

محاضرات

مقرر علم الاجتماع الطبي

د. سوسن البيطار

المستوى الثالث – علم اجتماع

2015-2014

المحاضرة الأولى بعنوان

مفهوم علم الاجتماع الطبي ومجالاته الأساسية

عناصر المحاضرة

أولاً: المدخل.

ثانياً: مفهوم علم الاجتماع الطبي.

أولاً: المدخل

على الرغم من حداثة وظهور فرع علم الاجتماع الطبي لأنه يضع كلاً من الصحة والمرض في المضمون الاجتماعي الذي يتضمن الشخص المريض وكل ما يحيط ببيئته ولكن هناك فرقاً واضحاً بين علم الاجتماع في الطب

Sociology in Medicine

الذي يهتم بدراسة الظروف الاجتماعية للصحة والمرض وهو بذلك يتميز بأنه بحث تطبيقي يهتم بالمشاكل الطبية أكثر من اهتمامه بالمشاكل الاجتماعية.

أما علم اجتماع الطب Medical Sociology

فيهتم بدراسة الطب كنظام قائم على استخدام مناهج وأساليب علم الاجتماع لدراسة العوامل الاجتماعية، كالعلاقات والقيم والتنظيمات والأنماط المختلفة للسلوك الإنساني في المجال الطبي والمتخصص الأول في هذه الدراسة هو عالم الاجتماع.

إن علم الاجتماع في الطب يمثل ميداناً مشتركاً لعلماء الاجتماع والطب معاً، وفي الواقع تحددت مهمات البحث الاجتماعي في المجال الطبي فيما يلي :-

البحث عن الأسباب غير الطبية (النفسية والاجتماعية والثقافية والاقتصادية والسياسية) التي تدعو الأفراد لطلب المساعدة الطبية والتعجيل فيها ، وتلك التي تمنعهم من طلبها أو تأجيلها رغم حاجتهم إليها.

تحديد الحواجز والمعوقات والمآزق التي تحول بين الأفراد وبين تطوير قدراتهم الجسمية وإمكانياتهم الفكرية وأداء نشاطاتهم اليومية بثقة كفيلة بتحقيق إحساسهم الذاتي بالصحة والمعافاة والوقوف على أنماط اعتقاداتهم وأطرهم التفسيرية لأعراضهم المرضية خاصة تلك التي تعزز عندهم شعورهم بالاختلاف المرضي.

معرفة مواقف الناس المرضي أنفسهم وميولهم نحو الطب والأطباء والدواء والمداوين وتوقعاتهم من العملية العلاجية الطبية المهنية والشعبية التقليدية معاً، وبالتالي تتعلق هذه المهمات الذاتية والموضوعية المعقدة التي تؤثر في حسابات الأفراد في الثقافات المختلفة نحو التقييمات التي يتخذونها بشأن أمراضهم تعريفاً لها واعترافاً بها، واتخاذ قرار بشأنها في ضوء ذلك يحاول هذا الفصل تحديد مفهوم علم الاجتماع الطبي وميادينه الأساسية وعلاقته الوثيقة بالمجال الطبي ومدى الالتقاء بينهما.

ثانياً: مفهوم علم الاجتماع الطبي Sociology of Medicine

يعرف علم الاجتماع الطبي اصطلاحياً بأنه يهتم بدراسة شكل وتأثير الطب كأيديولوجية ideology

والممارسون له كتنظيم مهني Professional

قوي يتمتع بمكانة متميزة في عملية بناء المعرفة لما يشكل الصحة والمرض في المجتمع ، وتتداخل هذه الدراسة مع كل من سوسولوجيا المعرفة وسوسولوجيا القوة وسوسولوجيا المهن لأنها مرتبطة بالسوسولوجيا الطبية.

لذلك فإنها تعتبر مساعداً مكملاً لعملية التدريس والعلاج الطبي مع تركيز الاهتمام على البعدين الاجتماعي والرمزي للمرض والعلاج، خصوصاً أن هذين يتمان في إطار المحيط النظامي الشامل المتمثل في المستشفى الحديث، وربما تتداخل مجموعة فرعية من الاهتمامات من خلال سوسولوجيا الصحة ، وهي تطور البدائل التي تأخذ في الاعتبار اسباب المرض وشكل وطبيعة المرض في المجتمع.

وهنا يعرف كوكر هام Cockerham

علم الاجتماع الطبي بأنه يهتم بالحقائق الخاصة بالصحة والمرض وبالوظائف الاجتماعية للتنظيمات والمنظمات الصحية وعلاقة نسق توزيع العناية الصحية بغيرها من الأنساق الاجتماعية الأخرى فضلاً عن دراسة السلوك الاجتماعي للطبيب والمريض لمعرفة العلاقة المتبادلة بينهما ومدى تأثيرهما على العناية الطبية ومدى تقدمها.

وعندما دخل علم الاجتماع المجال الطبي دخل على أساس أن الطب نظام مميز للسلوك الاجتماعي الإنساني ، كما أن الطب اعترف كذلك بأن علم الاجتماع يمكن أن يساعد على فهم مرضاهم وإمدادهم بوسائل متطورة للعناية الطبية ، ومن ثم نجد أن هناك اهتماماً متبادلاً بين هذين التنظيمين.

وبالتالي فإن علم الاجتماع الطبي يمثل مجالاً مشتركاً بين الطب والاجتماع يحاول أن يتناول الظواهر المرتبطة بصحة الإنسان والهيئات والتنظيمات الصحية وأن يدرسها دراسة متعمقة من منظور سوسولوجي.

ويعرف "مكانيك" علم الاجتماع الطبي بأنه مجموعة الجهود التي تهدف إلى تطوير الأفكار الاجتماعية داخل سياق الأنساق الطبية ، فضلاً عن دراسة القضايا التطبيقية الهامة فيما يتصل بعمليات الصحة والمرض، أي أن علم الاجتماع الطبي يمثل حلقة وصل بين العلمين.

إن علم الاجتماع الطبي يساعد على معرفة أسباب ونتائج المرض التي لا يستطيع الطبيب فهمها عن طريق المرض العضوي فقط، ولكنها تحتاج إلى معرفة المبادئ التي تحكم العلاقات بين الأفراد كفهمة تماماً للعوامل التي تؤثر في السلوك ، وفي المواقف الاجتماعية المختلفة.

ولذا اهتم "هيزن Heszen"

في دراسته الهامة للتفاعل بين الطبيب والمريض بالسلوك الصحي للمرضي وأثاره على العلاج ، واستخلص إلى أن شكوى المريض من توجيهات الطبيب وسلوكه تتأثر بدرجة كبيرة بتوجيهات الطبيب بالاتجاه الانفعالي للطبيب تجاه المريض ، ونشاط المريض ، ومدى استجابته للعلاج، والموقف المشارك للمريض بطبيعة الحال.

ولكى نقرب من تعريف محدد لعلم الاجتماع الطبي يمكننا السؤال عما يفعله الباحثون الذين يعتبرون أنفسهم متخصصين في مجال علم الاجتماع الطبي ويتضح أن هؤلاء يدرسون في المجتمع الحديث التنظيم بوصفه موضوعات حول علم

الاجتماع الطبي مثل الأنثروبولوجيا الطبية وعلم الأوبئة والتعليم الطبي وطب المجتمع والتمريض وطب الأطفال والتخطيط السكاني والأنساق الطبية التقليدية.

وهناك اهتمامات متداخلة بين الأطباء وعلماء الاجتماع لأن الصحة والمرض لا يرتبطان بالعوامل البيولوجية فحسب، وإنما يرتبطان أيضاً بالمعايير الثقافية لدى الشعوب ، وبالسلوك الاجتماعي الذي يستند إلى هذه المصادر ، فالمرض وعلاجه مجرد عمليات بيولوجيا في ظاهرها أما كيف يصيب المرض الإنسان وأي أنواع المرض هي التي تصيبه فهي تعتمد بالدرجة الأولى على عوامل اجتماعية وثقافية أساساً.

وبالتالي فإن علم الاجتماع الطبي يتناول الميدان الصحي باعتباره نظاماً اجتماعياً ثقافياً، فهو يشمل المؤسسات النظامية التي تعمل على المحافظة على الصحة ومقاومة المرض والمعافاة على نحو يتعلق بمعرفة العوامل الذاتية والموضوعية المتشابكة التي تؤثر في حسابات الأفراد في الثقافات المختلفة نحو التقييمات التي يتخذونها بشأن أمراضهم تعريفاً لها واعترافاً بها واتخاذ قرار بفعل شيء تجاهها ، وهذا يتطلب تطبيق النظريات والمناهج السوسولوجية على مجال الطب كنظام اجتماعي.

المحاضرة الثانية بعنوان

تابع مفهوم علم الاجتماع الطبي ومجالاته الأساسية

المحاور:

ثالثاً:

مجالات علم الاجتماع الطبي وميادينه ويتضمن :-

- أ- دراسة الصحة والمرض.
- ب- دراسة التنظيمات الطبية.
- ج- الاستجابة الطبية والاجتماعية للمرض.
- د- دراسة العلاقة بين الأطباء والمرضى.
- هـ- دراسة الطب المجتمعي.

رابعاً:

علاقة علم الاجتماع بالطب ومدى الالتقاء بينهما.

ثالثاً: مجالات علم الاجتماع الطبي وميادينه:

دعت أعضاء الرابطة السوسولوجية البريطانية في اجتماعها السنوي عام 1950 بضرورة اهتمام علم الاجتماع بدراسة الطب، وبالتالي فقد عجل هذا الموقف من نشأة علم الاجتماع الطبي عام 1960، ذلك العلم الذي يمثل حلقة الوصل بين علمي الاجتماع والطب وازداد تطوراً حينما أصبحت دورية الصحة والسلوك الاجتماعي هي المنشور الرسمي للجمعية السوسولوجية الأمريكية.

وبزغت له فروع ومجالات متشعبة ، وظهرت مداخل متباينة، وكما يقول "ميكانيك" أن مجال علم الاجتماع الطبي ليس خيطاً واحداً ولكنه يشكل مجموعة من الخيوط لها اتجاهات متباينة في آن واحد ، ومع تعدد الخيوط إلا أنه اهتم بكثير من الموضوعات مثل شرح وتغير أسباب المرض وخاصة المرض المزمن ومشكلة إدمان الكحوليات والمخدرات، ومشاكل السن ، والاضطرابات السلوكية ، كما أن من أهم المجالات التي اهتم بها هذا النوع بدراستها العلاقة بين الأطباء والمرضى والعلاقة بين الإجراءات الإدارية وأساليب التشخيص والعلاج، ودراسة الحياة اليومية للطبيب ، ودراسة الخدمات الصحية التي تقدم للمريض وذلك بمحاولة تقييمها لكي تتماشى مع احتياجات المريض الفعلية ، والاهتمام بالرعاية الصحية.

وتعتبر دراسة العلاقة بين الموت والمرض من ناحية والعوامل الاجتماعية من ناحية أخرى من أهم المجالات التي اهتم بها علم الاجتماع الطبي، فبعد أن كان يرجع اسباب المرض إلى عمليات بيوكيميائية وفسولوجية من ناحية وإلى إجراءات التشخيص والعلاج من ناحية أخرى استطاع علم الاجتماع الطبي أن يضيف بعد ثالث وهو البعد الاجتماعي

المتعلق بالعوامل الاجتماعية المسببة للأمراض كالتربية الاجتماعية والعمل والتعليم والزواج والعائلة ووصف للعلاقة بين بعض العادات الاجتماعية والشخصية وعلاقتها بالسلوك الصحي وأثر أنساق المعتقدات والتجربة على أسباب المرض ، وبذلك أصبحت هذه العوامل الاجتماعية مكملة لتحليل الظاهرة البيولوجية الإنسانية.

وعلى هذا فقد انصب اهتمام علم الاجتماع الطبي على العديد من المجالات التي تؤدي إلى فهم الطب والمواقف الطبية المتنوعة على النحو التالي:-

أ- دراسة الصحة والمرض.

يرى علماء الاجتماع ان هناك الكثير من السمات الديموجرافية مثل العمر والجنس والحالة الاجتماعية التي تتأثر وتؤثر في صحة الأفراد، كما أن العوامل الثقافية أيضاً تؤثر في الإحساس بالصحة والمرض، كما تؤثر المعايير أيضاً في التعريف الاجتماعي للصحة بمعنى كون الإنسان سليماً تماماً من الناحية البيولوجية والعقلية والاجتماعية ، ومن هنا نجد أن الصحة والمرض ما هي إلا محددات اجتماعية.

وحيثما نحاول معرفة الفرق بين الشخص السليم والشخص المريض الذي يعاني من بعض الأمراض من المنظور السوسيولوجي علينا مراعاة ما يلي :-

1- معرفة العمر والجنس والحالة الاجتماعية والوظيفية للمريض فضلاً إلى معرفة نوعية الطبقة الاجتماعية والبيئية التي ينتمي إليها هذا الشخص.

2- معرفة نشاطات الفرد الفردية وتفاعلاته وعلاقاته ومدى اعتماده على الآخرين.

3- تكرار الحالة المرضية عنده ومدى وجود العلاج ومدى إتاحة خدمات العلاج له وأنماط المرض الموجودة في المجتمع وتحديد حالته المرضية.

4- محاولة توجيه الأفراد لمعرفة أعراض المرض وعلاقة ما يلاحظه بتحديد نوعية المرض

5- محاولة تصنيف الحالات إلى مرضية وأخرى غير مرضية في المجتمعات المختلفة ومستوى التقدم التكنولوجي داخل كل مجتمع.

أن علم الاجتماع الطبي يولي اهتماماً للاستجابات الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض خاصة عندما يركز على تصورات الناس حول صحتهم والإجراءات الوقائية للحفاظ عليها أو تحسينها وعلى تعريفاتهم واستجاباتهم للأعراض والأمراض وأثار الاتجاهات المتنوعة والسلوك المتباين على طريق المرض ونجاح العلاج، وتوجد مداخل اجتماعية متعددة اهتمت بدراسة المرض أولها بدأ من الدراسات المكثفة للعوامل الاجتماعية التي تؤثر في المرض والآخر مدخل سوسيولوجي يحاول دراسة العوامل الديموجرافية وأثرها على الاضطرابات النفسية.

ومن الدراسات التي أجريت أيضاً واهتمت بتحليل المتغيرات الديموجرافية للتعرف على أثر بعض العوامل الاجتماعية

على بعض الحالات المرضية هي تلك التي أجراها "Golb"

عام 1969م والتي أكد فيها أن كثير من الأمراض التي تحدث للشباب غالباً ما يكون له العلاقة بالسلوك العقابي للأبوين، وقد أدت هذه الدراسة إلى تكوين نظرية عن أسباب المرض.

ب- دراسة التنظيمات الطبية:

يهتم علم الاجتماع الطبي بالبحث في التنظيمات والنظم الطبية التي ينتمي إليها الأطباء ، فإذا كانت المستشفى هي أحد النظم الموجودة في هذا التنظيم الطبي ، فإننا سوف نركز على الاهتمام السوسيولوجي في فهم وظيفة هذا النظام وكيف تطورت هذه الوظائف وبخاصة بعد انتشار وظائفها التعليمية وتركزها على التعليم الطبي وتدريب الأطباء على عمل خدمات نافعة للمستشفى وذلك عن طريق خدمة المريض ورعايته.

ولقد ركزت الدراسات الاجتماعية على الدور الذي يلعبه علم الاجتماع في فهم التعقيدات البيروقراطية في المستشفيات ، فإذا نظرنا إلى أي تنظيم في مستشفى نجده يشمل على عدد من الأبنية البيروقراطية وعدد من المراكز المتسلسلة في هذه الأبنية ، ولكل مركز من هذه المراكز مجموعة من الوظائف الخاصة بها.

ومن الدراسات الهامة التي اهتمت بدراسة التنظيمات الطبية دراسة قام بها "نبيل حنا" بمستشفى Kingstone

بإنجلترا وخاصة ببعض ظواهر التفاعل الاجتماعي داخل عنبر جراحة الرجال سواء بين فريق التمريض أو بينهم وبين المرضى أو بين المرضى وبعضهم ، على أن الاهتمام الأكبر كان موجهاً لوصف العلاقات بين فريق التمريض وبين المرضى نظراً لأن فريق التمريض هو الفريق الفعال بين فئة الأطباء وبين المرضى.

أي أن هذه الدراسة حاولت أن تقدم وصفاً للتنظيم والعلاقات والظواهر السائدة في عنبر مستشفى كينجزتون لتخطى الأهداف النظرية إلى الاهتمام التطبيقي بالصحة والمرضى.

ج- دراسة الاستجابة الثقافية والاجتماعية للمرض:

إن المجال الطبي في حاجة ماسة إلى المعرفة الاجتماعية والثقافية ، وذلك من أجل فهم الجوانب الإنسانية للصحة والمرض وبخاصة العلاقة بين الطبيب المعالج والمريض ، وكيف تتأثر هذه العلاقة بالسمات الشخصية والاعتبارات الاجتماعية كالأدوار الاجتماعية لكل منهما، وقد أطلق أحد الدارسين على هذا الجانب الأبعاد الاجتماعية للرعاية الصحية.

لقد انصرف اهتمام علم الاجتماع الطبي نحو تناول ومعالجة العديد من الموضوعات والمجالات التي تركزت حول مفهوم المرض والعوامل المؤثرة عليه في الثقافات المتباينة ، والتفسيرات التي تدور حوله وأنماط ونماذج السلوك التي يتبعها الأفراد لمواجهة مخاطر المرض ، ودور المعالجين التقليديين في التشخيص والعلاج والأساليب المتبعة في ذلك.

وتكشف هذه الرؤية الثقافية لمفهوم المرض والعلاج العديد من التفسيرات التي تزخر بها الجماعات، فمنها ما يرجع أسباب المرض على عوامل مادية وأخرى غيبية.

وبالتالي يتضمن المدخل الثقافي تناول العلاقات بين محتوى الثقافة والأساليب الثقافية للحياة، وبين تعريفات الصحة والاستجابة للمرض، فهي التي تحدد كيفية إدراك المرض والتعبير عنه ورد الفعل تجاهه، ويلعب السياق الثقافي دوراً هاماً في تحديد الحالات والظروف المرضية التي ندركها والأسباب التي نعزوها إليها، والأشخاص المسؤولين عن تقييمها وتعريفها ، كأن تلصق الثقافة المصرية مرض البلهارسيا بالفلاح ، والأمراض الجلدية بالبديوي ، والأمراض العصبية والنفسية بالحضري...إلخ.

د- دراسة العلاقة بين الأطباء والمرضى:

اهتم علم الاجتماع الطبي بدراسة العلاقات بين الطبيب والمريض على أساس أنها لا تقتصر على مجرد التشخيص والعلاج فقط ، وإنما تمتد لتشمل الاهتمام بالجانب الإنساني أيضاً.

لذا فقد قدمت الكثير من الأبحاث معلومات مترابطة عن علاقة الأطباء بالمرضى كظاهرة اجتماعية، فلقد استطاع كثير من علماء الاجتماع بوصف مكونات هذه العلاقة باعتبارها نسقاً اجتماعياً فرعياً.

إن البحث المهم بموضوع العلاقة بين الأطباء والمرضى نجد فيه أولاً التراث المهم بدراسة الدور الاجتماعي لكل من الطبيب والمريض الذي يركز على المعايير الثقافية وكان أول من اهتم بهذا الموضوع من هذا الجانب "تالكون بارسونز" في كتابه النسق الاجتماعي عام 1950م لذي تناول قضية العلاقة بين الطبيب والمريض، واهتم بتحديد دور كل من الطبيب والمريض ولحقوق والواجبات المتعلقة بكل دور ، وأكد على أن معرفة متطلبات الدور يساعد على تيسير

الانسجام والتكامل في العلاقة بينهما وأضاف كل من "سازاس و هولاندر" إلى تصور بارسونز للعلاقة بين الطبيب والمريض أبعاداً أخرى شملت تصنيف أنماط العلاقات بين الأطباء والمرضى إلى نمط الإيجابية من جانب الطبيب والسلبية من جانب المريض ، ونمط الإرشاد من الطبيب والتعاون من المريض ، ثم نمط المشاركة المتبادلة بين الطبيب والمريض، وأخيراً نمط التبعية والسيطرة وكيف أن الطبيب يمثل موقف السيطرة وذلك نتيجة لخبراته العملية والفنية ولوضعه المهني المتخصص واعتقاد المريض بأن حل مشكلته الصحية يكون في يد الطبيب ولذلك يكون تابعاً له.

كما وأضاف كل من "باتريك واسكامبلر" إلى نموذج بارسونز في تجديد دور الطبيب والمريض مجموعة عوامل اجتماعية أخرى ، فضلاً عن العوامل التنظيمية المتعلقة بالتنظيم العلاجي ذاته باعتباره عوامل تؤثر في علاقة الطبيب والمريض وقد أسهمت الخبرات الأمبريقية في توفير المعطيات التي انعكست من ناحية على هذه التصورات دعماً وتطويراً.

وساعدت من ناحية أخرى على تعميق فهم هذه العلاقة ويمكن تصنيف هذه الخبرات الأمبريقية على أساس أن البعض اعتبر العلاقة بين الطبيب والمريض بمثابة عملية اتصال لها أدواتها وعواملها المؤثرة فيها ، ولذا فقد اهتم "سكوبك" بتحليل المحادثة التي تتم بين الطبيب والمريض واستطاع أن يكشف على المشكلات اللغوية الممكنة ، وتفسير لماذا يفشل الأطباء والمرضى في فهم كل منهما الآخر.

يرى عالم الاجتماع أن الميدان الطبي يمكن أن يقدم لنا الكثير في إطار ما يعرف بالفرص السائحة لدراسة السلوك الإنساني ، وهذا الفصل مخصص لتناول العلاقات بين المرض والجماعات الإنسانية ، وتتشابه دراسة المرض في الجماعات الإنسانية في عدة وجوه مع دراسة المرض عند الفرد ، فبالنسبة للنوع الأخير من الدراسة قامت محاولة لفهم تطورات المرض وذلك عن طريق دراسة تأثيراته الكيميائية والحيوية والفسولوجية في ضحاياه من بني الإنسان.

