

المشكلات الاجتماعية والصحية المرتبطة بندرة الأطباء في الريف المصري دراسة على مركز الفشن

[١٠]

حاتم عبد المنعم احمد^(١) - أحمد عصمت السيد شومان^(٢) - تغريد سيد حسن حسين^(٣)
(١) معهد الدراسات والبحوث البيئية، جامعه عين شمس (٢) كلية الطب، جامعه عين شمس

المستخلص

تعتبر المشكلات الاجتماعية المرتبطة بندرة الأطباء في الريف المصري من أهم المشاكل الموجودة داخل الريف حيث أن الصحة الجيدة للعنصر البشرى هي أساس نجاح برامج الرعاية الاجتماعية لتنمية المجتمع . وهدفت الدراسة إلى التعرف على المشكلات الاجتماعية المرتبطة بندرة الأطباء في الريف المصري والخروج بمقترحات محددة قد تسهم في الحد من هذه المشكلات مستقبلا . ولدراسة هذا الموضوع قام الباحثون بتصميم إستمارتي استبيان لكل من الأهالي والأطباء وبلغت العينة للأهالي ٤٠٠ استمارة بينما بلغت استمارة الأطباء ٣٠ استمارة وذلك لجمع المعلومات وتضمنت الاستمارة بيانات منها (السن - النوع - المؤهل - الحالة الاجتماعية - المهنة - عدد الأولاد - محل الإقامة - متوسط الدخل وكذلك بيانات عن أسرة المبحوث وبيانات خاصة بموضوع المشكلة). واستخدم الباحثون المنهج العلمي وذلك باستخدام المسح الإجماعى بالعينة ومنهج دراسة الحالة والمنهج المقارن. وتوصلت الدراسة من خلال كل الحالات التي تمت دراستها إلى وجود العديد من المشكلات الاجتماعية التي ترتبط بندرة الأطباء مثل (إنتشار العادات والسلوكيات الضارة التي تساعد على إنتشار الأمراض - اللجوء إلى المعالجين الشعبيين والاعتقاد فى السحر - التداوى بالأعشاب والوصفات البلدية - التراخي فى العلاج - إنتشار ظاهرة ختان الإناث). وأوصت الدراسة أن يكون الطبيب من أبناء المحافظة التي يعمل بها وضرورة تواجده بصفة دائمة داخل الوحدة وضرورة تنفيذ برامج وخطط لنشر الوعي البيئي والثقافي والصحي بالريف.

مقدمة الدراسة

يعتبر العنصر البشرى فى القرية المصرية هو صانع الحياة والمستقبل والدافع لحركة التنمية والتقدم فى كافة مجالات الحياة حيث يمثل السكان الريفيين نسبة كبيرة من السكان فمشكلات الصحة والمرض فى القرية المصرية من أهم المشكلات الاجتماعية التي تهدد تحقيق الأهداف الاجتماعية فى المجتمع . وينتشر فى المجتمع الريفي العديد من الأمراض

المعدية والمتوطنة مما يؤثر ذلك على صحة الإنسان وبالتالي على دوره فى التنمية والإنتاج .
أن الوحدة الصحية الريفية شأنها كباقي المنظمات الصحية الأخرى على اختلاف المستويات
الطبية والتي تؤدي وظائف عامة وهى تقديم الخدمات الصحية لأهالي المجتمع الريفي بهدف
رفع المستوى الصحي بالقرية (إسلام فريد ٢٠١٤، ص ٥)

ويرتبط نجاح أو فشل أهداف الوحدات الصحية الريفية على الفرد المستفيد فنجد أن
جوهر مشكلة الرعاية الصحية فى الريف تتمثل فى عدم التوازن بين عدد السكان والاحتياجات
الصحية للمنطقة وبين الإمكانيات المتاحة ومما يزيد من حجم المشكلة تطلع المواطنين إلى
مستوى معين من الخدمات ورعاية صحية مناسبة وخاصة للأفراد ذوى الدخل المنخفض (احمد
حنفي محمود ١٩٩١، ص٢).

ومن أهم الصعوبات والمشكلات التي تعوق هذه المؤسسات الصحية عن أداء وظائفها
هي نقص فى أعداد الأطباء وكثرة مسؤولياتهم مما يؤدي ذلك إلى انخفاض مستوى الخدمات
الصحية فى المجتمع الريفي ومن ثم كانت دراسة المشكلات الاجتماعية المرتبطة بندرة
الأطباء فى الريف المصري أكثر إثارة للباحثة للتعرف على هذه المشكلات.

مشكلة الدراسة

يمكن القول بأن الطب الشعبي هو الوسيلة الوحيدة للتداوى فى الماضي فقد كان الناس
يعالجون أنفسهم بأنماط من العلاج تعتمد على الأعشاب والوصفات البلدية بالإضافة إلى
الطقوس والوصفات السحرية ومع مرور الزمن حدث تطور ملحوظ فى الرعاية الصحية وأولت
الدولة اهتمامها بتوفير الخدمات الصحية والتي تقدم من خلال ثلاث مستويات ومنها المستوى
الأول (الرعاية الصحية الأولية) والذي يشتمل على الوحدات الصحية الريفية والمراكز
الصحية الحضرية ومراكز رعاية الأمومة والطفولة ومكاتب الصحة حيث يقرب عدد الوحدات
الصحية الريفية حوالي (٢٣٤٥) وحدة وهى تقدم خدمات الرعاية الصحية الأولية التي تشمل
التلقيح الصحي وخدمات رعاية الأمومة والطفولة والصحة الإنجابية ومكافحة الأمراض
المعدية وعلاج الأمراض المتوطنة والوحدة الصحية الريفية عبارة عن مبنى من حوالي (١٠)

حجرات وبها سكن للطبيب وآخر للممرضات وتقدم الخدمة الصحية لحوالي من ٣٠٠٠ إلى ٥٠٠٠ نسمة من السكان ويتكون الفريق الصحي بالوحدة الصحية الريفية من طبيب أو أكثر وممرضتين أو أكثر وطبيب أسنان في بعض الوحدات ومعاون أو ملاحظ صحي وفني أو مساعد معمل أو كاتب (دليل العمل بالرعاية الصحية الأساسية، وزارة الصحة والسكان ٢٠٠٣:)

ومن خلال تقارير الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء بلغ عدد الأطباء في مصر عام ٢٠١١ حوالي ٦٢٠٧٩ طبيب بمعدل ٧,٧ طبيب لكل ١٠٠٠٠ نسمة من السكان وفي عام ٢٠١٢ بلغ عدد الأطباء في مصر ٦٥٠٧٤ طبيب بمعدل ٧,٩ طبيب لكل ١٠٠٠٠ نسمة. (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء : ٢٠١٢)

