

المحاضرة العاشرة بعنوان

المستشفى كنسق اجتماعى ثقافى (تتمة)

المحاور

ثالثاً: البناء غير الرسمي للمستشفى.

رابعاً: نماذج رعاية المرضى.

خامساً: الخاتمة

ثالثاً: البناء غير الرسمي للمستشفى

على الرغم من أن البناء التنظيمي يتيح نوعاً من الاتصال المباشر وغير المباشر بينه وبين الناس إلا أن هذا البناء وما يرتبط به من ثقافة خاصة لا يزال يضع بعض القيود على التعامل معهم، فوجود المريض بالمستشفى يؤدي إلى التغاضي على بعض متطلباته الإنسانية لفقدان القنوات الاتصالية المناسبة للتعامل مع اهتماماته ومشاعره الشخصية.

ومن هنا فقد اهتم علماء الاجتماع بتأثير العلاقات الاجتماعية الودية بين أعضاء النسق الطبي وبين المرضى في كفاءة الأداء المهني للخدمة الطبية، وتحقيق الشفاء فإذا نظرنا إلى الممارسات الطبية سنجدها مليئة بالتفاعلات بين الطبيب والمريض، وبين المرضى والمرضات والأطباء، وبين الأطباء والأخصائيين الاجتماعيين، فكل هذه التفاعلات تحدث من خلال الفعل الاجتماعي.

لذا فقد اهتم العلماء بالتنظيم غير الرسمي في المنظمات في إطار ما يعرف باسم متغيرات العلاقات الشخصية المتبادلة وتتعلق هذه المتغيرات أساساً بالحياة الاجتماعية والسلوك الاجتماعي والواقعية والروح المعنوية والرضا عن العمل.

وبالتالي ركزت كثير من الدراسات الاجتماعية على دراسة الجماعة الاجتماعية والمعايير والقيم الثقافية التي تحكم سلوك الأفراد في المستشفيات والتي تنشأ تلقائياً نتيجة التفاعل الاجتماعي.

ومن هنا ينظر علماء الاجتماع إلى المستشفى على أنه مجتمع محلي صغير ذو ثقافة خاصة به، ويركزون على دخول المريض إلى المستشفى وأثر ذلك على سلوكه واستشفائه.

إلا أنه من الصعب تحديد ملامح تلك الثقافة علاوة على أن وحدات الدراسة أكثر ارتباطاً بالثقافات الفرعية لعنبر أو جناح من المستشفى الحديث أو للمعمل أو لحجرة العمليات أو لسائر الوحدات الأخرى في المستشفى.

حيث نواجه بثقافتين أساسيتين دائماً وهما ثقافة المريض من ناحية، وثقافة الهيئة الطبية من ناحية أخرى، ويلاحظ أن الثقافة الأخيرة متشابهة إلى حد كبير بغض النظر عن ثقافة المستشفى، بينما تختلف ثقافات المرضى فيما بينها اختلافاً بيناً.

وقد حظي دخول المريض إلى المستشفى باهتمام علماء الاجتماع والأنثروبولوجيا والسلوكيات حيث درسوا ما يحدث للمرضى بعد دخولهم، وأوضحوا عن ظاهرة تنتج عن ذلك أسماها العالمان " Brink و Saunders " في عام 1976 بالصدمة الثقافية.

كما أشار " كو " إلى نفس الظاهرة في المستشفيات العامة وأطلق عليها (الابتلاء بتجاهل أو ضياع الشخصية الفردية) على حين وصفها " براون **Brown** " بأنها عملية فقدان الإحساس بالهوية ، بينما اعتبرها **Coser** بمثابة فقدان التحكم في الجسم والبيئة الطبيعية.

ومن ثم فقد أشارت بعض الدراسات المتاحة إلى ضرورة تعلم مرضى المستشفى كيفية التعامل مع عناصر ثقافتها المادية مثل مفاتيح الكهرباء والجرس ووضع الأسرة في الوضع المريح، وكيفية تقديم عيناته للتحليل بالمعمل وكيفية استخدام أجهزة الجلوكوز والقسطرة... الخ.

وكذلك العناصر اللامادية كالمعاني والمصطلحات العلاجية والتشخيصية المتداولة عموماً، كما ينبغي توعية المريض بالعناصر الأخرى في حياته اليومية كالأكل والشرب وجدول تطور الحالة وأنماط التفاعل مع الأفراد المحيطين به.

وبالتالي فالثقافة تلعب دوراً هاماً وبخاصة في مسألة الصحة والمرض وفي العلاقة بين الطبيب والمريض، فالخلفية الثقافية لأي مريض تؤثر تأثيراً إيجابياً وفعالاً في الاستجابة للمرض وفي علاقته مع الطبيب.

حيث أن معرفة الطبيب يفترض أن هناك قيماً مرتبطة بالصحة والمرض، إذا عرفها المريض من خلال خلفيته الثقافية سيساعد هذا على سرعة فهم المريض للطبيب وبالتالي سرعة العلاج، فالمدخل الجديد في دراسة العلاقة بين الطبيب والمريض هي زيادة تثقيف المريض من الناحية الصحية حتى يستطيع إدراك وجهة نظر الطبيب وبالتالي المهمة في شفائه.

كما تساعد العلاقات الاجتماعية والاتصالات غير الرسمية والفهم الشخصي والتي تشكل البناء غير الرسمي للمستشفى في تجنب الصراع الذي ينشأ حول بعض القضايا التي تهم الجماعات المتعارضة من وجهات نظر فهمها الخاصة، فمثلاً قد يشترك الطبيب والممرضة في نوع من الفهم حول الطريقة التي يريد بها الطبيب علاج بعض المرضى.

وقد تكون هذه الطريقة يمتاز بها الطبيب من أساليب العلاج ، ولكنها غير متاحة في ضوء قواعد المستشفى وتؤدي هذه العوامل وغيرها إلى نتيجة مؤداها أن كل صراع ينشأ في ظل بعض الظروف التي تميز موقفاً معيناً أو جماعة في هذا الموقف يمكن حله عن طريق التفاوض.

وهذا معناه أن هناك بعض الخصائص التي تميز البناء الاجتماعي للمستشفى التي تجعل حل الصراع ممكناً من خلال التفاوض أو المساومة.

وهناك نوعاً آخر من الصراع ، فقد يعتقد الباحثون أن رعاية المريض دائماً من خلال الهيئة الطبية وهذا لا يصدق دائماً،

فالأطباء من ناحية يختلفون فيما بينهم ، بمعنى أن هناك غالباً نوعاً من عدم التيقن في اتخاذ القرار الطبي، كما ينبغي أن يتعامل الأطباء بشدة مع الآخرين لكي يتأكدوا من رعاية مرضاهم ، ويحدث هذا على هيئة التمريض وكذلك على الإدارة.

وبهذا قد لا يكون للأطباء دائماً في وضع يجعلهم يفرضون وجهات نظرهم على الآخرين، وأحياناً ينبغي عليهم التفاوض.

ولكن هذا ليس معناه أن الصراع ليس له أهمية أو نتائج وإنما بفضل الالتزام الأيديولوجي العميق ونمو شبكات التفاعل غير الرسمية وإمكانية التفاوض فإنه يمكن للصراع الذي ينشأ أن يجد طريقة إلى الحل على نحو يتمكن معه للمستشفى من القيام بوظيفته التنظيمية.

رابعاً: نماذج رعاية المرضى.

لاشك أن التطور التاريخي للمستشفى من مجرد منظمة خيرية متأثرة بقيم مثل ضرورة تقديم الخدمة للمحتاجين ، وقيام المستشفى بدورها بوصفها رسالة دينية إلى منظمة لها أهداف متعددة، ومن ثم تشعبت أدوارها الخاصة واختلف الضبط المهني، ويعتبر هذا التطور ذا أهمية قصوى.

