكوناته فيما بعد.

إذا ماذا يفعل أفراد الأسر الفقيرة عندما تظهر عليهم أعراض مرضية؟، أشار غالبية أفراد العينة الكلية فى الجدول رقم (٧) ويمثلون (٥٠,٣٤٪) منهم أنهم عندما تظهر عليهم أعراض مرضية أول ما يفعلونه تجاهها أن يستخدموا أى أدوية موجودة بالمنزل لتخفف من تأثيرها الألمى، ونلاحظ أن غالبية أفراد عينة الأزواج (٢٦ فرد) ويمثلون (٣٠,٦١٪) منهم، وغالبية عينة الزوجات (١٧ زوجة)

ويمثلون (٣٣,٣٪) منهم، وغالبية عينة الأبناء الإناث (١٤ بنت) ويمثلن (٣١,١٪) منهم، جميعهم يؤكدون على إستخدامهم لتلك الأدوية المتواجدة فى المنزل عند ظهور أى أعراض مرضية عليهم، ليتبقى لنا غالبية عينة الذكور (٢٢ فرد) ويمثلون (٣٢,٨٪) منهم يقومون باستشارة الصيدلى القريب عما يعانون من هذه الأعراض.

إذا القرار العلاجى الأول هو إستخدام أدوية موجودة بالمنزل، إذا شفى بها المريض فلن يحتاج لإتخاذ قرار آخر، إضافة الى أن هذا القرار الأول يحتمل سمة الإضطراب الإقتصادى (نتيجة فقرهم)، أو يحتمل سمة الاعتياد على مثل هذا السلوك، ويحتمل تفسيرات أخرى، هذه الاحتمالات هى ما سنحاول معرفة إحداها فى مناقشتنا للبدائل الأخرى المتاحة أمام أفراد الأسر الفقيرة ليتخذوا قرارا فيما بينها عندما لا تشفى هذه الأدوية أمراضهم فى مراحلها الأولى، أهم هذه البدائل الذهاب للمستشفى الحكومى، أو الذهاب للعيادات الخاصة، أو المستوصفات الإسلامية أو غيرها مما يطرحه لنا الجدول رقم (٢٦) حيث نلاحظ أن غالبية أفراد العينة الكلية ويمثلون (٢٩,١٪) منهم يقررون الذهاب الى العيادة الخاصة لاستشارة الطبيب فيما يعانون من أمراض، ونلاحظ أن غالبية هذه المجموعة متواجد بين مجموعتى الأبناء الذكور والإناث، وغالبية عينة الأبناء الذكور (٢٤ فرد) ويمثلون (٣٥,٨٪) منهم، وغالبية عينة الأبناء الإناث (٢١ بنت) ويمثلن (٤٦,٧٪) منهم، وكلاهما يشير للذهاب للعيادات الخاصة، بينما غالبية عينة الأزواج (١٦ فرد) ويمثلون (٢٥,٤٪) منهم يشيرون لاستشارة الصيدلى فيما يعانون من أعراض مرضية، ليقى غالبية أفراد عينة الزوجات (١٦ زوجة) ويمثلن (٣١,٤٪) منهم يشيرون لذهابهن للعطار لاستخدام تداوياته النباتية.

إذا القرار الثانى هنا هو أن الغالبية من أفراد الأسر الفقيرة يقررون الذهاب للعيادات الخاصة، وأن كان يختلف ما بين أفراد الأسرة فالأبناء الذكور والإناث فى جهة العيادات الخاصة، بينما الأزواج فقرارهم يكون نحو إستشارة الصيدلى، والزوجات نحو إستشارة العطار - سوف نعرض لتأثيرات كل منهم فيما بعد - لكن ما يهمنا هنا هو إرتفاع نسبة من يذهبون للعطار عندما يزيد المرض عليهم، وقلة نسبة من يفكرون فى الذهاب للمستشفى، عن العلاج الشعبى ننظر فى الجدولين رقمى (٢٨)، (٢٩) حيث نرى فى الجدول الأول أن غالبية أفراد العينة ويمثلون (٥٦,٦٪) يشقون فى القدرة الشفائية لوصفات العطارين، وتتركز هذه الجماعة فى غالبية عينة الأزواج (٣٣ فرد) ويمثلون (٥٢,٤٪) منهم، وغالبية عينة الزوجات (٣٢ زوجة) ويمثلن (٦٢,٧٪) منهم، وغالبية عينة الأبناء الذكور (٤٠ فرد) ويمثلون (٥٩,٧٪) منهم، وغالبية عينة الأبناء الإناث (٢٣ بنت)

ويمثلن (٥١.١٪) منهم، أما عن الأمراض التي ترى هذه الجماعة أن العطارين يقومون بعلاجها فنلاحظ في الجدول رقم (٢٩) أن غالبيتهم (٦٠.٢٪) من هذه المجموعة يرونها في أمراض الكلى، هذه المجموعة تتركز بين غالبية عينات الأزواج (١٧ فرد) ويمثلون (٥١.٥٪) منهم، وغالبية عينات الأبناء الذكور (٢٦ فرد) ويمثلون (٦٥٪) منهم، وغالبية عينة الأبناء الإناث (١٠ بنات) ويمثلن (٤٣.٤٪) منهم، أيضا غالبية عينات الزوجات (٢٤ زوجة) ويمثلن (٧٥٪) منهم، لهذا يعتقد الباحث أن هذه العلاجات النباتية المنتشرة شعبيا (زيتونه اسرائيل، القطران، العسل، الحلفا بار وغيرها) هي ما جعلنا نقبل هذه الاستجابة السابقة، والتي يمكن اعتبارها فمن التداويات التقليدية، وأيضا لا يرفضها التداوي الحديث كلية، وأيضا يمكن اعتبارها ضمن الأصناف المختلفة للتداوي الذاتي بالأدوية.

عموما ما يجعل الباحث يرى هذه التداويات النباتية فمن ضمن سلوك التداوي الذاتي بالأدوية الطبية، إشارة أفراد الأسر الفقيرة لصحة هذه الطريقة طبييا واجتماعيا، فهم يرون شركات الأدوية الآن تتجه نحو تعبئة النباتات والأعشاب الطبية المفيدة للإنسان وتضعها في عبوات، وهذا ما يؤكد فائدتها الطبية ويؤكد إنتشارها بين العديد من قطاعات المجتمع (لأن هذه الشركات لا تبغ الخسارة) وفوق ذلك يؤكد الاتجاه نحو الأدوية الطبيعية وليس الأدوية الكيميائية، ويعتقد الباحث أن أفراد هذه المجموعة وإن كانت تدعيماتهم السابقة صحيحة، إلا أنهم لا يقصدوا بها ذلك، بقدر ما أرادوا إخفاء الجانب الاجتماعي وراء إتهامهم لها، والمتمثل في قبولهم إياها كميراث شعبي لا يعطى الإيحاء للمحيطين بهم باعتلالهم الشديد، وهذا ما يرغبون فيه - على الأقل في بدايات المرض - (الواحد مبيئمش إلا ما يكبس عليه العيا ويخليه يبرك ذى الجمل)، إضافة الى عدم خوفهم من حدوث أضرار عن طريقها، فهي إن لم تشف لن تضر كضرر المواد الكيميائية في الأدوية العادية، لهذا يعتقد الباحث أن من يتخذون قرار التداوي النباتي عن طريق العطار لا تؤثر دخولهم المنخفضة عليهم كثيرا، بل محاولتهم البقاء أصحاء وخوفهم من المرض أو من الاستمرار تحت آلامه كثيرا هو ما اتفق مع رغبتهم في تقليل التكلفة المادية لذهابهم للطبيب أو شراء أدوية من الصيدليات، وأخيرا نعتقد أن ما سبق يفسر لنا صغر هذه النسبة بين أفراد العينة الكلية التي تنسم بداية بقرهم المبعثى والثقافي والصحي، فالغالب أنهم متعلمي هذه المجموعة.

أما عن الثقة في التداويات الحكومية فقد أشار غالبية أفراد العينة الكلية (٦٧.٣٪) منهم في الجدول رقم (٢٣) أنهم لا يثقون فيها، تتركز غالبية هذه المجموعة في كل أفراد الأسرة، حيث يرى

ذلك غالبية عينة الأزواج (٩٠، ٦١٪) منهم وغالبية عينة الزوجات (٨٠، ٦٠٪) منهم، وغالبية عينة الأبناء الذكور (٧٤، ٦١٪) منهم وغالبية عينة الأبناء الإناث (٧١، ٦١٪) منهم، ويؤكد أصحاب هذا الرأي إنعدام ثقتهم بها وبالتداوى الذي يقدم منها، واعتبروها «كقسم البوليس» قد يهان الفرد فيه، وقد لا ينظر لشكواه باهتمام، وقد يعتبره الضابط كما لو كان أدنى منهم إنسانيه، ولا يستحق أن يشغل بالهم وأسماعهم، فى الوقت الذى يمارس فيه مثل هؤلاء الضباط سلوكيات وظيفية واجتماعية أضخم مما هو مفترض تواجد، أيضا المواطن العادى فى المستشفى قد يهان من بواب المستشفى ومن الممرض والدكتور، الجميع ينظر له باحتقار (بيكلموا من تحت النظارة، بيعملوا نفسهم مشغولين، عنده يهزر مع الممرضات أحسن ما يسمع للعيان)، والوساطة فى كلا الموقفين تجعل من هذا المواطن محترم وتأخذ شكواه باحترام وتقدير، وتسهل كل ما يريد تحقيقه وإن كان بداية من حقوقه الأساسية.

ورغم صعوبة المماثلة بين كلا الأمرين السابقين إلا أن الأدوية التى تصرف من المستشفى هى ما جعلنا نفق كثيرا أمام رفض أفراد هذه المجموعة من الأسر الفقيرة للتداوى الحكومى، فهم يعتبرون صيدلى المستشفى كبائع الحبوب الذى يضع كل صنف فى صندوق (كقضى الفول)، يأخذ منها مقدار ويضعه فى كيس ويعطيه للمريض، فى الوقت الذى يكون فيه العامل الذى يوزع الأدوية متسخ اليدين والملابس، الصيدلية نفسها متسخة وغير نظيفة، فكيف لهم أن يثقوا فى نظافتها وفعاليتها وأدويتها؟ خاصة والأطباء أنفسهم هم الذين يحذرونهم من أخطار عدم المحافظة على نظافة الأدوية ومكان حفظها، فكيف يأتى الأمران معا؟ والسؤال الذى يطرح نفسه هنا لماذا يأخذون الدواء رغم عدم إقتناعهم بفاعليته ونظافة من يقدمه لهم؟ يجيب أفراد هذه المجموعة بأنهم بذلك يمتنعون الممرضين وعمال المستشفى - وأحيانا الأطباء - من بيع هذه الأدوية (بأخذها إستخسار فيهم) حتى وإن قاموا بالقائها فى القمامة بعد ذلك.

والأمر لا يقف عند حد شكهم فى نظافة الدواء، لكنه ينطلق نحو فعاليته الطبيعية، وهذا ما يأتى عبر سؤال يسأله الجميع لبعضهم، وهو كيف يعالج دواء ما عدة أمراض؟ فملاحظتهم للمعطى من الدواء للمرضى يجعلهم لا يثقون فيه، فالجميع يأخذ نفس الدواء من نفس الصندوق وإن اختلفت شكواهم المرضية، حتى مع المرضى الذين يحجزون فى الأقسام الداخلية، فجميعهم يعالجون بزجاجات الجلوكوز التى تعلق لهم (إن كان فى قسم العظم أو الباطنة أو حتى الجراحة...)، فكيف تأتى الثقة مع هذه الملحوظة؟ أضف لذلك قائمة المتطلبات التى يفاجئ بها الأطباء مرضاهم والتى

تبدأ من الشاش والقطن حتى الدواء والبالاستر، فما الفرق إذا بين المستشفى الحكومى والمستشفيات الخاصة؟ عموماً يعتقد الباحث أن الأمر السابق يفسر لنا الصدام الذى يحدث دائماً بينهم وبين الأطباء فى المستشفى الحكومى، هذا الصدام يعود للملاحظة أفراد هذه المجموعة من الأسر الفقيرة حول «النفوذ الوظيفي» الذى يتمتع به الطبيب وضابط الشرطة، والذى يعتقدون فيه سبباً وراء سوء الخدمة المقدمة من كليهما، لهذا يلقون بعبأ السوء فى هذه الخدمة على المجتمع الذى جعل البعض من أصحاب المهن فوق القانون، وجعلهم بلا نظرة إنسانية (ماعندهمش رحمه)، لهذا يعتقد الباحث أن أفراد الأسر الفقيرة يصطدمون بالمجتمع فى صورة هؤلاء الأفراد الذين يتعالون عليهم (يخلوا الواحد يخرج عن شعوره، ويأه الواحد عايز يأطعمهم).

لهذا يعتقد أفراد هذه المجموعة أن «العلاقة بينهم وبين الأطباء» فى المستشفى الحكومى تقوم على مبدأ المساومة الاجتماعية، فهم يعتقدون أن الأطباء يريدون أن يأخروا خدمتهم الطبية عن مرضاهم (علشان نتحايل عليهم) والمرضى يعتقدون أن النفوذ الذى يحتمى به هؤلاء الأطباء لا يجعلهم تحت المسألة من أحد فى المستشفى، وهذه صيغة تفاعلية دعمها المرضى بمشاهدات أخرى خاصة بصرف الدواء، وكيفية إجراء العمليات الجراحية، وكانت النتيجة فقدانهم الثقة فى الخدمة المقدمة من هذه المؤسسة العلاجية الحكومية، وبناء نموذج تصورى لتلك العلاقة ينطلق من الرفض للضبط الرسمى فى أقسام البوليس لرفض الإضطرار للدخول للمستشفيات الحكومية، وتفضيلهم استخدام التداوى النباتى أو استخدام الأدوية بدون إستشارة الطبيب، هنا نموذج المعتقد الصحى يتضمن جوانب خاصة بالخدمة الرسمية عموماً، وبنظام السلطة فى المجتمع، وبالمكانة الاجتماعية للمهن المختلفة فى المجتمع، وينفى ع بعضهم تأثير دخولهم المنخفضة على رفضهم للتداوى الحكومى.

٢- نوعية الدواء وتواجد سلوك التداوى الذاتى:

أ- الأدوية المخدرة والحذر من سلوك التداوى الذاتى :

بداية لا نقصد هنا مناقشة موضوع إدمان الدواء كسلوك طبي أو نفسى، بقدر ما نقصد دراسة إستجابات أفراد العينة حول استخدام الأدوية المخدرة فى الجدول رقم (٢٠) حيث يشير غالبية أفراد العينة الكلية (٨٧,٦٪) منهم إلى عدم تناولهم لأى أدوية مخدرة، تتواجد هذه المجموعة بين غالبية عينة الأزواج (٢٣,٧٪) منهم، وغالبية الزوجات (٢٣,٣٪) منهن، وغالبية الأبناء الذكور

(٣٠، ٣٪) منهم، وكل عينة الأبناء الإناث (٢٢، ٧٪) من هذه المجموعة، ونعتقد أن هناك مبالغة في هذه الاستجابة - كما سنوضح تحليلاتنا فيما بعد - إلا أننا سنهتم هنا بمن أشاروا باستخدامها (١٦، ٥٪) من العينة الكلية تحت مسمى «البرشام» وهم يعتبرون إستخدامها على الدوام سلوكاً انحرافياً في كل أشكاله، ويجلب مشاكل مع «رجال الأمن» والعلاقة هنا تأتي من معرفة رجال الأمن لمن يبيعون مثل هذه الأدوية، ومن يشترونها منهم، وهم في العادة من العرفيين المنحرفين أو خريجي السجون أو الشباب المنحرف الذي يعيش في هذه الأماكن وسط أسر فقيرة، ويعتقد أفراد الأسر الفقيرة أن بعض رجال البوليس يستغلون مثل هؤلاء الأفراد، ربما للإرشاد عن منحرفين (خرفيه أو فتيات سينات السلوك أو شقق تستخدم في الدعارة) أو يستخدمونهم في إنجاز أعمال مهنية (سكرة، سبأكه، معاره....) إذا كانوا يمارسون هذه الأعمال، وهذا في مقابل إغفال العين عنهم، وسواء كانت هذه الفكرة صحيحة أو خاطئة، فإن أفراد هذه الأسر لا يريدون أن يشاع عنهم هذا السلوك، فيتم إستغلالهم من رجال البوليس، ويؤكد أفراد الأسر الفقيرة أن تجرية هذه الأفراد - ولو لمرة واحدة - سيجر بمن يفعلها لعدم التوقف عن إستخدامها، وسيضطروهم لمعرفة من لا يريدون الإحتكاك بهم من هؤلاء المنحرفين، وهم قادرين على التعامل معهم، لكنهم يشكون في قدرتهم على منعهم من سرقة - أو الإغتداء - حتى على أقرب أصدقائهم، لأنهم لا يتورعون في عمل هذا مع أهلهم وذويهم.

أما أفراد الأسر الفقيرة الذين لا يستخدمون هذه الأدوية فلهم نظرتهم الطبقية تجاه من يستخدم هذه الأدوية، فيرون القادر على ثمن هذه الأدوية المخدرة هو الذي يشتريها دائماً (للأغنياء) التي يبرشموها، أما الفقراء فلا يقدرون عليها، إضافة لذلك لا يجد أي منهم مهرباً لتغيير نفسهم، فإذا كان من أجل النوم فهم في غير حاجة لذلك، فجميعهم إذا وضعوا أجسادهم على السرير يتناثرون في لحظة، وإذا كان من أجل السكر (السطل) فإن هناك أساليب أخرى أخص وأكثراً أماناً (عضير القضب + شوية سيرتو أحمر)، وهذا في رأيهم لا يصح لأن إستخدامها يفضح صاحبها ويجعل الجميع يخاف من تأجيله في عمل (إذا كان حرفي أو حتى موظف ويعمل في عمل منتهي)، ويكون بذلك قد قطع رزقه بيده، وإذا كان من أجل الضحك (الانساط) فهم لا يعتقدون في حدوث ذلك، فهم يعتقدون في أن ما يفعلونه هؤلاء المتعاطين مجرد تمثيل واثنا « يخيفون الناس منهم ويسبون بعضهم ويتهمون على البعض الآخر، لهذا يرفض أفراد هذه المجموعة من الأسر الفقيرة هذا الأمر ويشكون في إمكانية إنتشار هذه الأدوية المخدرة فيما بين أسرهم.

### ب - الأدوية المهدئة وقلة سلوك التداوى الذاتى :

يعتبر أفراد الأسر الفقيرة الأدوية المهدئة هي الأدوية العصبية المعالجة للاضطرابات العقلية (الجنون) فالجنون فقط هو الذى يستخدم هذه الأدوية، وأى طبيب يستشير أفراد الأسر الفقيرة ويشير باستخدام مثل هذه الأدوية، يكرهون الذهاب له ويشيرون عنه أشياء سيئة، فهو الذى إعتبرهم مجانين وفى حاجة للتهدئة، حتى فى حالة تهيج القولون، عندما أشار بعض أفراد هذه الأسر الى أن بعض الأطباء أشاروا عليهم باستخدام أدوية مهدئة للجسم عموماً، لم يقتنع هؤلاء الأفراد بهذا التشخيص ورفضوا قطعياً استخدام هذه الأدوية أو حتى شرائها، فهم عقلاء، وأدرى بحالتهم العقلية عن الأطباء (بينهموها وهى طابيره)، فكيف ينظر لهم الأطباء باعتبارهم مختلى العقل؟، وهنا تتضح ثقافتهم الصحية تجاه الأمراض النفسية، وإعتبارهم أى مرض نفسى موازى للمرض العقلى، وكلاهما وصمه لهم، لهذا لا يقرىون من هذه الأدوية من بعيد أو قريب، ويعتقد الباحث أن المعتقد الصحى حول «الجنون» و «المرض العصبى» هو ما خلق هذا السلوك الصحى الصحيح تجاه هذه الأدوية المخدرة أو المهدئة، حتى وإن كان هذا المعتقد الصحى ذا منشأ ثقافى خاطئ.

ما سبق ينقل الباحث لمناقشة نقطة الأدوية التى قد يستخدمها بعضهم وتسبب مثل هذه الأعراض للأدوية المهدئة أو المخدرة (بعض أدوية السعال) فجميعها يوقف إستخدامها مع أول إحساس بثقل الرأس (التوهان) منها، خاصة مع من يعملون فى أعمال حرفيه، فهى وإن كانت تعالج المرض، فسوف تحدث مصائب لهم (يقع من على السآله، المنشار يفوت على أصابعه، الأذوم يفوت على إيديه...)، أما من لا يعملون فى هذه الأعمال فيخافون من «المورفين»، فجميعهم يعرف الإسم ويخاف من مجرد إحتواء جسمه على جرعة منه (يسم الجسم ويخليه شبح)، لهذا فهم لا يقبلون مثل هذه الأدوية إلا لكبار السن فى أسرهم، فهذا لا يغير كثيراً من تركيزهم الضعيف فى طبيعته (سرحانهم والتوهان اللى هما فيه)، ولن يضر هذا فى تقديرات المحيطين بهم لهم، فهم لا يتركون المنزل ولا يقومون بأى أعمال سوى مشاهدة التلفيزيون أو النوم أو العراك مع أهل البيت (مناكفة الولاد)، لهذا فنموذج المعتقد الصحى هنا يتضمن معتقدات خاصة بالأمراض النفسية، والأمراض العقلية، وأمراض كبار السن، وإعتبارهم هذه العلاجات العصبية مهدده لحياتهم العقلية.

