التحليل البنائى وأنتشار المرض

دراسة وصفية لعينة من مرضى فيروس سى فى مصر

دكتورة/ ماجدة محمد عبد الحميد فايد

مدرس بقسم الاجتماع – كلية الآداب

جامعـــة بنهـــا

مقدمة :

علم الاجتماع يجب ان يعبر عن الواقع الذى يعيشه الشعب ويوثق لأخطر وأبشع مشكلات فى مصر خلال القرن الحالى .

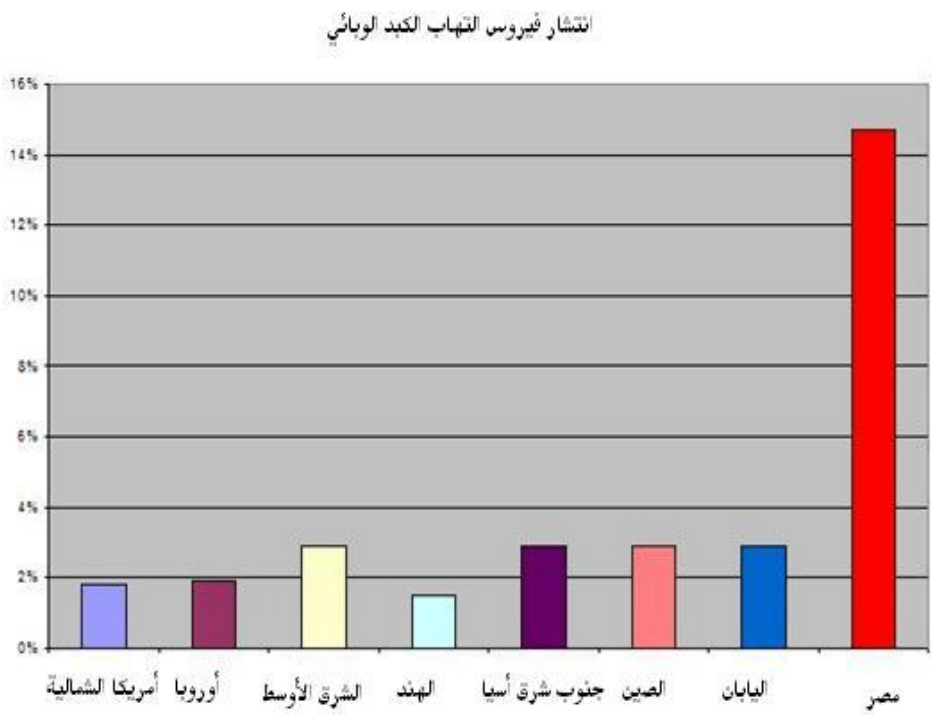
يواجه الشعب المصرى الذى يعانى من مشكلات صحية عديدة على رأسها طاعون العصر الذى يحصد كل يوم أرواح العشرات من خيرة شباب مصر فى سن العطاء (٤٠ – ٥٠ سنة) وهو المرض المسمى فيروس سى والذى تشير الإحصاءات إلى أن ١٢مليون مصري يعانون منه وفقا لإحصائيات الاتحاد الأوروبي للأمراض المستوطنة ومنظمة الصحة العالمية.[١] كما كشف عددٌ من الأطباء المتخصصين في أمراض الكبد الوبائية أن ما يقرب من ٧٠% من حالات نقل العدوى تتم داخل مراكز ومستشفيات صحية حكومية أو غير حكومية، وأن من بين ٣ إلى ٤ أفراد يوجد مصاب واحد على الأقل منهم .[٢] ، هذه كارثة مروعة أصابت هذا الشعب بهذه النسبة الخطيرة. فهذا الفيروس بات أخطر من أى وباء هدد مصر فى تاريخها فمصر الآن حسب تقارير منظمة الصحة العالمية هى الأولى على مستوى العالم فى الإصابة بأمراض الكبد يليها "رواندا" وآخر دولة فى الترتيب "السويد" كما هو موضح بالجدول.[٣]

نسب انتشاره على مستوى العالم

انتشرت فيروسات الكبد وتوطنت في كثير من دول العالم سواء في صورها الحادة أو المزمنة، وأصبحت تمثل مشكلة على صحة الإنسان، ويتصدر فيروس "سي" قائمة الفيروسات التي تصيب الكبد، حيث ينتشر الالتهاب الكبدي "سي" على مستوى العالم أجمع بنسبة عامة تتراوح ما بين ٠,٨ – ١,٤%. وتتراوح نسبة انتشاره في معظم الدول الغربية بين ٠,٣ و٠,٧%. فبين الشعب الأمريكي بصفة خاصة يصل معدل الإصابة إلى ١,٨%. وفي اليابان وأوروبا الجنوبية تتراوح النسبة ما بين ٠,٩ – ١,٢%. وانتشاره في جنوب إيطاليا وأوروبا الشرقية أعلى منه في أوروبا الشمالية. أما نسبة الانتشار في القارة الإفريقية فتبلغ ٤,٢% .

وبالنسبة لبعض الدول العربية نجد النسبة العامة في السعودية ١,٣%، والسودان ١,٩%، واليمن ٢,٤%. وأعلى نسبة انتشار للمرض في العالم توجد في جمهورية مصر العربية، حيث تصل إلى ٢٥% بين الشعب المصري.. أي فرد من كل أربعة أفراد . [٤]

فيروس التهاب الكبد الوبائي في مصر مقارنة بالدول الأخرى في العالم كما هو مبين في الرسم البياني أدناه



يضاف إلى ذلك الإصابات الجديدة وهذا هو الأمر الخطير فى الموضوع ، فالإصابات متوالية لا يخلو بيت من إصابة بفيرس سي.

فالإصابات الجديدة سنويًا تقترب من ٣ ملايين مصاب سنوياً، ونحن لم نعرف أى شعب فى العالم يعرف وباء يستمر طوال هذه المدة وبنفس هذه الخطورة وبأعلى درجة انتشار دون أن تحاصره الدولة ودون أن تقاومه والأكثر مرارة دون أن تعلن عنه وتحذر منه.

هذا هو حجم المشكلة كما ذكر المتخصصون لكن هناك أبعاد أخرى للمشكلة يجب أن نشير إليها وهى:

- **البعد الاقتصادى والمتمثل فيما يلى:**

تكلفة العلاج الذى تتحمله الدولة أو المواطن بنفسه والتى تصل إلى (٤٨ حقنة أنترفيرون*١٢٠٠ جنيها ثمن الحقنة الواحدة بخلاف العلاج المكمل من الريبافرين) ٦٠ – ٧٠ ألف جنيه للفرد الواحد وفى إطار الحملة القومية لمكافحة المرض فإذا كان المفترض أن يقدم العلاج إلى ١٠٠ألف شخص سنوياً فإن التكلفة تصل إلى ٧ مليار جنيه على الأقل.

وتشيرالإحصائيات إلى أن المرضى الذين يتلقون العلاج والآخرين الذين وصلوا لمراحل متأخرة من المرض حوالى (٢ مليون تقريبا) لا يؤدون أعمالهم بصورة طبيعية مما يؤثر على الناتج العام للدولة.

قيام دول الخليج والسعودية بمنع دخول المصابين بالفيروس إلى أراضيها للعمل مما يؤدى إلى انخفاض أعداد القوى العاملة بالخارج وبالتالي تنخفض تحويلات العاملين بالخارج من العملات الصعبة. [٥] وهذا يخالف مادعا إليه علماء الأقتصاد الذين ركزوا أهتمامهم على الأستثمار فى بناء العنصر البشرى وهو الأستثمار الذى نخسره عند حدوث الوفاة بين متوسطى الأعمار، وعلى الدور الهام للعوامل "السوسيواقتصادية " وتأثيرها على الصحة، وبالذات فيما يتعلق بالدخل ومستويات المعيشة . [٦]

- **البعد الاجتماعى والمتمثل في:**

الحالة النفسية للمريض وأهل بيته والتى تؤثر سلباً على حياتهم وتفكيرهم فى المستقبل وبالتالى على تنمية مصادر الدخل لهذه الأسر.

وهكذا تؤثر هذه المشكلة بشكل مباشر وغير مباشر على مشاريع التنمية فالأموال الموجهة لتكاليف العلاج تؤثر بشكل مباشر على إحداث التنمية كما أن القوى العاملة المعطلة بسبب المرض أو رعاية أصحاب المرض تؤثر كذلك بشكل مباشر على عملية التنمية والتأثير غير المباشر يأتى من تأثير البعد الاجتماعى .

ولعل التركيز على مرضى فيروس سى يأتى من كونهم أغلبية ومن أن الاهتمام بهم دراسياً وتنموياً يرجع إلى الموقع الذى تحتله الصحة على خريطة التنمية . ذلك أن الصحة لاتنعزل عن سائر عناصرعملية التنمية ولايصح إغفالها ، نظراً للعلاقة الوثيقة والتفاعل الدينامى بين صحة الإنسان صانع التنمية – أو معوق إنطلاقها – وبين هذه التنمية كهدف اسمى يطمح إليه الإنسان وتنعكس ردودها عليه مرة أخرى . أنهما إذن وجهان لعملة واحدة هى الإنسان غاية ووسيلة.

هل يواجه الطب المشكلة وحده ؟

يعتبرفيروس سى ظاهرة طبيعية جسمية توصف بأنها مرضية مادامت تؤدى إلى اعتلال الجسم وفقدان الصحة، وبالتالى فهى ظاهرة يتناولها مجال الطب، هذا يبدو صحيحاً ومقنعاً للوهلة الأولى . ولكننا إذا أمعنا النظر فى الموضوع فسوف نجد أن المرض يعد ظاهرة فيزيقية تحتاج إلى علاج طبى ، ولكن مسبباتها وكيفية التعايش معها، والوقاية منها، وآثارها تمتد إلى آفاق أبعد من البناء الجسمى، فهى تمتد إلى المجتمع والاقتصاد والظواهر النفسية. ولهذا إذاكان الطب يهتم بعلاج الجسم فميادين علمية أخرى سوف يكون لها دورها الفعال فى علاج المسائل الناجمة عن المرض،[٧] ومادامت المسببات والآثار قد امتدت على أبعاد اجتماعية – كما سيتضح فى البحث – فإن للمتخصص فى المجال الاجتماعى دوره الأكيد . ومهمتنا توضيح هذا الدور.

تعاون التخصصات المختلفة:

لقد مر العلم فى دراسته للظواهر بمراحل عدة إذ بدأ شمولياً من حيث النظرة الى الظاهرة ومن حيث التخصص أيضاً . فقد تم على سبيل المثال إدراك العلاقة بين الظواهر الطبيعية والظواهر الجسمية والنفسية فى فترة مبكرة من تاريخ العلم .

كذلك كان العالم الواحد يتخصص فى العلوم والفلسفة والطب والرياضيات وغير ذلك . ثم اتجه العلم إلى ظاهرة التجزئ حيث أدى مزيد من التخصص الدقيق إلى تفتيت الظاهرة بحثاً عن المزيد من الدقة والعمق فى دراستها، وإن كان ذلك قد أفقدنا النظرة

الشمولية. واليوم نجد أن العلم يعود وينحاز مرة أخرى إلى الشمول فيحاول الإحاطة بكل أبعاد الظاهرة موضوع الدراسة والتعرف على مجمل العوامل المؤثرة فيها، فى ضوء ذلك حاول بعض العلماء أن يمتدوا بدراستهم إلى تخصصات أخرى لكى يتمكنوا من النظر إلى الظاهرة نظرة شمولية. وحينما لم يمكنهم أن يتعمقوا فى التخصص الآخر عملوا على تكوين "فريق البحث" الذى يضم متخصصين فى فروع مختلفة تستلزم الدراسة خبرتهم .

