

بسم الله الرحمن الرحيم

جامعة شندى

كلية الدراسات العليا

رسالة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه فى علم الاجتماع

بعنوان

أثر بعض المتغيرات على اتجاه المرضى للعلاج بالطب الشعبى

دراسة ميدانية

مدينة شندى - ولاية نهر النيل -

الإعداد/ الطالب/ عطا الله حاكم عثمان

الإشراف/ الدكتور/ إدريس سالم الحسن

فبراير 2008م

الإهداء

إلى كل من يسعى لإعادة التاج إلى رؤوس المرضى

أهدى هذا البحث

## شكر وتقدير

الحمد الذى أعاننى ووقفنى فيما أصبو إلى إدراكه ، والشكر من بعد الله عز وجل  
أخص به الأستاذ الفاضل الدكتور إدريس سالم الحسن الذى تشرفت بموافقته  
بالإشراف على هذه الدراسة ، حيث ساهم مشكوراً بزمنه وعلمه فى أن يكتمل  
هذا البحث ، و كان لآرائه وتوجيهاته السديدة الأثر الأكبر فى أن يخرج  
هذا البحث بصورته الحالية .

كما أتوجه بالشكر للأخ الدكتور يحيى فضل الله مختار الذى قام مشكوراً بمراجعة قواعد  
لغة البحث .

والشكر أجزله للأخوة القائمين على أمر مكنتبات الجامعات التى استعنت بها ، كما أتوجه  
بالشكر للأخوة بمكتبة السودان للرسائل الجامعية وعلى رأسهم الأستاذ عباس الزين .

كما أتوجه بشكرى للأخوة بمعهد أبحاث الطب الشعبى وعلى رأسهم الأخت الكريمة الدكتورة  
مفيدة يوسف الخليفة .

ويمتد شكرى إلى بعضاً من طلاب قسم الصحة العامة بجامعة شندى الذين أعانونى  
على ملئ استمارة المقابلة وجمع البيانات .

كما أتوجه بالشكر للأخ الأستاذ على إبراهيم الأمين الذى وظّف لى عربته فكانت خير  
معين فى أثناء التنقل لجمع البيانات الميدانية .

والله ولى التوفيق

## قائمة المحتويات

رقم الصفحة	الموضوع
I	* الإهداء
II	* الشكر والتقدير
III	* مستخلص الدراسة
1	* الفصل الأول: مشكلة البحث وأهدافه
2	(1-1) المشكلة والأهداف
7	(2-1) أسئلة البحث ومفاهيمه
14	(3-1) محتويات البحث
16	* الفصل الثاني : الإطار النظري والدراسات السابقة
17	(1-2) نظريات البحث
23	(2-2) علاقة العوامل الاقتصادية والاجتماعية بالاتجاهات العلاجية
27	(3-2) الدراسات السابقة
38	* الفصل الثالث: الخدمات الصحية في السودان
39	(1-3) النظام الصحي ومكوناته
45	(2-3) أوجه القصور في النظام الصحي
51	(3-3) معالجة قصور النظام الصحي
59	* الفصل الرابع : الطب الشعبي في السودان
60	(1-4) مفهوم الطب الشعبي
66	(2-4) الطب الشعبي بين الوقاية والعلاج
73	(3-4) المعالجون الشعبيون في السودان
80	* الفصل الخامس: الدراسة الميدانية

رقم الصفحة	الموضوع
81	(1-5) مجتمع البحث ومنهجية الدراسة
98	(2-5) المعالجون الشعبيون بمحلية شندى
118	*الفصل السادس : عرض وتحليل نتائج الدراسة
119	(1-6) عرض النتائج
143	(2-6) مناقشة وتحليل النتائج
153	*الفصل السابع : الخاتمة والتوصيات
155	(1-7) خاتمة البحث
157	(2-7) التوصيات
160	*مراجع البحث
170	*الملاحق
171	* ملحق رقم (1) معدل الاختصاصيين والأطباء فى السودان
172	* ملحق رقم (2) معدل الكوادر الطبية والصحية فى السودان
173	* ملحق رقم (3) الانفاق الحكومى على قطاع الصحة فى السودان
174	* ملحق رقم (4) مؤشرات الانفاق على قطاع الصحة فى السودان
175	* ملحق رقم (5) استمارة مقابلة أرباب الأسر
182	* ملحق رقم (6) استمارة مقابلة المعالجين الشعبيين
186	* ملحق رقم (7) طاقة الشفاء بأسماء الله الحسنى

## Abstract

This study consisted of seven chapters; the first chapter was about objectives and problem of the research, while the second dealt with the related studies, and the most important theories that explain the therapeutic patient's behavior. The third and the fourth chapters exhibited the medical services and folk medicine in the Sudan sequentially. Within the fifth and sixth chapters the researcher wrote about the actual field study where he showed methodology of the study and sample size and how it was selected, in addition to data analysis and the results he obtained from the study conducted among folk medicine healers and families in shendi.

Finally the seventh chapter comprised the main results found out points considered and recommendations necessary for solving the problem of the research.

Within one of its areas of scope, sociology looks at the study of patient's behavior toward different therapeutic alternatives. This is done by studying some of the variables that affect those patients' attitudes. Therefore, the objectives of this study are represented in getting acquainted with the therapeutic of patients in Shendi city through several variables like sex, age, and income and education levels and so on. Through this the researcher want to know the effect of those factors on their attitudes towards choosing between modern medical treatment, resorting to traditional healers or being satisfied with home treatment using indigenous methods for curing diseases. Also we will focus on the reasons behind the attitudes of some patients who resort to traditional medicine.

Additionally the study aims to know the economic and social characteristics of traditional healers found within the study society, as well as knowing the diseases they are able to treat, and the means they follow in such treatment.

To reach these objectives the researcher conducted a field study in Shendi city using the comparative – analytical – descriptive method after dividing shendi's community into three residential groups, varying relatively. This step enabled the conducting of the comparative study. Also, the researcher used stratified sampling to select separate particulars for the sample of each of the three residential groups. Standardized interview targeting the head of household was used as the

basic means for data collection. as well as the scientific observation. Additionally the researcher tried to conduct interviews with some of the patients in the native treatment centers in Shendi city but no response was obtained there.

Lastly the researcher carried out a study with the traditional healers in Shendi, selecting a sample of 18 traditional healers with a questionnaire being given to nine of them. With other nine healers the researcher attempted to conduct an in depth interview focusing on the methods of diagnosing disease and the system for referring a patient from one healer to another. However, one of the traditional healers refused to be interviewed, thus only eight of them were conducted.

The computer and the Statistical Package for Social Studies (SPSS) Program was used for data analysis, since the exact figures and percentage were made use of to illustrate the effect of the aforementioned variables on patient's therapeutic attitudes

The study found that various traditional healing practices exist in Shendi. Also it concluded that most of the traditional healers in the locality do not rely on their traditional medical practices as a main source of income, practicing it along with other business interests. Therefore most of them don't take money for the treatment. Also the study found that there is a relationship between the healers acquaintance with reading and writing and the nature of their therapeutic procedure.

The results of the data analysis of the study of the therapeutic attitudes found that there is a relationship between some of the variables, e.g. income and education levels, as well as gender and age on one side, and the attitude toward the therapy on the other when the attitude is limited to choosing between the various therapeutic alternatives.

In conclusion the study suggested many recommendations, as solutions for the problem of the research, the most important of them was to carry out integrated research that requires a joint effort of physician's pharmacologists, psychologists, sociologists, and religious leaders, to specify and classify traditional medicine practices in the

Sudan, and point out definite evidences that insure or refute the importance of the traditional medicine practices as remedies for health disorders.

## مستخلص الدراسة

احتوت الدراسة على سبعة فصول تناول الفصل الأول مشكلة البحث وأهدافه وتحدث الفصل الثانى عن الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع البحث بجانب أهم النظريات المفسرة لسلوك المرضى العلاجى وفى الفصل الثالث تم تناول الخدمات الصحية فى السودان ، فى الفصل الرابع تم الحديث عن الطب الشعبى فى السودان ، و فى الفصلين الخامس والسادس تحدث الباحث عن الدراسة الميدانية ، حيث تم توضيح منهجية الدراسة إضافةً إلى حجم العينة وكيفية اختيارها ، ومن ثم قام الباحث بعرض وتحليل نتائج الدراسة الميدانية التى تم إجراؤها مع المعالجين الشعبيين والأسر بمدينة شندى ، وأخيراً فى الفصل السابع تم تناول أهم النتائج التى توصل إليها البحث والنقاط التى أثارها مع وضع التوصيات اللازمة لحل إشكالية البحث .

يهتم علم الاجتماع فى إحدى مجالاته بدراسة سلوك المرضى نحو البدائل العلاجية المختلفة وذلك من خلال دراسة بعض المتغيرات المؤثرة على تلك الاتجاهات ، عليه فقد تمثلت أهداف هذه الدراسة فى معرفة اتجاهات المرضى العلاجية بمدينة شندى من خلال عدة متغيرات مثل النوع والعمر ومستوى الدخل والتعليم ، وذلك لمعرفة أثر تلك العوامل على اتجاهاتهم نحو الاختيار بين وحدات الطب الحديث أو الذهاب إلى المعالجين الشعبيين أو الاكتفاء بالعلاج المنزلى بالطرق البلدية المعروفة لديهم عند التداوى من الأمراض ، مع التركيز على أسباب اتجاه بعض المرضى للعلاج بالطب الشعبى . كما هدفت الدراسة أيضاً إلى معرفة خصائص المعالجين الشعبيين الاقتصادية والاجتماعية بمجتمع الدراسة إضافةً إلى معرفة كيفية تشخيصهم للأمراض بجانب معرفة الأمراض التى يقدرّون على علاجها والوسائل التى يتبعونها فى العلاج. وصولاً لتلك الأهداف فقد قام الباحث بإجراء دراسة ميدانية بمدينة شندى ، مستخدماً المنهج الوصفى التحليلى المقارن وذلك بعد تقسيم مجتمع مدينة شندى إلى ثلاثة مجموعات سكنية متباينة نسبياً تمكن من إجراء الدراسة المقارنة كما استخدم الباحث العينة الطبقية عند اختيار مفردات العينة من كل مجموعة من المجموعات السكنية الثلاثة على حدة .

تم استخدام المقابلة المقننة كوسيلة أساسية لجمع بيانات الدراسة ، وقد استهدفت المقابلة رب الأسرة ، بجانب المقابلة فقد تم استخدام الملاحظة العلمية ، إضافةً إلى ذلك فقد سعى الباحث لإجراء بعض المقابلات مع بعض المرضى بمراكز العلاج الشعبى فى مدينة شندى إلا أنه لم يجد تجاوباً من قبل المرضى بتلك المراكز .



كما قام الباحث بإجراء دراسة مع المعالجين الشعبيين بمحلية شندى ، حيث تم إختيار عينة مكونة من 18 معالج شعبي ، تم توجيه استمارة مقابلة لتسعة منهم ، وكان من المفترض أن يجرى الباحث مقابلة متعمقة تتمركز حول الوسائل التشخيصية للأمراض ونظام تحويل المرضى من معالج شعبي إلى آخر ، مع التسعة الآخرين إلا إن واحداً من هؤلاء المعالجين قد رفض إجراء المقابلة معه ، لذلك فقد تم إجراؤها مع ثمانية منهم فقط .

تم استخدام الحاسب الآلى - برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS - لتحليل بيانات الدراسة ، حيث تمت الاستعانة بالأرقام المطلقة والنسب المئوية لتوضيح أثر المتغيرات سالفة الذكر على اتجاهات المرضى العلاجية .

توصلت الدراسة إلى أن محلية شندى بها مختلف ممارسات العلاج الشعبي . كما توصلت إلى أن معظم المعالجين الشعبيين بالمحلية لا يعتمدون على ممارسات العلاج الشعبي كمصدر أساسى لدخلهم وإنما يمارسونها بجانب أعمال أخرى لذلك فإن معظمهم لا يتقاضى أجراً نظير العلاج كما توصلت الدراسة إلى أن هنالك علاقة بين إمام المعالج بالقراءة والكتابة وبين طبيعة ممارسته العلاجية .

كما توصلت نتائج تحليل بيانات دراسة الاتجاهات العلاجية إلى أن هنالك علاقة بين بعض المتغيرات مثل مستوى الدخل ومستوى التعليم ونوع المريض (ذكر أنثى) وعمره ، وبين اتجاهه العلاجى عند الاختيار بين البدائل العلاجية المختلفة .

أخيراً فقد إقترحت الدراسة العديد من التوصيات كحل لإشكالية البحث من أهمها إجراء بحث متكامل يتألف من فريق بحثى يضم أطباء وصيادلة بجانب علماء الدين وعلماء النفس والأجتماع وذلك لحصر وتصنيف ممارسات العلاج الشعبي فى السودان، ومن ثم محاولة الوصول إلى دليل قاطع يؤكد أو ينفى أهمية ممارسات الطب الشعبى فى العملية العلاجية للأمراض المختلفة .

# الفصل الأول

## مشكلة البحث وأهدافه

1-1 المشكلة والأهداف

2-1 أسئلة البحث ومفاهيمه

3-1 محتويات البحث

## الفصل الأول

### مشكلة البحث والأهداف

#### 1-1 المشكلة والأهداف :-

##### مقدمة

يهتم علم الاجتماع فى إحدى مجالاته، بدراسة أسباب تأخر بعض المرضى عن طلب المساعدة الصحية أو الاستشارة الطبية بسرعة ، أو أسباب عدم طلبها على الإطلاق فهو فى هذا المجال يُعنى بدراسة العوامل التي تحول بين المرضى وبين الاستفادة من الخدمات الصحية المتاحة . حاول الباحثون معرفة أسباب ذلك من خلال عدة متغيرات ، مثل المركز الاقتصادى والاجتماعى والأصل العرقى والتعليم والسن ... إلخ " ففى الولايات المتحدة أشارت بعض الأبحاث (الوحيشى وعبد السلام 1989م :29) إلى أن هنالك علاقة بين بعض المتغيرات مثل تدنى المستوى الاقتصادى والاجتماعى والأصل العرقى غير الأوروبى وبين عدم الذهاب للطبيب أو عدم طلب المساعدة الطبية بسرعة .

### 1-1-1 موضوع البحث:-

تم فى هذه الدراسة تناول العوامل التى يمكن أن تؤثر على الاتجاهات العلاجية للمرضى وذلك من خلال المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية التى تمثلت فى مستوى الدخل ومستوى التعليم هذا بالإضافة إلى بعض المتغيرات الأخرى مثل النوع (ذكر/ أنثى) والعمر (السن) بجانب أثر النشأة الريفية والحضرية ، لإختبار مدى أثر الثقافة الريفية أو الحضرية على الاتجاهات العلاجية عند الاختيار بين البدائل المختلفة للعلاج ، إضافةً إلى أثر البعد المكانى للخدمات الصحية عن سكن المرضى فى اختيارهم بين البدائل العلاجية المختلفة ، مما قد يدفعهم باللجوء إلى الطب الشعبى .

قصد الباحث بالاتجاهات العلاجية ، اتجاه المريض نحو البدائل المختلفة للعلاج مثل العلاج الطبى الحديث أو العلاج الشعبى لدى المعالجين الشعبيين أو العلاج الشعبى المنزلى مثل الوصفات العلاجية المتعارف عليها - وهى نوع من العلاج يمارسه المريض بنفسه بمعزل عن أى استشارة أو مساعدة خارجية فقط معتمداً على خبرته وثقافته فى معالجة الأمراض- .

دفع الباحث لاختيار هذا الموضوع عوامل ثلاثة :-

أولاهم :- أراد الباحث توسيع دراسته للماجستير وتعميقها وذلك باستكمال أو تغطية جزئية من دراسته تلك والتي تمحورت حول إسهام العوامل الاقتصادية والاجتماعية فى أمراض الإسهال لدى الأطفال دون الخامسة من العمر ، إذ كان الباحث قد أجرى نقاشاً فى تلك الدراسة مع مجموعتين من الأمهات بمدينة شندى ، وحوث كل مجموعة عشرة من الأمهات فى مستويات اجتماعية واقتصادية متشابهة وقد تمركز موضوع النقاش حول الاعتقادات والمعارف المتعلقة بالممارسات العلاجية المختلفة لإسهالات الأطفال ، وأثر العوامل الاقتصادية والاجتماعية على سلوك الأم العلاجى عند إصابة طفلها بالإسهال ، إذ لم تسعف الإمكانيات المادية والقيود الزمنى آنذاك الباحث

على تناول هذا الموضوع بصورة مفصلة ، لذلك فقد رأى اجراء دراسة أكثر عمقاً وتفصيلاً وشمولاً حول أثر العوامل الاجتماعية والاقتصادية وبعض المتغيرات الأخرى على توجيه وتشكيل السلوك العلاجي للمرضى نحو البدائل العلاجية المختلفة لكافة الأمراض ، مع التركيز على اتجاههم نحو العلاج بالطب الشعبي .

ثانيهم :- انتشرت في الآونة الأخيرة في السودان العديد من المراكز التي تعالج بالقرآن وعسل النحل والأعشاب ، إضافة إلي ظهور عدد من المعالجين الشعبيين الذين يعالجون بوسائل أخرى مختلف الأمراض العضوية والنفسية ، لذلك فقد أراد الباحث من اختيار هذا الموضوع أن يقف علي خصائص هؤلاء المعالجين من حيث أعمارهم ومستويات تعليمهم ومصادر معرفتهم بتلك الممارسات العلاجية ، إضافة إلي الأمراض التي يعالجونها والوسائل التي يتبعونها في العلاج وكيفية تشخيصهم لتلك الأمراض ، مع معرفة مدى اعتماد المرضى بمجتمع الدراسة علي الطب الشعبي بجميع أنواعه .

ثالثهم :- هنالك اهتمام عالمي من قِبَل منظمة الصحة العالمية بممارسات الطب الشعبي لاستيعابها ضمن نهج الرعاية الصحية الأولية ، بعد أن تبين لها أن أكثر من 80% من السكان في أفريقيا وآسيا وأميركا اللاتينية يعتمدون علي طبهم الشعبي كنوع من أنواع الرعاية الصحية - وذلك حسب ( لذلك أراد الباحث معرفة مدى انتشار ظاهرة [www.who.int](http://www.who.int) ما ورد بموقع المنظمة بشبكة الإنترنت) التداوي بالطب الشعبي في مجتمع الدراسة مع معرفة رأى المبحوثين في الطب الشعبي مقارنة بالطب الحديث .

## 1-1-2 مشكلة البحث :-

ورث السودان بعد إستقلاله نظاماً صحياً يقوم على عدم العدالة في توزيع الخدمات الصحية إذ أن المستعمر ترك الخدمات الصحية متمركزة فقط في العواصم والمدن الكبرى لخدمته وخدمة الوطنيين الذين يعملون في الدواوين الحكومية وأهملت تبعاً لذلك الأرياف والأقاليم الأخرى وإذا نظرنا إلي الخدمات الصحية في السودان نلاحظ سوء توزيع تلك الخدمات بين الخرطوم بوصفها العاصمة وبين بقية الولايات الأخرى وقد إستمر سوء التوزيع هذا حتى بعد الإستقلال - وقد تم توضيح هذا الأمر بصورة مفصلة في الفصل الثالث من هذه الدراسة - هذا بالإضافة إلي أن الدولة قد إنتهجت مؤخراً سياسة الخصخصة والتحرير الإقتصادي الأمر الذي ترتب عليه خفض الإنفاق الحكومي علي الخدمات الصحية وفرض رسوم على تلك الخدمات ، الشئ الذي ربما حال بين بعض الشرائح الفقيرة فى المجتمع وبين الاستفادة من الخدمات الصحية المتاحة ، وإنعكس سلباً علي كفاءة النظام الصحي في مجابهة الأمراض المعدية والمتوطنة ، هذا وعلي الرغم من جهود وزارة الصحة في تطبيق نهج الرعاية الصحية الأولية وإنشاء العديد من المشاريع والإدارات والبرامج القومية الصحية مثل إدارة مكافحة الملاريا ومشروع مكافحة الإسهالات وبرنامج مكافحة الدرن- وهو من الأمراض المرتبطة إرتباطاً وثيقاً بالفقر وسوء التغذية- علي الرغم من كل ذلك فإن الملاريا لا زالت منتشرة وتهدد حياة الكثير من الناس إذ أشارت تقارير وزارة الصحة - البرنامج القومى لمكافحة الملاريا- سنة 2003م (التقرير الإحصائى الصحى السنوى 2003م : 161، 162) إلي أن هنالك 7,5 مليون إصابة بالملاريا بمعدل 250 إصابة لكل 1000 من السكان وكان عدد الوفيات الناجمة عن الإصابة بالملاريا حوالى 35 ألف حالة وفاة ، كما أن الملاريا تعمل على فقد حوالى 22% من ساعات العمل بسبب الغياب ، هذا بالإضافة إلي أمراض الإسهال الحاد - والتي تعتبر واحدة من المشاكل الصحية الكبرى التي تهدد الطفولة في السودان - حيث أشارت تقارير مشروع مكافحة الإسهالات إلي أن أكثر من 100 ألف طفل دون الخامسة من العمر يموتون سنوياً بسبب الجفاف الناتج عن الإسهالات (نشرة مكافحة الإسهالات فى

السودان 1988م: 8) . إضافة إلى كل ذلك نجد إن معدلات الفقر فى السودان فى إزدياد مضطرد حسب إحصاءات وزارة القوى العاملة فى الفترة من عام 1990م / 1993م ، وفى هذا الصدد فقد أشارت إحدى الدراسات (عدوية عبدالله إدريس 1998م: 45) إلى إزدياد نسبة السكان الذين يعيشون تحت خط الفقر نتيجة لسياسات التحرير الإقتصادي إذ ارتفعت النسبة من 90% عام 1991م إلى 91% عام 1993م .

فى مقابل سوء توزيع الخدمات الصحية وقصور النظام الصحى عن مكافحة بعض الأمراض بجانب ارتفاع تكلفة الخدمات العلاجية ، نلاحظ انتشار العديد من مراكز العلاج الشعبى التى تقدم خدماتها الوقائية والعلاجية للأمراض بشقيها النفسى والعضوى ، وبتكلفة قد تكون اقل من تلك التى تقدم فى مرافق خدمات الطب الحديث .

عليه وتأسيساً علي ما تم ذكره فإن سوء توزيع الخدمات الصحية مع إرتفاع رسوم المتاح منها بجانب إرتفاع قيمة الدواء ، كل ذلك ربما حال بين بعض المرضى من شرائح المجتمع الفقيرة وبين الإفادة من تلك الخدمات الصحية ، الشئ الذى ربما دفعهم إلى اللجوء لوسائل علاجية بديلة أكثر وفرة وأقل تكلفة لنيل الشفاء .

### 3-1-1 أهداف البحث :-

يهدف البحث أساساً إلى وصف ممارسات العلاج الشعبى السائدة فى مجتمع الدراسة ومدى إعتماد المرضى عليها كوسيلة من وسائل الرعاية الصحية ، مع معرفة خصائص من يعتمدون على تلك الممارسات الشعبىة فى العلاج ، و ربط كل ذلك بالمتغيرات التى تم افتراضها كعوامل لها تأثير مباشر أو غير مباشر علي الاتجاهات العلاجية للمرضى ، هذا بجانب معرفة وتوضيح طبيعة المعارف التقليدية و الممارسات العلاجية الشعبىة المستخدمة بمجتمع الدراسة وما هي الأمراض التى يمكن أن تعالجها وذلك من خلال آراء المرضى والمعالجين الشعبيين أنفسهم .

بمعني أن هدف البحث يتمركز حول المحاور التالية :-

(أ) معرفة خصائص الفئات الإجتماعية التي تلجأ للعلاج بالطب الشعبي بجميع أنواعه .

(ب) معرفة الخصائص الاقتصادية والاجتماعية للمعالجين الشعبيين بمجتمع الدراسة ، مع معرفة طبيعة ممارساتهم العلاجية ، من أين اكتسبوها ؟ وما هي الأمراض التي يمكنهم معالجتها ؟ وما هي الوسائل التي يستخدمونها في العلاج ؟ بجانب معرفة الطرق والوسائل التي يعتمدون عليها في تشخيصهم للأمراض المختلفة .

(ج) معرفة رؤى المرضى تجاه العلاج الشعبي ، هل يستخدمونه في كل الأمراض ؟ أم في بعضها ولماذا ؟ ورأيهم فيه مقارنة بالطب الحديث .

(د) معرفة الأسباب التي يمكن أن تحول بين بعض المرضى وبين الأفادة من خدمات الطب الحديث .

في سبيل الوصول لهذه الأهداف ، تم إجراء دراسة ميدانية بمدينة شندى - ولاية نهر النيل - وتبعد مدينة شندى حوالي 176 كلم إلى الشمال من عاصمة السودان الخرطوم .

كما استخدم الباحث منهج وصفى تحليلي مقارن ، وذلك بعد أن قام بتقسيم مجتمع الدراسة - مدينة شندى - إلى ثلاثة مجموعات سكنية متباينة تمكن من إجراء الدراسة المقارنة بينها .

وقد استخدم العينة الطبقية نسبة لأنها الأكثر ملائمةً للدراسات المقارنة. تم اختيار عينة حجمها 600 أسرة من المجموعات السكنية الثلاثة التي تم تقسيم مجتمع الدراسة إليها وقد راعى الباحث عند



إختيار العينة مدى التمايز والتجانس بين الأسر داخل المجموعة السكنية إضافةً إلى حجم المجموعة السكنية ، لذلك فقد اختلف حجم العينة المختارة من كل مجموعة سكنية عن الأخرى .

كما استخدم الباحث المقابلة المقننة كأداة أساسية لجمع البيانات الميدانية للدراسة ، حيث قام بتصميم إستمارة مقابلة ، استهدفت أرباب الأسر .

بجانب ذلك فقد صمم الباحث إستمارة مقابلة استهدفت المعالجين الشعبيين بمحلية شندى حيث تم اختيار عينة حجمها تسعة معالج شعبي تم توجيهه استمارة المقابلة إليهم ، كما تم إختيار عينة أخرى بحجم تسعة معالج شعبي ، وكان الغرض من ذلك إجراء مقابلات متعمقة معهم ، إلا أن واحداً من هؤلاء المعالجين قد رفض إجراء المقابلة معه فتم إجراؤها مع ثمانية معالج فقط .

## 1-2 أسئلة البحث ومفاهيمه :-

### 1-2-1 أسئلة البحث :-

بعد توضيح مشكلة البحث وأهدافه ، يمكن طرح العديد من الأسئلة التي تدور حول محور موضوع البحث وتشكل في مجملها الإشكالية التي يسعى الباحث إلي حلها مثلاً:-

(أ) هل هنالك علاقة بين مستوي دخل المريض وبين اتجاهه نحو العلاج بالطب الشعبي ؟

(ب) هل لمستوى تعليم المريض أثر علي سلوكه تجاه إختيار العلاج الشعبي كأحد الوسائل

العلاجية ؟

(ج) هل للسن (عمر الإنسان) أثر في اللجوء للعلاج بالطب الشعبي ؟

(د) هل للجنس (ذكر / أنثي) دور في تشكيل السلوك العلاجي ؟

(هـ) هل بُعد الوحدات الصحية عن مناطق سكن المرضى وما يترتب علي ذلك من صعوبة الوصول

إليها دافع للجوء للعلاج بالطب الشعبي ؟

(و) هل لعدم توفر الخدمات الصحية بالمنطقة أثر في اللجوء إلي وسائل أخرى للعلاج ؟

(ز) هل لموروثات الثقافة الصحية أثر في تشكيل سلوك المرضى العلاجي ؟

(ح) هل يتم اللجوء للتداوي بالطب الشعبي لكل الأمراض أم لأمراض معينة ؟

(ط) ما هي الأمراض التي يلجأ بها المرضى للعلاج بالطب الشعبي ؟

(ى) ما هي الأمراض التي يتحتم اللجوء فيها للوحدات الصحية (الطب الحديث) ؟

(ك) من أين إكتسب المعالجون الشعبيون بمجتمع الدراسة مقدرتهم على العلاج؟

(ل) ما هي الأمراض التي يستطيع المعالجون الشعبيون معالجتها؟

(م) ما هي الوسائل التي يستخدمها المعالجون الشعبيون لتشخيص الأمراض المختلفة ؟

(ن) ما هي الوسائل التي يستخدمها المعالجون الشعبيون في العلاج؟

أخيراً ربما يؤدي كل ذلك إلي اقتراح أنموذج ملائم لتقديم الخدمات الصحية ، بهدف تنميتها

وتطويرها ، وبذلك يصبح للبحث أهميته التطبيقية بجانب الأهمية النظرية .

2-2-1 المفاهيم وتحديد المصطلحات:-

هنالك العديد من المفاهيم التي تم إستخدامها في إطار هذا البحث منها:-

## 1-2-2-1 Attitude مفهوم الاتجاه:-

يعتبر الفيلسوف الإنجليزي هربرت سبنسر صاحب الفضل في استخدام هذا المصطلح في كتابه "المبادئ" (محمد عثمان سالم - 2003م :9) ، وقد ذكر أحمد ذكي (نفس المرجع ونفس الصفحة) فيما يتعلق بتوضيح مفهوم الاتجاه " إن لكل فرد اتجاهات معينة هي التي تحدد سلوكه في المواقف المختلفة سواء كانت هذه المواقف متصلة بأمور دينية ، أم أمور عامة ، أم أمور متصلة بأنشطة في مجالات الحياة المختلفة، وتتكون تلك الاتجاهات نتيجة لتأثر الفرد بمثيرات مختلفة ، وقد تكون تلك المثيرات مادية أو اجتماعية أو ثقافية وتتغير اتجاهات الأفراد تبعاً لتغير صلة الفرد الديناميكية بتلك المثيرات" كما عرف مصطفى سويف الاتجاه " (نفس المرجع :11) "بأنه الحالة الوجدانية القائمة وراء الشخص أو اعتقاده فيما يتعلق بموضوع معين ، من حيث رفضه أو قبوله لهذا الموضوع" .

من هذه المفاهيم السابقة يمكن أن نعرف الاتجاه بأنه عبارة عن حالة وجدانية يكتسبها الفرد نتيجة لاحتكاكه وتأثره ببعض المثيرات التي تحدد سلوكه تجاه المواقف المختلفة ، حيث تمتاز الاتجاهات بالثبات النسبي ، ويمكن تغييرها إذا كان بالإمكان تغيير العوامل التي تشكل تلك الاتجاهات أو تؤثر فيها .

## 1-2-2-2 مفهوم المعرفة التقليدية:-

للمعارف التقليدية دوراً أساسياً في حياة الجماعات والمجتمعات على نطاق العالم وتتوارث تلك المعارف منتقلة من جيلٍ لآخر شفاهةً أو كتابةً . وللمعارف أشكال متنوعة فهناك مثلاً معارف متعلقة بالزراعة مثل معرفة الموعد المناسب لتجهيز الأرض وتجهيز النباتات للزراعة إضافةً إلى معرفة موعد الحصاد وطرق تخزين المحصول ومكافحة الآفات الزراعية وغيرها من المعرفة التقليدية . وهنالك معارف متعلقة بالعناية الصحية وتتمثل في الطب الشعبي الذي يبتكر الطرق الخاصة

بحماية الصحة والعلاج من الأمراض ، ولكل مجتمع طبه الشعبى الخاص به وذلك مثل التداوى بالأعشاب وغيرها من وسائل العلاج الشعبى الأخرى .

( إلى أنه من الصعب وضع تعريف [www.egypt.pibs.info](http://www.egypt.pibs.info) وقد أشارت ضحى مصطفى محمد فهمى ( علمى دقيق للمعارف التقليدية، نسبةً لاستخدام هذا التعبير على نطاق واسع من المعارف ولا يوجد حتى الآن تعريف متفق عليه لها ، إلا أن هنالك بعض الاجتهادات من بعض المنظمات والمؤسسات الدولية لتعريف مصطلح المعرفة التقليدية منها على سبيل المثال تعريف سكرتارية اتفاقية التنوع البيولوجى حيث عرفتها "بأنها الابتكارات والممارسات للجماعات فى مختلف أنحاء العالم ، وقد اكتسبت تلك المعارف وتطورت عبر القرون متكيفة مع البيئة والثقافة المحلية لكل مجتمع ، وتم نقلها ) . كما أشار تعريف آخر إلى أن bid شفويًا من جيلٍ لآخر وتكون فى الغالب مملوكة للجماعة" ( المعارف التقليدية تشير إلى المعارف المرتبطة بالبيئة ، مثل المعارف المرتبطة بالمشغولات اليدوية والتعبيرات الفنية التي تعتبر إحدى عناصر الفولكلور ، وتم تعريف المعرفة التقليدية على ضوء ذلك ) ، كما تبنت bid بأنها " كيان تم تشييده بواسطة مجموعة من الشعوب عبر الأجيال المختلفة" ( سكرتارية المنظمة العالمية للملكية الفكرية فى العام 1999م مفهوم عملى للمعارف التقليدية لدراسة إمكانية حمايتها على اعتبار أنها ملكية فكرية وقد اعتبرت المعارف التقليدية مصطلح يشير إلى " الأدب والفن والأعمال العلمية والاختراعات وغيرها بجانب كل ابتكار له أساس تقليدى ينتمى إلى ) . كما تم تعريف المعارف bid شعب معين فى إقليم معين ، ويتم توارثه وانتقاله من جيلٍ إلى آخر " ( التقليدية على أساس أنها مصطلح ينقسم إلى قسمين أساسيين .

أ/ المعرفة:-

ويقصد بها الأفكار التي يتم إبتكارها بشكلٍ تقليدي وفي إطار غير رسمي " أى المعرفة التي تم الحصول عليها وابتكارها وتطويرها خارج نُظْم التعليم الرسمية "، وغالباً ما تنتقل تلك المعارف عبر الأجيال بشكل شفوي .

ب/ التقليديّة:-

وتعنى تلك المعارف التي تم إكتسابها وتطويرها ونقلها عبر الأجيال وفقاً لقواعد وأعراف جماعة محددة - وحسب تفسير هذا التعريف - فإن كلمة تقليدي لا تعنى بالضرورة أن تكون تلك المعارف قديمة ، وإنما المقصود أن الطريقة التي تم بها الوصول إلى المعرفة أو تَعَلُّمها طريقة تقليدية - بمعنى إن الوصول إلى تلك المعرفة كان خارج الإطار الرسمي للتعليم أو خارج إطار التعليم النظامي - .

مما سبق نلاحظ إن كل المفاهيم قد أكدت على تنوع وأختلاف المعارف التقليدية وفقاً لتنوع وأختلاف ثقافات الشعوب ، كما أكدت على إستمرارية تلك المعارف وإنتقالها من جيلٍ إلى آخر عبر الحقب التاريخية المختلفة .وقد إستخدم الباحث مفهوم المعرفة التقليدية هنا للإشارة إلى المعارف والممارسات المتعلقة بالطب الشعبي .

1-2-2-3 الطب الحديث:-

يقصد به ممارسة الطب بواسطة الطبيب الأكاديمي الحاصل على الدرجة العلمية فى الطب والتي تضم كافة التخصصات ، والفئات الممارسة للطب هى الأطباء العموميين والاختصاصيين هذا بجانب الكوادر المساعدة لهم من ممرضين ومساعدين طبيين .

1-2-2-4 الطب الشعبى:-

هنالك عدة مفاهيم للطب الشعبي أبرزها تعريف منظمة الصحة العالمية له على إعتبار أنه " مجموعة من المعارف والممارسات التي تستخدم فى تشخيص الأمراض العقلية والعضوية معاً هذا بجانب المقدرة على معالجة تلك الأمراض والوقاية منها ، وقد تكون تلك المعارف والممارسات - التي تم إكتسابها أساساً عن طريق الملاحظة والخبرات العملية- قابلة للتفسير أو غير قابلة له ."

نلاحظ من هذا التعريف إن ممارسات الطب الشعبى لم تُكتسب عن طريق التعليم النظامى وإنما تم إكتسابها عن طريق المعارف التقليدية التي تتبنى فى أساسها على أسلوب المحاولة والخطأ بجانب الملاحظة والخبرات العملية .

1-2-2-5 الطب البديل والطب المكمل :-

(NCCAM) تم تعريف الطب البديل والمكمل بواسطة المركز القومى للطب المكمل والبديل على إعتبار أنه مجموعة متنوعة من أنظمة الرعاية الصحية والطبية ، وتعتبر (www.nccam.nih.gov) مجموعة ممارسات ومنتجات الطب البديل والمكمل غير ذات صلة بممارسات ومنتجات الطب الحديث.

كذلك تم توضيح الاختلاف بين مفهومى الطب البديل والطب المكمل ، وقد تم تعريف كل منهما كما يلى :-

بأنه الطب الذى يستخدم مكان الطب (www.feedo.net) (Alternative Medicine) تم تعريف الطب البديل الحديث أى بديلاً عنه ، ومثال لذلك نجد أن الطب البديل يستخدم نظام غذائى معين لعلاج السرطان ، بدلاً عن العلاج الجراحى أو الاشعاع أو العلاج الكيمايى الذى يوصى به الطب الحديث.

أنه الطب الذى يستخدم مع الطب ( Complementary Medicine) (ibid) وتم تعريف الطب المكمل الحديث أى يكمله ، ومثال لذلك نجد إن الطب المكمل يستخدم العلاج بالروائح ( العطر) لتخفيف آلام المريض بعد العمليات الجراحية .(Aromatherapy)

#### 6-2-2-1 مفهوم الصحة :-

تعددت المفاهيم حول تعريف الصحة ، إلا أنها لم تصل إلى تعريف دقيق يحدد ماهيتها أو يغطى مجالها ، هذا على الرغم من أن تلك المفاهيم قد تناولت الصحة من زوايا مختلفة حيث تناول إحدى تلك المفاهيم الصحة من واقع أهميتها للإنسان ليؤدى دوره أو أدواره الإجتماعية وتناول آخر البعد الجسمى للصحة على إعتبار أنها حالة توازن أو تكيف الجسم مع العوامل الضارة التى يتعرض لها. (أ) عرف بارك الصحة على إعتبار أنها الحالة الطبيعية للإنسان (الوحيشى وعبد السلام 1989م :105) وتأتى تلك الحالة كنتيجة لتوافق الكائن البشرى مع قوانين الطبيعة التى تحكم حياته ونشاطه وترتبط بالهواء الصحى النقى والغذاء المتزن المتكامل ، بجانب الحركة المنتظمة مع الراحة والنوم الكافى .

(ب) عرف العالم بيركنز (عبد الرازق مرتضى و حازم صبرى 1982م :11) الصحة بأنها حالة من التوازن بين وظائف الجسم المختلفة ووضح بأن هذا التوازن ناتج عن تكيف الجسم مع العوامل الضارة التى يتعرض لها باستمرار ، كما أشار إلى أن هذا التكيف يعتبر عملية إيجابية تقوم بها قوى الجسم المختلفة للحفاظ على توازنه وعندها يكون الإنسان فى حالة الصحة ويصاب الإنسان بالمرض عندما تتغلب العوامل السلبية على العوامل الإيجابية.

(ج) وقد تم تعريف الصحة من منطلق أهميتها للإنسان لأداء مهامه الحياتية المختلفة، بأنها القدرة الذاتية الضرورية والكافية بدرجة مرضية لكي يؤدي الفرد بكفاءة وفعالية وظائفه المتعددة والمتنوعة التي يتعين عليه تأديتها في نطاق النظام الاجتماعي الذي يعيش فيه وفي علاقته بالبيئة التي يوجد فيها أو يرتبط بها (فوزية رمضان 1984م: 46) .

(د) كما أطلقت منظمة الصحة العالمية تعريفاً للصحة إحتوى على أبعادٍ ثلاث ، هي البعد الجسمي والبعد النفسي ، إضافة للبعد الاجتماعي ، وأشارت إلى أن الصحة لاتكتمل إلا بإكتمال وسلامة هذه الأبعاد الثلاثة ، حيث تم تعريفها بأنها حالة السلامة والكفاية البدنية والنفسية والاجتماعية الكاملة . وليست مجرد الخلو من المرض أو العجز "

يعتبر التعريف الذي أطلقته منظمة الصحة العالمية تعريفاً مثالياً للصحة ، كما أنه الهدف الذي تسعى المنظمة لتحقيقه عن طريق نهج الرعاية الصحية الأولية الذي أقرته في ألما- آتا بالاتحاد السوفيتي سابقاً عام 1978م ، وقد أكد على أهمية الجوانب النفسية والاجتماعية لصحة الإنسان بحيث لا تكتمل الصحة إذا انتقص أيأ منها . وقد ذكر هافدان ماehler المدير العام لمنظمة الصحة آنذاك " (منظمة الصحة العالمية 1988م: 5) أنه ينبغي النظر إلي الصحة في أوسع إطار لها ، نسبة لاسهامها في التنمية الاقتصادية والاجتماعية أخذاً وعطاءً ، حتى يستطيع الناس أن يعيشوا حياةً يرتضونها اجتماعياً واقتصادياً.

نلاحظ مما سبق إن كل المفاهيم قد عجزت عن تحديد ماهية الصحية أو تغطية مجالها بشمولية ويمكن أن نذكر هنا مقولة "الصحةُ تاجٌ فوق رؤوس الأصحاء لا يراه إلا المرضى "، عند النظر إلى هذه المقولة نجد أنها تؤكد على أهمية الصحة بالنسبة للإنسان ، ( حيث شُبِّهت بالتاج) ولكنها في



ذات الوقت تعجز عن تحديد كنهها ، إذ أن الإحساس بالصحة وافتقادها يكون فقط عند الإصابة بالمرض .

1-2-2-7 مفهوم المرض:-

كما لم يتم الاتفاق على مفهوم محدد للصحة ، كذلك الأمر بالنسبة لمفهوم المرض ، وقد أشار بعض العلماء (د/ فوزية رمضان 1984: 26) إلى أن لمفهوم المرض أبعاد ثقافية ، بمعنى إن كل مجتمع يعرف المرض طبقاً لثقافته وبناءً على ذلك فقد تم اعتبار المرض إحدى مقاييس التطور الاجتماعي ، بمعنى إن المجتمعات القديمة كانت تتسبب أسباب المرض إلى الأرواح الشريرة التي يعتقد في أنها تسكن جسد الإنسان فتسبب له آلاماً مبرحة وقد تصل إلى الموت ، ولكن بعد تقدم الفكر البشري واكتشاف دور الجراثيم في الأمراض بدأ مفهوم المرض يأخذ شكلاً أكثر تطوراً وأكثر موضوعية حيث أصبح المرض يعنى اختلال في وظائف أعضاء الجسم نتيجة لإصابتها بالجراثيم وغيرها .

وإذا أخذنا ما ورد في كتب التفسير حول تعريف المرض ، نجد أن الأصفهاني قد عرّف المرض بأنه الخروج عن الاعتدال الخاص بالإنسان وهو نوعان الأول جسمي والثاني عبارة عن الرذائل كالجهل والبخل والنفاق وغيرها من الرذائل الخلقية (الوحيشي وعبد السلام 1989: 55) .

وإذا أخذنا رأي الأطباء نجد أن جميع الأطباء يعرفون المريض بأنه الشخص الذي عانى من مرض ، وإن المرض هو تغير في حالته الجسمية أو العقلية أو كليهما معاً بحيث يؤدي هذا التغير بإخراجه عن حالته الطبيعية (المرجع السابق: 56) .

بناءً على ماتم ذكره يمكن تعريف المرض بأنه حالة من التغيرات التي تصيب عضواً أو أكثر من أعضاء جسم الإنسان وتؤثر سلباً على ذلك العضو أو تلك الأعضاء ، بحيث يختل الأداء الوظيفي

لها ، وبالتالي تختل قدرة الفرد على أداء وظائفه أو أدواره الإجتماعية بطريقة مقبولة و كما اعتاد أن يؤديها ، وقد يكون المرض عضوى أو عقلى .

### 1-3 محتويات البحث :-

بعد أن تعرض الباحث بالتفصيل فى هذا الفصل إلى مشكلة البحث والأهداف التى يسعى إلى تحقيقها ووضّح باختصار المنهجية التى اتبعها فى الوصول إلى تلك الأهداف ، مع تناول الأسئلة المحورية للبحث والتى تشكل فى مجملها الإشكالية التى يسعى إلى حلها ، وقام بتحديد وتوضيح المفاهيم والمصطلحات التى تم استخدامها فى هذه الدراسة .

تناول الباحث فى الفصل الثانى الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع هذا البحث ، بجانب بعض النظريات المفسرة لسلوك المرضى واتجاهاتهم العلاجية .

وفى الفصل الثالث تناول خدمات الطب الحديث فى السودان ، من حيث النشأة التاريخية لتلك الخدمات ، بجانب عدم العدالة فى توزيعها بين المركز والولايات المختلفة ، إضافةً إلى قصور النظام الصحى عن معالجة بعض المشكلات الصحية ، والإجراءات التى تم ابتكارها من قبل علما الصحة لمعالجة بعض أوجه القصور فى النظام الصحى .

تحدث الباحث فى الفصل الرابع عن الطب الشعبى فى السودان ، والذى يعتبر إحدى البدائل العلاجية التى يلجأ إليها المرضى عند التداوى من الأمراض ، حيث وضّح ممارسات الطب الشعبى الوقائية والعلاجية السائدة فى السودان ، بجانب المسميات المختلفة للمعالجين الشعبيين .

وفى الفصل الخامس تحدث الباحث عن الدراسة الميدانية ، حيث تناول مجتمع البحث من حيث التركيبة السكانية والنشاط الاقتصادى للسكان بجانب الخدمات الصحية والتعليمية بالمجتمع ، كما

تحدث بالتفصيل عن الإجراءات المنهجية التي اتبعتها في الوصول لأهداف هذا البحث ، بجانب ذلك فقد قام الباحث بوصف ممارسات العلاج الشعبي السائدة في منطقة الدراسة ، فتحدث عن المعالين الشعبيين بمنطقة الدراسة ، من حيث مسمى ممارستهم العلاجية إضافة إلى الوسائل التي يستخدمونها في تشخيص الأمراض وفي علاجها ، بجانب الطرق التي اكتسبوا بها المعرفة بتلك الممارسات العلاجية وذلك من واقع البيانات الميدانية التي تحصل عليها الباحث عند إجراء المقابلة معهم .

وفي الفصل السادس قام الباحث بعرض نتائج الدراسة الميدانية التي تحصل عليها عند مقابلة أرباب الأسر بمجتمع البحث بغرض معرفة اتجاهاتهم العلاجية ، ومن ثم قام بتحليل وتفسير تلك النتائج واستنتاج العلاقة بين الاتجاهات العلاجية والعوامل المؤثرة في تلك الاتجاهات .

وأخيراً في الفصل السابع والخاص بالخاتمة والتوصيات ، تناول الباحث أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة ، بجانب بعض التوصيات والنقاط التي أثارها ، والتي يمكن أن تسهم في حل إشكالية البحث .

## الفصل الثاني الإطار النظري والدراسات السابقة

### 2- 1 نظريات البحث

2-2 علاقة العوامل الاقتصادية والاجتماعية بالاتجاهات العلاجية

### 2-3 الدراسات السابقة

## الفصل الثانى

### الإطار النظري والدراسات السابقة

#### 1-2 نظريات البحث

##### مقدمة:-

( ، " إن الوظيفة الأساسية للعمل النظرى هي *W. Gibbs* حسب ما ورد على لسان ويلارد جيبز ) تقديم الصيغة الملائمة لعرض نتائج التجربة " (محمد على محمد 1983م: 491) ومن ثم ليست بالضرورة أن يبدأ كل بحث علمي بإطار نظري متكامل أو أن يصاغ في حدود نظرية معينة ، إذ أن إستراتيجية البحث العلمي تبدأ مباشرة من النتائج الواقعية ثم تسعى للكشف عن القضايا العامة التي تفسر تلك النتائج وهذه هي إستراتيجية الوصول إلي أنساق استنباطية بالطريقة الإستقرائية (نفس المرجع السابق: 490) . وهذا بالطبع لا ينفى الدور الهام للنظرية والإطار النظرى فى توجيه مسارات البحث ، وربط نتائجه بالإطار التصورى الذى استعان به الباحث أو بالنظريات التى استرشد بها منذ البداية .

عموماً هنالك بعض النظريات التى سعت إلي تفسير سلوك المرضى العلاجى أو الخصائص السلوكية للإنسان المريض ومن أهمها - حسب ما ورد فى الدراسة التى قام بإعدادها فريق بحثى بمعهد الأبحاث الاقتصادية والاجتماعية (سامية النقر وآخرين 2003م: 21) نظريتا ميكانيك 1958م وساخمان 1965م .

1-1-2 نظرية مكانيك 1958 :-

تحدثت هذه النظرية عن مجموعة من العوامل التي يمكن أن تؤثر علي إستجابة الفرد للمرض وعلى سلوكه العلاجي منها :-

(أ) أن يدرك المريض أن هنالك تغيرات غير طبيعة تتنابه وبالتالي يسعى لمعرفة تلك التغيرات ومحاولة التخلص منها .

(ب) مدى خطورة تلك التغيرات ، وهنا يكون الاعتماد علي خلفية المريض الثقافية وخلفية من حوله عن طبيعة تلك التغيرات ومدى مشابهتها لأعراض أمراض معينه ومعروفة لديهم .

(ج) مدى توفر الخدمات الصحية من حيث القرب أو البعد عن سكن المريض ومن حيث التكلفة المادية لإستخدام تلك الخدمات .

(د) إلي أي حد يمكن أن تكون تلك التغيرات عاملاً معوقاً لأداء الفرد لمهامه الحياتية وأنشطته اليومية وأدواره الإجتماعية .

2-1-2 نظرية ساخمان 1965:-

تركز هذه النظرية على المريض منذ إحساسه بأعراض المرض إلي أن يصل إلي الشفاء وقد وضعت عدة مراحل لذلك .

(أ) التغيرات التي تنتاب المريض ، وهى التغيرات الغير طبيعية التي أشار إليها ميكانيك في نظريته

.

(ب) مرحلة دور المريض ، وهو الدور الذى يسلكه المريض وفقاً لما تقتضيه طبيعة المرض .

(ج) مرحلة البحث عن رعاية طبية ، وذلك للتخلص من الأعراض الغير طبيعية التي تنتابه .

(د) مرحلة قبول العلاج والتجاوب مع المعالجين .

(هـ) مرحلة اكتمال العلاج ونيل الشفاء .

وقد رأت الدراسة التي تم إجراؤها بواسطة مجموعة من الباحثين بمعهد الأبحاث الاقتصادية والاجتماعية (سامية النقر وآخرين 2003م :23) قصور تلك النظرية نسبة لتركيزها فقط على المريض الذى يستجيب للمرض ويبحث عن الشفاء نتيجة لأعراض مرضية حادة مع عدم توضيح حالة من لا يبحثون عن رعاية طبية .

3-1-2 مفهوم دور المريض (بارسونز 1951) :-

يمكن اعتبار مفهوم دور المريض الذي قدمه عالم الاجتماع تالكوت بارسونز في كتابه النظام عام 1951 (الوحيشى وعيد السلام 1989م : 68) مدخلاً نظرياً مهماً في تفسير *The Social System* الاجتماعي خصائص سلوك الإنسان المريض حيث يبنى هذا المفهوم علي افتراض أن المرض ليس شيئاً مقصوداً من قبل الفرد بمعنى أن الإنسان المريض لم يسبب المرض لنفسه (د/نادية عمر 1993م :98)، هذا علي الرغم من أن المرض قد يحدث نتيجة لتعرض الإنسان للأمراض المعدية أو عدم أتباعه لوسائل الوقاية اللازمة من الأمراض .