وتؤكد إحدى الدراسات السابقة على أن أهم المشكلات الاجتماعية في القرية المصرية هي انخفاض الوعي الصحي نظراً لانتشار الجهل وخاصة ما يتصل بشئون الصحة والمرأة ومن أهم مظاهر الجهل هو مقاومة العلاج الطبي وانتشار العلاج الشعبي حيث توفر الخبرة بالنسبة للمعالجين الشعبيين وأن العلاج بالطب الشعبي له آثار إيجابية على الأحوال الصحية ويتمثل ذلك في سرعة الحصول على نتائج باستخدام هذه الممارسات. (فاطمة زهير عبد الوكيل: ٢٠١٤)

كما تؤكد إحدى الدراسات على أن القرية المصرية ما زالت تعاني الكثير من المشكلات التي يعاني منها القرويين أثناء تعاملهم مع الوحدة الصحية وهي عدم تواجد الطبيب باستمرار وعدم وجود أطباء متخصصين. (نجوى عبد الرحمن حسن: ٢٠١١)

وقد بلغ عدد الأطباء في ريف مجتمع الدراسة ٣٩ طبيب يقدم الخدمة الطبية ل ٣٣٩٥٥٩ من السكان بواقع طبيب لكل ٨٧٠٧ من السكان بينما في حضر مجتمع الدراسة بلغ عدد الأطباء ١١٧ طبيب يقدم الخدمة الطبية ل ٧٩٨٥٧ بواقع طبيب لكل ٦٨٣ من السكان بالإضافة إلى بعض القرى لا توجد بها وحدات صحية مثل صالح فريد وهي جزء من عينة الدراسة حيث يقوم الأهالي بالذهاب إلى قرية الفنت وبالتالي فإن إجمالي عدد سكان القريتين بلغ (٢٥٤٩٢) حيث يبلغ عدد سكان صالح فريد (٤٥٨٠) ويبلغ سكان قرية الفنت (٢٠٨٤٩)

بينما عدد الأطباء العاملين بالمستشفى والذي يخدم القرينتين طبيبان بواقع طبيب لكل ١٢٧٤٦ من السكان مما يعتبر دليلا على ندرة الأطباء. لذا نجد أن مثل هذه القرى بها ندرة ليست فقط فى الأطباء بل ندرة بالخدمات الصحية (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء: ٢٠٠٨)

لذا قام الباحثون باختيار أربعة قرى محل الدراسة وهم قرية صالح فريد وهي لا يوجد بها وحدة صحية وتبعد عن المركز بمسافة ٢٠ كم وصفط العرفا بها وحدة صحية وتبعد عن المركز بمسافة ٨ كم وقرية صفط النور بها وحدة صحية وتبعد عن المركز بحوالي ١٣ كم بالإضافة إلى قرية بني منين وبها وحدة صحية وتبعد عن المركز بمسافة ٣٢ كم (مركز المعلومات - مجلس مدينة الفشن) ومن هنا أصبحت دراسة ظاهرة ندرة الأطباء وأيضاً دراسة المشكلات الاجتماعية المرتبطة بها ضرورة ملحة وذلك بقصد معرفة تأثيرها داخل المجتمع الريفي.

تساؤلات الدراسة

- ١- ما مدى استمرار الممارسات العلاجية الشعبية كحل لبعض مشكلات المرض التي واجهت أفراد المجتمع مع غياب النسق الطبي ؟
- ٢- ما مدى استمرارية ظاهرة ختان الإناث بمجتمع الدراسة ؟
- ٣- ما مدى كفاءة الخدمة الطبية المقدمة لمجتمع الدراسة ؟

أهداف الدراسة

- والهدف العام هو التعرف على أهم المشكلات الاجتماعية المرتبطة بندرة الأطباء فى الريف المصري ويتفرع من هذا الهدف الأهداف الفرعية الآتية:
- ١- التعرف على استمرار دور الطب الشعبي كحل لبعض مشكلات المرض
 - ٢- التعرف على تخصص المعالج الشعبي
 - ٣- التعرف على موقف المجتمع من ظاهرة ختان الإناث
 - ٤- التعرف على مدى كفاءة الخدمة الطبية بمجتمع الدراسة

أهمية الدراسة

١- الأهمية العلمية:

١- إثراء الجانب النظري في الدراسات التي تتناول المشكلات الاجتماعية المرتبطة بندرة الأطباء.

٢- الاهتمام بالريف بصفة خاصة والجوانب والخدمات الصحية بصفة عامة حيث أنها هي أساس نجاح برامج الرعاية الاجتماعية لتنمية المجتمع.

٢- الأهمية التطبيقية:

١- أن الدراسة موجهة إلى فئة كبيرة من السكان حيث يمثل سكان الريف حوالي ٥٦,١% من إجمالي سكان المجتمع المصري.

٢- التعرف على المشكلات الاجتماعية بالمجتمع الريفي والبحث عن حلول لها.

٣- الاهتمام بالخدمات الصحية بالريف والممثلة في الوحدات الصحية حيث تعتبر العامل الرئيسي في إحداث التنمية الريفية.

مصطلحات الدراسة

أولاً مفهوم المشكلة الاجتماعية: ويرى مايلز ان المشكلة الاجتماعية هي الحالة التي يمكن أن تؤثر بوجود موقف يتطلب معالجة إصلاحية ويعتقد به من جانب عدد كبير من الناس ويكون مصدراً للتعاسة والشقاء وينجم عن ظروف المجتمع أو البيئة الاجتماعية ويستلزم تجميع الوسائل والجهود لمواجهة وتحسينه (Myles. J.Kellrher:2004)

ويعرف السكري المشكلة الاجتماعية بأنها الظروف البيئية أو المكانية غير المرغوبة والتي تحدث تغييرات غير مرغوبة مثل سوء الأحوال الصحية، انخفاض الدخل وتعتبر الخدمات هي الحل الممكن أو المحتمل للمشاكل الاجتماعية . (أحمد شفيق السكري: ١٩٩١، ص ٩٦)

(ويرى Jameswilliam المشكلة الاجتماعية أنها تكمن عندما يكون هناك اختلاف يمكن قياسه بين مثاليات المجتمع وواقعيته . (جيمس وليم: ١٩٨٧، ص ٣) .

التعريف الإجرائي للمشكلة الاجتماعية: تعرف المشكلة بأنها وضع غير المرغوب فيه ويؤدي إلى حالة عدم توازن لسبب عدم وضوح الهدف أو وجود بعض العوامل أو المؤثرات السلبية التي تؤدي إلى وجود مفارقة بين الواقع والمتوقع وانحراف عن الهدف المحدد. وتتحدد المشكلات الاجتماعية المرتبطة بندرة الأطباء بمجتمع الدراسة في :

١- اللجوء إلى المعالجين الشعبيين في القرية.

