



### السلوك المرضي

#### الاعتبارات السوسولوجية:

إن عملية الانتخاب الاجتماعي هي واحدة من العمليات الرئيسية التي شهدها المجتمعات الإنسانية، ويقصد بهذه العملية تلك الأسس التي تكمن خلف اختيارات أعضاء الجماعات المختلفة وتفضيلاتهم السلوكية، وتفصح دراسة الانتخاب الاجتماعي عن نفسها في مجالات كثيرة، مثل الزواج والهجرة والتعليم وفرص الحياة والإنجاز، فتلك كلها مجالات يمارس فيها الأفراد والجماعات أنواعاً من الاختيار ونماذج للتفضيل، وتتسع دراسة الانتخاب الاجتماعي لتشمل تفسير أسباب الانحراف وأنماط السلوك الشاذ، إذ هي تحاول أن تبحث في الظروف التي دفعت بعض الأفراد إلى إتيان هذه الأنماط السلوكية ومقارنتها بالظروف الأخرى التي عاشها أشخاص أسوياء، فهذا المفهوم يمكننا من فهم الخصائص الاجتماعية والسمات المميزة للأفراد وللوسط الاجتماعي الثقافي لتفسير الفروق بينهم، وكذلك تهتم دراسة الانتخاب الاجتماعي ببحث أساليب التفاعل الاجتماعي بين أعضاء المجتمع، وتبادل المعلومات والمهارات، ومختلف صور العجز عن التوافق والميول الشخصية والاجتماعية، وتلك كلها عوامل مسئولة عن الفروق في الاختلافات والتفضيلات، وهكذا تنطوي مسألة الانتخاب الاجتماعي على ثلاثة أبعاد رئيسية هي: الأبعاد الشخصية، والتفاعلية و البنائية.

**هناك مداخل أربعة ممكنة نستطيع الاستفادة منها في فهمنا لاستجابات الناس للأعراض المرضية وأساليب اختيارهم لطرق العلاج وهي:**

#### أ - البحث عن العلاج بوصفه متغيراً سلوكياً:

ينظر إلى اتجاه الأشخاص نحو الحصول على علاج لحالاتهم المرضية بواسطة الأطباء على أنه يمثل متغيراً سلوكياً، والمنهج المستخدم لفهم هذا المتغير ينهض على محاولة عزل بعض السمات السلوكية وفحص ارتباطاتها وتطورها الاجتماعي، ويمكننا قياس هذه السمات قياساً مباشراً عن طريق المقاييس اللفظية لاتجاهات الناس نحو أسباب طلب المعونة الطبية، ويمكن أيضاً دراسة السمات بطريقة غير مباشرة استناداً إلى الحقيقة التي مؤداها أن بعض الأفراد يفضلون الحصول على الرعاية الطبية من مصادر معينة دون الأخرى، بينما بعضهم الآخر قد يحجم عن طلب هذا العون.

#### ب - تفاعل المتغيرات المستقلة:

إن مسح الوبائيات يعد واحداً من الإجراءات البحثية الشائعة في مجال الرعاية الطبية، ويتم الاعتماد عليه في تحديد أولئك الذين يسعون إلى الحصول على نمط معين من هذه الرعاية من بين جمهور البحث، وعادة ما تستخدم مجموعة من البيانات في هذه البحوث لكي يمكن التعرف على الفروق بين الذين يسعون إلى الحصول على الرعاية الطبية، والذين لا يقبلون عليها، ويمكننا هذا النوع من التحليل من تحديد مبلغ التفاعل بين المؤثرات المختلفة، والتعرف على النماذج الأكثر تعقيداً في تفسير أساليب طلب الرعاية الطبية.

#### ج - بناء نسق الخدمة الطبية:

يركز هذا الاتجاه على بحث منظمات الرعاية الطبية وتحديد مدى تشجيعها للجمهور لكي يقبل على الاستفادة من الخدمات التي تقدمها، ونوع العقبات التي قد تضعها هذه المنظمات لكي تحول دون وصول الخدمة إلى الجمهور وعادة ما تركز الدراسات على الصعوبات التي تحول دون كفاءة الخدمة الطبية، وهي صعوبات قد تكون اقتصادية أو إدارية أو نفسية اجتماعية مثل الحواجز والمسافات الاجتماعية بين العملاء والمتخصصين.

#### د - عملية تشخيص أسباب المرض:

تحتل مسألة تحديد أسباب المرض في ضوء الخبرات الماضية للناس، والأهمية التي يعلقونها على هذه الأسباب، قيمة خاصة بوصفها مدخلاً ملائماً لدراسة الأعراض المرضية وأساليب الاستجابة لها، وقد كشفت بحوث السلوك المرضي عن أن الناس يتصرفون بسرعة إزاء الأعراض المرضية التي تؤدي إلى اضطراب الوظائف الجسمية



المعتادة، وبالمثل فإن مفهوم الناس للمرض يتأثر بالوظائف الكلية للجسم ومدى كفاءتها مثل تأثره بطبيعة الأعراض ذاتها، إذ من الملاحظ عموماً أن الحساسية إزاء الأعراض التي يشكو منها الناس تظهر كلما ازداد شعور الأفراد بعدم قدرتهم على القيام بالوظائف الجسمية المعتادة، ومن ثم اختفاء المشاعر الطبيعية المألوفة خلال حياتهم اليومية، ولهذا يلجأ كل فرد إلى إعادة تقدير الإدراكات الجديدة لوظائفه الجسمية على أساس خبراته الماضية، وغالباً ما يؤسس توقعاته على خبرات الآخرين، وعلى معلوماته العامة.

### الأمراض التي تصيب طلاب الطب:

من الملاحظات الشائعة بين طلاب الطب أنهم غالباً ما يشكون من بعض الأعراض المرضية التي يرجعون أسبابها إلى عوامل باثولوجية، وتمثل دراسة هذه الأعراض تحليلاً للمواقف والخبرات الاجتماعية التي تعيشها هذه الفئة من أعضاء المجتمع، ولقد كشفت البحوث عن أن أسباب هذه الحالات إنما ترجع عادة إلى ضغوط اجتماعية، وإلى القلق الذي يعاني منه هؤلاء الطلاب، وإلى الأعراض الجسمية وكذلك المعلومات غير المكتملة التي كونها الطلاب عن الأمراض خلال مراحل دراستهم، والتي تتضمن أعراضاً شبيهة بتلك التي يشكو منها الطلاب.

### السياق التاريخي والفروق الثقافية:

إن الاستجابة للمرض تعبر عن موقف ثقافي وتاريخي في لحظة زمنية معينة، ومن الضروري أن نفرق بين التعميمات التحليلية مثل مناقشة أمراض طلاب الطب في الفقرة السابقة، والتي قد لا تكون مرتبطة تماماً بأي سياق تاريخي ملموس، وبين تلك التعميمات التي تصدق في فترة معينة ولا تصدق في فترة أخرى، ولعل كثيراً من البحوث الوصفية في مجال السلوك المرضي تسعى إلى الربط بين الطبقة الاجتماعية والتعليم والأصول العنصرية والعوامل الاجتماعية الأخرى وبين الاستجابة للمرض وأساليب الاستفادة من الخدمات الطبية المتاحة في فترة معينة.

ويجب أن نأخذ في الاعتبار أن أنماط وأنواع الأساليب العلاجية ذاتها مرتبطة بالحركات الاجتماعية التي يعيشها أعضاء المجتمع، فالتحليل النفسي له جذوره الحضرية ونجد أن معظم من يمارسونه من الطبقات الوسطى الحضرية (ومن اليهود) ولهذا فليس غريباً أن يتجه إلى هذا النوع من العلاج النفسي أفراد ذوي خصائص اجتماعية وميل نفسية متميزة، وكلما تطورت حركة العلاج النفسي كلما أصبحت أكثر لا تجانساً من حيث موقعها الجغرافي وأنواع الممارسين المدربين، وحينما تتغير هذه الخصائص، يحدث نفس التغير أيضاً في سمات العملاء، وعموماً فقد لوحظ تغير هذه السمات خلال الزمن نتيجة لتطور مهنة العلاج النفسي.

وهناك مجموعة من العوامل المتداخلة التي تؤثر في فهمنا للفروق الثقافية الاجتماعية بين المرضى الذي يسعون إلى الحصول على أنواع معينة من الرعاية الطبية، فمن الضروري أن نميز بين ارتباط الخصائص الاجتماعية بالسعي من أجل العلاج، وبين ارتباط نفس هذه الخصائص بوجود مشكلات معينة بالفعل تحتاج إلى علاج، وليس من الواضح تماماً إلى أي مدى ترتبط هذه الخصائص بكل من الظاهرتين السابقتين، ومن الضروري أن نفرق بين مدى ارتباط بعض العمليات الاجتماعية الثقافية بالاتجاه نحو طلب الرعاية الطبية (أو الاعتماد على هيئات الرعاية الطبية) وبين تأثير هذه العمليات على استخدام مصدر معين بالذات لهذه الرعاية.

إن مختلف أنماط السلوك المرضي يمكن النظر إليها من زاويتين رئيسيتين تكمل كل منهما الأخرى، فمن ناحية قد تعتبر هذه الأنماط نتاجاً للظروف الاجتماعية الثقافية، نظراً لأنها تعبر عن سياق اجتماعي خاص تظهر فيه، ومن ناحية أخرى فقد نعتبر هذه الأنماط جزءاً من عملية كلية للتوافق يكون فيها السلوك المرضي جانباً من بين الجوانب التي يلجأ إليها الفرد لكي يتوافق مع الظروف الصعبة التي يواجهها.

ويتضح من البحوث الميدانية والمعملية أن هناك تنوعاً كبيراً في استجابة الأفراد والجماعات لنفس الأعراض المرضية، وأن هذا التنوع يمكن تفسيره بالرجوع إلى المتغيرات السلوكية الاجتماعية والثقافية، ومن هنا يتضح الإسهام الذي يمكن أن تقدمه علوم النفس والاجتماع في تفسير السلوك المرضي.

### تفسير الاستجابة للرعاية الطبية:

يرى **روزنستوك** أن السلوك الصحي المرتبط بمشكلة ما يتحدد في ضوء مدى رؤية الفرد لهذه المشكلة بوصفها تنطوي على نتائج حاسمة أو احتمالات عالية لاتجاه معين، ومعنى ذلك أنه يقيم تصوره على أساس المعتقدات التي يكونها المريض حول الاحتمالات المتوقعة لحالته الصحية، ومن ثم يطلق على هذا النموذج اسم (نموذج الاعتقاد الصحي).



أما (زولا) فإنه يحدد خمس مراحل زمنية مختلفة تظهر في حالات اللجوء إلى طلب الرعاية الطبية، النمط الأول (الأزمة الشخصية المتبادلة) وهنا نلاحظ أن الموقف يدعونا إلى الاهتمام بالأعراض والأسباب التي يذكرها المريض، المرحلة الثانية (التدخل الاجتماعي) وهنا لا تتغير الأعراض، وإنما تهدد نشاطاً اجتماعياً معيناً، المرحلة الثالثة تتضمن توجيه الآخرين نحو الاهتمام بالبحث عن العون الطبي، المرحلة الرابعة (إدراك التهديد) من وجهة نظر المريض، المرحلة الخامسة تتعلق بطبيعة ونوعية الأعراض، وينصب الاهتمام على التشابه والاختلاف بين هذه الأعراض وبين حالات سابقة ظهرت أعراضها على بعض الأصدقاء أو غيرهم.

**ونشير إلى مجموعة من المتغيرات الرئيسية التي تؤثر في تحليلنا للرعاية الطبية وهي:**

- 1 - رؤية بعض علامات مرضية أو أعراض معينة وإدراكها والاعتراف بها.
- 2 - جدية أو خطورة الأعراض.
- 3 - مدى تأثير هذه الأعراض على اختلال وظائف الأسرة والعمل والأنشطة الاجتماعية.
- 4 - معدل تكرار الأعراض المرضية.
- 5 - مبلغ تسامح الأشخاص إزاء هذه الأعراض.
- 6 - المعلومات المتاحة والمعرفة والافتراضات الثقافية ومدى فهم القائم بعملية التقييم.
- 7 - الحاجات الأساسية المؤدية إلى تجاهل الموقف.
- 8 - الحاجات المتنافسة مع الاستجابات المرضية.
- 9 - التفسيرات المتعارضة التي يمكن وضعها للأعراض المرضية.
- 10 - مدى توافر إمكانيات العلاج وموارده والتكاليف المالية والأعباء النفسية له.

### **المتغيرات المؤثرة في الاستجابة للمرض وطلب العلاج:**

**أ - ظهور الأعراض:** إن مدى وضوح الأعراض وظهورها أما م الآخرين يحفزهم عادة للتدخل، وخاصة في حالة افتراض وجود مرض عقلي، وبالمثل فإن إحساس المريض ذاته بحالته المرضية مرتبط بمدى حدّة الأعراض التي يعاني منها.

**ب - الإحساس بالجدية أو إدراك الخطورة:** يلعب متغير إدراك خطورة الأعراض وشدتها دوراً هاماً سواء من وجهة نظر الآخرين، أو الشخص المريض ذاته، ويقصد بإدراك الخطورة تقدير معدل الخطورة في الحاضر أو المستقبل، وكلما كانت الأعراض غير مألوفة ويتعذر تفسيرها أو فهمها من جانب الآخرين أو المريض، زادت درجة الإحساس بالجدية والخطورة ومن ثم ازداد معدل السعي من أجل البحث عن المعاونة الطبية.

**ج - مدى التأثير في ممارسة النشاط الاجتماعي:** هناك ارتباط عال بين إدراك خطورة الأعراض وبين تأثيرها على مزاوله النشاط الاجتماعي، فالأعراض التي تمنع الفرد من ممارسة نشاطه الاجتماعي تدعو إلى استجابة سريعة أكثر من غيرها، سواء من جانب الآخرين أو الشخص ذاته، ومن ثم فإن هذا المتغير يؤثر تأثيراً كبيراً في تعريف الإنسان للمرض، لأنه يتصل مباشرة بحياته اليومية ويعمله ووقت فراغه.