هذه الوضعية الراهنة التى تتميز بتعاون الفروع العلمية من أجل مزيد من الفهم للظاهرة هى التى يجب أن تنسحب اليوم على الدراسات وإجراءات الوقاية وعمليات العلاج بالنسبة لفيروس سى. فنحن نحتاج إلى الشمول فى نظرتنا إلى العوامل المؤدية للمرض .[٨]

دور علم الاجتماع:

يعتبر المرض ظاهرة عامة تؤثر فى كل الناس أينما كانوا ، ولكن ليس بنفس الدرجة أو فى نفس الاتجاه دائماً ، وتمثل الدراسة التى توضح الكيفية التى تؤثر بها الأمراض فى الجماعات الإنسانية والطرق التى تستجيب بها هذة الجماعات للمرض، ميداناً حيوياً وهاماً لتطبيق المعرفة السوسيولوجية وأساليب البحث الاجتماعى، فالأمراض لاتحدث بطريقة منتظمة أوعشوائية، وإنما لوحظ أنها تحدث بدرجات متباينة تقل أوتزيد بين الجماعات الاجتماعية المختلفة، وتمدنا دراسة هذه االتوزيعات الفارقة للمرض – فى ضوء المعارف المتعلقة بالبناء الاجتماعى وأساليب الحياة المتباينة التى تؤثر فى الأفراد – بالأدلة والشواهد حول طبيعة وأسباب المرض. أيضاً يميل الأفراد إلى النظر

إلى واقعية المرض من منظورات ثقافتهم الخاصة، ويميلون أستناداً إلى هذه المنظورات إلى الإستحابة إلى المرض على نحو يمكن التنبؤ به. كما أن معالجة المرض تتطلب أكثر من مجرد المعرفة الطبية من خلال الوسائل الطبية. فالنظم المسئولة عن الرعاية الطبية تدعمها مجموعة تنظيمات اخرى كثيرة ترتبط وتتأثر بدرجة ما بنظم اجتماعية أخرى[٩] . فهناك طائفة من المشكلات الصحية التى تحتاج إلى كم ضخم من البحوث الاجتماعية التى

تستطيع إلقاء الضوء على الاطار الاجتماعى للإصابة بتلك الأمراض والعلاج منها، ويمثل موضوع المتغيرات الاجتماعية الثقافية للصحة والمرض أهم موضوعات الدرلسة فى ميدان استحدام علم الاجتماع فى الميدان الطبى [١٠]

لهذه التصورات كان انتقاء "مرضى فيروس سى" موضوعاً للبحث وقضية أجتماعية للعرض، ففى تشخبص أوضاعهم محاولة للأسهام فى منع المرض و وقاية الجمهور الحقيقى الذى سيساهم فى التنمية .أما لماذا مرض فيروس سى؟ ثم لماذا الأبعاد الاجتماعية؟ لعل التركيز على مرضى فيروس سى، يأتى من كونهم يمثلون نسبة كبيرة .

ولقد حاولت عبر الصفحات التالية ، على تواضعها الكمى وربما الكيفى أن ألقى بصيصاً من الضوء على هؤلاء المرضى، من هم ؟، وكيف يعيشون ؟، ولماذا هم مرضى؟، وبجانب هذا أين يعيشون ؟ ، وهى أسئلة أزعم أن بعض الإجابات عليها تسهم فى الإجابة على السؤال الأعظم – التنمية كيف؟ ومشروعاتها إلى أين ؟ وبكل قناعتى بأهمية دورعلم الاجتماع فى الكشف عن أسباب المرض، لمنع وتحجيم الإصابة به مستقبلاً لاأزعم أنى فصلت قولاً، وإن كنت أحتفظ بشرف المحاولة، معترفة بالفضل العظيم لكل من أوحى بفكرة، ومهد الطريق امام دراسة اسباب المرض، من المتخصصين الأكاديميين، فقد قاموا بدور على طريق تخفيف حدة ما تحمله أكتاف المتعبين والمرضى.

الإطار النظرى :

من البديهى أن التدهور الاقتصادى الذى تشهده الآن عديد من بلدان العالم الثالث الناتج عن التبعية السياسية المعلنة أو المستترة والمديونية الهائلة التى غرقت بها هذه البلدان، وعلاقات التبادل التجارى غير المتكافئة، والشروط المجحفة للقروض والمعونات.. من البديهى أن يؤدى هذا التدهور إلى بلايين من البشر الذين يعانون من الفقر، ومايرتبط به من درجات الجوع، ومن مشكلات البيئة التى تعد بيئة مثالية لانتشار الأمراض. فالموقف اليوم لايختلف كثيراً عما كان عليه بالأمس، فالتبعية السياسية والاقتصادية هى القاسم المشترك الأعظم بينهما، وماتعانيه مصر من آثار الركود الاقتصادى ومشكلات الديون ومعدلات التبادل التجارى غير المتكافئة إلا انعكاسات مباشرة لهذه التبعية.

تعد سيطرة العلاقات الرأسمالية نتيجة إدماج مصر، فى النظام العالمى الرأسمالى العالمى والتبعية له. وعندما تقول بالعلاقات الرأسمالية أياً كانت درجة أستقلالها أو تبعيتها للخارج فهى تعنى وجود تناقض فى توزيع الملكية سواء ملكية الأراضى أو الأصول الرأسمالية الأخرى، أنعكس على التركيب الطبقى، ومجمل خريطته، ا فى ضوء ما أنتجته خصوصية المجتمع المصرى، من تفاعلها مع الاستعمار والتبعية، فكانت الطبقة الرأسمالية مشوهة، يهمها، أستمرار التبعية والأندماج فى النظام الرأسمالى، الذى أثر وسيؤثر فى تطورها وفق علاقة السيطرة.

على أنه يهم فى أمر هذه العلاقات الرأسمالية الأشارة إلى تأثيرها، فى توزيع عوائد الأنتاج، والفرص الاجتماعية، وهى توزيعات ذات صلة بخصائص السكان وتسهم فى التمايزات الطبقية بينهم وهذه التمايزات لها أنعكاساتها على الصحة والمرض والوفاة من خلال المتغيرات الاجتماعية المختلفة .

فتوزيع أعتلال الصحة فى المجتمعات الرأسمالية يسير تبعاً لتوزيع الدخل و إذ ترتفع معدلات الوفاة والأصابة بالمرض بين أصحاب الدخول الدنيا لعدة أسباب، ففى المجتمع الرأسمالى يعد الدخل محدداً رئيسياً لمستوى السكن والتغذية والملبس والعلاج والوقاية .. . إلخ وهذه العوامل تبدو هامة بالنسبة للصحة.

فالأكثر عرضه للمرض والوفاة، والأكثر تدنياً فى الخصائص الاجتماعية الاجتماعية هم أناس لهم مواقع اجتماعية نسبية على الخريطة الاجتماعية.

يتضح مما تقدم أننا إذاء مشكلة بالغة التعقيد، إذ إنه مهما طورت دولة من الدول التى تقع فى ربقة التبعية والتخلف من جهازها الصحى، وارتقت به إلى درجة عالية من الكفاءة، لن يغير هذا من جوهر الأمر شيئا وإن كان يقيها بلاشك من النتائج المدمرة للأوبئة والتى تعتبر من الآثار الحتمية لبيئة الفقر مع قيامه بالوظائف التقليدية للمؤسسات الصحية أينما كانت وأينما وجدت، وفى ضوء هذا كيف يكون الحال؟ . إن مصرتعانى من قصورالآدا الآداء الصحى كما تؤكد جميع التقارير ؟ وعلى حد مايذهب إليه "لامبير" أن قصور الآداء الصحى كثيراً مايرجع إلى سوء الآداء الاقتصادى، وكثيرا جدا مايحدث أن

تكون وراء شبكات الرعاية الصحية الأولية بيروقراطية معدومة الكفاءة..، وكيف لانذكر فى هذا الصدد مايحدث من تبديد للأموال فى الداخل والخارج على السواء، واستدانة، وفشل تمنى به السياسات الاقتصادية للبلاد ؟[١١]

إن الخلل فى النظم الصحية وقصور الأداء الصحى مشكلة متعددة الجوانب، فثمة نقص مخز فى التقنيات الحديثة للتشخيص والعلاج، وأمية منتشرة تجعل إمكانية التثقيف الصحى ضرباً من المحال.

إن النظرة إلى الصحة تختلف باختلاف الأطراف التى تمسك بزمام المبادرة على المسرح الدولى والمحلى.

فالصحة لدى حكومات الغرب الصناعى هى تحقيق أكبر قدر من الوفرة لشعوبها مع تعزيزهيمنتها على البلدان المتخلفة وتكريس تخلف هذة البلدان بمايخدم اقتصادياتها.

والصحة لدى الشركات متعددة الجنسية التى زرعت جذورها فى معظم البلدان النامية هى تحقيق أقصى قدر من الربح باستغلال العمالة الرخيصة وغير ذلك من التسهيلات بصرف النظر عن الاعتبارات الإنسانية. والصحة لدى كثير من الحكومات الإقليمية هى تبنى السياسات التى تضمن وجودها وتحقيق أكبر قدر من الكسب للمجموعات الحاكمة القابضة على زمام السلطة.

لهذا لاعجب أن تأتى العوامل السياسية على رأس قائمة العقبات التى تعترض استراتيجية الصحة للجميع.

أن المشكلة الحقيقية – هى "غياب الإرادة السياسية أو الاستعمال غير المناسب للقوى السياسية لتعمل فى الاتجاة الذى يحدث تنمية متناسقة وذات معنى لأكبر عدد من المواطنين .. إن الكارثة ليست كارثة معلومات ولكنها كارثة قرار وسياسة وعمل.[١٢] فهناك تدهور شديد في الخدمات المقدمة داخل المستشفيات الحكومية وأركان المؤسسة الصحية في مصر وسوء الإدارة أدى إلى حالة متردية لمستوى الخدمات الصحية في

المستشفيات والمراكز الطبية التابعة لهذا القطاع فأصبحت مصدراً كبيراً للعدوى، فقد كشف عدد كبير من الأطباء المتخصصين أن ٧٠% من حالات نقل العدوى.

وتكشف التقارير عن وجود علاقة وثيقة بين التدهور المالي والإداري، وبين الرعاية الصحية في العديد من الدول النامية ومن بينها مصر.

مفهومات الدراسة :

فيروس سي هو فيروس يصيب بالأساس الكبد وينتقل إلي جسم الإنسان عن طريق الدم ومشتقاته في الحالات الآتية : نقل الدم أو احد مشتقاته(مثل الصفائح أو عوامل التجلط) ، استخدام الإبر الملوثة بدم مريض مصاب ،استخدام آلات حادة ملوثة بالدم مثل الآلات الجراحية والمناظير الجراحية وآلات عيادة الأسنان وجهاز الغسيل الكلوي واستخدام قصافة الأظافر وجهاز الوشم أو حتى فرشة الأسنان بين شخص مصاب وأخر سليم

وتكمن قوة فيروس سي في العوامل الآتية:

أولا: خارج الجسم :

يتحمل الفيروس الجفاف والحرارة بدرجة عالية ولفترة طويلة فيمكن أن يظل الفيروس علي الآلات الملوثة لفترة طويلة قبل أن يصيب شخص آخر

ثانيا: داخل جسم الإنسان :يمتلك الفيروس ثلاثة عوامل قوة وشراسة:

– في الحالات النشطة للفيروس يعيش الفيروس داخل خلايا الكبد بل داخل المادة الوراثية نفسها (داخل النواة) فيكون بعيد عن تأثير العقاقير التي تستخدم لقتل الفيروس فهو يدخل إلي المادة الوراثية ويستغلها لصالحة لكي يتكاثر ويكون آلاف النسخ منه ثم يخرج وتنفجر الخلية الكبدية ثم يدخل الخلية المجاورة وهكذا حتى يدمر جزء كبير من خلايا الكبد ويصيبه بالتليف وفقدان الوظيفة بالتدريج.

– إن المادة الوراثية للفيروس (المحتوي الجيني) تتغير باستمرار وهذا يصعب علي الباحثين عمل تطعيم وقائي لهذا الفيروس أو عقاقير مضادة له

– الفيروس مع الوقت له قدرة علي إحداث خلل في طريق تكاثر الخلايا الكبدية مما يصيبها بالسرطان وهذا يحدث فيه نسبة قليلة جدا من المصابين بالفيروس.

بالنسبة لإعراض الإصابة بالفيروس فهي متفاوتة تماما من مريض لآخر فقد لا يكون هناك أعراض علي الإطلاق ، أو قد يشعر الإنسان بالإعياء وقلة الرغبة في تناول الطعام ونزول في الوزن أو ا. صفرار بسيط في لون الجلد والآم اعلي البطن في الجانب الأيمن وفي المراحل المتأخرة يصاب الإنسان بأعراض الفشل الكبدي مثل الاستسقاء وسيولة الدم وغيرها من الأعراض.[١٣]

سنشير إلى المفهوم الذى نعتبره أكثر منطقية وواقعية أو الذى سيسير عليه البحث الراهن:

فيروس سى هو حالة مرضية بنائية ، ملازمة لأسلوب أنتاجى من طابعه وجود التمايزات الخاصة ، التى تأتى من الملكية الخاصة والتمييزبين انماط العمل إلى يدوى وعقلى والذى بدوره أدى إلى وجود تمايزات فى الصحة والمرض وفى خصائص السكان.

