

# المحددات الصحية والمرضية المميزة للمكانة الاجتماعية والاقتصادية (دراسة ميدانية لعينة بمحافظة بني سويف)

د/ محمد شعبان طه<sup>٥</sup>

## المستخلص

هدفت الدراسة الحالية إلى رصد المحددات الصحية والمرضية المميزة للمكانة الاجتماعية الاقتصادية بمستوياتها الثلاث (الدنيا، والوسطى، والعليا) والمتمثلة في الإجراءات الوقائية من الامراض، وعوامل خطر الإصابة بها، وسلوك المرض والاستجابة له. ولتحقيق الأهداف اعتمد الدارس على منهج المسح الاجتماعي. بجانب استخدامه للمنهج المقارن. مستخدما استبانة بها معايير لقياس المكانة الاجتماعية الاقتصادية، ومقياس للحالة الصحية تم تطبيقه على (٣٦٥) من أرياب الأسر الذكور والإناث بريف وحضر محافظة بني سويف، حيث كان من معايير اختيار العينة التنوع في المهن والمستوى التعليمي ومستوى دخل الأسرة، وهى المعايير التى اعتمد عليها الباحث في تحديد المكانة الاجتماعية الاقتصادية.

وقد اثبتت نتائج الدراسة وجود تفاوتات في الحالة الصحية والمرضية تعزى لمتغير المكانة الاجتماعية الاقتصادية. ووجود فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين الثلاثة مستويات للمكانة الاقتصادية الاجتماعية فيما يتعلق بالحالة الصحية والمرضية. كما أشارت النتائج إلى وجود فروق معنوية غير جوهريّة بين مستويات المكانة الثلاث في عوامل خطر الإصابة بالأمراض، ووجود فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين المستويات الثلاث للمكانة الاقتصادية الاجتماعية في سلوك المريض والاستجابة له. كما لم تتضح وجود فروق جوهريّة ذات دلالة إحصائية بين مستويات المكانة الاجتماعية الاقتصادية المختلفة الثلاث (دنيا - وسطى - عليا) فيما يتعلق بالإجراءات الوقائية من الامراض.

**الكلمات المفتاحية:** المكانة الاجتماعية الاقتصادية، الصحة، والمرضى

---

(\* ) مدرس علم الاجتماع ، كلية الآداب جامعة بني سويف.

# Health and disease Determinants Specific to Socio-economic Status

## A Field Study

### The Impact of Socioeconomic Status on Health and Disease Disparities in Beni Suef Governorate, Egypt

#### Abstract:

The current study aims to investigate the health and disease determinants (risk factors, disease behavior and response, preventive measures against diseases). specific to socioeconomic status (SES) at its three levels (low, middle, and high) on health and disease disparities in Beni Suef Governorate, Egypt. To achieve the objectives, the researcher adopted the social survey methodology and the comparative method. A questionnaire was used with criteria for measuring SES and a health status scale for (365) male and female household heads in rural and urban areas of Beni Suef Governorate. The selection criteria for the sample were diversity in occupation, educational level, and family income level, as these are the criteria that the researcher relied on to determine SES.

The results of the study showed that there are disparities in health and disease status that can be attributed to the SES variable. There were statistically significant differences between the three SES levels in terms of health and disease status. The results also indicate that there were non-significant differences between the three status levels in risk factors for disease, and significant differences between the three SES levels in disease behavior and response. There were no significant differences between the three different SES levels (low, middle, and high) in terms of preventive measures against diseases.

**Keywords:** Socioeconomic status, Health disparities, Disease disparities,

## مقدمة

خلال العقود الماضية نجحت العديد من الدراسات في تحديد عوامل خطر الإصابة بالأمراض، ومع ذلك ركزت معظم هذه الأبحاث على الأسباب القريبة النسبية المسببة للأمراض مثل نمط الغذاء الدائيت، مستوى الكوليسترول، وممارسة الرياضة وما إلى ذلك. ولذلك فأنا نشك في هذه العوامل التي تركز على عوامل الخطر بشكل فردي، في الإصلاح الصحي في هذا الوقت، ويرجع ذلك إلى ان: (١) عوامل الخطر الفردية يجب أن تكون سياقيه أي في سياقها، من خلال كشف ما يضع الأفراد في المخاطر، وإذا أردنا التدخل بحرفية وفاعليه في تحسين الصحة العامة. (٢) التأكيد على أن العوامل الاجتماعية مثل المكانة الاجتماعية الاقتصادية والدعم الاجتماعي يمثلان المسببات الأساسية للأمراض، وذلك لأنها تجسد الوصول إلى الموارد الهامة وتؤثر على مخرجات المرض من خلال آليات متعددة، وبالتالي الحفاظ على الارتباط مع المرض في ظل الآليات المتداخلة.

ونقرر بشكل بديل على الاهتمام بشكل أكبر على العوامل والظروف الاجتماعية الأساسية وذلك لتأثيرها الهام، وبدون الاهتمام الدقيق لهذه الاحتمالات، فأنا ندير خطر التدخلات الاستراتيجية الفردية، غير الفعالة وتفقد فرص تبني تداحلات اجتماعية واسعة وعريضة يمكن أن تنتج فوائد صحية كبيرة للمواطنين.

وبالتالي فإن الاهتمام بالظروف الاجتماعية قطع خطوات كبيرة نحو توثيق وفهم الارتباط بين العوامل الاجتماعية والمرض (Link & Phelan, 1995, p. 80). ومن ثم، تستخدم المكانة الاجتماعية الاقتصادية كمتغير تفسيري في بحوث الصحة كمؤشر هام للعوامل والظروف الاجتماعية، على الرغم من ان هذا الاستخدام ينضوي عادة على قياس مدى ارتباط المكانة الاجتماعية الاقتصادية بالصحة، أو استخدام المكانة كمتحكم في التطلع إلى ارتباطات آخري خاصة بالصحة. على الرغم من الزيادة في هذا الاستخدام منذ عام ١٩٦٠، يظل كيفية قياس المكانة الاجتماعية الاقتصادية نادرا ومليء بالعديد من الإشكاليات النظرية والمنهجية خلال هذه الفترة. (Oakes & Rossi, 2003, p. 770)، حيث ظلت المهنة في العديد من الدراسات مقياس للمكانة الاقتصادية الاجتماعية خاصة في اوربا مثل (Avendaño, et al., 2004) (Mackebach, et al., 2000)، وهناك من ركز على التعليم كمؤشر هام للمكانة الاقتصادية الاجتماعية في تأثيرها على الصحة مثل (Bicego and (Das) Gupta,1990)

(Armar-Klemesu et al., 2000)، (Ricci and Becker, 1996)، (Boerma, 1991) وهناك دراسات ركزت على دخل الاسرة وممتلكاتها وخصائص المسكن بما في ذلك خدمات الصرف الصحي والمياه كمؤشرات للمكانة الاقتصادية الاجتماعية ومن هذه الدراسات (Bateman and Smith, 1991)، (Kuate-Defo, 2001)، (Szwarcwald et al., 2002).

وفي إطار تقييم الارتباط بين المكانة الاجتماعية الاقتصادية والصحة هناك حاجة لبناء مؤشر للمكانة الاقتصادية الاجتماعية بدلا من استخدام المؤشرات الاقتصادية الاجتماعية الفردية، وهناك أيضا حاجة لقياس المساهمة المحدد على مستوى الأسرة ومستوى المجتمع المحلي، واهميه فصل التأثيرات الاجتماعية عن التأثيرات الاقتصادية البحتة لمتغيرات المكانة الاجتماعية الاقتصادية للأسرة.

وعلى الرغم من ان المكانة الاجتماعية الاقتصادية ليست عامل سببي في حد ذاتها، ولكن فهم روابطها بالصحة يمكن أن يوفر ادله على الآليات الفعلية التي تتضوي عليها. على الرغم من ذلك هناك توافق في الآراء على تعريف المكانة الاجتماعية الاقتصادية، واعتبارها أداة قياس مقبولة لتفاوتات الصحة والمرض (Fotso & Defo, 2005, p. 190). ويعكس الانتشار الواسع لأستخدام مصطلح المكانة الاجتماعية في البحوث الصحية وان كان غالبا اعتراف ضمني بأهمية العوامل الاجتماعية الاقتصادية للنتائج الصحية المتنوعة. (Braveman, et al., 2006, :2879).

تم توثيق العلاقة بين المكانة الاجتماعية الاقتصادية للأفراد وصحتهم في العديد من أدبيات علم الوبائيات والاقتصاد والاجتماع، ومن منظورات متعددة (Morris and Castairs, 1991)، (Lynch and Kaplan, 2000) (Kawachi et al., 2002) وهناك العديد من الأدلة على ان الأفراد الأفضل حالا اقتصاديا واجتماعيا؛ افضل في كل مؤشرات الحالة الصحية التي تشمل الوفيات، والمرض، وسوء التغذية، واستخدام الرعاية الصحية. هذه النتيجة العكسية التي تم اكتشافها بين مخرجات الصحة السابق ذكرها ومؤشرات المكانة الاجتماعية الاقتصادية معتمدة على بيانات علي المستويات الفردية والأسرية والمجتمعية، بما في ذلك المؤشرات التقليدية (التعليم، والمهنة، والدخل) والمعلومات المتعلقة بممتلكات الأسرة المعيشية، ومستوى تقدم المجتمع المحلي (Fotso & Defo, 2005, p. 190).

وهناك العديد من العوامل المهمة التي تحولت فيها عوامل الخطر المحددة ونتائج الأمراض بفعل التدرجات الاجتماعية الاقتصادية كما تنبأت نظرية الأسباب الأساسية، أي بعد ظهور المعرفة حول عوامل الخطر وعوامل الوقاية تم استخدام هذه المعرفة الجديدة بطرق غير مناسبة من قبل ذو المكانة الاجتماعية الاقتصادية المرتفعة، مما أدى إلى التحولات في تدرجات الصحة والوفيات التي تفيد ذو المكانة الاجتماعية الاقتصادية المرتفعة. وعندما ظهرت المعرفة حول الضرر الصحي للنظام الغذائي غير الصحي، قامت المجموعات ذات الوضع الاجتماعي الاقتصادي الأعلى بتغيير وجباتهم الغذائية أكثر من المجموعات ذات الحالة الاجتماعية الاقتصادية المنخفضة.

وبالمثل حين ظهرت المعرفة حول خطورة التدخين، وادرك الافراد في المكانة الاجتماعية لأهمية التوقف عن التدخين أو عدم البدء فيه، مما يؤدي إلى وجود ارتباط عكسي بين المكانة الاجتماعية الاقتصادية والتدخين. واتفقا مع هذه التغيرات تحول الارتباط بين المكانة الاجتماعية الاقتصادية وأمراض القلب التاجي تحولا دراماتيكياً من ارتباط إيجابي إلى ارتباط عكسي. وأيضاً لم يكن هناك ارتباط أو علاقة بين المكانة الاجتماعية وسرطان الرئة حتى أواخر الثلاثينات، ولكن ظهرت العلاقة العكسية الكبيرة في بداية ١٩٥٠ و ١٩٦٠. (Phelan, Link, & Diez-Roux, kawachi, & Levin, 2004, p. 269).

وفي إطار الجدل وعدم الاتفاق بين العديد من الدراسات حول تأثير المكانة الاجتماعية الاقتصادية على تفاوتات الصحة والمرض تظهر مشكلة الدراسة الحالية.

### مشكلة الدراسة:

أجريت العديد من الدراسات حول العلاقة بين المكانة الاجتماعية الاقتصادية والتباين الصحي، ومدى تأثير التفاوت الطبقي على الصحة والمرض، منها دراسات (Antonovsky, 1967) (Grusky, 2001) (Erikson & Torssander, 2008) وغيرها من الدراسات التي أكدت أن نمط الأمراض السائدة، ومسببات الوفيات تختلف في علاقتها بالمكانة الاجتماعية الاقتصادية، كما كان لهذه الدراسات دور كبير في إقناع العلماء وصانعي القرار بأهمية واستمرار هذه الظاهرة (Mackebach, et al., 2008) ، (Wu, Lin, Chiang, & Tang, 2018) ، ولا تتسق نتائج هذه الدراسات مع بعضها بل هناك تناقض في نتائجها. ولكنهم وصلوا إلى شبه اتفاق على ان الفقراء هم الأكثر فقرا في الصحة.

وبالرغم من ذلك، كانت وما تزال هذه النقطة البحثية ناقصة وتحتاج للمزيد من المجهود، وذلك للعديد من الأسباب لعل من بينها ان المكانة الاجتماعية الاقتصادية مؤشر أو بناء معقد، وان دراسة العلاقة بين المكانة الاقتصادية والاجتماعية والتباين الصحي لها تاريخ طويل. وقد تغيرت طبيعة هذه العلاقة بمرور الزمان والمكان. ومن ثم فهذه المحددات الاجتماعية والاقتصادية المهمة تستحق الرصد والمتابعة المستمرة والدراسة. كما أن موارد وميكانيزمات المكانة في اغلب أنماط هذه الأبحاث مقاييس تقليدية لا تتلاءم وتغير المجتمعات، مما يستدعي تحديثاً لهذه المقاييس أو البحث عن مقاييس جديدة خاصة المتعلقة منها بالجانب الصحي، إضافة إلى ذلك افتقار مثل هذه الدراسات لوصف أكثر شمولاً لهذا التفاوت في المكانة.

كما لاحظ الباحث أن هناك العديد من نتائج هذه الأبحاث لم يتم توثيقها بشكل كامل فيما يتعلق بتأثير هذا التفاوت. ومعظمها قد تم إجرائه في الدول الغربية، في حين أن الأبحاث التي تستخدم بيانات السكان في مجتمعنا نادرة نسبياً (على حد علم الباحث). ونتيجة لهذا كله، يبقى الجهد المبذول في هذا الإطار غير مكتمل، وتظهر فجوة بحثية كبيرة.