**د - معدل تكرار الأعراض واستمرارها:** يعتمد تعريف المرض والاستجابة له على مدى تكرار الأعراض المرضية واستمراريتها، فكلما شعر الشخص بالمرض، مع ثبات العوامل الأخرى استدعى ذلك السعي من أجل الحصول على الرعاية الطبية، والأعراض الدائمة المتكررة تدفع الشخص والآخرين كذلك، إلى الاهتمام باستشارة الطبيب.

**هـ - إمكانيات التسامح:** تختلف إمكانيات تسامح الآخرين أو الفرد بنفسه فيما يتعلق بالأعراض المرضية أو مظاهر الاختلال الصحي، وتؤثر الفروق الثقافية في مدى التسامح إزاء صور السلوك غير السوي التي تبدو على بعض الأفراد ويتحدد هذا الاختلاف على أساس ارتباط هذا السلوك بالتوقعات العامة المقبولة من الآخرين وبالمثل يعتمد ذلك أيضاً على الاتجاهات والميول الشخصية نحو الشخص الذي تبدو عليه الأعراض.



**و - أسس التقييم:** تعتمد درجة تقدير المرض بوصفه مرضاً عصبياً نفسياً على المعلومات والمعرفة والافتراضات الثقافية التي يحددها القائم بعملية التقييم سواء كان شخصاً آخر غير المريض، أو المريض.

**ز - الحاجة إلى التجاهل:** إن ميكانيزم التجاهل أو التبرير قد يساعد في بعض الأحيان على الاحتفاظ المؤقت بالتوازن، ولكنه في كثير من الأحيان قد يتسبب في تعقيد الحالة أكثر، وتأخير فرص الشفاء نتيجة لتأخير العلاج.

**ح - التفسيرات البديلة:** إن الاتجاه القوي العام نحو النظر إلى المرض العقلي على أنه مسألة طبيعية، يعني الاعتماد على مجموعة من التفسيرات البديلة للحالة المرضية الحقيقية، فعادة ما يفسر الناس هذه الأعراض بأنها نتاج (العمل الشاق) وبأنها لا تنطوي على شيء من الغرابة، لأن كثيراً من الناس يفعلون ذلك، وربما تستمر هذه التفسيرات لفترة طويلة، ولكن حينما تظهر شواهد قوية فإن هذه التفسيرات لا يمكن أن تصمد ويلاحظ أن المعنى الذي يضفيه الفرد على الأعراض التي يشعر بها هو نتاج لمواقف الحياة.

**ط - إمكانية العلاج:** تعتمد الإفادة من أساليب العلاج والمفاضلة بينها على مدى توافرها النسبي وإمكانات الشخص على الإفادة منها، وكلما ازدادت المعوقات أمام الحصول على خدمة معينة كلما قل الاعتماد عليها، وتشمل هذه المعوقات، التكاليف الاقتصادية والوقت والجهد، والنتائج الاجتماعية والثقافية (خاصة في حالة التردد على مستشفيات الأمراض العقلية).

إن هذا المتغيرات جميعاً تتفاعل فيما بينها لكي تؤثر على الاستجابة للمرض والاتجاه نحو الحصول على الرعاية الطبية، وتختلف طبيعة هذا التفاعل والاعتماد المتبادل من حيث درجة التأثير، ولعل هذه المتغيرات تلقي الضوء على العوامل الاجتماعية النفسية والثقافية المؤثرة في السلوك المرضي، ولكن يتعذر تعميم تأثير هذه المتغيرات في كل المجتمعات.

## الصحة والمرض والسلوك الانحرافي:

### 1 - السياق الاجتماعي لتعريف المرض:

إن تعريفات المرض تنطوي عادة على مجموعة دعاوى متصلة بطبيعة تلك الأوضاع الصحية للكائن الفيزيقي التي تكون مرغوبة أو غير مرغوبة، خطيرة أو غير خطيرة، ومثال ذلك أن المرأة البدينة تعتبر من وجهة نظر بعض الثقافات موضوع رغبة وتحبذ، بينما هناك جماعات أخرى تعرف البدانة باعتبارها مرضاً جسدياً ونفسياً، والأمثلة كثيرة ومتنوعة في هذا المجال، وكلها تشير إلى أن تعريفات الصحة والمرض وتقديراتها تعتمد اعتماداً ضمنيّاً على التوجيهات الصحية في المجتمع وعلى مواقف الحياة لدى أعضائه ومن ثم لا تمثل (الصحة و المرض) وحدات ذات كيان مستقل، وإنما هي مفاهيم تستخدم لتشير دائماً إلى عملية التوافق المستمرة إزاء متطلبات الحياة المتغيرة والمعاني المختلفة التي تضيفها على حياتنا.

### 2 - فنون العلاج:

يسعى الإنسان أينما وجد إلى من يعينه ويعاونه على التخفيف من آلامه ومتاعبه وفي البدايات الأولى لكل الحضارات يكون الطب عبارة عن مزيج غير منظم من الدين والسحر ومجموعة الأفكار والممارسات المكتسبة من الواقع بطريقة امبيريقية.

وطالما اعتبرت الصحة على مر تاريخ الطب بمثابة حالة للتوازن في مقابل النظرة إلى المرض على أنه تصدع أو خلل يصيب الحالة المتوازنة، وقد سيطرت فكرة التوازن أو الموازنة على الطلب الهيبوقراطي في القرنين الخامس والرابع قبل الميلاد، وعندما نشأ الطب المبكر دار النقاش حول تلك العوامل التي تحدد التوازن.

وعلى الرغم من أن المفاهيم والتصورات الهيبوقراطية بصدد التوازن، لم يعد لها وجود في الطب الحديث، إلا أن مفهوم التوازن الجسدي الذي يطلق عليه الآن ( homeostasis ) في علم الفسيولوجيا الحديث، يمثل أهمية قصوى في فهم العلاقات المتبادلة والمعتمدة بين العمليات الفسيولوجية والبيولوجية، فضلاً عن ذلك فإن معظم الممارسات الطبية العلمية تنطوي على علاج المريض من خلال مجموعة محاولات تجري لاستعادة الحالة المتوازنة لجسم الإنسان، ويعتبر مفهوم التوازن من أهم المفاهيم في ميداني دراسة الأيض وعلم الغدد الصماء.



وعندما نحاول تقييم الأساليب التي يستخدمها الطبيب في تحديد المرض وتعريفه، يمكننا أن نقول أنه من الواضح أن الطبيب لا يعتمد على مقياس للقيم الاجتماعية لكي يجري تشخيصه لمشكلة المريض، بل إن لديه أساليب وطرق فنية كثيرة يقوم باستخدامها في تلك العملية، حيث يبدأ عادة بمعرفة تاريخ كل شكوى من شكوى المريض وتطورها، ثم يقوم بجمع الكثير من المعلومات المتصلة بالحالة، وأثناء قيام الطبيب بعملية الفحص الفيزيقي، يضيف من عنده الكثير إلى تلك المعلومات التي حصل عليها بالفعل من المريض، إذ أن إطاره المرجعي يضم مجموعة معايير متصلة بالأداء الوظيفي للجسم الإنساني تكون محصلة لملاحظاته الخاصة وما اكتسبه من معلومات أثناء مراحل تعليمه الطبي.

### دور الطبيب:

إن أحد العوامل الهامة في التأثير على تقييم الطبيب للمريض واستجابته نحوه تتمثل في التعريف الاجتماعي لدور الطبيب ذاته في المجتمع، ولا يعتمد أداء الطبيب لدوره (ما يفعله وما لا يفعله) على نوعية التوجيه العلمي الذي تلقاه أو على أخلاقيات المهنة فقط، ولكنه يعتمد على توقعات المجتمع وتلك المسؤوليات الموكلة إليه من جانب هذا المجتمع، ولذلك فإن الأطباء مطالبون بالتعامل مع العديد من نماذج المعاناة والألم التي يحسها الناس، وهذا التعامل قد يتطلب منهم مهارات معينة وتوجيهات لا علاقة لها بخبرتهم العملية، وأما الأساس الذي يستند إليه الطب باعتباره فناً اجتماعياً، فهو يكمن في الحقيقة التي تشير إلى أن دور الطبيب في المجتمع يحدده المجتمع ذاته، عندما يتوقع منه تقديم العون والمشورة إلى مرضاه بغض النظر عن الحالة الراهنة لعلم الطب في مجال مرضهم.

وتلعب القيم الاجتماعية دوراً محورياً فيما يتعلق بالتحديدات والتعريفات الطبية وكذلك في ميدان توفير الرعاية الطبية، فالجانب الأكبر من الممارسة الطبية ينطوي على محاولات يبذلها الأطباء لمعاونة الناس على التوافق للملائم مع مستويات أو معايير ذات طابع اجتماعي أكثر منها معايير طبية.

### دور المريض:

يذهب المرضى إلى الأطباء لأسباب عديدة، وإذا كانت زيارة الطبيب تتميز بوجود حاجة معينة أو مشكلة يرغب صاحبها في المعاونة فإن حاجات الناس ومشكلاتهم قد تختلف اختلافاً بيناً، ليس هناك تعريف واحد لدور الطبيب، فضلاً عن أن هناك نوعيات كثيرة ومختلفة للمواقف التي يعتقد الناس أنها تعد مبررات ملائمة لطلب العلاج الطبي، كما يتعامل الناس مع مشكلاتهم ومتاعبهم بطرق وأساليب كثيرة يمثل البحث عن المعاونة الطبية أسلوباً واحداً منها أو احتمالاً من بين عدد كبير من الاحتمالات، أما نظرة الفرد إلى الطبيب باعتباره معاون ملائم أو غير ذلك فإنها تعتمد على عوامل كثيرة مثل: خلفيته الثقافية ومعلوماته، وخصائصه الشخصية، وطريقته في إدراك وتعريف مؤشرات مرضية معينة، فضلاً عن التكاليف المالية والشخصية للعلاج الطبي بالقياس أو الحلول الأخرى البديلة لنفس المشكلة، وإذن توجد فروق واختلافات في التوجيهات نحو الرعاية الطبية، تلك الفروق التي يمكن إرجاعها إلى مؤثرات مختلفة.

### لقاء الطبيب والمريض:

قد يلتقي الأطباء والمرضى وهم يعتقدون أفكاراً ومفاهيم مختلفة تماماً عن المرض، حيث تتشكل وجهات نظر الطبيب من خلال تدريبه المهني وخبرته العلاجية في حقل الطب، أما وجهات نظر المريض فهي تتأثر بحاجته الملحة إلى مواجهة مشكلة معينة وتصحيحها أو علاجها، فضلاً عن اصطباغها بطابع الفهم الاجتماعي والثقافي لطبيعة تلك المشكلة، هنا بالذات أي في تلك العلاقة بين الطبيب والمريض يحدث الالتقاء أو ربما الافتراق أحياناً بين ثقافتين مختلفتين تماماً وهما ثقافة العامة والثقافة المهنية للطب، وتتغير تعريفات المرض أو معايير الأداء الوظيفي للجسم في نظر الأطباء بقدر ما يسايرون أفكار العامة، ولذلك يظهر في بعض المواقف تواصل وثيق بين وجهات نظر بعض جماعات خاصة من المرضى وبين وجهات نظر الأطباء، بينما يختلف هؤلاء في ظل ظروف أخرى اختلافاً بيناً يظهر معه الافتراق الذي لا يتعلق بوجود المرض أو عدم وجوده فقط، ولكنه ليس المستوى الثقافي للمجموعتين كذلك.

ومع الاعتراف بقابلية سلوك المريض للاختلاف والتباين يلاحظ أن الأطباء هو الآخرون يختلفون من حيث استجاباتهم اختلافاً بيناً، ويظهر هذا الاختلاف في وجهات نظرهم بشأن الطب وملائمته للتصدي لمشكلات مختلفة، وفي معارفهم الطبية وفهمهم لتعريفات المرض، وكذلك في نوعية تدريبهم، وخبرتهم، ومنظوراتهم الفلسفية، وأكثر من ذلك كله، أن المعرفة الطبية ذاتها هي عبارة عن مزيج من الحقائق العلمية الدقيقة





والانطباعات العلمية المستخلصة من ممارسة العلاج الطبي، وهذا المزيج يترك مجالاً فسيحاً للتخمين الطبي وللاختلافات الفردية للأطباء، ذلك المجال الذي يكشف عن ذاته في تشخيص كثير من المشكلات التي يعرضها المرضى أمام الأطباء كما تتأثر أساليب تعامل الطبيب مع هذه المواقف المتميزة بالغموض وعدم اليقين بوجهات نظره، وبخصائصه الشخصية والاجتماعية وبظروفه المختلفة.

إن تعريفات المرض تهم علماء الاجتماع أشد الاهتمام نظراً لأن أفكار العامة عن (السواء) و (الانحراف عن السواء) تختلف اختلافاً كبيراً فيما بينها كما أنها قد تختلف أيضاً بين الأطباء والمرضى أو حتى بين الأطباء أنفسهم، فإن المعايير الاجتماعية والشخصية المختلفة التي تعتبر أساساً لتعريف المرض تؤثر على نوعية الأمراض التي تكون موضع اعتراف واهتمام وتلك التي لا تكون.

### 3 - المعايير والاستجابة الانحرافية:

الاستجابة الانحرافية هي عبارة عن تسمية عامة تطلق على الخصائص التي يعتقد أنها تنحرف عن الاستجابة السوية في المجتمع، أي تلك الاستجابات التي تعتبر موضع موافقة فيه ويمكن أن تشمل هذه الخصائص على السلوك، والتعبيرات اللفظية، والعمليات العقلية، والمقاييس الفسيولوجية، وبقدر ما تسمح كل خاصية من تلك الخصائص بقياسها، حيث يمكن تقييمها في حدود مدى ملائمتها لمفاهيم السواء.