أهداف الدراسة:

تتحدد أهداف الدراسة الراهنة فيما يلى:

١– توضيح أثر العوامل البنائية وخاصة متغيرات الطبقة الاجتماعية فى الإصابة بفيروس سى

٢– توضيح فعالية السياق الاجتماعى المباشر (ريفى – حضرى) وبعض المتغيرات الاجتماعية الأخرى مثل الوعى والسلوكيات الصحية وبعض الخصائص الاجتماعية للمرضى والعوامل الأسرية والمجتمعية المرتبطة بالإصابة وطرق أنتقال العدوى.

٣- توضيح أنعكاسات التبعية السياسية والاقتصادية على النظام الصحى وأركان المؤسسة الصحية ودورها فى الأصابة بالمرض.

٤- توضيح أسباب الخلل فى النظم الصحية وقصور الأداء الصحى .

٥- توضيح العلاقة بين التدهور المالي والإداري ، وبين الرعاية الصحية في المجتمع.

تساؤلات الدراسة:

وتسهيلا لمهمة تحقيق هذه الأهداف أجتهدت فى بلورتها فى صورة تساؤلات وهى:

١- ماهى الخصائص الديموجرافية والاجتماعية للمصابين وأوضاعهم الأسرية ؟

٢- إلى أى حد تؤثر الطبقة الاحتماعية وماتنطوى عليه من متغيرات الملكية والدخل والتعليم فى أختلاف نسبة الإصابة بفيروس سى وأختلاف نسبتها من مستوى طبقى لآخر ؟

٣- إلى أى حد يؤثرالسياق الاجتماعى المباشر (ريفى – حضرى) فى الإصابة بفيروس سى ؟

٤- إلى أى حد يؤثر الوعى وماينطوى عليه من مواقف سلوكية صحية ووقائية وعلاجية فى تقليل فرص الإصابة بفيروس سى ؟

٥- إلى أى حد تؤثر الخبرات المرضية السابقة ونوع الخدمة الصحية المقدمة فى أحتمال الإصابة بفيروس سى ؟

٦- إلى أى حد يؤثر مستوى الخدمات الصحية في المستشفيات والمراكز الطبية التابعة لهذا القطاع فى الأصابة ونقل العدوى بفيروس سى ؟

٧- إلى اى حد تؤدى العوامل السياسية والأقتصادية فى المجتمع إلى قصور فى الأداء الصحى وتردى الخدمة الصحية ؟

٨- إلى أى حد يؤثر السياق الاجتماعى الأكبر للمجتمع المصرى ونوعية نظامه الاقتصادى فى تحديد فاعلية هذه العوامل البنائية والدينامية فى الإصابة بفيروس سى؟

من االدراسات السابقة عالمياً ومحلياً:

خلال تتبع الدراسات التى أجريت على فيروس سى عالمياً ومحلياً اتضح مايلى:

نقلت صحيفة "لوس أنجلوس تايمز" الأمريكية دراسة عن تفشى فيروس "التهاب الكبد فى أماكن متفرقة فى مصر، التى تشهد ــ بحسب تقرير الصحيفة ــ أعلى معدلات للإصابة بهذا المرض فى العالم [١٤]

وأشارت لوس أنجلوس تايمز إلى نتائج دراسة حديثة نشرتها الأكاديمية الوطنية للعلوم والتى كشفت عن أن أكثر من ٥٠٠ ألف شخص يتعرض للإصابة بفيروس "سى" كل عام، موضحة أن أسباب ارتفاع الإصابة بفيروس سى هو فقر الرعاية الصحية وتراجع النظافة فى الكثير من المستشفيات، ومن نتائج الدراسة أيضاً، قوله إن "ما يقرب من سبعة أشخاص من ١٠٠٠ مصرى يصابون بعدوى فيروس "سى" كل عام، وهذا يعد أعلى مستوى وطنى سجل حتى الآن لانتقال الفيروس بسبب استخدام الأدوات الطبية غير المعقمة . [١٥]

"كما نقلت صحيفة لوس أنجلوس تايمز"دراسة عن لطفى ونيس، خبير فى علم الأوبئة من نتائجها أن"معظم مرضى فيروس "سى" يكونون من المناطق الريفية والفقيرة والتى تعتمد على برامج التأمين الصحى، فتوفير العلاج لكل مريض يكلف ٧٠ ألف جنيه ولا تستطيع الحكومة توفير كل هذا المبلغ لجميع المرضى.[١٦] "

فى دراسة للوكالة العلمية الدولية أكد خبراء الكبد فى الشرق الأوسط تخوفهم من وصول فيروس «سى» للمرحلة الوبائية فى منطقةالشرق الأوسط وشمال أفريقيا، وأكدوا أن معدل الإصابة بالمرض ارتفع إلي أكثر من٩,٢ مليون.[١٧]

وفى دراسة عن مصر للدكتور ديفيد جولدبيرج، بمؤسسة «حماية الصحة بأسكتلندا ذكر أن السبب الرئيسى للإصابة بالفيروس فى بعض دول الشرق الأوسط وشمال أفريقيا يرجع إلى استخدام معدات غير معقمة فى أماكن الرعاية الصحية، وفى الوقت نفسه يزداد عدد المصابين بفيروس سى بين متعاطى المخدرات بالحقن ودق الوشم فى بعض دول الشرق الأوسط وشمال أفريقيا [١٨]

وكشفت دراسة علمية أجرتها الوكالة العلمية الدولية فى دول منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقياعام ٢٠١٠ عن وجود ٩,٢ مليون حالة إصابة بالالتهاب الكبدى الفيروسى «سى»، وتصدرت مصر هذه الإصابات، حيث إن بها ٧٩% من إجمالى عدد الحالات.

ومن أهم النتائج التى توصلت إليها الدراسة أيضاً حول المرض فى مصر، أن خبراء الكبد قدروا أن ٧٥% من المرضى ينتمون للفئة العمرية من ١٥ إلى ٥٠ عاما، وقد كانت أغلب الإصابات من الذكور، كما أن نحو ١٠% من المرضى مصابون بفيروسى الالتهاب الكبدى الفيروسى «بى» و«سى» معاً.

كما قدر خبراء الكبد أن نحو ٦٥% من المرضى ينتمون لطبقات اجتماعية واقتصادية منخفضة، بينما تبلغ نسبة المرضى المنتمين للطبقة المتوسطة نحو ٣٠%، وأن إجمالى الحالات أصيبت بالمرض نتيجة استخدام أدوات ومعدات طبية ملوثة بالفيروس أو نتيجة نقص عمليات التعقيم.

وحددت الدراسة أن خُمس حالات الإصابة تمت نتيجة بعض الممارسات الاجتماعية غير السليمة، طبقا لموروثات أو عادات شائعة، بينما يعد تعاطى المخدرات عن طريق الحقن من بين طرق الانتقال نادرة الحدوث .[١٨]

قدمت خلال المؤتمر الرابع عشر لأمراض الكبد والجهاز الهضمى الذى أقيم بالفيوم والذى أقامته جمعية أمراض الكبد والأمراض المتوطنة دراسة ناقشت الفيروس الكبدى سى والذى يشكل مشكلة قومية فى مصر وتوصلت الدراسة إلى أن نسبة الإصابة به تصل الى ١٢ % فى مصر تزيد إلى ٢٠ % فى سن ٥٠ الى ٦٠ سنة وتقل

الى ٥ % فى المرحلة العمرية أقل من ١٠ سنوات وأشارت الدراسة أن البلهارسيا لعبت دورا مهما فى انتشار المرض وكذلك عدم التقيد بالإجراءات الصحية والوقائية لمنع انتشار العدوى فى المستشفيات والعيادات خاصة عيادات الأسنان والتى تسهم بنسبة ٢٠ % من انتشار المرض وكذلك العادات الخاطئة فى الريف مثل استخدام ماكينات الحلاقة وأشار الى أن نسبة الاستجابة للعلاج تصل الى ٦٠ % وأن نسبة التحسن فى مصر تجاوزت ٧% عن العام الماضى بسبب الاكتشاف المبكر للمرض والتزام طرق الوقاية والعلاج الحديث . (١٩)

ومن الدراسات التى اهتمت بأساليب العلاج رصد الدكتور الخياط أسلوبا جديدا يتيح للطبيب التنبؤ بمدي الاستجابة للخطة العلاجية من البداية باستخدام البصمة الجينية للمريض ، بواسطة تحديد جين مسئول عن الاستجابة الكاملة وهو عكس الجين الذي يمثل انعدام الاستجابة، بما يمكن التنبؤ بنسبة٦٠% من استجابة المرضي للعقاقير دون تعريض نسبة٤٠% الباقية غير المستجيبة لمشاكل العلاج المادية والطبية، بعدما سجل الكثير من مرضي فيروس سي عدم الاستجابة للعلاج الوحيد المتاح بالحقن بنسب تصل لحوالي ٥٠% (٢٠)

أشار الدكتور عادل الركيب لدراسة أخرى توضح العلاقة بين عدم استجابة المريض للعلاج ووجود أحد الجينات بالجسم ولا تزال النتائج في طور البحث، وحدد بدائل المواجهة بمضاعفة الجرعة أسبوعيا، وزيادة فترة العلاج إلي أسبوعا لأن هناك نسبة ٥ ــ٢٠% عودة للفيروس مرة أخري وفقا للدراسات، أما إذاأظهر المريض استجابة سريعة واختفي الفيروس من دمه حقن فيحتاج لفترة علاج ستة شهور فقط. (٢١)

وهناك دراسة أخرى للدكتور هشام الخياط عن أحدث علاجات فيروس سي التي سيتم طرحها لسوق الدواء العالمي بنهاية عام٢٠١٠ وحاليا تشهد أبحاثها آخر مراحلها الإكلينيكية ممثلة في عقاقير تتناول بالفم بدون أعراض جانبية وتسهم في زيادة نسبة الشفاء لأكثر من٨٠% لمرضي المرحلة الثالثة، حيث أثبتت الدراسات زيادة استجابة٥٠%من مرضي الفيروس سي غير المستجيبين للعلاج التقليدي، وذوي الحالات

الخاصة والصعبة عند استعمال هذه العقاقير الحديثة، بالإضافة لتقليل مده العلاج إلي ٣ ــ٦ شهور حسب نوع الفيروس بدلا من سنة ونصف كالمتبع مع العلاج الحالي التجارب نجحت بنسبة ٧٨ % دون آثار جانبية وحصول الفريق على براءة الاختراع[٢٠]

وهناك دراسة تحدثت عن إنجاز طبي كبير توصل إليه فريق علمي مصري برئاسة دكتور جمال شوقي عبدالناصر باكتشاف علاج يقضي علي فيروس سي نهائيا دون آثار جانبيةالعقار مشتق من نوع معين من الطحالب أحادية الخلية تمت زراعتها ونموها داخل مفاعل حيوي تم تصميمه خصيصا لهذا الغرض.. الدراسة استغرقت ١٣ عاما.