وقد ثارت تساؤلات عديدة دارت حول أي أجزاء الجسم تتأثر بالمرض؟ وما هي نوع التأثير في بناء وظيفة الكيان العضوي للإنسان؟ كيف نفى الجسم نفسه؟ وعلى نفس الوتيرة يمكن أن يقدم لنا دراسة العلاقة بين المرض والجماعات الإنسانية تساؤلات نشبه إلى حد بعيد التساؤلات السابقة، ومع ذلك :

ما هو حجم المرض وأين يكمن في المجتمع الإنساني؟ كيف يؤثر المرض في بناء ووظيفة الجماعات الإنسانية؟ وما هو تدبير الجماعات لتقي نفسها من الأمراض؟

واهتم البعض الآخر بالتوقعات المتبادلة بين الطبيب والمريض والعوامل الاجتماعية والتنظيمية التي تؤثر فيها وعلاقتها

برضا المريض حيث ربط "جرين Greens"

بين توقعات المرضى ورضاهم عن الرعاية الصحية المقدمة، حيث اعتبر رضا المريض بمثابة الدرجة التي يفهم منها أن توقعات المريض من الرعاية الصحية قد أنجزت أو تحققت وأنتهى إلى أن توقعات المريض تتأثر بعوامل ثلاثة أساسية هي دور مقدم الخدمة، والمسئوليات المتبادلة بين الطبيب والمريض، والقناعة بالخدمة المقدمة.

ولقد قاس "فوارى Vouri"

وزملاؤه مدى نجاح العلاقة بين الطبيب والمريض ورغبة المرضى للعودة إلى الطبيب وإتباع تعليماته وأنتهى إلى أن العوامل التعبيرية كانت تترك تأثيراً كبيراً على رغبة مرضى المستشفى في العودة إلى نفس الطبيب.

والخلاصة أنه يمكن وضع العلاقات بين الأطباء والمرضى على متصل يظهر على أحد طرفيه تكامل وانسجام هذه العلاقات ويظهر الطرف الآخر توتر هذه العلاقة ، وهناك شروط تسهم في تأكيد التكامل والانسجام بين الأطباء والمرضى منها :-

- 1- وضوح دور كل من الطبيب والمريض ومعرفة متطلبات هذه الأدوار وفهم الحقوق والواجبات المخصصة لكل منهما.
- 2- استخدام اللغة بمهارة تساعد على تسهيل الاتصال المباشر وأثر التفاعل بينهما، وتجنب المشكلات اللغوية التي تحول دون فهم كل منهما الآخر.
- 3- توظيف الاستشارة الطبية لأغراض التشخيص والعلاج من خلال توفير فترة زمنية كافية لكل زيارة أو وقت يمضيه الأطباء مع المرضى، والعناية بالمشكلات الاجتماعية والنفسية التي قد تؤثر على التفاعل بينهما.
- 4- اعتبار الثقة المتبادلة عنصراً دائماً في العلاقة العلاجية الفعالة وتأكيد أهمية السلوك المتعاطف في هذا الصدد.
- 5- تعمل ايجابية الطبيب وقدرته على العمل كمدافع عن المريض من ناحية ومشاركة المريض بمعنى الأخذ بنظام التفضيلات في عملية اتخاذ قرار العلاج الذى يقترحه الطبيب من ناحية أخرى تعمل على تقوية العلاقة بينهما.
- 6- تأخذ العلاقات بين الأطباء والمرضى أنماطاً متباينة فيها الايجابية من جانب الطبيب والسلبية من جانب المريض ، والارشاد من الطبيب والتعاون من المريض ، والمشاركة المتبادلة بينهما والسيطرة والتبعية ويتوقف كل نمط من هذه الأنماط على تأثير عوامل اجتماعية معينة وأخرى تنظيمية تتعلق بالتنظيم العلاجي ذاته، وثالثة سياسية كالحد من التكاليف الطبية والمحافظة على نوعية الرعاية الصحية.
- 7- أن رضا المريض بمعنى الدرجة التي يفهم فيها توقعات المريض من الرعاية الصحية قد أنجزت أو تحققت تتأثر بعوامل دور مقدم الخدمة (الأطباء) والمسئوليات المتبادلة بين الطبيب والمريض والقناعة بالخدمة، وأن المرضى قد بينوا تقويماتهم للخدمة الصحية بناء على توقعات مبالغ فيها، وأن هذه التوقعات قد تختلف من جماعة ذات خصائص اجتماعية وديموجرافية إلى أخرى.

هـ - دراسة الطب المجتمعي:

تمثل دراسة الطب المجتمعي أهم إسهامات علم الاجتماع وذلك لدراسة تنظيم الخدمات الصحية في المجتمعات، ومحاولة النهوض بالرعاية الطبية ، وتوزيع الخدمات على أكبر عدد ممكن من الأفراد ، ونجاحه في المجتمعات المتخلفة، فكان هناك مطالبة بتغيير مناهج الدراسة لتوسيع دائرة العناية أو الرعاية الطبية للمرضى وعائلاتهم، وليس عن طريق المستشفيات فقط ولكن بالذهاب إلى الأماكن التي يتواجدون فيها

ولقد شارك العلماء الاجتماعيون الأطباء في وجهة نظرهم ومشاركتهم في وضع برنامج للرعاية الطبية يهدف إلى العناية الصحية في المجتمعات أكثر من الاهتمام بها للأفراد، ولذلك أصبحت المدارس الطبية في أمريكا تضم أقسام عن الطب المجتمعي وهذه الأقسام تحاول توجيه الخدمات الطبية والصحية لصالح المجتمع قبل أن يكون لصالح الأفراد.

ولا يقتصر دور علم الاجتماع في مجال الطب المجتمعي على استخدام مناهج ومفاهيم المتغيرات الاجتماعية المستخدمة في علم الاجتماع ، ولكنه يعمل أيضاً على تطوير مفاهيم جديدة ومناهج مستحدثة ملائمة لهذا العلم، فالأطباء في المجتمع المحلي لا يستطيعون الإدارة أو الضبط البيئي أو التأثير في سلوك صحة السكان دون أن يستخدموا معلومات ومعارف علم الاجتماع، فهذا التعاون بين علماء الاجتماع والأطباء ومحاولة كل منهما في تعليم الآخر مبادئ علمه إنما هو خطوة هامة في تطوير مجال الصحة

ومن هنا أصبح لعلم الاجتماع دور كبير في مجال الطب المجتمعي، كما أنه هام في مجال الاتصال بين الطبيب والمريض لمحاولة علم الاجتماع إقامة جسر يقضي على الفجوة في اللغة والفهم بين الطبيب والمريض، فالطبيب في القرى والمدن الصغيرة يجب أن يكون عنده الخبرة الكافية التي تساعد على التعامل مع الأفراد في هذه المجتمعات.

رابعاً : علاقة علم الاجتماع بالطب ومدى الالتقاء بينهما

لاشك أن الصحة الجيدة تمثل شرطاً أساسياً لقيام الفرد بوظيفته داخل المجتمع ، فإذا كانت الصحة سليمة يستطيع الفرد

القيام بأنواع مختلفة من النشاطات في حياته اليومية ، فلاحظ "Hippocrates هيبوكراتس"

من أوائل العلماء الذين وضعوا مبادئ للعناية بالصحة التي تركز على التفكير العقلاني ورفض الأفكار الغيبية التي كان الأفراد يعتقدون أنها تسبب الكثير من الأمراض ، ومن أشهر إسهاماته كتابه عن أسس الأخلاق الطبية المعاصرة الذي أكد فيه بأن تكون المعرفة الطبية منبثقة من فهم العلوم الطبيعية والاجتماعية، وبالتالي فإن هيبوكراتس ركز على البيئة الاجتماعية بوصفها عاملاً هاماً في فهم المرض وعلاج المريض ، ويؤكد هذا المعنى "جراهام" خاصة العلاقة بين المتغيرات الاجتماعية وبين مختلف الأمراض ، وأرجع معظم الأمراض إلى عامل البيئة المسبب للمرض الذي يؤثر في الفرد ذو الاستعداد الوراثي للتأثر بالمرض.

وقد بدأ الاهتمام المتزايد بالمريض ككل في بداية القرن العشرين للعناية الصحية للمريض، وكل مشاكله الصحية من خلال التعامل مع الاضطرابات الصحية بوصفها نتيجة لمشاكل الحياة المتعددة، وأن الاختلال الوظيفي في الجسم وشعور الإنسان بالمرض لا يرجع فقط إلى جوانب بيولوجية ولكنه يرجع أيضاً إلى تأثير العوامل الاجتماعية والسيكولوجية والثقافية ، واتجه الكثير منهم إلى محاولة دراسة بعض العلوم السلوكية لكي يعرفوا المزيد عن الحياة الشخصية لمريضهم والتعامل مع المريض بوصفه إنسان ككل وليس بوصفه حالة طبية مرضية، ولهذا أصبح الطب في عام 1975 يواجه طريقتين مميزتين وهما :-

1- المرض والعلاج من وجهة النظر الطبية.

2- قبول تصور المرض الجديد بوصفه يشمل مشاكل الحياة أيضاً.

ولقد حدث تغيير في مناهج التعليم الطبي لكي تتعامل مع هذا التصور الجديد للمرضى ، وهذه التغييرات كلها إنما ترجع إلى العلاقة الجديدة التي قامت بين الطب والعلوم السلوكية مثل علم الاجتماع والأنثروبولوجيا وعلم النفس، كما أن نمو اهتمام الطب بالعلوم السلوكية والإنسانية بدأ حينما شاركت العلوم الاجتماعية في تقييم الخدمات الصحية المقدمة للمرضى وتطوير السياسة الصحية على المستوى القومي والعالمي

فإذا كان الطب قادراً على لعب دوراً بنائياً هاماً في المجتمع فهو في حاجة إلى مصادر أخرى تساعد على القيام بهذا الدور ، فهو يحتاج إلى معلومات أساسية عن طبيعة ووظائف المنظمات الإنسانية التي تختلف عن نوعية المعلومات الطبية ، وهو يحتاج إلى جمع أكبر عدد ممكن من المعلومات عن نسق العناية الصحية وبخاصة من النظم المختلفة وعلى

رأس هذه النظم علم الاجتماع ، وهذا كله يعنى أن علم الاجتماع حينما دخل المجال الطبي دخل على أساس أن الطب نظام فريد للسلوك الاجتماعي الانساني ، كما أن الطب اعترف بأن علم الاجتماع يمكن أن يساعد الأطباء على فهم مرضاهم وإمدادهم بطرق متطورة للرعاية الصحية.

وبالتالي قد ساهمت مجموعة من العوامل على الالتقاء بين الطب وعلم الاجتماع ومن أهمها :-

1- التغير في نسبة انتشار المرض: اضطر الطب مع التغير في نسبة انتشار

الأمراض إلى أن يوسع من منظوراته ، ويصدق هذا على كل من علم الوبائيات ودراسة العوامل المرتبطة بتوزيع المرض بين السكان ، كما ينطبق على العلاج وذلك لأن معظم الأمراض المزمنة قد تعذر مع البحث الذي يركز فقط على السبب الوحيد للمرض والذي يقتصر في معالجته على المناهج التقليدية والمباشرة للصحة العامة.

مثلاً لم تسهم حملات تعقيم مياه الشرب ولا حملات القضاء على البعوض في تخفيض مرض السرطان ، وظهر عكس ذلك في أن الأمراض المزمنة عموماً تعد حصيلة لأسباب كثيرة، وهكذا تغير منطق علم الوبائيات في دراسة المرض المزمن وأدى إلى الاهتمام بدراسة العادات والخبرات الاجتماعية للكائنات الإنسانية، واعتبر التحكم في المرض المزمن بمثابة مشكلة لها دوافعها الاجتماعية.

2- تقدم الطب الوقائي والصحة العامة.

المحاضرة الثالثة بعنوان

أهم النظريات المفسرة للصحة والمرض

عناصر المحاضرة

المدخل

أولاً: النظرية البنائية الوظيفية

ثانياً: النظرية الانثروبولوجية الطبية

أهداف المحاضرة

تفسير المداخل المنهجية للصحة والمرض:

أولاً: تطبيق النظرية البنائية الوظيفية.

ثانياً: تطبيق النظرية الأنثروبولوجية الطبية.

المدخل

يهتم علم الاجتماع الطبي Medical Sociology

بدراسة الطب كنظام قائم على استخدام مناهج وأساليب علم الاجتماع لدراسة العوامل الاجتماعية، كالعلاقات والقيم والتنظيمات والأنماط المختلفة للسلوك الإنساني في المجال الطبي ، والمتخصص الأول في هذه الدراسة هو عالم الاجتماع.

يمثل علم الاجتماع في الطب ميداناً مشتركاً لعلماء الاجتماع والطب معاً، وفي الواقع تحددت مهمات البحث الاجتماعي في المجال الطبي فيما يلي :-

البحث عن الأسباب غير الطبية (النفسية والاجتماعية والثقافية والاقتصادية والسياسية) التي تدعو الأفراد لطلب المساعدة الطبية والتعجيل فيها ، وتلك التي تمنعهم من طلبها أو تأجيلها رغم حاجتهم إليها.

تحديد الحواجز والمعوقات والمآزق التي تحول بين الأفراد وبين تطوير قدراتهم الجسمية وإمكانياتهم الفكرية وأداء نشاطاتهم اليومية بثقة كفيلة على تحقيق إحساسهم الذاتي بالصحة والمعافاة؛ وايضا الوقوف على أنماط اعتقاداتهم وأطرهم التفسيرية لأعراضهم المرضية خاصة تلك التي تعزز عندهم شعورهم بالاختلاف المرضي.

معرفة مواقف الناس المرضى أنفسهم وميولهم نحو الطب والأطباء والدواء والداوين وتوقعاتهم من العملية العلاجية الطبية المهنية والشعبية التقليدية معاً ، وبالتالي تتعلق هذه المهام الذاتية والموضوعية المعقدة التي تؤثر في حسابات الافراد في الثقافات المختلفة نحو التقييمات التي يتخذونها بشأن أمراضهم تعريفاً لها واعترافاً بها، واتخاذ قرار بشأنها.

يعرف كوكر هام Cockerham

علم الاجتماع الطبي بأنه «علم يهتم بالحقائق الخاصة بالصحة والمرض وبالوظائف الاجتماعية للتنظيمات والمنظمات الصحية وعلاقة نسق توزيع العناية الصحية بغيرها من الأنساق الاجتماعية الأخرى فضلاً عن دراسة السلوك الاجتماعي للطبيب والمريض لمعرفة العلاقة المتبادلة بينهما ومدى تأثيرهما على العناية الطبية ومدى تقدمها»

علم الاجتماع الطبي يتناول الميدان الصحي باعتباره نظاماً اجتماعياً ثقافياً، فهو يشمل المؤسسات النظامية التي تعمل على المحافظة على الصحة ومقاومة المرض والمعافاة على نحو يتعلق بمعرفة العوامل الذاتية والموضوعية المتشابهة التي تؤثر في تقييمات الأفراد بشأن أمراضهم تعريفاً لها واعترافاً بها واتخاذ قرار بفعل شيء تجاهها ، وهذا يتطلب تطبيق النظريات والمناهج السوسولوجية على مجال الطب كنظام اجتماعي.

مجالات علم الاجتماع الطبي وميادينه ويتضمن :-

أ- دراسة الصحة والمرض.

ب- دراسة التنظيمات الطبية.

ج- الاستجابة الطبية والاجتماعية للمرض.

د- دراسة العلاقة بين الأطباء والمرضى.

هـ- دراسة الطب المجتمعي.

تعددت النظريات التي اهتمت بتفسير العلاقة بين الصحة والمرض، وقد بنى كل منظور فكري من هذه النظريات مدخلاً مختلفاً ، ولكن ظلت الصحة السليمة مطلباً أساسياً لأي فرد أو مجتمع.

فإذا أصبحنا أصحاء استطعنا القيام بالعديد من أنماط النشاط أو العمل ولكن إذا أصابنا المرض فسوف نواجه الكثير من المتاعب والصعوبات في القيام بالأعمال والأنشطة الضرورية لاستمرار حياتنا اليومية وبقائها.

ولذلك ظلت العلاقة بين الظروف الاجتماعية والعوامل التي تؤثر على الصحة والمرض هي الاهتمام الأول للإنسان زماناً طويلاً، وقد اتجه الإنسان عامة عبر مراحل تاريخه المختلفة للنظر إلى مشكلات الصحة والمرض من منظور ثقافتهم ومجتمعاتهم الخاصة، ومن أجل هذا كان من الضروري معرفة المعايير والقيم والبناءات الاجتماعية وأساليب المعيشة التي تكشف عن معتقدات تلك الشعوب حول طبيعة وأسباب المرض.

ومع أن الميدان الطبي في مجال علم الاجتماع يعد جديداً نسبياً إلا أن له تراثاً وفيراً من النظريات المتعددة إزاء الصحة والمرض، ومع اختلاف تلك النظريات في تفسيراتها إلا أنها تشترك في قضية واحدة هي أن مواقف الحياة غير السوية أي ضغوط الحياة اليومية تلعب دوراً هاماً في حدوث المرض.

و أن الظروف والعوامل الاجتماعية والثقافية تزيد من شعور الناس بالأحداث غير السوية ، ولا يعترف بكون الفرد مريضاً أو يعاني من المرض إلا في إطار ثقافة ومفاهيم المجتمع الذي يعيش فيه وبالتالي لا يمكن الفصل بين الجوانب البنائية الاجتماعية أو الجوانب الثقافية بل لا بد من مراعاة التكامل بينهما.

فالإنسان بناء (جسم) وثقافة وعلاقات اجتماعية، وبالتالي فالجانب البنائي (الجسمي) يؤثر في العلاقات الثقافية والاجتماعية ويتأثر بها، ومن كل هذا يتضح لنا أهمية عرض وتحليل أهم النظريات المفسرة للصحة والمرض والعلاقة بين الطبيب والمريض؛ كالنظرية البنائية الوظيفية، والنظرية الانثروبولوجية، ونظرية الضغوط الاجتماعية.

أولاً : النظرية البنائية الوظيفية

اهتم "تالكوت بارسونز" بعملية التحليل الوظيفي عندما اعتبر المرض سلوكاً انحرافياً، وفي صدر تحليله لدور المريض أوضح أن الصحة التي يتمتع بها أعضاء أي جماعة أو مجتمع تمثل مطلباً وظيفياً لأي نسق اجتماعي، وبالتالي فإن المرض يعد عائفاً وظيفياً أمام قيام المجتمع بوظائفه.

ومن ثم فقد أكد "بارسونز" على ضرورة تعريف المرض وتحديد وتشخيصه وطرق علاجه، وعلى هذا فقد أشار "بارسونز" إلى قضية العلاقة بين الطبيب والمريض، واهتم بتحديد دور كل من الطبيب والمريض والحقوق والواجبات المتعلقة بكل دور.

وأكد على أن معرفة متطلبات الدور يساعد على تيسير الانسجام والتكامل في العلاقة بينهما، فشان الدور الذي يقوم به كل من الطبيب والمريض شأن أي دور آخر في المجتمع، كدور الأب والزوج والمدرس، إذن لا بد أن يرتبط ببعض التوقعات التي تتضمن مجموعة من الحقوق والواجبات التي يفرضها على الفرد.

ومثال ذلك أن الدور الذي يلعبه الشخص المريض وقتي وغير مرغوب فيه، وهذا ما جعل "بارسونز" يركز على مجموعة الواجبات التي عن طريقها يستطيع الشخص المريض الرجوع إلى حالته الطبيعية بطريقة سريعة ومختلفة، فالشخص المريض لا بد أن يملك بعض الامتيازات، وبخاصة أنه محتاج إلى الرعاية من الطبيب الذي يعالجه من أجل الوصول إلى حالة أفضل.

فتبادل الأدوار التي تحدث بين الطبيب والمريض شيء طبيعي حيث أن كلاً منهما يشارك في الموقف الاجتماعي، ويحاول أن يتوقع سلوك الآخر من خلال ذلك الموقف والنتيجة المحتملة لها، فالشخص المريض لديه من التوقعات ما يحدد المعايير والقيم المناسبة لكونه مريضاً، كما أن الطبيب يكون معتمداً على مقولات المريض في الدور الاجتماعي الذي يجب أن يسلكه.

فدور الطبيب كما أشار "بارسونز" هو إرجاع الشخص المريض إلى حالته الطبيعية الوظيفية أما دور المريض فمن المتوقع منه أن يكون على معرفة بالطرق التي يبحث بها عن المساعدة المتخصصة لكي يصل إلى الشفاء، ومن هنا نجد أن علاقة الأطباء بالمرض لا تمثل نمطاً تلقائياً للسلوك وإنما موقف يعمل فيه كل من الطبيب والمريض وفقاً لنمط ثابت من أنماط السلوك المتوقعة: نمط يمكن التنبؤ به قبل أن يتم حدوثه.

لقد خلص "بارسونز" من تحليله لدور المريض إلى أنه يريد أن يصل إلى مرحلة الشفاء بأقصى سرعة ممكنة ويكون الشفاء هو الهدف الأساسي، كما توصل إلى أن المريض هو ذلك الإنسان الذي يعفى إلى حد ما من بعض أنشطته ومسئولياته الطبيعية التي كان يزاولها قبل المرض. ويرى "بارسونز" أنه إذا كان المريض في حاجة دائماً إلى المساعدة والرعاية فمن حقه أن يحصل على قدر أوفر منها.

وعلى الطبيب مساعدته في ذلك الأمر، ولذا فإن هناك ثلاث محكات أساسية لقبول الدور الاجتماعي للمريض وهي :-

الأول: أن الحالة المرضية التي يعاني منها المريض ل دخل له بها وبالتالي يمكن اعتباره ضحية لقوى خارجة عنه.

الثاني: تتعلق بالسمة البنائية الاجتماعية لدور المريض والتي تختص بإعفاء هذا المريض من التزاماته الطبيعية ، مثال ذلك بقاء المريض في المنزل بدلاً من تواجده في مكان عمله.

الثالث: يبدأ المريض بالبحث عن المساعدة الطبية المتخصصة.

وقد حاول بعض الباحثين مثل "سازاس وهولندر" تطوير تصور "بارسونز" للعلاقة بين الطبيب والمريض ، وإضافة أبعاداً أخرى شملت تصنيف أنماط العلاقات بين الأطباء والمرضى إلى نمط الايجابية من جانب الطبيب ، السلبية من جانب المريض ، ونمط التوجيه والإرشاد من الطبيب والتعاون من جانب المريض.

ثم نمط المشاركة المتبادلة بين الطبيب والمريض ، و أخيراً نمط السيطرة والتبعية ، وكيف أن الطبيب يمثل موقف السيطرة وذلك نتيجة لخبرته العملية والمتخصصة ، ولوضعه المهني واعتقاد المريض بأن حل مشكلته الصحية يكون في يد الطبيب ولذلك عليه أن يكون تابع للطبيب.