والملاحظة السابقة لا تعنى أن أفراد الأسر الفقيرة لا يستخدمون هذه الأدوية، فلقد إعتبرها العديدون منهم سمة مميزة للأمراض التى تصاب بها النساء فى أسرن، وهى تكاد تفرق بين إستخدام كليهما للأدوية، والفروق هنا ليست فى معدلات الإستخدام أو الإقبال عليها من عدمه، إنما فروق فى الهدف



من إستخدامها، فالرجال فى أفراد الأسر الفقيرة ينظرون للنساء باعتبارهم حريصات على صحتهم جدا، ويصفهم البعض بالأنانية فى هذا الأمر، وغالبيتهم يشيرون إلى أن النساء لا يرغبن فى رؤية أنفسهن مرضى (أو نائمة فى السرير)، فهذا سيجعل أزواجهن يملكون منهم ويفكرون فى التزوج عليهن، لهذا لا تسع النساء لإظهار أى دلالات على مرضهن أو رغبتهن فى تحمیل الأزواج عبأ الأدوية والأطباء، فى الوقت نفسه يشير أفراد الأسر الفقيرة أن هناك صنفا من النساء يقوم بسلوك معاكس لما سبق، أن يتظاهرن بالمرض كلما أحسنن بانشغال أزواجهن عنهن، ويبدأن فى التوجع والتأوه، وعلى الرغم من كتابة أدوية لهم وإستشارة الطبيب، فإن المرأة تجدها فرصة للهرب من أداء واجباتها المنزلية، وفرصة لإلتفاف أولادها حولها، فى الوقت نفسه عندما تذهب للطبيب لا يكتب لها سوى هذه الأدوية المهدنة لأنها فى الأصل غير مريضة عضويا.

وعموما الرجال فى أفراد الأسر الفقيرة يرون نساءهم أفضل حالا منهم فى مسألة المرض والدواء، لأنهم كرجال يتصرفون معهم بطريقة قد لا يتصرفون بها مع أنفسهم وربما مع أولادهم، فخوفا من أن تقول النساء أن الرجل لا يقدر على مصاريف منزله (مايكفىش بيته)، يقوم الرجال بالذهاب لأفضل الأطباء ويشراء الأدوية حتى لو كانت أدوية مهدنة، ومهما كانت الظروف المالية التى يعيشونها، فهناك عبارة يرددها الجميع لتبرير هذا الأمر «مراتى مسئولة منى، وفى رأيتى»، لهذا لا يتردد فى هذا الأمر «خوفا من الفضائح»، إضافة لملاحظة يعتقد أفراد الأسر الفقيرة فى أهميتها وهى «الناحية الجنسية» فخوفا من لعب المرأة على أوتار الناحية الجنسية للرجل والابتعاد عنه، يعمل هؤلاء الرجال على إرضاء زوجاتهم وتلبية أى متطلبات لهن (لا يأجل طلبها)، أو لابناتهن بنفس المنطق والهدف والأسلوب، العلاقة السابقة يؤكدها أفراد الأسر الفقيرة تحت تعبير «النساء ناقصات عقل ودين» ونقصان العقل فى رأيهم هو ما يجعلهن لا يفهمن الظروف التى يعيشها أزواجهن، ويستئن الظن بهم وتأخرهم عن الاستجابة لطلباتهن، وهو ما قد يجعلهم يتصرفون بحماقة ويخطئن فى اللفظ أو السلوك، ويتصنعن المرض (يدلعوا)، هذا النقصان هو ما يتجنبه الرجال، ويجعل البعض منهم يرى السيادة الحقيقية للمنزل فى يد «الزوجة» حقيقه، وإن كانت ظاهريا فى يد الرجل، فالذى تريده المرأة من زوجها تأخذه بالحسنى أو بالعنف والعراك.

أما النساء فينظرن للمرض العصبي للرجال باعتباره «خوف من العجز» وسوء الفهم، فالرجال ما بين فترة الزواج الأولى وإنجاب الأطفال تحكّمهم الغيرة والمواطف (نخوة الرجال) بعدها تشغلهم مطالب الأطفال، فينسون غيرتهم وعواطفهم، ويبدأون فى الغضب من أى شىء مهما كان بسيط

(يتأمص)، ويطلبون الدلع لنفسهم وينسون أنهم كبروا على هذه الأمور، لهذا يزيدوا من تعبيراتهم عن المرض، وينتظروا أن تنظم زوجاتهم لهم الدواء في ميعاده الصحيح، والنساء يقمن بهذا الأمر رغم عدم معرفتهن به أو حتى بالكتابة والقراءة، وعادة ما يحتفظن بعلب الدواء الفارغة أو بالنشرة الداخلية خوفا من إعادة الدواء ثانية، فإن كان الأمر مجرد عواطف فإن الأمر سينتهي عند هذا الحد، أما إذا ذهبوا للطبيب فإنه يكتب لهم هذه الأدوية المهدئة على إعتبار أنهم غير مرضى عضويا، أو أنهم في حاجة لهذه الأدوية.

وهناك من النساء، من ينظر لاعتلال أو لمرض زوجها النفسى أو العصبى باعتباره نتيجة لحسد رفائق العمل أو جيران السكن (محسود أو عين صابته)، ولا بد من أن يرقيه رجل صالح أو يزرر الأولية ليخففوا عنه، ويندر ندر لوجه الله ويوفى به، وهذا لا يتنافى مع الذهاب للطبيب وتناول الدواء عن طريقة، حتى مع عدم إقتناع زوجها بذلك تأخذ الزوجة ورقة على شكل عروسه وتشقيها يابره وتحرقها، مثل هؤلاء النساء أكثر أفراد الأسر الفقيرة من النساء تحدثا في مرض أزواجهن العصبى، وسؤالا عن أى دواء يشفيه، وتجربة للأدوية التى يشير بها أحد الجيران أو الأصدقاء أو الصيادلة عليهم، خاصة أولئك العائدين من الخارج وإستخدموا أدوية فى البلدان التى كانوا فيها، وهى أدوية جيدة ويعيدة عن النسب المحلى والصناعة غير الجيدة فى الأدوية المحلية، وعادة ما يحدث أحد أمرين إما أن يشفى المريض من أحد هذه الأدوية وتبدأ الطلبات عليه من المسافرين للخارج، وإما أن تسبب هذه الأنواع المختلفة أضرار أكثر من استخدام دواء واحد غير مفيد أو حتى عدم استخدام أدوية من الأساس.

ودلالات الاضطراب العصبى الذى يحتاج لمثل هذه الأدوية يراه أفراد الأسر الفقيرة فى أحد سلوكيين، أولهما ما يقوم به الرجال من هياج عصبى وتكسير لما حوله، وتعدي على أفراد أسرته أو جيرانه بالضرب والسب، أو الصراخ وعمل تصرفات خارجه عن المألوف (كنخلع ملابس فى الطريق العام أو فى البلكوته)، أما الثانى وعادة ما تقوم به النساء وهو ما يتمثل فى هياج المرأة وصراخها ويكائها الدائم فى أحيان، وصمتها وعدم تحدثها مع المحيطين بها فى أحيان أخرى، والبقاء على السرير لفترات طويلة، أما الأبناء الذكور فينتظرون لهذين الأمرين باعتبارهما سلوكا مبالغا فيه وتصنعا يريد به قائمة أمور أخرى غير الذهاب للطبيب والأدوية، وهم عادة ما يعتبرون هذا الأمر وصمه لبيتهم ويجب إخفاء هذا الأمر - على قد الإمكان - خاصة إذا كان متعلقا ببنات لم تتزوج بعد فى هذه الأسر، فإذا عة هذا الأمر لن يجعلهن يتزوجن.

ونلاحظ تأكيدات « كمية » لما أورده الباحث سابقا فى الجدول رقم (١٦) حيث يشير غالبية أفراد العينة الكلية (٦٥,١٪) منهم بأنهم لا يستخدمون هذه الأدوية، فغالبية عينة الأزواج (٤٢ فرد) ويمثلون (٦٦,٧٪) منهم أشاروا بعدم إستخدامها، نفس الأمر بالنسبة لعينة الزوجات (٣٨ مفردة) ويمثلن (٧٤,٥٪) منهن، والأبناء الذكور أيضا أشار غالبيتهم (٢٨ فرد) منهم ويمثلون (٤١,٨٪) منهم بأنهم لا يستخدموها، ليتبقى (٣٩ مفردة من الأبناء الإناث) ويمثلون (٨٦,٧٪) منهن بأنهم لا يستخدمونها، أما من يستخدمها من أفراد الأسر الفقيرة فغالبيتهم من الأبناء الذكور (٢٥ فرد) ويمثلون (٣٧,٣٪) من عينة الأبناء الذكور، و (١١,١٪) من جملة أفراد العينة، وقد أشاروا لحصولهم عليها من أصدقائهم، هذه البيانات الكمية تدعم كثير من النقاط التى أوردها الباحث سابقا، إضافة الى أن من يستخدمها منهم يتدخل فى ذلك جماعة الصحاب الملاصقة له، ونلاحظ أن غالبية من يستخدمها من أفراد عينة الزوجات (١٣ مفردة) ويمثلن (٨,٩٪) منهن يأتين بها عن طريق أحد أفراد الأسره (الأباء أو الأبناء) والغالب الأبناء لارتفاع نسبة من يستخدموها منهم، ليتبقى لنا نسبة من يستخدمها من الأزواج فنلاحظ أنهم (١١ فرد) ويمثلون (١٧,٥٪) من عينة الأزواج يحصلون على هذه الأدوية من بعض الصيادلة الذين يعرفونهم، وهذا ما يدعم نتائجنا بالنسبة لدور الصيدلى فى التداوى الذاتى.

إضافة للأدوية المهدئة السابقة فهناك أدوية الفيتامينات «وهى من الأدوية التى وقف عندها أفراد الأسر الفقيرة، وكان لكثير منهم رأى فى استخدامها، حيث يرون «الفيتامينات» الطبيعية (المتواجدة بالغذاء) أفيد وأصح منها، فعندما يحس أحدهم بحاجة لتقوية صحته عليه بزيادة كميات اللحم أو الفاكهة أو الخضار الذى يتناولها، حتى مع إشارة بعضهم لضرر بعضها صحيا الآن (لتدخل المواد الكيميائية فى تسميدها وعلاجها)، فهى أكثر فائدة من الفيتامينات، ورغم صحة هذه المعلومة إلا أننا نلاحظ إنطلاقها من نفس المخزون الثقافى الصحى السابق، فقد أشار غالبية أفراد الأسر الفقيرة إلى أن هذه الفكرة لم تأت لهم عن طريق جهاز إعلامى أو طبيب، بل يعتقدون أن مصدرها أن ما خلقه الله أفيد وأجود وأفضل للإنسان بإعتبار كليهما (الإنسان والمصادر الطبيعية للفيتامينات) مخلوقان من الله، فيصبح دخولها الجسم دخولا طبيعيا (منه وإليه).

وعموما أشار غالبية أفراد العينة الكلية (٦٦,٨٪) فى الجدول رقم (١١) إلى أنهم لا يستخدمون الفيتامينات إلا إذا أشار لهم الطبيب بذلك، إنما فى الحالات الطبيعية يستخدمون الفيتامينات الطبيعية فى الفاكهة والخضروات، تتواجد هذه المجموعة بين جميع أفراد الأسرة،

فغالبية الأزواج (٤٤ فرد) ويمثلون (٧٩, ٨٪) منهم يشيرون لذلك، كذلك غالبية عينة الزوجات (٤٢ زوجة) ويمثلن (٨٢, ٤٪) منهن، أيضا غالبية عينة الأبناء الذكور (٤١ فرد) ويمثلون (٦١, ٢٪) منهم، كذلك غالبية عينة الأبناء الإناث (٢٤ بنت) ويمثلن (٥٣, ٣٪) منهن أشاروا لما سبق، ما يهنا هنا ما أشاروا لإستخدامهم لها بدون إستشارة الطبيب ويمثلون (٣٣, ٢٪) من العينة الكلية، ونلاحظ هذا فى الجدول رقم (١٢) حيث يشير غالبية أفراد هذه المجموعة ويمثلون (٥٤, ٦٪) منهم أنهم يستخدمونها بعد تجربتها وإفادتها لهم، غالبية هذه المجموعة تتركز فى عينة الزوجات (٨٨, ٩٪) منهن، وغالبية عينة الأبناء الذكور (٤٢, ٣٪) منهم، وغالبية عينة الأبناء الإناث (٥٠٪) منهم بينما غالبية عينة الأزواج (٤٧, ٤٪) يستخدمونها لأنهم يحصلون عليها بسهولة من الصيدلى.

#### ج - الأدوية المسكنة ووضع حدود للتداوى الذاتى :

مما لا شك فيها أن استخدام الدواء المسكن ذاتيا لا يتم بشكل عفوى وبأى كمية، بل هناك حدود لذلك، هذه الحدود هى المهمة الثانية التى يقوم بها الأطباء، عند كتابتهم أدوية لمرضاهم، عن هذه المهمة أشار غالبية أفراد الأسر الفقيرة فى الجدول رقم (٨) ويمثلون (٤٣, ٨٪) من جملة أفراد العينة أنهم يستخدمونها بدون إستشارة الطبيب، بينما (٣٧, ٦٪) هم من أشاروا لإستخدامها بعد كتابتها من الطبيب، ونلاحظ هنا أن غالبية أفراد عينة الأزواج (٣١ فرد) ويمثلون (٤٩, ٢٪) منهم، وغالبية أفراد عينة الزوجات (٢٢ مفردة) ويمثلون (٤٣, ١٪) منهم، كليهما أشار لاستخدامها فقط بعد كتابتها من الطبيب، على عكس عينة الأبناء (الذكور والإناث) ويمثلون (٦٤, ٣٪) من جملة الذكور، (٥, ٦٤٪) من جملة الإناث، كليهما يستخدمها بدون إستشارة طبيب فى ذلك، أما من أشاروا لعدم معرفتهم بها فيمثلون (١٨, ٦٪) من جملة أفراد العينة.

المهم هنا هو نظرة من يستخدمونها باعتبارها الدواء الفعال الشافى للمرض، لهذا فغالبية الأدوية المتواجدة فى منازل أفراد الأسر الفقيرة من المسكنات - وإن كانوا يعتبرونها أدوية معالجة - وهذا جانب آخر للعلاقة التفاعلية بين الصيدلى وأفراد الأسر الفقيرة، فما يطلبونه هو إيقاف ما يحسونه من ألم وليس ما قد يظهر عليهم من أعراض مرضية، والصيدلى لخبرته الضعيفة بالتشخيص الطبى يقدم الدواء المسكن، هنا تلتقى رغبتي (الصيدلى والمريض)، لهذا يعرف المرضى أسماء مثل هذه الأدوية فقط، ويتعمدون عدم معرفة غيرها، والسبب هو خوفهم من إحتياجهم لمثل هذه الأدوية (ببشر على نفسى)، حتى فى حالة ذكر دواء أمامه يحاولون شغل المتحدث بأى شىء بعيدا عن الإسهاب

فى وصف الدواء لئلا يضطرون لحفظه، لهذا فالأدوية المسكنة محفوظة بأسمائها وبأشكال الأغلفة الموجودة بها، ويلون وحجم القرص أو الكبسولة...، وعندما يذهب لشرائها يطلبها تحت نفس المواصفات التى شفى عليها سابقا.

لهذا يضع أفراد الأسر الفقيرة نظام دوائى مكمل لتلك الأدوية، ونظام تشخيص طبي معاون له، فهذه الأدوية لا بد لها من فنجان قهوة بليمون يربط البطن، وبعده جلسة فى دورة المياه والبطن تستريح وتشفى، أيضا قطعة جينه (حدقه) أو كوب ماء بسكر زايد يرفع الضغط مع دوا يسكن الصداع والدوخة وغيرها، أما عن التشخيص فيبدأ بسؤال: كنت فى النهارده؟ يليه بسؤال أكلت حاجة بره؟، يليه مشيت فى الشمس؟ يليه تعرضت لنزلة برد؟ ومع كل سؤال هناك إجابة طبيه حاضر تتلام والحالة المرضية الموجودة، فالأكل يعالجه التقيء (أستفرغ) وراحة البطن من الأكل، مع قرص أنتوسيد وسبازمو بارلوجين، سوف تستريح البطن، وهكذا أمسك أفراد الأسر الفقيرة بخط تشخيصي وعلاجي صحيح فى بعض منه، ربما الخطأ الوحيد والشائع هو استعمال هذه الأدوية المسكنة باعتبارها معالجة، وهذا ما يجعل احتمالية رجوع المرض أمر ممكن الحدوث، حيث يتكرر نفس الخطوات السابقة، لتكون النهاية فقدان تأثير التسكين على أجسامهم.

ما يزيد الأمر السابق خطورة هو مسألة «الجرعة» والتي يحددها أفراد الأسر الفقيرة تبعا لتعليمات الصيدلى على غلاف الدواء، لهذا يحتفظون بالدواء الذى أراحهم ويستخدمونه بنفس الجرعة المكتوبة عليه، مع تعديلها حسبما تقتضى حالة المريض وتأوه من الألم، فإذا كان تأوه بسيطاً كانت الجرعة قرص واحد أو كبسولة أو ملعقة واحدة، أما إذا كان الألم شديداً تزيد الجرعة لقرصين أو لثلاثة، وهناك تصرف يلجأ له غالبية أفراد العينة وهو الأخذ بالحلول الوسط، كأن يستخدم ٤/٣ ملعقة كبيرة، فلا هى بالصغيرة ولا بالكبيرة، والجرعات السابقة لها مدلولها الاجتماعى الهام بين أفراد الأسر الفقيرة، فقد يستخدمها الزوج والزوجة لقياس درجة العاطفة الأسرية تجاه الطرف الآخر فى أسرته، فالزوج يفعلها ليعرف مدى لهفة زوجته عليه، والزوجة تقوم بها لتعرف مدى حرص زوجها عليها، وقد يفعلها كليهما من أن لآخر لاختبار مشاعر الطرف الآخر، وتكاد تكون هى الطريقة الوحيدة والمتكررة والمفهومة من كلا الطرفين، والتي يستقبلها كليهما ويستمر فيها مع ثقته أن ما سيتناوله من الدواء لن يضره (خبرتهما معه تقول لهم لك)، وثقته أن كل من فى الأسرة يعرفون استخدام هذه الأدوية - وإن كان لا يعرف القراءة والكتابة - لهذا فلهمته من عدمها تكون المحدد الهام للعاطفة الزوجية والأبوية داخل البيت.

وخلالها لما سبق يشير أفراد العينة في الجدول رقم (١٩) لحرصهم على معرفة الجرعة الصحيحة للدواء، غالبيتهم (٥٠,٣٤٪) من جملة أفراد العينة أشاروا الى معرفة مسبقة بها من استخدام سابق للدواء، وهذا يعنى أمان: أولهما عدم تغير الأدوية التي يستخدمونها، ويبدو إما استخدمها لفترات طويلة أو تفضيلهم لأدوية بعينها جربوا تأثيرها عليهم، ويفضلون عدم تغيرها (الثبات على الخبرة الصحية)، وثانيهما إختزان عقولهم للدواء بجرعته الماضية التي شفيت أمراضهم بها، هذا رغم إختلاف درجة المرض ونوعيته فى أى مرة يصابون فيها به، وهذا تدعيم للنقطة السابقة على الثبات فى خبرة علاجية سابقة، ونلاحظ هنا تأثير هذا الثبات الفكرى فى أن غالبية عينة الزوجات والأبناء، الإناث (٢٦ مفردة للأولى، ٢٩ مفردة للثانية) ويمثلون (٩٠,٥٠٪) من جملة عينة الزوجات، (٤٠,٦٤٪) من جملة عينة الأبناء، الإناث، ممازال كليهن يعرف جرعة الدواء التي تستخدمها من أحد أفراد الأسرة، وغالبا من الأبناء الذكور لأن غالبيتهم ويمثلون (٣٧,٣٪) منهم هم الذين يقرأون النشرة الداخلية للدواء ليعرفوا الجرعة الصحيحة لاستخدامه.

#### د - الأدوية الجنسية وزيادة سلوك التداوى الذاتى :

تركزت اجابات أفراد العينة حول الأدوية الجنسية باعتبارها من أكثر الأدوية التي تزيد استخدامها بينهم بدون إستشارة الطبيب، وفيها ظهر إتجاهان لاستخدامها بينهم:

أولهما من يستخدمها إعتقادا منه فى إضطراب قدرته الجنسية، ويرجع أفراد الأسر الفقيرة سبب هذا الإعتقاد إلى «الشك» الذى تزرعه بعض الزوجات فى أزواجهن بكثرة العرك معهم، فهناك من تعتمد النزاع اليومي مع زوجها، وإرتفاع صوتها بكثرة (عمل فضيحة كل دقيقة)، ففى رأيهم المرأة لا تلجأ لمثل هذا السلوك إلا عندما يفتقد زوجها فى هذا الأمر، أو تفتقد الإشباع منه، والحل يأتى مع هذه الأقراص الجنسية وجلسة ود بعدها تنصلح الأمور، هذا على الرغم من إحساس بعضهم ومعرفتهم بأن مشكلات الحياة اليومية وقلة الدخل وكثرة المسئوليات، وسوء العلاقات داخل المساكن الشعبية قد يجعل مثل هؤلاء الزوجات كثيرى الإضطرابات والعصبية، وقد يكون السلوك اليومي مع الجيران (العراك اليومي معهم) يجعل هذا هو سلوكا طبيعيا يوميا داخل الأسرة، لكن الأمر لا يأت بهذا المنطق، لأن الرجال هنا سيصبحون إحدى الأسباب وراء هذا المعيشة، ولن يستطيعوا أن يضبطوا أسرهم (زوجاتهم وأبنائهم)، فكان الملاذ الوحيد هو هذا التفسير.