### الانحراف السلوكي:

إن السلوك الذي ربما ينظر إليه باعتباره انحرافياً يمكن أن يكون محصلة عوامل وعمليات اجتماعية مختلفة، ففي بعض الأحيان تكون الاستجابة الانحرافية نتاجاً للعجز عن التصرف داخل نطاق (الحدود السوية) نظراً لوجود بعض التوجيهات السيكلوجية الشاذة أو العيوب الجسمانية أو المعوقات الشخصية الأخرى، بينما يوجد سلوك آخر يعبر عنه بعض الأشخاص بطريقة مألوفة تماماً ولكنه يبدو انحرافياً وغير ملائم بالنسبة للسياق الاجتماعي الذي يمارس فيه أو غير متسق مع القيم والمستويات المعيارية التي يعتنقها أعضاء المجتمع الذين يحددون هذا السلوك بوصفه انحرافياً.

إن فهم السلوك الانحرافي ينطوي على ضرورة الاهتمام بمختلف المنظورات إلى الحياة الاجتماعية، تلك المنظورات التي تصلح لتفسير أو تحديد نفس المواقف.

### الثقافة والمعايير:

يشير مصطلح الثقافة بمعناه العام، إلى تلك الخطط التي وضعت من أجل توافق الإنسان مع البيئات الاجتماعية والفيزيقية، والتي تميز الحياة في جماعة أو مجتمع معين، ويعتبر مفهوم الثقافة مفهوماً ذا حساسية خاصة يعبر عن طريقة النظر إلى العالم الاجتماعي.

ويستخدم مفهوم الثقافة بطرق وأساليب مختلفة، كما أن توصيفات القيم والاتجاهات والتوجيهات الثقافية تختلف من حيث درجة التجريد التي تتميز بها، حيث أننا نلاحظ أن الصحة تعتبر قيمة ثقافية لها أهمية كبرى في مجتمع دون آخر.

وفي تحليل آخر للقيم الثقافية المرتبطة بالصحة، حاول أحد علماء الاجتماع أن يحدد التوجيهات الثقافية المختلفة نحو الألم عند أشخاص ينتمون إلى جماعات عرقية مختلفة فلاحظ أن الإيطاليين يتميزون بتخوفهم من تجربة الألم الحالية أو التخوف (الموجه نحو الحاضر) من المعاناة المرضية، بينما يكشف الي هود عن قلقهم (الموجه نحو المستقبل) بشأن تجربة المعاناة من الألم.

يمكن استنتاج قيم الصحة من عديد من المؤشرات مثل حجم الموارد التي ينفقها الناس مقابل شرائهم للأدوية وحصولهم على العلاج والرعاية الصحية والميل إلى استخدام الإمكانات الطبية، وحجم الوقت والمكان الذي يخصصونه للمشكلات الصحية ومدى اهتمام وسائل الإعلام بتلك المشكلات.

عندما يحاول علماء الاجتماع تحديد الخلفية الثقافية لمجتمع معين فإن وحدة التحليل الكبرى التي يستخدمونها تتمثل حينئذ في مفهوم (المعايير) ومفهوم المعايير يشبه مفهوم الثقافة في أنه يعني أشياء كثيرة في آن واحد، وتشير المعايير إلى مجموعة التوقعات والمستويات، والقواعد التي تنظم السلوك وتشكله.

### التنشئة الاجتماعية:



إن أهم خاصية من خصائص الثقافة هي أنها تتناقل من جيل إلى جيل، حيث يتمكن الصغار من اكتساب قدرتهم على التوافق من خلال عملية التعلم أو التنشئة الاجتماعية، وعلى الرغم من أن الجانب الأكبر من عملية اكتساب الثقافة أو التعلم الثقافي، يتحقق أثناء فترة نمو الطفل، إلا أن الأشخاص يواصلون تعلمهم وتغييرهم في كل المراحل وبهذا المعنى تعتبر التنشئة الاجتماعية عملية متواصلة ومستمرة على مدى الحياة كلها.

وتؤثر الثقافة الفرعية التي ينشأ فيها الطفل وينتقل تربيته الاجتماعية، على أفكاره وقيمه بالمعنى العام بل وعلى فرصه في الحياة وشخصيته برمتها.

وتشير عملية التنشئة الاجتماعية إلى الأسلوب الذي يتبع في نقل وتوصيل الأفكار والمثل وفي فرضها، كما تنطوي هذه العملية أيضاً على الطرق المستخدمة في الثواب والعقاب.

### القانون والرأي العام:

يتميز المجتمع بوجود جماعات تختلف في قيمها وسلوكها، ويقدر ما تتميز هذه الجماعات تسود في بعضها قيم معينة أكثر مما تسود في البعض الآخر، ولا يكون المشرعون عادة عينة ممثلة للسكان في أي مجتمع، كما أن القوانين التي يؤسسونها تميل إلى أن تعكس قيمهم الأخلاقية الخاصة، فضلاً عن تعبيرها عن مختلف الضغوط التي تمارس نحوهم من جانب المؤسسات الاجتماعية المنظمة كالهياكل الدينية والنقابات ورجال الأعمال، والصحف.

إن العمليات التي يصنع القانون من خلالها ليست عقلانية خالصة، بل تتدخل فيها كثير من العوامل الأخرى مثل أهواء الناس وضغوط التنظيمات المهمة بها، وكذلك قد يؤثر على تلك العمليات وقوع بعض الأحداث المفاجئة.

### 4 - تعدد المداخل إلى دراسة الاستجابات الانحرافية:

#### أ - المدخل الوضعي:

يعتبر المدخل الوضعي أكثر المداخل وضوحاً لدراسة الاستجابة الانحرافية، وبمقتضاه يتبنى الباحث نموذجاً معيناً ويعتبره بمثابة نقطة مرجعية يقيس عليها السلوك ويحدد مدى ابتعاده عن هذا النموذج.

كثيراً ما استخدمت التحديدات أو التعريفات الوضعية في محاولة تعريف الصحة النفسية ومقارنتها بالمرض النفسي، وقد حصرت (ماري جاهودا) ست قضايا رئيسية وهي:

- (١) الاتجاهات نحو الذات التي تتضمن صحة المفهوم الذاتي والرضا النفسي والإحساس بالذاتية.
- (٢) النمو، والنضج، وتحقيق الذات.
- (٣) التكامل الذي يتحقق من خلال التوازن بين القوى النفسية، ونظرة الإنسان المتسقة إلى الحياة، القدرة على مقاومة التوترات والضغوط.
- (٤) الاستقلال.
- (٥) إدراك الواقع الخارجي دون تشويبه أو تحريفه، والتبصر الاجتماعي أو الحساسية الاجتماعية.
- (٦) التفوق على البيئة الخارجية وحسن إدارتها ويتضمن ذلك قدرة الإنسان على أن يحب ويستمتع بحياته، ويعمل ويرفه عن نفسه، فضلاً عن نجاحه في عقد علاقات شخصية ناجحة، وقدرته على التوافق، ونجاحه في مواجهة المواقف الصعبة وتوفيقه في حل المشكلات التي تعترض سبيل حياته.

إن استخدام المدخل الوضعي ينطوي على ادعاء هام وأساسي وهو أن معايير التعريف أو المحكات التي سوف يعتمد عليها في تحديد الانحراف لا بد أن تكون لها دلالتها المحددة والواضحة، وأن تتميز بعموميتها وانطباقها على كل من تحكم عليهم.

#### صعوبات المدخل الوضعي:

- (١) عدم التوصل إلى تعريف مقبول وله قيمته التحليلية لمفهوم السواء حتى يتيسر له تعريف مفهوم الانحراف، وينطبق ذلك على الصحة النفسية مقابل الاعتلال النفسي.
- (٢) عدم تمكن الباحث من تسجيل كل الانحرافات عن المعيار المحدد.

#### ب - المدخل الإحصائي:



يعتبر المدخل الإحصائي أحد الأساليب للتوصل إلى المعايير الطبية حيث يمكن للطبيب أن يعترف بوجود مرض معين لأن حالة المريض تنحرف عن بعض (القيم السوية) تلك المعايير التي تحدد في كثير من الأحيان من خلال مجموعة الملاحظات التي تجري على السكان في مجتمع معين وأثناء فترة زمنية معلومة، ومن ثم يسهل تحديد الانحرافات الواضحة عن هذه المعايير.

إن المشكلة التي تكمن في هذا المدخل هي أنه لو لم يستعن بمعلومات أخرى إضافية ومدعمة سوف يفشل في تفسير دلالة الانحراف عن المعدل الطبيعي أو عن القيم السوية.

### ج - مدخل رد الفعل الاجتماعي:

يتمثل في محاولة فهم المعايير الاجتماعية والسلوك الانحرافي في حدود تلك الأساليب التي تستجيب بها الناس تجاه المؤشرات الانحرافية عند الآخرين أو في أنفسهم، ويعتمد هذا المدخل على افتراض أساسي وهو أن اعتقاد الشخص بأن لديه مشكلة، أو اعتقاد الآخرين في أن سلوكه يمثل مشكلة، هو الذي يعرف الانحراف أو يحدده.

**وتنطوي ردود الفعل الاجتماعية تجاه الانحراف على مكونين وهما:** التعريفات أو التحديدات الذاتية، والاستجابات الاجتماعية، ويشير التعريف الذاتي إلى الأسلوب الذي يتبعه المرء في النظر إلى ذاته، والحكم عليها، ومجموعة القيم التي يلتزم بها، والآمال التي يعقدها على الآخرين، وفي المقابل تشير ردود الفعل الاجتماعية إلى الخصائص والسمات التي نسبها الآخرون على الفرد.

ويؤخذ على هذا المدخل في تقييمه لحجم السلوك الانحرافي ومداه، أنه ينطوي على نقطة ضعف أساسية تتمثل في وجود انحرافات كثيرة لا تثير ردود الفعل الاجتماعية أما لأنها سرية أو مستترة أو غير معلومة ، ويعتبر هذا المدخل أداة هامة تستخدم في التحليل السوسيولوجي.

### 5 - المرض سلوك انحرافي:

يمكن النظر إلى السلوك الانحرافي من عدة منظورات مختلفة، ولكن هناك منظورين يحتلان مركز الصدارة في تقييم الانحراف وهما: منظور (الصحة والمرض) ومنظور (الخير والشر) أما مسألة تقدير أحد هذين المنظورين وتفضيله على الآخر، فهي تعتمد على الشكل الذي يتخذه السلوك الانحرافي، ومجموعة الخصائص التي يتميز بها الفاعل وكذلك المناخ الاجتماعي الذي يدور فيه الحوار الاجتماعي ويتطور.

ومن الأهمية بمكان أن نلاحظ أن وجهات النظر المختلفة حول الانحراف تتشكل بواسطة فكرتين فلسفتين متصارعتين فهناك نظامنا القانوني، حيث يعتمد الجانب الأعظم من حياتنا الاجتماعية على ذلك الادعاء الذي يشير إلى أن الإنسان قادر على أن يضبط أفعاله ومن ثم فإنه ينبغي أن يعامل باعتباره مسئولاً عن سلوكه، ومع ذلك فإن هناك جهوداً علمية تقوم على فكرة معارضة تماماً لتلك ألا وهي أن الطبيعة وسلوك الناس مسألان تعتمدان على نظام عام وكامن، إن العلم الذي يهتم بدراسة السلوك يصبح مستحيلًا لو أننا افترضنا أن الطرق التي يتصرف بها الناس هي نتاج ممارسة الإنسان لإرادته ولعقله، ولا يكون هذا العلم ممركناً إلا إذا افترضنا أن تطور البشرية أو نموها هو نتيجة تطور تاريخي ونمو له طبيعة متميزة.

تندمج معظم الأمراض الجسمية (أي الانحرافات عن المعايير الطبية للأداء الوظيفي السوي) تحت تعريفات (المرض) أكثر مما تقع تحت مقولة (الشر) إذا أننا نادراً ما نعتبر الناس مسئولين عن أمراضهم الجسمية أو ننظر إليهم باعتبارهم يحاسبون عليها.

وهناك بعض المناسبات التي قد ينظر فيها إلى المرض الجسمي باعتباره (شرًا) وذلك إذا وجد المبرر وراء الاعتقاد بأن حالة المريض كان مقصود من ورائها الحصول على بعض الامتيازات أو الهروب من بعض المسئوليات.

تظهر صعوبات التعريف في حالة الاضطرابات النفسية والسلوكية، وفي مثل هذه الظروف لا يكون المجتمع واثقاً مما إذا كان من الأنسب تعريف هذا السلوك بأنه مرض أو أنه من الأنسب تعريفه باعتباره (شرًا).

إن القرار الذي يصدره المجتمع بشأن تسمية بعض نماذج السلوك كإدمان الكحوليات أو الجنسية المثلية بأنها (مرض) هو قرار تعسفي من جانبه طالما أنه يميل إلى أن يتخذ مضموناً سياسياً أكثر منه مضمون علمي، وذلك





فإننا نتوقع أنه كلما تغيرت اتجاهات المجتمع وقيمه، اختلفت في نفس الوقت تعريفات (المرض) و (الشر) وأصبح السلوك عرضة للفحص والتقييم بالاعتماد على منظور اجتماعي متجدد باستمرار.

## التحليل الاجتماعي للمرض

### أولاً: نطاق المرض وقياسه في الجماعات الإنسانية:

#### 1 - دراسة نطاق المرض:

تعرف دراسة توزيع الأمراض في مجتمع معين باسم علم الوبائيات، وأن مجال هذا العلم يتناول العلاقات بين مجموعة من العوامل المتنوعة التي تحدد تكرارات وتوزيعات عملية العدوى والمرض أو الحالة الفسيولوجية في المجتمع الإنساني، لتشمل معالجة الأمراض المزمنة والحالات المرضية الأخرى، مثل الأمراض العقلية، الانتحار، الحوادث وغير ذلك.