كما أضاف "روبنسون" لنموذج "بارسونز" أن المريض بمجرد أخذه هذا الدور يضع في اعتباره تكاليف الوقت الذي يقضيه في إجازة من عمله أكثر من أن يضع في اعتباره ما سيحصل عليه من العلاج ، كما يرى أيضاً أن فقدان بعض الموارد المالية يعتبر عاملاً هاماً في عدم قدرة المريض على انجاز دوره وبخاصة إن كان مسؤولاً عن عائلته.

وبرغم ذلك يرى "روبنسون" أن هناك بعض المرضى الذين يرون أن اتخاذهم لدور المريض يساعدهم على وجود سبب شرعي لتصرفاتهم وسلوكهم الشخصي.

علاوة على ذلك يرى "بارسونز" أن هناك مجموعة من التوقعات التي يجب أن يلتزم به الطبيب إلى حد ما من أجل أن يتوافق سلوكه مع ما يتوقعه منه المجتمع ومن أهم هذه التوقعات ما يلي :-

1- أن يعمل الطبيب بكامل خبرته ومهارته ومعرفته من أجل حل مشاكل المريض.

2- أن يدور الهدف الرئيسي للطبيب من أجل رعاية المريض وتحسين حالته الصحية، و أن يجعل هذا الهدف فوق اهتماماته الخاصة.

3- أن يكون معرفته بالمريض متوقعة على ممارس ته الطبية المتخصصة.

4- أن يكون ملتزماً بالتعاون في الوظائف التي تساهم في المحافظة على صحة الشخص ذاته.

5- أن يسعى الطبيب إلى أن يكون متخصصاً في مجال الرعاية الصحية حتى يستطيع التعامل مع مواقف الوهن الصحي.

6- أن يكون الطبيب مسؤولاً عن تقويم المرض وتحقيق الضبط الاجتماعي فدور الطبيب يتمثل في قدرته على تقليل حدة المرض التي يعاني منها المريض من خلال إجبار المريض على إتباع نصائحه والسير في طريق العلاج الذي يحدد له من أجل الوصول إلى مرحلة الشفاء.

فدور الطبيب كما يرى "بارسونز" إنما يدور حول مسؤوليته على شفاء المرض، وهذه المسؤولية تحتاج إلى خبرة عالية ودرجة كبيرة من التخصص الاكاديمي في العلم الطبي ، فالمعرفة التي يمتلكها ومهارته وخبرته إنما تساعده في

الوصول إلى الطرق الملائمة لتحقيق هدفه في شفاء المريض.

وعلى هذا يرى "ويليام كوكراهام" أنه بالرغم من أن علاقة الأطباء بالمرضى تتضمن مجموعة من التوقعات السلوكية إلا أن دور كل منهما غير متكافئ.

وبرغم من تصور "بارسونز" القائم على فكرة الدور وتوقعات الدور وما يترتب عليها من حقوق وواجبات سواء من الطبيب أو المريض ، وما لعبه من دور هام في علم الاجتماع الطبي إلا أن هذا التصور قد واجه نقداً لاذعاً من قبل الباحثين مثل (كلارك، وكو، وساندرز... وغيرهم) ولقد ذهبوا إلى أن العلاقات بين الأطباء والمرضى ليست دائماً علاقات تكامل وتعاون متبادلين، وإنما هي علاقات توتر.

وعليه، أكد "فريديسون" أن التوتر ينشأ عن المصالح المتباينة بين الطبيب والمريض وعن تناقض التوقعات ، ويرجع التوتر بين الطبيب والمريض إلى :-

1- الطبيب دائماً يتوقع أن يكون المريض مطيعاً لنصائحه وتعليماته الطبية، وقد يحدث أن يجد المريض غير مطيع وغير منفذ لتعليماته.

2- قد يسعى المريض للوصول إلى قرار بشأن علاجه على نحو لا يوافق عليه الطبيب فينشأ بينهما التوتر.

3- اختلاف نوع المعرفة الطبية والخبرة الشخصية لكل من المريض والطبيب.

4- اختلاف عالم الخبرة والإطار المرجعي لكل من الرجل العادي والرجل المتخصص.

5- الاختلافات الثقافية بين الطبيب والمريض قد تكون سبباً في التوتر.

6- عدم إطاعة المريض للطبيب وعدم تعاونه معه.

وخلاصة القول أنه يمكن وضع العلاقات بين الأطباء والمرضى على متصل يظهر على أحد طرفيه تكامل وانسجام هذه العلاقة ويظهر على الطرف الآخر توتر هذه العلاقة.

وبالرغم من هذا النقد لقصور "بارسونز" إلا أنه استطاع إمدادنا بتحديد واضح لدور الطبيب والمريض وتوجيهما إلى التركيز على المرض باعتباره شكلاً من أشكال الانحراف وهذا ضروري من أجل إرجاع المريض لوظيفته ونشاطه إلى حالته الطبيعية.

ثانياً : النظرية الانثروبولوجية.

تنطلق النظرية الانثروبولوجية في المجال الطبي من أهمية الثقافة في مجال الصحة والمرض والرعاية الصحية ، حيث أن الثقافة تتحكم إلى حد كبير فيما يلي :-

1- نمط انتشار المرض بين الناس.

2- طريقة الناس في تفسير المرض ومعالجته.

3- السلوك الذي يستجيب به الناس لانتشار الطب الحديث.

تهتم النظرية الانثروبولوجية الطبية بدراسة علاقة الدين والقيم بالممارسات الصحية ، ودراسة طقوس الميلاد والمرضى والوفاة، والاعتقاد في الوظيفة الوقائية للطقوس، وتأثير القيم على الصحة والأهمية الثقافية للعادات الغذائية والنتائج الصحية الناجمة عن التغيير الثقافي.

ومن ثم فإن النظرية الانثروبولوجية تؤكد على أهمية دور الثقافة في المسائل الصحية وتحديد الوسائل الملائمة لتقديم الخدمات الصحية في ضوء البناء الاجتماعي والثقافي السائد، وضرورة مراعاة اتساق الخدمة الطبية مع طبيعة البيئة

الحضرية والريفية، والبدوية والساحلية، ومن ناحية أخرى فإنه يمكن للانثروبولوجي أن يكون مساعداً للطبيب وللقائمين على الخدمة الصحية.

كما أن الثقافة تقي الإنسان من المرض وقد تصيبه به أيضاً بمعنى أن الثقافة تعمل على وقاية الإنسان من المرض، وذلك من خلال أن تبعده عن المرض الناجم عن سوء التغذية وأن الغذاء حينما يكون كافياً للإنسان فإن جسمه يتمكن من مقاومة المرض والتغلب على البكتريا والجراثيم ناقلة العدوى ومسببة المرض.

ولتوضيح ذلك نضرب مثالاً منتشراً في مجتمعات العالم النامي، حيث يلجأ الإنسان لزيادة مصادر الغذاء بأن يسمد التربة الزراعية بالنفايات البشرية ومخلفات الإنسان ليضمن خصوبتها ووفرة محصولها أو غلتها، ولكن الأمراض الوبائية والطفيليات المرتبطة بذلك تصبح مصدراً لتهديد الإنسان ويزداد خطورته بمرور الزمن، وهنا تعرض الثقافة أبناءها للمرض وتقربهم منه، ومن هنا تلعب دوراً مزدوجاً في صحتنا.

علاوة على ذلك فإن الثقافة تشكل المصدر الذي يستقى منه الفرد تعريفه للمرض، واستجابته له، وعلى هذا الأساس تختلف تعريفات المرض والاستجابات له من ثقافة إلى أخرى، كذلك تظهر تأثير الثقافة من ناحية أخرى على أسلوب أداء الرعاية الصحية.

وبالتالي قد تفشل برامج المساعدات الطبية بسبب الاختلافات في ثقافة مقدمي المساعدة الطبية عن يتلقونها، ومن ثم فإن فهم السياق الثقافي للأداء الطبي يمثل ضرورة مطلقة فإذا غاب هذا الفهم تعرضت أهداف البرنامج الطبي للخطر المحقق.

ومن النقاط الهامة التي ركزت عليها النظرية الانثروبولوجية الطبية أن المرض خطر واجه الإنسان ولا يزال يواجهه عبر الأيام، غير أن أنماط المرض التي تصيب الناس تحددها أساساً العوامل الثقافية، وبالتالي فإن تعدد المرض وتنوعه إنما يرجع إلى تعدد وتنوع الثقافة ومن ثم تتعدد الطرق التي يتبعها في تعريف إصابتهم وعلاجها.

ويُعد المدخل المعرفي أحد المداخل الهامة في دراسة مشكلة التفاعل بين الطب الحديث والطب الشعبي، حيث أكد على أهمية نمط المرض كعامل يؤثر في عملية الاختيار العلاجي، فلقد أوضح الباحثون الميدانيون إلى ميل الناس إلى التمييز بين أنواع الأمراض التي يمكن أن يعالجها الأطباء وبين الأمراض التي تستجيب لعلاج المعالجين الشعبيين.

وفي هذا الصدد أشار "فoster و أرازموس وسيمونز" إلى أن الناس الذين يستفيدون من نسق الطب يميلون نحو تصنيف الأمراض في فئتين عريضتين: أولهما فئة الأمراض التي يعالجها الأطباء دون غيرهم، وثانيهما فئة الأمراض الأكثر استجابة للمعالج الشعبي، ونتيجة لذلك فقد تثير شك المريض في العلاج فيتجه إلى نسق طبي ويترك الآخر.

وبالتالي لتصنيفات الأمراض وتصنيفات الممارسون (الأطباء والمعالجون الشعبيون) نهائية وقاطعة وخاصة أن المرضى قد يستشيروا آخرين في معالجة أمراضهم.

وبالتالي تؤكد الدراسات الانثروبولوجية على أهمية العوامل الثقافية في الصحة والمرض والوفاة، فلقد أوضح كوكراهم أن الاعتقاد في السحر والقوى فوق الطبيعية ساد المجتمعات البدائية وأصبح السحر عاملاً هاماً للمعتقدات الخاصة بأسباب وعلاج الأمراض الصحية.

حيث اعتقد البدائيون أن المرض يرجع إلى الأرواح الشريرة ومن أجل ذلك استخدمت الحيوانات والنباتات لصنع الأدوية البدائية بطريقة ترتبط بالطقوس السائدة لديهم لطرد الأرواح المؤذية من الجسد.

ومن ناحية أخرى تعوق الثقافة انتشار الخدمة الصحية وتغطية احتياجات أبناء المجتمع ولذلك فقد كان العاملون يشكون من ضياع جهودهم لنشر الخدمة الصحية والحد من ارتفاع معدلات وفيات الأطفال ، والأمهات في حالة الوضع وبخاصة في بعض بلدان الشرق الأوسط وأمريكا الجنوبية ومناطق أخرى.

حيث لا يسمح للرجال مهما كان أن يطلع على المرأة أو تنكشف أمامه في حالة فحص طبي غير زوجها، وبالتالي فالثقافة تحدد نوعية معلومات الإنسان عن المرض والوقاية منه ولذلك توجد اختلافات بين الناس حيال هذا الموضوع باختلاف المجتمعات والثقافات ، حيث تقبل بعض الجماعات على الخدمة الصحية وتدبر بعضها الآخر.

وهناك دراسات أكدت على ذلك مثل دراسة ستثمان ودراسة زبوروفسكى حيث أكدت على كيفية تأثير الثقافة على استجابات الناس للآلام والعقل في مختلف الثقافات، وهناك دراسات أكدت على تأثير الثقافة على المعرفة الفعلية لأبنائها بالصحة والمرض وعلى مدى الاعتماد على الخدمة الصحية في طبقة اجتماعية معينة مثل دراسة "ايريل كوس" والتي أجريت على 514 أسرة واستنتج أن الثقافة الشعبية ترى خطورة في بعض الأمراض كالسعال وظهور دم في البول.

ولذلك يوجد في معظم دول العالم كلاً من الطب الحديث والطب الشعبي جنباً إلى جنب ، وما زالت بعض المعتقدات والممارسات الطبية التقليدية موجودة لأن ظاهرة المرض لها جذور عميقة في التاريخ حتى قبل ظهور الطب الحديث ، ولذلك فإن القائمين على الخدمات الصحية والطبية يهملون النظام الطبي التقليدي مع أنه ما زال يتمتع بأهمية كبيرة لدى كثير من العامة.

ومن المحتم أن الإنسان يخلع عباءة أخلاقية على الكون الذي يعيش فيه ، سواء في الوقت الحالي أو في الماضي يكون للمرضى فيه وبخاصة المرض الوبائي أهمية أوسع من الناحية الاجتماعية والسياسية والثقافية ، لذا فقد أكد "دافيز لندي" من أن الطب من المنظور الانثروبولوجي يتكون من الممارسات الثقافية والطرق والأساليب والمواد الثقافية المتضمنة في نسيج القيم والتقاليد والمعتقدات و أنماط التكيف الايكولوجي التي تمدنا بوسائل المحافظة على الصحة والوقاية من الإصابة بالمرض.

وأن النسق الطبي هو التنظيم الشامل للوسائل الفنية والأبنية التي تمكن المجتمع من ممارسة الطب والتغيرات التي تطرأ على الأدوية بما يتناسب مع التغيرات الثقافية الداخلية والخارجية كنوع من الاستجابة ، وبالتالي فالطب والنسق الطبي يرتبطان بأجزاء من ثقافة المجتمع ونسقة الاجتماعي.

المحاضرة الرابعة بعنوان

أهم النظريات المفسرة للصحة والمرض (تتمة)

عناصر المحاضرة :

ثانياً: استكمال النظرية الانثروبولوجية الطبية

ثالثاً: نظرية الضغوط الاجتماعية

رابعاً: الخاتمة

استكمال النظرية الانثروبولوجية الطبية

في البداية لقد وصلنا في المحاضرة السابقة إلى ارتباط الطب والثقافة ارتباطاً وثيقاً ببعضهما ، ولذلك فقد حدد "لاندى" موضوعات الانثروبولوجيا الطبية فيما يلي :-

علم الأمراض المرتبطة بالعصور القديمة ، والأيكولوجيا وعلم الأوبئة والأنساق الطبية والتشخيص والسحر ، والعرافة والكهنة، والصحة العامة، والطب الوقائي، والتشريح والجراحة، والولادة والألم ، والضغوط والموت، والحالات العاطفية، والضغوط الثقافية، ومكانة ودور المريض ، ودور المعالج.

بل أن هناك فرعاً يُعد من أحدث فروع الانثروبولوجيا الطبية وهو أنثروبولوجيا جسم الانسان الذي يهتم بدراسة المعنى الاجتماعي المرتبط بالجسم الانساني وبأعضائه وبحركته، كما يهتم أيضاً بعلاقة هذا الجسم كظاهرة طبيعية بالواقع الاجتماعي أي أنها تجمع بين البعدين الفيزيقي والاجتماعي معاً.

وعلاوة على ذلك فإن النظرية الانثروبولوجية الطبية تهتم بدراسة علاقة الدين والقيم بالممارسات الصحية ، ودراسة طقوس الميلاد والمرضى والوفاء، والاعتقاد في الوظيفة الوقائية للطقوس، وتأثير القيم على الصحة والأهمية الثقافية للعادات الغذائية والنتائج الصحية الناجمة عن التغيير الثقافي.

ومن ثم فإن النظرية الانثروبولوجية تؤكد على أهمية دور الثقافة في المسائل الصحية وتحديد الوسائل الملائمة لتقديم الخدمات الصحية في ضوء البناء الاجتماعي والثقافي السائد، وضرورة مراعاة اتساق الخدمة الطبية مع طبيعة البيئة الحضرية والريفية، والبدوية والساحلية، ومن ناحية أخرى فإنه يمكن للانثروبولوجي أن يكون مساعداً للطبيب وللقائمين على الخدمة الصحية.

فإذا كان الطبيب يعالج الحالات المرضية ، وإذا كان القائمون على الخدمة الصحية يسعون الى الحفاظ على صحة الانسان ، فإن هؤلاء يحتاجون الى من ينظر إلى المجتمع نظرة دقيقة ومتفحصة ، كما يحتاجون الى من يستطيع أن ينتج نتائج الممارسات الطبية والوسائل الفنية.

وعلى هذا يهتم المخطط الصحي وعالم الاجتماع والانثروبولوجي بتأثير التغيير الثقافي على استجابة الناس للبرامج الصحية المختلفة ، وكيفية تدعيم الاستجابات الايجابية ، ومواجهة الرفض والمعارضة لها ، وهذا ما يؤكد أهمية الوعي

الثقافي في تقبل الخدمات الصحية حيث يمكن تحديد مراحل تقبل البرامج الصحية في المجتمع ، حتى تكون مرشداً للعاملين بالنسق الطبي الرسمي والقائمين على تنفيذ البرامج الصحية.

وتسير هذه المراحل على النحو التالي :-

المرحلة الأولى : وتشمل تكرار معالجة ناجحة لمرض معين ، والتقبل العام للتسهيلات العلاجية والوقائية وبالتالي تكون معالجتهم ووقايتهم أكثر اقناعاً وانتشاراً للآخرين.

المرحلة الثانية: وتنطوي على التجاوب مع التيسيرات الطبية ومن خلال هذا النجاح والتغير الاجتماعي والاقتصادي يزداد الطلب على الخدمات الصحية الوقائية (كالتعليم مثلاً) والعلاجية ويساعد عامل المنفعة على تغير الاتجاهات نحو العلاج الطبي اذا شعر المواطن أن الخدمة المقدمة له راقية وثمانية.

المرحلة الثالثة: والتي يحدث فيها التقبل العام للخدمات الصحية الحديثة وازدياد الوعي الصحي وتمثل الطب الوقائي لكن يتوقف نجاح هذه المرحلة في الخدمات الصحية وكفاءتها على مدى سهولة الحصول على الخدمات الصحية بمقابل ميسور.

ثالثاً: نظرية الضغوط الاجتماعية

تنطلق نظرية الضغوط الاجتماعية أساساً من أن لكل فرد نقطة ضعف اذا تعدها أصيب بالانهيار ، وتستخدم هذه النظرية من قبل الأطباء النفسيين العسكريين لتفسير الأعراض الجسمية النفسية لأفراد القوات المسلحة خاصة عند انتهاء المعارك ، كما أنها تستخدم لتفسير سلوك العمال الذين يتعرضون لضغوط كثيرة أثناء العمل.

وقد لاحظ علماء الاجتماع أن هذه الضغوط الاجتماعية أكثر انتشاراً بين الفقراء والأحياء الفقيرة ، وبالتالي قد يتعرضون لاضطرابات عقلية خطيرة، فالعلاقة بين الضغوط وبين الاضطرابات العقلية علاقة معقدة لا يمكن فهمها بسهولة، لكن بلا شك أن الضغوط الحياتية البسيطة أحياناً تكون مفيدة للفرد تدفعه دائماً للاستجابة لما هو جديد وخلاق في الحياة.

ولكن كثرة هذه الضغوط وتعقدها واستمرارها لفترات طويلة تؤدي الى ارهاق الفرد واستنفاد طاقاته، المهم معرفة الى أي مدى يمكن للفرد أن يتحمل هذه الضغوط دون أن يصاب بأي مرض نفسي أو عضوي وهذه تختلف من فرد لآخر.

ولذلك اتفقت الآراء على ضرورة استخدام مفهوم الضغوط الاجتماعية لفهم دور العوامل الاجتماعية والثقافية والنفسية كأسباب في حدوث الأمراض، ولكن السؤال هنا ماذا يقصد بمفهوم الضغوط الاجتماعية؟

في الواقع رغم صعوبة تقديم تعريف دقيق لمصطلح الضغوط من الناحية الوظيفية إلا أن هناك اتفاق على أن الضغوط هي رد الفعل البشري ازاء الظروف التي تهدد الحياة ويشمل العمليات الفسيولوجية والسيكولوجية والاجتماعية في الفرد، ورغم أنه مفهوم رحب ومتسع إلا أنه في نفس الوقت يحتوي الفرضية الأساسية التي تقول بأن أعراض المرض الظاهرة هي المحصلة النهائية لسلسلة من ردود الفعل المسببة يكون فيها المرض أو سبب الاجهاد ذا طبيعة اجتماعية.

وتأخذ مسببات الضغوط شكل تغيرات في ظروف الحياة لها صفة التهديد ويسمونها علماء الاجتماع بأحداث الحياة ، ومن بين هذه الأحداث تلك التي تستثير أقصى ردود الفعل الاجهادية مثل فقدان شيء كالترمل والانفصال والطلاق والزواج والبطالة والسجن وغيرها.

أما الضغوط من وجهة نظر "دافيد ميكانيك" تعنى التناقض بين الالتزامات المفروضة على الفرد سواء كانت داخلية أو خارجية وبين قدرة الفرد على تحقيق هذه الالتزامات أو الاحتياجات، وعندما يتطور هذا التناقض فإنه ينجم عنها تغيرات فسيولوجية ومشاعر من القلق والازعاج ، وإن كانت هذه التغيرات تعتمد أو تتوقف على العوامل الوراثية والفسيولوجية.

ويحدد "جراى البرشت" الضغوط بوصفها نموذجاً يتضمن خمس متغيرات أساسية وهي :-

1- الظروف الاجتماعية المؤدية للضغوط.

2- معرفة الفرد و ادراكه لتلك الضغوط الاجتماعية.

3- استجابات الفرد الفسيولوجية والنفسية والسلوكية للضغوط.

4- المؤثرات الخارجية لتلك الضغوط والاستجابات لها.

5- المتغيرات الموقفية والفردية التي تحدد العلاقة بين هذه المتغيرات السابقة.

وفي هذا الصدد يؤكد "توماس" أن الأزمة لا تكون في المواقف ولكن تنشأ من التفاعل بين المواقف وبين قدرات الشخص ، وما اكتسبه كمشخص واعي في جماعة اجتماعية على مواجهة الموقف والتكيف والتوافق معه، بمعنى آخر اعداد الفرد للتعامل مع الأحداث عن طريق ما اكتسبه من اعداد ثقافي واجتماعي.

ولقد لاحظ كل من "لورنس هيجل و هارولدج وولف" وجود علاقة بين تقلبات الحياة وبين المرض، و أن الصحة الجيدة لم تكن فقط نتيجة القدرة الواضحة على التكيف عامة وإنما نتيجة قدرة موقف الحياة على اشباع الاحتياجات الفعلية لأعضاء المجتمع وطموحاتهم ، وأن المرض يرجع الى سوء التكيف أو إلى مواقف تتطلب قدرات أكثر من قدرات الشخص أو فشله في تحقيق طموحه.

