علم الاجتماع الطبي

المحاضرة الاولى

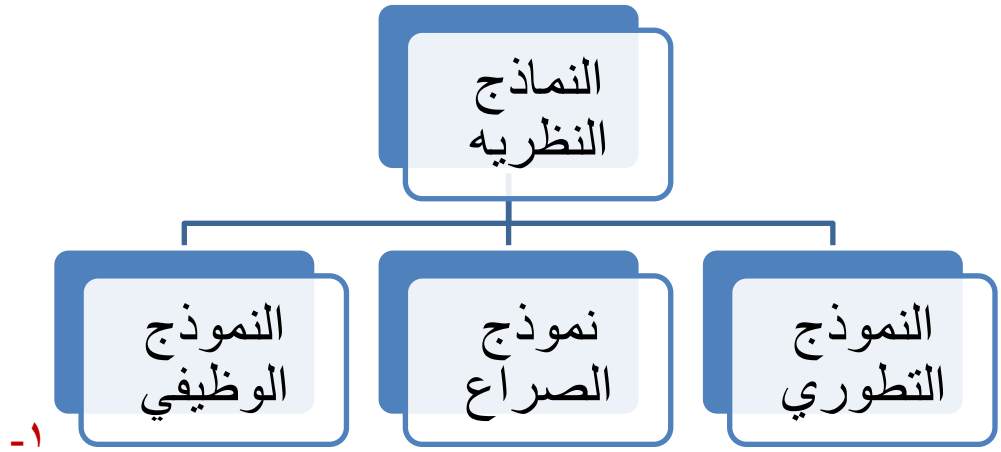
الفصل الاول

علم الاجتماع وملائمته للطب

الإطار النظري لعلم الاجتماع

يختلف علماء الاجتماع في تناولهم للمجتمع فكل عالم يتناول المجتمع من زاويه مختلفه ولذلك تتعدد وجهات النظر وبالتالي تتعدد النتائج التي يصلون إليها .

وإلي الآن لم يصل علم الاجتماع الي نظريه عامه تصلح اساساً لتفسير بناء المجتمع والسلوك الانساني لذلك هناك بعض التصورات النظريه التي تعالج وظائف المجتمع وهي ما يطلق عليها النماذج النظريه وهي نماذج تكمل بعضها البعض لان كل نموذج يركز علي جانب معين ويحاول تفسيره ويمكن عرض هذه النماذج علي النحو التالي:



١-

النموذج التطوري:-

اصحاب هذا النموذج اوجست كونت وهربرت سبنسر ، ويري هذا النموذج المجتمع علي أنه كائناً عضويا حياً يمر بمراحل في تطوره

يري اوجست كونت انها ثلاث مراحل اما دوركايم انها مرحلتين

المرحلة الاولي يرى فيه ان المجتمع بسيط محدود يقل فيه مستوى التخصص وتقسيم العمل (مثال الاسرة والروابط الدينية يحققات تمسك المجتمع وتظامنه)

المرحلة الثانية فيرى فيها انها قدر اكبر من التخصص وتقسيم العمل ويرتبط فيه الناس بروابط اساسية كالتعاقد والمصالح المشتركة.

٢- نموذج الصراع

من اصحابه كارل ماركس والذي يري ان النظام الاجتماعي العام هو نتاج لقوي متصارعة في المجتمع وهذه صراعات تنشأ بين الافراد والجماعات

ويري ماركس ان المجتمع يشهد صراعا بين طبقتين اساسيتين هما طبقه الذين يملكون وطبقه الذين لايملكون. حيث يتحرك اللذين لا يملكون من اجل القضاء على طبقة المالكين وإزالتها من الوجود وإقامة نظام اجتماعي جديد قد لا يعرف الطبقات وهذه الثورة حتمية في كل نظام اجتماعي قائم على اللا مساواة ، وليس في شك ان نظام ماركس يعتبر اكثر تعقيدا لذلك وجهة له الكثير من الانتقادات وهو يفترض ان اساس التغير في المجتمع يتوقف على تاثير العوامل الاقتصادية وانه يرى ان هناك صراع بين طبقة من يملك ومن لا يملك حيث تحكمهم العوامل ألاقتصادية وقد واجه النقد بسبب انه يركز على الناحية الاقتصادية ويتجاهل طائفة اخرى من العوامل الاخرى غير الاقتصادية والمؤثرة في التغير الاجتماعي وبذلك يرى بعض علماء الاجتماع ان نموذج كارل ماركس ينطوي على بعض الاستفسارات الهامة والتي تفسر التغيرات الكبرى في المجتمع الإنساني ومن ثم ممكن ان يسهم هذا هذا النموذج بالإضافة الى النماذج الاخرى في تحليل هذه العمليات ويرى علماء الاجتماع على هذه المجموعة بمجموعة الثوريين. (ملاحظة خاصة حسب مفهومي الخاص ان ماركس ينادي بثورة الشعب ضد النضام الطبقي وينادي بالمساواة بين الناس).

٣-النموذج الوظيفي

يستخدم هذا النموذج المماثله بين المجتمع والكائن العضوي ويفسر اصحاب هذا النموذج المجتمع علي انه يتكون من مجموعه من الانساق تسهم في بقاء المجتمع ككل واستمراره محافظا علي توازنه وبذلك تماثل الوظائف تؤديها اعضاء الجسم وأجهزته حتى يستمر وجوده

يعتقد اصحاب هذا النموذج ان المجتمع يعيش حاله توازن حساس فإذا حدث اي شيء لاي جزء من اجزاء المجتمع تأثرت بقيه الاجزاء .ومن البناءات الرئيسيه في المجتمع النظم المجتمعيه مثل الاسره، التعليم، الاقتصاد ،وكل نسق او بناء فرعي من هذه الانساق ينطوي علي نظم اصغر منه (النسق هو كل متكامل فاي شي يؤثر على جزء منه يتأثر به باقي اجزائه).

مجالات الاهتمام في علم الاجتماع الطبي:-

هناك إسهامات متعددة يمكن أن يقدمها علم الاجتماع للطب مثل دراسة التنشئة الاجتماعية وألا سره ومعتقدات الافراد والجماعات والمجتمعات المحليه وغيرها والنظره الحديثه للصحه لاتعنى مجرد الخلو من الامراض وإنما يقصد بها حاله الاكتمال للجوانب الجسميه والعقلية والاجتماعية للأفراد .وهناك من ذكر-

اربع منظورات اساسيه تستخدم فى هذا الميدان هى:-

أولا: ان المرض المنتشر بين سكان مجتمع معين لا يتوزع توزيعا عشوائيا انما هو مرتبط بمجتمعات مجتمعيه معينه.

ثانيا: ان الناس يستجيبون للمرض ويحرفونه بطرق مختلفة تعكس تأثير الخلفيه الثقافيه او المستوي الحضاري لهم.

ثالثا: ان كل مجتمع يستخدم نظما خاصة به للرعاية الصحية وتختلف هذه النظم في درجه تقدمها.

رابعا: المنظمات الطبية الحديثه ذات صله بمجموعه اخرى من المنظمات الطوعية حتى شركات الادوية.

موضوعات البحث في علم الاجتماع الطبي:-

توزيع المرض وأسبابه.... يهتم علماء الاجتماع بالتعرف على توزيع الامراض بين السكان، و العوامل المؤدية الى ظهورها بطريقة معينة فهو يهتم بمجموعة من المتغيرات مثل : العمر، النوع، و الطبقة الاجتماعية (المهنة و الدخل)، و هناك اهتمام اقل بمتغيرات ،مثل الاتجاهات و الانماط السلوكية و العمليات الاجتماعية الاكثر تعقيدا و اما دراسات الصحة العقلية فانها تهتم بمتغيرات ،مثل الحراك الاجتماعي و العزلة الاجتماعية و الضغوط الاجتماعية.

١- **الاستجابات الثقافية و الاجتماعية للمرض** .... يهتم علماء الاجتماع و الانثروبولوجيا في هذا المجال بدراسة و تحليل ادراك الناس لأغراض المرض او للأمراض ذاتها و طريقة تعريفهم للمرض.

٢- **الجوانب الاجتماعية و الثقافية للرعاية الطبية**..... يتناول هذا الميدان في الغالب دراسة العلاقات بين ممارسي الطب و بين المرضى و كيف تتأثر هذة العلاقات بسمات و خصائص الاطباء و المرضى على السواء و

يدخل ضمن هذة الدراسة و معالجة موضوعات اجتماعية مثل الاتصال و التأثير و الادوار الاجتماعية

٣- **الوفيات:** و يهتم علم الاجتماع الطبي في هذا المجال بتغير معدلات الوفيات و التأثيرات الاجتماعية على ذلك و التوافق بين المنظمات الطبية و بين تغير انماط المرضى و الوفاة و اما المتغيرات التي تحظى بالاهتمام في هذا المجال فهي تشمل العمر،و النوع ، و العرف ، و المكانة الاجتماعية الاقتصادية.

٤- **علم الاوبئة الاجتماعية:** يقصد به دراسة ظهور و توزيع الامراض بين السكان فهو يدرس مسألة ظهور الامراض و توزيعها و اصولها الاجتماعية، بالاستعانة ببعض البيانات الاحصائية المتوافرة ، و كذلك يهتم هذا الفرع بدراسة الاصول الاجتماعية للامراض مثل الاضطرابات العقلية ، السرطان ، و امراض القلب و هنا مجال اخر لاهتمام هذا الفرع و هو التوزيع الاقليمي للمرضى و لحالات الوفيات ، و ذلك بالاستعانة بالمعلومات الاحصائية

٥- **تنظيم الممارسة الطبية:** يهتم هذا الميدان بتنظيم ممارسة مهنة الطب في المجتمع و يدخل ضمن هذا المجال المقارنات بين نظم الرعاية الطبية في المؤسسات المختلفة

٦- **الدراسة السوسيولوجية للمهن الطبية:** يعالج التنظيم الاجتماعي و العلاقات بين مختلف الجماعات المهنية ، و يهتم علم الاجتماع الطبي في هذا المجال بمهنة التمريض، و دراسة الاطباء ، المستشفيات ، و المهن المساعدة للطب ، و الاهتمام هنا ينصب على متغيرات مثل: التنشئة الاجتماعية ، الهيبة ، التدرج ، المنافسة ، التخصص، و الايدلوجيات ، و التعيين او الالتحاق بالمهنة

٧- **سوسيولوجية المستشفى:** هذة الدراسة فرع من فروع علم الاجتماع يعرف باسم علم اجتماع التنظيمى و هو يتناول دراسة المستشفى بوصفها تنظيما اجتماعيا ، فيركز على التطور التكنولوجي للمستشفى و التنظيم البيروقراطي و الانجاز ، و المنافسة بين الاطباء المتخصصين ، و علاقات القوة ، و عملية صنع القرارات ، و تقسيم العمل و المركزية.

٨- **منظمات صحة المجتمع:** التركيز هنا على مختلف المنظمات الصحية في المجتمعات المحلية سواء كانت عامة ام خاصة و ينصب اهتمام علم الاجتماع الطبي في هذا المجال على دراسة بناء هذة المنظمات ووظائفها و علاقاتها بجمهور السكان في هذة المجتمعات ، و اوجة التفاعل بينها ، و اساليب تقدم الرعاية الطبية

٩ـ التغير الاجتماعي و الرعاية الصحية:

الدراسات التي تدخل ضمن اهتماماتة تشمل تطور مهنة الطب و اساليب الرعاية الطبية في المجتمع ،و التغير في قيم الصحة و التوجيهات القيمية و نحو المرض و العلاج و تغير طابع المنظمات الطبية و توزيع مصادر الصحة في المجتمع

١٠ـ **التعليم الطبي:** و تناول اتجاهات تعليم الاطباء و اساليب اختيارهم لمهنتهم ، و القيم الاجتماعية السائدة بينهم و طرق اعداد الطبيب مهنيا و نفسيا و اجتماعيا

١١ـ **الصحة العامة :** و من بين اهتمامات هذا الميدان نشر الوعي الطبي و الوقاية من الامراض كذلك تهتم الصحة العامة بالأمراض المزمنة و المتوطنة و بتلوث البيئة و اثرة في الحالة الصحية للسكان لان هدفه الاساسي هو احداث تغييرات في البيئة و في الانماط السلوكية الصحية للناس ، و من ثم يستفيد المتخصصون في الصحة العامة من مفاهيم علم الاجتماع الاساسية مثل القيم و العايير و الثقافة و المجتمع المحلي و التأثير الاجتماعي و التغير التنظيمي في تحقيق اهـــــــدافهم

١٢ـ **الضغوط الاجتماعية والأمراض** : يهتم بدراسة الضغوط و بين الاصابة بالأمراض و لهذا يتعاون الاجتماعيون و الاطباء في دراسة العلاقة بين الضغوط الاجتماعية التي يتعرض لها سكان المجتمع م بين معدلات اصابتهم بالأمراض ذات الانواع المختلفة

١٣ـ **الطب النفسي الاجتماعي و المجتمعي :** دراسة مختلف العوامل التي تحقق ارتقاء في المستوى الصحى للأفراد و ارتفاعا في درجة الوعي الطبي و الوقاية من المرض و الاستجابة النفسية الصحيحة للمرض و للعلاج

١٤ـ **السياسة الصحية:** دراسة مختلف اساليب الرعاية الصحية في المجتمع و العلاقة بين الهيئات الحكومية و الطوعية في هذا المجال كما يدرس هذا الميدان ايضا حاجات الناس للخدمات الطبية و مدى توافر الامكانيات المالية و الطبية و الفنية لتوفير هذة الخدمات

و على هذا النحو يقوم عالم الاجتماع الطبي بدور تطبيقي هام يكاد يماثل الدور الذي يقوم به الطبيب النفسي او المتخصص في بحوث السوق

و قد اقترح روبرت شتراوس انة ينبغي تقسيم ميدان علم الاجتماع الطبي منطقيا الي مجالين اساسين هما : سوسيولوجية الطب ، و علم الاجتماع في الطب

اما في المجال الاول فانة سوف يختص ببحث عوامل البناء التنظيمي ، علاقات الادوار، و ظائف الطب كنسق للسلوك،،، اما الاخير فانة يهتم بالبحوث الجماعية او التدريس و بتكامل المفاهيم و الاساليب الفنية

و نجد ان علم الاجتماع الطبي التخلص من الصياغات الروتينية و التقليدية لكي يقدم شيئا ملموسا يكون موضع التقدير من العاملين في المجال الطبي و ربما يتعاون علم الاجتماع الطبي مع الخدمة الاجتماعية الطبية في هذا الصدد و بخاصة في عمليات اعادة التأهيل الجسمي و الاجتماعي و يتم بمقتضاها تزويد الاشخاص الذين يتعذر علاجهم تماما من بعض الامراض اؤ اؤجة النقص نتيجة الاصابة بمرض معين بادوات او وسائل لتعويض حالة النقص هذة و تغيير ظروف حياتهم بحيث يقل الي حد كبير تأثير حالة النقص لديهم في اسلوب حياتهم و قدرتهم على التوافق و عادة ما يحدث ذلك بتكوين بعض المهارات الجديدة لدى الافراد مثل حالات الاذرع الصناعية او الاطراف الصناعية عموما و هكذا يمكن ان يتضح الدور الذي يقوم به علم الاجتماع الطبي بالتعاون مع الخدمة الاجتماعية الطبية

علم الاجتماع الطبي (المحاضرة الاولى)

المحاضرة الثانية:-

الفصل الثاني

ميدان علم الاجتماع الطبى

تأثير الامراض في الجماعات الانسانية:

هناك اربعة مستويات للتحليل توضح الكيفية التي تؤثر بها الامراض في الجماعات الانسانية و الطرق التي تستجيب بها هذة الجماعات للمرض و هي:

اولا-لا تحدث الامراض بطريقة منتظمة او عشوائية و انما لوحظ انها تحدث بدرجات متباينة تقل او تزيد بين الجماعات الاجتماعية المختلفة

ثانيا-يميل الافراد الي النظر الي واقعية المرض من منظورات ثقافتهم الخاصة

ثالثا-يستعين الافراد بمجموعة من الوسائل المنسقة لمعالجة الامراض التي تظهر في جماعاتهم وقد تكون هذه الوسائل بسيطة نسبيا وذلك مثل دور المركز الطبي الجامعي الحديث

رابعا-ان معالجة المرض تتطلب اكثر من مجرد المعرفة الطبية من خلال الوسائل الطبية مثل : الهيئات الصحية التطوعية و اقسام الصحة العامة و شركات الادوية لتمد الاطباء بكل ما هو ضروري للعلاج الناجح هذة النظم الطبية ترتبط و تتأثر بدرجة ما بنظم اجتماعية اخرى

و تستطيع العلوم الاجتماعية و بخاصة علم الاجتماع لكل هذة الاسباب و غيرها ان تسهم في الميدان الطبي و ذلك لان توزيع المرض في المجتمع و النظرة الثقافية له و الادوار و الاتجاهات و القيم وغيرها تدخل في نطاق اهتمام علم الاجتماع

و يمكن لعلم الاجتماع الطبي ان يمدنا بالمعلومات المتعلقة بهدف و مجال و تنظيم عناصر الطب التي قد تؤثر في عامة الناس

ظهر في اطار علم الاجتماع العام ميدان خاص بعلم الاجتماع الطبي

يواجه المتخصصون في كافة النظم الفكرية قضية اخرى تتعلق بما اذا كانت جهودهم في البحث ستوجه نحو دراسة الجوانب المتباينة في هذا المجال الخاص من منظور النظام الفكري الاوسع او ما اذا كانوا سيركزون اساسا على حل

المشاكل الخاصة فقط بهذا المجال المحدد بحيث يمكن ان نميز في هذا الصدد بين علم الاجتماع الطبي و علم الاجتماع في الطب

يشير الاول(علم الاجتماع الطبي)الي استخدام المواقع الطبية والصحة و المرض في دراسة ظواهر سوسيولوجية مثل البناء التنظيمي و علاقات الدور و اتجاهات و قيم الاشخاص المشتغلين بالميدان الطبي

ويشير التعبير الاخير(علم الاجتماع في الطب)الي الدراسات التي تهدف اما الي المساعدة على حل مشكلة علمية من مشاكل الطب او المساهمة في توفير معلومات تتعلق بمشكلة عملية تواجه الممارسة الطبية مثل تعبئة الموارد الصحية او تيسير مهمة المشرفين في ذلك المجال و لقد حاول معظم علماء الاجتماع اساسا تحقيق التوازن بين هذين المطلبين بمعنى تراكم المعرفة التي تسهم في تنمية كلا من علم الاجتماع و في حل المشكلات العلمية في المجال الطبي

التفسير السوسيولوجي للطب و النظم الطبية

اولا-مجالات الالتقاء بين الطب و علم الاجتماع:

يعتبر علم الاجتماع الطبي ميدانا حديثا نسبيا وذلك لقلة عدد المهتمين من علماء الاجتماع بالتركيز على المواقف الطبية في دراسة بعض الظواهر السوسيولوجية العامة

لقد ادرك الاطباء طوال تاريخ علمهم انة يوجد ارتباط وثيق بين المرض و البيئة الاجتماعية و لقد اخذ هذا الادراك ينعكس في النظرية و التطبيق

فلقد تباطء علم الاجتماع ومعه العلوم الاجتماعية جميعا في قبول الطب كميدان من ميادين اهتماماتة الدراسية فلم يكن هناك منذ ما يقرب من ثلاثين عاما مضت الا مجرد دراسات النوجرافية انطوت على معلومات متسقة حول المعتقدات الطبية و العادات و التي ينقصها الاشارة الي مستوى المرض بين السكان موضوع الدراسة ،و استمر تجاهل علماء الاجتماع للطب بدرجة كبيرة حتى قبل الحرب العالمية الثانية باستثناء بعض التطور في الجوانب الاجتماعية للطب النفسي و التي ترتبت على انتشار اتجاه التحليل النفسي

الارتباط بين الطب وعلم الاجتماع

و لقد ظهر مع بداية الثلاثينات و منذ الحرب العالمية الثانية خاصة اهتمام نامي بالعلاقات المتبادلة بين الطب و العلوم الاجتماعية الاخرى و اتجهت مدارس

الطب نحو الاهتمام باجراء دراسات مركزة تهدف الي تطوير المعرفة المتعلقة بهذة الموضوعات و يعمل في الوقت الحاضر اكثر من ١٣٠٠ عالم اجتماع امريكي الي جانب بعض علماء الانثربولوجيا و النفس الاجتماعي معا في مشروعات بحوث كبرى او ضخمة ذات صلة بالميدان الطبي كما ينظم الان ٨٦ قسم من اقسام الجامعة في امريكا برامج للخريجين في علم الاجتماع الطبي

و كانت الرغبة في ان يصبح علم الاجتماع واحدا من بين العلوم المعترف بها هي التي دفعت علماء الاجتماع الي النظر الي الطب باعتبارة ميدانا من ميادين دراستهم للثقافة الانسانية

كل النظم الفكرية في المجتمع الغربي كانت تنظر الي الطب باعتباره مشاركا في معركة تحقيق رغبتهم في ان يصبح علم الاجتماع واحدا من بين العلوم المعترف بها ، وهكذا شعر الكثير من علماء الاجتماع بضرورة الالتزام بدراسة المشاكل الاجتماعية الواضحة في ذلك الوقت

و كان علماء الاجتماع قبل الحرب العالمية الاولى يستمدون استبصاراتهم العلمية و بدرجة كبيرة من الافكار البيولوجية التي ينطوي عليها الطب ، كان تركيز الطب على الفرد ، و على الاحداث التي تجرى داخل الكائن العضوي في وقت ادعى فية علم الاجتماع اهتمامه الفريد بكل ما هو فوق الفرد او ما هو فوق العضوي و هكذا كان تراث القرن التاسع عشر يتميز بالتركيز على الانقسام الاجرائي بين الطب و العلوم الاجتماعية

ممارسة الطب في المجتمعات المختلفة كانت تركز على كل من العوامل الاجتماعية في تعليل المرض و بأثر العلاقات الشخصية المتبادلة في العلاج

وكانت الممارسة الطبية البدائية التي تعتمد على الايدلوجية الاخلاقية الدينية تعالج القلاقل و الذنوب من خلال علاقتها بالحياة الاجتماعية كما كانت تركز على الايحائي و تعطي لاثار العلاقات الشخصية دورا هاما في العملية العلاجية

و لقد ساد نفس هذا الادراك في تراث الطب القديم اذا اعطت تعاليم هيبوقراط اهتماما صريحا بالبيئة الاجتماعية باعتبارها عاملا علميا او مفسرا للامراض كما كانت تنظر الي العلاقة بين المريض و الطبيب باعتبارها وسيلة علاجية كما تمدنا الكتابات الاغريقية الكلاسيكية بما يشهد على نفس هذا الاهتمام بعلم اجتماع الطب ذلك الذى لا يزال له اثره الواضح حتى اليوم

و بينما اخذ الطب يلبس رداء العلم بالمعنى الحديث لهذة الكلمة خلال القرن الماضي ،الا انه لم يغفل بالمرة و حقا ،ذلك الفهم الاجتماعي الذي ميز الاجيال الماضية و على الرغم من ان التعليم الطبي الرسمي و الاهتمام الاكاديمي

ولقد كان التقدم العلمي في الطب خلال القرن التاسع عشر يواجهه صعوبات كثيرة ترد في جزء كبير منها الي العقبات الاجتماعية من داخل او خارج مهنة الطب و لكن سرعان ما اندلعت المعركة ضد النزعات التقليدية و الميل الي اعاقة التقدم و ادرك الكثير من الاطباء انه اذا كان تاريخ الطب ينطوي على دروس معينة يمكن تعلمها فما هي الا الحذر من اخطاء الماضى و استيعاب الحقيقة الواضحة التي مؤداها ان الاستبصارات الاجتماعية الصادقة في الطب البدائي او القديم قد اختلطت بذلك الجهل البيولوجي

و هكذا يبدو من نواحي كثيرة ان علم الاجتماع و الطب كانا يتجاهل كل منهما الاخر خلال المراحل الاساسية من تطورهما باعتبارهما نظامين فكريين و علميين

الا ان ثمار هذة الجهود قد ادت في السنوات الحديثة الى وجود اهتمامات مشتركة و تحقيق الالتقاء بين العلمين حيث ترتب على التغيرات التي طرأت على الاكتشافات الطبية خاصة و الاجتماعية كذلك وجود موقف ملائم ساعد على بذل جهود تعاونية مشتركة مثمرة بينها على النحو الذي سنوضحه فيما بعد

ثانيا عوامل الالتقاء بين الطب و علم الاجتماع

١- التغير فى نسبة انتشار المرض

شهد القرن الماضى ما اطلق عليه غزو الامراض الوبائية و لم ينخفض فقط معدل الوفيات الامريكية الى النصف فى

الفترة ما بين ١٩٠٠- ١٩٦٠

و أنما انخفض ايضا اسهام الامراض المعدية فى احداث حالات الوفيات من ٤٠% الى ٦% و كما حدث هذا مع فئات العمر الطاعنة فى السن حدث ايضا بالنسبة للمرض المزمن على كل مستويات العمر

و عندما لم يعد الاطباء يجدون بين قائمة مرضاهم اعدادا ممن تتأثر حالتهم بالمرض المعدى عندئذ امكن لهم أن يتفرغوا للمشكلات الاقل حيوية مثل

الاضطرابات الانحلالية و الحيوية و العصابية و الشكاوى الجسمية النفسية و اعادة تأهيل المعوقين

معظم الامراض المزمنة قد تعذر معها البحث الذى يركز فقط على السبب الوحيد و الذى يقتصر فى معالجته على المناهج التقليدية و المباشرة للصحة العامة

ان الامراض المزمنة عموما تعد حصيلة لاسباب كثيرة و غالبا ما كانت تبدو هذه الامراض بمثابة رواسب لصدمة او انهاك بيولوجى او سيكولوجى مر به المريض فى حياته و هكذا تغير منطق دراسة علم الوبائيات و اتسع نطاق البحث و تحول من البحث عن الارتباط بين حالات المرض و بين سبب محدد الى محاولة للتوصل الى مؤشرات مشتركة فى خبرة الاشخاص المصابين و التى تميز تاريخ حياتهم عن اولئك الذين لم يتأثروا بالمرض ممن اجريت عليهم الدراسة

و هكذا ادت الدراسة الوبائية للمرض المزمن الى دراسة العادات و الخبرات الاجتماعية للكائنات الانسانية و اعتبر التحكم فى المرض بمثابة مشكله لها دوافعها الاجتماعية

ان التدخل العلاجى يستلزم احداث تغيرات متكررة و مستمرة فى الانماط المعيارية لحياة المريض كما سيترتب على التعديلات اللازمة فى ادوار المرضى تحقيق تكيف مستمر مع الافراد و الجماعات الذين يتصلون بالمريض و بخاصة اسرهم

و تعتبر رعاية المرض المزمن مكلفة للغاية من ناحية الزمن و المال

و الاسباب الاجتماعية على وجه الخصوص لها مكانة بارزة فى تخفيف حدة الامراض المزمنة

٢- تقدم الطب الوقائى و الصحة العامة

مع ادراك اهمية الجوانب الاجتماعية فى التحكم فى الامراض المعدية حدثت بعض التطورات فى مجال الصحة

كان لها اهميتها بالنسبة للعلوم الاجتماعية و هى :

فلقد اتسع نطاق اهتمام علم الوبائيات ليشمل الى جانب دراسة توزيع الامراض المعدية بين السكان ايضا دراسة ايكولوجية المرض او الاعاقة الفيزيقية و اصبح يركز على التعرف على اسباب المرض و على نتائجه

المتباينة بين مجموعات السكان المختلفة و فى بيئات مختلفة و اكد ذلك على العلاقة بين حامل المرض و بين مكان الاقامة

الاهتمام المتزايد بالتحكم فى الامراض المزمنة ادى الى الاهتمام بمفهوم الاسباب المتعدده للمرض و هذا معناه ان الاطباء قد اضطروا الى اخذ عوامل اخرى غير العوامل البيولوجية فى اعتبارهم عند معالجة مرضاهم

ولما كانت نتائج المرض المزمن تظهر غالبا ادى كبار السن من الاشخاص فقد ادى ذلك الى تركيز الاهتمام على الجماعات العمرية التى وصلت لمرحلة الشيخوخه كما اتجهت جهود البرامج الكبرى نحو الجماعات العمرية صغيرة السن

و مع تزايد الحاجة الى مشاركة المواطنين المستمرة فى القيام باعباء الطب الوقائى تزايد الاهتمام بالتعليم الصحى

اصبح ضرورى التعرف على الاتجاهات الصحية بين جماعات السكان و التركيز على مقاومة الاساليب الصحية و علاقته بالاختلافات الثقافية بين السكان

الاهتمام بالمستوى المحلى عن طريق

التكامل بين البرامج الصحية و البناء الاجتماعى و الثقافى المحلى اذ تظهر هناك فى هذه البلاد مشكلة ضمان تأييد المجتمع المحلى لبرامج العمل الصحى بالاضافة الى مشكلة قياس الحاجة الى الرعاية الطبية و التعرف على نوعية و كمية الرعاية المتاحة للمجتمعات المحلية و ايجاد الوسائل الملائمة فى التغلب على اوجه القصور المشار اليها و التى قد تظهر هناك

تزايد الاهتمام بضرورة اعادة تأهيل اولئك الاشخاص الذين يعانون من عجز بسبب المرض او الحوادث خاصة بعد ان اتضح ان هؤلاء يعدون بمثابة مشكلة سوسيولوجية بالنسبة للفرد العاجز او بالنسبة للمجتمع

العلاقة بين المهنة و الصحة ميدانا لتطبيق معرفته غير الطبية على الحياة المهنية

احلال التصور الايجابى للصحة محل التصور السلبى لها و تطورت نظرة الصحة العامة الى ميدان الطب و اعتبرته اكثر من مجرد الدراسة الوقائية و شفاء المرضى

حيث شمل الاهتمام بتنمية العناصر التى تسهم فى توفير الحياة المناسبة و التى تدفع الناس لكى يحيوا حياة اكثر صحة اذ تحدد مثلا منظمة الصحة العالمية . الصحة على انها حالة من السعادة او الرفاهية الاجتماعية و العقلية و الفيزيقية الكاملة.

و لقد اسهم اتخاذ الامراض المزمنة محور الاهتمام فى هذه المرحلة و ما نجم عن ذلك من مشكلات نظرية و عملية

اسهم فى اتساع اهتمام العاملين فى مجال الصحة العامة ليشمل العديد من المشكلات السوسيولوجية غير ان هذا الاهتمام الاجتماعى لا يشكل جانبا متكاملا من النظرية الاجتماعية الشاملة للصحة العامة و لم يمد العلماء الاجتماعيين بأية استبصارات نظرية بقدر ما اكتسب طابعا عمليا بمقارنته بالطب الاجتماعى

بذلك اصبح علم الاجتماع ميدان يجذب اليه المشتغلين بعلم الاجتماع وذلك للاسباب الاتية:ا-التقدم فى النواحى المنهجية والنظرية وبذلك اصبح مماثل لما حققه الطب

٢-برهن علماء الاجتماع انهم يستطيعون ان

يساهموا فى المجال الطبى

أدى ذلك من فرص البحث الاجتماعى ورفع من مكانة المشتغلين به واخذ الاطباء وغيرهم ينظرون اليهم باحترام ،وتمكن علماء الاجتماع من استغلال الفرص المتاحة امامهم لخدمة مهن الممارسة الطبية وسهل عليهم مهمة الاسهام فى تطوير علمهم

يمكن عرض بعض الاسئلة على المحاضرة الاولى والثانية واجابتهاكمراجعة على الموضوعات التى تم تناولها من مقرر علم الاجتماع الطبى ،وذلك لكى يتمكن كل طالب وطالبة من التحصيل الجيد من خلال شرح المحاضرة واعادة صياغتها مرة اخرى فى صورة اسئلة واجابتها النموذجية

السؤال الاول :ضع علامة(صح)أو(خطأ) أمام كل عبارة من العبارات التالية مع تبرير العبارة الخطأ.