أما الاتجاه الثانى فيرى أصحابه نفس المضمون السابق وإن اختلفوا فى مكوناته الشكلية، فهم يرون النساء فى حالة هياج نفسى واجتماعى دائم من البيئة المحيطة بهم ولسوء الأحوال المعيشية،

لهذا يخاف أزواجهن من الوقت الذى قد يتمردن فيه على المعيشة وعليهم، ولمنع تمردهن لا يبد من التحكم فيهن ويعتقدون أن الإشباع الجنىسى هو الطريق لذلك، لكنهم يختلفون مع سابقهم فى أن استخدام هذه الأدوية غير صحيح، بل الغذاء والمخدرات هما اللذان يقومان بذلك (جوزين حمام مع كرسين حشيش أو سنة أقيون)، وهم لا يرون فى هذا ضياعا للمال القليل الذى يعملون به، فيه يحافظون على أسرهم وزوجاتهم، ويحمونهم من مشكلات الإختلاط الشديد ومن مشكلات حديث النساء فى هذه المناطق، فهم يعتقدون فى «تباهى» نساء هذه المناطق بقدرات أزواجهن الجنسية، وإشاراتهن المتكررة حول فحولتهم الجنسية، لهذا تصبح قضية «طول الفترة الجنسية» مقياسا للاستقرار الأسرى داخل هذه المناطق، وهذا لا يأت بشكل طبيعى إلا مع هذه المشيرات التى يستخدمونها (أدوية أو أغذية).

ومما يلفت النظر فى هذه القضية أمران أولهما يخص معرفة الزوجة بتناول زوجها لأدوية تحفزه جنسيا، والثانى بممارسة الجنس بهذه الطريقة وسط هذا الأزدحام السكانى داخل البيت وخارجه، عن الأولى يشير بعض أفراد الأسر الفقيرة لتعريف زوجاتهم بهذا الأمر، بل البعض منهن أشار إلى أن زوجاتهن هن اللاتى يأتين بها من صديقات لهن أو من بعض الصيادلة التى يقصدونهم فى ذلك، أما عن الأمر الثانى فلم يشر أفراد الأسر الفقيرة إلا لمحاولات إنتقاء الوقت الملائم لذلك، وهو عادة فى فترة متأخرة من الليل أو فى فترة الصباح (وقت المدارس) حيث يكون الأطفال فى المدارس أو تسلمهم الزوجة للعب فى الشارع مع أبناء الجيران.

يتفرغ من الاستجابة السابقة مجموعة تصورات حول كيفية التعامل مع الأعراض المرضية الخاصة بالأجهزة التناسلية، تبدأ هذه التصورات مع إحتياطات المحافظة على الصحة البدنية كمحافظة على الصحة الجنسية، منها التأكيد على عدم شرب الماء البارد بعد العملية الجنسية، (يخلى الجسم يقطع زى الحديد السخن لما تحطه فى الميه البرده فجأه)، وتناول الطعام بعد إتمامها (يخليك تستمر زى الحصان)، شرب المدخرات فى مكان العمل (لمن يعمل فى مهنة حر) قبل الحضور للمنزل (يشرب حجرين يوزن بيهم دماغه)، ويحتوى هذا الإطار على طريقة أساسيه وهى الاستشاره الذاتية أو الوصفات البلديه، فأى مشكلة فى هذا الأمر يحلها سؤال أحد الجيران أو الأصدقاء أو الذهاب لأحد المشايخ الذين يعالجون الضعف الجنىسى (الكراهيه)، وأحيانا يستخدمون الوصفات البلديه (جوزه الطيب) فتطحن بعض وصفات العطر وتصنع منها بودره توضع على المشروبات أو تصنع منها أغذية (المفتقه).

## ٣- المرجعية الثقافية لسلوك التداوى الذاتى :

## أ - الممرض:

ينظر أفراد الأسر الفقيرة للممرض باعتبار من ذوى الخبرة الطبية ليس لتعليم طبي تلقاه، ولكن نتيجة لطول فترة معاشرته للطبيب الذى يعمل معه، وإستشارتهم له لا تعود لهذا السبب بقدر ما تعود للدور الذى رسمه الممرض لنفسه (البرستييج اللى عمله لنفسه) ، هذه المكانة التى تحتلها خبرة الممرض فى الأساس قد جاءت نتيجة للخدمات التى يقدمها لمعارفه وأقاربه فى المستشفى الذى يعمل فيها، فأحيانا يتوسط لإدخال مريض للعلاج، وأحيانا يتوسط عند الطبيب ليزيد من اهتمامه فى الكشف على المريض، وأحيانا يزيد فى كتابة المقويات (الفيتامينات)، وأحيانا يزكى طلب المريض فى عمل عملية جراحية، ويعتقد أفراد الأسر الفقيرة أن هناك فرقا بين دور الممرض فى المناطق الريفية عنه فى المناطق الحضرية، ففى المناطق الريفية لا يستطيع مثل هذا الممرض أن يظهر هذه المكانة (البرستييج)، لأن الجميع يعرف أصله وأجداده، وماذا كانوا يعملون فى السابق؟ ويرون من الأفضل ألا يتعالى عليهم ولو بالمعرفة الطبية (سلساله معروف للجميع)، وبمجرد أن يظهر ولو قدرته على إدخالهم المستشفى (يقوم معاهم بواجب)، سوف يذكرهم أيهم بأهله، وهذا يعنى أن الخدمة هنا تكون من متطلبات الإقامة فى القرية والمعاونات المتبادلة فيما بين الجميع، ومن الواجبات المفروض عليه القيام بها لهم.

وهناك أمران يعتقد أفراد الأسر الفقيرة فى أهميتهما فى تقدير استشارة الممرض أولهما أن «الوسطة» ضرورية فى أى مكان حتى ولو كان فى العلاج، فذهابهم لطبيب فى حاجة لأن يأخذهم أحد لهم «وسطه» وليس أكثر من الممرضين إحتكاكا بالأطباء، وتعوداً على التحدث معهم وطلباً للمعروف منهم، الأمر الثانى أن «ممرض» المدينة يقنع من يطلب منه شيئا أنه لو لم يطلب منه هذا الطلب لما تحقق له، وهم فى هذا ماكرون (لثيم) يريدون إما الظهور بمظهر المنقذ (رسول العناية الإلهية) لمن يطلبون منهم خدمات، أو يظهرن للأطباء أنهم يقدمون لهم مرضى سوف يستفيدون منهم، وربما ينالون بعض البقشيش مقابل هذه الخدمة، أما «ممرض» القرية فيريد فقط أنه يعمل لنفسه سمعه طبيه بقدرته على خدمة أهل قريته.

وعلى كل الأوضاع يؤكد أفراد الأسر الفقيرة على أن الراحة النفسية التى يقدمها الممرض للفرد الذى يستشيريه فى شىء هى أهم مقومات نجاحه فى هذه المهمة (الناس يتعامل بالنفسية)، ومثله فى ذلك كمثل (الدابيه) التى قد تساعد المرأة على الولادة المتعسرة بكلماتها المريحة والمذكرة



بالأولياء والملايكة والطهارة (الست الطاهرة) ، والملاحظ أن أفراد الأسر الفقيرة يؤكدون على نجاح هؤلاء الممرضين فيما يقدمونه من إستشارات، والتي قد يصاحبها تقديم بعض الأدوية، وهذا ما يؤكد الدور النفسى الذى تلعبه هذه الاستشارة الطبية التى ربما تكون خاطئة أو ربما تكون فى وصفة بلدية أو غيرها.

لهذا يرى أفراد العينة أن تناوبهم الذاتى عن طريق الممرض يقترب كثيرا مما قد يحدث عندما يستشيرون الأطباء ، ويؤكد غالبية أفراد العينة الكلية (٦٠,٣٦٪) منهم فى الجدول رقم (٢٩) أن الممرضين بحكم طول فترة عملهم مع الأطباء يلتقون منهم ما قد يفيد فى إسئشارة بعض الأفراد لهم، لهذا فإستشارتهم لا تجعلهم يشكون فيما يستخدمونه من أدوية رغم عدم كشفهم الطبي عليهم، أكثر أفراد هذه الأسر إفتناعا بهذا الأمر هم الأبناء الذكور ويمثلون (٦٠,٣٠٪) من هذه المجموعة، وعموما بقية أفراد الأسر الفقيرة تختلف نظرتهم للممرض فى تدعيم سلوكهم الذاتى فى التداوى، فغالبية الأزواج وعددهم (٢٤ فردا) من عينة الأزواج ويمثلون (١,٣٨٪) منهم يرون أن الممرض فرد ذو معرفة طبية يجمع فيها بين ما يلتقطه من الطبيب (الطب الحديث)، وما يعرفه من تداويات شعبية عرفها من مجتمعه (الطب الشعبى)، لهذا فهو فى رأيهم أكثر ملائمة لمطلبهم فى التداوى لأنه لن يتهمك على ما يفعلوه، ولن يدفعا له أجر، وسيعطيهم ما قد يكتبه الطبيب لهم، أما الزوجات فغالبيتهم (٢٢ مفردة) ويمثلون (١,٤٣٪) من جملة الزوجات يرون خيرة الممرض قد إكتسبوها من تكرار الحالات المرضية التى تتردد على عيادات الأطباء ومتابعتهم لما يفعله الأطباء لها، وأخيرا فالأبناء الإناث فى الأسر الفقيرة يرى غالبيتهم (١٢ مفردة) ويمثلون (٧,٢٦٪) من جملتهم نفس رأى آبائهم حول إمكانية الاعتماد على معرفة الممرض الطبية فى تناول دواء ما بدون إستشارة الطبيب لأنهم يجمعون بين الثقافة الطبية الحديثة والتقليدية، ونلاحظ المعتقد الصحى هنا يشير لثقة فى الممارسين الطبيين غير الرسميين لخبرتهم الطويلة مع الممارسين للطب بطريقة رسميه، ولجمعهم بين الثقافة الطبية التقليدية والحديثة وهذا يتفق مع معتقدهم الصحى أكثر مما يفعله الأطباء معهم، وهذا ما يقربهم للتداوى الذاتى ويقتنه لهم.

#### ب - الصيدلى :

العلاقة مع «الصيدلى» علاقة تجارية تقوم من وجهة نظر أفراد الأسر الفقيرة على طول مدة العلاقة بينهم وبين هذا الصيدلى (أصبح زبونه)، فالأمر لا يتعدى كونها علاقة تعاقدية بين بائع لدواء (الصيدلى)، وزبون يأتيه دائما لشرائه (المريض)، هذه العلاقة تجعل الصيدلى يقدم النصيحة

الطبية الصحيحة، وتجعله يقدم الدواء المفيد ولو كان نادر الحصول عليه - بدلا من أن يبيع الدواء الغير مطلوب من الأطباء (المركون). وتجعله لا يقدم البديل الطبي، وفي أى من الحالات الثلاثة السابقة يرى أفراد الأسر الفقيرة ضرورة التعامل لفترة طويلة مع صيدلى بعينة حتى يقدم لهم هذه الخدمات، هذا ما يجعل الصيادلة يختبرون ذكاء هؤلاء الأفراد، بإعطائهم هذه الأدوية البديلة أو الغير مطلوبة أو تحميلهم أدوية أخرى بجانب الأدوية المطلوبة فعلا لحالتهم المرضية، ويرون بعدها هل سيعرفون ذلك أم سيلتقطون هذا الطعم ويعودون بعدها لنفس الصيدلى، وبناء على هذا الموقف تتحدد مسيرة التعامل المالى بينهما (الاستدانة أو القسط)، ومسيرة الاستشارة الطبية بينهما، أيضا إعطاء الأدوية المخدرة أو الجنسية بدون إستشارة الطبيب، ونعتقد أن هذه العلاقة فيها إسقاط للقيمة الإقتصادية لصحة أفراد الأسر الفقيرة على المرض واستجابتهم للعلاج، وهذا يعنى وجود نمط لعلاقات المصلحة المتبادلة بين الفقراء وغيرهم من أفراد الهيئة الطبية، فالصيدلى هنا سيوفر عليهم ثمن زيارة الطبيب، ولكن كيف يثقون فى أن هذا الصيدلى لن يفكر معهم بنفس منطق تبادل المنفعة؟ لهذا كانت تقديراتهم للأمر برمته تقديرا نفعيا (إقتصاديا)، وأهم ما يلفت النظر هنا هو إنعدام الثقة بين كلا الطرفين، المريض الفقير لا يريد الذهاب للطبيب، والصيدلى يشك أولا يشق فى فقر هذا المريض، وعدم قدرته المالية على الذهاب للطبيب (يدعون الفقر، وهذا ما عبر عنه أفراد الأسر الفقيرة بانعدام الشرف عند أفراد الهيئة الطبية جميعا، فالأطباء إفتقدوا الشرف فى مراعاة فقر الناس (إرتفعت أثمان كشوفهم)، والصيادلة إفتقدوا شرف المهنة (بيبيعو ميه فى أزيز)، وحرص الجميع على إفراغ ما فى جيوب الآخرين، والمستشفيات الجميع فيها يسرقون الدواء والطعام والمعونات التى تأتى للمستشفى، لهذا فالأمر لا يستبعد فيه الشك فى أمانة أى منهم تجاه المتعامل معهم من المرضى.

لهذا نلاحظ أن أفراد الأسر الفقيرة لا يستطيعون إخفاء إنعدام ثقتهم تلك عند سؤالهم عنم يستشيرونهم - من غير الأطباء - قبل أى استخدام للدواء؟ (الجدول رقم ١٧)، وعند سؤالهم عنم يثقون فيهم من الأطباء كبار السن أم صغار السن (الجدولين رقمى ٢٤، ٢٥)، فى الجدول رقم (١٧) نلاحظ أن غالبية أفراد العينة الكلية (٢٨,٨٪) منهم يشيرون إلى أنهم لا يستشيرون أحد عندما يهمون باستخدام دواء ما، يليهم (٣,٢٤٪) منهم يشيرون لاستشارة الصيدلى قبل استخدام الدواء، لكننا نلاحظ أن غالبية أفراد عينة الأزواج (١٦ فرد) ويمثلون (٤,٢٥٪) منهم يرون أن استخدامهم لأى دواء يسبقه سؤال لأحد الأطباء (المعارف) عليه، ويتفق معهم غالبية أفراد عينة

الذكور (٢٢ فرد) ويمثلون (٣٢,٨٪) منهم على نفس الأمر، بينما غالبية أفراد عينة الزوجات (١٩ مفردة) ويمثلن (٣٧,٣٪) منهن يشيرن إلى أنهن لا يستشرن أحد ويتفق معهم غالبية أفراد عينة الأبناء الإناث (٣٢ مفردة) ويمثلن (٧١,١٪) منهن وهذا يعنى وجود تأثير متبادل بين الآباء وأبنائهم الذكور، والأمهات وبناتهن، والفئة الأولى ترى إستشارة طبيب ولو كان غير متخصص، بينما الفئة الثانية لا تستشير أحد، لهذا الفئة الثانية أكثر بعدا وإنفصالا فى سلوكهم العلاجى عن الصنف الذى تقدم الاستشارة الطبية الصحيحة، والفئة الأولى وإن كانت لسبب آخر لا تأخذ الطريق التشخيصى الصحيح، إلا أنهم يلجأون لأى فرد يعرف فى هذا الدواء ليثقوا فى استخدامه، بشكل عام الأبناء الذكور والآباء أكثر حرصا على صحتهم وأكثر حذرا عن استخدامهم للدواء بدون الذهاب لمؤسسة علاجية عن الأمهات والأبناء الإناث الأقل حذرا فى ذلك.

وتدعيما للتقطيعة السابقتين حول «الصيدلى» و«المرضى» نلاحظ أن الأمر يتدخل فيه تأثيرات القيم فى الثقة فى الصيدلى والمرضى عن غيرهما من أفراد الهيئة الطبية، ويبدو أن لذلك علاقة بقيمة كبار السن فى الأسرة المصرية وإعتبارهم من ذوى الخبرة والمعرفة المتنوعة والحكمة، فلقد أشار غالبية أفراد العينة فى الجدول رقم (٢٤) ويمثلون (٦١,١٪) من العينة الكلية بأنهم يثقون فى الأطباء كبار السن عن أولئك الأطباء حديثى التخرج، ويوضح غالبية هذه المجموعة ويمثلون (٣٦,٩٪) منهم فى الجدول رقم (٢٥) أن مرجع هذه الثقة هو معرفتهم الجيدة بالأدوية خاصة الأدوية المخدرة، والصيدلى هنا يدعم تأثيرات القيم على السلوك العلاجى لأفراد العينة داخل العيز الاجتماعى لأسرهم وخارجه، فهم يعتقدون أن «للأقراص المخدرة» مدلول آخر يختلف عما هو معروف عنها طبييا - وأحيانا اجتماعيا-، فلقد أشار بعض أفراد العينة (الطلبة خاصة) أن هذه الأقراص لا يعرفون منها سوى التى تساعد على السهر والتركيز (إفيدرين)، فعندما يريدون التركيز أيام الامتحانات وتعويض الفترات الطويلة التى انقطعوا فيها للعمل، يبحثون عن هذه الأقراص، رغم معرفتهم أن إستخدامهم لها ستجعلهم يستمرون عليها طول هذه الفترة، وربما هذه ملحوظة هامة فى تحديد إستخدام معين للمواد التى يعتبرونها مخدرة، ونفس التحديد فى إستخدام أدوية أخرى (التوسفان عشان الإنيساط، أبو صليبه ولا العدسه يعملوا شوية ضحك وهزار)، هذه التحديدات هى ما تجعلنا نرى فى إستخدام المواد المخدرة أهمية إجتماعية تربط بالحياة اليومية لأفراد الأسر الفقيرة، فكما أشار أفراد العينة فى تبريرهم لاستخدام هذه المواد أنها لتخفيف ضغط المعيشة عليهم، لهذا فهم لا يخافون على أنفسهم من الإدمان لأنهم بمجرد إستخدامها لتحقيق الغرض منها

لا يستخدمونها ثانية.

وما يجعل الباحث لا يشك كثيرا في وفي أفراد الأسر الفقيرة بالإدمان إشارة العديد منهم لاستخدام أساليب أخرى للوصول لنفس الهدف السابق (الإنسائط، الضحك، الهزار) كشرب البيره، شرب الحشيش، إضافتهم لمعلومة أخرى يلصقونها حتى باستخدام الأدوية المخدرة السابقة، وهي أن الأجسام التي تستخدم هذه الأدوية لابد أن تكون قادرة عليها، فالضعيف لا يستخدمها والمريض لا يستخدمها، حتى المشكوك في قدرته البدنية لا يستخدمها (البلى هيفوت)، فهناك اعتقاد راسخ بأن هذه الأقراص تحدث تغيرات (فوران) في الجسم، ويصبح مطلوبيا من الفرد «تهدئة نفسه» لئلا يؤثر الدواء عليه سلبيا وتأتي له فقط بالتأثير الذي يريده، لهذا يعتقد أفراد الأسر الفقيرة في أنفسهم «القدرة على التحكم» في أبدانهم حتى تحت المخدر، أما ما قد يفعله البعض من حركات وسلوكيات فإنه من قبيل التمثيل على المحيطين به، وسواء كان هذا صحيحا أو مبالغ فيه فالبعد الاجتماعي لاستخدام هذه التداويات يكمن في خلق تكيفه سلوكيه إجتماعيه تبدأ بخلق المبرر لاستخدام هذه الأدوية، ثم ابتكار للطريقة التي تتناسب مع تحقيق الغرض من إستخدامها، ثم الوقاية من أضرارها، لهذا فالجرعة التي يتناولونها من هذه الأدوية عن طريق الصيدلى يعرفونها حق المعرفة، بل ويسألون عنها (كم مللى؟)، ويعرفونها أكثر من معرفة أسم الدواء نفسه.

أما فيما ورد في الجدول رقم (٢٠) حيث غالبية أفراد العينة الكلية (٦٨٧,٦٪) منهم أكدوا على عدم تناولهم لأي أدوية مخدرة، نعتقد أنه لا ينف ما قلناه في الفقرتين السابقتين بقدر ما يلفت نظرنا لاختلاف مسمياتهم حول الإستخدام الذاتي لهذه النوعية من الأدوية.

النظرة السابقة حول أهمية «الصيدلى» في الاستشارة الطبية تتفق مع ما ورد في الجدول رقم (٢٥) حيث يقوم كليهما على المعرفة الجيدة للأدوية، حيث نلاحظ أن غالبية أفراد عينة الأزواج، والأبناء، الذكور والإناث يتفقون في هذا الأمر (٢١، ١٦، ٩) مفردة على الترتيب ويمثلون (٢، ٤١٪)، (٣، ٥٩٪)، (٩، ٤٠٪) من جملة عينة الأزواج والأبناء، الذكور والإناث المفضلين للأطباء كبار السن على الترتيب، أما غالبية أفراد عينة الزوجات (١٩ مفردة) ويمثلون (٥٠٪) من عينة الزوجات المفضلات للأطباء كبار السن، فيرون أن هؤلاء الأطباء يتميزون عن حديثي التخرج بمهارتهم في التعامل مع مرضاهم.