٢- الاعتقاد في السحر والشعوذة لدى الريفيين.

٣- التداوى بالأعشاب والوصفات البلدية .

٤- التراخي في العلاج واللجوء متأخرا إلى الطبيب .

٥- إنتشار ظاهرة ختان الإناث .

٦- إنتشار العادات والسلوكيات الضارة التي تساعد على إنتشار الأمراض

ثانيا: تعريف الندرة: الندرة في اللغة الإنجليزية: Rare وهي شحيح أو قليل أو صعب الحصول عليه أو نادر (قاموس المورد :ص ٧٥٩)

وتعرف الندرة في قاموس في قاموس المعجم الوسيط :هي حالة وجود شئ ما بكمية أقل مما يرغب الناس الحصول عليه منه أو تجاوز الطلب على سلعة أو خدمة للعرض بالأسعار الجارية

التعريف الإجرائي للندرة : هو الشئ الغير موجود بكمية كافية لتلبية الاحتياجات منه وتحدد الندرة بمجتمع الدراسة أن عدد الأطباء في مجتمع الدراسة ٣٩ طبيب يخدم ٣٣٩٥٥٩ نسمة من السكان وذلك بمعدل ٠,١١ طبيب لكل ١٠٠٠ نسمة من السكان وبالتالي صعوبة الحصول على الخدمة الطبية وعدم رضا المنتفعين عن الخدمة المقدمة إليهم

دراسات سابقة

١-دراسة نانسي موك وآخرون(١٩٩٣): أكدت على أهمية معرفة تحديد المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والبيئية والديموجرافية وخاصة المتغيرات المرتبطة بالأم وسلوكها وعلاقة كل هذه المتغيرات بحدوث أمراض الإسهال لدى الأطفال في جمهورية الكونغو

وانتهت الدراسة إلى أن نسبة كبيرة من عينة البحث من النساء كثيري الإنجاب ومستوى التعليم منخفضاً فأكثر من ثلث العينة لم يحصلن على أى قسط من التعليم ويتأثر حدوث المرض بالعوامل البيئية والصحية بطريقة التخلص من المهملات ومصادر المياه النقية ووسائل الصرف الصحي تؤثر في حدوث المرض حيث أتضح أن الأسر التي لديها دورات مياه ومرحاض تنخفض نسبة إنتشار المرض بينهم عن الذين لا يملكون ذلك وتخلص الدراسة في النهاية إلى أهمية العوامل البيئية والاجتماعية والسلوكية في حدوث المرض فالعوامل العضوية ليست وحدها المؤثرة في حدوث المرض وانتشاره وانفتحت الدراسة الراهنة مع نتائج الدراسة الحالية في أن العوامل البيئية والاجتماعية لها دور كبير في حدوث المرض وانتشاره

٢-دراسة ستيفن مارجوليس، سمية المرزوقي وآخرون (٢٠٠٣): هدفت الدراسة

إلى معرفة درجة الرضا المرضى تجاه خدمات الرعاية الصحية الأساسية الأولية المقدمة إليهم في دولة الإمارات العربية المتحدة وأكدت النتائج أن المرضى بالعيادات المكثفة المجانية درجه من الرضا أكبر منها في العيادات الاقتصادية أما بالنسبة لسهولة الوصول للعيادات والمعاملات الإنسانية فلم تكن هناك اختلافات واضحة بينهم وأن معدلات رضا المرضى الحاصلين على درجات تعليمية عالية أقل من المرضى غير المتعلمين حيث كلما ارتفع المستوى التعليمي للمرضى كلما زادت درجة وعيهم بالخدمات التي هم بحاجة إليها وكذلك وعيهم بدرجة القصور في أداء هذه الخدمات وان معدلات رضا المرضى المترددين على العيادات المجانية أكثر من الإقتصادية بدولة الإمارات وقد أثبتت الدراسة الحالية عكس ذلك حيث أن معظم المرضى غير راضيين عن مستوى أداء الخدمة في العيادات المجانية وذلك لأسباب وعوامل سوف يتم الإشارة إليها لاحقاً.

٣-دراسة إبراهيم سعد أحمد محمد (٢٠١١): وقد سعت الدراسة إلى رصد المشكلات

الاجتماعية والصحية المرتبطة بتعرض العاملين للضوضاء والحرارة دراسة مطبقة على أحد المصانع بمدينة السادس من أكتوبر. وقد توصلت الدراسة إلى ظهور العديد من المشكلات الاجتماعية والصحية نتيجة تعرض العمال للحرارة والضوضاء وعدم قيام الطبيب بالفحص الدوري وهذا ينتج عن قصور بالخدمة الطبية المقدمة وقصور في أداء الطبيب لدوره وهذا

ينفق مع الدراسة الحالية حيث أن عدم تواجد الطبيب بصفة دائمة أدى إلى قصور الخدمة الطبية المقدمة

٤-دراسة فاطمة زهير عبد الوكيل (٢٠١٤): وهدفت الدراسة إلى التعرف على ثقافة العلاج بالطب الشعبي وتأثيره على الأحوال الصحية بالمجتمع البدوي (بمدينة الضبعة بمحافظة مطروح وكشفت نتائج الدراسة عن العوامل التي تدفع غالبية أفراد العينة نحو الإقبال على العلاج بالطب الشعبي قد تمثلت في انه: يعالج أمراض فشل العلاج الحديث في علاجها، توفر الخبرة الجيدة في المعالين .كما أظهرت نتائج الدراسة أن أعلى نسبة من أفراد العينة أفادوا بأن للعلاج بالطب الشعبي آثار إيجابية على الأحوال الصحية بالمجتمع البدوي قد تمثلت في سرعة الحصول على نتائج عند استخدام هذه الممارسات وتتفق الدراسة الحالية مع الدراسة الراهنة على استمرار ثقافة العلاج بالطب الشعبي بينما تختلف الدراسة في مجتمع البحث وعدم توضيح الدراسة الراهنة لدور النسق الرسمي في العلاج وهذا ما تحاول الدراسة الحالية معرفته والوقوف على المشكلات الاجتماعية والصحية المرتبطة بندرة الأطباء داخل النسق الرسمي.

