

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.