وفي ذات السياق نجد أن بارسونز يحذر من أن بعض الناس يحبذون دور المريض حيث أن هذا الدور يمكن أن يعفيهم من بعض مسؤولياتهم الاجتماعية ، إذ أن المرض لا يؤثر فقط في الحالة الطبيعية البيولوجية للإنسان ، وإنما في أدواره الاجتماعية أيضاً فعندما يشخص الطبيب حالة إنسان بأنها حالة مرضية ، فإن ذلك من شأنه أن يغير في سلوك هذا الإنسان ويبدأ في التصرف وفقاً لما يقتضيه دور المريض أو المرض - أي عندما يعطى الطبيب صفة المرض لحالة أى شخص فإن ذلك يؤثر حتماً علي حالته النفسية وبالتالي علي طريقة حياته وأدواره الإجتماعية .

يرى بارسونز أن المرض يفرز بعض التوقعات السلوكية للمريض وذلك إنطلاقاً من أن المرض شئ أو وضع غير مرغوب فيه وأهم تلك التوقعات :-

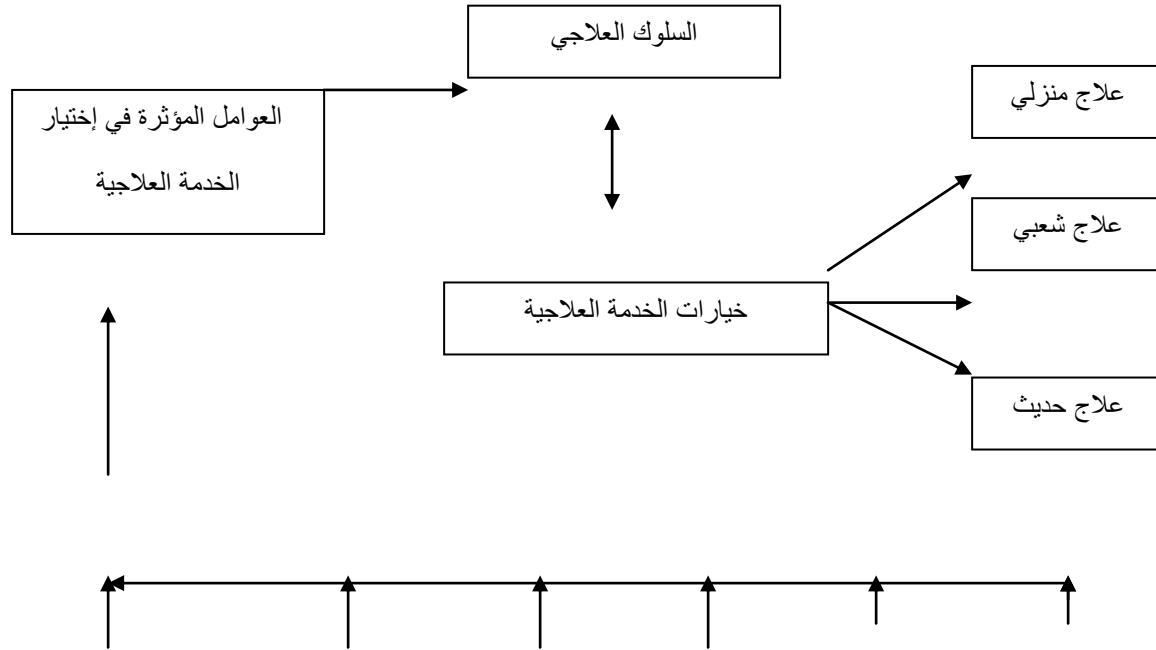
(أ) أن يسعى المريض للتخلص من المرض ومعالجته .

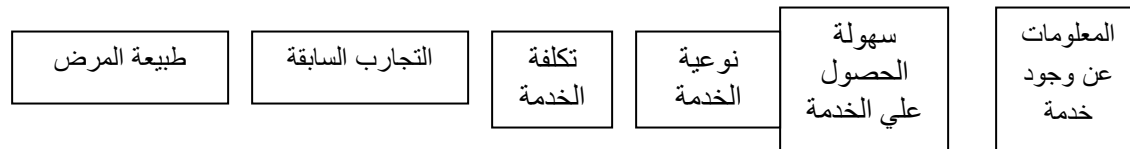
(ب) المرضي غير قادرين علي العناية بأنفسهم بشكل كلى لذلك لا بد من أن يسعوا لطلب الاستشارة والمساعدة الطبية لإتمام عملية العلاج .



نلاحظ هنا أن بارسونز قد أغفل العلاج الذاتي الذي تحدثت عنه دراسة معهد الأبحاث الاقتصادية والاجتماعية (سامية النقر وآخرين مرجع سابق : 90) ، وهو العلاج الذي يتناوله المريض بمعزل عن أى مساعدة أو استشارة خارجية فقط بناء علي خبراته وتجاربه السابقة في تشخيص المرض ومعالجته، أو العلاج المنزلي الذي أشار إليه الباحث في دراسته عن دور العوامل الاقتصادية والاجتماعية في اسهالات الأطفال (عطا الله حاكم- ماجستير 1999م :67) ، وهو نوع من العلاج مرتبط بالثقافة الصحية التقليدية الموروثة ويتمثل في المشروبات البلدية التي تقوم بإعدادها وتحضيرها الأم بالمنزل لتعويض الماء والأملاح ( في دراسته بينغلاديش تصوراً يوضح فيه *Alam* التي فقدها طفلها بسبب الإسهال . وقد أورد الأم ( الخيارات المتعددة التي يمكن أن يسلكها المريض للوصول إلي الشفاء من المرض بجانب العوامل التي يمكن أن تؤثر في عملية إختيار الخدمة العلاجية .

شكل رقم (1-2)





المصدر :-دراسة ألام

بينغلايش 2000 م نقلاً عن دراسة د/سامية النقر الخرطوم 2003م Alam

وفيما يتعلق بالمظاهر الخاصة بدور المريض فقد وضح بارسونز عدة مظاهر يمكن حصرها في الآتي :-

(أ) إعفاء المريض من مسؤولياته وأدواره الإجتماعية ، كأن يعفي من العمل أو الدراسة أو بعض المهام الأسرية والعلاقات الإجتماعية ويتناسب الإعفاء طرداً مع شدة المرض - أي كلما كان المرض شديداً كلما كانت درجة الإعفاء أكبر . يعتبر الطبيب هو السلطة الشرعية المخول لها إعفاء المريض من مهامه وأدواره الاجتماعية ، وقد وضح بارسونز أن الحصول على شرعية الإعفاء ليست حقاً للمريض فقط بل واجب عليه أيضاً إذ أن بعض المرضى يرفضون القبول أو التسليم بحالتهم المرضية فتجدهم يمارسون أعمالهم ومهامهم الاجتماعية بالرغم من مرضهم وهؤلاء يجب أن ينصحوا بأن وضعهم الصحي أو حالتهم تحتاج إلى العلاج والراحة.

(ب) المريض غير مسئول عن حالته بمعنى أن المريض لم يسبب المرض لنفسه ، كما أن المرض خارج عن نطاق قدرات المريض ، أي أن المريض غير قادر على شفاء نفسه بنفسه لذلك لا بد له من اللجوء إلي من لهم صفة الاختصاص للقيام بدور المساعدة والعلاج .

(ج) على المريض أن يسعى للتخلص من المرض ونيل الشفاء وذلك انطلاقاً من أن المرض حالة أو وضع غير مرغوب فيه ، وأن الإعفاء من المسؤوليات والواجبات الاجتماعية أمر مؤقت ومرتبط برغبة المريض في الشفاء واستعادة صحته ، وهنا ينبغي على المريض - حسب رأي بارسونز - أن يطلب المساعدة الفنية المتخصصة والقادرة على العلاج ، وإن لم يفعل ذلك يعتبر منحرفاً ويصنف ضمن من يحبذون دور المريض ونلاحظ هنا أن بارسونز قد تناول في مفهومه هذا ما أغفله ساخمان في نظريته - أي المرضى الذين لايسعون للمساعدة الطبية لنيل الشفاء -

#### - Structural - Functional Perspective 2-1-4 المنظور البنائي الوظيفي

( من أكبر ممثلي (R..Merton) وتلميذه روبرت ميرتون T.Parsons يعتبر تالكوت بارسونز ) المدرسة الوظيفية حيث تدور الفكرة المحورية لهذه النظرية حول تكامل الأجزاء في كل واحد ، وإن أجزاء المجتمع مترابطة وفي حالة تفاعل (مراد وهبة 1979م :400) وإن أيّ شئٍ سواء كان فرداً أو مجموعة صغيرة أو مجتمعاً يمكن النظر إليه علي اعتبار أنه نسق مكون من مجموعة أجزاء مترابطة "حيث يعني النسق عند بارسونز مجموعة العلاقات التي اتخذت شكلاً نظامياً وأن أيّ خلل في جزءٍ من هذه الأجزاء يمكن أن يؤدي إلي خلل النسق أو النظام بأكمله ومن ثم رفض الآخذ بالتفسير الأحادي للظواهر (محمد عاطف غيث 1977م : 125) .

وبناء على ما تقدم ينبغي النظر بعين الاعتبار إلي العوامل النفسية والاجتماعية عند تفسير أسباب المرض ، ومن هنا كان تعريف منظمة الصحة العالمية للصحة ( عبد الحميد رشوان 1989م :156)

بأنها " حالة من اكتمال السلامة والكفاية البدنية والنفسية والاجتماعية وليست مجرد الخلو من المرض أو العجز"

إذا أخذنا بتحليل روبرت ميرتون عند تطبيقه للوظيفية في دراسته عن البناء الاجتماعي واللامعيارية (عبد العاطى السيد وآخرين 1997م: 90) ، عند تحليل المصادر الإجتماعية والثقافية للسلوك المنحرف ، حيث كان هدفه أن يوضح كيف يمارس البناء الإجتماعي ضغطاً محدداً علي أفراد معينين في المجتمع لممارسة سلوك غير إمتثالي .

بدأ ميرتون بالتسليم بأن الأبنية الثقافية والإجتماعية تصبغ صفة المشروعية علي أهداف معينة وفي نفس الوقت تحدد أساليب مقبولة لتحقيقها ، وفي المجتمع جيد التكامل يجب أن يكون هنالك تناغماً وانسجاماً بين الأهداف والوسائل ، بمعنى أن الأساليب أو الوسائل يجب أن تكون ميسورة لكافة أفراد المجتمع ، وإلا فإن حالة من اللامعيارية سوف تنشأ في المجتمع ويحدث ما أسماه بالمعوقات الوظيفية ، وعندها سوف تحدث أنماط من التكيف المنحرف للوصول إلي الهدف وأهم أنماط التكيف الإنحرافي هو نمط الابتداع ويحدث عندما يتقبل الناس الهدف ولكن ليس بمقدورهم جميعاً الوصول لذلك الهدف عن طريق الأساليب التي يقرها النظام الإجتماعي فيبتدعون أساليب بديلة في الوصول لذلك الهدف .

إذا اعتبرنا أن الصحة- أو العلاج من الأمراض- هي الهدف المقبول لدى الأفراد فإن الوسائل المشروعة لتحقيق هذا الهدف هي اللجوء إلي الطبيب ( الطب الحديث ) فإذا لم يكن بإمكان الجميع الاستفادة من خدمات الطب الحديث سواء لمعوقات اقتصادية أو اجتماعية أو ثقافية فسوف تحدث أنماط من التكيف الإنحرافي فيبتدعون أساليب بديله وصولاً لذلك الهدف ويمكن أن تتمثل تلك الأساليب في العلاج الشعبي أو العلاج الذاتي أو العلاج المنزلي.

نخلص من كل ذلك إلى أن دراسة الحالة الصحية في أى مجتمع وبصورة متعمقة تقتضي بالضرورة دراسة العوامل المختلفة التي يمكن أن تؤثر في المعالم الصحية للمجتمع ، وذلك مثل العوامل البيئية بشقيها الطبيعي والاجتماعي ، إضافة إلى العوامل الثقافية والاقتصادية بجانب مدى

توفر وانتشار الخدمات الصحية بمختلف أنواعها سواء كانت خدمات علاجية أو وقائية أو خدمات صحة بيئية ، وهى نفس العوامل التى يمكن أن تدرس فى إطارها اتجاهات الأفراد نحو البدائل المختلفة للعلاج.

## 2-2 علاقة العوامل الاقتصادية والاجتماعية بالاتجاهات العلاجية :-

مقدمة:-

حسب ما أشار الباحث فإن دراسة الحالة الصحية فى أى مجتمع تقتضى دراسة العوامل المختلفة التى تحدد معالمه الصحية ، وهذا الأمر يتطلب بالضرورة دراسة العوامل التى تشكل تلك المعالم مثل العوامل البيئية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية بجانب مدى توفر وانتشار الخدمات الصحية بمختلف أشكالها ، وهى نفس العوامل التى يمكن أن تدرس فى إطارها الاتجاهات العلاجية للمرضى .

لذلك فقد تناول الباحث فى هذا القسم العوامل الاقتصادية والاجتماعية فى إطار علاقتها باتجاهات المرضى العلاجية .

## 1-2-2 العوامل الاقتصادية:-

مقدمة:-

مما لاشك فيه إن السياسات الاقتصادية لأى دولة يمكن أن تنعكس إما سلباً أو إيجاباً على السياسات الاجتماعية السائدة فى تلك الدولة ، وكثير من الدول- وخاصة النامية منها - فى سبيل

سعيها لتحقيق ترميتها الاقتصادية ، تهمل الكثير من جوانب التنمية الاجتماعية الأمر الذى يمكن أن ينعكس سلباً على مستوى الخدمات وكفاءتها ، سواءً الخدمات الصحية أو الخدمات التعليمية أو خدمات صحة البيئة وغيرها من الخدمات .

2-2-1 أثر سياسة الخصخصة والتحرير الاقتصادى على الخدمات فى السودان :-

بدأ استخدام كلمة الخصخصة فى المملكة المتحدة فى بداية عقد الثمانينيات ، وقد تمثلت أهم أهداف سياسات الخصخصة فى الدول المتقدمة حسب ما ورد فى الموقع الإلكتروني لصحيفة المدى ( فى المحاور التالية :-[www.almadapaper.com](http://www.almadapaper.com))

أ/ تقليل حجم دور الدولة فى إنتاج السلع والخدمات .

ب/ زيادة الكفاءة الإنتاجية للمؤسسات تحت الخصخصة .

ج/ إضعاف نفوذ ودور نقابات العمال فى القطاع العام .

أما فى الدول النامية فقد كان الهدف من إتباع سياسة الخصخصة ، هو محاولة علاج الأزمات الاقتصادية التى تمر بها تلك الدول ، وذلك من خلال تطبيق برامج التثبيت الاقتصادى والتكيف الهيكلى ، والتي هى عبارة عن حزمة من السياسات الاقتصادية التى تختلف من دولة لأخرى ، ولكن

تشتمل في الغالب على سحب الدعم الحكومي عن السلع والخدمات ومؤسسات القطاع العام إضافةً إلى تحرير أسعار السلع والخدمات وتخفيض الإنفاق الحكومي ، وتشجيع القطاع الخاص لقيادة التنمية الاقتصادية بإفراح المجال له في كل القطاعات التي كانت حكرًا على مؤسسات القطاع العام وهو ما يعرف بالخصخصة .

- بناء على ما تقدم فقد اضطرت الكثير من الدول النامية تحت ضغط مؤسسات التمويل وخاصة البنك الدولي وصندوق النقد الدولي- ، وصولاً لحل أزمتها الاقتصادية في تلك الفترة أن تتبنى سياسات برامج التثبيت الاقتصادي والتكيف الهيكلي .

تبنى السودان تلك السياسات منذ مطلع التسعينات ، حيث تمت خصخصة بعض مؤسسات القطاع العام ، كما تم خفض الإنفاق الحكومي على قطاع الخدمات . أدناه جدول رقم (1-2) يوضح الإنفاق الحكومي على قطاعي الصحة والخدمات الاجتماعية المختلفة في السودان خلال الفترة من 1987 / 86م - 1994 / 93م .

جدول رقم (1-2)

نسبة الإنفاق الحكومي على الخدمات الاجتماعية وخدمات الصحة من إجمالي

الناتج المحلي خلال الأعوام 1987/1986م - 1994 / 1993م

نسبة الإنفاق على الخدمات الصحية	نسبة الإنفاق على الخدمات الاجتماعية	العام
%0,5	%0,9	1987/86م
%0,3	%1,2	1988/87م

1989/88م	1,1%	0,3%
1990/89م	0,6%	0,3%
1991/90م	0,4%	0,2%
1992/91م	0,3%	0,1%
1993/92م	0,4%	0,1%
1994/93م	0,4%	0,1%

Source: Muneef Abdel Bagi - Health Policy and

Health status in A liberalized Economy1996

من واقع الجدول (1-2) أعلاه نلاحظ فيما يتعلق بالإنفاق الحكومي على قطاع الخدمات الصحية إن نسبة الإنفاق الحكومي قد بدأت في الانخفاض اعتباراً من العام 1991/90م حيث بلغت 0,1% في العام 1994/93 بعد أن كانت 5,0% في العام 1987/86م ، وهذا الانخفاض ناتج عن تبني الدولة لبرامج التثبيت الاقتصادي والتكيف الهيكلي ، وما ترتب على تلك البرامج من خصخصة لمؤسسات القطاع العام وتحرير للأسعار وخفض للإنفاق الحكومي على القطاعات الخدمية ، وربما انعكس هذا الخفض للدعم الحكومي سلباً على كفاءة تلك القطاعات وجودة خدماتها ، ونتيجة لذلك فقد ظهرت المستشفيات والمستوصفات الخاصة التي تقدم خدماتها العلاجية بصورة أفضل وأجود من تلك التي في المستشفيات الحكومية كما برز في المستشفيات الحكومية نفسها ما يسمى بالجنح الخاص حيث يجد المرضى فيه عناية وخدمات أفضل من تلك التي في العنابر العامة بالمستشفى وكل ذلك نظير رسوم يدفعها المريض وتتفاوت تلك الرسوم في قيمتها بين المستشفيات والمستوصفات الخاصة والأجنحة الخاصة في المستشفيات الحكومية.



كما فرضت الدولة رسوماً على المرضى المستفيدين من الخدمات الصحية بالمستشفيات العامة وذلك لتغطية العجز الناتج عن انخفاض الدعم الحكومي ، وهذا الأمر قد يدفع ببعض المرضى الذين لا يطيقون تلك الرسوم إلى البحث عن بدائل أخرى أقل تكلفة لنيل للعلاج من الأمراض المختلفة ، وفى هذا الصدد فقد أشارت بعض الدراسات فى أمريكا وأوروبا حول العلاقة بين الصحة والمرض والمستوى الاقتصادى والاجتماعى ( الوحيشى وعبد السلام 1989م :86) ، إن المرضى ذوى المستوى الاقتصادى المنخفض يستغلون الخدمات الصحية بنسبة أقل من استغلال ذوى المستوى الاقتصادى المرتفع لها . ويعود السبب فى ذلك إلى إرتفاع تكاليف العلاج .

## 2-2- 2 العوامل الاجتماعية والثقافية :-

يعتبر الإنسان هدف التنمية وأداتها ، لذلك لابد أن تمتلك تلك الأداة القدرة الفاعلة لإحداث التنمية الشاملة ، ولا يتأتى ذلك إلا بتوفير الرعاية الصحية الجيدة بجانب توفير خدمات التعليم المجانية لكل شرائح المجتمع . إلا أن سياسات الخصخصة والتحرير الاقتصادى وما تبعها من خفض للإنفاق الحكومى على الخدمات قد طال الخدمات التعليمية كما طال خدمات الصحة حيث ظهرت المدارس الخاصة التى تقدم العملية التعليمية بصورة أفضل من تلك التى بمدارس القطاع العام وذلك نظير مصروفات دراسية يدفعها الطالب ، وتتفاوت تلك المصروفات فى قيمتها حسب مستوى المدرسة وشهرتها ومستوى القائمين على أمر العملية التعليمية بها . هذا فيما يتعلق بالمدارس الخاصة ، أما المدارس الحكومية أو مدارس القطاع العام إذ انه وعلى الرغم مما يقال عن مجانية التعليم بها إلا أن واقع الحال خلاف ذلك ، حيث أن هنالك رسوم تفرض على الطالب عند التسجيل بالمدرسة وعند الامتحان هذا بجانب ماينبغى للأسرة توفيره للطالب من كتب وكراسات وخلافه . كل تلك التكلفة قد لا تطبقها الكثير من الأسر الفقيرة فى السودان علماً بأن نسبة الفقر فى السودان قد تم تقديرها بأكثر من 90 % من جملة السكان (سامية النقر وآخرين 2003م : 40) وعندها تضطر تلك الأسر أن تحرم بعض

أبنائها عن مواصلة دراستهم ، ليتمكن البعض الآخر من مواصلتها ، وغالباً فإن البنات هن اللاتي يتم حرمانهنّ من مواصلة التعليم ، إذ أن تلك النظرة التي تفضل تعليم الأولاد على تعليم البنات لازالت متأصلة في الكثير من الأسر السودانية وخاصة في الأرياف ، وفي هذا الصدد فقد أشارت بيانات التعداد السكاني الرابع عام 1993م إلى أن معدل الأمية في السودان قد بلغ بين النساء فوق سن الخامسة والعشرون في المناطق الحضرية 57,37% بينما كان المعدل في الريف 82,27% وكان ( . El Nagar and (10: Badri 1997 نفس المعدل بين الرجال في الحضر 29,09% وفي الريف 51,69%

وقد أشارت الكثير من الدراسات إلى أن هنالك علاقة بين مستوى التعليم وبين الحالة الصحية في أيّ مجتمع (الوحيشي وعبد السلام 1989م: 82) ، إذ أن ارتفاع مستوى التعليم يؤدي إلى ارتفاع المستوى الصحي وانخفاضه يؤدي إلى تدهور المستوى الصحي وانتشار الأمراض ، كما إن المجتمعات المتخلفة في العادة تكون قاصرة عن معرفة الأسباب الموضوعية للأمراض وتتسبب كل أسباب المرض إلى الغيبيات مثل الجن والأرواح الشريرة والحسد وغيرها ، وتتفر من مكافحة الأمراض بالوسائل الحديثة .

وإذا نظرنا إلى درو العوامل الثقافية ، تاريخياً نجد إن دول الجوار الأفريقي قد كان لها أثراً ثقافياً واضحاً في هجرة الكثير من ظواهر العلاج الشعبي إلى السودان هذا بجانب دخول الإسلام وما تبعه من انتشار للطرق الصوفية وممارسة بعض مشايخها لأساليب العلاج بالقرآن

ويرى بعض العلماء (سليمان عثمان ممد وآخرين 2006م: 27) إن السودان لم يعرف الظواهر العلاجية السالبة إلا بعد أن توالى إليه هجرات القبائل الوافدة من البلاد الأفريقية التي تسود فيها ظواهر العلاج بالسحر والطلاسم وذلك مثل نيجيريا ومالي وشرق تشاد .

كما ذكرت دراسة معهد الأبحاث الاقتصادية والاجتماعية (سامية النقر وآخرين 2003م: 46) إن أهم ملامح العوامل الثقافية تتمثل في " سيادة بعض القيم والممارسات والطقوس ذات الصلة بالأمراض والعلاج

وتختلف تلك القيم والممارسات من مجموعة عرقية إلى أخرى ، وأصبح من العموميات الثقافية الإعتقاد فى مقدرة المعالجين الشعبيين على علاج بعض الأمراض العضوية والنفسية .

## 3-2 الدراسات السابقة

### مقدمة:-

هنالك بعض الدراسات التي اهتمت بقضايا السلوك في مجال استخدام الخدمات الصحية ومن أهمها فى السودان الدراسة التي قام بإجرائها فريق بحثي بمعهد الأبحاث الاقتصادية والاجتماعية د/سامية النقر وآخرين عام 2003م حول استخدام المرافق الصحية بولاية الخرطوم .

### 1-3-2 الرؤى والاتجاهات نحو استخدام المرافق الصحية بولاية الخرطوم:-

بحثت هذه الدراسة في مدى استخدام المرضى بولاية الخرطوم للمرافق الصحية وأثر بعض المتغيرات على عملية الإفادة من تلك المرافق وذلك مثل عوامل النوع والسن والمهنة والتعليم وطبيعة المرض- وإن كانت محدودية التمويل حسب- ما ورد فى التقرير - قد حالت دون دراسة متغيرى النوع والسن كمحاور أساسية مؤثرة فى سلوك المرضى العلاجي ، وقد تم إلقاء الضوء عليها فقط فى أثناء المقابلات (سامية النقر مرجع سابق : 18) ، حيث تم جمع بيانات الدراسة الميدانية باستخدام الاستبيان المقبول والمقابلة .تم تصميم الاستبيان بغرض جمع معلومات عن الخصائص الاقتصادية والاجتماعية للمبحوثين إلى جانب أسئلة عن التطعيم وأساليب العلاج بالإضافة إلى تجربة التامين الصحي وأثرها فى الإفادة من الخدمات الصحية بينما تمحورت أسئلة المقابلة حول أثر الرسوم المفروضة على الخدمات الصحية وانخفاض الدخل على الإفادة من تلك الخدمات ، وذلك من واقع آراء أرياب الأسر .

تمثلت أهم أهداف البحث في معرفة خدمات العلاج الوقائي كالتطعيم بجانب الإفادة من خدمات التامين الصحي ، إضافة إلى معرفة مدى استخدام الطب الشعبي في العلاج واستخدام العلاج الذاتي والعوامل التي يمكن أن تؤثر على سلوك المرضى العلاجي هذا بالإضافة إلى استنتاج مواضيع أو أجنده تحتاج إلى مزيد من الدراسة والبحث في المستقبل.

خلصت دراسة معهد الأبحاث الاقتصادية والاجتماعية عن استخدام المرافق الصحية بولاية الخرطوم - مستخدمة المنهج الوصفي التحليلي وصولاً لأهدافها- إلى أن هنالك ارتباطاً وثيقاً بين المهنة وبين استخدام الوحدات الصحية ، حيث يعتبر نظام التامين الصحي لمن يعملون في الوحدات الحكومية دافعاً لارتياح الوحدات الصحية كما أن بعض العاملين في القطاع الخاص تتكفل مؤسساتهم بتغطية نفقات العلاج وفي الحالتين ينتفي عامل التكلفة الذي يمكن أن يؤدي إلى أحجام المرضى عن الإفادة من الوحدات الصحية . وفيما يتعلق بمتغير التعليم وأثره في الإفادة من المرافق الصحية، فقد ذكرت الدراسة أن ليس بالإمكان تأكيد أثر هذا المتغير نسبة لمحدودية مضمون الثقافة الصحية بمناهج التعليم ، لذلك رأت الدراسة ضرورة البحث عن عوامل أخرى خارج نطاق التعليم النظامي ، وإن كانت نفس الدراسة قد ذكرت بأنه قد لوحظ أن هنالك نوع من الحرص على نكران اللجوء إلى الطب الشعبي لدي المبحوثين لارتباطه بقلة الوعي والتعليم (نفس المرجع السابق : 79) . وقد أظهر إنخفاض الدخل مع إرتفاع تكلفة العلاج بالوحدات الصحية أثراً في مدي اللجوء والإفادة من تلك الوحدات - إلا في حالة مرض الأطفال والحوامل من النساء فإن الخيار يكون بالذهاب إلى الوحدات الصحية بغض النظر عن التكلفة المادية وهذا هو الأمر الذي أدى إلى الإقبال على خدمات الطب الوقائي(كالتطعيم) لتفادي الأمراض وبالتالي تفادي تكاليف العلاج خاصة وان التطعيم ضد الأمراض في اغلب الأحيان بلا رسوم .

فيما يختص بالعلاقة بين طبيعة المرض وخيارات الاستخدام بين الطب الحديث والطب الشعبي فقد توصلت الدراسة إلى أن أعراض المرض إن كانت خفيفة ومتعارف علي أنها أعراض لمرض

بسيط فإن الخيار غالباً ما يكون باستخدام العلاج الذاتي أو العلاج الشعبي أما إن كانت الأعراض شديدة وتشير إلي مرض خطير ، فإن اللجوء إلي الطب الحديث هو الخيار الحتمي - أي أن هنالك علاقة ارتباطيه بين طبيعة المرض وبين السلوك العلاجي، وهذه العلاقة توصلت إليها أيضاً الدراسة وآخرين في بنغلاديش عام 2000م (نفس المرجع ص79-80) بناءً علي تلك Alam التي قام بإجرائها ألام العلاقة بين طبيعة المرض وبين سلوك المرضى العلاجي فقد أشارت دراسة معهد الأبحاث الاقتصادية والاجتماعية إلي أن أهم مجالات البحث هي معرفة مفاهيم المبحوثين عن الأمراض والمعايير التي تصنف بموجبها الأمراض من حيث الخطورة وعدمها ، لما لذلك من أثر علي السلوك العلاجي . كما أشارت الدراسة إلي عدم وجود ارتباط ذو أهمية بالنسبة لمتغيرات النوع والفئة العمرية كعوامل مؤثرة في استخدام المرافق الصحية .

تعتبر هذه النتائج من أهم ما توصل إليه البحث، إضافة إلي استخراج الكثير من المواضيع التي تحتاج إلي مزيد من البحث والدراسة في المستقبل، علماً ، بأن التقرير قد أشار إلي عدم إمكانية تعميم تلك النتائج على السودان عامةً ، نسبةً للتباين والإختلاف بين الخرطوم بوصفها العاصمة وبين الولايات الأخرى ، أو كما ذكر التقرير "ونسارع إلي القول بأنه لا يمكن الخروج بأي تعميمات من هذا البحث عن السودان عامة إذ أن الولايات الأخرى تتباين كثيراً وتختلف عن الخرطوم ولكن وجود مجموعات سكانية مختلفة وأنواع خدمات مختلفة قد يساعد في تحقيق هدف الدراسة وتوضيح القضايا المهمة لبحوث متعمقة وذات أبعاد علمية متداخلة " (نفس المرجع: 15) .

## 2-3-2 التردد على المعاليج التقليدية وعلاقته ببعض المتغيرات:-

دراسة ميدانية أعدتها رقية السيد (سليمان عثمان وآخرين 2006م: 39) . و تم إجراؤها على عينة مكونة من 60 فرداً تتراوح أعمارهم بين (25-60 سنة) ، وقد تم اختيار العينة بالطريقة العشوائية البسيطة من الأفراد

المتريدين على مراكز العلاج الشعبي بولاية الخرطوم وذلك خلال الفترة من يناير وحتى مارس 2005م .

استخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي وصولاً لأهداف الدراسة التي تمثلت في الآتي :-  
(أ) التعرف على أكثر الأمراض النفسية انتشاراً بين المتريدين على مراكز العلاج الشعبي

(ب) معرفة سمات الأفراد المتريدين على المعالجين الشعبيين .

(ج) مدى ارتباط ظاهرة التردد على المعالجين الشعبيين بمتغيرات النوع والعمر والمستوى الاقتصادي والاجتماعي للفرد .

وقد خلصت الدراسة إلى النتائج التالية :-

(أ) أشارت البيانات إلى إن أكثر الأمراض النفسية انتشاراً بين المتريدين على المعالجين الشعبيين هي اضطراب القلق ، يليها الوسواس القهري ثم توهم المرض فالإكتئاب ثم الصرع وأخيراً بعض الأمراض الأخرى .

(ب) فيما يتعلق بسمات الأفراد المتريدين على المعالجين الشعبيين ، فقد طبقت الباحثة على أفراد العينة مقياس التفكير الخرافي ، والمقصود بالتفكير الخرافي كل الأفكار التي لا تستند إلى تبرير عقلي

ولا تخضع لأى مفهوم علمى ، وقد كان المرض بوصفه ظاهرة تهدد حياة الإنسان محوراً لهذه التصورات والمفاهيم الخرافية .

توصلت الباحثة إلى أن التفكير الخرافى أكثر انتشاراً بين الأميين والجماعات المحرومة أو الفقيرة التى لاتملك من الوسائل مايمكنها من حل مشكلاتها بالوسائل العلمية

كما توصلت إلى

أن التفكير الخرافى أكثر انتشاراً بين الإناث مقارنة بالذكور ، وفسرت ذلك بأن " طبيعة التنشئة الاجتماعية المتبعة مع الإناث تؤدى إلى حرمانهن من الاستقلالية وتحمل المسؤولية بالمقارنة مع الذكور، مما يشعرهن بالعجز عند مواجهة مشكلات الحياة ، كما إن الإناث أكثر ميلاً للتعميم السريع ، فقد تؤمن الأنثى مثلاً بفاعلية الخرافة بناءً على نجاح أمثلة قليلة تحققت بالصدفة " ( نفس المرجع السابق

• (57:

(ج) فيما يتعلق بالأسباب التى تدفع بالمرضى إلى المعالجات الشعبية ، فقد أشارت الباحثة إلى أن أهم تلك الأسباب ، هى الحالة الاقتصادية للمريض ، بجانب عدم جدوى العلاج الطبى الحديث فى علاج بعض الأمراض ، إضافةً إلى بعض الأسباب الثقافية والاجتماعية الأخرى مثل الذهاب إلى المعالجات الشعبية للوقاية ونيل البركة .

### 2-3-3 دور الطب الشعبى فى صحة الطفولة:-

قامت بإجراء هذه الدراسة الباحثة وصال محمد عبدالله فى قرينتين من قرى شرق الجزيرة عام بهدف إلقاء الضوء على الطب الشعبى كنوع من أنواع الرعاية الصحية، وما (WISAL 1994:17)م 1994 يقوم به من دور فى صحة الطفولة فى الريف السودانى . استخدمت الدراسة المنهج الكمى والكيفى وبلغ حجم العينة مائة وخمسون أسرة فى كل من القرينتين حيث توصلت الدراسة إلى أن الطب

الشعبي يشكل جزء جوهري من ثقافة المجتمع في هاتين القريتين وان هنالك تصورات ومفاهيم ثقافية عن أسباب المرض وكيفية الوقاية منه ، كما توصلت الدراسة إلى أن انخفاض الدخل وارتفاع معدلات الأمية وضعف الخدمات الصحية بالقريتين لم يجعل من خيار لدى مواطنيها سوى الاعتماد على طبهم الشعبي لحماية صحة أطفالهم .

#### 2-3-4 العلاج بالقرآن:-

يرتبط العلاج بالقرآن بالمعتقدات الدينية لدى المسلمين (عثمان سليمان مرجع سابق :46) ، لذلك يمكن اعتباره من أميز أنواع العلاج الشعبي لديهم ، ولا يقتصر العلاج بالقرآن على الأمراض العضوية والروحانية فقط ، بل يتعداها إلى أشياء أخرى ، مثل الفشل وسوء الحظ والظالم إضافة إلى العجز عن العمل .

في دراسة عن المعالجة بالقرآن استغرقت مدة أسبوع وأجريت بمركز أم ضواً بان وأبو قرون بواسطة عبد الرازق الفكي وآخرين وكان الهدف منها معرفة خصائص الزوار الذين يرتادون هذا المركز (عبد الرازق الفكي -صحيفة أخبار اليوم 2005م :6 ) توصلت الدراسة إلى أن الذين يأتون للعلاج قد بلغت نسبتهم 56% من جملة مرتادي هذا المركز ومعظمهم من النساء ، بينما الباقون يأتون لحل مشاكلهم الذاتية والاجتماعية أو لنيل البركة من الشيخ ، وآخرون يأتون لالتحاق بالدراسات القرآنية في المركز وجدت الدراسة أن غالبية الذين يأتون للمركز بغرض المباركة وحل مشاكلهم الاجتماعية من الرجال كما وجدت أن الفئة العمرية لمرتادي هذا المركز تنحصر في الفئة العمرية (15إلى45 سنة ) عاما وهي المرحلة العمرية التي يتعرض فيها الإنسان للضغوط النفسية التي تعتبر من أهم مسببات المرض النفسي .



خلصت الدراسة إلى أن أهمية المركز تتمثل فيما يتعلق باستضافة المرضى فترة من الزمن الشئ الذي يمكن أن يؤدي إلى حدوث روابط وعلاقات اجتماعية بين المرضى وهذا الأمر يساعد كثيراً في عملية العلاج ، خاصةً وأن العلاج الجماعي - حسب ما ذكرت الدراسة - يساعد المريض بالرجوع إلى دواخله وهذه من أهم طرق العلاج النفسى ، وأكدت الدراسة على أهمية الشيوخ في عملية التأهيل النفسى .

### 2-3-5 الممارسات الشعبية فى الريف المصرى:-

تم إجراء هذه الدراسة بإحدى القرى فى الريف المصرى ، وقد قام بإجرائها فوزي عبد الرحمن عام 1984 (سعاد عثمان وآخرين 1999م: 68) ، حيث تم إلقاء الضوء فى هذه الدراسة على ممارسات العلاج الشعبي فى تلك القرية كما وضحت الدراسة العديد من الأبعاد حول تفكير الكثير من الأفراد بشأن المرض وأسبابه والمعتقدات الدائرة حوله.

استخدمت الدراسة وصولاً لأهدافها الملاحظة بالمشاركة بالإضافة إلى المقابلات المتعمقة حيث تم اختيار عشرة أسر لإجراء الدراسة المتعمقة وروعى فى الاختيار الخصائص الإجتماعية والثقافية المتنوعة لمجتمع الدراسة للتمكين من رؤية الممارسات العلاجية الشعبية فى سياق البعد الطبقي والتعليم والنشاط الإقتصادي والسن ونمط الأسرة (نووية أو ممتدة) إضافة إلى البعد أو القرب من المؤسسات الصحية بجانب نوع المرض .

أظهرت نتائج الدراسة تأثير سلوك الأفراد واتجاهاتهم نحو العلاج بعدة عوامل مثل سبب المرض وكيفية الشفاء منه وفقاً للثقافة المحلية السائدة إضافة إلى بعض العوامل مثل نوع المرض بجانب العامل الإقتصادي وعامل السن والتعليم .

كما وجدت الدراسة أن النساء هنّ من أكثر الفئات تردداً علي المعالجين الشعبيين خاصةً في حالات العقم وحالة وفيات الأطفال. وفسرت الدراسة دوافع هذا السلوك من جانب النساء إلي أن العوامل الثقافية والإجتماعية تحمل المرأة دون الرجل تبعة تأخر الحمل ووفاة الأطفال الشئ الذي يحدث قلقاً نفسياً لدي الزوجة حيال علاقتها بزوجها وأهله ومن ثم تبادر إلي البحث عن حل لهذه المشكلة لدي المعالجين الشعبيين .

### 2-3-6 السحر والمجتمع:-

قام بإعداد هذه الدراسة سامية حسن الساعاتي بمدينة القاهرة عام 1981م وهدفت الدراسة مستخدمة المنهج الوصفي إلي معرفة من يمارسون السحر بالقاهرة من حيث أعمارهم وحالتهم الإجتماعية ومستوي تعليمهم وأساليبهم العلاجية التي يستخدمونها في أعمالهم السحرية إضافة إلي دياناتهم ، كما تناولت خصائص المترددين علي ممارسي السحر من حيث خصائصهم العمرية والتعليمية والإجتماعية ودياناتهم (سامية الساعاتي 192 : 219- 220) .

احتوت الدراسة علي قسمين إحداهما نظري تناولت فيه مفاهيم السحر عبر الحقب التاريخية المختلفة مروراً بالإسلام ، كما تناولت مفهوم السحر لدى علماء الإجتماع والأنثروبولوجي وعلماء النفس ، و القسم الآخر دراسة ميدانية للمشتغلين بالسحر والمترددين عليهم وتوصلت الدراسة الميدانية إلي أن السحر يمكن أن يمارسه الذكر والأنثى علي السواء كما تبين من الدراسة أن ثلث من شملتهم الدراسة من الذين يمارسون السحر أميين ويتوزع من تبقى منهم علي مستويات التعليم الأخرى ، كما تبين أن هنالك إرتباط بين تخصص الممارس ومستوى تعليمه ، فمن يقرأ الفنجان مثلاً لا يستلزم إلمامه بالقراءة والكتابة أما من يقوم بكتابة الأحجية أو الحجابات -جمع حجاب- ، وغيرها فلا بد أن يكون ملماً بالقراءة والكتابة .

فيما يختص بالمتريدين علي من يمارسون السحر فقد توصلت الدراسة إلي أن النساء أكثر تردداً من الرجال ، وعللت ذلك بأن النساء أكثر إستعداداً للإستهواء من الرجال وإن المرأة تتردد علي المشتغلين بالسحر إما بحثاً عن الإنجاب أو بحثاً عن إنجاب الذكور بوجه خاص .

تبين أن معظم المتريدين من الجنسين يندرجون تحت فئات السن ما بين (20 إلي أقل من 50 سنة) وعللت ذلك بأن الفئة العمرية (20 إلي أقل من 50 سنة) يعتبر فترة قلق علي النجاح وعلي المستقبل كما أظهرت الدراسة أن هنالك إرتباط بين مستوي التعليم وبين التردد علي من يشتغلون بالسحر من حيث طبيعة الدافع للتردد ، حيث توصلت الدراسة إلي أن الأميون يذهبون لأسباب تتعلق بفك العمل وفك الربط - وهو نوع من السحر الأسود- إضافةً إلي طلب الزواج والشفاء من الأمراض بينما يذهب المتقنون لأسباب تتعلق بالنجاح في الدراسة والنجاح في العمل وغيرها من التطلعات الأخرى .

وقد أشارت الدراسة إلي أن أكثر من ثلثي المتريدين علي المشتغلين بالسحر من المسلمين والبقية من المسيحيين ، كما أشارت إلي أن نسبة 98% من المتريدين يؤكدون علي أن السحر معترف به من قبل الدين ويستندون في تأكيد ذلك علي أن السحر مذكور في التوراة والإنجيل والقرآن .

### 2-3-7 الصحة والممارسات العلاجية:-

عام 1974م بالولايات المتحدة الأمريكية حيث *Clarissa Scott* أجرت هذه الدراسة كلاريسا سكوت Eleanor تم إجراؤها بمنطقة ميامي - ولاية فلوريدا- على خمس مجموعات عرقية مختلفة ( ) ، وقد تم استخدام الاستبيان لجمع البيانات بالإضافة إلي المقابلات المتعمقة 61: E.Bauens 1978 .  
*Participant Observation* والملاحظة بالمشاركة .

تمت الاستعانة بنسوة من نفس تلك المجموعات لرصد وتدوين التاريخ المرضي والممارسات العلاجية للأسر في تلك المجموعات على مدى أربع أسابيع متتالية .

تناولت الدراسة الأمراض النفسية والعضوية معاً ، وهدفت إلى وصف المعتقدات المتعلقة بالصحة والمرض بين تلك المجموعات مع تحديد نماذج الاستخدام العلاجية والعوامل التي يمكن أن تؤثر في رفض أو قبول المعالجة الطبية الحديثة .

توصلت الدراسة إلى أن تنوع العلاج والمعالجين بمنطقة ميامي لا يعتبر العامل الأوحد في تشكيل السلوك العلاجي كما أن عوامل مثل صعوبة الوصول إلى المرافق الصحية وضعف الملائمة أو التناسب بين ثقافة مواطني تلك المجموعات وبين ثقافة مقدمي الخدمات الصحية يمكن أن يُفسر ( ، لذلك bid :.68جزئياً إشكالية رفض أو قبول المعالجة الطبية الحديثة بين تلك المجموعات العرقية ) فقد رأت الدراسة أن لابد من البحث عن دوافع أو عوامل أكثر عمقا يمكن أن تشكل السلوك العلاجي وتفسر أسباب رفض أو قبول العلاج الطبي الحديث.

وفى ذلك فقد اقترح علما الأنثروبولوجي بعضا من تلك العوامل أو الأسباب التي يمكن أن تدفع ( bid :.69. بالمرضى لارتياح الوحدات الصحية )

*Swartz-2-3-7-1* رأى شوارتز

يرى شوارتز أن عامل الفعالية يمكن يكون دافعا للمرضى للإفادة من خدمات الطب الحديث، بمعنى أن المعالجة الطبية إن كانت واضحة وفعالة وذات مردود إيجابي سريع لدى المرضى يمكن أن تنتشر وتسود على غيرها من أنواع العلاج الأخرى كما رأى شوارتز أيضاً أن البدائل المختلفة للعلاج تنتظم في شكل ملاذات متسلسلة يلجأ إليها المريض لنيل الشفاء وفقاً لتقدم وتفاقم المرض، بمعنى أن المريض قد يلجأ إلى العلاج الشعبي أولاً فإن لم يستجب واشتد المرض قد يلجأ إلي العلاج الحديث والعكس صحيح-وهذا يعنى أن طبيعة المرض عاملاً مؤثراً في السلوك العلاجي .

*Bryce Laport-2-3-7-2* رأى برليس لاپورت

يرى لابورت أن بعض المجموعات المستوعبة جزئياً في ثقافة مهيمنة يمكن أن تكون تلك " مما يشكل ازدواجية في السلوك والمعتقدات الصحية ، *Bicultural* المجموعات ذات ثقافة ثنائية " وبالتالي ازدواجية في الخيارات العلاجية ، بمعنى الجمع بين العلاج الحديث والعلاج الشعبي ، وفي ( مدى انتشار الأمراض النفسية والعقلية بين 1968:25 M.W.Susser " *Hofen* ذلك كان قد لاحظ هوفر " المهاجرين نتيجة للصعوبات التي تواجههم في عملية التكيف مع ثقافة المجتمع الذي وفدوا إليه وفي وهنا فقد ابتكر مصطلح الحنين إلى *Acculturation* أثناء مرحلة اكتساب ثقافة المجتمع الجديد عام 1685م لوصف حالة المهاجرين إلى *Nostalgia* الوطن أو التوق غير السوي إلى الماضي مجتمعات مختلفة وما يصاحب ذلك من أعراض نفسية ناجمة عن استمرارية التفكير في الوطن مثل *Stupor* والذهول *Insomnia* والقلق والأرق *Lack Of Appetite* الاكتئاب ونقص الشهية

#### *Simmons-: 2-3-7-3 دراسة سيمونس*

في دراسة لسيمونس في بعض المجتمعات المحلية في بيرو وشيلي وجد أن المرضى النفسيين في تلك المجتمعات يتحتم عليهم علي الأقل اللجوء إلي واحد من الذين يعالجون بوسائل السحر وقد يلجأ المرضى إلى الطب الحديث إن أثبتت فعاليته بالتأوب مع الطب *magical therapeutic* الشعبي ، وهذا يؤكد رأي شوارتر فيما يتعلق بعامل الفعالية.

#### *Conzalez-: 2-3-7-4 دراسة كونزالز*

في دراسة عن المعتقدات الصحية والممارسات العلاجية في قواتيمالا لثلاث مجموعات عرقية توصلت كونزالز إلي أن المرضى في تلك المجموعات عادة ما يبحثون عن الراحة والتخلص من أعراض المرض بواسطة الأطباء بينما يتوقعون من المعالجين الشعبيين أن يزيلوا عنهم أسباب

المرض ، وهذا يعنى أن هنالك نظرة غير علمية لأسباب المرض بمعنى أن تلك المجموعات لا ترجع المرض لأسباب موضوعية وإنما لأسباب غيبية .

عموماً فقد خلصت الدراسة التي أجريت على خمس مجموعات عرقية بمنطقة ميامي - ولاية فلوريدا - إلى أن الرعاية الصحية العلمية غير كافية وغير ملائمة إلى مجموعات عرقية متعددة في ( ، إذ أن العديد من المرضى الذين Eleanor OpCit : 69 المناطق الحضرية في الولايات المتحدة الأمريكية ) تمت دراستهم في تلك المجموعات كانوا بعدين كل البعد عن استخدام أنظمة الطب الحديث بينما كان الآخريين يستخدمونه بالتناوب مع الطب الشعبي التقليدي وتوصلت الدراسة إلى عدة أسباب أو عوامل يمكن أن تحول بين المرضى وبين الإفادة من خدمات الطب الحديث مثل عوامل اللغة وصعوبة الوصول أو الانتقال إلى الوحدات الصحية بجانب ضعف الملائمة والتناسب بين الثقافة الصحية السائدة بين مواطني تلك المجموعات وبين ثقافة مقدمي الخدمات الصحية ، وعلي الرغم من عدم كفاية تلك الأسباب - حسب ما ذكرت الدراسة - إلا أنه لا يمكن إهمالها أو تجاهلها .

تناول الباحث في هذا الفصل أهم النظريات التي حاولت تفسير سلوك المرضى العلاجي عند سعيهم للبحث عن الشفاء من الأمراض ، وعرض بعضاً من الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع بحثه ، بجانب توضيح أثر العوامل الاقتصادية والاجتماعية على تشكيل السلوك العلاجي للمرضى . بناءً على ما تم عرضه يمكن توضيح الفائدة من تلك النظريات والدراسات السابقة ، إذ أنه ومما لا شك فيه إن مثل تلك النظريات والدراسات السابقة يمكن أن تثير طريق الباحث وتحدد مساراته عند الذهاب إلى الميدان لجمع البيانات الحقلية ، حيث أنها يمكن أن تمكن الباحث من صياغة أسئلة الاستبيان بصورة صحيحة ودقيقة تؤدي في نهاية المطاف إلى جمع البيانات الحقلية المطلوبة لتحقيق

أهداف البحث ، كما أن الباحث يمكن أن يستفيد من الدراسات السابقة وذلك بمطابقة نتائجه التي توصل إليها بتلك التي توصلت إليها الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع بحثه .

## الفصل الثالث الخدمات الصحية في السودان

1-3 النظام الصحي ومكوناته

2-3 أوجه القصور في النظام الصحي

3-3 معالجة قصور النظام الصحي



## الفصل الثالث

### الخدمات الصحية في السودان

#### 3-1 النظام الصحي ومكوناته

##### مقدمة :-

يوجد في العالم العديد من الأنظمة التي تقدم من خلالها الخدمات الصحية التعزيزية والوقائية والعلاجية والتأهيلية ، وتختلف تلك الأنظمة من دولة لأخرى وفقاً لاختلاف الثقافات والمستويات الاقتصادية والاجتماعية بالإضافة إلي طبيعة الأمراض الشائعة في كل دولة (د/على إسماعيل البيلى 1981م : 2) . ورثت معظم الدول النامية ومنها السودان أنظمة صحية بنيت على عدم العدالة في توزيع الخدمات الصحية إذ تركزت الخدمات الصحية في العواصم والمدن الكبرى فقط لخدمة المستعمر وبعض الوطنيين الذين يعملون في الدواوين الحكومية ، بينما أهملت تبعاً لذلك الأقاليم والأرياف الأخرى التي يقطنها السواد الأعظم من السكان ، هذا بجانب إرثها لأنظمة صحية مشابهة لنمط تقديم الخدمات الصحية في بلد المستعمر على الرغم من الاختلافات الثقافية والحضارية والبيئية وطبيعة الأمراض والمشكلات الصحية ، مع تباين المستويات الاقتصادية والاجتماعية بين دول الاستعمار والدول النامية مما شكل عبئاً ثقيلاً على الحكومات الوطنية في الدول النامية بعد استقلالها.

##### 3-1-1 مفهوم النظام الصحي:-

يمكن تعريف النظام الصحي تعريفاً موسعاً (بوغدان م. كليتوفسكى وآخرين 1981م : 5) "بأنه عبارة عن كيان مترابط من مكونات عديدة متشابكة منها ما هو قطاعي ومنها ما هو مشترك بين القطاعات وتلك المكونات المتشابكة تحدث في مجملها أثراً مشتركاً في صحة السكان ، وينبغي أن يحتوي النظام

الصحي علي تدابير تعزيزية ووقائية وعلاجية وتأهيلية ، كما ينبغي أن يمتد نطاقه إلي البيت ومكان العمل والمدرسة والمجتمع " .