الإطار النظري للدراسة

١. مشكلات المجتمع الريفي: عاش الفلاح لفترة طويلة من الزمن عبدا للأرض ،لا يتمتع بحصيلة عرقه وجهده في ظل سخرة وإحلال وإقطاع ولم يكن له أي حقوق أو صوت مسموع يصل إلى الحكومة مطالباً بتحسين معيشته أو أحوال قريته وبالتالي لم يكن أي اهتمام من جانب الحكومة بتوفير أي نوع من الإصلاح أو تقديم الخدمات لأهل الريف مما ساعد على انتشار وتفشي الكثير من المشكلات والمعوقات. ولو أن كل قرية تتميز عن غيرها بما يتشابهك فيها من علاقات ومصالح وعادات وطرق للحياة إلا أن هناك مجموعة من المشكلات العامة يشترك فيها الريف بصفة عامة وفيما يلي تقسيم لهذه المشكلات العامة للمجتمع الريفي:

- ١- المشكلات الاقتصادية.
 - ٢- المشكلات الاجتماعية.
 - ٣- المشكلات الثقافية .
 - ٤- المشكلات الصحية .
 - ٥- المشكلات العمرانية .
٢. **المشكلات الاقتصادية:** مثل قلة الدخل، ضعف الإنتاج، قلة الاهتمام بنشر الصناعات الريفية والمنزلية، ندرة رأس المال، محدودية فرص العمل ونقص الحرف. (حسن على حسن : ١٩٨٥، ص ٢٠٨، ٢٠٩)
٣. **المشكلات الاجتماعية:** مثل انتشار العادات والتقاليد السلبية، انخفاض المستوى الاجتماعي، انخفاض المستوى التعليمي، التمسك بالقديم وعدم التغيير والتجريب، الهجرة من الريف للمدن، عدم الاعتراف بدور المرأة كعنصر فعال في التنمية. (كمال الدين حسنى: ١٩٧٥، ص ٢٨)
٤. **المشكلات الثقافية:** مثل الجهل وانتشار الأمية، تسرب الأطفال من التعليم، قلة مصادر الثقافة والمعرفة في القرية مثل عدم تواجد الجرائد والمجلات والكتب وأيضا الهجرة المستمرة للمتعلمين من القرية
٥. **المشكلات الصحية:** مثل انتشار الأمراض المعدية، انتشار أمراض سوء التغذية، عدم كفاية الخدمات الصحية في الريف. (إبراهيم محمد المنوفي: ١٩٤٥، ص ١٦، ١٨)
٦. **المشكلات العمرانية:** مثل عدم وجود تخطيط بالقرية وانتشار مساكنها بطريقة عشوائية، ضيق الطرق، تلاصق المنازل وعدم توفر الاحتياجات المعيشية والصحية بها حيث وجود حظائر الحيوان بداخل المسكن وتخزين الحطب على أسطح المنازل.
- **أهم المشاكل الاجتماعية المرتبطة بندرة الأطباء بمجتمع الدراسة:**
١. **التراخي في العلاج واللجوء للطبيب متأخراً:** حيث إن الإهمال وانخفاض مستوى الدخل يتسبب في كثير من حالات التأخر في زيارة الطبيب. بينما يشكل عدم الوعي بأهمية ملاحقة المرض في بدايته يمثل أهم أسباب التأخر في زيارة المريض بالإضافة إلى ارتفاع أسعار الدواء وعدم تواجد الأطباء بصفة مستمرة داخل الوحدات وازدحام العيادات والانتظار لفترات طويلة وتكبد مشقة السفر إلى المركز لعدم توفر الخدمة الطبية بالقرى

وقد يرجع السبب في اللجوء للطبيب متأخرا إلى عدم الوعي والذي ينتج عن الفقر والأمية بالإضافة إلى سلبيات الطب الرسمي والمتمثل في ندرة الأطباء بالوحدات وعدم تواجدهم بصفة مستمرة .

٢. اللجوء للعلاج بالأعشاب والوصفات الشعبية: حيث يلجأ المجتمع الريفي إلى العلاج بالوصفات الشعبية حيث نجد أن أول تصرف يتخذونه تجاه الشعور بالمرض هو اللجوء إلى الوصفات الشعبية ويرجع ذلك إلى رخص الثمن بالنسبة للوصفات البلدية عن الذهاب للطبيب كما لا يوجد له أي إضرار صحية بالإضافة إلى انه يرجع للخبرة الإنسانية والتي تنتقل بدورها من الجدات إلى الأمهات فنجد مثلا الاعتماد في حالة الشعور بالأملح إلى شرب مغلي الشعير أو عصير القصب وفي حالة شعور الأطفال بالمغص يتم إعطاؤهم مشروب من ٧ أعشاب يتم خلطهم وغلهم وإعطاؤهم للرضيع ويؤكد هذا على ضعف المستوى المادي والاقتصادي لسكان الريف وعدم توافر الخدمة الطبية الكفاء رخيصة الثمن مما يجعلهم يبحثون على الشفاء ولكن بأرخص الأسعار .

٣. اللجوء للسحرة والمشعوذين وغير المتخصصين في العلاج من بعض الأمراض: ونجد أن أسباب اللجوء إلى الطب الشعبي والاعتماد على السحرة والمشعوذين وغير المتخصصين في العلاج من بعض الأمراض يرجع إلى السلبيات التي يعاني منها الطب الرسمي وعدم تواجد الأطباء بصفة مستمرة داخل القرية وندرتهم بالإضافة إلى ما يتميز به العلاج الشعبي من انخفاض تكلفته والثقة في نتائجه وتواجد المعالجين الشعبيين بصفة مستمرة داخل القرية كما أن لديه القدرة على علاج مشاكل غير طبية مثل حل الخلافات الزوجية حيث أن السحرة والمشعوذين لديهم خلفية ثقافية واجتماعية بأفراد المجتمع بينما نجد أن هناك عزلة بين الطبيب والمجتمع الريفي مما يجعل الأفراد يشعرون بالراحة أكثر مع السحرة والمشعوذين عن الطبيب

٤. انتشار ظاهرة ختان الإناث: أن ظاهرة ختان الإناث هي أحد المشكلات الاجتماعية التي ترتبط بندرة الأطباء داخل الوحدات وأنها ظاهرة تحتاج إلى مزيد من الجهود لوقف هذه الممارسات الضارة من خلال مجموعات التنقيف والتوعية من خلال الوحدة الصحية .

ويرجع ذلك إلى قصور في دور الطبيب حيث أنه بدلا من أن يقف موقفا سلبيا تجاه ظاهرة ختان الإناث ويرفض إجراء تلك النوع من العمليات ويقوم بتوعية أهالي الريف بمخاطر عملية الختان من خلال التثقيف الصحي نجده يساعد المجتمع في عاداته وتقاليده ويقوم بختان الإناث بهدف الريح المادي وهذا يؤكد أن الطبيب ليس له دور في تغيير ثقافة المجتمع

٥. انتشار العادات والتقاليد السلبية لدى الريفيين: حيث نجد أن هناك العديد من العادات والتقاليد السلبية الموجودة بالريف والتي يرجع سببها إلى غياب دور النسق الرسمي والمتمثل في الوحدة الصحية وندرة الأطباء داخل الوحدات وعدم تواجدهم بصفة مستمرة ومن هذه العادات والتقاليد ما يلي:

١-انتشار ظاهرة الزواج المبكر

٢-انتشار الأمية وخاصة لدى الإناث

٣-كثرة الإنجاب لدى الريفيين

٤-انخفاض مستوى التعليم في القرية .