ا ١-يعتبر علم الاجتماع من العلوم القديمة ( ) العبارة (خطأ) حيث ان علم الاجتماع علم حديث

٢-توصل علم الاجتماع الى نظرية يمكن ان تصلح أساسا لتفسير بناء المجتمع والسلوك الانسانى

العبارة (خطأ) لان علم الاجتماع لم يطور بعد نظري عامة تصلح لتفسير بناء المجتمع والسلوك الانسانى

٣-اعتمد علم الاجتماع على بعض التصورات النظري التى يعالج كلا منها وظائف المجتمع

العبارة (صح) وذكرنا ان هذه التصورات يطلق عليها النماذج النظرية ،وهما النموذج التطورى،نموذج الصراع ،النموذج الوظيفى

٤-ينظر النموذج التطورى للمجتمع على انه

ثابت وفى حالة استقرار دائم ( )

العبارة (خطأ) لان اصحاب النموذج التطورى ينظروا للمجتمع بوصفه كائنا عضوى حيا يمر فى تطوره بعدد من المراحل التى ينتقل فيها المجتمع من حالة البساطة الى حالة اخرى أكثر تعقيد

٥- من أصحاب النموذج التطورى أوجست كونت

العبارة صحيحة

٦-تجاهل علماء الاجتماع افكار اصحاب النموذج التطورى()

العبارة (خطأ)لم يتجاهلوه تمام لانهم يروا ان طالما ان المجتمعات مختلفة من حيث طبيعتها التاريخية فهى تتطور فى اتجاهات متعددة

يرى ماركس ان المجتمع يشهد صراعا بين طبقتين اساسيتين ( )

العبارة (صح) و الطبقتين هما طبقة الذين يملكون و طبقة الذين لا يملكون

النقد الذى وجه الى نموذج الصراع انه ركز على العوامل الاقتصادية و غير الاقتصادية

العبارة (خطأ) لانه ركز على العوامل الاقتصادية فقط

شبه النموذج الوظيفى المجتمع بالكائن العضوى

العبارة (صح) لان الكائن العضوى يتكون من اجزاء تسهم فى الحفاظ على بقائه كذلك المجتمع يتكون من مجموعة من الانساق التى تسهم فى بقاؤه و استمراره

تستند كافة العلوم الاجتماعية الى المنهج العلمى

العبارة (صح) لانه نموذج اعم و اشمل و يبعد عن الافكار الفلسفية و المذهبية

يقبل العلماء فى الوقت الحالى انه يمكن استخدام المنهج العلمى فى دراسة الظواهر الاجتماعية

العبارة (صح) حيث انهم اكدوا على استخدام المنهج العلمى مع الاخذ فى الاعتبار الفروق بين الظواهر الطبيعية و الظواهر الاجتماعية

السؤال الثانى : تناول بالشرح مجالات الاهتمام فى علم الاجتماع الطبى الاتية

الوفيات

علم الاوبئة الاجتماعية

جـ - سوسيولوجية المستشفى

د – الصحة العاملة

أ الوفيات

و يهتم علم الاجتماع الطبي في هذا المجال بتغير معدلات الوفيات و التأثيرات الاجتماعية على ذلك و التوافق بين المنظمات الطبية و بين تغير انماط المرضى و الوفاة و اما المتغيرات التي تحظى بالاهتمام في هذا المجال فهي تشمل العمر،و النوع ، و العرف ، و المكانة الاجتماعية الاقتصادية

علم الاوبئة الاجتماعية

يقصد به دراسة ظهور و توزيع الامراض بين السكان فهو يدرس مسألة ظهور الامراض و توزيعها و اصولها الاجتماعية، بالاستعانة ببعض البيانات الاحصائية المتوافرة ، و كذلك يهتم هذا الفرع بدراسة الاصول الاجتماعية للامراض مثل الاضطرابات العقلية ، السرطان ، و امراض القلب و هنا مجال اخر لاهتمام هذا الفرع و هو التوزيع الاقليمي للمرضى و لحالات الوفيات ، و ذلك بالاستعانة بالمعلومات الاحصائية

جـ - سوسيولوجية المستشفى

هذة الدراسة فرع من فروع علم الاجتماع يعرف باسم علم اجتماع التنظيمى و هو يتناول دراسة المستشفى بوصفها تنظيما اجتماعيا ، فيركز على التطور التكنولوجي للمستشفى و التنظيم البيروقراطي و الانجاز ، و المنافسة بين الاطباء المتخصيصين ، و علاقات القوة ، و عملية صنع القرارات ، و تقسيم العمل و المركزية

د- الصحة العامة

و من بين اهتمامات هذا الميدان نشر الوعي الطبي و الوقاية من الامراض كذلك تهتم الصحة العامة بالامراض المزمنة و المتوطنة و بتلوث البيئة و اثرة في الحالة الصحية للسكان لان هدفة الاساسي هو احداث تغييرات في البيئة و في الانماط السلوكية الصحية للناس ، و من ثم يستفيد المتخصصون في الصحة العامة من مفاهيم علم الاجتماع الاساسية مثل القيم و العايير و الثقافة و المجتمع المحلي و التأثير الاجتماعي و التغير التنظيمي في تحقيق اهـــــــدافهم

السؤال الثالث : ما هى مستويات تأثير الامراض فى الجامعات الانسانية

هناك اربعة مستويات للتحليل توضح الكيفية التي تؤثر بها الامراض في الجماعات الانسانية و الطرق التي تستجيب بها هذة الجماعات للمرض و هي:

اولا-لا تحدث الامراض بطريقة منتظمة او عشوائية و انما لوحظ انها تحدث بدرجات متباينة تقل او تزيد بين الجماعات الاجتماعية المختلفة

ثانيا-يميل الافراد الي النظر الي واقعية المرض من منظورات ثقافتهم الخاصة

ثالثا-يستعين الافراد بمجموعة من الوسائل المنسقة لمعالجة الامراض التي تظهر في جماعاتهم وقد تكون هذه الوسائل بسيطة نسبيا وذلك مثل دور المركز الطبي الجامعي الحديث

رابعا-ان معالجة المرض تتطلب اكثر من مجرد المعرفة الطبية من خلال الوسائل الطبية مثل : الهيئات الصحية التطوعية و اقسام الصحة العامة و شركات الادوية لتمد الاطباء بكل ما هو ضروري للعلاج الناجح هذة النظم الطبية ترتبط و تتأثر بدرجة ما بنظم اجتماعية اخرى

السؤال الرابع : اذكر الفرق بين علم الاجتماع الطبى و علم الاجتماع فى الطب

يشير الاول(علم الاجتماع الطبي)الي استخدام المواقع الطبية والصحة و المرض في دراسة ظواهر سوسيولوجية مثل البناء التنظيمي و علاقات الدور و اتجاهات و قيم الاشخاص المشتغلين بالميدان الطبي

ويشير التعبير الاخير(علم الاجتماع في الطب)الي الدراسات التي تهدف اما الي المساعدة على حل مشكلة علمية من مشاكل الطب او المساهمة في توفير معلومات تتعلق بمشكلة عملية تواجه الممارسة الطبية مثل تعبئة الموارد الصحية او تيسير مهمة المشرفين في ذلك المجال و لقد حاول معظم علماء الاجتماع اساسا تحقيق التوازن بين هذين المطلبين بمعنى تراكم المعرفة التي تسهم في تنمية كلا من علم الاجتماع و في حل المشكلات العلمية في المجال الطبي

السؤال الخامس : ما هى عوامل الالتقاء بين الطب و علم الاجتماع ؟

عوامل الالتقاء بين الطب و علم الاجتماع هى

التغير فى نسبة انتشار المرض

تقدم الطب الوقائى و الصحة العامة

السؤال السادس : تكلم عن جوانب التطور فى مجال الصحة

فلقد اتسع نطاق اهتمام علم الوبائيات ليشمل الى جانب دراسة توزيع الامراض المعدية بين السكان ايضا دراسة ايكولوجية المرض او الاعاقة الفيزيقية و اصبح يركز على التعرف على اسباب المرض و على نتائجه المتباينة بين مجموعات السكان المختلفة و فى بيئات مختلفة و اكد ذلك على العلاقة بين حامل المرض و بين مكان الاقامة

الاهتمام المتزايد بالتحكم فى الامراض المزمنة ادى الى الاهتمام بمفهوم الاسباب المتعدده للمرض و هذا معناه ان الاطباء قد اضطروا الى اخذ عوامل اخرى غير العوامل البيولوجية فى اعتبارهم عند معالجة مرضاهم

ولما كانت نتائج المرض المزمن تظهر غالبا ادى كبار السن من الاشخاص فقد ادى ذلك الى تركيز الاهتمام على الجماعات العمرية التى وصلت لمرحلة الشيخوخه كما اتجهت جهود البرامج الكبرى نحو الجماعات العمرية صغيرة السن

٣- و مع تزايد الحاجة الى مشاركة المواطنين المستمرة فى القيام باعباء الطب الوقائى تزايد الاهتمام بالتعليم الصحى

اصبح ضرورى التعرف على الاتجاهات الصحية بين جماعات السكان و التركيز على مقاومة الاساليب الصحية و علاقته بالاختلافات الثقافية بين السكان

٤-

الاهتمام بالمستوى المحلى عن طريق التكامل بين البرامج الصحية و البناء الاجتماعى و الثقافى المحلى اذ تظهر هناك فى هذه البلاد مشكلة ضمان تأييد المجتمع المحلى لبرامج العمل الصحى بالاضافة الى مشكلة قياس الحاجة الى الرعاية الطبية و التعرف على نوعية و كمية الرعاية المتاحة للمجتمعات المحلية و ايجاد الوسائل الملائمة فى التغلب على اوجه القصور المشار اليها و التى قد تظهر هناك

٥- تزايد الاهتمام بضرورة اعادة تأهيل اولئك الاشخاص الذين يعانون من عجز بسبب المرض او الحوادث خاصة بعد ان اتضح ان هؤلاء يعدون بمثابة مشكلة سوسيولوجية بالنسبة للفرد العاجز او بالنسبة للمجتمع

٦- العلاقة بين المهنة و الصحة ميدانا لتطبيق معرفته غير الطبية على الحياة المهنية

٧- احلال التصور الايجابى للصحة محل التصور السلبى لها و تطورت نظرة الصحة العامة الى ميدان الطب و اعتبرته اكثر من مجرد الدراسة الوقائية و شفاء المرضى.

حيث شمل الاهتمام بتنمية العناصر التى تسهم فى توفير الحياة المناسبة و التى تدفع الناس لكى يحيوا حياة اكثر صحة اذ تحدد مثلا منظمة الصحة العالمية . الصحة على انها حالة من السعادة او الرفاهية الاجتماعية و العقلية و الفيزيقية الكاملة.

المحاضرة الثالثة

الفصل الثالث

منظورات العلوم السلوكية للصحة والمرض

يشير مفهوم الصحة التقليدى والذى يرى [حالة الخلو من المرض والضعف الواضح لاصبح من اليسير ان نعتبر كل الاشخاص الذين لايشعرون المرض ولاتظهر عليهم اية علامات مرضية واضحة عند فحصهم بدقة ،اشخاص

اصحاء ،اما مفهوم منظمة الصحة العالمية الذى يصف

الصحة بأعتبارها ،(حالة كاملة من السلامة الجسمية ،والعقلية والاجتماعية ،لا مجرد الخلو من المرض والضعف)

ولعلنا نجد ان هذا التعريف يجعل من الصعب استخدامه فى وعملى التميز بين المرضى والاصحاء على اساس اجرائى اوعملى ومن ثم فان فائدته تكاد تنحصر فى توجيهنا نحو الابعاد العامة للصحة والاشارة الى ان السلامة الجسمية ذاتها تعتمد على السياق الذى نعيش فيه وعلاقتنا بالاخرين ،والمخاطر الجسمية والاجتماعية التى نتعرض لها فى حياتنا

ولابد ان ندرك ان جانبا كبيرا من حيويتنا الجسمية يرجع الى المشاركة والاندماج فى انشطة الحياة اليومية والاحساس بمعنى النشاط الاجتماعى الذى نمارسه فى الحياه وانكار هذه

الحقيقة ،يعنى اننا نعتبر الانسان الة وان اعضاء المهن الطبية الطبية هم مجرد متخصصين فى صيانة هذه الالة والمحافظة عليها ويمكن من خلال هذه المحاضرة عرض مجموعة من الابعاد التى السلوكيةحتى يمكن تفسير ما يسمى متصل الصحة والمرض ومن المنظورات التى سوف يتم عرضها هى :١- المنظور الثقافى

٢- المنظور الاجتماعى

٣- المنظور المجتمعى

١ -المنظور الثقافى

يهتم هذا المنظور بدراسة العلاقة بين المضمون الثقافى اى اساليب الحياة الثقافية ومختلف تعريفات الصحة وانواع الاستجابات للمرض ويعنى ذلك ان النماذج الثقافية والاساليب النمطية للحياة الاجتماعية تؤثر تأثير كبير فى تصورنا للمرض واستجابتنا له اذن المناخ الثقافى يحدد مانعتبره حالات مرضية والاسباب التى ننسبها الى هذه الحالات والاشخاص الذين لديهم السلطة المشروعة فى تقييم هذه الحالات وتحديدها

اذن ثقافة الجماعة تؤثر فى كل جانب من جوانب نمو الفرد وتطوره واكتساب اساليب الحياة وتحديد الاهداف والتطلعات وعوامل الخطر التى يتعرض لها الفرد واساليب استجابتها

لهذه الاخطار وتوافقه معها ،فكل تجارب الحياة مشروطة الى حدا ما بالمعتقدات والاتجاهات الثقافية ،مثل التغذية ،السكن،بالاضافة الى وجود اعتقاد ان ابناء الطبقات العالية والاكثرتعليما تقل بينهم معدلات الوفيات او حتى معدلات الاصابة ببعض الامراض و تؤثر اساليب التغذية ايضا تاثيرا كبيرا فى الحالة الصحية

صحة الناس تعكس الاسلوب الذى يختارونه للحياة و تظل و تلك الحقيقة مسالة بالغة الاهمية فأنواع الامراض و معدلات الوفيات و انواعها فى المجتمع تتاثر كثيرا بالقيم المتصلة بتنظيم الاسرة و العمل و الترويح و البيئة الصناعية التى يعيش فيها انسان هذا العصر تعد مصادرا اساسيا

هذه البيئة و النماذج الثقافية المتعلقة بترتيبة الابناء و نشئتهم الاجتماعية و العلاقات الاسرية و التطلعات الاجتماعية و المنافسة الشديدة

كل ذلك قد اسهم فى تزايد معدلات الاكتئاب النفسى و الانتحار و العنف و هى سمات تبدو واضحة فى المجتمعات التكنولوجية الحديثة و لقد اتضح ان الاصابة بامراض القلب ترتفع بين نموذج الشخصية السائد فى الثقافة الغربية و هو النموذج الذى يحيا حياة المنافسة الشديدة و التقدير الدقيق للوقت و العدوات المختلفة و ربما اصيبت هذه الشخصيات ايضا بامراض اخرى.

- ❖ الاطار الثقافى و النواحى الصحية

يتضح ذلك بشكل اكثر فى برامج الصحة العامة التى كشفت عن بعض الممارسات الصحية والتى تعبر عن الثقافة التقليدية.

اولا:- انه حينما يحاول المسؤلون عن الصحة العامة فى المجتمع

من تقديم بعض الخدمات المتطورة للافراد الا اننا نجد الناس لا يستخدمونها حتى بعد بنائها مع الصور التقليدية للسلوك او ربما لان موقعها يتعارض مع الفهومات الثقافية المتصلة بنماذج التفاعل الاجتماعى

ثانيا :-انه بالنسبة لاولئك الافراد الذين يعتبرون الاسرة و الالفة الاجتماعية قيمة كبرى نجدهم يتصورون الاقامة فى المستشفى للعلاج من المرض سببا اساسيا فى انعزلة الاجتماعية و الشعور بالوحدة و لهذا يحتفظون تماما على اجراءات عزل المريض و القواعد الخاصة بالزيارات و يعتبرون ذلك كله تهديدا خطيرا لحياتهم الاجتماعية

ثالثا :-ان الناس فى ثقافات عديدة لديهم توجيها نحو الحاضر لا المستقبل و من ثم فهم يكرهون معناة ببعض الآلام الوقتية مثل التطعيم بالحقن لاكتساب مناعة و مقاومة فى المستقبل ضد الاصابة بالامراض و لكنهم قد يقبلون ذلك اذا تم اعطاء هذه الوقاية بطريقة متسقة مع المعتقدات و القيم و الاهداف الثقافية السائدة

رابعا ان مسئولى الصحة العامة يجدون صعوبة كبيرة فى اقناع الناس بتغيير عادتهم الغذائية مثل الاكثار من تعاطى السكريات

ونجد ان القيم الثقافية السائدة فى مجتمعاتنا العصرية تتسبب فى عدد كبير من المخاطر الصحية الى درجة اننا لسنا بحاجة الى سردها الان

فمثلا ثقافة الاعلان و الترف تؤيد التدخين و استهلاك المشروبات الكحولية و الاطعمة الضارة و عمليات الانتاج الصناعى تفسد البيئة و تعمل على تلويثها مما يتسبب فى كثير من المشكلات الصحية و مع ذلك فالناس يرفضون التخلى عن المكاسب التى حققها التقدم التكنولوجى حتى و ان تربعت عليه بعض المخاطر الصحية.

المنظور الاجتماعي:

المنظور الاجتماعي يفيد في توجيه اهتمامنا نحو متطلبات الحياة الاسرية و العمل و الانشطة الاجتماعية بوجة عام

الاخفاق في التكييف البيولوجي لا يرجع الي قصور في السمات الشخصية للناس فحسب بل يعتمد ايضا على درجة التلائم بين الشخص و بين الوضع الاجتماعي الذي يشغلة في المجتمع او الجماعة و لهذا فان استجابات الناس للمواقف الاجتماعية مختلفة حينما يدرك بعض الافراد موقفا على انة ينطوي على صعوبة يجد فية اخرون موقفا محتملا.

و يمكن القول ان الاشخاص ذوي القدرات و المهارات و التدريب المتماثل قد يتفاوت تكيفهم بصورة ملائمة مع الظروف التي تواجههم في مختلف المواقف و ذلك اعتمادا على شدة المطالب التي يجب عليهم مواجهتها و الشكل الخاص الذي قد تتخذة هذه المطالب فبعض سمات الشخصية قد تكون مفيدة في سياق او موقف ما و قد تمثل عائقا في مواقف اخرى.

و يهتم المنظور الاجتماعي ايضا بالمعايير المتصلة بالمرض و الاستجابة له

وقد تناول علماء الاجتماع التعريف الاجتماعي للمرض في ضوء مفهوم "دور المريض" الذي صيغ باعتباره نموذجا مثاليا بواسطة يحاول علماء الاجتماع الوقوف على الخصائص الاجتماعية المتصلة بتحديد المرض و الظروف التي يستطيع الاشخاص في ظلها ان يزعموا انهم يعانون المرض و يصورونة بصورة مشروعة ثم مسئولياتهم في مواجهة المرض او الاستجابة له

ادراك المرض امرا فرديا اما ما يفعلة الناس للعناية بانفسهم فانه يعتمد الي حد كبير على احكامهم الخاصة و تقديراتهم الذاتية لحالاتهم الصحية

و هناك ظروف يكون المرض فيها مصدر خطر كبير على المجتمع و يؤدي الي نوع من السلوك الجماعي

و في حالات اخرى ينظر الي المرض باعتبارة يهدد الاخرين قدر تهديدة للشخص المريض و من ثم تحتفظ الحكومات لنفسها بحق التدخل عن طريق وضع اجراءات و تدابير لحماية المجتمع ورفاهيتة ولا تملك المجتمعات فقط القدرة على استبعاد بعض المصابين بالامراض المعدية و عزلهم فحسب، بل حق مراقبة المرافق العامة و الهيئات و الاشخاص الذين قد تنطوي اعمالهم على تهديد معين لصحة السكان

و يطلق على المدخل السائد تجاه الصحة في المجتمعات الحديثة مصطلح المنظور الهندسي و برغم ان الطب موجه نحو تعديل العمليات البيولوجية الفردية فان معظم الاخطار الصحية تتجاوز حدود الفرد و قد يحتاج استبعادها الي سلوك جماعي

ومن المجالات التي تحاول ان تتدخل فيها الحكومة عن طريق القانون و التشريع مجال المرضى العقلي ،و الاشخاص الشواذ الذين لا يستطيعون التكييف مع ظروف المجتمع الصناعي و يتمثل التدخل الحكومي هنا في القاء هؤلاء الاشخاص داخل المستشفيات العقلية الكبرى دون ارادة منهم

ومن المفروض ان يلقى هؤلاء الاشخاص رعاية طبية و اجتماعية خاصة داخل هذة المؤسسات لكن المشكلة في هذا الصدد هي ضعف مستوى الرعاية التي يحصل عليها هؤلاء المرضى العقليين بل كان لهذة المؤسسات تأثيرا مدمرا على قدرات المريض على تلقي اية مهارة للتعامل مع العالم الخارجي

العجز والمـــــــرض

ومن بين المسائل الهامة التي يستخدم فيها المنظور الاجتماعي المتفرقة بين العجز و المرض، ذلك لان الامراض تختلف فيما بينها من حيث مدى العجز الذي تسببة تبعا لاختلاف الافراد ورغم ان لحالة المرض تأثيرا على العجز . الا ان هناك عوامل اخرى لا ترتبط بالمرض تؤثر في مدى عجز الافراد عن القيام ببعض الانشطة ،فالمرض يجعل الفرد عاجزا حينما لا يستطيع ممارسة واجبات دوره العادية لكن يعتمد على طبيعه هذه الواجبات و اتجاهه نحوها قدر اعتمادة على حالتة الصحية

ويعتمد ايضا على اتجاهات اعضاء الاسرة و استجاباتهم و اتجاهات الموظفين و الاطباء كما ان طول فترة العجز الناتج عن المرض تعتمد على المتطلبات الجسمية و العقلية التي تقتضيها بعض المهن

نظرا لان العجز قد يكون مؤقتا فان الافراد يبحثون عن تدابير ووسائل للتغلب عليه، لكن حالات العجز المزمنة تزيد من عدم قدرة الشخص على مزاولة العمل

و جدير بالذكر انة في مجتمع معقد مثل مجتمعنا يسمح التخصص و تقسيم العمل بان تتاح للمعوقين فرص القيام بمهام او ادوار مهنية تناسب حالتهم الجسمية و من ثم يستطيع المعوقون انجاز بعض المهام بطريقة مقبولة و مرضية وهذا بدورة يفتح افاقا جديدة للخدمة الاجتماعية الطبية و التأهيل الاجتماعي على نحو يتلائم مع متطلبات النظام الاجتماعي الاقتصادي الحديث و يبدو ان كثيرا من حالات العجز الناتجة عن الاصابة بأمراض مزمنة او اصابات ترتبط و تتحدد من خلال التعريفات الاجتماعية للعجز في مقابل العاهات الجسمية

وعند دراسة الجوانب الاجتماعية للعجز يجب ان نتذكر رغبة الفرد و دافعيتة لاعادة تدريبة تلعب دورا حاسما . فالاشخاص الذين لديهم ميل قوى نحو اعادة تأهليهم يستطيعون التغلب على كثير من المشكلات بينما يلاحظ ان الاشخاص الذين يعتبرون اشخاصا معوقين بدرجة اقل تبعا للمقاييس الطبية فانهم يثبتون نظرة خاصة نحو عملية اعادة التأهيل فهم ينظرون الي هذة العملية بوصفها تمثل اعترافا يفصح بشكل اوضح عن عجزهم

ويمكن توجيه بعض التساؤلات مثل :

الي اي حد يؤثر المرض على الحياة الاسرية و المهنية للمريض؟ و هل العجز يمثل معوقا عاما، ام انه يظهر بشكل اكثر فعالية في حالات دون غيرها ؟

و في احد الدراسات التي اجراها كوماروفسكي على حالات العجز غير الطبية، اتضح له ان بطالة عائل الاسرة، و قد ادت التي تحسن العلاقات الاسرية لا افسادها . و قد اضطر لتفسير هذة الحقيقة الى الرجوع للظروف الاسرية قبل البطالة، و اوضح انة في الحالات التي تسود فيها علاقات طيبة بين الزوج و الزوجة فان الاسرة تتضامن بشكل اوضح في مواجهه الازمات ، اما في الحالات التي تكون فيها هذة العلاقات متوترة فان ذلك سوف يترتب علية صعوبات في مواجهه الازمة تتخطى مجال الازمة ذاتها

ففي دراسة البطالة المشار اليها قبل قليل، اتضح انة عندما يفقد بعض الازواج قدرتهم على كسب معاشهم فانهم يحاولون تعويض هذا العجز من خلال تغيير سلوك الدور المعتاد منهم في الاسرة و توجية اهتمام اكبر نحو الزوجة و الاسرة ، بل و المشاركة و التعاون في اداء بعض الامور المنزلية وربما تكون القيمة التي يعزوها الشخص الي مختلف جوانب انشطة حياته هي التي تسهم بقدر ما في تحديد الكيفية التي سوف يؤثر بها العجز في دور او اكثر من ادوار،فلو حدث العجز-مثلا- في دور يعتبر وسيلة لتحقيق دور اخر اكثر اهمية

(مثال ذلك حينما ينظر المرء لدوره المهني الذي يعد مصدر دخله كوسيلة لكي يكون رب اسرة ناجح فسوف يكون العجز عن اداء هذا الدور اقل تدميرا لشخصية الفرد ،مما لو كان الدور يمثل غاية في ذاتة)

من خلال التحليل الاجتماعي من ادراك الحقيقة التي مؤداها و ان الصحة قيمة اجتماعية نحكم عليها في ضوء القيم الاجتماعية الاخرى و من المسلم به ان الصحة و الحفاظ على الحياة امور لا يمكن تجاهلها

المنظور المجتمعي

- ❖ يهتم بالعلاقة بين الصحة و النظم الاجتماعية الاخرى و تحليل الاساليب التي تستخدم بها الصحة لمعالجة المشكلات الموجودة في المجالات الاخرى للنشاط الاجتماعي

وهنا نهتم بدراسة العلاقة بين مؤسسات الصحة و التنظيمات الصناعية ، و القانون ، و حياة الاسرة و نهتم بالمناخ الذي تقوم فية مؤسسات الصحة و مسئوليتها بدور يتخطى وظيفتها الطبية المحدودة و الضغوط التي تتعرض لها

مفهومات الدور

و هي اهم ادوات عالم الاجتماع داخل المنظور المجتمعي وهنا يبحث علماء نظرية الدور عن التفاعل بين مختلف مجالات النشاط الانساني بدراسة الانتظامات السلوكية الناشئة من كيانات قائمة داخل سياقات اجتماعية معينة مثل الاسر و المستشفيات و المجتمعات المحلية و المسلمة الاساسية عند معظم هؤلاء العلماء هي ان جانبا كبيرا من السلوك يحدث من خلال التنشئة الاجتماعية داخل سياقات معينة و من ثم فان المكانات التي يشغلها الناس في التنظيمات و في المجتمع تفسر جانبا كبيرا من سلوكهم

وعلماء نظرية الدور رأيهم اساسا هو ان معرفة الانسان لهويتة او مكانتة الاجتماعية عامل قوي للتوقعات التي يحتمل ان يواجهها الشخص في المواقف الاجتماعية

ان مفهوم الدور احد المفهومات القليلة التي ترتبط بصورة فعالة بالبناء الاجتماعي و العملية الاجتماعية و الشخصية الاجتماعية

تطور نظرية الدور و اوجة القصور الرئيسية

الدور هو تحديد لسلوك المكانات الاجتماعية او هو عملية تحويل الحقوق و الواجبات الخاصة بمكانة معينة الي واقع ملموس

و قد جذبت هذة التميزات علماء الاجتماع كثيرا لانها ربطت ما بين اهم مجالات الدراسة السوسيولوجية: تعليم الطفل و البناء الاجتماعي و تقسيم العمل و التفاعل و هكذا...

و باختصار اصبح الدور مفهوما ذا قيمة لانه ربط معا العناصر الدينامية و الاستاتيكية للحياة الاجتماعية و يمكن استخدام هذا المفهوم لوصف التنظيمات الرسمية و تفسير الممارسات السلوكية على مستوى الفرد و التفاعل بين الافراد

و يعد مفهوم الدور مفهوما غرضة الوحدة و التبسيط

فمؤخرا سمعنا ان الاشخاص الشاغلين لمكانات اجتماعية معينة يتعلمون مجموعات معينة من الانشطة المرتبطة بهذة المكانات

و ان الاشخاص الذين يمارسون هذة المجموعات السلوكية يحتلون مكانات ملائمة في وقت ملائم وان ادوار جديدة ينقلها اناس و يتعلمونها عندما يشغلون مكانات اجتماعية جديدة وان الادوار مرتبطة بصورة متبادلة بأدوار اخرى، و من ثم تمثل هذة الارتباطات العمود الفقري للتنظيم الاجتماعي بل و يؤكد البعض ان الناس مختلفون فقط لأن المكانات الاجتماعية التي يحتلونها مختلفة او ذات تنظيم مختلف داخل ترتيب مجموعات الدور.