وأكثر من ذلك فقد استمر هذا التغيير في البناء الاجتماعي مع تغيير الاتجاهات في الحاجات الطبية والمطالب ولذلك فقد تدخل العلماء السوسولوجيون من أجل عملية الضبط في نظام الممارسة الطبية ونجد على سبيل المثال نموذج **Hershey** والذي يحدد فيه مبدأين لإعادة تنظيم نسق العناية ورعاية المرضى وهما:-

- أ- أنه يجب الاستفادة من التقدم في نظام الرعاية الصحية بحيث يمكن الاستفادة من جميع الأطباء في هذا المجال للمساهمة في توزيع العناية الصحية على كافة المرضى.
 - ب- أنه يجب إدخال مرحلة جديدة للطب تعتمد على إدخال العنصر الإنساني في نسق توزيع العناية الصحية ورعاية المرضى، لأن هذا العنصر الوحيد الذي يساعد في استمرار نوعية الضبط والتحكم في مجال الرعاية الصحية لأنه لن يعتبر تنظيم للقوة البشرية فقط ولكنه سيؤدى أيضاً إلى تحسين مجال الخدمة ونوعيتها.
- ومن هنا نرى أن النظام الطبي يستطيع القيام بدوره كقوة اجتماعية وذلك بإعطاء الأطباء اعتبارهم في استخدام سيطرتهم على المرضى، وهذه السيطرة تأتي أولاً من الكفاءة والسيطرة الثانية إنما تأتي من قدرة الأطباء على تحديد إذا كان هذا المريض مريض فعلاً أم لا ، وما هي أحسن الطرق للعلاج، وبذلك القوانين يستطيع الطبيب التحكم في تنظيم الخدمات الطبية وتقييمها.

وفي إطار المنظمات الصحية وتركيزها على الهدف العام لرعاية المرضى تختلف الأهداف الخاصة ، وكذلك توقعات أدوار الأعضاء في الجماعات الفرعية المتباينة من منظمة إلى أخرى، وهكذا بناء على هذه الخصائص (الأهداف التنظيمية - توقعات الدور - المسلمات المتعلقة بالمرضى) تتضح نماذج متباينة لرعاية المرضى وفي الواقع أن هناك ثلاثة نماذج مثالية يمكن النظر إليها بإمعان وهي:-

- نموذج الرعاية القائمة على الحجز والتحفظ.
- النموذج الكلاسيكي (الحاد) للرعاية.
- وأخيراً نموذج إعادة التأهيل.

لكن ينبغي الأخذ في الاعتبار الحقيقة التي تؤكد أن هذه الخصائص لا تأخذ في اعتبارها التداخل بين النماذج المتباينة للرعاية التي توجد في العالم الواقعي، كما أن هذه الخصائص لا تتفق حقا مع الحقيقة القائلة بأن النموذجيين الأخيرين (النموذج الكلاسيكي ونموذج إعادة التأهيل)

يعتبران بمثابة نتاج للطب الحديث بالمقارنة بنموذج الرعاية التحفظية الذي استمر لعدة قرون إلا أن تطور عمليات التصور المثالية هذه تمدنا بأداة تحليلية يمكن لنا بواسطتها أن ندرس أساساً العلاقات بين المرضى والهيئة الطبية والعاملين بالمستشفى ، وفيما يلي توضيح لهذه النماذج الثلاثة للرعاية:-

1. نموذج الرعاية التحفظية المرتبط بالمنظمات الشاملة:

ويتمثل الهدف الرئيسي للرعاية التحفظية في تقديم الرعاية المناسبة التي تنظر إلى راحة المريض بقدر الإمكان على أنها في مواقف يدوم لفترة طويلة، وقد ساعد هذا الأسلوب في العلاج في المستشفيات القديمة كوسيلة لتقديم المساعدة للفقراء والمحتاجين والمرضى الذين يحتاجون إلى إحسان.

وهذا يعني أن الاعتبارات المتعلقة بالرعاية الفردية للمرضى كانت تخضع لعمليات الخير العام، ويصبح المرضى المحتجزين هدفاً لإجراءات إدارية أو تنظيمية أكثر منهم أفراداً لهم مشكلات خاصة، وكان العلاج المستفاد منه ينطبق فقط على فترات متقطعة.

وكان العلاج موجهاً نحو جعل المريض أكثر شعوراً بالراحة بدلاً من مهاجمة المرض الذي يعاني منه المريض، وبالتالي يكون المريض معتمداً على المنظمة والعاملين منها من أجل أن يحيا، وينطوي ذلك بالطبع على فكرة مضمونها أن الدافعية للشفاء واستعادة الأدوار العادية أمراً غير نمطي.

وأكثر من ذلك يتم تشجيع المرضى على أن يقل شعورهم بخيبة الأمل من خلال إطاعة القواعد النظامية وتجنب الصدام مع الإدارة، ويترتب على طبيعة هذه العلاقات الاجتماعية بين المرضى وهيئة العلاج وبين المرضى أنفسهم نموذج نظامي يشبه نموذج المنظمة الشاملة.

2. النموذج الكلاسيكي للرعاية السائدة في المستشفيات العامة

وفي النموذج الكلاسيكي يبدى الشخص سواء من هيئة المستشفى أو من المرضى طاعة عمياء للسلطة الطبية حتى يمكن التغلب على الضروريات الملحة للمرضى، وبالتالي يصبح المريض من الناحية الاجتماعية والبيولوجية بمثابة حالة، ينبغي التعامل معها في إطار فتوى أكثر من التعامل معها في إطار تفاعلي.

وهكذا يميل المرضى إلى أن يكونوا أهدافاً للإجراءات الطبية، وبرغم الأهمية التي تعلق على فكرة استمرارية الرعاية يميل التفاعل الفعلي بين الهيئة الطبية والمريض إلى أن يكون عرضياً أو منصرفاً نحو إنجاز إجراءات معينة.

وغالبا ما تطبق هذه الإجراءات بمعرفة أشخاص متباينين في كل مرة، وذلك نتيجة للتخصص وإمكانية التبادل فيما بين العاملين الإضافيين أو المساعدين، وهكذا لا يجد المرضى إلا فرصة ضئيلة لتبادل المعاني المشتركة والعواطف مع غيرهم أثناء الإجراءات التي تفرض عليهم.

يفترض النموذج الكلاسيكي للرعاية أيضاً أنه في اللحظة التي يتم فيها التشخيص والعلاج المناسبين فإن المرضى سيكتب لهم الشفاء وبإمكانهم مباشرة أدوارهم العادية بدون مساعدة، وينظر عادة إلى الخدمة الاجتماعية وغيرها من الخدمات المعاونة الأخرى باعتبارها أمراً لازماً مع الحالات ذات المشكلات الخاصة.

كما أن النموذج الكلاسيكي يفترض بأن جهود الهيئة الطبية والعلاجية تكون موجهة بطريقة أوتوقراطية (تحكم الفرد) من خلال سلسلة أوامر علاجية بواسطة التدرج البيروقراطي.

ولذلك فإن الاتصال ما بين أعضاء الهيئة الطبية يعد اتصالاً رسمياً إلى حد كبير ومكتوباً ولا يحتاج إلى فهم كل عضو لطبيعة المهام الملقاة على عاتق الآخرين، وبالتالي تتخذ ميزة هذا النموذج في رعاية المرضى بوضوح في النموذج النظامي للمستشفى العام المعاصر.

3. نموذج إعادة التأهيل المرتبط بمراكز التأهيل المتخصصة

يختص نموذج إعادة التأهيل بأشكال الإعاقة المزمنة والتي إذا استجابت للعلاج فإنها لا تستجيب إلا عبر فترات طويلة من الزمن نسبياً، وبدلاً من تركيز النموذج الكلاسيكي على شفاء المرضى من خلال إجراءات العلاج والتشخيص فإن نموذج إعادة التأهيل يركز على تعويض الوظيفة العادية والتكيف والتوقع بما سيكون عليه المريض وإعادة تدريبه.