إضافة إلى ذلك، ومن خلال معايشة الباحث للواقع وما تم ملاحظته حيث من يمتلك الموارد كان بإمكانه توفير العلاج، وتوفير مكان طبي ملائم يتلقى فيه الخدمة الصحية أثناء الإصابة من خدمات وأدوية وعناية مركزة بمستشفيات خاصة، فامتلاك الموارد عنصر هام في تحديد التفاوت الصحي. وهذا دفع الباحث لضرورة تسليط الضوء على هذه الظاهرة (التفاوت الصحي الذي يعزي للمكانة الاقتصادية الاجتماعية) من خلال الدراسة الحالية. إضافة لمحاولة تعويض النقص وسد الفجوة البحثية من خلال الوقوف على تباينات المكانة الاجتماعية الاقتصادية في الصحة والمرض في المجتمع المصري.

وبناء على ذلك تتحدد مشكلة الدراسة في الإجابة على التساؤلات الآتية:

- ما مستويات المكانة الاجتماعية الاقتصادية ومعايير قياسها؟
- ما مؤشرات الصحة والمرض الأكثر تعبيراً عن الحالة الصحية والمرضية بمجتمع الدراسة؟
- ما مدى التفاوت بين الريف والحضر في مؤشرات الصحة والمرض؟

- ما المحددات الصحة والمرض التي بها تباينات تعزى للمكانة الاقتصادية والاجتماعية

## أهداف الدراسة

ويمكن صياغة أهداف هذه الدراسة على النحو التالي:

يتمثل الهدف الرئيسي للدراسة في "رصد المحددات الصحية والمرضية التي تميز المكانة الاجتماعية الاقتصادية بمستوياتها الثلاثة (دنيا- وسطى- عليا)، من خلال اختبار فرضيات نظرية الأسباب الأساسية " ويتفرع عن هذا الهدف عدة أهداف فرعية:

١. الوقوف على المحددات المكانة الاجتماعية الاقتصادية بمجتمع الدراسة.
٢. مدى تفاوت الصحة والمرض وفقا للمستوى التعليمي، والمهنة، والحالة الاقتصادية
٣. رصد تأثير المكانة الاجتماعية الاقتصادية على الإجراءات الوقائية من الأمراض
٤. الوقوف على مدى تأثير المكانة الاقتصادية النسبية في عوامل خطر الإصابة بالأمراض.
٥. الوقوف على التفاوت في نمط الأمراض السائدة بين المكانات الاقتصادية الاجتماعية المختلفة.
٦. الكشف عن تأثير المكانة الاجتماعية الاقتصادية على سلوك المرض والاستجابة له.

## أهمية الدراسة:

- رسم منظور نظرية جديد
- تقديم دراسات رائدة من هذا المنظور الجديد
- رسم بعض الاستنتاجات، ومجالات الخطوط العريضة للبحث في المستقبل.
- كما تأتي الأهمية النظرية للدراسة الحالية وفقا لما أوصت به العديد من الدراسات والبحوث من أهمية دراسة الصحة والمرض وما يؤثر عليها من محددات اجتماعية واقتصادية بشكل عام والطبقة الاجتماعية بشكل خاص مثل دراسة (Antonovsky, 1967) (Sinha & Gibbs, 2014) (Link & Phelan, 1995)، إضافة إلى

الوقوف على مؤشرات المكانة الاقتصادية والاجتماعية. واختبار نظرية الأسباب الأساسية ميدانيا والتي لم تختبر ميدانيا في مجتمعنا المصري على حد علم الباحث.

- وقد يستفاد من نتائج هذه الدراسة في الجانب الميداني العملي وتوصياته لصانعي ومتخذي القرار في المجال الطبي عامة والأطباء في التشخيص والعلاج والتثقيف الطبي للوقوف على المحددات الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة على الصحة والمرض.

## فروض الدراسة

للدراسة فرض رئيسي يتمثل في " لا توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين مستويات المكانة الاجتماعية الاقتصادية والحالة الصحية والمرضية" ويتفرع من هذا الفرض الرئيسي عدة فروض فرعية كما يلي:

١. لا توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين الذكور والاناث في الحالة الصحية والمرضية

٢. لا توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين فئات السن المختلفة في الحالة الصحية والمرضية

٣. لا توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين مستويات المكانة الاجتماعية الاقتصادية (دنيا - وسطي - عليا) فيما يتعلق بالإجراءات الوقائية من الأمراض

٤. لا توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين مستويات المكانة الاجتماعية الاقتصادية (دنيا - وسطي - عليا) فيما يتعلق بعوامل خطر الإصابة بالأمراض.

٥. لا توجد أية اختلافات ذات دلالة إحصائية بين مستويات المكانة الاجتماعية الاقتصادية (دنيا - وسطي - عليا) في سلوك المرض والاستجابة له

## مفاهيم الدراسة:

هناك ثلاث مفاهيم أساسية:



## ١. المكانة الاجتماعية الاقتصادية

## ٢. الصحة

## ٣. المرض

## ١. المكانة الاجتماعية الاقتصادية Socioeconomic status

حظي مفهوم المكانة الاجتماعية الاقتصادية بقدر واسع من الاهتمام من قبل الباحثين، حيث يسود المجتمعات الحديثة نوع من التدرج الهرمي للمكانة توزع على أساسه امتيازات الثروة والقوة والتقدير والاعتبار، بحيث تزداد كل هذه الامتيازات كلما ارتفعنا في سلم التدرج الهرمي، على عكس ما كان سائدا في النظام الطبقي المبكر حيث كان الانتقال من مكانة إلى أخرى يخضع لسيطرة الشخص (الطبيب، ٢٠١٤: ١٢).

تعرف المكانة بأنها الوضع الذي يشغله الفرد أو الأسرة أو الجماعة في النسق الاجتماعي بالنسبة للآخرين ويحدد هذا الوضع الحقوق والواجبات وأنواع السلوك الأخرى. ويمكن تحديد المكانة عن طريق التعليم، والدخل، والتقييم الاجتماعي للمهنة وبعض الأنشطة الأخرى في المجتمع (غيث، ٢٠٠٦: ٤٤٠).

يرى بارسونز أن المكانة هي موقع الفاعل داخل نسق من العلاقات الاجتماعية Social relationship، ويحدد نسق المكانة في ستة أبعاد أساسيه، هي ( العضوية في جماعة قرابية، القدرات الشخصية، الإنجازات، الممتلكات، السلطة والقوة).

بينما يعرف كابلو المكانة بأنها الوضع الذي يشغله الشخص في سلم التأثير داخل نسق اجتماعي معين. في حين يرى فيبر أن المكانة الاجتماعية هي المحدد الاجتماعي لنسق التدرج داخل المجتمع، والطبقة هي المحدد الاقتصادي، والقوة هي المحدد السياسي (فشيكه، ٢٠٠٧: ١٢).

كما عرف ريموند فيرث المكانة بأنها: وضع الفرد داخل نسق اجتماعي معين، أو المكانة التي يشغلها الفرد في المجتمع كمواطن، كما تحدد المكانة دور الفرد في المجتمع. فليس هناك مكانة بلا دور وليس ثمة دور بلا مكانة. ويشير مفهوم المكانة إلى الموضع أو المنزلة التي يحتلها الشخص (بصورة رسمية أو غير رسمية) في نظر الآخرين من أعضاء الجماعة

التي ينتمي إليها أو هي درجة التشريف التي يضيفها عليه الآخرون من جماعته الخاصة أو أفراد المجتمع بوجه عام.

يمكن القول أن المكانة الاجتماعية تصل بالفرد إلى المصادر الاجتماعية المهمة (الثروة، والهيبة، والقوة) في المجتمع. وليس كل المكانات التي يحتلها الفرد في الهرم الاجتماعي قابلة للتغير أو التبدل، فبعضها يمكن للفرد أن يكتسبه Achieved وبعضها الآخر موروث- ملتصق Ascribed (البدنة و المجالي ، ١٩٩٦ : ٢٠٨).

بالنسبة للمكانة المكتسبة يحصل عليها الفرد بفعل جهوده الذاتية وقدراته الشخصية ولا تستند إلى الأسس الوراثية، بل تتوقف على مدى قدرة الفرد ومناقسته في الحياة الاجتماعية حتي يحصل على مكانة تتال رضا ذاته وتقدير الآخرين، ويساعده في ذلك عوامل مثل التعليم والمقدرة، ويصبح شكل الحراك طبقاً لهذا النوع من المكانة حراكاً فردياً يستطيع الأفراد الانتقال من مواضعهم هبوطاً Downward أو صعوداً Upward. بينما تتسم المكانة الملتصقة أو الموروثة بأنها تستند إلى الأسس الوراثية، ولا يبذل الفرد أي جهد في الحصول عليها، مثل الجنس، والقرباية، ومكان الولادة ، والعمر ويكون شكل الحراك طبقاً لهذه المكانة حراكاً جمعياً (Foladare, 1969, :53,54).

ومن خلال ما سبق من تعريفات يمكن القول أن هناك ثلاثة أبعاد لمفهوم المكانة تساعد على فهم معناه واستخدامه: البعد الأول تشير المكانة إلى التجمعات الفعلية للهيبة أو تجمعات الوعي، والثاني: أسلوب الحياة أو الوضع الاجتماعي، والثالث: فرص الحياة أو الحقوق المادية التي ليس لها علاقة بنظام السوق. ويلاحظ وجود تداخل واضح بين البعدين الأول والثاني لمفهوم المكانة، وإذا كانت الطبقة تهتم بعملية إنتاج السلع فإن المكانة تهتم باستهلاك تلك السلع. والمكانة كالهبة تمارس دوراً أساسياً في عمليات التكوين الطبقي والإنتاج (رسلان، ٢٠٠٣: ١٧).

ويمكننا تعريف المكانة الاجتماعية الاقتصادية اجرائياً بأنها مجموعة من المواشرات الاجتماعية والاقتصادية المتمثلة في (المهنة، والتعليم، والدخل، والانفاق، ومستوى السكن) والتي تحدد موقع الفرد في سلم المكانة سواء دنيا او وسطي او عليا.

## مؤشرات الصحة والمرض في البحث الراهن:

❖ الإجراءات الوقائية

❖ عوامل خطر الإصابة بالأمراض

❖ سلوك المرض والاستجابة له

### ٢. مفهوم الصحة

الصحة مفهوم نسبي يختلف من مكان لآخر ومن زمان لآخر، وقد عرفت منظمة الصحة العالمية الصحة بانها الكمال الجسمي (Physical)، والعقلي (Mental) والرفاهية الاجتماعية (Social well being)، وليست حالة وجود مرض أو عاهة. وبالتالي فصحة الفرد مرتبطة بصحة المجتمع. في حين عرف برنكيز (Perkins) الصحة بانها حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم التي تنتج من تكيف الجسم مع العوامل التي يتعرض لها (السخانية، ١٩٩٤: ٤٢).

يتفق كل من بيركنز Perkinz ونيومان Newman أن الصحة هي حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم. بينما يعرف (ونسلو) Winslow الصحة بانها علم وفن الوقاية من المرض، وإطالة العمر وترقية الصحة والكفاية وذلك من خلال مجهودات منظمة للمجتمع من أجل تحسين صحة البيئة، مكافحة الأمراض المعدية، تعليم الأفراد الصحة الشخصية، تنظيم خدمات الطب والتمريض للتمكنين من التشخيص المبكر والعلاج الوقائي للأمراض، وتطوير الحياة الاجتماعية والمعيشية، وخدمات الصحة النفسية (عروس، ٢٠١٣: ٧٩).

كما تعددت تعريفات الصحة بتعدد المؤسسات والمتخصصين، وهناك تعريف جمع بين الخصائص الاجتماعية والنفسية والبدنية في تحديده للصحة بانها: "مجملة الموارد الاجتماعية والشخصية والجسمية التي تمكن الفرد من تحقيق طموحاته وإشباع حاجاته" (مختار، ٢٠١٤: ١٧٥).

### ٣. مفهوم المرض

المرض هو اختلال في التوازن الطبيعي، أو هو الاضطراب الوظيفي المتطور، فهو ليس حالة ثابتة وإنما حالة حركة متطورة تطورا غير طبيعي في جسم الإنسان قد يأخذ هذا التطور فترة كبيرة أو صغيرة ولكنه في النهاية ينتهي إلى نتيجة إما الشفاء أو الوفاة أو تقف في مرحلة وسط يتهيأ الجسم لمرحلة جديدة (مختار، ٢٠١٤: ١٧٥).

وعند تعريف المرض يجب التمييز بين ثلاثة مصطلحات تتعلق بالمرض وهم (Disease, illness, Sickness) فالمرض له معان مختلفة تختلف باختلاف الثقافات، فالمرض طبيًا Disease هو حالة التغيير في الوظيفة أو الشكل لعضو ما في الجسم وقد يكون الشفاء منه صعبًا أو مستحيلًا بدون علاج، وهذا تعريف بيولوجي للمرض. والواقع ان التفريق بين المصطلحات الثلاث وفقا للثقافة ليس متعذرا، فهناك العالم سيوسر Susser الذي نظر الى مصطلح Disease بأنه يشير الى حالة عضوية أو نفسية تحدث اختلالا وظيفيا في الجسم تؤثر في الفرد وشخصيته، في حين أن مصطلح Illness يشير إلى حالة الإدراك الواعي بعدم الراحة الذي يؤثر في فردية الكائن الحي وشخصيته، اما مصطلح Sickness فانه يشير إلى حالة من الاعتلال الوظيفي من الناحية الاجتماعية حيث تؤثر هذه الحالة في علاقة الفرد بالآخرين وتقلل من دوره الاجتماعي(السخانية، ١٩٩٤: ٤٦)

ويعرف كنت ووكر المرض بأنه الحالة التي يحدث فيها خلل إما في الجوانب العقلية أو أو الاجتماعية للفرد، من شأنه إعاقة قدرة الفرد على المواجهة اللازمة لأداء وظيفة مناسبة (حجير، ٢٠١٥: ١١).