من يشكلون نفس الادوار يتصرفون بأساليب مختلفة بالرجوع الى فئات مختلفة من الناس ، استلزمت تبنى مفهوم مجموعة الادوار . كما أضيفت مفهومات أخرى مثل تمثيل الدور ، و تصوير الدور ، و ضغوط الدور Role Strain، ووضع الدور ، و القيام بالدور ، حيث أن الصياغة غير الدقيقة لنظرية الدور لن تفى بوصف ملائم لثراء التفاعل و تعتمده بين الناس . أن الدور يمثل اداة ذو اهميه للتحليل حيث اننا نستطيع التنبؤ بجانب كبير من سلوك الانسان فالادوارتمثل وحدات وظيفية فى عملية تكيف الانسان فلكل مكانة اجتماعية واجبات و مهارات خاصة تستلزم من شاغلها القيام بأنماط معينة من السلوك ومن ثم يترتب على تنميط هذه المهارات و الواجبات اثارا وظيفيه الى جانب انه ما دمنا نشارك فى الحياه الاجتماعية انطلاقا من التوقعات التى لدينا تجاه مكانة الاخرين و توقعاتهم الخاصة فان النمط المحدد للدور يكون امرا مطلوبا لتسهيل هذه المشاركة فى الحياة الاجتماعية

دور المريض

المرض هو حادثة طبيعية . ولهذا لا نستطيع ان نلوم المريض بانة قد سبب لنفسة المرض.و نظرا لان تخفيف المطالب و الواجبات اليومية الملقاه على عاتق المريض ، يسهم في وصوله الى الشفاء بسرعة

فعندما يلقى المريض رعاية كافية و ملائمة فإنة يعود الي مسئولياتة اليومية في المجتمع مرة اخرى

فإن قضية تكيف المجتمع مع المرض تصبح مشكلة عملية ملحة حيث يتسم هذا السياق المجتمعي بخصائص اهمها شدة الضغوط المفروضة على العمل وتباين حاجات المجتمع و كثرتها

- ❖ و بذلك يتضح ان كلا من العمال و الحكومة يستغل مفهوم دور المريض لتحقيق مصلحته الخاصة فاستخدام العمال للطبيب بإعتبارة انه وسيلة للهروب من مطالب المجتمع التي ليست لها علاقة مباشرة بالصحة و هو امر دفع

بالحكومة الي التدخل في تنظيم سلوك الطبيب و الخدمة في هذا المجال حتى تستطيع مواجهه هذا الاتجاه لكي تضمن لنفسها ولااجهزتها الانتاجية طاقة بشرية كافية و تلك الظاهرة كانت قائمة في المجتمع الامريكي ايضا في فترة زمنية معينة

و يواجه الاطباء بعض مظاهر السلوك المنحرف من مرضاهم مثل حالات العذر الكاذب اي ادعاء المرض و عدم وجود حالة من العجز عند المريض و بناء على هذا فانه عندما يقدم الطبيب تبريرا طبيا للعجز الاجتماعي يمتزج الجانبان الطبي و الاجتماعي في ممارستة لمهنة الطب حيث لا يكون واضحا تماما اذا ما كان الحكم الذي اصدره الطبيب على حالة المريض هو حكم طبي او ذو طابع اجتماعي

اصدر علماء الطب النفسي بعض التوصيات الخاصة بالمسئولية القانونية لمرض الخلل العقلي:

١-ان الشخص لا يكون مسئولا عن السلوك الاجرامي لو كان يفتقد القدرة الاساسية على فهم الطبيعة الجنائية لسلوكه او مطابقة سلوكه للقواعد القانونية و ذلك نتيجة لاصابته بمرض عقلي

٢-ان مصطلح المرض او القصور العقلي لا يعني فقط الشذوذ الذي يبدو في سلوك المجرم العائد او غيرة من انواع السلوك المعادي اجتماعيا

هناك صعوبة كبرى تواجهنا عند محاولة التمييز بين السلوك الناتج عن خلل عقلي و السلوك الناتج عن انحراف الشخص ذاته بل يرى هؤلاء ان تغيير القاعدة القانونية لن يؤثر كثيرا عن الطابع العلمي للشواهد التي يستند اليها الطب النفسي في هذا الشأن في قاعات المحاكم حيث ان مشكلة تعريف طبيعة الامراض العقلية سوف تظل قائمة الي جانب مشكلة اخرى تتمثل في ربط سلوك الشخص بحالتة السيكولوجية

مصطلح المرض العقلي يكون مفيدا في بعض الاحيان فقد يسبب اضرارا بسمعة الشخص و مكانته حيث ان المرض العقلي في رأي الكثيرين يعني العجز عن اتخاذ السلوك المعقول و المسئول و في احيان اخرى يستخدم هذا المصطلح للحط من السلامة العقلية للشخص و سلامة ارائه فهناك حالات يوصف فيها الشخص البارز ذو الاراء التي لا يألفها المجتمع و هناك حالات يستخدم فيها مصطلح المرض العقلي من اجل اغراض سياسية او اجتماعية لا تتصل بالمرض و لكنها دافعا ذا طابع سياسي

و عندما ندرس استخدام مفهوم المرض في اغراض غير طبية نجد انفسنا مرة اخرى ندرس الدور الاجتماعي للطب و الطب النفسي فهذا الدور يتسم بأنة غير محدد بدقة حتى يتيح للطبيب قدرا ملائما من المرونة في معالجة المشكلات الناشئة في المجتمع و التي لا توجد لها حلول واضحة متفق عليها

فمن خلال هذا الدور يقوم ممارسو الطب ببعض الوظائف الاجتماعية الهامة فقد يستخدمون في اغلب الاحيان المفهوم الاجتماعي للمرض لكي يسهلوا عملية السلوك في مواقف لا توجد لها بدائل سلوكية ايجابية اخرى فربما يسهل على القانون ان يعاقب الشخص الذي يرتكب اساءات نفسية ضد غيره

واخيرا اذا كان من الضروري ان تتسم معالجتنا للمشكلات بخاصة المرونة فضروري ايضا ان نراجع قراراتنا و ننقحها دائما و ان نرسي ضمانات ملائمة تضمن حقوق الاشخاص الذين تفيدهم تلك القرارات

تكامل المنظورات السلوكية

واخيرا يمكن القول ان هذه المنظورات السلوكية جميعها تتكامل وتمثل اساليب معينة نستطيع بواستطها دراسة نفس العمليات الاجتماعية والسلوكية السائدة فى المجتمع

ولابد ان ندرك ان الانسان قادر على السيطرة على الاحداث وان قدراته نعتمد على ما يتمتع به من دافعية وعلى البيانات الرمزية المحيطة به وعلى الكيفية التى ينظم بها جهوده ومعارفه ومدى امتلاكه لادوات العمل،فازدياد قدرة الانسان على السيطرة على شئون المجتمع وهذا يعتمد على امتلاك الوسائل والمهارات والمعرفة

النشاط الانسانى والنشاط المتصل بالمرض ،يمكن تفسيره داخل اطار يعتبر ان هذا السلوك يمثل جانب او استجابة فى موقف يناضل فيه الناس من اجل السيطرة على البيئة وان سلوك من يعالجون المريض ،ويهتمون به ،يجب ان يحتل جانبا من نسق حاجاتهم ونظامهم اليومى السائد ،حيث ان معالجة المريض تمثل مهمة يومية عندهم ،تستلزم ان يخططوا لها بعض الاجراءات والتقنيات وغالبا ما يكون اخفاق المرضى والاطباء والممرضات وغيرهم من العاملين فى مجال الصحة ،ترجع الى الضغوط والصراعات التى يواجهونها عندما يقومون بنشاطهم اليومى الروتينى

اسئلة واجابتها على الفصل الثالث

السؤال الاول :

ضع علامة صح او خطأ امام كل عبارة من العبارات التالية :

١-ترى منظمة الصحة العالمية ان الصحة هى :(الخلو من المرض والضعف)

-العبارة (خطأ) لان منظمة الصحة العالمية ترى ان الصحة هى (حالة كاملة من السلامة الجسمية والعقلية والاجتماعية لامجرد الخلو من المرض والضعف)

٢-تؤثر ثقافتنا وحياتنا الاجتماعية فى تصورنا للمرض الاجابة (صحيحة) وذلك لان المناخ الثقافى يحدد ما نعتبره حالات مرضية واسبابه والاسخاص الذين يملكون السلطة فى تقييم هذه الحالات وتحديدها

٣-صحة الناس تعكس الاسلوب الذى يختارونه للحياة ( ) الاجابة (صحيحة) حيث البيئة والقيم تعد مصدر من مصادر الاصابة بالمرض

٤-الخدمات المتطورة الذى يقدمها المجتمع قد لايقبلها الافراد الاجابة (صحيحة)

لانها قد تتعارض مع المفهومات الثقافية المتصلة بالتفاعل الاجتماعى ٥-القيم الثقافية تسبب عدد من المخاطر الصحيحة ( )

الاجابة (صحيحة) مثال التدخين ، وما ينتج عن الانتاج الصناعى

٦-تتفاوت قدرات الاشخاص من موقف لاخر ( )

الاجابة (صحيحة) لان ذلك يتوقف على شدة المطالب التى يجب مواجهتها والشكل الخاص الذى قد تتخذه هذه المطالب

٧- لاتتدخل الحكومة فى حالات المرض للأفراد ( ) الاجابة (خطأ) لان الحكومة تتدخل بشكل قانونى وخاصة فى مجال المرض العقلى

٨-يصبح الفرد عاجز اذا اصيب بأحد الامراض ( )

الاجابة (خطأ)لان المريض يكون عاجز اذا اصبح غير قادر على اداء ادواره العادية ليس كل مريض عاجز

٩-المجتمع لايسمح للمعوقين القيام بمهام وادوار مهنية ( )

الاجابة (خطأ) لان التخصص وتقسيم العمل يتاح للمعوقين فرص للقيام بمهام وادوار مهنية تناسب حالتهم الجسمية

١٠-تهتم نظرية الدور بالتفاعل بين مختلف النشاط الانسانى

الاجابة (صحيحة) لانها تهتم بدراسة الانتظامات السلوكية الناشئة من كيانات قائمة داخل سياقات اجتماعية

١١-يواجه الاطباء بعض مظاهر السلوك المنحرف من مرضاهم ( )

الاجابه (صحيحة)وذلك مثل حالات العذر الكاذب وادعاء المرض وعدم وجود حالة من العجز عند المريض

السؤال الثانى:

اذكر التوصيات الخاصة بالمسؤلية القانونية لمرضى الخلل العقلى

- ان الشخص لا يكون مسئولا عن السلوك الاجرامي لو كان يفتقد القدرة الاساسية على فهم الطبيعة الجنائية لسلوكه او مطابقة سلوكه للقواعد القانونية و ذلك نتيجة لاصابته بمرض عقلي
- ان مصطلح المرض او القصور العقلي لا يعني فقط الشذوذ الذى يبدو فى سلوك المجرم العائد او غيره من انواع السلوك المعادى اجتماعيا

السؤال الثالث:

ماهى مجالات الاهتمام بالمنظور الاجتماعى

يتناول المنظور الاجتماعى عدة جوانب منها :

-المعايير المتصلة بالمرض والاستجابة به

-التعريف الاجتماعى للمرض فى ضوء مفهوم المريض

-تناول مصطلح المنظور الهندسى والذى يتناول المدخل السائد تجاه الصحة فى المجتمعات الحديثة

-تدخل الحكومة عن طريق وضع اجراءات وتدبير وقوانين

لحماية المجتمع ورفاهيته وخاصة فى مجال المرض العقلى

-التفرقة بين المرض والعجز وكيف يمكن ان يطلق على الفرد المصاب بالمرض انه فرد عاجز وذلك حينما لايستطيع ان يمارس واجبات دوره العادى

-تناول ايضا تأثير المرض على الحياة الاسرية والمهنية للمريض وسلوك عائل الاسرة فى حالة عجزه من خلال البحث عن ادوار اخرى.

علم الاجتماع الطبي (المحاضرة الاولى)

المحاضرة الرابعة

الفصل السادس

الصحة و المرض و السلوك الانحرافي

١ـ السياق الاجتماعي لتعريفات المرض

٢ـ فنون العلاج

٣ـالمعايير والاستجابة الانحرافية

استخدم مفهوم المرض بطرق مختلفة جد الاختلاف ، حيث انة يشير في اضيق معانية الي افتراض طبي بان هناك عمليات مرضية معينة متضمنة في مجموعة اعراض مرضية متزامنة لها ابعادها الطبية العلاجية و يطبق مفهوم المرض بصفة اعم ليشير الي الانحرافات الفيزيقية او السلوكية التي تمثل مشكلات اجتماعية للافراد او للمجتمع كلة وقد تعرف مشكلات شخصية معينة بانها امراض على الرغم من انها لا تنطوي على خصائص مرضية كاملة او تشكل مشكلات خطيرة للمجتمع

١ـ السياق الاجتماعي لتعريفات المرض

تنطوي كل افكار الصحة و المرض سواء في ذلك المحدود منها او الاكثر عموميه على مفهوم السلوك السوي و الملائمة المعيارية

اذ ان هناك انواع كثيرة من الامراض لا تعرف باعتبارها تشكل حالات او ظروف مرضية من وجهه نظر جماعات معينة لانها تحدث على نطاق واسع ومن ثم يعتاد اعضاء المجتمع على النظر اليها تمثل الحالة السائدة للانسان فية

ومعنى ذلك اذا ان الصحة و المرض وتعريفاتهما هي جميعا امور تتشكل من خلال السياق الاجتماعي الذي تحدث فية

وعلى الرغم من اننا غالبا ما لا نجد اي صعوبة في الاعتراف بالامراض الخطيرة و ذلك بالاعتماد على اساس التطبيق العلمي الا ان الاوضاع الصحية للكائن الفزيقي التي تكن مرغوبة او غير مرغوبة ، خطيرة او غير خطيرة و مثال ذلك ان المرأه البدينة من وجهه نظر بعض الثقافات موضوع رغبة وتحبيذ بينما هناك جماعات اخرى تعرف البدانة باعتبارها مرضا جسميا و نفسيا ومن ثم لا تمثل الصحة و المرض وحدات ذات كيان مستقل

وانما هي مفاهيم تستخدم لتشير دائما الي عملية التوافق المستمرة ايذاء متطلبات الحياة المتغيرة و المعاني المختلفة التي نضفها على حياتنا

٢- فنون العلاج

في البداية كان يتطلع الانسان الي الالهه للاستنجاد بهم بينما تطلع الي طلب المعونة من الناس في اوقات اخرى و في البدايات الاولى لكل الحضارات يكون الطب عبارة عن مزيج غير منظم من الدين و السحر و مجموعة الافكار و الممارسات المكتسبة من الواقع بطريق ايمبيريقية ولازال الامر كذلك في يومنا هذا حيث تمثل معلومات الايمبيريقية عن الصحة و المرض النسبة الكبرى في المعرفة الطبية ومع ذلك يظل كلا من الدين و السحر يؤثر على تعريف المرض و الاستجابة له كانت الصحة على مر تاريخ الطب بمثابة حالة للتوازن في مقابل النظرة الي المرض على انة تصدع او خلل يصيب الحالة المتوازنة

نظرية الاخلاط و التوازن

الانسان يتولد من سائل بذري فان اخلاط الجسم (او سوائلة) تعد اذن بمثابة مكوناتة الاساسية و بذلك يوجد اربعة اخلاط تشكل زوجين من مواد ذات خصائص متعارضة وهما الدم و السوداء ثم الصفراء و البلغم ولقد شملت نظرية الاخلاط الاربعة كل الافكار الطبية الخاصة بالتوازن خلال عدة قرون وعلى الرغم من ان نظرية الاخلاط هذة تبدو اليوم على انها مدعاة للسخرية فقط كانت محاولة لتكوين نظرية عامة على الاداء الوظيفي للجسم تتميز باتساقها

ومن ثم يتعين ان يوجه الطب بواسطة نظرية علمية و بقدر ما يوجد الانسجام بين النظرية و الممارسة او بين العلم و التطبيق وفي الواقع ان كل نظرية تعتبر فلسفية في طبيعتها لانها تتعامل مع الافكار و المفاهيم المتاحة خلال فترة زمنية معينة فتأتي معبرة عن ثقافة العصر و مناخة الفكري ومصداقا لذلك

والخلاصة معظم الممارسات الطبية العلمية تنطوي على علاج المريض من خلال مجموعة محاولات تجري لاستعادة الحالة المتوازنة لجسم الانسان

ونجد ان الاساليب التي يستخدمها الطبيب في تحديد المرض وتعريفة فهو لا يعتمد على مقياس للقيم الاجتماعية لكي يجري تشخيصة لمشكلة المريض بل ان لدية اساليب و طرق فنية كثيرة يقوم باستخدمها في تلك العملية حيث يبدأ

عادة بمعرفة تاريخ كل شكوى من شكاوي المريض و تطورها ثم يقوم بجمع الكثير من المعلومات المتصلة بالحالة واثناء قيام الطبيب بعملية الفحص الفزيقي يضيف من عندة الكثير الي تلك المعلومات التي حصل عليها بالفعل من المريض

دور الطبيب

ولا يعتمد اداء الطبيب لدوره (ما يفعلة و ما لا يفعلة) على نوعية التوجية العلمى الذي تلقاه او اخلاقيات المهنة فقط و لكنه يعتمد فوق ذلك على توقعات المجتمع و تلك المسئوليات الموكله اليه من جانب هذا المجتمع

فدور الطبيب في المجتمع يحددة المجتمع ذاته عندما يتوقع منه تقديم العون و المشوره الي مرضاه بغض النظر عن الحالة الراهنه لعلم الطب في مجال مرضه فالجانب الاكبر من الممارسة الطبية ينطوي على محاولات يبذلها الاطباء لمعاونة الناس على التوافق الملائم مع مستويات او معايير ذات طابع اجتماعي اكثر منه معايير طبية و مثال ذلك اطباء الاطفال يبذلون جانبا كبيرا من وقتهم لمعالجة مشكلات النمو الاجتماعي للصغار

و اما الاطباء الذين يتعاملون مع المسنين فقد يشعرون بالحاجة الي الاهتمام بضرورة تحقيق التكامل الاجتماعي لمرضاه في المجتمع

دور المريض

لا يوجد تعريف واحد لدور الطبيب فضلا على ان هناك نوعيات كثيرة و مختلفة من المواقف التي يعتقد الناس انها تعد مبررات ملائمة لطلب العلاج الطبي كما يتعامل الناس مع مشكلاتهم ومتاعبهم بطرق و اساليب كثيرة يمثل البحث عن المعامله الطبيه اسلوبا واحدا منها او احتمالا من بين عدد كبير من الاحتمالات

اما نظرة الفرد الي الطبيب فانها تعتمد على عوامل كثيرة مثل خلفيتة الثقافية ومعلوماته و خصائصه الشخصية وطريقتة في ادراك و تعريف مؤشرات مرضية معينة فضلا عن التكاليف المالية او الشخصية لعلاج الطبي النفسي بالقياس الي الحلول الاخرى البديلة لنفس المشكلة

اعترف المريض بان ثمة مشكلة يعتمد اولا على مدى احساسة بان هناك تغير طرأ عليه و ان هذا التغير يمثل انحرافا عن توقعاتة المألوفة مما يجعلة ينظر الية باعتباره تغيرا غير مرغوب او مربك واضح ان الشخص ذاته هو الذي

يقوم بهذا التقييم و هو يتصرف بما لدية من افكار كاملة طبيعة الحالات الجسمية و النفسية و الاجتماعية السوية

الخلاصة ان اعترف الشخص بوجود بعض المؤشرات الانحرافية ياتى دور الافكار الاجتماعية و الثقافية المتصلة بتفسير سبب وجود مشكلات من نوع معين فقد يعتقد هذا الشخص انه يشعر بما يشعر به لانه متعب او مجهد نتيجة لقيامه بعمل شاق او لانه ارتكب خطا او قد ينظر الى حالته كنتيجة لتدخل بعض القوى الغامضة او الارواح الشريرة نتيجة للاصابته بمكروب معين و السياق الثقافى لا يؤثر على تفسير الاعراض فقط ولكنه يسهم فى تشكيل الاستجابات البديلة التى حددت للتعامل مع المشكلة و اختيار العلاج الملائم لها

لقاء الطبيب و المريض

تتشكل وجهات نظر الطبيب الى حد كبير من خلال تدريبه المهنى و خبرته العلاجيه فى حقل الطب اما وجهات نظر المريض فهى تتاثر بحاجته الملحة الى مواجهة مشكلة معينه و تصحيحها او علاجها

العلاقة بين الطبيب و المريض قد يحدث بها الالتقاء او ربما الافتراق احيانا بين ثقافتين مختلفتين تماما و هما ثقافة العامة و الثقافة المهنية للطب

اذا كان سلوك المريض يختلف و يتباين فان الاطباء هم الاخرون يختلفون من حيث استجابتهم اختلاف بينا و يظهر هذا الاختلاف فى وجهات نظرهم بشان الطب و ملائمته بالتصدى لمشكلات مختلفة و فى معارفهم الطبية و فهمهم لتعريفات المرض و كذلك فى نوعية تدريبهم و خبرتهم و منظورتهم الطبية و اكثر من ذلك كله

و لعلنا نجد ان المعايير الاجتماعية و الشخصية المختلفة التى تعتبر اساسا لتعاريف المرض تؤثر على نوعية الامراض التى تكون موضع اعتراف و اهتمام

ان كلا من المريض و الطبيب يحاول بطريقة او باخرى ان يقيم المشكلة بلاعتماد على معياره او مستوى معين (السواء) وذلك عندما يقوم الاول بتحديد مشكلته الخاصة امام الثانى و يبدا الثانى فى تقدير شكوى الاول او تقيمها

و عموما تعتمد اراء المرضى و احكمهم بصدد السواء على خبرتهم الذاتية و خليط من المعلومات الطبية و النظريات البسيطة و الساذجة عن الاداء الوظيفى للجسم و فى مقابل ذللك تقوم المعايير الطبية على اساس من نتائج الملاحظة العلاجية و الدراسات الميدانية و الفحص التجريبى

و مع ذلك كله لازالت هناك مجالات عديدة فى حقل المعايير الطبية غير قاطعة او نهائية اضف الى ذلك ان تطبيق المعايير الطبية على نماذج مختلفة من المرضى مسالة يزيد من تعقدها وجود تلك المفارقات الكبرى فى الاداء الوظيفى الفسيولوجى و البيولوجى و الاجتماعى بين اشخاص يختلفون اساسا فى اعمارهم و نوعهم و طريقة حياتهم

المعايير و الاستجابة الانحرافية

الاستجابة الانحرافية هي عبارة عن تسمية عامة تطلق على الخصائص التي يعتقد انها تنحرف من الاستجابات السوية في المجتمع

وتشمل هذه الخصائص على السلوك و التعبيرات اللفظية و العمليات العقلية و المقاييس الفسيولوجية واذا كان مفهوم الانحراف عن السواء يتميز بالبساطة الشديدة عندما يؤخذ بمعناه لمجرد الا انه يعرض الباحثين و الدارسين للاختلاف و الخلط الشديدين عندما يتناولونه على المستوى التطبيقي

الانحراف السلوكي

السلوك هو محصله عوامل وعمليات اجتماعية مختلفة ولكنه ينطو اليه باعتباره انحرافيا ولذلك فان فهم العملية التي تجعل السلوك يعرف على انه انحرافي يستلزم الاحاطة بمجموعة اعتبارات تتصل بالفاعل ولابد ان تعلم ان الاشخاص الذن يقوم كل منهم بتقييم سلوك الاخر لا يشتركون بالضرورة في نفس معايير التقييم او مستويات تحدد (السواء) واذن فان فهم السلوك الانحرافي ينطوي على ضرورة الاهتمام بمختلف المنظورات الي الحياة الاجتماعية تلك المنظورات التي تصلح لتفسير او تحديد نفس المواقف

ولتقريب هذه الفكرة الي اذهان القراء نود ان نراجع الثقافة و المعايير

يشير مصطلح الثقافة الي الخطط التي وضعت من اجل توافق الانسان مع البيئات الاجتماعية و الفيزيقية و الي تميز الحياة في جماعة او مجتمع معين ويتسم هذا المصطلح بمعموميته الشديدة وشموله للكثير من الابعاد فضلا عما تتميز به الجماعات الاجتماعية او خصائص اخرى كالتعقيد و التغيير

وعلى الرغم من ان دراسي الثقافة يحاولون اكتشاف اوجه الشبه وجوانب الانساق في انماط السلوك التي يستخلصون منها انماط ثقافية الا ان هناك اختلافا كبيرا بين سلوك الناس في مجتمع معين واذن فان ما يسمى بالانماط الثقافية ليس اكثر من مجرد تقريبات غير مكتمله تعبر عن طريقة تصرف الاشخاص في سياق معين

ويستخدم مفهوم الثقافة بطرق واساليب مختلفة كما ان توصيفات القيم و الاتجاهات و التوجيهات الثقافية تختلف من حيث درجة التجريد التي تتميز بها

الصحة تعتبر قيمة ثقافية لها اهمية كبرى ففي المجتمع الامريكي ترتبط بمجموعة قيم ثقافية اخرى مثل الفاعلية وهي عبارة عن مجموعة الاتجاهات التي تحبذ السيطرة على البيئة وفي تحليل اخر للقيم الثقافية المرتبطة بالصحة حاول احد علماء الاجتماع ان يحدد التوجيهات الثقافية المختلفة نحو الالم عند اشخاص ينتمون الي جماعات عرقية مختلفة فلاحظ ان الايطاليين يتميزون بتخوفهم من تجربه الالم الحالية او التخوف الموجه نحو الحاضر من المعاناه المرضية

لمفهوم الثقافة اهمية قصوى في انه يتيح لنا ان نرى المفارقات الكبرى في الاتجاهات السلوكية لاعضاء ينتمون الي جماعتين مختلفتين ونظرا لان افكار الناس وانشطتهم تتناقل من جيل الي اخر فا مسائل معينة كنمو الفرد ونمط تفكيره وسلوكه تتحدد من خلال الوسط الثقافي و الاجتماعي الذي ينشأ فيه ولايحتاج وجود المفارقات الكبرى بين المجتمعات الي اكتشاف او توضيح وان كنا نفشل دائما في تحديد اختلاف التفكير و السلوك في مجتمعات محلية ننظر اليها باعتبارها تشكل جزءا من نفس الثقافة

وعندما يحاول علماء الاجتماع تحديد الخلفية الثقافية لمجتمع معين فان وحدة التحليل الكبرى التى يستخدمونها تتمثل حينئذ في مفهوم المعايير يشبه مفهوم الثقافة في انه يعنى اشياء كثيرة في ان واحد وتشير المعايير في اغلب الاحيان الي مجموعة التوقعات و المستويات والقواعد التي تنظم السلوك و تشكله ومع ذلك ليس بالامكان دائما ان نتبين متى يشير مفهوم المعيار الي قواعد عامه يعترف بها الاشخاص المعنيون ومتى يستخدم كأداه تحليلة يصف بها عالم الاجتماع ملاحظاته الخاصة على السلوك ولتوضيح الفرق الهام بين هذين الاستخدامين المختلفين لمصطلح المعيار يمكننا الاستعانه بالمثال التالي -:

لا يتعين على الاطباء ان يفحصوا عن المعلومات السرية المتصلة بمرضاهم وهذا يمثل قاعدة تؤثر على سلوكه بدرجة او اخرى و اما المثال الثاني فهو عبارة عن اقتراح بارسونز بأن انطباق توقعات معينة على الشخص المريض

علم الاجتماع الطبي (المحاضرة الاولى)

المحاضرة الخامسة

الفصل السابع
التحليل الاجتماعى للمرض

أولا:نطاق المرض وقياسه فى الجماعات الانسانيه

ينبغى أن تأخذ دراسه العمليات الاجتماعيه فى إعتبارها التأثيرات البيئيه والتى يعتبر المرض واحد منها فتنوع الاتجاهات والقيم والمعتقدات والممارسات القائمه بين الجماعات ينعكس على استجاباتهم للمرض من بين الاشياء الاخرى ،مثال ذلك تتأثر الاتجاهات نحو المعتقدات حول الالم بمدى استغلال تسهيلات العنايه الطبيه والخدمات كما أن الاتجاهات نحو كبار السن قد ترتبط بتزايد اعمار افراد المجتمع كنتيجة للتغير فى مسببات الموت

معرفه نطاق **الامراض** والكيفيه التى تتوزع بها بين الافراد يساعد على وضع حدود للمرض فى اتصاله بالجماعات الفرعيه داخل ذلك المجتمع بمعنى ان بعض الامراض غالبا ما تنتشر بين جماعات الفقر ،بينما هناك امراض اخرى تتفشى بين الاغنياء وامراض تصيب ضحاياها بصرف النظر عن طبقتهم الاجتماعيه وكذلك هناك الامراض غالبا ماتصيب الاطفال واخرى نجدها عند متوسط السن ونوع ثالث يبتلى به الكهول وبعض الامراض تشيع بين الرجال واخرى عامه بين النساء فمعرفه هذه النقاط النوعيه من الممكن ان تنتفع بها تماما ببرامج العمل فضلا عن انتفاعها بتحديد المجالات التى تحتاج الى مزيد من البحث

معرفه نطاق الامراض والكيفيه التى تتوزع بها بين الافراد يساعد على وضع حدود للمرض فى اتصاله بالجماعات الفرعيه داخل ذلك المجتمع بمعنى ان بعض الامراض غالبا ما تنتشر بين جماعات الفقر ،بينما هناك امراض اخرى تتفشى بين الاغنياء وامراض تصيب ضحاياها بصرف النظر عن طبقتهم الاجتماعيه وكذلك هناك الامراض غالبا ماتصيب الاطفال واخرى نجدها عند متوسط السن ونوع ثالث يبتلى به الكهول وبعض الامراض تشيع بين الرجال واخرى عامه بين النساء فمعرفه هذه النقاط النوعيه من الممكن ان تنتفع بها تماما ببرامج العمل فضلا عن انتفاعها بتحديد المجالات التى تحتاج الى مزيد من البحث

١-دراسه نطاق المرض

تعرف دراسه توزيع الامراض فى مجتمع معين باسم علم الاوبئه ويعرفه وبستر بأنه علم طبى يتناول الاوبئه امالتعريف المعاصر لعلم الاوبئه فهو اكثر شمولا فيذهب ماكسى الى ان مجال هذا العلم يتناول العلاقات بين مجموعه من العوامل المتنوعه التى تحدد تكرارات وتوزيعات عمليه العدوى والمرض او الحاله الفسيولوجيه فى المجتمع الانسانى

فعالم الوبئيات يقوم بدراسة وقوع المرض وتوزيعه فى المجتمع وذلك من خلال مجموعه من البيانات المتنوعه والمستمده من مصادر مختلفه وبواسطه بناء سلسله منطقيه من الاستدلال لتفسير العوامل المشتركه التى تمثل سبب المرض

ولا بد ان ندرك ان البحث عن اجابات للاسئلة التى تدور حول اسباب المرض تبين انه نبغى النظر فيما وراء مرض الفرد الى وقوع المرض و توزيعه فى الجماعة الاكبر بل وحتى ربما فى كل المجتمع القومى

و من هنا كانت اهمية علم الوبايئات بمعنى ان الدلائل على اسباب المرض التى قد تم التوصل اليها عن طريق ملاحظة العادات و انماط التفاعل و العرف لدى جماعات معينة اكثر من ذلك فان حاول مشكلات المجتمع مع المرض قد تحققت من خلال ملاحظة سلوك افراد المجتمع

مفهومات اساسية فى تطور المرض

يستخدم عالم الوبائيات فى قيامه بالبحث بعض المفهومات الاساسية كادوات لدراسة توزيع المرض فى المجتمع و بالتالى فان المصطلحات التى سوف تعيننا هى عبارة عن : الوفيات ، المرض ، توقعات الحياة ، الوقوع (الحدوث) و الانتشار

ا- **الوفيات**:

يشير مصطلح الوفيات بطبيعه الحال الى الموت والمرء لايهتم بعدد الوفيات الناجمه عن مرض معين فى المجتمع القائم ولكنه يهتم كذلك بالتغيير فى أتجاهات عوامل الوفاة-فمنذ خمسون اوستون عام كان الدرن هو السبب الرئيسى للوفاة

حيث كانت نسبة الوفيات الناجمة عن هذا المرض ١٥٤ حالة وفاة : كل ١٠٠٠٠٠ شخص فى المجتمع اما اليوم فان نسبة الوفيات التى يسببها الدرن ٢ حالة وفاه كل ١٠٠٠٠٠ شخص فى المجتمع

و يعتبر قياس حجم المرض فى المجتمع من اكثر المهام تعقيدا فالمرض اكثر صعوبة فى القياس لانه بالرغم من وجود معيار موضوعى بالنسبة للوفاة فان بعض الناس دائما لا يعرفون انهم مصابون بالمرض -فالتحديد الذاتى لوجود المرض يختلف اختلافا بينا من شخص الى أخر .