ولذلك فلم يكن بإمكان المرضى أن يكونوا مجرد متلقين سلبيين للرعاية الصحية، وإنما ينبغي تشجيعهم ودفعهم إلى المشاركة والاندماج مع هيئة العلاج في إنجاز أقصى مستوى ممكن من الوظائف، علاوة على ذلك ينبغي على مختلف فئات العاملين من أعضاء الهيئة استخدام مهاراتهم على نحو من التنسيق بمعنى أن يصبحوا أعضاء في فريق العلاج.

وبالتالي فمن المتوقع أن تختلف الأهداف والمسلمات المتعلقة بالتأهيل عن غيرها من النماذج الكلاسيكية والتحفظية للرعاية، ومن ثم تعتبر عملية إعادة التأهيل في العادة عملية طويلة المدى.

ويحتمل أن يؤدي التفاعل بين المرضى والهيئة الطبية إلى تنمية أبنية الجماعة التي يمكن لها أن تسهل أو تعوق عملية إعادة تأهيل المرضى، وعموماً لدعم عملية انجاز العلاج في المواقع الطبية ينبغي على العاملين في إعادة التأهيل تطوير أساليب عديدة من بينها:-

- الأخذ بالبيولوجية التي تركز على أن إعادة التأهيل تمثل حالة خاصة من حالات تطبيق الإجراءات المشتركة في ميدان الطب ككل.
- تنمية تخصصات في الطب وبخاصة العلاج المساعد.
- التأكيد على عمل الفريق بين أعضاء الهيئة الطبية.
- إقامة برامج علاجية خارج المستشفى مثل الرعاية المنزلية.

خامساً: الخاتمة

هكذا يتضح لنا أن المستشفى كتنظيم اجتماعي وثقافي ذو طبيعة خاصة في المجتمع، وعلى هذا الأساس اهتم علماء الاجتماع الطبي بدراسة المستشفيات والوحدات الصحية بهدف وصف التنظيم بنوعيه الرسمي وغير الرسمي، والحكم على مدى كفاءته أو بهدف تحليل البناء الاجتماعي والتعرف على نوعية التنظيم والعلاقات السائدة بين الهيئة الطبية والمريض.

ومدى تأثيرها على عملية العلاج وعلى هذا أكدت النظرة السوسولوجية للنسق الاجتماعي للمستشفى وجود تنظيم رسمي وآخر غير رسمي، وبينهما علاقات تتكامل فيما بينها حيناً وتتصارع حيناً آخر، وتختلط أحياناً تالفة.

ويؤثر كل ذلك على الأداء الوظيفي للخدمة الصحية وعلى دور المستشفى في مواجهة المرض وعلاجه، كما أن النظرة إلى المستشفى كنسق مفتوح تساعدنا على التركيز على العلاقات السائدة بينهما وبين المجتمع المحلي (الريفي أو الحضري) المحيط بها.

وهذا يعني أن نسق الرعاية الصحية ينطوي على عدد من الأنساق المفتوحة يشارك فيها المريض على مستويات مختلفة، منها نسق الكائن الحي الذي يجمع بين عقل وجسد المريض، ونسق التنظيم الذي يضم المريض وهيئة المستشفى أو المركز الصحي، ثم نسق جماعة القرابة الذي يضم المريض وعائلته وأخيراً نسق المجتمع المحلي الذي ينتمي إليه المريض.

وبالتالي يمكن أن يعود تحليل الجوانب والمكونات الإستراتيجية في هذه الأنساق وعلاقات الاعتماد المتبادل فيما بينها والعمليات التي تربط بينها إلى جانب الوظائف التي تضطلع بها الفائدة على فهم فعالية خدمات نسق الرعاية الصحية، وبالتالي يجب الاهتمام بتنمية العلاقات غير الرسمية داخل التنظيم الرسمي للمستشفى والتي تسمح بانجاز أوجه النشاطات الطبية في تحقيق العلاج.

كما اتضح أخيراً أنه ليس هناك شخصاً في المستشفى يمتلك القوة المطلقة بل أن القوى المختلفة المتمثلة في الإدارة والهيئة الطبية وهيئة التمريض والعاملين داخل المستشفى، وصور الصراع بينهما يمكن أن:

تحل بالتفاوض والمساومة، بمعنى أن نظام التفاوض والأخذ والعطاء يمكن أن تحل الصراعات المختلفة داخل المستشفى. وبهذا تتداخل جميع القوى من أجل القيام بوظيفة المستشفى التنظيمية.

المحاضرة الحادية عشر بعنوان

المدخل المنهجية لعلم الاجتماع الطبي

عناصر المحاضرة

أولاً: المدخل المنهجية لعلم الاجتماع الطبي وتشتمل على: -

1. مدخل الخبرة الطبية العلاجية.
2. مدخل دراسة المرض وتفسير أسبابه.
3. المنهج في دراسة معدلات الوفيات.
4. المنهج في دراسة معدلات المرض.

أولاً: المدخل المنهجية لعلم الاجتماع الطبي

سوف يتم عرض بعض المداخل والقضايا المنهجية الهامة والمشكلات التي تميز دراسة الصحة والمرض ، مع عنايتنا أيضاً بالتأكيد على بعض القضايا ذات الأهمية الخاصة عند دراسة العوامل الاجتماعية في تأثيرها على الصحة والمرض.

1) مدخل الخبرة الطبية العلاجية

كلما أصبحت الممارسات والفحوص الطبية أكثر تعقيداً ، فضلاً عن تميزها المستمر بالطابع العلمي، وكلما تضاعف عدد الوسائل العلاجية وزادت الأساليب المستحدثة التي يستخدمها الأطباء، يصبح من الضروري حينئذ أن تعتمد المعرفة الطبية على أنواع أخرى من التقييم تتميز بمستوى عالٍ من الدقة والضبط.

ونستعين بعينات أكثر ملاءمة من المجموعات التي تكون متاحة في السياق العلاجي ، ولا يفوتنا في هذا المقام أن ننوه إلى ضرورة توجيه الاهتمام المتزايد إلى الممارسات العلاجية المضبوطة والعناية بالدراسات السكانية.

ولكن المدخل الذي نحن بصده الآن، وهو مدخل الخبرة الطبية العلاجية ينطوي على ثلاث نقائص أساسية وهي:-

1. أنه غالباً ما يفشل في توفير عينة ملائمة أو مماثلة للكيان الذي يكون موضع الاهتمام والفحص.
2. أن الأساليب التي يستخدمها لتقييم التغير تعتبر خاطئة أو متحيزة.
3. أنه يفشل في أغلب الأحيان في توفير مجموعات المقارنة التي تصلح لتقييم فاعلية أسلوب علاجي معين.

ونظراً لما تحمله هذه الاعتبارات من أهمية محورية لكافة الفحوص والدراسات التي تجرى في مجالي الطب والاجتماع الطبي سوف نناقشها بالتفصيل.

اختيار العينات الملائمة: كلما تقدم التقييم وانتقل بذلك من الأساليب التي تعتمد على الممارسة الطبية والخبرة العلاجية فقط، إلى أساليب أخرى أكثر تعقيداً ودقة ، تزايد الاعتراف بأهمية الحصول على عينات ملائمة، وأصبحت تلك العينات مطلباً ضرورياً لإجراء الدراسات على العمليات المرضية.