٦. انتشار العادات السلوكية الضارة لدى الريفيين: ونجد انتشار العديد من السلوكيات الضارة بالريف والتي يرجع انتشارها إلى غياب دور الوعي والتثقيف الصحي وغياب دور المراقب الصحي بالقرية وتتمثل في:

١- تواجدهم حظائر الحيوانات

٢-التخلص من القمامة بإلقائها في المصارف

٣-غسل الأواني والملابس بالترع والمصارف

٤- استمرار تواجدهم الفر من الطوب النبيئ

٥- عدم الاهتمام بالنظافة العامة

الإجراءات المنهجية

نوع الدراسة: دراسة وصفية

منهج الدراسة: التزم الباحثون بإجراءات المنهج العلمي وذلك باستخدام المسح الإجماعي عن طريق العينة و دراسة الحالة والدراسة المقارنة

مجالات الدراسة:

المجال الجغرافي: شملت الدراسة بعض قرى مركز الفشن بواقع أربع قرى ممثلة لأربع مجالس قروية وهم قرية صالح فريد وهي لا يوجد بها وحدة صحية وتتبع مجلس قروي الفنت وتبعد عن المركز بمسافة ٢٠ كم وصفط العرفا بها وحدة صحية وتتبع مجلس قروي أبسوح وتبعد عن المركز بمسافة ٨ كم وقرية صفط النور بها وحدة صحية وتتبع مجلس قروي إقفهص وتبعد عن المركز بحوالي ١٣ كم بالإضافة إلى قرية بني منين وبها وحدة صحية وتتبع مركز قروي شنرا وتبعد عن المركز بمسافة ٣٢ كم

المجال البشري: اختيار (٤٠٠) فرد بواقع ١٠٠ فرد لكل قرية بالإضافة إلى دراسة حاله لعدد (٣٠) طبيب من العاملين بالوحدات الصحية

المجال الزمني: استغرقت فترة جمع البيانات وتطبيق الاستبيان خمسة شهور من ٢ / ٦ / ٢٠١٦ وحتى ٢ / ١١ / ٢٠١٦ وذلك بخلاف فترة إعداد المفاهيم النظرية للدراسة وتصميم الأدوات وتحليل البيانات وتفرغ الجداول

عينة الدراسة: عينة من الأهالي تمثل ٤٠٠ فرد بواقع ١٠٠ فرد لكل قرية إلى جانب (٣٠) دراسة حالة من الأطباء وقد تم اختيار العينة بطريقه عشوائية وذلك من خلال الذهاب للوحدات الصحية خلال يومين لكل قرية وإجراء الاستبيان مع المترددين على الوحدات الصحية خلال ذلك اليومين.

أدوات الدراسة:

أولاً: صحيفة الاستبيان: وتم تصميم إستمارتي إستبيان لكلا من الأهالي والأطباء
١- استبيان أهالي: وقد شملت على ٦٨ سؤال موزعة على ٧ محددات وهي:

- تأثير البعد البيئي على الصحة والمرض ويتكون من ١١ سؤال .
- المشكلات الاجتماعية والصحية الخاصة بالوعي الصحي وتتكون من ١١ سؤال.
- المشكلات الاجتماعية والصحية المرتبطة بالطب الشعبي وتتكون من ١٢ سؤال.
- المشكلات الاجتماعية والصحية الخاصة بثقافة الحمل والولادة وتتكون من ٨ سؤال .
- المشكلات الاجتماعية والصحية الخاصة بختان الإناث وتتكون من ٤ أسئلة .
- المشكلات الاجتماعية والصحية الخاصة بالأطفال حديثي الولادة وتتكون من ٨ أسئلة .
- المشكلات الاجتماعية والصحية الخاصة بكفاءة الخدمات الطبية بمجتمع الدراسة وتتكون من ١٤ سؤال .

٢- استبيان الأطباء: وتشتمل على ٤٤ سؤال موزعة على ثلاثة محددات هي:-

- مشكلات الصحة والمرض وتتكون من عشرة أسئلة .
- مشكلات كفاءة الخدمة الطبية وتتكون من ١٥ سؤال .
- مشكلات الأطباء وتتكون من ١٩ سؤال .

ثانياً: الملاحظة بالمشاهدة: وقد استخدمت الملاحظة كأداة هامة في التعرف على المشكلات الاجتماعية والصحية في مجتمع البحث فقد لاحظ الباحثون على سبيل المثال إغلاق الوحدات الصحية في مواعيدها الرسمية وعدم تواجد الأطباء وهيئة التمريض وإبلاغ الأهالي بقدم طبيب الوحدة بالميكروفون الخاص بالبلدة ويسؤال الأهالي لمعرفة كيف تم حضورهم أجابوا عن طريق الإبلاغ من خلال ميكروفون المسجد كما تم أيضا ملاحظة تواجد روث ومخلفات الحيوانات أمام المنازل والخلط بين سكن الإنسان والحيوان وتنظيف الأواني والملابس بالترع والمصارف كما تم ملاحظة عدم وجود صرف صحي مما أدى إلى غرق المنازل بالمياه الملوثة والإصابة بالإمراض.

الصدق والثبات:

- ١- ثبات المقياس: ويعنى مدى اتساق المقياس مع نفسه فى قياس أى بعد بنفسه، أى يعد مدى استقرار الدرجات التي يحصل عليها نفس الدرجات لو أعيد الاختبار ويتراوح معامل الارتباط بين الأداء الأول والثاني فى أبعاد المقياس المختلفة بين ٠,٩٢,٠,٨٢ وكان معامل ثبات المقياس ككل ٠,٨٧ واستخدام معامل ارتباط سبيرمان برون
- ٢- صدق المقياس: تم التأكد من صدق المقياس وذلك من خلال عرض الإستبانة فى صورتها الأولية على مجموعة من المحكمين من تخصصات مختلفة (علم اجتماع - أطباء تخصص طب مجتمع) وقوامها (٦) محكمين بهدف تحديد ملاءمتها لإجراء الدراسة وإبداء الرأي فى مدى الموافقة على كل محتويات الأدوات وما يرونه من حذف أو تصويب للعبارات وقد تم تعديل العبارات التي أتفق حول ضرورة تعديلها أو إضافة العبارات التي رآها المحكم أكثر ارتباطا بالدراسة ولم يرد ذكرها وتم التعرف عليه من خلال ثبات المقياس وذلك لما بين صدق المقياس وثباته صله وثيقة حيث يحسب الصدق الذاتي بحساب الجزر التربيعى لمعامل الثبات .