ويمكن تعريف النظام الصحي بأنه الآليات التي تقدم من خلالها الخدمات الصحية للمواطنين - والمقصود بالآليات كل الوحدات الصحية علي كافة المستويات مثل المستشفيات والمراكز الصحية والشفخانات وغيرها ، إضافة إلي العلاج الطبي الخاص والعمل الطوعي في مجال الصحة بجانب خطط التدريب والتأهيل للقوي البشرية التي تقوم بتقديم الخدمات الصحية ، كما يشمل أيضاً الطرق التي يتم بها تمويل تلك الخدمات وللنظام الصحي إدارة علي المستوي المركزي وإدارات علي مستوي الولايات و المحليات وذلك حسب الأنظمة السياسية للمجتمعات المختلفة .

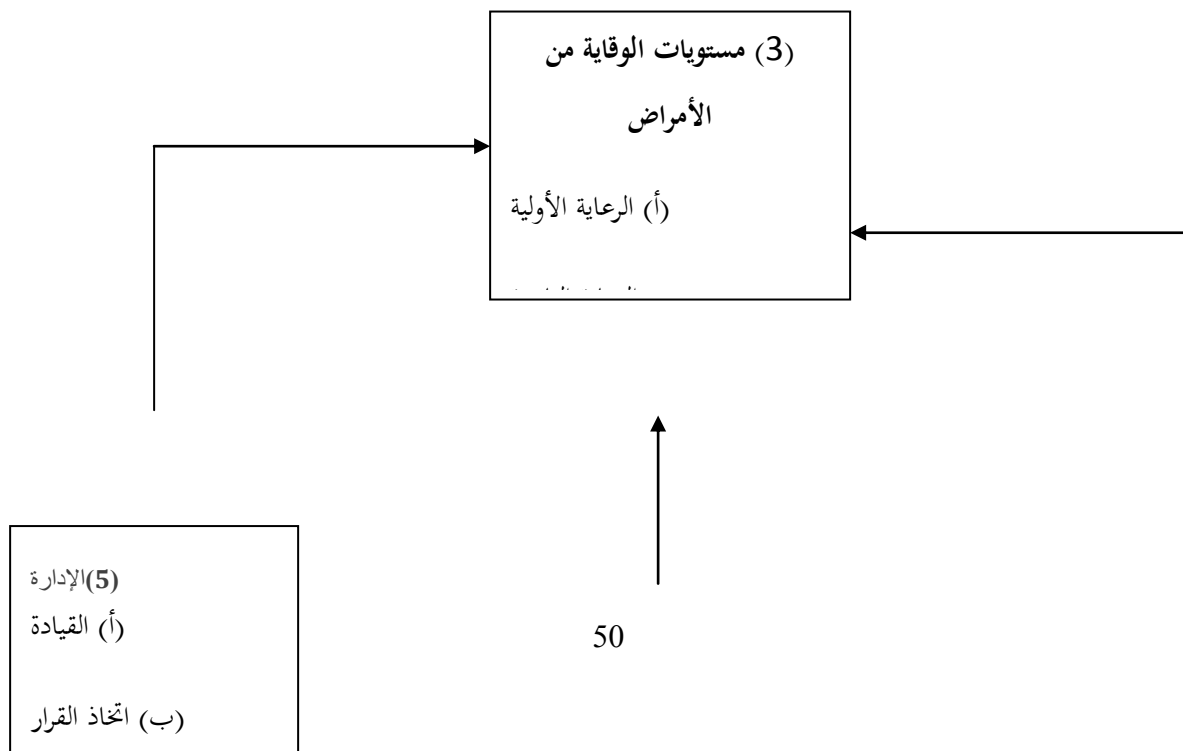
### 3-1-2 مكونات النظام الصحي :

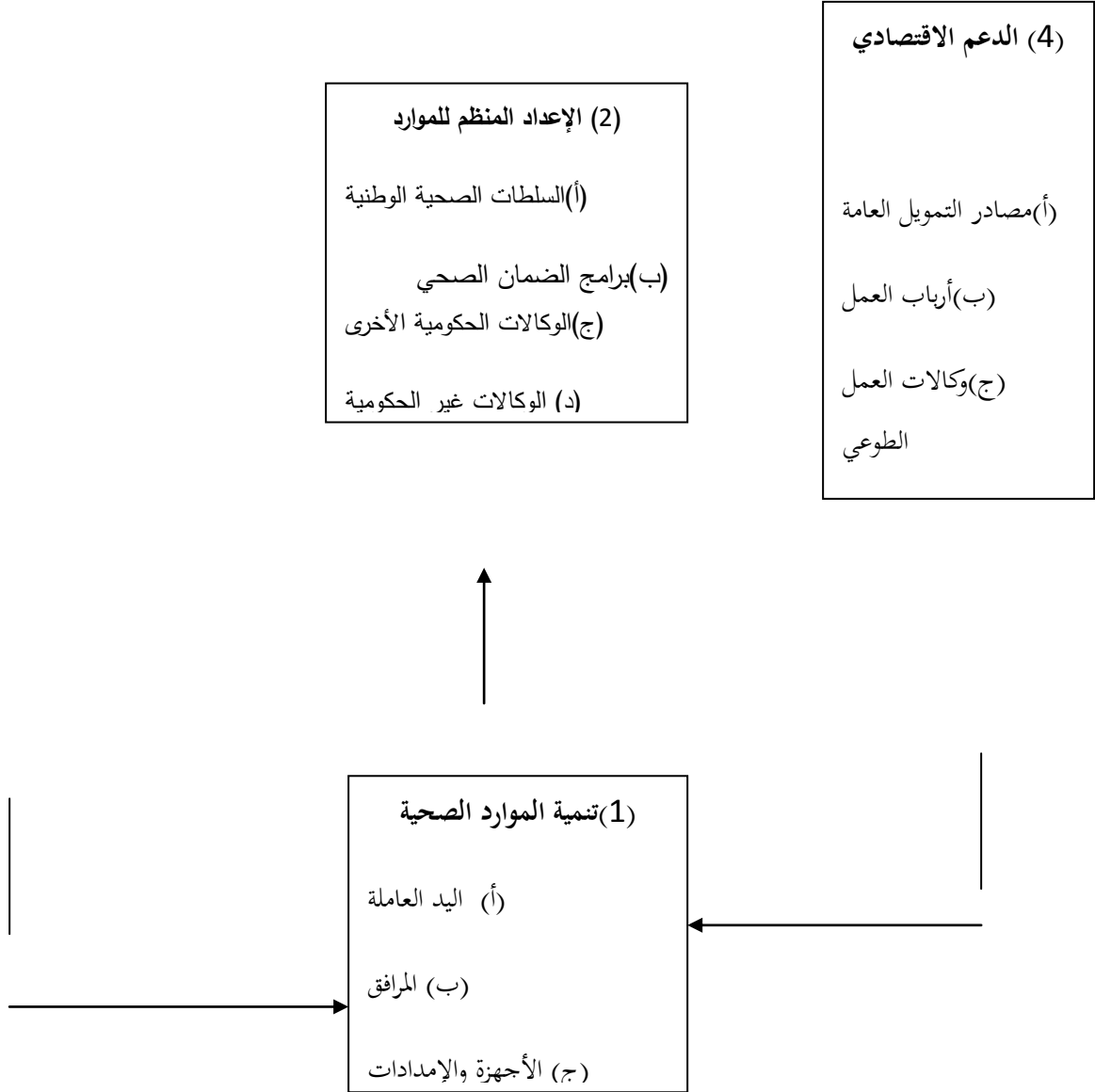
يتكون كل مجتمع من العديد من الأنظمة أو القطاعات التي يفترض فيها الترابط والتنسيق فيما بينها وذلك مثل القطاع الزراعي والصناعي والقطاع التربوي والقطاع الصحي .... الخ ، ويعتبر القطاع أو النظام الصحي - حسب نشرة منظمة الصحة العالمية- (بوغدان م. 1981م مرجع سابق :15) من أكثر تلك القطاعات تعقيداً إذ أنه بدأ بالتطور البطئ علي مر القرون متأثراً بالعلم تارةً وبمعتقدات الناس تارةً أخرى ، وإذا نظرنا إلي كل العوامل البيئية والاجتماعية التي يمكن أن تساهم في تطور الوضع الصحي أو تؤثر فيه وجدنا أن هنالك علاقة وثيقة بين النظام الصحي وبقية الأنظمة أو القطاعات الأخرى في المجتمع ، لذلك ينبغي النظر إلي النظام الصحي علي إعتبار أنه كل متناسق مؤلف من كثير من المكونات ذات العلاقة المتبادلة فيما بينها سواء داخل القطاع الصحي نفسه أو فيما بينه وبين القطاعات الأخرى .

للنظام الصحي خمس مكونات أساسية مرتبطة فيما بينها يوضحها الشكل رقم (3-1) أدناه :-

شكل (3-1)

شكل يوضح مكونات النظام الصحي





المصدر / منظمة الصحة العالمية 1997م.

نلاحظ من الشكل رقم (3-1) أن المكونات الخمس للنظام الصحي هي كما

يلى:-

3-1-2-1 تنمية الموارد الصحية:-

لكي يؤدي النظام الصحي مهمته بكفاءة وفعالية ينبغي تنمية موارده الصحية والتي تشمل

علي الآتي :

(أ) اليد العاملة :

وهي القوي البشرية العاملة في الحقل الصحي كالأطباء و الصيادلة وفنى المختبرات والأشعة بجانب المساعدين الطبيين والممرضين والمفتشين الصحيين إضافة إلي الموظفين والعاملين في المجال الصحي ، ولكن ينصب الإهتمام في العادة علي أولئك الذين يقومون بإيتاء وتوفير الرعاية الصحية مباشرة كالأطباء ومساعدتهم بجانب الفنيين والممرضين ومفتشي الصحة.

(ب) المرافق الصحية:-

هي البنيات التحتية للأنظمة الصحية وتعتبر المستشفيات من أهم المرافق الصحية التي يمكن أن تؤمن الرعاية الصحية للمرضى ، سواء كانت مستشفيات حكومية أم خاصة ، هذا بجانب المرافق الأخرى كالعيادات الخارجية والمراكز الصحية والشفخانات ونقاط الغيار ..... الخ .

(ج) الأجهزة والإمدادات:-

ويقصد بها الأجهزة الضرورية للتشخيص والعلاج بجانب الأدوية والمواد الأخرى الخاصة بالوقاية من الأمراض كالأمصال الخاصة بالتحصين .

(د) المعرفة الصحية:-

هي المعارف المتعلقة بالصحة والمرض وطرق الوقاية والعلاج وإعادة التأهيل وهي من المسائل الهامة لكل نظام صحي ، حيث تكتسب تلك المعارف المتجددة باستمرار عن طريق التجارب والملاحظة الدقيقة وتبادل الخبرات ، بالإضافة إلى الأبحاث العلمية المتأنية .

3-2-1-2 الإعداد المنظم للموارد الصحية :-

تشتمل الموارد الصحية على مجموعة من الفئات يمكن تصنيفها كالآتي :-

(أ) السلطات الصحية الوطنية :-

تتمثل السلطات الصحية عادةً في وزارة الصحة ، وتتألف من عدة أقسام نوعية تُعنى بمختلف البرامج المتعلقة بالصحة ، مثل التثقيف الصحي والرقابة الصحية والصحة الوقائية وغيرها.

(ب) برامج التأمين الصحي:-

هي البرامج الخاصة بالتأمين الصحي للعمال والموظفين ومن يعولونهم وعادة ما تكون تلك البرامج من اختصاص هيئات حكومية ذات صلة بوزارة الصحة، وفي أحيان أخرى تقوم بتلك المهمة وكالات خاصة ، مثل شركة الخرطوم لخدمات التأمين العلاجية "شوامخ" وهي إحدى النظم التكافلية ، حيث يدفع المؤمن عليه نسبة من دخله الشهري للتمتع بخدمات التأمين الصحي عند الحاجة إليها.

(ج) الوكالات الحكومية الأخرى:-

بجانب الهيئات سالفه الذكر التي تعنى بتنظيم الخدمات الصحية ، توجد أيضاً قطاعات أو مؤسسات حكومية أخرى تهتم بأجزاء من النظام الصحي في إطار ما يعرف بالعلاقة بين القطاع الصحي والقطاعات الأخرى ذات الصلة بالصحة متمثلة في وزارة التربية التي يفترض أن تقوم بدور التوعية والتثقيف الصحي ووزارة الزراعة التي يقع على عاتقها توفير الأغذية اللازمة وغيرهما من الوزارات الأخرى ذات الصلة بالصحة .

(د) القطاع الصحي الخاص المستقل :-

يعتبر القطاع الخاص واحداً من الفئات أو الترتيبات المنظمة للموارد الصحية حيث تعتبر خدمات القطاع الخاص الصحية بوجه عام مكملة لتلك التي في القطاع العام ، وتعتبر خدمات القطاع الخاص في معظم الأحيان أحسن حالاً وأكثر تطوراً من تلك التي في القطاع العام ، خاصةً عندما يكون الدعم الحكومي للنظام الصحي ضعيفاً نسبياً، وفي كل النظم الصحية نجد أن خدمات القطاع الخاص يسعى إليها من يهمهم اختيار طبيبهم الخاص ولديهم المقدرة علي دفع تكاليف الخدمات الخاصة .

3-2-1-3 مستويات الوقاية من الأمراض :-

هي المكون الثالث والأساسي للنظام الصحي وتشتمل علي عمليات متنوعة لتأمين الرعاية الصحية هي :

primary care (أ) الرعاية الأولية :

وهي التي تهتم بالأنشطة التعزيزية للصحة، أي الأنشطة التي تهدف إلى تأمين ظروف البيئة الصحية والوصول إلى سلوك إنساني سليم يساهم إيجابياً في مجال الصحة، هذا بجانب إهتمامها بالأنشطة الوقائية ضد الأمراض المعدية عن طريق التطعيم، بجانب التدخل في أمور أخرى مثل تأمين الفيتامينات - كفيتامين (أ) للأطفال حماية لهم من العمى الليلي ، وإضافة مادة اليود لمالح الطعام .

#### Secondary care (ب) الرعاية الثانوية :

وهي الأنشطة العلاجية التي تعتمد علي الأدوية والتدخل الجراحي أو أي وسيلة أخرى يمكن أن تساعد على الشفاء من المرض والحد من نتائجه الضارة .

#### Tertiary care (ج) الرعاية الثالثية :

هي الأنشطة التأهيلية للإنسان في كافة النواحي البدنية والعقلية والإجتماعية، وتتم تلك الأنشطة في كثير من الأحيان بالتعاون مع الخدمات الإجتماعية لإعادة التكيف الإجتماعي ، وتوجه تلك الأنشطة عادةً لذوي الحاجات الخاصة من ذوي التعويق البالغ أو المرضى الذين لا تتحسن حالتهم الصحية بالوسائل العلاجية كمرضى السرطان والإيدز .

#### 3-1-2-4 الدعم الاقتصادي:-

هي الوسائل اللازمة لإستمرارية النظام الصحي وقد صنفت منظمة الصحة العالمية وسائل

تمويل الخدمات الصحية كما يلي :

(أ) الموارد العامة وتتمثل في الدعم الحكومي للخدمات الصحية .



(ب) دعم أرباب العمل من الرأسمالية الوطنية .

(ج) الدعم عن طريق الوكالات الطوعية والمنظمات .

(د) دعم عن طريق الجهد الشعبي للمجتمع المحلي ، وقد يكون في شكل مساهمات مادية أو عمل طوعي بلا أجر .

(هـ) المساعدات الخارجية سواء في شكل منح حكومية أو عن طريق المنظمات والجمعيات الإنسانية .

(و) الموارد من الأسر وتكون تلك الموارد في شكل مدفوعات للبرامج الصحية - أى الرسوم المفروضة على الاستفادة من الخدمات الصحية - .

3-1-2-5 إدارة النظام الصحي :-

تعتبر الإدارة الرشيدة واحدة من العوامل الهامة والفعالة لضمان حسن سير النظام الصحي وتعتمد إدارة النظام الصحي في كل بلد على نوعية النظام السياسي في ذلك البلد كالنظام المركزي أو اللامركزي أو الفدرالي .....الخ .

تعتبر هذه المكونات الخمس وما تشتمل عليه هي الأساس الذى ينبغى أن يُبنى عليه أى نظام صحى حتى يتمكن من أداء وظيفته بكفاءة وفعالية .

### 3-2 أوجه القصور فى النظام الصحى

#### مقدمة :-

هنالك العديد من أوجه القصور والمشكلات التي تعاني منها الأنظمة الصحية ، وتتمحور معظم تلك المشكلات في القوى البشرية العاملة في الحقل الصحى ، إضافة لإشكالية الدعم الاقتصادى وغير ذلك من مشكلات البنىات الأساسية للنظام الصحى .

#### 3-2-1 الموارد الصحية:-

هنالك مشكلات جوهرية متعلقة بالقوى البشرية العاملة فى الحقل الصحى مثل الأطباء والمساعدين الطبيين والممرضين وغيرهم من العاملين فى الحقل الصحى، حيث تعاني معظم الدول النامية ومنها السودان من نقص جوهري فى الأطباء والعاملين الصحيين مقارنة بالحاجات الصحية ، هذا بالإضافة إلى التوزيع الجغرافى الغير متوازن بين المركز والأقاليم الأخرى .

من واقع بيانات الملحق رقم ( 1 ) ص 171 (التقرير الإحصائى الصحى السنوى للعام 2004 : 23) ، والذى يوضح معدل الاختصاصيين والأطباء لكل 100,000 من السكان فى السودان للعام 2003م ، فى ولاية الخرطوم وبقية ولايات السودان .

من ذلك الملحق نلاحظ إن ولاية الخرطوم بها أكبر معدل للاختصاصيين وأطباء الأسنان والأطباء العموميين ، بينما ينخفض المعدل بصورة واضحة فى بقية الولايات الأخرى بنسب متفاوتة

، وهذا يشير إلى عدم العدالة في التوزيع الجغرافي لهذه الكوادر وخاصة فيما يتعلق بمعدل الأطباء الاختصاصيين .

وإذا نظرنا إلى ذلك المعدل في السودان عامة نجده منخفضاً أيضاً وهذا يشير للعجز الواضح في تلك الكوادر الطبية ، إذ نلاحظ أن معدل الاختصاصيين لكل 100.000 من السكان في السودان عامة يبلغ فقط 3,3 ، بينما معدل أطباء الأسنان يبلغ 0,8 ومعدل الأطباء العموميين 20,0 وهذا يدل على أن هنالك عجز واضح في تلك القوى البشرية الصحية مقارنة بعدد السكان والمشكلات الصحية السائدة .

وإذا أجرينا مقارنة بين نسبة مجموع الاختصاصيين والكوادر الطبية الأخرى مع عددهم بولاية الخرطوم ، مقارنة بولايات أخرى- نهر النيل مثلاً- ، نجد أن نسبة الاختصاصيين بولاية الخرطوم 62,4%، بينما في ولاية نهر النيل تبلغ النسبة فقط 3,0% ، كذلك الأمر بالنسبة لأطباء الأسنان والأطباء العموميين ، إذ نجد أن نسبة أطباء الأسنان في ولاية الخرطوم تبلغ 8,72% بينما تبلغ نسبتهم في نهر النيل 3,2% فقط ، وبالنسبة للأطباء العموميين نجدهم في ولاية الخرطوم 44,8% بينما في نهر النيل 2% فقط .

من تلك النسب نلاحظ أن أكثر من نصف الأطباء الاختصاصيين وأطباء الأسنان يتركزون في ولاية الخرطوم ويتوزع ما تبقى منهم على ولايات السودان الأخرى بنسب متفاوتة، وهذا الأمر بما ينطوى عليه من عدم العدالة في توزيع الكوادر الطبية يشكل عجزاً واضحاً في النظام الصحي . ينبغي معالجته .

كذلك الأمر بالنسبة إلى معدل الكوادر الصحية المساعدة مثل الفنيون والمساعدین الطبيين والمرمضين إضافة إلى مفتشي وضباط الصحة لكل 100,000 من السكان (نفس المرجع السابق : 27)

حسب ما موضح بالملحق رقم (2) ص 172 .

حيث نلاحظ من الملحق (2) أن معدل الفنيين أكبر في ولاية الخرطوم مقارنة بولايات السودان الأخرى ، بينما نجد أن معدل المساعدين الطبيين أقل في ولاية الخرطوم عنه في الولاية الشمالية ومقارب لمعدل ولاية نهر النيل، وهذا يدل على أن تلك الولايات تكثر فيها الشفخانات ونقاط الغيار والمراكز الصحية التي يشرف عليها في العادة المساعدون الطبيون وهذا ما أشارت إليه دراسة ( إذ نجد وفقاً لتلك الدراسة أن معدل الشفخانات لكل 125 : Muneef Ph.D.2000. منيف عبد الباقي ) 100,000 من السكان في الإقليم الشمالي (نهر النيل +الشمالية ) 16,3 بعدد 211 شفخانة بينما في الخرطوم نجد أن المعدل 4,1 بعدد 141 شفخانة ، وكذلك الأمر بالنسبة لنقاط الغيار إذ بلغ المعدل في الإقليم الشمالي 12,5 بعدد 162 نقطة غيار وفي الخرطوم 5,2 فقط بعدد 84 نقطة غيار .

وإذا نظرنا إلى معدل الكوادر الصحية للسودان عامة لكل 100,000 من السكان حسب الملحق رقم (2) نجده منخفضاً لذلك فإن إعلان السودان الذي تم توقيعه بين منظمة الصحة العالمية (ممثلة في المكتب الاقليمي لشرق البحر المتوسط) وجمهورية السودان (ممثلة في وزارة الصحة ووزارة التعليم العالي) بتاريخ 2003/4/24م (إعلان السودان أبريل 2003م : 1،2) سعى إلى تنمية وترقية وتجويد الأداء الخدمي والمهني للكوادر الطبية المساعدة ، ملتزماً بالعديد من المبادئ كسياسات ثابتة للدولة مع منظمة الصحة العالمية ومن تلك المبادئ الآتي :-

1-1-2-3 تتبنى المؤسسات الصحية التعليمية بوزارة التعليم العالي والمؤسسات الصحية التابعة لوزارة الصحة على نطاق القطر أسلوب المشاركة فيما بينها ومع المجتمع بقطاعاته المختلفة ذات الصلة بالصحة ، وتفعيل تلك المشاركة لتشمل التعليم والتدريب الملائم للموارد البشرية الصحية المختلفة ورفع الوعي الصحي للمجتمع وتفعيل دوره في الصحة والتنمية وتطوير الخدمات الصحية والبحوث.

2-1-2-3 اعتبار ترقية ودعم مهنة التمريض والمهن الصحية المساعدة من الأولويات ذات الصدارة فى البرامج الصحية وبرامج تعليم وتدريب العاملين الصحيين وتبنى الدولة من السياسات وتنفذ من الأنشطة ما يؤدي إلى تحقيق ذلك الهدف ومن ذلك مايلى:-

(أ) اعتبار درجة البكالوريوس هى المؤهل الأساسى للتمريض وذلك كهدف استراتيجى يتم تحقيقه تدريجياً خلال مدة لا تتجاوز عشرة سنوات .

(ب) إلغاء مدارس التمريض الثانوية بالمستشفيات الريفية وحصرها فى المستشفيات التعليمية ومستشفيات المحافظات ورفعها لمعاهد تمريض .

(ج) مراجعة وتحديث برامج التمريض .

(د) دعم كليات التمريض بالمراجع والأجهزة والمعدات التعليمية الأخرى .

(هـ) معالجة أوضاع الممرضين الحاليين والمرتبب تأهيلهم فى الفترة الانتقالية.

(و)التوسع فى القبول بالجامعات وكليات التمريض التى تمنح درجة البكالوريوس

هذه بعضاً من المبادئ التي التزم بها السودان في إعلانه عام 2003م والتي قطعاً إن تم تطبيقها وتنفيذها سوف تؤدي إلى الارتقاء بمهنة التمريض وبالتالي الارتقاء بخدمات نقاط الغيار والشفخانات والمراكز الصحية ، خاصةً وان من أحد المكونات الأربع لنهج الرعاية الصحية الأولية ، هو أن الرعاية الصحية الأولية إحدى مستويات الرعاية الصحية ، بمعنى أن تعبير الرعاية الصحية الأولية يشير إلى أكثر مستويات الرعاية الصحية بعداً عن المركز ، حيث تبدأ الرعاية الصحية من المراكز الصحية والشفخانات ونقاط الغيار ، ثم يأتي بعد ذلك نظام تحويل الحالات الصحية المستعصية للوحدات الصحية الأكبر .

### 3-2-2 الدعم الاقتصادي:-

يعتبر الدعم الاقتصادي من المكونات الهامة للنظام الصحي، ولكن في معظم الدول النامية ومنها السودان نجد أن الدعم الحكومي للنظام الصحي لا يرقى لمستوى الحاجات والمشكلات الصحية للسكان ، مما ينعكس سلباً على كفاءة وفعالية النظام الصحي، من الملحق رقم (3) ص 173 (التقرير الإحصائي مرجع سابق:9) والذي يوضح الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة في السودان نلاحظ أن الإنفاق الحكومي على الصحة يتمثل في خمس فصول ( أجور + تسيير + دعم تأمين صحي + دعم اجتماعي - ويشمل العلاج بالخارج والأدوية المنقذة للحياة والعلاج بالداخل ودعم العمليات بالمستشفيات ودعم الحوادث- ثم أخيراً فصل خاص بالتنمية القومية -وتتمثل في البرامج القومية مثل صحة الأمومة والطفولة ، إضافة إلى برامج التحصين والتغذية والرعاية الصحية الأولية ،،،،،،،،،، الخ- ) .

كما نلاحظ في العام 2004م فيما يتعلق بالفصل الخاص بالتنمية القومية ، ليس هنالك أي دعم من قبل الحكومة للقطاع الصحي ، على الرغم من أهمية البرامج الصحية التي يتم الصرف عليها

من هذا الفصل ، كما لم توفى الحكومة بالتزامها تجاه التأمين الصحى فى ذاك العام، كذلك عند مقارنة نسبة الدعم الحكومى المصدق للقطاع الصحى خلال الأعوام الموضحة بالجدول ، نجد أن نسبة الإنفاق على الصحة من إجمالي الإنفاق الحكومى أقل في العام 2004م عن بقية الأعوام، في الوقت الذي كان يفترض أن ترتفع تلك النسبة لمواجهة الزيادة المتوقعة في السكان و بالتالى زيادة حاجاتهم الصحية . وربما يعود السبب في خفض الدعم إلى أحداث الحرب فى منطقة دار فور الني ازداد اشتعالها منذ العام 2004م وما ترتب على ذلك من نزوح للسكان عن قراهم وبالتالي حاجتهم للدعم والإغاثة. بجانب الدعم العسكرى فى المنطقة لصد هجمات المتمردين.

وحسب تقرير منظمة الصحة العالمية عن مؤشرات الإنفاق على الصحة فى السودان (نفس المرجع السابق: 6) الذى يوضحه الملحق رقم ( 4 ) ص 174 ، نجد أن نصيب الفرد فى العام 2000 من إجمالي صرف الحكومة على الصحة قد بلغ ثلاثة دولارات فقط، وبلغ نصيب الفرد فى نفس العام من إجمالي الإنفاق على الصحة (الدعم الحكومى + أوجه الدعم الإقتصادى الأخرى ) فقط ثلاثة عشر دولار ، من ذلك يتبين لنا مدى ضآلة ما يتم إنفاقه على الصحة ، كل ذلك مع سياسة الخصخصة والتحرير التى انتهجتها الدولة الأمر الذى ربما حال بين بعض الشرائح الضعيفة فى المجتمع وبين الاستفادة من تلك الخدمات الصحية .

هنالك تقرير عن التنمية البشرية لبرنامج الأمم المتحدة الانمائى يوضح نسبة الإنفاق العسكرى لدول العالم (منظمة اليونسيف 1990م ص 247، 254) ، وعلى الرغم من أن هذا التقرير قد أعد منذ سنوات مضت إلا أنه يعتبر مؤشر جيد لطبيعة الإنفاق في دول العالم بجانب جدول آخر يوضح نسبة الإنفاق على الصحة والتعليم فى العام 1987م .

جدول (4-1)

يوضح الإنفاق العسكري في الأعوام 1960 - 1986م

النسبة المئوية من الناتج القومي	الإنفاق بملايين الدولارات		المنطقة	
	1986	1960		
5,4	6,3	666	321	البلدان الصناعية
5,5	4,2	159	24	البلدان النامية
3,8	2,1	3,4	0,5	البلدان الأقل نمواً

المصدر : برنامج الأمم المتحدة الإنمائي تقرير عن التنمية البشرية 1990م

جدول(4-2)

يوضح الإنفاق على الصحة والتعليم

كنسبة مئوية من الناتج المحلي الاجمالي للعام 1987م

الإنفاق على الصحة	الإنفاق على التعليم	الدولة
1,1%	2,5%	الدول النامية ذات الدخل المتوسط والمنخفض
1,2%	1,9%	الدول النامية المثقلة بالديون

المصدر (معدل) البنك الدولي تقرير عن التنمية في العالم 1989م

فيما يتعلق بالجدول الخاص بالإنفاق العسكري نلاحظ أن نسبة الإنفاق في الدول الصناعية في العام 1986م أقل منها في العام 1960م، بينما نلاحظ ارتفاع تلك النسبة في البلدان النامية والأقل نمواً وهذا يشير إلى أن القطاع العسكري في الدول النامية والأقل نمواً يستحوذ على الجزء الأكبر من الناتج القومي الاجمالي على حساب القطاعات الأخرى (كقطاعي التعليم والصحة) وذلك نتيجة للنزاعات القبلية والحروب المشتعلة في تلك الدول، بجانب طبيعة الأنظمة السياسية وما يترتب على



ذلك من عدم الاستقرار السياسى . كما يشير الجدول الآخر الخاص بالإنفاق على الصحة والتعليم فى العام 1987م إلى انخفاض تلك النسبة مقارنةً بالإنفاق على القطاع العسكرى فى العام 1986م . وهذا دليل على أن قطاع الدفاع أو القطاع العسكرى له النصيب الأكبر من الدعم المالى مقارنة بالقطاعات الأخرى .

### 3-3 معالجة قصور النظام الصحى :-

#### مقدمة :-

يعتبر نهج الرعاية الصحية الأولية أحد الآليات أو الاستراتيجيات التى ابتكرها علماء الصحة لمعالجة بعض أوجه القصور فى الأنظمة الصحية .

### 3-3-1 نشأة ومفهوم الرعاية الصحية الأولية :-

#### 3-3-1-1 نشأة الرعاية الصحية الأولية

منذ منتصف القرن الماضى - أى فى مطلع الخمسينات - بدأ علماء الصحة والمهتمين منهم بتخطيط وتنمية وتقديم الخدمات الصحية فى الدراسة والبحث عن طرق حديثة يمكن بواسطتها تقديم أفضل الخدمات وأكفأها ، وقد إنصب إهتمامهم بوجه خاص على الخدمات الصحية فى الدول النامية نسبة لما تواجهه تلك الدول من إشكاليات تتعلق بكيفية توفير الخدمات الصحية لمواطنيها إلا أن تلك الدراسات لم تصل إلي تحقيق أهدافها نسبة لازدياد عدد سكان الدول النامية ومن ثم

إزدياد طلباتهم أضف إلي ذلك التدهور والأزمات الإقتصادية التي مرت بها تلك الدول ، كل ذلك مع الإرتفاع المستمر فى تكلفة الخدمات الصحية

لذلك فى العام 1973م بدأت جمعية الصحة العالمية فى البحث عن أسلوب ملائم لتقديم ( خاصة بعد أن تبين لها الاختلاف الواضح فى W.H.O. Opcit.:3 الخدمات الصحية ومناسب لكل دولة ) المستويات الصحية بين الدول المختلفة بالإضافة إلي أن الأنظمة الصحية تتسم بالتكلفة العالية التي لا يقابلها أدنى تحسن فى صحة المواطنين كما أن معظم الأنظمة الصحية كانت تلقي مسؤولية المحافظة على الصحة على عاتق العاملين الصحيين فقط ، فى حين أن سلوك الإنسان وطريقة حياته وبيئته التي يعيش فيها كلها عوامل فاعلة ومؤثرة على المستويات الصحية فى أيّ مجتمع وهذا ما أكدته الدراسات الوبائية التي توصلت إلي أن التحسن الذي تحقق فى صحة الإنسان يرجع الفضل فيه إلي تحسين الأغذية وإصحاح البيئة وذلك قبل معرفة الأدوية والتكنولوجيا Robert المتقدمة بزمان طويل (بوغدان م. كليتوفسكى مرجع سابق :2) . وفى ذلك يقول روبرت سونسون إن الطاعون لم يكن لينتشر فى منتصف القرن الرابع عشر عام 1347 ويقضى على أكثر Swenson من ثلث سكان أوروبا آنذاك وبالتحديد 25 مليون نسمة إلا عندما توفرت له جملة من العوامل والأسباب التي هيأت الظروف لانتشاره ، إذ تدنت مستويات المعيشة وازدادت كثافة السكان فى المدن وتدنى مستوى الرعاية الصحية وانتشرت القاذورات والأوساخ مما أدى إلي إنتشار الجرذان وبراغيتها التي تسببت فى انتشار وباء الطاعون . وأكد هذا الرأى البيير كامو فى روايته الطاعون حيث أشار إلي أن الفقر والإزدحام وتدنى المستوى الصحى لسكان أوروبا كان السبب المباشر لإنتشار المرض . (الوحيشى وعيد السلام 1989م :102) .

على ضوء ما تقدم فقد بدأت منظمة الصحة العالمية فى الدراسة والبحث عن طرق ومناهج يمكن بموجبها تضيق الفجوة فى المستويات الصحية بين دول العالم المختلفة ، بحيث تمحور الهدف الإجتماعي الأساسي من تلك الدراسات فى الوصول بجميع سكان العالم إلي مستوى

مقبول من الصحة يساعدهم علي الحياة بصورة منتجة إجتماعياً وإقتصادياً وكان ذلك بمثابة تمهيد  
لنهج الرعاية الصحية الأولية.

### 3-3-1-2 مفهوم الرعاية الصحية الأولية:-

في العام 1978م من شهر سبتمبر تم عقد مؤتمر ألما - آتا في الاتحاد السوفيتي سابقاً وقد حضر هذا المؤتمر أعضاء من حوالي 134 دولة وكان السودان واحداً من تلك الدول كما حضره عدداً من المنظمات التابعة للأمم المتحدة وبعض الوكالات الخاصة وعدد من المنظمات الحكومية حيث كانت الوثيقة الأساسية للمؤتمر عبارة عن تقرير مشترك بين المدير العام لمنظمة الصحة العالمية والمدير التنفيذي لمنظمة اليونسيف بعنوان الرعاية الصحية الأولية ، وقد تم في ذاك المؤتمر اعتماد الرعاية الصحية الأولية كنهج يفترض أن يصل بمقتضاه جميع سكان العالم بحلول (وقد تميز هذا النهج 3: W.H.O mid point from Alma Opcit العام 2000م إلي مستوي مقبول من الصحة ) بإمكانية تطبيقه في كل الدول لأنه لم يبتكر نموذجاً نمطياً واحداً ليطبق في كل دول العالم بل يمكن لكل دولة أن تبتكر أو تستنبط النموذج الذي يلائم إمكانياتها. وهذا ما ورد في الفقرة السادسة من إعلان أو تقرير ألما - آتا إذ تم تعريف الرعاية الصحية الأولية في تلك الفقرة بأنها:-  
" الرعاية الصحية الأساسية المعتمدة علي وسائل وتكنولوجيا صالحة عملياً وسليمة علمياً ومقبولة اجتماعياً وميسرة لكافة الأسر والأفراد في المجتمع ، كل ذلك من خلال مشاركتهم التامة بتكلفة يمكن للمجتمع والدولة توفيرها . في كل مرحلة من مراحل تطورها والرعاية الصحية الأولية جزء لا يتجزأ من النظام الصحي لكل دولة ، ومن التنمية الإجتماعية الشاملة للمجتمع وهي المستوي الأول لاتصال الأفراد والأسر والمجتمع بالنظام الصحي ، إذ تقرب الرعاية الصحية بقدر الإمكان إلى حيث يعيش الناس ويعملون وهي أول عناصر الرعاية الصحية" (على البيلي - مرجع سابق :8:7)  
يشكل هذا التعريف أهم الأجزاء الواردة في إعلان ألما - آتا وهو أساس أسلوب الرعاية الصحية الأولية .

وإذا أخذنا عبارة أن الرعاية الصحية الأولية صالحة عملياً وسليمة علمياً ومقبولة اجتماعياً نستنتج أهمية أن تسعى منظمة الصحة العالمية لاستيعاب الطب الشعبي (التقليدي) ضمن نهج الرعاية الصحية الأولية ، إذ أنه مقبول اجتماعياً لأنه يشكل معتقدات الناس واتجاهاتهم ويتبقى بعد ذلك أن يكون سليم علمياً وذلك بإيجاد الدليل القاطع علي جودة وكفاءة ممارسات الطب الشعبي (التقليدي) . وفي ذلك يقول إبراهيم مالك سامبا المدير الاقليمي لمنظمة الصحة العالمية ( ، "إن المنظمة تفر بالطب الشعبي (التقليدي) وتحترمه ، ومن [www.alamalcomputer.com](http://www.alamalcomputer.com) في أفريقيا ) مسئولتها ضمان نوعية وسلامة الاستخدام الفعال للطب الشعبي ، حيث دعا الحكومات إلي تنمية وتطوير سياسات وأطر قانونية تنظم ممارسات الطب الشعبي وتشجع إجراء البحوث العلمية وتضمن حقوق الملكيات الفكرية لاستخدام الطب الشعبي".

### 3-2-3 مكونات الرعاية الصحية الأولية :

هنالك أربع مكونات للرعاية الصحية الأولية ، فهناك الرعاية الصحية الأولية كلسفة وكإستراتيجية ، وكإحدى مستويات الرعاية الصحية ، وأخيراً قائمة العناصر الثمانية التي تحدد مجالات العمل الرئيسية في الرعاية الصحية الأولية عليه فإن الرعاية الصحية الأولية تشكل مزيج متناسق من تلك المكونات الأربع .

إذا نظرنا إلي الخدمات الصحية في السودان نجد أن هنالك فترتين إحداهما قبل نهج الرعاية الصحية الأولية والأخرى بعده (عبد الغفار على آدم 1993م :3) حيث اهتم المخططون الصحيون في فترة ما قبل نهج الرعاية الصحية الأولية بضرورة شمولية الخدمات الصحية لتصل إلي أكبر قطاع من المواطنين وصولاً لذلك الهدف تم تدريب الكوادر الصحية المساعدة ، كما تم إنشاء مدارس القابلات والمساعدين الطبيين بجانب إنشاء وحدات للرعاية الأساسية كنقاط الغيار والشفخانات والمستشفيات الريفية مع تزويدها بالأدوية والعقاقير الأساسية ، كما تم الإهتمام بصحة البيئة وترقيتها بتدريب الكوادر العاملة في هذا المجال من ملاحظي وضباط صحة .

وفي العام 1976 وضعت وزارة الصحة خطة إحتوت علي سمات شبيهة لنهج الرعاية الصحية الأولية ، إذ سعت إلي مزيد من إنتشار الخدمات الصحية فإستخدمت لذلك كادر المعاون الصحي ليعمل في الخدمات الوقائية والعلاجية والإنمائية ، حيث تم تدريب عدد ثلاثة آلاف من معاونيين الصحيين بمنهج تدريبي لمدة عام ، تولوا بعدها العمل في القرى التي تم إختيارهم منها (نفس المصدر السابق: 2) ، وعن طريق هؤلاء المعاونون الصحيون تم الوصول بالخدمات الصحية إلي قطاعات من المجتمع لم تكن تصله تلك الخدمات ، مثل المجموعات الرعوية المتنقلة، وبعد العام 1978م تبنت وزارة الصحة نهج الرعاية الصحية الأولية بمكوناته الأربع .

### 3-3-2-1 الفلسفة:-

تحتوي فلسفة الرعاية الصحية الأولية علي مجموعة من القيم الأساسية تهدف إلي التنمية الشاملة هي :-

أ/ ارتباط الصحة بتوفير الموارد وعدالة توزيعها وتتضمن تلك الموارد ، بجانب الموارد الصحية كالأطباء والعاملين في مجال التمريض والمستشفيات والوحدات الصحية الأخرى والأدوية تتضمن كذلك الموارد الإقتصادية والإجتماعية مثل التعليم وإمدادات المياه والأغذية وقد كانت عدم عدالة توزيع تلك الموارد إحدى سمات الأنظمة الصحية . لذلك فقد عنيت فلسفة الرعاية الصحية بعدالة توزيعها .

ب/ الصحة جزء لا يتجزأ من التنمية الشاملة لذلك فإن العوامل الإقتصادية والإجتماعية والثقافية لها تأثير بالغ علي الصحة .

ج/ يتطلب تحقيق الصحة في المجتمع مشاركة الناس أجمعهم سواء كأفراد أو أسر في إتخاذ القرارات اللازمة للنهوض بصحتهم ، حيث أن السلوك الصحي السليم من قبل الأفراد وتحسين

الأغذية إضافة إلى تصحيح البيئة الإجتماعية والطبيعية من شأنه المساهمة في رفع المستوى الصحي في المجتمع .

### 3-2-2 الإستراتيجية:-

تحتوي إستراتيجية الرعاية الصحية الأولية علي نفس القيم التي تم التعبير عنها في فلسفتها حيث تهتم الإستراتيجية بالآتي :-

أ/ بناء النظام الصحي علي أساس تلبية الحاجات الأساسية للأفراد ، إذ أن معظم النظم الصحية والمتمثلة في طب التكنولوجيا الرفيعة ، إبتعدت جميعها عن طبقات

المجتمع الفقيرة في حين أن أكثر أشكال المرض تسود بين تلك الطبقات الفقيرة في المجتمع (بوغدان م.مرجع سابق:12) ، لذلك سعت الإستراتيجية إلي التغطية الكاملة بخدمات الرعاية الصحية الأساسية وبأقلّ تكلفة .

ب/ من منطلق أهمية الصحة وفعاليتها في تنمية المجتمع ، سعت الإستراتيجية إلي جعل الصحة إحدى الأولويات في عملية التنمية الشاملة ، عن طريق خلق الوعي الصحي لدى أفراد المجتمع.

ج/ الصحة ليست مسئولية القطاع الصحي وحده وإنما هي مسئولية مشتركة بين القطاع الصحي والقطاعات الأخرى في المجتمع ، وذلك من خلال التعاون والتنسيق والعمل المشترك بين القطاعات ذات الصلة بالصحة .

### 3-2-3-3 إحدى مستويات الرعاية الصحية :-

المكون الثالث هو أن الرعاية الصحية الأولية إحدى مستويات الرعاية الصحية حيث أستخدم تعبير الرعاية الصحية الأولية ليشير إلى أكثر مستويات الرعاية الصحية بعداً عن المركز ، إذ تبدأ الرعاية الصحية الأولية - كما أشرت سابقاً - من المراكز الصحية والشفخانات ونقاط الغيار ، ثم يأتي بعد ذلك نظام تحويل الحالات المستعصية إلى الوحدات الصحية الأكبر ، وهنا يجب أن تغطي تلك الخدمات الصحية الأساسية كافة الجوانب الوقائية والعلاجية والتأهيلية ، التي صممت لتقدم كمجموعة واحدة تُعرف باسم العناصر الأساسية للرعاية الصحية الأولية .

### 3-2-3-4 العناصر الأساسية :-

تهدف تلك العناصر إلى تقديم الحد الأدنى من الخدمات اللازمة لتوفير الصحة وهى :-

- (1) نشر الوعى الصحى بين المواطنين وتثقيفهم بشأن المشاكل الصحية السائدة .
- (2) توفير الأغذية السليمة ، وهذا يتم عبر التعاون والتنسيق بين القطاع الزراعى وقطاع الصحة
- (3) توفير المياه النقية الصالحة للشرب ، إذ أن أكثر أشكال المرض منشأها يعود إلى شرب المياه الملوثة ، وهذا يتم عبر التعاون والتنسيق بين قطاع المياه وقطاع الصحة .
- (4) الاهتمام بصحة الأم والطفل بما فى ذلك تنظيم الأسرة .
- (5) التحصين ضد الأمراض المعدية .

(6) مكافحة الأمراض المتوطنة ومحاولة الوقاية منها بكافة السبل وتوعية المواطنين وتنقيفهم بكيفية الوقاية منها .

(7) توفير العلاج الملائم للأمراض والإصابات الشائعة .

(8) توفير العقاقير والأدوية الأساسية لمعالجة الأمراض .

نلاحظ من هذه النقاط أن عناصر نهج الرعاية الصحية الأولية قد بنيت فى معظمها على الوقاية من الأمراض ، عدا العنصرين السابع والثامن فقد إختصا بعلاج الأمراض .

على الرغم من أن نهج الرعاية الصحية الأولية لم يترك شاردة ولا واردة إلا شملها واحتواها إلا أن دراسات التقويم التى أجريت بالسودان بواسطة وزارة الصحة وبعض الجامعات والمنظمات المتخصصة (عبد الغفار على آدم مرجع سابق ص4) أشارت إلى أن هنالك بعض أوجه القصور فى تطبيق هذا النهج منها:-

( أ ) غياب المشاركة الجماهيرية فيما يتعلق بأمر النهوض بالصحة .

(ب) ليس هنالك تعاون وتنسيق واضح بين قطاع الصحة والقطاعات الأخرى ذات الصلة بالصحة.

ومن واقع ما أشار إليه الباحث سابقاً يمكن إستنباط بعض أوجه القصور التالية :-

(أ) لا زالت هنالك عدم عدالة فى توزيع الموارد الصحية بين المركز وبقية الولايات الأخرى خاصة فيما يتعلق بالأطباء الاختصاصيين .



(ب) أدت سياسة الخصخصة والتحرير الاقتصادي إلى إرتفاع تكلفة الخدمات الصحية فأصبحت تقدم نظير مقابل مادي ، قد لا يطيقه بعض الشرائح الفقيرة في المجتمع .

عليه يجب معالجة تلك السلبيات عن طريق المزيد من التعاون والتنسيق بين القطاعات المختلفة في المجتمع وبين القطاع الصحي ، إضافة إلي نشر الوعي والثقافة الصحية بين المواطنين عن طريق وسائل الإعلام المرئية والمسموعة والمقروءة ، إضافة إلي إقامة ندوات بالأحياء لتثقيف المواطنين حول كيفية الوقاية من الأمراض وطرق مكافحتها ، مع الاهتمام بعدالة توزيع الموارد الصحية بين المركز والولايات المختلفة ، بجانب اعتماد مجانية العلاج لتمكين كافة شرائح المجتمع من تلقي الخدمات الصحية .

تناول الباحث في هذا الفصل الخدمات الصحية في السودان ، موضحاً مفهوم النظام الصحي ومكوناته ، ثم تتطرق إلى قصور النظام الصحي وعجزه عن السيطرة على كثير من الأمراض المتوطنة في السودان ، ثم تحدث عن الآلية التي ابتكرها علماء الصحة لمعالجة قصور النظام الصحي والتي تمثلت في نهج الرعاية الصحية الأولية ، ومن ثم تناول سوء توزيع الخدمات الصحية بين ولاية الخرطوم بوصفها عاصمة السودان وبين ولايات السودان الأخرى ، حيث وضح مدى تمركز الخدمات والكوادر الصحية في الخرطوم وضعفها أو قلتها في بقية الولايات الأخرى ، وضعف الخدمات الصحية هذا من شأنه أن يدفع ببعض المرضى للبحث عن بدائل أخرى للعلاج ، لذلك سوف يتم في الفصل الرابع من هذه الدراسة تناول الطب الشعبي في السودان بوصفه أحد البدائل العلاجية التي يمكن أن يلجأ إليها المرضى .

## الفصل الرابع

### الطب الشعبي في السودان

1-4 مفهوم الطب الشعبي

2-4 الطب الشعبي بين الوقاية والعلاج

3-4 المعالجون الشعبيون في السودان

الفصل الرابع

## الطب الشعبي في السودان

### مقدمة :

مشكلة الإنسان مع المرض قديمة قَدَم وجوده علي الأرض ، فقد كان الإنسان قديماً يجد نفسه ضعيفاً أمام المرض وفي كثير من الأحيان لا يعرف الأسباب الموضوعية للمرض الشيء الذي دفعه للاعتقاد بأن هنالك قوي خفية تسيطر عليه وتصيبه بالأمراض ومن ثم الموت ، لذلك سعي إلي استعطاف تلك القوي بشتى السبل ، فلجأ تارة إلي تقديم القرابين والأضاحي تقريباً لها ليتخلص من الأمراض ، وتارة أخرى لجأ إلي قرع الطبول ووضع الأقفعة المخيفة لطرد الأرواح الشريرة التي يعتقد في أنها تدخل إلي جسد الإنسان وتسبب له المرض ومن ثم الموت ولكن بتقدم الفكر البشري واكتشاف دور الجراثيم وغيرها من الميكروبات الأخرى في إصابة الإنسان بالأمراض بدأت مفاهيم المرض وأسبابه تأخذ بعداً أكثر تطوراً وأكثر موضوعية .

### 4-1 مفهوم الطب الشعبي

يمكن اعتبار الطب الشعبي رد فعل تلقائي تجاه ما يواجهه الإنسان من مشاكل مرضيه ، لذلك فقد قام الإنسان في أماكن متفرقة وفي ثقافات متباينة بالبحث عن حلول لمشاكله المرضية ومن ثم ابتكر كل مجتمع طبه الشعبي الخاص به مستفيداً من البيئة الطبيعية من حوله ، وقد ذكرت سامية الساعاتي في دراستها عن السحر والمجتمع (سامية الساعاتي 1982م : 5 ) إن السحر - والذي يعتبر إحدى ممارسات الطب الشعبي- ، يمكن اعتباره من الظواهر المتشابهة والموجودة في مختلف أنحاء العالم فكل الشعوب تعرف الحجاب والطلسم وطقوس الأعمال السحرية لذلك فقد Cultural Parallels أطلقت عليها اسم النظائر الثقافية.

#### 4-1-1 تعريف منظمة الصحة العالمية للطب الشعبي (التقليدي) :-

بدأت منظمة الصحة العالمية الإستراتيجية الشاملة للطب التقليدي " الشعبي " في العام 2002م بعد أن وجدت أن غالبية أقطار أفريقيا وآسيا وأمريكا اللاتينية يستخدمون الطب التقليدي كنوع من أنواع الرعاية الصحية الأولية ، لمساعدتهم في مواجهة (TM) " الشعبي " مشاكلهم المرضية أما في الأقطار الصناعية ، كما في أمريكا الشمالية وأوروبا فيتم إستخدامه ، ومن الوسائل العلاجية المشهورة للطب البديل (CAM) والطب البديل تحت اسم الطب المكمل " ويعتمد هذا النوع من العلاج Hand On Healing فى غرب أوروبا ، وسيلة العلاج بوضع اليد " على وضع يد المعالج على رأس المريض أو فى منطقة الألم ، وذلك بغرض نقل القوة العلاجية من المعالج إلى المريض اعتماداً على التركيز العميق من قبل المعالج لتنشيط القوى العلاجية " المختص فى هذا "Harry Edward لدى المريض وبالتالي إزالة الألم وقد ذكر هرى إدوارد النوع من العلاج ، بأنه لم يفشل سوى فى 20% من جملة الحالات التى وردت إليه للعلاج (عفاف تاج السر 2000م :15) ، وفى أمريكا فقد إكتشف الطبيب الأمريكى وليم هنرى فيتز جيرالد (1872-1942) " وتعتمد ممارسة هذا النوع من Reflex zone therapy "مايسمى بالتطبيب المنعكس للموضع العلاج أساساً على الضغط فى مناطق معينة من باطن القدم ، على اعتبار أن هنالك إنعكاس من هذه المناطق فى باطن قدم الإنسان على أجزاء أو أعضاء داخل جسده والغرض من عملية الضغط هذه هو تنشيط مسارات الطاقة الحيوية فى تلك الأعضاء العليلة داخل جسد الإنسان وقد استلهم هذه الممارسة من تراث التدليك الصينى للنقاط الحيوية.(محمد المخزنجى مرجع سابق :156) .