وعلم الوبائيات يقوم بدراسة وقوع المرض وتوزيعه في المجتمع وذلك من خلال مجموعة من البيانات المتنوعة والمستمدة من مصادر مختلفة وبواسطة بناء سلسلة منطقية من الاستدلال لتفسير العوامل المشتركة التي تمثل سبب المرض.

إن الدلائل على أسباب المرض قد تم التوصل إليها عن طريق ملاحظة العادات وأنماط التفاعل والعرف لدى جماعات معينة، أكثر من ذلك فإن حلول مشكلات المجتمع مع المرض قد تحققت من خلال ملاحظة سلوك أفراد المجتمع.

#### 2 - مفهومات أساسية في تصور المرض:

يستخدم عالم الوبائيات في قيامه بالبحث بعض المفهومات الأساسية كأدوات لدراسة توزيع المرض في المجتمع، وبالتالي فإن المصطلحات التي سوف تعيننا هي عبارة عن : الوفيات، المرض، توقعات الحياة، الوقوع (الحدوث) والانتشار، ويعزى مصطلح الوفيات بطبيعة الحال إلى الموت، والمرء لا يهتم بعدد الوفيات الناجمة عن مرض معين في المجتمع القائم وحسب، ولكنه يهتم كذلك بالتغير في اتجاهات عوامل الوفاة.

ويعتبر قياس حجم المرض في المجتمع من أكثر المهام تعقيداً، فالمرض أكثر صعوبة في القياس لأنه بالرغم من جود معيار موضوعي بالنسبة للوفاة فإن بعض الناس دائماً لا يعرفون أنهم مصابون بالمرض.

إن نقص المقاييس الدقيقة الخاصة بالأمراض التي يحجر عنها تقارير تعتبر واحدة من المشكلات الميثودولوجية المتعلقة بدراسة معدل المرض، كما أن هناك مشكلة أخرى ربما كانت أكثر خطورة وهي أن دراسة معدل المرض من السجلات سواء كانت سجلات أحوال المستشفيات أو السجلات الخاصة بالطبيب أو تلك التي تخص وكالات الصحة العامة تعد دراسة محدودة بنطاق حالات المرض التي يتم علاجها.

أما المشكلة المنهجية الثانية فمؤداها أن البيانات عن الوفيات أكثر اكتمالاً من البيانات عن المرض، وكثيراً ما تستخدم بيانات الوفيات في تقدير معدل المرض ولكن هذا الإجراء ينطوي هو الآخر على مشاكل هامة إذ ليست كل الأمراض فتاكة أو قاتلة فقد تكون قليلة الشأن ومع هذا يكون لها أهمية من الناحية السوسولوجية باعتبار ما تفضي إليه من أضرار.

ومن المفاهيم الأخرى الهامة مفهوم توقعات الحياة، أي متوسط عدد السنوات التي يتوقع أن يعيشها شخص ما له خصائص معينة كالنوع والجنس عند سن معينة.

وهناك مفهوم آخران يستخدمهما عالم الوبائيات هما معدل الوقوع ومعدل انتشار المرض، ويشير مفهوم الوقوع أو الحدوث إلى عدد الحالات الجديدة التي تقع خلال فترة زمنية معينة.

إن اختيار المفهوم الذي يجب استخدامه، أي ما إذا كان معدل الوقوع أو معدل الانتشار يعتمد على أوجه استخدامهما، فإذا كان الباحث يهتم بدراسة انتشار المرض فمن الأهمية أن يعرف عدد الذين أصيبوا بالمرض منذ انتشاره، وبعبارة أخرى ستكون دراسة معدل الوقوع هي الملائمة في هذه الحالة، وإذا ما أراد الفرد تحديد



احتياجات المجتمع من حيث عدد الأطباء وكمية العقاقير والأدوية وعدد أسرة المستشفيات.. الخ، فإنه لابد وأن يقوم في هذه الحالة بدراسة لمعدل الانتشار.

### 3 - قياس معدلات المرض:

إن أي تحليل لعدد الوفيات أو حالات المرض يمكن أن يكون مضللاً وخاصة إذا ما قام الفرد بفحص الاتجاهات أو المقارنة بين مجتمعات مختلفة، حيث أن التباينات في حجم السكان وتركيبهم العمري والنوعي تكون قد أدخلت ضمن إطار الدراسة، ولذا عادة ما يتم قيام هذه المفاهيمات في صورة معدلات لكي يتسنى إجراء المقارنة بين المجتمعات والاختلافات بصفة مستمرة هذا مع ملاحظة أنه رغم وجود أنواع متعددة من المعدلات إلا أن كل منها يتيح لنا التحليل على مستويات مختلفة.

#### معدل الوفيات الخام = عدد الوفيات ÷ عدد السكان × 1000 =

يعد معدل الوفيات الخام مفيداً فقط في حالة المقارنات الإجمالية وذلك لأنه يغفل حقيقة مؤداها أن هناك فئات عمرية ونوعية وسلامية ومهنية وفئات اجتماعية أخرى مماثلة لكل منها معدل مختلف للمرض والوفيات.

وفي حالة المعدلات التفصيلية يقسم عدد الوفيات في فئة العمر، وعادة ما تكون خمس سنوات، على عدد الأشخاص الأحياء في تلك الفئة العمرية في منتصف السنة.

#### معدل الوفيات التفصيلي = حالة الوفاة ÷ عدد الأطفال أو المسنين أو النساء × 1000

وبتيح المعدل النوعي التفصيلي للباحث تقييم الاختلافات في معدلات الوفيات التفصيلية مقارنة بمعدل الوفيات الخام للمجتمع كله.

وهناك نوع ثالث من المعدلات يعرف بالمعدل المعياري وفيه يتم تصحيح المعدلات التفصيلية ليتسنى إجراء المقارنة بين النسب المحسوبة للجماعات العمرية في المجتمعات المختلفة.

### ثانياً: مناهج البحث في الوبائيات:

#### 1 - البحوث التجريبية:

ولتحقيق مزيد من الفهم لمراحل البحث الوبائي قد يكون من المفيد الإشارة إلى العناصر الأساسية التي تجمع عنها المعلومات في البحوث المعاصرة، المرض والبيئة والإنسان الحامل للمرض، وتتضمن عوامل المرض:

- (١) العوامل البيولوجية كالحشرات، الفطريات، البكتيريا والفيروسات.
- (٢) عوامل التغذية مثل الدهون والكربوهيدرات.
- (٣) العوامل الكيميائية مثل الغازات والأتربة والذرات الصلبة في الهواء.
- (٤) العوامل الفيزيائية كالإشعاعات ودرجة الحرارة والرطوبة.

#### أما عن البيئة فهي تشتمل على:

- (١) البيئة الفيزيائية كالعوامل الجوية والمناخية والجغرافية.
- (٢) البيئة البيولوجية وتنطوي على المعرفة أو الجهل بعوامل المرض الشائعة.
- (٣) البيئة الاجتماعية والاقتصادية أو المركز الاجتماعي الاقتصادي كالمهنة ومحل الإقامة.
- (٤) المريض، الإنسان نفسه والاهتمام به من وجهة النظر الديموجرافية كالعمر والنوع والجنس وحالته الفيزيائية وتركيبه والعادات والتقاليد وأسلوب الحياة،

إن عالم الوبائيات ينبغي أن يأخذ كل هذه العوامل في الحسبان عند قيامه بأي بحث.

وتتركز الملاحظة خلال كل مرحلة من مراحل البحث الوبائي على الجماعة وربما تتركز على جملة السكان أو على كل حالات المرض المسجلة بالإدارة أو قد تكون مركزة على جماعة يعتقد أنها على درجة عالية من الخطورة، كالذين لا تبدو عليهم أعراض المرض ويملكون خصائص معينة تجعلهم في حالة توافق مع أمراض بعينها.

#### 2 - البحوث التحليلية:



أما الدراسات التحليلية فقد طورت لاختبار فرض طرحته الدراسات المبكرة فحواه أن التدخين يرتبط بالسرطان ارتباطاً سببياً، ففي تقرير لمكتب **سيجن جنرل** تأكد صدق الاتجاهات المبكرة وأصبحت أكثر تحديداً ، إذ ارتفعت الوفيات بسبب سرطان الرئة بسرعة، فبلغ معدل الوفيات بسبب الإصابة بسرطان الرئة بين الذكور الذين يدخنون أقل من علبة سجائر يومياً عشرة أضعاف مثيله من غير المدخنين، بينما بلغ المعدل بين المدخنين بشراهة ثلاثون ضعفاً، كما ارتفعت معدلات الوفيات بين الإناث المدخنات ولو أنها ظلت أقل من معدلات وفيات الذكور.

يركز المنظور السوسولوجي الوبائي في البحث على الأمراض في علاقتها بمفاهيم مثل الأدوار الاجتماعية معبراً عنها بالعمر والنوع والحالة الزوجية والطبقة الاجتماعية ومحل الإقامة، فهذه كلها أشياء ترتبط بالضغط الاجتماعي الناجم عن التقلب في المكانة والشعور بالحرمان والتغير السريع في الأنماط الثقافية وفقدان الروابط الأسرية.

### 3 - المسوح الصحية:

إن الباحثين في الوبائيات يهتمون بوقوع الأمراض إلى جانب الاهتمام بانتشارها، وبعدد الحالات الموجودة بين التجمعات السكانية الكبيرة والكشف عن الحالات التي لم تسجل، وتعين الأشخاص الذين يرجح احتمال إصابتهم بالمرض مع أنهم لم تبدو عليهم أية أعراض له، وهم الأشخاص الذين على حافة الخطر، وللإجابة على هذه الأسئلة تستخدم الدراسات المسحية بالعينة للمنازل وخاصة للتعرف على معدل انتشار ظروف المرض.

ورغم الاهتمام بتكوين عينة ممثلة للمجتمع واستخدام استبيان يقدم لنا إجابات صادقة عن المشاكل المعقدة بشأن حجم المرض في المجتمع **إلا أن الدراسات المسحية قد واجهت انتقادات عديدة** ، حيث أن هذه المسوح ليست سوى جمع للحقائق التي تعد قياساً لاستجابة المجتمع، غير أن جمع البيانات والحقائق على هذا النحو يمكن أن يمدنا أساساً بمجموعة من المعلومات التي عن طريقها يمكن تخطيط برامج العمل، ويعتبر هذا واحداً من الأهداف التي تسعى إليها بيانات الدراسة المسحية.

أما النقد الثاني وهو الأكثر خطورة، يتعلق بالمبالغة أو الاستهانة بتسجيل نوعيات معينة من الأمراض أو الخبرات المتعلقة بها.

وأخيراً يذهب النقاد إلى أن مقارنة البيانات التي يتم الحصول عليها من مقابلة المريض بالفحوص الإكلينيكية تكشف عن تناقضات كبيرة.

### ثالثاً: التحليل الاجتماعي لنتائج البحوث الوبائية:

#### 1 - التكوين النوعي العمري للسكان، والمرض:

يعرف الكثيرون أن أنماط المرض تتفاوت بحسب النوع والعمر، ولكنهم لا يعرفون جيداً الكيفية التي تتغير بها هذه الأنماط وإلى أي مدى يمكن أن تتغير.

ويمكن تفسير التباين النوعي لمعدلات الوفيات والمرض بيولوجياً من ناحية وسوسولوجياً من ناحية أخرى.

#### 2 - التخلف الاجتماعي والمرض:

ورغم معرفتنا بأن بعض الظروف البيئية تؤدي إلى ازدهار بعض العوامل المسببة للمرض بينما تقضي على عوامل أخرى، يبدو أن ثمة عامل أو عوامل أخرى تؤثر في تلك العلاقة، ويستطيع المرء أن يكتشف ذلك العامل الآخر عندما تكون التكنولوجيا المتقدمة متاحة بالإضافة إلى أنه يمكن تغيير البيئة لحماية الإنسان من أمراض معينة، وهذا الحديث يشير إلى أن المستوى الصحي يرتبط بمرحلة النمو الاقتصادي للدولة.

#### 3 - الطبقة الاجتماعية والمرض:

إن القضية التي تذهب إلى أن مرحلة النمو الاقتصادي تمثل عاملاً هاماً في تحديد نطاق المرض على المستوى العالمي تنطبق أيضاً على الدراسات التي قامت بها الدول، بمعنى أن الدراسات الوبائية التي تمت في بلاد مختلفة تكشف عن أن المكانة السوسيو اقتصادية ترتبط بوضوح بأنواع معينة من المرض.

إن الدراسات الوبائية قد أسهمت إسهاماً كبيراً في إثراء معرفتنا بالمرض، فقد بينت تلك الدراسات باستمرار أن العوامل البيئية خاصة الطبقة الاجتماعية، والبيئة الفيزيائية تمارس تأثيراً قوياً على نطاق المرض.



**أولاً:** يترتب على الاختلافات البيئية اختلاف في احتمالات المرض، فيجد الباحث معدلاً عالياً لوقوع وانتشار حالات الأمراض المعدية والخطيرة في بيئة الفقراء، ولا يجدده في البيئة الأفضل، وفي نفس الوقت نجد أن الوقاية من الأمراض كال تغذية الجيدة وخدمات الرعاية الطبية والوعي الصحي أقل انتشاراً.

**ثانياً:** تؤدي ظروف البيئة للفقراء إلى زيادة احتمال التعرض للمرض بسبب الازدحام من ناحية وبسبب خطورة الأعمال التي يقومون بها من ناحية أخرى.

**ثالثاً:** وهذا البند هو نتيجة للبند ثانياً، انخفاض مستوى المقاومة وارتباطه بالتعرض المستمر للظروف غير الصحية، فحالة الضعف أو الوهن الناجمة عن إصابة الفرد بمرض معين تجعله سريع التأثر بالأمراض الأخرى مما يزيد مشكلة الصحة تعقيداً.