نتائج الدراسة

النتائج المرتبطة بالتساؤل الأول: هل هناك استمرار للممارسات العلاجية الشعبية كحل لبعض مشكلات المرض التي واجهت أفراد المجتمع مع غياب النسق الطبى

جدول (1): يوضح استمرار الممارسات العلاجية الشعبية

م	الاستجابة	مناطق بها وحدة صحية				مناطق لا يوجد بها وحدة صحية											
		نعم	لا	غير مبين	المجموع	نعم	لا	غير مبين	المجموع								
		العدد %	العدد %	العدد %	العدد %	العدد %	العدد %	العدد %	العدد %								
١	هل يوجد معالج شعبي في المنطقة	٢٣٧	٧٥,٢	٧٨	٢٤,٨	٠	٠,٠	٣١٥	١٠٠	٨٢	٩٦,٥	٣	٣,٥	٠	٠,٠	٨٥	١٠٠
٢	هل تعتقد أن المعالج الشعبي أفضل من الطبيب	٢٢٤	٧١,١	٩١	٢٨,٩	٠	٠,٠	٣١٥	١٠٠	١١	١٢,٩	٧٣	٨٥,٩	١	١,٢	٨٥	١٠٠
٣	هل تعرف وصفات شعبية للعلاج من بعض الأمراض	١٤٢	٤٥,١	١٧١	٥٤,٣	٢	٠,٦	٣١٥	١٠٠	٧٤	٨٧,٠	١٠	١١,٨	١	١,٢	٨٥	١٠٠
٤	هل تعتقد في السحر والشعوذة	١٤٨	٤٧,٠	١٦٥	٥٢,٤	٢	٠,٦	٣١٥	١٠٠	٥٩	٦٩,٤	٢٥	٢٩,٤	١	١,٢	٨٥	١٠٠
٥	في حالة الإجابة بنعم هل ترددت على أحد السحرة	١٠٠	٦٧,٦	٤٨	٣٢,٤	٠	٠,٠	١٤٨	١٠٠	٥٥	٩٣,٢	٤	٦,٨	٠	٠,٠	٥٩	١٠٠

وتشير نتائج الجدول التالي إلى أن غالبية أفراد مجتمع الدراسة يؤكدون وجود المعالج الشعبي فنجد انه في المناطق التي بها وحدات صحية بلغت النسبة ٧٥,٢% بينما بلغت النسبة في المناطق التي ليس بها وحدات صحية ٩٦,٥% ويرجع ذلك إلى غياب دور النسق الطبي الرسمي في هذه المناطق وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة (حسنى إبراهيم ١٩٩٥) التي تؤكد على أن المعالج الشعبي له دور هام في الريف ويحتل مكانة اجتماعية متميزة. أما بالنسبة للاعتقاد بأن المعالج الشعبي أفضل من الطبيب بلغت النسبة في المناطق التي بها وحدات صحية ٧١,١% بينما في المناطق التي ليس بها وحدات صحية نجد أن نسبة ٨٥,٩% من أفراد العينة يرون أن المعالج الشعبي ليس أفضل من الطبيب وربما يرجع ذلك إلى كثرة اعتمادهم على المعالج الشعبي في ظل غياب الطبيب دون حدوث أي تقدم في العلاج. أما بالنسبة للوصفات الشعبية المستخدمة في العلاج ففي المناطق التي بها وحدة صحية بلغت نسبة من يعرفون وصفات شعبية ٤٥,٣% من مجموع أفراد العينة بينما نجد أن غالبية أفراد العينة في المناطق التي ليس بها وحدات صحية يعرفون هذه الوصفات الشعبية إذ بلغت نسبتهم ٨٧% وهذا يدل على إنتشار الوصفات الشعبية في الريف وارتباط هذه الوصفات بالخبرات الإنسانية في ظل غياب النسق الطبي الرسمي.

أما بالنسبة للاعتقاد في السحر والشعوذة ففي المناطق التي بها وحدة صحية بلغت نسبة من يعتقدون في السحر والشعوذة ٤٧% بينما بلغت النسبة ٦٩,٤% في المناطق التي ليس بها وحدة صحية وارتفاع هذه النسبة دليل واضح لغياب دور النسق الرسمي وغياب دور الطبيب في هذه المناطق بالإضافة إلى غياب الوعي الصحي بهذه المناطق.

أما بالنسبة للتردد على السحرة ففي المناطق التي بها وحدة صحية نجد أن نسبة المترددين على السحرة لا تتعدى نسبتهم ٦٧,٦% بينما بلغت النسبة في المناطق التي ليس بها وحدة صحية ٩٣,٢% وهذا يؤكد أن وجود النسق الرسمي داخل القرى وقيامه بدوره يؤدي إلى تقليل الاعتماد على السحرة واللجوء إلى المعالجات الشعبية في العلاج.

وتتفق هذه النتائج مع دراسة (عبير السيد سمير الخشاب: ٢٠٠٣) والتي تؤكد أن صعوبة الحصول على الخدمات الصحية الرسمية وقصور النسق الطبي يدفع الأفراد إلى الاعتماد على الطب الشعبي وزيادة الثقة فيه كالعلاج بالأعشاب.

جدول (٢): يوضح تخصص المعالج الشعبي بمجتمع الدراسة

م	الاستجابة	مناطق بها وحدة صحية		مناطق لا يوجد بها وحدة صحية	
		العدد	النسبة %	العدد	النسبة %
١	داية	٩٥	٣٠,٢	٧٦	٨٩,٤
٢	مجبراتي	٩١	٢٨,٩	٧١	٨٣,٥
٣	معالج بالقران	١٦٠	٥٠,٨	٧٦	٨٩,٤
٤	العلاج بالسحر	٣٦	١١,٤	٤	٤,٧
٥	الأولياء الصالحين	١٣	٤,١	٠	٠,٠
٦	الزار	٢	٠,٦	٠	٠,٠
٧	الكي بالنار	٢١	٦,٧	١٥	١٧,٦
٨	الحجامة	٢٦	٨,٣	٠	٠,٠