فهناك فرد اذا ما مرض يعالج علاجا منزليا وانه لسبب او لاخرلاتبلغ السلطات الطبيه بمرضه كما انه لاسباب متعدده قد يقرر الطبيب الذى يفحص المريض عدم كتابه تقرير عن الحاله او حتى تسجيل نتائج الفحص أكثر من هذا فان القانون لا يقضى بكتابه تقرير عن الحالات فى جميع الامراض

مشكلات نقص المقاييس الدقيقه الخاصه بالامراض

١- دراسه معدل المرض من السجلات سواء سجلات احوال المستشفى اوالسجلات الخاصه بالطبيب اوالتى تخص وكالات الصحه العامه تعد دراسه محدوده بنطاق حالات المرض التى يتم علاجها وهذا يعنى ان السجلات التى ستكون بين ايدينا هى سجلات المرضى الذين زارهم موظفوا الخدمات الصحيه فقط و يمكن ان يقدنا هذا بوضوح الى تقرير غير وافى عن بعض الامراض

٢- ان البيانات عن الوفيات اكثر اكتمالا من البيانات عن المرض وكثيرا ما يستخدم بيانات الوفيات فى تقدير معدل المرض ولكن هذا الاجراء ينطوى هو الاخر على مشاكل هامه اذ ليست كل الامراض فتاكه او قاتله فقد تكون قليله الشأن ومع هذا بكون لها اهميه من الناحيه السسيولوجيه باعتبار ما تقضى اليه من اضرار

ب- توقعات الحياه

من المفاهيم الاخرى الهامه مفهوم توقعات الحياه اى متوسط عدد السنوات التى يتوقع ان يعيشها شخص ماله خصائص معينه كالنوع والجنس عند سن معينومن خلالها يستطيع ان يقارن بين قطاعات مختلفه من المجتمع او بين مجتماعات متباينه لان هذه التباينات هى التى تمدنا بمعلومات هامه

ج- معدل الوقوع ومعدل أنتشار المرض

يشير مفهوم الوقوع أوالحدوث الى عددالحالات الجديدة التى تقع خلال فتره زمنيه معينه مثال ذلك يستطيع المرء القول انه فى ٣٠ يونيو فى سنه معينه انتشر المرض س بمعنى ان الحالات التى تم اكتشافها فى ذلك التاريخ فى الولايات المتحده كن مئه حاله وبين اول يونيو واخر يونيو تم تسجيل عشره حالات وان معدل انتشار المرض فى الولايات المتحده اول اغسطس كان مئه احدى عشر حاله

الفرق بين معدل الوقوع ومعدل الانتشار

يمكن توضيح ذلك من خلال هذا المثال معدل وقوع حالات الحصبه فى المجتمع يتقارب مع معدل الانتشار فى الاسبوعيين الاخيرين ولكن معدل وقوع حالات الحصبه فى فتره مدتها اثنى عشر شهرا سيكون اكبر كثيرا من معدل الانتشار حيث ان طول فتره مرض الفرد تقريبا اسبوعيين وهكذا فأن معظم الحالات المصابه خلال السنه تكون قد شفيت عند نهايتها

استخدام معدل الوقوع ومعدل الانتشار

ياذا كان الباحث يهتم بدراسه انتشار المرض فمن الاهميه ان يعرف عدد الذين اصيبوا بالمرض منذ انتشاره وبعباره اخرى ستكون دراسه معدل الوقوع هى الملائمه فى هذه الحاله واذا مااراد الفرد تحديد احتياجات المجتمع من حيث عدد الاطباء وكميه العقاقير والادويه وعدد اسره المستشفيات وغيرها فأنه لابد ان قوم فى هذه الحاله بدراسه لمعدل الانتشار

٣- قياس معدلات المرض

تحليل عدد الوفيات او حالات المرض يمكن ان يكون مضللا وخاصه فى حالات المقارنه بين المجتمعات المختلفه لذلك يتم ذلك من خلال معدلات وبالرغم من وجود انواع متعدده من المعدلات الا ان كل منها يتيح لنا التحليل على مستويات مختلفه

أنواع المعدلات

١- **المعدل الخام** وهو عباره عن معدل لكل الف اومئه الف فرد من السكان فى مجتمع ما لهم خصائص تم قياسها خلال فتره زمنيه معينه وفى حاله معدل الوفيات الخام نجده يمثل عدد الاشخاص الذين ماتوا خلال فتره زمنيه محدده ويعتبر هذا المعدل مفيد فى حاله المقارنات الاجماليه وذلك لانه يغفل حقيقه

مؤداها ان هناك فئات عمريه ونوعيه وسلاليه ومهنيه وفئات اجتماعيه اخرى مماثله لكل منها معدل مختلف للمرض والوفيات

٢-**المعدلات التفصيليه** :يقسم عدد الوفيات فى فئه العمر على عدد الاشخاص فى تلك الفئه العمريه فى منتصف السنه ٣- المعدل المعيارى : وفيه يتم تصحيح المعدلات التفصيليه ليتسنى اجراء المقارنه بين النسب المحسوبه للجماعات العمريه فى المجتمعات المختلفه

التحليل الاجتماعى لنتائج البحوث الوبائية

يمكن تناول المضامين الاجتماعية لبعض البيانات من خلال :ان تمثيل البيانات يعطى بغض المؤشرات عن نطاق المرض فى المجتمعات المختلفة واشكال التغير فى الاتجاهات

١-التكوين النوعى والعمرى للسكان والمرض :

يعرف الكثيرون ان انماط المرض تتفاوت بحسب النوع والعمر ولكنهم لايعرفون جيدا الكيفية التى تتغير بها هذه الانماط والى اى مدى يمكن ان تتغير ويمكن تفسير التباين النوعى لمعدلات الوفيات والمرض بيولوجيا من ناحية وسوسيولوجيا من ناحية اخرى فمثلا يلاحظ فى اى سنه ان المواليد من الذكور اكثر من المواليد الاناث ويعنى ذلك ان المعدل النوعى للمواليد يميل الى صالح الذكور

والان فى اى مرحلة من مراحل الحياة نلاحظ ان هناك دائما زيادة فى عدد الاناث بمعنى ان معدل الوفيات اعلى بين الذكور عنها بين الاناث فى كل فئه عمرية ومن بين اسباب ذلك ان الاناث اكثر قوة من الناحية النفسية عن الذكور ولكن يمكن للمرء ايضا ان يفسر انخفاض معدلات وفيات الاناث فى السنوات الاخيرة

وفى ضوء النظرة الثقافية السائدة وبرغم حركات تحرير المرأة فان الاناث باعتبارهن النوع الاضعف غالبا مايتخذن اجراءرت وقائية لحماية صحتهن بالاضافة الى التزامات الدور الاجتماعى فى المجتمع تفرض انشطة معيتة على الذكور غالبا ما تكون اكثر مما يفرض على المرأة مما يجعلهم عرضة للظروف البيئية الخطيرة كالعمل الشاق فى المناجم وهذا يؤثر ايضا على معدلات الوفيات والمرض

ونجد ايضا ان الامراض تختلف بالنسبة للفئات النوعية كما تأثرت بالفئات العمرية بمعنى اننا يمكن توقع معدلات عالية للاصابة بالامراض المزمنة بين كبار السن حيث ترجع الامراض المزمنة بصفةاساسية الى تفكك انسجة الجسم وعجز الاعضاء عن تادية وظائفها بطريقة عادية وكذلك قد يكون كبار السن اكثر مناعة للامراض المعدية بسبب طول فترة الاصابة للمرض ومن ثم يمكن ان نتوقع معدلات اعلى من الاصابة بالامراض الخطيرة بين الرضع الذين لم تبنى احسامهم مناعات ودفاعات قوية

الى جانب ذلك فان التدابير المتطورة للصحة العامة والطب الوقائى والتربية الصحية والارتفاع العام فى مستوى المعيشة لعبت دور فى ذلك التناقض .والواقع ان هناك دليلا قويا على ان تدابير الصحة العامة وارتفاع مستوى المعيشة قد ادت الى خفض معدلات المرض والوفيات بسبب الامراض المعدية .

٢-التخلف الاجتماعى والمرض

يتناول هذا المفهوم كيف ان المستوى الصحى يرتبط بمرحلة النمو الاقتصادى للدولة ،فالدول التى تتسم بمعدلات وفيات مرتفعة مثل شيلى والمكسيك وايطاليا فهذه الدول تشترك جميعها فى نفس مرحلة النمو الاقتصادى وهناك سبب اخر لتفسير الارتباط بين المستوى الصحى ومرحلة الاقتصادى مستمد من البيانات المتاحة عن الدول النامية

مثال ذلك السكان البيض يتمتعون بوضع صحى لايختلف عن مثيله فى كثيرمن الدول الصناعية وانما السكان الاصليين لايزال لهم نفس الصفات المرضية الخاصة بالمجتمعات الريفية وهذا يدل على ان المعدلات المتناقضة لانتشار المرض فى المجتمعات المتجاورة تفسر وفق تطور الانساق الاقتصادية والاجتماعية

وفى معظم البلاد نجد ان معدلات المواليد والوفيات بين السكان فى مرحلة الشباب واسباب االوفيات الشائعة هى الامراض المعدية حيث ان عدد قليل من السكان هو الذى يعيش ليصاب بالامراض

المزمنة وعندما تم الاخذ باساليب الطب الحديث والصحة العامة فى تلك الاماكن حدث هبوط سريع فى معدل الوفيات بينما ظل معدل المواليد عند مستوى عال نسبيا وقد ادى هذا الى زيادة صافية فى عدد السكان وكلما زاد التصنيع فى الدولة واصبحت اكثر حضرية هبط معدل المواليد وزاد التصنيع

فى الدولة واصبحت اكثر حضرية هبط معدل المواليد وز١د عدد الاطفال الصغار حيث ان قليلا منهم يمتون فى المهد

ونتيجة لهذه التغيرات يرتفع معدل توقع الحياة بالنسبة للفرد ويحدث تغيرا مصاحبها فى مسببات الوفيات فتتحول من الامراض المعدية والخطيرة الى الامراض المزمنة وما يصاحبها من تغيرات

٣-الطبقة الاجتماعية والمرض

مرحلة النمو الاقتصادى احد العوامل الهامة فى تحديد نطاق المرض على المستوى العالمى وان الدراسات الوبائية التى تمت فى بلاد مختلفة تكشف عن ان المكانة السوسيو-اقتصادية ترتبط بوضوح بانواع معينة من المرض فهناك دراسات تؤكد على ان معدلات الوفيات الومعدلات المواليد ترتفع بين الطبقات العليا اجتماعيا عنها فى الطبقات الدنيا وان معدلات المرض بالنسبة لامراض معينة وغالبا الامراض المعدية والطفيلية ترتبط بالفقر

ولعلنا نجد ان الدراسات الوبائية قد اسهمت اسهاما كبيرا فى اثراء معرفتنابالمرض فقد بينت تلك الدراسات باستمرار ان العوامل البيئية خاصة الطبقة الاجتماعية والبيئية الفيزيقية تمارس تأثير ا قويا على نطاق المرض من خلال

اولا: يترتب على الاختلافات البيئية اختلاف فى احتمالات المرض- فيجد الباحث معدلات عاليا لوقوع وانتشار حالات الامراض المعدية والخطيرة فى بيئة الفقراء ولايوجد فى البيئة الافضل

ثانيا : تؤدى ظروف البيئة للفقراء الى زيادة احتمال التعرض للمرض بسبب الازدحام من ناحية وبسبب خطورة الاعمال التى يقومون بها من ناحية اخرى

١- ثالثا: انخفاض مستوى المقاومة وارتباطة بالتعرض المستمر للظروف غير الصحية ،فحالة الضعف او الوهن الناجمة عن اصابة الفرد بمرض معين نجعله سريع التأثير بالامراض الاخرى مما يزيد مشكلة الصحة تعقيدا-يمكن استخلاص مما سبق ان باحث الوبائيات يركز فى دراسة العلاق بين عدة عناصر تؤثر فى تكرار وتوزيع الامراض فى المجتمعات الانسانية وهذه العوامل هى :

١- عوامل المرض مثل البكتريا وعوامل التغذية

٢- البيئة الفيزيقية (الطقس)والاجتماعية (محل الاقامة)

٣- ٣-خصائص المريض مالعمر والنوع والمهنة وغيرها

تمت بحمد الله

علم الاجتماع الطبي (المحاضرة الأولى)

المحاضرة السادسة

الفصل التاسع

نظرة الطبيب الى المريض والمريض الى الطبيب

اولا التشخيص الطبى ونموذج المرض

ان دور الطبيب هو فهم وتقييم الشكاوى التى يذكرها المريض له وتفسير الاعراض التى تعانى منها وتحديد نتائجها على المريض فى الحاضر والمستقبل وتحتم طبيعه هذا الدور الايهتم الطبيب فقط بحاله المريض من الناحيه الفيزقيه بل يهتم بالانسان باعتباره كلا متكامل ولكن الاهتمام الاساسى فى تعليم الاطباء والنشاط الطبى اليومى منصبا على التشخيص الطبى وعلاج المرض الحاد الذى يعانى منه المريض ونجد ان المعالجيين الروحيين وممارسى الطب الشعبى قد يستخدمون نماذج للتشخيص لاتختلف من الناحيه المنطقيه عن النماذج التى يستخدمها الاطباء فى انها تحدد المرض بصوره اكثر فاعليه وتقدم اجراءات علاجيه اكثر قابليه فملائمه نظريه العلاج تعتمد على قدم المعرفه العلميه الطبيه اما جدوى الافتراض التشخيصى على قدره الممارسه فتعتمد على الاكتشا ف الصحيح لمجموعه الاعراض التى قد تختلف كثيرا فى درجه التحديد والوضوح.

مفهوم المرض فى الطب النفسى

رغم ان رجل الشارع وعلماء الطب النفسى يستخدمون مصطلح المرض العقلى كثيرا فأنه فى جوهره صفه اجتماعيه تصف انحراف بعض نماذج السلوك وليس ظاهره طبيه واضحه ويرى احد العلماء معظم الاعراض التى تسمى مرضا عقليا لايمكن ملاحظتها من خلال انحراف السلوك والتفكير وهكذا يستخدم مصطلح المرض لوصف مشكلات فى الحياه ليس لها مظهر بيولوجى - كما ير ى ان - استخدام مفهوم المرض العقلى لوصف اضطرابا ت وظائف المخ وانحراف السلوك والتفكير والاعراض الناشئه من الاسباب الاخرى يؤدى الى خلط فكرى واساءة استخدام المفهومات فى الطب النفسى.

فالاطباء والاطباء النفسيون بخاصه –يستخدمون فى كثيرمن الاحيان المفهوم الاجتماعى للمرض فى تقييم مرضاهم واصدار الاحكام فى مختلف مجالات المشاركه التى يقومون بها باعتبارهم مستشارين فى المسائل الاجتماعية و يرى اوبرى لويس ان السلوك غير المتكيف و غير الممثل يكون سلوكا مرضيا

فقط عندما فقط عندما يصاحبه خلل ظاهر فى وظيفة معينة كما يتضح هذا فى التفكير المضطرب الذى يبدو فى صورة اوهام او تصورات مضطربة و هلوسة ٥٠ اضطراب الحالات الانفعالية الذى يتمثل فى القلق او الكبت المفرط

و نستخلص من ذلك انه رغم مفهوم المرض فى الطب النفسى ليس خطا من الناحية المنطقية فانه لابد من اثبات ان هناك فائدة نجنيها من استخدام المفوم الطبى للمرض فى هذا المجال فالمفهوم الطبى للمرض يكون مفيدا عندما نستطيع اجراء تشخيص موثوق به و عندما يحدد التشخيص مسار المرض و تطوره و اسبابه و اجراءات العلاج و لذلك هناك حاجة الى التاكيد على ان هناك فائدة نجنيها من نماذج المرض النفسى فيما يتصل بعملية التنبؤ بالامراض النفسية و نرى روزنيهان ان التشخيص مجال الطب النفسى ليس قيدا ولا يمكن الوصول به ان الاطباء قد ينخدعون بمرض يصنعون له اعراضا خطيرة لا يمكن التحقق من صدقها بشكل مستقل.

و تشير دراسته الى ميل الطبيب المعالج لاعطاء علاج فعال للمريض فى مواقف لا يكون واثقا فيها من المرض ذاته و هنا قد يسبب العلاج للمريض اكثر من الاغراض التى يشكو منها ولهذا الاختلاف ادى الى ضرورة دراسة ظواهر الطب النفسى الى تصنيف اكثر تنظيما بميز بصورة فعالة بين مختلف مجموعات الاعرض المميزة لمختلف الامراض فلابد ان تكون المواصفات المميزة لمختلف التشخيصات واضحة و مفهومة من جانب الاطباء النفسيين.

و تتمثل المشكلة الكبرى فى ان جانبا كبيرا من العلاج الطبى النفسى لا يتصل بمرض متميز هو المرض النفسى فاجانب كبير من الطب النفسى يعالج مشكلات الحياة العادية و الازمات الواقعية كما ان المداخل شبه الطبية التى تصف هذه المشكلات باعتبارها امراضا دون ان تقدم معلومات مفيدة او علاج متقدما قد تسبب للمريض اضارا بالغة و نتسأل ما هو التشخيص الصحيح و كيف يمكننا الوثوق به ؟ يشير بعض علماء الطب النفسى الى انه ليس هناك اتفاق على انواع السلوك التى يكون من الممكن القول بانها انواع من السلوك المرضى

كما يشير اخرون الى ان المحكات التطبيقية التى يستخدمها علماء الطب النفسى فى تشخيص الصحة العقلية و المرض العقلى تشبه تلك المحكات التى يستخدمها غيرهم ممن يعرفون الصحة و المرض العقلى فى المجتمع و رغم هذه الصعوبة الا انه من الممكن ان نحدد على الاقل بعض حالات المرض النفسى بطريقة موثوق بها الى حد المعقول و قد استخدمت مختلف الاساليب لتحديد حالات الاضطراب النفسى مثل المقابلات الاكلينيكية و المقابلات

الموجهه و المقننه و الاختبارات و المقاييس السيكلوجيه و وصف الاعراض و قياس التكيف.

الجوانب التى يجب التركيز عليها فى التشخيص لكى نثق فيهم

١ـ ما الشئ الذى كان يتم تشخيصه

٢ـ الناس الذين كانو محل للتقييم هل هم اناس يشكون اعراضا معينه او اناس عاديون او جنود او طلاب ؟

٣ـ الظروف التى حدث التقييم فى ظلها

٤ـ ما كفاءة المشخصين (من هم و ما نوع تعليمهم) ؟

٥ـ ما المحاولات التى بذلت للوصول الى اتفاق (هل كانت المقابلة و مختلف المحكات مقننه و هل تلقى المشخصون تدريبا على استدام وسيلة التشخيص ذاتها) ؟

ففى الممارسة العامة للطب النفسى يستخدم الاطباء النفسيون مفهومات و افكار و محكات مختلفة جدا ومن ثم فمن غير المحتمل ان يصلو الى مستويات عالية من الاتفاق فى مجال الممارسة العامة – فتباين هذه المحكات يرجع الى الاختلافات الهائلة فى التصنيف (التشخيص للمرض) من مستشفى الى اخرى.

ولابد ان ندرك ان هناك اختلافات ملحوظة فى مهارات التشخيص بين الاطباء تختلف باختلاف التخصصات التى ينتمون اليها كما تختلف امكانية الوثوق فى التشخيص فى الممارسة الطبية العامة التى تتم يوميا عنها بين بعض المتخصصين.

فائدة مفهوم المرض فى الطب النفسى

كثيرا ما نفسر السلوك غير المعقول او العصابى الى إضطرابات او خلل يصيب المخ و هذه الاضطرابات قد تكون نتيجة لعدوة او اتربات فى التغذية و غير ذلك

ثالثا المفهوم الاجتماعى للمرض

كثيرا من الاطباء يتبنون استعارة مصطلح المرض لوصف المشكلات التى ليست امراضا من وجهة النظر العلمية الطبية – كما ان الاطباء يستخدمون هذه الاستعارات عندما يصدرون احكام اجتماعية و لكن نظرا لان الاطباء هم خبراء فى المرض فاننا نسلم بصحة مفهوماتهم فى كثير من الاحيان دون تمحيص و

فيما يتصل بالمهارة الاجتماعية للطبيب فانه عليه ان يدير الناس و يسيطر على المواقف و عندما يعالج الطبيب المريض بمرض مزمن او بمرض معروف يكون على الطبيب ان يهتم بالظروف الاجتماعية للمريض اذا كان

يريد ان يمارس مسؤلياته باعتباره طبيبا و يجب ان نذكر فيما يتصل بالدور الاجتماعى بالطبيب ان الطبيب النفسى يشغل دورا علميا و اجتماعيا و ان لاحكامه تاثيرا يمتدد الى خارج نطاق المجال الطبى و من ثم فنظريات الصحة و المرض التى يعتنقها الاطباء النفسيون تعكس فلسفات اجتماعية الى حد كبير

رابعا الملامح البنائية لدور الطبيب

على الطبيب ان يتخذ موقف الحياد الاجابى او الفعال فسواء احب الطبيب مريضه ام لا فلا يؤثر هذا على اسلوب معالجته للحالة فمن المتوقع ان يعامل المريض باسلوب موضوعى و معقول من الناحية العلمية

يجب على الطبيب معالجة مشكلات عديدة خارج مجال الكفاءة الفنية كما يعتبر بعض الاطباء انفسهم خبراء فى مجالات ليس لديهم مهارة فنية كافية بشانها كما ان هناك تفضيلات عند الاطباء تؤثر على الكيفية التى يتجهون بها الى مرضاهم كما ان االقيم الاجتماعية للاطباء لا تؤثر فحسب على الكيفية التى يعالج بها بعض المرضى بل و على القراءات المتصلة بمسائل حيوية مثل البقاء على حياة المريض

فتوقعات دور المريض مختلفة تماما عن التوقعات الخاصة بمختلف الادوار فى المجتمع فمن الاهمية الا نبالغ فى تقدير فائدة هذه السمات البنائية اذ ان سلوك الطبيب كسلوك غيره يختلف كثيرا فى ما يتصل بالاستجابة لما يلقاه من تعليم و خبرة و فيما يتصل بالمجتمع الذى يعيش فيه

المحاضرة السابعة

الفصل العاشر

الاطباء والمرضى تحليل سوسيولوجى للعلاقات الاجتماعيه

علينا ان نتسأل هل العلاقة بين الطبيب ناجحة وهل هى من وجهة نظر الطبيب ام من وجهة نظر المريض

-:اولا الادوار

لابد ان ندرك ان الادوار تتعدد سواء بالنسبة للفرد او بالنسبة لاعضاء المجتمع فمن الممكن ان يكون الانسان طبيبا او ممرضا او مريضا او موظف الشئون الاجتماعية او عامل النظافة او مديرا او زوجا او ابنا الخ.....

و لكل دور من هذه الادوار التزامات وواجبات يعرفها من يقوم بالدور و يتوقعها منه الاخرون و هناك اختلاف بين الدور الذى يؤديه الممثل على المسرح و بين الدور الذى يؤديه الانسان فى المجتمع

و يجب ان نتساءل عن متطلبات هذه الادوار و علاقتها بالادوار الاخرى

فهناك اختلاف بين موقف الشخص المشرف على الموت و المرضى الاخرين فى نفس العنبر و الاطباء و الممرضات و اقارب المريض و اصدقائه و الموظفين و زملائه ولا شك ان الموقف سيبدو مختلفا بالنسبة لكل فرد من القائمين بهذه الادوار

فبالنسبة للمريض فان موته الوشيك يكون تجربة فريدة تاخذ تفكيره و بالنسبة لاقاربه فان هذا الموت سيكون ذو مغزى و شعور خاص و ذلك تبعا لدرجة قرابتهم للمريض

قد يكون لموته تاثير عميق على اسلوب معيشتهم فى المستقبل و على الكثير من مظاهر حياتهم الاخرى

و يختلف هنا دور الاطباء و المسؤلين فى المستشفى فالموت يعتبر من التجربة الروتينية لدورهم و ترتيب اجراءاته جزء من عملهم كما ان الموت قد يحدث امامهم عدة مرات فى الاسبوع و هكذا لا يمكن للاطباء او الممرضات ان يشاركو فى الموقف بشكل عميق

فالطبيب يجب ان يتمالك اعصابه و يسيطر على الموقف حتى يسير العمل كما يجب و بالمثل فان ردود فعل الافراد الاخرين كالحانوتى مثلا ستتأ ثر بمتطلبات ادوارهم بالنسبة لشخص ميت

فكون الانسان طبيبا او ممرضة او ابا او مريضا يعنى ان الفرد قد وضع فى موقف معين و هذا يوحى باعمال و تصرفات تكون محددة سلفا و بالتركيز على دور الطبيب نجد ان جزء كبير من ادائه لمهام دوره يعتمد على تقدير الاخرين له و حكمهم عليه و ثقتهم فيه و لكى يؤدى الفرد دور الطبيب فلابد من وجود افراد يقومون بادوار المرضى فالاطباء يعتمدون فى ادائهم لادورهم جزئيا على جمهورهم (مرضاهم) و هوية دورهم الخاصة

و فى المواجهة الاولى بين الطبيب و المريض يكون لدى كل منهم ميل الى اعطاء الاخر الطريقة التى يرغب التصرف بها و كذلك الطريقة التى يتوقع ان يتصرف بها الطرف الاخر

و قد يكون لكل من الطبيب و المريض موقفا متشابها منذ البداية و يستمران على ذلك الوضع سيرا فى طريق التشخيص و العلاج من ناحية الطبيب و دقة الوصف و التقبل و الامتناع من ناحية المريض هذا من ناحية و من ناحية اخرى قد يفشل الطرفات تماما فى تكوين العلاقة المبدئية بينهما و فى هذه الحالة من المحتمل ان تنهار العملية تماما

و غالبا ما يتاثر الموقف بدرجة القوة التى يتمتع بها احد الاطراف

و فى عملية التبادل هذه يكون الخاسر عادة هو المريض فالطبيب يتمتع بكل القدرات الطبية

التخصصية فضلا عن مركزه الاجتماعى المتميز وسلطته بينما لايملك المريض (فى حالة فشل العلاقة) سوى عقوبات

سلبية يوقعها على الطبيب مثل رفضه الشفاء او الانسحاب من العلاج – فالكل دور اجتماعى ضغوطه الكامنه وصراعاته الموجوده بداخله وهذا ماسوف نناقشه فى الاجزاء التاليه

الصراع فى دور الطبيب

يعانى الطبيب من سلسلة كاملة من الصراعات والتوترات

يمكن توضحها فيما يلى: **اولا**:هناك فى البداية الصراع الذى يجب على الطبيب ان يحسمه بين مصالح اى مريض فرد ومصالح المرضى كمجموعة (مشكلة مثل التى تم الاشارة اليها وهى حالة المريض الذى يشرف على الموت فواجب الطبيب ان يختار بين الاهتمام الشديد بمريض واحد ورعايته واهمال الاخرين - وهنا نجد ان القول بأن الطبيب لابد ان يضع المريض فى المقام الاول هو قول غير ملائم وهنا يقع نوع من الصراع الحتمى لانه بينما يكون الطبيب فى حالة صراع ليلائم او يعدل اى حالة فردية لصالح العمل (والمرضى الاخرين) فان المريض من ناحية اخرى بكون هو ايضا فى حالة صراع للحصول على نوع من الرعاية والاهتمام اكثر ملائمة له كفرد بغض النظر عن احتياجات النسق ككل

وينشأ الصراع بين احتياجات الفرد والجماعة فى ممارسة البحث والتعليم فالبحث عادة ينفع المرضى كمجموعة لكن اخضاع المرضى للتجارب والعمليات الاختبارية لن يكون غالبا فى صالح المريض الفرد اذ قد يؤدى الى نتائج سلبية بالنسبة لحالتة –كما يمكن ان تثار نفس النقطة بالنسبة لموضوع استخدام المرضى فى تعليم الطلبة و ليس هناك شك فى ان الطلبة فى حاجة الى الملاحظة و التجريب و اخيرا الممارسة لكن هذا قد يتعارض مع مصلحة المريض الذى سيكون عرضه لاخطاء هؤلاء مما قد يؤدى الى تفاقم مرضه او حتى موته

-:ثانيا

توزيع الموارد التى يندر توافرها دائما مثل الوقت و المهارة و المواد فاذا كان لدى الاطباء من هذه الموارد كمية اقل مما يحتاجه كل المرضى فانهم سيضطرون الى ان يختاروا بدقة المريض الذى هو فى اشد الحاجة للارتفاع بهذه الموارد غير الكافية بحيث يستفيد منها جميع المرضى

و مثال ذلك انشغال الاطباء فى احدى المستشفيات الامريكية بتوزيع الموت بين السكان

اذا كان المريض متقدما فى السن ، اذا كان المريض يبلغ من العمر عشرين عاما و الذى ووصل الى غرفة الطوارئ مع افتراض للموت مرفق بالاستمارة التى تشمل تقدير سائق عربة الاسعاف نجد ان الطبيب رغم ذلك يستمع الى دقات القلب و يبذل مجهودات مكثفة للانعاش و التنبيه و يوصل اليه الاوكسجين و غالبا ما يقدم له وسائل علاجية منبهة موقوته و يختلف

الوضع اذا كان المريض فى الاربعين من عمره و يختلف اكثر لو كان فى السبعين

و السن ليس هو العامل الوحيد الذى يؤثر على درجة الرعاية التى يلقاها عند اعلان احتمال موته فهناك مجموعة اضافية من الاعتبارات تتعلق بالشخصية الاخلاقية تؤخذ فى الاعتبار فمن بين الافراد الذين يحكم بموتهم بشكل اسرع ضحية الانتحار و مدمن المخدرات و المهاجم فى جرائم العنف و المتشرد و بصفة عامة اولئك الاشخاص الذين تعتبر شخصياتهم الاخلاقية مثارا للنقد و الاستنكار الاجتماعى

-:ثالثا

الصراع المرتبط بحاجة الطبيب الى موازنة مصالح المريض فى اى فترة من الوقت مع مصلحة نفس المريض فى المستقبل

و يبدو ان هناك اتفاقا ضمنيا (صامتا) بين الاطباء و المرضى بألا تتم مواجهة الموقف الحقيقى او مصارحة المريض بحقيقة مرضه فقد كان المريض اواسرته غالبا ما يطالبون بعلاج ما ،وان كان يجلب املا زائفا ومعاناة طويلة

وموتا بطيئا ونفقات باهظة بينما كان يمكن ان يشكل التشخيص الصحيح وتحديد العلاج المناسب حمايا للمريض من الاستنزاف الكامل ومظاهر المهانة الشديدة الناتجة عن الالام الجسمانية والعافية المتناهيه فاختيار طريق العلاج فى مثل هذه الحالات لايتم بناء على الاقتناع العقلى الواضح ولكنه هروب من الحقيقة فالمريض يرغب فى تجنب الا م المرض والموت والطبيب يرغب فى تجنب الاستسلام للفشل

فالهروب من الحقيقة يمكن ان تضيع على المرضى والاقارب فرصة التقبل التدريجى لحقيقة الموت وعليهم ان يمروا