أسباب الضغوط ومصادرها

هناك اتفاق بين الباحثين على أن أسباب الضغوط كثيرة ومتعددة، فقد ركز هوفمان الى أن الفرد الذي لا يستطيع أن يفي بمتطلبات دوره نظراً لانخفاض مستوى تعليمه أو لتدنى مكانته المهنية أو لانخفاض مستوى دخله أو لأن مكانته الاجتماعية أقل من زوجته قد يعاني من مستوى مرتفع من الضغوط والاحباطات النفسية والاجتماعية.

وهنا استطاع "دافيد ميكانيك" تحديد مصادر الضغوط بشكل واضح وشامل وهي التي تتصل بالظروف الطبيعية والاجتماعية والثقافية غير المريحة لهؤلاء الذين يعيشون في جماعة معينة.

كما تشمل ظروف الكفاح والنضال أو اجراء عملية جراحية وفي فترات التغير الاجتماعي والثقافي السريع، والتنافس الشديد و أزمات الحياة (كفقد شخص عزيز أو الفصل من الوظيفة أو المعاناة من البطالة) أو في أوقات الكوارث الطبيعية مثل (الفيضانات والزلازل والبراكين) أو الفشل والاحباط والعزلة.

علاوة على ذلك أشار ميكانيك الى أن هناك نمطان من الضغوط وهما :-

النمط الأول: يرى موقف الضغوط على أنها مثير والاشارة هنا تؤدي الى تغيرات فسيولوجية وسلوكية نتيجة الاضطرابات التي يواجها الفرد، فالمثير أو المنبه سواء كان يثير الحزن أو الفرح يتساوى في الاستجابة له في الوصول الى إثارة الاعصاب واحداث نوع من الضغوط.

النمط الثاني: يرى مواقف الضغوط على أنها استجابة حيث تعد الاستجابة لدى بعض البشر للعمليات الداخلية والخارجية التي تؤدي الى توتر زائد يفوق القدرات الفكرية والفسيولوجية والسيكولوجية مما يؤدي الى حدوث الضغوط.

وفي ضوء هذه الفرضية قدم "بيركوفيز" نموذجاً يعتمد على اعتبار الأثر السلبي للضغوط الحياتية غير السارة متغيرات وسيطة في العلاقة بين السلوك العدواني والضغوط الحياتية، فعندما يتعرض الفرد لحدث فإنه يتجه نحو المقاومة ، وهنا تبدأ المؤثرات السلبية التي تنحصر في ردود فعل الفرد تجاه الحدث غير السار.

وقد ترتبط ردود الفعل هذه بالميل أو الرغبة في مهاجمة شخص ما، وقد ترتبط بالميل نحو الهرب من الموقف، أو الميل نحو تجنب الموقف السلبي ويستجيب الفرد لأي من الاستجابتين في ضوء متغيرات تتصل بالاستعداد الوراثي أو الخبرات المتعلمة في الماضي وطبيعة ادراك الشخص للموقف وما يتضمنه من خطر.

وكثير من النتائج الأمبريقية تكشف عن الرابطة بين المسببات الاجتماعية للضغوط وبداية أمراض مثل اللوكيميا، والتصلب المضاعف والأنييميا، والنوبات القلبية، والسرطان والسل، ولقد وجد أيضا أن هناك روابط مماثلة بالنسبة للظروف الطبية النفسية.

أي أن البحث عن الأسباب التي تكمن وراء المرض تشتمل على العوامل النفسية والاجتماعية مثلما تهتم بالميكروبات أي النواحي البيولوجية ، وأن حدوث الضغوط عبارة عن سلسلة مترابطة من تلك العوامل تؤدي الى الاضطرابات والأمراض المزمنة وإذا ما تفاقمت الحالة فإنها تؤدي الى الوفاة.

وفي هذا الصدد صنف "سكواب وبريتشارد" الضغوط الى ثلاث فئات على أساس مدى استمرار تأثير الموقف ودرجة حدة الضغوط الناتجة من الموقف **على النحو التالي :-**

الفئة الأولى : مواقف الضغوط قصيرة المدى : وهي مواقف معتدلة يستغرق تأثيرها من ثواني الى ساعات مثل غلق الباب بعنف أو عدم اللحاق بالقطار والنقد وبعض أعباء الحياة اليومية البسيطة.

الفئة الثانية : مواقف الضغوط المتوسطة المدى : ويستغرق تأثيرها ما بين ساعات إلى أيام وتشتمل عوامل الاضطرابات مثل فترات العمل الزائدة وفقدان شخص محبوب أو أحداث أليمة تقع في الأسرة.

الفئة الثالثة: مواقف الضغوط الحادة : تستغرق أسابيع أو شهور أو سنوات ومن أمثلتها وفاة شخص محبوب وخسارة مادية فادحة والانفصال عن شخص محبوب.

و أشار البعض الى الدور الفعلي للضغوط كسبب في حدوث المرض ورؤيتهم إلى الضغوط اما على أنها عوامل مرسبة أو على أنها عوامل مهياة.

والعوامل المرسبة هي التي تفجر حدوث الاضطرابات التي تؤدي الى المرض أما العوامل المهياة فهي تلك العوامل التي تحمل قابلية استعداد الفرد للإصابة بالمرض، و خلاصة القول أننا اذا أردنا الوصول الى الفهم الشامل والدقيق لكل من الصحة والمرض يجب علينا أن نتجه ليس فقط للتعرف على المخاطر التقليدية للبيئة الفيزيقية والبحث عن الميكروبات.

بل يجب علينا أيضا أن نوجه الاهتمام الأكبر للعلاقات الاجتماعية والخصائص السيكولوجية لقدرات الأشخاص في مواجهة المواقف المختلفة ، فمعظم الأمراض تنجم عن عدم التكيف والتوافق، والتكيف يتوقف على تطبيق واستخدام ما اكتسبه الشخص من مهارات و أساليب ومعرفة.

وعلى تطور تلك الأساليب الفنية والطرق والحلول والممارسة العملية والتدريب الناجح وعلى درجة ادراكه للمواقف ، وعلى بواعثه وتجربته الماضية في مواجهة مواقف وكيفية معالجته لها.

و أخيراً يتضح أن لتلك النظرية (الضغوط الاجتماعية) دورا هاما في تفسير كثير من الأمراض وبخاصة في تصورهما الذي يؤكد على التفاعل بين الضغوط الحياتية والميكروبات ، وما ينجم عن هذا التفاعل من أهمية سببية ، وإن كان في الواقع يبدو أن أمراضاً معينة يكون فيها أثر الضغوط واضحا وفي أمراض أخرى يكون أثر الميكروبات أوضح.

رابعاً : الخاتمة

وهكذا يتضح من عرض وتحليل أهم النظريات المفسرة للصحة والمرض في تراث علم الاجتماع الطبي تباين التفسيرات بينهما حيث ركزت النظرية الوظيفية الى أن المرض عبارة عن عقاب اجتماعي وبالتالي فإن وقوع المرض يمثل مؤشراً على أن الشخص قد انحرف عن القوانين والقواعد الاجتماعية، ومن ثم حسبما أكدت دراسات بارسونز وفوكس على أن ارتفاع معدل الإصابة بالمرض يرجع الى خلل وظيفي.

وبالتالي فإن النظرية الانثروبولوجية تنطوي على أهمية بالغة في استجلاء دور الثقافة وتحديد الوسائل الملائمة لتقديم الخدمة الصحية في ضوء البناء الاجتماعي الثقافي السائد ، ومراعاة الانسجام بين نوع الخدمة الطبية وطبيعة البيئة المحيطة سواء كانت بيئة حضرية أو ريفية أو بدوية أو غيرها.

ولذلك يمكن أن يساعد الانثروبولوجي الطبيب والمعنيين بالخدمة الصحية حيث أن الطبيب يخاطب جسم المريض والانثروبولوجي يخاطب المعتقدات الشعبية والاتجاهات والعادات وغيرها مما يتصل بالصحة والمرض والخدمة الصحية.

أما النظرية الثالثة والخاصة بالضغوط الاجتماعية والتي تؤثر على الصحة والمرض وإن كان درجة التأثير يتوقف على ظروف الفرد التي يكون لديه استعداد للإصابة بمرض حاد أو مزمن ، وبالتالي فمرور الفرد بعدد من مواقف الضغوط تنهك جسده وتضعف عاطفته مما يؤدي الى انخفاض وقلة مقاومته لأمراض حادة معينة أو يجعل دورة المرض أسرع مما هي عليه.

وعلى هذا فإن الفهم السوسولوجي للصحة والمرض في اطار البناء الاجتماعي والثقافي وما يدور فيهما من ضغوط اجتماعية قد ساهمت في اثراء التفسير المتكامل للمريض كإنسان ومحاولة فهم العلاقة بين الطبيب والمريض ومدى التفاعل بينهما ومدى تأثير الثقافة والضغوط الاجتماعية على حدوث المرض والاستجابة للعلاج.

كل هذا يجعل ما ذهب اليه "راندولف" من أن الجمع بين المنظورات الفكرية المتباينة يمكن أن تثري التفسير في فهم علم الاجتماع الطبي للعلاقات بين الأطباء والمرضى، وفهم الانثروبولوجيا الطبية للاستجابة للمرض.

المحاضرة الخامسة بعنوان

الصحة والمرض

عناصر المحاضرة

مدخل

أولاً: مفهوم الصحة وعلاقتها بالمرض.

ثانياً: مفهوم المرض وأسبابه.

ثالثاً: النظريات المفسرة للمرض.

مدخل

يهتم علم الاجتماع الطبي بدراسة العلاقة بين الصحة والمرض والعلاج، وبالتالي تبرز دراستها جوانب هذه العلاقة ولاسيما أهمية الجوانب الاجتماعية والثقافية في تحديد أنماط الأمراض وتفسيرها وعلاجها وطبيعة العلاقة مع الخدمات الصحية وطرق علاجها.

ولذلك فإن الدراسة الطبية ذاتها تؤكد على خطأ الاعتقاد بأن مشاكل الطب تقع على عاتق الأطباء وحدهم، لأن المرض ليس حقيقة معزولة كحقائق الكيمياء والرياضة، وإنما هو انعكاس لظروف المجتمع العامة التي يعايشها الإنسان، فلا جدوى من إنشاء الكثير من المستشفيات والمراكز الصحية والخدمات الصحية والعلاجية بدون حل المشاكل الاجتماعية والثقافية والاقتصادية والسياسية.

ولذلك فإن نقطة الالتقاء بين الأطباء وعلماء الاجتماع هي أن الاهتمام الأساسي للطبيب هو كيفية المحافظة على الصحة، والسيطرة على المرض، والطرق التي يؤثر بها السلوك الإنساني في هذه العملية، أما علماء الاجتماع الطبي فإنهم يخرطون في البحث عن المظاهر الاجتماعية للجوانب الصحية والمشكلات في الواقع المجتمعي.

خاصة وأن هذه المشكلات لا تعترف بأثرها على السلوك الإنساني في حالات الصحة والمرض، وإنما عن طريق المؤشرات التي يمكن أن تعكس السلوك في استجاباته لحالتي الصحة والمرض وهكذا ترتبط الصحة والمرض بنوعية الحياة، وإعادة إنتاجها والحفاظ عليها وفقدانها.

ولذلك كان من الطبيعي أن يهتم علم الاجتماع الطبي بكيفية إدراك الناس لعالمهم، وفيما يتعلق بالصحة وحدوث المرض وخصائص الأنساق والقيم الاجتماعية، ولذلك سيتطرق بنا الحديث في تحليل ومعرفة مفهوم الصحة وعلاقتها بالمرض ومفهوم المرض وأسبابه، والنظريات المفسرة له، وأخيراً العلاقة بين المهنة والمرض.

أولاً: مفهوم الصحة وعلاقتها بالمرض

يختلف مفهوم الصحة من ثقافة إلى أخرى، كما أن دراسة ما يعد في كل بيئة حالة طيبة أو سليمة من النواحي الجسمية أو النفسية أو كليهما معاً فضلاً عن غياب المرض، هذه الدراسة تتضمن دراسة كل الظروف والعناصر الثقافية والاجتماعية التي تكون مفهوم صحة الشخص ونموه وعلاقته بالعالم المحيط به والآخرين.

ولقد وجه بعض علماء الاجتماع والأنثروبولوجيا النقد إلى ميدان علم الاجتماع الطبي والأنثروبولوجيا الطبية لأنها اهتمت بالمرض أكثر من الصحة، فمعنى ذلك أن مجموع جوانب حياة الإنسان وبيئته الاجتماعية سوف تصبح محلاً للدراسة بدلاً من الاقتصار على دراسة حالته الفسيولوجية الراهنة فقط.

كما أن هذا التوجه سوف يعني ضمناً الوقاية من المرض قبل علاج المرض، ويلاحظ أن معايير الصحة ومفاهيمها تتباين ليس جغرافياً وثقافياً فحسب، وإنما تاريخياً أيضاً، حيث تتعرض للتغير بمرور الزمن استجابة للتغير الذي يطرأ على أنماط الحياة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية وكذلك على نظم الرعاية الصحية التقليدية المتطورة تطوراً كبيراً.

تظهر تعريفات للمرض مع ظهور أنواع جديدة من الأمراض، فمن المعروف أن أنواع المرض وأنماط الوفيات الراجعة إلى أسباب مرضية قد تغيرت بفضل عملية التنمية الاقتصادية، فنجد في البلاد النامية معدلات الوفاة للرضع مرتفعة نسبياً وأن أمد الحياة المتوقع قصير نسبياً.

بينما في البلاد المتقدمة فيلاحظ بصفة عامة انخفاض معدلات وفيات الرضع وطول أمد الحياة المتوقعة، وظهور أمراض جديدة كالسرطان وأمراض القلب والدورة الدموية باعتبارها أسباباً رئيسية للوفيات في البلاد المتقدمة.

وهناك ظاهرة لا نلمسها في البلاد النامية وهي الفصل بين أسباب الإصابة بالمرض وأسباب الوفاة، فالأمراض الشائعة كأسباب للوفاة في البلاد النامية موجودة أيضاً في البلاد المتقدمة ولكنها لم تعد أمراضاً مؤدية إلى الموت في أغلب الأحيان.

وترجع هذا الظاهرة إلى:-

- ارتفاع مستويات التغذية.

- توفر الرعاية الصحية بشكل أفضل.

ومع ذلك لم تشهد الدول التي تقدمت فيها نظم الرعاية الصحية تراجعاً في الخدمات الصحية وإنما تلاحظ تزايد الطلب على الخدمات الصحية بشكل مستمر وازدياد نصيبها من الميزانيات القومية وذلك لعدة أسباب منها:

- تقدم أساليب العلاج الطبي إلى مستويات فائقة الدقة.

- تغير الوعي العام في تلك البلاد.

- تعريفات المرض والصحة.

وهذا الوضع من العوامل المهمة حفز القائمين على التخطيط الصحي في البلاد المتقدمة والنامية على حد سواء إلى مراجعة الاتجاه الذي يتبنونه في الماضي والذي يركز على المرض والتحول إلى اتجاه الحفاظ على الصحة.

وقد قدمت منظمة الصحة العالمية تعريف الصحة بأنها حالة تمتع الفرد بكامل العافية البدنية والعقلية والاجتماعية، وليس مجرد خلوه من الأمراض أو العاهة، وبالتالي هناك علاقة وثيقة بين الصحة العامة والعوامل الاجتماعية.

علاوة على ذلك فإن علينا أن نعترف أنه على المدى الزمني البعيد فإن سلامة صحتنا سوف يقل اعتمادها على تقدم الممارسات الطبية، وسيزداد اعتمادها على الأسلوب الذي نختاره للحياة، وما يحدث في البيئة التي نعيش فيها، والأكثر من ذلك أن جانباً كبيراً من حيويتنا الجسمية ترجع إلى المشاركة والاندماج في أنشطة الحياة اليومية، والإحساس بمعنى النشاط الاجتماعي الذي نمارسه في الحياة.

وعلى هذا ظهر ما يسمى بسوسيولوجيا الصحة وهي قسم للنماذج التفسيرية الطبية، تلك التي تركز على آليات الأمراض العضوية، وأن التفسير الاجتماعي يعيد توجيه الاهتمام إلى العلاقات الاجتماعية بوصفها المحددات القوية للتجربة الصحية المتغيرة.

وبالاعتماد على المعرفة بعلم الأمراض الوبائية وبتقنية الكشف عن التوزيع الاجتماعي المميز للشروط المحددة تحديداً طبياً في مجموعة ما من السكان، فإن التركيز يدور حول متغيرات مثل الجنس والطبقة بوصفها مؤثرات مباشرة في عمليات التعرف على مسببات المرض ويتصل بهذا الاهتمام تطوير مفاهيم جديدة عن الصحة واعتلال الصحة من زوايا غير طبية.

وعموماً فإن مضمون الصحة يعد مطلباً أساسياً حتى وإن كان من المتعذر تعريفه تعريفاً دقيقاً، وبالتالي فالصحة تعرف بشكل أكثر وضوحاً بوصفها حالة الكفاءة البدنية والنفسية والاجتماعية الكاملة، وليست مجرد الخلو من المرض أو العاهة، واكتمال صحة الإنسان تجيء عن طريق اكتمال العناصر التالية:-

1- اكتمال الجانب البدني: بمعنى أن تؤدي جميع أعضاء الجسم للإنسان وظائفها بصورة طبيعية، وبالتوافق والانسجام مع أعضاء الجسم الأخرى، ولا يمكن أن يتحقق ذلك إلا إذا كانت أعضاء الجسم سليمة ويشعر الجسم بالحيوية والنشاط.

2- اكتمال الجانب النفسي: بمعنى أن يكون الإنسان في سلام مع نفسه، وأن يكون متمتعاً بالاستقرار الداخلي، وأن يكون قادراً على التوفيق بين رغباته وأهدافه وبين الحقائق المادية والاجتماعية والإنسان لا يستطيع أن يعيش بسلامة مع نفسه إلا إذا كان يتمتع بالصحة والعافية.

3- اكتمال الجانب الاجتماعي: بمعنى قدرة الإنسان على تكوين علاقات اجتماعية متفاعلة ومقبولة مع الناس، وأن يكون للإنسان دخل مناسب لتحقيق الحياة الصحية السليمة من مسكن صحي ومشرب وملبس مناسب لفصول السنة وغذاء صحي متوازن... الخ.

وهذا يوضح كما يقول "ليون روبرتسون" و"مارجريت هيجرتي" أن الصحة والمرض لا يرتبطان بالعوامل الفسيولوجية والبيولوجية فحسب، وإنما يرتبطان أيضاً بالسياق الثقافي لدى الشعوب، وبالسلوك الاجتماعي الذي يستند إلى هذا السياق، وبالتالي فالمرض وعلاجه هو مجرد عمليات بيولوجية في ظاهرها، ولكن كيف يصيب المرض الإنسان، ونوع هذا المرض، يتوقفان على عوامل اجتماعية وثقافية.

ومن ثم فإن تحليل التجربة الفردية يوضح أن مفهوم حلول المرض يتمثل في سلسلة معقدة من التفاعلات بين العوامل الفسيولوجية والنفسية والاجتماعية، إما على هيئة آليات وسيطة تحكم قدرة الفرد على تحمل مناقشة أحداث الحياة المتأزمة مثل فقدان عزيز. أو الطلاق أو البطالة وهي الأحداث التي تعتبر أسباباً مسبقة لحلول المرض.

وبالتالي يتدخل موضوع سوسيولوجيا الصحة مع سوسيولوجيا الطب وعلم مسببات الأمراض، وهذا ما يشير إليه بما يسمى بالنموذج البيو نفسي اجتماعي بوصفه نموذج بديل للصحة والمرض يستخدمه بعض الأطباء المتخصصين ويحظى بمنزلة خاصة في دوائر مهنة التمريض نظراً لأنه نموذج أكثر رحابة وشمولاً ويستطيع أن يستوعب في إطاره الأبعاد البيولوجية والنفسية والاجتماعية.

في مقابل هذا نجد أن الأطباء يتخذون موقفا معارضا من موقف السوسيولوجيين واهتماماتهم بتصور الصحة والمرض وذلك باستخدام النموذج الطبي الذي يهتم بتحليل المبادئ الأساسية للعلم الطبي والتنظيمات الطبية بغض النظر عن الإسهامات الاجتماعية، ولكن هذا الاعتقاد خاطئ لأن العلم الطبي ما زال ينقصه الكثير من الاحتياجات الجديدة للعناية والرعاية للمريض قبل حاجة المريض إلى النصيحة والتأهيل.

ثانياً: مفهوم المرض وأسبابه

قبل أن نعرف مفهوم المرض لابد أن نوضح أن هناك فرق بين المرض والسقم والعلة، فالمصطلح الأول شامل ويشير إلى جميع الأحداث التي تنطوي على اعتلال الصحة، سواء كان الاعتلال سقماً أو علة، أما المصطلح الثاني وهو السقم فيشير إلى الحالات المرضية للكائن الحي بصرف النظر عن الإدراك الثقافي أو النفسي لهذه الحالات.

وأخيراً المصطلح الثالث وهو العلة فيشير إلى التعريف الثقافي والاجتماعي أو الإدراك الحسي والخبرات المرتبطة بالمرض، ويتضمن هذا المصطلح بعض الحالات المرضية التي يمكن أن تعد أمراضاً (وفق التعريف الطبي) وغيرها من الحالات التي ليست مصنفة كأمراض وفق التعريف الطبي للحالات المرضية.

وبالتالي فالمرض هو اضطرابات الصحة البدنية أو العقلية، وتلعب العوامل الاجتماعية دوراً هاماً في إحداث كثير من الأمراض، وقد يكون التأثير لهذه العوامل مباشراً أو غير مباشر في زيادة أو نقص احتمالات المرض.

كذلك تعتبر العوامل الاجتماعية من العوامل الحاسمة في توزيع كثير من الأمراض كما تتغير ظاهرة المرض تبعاً للمناطق الجغرافية، وتنطوي تحت معدلات تغير هذه الظاهرة أحوال اقتصادية وثقافية تؤثر على البيئة التي تسبب مرض الفرد ومدى تعرضه للمرض واستعداده له.

لكن يعرف المرض بشكل أكثر تحديداً بوصفه الحالة التي يحدث فيها خلل إما من الناحية العضوية أو الجسمية أو العقلية أو الاجتماعية للشخص، ومن شأنه إعاقة قدرة الشخص على مواجهة قلة الجهود اللازمة لأداء وظيفة مناسبة.