## ٤ - العوامل المؤثرة على سلوك التداوى الذاتى :

## أ - استخدامهم للأدوية المتبقية من علاج سابق :

بداية لا يقصد الباحث مناقشة موضوع المحافظة على هذه الأدوية، بقدر ما يهتتمنا دراسة تقييمات أفراد الأسر الفقيرة «للأدوية المتبقية» فى منازلهم وهى بداية ليست بغرض الاستفادة الطبية أو المالية (توفير) فقط، بل لها فائدة أخرى هامة وهى «إبعاد نظرة العين عنهم» أو «منع الحسد» وهى تكملة «لإدعاء بعضهم الفقر» فأفراد الأسر الفقيرة يرون فى العديد منهم قدرة على إعطاء صورة غير صحيحة عن حياتهم المعيشية، فإذا أحسوا بنظرة غير طيبة (حاسدة) بادروا بإظهار الأدوية المتبقية عندهم، وسرد الأثمان العالية لها- وقد تكون هذه الأدوية قد إنتهت صلاحيتها - وهم بذلك يريدون إقحام زوارهم بصحتهم المعتلة، وإتفاقهم دخلهم على الدواء، وفى الغالب يواجه هؤلاء الزوار هذا السلوك برد فعل مشابه له فيستخدمون هذا الأسلوب، فيسردون هم الآخرون أحداث أخرى إضطروا لإتفاق مال فيها - لم يكون فى حسابهم إتفاقه - ولا مانع من تضخيم بعض الأحداث المرضية التى مرت عليهم فى فترات سابقة، لتتحول الجلسة - عادة بين النساء - كمباراه فى سرد الأحداث اليومية السيئة.

وهذا لا ينف عن البعض منهم إستفادته الجيدة من هذا الدواء المتبقى عندهم، ويبدو أن العديد منهم عند شرائه هذا الدواء كان يضع فى ذهنه هذا الأمر (دواء المغص أن منفعش معايا ينفع غيرى)، لكنهم دائما ما يربطون بين «جودة الطعام» والمرض والدواء، فالدواء لن يأتى بفعله الطبى إلا إذا كان المريض متغذى (واكل كويس)، وبنفس النظرة الاقتصادية السابقة ينظر أفراد الأسر الفقيرة لثمن الكشف عند الطبيب باعتباره مساويا لثمن إثنين كيلو لحم، والأخيره أفيد، لهذا يستشير عقله أيعطى الكشف للطبيب أو يأكل اللحم فيختار الثانية والدواء المتبقى فى المنزل سيقوم بالشفاء، من هنا جاء تعليق واضح ومتكرر للعديد منهم حول مسألة أهمية الغذاء للمريض، فإن لم تأت أكلة اللحم له بالعافية، يكون قد أكلها وذهنه غير صاف، فلو كان مريضا لا يشغل نفسه وقت الطعام (مش صاحب فكر)، حتى لا يحدث له عسر هضم (وجع البطن)، ولكان قد إستفاد من هذا الطعام (عادت له مروتة)، لهذا ينظر البعض من أفراد الأسر الفقيرة لتعليمات الأطباء حول الأدوية باعتبارها منفصلة عن تعليماته عن الطعام، وعادة ما يتبعون الأولى ولا يتبعون الثانية، وقد ينظر البعض منهم للأطباء الذين يمنعون بعض الأطعمة عنهم بأنهم لا يعرفون صالحهم كأنفسهم (أنا دكتور نفسى)، فالدواء يحدث ضعفا وهزالا وهدمًا للجسم (بيمقت الوش)، والغذاء هو ما يرجع

الصحة لسابق عهدها (يرجعله عفيته)، هنا تظهر الأغذية المداوية للمرض ولأى نوع مرض، فشرية الكوارع تقوى العظم (ترم العظم)، كوب غسل أسود ومعه ملعقتين سمن بلدى تعيد الشباب (ترجع الدمويه) وغيره مما لا يستغنى عنه أفراد الأسر الفقيرة بجانب الدواء المتبقى فى المنزل.

ويخلص البعض من أفراد الأسر الفقيرة بنتيجة حول إستعمال الدواء المتبقى بالمنزل ويجملون القول فى جملة «الهروب من المصاريف» فالدافع وراء عدم إستشارة الطبيب الهروب من دفع الكشف له، والدافع وراء عدم إستشارة الصيدلى أيضا الهروب من شراء الدواء منه، حتى عندما يضطر فرد من هذه الأسر الفقيرة للذهاب للطبيب أو للصيدلى عندما يشتد عليه المرض، فإنه فى الغالب يكتفى بمعرفة ما عنده من مرض، فأهم شىء ألا يكون مرضا خطيرا، وبعد ذلك قد يمزق الوصفة الطبية (الروشته)، وقد يبقياها ليستخدمها فيما بعد، أو يستخدمها لإبعاد عين الحسود عنه عندما يحس بنظرات الناس لصحته أو لبيته، ويصبح ذهابه للطبيب فقط ليرضى ضميره (يخلص ضمير من ربنا)، ليعود لهذا الدواء المتبقى عنده أو قد يشتري البعض منه فقط، وهذا ما يوضحه تحليلنا الآتى:

يشير أفراد الأسر الفقيرة فى الجدول رقم (٢١) أن غالبيتهم (٦١,١٪) من جملة أفراد العينة يحتفظون بالدواء المتبقى لديهم حتى يستخدمونه فى مرض آخر أو يستخدمه أحد أفراد الأسره، ويبدو لنا أن هذا تفكير يشترك فيه جميع أفراد هذه المجموعة، فغالبية الأزواج (٤١ فرد) ويمثلون (٦٥,١٪) منهم، وغالبية الزوجات (٢١ مفردة) ويمثلن (٤١,٢٪) منهن، وغالبية الأبناء الذكور (٤٥ فرد) ويمثلون (٦٧,٢٪) منهم، وغالبية الأبناء الإناث (٣١ مفردة) ويمثلن (٦٨,٩٪) منهن جميعهم يحتفظون بالدواء المتبقى بعد الشفاء بغرض إستخدام آخر له، وإتفاقهم حول هذا الأمر - رغم الإختلاف الواضح فى نظرتهم للتداوى الذاتى كما وضحته الجداول السابقة - يدعم لنا المضامين الاجتماعيه السابقة حول الخوف من الحسد، والهروب من المصاريف، والاهتمام بالغذاء بجانب الدواء، إضافة لافتراض شفافهم الدائم قبل الانتهاء من بعض الأدوية، وهذا ما يوحى إما ببساطة ما كانوا يعانون منه، أو أنهم يستعجلون الشفاء ولا يميلون لاستخدام الدواء لفترات طويلة، ونعتقد أنها الثانية وربما هذا لخوفهم من خطورة طول الفترات التى يستخدمونه فيها أو لخوفهم من حدوث أضرار جانبية منه (كحساسيه الدواء) وغيرها.

## ب - معرفتهم بخطورة الدواء :

بداية يعتقد أفراد الأسر الفقيرة أن خطورة الدواء تأتي من إحدى ثلاث سلوكيات رئيسية هم:

١- تناول الدواء البديل أو ربما تناول الدواء بطريقة خطأ، لهذا لا يتأكد المريض من الدواء إلا بعد إعادته للطبيب بعد شرائه ليشير بصحته وطريقة تناوله، ويبدو أن الأطباء قد أدركوا هذه النقطة، فبدأوا في طلب هذا السلوك من مرضاهم، والإتفاق مع الصيدليات على تقديم المكتوب في الوصفة الطبية بدلا من البديل.

٢ - البعض منهم يرى خطورة الدواء في الجرعة التي يكتبها الطبيب، وفي موانع الاستخدام المكتوبة في النشرة الداخلية للدواء، هذه الفئة هي ما تقرأ هذه النشرة، وتقارن بين وصفة الطبيب وما هو مكتوب في النشرة، وبين ما ينهى عنه الطبيب وموانع الاستخدام في الروشته، وعلى قدر الفروق يشق في الطبيب أو في الدواء، وقد يخاف من الفروق بين الأمرين ويعتبر الدواء خطرا.

٣- إن لم يأت الدواء بنتيجة في الأيام الأولى لإستخدامه، فهذا يعني أن الطبيب لم يشخص الحالة جيدا، وبالتالي لم يكتب الدواء بطريقة صحيحة، وعليه فإن إستخدامه يكون خطرا وسوف يأتي بأضرار إن لم يوقف المريض إستخدامه.

الشيء الذي يستغربه أفراد الأسر الفقيرة في الأدوية ويعتبرونه مصدر خطورتها وهو كيفية علاج دواء بعينة هذه النوعيات المختلفة والمتعددة من الأمراض؟ فأى نشرة داخلية تحوى قائمة طويلة وأنواع عديدة من الأمراض يشفها هذا الدواء، فكيف يتقنون في علاجه؟، لهذا فتقديرا الطبيب لفروق الجرعات هام ويمنع الوقوع في خطأ قد يجعلهم يصابون بأى من هذه الأمراض، ويرتبط بهذا الأمر قضية «التأثير السماعي» للدواء، فالدواء الجيد أو عديم الفعالية أو الخطر يتحدد مما يشاع عن إستخدامه بين أفراد الأسر الفقيرة أو جيرانهم، وهذا عادة ما يطرح عند عودة المريض (الريفى خاصة) لمنزله بعد الكشف أو بمجرد رقاذه في المنزل وإستخدامه لدواء ما، حينها يسترجع أى من الزائرين لخبرته بالدواء، ويبدأ فى إبداء ملحوظاته عليه، ونصائحه بالجرعة أو بالاستخدام أو بالإيقاف التام والسريع له، ويرى أفراد الأسر الفقيرة أن المتعلم هنا يتساوى مع الجاهل، فالفيصل ليس للشهادة بقدر ما هو للخبرة فى إستخدام الدواء، قرب جاهل بالطب يعرف فى الأدوية ما قد يفوق الطبيب العارف بالطب.

هنا يشير أفراد الأسر الفقيرة لمكون ثقافى صحى هام فى حياتهم يعتبرونه ضمن «الميراث

الإجتماعى» - كما أشاروا - لهم، وهو الإنفعالات العاطفية تجاه المرضى فى الأسرة، فكبار السن لا يحتملون المرض على أبنائهم، وقد لا يحسنوا التصرف تجاه إعتلالهم، وقد لا يملكون سوى البكاء، يجانبهم، وصغار السن لا يحتملون المرض على أبنائهم (رجل كبير ما يستحملش العيا) فيكون أيضاً من الخوف عليهم، وكلاهما يستحضر صورة لمرضى يعرفه أو شاهده أو زاره، ويطابق بين الحالتين، فلا يجد ملازماً لإبعاد الخوف عن نفسه سوى بالبكاء، فمن جهة يخفف عن نفسه خوفها وضغطها، ومن جهة أخرى يفهم هذا المريض بخوفه عليه، ويفسر أفراد الأسر الفقيرة هذا الأمر بأنه (العيل يفضل عيل، والكبير يرجع كبير، العقل بيأف والعواطف بتشتغل، الكل شغال بودانه مش بعقله)، وكلاهما لا يملك بعد البكاء شىء تجاه المريض (خاصة إن كان قد ذهب للطبيب) إلا إبداء النصيحة فى الدواء وخطورته أو فعاليته كما سبق وأشرنا فى الفقرة السابقة.

ويرتبط بالمغزى الإجتماعى السابق لخطورة الدواء مغزى آخر «للحساسية منه» وهى الأخرى لها بعدها الاجتماعى بين أفراد الأسر الفقيرة، وهى تحدث - فى رأيهم - نتيجة لأمرين:  
الأول : خاص بالأغذية أو المشروبات التى تحدث هرشاً أو ورماً أو توران للدم، وهى الحساسية التى يعرفونها ويتعدون عنها بمجرد أن تحدث مره لأحدهم.

الثانى : الحساسية من الحقن، وسببها أن دواء الحقن يسير فى الدم ومن الصعب إستعادته، وبالتالي فأخطاء الطبيب فيها سوف تؤدى لوفاة الشخص، على عكس أى نوع أدوية آخر، يمكن أن يتقينه الفرد، لهذا هم يخافون الحقن فى عمومها، ويرون أنفسهم حساسون تجاهها، بل ويعتبرون المرحلة المرضية التى يضطرون فيها لاستخدامها هى «مرحلة الخطر» أما إذا حدثت نتيجة لأدوية غير الحقن فيسمونها «رد فعل الدواء» وهو ما يفسر فى معتقدهم الصحى بشىء واحد وهو عدم معرفة الطبيب بالطب، وعادة ما يظهرون سلوكاً عدوانياً تجاهه خاصة عندما يؤدى لدوخه (هبوط فى ضغط الدم للفرد المريض)، هذه الدوخة نتيجة لعدم قدرة الفرد على تحمل الدواء الذى تناوله، وهذا خطأ الطبيب فلا بد أن يقدر حيناً ما يتحمله الفرد مما قد لا يحتمله، هنا يقارنون مهارة المداوى الشعبى (العطار) بمهارة مثل هؤلاء الأطباء، وتبعيات أخطاء الأول بالثانى، لينتهى الأمر بتفضيل المداوى الشعبى على الطبيب.

أما عن التحليلات الكمية لهذا العامل فيشير الجدول رقم (٢٢) إلى أن غالبية أفراد العينة الكلية (٧٨.٢٪) منهم يسيرون لعدم معرفتهم بحساسية الدواء، وتلاحظ أن غالبية عينة الأزواج (٤٨ فرداً) ويمثلون (٧٦.٢٪) منهم، وغالبية عينة الزوجات (٤٧ مفردة) ويمثلن (٩٢.١٪)



منهن، وغالبية عينة الأبناء الإناث (٣٥ مفردة) ويمثلن (٧٧,٨٪) منهن، جميعهم يؤكدون عدم معرفتهم بحساسية الدواء، فقط غالبية عينة الذكور (٣٦ فرداً) ويمثلون (٥٣,٧٪) منهم هم الذين يؤكدون معرفتهم بحساسية الأدوية التي يستخدمونها.

ما يوضحه لنا الجدول السابق يمكن إعتباره سلوكاً خطيراً من الواجهة الطبية والاجتماعية، فالبيانات الكمية السابقة توحي بأن أفراد الأسر الفقيرة يستخدمون الدواء بلا أى وعى منهم بإحتمالات خطورته عليهم، ويعتقد الباحث أن هذا الأمر لا يمكن تفسيره تحت مضمون الاتكالية الدينية التي يتسم بها العديد من أفراد الطبقات الدنيا فى المجتمع المصرى، ولا نستطيع تفسيرها أيضاً تحت مبدأ معرفتهم المسبقة بالدواء وبحساسيته عليهم، لهذا سنناقش الجداول أرقام (٩)، (١٠)، (١٤)، حيث يشير غالبية أفراد العينة الكلية فى الجدول رقم (٩) ويمثلون (٤٢٪) منهم إلى أنهم يستخدمون الدواء بدون إستشارة الطبيب رغم معرفتهم بخطورته، رغم هذا نلاحظ أن النسبة الوحيدة الغالبة فى هذا السلوك هى نسبة الأزواج حيث يرى غالبيتهم (٣٦ فرداً) ويمثلون (٥٧,١٪) منهم أنهم يستخدمون الدواء رغم معرفة خطورته بدون استشارة الطبيب، أما باقى النسب الثالثة للزوجات (٣٣,٣٪) منهم، وللأبناء الذكور (٤٦,٣٪) منهم، وللأبناء الإناث (٤٦,٧٪) منهم، فجميعهم على مستوى كل مجموعة منهم يشيرون لعدم إستخدام الدواء بدون استشارة الطبيب إذا كان يشكون فى إحتمال حدوث أخطار عن طريقه، لهذا يعتقد الباحث أن أفراد الأسر الفقيرة فى ظل ظروف أسريه ما (خاصه إقتصادية) قد يأخذون نفس سلوك الأب فى عدم الحرص فى إستخدام هذه التداويات.

أما فى الجدول رقم (١٠) فنلاحظ أن غالبية الذين أشاروا لاستخدامهم أدوية بدون استشارة الطبيب ويمثلون (٣٥,٨٪) منهم قد أشاروا إلى أن قلة الدخل هو ما قد يضطرهم لهذا الأمر، وتتركز هذه المجموعة فى عينة الزوجات والإناث ويمثلن (٧٦,٥٪) من مجموعة الزوجات و(٦٤,٣٪) من عينة الأبناء الإناث، أما غالبية الأزواج والأبناء الذكور ويمثلون (٤٤,٤٪) من مجموعة الأزواج السابقة، و (٥٠٪) من عينة الأبناء الذكور الذين يستخدمون الدواء الذى جربوه بدون إستشارة الطبيب رغم معرفتهم بخطورته، وهذا يعنى أن الاضطراب هنا يتسم بعدة أمور، أولهما أنه تحت الضغط المالى، وثانيهما وأنه شبه مقنن بتجربة الفرد لمدى خطورته عليه، ثالثهما أنه خاص بالذكور والرجال فيهم، الأخيرة هى ما تجعل الباحث يرى الأمر باعتباره سلوكاً إضطرابياً مع إختلاف سبب الاضطراب بين مختلف أفراد الأسرة، فالآباء والأبناء الذكور يتخذونه تحت الاضطراب

المالى (الفقر) وهو محدود بحدود تجربتهم السابقة له، أما الزوجات والأبناء الإناث فيتخذونه تحت الإضطراب الإجتماعى (أو الأخلاقى) أو الشقة فيما يمارسه الآباء والأبناء الذكور، لهذا إذا سأل أحدهما عن رأيه الخاص فى ذلك فإنه ينفى إقتناعه بصحة هذا الأمر.

وتكتمل لنا الصورة السابقة بالنظر فى الجدول رقم (١٤) حيث يرى غالبية أفراد العينة الكلية (٣٠٪) منهم بأن ظهور أى آثار جانبية للدواء (حدوث أمر خطير باستخدامه) يجعلهم يوقفون الدواء فوراً ويذهبون لاستشارة طبيب خاص فى المرض وفى آثار الدواء، ونلاحظ أن النسبة الغالبة فى مجموعتى الأبناء الذكور والأزواج حيث يمثلون (٣، ٣٤٪) من مجموعة الأبناء الذكور، و(٢، ٤٩٪) من مجموعة الأزواج، أما غالبية مجموعة الزوجات وعددهم (٢٢ مفردة) ويمثلن (١، ٤٣٪) منهن فيستشيرون الصيادلة فى هذه الآثار، وغالبية عينة الأبناء الإناث وعددهم (١٣ مفردة)، ويمثلن (٩، ٢٨٪) منهن فيستشيرون أحد أفراد أسرتهن فى هذا الأمر، وهكذا تتضح بقية الصورة وهى كالتالى فى النقاط الآتية:

- ١- جميع الأفراد يدركون أخطار الأدوية التى تستخدم بدون إستشارة الطبيب.
- ٢- الأبناء الذكور والأزواج يضطرون لإستخدامها تحت الضغط المالى، لكنهم لا يجازفون فى هذا الأمر إلا فى حدود ما جربوه فقط، فإن جاءت بالشفاء كان هذا مطلبهم، وإن حدث أمر سلبي للدواء أوقفوه وذهبوا للطبيب لإستشارته.
- ٣- الزوجات والأبناء الإناث قد يستخدمون هذه التداويات رغم خوفهم من خطورة استخدامها بدون إستشارة الطبيب، وهذا تحت الإلتزام الأخلاقى لكبار أفراد الأسرة (الأبناء والأزواج)، وهم واثقون فى أن هؤلاء الرجال مضطرون لذلك، وقد جربوا ذلك سابقاً، ولن يقبلوا حدوث آثار جانبية للدواء عليهم، أما إذا حدثت فسيأخذهن للطبيب.

#### ج - تدعيمهم الدينى لسلوك التداوى اللاتى :

بداية البعد الدينى فى التداوى الذاتى نلاحظه جيداً فى رأى أفراد الأسر الفقيرة حول «التداوى بالقرآن»، و«الطب النبوى»، وقد أشار العديد منهم لثقتهم فى الأمرين وإن كان يجزمون فى عدم تجربة أحدهم لذلك، أو نجاح من جربه منهم فى الشفاء بهما لهذا قد يشكون فى أنفسهم عندما يفشل أحدهما فى علاجهم فهم ليس أهلاً لهذا التداوى الذى تذكره جميع الجوامع والمشايخ والكتب التفسيرية، لكنهم لا يشكون فى فعالية أيهما، أو يشكون فى فهم دورهما الحقيقى فى الشفاء

وكيف يتم؟ لهذا يعتقد الباحث في أهمية النظر للمعتقدات الدينية لأفراد الأسر الفقيرة حول المرض وكيفية الإصابة به والتداوى منه؟ فهم يرون المرض مسألة نصيب «تخليص ذنوب»، «تخليص حق»، «إختبار وإبتلاء» «كسر للفرور البدنى»، «عقاب لعدم صون النعمة»، ورغم ما يبدو على هذه التعبيرات من سمة القدورية والتسليم، ففيها أمرين هامين:

الأول : أن أفراد الأسر الفقيرة لا يرون في القرآن تداويا لأمراض عضوية (تتصل بالبدن)، إنما هو للتداوى من الأمراض النفسية (كالقلق، التوتر، الخوف، الحسد...)، أو على الأكثر للأمراض العضوية التى تأتى نتيجة لاضطرابات نفسية، وهنا يفصل أفراد الأسر الفقيرة بين الرسول (ﷺ)، والصحابة، والرعييل الأول من المسلمين والذين ورد عنهم إستخدامهم للتداوى بالقرآن، ويعتبرون أنفسهم مختلفين عنهم فى الدرجة الإيمانية والثقة فى الدواء القرآنى.