بتجربة هذه الخسارة فجأة فى النهاية

رابعا :نوع اخر من الصراع الذى يواجه الطبيب وهو اهتمامه

فقد كان المريض اواسرتة غالبا ما يطالبون بعلاج ما

وان كان يجلب املا زائفا ومعاناة طويلة وموتا بطيئا

ونفقات باهظة بينما كان يمكن ان يشكل التشخيص الصحيح

وتحديد العلاج المناسب تنازلا عن الحياة لحماية المريض من الاستنزاف الكامل ومظاهر المهانة الشديدة

الناتجة عن الالام الجسمانية والعافية المتناهية

فاختيار طريق العلاج فى مثل هذه الحالات لايتم بناء على الاقتناع العقلى الواضح ولكنه هروب من الحقيقة فالمريض يرغب فى تجنب الاستسلام للفشل فالهروب من الحقيقة يمكن ان تضيع على المرضى والاقارب فرصة التقبل التدريجى لحقيقة الموت وعليهم ان يمروا بتجربة هذه الحسارة فجأة فى النهاية

رابعا :نوع اخر من الصراع الذى يواجه الطبيب وهو اهتمامه بمصالح المريض فى مقابل اهتمامه باسرة المريض او اقاربه فمتى يمكن للطبيب ان يقف فى صف الاقارب ويسمح بدخول مريض عقلى اجباريا الى المستشفى ؟ ومتى يتدخل الطبيب ليقف فى صف المريض

خامسا: الصراع بين كيفية تعريف الطبيب لدوره والطريقة التى يعرف بها المريض هذا الدور والذى يتضح فى المواقف التى يعجز فيها الطبيب عن مساعدة المريض فيرفع الى مستوى رايه الخاص فى ممارسته لدوره كشخص معالج

ويتضح ذلك فى انهم لا يقبلون بالضرورة ان تكون مشكلة المريض مشكلة طبية لهم القدرة والكفاءة على معالجتها فأنهم يستمرون فى البحث عن اسباب بيولوجية يمكن التعامل معها

طبيا وتكون عن طريق التوصية بزيارة احد الاخصائيين

أووصف دواء معين وهم بذلك يدعون صورتهم الذاتية ويشجعون المريض على مواصلة التفكير فى اطار مرض معين

سادسا:نوع اخر من الصراع وهو بين الادوار الكثيرة للطبيب وهى الصراعات بين التزامه بمساعدة مريض بعينه وبين واجباته كموظف فى الدولة او هيئة من الهيئات

وهناك صراعات تواجه الطبيب فمتى وتحت اى ظروف يمكن للطبيب ان يخون ثقة مريضه ويذهب الى الشرطة ليبلغ عنه ؟ ومتى يقرر الايعطى

لمدعى المرض شهادة مرضية ؟ واى المصالح ينبغى ان تكون هى المقدمة على غيرهافى ذهنه؟

سابعا :الصراع بين مسئولية الطبيب فى اى وظيفة معينة قد يشغلها وبين احتياجات مهنته الاصلية مثال على ذلك فقد يعجز الطبيب

على التعرف على (بعض) المرضى فنظرا لان الطبيب يكون عادة فى صحة جيدة وصغيرا فى السن وقويا فأن هذا يتناقض مع كون المريض كبيرا فى السن او مريضا او حتى مشرفا على الموت ،فالاطباء الصغار ينظرون عادة بتفائل نحو حياة عملية ناجحة فى مجال الطب وهم يأملون فى وقت لايضطرون فيه الى العمل كثيرا والارتباط بالعجزه والقاذورات وكثيرا مايطلق هؤلاء الاطباء اسماء تنطلق مع تفكيرهم وسلوكهم كتسمية هذه العنابر (حديقة الحيوان)

واخيرا فهناك مجموعة اخيرة من الصراعات فى دور الطبيب تنشأ فى اى دور مهنى وربما فى اى دور على الاطلاق وهى الصراع بين هذا الدور النوعى المتميز وبقية الادوار التى قد يلعبها الشخص فى حياتة كالاب مثلا او الزوج اولاعب التنس

التفاعل بين الاطباء والمرض

المقصود هنا العلاقات التى تنمو بين الاطباء والمرضى وقد فرق كلا من الطبيبان (اسزاس وهولندر) بين ثلاثة انواع من التفاعلات التى يمكن ان تحدث بين الطبيب والمريض

١-الايجابية –السلبية

٢- الارشاد –التعاون

٣- المشاركة المتبادلة

الايجابية – السلبية يكون الطبيب ايجابيا والمريض سلبيا وذلك فى حالات الطوارىء اى الامراض الخطيرة فالمريض يكون

عاجزا تماما بينما يجرى الطبيب عملياته والعلاج له

نموذج الارشاد والتعاون يكون فيها علاقة الطبيب بالمريض عندما تكون الظروف اقل يأسامن تلك السابقة ورغم ان الشخص المطلوب علاجه يكون

مريضا الانه يكون على وعى شديد بما يجرى وهو قادر على تلقى التعليمات وممارسة الحكم على الاشياء وعلى المريض ان يعترف فى مثل هذا الموقف بأن الطبيب يعرف افضل ولهذا السبب فهو موجود وهو يود ان يقول له مايجب عليه عمله حتى يستطيع

اتباع التعليمات والسير فى طريق الشفاء

اما **المشاركة المتبادلة** فهى اساسى فى علاج الامراض المزمنة حيث يتم تنفيذ برنامج العلاج على يد المريض بتعليمات يتلقاها دوريا من الطبيب وطبقا لهذا النموذج فان الطبيب يساعد المريض على مساعدة نفسه ومن اجل اتمام العلاج ونجاحه وبذلك يكون الطبيب فى حاجة الى المريض لتحقيق النجاح والمريض فى حاجة الى الطبيب للشفاء

و يمكن النظر الى الانواع الثلاثة من العلاقات بين الطبيب و المريض السابقة بانها انواع للعلاقة التى يود الاطباء اقامتها مع المرضى الذين يعانون من حالات مختلفة و لكن يوجد فى هذه العلاقة **صراع و مساومة و تفاوض** يحدث عندما يحاول الاطباء اقامة هذه الانواع من العلاقات و يمكن ان نحدد اشكال هذه المساومة بالنسبة للطبيب و المريض

لتحديد الادوار و الاهداف فى هذه العلاقة عن طريق مجموعة من التساؤلات تتمثل فى :-

١- اى انماط من التفاعل يود الاطباء و المرضى اقامتها

٢- ما هى الظروف الاجتماعية لمثل هذه الانماط

٣- كيف يبدأالاطباء و المرضى فى تاسيسها

٤- ماذا يحدث اذا لم يلعب الطبيب او المريض الدور المتوقع منه

٥- كيف يتعامل الطبيب النفسى مع المرضى

٦- ماذا يحدث مع المرضى الذى يجب ان يكونوا سلبيين لكنهم لا يرغبون فى ذلك

٧- كيف يقيم المريض نوع التفاعل الذى يريده

وتحليل و تفسير هذه الاسئلة يساعد فى فهم و تحسين العلاقة بين الطبيب و المريض **فالطبيب** يوجد امامه مهمتين عليه ان يقوم بهما بشكل تقليدى او

علم النفس الطبى المحاضرة الاولى

نموذجى فمن ناحية عليه ان يشخص المشكلة التى يعرضها عليه المريض لكى يقرر العلاج المناسب لها و من ناحية اخرى عليه ان يجعل المريض يتفق معه فى تشخيصه و يتصرف بناء على نصحيته التى قد تتضمن احيانا النصح بأنه ليس هناك فعلا اى مشكلة تستحق الشكوى او العلاج و فى حالة تشخيص المرض على الطبيب ان يحصل على معلومات من النوع المتصل بالطب و عليه ايضا ان يحدد بدقة المعلومات التى يريدها ويساعد المريض على اعطائها بشكل يمكن ترجمته الى معطيات طبية

اما بالنسبة **للمريض** قد لا يوافق المريض على توصيفات الطبيب و قد لا يكون معتادا ايضا على تنظيم حياته بشكل مناسب و قد يكون مقتنعا بمفاهيم اخرى مختلفة لدور المريض او دور الطبيب ويصبح الطبيب فى موقف معقد ومزدوج و غامض فنظرا لان دوره يقوم اساسا على مساعدة المريض فمن واجبه ان يستمع الى ما يريد قوله حيث يسهل له عملية الاتصال به و التفاهم معه بسهولة هذا من ناحية و من ناحية اخرى نجد ان وجهة نظر المريض (لما يجب عليه ان يعرضه و كيف يجب عليه ان يتصرف و كيف يمكن معالجة مشاكله) قد تختلف دائما (وليس فى اغلب الاحوال فحسب) عن حكم الطبيب ولهذا يكون من واجب الطبيب ان يحاول اقناع المريض بتغير نظرته او سلوكه

اساليب الاطباء للسيطرة على حدة الصراع

فى عملهم مع المرضى الذين يحتمل الا يختلفوا معهم فى الراى ،كأولئك الذين لهم نفس الخلفية الثقافية و الاجتماعية و

المعاييرالسلوكية و القيم الى حد كبير ،و الذين يمكن توصياتهم باقتناع و تقدير ويبدو ان الكثيرين من الاطباء يختارون هذا الطريق

و عموما فان الاعتبار الاساسى فى مواقف المساومة و التفاوض هو: اين تكمن القوة؟

ومن الملاحظ ان المريض غالبا ما يكون فى موقف ضعف و قد يجعله مرضه عاجزا تماما ورغم ذلك فلديه الحرية المطلقة تقريبا فيما اذا كان سيزور الطبيب ام لا و لكن اذا لجأ المريض الى الطبيب فأنه فى هذه الحالة يضع نفسه فى مركز اقل ويكون عليه ان يتقبل نصائح الطبيب و العلاج الذى يقدمه له.

و يعنى ذلك

انه اذا لم يتخل المرضى عن حقوقهم فى تقرير مصائرهم او تدخلهم فى التشخيص او المشاركة فيه فان الطبيب اذا كان يريد اقناع المريض بوجهة نظرة فعليه ان يثبت انه فى مركز السلطة

هناك عوامل تساعد الطبيب على ان يصبح فى موقف قوة هى :-

١ـ المعطف الابيض الذى يرتديه الطبيب تميز الطبيب عن المريض كشخص له مركز اجتماعى مختلف

٢ـ الطبقة الاجتماعية و مركز الطبيب الاجتماعى المرموق فى المجتمع ستعاون الطبيب الى حد بعيد فى تاسيس العلاقة

ولكن ان القوة النسبية لكل من الطبيب و المريض و بالتالى قدرة كل منهما على ان يكون له ما يريد فى الاستشارة تعتمد على عدة اسباب من اهمها

ـ الاحتياجات النسبية للأفراد المشاركين فى الموقف او بلغة الاقتصاد الفائدة التى ستعود على الفرد نتيجة هذا التفاعل فاذا كان الفرد لا يحتاج الى مساعدة الطبيب بصورة ملحة مثل ذهابه الى الطبيب مع احد اقربه او اصدقائه ليهدئ من روعة فانه لن يكون فى موقف يكسب منه كثيرا او يخسر فيه كثيرا

ـ يكون الطبيب فى حاجة الى ان ينجح مع بعض المرضى و تكون حاجته لذلك النجاح شديدة و ذلك لاثبا ت ذاته وقدرته او قد تكون حاجة مادية ويقف الاطباء عادة موقفا صعبا فى علاقتهم بالمرضى الاغنياء او ذوى النفوذ لانه اذا اصر الاطباء على علاج غير مرغوب فيه فقد يتركهم المرضى الى اطباء اخرين **واخير يمكن عرض مجموعة من الاسئلة لمراجعة ماتناولناه فى المحاضرة**

الاطباء و المرضى : تحليل سوسيولوجى للعلاقات الاجتماعية

السؤال الاول : ضع علامة صح او خطأ امام كل عبارة من العبارات الاتية:-

١ـتتفق التزامات وواجبات التى يؤديها اى فرد فى المجتمع

الاجابة (خطأ) لان لكل دور من الادوار واجبات والتزمات يعرفها من يقوم بالدور ويتوقعها منه الاخرون

٢- هناك اتفاق دائما بين الطبيب والمريض من حيث التعاون فى التشخيص والعلاج

الاجابة(خطأ) لانه قديكون هناك تقبل او امتناع من ناحية المريض او قد يفشل الطرفان تماما فى تكوين العلاقة بينهم

٣-تتدخل قوة احد الطرفان فى تحديد العلاقة بين الطبيب والمريض

الاجابة (صحيحة) لان ذلك يتوقف على القدرة النسبية لكل طرف من الاطراف المشاركة فى الموقف

اسئلة مراجعة على الفصل العاشر

٤-تتوقف العلاقةبين الطبيب والمريض على قدرة الطبيب ومهاراته

الاجابة (خطأ) لان هذه العلاقة يتدخل فيها ايضا موقف المريض فقد يكون المريض سلبى ويرفض العلاج

٥-لكل دور اجتماعى ضغوطه الكامنة وصراعاته الموجودة بداخلة

الاجابة (صحيحة)لان الطبيب يعانى من مجموعة من الصراعات والتوترات اثناء ممارسة دوره

٦-هناك اشكال مختلفة من العلاقات بي الطبيب والمريض

الاجابة(صحيحة) لان هناك انواع مختلفة من التفاعلات

٧- الايجابية والسلبية تعنى ان يكون كلا من الطبيب والمريض فى حالة من الايجابية والسلبية

الاجابة (خطأ)لان فى هذا النوع من التفاعل يكون فيه الطبيب ايجابيا والمريض يكون عاجزا تماما بينما الطبيب هو الذى يقدم المساعدة تماما

٨-نموذج الارشاد والتعاون يكون فيه الطبيب سلبيا والمريض ايجابيا

الاجابة (خطأ) لان فى هذا النوع من التفاعل يكون فيه المريض على وعى شديد بما يجرى له ويعترف المريض بان الطبيب يعرف افضل ولهذا فهوموجود

٩- اذكر المقصود بنموذج المشاركة المتبادلة

المشاركة المتبادلة :يتم تنفيذ العلاج فيه على يد المريض بتعليمات يتلقاها دوريا من الطبيب وفيه يساعد الطبيب المريض على مساعدة نفسه

١٠-اذكر انواع الصراع الذى يعانى منها الطبيب اثناء ممارسة دوره

هناك مجموعة من الصراعات يعانى منها الطبيب أثناء ممارسته لدوره يمكن تناوله على النحو التالى:

١- الصراع بين مصالح اى مريض ومصالح مجموعة من المرضى ،مثال المريض الذى يشرف على الموت وحالة المرضى الاخرين فى نفس العنبر

٢-الصراع الخاص بتوزيع الموارد الغير متوفرة مثل الوقت والامكانيات

٣-الصراع المرتبط بموازنة مصالح المريض فى اى وقت مع مصالحة فى المستقبل

٤- الصراع الخاص بأهتمامه بمصالح المريض فى مقابل اهتمامه بمصالح اسرة المريض واقاربه

٥- الصراع بين كيفية تعريف الطبيب لدوره والطريقة التى يعرف بها المريض هذا الدور

٦-صراع الادوار العديدة للطبيب مثال الصراع فى مساعدة المريض وواجباتة

كموظف فى الدولة

٧-الصراع بين مسئولية الطبيب فى اى وظيفه وبين احتياجات مهنته الاصلية

علم الاجتماع الطبي (المحاضرة الاولى)

المحاضرة الثامنة

الفصل الحادى عشر

الصحة والتنمية القومية فى بلدان العالم النامى

فى هذا الفصل سوف نستعرض ونناقش بعض وجهات النظر المتصلة بـ:-

اولا: التفاعل بين الصحة والتنمية القومية

ثانيا: التفاعل بين البرامج الصحية ومشكلة السكان

اولا:التفاعل بين الصحة والتنمية القومية

يرى (ميردال) لاينبغى ان نفهم الصحة بمعزل عن العوامل الاخرى المتصلة بعملية التنمية وذلك لان الصحة تؤثر على العوامل الاجتماعية والاقتصادية المختلفة كما تتأثر هى ذاتها بهذه العوامل ويقصد بها بالتحديد :الدخل ومستويات المعيشة والتغذية

المعيشة والتغذية ومثال ذلك ان هناك اعتماد متبادل بين الصحة والتعليم ويتضح هذا الامر من ان مقدره الطفل على الاستيعاب الجيد للمقررات التعليمية فى المدرسة متوقفه على صحته ،اما من الجانب الاخر وهو الذى يتمثل فى تأثيرالتعليم على الصحة،فهو يتضح من ان امكانية تحسين الظروف الصحية فى مجتمع معين تعتمد على معرفة اعضائه واتجاههم نحو المسائل الصحية واكثر من ذلك ان مستويات الصحة والتعليم فى مجتمع ما تعتمد بدورها على الوسط الاجتماعى الشامل بما ينطوى عليه من اتجاهات ونظم او مؤسسات سائدة

وقد اهتم (ميردال) بمضامين هذه العلاقة وانعكاساتها على التخطيط فاكد ان التخطيط

من اجل صحة افضل ،ينبغى ان تسبقه عملية ممهدة للحصول على معلومات وبيانات كافية من مختلف القطاعات الاخرى

فى المجتمع -فالاعتراف باهمية العلاقات المتبادلة بين هذه الظروف الاجتماعية المختلفة ، يعاون المخطط على ان يواجه المشكلة الصحية على اوسع جبهه ممكنه وهذا يعنى ان المشكلة الصحية تصبح –على المستوى العقلانى متضمنة داخل المشكلة العامة لتخطيط التنمية ومن المهم للصحة ان

يزداد الانتاج الزراعى ويرتفع مستوى التعليم ويتحسن بل وان تنتزع الجماهيرمن حالة الفقر المدقع التى تعيشها

وهكذا ينتقد (ميردال)اولئك الذين يستبعدون الصحة والتعليم من مواقع الصدارةفى فلسفة التخطيط

ويفسر ذلك بقولة ان قلة الاهتمام الذى وجه الى ميدانى الصحة والتعليم ،يمكن تتبع جذوره فى فلسفة التنمية التى تعلق اهمية كبرى على الاستثمار فى جوانبه الماديه الخالصه وخاصة تلك التى تتعلق بتمهيد الطرق وبناء السدود وتأسيس المصانع وما الى ذلك وللاسف الشديد خضع التراث الاقتصادى وخضعت معه خطط التنميه لنظريات اعتمدت على التطبيق غير الواعى للمفاهيم الغربية ولنماذج تحليلية غريبة كل الغربة عن طبيعة المجتمعات النامية

وقد اكدت بعض الدراسات ان الاستثمار فى راس المال المادى لايشكل الا جزاءا واحد فقط من عملية النمو الاقتصادي الكلية من ثم ،عملت هذه النتيجة السلبية الهامة على زعزعة الاسس التى يعتمد عليها نموذج التخطيط الذى يكتفى بالاستثمار المادى وتركت المجال مفتوحا امام التأمل فى مختلف العوامل الاخرى (غير المادية)التى تتدخل فى عملية التنمية

ولكن عندما بدا الاقتصاديون فحص هذه العوامل الاخرى –كالتعليم والصحة والبحث العلمى والتكنولوجيا والتنظيم والاداره ومالى ذلك–لم يكونوا على استعداد لتجاهل نماذج راس المال والناتج

بل انهم قاموا بتوسيع نطاق مفهوم الاستثمار الرأسمالى كى يتضمن الاستثمار فى الانسان

المضلة التى نتحدث عنها هى الحاجة الملحة الى برامج فعالة فى ميدان الرعاية الصحية فى نفس الوقت الذى تؤدى فيه تلك البرامج الى مزيد من النمو السكانى ويوجد كثير من الحجج التى يمكن ان تقدم للدفاع عن الاستثمار فى البرامج الصحية برغم تأثيرها المعروف على النمو السكانى ، مثال ذلك لشفت الاحصائيات الرسمية عن ان نسبة تغيب القوى العاملة فى احدى مناطق الفلبين بسبب الاصابة بحمى الملاريا حيث بلغت ٣٥ %من

مجموع القوى العاملة فى هذه المنطقة وقد انخفضت هذه النسبة الى اقل من ٤% بعد ادخال برنامج مكافحة الملاريا

يعنى ذلك ان برامج الصحة العامةتساهم فى برامج التنمة عن طريق ما تضيفه كما وكيفا الى القوى العاملة

كذلك تعمل البرامج الصحية الناجحة على تحسين الاتجاهات الاجتماعية المؤيدة للتغير وامكانية تحقيقه والتشجيع على التفكير المجدد ولايمكن ان نتوقع وجود هذه الاتجاهات عند من يعانون من الامراض وتؤدى البرامج الصحية البسيطة نسبيا ذات التكاليف المنخفضة الى تحسينات مفاجئه فى الجانب الكيفى للقوى العاملة وكذلك الى زيادة ملحوظة فى الانتاج ،وكذلك البرامج االتى تؤدى بصفه مفاجئه الى خفض معدل الوفيات عند الراشدين تعمل هى ذاتها على خفض نفس المعدل عند الاطفال الصغار ومن ثم تؤدى الى زيادة النمو السكانى

وعلى الجانب الاخر توجد حجج اقتصادية قوية تدافع عن البرامج الصحية فى مواجهه معدلات النمو السكانى المتزايد واهم هذه الحجج :ان الاسخاص المرضى والعاجزين لايموتون بالضرورة بل قديستمرون على قيد الحياة مما يشكل عبأ اقتصاديا تتحمله الدولة

ويمكن القول بأن كلما زاد معدل النمو السكانى فى سرعته، فسوف يؤ ثر ذلك على تدهور الاقتصاد وعلى الحد من الامكانيات التى تستخدم لرفع المستوى الصحى لاعضاء المجتمع وعندما ينمو عدد السكان بسرعة كبيرة يقل معدل احتمال التقدم فى شتى الجوانب الاجتماعية ويعنى ذلك انه ينبغى ان يكون النمو السكانى محدود للغاية

ومن الا همية ان ندرك ان لايمكن لمجتمع ما ان يسمح بالمحافظة على المعدل المرتفع للوفيات كوسيلة للضبط السكانى واكد على ذلك (مردال) اثناء تحليله لمشكلة الصحة على ان اى محاولة يراد بذلها للحد من النمو السكانى لابد ان توجه الى عامل الخصوبه فحسب وتقتصر على معالجته وحده واما السماح بوجود مستوى عال فى معدلات الوفيات بدعوى انه يبطىء من النمو السكانى ،فهو امر غير وارد بل ولايمكن الموافقه عليه وهذا المبدأ القيمى هو قاعدة السياسة العامة فى العالم

والمعضلة هنا تتلخص فى ايجاد صيغه للموازنه بين الواجب الاخلاقى المتمثل فى توفير الرعاية الصحية والحاجه الى خلق وسائل فعاله لضبط السكان

دائرة الخصوبه والوفاه

يقصد بها ان الخصوبه العالية تؤدى الى وجود اعداد ضخمة من الاطفال الذين يعيشون غالبا فى ظل اوضاع اجتماعية يسودها الفقر والجهل وينجم عنها بالضرورة معدلات عالية من الوفيات من الاطفال مما يدعو بدوره الى ارتفاع معدل الخصوبه ويمكن ان يكون الحل فى ان خفض معدل الوفيات من الاطفال الصغار شرط ضرورى للاقلال من الخصوبه

ويمكن للخدمات الصحية من ان تقوم بدورهام ايضا فى دعم وتوفير المتطلبات اللازمه لضبط السكان ويمكن ان يتم ذلك عندما تبدأ فى عملية التعليم الاجتماعى عن طريق ترغيب الناس فى ان يتحكموا فى مصائرهم بأنفسهم

وهناك حجة اخرى تتمثل فى قصور مدخل تنظيم الاسرة وعجزه من التحكم فى الزيادة السكانية وتختلف الدول فيما بينها فى النسبة التى ترغب فى خفضها من السكان ، فمثلا برنامج تنظيم الاسرة فى باكستان كان يهدف الى خفض نسبة

السكان من ٥٠ الى ٤٠ الف نسمه حتى عام ١٩٧٠ اما الهند كانت تهدف الى تقليل المعدل من ٤٠ الى ٢٥ ولابد ان نعرف ان معدل المواليد فى المجتمعات المتخلفة تتزايد بأستمرار ولاتتضاءل وفى المجتمعات التى تتبع سياسة سكانية محددة لانجد مؤشر يدل على ان الحكومة تقوم بضبط معدل الانجاب

ويرى ديفز ان الخصائص التى تجعل تنظيم الاسرة وسيلة موضع موافقة وتأييد هى ذات الخصائص التى تجعل تنظيم الاسرة وسيلة غير فعالة لضبط السكان لان من حق الزوجين ان يكون لديهم عدد الابناء الذى يرعبانه ولكن فى نفس الوقت يكون ذلك تجاهل قضية السياسة السكانية اى تجاهل حق المجتمع فى ان يستخدم وسائله فى ضبط سكانه

والحل يتمثل فى ان يكون معدل السكان صفرا ، لان اى معدل سوف يستنفذ الارض يوما بعد يوم لوظل الوضع كما هو

ولكن هذا الحل لايمكن وضعه فى السياسة السكانية كهدف ولاتستطيع اى سياسة ان تحلم به لان ذلك لايمكن ان توافق عليه معظم الدول ويتعارض مع مجتمعاتنا الدينية ومن المتوقع فى السنين المقبلة ان يوجد مداخل جديدة للزيادة السكانية كاستحداث طرق جديدة للتربية والتعليم تؤثر على الاسر ويصبح تحسين الصحة شرط مسبقا للاقلال من الخصوبة ، هذا الى جانب تغيير السلوك فى كل المستويات وكذلك المؤسسات

علم الاجتماع الطبي (المحاضرة الاولى)

المحاضرة التاسعة

العلاقة بين الطبيب والمريض

اولا :منظورات العلوم السلوكية للصحة والمرض

- **المنظور المجتمعى :دور المريض**

- المرض هو حادثة طبيعية . ولهذا لا نستطيع ان نلوم المريض بانة قد سبب لنفسة المرض.و نظرا لان تخفيف المطالب و الواجبات اليومية الملقاه على عاتق المريض ، يسهم في وصوله الى الشفاء بسرعة
- فعندما يلقى المريض رعاية كافية و ملائمة فإنة يعود الي مسئولياتة اليومية في المجتمع مرة اخرى
- فإن قضية تكيف المجتمع مع المرض تصبح مشكلة عملية ملحة حيث يتسم هذا السياق المجتمعي بخصائص اهمها شدة الضغوط المفروضة على العمل وتباين حاجات المجتمع
- و بذلك يتضح ان كلا من العمال و الحكومة يستغل مفهوم دور المريض لتحقيق مصلحته الخاصة فاستخدام العمال للطبيب بإعتبارة انه وسيلة للهروب من مطالب المجتمع التي ليست لها علاقة مباشرة بالصحة و هو امر دفع بالحكومة الي التدخل في تنظيم سلوك الطبيب و الخدمة في هذا المجال حتى تستطيع مواجهه هذا الاتجاه لكي تضمن لنفسها ولااجهزتها الانتاجية طاقة بشرية كافية و تلك الظاهرة كانت قائمة في المجتمع الامريكي ايضا في فترة زمنية معينة
- و يواجه الاطباء بعض مظاهر السلوك المنحرف من مرضاهم مثل حالات العذر الكاذب اي ادعاء المرض و عدم وجود حالة من العجز عند المريض و بناء على هذا فانه عندما يقدم الطبيب تبريرا طبيا للعجز الاجتماعي يمتزج الجانبان الطبي و الاجتماعي في ممارستة لمهنة الطب حيث لا يكون واضحا تماما اذا ما كان الحكم الذي اصدره الطبيب على حالة المريض هو حكم طبي او ذو طابع اجتماعي
- اصدر علماء الطب النفسي بعض التوصيات الخاصة بالمسئولية القانونية لمرض الخلل العقلي:

١-ان الشخص لا يكون مسئولا عن السلوك الاجرامي لو كان يفتقد القدرة الاساسية على فهم الطبيعة الجنائية لسلوكه او مطابقة سلوكه للقواعد القانونية و ذلك نتيجة لاصابته بمرض عقلي

٢-ان مصطلح المرض او القصور العقلي لا يعني فقط الشذوذ الذي يبدو في سلوك المجرم العائد او غيرة من انواع السلوك المعادي اجتماعيا

ثانيا :الصحة و المرض و السلوك الانحرافى

- دور الطبيب و المريض
- دور الطبيب : ولا يعتمد اداء الطبيب لدوره (ما يفعلة و ما لا يفعلة) على نوعية التوجية العلمى الذي تلقاه او اخلاقيات المهنة فقط و لكنه يعتمد فوق ذلك على توقعات المجتمع و تلك المسئوليات الموكله اليه من جانب هذا المجتمع
- فدور الطبيب في المجتمع يحددة المجتمع ذاته عندما يتوقع منه تقديم العون و المشوره الي مرضاه بغض النظر عن الحالة الراهنه لعلم الطب في مجال مرضه فالجانب الاكبر من الممارسة الطبية ينطوي على محاولات يبذلها الاطباء لمعاونة الناس على التوافق الملائم مع مستويات او معايير ذات طابع اجتماعي اكثر منه معايير طبية و مثال ذلك اطباء الاطفال يبذلون جانبا كبيرا من وقتهم لمعالجة مشكلات النمو الاجتماعي للصغار
- و اما الاطباء الذين يتعاملون مع المسنين فقد يشعرون بالحاجة الي الاهتمام بضرورة تحقيق التكامل الاجتماعي لمرضاه في المجتمع

دور المريض

- لا يوجد تعريف واحد لدور الطبيب فضلا على ان هناك نوعيات كثيرة و مختلفة من المواقف التي يعتقد الناس انها تعد مبررات ملائمة لطلب العلاج الطبي كما يتعامل الناس مع مشكلاتهم ومتاعبهم بطرق و اساليب كثيرة يمثل البحث عن المعامله الطبيه اسلوبا واحدا منها او احتمالا من بين عدد كبير من الاحتمالات
- اما نظرة الفرد الي الطبيب فانها تعتمد على عوامل كثيرة مثل خلفيتة الثقافية ومعلوماته و خصائصه الشخصية وطريقتة في ادراك و تعريف مؤشرات

مرضية معينة فضلا عن التكاليف المالية او الشخصية لعلاج الطبي النفسي بالقياس الي الحلول الاخرى البديلة لنفس المشكلة

- اعترف المريض بان ثمة مشكلة يعتمد اولا على مدى احساسة بان هناك تغير طرأ عليه و ان هذا التغير يمثل انحرافا عن توقعاتة المألوفة مما يجعلة ينظر الية باعتباره تغيرا غير مرغوب او مربك واضح ان الشخص ذاته هو الذي يقوم بهذا التقييم و هو يتصرف بما لدية من افكار كاملة طبيعة الحالات الجسمية و النفسية و الاجتماعية السوية

- الخلاصة ان اعترف الشخص بوجود بعض المؤشرات الانحرافية ياتى دور الافكار الاجتماعية و الثقافية المتصلة بتفسير سبب وجود مشكلات من نوع معين فقد يعتقد هذا الشخص انه يشعر بما يشعر به لانه متعب او مجهد نتيجة لقيامه بعمل شاق او لانه ارتكب خطا او قد ينظر الى حالته كنتيجة لتدخل بعض القوى الغامضة او الارواح الشريرة نتيجة للاصابته بمكروب معين و السياق الثقافى لا يؤثر على تفسير الاعراض فقط ولكنه يسهم فى تشكيل الاستجابات البديلة التى حددت للتعامل مع المشكلة و اختيار العلاج الملائم لها