وسوف تعتمد الدراسة على عدد من المؤشرات التي تبين وتوضح التفاوت في الصحة والمرض وتتمثل في الإجراءات الوقائية، وعوامل خطر الإصابة بالأمراض، وسلوك المرض والاستجابة له.

### ميررات الدراسة:

- عوامل الخطر الفردية يجب أن تكون سياقيه أي في سياقها، من خلال كشف ما يضع الأفراد في المخاطر، وإذا اردنا التدخل بحرفية وفاعليه في تحسين الصحة العامة.
- التأكيد على أن العوامل الاجتماعية مثل المكانة الاجتماعية الاقتصادية والدعم الاجتماعي يمثلان المسببات الأساسية للأمراض، وذلك لأنها تجسد الوصول إلى الموارد الهامة وتؤثر على مخرجات المرض من خلال آليات متعددة، وبالتالي الحفاظ على الارتباط مع المرض في ظل الآليات المتداخلة.

- وبدون الاهتمام الدقيق لهذه الاحتمالات، فإننا ندير خطر التدخلات الاستراتيجية الفردية، غير الفعالة وتفقد فرص تبني تداخلات اجتماعية واسعة وعريضة يمكن أن تنتج فوائد صحية كبيرة للمواطنين.
- إن الاهتمام بالظروف الاجتماعية قطع خطوات كبيرة نحو توثيق وفهم الارتباط بين العوامل الاجتماعية والمرض.

### الإطار النظري للدراسة:

اعتمدت الدراسة في إطارها النظري بشكل أساسي على نظرية الأسباب الأساسية (الجوهرية) حيث تحاول الدراسة اختبار فرضيات النظرية، والوقوف على بعض مؤشرات الصحة والمرض ومحدداتهم الاجتماعية والاقتصادية، وفقا للدراسات السابقة.

#### نظرية الأسباب الأساسية

ترجع جذور هذه النظرية إلى مفهوم ليبرسون 1985 Lieberson's للأسباب الأساسية، الذي طبق لأول مرة لتحديد العلاقة بين المكانة الاجتماعية الاقتصادية والوفيات بواسطة هاوس وزملائه (House et al. 1990, 1994). ثم ظهرت الصياغة الأساسية للنظرية عام 1995 في عدد خاص سابق من مجلة (الصحة والسلوك الاجتماعي) (Link & Phelan, 1995). وبالتالي كان تطوير النظرية في المقام الأول من قبل لينك وفيلان (Link & Phelan, 1995). وبالتالي كان تطوير النظرية في المقام الأول من قبل لينك وفيلان (Link & Phelan, 1995). مع إضافة جديدة والعديد من التفاصيل من قبل لطفي وفريز (Lutfey and Freese, 2004; Phelan et al. 2004; Link and Phelan, forth coming). إضافة جديدة والعديد من التفاصيل من قبل لطفي وفريز (Lutfey and Freese, 2004; Phelan et al. 2004; Link and Phelan, forth coming). (Link, & Tehranifar, 2010, p. 29).

لاحظ لينك وفيلان أنه قبل مائة عام كانت الأمراض الفتاكة والقائلة في الولايات المتحدة هي السل، والإسهال، والالتهاب الرئوي. وكانت هذه الأمراض تتركز في الطبقات الاجتماعية والاقتصادية الدنيا (المنخفضة) حيث كان هناك تفاوتات كبيرة في الوفيات نتيجة للإصابة بهذه الأمراض الفتاكة وهذا التفاوت ناجم عن التفاوت في الطبقات الاجتماعية الاقتصادية. في المائة عام اللاحقة، تضاعف بشكل كبير انتشار هذه الأمراض الفتاكة مع استمرار التفاوت في معدلات الوفيات، حيث تم استبدال الأمراض القائلة القديمة بأخرى جديدة، على وجه التحديد، أمراض القلب والأوعية الدموية والسرطان والسكتة الدماغية والتي تتركز

بالمثل في الطبقات الدنيا. وبالتالي يتنبأ المنظور بأنه عندما تتمكن الولايات المتحدة من مواجهة هذه الأمراض القاتلة اليوم، فإن التفاوت الصحي سيتحول إلى نتائج صحية جديدة ( Miech, Pampe, Kim, & Rogersb, 2011, p. 915).

تسعي نظرية الأسباب الأساسية للينك وافلان ١٩٩٥ إلى تفسير سبب العلاقة بين المكانة الاقتصادية النسبية والصحة عبر الزمن، ووفقاً للنظرية تعمل المكانة الاقتصادية النسبية باعتبارها "سبب رئيسي للمرض" وذلك لأنها: (١) تنطوي على الوصول لموارد مهمة تسمح للأفراد بتجنب الأمراض وعواقبها، (٢) تؤثر على عوامل الخطر المتعددة ونتائج المرض التي تتغير بمرور الوقت. الموارد الأساسية التي يمكن استخدامها كميزة صحية للفرد متنوعة للغاية وتشمل الثروة، والمعرفة، والمهارات، والقوة، والروابط الاجتماعية، ولأن هذه الموارد عامة ومرنة، ومتعددة الأغراض بطبيعتها؛ فهي قابلة للتكيف مع الظروف المتغيرة بمرور الوقت، أي من يمتلك تلك الموارد يصبح قادراً على تجنب الأمراض. بينما عوامل الخطر ونتائج المرض تتضح من خلال وصف أن صحة الإنسان على مدى القرنين الماضيين تميزت بنظام شديد الديناميكية، مع التغيرات الكبيرة في أبرز الأمراض وأكثرها فتكاً ( Chang & Lauderdale, 2009, p. 246).

وفقاً للنظرية، أحد الأسباب الهامة التي تربط المكانة الاقتصادية بالعديد من نتائج المرض من خلال مسارات متعددة تتغير بمرور الوقت تتمثل في - الأسباب - قيام الأفراد والجماعات بنشر الموارد لتجنب المخاطر واعتماد استراتيجيات وقائية، ويمكن استخدام الموارد الأساسية بغض النظر عن عوامل الخطر والحماية في ظروف معينة. وبالتالي فإن الأسباب الأساسية تؤثر على الصحة حتى عندما تتغير شكل عوامل الخطر والوقاية والأمراض بشكل جذري. فإذا كانت المشكلة هي الكوليرا -على سبيل المثال- فإن الشخص الذي يتمتع بمزيد من الموارد لديه القدرة على تجنب المناطق التي ينتشر فيها المرض، وتكون المجتمعات المحلية ذات الموارد العالية أكثر قدرة على حظر دخول الأشخاص المصابين. وإذا كانت المشكلة تتمثل في أمراض القلب، فإن الشخص الذي لديه موارد أكبر لديه قدرة أفضل على الحفاظ على نمط حياة صحي للقلب والحصول على أفضل علاج طبي متاح. نظراً لأنه يمكن استخدام هذه الموارد بطرق مختلفة في مواقف مختلفة، ونطلق عليها الموارد المرنة ( Miech, Pampe, Kim, & Rogersb, 2011, p. 916).

ومن قدرتها أنه يمكن استخدامها بمرونة من قبل الأفراد والجماعات التي تجعل موارد المعرفة والمال، والقوة، والسلطة، والهيبة، والاتصالات الاجتماعية المفيدة في مركز نظرية السبب الأساسي، وتخبّرنا مرونة استخدامها - الموارد - لماذا تميل المكانة الاقتصادية النسبية في اتجاه إعادة نفسها بمرور الوقت. هذا التركيز على الموارد وانتشارها لا ينفي أهمية الأسباب السابقة للموارد نفسها التي تكمن في الأبنية الاجتماعية والاقتصادية والسياسية. ( Freese & Lutfey, 2011, p. 71 )

ولذلك تُعد السمة التفسيرية الأساسية للنظرية هي فكرة "أن الموارد واستخدامها تلعب دوراً محورياً في الحفاظ على التفاوتات الاجتماعية الاقتصادية في الوفيات". وهناك دراسات حاولت اختبار هذه الأفكار تجريبياً منها دراسة ( Phelan J. C., Link, Diez- Roux, 2004 ) التي استخدمت التعليم ودخل الأسرة كمؤشرات على المكانة، وأكدت على أنه كلما قلت المعرفة حول أسباب الوفاة فيما يتعلق بالوقاية والعلاج تقلصت وقل الارتباط بين المكانة الاجتماعية الاقتصادية والوفيات.

وتفترض النظرية استمرار التفاوتات الصحية بالرغم من التغيرات الكبيرة في الأمراض وعوامل الخطر المرتبطة بهذه الأمراض؛ لأن الظروف الاجتماعية تجسد "مجموعة من الموارد" - مثل (المال والمعرفة والهيبة والسلطة، والروابط الاجتماعية المفيدة) - التي تحمي الصحة مهما كانت الآليات المرتبطة بها في أي وقت من الأوقات ( Phelan, Link , & Tehranifar, 2010, p. 530 ).

ومع تحول العمليات الأساسية للأمراض من عوامل تتجاوز القدرات البشرية إلى عوامل يمكن فهمها والسيطرة عليها من خلال المعرفة الخاصة بالطب الحيوي والتدخلات، وبالتالي تتوقع النظرية أن فوائد هذه القدرات المكتشفة حديثاً سيتم توزيعها بشكل غير متساو بين السكان مما يساهم في التشكيل الاجتماعي للتفاوتات الصحية واستمرارها ( Polonijo & Carpio, 2013, 116 ).

ومن ثم، تصبح الأسباب الأساسية أكثر وضوحاً في ظل ظروف التغيير مثل التغيرات في الأمراض، والتغيرات في العلاج والتدخلات وإدراك المخاطر. فإذا لم تظهر أمراض ناشئة جديدة مثل الإيدز، لم تستحدث مخاطر جديدة (مثل الملوثات)، ولم تظهر أي معرفة جديدة حول المخاطر (مثل تدخين السجائر)، ولم يتم تطوير علاجات جديدة (مثل العناية المركزة لحديثي

الولادة)، وبالتالي سيكون مفهوم الأسباب الاجتماعية الأساسية موضع جدل وغير واضح ( Link & Phelan, 1996, :472).

طبقا للينك وفيلان (١٩٩٥) فإن المكانة الاجتماعية الاقتصادية هي "سبب أساسي" للتفاوت في معدلات الوفيات، وأن الأسباب الاجتماعية الأساسية للمساواة في الصحة عامة والوفيات خاصة تتميز بأربع سمات أساسية: الأولى: أنها تؤثر على نتائج ومحصلات الأمراض المتعددة، وهذا يعني أنه لا يقتصر على مرض واحد أو أمراض قليلة أو مشكلات صحية. ثانياً: أنها تؤثر في هذه الأمراض من خلال عوامل الخطر المتعددة. ثالثاً: أنها تتضمن الوصول إلى المصادر التي من الممكن أن تستخدم لتجنب المخاطر أو تقليل عواقب المرض بمجرد حدوثه. رابعاً وأخيراً: أن الارتباط ما بين السبب الأساسي والصحة هو إعادة الإنتاج (التكاثر) بمرور الوقت من خلال استبدال الآليات المتداخلة. هذا الارتباط المستمر للمكانة الاقتصادية الاجتماعية مع الصحة الشاملة في مواجهة التغيرات الدراماتيكية في الآليات التي تربط ما بين المكانة الاجتماعية الاقتصادية والوفيات هي التي دفعت لينك وفيلان إلى اعتبار ووصف المكانة الاجتماعية الاقتصادية كسبب أساسي للتفاوتات الصحية والوفيات ( Link & Phelan, 1995, ) (Phelan J. C., Link, Diez- Roux, kawachi, & Levin, 2004) 87

وهذا يعني أن المكانة الاجتماعية الاقتصادية تعمل "كسبب أساسي" للمرض من خلال السماح للأشخاص ذوي الوضع الاجتماعي والاقتصادي الأعلى باستخدام موارد صالحة على نطاق واسع مثل المعرفة والمال والسلطة لتجنب المخاطر وتقليل عواقب المرض فور حدوثه. كما تنشئ هذه المكانة أيضاً تفاوتات في معدلات الوفيات لأن الأشخاص ذوي المكانة الاجتماعية الاقتصادية هم الأعلى استخداماً لموارد مرنة لتجنب المخاطر، واعتماد استراتيجيات وقائية (Freese & Lutfey, 2011: 70).

وتؤكد النظرية أنه بسبب التوزيع غير المتكافئ للموارد المفيدة للصحة في المجتمع، تظهر عدم المساواة الصحية وتستمر؛ لأن الأشخاص الذين يتمتعون بامتيازات أكبر من حيث المعرفة والمال والمكانة والعلاقات الاجتماعية المفيدة، هم في وضع أفضل للاستفادة من موارد تعزيز الصحة والابتكارات الصحية، وبالتالي يتمتع هؤلاء بقدر أكبر من الصحة ومتوسط عمر أطول مقارنة بأخرين أقل حظاً. في حين أن الأفراد لا يستخدمون دائماً مواردهم عمداً لتحسين صحتهم إلا أنهم قد يستفيدون من "الآثار الجانبية" - أفعال الآخرين في شبكاتهم الاجتماعية-



التي تتراكم بشكل غير متساو مع الأشخاص من مختلف المواقف الاجتماعية ( Polonijo & Carpiano, 2013: 116).

هناك اختلاف بين المجموعات الفرعية من السكان في دولة ما، فيما يختص بمعدل الإصابة بالأمراض، حيث يُعتقد أن الصحة تتحسن تدريجياً مع زيادة الثروة، بمعنى آخر، يجب أن تتحسن الصحة بالتدرج مع زيادة ثروة الدول (Fox, Feng, & Asal, 2019, p. 2)، هذا بين الدول. حتي داخل الدولة الواحدة تجد مجموعة من السكان لديهم صحة جيدة وذلك لامتلاكهم ثروة، مقابل آخرين بصحة ليست جيدة وضعيفة لعدم امتلاكهم ثروة ودخل جيد.

ومن ثم هناك إسهام فريد لنظرية الأسباب الأساسية للتفاوتات الصحية، وهو قدرتها على تفسير استمرار التفاوتات في الصحة والوفيات، على الرغم من التغيرات في الآليات ذات الصلة في أي وقت من الأوقات.