ولذا فالصحة الجيدة مطلب أساسي لأي شخص، فإذا كنا أصحاء استطعنا القيام بالعديد من أنماط النشاط ولكن الإصابة بالمرض تعرض الفرد لكثير من الصعوبات في القيام بالأعمال والأنشطة الضرورية لاستمرار الحياة اليومية، والمرض أصبح حقيقة عالمية في الحياة الإنسانية، تحدث في كل عصر، وفي أي مكان، وفي كل المجتمعات، ولكنه ليس على نسق واحد وإنما يحدث بدرجات متفاوتة بين تلك المجتمعات.

أسباب المرض وعوامل حدوثه:

هناك أسباب متعددة لحدوث المرض داخل المجتمع، ويمكن حصرها فيما يلي:-

1- المسببات النوعية الحيوية: وهي التي تكون من أصل حيواني كالأُميا أو ديدان البلهارسيا أو الانكلوستوما أو الاسكارس، وقد تكون الفطريات والبكتريا والفيروسات.

2- الأسباب الغذائية: مثل الكربوهيدرات والدهون والبروتينات والمعادن والمياه وهي تؤدي إلى المرض سواء كانت بنسبة قليلة أو كثيرة.

3- الأسباب الجيولوجية: مثل نوع التربة والمناخ ودرجات الحرارة والرطوبة.

4- البيئة البيولوجية والثقافية: وتشمل كثافة السكان والمستوى التعليمي والمستوى الاقتصادي والاستعدادات الصحية والعادات والتقاليد داخل المجتمع، خاصة وأن لكل مجتمع عاداته الراسخة القديمة التي تحكمه وبعض هذه العادات جيدة والأخرى تشكل عائقاً اجتماعياً يمنع الاستفادة من الخدمات الصحية المتاحة، وتبعاً لنوع التنشئة الاجتماعية التي تفرضها بيئة الفرد الاجتماعية يكون المستوى الصحي.

ثالثاً: النظريات المفسرة للمرض

وهنا يمكن التمييز بين النظريات المختلفة التي تعتمد على الفحص الموضوعي للأعراض الفيزيائية للمرض، وبين النظريات التي تنظر إلى الصحة والمرض على أنها نماذج للعلاقة بين التوافق وعدم التوافق بين الشخص والبيئة المحيطة به، والتي تشمل العوامل الإنسانية والمظاهر الايكولوجية والبناء الاجتماعي.

لكن يرى البعض أنه يمكن تفسير أسباب المرض عن طريق إحدى النظريتين التاليتين:-

أ- نظرية العلة أو السبب الواحد للمرض: وتفترض هذه النظرية أن المرض ينتج عن سبب واحد محدود، وفي هذه الحالة فإن وجود هذا السبب تظهر الحالة المرضية.

فمثلاً مرض الدرن ينتج عن ميكروب الدرن، وعلى هذا الأساس يمكن التخطيط للوقاية من المرض وذلك بإبعاد هذا الميكروب أو استخدام التلقيحات أو التطعيمات الواقية من هذا المرض.

ب- نظرية الأسباب المتعددة للمرض: في الواقع ينتج المستوى الصحي من تفاعل عدة عوامل يعمل كل منها في اتجاه قد يكون ايجابياً أو سلبياً، فإذا تغلبت العوامل السلبية ظهرت الحالة المرضية.

فمثلاً مريض الدرن يتأثر بالتفاعل بين ميكروب الدرن من ناحية والإنسان العائل أو المضيف من ناحية أخرى، أما إذا تغلبت العوامل الايجابية استمرت حالة الصحة والسلامة ويترتب على ذلك ضرورة أخذ كل هذه العوامل في الاعتبار عند الوقاية أو العلاج.

وعلى الرغم من أن النظرية الطبية اهتمت بالجانب البيولوجي والأسباب الميكروبية للمرض في البداية، واهتمت بالأعراض والعلامات العضوية الظاهرة إلا أن الأطباء أخيراً بدأوا يهتمون بالعوامل والظروف الاجتماعية والثقافية والسيكولوجية التي تتدخل في حدوث المرض، وهو ما يؤكد صحة ما ذهبت إليه النظرية المتعددة الأسباب للمرض.

المحاضرة السادسة بعنوان

تابع الصحة والمرض

عناصر المحاضرة

رابعاً: المهنة والمرض.

خامساً: السلوك المرضى لاختيار العلاج.

سادساً: طرق الوقاية من الأمراض المهنية.

أهداف المحاضرة

- الكشف عن علاقة المهنة بالمرض.
- تحليل السلوك المرضى لاختيار العلاج.
- تفسير طرق الوقاية من الأمراض المهنية.

رابعاً: المهنة والمرض.

لاشك أن المهنة جزء من هذا المجتمع ، ولذا فقد اهتم بها علماء الاجتماع خاصة مع تقدم الصناعات والنهضة الصناعية، التي جاءت بألوان شتى من الصناعات المختلفة مما كان لها أثرها الكبير في تقدم علم الصحة المهنية، وذلك بعد أن وجدت البيئة، أن للمهنة أثرها الواضح سواء في الصناعة أو الزراعة أو في المهن المختلفة على صحة الإنسان وتعرضه لأنواع شتى من المخاطر.

ونقصد بالمهنة بأنها مجموعة الأنشطة النوعية التي تحدد الوضع الاجتماعي للفرد في المجتمع المحلي.

أي أن المهنة هي نشاط نوعي يسود المجتمع، وهي ظاهرة اجتماعية تنتشر في كافة المجتمعات والمجالات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية، وتكون قوة هائلة في المجتمع يطلق عليها قوة العمل.

وبذلك ترتبط معاني العمل مع معاني المهنة ارتباطاً عضوياً باعتبار أن العمل هو النشاط الكلي فهما مرتبطان ومتلازمان في مختلف العصور وفي مختلف المجتمعات.

وفي ضوء هذه الاعتبارات اهتم علماء الاجتماع بتحليل المفاهيم المرتبطة بالمهنة والحياة المهنية، وبخاصة المهن التي تتعرض للأمراض المهنية المختلفة، ولذلك فإن موضوع المهنة والمرض من الموضوعات التي أثارت علماء الاجتماع الطبي.

ورغم أن الأمراض المهنية تختلف من بلد لآخر، وبالتالي فمن الصعب وضع تعريف محدد ودقيق لها إلا أن العلماء قد اتفقوا على تعريفها علمياً بأنها الأمراض التي تنتج عن مزاوله مهنة معينة مدة من الزمن قد تطول وقد تقصر وتظهر هذه الأمراض في صورة أعراض خاصة تلازم طبيعة ذلك العمل.

وقد اهتم علم الاجتماع بالأمراض المهنية من خلال مرحلتين هما:-

المرحلة الأولى: يرجع تاريخها إلى بداية الملاحظات والتسجيلات الأولية التي لفتت أنظار الحكماء والمفكرين إلى العناية بأحوال العمال وما يتعرضون له من أخطار المهنة من أمثال أبو قيراط.

المرحلة الثانية: والتي بدأت مع انتشار التجمعات العمالية على شكل طوائف مهنية تقوم بالرعاية الصحية لأفرادها، وخاصة أن انتشرت الصناعات اليدوية والأسواق التبادلية على مستوى الدول، وعلى مستوى السوق العالمية.

وكان أهم ما يميز هذه المرحلة وجود قواعد للصحة الوقائية وزيادة الشعور القومي بمسئولية الدولة تجاه القوى العاملة وإدخال عنصر التشريع الوقائي والأمن الصناعي.

أسباب الإصابة بالأمراض المهنية

يمكن عرض أسباب الإصابة بأمراض المهنة وذلك من خلال تحليل ظروف العمل الصناعي في البداية والتي تنقسم إلى نوعين هما:-

1. الظروف الفيزيائية في الصناعة: وتتمثل بالظروف المحيطة بمجال العمل داخل المصنع وهي:-

أ- الإضاءة: وتمثل الإضاءة في مكان العمل أهم عامل فيزيقي في بيئة العمل، فقد دلت بعض الدراسات أثر الإضاءة على العامل وعلى إنتاجه، فالإضاءة الجيدة غالباً ما تعمل على رفع مستوى إنتاج العامل وبمجهود أقل، هذا إلى جانب أن الإضاءة السيئة تثير في كثير من النفوس بالشعور بالانقباض، وما تؤدي إليه من إرهاق بصري وزيادة التعب.

ب- الحرارة والتهوية: في الواقع لم توضح البحوث حتى الآن درجة الحرارة المناسبة للعمل في الأعمال المختلفة، ولكن البحوث أكدت على وجود علاقة بين درجة الحرارة وبين قدرة العامل على الإنتاج وبين شعوره بالضيق، وسهولة الإثارة والعصبية مما يؤدي إلى زيادة الأخطار والحوادث، كما تؤدي إلى تعرض العامل لالتهابات الجلد والتهاب العين والجفون والإصابة بضربات الشمس.

ج- الإشعاع: ينشأ عن بعض المواد المشعة أو عن أجهزة الأشعة خروج أشعة مختلفة الأنواع منها ما ينتهي عند سطح الجسم أو الملابس ومنها ما ينفذ من خلالها ويتسرب إلى داخل الجسم لمسافات قصيرة أو طويلة مما يؤثر على الجسم فيتغير لونه، وقد يسبب سرطاناً جدياً، كما يصيب نخاع العظم فيضطرب جهاز تكوين الدم ويختل توازن الكرات الحمراء والبيضاء وغير ذلك من الأضرار التي سببها الإشعاع..

خلاصة القول أن الظروف الفيزيائية تفعل ما تحدثه من أثر نفسي في العمال، ولذا تتجه البحوث الحديثة في علم النفس الصناعي وعلم الاجتماع الصناعي إلى الاهتمام بدوافع العمال واتجاهاتهم النفسية لمعرفة ما يحبون وما لا يحبون، وما هي مشاعرهم نحو عملهم هذا مع الاعتراف بالأهمية الكبرى للظروف الفيزيائية الجيدة.

2- الظروف النفسية والاجتماعية في الصناعة: تعرف العوامل النفسية والاجتماعية باعتبارها عوامل وعى الجماهير والتقاليد والاتجاهات والإدراك، وهي عوامل تلعب دوراً هاماً في تنظيم وتوجيه حياة البلاد وتمارس تأثيراً ضخماً على تنمية الإنتاج الاجتماعي.

وفي الواقع أن بعض هذه العوامل يساعد على تنظيم العملية الإنتاجية، ويعمل البعض الآخر على تفككها، فالخوف والشعور بالاضطهاد واليأس كلها أسباب عامة وعوامل تدفع إلى عدم الاطمئنان والاستقرار، كما تدفع إلى اليأس والضغط، ولإزالة القلق يجب مراعاة ما يلي:-

• اختيار العامل للعمل المناسب والظروف الملائمة.

- وضع العامل مع مجموعة محبوبة من العمال والزملاء.
- منح العامل إجازات أيام المحن والضرورة.
- إيجاد لجان مصالحة بين العمال والإدارة.
- الرعاية الصحية والاجتماعية للعمال.
- التأمين الصحي وتأمين إصابات العمال.

ونتيجة انتشار الأمراض المهنية وتطورها فقد ظهر أحد فروع الصحة العامة وهو الصحة المهنية الذي يختص بصحة العاملين في المهن المختلفة بهدف تحقيق السلامة والكفاية البدنية والاجتماعية للعاملين في المهن المختلفة.

خامساً: السلوك المرضى لأساليب اختيار العلاج.

في الواقع أن الاستجابة للأعراض المرضية تختلف باختلاف الأشخاص، حيث تتباين إدراكاتهم لهذه الأعراض، وتتنوع التقويمات التي يمنحونها لها ولذا نجد نماذج مختلفة من أنماط السلوك والتصرفات إزاءها، وهذا التباين في الاستجابات بصفة عامة يرتبط بالمواقف الاجتماعية، والإطار الثقافي للمجتمع ككل.

وعلى هذا تصبح دراسة السلوك المرضى في حقيقة الأمر، دراسة للفرق بين الاستجابة للمرض والأعراض المرضية، وتحليل لمدى اهتمام الأفراد بالسعي نحو الحصول على الرعاية الصحية أو الطبية.

فضلا عن الخبرات السابقة بالمرض أو التدريب السابق حول كيفية مواجهة هذه الأعراض أو إلى الفروق في الحساسية الجسمية بين الأشخاص.

ولذلك توجد أربع مداخل أساسية يمكن الاستفادة منها في فهمنا لاستجابات الناس للأعراض المرضية وأساليب اختيارهم لطرق العلاج وهذه المداخل هي:-

أ- البحث عن العلاج بوصفه متغيراً سلوكياً: حيث يتجه الأفراد نحو الحصول على علاج حالاتهم المرضية من خلال الأطباء، وهذا يمثل متغيراً سلوكياً.

كما أن هناك بعض الأفراد يفضلون الحصول على الرعاية الطبية من مصادر معينة دون الأخرى، بينما بعضهم الآخر قد يحجم عن طلب هذا العون، وثمة مجموعة من الاعتبارات الهامة التي تتصل بتطور السمات السلوكية المصاحبة للاتجاه نحو الرعاية الطبية.

ب- استخدام مسح الوبائيات: ويعد هذا المسح واحداً من الإجراءات البحثية الشائعة في مجال الرعاية الصحية، ويتم الاعتماد عليه في تحديد أولئك الذين يسعون إلى الحصول على نمط معين من هذه الرعاية من بين جمهور البحث. وعادة ما تستخدم مجموعة من البيانات في هذه البحوث لكي يمكن التعرف على الفروق بين الذين يسعون إلى الحصول على الرعاية الطبية أو الذين لا يقبلون عليها.

كما أن هناك مجموعة من البحوث التي اهتمت بفحص العلاقة بين المتغيرات السلوكية والسيكولوجية وبين الاتجاه نحو الأفراد من الخدمة الطبية.

ج- بناء نسق الخدمة الطبية: ويدور هذا الاتجاه حول بحث منظمات الرعاية الطبية، وتحديد مدى تشجيعها للجمهور لكي يقبل على الاستفادة من الخدمات التي تقدمها ونوع العقاب التي تضعها هذه المنظمات لكي تحول دون وصول الخدمة إلى الجمهور، وعادة ما تركز الدراسات على الصعوبات التي تحول دون كفاءة الخدمة الطبية.

وهي صعوبات قد تكون اقتصادية أو إدارية أو نفسية اجتماعية فضلاً عن وجود معوقات في الاتصال بين العملاء وهيئة الأطباء والتمريض تؤثر في كفاءة الخدمة الطبية وفي إقبال الجمهور على الإفادة منها.

د- عملية تشخيص أسباب المرض: تتركز قضية تحديد أسباب المرض في ضوء الخبرات الماضية للناس والأهمية التي تتعلق بهذه الأسباب، خاصة بوصفها مدخلاً ملائماً لدراسة الأعراض المرضية وأساليب الاستجابة لها، وقد أوضحت بحوث السلوك المرضي على أن الناس يتصرفون بسرعة إزاء الأعراض المرضية التي تؤدي إلى اضطرابات الوظائف الجسمية المعتادة.

وبالمثل فإن مفهوم الناس للمرض يتأثر بالوظائف الكلية للجسم ومدى كفاءتها مثل تأثره بطبيعة الأعراض ذاتها إذ من الملاحظ أن الحساسية إزاء الأعراض التي يشكو منها الناس تظهر كلما ازداد شعور الأفراد بعدم قدرتهم على القيام بالوظائف الجسمية المعتادة، ومن ثم اختفاء المشاعر الطبيعية المألوفة خلال حياتهم اليومية.

وقبل أن نتعرض لطرق الوقاية من المرض لا بد أن نشير إلى عدد من المتغيرات الأساسية في الاستجابة للمرض وطلب العلاج:-

- 1. ظهور الأعراض المرضية:** حيث أن إحساس المريض ذاته مرتبط بمدى حدة الأعراض التي يعاني منها، ولقد كشفت بعض البحوث على أن حدة وظهور الأعراض ليست هي المتغير الوحيد وإنما هناك متغيرات أخرى هامة أيضاً مثل دراسة "روث جولدسين" والتي كشفت على وجود علاقة عكسية بين ظهور الأعراض وملاحظتها وبين تأخير الاستجابة بالعرض على الطبيب.
- 2. الإحساس بادراك الخطورة للمرض:** حيث يلعب دوراً هاماً سواء من وجهة نظر الآخرين أو الشخص المريض ذاته، ونقصد بادراك الخطورة تقدير معدل الخطورة في الحاضر أو المستقبل وكلما كانت الأعراض غير مألوفة ويتعذر تفسيرها أو فهمها من الآخرين أو المريض زادت درجة الإحساس بالجدية والخطورة ومن ثم ازداد معدل السعي من أجل البحث عن المساعدة الطبية.
- 3. مدى تأثير المرض على ممارسة النشاط الاجتماعي:** هناك ارتباط عالٍ بين إدراك خطورة الأعراض المرضية وبين تأثيرها على مزاوله النشاط الاجتماعي، فالأعراض المرضية التي تمنع الفرد من ممارسة نشاطه الاجتماعي تدعو إلى استجابة سريعة أكثر من غيرها سواء من جانب الآخرين أو الشخص ذاته، ومن ثم فإن هذا المتغير يؤثر على تعريف الإنسان للمرض لأنه يتصل مباشرة بحياته اليومية ويعمله.
- 4. معدل تكرار الأعراض المرضية واستمرارها:** يعتمد تعريف المرض والاستجابة له على مدى تكرار الأعراض المرضية واستمراريتها، فكلما شعر الشخص بالمرض مع ثبات العوامل الأخرى استدعى السعي من أجل الحصول على الرعاية الطبية، والأعراض الدائمة المتكررة تدفع الشخص والآخرين إلى الاهتمام باستشارة الطبيب.
- 5. درجة التفاوضي أو التسامح مع الأعراض المرضية:** أن استجابة المرضى للأعراض المرضية تختلف باختلاف معدل تسامحهم عن هذه الأعراض، وتباين المعاني والأهمية التي يصفونها على هذه الأعراض، وكذلك باختلاف درجة التعود على هذه الأعراض لأن حالة المرض ليست بالضرورة حالة عادية، وكثير من الأمراض نتغاضى عنها ونتسامح فيها إذا تعودنا عليها.
- 6. أسس تقييم الأعراض المرضية:** حيث تعتمد درجة تقييم المرض بوصفه مرضاً عصبياً نفسياً على المعلومات والمعرفة، والافتراضات الثقافية التي يحددها القائم بعملية التقييم سواء كان شخصاً آخر غير المريض أو المريض ذاته، وتؤكد ذلك من دراسة قام بها "هولنجز هيد" و"رديش" حيث تبين في دراستهم أن الأشخاص ذوات المكنات العالية يذهبون إلى الأطباء طواعية بينما الجماعات من الطبقات الأدنى يذهبون إلى الطبيب مضطرين.

7. إمكانية العلاج للأعراض المرضية: في الواقع تعتمد الإفادة من العلاج والمفاضلة بينهما على مدى توافرها النسبي وإمكانية الشخص على الإفادة منها، وكلما زادت المعوقات أمام الحصول على خدمة معينة كلما قل الاعتماد عليها، وهذه المعوقات مثل التكاليف الاقتصادية والوقت والجد والناتج الاجتماعية والثقافية الخاصة بالأمراض العقلية، وكذلك أوضحت الدراسات أن الاقتناع يعد عاملاً رئيسياً في الإفادة من الطب الوقائي والعلاجي.

وأخيراً لاشك أن هذه المتغيرات مجتمعة تتفاعل مع بعضها لكي تؤثر على الاستجابة للمرضى والاتجاه نحو الحصول على الرعاية الطبية والوقائية للعلاج.

سادساً: طرق الوقاية من الأمراض المهنية

- (1) أن رعاية العامل من الناحية الطبية من أهم المسائل التي عنى بها المشرع، فقد قرر حق العامل في العلاج على نفقة صاحب العمل مع التفرقة بين صاحب العمل الكبير والصغير مراعيًا في ذلك المقدرة المالية لصاحب العمل.
 - (2) كما أن هناك تأمين للعمال ضد الإصابات الناشئة عن حادث العمل بسببه أو أثناء تأديته مع شرط وجود ضرر جسدي.
 - (3) في حالة الإصابة أثناء العمل يستحق العامل التعويض إذا أصيب أثناء قيامه بالعمل الذي يكلف به ويطلب منه ولو كان من خارج محل العمل مثل المحصلين.
- أما المزايا العينية فتشمل العلاج الطبي ورعاية الأطباء والأخصائيين والعلاج بالمستشفى والزيارات المنزلية والبحوث المعملية والأشعة والأدوية والمستلزمات الطبية حسبما تستوجب الحالة.
- وهناك عدة مزايا للتأمين ضد الأمراض المهنية، فقد تكون هذه المزايا نقدية متمثلة في المعونة المالية التي تؤدي للمصاب خلال فترة عجزه المؤقت أو التعويض عن العجز المستديم الناجم عن ذلك المرض.
- وكذلك التأهيل وهو مجموعة الخدمات التي تقدم لمن يتخلف لديهم عجز يعوقهم عن أداء العمل المناسب لتدريبهم وخبرتهم ويشمل التأهيل الطبي صرف أجهزة تعويضية كالأطراف الصناعية وأجهزة السمع.
- كما تشمل التدريب على عمل مناسب مع ما تبقى لدى المصاب من قدرات عقلية وبدنية، كما توجد بعض الالتزامات التي ألزم القانون بها صاحب العمل لوقاية العمال وحمايتهم من الإصابة بالأمراض المهنية.
- لاشك أن المهنة جزء من هذا المجتمع، ولذا فقد اهتم بها علماء الاجتماع خاصة مع تقدم الصناعات والنهضة الصناعية التي جاءت بألوان شتى من الصناعات المختلفة مما كان لها أثرها الكبير في تقدم علم الصحة المهنية.
- وذلك بعد أن وجدت البيئة للمهنة أثرها الواضح سواء في الصناعة أو الزراعة أو في المهن المختلفة على صحة الإنسان وتعرضه لأنواع شتى من المخاطر ونقصد بالمهنة بأنها مجموعة الأنشطة النوعية التي تحدد الوضع الاجتماعي للفرد في المجتمع المحلي.
- ومن القوانين الملزمة لأصحاب العمل أن يلحقوا بمؤسساتهم فريق من الأخصائيين مثل طبيب الصحة المهنية وأخصائي اجتماعي وأخصائي في الوقاية من الإصابات وأخصائي لشؤون الأمن الصناعي.