يشير الجدول السابق إلى تخصص المعالج الشعبي في المناطق التي بها وحدة صحية نجد أن أعلى نسبة هم الأفراد المعالجون بالقران وتبلغ نسبتهم ٥٠,٨% من مجموع العينة تليها الداية بنسبة ٣٠,٢% ثم المجبراتي ٢٨,٩% ثم الأفراد المعالجين بالسحر بنسبة ١١,٤% بينما تكون أقل نسبة في الأفراد الذين يعالجون بالزار وتبلغ نسبتهم ٠,٦% من مجموع العينة . وبالنسبة للمناطق التي ليس بها وحدة صحية نجد أيضا أن أعلى نسبة هم الأفراد المعالجون بالقران وتبلغ نسبتهم ٨٩,٤% وأيضا الداية بنفس النسبة ٨٩,٤% يليهم المجبراتي بنسبة

٨٣,٥% وهذا يدل على أن الأفراد المعالجين بالقران ثم الداية ويليها المجبراتي هم أكثر التخصصات انتشارا في الريف وتتفق هذه النتائج مع دراسة (حسنى إبراهيم ١٩٩٥) الذي يؤكد على أن المعالج الشعبي (الشيخ) وأيضا الداية والمجبراتي يقومون بدور هام في الريف

النتائج المرتبطة بالتساؤل الثاني: هل هناك استمرار لظاهرة ختان الإناث ؟

جدول (٣): يوضح مدى موافقة المبحوث على ختان الإناث

م	الاستجابة	مناطق بها وحدة صحية		مناطق لا يوجد بها وحدة صحية	
		العدد	النسبة %	العدد	النسبة %
١	نعم	٢٤٩	٧٩,٠	٧٦	٨٩,٤
٢	لا	٦٤	٢٠,٣	٩	١٠,٦
٣	غير مبين	٢	٠,٦	٠	٠,٠
٤	المجموع	٣١٥	١٠٠	٨٥	١٠٠

وتشير نتائج الدراسة إلى موافقة أغلبية مجتمع الدراسة على ختان الإناث وبلغت النسبة في المناطق التي بها وحدة صحية ٧٩% بينما بلغت النسبة في المناطق التي ليس بها وحدة صحية إلى ٨٩% وبالرغم من ارتفاع النسبة في المناطق التي ليس بها وحدات صحية عن المناطق التي بها وحدات صحية إلا أنه يؤكد على أن ختان الإناث مازال عادة موروثا بالريف تحمل بين طبقاتها العديد من الرسائل التي لها تأثير سلبي ونتائج سلبية عقلية وجسدية ومجتمعية ومازال موضوع ختان الإناث في الريف في حاجة إلى مزيد من الجهود لوقف تلك الممارسات الضارة وحيث أن هذه القضية معقدة وتمتد بالمعتقدات المجتمعية فالتأثير فيها يكون ببساطة لإعداد مجموعات للتثقيف والتوعية. وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة (رياب السيد عباس ٢٠١١) والتي تؤكد أن العادات والتقاليد الموروثة من الآباء واعتبار ختان الأنثى يجعل الفتاة أكثر عفة وأكثر أنوثة من أكثر الدوافع التي تشكل الاتجاه نحو ختان الإناث.

النتائج المرتبطة بالتساؤل الثالث: ما مدى كفاءة الخدمة الطبية المقدمة لمجتمع الدراسة؟

جدول (٤): يوضح مدى كفاءة الخدمة الطبية

م	الاستجابة		نعم		لا		غير مبين		المجموع	
	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%
١	٦٥	١٦,٢٥	٣٣٤	٨٣,٥	١	٠,٢٥	٤٠٠	١٠٠	٤٠٠	١٠٠
٢	١٣٨	٣٤,٥٠	٢٦١	٦٥,٢٥	١	٠,٢٥	٤٠٠	١٠٠	٤٠٠	١٠٠
٣	١٠٧	٢٦,٧٥	٢٩٢	٧٣,٠	١	٠,٢٥	٤٠٠	١٠٠	٤٠٠	١٠٠
٤	٥٢	١٣,٠	٣٤٨	٨٧,٠	٠	٠,٠	٤٠٠	١٠٠	٤٠٠	١٠٠
٥	٣٤	٨,٥	٣٦٦	٩١,٥	٠	٠,٠	٤٠٠	١٠٠	٤٠٠	١٠٠
٦	٢٥٣	٦٣,٢٥	١٤٧	٣٦,٧٥	٠	٠,٠	٤٠٠	١٠٠	٤٠٠	١٠٠
٧	٣٦١	٩٠,٢٥	٣٨	٩,٥٠	١	٠,٢٥	٤٠٠	١٠٠	٤٠٠	١٠٠

وتشير أغلب النتائج إلى عدم مشاركة الأهالي بالندوات الطبية من قبل الوحدة وبلغت النسبة ٩١,٥% ويرجع ذلك إلى غياب دور النسق الطبي. كما لم تقدم الوحدة الصحية أي برامج تثقيفية للسيدات عن علامات خطورة الحمل وأهمية الرضاعة الطبيعية والتغذية أثناء الحمل حيث بلغت النسبة ٨٣,٥% ويدل ذلك أن الوحدة الصحية الريفية لا تهتم بخدمات التثقيف الصحي حيث أنها تقوم بالكشف الطبي فقط على المستفيدين دون النظر إلى توعيتهم صحيا كما تؤكد نتائج العينة أن الطبيب لم يقوم بتوعية أهالي القرية حول الأمراض السائدة بالقرية وبلغت النسبة ٨٧% وهذا يتفق مع نتائج إحدى الدراسات السابقة التي توضح أن هناك قصور في برامج التثقيف الصحي بالوحدات الريفية (Nermine Mahmud 1979) وتشير

أغلب النتائج إلى عدم صرف الطبيب للأدوية وبلغت النسبة ٧٣% ويؤكد ذلك ضعف الإمكانيات وقلة الأدوية باستمرار في الوحدات الصحية الريفية وتعتبر من المشكلات الأساسية التي تواجه الرعاية الصحية الأولية في القرية. وتشير اغلب النتائج أن هناك فرق في الكشف والمعاملة في الوحدة والعيادة الخاصة وبلغت النسبة ٩٠,٢٥% وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة (حسنى إبراهيم ١٩٩٥) التي تؤكد على أن علاقة الطبيب في الوحدة الصحية تتسم مع مرضاة بالسلبية حيث أن الطبيب يقابلهم بدون اهتمام ولا يسأل عن المرض ولا يقوم بالكشف على المريض وتشير نتائج الدراسة إلى توافر مواصلات لأقرب مكان به وحدة وبلغت النسبة ٦٣,٢٥% في حين أن القرية التي ليس بها وحدة وهي صالح فريد لا توجد مواصلات بها وتباعد المسافة بينها وبين مركز الفشن وبالتالي يذهبون للعلاج في قرى تتبع مركز مغاغة ويؤكد ذلك معاناة الأهالي بسبب عدم تواجد وحدة صحية بالقرية.