لتجارب 'وقد أجريت التجارب الإكلينيكية علي أكثر من ٣٠٠ مريض مسجلين في بروتوكول العلمي ونسبة النجاح تجاوزت ال ٧٨ % .. وزارة الصحة أشرفت علي جميع مراحل البحث وبصدد تسجيل العقار وترخيصه خلال أسابيع..[٢١] العقار الجديد دخل بكفاءته لدائرة الضوء وبدأ يخطو بثبات وقوة نحو منصة التتويج تمهيدا للإعلان عنه ليعالج ١٢ مليون مصري يعانون من المرض اللعين (وفقا لإحصائيات الاتحاد الأوروبي للأمراض المستوطنة ومنظمة الصحة العالمية).. [٢٢]

أما عن دور الهندسة الوراثية فى علاج فيروس سى، أظهرت دراسة أجراها دكتور محمود الحفناوى كان من نتائجها اكتشاف وسائل جديدة يتمكن من خلالها فيروس سى من مقاومة الجهاز المناعى لشن هجوم مضاد للحفاظ على معدل تكاثره داخل الكبد، وللفيروس بروتينات عدة يستخدمها فى حربه مع الجهاز المناعى، كما يستخدم الفيروس وسائل عدة للتخفى والهرب من الأجسام والخلايا المناعية القاتلة، وقد تمكن فريق بحثى مصرى من اكتشاف الإنترفيرون الذى يعمل على تحفيز الجهاز المناعى لمواجهة تكاثرالفيروس وهجومه داخل الجسم [٢٣]

وهناك دراسة لمجموعة من كبار أساتذة الكبد في مصرحذرت من تحور سلسلة فيروس الالتهاب الكبدي الوبائي «سي» نتيجة استخدام أدوية مستحدثة لم تثبت فعاليتها لعلاج مرضي الفيروس «سي»، وأكد الخبراء خلال المؤتمر الدولي الثاني عشر للجمعية

المصرية لأمراض الكبد والجهاز الهضمي أن تلك الأدوية قد تسبب آثاراً جانبية خطيرة.[٢٤]

وقدم دكتور حلمي أباظة ــ دراسة عن استخدام عقار جديد لعلاج فيروس سي علي مرضي التأمين الصحي قبل إجراء دراسات مقارنة تثبت فعاليته وأمان استخدامه، وهو ما يهدد بتحور جيني للفيروس يغير من شكله الحالي فنجد أنفسنا أمام فيروس جديد لا نستطيع التعامل معه طبياً. وأن استعمال أدوية جديدة غير معتمدة عالمياً قد يؤدي إلي ظهور أجيال جديدة من الفيروسات التي يصعب السيطرة عليها في المستقبل.[٢٥]

وفى دراسة للدكتور يحيي الشاذلي انتقد الهيئة العامة للتأمين الصحي لاستخدامها بدائل للإنترفيرون المعتمد عالمياً بأخري رخيصة الثمن لم تثبت فعاليتها أو تعتمد في أي دولة من دول العالم، مشيراً إلي أن الفترة القادمة ابتداء من عام ٢٠١١ وحتي عام ٢٠٢٠ ستشهد أعلي معدلات للإصابة بسرطان وأورام الكبد في مصر متوقعاً إصابة ١٤ % من إجمالي المصابين بالالتهاب الكبدي الوبائي «سي» بأورام الكبد خلال تلك الفترة مقارنة بـــ٣ % عالمياً. [٢٦]

ومن طرق انتقال العدوى دراسة قام بها أثنان من أطباء الكبد والجهاز الهضمى فى مصر على عدد من زجاجات الكوكا كولا ٣٥٠ ملل وكان عدد الزجاجات ٦٠٠ زجاجة ووجدا عدد ٣٣ زجاجة مصابة بالفيروس – وبعد التحاليل التى قاما بها والتى استمرت إلى أسابيع كثيرة اكتشفا أن – زجاجات المشروبات الغازية لا تمر بمراحل غسيل جيدة ولا تعقيم الأمر الذى جعل من – مصانع التعبئة لهذه الشركا ت مقراً اساسياً ورئيسياً للفيروس الوبائى – سى – والذى يقوم المواطن المصرى بشربه [٢٧] وينطبق هذا أيضاً على الأكواب الزجاجية بمحلات العصائروغيرها .

وعن التمييز ضد مرضى فيروس سى، وخاصة بعد تطبيق بعض المؤسسات الخاصة وبعض المصالح الحكومية وشركات البترول وبعض البنوك قراراً يمنع توظيف المصريين حاملى الأجسام المضادة لفيروس سى، ورفض تعيينهم بعد تجاوزهم الاختبارات المبدئية.

قدم الدكتور هشام الخياط دراسة تستنكر التمييز فى دول الخليج التى تمنع سفر العمالة المصرية للالتحاق بالعمل فيها، ويضيف الخياط "إذا كانوا من حاملى الأجسام المضادة لفيروس سى، وهذا الإجراء المتبع فى دول الخليج والمؤسسات المصرية غير دستورى وغير قانونى، لأن الأجسام المضادة لا تعنى بالضرورة الإصابة الحديثة بفيروس سى، كما أنه إذا فرض وكان هناك فيروس فى الدم لا يمنع الموظف أو العامل من الالتحاق بالوظائف الحكومية أو الإدارية أو الهندسية أو مهنة التدريس أو الوظائف العلمية، لأن العدوى من فيروس سى تتم فقط عن طريق الدم، ولا شىء غير الدم، ومن الطبيعى أن ملتحقى الوظائف الإدارية أو الحكومية المختلفة لا يتم التعامل بينهم عن طريق الدم، وبالتبعية لا تحدث أى فرصة لانتقال الفيروسات من دم مصاب إلى دم آخر.

وناشدت الدراسة وزارة الخارجية ووزارة الصحة المصرية ووزارة القوى العاملة باتخاذ الإجراءات التى تكفل حقوق مرضى فيروس س أو حاملى الأجسام المضادة للالتحاق بالعمل فى دول الخليج، لأن الدول المتقدمة سواء الأوروبية أو الأمريكية لا تمنع مرضى فيروس سى أو مرضى الإيدز من الالتحاق بالوظائف الحكومية والإدارية والمكتبية، لأن هذا غير قانونى وغير دستورى وبه الكثير من التمييز، حيث إن مريض فيروس سى لا يجب عزله عن المجتمع، ويجب أن يكون فرداً منتجاً.[٢٨]

وهناك دراسة أخرى رصدت التمييز ضد مرضى فيروس سى التى انتقلت أيضا إلى المحاكم المصرية، فللأسف أقامت بعض الزوجات دعاوى خلع وطلاق ضد أزواجهن حاملى فيروس سى الذى لا ينتقل إلا نادراً عن طريق المعاشرة الحميمية، وقد نجحت بعض الزوجات فى الحصول على الطلاق نتيجة لهذا السبب، مما يؤدى إلى هدم الأسرة المصرية التى هى لبنة المجتمع، ويهدد أيضا السلام الاجتماعى، خاصة إذا عرفنا أن عدد مرضى فيروس سى فى مصر تجاوز الإثنى عشر مليون مريض. [٢٩]

وأجريت إحدى الدراسات فى مدينة صنعاء والتى ركزت على عوامل الخطورة التى تؤدى إلى الإصابة بالفيروس وكان من نتائجها أن نقل الدم يسبب الإصابة بنسبة ٨٢,٣% ، وأستخدام الأدوات الحادة بنيب ٤٥,٦%، وإجراء عمليات جراحية سابقة ٤٢,٣% وزيارة طبيب الأسنان ٣٢,٤% [٣٠]

ملاحظات على الدراسات السابقة :

من تتبعنا لتراث الدراسات السابقة الخاص بفيروس سى نجد أن عدداً كبيراً من هذه البحوث كانت لهيئات ومنظمات عالمية لرصد وتتبع نسب انتشار المرض ومنابع انتشاره أيضاً ركز عدد كبير آخر من هذه الأبحاث على الأبعاد الطبية للمرض مثل طرق العلاج المختلفة والأساليب الجديدة المستحدثة وتقييمها، واستخدام الهندسة الوراثية لتطوير وسائل العلاج وتفعيلها وتقليل آثارها الجانبية وكانت هذه الدراسات يقوم بإجرائها الأطباء، وكانت تتم مناقشتها فى المؤتمرات العلمية السنوية التى تعقد لأمراض الكبد والجهاز الهضمى بالتعاون مع شركات الأدوية التى تنتج هذه العلاجات مستهدفة الربح فى المقام الأول، هذا بجانب وجود عدد آخر من البحوث والدراسات التى ركزت على طرق انتقال العدوى والتمييزضد مرضى فيروس سى.

أما بالنسبة لتراث التحليل الاجتماعى لفيروس سى فقد ركز على فئات المستخدمين وخصائصهم فقط إلا إن هذه النوعية من الدراسات لم تحسم الأبعاد الاجتماعية البنائية التى ينتج عنها الإصابة بالمرض.

وترتب على عدم توافر الدراسات المحلية التى اهتمت بفيروس سى وتحليل الأسباب الاجتماعية للظاهرة من منظور بنائى، أن اكتسبت دراستنا هذه طابعاً وصفياً.

وقد تحدد موضوع هذه الدراسة فى التحليل البنائى لأسباب الإصابة بفيروس سى بين أفراد المجتمع واتخذت من أهدافها محاولة للتعرف على مجموع العوامل البنائية التى يحتمل معها أن تظهر الإصابة بالمرض بين أفراد المجتمع، وركزت اهتمامها على عدد معين من هذه العوامل البنائية وبخاصة متغيرات الطبقة الاجتماعية والظروف الاقتصادية وفى

سبيل بلورة موضوع هذه الدراسة وصياغة أهدافها على نحو أكثر دقة طرحت الدراسة مجموعة من التساؤلات التى يتعلق بعضها بتلك المتغيرات البنائية التى يحتمل معها الإصابة بفيروس سى.

إجراءات الدراسة الميدانية:

أسهمت أهداف البحث فى تحديد طابع الدراسة الحالية وتعيين معالم المنهج الذى أعتمدت عليه، حيث أدى أهتمام الدراسة بالتعرف على مشكلة الإصابة بفيروس سى والعوامل المختلفة المؤثرة فيها ، إلى أن أكتسبت هذه الدراسة طابعاً وصفياً وكان قلة توافر الدراسات المحلية السابقة والتى أهتمت بتناول المرض من خلال التحليل البنائى من بين الأسباب التى تضافرت على أكساب دراستنا الحالية هذا الطابع الوصفى.

مجتمع البحث:

قد قمت فى البداية بزيارات منتظمة لمعهد الكبد بشبين الكوم وإجراء دراسة استطلاعية للمترددين على المركز والسؤال عن أعداد المترددين عليه، ومنذ دخولى باب المعهد، فوجئت بعشرات المرضي يفترشون أرض المعهد، ومنهم من أحضر معه فراشاً وغطاء، استعدادا للإقامة بضعة أيام حتي يحظي بالدور في قائمة الانتظار الطويلة، أو انتظاراً لدورهم لاستخراج قرارات العلاج علي نفقة الدولة، أو لصرف بعض الأدوية.

وقد أجريت الدراسة على عينة مقدارها ١٢٠ مريض من معهد الكبد بشبين الكوم والذين يترددون عليه من مختلف المحافظات، وقد تم تحديد حجم العينة عن طريق إجراء حصرلأعداد المترددين على المركز شهرياً والذى يبلغ فى المتوسط ١٢٠٠٠ مريضاً وقد تم أختيار عينة عشوائية تمثل ١% من المترددين شهرياً على المعهد بلغت ١٢٠ مريضاً . وقد تم أختيارهم من المرضى الذين تسمح حالتهم بالحديث وإجراء بعض الحوار والذى كان يستكمل من المرافقين له، وهؤلاء يترددون على المعهد لصرف العلاج وأخذ الحقن، و قد كان المعهد يستقبل أعداداً كبيرة من المصابين بغيبوبه كبدية ونزيف وهؤلاء تم أستبعادهم.

أدوات البحث:

وقد تم جمع البيانات وفقاً لطريقتين:

أولهما: تصميم أستمارة البحث التى تعتمد على المقابلة المقننة:

واشتملت على بنود حول التوزيع العمرى والنوعى للمرضى والخصائص الاجتماعية والاقتصادية والأوضاع البنائية للمرضى وغيرها – وبالنسبة للأستمارة البحثية فقد تم فى بادئ الأمر تحديد البيانات التى يجب جمعها لتحقيق أهداف البحث، كماتم صياغة الأسئلة التى تغطى هذه البيانات صياغة مبدئية، وقد تم أختبار الأستمارة فى صورتها المبدئية على عيتة مكونة من ١٢ مريضاً مماثلة للعينة الأصلية من حيث تمثيلها لكافة المستويات الاجتماعية والاقتصادية وقد تحددت فى ضوء هذا الأختبار متغيرات الأسئلة، وأعيد ترتيب الأسئلة من جديد وفقاً لسياق المقابلة، كما أعيدت بعض صياغات الأسئلة لتتناسب مع طبيعة لغة المرضى من كافة المستويات، وقد يتضح هذا من خلال مجموعات المتغيرات حيث حذفت المتغيرات التى لم تنل أستجابة من المبجوثين. وكان هذا الاستبيان يطبق على المرضى الغير مقيمين بالمعهد، حيث إن عدداً كبيراً من المرضى يأتى ليأخذ العلاج والحقن الدورية – ثم يذهب .