وبالرغم من انتشار وشعبية نظرية الأسباب الأساسية مفاهيمياً في علم الاجتماع وصحة السكان؛ لكنها خضعت لاختبارات تجريبية قليلة نسبياً، وأكدت أغلب الاختبارات التجريبية فرضيات النظرية، على سبيل المثال، حاولت دراسة (Miech, Pampel, Kim, & Rogers, 2011) في اختبار فرضية نظريات الأسباب الأساسية المتمثلة في "استمرار التفاوت في الوفيات بمرور الوقت من خلال التحول إلى نتائج صحية جديدة" وتأثير التعليم باعتباره مؤشراً من مؤشرات المكانة الاجتماعية الاقتصادية في اتساع هذا التفاوت الذي يتركز بين أسباب الوفيات مع زيادة معدلات الوفيات. أكدت الدراسة هذه الفرضية.

وتؤكد العديد من دراسات التدرج الاجتماعي لخطر الأمراض المزمنة عبر الأجيال، والآداب التاريخي على دور المكانة الاقتصادية النسبية كسبب أساسي في التحول في الأمراض أحد فروض النظرية. حيث أكدت دراسة (Fleischer & McKeown, 2014, 364) على التحول بمرور الوقت من المعدلات العالية للأمراض غير السارية بين هؤلاء الذين يحتلون مكانة اجتماعية واقتصادية مرتفعة إلى المعدلات المرتفعة بين هؤلاء الذين يحتلون وضع اجتماعي اقتصادي منخفض، ومن ثم سوف يتحمل الفقراء عبئاً غير متناسق مع هذه المكانة في حالة استمرار هذه الأنماط من التحول.

وقدم (Pearson, 2003) تفسيراً للأنماط الحالية للإصابة بالأمراض غير السارية والوفيات للأشخاص المختلفين في المكانة الاجتماعية الاقتصادية، اتضح أن الأشخاص الذين

يحتلون مكانة اقتصادية اجتماعية مرتفعة في كثير من الأحيان يتنبؤون مبكراً بالسلوكيات الصحية الضارة لامتلاكهم الوسائل والفرص اللازمة للانخراط في أو تبني منتجات أو أساليب حياة جديدة، مثل: تناول الطعام الزائد عن الحاجة، نمط الحياة كثير الجلوس قليل الحركة، التدخين.

في نفس الوقت -ولنفس الأسباب- من المحتمل أيضا أن يصبحوا على دراية أفضل - ويفعلوا ذلك مبكرا - بالتأثير الضار لهذه المنتجات والسلوكيات. ولديهم أيضا الوسائل اللازمة لإجراء تغيير في سلوكهم، وتعديل بيئاتهم، ويتنبؤوا مبكرا بسلوكيات الوقاية من الأمراض غير السارية وتعزيز الصحة مثل التغذية الأفضل، والإقلاع عن التدخين. ينتج عن هذا التسلسل زيادة في خطر الإصابة بالأمراض غير السارية يليها انعكاس في المنحني حيث انخفاض معدلات المراضة والوفيات. بينما يختلف أصحاب المكانة الاجتماعية الاقتصادية المنخفضة عن هذا المنحني حيث زيادات في حدوث الإصابة بالأمراض غير السارية والوفيات، بينما ينخفض ويتناقص منحني أصحاب المكانة الاجتماعية الاقتصادية المرتفعة.

دراسات متعددة أخرى أكدت، بما يتفق مع النظرية، أن الأفراد الذين ينتمون إلى مكانة اجتماعية اقتصادية منخفضة، ومن ينتمون إلى الأقليات الإثنية والعرقية لديهم احتمالات أكبر للوفاة نتيجة لأمراض يمكن الوقاية منها نسبيا مثل (أمراض القلب) وهنا تظهر التفاوتات الكبيرة في الوفيات، في حين أن هذه التفاوتات أقل وضوحاً بالنسبة للوفيات الناجمة عن أمراض أقل قابلية للشفاء (مثل سرطان الدماغ)، ومن أمثله هذه الدراسات دراسة ( Tehranifar, et al: ) (2009).

وأخيرا، ترتبط نظرية الأسباب الأساسية ارتباطا وثيقا بالدراسة السيسولوجية للتدرج، بهذه الطريقة يجب أن تأتي الموارد الموضحة في نظرية الأسباب الأساسية من مكان ما، وأن نظريات أصول التفاوت هي أفضل مصدر لفهم هذه العمليات ( Phelan, Link , & ) (Tehranifar, 2010, p. 530).

### الدراسات السابقة

-دراسة (Pampel & Rogers, 2004) : " Socioeconomic Status, Smoking, and Health: A Test of Competing Theories of Cumulative Advantage" حاولت الدراسة التحقق من فرضية "ان المجموعات ذات المكان الاجتماعية

الاقتصادية المنخفضة لديهم سلوك غير صحي وبالتالي يتحقق نتائج صحية متدنية". للتحقق من هذه الفرضية اعتمدت الدراسة على بيانات مقابلات المسح السكاني الصحي الأمريكي، كما اعتمدت الدراسة على مقاييس للمراضة والوفيات. اكدت نتائج الدراسة صحة الفرضية بان أصحاب المكانة الاجتماعية الاقتصادية لديهم سلوك صحي منخفض من اهم سماته التخزين وما يترتب على ذلك من زيادة المراضة والوفيات.

- دراسة (Steptoe & Marmot, 2004): "**Socioeconomic Status and Coronary Heart Disease: A Psychobiological Perspective**" هدفت الدراسة على معرفة تأثير المكانة الاجتماعية الاقتصادية على الإصابة بأمراض القلب التاجية. اعتمدت الدراسة على مجموعة من المؤشرات النفسية والاجتماعية لتحديد المكانة. كما اعتمدت الدراسة على المنهج المقارن. كما اعتمدت الدراسة على بيانات الدراسات السابقة تم جمعها من العديد من مرضى القلب التاجي. وتوصلت الدراسة إلى ان العمليات النفسية كمقياس للمكانة كان لها تأثير كبير على امراض القلب والاعوية الدموية وامراض القلب التاجية.

- دراسة (Fotso & Defo, 2005): "**Measuring Socioeconomic Status in Health Research in Developing Countries: Should We Be Focusing on Households, Communities or Both**" حاولت الدراسة تطوير واختبار مجموعة من مؤشرات المكانة الاجتماعية الاقتصادية وذلك للتنبؤ بالحالة الصحية في البلدان النامية. في سبيل تحقيق هذا الهدف اعتمدت الدراسة على بيانات المسح السكاني الصحي في خمسة دول افريقية لعام ١٩٩٠. حيث يعتمد المسح السكاني الصحي على منهج المسح الاجتماعي واستبانة لجمع البيانات. اكدت الدراسة على اهمية مؤشرات المكانة الاجتماعية الاقتصادية على مستوى الاسرة المعيشية في فهم التفاوتات في الصحة والبقاء على قيد الحياة، كما اكدت على ضرورة التجاوز عن وجهة النظر الاقتصادية باعتباره المؤشرات الوحيد للمكانة الاجتماعية والاقتصادية.

- دراسة (Mackenbach, et al., 2008): "**Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries**" هدفت الدراسة إلى المقارنة بين عدد (٢٢) دولة اوربية في الحالة الصحية وذلك لتحديد الفرص المتاحة للحد من التفاوتات في الصحة. اعتمدت الدراسة على بيانات المستوى التعليمي والطبقة المهنية من بيانات التعداد بالإضافة لبيانات من دراسات الوفيات. وتوصلت الدراسة إلى ان التقييمات الذاتية الضعيفة للصحة اعلى بكثير في

الدول ذات المكانة الاجتماعية الاقتصادية المنخفضة. مقارنة بالدول ذات المكانة المرتفعة. وتقييمات الصحة تختلف جذريا بين الدول وبعضها.

- دراسة (Currie, 2009): **Healthy, Wealthy, and Wise: Socioeconomic Status, Poor Health in Childhood, and Human Capital Development** حاولت الدراسة الكشف عن الارتباط بين المكانة الاجتماعية الاقتصادية للإباء - يمكن قياسها من خلال (التعليم- المهنة- الدخل- محل الإقامة) - وصحة أطفالهم. وبين صحة الأطفال وتعليم ودخل المراهقين. في سبيل تحقيق هذا الهدف اعتمدت الدراسة على تحليل مضمون الدراسات السابقة في هذا الشأن وتحليل نتائجها وما توصلت إليه. أظهرت نتائج الدراسة دليلا قويا على كلا الرابطين. كما اكدت نتائج الدراسة على ان الصحة تلعب دورا في انتقال المكانة الاجتماعية الاقتصادية بين الأجيال.

- دراسة (حجير، ٢٠١٥): **"الطبقة الاجتماعية والمرض، دراسة مقارنة على عينة من الطبقة الغنية وعينة من الطبقة الفقيرة في مدينة اريد"** هدفت الدراسة إلى المقارنة بين الطبقة الغنية والطبقة الفقيرة فيما يتعلق بالمرض. اعتمدت الدراسة على عينة قوامها (٦٠) رب أسرة، منهم (٣٠) رب أسرة من الطبقة الفقيرة، و(٣٠) من الطبقة الغنية. تم اختيار العينتين بالطريقة القصدية. كما استخدمت الدراسة المقابلة كوسيلة لجمع البيانات. وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود العديد من حالات التشابه وحالات الاختلاف بين الطبقتين فيما يتعلق بالمرض، كما اكدت النتائج على عدم وجود تأثير للطبقة الاجتماعية على انتشار الامراض بين أبناء الطبقة الواحدة.

- دراسة (Darin-Mattsson, Fors, & Kåreholt, 2017): **Different indicators of socioeconomic status and their relative importance as determinants of health in old age** حاولت الدراسة تحليل تأثير اختيار مؤشرات المكانة الاجتماعية الاقتصادية على التفاوتات الظاهرة في الصحة بين كبار السن، لاكتشاف ما اذا كانت المؤشرات المختلفة للمكانة الاجتماعية الاقتصادية مستقلة عن الصحة عند كبار السن. ولتحقيق هذه الأهداف اعتمدت الدراسة على بيانات المسح السكاني الصحي لعامين متتالين لدولة السويد، وتم احتساب متوسط التقديرات الهامشية لمقارنة الارتباط بين المؤشرات الخامسة للمكانة الاجتماعية الاقتصادية لمعرفة ايهم أكثر تأثيرا على الحالة الصحية. وقد اكدت نتائج الدراسة على تأثير كافة مؤشرات المكانة الاجتماعية الاقتصادية على الحالة الصحية للكبار، كما اكدت الدراسة ان الدخل هو الأكثر تأثيرا على الصحة لكبار السن.

دراسة (Wu, Lin, Chiang, & Tang, 2018) "A population-based study of the influence of socioeconomic status on prostate cancer diagnosis in Taiwan" هدفت الدراسة إلى التحقق من تأثير المكانة الاجتماعية الاقتصادية على معدلات الإصابة بسرطان البروستاتا وتشخيصها. اعتمدت الدراسة على بيانات أبحاث التأمين الصحي الوطنية، وسجل تايوان للسرطان بين عامي ٢٠١١-٢٠١٣. توصلت الدراسة إلى ان هناك تأثير هام للمكانة الاجتماعية الاقتصادية على معدلات الإصابة وتشخيص سرطان البروستاتا من خلال مؤشرات المهنة والدخل سوء بشكل فردي او مؤشر تجميعي.

### خامساً: عينة الدراسة

اعتمد الباحث على عينة من أرباب الأسر الذكور والإناث بريف وحضر محافظة بني سويف، حيث كان من معايير اختيار العينة التنوع في المهن والمستوى التعليمي ومستوى دخل الأسرة لأنها المعايير الذي اعتمد عليها الباحث في تحديد المكانة الاجتماعية الاقتصادية، حيث تم توزيع استبانة إلكترونية ونسخة أخرى مطبوعة ورقية وذلك للحصول على أكبر عدد ممكن من الحالات. وكانت نتائج خصائصهم الشخصية كما يلي:

جدول (١) توزيع مفردات العينة وفقا لخصائصهم الشخصية

المتغير	فئات المتغير	الريف		الحضر	
		التكرارات	النسب	التكرارات	النسب
الجنس	ذكور	٢٠١	٧٧.٦	٥٣	٥٠
	إناث	٥٨	٢٢.٤	٥٣	٥٠
السن	أقل من ٣٠	٢٧	١٠.١٤	١٨	١٧
	٣٠ - ٤٠	١٥	٥.٨	٢٤	٢٢.٦
	٤٠ - ٥٠	٨٩	٣٤.٣	٢٧	٢٥.٥
	٥٠ - ٦٠	٩٦	٣٧.١	٢٩	٢٧.٤
	+٦٠	٣٢	١٢.٤	٨	٧.٥
	المتوسط، والوسيط	(٤٩.٨)، (٥٠)	(٤٣.٩)، (٤٥)		
المستوى التعليمي	أقل من المتوسط	٧٥	٢٩	١٢	١١.٣
	متوسط	١٠٣	٣٩.٨	٢٧	٢٥.٥
	فوق المتوسط	٣١	١٢	١١	١٠.٤