أن العينات المختارة من المستشفيات والعيادات الطبية لا تعكس في الواقع صور اجتماعية أو طبية لما يحدث في المجتمع، وبالتالي لا تكون عينات مماثلة ، فضلاً عن ذلك يؤكد الأطباء والعلماء الاجتماعيون في السنوات الأخيرة وجود علامات المرض وأعراضه، وانتشار نماذج السلوك الانحرافي المختلفة لدى أعضاء المجتمع الأسوياء والعاديون.

ومعنى هذا باختصار أن فهم مسيرة المرض عند فئات السكان غير المترددين على المستشفيات أو أعضاء المجتمع الذين لم يلجأوا للعلاج، يساعد الباحثين في استجلاء المعنى الذي تنطوي عليه سمات مرضية معينة قد تنتشر بين أعضاء المجتمع ، ويبين طبيعتها كمؤشرات اجتماعية في حقيقة أمرها وربما تؤدي مثل هذه المعلومات - في وقت ما - إلى إعادة النظر في المعايير الطبية ذاتها.

تقييم التغير: يتعين أن يكون الطبيب المعالج في عاداته هو وسيلة نفسه في تقييم التغير (شفاء الحالة أو تفاقمها) ومن هنا تعتبر ملاحظاته للتغير انطباعية خالصة ، كما تميل تقديراته لقسوة المرض أو حدته إلى أن تكون غير دقيقة.

وهناك صعوبات كثيرة تكتنف عملية تقدير التغير وتتم بصفة مباشرة عن وضع الطبيب ذاته في سياق الرعاية الطبية، فغالباً ما يلجأ المرضى إلى العلاج خلال فترات المعاناة الشديدة من المرض ، وفي حالة الأمراض النفسية وكثير من الأمراض الأخرى البدنية يصل الحال بهؤلاء المرضى إلى درجة يحسون فيها بالأسى والألم النفسي الشديد.

بل وقد يكشفون عن العديد من مظاهر التفكك في سلوكهم، ونظراً لأن هناك ظروف كثيرة يعتمد تقديرها على التحديد الذاتي للطبيب فإن المسيرة الطبيعية لمعظم جوانب المعاناة المرضية تتجه دائماً إلى التحسن وإلى الاختفاء التدريجي للأعراض المرضية على الأقل في ذهن الطبيب.

ومن ثم يميل الأطباء إلى رؤية التحسن في مرضاهم، وينسبون هذا التحسن إلى تدخل العلاج ولا يرجعونه إلى المسيرة الطبيعية للمرض ، ومما يثير الاهتمام أننا نلاحظ أن المرضى بداء عضال كثيراً ما تتحسن أحوالهم الصحية بطريقة مفاجئة قبل البدء في مسيرة العلاج، ومن العسير تفسير هذا التحسن المفاجئ دون إسناده إلى التأثير النفسي للطبيب تجاه المريض.

وأهم ما يتعلق بتقييم فاعلية وسائل علاجية معينة هو تقدير الدرجة التي يكون التحسن فيها نتيجة للوسيلة العلاجية ذاتها (عقار طبي أو إجراء جراحي مثلاً) والمدى الذي يمكن أن يكون فيه التحسن نتيجة للإيحاء والتشجيع الذي يبديه الطبيب لمريضه، أو يكون نتيجة لتأثير عوامل أخرى غير ذلك.

ولكن التقييم الذي يتم في العيادات الطبية معتمداً على الممارسة اليومية للطبيب غير معفى من الوقوع في خطأ الخلط بين التحسن الذي يكون نتيجة للإيحاء والتغير الذي يمكن أن ينسب إلى التأثير الناجح للوسيلة العلاجية ذاتها.

مجموعة المقارنة: أن معظم ما قيل عن صعوبة تقييم التغير في السياق العلاجي العادي أي أثناء ممارسة الطبيب لعمله اليومي في العيادات أو المستشفيات يبرز أهمية إيجاد مجموعة للمقارنة وهي التي يطلق عليها علم المناهج " المجموعة الضابطة" واستخدامها كأساس لقياس التغير الناتج عن عامل بعينه.

ومن الناحية النظرية يتعين تقييم الأثر الذي يحدثه متغير معين بواسطة قياس ما يحدث في حالة غياب هذا المتغير مع بقاء كل العوامل الأخرى على ما هي عليه.

ولكن استخدام المجموعات الضابطة في هذا الميدان وهي التي تعطي العقاقير الطبية الكاذبة (في مقابل المجموعات التجريبية التي تعطي عقاقير فعالة) لم يحل مشكلة تدبير مجموعة المقارنة الملائمة في كثير من المواقف ، حيث أنه لوحظ إمكانية تدخل ضروب أخرى للتحيز في عملية التقسيم نتيجة لمعرفة الطبيب أو المريض أو كليهما لطبيعة العقاقير الطبية الكاذبة، أو معرفة من الذي تناولها ومن تناول العقاقير الطبية الفعالة.

وقد أدت هذه الاعتبارات الأخيرة إلى تطوير أسلوب منهجي آخر ، يقوم بمقتضاه شخص خارجي (غير الطبيب) بتحضير العقاقير الطبية وتوزيعها على أعضاء المجموعتين التجريبية والضابطة بحيث لا يعرف كل من الطبيب والمريض هل الدواء الذي يوزع على أعضاء المجموعة الأولى كاذب أم فعال.

وقد أطلق على هذا الأسلوب المنهجي " أسلوب التعمية المزدوجة " والمقصود به في هذا المثال عدم التصريح لكل من المريض والطبيب بطبيعة الدواء الذي تناوله أعضاء المجموعتين وإخفاء حقيقته عنهما معاً.

ويحاول هذا الأسلوب أن يعمل على ضبط أربعة مقومات لموقف التجربة وهي:-

1. مختلف احتمالات الإيحاء الذاتي الذي قد يوجد لدى المرضى الذين يعرفون ما إذا كان الدواء الذي يتناولونه فعالاً أم كاذباً.
2. أية ميول تدفع الطبيب إلى أن يسجل التحسن نتيجة لمعرفته لما إذا كان الدواء الفعال أو الكاذب هو الذي تناوله المريض.
3. مختلف الاتجاهات أو المعلومات التي تصل إلى المريض بطريق مقصود أو غير مقصود بواسطة الأشخاص المعالجين الذين يعرفون أنواع الدواء التي وزعت على المرضى.
4. ضروب التحيز في تقييم مدى تحسن المريض والتي قد يكشف عنها الأشخاص المعالجون وتكون ناجمة عن معرفتهم بمن أخذوا أنواع الأدوية المختلفة.

(2) مدخل تفسير المرض وتفسير أسبابه.

أن مدخل تحليل الأسباب وتفسيرها يعتمد على منظور سكاني أو جماعي أكثر من اعتماده على منظور فردي مستخلص من الخبرة العلاجية للطبيب مع مرضاه ومن ثم تتمثل استخدامات هذا المنهج في سبعة مجالات كبرى تتحدد كما يلي:-