كما وجدت منظمة الصحة العالمية أن أكثر من 80% من السكان في أفريقيا يستخدمون ( ، ففي مالي وغانا ونيجيريا وزامبيا وجدت [www.who.int](http://www.who.int) الطب الشعبي في الرعاية الصحية ) المنظمة أن حوالي 60% من جملة حالات إصابة الأطفال بحمي الملاريا يتم علاجها أو تبدأ معالجتها الأولي باستخدام الطب التقليدي (الشعبي) في المنزل بالأعشاب الطبية ، وقد لاحظت النتائج الإيجابية العالية لهذا النوع من العلاج ، وفي الولايات المتحدة وجدت منظمة الصحة العالمية إن 158 مليون من السكان يستخدمون الطب البديل والمكمل ، وطبقاً لإحصاءات لجنة الطب البديل و المكمل في الولايات المتحدة وُجِدَ أن هنالك حوالي 17 بليون دولار أنفقت علي ( . bidالعلاج البديل والمكمل في العام 2000م )

لذلك فإن إستراتيجية منظمة الصحة العالمية العام (2002-2005) قد صُمِمت لمساعدة تلك الأقطار على الآتي :-

أ/ تنمية السياسات القومية لتقويم وتنظيم ممارسات الطب الشعبي أو المكمل أو البديل.

ب/ محاولة خلق دليل قوي وقاطع علي كفاءة وفعالية وجودة بعض منتجات وممارسات الطب الشعبي أو المكمل أو البديل .

ج/ ضمان إمكانية أو مقدرة الطب الشعبي أو البديل أو المكمل في العلاج بما في ذلك التداوى بالأعشاب الطبية الأساسية .

بناءً على ذلك فقد بدأت منظمة الصحة العالمية في الاعتراف بفعالية بعض ممارسات الطب "IT/CAM"التقليدي "الشعبي" أو الطب البديل أو المكمل ويمكن أن نطلق عليه مصطلح "

( Traditional or Complementary or Alternative Medicine ) إذ (الصينية " إذ ( Traditional or Complementary or Alternative Medicine ) ، وذلك كعلاج الوخز بالإبر الصينية " ( محمد المخزنجي 2001م :8) . ومن ثم سعت في إستراتيجيتها للعام 2002- 2005م - سألفة الذكر - إلي استيعاب بعض ممارسات الطب التقليدي "الشعبي" الإيجابية ضمن منظومة نهج الرعاية الصحية الأولية .

( الطب الشعبي بأنه W.H.OThe promotion of T/M 1978 :.8 وقد عرفت منظمة الصحة العالمية )  
" عبارة عن مجموعة المعارف والممارسات التي تستخدم في تشخيص الأمراض العضوية والعقلية معاً بجانب الوقاية والتخلص من تلك الأمراض ، وقد تكون تلك المعارف والممارسات قابلة للتفسير أو غير قابلة له ، وتعتمد تلك المعارف أساساً علي الملاحظة والخبرات العملية ويتوارثها جيل عن آخر شفاهةً أو كتابةً ."

#### 4-1-2 تعريف طه بعشر للطب الشعبي:-

عرف طه بعشر - أحد رواد الطب النفسي في السودان - الطب الشعبي ، بأنه عبارة عن جزء هام من الثقافة السائدة في المجتمع ، إذ يمثل مجموعة المعتقدات والاتجاهات والعادات ويشكل ممارسات المجتمعات التقليدية مثل المعارف والمهارات ويمكن أن تكون تلك المعارف مكتوبة كما في الطب الشعبي التقليدي الصيني أو متوارثة جيل عن آخر شفاهة كما في بعض القبائل ( Wisal M. Abdallah 1994 :.8 الأفريقية . )

#### 4-1-3 تعريف أحمد الصافي :-

، أن العامة (25: Ahmed AL Safi 2006) وحول نفس موضوع الطب الشعبي فقد ذكر أحمد الصافي في السودان يطلقون علي مجموعة ممارساتهم العلاجية اسم الطب بينما المثقفون والمتعلمون يطلقون عليه اسم الطب البلدي ، وتشير كلمة طب في معناها إلى السحر ، لذلك يطلقون علي الشخص المريض لفظ المطبوب (أى المسحور) ، ويفهمون الطب علي إعتبار أنه مهارة فائقة وذلك *Divine Assistance* تتطلب معرفة وذكاء وربما بعض القوي السحرية والمساعدات السماوية طبقاً لمفهوم المرض الذي يعتقد أحياناً أنه بسبب قوة خارقة للطبيعة.

يرى الطبيب الفرنسي كلود بريليه خبير المعلومات والتعليم الصحي في منظمة الصحة العالمية ، أن الطب من أكثر الأنشطة الإنسانية مساهمة في بقاء الإنسان صحيحاً علي قيد الحياة ويعتمد علي السياق الثقافي الذي يُمارس فيه ، ويرى أن السياق الثقافي للطب الشعبي التقليدي قد قدم الطبيب في صورة الكاهن أو الراهب أو الشيخ وفي إهاب الحكيم الذي يحمل أدوات المعالجة الجسدية من مكونات البيئة ويحمل أدوات التعامل مع نفوس المرضى من خلال تراثهم الروحي وهذه هي قلب الحكمة في الطب الشعبي التقليدي القديم ، كما يرى كلود بريليه . (محمد المخزنجي مرجع سابق :7) - أي عدم الفصل بين الروح والجسد - ، لذلك فقد أصدرت جمعية الصحة العالمية - وهي الهيئة الرئاسية لمنظمة الصحة العالمية- عام 1984م قراراً يعترف بهذا البعد الروحي ويلفت النظر إلي أهميته البالغة لصحة الإنسان .

#### 4-1-4 تعريف دون يودر للطب الشعبي:-

عرف دون يودر الطب الشعبي (سعاد عثمان وآخرين 1999م : 69) "بأنه جميع الأفكار ووجهات النظر التقليدية حول المرض والعلاج وما يتصل بذلك من سلوك وممارسات تتعلق بالوقاية من المرض ومعالجته ، وذلك خارج إطار نسق الطب الحديث" ، ويرى يودر أن الطب الشعبي التقليدي بمعناه المتعارف عليه الآن يتصل اتصالاً ثانوياً بالطب الأكاديمي في أجياله المبكرة إذ يرى إن

كثير من الممارسات والأفكار السائدة اليوم فى الطب الشعبى كانت ضمن الدوائر الطبية الأكاديمية فيما مضى وإستبعدت فيما بعد عن الدوائر الأكاديمية فى الطب وأصبحت جزء من وجهة النظر الطبية الشعبية التى تدخل فى إطار الثقافة .

لذلك- وكما أشار الباحث سابقاً - ربما كان ذلك احدى أسباب سعى منظمة الصحة العالمية اليوم إلى استيعاب وضم بعض ممارسات الطب الشعبى التقليدي الإيجابية ضمن نهج الرعاية الصحية الأولية.

وقد رأى محمد الجوهري " فيما يتعلق بممارسات الطب الشعبى ، إنها تتركز فى جانب كبير منها على التجريب وأسلوب المحاولة والخطأ لذلك فإن هنالك اتفاق شعبى على مر العصور وبدرجات متفاوتة على طرق للعلاج الشعبى ، كما رأى أنه من البديهي أن تؤكد البحوث الطبية الحديثة صلاحية بعض وصفات العلاج الشعبى " (نفس المرجع السابق :70) . وربما كان ذلك منشأ مقولة "أسأل مجرب ولا تسأل طبيب" .

من كل ما تم ذكره من مفاهيم حول الطب الشعبى يمكن وضع واستخلاص تعريف إجرائى يتضمن النقاط التالية :-

(أ) نشأت الحاجة إلى الطب الشعبى كرد فعل تلقائى تجاه المشاكل المرضية التى تواجه أفراد المجتمع .

(ب) يعتبر الطب الشعبى جزء جوهري من ثقافة المجتمع الذى يوجد فيه ، ويرتبط بمعتقدات أفراد المجتمع عن الصحة والمرض .



(ج) تمت معرفة واكتساب مهارات العلاج الشعبي في معظمها عن طريق المحاولة والخطأ ، وقد تحتاج ممارسة الطب الشعبي إلى بعض القوى السحرية والمساعدات السماوية .

(د) استفاد الإنسان في ممارساته للطب الشعبي من البيئة الطبيعية التي يعيش فيها ويتفاعل معها .

(هـ) قد تكون ممارسات الطب الشعبي التشخيصية والعلاجية قابلة للتفسير أو غير قابلة له كالممارسات السحرية أو الممارسات العلاجية التي تعتمد على كرامات الأولياء والصالحين .

(و) هنالك ممارسات علاجية تحتاج إلى ممارس متخصص ليقوم بها ، وأخرى يمكن أن يمارسها الإنسان المريض بنفسه وذلك كالوصفات العلاجية الشعبية المتعارف عليها .

(ز) تستخدم ممارسات الطب الشعبي للوقاية والعلاج معاً .

(ح) تنتقل ممارسات الطب الشعبي من جيل إلى آخر شفاهةً أو كتابةً .

تأسيساً على هذه النقاط والمفاهيم السابقة للطب الشعبي يمكن وضع تعريف موحد يصاغ كآلاتي:- " يعتبر الطب الشعبي جزء جوهرى وهام من ثقافة كل مجتمع نسبة لارتباطه بمعتقدات

أفراد المجتمع عن الصحة والمرض ، وقد نشأت الحاجة إليه لمجابهة المشكلات المرضية التي تواجه أفراد المجتمع ، حيث تكتسب المعرفة بأساليبه وممارساته في معظمها عن طريق المحاولة والخطأ كما تتطلب ممارسته أحياناً قدرًا من الذكاء وبعض القوى السحرية والمساعدات السماوية ، ويستفيد ممارسو الطب الشعبي من البيئة الطبيعية من حولهم في بعض وصفاتهم العلاجية ، كما تُستخدم بعض ممارساته في الوقاية من المرض وأخرى في العلاج منه ، ويتوارثه جيل عن آخر شفاهةً أو كتابةً " .

#### 2-4 الطب الشعبي بين الوقاية والعلاج

يوجد في الطب الشعبي السوداني ممارسات يقصد منها الوقاية من الإصابة بالأمراض وأخرى لمعالجة الأمراض .

##### 1-2-4 الممارسات الوقائية :-

تتمثل الممارسات الوقائية في الحجاب والحفيظة والتميمية وغيرها من الحروز ، وتستخدم ومن الأمراض عامة Evil Eye جميعها بقصد الوقاية من العين الحاسدة أو العين الشريرة

##### 1-1-2-4 الحروز :-

جمع حرز وقد ذكر ابن منظور في لسان العرب أن الحرز هو الموضع الحصين واصطلاحاً فان كل ما من شأنه القيام بالوقاية ودفع الضرر أو جلب المنفعة فهو حرز (الصادق محمد سليمان مرجع سابق: 90:91) ، والحروز في مجملها عبارة عن أنواع أو أصناف من أساليب الحماية والحفظ والوقاية من الأمراض وغيرها من نوائب الدهر وتشمل عظام الحيوانات والأصداف والأحجار

( ، وذلك مثل قرنى الثور التى توضع أعلى أبواب 251.: Ahmad Abdalrahim 1981 الكريمة والمعادن )  
المنازل للحماية وجلب الخير كذلك الأصداف مثل الودع والمعادن - خاصة الفضة- كالقلادة  
الفضية" أو الريال الفضى" والسيوف ، وهى من الحروز التى تستعمل للحماية من العين الحاسدة  
فى مناسبات الختان والزواج ، وربما يكون الغرض منها صرف الانتباه أو الأنظار عن الشخص  
وتركيها على أشياء أخرى كالسيف والريال وغيرها من الحروز .

#### 2-1-2-4 الحجاب :-

يُعرّف الحجاب بأنه" ورقة بيضاء تكتب عليها آيات مختارة من القرآن الكريم تتناسب مع  
الغرض الذى من أجله عُمل الحجاب ،وتزود بواحد أو أكثر من أسماء الله الحسنى وأسماء  
الملائكة أو الجن ، إضافة إلى بعض الصيغ الرمزية فى شكل مربعات بها أرقام ترمز إلى بعض  
الأسماء والآيات القرآنية وتختلف محتويات كل حجاب باختلاف الوظيفة التى صُنِعَ من أجلها"  
. وفى العموم فإن وظيفة الحجاب هى الوقاية وليس العلاج حيث تطوى (Ahmed AL Safi 2006 :130)  
ورقة الحجاب تلك بطريقة معينة وتوضع داخل قماش أو جلد وتلبس حول الرقبة أو الذراع أو  
تلبس فى الوسط ويصنع الحجاب للحماية من تقلبات الحياة ومن اعتلال الصحة نتيجة للإصابة  
بالعين الحاسدة ( الشريفة) وغيرها من حوادث الدهر ويقوم بكتابة الحجابات أو الأحجبة عادة  
الفكى ، وقد ذكر الصادق محمد سليمان (الصادق محمد سليمان1983م :76) أن هنالك حجابات أو أحجبة  
خاصة بالرجال وأخرى بالنساء وثالثة بالأطفال وأن الحجاب ينبغى أن يستخدم بواسطة الشخص  
الذى صُنِعَ من أجله.

#### 3-1-2-4 الحفيظة:-

هي تعويذة تصنع للحماية وهذا ما يشير إليه اسمها وتعمل الحفيظة للأطفال حيث توضع علي رقبة الطفل وهي عبارة عن قرص فضي يكتب عليه اسم الطفل مثلاً تكتب عبارة "يا حامي أحمي صغيرنا ... " ثم يُكْتَب اسم الطفل وذلك لحمايته من العين الحاسدة ومن مختلف الأمراض (Ahmed AL Safi Opcit :130) الأمراض

4-1-2-4 التميمة:- تعتبر من ضمن الممارسات الوقائية و تصنع للمرأة بعد الوضع ( الولادة) وهي عبارة عن خيط به خرز يربط علي شعر المرأة بعد الوضع (الولادة) ليحميها من طفلها، (Ibid:130) حيث يعتقد بأن طفلها الذي يحدق إليها باستمرار يمكن أن يتسبب في فقدانها لشعرها ، وعندما يكبر الطفل تؤخذ التميمة من الأم وتربط لطفلها لطرده العين الحاسدة .

عموماً فان كل هذه الممارسات الوقائية تستمد فعاليتها وقدرتها من اعتقاد وإيمان مستخدميها بها وقناعتهم بما فيها من القوى الخارقة سواء كانت دينية أم سحرية حيث أن تلك القوى - حسب اعتقادهم - يمكن أن تقيهم شر الإصابة بالمرض وغيره من نوائب الدهر .

وفي هذا الصدد فقد ذكرت سامية الساعاتي (سامية الساعاتي 1982م : 6) بأن أحد علماء النفس عندما سئل عن التفسير العلمي لظاهرة حمل الاحجبة والتعاويد ، أجاب بأن التفسير العلمي لايهم وإنما الأهم هو شعور الإنسان بأن هذا الأمر يعطيه إحساساً بالأمان .

#### 2-2-4 الممارسات العلاجية :-

هنالك العديد من الممارسات العلاجية في الطب الشعبي مثل العزيمة والمحاية والبخرة ويقوم بهذه الممارسات جميعها المعالجين الدينيين لدى المسلمين مثل الفكي والفقير ، بجانب تجبير الكسور (طب العظام ) الذي يختص به البصير ، بالإضافة إلى التداوي بالأعشاب وهذا من اختصاص العشابين .

#### 1-2-2-4 العزيمة:-

أسلوب من الأساليب العلاجية يقوم بممارستها المعالجين الدينيين لدى المسلمين فى السودان أو (Litanies)"وهى أن يتمم المعالج ببعض الآيات المختارة من القرآن الكريم أو بعض الأوراد يقرأها في سره ، وفى أثناء ذلك يكون واضعاً يده على رأس المريض ، ويخرج رزاز خفيف من ( Ahmed AL safi Opcit . 124,125:لعابه على المريض وذلك بقصد نقل بركته إلى المريض )

#### 2-2-2-4 المحايا:-

مشروب علاجي يحضر بواسطة المعالجين الدينيين لدى المسلمين ،- وهو عبارة عن حبر مخلوط بالصمغ العربي والماء وبعض خُصَل الشعر أو العشب- ، ومن ثم يقوم المعالج - ( Wooden Tablet وهو الذى يعد هذا المزيج- بكتابة بعض الآيات القرآنية المختارة على اللوح ) وتتم الكتابة بقلم مصنوع من عود الذرة وبعد ذلك يتم غسل الكتابة التي على اللوح ، وماء ( . والاسم ناتج عن محو ما باللوح من كتابةwww.ahmadalsafi.netالغسل هذا هو ما يعرف بالمحايا ) إذ يعتقد أن هذا الماء فيه شفاء للمريض لاحتوائه على آيات من القرآن الكريم ، وهى نوع من العلاج أطلق عليه عبد الله عثمان التوم عند دراسته لقبيلة البرتى فى شمال دارفور إسم العلاج ( Ahmed AL safi Opcit . 126:بشرب القرآن )

#### 3-2-2-4 الرقية الشرعية:-

إحدى الوسائل العلاجية التي يستعان بها على شفاء المريض من السحر والعين والمس أو التلبس - والتلبس أو المس عبارة عن دخول الجن في جسد الإنسان بهدف إيذائه أو السكن فيه والتحكم به - والرقية عبارة عن تلاوة آيات مختارة من القرآن الكريم أو من سنة الرسول صلى الله عليه وسلم (معلومة ميدانية) حيث تقرأ تلك الآيات أو الأحاديث بصوت مرتفع و أحياناً يتم استخدام مكبرات الصوت ويمكن أن تقرأ تلك الآيات في أذن المريض مع وضع اليد اليمنى للمعالج على رأس المريض ، وفي أثناء القراءة يخرج المعالج رزاز خفيف من لعابه على المريض ، كما يحدث في العزيمة ، ومن الشروط الواجب اتباعها في الرقية الآتي:-

(أ) الوضوء للمريض والمعالج معاً.

(ب) يجب أن يكون المريض مغمض العينين في أثناء الرقى له ، وذلك لمزيد من الانتباه والتركيز حتى لا ينشغل بأشياء أخرى في أثناء قراءة المعالج .

ويمكن أن نفرق بين العزيمة والرقية بأن القراءة في العزيمة تكون سراً ، بينما يُجهر بها في الرقية .

يمكن أن تكون الرقية بقراءة آيات قرآنية على الماء فيستخدم للشرب منه يومياً أو للاستحمام وهي شبيهة بالمحايا ، حيث أن ماء المحايا يستخدم للشرب أيضاً على اعتبار أنه يحتوى على آيات قرآنية .

وفي ندوة أعدها مركز بحوث القرآن الكريم والسنة النبوية ، عن ظاهرة العلاج بالقرآن (رؤية شرعية) قدم فيها عبد الحى يوسف - أحد علماء المسلمين في السودان- ورقة أمّن فيها على أن القرآن شفاء من كل داء وأجاز فيها الرقية الشرعية مدعماً حديثه بالأدلة النقلية من السنة النبوية

كما أجاز مخاطبة الراقي للجن وسؤاله عن إسمه (الأنشطة الفكرية للدولة أبريل 2006م :99) . وهذا هو ما يمارسه الفقرا في مراكز العلاج بالقرآن عند الرقى للمريض ، حيث يخاطبون الجن الذى سكن جسد المريض ويسألونه عن إسمه ويأمرونه بالخروج من جسد المريض عن طريق منطقة معينة فى جسد المريض كأصبع القدم مثلاً ، نسبةً لاعتقادهم بأن الجن إن لم يُؤمر بالخروج عن طريق منطقة معينة ، يمكن أن يخرج عن طريق العين وعند ذلك يمكن أن يصاب المريض بأذى جسيم فى عينه .

#### 4-2-2-4 البخرة:-

هى نوع من العلاج يستنشقه المريض ويستخدم لعلاج العديد من الأمراض وأيضاً يمكن أن يقى هذا العلاج من العين الشريرة ، وهى عبارة عن ورقة بيضاء يكتُب عليها الفكى أو الفقير بعض الآيات القرآنية والأدعية إضافة إلى بعض الرموز والطلاسم ومن ثم يقوم بحرقها ليستنشق المريض الدخان المتصاعد منها ويعتقد أن الدخان الناتج يحتوى على الأدعية والآيات القرآنية (الصادق سليمان مرجع سابق : 86) .

#### 4-2-2-5 الحجامة :-

عبارة عن استخراج الدم الفاسد ، حيث يعتقد فى أن كريات الدم بعد حوالى 120 يوماً يضعف نشاطها وتتكرر لذلك تترك آلاماً فى مناطق معينة من جسد الإنسان وخاصة على الظهر وعندها يقوم من يمارس الحجامة باستخدام المحاجم لتجميع كريات الدم المتكسرة فى منطقة الألم ومن ثم يقوم بفصد أو شرط تلك المنطقة لاستخراج الدم على اعتبار أنه فاسد وهو السبب فى الآلام التى يعانى منها المريض (معلومة ميدانية) .

#### 4-2-2-6 التداوى بالأعشاب:-

يعتبر التداوي بالأعشاب من أكثر الممارسات العلاجية الشعبية التي وجدت نوعاً من الاهتمام سواء على المستوى المحلى أو على مستوى الوطن العربي ففي السودان نجد أن هنالك مركز مختص بأبحاث النباتات الطبية والعطرية . وعلى مستوى الوطن العربي نجد أن هنالك العديد من المؤتمرات التي عقدت حول موضوع التداوي بالأعشاب والنباتات الطبية . و تعتبر الأهمية العلاجية للنباتات والأعشاب الطبية حقيقة لا جدال فيها ، ولكن السؤال الذي يطرح نفسه هو هل يتم استخدامها بصورتها الخام كما كان يستخدمها الأسلاف ؟ أم تتم معالجتها لإستخلاص العناصر المفيدة منها فقط ؟

تعريف الأعشاب الطبية :-

عرّف طلاس (مصطفى طلاس 1989م :22) الأعشاب الطبية بأنها "هي الأعشاب النامية طبيعياً وتلقائياً في منابتها البرية بلا زراعة وتعتبر من أهم المصادر التي يزخر بها الغطاء النباتي الطبيعي وغالباً ما توجد هذه النباتات الطبية في الوديان والمنخفضات وفي المناطق شبه الصحراوية والهضاب والمرتفعات الجبلية.

يقال إن أول ما إمتدت إليه يد الإنسان بغرض التداوي والعلاج هي النباتات الطبيعية النامية من حوله ، حيث عرف المفيد منها وتجنب السام وكل ذلك عن طريق المحاولة والخطأ أو عن طريق ملاحظة أثر تلك النباتات على حيواناته التي تقتات على تلك النباتات أحياناً ، وعلى الرغم من أن الإهتمام بالنباتات الطبية قد بدأ يتضاءل بعد أن توصلت الطرق العلمية إلي إستخلاص وإنتاج مركبات كيميائية فعالة ضد الأمراض إلا أن الإهتمام بها قد بدأ يتزايد في الآونة الأخيرة في الوطن العربي والعديد من دول العالم الأخرى .



في عام 1986م نظم إتحاد مجالس البحث العلمي العربية مؤتمراً عن النباتات الطبية في الوطن العربي . كما نظمت ندوة أخرى عام 1992م في العراق (المؤتمر العربي الأول 1994م: 37) وبرزت خلال تلك الندوة آراء متباينة حول النباتات الطبية وإستخداماتها.

(1)هنالك آراء لا تميل إلي إستخدام الأعشاب والنباتات الطبية وفق الأساليب الشعبية الموروثة وبنيت تلك الآراء علي الأسباب الآتية :-

أ/ أن التقدم العلمي توصل إلي إستخلاص المركبات الكيميائية وتنقيتها ، لذلك لا مبرر من إستخدام الأعشاب كعقاقير علاجية بشكلها الطبيعي الخام .  
ب/ لكل عشب أو نبات طبي مركبات ومواد فعالة عديدة ، فإذا إختصت بعض تلك المركبات في معالجة مرض معين فقد يكون للمركبات الأخرى الموجودة في النبات أو العشب آثار ضارة وقد تكون محصلة الإستخدام سلباً أكثر منها إيجاباً .

ج/يعتبر الرجوع إلى إستخدام النباتات والأعشاب الطبية بصورتها الخام نوع من أنواع التخلف.

(2) هنالك فريق أو رأى آخر يميل إلي إستخدام النباتات والأعشاب الطبية مع عدم إستبعاد الأدوية الكيميائية عند الضرورة وذلك مع مراعاة الأسس العلمية في إستخدام النباتات والأعشاب الطبية وقد بنيت مبرراتهم علي الآتي :

أ/ هنالك خاصية علاجية في النباتات والأعشاب الطبية أثبتتها العلم الحديث.

ب/ الاعتماد علي الأدوية الكيميائية ولفترات طويلة يمكن أن يؤدي إلي عدد من الأمراض الناتجة عن العلاج نفسه.

ج/ يتميز العلاج بالأعشاب والنباتات الطبية بعدم وجود آثار جانبية ضارة في أغلب الأحيان وهذا علي خلاف الأدوية الكيميائية المصنعة.

(3) الرأي الثالث ويمثله مجموعة العشابين الذين إمتهنوا الطب الشعبي التقليدي والعلاج بالأعشاب وتوارثوا هذه المهنة عن آباءهم وأجدادهم وبرعوا فيها ، وهؤلاء لا يعتقدون في الأدوية المصنعة ويرون أن التداوي بالأعشاب الطبية هو الطريق الأوحده لمعالجة الأمراض ويمكن بواسطة تلك الأعشاب معالجة الحالات التي عجز الطب الحديث عن مداواتها .

عموماً فقد بدأت الأنظار تتجه مرة أخرى نحو المداواة بالأعشاب بعد أن تم إهمالها وربما يعود السبب في ذلك أيضاً إلي إرتفاع قيمة الدواء المستورد مقارنة بالدواء المحلي المحضر من الأعشاب خاصةً بالنسبة للشرائح الفقيرة في المجتمع ، هذا بجانب خلو الأدوية العشبية المدروسة علمياً من الآثار الجانبية الضارة إذا ما قورنت بالأدوية الكيميائية المصنعة .

#### 3-4 المعالجون الشعبيون في السودان

مقدمة:-

قبل أن نتطرق إلي المعالجين الشعبيين ينبغي أن نلقى الضوء على بعض المفاهيم السائدة حول أسباب بعض الأمراض .

1-3-4 الأسباب الغيبية للأمراض:-

حسب ما ذكر الصادق محمد سليمان ( الصادق محمد سليمان مرجع سابق: 55) ، أن لدى البعض في السودان اعتقاداً في أن معظم أسباب الأمراض يمكن أن تنسب إلي قوى خارقة للطبيعة وبالتالي فان كل ما يصيب الإنسان من خير أو شر ينسب لتلك القوى .

#### 1-1-3-4 الأمراض التي تنسب إلى الجن:-

وتعالج عن طريق الفكي وهو من المعالجات *Epilepsy* من الأمراض التي تنسب للجن الصرع الدينيين لدى المسلمين ويعتقد في أن لديه المقدرة علي طرد الجن (الصادق محمد سليمان مرجع سابق: 62) ( أن بعض الجن لديه أسماء خاصة مثل أم Ahmed AL safi Opcit 69؛ وقد ذكر أحمد الصافي ) الصبيان ، وهي شيطان يُؤذى الأطفال الصغار ، كما ذكر بأن داوود الأنطاكي صاحب كتاب تذكرة أولى الألباب قد وصف أم الصبيان بأنها مرض يصيب الأطفال .

#### 2-1-3-4Evil Eye العين الحاسدة أو الشريرة :-

ويطلق عليها لدى البعض العين الحارة أو عين الحسود ، وهي أن ينظر الإنسان لما لدى غيره من نِعَم (مثل نعمة الصحة أو المال) نظرة حسد مما يتسبب في زوال تلك النِعَم لذلك تعتبر من الأسباب المباشرة التي ينسب إليها المرض ، ومن المعتقدات المرتبطة بالعين الشريرة (الصادق محمد سليمان مرجع سابق: 67) ، أن الشخص لا يقبل أن يحصى عدد أطفاله أو حتى ذكر عددهم وكذا ماشيته و إذا سُئِلَ لا يعطى الرقم الصحيح خوفاً من العين لذلك كثيراً ما يبدأ العدد بقوله "الله واحد".

#### 3-1-3-4 سوء السلوك وتجاوز المحاذير الثقافية :-

يمكن أن يتسبب هذا الأمر في إصابة الإنسان بالأمراض وسوء الطالع ، ويهدف إلى تجنب شى مرغوب عنه (بمعنى لا تفعل كذا حتى لاتصاب بكذا)، ومن أمثلة سوء السلوك وتجاوز المحازير الثقافية - حسب ماذكر الصادق محمد سليمان - (نفس المرجع السابق: 69) دخول "قبة" أو ضريح الفكي أو الولي دون خلع الحذاء ، كذلك التعدى علي حرمت الأولياء أو الاستهزاء بمكانتهم كل ذلك يمكن أن يكون سبباً في إصابة الإنسان بالأمراض وغيرها من نوائب الدهر .

#### 4-1-3-4 Black Magic - السحر و السحر الأسود

يعرف السحر الأسود بالطب أو العمل وتمارس عملياته للإنتقام أو لإيقاع الأذى أو الضرر على شخص ما، أو لتحقيق منفعة لشخص ما على حساب شخص آخر، ويمكن إبطال أثر هذا السحر الأسود "العمل" بواسطة الفكي وهو نفسه الذي يقوم بهذا السحر أو العمل، وكذلك يمكن إبطال أثره بواسطة الكجور ويُحدث السحر الأسود العديد من الأمراض وقد يتسبب في الموت . - وحسب ماذكر الصادق محمد سليمان - (نفس المرجع السابق: 70) فإن عملية السحر الأسود تتم في مخلفات شعر الحلاقة أو الأظافر أو في قطعة من ملابس الإنسان أو بكتابة ورقة ويوضع العمل أو السحر الأسود للشخص المقصود بالضرر في المكان الذي يتواجد فيه .

أما السحر -حسب ما ذكر على محمد عثمان (على محمد عثمان 2002م:120) - فإنه يعنى فى منطقة السافل- وهى المنطقة شمال الخرطوم- الإصابة بالضرر ، ويتم سحر الأشياء أو الأفراد عن طريق تشبيها بشىء آخر وكلما بلغ التشبيه درجة عالية من الإتيقان ، كلما تأكد الفعل أى السحر .

#### 5-1-3-4 الزار أو الريح الأحمر :-

نوع معين من الأرواح (جمع روح) ويعرف بالريح الأحمر، ولا أحد يعلم أين تعيش تلك الأرواح ولا من أين تأتي أو إلى أى شى تنتمي (71: Ahmed AL safi Opcit ) ، ويعتقد في أن تلك الأرواح عندما تمس الإنسان تصيبه بالقلق الذي قد يتطور ليصل إلي حد فقدان العقل وتنسب إلي الزار الكثير من الأمراض العضوية أيضاً ، ويعرف الزار بالعديد من الأسماء مثل الدستور أو الدساتير .

وقد ذكر على محمد عثمان (على محمد عثمان مرجع سابق:173) ، أن الزار من المعتقدات الشائعة في منطقة السافل وخاصةً لدى النساء، وتجرى طقوسه عادة في احتفال يقام لتحقيق رغبة في شفاء من مرض أو للحصول على شى لم يكن بالإمكان اقتنائه عن طريق الطلب المباشر من أولياء الأمر - خصوصاً الأزواج - وتتميز حفلات الزار بالانطلاق في الرقص تحت وقع إيقاعات ساخنة مع حركات هستيرية تصل بصاحبها إلى درجة الغيبوبة ، وعندها يبدأ في سرد الرغبات التي من أجلها أقيم الزار .

ويمكن اعتبار الزار إحدى وسائل العلاج النفسى أو ما يسمى العلاج كما يمكن اعتباره نوع من التفرغ لما بالنفس من شحنات أو (Music Therapy) بالموسيقى رغبات مكبوتة .

في مقابل هذه الأمراض وأسبابها هنالك أساليب أو ممارسات تشخيصية وعلاجية يقوم بها المعالجون الشعبيون مثل الفكي والكجور وشيخة الزار وغيرهم ، ومن المعالجين من يمتهن هذه الممارسات بمعنى أنها مصدر دخله الأساسي ومنهم من يزاولها بجانب أعمال أخرى ولكن معظمهم يمارسونها نظير مقابل مادي يطلق عليه اسم "البياض" ويرمز الاسم إلي بياض نية المريض وإيمانه أو اعتقاده فيما يقوم به المعالج من ممارسات علاجية، (الصادق محمد سليمان ص71) وهذا المقابل المادي ربما دفع بالكثير من الناس إلي أن يدعوا معرفتهم بهذه الأساليب العلاجية ليتخذونها وسيلةً للرزق الأمر الذى أدى إلي انتشار الدجل والشعوذة في كثير من تلك الممارسات العلاجية .

#### 4-3-2 المعالجون الشعبيون في السودان :-

يوجد في السودان العديد من المعالجين الشعبيين ، - ويمكن تصنيفهم إلى معالجين عموميين بمعنى مقدرتهم علي معالجة الأمراض العضوية والنفسية معاً وذلك مثل المعالجين الدينين كالفكي والفقير والكجور ، ولكل منهم مهاراته وقدراته الخاصة التي تمكنه من معالجة العديد من الأمراض النفسية والعضوية ، وفي مقابل هؤلاء يوجد معالجين اختصاصيين في الأمراض العضوية مثل العشابين"من يعالجون بالأعشاب" والبصير" مجبر العظام" .

#### 4-3-2-1 المعالجون العموميون:-

انتشرت في الآونة الأخيرة في السودان العديد من المراكز التي تعني بالعلاج بالقرآن الكريم والطب النبوي وذلك لمعالجة العديد من الأمراض كالسحر والعين والمس

(أو التلبس) ، إضافة للأمراض العقلية والنفسية ، بجانب الأمراض العضوية بعد أن كان هذا الأمر يختص به فقط الأولياء والشيوخ المعروفين .

يمكن تصنيف المعالجين الدينين لدى المسلمين إلى نوعين الفكي والفقير وإن كان معظم الباحثين في مجال الطب الشعبي لا يميزون بينهما إلا أن أحمد الصافي قد ميّز بينهما كما يلي:-

أ/ الفكي :-

هو معالج ديني متنقل من قرية إلى أخرى وقدراته العلاجية أقلّ عمقاً من تلك التي

لدى الفقير (Ahmed AL safi Opcit :379) ، ولكن عادةً ما يهابه الناس ويخشونه نسبةً لقدرته على استخدام السحر الأسود . يوجد الفكي عادة في القرى ويعيش حياة تقشف وحرمان .

يعتمد الفكي في ممارسات العلاجية على العديد من الوسائل كالبخرة والحجاب والعزيمة والمحاية ، ومن الطقوس التي يمارسها عند معالجة المرضى العقلين مثلاً ، ينفرد أولاً بالمرضى العقلي في غرفة منعزلة ، ويتم تقييد المريض إن كان عدوانياً ويطعم غذاءً خفيفاً خالي من الملح ويتكون من خبز الذرة مع الماء والزيت ، ويبدأ الفكي علاجه بضرب المريض بسعف النخيل الذي تكتب عليه بعض الآيات القرآنية ويمكن أن تكتب عليه أيضاً بعض الكلمات والأحرف الرمزية ذات الأبعاد الروحية ، وعندما يظهر المريض خضوعه يبدأ الفكي بالعزيمة على رأس المريض لطرد الأرواح الشريرة التي يعتقد في أنها السبب في الإصابة بالمرض العقلي ، ومن ثم يقوم بإعطاء المريض المحاية ليشرّبها ، فعندما يصرح المريض بأنه قد شفي يُعمَل له حجاب ليلبسه حماية من الإصابة مرة أخرى (Ahmed AL safi Opcit :124) .

ب/ الفقير (الشيخ):-

يمارس الفقير أساليبه العلاجية داخل المسيد ، وعادةً يسمى المسيد باسم الفقير أو الشيخ نفسه ويمكن تعريف المسيد بأنه المكان الذي يقيم فيه المرضى لفترات طويلة لتلقي العلاج حيث يُقدّم لهم في المسيد كل ما يحتاجونه من مأكّل ومشرب . وهناك العديد من هذه الأماكن في السودان والتي أصبحت بمثابة مراكز للعبادة وتلقي العلاج مثل مراكز "كدباس ، وأم ضواً بان ( وهذه المراكز تستقبل العديد من المرضى الذين يقيمون Ahmed AL safi Opcit :380,381 والشكينية " ) فيها لفترات طويلة لتلقي العلاج وبعض المرضى بعد شفائهم يفضلون البقاء في المسيد لخدمة الشيخ أو الفقير ، ويمكن القول أن الفقير يمارس العلاج النفسي الجماعي ، حسب ما أشارت إليه دراسة عبد الرازق الفكي وآخرين بمركز أم ضواً بان (صحيفة أخبار اليوم 2005م :6) .

ج/ الكجور :-

هو أحد المعالجين الدينيين في مناطق جبال النوبة ، ويعتقد في أنه يمتلك قدرات خارقة غير موجودة لدى غيره من الأفراد الآخرين حيث يعتقد أن لديه المقدرة علي العلاج وجلب الأمطار ( ويمكن أن يكون هنالك Ahmed AL safi Opcit 382,383: وحماية المحاصيل من الآفات كالجراد مثلاً ) امرأة لديها هذه القوي الخارقة أيضاً وتسمى كجورية وتجمع علي كجوريات.

2-2-3-4 المعالجون الاختصاصيون :-

هم الذين يختصون بمعالجة أمراض عضوية معينة ويمكن أن نذكر منهم :-

Herbalists /العشابين :-

هم الذين يمارسون العلاج بالأعشاب والنباتات الطبية ، ويطلق عليهم أحياناً اسم العطارين ( ، معظم العشابين ورثوا Ahmed AL safi Opcit 389: وأشهرهم في السودان التيمان في منطقة أمدرمان ) مقدرتهم علي التعامل مع الأعشاب في العلاج أباً عن جد ، وبعضهم تعلمها بالممارسة والخبرة.

ضمن فئة *Root Dealers* يمكن تصنيف المعراقيين وهم من يتعاملون بالعروق ومعظم هؤلاء المعراقيين من نيجيريا ومناطق (ibid idem)العشابين - حسب ما ذكر أحمد الصافي - غرب السودان إذ يدعون أن لديهم عروق تقي الإنسان شر الآفات ، كالعروق التي تقي من *Scorpion Stings* . ولدغة أو لسعة العقرب *Snake Bites*عضة الثعبان

Bone Setter ب/ البصير (مجر العظام) :-



هو المعالج المتخصص في طب العظام بالطرق التقليدية (تجبير الكسور) وبعد قيامه بمعالجة الكسر يمكن أن يوصي المريض بتناول بعض المأكولات التي تساعد في سرعة الشفاء ( ، ويمكن أن يكون ibid 390:مثل الترمس لإحتوائه علي الكالسيوم بجانب البلح ولحم الدجاج ) ممارس هذا النوع من العلاج امرأة وتسمى "بصيرة" وأشهرهن زينب بت "بنت" بتّي وقد ورثت فإنها قد ذكرت بأن مقدرتها (ibid:391) هذه المهارة عن والدها مصطفى بتّي وحسب احمد الصافي علي العلاج هي في الأصل هبة من الله بجانب ملاحظتها لوالدها في أثناء قيامه بمعالجة المرضي ، كما ذكرت بأنها قد بدأت بمعالجة الحالات البسيطة في غياب والدها ولم تكن تتقاضى أجراً من المرضي ولكن تقبل هداياهم عن طيب خاطر .

، يمكن أن تكون (ibid idem) وتصنف زينب بت بتّي إصابات العظام علي ثلاث مستويات ، أو خلع للعظم عن موضعه "فكك" "ملخ" *Contusion* الإصابة مجرد رضوض "رضخ" إلي *Infected Cases* وتقوم بتحويل الحالات الملتهبة *Fracture* أو كسر *Dislocation* المستشفى ، وقد نالت بت بتّي شهرة واسعة في هذا المجال وأصبحت ممارساتها معروفة لدى أطباء العظام السودانيين .

ويمكن أن يطلق اسم البصير أيضاً على من يمارس العلاج "بالكي" ، (معلومة ميدانية) حيث يستخدم الكي بالنار لمعالجة العديد من الأمراض العضوية ،مثل الأمراض الباطنية مثل اليرقان كما يستخدم بكثرة لآلام المفاصل ، وأيضاً يستخدم الكي للأطفال عند إصابتهم بالإسهال .

تناول الباحث في هذا الفصل ممارسات الطب الشعبي الوقائية والعلاجية السائدة في السودان بوصفها أحد البدائل العلاجية التي يمكن أن يلجأ إليها المرضي في مرحلة من مراحل العلاج ، سواء بالاعتماد عليها اعتماداً تاماً ، أو باستخدامها مع الطب الحديث ، كما تناول المسميات المختلفة للمعالجين الشعبيين وتصنيفهم كمعالجين اختصاصيين أو عموميين .

بعد أن تحدث الباحث عن خدمات الطب الحديث ، ووضّح ممارسات العلاج الشعبي السائدة في السودان ، يمكن بعد ذلك في الفصل الخامس من الدراسة تناول الدراسة الميدانية ومجتمع

البحث من حيث التركيبة السكانية والخدمات الصحية والتعليمية ، وتناول ممارسات العلاج الشعبي السائدة بمجتمع الدراسة .

## **الفصل الخامس**

### **الدراسة الميدانية**

**1-5 مجتمع البحث ومنهجية الدراسة**

**2-5 المعالجون الشعبيون بمحلية شندى**

**الفصل الخامس**  
**الدراسة الميدانية**

## مقدمة:-

تناول الباحث فى هذا الفصل مجتمع البحث من حيث الموقع والتركيبية السكانية ، إضافة إلى النشاط الاقتصادى للسكان ، بجانب الخدمات المختلفة بالمدينة . كما تناول الإجراءات المنهجية للبحث مثل حجم العينة وكيفية إختيارها ، بجانب الأدوات التى تم استخدامها لجمع البيانات إضافة إلى المنهج الذى تم إتباعه وصولاً لأهداف هذه الدراسة . ومن ثم تطرق بعد ذلك إلى نتائج الدراسة التى تم إجراؤها مع المعالجين الشعبيين بمحلية شندى .

### 1-5 مجتمع البحث ومنهجية الدراسة

#### 1-1-5 مجتمع البحث

##### 1-1-1-5 الموقع والمكان:-

مكان إجراء الدراسة الميدانية مجتمع مدينة شندى ، وتقع مدينة شندى بمحلية شندى ولاية نهر النيل إلى الشمال من عاصمة السودان القومية الخرطوم على بعد حوالى 176 كلم تقريباً وإلى David and Badawi الجنوب من مدينة الدامر عاصمة ولاية نهر النيل على بعد حوالى 110 تقريباً ( يحيط بالمدينة العديد من المناطق الأثرية والتاريخية التى تقع فى المناطق الريفية 4 : 2003 للمحلية مثل منطقتى النقة والمصورات جنوب مدينة شندى ومنطقة البجراوية عاصمة مملكة مروى القديمة فى الفترة من 644 ق.م إلى 332ق.م (نعوم شقير 1981م : 33) وتقع البجراوية إلى الشمال من مدينة شندى عند منطقة كبوشية . وقد اختلفت الآراء حول تفسير مدلول اسم شندى، فهناك من يرى إن أصل كلمة شندى ( صحيفة رأى الشعب 2008م : 6) ، بضم الشين كلمة نوبية الأصل وتعنى الشفة ، وذلك نسبةً لأن جروف شندى على النيل عالية وتشبه الشفاه ويمرور الزمن أصبحت تنطق شندى - بفتح الشين - ، ويقال أيضاً إن كلمة شندى بفتح الشين تعنى البيع نقداً أو

"بالكاش" وقد أتت الكلمة أيضاً من شمال الوادي ، وكان التجار يستعملون هذه الكلمة بكثرة في عملية البيع والشراء ، وذلك بحكم أن منطقة شندی كانت مركزاً للتجارة في ذلك الوقت .

ويرى الفحل الفكى الطاهر ( ناصر محمد عثمان 2002: 12) إن شندی كلمة عامية سودانية تتكون من مقطعين : "شنى" وتقابلها في اللغة العربية الفصحى "ما"، والمقطع الثانى "دى" وتقابلها في العربية الفصحى "هذه" ، والمقطعان معاً هما "شنى دى" بالعامية أو "ما هذه" بالفصحى ، ويعلل الشيخ الفحل تسمية المدينة بهذا الاسم بسبب دهشة وتعجب واستغراب أهل البادية من رؤية منارة المسجد الذى شيده الأمير ضواب بن غانم فى المدينة ، وكان البدو عند رؤية المنارة يقولون " شنى دى" ، وتردد هذا القول كثيراً حتى سُميت المدينة باسم شندی .

تبلغ مساحة محلية شندی حوالى 14,596 كلم2 تقريباً تحدها الولاية الشمالية من جهة الشمال ومن الجنوب ولاية الخرطوم ومن ناحية الشرق تحدها ولاية القضايف ومن الغرب بعض أجزاء ( Opcit david Poston من ولاية نهر النيل )

( بجانب خمس 11: M.Mazharul And Others 1999 تم تقسيم محلية شندی إلى خمس وحدات إدارية ) مناطق صحية) أربع منها فى المناطق الريفية للمحلية وواحدة فى المناطق الحضرية ، وهى:-

(أ) وحدة ريفى شندی شمال.

(ب) وحدة ريفى شندی جنوب .

(ج) وحدة ريفى كبوشية.

(د) وحدة ريفى حجر العسل.

(هـ) وحدة مدينة شندی.

ويربط شندى بمدينتى الخرطوم وعطبرة طريق التحدى وهو طريق معبد ، وجرى العمل لامتداده من مدينة عطبرة إلى منطقة هيا بولاية البحر الأحمر ليرتبط بمدينة بور تسودان وهناك طرق أخرى غير معبدة تربط شندى بولاية القصارف .

تعتبر شندى واحدة من المدن السودانية القديمة ، حيث صنفتم مدينة فى أول لائحة لتخطيط المدن (مصلحة الأراضي - محلية شندى - 2005م) ، وكانت أول خطة سكنية منظمة فى العام 1967م، تلتها بعد ذلك بعض الخطط وكان آخرها عام 2005م فى منطقة شرق المدينة ولم تسلم الأراضي لمستحقيها بعد .

وجود مدينة شندى على الضفة الشرقية لنهر النيل حد من توسعها باتجاهات معينة ، حيث يحدها نهر النيل - كحاجز طبيعى - من الشمال والشمال الغربى ، كما تحدها بعض المزارع من الجهة الغربية لذلك فقد كان التوسع والإمتداد الطبيعى للمدينة فى اتجاهى الجنوب والشرق.

#### 5-1-1-2 السكان والنشاط الإقتصادى:-

تم تقدير عدد سكان محلية شندى فى العام 2003م بحوالى 211959 نسمة منهم 103188 من الذكور بنسبة 48,7% والبقية إناث بنسبة 51,3% ، بينما بلغ عدد الأسر بالمحلية 34623 أسرة بمتوسط 6 أفراد للأسرة الواحدة ، وقد بلغ معدل النمو السكاني عن العام 1993م حوالى 2,3% ، بينما يبلغ عدد السكان بمدينة شندى 53,124 نسمة وعدد الأسر 8074 أسرة ( موزعة بأرجاء المدينة المختلفة على حوالى 35 حياً ومربعاً. David Poston OpCit)

يُوجد بمدينة شندى العديد من القبائل السودانية ذات الأصول الثقافية المختلفة ومن أكبر تلك القبائل قبيلة الجعليين ببطونها المختلفة ، بجانب قبيلة الشايقية والحسانية والعبادة وبعض القبائل الأخرى ، وشندى كغيرها من المدن السودانية فقد نزحت إليها بعض القبائل التي تأثرت بالحرب

والجفاف وقد استوطن هؤلاء النازحون علي أطراف المدينة في مناطق عشوائية تم تخطيطها مؤخراً ومعظم سكان تلك المناطق من أبناء جبال النوبة وجنوب السودان . هذا بالإضافة إلي عدد من الأقباط المسيحيين الذين يعيشون بمدينة شندي منذ الفتح التركي في القرن التاسع عشر و يعتمدون علي التجارة كمصدر أساسي للدخل إضافة إلي براعتهم في الغزل والنسيج

( ويطلق علي هؤلاء الأقباط المسيحيين في شندي اسم النقادة ، وحسب Ibid Idem اليدوي ) معلومة من أحد المبحوثين في مرحلة الدراسة الاستكشافية و إختبار إستمارة المقابلة علمت أن أصل كلمة نقادة يرجع إلي بلدة بمحافظة قنا بجمهورية مصر العربية -بمعنى أن نسبهم يرجع إلي تلك البلدة

( خاصة وأن Ibid P.4 تشكل الزراعة حوالي 78% من النشاط الاقتصادي للسكان بمحلية شندي ) أربعة من الوحدات الإدارية الخمس التي تكون محلية شندي تقع في المناطق الريفية للمحلية بعدد سكان يبلغ 158,835 نسمة من مجموع سكان المحلية ، حيث تشتهر منطقة شندي بزراعة البصل والمحاصيل البستانية إضافة إلي زراعة البطاطس في مشروع الميكتاب الزراعي ، كما تم مؤخراً إعادة تأهيل مشروع قندتو الزراعي وتم افتتاحه - في إطار احتفالات العيد السادس عشر للإنفاذ في العام 2005م ، ويقع إلي الجنوب من مدينة شندي علي بعد حوالي 23كلم ويمتد في مساحة تقدر بحوالي 6آلاف فدان (مجلة سد مروى 2005م ص4) ، بينما يعمل بعض السكان بالتجارة وخاصة تلك المرتبطة بتسويق المحاصيل الزراعية والبعض الآخر يعملون بالصناعات اليدوية بما فيها صناعة الغزل والنسيج التي اشتهرت بها منطقة شندي تاريخياً .

بقية السكان وخاصة في المنطقة الحضرية -مدينة شندي- يعملون بالتجارة والدواوين الحكومية والمصانع والقوات النظامية .

5-1-1-3 الخدمات :-

#### 1-3-1-1-5 الخدمات الصحية:-

تعتبر محلية شندي من أوائل المحليات التي نفذت إستراتيجية الرعاية الصحية الأولية وتبنت نظام المنطقة الصحية ، وقد تم تشكيل فريق العمل الصحي بمختلف وحدات المحلية الخمس بعد ( David Poston OpCit P.7 تدريب أعضاء الفريق علي مختلف حقول أنشطة الرعاية الصحية الأولية ) ويوجد بمدينة شندي ثلاثة مستشفيات أحدهم مستشفى شندي التعليمي تحت إشراف وزارة الصحة بولاية نهر النيل ، والآخر مستشفى المك نمر الجامعي تحت إشراف جامعة شندي والثالث مستشفى شندي العسكري هذا بالإضافة إلي تسع مراكز صحية حسب ما موضح بالجدول رقم (1-5) أدناه .