المتغير	فئات المتغير	الريف		الحضر	
		التكرارات	النسب	التكرارات	النسب
	جامعي	٤٣	١٦.٦	٤٠	٣٧.٧
	فوق الجامعي	٧	٢.٧	١٦	١٥.١
المهنة	بدون عمل	٥٦	٢١.٦	٢٢	٢٠.٨
	أصحاب المهن العادية	٣٤	١٣.١	٣	٢.٨
	عمال المصانع والمكينات	٣	١.٢	٢	١.٩
	الأعمال الحرفية	٩	٣.٥	٢	١.٩
	الزراعة وتربية الحيوان	٣٤	١٣.١	٢	١.٩
	أعمال التخزين والنقل والموصلات	١٧	٦.٦	٥	٤.٧
	الاشتغال بالخدمات	٢٩	١١.٢	١٣	١٢.٣
	أعمال البيع	١٠	٣.٩	٤	٣.٨
	الأعمال الكتابية	١٧	٦.٦	٥	٤.٧
	الأخصائيين ومساعدو الفنيين	١٠	٣.٩	٢	١.٩
	أصحاب المهن العلمية والفنية وأخرون	٣٢	١٢.٤	٣٨	٣٥.٨
	رجال التشريع وكبار المسؤولين والمديرون	٨	٣.١	٨	٧.٥
	الدخل	أقل من ١٠٠٠	٤١	١٥.٨	١٤
١٠٠٠ - ٢٠٠٠		٧٢	٢٧.٨	١٣	١٢.٣
٢٠٠٠ - ٣٠٠٠		٧٨	٣٠.١	٢٩	٢٧.٤
٣٠٠٠ - ٤٠٠٠		٤١	١٥.٨	١٨	١٧
٤٠٠٠ - ٥٠٠٠		١٨	٦.٩	١٢	١١.٣
٥٠٠٠ +		٩	٣.٥	٢٠	١٨.٩
الوسيط، والمتوسط		(٢٦٦٧.٧)، (٢٥٠٠)	(٤١٩٨.٩)، (٣٠٠٠)		

يتضح من بيانات الجدول رقم (١) ارتفاع نسبة الذكور مقارنة بالإناث في الريف حيث كانت (٧٧.٦%)، على التوالي (٢٢.٤%)، بينما تساوت نسبة الذكور والإناث في الحضر فكانت (٥٠%)، كما ان اغلبه العينة سوء في الريف والحضر تقع في الفئة العمرية (٥٠ - ٦٠)

مع وجود تباين بين الريف والحضر حيث كانت النسب على التوالي (٣٧.١%)، (٢٧.٤%) سنة، وما يؤكد ذلك وسيط العمر وتفاوته بين الريف والحضر حيث كان (٥٠) للريف، (٤٥) للحضر. كما تشير النتائج إلى أن اغلب أفراد عينة الريف لديهم مؤهلات متوسطة (٣٩.٨%)، بينما في اغلب أفراد عينة الحضر من أصحاب المؤهلات الجامعية (٣٧.٧%).

وهي نتيجة منطقية لان الحضر يتمتع بمؤهلات تعليمية اعلى من الريف. وهو ما ينعكس بطبيعة الحال على الحالة المهنية حيث النسب الأعلى في الحضر ينتسبون للمهن العادية ومهن الزراعة وما يرتبط بها (١٣.١%) لكلا الفئتين، بينما في الحضر تنتمي النسب الأعلى والأغلبية للمهن العلمية والفنية التخصصية (٣٥.٨%). كما ان النسب الأعلى في الريف والحضر تنتمي لشريحة (٢٠٠٠ - ٣٠٠٠ جنية). اعلى شرائح دخل تنتمي للحضر (١٨.٩) من أفراد العينة ينتمون لفئة (+٥٠٠٠). مقابل الأغلبية في الريف ينتمون للفئة من (١٠٠٠ - ٢٠٠٠) حوالي (٢٧.٨). وهو ما يؤكد علياً بيانات وسيط الدخل (٢٦٦٧) للريف، (٤١٩٨) للحضر.

### نتائج الدراسة ومناقشتها

أولاً: صدق الاتساق الداخلي للمقياس:

حيث يتضح من خلال معاملات الارتباط البينية وجود ارتباطات قوية بين كل بعد وبعد آخر من أبعاد المقياس.

١- معامل الارتباطات البينية للأبعاد الفرعية مع الدرجة الكلية للمقياس:

جدول (٢) معامل الارتباطات البينية للأبعاد الفرعية لمقياس الصحة والمرض

الأبعاد	عوامل الخطر	سلوك المرض	الدرجة الكلية
الإجراءات الوقائية	٠.٠ ***٣١٩	٠.٠ ***٢٩٧	٠.٧ **٩٦
عوامل خطر الإصابة	-	٠.٠ ***٣٨٢	٠.٧ **٦٢
سلوك المرض والاستجابة له	-	-	٠.٦ **٤٣

ثانياً: ثبات المقياس Reliability of Scale

يتضح من خلال بيانات الجدول (٣) أن معامل الفا كرونباخ لكل محاور المقياس اعلى من ٠.٦ وهي نسبة مقبولة إحصائياً، وتوضح مدى ثبات المقياس.

## جدول (٣) معامل الفاكرونباخ لمحاوَر مقياس الصحة والمرض

معامل الفا	عدد الفقرات في كرونباخ كل محور	المحاوَر
٠.٨١	١١	الإجراءات الوقائية
٠.٦٠	٧	عوامل خطر الإصابة بالأمراض غير السارية
٠.٦١	٥	سلوك المرض والاستجابة له
٠.٧١	٢٣	المقياس كامل بالمحاوَر الثلاثة

## يمكننا عرض نتائج الدراسة في العناصر الآتية:

## ١ - تحديد مستويات المكانة الاجتماعية الاقتصادية وآليات حسابها

وفقا للعديد من الدراسات السالفة الذكر تم تحديد خمسة مؤشرات أساسية للمكانة الاجتماعية الاقتصادية وهم (المهنة، والتعليم، والدخل، والأنفاق، ومستوى السكن<sup>(١)</sup>) ونظرا لاختلاف وحدة القياس بين المؤشرات، فإنه يصعب الحصول على متغير تجميعي أو مستوى (للمكانة الاقتصادية الاجتماعية) إلا بعد توحيد وحدات القياس وقدتم ذلك من خلال ما يعرف باستخراج القيم المعيارية Standardized Scores التي تتميز بأن متوسطها الحسابي دائما صفر وانحرافها المعياري لا يتعدى الواحد الصحيح<sup>(٢)</sup>. ومعادلتها كالتالي:

$$Z = \frac{\text{الوسط الحسابي} - \text{الدرجة الخام}}{\text{الانحراف المعياري}}$$

- (١) شمل مستويات السكن ثلاثة مؤشرات فرعية (شكل السكن اذا كان شقة أو فيلا أو منزل مشترك، ومكونات السكن ووصف له، نوع السكن إذا كان تملك ام إيجار)
- (٢) تجدر الإشارة انه تم الاستعانة بهذه الخطوة وفقا لدراسة: يسري رسلان، (١٩٩٩)، التدرج الاجتماعي والحراك عبر الاجيال، مجلة الآداب والعلوم الإنسانية، جامعة المنيا، كلية الآداب، العدد ٢٨، ص١٢٦. حيث استخدم هذه الألية لاستخراج مقياس المكانة الاجتماعية.



ولما كان من الصعب تجميع القيم المعيارية للمحورين؛ وذلك لأنها تتراوح ما بين (-1: +2.7) وجمعها سيؤدي إلى قيم مضللة، ولعلاج هذه الإشكالية وتجنب القيم السالبة استعان الباحث بقانون الدرجة المعيارية المعدلة بمتوسط حسابي (٥٠) وانحراف معياري (١٠) ومعادلته هي:  $\{ت = \frac{\text{المتوسط الحسابي} + (\text{الانحراف المعياري} * \text{الدرجة المعيارية})}{\text{الدرجة المعيارية المعدلة لجميع مؤشرات المكانة الخمسة تم جمع جميع المؤشرات معا للحصول على درجة كلية وتم قسمتها على عدد المؤشرات وهو الخمسة}}\}$  وبالتالي الحصول على مؤشر أو متغير تجميعي وهو المكانة الاجتماعية الاقتصادية، بدرجة كلية تتراوح ما بين (٣٦.٥٢ : ٧٧.٦٠). تم تقسيم هذا المتغير التجميعي على ثلاث مستويات للمكانة وفقا لمتطلبات الدراسة وهي:

من (٣٦.٥٢) إلى أقل من (٤٨.١٦) ← (مكانة دنيا)

من (٤٨.١٦) إلى أقل من (٥٢.٩٠) ← (مكانة وسطي)

من (٥٢.٩٠) إلى (٧٧.٦٠) ← (مكانة عليا)

وبالتالي يصبح التوزيع النسبي والعدي لمفردات العينة وفقا لمكانتهم الاجتماعية

الاقتصادي كما يوضحها جدول (٤)

جدول (٤) التوزيع العددي والنسبي لمفردات العينة وفقا لمكانتهم الاجتماعية الاقتصادية

النسب	التكرارات	المكانة الاجتماعية الاقتصادية
٣٤.٨	١٢٧	مكانة دنيا
٣٩.٢	١٤٣	مكانة وسطي
٢٦	٩٥	مكانة عليا
١٠٠	٣٥٦	المجموع

## جدول رقم (٥) المتوسط الحسابي (المتوسط المرجح) ومستوى درجة الموافقة

م	المتوسط الحسابي (المتوسط المرجح)	المستوى
١	١ : ١.٧٥	أبدأ
٢	١.٧٥ : ٢.٥	أحيانا
٣	٢.٥ : ٣.٢٥	غالبا
٤	٣.٢٥ : ٤	دائما

## ٢- وصف وتحليل مؤشرات الصحة والمرض

جدول رقم (٦) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمحاور مقياس الصحة والمرض  
بمجتمع الدراسة

م	المحور	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التقدير
١	الإجراءات الوقائية	٢.٢	٠.٣٩	أحيانا
٢	عوامل خطر الإصابة بالأمراض	٢.٣	٠.٥٢	أحيانا
٣	سلوك المرض والاستجابة له	٢.٥	٠.٤٨	غالبا
				الإجمالي
		٢.٣	٠.٣٤	أحيانا

جدول رقم (٧) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لبعض مؤشرات الصحة والمرض  
(الإجراءات الوقائية، وعوامل خطر الإصابة بالأمراض، سلوك المرض والاستجابة له) في كل  
من الريف والحضر

الحضر		الريف			الفقرة	
التقدير	الانحراف	المتوسط	التقدير	الانحراف		متوسط
<b>أولاً: الإجراءات الوقائية</b>						
ابدا	٠.٩٩	١.٦٥	ابدا	٠.٨٥	١.٤٦	بلعب رياضة لمدة ٣٠ دقيقة على الأقل ٣ مرات في الأسبوع
أحيانا	٠.٨٧	٢.٢٦	أحيانا	٠.٩٥	٢.٣٨	أتحرك باستمرار واقضي مشاويري بدون استخدام وسيلة مواصلات
غالباً	١.١	٢.٦٨	غالباً	١	٢.٩٣	طبيعة عملي تعتمد على بذل مجهود بدني
غالباً	٠.٨٨	٢.٨٧	غالباً	٠.٩٦	٢.٨٧	أنام حوالي من ٦ إلى ٨ ساعات يوميا
غالباً	١	٢.٨٦	غالباً	٠.٩٣	٢.٩٩	اشرب الماء كثيرا (حوالي ٥ أكواب) يوميا
ابدا	٠.٨١	١.٤٥	ابدا	٠.٨١	١.٣٩	اتبع حمية غذائية (دايت) معينة لعدم زيادة وزني
غالباً	٠.٩٧	٢.٦٦	غالباً	٠.٨١	٢.٧٢	أتناول الخضروات والفاكهة والطعام الغني بالألياف يوميا
أحيانا	٠.٨٤	٢.٤١	أحيانا	٠.٨٣	٢.٢٥	استخدم فرشاة أو خيط لتنظيف الأسنان عقب الوجبات
أبدا	٠.٧٨	١.٦٩	أبدا	٠.٨٢	١.٦٦	اسعى أنا واسرتي للفحوصات الخاصة والمشاركة في

الحضر			الريف			الفقرة
التقدير	الانحراف	المتوسط	التقدير	الانحراف	متوسط	
						المبادرات المتعلقة باكتشاف الأمراض غير السارية
أحيانا	٠.٧٣	١.٩١	أبدا	٠.٧٧	١.٦٥	أقرأ مقالات حول الموضوعات العلمية المتعلقة بالصحة
غالبا	٠.٩٥	٢.٥٨	أحيانا	١	٢.٢٧	أشاهد واتابع البرامج والقنوات التي تعرض محتوى علمي عن الصحة والمرض
أحيانا	٠.٤١	٢.٢	أحيانا	٠.٣٩	٢.٢٣	<b>المجموع</b>
<b>عوامل خطر الإصابة بالأمراض</b>						
أبدا	١	١.٥١	أحيانا	١.٣	١.٩٢	أتناول المشروبات و الحلويات والأكلات الأخرى المعتمدة على السكر
أحيانا	٠.٩٥	٢.٠٤	أحيانا	١	٢.٤٦	أعتمد في نظام أكلي على الوجبات السريعة
غالبا	٠.٩٥	٢.٦٢	غالبا	٠.٩٦	٢.٨	أتناول طعام من خارج المنزل
غالبا	٠.٨٩	٣.٢٤	دائماً	٠.٩٣	٣.٢٥	أدخن السجائر أو الشيشة
أحيانا	١	٢.٢٩	أحيانا	٠.٩٣	١.٨٩	أجلس بجوار المدخنين
أحيانا	١	٢.٢٦	أحيانا	٠.٩٨	٢.١٢	أحاول أن أتكيف مع تلك الأشياء التي لم استطع تغييرها في حياتي
أحيانا	١	٢.١٠	أحيانا	١	٢.٠٨	أخذ وقت للاسترخاء كل يوم
أحيانا	٠.٦٠	٢.٢٩	أحيانا	٠.٤٩	٢.٣٥	<b>المجموع</b>
<b>سلوك المرض والاستجابة له</b>						
غالبا	٠.٨٩	٣.٠٧	غالبا	١	٣.١٠	التزم بكورس العلاج وتعليمات

الحضر			الريف			الفقرة
التقدير	الانحراف	المتوسط	التقدير	الانحراف	متوسط	
						الطبيب
أحيانا	١	٢.٢٥	أحيانا	٠.٩١	٢.٣٨	عند زيارة الطبيب، اطرح أسئلة لكي أكون على دراية بكافة التفاصيل
ابدا	٠.٨٤	١.٦٨	أحيانا	٠.٩٧	١.٨١	أذهب للطبيب عند ظهور أي علامات أو أعراض أو اختلال
غالبا	٠.٨٠	٣.١٠	أحيانا	٠.٩٦	٢.٣٨	أذهب للصيدلية واخذ علاج عند شعوري بأي أعراض دون الرجوع للطبيب
غالبا	١	٢.٥١	غالبا	١	٢.٥٣	أجري فحوصات وإشعاعات دورية
أحيانا	٠.٣٥	٢.٣٣	أحيانا	٠.٣٣	٢.٣٣	الإجمالي

يتضح من بيانات الجدول تفاوت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية بين كل عبارة من عبارات المحور، وحتى بين المحاور وبعضها، مما يشير إلى التنوع والتعدد في عرض العبارات وبنود المقياس ويجعله مقبولا إحصائيا للغرض الموضوع له.

