

محاضرات

مقرر علم الاجتماع الطبي

د. سوسن البيطار

المستوى الثالث – علم اجتماع

2015-2014

المحاضرة الأولى بعنوان

مفهوم علم الاجتماع الطبي ومجالاته الأساسية

عناصر المحاضرة

أولاً: المدخل.

ثانياً: مفهوم علم الاجتماع الطبي.

أولاً: المدخل

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

Sociology in Medicine

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

أما علم اجتماع الطب Medical Sociology

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

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

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

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

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

ثانياً: مفهوم علم الاجتماع الطبي Sociology of Medicine

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

والممارسون له كتنظيم مهني Professional

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

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

وهنا يعرف كوكر هام Cockerham

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

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

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

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

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

ولذا اهتم "هيزن Heszen"

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

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

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

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

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

المحاضرة الثانية بعنوان

تابع مفهوم علم الاجتماع الطبي ومجالاته الأساسية

المحاور:

ثالثاً:

مجالات علم الاجتماع الطبي وميادينه ويتضمن :-

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

رابعاً:

علاقة علم الاجتماع بالطب ومدى الالتقاء بينهما.

ثالثاً: مجالات علم الاجتماع الطبي وميادينه:

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

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

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

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

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

أ- دراسة الصحة والمرض.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

على بعض الحالات المرضية هي تلك التي أجراها "Golb"

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

ب- دراسة التنظيمات الطبية:

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

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

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

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

أي أن هذه الدراسة حاولت أن تقدم وصفاً للتنظيم والعلاقات والظواهر السائدة في عنبر مستشفى كينجستون لتخطي الأهداف النظرية إلى الاهتمام التطبيقي بالصحة والمرض.

ج- دراسة الاستجابة الثقافية والاجتماعية للمرض:

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

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

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

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

د- دراسة العلاقة بين الأطباء والمرضى:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

برضا المريض حيث ربط "جرين Greens"

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

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

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

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

هـ - دراسة الطب المجتمعي:

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

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

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

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

رابعاً : علاقة علم الاجتماع بالطب ومدى الالتقاء بينهما

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

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

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

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

1- المرض والعلاج من وجهة النظر الطبية.

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

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

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

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

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

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

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

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

2- تقدم الطب الوقائي والصحة العامة.

المحاضرة الثالثة بعنوان

أهم النظريات المفسرة للصحة والمرض

عناصر المحاضرة

المدخل

أولاً: النظرية البنائية الوظيفية

ثانياً: النظرية الانثروبولوجية الطبية

أهداف المحاضرة

تفسير المداخل المنهجية للصحة والمرض:

أولاً: تطبيق النظرية البنائية الوظيفية.

ثانياً: تطبيق النظرية الأنثروبولوجية الطبية.

المدخل

يهتم علم الاجتماع الطبي Medical Sociology

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

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

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

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

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

يعرف كوكر هام Cockerham

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

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

مجالات علم الاجتماع الطبي وميادينه ويتضمن :-

أ- دراسة الصحة والمرض.

ب- دراسة التنظيمات الطبية.

ج- الاستجابة الطبية والاجتماعية للمرض.

د- دراسة العلاقة بين الأطباء والمرضى.

هـ- دراسة الطب المجتمعي.

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

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

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

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

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

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

أولاً : النظرية البنائية الوظيفية

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

الثالث: يبدأ المريض بالبحث عن المساعدة الطبية المتخصصة.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

الوصول إلى الطرق الملائمة لتحقيق هدفه في شفاء المريض.

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

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

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

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

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

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

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

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

6- عدم إطاعة المريض للطبيب وعدم تعاونه معه.

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

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

ثانياً : النظرية الانثروبولوجية.

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

1- نمط انتشار المرض بين الناس.

2- طريقة الناس في تفسير المرض ومعالجته.

3- السلوك الذي يستجيب به الناس لانتشار الطب الحديث.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

المحاضرة الرابعة بعنوان

أهم النظريات المفسرة للصحة والمرض (تتمة)

عناصر المحاضرة :

ثانياً: استكمال النظرية الانثروبولوجية الطبية

ثالثاً: نظرية الضغوط الاجتماعية

رابعاً: الخاتمة

استكمال النظرية الانثروبولوجية الطبية

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

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

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

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

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

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

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

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

وتسير هذه المراحل على النحو التالي :-

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

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

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

ثالثاً: نظرية الضغوط الاجتماعية

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

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

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

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

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

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

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

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

1- الظروف الاجتماعية المؤدية للضغوط.

2- معرفة الفرد و ادراكه لتلك الضغوط الاجتماعية.

3- استجابات الفرد الفسيولوجية والنفسية والسلوكية للضغوط.

4- المؤثرات الخارجية لتلك الضغوط والاستجابات لها.

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

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

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

أسباب الضغوط ومصادرها

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

رابعاً : الخاتمة

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

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

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

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

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

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

المحاضرة الخامسة بعنوان

الصحة والمرض

عناصر المحاضرة

مدخل

أولاً: مفهوم الصحة وعلاقتها بالمرض.

ثانياً: مفهوم المرض وأسبابه.

ثالثاً: النظريات المفسرة للمرض.

مدخل

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

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

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

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

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

أولاً: مفهوم الصحة وعلاقتها بالمرض

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

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

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

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

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

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

وترجع هذا الظاهرة إلى:-

- ارتفاع مستويات التغذية.

- توفر الرعاية الصحية بشكل أفضل.

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

- تقدم أساليب العلاج الطبي إلى مستويات فائقة الدقة.

- تغير الوعي العام في تلك البلاد.

- تعريفات المرض والصحة.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ثانياً: مفهوم المرض وأسبابه

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

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

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

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

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

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

أسباب المرض وعوامل حدوثه:

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

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

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

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

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

ثالثاً: النظريات المفسرة للمرض

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

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

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

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

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

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

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