الثانى : أن أفراد الأسر الفقيرة ينظرون لبعض الأمراض باعتبارها أمر مسلم بحدونه لهم، ليس بسبب أسباب بيولوجية (وإن كانوا لا ينفقون ذلك)، لكن بسبب ذنوباً إقترفوها خاصة مع أحد الوالدين، فهى ترد لهم فيتعذب الفرد بمرضه تكفيراً له عما فعله وتخليصاً له من ذنوبه، خاصة عندما يأتى له المرض بعجز أو بضعف يثير شفقة المحيطين له.

ولا يعنى إعتبارهم المرض «إختبار أو إبتلاء» قبولهم له بلا أى محاولة لعلاج، لكن يبدو أن غياب التفسيرات الطبية التى يقدمها الأطباء لهم، وفشلهم فى علاج هذه الأمراض هو ما يجعلهم يحاولون إيجاد تفسيرات دينية لها، فهذه التفسيرات لا يملك المريض - أو من حوله - حرية التعقيب عليها، ولقد أشار العديد من أفراد هذه الأسر إلى أن هذا المضمون دائماً ما يطرح عليهم عندما يشخص الأطباء لهم أمراضهم بأنها «حالة نفسيه»، فهذا فى رأيهم ليس تفسيراً كافياً لما يعانونه من مرض، وينم عن فشل الأطباء فى معرفته، لهذا يرون المرض كالرزق كلاهما لا يملك الفرد تغييره أو الإعتراض عليه أو التدخل فيه، بعدها ينطلقون فى بناء إطار تصورى دينى يقرب من شفائهم، هذا الإطار يبدأ بقبول المرض وتحمله باعتباره قدراً بعدما فشل الأطباء فى علاجه، يلي ذلك البحث فى الماضى عما قد إقترفه الفرد من ذنوب ليحاول علاجها، يلي ذلك التفكير فى زيارة الأولياء والأضرحة أو الذهاب لمن هم قادرين على فتح الكتاب وعلاج المريض به، يلي ذلك المزيد من العبادة والتقرب إلى الله، ويتخلل ذلك التخلص مما قد يشوب حياته من سلوكيات إجتماعية خاطئة (الكبر، الكذب، النفاق، العقوق، الهجر للزوجة).

أما عن التداوى بالطب النبوى فبعض أفراد الأسر الفقيرة يعرفونه تحت هذا المسمى، والبعض

الأخر يعرفونه تحت مسمى العرف أو الطب البلدى، ويعتبرون هذا الطب قد توارث كثيرا منه عبر الأجيال وضاعت التواترات الدينية عن قام به - أو تحديدا على الرسول (ﷺ) - فصار هكذا يعرفه العجايز ويستخدمونه باعتباره طبيا شعبيا، لذلك فهو يخلو من أى تراتيل دينية تصاحب استخدامه، سوى أمر واحد أورده أفراد الأسر الفقيرة حول مضمون الإجابة على التساؤل «أنا عملت أياه فى حياتى .. رينا يخبترنى بالمرض؟»، أو «شوف أنت عملت أياه فى دنياك؟»، وتتفرع الإجابات وتتنوع وتختلف من كونها حساب للنفس، للبحث عن الأخطاء، للتعجب، للخوف من الاعتراض على الابتلاء، لتأتى بعد ذلك الاجابات مقرونة بكلمة «بعون الله» سوف أشفى مما أعانيه كشكل من الموازنة العقلية بين الأسئلة المطروحة على أنفسهم، وبين فشل التداويات الطبية فى علاج ما يعانون منه، وعموما يشير أفراد العينة أن هذا السلوك منتشر بين النساء أكثر من الرجال ويعتبرونه سندا لإتهام الأزواج بظلم النساء (جاء عليهم).

عموما يشير أفراد الأسر الفقيرة أن ظهور التداوى القرآنى وبالطب النبوى يعتبر ظاهرة حديثة نسبيا، ويفسرون ظهورها الحديث بأنه نتيجة لضعف الإيمان بالله، لهذا فهى لا تأتى بجدوى وفعالية إلا مع من تتحرك قلوبهم نحو الله، وكثيرا ما يروى البعض منهم الحديث الشريف للرسول (ﷺ) إذا وجهت الى عبد من عبيدى مصيبة فى بدنه أو ماله أو ولده... «أبضا جاءت نتيجة لتغير طبيعة الأمراض التى تصيب البشر الآن وجميعها أمراض إيمانية - كما يعتقدون - حتى عندما تتأخر خطبة إحدى الفتيات فى أسرة ما ويسبب هذا عزوفها عن الطعام (وفقدانها لشهيتها)، يفسر هذا الأمر باعتباره «عمل سحرى» قد عمل لها، وعلاجه الوحيد هو القرآن، ويتفرع من هذا تفسيرات أخرى خاصة بتقييم سلوكيات أفراد الأسرة، فأى سلوك إجتماعى أو حتى نفسى يسلكه الفرد يفسر تحت نفس المسمى (معمول ليه عمل)، لتأتى فى النهاية الأمراض التى تظهر فجأة أو بدون مقدمات مرضية أو تظهر بما لا يتلائم مع مكونات الفرد البيولوجية (الصحة الجيدة)، وتفسر تحت نفس المسمى الثقافى للأعمال السحرية التى تنتهى بالعلاج القرآنى.

ما يربط الملحوظة السابقة بموضوع التداوى الذاتى ليس فقط المعتقد الثقافى الصحى المبني على القيم الدينية (الصادقة أو المزيفة)، ولكن فى أن دور هذا المعتقد «تفسيرى» فقط، أما العلاج الفعلى بالأدوية الطبية الحديثة فمازال يسير جنبا إلى جنب مع هذه التفسيرات، وتلك علامة أخرى «للازدواجية الثقافية» فى عقول أفراد الأسر الفقيرة التى يؤكدونها لنا الجدولين رقمى (٣٥)، (٣٧) حيث يرى غالبية أفراد العينة الكلية فى الجدول رقم (٣٥) ويمثلون (٨.٦٢٪) منهم أنهم يشقون

فى التداوى القرآنى، أفضا غالبفة أفراد المجموعات المختلفة فى العفةنة تؤكف هذا الأمر، وهم فمثلون (٦٣,٥٪) من عفةنة الأزواج، (٨٢,٤٪) من عفةنة الزوجات، (٥٣,٧٪) من عفةنة الأبناء الذكور، (٥٣,٣٪) من عفةنة الأبناء الإناث، وفكممل تلك الصورة الجدول رقم (٣٧) ففث ففرى غالبفة أفراد العفةنة الكلفة (٤١,٦٪) منهم أن الطب النبوى هو الطب النبافى المتعارف علفه بفن الطبقات الشعبفة المختلفة والملاحظ فى هذا الجدول أن غالبفة عفةنة الأزواج (٤٩,٢٪) منهم، وغالبفة عفةنة الزوجات (٥٦,٩٪) منهم، وغالبفة عفةنة الأبناء الإناث (٤٠٪) منهم، ففمفهم ففرون الرأى السابق، بفنما غالبفة عفةنة الأبناء الذكور (٤٠,٣٪) منهم ففرونه كاففا لهم عن إستفءام التداوى الففءفث، وهذا فعنى أن عفةنة الذكور هى أكفر أفراد الأسر الفقفرفة تمسكا بالأزفءواجفة الففاففة الصفةة وتوضففا لها، فهم فسفءفمون ما فعرفونه عن الطب النبوى باعفبارف كاففا لهم عن إستفءام التداوى الطبى الففءفث، ولأن هذه الإزءواجفة لا فظفر بفن بقفة أفراد الأسر الفقفرفة (غير الأبناء الذكور) فسفءافظ فى الجدول رقم (٣٦) فأففرها القفمى غير المباشر فى ففضفل غالبفة أفراد العفةنة الكلفة للفطفبفب المسلم عن ففره من الأطباء غير المسلمين أو فففى الطبفبفات المسلمات، فمزال المنطق الففبى السابق فؤثر على (٤٩,١٪) من العفةنة الكلفة وفجعلهم فقفمون ففرفاء الأطباء فبعا لدفبفهم، إضافة إلى أن غالبفة أفراد عفةنة الأبناء الإناث (٥١,١٪) منهم فهن ففضفن النساء الطبفبفات، أما غالبفة أفراد المجموعات الأفرى فهم من افءاروا الأطباء المسلمفن فقط.

#### د - الفءل الشهرى للمرضى المصابفن بأمرض مزمنة :

والأن سفءاول الفافء أن فلاحظ فأففرات الفءول الضعففة لأفراد الأسر الفقفرفة على إءفارفهم للءداوى الفاففى فى فالفى المرض الشفءفد أو المزمفن فمن الفءوق إءءلاف النظرة للءداوى الفاففى، فقد رفض أفراد الأسر الفقفرفة الرفب فبفن فقرهم وهذا السلوك فى فالفى المرض الشفءفد، فهم ففرون المرض ففرض نفسه على فءولهم مهما كانت ضعففة (الطبفةة ففلبفك ولو كنت شفءات)، ففنى ولو إءضر المرض للسلف أو الشفءاذه، فالءفل فى رأفهم فؤثر فقط على السلوك العلافى فبعا لنمط شفصففة الفرد (فءفل أو سءفى، فاهل أو فءعلم، مضطر أو غير مضطر)، وأى منهم فقفم افءماعى للسلوك الافءصاى للفرد الذى ففرون فواففه رغم إفتقار غالبفءهم ففنى لءلبفة فءظفبات ففءافهم الأساسية، من هذا الفقففم فءفر فقفمات أفرى لسلوكهم العلافى ولسلوكفات ففرهم فى نفس الموضوع، فءفر فقفماتهم للمؤسساء الصفةة المختلفة (فكوفمة وخاصة) ولمقدمى هذه الفءمة،

وعموماً هذا الأمر يمكن إعتباره مقوله متكرره - وإن اختلفت مواقف ذكرها - بين أفراد الأسر الفقيرة، فالعلاقات الاجتماعية داخل الأسرة قد توزن بنفس الميزان السابق خاصة عندما يمرض أحد أفرادها، فقد يترتب عليه قبولهم لدور المريض منه أو يرفضوه، ويترتب عليه أيضاً معاونتهم له على التداوى، وعموماً هناك نمطان لهذا التقييم، أولهما أداء الواجب فقط، وثانيهما الإلتحام مع معاناة المريض، الأول يحدث عندما تكون العلاقات بين أفراد الأسرة جيدة خاصة فيما يتعلق بالأمور المالية، فالجميع يشارك في تلبية متطلبات الأسرة أو على الأقل لا يستهلكها بدون داع لذلك، والنمط الثانى عندما يحدث العكس، وتحدث أحيانا من أحد الأبناء - خاصة المعتمدة عليه الأسرة فى دخلها الشهرى - تجاه أحد الوالدين أو أحد الأخوة والأخوات فى الأسرة.

وتتضح هذه الفروق السابقة فى العينة فى الجدول رقم (١٨) حيث أشار غالبية أفراد العينة الكلية (٤٦٪) منهم الى أنهم يدفعون ثمن الدواء كاملاً عند شرائه من الصيدلى، وهذا ما يتنافى مع دخولهم المنخفضة، لهذا سنلاحظ تفضيلات أفراد العينة حيث يشير غالبية الأزواج فى العينة (٣١، ٧٪) منهم أنهم يقومون بدفع ثمن الدواء كاملاً، بينما غالبية الزوجات (٣٦، ٤٪) منهم يقمن بدفع ثمن الدواء عند كل أول شهر، كذلك غالبية الإناث فى العينة (٣٦، ٥٪) منهن، بينما غالبية الذكور يأتى بالدواء من التأمين الصحى (٧٨، ٩٪) منهم، وبشكل عام السلوك الاقتصادى الخاص بشراء الأدوية الطبية فى غالبية أفراد العينة - كما أشرنا سابقاً - يفضلون فيه دفع ثمن الدواء كاملاً عند شرائهم له من الصيدلى، هذا على الرغم من وضوح السمة المعيشية الفقيرة لغالبية أفراد العينة، لهذا يعتقد الباحث أن أفراد العينة لا يتجهون نحو السلف أو تقسيط ثمن الدواء أو تأجيل دفع ثمنه حتى لا يعتبرهم المحيطين بهم بخلاء على أنفسهم وعلى أفراد أسرهم أو أمام جيرانهم ومن يتعاملون معهم من الصيادلة.

الأمر السابق يشير فقط لبعض الفروق فى نظرة أفراد الأسر الفقيرة لتأثير دخولهم المنخفضة على كيفية شرائهم للدواء بدون إستشارة الطبيب، وحتى نستطيع تحديد تأثير الدخل على بقية مكونات سلوك التداوى الذاتى سيقوم الباحث بتحليل الجداول أرقام (٣٢)، (٣٣)، (٣٤)، حيث نلاحظ فى الأول أن غالبية أفراد العينة الكلية (٥٣، ٥٪) منهم يفضلون العيادات الخاصة عن الذهاب للمستوصف الإسلامى، ونلاحظ فى هذا الجدول أن غالبية أفراد عينة الأزواج (٣٤ فرد) ويمثلون (٥٣، ٩٪) منهم، وغالبية أفراد عينة الزوجات (٢٩ مفردة) ويمثلن (٥٦، ٨٪) منهن، وغالبية أفراد عينة الأبناء الإناث (٣١ مفردة) ويمثلن (٦٨، ٨٪) منهن هم الذين يفضلون العيادات

الخاصة، بينما غالبية عينة الأبناء الذكور (٤٠ فرد) ويمثلون (٧, ٥٩٪) يفضلون المستوصف الإسلامى رخيص الثمن، لهذا فأول ملحوظاتنا أن الدخل المنخفض لأفراد الأسر الفقيرة لا يؤثر على اختيارهم للعيادات الخاصة مرتفعة الأجر عندما يقفون في موقف إختيارهم بينها وبين المستوصفات الإسلاميه رخيصة الأجر.

عن سبب هذا الاختيار يرى غالبية أفراد هذه المجموعة في الجدول رقم (٣٤) ويمثلون (٨, ٢٩٪) منهم بأن هناك فرصة في العيادة الخاصة للاستفسار عما يريدون معرفته عن المرض والدواء، ونلاحظ أن غالبية أفراد هذه المجموعة يتواجد بين مجموعتى الأزواج والأبناء الإناث، بينما غالبية عينة الزوجات (٤, ٤١٪) منهن يرون أن المريض في العيادة الخاصة يأخذ عناية من الطبيب أكثر مما يأخذ في المستوصف المنخفض الأجر، ويرى غالبية عينة الأبناء الذكور (٧, ٤٠٪) منهم أن الفرصة للكشف الطبى الدقيق في العيادة أكثر منه في المستوصف الإسلامى، هنا نلاحظ أن الاختيار السابق يكون تحت دافع تنمية المعرفة الصحية بالمرض أو بالدواء أو تحت دافع الكشف الدقيق أو المعاملة الحسنة والأهتمام الزائد بالمريض.

أما عن سبب اختيار المستوصف الإسلامى رخيص الأجر، فيرى غالبية أفراد هذه المجموعة في الجدول رقم (٣٣) ويمثلون (٦, ٢٨٪) منهم بأن من يعمل في المستوصف هم نفس الأطباء الذين يعملون في العيادات الخاصة، وقد يكون مشغولا بين كلا المكانين، فلماذا يدفعون أثمان مرتفعة للكشف الطبى في العيادة الخاصة، ماداموا سيدفون أجر أقل في المستوصف، وتتركز غالبية أفراد هذه المجموعة ما بين عينتى الأبناء الذكور ويمثلون (٥٠٪) منهم، والأبناء الإناث ويمثلن (٤, ٧١٪) منهن أما غالبية أفراد عينة الأزواج ويمثلون (١, ٦٢٪) منهم فيرون فى قرب المستوصف الإسلامى لمكان إقامتهم دورا هاما فى إختيارهم له، أيضا غالبية أفراد عينة الزوجات (٣, ٧٧٪) منهن يتفقن مع عينة الأزواج السابقة فى أهمية قرب المستوصف لمكان السكن، هنا نلاحظ الاختيار إنقسم ما بين أمرين إما لقرب المستوصف لمكان السكن (الأزواج والزوجات) أو لأن من يعملون فى المستوصف لا يختلفون عن يعملون فى العيادات الخاصة.

من التحليلات السابقة لا يرى الباحث تأثيرا سلبيا من الدخل المنخفض لأفراد الأسر الفقيرة على إختيارهم للعيادة الخاصة ذات الأجر المرتفع عندما يمرض أحدهم بمرض شديد، بل يرون فى إختيارهم هذا فرصة لزيادة معرفتهم بالدواء وبالمرض الذى يعانون منه، ويعتقد الباحث أن هذه المعرفة مرتبطة بخوفهم من المرض الذى يؤدى بهم للتقاعد، وهم لا يرغبون فى هذا الأمر، أما كون

هذا السلوك يخالف ما أوردته التحليلات السابقة، فهذا ليس فقط عائدا لطبيعة المرض المزمن نفسه أو لمعاناتهم من شدة المرض عليهم، بل يتدخل فيه توقعهم لشفائهم السريع عندما يذهبون للطبيب فى عيادته الخاصة والتي يدفعون فيها أجرا مرتفعا، وهذه ليست نظرهم للتداوى الخاص فقط، بل ينظرون بها للأطباء فمظهر الطبيب، وشكل عيادته، وسيارته... تزيد من ثقتهم به ويبدو أن الأطباء يدركون هذه النظرة، فيتعمدون كتابة الأدوية التى تأتى بنتائج سريعة لمرضاهم حتى ولو أضرتهم مستقبلا، فالمهم ألا يخسروا ثقة مرضاهم بمهارتهم فى الشفاء السريع.

إذا ما هو تأثير الدخل المنخفض على بقية أفراد الأسر الفقيرة (الأصحاء أو المرضى بمرض خفيف)؟، وما علاقة ذلك بالتداوى الذاتى؟ نعتقد أن للبيئة المحيطة بهم (الاجتماعية والصحية) تأثير على توجيه هؤلاء الأفراد نحو هذا السلوك، للدرجة التى قد تقلل أو قد تلغى تأثيرات دخولهم المنخفضة - أو المنعدمة أحيانا - على المرض، فيما يتعلق بالجانب البيئى الاجتماعى فقد عرضه الباحث سابقا عند تحليله لتأثير البيئة الأسرية على تواجد هذا السلوك بينهم، وعلى قرارهم فى اللجوء للمستشفيات الحكومية أو المستوصفات أو العيادات الخاصة، وتعرضنا له فيما يتعلق بتأثير الثقافة الصحية على إختيارهم للتداوى النباتى أو السحرى أو القرأنى، وغيرها مما يشير لفعل هذه البيئة عليهم أكثر من تأثير دخلهم المنخفض.

أما عن تأثيرات «البيئة الصحية» المحيطة بهم فيرى أفراد الأسر الفقيرة وجود كافة أشكال البيئة الصحية المتدهورة (مجارى، قمامة، حشرات بأنواعها)، ويعتقدون أن طول عشتهم لمنظر القمامة، والمجارى جعلهم لا يحركون ساكنا لرائحتها، كل ما قد يحدث أن يضع أصحاب الشقق السفلية بضع قطع من الطوب لثلا تدخل مياه المجارى للبيوت، هذه المعاشرة براها أفراد الأسر الفقيرة محصنه لهم ضد المرض، فما قد تفعله القمامة لغيرهم لا تفعله معهم (جسمهم نحس)، وبعضهم شار لسلوك صحى غريب مفاده أن النظافة ربما تأتى لهؤلاء الناس بالمرض، أن تعديل السلوك الخاطى، نحو الصحيح فيه قد يجعلهم يصابون بالمرض، لهذا إعتادوا على مسح الخضار بأيديهم وأكله، إن غسلها يمكن أن تأتى له بمفص، ورغم المبالغة أو السخرية التى تبدو على تعليقاتهم، والتى تتنافى مع النظافة التى تتضح فى منازل الغالبية منهم، إلا أن هذه التعليقات توحى بطول فترة معاناتهم من هذه البيئة الصحية الخاطئة، وفقدانهم الرغبة فى المشاركة الشعبية فى علاج مشكلاتهم البيئية، إضافة لاعتقادهم القوى أن مثل هذه الأمور لا تؤثر فيهم صحيا، وهذا ما قد يجعل الباحث يتوقع منهم تجاهلا لكثير من عادات حياتهم الصحية إعتقادا منهم أنها لا تؤثر



فيهم مرضيا، وأن أجسامهم تقاوم الإصابات المرضية، وليست كل أعراض مرضية تظهر عليه تستحق الوقوف عندها.