1. دراسة تاريخ الصحة عند السكان وتحديد ظهور أو اختفاء أمراض معينة ، والتغيرات التي تطرأ على طابعها وربما يتطرق هذا النوع من الدراسة إلى بعض التنبؤات المفيدة بشأن المستقبل.
2. تشخيص صحة أعضاء المجتمع وطبيعة الحياة وظروف السكان لقياس الأبعاد والتوزيعات الراهنة للصحة والمرض في حدود حدوث المرض وانتشاره ، ونسبة الوفيات، ولتحديد المشكلات الصحية أمام الهيئات المسؤولة وتوضيح أهميتها النسبية وأولوياتها وكذلك لتبيين الجماعات التي تحتاج إلى حماية أو رعاية خاصة.
3. دراسة الجهد الذي تؤديه الخدمات الصحية أملاً في تحسينها، وفي هذا المقام تترجم البحوث التطبيقية نتائجها المتصلة بصحة المجتمع المحلي إلى بيانات عن الحاجة والطلب ، كما تصف مستوى الخدمات المتاحة وكيفية الاستفادة منها، وتقييم مدى نجاحها في تحقيق الهدف المنشود.
4. تقدير فرص تعرض الأفراد للأمراض أو إصابتهم بحوادث وذلك من خلال الخبرة بما يحدث في الجماعة عادة.
5. استكمال الصورة الطبية العلاجية للأمراض المزمنة ووصف التاريخ الطبيعي لهذه الأمراض مع الأخذ في الاعتبار نسبة كل أنواع المرضى بها في الماضي والحاضر ، والاهتمام بتتبع مسيرتها ومدى التوافق معها أو الانهيار إزاءها.
6. تحديد المجموعات المرضية المترامنة أي التي تظهر في وقت واحد، بواسطة وصف توزيعات الظواهر العلاجية عند السكان وارتباطها.
7. البحث عن أسباب الصحة والمرض بواسطة دراسة حدوث المرض في جماعات مختلفة وتحديد هذه الأسباب في علاقتها بتكوين الجماعات وميراثها وتجربتها ، وعلى ضوء سلوكها الواقعي وبيئتها المحيطة ومع معرفة الأسباب تأتي إمكانية الوقاية من حدوث المرض.

وهناك مدخلان أساسيان للمدخل السببي إلى دراسة المرض وهما: مجال دراسة حدوث المرض أو وقوعه، ومجال دراسة انتشاره أو تفشيه، ويشير مقياس الحدوث إلى عدد حالات المرض الجديدة التي حدثت لدى أعضاء السكان في فترة زمنية معلومة، أما الانتشار فهو يعنى الإشارة إلى كل الحالات المصابة بمرض معين في سكان مجتمع معين أثناء فترة زمنية معلومة وبغض النظر عن التوقيت الذي بدأت فيه.

ومما يجدر ذكره هنا أن كل مقياس من هذين المقياسين يمدنا بمعلومات هامة للغاية ولكنها مختلفة تماماً، غير أن مقياس الانتشار يعكس حجم المرض الموجود في مجتمع وأما مقياس الحدوث فهو يمدنا بصورة عن طريقة توزيع الحالات الجديدة بين أعضاء المجتمع.

خلاصة القول أن مدخل دراسة أسباب المرض يعد نظاماً علمياً وصفيّاً وتحليلياً مفيداً يستخدم بوضوح من أجل التوصل إلى افتراضات عامة، تعرض فيما بعد للمزيد من الفحوص الطبية المضبوطة والبحوث التجريبية فضلاً عن استخدامه في

1. تقدير حاجة المجتمع إلى الخدمات الصحية.

2. وفي وصف نشاطات ومهام مؤسسات الرعاية الصحية.

وإذا كانت للأمراض مقومات سيكولوجية واجتماعية ذات أهمية فإنه يمكن استخدام هذا المدخل أيضاً في اختيار الفروض المتصلة بتأثير العوامل السيكولوجية والثقافية والاجتماعية على المرض.

(3) المنهج في دراسة معدلات الوفيات.

من أهم القضايا في علم الاجتماع الطبي هي تلك القضية التي تتصل باختلاف معدلات الوفيات وتعنى بمجموعة العوامل البيولوجية والبيئية والاجتماعية والثقافية التي تسهم في هذا الاختلاف. ومن الواضح أن تقديرات الاحتياجات الطبية والتخطيط للصحة العامة هي أمور تعتمد في أساسها على تفسيرات معدلات الوفيات.

ليست التقديرات الصحيحة لمعدلات الوفيات ومعدلات طول الأجل إلا محصلات للوصل بين مصدرين للبيانات، وهما:

1. تعداد السكان في فترة زمنية معلومة؛

2. السجل المكتمل لحالات الوفاة لهؤلاء السكان خلال نفس الفترة الزمنية.

معدل الوفيات: هو عبارة عن عدد حالات الوفاة التي حدثت خلال فترة معينة في وحدة سكانية محددة.

يهتم علماء الاجتماع بالمفارقات في معدلات الوفيات واختلافها تبعا لفئات السن والنوع والإقامة والمهنة وبعض المتغيرات الاجتماعية والثقافية الأخرى، ولكن في بعض الأحيان لا تكون مثل هذه البيانات متاحة أو قد تتصف بعدم الثبات مما يبطل جدواها، حيث أن المناطق التي تتمكن من توفير بيانات ملائمة لدراسة العلاقة بين العوامل الاجتماعية والاقتصادية ومعدلات الوفيات محدودة جداً على مستوى العالم بأسره.

معنى ذلك إذن أن المعرفة في هذا الميدان لم تتطور بعد، ولم تصل إلى المستوى العلمي المطلوب وحتى في بريطانيا والولايات المتحدة حيث تتاح مثل هذه البيانات هناك وتتوفر إلا أنها مصنفة على نحو لا يفي بالأغراض المنوطة بها، فضلاً عن عدم دقتها أو ثباتها.

وتوجد -من وجهة نظر عالم الاجتماع - صعوبتان أساسيتان في إحصاءات الوفيات وهما: أولاً: أن أساليب تسجيل الوفاة وحصر السكان قد تؤدي إلى وجود معلومات خاطئة عن بعض المتغيرات الهامة مثل السن والإقامة والمهنة.

وثانياً: ذلك الاختلاف الصارخ بين طبيعة الأخطاء التي تتضمنها شهادات الوفاة وطابع الأخطاء المميزة لتعداد السكان ، ولذلك قد يكون الخطأ الناتج عن الاعتماد على المصدرين معاً، أفدح من الخطأ الذي يترتب على الارتكان إلى مصدر واحد فقط غير أن الاحتمال العكسي قائم أيضاً ، وذلك حينما يبطل كل منهما الآخر.

(4) المنهج في دراسة معدلات المرض.

يمكن أن ندرس العلاقة بين العوامل الاجتماعية ومعدلات الإصابة بالأمراض بإحدى الطرق الآتية:-

1. تحليل السجلات الطبية للمستشفيات والعيادات والأطباء لما تحويه من ملخص لكثير من البيانات المتنوعة عن الأشخاص الذين ارتادوا أماكن مختلفة طلباً للمعاونة على حل مشكلاتهم.
2. فحص مختلف أنواع التقييم العلاجي لجمهور معين من السكان.
3. إجراء المقابلات اللازمة للحصول على تقارير الأمراض وأعراضها وأساليب علاجها المتنوعة.

السجلات الطبية: تعتمد كثير من الدراسات التي تجرى لمعدلات المرض على تحليل السجلات الطبية أو الإحصاءات المختصرة التي جُمعت من مؤسسات مختلفة ، وهي تصف جمهور السكان الذين تلقوا العلاج أو الرعاية الطبية نتيجة تعرضهم لأمراض مختلفة. ولكن إذا كان هذا الجمهور قد ارتاد أماكن العلاج نظراً لبعض العوامل الشخصية والاجتماعية فإن أية تقديرات تخص أعضائه تكون متميزة للغاية.

التقييم العلاجي الطبي: أن أهم أسلوب من أساليب تقدير معدلات المرض يكمن في إجراء الدراسات الميدانية على عينات ممثلة لجمهور السكان ، تلك الدراسات التي تعتمد على طرق مقننة للتقييم الطبي. وهذا يعني أن الأطباء الذين يقومون بعملية التقييم لابد وأن يكونوا مدربين على استخدام نفس الأساليب والاعتماد على نفس المعايير في تقييمهم للمرض أو للتغير الحادث ، وقد بذلت تلك الجهود من أجل التقليل من شتى مصادر التحيز التي قد تتدخل في مثل هذه الفحوص.