**وأخيراً:** فإن توصيل الخدمات الطبية الجيدة يرتبط أيضاً بالتمايزات البيئية، وبوجه عام نادراً ما تستطيع الجماعات الاجتماعية الفقيرة استشارة الأخصائيين كطبيب الأطفال أو الطبيب الباطني أو طببي العيون، وبالإضافة إلى أن تكاليف الخدمات الصحية مرتفعة نجد أن الرعاية الطبية التي تتلقاها تلك الطبقات رعاية محدودة.

### خلاصة:

يعتبر علم الوبائيات منهجاً لفحص حجم المرض الموجود في مجتمع معين، والباحث المعاصر في الوبائيات يدرس العلاقة بين عناصر عديدة تؤثر في تكرار وحدث وتوزيع الأمراض في المجتمعات الإنسانية، وتتضمن تلك العوامل:

1 - عوامل المرض مثل البكتيريا، عوامل التغذية، الغازات والإشعاعات.

2 - البيئة الفيزيائية (الطقس، الجغرافيا) والاجتماعية (محل الإقامة، الطبقة الاجتماعية).

3 - خصائص المريض كالعمر، النوع، العنصر، المهنة، ونمط الحياة.

وكثيراً من المعلومات المتصلة بتلك العوامل يمكن الحصول عليها من خلال الدراسات المسحية الصحية للمجتمعات أو من العينات الممثلة للسكان كما يمكن الحصول على البيانات من التجارب المعملية والحقلية، فالدراسات المسحية والدراسات الأخرى تمكن الباحث في الوبائيات من اختبار الفروض المتصلة بمصادر المرض في المجتمع والطرق التي تنقل بها الأمراض من شخص إلى آخر أو من جماعة إلى أخرى ومدى كفاءة برامج الوقاية وعلاج الأمراض.

وبين تفسير البيانات الوبائية بوضوح تأثير المتغيرات السوسولوجية على توزيع الأمراض في المجتمع، كتفسير التباينات عن طريق العمر والعوامل السوسيوثقافية وبالمثل فقد اتضح أن العوامل المتصلة بالطبقة الاجتماعية ومراحل النمو الاقتصادي للدول المختلفة أمر هام في فهم حجم وتوزيع الأمراض في المجتمع محل الدراسة.

## علم الاجتماع ودراسة الاضطرابات النفسية والعقلية

### أولاً: الطب النفسي الاجتماعي:

تعددت التسميات التي أطلقت على ذلك الميدان الذي يجمع بين المتغيرات السوسولوجية وبين تلك المتغيرات الطب النفسية بحيث يمكن أن يطلق عليه الطب النفسي الاجتماعي وكذلك علم اجتماع الطب النفسي وعلم اجتماع الاضطرابات العقلية.

بدأ الميدان الذي يجمع بين علم الاجتماع والطب النفسي والاضطرابات العقلية، ينظر إلى الاضطرابات العقلية باعتبارها ظواهر اجتماعية، أو بمثابة شكل من أشكال الانحراف الاجتماعي، وبدأ في فهم ودراسة العوامل الاجتماعية والعمليات التي تسهم في حدوث الاضطرابات العقلية، ويعنى في نفس الوقت بالتعرف على الأساليب الاجتماعية المستخدمة في رعاية من يشكون من هذه الاضطرابات العقلية، كما يهتم بالجوانب الاجتماعية في الوقاية من الاضطرابات العقلية.



وهكذا أضاف هذا الميدان في دراسته للسلوك العقلي المعتل بعداً اجتماعياً جديداً في تناول مثل هذه المشكلة، يختلف عن الأبعاد البيوطبية والسيكوبولوجية التي كان الطب النفسي يؤكد عليها في مرحلة سابقة من مراحل تطوره، وتغير مع ذلك محور الدراسة في الطب النفسي من التركيز على الكائن العضوي الفرد إلى الاهتمام بالشخص في موقف اجتماعي.

## **ثانياً: الاضطرابات العقلية وخصائصها:**

**هناك عدة طرق في تقسيم الأمراض والاضطرابات التي تصيب الإنسان وأشهرها ثلاثة:**

1 - الأمراض أو الاضطرابات المعدية، 2 - الأمراض أو الاضطرابات المزمنة، 3 - الأمراض أو الاضطرابات العقلية.

والمهم هنا هو الأمراض والاضطرابات العقلية، لقد حاول الباحثون في سبيل التعرف على خصائص الاضطرابات أو المرض العقلي، تقديم تصنيف مبدئي للأمراض العقلية، إما على أساس عضوي أو أساس وظيفي، بحيث يفرقون بين الأمراض العقلية التي لها سبباً عضوياً، ومن أمثلتها حالات الشلل، والمصابين بإصابات بكتيرية بالمخ أو أمراض الشيخوخة، والتي تختلف عن حالات المرض العقلي الأخرى التي لا نجد لها سبباً عضوياً، ويعتبرونها من حالات الخلل الوظيفي ويذهبون إلى أن من خصائص بعض حالات الخلل الوظيفي أن يظهر المرض نتيجة لعدة عوامل نفسية، وذلك مثل الأمراض السيكوسوماتيكية، وهي النفس والجسم.

قدم **فرويد** تصوراً لنمو الأمراض العقلية الوظيفية، ومضمونه أنه تكمن بداخل الكائنات الإنسانية دوافع معينة تحاول إشباعها، غير أن هذه الكائنات قد تضطر إلى تأخير هذا الإشباع أو إلقائه عندما تصطدم أو تتصارع تلك الدوافع مع المعايير الثقافية للجماعة التي تنتمي إليها هذه الكائنات، هنا تنمو سلسلة من ميكانيزمات الدفاع يحاول من خلالها الفرد مكافحة هذا الصراع، حيث يتم كبت الدوافع التي لا يتم التعبير عنها (ويلقى بها في اللاشعور) أو يتم إعلاء بعضها الآخر والتعبير عنها بطريقة مختلفة ولكنها مقبولة اجتماعياً.

وعلى هذا التصور تفسر الأمراض العقلية كصورة للسلوك الانحرافي التي تظهر عندما يختل التوازن ما بين الدوافع البيولوجية وميكانيزمات الضبط الثقافية، بحيث أنه عندما يصبح هذا السلوك الفردي غير محتمل من جانب الآخرين، هنا تبدأ عملية علاج الأمراض العقلية.

ولقد دفعت هذه التصورات بالدراسات الوبائية والبيئية للمرض العقلي إلى الأمام، حيث أكدت البحوث الميدانية على أهمية العلاقة ما بين إدراك الفرد لبيئته ورد فعله لها، وبين عدد وأنواع المرض التي يصاب بها، وأدرك الطب النفسي الاجتماعي أهمية فهم وتفسير المرض العقلي في ضوء الأسرة، وأنماطها والعزلة الاجتماعية، والحياة الاقتصادية والدين والأصل القومي والهجرة والتحضّر.

## **ثالثاً: ظواهر الأسرة والاضطرابات النفسية:**

### **1 - طبيعة الأسرة:**

والمقصود هل الأسرة منعزلة عن غيرها أو مندمجة مع غيرها من الأسر، ففي الأسر المنعزلة يحظر أحد الوالدين على بقية أعضاء الأسرة إقامة علاقات خارجية، الأمر الذي يترتب عليه تدهور شخصياتهم ويصعب عليهم تنمية علاقاتهم الخارجية، فيتأخر نضوجهم الشخصي، ويزداد مع ذلك احتمال التمهيد لظهور السلوك المضطرب بينهم.

### **2 - سمات شخصية الوالدين والعلاقات بين الآباء والأبناء:**

لوحظ أن السيطرة، قلت أو زادت، وأن عدم استقرار الوالدين من بين أكثر السمات دلالة بين الأطفال الذين يعانون الشيزوفرانيا، كما لوحظ أن السيطرة وحب التملك والتوتر الزائد والإفراط والعصابية والذاتية والذهانية من بين سمات أمهات المصابين بالشيزوفرانيا، كذلك لوحظ أن السيطرة والعداونية من بين السمات المميزة لوالدي حالات الشيزوفرانيا، ويميل الوالدان برغم الاختلاف بين الشخصيات إلى جعل أطفالهم أكثر اعتماداً عليهما، ويعمدان إلى قمع مباداتهم وإلى فرض أهدافهم على الأبناء، فيكسر الأطفال حياتهم لوالديهم، بحيث لا يمكن أن يقيموا أنفسهم في ضوء حاجاتهم الخاصة.

### **3 - العلاقات بين أعضاء الأسرة:**



هناك نوع من الجنون عرف باسم الجنون الثنائي حيث لوحظ أن إصابة أحد الأشخاص بالجنون يرد إلى تأثيره بشخص آخر مصاب بهذا المرض، على أنه ليس من الضروري أن ينتقل التأثير من شخص لآخر على علاقة ببعضهما، بل قد ينتقل هذا التأثير ليشمل ثلاثة أو أربعة أشخاص، وربما أعضاء الأسرة ككل، ومن يرتبط بهم من أصدقاء.

### تصنيف جرانيك لأنواع الجنون:

- 1 - نموذج التلازم في الوقوع، حيث يصاب اثنين أو أكثر من أعضاء الأسرة بالجنون في وقت واحد بفضل التماثل فيما بينهم من خصائصهم السيكوباتية.
- 2 - نموذج العدوى، وفيه يحتمل أن يكتسب شخص واحد أفكاراً وهمية عن شخص آخر برغم مقاومته لها في البداية.
- 3 - نموذج التبعية، وفيه يكتسب الشخص الخاضع الذي غالباً ما يكون مطيعاً أفكار خاطئة عن شخص آخر مضطرب وغالباً ما يكون مسيطراً ومستبداً، ولكن في اللحظات التي ينفصل الشخصين عن بعضهما يتجه الأول نحو التحسن.
- 4 - نموذج التأثير، وفيه يتأثر الشخص بأفكار وهمية لشخص آخر مضطرب، الأمر الذي يحتمل معه أن يصاب الأول بنفس هذا النوع من الاضطراب.

### 4 - أسلوب التنشئة الاجتماعية في الأسرة:

عزل الأسرة وسمات الوالدين الشخصية وعلاقات الآباء بالأبناء التي يحتمل معها أن يصاب الأبناء بالشيز وفرايا أو الجنون الثنائي أو غيرها من أنماط الاضطرابات النفسية والعقلية تطبع في مجموعها أسلوب التنشئة الاجتماعية في الأسرة.

### رابعاً: العزلة الاجتماعية والإضرابات النفسية:

يعتبر **فاريز** أول من أشار إلى العزلة الاجتماعية في حدوث الاضطراب العقلي وذلك في عام 1934، ويرى أن أي شكل من أشكال العزلة يبعد الشخص عن العلاقات الاجتماعية المفتوحة والصريحة لفترة طويلة من الزمن من شأنه أن يؤدي إلى احتمال الإصابة بأي اضطراب عقلي، ولقد توصل الباحثون إلى أنه إذا كانت العزلة تعتبر محصلة لعدم الاتفاق بين التوجيهات المسداة للطفل داخل الأسرة وخارجها، فإنها تمثل مرحلة في نموذج أكبر يمر بها مرضى الشيزوفرايا وينطوي هذا النموذج على المراحل التالية:

- 1 - يؤدي إفراط الآباء في قلقهم على أبنائهم إلى اكتساب شخصيتهم نمط الطفل المفسود.
- 2 - ويجعلهم هذا النمط يعيشون في عزلة عن الآخرين ولا يبقون إلا على علاقاتهم المحددة بأفراد أسرهم.
- 3 - يبدأ الشعور بالاضطهاد أو التمييز يهددهم، وقد يتعرضون للنبد من جانب أقرانهم خارج الأسرة.
- 4 - ومن الطبيعي أن يكون رد الفعل تجاه مثل هذا الاضطهاد هو الشعور بالتعاسة برغم أنهم قد لا يقللون من قيمة بناء الصداقات مع غيرهم.
- 5 - وقد يتخلى الأطفال في النهاية عن كثير من أهدافهم وبخاصة تلك الميئوس من تحقيقها، فيميلون إلى الانسحاب وتقل اهتماماتهم بإقامة علاقات اجتماعية، و يبدؤون تدريجياً في تنمية الشخصية الانعزالية التي تمثل أرضاً خصبة لنمو سمات الشيزوفرايا.
- 6 - بناء على ذلك ترد أعراض الشيزوفرايا إلى نقص الخبرة الاجتماعية لدى من يصاب بها، طالما كان المنعزل لا يمارس اتصالات اجتماعية واضحة مع عدد مناسب من أقرانه الآخرين، ولا يفهم بالتالي طبيعة ردود أفعالهم وكيف يستجيب لها بطريقة مألوفة أو ملائمة.

### خامساً: الحياة الاقتصادية والعصاب النفسي:

#### 1 - العصاب النفسي:





يستخدم البعض كمترادف لكلمة العصاب النفسي وهو اضطراب وظيفي في الجهاز العصبي لا يحدث تغييراً مرضياً منه، أما العصابية فليست هي بالمرض النفسي بل هي الاستعداد للإصابة بالعصاب، ويستخدم مصطلحا العصابية والثبات أو الاتزان الانفعالي كمصطلحين يشيران إلى النقطتين المتطرفتين على متصل يتدرج من السواء وحسن التوافق والثبات الانفعالي وقوة الأنا كطرف، ثم يتدرج إلى سوء التوافق وعدم الثبات الانفعالي كطرف مقابل.

يجري التمييز بين العصابية أي عدم الاتزان الانفعالي الموروث الذي يهيا الشخص ويجعله مستعداً لتكوين أعراض عصابية عند التعرض لضغط ما، ويصاب في النهاية بانهيار عصبي، وبين العصاب الذي ينتج عن ضغط انفعالي على الجهاز العصبي فيميل إلى الاستجابة عن طريق الأعراض العصابية من ناحية أخرى، وهكذا قد يظهر العصاب عند شخص لديه درجة منخفضة من عدم الاتزان الانفعالي نتيجة ضغط بيئي قوي وشامل، وقد لا يظهر العصاب عند شخص آخر لديه استعداد شديد للعصاب لعدم توفر الضغوط عليه، ولوحظ أن العصابية كما تقاس بالاختبارات تتأثر بعوامل البيئة، وأن كلاً من العصابية والصراع أو ضغوط البيئة يمكن أن ننظر إليها باعتبارها ظروفًا ضرورية ولكنها غير كافية لظهور العصاب.