ثانيهما: أما عن الطريقة الثانية لجمع البيانات فهى بالأضافة إلى أستمارة الأستبيان السابقة، كانت الباحثة نقوم بكتابة مذكرات يومية عن كل ما لاحظته خلال العمل الميدانى، وأثناء الحوار مع المرضى ومن يرافقهم لتوضيح بعض الأمور حول المرض، وتارخ الأصابة وأسبابها وتاريخ العمليات الجراحية واماكن إجرائها، أيضاً إجراء الحوار الحر مع بعض الأطباء المتواجدين بالمركز حول المرض وطرق أنتقال العدوى ومعرفة أسباب الأصابة به، وإلى أى مدى يكون للعوامل الاجتماعية والاقتصادية دور فى الإصابة بالمرض .

نتائج الدراسة الميدانية :

العوامل الاجتماعية والبنائية والإصابة بفيروس سى وسيتم عرضها من خلال الإجابة على تساؤلات الدراسة .

أولاً: الخصائص الاجتماعية والديموجرافية للمصابين وأوضاعهم المرضية :

– التوزيع العمرى للمصابين:

كانت من أهم النتائج التى توصلت إليها الدراسة حول المرض فى مصر . أن ٦,٦٦ % من المرضى عمرهم أقل من ٣٠ عاماً ، ١١,٦% يقعون فى الفئة العمرية من ٣٠–٤٠، بينما تبلغ نسبة المصابين فى الفئة العمرية من ٤٠– ٥٠ عاماً أعلاها ٣٧٠٥% يليها المصابون فى الفئة العمرية من٥٠ إلى أقل من ٦٠ حيث بلغت ٣٥,٨% بينما بلغت أدناها بين كبار السن فكانت ٣,٣ % فى الفئة العمرية من ٧٠إلى أقل من ٨٠ و٥ % فى الفئة العمرية من ٦٠ إلى أقل من٧٠. ومن هنا تأتى أهميته كمشكلة قومية صحية فى مصر لأنه يصيب حقبة عمرية منتجة. وتقترب هذه النتائج مع الدراسة التى أجرتها الوكالة العلمية الدولية عام ٢٠١٠ م فى عددمن دول المنطقة ومنها مصر . [٣١] وأظهرت الدراسة أيضاً أن أقل نسبة إصابة تقع فى الفئة العمرية من ٧٠ – إلى اقل من ٨٠ لأن معظم المصابين بالفيروس يموتون قبل الوصول لهذا السن .

– التوزيع النوعى للمصابين:

وقدكانت أغلب الإصابات من الذكور بنسبة ٦٢,٥% ويتفق هذا مع نتائج إحدى الدراسات التى أجريت بواسطة الوكالة العلمية الدولية " فارما سى " والتى كان من نتائجها أن غالبية الإصابا ت من الذكور . [٣٢]

-الحالة الزواجية والإصابة بفيروس سى

تشير بيانات الاستبيان إلى أن ٩٣,٣ % من المرضى أفراد العينة متزوجين، و٦,٦% غير متزوج وسبب هذا التفاوت الكبيرأن أكثر من ٧٠,٨% من المرضى افراد العينة من متوسطى الأعمار والذين تخطت أعمارهم اربعين عاماً وهو العمر الذى تنتشر فيه معظم الإصابات بفيروس سى وغالباً مايكونون متزوجين فى هذه العمر .

- طبيعة العمل والأصابة بفيروس سى

أوضحت بيانات الدراسة ان ١١,٦% من المصابين (١٤ حالة) بفيروس سى كانوا من العاملين بالمجال الطبى والمعرضون لدماء المرضى عن طريق الوخز بالأبر الملوثة كالجراحين وأطباء الأسنان وفنى المعامل والممرضات والتومرجيات وعمال النتظيف بالمستشفيات. كما أظهرت الدراسة أن ٦,٦% (٨ حالات) من المصابين كانوا يعملون بمهن دنيا كجامعى القمامة والعاملات بالمنازل والعاملين بشركات النظافة اللذين يحملون القمامة وأحياناً يكون بها مخلفات طبية لمرضى من شاش وقطن ملوث وحقن بلاستيك.

وجود أفراد آخرون مصابون فى الأسرة:

كشفت بيانات الدراسة أن ٥% من المرضى(٦حالات) كانت فى أسرهم أصابة أخرى بفيروس سى ونستنتج من ذلك أن الأسرة يمكن أن تكون مصدر عدوى – إذا لم يكن لديهم وعى بطرق التعامل مع المريض وأساليب نقل العدوى ، حيث إن الفيروس ممكن أن ينتقل من خلال الفوط الشخصية، حيث إن الفوطة إذا تلوثت بالدم فإن الفيروس يظل فى الفوطة ٢٨ يوما فى الجو غير الجاف مما يكون هناك فرصة لانتقال الفيروس من خلالها

من المعروف أيضا أن العائلة التى يوجد بها مريض بفيروس سى لدية فرصة لانتقال المرض ٦ أضعاف من الأسر الخالية من الفيروس لذلك لابد من التوعية بضرورة عدم استعمال الأدوات الشخصية للغير مثل فرش الأسنان وماكينات الحلاقة والفوطة الشخصية . [٣٣]

ثانياً: الطبقة الاجتماعية والإصابة بالمرض :

والسؤال الأساسى الذىطرحته هنا فيما يتعلق بأثر الطبقة الاجتماعية على احتمال الإصابة بالمرض هو هل تكشف الطبقة الاجتماعية العليا والوسطى والدنيا التى ينتمى إليها المرضى عن نفس النمط من الإصابة أو هل تزداد نسبة الإصابة بين أفراد الطبقة الدنيا عنها بين أفراد الطبقة العليا أم العكس هو الصحيح ؟ وهل تزداد نسبة الإصابة بين الطبقات الوسطى عن العليا ولماذا ؟ ولقد اتخذت كمؤشر على الوضع الطبقى الذى ينتمى إليها المرضى بعض الأبعاد الموضوعية وبخاصة الممتلكات التى تتوافر لدى الأسرة وتعليم المريض ، وبعض الأبعاد الذاتية وبخاصة تقدير المرضى لمستوى دخولم وتم الاستعانة بهذه المؤشرات فى تقسيم مجموعة الطبقات الاجتماعية إلى طبقة عليا ووسطى ودنيا .

-الملكية والإصابة بالمرض :

تشر بيانات الاستبيان إلى أن هناك ٦،٦% من هؤلاء المرضى يمتلكون عقارات وأراضى (الطبقة العليا) و٣٥% من هؤلاء المرضى يمتلكون أراضى ونقود فى البنوك (الطبقة المتوسطة) ، وأن نسبة المرضى الذين ليس لديهم أية ممتلكات بلغت ٥٨,٣% ، إذا اعتبرنا الملكية بمثابة بعداً موضوعياً فى تحديد الترتيب الطبقى للمرضى . غير أن الشواهد التى استخلصناها من بيانات الاستبيان فى هذا الصدد توضيح توزيع المرضى على هذه المستويات الطبقية هو الذى يمكن أن نقف عنده بعض الشئ لما له من أهمية فى الإجابة على التساؤلات التى طرحناها فى هذا الصدد .

وأشارت بيانات الدراسة الميدانية إلى أن نسبة المرضى الذين ينتمون إلى الطبقة الدنيا (استناداً إلى معيار الملكية) يفوق نسبة المرضى الذين ينتمون على الطبقة العليا ، وكذلك تفوق نسبة المرضى الذين ينتمون إلى الطبقة الوسطى، والنتيجة التى يمكن استخلاصها من الشواهد السابقة أن الأصابة بفيروس سى يزداد بين أفراد الطبقة الدنيا عنه بين أفراد الطبقة العليا ، ويمكن تفسير ذلك بأن الطبقة الدنيا لديها بعض الممارسات الأجتماعية غيرالصحية، طبقاً لموروثات أو عادات شائعة، ويمكن أن يفسرأيضاً باستخدام

المعدات غير المعقمة فى أماكن الرعاية الصحية المنخفضة التكاليف والتى يذهب إليها أفراد الطبقة الدنيا ، أما فى الطبقة العليا فالأفراد يكون لدهم القدرة المادية للذهاب إلى أماكن الخدمة الصحية الخاصة والتى تقل فيها العدوى. وتقل لديهم الممارسات غير السليمة والسلوكيات الخاطئة التى تسبب العدوى والإصابة .

٢- التعليم والإصابة بفيروس سى

وهناك مجموعة ثانية من بيانات الاستبيان الذى طبق على عينة الدراسة تشير إلى أن هناك ٥٦,٦ % من المرضى كان تعليمهم أقل من المتوسط ، بينما بلغت نسبة المرضى الذين حصلوا على شهادات متوسطة وفوق المتوسطة ٣٣,٣ % ، بينما ٩,٩% من المرضى حصلوا على شهادات عليا ، وعلى الرغم من أن هذه البيانات يمكن بناءاً عليها ترتيب المرضى أفراد العينة إلى مجموعة تنتمى إلى الطبقة العليا استناداً إلى تعليم المريض كبعد موضوعى بنسبة ٩,٩ % ومجموعة ثانية تنتمى إلى الطبقة الوسطى ونسبتها ٣٣,٣% ومجموعة أخيرة تنتمى إلى الطبقة الدنيا ونسبتها ٥٦,٦% فإن مايثير انتباهنا فى هذه البيانات مايتعلق بتوزيع المرضى حسب انتمائهم الطبقى .

إذ تشير هذه البيانات إلى أن نسبة المرضى أفراد العينة والذين ينتمون إلى طبقة دنيا – بناءاً على مؤشر التعليم أعلى من نسبة هؤلاء المرضى الذين ينتمون إلى طبقة عليا.

ويمكن أن نستخلص من مجموعة الشواهد السابقة نتيجة مؤداها أن نسبة المرضى تزداد بين أفراد الطبقة الدنيا عنها بين أفراد الطبقة العليا .

أما النتيجة العامة التى يمكن أن نخلص إليها استناداً إلى مجموعة النتائج الجزئية السابقة مؤداها أن هناك معدلات مختلفة فى الإصابة بفيروس سى بين أفراد المجتمع الذين ينتمون إلى طبقات أجتماعية متباينة ، وأن نسبة الإصابة تزداد بين أفراد الطبقة الدنيا عنها بين أفراد الطبقة الوسطى ، مهما كان المعيار الذى يمكن الاستناد إليه فى تحديد الترتيب الطبقى للمرضى مثل الملكية والتعليم أو ذاتياً مثل تقدير المرضى لدخولهم .

٣_ الدخل والإصابة بفيروس سى

يلاحظ بناءاً على بيانات الاستبيان المطبق على عينة الدراسة أن هناك ٢٠% من هؤلاء المرضى ينتمون للطبقة العليا استناداً إلى تقدير المرضى لدخولهم كمؤشر ذاتى على الترتيب الطبقى ، وأن ٣٠% من هؤلاء المرضى ينتمون إلى الطبقة الوسطى وأن ٥٠% من المرضى ينتمون إلى الطبقة الدنيا . لقد اتضح أن نسبة المرضى من أفراد العينة الذين ينتمون إلى طبقة وسطى تقل عن نسبة هؤلاء المرضى الذين ينتمون إلى طبقة دنيا . والنتيجة التى يمكن أن نستخلصها من مجموعة الشواهد السابقة أن نسبة الإصابة بفيروس سى تزداد بين أفراد الطبقة الدنيا أكثر من أفراد الطبقتين العليا والوسطى .

ثانياً: متصل الريفية الحضرية والإصابة بفيروس سى:

والسؤال الذى أثرناه هنا ، هل الأصابة بفيروس سى ظاهرة حضرية أم ظاهرة ريفية ؟

وعندما رجعنا إلى البيانات التى وفرتها الدراسة الميدانية من خلال بيانات الاستبيان وجدنا مايلى :

٦٦,٦% من المرضى الذين أجريت عليهم الدراسة من أصول ريفية، بينما كان هناك ٣٣,٣% منهم ينحدرون من أصول حضرية . ويمكن أن يرجع ذلك إلى ضعف الوعى الصحى والذى من نتيجته انتشار السلوكيات والممارسات الغير صحية ، وإلى قلة وسوء مستوى الخدمات الصحية الموجودة بالريف .

ثالثاً : الوعى والإصابة بفيروس سى:

١ – المعرفة بفيروس سى

كشفت بيانات الدراسة أن ٦٨,٣% من المصابين لم يكن لديهم معرفة بفيروس سى ، مقابل ٣١,٦% كانوا لديهم معرفة بالفيروس .