وعلى هذا الفريق أن يرسم الخطوط الرئيسية لوسائل الوقاية من الأمراض المهنية، وذلك بإتباع الطرق التالية:-

- إبعاد الأعمال الخطرة في أماكن مستقلة عن باقي أماكن العمل لكي لا يتعرض العمال لعوامل الخطورة وتوفير وسائل الوقاية الجيدة للعمال المعرضين لها.
- القيام بالعمليات الصناعية الضارة داخل أجهزة وآلات مغلقة بحيث لا يتسرب فيها إلى جو المعمل دخان أو غبار أو غاز أو وجود جهاز قوى لشفط الغبار.
- القيام بإحجاب الإشعاعات الضارة.
- الاهتمام بالعلاقات الإنسانية والصحية والنفسية في العمل وذلك لما لها من أثر كبير على الإنتاج.
- وجوب إنشاء جمعية علمية للصحة المهنية وطب الصناعات لتقوم بعمليات التدريب والبحث والتطبيق عن الصحة المهنية والوعي بها.

المحاضرة السابعة بعنوان

البيئة وصحة المجتمع

عناصر المحاضرة

مدخل.

أولاً: مفهوم البيئة من المنظور السوسولوجي.

ثانياً: التلوث البيئي بوصفه مسبباً للمرض.

مدخل

تعتبر العلاقة بين البيئة والمرض والإنسان الحامل للمرض علاقة وثيقة ومؤثرة في كل طرف من هذه الأطراف، لذا يركز الباحثون الإكلينيكيون جهودهم على العلاقة بين عامل المرض والمريض، ويركز الطب الوقائي نشاطه بصفة أساسية على تغيير مظاهر البيئة التي لها تأثير ضار في صحة الإنسان.

ومن ذلك القيام بالمحافظة على الصحة العامة أو علاج المريض بأسلوب يمنع التأثير الضار لمظاهر البيئة بمعنى تنفيذ برامج التحصين، أما الطب البيئي فهو يدرس الظروف البيئية التي تشجع انتشار عوامل المرض، ويختص علم الوبائيات بدراسة خصائص عوامل المرض، والمريض والبيئة والسّمات الخاصة بحالات العدوى ومصادر العدوى.

والوسائل التي ينتقل بها المريض إلى حالة معينة تكون محلاً للدراسة، والأفراد الذين انتقلت إليهم العدوى، والإجراء الوقائي الذي يمكن اتخاذه لإيقاف انتشار المرض خاصة وأن الأمراض لا تحدث بطريقة منتظمة أو عشوائية، وإنما لوحظ أنها تحدث بدرجات متباينة تقل أو تزيد بين الجماعات الاجتماعية المختلفة، وتمدنا دراسة هذه التوزيعات الفارقة للمرض.

وفي ضوء معرفتنا المتعلقة بالبناء الاجتماعي والوسط البيئي وأساليب الحياة المتباينة التي تؤثر في الأفراد بالأدلة والشواهد حول طبيعة ومسببات البيئة للمرض، لذا سنحاول إلقاء الضوء على مفهوم البيئة من المنظور السوسولوجي مركزاً على ظاهرة التلوث البيئي بأنماطه المختلفة بوصفه مسبباً للمرض داخل المجتمع والفرد، إلى ما يسمى بالبيئة الصحية ومجالاتها الأساسية.

وأخيراً إلقاء الضوء على الصحة والتنمية القومية ومدى التفاعل بينهما، خاصة وأن الدور الذي تلعبه الصحة في عملية التنمية كان ولا يزال محورياً للنقاش والاهتمام من قبل العلماء والباحثين وخبراء التنمية، خاصة وأن البرامج الصحية وسبل الرعاية أو العناية الصحية والوقائية تعتبر ضرورية ولازمة لمواجهة الاحتياجات الإنسانية والأساسية.

أولاً: مفهوم البيئة من المنظور السوسولوجي.

تعرف البيئة بوصفها الإطار الذي يعيش في ظله الإنسان، ويحصل منه على مقومات حياته من غذاء وكساء ودواء ومأوى، ويمارس فيها علاقاته مع أقرانه من بني البشر، وهذا يعني أن البيئة ليست مجرد عناصر طبيعية كالماء والهواء والتربة والمعادن والنباتات، والحيوانات ومصادر الطاقة وإنما هي أيضاً مخزون للموارد المادية والاجتماعية المتاحة في وقت ما لإشباع حاجات الإنسان وتطلعاته.

والبيئة كاصطلاح هي ببساطة الحيز الذي تكون فيه الحياة عموماً، فإذا وجد النبات في هذا الحيز نقول بيئة زراعية وهكذا، وإذا كان الإنسان نقول بيئة البشر، والحيز بالنسبة للإنسان له وجهات من حيث علاقته بهذا الحيز.

فالحيز بمثابة الخزانة التي بها أشياء يحولها الإنسان بعلمه وجهده إلى ثروة، ونحن نقول أن الثروة لا تكون الثروة، وإنما تتكون الثروة بفعل الإنسان وأثره على عناصر موجودة في البيئة سواء كانت عناصر أو موارد في باطن الأرض أو على سطحها.

لذا فقد عرفت البيئة بأنها كل ما يثير سلوك الفرد أو الجماعة ويؤثر فيه، وقد أدخل علماء النفس في تعريفهم للبيئة المصادر الداخلية للمثيرات أما علماء الاجتماع فيؤكدون دراسة الظروف أو الحوادث الخارجية عن الكائن العضوي سواء كانت بيئة فيزيقية أو اجتماعية أو ثقافية أي أن الإنسان يعيش في بيئات مختلفة هي:

1. البيئة الفيزيقية: وتشمل جميع مظاهر البيئة التي لا تكون من خلق الإنسان أو نتيجة للنشاط الإنساني، وتتضمن الأرض والمناخ والتضاريس وتأثير العوامل الكونية والتوزيع الطبيعي للحياة النباتية والحيوانية.
2. البيئة الاجتماعية: وتمثل جانب من البيئة الكلية يتألف من أشخاص وجماعات متفاعلة وينطوي على التوقعات الاجتماعية ونماذج التنظيم الاجتماعي، وجميع المظاهر الأخرى للمجتمع، كما يشتمل على التوقعات الاجتماعية ذات الطبيعة الفردية الذاتية الأمر الذي يجعل لكل عضو في المجتمع بيئته الاجتماعية الخاصة.
3. البيئة البيولوجية: التي تضم الإنسان بوصفه كائناً بيولوجياً له احتياجاته الأساسية كالحاجة إلى الطعام والشراب والحاجة إلى المسكن والمأوى... الخ.

أي أن البيئة في معناها العام هي كل ما هو خارج عن كيان الإنسان وكل ما يحيط به من موجودات، وهي الإطار الذي يمارس فيه حياته ونشاطاته المختلفة، وأن أهم ما يميز البيئة الطبيعية هو ذلك التوازن الدقيق القائم بين عناصرها المختلفة، وأي تغير في بعض جوانبها سرعان ما يكون له آثار واضحة في ذلك.

ولهذا فالبيئة تسير في إطار مرسوم يطلق عليه النظام البيئي، وهو نظام متكامل يعيش فيه كل المساهمين في توازن تام ويعتمد كل منهم على الآخر في جزء من حياته واحتياجاته، ويقوم كل منهم بمهمته في هذا النظام بشكل سليم، ويمثل الإنسان أحد العوامل الهامة في هذا النظام البيئي.

ولذلك فإن تدخل الإنسان غير الواعي وغير القائم على سند علمي يؤدي إلى نتائج جسيمة في إفساد تلك التوازن ومن ثم تظهر المشكلات البيئية التي تؤدي إلى الأمراض الضارة بالإنسان، وعلى هذا حينما يتصدى علم الاجتماع لدراسة البيئة ينطلق من عدة قضايا محورية يجسد من خلالها ما يمكن أن يسهم به من دور في مجال تنمية وخدمة المجتمع ومن أهمها:-

1. القضايا ذات الصلة بتشخيص الهياكل السكانية وتحليل الخصائص الديموجرافية، فالتعرف على الإمكانيات البشرية والموارد البيئية للمجتمعات وعلى احتياجاتها الفعلية وعلى صعوبات أو معوقات النهوض وتنميتها والتي تفيد في تصور الحلول المستقبلية التي تحقق التوازن المنشود بين السكان والبيئة المحلية.
2. القضايا ذات الصلة بالتشخيص الواقعي للأنساق الأيكولوجية للمجتمعات بما يفيد في التعرف على خصائص البيئة ومواردها وطاقتها الراهنة والمستقبلية وطرق استغلالها ومتطلبات استثمارها على النحو الأمثل، إلى جانب القضايا التي تعنتي بمشكلات البيئة تعرفاً على أبعادها وحجمها وعواملها ونتائجها الراهنة المقصورة على المدى القريب والبعيد.
3. قضايا التغير الاجتماعي والاقتصادي للبيئة المحلية خاصة تلك التي تعني بمصاحبات أو انعكاسات هذا التغير على البيئة المحلية وبتوجيه نتائج التغير في المسار الذي يدعم تطويرها وتنميتها.

4. القضايا ذات الصلة بالتحليل السوسولوجي والواعي والمتعمق لأنماط السلوك وطرق العيش وأساليبه في المحليات، خاصة تلك الأنماط ذات الصلة بالمرودود المباشر على البيئة المحلية سلباً أو إيجاباً وترتبط بالقضايا ذات الصلة بالبرامج والمخططات الرامية إلى تغيير سلوكيات الأطراف والجماعات والمؤسسات في مجال التفاعل مع البيئة المحلية.
5. قضايا الوعي البيئي خاصة تلك التي تتخذ من انعدام هذا الوعي متغيراً أساسياً لكل ما تواجه به المحليات من مشكلات صحية واقتصادية وتنموية وبالتالي تطرح قضية الوعي البيئي كمدخل من أهم المداخل التنموية للمحليات وترتبط بهذه القضايا بنشر الوعي البيئي لدى الأفراد والجماعات والهيئات التنفيذية أو التي تعني بوضع البرامج والخطط العلمية التي تكفل الاستثمار والجمعيات والروابط الطوعية في مجال تغيير أنماط السلوك وتدعيم قيم المحافظة على البيئة.
6. القضايا ذات الصلة بتخطيط وتطوير البيئة من أجل التنمية خاصة تلك التي تطرح إشكاليات النمو الحضري والعمراني وتغيير أنماط استخدام الأرض وإعادة توطين السكان والنشاطات الاقتصادية ومشكلات ومتطلبات البنية الأساسية وتوزيع أو تخطيط الخدمات وخاصة في ضوء المرودود الاجتماعي والاقتصادي والثقافي والصحي والترويحي بل والإنساني لهذه المشكلات.

ثانياً: التلوث البيئي بوصفه مسبباً للمرض.

يعنى التلوث بصفة عامة أي تغيير في الصفات الطبيعية للعناصر التي تتحكم في البيئة التي يعيش فيها الإنسان، تغيير يؤدي إلى الإضرار بحياة الإنسان من ناحية ورفاهيته من ناحية أخرى.

لكن التلوث البيئي كمفهوم علمي ليس من السهل تحديد معناه بدقة، إذ غالباً ما تعتبر المادة ملوثة في مكان ما بينما تكون مورداً نافعا في مكان أو نسق آخر.

من هنا يعرف التلوث البيئي بأنه تغيير غير مرغوب في الخصائص الفيزيائية أو البيولوجية أو الكيمائية للهواء والأرض والماء على نحو يؤدي الحياة البشرية أو حياة الأنواع الأخرى أو يؤدي إلى تدمير الوضع الطبيعي وتخريبه.

وهذا ما يتبين أن التلوث لا يمثل ظاهرة من صنع الإنسان فقط بل توجد بعض العوامل البيئية التي يمكن أن تكون ذاتها ملوثة دون أي تدخل من جانب الإنسان في إيجادها أو تغييرها.

ومن هنا فقد حدد التلوث اجتماعياً بوصفه حدوث خلل وتغيير في الحركة التوافقية التي تتم بين مقومات النسق الأيكولوجي بحيث تضعف فاعلية النسق وقدرته على أداء دوره الطبيعي في التخلص الذاتي من الملوثات وبخاصة العضوية فيها عن طريق العمليات الطبيعية أي باختصار أن التلوث هو الإخلال بالتوازن البيئي.

وفي إطار ما تقدم فإنه يمكن تعريف التلوث البيئي إجرائياً بوصفه كل تغيير في الخواص الطبيعية للبيئة بشكل يؤدي إلى اختلال التوازن البيئي الطبيعي ويعطل من قدرة النظم البيئية سواء كان هذا التغيير آتي بفعل الإنسان أم بفعل الطبيعة ذاتها.

والتلوث لا يحدث من مصدر واحد بل من مصادر متعددة ولكن البعض يرجع التلوث إلى مصدرين أساسيين هما:

- التلوث البيئي بفعل العناصر البيئية ذاتها كالغازات والحمم التي تذفها البراكين والأترربة التي تثيرها الرياح والعواصف الرملية.
- والمصدر الثاني هو التلوث البيئي بفعل النشاط الإنساني خاصة في أعقاب الثورة الصناعية ومخلفات التصنيع.

وبالتالي فقد أدي التقدم الصناعي إلى انحطاط البيئة الحضرية نتيجة التلوث وعدم التخطيط خاصة في طرق ووسائل المواصلات المختلفة، ويتصدر تلوث الهواء بصفة خاصة المشكلات البيئية التي تعاني فيها المدن الحضرية بصفة

خاصة نتيجة للتقدم العلمي في الصناعة وكافة أنشطة ومجالات الحياة العمرانية والاقتصادية والاجتماعية، ويتمثل صعوبة هذا النوع من التلوث في صعوبة مقاومته والسيطرة عليه لسرعة انتشاره في أماكن واسعة غير محددة.

يأتي بعد ذلك تلوث الماء ويعد البترول والمبيدات الحشرية ونفايات المدن والمجاري من أكبر مصادر تلوث المياه، والتلوث من البترول يسمى التلوث الأسود وينتج من خلال تصنيع البترول وتجاربه ونقله مما يؤثر على الثروة المائية ثم تلوث الضوضاء وخاصة في المدن الصناعية نتيجة استخدام الأجهزة والمحركات والآلات بمختلف أنواعها، وإذا أضفنا نوعا رابعا إلى التلوث فهو التلوث الغذائي والدوائي.

والتلوث الغذائي يقصد به وصول ملوثات إلى الطعام سواء كانت ملوثات كيميائية أو فيزيقية أو ميكروبية، والملوثات الكيميائية للغذاء متعددة ومتنوعة تتضمن معظم المواد العضوية والعناصر السامة مثل الزئبق والنحاس والكلور والرصاص، أما التلوث الميكروبي فيكون نتيجة وصول بكتريا أو فطريات سامة تؤدي إلى التسمم الغذائي.

أما التلوث الدوائي فيتصل بتناول الأدوية سواء كانت للعلاج أو للتخدير أو الإدمان، الأمر الذي يؤدي إلى ارتفاع نسبة الدواء في الجسم مما يؤثر سلبا على مختلف النشاطات الحيوية للجسم وتعرضه للموت.

ولاشك أن هذه الأنواع المختلفة من التلوث تؤثر على الحالة الجسمية والعضوية والنفسية للإنسان، بل يمتد ليشمل تأثيره على الطاقات الفكرية والعقلية والإنتاجية للإنسان، ويمثل كل هذا خطورة على الصحة العامة تعوق أداء الأفراد لأدوارهم الاجتماعية ومن هنا يجب العمل على حماية البيئة من التلوث.

وربط التوسع الصناعي بالمحافظة على البيئة وصحة الإنسان وعدم تجاهل الاعتبارات البيئية عند التخطيط للتنمية الاقتصادية والاجتماعية، وتنظيم التشريعات وسن القوانين لحماية البيئة من التلوث وأثره على الصحة العامة عبر المراحل التاريخية المختلفة.

أن البيئة تحدد المستويات الصحية للمجتمع وأنماط المرض السائدة فيها، كما أن هناك مخاطر وسيطة بين الإنسان والبيئة تتوزع ما بين الغذاء والهواء والماء والمهن والنشاط، فتؤثر على الصحة وتحدد أنماط الأمراض التي يحملها الإنسان سواء في المناطق الريفية أو الحضرية.

ومن أهم المشكلات الصحية في البيئة الريفية ما يلي:-

- 1) ارتفاع معدل المواليد ونقص الرعاية الصحية للأم والطفل قبل الولادة وبعدها.
- 2) مشكلات الطفولة ومن بينها الأمراض المعوية والأمراض الطفيلية والعدوى الأخرى.
- 3) نقص المياه الصالحة للشرب والإمكانات الصحية العامة.
- 4) الحوادث ومشكلات الصحة العامة البيطرية الناجمة عن الاتصال بالحيوان.
- 5) الأمراض الناشئة عن التكافل الحشري مثل الملاريا والبلهارسيا.
- 6) التسمم نتيجة لاستخدام المبيدات الحشرية في الزراعة.
- 7) المشكلات الصحية التي تحتاج إلى خدمات متخصصة وتغذية سليمة وهي لا تتوفر في البيئة الريفية.
- 8) مشكلات الصحة الاجتماعية كالأمراض التناسلية والعقم والزواج المبكر.
- 9) البلهارسيا وهي من أخطر أنواع الأمراض المتوطنة في البيئة الريفية.

إن أمراض البيئة الحضرية يمكن حصرها فيما يلي:-

أ- أمراض راجعة إلى طريقة الحياة في المدينة ذاتها ومنها أمراض القلب والسكر وارتفاع ضغط الدم والذبحة الصدرية والجلطة.

ب- أمراض مردها إلى الطبيعة المورفولوجية الاجتماعية للبيئة الحضرية كالأمرض المعدية التي تنتشر بين الأطفال في سن الطفولة والمدرسة كالحصبة والجدي والسعال الديكي.

ج- أمراض مبعثها الأساسي التلوث البيئي في المدينة الصناعية كالدرن الرئوي وأمراض الجهاز التنفسي والقرحة المعدية وفقدان السمع وسرطان الجلد والفم وبعض الأمراض النفسية والعقلية.

وفي النهاية تجدر الإشارة بنا إلى الحقيقة أنه ليس في العلاقات البيئية مع الإنسان شر مطلق أو خير مطلق وإنما هي تفاعلات – ينبغي أن نحسب سلبياتها وإيجابياتها- ثم نقرر أمرنا ونحدد مسلكنا في ضوء التكلفة والمكسب حيث تدرجت العلاقة بين الإنسان والبيئة إلى أن أصبح هم الإنسان الأكبر هو حماية البيئة من فعل الإنسان، وبرزت قضية استنزاف مصادر الطبيعة غير المتجددة وما يمثله ذلك من تهديد لحياة الأجيال القادمة.

hadeel alnatea

المحاضرة الثامنة بعنوان

البيئة وصحة المجتمع (جزء 2)

عناصر المحاضرة

ثالثاً: البيئة الصحية ومستقبلها.

رابعاً: الصحة والتنمية القومية.

ثالثاً : البيئة الصحية ومستقبلها

في الواقع أن التحدي الذي يواجهه الدول النامية يتمثل في كيفية تنظيم مواردها الصحية، وكيف يتم تحسين أدائها لكي تتمكن شعوبها في تحقيق مستوى صحي أفضل داخل إطار بيئتهم، ويتطلب هذا منهجا أكثر شمولية في التعامل مع الصحة عن المنهج الذي يركز على المرض والذي لا يزال سائداً.

فالفرض الأساسي هنا هو أن اختلال التوازن بين الموارد وأعداد السكان هو السبب الرئيسي لتدهور الأحوال والأوضاع الصحية وبالتالي فإن أي نهج متكامل لتحسين الأوضاع الصحية يتعين أن يسعى إلى تخفيف هذه الاختلالات في التوازن البيئي.

خاصة وأن العلاقة بين البيئة والصحة تدعو إلى وقفة صريحة في الدول النامية لكي تدرك مبلغ الحاجة إلى تقدم الرعاية الصحية بها من خلال الاهتمام بالبيئة الصحية والتربية الصحية والارتفاع بمستوى التغذية والمياه النظيفة والتحصين ضد الأمراض والرعاية الصحية وتنظيم الأسرة...إلخ.

من خلال البيئة الصحية والتربية الصحية وحفز الناس لاتباعها يمكنهم الوصول إلى درجة من الشعور بالمسؤولية نحو صحتهم من خلال الإجراءات الوقائية.

كما يجب ابتعاد علم الطب عن الناحية الاستغلالية والاستعمارية من خلال توفر تكنولوجيا ملائمة ومقبولة للمستفيدين منها، وأن يسهل فهمها تماماً من الأفراد العاديين.

ولذلك فالقيمة الصحية تتحقق حينما تحسب العلاقة بين صحة الإنسان والبيئة بشكل متوازن، وبالتالي يهتم المدخل الأيكولوجي بالنظرة الشاملة للعلاقات المتبادلة بين الكائنات الحية وبيئتها، وهذا ما دفع علمي الصحة العامة والطب للاهتمام بتعدد الأسباب للمرض.

كما يهتم هذا المدخل اهتماماً خاصاً بالآثار المتعددة للأفعال الإنسانية التي تغير العلاقة بين الناس وبين بيئتهم بالنتائج الطبية المصاحبة، وتلك قضية جوهرية في المجتمعات الصناعية، وكذلك يلعب هذا المدخل دوره في تقييم القيمة الكلية لمشروعات النمو الاقتصادي في المجتمعات النامية.

ولما كانت الركيزة الأولى للصحة العامة هي البيئة الصحية السليمة فقد عنيت الدول المتقدمة وبعض الدول النامية بالنهوض بصحة البيئة ووضعت لذلك كثيراً من المشروعات لتحقيق هذا الهدف.

وبما أن درجة تحسين البيئة هي المرأة التي تعكس مدى تقدم جميع الخدمات الصحية والنهوض بمستوى المعيشة ورفع الكفاءة الإنتاجية وزيادة متوسط الأعمار لذلك يجب على المهتمين بالمشاريع العمرانية والقائمين على الشؤون الصحية أن تتضافر جهودهم للنهوض بصحة البيئة.

هذا هو منطق الصحة العامة كما يجب أن تفهم وكما يجب أن تدرس، وهدفها يتمثل في صفة التعميم أي على عموم الأفراد في المجتمع وليس التخصيص لفئة دون الأخرى.

إن رجل الصحة ينظر إلى البيئة من ناحيتين مختلفتين إلا أنهما متكاملتان، الأولى: البيئة الحيوية وهي كل ما يختص بحياة الإنسان من تكاثر ووراثة بل تشمل علاقة الإنسان بالملحوقات الحية الأخرى، والثانية: البيئة الطبيعية وهي تشمل الأرض ومياه الشرب والجو وغير ذلك من الخصائص الطبيعية البحتة.