## 2 - عدم الاستقرار الاقتصادي:

إلى أي حد تؤثر المعاناة من الفقر ومخاطر العمل وتقلبات الدخل والتي يتعرض لها المريض في فترات حياته المختلفة، إن المرضى الذين يتأثرون بظروفهم الاقتصادية غير المستقرة يعبرون عن مخاوفهم المرضية إما في عبارات اقتصادية، مثل سوء أحوال العمل وارتفاع الأسعار وزيادة نفقات العلاج من المرض، أو في مشاعر الإحساس بالذنب لعجزهم عن توفير حياة أفضل لأسرهم، أو التردد الشديد في اتخاذ القرارات المتعلقة بالإنفاق، إلا أن هذه الشواهد لا يجب أن نخدعنا دائماً، ونعتقد أن هذه المخاوف تقف عند حد عدم الاستقرار الاقتصادي ذلك لأن هذه المخاوف قد تدور حول فقد شيء آخر موضع حب، إن التعبير عن أعراض الإحباط في تعبيرات اقتصادية بمثابة ميكانيزم يحل المخاوف الاقتصادية محل المخاوف المتأثرة بعوامل ثقافية وانفعالية، مثل فقد الابنة أو الزوج أو الحبيبة وإضفاء الرموز على النقود والاستقرار الاقتصادي، والنقود وما تشبعه من حاجات قد تصبح علامات على الحب، وقد يقلل عجز الوالدين عن توفير الاستقرار الاقتصادي من الاعتماد عليهما كمصدر للراحة والواقع أن المجتمع هو الذي يجعل مثل هذه الرموز تصدر عن القيم الاقتصادية بما يضيفه عليها من تقدير، فيجعل الأفراد يعبرون عن الخسارة أو التهديد بالخسارة التي تلحق النقود أو المكانة الاقتصادية أو الاستقرار بمثل هذه التعبيرات.

## 3 - العلاقات بالعمل:

هل يسهم العمل من حيث ظروفه وأهميته وضغوطه في احتمال الإصابة بأي مظهر من مظاهر العصاب النفسي؟

ذلك لأنه طالما كان على الفرد أن يعمل، ويلتزم بقيمة كسب العيش في حد ذاتها، ويلبي حاجته إلى دعم ذاته واستقلاله، ويعمل على إشباع حاجاته المادية وما إليها، وكان المجتمع يقر العمل ويستنكر التكاسل، فإن القدرة على العمل تعد دليلاً على سلامة الصحة النفسية، وبعد من لا يعمل مريضاً وذلك وفق المعايير والقيم الثقافية، لهذا أخذ المهتمون بالطب النفسي ينظرون إلى العمل باعتباره مؤشراً على الصحة، ويعتبرون العجز عن القيام بالعمل بمثابة فشل في التكيف مع معايير المجتمع وثقافته، فتكون المحصلة اضطراباً انفعالياً في الشخصية.

## 4 - التنافس والمكانة:

على الرغم من أن التنافس وتحقيق سيطرة الفرد وتمتعه بمكانة مرموقة ليس مقصوراً على المجال الاقتصادي، لأنه يعطي أنشطة أخرى مثل الحرب والرياضة والعمل الفني والديني وما إليها، إلا أن التنافس والإنجاز الاقتصادي كقيمة أساسية في المجتمع، يحتل مركزاً هاماً باعتباره دليلاً على التفوق الفردي، ذلك لأن الدور المتوقع للشخص كما تحده القيم الثقافية في المجتمع، يؤكد على أهمية النجاح الاقتصادي بخاصة، ولذلك كان الإنجاز وتحقيق الأهداف والمظاهر بمثابة أدلة على التفوق الشخصي لا تتحقق إلا من خلال التنافس مع الأشخاص الآخرين الذين يشاركون في نفس النشاط الاقتصادي، كما أن امتلاك الثروة وتحقيق المكانة الاقتصادية يعدان قيمة في ذاتهما لإسهامهما في تحقيق المتعة الشخصية والراحة والرفاهية وضمان الاستقرار، ولذلك كان في المحافظة على مثل هذه العناصر الاقتصادية دعم للقيم الاجتماعية، والعجز عن تحقيق هذا الهدف يزيد الاحتمال بتشكيل حالة العصاب، ومن هنا كانت أهمية المنافسة الاقتصادية كأحد العوامل المحتمل إسهامها في تكوين الأمراض العصابية وفهمها.



إن الفقر وعدم الاستقرار الاقتصادي ينتج أو يعجل من الأمراض العصبية، كما أن الاضطرابات الشخصية التي لا ترتبط مباشرة بعدم الاستقرار الاقتصادي قد يكون لها جذورها في خبرات الطفل، حيث يلعب الفقر والحرمان دوراً في احتمال الإصابة بها، وتبرز هذه النتائج ما ذهب إليه الباحثون في تراث الطب النفسي الاجتماعي من نتائج وتشير إلى وجود عاملين اثنين تنطوي عليهما عملية إنتاج السلوك العصبي في علاقته بعدم الاستقرار الاقتصادي، حيث يعتبر تهديد مصدر العيش وكذلك تهديد المكانة والتقدير الذاتي مصدران لاحتمال الإصابة بهذا النوع من الاضطراب، كما أن إسهام الفقر وعدم الاستقرار الاقتصادي في إحباط محاولات الأشخاص للحياة طبقاً للتوقعات التي رسموها لأنفسهم، أو إسهامها في فقدان مصدر الحب يترتب عليه ظهور السلوك العصبي، كما أنه يمكن النظر إلى العمل كموقف ضاغط ومصدر للاضطراب الانفعالي وبخاصة عند تحويل الصراعات الشخصية المتأصلة إلى موقف العمل، ذلك لأن العمل يحتل جزءاً من حياة الشخص ومن الوقت المخصص لنشاطه وارتباطه بالآخرين، ولذلك كانت ظروف العمل ومواقف التوتر والضغط التي ينطوي عليها وطبيعة علاقاته، والطاقة المبذولة به، وما إليها من العوامل التي تسهم في احتمال الإصابة بالاضطراب العصبي، وكذلك ظهر أن التنافس يمثل قوة مؤثرة في تاريخ حياة العصبيين، حيث اتضح أن المنافسة الاقتصادية قد يكون لها تأثيراً مرضياً بطرق متعددة، إذ فجر الكفاح من أجل الإنجاز مشاعر العداء العصبية داخل بعض المرضى، وأسهمت عوامل النجاح والمكانة في زيادة احتمال الإصابة ببعض الصراعات النفسية.

إن الالتزام بالمنافسة قد يشير إلى ظروف عدم الاستقرار، ويلعب دوراً مزدوجاً فهو يمثل تهديداً مباشراً طالما أن الفشل في المنافسة قد يلحق الضرر بمصدر العيش، ويمثل تهديداً غير مباشر طالما كان الانسحاب من موقف المنافسة فيه خروج عن القيمة الاجتماعية التي تلزم كل شخص بالتمسك بها.

## نظرة الطبيب إلى المرض والمريض

### أولاً: التشخيص الطبي ونموذج المرض:

إن دور الطبيب هو فهم و تقييم الشكاوى التي يذكرها المريض له وتفسير الأعراض التي يعاني منها، وتحديد نتائجها على المريض في الحاضر والمستقبل، والسيطرة على الحالة بشكل ما من أجل مصلحة المريض.

وتحتم طبيعة هذا الدور ألا يهتم الطبيب فقط بحالة المريض من الناحية الفيزيائية، بل أن يهتم بالإنسان باعتباره كلاً متكاملًا، ولكن الحقيقة المؤسفة أن المجالات الطبية الأكثر تطوراً من الناحية العلمية والفنية، تهتم بتقييم الأعراض التي يعاني منها المريض أكثر من اهتمامها بحاجاته ككل، ويكون الاهتمام الأساسي في تعليم الأطباء والنشاط الطبي اليومي منصباً على التشخيص الطبي وعلاج المرض الحاد الذي يعاني منه المريض.

وقد تختلف نماذج المرض كثيراً في طباعها، ولكن تشخيصاتها جميعاً، تعتبر بمعنى ما فروصاً تعتمد على نظرية أساسية معينة، وفي الطب الحديث، ويكون الجديد من هذه النظريات بيولوجياً ولكنها لا تحتاج بالضرورة أن تكون نظريات بيولوجية وحتى علمية، بل إن المعالجات الروحية وممارسي الطب الشعبي قد يستخدمون نماذج للتشخيص لا تختلف من الناحية المنطقية عن النماذج التي يستخدمها الأطباء، فالمريض يشكو مشاعر الاكتئاب الذاتية عنده، ويلاحظ المعالج الشواهد الدالة على الخلل الوظيفي الجسدي، وقد تكون النظرية الأساسية عند المعالج هي أن تلك الأعراض الظاهرة نتيجة لخلل روحي عند المريض، أو سيطرة الأرواح الشريرة عليه، ومن ثم يحاول المعالج أن يعالج المريض بأن يعاونه على التكيف الروحي أو طرد هذه الأرواح.

إن ملائمة نظرية العلاج تعتمد على تقدم المعرفة العلمية الطبية، أما جدوى الافتراض التشخيصي فعلى قدرة الممارس، فالتشخيص الصحيح والذي يمكن الوثوق فيه هو السند الهام للممارسة الصحية للطب العلمي.

### ثانياً: مفهوم المرض في الطب النفسي:

إن رجل الشارع وعلماء الطب النفسي يستخدمون مصطلح (المرض العقلي) كثيراً فإنه في جوهره صفة اجتماعية تصف انحراف بعض نماذج السلوك وليس ظاهرة طبية واضحة.

إن مصطلح المرض العقلي قد جاء نتيجة لبعض الأمراض التي تصيب المخ، التي تؤدي إلى شذوذ في السلوك والتفكير يكون نتيجة مباشرة للمرض، كما أن معظم الأعراض التي تسمى (مرضاً عقلياً) لا يمكن ملاحظتها من خلال بعض الأعراض الفيزيائية التي تصيب المخ، بل من خلال انحراف السلوك والتفكير.



إن كثيراً من الأطباء النفسيين وغيرهم يعتقدون أن من ينتحر هو مريض عقلياً، لكن هناك كثيرين لا يوافقون على هذا الرأي، لأنه حكم اجتماعي لا حكم طبي في كل الأحوال.

يرى **أوبري لويس** أن السلوك الملائم أو المنحرف ليس كافياً لوصف الحالة على أنها حالة مرضية نفسية رغم وصفه بأنه مرض عقلي من وجهة النظر الاجتماعية، ويعتقد أن السلوك غير المتكيف وغير المتمثل يكون سلوكاً مرضياً فقط عندما يصاحبه خلل ظاهر في وظيفة معينة كما يتضح هذا في التفكير المضطرب الذي يبدو في صورة أوهام أو تصورات مضطربة وهلوسة واضطراب الحالات الانفعالية الذي يتمثل في القلق والكبت المفرط.

ورغم أن مفهوم المرض في الطب النفسي ليس خطأ من الناحية المنطقية فإنه لا بد من إثبات أن هناك فائدة نجنيها من استخدام المفهوم الطبي للمرض في هذا المجال، فالمفهوم الطبي للمرض يكون مفيداً عندما نستطيع إجراء تشخيص موثوق به، وعندما يحدد التشخيص مسار المرض وتطوره، وأسبابه وإجراءات العلاج، وهنا تتفاوت قدرة التشخيص في مجال الطب النفسي على الوفاء بهذه الشروط.

ففي جانب كبير من مهنة الطب يتم تحديد المشكلات المرضية من خلال حقيقة مؤداها أن المرضى يشعرون بالألم وعدم الراحة ويطّون طلباً للعون، وهنا يمثل تاريخ حالة المريض، ووصف الأعراض التي يعاني منها جانباً هاماً في تشخيص حالته.

يشير بعض علماء الطب النفسي إلى أنه ليس هناك اتفاق على أنواع السلوك التي يكون من الممكن القول بأنها أنواع من السلوك المرضي، كما يشير آخرون إلى أن المحكات التطبيقية التي يستخدمها علماء الطب النفسي في تشخيص الصحة العقلية والمرض العقلي، تشبه تلك المحكات التي يستخدمها غيرهم ممن يعرفون الصحة والمرض العقلي في المجتمع، وهناك من أشار إلى أن المحكات التي يستخدمها علماء الطب النفسي في تشخيص الصحة العقلية، تختلف بصورة ملحوظة من أحدهم إلى الآخر.

في تقييم ملائمة المقابلة الإكلينيكية كأسلوب للتشخيص من الضروري أن نكون مدركين للخصائص المراد تشخيصها والظروف التي يتم في ضوءها ذلك، والهدف من التشخيص.

من الممكن تحقيق درجة عالية من الاتفاق بين الأطباء النفسيين فيما يتصل بتشخيص المرض وعلاجه وذلك في ظل ظروف أكثر صرامة وتقنياً، بل إن بعض الدراسات قد أشارت إلى أنه حتى عندما لا يكون موقف التشخيص مقنناً تقنياً تماماً من الممكن الوصول إلى مستوى معقول من الاتفاق في بعض المجالات بين الأطباء النفسيين.

إن كثيراً من التشخيصات الطبية أيضاً تتمتع بقدر ضئيل من إمكان الوثوق بها، وخاصة عندما تكون محكات التشخيص غير واضحة وعندما لا يكون القائمون بالتشخيص قد تلقوا تدريباً بشكل مقنن وعندما يجرون تشخيصاتهم بطريقة سريعة وغير دقيقة.

### **فائدة مفهوم المرض في الطب النفسي:**

كثيراً ما نعزو السلوك غير المعقول أو العصابي إلى اضطرابات أو خلل يصيب نسيج المخ، وهذه الاضطرابات قد تكون نتيجة لعدوى أو اضطرابات في التغذية وغير ذلك.