ويتأكد للباحث ما سبق في إشارة أفراد الأسر الفقيرة لنظافة المياه التي يستخدمونها، فرغم أن شبكة المياه الصالحة للشرب تبدأ من مكينة تكرير للماء أمام هذه المساكن، إلا أن هذه المياه إذا تركت في إناء لعشرة دقائق لشوهد تراب ورواسب تجعلهم لا يرغبون في شربها، وكان هذا مصدر قلق لهم حتى حدثت حادثة جعلتهم يتمنون عودتها لهذه الصورة، وهي أن مكينة المجارى القريبة منهم أيضا قد انفجرت شبكة المواسير الموصلة والخارجة منها، فحدث إختلاط فيما بين الآبار التي تخدم مكينة سحب المياه والمجارى، وكانت المياه تنزل من الصنابير وبها رائحة المجارى وطعمها، وهذا ما جعلهم يتمنون عودتها لحالتها الأولى، وعندما عادت للحالة الترابية المتعكرة (مياه مغمورة من البير على الحنفيات بدون تكرير وتنقية) حمدوا الله على حالتها هكذا (بارتهاا تدوم)، وبدأوا في تنقيتها بأنفسهم من خلال قطع القطن التي توضع على فتحة الصنبور، أو بغلى الماء وتنقيته بقطع الشاش ووضعها في چراكن توضع في الشلجة لتستخدم بعد ذلك في الأكل والشرب.

الملحوظة السابقة ضرورية لفهم سلوك أفراد الأسر الفقيرة فيما يختص بالتداوى الذاتى أو بالذهاب للمستوصفات الطبية القريبة منهم، ويعتقد الباحث أنها تنطلق من نفس المقولة السابقة «بارتهاا تدوم»، فلقد أشار غالبية أفراد هذه الأسر إلى أن اعتمادهم على التداوى الذاتى، ورفضهم حتى الذهاب للمستوصف رخيص الثمن، يعود لأمرين، الأول يشيرون فيه لتكرار مشاهدتهم نفس الوجوه المريضة كلما ذهبوا للمستوصف، وهذا يفسروه لأنفسهم بأحد رأيين، الأول إما لفشل الأطباء فى علاجهم، وهذا لا يجعلهم يشقون فى هؤلاء الأطباء، والثانى لتعود بعض الناس على الذهاب للمستوصف كما لو كانوا يذهبون لمقهى، وهم بذلك يتمنون المرض لأنفسهم ويريدون أمورا أخرى كمشغل أفراد أسرهم حولهم، وكلا الأمرين لا يجعلهم يشقون فى تداوى المستوصفات، أما الرأى الثانى فهو للذين يذهبون للمستوصف بمعاونة آخرين (مسند)، وحالتهم الصحية توحى بقرب النهاية، هذه الوجوه هى ما تجعلهم ينظرون لحالتهم باعتبارها أسط حالا منهم، وتدب فيهم الصحة ثانية، ويبدأون فى التمتمة لأنفسهم بالحمد وترديد كلمة «بارتهاا تدوم»، وقد يكون هذا السبب الرئيسى وراء تركهم المستوصف، أو على الأكثر الكشف وعدم إحضار الدواء، أما ما كانوا يحسونه من ألم وأعراض مرضية، فيتم التعامل معه بأى طريقة للتداوى الشعبى أو الذاتى.

## ثالثاً : النتائج العامة للدراسة :

١- يتسم السلوك العلاجي لأفراد الأسر الفقيرة بقدر واضح من التردد في الذهاب للطبيب (في مستشفى، في عيادة، في مستوصف)، وتكاد تغلب على ردود غالبيتهم سمة التشاؤم من الشفاء من السريع من المرض إذا استعانوا به، لهذا يكتفون بالأدوية التي يستخدمونها باستشارة أحد أفراد الأسرة أو الجيران أو الصيادلة أو الممرضين لتخفيف الألم المرضى، إن لم يحدث هذا يقررون الذهاب للعيادات الخاصة.

٢- يحمل أفراد الأسر الفقيرة خبرة سيئة عن التداوي الحكومي، ويقارنون ما يحدث فيه بما يحدث في أقسام البوليس (إهانة، وشكوك، وإهمال...)، جعلتهم هذه الخبرة لا يفكرون كثيراً في الذهاب لها، وإن ذهبوا يستعينون بمن يسهل لهم الأمور (الوسطه)، أو يأخذون الأدوية منها ولا يستخدموها، ويعودون لأحد مصادر الاستشارة السابقة، ويزيد استخدامهم للأدوية المسكنة لتخفيف الألم، لهذا فأفراد الأسر الفقيرة يضعون لتلك الأدوية نظاماً تشخيصياً ذاتياً لاستخدامها بدون إستشارة الطبيب ويساعدهم على تكوين هذا الإطار علاقتهم بالصيدلي القريب منهم وبالشفافة الشعبية الصحية في المجتمع الذي ينتمون إليه، ويتضح هذا النظام في كيفية تناولها، وتحديد الجرعة الملائمة لذلك، وكلاهما يأتي من خبرة مسبقة باستخدامها تحت إستشارة طبيب، بعدها يضعوا لها نظاماً خاصاً باستخدامها، وهذا ما يثبت صحة الفرض الثاني المشير للعلاقة العكسية بين الإقبال على دخول المستشفى الحكومي وإستخدام الأدوية المسكنة دون إستشارة طبيب.

٣- ينظر أفراد المجموعة السابقة (الرافضة للعلاج الحكومي رغم فقرهم المعيشي) أن لعلاقتهم بالأطباء في المستشفيات الحكومية بأنها تقوم على المساومة الإجتماعية - وأحياناً المادية - بينهما، ويرجعون ذلك لغياب الرقابة عليهم ولمكانتهم الاجتماعية والوظيفية التي يتمتعون بها.

٤- على الرغم من إشارة غالبية أفراد الأسر الفقيرة لعدم استخدامهم للأدوية المخدرة بدون إستشارة الطبيب وكتابته لها، إلا أنهم ينظرون لها نظرة طبقية حيث يرونها ضمن سلوكيات أفراد الطبقة العليا (الأغنياء) ويرون أنفسهم في غنى عنها، لأن ما يطلبه الأغنياء، منها يحصلون هم عليها من وسائل أخرى أقل خطورة وأكثر أماناً، أما من يستخدموها فقد أشاروا لحذرهم الشديد عند إستخدامها، ليس خوفاً من خطورة إدمانها، بقدر ما هو خوف من الإحتكاكات رجال الأمن بهم.

٥- التصور الشعبي للأمراض العصبية والجنون من التصورات المؤثرة على إحجام غالبية أفراد

الأسر الفقيرة عن استخدام الأدوية المهدئة التي تعالج هذه الأمراض، ويخافون من كتابة الأطباء لهم لإستخدامها ولو كانت لعلاج مرض عضوى (كالقولون العصبي)، بل ويعتبرون من يكتبها من الأطباء غير ماهر لأنه لم يعرف حقيقة ما يعانون من مرض، ويرى أفراد هذه الأسر الفقيرة أن إستخدام هذه الأدوية منتشر بين النساء أكثر من الرجال، لأنهم يتصنعون المرض، ولا يجد الأطباء ما يعطونهم إياه إلا هذه الأدوية، وغالبا ما تقوم النساء بهذا الأمر عندما ترى إنشغال زوجها عنها أو لكثرة عراكه اليومي معها، وتبدأ بعدها فى مداومة إستخدامها بدون استشارة الطبيب كاستمرار لحالة المرض التي تجد فيها الرعاية من زوجها وأولادها، وهذا ما يثبت صحة الجزء الخاص باستخدام الزوجات للأدوية المهدئة فى الفرض الخامس.

٦- يعتقد كثير من الأزواج بين أفراد الأسر الفقيرة بأن مشكلاتهم مع زوجاتهم يتم حلها عبر زيادة معدلات الإشباع الجنسي لهن، وهذا فى إعتقادهم لا يتم إلا باستخدام الأدوية الجنسية، وهم لا يستشيرون فيها أطباء، لكنهم يحاولون الحصول عليها من أصدقاء لهم أو صيدليات يعرفون أصحابها، ويعرفون معلومات عنها ممن يسافرون من أصدقائهم وأقاربهم للخارج، والذين قد يعطونهم بعضا منها، لهذا لا يقوم أفراد الأسر الفقيرة باستشارة الأطباء فيها أو فى أى أعراض مرضية خاصة بالجهاز التناسلى بل يذهبون فيها للمعالج الشعبي أو يستشيرون فيها أحد أصدقائهم أو أقاربهم، وهذا ما يثبت صحة الجزء الخاص بإستخدام الأزواج للأدوية الجنسية فى الفرض الخامس.

٧- إشارة غالبية أفراد الأسر الفقيرة إلى أن «المرض» من الأفراد الذين يستشيرونهم فى إستخدام الأدوية لطول فترة إشتغالهم فى عيادات الأطباء أو المستشفيات، ولمعرفتهم المسبقة به (كجيران أو لانتمائهم لأصل ريفى واحد)، ولتشجيعهم إياهم على الاستعانة بالتدويات الشعبية التي يقون فيها، إضافة لمعاونتهم على دخول المستشفى لإجراء عمليات جراحية إذا احتاج الأمر لذلك.

٨- ينظر أفراد الأسر الفقيرة لعلاقتهم مع الصيادلة بإعتبارها علاقة تجارية يتحكم فيها المصلحة بينهما وطول فترة تعاملهم معهم، مما قد يزيد الثقة بينهما، ويعطى الفرصة لكليهما لتقديم خدماته للآخر، وهم يعتمدون عليهم فى إستخدام غالبية الأدوية بدون استشارة الطبيب، وأحيانا يعتمدون عليهم فى الحصول على بعض الأدوية الممنوعة أو النادرة الاستخدام، وهذا يؤكد صحة الفرض الأول فى العلاقة الطردية بين وجود الصيدليات فى المناطق الشعبية وإعتماد أفرادها على التداوى الذاتى.

٩- تنعكس قيمة إحترام خبرة كبار السن بين أفراد الأسر الفقيرة على إختيارهم للأطباء الذين يستشيرونهم فى إعتلااتهم، بل أيضا فيمن يستشيرونهم من الصيادلة والمرضى فى إستخدام الدواء بدون إستشارة الطبيب، ويرون أى منهم ذا خبرة بالدواء.

١٠- يستخدم أفراد الأسر الفقيرة الأدوية المتبقية فى المنزل إستخداما إجتماعيا لابعاد نظرة الحسد لهم ولأفراد أسرهم، فدانما ما يظهرونها ويتحدثون عنها بإعتبارها دليل على مصاريفهم الشهرية عليها، وعموما الحفاظ عليها فى المنزل يجعلها سهلة الاستخدام ومعاونة على بقاء سلوك التداوى الذاتى بدون إستشارة الطبيب، وهذا لا ينف عن بعضهم تفكيره فى الحفاظ عليها لاستخدامها مع أمراض أخرى توفيرا لأى مال قد يحتاجونه فيها.

١١- تسبب النشورات الداخلية للأدوية، وطريقة صرف نوع واحد من الدواء لعدة مرضى فى المستشفيات الحكومية، شكوكا فى فاعليتها العلاجية، وخوفا من إستخدامها، إلا فى حالة تأكيد أحد المقربين للمرضى بفاعليتها فى علاج ما، وماعدا ذلك يأخذون الدواء بإعتباره خطرا، ويجب ألا يستمروا فى إستخدامه إن لم يأت بنتيجة سريعة حتى ولو كان طبيبا قد وصفه لهم، لهذا يعتمد الأطباء زيادة الجرعات العلاجية لمرضاهم لئلا يفقدوا ثقتهم بهم حتى وإن كان خطرا عليهم.

١٢- إنتشار بعض الأقاويل حول ممارسى التداوى القرآنى والنبوى، وإرتباط كليهما بالقيم الدينية لأفراد الأسر الفقيرة جعل العديد منهم يدعمون إستخدامهم للتداويات الطبية بدون إستشارة الطبيب (الشفاء من الله)، بل ويعتبرون المرض نفسه (إختبار وإبتلاء) لا بد من تحمله لأنه يمحي عنهم أوزارهم التى إقترفوها بحق المحيطين بهم، وأحيانا يضعون لتلك التداويات مسميات أخرى تتلائم مع ثقافتهم الشعبية حول طب العجائز والتداوى النباتى (خاصة الطب النبوى) أو يتمسكون بكللا الأمرين معا، فعندما يفشل التداوى الذاتى، يلجأون للتداوى الطبى الرسمى، إن فشلا لجأوا للتداوى الدينى وزيارات الأضرحة، أو الذهاب للمعالجين الشعبيين، وهذا ما يثبت صحة الفرض الثالث المشير للعلاقة الطردية بين القيم الدينية وإستخدام التداوى انبئى بين أفراد الأسر الفقيرة.

١٣- الدخل المنخفض للأسر الفقيرة يؤثر على إتحاهم نحو التداوى الذاتى، لكن بعد فترة يتحول هذا التأثير لمضامين ثقافية وإجتماعية أخرى تقلل من تأثير هذه الدخل المنخفضة للأسر الفقيرة على تواجد هذا السلوك، إلا فى حالة المرض المزمن، فأفراد الأسر الفقيرة يعتقدون فى وجود تأثير للدخل المنخفض على وجود تداوى ذاتى، ربما لطول إحتكاك المريض بالمرض والدواء ومعرفة الجيده بهما، والتى قد لا يحتاجون فيها للإستشارة المتكررة، وقد يكون ذلك لطول فترة التكلفة

المادية لعلاج المرض المزمن، وهذا ما يؤكد اتجاهات غالبية أفراد هذه الأسر نحو العيادات الخاصة (مرتفعة الأجر) عندما يفشل معهم التداوى الذاتى، ففى هذه العيادات يزيد الإهتمام بهم وهناك فرصة للحصول على معلومات طبية تفوق ما قد يحصلوا عليه فى المستوصفات الإسلامية رخصة الأجر، لهذا يثبت صدق الفرض الرابع المشير إلى أنه فى حالة وجود فرد مريض بمرض مزمن يتضح تأثير الدخول المنخفضة على وجود سلوك التداوى الذاتى.

١٤- طول فترة معايشة أفراد الأسر الفقيرة للبيئة الصحية السيئة المحيطة بهم، جعلت البعض منهم يرى فى أى تحسن فيها باعتباره إنجازاً وأمنياً يتمنون دوامها، وينفس المنطق بمرور استخدامهم للتداويات الذاتية بدون استشارة الطبيب، فذهبهم للطبيب الخاص أو للمستوصف أو للمستشفى ورؤيتهم لحالات أكثر مرضاً منهم، يجعلهم ينظرون لمعاناتهم أهون من أن يذهبوا بها لهذه المؤسسات العلاجية، فيكتفون ببقائها هكذا - رغم المرض - ويكتفون بالتداوى الذاتى والتعايش مع المرض.

وهكذا يمكننا تصور نموذج المعتقد الصحى وراء سلوك التداوى الذاتى بين أفراد الأسر الفقيرة متضمناً للنقاط الآتية:

- ١- قيم دينية تشجع على التداوى النباتى.
- ٢- خيرة علاجية سيئة عن المستشفيات الحكومية.
- ٣- معتقدات ثقافية خاطئة حول العملية الجنسية.
- ٤- إعتقاد فى جدوى العلاج الشعبى عن العلاج الحديث.
- ٥- مفاهيم خاطئة حول الجنون. والمرض النفسى والعصبى.
- ٦- إكتساب لسلوك التداوى الذاتى بين أفراد الأسرة الفقيرة.
- ٧ - النظرة التشاؤمية للمرض عموماً.
- ٨- التفسير الطبقي لاستخدام الأدوية المخدرة.
- ٩- إنتشار الطب غير الرسمى بين أفراد الطبقات الفقيرة.
- ١٠- التقييم الإقتصادى للصحة والدواء.

## مراجع وهوامش البحث

- ١- إرجع لتفصيلات فى : علياء شكرى، سعاد عثمان، آمال عبد الحميد، الحياة اليومية لفقرء المدينة: دراسات إجتماعية واقعية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٥، ص ص ٥٦-٧٠.
- ٢- المرجع السابق، ص ص ٧٧ - ٨٢.
- ٣- إرجع لتفصيلات فى : على المكاوى، الجوانب الإجتماعية والثقافية للخدمة الصحية: دراسة ميدانية فى علم الإجتماع الطبى، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٨٨، ص ٢٣١.
- ٤- إرجع لتفصيلات فى : محمد على محمد (وأخرين)، دراسات فى علم الإجتماع الطبى، دارالمعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٨٥، ص ص ٣٦٠ - ٣٦٦.
- ٥- محمد على محمد، مرجع سابق، ص ص ٣٧١ - ٣٨٠.
- ٦- المرجع السابق، ص ص ٢٤٧ - ٢٤٨.
- ٨ - إرجع للمناقشة التى دارت حول ذلك والتى لخصنا نقاطها الأساسية فى النقاط الخمس المطروحة: (فى) مجلة منبر الصحة العالمى، المجلد (٣)، العدد (٢)، منظمة الصحة العالمية، جنيف، ١٩٨٢، ص ص ١٥٨ - ١٧٠.
- ٩ - مايكل أ. فانس، ولیم ر. ملنفتون، مبادئ الإصلاح الذاتى الرشيد (مقال)، (فى) المجلة الدولية للخدمات الصحية، العدد (١٦)، منظمة الصحة العالمية، جنيف، ١٩٨٦، ص ٣٦٠.
- ١٠ - H. A. Sigerst, History of Medicine, Oxford University Publication, New York, 1951, p 12.
- ١١ - إرجع لتفصيلات (فى): انيتا هاردون، سجاك فان درغست، مخاطر التطبيب الذاتى (مقال)، (فى) منبر الصحة العالمى، المجلد (٨)، العدد (٤)، منظمة الصحة العالمية، جنيف، ١٩٨٧، ص ص ٤٤٨ - ٤٥٠.
- ١٢ - إستعنا بما طرحه : لويل س. ليفين، الرعاية الصحية الذاتية: مالهها وما عليها (مقال)، (فى) منبر الصحة العالمى، المجلد (٢)، العدد (٢)، منظمة الصحة العالمية، جنيف، ١٩٨١، ص ص ١٦٩ - ١٧٠.
- ١٣ - M. Tiefen Bacher, Problems of distribution, availability and utilization of agents and Techniques in developing countries: industry perspective, (in) the pharmaceutical industry and the third world, pharmaceutical manufacturers association, washington, 1979, p 36.

١٤ - أرجع لدراسة ميدانية أجريت حول ذلك في كينيا والهند، (في) مجلة منبر الصحة العالمي، المجلد (٣)، العدد (٢)، منظمة الصحة العالمية، جنيف، ١٩٨٢، ص ٢١٦ - ٢٤٤.

١٥ - ب. ر. لي، ج. هيرتز شتاين، التنظيم الدولي للعقاقير (مقال)، (في) مجلة منبر الصحة العالمي، المجلد (٧)، العدد (٤) منظمة الصحة العالمية، جنيف، ١٩٨٦، ص ٣٥٧، ويمكن الرجوع لتفصيلات أخرى في:

Janathan D. quick, Managing durg supply: The selection, procurement, distribution, the use of pharmaceuticals in primary Helath care, Management sciences for health, Boston, 1981, pp 81 - 118.

- ١٦ - ب. د. لي، ج. هيرتز شتاين، مرجع سابق، ص ٢٣٥، ص ٢٤٠ - ٢٤٣.
- ١٧ - د.س. حايا سوريا، تنظيم تجارة العقاقير في العالم الثالث (مقال)، (في) منبر الصحة العالمي، المجلد (٢)، العدد (٣)، منظمة الصحة العالمية، جنيف، ١٩٨١، ص ٣٢٥ - ٣٢٦.
- ١٨ - هذه ملحوظة سمعها الباحث من بعض أفراد هذه الأسر الفقيرة العائدين من دول الخليج والسعودية، وقد أشارت لها المجلة الطبية البريطانية في عددها الصادر سنة ١٩٨٦، حيث أشارت الى أن تجارة الأدوية المنشطة والفيتامينات والهرمونات صارت كتجارة أقراص التنعاع في دول العالم الثالث أرجع لـ : منبر الصحة العالمي، المجلد (٧)، العدد (٢)، منظمة الصحة العالمية، جنيف، ١٩٨٦، ص ١٣٤.
- ١٩ - أرجع لمناقشة حول ذلك (في) : أرماند م. نيكولي الإبن، العقاقير المخدرة: وباء لا مثيل لانتشاره (مقال)، (في) منبر الصحة العالمي، المجلد (٥)، العدد (٢)، منظمة الصحة العالمية، جنيف، ١٩٨٤، ص ١٥٤ - ١٦١.
- ٢٠ - أرجع لتفصيلات (في)، عليا - شكري (وأخريين)، مرجع سابق، ص ٣٣ - ٤٤.
- ٢١ - استعنا بما طرحه: لويل . س. ليغن، مرجع سابق، ص ١٦٨.
- ٢٢ - عبد الوهاب محمود، المواد المخدرة « أمس واليوم»، مطبعة دار الترقى، ط ٣، ١٩٣٠، ص ٢٢.
- ٢٣ - علي المكاوي، مرجع سابق، ص ٣٣٦، ص ٤٣٩ - ٤٤٣.
- ٢٤ - المرجع السابق، ص ٤١٧ - ٤١٨.
- \* حصل الباحث على بياناته من مكتب المتابعة في مبنى محافظة الشرقية.