#### جدول رقم (1-5)

#### المراكز الصحية بمدينة شندي

اسم المركز	الكادر الصحي المشرف على المركز	ملحوظات
مركز صحي قريش	مساعد ط	تحت إشراف وزارة الصحة
مركز صحي مربع 38	مساعد طبي	تحت إشراف وزارة الصحة
مركز صحي مربع 22،21	مساعد طبي	تحت إشراف وزارة الصحة
مركز صحي مربع 20	مساعد طبي	تحت إشراف وزارة الصحة
مركز صحي مربع 16	مساعد طبي	تحت إشراف وزارة الصحة



مركز صحي مربع 14	مساعد طبي	تحت إشراف وزارة الصحة
مركز صحي مربع 15	طبيب+ مساعد طبي	تحت إشراف التأمين الصحي
مركز صحي مربع 1	طبيب	تحت إشراف جامعة شندى
مركز صحي مربع 7	طبيب	تحت إشراف جامعة شندى

المصدر / منظمة الصحة العالمية - مشروع شندى مدينة صحية- 2003م

من الجدول (1-5) أعلاه نلاحظ أن المراكز الصحية لاتغطي كل الأحياء والمربعات بمدينة شندى ، التى تبلغ حوالى 35 مربعاً وحيأ ، كما أن ستة من المراكز الصحية يقوم بالإشراف عليها مساعد طبي .

5-1-1-3-2 رسوم الخدمات الصحية :-

تتفاوت الرسوم المفروضة على الإفادة من الخدمات الصحية بمدينة شندى بين المستشفيات والمراكز الصحية والعيادات الخاصة وذلك حسب مستوى الخدمة التى تقدمها الوحدة الصحية أدناه جدول رقم (2-5) يوضح ذلك .

جدول رقم (2-5)

يوضح رسوم الخدمات الصحية بمدينة شندى

الموجات الصوتية	أشعة	العمليات الكبيرة	العمليات الصغيرة	الفحص الروتين (للدم والبول والفسحة)	مقابلة الطبيب	نوع الخدمة وتكلفتها بالدينار الوحدة الصحية
2500	1000	22000	5000-1000	1200	400	مستشفى شندى التعليمي
2500	1000	25000	10000	1500	500	مستشفى المك نمر الجامعي
لا يوجد	لا يوجد	لا يوجد	1000 -500	600	200	المراكز الصحية
3000	2000	40000	15000 -10000	3000 -2400	2000 - 1000	العيادات الخاصة

المصدر / إدارة الخدمات الصحية بمحلية شندى 2005م

من الجدول رقم (2-5) أعلاه نلاحظ الانخفاض النسبي للفئة الخاصة بمقابلة الطبيب مقارنة بالفئات الخاصة بتكلفة الوسائل التشخيصية مثل الفحوصات المعملية وغيرها من وسائل التشخيص كما نلاحظ ارتفاع الفئات الخاصة بالعمليات الكبيرة والصغيرة سواء في المستشفيات أو العيادات الخاصة . هذا الارتفاع في تكلفة الخدمات الصحية قد لا تطيقه بعض الفئات الفقيرة في المجتمع ، كل هذا بجانب ارتفاع تكلفة العلاج من أدوية وخلافه .

#### 3-3-1-1-5 الخدمات التعليمية :-

تعتبر شندى واحدة من المدن السودانية التي بدأ التعليم فيها مبكراً ، حيث تنتشر فيها الخلاوي القرآنية والمدارس النظامية ، وانشأ بها معهد إعداد المعلمين في العام 1952م وآل إلي جامعة

شندي مؤخراً عام 1994م ، بجانب ذلك فإن مدينة شندي تضم مركزاً لتنمية المجتمع وآخر لتعليم الكبار (مسودة دليل جامعة شندی 2005م :1) . وفي مجال محو الأمية نجد أن إدارة تعليم الكبار بمحلية شندي كانت قد تبنت حملة لمحو الأمية بمدينة شندي في العام 1992 (إدارة تعليم الكبار - محلية شندی- 2005م) حيث بلغ عدد الأميين بالمدينة - حسب الحصر الذي أجرته إدارة تعليم الكبار آنذاك حوالي 14,140 أمياً منهم 4,093 رجال بنسبة 29% والبقية 10,047 نساء بنسبة 71% حيث تم في إطار تلك الحملة فتح عدد من المراكز لمحو الأمية بأحياء المدينة المختلفة .

(أجرى في العام 2003م كان David Poston OpCit: وفي إحصاء حديث لعدد الأميين بمدينة شندي (1) مجموع الأميين بالمدينة 1,474 أمياً منهم 1,174 ذكور بنسبة 79,6% و300 إناث بنسبة 20,4%

إذا نظرنا إلي نسبة الأمية بين الرجال والنساء عند مقارنة الإحصاء الأول للعام 1992م وآخر إحصاء عام 2003م ، نجد أن تلك النسبة قد انعكست ، فبينما كانت نسبة الأمية مرتفعة بين النساء في إحصاء عام 1992م أصبحت منخفضة مقارنة بنسبة الأمية بين الرجال في الإحصاء الأخير وهذا يدل علي أن الحملة التي بدأتها إدارة تعليم الكبار في العام 1992م قد أثمرت وكان إقبال النساء علي مراكز محو الأمية أكثر من إقبال الرجال عليها حيث بلغت نسبة الإناث المسجلين بمراكز محو الأمية خلال الفترة من 1992-1997م ، 86,6% بينما كانت نسبة الرجال بتلك المراكز خلال نفس الفترة 13,4% .

وفيما يتعلق بتعليم الأساس يوجد بمدينة شندي عدد ثلاثة وعشرون مدرسة لمرحلة الأساس منهم إحدى عشرة للبنات ومثلهم للبنين وواحدة مختلطة ويبلغ عدد التلاميذ بتلك المدارس 9419 تلميذاً منهم 4513 ذكور و4906 إناث بينما بلغ عدد المعلمين 306 معلماً ومعلمة منهم 66 معلم ( Ibid Idem. و 240 معلمة )

وفي مجال التعليم الثانوي يوجد بمدينة شندي عدد ستة مدارس ثلاثة للبنات ومثلهم للبنين وتضم تلك المدارس عدد 617 طالبة وعدد 629 طالب تقريباً ويقدر المعلمون في تلك المدارس ( ، وفي مجال التعليم العالي David Poston Opcit:2 بحوالي 123 معلم منهم 78 معلمة و45 معلم ) يوجد بها جامعة شندي التي تحتوي علي العديد من الكليات التطبيقية والنظرية موزعة علي نطاق محليتي شندي والتممة (مسودة دليل جامعة شندي ص2) ، حيث تقوم فلسفة الجامعة على الإتجاه نحو المجتمع والتفاعل معه حلاً لمشكلاته عن طريق إجراء البحوث العلمية المرتبطة بحاجاته المختلفة والمتجددة في سبيل خدمته والارتقاء به.

#### 4-3-1-1-5 خدمات مياه الشرب :-

تُزود كل الأحياء بمدينة شندي بمياه آبار ارتوازية وعددها خمسة عشرة بئراً وهنالك بئرين تحت التشييد، (إدارة مياه المدن - محلية شندي - 2005م) وتضح مياه تلك الآبار عبر الشبكة العامة تحت إشراف هيئة مياه المدن - حيث يفترض فيها مراعاة النواحي الصحية- ، إلا أن هنالك بعض المناطق الطرفية لا تصل إليها شبكة المياه ولكنها تشرب من نفس مياه الشبكة عن طريق عربات المياه "الكارو" التي تحمل المياه من داخل المدينة لبيعها بتلك الأحياء التي خارج نطاق شبكة المياه .

#### 2-1-5 منهجية الدراسة وحجم العينة :-

##### 1-2-1-5 منهج الدراسة:-

وصولاً لأهداف هذه الدراسة فقد تم استخدام المنهج المقارن ، وذلك بعد أن قام الباحث بتقسيم مجتمع مدينة شندي إلي ثلاثة مجموعات سكنية متباينة نسبياً لتمكن من إجراء الدراسة

المقارنة بينها ، وذلك من حيث مستويات الدخل والتعليم ونوع مواد بناء المنزل- حيث تشير نوعية المواد التي بنى بها المنزل إلى المستوى الإقتصادي - ، والبعد أو القرب من الوحدات الصحية بالمدينة كل ذلك مع الأخذ في الاعتبار تصنيف مصلحة الأراضي بمحلية شندي للأحياء من حيث درجة السكن في الخطط السكنية.

تم هذا التقسيم لمجتمع المدينة بعد مسح مبدئي استطلاعي تم إجراؤه قبل القيام بالدراسة الميدانية وجمع البيانات . حوت كل مجموعة سكنية على عدد من الأسر المتجانسة نسبياً داخل المجموعة من حيث مستويات الدخل والتعليم ، ومتباينة عن الأسر في المجموعتين الأخريين بقدر يمكن من إجراء الدراسة المقارنة بينهم هذا بالإضافة إلى المنهج الوصفي التحليلي وذلك بوصف مجتمع الدراسة ووصف ممارسات العلاج الشعبي السائدة فيه ، واتجاهات المرضى العلاجية تمهيداً لتحليل تلك الاتجاهات العلاجية وفقاً للمتغيرات التي تم إفتراضها كعوامل يمكن أن يكون لها تأثير مباشر أو غير مباشر في تشكيل السلوك العلاجي للمرضي ، ومن ثم إجراء المقارنة بين المجموعات السكنية الثلاث لمعرفة مدى انتشار الظاهرة موضوع الدراسة في كل مجموعة أي أن منهج الدراسة عبارة عن منهج وصفي تحليلي مقارن .

#### 2-2-1-5 حجم العينة ونوعها :-

تم استخدام العينة الطبقية في هذه الدراسة نسبة لأنها الأكثر ملائمة للدراسات المقارنة كما إنها تعمل على ضمان تمثيل كل أجزاء المجتمع في العينة ، وتعنى كلمة طبقة عند إستخدامها " أو الناس المتشابهين إلي "Study Units فيما يتعلق بأخذ العينات، مجموعة من وحدات الدراسة حدٍ ما ، أو الذين يعملون ويعيشون في ظروف متشابهة نسبياً (و. لونز 1989م : 46) .

يستلزم استخدام العينة الطبقيّة تقسيم مجتمع الدراسة إلى مجموعتين أو أكثر وهذا ما قام به الباحث عقب إجراء المسح المبدئي الاستطلاعي لمجتمع مدينة شندي ، حيث تم تقسيم مجتمع المدينة إلى المجموعات الثلاث الآتية :-

(أ) المجموعة السكنية الأولى :-

تضم هذه المجموعة عدد من الأسر المتشابهة نسبياً من حيث مستويات الدخل والتعليم ، كما أن المنازل في هذه المجموعة تحمل مواصفات الدرجة الأولى من حيث بناء المنزل ونوعية المواد التي بنى بها ومساحته بجانب نوعية الصرف الصحي - نظام السيفون والمراحيض ذات البئر المحسنة "العميقة" - ، هذا بالإضافة إلى أن المنازل في هذه المجموعة تقع في مركز المدينة أو بالقرب منه وبالتالي فهي الأقرب إلى الخدمات المتاحة بالمدينة وتضم هذه المجموعة حوالي 13 مريعاً سكنياً ، ويبلغ عدد الأسر في هذه المجموعة 1024 أسرة .

(ب) المجموعة السكنية الوسطى :-

هي عبارة عن مجموعة أحياء يتفاوت البنيان فيها بين منازل مشيدة من الطوب الأحمر وأخرى من الطوب الأخضر ، وغالبية نظام الصرف الصحي في هذه المجموعة هو المراحيض ذات البئر وبعضهم يستخدمون نظام السيفون وفي مجملها فإن هذه المجموعة تأخذ مواصفات الدرجة الثانية وهناك تفاوت نسبي بين الأسر داخل هذه المجموعة من حيث مستويات الدخل والتعليم ، ولكن الغالبية العظمى منهم من ذوي الدخل المتوسط ، وأقل مستوي من دخل الأسر في المجموعة الأولى وعدد المربعات والأحياء بهذه المجموعة حوالي 19 مريعاً سكنياً بعدد 5640 أسرة .

## (ج) المجموعة السكنية الثالثة :-

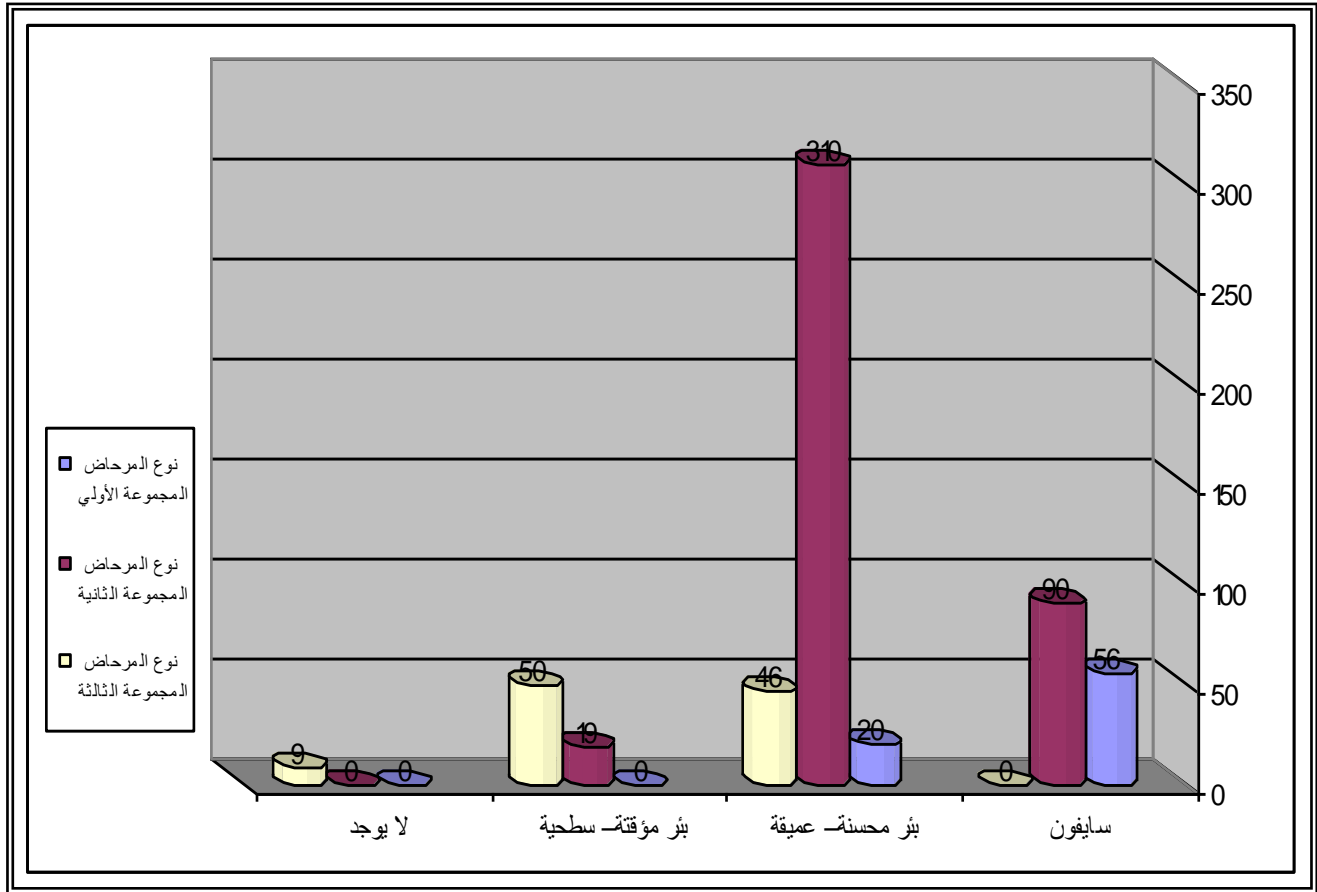
هي مجموعة الأحياء التي بدأ نظام السكن فيها عشوائياً ، وتم تخطيطها مؤخراً وينخفض مستوي الدخل والتعليم بين الأسر في هذه المجموعة عنه في المجموعتين الأخرين ، كما أن نوع البناء فيها في معظمه من الطوب الأخضر أو الطين ، وكل المراحيض في هذه المجموعة على نظام البئر سواء كانت عميقة أو سطحية علماً بأن كل الأسر في هذه المجموعة لا زالت تشرب من مياه مواسير خارج المنزل عن طريق عربة نقل المياه (الكارو) .

تقع أحياء هذه المجموعة في أطراف المدينة وبالتالي فهي بعيدة نسبياً عن الخدمات المتاحة في وسط المدينة ومعظم ساكني هذه الأحياء من أبناء جنوب السودان ومناطق جبال النوبة الذين نزحوا إلي شندي بسبب الحرب والجفاف ، وتضم هذه المجموعة ثلاثة مربعات بعدد 1410 أسرة علماً بأن مشروع شندي مدينة صحية الذي تنفذه منظمة الصحة العالمية هو مصدر عدد الأسر بالأحياء المختلفة لمدينة شندي .

أدناه شكل (5-1) يوضح نوع المرحاض بالمنزل في كل مجموعة من المجموعات السكنية الثلاثة بمجتمع الدراسة .

شكل رقم (5-1)

يوضح نوع المراض حسب المجموعة السكنية



المصدر الدراسة الميدانية شندى 2006

نلاحظ من الشكل أعلاه إن أعلى نسبة للأسر فى عينة الدراسة التى تستخدم نظام السايفون كانت ضمن المجموعة السكنية الأولى ، حيث بلغت نسبتهم 73,7% ، وكانت النسبة فى المجموعة السكنية الوسطى 21,5% ، وذلك من مجموع الأسر فى عينة كل مجموعة



سكنية على حدة ، بينما لم يوجد نظام السايون بين أيّاً من أسر المجموعة السكنية الثالثة . كما نلاحظ إن هنالك عدد تسعة أسر من جملة العينة، ضمن عينة المجموعة السكنية الثالثة ليس لديهم مرحاض بالمنزل ، ومما لاشك فيه إن قضاء الحاجة فى العراء يمكن أن ينعكس سلباً على البيئة الصحية فى المنطقة .

#### حجم العينة :-

بلغ حجم العينة المختارة من مجتمع الدراسة 600 أسرة ، أى ما يعادل حوالى 7,4% من الحجم الكلى للمجتمع والبالغ عدده 8074 أسرة ، تم توزيع العينة بين المجموعات السكنية الثلاث كما يلي:-

حجم عينة المجموعة السكنية الأولى = 76 أسرة

حجم عينة المجموعة السكنية الوسطى = 419 أسرة

حجم عينة المجموعة السكنية الثالثة = 105 أسرة

وقد تم تحديد حجم عينة كل مجموعة سكنية وفقاً لاعتبارات التمايز والتجانس بين مجموع الأسر داخل كل مجموعة ، لذلك فقد كان حجم عينة المجموعة الوسطى كبيراً نسبة لكبر حجم هذه المجموعة السكنية إضافةً للتباين النسبي بين الأسر فيها بالإضافة إلي ذلك فقد استخدم الباحث القانون الإحصائى التالى لتحديد حجم العينة وحجم عينة كل مجموعة سكنية(محمد أبو يوسف 1989م: 219)

$$N= PQ\{\alpha \div 2 \div E\}$$

= حجم العينة N حيث أن :-

= نسبة وقوع الحدث المطلوب دراسته P

( عدم وقوع الحدث ) P = القيمة المعاكسة ل Q

$\alpha$  = (ألفا) نسبة الثقة

= خطأ التقدير عند إختيار العينة E

فإذا افترضنا أن نسبة الثقة عند إختيار العينة = 95 % فإن القيمة التي تقابل  $\alpha \div 2$  في جدول احتمالات التوزيع الطبيعي = 1,96 ، ونفترض أن خطأ التقدير عند إختيار العينة الذي يمكن السماح به ولا يؤثر في نتائج الدراسة هو 4% ونظراً لأن قيمة P (نسبة وقوع الحدث) غير معروفه لدينا فإننا نفترض أن نسبة وقوعها =  $1/2$  وبالتالي فإن القيمة المعاكسة Q (عدم وقوع الحدث) =  $1/2$  أيضاً فتصبح المعادلة كما يلي :-

2

= 600 أسرة { 1.96 ÷ 0.04 } N = ¼ حجم العينة

كسر المعاينة = حجم العينة ÷ حجم المجتمع

= 0.0743 = 8074 ÷ 600

من واقع كسر المعاينة يمكن استخراج عينة كل مجموعة سكنية على حدة إذ أن  
حجم عينة المجموعة السكنية = كسر المعاينة × عدد الأسر بالمجموعة السكنية

حجم عينة المجموعة السكنية الأولى =  $1024 \times 0.0743 = 76$  أسرة

حجم عينة المجموعة السكنية الوسطى =  $5640 \times 0.0743 = 419$  أسرة

حجم عينة المجموعة السكنية الثالثة =  $1410 \times 0.0743 = 105$  أسرة

نسبة لعدم وجود كشف يحوى أسماء جميع الأسر بالمدينة فقد تم إختيار مفردات عينة كل مجموعة سكنية عشوائياً بعد الذهاب إلى الميدان ، وذلك بالوقوف في وسط الحى أو المربع السكنى ، ومن ثم اختيار أياً من الاتجاهات الأربعة عشوائياً ، واختيار أول منزل في الاتجاه الذى تم اختياره وترك منزلين بعده واختيار المنزل الثالث ، وذلك لضمان تنوع مفردات العينة واستفءاء عدد الأسر المطلوب اختيارها من الحى أو المربع السكنى ، وذلك بعد أن قام الباحث بتحديد واختيار المربعات التى سوف يتم جمع مفردات العينة منها عشوائياً ، وذلك وفقاً لكل مجموعة من المجموعات السكنية الثلاثة .

تم جمع بيانات عينة المجموعة السكنية الأولى التى بلغ حجمها 76 أسرة من عدد خمسة مربعات ممثلة لهذه المجموعة ، وقد اختلف عدد الأسر المختارة من كل مربع حسب عدد الأسر بالمربع كما يلى :-

1/ مربع (1) " 15 أسرة " ، 2/ مربع (3) " 10 أسر " ، 3/ مربع (17) " 18 أسرة " ،  
4/ مربع (12) " 15 أسرة " ، 5/ مربع (4) " 18 أسرة " .

بينما تم جمع بيانات عينة المجموعة السكنية الثانية بحجم 419 أسرة من عدد عشرة مربعات ممثلة للمجموعة وهى كالاتى :-

1/ الدسم " 38 أسرة " ، 2/ مربع (13) " 35 أسرة " ، 3/ مربع (20) " 50 أسرة " ،  
4/ حى قريش " 50 أسرة " ، 5/ مربع (14) " 48 أسرة " ، 6/ مربع (21) " 50 أسرة "

7/ مربع (10) "25 أسرة ، 8/ مربع (7) "36 أسرة " ، 9/ مربع (16) "50 أسرة " 10/ مربع (8) "37 أسرة " .

وتم جمع عينة مجموعة السكن الثالثة بحجم 105 أسرة من عدد مربعين يمثلان الأسر بهذه المجموعة وهما كالآتي :-

1 / مربع (37) "50 أسرة ، 2/ مربع (38) "55 أسرة " .

كما يمكن - لمزيد من التوضيح - النظر للخارطة أدناه بالشكل رقم (5-2) ، التي توضح معالم مدينة شندى من حيث توزيع المربعات والأحياء السكنية على أرجاء المدينة المختلفة بجانب مواقع الخدمات الصحية المختلفة ، إضافةً إلى أماكن سكن بعض المعالجين الشعبيين الذين تم اختيارهم كعينة لإجراء الدراسة معهم . حيث نلاحظ من تلك الخارطة مدى بعد بعض المربعات والأحياء السكنية بالمدينة عن مواقع الوحدات الصحية الكبرى فى المدينة كالمستشفيات مثلاً .



### 3-2-1-5 أدوات جمع البيانات

هي الأداة الأساسية التي تم استخدامها لجمع Standardized Interview المقابلة المقننة بيانات هذه الدراسة ، حيث صمم الباحث إستمارة مقابلة ملحق رقم (5) ص 175 ، احتوت على 41 سؤالاً فى معظمها مقبول وبعضها مفتوح ، هذا على الرغم من صعوبة تحليل الأسئلة المفتوحة إلا أنها تمتاز بعدم حصر المبحوث فى إجابات معينة أو الإيحاء إليه بها ، وقد تم تقسيم إستمارة المقابلة إلى ستة أقسام أو محاور ، حيث إحتوى القسم الأول على بيانات تملأ بواسطة المساعدين الذين استعان بهم الباحث على جمع المعلومات - وعددهم عشرة من طلاب كلية الطب والعلوم الصحية- ، واحتوى القسم الثانى على بيانات أساسية خاصة بالمبحوث بينما إحتوى القسم الثالث على بيانات متعلقة بالخصائص الاقتصادية للمبحوث ، وتناول القسم الرابع الثقافة الصحية للمبحوث بينما إحتوى القسم الخامس على أسئلة تتعلق بصحة البيئة والبيئة الصحية لمنزل المبحوث ، وأخيراً المحور السادس تناول الاتجاهات العلاجية للمبحوث وأفراد أسرته عند الإصابة بالمرض ، وقد استهدفت استمارة المقابلة أرياب الأسر . كما أجريت بعض المقابلات مع بعض المرضى بمراكز العلاج الشعبى بمدينة شندى .

وفيما يتعلق بالمعالجين الشعبيين فقد قام الباحث بتصميم استمارة مقابلة أخرى استهدفت المعالجين الشعبيين بمحلية شندى ملحق رقم (6) ص 182 ، وقد احتوت على 25 سؤالاً وخمس أقسام أو محاور ، حيث تضمن القسم الأول البيانات الأساسية للمعالج الشعبى وتضمن القسم الثانى الأمراض التى يستطيع المعالج شفاؤها والوسائل التى يتبعها فى العلاج بينما تضمن القسم الثالث الخصائص الاقتصادية للمعالج و القسم الرابع تضمن خصائص المرضى الذين

يأتون للعلاج وأخيراً القسم الخامس عن مصدر معرفة المعالج الشعبي بهذه الممارسات العلاجية . وقد تم توجيه هذه الاستمارة إلى تسعة من المعالجين الشعبيين بمدينة شندى تم اختيارهم عشوائياً ، بجانب ذلك فقد قام الباحث بإجراء مقابلات متعمقة مع عدد ثمانية من المعالجين الشعبيين بمحلية شندى ، وقد تمركز موضوع المقابلة حول الوسائل التي يتبعها المعالجون الشعبيون فى تشخيص الأمراض ، بجانب معرفة العلاقة بين المعالجين الشعبيين بمعنى هل يمكن أن يقوم المعالج الشعبي بتحويل مريض لا تتدرج حالته المرضية تحت دائرة اختصاصه إلى معالج شعبي آخر كما يحدث في مسيد أم ضواً بان ، إذ ذكر احمد ( إن المريض [www.ahmadalsafi.net](http://www.ahmadalsafi.net)الصادفي - مؤسس معهد أبحاث الطب الشعبي فى السودان- ) المصاب بالصرع لا يُقبل بمسيد أم ضواً بان وإنما يتم تحويله إلى مركز الشيخ حسن ود حسونة ، كذلك تناولت المقابلة مسألة تحويل أو نصح المعالج التقليدي للمريض بالذهاب إلى المستشفى إذا رأى أن حالة المريض تحتاج إلى تحاليل طبية بغرض تشخيص الداء الذى يعانى منه . بجانب المقابلة فقد استخدَم الباحث الملاحظة العلمية كأداة يمكن أن تضيف بعداً كيفياً للبيانات الكمية فتمنحها معناً خاصاً ، هذا فيما يتعلق بالبيانات الأولية لهذه الدراسة ، أما البيانات الثانوية فقد تم جمعها من البحوث والدراسات السابقة المتاحة حول موضوع البحث بجانب التقارير والإحصاءات، إضافة إلى الاستفادة من بعض المواقع على شبكة الإنترنت الشئ أضاف بعداً نظرياً للدراسة و مكّن من صياغة أسئلة إستمارة المقابلة بصورة تساعد في الوصول إلى أهداف البحث .

5-1-2-4 المدى الزماني لجمع البيانات:-

استغرقت عملية جمع البيانات الخاصة بأرباب الأسر فى مدينة شندى حوالى خمسة أشهر وذلك خلال الفترة من منتصف يناير 2006م وحتى منتصف شهر يونيو 2006م ، بينما استغرقت عملية جمع البيانات الخاصة بالمعالجين الشعبيين بمحلية شندى وإجراء المقابلات معهم حوالى 45 يوماً وذلك من أول شهر يوليو وحتى منتصف أغسطس 2006م .

#### 5-2-1-5 الصعوبات الميدانية والمنهجية:-

تمثلت الصعوبات الميدانية والمنهجية فى عدم تجاوب المرضى بمراكز العلاج الشعبى مع الباحث عند إجراء المقابلة معهم ، بل إن بعضهم قد رفض أن تُجرى معه المقابلة كما إن واحداً من المعالجين الشعبيين قد رفض إجراء المقابلة معه ، غير أن أرباب الأسر قد كان تجاوبهم كبيراً مع مساعدى الباحث عند توجيه إستمارة المقابلة إليهم . و قد تمثلت الصعوبات المنهجية فى ندرة التراث الأدبى المكتوب حول موضوع البحث وخاصةً فى منطقة شندى مما جعل الباحث يعتمد بشكل أكبر على البيانات الأولية .

#### 5-2 المعالجون الشعبيون بمحلية شندى

##### مقدمة:-

تضمنت إستمارة مقابلة أرباب الأسر بمدينة شندى سؤال لرب الأسرة إن كان لديه أو لدى أياً من أفراد أسرته تجربة مع إحدى المعالجين الشعبيين ، وبناء على إجابة هذا السؤال فقد تمت معرفة هؤلاء المعالجين ومعرفة المواقع التى يزاولون فيها ممارستهم العلاجية ، ومن ثم تم إختيار عدد 18 معالج شعبى من المعالجين المشهورين بمحلية شندى والذين تكرر ذكرهم لدى الباحثين عند سؤالهم إن كان لديهم تجربة مع إحدى المعالجين الشعبيين ، وتجدر الإشارة هنا إلى أن إختيار المعالجين لم يقتصر على مدينة شندى فقط وإنما تم إختيارهم على نطاق المحلية



نسبة لأن بعض أرباب الأسر قد كانت لهم تجارب مع معالجين امتدت إلى نطاق المحلية خارج مدينة شندى ، كما إن المرضى يمكن أن يذهبوا للمعالج ، خاصة إذا كان من المعالجين المشهود لهم بالمقدرة على العلاج .

بعد اختيار عينة حجمها 18 معالج شعبي ، تم تصنيفهم حسب مسمى الممارسة العلاجية فكان بينهم إثني عشرة فقير "شيخ"، تم إختيار ستة منهم عشوائياً وأربعة بصرا اخترت منهم أثنين عشوائياً أحدهما امرأة ، وأثنين عشاب "عطار" تم إختيار واحد منهم عشوائياً أيضاً ليصبح حجم العينة المختارة تسعة معالج شعبي ، وذلك بغرض توجيه إستمارة المقابلة إليهم وكان من المفترض أن أجرى مقابلات متعمقة مع التسعة الآخرين تتمركز حول كيفية تشخيص هؤلاء المعالجون للأمراض المختلفة إضافة إلى معرفة الأمراض التي يستطيعون معالجتها بجانب معرفة العلاقة بينهم من حيث تحويل الحالات المرضية إلى بعضهم البعض أو تحويلها إلى المستشفى . إلا أن واحداً من هؤلاء المعالجين قد رفض إجراء المقابلة معه لذلك فقد أجريت المقابلة مع ثمانية منهم فقط ، علماً بأن الباحث قد علم بأن المعالج الذي رفض أن تُجرى المقابلة معه يتعامل بالسحر ويعالج به ، لذلك ربما كان رفضه مبنى على ما ورد في إفتتاحية كتاب شمس المعارف الكبرى للبونى - وهو إحدى كتب السحر المشهورة - حيث ورد في تلك الافتتاحية الآتى :- "حرام على من وقع كتابى هذا فى يده أن يبيده لغير أهله أو يبوح به فى غير محله فإنه إن فعل ذلك حَرَمَهُ اللهُ تعالى من منفعه ومُنَعَت منه فوائده وبركته" (سامية الساعاتى السحر والمجتمع : 110،111) بمعنى أن من تصل إليه تلك المعلومات التى يحويها الكتاب ينبغى أن يحتفظ بها لنفسه وأن لا يبوح بها لغيره ، وإلا سوف يصيبه ما تم التحذير عنه من قِبَل مؤلف الكتاب، هذا على الرغم من أن الباحث قد وَصَحَ لذلك المعالج إن أسئلته لا علاقة لها بسر مهنته أو بالمهارات العلاجية الخاصة به وإنما هى أسئلة عامة تتعلق بنوعية الأمراض التى يستطيع معالجتها وكيفية تشخيصه لتلك الأمراض ، بجانب معرفة العلاقة بينه وبين المعالجين الشعبيين

الآخرين من حيث تحويل الحالات المرضية التي تستعصى عليه أو تلك التي لا تتدرج تحت إختصاصه إلى معالج شعبي آخر أو تحويلها إلى المستشفى .

## 1-2-5 خصائص المعالجين الشعبيين

### مقدمة:-

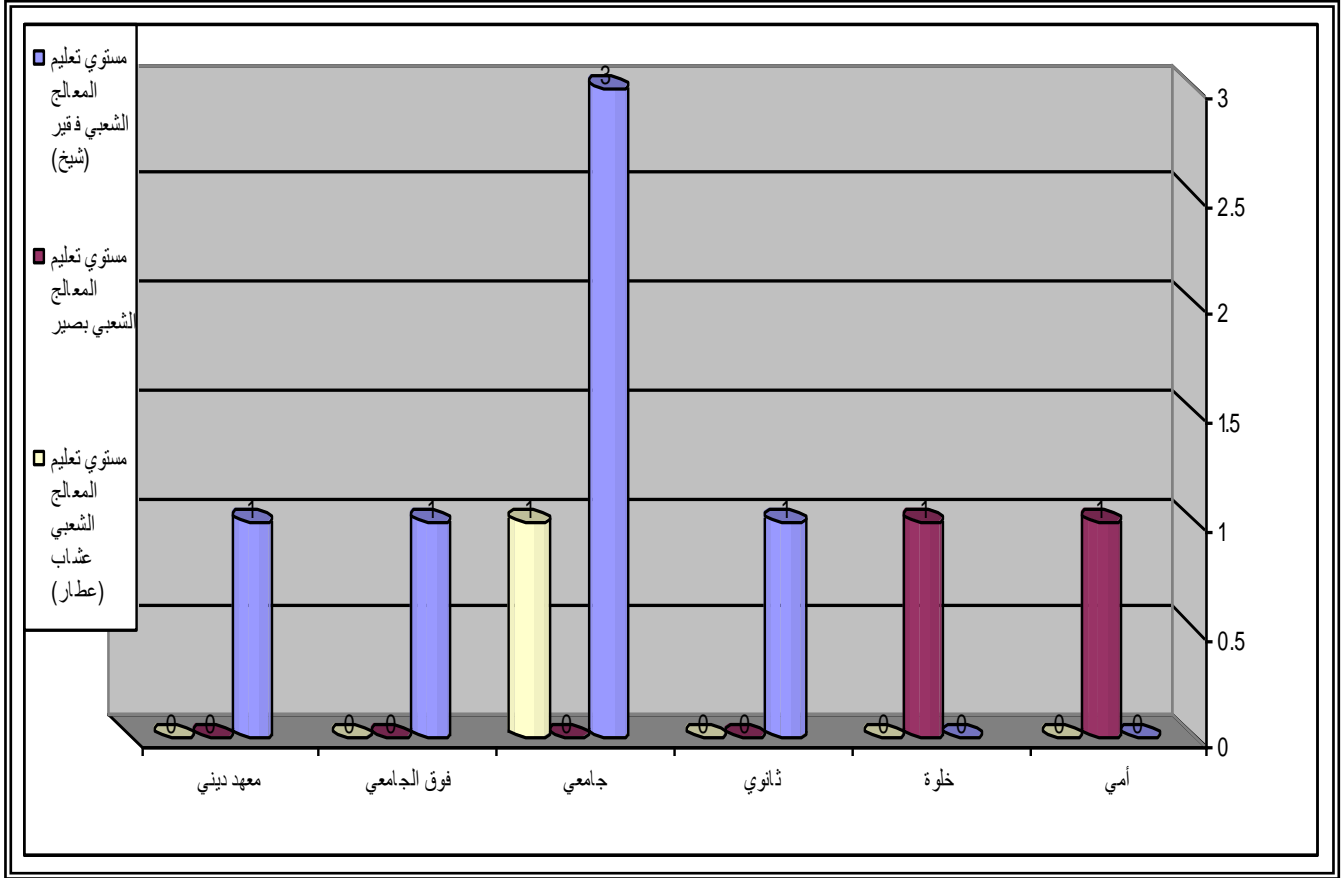
تناول الباحث في هذا القسم الخصائص الاقتصادية والاجتماعية للمعالجين الشعبيين بمحلية شندى وذلك من حيث عمر المعالج ومستوى تعليمه ، وإن كانت ممارسة العلاج الشعبي تمثل المصدر الأساسي لدخله أو إن كانت لديه مهنة أخرى ، بجانب معرفة العدد التقريبي للمرضى الذين يترددون عليه للعلاج خلال شهر ، إضافةً إلى معرفة المصدر الذي اكتسب عن طريقه المعرفة بممارسته العلاجية .

### 1-1-2-5 المستويات التعليمية:-

أدناه شكل رقم (2-5) يوضح المستويات التعليمية المختلفة للمعالجين الشعبيين بمحلية شندى ومسمى ممارستهم العلاجية .

شكل رقم (5-2)

يوضح مستوي تعليم المعالج الشعبي حسب ممارسته العلاجية



المصدر/ استمارة مقابلة المعالجين الشعبيين بمحلية

شندى 2006

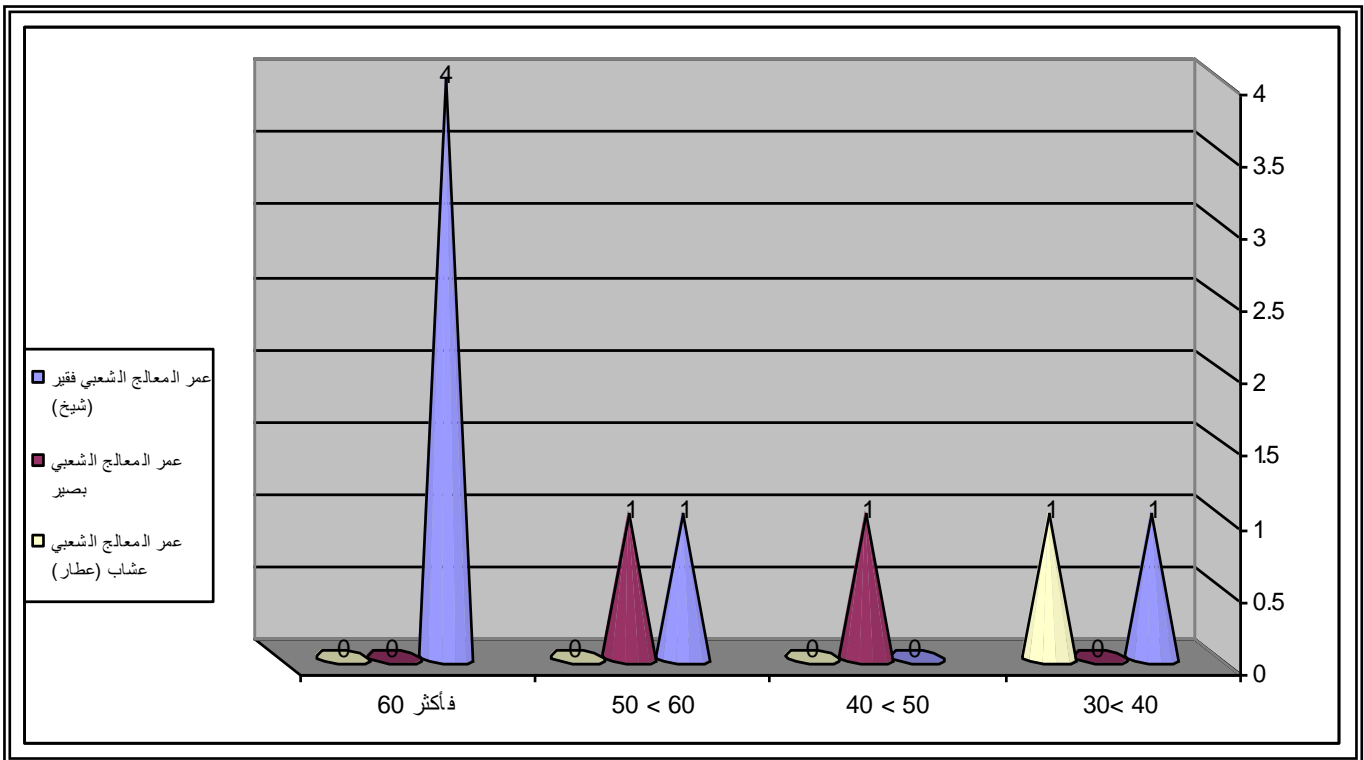
من الشكل رقم (5-2) أعلاه نلاحظ تركز المعالجون الشعبيون في مستوى التعليم الجامعي ثم تتساوى بعد ذلك بقية المستويات التعليمية للمعالجين في العدد والنسبة ، لكن إذا أضفنا المعالج الذى تلقى تعليمه بالمعهد الدينى إلى مستوى التعليم الثانوى يكون عدد المعالجين الشعبيين فى المستوى الثانوى إثنين معالج بنسبة 22,2% من مجموع المعالجين الذين شملتهم العينة ، كما

نلاحظ أن هنالك علاقة بين مستوى تعليم المعالجين الشعبيين وبين مسمى ممارستهم العلاجية إذ نلاحظ إن الفقراء "الشيخوخة" جميعهم فى المستويات التعليمية العليا " المستوى الثانوى فما فوق " بينما نجد أن البصيران أحدهما أمى والآخر تعلم حتى مستوى الخلوة ، وكان العشاب (العطار) فى مستوى التعليم الجامعى . وهذه العلاقة بين المستوى التعليمى والممارسة العلاجية تشابه تلك العلاقة التى توصلت إليها سامية حسن الساعاتى فى دراستها عن السحر والمجتمع بمدينة القاهرة ، حيث أشارت إلى أن من يقرأ الفنجان من السحرة ليس بالضرورة أن يكون ملماً بالقراءة والكتابة ، أما من يقوم بكتابة الأحجية أو الحجابات (جمع حجاب) فلا بد له من الإمام بالقراءة والكتابة كما يمكن تفسير العلاقة بين المستوى التعليمى و الممارسة العلاجية بأن الفقراء "الشيخوخة" نسبة لاستخدامهم الآيات القرآنية والرقية الشرعية فى العلاج ، لذلك لابد لهم من معرفة القراءة لتدبر معانى الآيات القرآنية ، ولتمكينهم من معرفة الآيات التى تتلى لمعالجة الأمراض المختلفة وذلك بالإطلاع على الكتب المفسرة لذلك ، كما أن إمامهم بالكتابة لابد منه نسبة لإستخدامهم للحجاب والبخرة فى الوقاية والعلاج . كما أن العشابون وإن كانوا قد ورثوا هذه المهنة عن أسلافهم -كما أشرت فى الفصل الثالث من هذه الدراسة - إلا أن إمامهم بالقراءة والكتابة لابد منه لمواكبة التطور الذى طرأ على ممارسة العلاج بالأعشاب كما لاحظ الباحث عند إجراء المقابلة مع العشاب "العطار" بموقع عمله فى العطارة إن كل علاج عشبى مكتوب عليه نوع العشب والداء الذى يعالجه ، وهذا الأمر يستلزم بالضرورة معرفة القراءة للتعامل مع الأعشاب الموجودة بالعطارة ، أما البصراء "جمع بصير" فلا حاجة لهم لمعرفة القراءة والكتابة ليتمكنوا من مزاوله ممارستهم العلاجية ، إذ إن مهنة البصير تعتمد فى المقام الأول على الخبرة والممارسة أكثر من اعتمادها على التعليم .

5-2-1-2 الفئات العمرية للمعالجين الشعبيين :-

أدناه شكل رقم (3-5) يوضح الفئات العمرية للمعالجين الشعبيين حسب مسمى الممارسة العلاجية لكلٍ منهم .

شكل رقم (3-5)  
يوضح عمر المعالج الشعبي ومسمى ممارسته العلاجية



المصدر/ استمارة مقابلة المعالجين الشعبيين شندى 2006م

من الشكل رقم (3-5) نلاحظ إن المعالجين الشعبيين بمدينة شندى يتمركزون فى فئة العمر ستون سنة فأكثر ، يليها الفئتين (50 إلى أقل من 60 سنة) و (30 إلى أقل من 40 سنة) وأخيراً الفئة (40 إلى أقل من 50 سنة). كما نلاحظ إن كل المعالجين الشعبيين الذين تمت مقابلتهم بمحلية شندى كانوا فى عمر 40 سنة فما فوق عدا اثنان منهم أحدهما عشاب (عطار) والآخر فقير "شيخ" . وإذا أجرينا مقارنة بين عمر المعالج الشعبى وبين الفترة الزمنية التى بدأ فيها ممارسة العلاج الشعبى وذلك حسب ما موضح بالجدول رقم (3-5) أدناه .

جدول رقم (31-5)

جدول يوضح عمر المعالج الشعبى وبداية ممارسته للعلاج

المصدر/ استمارة مقابلة المعالجين الشعبيين بمحلية شندى

النسبة	المجموع	بداية ممارسة العلاج الشعبى				عمر المعالج الشعبى
		أقل من خمس سنوات	5 إلى أقل من 10 سنوات	10 إلى أقل من 15 سنة	خمس عشرة سنة فأكثر	
22,2%	2	1	1	-	-	30 إلى أقل من 40

2006م

%11,1	1	-	-	-	1	40 إلى أقل من 50
%22,2	2	-	-	2	-	50 إلى أقل من 60
%44,4	4	1	1	2	-	ستون سنة فأكثر
%100	9	1	1	5	2	المجموع

نلاحظ من الجدول أعلاه إن معظم المعالجين الشعبيين قد كانت بداية ممارستهم للعلاج الشعبى بعد سن الأربعين، وربما يكون السبب فى ذلك إلى أن الإنسان فى هذه السن يكون أكثر نُضجاً ووقاراً ، وبالتالي أكثر إقناعاً للمرضى المترددين عليه للعلاج ، بمعنى أن المريض يمكن أن يثق فى مصداقية ومقدرة كبار السن العلاجية أكثر من ثقته فى صغار السن من المعالجين الشعبيين .

#### 3-1-2-5 الخصائص الاقتصادية :-

لمعرفة الخصائص الاقتصادية للمعالجين الشعبيين بمحلية شندى ، احتوت إستمارة المقابلة على أسئلة عن الأجر الذى يتقاضاه المعالج نظير عملية العلاج وعدد المرضى الذين يأتونه للعلاج خلال شهر "بالتقريب" ، هذا بجانب إن كان للمعالج مصدر دخل آخر غير عمله كمعالج شعبى .

فيما يتعلق بالأجر الذى يتقاضاه المعالج الشعبى نظير العلاج أجاب ثلاثة من المعالجين التسعة الذين أجريت معهم المقابلة أنهم لا يتقاضون أجراً نظير قيامهم بالعلاج ، وقد كان أحد المعالجين الثلاثة بصير و الآخران فقيران "شيخان" ، بينما أجاب الستة الآخرون بأنهم يتقاضون

أجراً نظير العلاج ، وعند سؤال المعالجين عن قيمة الأجر الذى يتقاضونه نظير عملية العلاج - إن كان هنالك فئة محددة للأجر - ، كانت إجابتهم بأن ليس هنالك قيمة محددة وإنما كل مريض يدفع الأجر حسب إستطاعته ، بينما أجاب العشّاب " العطار " إن قيمة الأجر يحددها نوع العشب إذ أن لكل عشب قيمة معينة ، ولكن تتراوح القيمة فى المتوسط بين (خمسمائة إلى ألف دينار) علماً بأن بعضاً من المعالجين الذين شملتهم العينة قد ذكروا بأن هذه الممارسات العلاجية لا يعتمدون عليها كمصدر دخل أساسى بالنسبة لحياتهم المعيشية إذ أن لكل من هؤلاء المعالجين مصدراً آخر للدخل ، بخلاف دخله من ممارسة العلاج الشعبى ، وهذا ما يوضحه الجدول رقم (4-5) أدناه .

#### جدول رقم (4-5)

جدول يوضح مصادر الدخل للمعالجين الشعبيين حسب مسمى ممارستهم العلاجية

المصدر/ استمارة مقابلة المعالجين الشعبيين بمحلية شندى

النسبة	المجموع	مسمى الممارسة العلاجية		مصدر الدخل
		بصير	فقير (شيخ)	
37,5%	3	1	2	تاجر
12,5%	1	1	-	عامل
12,5%	1	-	1	موظف
12,5%	1	-	1	معلم
12,5%	1	-	1	تعليم قرآن
12,5%	1	-	1	أعمال حره
100%	8	2	6	المجموع

2006م



من الجدول رقم (4-5) أعلاه نلاحظ إنه قد إحتوى فقط على المعالجين الذين لا يعتمدون على العلاج الشعبي كمصدر أساسى للدخل وهم ستة فقراء "شيوخ" وأثنين بصير بينما نجد إن المعالج الشعبي الوحيد الذى لم يشملته الجدول ويعتمد على العلاج الشعبي كمصدر دخل أساسى له هو العشّاب "الطار" ، وربما يعود السبب فى اعتماده على العلاج الشعبي كمصدر أساسى لدخله ، إلى طبيعة عمله ، إذ أن عمل العشّابين "الطارين" يستلزم بالضرورة إيجار موقع للعمل به كعطارة لبيع الأعشاب ، وغالباً ما يكون هذا الموقع من ضمن المحال التجارية فى وسط المدينة ، وهذا الأمر يتطلب بالضرورة تفرغاً كاملاً للعمل لتغطية قيمة إيجار الموقع أولاً ، ثم قيمة الخدمات الأخرى المترتبة على هذا الإيجار " من كهرباء وخلافه" ثانياً وذلك بعكس المعالجين الشعبيين الآخرين الذين يمكن أن يخصصوا جزءاً من المنزل الذى يقطنونه لممارسة العلاج الشعبي به واستقبال مرضاهم فيه .

كذلك كان هنالك سؤال للمعالجين الشعبيين عن عدد المرضى الذين يأتون إليهم للعلاج خلال شهر ، وذلك لمعرفة مدى إقبال المرضى على العلاج الشعبي أولاً ، ثم لقياس الدخل الشهرى للمعالج الشعبي - بالتقريب - نظير قيامه بالعلاج ثانياً ، ويوضح ذلك الجدول رقم (5-5) أدناه.

