

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 والثقافية التي تسهم في هذا الاختلاف. ومن الواضح أن تقديرات الاحتياجات الطبية والتخطيط للصحة العامة هي أمور تعتمد في أساسها على تفسيرات معدلات الوفيات.

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

1. تعداد السكان في فترة زمنية معلومة؛

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

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

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

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

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

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

(4) المنهج في دراسة معدلات المرض.

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

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

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

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

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

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

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

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

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