٢- الوعى والممارسات والسلوكيات الصحية السليمة

أوضحت بيانات الدراسة أن قلة الوعى كانت وراء الكثير من الممارسات والسلوكيات التى من المحتمل أن تكون وراء الإصابة بالمرض . فمن خلال الأستبيان المطبق على عينة الدراسة أتضح أن نسبة ٩١,٦٦% من المرضى قد مارسوا نوعاً أو أكثر من الممارسات والسلوكيات الغير صحية والتى تم سؤالهم عنها – وماتمت ملاحظته هنا أن بعض المصابين من الطبقة العليا والوسطى قد أشتركوا مع المصابين من الطبقات الدنيا فى الممارسات والسلوكيات الصحية الغير سليمة .وقد أثبتت إجدى الدراسات أن دور الطبيب من الأدوار الهامة ولابد من التركيز عليها فى مسألة التثقيف الصحى للمريض حيث أن طبيعة عمل الطبيب توفر له مجالاً كبيراً لتعليم المرضى وهو يمارس مهنته كطبيب [٣٤]

والنتيجة التى يمكن أن نستخلصها أن قلة الوعى الصحى من المحتمل أن تكون وراء بعض الإصابات بفيروس سى.

٣- الوعى بطرق أنتقال العدوى الإصابة بفيروس سى

أشارت بيانات الدراسة أن وعى المصابين بطرق أنتقال العدوى بلغ ٦٦،١٦% بين أفراد العينة مقابل ٣٣،٨٣% لم يكن لديهم وعى بطرق أنتقال العدوى .

٤- الوعى والمعلومات الصحية والعادات السليمة

ففى أختبار للمعلومات الصحية حصل ٦٢,٥% (٧٥ مفردة) على ٤من عشرة فى المنوسط فى أختبار للمعلومات الصحية، كانت درجات ٢٥,٨ % من المرضى ٧من عشرة، وحصل على ٨,١ فى المتوسط ٦٦،١١% من المرضى .

والنتيجة العامة التى يمكن استخلاصها من مجموعة النتائج الجزئية السابقة أن قلة الوعى يرتبط بالعديد من الممارسات والسلوكيات الصحية الخاطئة التى يحتمل معها الإصابة بفيروس سى .

رابعاً : نوع الخدمة الصحية والإصابة بفيروس سى:

كشفت بيانات الدراسة أن ٧٠% من المرضى يعتمدون على المستشفيات الحكومية ومستشفيات التأمين الصحى والمستوصفات الخيرية والعيادات الخاصة ببعض النقابات المهنية ، بينما ٣٠% يذهبون إلى العيادات ومراكز الجراحة والمستشفيات الخاصة .

ظروف أكتشاف المرض:

كشفت الدراسة أن ٦٧,٥ % (٨١ مريض) أن بداية أكتشاف المرض كانت عند شعورهم بمضاعفات واعراض مرضية شديدة – وبعد أجرائهم للتحاليل أكتشفوا أصابتهم بالفيروس يأتى بعد ذلك أن ٢٠,٨ % (٢٥ مريض) من المرضى تم أكتشافهم للمرض بالصدفة عند علاجهم من أمراض أخرى ، يلى ذلك ١٠% من المرضى (١٢ مريض) أكتشفوا المرض عند إجرائهم التحاليل المطلوبة للسفر للعمل بالخارج، و١,٦% علموا بأصابتهم عند تبرعهم بالدم ، يستنتج من ذلك أن معظم الإصابات تم اكتشافها فى مراحل متاخرة بعد أن بدا المرض يعلن عن اعراضه لان فيروس سى كما أكدت إحدى الدراسات يمكن ان يكمن داخل الجسم (من ١٥ –٢٠) سنة قبل أن تبدأ تظهر أعراضه

وغالباً يجهل الشخص المريض إصابته بالمرض، لأن حوالي ٩٠% من المصابين لا يظهر لديهم أي أعراض. ومعظمهم لا يدركون إصابتهم إلا بعد مرور أعوام طويلة من المرض وتلف الكبد بشكل كبير جداً وعدم قيامها بوظيفتها بشكل فعال . [٣٥،٣٦]

حيث يكتشف المريض إصابته وذلك في حالة قيامه بالتبرع بالدم عن طريق فحص الدم قبل التبرع.

والنتيجة التى يمكن أن نخلص إليها أن غياب ثقافة إجراء الفحوصات الطبية أكتشاف أى مرض فى بدايته غائبة فى المجتمع المصرى – واثناء المناقشات الحرة مع المرضى والأطباء أرجعها الكثير على التكلفة المادية وأيضا إلى الخوف من المجهول أو

اكتشاف اصابته بأحد الأمراض – لذلك يجب جعل هذه الفحوصات إجبارية كل فترة وربطها بمراحل التعليم المختلفة للطلبة – وإجرائها إجبارياً للعاملين فى هيئات ومؤسسات الدولة وربطها بالخدمات التى تقدم للمواطنين – لأن ذلك سيسهم قى أكتشاف المرض مبكراً وبالتالى تكون فرصة العلاج أكبر – وأيضاً تحجيم الإصابة – لأن الشخص المريض (والذى لايعلم أنه مريض) يمكن أن يسبب العدوى لأشخاص آخرين .

علاقة الفيروس بالأمراض الأخرى:

بينت الدراسة أن أكثر من ثلثى المرضى (٧٢,٥%) بواقع ٨٧ مفردة كانت لديهم أمراضاً أخرى قبل الأصابة بفيروس سى والتى من الممكن أن تكون مدخلاً للتدخل الجراحى أحياناً والتردد على المستشفيات بصفة دائمة والتعرض للعدوى وهى على النحو التالى:

٢٥% يعانون من السكرى، ٢٠,٨% من الفشل الكلوى، ١٣,٣% المرارة، ٩,١٦% يعانون من الأنيميا، ٤,١٦% يعانون من البلهارسيا .

وأشارت إحدى المؤتمرات إلى أن الفيروس يكون مستقراً خارج الجسم ويمكن أن ينتقل بسهولة، وأن التعرض للفيروس يمكن أن يحدث مثلاً عند استخدام جهاز ثقب الإصبع أو أي جهاز آخر لمراقبة الغلوكوز مصمم للأفراد يستخدم مع أكثر من مريض دون تنظيف مناسب، ولكن الجديد الذي ناقشه الاجتماع العلمي بين جمعية دراسة أمراض الكلي والغسيل الكلوي، وجمعية دراسة أمراض الكبد، أن سبب إصابة مريض الفشل الكلوي بفيروس "سي" ليس الدم ولكنه التمريض.

وأكدت الإحصائية التي أذيعت في المؤتمر أن ٩٠% من الذين أصيبوا بعدوي الفيروس "سي" من المرضي المصابين بالفشل الكلوي واثناء الغسيل بسبب عدم وجود الامكانيات، وتجاهل التمريض في تغيير الأدوات ذات الاستخدام الواحد، وغياب عزل المريض المصاب بالفشل الكبدي عند إجراء الغسيل الكلوي .[٣٧]

إجراء العمليات الجراحية:

اظهرت الدراسة الميدانية أن ٦٨,٣% من المرضى بعينة الدراسة فد اجروا إحدى العمليات الجراحية فى فترة لاحقة من حياتهم.

وأكد الأطباء أن فيروس سى ينتقل من خلال الدم الملوث، حيث إن التحاليل التى تجرى على الدم عند نقله من شخص إلى آخر لا تظهر إصابته بالفيروس ولابد من عمل تحليل "بى سى أر" على الدم حتى معرفة إصابته بالفيروس من عدمه وهذا يكلف كيس الدم حوالى ١٠٠٠ جنيه، لذلك من الصعب تحقيقه وبالتالى أصبح الدم وسيلة لنقل فيروس سى

ويشير وسائل أخرى عديدة لنقل فيروس "سى" فالغسيل الكلوى ينقل المرض وكذلك خيوط الجراحة وقسطرة القلب والعمليات الجراحية، ويرى الأطباء " أنه لابد من إجراء حملة لمنع انتشار المرض لأننا إذا كنا نعالج ألف مريض فإننا نجد ١٥ ألفا آخرين جدد قد دخلوا فى دائرة المرض نتيجة للعدوى فهناك ١٢٠ ألف مريض مصرى مصاب بفيروس "سى" فالوقاية خير من العلاج . [٣٨]

النتائج العامة وتفسيرها ومناقشتها:

أولاً : تحقيق أهداف الدراسة

ثانياً:مناقشة النتائج فى ضوء الإطار النظرى وخصوصية المجتمع المصرى

لعل أول مايعنينا فى هذه الدراسة هو التحقق من أن النتائج التى انتهت إليها قد أسهمت فى إنجاز الأهداف التى حددتها الدراسة منذ البداية ، ومن أن هذه النتائج تنطوى على المضامين الملائمة فى الإجابة على مختلف التساؤلات التى أثارتها الدراسة أيضاً

أولاً : تحقيق أهداف الدراسة :

حددت الدراسة الحالية أهدافها فى تناول التحليل الاجتماعى البنائى لظاهرة الإصابة بفيروس سى فى المجتمع فى الكشف عن الظاهرة وتوضيح اثر العوامل البنا ئية ودورها فى الإصابة به – و توضيح أسباب الخلل فى النظم الصحية وأرتباطها بالتبعيه السياسية والاقتصادية فى المجتمع وأنعكاس ذلك على قصور الآداء الصحى وأثره فى الأصابة بالمرض .

أولاً :خصائص المصابين وأوضاعهم الأسرية:

١ – أثبتت الدراسة أن ٧٥% من المرضى المصابين بفيروس سى تقع بين متوسطى الأعمار وغالبيتهم من الذكور

٢– تشير بيانات الدراسة إلى أن الإصابات بفيروس سى تظهر بين أفراد العينة من المتزوجين بمعدل يفوق نظيره بين غير المتزوجين .

٣– تبلغ الإصابات بين أصحاب الأصول الريفية ضعف الإصابات بين أصحاب الأصول الحضرية

٤– أظهرت بيانات الدراسة أن العاملين فى المجال الطبى من جراحين وممرضات وغيرهم معرضون للأصابة بنسبة ٦،١١% ، أيضاً العاملات بالمنازل والزبالين وجامعى القمامة معرضون للأصابة بنسبة ٦،٦ % .

ثانياً : الطبقة الاجتماعية والإصابة بفيروس سى

– تزداد نسبة الإصابة بفيروس سى بين أفراد الطبقة الدنيا عنها بين أفراد الطبقة االعليا، وكذلك تزداد نسبة الإصابة بين أفراد الطبقة الدنيا عنها بين أفراد الطبقة الوسطى.

والنتيجة العامة التى يمكن استخلاصها من مجموعة النتائج الجزئية السابقة أن الطبقة الاجتماعية كعامل من بين العوامل البنائية تؤثر فى حدوث توزيع مختلف للإصابات بفيروس سى فى المجتمع وتزداد نسبة الاصابة بين أفراد الطبقة الدنيا عنه بين أفراد الطبقتين الوسطى والعليا .

ثالثاً : أثر الوعى الصحى فى الإصابة بفيروس سى

أتضح من بيانات الدراسة:

– أن وعى الفردالذى يترتب عليه الإلمام بالمشكلات الصحية وقضايا السلوكيات والعادات الصحية السليمة تؤثر فى فرص الإصابة بالمرض

– وتعتبر الممارسات والسلوكيات الصحية الخاطئة من أكثر العوامل التى يحتمل معها انتقال العدوى والإصابة بفيروس سى .

هذا فضلاً عن أن الوعى يترتب عليه إدراك الطرق التى ينتقل بها العدوى بالفيروس الصحية .

–كما أظهرت الدراسة إنخفاض المعلومات الصحية العامة لدى غالبية المرضى – كما اوضحت الدراسة أن عدم الوعى بجدوى الفحوصات الدورية الساملة لها أثر فى تأخر فرص الشفاء وأصابة أفراد آخرين بالمرض .

والنتيجة العامة التى يمكن استخلاصها من مجموعة النتائج الجزئية السابقة أن قلة الوعى يرتبط بالعديد من الممارسات والسلوكيات الصحية الخاطئة التى يحتمل معها الإصابة بفيروس سى.

هذا فضلاً عن أن قلة الوعى يؤدى إلى أنخفاض المعلومات الصحية والجهل بطرق أنتقال العدوى. أظهرت الدراسة أثره فى الإصابة بفيروس سى، وعدم الأعتراف بجدوى الفحص الدورى .

رابعاً : نوع الخدمة الصحية والإصابة بفيروس سى

– تزداد نسبة الإصابة بفيروس سى بين المرضى الذين يعتمدون على المستشفيات الحكومية ومستشفيات التأمين الصحى والمستوصفات الخيرية عنها بين من يعتمدون على المستشفيات ومراكز الجراحة والعيادات الخاصة .