الفروق في مؤشرات الصحة والمرض وفقا للخصائص الشخصية

#### ١- الفروق في الحالة الصحية وفقا للنوع

جدول (٨) اختيار (T) لمعرفة الفروق بين الذكور والاناث في الحالة الصحية

الوالدين	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	القيمة الإحصائية	الدلالة الإحصائية
الذكور	٢٥٤	٢.٤	0.335	3.7	0.001	دالة إحصائية
الاناث	١١١	٢.٢	0.341			

تشير بيانات الجدول الى وجود فروق بين الذكور والاناث فيما يتعلق بالحالة الصحية. حيث تؤكد الدراسة ان الذكور أكثر صحة من الاناث، فقد وصل المتوسط الحسابي لمقياس الحالة الصحية للذكور حوالي (٢.٤)، بينما للاناث حوالي (٢.٢). بفارق حوالي (٠.٢). وتؤكد قيمة (ت) ودلالاتها الاحصائية الفروق بين الذكور والاناث في الحالة الصحية حيث بلغت قيمة (ت) حوالي (٣.٧) بدلالة احصائية (٠.٠٠١).

جدول (٩) الفروق في إجابات العينة وفقا للنوع

البعد	المكانة	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (T)	الدلالة الإحصائية	الفروق
الإجراءات الوقائية	دنيا	ذكر	٧٨	٢.٢٤	٠.٩١	٢.٧	٠.٠٠٧	توجد فروق
		انثي	٤٩	٢.٢٠	٠.٩٦			
	وسطي	ذكر	١٠٣	٢.٢٤	٠.٣٥	٠.٨٧-	٠.٣٨٧	لا توجد فروق
		انثي	٤٠	٢.٢٩	٠.٣٥			
	عليا	ذكر	٧٣	٢.٢٩	٠.٤٥	٠.٤٨	٠.٦٣٣	لا توجد فروق
		انثي	٢٢	٢.٢٤	٠.٤٣			
عوامل الخطر	دنيا	ذكر	٧٨	٢.٤٦	٠.٥٢	٤.٧	٠.٠٠٠	توجد فروق
		انثي	٤٩	٢.٢	٠.٤٨			
	وسطي	ذكر	١٠٣	٢.٣٦	٠.٥٠	١.٦	٠.١٢١	لا توجد فروق
		انثي	٤٠	٢.٢٢	٠.٤٦			
	عليا	ذكر	٧٣	٢.٤٦	٠.٥٠	١.٥	٠.١٢٤	لا توجد فروق
		انثي	٢٢	٢.٢٦	٠.٦٢			
سلوك المرض والاستجابة له	دنيا	ذكر	٧٨	٢.٤٥	٠.٤٩	١.٠	٠.٣١	لا توجد فروق
		انثي	٤٩	٢.٣٧	٠.٣٩			
	وسطي	ذكر	١٠٣	٢.٥٧	٠.٥٠	٠.٤٩	٠.٦٢٣	لا توجد فروق
		انثي	٤٠	٢.٥٣	٠.٤٣			
	عليا	ذكر	٧٣	٢.٦٤	٠.٤٦	١.٠	٠.٣٠١	لا توجد فروق
		انثي	٢٢	٢.٥١	٠.٦١			
أجمالي المقياس	دنيا	ذكر	٧٨	٢.٤	٠.٣٣	٤.٤	٠.٠٠٠	توجد فروق
		انثي	٤٩	٢.١	٠.٢٨			
	وسطي	ذكر	١٠٣	٢.٣٥	٠.٣٣	٠.٤١	٠.٦٧٧	لا توجد فروق
		انثي	٤٠	٢.٣٢	٠.٣١			
	عليا	ذكر	٧٣	٢.٤٢	٠.٣٣	١.٣	٠.١٩٤	لا توجد فروق
		انثي	٢٢	٢.٣١	٠.٤٣			

تشير بيانات الجدول رقم (٨) إلى الفروق النوعية بين الطبقات الثلاث السوسيواقتصادية (العليا، الوسطي، والدنيا) في أبعاد الصحة والمرض الثلاث (الإجراءات الوقائية، عوامل الخطر، سلوك المرض والاستجابة له) حيث تشير الدلالة الإحصائية إلى وجود فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في الطبقة الدنيا فيما يتعلق بالإجراءات الوقائية لصالح الذكور، بينما لم تتضح هذه الفروق في الطبقات الوسطى والعليا. وفيما يتعلق بعوامل خطر الإصابة بالأمراض المزمنة. تتضح الفروق بين الذكور والإناث في الطبقات الدنيا. ولم تظهر بشكل جلي في الطبقات العليا والوسطى. أما في سلوك المرض والاستجابة له لم تتضح فروق قوية بين الذكور والإناث في الطبقات الثلاثة. وبالتالي ظهرت الفروق واضحة بين الذكور والإناث في الطبقات الدنيا فيما يتعلق بمقياس الصحة والمرض بأكمله لصالح الذكور مقارنة بالإناث.

## ٢- الفروق وفقا للسن

وجاءت النتائج في الجدول كما يلي:

جدول (١٠) الفروق في إجابات العينة وفقا لفئات السن: تم استخدام تحليل التباين أحادي

### الاتجاه (Anove)

الفروق	الدلالة الإحصائية	قيمة (f)	متوسط المربعات	مجموع المربعات	درجات الحرية	مصدر التباين	البعد
توجد فروق	٠.٠١	٣.٢	٠.٥٠	٢	٤	بين المجموعات	الإجراءات الوقائية
			٠.١٥	٥٦	٣٦٠	داخل المجموعات	
توجد فروق	٠.٠٣	٢.٥٤	٠.٦٩	٢.٧	٤	بين المجموعات	عوامل الخطر
			٠.٢٧٣	٩٨.١٥	٣٦٠	داخل المجموعات	
لا توجد فروق	٠.١٦	١.٦٢	٠.٣٨٢	١.٥٢	٤	بين المجموعات	سلوك المرض والاستجابة له
			٠.٢٣٦	٨٤.٩	٣٦٠	داخل المجموعات	
لا توجد فروق	٠.١٣	١.٧	٠.٢٠٤	٠.٨١٦	٤	بين المجموعات	أجمالي المقياس
			٠.١١٧	٤٢	٣٦٠	داخل المجموعات	

تشير بيانات الجدول رقم (٩) إلى وجود فروق معنوية بين متوسطات الفئات العمرية المختلفة في بُعد الإجراءات الوقائية وبُعد عوامل خطر الإصابة بالأمراض المزمنة حيث كانت قيمة الدلالة على الترتيب (٠.٠١)، (٠.٠٣). وكانت الفروق لصالح الفئات العمرية الأقل من

٣٠ عام. في حين لم تظهر الفروق بين متوسطات الفئات العمرية بشكل واضح في بُعد سلوك المرض والاستجابة له، ومقياس الصحة والمرض. حيث كانت قيمة الدلالة (٠.١٦)، (٠.١٣).

جدول (١١) الفروق في مؤشرات الصحة والمرض وفقا للمكانة الاقتصادية الاجتماعية

الفروق	الدلالة الإحصائية	قيمة (f)	متوسط المربعات	مجموع المربعات	درجات الحرية	مصدر التباين	البعد
لا توجد فروق	٠.٣٠٤	١.٢	٠.١٩١	٠.٣٨١	٢	بين المجموعات	الإجراءات الوقائية
			٠.١٦٠	٥٧.٧	٣٦٢	داخل المجموعات	
لا توجد فروق	٠.١٧٨	١.٧٣	٠.٤٧٩	٠.٩٧٥	٢	بين المجموعات	عوامل الخطر
			٠.٢٧٦	٩٩.٩٥	٣٦٢	داخل المجموعات	
توجد فروق	٠.٠٠٦	٥.١٤	١.٢	٢.٤	٢	بين المجموعات	سلوك المرض والاستجابة له
			٠.٢٣٢	٨٤	٣٦٢	داخل المجموعات	
توجد فروق	٠.٠٢	٣.٦	٠.٤١٥	٠.٨٢٩	٢	بين المجموعات	أجمالي المقياس
			٠.١١٦	٤٢	٣٦٢	داخل المجموعات	

جدول (١٢) المقارنات المتعددة بين الثلاثة مستويات من المكانة الاجتماعية الاقتصادية وسلوك المرض والاستجابة له

P. Value	متوسط الفرق	المقارنات الثنائية
٠.٠٣	٠.١٤٤-	(مكانة دنيا) مع (مكانة وسطي)
٠.٠٠٩	٠.١٩٤.-	(مكانة دنيا) مع (مكانة عليا)
٠.٧٠٩	٠.٠٥٠	(مكانة عليا) مع (مكانة وسطي)



**جدول (١٣) المقارنات المتعددة بين الثلاثة مستويات من المكانة الاجتماعية الاقتصادية ومقياس الصحة والمرض**

المقارنات الثنائية	متوسط الفرق	P. Value
(مكانة دنيا) مع (مكانة وسطي)	٠.٠٦٥-	٠.٠٢٥
(مكانة دنيا) مع (مكانة عليا)	٠.١٢٢-	٠.٠٠٢
(مكانة عليا) مع (مكانة وسطي)	٠.٠٥٦	٠.٤١٨

**وصف وتحليل علاقة المكانة الاجتماعية الاقتصادية بالصحة والمرض**  
**جدول (١٤) الفروق في مؤشرات الصحة والمرض بين كل مستوى من مستويات المكانة الاجتماعية الاقتصادية (دنيا - وسطي - عليا)**

البيد	المكانة	مصدر التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة (f)	الدلالة الإحصائية	الفروق
الإجراءات الوقائية	دنيا	بين المجموعات	٤	٠.٨٧٥	٠.٢١٩	١.٣٤	٠.٢٥٨	لا توجد فروق
		داخل المجموعات	١٢٢	١٩.٨	٠.١٦٣			
	وسطي	بين المجموعات	٤	١.٤٠	٠.٣٢٥	٢.٩	٠.٠٠٢	توجد فروق
		داخل المجموعات	١٣٨	١٦.٥	٠.١٢٠			
	عليا	بين المجموعات	٤	١.٥٧	٠.٣٩٣	٢.٠	٠.٠٠٩	لا توجد فروق
		داخل المجموعات	٩٠	١٧.٤	٠.١٩٤			
عوامل الخطر	دنيا	بين المجموعات	٤	١.٠٦٨	٠.٤٠٢	١.٣٥	٠.٢٥٥	لا توجد فروق
		داخل المجموعات	١٢٢	٣٦.٣	٠.٢٩٨			
	وسطي	بين المجموعات	٤	١.٠٠٤	٠.٢٨٣	١.٢	٠.٣٣٣	لا توجد فروق
		داخل المجموعات	١٣٨	٣٣.٧	٠.٢٤٤			
	عليا	بين المجموعات	٤	١.٥٨	٠.٣٩٧	١.٣	٠.٢٤١	لا توجد فروق
		داخل المجموعات	٩٠	٢٥.٥٦	٠.٢٨٤			
سلوك المرض والاستجابة له	دنيا	بين المجموعات	٤	١.٣٧٥	٠.٣٤٤	١.٦٥	٠.١٦٦	لا توجد فروق
		داخل المجموعات	١٢٢	٢٥.٤	٠.٢٠٨			
	وسطي	بين المجموعات	٤	٠.٥٨٠	٠.١٤٥	٠.٦٠	٠.٦٦١	لا توجد فروق
		داخل المجموعات	١٣٨	٣٣.٧	٠.٢٤٤			

البعد	المكانة	مصدر التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة (f)	الدلالة الإحصائية	الفروق
	عليا	داخل المجموعات	١٣٨	٣٣.١	٠.٢٤٠			فروق
		بين المجموعات	٤	١.٣٦	٠.٣٤٢	١.٣٨	٠.٢٤٤	لا توجد فروق
أجمالي المقياس	دنيا	داخل المجموعات	١٢٢	١٣.٥	٠.١١١			فروق
		بين المجموعات	٤	٠.٧٨٣	٠.١٩٦	١.٧٦	٠.١٤٠	لا توجد فروق
	وسطي	داخل المجموعات	١٣٨	١٤.٦	٠.١٠٦			فروق
		بين المجموعات	٤	٠.٥٤٦	٠.١٣٧	١.٢٨	٠.٢٧٨	لا توجد فروق
	عليا	داخل المجموعات	٩٠	١١.٨	٠.١٣٢			فروق
		بين المجموعات	٤	٠.٦٢٨	٠.١٥٧	١.١	٠.٣٢٠	لا توجد فروق

جدول (١٥) مصفوفة الارتباط بين مؤشرات المكانة الاجتماعية الاقتصادية ومؤشرات الصحة والمرض

الأبعاد	المكانة الاجتماعية الاقتصادية (١)	الإجراءات الوقائية	عوامل خطر الإصابة	سلوكيات المرض والاستجابة له	مقياس الصحة والمرض
المكانة الاجتماعية الاقتصادية	١	**٠.١٣٦	*٠.١٠٠	**٠.١٤٣	**٠.١٦٨
الإجراءات الوقائية	**٠.١٣٦	١	**٠.٣١٩	**٠.٢٧٩	**٠.٧٩٦
عوامل خطر الإصابة	*٠.٠١٠٠	**٠.٣١٩	١	**٠.٣٨٢	**٠.٧٦٢
سلوكيات المرض والاستجابة له	**٠.١٤٣	**٠.٢٧٩	**٠.٣٨٢	١	**٠.٦٤٣
مقياس الصحة والمرض	**٠.١٦٨	**٠.٧٩٦	**٠.٧٦٢	**٠.٦٤٣	١

(١) \* دالة عند مستوى معنوية ٠.٠٥ \*\* داله عند مستوى معنوية ٠.٠٠١

## مناقشة النتائج:

فيما يلي مناقشة لما توصلت إليه الدراسة من نتائج وتفسيرها وفقا لأسئلتها:

### مناقشة السؤال الأول: ما مستويات المكانة الاجتماعية الاقتصادية ومعايير قياسها؟

اعتمادا على خمسة مؤشرات أساسية للمكانة الاجتماعية الاقتصادية وهي (المهنة، والتعليم، والدخل، والانفاق، ومستوى السكن) ومن خلال مؤشر المكانة، أظهرت نتائج الدراسة زيادة عدد الافراد في الطبقة الوسطى حيث بلغت نسبتهم (٣٩.٢%)، مقابل (٢٦%) للطبقة العليا، و(٣٤.٨%) للطبقة الدنيا. وقد يعزي الباحث هذه النتيجة إلى طبيعة التركيب الطبقي الاقتصادي الاجتماعي للمجتمع المصري عامة ومجتمع الدراسة خاصة حيث يصنف الأغلبية ضمن الطبقة الوسطى وفقا للمؤشرات السالفة.