ومفهوم المرض مفهوم مفيد ودال في بعض الحالات، ولكن الجدل لا يتعلق بصدد هذه الحالات القليلة بل ينصب على غالبية الاضطرابات العقلية التي ليس لها سبب ملموس واضح.

### **ثالثاً: المفهوم الاجتماعي للمرض:**

إن الممارسة الفعلية للطب أكثر تعقيداً مما يوحي به نموذج المرض لأن دور الطبيب دور اجتماعي ودور طبي إلى حد كبير، كما أن كثيراً مما يلفت نظر الطبيب ليس أمراضاً فقط، فجانِب كبير من الرعاية الطبية يتصل برعاية الأشخاص غير المرضى، كما في حالة الطب الوقائي الذي يقوم بعمليات التطعيم والرعاية قبل الميلاد وبعده ورعاية الطفل، كما أن جانباً كبيراً منها يتصل بمشكلات ذات طبيعة أسرية واجتماعية.

على الطبيب أن يهتم بالظروف الاجتماعية للمريض إذا كان يريد أن يمارس مسؤولياته باعتباره طبيباً، فلا بد أن يفهم نتائج المرض بالنسبة للمريض وأسرته وعمله وأن يقيم البيئة التي يعيش فيها المريض حيث أن لها تأثيراً عميقاً على المسار الذي تأخذه حالته.



فلقد مثلت الجوانب الاجتماعية للممارسة الطبية جانباً من مسئولية الطبيب، ولكن في الأعوام الأخيرة ومع تشعب المعرفة الفنية والطبية أخفق كثير من الأطباء في الاهتمام بالإنسان (ككل) عند تركيزهم على أنهم يستطيعون القيام بذلك جيداً، وهناك اعتراف متزايد بأن الطبيب الحديث لا يؤدي عمله جيداً في هذا المجال، ويجب أن نذكر فيما يتصل بالدور الاجتماعي للطبيب، أن الطبيب النفسي يشغل دوراً علمياً واجتماعياً، وأن لأحكامه تأثيراً يمتد إلى خارج نطاق المجال الطبي، ومن ثم فنظريات الصحة والمرض التي يعتنقها الأطباء النفسيون تعكس فلسفات اجتماعية إلى حد كبير.

### رابعاً: الملامح البنائية لدور الطبيب:

إن رعاية المريض هي نشاط مهني متخصص وظيفياً، وهذه المكانة التي يشغلها الطبيب تتحقق من خلال ظهور حد أدنى من معايير الكفاءة الفنية، كما أن ارتفاع الكفاءة الفنية للطبيب يستلزم أيضاً تحديد الوظيفة (توصيف الوظيفة) كما أنه من المتوقع أن يتخذ الطبيب موقف الحياد الإيجابي أو الفعال.

إن توجيهات الأطباء تتشكل من خلال سياقهم البيئي وحاجاتهم التكيفية، مثلما تتشكل بيئة المرضى وحاجاتهم.

## الأطباء والمرضى: تحليل سوسيولوجي للعلاقات الاجتماعية

### الأدوار:

إن جزءاً كبيراً من أداء الطبيب لمهام دوره يعتمد على تقدير الآخرين له، وحكمهم عليه، وثقتهم فيه، ولكي يؤدي الفرد دور الطبيب فلا بد من وجود أفراد يقومون بأدوار المرضى، فالأطباء (كأي شخص آخر له دور) يعتمدون في أدائهم لأدوارهم جزئياً على جمهورهم (مرضاهم)، وهوية دورهم الخاصة - وهي الطبيب - تعتمد على الممارسة الفعلية التي تعتمد أساساً على وجود مرضى يقبلونهم ويعترفون بهم كأطباء.

وفي المواجهة الأولى بين الطبيب والمريض يكون لدى كل منهما ميل إلى إعطاء الآخر الطريقة التي يرغب في التصرف بها، وكذلك الطريقة التي يتوقع أن يتصرف بها الطرف الآخر، كما سيحاول كل منهما اكتشاف أسلوب تحديد الشخص الآخر للموقف، وتأتي بعض مفاتيح الموقف من الإطار العام للصورة.

وقد يكون لكل من الطبيب والمريض موقفاً متشابهاً منذ البداية، ويستمران على ذلك الوضع سيراً في طريق التشخيص والعلاج من ناحية الطبيب ودقة الوصف والتقبل والامتناع من ناحية المريض، هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى قد يفشل الطرفان تماماً في تكوين العلاقة المبدئية بينهما وفي هذه الحالة من المحتمل أن تنهار العملية تماماً.

وغالباً ما يتأثر الموقف بدرجة القوة التي يتمتع بها أحد الأطراف أي القدرة النسبية لكل طرف من الأطراف المشتركة في الموقف على مكافأة الطرف الآخر أو معاقبته، وفي عملية التبادل هذه يكون الخاسر عادة هو المريض.

### الصراع في دور الطبيب:

**أولاً:** هناك في البداية الصراع الذي يجب على الطبيب أن يحسمه بين مصالح أي مريض فرد ومصالح المرضى كمجموعة.

**ثانياً:** وهنا يظهر نوع آخر من الصراع، فإلى جانب الحاجة إلى مقابلة مصالح أي مريض فرد مع مصالح المرضى ككل (مع الوضع في الاعتبار الخسارة المحتملة للاحتياجات الفردية لكل مريض) فهنا تبرز الحاجة إلى توزيع (الموارد) التي يندر توافرها دائماً مثل: (الوقت و المهارة والمواد)، فإذا كان لدى الأطباء من هذه الموارد كمية أقل مما يحتاجه كل المرضى، فإنهم سيضطرون إلى أن يختاروا بدقة المريض الذي هو في أشد الحاجة للانتفاع بهذه الموارد المحدودة من أجل إنقاذ حياته، حيث أنه عادة ما تكون الموارد غير كافية بحيث يستفيد منها جميع المرضى، وهكذا لابد من ترشيح الاستفادة من (الطبيب و الوقت والموارد الفنية النادرة).



**ثالثاً:** مجال آخر للصراع يتصل بحاجة الطبيب إلى موازنة مصالح المريض في أي فترة من الوقت مع مصلحة نفس المريض في المستقبل، حيث يبدو أن هناك اتفاقاً ضمناً (صامتاً) بين الأطباء والمرضى ألا تتم مواجهة الموقف الحقيقي أو مصارحة المريض بحقيقة مرضه، وقد يبدو هذا الطريق ولو ظاهرياً أكثر الطرق راحة وأن كانت راحة مؤقتة، ويتبين أن (الهروب من الحقيقة) يمكن أن يكون معوقاً على المدى الطويل لكل من المرضى والأقارب وهيئة المستشفى فبسبب هذا الهروب يمكن أن تضيق على المرضى والأقارب فرصة التقبل التدريجي لحقيقة الموت وعليهم أن يمروا بتجربة هذه الخسارة فجأة في النهاية.

**رابعاً:** نوع آخر من الصراع الذي يواجهه الطبيب وهو اهتمامه بمصالح المريض في مقابل اهتمامه بأسرة المريض أو أقاربه، فمتى يمكن للطبيب أن يقف في صف الأقارب ويسمح بدخول مريض عقلي إجبارياً إلى المستشفى؟ ومتى يتدخل الطبيب ليقف في صف المريض؟ مرة أخرى نجد أن الموقف صعب ومعقد ولن نجد له إجابات قاطعة محددة.

**خامساً:** هناك أيضاً المواقف التي يعجز فيها الطبيب عن مساعدة المريض فيرتفع إلى مستوى رأيه الخاص في ممارسته لدوره كشخص معالج، وهذا الموقف قد يحدث إما لأن الطبيب يكون في حيرة فيما يختص بقدراته الفنية أو لأن المريض يطلب نوعاً من الرعاية لا يستطيع الطبيب أن يقدمها، والمريض الذي لا علاج له مثال على الحالة الأولى، والمريض الذي يشكو من وظيفة مملة أو سكن غير مريح أو زواج فاشل مثال على الحالة الثانية، وفي مثل هذه المواقف يظهر نوع من الصراع بين كيفية تعريف الطبيب لدوره والطريقة التي يعرف بها المريض هذا الدور.

**سادساً:** نوعية أخرى من الصراعات وهي تلك الداخلة في تكوين أدوار كثير من الأطباء، وهي الصراعات بين التزامه بمساعدة مريض بعينه وبين واجباته كموظف في الدولة أو في وكالة من الوكالات أو هيئة من الهيئات، فعلى عاتق الأطباء تقع واجبات معينة مستمدة من أعمال وتصرفات محددة من ناحية المهنة، فقد أصبحت مهنة الطب هي المشرع للمريض، فالطبيب النفساني مثلاً لديه السلطات والقدرة كي يشهد بأن شخصاً ما مجنون وليس عاقلاً، وفي إمكانه أن يدلي بشهادته في المحكمة كشاهد على الحالة العقلية للناس، وهذه السلطة أو الصلاحية قد تضفي عيوباً على شخص مريض وتضفي مزايا على شخص آخر، وهكذا تواجه الطبيب الصراعات، فمتى وتحت أي ظروف يمكن للطبيب أن يخون ثقة مريضه ويذهب إلى الشرطة ليبلغ عنه؟ وأي المصالح ينبغي أن تكون هي المقدمة على غيرها في ذهنه؟

**سابعاً:** الصراع بين مسؤولية الطبيب في أي وظيفة معينة قد يشغلها وبين احتياجات مهنته الأصلية (ممارس الطب) ويمكن تفسير هذا الوضع بملاحظة علاقة الأطباء بمرضاهم في المستشفيات، فوجود الطبيب في عنبر معين، أو مهمته مع أي مريض ينبغي أن ينظر إليها من منظور حياته العلمية ككل.

**وأخيراً** فهناك مجموعة أخيرة من الصراعات في دور الطبيب تنشأ في أي دور مهني، وربما في أي دور على الإطلاق، وهي الصراع بين هذا الدور النوعي المتميز وبقية الأدوار التي قد يلعبها الشخص في حياته كالأب مثلاً أو الزوج أو لاعب التنس، ومثل هذا الصراع بين الأدوار له أهمية خاصة في مجال الطب لأن المرض والموت والحوادث لا يعرفان عطلات نهاية الأسبوع أو الإجازات، إذا يضطر الأطباء إلى التعامل مع حالات الطوارئ في ساعة من الليل أو النهار.

### التفاعل بين الأطباء والمرضى:

دراسة **سزاس وهولندر** تحدد ثلاثة أنواع من التفاعلات التي يمكن أن تحدث بين الطبيب والمريض:

١ - الإيجابية - السلبية، ٢ - الإرشاد والتعاون، ٣ - المشاركة المتبادلة.

ففي النوع الأول وهو العلاقة (الإيجابية - السلبية) يكون الطبيب إيجابياً والمريض سلبياً، ويظهر ذلك في حالات الطوارئ (كالإصابات الشديدة وحالات النزف والهذيان والغبوبة) فالمرضى يكاد يكون عاجزاً تماماً بينما يجري الطبيب عملياته وعلاجه له.

وينبغي أن نضع في الاعتبار أنه حتى في الجراحة فإن هذا النموذج نادراً ما يطبق تطبيقاً كاملاً (أي الإيجابية من جانب الطبيب والسلبية من جانب المريض).





أما نموذج (الإرشاد والتعاون) فإنه يندرج عادة تحت علاقة الطبيب بالمريض عندما تكون الظروف أقل يأساً من تلك التي ذكرناها بالنسبة للنموذج الأول، وهو ينطبق على معظم الاضطرابات المرضية الشديدة، وخاصة ذات النوع المعدي، ورغم أن الشخص المطلوب علاجه يكون مريضاً إلا أنه يكون على وعي شديد بما يجري، وهو قادر على تلقي التعليمات وممارسة الحكم على الأشياء، وعلى المريض أن يعترف في مثل هذا الموقف بأن الطبيب يعرف أفضل، ولهذا السبب فهو موجود، وهو يود أن يقول له ما يجب عليه عمله حتى يستطيع إتباع التعليمات والسير في طريق الشفاء.

وعن علاقة (المشاركة المتبادلة) وهذا التناول للموقف يعتبر أساسياً في علاج الأمراض المزمنة، حيث يتم تنفيذ برنامج العلاج على يد المريض بتعليمات يتلقاها دورياً من الطبيب (كما في مرض السكري) كما **يقع الطب النفسي في هذا النوع من العلاقات**، وطبقاً لهذا النموذج فإن الطبيب يساعد المريض على مساعدة نفسه، ومن أجل إتمام العلاج ونجاحه يكون الطبيب في حاجة إلى المريض والمريض في حاجة إلى الطبيب.

ولا ينبغي أن ينتهي تحليل ( **سزاس وهولندر** ) بتلك الأنواع الثلاثة للعلاقة بين الطبيب والمريض، فهناك احتمالات أخرى لم يفكروا فيها (أو إنهما لا يعتبرانها مهمة) وهي عكس المفاهيم السابقة كالإرشاد والتعاون حيث يمكن أن يرشد المريض ويتعاون الطبيب، والإيجابية والسلبية حيث يكون المريض إيجابياً والطبيب سلبياً، كما يمكن أن يكون هناك عدم تعاون متبادل وسلبية متبادلة، وهكذا، فاختيار **سزاس وهولندر** للعلاقات المحتملة يركز على النموذج (العقلاني) أو المنحاز بشكل معياري للتفاعل بين الطبيب والمريض، أي ما يجب أن يكون وليس ما هو قائم بالفعل.