لقاء الطبيب و المريض

- تتشكل وجهات نظر الطبيب الى حد كبير من خلال تدريبه المهنى و خبرته العلاجيه فى حقل الطب اما وجهات نظر المريض فهى تتاثر بحاجته الملحة الى مواجهة مشكلة معينه و تصحيحها او علاجها

- العلاقة بين الطبيب و المريض قد يحدث بها الالتقاء او ربما الافتراق احيانا بين ثقافتين مختلفتين تماما و هما ثقافة العامة و الثقافة المهنية للطب

- اذا كان سلوك المريض يختلف و يتباين فان الاطباء هم الاخرون يختلفون من حيث استجابتهم اختلاف بينا و يظهر هذا الاختلاف فى وجهات نظرهم بشان الطب و ملائمته بالتصدى لمشكلات مختلفة و فى معارفهم الطبية و فهمهم لتعريفات المرض و كذلك فى نوعية تدريبهم و خبرتهم و منظورتهم الطبية و اكثر من ذلك كله

- و لعلنا نجد ان المعايير الاجتماعية و الشخصية المختلفة التى تعتبر اساسا لتعاريف المرض تؤثر على نوعية الامراض التى تكون موضع اعتراف و اهتمام

- ان كلا من المريض و الطبيب يحاول بطريقة او باخرى ان يقيم المشكلة بلاعتماد على معياره او مستوى معين (السواء) وذلك عندما يقوم الاول بتحديد مشكلته الخاصة امام الثانى و يبدا الثانى فى تقدير شكوى الاول او تقيمها

- و عموما تعتمد اراء المرضى و احكمهم بصدد السواء على خبرتهم الذاتية و خليط من المعلومات الطبية و النظريات البسيطة و الساذجة عن الاداء الوظيفى للجسم و فى مقابل ذللك تقوم المعايير الطبية على اساس من نتائج الملاحظة العلاجية و الدراسات الميدانية و الفحص التجريبى

ثالثا : الاطباء و المرضى تحليل سوسيولوجى

- اولا الصرع فى دور الطبيب

- يعانى الطبيب من سلسلة كاملة من الصراعات والتوتريمكن توضحها فيما يلى: **اولا**:هناك فى البداية الصراع الذى يجب على الطبيب ان يحسمه بين مصالح اى مريض فرد ومصالح المرضى كمجموعة (مشكلة مثل التى تم الاشارة اليها وهى حالة المريض الذى يشرف على الموت فواجب الطبيب ان يختار بين الاهتمام الشديد بمريض واحد ورعايته واهمال الاخرين - وهنا نجد ان القول بأن الطبيب لابد ان يضع المريض فى المقام الاول هو قول غير ملائم وهنا يقع نوع من الصراع الحتمى لانه بينما يكون الطبيب فى حالة صراع ليلائم او يعدل اى حالة فردية لصالح العمل (والمرضى الاخرين) فان المريض من ناحية اخرى بكون هو ايضا فى حالة صراع للحصول على نوع من الرعاية والاهتمام اكثر ملائمة له كفرد بغض النظر عن احتياجات النسق ككل

- وينشأ الصراع بين احتياجات الفرد والجماعة فى ممارسة البحث والتعليم فالبحث عادة ينفع المرضى كمجموعة لكن اخضاع المرضى للتجارب والعمليات الاختبارية لن يكون غالبا فى صالح المريض الفرد اذ قد يؤدى الى نتائج سلبية بالنسبة لحالتة –كما يمكن ان تثار نفس النقطة بالنسبة لموضوع استخدام المرضى فى تعليم الطلبة و ليس هناك شك فى ان الطلبة فى حاجة الى الملاحظة و التجريب و اخيرا الممارسة لكن هذا قد يتعارض مع مصلحة المريض الذى سيكون عرضه لاخطاء هؤلاء مما قد يؤدى الى تفاقم مرضه او حتى موته

ثانيا

- توزيع الموارد التى يندر توافرها دائما مثل الوقت و المهارة و المواد فاذا كان لدى الاطباء من هذه الموارد كمية اقل مما يحتاجه كل المرضى فانهم سيضطرون الى ان يختاروا بدقة المريض الذى هو فى اشد الحاجة للارتفاع بهذه الموارد غير الكافية بحيث يستفيد منها جميع المرضى

- و مثال ذلك انشغال الاطباء فى احدى المستشفيات الامريكية بتوزيع الموت بين السكان

- وموتا بطيئا ونفقات باهظة بينما كان يمكن ان يشكل التشخيص الصحيح وتحديد العلاج المناسب حمايا للمريض من الاستنزاف الكامل ومظاهر المهانة الشديدة الناتجة عن الالام الجسمانية والعافية المتناهيه فاختيار طريق العلاج فى مثل هذه الحالات لايتم بناء على الاقتناع العقلى الواضح ولكنه هروب من الحقيقة فالمريض يرغب فى تجنب الا م المرض والموت والطبيب يرغب فى تجنب الاستسلام للفشل

- فالهروب من الحقيقة يمكن ان تضيع على المرضى والاقارب فرصة التقبل التدريجى لحقيقة الموت وعليهم ان يمروا

- بتجربة هذه الخسارة فجأة فى النهاية

- **رابعا** :نوع اخر من الصراع الذى يواجه الطبيب

- فقد كان المريض اواسرتة غالبا ما يطالبون بعلاج ما

- وان كان يجلب املا زائفا ومعاناة طويلة وموتا بطيئا

- ونفقات باهظة بينما كان يمكن ان يشكل التشخيص الصحيح

- وتحديد العلاج المناسب تنازلا عن الحياة لحماية المريض من الاستنزاف الكامل ومظاهر المهانة الشديدة

- الناتجة عن الالام الجسمانية والعافية المتناهية

- فاختيار طريق العلاج فى مثل هذه الحالات لايتم بناء على الاقتناع العقلى الواضح ولكنه هروب من الحقيقة فالمريض يرغب فى تجنب الاستسلام للفشل فالهروب من الحقيقة يمكن ان تضيع على المرضى والاقارب فرصة التقبل التدريجى لحقيقة الموت وعليهم ان يمروا بتجربة هذه الحسارة فجأة فى النهاية

- ▣ **رابعا** :نوع اخر من الصراع الذى يواجه الطبيب وهو اهتمامه بمصالح المريض فى مقابل اهتمامه باسرة المريض او اقاربه فمتى يمكن للطبيب ان يقف فى صف الاقارب ويسمح بدخول مريض عقلى اجباريا الى المستشفى ؟ ومتى يتدخل الطبيب ليقف فى صف المريض

- ▣ **خامسا:** الصراع بين كيفية تعريف الطبيب لدوره والطريقة التى يعرف بها المريض هذا الدور والذى يتضح فى المواقف التى يعجز فيها الطبيب عن مساعدة المريض فيرفع الى مستوى رايه الخاص فى ممارسته لدوره كشخص معالج

- ▣ ويتضح ذلك فى انهم لا يقبلون بالضرورة ان تكون مشكلة المريض مشكلة طبية لهم القدرة والكفاءة على معالجتها فأنهم يستمرون فى البحث عن اسباب بيولوجية يمكن التعامل معها

- ▣ طبيا وتكون عن طريق التوصية بزيارة احد الاخصائيين

- ▣ أووصف دواء معين وهم بذلك يدعون صورتهم الذاتية ويشجعون المريض على مواصلة التفكير فى اطار مرض معين

سادسا:نوع اخر من الصراع وهو بين الادوار الكثيرة للطبيب وهى الصراعات بين التزامه بمساعدة مريض بعينه وبين واجباته كموظف فى الدولة او هيئة من الهيئات

- ▣ وهناك صراعات تواجه الطبيب فمتى وتحت اى ظروف يمكن للطبيب ان يخون ثقة مريضه ويذهب الى الشرطة ليبلغ عنه ؟ ومتى يقرر الايعطى لمدعى المرض شهادة مرضية ؟ واى المصالح ينبغى ان تكون هى المقدمة على غيرهافى ذهنه؟

- ▣ **سابعا** :الصراع بين مسئولية الطبيب فى اى وظيفة معينة قد يشغلها وبين احتياجات مهنته الاصلية مثال على ذلك فقد يعجز الطبيب

- ▣ على التعرف على (بعض) المرضى فنظرا لان الطبيب يكون عادة فى صحة جيدة وصغيرا فى السن وقويا فأن هذا يتناقض مع كون المريض كبيرا فى السن او مريضا او حتى مشرفا على الموت ،فالاطباء الصغار ينظرون عادة بتفائل نحو حياة عملية ناجحة فى مجال الطب وهم يأملون فى وقت لايضطرون فيه الى العمل كثيرا والارتباط بالعجزه والقاذورات وكثيرا

مايطلق هؤلاء الاطباء اسماء تنطلق مع تفكيرهم وسلوكهم كتسمية هذه العنابر (حديقة الحيوان)

- واخيرا فهناك مجموعة اخيرة من الصراعات فى دور الطبيب تنشأ فى اى دور مهنى وربما فى اى دور على الاطلاق وهى الصراع بين هذا الدور النوعى المتميز وبقية الادوار التى قد يلعبها الشخص فى حياتة كالاب مثلا او الزوج اولاعب التنس

التفاعل بين الاطباء والمرض

المقصود هنا العلاقات التى تنمو بين الاطباء والمرضى وقد فرق كلا من الطبيبان (اسزاس وهولندر) بين ثلاثة انواع من التفاعلات التى يمكن ان تحدث بين الطبيب والمريض

١-الايجابية –السلبية

٢- الارشاد –التعاون

٣- المشاركة المتبادلة

الايجابية – السلبية يكون الطبيب ايجابيا والمريض سلبيا وذلك فى حالات الطوارىء اى الامراض الخطيرة فالمريض يكون

- **نموذج الارشاد والتعاون** يكون فيها علاقة الطبيب بالمريض عندما تكون الظروف اقل يأسامن تلك السابقة ورغم ان الشخص المطلوب علاجه يكون مريضا الانه يكون على وعى شديد بما يجرى وهو قادر على تلقى التعليمات وممارسة الحكم على الاشياء وعلى المريض ان يعترف فى مثل هذا الموقف بأن الطبيب يعرف افضل ولهذا السبب فهو موجود وهو يود ان يقول له مايجب عليه عمله حتى يستطيع

- اما **المشاركة المتبادلة** فهى اساسى فى علاج الامراض المزمنة حيث يتم تنفيذ برنامج العلاج على يد المريض بتعليمات يتلقاها دوريا من الطبيب وطبقا لهذا النموذج فان الطبيب يساعد المريض على مساعدة نفسه ومن اجل اتمام العلاج ونجاحه وبذلك يكون الطبيب فى حاجة الى المريض لتحقيق النجاح والمريض فى حاجة الى الطبيب للشفاء

- و يمكن النظر الى الانواع الثلاثة من العلاقات بين الطبيب و المريض السابقة بانها انواع للعلاقة التى يود الاطباء اقامتها مع المرضى الذين يعانون من

حالات مختلفة و لكن يوجد فى هذه العلاقة **صراع و مساومة و تفاوض** يحدث عندما يحاول الاطباء اقامة هذه الانواع من العلاقات و يمكن ان نحدد اشكال هذه المساومة بالنسبة للطبيب و المريض

لتحديد الادوار و الاهداف فى هذه العلاقة عن طريق مجموعة من التساؤلات تتمثل فى :-

١- اى انماط من التفاعل يود الاطباء و المرضى اقامتها

٢- ما هى الظروف الاجتماعية لمثل هذه الانماط

٣- كيف يبدأالاطباء و المرضى فى تاسيسها

٤- ماذا يحدث اذا لم يلعب الطبيب او المريض الدور المتوقع منه

٥- كيف يتعامل الطبيب النفسى مع المرضى

- ٦- ماذا يحدث مع المرضى الذى يجب ان يكونوا سلبيين لكنهم لا يرغبون فى ذلك

٧- كيف يقيم المريض نوع التفاعل الذى يريده

- وتحليل و تفسير هذه الاسئلة يساعد فى فهم و تحسين العلاقة بين الطبيب و المريض **فالطبيب** يوجد امامه مهمتين عليه ان يقوم بهما بشكل تقليدى او نموذجى فمن ناحية عليه ان يشخص المشكلة التى يعرضها عليه المريض لكى يقرر العلاج المناسب لها و من ناحية اخرى عليه ان يجعل المريض يتفق معه فى تشخيصه و يتصرف بناء على نصحيته التى قد تتضمن احيانا النصح بأنه ليس هناك فعلا اى مشكلة تستحق الشكوى او العلاج و فى حالة تشخيص المرض على الطبيب ان يحصل على معلومات من النوع المتصل بالطب و عليه ايضا ان يحدد بدقة المعلومات التى يريدها ويساعد المريض على اعطائها بشكل يمكن ترجمته الى معطيات طبية

- اما بالنسبة **للمريض** قد لا يوافق المريض على توصيفات الطبيب و قد لا يكون معتادا ايضا على تنظيم حياته بشكل مناسب و قد يكون مقتنعا بمفاهيم اخرى مختلفة لدور المريض او دور الطبيب ويصبح الطبيب فى موقف معقد ومزدوج و غامض فنظرا لان دوره يقوم اساسا على مساعدة المريض فمن واجبه ان يستمع الى ما يريد قوله حيث يسهل له عملية الاتصال به و التفاهم معه بسهولة هذا من ناحية و من ناحية اخرى نجد ان وجهة نظر المريض

(لما يجب عليه ان يعرضه و كيف يجب عليه ان يتصرف و كيف يمكن معالجة مشاكله) قد تختلف دائما (وليس فى اغلب الاحوال فحسب) عن حكم الطبيب ولهذا يكون من واجب الطبيب ان يحاول اقناع المريض بتغير نظرته او سلوكه

- فى عملهم مع المرضى الذين يحتمل الا يختلفوا معهم فى الراى ،كأولئك الذين لهم نفس الخلفية الثقافية و الاجتماعية و
- المعاييرالسلوكية و القيم الى حد كبير ،و الذين يمكن توصياتهم باقتناع و تقدير ويبدو ان الكثيرين من الاطباء يختارون هذا الطريق
- عموما فان الاعتبار الاساسى فى مواقف المساومة و التفاوض هو: اين تكمن القوة؟
- ومن الملاحظ ان المريض غالبا ما يكون فى موقف ضعف و قد يجعله مرضه عاجزا تماما ورغم ذلك فلديه الحرية المطلقة تقريبا فيما اذا كان سيزور الطبيب ام لا و لكن اذا لجأ المريض الى الطبيب فأنه فى هذه الحالة يضع نفسه فى مركز اقل ويكون عليه ان يتقبل نصائح الطبيب و العلاج الذى يقدمه له.
- و يعنى ذلك
- انه اذا لم يتخل المرضى عن حقوقهم فى تقرير مصائرهم او تدخلهم فى التشخيص او المشاركة فيه فان الطبيب اذا كان يريد اقناع المريض بوجهة نظرة فعليه ان يثبت انه فى مركز السلطة
- **هناك عوامل تساعد الطبيب على ان يصبح فى موقف قوة** هى :-
- ١- المعطف الابيض الذى يرتديه الطبيب تميز الطبيب عن المريض كشخص له مركز اجتماعى مختلف
- ٢- الطبقة الاجتماعية و مركز الطبيب الاجتماعى المرموق فى المجتمع ستعاون الطبيب الى حد بعيد فى تاسيس العلاقة
- ولكن ان القوة النسبية لكل من الطبيب و المريض و بالتالى قدرة كل منهما على ان يكون له ما يريد فى الاستشارة تعتمد على عدة اسباب من اهمها

علم الاجتماع الطبي (المحاضرة الأولى)

- ▣ ـ الاحتياجات النسبية للأفراد المشاركين فى الموقف او بلغة الاقتصاد الفائدة التى ستعود على الفرد نتيجة هذا التفاعل فاذا كان الفرد لا يحتاج الى مساعدة الطبيب بصورة ملحة مثل ذهابه الى الطبيب مع احد اقربه او اصدقائه ليهدئ من روعة فانه لن يكون فى موقف يكسب منه كثيرا او يخسر فيه كثيرا

- ▣ ـ يكون الطبيب فى حاجة الى ان ينجح مع بعض المرضى و تكون حاجته لذلك النجاح شديدة و ذلك لاثبا ت ذاته وقدرته او قد تكون حاجة مادية ويقف الاطباء عادة موقفا صعبا فى علاقتهم بالمرضى الاغنياء او ذوى النفوذ لانه اذا اصر الاطباء على علاج غير مرغوب فيه فقد يتركهم المرضى الى اطباء اخرين

علم الاجتماع الطبي (المحاضرة الاولى)

المحاضرة العاشرة

الفصل الثانى عشر

البناء الاجتماعى للمستشفى الحديث

ثانياً: البناء الاجتماعي وأداء المستشفى لوظائفها.

للتركيز مباشرة على البناء الاجتماعي للمستشفى فمن الضروري أن نفحص بعناية الأنماط العامة للعلاقات الاجتماعية التي تتلاحظ في إطار هذا الموقع النظامي، وطالما كان البناء الاجتماعي يظهر استنادا إلى الأنماط النظامية، فإنه من المتوقع أن تكون مسئوليات الدور والمكانة وقواعد السلوك (المعايير) بمثابة جوانب هامة في هذا البناء، وهكذا فإن لخصائص أو سمات المستشفى التي ذكرت سلفاً نسق السلطة المزدوجة وتقسيم العمل.....الخ، تأثيرا ملحوظاً على البناء الاجتماعي للمستشفى وعلى ما يجرى داخله من تفاعل، ويتجلى هذا التأثير أساسا في نمو قنوات للاتصال، بمعني أن يقوم البناء الاجتماعي بوظيفة تحديد الوجهة العامة للتفاعل في مواقف معينة – يحدد مثلا أن يتحدث إلى من؟ وهذا يعنى انه من بين كل العلاقات الممكنة التي يمكن التي يمكن أن تقوم في تنظيم كبير مثل المستشفى والتي قد يكون لها عددا محددا يصبح التأكيد على عدد معين من هذه العلاقات على حساب غيرها.

وينبغي على الباحث في تحليله للبناء الاجتماعي أن يحدد ما هي الجماعات التي تمثل جوانب هامة في هذا البناء، فقد ذكرنا بالفعل في حديثنا العام أن هناك ثلاثة جماعات رئيسية يمكن التعرف عليها : الهيئة الطبية ، والإدارة، وجماعة غير المهنيين. وقد يبدو من القريب في ضوء أهداف المستشفى أن يستبعد المرضى من عداد الجماعات الرئيسية ، ولكن هناك أسباباً عديدة تبرر ذلك، فالمرضى العاديون في المحل الأول ثم يكتسبوا الأنماط الثقافية التي تميز هذا التنظيم كما أنهم لا يشاركون فعليا في حياة المستشفى، ويتميز دورهم هناك بالسلبية والانطوائية ذلك الذي يتركز حول هدف مشترك بينهم جميعا وهو الشفاء بكل سرعة ممكنة، وثانيا: لقد قلل الطب الحديث بدرجة كبيرة من الوقت الذي يمكنه المريض العادي في المستشفى العام 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 عاملا جوهريا في البناء الاجتماعي

للمستشفى، كما تنمو في السجون والمستشفيات العقلية وغيرها من منظمات الرعاية طويلة الأجل.

وهكذا فبرغم وجود المرضى في المستشفى فمنهم من لا يعتبرون أنفسهم منها بقدر ما يشكلون جماعة مرجعية للجماعات التي تعد بمثابة جوانب هامة في البناء الاجتماعي للمستشفى.

وربما كانت إحدى الطرق في تحليل أنماط العلاقات الاجتماعية تلك التي تركز على المشكلات التنظيمية التي تنشأ عن الترتيب البنائي للأدوار في هذا الموقع التنظيمي، ولتحقيق هذا الهدف سوف ندرس هنا بعض المشكلات الناشئة عن نسق السلطة المزدوجة وتقسيم العمل المتطرف.

يؤدى التحاور بين جماعتين اثنتين من جماعات القوة في نفس الموقع بالضرورة إلى الصراع على الأهداف التنظيمية، بينما لا يحتمل أن ننكر جماعة الهيئة الطبية ولا الإدارة أن خدمة المريض تعد بمثابة هدفا أولياً، إلا أن هناك أهدافا كثيرة أخرى وأساليب لانجازها تعد مصدرا خصبا للصراع.

وينبغي أن نذكر بطبيعة الحال أن هناك بعض الميادين للسلطة مرسومة الحدود بوضوح ومعترف بها، فسوف لا يقوم الإداري مثلا بمحاولة إسداء النصح إلى الهيئة الطبية في القرارات المتعلقة بعلاج المرضى، تماما كما سوف لا يحاول الطبيب تحديد الطريقة التي ينظم بها الإداري برنامج لشراء احتياجات المستشفى، وفى نفس الوقت ينبغي أن نسلم بأنه نتيجة للطبيعة الكارزمية لسلطة الأطباء والمنزلة التي يضيفها عليهم وضعهم، فإن تأثيرهم قد يكون نافذا إلى حد يتجاوز قدرتهم الفعلية، وهكذا فإن الأطباء قد لا يقدمون النصيحة للمدير عن الكيفية التي ينظم بها مكتب المشتريات وإنما قد يقترحون عليه ما يشتريه.

وهناك بطبيعة الحال مجالا واسعا تظهر فيه اهتمامات ومستويات للسلطة متداخلة بين كل من الهيئة الطبية والإدارة، وهنا يحتمل أن ينشب الصراع فمثلاً نعتبر وظائف مثل التسجيل الطبي والصيدلية وإدارة العيادات الخارجية وظائف هامة في نظر كلتا الجماعتين وتدخل في نطاق إشراف كلا منهما.

ولقد لخص "سميث" الهدف الرئيسي للصراع مهما كانت خصوصية العصر في عبارة مؤداها الأجر في مقابل الخدمة، فمن ناحية يوجد هناك الإداري الذي يعني بالحفاظ على المنظمة والذي يرتب إجراءات رشيدة لحساب التكاليف، والذي يحاول أن يخفض من فقد الدخل الناتج عن خدمة المرضى والذي يتوقع

ضرورة إتباع القواعد الرسمية ، وتنظر الهيئة الطبية من ناحية أخرى إلى المستشفى باعتباره موقعا مناسبا للغاية لتقديم خدمات رعاية معينة للمرضى ، تلك التي ينبغي الحكم عليها على أساس كفاءة العلاج وليس على أساس مقدار ما يتكلفه.

وأكثر من ذلك فإنه من المفيد للهيئة الطبية أن يتوافر في المستشفى عددا محددا من الأسرة التعليمية ، بمعني الأسرة التي يشغلها المرضى التي يستعان بحالاتهم في تعليم طلاب الطب، والمقيمين أو الذين يترددون على المستشفى وغالبا ما تشغل الأسرة التعليمية بالمرضى الذين يصعب عليهم تلقى رعاية الأطباء الخصوصيين أو التمتع بتسهيلات المستشفيات الخاصة، وبقدر نسبة زيادة الأسرة التعليمية بقدر زيادة احتمال الخطر الذي يهدد الأمن المالي للمنظمة.

وكان من المفترض في الغالب أنه إذا كان مدير المستشفى طبيبا أيضا فإنه يمكنه في هذه الحالة أن يقلل الصراع على الهدف، فالمدير الطبيب سيكون قادرا افتراضيا على فهم وجهة نظر الهيئة الطبية ويستطيع في نفس الوقت إقناعهم بإمكانية تطبيق وجهة نظر الإدارة ، ولكن لا يحل الصراع في الغالب بهذه الطريقة ، ذلك لأن معظم الأطباء أولاً لا يميلون إلى قبول المسئوليات الإدارية التي تستغرق معظم وقتهم، برغم أنهم قد يوافقون على شغل أوضاع في الهيئة لبعض الوقت وخاصة إذا تكن تتداخل مع التزامات مهنتهم الأساسية تجاه الممارسة الخاصة والتعليم أو البحث.

وتمثل المشكلة الثانية التي تنشأ عن نسق السلطة المزدوج والتي ترتبط بالصراع على الهدف في التعارض بين الاستقلال المهني والضبط البيروقراطي، إذ يؤكد الأطباء بفضل خبراتهم في الطب أنهم هم فقط الذين لديهم الكفاءة على اتخاذ القرارات المتعلقة برعاية المريض.

ولقد ظهرت حديثا حركة ترفع من شأن مدير المستشفى من خلال برامج التعليم المستمرة والدرجات العلمية، وهذا بالإضافة إلى الخبرة العملية بالبرامج التي تمت خلال فترة التخصص في أحد فروع الطب، وينشأ الصراع بطبيعة الحال لأن معظم الجماعات المهنية تحاول أن تحظى بالمميزات المهنية التي كانت وقفا حتى الآن على المهنة الطبية ، إذ يرفض الأطباء بطبيعة الحال التنازل عن امتيازاتهم ويبررون أو يضفون الشرعية على الدعاوى الحرفية للمهن الطموحة ، وأكثر من ذلك أن الاعتراف بهذه الادعاءات لا يمنح بمعرفة الجمهور العام أو صناعة العلاج في المستشفى.

ويعتبر تقسيم العمل هو السمة الرئيسية الثانية للبناء الاجتماعي للمستشفى الذي ينشأ عنه مشكلات معينة، ولقد ناقشنا بالفعل في الفصل السابع تقسيم العمل، بمعني نمو التخصصات في المهنة الطبية وكانت هناك بعض العوامل وخاصة نمو المعرفة الجديدة والمهارات ، والتي تفسر التعقيد المتزايد لتنظيم المستشفى، هذا فضلا عن أن الباحث قد يشير إلى العدد المتزايد للخدمات التي تقدمها المستشفى وإلى صور التقدم التكنولوجي بدون أن يذكر النمو في الحجم الكلى للمستشفى باعتباره يسهم في التقسيم المتزايد لواجبات الأعمال ، وهناك مثلاً كان يوجد قسما معينا ولكنه تشعب إلى أقسام جديدة انصرفت بجهودها نحو جوانب محددة من عملية العلاج الطبي، وذلك نتيجة لنمو المعرفة والتكنولوجيا الطبية.

١ـ التدرج الاجتماعي ووظائف المستشفى.

وتتمثل إحدى النتائج الواضحة لعملية الفصل بين الواجبات في مجموعة الأعمال في احتمال ظهور التدرج بين الجماعات الصغيرة من الأفراد وبخاصة تدرج المكانة الذي ينهض على درجة المهارات المكتسبة والدرجة التي يتعامل بها الأعضاء مع المرضى .....الخ.

ويفرض التدرج الصارم الذي يؤدى إلى تجميد الحراك أو التنقل قيودا شديدة على الكيفية التي يمكن بها أن يتقدم المرء في جماعة خاصة منها وبالتأكيد يمكن للمرء أن يرقى عبر فترة زمنية طويلة من مستوى العامل إلى مستوى رئيس قسم أو فرع في إطار جماعة معينة (برغم أنه قد يكون هناك وظيفة أو اثنتين في المستوى الأعلى) ولكن يندر أن ينتقل المرء من جماعة خاصة إلى أخرى أعلى بدون تدريب رسمي أضافي، وهكذا فإن فني المعمل لا يصل إلى مستوى العالم الباثولوجي في المستشفى ولا يصبح أعضاء هيئة التمريض أطباء ولا يصبح الأخصائيون في الاليكترونيات إداريون....الخ.

وبالنسبة إلى ذلك أنه كلما ارتفعت مكانة الشخص في جماعة معينة، كلما قل احتمال تفاعله مع أعضاء الجماعات الأدنى من جماعته ويبدو أن الاتصال بين الجماعات قاصر على العمل ومحصور في نطاقه ولا ينطوي على أية أحاديث اجتماعية.

أن البناء الاجتماعي للمستشفى يضع قيودا قاسية على عملية أداء المستشفى لوظائفها ، كما ينبغي ألا نقلل من شأن المشكلات التي تظهر، فإن هناك بعض العوامل التي تسهم في انجاز أهداف المنظمة، إذ يظل هناك أولا الالتزام

الايدولوجي برعاية المريض ، ذلك التراث التاريخي الذي يسهم على الأقل مؤقتا في حل أي صراعات تظهر ، ولقد لاحظنا بالفعل أن الالتزام بالمهنة يمكن المستشفى من أن تحتفظ ببعض العاملين القادرين، هذا فضلا على أن هذا الالتزام أو الاهتمام بتقديم الخدمة بتعبير أكثر عمومية، يعد بمثابة جزءا لا يتجزأ من كل حرفة حقيقية يمثل ما هو جزءا أساسية في مهن كثيرة في مكانة حرفية، وهكذا فإن الصراعات التي تنشأ بين العاملين في العلاج والإدارة من أجل الحالات الفردية وقد تؤدى حتى إلى سياسات جديدة ترضى عنها كافة الجماعات المتعارضة.

٢ـ البناء غير الرسمي للمستشفى.

قد يحدث نوعا من التخفيف للتدرج الذي ينشأ عبر الخطوط المهنية الصارمة، وبعبارة أخرى قد يتجنب الصراع الذي قد ينشأ حول بعض القضايا التي تهم الجماعات المتعارضة من وجهات نظر فهمها الخاصة بفضل العلاقات الوثيقة أو علاقات الصداقة التي تمتد فيها وراء جدران المستشفى، وأكثر من ذلك قد يساعد أيضا الاتصال غير الرسمي والفهم الشخصي وفى نفس الوقت يحث على التمسك بهدف رعاية المريض ، فمثلا قد يشترك الطبيب والممرضة في نوع من الفهم حول الطريقة التي يريد بها أن يعالج الطبيب بعض المرضى، وقد تكون هذه الطريقة من بين ما يمتاز به أسلوب الطبيب في العلاج ، ولكنها غير متاحة في ضوء قواعد المستشفى، وتؤدى هذه العوامل وغيرها إلى نتيجة مؤداها أن كل صراع ينشأ في ظل بعض الظروف التي تميز موقفا معينا أو جماعة في هذا الموقف يمكن حله عن طريق التفاوض.

- وإنما يفضل الالتزام الأيديولوجي العميق ونمو شبكات التفاعل غير الرسمية وإمكانية التفاوض فإنه يمكن الصراع الذي ينشأ أن يجد طريقة إلى الحل، على نحو يتمكن معه المستشفى من القيام بوظيفته التنظيمية.

- وإنما يفضل الالتزام الأيديولوجي العميق ونمو شبكات التفاعل غير الرسمية وإمكانية التفاوض فإنه يمكن الصراع الذي ينشأ أن يجد طريقة إلى الحل، على نحو يتمكن معه المستشفى من القيام بوظيفته التنظيمية.