الزيارات المنزلية: وهي أكثر مصادر المعلومات ثراء حيث تجرى المقابلات مع عينات ممثلة للسكان في منازلهم ويسأل أفراد هذه العينات أسئلة تفصيلية عن مختلف الأعراض والأمراض وجوانب العجز والقصور التي يعانون منها، وماذا فعلوا بشأنها. ولكن من أهم نقائص هذا المصدر أن المعلومات التي تجمع من المرضى تجئ مختلفة إلى حد بعيد عن تلك التي تتضمنها قوائم تقديرات العلاج التي سجلت في العيادات الطبية لنفس جمهور المرضى.

وليس هذا الاختلاف أمراً غير متوقع لأننا يجب أن نعرف كلا النوعين من قوائم التقديرات الطبية والمقابلات المنزلية يوفر معلومات ذات طبيعة مختلفة تماماً عن الآخر، أن ظروف المرض ملاساته التي يحتوى عليها تقرير الزيارة المنزلية تعتمد على وعى الفرد بالمرض وإحساسه في تلك اللحظة بمرضه.

ولذلك ربما يصرح الأشخاص عن أمراضهم وأعراضها أثناء الحوار المتعمق بما لا يصرحون به للطبيب في سياق آخر ، وأكثر من هذا أن ما يعرفه المرضى عن أمراضهم يعتمد إلى حد ما على ما يخبرهم به الأطباء ، ولذلك إذا فشل الطبيب في توصيل المعلومات المتصلة بطبيعة المرض إلى المريض علماً بأنه غير مطالب بذلك بالضرورة.

ربما أصبح المريض عاجزاً عن فهم حالته، ومن ناحية أخرى قد يرغب المرضى في الإدلاء ببعض المعلومات للأطباء في عيادتهم ولا يدلون بها أثناء المقابلات المنزلية ، وهذا من شأنه أن يزيد من حدة المفارقات بين التقارير المنزلية والتقديرات الطبية داخل العيادات.

يضاف إلى ذلك مسألة أخيرة وهي أن اختلاف الاتجاهات نحو دور المريض يؤدي إلى اختلاف في تسجيل معدلات المرض ، ومن ثم فقد تنطوي البيانات التي جمعت أثناء المقابلات المذكورة على تسجيل أخطاء معينة تحجب عن الأعين الاتجاهات الهامة في توزيع المرض.

المحاضرة الثانية عشر بعنوان

الصحة والتنمية القومية في بلدان العالم النامي

عناصر الموضوع

- مقدمة
- التفاعل بين الصحة والتنمية القومية.
- معضلة الرعاية الصحية والنمو السكاني.

مقدمة

أن الدور الذي تلعبه الصحة في عملية التنمية كان - ولا يزال - يمثل محوراً لمناقشات ومجادلات شديدة، ومما لاشك فيه أن البرامج الصحية تعتبر ضرورية ولازمة لمواجهة الاحتياجات الإنسانية فضلا عن أهميتها بالنسبة للتنمية الاقتصادية، ومع ذلك فما زال هناك تردد شديد يصل إلى حد التشكك في تلك الأولوية التي ينبغي أن تحتلها البرامج الصحية في عملية التنمية.

ويرجع هذا التشكك إلى أمرين: يتمثل أولهما في تلك الآثار الواضحة للبرامج الصحية على عملية النمو السكاني، بينما يتجلى الأمر الثاني في الشكوك التي تثار حول الإسهام الايجابي لهذه البرامج في عملية التنمية الاقتصادية.

1) التفاعل بين الصحة والتنمية القومية.

ناقش "جونار ميردال" أثناء دراسته لمشكلات التنمية في جنوب آسيا مكافحة الصحة في عملية التنمية ، ونعتبر دعواه وحججه التي أثارها في تلك المناقشة صالحة للتطبيق على بلدان العالم النامي ككل.

وتنصب أولى وجهات نظر "ميردال" على فكرة أساسية وهي أنه لا ينبغي أن تفهم الصحة بمعزل عن العوامل الأخرى المتصلة بعملية التنمية، ذلك لأن الصحة تؤثر على العوامل الاجتماعية والاقتصادية المختلفة.

كما تتأثر هي ذاتها بهذه العوامل، ونقصد بها بالتحديد: الدخل، ومستويات المعيشة، والتغذية، ومثال ذلك أن هناك اعتمادا متبادلا بين الصحة والتعليم ، ويتضح هذا الأمر من أن مقدرة الطفل على الاستيعاب الجيد للمقررات التعليمية والمدرسة متوقفة على صحته، وكما أن قدرة الفتى على استخدام المعارف والمهارات التي اكتسبها تعتمد على لياقته الجسمية والعقلية أو الذهنية.

هذا من ناحية تأثير الصحة على التعليم أما عن الجانب الآخر وهو الذي يتمثل في تأثير التعليم على الصحة ، فهو يتضح من أن إمكانية تحسين الظروف الصحية في مجتمع معين، تعتمد على معرفة أعضائه واتجاهاتهم نحو المسائل الصحية.

وأكثر من ذلك أن مستويات الصحة والتعليم في مجتمع ما تعتمد بدورها على الوسط الاجتماعي الشامل بما ينطوي عليه من اتجاهات ونظم أو مؤسسات مساندة.

أن اعتراف "ميردال" بهذه العلاقة المتبادلة جعله يذهب إلى أبعد من ذلك فيحذر من المبالغة في تبسيط فهمنا للصحة بواسطة عزلها عن مختلف العوامل الأخرى الاجتماعية والاقتصادية والنظامية والسياسية المرتبطة بعملية التنمية.

وقد اهتم "ميردال" بمضامين هذه العلاقة وانعكاساتها على التخطيط، فأكد أن التخطيط من أجل صحة أفضل، ينبغي أن تسبقه عملية ممهدة للحصول على معلومات وبيانات كافية من مختلف القطاعات الأخرى في المجتمع، تلك المعلومة التي يستعان بها في تصميم الإطار العام لاستراتيجية التنمية في المجال الصحي.

أن الاعتراف بأهمية العلاقات المتبادلة بين هذه الظروف الاجتماعية المختلفة يعاون المخطط على أن يواجه المشكلة الصحية على أوسع جبهة ممكنة، فيمكنه من دمج عدد من المعايير التي يدعم كل منها الآخر، وهذا يعني أن المشكلة الصحية تصبح - على المستوى العقلاني - متضمنة داخل المشكلة العامة لتخطيط التنمية.

ومن ثم يكون من المهم بالنسبة للصحة أن يزداد الإنتاج الزراعي ويرتفع مستوى التعليم ويتحسن، بل وأن تنتزع الجماهير من حالة الفقر المدقع التي تعيشها.

وهكذا ينتقد "ميردال" أولئك الذين يستبعدون الصحة والتعليم من مواقع الصدارة في فلسفة التخطيط، ويفسر ذلك بقوله: أن قلة الاهتمام الذي وجه إلى ميداني الصحة والتعليم يمكن تتبع جذوره في فلسفة التنمية التي تعلق أهمية كبرى على الاستثمار في جوانبه المادية الخالصة، وخاصة تلك التي تتعلق بتمهيد الطرق، وبناء السدود وتأسيس المصانع وما إلى ذلك.

ولأسف الشديد خضع التراث الاقتصادي وخضعت معه خطط التنمية لنظريات اعتمدت على التطبيق غير الواعي للمفاهيم الغربية ولنماذج تحليلية غريبة كل الغريبة عن طبيعة المجتمعات النامية.

حيث سيطرت النماذج التي تتمركز حول المفهوم الاقتصادي لمعدل رأس المال والنتاج على توجيه التخطيط الاقتصادي في المجتمعات النامية، علماً بأن هذه النماذج الغربية تتطوي على ادعاء كامن يشير إلى أنه بالإمكان أن تتغاضي عن العوامل غير الاقتصادية أو تتجاهلها أثناء اهتمامنا بالتنمية الاقتصادية.