– والنتيجة العامة التى يمكن أستخلاصها من مجموعة النتائج الجزئيةالسابقة أن نوع الخدمة الصحية التى يلجأ إليها المرضى من بين العوامل التى كان لها أثر فى إصابة المرضى أفرادعينة الدراسة بالفيروس .

– أتضح أن ظروف أكتشاف المرض والتى تتم غالبا بالمصادفة لها أثر فى أصابة أفراد آخرين بالفيروس وعلى تأخر فرص الشفاء .

–أظهرت الدراسة أيضاً أن نسبة الإصابة بفيروس سى تزداد بين المرضى الذين يعانون مسبقاً من أمراض اخرى

– تزداد نسبة الإصابة بفيروس سى بين المرضى الذين أجروا عمليات جراحية.

والواقع أن مجموعة النتائج العامة التى استخلصت على النحو السابق تنطوى على مجموعة كبيرة من المضامين التى تلقى الضوء على أهداف هذه الدراسة وتوضح الإصابة بفيروس سى وتبين أثر العوامل البنائية فى الإصابة بفيروس سى .

ثانياً: مناقشة النتائج فى ضوء الأطار النظرى وخصوصية المجتمع المصرى:

السياق الاجتماعى الأكبر للمجتمع :

إن فهم نتائج هذه الدراسة وتفسيرها يتوقف على فهم السياق الاجتماعى الأكبر للمجتمع المصرى وطبيعة البناء الاجتماعى لهذا المجتمع ونوعية النظام الاقتصادى السائد ومعالم الخصوصية الثقافية له .

فالقضية النظرية الهامة التى يطرحها البحث الراهن والتى تذهب إلى أنه برغم عدم إمكان إنكار تأثير العوامل الاجتماعية على الإصابة بفيروس سى إلا انه ينبغى فهمها فى السياق الأوسع وتناقضات الممجتمع .

إن ضعف الهيكل الاقتصادي وتبديد الموارد إنما هو محصلة لاندراج مصر فيما يسمى " اقتصاد السوق " – وهو التعبير المفضل لخبراء الأمم المتحدة الاقتصاديين– إنه الاقتصاد الذى يعتمد على التبادل الحر، ويضم البلدان الرأسمالية المتقدمة والمتخلفة على السواء مع فارق واحد أن البلدان المتخلفة تقوم بدور التابع للبلدان المتقدمة فى إطار عملية تاريخية اعتمدت على تقسيم العمل بين هذة وتلك ." عملية فرضت فرضا على بلدان العالم الثالث منذ بداية ظهور الاستعمار الحديث الذى واكب الثورة الصناعية فى البلاد الأوربية ، وتنافس تلك الدول فى سبيل تقسيم السوق العالمى مما أدى إلى إن تظل بلدان العالم الثالث مجرد مورد للمواد الأولية اللازمة للصناعة فى البلدان الاستعمارية وسوقا لتصريف منتجاتها، ومثل هذا التفسيم للعمل تصر عليه البلاد المتقدمة رافعة لواء التبادل الحر بأظافرها وأنيابها .

أننا إزاء مشكلة بالغة التعقيد ،إذ مهما طورت دولة من الدول التى تقع فى ربقة التبعية والتخلف من جهازهاالصحي،وارتقت به إلى درجة عالية من الكفاءة ، لن يغير هذا من جوهر الأمر شيئا وإن كان يقيها بلاشك من النتائج المدمرة للاوبئة التى تعتبر من الآثار الحتمية لبيئة الفقر مع قيامه بالوظائف التقليدية للمؤسسات الصحية أينما كانت وأينما وجدت ، فمصر تعانى من قصور فى الآداء الصحى وكثيراً مايرجع إلى سوء الأداء الاقتصادى ، وكثيراً جداً مايحدث أن تكون وراء شبكات الرعاية الصحية الأولية بيروقراطية معدومة الكفاءة وفشل فى السياسات الاقتصادية للبلاد .

السياسة الصحية والمجتمع:

فتعد أنماط الرعاية الصحية نتيجة لفعل مشترك بين الوحدات الحكومية والتنظيمات الأهلية التطوعية، والتخصصات والتخصصين فى الرعاية الصحية، وأصحاب المشروعات . والمعروف أن السياسات الطبية بالغة التعقيد، وتتضمن قرارات تشريعية

وأدارية تتخذ على المستوى المحلى والقومى بداخل المستشفيات والجمعيات الطبية ، وعلى مستوى طريقة آداء الخدمة الصحية [٣٩]

الصحة وتناقضات البرجوازية:

الحقيقة أن ضرورات التراكم الرأسمالي هي مصدر قلق الرأسماليين والدولة التي تمثلهم. فكما بالنسبة لأي شيء آخر، تنظر الرأسمالية لصحة مواطنيها (عمالها المأجورين الذين تنهبهم) من وجهة نظر مصالحها في الربح ومراكمة الثروة ورأس المال. تحتاج الرأسمالية إلى أن تنفق دولتها جزءاً من ميزانيتها على برامج خدمات صحية هدفها ضمان تفريخ قوة عمل سليمة بدنيًا وقادرة على العمل وعلى الإنتاج. وتعتبر الرأسمالية أن هذا الإنفاق الاجتماعي الذي تقوم به الدولة هو لمصلحة الطبقة الرأسمالية ككل حيث إنه يوفر لها قوة العمل المناسبة المطلوبة لتشغيل الآلات وإنتاج السلع والخدمات. وفي مراحل الانتعاش الاقتصادي يكون من السهل نسبيًا على الرأسمالية توفير الميزانيات المطلوبة لتطبيق برامج صحية مرضية لمصالحها. أما في مراحل الكساد والأزمة – حينما تنخفض الأرباح وتقل موارد الدولة – فإن تحقيق هذا الهدف يصبح أصعب وأشق. في هذه المراحل تشتد تناقضات الرأسمالية. فهي من ناحية أولى تعبئ كل طاقاتها من أجل إنقاص ميزانيات الخدمات الاجتماعية (والخدمات الصحية من ضمنها) وذلك بهدف تخفيف الأعباء الرأسمالية. ولكنها من ناحية ثانية تظل مدركة لاحتياجها للأنفاق، بدرجة ما، على الخدمات الاجتماعية (الصحية في حالتنا هذه) وإلا أدى تخلف نوعية قوة العمل بها إلى تخلفها في المنافسة العالمية مع الرأسماليات الأخرى.

هذه هي الخلفية التي يمكن على أساسها أن نفهم قلق البرجوازية المصرية من تخلف الخدمات والحالة الصحية. فقد كانت الدولة – ممثلة مصالح الرأسمالية الكبيرة – غارقة حتى أذنيها في تناقض مستعصي. فمن ناحية أولى، يقوم البرنامج الاقتصادي للدولة في المرحلة الراهنة على تقليص الإنفاق والتقشف وضبط الميزانية من أجل تخفيف الأعباء على الرأسمالية المنهكة والمتأخرة عالميًا. ويتضمن هذا البرنامج اتجاه واضح لتقليص الإنفاق على برامج الخدمات الاجتماعية ومنها الصحة. ولكن من ناحية ثانية، فإن برجوازيتنا

بدأت مؤخرًا تطمح بشكل جدي في أن تصبح قصة نجاح جديدة توضع في سجل الرأسمالية العالمية. وهذا ما يجعلها تسعى إلى طريق تطوير قطاعات مثل الصحة والتعليم. بين هذين النقيضين تريد دولتنا أن تحقق المستحيل: تحسين نوعية الخدمات.. ولكن بدون رفع جدي لمعدلات الإنفاق!

ولعل أكثر بنود الإنفاق الاجتماعي تأكيدًا على أزمة رأسماليتنا المتخلفة، هو بند الإنفاق على الصحة. فقد انخفض الإنفاق على الصحة إلى إجمالي الإنفاق في الميزانية من ٢,٨% في ميزانية العام الماضي على ٢,٧% في العام الحالي. بل أنه بالأرقام المطلقة، وليس النسبة، هناك انخفاض في مخصصات الصحة كانت من ٢,٢ مليار جنيه في العام الماضي إلى ٢,٣ مليار جنيه في العام الحالي. هذه الزيادة الاسمية تخفي انخفاضًا حقيقيًا في قيمة المنفق على الصحة بنسبة ١,٥% على أحسن التقديرات. ذلك أن عشر المليار الذي زاد العام الحالي هو أقل من معدل التضخم في الأسعار الذي حدث في نفس العام.[٤٠]

وهكذا تدور برجوازيتنا في حلقتها المفرغة التي يخلقها الكساد – المحلي والعالمي – واشتعال المنافسة العالمية: الكساد يدفعها للتقشف وإمساك اليد، وضرورات المنافسة تدفعها على إعطاء اعتبار أكبر لتحسين نوعية الخدمات الاجتماعية وإلا ترددت الاستثمارات العالمية ألف مرة قبل التوطن في مصر. وبينما ينهشها القلق من حال تناقضها المستعصي، وبينما تبحث عن مخرج من الحلقة المفرغة، تجد برجوازيتنا أن وضعها الحقيقي في مجال الصحة لا يتقدم – بالمقارنة مع المنافسين الإقليميين والدوليين – إلا للخلف... على طريق تكثيف استغلال العاملة وكل الفقراء عن طريق تخفيض الإنفاق على الخدمات الصحية.

فالحكومه تريد أن تتخلى عن مسؤولياتها تجاه حق المواطن في الرعاية الصحية والتى تتبين من اتجاها السريع نحو الخصخصه الفعليه للمستشفيات الحكومية بالإضافة إلى إصرارها على الإنفاق العام المتدني على الرعاية الصحية التى تتقلص شيئا فشيئا حيث كانت تمثل فى عام ١٩٩١ حوالى ٥% من الموازنة العامة للدولة وتقلصت إلى ٣,٨عام

٢٠٠٨ووصلت هذا العام إلى ٣,٥ % فقط ومايثير الدهشة هوانخفاض الميزانية المخصصة للرعاية الصحية فى مصر كل عام على الرغم من زيادة معدل الأمراض المزمنة فى مصر ، وكأن الحكومة أصبحت لا تهتم بالصحة فى مصر. [٤١]

أن ما يعتري قطاع الصحة بشقيه العام والخاص هو سوء إدارة للموارد، وتبديد الإمكانيات،

فالحكومة تقدم مشروعات تنتهك حقوق المواطنين والمضى فى النظام فى تآكل العلاج المجانى على الرغم من أنه يوميا يزداد باحتياج المواطن المصرى للخدمه الصحيه الحكوميه حيث وفقا لمركز التعبئه والإحصاء بلغ عدد المترددين على المستشفيات الحكوميه فقط ٣٨ مليون مواطن من عام ٩٦-٢٠٠١ ووصلوا فى عام ٢٠١٠ إلى ٥٤مليون مريض وهذا يعنى أن بمعدل ١٧مليون مواطن يوميا فى اشد احتياج للخدمة الصحية الحكومية بما يعدل ثلث سكان مصر.

فالسعي لتحويل المؤسسة العلاجية إلى هيئة اقتصادية هو أمر ينكر حق المواطن في الحصول على الحق في الصحة .

إن الزيادة التى رصدتها إحصاءات وزارة الصحة مؤحراً فى أعداد المرضى المصابين بفيروس سى، تعد مؤشراً على أننا وصلنا لما هو أكثر من الوباء. لأنه لاتوجد دولة فى العالم بها عذا الكم من المصابين. ويرجع هذا إلى الخلل فى منظومة الخدمة الصحية الحكومية وخلل فى المجهود المبذول ومصادر التمويل التى توجه بشكل غير صحيح وفى مكان خطأ. وخلال السنوات الطويلة الماضية مازال هناك خلل فى هذه المنظومة وهو مايمثل كارثة حقيقية .

لأن أشهر طرق انتشار العدوى تتم داخل المنشآت الطبية العامة والخاصة على حد سواء باستحدام الأدوات الملوثة الناقلة للعدوى والتى لايتم تعقيمها بالقدر المطلوب، إن التغيير فى مصر ليس مرتبطاً بأسس وقواعد فلقد ارتفعت الميزانيه المخصصه للعلاج على نفقه الدولة من ٣ مليون جنيه إلى ١,٢مليار جنيه نظام العلاج على نفقه الدوله فى مصر- [٤٢] الذى أثبتت التجربة أنه نظام فاشل – يذهب إلى أصحاب النفوذ والمحسوبية

وأقاربهم ومعارفهم – بضرورة الغاءة وتخصيص ميزانيته للمستشفيات الحكوميه خصوصاً بعد فضائح نواب العلاج .