#### جدول رقم (5-5)

جدول يوضح عدد المرضى المترددين على المعالجين الشعبيين خلال شهر

المصدر/ استمارة مقابلة المعالجين الشعبيين بمحلية شندى 2006م

النسبة	المجموع	ما هو مسمي ممارستك العلاجية			عدد المرضى خلال شهر
		عشاب (عطار)	بصير	فقيير (شيخ)	
%22,2	2	-	-	2	عشرة إلى أقل من عشرين مريض
%22,2	2	-	1	1	عشرون إلى أقل من ثلاثين مريض
%55,6	5	1	1	3	ثلاثون مريض فأكثر
%100	9	1	2	6	المجموع

من الجدول رقم (5-5) أعلاه ، نلاحظ إن هنالك إقبال من قبل المرضى على التداوى بالطب الشعبي، إذ نجد إن خمسة من المعالجين التسعة كان عدد المترددين عليهم من المرضى فى خلال الشهر (ثلاثون مريضاً فأكثر) ، وكان هنالك معالجان يتراوح عدد مرضاهم خلال الشهر (بين عشرون إلى أقل من ثلاثين مريضاً) ، وآخران عدد مرضاهم بين عشرة إلى أقل من عشرين مريض

ولقياس مدى شهرة المعالج الشعبي كان هنالك سؤال ، إن كان لدى المعالج مرضى يأتون من خارج منطقة شندي ، وهذا ما يوضحه الجدول رقم (5-6) أدناه.

جدول رقم (5-6)

جدول يوضح إن كان للمعالج مرضى من خارج منطقة شندي وعددهم خلال شهر

النسبة	المجموع	ه هل لديك مرضي يأتون من خارج منطقة شندى		عدد المرضى
		لا	نعم	
%22,2	2	1	1	عشرة مريض إلى أقل من عشرين مريض
%22,2	2	-	2	عشرين مريض إلى أقل من ثلاثين مريض
%55,6	5	-	5	ثلاثون مريض فأكثر
%100	9	1	8	المجموع

المصدر/ استمارة مقابلة المعالجين الشعبيين بمحلية

شندى 2006

نلاحظ من الجدول رقم (5-6) أعلاه إن ثمانية من المعالجين التسعة الذين شملتهم العينة بنسبة بلغت 88,9% ، قد أجابوا بأن بعضاً من مرضاهم يأتون من خارج منطقة شندى لتلقى العلاج لديهم ، بينما أجاب واحداً فقط من المعالجين الشعبيين بأن جميع مرضاه من داخل منطقة شندى .

من العرض السابق نجد إن ثمانية من المعالجين الشعبيين الذين شملتهم العينة بنسبة 88,9% من مجموع العينة لا يعتمدون على العلاج الشعبي كمصدر أساسى لدخلهم وهذا الأمر يمكن أن يؤكد صحة إجاباتهم حول ضعف الأجر الذى يتقاضونه من المريض نظير عملية العلاج، كما نجد إن ثمانية من هؤلاء المعالجين التسعة الذين شملتهم العينة لديهم شهرة واسعة فيما يتعلق بالعلاج الشعبي إذ أن مرضاهم لا يقتصرون على منطقة شندى فقط ، وإنما لديهم مرضى يأتون من خارج منطقة شندى ، وهذا يؤكد أيضاً إجاباتهم حول عدد المرضى الذين يترددون عليهم للعلاج فى خلال شهر .

2-2-5 مصادر المعرفة بالممارسات العلاجية:

من ضمن أسئلة المقابلة كان هنالك سؤال عن الطرق التي اكتسب بها المعالج الشعبي قدراته العلاجية ، وقد اختلفت إجابات المعالجين الشعبيين حول هذا الأمر وفقاً لما يوضحه الجدول رقم (5-7) أدناه .

جدول رقم (5-7)

يوضح الطرق التي اكتسب بها المعالجون الشعبيون قدراتهم العلاجية

النسبة	المجموع	الطريقة التي اكتسب بها المعالج الشعبي قدرته العلاجية				مسمي الممارسة العلاجية
		بالتجربة والخطأ إضافة للإطلاع	هبة من عند الله	بالقراءة والتعليم	بالوراثة	
66,7%	6	1	1	1	3	فقيير (شيخ)
22,2%	2	-	-	-	2	بصير
11,1%	1	-	-	-	1	عشاب (عطار)
100%	9	1	1	1	6	المجموع

المصدر/ استمارة مقابلة المعالجين الشعبيين بمحلية شندى 2006م

نلاحظ من واقع الجدول (5-7) إن ستة من المعالجين الذين شملتهم العينة بنسبة بلغت 66,7% قد اكتسبوا قدراتهم العلاجية عن طريق الوراثة من أسلافهم الذين كانوا يمارسون هذا النوع من العلاج الشعبي ، وهذا الأمر يوافق ما ذهب إليه المفاهيم السابق- التي أشار إليها

الباحث فى الفصل الرابع من هذه الدراسة - حول تعريف الطب الشعبى ، من حيث أنه " نوع من المعرفة التقليدية يرثها جيل عن آخر شفاهةً أو فى شكل مكتوب " ، كما نلاحظ إن واحد معالج كانت إجابته إن اكتسابه لقدرته العلاجية ، كان عن طريق التجربة والخطأ إضافةً للإطلاع ، وهذا يوافق ما ذهب إليه محمد الجوهري من أن ممارسات الطب الشعبى " تعتمد فى معظمها على التجريب وأسلوب المحاولة والخطأ " ، أما بقية المعالجين فقد أجاب أحدهما بأنه قد اكتسب قدرته العلاجية عن طريق القراءة والتعليم وقد تلقى هذا المعالج تعليمه حتى المستوى الجامعى بينما أجاب الآخر بأن قدرته على العلاج هبة من عند الله ، وهذا أيضاً يوافق التعريف الذى ذهب إليه أحمد الصافى من أن "الطب الشعبى مهارة فائقة تتطلب معرفة وذكاء وربما بعض القوى السحرية والمساعدات السماوية .

### 3-2-5 الأمراض ووسائل العلاج

مقدمة :-

تناول الباحث فى هذا القسم الأمراض التى يختص المعالجون الشعبيون بمحلية شندى بشفائها مع معرفة الوسائل التى يستخدمونها لعلاج تلك الأمراض .

1-3-2-5 الأمراض التى يختصون بعلاجها :-

من ضمن الأسئلة التي إحتوت عليها إستمارة المقابلة كان هنالك سؤال عن الأمراض التي يستطيع المعالجون الشعبيون محلية شندى شفاؤها ، وذلك حسب مسمى ممارسة المعالج الشعبي إذ كان الغرض من ذلك معرفة إن كان كل معالج يختص بمعالجة أمراض معينة أم إنه يعالج مختلف الأمراض بشقيها النفسى والعضوى ، ويوضح ذلك الجدول رقم (5-8) أدناه .

جدول رقم (5-8)

جدول يوضح الأمراض التي يستطيع المعالجون الشعبيين شفاؤها حسب مسمى المعالج الشعبي

النسبة	المجموع	مسمى المعالج الشعبي			الأمراض التي يستطيع شفاؤها
		عشاب (عطار)	بصير	فقير (شيخ)	
%44,4	4	-	-	4	كل ما ذكر من أمراض
%22,2	2	-	-	2	الأمراض العضوية والروحانية
%22,2	2	-	2	-	الكسور وآلام المفاصل والملخ (الفكك)
%11,1	1	1	-	-	الأمراض العضوية والأمراض النفسية الناتجة عنها
%100	9	1	2	6	المجموع

المصدر/ استمارة مقابلة المعالجين الشعبيين بمحلية شندى 2006م

من الجدول أعلاه نلاحظ إن الفقراء ( الشيخوخ) قد ذكروا بأنهم يعالجون كل الأمراض بشقيها النفسى والعضوى ، إذ أجاب أربعة منهم بأنهم يعالجون كل ما ذكر من أمراض - حسب ما ورد من خيارات بالسؤال رقم (6) باستمارة مقابلة المعالجين الشعبيين ملحق رقم (2) ص 168 بينما أجاب اثنان منهم بأنهم يختصون بعلاج الأمراض العضوية والروحانية - والأمراض الروحانية

هى الناتجة عن الإصابة بالسحر أو التلبس بالجن وهى أشبه بالأمراض النفسية والعقلية فى أعراضها - ، بينما نجد أن البصيران ( مثنى بصير ) قد ذكرا بأنهما يختصان بأمراض العظام فقط ، مثل الكسور وآلام المفاصل وغيرها ، أما العشاب ( العطار ) فقد ذكر بأنه يختص بمعالجة الأمراض العضوية والأمراض النفسية الناتجة عنها ، - وقد فسر ذلك بأمراض المصران العصبى وما يسببه من قلق نفسى للمريض - .

نلاحظ من العرض السابق إن الفقراء ( الشيوخ ) يمثلون الأطباء العموميين بينما البصرا والعشابين ( العطارين ) يمثلون الإختصاصيين ، وهذا يوافق تصنيف أحمد الصافى الذى تم ذكره فى الفصل الرابع من هذه الدراسة .

#### 2-3-2-5 الوسائل المستخدمة فى العلاج :-

الجدول رقم (5-9) أدناه يوضح الوسائل التى يستخدمها المعالجون الشعبيون بمدينة شندى فى علاج الأمراض المختلفة التى يشتكى منها المترددون عليهم للعلاج .

#### جدول رقم (5-9)

جدول يوضح الوسائل التى يستخدمها الممارسون الشعبيون فى العلاج

المصدر/ استمارة مقابلة المعالجين الشعبيين بمدينة شندى

2006م

النسبة	المجموع	مسمي المعالج الشعبي			الوسائل المستخدمة في العلاج
		عشاب (عطار)	بصير	فقيير (شيخ)	
%11,1	1	-	-	1	كل ما ذكر عدا الأعشاب وعسل النحل
%44,4	4	-	-	4	كل ما ذكر
%11,1	1	-	-	1	القرآن إضافة إلى عسل النحل والأعشاب
%22,2	2	-	2	-	الجبيرة والكي بالنار
%11,1	1	1	-	-	الأعشاب وعسل النحل
%100	9	1	2	6	المجموع

من الجدول رقم (5-9) أعلاه نلاحظ إن أربعة من الفقراء (الشيخ) قد أجابوا بأنهم يستخدمون كل الوسائل العلاجية المذكورة بالسؤال رقم (11) باستمارة مقابلة المعالجين الشعبيين ملحق رقم (2) ص 168 ، بينما أجاب واحداً منهم بأنه يستخدم كل ما ذكر عدا الأعشاب وعسل النحل وأجاب آخر بأنه يستخدم القرآن بالإضافة إلى عسل النحل والأعشاب . نلاحظ من ذلك مدى الاختلاف بين الفقراء "الشيخ" فيما يستخدمونه من وسائل علاجية ، وقد يعود السبب في ذلك إلى عدم اختصاصهم بعلاج أمراض محددة ، وذلك بعكس البصراء والعشابين " العطارين " إذ نجد إن العشاب " العطار " بحسب اختصاصه قد أجاب بأنه يستخدم الأعشاب وعسل النحل فقط في العلاج بينما أجاب البصيران "مثنى بصير" بأنهما يستخدمان الجبيرة والكي بالنار .

#### 4-2-5 الوسائل التشخيصية للأمراض

مقدمة :-



فى هذه الجزئية تتاول الباحث نتائج المقابلات المتعمقة التى أجراها مع عدد ثمانية من المعالين الشعبيين بمحلية شندي ، وقد تمركز موضوع المقابلة حول الوسائل التى يستخدمها هؤلاء المعالين فيما يتعلق بتشخيص الأمراض المختلفة ، إضافة إلى معرفة العلاقة بينهم فيما يختص بتحويل الحالات المرضية المستعصية إلى بعضهم البعض أو تحويلها إلى المستشفى علماً بأن المعالين الذين تمت مقابلتهم كانوا خمسة فقراء "شيوخ" وبصيران وواحد عشاب "عطار" وقد اختلفت طرق تشخيص الأمراض حسب مسمى ممارسة المعالج الشعبي كما يلي :-

1-4-2-5 الفقراء " الشيوخ" :-

تمثلت الوسائل التشخيصية للأمراض المختلفة لدى معظم الفقراء الشيوخ فى قراءة القرآن على المريض ومن ثم ملاحظة التغيرات التى تطرأ عليه سواء فى أثناء القراءة أو بعد الانتهاء منها، وقد تم تفسير ذلك كما فى حالة المعالج رقم (1) أدناه :-

### الحالة رقم (1)

أجريت المقابلة بمركز للعلاج بالقرآن بمدينة شندي مربع (1) ويقع شرق السكة حديد ، وهو المكان الذى يزاول فيه هذا المعالج ممارساته العلاجية حيث يختص المركز بعلاج الأمراض الروحانية الناتجة عن الإصابة بالسحر والمس بالجن " التلبس" بجانب معالجة الإصابة بالعين الحاسدة " الشريرة" يستخدم الرقية الشرعية كوسيلة أساسية لعلاج الأمراض الروحانية ، بجانب استخدامه للأعشاب والحبة السوداء وعسل النحل لما يصاحب تلك الأمراض الروحانية من أعراض عضوية .

ينتمى المعالج إلى قبيلة الجعليين ، وُلِدَ ونشأ بمدينة شندى ، يبلغ من العمر 56 عاماً تلقى تعليمه حتى المرحلة الجامعية ولا يعتمد على ممارسة العلاج الشعبي كمصدر أساسى لدخلة وقد ورث قدرته العلاجية من أسلافه ودعمها بمزيد من العلم والقراءة .

وقد فسر قراءة القرآن على المريض كوسيلة تشخيصية كما يلى " مثلاً إذا طرقت أو رمشت عين المريض فى أثناء قراءة القرآن ، فإن التشخيص يكون بأن هذا المريض (معيون ) أى مصاب بالعين الحاسدة ( الشريرة) وإذا كان المريض يعانى من ألم فى موضع معين وتحرك هذا الألم عن موضعه بعد الانتهاء من قراءة القرآن فإن هذا المريض مصاب بمرض روحانى كالمس أو السحر " ، وإذا لم يتحرك الألم عن موقعه فإن المريض مصاب بمرض عضوى وعندها يقوم بنصحه بالذهاب إلى المستشفى لمقابلة الطبيب .

فيما يتعلق ببقية الفقراء الشيوخ فقد ذكر ثلاثة منهم إنهم بجانب قراءة القرآن على المريض فإنهم أحياناً يستعينون بالتحاليل الطبية فى التشخيص خاصة فيما يتعلق بالأمراض الباطنية . وقد ذكر أحد الفقراء "الشيوخ" إنه بجانب قراءة القرآن على المريض بغرض تشخيص الداء فإنه يستخدم علم الحرف للإستعانة به على تشخيص الأمراض المختلفة ويعنى علم الحرف - حسب تفسير ذاك المعالج- "الوصول إلى تشخيص طبيعة الداء الذى يعانى منه المريض عن طريق موقع الحروف حسب الترتيب الأبجدى ، أبجد هوز حطى ..... إلخ" ، وذلك حسب التوضيح الذى ذكره المعالج فى الحالة رقم (2) أدناه :-

## الحالة رقم (2)

تم إجراء المقابلة بمنزل المعالج بمدينة شندى مربع "16" حيث يزاول ممارساته العلاجية يختص بعلاج الأمراض الروحانية والأمراض العضوية الناتجة عنها ، يستخدم القرآن والعزيمة والمحاية والبخرة كوسيلة لمعالجة الأمراض الروحانية ، ويستخدم الأعشاب وعسل للأمراض العضوية الناتجة عنها .

ينتمى المعالج إلى قبيلة العبداللاب ، وُلِد ونشأ بمنطقة حجر العسل بالريف الجنوبي لمحلية شندى يبلغ من العمر 45 عاماً ، مارس العلاج الشعبي قبل حضوره إلى شندى تلقى تعليمه إلى ما فوق الجامعة لا يعتمد على ممارسة العلاج الشعبي كمصدر أساسى لدخله ، حيث يعمل بإحدى المؤسسات الحكومية بمدينة شندى وأشار إلى أنه قد اكتسب قدراته العلاجية عن طريق المحاولة والخطأ . وقد فسر وسيلته فى تشخيص الأمراض والتي أطلق عليها اسم علم الحرف كما يلي :-

عندما يحضر إليه المريض للعلاج يسأله أولاً عن اسمه واسم والدته ثم يدون اليوم الذى حضر فيه المريض للعلاج وعدد الأيام التى انقضت من الشهر العربى وبعدها يقوم المعالج بجمع كل ذلك - أى جمع حروف اسم المريض حسب مواقعها فى الترتيب الأبجدي ، ثم يضيف إليها مواقع حروف اسم والدته ، ثم مواقع حروف اليوم الذى أتى فيه للعلاج ، وعدد الأيام التى مضت من الشهر العربى عند حضور المريض للعلاج - ومن ثم يقسم المجموع على الرقم (7) - ويرمز هذا الرقم إلى عدد أيام الأسبوع - وبعد ذلك يشخص المعالج الداء حسب متبقى القسمة وفقاً لما يلي :-

أ/ إن كان متبقى القسمة (1) فإن هذا المريض لديه عارض ، وهو نوع من العمل "السحر الأسود"

ب/ إذا كان متبقى القسمة (2) فإن المريض مصاب بالريح الأحمر " الزار" .

ج/ إن كان متبقى القسمة (3) فالمريض مصاب بالسحر – أى مسحور – .

د/ إن كان متبقى القسمة (4) فالمريض معيون – أى مصاب بالعين الحاسدة – .

هـ/ إذا كان متبقى القسمة (5) فالمريض مصاب بعارض فى الدم .

و/ إن كان متبقى القسمة (6) فالمريض مصاب بصفرأء فى المعدة ، مما يسبب له الغثيان وحرقان المعدة واليرقان ... وغيرها .

ز/ وإذا لم يكن هنالك متبقى للقسمة فإن المريض مصاب بسوداء فى المعدة – أى باضطرابات الأمعاء – .

وعند سؤال المعالج إن كان هنالك تفسير للعلاقة بين العدد المتبقى من القسمة وبين تشخيصه للداء الذى يعانى منه المريض أجاب بأن ليس هنالك تفسير وإنما هو شئ متعارف عليه فقط .

5-5-4-2 لعشابين " العطارين ":-

كانت إجابة العشّاب " العطار " الذى تمت مقابله فيما يتعلق بكيفية تشخيصه للأمراض إنه يعتمد فى ذلك على الأعراض التى يشتكى منها المريض ومن ثم مطابقة تلك الأعراض بأعراض أمراض مشابهة ومعروفة لديه ، وأحياناً يأتيه المريض بعد أن يكون قد شخّص مرضه لدى الطبيب وعجز الطب الحديث عن منحه الشفاء ، وفى أغلب الأحيان يأتيه المرضى ومعهم

وصفة أو تركيبة "خلطة" عشبية جاهزة قام بكتابتها فقير "شيخ" ، وتقوم تلك التركيبة أو الخلطة مقام الوصفة الطبية " الروشنة" فى الطب الحديث .

3-4-2-5 البصر :-

تم إجراء المقابلة مع عدد إثنين بصير ، أحدهما يستخدم الكى بالنار لمعالجة مختلف الأمراض العضوية وخاصة الأمراض الباطنية ، بجانب معالجة آلام المفاصل ويعتمد فى تشخيصه للأمراض على الأعراض التى يعانى منها المريض ، وأحياناً يسأل المريض إن كان قد شخّص مرضه لدى الطبيب ولم ينال العلاج . ويستخدم البصير الآخر الجبيرة لمعالجة كسور العظام والملخ " الفكك" كما لديه المقدرة أيضاً على معالجة بعض الأمراض الباطنية خاصة مرض اليرقان وأمراض الإسهال لدى الأطفال ويستخدم فى ذلك الكى بالنار يستدل على تشخيص أمراض العظام من كسور وخلافه بتحسس العضو المصاب ومن ثم يشخص الحالة إن كانت كسر أو ملخ "فكك" ، وفيما يتعلق بالأمراض الباطنية - خاصة مرض اليرقان فإنه يستدل على التشخيص بالنظر إلى عيني المريض وفمه أسفل اللسان ، حيث يعتقد إن عيني المريض وأسفل لسانه يميلان للون الأصفر فى حالة الإصابة بمرض اليرقان نسبة لزيادة إفراز الصفراء فى المعدة .

5-2-5 العلاقة بين المعالجين الشعبيين وتحويل المرضى:-

أظهرت نتائج المقابلة أن ليس هنالك علاقة بين المعالجين الشعبيين فى محلية شندى ، فيما يتعلق بتحويل الحالات المرضية إلى بعضهم البعض ، سوى فى حالة المعالج رقم (3) أدناه .

### الحالة رقم (3)

أُجريت المقابلة بمنزل المعالج بمدينة شندى مربع "7" - شندى فوق - حيث يزاول ممارساته العلاجية ينتمى إلى قبيلة الفلاتا ، ولد بمدينة الدمازين - ولاية النيل الأزرق - ، يبلغ من العمر 48 عاماً ، نشأ بين مدينتى شندى والدمازين وقد أتى مع أسرته إلى مدينة شندى منذ أكثر من ثلاثين عاماً ، تلقى تعليمه حتى المرحلة الثانوية ، لديه المقدرة على علاج مختلف الأمراض العضوية والنفسية والروحانية تعتبر ممارسة العلاج الشعبى مصدر دخله الأساسى ، وقد أشار إلى أنه لا يتقاضى أجراً نظير قراءة القرآن أو العزيمة على المريض ، وإنما يتقاضى أجراً إذا أعطى المريض وصفة أو خلطة عشبية ، كما ذكر بأن لديه قدرات سحرية ولكن لا يستخدمها فيما يضر الناس وإنما يستخدمها لما يفيد الناس وذلك مثل التوفيق بين زوجين متخاصمين بحيث يستطيع أن يحب كل منهما في الآخر ، تعلم ممارساته العلاجية بالوراثة من والده الذي كان يمارس هذا النوع من العلاج .

وفيما يتعلق بتحويل المرضى فقد أشار إلى إنه يقوم بتحويل الحالات المرضية التي لا تتدرج تحت دائرة إختصاصه إلى من يثق فى قدراتهم العلاجية من المعالجين الشعبيين الآخرين كما أنه يستشيرهم أحياناً فى بعض الحالات المرضية التي يستعصى عليه علاجها .

أما بقية المعالجين الشعبيين فقد ، أجاز ثلاثة منهم-وهم اثنان فقير وواحد بصير - إنهم يحولون الحالات المرضية التي تستعصى عليهم إلى المستشفى وأجاز ثلاثة آخرون- وهم فقيران وواحد بصير - بأن لم تستعصى عليهم حالة مرضية من قبل .

وكانت إجابة العشّاب " العطار " فيما يتعلق بموضوع تحويل المرضى حسب ما تم توضيحه بالحالة رقم (4) أدناه .

#### **الحالة رقم (4)**

أُجريت المقابلة مع هذا المعالج في موقعه بسوق مدينة شندی " عطارة شندی الحديثة " يستخدم الأعشاب وعسل النحل في العلاج ، و لديه أعشاب لمعالجة معظم الأمراض العضوية إضافةً إلى ذلك لديه تركيبات خاصة عبارة عن مساحيق تجميل للنساء ، وُلِدَ بمدينة أمدرمان ونشأ فيها ، ينتمي إلى أسرة التيمان الشهيرة في مجال العطارة والأعشاب ، تلقى تعليمه حتى المستوى الثانوى ويبلغ من العمر 36 عاماً مارس العمل في مجال بيع الأعشاب والتعامل بها قبل حضوره إلى شندی وقد حضر إلى شندی قبل أربعة سنوات للعمل في مجال الأعشاب وتعتبر هذه العطارة مصدر دخله الأساسي . و فيما يتعلق بتحويل المرضى أشار إلى إنه لا يقوم بتحويل المرضى وإنما يأتيه المرضى بتحويل من الفقراء " الشيوخ " أو يأتيه المرضى بعد أن يعجز الطب الحديث عن منحهم الشفاء . ، بناءً على ذلك فقد ذكر " بأن عطارته تعتبر بمثابة الصيدلية في الطب الحديث حيث يأتيه المرضى ومعهم تركيبة أو خلطة عشبية جاهزة قام بكتابتها الفقير " الشيخ " ليصرفها لهم .

نلاحظ من كل ما سبق إن الوسائل التشخيصية التي يتبعها المعالجون الشعبيون في محلية شندى تعتمد في معظمها إما على ملاحظة سلوك المريض- في حالة الفقراء - عند قراءة القرآن على المريض ، أو بتحسس العضو المصاب في- حالة البصراء - أو بالاعتماد على الأعراض التي يشتكى منها المريض في- حالة العشاب " العطار " - وكل هذه الوسائل قد لا تكون دقيقة في تشخيص المرض ، - عدا بعض الحالات التي يعتمد فيها بعض المعالجون على التحاليل الطبية أو سؤال المريض إن كان قد شخّص مرضه لدى الطبيب- ، كما إن الوسيلة التي يتبعها إحدى المعالجين في تشخيص الأمراض ، والتي أطلق عليها اسم " علم الحرف " ، أيضاً غير دقيقة نسبة لأن متبقى قسمة مجموع مواقع الحروف على الرقم (7) - والذي يبنى عليه أساساً تشخيص الداء الذي يعاني منه المريض - يمكن أن يختلف باختلاف اليوم والتاريخ الذي يأتي فيه المريض لمقابلة المعالج ، مثلاً إذا حضر مريض لمقابلة المعالج يوم السبت وكان قد مضى من التاريخ العربى خمسة أيام ، وحضر نفس المريض يوم الثلاثاء وقد مضى من الشهر العربى ثمانية أيام ، فإن تشخيص مرضه يوم الثلاثاء سوف يختلف عن تشخيصه يوم السبت نسبةً لاختلاف متبقى القسمة وهكذا يمكن أن يختلف التشخيص لنفس المريض باختلاف اليوم الذي يحضر فيه للعلاج واختلاف عدد الأيام التي انقضت من التاريخ العربى ، إلا إذا افترضنا وجود قوى خارقة تحتم على المريض أن لا يأتي إلى هذا المعالج إلا في يومٍ وتاريخٍ محددين .

كما يمكن أن نلاحظ وفقاً لهذه الوسيلة التشخيصية أن ليس هنالك إنسان سليم خالى من الأمراض نسبة لأن أى شخص يحضر لمقابلة المعالج لابد وأن يكون مصاباً بإحدى الأمراض المذكورة في الخيارات السبعة سالفه الذكر (أنظر الحالة رقم "2") .

وضّح الباحث في هذا الفصل مجتمع الدراسة من حيث الخدمات المختلفة ، مثل خدمات التعليم والخدمات الصحية وخدمات مياه الشرب ، مع توضيح تكلفة العلاج بمرافق الطب الحديث



المختلفة ، وذلك على اعتبار إن الحالة الاقتصادية للمريض ومستوى تعليمه ، بجانب مدى توفر خدمات الطب الحديث بمنطقة سكن المريض ، من ضمن الأسئلة المحورية للبحث التي تم افتراضها كعوامل يمكن أن تؤثر على اتجاه المريض للعلاج بالطب الشعبي .

كما تناول الباحث المعالجون الشعبيون بمنطقة الدراسة ، من حيث مسمياتهم العلاجية المختلفة وخصائصهم الاقتصادية والاجتماعية ، بجانب معرفة الأمراض التي يقدرّون على علاجها والوسائل التي يستخدمونها لعلاج تلك الأمراض ، مع معرفة المبلغ الذي يتقاضونه من المريض نظير العملية العلاجية ، وذلك لمقارنة تلك التكلفة ، بتكلفة العلاج في مرافق الطب الحديث المختلفة .

بعد هذا العرض يمكن في الفصل السادس من هذه الدراسة عرض وتوضيح أثر المتغيرات التي تم افتراضها كعوامل لها تأثير مباشر أو غير مباشر على الاتجاهات العلاجية للمرضى .

## الفصل السادس

### عرض وتحليل نتائج الدراسة الميدانية

#### 1-6 عرض النتائج

## 6-2 مناقشة وتحليل النتائج

## الفصل السادس

### عرض وتحليل نتائج الدراسة الميدانية

#### 6-1 عرض النتائج

##### مقدمة

تناول الباحث في هذا القسم من الفصل السادس عرض نتائج الدراسة الميدانية الخاصة بأسئلة استمارة المقابلة التي تم توجيهها إلى أرباب الأسر بمدينة شندى لعينة مكونة من 600 رب أسرة .

استخدم الباحث لعرض نتائج هذه البيانات الأرقام المطلقة والنسب المئوية مع إعداد وعرض بعض الجداول إضافة إلى بعض الرسوم البيانية ، وذلك تمهيداً لمناقشة وتحليل تلك النتائج وتفسير طبيعة العلاقة بين العوامل المختلفة التي يمكن أن تؤثر في اتجاهات المرضى العلاجية .

#### 6-1-1 العوامل المؤثرة على الاتجاهات العلاجية :-

##### مقدمة :-

هنالك بعضاً من المتغيرات التي افترضها الباحث كعوامل يمكن أن يكون لها تأثير مباشر أو غير مباشر على اتجاهات المرضى نحو البدائل المختلفة للعلاج وهي :-

#### 6-1-1-1 العوامل الاقتصادية :-

تعتبر العوامل الاقتصادية إحدى المتغيرات التي تم افتراضها كمؤثرات على اتجاه المرضى نحو الاختيار بين البدائل العلاجية المختلفة وقد اعتبر الباحث مستوى دخل رب الأسرة كمؤشر للمستوى الاقتصادي للأسرة ويوضح ذلك الجدول رقم (6-1) أدناه .

جدول رقم (6-1)

جدول يوضح العلاقة بين مستوي دخل رب الأسرة وبين اختياره لنوعية الخدمة العلاجية

نسبة	جموع	الدخل الشهري لرب الأسرة					الاتجاهات العلاجية
		أقل من 15 ألف دينار	15 إلى 30 أقل من 45	30 إلى 45 أقل من 60	45 إلى أقل من 60 دينار فأكثر	60 ألف دينار فأكثر	
%35,2	211	27	64	88	22	10	الذهاب إلي المستشفى
%2,3	14	-	4	4	5	1	الذهاب إلي الصيدلية دون استشارة الطبيب
%2,8	17	3	7	5	2	-	الذهاب إلي معالج شعبي
%25,3	152	21	59	55	11	6	علاج منزلي ثم مقابلة الطبيب
%2,5	15	1	3	3	7	1	مقابلة الطبيب ثم الذهاب إلي معالج شعبي
%3,3	20	3	11	6	-	-	مقابلة معالج شعبي ثم الذهاب إلي الطبيب
%17,0	102	23	52	21	5	1	الذهاب إلي المركز الصحي
%11,5	69	-	3	8	22	36	الذهاب إلي عيادة خاصة
%100	600	78	203	190	74	55	المجموع

نلاحظ من الجدول أعلاه ، أن نسبة 65,5% من مجموع أرباب الأسر فى فئة الدخل (60 ألف دينار فأكثر) يذهبون إلى العيادات الخاصة عند الإصابة بالمرض وهى أعلى نسبة مقارنة بأرباب الأسر فى فئات الدخل الأخرى ، كما نجد إن أرباب الأسر فى فئة الدخل (أقل من 15 ألف دينار) ليس بينهم من يذهب إلى العيادات الخاصة عند الإصابة بالمرض .

بينما نلاحظ أن أعلى نسبة بين أرباب الأسر الذين يعتمدون اعتماداً كلياً على المعالجين الشعبيين كانت ضمن فئة الدخل (أقل من 15 ألف دينار) وذلك بنسبة 3,8% من مجموع أرباب الأسر فى هذه الفئة من الدخل تليها الأسر فى فئة الدخل ( 15 إلى أقل من 30 ألف دينار) بنسبة 3,4% فى حين نجد أن فئة الدخل (60 ألف دينار فأكثر) ليس بها من يعتمدون على الطب الشعبى كوسيلة من وسائل العلاج . غير أن هنالك واحد رب أسرة فى هذه الفئة من الدخل قد ذكر بأنه يمكن أن يذهب إلى معالج شعبى بعد مقابلة الطبيب ، كما نجد أن هنالك ستة من أرباب الأسر يبدؤون بالعلاج المنزلى أولاً ومن ثم يذهبون لمقابلة الطبيب .

#### 6-1-1-2 المستوى التعليمى :-

من العوامل الاجتماعية التى تم إفتراضها كمؤثرات على سلوك المريض عند إختياره لنوعية الخدمة العلاجية المستوى التعليمى للمريض ، حيث نلاحظ من الجدول رقم (6-2) أدناه والذى يوضح العلاقة بين مستوى تعليم رب الأسرة وبين إختياره لنوعية الخدمة العلاجية ، إن عدد أرباب الأسر الذين يعتمدون على العلاج الشعبى لدى المعالجين الشعبيين 17 رب أسرة ، منهم سبعة أميون بنسبة 8,6% من مجموع الأميين فى العينة ونسبة 1,2% من مجموع العينة يلى ذلك من هم فى مستوى الخلوة من التعليم بعدد 6 رب أسرة ، ويتوزع من تبقى منهم على مستوى تعليم الأساس ومستوى التعليم الجامعى بعدد 2 رب أسرة فى كل مستوى .

وفيما يتعلق بخدمات الطب الحديث - كالعلاجات الخاصة مثلاً - نجد إن من هم في مستوى التعليم فوق الجامعي يشكلون أعلى نسبة من حيث الإفادة من تلك الخدمات ، حيث بلغت نسبتهم 60% ، يليهم من في المستوى الجامعي بنسبة 29,9% ، ثم الثانوي بنسبة 13,4% ثم الأساس بنسبة 4,7% وأخيراً مستوى الخلوة بنسبة 1,2% ، بينما نجد أن الأميون ليس بينهم من يذهب إلى العيادات الخاصة عند الإصابة بالمرض علماً بأن هذه النسب من مجموع أرباب الأسر في كل مستوى من مستويات التعليم المختلفة على حدة .

#### جدول رقم (2-6)

جدول يوضح العلاقة بين مستوى تعليم رب الأسرة وبين اختياره لنوعية الخدمة العلاج

النسبة	المجموع	مستوى تعليم رب الأسرة						الاتجاهات العلاجية
		فوق الجامعي	جامعي	ثانوي	أساس	خلوة	أمي	
%35,2	211	4	35	80	46	26	20	الذهاب إلي المستشفى
%2,3	14	-	2	6	6	-	-	الذهاب إلي الصيدلية دون إستشارة الطبيب
%2,8	17	-	2	-	2	6	7	الذهاب إلي معالج شعبي
%25,3	152	2	18	33	38	28	33	علاج منزلي ثم مقابلة الطبيب
%2,5	15	-	5	3	6	1	-	مقابلة الطبيب ثم الذهاب إلي معالج شعبي
%3,3	20	-	-	1	9	4	6	مقابلة معالج شعبي ثم الذهاب إلي الطبيب
%17,0	102	-	6	26	36	19	15	الذهاب إلي المركز الصحي
%11,5	69	9	29	23	7	1	-	الذهاب إلي عيادة خاصة
%100	600	15	97	172	150	85	81	المجموع

المصدر / الدراسة الميدانية شندی 2006م

1-2-1-1-6 مستوى التعليم والاستماع لبرامج التثقيف الصحي:-

تمهيداً لتوضيح طبيعة العلاقة بين المستوى التعليمي للمرضى وبين اتجاهاتهم نحو البدائل المختلفة للعلاج ومن ثم تفسير تلك العلاقة ، يمكن النظر إلى الجدول (6-3) أدناه والخاص بالعلاقة بين مستوى التعليم وبين الاستماع لبرامج التثقيف الصحي .

جدول رقم (3-6)

جدول يوضح العلاقة بين مستوى تعليم رب الأسرة وبين الاستماع إلي برامج التثقيف الصحي

نسبة	مجموع	الاستماع لبرامج التثقيف الصحي		مستوى تعليم رب الأسرة
		لا	نعم	
9,3%	50	26	24	أمي
13%	70	37	43	خلوة
25,4%	137	72	65	أساس
31,5%	170	40	130	ثانوي
18%	97	9	88	جامعي
2,8%	15	1	14	فوق الجامعي
100%	539	190	369	المجموع

المصدر الدراسة الميدانية شندى 2006 م

أول ما نلاحظه من واقع بيانات الجدول أعلاه إن مجموع مفردات العينة المشاهدة بالجدول يقل عن الحجم الكلى للعينة بعدد 61 رب أسرة ، وهذا نسبة لأن السؤال عن الاستماع لبرامج



التثقيف الصحى كان يسبقه سؤالين أحدهما إن كان رب الأسرة يمتلك جهاز راديو والآخر إن كان يمتلك جهاز تلفزيون ، ومن ثم يسأل عن الاستماع إلى برامج التثقيف الصحى إن كان يمتلك أياً من هذين الجهازين ، ونسبةً لأن هنالك عدد 61 رب الأسرة لم يكونوا يمتلكون أياً من هذين الجهازين لذلك فقد تم توجيه السؤال عن الاستماع إلى برامج التثقيف الصحى فقط لأرباب الأسر الذين يمتلكون جهاز راديو وتلفزيون أو أياً منهما .

كما نلاحظ أن هنالك علاقة بين مستوى التعليم وبين الإستماع إلى برامج التثقيف الصحى إذ نجد أن من هم فى مستوى التعليم فوق الجامعى يستمعون إلى برامج التثقيف الصحى بنسبة 93,3% وذلك من مجموع عدد أرباب الأسر فى هذا المستوى من التعليم يلى ذلك من هم فى مستوى التعليم الجامعى ثم الثانوى وتتنخفض نسبة من يستمعون إلى برامج التثقيف الصحى فى مستويات التعليم الدنيا .

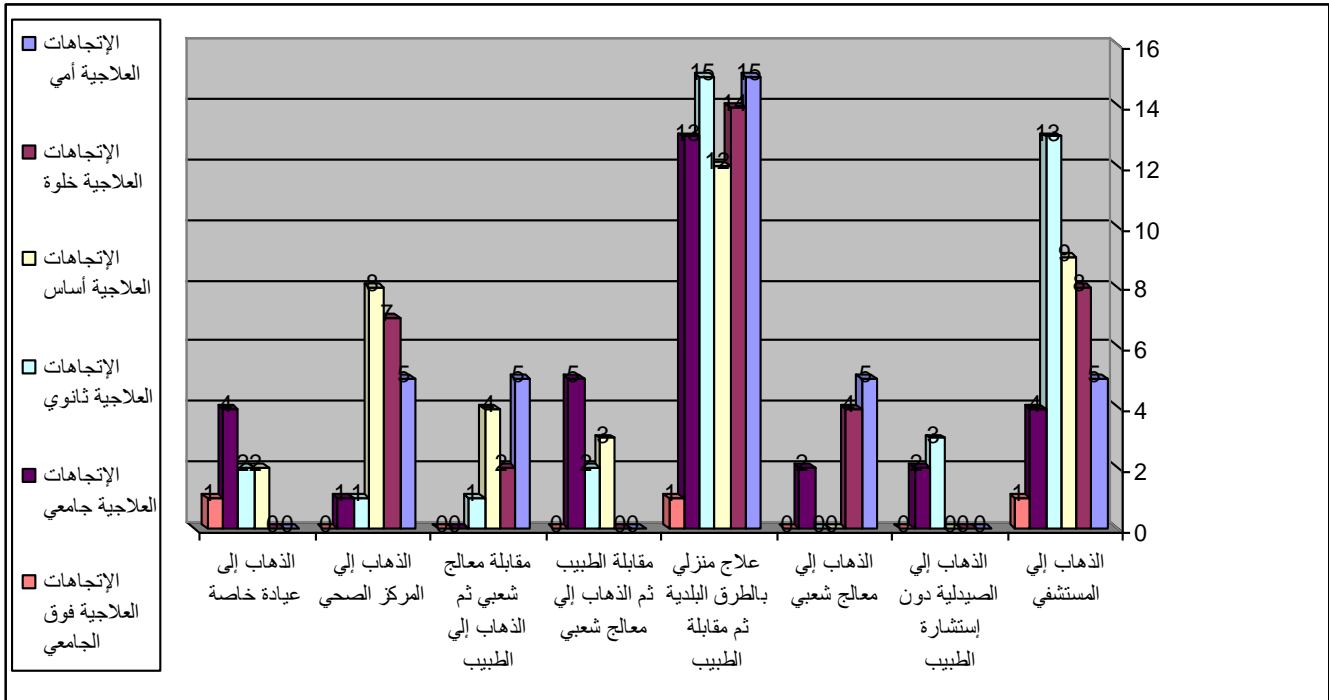
نلاحظ من الجدول رقم (6-2) إن هنالك عدد اثنين رب أسرة فى مستوى التعليم الجامعى يعتمدون على العلاج الشعبى عند الإصابة بالأمراض ، رغماً عن أن نتائج نفس الجدول تشير إلى وجود علاقة بين مستوى التعليم وبين الاعتماد على الطب الشعبى فى العلاج - بمعنى أن الأميون ومن هم أقل تعليماً يعتمدون على الطب الشعبى فى العلاج بصورة أكبر من اعتماد من هم أعلى تعليماً عليه .

تمهيداً لتفسير ذلك يمكن عرض النتائج الخاصة بأثر النشأة الريفية والحضرية على الاتجاهات العلاجية للمبحوثين مقارنة بمستويات تعليمهم .

6-1-1-2 أثر النشأة على الاتجاهات العلاجية :-

شكل رقم (6-1)

أثر النشأة الريفية على الاتجاهات العلاجية مقارنة بمستوى التعليم



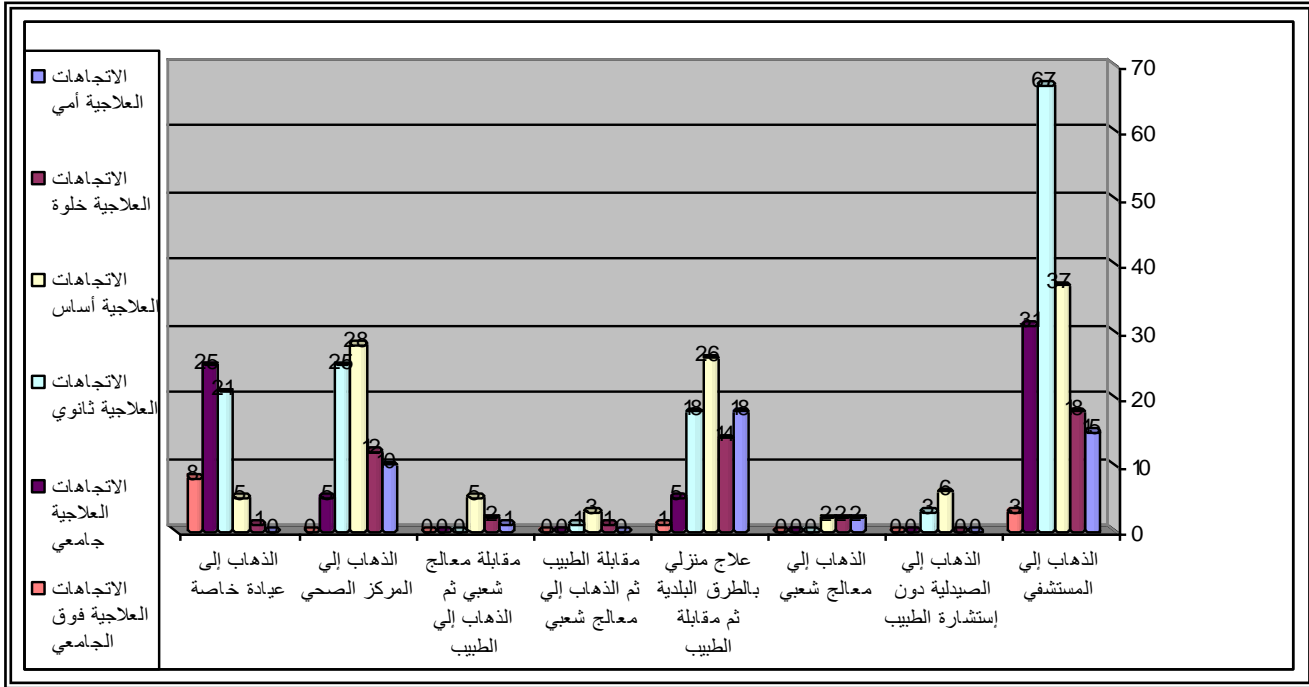
لمصدر الدراسة الميدانية

شندى 2006م

لتوضيح أثر النشأة الريفية أو الحضرية على اتجاهات المرضى العلاجية يمكن ملاحظة النتائج المعروضة بالشكلين رقم (6-1) أعلاه ورقم (6-2) أدناه ، إذ نلاحظ من الشكل رقم (6-1) إن هنالك 11 رب أسرة من الذين يعتمدون اعتماداً كلياً على العلاج بالطب الشعبي قد كانت نشأتهم فى الريف بينما نلاحظ من الشكل (6-2) إن 6 رب أسرة فقط ممن يعتمدون على الطب الشعبي قد كانت نشأتهم فى الحضر .

شكل رقم (6 - 2 )

أثر النشأة الحضرية على الاتجاهات العلاجية مقارنة بمستوى التعليم



المصدر الدراسة الميدانية شندى

2006م

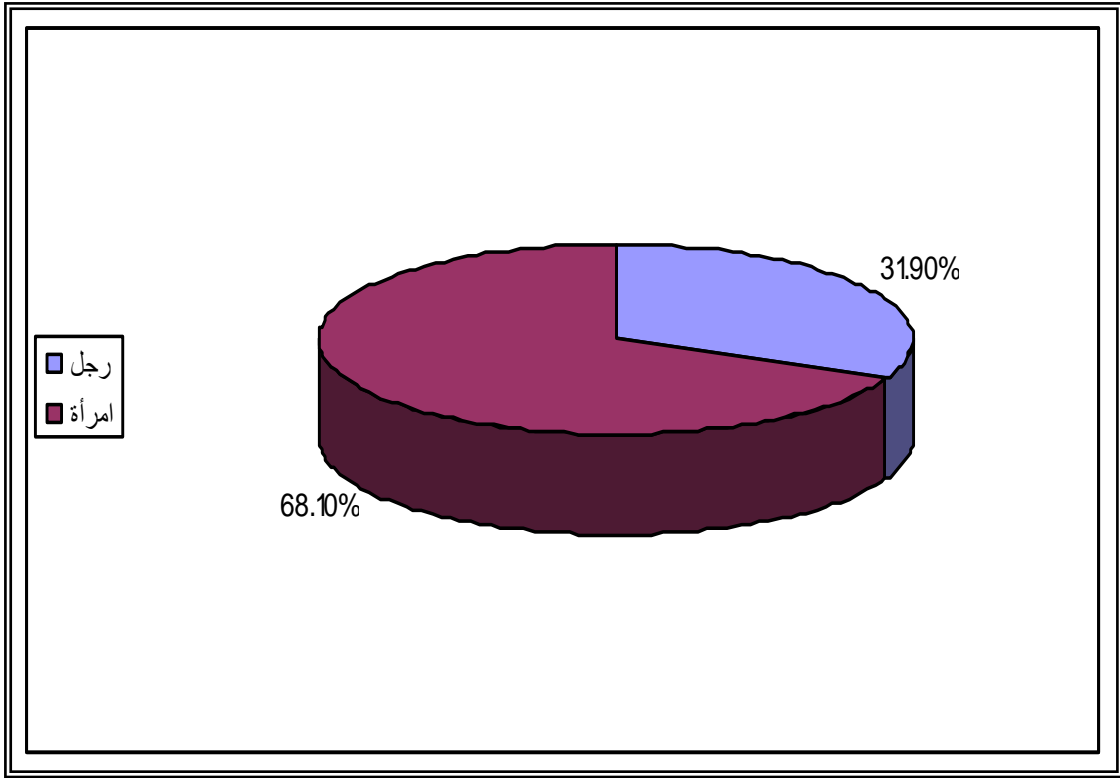
ونلاحظ من الشكل رقم (6-1) إن من يعتمدون على الطب الشعبي فى العلاج وقد تلقوا تعليمهم حتى المستوى الجامعى قد كانت نشأتهم فى منطقة ريفية .

3-1-1-6 أثر النوع (رجل- امرأة) :-

تم إفتراض نوع المريض من ضمن العوامل التى يمكن أن تؤثر على إختياره لنوعية الخدمة العلاجية ، و يوضح ذلك الشكل رقم (6-3) أدناه .

شكل رقم (6-3)

يوضح نسبة من يفضلون الطب الشعبى على الحديث فى الأسرة حسب النوع



لمصدر/ الدراسة الميدانية شندى 2006م

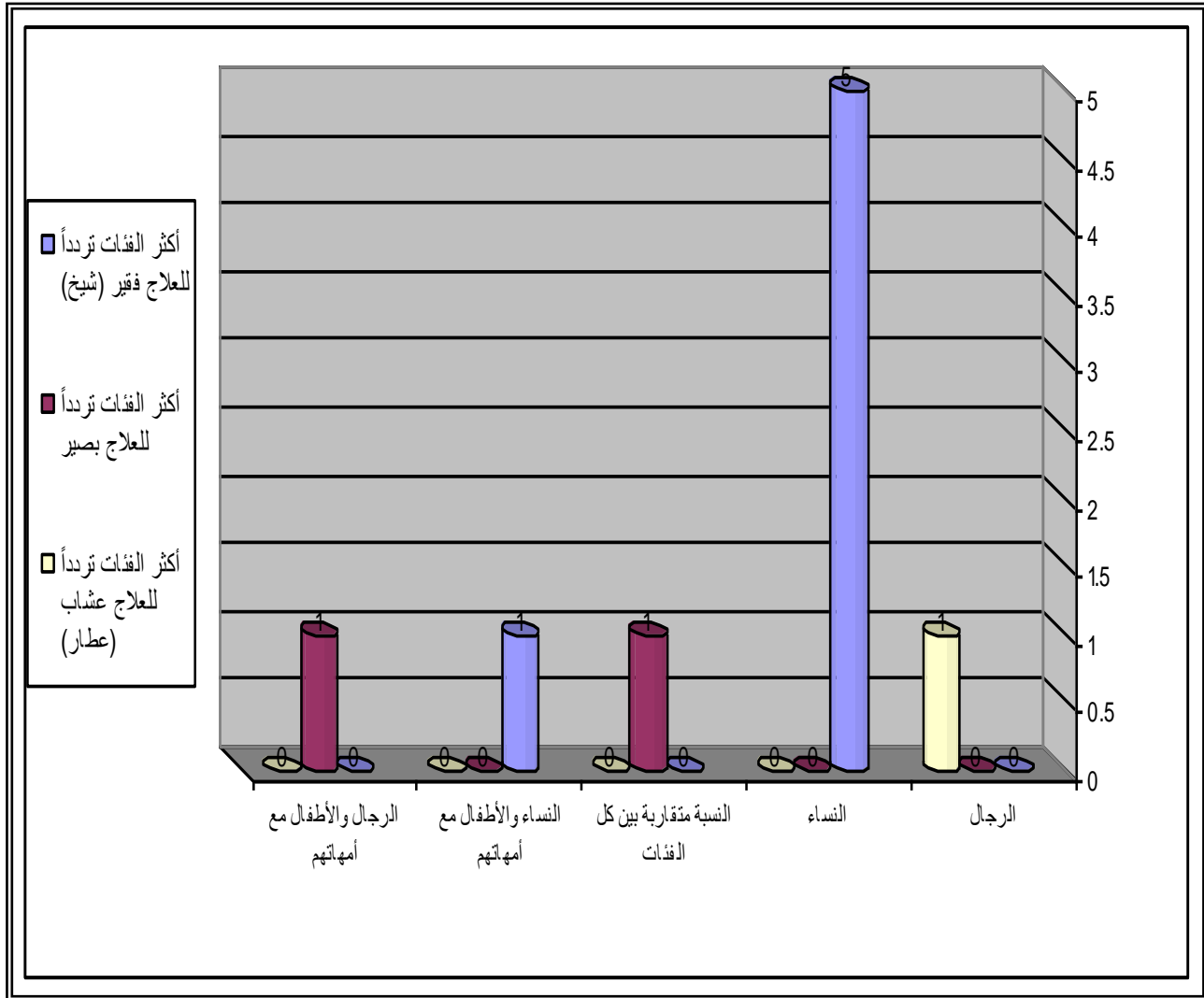
من الشكل أعلاه - وعند سؤال أرباب الأسر إن كان يوجد فى الأسرة من يفضل العلاج الشعبى على الحديث- نجد أن هنالك 207 فرداً يفضلون العلاج الشعبى على العلاج الحديث وعند السؤال عن نوع الشخص الذى يفضل العلاج الشعبى على العلاج الحديث فى الأسرة وجد الباحث أن النساء هنّ الأكثر تفضيلاً للعلاج الشعبى مقارنةً بالرجال ، حسب النسبة الموضحة بالشكل أعلاه .