وجدير بالذكر أن هذه العوامل غير الاقتصادية لا يقصد بها النظم والاتجاهات فقط، بل يضاف إليها مستويات المعيشة التي تتضمن التسهيلات المتاحة في مجالي الصحة والتعليم.

2) معضلة الرعاية الصحية والنمو السكاني:

تسهم برامج الصحة العامة في عملية التنمية من خلال ما تضيفه كماً وكيفاً إلى القوى العاملة، إذ يمكن أن يتحقق التقدم في التنمية الاقتصادية عندما تنزايد الأرض المتاحة للاستزراع بواسطة إدخال برامج صحية معينة.

مثل القضاء على الملاريا في كثير من البلدان الآسيوية، ومكافحة البلهارسيا في كثير من البلدان الأفريقية، كما تميل البرامج الصحية الناجحة إلى تحسين الاتجاهات الاجتماعية المؤيدة للتغيير والاعتراف بإمكانية تحقيقه، والتشجيع على التفكير المحدد.

وتلك جميعاً اتجاهات اجتماعية إيجابية لا يمكن أن نتوقعها عند من يعانون من المرض أو الوهن غير أن هذه الآثار الإيجابية للبرامج على التنمية دفعت الكثيرين إلى المبالغة في تصور تأثيرها على الزيادة السكانية.

وعندما تكون الظروف الصحية سيئة فإن البرامج الصحية البسيطة نسبياً وذات التكاليف المنخفضة تستطيع أن تؤدي إلى تحسينات مفاجئة في الجانب الكيفي للقوى العاملة وكذلك إلى زيادة ملحوظة في الإنتاج.

غير أن البرامج التي تؤدي إلى خفض معدلات الوفيات عند الراشدين تعمل هي ذاتها على خفض نقص المعدل عند الأطفال الصغار، ومن ثم تؤدي إلى زيادة النمو السكاني، ولكن هناك العديد من الحجج الاقتصادية القوية التي تستخدم للدفاع عن البرامج الصحية في مواجهة معدلات النمو السكاني المتزايد.

ومن أهم هذه الحجج الاقتصادية حجة تشير إلى أن الأشخاص المرضى والعاجزين لا يموتون بالضرورة بل قد يستمرون على قيد الحياة، علماً بأن مجرد بقاء مثل هؤلاء المرضى والعجزة على قيد الحياة يشكل عبئاً اقتصادياً تتحمله الدولة.

ومهما كانت طبيعة تلك الحجج التي تؤيد البرامج الصحية، فمن الواضح أنه كلما زاد معدل النمو السكاني في سرعته، فسوف يؤثر ذلك على تدهور الاقتصاد، وعلى الحد من الإمكانيات التي تستخدم لرفع المستوى الصحي لأعضاء المجتمع، وعندما ينمو عدد السكان بسرعة كبيرة يقل معدل احتمال التقدم في شتى الجوانب الاجتماعية، ومعنى ذلك أنه ينبغي أن يكون النمو السكاني محدوداً للغاية.

ومن الأهمية بمكان أن نعتزف بحقيقة هامة وهي أنه: برغم أن الخدمات الصحية تسهم في زيادة معدلات النمو السكاني، فهي تقوم أيضاً بدور أساسي في الحد من هذا النمو.

وقد اقترح" والش ماك درموت "بهذه المناسبة ما أسماه" بدائرة الخصوبة والوفاة " وهو يقصد بها أن يشير إلى أن الخصوبة العالية تؤدي إلى وجود أعداد ضخمة من الأطفال الذين يعيشون غالباً في ظل أوضاع اجتماعية يسودها الفقر والجهل.

وينجم عنها بالضرورة معدلات عالية في الوفيات من الأطفال، مما يدعم بدوره في ارتفاع معدل الخصوبة، وهذا يقترح "ماك درموت" أن خفض معدل الوفيات في الأطفال الصغار شرط ضروري للإقلال من الخصوبة.

وقد وجدت قضية" ماك درموت "سندها التاريخي الذي تبين في ذلك الارتباط الواضح والدائم بين معدل الخصوبة ومعدل وفيات الأطفال، كما يشير البرهان إلى أن الانخفاض في معدل وفيات الأطفال يجب أن يسبق الانخفاض في معدل الخصوبة.

وإذا كانت الخدمات الصحية تعمل على توفير الظروف المسبقة أو الشروط الضرورية للإقلال من معدل الخصوبة بواسطة خفض معدل الوفيات في الأطفال، فهي تستطيع أن تقوم كذلك بدور هام في دعم وتوفير المتطلبات اللازمة لضبط السكان.

وبإمكان البرامج الصحية أن تبادر بذلك عندما تبدأ من عملية التعليم الاجتماعي ذاتها فترغب الناس في أن يتحكموا في بصائرهم بأنفسهم، وبالتالي تشجع على وجود التوجيه الاجتماعي العام الذي يكون ضروريا لضبط الخصوبة تماماً مثل ضرورته لاتخاذ قرارات تتعلق باستخدام نوع جديد من أنواع المحاصيل الزراعية مثلاً، أو تتعلق بتحسين الظروف السكنية أو محاولة اكتساب المهارات الجديدة وما إلى ذلك.

ومما لا شك فيه أن الخدمات الصحية التي تكون غير فعالة في مجال تحسين الصحة ربما تكون كذلك أيضاً في مجال خفض معدل المواليد، ولا يرجع ذلك إلى أن تحسين الصحة يعتبر شرطاً مسبقاً للإقلال من الخصوبة وحسب، ولكن يضاف إلى ذلك أيضاً سبب آخر، وهو أن للنظام الذي لا يتمكن من أداء وظيفته في مجال معين، ليس جديراً بأدائها في مجال آخر.

وسواء كان هدف الخدمات الصحية هو تحسين الصحة أو خفض من معدل المواليد فإن الوسيلة المؤدية إليه واحدة، وهي تغيير السلوك، تلك الوسيلة التي يصعب انجازها داخل إحدى المستشفيات أو الوحدات الصحية، أو العيادات

الطبية ، بل يتعين أن تصل الخدمات الصحية إلى جميع المناطق وتقيم علاقات ودية وثيقة مع الأهالي قبل أن يأمل المجتمع في تأثيرها على الأساليب والطرق التي يعيش بها الناس حياتهم.

في الواقع أن التحدي الحقيقي للتنمية القومية بالمعنى الشامل يعني تحسين نوعية الحياة ، ومع أن نوعية الحياة الأفضل تتطلب دخولاً مرتفعة لكنها تشمل أكثر من ذلك تعليماً أفضل ومستويات أعلى من الصحة والغذاء وانخفاض معدلات الفقر وبيئة نظيفة ومزيداً من الحرية الشخصية وحياة ثقافية رفيعة.

وبالتالي تعتبر الصحة هدفاً من أهداف التنمية القومية والتطور الاجتماعي والاقتصادي فهي حق أساسي لجميع الشعوب ، علاوة على أنها وسيلة مهمة لبلوغ الأهداف المرجوة في رفاهية الشعب والمجتمع.

لقد عاش العالم سنوات طويلة وفي تصوره أن مهمة العلوم الطبية هي علاج المرض وأحياناً الوقاية من الأمراض ، ولكن في الوقت الراهن تغير هذا المفهوم ولم يعد قاصراً على علاج المرض فقط وإنما عرفته منظمة الصحة العالمية بأن الصحة تشمل حالة من اللياقة البدنية والنفسية والاجتماعية الكاملة وليست خلوص الجسم من المرض أو العجز.

وبالتالي فالعلاقة بين التنمية والصحة تنتج من الفوائد الكبيرة للتنمية على الناحية الصحية ، فجزء كبير من التقدم الصحي يعتمد على تحسين في الميدان الاقتصادي مثل التعليم. ولكن في نفس الوقت فإن خطط التنمية التي تفقر الأسس السليمة يمكن أن تؤدي إلى أخطاء جسيمة على الحالة الصحية.