علاوة على ذلك فقد دخل مجال جديد بدأ يأخذ وضعه نتيجة لانتشار التلوث البيئي وهو التلوث الإشعاعي الذي يؤدي إلى تدمير للكائنات الحية ومنذ فترة ليست ببعيدة تم توقيع معاهدات للحد من انتشار السلاح النووي نظراً لأهمية وخطورة الآثار الناجمة عنها.

الرؤية المستقبلية للبيئة الصحية

هكذا يتضح أن البيئة جزء أساسي وهام إن لم تكن أهم مكون من مكونات البرنامج الصحي للمجتمع، وفي الواقع يعتبر برنامج صحة البيئة أهم عامل في خفض نسبة انتشار الأمراض والمشاكل الصحية، ولذا إذا حاولنا تحسين صحة البيئة بنجاح فيجب مراعاة ما يلي:-

1. أن فهم المجتمع المحلي للبرنامج الصحي وتقبله يتطلب أن يحدث التغيير من داخل المجتمع نفسه بحيث تكون دائما الاستجابة من كل قطاعات المجتمع بل ومشاركتهم جميعا كما يلي:-
 - القادة: ورغم أنهم متنوعون في صفاتهم ودوافعهم وخبراتهم إلا أنه يجب أن يحظون بالمساندة من جانب المجتمع وخارجه.
 - مشاركة ذوي التأثير في المجتمع من قادة الرأي وأصحاب الفكر والذين يحظون باحترام وتقدير جمهور المجتمع المحلي.
 - أن يساهم سكان المجتمع إما مباشرة من خلال التجمعات المفتوحة وإما من خلال الهياكل المحلية، وهنا يجب التأكيد على الدور الهام الذي يمكن أن تقوم به المرأة في مختلف الأنشطة الخاصة بنهوض الصحة حيث أنها غالبا ما تكون صاحبة القرار الأساسي في موضوعات التغذية والتطعيم والعلاج، كما أنهم يتولون مسؤولية نظافة البيئة السكنية للمباني العامة التي تتم فيها الأنشطة الاجتماعية اليومية.
2. يجب أن تكون الإجراءات الخاصة بتدابير حماية البيئة جزء لا يتجزأ من الخطة العامة للدولة، فالحكومة يجب أن تكون مسؤولة عن حماية البيئة وشريكة مساهمة فيها.
3. يجب إدخال موضوع حماية البيئة والمحافظة عليها في برامج التعليم في المدارس من خلال ما يسمى بالتربية البيئية للمساهمة في إنارة الوعي البيئي وتوفير ثقافة بيئية لكل فرد من سكان المجتمع.
4. الاهتمام بالجوانب الاجتماعية والثقافية في التنمية وخاصة التي تؤثر تأثيراً حاسماً على الصحة والمرض داخل المجتمع.

رابعاً: الصحة والتنمية القومية

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 ريفية.

وبالتالي تعتبر الصحة هدفا 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 وأحيانا الوقاية من الأمراض، ولكن في الوقت الراهن تغير هذا المفهوم ولم يعد قاصرا على علاج المرض فقط وإنما عرفته منظمة الصحة العالمية بأن الصحة تشمل حالة من اللياقة البدنية والنفسية والاجتماعية الكاملة وليست خلو 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 تسير التنمية والبيئة جنبا 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 تلبيتها الاحتياجات الإنسانية والحياتية، فإنها تنمية 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 توازنا 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 مثالا 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 وارتفاع 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:-
- ✓ التوسع الشامل في برامج الرعاية الصحية بصورة تتلاءم مع زيادة السكان وحاجة المواطنين الماسة إلى الرعاية.
 - ✓ 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.

hadeel alnateea

المحاضرة التاسعة بعنوان

المستشفى كنسق اجتماعي ثقافي

عناصر المحاضرة

- مدخل
- أولاً: أهمية المستشفى كنسق اجتماعي ثقافي.
- ثانياً: المستشفى كتنظيم رسمي.

المدخل

من الثابت علمياً بأن المستشفى كتنظيم اجتماعي وثقافي قد تشكلت في جانب كبير منها عبر مراحل التاريخ المختلفة، وعلى الرغم من أن البناء الاجتماعي لكل تنظيم يطرأ عليه تغير باستمرار.

طالما كان أعضاؤه ومتخذي القرار به يحاولون أن يحققوا التوافق بين أهدافه وأوجه نشاطه وبين الظروف المتغيرة إلا أن مضمون مصطلح البناء التنظيمي يعنى ضمناً أن أوجه النشاط التنظيمي تجرى في سياق ثابت نسبياً، إذ ينطلق السلوك التنظيمي التكيفي من إطار موروث عن الماضي فيميل الناس إلى أن يقيموا علاقات مع بعضهم الآخر.

وأيضاً يميل الناس إلى حل مشاكلهم وتنظيم أوجه نشاطهم وتوزيع ما يجب عليهم عمله استناداً إلى الخبرة التي تتوفر لهم عن الماضي، فالمستشفيات في أول عهدها كانت بسيطة في تنظيمها، ثم ازدهرت في عهد الدولة العباسية وأصبح لها نظام تنظيمي دقيق.

فكانت المستشفى تضم أقساماً مختلفة مجهزة ، يختص كل منها بعلاج مرض معين، علاوة على الأقسام الإدارية ونظم الخدمة التخصصية، وتوفير الدواء والغذاء والتمويل والمال، ثم نظام التعليم الطبي، وهكذا كانت المستشفيات معاهد علمية إلى جانب كونها دوراً للعلاج.

أما اليوم فقد أصبحت المستشفى مأوى للمريض، ومؤشراً دالاً على الصحة في المجتمع، ومكاناً للبحث والتعليم وبالتالي فقد تحددت واجبات المستشفى في التشخيص المبكر للمرض، وتعميق معرفتنا بعوامل اضطرابات الصحة وبالتالي بالعلاج السريع للمرض قبل استفحال آثاره، ومن هنا تظهر العلاقة الوثيقة بين الطب والمجتمع.

وبناء على ذلك فقد اتجه الاهتمام السوسولوجي والأنثروبولوجي المهتمين بالمجال الصحي إلى دراسة المؤسسات العلاجية كالمستشفيات والوحدات الصحية وغيرها بهدف وصف التنظيم والحكم على مدى كفاءته أو بهدف تحليل البناء الاجتماعي للوحدات الصحية والتعرف على نوعية العلاقات السائدة في هذا النوع من الوحدات الصحية.

وعلى هذا نحاول في هذه المحاضرة دراسة أهمية المستشفى كنسق اجتماعي وثقافي والمستشفى كتنظيم رسمي وبناء اجتماعي ثم إلقاء الضوء على نماذج لرعاية المرضى.

أولاً: أهمية المستشفى كنسق اجتماعي ثقافي

في البداية نعرف النسق الاجتماعي بأنه يتألف من شخصين أو أكثر ينشأ بينهم تفاعل مباشر أو غير مباشر في موقف معين، ويشترط توافر حدود مكانية أو فيزيقية إلا أن بؤرة التحليل السوسيولوجي تتمثل في اتجاه الأفراد عموماً نحو غاية محددة أو هدف مشترك.

إذن من الملائم أن ننظر إلى المجموعات المتنوعة من العلاقات التي تتخذ صوراً مختلفة على أنها أنساق اجتماعية، وأن الأنساق الاجتماعية تتميز بأنها مفتوحة، بمعنى أنها تتبادل المعلومات وتتفاعل فيما بينها، ومع الأنساق الأشمل منها.

ومن ثم ذهب "بارسونز" إلى أن النسق الاجتماعي يتكون من مجموعة من الفاعلين الذين تنشأ بينهم علاقة تفاعل اجتماعي في موقف يتخذ مظهراً فيزيقياً أو بيئياً، كما أن هؤلاء الفاعلين يدفعهم الميل نحو تحقيق الحد الأقصى من الإشباع وتتحدد الصلات بينهم وفقاً لنسق الرموز المشتركة والوحدات الرئيسية للنسق الاجتماعي هي التجمعات والأدوار.

ويتحقق التكامل والترابط بين هذه الوحدات: من خلال القيم -الأهداف أو التوجيهات العامة للسلوك- والمعايير أي القواعد التي تحكم أداء الدور في إطار نسق القيم، وتعمل كوحدة بنائية واحدة، وبالتالي يشتمل نسق الرعاية الصحية على عدد من الأنساق المفتوحة يشارك فيها المريض على مستويات مختلفة.

من هذه الأنساق نسق الكائن الحي الذي يجمع بين عقل وجسد المريض، ونسق التنظيم الذي يضم المريض، وهيئة المستشفى أو الوحدة الصحية، ثم نسق الجماعة القرابية الذي يضم المريض وعائلته، ثم نسق المجتمع الأكبر الذي ينتمي إليه المريض وعائلته.

ولاشك أن هذه الأجزاء تتفاعل مع بعضها البعض في إطار يحقق للنسق العلاجي تكامله وذلك من خلال ما يسمى بالتساند الوظيفي، والذي يعنى نوعاً من الترابط البنائي القائم في النسق العلاجي على أساس تبادل الإسهامات الوظيفية التي تؤكد حيوية هذا النسق وتمنحه القدرة على الدوام والاستمرار الوظيفي.

والجدير بالذكر هنا أن علاج المريض بالمستشفى لا يتم على يد الطبيب بمفرده ولكن يقوم به فريق عمل متكامل يرأسه الطبيب حيث يصدر الأوامر ويتخذ القرارات الأولية ويوجه الأنشطة المختلفة للمساعدة المتخصصة في العلاج ومن بين هذا الفريق الممرضات حيث نجد أكثرهم عادة ما ينفقون أعمارهم داخل المستشفيات يتابعون المرضى.

ونظراً لحساسية موقف المريض فهو يتوقع قدرماً من العلاقات الإنسانية وقدرماً من الاهتمام يوجه إليه ممن يؤدون الخدمة وعلى سبيل المثال فقد لوحظ أن سرعة الاستجابة لطلبات المريض سواء من جانب الأطباء أو من هيئة التمريض أو إدارة المستشفى تؤدي إلى إحساسه بالأمن.

كما أن تقديم الخدمة بوجه بشوش لا يدع المريض فرصه للإحساس بأنه شخص مقلق، وفي الواقع إذا كانت المستشفى كنسق للرعاية الطبية معنية بعلاج الأمراض العضوية والنفسية والعصبية، فإن الأطباء يجتهدون في تقديم الخدمة الصحية غالباً.

دون أن يلمسوا تقدماً في صحة المريض فتزداد حيرتهم، ولاسيما وقد سادت وجهة النظر الطبية التي تعزو كل الأمراض إلى الأسباب البيولوجية، ونجحت بحوث علم الاجتماع الطبي في تفسير هذه الظاهرة حينما أكدت على أن المرض ظاهرة اجتماعية من صنع المجتمع.

وأن الخلفية الثقافية تقف وراءه هي الأخرى بنفس القدرة من الأهمية، وبالتالي يتضح مدى أهمية إسهامات علم الاجتماع الطبي في دراسة المستشفى كنسق اجتماعي ثقافي، وتوضيح عوامل المرض والأصول الاجتماعية والثقافية الكافية خلف

هذا المرض، والبناء الاجتماعي للمستشفى ونمط العلاقات المهنية السائدة وأثره على تحسن المريض، وفهم أسباب المرض.

وتدل هذه الإسهامات على أن المريض والطبيب يمثلان طبقات مختلفة وبالتالي لديهم رؤى متباينة لأسباب المرض وطرق علاجه ولعل من الأهمية اعتبار المستشفى نسقا اجتماعيا وثقافيا يسهم في حث أعضاء النسق الطبي على التركيز على العوامل الأخرى المؤثرة في آلام المريض وأعراضه المرضية وفي العلاج والشفاء والاتجاه العام نحو الآخرين.

وبالتالي يساعد التناول النسقي في فهم المرضى الذين يدخلون المستشفى ومساعدتهم، وبالتالي يقدم هذا الفهم مداخل جديدة لرعاية المرضى، وأفكار جديدة عن دور الأطباء والمرضات والفنيين والعمال في تدعيم النسق السلوكي بالمستشفى أو تعديله لتطوير أداء الخدمة.

والنتيجة التي يمكن أن نستخلصها من التطور التاريخي لنسق المستشفيات هي أن هذا النموذج للتنظيم قد انتقل من بيئة ثابتة نسبيا إلى بيئة ديناميكية اتسع فيها مجالات الاحتمالات التي تقدمها العلوم الطبية مع الاتساع الجزئي في احتياجات المجتمع المتغير.

وبالتالي أصبحت المستشفيات في السنوات الحديثة أكثر تمسكا بمبادئ الإدارة الرشيدة ويسعى أولئك الذين يسكون زمام الضبط بها إلى جعل هذا النوع من التنظيم قادراً على الاستجابة مباشرة للاحتياجات المتغيرة في البيئة المحيط بها، ولهذه الأسباب تعتبر كل المستشفيات جزء من تراث مشترك من المتوقع أن يمثل لهذا النموذج الثقافي المشترك وتعتبر كذلك تاريخ التنظيم، وتاريخ النموذج الثقافي الذي يمثله من الأهمية في فهم حقيقة هذا البناء الاجتماعي للتنظيم.

ثانياً: المستشفى كتنظيم رسمي.

في الواقع أن المستشفى شأنها شأن أي مشروع منظم، وهي تجمعات محددة البناء تضم أفراداً وجماعات ينقسم بينهم العمل، وتتوزع عليهم المهام والاختصاصات على نحو يجعل هذه المنظمة قادرة على انجاز ما حددته لنفسها من أهداف، وتشهد المستشفى حركة دائمة وديناميكية تتمثل في تجدد العضوية.

كما تنهض على نظام المكافآت والجزاءات، وتسلسل للسلطة وتفويض للاختصاصات ونظام للاتصال يتولى نقل المعلومات والتعليمات والتنسيق بين أنشطة الأعضاء، وعموماً تنحصر الأهداف المتعددة للمستشفى في خدمات الرعاية الطبية والتعليم والبحث.

وفي نفس الوقت تمثل التربة الخصبة للتدريب الأساسي الذي يمكن أن يكتسب منه الأطباء الخبرات القيمة، كما توجد بعض الأهداف الأدنى في المستوى والتي تمثل جانبا من هذه الأهداف الأصلية فمثلا يؤكد الإداريون على هدف الاستقرار الاقتصادي والمحافظة على خفض التكاليف مع تقديم الرعاية الأفضل بقدر الإمكان باعتبار أن هذا الهدف جانبا من الهدف الأكثر عمومية والمتعلق بخدمات الرعاية الطبية.

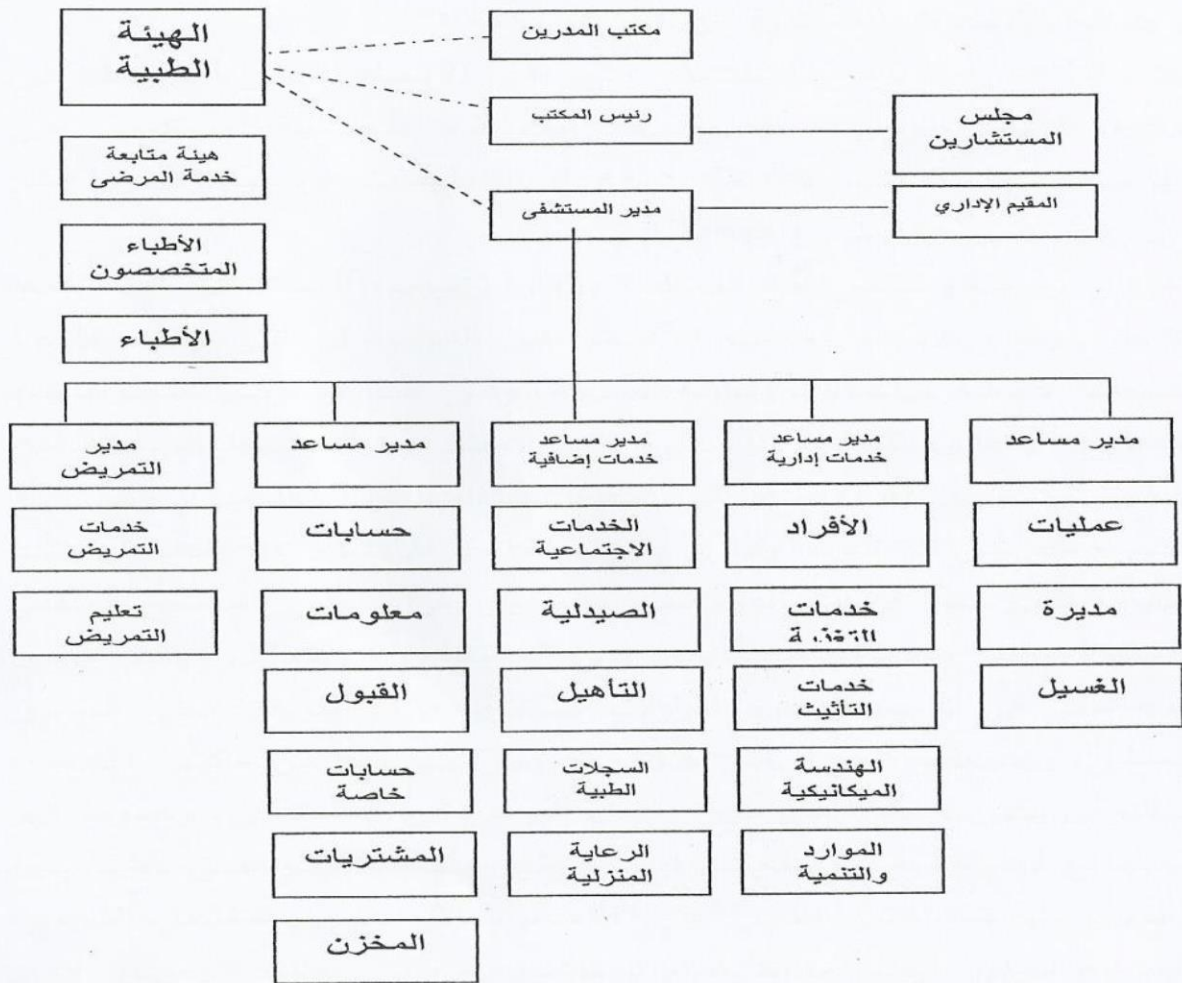
هيكل السلطة في المستشفى.

لاشك أن الأهداف السابقة للمستشفى تتحقق من خلال التنظيم البيروقراطي الذي يقوم على الخصائص التالية:-

1. تتوزع أعمال التنظيم بين مختلف الأوضاع باعتبارها واجبات رسمية ويؤدي ذلك إلى زيادة تقسيم العمل بدرجة ملحوظة ومستوى عالٍ من التخصص يعتمد على الخبرة الفنية لأعضاء الهيئة الإدارية بطريقة مباشرة.
2. تتميز الوظائف بما لها من تنظيم في بناء سلطة متدرجة ويتخذ هذا البناء شكلاً هرمياً.
3. وجود نظام رسمي للقواعد يحكم الأفعال والقرارات ويحقق الاستمرار في العمل والتنسيق بين أنشطة الأعضاء.

4. اتجاه غير شخصي يحكم علاقات العاملين ببعض أو مع العملاء في نطاق العمل والمسافة الاجتماعية بين المستويات المترتبة وبين الموظفين والعملاء تتخذ طابعاً رسمياً.
 5. يعتمد التعيين على المهارات الفنية والتعليم الرسمي أكثر من اعتماده على الارتباطات السياسية والأسرية.
 6. فصل الإدارة عن الملكية أي أن العاملين في التنظيم لا يمتلكون وسائل العمل والإنتاج ولكنها تقدم إليهم في شكل نقود وأدوات، وهم مسئولون عن تبرير استهلاكها ومن ثم لا بد من الفصل التام بين ممتلكات التنظيم والمتعلقات الشخصية لشاغل الوظيفة.
 7. ليس هناك حق لأي شخص في التنظيم في امتلاك المنصب الرسمي ولا في تملك المكتب وما فيه، كما أن تولى الوظائف لا يقوم على نظام وراثي وانتخابي.
 8. وأخيراً جميع الإجراءات الإدارية والقرارات توضع وتثبت كتابة ومن مجموع المستندات المكتوبة وتنظيم الوظائف الرسمية القائمة يتكون ما يسمى بالمكتب كشخص معنوي وهو محور العمل المشترك في العصر الحديث.
- وباختصار أن التنظيم البيروقراطي يركز على بناء رئاسي للسلطة ينطوي على ترتيب هرمي للمناصب ومسؤوليات محددة من أجل تحقيق التنسيق الرشيد بين واجبات الأعمال والذي يؤدي بدوره إلى تحقيق أهداف المنظمة (المستشفى) ويوضح تلك الترتيبات الهرمية على النحو التالي:-

شكل رقم (1)
التنظيم الإداري للمستشفى العام



وبالنظر إلى الخريطة التنظيمية التي يوضحها الشكل السابق نلاحظ أن المستشفى تختلف في تنظيمها عن جوانب معينة من تنظيمات أخرى مثل المصانع، والوحدات العسكرية، من ناحيتين هما:-

- **الأول:** أن التدرج الهرمي للمستشفى يسير في الاتجاه الأفقي أكثر منه في الاتجاه الرأسي.
- **والثاني:** أن خطوط السلطة المتعلقة بإدارة وتوجيه المستشفى تمتد فقط لتشمل رؤساء الأقسام وخاصة الأقسام غير المهنية أو التي ليست لأوجه نشاطها علاقة مباشرة بالرعاية الطبية.

أما السمة التي تميز تنظيم المستشفى والتي قد لا تتضح في الرسم السابق فإنها تتمثل في وجود خطين اثنين للسلطة (تعتبر عنها الخطوط المتقطعة في الشكل السابق) وهذا نتيجة مترتبة على أوضاع الأطباء وعدم استطاعة المستشفى القيام بوظائفها بدونهم.

وفي إطار التنظيم الرسمي للمستشفى توجد سمة أخرى يتميز بها تنظيم المستشفى تتمثل في تقسيم العمل حيث لوحظ ذلك فيما يتعلق بالمهنة الطبية والخدمات الإدارية، حيث يقوم كل قسم من أقسام المستشفى على حدة بوظيفة خاصة تعمل على إبراز أهداف المنظمة ككل.

والجدير بالذكر هنا أنه ينبغي على الباحث في تحليله للبناء الاجتماعي لأداء المستشفى أن يحدد ما هي الجماعات التي تمثل جوانب هامة في هذا البناء، وفي الواقع توجد ثلاث جماعات رئيسية داخل البناء الاجتماعي للمستشفى وهي الهيئة الطبية، والإدارة، وجماعة غير المهنيين ثم أضاف إليها الباحثون جماعة مهمة وهي جماعة المرضى.