وما يؤكد ذلك اتفاق هذه النتيجة مع نتائج العديد من الدراسات التي اعتمدت على مؤشرات مماثلة لقياس الطبقة او المكانة مثل دراسة (حجير، ٢٠١٥).

### مناقشة السؤال الثاني: ما مؤشرات الصحة والمرض الأكثر تعبيراً عن الحالة الصحية والمرضية بمجتمع الدراسة؟

أظهرت نتائج الدراسة ان محور سلوك المرض والاستجابة له (المحور الثالث) هو الأكثر تأثيراً وظهوراً وتعبيراً للحالة الصحية لمجتمع الدراسة. حيث بلغ المتوسط الحسابي لهذا المحور (٢.٥) بانحراف معياري (٠.٤٨) مقارنة بالمحور الأول (الإجراءات الوقائية)، والمحور الثاني (عوامل خطر الإصابة بالأمراض) حيث كانت متوسطات المحاور الأول والثاني (٢.٢)، (٢.٣). وتتفق هذه النتيجة مع نتائج العديد من الدراسات مثل دراسة (حجير، ٢٠١٥)، ودراسة (Mackenbach, et al., 2000).

### مناقشة السؤال الثالث: ما مدى التفاوت بين الريف والحضر في مؤشرات الصحة والمرض؟

أظهرت نتائج الدراسة تقارب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية بين الريف والحضر في المحاور الثلاثة لمقياس الصحة والمرض، مما يشير إلى عدم وجود اختلاف كبير وجذري بين الريف والحضر فيما يتعلق بمؤشرات الصحة والمرض، على الرغم من وجود تفاوت في متوسطات وانحرافات بعض العبارات ولا سيما في محور الإجراءات الوقائية. إلا انه في

المجمل تتشابه الحالة الصحية العامة في الريف والحضر. وتتفق هذه النتيجة مع العديد من نتائج الدراسات السابقة مثل (الأتراي، ٢٠١٢).

ويعزي الباحث هذه النتيجة إلى التشابه والتجانس الثقافي والاقتصادي الكبير بين الريف والحضر، ومن ثم لا تختلف الحالة الصحية كثيرا بينهما، ولا سيما بمجتمع الدراسة التي لا تظهر به تمايزات ثقافية معينة سواء في الريف أو الحضر.

**مناقشة السؤال الرابع: ما مؤشرات الصحة والمرض التي بها تباينات تعزى للمكانة الاقتصادية والاجتماعية؟**

تؤكد وتشير نتائج الدراسة الميدانية إلى ان مقياس الصحة والمرض بمحاوره الثلاث بها تباينات تعزى إلى المكانة الاجتماعية الاقتصادية، في حين ان محاور الصحة والمرض في بعضها تباينات تعزى للمكانة الاقتصادية الاجتماعية، في حين ان محاور أخرى لم تتضح بها تباينات تعزو للمكانة. ومن امثلة المحاور التي بها تباينات تعزو للمكانة الاقتصادية الاجتماعية هو محور سلوك المرض والاستجابة له حيث كانت قيمة Anove (٥.١٤)، بدلالة معنوية (٠.٠٠٦)، مقارنة بالمحور الأول والثاني الذي كانت قيمة دلالاتهما (٠.١٧٨)، (٠.٣٠٤).

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة (حجير، ٢٠١٥) التي أظهرت نتائجها ان تأثير الطبقة الاجتماعية الأكبر في محور سلوك المرض والاستجابة له، كما تتفق أيضا هذه النتيجة مع دراسة (Mackenbach, et al., 2000). ويعزي الباحث هذه النتيجة إلى ان السلوكيات والافعال هي الادق في قياسها وبيان تأثيرها بشكل كبير مقارنة بالمعتقدات والاتجاهات، فالسلوك فعل يسهل قياسه سواء فعله المريض أو لم يفعله.

### مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرض الرئيسي والفرضيات الفرعية

**اولاً: الفرض الرئيسي: لا توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين المستويات الثلاث للمكانة (الدنيا - الوسطى العليا) في الحالة الصحية والمرضية**

تشير النتائج الميدانية للدراسة إلى وجود فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين الثلاث مستويات للمكانة الاقتصادية الاجتماعية فيما يتعلق بالحالة الصحية والمرضية. وبالتالي ترفض الدراسة الفرض الصفري القائل " بانه لا توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين مستويات المكانة الثلاث والحالة الصحية والمرضية" وتقبل الدراسة الفرض البديل.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج العديد من الدراسات مثل دراسة Phelan, Link , & Fox, Feng, (Tehranifar, 20100). ودراسة (Polonijo & Carpiano, 2013). ودراسة (Miech, Pampel, Kim, & Rogers, 2011) وأيضا دراسة (& Asal, 2019)، ودراسة (Fleischer & McKeown, 2014).

وهذا يؤكد صحة نظرية الأسباب الأساسية فيما يتعلق بقيام الأفراد والجماعات بنشر واستخدام الموارد لتجنب المخاطر واعتماد استراتيجيات وقائية، وبالتالي فإن الأسباب الأساسية تؤثر على الصحة حتى عندما تتغير عوامل الخطر والوقاية والأمراض بشكل جذري. والتحقق من فكرة "أن الموارد واستخدامها تلعب دورا محوريا في الحفاظ على التفاوتات الاجتماعية الاقتصادية وبالتالي استمرار التفاوتات الصحية".

وهذا يعني أن المكانة الاجتماعية الاقتصادية تعمل "كسبب أساسي" للمرض من خلال السماح للأشخاص ذوي الوضع الاجتماعي والاقتصادي الأعلى باستخدام موارد صالحة على نطاق واسع مثل المعرفة والمال والسلطة لتجنب المخاطر وتقليل عواقب المرض فور حدوثه. كما تنشئ هذه المكانة أيضا تفاوتات في معدلات الوفيات لأن الأشخاص ذوي المكانة الاجتماعية الاقتصادية الأعلى هم أكثر استخداما لموارد مرنة لتجنب المخاطر واعتماد استراتيجيات وقائية.

### ثانياً: الفروض الفرعية للدراسة:

**الفرض الأول: لا توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في الحالة الصحية والمرضية**

تشير نتائج الدراسة إلى وجود فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في فيما يتعلق بالحالة الصحية والمرضية. حيث كانت الحالة الصحية الأعلى للذكور مقارنة بالإناث. كما تؤكد الدراسة وجود فروق بين الذكور والإناث في الطبقات الثلاثة (دنيا- وسطى- عليا)، في المحاور الثلاث المكونة لمقياس الحالة الصحية. واتضحت الفروق بصورة كبيرة بين الذكور والإناث في الطبقة الدنيا.

وهذه نتيجة طبيعية تتفق مع العديد من الدراسات التي تؤكد أن الرجال أكثر صحة من الإناث مثل دراسة (الكندي، ٢٠١٦)، ودراسة (العنزي، ٢٠٠٩)، ومن ثم ترفض الدراسة الفرض

الصفري وتؤكد وتثبت الفرض البديل بوجود فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين الذكور والاناث في الحالة الصحية.

**الفرض الثاني:** لا توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين فئات السن المختلفة في الحالة الصحية والمرضية.

تشير نتائج الدراسة الميدانية إلى وجود فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين الفئات العمرية المختلفة فيما يتعلق بتطبيق الإجراءات الوقائية، وكانت الفروق المعنوية لصالح الفئة العمرية (٤٠ - ٥٠) بمستوى دلالة إحصائية (٠.٠٠٠٦). وبالمثل فيما يتعلق بمحور (عوامل الخطر) حيث يتضح أيضا وجود فروق معنوية بين فئات السن المختلفة. فقد أوضحت النتائج ان الفئات العمرية (٥٥+) هم الأكثر عرضة لعوامل خطر الإصابة بالأمراض. حيث بلغ مستوى الدلالة الإحصائية للفئة العمرية (٥٠-٦٠) حوالي (٠.٠٠٠٤). ومن ثم ترفض الدراسة الفرض الصفري وتقبل الفرض البديل.

اما فيما يتعلق بمحور (سلوك المرض والاستجابة له) يتضح وجود فروق بين الفئات العمرية المختلفة فيما يتعلق بالسلوكيات المرتبطة بالمرض والاستجابة له. ولكنها ليست فروق جوهرية، نظرا لكون السلوكيات الصحية واستجابات المرض متعلقة بالثقافة والتجانس الثقافي بين الفئات العمرية المختلفة. ومن ثم لم تتضح الفروق بشكل جوهري.

وتتفق هذه النتيجة مع نظرية نمط الحياة الصحية في فرضيتها التي أكدت على أن أنماط الحياة تميل إلى التجمع في أنماط معينة تعكس اختلافات واضحة في المكانة الاجتماعية الاقتصادية، والجنس، والعمر، والنوع، وغيرها من المتغيرات الاجتماعية الأخرى. كما تتفق هذه النتيجة مع العديد من الدراسات مثل دراسة كوكارهم واحرون (٢٠١٧) (Cockerham, Hamby, & Oates, 2017, p. 9) ودراسة جيندز (١٩٩١).

**الفرض الثالث:** لا توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين مستويات المكانة الاجتماعية الاقتصادية (دنيا - وسطي - عليا) فيما يتعلق بالإجراءات الوقائية من الأمراض.

تشير النتائج الميدانية إلى عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين مستويات المكانة الاجتماعية الاقتصادية المختلفة الثلاثة (دنيا - وسطي - عليا) فيما يتعلق بالإجراءات الوقائية من الأمراض. ولعل ذلك يرجع إلى ان الإجراءات الوقائية مرتبطة أكثر بالعادات والتقاليد

والممارسات الصحية التي تتشابه إلى حد كبير بين المستويات الثلاثة للمكانة باعتبار العوامل الثقافية متشابهة في مجتمع الدراسة. وقد لا يظهر تفاوتها بين الطبقات. وهذا ما اكدت عليه دراسات متعددة مثل دراسة (طه، ٢٠٢١). وبالتالي تقبل الدراسة الفرض الصفري وترفض الفرض البديل.

**الفرض الرابع: لا توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين مستويات المكانة الاجتماعية الاقتصادية (دنيا - وسطي - عليا) فيما يتعلق بعوامل خطر الإصابة بالأمراض.**

تشير النتائج الميدانية للدراسة إلى وجود فروق معنوية ولكنها غير جوهرية بين مستويات المكانة الثلاثة في عوامل خطر الإصابة بالأمراض. حيث تتضح الفروق لصالح الطبقات العليا التي هي أكثر الطبقات تعرضا لعوامل الخطر وذلك لظروف حياتها وتبني أنماط حياة حديثة تحمل معها سلوكيات ومخاطر صحية تتمثل في انعدام النشاط، والتغير في نمط الغذاء وما يصاحبه من زيادة حجم الوزن، وزيادة التدخين وتناول الكحوليات، وغيرها من سلوكيات المخاطر الصحية التي كان لها دورًا مهمًا وأساسيًا في ظهور أنماط جديدة من الأمراض لم تكن بنفس درجة الانتشار من قبل وهي ما أطلق عليها عمران أمراض العصر، أو الأمراض المزمنة غير السارية.

ومن ثم تتفق نتائج هذه الدراسة مع نتيجة دراسة دريسلر ( Dressler, Dos Santos, 1987), وتتفق أيضا جزئيا مع دراسة كل من ترول وبيكار وبيروور (Gallagher, & Viteri, 1987), وتتفق أيضا جزئيا مع دراسة كل من ترول وبيكار وبيروور (Prior et al. 1964); (Page 1976), (Trowell 1981), (Baker et al. 1986)

**لا توجد أية اختلافات ذات دلالة إحصائية بين مستويات المكانة الاجتماعية الاقتصادية (دنيا - وسطي - عليا) في سلوك المرض والاستجابة له**

اثبتت نتائج الدراسة الميدانية، وجود فروق معنوية جوهرية ذات دلالة إحصائية بين المستويات الثلاثة للمكانة الاقتصادية الاجتماعي في سلوك المرض والاستجابة له. وبالتالي ترفض الدراسة الفرض الصفري وتقبل الفرض البديل الذي يؤكد على وجود فروق بين مستويات المكانة في سلوك المرض والاستجابة له.