يجب ضرورة عدم تغيير الاستراتيجبة بتغيير الأشخاص. لا المسؤلين، خاصة فى الوضع غير المستقر لأحوال الدولة حتى لاتتبد د الجهود، فخطة مكافحة الفيروس لاعلاقة لها بأشخاص ولاوزارات ولانظام حكم ولامجال للاختلاف عليها حزبياً.

التوصيات:

ماسبق يقودنا إلى أن الأصابة بالمرض فى مصر لها بعدان ، البعد الأول يتمثل فى خصائص الأفراد الاجتماعية والاقتصادية والتى تحدد وعيهم وسلوكهم الصحى وظروف معيشتهم والتى لها تاثير كبير على معدلات الأصابة بالمرض كما أوضحت نتائج الدراسة الميدانية . والبعد الثانى الخاص بتدنى مستويات الصحة وقصور الخدمات الطبية والذى تسبب فى نقل العدوى للكثير من المصابين كما أثبتت الدراسة الميدانية، وعلى هذا:

١-لابد من حدوث تغيير وتحريك فى عدد من الأبعادالبنائية الأساسية فى المجتمع المصرى، فالمؤشرات الطبقية كما اثبتت الدراسة الميدانية ذات تاثير فى خفض معدل الأصابة بالمرض .

٢- عدم النظرة إلى المرض فى نطاق البعد الصحى البيولوجى له فقط ولكن آن الآوان لتجاوز ذلك إلى أعتبار المسألة فى جوهرها سلوكاٌ ووعياُ صحياٌ مرتبطاَ بالخصائص الأ جتماعية للأفراد، وأن العوامل المؤثرة فيها، عوامل بنائية اجتماعية واقتصادية .

٣- العمل على تغيير السلوك الصحى للأفراد من خلال التوعية بهذا المرض عبر الشاشة الصغيرة والكبيرة والجرايد ، فهذا سيساهم فى خفض معدلات الأصابة وبذلك نكون قد حققنا الجانب الوقائى .

٤- يجب التركيز على الجانب الوقائى لمنع وتجنب الأصابة بالمرض فهو أجدى من الناحية الاقتصادية ويوفر المليارات التى تصرف على العلاج، وهذا لن يكون مواتياً إلا فى شرائح أجتماعية لها خصائص معينة تعليمياً وأقتصادياً .

٥- يجب تغيير التعليم الطبى النمطى الذى يركز على المريض كفرد فى انعزال عن المجتمع ، والنظر إلى المشاكل الصحية التى تحدث حوله وأفتقاد الرعاية الصحية السليمة فى المستشفيات بعد أن أثبتت الدراسات أن ٧٠% من حالات العدوى بفيروس سى تتم داخل المستشفيات الحكومية وغير الحكومية.

٦- لقد آن الأوان لأن تنظر وزارة الصحة إلى المشاكل الصحية والأمراض الخطيرة فى المجتمع وأن تعمل بعيداً عن السياسة "، لأن وزارة الصحة كانت قد تحولت إلى وزارة سياسية منذ ٢٠ عام، وكانت تعمل لحساب الحزب الوطنى المنحل بهدف حصد الأصوات الأنتخابية. فالوزارة كان قد تم تسييسها فى الفترة الأخيرة، فطوال العقدين الماضيين كانت وزارة الصحة وزارة سياسية . ويشغلها الجانب السياسى والتخديم على مصالح حزب واحد فقط، بهدف كسب أصوات أنتخابية، أو التسويق لفكرة من أفكار الحزب الواحد على حساب الأهتمام بصحة المواطنين .

٧- يجب معالجة الخلل فى النظم الصحية وأن تعمل وزارة الصحة بعيدا عن سيطرة العلاقات الرأسمالية ومصالحها ، فبعض الرأسماليين الجدد فى العقدين الماضيين في وزارة الصحة قد تسببوا في انهيار منظومة العلاج على نفقة الدولة، بل وتسببوا أيضاً في تحويل وزارة الصحة إلى "غرفة تجارية كبيرة" هادفة للربح تضم فقط عدد من المستشفيات الاستثمارية المعروفة ، الأمر الذي أفسد منظومة الصحة في مصر، حيث تحول القطاع الصحي من قطاع "يخدم" المصريين إلى قطاع "يتاجر" في المصريين، أن التدهور في قطاع الصحة قد تسبب في زيادة معاناة المواطنين وانتشار الأمراض الخطيرة .

٨- يجب أن تستعين وزارة الصحة بمدراء للمستشفيات من الأداريين أصحاب الكفاءات العالية فى الأدارة بجانب المدير الفنى - الطبيب لكى يساهموا فى القضاء على الفوضى الموجودة بالمستشفيات وتعطل الأجهزة وغياب الأطباء وتقصير الممرضات وتوقيع الجزاءات على المقصرين – فأثناء الحوار الحر مع بعض المرضى وذويهم قالوا أن بعض أجهزة التحاليل والأشعة بالمستشفيات والمراكز التى تعاملوا معها تكون معطلة بالأسابيع ويطلب منهم إجراء الأشعات والتحاليل بالخارج وفى معامل ومراكز أشعة بعينها يمتلكها بعض الأطباء .

٨- وضع خطة من جانب وزارة الصحة للقضاء على الفيروس ، واعتمادها دولياً لتحقيق الدعم الدولى لمصر فى التصدى للوباء، خاصة مع إطلاق دول العالم تحذيرات من تفشى المرض .

٩- مناشدة العالم أن يساعدونا على عبور هذه المحنة كما ناشدت دول أفريقية أخرى دول العالم المتقدم بدعم دواء الايدز وتوفيره بأسغار زهيدة ، فيجب الأستعانة بطاقات وأبحاث وأمكانيات الدول المتفدمة والصحة العالمية وسوف يحترمنا العالم عندما نحترم أنفسنا ونتحرى الصدق والشفافية ووضوح الرؤية العلمية .

١٠- تشكيل مجلس قومى لمكافحة الفيروس و للتصدى للمشكلة، والتى أصبحت وباءاً فى مصر .

١١- إن علاج فيروس "سي" لم يأخذ حقه من دعم المجتمع المدني ولا يزال التمويل يشكل تحديا أساسيا، فلا يمكن أن نعتمد علي ميزانية وزارة الصحة في علاج ما يقرب من ١٢ مليون مصاب ، فيجب بضرورة تضافر الجهود الحكومية والمدنية وعلى رأسهم رجال الأعمال وشركات الأدوية تحت مظلة مبادرة قومية موحدة تهدف إلي زيادة الموارد المتاحة للعلاج والوقاية من أجل القضاء علي المرض في مصر.

١٢- النهوض بتنفيذ حملات مكافحة العدوى بالمستشفيات، ونشر ثقافة الكشف الدورى بين المواطنين للاطمئنان على الصحة.

المراجع

١- إصدارات وبيانات وإحصاءات الإدارة المركزية للأمراض المتوطنة – وزارة الصحة والسكان – جمهورية مصر العربية، ص٨، ٢٠٠٩

٢- إحصائيات الاتحاد الأوروبي للأمراض المستوطنة، ٢٠٠٦

٣- تقريرمنظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٦

4-http://www.arabslab.com/vb/showthread.php?t=7022&page=1

٥- مضابط جلسات مجلس الشعب المصري، الفصل التشريعي التاسع ، ص٣٧ ، ٢٠٠٦ م

٦- على المكاوى ، علم الاجتماع الطبى ، دار المعرفة الجامعية ، ص ٣٤٦ ، ١٩٩٠ م،

٧- نبيل صبحى حنا ، مرض السرطان من منظور اجتماعى ، مكتبة الأنجلو المصرية ، ص١١ ، ١٩٩٠ م .

٨- نفس المرجع السابق ص ١٣

٩- محمد على محمد وآخرون ، دراسات فى علم الاجتماع الطبى ، دار المعرفة الجامعية ، ص ٣٩ ، ١٩٩١ م .

١٠- د محمد الجوهرى وآخرون ، الصحة والمرض وجهة نظر علم الاجتماع والأنثربولوجيا ، دار المعرفة الجامعية ، ص ١٠ ، ١٩٩١ م

١١- دانلى كلير لامبير : هل تتلازم الصحة والثروة ؟ رسالة اليونسكو . العدد٣١٥ ، ص ٣٧ ، أغسطس ١٩٨٧.

١٢- ليماسى فورج ، جون فورج : نظرات ناقدة ، مجلة العلم والمجتمع ، اليونسكو العدد ٦٣ ، ص٤٠ ، ١٩٨٦.

١٣- ندوة بعنوان " قراءة فى موازنة المواطن المصرى (الصحة والعلاج) " أقيمت بنقابة الصيادلة ، ١٣ – ١ ٢٠١١ م، من :

http://www.onislam.net/arabic/nama/news/127864-privatization-of-hospitals.html

14 http://www.dostor.org/politics/egypt/11/january/14/34976

١٥- ندوة بعنوان " مرض الكبد الوبائى فى مصر بين الالم والأمل " ، أقيمت بنقابة الأطباء بدار الحكمة ، الثلاثاء، ٢٤ – ٦ – ٢٠٠٨ م .

16–http://www.christian dogma.com/vb/showthread.php?t=56586

17- http://www.capsoulat.com/2011/08/92.html

١٨- داسة علمية أجرتها الوكالة العلمية الدولية عام ٢٠١٠ في عدد من دول منطقة الشرق الوسط وشمال أفريقيا . ص ٣ .

19- **http://almanzala3.blogspot.com**

20 -http://ithat.blogspot.com/2010_02_01_archive.html

٢١- المؤتمر الدولي الرابع عشر للجمعية المصرية لأمراض الكبد والجهاز الهضمي والأمراض المعدية ، سبتمبر ٢٠٠٩ م

22- **http://forum.alnel.com/thread-21689.html**

٢٣- مؤتمر الجهاز الهضمى بشيكاغو فى الفترة من ٧–١١ مايو ، ٢٠١١ م ، من :
http://www.masress.com/youm7/412720

24 - http://www.mawhopon.net/ver_ar/news.php?news_id=420

٢٥ – أحصاءات الأتحاد الأوربى للأمراض المستوطنة ، ٢٠٠٨ م ، من :

http://www.4ph.net/vb/showthread.php?t=20912

٢٦- يحى الشاذلى ، دراسة بالمؤتمر الدولى الثانى عشر للجمعية المصرية لأمراض الكبد والجهاز الهضمى من : **http://mehanyon.net/topics/1815**

٢٧- المؤتمر الدولى الثانى عشر للجمعية المصرية لأمراض الكبد والجهاز الهضمى، الأسكندرية، ١٦- ٩ - ٢٠١٠ م

28- http://www.youm7.com/News.asp?NewsID=396341&SecID=245&IssueID=115

٢٩- المؤتمر العاشرللجمعية المصرية لدراسة الجديد فى أمراض الكبد فى الفترة من ٢٠- ٢٢ أبريل بالا سكندرية من :

http://www.akhbarak.net/news/110098/articles5/43613

30 -http://mwadah.com/t91996/

31- http://egy3rb.com/showthread.php?t=12838

٣٢- المؤتمر العاشر للجمعية المصرية لدراسة الجديد فى أمراض الكبد ، ٢٠- ٢٢ أبريل، الإسكندرية ٢٠١١م

31 - http://www.afkaaar.com/html/article605.html

32 - http://www.virucare.com/book/book_Hepatitis.htm

33- http://www.e-moh.com/vb/t118787/

٣٤- نادية محمد السيد عمر ، علم الاجتماع الطبى – المفهوم والمجالات ، دار المعرفة الجامعية ، ص ٢٣٠ ، ٢٠٠٤ م .

35- http://emaneloloob.ahlamountada.com/t1561-topic 35

36- http://emaneloloob.ahlamountada.com/t1561-topic

37- http://forum.waraqat.net/showthread.php?t=6088

38- http://www.youm7.com/NewsPrint.asp?NewsID=604716

39- http://www.w-tb.com/wtb/vb4/archive/index.php/t-1008.html

٤٠ – على المكاوى : الجوانب الاجتماعية والثقافية للخدمة الصحية ، دار المعرفة الجامعية ، ص٥٨ ، ١٩٨٨

41- http://forums.fatakat.com/thread1131688

42- http://www.4ph.net/vb/archive/index.php/t-15380.html