كما أن رصد المترددين على مراكز العلاج الشعبي بمدينة شندى- عند محاولة إجراء المقابلات معهم- أشار إلى أن من يرتادون مراكز العلاج الشعبي معظمهم من النساء . وقد

أشارت أيضاً إستمارة المقابلة التي تم إجراؤها مع عدد 9 تسعة من المعالجين الشعبيين بمحلية شندى إلى أن النساء من أكثر الفئات تردداً على المعالجين الشعبيين للعلاج وذلك حسب ما يوضحه الشكل رقم (4-6) أدناه .

شكل رقم (4-6)

يوضح أكثر الفئات تردداً على المعالجين الشعبيين



من الشكل أعلاه نلاحظ أن النساء من أكثر الفئات تردداً على المعالجين الشعبيين للعلاج حيث أجاب خمسة من المعالجين الشعبيين التسعة الذين تم إجراء المقابلة معهم بأن النساء هنّ أكثر الفئات تردداً عليهم للعلاج وذلك بنسبة 55,6% بينما بلغت نسبة الرجال 11,1% هذا بجانب نسبة 11,1% كانت الاجابة فيها النساء والأطفال مع أمهاتهم ، وأخرى كانت الرجال والأطفال مع أمهاتهم ، وثالثة كانت بأن النسبة متقاربة بين كل الفئات ، علماً بأن هذه النسب من مجموع العينة .

#### 4-1-1-6 أثر السن (العمر) :-

أيضاً تم إفتراض السن (عمر الإنسان) كإحدى العوامل التي يمكن أن تؤثر في اختياره لنوعية الخدمة العلاجية ، ويتضح ذلك عند سؤال أرباب الأسر إن كان في أفراد الأسرة من يفضل العلاج الشعبي على العلاج الحديث ، ومن ثم كان السؤال عن عمر الشخص الذي يفضل العلاج الشعبي على الحديث . ويوضح ذلك الجدول رقم (4-6) أدناه .

#### جدول رقم (4-6)

جدول يوضح من يفضلون العلاج الشعبي علي العلاج الحديث في الأسرة حسب الفئة العمرية

النسبة	العدد	تفصيل العلاج الشعبي حسب الفئة العمرية
6,8%	14	15 إلى أقل من 25 سنة
6,8%	14	25 إلى أقل من 35 سنة

29	35 إلى أقل من 45 سنة	14,0%
29	45 إلى أقل من 55 سنة	14,0%
49	55 إلى أقل من 65 سنة	23,7%
72	65 سنة فأكثر	34,7%
207	المجموع	100%

المصدر / الدراسة الميدانية شندى 2006م

من الجدول أعلاه . وحسب إفادة أرباب الأسر من واقع إستمارة المقابلة. نلاحظ أن عدد من يفضلون الطب الشعبى على الحديث فى الفئة العمرية 65 سنة فأكثر قد بلغ 72 فرداً بنسبة 34,8% بلى ذلك الفئة (55 إلى أقل من 65 سنة) ، ثم الفئتين (35 إلى أقل من 45 سنة) و (45 إلى أقل من 55 سنة) ثم أخيراً الفئتين (15 إلى أقل من 25 سنة) و (25 إلى أقل من 35 سنة) .

ولمزيد من توضيح العلاقة بين السن (العمر) وبين الاتجاه العلاجى للمريض يمكن عرض البيانات الواردة بالجدول رقم (5-6) أدناه ، والذي يوضح العلاقة بين عمر رب الأسرة وبين اتجاهاته نحو البدائل العلاجية المختلفة .

جدول رقم (5-6)

جدول يوضح أثر عمر رب الأسرة علي إختياره لنوعية العلاج

بنية	مجموع	الفئة العمرية				الاتجاهات العلاجية
		أقل من 30 سنة	30 سنة إلي أقل من 40 سنة	40 سنة إلي أقل من 50 سنة	50 سنة إلي أقل من 60 سنة فأكثر	

9	53	75	39	35	211	35,2%	الذهاب إلي المستشفى
-	5	5	3	1	14	2,3%	الذهاب إلي الصيدلية دون استشارة الطبيب
1	1	5	6	4	17	2,8%	الذهاب إلي معالج شعبي
6	31	44	41	30	152	25,3%	علاج منزلي ثم مقابلة الطبيب
-	5	8	1	1	15	2,5%	مقابلة الطبيب ثم الذهاب إلي معالج شعبي
-	7	1	7	5	20	3,3%	مقابلة معالج شعبي ثم الذهاب إلي الطبيب
6	29	35	15	17	102	17,0%	الذهاب إلي المركز الصحي
3	13	25	19	9	69	11,5%	الذهاب إلي عيادة خاصة
25	144	198	131	102	600	100%	المجموع

المصدر/ الدراسة الميدانية شندى 2006م

نلاحظ من بيانات الجدول رقم (6-5) إن فئتي العمر (40 إلى أقل من 50 سنة) و (50 إلى أقل من 60 سنة)



و (60 سنة فأكثر) هي الأعلى نسبة من حيث الإعتماد على الطب الشعبي فى العلاج أو إستخدامه مع الطب الحديث مقارنة بفئات العمر الأخرى ، وهذا يدعم صحة النتائج التى تحصلت عليها عند سؤال أرياب الأسر عن عمر من يفضل الطب الشعبي على الحديث فى الأسرة وهى أن كبار السن هم الأكثر تفضيلاً وإستخداماً للطب الشعبى .

كما يمكن عرض بيانات الجدول رقم ( 6-6 ) والذى يوضح أكثر الفئات العمرية تردداً على المعالجين الشعبيين حسب نوع المريض .

جدول رقم (6-6)

جدول يوضح التردد على المعالجين الشعبيين حسب النوع مقارنة بالفئات العمرية

المجموع	فئات النوع				الرجال والأطفال مع أمهاتهم	الفئات العمرية
	الرجال	النساء	النسبة متقاربة بين كل الفئات	النساء والأطفال مع أمهاتهم		
1					1	15 إلى أقل من 30 سنة
6	1	5				30 إلى أقل من 45 سنة
2			1	1		45 إلى أقل من 60 سنة
9	1	5	1	1	1	المجموع

المصدر / إستمارة مقابلة المعالجين الشعبيين بمحلية شندى 2006م

نلاحظ من الجدول (6-6) أعلاه إن الفئة العمرية (30 إلى أقل من 45 سنة) هي الأكثر تردداً على المعالجين الشعبيين ، رغمًا عن إن كل نتائج الجداول السابقة قد أشارت إلى أن الفئات العمرية الأكبر هي الفئات الأكثر تردداً على المعالجين الشعبيين .

#### 2-1-6 خصائص العينة وفقاً لكل مجموعة سكنية :-

##### مقدمة:-

تم في هذا الجزئية عرض خصائص وحدات عينة الدراسة من حيث مستوى الدخل والتعليم وفقاً لكل مجموعة سكنية ، وذلك تمهيداً لمناقشة وتحليل تلك النتائج ومن ثم إجراء المقارنة بين المجموعات السكنية الثلاث فيما يتعلق باتجاهات المرضى نحو البدائل المختلفة للعلاج ، وذلك من حيث الذهاب إلى وحدات الطب الحديث أو الذهاب إلى المعالجين الشعبيين أو الإكتفاء بالعلاج المنزلي التقليدي ، مع التركيز على الاتجاه نحو العلاج بالطب الشعبي .

#### 6-1-2-1 مستوى التعليم وفق المجموعة السكنية :-

أدناه جدول يوضح توزيع مفردات العينة على مستويات التعليم المختلفة وفقاً لكل مجموعة سكنية.

#### جدول رقم (6-7)

توزيع وحدات العينة علي مستويات التعليم المختلفة وفقاً لكل مجموعة سكنية

النسبة	المجموع	مجموعة السكن			مستوى تعليم رب الأسرة
		المجموعة الثالثة	المجموعة الوسطي	المجموعة الأولى	
13,5%	81	38	42	1	أمي
14,2%	85	27	52	6	خلوة

أساس	15	102	33	150	25%
ثانوي	33	132	7	172	28,7%
جامعي	17	80	-	97	16,2%
فوق الجامعي	4	11	-	15	2,2%
المجموع	76	419	105	600	100%

المصدر الدراسة الميدانية شندى 2006م

من الجدول رقم (6-7) نلاحظ تركز وحدات العينة في مستوى التعليم الثانوى يلى ذلك مستوى تعليم الأساس ثم المستوى الجامعى ثم مستوى الخلوة فالمستوى الأمى وأخيراً مستوى التعليم فوق الجامعى . وإذا نظرنا إلى عدد الأميين بالعينة نجده 81 أمياً منهم 38 رب أسرة فى المجموعة السكنية الثالثة بنسبة 36,2% ، تليها المجموعة السكنية الوسطى بعدد 42 رب أسرة ونسبة 10% ثم المجموعة السكنية الأولى بعدد واحد رب أسرة ونسبة 1,3% .

وفيما يتعلق بمستوى التعليم الجامعى وفوق الجامعى نلاحظ إن أعلى نسبة كانت بين أرباب أسر المجموعة السكنية الأولى، بنسبة 22,4% فى مستوى التعليم الجامعى ونسبة 5,3% فى المستوى فوق الجامعى تليها المجموعة الوسطى بنسبة 19,1% فى المستوى الجامعى ونسبة 2,6% فى المستوى فوق الجامعى ، بينما نلاحظ عدم وجود أيّاً من أرباب أسر المجموعة السكنية الثالثة فى هذين المستويين من التعليم علماً بأن هذه النسب من مجموع عدد أرباب الأسر فى عينة كل مجموعة سكنية على حدة .

#### 6-2-1-2 مستوى الدخل وفق المجموعة السكنية:-

فيما يتعلق بمستوى دخل رب الأسرة وفقاً لكل مجموعة سكنية ، يمكن عرض البيانات بالجدول رقم (6-8) أدناه، والذي يوضح مستوى الدخل لأرباب الأسر حسب المجموعة السكنية .

جدول رقم (8-6)

توزيع مفردات العينة علي مستويات الدخل المختلفة وفقاً للمجموعة السكنية

النسبة	المجموع	مجموعة السكن			الدخل الشهري لرب الأسرة
		المجموعة الثالثة	المجموعة الوسطي	المجموعة الأولى	
%13,0	78	54	24	-	أقل من 15 ألف دينار
%33,8	203	47	150	6	15 إلى أقل من 30
%31,7	190	4	164	22	30 إلى أقل من 45
%12,3	74	-	48	26	45 إلى أقل من 60
%9,2	55	-	33	22	60 ألف دينار فأكثر
%100	600	105	419	76	المجموع

المصدر/ الدراسة الميدانية شندى 2006م

نلاحظ من الجدول رقم (8-6) إن أرباب الأسر بالعينة يتمركزون في فئة الدخل (15 إلى أقل من 30 ألف دينار) بنسبة أكبر من تلك التي في الفئات الأخرى للدخل .

كما نلاحظ أن أرباب الأسر في عينة المجموعة السكنية الأولى هم الأكبر دخلاً بين مفردات العينة ، إذ نجد أن نسبتهم في فئة الدخل (60 ألف دينار فأكثر) 28,9%، وفي فئة الدخل (45 إلى أقل من 60) 34,2% ، في حين نجد أن نسبة أرباب الأسر في المجموعة السكنية الوسطى في نفس هاتين الفئتين هي 7,9% و 11,5% على التوالي ، بينما لا يوجد أيّاً من أرباب أسر المجموعة السكنية

الثالثة فى هاتين الفئتين من الدخل ، إذ نجد أن أرباب الأسر فى المجموعة الثالثة يتوزعون فقط على الفئات ذات الدخل المنخفض ويتمركزون فى فئة الدخل (أقل من 15 ألف دينار) بنسبة 51,4% يلى ذلك الفئة (15 إلى أقل من 30) بنسبة 44,8% ثم الفئة (30 إلى أقل من 45) بنسبة 3,8% ، علماً بأن هذه النسب من مجموع أرباب الأسر فى عينة كل مجموعة سكنية على حدة .

#### 6-1-2-3 اتجاهات المرضى العلاجية وفقاً لكل مجموعة سكنية:-

لتوضيح الاتجاهات العلاجية للمبحوثين حسب المجموعة السكنية فقد تم عرض البيانات وفقاً لما يوضحه الجدول رقم (6-9) أدناه.

جدول رقم (6-9)

اتجاهات المرضى العلاجية وفقاً لكل مجموعة سكنية

نسبة	مجموع	مجموعة السكن			الاتجاهات العلاجية
		المجموعة الثالثة	المجموعة الوسطي	المجموعة الأولى	
%35,2	211	31	157	23	الذهاب إلى المستشفى
%2,3	14	1	7	6	الذهاب إلى الصيدلية دون استشارة الطبيب
%2,8	17	3	12	2	الذهاب إلى معالج شعبي
%25,3	152	30	111	11	علاج منزلي بالطرق البلدية ثم مقابلة الطبيب
%2,5	15	2	11	2	مقابلة الطبيب ثم الذهاب إلى معالج شعبي
%3,3	20	8	12	-	مقابلة معالج شعبي ثم الذهاب إلى الطبيب
%17,0	102	29	67	6	الذهاب إلى المركز الصحي
%11,5	69	1	42	26	الذهاب إلى عيادة خاصة
<b>%100</b>	<b>600</b>	<b>105</b>	<b>419</b>	<b>76</b>	<b>المجموع</b>

المصدر / الدراسة الميدانية  
شندى 2006م

نلاحظ من الجدول أعلاه أن هنالك تفاوتاً لأرباب الأسر فيما يتعلق بطبيعة اتجاهاتهم العلاجية وذلك حسب المجموعة السكنية، حيث نجد أن أرباب الأسر في المجموعة السكنية الأولى هم الذين يذهبون إلى العيادات الخاصة عند المرض ، بنسبة أكبر من تلك التي في المجموعتين الأخرين ، إذ بلغت نسبة من يذهبون إلى العيادات الخاصة منهم 34,2% بينما كانت النسبة في المجموعة السكنية الوسطى 10% وكانت في المجموعة السكنية الثالثة 1% فقط .

وفيما يتعلق بالعلاج لدى المعالجين الشعبيين والعلاج المنزلي نجد أن مجموع من يستخدمون العلاج الشعبي عند المرض - سواء العلاج الشعبي فقط أو العلاج الشعبي مع العلاج الحديث - 204 رب أسرة بنسبة 33,9% من مجموع أسر العينة ، حيث نجد أن من يعتمدون اعتماداً كلياً على المعالجين الشعبيين 17 رب أسرة منهم ثلاثة رب أسرة بنسبة 2,9% فى المجموعة السكنية الثالثة و 12 رب أسرة بنسبة 2,9% فى المجموعة السكنية الوسطى وفى المجموعة الأولى 2 رب أسرة بنسبة 2,6%. أما فيما يتعلق بالعلاج المنزلي ، نجد أن أسر المجموعة السكنية الثالثة أعلى نسبة من حيث استخدام العلاج المنزلي " وهو العلاج الموروث والمتعارف عليه تقليدياً كما إنه أقل أنواع العلاج تكلفةً ، حيث تستخدم فيه بعض التوابل والأعشاب الموجودة بالمنزل ، والتي تم اكتشاف فوائدها العلاجية عن طريق التجربة" ، إذ بلغت نسبة أرباب الأسر الذين يستخدمونه أولاً ثم يذهبون لمقابلة الطبيب إن لم يجدى العلاج المنزلي نفعاً 28,6% ، وفى المجموعة السكنية الوسطى بلغت نسبتهم 26,5% ، بينما بلغت نسبتهم فى المجموعة السكنية الأولى 14,5% علماً بأن هذه النسب من مجموع عدد أرباب الأسر فى عينة كل مجموعة سكنية على حدة . هنالك فئة من أسر العينة تبدأ أولاً بمقابلة الطبيب ثم تلجأ إلى المعالج الشعبي إن لم يجدى الطب الحديث نفعاً ، وأخرى تبدأ بمقابلة المعالجين الشعبيين ومن ثم تلجأ إلى الطب الحديث إن لم يجدى العلاج لدى المعالجين الشعبيين ، ونلاحظ هنا أن أعلى نسبة فى من يذهبون إلى المعالجين الشعبيين أولاً ثم بعده إلى الطبيب كانت بين أسر المجموعة السكنية الثالثة بعدد 8 رب أسرة ونسبة 7,6% تليها المجموعة الوسطى بعدد 12 رب أسرة ونسبة 2,9% ، كما نلاحظ إن أرباب أسر المجموعة السكنية الأولى ليس بينهم من يبدأ العلاج أولاً بالذهاب إلى المعالجين الشعبيين، أما فيما يتعلق بمقابلة الطبيب أولاً ثم الذهاب إلى المعالجين الشعبيين ، نجد أن النسبة متساوية بين الأسر فى المجموعتين الأولى والوسطى إذ بلغت 2,6% فى كل مجموعة بعدد 11 رب أسرة فى المجموعة الوسطى و 2 رب أسرة فى المجموعة السكنية الأولى بينما نجد أن نسبتهم فى المجموعة الثالثة كانت 1,9% بعدد 2 رب أسرة .

### 6-1-3 رؤية المبحوثين تجاه الطب الشعبي :-

#### مقدمة :-

تناول الباحث هنا الأسباب المرتبطة بالعوامل سابقة الذكر والتي تدفع بالمبحوثين إلى اللجوء للطب الشعبي بجانب معرفة رؤاهم تجاه العلاج الشعبي ، وما هي الأمراض التي يعالجونها بالطب الشعبي ؟ وتلك التي يتحتم فيها اللجوء إلى الطب الحديث إضافة إلى مصادر معرفتهم بالمعالجين الشعبيين .

### 6-1-3-1 أسباب تفضيل المرضى للعلاج الشعبي:-

عند سؤال المبحوثين عن أسباب تفضيلهم للعلاج بالطب الشعبي ، أظهرت نتائج تحليل البيانات أن لدى المبحوثين عدة أسباب جعلتهم يفضلون الطب الشعبي على الطب الحديث وذلك حسب ما موضح بالجدول رقم (6-10) أدناه .

#### جدول رقم (6-10)

جدول يوضح أسباب تفضيل الطب الشعبي حسب الاتجاه العلاجي للمريض

سبب	جموع	الاتجاه العلاجي			أسباب تفضيل العلاج الشعبي علي الحديث
		مقابلة معالج شعبي ثم الذهاب إلي الطبيب	علاج منزلي بالطرق البلدية ثم مقابلة الطبيب	الذهاب إلي معالج شعبي	
%6,7	2	-	-	2	لا أثق في علاج الأطباء



اعتقاد ديني	1	-	-	1	3,3%
أقل تكلفة	1	2	-	1	10,0%
لا ضرر منه	1	2	1	1	13,3%
صعوبة الوصول إلي الوحدات الصحية	-	-	3	-	10,0%
اعتدنا عليه	6	1	-	6	23,3%
أقل تكلفة وإعتدنا عليه	6	2	2	6	33,3%
المجموع	17	7	6	17	100%

المصدر الدراسة الميدانية شندى 2006م

من الجدول رقم (6-10) نجد أن عدد من يفضلون الطب الشعبى على الطب الحديث من مجموع العينة 30 رب أسرة ، منهم 17 رب أسرة يعتمدون على الطب الشعبى فقط فى العلاج و6 رب أسرة يفضلون التداوى بالعلاج المنزلى التقليدى أولاً ثم إن لم يجدى العلاج المنزلى نفعاً يذهبون لمقابلة الطبيب و7 رب أسرة يفضلون اللجوء إلى المعالجين الشعبيين أولاً ثم بعد ذلك إلى الطب الحديث ، وقد انحصرت أسباب تفضيل الطب الشعبى فى سبعة أسباب تمثلت فى الآتى :-

- 1/ عدم الثقة فى العلاج الطبى الحديث .
- 2/ اعتقاد دينى فى العلاج بالقرآن .
- 3/ الطب الشعبى أقل تكلفة من الطب الحديث .

4/ ليس هنالك ضرر من إستخدام الطب الشعبي ، بمعنى أن الطب الشعبي إذا لم يعالج لا يضر - حسب رأى المبحوثين- نسبة لعدم وجود آثار جانبية فيه كما فى الأدوية المصنعة كيميائياً

5/ صعوبة الوصول إلى الوحدات الصحية ، بمعنى بعد منطقة السكن عن خدمات الطب الحديث المتاحة بمدينة شندى .

6/ التعود على التداوى بالطب الشعبي .

7/ وأخيراً هنالك عدد 10 رب أسرة بنسبة 33,3% ، إنحصر سبب تفضيلهم للطب الشعبي فى أنه أقلّ تكلفة مقارنة بالطب الحديث بجانب أنهم قد تعودوا على التداوى به .

6-3-2 روى المبحوثين فى العلاج الشعبى :-

عند سؤال المرضى عن رأيهم فى الطب الشعبي مقارنة بالطب الحديث تباينت آراء المرضى حول هذا الأمر وفقاً للمجموعة السكنية ، وذلك وفقاً لما ورد بالجدول رقم (6-11) أدناه .

جدول رقم (6-11)

## جدول يوضح آراء المبحوثين تجاه الطب الشعبي وفقاً لكل مجموعة سكنية

نسبة	مجموع	مجموعة السكن			رأي المبحوثين في الطب الشعبي مقارنة بالحديث
		المجموعة الثالثة	المجموعة الوسطي	المجموعة الأولى	
%1,2	7	2	5	-	الطب الحديث فعال في العلاج والطب الشعبي مهدى فقط
%36,0	216	16	157	43	الطب الحديث أفضل من الشعبي
%4,2	25	-	18	7	الطب الحديث متطور والطب الشعبي يفيد أحياناً
%1,0	6	-	-	6	لا أعتقد في الطب الشعبي
%5,8	35	16	18	1	الطب الشعبي فعال لكن بعض الأمراض تحتاج إلي تحاليل طبية
%29,0	174	23	139	12	يوجد العلاج في كل منهما
4,8	29	-	24	5	الطب الشعبي ليست له آثار ضارة
%5,0	30	11	17	2	العلاج الشعبي أفضل من الحديث
%13,0	78	37	41	-	العلاج الحديث سريع لكن مكلف
%100	600	105	419	76	المجموع

المصدر الدراسة الميدانية شندى 2006م

من الجدول رقم (6-11) نلاحظ أن كل المبحوثين قد أشاروا إلى أن للطب الشعبي نوع من الفائدة العلاجية عدا 6 من أسر المجموعة السكنية الأولى لا يعتقدون في أهمية الطب الشعبي

العلاجية ، بجانب 216 رب أسرة يفضلون الطب الحديث على الطب الشعبي وإن كانوا لا ينكرون أهميته في العلاج ، كما نجد أن 30 رب أسرة يفضلون الطب الشعبي على الحديث عند التداوى من الأمراض ونلاحظ أن هنالك فئة من المبحوثين ترى أن الطب الحديث سريع الفعالية في العلاج مقارنة بالطب الشعبي إلا أنه أكثر تكلفةً وكان عددهم 78 رب أسرة منهم 37 رب أسرة في المجموعة السكنية الثالثة بنسبة 35,2% بينما كان عددهم في المجموعة السكنية الوسطى 41 رب أسرة بنسبة 9,8% وذلك من مجموع أرباب الأسر في عينة كل مجموعة سكنية ، بينما لم يوجد في أسر المجموعة السكنية الأولى من يرى ذلك ، وهذا الأمر يؤكد ماتوصل إليه الباحث من أهمية العامل الإقتصادي في تشكيل السلوك العلاجي للمرضى ، إذ أنه على الرغم من قناعة المرضى بفعالية وسرعة الطب الحديث العلاجية إلا أن عامل التكلفة يحول بينهم وبين التداوى به ، ويمكن مطابقة هذه النتيجة بتحليل روبرت ميرتون الذي سبق أن أشار إليه الباحث في الفصل الثانى من هذا البحث ، حينما طبق النظرية الوظيفية في دراسته عن البناء الاجتماعى واللامعيارية .

#### 6-1-3-3 تكلفة العلاج الشعبي:-

من واقع إستمارة المقابلة كان هنالك سؤال للمبحوثين إن كان لهم أو لدى أياً من أفراد أسرتهم تجربة مع إحدى المعالجات الشعبيين ، ثم كان هنالك سؤال عن تكلفة العلاج الشعبي إن كانت الإجابة بنعم وهذا ما يوضحه الجدول رقم (6-12) أدناه.

جدول رقم (6-12)

جدول يوضح تكلفة العلاج الشعبي

النسبة	العدد	تكلفة العلاج
12,1%	26	مجاناً
38,8%	83	بسيطة
24,8%	53	خمسمائة دينار
11,2%	24	ألف دينار
4,7%	10	خمسة ألف دينار
5,1%	11	عشرة ألف دينار
3,3%	7	عشرون ألف دينار
100%	214	المجموع

المصدر الدراسة الميدانية شندى 2006م

نلاحظ من الجدول رقم (6-12) أعلاه إن عدد المبحوثين الذين لديهم أو لدى أفراد أسرهم تجارب مع المعالجين الشعبيين 214 فرداً ، كما نلاحظ اختلاف إجاباتهم حول تكلفة العلاج الشعبي ، إلا أن أعلى نسبة إجابة كانت بأن التكلفة بسيطة (بمعنى أقل من خمسمائة دينار) يلي ذلك من أجابوا بأن التكلفة خمسمائة دينار ثم من تعالجوا مجاناً (بلا مقابل) ، يليهم من كانت تكلفة علاجهم ألف دينار ، ثم من بلغت تكلفة علاجهم عشرة ألف دينار ، وأخيراً أجاب سبعة أفراد فقط بنسبة 3,3% بأن تكلفة العلاج بالطب الشعبي قد بلغت عشرون ألف دينار .

ويدعم إجابات المبحوثين هذه ، ما أجاب به المعالجون الشعبيون أنفسهم عند إجراء المقابلة معهم وسؤالهم إن كانوا يتقاضون أجراً نظير قيامهم بعملية العلاج ، حيث أجاب ستة من

المعالجين الشعبيين التسعة الذين تمت مقابلتهم أنهم يتقاضون أجراً وأجاب ثلاثة منهم بأنهم لا يتقاضون أجراً ، كما أشار الذين يتقاضون أجراً من المعالجين الشعبيين أن ليس لهم أجر محدد إنما كل مريض يدفع الأجر حسب إستطاعته .

من كل ما سبق ذكره ، وعند مقارنة تكلفة خدمات الطب الحديث بمدينة شندى -حسب ما ورد بالجدول رقم (5-2) ص 86 بالفصل الخامس - ، وإذا أضفنا إلى تلك التكلفة قيمة العلاج والدواء يتضح لنا مدى إرتفاع تكلفة خدمات الطب الحديث مقارنة بالطب الشعبى .

4-3-1-6 مصادر معرفة المرضى بالعلاج الشعبى :-

تباينت مصادر معرفة المرضى فيما يتعلق بمعرفتهم بالعلاج الشعبى المنزلى ومعرفتهم بالمعالجين الشعبيين وفق المجموعات السكنية الثلاث كما موضح بالجدول رقم (6-13) أدناه .

جدول رقم (6-13)

## جدول يوضح مصادر معرفة المرضى بالعلاج الشعبي حسب المجموعة السكنية

المصدر الدراسة الميدانية شندى

نسبة	مجموع	مجموعة السكن			مصادر المعرفة
		المجموعة الثالثة	المجموعة الوسطي	المجموعة الأولى	
64,7%	132	31	89	12	الأهل
5%	1	-	1	-	الجيران
2,0%	4	-	2	2	وسائل الإعلام
18,6%	38	10	27	1	الأهل والجيران
14,2%	29	2	27	-	الأهل ووسائل الإعلام
100%	204	43	146	15	المجموع

2006م

من الجدول رقم (6-13) نلاحظ أن مجموع من كانت لهم معرفة بالعلاج والمعالجين الشعبيين من مجموع عينة الدراسة 204 رب لأسرة - وهو بالطبع نفس عدد أرباب الأسر الذين يستخدمون الطب الشعبي فى مرحلة من مراحل العلاج - ، كما نلاحظ أن مصادر المعرفة تفاوتت بين المعرفة عن طريق الأهل أو عن طريق الجيران أو عن طريق وسائل الإعلام، حيث نلاحظ إن مصدر المعرفة عن طريق الأهل كان بنسبة 43,6% فى المجموعة السكنية الوسطى تليها المجموعة الثالثة بنسبة 15,2% و أخيراً المجموعة الأولى بنسبة 5,9% بينما نلاحظ إن المعرفة عن طريق الجيران كانت فقط فى المجموعة السكنية الوسطى بنسبة 0,5% ، وكان مصدر المعرفة عن طريق وسائل الإعلام بنسبة 1,0% فى كل من المجموعتين الوسطى والأولى فقط وكانت النسبة عن طريق الأهل والجيران معاً بنسبة 13,2% فى المجموعة الوسطى ونسبة

4,9% في المجموعة الثالثة و0,5% في المجموعة الأولى وأخيراً المعرفة عن طريق الأهل ووسائل الإعلام كانت في المجموعتين الوسطى والثالثة فقط بنسبة 13,2% في المجموعة الوسطى ونسبة 1,0% في المجموعة الثالثة .

#### 6-1-3-5 الأمراض التي يتم علاجها بالطب الشعبي ونوعية العلاج :-

هنالك بعضاً من الأمراض التي أشار فيها المبحوثين إنهم يكتفون بالعلاج الشعبي بمختلف أنواعه وقد انحصر معظم تلك الأمراض في الأمراض الباطنية ، أو أمراض الجهاز التنفسي أو الأمراض النفسية " الروحانية" ، وهذا ما يوضحه الجدول رقم (6-14) أدناه .

جدول رقم (6-14)

جدول يوضح الأمراض التي يتم علاجها بالطب الشعبي ونوع العلاج الشعبي

نوع المرض التي يتم علاجها بالطب الشعبي	نوع العلاج					جموع	نسبة
	الأعشاب	العلاج بالقرآن	عسل النحل	الأعشاب وعسل النحل	الأعشاب والقرآن		
النفخ وآلم البطن	-	-	-	1	-	1	6%
الأمراض البسيطة	19	-	-	15	9	43	24,7%
نزلات البرد	22	-	2	13	3	40	23,0%



المغص	4	-	-	1	-	5	2,9%
الآم البطن والدستاريا	13	-	-	4	3	20	11,5%
الإسهال	1	-	-	-	-	1	6%
الآم البطن والسعال	2	-	-	1	-	3	1,7%
المغص ونزلات البرد	3	-	-	3	-	6	3,4%
الأمراض الروحانية "النفسية"	-	55	-	-	-	55	31,6%
<b>المجموع</b>	<b>64</b>	<b>55</b>	<b>2</b>	<b>38</b>	<b>15</b>	<b>174</b>	<b>100%</b>

المصدر الدراسة الميدانية شندی 2006م

من واقع الجدول رقم (6-14) نلاحظ أن مجموع أرياب الأسر 174 رب أسرة نسبة لأن السؤال حول الأمراض التي تعالج بالطب الشعبي وتلك التي تعالج بالطب الحديث كان موجهاً فقط لأرياب الأسر الذين لا يفضلون التداوى بالطب الشعبي في كل الأمراض ، وذلك من مجموع أرياب الأسر الذين يستخدمون الطب الشعبي في مرحلة من مراحل العلاج ، إذ كان عددهم 204 رب أسرة ، بينما كان عدد الذين يفضلون التداوى بالطب الشعبي في كل الأمراض 30 رب أسرة . كما نلاحظ إن إجابات المبحوثين حول الأمراض التي تعالج بالطب الشعبي تركزت كلها حول الأمراض الباطنية وأمراض الجهاز التنفسي بجانب الأمراض النفسية " الروحانية " - حسب مفهوم المرضى والمعالجين الشعبيين - ، كما نجد إن بعض المبحوثين أشاروا إلى أن الأمراض التي تعالج بالطب الشعبي هي الأمراض البسيطة وكانوا يعنون بها الأمراض التي لا تحتاج إلى تحاليل طبية لتشخيصها مثل نزلات البرد .

في مقابل ذلك نجد أن نوعية العلاج الشعبي الفعال لتك الأمراض -حسب رأى المبحوثين- قد تمثل في العلاج بالقرآن والأعشاب وعسل النحل .

#### 6-3-1-6 الأمراض التي يتم علاجها بالطب الحديث:-

في مقابل الأمراض التي تُعالج بالطب الشعبي كان لدى المبحوثين أمراض يتحتم فيها اللجوء إلي الطب الحديث وهذا ما يوضحه الجدول رقم بالجدول رقم (6-15) أدناه.

جدول رقم (6-15)

جدول يوضح الأمراض التي يتم علاجها بالطب الحديث

النسبة	العدد	نوع المرض
6%	1	المالريا والتهاب الأذن
24,1%	42	كل الأمراض الخطيرة
21,3%	37	أمراض القلب والأمراض الخطيرة
1,1%	2	ضغط الدم والأمراض الخطيرة
9,2%	16	المالريا
28,7%	50	أمراض الأطفال
14,9%	26	العمليات والأمراض الخطيرة
100%	174	المجموع

المصدر / الدراسة الميدانية شندى 2006م

نلاحظ من الجدول رقم (6-15) إن الأمراض التي يلجأ فيها المبحوثين إلى الطب الحديث قد تمثلت في الملاريا وأمراض القلب وضغط الدم وأمراض الأطفال والأمراض التي تحتاج إلى عمليات جراحية بجانب ما أشاروا إليها بالأمراض الخطيرة ، والتي يعنون بها كل الأمراض التي لا يمكن معرفتها دون الاستعانة بالوسائل التشخيصية الحديثة .

## 6-2 مناقشة وتحليل النتائج

مقدمة :-

تناول الباحث في هذا القسم من الفصل السادس بالتحليل والنقاش نتائج البيانات الخاصة باستمارة مقابلة أرباب الأسر والتي سبق عرضها في القسم الأول من هذا الفصل . حيث أظهر عرض تلك البيانات إن بعض الشرائح السكانية بمجتمع مدينة شندى تعتمد اعتماداً كلياً على العلاج الشعبي خاصة فيما يتعلق بالأمراض التي لا تحتاج إلى تدخل جراحى ، وذلك بسبب عوامل مختلفة بينما جزء كبير من مجتمع الدراسة يجمع بين العلاج الحديث والعلاج الشعبي (المتمثل في العلاج المنزلى أو الذهاب للمعالجين الشعبيين) ، حيث يبدأ المريض بالعلاج الحديث أولاً فإن لم يستجب يلجأ إلى العلاج الشعبي أو العكس .

### 6-2-1 تفسير علاقة بعض العوامل باتجاهات المرضى العلاجية:-

مقدمة:-

يسعى العلم أياً كان نوعه إلى اكتشاف العلاقات بين الظواهر ، والعلاقات التي يسعى العلم إلى اكتشافها هي علاقات السببية بمعنى إن العلة (ب) مثلاً هي نتيجة للسبب (أ) ، وهذا الأمر

يسهل اكتشافه فى العلوم الطبيعية ، حيث يمكن عزل العوامل الدخيلة على التجربة معملياً ، لكن فى العلوم الاجتماعية يصعب هذا الأمر نظراً لشدة تعقد الظواهر الاجتماعية بجانب تداخل وتشابك الكثير من العوامل التى لا يمكن التحكم فيها ويمكن أن تؤثر فى الظاهرة موضوع الدراسة ، وبالتالي لا يمكن أن نجزم إن وجود السبب (أ) فى العلوم الاجتماعية لابد وأن تتبعه النتيجة (ب) ، مثلاً لا يمكن أن نجزم إن انخفاض دخل المريض لابد أن يؤدي به للجوء إلى الطب الشعبى ، أو إن جهل المريض لابد أن يدفع به للعلاج بالطب الشعبى ولكن يمكن القول كلما انخفض دخل المريض كلما كان احتمال لجوءه للطب الشعبى أكبر من احتمال لجوء المريض ذو الدخل المرتفع إليه وكذلك الأمر فيما يتعلق بمستوى التعليم .

لمعرفة هذه العلاقة بين الظواهر تستخدم العلوم الاجتماعية الأساليب الإحصائية مثل الاختبارات الإحصائية المختلفة إضافة إلى النسب المئوية والأرقام المطلقة ، وقد استخدم الباحث هاتين الأخيرتين وصولاً للعلاقة بين اتجاهات المرضى العلاجية وبين بعض العوامل التى تم افتراضها كمتغيرات يمكن أن يكون لها تأثير مباشر أو غير مباشر على توجيه وتشكيل السلوك العلاجى للمرضى ، ومن ثم محاولة تفسير طبيعة العلاقة بين تلك العوامل وبين اتجاهات المرضى العلاجية .

#### 6-2-1-1 مستوى الدخل :-

من واقع النتائج التى تم عرضها بالجدول رقم (6-1) يمكن أن نستدل على أن هنالك علاقة بين العوامل الإقتصادية المتمثلة فى مستوى الدخل وبين إختيار المريض لنوعية الخدمة العلاجية وهذه العلاقة بين العوامل الإقتصادية واتجاهات المرضى نحو البدائل العلاجية المختلفة قد توصلت إليها معظم الدراسات التى ورد ذكرها فى الفصل الثانى من هذه الدراسة إذ نجد إن إنخفاض مستوى دخل المريض قد يدفع به إلى البحث عن وسائل أقل تكلفة للعلاج مثل العلاج

بالطب الشعبي ، نسبة لارتفاع تكلفة خدمات الطب الحديث مقارنة بالطب الشعبي- ويوضح الفرق بين تكلفة العلاج بالطب الشعبي والطب الحديث البيانات الواردة بالجدول رقم (5-2) ص86 بالفصل الخامس والجدول رقم (6-12) فى هذا الفصل .

رغمًا عن كل ذلك إلا أن المتغيرات الإقتصادية وحدها لا يمكن إعتبارها كعامل أوجد مؤثر فى اتجاهات المرضى نحو البدائل المختلفة للعلاج ، وإنما هنالك مجموعة من العوامل المتداخلة التى تؤثر فى اختيارهم لنوعية الخدمة العلاجية .

#### 2-1-2-6 مستوى التعليم :-

من واقع نتائج الجدول رقم (6-2) يمكن أن نلاحظ أن هنالك علاقة بين مستوى التعليم وبين إختيار المريض لنوعية الخدمة العلاجية ، حيث نجد أن الأميون وغيرهم ممن هم فى مستويات التعليم الدنيا أكثر لجوءً إلى الطب الشعبي عند العلاج من الأمراض ، - هذه العلاقة قد توصلت إليها بعض الدراسات التى ورد ذكرها سابقاً فى الفصل الثانى من هذا البحث، وذلك مثل الدراسة التى أجرتها رقية السيد على بعض المرضى المترددين على مراكز العلاج الشعبي بولاية الخرطوم- ، بينما نلاحظ من نفس الجدول إن المتعلمون أكثر تردداً على وحدات الطب الحديث عند الإصابة بالأمراض .

قد لا يبدو أن هنالك علاقة مباشرة بين مستوى التعليم وبين إختيار المريض لنوعية الخدمة العلاجية ولكن يمكن تفسير تلك العلاقة بأن الإنسان المتعلم هو الأقدر على الأخذ والعطاء من العلم الحديث وبالتالي الاهتداء إلى الاستفادة من الخدمات الطبية الحديثة ، كما أن التعليم يمكّن الإنسان من الإطّلاع - خارج نطاق منهج التعليم النظامى- على ما من شأنه تثقيفه صحياً وتمكينه بالتالى من معرفة البدائل المختلفة والمثلى للعلاج . وتتضح تلك العلاقة أكثر إذا نظرنا إلى الجدول رقم (6-3) والخاص بأثر التعليم على الاستماع لبرامج التثقيف الصحى .

وإذا نظرنا إلى الشكلين رقم (1-6) و (2-6) والخاصين بالعلاقة بين أثر النشأة ) ريف - حضر ) على إتجاه المريض العلاجي مقارنة بمستوى التعليم ، نجد أن هنالك عدد اثنين رب أسرة ممن يعتمدون اعتماداً كلياً على الطب الشعبي عند الإصابة بالأمراض قد تلقوا تعليمهم حتى المستوى الجامعي ، إلا أن نشأتهم قد كانت في الريف شكل (1-6) ، حيث تكثر ممارسات الطب الشعبي نسبة لضعف خدمات الطب الحديث به ، و تسود في الريف قوة الاعتقاد في الشيوخ والأولياء أكثر منها في الحضر ، كما تكثر في الريف النباتات الطبية النامية طبيعياً والتي تستخدم في العلاج وهنا تبدو قوة تأثير عوامل الثقافة الريفية الموروثة والمنقولة عبر التنشئة الاجتماعية على تفكيرهم في الإعتقاد بالطب الشعبي ، ويضعف بالتالي أثر التعليم عند الاختيار بين الطب الحديث والطب الشعبي . كما نلاحظ أيضاً من نفس الشكلين إن من كانت نشأتهم في الريف من أرباب الأسر يعتمدون على الطب الشعبي في العلاج بصورة أكبر ممن كانت نشأتهم في الحضر .

#### 3-1-2-6 أثر النوع (ذكر / أنثى) :-

نلاحظ من الشكلين رقم (3-6) و(4-6) إن هنالك علاقة بين النوع (ذكر - أنثى) وبين التردد على المعالجين الشعبيين ، وقد توصلت إلى هذه العلاقة بعضاً من الدراسات التي سبق ذكرها في الفصل الثاني من هذا البحث ، إذ نجد إن النساء أكثر تردداً على المعالجين الشعبيين مقارنة بالرجال كما نلاحظ من واقع الشكل رقم (4-6) إن النساء أكثر تردداً على الفقراء (الشيوخ) وحسب إجابة الفقراء (الشيوخ) أنفسهم- عند اجراء المقابلة معهم - فإنهم قد أشاروا إلى أن النساء غالباً ما يترددنّ عليهم بحثاً عن الإنجاب في حالة تأخر الحمل وذلك لإذهاب العارض حيث يعتقد أن هنالك سحر أو "عمل" يحول بين تلك المرأة وبين الإنجاب وربما يعود السبب في طرق النساء لكل الأبواب بحثاً عن الإنجاب إلى قوة غريزة الأمومة لدى المرأة لذلك فإنها تبحث عن الإنجاب بكل السبل ، خاصة إن كان الفقير (الشيخ) قد نجح في علاج حالات مشابهة .

كما تأتي النسوة للفقير (الشيخ) فى حالة كثرة وفيات أطفالهنّ بعد الميلاد وأيضاً يكون الإعتقاد بأن هنالك "عمل" أوسحر يتسبب فى وفيات الأطفال ، وأحياناً تأتي النسوة للفقير مع أطفالهنّ عندما يكون الطفل كثير العلل والأمراض ، حيث يعتقد بأن هذا الطفل مسحور أو مصاب "بأم الصبيان" وهى نوع من الجن يصيب الأطفال بالحمى - وقد ورد ذكرها فى الفصل الرابع من هذه الدراسة - . بينما نلاحظ أن الرجال أكثر تردداً على العشابين "العطارين" والبصرا "جمع بصير" ، كما إن الأمهات يذهبنّ مع أطفالهنّ للبصير عند إصابة الأطفال بأمراض الإسهال عند مرحلة التسنين ليقوم البصير بعملية "كى" الطفل لمعالجة الإسهال .

من كل ذلك نستدل على أن النساء هنّ الأكثر تردداً على المعالجين الشعبيين سواءً كنّ بمفردهنّ أو مع أطفالهنّ ، كما نلاحظ أن هنالك علاقة بين النوع (ذكر - أنثى ) وبين التردد على نوعية المعالجين الشعبيين ، فبينما يكثر تردد النساء على الفقراء (الشيخوخ) يتردد الرجال بكثرة على العشابين (العطارين) والبصراء .

#### 4-1-2-6 أثر السن ( العمر) :-

بناءً على النتائج التى تم عرضها بالجدول رقم (4-6) نجد أن الفئة العمرية 65 سنة فأكثر هى أكثر الفئات العمرية تفضيلاً للطب الشعبى ، بمعنى أن المسنين فى الأسرة هم من يفضلون الطب الشعبى على الحديث عند التداوى من الأمراض ، وربما يعود السبب فى ذلك إلى أن كبار السن هم الذين كانت نشأتهم فى فترة ضعف خدمات الطب الحديث وندرته لذلك فإنهم أكثر لجوءاً إلى طبهم الشعبى المعروف لديهم ، وقد يعود إستمرار تفضيلهم للطب الشعبى حتى بعد أن تطورت خدمات الطب الحديث وتوفرت نسبياً إلى اعتيادهم أو تعودهم على العلاج بالطب الشعبى .

كذلك إذا أجرينا مقارنة بين الفئات العمرية لأرباب الأسر الذين شملتهم العينة وبين اتجاهاتهم العلاجية عند المرض من حيث التداوى بالطب الشعبى أو الطب الحديث ، نلاحظ من واقع أجوبتهم على أسئلة إستمارة المقابلة - حسب ما موضح بالجدول رقم (6-5) - نجد إن نتائج ذلك الجدول تدعم صحة النتائج الواردة بالجدول رقم (6-4) التى تحصل عليها الباحث عند سؤال أرباب الأسر عن عمر من يفضل الطب الشعبى على الحديث فى الأسرة .

أما إذا نظرنا إلى نتائج البيانات بالجدول رقم (6-6) فإننا نجد إن الفئة العمرية (30 إلى أقل من 45 سنة) أكثر الفئات لجوءاً للعلاج بالطب الشعبى ، ولكن إذا نظرنا إلى فئات النوع المقابلة لهذه الفئة العمرية بنفس الجدول ، نجد إن النساء فى هذه الفئة من العمر هنّ الأكثر تردداً على المعالجات الشعبيين وإذا أخذنا فى الاعتبار ما أشار إليه الباحث سابقاً ، من أن النساء الباحثات عن الإنجاب عند تأخر الحمل هنّ الأكثر تردداً على المعالجات الشعبيين يتضح لنا السبب فى كثرة المترددين على المعالجات الشعبيين فى هذه الفئة من العمر .

#### 2-2-6 تحليل اتجاهات المرضى العلاجية وفقاً للمجموعة السكنية :-

وفقاً للنتائج التى تم عرضها بالجدولين رقم (6-7) و(6-8) نلاحظ ارتفاع نسبة الأمية بين أرباب الأسر فى عينة المجموعة الثالثة وهى مجموعة الأحياء التى تقع على أطراف مدينة شندى وقد بدأ نظام السكن فى تلك الأحياء عشوائياً لذلك فإنها تفتقر إلى الخدمات ومنها الخدمات التعليمية .

كما نلاحظ أن أرباب الأسر بالمجموعة السكنية الأولى هم الأكبر دخلاً ، كما أنهم أعلى تعليماً مقارنة بأرباب الأسر فى المجموعتين الأخرين وكما أشار الباحث سابقاً فإن الأسر فى عينة المجموعة السكنية الأولى يقطنون فى مركز المدينة أو بالقرب منه لذلك فإنهم الأقرب إلى



الخدمات وبالتالي هم الأكثر استفادةً منها . وفى مقابل ذلك نلاحظ إرتفاع نسبة الأمية وانخفاض مستوى الدخل بين أرياب الأسر فى المجموعة السكنية الثالثة ، كما أن الأسر فى هذه المجموعة تسكن فى أطراف المدينة ، وبالتالي فهى الأكثر بعداً عن الخدمات المتاحة، ومنها الخدمات الصحية . وإذا أجرينا مقارنة للاتجاهات العلاجية وفقاً لكل مجموعة سكنية مع الأخذ فى الاعتبار التفاوت - الذى تم توضيحه سابقاً- بين أرياب الأسر فيما يتعلق بمستويات الدخل والتعليم وهى من المتغيرات التى تم افتراضها كعوامل مؤثرة على الاتجاهات العلاجية للمرضى ، نلاحظ من العرض السابق للبيانات الواردة بالجدول رقم (6-9) إن أرياب الأسر فى المجموعة السكنية الثالثة هم الأكثر لجوءاً إلى العلاج بالطب الشعبى سواء بالذهاب إلى المعالجين الشعبيين أولاً أو بالاعتماد على التداوى بالعلاج المنزلى بالطرق البلدية، تليها فى ذلك الأسر فى المجموعة السكنية الوسطى ثم الأسر فى المجموعة الأولى . وربما يعود السبب فى ذلك إلى إنخفاض مستويات الدخل بين أرياب أسر المجموعة السكنية الثالثة إضافة إلى إرتفاع نسبة الأمية بينهم ، بجانب بعد أماكن سكنهم عن مركز خدمات الطب الحديث فى وسط المدينة .

كما نلاحظ - فيما يتعلق بخدمات الطب الحديث - كثرة إقبال المرضى بالمجموعة السكنية الثالثة على العلاج بالمراكز الصحية وربما يعود السبب فى ذلك إلى إنخفاض تكلفة العلاج بالمراكز الصحية مقارنة بالعيادات الخاصة أو نسبة لقرب المراكز الصحية من مناطق السكن مقارنة بالمستشفى التى يتعذر الوصول إليها دون الاستعانة بوسيلة نقل أو ترحيل وهذه تعتبر تكلفة إضافية تضاف لتكلفة العلاج ، كما أن رسوم العلاج بالمستشفى أعلى من رسوم العلاج بالمراكز الصحية .

كما نجد إن أرياب الأسر فى المجموعة السكنية الأولى يذهبون إلى العيادات الخاصة عند الإصابة بالأمراض بنسبة أكبر من تلك التى فى المجموعتين الأخرين ويعود السبب فى ذلك

إلى إرتفاع دخل أرباب الأسر فى المجموعة السكنية الأولى علماً بأن رسوم العلاج فى العيادات الخاصة أعلى من رسوم العلاج فى المستشفيات والمراكز الصحية - وذلك حسب ما ورد بالجدول رقم (5-2) ص 86 بالفصل الخامس من هذه الدراسة- .

### 3-2-6 أسباب تفضيل العلاج الشعبى والمعرفة بالمعالجين الشعبين :-

#### مقدمة:-

تناول الباحث بالنقاش والتحليل الأسباب ذات الصلة بالعوامل سابقة الذكر التى أدت ببعض المبحوثين إلى تفضيل الطب الشعبى على الحديث ، بجانب معرفة المصادر التى تعرّف بها المرضى على المعالجين الشعبين ، مع معرفة الأمراض التى يلجأ المرضى بها إلى العلاج بالطب الشعبى وتلك التى يتحتم فيها اللجوء إلى الطب الحديث ومن ثم تطرق الباحث إلى خصائص المرضى الذين يترددون على المعالجين الشعبين .