توصيات الدراسة

- وجود طبيب مقيم بصورة دائمة داخل الوحدة الصحية
- لا بد من وجود أكثر من تخصص طبي داخل الوحدة الصحية
- لا بد من تنفيذ برامج وخطط لنشر الوعي الصحي بين الأهالي وعمل ندوات تثقيفية
- زيادة حوافز ورواتب الأطباء وذلك لتشجيعهم على العمل والإقامة بالوحدة الصحية
- مراعاة أن يكون الطبيب من أبناء المحافظة التي يعملون بها
- وضع مناهج في التعليم لجميع المراحل لحث التلاميذ على التنقيف البيئي والصحي
- التأثير في المستوى المعرفي للسكان فيجب تعريفهم بالأمراض والمخاطر الناتجة عن إنتشار الأمراض وذلك من خلال دور العبادة والمساجد
- ضرورة محاربة ختان الإناث وتنقيف المجتمع بمخاطرة
- إنشاء وحدة صحية بكل قرية
- العمل على توفير الدواء بكميات كافية داخل الوحدة .

المراجع

- إبراهيم سعد أحمد محمد (٢٠١١): المشكلات الاجتماعية والصحية المرتبطة بتعرض العاملين للضوضاء والحرارة دراسة ميدانية مقارنة مطبقة على أحد المصانع بمدينة السادس من أكتوبر، معهد البحوث والدراسات البيئية، جامعة عين شمس، ماجستير.
- إبراهيم محمد المنوفي (١٩٤٥): طرق العمل مع المجتمع الريفي، الشركة المصرية للطباعة والنشر، القاهرة، الطبعة الرابعة.
- أحمد حنفي محمود: العمل الفريقي للخدمات الصحية بالمستشفيات ودور وموقع الأخصائي الطبي . ورقة عمل مقدمة إلى المؤتمر العلمي الرابع (ديناميات العمل الفريقي في مجالات ممارسة الخدمة الاجتماعية) (ابريل ١٩٩١)، كلية الخدمة الاجتماعية . الفيوم . جامعة القاهرة . ٢٣ - ٢٥ .
- أحمد شفيق السكري (١٩٩١): المدخل في تخطيط الخدمات الاجتماعية، دار الثقافة للنشر والتوزيع، القاهرة، طبعة أولى
- إسلام فريد مصطفى السعيد (٢٠١٤): تقويم نظام التأمين الصحي الإجتماعي في جمهورية مصر العربية (دراسة مقارنة) ماجستير، كلية التجارة، جامعة القاهرة
- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء ٢٠٠٨، ص ١٨، ٢١
- حسن على حسن (١٩٨٥): الريف دراسة مجتمعية ريفية مبسطة، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية
- حسنى إبراهيم عبدا لعظيم (١٩٩٥): دور الطبيب في المجتمع الريفي دراسة ميدانية لعينة من قرى محافظة بني سويف، ماجستير، كلية الآداب، جامعة القاهرة
- دليل العمل بالرعاية الصحية الأساسية، وزارة الصحة والسكان، منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٣
- رياب السيد عباس حبيب (٢٠١١): اتجاهات القرويين نحو ختان الإناث كمؤشر تخطيطي للرعاية الصحية للمرأة في الريف المصري، ماجستير، خدمة اجتماعية، قسم التنمية والتخطيط، جامعه الفيوم

عبير السيد سمير الخشاب(٢٠٠٣) : الأبعاد الاجتماعية للصحة والمرض في المناطق العشوائية دراسة ميدانية لحي منشأة ناصر، كلية الآداب، جامعة القاهرة، ماجستير

فاطمة زهير عبد الوكيل(٢٠١٤): انتشار ثقافة العلاج بالطب الشعبي وتأثيره على الأحوال الصحية بالمجتمع البدوي دراسة مطبقة في مدينة الضبعة بمحافظة مطروح، ماجستير، جامعه الاسكندريه،معهد العلوم الاجتماعية، شعبه التنمية الاجتماعية

قاموس المورد، دار العلم للملايين، منير البعلبكي، ١٩٩٣

كمال الدين حسنى(١٩٧٥): وسائل الاتصال ودورها في تنمية المجتمع الريفي، مؤسسة دار التعاون للطبع والنشر، القاهرة

مركز المعلومات - مجلس مدينة الفشن.

المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء،التقرير الإحصائي السنوى ٢٠١٢،

James William Coleman ,Donald R.cressy (1987): social problems,3rd edition ,Hat per 8row,publishers,Newyork.

Mock, Nancy B., *et .al .*, (1993): socio economic, environmental, demographic and behavioral factors associated with occurrence of Diarrhea in young children in the re public of Congo, soc . sci &Med, vol . 36,No 6.

Myles.J.Kellrher,2004:Social problems in free society ,USA,.,p11

Stephen A.Margolis,Sumayya,Al-Marzouqi,Tonyevel and Richard Reed 2003: patient satisfaction with primary health car

e services in United Arab emirates, International journal for quality in health care ,volume 15, number 3.

Nermine Mahmoud (1979): appraisal of the services provided by a rural health unit in alexandria,p.h.m,unv.of Alexandria.

**SOCIAL PROBLEM ASSOCIATED
WITH PHYSICIANS IN EGYPTIAN COUNTRYSIDE
(STUDY IN COUNTRYSIDE OF AL-FASHN CENTER)**

[10]

Ahmed, H. A.⁽¹⁾; Ali, A. E. E.⁽²⁾ and Hassan, Taghreed, S.⁽¹⁾

1) Institute of Environmental Studies and Research, Ain Shams University 2) Faculty of Medicine, Ain Shams University

ABSTRACT

the social problems that associated with the rarity Of Physicians in the Egyptian countryside is considered one of the most important problems existing in the countryside, whereas the good health of the human element is the basis for the success of the social welfare community development programs. This study aimed to identify the social and health problems associated with the scarcity of doctors in the Egyptian countryside and come up with specific proposals that may contribute in the reduction of these problems in the future. older ash This topic, the researcher designed two forms of questionnaire one for people who live in the countryside and the other for doctors and amounted sample of people of 400 forms while doctors form amounted to 30 forms to collect information and the form included data like (Age - Type - Qualification - Marital status -profession - the number of children - place of residence - Average income as well as data on the respondent's family especially the issue of the problem).

The researcher used the scientific method. she used social survey methodology through the sample and comparative method in the study approach The study found out through all the cases that have been studied the existence of many social problems that are related to the scarcity of doctors (such as the spread of harmful beliefs that conducive to the spread of diseases –people revert to traditional healers and the belief in magic - Herbal and municipal recipes – lax in treatment and

cure - the spread of the phenomenon female. The study recommended that the doctor should be from the province in which he or she works and the necessity of presence permanently in the health unit and the need to implement programs and plans for health awareness in Countryside.