وتتفق هذه النتيجة مع فرضيات نظرية الأسباب الأساسية والتي تؤكد على ان من يمتلك الموارد لديه سلوك مختلف واستجابة مغايرة عن من لا يمتلك تلك الموارد. وتتفق أيضا مع فرضية "أن المكانة الاجتماعية الاقتصادية تعمل "كسبب أساسي" للمرض من خلال السماح للأشخاص ذوي

الوضع الاجتماعي والاقتصادي الأعلى باستخدام موارد صالحة على نطاق واسع مثل المعرفة والمال والسلطة لتجنب المخاطر وتقليل عواقب المرض فور حدوثه ( Freese & Lutfey, 2011: 70).

كما تتفق هذه النتيجة مع العديد من النتائج التي توصلت إليها دراسات سابقة مثل دراسة (Fox, Feng, & Asal, 2019)، ودراسة (Phelan J. C., Link, Diez- Roux, )، ودراسة (kawachi, & Levin, 2004) التي استخدمت التعليم ودخل الأسرة كمؤشرات على المكانة.

### الاستنتاجات والتوصيات:

#### الاستنتاجات

١. تظهر تفاوتات المكانة واضحة في مجتمع الدراسة.
٢. تظهر التفاوتات الصحية واللامساواة في الصحة والمرض في مجتمع الدراسة.
٣. هناك تأثير واضح للمكانة الاقتصادية الاجتماعية على الحالة الصحية والمرضية بمجتمع الدراسة.

#### التوصيات

١. تفعيل نظام التأمين الصحي الشامل لتقليل الفجوة بين الطبقات الاجتماعية المختلفة في الاستفادة بالخدمات الصحية.
  ٢. العمل على تحقيق العدالة الاجتماعية في توزيع الموارد لتقليل الفجوة الاقتصادية والاجتماعية بين السكان وبالتالي تقليل فجوة الانتفاع بالخدمات الصحية.
  ٣. زيادة تشجيع المبادرات الصحية وبرامج التثقيف الصحي في المناطق الأكثر فقراً لرفع مستوى الوعي الصحي وزيادة الممارسات الصحية وتجنب الأمراض.
١. أهمية تقليل عوامل خطر الإصابة بالأمراض بزيادة نشر الموارد الداعمة لذلك.



## المراجع

### أولاً: المراجع العربية:

١. إبراهيم عيسى عثمان. (٢٠٠٩). مقدمة في علم الاجتماع . القاهرة: مكتبة الشروق.
٢. انتوني غدينز ، ترجمة فايز الصياغ. (٢٠٠٥). علم الاجتماع . بيروت: المنظمة العربية للترجمة - مؤسسة ترجمان ، الطبعة الرابعة.
٣. حياة بن عروس. (٢٠١٣). الانثربولوجيا الطبية ودورها في قضايا الصحة والمرض. مركز البصيرة للبحوث والدراسات والخدمات التعليمية، ع ١٣ .
٤. ذياب البدنة، و فايز المجالي . (١٩٩٦). الحراك الاجتماعي بين الأجيال والتفضيل المهني لدي الأبناء،. مجلة مركز البحوث التربوية بجامعة قطر، العدد التاسع، السنة الخامسة.
٥. رحاب مختار. (جوان، ٢٠١٤). الصحة والمرض وعلاقتها بالنسق الثقافي للمجتمع: مقارنة من منظور الانثربولوجيا الطبية. مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة المسيلة، العدد ١٥ .
٦. عائشة محمد بن سعود فشيكة. ( ٢٠٠٧). المكانة الاجتماعية للمرأة في المجتمع الليبي - دراسة للحرك الاجتماعي للمرة في مدينة طرابلس. رسالة دكتوراه غير منشوره، كلية الآداب، جامعة القاهرة. القاهرة: جامعة القاهرة.
٧. عبد العظيم قدورة مشتهي. (٢٠١٢). تأثير على الامراض السارية في قطاع غزة . مجلة اتحاد الجامعات العربية للاداب مج9، ع ٣ .
٨. علي عبد الرازق جليبي. (١٩٩٨). علم الاجتماع. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
٩. عمر إبراهيم الاترابي. (٢٠١٢). نموذج إحصائي مقترح للنتبؤ بمرض السكر: دراسة مقارنة بين الريف والحضر في مصر . المجلة العلمية الاقتصادية للتجارة ، الصفحات.
١٠. عويد سلطان العنزي. (٢٠٠٩). الفروق بين الجنسين في جوانب نوعية الحياة لدى عينات من طلاب جامعة الكويت. جامعة القاهرة، كلية الاداب، قسم علم النفس .
١١. فاطمة محمد حجير. (٢٠١٥). الطبقة الاجتماعية والمرض، دراسة مقارنة على هعينة من

- الطبقة الغنية وعينة من الطبقة الفقيرة في مدينة اربد. دار المنظومة.
١٢. محمد شعبان طه. (فبراير ، ٢٠٢١). ثقافة التحديث والتحول الوبائي: دراسة ميدانية مقارنة . جامعة بني سويف .
١٣. محمد عاطف غيث. (٢٠٠٦). قاموس علم الاجتماع. الاسكندرية : دار المعرفة الجامعية.
١٤. محمد عاطف غيث. (٢٠٠٦). قاموس علم الاجتماع. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
١٥. مولود زايد الطيب. (٢٠١٤). دور الحراك الاجتماعي في الحصول على المكانة الاجتماعية وعلاقة ذلك ببنية ونظام المجتمع.
- <https://www.slideshare.net/ssusera00041/ss-68088837>
١٦. واصف احمد جمعة السخانية. (١٩٩٤). الامراض السارية في مجتمع الاغوار الشمالية: دراسة انثربولوجية . رسالة ماجستير، جامعة اليرموك، معهد الاثار والانثربولوجيا. اربد، الاردن: جامعة اليرموك، معهد الاثار والانثربولوجيا.
١٧. يانيك لوميك، ترجمة جورجيت الحداد. (٢٠٠٨). الطبقات الاجتماعية. بيروت: دار الكتاب الجديد المتحدة.
١٨. يسري عبدالحميد رسلان. (٢٠٠٣). الاتجاهات النظرية والمنهجية الحديثة لداسه الحراك الاجتماعي منذ التسعينات. مجلة الاداب والعلوم الانسانية جامعة المنيا، المجلد ٤٩، العدد ٣.
١٩. يعقوب يوسف الكندري. (٢٠١٦). الاختلافات الصحية بحسب الجنس والخصائص الاجتماعية بين المسنين الكويتيين . جامعة الكويت، مجلس النشر العلمي.
٢٠. يمينة ميري. (٢٠١٣). المقاربة الاجتماعية لظاهرتي الصحة والمرض. مجلة كلية الاداب والعلوم الانسانية، جامعة القاضي عياض، ع ١.

## ثانياً: المراجع الأجنبية

1. Abbott, P. A., Turmov, S., & Wallace, C. (2006). Health world views of post-soviet citizens. *Social Science & Medicine* 62.
2. Antonovsky, A. (1967). Social Class, Life Expectancy and Overall Mortality. *Milbank Memorial Fund Quarterly*.
3. Avendaño, M., Kunst, A., Lenthe, F., Bos, V., Costa, G., Valkonen, T., . . . Mackenbach, J. (2004, July 7). Trends in Socioeconomic Disparities in Stroke Mortality in Six European Countries between 1981–1985 and 1991–1995. *American Journal of Epidemiology Vol. 161, No. 1*.
4. Braveman, P. A., Cubbin, C., Egerter, S., Posner, S., Chideya, S., Marchi, K. S., & Metzler, M. (2006, January). Socioeconomic Status in Health Research One Size Does Not Fit All. *JAMA The Journal of the American Medical Association*.
5. Christensen, V. T., & Carpiano, R. M. (2014, Jul). Social class differences in BMI among Danish women: Applying Cockerham's health lifestyles approach and Bourdieu's theory of lifestyle. *Social Science & Medicine, Volume 112*.
6. Cockerham, W. C. (2005, Mar). Health lifestyle Theory and the convergence of agency and structure . *Journal of Health and social behavior , vol. 46, No. 1*.
7. Cockerham, W. C. (2013). Bourdieu and an Update of Health Lifestyle Theory. In W. C. Cockerham, *Medical Sociology on the Move: New Directions in Theory*. New York: Springer.
8. Cockerham, W. C. (2013). The Rise of Theory in Medical Sociology. In W. C. Cockerham, *Medical Sociology on the Move: New Directions in Theory* , New York: Springer.
9. Cockerham, W. C. (2015). *The contemporary sociology of health lifestyles, in: the palgrave handbook of social theory in health, illness and Medicine*. London: Palgrave Macmillan.
10. Cockerham, W. C., Bauldry, S., Hamby, B. W., Shikany, J. M., & Bae, S. (2017, January). A Comparison of Black and White Racial Differences in Health Lifestyles and Cardiovascular Disease.

*American Journal of Preventive Medicine, Volume 52, Issue 1, Supplement 1*,.

11. Cockerham, W. C., Hamby, B. W., & Oates, G. R. (2017, January 27). The Social Determinants of Chronic Disease. *American Journal of Preventive Medicine, Volume 52, Issue 1, Supplement 1*.
12. Cockerham, W. C., Kunz, G., & Lueschen, G. (1988, Jun.). Social Stratification and Health Lifestyles in Two Systems of Health Care Delivery: A Comparison of the United States and West Germany. *Journal of Health and Social Behavior* Vol. 29, No. 2.
13. Crompton, R. (2006, November 1). Class and family. *The Sociological Review*, 54 (4).
14. Elo, I. T. (2009). Social Class Differentials in Health and Mortality: Patterns and Explanations in Comparative Perspective. *Annual Review of Sociology*, Vol. 35.
15. Erikson, R., & Torssander, J. (2008, June 18). Social class and cause of death. *European Journal of Public Health*, Vol. 18, No. 5.
16. Foladare, I. (1969, winter). A clarification of "Ascribed status" and "Achieved status". *Sociological Quarterly*, vol.10, No.1.
17. Fotso, J.-C., & Defo, B. K. (2005, Jun). Measuring Socioeconomic Status in Health Research in Developing Countries: Should We Be Focusing on Households, Communities or Both? *Social Indicators Research*, Vol. 72, No. 2..
18. Grusky, D. B. (2001). *social stratification: class, race and Gender, sociological perspective*. London: Westview press, second edition.
19. Hinote, B. P. (2015). William C. Cockerham: The Contemporary Sociology of Health Lifestyles. In F. Collyer, *The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine*. London: Palgrave macmillan.
20. Huppatz, K. (2015). Pierre Bourdieu: Health Lifestyles, the Family and Social Class. In F. Collyer, *The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine* London: Palgrave macmillan.
21. Lawrence, E. M., Mollborn, S., & Hummer, R. A. (2017, September 23). Health lifestyles across the transition to adulthood: Implications for Health. *Social Science & Medicine* 193.

22. Lee, C., Tsenkova, V. K., Boylan, J. M., & Ryff, C. D. (2018, January 29). Gender differences in the pathways from childhood disadvantage to metabolic syndrome in adulthood: An examination of health lifestyles. *SSM - Population Health, volume 4*.
23. Levine, R. F. (2006). *social class and stratification*. London: Rowmen & Littlefield publishers, second edition.
24. Link, B. G., & Phelan, J. (1995). Social Conditions As Fundamental Causes of Disease. *Journal of Health and Social Behavior , 1995, Extra Issue: Forty Years of Medical Sociology: The State of the Art and Directions for the Future*.
25. Mackenbach, J. P., A Roskam, I.-J. R., Schaap, a. M., Menvielle, G., Leinsalu, M., & Kunst, A. E. ( 2008, june 5). Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. *The new england journal of medicine*.
26. Mackenbach, J. P., Kunst, A. E., Groenhof, F., Borgan, J.-K., Costa, G., Faggiano, F., . . . Valkonen, T. (2000, January). Socioeconomic Inequalities in Mortality Among Women and Among Men:An International Study. *American Journal of Public Health· Vol. 89, No. 12,*.
27. Miech, R., Pampel, F., Kim, J., & Rogers, R. G. (2011, Des). The Enduring Association between Education and Mortality: The Role of Widening and Narrowing Disparities. *American Sociological Review, 76(6)*.
28. Oakes, J. M., & Rossi, P. (2003). The measurement of SES in health research: current practice and steps toward a new approach. *Social Science & Medicine 56*.
29. Onge, J. M., & Krueger, P. M. (2017, December). Health lifestyle behaviors among U.S. adults. *SSM–Population Health, Volume 3*.
30. Phelan, J. C., Link, B. G., Diez- Roux, A., kawachi, C., & Levin, B. (2004, September). Fundamental Causes” of Social Inequalities in Mortality: A Test of the Theory. *Journal of Health and Social Behavior , Vol 45*.
31. R. G., & Wright, E. o. ( 2003). *social class – in Encyclopedia of social theory*. Sage publications.

32. Rahkonen, O., Laaksonen, M., Martikainen, P., Roos, E., & Lahelma, E. (2006, January). Job control, job demands, or social class? The impact of working conditions on the relation between social class and health. *Journal of Epidemiology and Community Health (1979-)* , January 2006, Vol. 60, No 1.
33. Seib, C., Parkinson, J., McDonald, N., Fujihira, H., Zietek, S., & Anderson, D. (2018, May). Lifestyle interventions for improving health and health behaviours in women with type 2 diabetes: A systematic review of the literature 2011–2017. *Maturitas 111*.
34. Sinha, A., & Gibbs, T. (2014). Social Stratification and Health in the Western Context..
35. Williams, G. H. (2003). The determinants of health: structure, context and agency. *Sociology of Health & Illness Vol. 25 Silver Anniversary Issue*.
36. Willis , E., & Pearce, M. (2015). Anthony Giddens: Risk, Globalisation and Indigenous Public Health. In F. Collyer, *The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine*. London: Palgrave Macmillan.
37. Wu, C.-C., Lin, C.-H., Chiang, H.-S., & Tang, M.-J. (2018). A population-based study of the influence of socioeconomic status on prostate cancer diagnosis in Taiwan. *International Journal for Equity in Health*.