## ملحق رقم (١)

جدول رقم (١) توزيع أفراد العينة تبعاً لتغير العمر

المتغيرات		النسبة		الزوجة		الذكور		الإناث		المجموع	
ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
أقل من ١٥ عام		-	-	-	-	١٢	٣٤.٣	٢٢	٦٥.٧	٣٥	١٣.٤
٢٥ - ١٥		٢	٢.٤	٣	٣.٧	٣٨	٤٦.٦	٣٩	٤٧.٦	٨٢	٣١.٤
٣٥ - ٢٥		١٠	١٥.٢	٢١	٣١.٨	٢٩	٤٣.٩	٦	٩.١	٦٦	٢٥.٣
٤٥ - ٣٥		١٤	٥٦	١١	٤٤	-	-	-	-	٢٥	٩.٦
٥٥ - ٤٥		٢٥	٧٣.٥	٩	٢٦.٤	-	-	-	-	٣٤	١٣
أكثر من ٥٥ عام		١٢	٦٣.٢	٧	٣٦.٨	-	-	-	-	١٩	٧.٣
المجموع		٦٣	٢٤.١	٥١	١٩.٤	٧٩	٣٠.٣	٦٨	٢٦.٢	٢٦١	١٠٠

جدول رقم (٢) توزيع أفراد العينة تبعاً للنوع

المتغيرات		أفراد الأسرة	
ت	%	ت	%
ذكر	١٤٢	٥٤.٤	
أنثى	١١٩	٤٥.٦	
المجموع	٢٦١	١٠٠	

جدول رقم (٣) توزيع أفراد العينة تبعاً للدخل الشهري

المتغيرات		النسبة		الزوجة		الذكور		الإناث		المجموع	
ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
١٠٠ جنيه فأقل		-	-	٣٦	٢١.١	٧٢	٤٢.١	٦٣	٣٦.٨	١٧١	٦٥.٦
١٥٠ - ١٠٠		١٩	٥٧.٥	٩	٢٧.٣	-	-	٥	١٥.٢	٢٣	١٢.٦
٢٠٠ - ١٥٠		١٦	٧٢.٧	٢	٩.١	٤	١٨.٢	-	-	٢٢	٨.٤
٢٥٠ - ٢٠٠		٢١	٧٥	٤	١٤.٣	٣	١٠.٧	-	-	٢٨	١٠.٧
٣٠٠ - ٢٥٠		٤	١٠٠	-	-	-	-	-	-	٤	١.٥
أكثر من ٣٠٠ جنيه		٣	١٠٠	-	-	-	-	-	-	٣	١.٢
المجموع		٦٣	٢٤.١	٥١	١٩.٤	٧٩	٣٠.٣	٦٨	٢٦.٢	٢٦١	١٠٠



جدول رقم (٧) التصرف الذي يقوم به عند ظهور أعراض مرضيه عليه

المتغيرات	النسوع		الزوج		الزوجة		الذكور		الإناث		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
أستخدام أدوية في المنزل	٢٦	٣٣,٣	١٧	٢٣,١	٢١	٢٦,٨	١٤	١٢,٨	٧٨	٣٤,٥		
أسأل الصيدلي	١٨	٢٧,٧	١٤	٢١,٦	٢٢	٢٣,٨	١١	١٦,٩	٦٥	٢٨,٨		
أذهب للمستوصف	٥	١٦,٧	٨	٢٦,٦	١٢	١٢,٦	٥	١٦,٧	٣٠	١٣,٣		
أذهب للمستشفى الحكومي	٨	٣٢	٧	٢٨	٤	٤,٦	٦	٣٦	٢٥	١١,١		
استعين بالطبيب في العيادة الخاصة	٦	٢١,٤	٥	١٧,٩	٨	٢٨,٦	٩	٣٢,١	٢٨	١٢,٣		
المجموع	٦٣	٢٧,٩	٥١	٢٢,٦	٦٧	٢٩,٦	٤٥	١٩,٩	٢٢٦	١٠٠		

جدول رقم (٨) إستخدام الأدوية المسكنة

المتغيرات	النسوع		الزوج		الزوجة		الذكور		الإناث		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
لا أستخدامها إلا بعد كتابتها من طبيب	٣١	٣٦,٥	٢٢	٢٥,٩	٢٥	٢٩,٤	٧	٨,٢	٨٥	٣٧,٦		
أستخدامها بدون استشارة طبيب	٢٣	٢٣,٢	١٦	١٦,٢	٢١	٢١,٣	٢٩	٢٩,٣	٩٩	٤٢,٨		
لا أعرف	٩	٢١,٤	١٣	٣٠,٩	١١	٢٦,٣	٩	٢١,٤	٤٢	١٨,٦		
المجموع	٦٣	٢٧,٥	٥١	٢٢,٦	٦٧	٢٩,٦	٤٥	١٩,٩	٢٢٦	١٠٠		

جدول رقم (٩) الاعتقاد في خطورة استخدام النواء بدون استشارة الطبيب

المتغيرات	النسوع		الزوج		الزوجة		الذكور		الإناث		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
نعم أستخدامها وأعرف خطورتها	٣٦	٣٧,٥	١٧	١٧,٩	٢٨	٢٩,٥	١٤	١٤,٧	٩٥	٤٢		
لا أستخدامها لخطورتها	١٧	١٩,٣	١٩	٢١,٦	٣١	٣٥,٢	٢١	٢٣,٩	٨٨	٣٨,٩		
لا أعرف	١٠	٢٣,٣	١٥	٣٤,٩	٨	١٨,٥	١٠	٢٢,٣	٤٣	١٩,١		
المجموع	٦٣	٢٧,٥	٥١	٢٢,٦	٦٧	٢٩,٦	٤٥	١٩,٩	٢٢٦	١٠٠		

جدول رقم (٤) توزيع أفراد العينة تبعاً للمستوى التعليمي

المتغيرات		أفراد الأسرة		الزوج		الزوجة		الذكور		الإناث		المجموع	
		ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
لا يقرأ ولا يكتب		٢٨	٣٢.٩	٣١	٣٦.٥	١٢	١٤.١	١٤	١٦.٥	٨٥	٣٢.٦		
يقرأ ولا يكتب / يكتب ولا يقرأ		١٤	٣٢.٦	٦	١٣.٩	٢١	٤٨.٤	٢	٤.٧	٤٣	١٦.٥		
شهادة متوسطة / (مازال فيها)		١٣	١٠.٩	١٤	١١.٨	٤٠	٣٣.٦	٥٢	٤٣.٧	١١٩	٤٥.٦		
شهادة جامعيه		٨	٥٧.١	-	-	٦	٤٢.٩	-	-	١٤	٥.٣		
المجموع		٦٣	٢٤.١	٥١	١٩.٤	٧٩	٣٠.٣	٦٨	٢٦.٢	٢٦١	١٠٠		

جدول رقم (٥) توزيع أسر العينة تبعاً لعدد أفرادها

المتغيرات		ت	%
خمس أفراد فأقل		٣٥	٧.٠
ست أفراد		١١	٢٢
سبعة أفراد		٢	٤
ثمانية أفراد فأكثر		٢	٤
المجموع		٥٠	١٠٠

جدول رقم (٦) بعض الأدوية التي يستخدمونها في حياتهم اليومية

المتغيرات		العرضى المرضي الدواء		الدوخة (كيتسور)		ارتفاع الحرارة (بارستيمول)		الصداع (توفالجين)		النفص (بارولجين)		آلام الظهر (فولتارين)		الإسهال (أفالكسين)		القيء (برتيوران)	
		ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
الزوج		-	-	-	-	٢٥	١١.١	٣٥	١٥.٥	٢٠	٨.٨	١٢	٥.٤	٣	١.٣	-	-
الزوجة		-	-	-	-	٤٠	١٧.٧	٥٥	٢٤.٣	٤٨	٢١.٢	٦١	٢٦.٩	١٩	٨.٤	-	-
الذكور		٤	١.٧	٤٨	٢١.٢	٥١	٢٢.٦	٥٩	٢٦.٦	٤١	٢٦.٢	٤١	١٨.٢	٤٢	١٨.٦	٤	١.٧
الإناث		٢	٠.٩	٤٢	١٨.٦	٤	١.٨	٤٧	١٩.٥	٢٠	٨.٨	٣٣	١٤.٦	٣٠	١٣.٣	١٦	٧.١
لا أعرف		٢٢٠	٩٧.٤	٧١	٣١.٤	٤١	١٨.١	٥٢	٢٣	٢٣	٩.٦	٧٩	٣٤.٩	١٣٢	٥٨.٤	٢٠٦	٩١.٢
المجموع		٢٢٦	١٠٠	٢٢٦	١٠٠	٢٢٦	١٠٠	٢٢٦	١٠٠	٢٢٦	١٠٠	٢٢٦	١٠٠	٢٢٦	١٠٠	٢٢٦	١٠٠

جدول رقم (١٠) أسباب استخدام الدواء بدون إستشارة الطبيب رغم معرفتهم بخطورة ذلك

المتغيرات	النوع		الزوج		الزوجة		الذكور		الإناث		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
أسكن الألم حتى أذهب لطبيب	٤	٢٨,٦	٤	٢٨,٦	٣	٢٨,٦	٣	٢١,٤	٣	٢١,٤	١٤	١٤,٧
قلة الدخل هو ما يضطرني لذلك	٦	١٧,٦	١٣	٢٨,٢	٦	١٧,٦	٩	٢٦,٦	٩	٢٦,٦	٣٤	٣٥,٨
لا أفرط في استخدامه دائما	١٠	٥٨,٨	-	-	٥	٢٩,٤	٢	١١,٨	٢	١١,٨	١٧	١٧,٩
استخدم فقط ما جرت به سابقا	١٦	٥٣,٣	-	-	١٤	٤٦,٧	-	-	-	-	٣٠	٣١,٦
أخرى تذكر	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
المجموع	٣٦	٣٧,٥	١٧	١٧,٩	٢٨	٢٩,٥	١٤	١٤,٧	٩٥	٩٥	١٠٠	١٠٠

جدول رقم (١١) تناول الفيتامينات بدون استشارة الطبيب

المتغيرات	النوع		الزوج		الزوجة		الذكور		الإناث		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
نعم	١٩	٢٥,٣	٩	١٢	٢٦	٣٤,٧	٢١	٢٨	٧٥	٣٣,٢	١٩	٣٣,٢
لا	٤٤	٢٩,١	٤٢	٢٧,٨	٤١	٢٧,٢	٢٤	١٥,٩	١٥١	٦٦,٨	٤٤	٦٦,٨
المجموع	٦٣	٢٧,٩	٥١	٢٢,٦	٦٧	٢٩,٦	٤٥	١٩,٩	٢٢٦	١٠٠	٦٣	١٠٠

جدول رقم (١٢) سبب هذا السلوك

المتغيرات	النوع		الزوج		الزوجة		الذكور		الإناث		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
إن لم تفيد فلن تضر	٢	١٤,٣	-	-	٥	٣٥,٧	٧	٥٠	١٤	١٨,٧	٢	١٨,٧
من السهل شرائها من الصيدلى	٩	٦٤,٣	١	٧,١	٤	٢٨,٦	-	-	١٤	١٨,٧	٩	٦٤,٣
جربتها وأقادتني كثيرا	٨	١٩,٥	٨	١٩,٥	١١	٢٦,٨	١٤	٣٤,٢	٤١	٥٤,٦	٨	٥٤,٦
لا تحتاج لطبيب لكتابتها	-	-	-	-	٦	١٠٠	-	-	٦	٨	-	٨
أخرى تذكر	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
المجموع	١٩	٢٥,٣	٩	١٢	٢٦	٣٤,٧	٢١	٢٨	٧٥	١٠٠	١٩	١٠٠

جدول رقم (١٣) أول ما يراجعه في الدواء الذي يشتريه

المعغيرات	النسوع		الزوجة		الذكور		الإناث		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
تاريخ الصلاحية	١٤	٢٥	٧	١٢,٥	١٦	٢٨,٦	١٩	٣٣,٩	٥٦	٢٤,٨
الجرعة الفعالة	٧	٢١,٢	٢	٦,١	٢٢	٦٦,٦	٢	٦,١	٣٣	١٤,٦
ثمن الدواء	٣٦	٢٩,٨	٤٢	٣٤,٧	١٩	١٥,٧	٢٤	١٩,٨	١٢١	٥٣,٥
المصدر المنتج له	-	-	-	-	١٠	١٠	-	-	١٠	٤,٤
الأخطار الجانبية	٦	١٠٠	-	-	-	-	-	-	٦	٢,٧
المجموع	٦٣	٢٧,٩	٥١	٢٢,٦	٦٧	٢٩,٦	٤٥	١٩,٩	٢٢٦	١٠٠

جدول رقم (١٤) ماذا يفعل عندما تظهر آثار جانبية لدواء استخدمه

المعغيرات	النسوع		الزوجة		الذكور		الإناث		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
تستشير الصيدلي	٧	١٣,٣	٢٢	٤١,٥	٢٠	٣٧,٧	٤	٧,٥	٥٣	٢٣,٥
تسأل أحد جيرانك	١١	٢٧,٥	٨	٢٠	١٠	٢٥	١١	٢٧,٥	٤٠	١٧,٧
توقف الدواء وتذهب للطبيب	٣٦	٤٥,٦	٦	٨,٨	٢٣	٣٣,٨	٨	١١,٨	٦٨	٣٠
تذهب للمستشفى الحكومي	٦	٢٠	٥	١٦,٧	١٠	٣٣,٣	٩	٣٠	٣٠	١٣,٣
تستشير أحد أفراد أسرتك	٨	٢٢,٩	١٠	٢٨,٦	٤	١١,٤	١٣	٣٧,١	٣٥	١٥,٥
المجموع	٦٣	٢٧,٩	٥١	٢٢,٦	٦٧	٢٩,٦	٤٥	١٩,٩	٢٢٦	١٠٠

جدول رقم (١٥) استخدام الأدوية المهدئة ومصدر الحصول عليها

المعغيرات	النسوع		الزوجة		الذكور		الإناث		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
صديق لك	١٠	٢٨,٦	-	-	٢٥	٧١,٤	-	-	٢٥	١٥,٥
من الصيدلي بعد كتابة الطبيب لها	-	-	١٣	٦٧,٥	-	-	٤	٢٣,٥	١٧	٧,٥
من صيدلي تعرفه	١١	٤٠,٧	-	-	١٤	٥١,٩	٢	٧,٤	٢٧	١١,٩
من المستشفى الحكومي	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
لا تستخدمها أبدا	٤٢	٢٨,٦	٣٨	٢٥,٩	٢٨	٤١,٩	٣٩	٢٦,٥	١٤٧	٦٥,١
المجموع	٦٣	٢٧,٩	٥١	٢٢,٦	٦٧	٢٩,٦	٤٥	١٩,٩	٢٢٦	١٠٠

جدول رقم (١٧) من يأخذون بنصيحتهم عند استخدام الدواء بطريقة ذاتية

المتغيرات	أفراد الأسرة		الزوج		الزوجة		الذكور		الإناث		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
الصيدلي	٩	١٦,٤	١٢	٢١,٧	٣١	٢٦,٤	٣	٥,٥	٥٥	٢٤,٣		
أحد الجيران	١٣	٤٣,٤	٣	١٠	٤	١٣,٣	١٠	٣٣,٣	٣	١٣,٣		
طبيب تعرفه	١٦	٤٢,٢	-	-	٢٢	٥٧,٨	-	-	-	-		
أحد أفراد الأسرة	١٤	٣٦,٨	١٧	٤٤,٧	٧	١٨,٥	-	-	-	-		
لا يستشير أحد	١١	١٦,٩	١٩	٢٩,٣	٣	٤,٦	٣٢	٤٩,٢	٦٥	٢٨,٨		
المجموع	٦٣	٢٧,٩	٥١	٢٢,٦	٦٧	٢٩,٦	٤٥	١٩,٩	٢٢٦	١٠٠		

جدول رقم (١٨) المقدرة المالية على شراء الدواء من الصيدلي

المتغيرات	النسوع		الزوج		الزوجة		الذكور		الإناث		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
يدفعه ثمنه كاملا	٣٣	٣١,٧	٢٣	٢٢,٢	١٠	٩,٦	٣٨	٣٦,٥	١٠٤	٤٦		
يدفع جزء ويقسط الباق	١٢	٣٠	١٢	٣٠	١٦	٤٠	-	-	-	-		
يدفع الثمن أول الشهر	١٠	٢٢,٧	١٦	٣٦,٤	١١	٢٥	٧	١٥,٩	٤٤	١٩,٥		
تحضره من التأمين الصحي	٨	٢١,١	-	-	٣٠	٧٨,٩	-	-	-	-		
المجموع	٦٣	٢٧,٩	٥١	٢٢,٦	٦٧	٢٩,٦	٤٥	١٩,٩	٢٢٦	١٠٠		

جدول رقم (١٩) الاهتمام بمعرفة الجرعة الصحيحة للدواء المستخدم ذاتيا

المتغيرات	النسوع		الزوج		الزوجة		الذكور		الإناث		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
أعرفها من الصيدلي	٢٣	٤١,٨	١٣	٢٣,٦	١٩	٣٤,٦	-	-	-	-	٥٥	٢٤,٣
أعرفها من النشرة الداخلية للدواء	٨	٢١,٨	-	-	٢٥	٦٥,٨	٥	١٣,١	٣٨	١٦,٨		
أعرفها من خبرة سابقة بالدواء	٣٢	٤١	١٢	١٥,٤	٢٣	٢٩,٥	١١	١٤,١	٧٨	٣٤,٥		
أعرفها من أحد أفراد الأسرة	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٥٥	٢٤,٤
لا أهتم بمعرفة الجرعة	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
المجموع	٦٣	٢٧,٩	٥١	٢٢,٦	٦٧	٢٩,٦	٤٥	١٩,٩	٢٢٦	١٠٠		

جدول رقم (٢٠) تناول أدوية مخدرة

المتغيرات	أفراد الأسرة		الزوج		الزوجة		الذكور		الإناث		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
تناولتها باستشارة طبيب	١٦	٥٧,١	٥	١٧,٩	٧	٢٥	-	-	٢٨	١١,٥	١٦	٥٧,١
تناولتها بدون استشارة الطبيب	٤٧	٢٣,٧	٤٦	٢٣,٣	٦٠	٣٠,٣	٤٥	٢٢,٧	١٩٨	٨٧,٦	٤٧	٢٣,٧
لا استخدام هذه الأدوية	٦٣	٢٧,٩	٥١	٢٢,٦	٦٧	٢٩,٦	٤٥	١٩,٩	٢٢٦	١٠٠	٦٣	٢٧,٩
المجموع												

جدول رقم (٢١) ما يفعله بالدواء المبتقى بعد الشفاء

المتغيرات	النسوة		الزوج		الزوجة		الذكور		الإناث		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
تلقية في القمامة لئلا يستخدمه أحد	-	-	-	-	-	-	١٣	١٠٠	-	-	١٣	٥,٨
تعطيه لأحد جيرانيك	٨	٢٠,٥	١٩	٤٨,٧	٣	٧,٦	٩	٢٣,٢	٢٩	١٧,٢	٨	٢٠,٥
تعتمد استخدام الدواء لنهايته	٩	٤٧,٣	٤	٢١,١	٤	٢١,١	٢	١٠,٥	١٩	٨,٤	٩	٢٣,٢
تعطيه لمستوصف جامع	٥	٢٩,٤	٧	٤١,٢	٢	١١,٨	٣	١٧,٦	١٧	٧,٥	٥	٢٩,٤
تحتفظ به لاستخدام آخر	٤١	٢٩,٧	٢١	١٥,٣	٤٥	٣٢,٦	٣١	٢٢,٤	١٣٨	٦١,١	٤١	٢٩,٧
المجموع	٦٣	٢٧,٩	٥١	٢٢,٦	٦٧	٢٩,٦	٤٥	١٩,٩	٢٢٦	١٠٠	٦٣	٢٧,٩

جدول رقم (٢٢) المعرفة بحساسية الدواء

المتغيرات	أفراد الأسرة		الزوج		الزوجة		الذكور		الإناث		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
نعم	١٥	٢٣,١	٤	٦,٢	٣٦	٥٥,٤	١٠	١٥,٣	٦٥	٢٨,٨	١٥	٢٣,١
لا	٤٨	٢٩,٨	٤٧	٢٩,٢	٣١	١٩,٣	٣٥	٢١,٧	١٦١	٧١,٢	٤٨	٢٩,٨
المجموع	٦٣	٢٧,٩	٥١	٢٢,٦	٦٧	٢٩,٦	٤٥	١٩,٩	٢٢٦	١٠٠	٦٣	٢٧,٩

جدول رقم (٢٣) الثقة في جدوى الأدوية التي تقدمها المستشفيات الحكومية

المتغيرات	أفراد الأسرة		الزوج		الزوجة		الذكور		الإناث		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
نعم	٢٤	٣٢,٤	٢٠	٢٧,١	١٧	٢٢,٩	١٣	١٧,٦	٧٤	٣٢,٧		
لا	٣٩	٢٥,٦	٣١	٢٠,٤	٥٠	٣٢,٩	٣٢	٢١,١	١٥٢	٦٧,٣		
المجموع	٦٣	٢٧,٩	٥١	٢٢,٦	٦٧	٢٩,٦	٤٥	١٩,٩	٢٢٦	١٠٠		

جدول رقم (٢٤) الثقة في الأطباء طبقاً لأعمارهم

المتغيرات	أفراد الأسرة		الزوج		الزوجة		الذكور		الإناث		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
يثق في الأطباء كبار السن	٥١	٣٦,٩	٣٨	٢٧,٦	٢٧	١٩,٦	٢٢	١٥,٩	١٢٨	٦١,١		
يثق في الأطباء حديثي التخرج	١٢	١٣,٦	١٣	١٤,٨	٤٠	٤٥,٥	٢٣	٢٦,١	٨٨	٣٨,٩		
المجموع	٦٣	٢٧,٩	٥١	٢٢,٦	٦٧	٢٩,٦	٤٥	١٩,٩	٢٢٦	١٠٠		

جدول رقم (٢٥) سبب تفضيل الأطباء كبار السن

المتغيرات	أفراد الأسرة		الزوج		الزوجة		الذكور		الإناث		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
لمعرفتهم الجيدة بالأدوية	٢١	٤١,٢	٥	٩,٨	١٦	٢١,٤	٩	١٧,٦	٥١	٣٦,٩		
لمهارتهم في التعامل مع المرض	٤	١٣,٣	١٩	٦٣,٣	-	-	٧	٢٣,٤	٣٠	٢١,٨		
لتواضع أغلبهم مع المرضى الفقراء	٦	٣٧,٥	٤	٢٥	-	-	٦	٣٧,٥	١٦	١١,٥		
لقلة حرصهم على المال كصغار الأطباء	٣	١٠٠	-	-	-	-	-	-	٣	٢,٣		
لخبرتهم الطويلة في تشخيص المرض	١٧	٤٤,٧	١٠	٢٦,٤	١١	٢٨,٩	-	-	٣٨	٢٧,٥		
أخرى تذكر	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
المجموع	٥١	٣٦,٩	٣٨	٢٧,٦	٢٧	١٩,٦	٤٥	١٥,٩	١٢٨	٦١,١		

جدول رقم (٢٦) المصدر الذي يحصلون على العلاج منه حينما تزيد الأعراض المرضية عليهم

المتغيرات	النوع		الزوج		الزوجة		الذكور		الإناث		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
العيادات الخاصة	٩	١٣,٦	١٢	١٨,٢	٢٤	٣٦,٤	٢١	٣١,٨	٦٦	٢٩,١	٩	١٣,٦
الصيدلي	١٦	٢٠,١	١٠	١٨,٩	١٦	٢٣,٢	١١	٢٠,٨	٥٣	٢٣,٥	١٦	٢٠,١
المستوصف الإسلامي	١٣	١٦,٤	٥	٧,٣	١٠	١٥,٧	-	-	٢٨	١٢,٤	١٣	١٦,٤
الطار	١٤	١٧,٩	١٦	٢٣,٢	١٣	١٩,٤	١٠	١٥,٧	٥٣	٢٣,٥	١٤	١٧,٩
المستشفى الحكومي	١١	١٤,٣	٨	١١,٨	٤	٥,٩	٣	٤,٦	٢٦	١١,٥	١١	١٤,٣
المجموع	٦٣	٧٩,٩	٥١	٦٣,٦	٦٧	٨٣,٦	٤٥	٥٦,٢	٢٢٦	٢٨٦,٩	٦٣	٧٩,٩

جدول رقم (٢٨) قدره وصفات الطار على الشفاء.