المحاضرة الحادية عشر

الفصل الثانى عشر

البناء الاجتماعى للمستشفى

ثالثاً: البناء الاجتماعي ونماذج رعاية المرضى

- **يعتبر التطور التدرجي للمستشفى من مجرد منظمة خيرية حيث كان البناء الاجتماعي متأثرا للغاية بقيم مثل ضرورة تقديم الخدمة للمحتاجين وقيام المستشفى بدورها باعتباره رسالة دينية، إلى منظمة طبية لها أهداف متعددة وتشعبت أدوارها الخاصة واختلف الضبط المهني يعتبر هذا التطور ذا أهمية قصوى ، وأكثر من ذلك لقد استمر هذا التغير في البناء الاجتماعي مع تغير الاتجاهات في الحاجات الطبية والمطالب، ومن الممكن استنادا إلى هذه الحقائق أن تتبلور بعض النماذج المثالية للمستشفى على ضوء معيار رعاية المريض ، وهذا يعنى أن دراسة البناء الاجتماعي النظامي ما هي إلا دراسة لتنظيم الأدوار بغية انجاز الأهداف وأن التعريف المعياري لسلوك الدور يحدد استنادا إلى التفاعل بين من يلعبون هذه الأدوار.**

- **وهناك عموما ثلاثة نماذج مثالية يمكن النظر إليها بإمعان وهي: نموذج الرعاية القائمة على الحجز والتحفظ، والنموذج الكلاسيكي (الحاد) للرعاية ، ونموذج إعادة التأهيل.**

- **١ـ نموذج الرعاية التحفظيةويتمثل الهدف الأساسي للرعاية التحفظية ببساطة في تقديم الرعاية المناسبة التي تنظر إلى راحة المريض بقدر الإمكان على أنها في موقف يدوم لفترة طويلة، وكما لاحظنا من قبل لقد ظهرت هذه النماذج من المستشفيات كوسيلة لتقديم المساعدات للفقراء والمعوزين وللمرضى الذين يحتاجون إلى إحسان ، وكان دور المرضى مرتبط بتوقع كل ماله صلة بالإحسان أو حب الخير المصاحب بين المرضى وبيم من يحسنون إليهم وهكذا كان يتوقع من المرضى أن يكونوا ممتنين للخدمات التي تقدم لهم وان يعبروا عن قدر مناسب من الاحترام أو الإذعان تجاه المحسنين إليهم، ومن بين الطرق التي يمكن لهم من خلالها إظهار هذا الامتنان والاستسلام يمكن أن نذكر الطاعة العاقلة للقواعد والترتيبات التي تحدد لهم.**

- وبرغم أن الهدف المحدد كان عبارة عن راحة المرضى فإن التطبيق يهدف إلى تحقيق القواعد لترتيب كافة أوجه حياة المريض، وتمكين عدد بسيط من العاملين الرسميين من الإشراف على عدد كبير من المرضى للحفاظ على النظام وتوفير العلاج المتاح، وهذا يعني أن الاعتبارات المتعلقة بالرعاية الفردية كانت تخضع لعمليات الخير العام وبخاصة العمليات أو ضروب السلوك غير الطبية وهكذا يصبح المرضى المحتجزين هدفا لإجراءات إدارية أو تنظيمية أكثر منهم أفراداً لهم مشكلات خاصة.

٢- النموذج الكلاسيكي للرعاية

لقد أمد التنظيم المستمر في العلوم الطبية مهنة الطب بمعرفة جديدة وأدوات ساعدت في التغلب بفعالية على أنواع كثيرة من الأمراض، وهكذا أصبح الهدف فيما يتعلق بعلاج بعض الأمراض المعروفة متمثلاً في الشفاء للمرضي.

ويفترض النموذج الكلاسيكي أن يبدى كل شخص سواء من هيئة المستشفى أو من المرضى طاعة عمياء للسلطة الطبية حتى يمكن التغلب على الضرورات الملحة للمرضى.

- ويفترض النموذج الكلاسيكي للرعاية أيضا أن المريض سيعادل أساسا في ظروف قاسية وأنه 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 على مساعدة المرضى أثناء القيام بأدوارهم غير العادية ينظر إليها فقط باعتبارها أمراً لازما مع الحالات ذات المشكلات الخاصة.
- وطالما كان هناك اعتراف بتقسيم العمل التدريجي وأن الأوامر تصدر بوضوح فلا يعتقد أنه من الضروري اللجوء إلى أية تفاعلات أو تبادل للرأي بين أعضاء الهيئة ، وتتجسد الخصائص المميزة لهذا النموذج في رعاية المرضى بوضوح في النموذج النظامي للمستشفى العام المعاصر.

٣- نموذج إعادة التأهيل

- أن دافعية المرضى في نموذج إعادة التأهيل تختلف عن مثيلتها في النموذج الكلاسيكي للرعاية والذي يفترض في ظله دافعية المرضى بأن الشفاء

متوقع وسريع وفى الغالب مفاجئ، ولذلك ينبغي أن تبذل بطريقة عميقة وأن يتعلم أعضاء الهيئة الرضا بقدر ضئيل من التقدم.

- وتعتبر عملية إعادة التأهيل في العادة عملية طويلة المدى ،ويحتمل أن يؤدي التفاعل بين المرضى والهيئة إلى تطوير أو تنمية لبنية الجماعة التي يمكن لها أن تستدل أو تعوق عملية إعادة تأهيل المرضى، وطالما كان الإطار النظامي الذي يحدث داخله التفاعل عبارة عن مركز لإعادة التأهيل فإنه يحتمل أن يكون تأثير بناء الجماعة أكثر ايجابية ، وعلى أية حال عندما تتم عملية التأهيل في إطار مستشفى عام حيث تسود أهداف ومسامات وتوقعات النموذج الكلاسيكي للرعاية فإن تأثير بناء الجماعة سيكون مشكلة للغاية.

- ولدعم عملية انجاز العلاج في المواقع الطبية ينبغي على العاملين في إعادة تأهيل تطوير أساليب عديدة منها:-

١. الأخذ بالأيديولوجية.

٢. تنمية تخصصات في الطب والعلاج المساعد.

٣. التأكيد على عمل الفريق بين أعضاء الهيئة.

٤. إقامة برامج علاجية خارج المستشفى مثل الرعاية المنزلية.

الخلاصة:

- لقد حاولنا وصف السمات البارزة للبناء الاجتماعي للمستشفى وتنمية بعض الفهم أو الاستبصار بالمستشفى باعتبارها نظاما اجتماعيا يؤدى وظيفة محددة ومن بين الخصائص الأكثر بروزاً:-

١. سيادة نسق السلطة المزدوج الذي ينهض فيه التنظيم الإداري على مبادئ البيروقراطية التي تطوقها السلطة الشرعية الرشيدة، بينما تنظم الهيئة الطبية وفق خطوط الزمالة الدراسية والتي تغلفها السلطة الكارزمية، ويمكن أن تتبع بداية هذا النسق ذو خطوط السلطة المزدوجة منذ الوقت الذي كانت فيه المستشفى أساساً مأوى للفقراء من الناس بمثل ما هي كذلك للمرضى، وكان الأطباء خلال هذه الفترة يعالجون مرضاهم الخصوصيين في منازلهم ويعالجون المرضى الفقراء في المستشفى بدافع الروح المسيحية لخدمة من ساء حظهم، وكان الطبيب في كل هذه الظروف بمثابة

ضيفا في المستشفى وليس مشاركا في تنظيمها، واليوم توصل إلى مكانة فائقة ، إذ تستمد سلطة الأطباء برغم افتقارهم إلى قوة رسمية في الموقع النظامي من احتكارهم للمعرفة الطبية والمهارات التي تعتمد عليها المستشفى في وجودها.

٢. ٢-ويعتبر تقسيم العمل المتطرف بمثابة سمة ثابتة للمستشفى وهو تقسيم لا نجده فقط بين أعضاء الهيئة الطبية وإنما نجده أيضا بين الهيئة الإدارية بالمثل، وقد يعزى هذا التطور إلى المعرفة الجديدة ومهارات العاملين الإداريين وغيرهم، وإلى العدد المتزايد من الخدمات التي تقدمها المستشفى وما تتطلبه من مهارات خاصة وإلى الاكتشافات التكنولوجية والنمو في الحجم الكلي للمستشفى.

٣- وتتمثل السمة الثالثة للمستشفى الحديثة في طبيعتها التسلطية والتي نشأت في جانب منها من نموذج السلطة البيروقراطية الرشيدة والقانونية التي تحدده المسئوليات بوضوح وترتب القواعد التي تغطي مواقف كثيرة متباينة، وهذا فضلا عن أن نموذج العمل الذي يجرى في المستشفى غالبا ما يكون من طبيعة اضطرارية أو لحاجة ملحة تتطلب تصرفا سريعا بدون الاعتماد على مجموعة القواعد الرسمية البطيئة وإن كانت أكثر اتساقا، ولما كانت معظم أوجه النشاط في المستشفى ليست من طبيعة اضطرارية فإنه ينبغي على التنظيم أن يستعد لمثل هذه الحالات وعندئذ أيضا تميل السلطة الكارزمية وسمات الأطباء إلى أن تكون ذات طبيعة تسلطية.

الجزء الثانى من المحاضرة

المداخل المنهجية لعلم الاجتماع الطبى

سوف نتناول فى هذا الموضوع على عرض بعض المداخل والقضايا المنهجية الهامة والمشكلات التى تميز دراسة الصحة والمرض وكذلك دراسة بعض العوامل الاجتماعية فى تأثيرها على الصحة والمرض

١- مدخل الخبرة الطبية العلاجية

البيانات الطبية العلاجية التى تصل الى الطبيب المعالج عن طريق الممارسة لعمله الطبى فى دور العلاج من المستشفيات وعيادات صحية من خلال اهتمام الطبيب بالاسباب التى تجعل الناس يمرضون وطرق الشفاء

والمعلومات عن فاعلية او تأثير بعض العقاقير الطبية او ادوات التشخيص ووسائل العلاج كانت نتيجة الخبرات المتراكمة من الاطباء عن طريق ان مؤسسات الادوية

تقوم بتوزيع عينات من بعض أدويتها الجديدة على عدد من الاطباء وتطلب منهم اعداد تقرير يشيرون فيه الى مدى تأثير الوسيلة العلاجية الجديدة وفاعليتها بمقارنتها ببدائلها المتاحة بالفعل فى الاسواق ،واراء الطباء هنا تتوقف على الخبرات أكثر من اعتمادها على التجريب المتقن والمضبوط وهذه الاراء الخاصة بالاطباء كانت تحمل الصحة والخطأ وذلك لانه كلما أصبحت الممارسات والفحوص الطبية أكثر تعقيدا الى جانب تميزها المستمر

بالطابع العلمى وكلما تضاعف عدد الوسائل العلاجية وزادت الاساليب المستحدثة التى يستخدمها الاطباء يصبح من الضرورة ان تعتمد المعرفة الطبية على انواع اخرى من التقييم تتميز بمستوى عال من الدقة والضبط وتستعين بعينات أكثر ملائمة من المجموعات التى تكون متاحة فى السياق العلاجى ،وفى هذا المدخل يعتمد المتخصصين فى مناهج البحث على ثلاث نقاط اساسية هى

١-الفشل فى توفير عينة ملائمة او مماثلة للكيان الذى يكون

موضع الاهتمام والفحص

٢-الاساليب التى يستخدمها لتقييم التغير تعتبر خاطئة او متحيزة

٣-الفشل فى توفير مجموعات المقارنة التى تصلح لتقييم فاعلية اسلوب علاجى معين

اختيار العينات الملائمة

يتوقف معنى مصطلح ((الملائمة)) هنا على الهدف من الفحص ذاته ولكنه غالبا ما يرجع الى درجة تمثيل العينة للقطاع البشرى الذى يراد النعيم عليه

الاشخاص الذين يترددون الى العيادات الطبية و المستشفيات

لا يمثلون بالضرورة كل القطاع البشرى الذى كان موضع اهتمام

و ان عدم تمثيل الاشخاص الذين يترددون على دور العلاج لمجموع الاشخاص الذين يعانون من مرض معين يؤدى الى التحيز الذى ينعكس بدوره على نتائج البحث

وهناك العديد من الدراسات الميدانية الحديثة التى اكدت على ان العينات المختارة من المستشفيات او العيادات الطبية لا تعكس فى الواقع صورة اجتماعية او طبية لما يحدث فى المجتمع و بالتالى لا تكون عينات ممثلة و يؤكد

الاطباء و العلماء الاجتماعيون فى السنوات الاخيرة وجود علامات المرض و اعراضه و انتشار نماذج السلوك الانحرافى المختلفة لدى اعضاء المجتمع الاسوياء و العاديون و معنى هذا ان فهم مسيرة المرض عند فئات السكان غير المترددين على المستشفيات او اعضاء المجتمع الذين لم يلجاوا للعلاج

وربما تؤدى الى اعادة النظر فى المعايير الطبية ذاتها

تقييم التغير

يجب ان يكون الطبيب المعالج فى عيادته هو وسيلة نفسه فى تقييم التغير (شفاء الحالة او تفاقمها) و من هنا تعتبر ملاحظاته للتغير انطباعية كما تميل تقديراته لقسوة المرض او حدته و لدرجة الحادث الى ان تكون غير دقيقة و حتى تلك الاساليب البسيطة مثل قياس ضغط الدم و قراءة الاشعة تعتبر جميعا عرضة لعدم الثبات

و هناك صعوبات كثيرة تواجه عملية تقدير التغير و تنجم بصفة مباشرة عن وضع الطبيب ذاته فى سياق الرعاية الطبية فغالبا ما يلجأ المرضى الى العلاج خلال فترات المعاناة الشديدة من المرض وكثير من الامراض الاخرى البدنية يشعرون فيها بالاسى والالم النفسى الشديد بل وقد يكشفون عن العديد من مظاهر التفكك فى سلوكهم ويميل الاطباء الى رؤية التحسن المفاجىء دون اسناده الى التأثير النفسى للطبيب تجاه المريض

لابد ان ندرك ان هناك بعض الضغوط النفسية المستترة تجاه المريض، تلك الضغوط التى تدفعه الى ان يقرر تحسنه حتى عندما لايكون ثمه تحسن يذكر وكثيرا ما يرغب المريض فى الاحساس بتحسن حالته ، وربما يلجأ الى ان يقدم صورة عن هذا التحسن مدفوعا برغبته ايضا فى مكافأة الطبيب على جهوده التى يبذلها من اجل الشفاء للمريض كذلك الحال بالنسبة للاطباء فهم يميلون الى الاعتقاد فى ان جهودهم تؤدى الى اختلاف ما

و هكذا تتدخل العوامل السيكولوجية المستترة فى تشجيع الطبيب على رؤية التحسن فى مرضاه بغض النظر عما اذا كان هذا مسالة واقع او نتيجة لآمال الطبيب وخيالاته

ولا بد ان نفرق بين ما يتعلق بتقييم فاعلية وسائل علاجية معينة و هو تقدير الدرجة التى يكون التحسن فيها نتيجة للوسيلة العلاجة ذاتها (عقار طبى او اجراء جراحى مثلا)

و لكن التقييم الذى يتم فى العيادات الطبية معتمدا على الممارسة اليومية للطبيب غير معف من الوقوع فى خطا الخلط بين التحسن الذى يكون نتيجة للايحاء و التغير الذى يمكن ان ينسب الى التأثر الناجح للوسيلة العلاجية ذاتها

مجموعات المقارنة (المجموعات الضابطة)

يبرز هنا اهمية ايجاد مجموعة للمقارنة وهى التى يطلق عليها علم المناهج ((المجموعة الضابطة)) واستخدامها كأساس لقياس التغير الناتج عن عامل بعينه و من الناحية النظرية يتعين تقييم الاثر الذى يحدثه متغير معين بواسطة قياس ما يحدث فى حالة غياب هذا المتغير مع بقاء كل العوامل الاخرى على ما هى عليه و نظرا لان التغير المطلوب فى الحالة المرضية (التحسن او الشفاء)

يمكن ان يحدث فى حالة غياب العلاج ذاته فضلا عن الاحتمال القائم بان الايحاء قد يؤثر تاثيرا قويا على الحالة الذهنية للمريض ، و لكى نقيم التغير لابد ان نستخدم بعض انواع التجارب المضبوطة و من اهم المناهج المستخدمة حديثا فى هذا الميدان المنهج الذى يعتمد على استخدام (المجموعات الضابطة) التى تتناول جرعات دوائية كاذبة متمثلة فى بعض المواد الخاملة او العاجزة عن احداث اى تأثير

او الفاقدة للنشاط الكيميائى او البيولوجى (مثل اقراص السكر) و اجريت بعض التجارب اعتمادا على ان الجماعة التى تعطى عقاقير طبية تقوم مقام المجموعة الضابطة التى تستخدم مع مجموعة تجريبية مماثلة لها مع استبعاد امكانية تأثر النتيجة بعوامل اخرى كالايحاء او التشجيع او اى عامل اخر و لكن استخدام المجموعات الضابطة ، لم يحل مشكلة تدبير مجموعة المقارنة الملائمة فى كثير من المواقف

حيث انه لاحظ امكانية تدخل دروب اخرى للتحيز فى عملية التقسيم نتيجة لمعرفة الطبيب او المريض او كلاهما لطبيعة العقاقير الطبية الكاذبة او معرفة من الذى يتناولها و من تناول العقاقير الطبية الفعالة ، و قد ادت هذه الاعتبارات الى تطوير اسلوب منهجى اخر يقوم على وجود شخص خارجى غير الطبيب بتحضير العقاقير الطبية و توزيعها على اعضاء المجموعتين التجريبية و الضابطة

بحيث لا يعرف كل من الطبيب و المريض هل الدواء الذى يوزع على اعضاء المجموعة الاولى كاذب ام فعال و قد اطلق على هذا الاسلوب المنهجى (اسلوب التعمية المزدوجة)

دراسة اسباب المرض منظورا من اهم المنظورات البحثية فى مجال الصحة و المرض حيث يحاول الباحث ان يحدد من هم الذين يعتبرون عرضة لمرض معين فى شعب ما و فى ظل اى ظروف و تحت اى تأثيرات يحدث ذلك و يهتم هذا المدخل بفهم متزايد للامراض التى لازالت اسبابها غير معروفة عن طريق معرفته لبعض المعلومات المتصلة بمن يصبهم المرض و ما اذا كانوا ذكور او اناث اغنياء او فقراء

و يمكن استخدام هذا المدخل فى اغراض اخرى مثل التحقق من بعض الفروض التى تحتوى على العديد من الخصائص الاخرى مثل الاتجاهات الاجتماعية و بعض خصائص الاشخاص و هنا يكون الاهتمام بدراسة السكان و عينات منها فهو يعتنى بالشخص السليم مثل عنايته بالمريض فهذا المدخل يعتمد على منظور سكانى او جماعى اكثر من اعتماده على منظور فردى يعتمد على

الخبرة العلاجية للطبيب مع مرضاه و يتمثل استخدام هذا المنهج فى مجموعة من المجالات تتحدد فيما يلى :

١- دراسة تاريخ الصحة عند السكان و تحديد ظهور او اختفاء امراض معينة و التغيرات التى تطراء عليها

٢- تشخيص صحة اعضاء المجتمع و طبيعة الحياة و ظروف السكان

٣- دراسة الجهد الذى تؤديه الخدمات الصحية املا فى تحسينها

٤- تقدير فرص الافراض للامراض او اصابتهم بحوادث من خلال الخبرة بما يحدث فى الجماعة

٥- استكمال الصورة الطبية العلاجية للامراض المزمنة ووصف التاريخ الطبيعى لهذه الامراض

٦- تحديد المجموعات المرضية المتزامنة اى التى تظهر فى وقت واحد

٧- البحث عن اسباب الصحة و المرض بواسطة دراسة حدوث المرض فى جماعات مختلفة و تحديد الاسباب

مجال الحدوث ومجال الانتشار

هناك مجالان أساسيان للمدخل السببى لدراسة المرض هما مجال دراسة حدوث المرض أو وقوعه ومجال دراسة انتشاره ويشير مقياس الحدوث الى عدد حالات المرض

الجديدة التى حدثت لدى اعضاء السكان فى فترة زمنية معلومة ، اما الانتشار فهو يعنى الاشارة الى كل الحالات المصابة بمرض معين فى سكان مجتمع معين اثناء فترة زمنية معلومة وبغض النظر عن التوقيت الذى بدأت فيه

مقياس الانتشار يعكس حجم المرض الموجود فى المجتمع واما مقياس الحدوث فهو يمدنا بصورة عن طريقة توزيع الحالات الجديدة بين اعضاء المجتمع ،وتعتبر مقيا س (انتشار المرض) مفيدة بوجه خاص فى تقدير حجم وخطورة العديد من المشكلات الصحية وهذا يعنى أن مدخل دراسة أسباب المرض يعد نظاما علميا وصفيا وتحليليا

يستخدم بوضوح من اجل التوصل الى افتراضات عامة ،تعرض فيما بعد للمزيد من الفحوص الطبية المضبوطة والبحوث التجريبية فضلا عن استخدامه فى تقدير حاجة المجتمع الى الخدمات الصحية ،وفى وصف نشاطات ومهام مؤسسات الرعاية الصحية .واذا كانت للامراض مقومات سيكولوجية واجتماعية ذات اهمية ،فأنه يمكن استخدام هذا المدخل ايضا فى اختبار الفروض المتصلة بتأثير العوامل السيكولوجية والثقافية والاجتماعية على المرض

٣- المنهج فى دراسة معدلات الوفيات

من أهم القضايا فى علم الاجتماع الطبى ، اختلاف معدلات الوفيات وتعنى بمجموعة العوامل البيولوجية والبيئية والاجتماعية الثقافية التى تسهم فى هذا الاختلاف

وليست التقديرات الصحيحة لمعدلات الوفيات ومعدلات طول الاجل الا محصلات للوصول بين مصدرين للبيانات ، وهما :تعداد السكان خلال فترة زمنية معلومة .والسجل المكتمل لحالات الوفاه لهولاء السكان خلال نفس الفترة الزمنية

معدل الوفيات ،هو عبارة عن عدد حالات الوفاه التى حدثت خلال فترة معينة فى وحدة سكانية محددة وامكانية مقارنة البيانات التى تجمعها اجهزة تسجيل الوفاة بالبيانات الموجودة فى سجل التعداد السكانى ،هى التى تحدد صدق التحليل الذى

يجرى لمعدلات الوفاة ،ويهتم علماء الاجتماع بالمفارقات فى معدلات الوفيات واختلافها تبعا لفئات السن والنوع والاقامة والمهنة وبعض المتغيرات الاجتماعية والثقافية الاخرى

ولكن فى بعض الاحيان لاتكون مثل هذه البيانات متاحة او قد تتصف بعدم الثبات مما يبطل جدواها . حيث ان المناطق التى تتمكن من توفير بيانات ملائمة لدراسة العلاقة بين

العوامل الاجتماعية والاقتصادية ومعدلات الوفيات ،وتوجد صعوبتان اساسيتان من وجهه نظر علماء الاجتماع فى احصاءات الوفيات هما :اولا،ان اساليب تسجيل الوفاة وحصر السكان قد تؤدى الى وجود معلومات خاطئة عن بعض المتغيرات الهامة

مثل السن والاقامة والمهنة ، ثانيا :الاختلاف الكبير بين طبيعة الاخطاء التى تتضمنها شهادات الوفاه وطابع الاخطاء المميزة لتعداد السكان . لذلك قد يكون الخطأ الناتج عن الاعتماد على المصدرين معا أكبر من الخطأ الذى يترتب على الارتكاز الى مصدر واحد فقط غير ان الاحتمال العكسى قائم ايضا حيث يبطل كل منهما الاخر

٣- المنهج فى دراسة معدلات المرض

تدرس العلاقة بين العوامل الاجتماعية ومعدلات الاصابة بالامراض بأحد ى الطرق الاتية

١. تحليل السجلات الطبية للمستشفيات والعيادات والاطباء لما تحويه من ملخص لكثير من البيانات المتنوعة عن الاشخاص الذين ارتادوا اماكن مختلفة طلبا للمعاونة
٢. فحص مختلف انواع التقييم العلاجى لجمهور معين من السكان
٣. اجراء المقابلات الازمة للحصول على تقارير الامراض واعراضها واساليب علاجها المتنوعة

السجلات الطبية :تصف جمهور السكان الذين تلقوا العلاج او الرعاية الطبية نتيجة تعرضهم لامراض مختلفة

التقييم العلاجى :يكمن فى اجراء الدراسات الميدانية على عينات ممثلة لجمهور السكان .تلك الدراسات التى تعتمد على طرق مقننة للتقييم الطبى

يعنى هذا ان الاطباء الذين يقومون بعملية التقييم ، لابد وان يكونوا مدربين على استخدام نفس الاساليب والاعتماد على نفس المعايير فى تقييمهم للمرض او للتغير الحادث ، وقد بذلت تلك الجهود من اجل التقليل من شتى مصادر التحيز التى قد تتدخل فى مثل هذه الفحوص

الزيارات الميدانية

حيث تجرى المقابلات مع عينات ممثلة للسكان فى منازلهم ويسأل افراد هذه العينات أسئلة تفصيلية عن مختلف الاعراض والامراض وجوانب العجز والقصور التى يعانون منها وماذا فعلوا بشأنها ولكن من عيوب نقائص هذا المصدر ان المعلومات التى تجمع من المرضى تكون مختلفة الى حد بعيد عن تلك التى تتضمنها قوائم تقديرات العلاج التى سجلت فى العيادات الطبية لنفس جمهور المرضى

إن ظروف المرض وملابساته التى يحتوى عليها تقرير الزيارة المنزلية تعتمد على وعى الفرد بالمرض واحساسه فى تلك اللحظة بمرضه ولذلك ربما يصرح الاشخاص عن امراضهم واعراضهم اثناء الحوار المتعمق بما لايصرحون به للطبيب فى سياق اخر ، ولابد ان ندرك ان مايعرفه المرضى عن امراضهم يعتمد على ما يخبرهم به الاطباء ، ولذلك اذا فشل الطبيب فى توصيل المعلومات المتصلة بطبيعة المرض الى المريض علما بأنه غير مطالب بذلك

قد يصبح المريض عاجز عن فهم حالته ، وقد يرغب المرضى فى الادلاء ببعض المعلومات للاطباء فى عيادتهم ولايدلون بها اثناء المقابلات المنزلية وهذا من شأنه ان يزيد من حدة المفارقات بين التقارير المنزلية والتقديرات الطبية داخل العيادات هذا بالاضافة الى الاختلاف فى تسجيل معدلات المرض ، ومن ثم فقد ينطوى البيانات التى جمعت اثناء هذه المقابلات المذكورة على تسجيل اخطاء معينة تحجب عن الاعين الاتجاهات الهامة فى توزيع المرض

علم الاجتماع الطبي (المحاضرة الأولى)

المحاضرة الثانية عشر

الثقافة الصحية داخل المجتمع المدرسي

اولاً : ماهية الصحة المدرسية

هي ذلك الجزء من برنامج الصحة العامة الذي يطبق داخل المدارس بهدف رفع المستوي الصحي للمجتمع المدرسي .

وهي الأداة التي بها تتعاون المدرسة مع الأسرة لتربية الأفراد لأن الأسرة لاتستطيع أحيانا أن تقوم بعملية التربية وإكساب السلوكيات المناسبة بمفردها .

ثانيا : تطور أنظمة الصحة المدرسية :

١) بدأت الصحة المدرسية بداية علاجية من حيث الهدف والمحتوى.

٢) بدأت في التحول إلى توفير الخدمات الوقائية مثل مكافحة العدوى و إعطاء التطعيمات وإجراءات التعامل مع الأمراض المعدية .

٣) انتقلت من الاعتماد على الأطباء وهيئة التمريض السريري إلى فئات متخصصة ولكنها أقل تأهيلاً مثل المشرف الصحي والزائر الصحي والمثقف الصحي وممرض الصحة المدرسية وفني صحة الفم والأسنان .

٤) تزايد الاهتمام بتقديم خدمات تعزيز الصحة والوقاية الأولية من الأمراض المنتشرة في المجتمع .

٥) تحولت الخدمات المقدمة في الصحة المدرسية من التعامل مع المشكلات الجسدية إلى المشكلات السلوكية ومحاولة الحيلولة دون اكتساب الطلاب السلوكيات الصحية السلبية كالتدخين وإدمان المخدرات والممارسات الجنسية المحرمة .

٦) انتقلت أعمال الصحة المدرسية من العيادات والمستشفيات إلى عن: المؤسسات التعليمية والتربوية وإلى المدرسة.

٧) تحولت خدمات الصحة المدرسية من الاقتصار على كونها وظيفة للأطباء والممرضين والطاقم السريري ليشترك في مهامها أفراد الأسرة التربوية مع التركيز بالذات على دور المعلم .

٨) تحولت الصحة المدرسية من كونها مسؤولية مؤسسة أو إدارة واحدة إلى عمل تنسيقي تتضافر فيه الجهود بين كل الجهات المعنية ، وهذا توجه متنامي على مستوى العالم، إلا أنه أكثر تبلوراً في الدول المتقدمة صناعياً ، فقد عقدت الجمعية الأمريكية للصحة المدرسية مؤتمرها السنوي الثالث والسبعين تحت شعار : " التعاون : الكلمة المختارة للقرن الواحد والعشرين "

ثالثا : أهداف الصحة المدرسية:

تهدف الصحة المدرسية الى المحافظة على صحة المجتمع المدرسي وذلك عن :

١- تحديد أولويات المشاكل الصحية في المجتمع المدرسي وتعريفها للتربويين ،تدريب العاملين التربويين على الاكتشاف المبكر للأمراض والمشكلات الصحية الأخرى، التثقيف الصحي وتعديل السلوك للطلاب والموظفين ،والتعاون بين التربويين والصحة المدرسية لتحسين البيئة المدرسية ،تقديم الخدمات الصحية.

٢- تهدف خدمات الصحة المدرسية الى الحفاظ على صحة التلاميذ في السن المدرسي من ٦ الى ١٨ سنه ورفع مستواها عقليا واجتماعيا، فمن المعلوم ان هذه الفترة من العمر يتم فيها النمو البدني والذهني كما تتكون فيها الشخصية وتتبلور المبادئ، ولما كان التلميذ يقضي نصف يومه في المدرسة على مر الاعوام المدرسية لذلك كان لهذه الفترة دورا اساسيا في كل ما يكتسبه التلميذ من علم وعادات وصحه ونمو وشخصيه ومبادئ لذلك حرص المشرفون على التعليم على تفير الخدمات الازمه للتلاميذ وعلى تنظيم ساعات الدرس او اللعب بحيث تتيح لهم التحصيل الواعي والرياضةالذهنيةوالبدنية والنمو الاجتماعي والاشراف الصحي المتكامل.

رابعا : استراتيجية الصحة المدرسية:

الارتقاء بصحة التلاميذ في مختلف المراحل بالمدارس الحكومية والخاصة في التعليم العام بتوفير وتقديم العناية الوقائية والعلاجية والتعزيزات اللازمه.

تغيير مفاهيم وأنماط سلوكهم وعاداتهم لكي يقوم هؤلاء التلاميذ بدورهم في التأثير على أسرهم ومحلاتهم المحلية.

خامسا : المكونات الثمانية للصحة المدرسية:

<u>أولا : التربية الصحية:</u>

تعنى مجموعة الأنشطة التي تقدم بطريقة مدروسة في إطار واضح بهدف تغيير ثلاث جوانب في الفئة المستهدفة (المعرفة – الاتجاه – السلوك).

مواصفات التربية الصحية المثالية :

أ- تركز على :

. الظروف والسلوكيات التي تعزز الصحي والتي تعيق الصحة.

. المهارات اللازمة لتطوير السلوك الصحي ، وإيجاد مناخ معزز للصحة.

. المعرفة والاستعداد والمعتقدات والقيم المرتبطة بالسلوك الصحي وتدعيمه .

. تقديم القدوة في ممارسة المهارات والسلوكيات الصحية .