تلك الجماعة التي استبعدت من الجماعات الرئيسية في المستشفى وكان المبرر لذلك يرجع إلى المرضى العاديين الذين لم يكتسبوا الأنماط التقليدية، كما أنهم لا يشاركون فعلياً في حياة المستشفى ويتميز دورها هناك بالسلبية والانطوائية والذي يتركز حول هدف مشترك وهو الشفاء بأقصى سرعة ممكنة.

والسبب الآخر هو أن الطب الحديث قد قلل بدرجة كبيرة من الوقت الذي يقضيه المريض العادي في المستشفى لدرجة اختفى معها الوضع التاريخي للمستشفى باعتبارها منظمة للحجز والرعاية التي تدوم لفترة طويلة.

ولهذا السبب فضلاً عن حالة التمركز حول الذات الحادة لدى المرضى، عادة لا تنمو بينهم ثقافة النزلاء وتصبح عاملاً جوهرياً في البناء الاجتماعي للمستشفى، فبرغم وجود المرضى في المستشفى فمنهم من لا يعتبر أنفسهم منها بقدر ما يشكلون جماعة مرجعية للجماعات التي تعد بمثابة جوانب هامة في البناء الاجتماعي للمستشفى.

لكن هناك بعض القضايا الجوهرية الهامة التي تطرحها هذه السمة البنائية الخاصة وهي:

القضية الأولى: يؤدي التجاور بين جماعتين اثنتين من جماعات القوة في نفس الموقع بالضرورة: إلى الصراع على الأهداف التنظيمية، على الرغم من أن هناك بعض المجالات المحددة للسلطة بوضوح ومعترف بها، فمثلاً الطبيب لا يحاول تحديد الطريقة التي ينظم بها الإداري برنامج لشراء حاجات المستشفى، ولا يستطيع الإداري التدخل في القرارات المتعلقة بعلاج المرضى.

القضية الأخرى: أن هناك اهتمامات ومستوى للسلطة متداخلة بين كل من الهيئة الطبية والإدارة، وهنا يحتمل أن ينشب الصراع فمثلاً تعتبر وظائف مثل التسجيل الطبي والصيدلية وإدارة العيادات الخارجية ووظائف هامة في نظر كلتا الجماعتين وتدخل في إشراف كل منهما.

وفي هذا الصدد لخص سميث الهدف الرئيسي للصراع مهما كانت خصوصية العصر في عبارة مؤداها "الأجر في مقابل الخدمة" فمن ناحية يوجد الإداري الذي يحافظ على المنظمة والذي يرتب إجراءات رشيدة لحساب التكاليف، وكذلك يحاول أن يخفض من فقد الدخل الناتج عن خدمة المرضى، وتتنظر الهيئة الطبية من ناحية أخرى إلى المستشفى بوصفها

موقعا مناسباً للغاية لتقديم خدمات رعاية محددة للمرضى، تلك التي ينبغي الحكم عليها على أساس كفاءة العلاج وليس على أساس مقدار ما يتكلفه.

كما أن هناك مشكلة أخرى ترتبط بالصراع على الهدف داخل المستشفى تتعلق بالتعارض بين الاستقلال المهني والضبط البيروقراطي، حيث يؤكد الأطباء بفضل خبراتهم في الطب أنهم الذين لديهم الكفاءة على اتخاذ القرارات المتعلقة برعاية المرضى فقط، ويعد الأطباء أكثر من ذلك على أنهم الذين يمكنهم ممارسة الضبط على أعضاء هذه المهنة ولكنه في الواقع تقع كثير من المجالات ذات الصلة برعاية المرضى في نطاق السلطات المتداخلة.

وهكذا فمع نمو المستشفيات في الحجم وإضافة خدمات جديدة وإحداث تغييرات في الخدمات ينشأ هناك ميلاً نحو النمو البيروقراطي وهذا يصطدم مباشرة بالاستقلال الوظيفي للهيئة الطبية وهذا يقاوم بشدة.

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 سيؤدي 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 المدخل 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 بصدده 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 طباعها 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 الثقافية 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 تبعاً 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 مهيأة 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 مستديمة » 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 طريقتان 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.

المحاضرة الثالثة عشر بعنوان

الأسرة والزواج وعلاقتها بالمرض

عناصر المحاضرة

- مقدمة
- أولاً: المنظور السوسولوجي للأسرة.
- ثانياً: الأسرة بوصفها البيئة المحيطة بالمرضى.

مقدمة

أن الأسرة من وجهة نظر علماء الاجتماع ليست مجرد تجمع بيولوجي، فهي إلى ذلك نسق من العلاقات الاجتماعية المتميزة (علاقات الأزواج والزوجات والآباء والأبناء).

وأسرة تضم زوجاً وزوجة وأطفالهما معاً تفسر هذا المعنى، وجماعة من هذا النوع تعمل كأسرة، وتشعر بذاتها كأسرة، وينظر إليها الآخرون كذلك.

ولا يمكن اعتبار وجود امرأة بمفردها ولديها أطفال لا يمكن اعتبارهم أسرة، لأن وجود امرأة مع أطفالها فقط لا يمكن النظر إليهم بنفس الصورة التي ينظر بها المجتمع إلى رجل وامرأة وأطفالهما معاً.

والتباين بين هذين المثالين يوضح لنا المدخل الذي يفضله علماء الاجتماع في فهم دراسة الأسرة والزواج.

أولاً: المنظور السوسولوجي للأسرة

أن النظر إلى الوظائف التي تؤديها الأسرة يعتبر من المناهج المألوفة في تعريفها أو محاولة التعرف عليها وهي يسمى بالمدخل الوظيفي، ويمكن تحديد وظائف الأسرة في الوقت الحالي في وظيفتين رئيسيتين وهما:-

1. إشباع الرغبات الجنسية للأفراد البالغين ومنحهم الاستقرار.
2. إنجاب الأطفال وتربيتهم وإعالتهم.

وقد يكون للأسرة وظائف أخرى عديدة تقوم بها بالفعل إلا أن هاتين الوظيفتين هما الأساسيتين لها.

وقد كانت الأسرة في الماضي تقوم بوظائف متعددة ومتنوعة، فقد كانت إلى جانب الوظائف التي أشرنا إليها تقوم بوظيفة الإنتاج والاستهلاك (الاكتفاء الذاتي) والرعاية والحماية (الجسمية والنفسية) والتعليم والترفيه.

إلا أنه بظهور التصنيع بدأت الأسرة الممتدة التقليدية تتناقص في حجمها وفي وظائفها أيضاً، وبدأت الوظائف التي ظلت الأسرة تقوم بها لآلاف السنين تنتقل إلى مؤسسات أخرى كالمدارس والجامعات والمصانع ودور الترفيه.

واختفى في كثير من المجتمعات هذا الشكل المتميز من الأسرة وهي التي يطلق عليها علماء الاجتماع اسم (الأسرة الممتدة)، المكونة من الأب الأكبر وزوجته وأولاده المتزوجين وزوجاتهم وأبنائهم وعدد آخر من الأقارب كالأرامل والفتيات غير المتزوجات وهؤلاء جميعاً يعيشون حياة اجتماعية واقتصادية مشتركة.

واختفى هذا الشكل تقريباً بما في ذلك المجتمع المصري وبدأ يحل محله شكل آخر وهو (الأسرة النوواة) أو الأسرة الزوجية، وهي تتكون من الزوج والزوجة وأولادهما الصغار.

وهذا الشكل الجديد المحدود في حجمه يتناسب إلى حد كبير مع متطلبات الاقتصاد والمجتمع، فمن الواضح أن متطلبات التنقل الاجتماعي والمكاني يناسبها أكثر حجم الأسرة الصغير.

ويبرز "وليام جود" أهمية الوظائف الوسيطة للأسرة، وجدير بالذكر أن فكرة الأسرة كوسيط (صاقل - قامع - مؤثر) بين الفرد والمجتمع الكبير قد ظهرت ضمناً في كتب الأسرة منذ مدة طويلة، لأن "جود" هو أول من وضع الأهمية الاستراتيجية للأسرة وخاصة من خلال وظيفتها الوسيطة.

وعموماً فإن المدرسة الوظيفية في علم الاجتماع ترى أن الأسر تقوم بإنتاج الناس بطريقتين هما: **الأولى** هي تنشئة الأطفال للقيام بأدوار البالغين بصورة موافق عليها ومتوقعة من الجماعة الاجتماعية التي يعيشون فيها.

والثانية أن تعمل الأسرة على تثبيت الشخصيات البالغة في الأدوار المتعارف عليها اجتماعياً للأزواج والزوجات، وفي هذا المجال تبرز النساء في أدوارهن كزوجات وأمّهات، وتتركز اهتماماتهن في المنزل والأعمال المنزلية إلى جانب حرصهن على توفير الاستقرار العاطفي لأزواجهن وأطفالهن.

أما الرجال فإن اهتمامهم الأكبر يتركز في كسب المال لإعالة الأسرة، وتتصل أنشطتهم واهتماماتهم بعالم العمل خارج حياة الأسرة.

ونظراً للتقدم الواضح في مجال وسائل منع الحمل وتنظيم الأسرة في العصر الحديث فإن هذا أسهم إلى حد كبير في تصغير حجم الأسرة، ولذلك أصبح الأطفال الآن أكثر أهمية نتيجة لقانون العرض والطلب نظراً لقلّة عددهم في الأسرة. وتدريب الأسرة على الأدوار المتوقعة منهم في حياتهم عندما يشبون أو ينضجون، فهي تعلمهم معايير السلوك التي ينبغي أن يسيروا ورائها، ومثال ذلك تعلمهم كيف ينبغي أن يتصرفوا بمسؤولية وحنان وأن يأخذوا في اعتبارهم الآخرين، فضلاً عن تعليمهم أنه ينبغي عليهم ألا يعتدوا على قوانين بلدهم وهكذا.

أن تعلم الأطفال لأدوار البالغين المستقبلية داخل أسرهم تواجه بالضرورة التعلم المتميز لأدوار الجنس، وهذه يمكن وصفها بصورة أفضل على أنها أدوار الجنس المتعلقة بالذكورة والأنوثة، وهذا لأن السلوك الذكري والأنثوي كما هو سائد في المدينة الغربية هو مركب من الصفات السلوكية والشخصية يقوم على معيار المكانة البيولوجية المحددة للجنس ذكراً أم أنثى.

أن تربية الفتاة وتدريبها لتعتنق دورها الأنثوي يتضمن غالباً اهتماماً بالجادبية الخارجية، ولكن هذا يتم في مقابل الإقلال من حقوقها الطبيعية والتأكيد المستمر على أن الزواج هو هدف الحياة المثالي.

وفي نفس الوقت يتضمن تدريب الصبي وتربيته على تشجيع استقلالته واهتماماته الفعالة في العالم الخارجي من حوله، وفي الوقت نفسه يزداد التأكد على ثقته بذاته واعتماده عليها، فضلاً على غرس القيمة الذاتية المتعاضمة عنده، أي أن البنات غالباً ما تنشأ اجتماعياً على الاهتمام بالمسائل المتصلة بالبيت والأمومة بينما يغرس في الأولاد التأكيد على أهمية الخط المهني للحياة المستقبلية.

أن المدخل للأسرة كنسق من الأدوار مفيد في دراسة العلاقة بين الأسرة والمرض، فالدراسات التي تجرى عن العلاقة بين المرض العقلي والجسمي وبين الأسرة والزواج تقع في فئتين كبيرتين، الفئة الأولى التي تصور الأسرة على أنها البيئة المحيطة للمرض والفئة الثانية التي تطابق بين الأسرة على أنها تلعب دوراً سببياً في عملية المرض نفسها.

إلا أن البحث في مجال الفئة الأولى قد أدى إلى معطيات يمكن القول معها أن التفسير الذي يربط بين البيئة الأسرية وبين انتشار الأمراض أو حدوثها بين الحين والآخر أمراً مرجحاً عما هو الحال في الفئة الثانية.

ومع ذلك فإن اعتبار الأسرة على أنها تلعب دوراً سببياً في المرض يمكن أن ينظر له على أنه ميدان لا يحظى بكثير من الاهتمام بين الدارسين والباحثين وهو الأمر الذي يجعل كثيراً من الأبحاث القادمة تتجه إلى النظرية التأملية.

ثانياً: الأسرة بوصفها البيئة المحيطة بالمرضى

أن أحد الاستجابات المحتملة للأسرة عندما تواجه بأزمة مرضية يمكن أن توصف بأنها من التضامن الإيجابي الذي يظهر على أنها متكاملة عاطفياً واجتماعياً.

أن المرض إذا كان مرضاً خطيراً يؤدي إلى الخروج على السلوك اليومي المعتاد في نطاق الحياة الأسرية لأنه في الأحوال العادية ليس هناك ما يحمل أفراد الأسرة على الخروج على الروتين ولهذا غالباً ما تختفي العواطف والانفعالات في زحمة الحياة اليومية.

ولهذا السبب فإن خبرة الأسر في مواجهة الأزمات الصحية يمكن أن يجعلنا نضع أيدينا على الأحوال في الأسر العادية أو الطبيعية أو بمعنى آخر تجعلنا نتأمل ماذا يحدث في الأسرة والزواج كنظامين.

فعلى الرغم من أن تجربة الوجود في أسرة وهي التجربة التي يفترض أنها تقوم على الحب أو الارتباط الرومانتيكي إلا أنها تتناقض مع إبداء العواطف الموضوعية في أغلب الأحيان أو تبادلها على نحو مرضٍ، ويقال أن أحد الأسباب لهذا التباين في أدوار الذكور والإناث هو ذلك الانفصال الذي يتم بين عالمي الرجال والمرأة من خلال الزواج.

أن رد فعل الأسرة للمرض يمكن أن يؤثر في المرحلة التي يطلب فيها الاستعانة طبيباً، كما أن اتجاهات هذه الأسرة نحو المريض تعتبر مسألة غاية في الأهمية، وهنا يعدد "ديفيز" ثلاثة خطط خداعية يمكن إتاحتها للشخص المعوق في توافقه اللاحق للحياة في المجتمع وهي:-

1. التجاوز أو التغاضي ويحدث ذلك عندما يمكن إخفاء العاهة إخفاء كاملاً بقدر الإمكان.
2. التطبيع أو التعود ويحدث ذلك عندما نستبعد العاهة باعتبارها شيئاً لا أهمية له.
3. الانفصال أو التحلل وهي الوحيدة بين الخطط الثلاث الخداعية التي تتطلب تنازلاً عن السلوك الطبيعي أو الفعل.

أن حاجة الأسرة لمواجهة اتجاهات اجتماعية حادة أو لا عقلانية يصبح أمراً واضحاً وخاصة في حالة المرض العقلي، فإذا نظرنا إلى وطأة المرض العقلي على الحياة الأسرية لوجدنا شيئاً هاماً وغريباً حيث ينظر إلى الأسرة في هذه الحالة على أنها سبب هذا المرض.

ولكن من ناحية أخرى فإن هذه النظرة يمكن أن تدلنا على الطريقة التي تندمج بها الأسرة اجتماعياً أو تكون مسؤولة أو مشاركة في هذا المرض، وكما رأينا في دراسة "ديفيز" عن الأزمة المصاحبة لشلل الأطفال فإن تحليل استجابات الأسرة للمرض العقلي يمكن أن تدلنا كذلك على الدور الطبيعي للأسرة في الحياة.

أن وصمة المرض العقلي هي موضوع يضع اسم الأسرة في موقف حرج، فالزواج والأسرة كنظم اجتماعية حديثة محكومة بنوع من الخصوصية حيث يحفظ الزوج والزوجة أنفسهم لأنفسهم دون السماح للآخرين بالتدخل في شؤونهم أو معرفة ما يدور بينهم وكذلك تفعل الأسر الأخرى.

وطالما ينظر الآخرون للأسرة باعتبارها مكتفية ذاتياً وجماعة مغلقة على نفسها فإن ما تتمتع به من ألفة ومودة فعلية وتفاقم ونجاح نادراً ما تكون هذه الأمور موضع تساؤل.

وفي حالة تعرض أحد أفراد الأسرة للإصابة بمرض عقلي فإن المظهر الطبيعي المألوف للأسرة يتمزق ويثير الشكوك حول ما حدث في هذه الأسرة، وحول ما فعله كل فرد فيها في الآخر ومدى سلامة عقول بقية الأعضاء فيها.

ومن المشاكل البنائية لعلاقات الأسرة والزواج في المجتمع الحديث، فالرجل والمرأة يتفقدان على إقامة أسرة جديدة خاصة بهما مستقلة عن أسرة كل منهما الأصلية، وتقسيم الولاء بين هذه الأسر يجب أن يكون متوازناً حتى لا تحدث مشاكل أو متاعب.

وتثبتت المعايير الاجتماعية الأولية لمكان الأسرة الجديدة وأطفالها ولكنها تفرض في نفس الوقت استمرارية مسؤوليات الأبناء تجاه الأبناء، ومرض الزوج العقلي يعوق التوازن البنائي الطبيعي والعلاقات الطبيعية القائمة بين أسرتي الزوج والزوجة.

فبالنسبة للزوجة يصبح الزوج كأنه في الماضي - ابن أبيه والزوجة ذاتها يمكن أن تعتمد مرة أخرى على مكانتها كابنة في أسرتها الأصلية، وقد ظهر هذا الاتجاه في دراسة (يارو) خاصة أثناء فترة بقاء الزوج في المستشفى.

حيث كانت الزوجة نستعين بأسرتها من الناحية المادية، أو ترسل أطفالها للإقامة عندهم وهذا يؤكد مرة أخرى عدم استقلالية الأسرة بصورة قاطعة بل أن علاقاتها بالخارج مازالت قائمة وخاصة في أوقات الأزمات.

وهذه الأزمة التي تمر بها الأسرة، وهذه الحاجة الواضحة لمشاركة الآخرين وطلب معونتهم تؤكد أن الأسرة لا تقتصر حياتها العاطفية بين هذين الزوجين وأطفالهما فقط، وإنما تبقى العلاقات الوثيقة مع بقية الأقارب بعد الزواج وأن تغير شكلها ومضمونها.

أن وضع كبار السن (ليسوا بالضرورة مرضى) هو واحد من الموضوعات الاجتماعية الذي تتهم بها هذه المناقشة فقد بنيت دراسة (تاونسند) عن الاتصالات الاجتماعية لكبار السن أن العلاقات مع الأبناء الراشدين هي أكثر شيوعاً من الصورة التقليدية عن الشخص المسن المنعزل.

وفي دراسة عن مائتين وثلاثة شخص مسن وجد تاونسند أن حوالي نصفهم يشاركون بالفعل الحياة المنزلية مع أقاربهم، كما أن حوالي 4% منهما فقط لا يستطيعون رؤية أحد أبنائهم مرة في الأسبوع.

وفي حالة المرض المفاجئ أو المزمن فإن وجود الأقارب المتطوعين أو الراغبين في تقديم المساعدة يصنع كل الفرق ففي حوالي ثلثي عينة تاونسند يعتبر قرب الأقارب من مصادر الإنقاذ في أي أزمة مرضية، أما الثلث الأخير فليس لهم أي مصدر للمعونة أو المساعدة.

وهؤلاء هم في العادة يكونون عزاباً أو لم ينجبوا أو لهم أبناء ذكور وليس لهم بنات، وقد بنيت دراسات طبية أخرى كيف أنه من النادر بالنسبة للأسرة ألا ترعى هؤلاء الأعضاء فيها من كبار السن أو المرضى.

وفي مسح مقارنة لكبار السن في الولايات المتحدة وبريطانيا والدنمارك تبين أن حوالي ربع كبار السن في هذه البلاد كانوا مرضى في العام السابق لإجراء البحث، وبالنسبة للذين ليس لهم زوجات أو أزواج كان الأبناء هم المصدر الأكثر أهمية في المساعدة وذلك من خلال عمليات شراء الاحتياجات والنظافة الشخصية والمنزلية والإمداد بالوجبات.

وفي دراسة أجراها (كلارك وسومر) عن خلفيات الأسرة للأطفال سيء التوافق تبين بدقة بعض الاضطرابات في النتائج الطبيعية لحياة الأسرة عندما تتقبل في داخلها واحد أو أكثر من الأقارب الآخرين فهناك علاقة غير مرضية تنشأ بين والدي الطفل وهؤلاء الأعراب الآخرين.

وهذه ترتبط بالسلوك غير المتوافق للطفل سواء في البيت أو في المدرسة، وهذا يرتبط بعلاقات معينة مثل التلثم والتبول اللإرادي والفشل في الدراسة... إلخ، وعدم الرضى هنا يخفى الموقف النموذجي للاعتماد العاطفي للأم على أمها كمصدر عام للضغط في علاقتها الزوجية.

وهناك رد فعل متكرر للحدوث للأعراض المتزامنة لاستقلال الأم - والجدة وهي انسحاب الزوج والوالد من المشاركة في أنشطة الأسرة، وخاصة في مجال رعاية الأطفال ونقص أداء الأب لدوره في الأسرة يرتبط بالسلوك غير المتوافق للطفل.

وتجارب الأم والجدة معركة للحصول على ولاء الطفل مما يؤدي إلى تكوين موقف من المتطلبات المتناقضة بالنسبة للطفل وبالتالي يؤدي إلى اضطرابه وعدم توافقه لعدم قدرته على احتواء الموقف.

وقد أثبتت دراسة أخرى أن المرضى الذين يعودون للإقامة مع أقاربهم وخاصة مع أولئك الذين تربطهم روابط عاطفية قوية معهم قد كانت استجاباتهم نوعا من الانتكاسة عما هو متوقع.

أن مزيدا من التدقيق والبحث في المتغير الأساسي وهو الانشغال العاطفي أظهر أنه يمكن أن يوصف بدقة على أنه العواطف الظاهرة أو العواطف التي أمكن التعبير عنها وإبرازها للآخرين، هذا وتكون العواطف التي يعبر عنها أعضاء الأسرة في مثل هذه الحالات من النوع السلبي.

وترتبط هذه النتيجة مباشرة بمسألة تعاطي الدواء وهنا يشير براون وزملاءه إلى أن الأدوية يبدو أنها ليست ذات تأثير على الانتكاسة أو عدم الانتكاسة بالنسبة للآباء الذين يعيشون مع أقاربهم.

تم بحمد الله

مع خالص أمنياتي لكم بالنجاح والتوفيق ونيل أعلى الدرجات في الدنيا والآخرة..

اختكم في الله: هديل*