والجدير بالذكر أن الرعاية الصحية تعتبر من أهم الجهود البشرية لإيجاد نمط أفضل في الحياة ، وبالتالي فنحن في أمس الحاجة لمناهج جديدة في الصحة إذا أردنا خطوات جديدة للأمام في طريق التنمية.

فمن المستحيل أن نخطط للرعاية الصحية متجاهلين التفاعل المستمر بين الصحة والبيئة الاجتماعية، ويحذر العلماء من الوقوع في عملية تبسيط المشاكل الصحية عن طريق عزل عنصر الصحة عن غيره من العناصر الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والسياسية في عملية التنمية القومية.

ولقد أكد مؤتمر قمة الأرض حول البيئة والتنمية عام 1992 أنه من الضروري أن تيسر التنمية والبيئة جنباً إلى جنب وأن لا تتم التنمية على حساب البيئة ولا تقف البيئة عائقاً أمام التنمية، وهذا يعني أن قمة الأرض أكدت على ضرورة التصالح مع الطبيعة وإعلان السلام مع البيئة، حيث أنهما وجهان لعملية حياتية واحدة.

تلمي الشروط البيئية بقدر « تنمية بشرية مستدامة » إن لم تكن التنمية تلبينها الاحتياجات الإنسانية والحياتية، فإنها تنمي ضارة.

استخداماً بيئياً « تنمية تستخدم الموارد الطبيعية » وإن لم تكن التنمية رشيداً ، وتحافظ على مقومات البيئة وتجدها ، فإنها تنمية تؤدي إلى الفناء، وتؤدي إلى بروز الكثير من المشكلات البيئية الضارة والخطيرة.

لذا يجب أن تتضمن التنمية البشرية توازناً بين العناصر الثلاثة وهي: الموارد الطبيعية والاقتصادية والبشرية من خلال تنمية مستدامة يشارك فيها جميع الأفراد وتلبي حاجات الأجيال المقبلة.

ومن ثم فقد اهتم " جونار مردال Myrdal " أثناء دراسته لمشكلات التنمية في آسيا بمكانة الصحة في عملية التنمية، وتعتبر الحجج التي ساقها تنصب على فكرة أساسية وهي أنه يجب أن لا نفهم الصحة بمعزل عن العوامل الأخرى المتصلة بعملية التنمية.

وذلك لأن الصحة تؤثر على العوامل الاجتماعية والاقتصادية المختلفة كما تتأثر هي ذاتها بهذه العوامل، وهنا إشارة بالضبط إلى الدخل ومستويات المعيشة والتغذية. ولقد ضرب لنا مثلاً بين التأثير المتبادل بين الصحة والتعليم.

ولذا فإن الاعتراف بأهمية العلاقات المتبادلة بين هذه الظروف الاجتماعية المختلفة يعاون المخطط على أن يواجه المشكلة الصحية على أوسع جبهة ممكنة من دمج عدد من المعايير التي يدعم كل منها الآخر، وهذا يعني أن المشكلة الصحية تصبح على المستوى العقلاني متضمنة داخل المشكلة العامة لتخطيط التنمية.

ومن ثم فإنه من المهم للصحة:

- أن يزيد الإنتاج الزراعي
- ويرتفع مستوى التعليم ويتحسن
- وأن تنتزع الجماهير من حالة الفقر المدقع التي تعيشها.

علاوة على ذلك، فهناك العديد من البراهين والأدلة التي تؤكد على أهمية الاستثمارات في البرامج الصحية برغم تأثيرها المعروف على النمو السكاني ومنها: تغيب نسبة كبيرة من القوى العاملة في الفلبين تصل إلى (35%) من مجموع القوى العاملة أثناء انتشار حمى الملاريا.

وعند تدخل برنامج مكافحة الملاريا تقلصت هذه النسبة، ومن ثم تسهم برامج الصحة العامة في عملية التنمية، وهنا لا بد من الاعتراف بحقيقة هامة وهي أن الخدمات الصحية تسهم في زيادة معدلات النمو السكاني فهي أيضا تقوم بدور أساسي في الحد من هذا النمو.

فإذا كانت الخدمات الصحية تعمل على توفير الظروف المسبقة أو الشروط الضرورية للإقلال من معدل الخصوبة بواسطة خفض معدل الوفيات في الأطفال فهي تستطيع أن تقوم كذلك بدور هام في دعم وتوفير المتطلبات اللازمة لضبط السكان.

وبإمكان البرامج الصحية أن تبادر بذلك عندما تبدأ من عملية التعليم الاجتماعي ذاتها فترغب الناس في أن يتحكموا في بصائرهم بأنفسهم، وبالتالي تشجع على وجود التوجيه الاجتماعي العام الذي يكون ضروريا لضبط الخصوبة تماما مثل ضرورته لاتخاذ قرارات تتعلق باستخدام نوع جديد من أنواع المحاصيل الزراعية مثلا أو تتعلق بتحسين الظروف السكنية أو محاولة اكتساب المهارات الجديدة وما إلى ذلك.

صفوة القول أن التنمية القومية هي الغاية دائما في أي مجتمع ولهذا يسعى العلماء والباحثون إلى الوصول إلى غاية ودرجات التنمية الأعلى لأن في تحقيق التنمية ازدهار للمجتمع وارتفاع دخله وارتقاءه مكانة عالية بين الدول، فلا يمكن أن نتصور أن هناك مجتمعا مريضا قد يصل إلى أعلى درجات التنمية.

ولهذا كان ارتباط التنمية بالصحة والتخلف بالمرض، والصحة والمرض طريقان عكس بعضهما ولا يلتقيان، فالصحة معناها الإنتاج، والإنتاج معناه ارتفاع الدخل القومي أي التنمية والمرض معناه انخفاض الأيدي العاملة أو انخفاض إنتاجيتها وبالتالي انخفاض الدخل القومي مما يوقعها في براثن التخلف.

وعلى هذا فتعتبر التنمية القومية وسيلة أساسية للارتقاء بمستوى الإنسان وذلك من خلال الاهتمام:

- 1) بتكوين وبناء القدرات البشرية لهم عن طريق تطوير الخصائص والطاقات الذاتية والمكتسبة عند الإنسان واستثمارها الاستثمار الأمثل.
- 2) إتباع سياسات تنموية توفر مستويات معيشية وصحية على درجة عالية في إطار بيئة نظيفة ونوعية معينة للحياة تلبي حاجات الإنسان والمجتمع حاضرا ومستقبلا من خلال الاعتماد على أسلوب التخطيط بعيد المدى والذي يركز على العناصر التالية:-

1. التوسع الشامل في برامج الرعاية الصحية بصورة تتلاءم مع زيادة السكان وحاجة المواطنين الماسة إلى الرعاية.
2. التكامل بين الخدمة العلاجية، والخدمة الوقائية وخاصة في مستوياتها الأولى.
3. إقامة المراكز العلاجية على أساس الجمع بين نظم التخصص الدقيق والتكامل مع التخصصات الأخرى وبخاصة برامج الرعاية الاجتماعية والثقافية والنفسية.
4. انتقاء عصر الإلزام في الحصول على الخدمة الطبية والوسيلة المثلى في تحقيق هذا الهدف هو تحقيق التامين الشامل على كافة فئات المجتمع وقطاعاته المختلفة.
5. تبنى نظرية جديدة للخدمات الصحية تقوم على ضرورة تقييم نوعية الخدمة الطبية المقدمة.
6. الاهتمام بمشاركة قطاعات المجتمع في تدعيم الخدمة الصحية سواء بالتطوع بالمال أو الجهد.