أولا : التربية الصحية:

تعنى مجموعة الأنشطة التي تقدم بطريقة مدروسة في إطار واضح بهدف تغيير ثلاث جوانب في الفئة المستهدفة (المعرفة – الاتجاه – السلوك).

مواصفات التربية الصحية المثالية :

ب-تكون شاملة، بمعنى إذا:

. تنظر إلى الصحة من منظور شامل (الصحة كما عرفتها منظمة الصحة العالمية)

. تستغل كل الإمكانات المتاحة للتثقيف الصحي (رسمية وغير رسمية ، تقليدية وغير تقليدية)

. تحرص على تناغم الرسائل الصيحة .

. تمكن الطلاب من تحسين الظروف بما يدعم الصحة المدرسية

. تنشط التفاعل بين المدرسة والمجتمع والأسرة والخدمات الصحية المحلية

. تعمل على تحسين البيئة المدرسية والحفاظ عليها .

أولا : التربية الصحية:

تعنى مجموعة الأنشطة التي تقدم بطريقة مدروسة في إطار واضح بهدف تغيير ثلاث جوانب في الفئة المستهدفة (المعرفة – الاتجاه – السلوك).

مواصفات التربية الصحية المثالية :

ج- تكون أكثر فاعلية إذا :

أجريت في بيئة داعمة وكانت متناغمة مع الظروف البيئية والاجتماعية والثقافية للفئة المستهدفة وأشركت الطلاب والمعلمين والآباء في تحمل مسؤولياتهم تجاه صحتهم وصحة أسرهم والمجتمعات التي يعيشون فيها حرصت على مخاطبة الجيل الجديد الذي لم يدخل المدارس بعد.

ثانياً - البيئة المدرسية :

لا تنفصل البيئة المدرسية عن بيئة المجتمع الموجودة ، للبيئة المدرسية دورها المؤثر سلباً أو إيجاباً في صحة الطلاب ، وفي جعلهم يفعِّلون كل قدراتهم الكامنة، ومن الصعب تربية الطلاب على مبادئ التربية الصحية في المدرسة بصورة فعالة في بيئة مدرسية غير صحية .

ثانياً - البيئة المدرسية :

تنقسم البيئة بصفة عامة (وكذلك البيئة المدرسية) إلى بيئة حسية وبيئة معنوية:

البيئة الحسية: الموقع والمباني المدرسية – الأثاث والمعدات – والمرافق الرياضية – المياه والصرف الصحي.

البيئة المعنوية : تشمل التكوين الاجتماعي والنفسي للمدرسة كمنظومة تعزز الصحة لدى الطلاب ، ويشمل ذلك التخطيط الجيد لليوم الدراسي – العلاقات الإنسانية (بين الطلاب فيما بينهم ، وبين الطلاب من جهة ومعلميهم من جهة أخرى)– النظام الإداري .

ثالثا: الخدمات الصحية : يقصد بها الخدمات المتعلقة بالصحة والمرض وتنقسم إلى :

الخدمات الوقائية :

وتشمل الوقاية من الأمراض والمشكلات الصحية الشائعة في المجتمع المدرسي (التطعيمات والعزل الصحي)، وتقديم الإسعافات الأولية عند الضرورة ، وخدمات الاكتشاف المبكر للمشكلات الصحية والتدخل المبكر الممكن لعلاجها ، وإحالتها إلى الخدمات العلاجية المختصة ومتابعة الحالات و التعامل مع الحالات الصحية المزمنة .

الخدمات العلاجية

وتشمل الكشف الطبي عن المصابين بأمراض حادة أو مزمنة) وعلاجهم.

يتم تناول الخدمات الصحية في إطار المفهوم والتعريف الشامل للصحة كما عرفتها منظمة الصحة العالمية على أنها حالة من التكامل الجسدي والنفسي والاجتماعي وليست مجرد غياب المرض أو الاعتلال .

يوجد تداخل كبير بين الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية.

رابعاً : الصحة النفسية والإرشاد

ينبغي تناول الخدمات الصحية النفسية والإرشاد النفسي في إطار المفهوم الشامل للصحة النفسية ، على أنها امتلاك القدرات والمهارات التي تمكن الفرد من التعامل مع التحديات اليومية بالشكل المناسب .

تشمل خدمات الصحة النفسية والإرشاد كل الخدمات والبرامج المنفذة في المدرسة في جانب الوقاية والاكتشاف المبكر للمشكلات النفسية الشائعة في السن المدرسية .

ينبغي أن لا تقتصر مثل هذه الخدمات على الحالات السلوكية التي تؤثر على تحصيل الطالب أو سير التعليم في الفصل والمدرسة ، بل ينبغي أن تشمل كل الطلاب ، وبفعاليات يشترك فيها أكبر عدد ممكن من المعلمين إن لم يكن كلهم .

من غير المنطقي الانتظار حتى تظهر المشكلات السلوكية والنفسية في سن المراهقة (قد يصعب علاجها)، بل يجب المبادرة بالوقاية منها مبكراً ، ومن خلال آليات تربوية صحية مبتكرة تبدأ في سن مبكرة ، بين طلاب المدارس الابتدائية ، وذلك إضافة إلى خدمات الدعم والإرشاد والتوجيه النفسي والاجتماعي .

خامساً : الاهتمام بصحة العاملين

تكتمل الشمولية المطلوبة في تعزيز الصحة في المدارس عندما تشمل صحة العاملين في المدارس من معلمين ومسؤولين وإداريين ، وللكادر المدرسي خصوصية في نوعية المشكلات الصحية التي ينبغي الاهتمام بها مقارنة بالمشكلات الصحية لدى الطلاب (ومن أهم هذه المشكلات : الأمراض المزمنة مثل داء السكري ، السمنة ، ارتفاع ضغط الدم ، اختلال

دهون الدم ، دوالي الساقين ، بعض أمراض العيون ، أمراض الفم والأسنان .... وغيرها) ، تشمل الخدمات الصحية للعاملين الوقاية من المشكلات الصحية ذات الأولوية لهذه الفئة العمرية ، والتدخل المبكر ، والإحالة للخدمات العلاجية ، ومراعاة الظروف الصحية الخاصة .

سادساً : التغذية وسلامة الغذاء

يسود في بعض الأوساط التربوية وبين أولياء الأمور اعتقاد مفاده أن المقصف المدرسي يجب أن يقدم وجبة غذائية متكاملة ، وهذا يتنافى مع أسس التغذية السليمة ، حيث أن وجبة الإفطار ذات أهمية كبيرة جداً وأن مكانها الطبيعي هو البيت وليس المدرسة ، ينبغي أن ينظر إلى المقصف كمكان لتقديم وجبة تكميلية خفيفة ،وليس مكاناً لتقديم بديل عن وجبة الإفطار، ونعني بالتغذية المدرسية وسلامة الغذاء كل الخدمات المتعلقة بالتغذية.

سادساً : التغذية وسلامة الغذاء

وينبغي أن تشمل التدابير الصحية الغذائية بالمدرسة ما يلي :

١-مراقبة المقصف المدرسي من حيث البنية والمحتوى ومراقبة صحة العاملين في تحضير الطعام وتداوله .

٢- مراقبة ما يتاح للطلاب من أطعمة داخل المدرسة (سواء التي يقومون بشرائها من المقصف المدرسي أو التي يحضرونها من بيوتهم) أو خارجها من قبل باعة جائلين وغيرهم ، والوقاية من التسمم الغذائي .

٣-رفع مستوى الوعي الغذائي في المجتمع المدرسي ، وتوصيل الرسائل الصحية إلى أولياء أمور الطلاب وأسرهم .

سابعاً : التربية البدنية والترفيه

التربية البدنية ليست ترفاً ، ولكنها ضرورة تربوية وصحية (نفسية وجسدية) واجتماعية ،وهناك ارتباط وثيق ببين التربية البدنية والتحصيل الدراسي .

مواصفات التربية البدنية المدرسية المثالية :

١- يتم تناولها من حيث كونها عادة تمارس على مدى الحياة من منطلق الوعي بمردودها الصحي ، ولا يتم تناولها في إطار المنافسات الرياضية التي تتطلب مهارات عالية .

٢- تهدف إلى رفع مستوى اللياقة البدنية والنفسية للطلاب ، وإيجاد فرصة للترفيه عن الطلاب وتشجيع المشاركة الاجتماعية بين الطلاب والمعلمين ، دون أن تزيد من التنافس بينهم أو تسيء إلى البيئة النفسية في المدرسة .

ثامناً : الاهتمام بصحة المجتمع المجاور

لا تنفصل القضايا المتعلقة بالصحة في المدرسة عن المجتمع حيث يجب النظر إلى المدرسة كفرصة لتعميق الانتماء إلى المجتمع لدى الطلاب ، وكأداة للتغيير في المجتمع ، ومنها تنطلق الخدمات والأنشطة المتعلقة بالصحة لإحداث التغيير الإيجابي في صحة المجتمع ، ومن أمثلة هذه الخدمات:

قيام المدرسة بنشاط صحي في المجتمع المحيط يتناول قضية مثل إصحاح البيئة ، أو الوقاية من الحوادث والإصابات ، أو الدعوة إلى النشاط البدني والرياضة بين أفراد المجتمع المحلي ... وغير ذلك .

سادسا : مبررات الاهتمام ببرامج الصحة المدرسية:

١) الصحة المدرسية واسعة الاهتمامات وتتناول موضوعات كبيرة وواسعة ومتشبعة مما يدعو إلى برمجة هذه الاهتمامات في برامج محددة الأطر والأهداف .

٢) مفهوم برامج الصحة المدرسية مفهوم مرن يمكن من خلاله معالجة شتى المشكلات التي تثبت أولوياتها من بين الاهتمامات الصحية .

٣) إن من الضروري برمجة الأفكار وبلورتها والتخطيط جيداً ليسهل تبنيها وتسويقها .

٤) يمكن اللجوء إلى برامج الصحة المدرسية كمرحلة انتقالية لتحول الخدمات الصحية المدرسية من نمطها العلاجي السائد إلى نمط وقائي منشود ، فنجاح برنامج ما من برامج الصحة المدرسية يمهد لتغيير السياسات المعمول بها بطريقة علمية .

٥) أسر الطلاب ومنسوبو الأسرة التربوية في حاجة ماسة للتدريب والتعريف بالصحة المدرسية ، ويتحقق ذلك من خلال مشاركتهم في أحد برامجها ، مما يؤدي إلى جذب انتباههم واستقطاب اهتمامهم .

سابعا : مهام الطاقم المدرسي في مجال الصحة المدرسية :

أ- مهام مدير المدرسة في مجال الصحة المدرسية:

يحتل المدير موقعاً أساسيا في تنفيذ وتطبيق البرامج الصحية المدرسية وعليه مسؤولية تتمثل بمتابعة وتنفيذ الإجراءات التالية :-

١- تشكيل لجنة صحية للمدرسة برئاسته وعضوية أحد المعلمين ليكون مسؤولاً عنها وعضوية عدد من الطلبة.

٢- أن يكون قدوة للمعلمين والطلبة في الالتزام بالعادات الصحية السليمة.

٣- تسهيل دور المعلم في التنسيق مع المركز الصحي الذي تتبع له المدرسة لتقديم الخدمات الصحية اللازمة للطلبة.

٤- تفقد أحوال المدرسة والطلبة بصورة يومية مستمرة للتأكد من سلامتها.

٥- تهيئة البيئة التربوية الصالحة لبناء شخصية الطالب ونموه من جميع الجوانب وإكسابه الخصل الحميد.

٦- متابعة الإشراف على مرافق المدرسة وتجهيزاتها وتنظيمها وتهيئتها للاستخدام.

٧- المشاركة في اللقاءات الدورية التي يدعى إليها أولياء الأمور.

٨- توثيق العلاقة بأولياء أمور الطلبة ودعوتهم للاطلاع على أحوال أبنائهم ومواصلة إشعارهم بملاحظات المدرسة ومرئياتها حول أوضاعهم الصحية.

٩- التعاون مع المشرفين الصحيين وغيرهم ممن تقتضي طبيعة عملهم زيارة المدرسة للاطلاع على الخدمات الصحية داخل المدرسة .

١٠- الإشراف على مقصف المدرسة والتأكد من تطبيق الشروط الصحية.

١١- تفقد منشآت المدرسة تجهيزاتها والتأكد من نظافتها وسلامتها وحسن مظهرها .

١٢ـ المتابعة والإشراف على تنفيذ وإدارة الخدمات الصحية في المدرسة بشكل عام.

١٣ـ توفير الأجهزة البسيطة لمساعدة مسؤول الصحة المدرسية على أداء مهامه.

١٤ـ تخصيص غرفة أو جزء من غرفة للصحة المدرسية.

سابعا : مهام الطاقم المدرسي في مجال الصحة المدرسية :

ب ـ مهام المعلم المسؤول عن الصحة المدرسية :

١ـ تنظيم الطلبة أثناء الفحص الطبي الدوري.

٢ـ المساهمة في الإسعافات الأولية حين اللزوم.

٣ـ تعزيز الوعي الصحي بين الطلبة ومساعدتهم على اكتساب المفاهيم الصحية وأهميتها في حياة الإنسان

٤ـ التركيز على العادات الصحية الأساسية السليمة، مثل مراعاة النظافة باستمرار والعناية بالجسم، وسلامة الغذاء

٥ـ المشاركة في برامج التوعية والتثقيف الصحي في المدرسة.

٦ـ أن يكون المدرس قدوة للطلبة في ممارسة العادات الصحية السليمة

٧ـالتنسيق مع إدارة المدرسة حول إشراك المجتمع المحلي في برامج التوعية الصحية.

٨ـ توفير البيئة الصحية المدرسية. ٩ـ النهوض بالمستوى الصحي للطلبة والارتقاء بالعملية التعليمية.

١٠ـ توضيح العلاقة بين الرياضة والصحة.

١١ـ متابعة العمل الأسبوعي الذي تقوم به اللجنة الصحية

١٢ـ المشاركة في برامج وأنشطة الصحة المدرسية ومتابعة تطبيقها في المدرسة

١٣ـ تنفيذ برامج التوعية الصحية بالتعاون مع الإدارة المدرسية والمجتمع المحلي والجهات الخارجية ذات العلاقة.

١٤-المساهمة في تحديد الأولويات الصحية للطلبة والمدرسة والتخطيط لتعزيز الصحة في المدرسة وإزالة أية معوقات.

١٥- متابعة العمل الأسبوعي الذي تقوم به اللجنة الصحية.

جـ - دور المجتمع المحلي في الصحة المدرسية:

١- مشاركة المجتمع المحلي في الأنشطة المدرسية ذات العلاقة بالصحة من خلال اجتماعات مجالس الآباء والأمهات وإجراء المسابقات.

٢- المشاركة في إيجاد الحلول المناسبة والفعالة فيما يخص المشاكل الصحية للطلبة بالتعاون ما بين المدرسة والمركز الصحي وأية جهة لها علاقة .

٣- دعم الأنشطة وبرامج الصحة المدرسية معنوياً ومادياً.

٤- الاستمرار في تنمية الوعي والسلوك الصحي للطلبة خارج أسوار المدرسة.

٥- تسهيل المشاركة في جمع المعلومات وتقديم أي خدمات تحتاجها برامج الصحة المدرسية.

عاشرا : دمج التوعية الصحية في المنهج الدراسي:

إذا قام المعلم بدورة في التوعية الصحية فإنه بذلك أكمل دورة كمعلم، لأن مهمة المعلم لا تنحصر في إنهاء المناهج والدروس المطلوبة بل يجب عليه أن يعرف أسس الصحة وأهم الأمراض التي قد تنتشر بين التلاميذ.

وهناك عدة أمثلة على إمكانية دمج التوعية في مناهج أهم المواد الدراسية:

الصحة والمواد الشرعية:

علاقة الطهارة وأنواع المياه بالصحة والمرض – علاقة الصلاة بالصحة – الحكمة من تحريم الخمر ولحم الخنزير والزنا – الحكمة من صوم رمضان والتطوع – فوائد السواك.

الصحة والمواد العلمية:

دراسة الماء والهواء – النظافة للجسم واليدين – كيف يؤدي الإسهال إلى جفاف الجسم – سرعة التنفس وتغيرها في الصحة والمرض _ تنظيف الأسنان – تأثير التدخين على الرئة – الحشرات التي تؤثر على الصحة.

الصحة والرياضيات:

معدل الطول والوزن وعلاقته بالنمو – معدل مرور السيارات في الطريق والوقاية من الحوداث – علاقة الرسوم البيانية في متابعة أحداث صحية – حساب السعرات الحرارية في الوجبة – قياس السمنة والنحافة.

الصحة واللغة العربية:

استخدام الأفعال: نظف – شخص – طعم (اختيار النصوص الصحية في القراءة والكتابة).

الصحة والعلوم الاجتماعية:

تعايش البشر في مختلف أنحاء العالم واعتمادهم على بعض الأغذية.

تعايش البشر مع البيئة وأثره على الصحة – طبيعة الشعوب – عمل أبحاث حول المعتقدات في البيئات المختلفة – خريطة العالم الصحية – ومناقشة تلك الأسباب

وختاما :

كثيرًا ما تفرض بعض الاهتمامات نفسها على العاملين في الصحة المدرسية والمدارس، خصوصًا أن مسؤولية المدارس توسعت لمواكبة التغير والتطور الكبيرين في المجتمعات، مع ما يرافق ذلك من حياة مدنية معقدة ورسائل متناقضة ومضللة توجه بشكل خاص للأطفال والمراهقين في السن المدرسية، وكلنا يعلم خصوصية السن المدرسية وما يميزها من سعة الاستيعاب وسهولة التأثير والطالب خلال هذه الفترة العمرية تكون المدرسة له المجتمع والبيئة الصغيرة التي يعيش فيها ويتأثر ويؤثر فيها.

ويأتي ما سبق ليبين أهمية التوعية الصحية في السن المدرسية وضرورة إيصال الرسالة الصحية ذات الأولوية والمبنية على أساس علمي وصادق وبساطتها، وأن تقدم في الزمن المناسب وللسن المناسبة.

المحاضرة الثالثة عشر

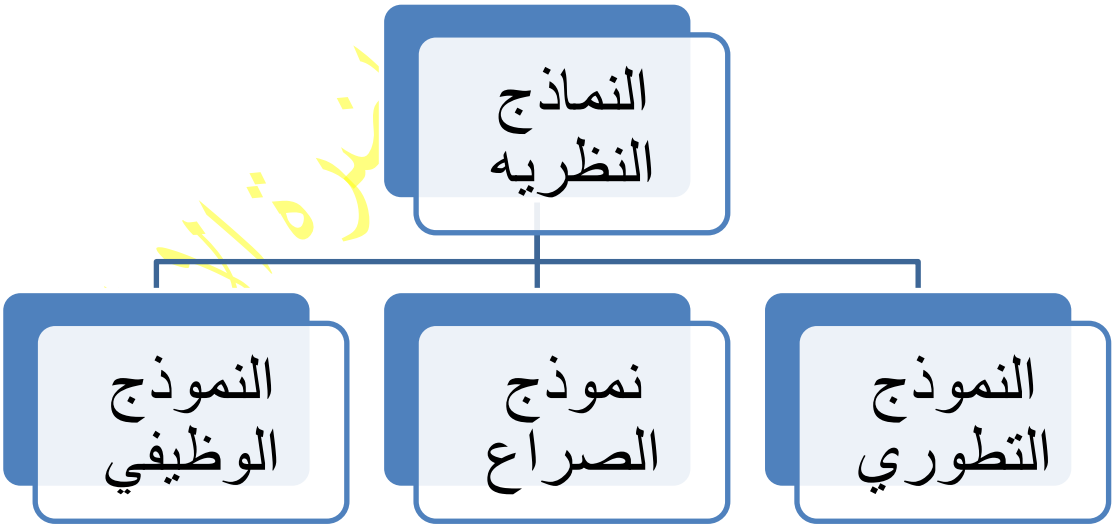
دراسات في علم الاجتماع الطبي

الفصل الاول

علم الاجتماع وملائمته للطب

الإطار النظري لعلم الاجتماع

- يختلف علماء الاجتماع في تناولهم للمجتمع فكل عالم يتناول المجتمع من زاويه مختلفه ولذلك تتعددوجهات النظر وبالتالي تتعدد النتائج التي يصلون إليها .
- وإلي الآن لم يصل علم الاجتماع الي نظريه عامه تصلح اساساً لتفسير بناء المجتمع والسلوك الانساني لذلك هناك بعض التصورات النظريه التي تعالج وظائف المجتمع وهي ما يطلق عليها النماذج النظريه وهي نماذج تكمل بعضها البعض لان كل نموذج يركز علي جانب معين ويحاول تفسيره ويمكن عرض هذه النماذج علي النحو التالي:



١- النموذج التطوري

اصحاب هذا النموذج اوجست كونت وهربرت سبنسر ، ويري هذا النموذج المجتمع علي أنه كائناً عضويا حياً يمر بمراحل في تطوره

يري اوجست كونت انها ثلاث مراحل اما دوركايم انها مرحلتين

٢- نموذج الصراع

من اصحابه كارل ماركس والذي يري ان النظام الاجتماعي العام هو نتاج لقوي متصارعه في المجتمع وهذه صراعات تنشأ بين الافراد والجماعات

ويري ماركس ان المجتمع يشهد صراعا بين طبقتين اساسيتين هما طبقه الذين يملكون وطبقه الذين لايملكون

٣-النموذج الوظيفي

يستخدم هذا النموذج المماثله بين المجتمع والكائن العضوي ويفسر اصحاب هذا النموذج المجتمع علي انه يتكون من مجموعه من الانساق تسهم في بقاء المجتمع ككل واستمراره محافظا علي توازنه وبذلك تماثل الوظائف تؤديها اعضاء الجسم واجهزته حتي يستمر وجوده

يعتقد اصحاب هذا النموذج ان المجتمع يعيش حاله توازن حساس فإذا حدث اي شيء لاي جزء من اجزاء المجتمع تأثرت بقيه الاجزاء .ومن البناءات الرئيسيه في المجتمع النظم المجتمعيه مثل الاسره، التعليم، الاقتصاد ،وكل نسق او بناء فرعي من هذه الانساق ينطوي علي نظم اصغر منه

مجالات الاهتمام في علم الاجتماع الطبي

هناك أسهامات متعدده يمكن أن يقدمها علم الاجتماع للطب مثل دراسه التنشئه الاجتماعيه وألاسره ومعتقدات الافراد والجماعات والمجتمعات المحليه وغيرها والنظره الحديثه للصحه لاتعنى مجرد الخلو من الامراض وانما يقصد بها حاله الاكتمال للجوانب الجسميه والعقليه والاجتماعيه للافراد .وهناك من ذكراربع منظورات اساسيه تستخدم فى هذا الميدان هى اولا: ان المرض المنتشر بين سكان مجتمع معين لايتوزع توزيعا عشوائيا انما هو مرتبط بمجتمعات مجتمعيه معينه

ثانيا: ان الناس يستجيبون للمرض ويحرفونه بطرق مختلفه تعكس تاثير الخلفيه الثقافيه او المستوي الحضاري لهم

ثالثا: ان كل مجتمع يستخدم نظما خاصه به للرعايه الصحيه وتختلف هذه النظم في درجه تقدمها

رابعا: المنظمات الطبيه الحديثه ذات صله بمجموعه اخري من المنظمات الطوعيه حتي شركات الادويه

موضوعات البحث في علم الاجتماع الطبي

أ-توزيع المرض و اسبابة: يهتم علماء الاجتماع بالتعرف على توزيع الامراض بين السكان، و العوامل المؤدية الى ظهورها بطريقة معينة فهو يهتم بمجموعة من المتغيرات مثل : العمر، النوع، و الطبقة الاجتماعية(المهنةو الدخل)، و هناك اهتمام اقل بمتغيرات ،مثل الاتجاهات و الانماط السلوكية و العمليات الاجتماعية الاكثر تعقيدا و اما دراسات الصحة العقلية فانها تهتم بمتغيرات ،مثل الحراك الاجتماعي و العزلة الاجتماعية و الضغوط الاجتماعية

ب_ الاستجابات الثقافية و الاجتماعية للمرض: يهتم علماء الاجتماع و الانثروبولوجيا في هذا المجال بدراسة و تحليل ادراك الناس لاغراض المرض او للامراض ذاتها و طريقة تعريفهم للمرض

جـ-الجوانب الاجتماعية و الثقافية للرعاية الطبية:

يتناول هذا الميدان في الغالب دراسة العلاقات بين ممارسي الطب و بين المرضى و كيف نتأثر هذة العلاقات بسمات و خصائص الاطباء و المرضى على السواء و يدخل ضمن هذة الدراسة و معالجة موضوعات اجتماعية مثل الاتصال و التأثير و الادوار الاجتماعية

د_الوفيات: و يهتم علم الاجتماع الطبي في هذا المجال بتغير معدلات الوفيات و التأثيرات الاجتماعية على ذلك و التوافق بين المنظمات الطبية و بين تغير انماط المرضى و الوفاة و اما المتغيرات التي تحظى بالاهتمام في هذا المجال فهي تشمل العمر،و النوع ، و العرف ، و المكانة الاجتماعية الاقتصادية

هـ- علم الاوبئة الاجتماعية: يقصد به دراسة ظهور و توزيع الامراض بين السكان فهو يدرس مسألة ظهور الامراض و توزيعها و اصولها الاجتماعية، بالاستعانة ببعض البيانات الاحصائية المتوافرة ، و كذلك يهتم هذا الفرع بدراسة الاصول الاجتماعية للامراض مثل الاضطرابات العقلية ، السرطان ، و امراض القلب و هنا مجال اخر لاهتمام هذا الفرع و هو التوزيع الاقليمي للمرضى و لحالات الوفيات ، و ذلك بالاستعانة بالمعلومات الاحصائية

و- تنظيم الممارسة الطبية: يهتم هذا الميدان بتنظيم ممارسة مهنة الطب في المجتمع و يدخل ضمن هذا المجال المقارنات بين نظم الرعاية الطبية في المؤسسات المختلفة

ز-الدراسة السوسيولوجيةللمهن الطبية: يعالج التنظيم الاجتماعي و العلاقات بين مختلف الجماعات المهنية ، و يهتم علم الاجتماع الطبي في هذا المجال بمهنة التمريض، و دراسة الاطباء ، المستشفيات ، و المهن المساعدة للطب ، و الاهتمام هنا ينصب على متغيرات مثل: التنشئة الاجتماعية ، الهيبة ، التدرج ، المنافسة ، التخصص، و الايدلوجيات ، و التعيين او الالتحاق بالمهنة

حـ-سوسيولوجية المستشفى:هذة الدراسة فرع من فروع علم الاجتماع يعرف باسم علم اجتماع التنظيمى و هو يتناول دراسة المستشفى بوصفها تنظيما اجتماعيا ، فيركز على التطور التكنولوجي للمستشفى و التنظيم البيروقراطي و الانجاز ، و المنافسة بين الاطباء المتخصيصين ، و علاقات القوة ، و عملية صنع القرارات ، و تقسيم العمل و المركزية

ط_منظمات صحة المجتمع: التركيز هنا على مختلف المنظمات الصحية في المجتمعات المحلية سواء كانت عامة ام خاصة و ينصب اهتمام علم الاجتماع الطبي في هذا المجال على دراسة بناء هذة المنظمات ووظائفها و علاقاتها بجمهور السكان في هذة المجتمعات ، و اوجة التفاعل بينها ، و اساليب تقدم الرعاية الطبية

ي-التغير الاجتماعي و الرعاية الصحية:

الدراسات التي تدخل ضمن اهتماماتة تشمل تطور مهنة الطب و اساليب الرعاية الطبية في المجتمع ،و التغير في قيم الصحة و التوجيهات القيمية و نحو المرض و العلاج و تغير طابع المنظمات الطبية و توزيع مصادر الصحة في المجتمع

ك- التعليم الطبي:و تناول اتجاهات تعليم الاطباء و اساليب اختيارهم لمهنتهم ، و القيم الاجتماعية السائدة بينهم و طرق اعداد الطبيب مهنيا و نفسيا و اجتماعيا

ل- الصحة العامة : و من بين اهتمامات هذا الميدان نشر الوعي الطبي و الوقاية من الامراض كذلك تهتم الصحة العامة بالامراض المزمنة و المتوطنة و بتلوث البيئة و اثرة في الحالة الصحية للسكان لان هدفة الاساسي هو احداث تغييرات في البيئة و في الانماط السلوكية الصحية للناس ، و من ثم يستفيد المتخصصون في الصحة العامة من مفاهيم علم الاجتماع الاساسية مثل القيم و العايير و الثقافة و المجتمع المحلي و التأثير الاجتماعي و التغير التنظيمي في تحقيق اهـــــــدافهم

م- الضغوط الاجتماعية و الامراض:يهتم بدراسة الضغوط و بين الاصابة بالامراض و لهذا يتعاون الاجتماعيون و الاطباء في دراسة العلاقة بين الضغوط الاجتماعية

التي يتعرض لها سكان المجتمع م بين معدلات اصابتهم بالامراض ذات الانواع المختلفة

ن- الطب النفسي الاجتماعي و المجتمعي : دراسة مختلف العوامل التي تحقق ارتقاء في المستوى الصحى للافراد و ارتفاعا في درجة الوعي الطبي و الوقاية من المرض و الاستجابة النفسية الصحيحة للمرض و للعلاج

س- السياسة الصحية:دراسة مختلف اساليب الرعاية الصحية في المجتمع و العلاقة بين الهيئات الحكومية و الطوعية في هذا المجال كما يدرس هذا الميدان ايضا حاجات الناس للخدمات الطبية و مدى توافر الامكانيات المالية و الطبية و الفنية لتوفير هذة الخدمات

و على هذا النحو يقوم عالم الاجتماع الطبي بدور تطبيقي هام يكاد يماثل الدور الذي يقوم به الطبيب النفسي او المتخصص في بحوث السوق

و قد اقترح روبرت شتراوس انة ينبغي تقسيم ميدان علم الاجتماع الطبي منطقيا الي مجالين اساسين هما : سوسيولوجية الطب ، و علم الاجتماع في الطب

اما في المجال الاول فانة سوف يختص ببحث عوامل البناء التنظيمي ، علاقات الادوار، و ظائف الطب كنسق للسلوك،،، اما الاخير فانة يهتم بالبحوث الجماعية اة التدريس و بتكامل المفاهيم و الاساليب الفنية

و نجد ان علم الاجتماع الطبي التخلص من الصياغات الروتينية و التقليدية لكي يقدم شيئا ملموسا يكون موضع التقدير من العاملين في المجال الطبي و ربما يتعاون علم الاجتماع الطبي مع الخدمة الاجتماعية الطبية في هذا الصدد و بخاصة في عمليات اعادة التأهيل الجسمي و الاجتماعي و يتم بمقتضاها تزويد الاشخاص الذين يتعذر علاجهم تماما من بعض الامراض اؤ اؤجة النقص نتيجة الاصابة بمرض معين بادوات او وسائل لتعويض حالة النقص هذة و تغيير ظروف حياتهم بحيث يقل الي حد كبير تأثير حالة النقص لديهم في اسلوب حياتهم و قدرتهم على التوافق و عادة ما يحدث ذلك بتكوين بعض المهارات الجديدة لدى الافراد مثل حالات الاذرع الصناعية او الاطراف الصناعية عموما و هكذا يمكن ان يتضح الدور الذي يقوم به علم الاجتماع الطبي بالتعاون مع الخدمة الاجتماعية الطبية