### 1-3-2-6 أسباب تفضيل بعض المرضى للطب الشعبى :-

من واقع النتائج التى تم عرضها بالجدول رقم (6-10) ، نلاحظ أن أهم أسباب تفضيل الطب الشعبى هى التعود على إستخدامه والتداوى به ، بجانب إرتفاع تكلفة الطب الحديث مقارنة بالطب الشعبى ، وهذا الأمر يدعم صحة ما ذهب إليه الباحث من أن عامل التعود قد يكون السبب فى اعتماد كبار السن فى الأسرة على التداوى بالطب الشعبى . يلى هذا السبب فى الأهمية عدم وجود آثار جانبية ضارة نتيجة لاستخدام الطب الشعبى - حسب المفهوم السائد لدى المبحوثين-.

كذلك من واقع المقابلات التي حاول الباحث إجراؤها مع بعض المرضى بمراكز العلاج الشعبي بمدينة شندى ، ولم يجد تجاوباً إلا فى حالة واحدة ، تبين له إن من ضمن الأسباب التي تدفع بالمرضى للمعالجين الشعبيين عدم المعرفة بماهية الأمراض النفسية ، بجانب الخلط بين الأمراض النفسية ، وما يسمى بالأمراض الروحانية التي يتسبب فيها الجن والعين الحاسدة بصورة أساسية ، وقد وتبين ذلك عند مقابلة إحدى الأمهات التي حضرت مع إبنتها إلى إحدى الشيوخ " الفقراء" نسبة لأن إبنتها المتميزة فى مستواها الدراسى قد قررت فجأة عدم الذهاب إلى المدرسة وكان فى رأى الأم " أن مرض إبنتها ليس مرض دكاترة " بمعنى إن مرضها خارج نطاق الطب الحديث ، إذ أنها تعتقد إن إبنتها " قد أصابتها عين " أى أصابتها العين الحاسدة هذا وعلى الرغم من أن العين حق حسب قوله تعالى فى سورة الفلق " ومن شر حاسدٍ إذا حسدٍ " صدق الله العظيم ، إلا أنه ينبغى أن لا ينسب كل مرض من هذا القبيل إلى العين الحاسدة .

عليه فإن هذا الاعتقاد من جانب تلك الأم يمكن أن يؤكد عدم وعيها بماهية المرض النفسى ويشير إلى أهمية وجود المرشد النفسى والإجتماعى بالمدارس .

#### 2-3-2-6 مصادر معرفة المرضى بالمعالجين الشعبيين :-

من العرض السابق بالجدول رقم (6-13) نلاحظ أن الأهل يشكلون المصدر الأساسى للمعرفة بالعلاج والمعالجين الشعبيين بنسبة بلغت 64,7% مما يدل على قوة أثر التنشئة الاجتماعية فى تشكيل الاتجاهات العلاجية ، يلى ذلك المعرفة عن طريق الأهل والجيران معاً وهنا تتضح قوة أثر الوسط الإجتماعى ، إذ أن المريض يستدل على المعالج الشعبى عن طريق جيران السكن الذين لديهم سابق معرفة أو تجربة مع المعالجين الشعبيين لذلك فإن النسبة مرتفعة عن طريق هذا المصدر فى المجموعتين الوسطى والثالثة نسبة لأن التداوى بالطب الشعبى يسود فى هاتين المجموعتين أكثر من المجموعة السكنية الأولى .

أما المعرفة عن طريق وسائل الإعلام فإنها أقل مصادر المعرفة انخفاضاً في النسبة بجانب أنها تتعدم في المجموعة السكنية الثالثة نسبةً لأن معظم الأسر في هذه المجموعة - حسب نتائج استمارة المقابلة- لا يمتلكون وسائل الإعلام سواء المرئية أو المسموعة ( الراديو والتلفزيون) نسبةً لانخفاض دخلهم ، هذا بجانب إرتفاع نسبة الأمية بينهم وبالتالي عدم مقدرتهم على الاستفادة من وسائل الإعلام المقروءة .

#### 3-3-2-6 الأمراض التي تعالج بالطب الشعبي :-

من واقع النسب التي تم عرضها بالجدول رقم (5-14) نجد أن أكثر الأمراض التي تعالج بالطب الشعبي هي الأمراض النفسية " وهي الأمراض المتعارف عليها لدى المرضى والمعالجين الشعبيين بالأمراض الروحانية " وقد بلغت نسبتها 31,6% يلي ذلك الأمراض البسيطة ثم نزلات البرد ثم آلام البطن .

نلاحظ من ذلك إن مفهوم المرض يمثل إحدى الدوافع للتردد علي المعالجين الشعبيين إذ إن عدم الوعي بماهية الأمراض النفسية - كما أشار الباحث سابقاً - يدفع بالمرضى النفسيين باللجوء إلي المعالجين الشعبيين ، على اعتبار أن تلك الأمراض ناتجة عن الإصابة بالعين الحاسدة أو المس بالجن وهي خارج نطاق الطب الحديث .

#### 4-3-2-6 الأمراض التي تعالج بالطب الحديث:-

نلاحظ من الجدول رقم (5-15) بالفصل الخامس من هذه الدراسة إن أكثر الأمراض التي يلجأ فيها المبحوثين إلي الطب الحديث هي أمراض الأطفال ، وهذا الأمر يوافق ما توصلت إليه دراسة معهد الأبحاث الاقتصادية والاجتماعية بولاية الخرطوم سامية النقر وآخرين عام 2003م

كما نلاحظ أن هنالك علاقة أيضاً بين طبيعة المرض وبين اللجوء إلى الطب الشعبي أو الطب الحديث، حيث يتم اللجوء إلى الطب الشعبي فى الأمراض البسيطة والتي لا تحتاج إلى وسائل تشخيصية لمعرفةا على عكس تلك التى يتم فيها اللجوء إلى الطب الحديث وهذا الأمر يوافق أيضاً ما توصلت إليه دراسة معهد الأبحاث الاقتصادية والاجتماعية سامية النقر وآخرين عام 2000م فى بنغلاديش . Alam 2003م ومن قبلها دراسة الأم ( وآخرين عام 2000م فى بنغلاديش . Alam 2003م ومن قبلها دراسة الأم )

#### 6-2-3-5 خصائص المترددى على الطب الشعبى:-

من كل ما سبق نجد أن التداوى بالطب الشعبى أو الاعتماد عليه فى العلاج عند الإصابة بالأمراض أكثر انتشاراً وشيوعاً بين الأميين وذوى التعليم المنخفض ، بجانب الشرائح الأكثر فقراً والأقل دخلاً ، كما أن العلاج بالطب الشعبى أكثر انتشاراً بين النساء مقارنةً بالرجال و أن كبار السن فى الأسرة هم الأكثر ميلاً وتفضيلاً للعلاج بالطب الشعبى كما أن ثقافة المريض حسب مكان نشأته (ريف - حضر) لها تأثير على اتجاهه العلاجى من حيث تفضيل العلاج بالطب الشعبى أو الطب الحديث ، إذ أن من كانت نشأتهم فى الريف وتشربوا بالثقافة الريفية ، أكثر اعتقاداً فى الطب الشعبى ممن كانت نشأتهم فى الحضر.

تناول الباحث فى هذا الفصل العوامل التى تم افتراضها كمتغيرات لها تأثير مباشر أو غير مباشر على اتجاهات المرضى العلاجية ، مع التركيز على اتجاه المرضى للعلاج بالطب الشعبى مع تناول الأسباب المرتبطة بتلك العوامل والتي تجعلهم يفضلون العلاج بالطب الشعبى على العلاج بالطب الحديث ، كذلك تناول الباحث رؤى المبحوثين تجاه العلاج بالطب الشعبى ، هل يتم اللجوء إليه فى كل الأمراض أم فى بعضها ، وذلك لمعرفة الأمراض التى يتم فيها اللجوء

إلى الطب الشعبي وتلك التي يتحتم فيها اللجوء إلى الطب الحديث ، إذ أن طبيعة المرض يمكن أن تكون احد العوامل التي تشكل السلوك العلاجي للمرضى .

بناءً على النتائج التي تم التوصل إليها في الفصلين الخامس والسادس من هذه الدراسة يمكن أن نتناول في الفصل السابع خاتمة البحث وتوصياته ، وذلك لعرض أهم النتائج التي توصل إليها البحث ، بجانب أهم النقاط التي أثارها ، مع وضع بعض التوصيات التي يمكن أن تسهم في اقتراح طرق مُثلى للتعاون والتنسيق بين الطب الشعبي والطب الحديث .

## الفصل السابع

### الخاتمة والتوصيات

#### 1-7 خاتمة البحث

#### 2-7 التوصيات

## الفصل الثامن

### الخاتمة والتوصيات

مقدمة :-

قبل الحديث فى خاتمة هذه الدراسة وتوصياتها عن أهم النتائج التى توصل إليها البحث وأهم النقاط التى أثارها ، أشار الباحث - حسب رأيه - إلى أن ليس من شأنه كباحث فى علم الاجتماع

أن يُقِيمَ أو يحكم على ممارسات الطب الشعبي بالصحة أو الخطأ أو أن يصنفها- كما هو سائد الآن - بأنها من قبيل الدجل والشعوذة ، وقد ورد تعريف لمعنى هاتين الكلمتين فى مشروع التعديلات المقترحة لقانون النظام العام حسب ما ذكر مقدم شرطة/ يوسف مساعد (أ.د. سليمان عثمان وآخرين 2006م: 62) " بأن الدجل والشعوذة عبارة عن أى ممارسات تنشأ منها مخالفات شرعية . قولية أو فعلية ، وذلك مثل السحر والزار والتنجيم وأى ممارسات تتم عن طريق الاستعانة بالأمور الغيبية" ، مع العلم بأن الكثير من ممارسات الطب الشعبي التشخيصية والعلاجية غير قابلة للتفسير حسب ما أشارت إليه تقارير منظمة الصحة العالمية عند تعريفها للطب الشعبى .

لذلك فقد تمحور كل اهتمام الباحث فى هذه الدراسة حول تتبع ظاهرة الطب الشعبى لمعرفة مدى إنتشارها فى مجتمع الدراسة ، بجانب مدى إعتقاد المرضى على تلك الممارسات عند العلاج من الأمراض ، هذا مع تحليل وتفسير العوامل والأسباب التى يمكن أن تدفع بالمرضى إلى الاعتماد على الطب الشعبى عند الإصابة بالمرض . مع معرفة طبيعة ممارسات الطب الشعبى نفسها ، من حيث مسميات المعالجين الشعبيين والأمراض التى يستطيعون شفاؤها وطرق تشخيص تلك الأمراض والوسائل المختلفة التى يتبعونها فى علاج الأمراض بجانب معرفة الطرق التى إكتسب بها ممارسو الطب الشعبى قدراتهم العلاجية ومعرفة خصائص هؤلاء المعالجون الإقتصادية والإجتماعية .



## 7-1 خاتمة البحث

مقدمة:-

أكدت هذه الدراسة على أن استخدام العلاج الشعبي من قِبَل المرضى ينتشر بين عدد لا يستهان به من أسر العينة ، حيث يستخدمونه في مرحلة من مراحل العلاج سواء باستخدام العلاج الشعبي قبل الذهاب إلى وحدات الطب الحديث - وذلك باستخدام العلاج المنزلي أولاً ثم الذهاب إلى الوحدات الصحية أو الذهاب إلى معالج شعبي أولاً ومن ثم مقابلة الطبيب - أو باستخدام العلاج الشعبي بعد الذهاب إلى وحدات الطب الحديث إذا لم يجد الطب الحديث نفعاً . حيث بلغ عدد أرباب الأسر الذين يستخدمون الطب الشعبي في مرحلة من مراحل العلاج 204 رب أسرة بنسبة 33,9% من مجموع أسر العينة، منهم 17 رب أسرة بنسبة 2,9% من مجموع العينة يعتمدون فقط على الطب الشعبي عند الإصابة بالأمراض ، ويستخدم البقية منهم الطب الشعبي بجانب الطب الحديث في مرحلة من مراحل العلاج المختلفة .

7-1-1 استخدام العلاج الشعبي وفق المجموعة السكنية:-

توصلت نتائج هذه الدراسة - التي تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي المقارن وصولاً لأهدافها - إلى إن استخدام الطب الشعبي لا ينتشر بين المجموعات السكنية الثلاث التي تم تقسيم مجتمع مدينة شندى إليها بمعدل واحد ، إذ أشارت النتائج إلى أن استخدام الطب الشعبي ينتشر بين أسر المجموعة السكنية الثالثة بنسبة أكبر من تلك التي في المجموعتين الأخريين ، إذ بلغ عدد أرباب الأسر الذين يستخدمون الطب الشعبي في مرحلة من مراحل العلاج في المجموعة السكنية الثالثة 43 رب أسرة بنسبة 40,95% وفي المجموعة السكنية الوسطى 146 رب أسرة بنسبة 34,84%، وأخيراً في المجموعة السكنية الأولى فقد بلغ عدد أرباب الأسر الذين يستخدمون الطب الشعبي 15 رب أسرة بنسبة 74,19% علماً بأن هذه النسب من مجموع أرباب الأسر في عينة كل مجموعة سكنية على حدة .

## 2-1-7 أهم نتائج البحث:-

فيما يتعلق بأسئلة البحث المحورية التي تشكل في مجملها الإشكالية التي يسعى البحث الى حلها ، فقد أثبتت الدراسة أن هنالك بعض المتغيرات التي يمكن أن تؤثر في الإتجاهات العلاجية للمرضى ، سواء بالإتجاه للتداوى بالطب الشعبى أو الطب الحديث أو الجمع بين الإثنين معاً . حيث وضحت الدراسة إن العامل الإقتصادي والذي تمثل في مستوى دخل رب الأسرة ذو أثر بالغ في توجيه المريض نحو الإختيار بين البدائل المختلفة للعلاج ، إذ أن إنخفاض الدخل يمكن أن يدفع بالمريض لإختيار الخدمة العلاجية ذات التكلفة المنخفضة كذلك أشارت الدراسة إلى أن مستوى تعليم المريض يعتبر من أحد العوامل التي يمكن أن تؤثر في إتجاهاته العلاجية ، هذا بجانب ما للنشأة الريفية والحضرية من أثر على الإتجاهات العلاجية للمرضى كما وضحت الدراسة إن هنالك علاقة أيضاً بين نوع المريض ( ذكر - أنثى) و بين التردد على المعالجين الشعبيين هذا بجانب أثر السن ( عمر الإنسان) على الإختيار بين البدائل العلاجية المختلفة حيث أشارت الدراسة إلى أن كبار السن أكثر تفضيلاً للتداوى بالطب الشعبى عند الإصابة بالأمراض.

عموماً هذه بعضاً من العوامل التي يمكن أن تدفع بالمرضى باللجوء إلى العلاج الشعبى مضافاً إلى ذلك ضعف خدمات الطب الحديث بمناطق سكن المرضى بالأحياء وبالتالي صعوبة الوصول إلى الخدمات الصحية المتاحة داخل المدينة ، وقد لا تكون هذه العوامل وحدها هي التي تشكل الإتجاهات العلاجية للمرضى ، إلا أن ذلك لا يقلل من أهمية هذه العوامل عند دراسة سلوك المرضى العلاجي .

3-1-7 ممارسات العلاج الشعبي بمحلية شندى :-

وضحت الدراسة وجود مختلف ممارسات العلاج الشعبي بمحلية شندى ، وذلك مثل العلاج بالقرآن ويمارس هذا النوع من العلاج الفقراء ( الشيوخ) لمعالجة مختلف الأمراض النفسية والعضوية ، بجانب البصراء (جمع بصير) الذين يستخدمون الجبيرة لمعالجة إصابات العظام مثل الكسور وخلافها ، كما يستخدمون الكى بالنار لمعالجة آلام المفاصل وبعض الأمراض العضوية مثل اليرقان ، وأمراض الإسهال عند الأطفال ، كما يوجد بالمحلية العشابين ( العطارين) الذين يمتنون بيع الأعشاب الطبية لمعالجة مختلف الأمراض العضوية ، وقد وضحت الدراسة بجانب ذلك خصائص هؤلاء المعالجين الإقتصادية والإجتماعية وذلك من حيث المبالغ التى يتقاضونها نظير عملية العلاج ، وإن كان لديهم مصادر دخل أخرى بخلاف ممارسة العلاج الشعبى ، بجانب معرفة مستوياتهم التعليمية وقد توصلت الدراسة إلى أن هنالك علاقة بين طبيعة الممارسة العلاجية وبين إلمام المعالج بالقراءة والكتابة ، إذ وضحت أن الفقراء مثلاً على اعتبار أنهم يقومون بكتابة الأحجية والبخرات لذلك لابد لهم من المقدرة على القراءة والكتابة ، أما البصراء فليس بالضرورة أن يكون لديهم المقدرة على القراءة والكتابة ، نسبة لأن ممارستهم العلاجية تعتمد فقط على الخبرة ، كما وضحت الدراسة الطرق التى إكتسب بها هؤلاء المعالجين قدراتهم العلاجية وكيفية تشخيصهم للأمراض المختلفة والوسائل المتبعة فى العلاج .

2-7 التوصيات :-

1-2-7 توصيات عامة :-

هنالك بعض النقاط التى أثارها البحث من واقع إستمارة المقابلة والمقابلة التى تم إجراؤها مع إحدى المرضى بإحدى مراكز العلاج الشعبى بمدينة شندى ، حيث أشار البحث إلى أن هنالك عدم وعى بماهية الأمراض النفسية لدى بعض المرضى ، إضافةً إلى أن بعض المرضى بالرغم

من أنهم على قناعة بأن الطب الحديث أكثر فاعلية وأسرع فى العلاج من الطب الشعبى إلا أن ارتفاع تكلفة خدمات الطب الحديث تحول بينهم وبين الإفادة من تلك الخدمات .

عليه ومن واقع النقاط التى أثارها الدراسة يمكن وضع التوصيات التالية وصولاً لحل إشكالية البحث :-

1-1-2-7 ضرورة الاتجاه نحو التوزيع العادل للخدمات الصحية بين المركز وبقية الولايات مع مراعاة مجانية العلاج للشرائح الفقيرة فى المجتمع .

2-1-2-7 ضرورة عمل بحث متكامل عن ممارسات الطب الشعبى ، يضم فريق بحثى مؤلف من اطباء وصيادلة وعلماء دينيين وباحثين اجتماعيين ونفسيين وذلك بغرض حصر وتصنيف ممارسات الطب الشعبى فى السودان ، ومن ثم محاولة الوصول إلى دليل قاطع يؤكد أو ينفى الدور العلاجى للطب الشعبى .

3-1-2-7 إنشاء قسم بكليات الصيدلة يعمل بجانب مركز أبحاث النباتات الطبية والعطرية فى البحث عن الخواص العلاجية للنباتات الطبية ، مع محاولة استخلاص العناصر المفيدة منها وتصنيعها فى شكل سهل تناوله ، بدلاً عن استخدام تلك الأعشاب والنباتات فى صورتها الخام .

4-1-2-7 ينبغى أن تقوم أقسام الطب النفسى فى المستشفيات بكامل فريقها العلاجى ( الأخصائى الاجتماعى والإخصائى النفسى والطبيب النفسى ) بعمل زيارات دورية منتظمة إلى المراكز العلاجية ( كالمسيد مثلاً ) التى يقيم فيها المصابون بالأمراض العقلية والنفسية وذلك لعمل دراسات حالة للمرضى من النواحى النفسية والاجتماعية ومن ثم يقوم الطبيب النفسى بتشخيص المرض وصرف العلاج المناسب لهم بالاتفاق مع الشيخ المعالج بالمركز أو بالمسيد - خاصة وإن الدراسة

التي سبق ذكرها فى الفصل الثانى من هذا البحث- والتي قام بإجرائها د/ عبد الرازق الفكى وآخرون بمركز أم ضواً بان قد أكدت على أهمية دور الفقرا (الشيخ) فى العملية العلاجية .

5-1-2-7 ينبغى دعم وتشجيع الدورات التى يقيمها معهد أبحاث الطب الشعبى للمعالجين الشعبين ، نسبة لأنها من أفضل الطرق التى تؤدى للتعاون بين الطب الشعبى والطب الحديث .

5-1-2-7 بدلاً عن مراكز العلاج الشعبى وحدها ، يجب تشجيع العيادات المتكاملة ( والتي تتألف من طبيب ومعالج شعبى ومختبر (معمل) ، - خاصة وإن التشخيص فى الطب الشعبى كما أشار الباحث سابقاً يعتمد فى معظمه على الملاحظة وبعض الأساليب الغير قابلة للتفسير - ، وهذا الأمر يمكن أن يخلق أيضاً نوع من التعاون بين الطب الشعبى والطب الحديث .

2-2-7 توصيات خاصة بمجتمع الدراسة:-

1-2-2-7 حسب ما أشار إليه الباحث سابقاً فإن مدينة شندى تضم عدداً من الأقباط المسيحيين الذين وفدوا إليها مع الفتح التركى ، كما تضم عدداً من القبائل السودانية ذات الأصول العرقية المختلفة ، عليه ونسبة لأن القيد الزمنى والإمكانيات المادية لم يمكنا الباحث من دراسة هذين المتغيرين ، لذلك رأى أهمية التوصية بدراسة أثر متغيرى الدين والعرق على الإتجاهات العلاجية للمرضى .

2-2-7-2 حسب ما تمت الإشارة إليه في سياق هذه الدراسة ، فإن المراكز الصحية الموجودة بمدينة شندى لا تغطى كل مربعات وأحياء المدينة ، خاصة الأحياء الطرفية التى بدأ نظام السكن فيها عشوائياً ، لذلك يوصى الباحث بتشديد المزيد من المراكز الصحية لتمكين كافة الأسر بأحياء المدينة المختلفة من المقدرة على الوصول إلى خدمات الطب الحديث والاستفادة منها - خاصة وإن صعوبة الوصول إلى وحدات الطب الحديث كانت من أحد الأسباب التى تدفع بالمرضى إلى استخدام الطب الشعب عند الإصابة بالأمراض .

3-2-7-3 الاهتمام بالندوات الثقافية التى تعنى بنشر المعرفة والتنقيف الصحى للمواطنين فى الأحياء المختلفة لمدينة شندى ، إذ أشارت بيانات الدراسة الميدانية إلى عدم وجود مثل تلك الندوات بأحياء مدينة شندى .

أخيراً يمكن القول بأن الأخذ بهذه التوصيات مجتمعة ربما يؤدي فى نهاية الأمر إلى تقريب الشقة بين الطب الشعبى والطب الحديث وابتكار أفضل الطرق للتعاون والتنسيق بينهما ، وربما يؤدي كل ذلك إلى تنمية وتطوير أنموذج أفضل وأكثر ملاءمة لتقديم الخدمات الصحية .

## مراجع البحث

## المراجع باللغة العربية

1/ د/ الوحيشى أحمد ببرى وأستاذ/ عبد السلام بشير الدويبى مقدمة فى علم الإجتماع الطبى دار الجماهيرية للنشر والتوزيع والإعلان 1989م .

2/ نعوم شقىر - تحقيق أبو سليم - تارىخ السودان دار الجبل ببرىوت 1981.

3/ محمد أبو يوسف الإحصاء فى البحوث العلمية دار النشر المكتبة الأكاديمية 1989م



4/ د/ سعاد عثمان د/ نجوى عبد الحميد سعد الله د/ فوزى عبد الرحمن الصحة والمرض  
وجهة نظر علم الاجتماع والانثروبولوجيا دار المعرفة الجامعية الطبعة الأولى 1999م .

5/ د/ سامية حسن الساعاتى السحر والمجتمع مكتبة الأنجلو المصرية الطبعة  
الأولى 1982م

6/ محمد على محمد علم الاجتماع والمنهج العلمى دار المعرفة الجامعية الطبعة  
الثالثة 1983م .

7/ د/ نادية محمد عمر العلاقات بين الأطباء والمرضى دار المعرفة الجامعية 1993م .

8/ د/ مراد وهبة المعجم الفلسفى دار الثقافة الجديدة الطبعة الثالثة 1979م .

9/ د/ محمد عاطف غيث الموقف النظرى فى علم الاجتماع المعاصر دار الكتب الجامعية  
الطبعة الثانية 1977م.

10/ د/ عبد الحميد رشوان دور المتغيرات الاجتماعية فى الطب والأمراض المكتب  
الجامعى الحديث 1989م .

11/ د/ السيد عبد العاطى السيد وآخرين نظرية علم الاجتماع دار المعرفة الجامعية  
2001م .

12/ د/ محمد عوض عبد السلام الفعل الإجتماعى عند تالكوت بارسونز دار المطبوعات

الجديدة 1994م .

13/ د/ عبد الرازق جلى وآخرين نظرية علم الاجتماع الإتجاهات الحديثة والمعاصرة دار

المعرفة الجامعية 2001م .

14/ د/ السيد الحسينى النظرية الاجتماعية ودراسة التنظيم دار المعرفة الجامعية 1997م

.

15/ العماد مصطفى طلاس المعجم الطبى النباتى دار طلاس للدراسات والترجمة والنشر

دمشق 1989م .

16/ د/ محمد عاطف غيث قاموس علم الاجتماع دار المعرفة الجامعية 2005م .

17/ د/ على إسماعيل الببلى الرعاية الصحية الأولية مطبعة أرو التجارية الخرطوم

1981م .

18/ د/ عبد الرازق مرتضى ود/ حازم صبرى أسس الثقافة الصحية مؤسسة المعاهد

الفنية بغداد 1982م

19/ فوزية رمضان أيوب علم الاجتماع الطبي مكتبة نهضة الشرق جامعة القاهرة

1984م .

المراجع باللغة الإنجليزية

1/ Ahmed AL Safi **Traditional Sudanese Medicine – Azza House for Publishers and Distribution –Khartoum Sudan- First Edition 2006 .**

2/ Eleanor E. Bauwens **The Anthropology Of health Mosby Company 1978**

3/ M.W. Susser and W. Watson **Sociology In Medicine Oxford University Press 1968 .**

4/ Ahmad Abd-Al-Rahim Naser **Folklore and Development – Sudan - Part of Proceeding of the Folklore and National the In**

**Development - symposium held by the Department of F0lklore In Khartoum Feb 1981.**

التقارير و البحوث والرسائل الجامعية

1/ د/ سامية الهادى النقر وآخرين - معهد الأبحاث الإقتصادية والإجتماعية - استخدام

المرافق الصحية فى ولاية الخرطوم الرؤى والإتجاهات تقرير بحثى (48) مارس 2003م

2/ M. Mazharul Islam and Others - Base Line Survey On Reproductive Health In Shendi 1999

3/ Dr. David Poston And Dr. Badawi B. Osman Report On A brief Visit To Shendi , To Assess The Potential For UNIDO Income Generation , Food Processing Project In Collaboration With W.H.O. Health City Project Nov. 2003

4/ جمهورية السودان وزارة الصحة الإتحادية المركز القومى للمعلومات الصحية التقرير الإحصائى الصحى السنوى 2003م

5/ جمهورية السودان وزارة الصحة الإتحادية المركز القومى للمعلومات الصحية التقرير الإحصائى الصحى السنوى 2004م

6/ W.H.O The Promotion And Development Of Traditional Medicine - Geneva Technical Report Series 1978

7/ منظمة الصحة العالمية - صحة الشباب من تحديات المجتمع سلسلة التقارير التقنية بشأن الشباب وتوفير الصحة للجميع بحلول عام 2000 - 1988

8 / المؤتمر العربي الأول استخدام النباتات الطبية كعقاقير علاجية وفق الأساليب

العلاجية الحديثة في الوطن العربي الطبعة الأولى دمشق 1994 م .

9 / د/ عبد الغفار على آدم - سياسة المنطقة الصحية لدعم الرعاية الصحية الأولية -

الندوة العملية لبرنامج التعليم المستمر للعاملين الصحيين - جامعة وادي النيل - كلية الطب

والعلوم الصحية شندى سنة 1993 م

10 / بروفيسر/ سليمان عثمان محمد وآخرين - العلاج بالقرآن بين الشرعية والشعوذة مركز

دراسات المجتمع الطبعة الأولى يناير 2006 م .

11/ Dr/ Samia El Nagar and Dr/Amna Badri the Situation of Woman and Children In Sudan April 1997

12 / محمد عثمان أحمد سالم إتجاهات معلمى مرحلة الأساس نحو إستخدام العقاب

البدنى وعلاقتها ببعض المتغيرات - رسالة ماجستير جامعة شندى مارس 2003م

13 / عفاف تاج السر محجوب العشابون الجامعيون فى الخرطوم رسالة ماجستير

جامعة الخرطوم يناير 2000م

14 / الصادق محمد سليمان الحروز فى السودان بحث تكميلى لدرجة الماجستير

معهد الدراسات الأفريقية والآسيوية - جامعة الخرطوم 1983 م .

15/ على محمد عثمان محجوب أثر المعتقدات على التصميم الشعبي في منطقة السافل بالسودان رسالة دكتوراة معهد الدراسات الأفريقية والآسيوية - جامعة الخرطوم فبراير 2002م .

/ عدوية عبد الله إدريس سياسة التحرير الإقتصادي وأثرها على تقديم الخدمات الصحية 61

في إطار مشروع العلاج الاقتصادي بحث تكميلي ماجستير معهد الدراسات الإضافية

وتتمية المجتمع جامعة الخرطوم يناير 1998م

17/ Wisal Mohamed Abdalla The Role Of Traditional Medicine In Childhood Health Msc U. Of K. Feb 1994

18/ Muneef Abdel Bagi Babiker the Impact of Economic Crises on Health In Sudan 1978-1997 PhD U. Of k. July 2000

19/ ناصر محمد عثمان عبد الرحمن تاريخ مدينة شندی 1500-1900 رسالة ماجستير

جامعة شندی مايو 2002م

## الدوريات والإصدارات الرسمية

1/ مجلة سد مروي العدد (27) السنة الرابعة أغسطس 2005 .

2/ صحيفة أخبار اليوم العدد 3739 بتاريخ 2005/3/9 عن ورقة عمل قدمت في المؤتمر القومى الأول للجمعية السودانية لاختصاصى الطب النفسى د/ عبد الرازق الفكى - 4-6 مارس 2005م تحت عنوان الصحة النفسية والسلام - قاعة الشهيد الزبير للمؤتمرات - .

3/ صحيفة رأى الشعب العدد رقم 703 بتاريخ 24 /1 /2008 م .

4/ محمد المخزنجى الطب البديل - مداواة بلا أدوية - كتاب العربى الثالث والأربعون يناير 2001م .

5/ جمهورية السودان - الأمانة العامة لمجلس الوزراء الأنشطة الفكرية والثقافية للدولة خلال العام 2005م السنة الأولى العدد الأول 2005م أبريل 2006م .

6 إعلان السودان عن دعم وتطوير مهنة التمريض والقبالة والمهن الصحية المساعدة عبر المشاركة الفعلية مع المجتمع وبين المؤسسات التعليمية لوزارة التعليم العالى والمؤسسات الخدمية لوزارة الصحة أبريل 2003م .

العدد (13) أكتوبر 1988م . 7/ نشرة مشروع مكافحة الإسهالات فى السودان

8/ بوغدان م. كلينو فسكى / ملتون م. رومر / البرت فان دير فيرف توجيه النظم الصحية الوطنية نحو توفير الصحة للجميع المكتب الإقليمي لشرق البحر الأبيض المتوسط الإسكندرية 1997م .

9/ بوغدان م. كلينو فسكى / راى ه. ايلينغ / ادوين ل. سميث دعم النظام الصحى للرعاية

الصحية الأولية - دراسة مبنية على المناقشات التى دارت أثناء انعقاد جمعية الصحة

العالمية الرابعة والثلاثين عام 1981م .

**10/ W.H.O. Reflection At The Mid Point From Alma Ata To The**  
**Year 2000 - Geneva 1988 .**

11. / مسودة دليل جامعة شندى 2005م .

المواقع الإلكترونية

1/ [http:// www.who.int](http://www.who.int) ( fact sheet traditional medicine -2003)

2/ [http:// www.egypt.pibs.info/law-PIBS.htm](http://www.egypt.pibs.info/law-PIBS.htm)

3/ [http:// www.ahmadalsafi.net](http://www.ahmadalsafi.net) (Sudanese T/M)



4/ [http:// www .alamalcompputer.com/News/2004/technology/  
Medicine/September/1/who](http://www.alamalcomputer.com/News/2004/technology/Medicine/September/1/who) \_\_\_\_\_

---

5/ [http:// www.almadaper.com](http://www.almadaper.com)

6/ <http://www.nccam.nil.gov/health/whatiscam/>

7/ <http://www.feedo.net>

معدل الاختصاصيين والأطباء لكل 100.000 من السكان في السودان للعام 2003ء

معدل الطبيب 100000 من سكان			مجموع الأطباء	أطباء الأسنان	الاختصاصيين	السكان	الولايات States
الأطباء	أطباء الأسنان	الاختصاصيين					
0	0	0	1862				إدارة تدريب الامتياز
55.5	3.7	12.6	3083	2	7	55530	الخرطوم
13.7	0.6	3.2	521	24	1	3797000	الجزيرة
9.9	0.4	2.5	162			1636000	النيل الأبيض
7.0	0.1	1.1	50	1	8	716000	النيل الأزرق
8.5	0.5	2.4	110	6	31	1301000	سنار
14.2	0.9	3.5	138	9	34	972000	نهر النيل
17.9	1.0	3.8	112	6	24	624000	الشمالية
6.4	0.2	1.2	104	3	19	1625000	كسلا
8.3	0.4	1.1	139	6	19	1674000	القضارف
13.8	0.7	3.8	101	5	28	734000	البحر الأحمر
7.9	0.3	2.0	125	5	31	1578000	شمال كردفان

4.2	0.0	0.7	49	0	8	<b>1174000</b>	جنوب كردفان
3.8	0.1	0.7	46	1	9	<b>1202000</b>	غرب كردفان
4.5	0.1	1.0	74	2	16	<b>1655000</b>	شمال دارفور
1.8	0.1	0.5	57	2	15	<b>3171000</b>	جنوب دارفور
1.6	0.1	0.3	28	1	5	<b>1734000</b>	غرب دارفور
3.5	0.0	0.3	46	0	4	<b>1310000</b>	الاستوائية
1.1	0.0	0.2	28	0	4	<b>2550000</b>	بحر الغزال
3.5	0.0	0.3	52	0	4	<b>1506000</b>	أعالي النيل
<b>20.0</b>	<b>0.8</b>	<b>3.3</b>	<b>6887</b>	<b>283</b>	<b>1124</b>	<b>34512000</b>	<b>السودان</b>

ملحق رقم (1)

1990	4.8	ميزانية وزارة الصحة كنسبة من ميزانية الدولة Ministry Of Health Budget As % Of Government Budget
2000	0.8	إنفاق وزارة الصحة كنسبة من الناتج المحلي Ministry Of Health Expenditure As % Of GDP
2000	3.4	كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي Total Health Expenditure
2000	3 U \$	مالي صرف الحكومة علي الصحة Per Capita Health Expenditure From Government Sources
2000	U \$13	مالي الإنفاق علي الصحة Per Capita Health Expenditure From Total Expenditure On Health

#### ملحق رقم ( 4 )

مؤشرات الإنفاق علي قطاع الصحة في السودان

## Health Expenditure Indicators

### ملحق رقم (3)

## الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة في السودان (اعتماد/ فغلى)

### بملايين الدينارات

2003		2002		2001		2000		البند
المند	المصدق	المنصرف	المصدق	المنصرف	المصدق	المنصرف	المصدق	
3,999.1	4,017.8	3,280.8	3,371.7	2,726.7	2,886.0	1,152.7	1,169.1	فصل أول : أجور ومرتبات (1)
3,730.0	3,216.2	2,218.2	2,704.1	1,967.7	2,264.2	2,174.2	2,115.6	ثاني فصل: تسيير (2)
975.0	1,580.0	834.3	1,339.5	750.5	1,071.6	760.8	893.0	التزام الحكومة نحو التأمين الصحي (3)
67.3	2,700.0	2,371.8	3,740.0	1,821.0	2,240.0	1,877.2	1,750.0	دعم اجتماعي صحي (4)
6.8	5,825.0	152.3	6,079.0	2,204.0	2,756.0	1,354.0	2,337.4	فصل رابع : تنمية قومية (5)
428.2	17,339.0	8,857.4	17,234.3	9,469.4	11,317.8	7,318.9	8265.1	احمالى قطاع الصحة (5+4+3+2+1)
995.4	696,405.2	517,850.3	589,044.7	418,753.1	461,903.2	354,160.1	334,962.4	اجمالى الإنفاق الحكومي
1.6	2.5	1.7	2.9	2.3	2.5	2.1	2.5	% الإنفاق على الصحة من الإنفاق الحكومي

المصدر/ (معدل) من وزارة المالية والاقتصاد الوطني (الصحة والتخطيط-اقتصاديات الصحة) نقلاً عن التقرير الإحصائي  
الصحي السنوي للعام 2004م

## ملحق رقم (5)

بسم الله الرحمن الرحيم

استمارة مقابلة أرياب الأسر

بمدينة شندى

\* ملحوظة:- هذه البيانات سرية ولن تُستخدم إلا في أغراض البحث العلمي فقط .

\*القسم الأول:-

بيانات تملأ بواسطة الباحث:-

(1) اسم الباحث الذي أجرى المقابلة .....

(2) رقم الاستمارة .....

(3) تاريخ المقابلة .....

(4) مجموعة السكن

(أ) المجموعة الأولى ( ) (ب) المجموعة الوسطى ( ) (ج) المجموعة الثالثة ( )

\*القسم الثاني:-

البيانات الأساسية:-

(5) مكان الميلاد:-

(أ) مدينة شندى ( ) (ب) ريفى شندى ( ) (ج) خارج منطقة شندى ( ) "حدد" .....

(6) مكان النشأة:-

(أ) مدينة شندى ( ) (ب) ريفى شندى ( ) (ج) خارج منطقة شندى ( ) "حدد".....

(7) عمر رب الأسرة:-

(أ) أقل من 30 سنة ( ) (ب) 30 إلى أقل من 40 سنة ( ) (ج) 40 إلى أقل من 50 سنة ( )

(د) 50 إلى أقل من 60 سنة ( ) (هـ) 60 سنة فأكثر ( )

(8) مستوى تعليم رب الأسرة:-

(أ) أمي ( ) (ب) خلوة ( ) (ج) أساس ( ) (د) ثانوي ( ) (هـ) جامعي ( )

(و) فوق الجامعي ( ) (ز) أخرى ( ) "حدد".....

\*القسم الثالث:-

الخصائص الاقتصادية:-

(9) مهنة رب الأسرة:-

(أ) مزارع ( ) (ب) تاجر ( ) (ج) عامل ( ) (د) موظف ( ) (هـ) معلم ( )

(و) أخرى ( ) "حدد".....

(10) الدخل الشهري لرب الأسرة:-

(أ) أقل من 15 ألف دينار ( ) (ب) 15 إلى أقل من 30 ألف دينار ( )

(ج) 30 إلى أقل من 45 ألف دينار ( ) (د) 45 إلى أقل من 60 ألف دينار ( )

(هـ) 60 ألف دينار فأكثر ( )

(11) هل لديك جهاز تلفاز بالمنزل؟

(أ) نعم ( ) (ب) لا ( )

(12) هل لديك جهاز راديو بالمنزل؟

(أ) نعم ( ) (ب) لا ( )

• القسم الرابع:-

الثقافة الصحية:-

إذا كانت الإجابة بنعم فى أيّاً من السؤالين السابقين يُسأل:-

(13) هل تستمع إلى برامج التنقيف الصحى؟

(أ) نعم ( ) (ب) لا ( )

(14) هل تقام ندوات للتنقيف الصحى بالحى؟

(أ) نعم ( ) (ب) لا ( )

إذا كانت الإجابة بنعم يُسأل:-

(15) هل تتراد ندوات التنقيف الصحى التى تقام فى الحى؟

(أ) نعم ( ) (ب) لا ( )



\*القسم الخامس:-

البيئة الصحية للمنزل:-

(16) ما هو نوع المرحاض بالمنزل ؟

(أ) سايفون ( ) (ب) بئر محسنة "عميقة" ( ) (ج) بئر مؤقتة "سطحية" ( ) (د) لا يوجد ( )

(17) كيف تتحصلون على مياه الشرب ؟

(أ) ماسورة داخل المنزل ( ) (ب) ماسورة خارج المنزل ( ) (ج) أخرى ( ) "حدد"

(18) كيف يتم التخلص من أوساخ المنزل ؟

(أ) مكان عام لتجميع الأوساخ ( ) (ب) بواسطة عربة نقل الأوساخ ( )  
(ج) حرق الأوساخ ( ) (د) أخرى ( ) "حدد"

(19) هل توجد حشرات بالمنزل؟

(أ) نعم ( ) (ب) لا ( )

إذا كانت الإجابة بنعم يسأل:-

(20) كيف تتم مكافحة الحشرات بالمنزل ؟

(أ) بالمبيدات الحشرية ( ) (ب) بالطرق البلدية ( ) "حدد".... (ج) لا أكافحها ( )  
أخرى ( ) "حدد".....

(21) هل تتم مكافحة الحشرات على مستوى الحي؟

(أ) نعم ( ) لا ( )

إذا كانت الإجابة بنعم يُسأل :-

(22) بواسطة من تتم المكافحة ؟

(أ) السلطات الصحية ( ) (ب) أهل الحي أنفسهم ( ) (ج) أهل الحي مع السلطات الصحية ( )  
(د) أخرى ( ) "حدد".....

\*القسم السادس :-

الاتجاهات العلاجية :-

(23) ماذا تفعل عند الإصابة بمرض ؟

(أ) الذهاب إلي المستشفى ( ) (ب) الذهاب إلي المركز الصحي ( )

(ج) الذهاب إلي عيادة خاصة ( ) (د) الذهاب إلي الصيدلية مباشرة دون استشارة طبيب ( )

(هـ) الذهاب إلي معالج تقليدي ( ) (و) علاج منزلي بالطرق البلدية ( )

(ز) أخرى ( ) "حدد".....

إذا كان يذهب إلي معالج شعبي أو يستخدم العلاج المنزلي - يُسأل :-

(24) هل تفضل العلاج الشعبي في كل الأمراض ؟

(أ) نعم ( ) لا ( )

إذا كانت الإجابة بنعم يُسأل :-

(25) لماذا تفضل العلاج الشعبي علي العلاج الحديث ؟

(أ) لا أثق فى علاج الأطباء ( ) (ب) اعتقاد دينى ( ) (ج) أقل تكلفةً (د) لا ضرر منه ( )  
(هـ) صعوبة الوصول إلى الوحدات الصحية ( ) (و) أخرى ( ) "حدد".....

إذا كانت الإجابة بلا يسأل:-

(26) ماهى الأمراض التى تعالجها بالطب الحديث؟.....

(27) ماهى الأمراض التى تعالجها بالطب الشعبى؟.....

(28) ما هو نوع العلاج الشعبى الفعال - فى رأيك -؟ :-

(أ) الأعشاب ( ) (ب) العلاج بالقرآن ( ) (ج) عسل النحل ( )  
(د) أخرى ( ) "حدد".....

(29) ما هي مصادر معرفتك بهذا النوع من العلاج؟ :-

(أ) الأهل ( ) (ب) زملاء العمل ( ) (ج) الجيران ( ) (د) وسائل الإعلام ( )  
(هـ) أخرى ( ) "حدد".....

(30) هل هنالك أيًا من أفراد أسرته يفضل العلاج الشعبى علي العلاج الحديث ؟

(أ) نعم ( ) (ب) لا ( )

إذا كانت الإجابة بنعم يُسأل:-

(31) ما هو نوعه ؟

(أ) ذكر ( ) (ب) أنثى ( )

(32) كم عمره .....

(33) ما هو مستوي تعليمه .....

(34) هل هنالك تجربة لك أو لأياً من أفراد أسرتك مع أحد المعالجين الشعبيين؟

(أ) نعم ( ) لا ( )

إذا كانت الإجابة بنعم يُسأل:-

(35) ما هو نوع المرض ؟

(أ) مرض باطنى ( ) (ب) مرض جلدى ( ) (ج) مرض نفسى ( ) (د) أخرى ( ) "حدد".....

(36) ما هو مسمى المعالج ؟

(أ)عشاب "عطار" ( ) (ب) بصير ( ) (ج) فقير (شيخ) ( ) (د) أخرى ( ) "حدد".....

(37) ما هي طبيعة العلاج ؟

(أ) الأعشاب ( ) (ب) القرآن ( ) (ج) عسل النحل ( ) (د) أخرى "حدد".....

(38) ما هي المدة الزمنية التي أستغرقها العلاج ؟ .....

(39) ما هي التكلفة المادية للعلاج ؟ .....

(40) ما هي نتيجة العلاج ؟ .....

(41) ما هو رأيك فى الطب الشعبى مقارنة بالطب الحديث؟ .....

ملحق رقم (6)

بسم الله الرحمن الرحيم

استمارة مقابلة المعالجين

الشعبيين بمحلية شندى

\* هذه البيانات سرية ولن تستخدم الا فى أغراض البحث العلمى فقط :-

القسم الأول:- البيانات الأساسية للمعالج

(1) النوع :-

(أ) ذكر ( ) (ب) أنثى ( )

(2) العمر :-

(أ) 20 إلى أقل من 30 سنة ( ) (ب) 30 إلى أقل من 40 سنة ( )

(ج) 40 إلى أقل من 50 سنة ( ) (د) 50 إلى أقل من 60 سنة ( )

(هـ) 60 سنة فأكثر ( )

(3) متى بدأت ممارسة العلاج الشعبى؟

(أ) أقل من 5 سنوات ( ) (ب) 5 إلى أقل من 10 سنوات ( )

(ج) 10 سنوات إلى أقل من 15 سنة (د) 15 سنة فأكثر ( )

(4) المستوى التعليمي:-

(أ) أمى ( ) (ب) خلوة ( ) (ج) أساس ( ) (د) ثانوى ( ) (هـ) جامعى ( )

(و) فوق الجامعى ( ) (ز) أخرى ( ) "حدد".....

#### القسم الثانى:- الأمراض ووسائل العلاج

(5) ما هو مسمى ممارستك العلاجية؟

(أ) فقير (شيخ) ( ) (ب) فكى ( ) (ج) بصير ( ) (د) عشاب"عطار" ( )  
(هـ) أخرى

"حدد".....

6/ ما هى الأمراض التى تقوم بمعالجتها ؟

(أ) الأمراض العضوية ( ) (ب) الأمراض النفسية ( ) (ج) الأمراض العقلية ( ) (د) الأمراض الروحانية ( )  
(هـ) كل ما ذكر ( ) (و) أخرى ( ) "حدد".....

إذا كانت الإجابة الأمراض العضوية يُسأل:-

7/ ما هى الأمراض العضوية التى تعالجها ؟

(أ) الأمراض الباطنية ( ) (ب) الأمراض الصدرية ( ) (ج) الأورام السرطانية ( ) (د) الأمراض الجلدية ( ) (هـ) أخرى ( ) "حدد".....

إذا كانت الإجابة الأمراض النفسية يُسأل:-

8/ ما هي الأمراض النفسية التي تقوم بعلاجها؟

(أ) القلق ( ) (ب) الاكتئاب ( ) (ج) أخرى ( ) "حدد".....

إذا كانت الإجابة الأمراض العقلية يُسأل:-

9) ما هي الأمراض العقلية التي تقوم بعلاجها؟

(أ) الجنون ( ) (ب) الفصام ( ) (ج) أخرى ( ) "حدد".....

إذا كانت الإجابة الأمراض الروحانية يُسأل:-

10) ما هي الأمراض الروحانية التي تقوم بعلاجها؟

(أ) العين ( ) (ب) السحر ( ) (ج) المس بالجن (التلبس) ( ) (د) أخرى ( ) "حدد".....

11) ما هي الوسائل التي تستخدمها في العلاج؟

(أ) الأعشاب ( ) (ب) العزيمة ( ) (ج) المحاية ( ) (د) عسل النحل ( ) (هـ) القرآن الكريم ( ) (و) البخرة ( ) (ز)

كل ما دُكر ( ) (ح) أخرى ( ) "حدد".....

(12) ما هي أكثر الأمراض التي يتردد عليك المرضى من أجلها ؟

(أ) الأمراض العضوية ( ) "حدد" ..... (ب) الأمراض النفسية ( ) "حدد" .....

(ج) الأمراض العقلية ( ) "حدد" ..... (د) الأمراض الروحانية ( ) "حدد" .....

(هـ) أخرى ( ) "حدد" .....

القسم الثالث : الخصائص الإقتصادية للمعالج :-

(13) هل تتقاضى أجراً نظير قيامك بعملية العلاج؟

(أ) نعم ( ) (ب) لا ( ) (ج) أخرى ( ) "حدد" .....

إذا كانت الإجابة بنعم يُسأل:-

(14) ما هي طبيعة الأجر الذي تتقاضاه ؟

(أ) أجر مادي (نقود) ( ) (ب) أجر عيني ( ) "حدد" .....

إذا كانت الإجابة بالخيار (أ) أجر مادي يُسأل:-

(15) هل هنالك فئة محددة للأجر ؟

(أ) هنالك أجر محدد ( ) (ب) كل مريض حسب إستطاعته ( ) (ج) أخرى ( ) "حدد" .....

إذا كانت الإجابة بالخيار (أ) يُسأل:-



(16) كم تبلغ قيمة الأجر الذى يجب أن يدفعه المريض؟

- (أ) خمسمائة دينار ( ) (ب) أكثر من خمسمائة وأقل من ألف دينار ( ) (ج) ألف وأقل من ألفين دينار ( ) (د) ألفين وأقل من ثلاثة ألف دينار ( ) (هـ) ثلاثة ألف دينار فأكثر ( )

(17) كم عدد المرضى الذين يأتون إليك للعلاج خلال شهر ؟

- (ا) أقل من عشرين مريض ( ) (ب) 20 وأقل من 30 ( ) (ج) 30 مريض فأكثر ( )

(18) هل لديك مرضى يأتون من خارج منطقة شندى ؟

- (أ) نعم ( ) (ب) لا ( )

(19) هل هذه الممارسات العلاجية مصدر دخلك الأساسى ؟

- (أ) نعم ( ) (ب) لا ( )

إذا كانت الإجابة بالخيار (ب) يُسأل:-

(20) ما هو مصدر دخلك الآخر ؟

- (أ) مزارع ( ) (ب) تاجر ( ) (ج) عامل ( ) (د) موظف ( ) (هـ) أخرى "حدد" .....

القسم الرابع : خصائص المرضى :

(21) أي الفئات التالية أكثر تردداً للعلاج ؟

- (أ) الرجال ( ) (ب) النساء ( ) (ج) الأطفال ( )

(22) ما هي أكثر الفئات العمرية التي تأتي للعلاج؟

- (أ) أقل من 15 سنة ( ) (ب) 15 وأقل من 30 ( ) (ج) 30 وأقل من 45 ( ) (د) 45 وأقل من 60 ( )  
(هـ) 60 فأكثر ( )

### القسم الخامس :- المعرفة بالعلاج

(23) من أين إكتسبت معرفتك بهذه الممارسات العلاجية ؟

- (أ) بالوراثة ( ) (ب) هبة من عند الله ( ) (ج) رؤية في المنام ( )  
(د) تعلمتها بالتجربة والخطأ ( ) (هـ) أخرى "حدد" .....

(24) هل تلقيت دورة تدريبية في مجال العلاج الشعبي من قبل ؟

- (أ) نعم ( ) (ب) لا ( )

إذا كانت الإجابة بنعم يسأل :-

(25) ماذا أضافت لك تلك الدورة.....