المتغيرات	أفراد الأسرة		الزوج		الزوجة		الذكور		الإناث		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
تفق في وصفات الطار	٣٣	٥٠,٨	٣٢	٥٠	٤٠	٦١,٣	٢٣	٣٦,٩	١٢٨	١٩٨,٦	٣٣	٥٠,٨
لا تفق فيها	٣	٤,٦	١٩	٢٩,٤	٢٧	٤٠,٦	٢٢	٣٤,٤	٩٨	١٤٣,٤	٣	٤,٦
المجموع	٦٣	٧٩,٩	٥١	٦٣,٦	٦٧	٨٣,٦	٤٥	٥٦,٢	٢٢٦	٢٨٦,٩	٦٣	٧٩,٩

جدول رقم (٢٩) الأمراض التي يمكن للطار علاجها

المتغيرات	أفراد الأسرة		الزوج		الزوجة		الذكور		الإناث		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
(الكلاوى) الأمراض الكلوية	١٧	٢٢,٦	٢٤	٣١,٦	٢٦	٣٣,٧	١٠	١٢,٩	٧٧	٩٩,٢	١٧	٢٢,٦
(البرد) بعض الأمراض الروماتيزمية	٥	٦,٤	-	-	٧	٩,١	٨	١٠,٢	٢	٢,٦	٥	٦,٤
(الربط) بعض الأمراض الجنسية	١١	١٤,٣	٣	٣,٩	٤	٥,٢	٥	٦,٤	٢٣	٢٩,٩	١١	١٤,٣
(نشر العظم) أمراض العظام	-	-	٥	٦,٤	٣	٣,٩	-	-	٨	١٠,٢	٥	٦,٤
أخرى تذكر	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
المجموع	٣٣	٤٠,٨	٣٢	٤٠	٤٠	٥١,٣	٢٣	٢٩,٩	١٢٨	١٦٤,٦	٣٣	٤٠,٨



جدول رقم (٣٠) الإعتقاد في المعرفة الطبية للمرضين

المتغيرات	النسوة		الزوجة		الذكور		الإناث		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
معاشرتهم للأطباء	٢٠	٢٣,٥	١٩	٢٢,٤	٢٦	٣٠,٦	٢٠	٢٣,٥	٨٥	٣٦,٦
مشاهدته لحالات مرضيه كثيره	٦	٧,٤	١١	١٢,٨	١٨	٢١,٩	٦	٧,٤	٤١	١٨,١
يجمعون بين معرفة الطب الحديث والتقليدى	٢٤	٥٢,٢	-	-	١٠	١١,٧	١٢	١٤,١	٤٦	٢٠,٤
لديهم تفسيرات مقنعة للأمراض	٥	٥,٨	١٠	١١,٧	٧	٨,٢	٣	٣,٦	٢٥	١٠,٩
لا تعتقد في معرفتهم الطبيه	٨	٩,٧	١١	١٢,٨	٦	٧,١	٥	٥,٨	٣٠	١٣,٣
المجموع	٦٣	٧٧,٩	٥١	٥٦,٦	٦٧	٧٩,٦	٤٥	٥٤,٩	٢٢٦	١٠٠

جدول رقم (٣٢) الوسيلة العلاجية في حالة المرض الشديد (أو المزمع)

المتغيرات	أفراد الأسرة		الزوجة		الزوج		الزوجة		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
المستشفى الحكومى	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
المستوصف الإسلامى	٢٩	٣٧,٦	٢٢	٢٠,٩	٤٠	٤٨,٣	١٤	١٣,٣	١٠٥	٤٦,٥
العيادة الخاصة	٣٤	٤٣,٢	٢٩	٢٨,٩	٢٧	٢٦,٣	٣١	٢٥,٦	١٢١	٥٣,٥
المجموع	٦٣	٧٧,٩	٥١	٥٦,٦	٦٧	٧٩,٦	٤٥	٥٤,٩	٢٢٦	١٠٠

جدول رقم (٢٣) سبب اختيار المستوصف الإسلامي

المستجيبات	أفراد الأسرة		الزوج		الزوجة		الذكور		الإناث		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
العاملين فيه لا يفتون الكسب	٢	٢٥	-	-	-	-	٦	٧٥	-	-	٨	٧.٦
يراعون ربهم في الكشف	٥	٥٠	٥	٥٠	-	-	-	-	-	-	١٠	٩.٥
يعرفون المريض حقيقته مرضه	٤	١٠٠	-	-	-	-	-	-	-	-	٤	٣.٨
من يعملون فيه لهم عيادات خاصة	-	-	-	-	-	-	٢٠	٦٦.٧	١٠	٣٣.٣	٣٠	٢٨.٦
قريب من مكان السكن	١٨	٣٣.٩	١٧	٣٢.٢	١٤	٢٦.٤	٤	٧.٥	٤	٧.٥	٥٣	٥٠.٥
أخرى تذكر	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
المجموع	٢٩	٢٧.٦	٢٢	٢٠.٩	٤٠	٣٨.٢	١٤	١٣.٣	١٠٥	١٠٠	١٠٠	١٠٠

جدول رقم (٢٤) سبب اختيار العيادة الخاصة

المستجيبات	أفراد الأسرة		الزوج		الزوجة		الذكور		الإناث		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
الفرصة أكبر للكشف بدقه	٥	٢٠	٣	١٢	١١	٤٤	٦	٢٤	٢٥	٢٥	٢٠.٧	
هناك فرصة للاستفسار عن المرض	١٧	٤٧.٢	٤	١١.١	-	-	١٥	٤١.٧	٣٦	٢٩.٨	٢٩.٨	
فيها إعادة للكشف	-	-	-	-	٦	١٠٠	-	-	٦	٤.٩	٦	
يعتنون بالمريض أكثر من المستوصف	٤	١٧.٤	١٢	٥٢.٢	-	-	٧	٣٠.٤	٢٣	١٩	١٩	
هناك احتمال دخولهم المستشفى لعمل جراحه	٨	٢٥.٧	١٠	٣٢.٣	١٠	٣٢.٣	٣	٩.٧	٣١	٢٥.٦	٢٥.٦	
أخرى تذكر	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
المجموع	٣٤	٢٨.٢	٢٩	٢٣.٩	٢٧	٢٢.٣	٣١	٢٥.٦	١٢١	١٠٠	١٠٠	

جدول رقم (٢٥) الاعتقاد في علاج القرآن للمرض

المستجيبات	أفراد الأسرة		الزوج		الزوجة		الذكور		الإناث		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
أثق في ذلك	٤٠	٢٨.١	٤٢	٢٩.٦	٣٦	٢٥.٤	٢٤	١٦.٩	١٤٢	٦٢.٨	١٤٢	٦٢.٨
لا أعتقد في صحة ذلك كله	٢٣	٢٧.٤	٩	١٠.٧	٣١	٣٦.٩	٢١	٢٥	٨٤	٣٧.٢	٨٤	٣٧.٢
المجموع	٦٣	٢٧.٩	٥١	٢٢.٦	٦٧	٢٩.٦	٤٥	١٩.٩	٢٢٦	١٠٠	٢٢٦	١٠٠

جدول رقم (٣٦) تأثير ديانة الطبيب على الاستعانة به

المجموع		الإناث		الذكور		الزوجة		الزوج		أفراد الأسرة المتغيرات
%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	
٤٩.١	١١١	١٩.٨	٢٢	٢٧.٩	٣١	٢٧	٣٠	٢٥.٣	٢٨	أختار الطبيب المسلم فقط
١٣.٧	٣١	-	-	٦٤.٥	٢٠	-	-	٣٥.٥	١١	لا تؤثر ديانة الطبيب على اختيارك له
٣٧.٢	٨٤	٢٧.٤	٢٣	١٩	١٦	٢٥	٢١	٢٨.٦	٢٤	لا أفضل الطبيبات غير المسلمات
١٠٠	٢٢٦	١٩.٩	٤٥	٢٩.٦	٦٧	٢٢.٦	٥١	٢٧.٩	٦٣	المجموع

جدول رقم (٣٧) نظرتهم للطب النبوي

المجموع		الإناث		الذكور		الزوجة		الزوج		أفراد الأسرة المتغيرات
%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	
٤١.٦	٩٤	١٩.٣	١٨	١٧	١٦	٣٠.٨	٢٩	٣٢.٩	٣١	مشابهه للتداوي النباتي
٢٢.١	٥٠	٢٤	١٢	٤٨	٢٤	-	-	٢٨	١٤	قدرته على علاج الأمراض النفسية
٢٠.٨	٤٧	١٩.٢	٩	٣٦.٢	١٧	٢٥.٥	١٢	١٩.١	٩	أنه متصل بالرسول صلى الله عليه وسلم
١٥.٥	٣٥	١٧.١	٦	٢٨.٦	١٠	٢٨.٦	١٠	٢٥.٧	٩	لا تثق في كل ما يروى عنه
١٠٠	٢٢٦	١٩.٩	٤٥	٢٩.٦	٦٧	٢٢.٦	٥١	٢٧.٩	٦٣	المجموع



## ملحق رقم (٢)

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

جامعة الزقازيق  
كلية الآداب - قسم الاجتماع

إستمارة استبيان حول موضوع

### الأسر الفقيرة والرعاية الصحية الذاتية

تحليل إجتماعي للإستخدام الذاتي للأدوية الطبية الحديثة

دراسة ميدانية

على عينة من الأسر المقيمة بالمساكن الشعبية بمنطقة التجنيد بالزقازيق

إعداد

دكتور / عاطف محمد شحاته

١٩٩٥

بيانات الإستمارة سرية وللغرض العلمي فقط



## بيانات أولية :

النوع/ ذكر ( ) أنثى ( ) :	الاسم :
الدخل الشهري (بالقريب) جنيه	السن
يقرأ ولا يكتب/ يكتب ولا يقرأ ( )	الحالة التعليمية / لا يقرأ ولا يكتب ( )
( )	شهادة متوسطة ( )
( )	شهادة جامعية ( )
	عدد أفراد الأسرة /

س١ : ماذا تفعل عندما تظهر عليك أعراض مرضية ؟

- ( ) - تستخدم أدوية في المنزل
- ( ) - تسأل الصيدلي
- ( ) - تذهب للمستوصف الإسلامى
- ( ) - تذهب للمستشفى الحكومى
- ( ) - تستعين بالطبيب فى عيادته الخاصة

س٢ : هل تستخدم أدوية مسكنة عند إحساسك بألم مرضى؟

- ( ) نعم
- ( ) لا

أجب على (٣)

- ( ) س٣ : تستخدمها بعد إستشارة الطبيب؟
- ( ) استخدمها بعد إستشارة الطبيب
- ( ) استخدمها بدون إستشارة الطبيب

س٤ : هل تعتقد فى أن هناك خطورة فى إستخدام الدواء بدون إستشارة طبيب فيه؟

- ( ) أستخدمها وأعرف أن هنا خطرا على صحتى أجب على (٥)
- ( ) لا استخدمها خوفا من أخطارها
- ( ) لا أعرف

س٥ : ما الذى يجعلك تستخدم الدواء بدون إستشارة الطبيب رغم خوفك من خطورته على صحتك؟

- ( ) حتى أسكن الألم حتى أذهب للطبيب
- ( ) قلة الدخل هو ما يضطرنى لذلك

- لا أفرط في استخدامها دائما ( )  
 أستخدمه فقط ما جريته سابقا ( )  
 أخرى تذكر ( )
- س٦ : هل تناولت فيتامينات بدون أن تستشير الطبيب في ذلك؟  
 نعم ( )  
 لا ( )
- س٧ : ما الذي يجعلك لا تستشير الطبيب عند تناولك لها؟  
 إن لم تفيد فلن تضر ( )  
 من السهل شرائها من الصيدلي ( )  
 جريتها وأفادتني كثيرا ( )  
 لا تحتاج لطبيب لكتابتها ( )  
 أخرى تذكر ( )
- س٨ : عندما تشتري دواء من صيدلي ما أول شيء تبحث عنه في الدواء؟  
 تاريخ الصلاحية ( )  
 الجرعة الفعالة له ( )  
 ثمن الدواء ( )  
 المصدر المنتج له ( )  
 الأخطار الجانبية ( )
- س٩ : ماذا تفعل عندما تظهر آثار جانبية لدواء استخدمته؟  
 تستشير الصيدلي في ذلك ( )  
 تسأل أحد جيرانك ( )  
 توقف الدواء وتذهب للطبيب ( )  
 تذهب للمستشفى الحكومي ( )  
 تستشير أحد أفراد أسرتك ( )
- س١٠ : من تأخذ بنصيحةه عندما تستخدم دواء بدون إستشارة الطبيب ؟  
 الصيدلي القريب منك ( )



- ( ) أحد جيرائك
- ( ) طبيب تعرفه
- ( ) أحد أفراد أسرتك
- ( ) لا تستشير أحد في ذلك
- س١١ : هل إستخدمت دواء مهدئا؟
- ( ) نعم
- ( ) لا
- س١٢ : من أين حصلت عليها؟
- ( ) من صديق لك
- ( ) من الصيدلى بعد كتابة الطبيب لها
- ( ) من صيدلى تعرفه
- ( ) من المستشفى الحكومى
- س١٣ : كيف تتعامل ماليا مع الصيدلى عند شرائك دواء منه؟
- ( ) تدفع له ثمن الدواء كاملا
- ( ) تدفع جزء من الثمن وتقسط الباقى
- ( ) تدفع ثمن الدواء أول الشهر
- ( ) تحضره من التأمين الصحى
- س١٤ : عند إستخدامك للدواء هل تهتم بمعرفة الجرعة الصحيحة له؟
- ( ) نعم
- ( ) لا
- س١٥ : كيف تعرف هذه الجرعة الصحيحة؟
- ( ) من الصيدلى
- ( ) من النشرة الداخلية للدواء
- ( ) من خبرة سابقه بالدواء
- ( ) من أحد أفراد الأسرة
- س١٦ : هل تناولت أدوية مخدرة؟

- ( ) تناولتها بإستشارة الطبيب
- ( ) تناولتها بدون إستشارة الطبيب
- ( ) لا استخدم هذه الأدوية
- س١٧ : بعد شفاءك من المرض ماذا تفعل بالأدوية المتبقية منه؟
- ( ) تلقيه في القمامة لئلا يستخدمها أحد
- ( ) تعطيه لأحد جيرائك
- ( ) تتعمد إستخدام الدواء لنهايته
- ( ) تحتفظ به لإستخدام آخر
- س١٨ : هل تعرف أن هناك أجساما حساسه لدواء ما تمنع إستخدامه لها؟
- ( ) نعم
- ( ) لا
- س١٩ : هل تثق في الأدوية التي تصرفها المستشفيات الحكومية؟
- ( ) نعم
- ( ) لا
- س٢٠ : هل تفضل إستشارة الطبيب كبير السن أم حديث التخرج؟
- ( ) أفضل كبار السن
- ( ) أفضل الأطباء حديثى التخرج
- س٢١ : ما الذى يجعلك تفضل الأطباء كبارا لسن؟
- ( ) معرفتهم الجيدة بالأدوية
- ( ) مهارتهم فى التعامل مع المرض
- ( ) قلة حرصهم على المال كصغار الأطباء
- ( ) خبرتهم الطويلة فى تشخيص المرض
- ( ) أخرى تذكر
- س٢٢ : عندما تزيد الأعراض المرضية عليك ما هو المصدر العلاجى الذى تلجأ له؟
- ( ) العيادات الخاصة
- ( ) الصيدلى

- ( ) المستوصف الإسلامى
- ( ) العطار
- ( ) المستشفى الحكومى
- س٢٣ : هل تعتقد أن صفات العطار تعالج فعلا من المرض؟
- ( ) نعم أثق فيها (أجب على (٢٤))
- ( ) لا أثق فيها
- س٢٤ : ما هى الأمراض التى تنجح وصفات العطار فى علاجها؟
- ( ) (الكلاوى) الأمراض الكلوية
- ( ) (البرد) بعض الأمراض الروماتيزمية
- ( ) (الربط) بعض الأمراض الجنسية
- ( ) (نشر العظم) بعض أمراض العظام
- س٢٥ : هل تعتقد أن «المريضين» يقدرّون على تقديم الإستشارة الطبيه الصحيحه؟
- ( ) نعم (أجب على (٢٦))
- ( ) لا
- س٢٦ : ما السبب وراء هذه القدره ؟
- ( ) طول معاشرتهم للأطباء
- ( ) مشاهدتهم لحالات مرضية كثيرة
- ( ) يجمعون بين الطب الشعبى والطب الحديث
- ( ) يقدمون تفسيرات مقنعة للمرض
- ( ) أخرى تذكر
- س٢٧ : فى حالة المرض المزمن ما هو المصدر العلاجى الذى تفضل اللجوء له؟
- ( ) المستشفى الحكومى
- ( ) المستوصف الإسلامى (أجب على (٢٨))
- ( ) العيادة الخاصة (أجب على (٢٩))
- س٢٨ : ما هى الأسباب وراء إختيارك للمستوصف الإسلامى؟
- ( ) العاملون فيه لا يبغون المكسب المادى

- ( ) يراعون ربهم في الكشف  
 ( ) يعرفون المريض حقيقة مرضه  
 ( ) من يعملون فيه لهم عيادات خاصة  
 ( ) قريب من مكان سكنك  
 ( ) أخرى تذكر  
 ( ) س٢٩ : ما هي الأسباب وراء إختيارك العيادة الخاصة؟  
 ( ) الفرصة فيها أكثر للكشف بدقه  
 ( ) هناك فرصة للاستفسار عن المرض والدواء  
 ( ) فيها إعادة للكشف  
 ( ) يعتنون بالمريض أكثر من المستوصف  
 ( ) هناك احتمال لإدخالهم المستشفى لعمل جراحة  
 ( ) أخرى تذكر  
 ( ) س٣٠ : هل تعتقد في صحة ما يشاع عن العلاج بالقرآن؟  
 ( ) أثق في ذلك  
 ( ) لا أعتقد في صحة ذلك كله  
 ( ) س٣١ : هل تؤثر ديانة الطبيب على إختياره له؟  
 ( ) نعم أختار الطبيب المسلم فقط  
 ( ) لا تؤثر ديانة الطبي على إختيارك له  
 ( ) لا أفضل الطبيبات غير المسلمات فقط  
 ( ) س٣٢ : هل تعتقد فيما يشاع عن فعالية العلاج النبوي للأمراض؟  
 ( ) نعم أجب على (٣٣)  
 ( ) لا  
 ( ) س٣٣ : ما الذي يجعلك تعتقد في فعاليته العلاجية ؟  
 ( ) مشابه للتداوى البناتى  
 ( ) قدرته على علاج الأمراض النفسية  
 ( ) أنه متصل بالرسول (ص)  
 ( ) أخرى تذكر