إذا لم يتخل المرضى عن حقوقهم في تقرير مصائرهم أو تدخلهم في التشخيص أو المشاركة فيه، فإن الطبيب إذا كان يريد إقناع المريض بوجهة نظره فعليه أن يثبت أنه في مركز السلطة، وتساعد الطبيب في ذلك عدة عوامل، فالنشاط الذي يشبه الطقوس إلى حد كبير والذي يتم في حجرة الاستشارة وفي المستشفى يساعد الطبيب إلى حد كبير، فمن خلال عدة وسائل يجعل المريض ينتظر، وكالمعطف الأبيض الذي يرتديه الطبيب ، تميز الطبيب عن المريض كشخص له مركز اجتماعي مختلف.

وهناك أيضاً عدة عوامل مثل الطبقة الاجتماعية ومركز الطبيب الاجتماعي المرموق في المجتمع ستعاون الطبيب إلى حد بعيد في تأسيس سلطته وإثباتها إلا أن هذه العوامل قد تكون معوقة لعلاقة المشاركة المتبادلة في بعض الأحيان كالمحاولات التي تتم في الطب النفسي مع مرضى الطبقة العاملة، حيث تخلق هذه المظاهر تباعداً بين المريض والطبيب مما يحول دون المصارحة الكاملة والثقة المتناهية من جانب المريض.

يقدم **جوفمان** نموذجاً آخر للعلاقات الاجتماعية بين الأطباء والمرضى يسميه (التفاعل الاستراتيجي) وقد يساعدنا هذا النموذج على مزيد من التعمق في العلاقات التي تنمو بين الأطباء والمرضى، وهو يعتقد أن هذه العلاقات قد تسبب الإحباط لكلا الطرفين، إذا افترض كل منهما أن الآخر سيتصرف بطريقة معقولة.

هذا النموذج يمثل (الاعتدال المتبادل) أي الموقف الذي يكون لدى الأفراد فيه شيء يكسبونه أو يخسرونه من خلال التفاعل مع بعضهم البعض، وهو يتصور الموقف التفاعلي (أي استشارة الطبيب) كنوع من المناورة يحاول فيها الأفراد للوصول إلى الحد الأقصى من المكافأة أو الثواب، ويمكن للأفراد الوصول بالمكافآت إلى الحد الأقصى عن طريق التصرف بأسلوب هادف، وتقدير الموقف بطرق مختلفة، فالطبيب والمريض يحاول كل منهما تقدير القرارات التي يتخذها الآخر، مثل لماذا أتى المريض؟ ولما لا يقف الطبيب عندما يدخل المريض للحجرة ؟

### **علاقة الطبيب بالمريض:**

أثبتت الدراسات أن الاستماع الدقيق والتشجيع السابق على العلاج، وإعطاء التعليمات للمريض قبل مباشرة العلاج يمكن أن يحسن من تأثير العلاج بشكل مؤثر جداً.

وفي دراسة أخرى ثبت أن تفاعل المريض مع هيئة المستشفى عن طريق تزويده بالمعلومات والتأييد العاطفي يمكن أن يخفف إلى حد كبير من عبء التجربة التي يمر بها ، وهذا بدوره ستكون له آثار عميقة غير مباشرة على استجاباته الاجتماعية والنفسية بل والجسمانية، كما تعجل بشفائه إلى حد كبير، ويشار إلى أن رفض الاعتراف بالعنصر غير الطبي في المعاونة قد يؤدي إلى فشل العلاج، كما أن الضرر قد يلحق بالمريض بسبب معالجة الأعراض الجسمانية فقط دون الاعتراف بأنها جزء من صورة أكبر.





إن حوالي ثلث النجاح الذي يحققه أي دواء أو أي إجراء آخر قد يعزى إلى قوة الإيحاء أي إلى إيمان المريض بأن شيئاً يفعل من أجله.

فعلاقة الطبيب بالمريض هي مسألة أساسية في فهم تأثير قدرة الإيحاء، فالطبيب المهتم الذي يوحى بالثقة لمريضه ويكون ودوداً ومطمئناً للمرضى والذي يقوم بفحص دقيق، والذي لا يكون قلقاً ولا متأزماً ولا متوتراً، ولا مذنباً نحو المريض أو علاجه هو أكثر احتمالاً لأن يستخلص ردود فعل إيجابية.

إن الاستماع والإصغاء أثناء المقابلة مع المريض يمثل جزءاً كبيراً وهاماً جداً من العلاج النفسي، هذا فضلاً على أنه مطلب لا غنى عنه في العلاج العقلاني.

### الصورة المهنية:

يرى **تالكوت بارسونز** لكي يؤدي الطبيب مهمته بفعالية ونجاح فإن عليه أن يقدم نفسه بطريقة خاصة وأن تقوم تصرفاته على أساس العمومية والخصوصية الوظيفية والحياد الوجداني بعبارة أخرى فإن الأطباء لابد أن يعتمدوا على معايير مقبولة بصفة عامة، أكبر من اعتمادهم على معايير خاصة وأن يحصروا عملهم في حدود كفاءتهم التكنيكية، وأن يعملوا بموضوعية دون تورط عاطفي، وأخيراً فإنهم لابد أن يضعوا مصالح المريض قبل مصالحهم.

### وهذه مناقشة لتلك الخصائص:

**أولاً:** الجانب العمومي من دور طبيب العيادة ومدى (العلمية) التي تتميز بها ممارسة الطبيب لمهنته، فسوف نلاحظ أن طبيب العيادة يختلف اختلافاً واضحاً عن طبيب الأبحاث، لأن مهمته تكون عملية وتطبيقية أكثر منها نظرية، وبينما يحاول العلماء التوصل إلى حلول (عامة) لمشاكل معينة، فإن الممارس يكون معنياً بتطبيق هذه الحلول فعمله يكون دائماً مع مشاكل فردية ومحاولته التوصل إلى حل لها.

**ثانياً:** وكما أن دور الطبيب يميل إلى الخصوصية أكثر منه إلى العمومية، وإلى الحكم الشخصي أكثر منه إلى الاستنتاج العلمي، فإنه أيضاً يتميز بطابع انتشاري من الناحية الوظيفية أكثر من كونه نوعياً وخاصاً، ومعنى ذلك أنه يتضمن تدخلاً في نواحٍ أخرى أكثر مما يوحى به تطبيق المهارة الطبية البحتة، فالكثير من المشاكل التي يواجهها الأطباء في العمل الإكلينيكي وخاصة في الممارسة العامة تكون خارج قدرة الطبيب كشخص متخصص في عمل بعينه، وكثيراً ما يصف الممارسون العامون كثيراً من الشكاوى التي تأتيهم بأنها شكاوى (تافهة) أو في مجالات لا تهمهم على الإطلاق مثل مشاكل السكن أو الزواج أو الجنس أو الصداقة وهذه كلها أشياء لا علاقة لها بتطبيق المهارات الطبية الخالصة.

**ثالثاً:** عند مناقشة الصراع الذي يواجهه الطبيب عندما يكون لازماً عليه أن يحكم بين مصالح مريضين أو أكثر، قدمنا فيما سبق افتراضاً بأن يعني بتوزيع الموارد النادرة تبعاً لحدة موقف كل حالة، وفي حالة اتخاذ مثل هذه القرارات كما في كل القرارات الأخرى، فإن المتوقع من الأطباء أن يلتزموا بنوع من الحياد الوجداني أي أنهم لا يكونون منحازين تجاه المرضى لا عاطفياً ولا أيديولوجياً، ومع ذلك ففي الممارسة الفعلية هناك كثير من الأدلة توحى بأن الأطباء يميلون بصورة حتمية وبشكل يمكن إدراكه بوضوح إلى تطبيق الأحكام القيمية الخاصة بثقافتهم وطبقاتهم الاجتماعية في اتخاذ قراراتهم.

**رابعاً:** وبعد تحليل المتضمنات الثلاث الأولى (للصورة المهنية) نجد أن هذا التحليل الأخير يؤدي بنا إلى الشك في أنه بعيد عن النوعية الوظيفية والحياد الوجداني والعمومية، فإن دور الطبيب يميل إلى أن يكون دوراً قائماً على التخصص والفردية والحاجة إلى توجيهات قيمية محددة تماماً، وكذلك يبدو أن التوجيه الجماعي (الذي يصنع مصالح المريض قبل مصالح الطبيب) هو أيضاً يمكن أن يكون موضوع نقاش، فالبناء الموقفي لدور الطبيب سيضعه في كثير من الأحيان في صراع مع مرضاه، ويبدو أن هذا الصراع لن يحسم لصالح المريض بأي صورة من الصور.

### خاتمة:

من هذا التحليل لدور الطبيب وعلاقته بمرضاه يتبين لنا أن هذا الدور يتسم بالصراع الشديد والصعوبة، فكثيراً ما يكون عليه أن يحكم بين مصالح مريض فرد وبين مصالح كل مرضاه، وبين مريض وآخر، وبين مصالح المريض في الوقت الحاضر ومصالحه في المستقبل، وكذلك بين المريض والأسرة وبينه وبين المجتمع أو الجماعة، هذا بالإضافة إلى الصراع بين مصالح المريض ومصالحه، وبين مصالحه الخاصة كطبيب ومصالحه كشخص يقوم بأدوار أخرى، وفي الاختيار بين هذه الأشياء تبين أنه من الصعوبة بمكان أن يعتمد على الأسس الموضوعية لصورة المهنة أو الصورة



المهنية مثل الحياد الوجداني والعمومية والنوعية الوظيفية، والتوجيه الجماعي، وحتى إذا كانت لديه الرغبة في حصر مهامه داخل نطاق المهام النوعية التخصصية من الناحية الوظيفية التي تقع داخل نطاق تدريبه، فإن مرضاه لن يتركوه يفعل ذلك.

ونتيجة لهذا فإن الطبيب في معظم الأحيان يكون لنفسه موقفاً يتجه نحو الفردية والتخصصية، يشجعه على ذلك قيم الطبقة المتوسطة التي ينتمي إليها الأطباء في العادة، كما أنه سيتجه إلى تنمية إطار سميك من حوله لحماية ذاته واعتقاداً بحكمته هو وإلا كيف سيتصرف بشكل فعال في المواقف الحرجة ، ونظراً للطلبات المتنوعة التي تطلب منه، فإنه يجعل من نفسه عالماً كبيراً يسدي النصح في مجالات ليست له فيها خبرة.

ورغم كل هذا فإنه سيكون مدركاً تماماً لرقعة القشرة التي يقف عليها ذلك الصرح الشامخ، فالخدمات المتنوعة التي يقوم بها الطبيب، متمسكاً بالأساس العلمي للطب، والعمومية والحياد الوجداني والنوعية الوظيفية والتوجيه الجماعي، كل هذه الأشياء تستخدم ولو في جزء منها على الأقل كستار من الدخان، وأنه لأمر بالغ السوء أن يكون المرء في هذا الموقف وخاصة أنها مسائل تمس شئون الحياة والموت وأسمى العواطف الإنسانية دون أن يضطر المرء إلى تبرير أفعاله ذاتها كما أن المريض يجب أن يؤمن بالطبيب (الشريف) الذي يتصرف بناء على المبادئ السابقة، فإذا لم يحظ الطبيب بهذه الاعتبارات فإنه من الصعب أن يعهد إليه بما يعهد إليه من مسائل.

## الصحة والتنمية القومية في بلدان العالم النامي

### أولاً: التفاعل بين الصحة والتنمية القومية:

لا ينبغي أن تفهم الصحة بمعزل عن العوامل الأخرى المتصلة بعملية التنمية ذلك لأن الصحة تؤثر على العوامل الاجتماعية والاقتصادية المختلفة كما تتأثر هي ذاتها بهذه العوامل، والمقصود بالتحديد: الدخل، ومستويات المعيشة والتغذية.

### ثانياً: معضلة الرعاية الصحية والنمو السكاني:

ليست هناك إجابات بسيطة على المعضلة التي تتمثل في تلك الحاجة الملحة إلى برامج فعالة في ميدان الرعاية الصحية في نفس الوقت الذي تؤدي فيه تلك البرامج إلى مزيد من النمو السكاني، وهناك العديد من الحجج التي يمكن أن تقدم للدفاع عن الاستثمار في البرامج الصحية برغم تأثيرها المعروف على النمو السكاني، والأمثلة كثيرة تلك التي تشير إلى أهمية الاحتياجات الصحية والفوائد الاقتصادية العائدة من وراء تلبيتها.

وتسهم برامج الصحة العامة في عملية التنمية من خلال ما تضيفه (كما وكيفاً) إلى القوى العاملة إذ يمكن أن يتحقق التقدم في التنمية الاقتصادية عندما تتزايد الأرض المتاحة للاستزراع بواسطة إدخال برامج صحية معينة من أهمها القضاء على الأمراض، كما تميل البرامج الصحية الناجحة إلى تحسين الاتجاهات الاجتماعية المؤيدة للتغير والاعتراف بإمكانية تحقيقه، والتشجيع على التفكير المجدد، وتلك جميعاً اتجاهات اجتماعية إيجابية لا يمكن أن نتوقعها عند من يعانون المرض والوهن، غير أن هذا الآثار الإيجابية للبرامج الصحية على التنمية، دفعت الكثيرين إلى المبالغة في تصور تأثيرها على الزيادة السكانية.

## البناء الاجتماعي للمستشفى الحديث

### أولاً: المستشفى كتنظيم وبعض خصائصه:

#### 1 - أهداف المستشفى:

للمستشفى شأنها شأن أي مشروع منظم هدفها التنظيمي، ولقد وصف البعض المستشفى على أنها تمثل نموذج التنظيم الذي له أهدافاً متعددة فهي مكان للإقامة، ومدرسة، ومعمل، ومكان للعلاج في نفس الوقت.

وتنحصر الأهداف المتعددة للمستشفى في خدمات الرعاية الطبية و التعليم والتدريب والبحث، وتتخصص معظم المستشفيات في توفير خدمات الرعاية الطبية لمرضاه، وفي نفس الوقت قد تمثل هذه التنظيمات التربة



الخصبة للتدريب الأساسي الذي يمكن أن يكتسب منه الأطباء الخبرات القيمة، ولا تزال مستشفيات أخرى تتركس موارد هائلة لمشكلات البحث، وأنه لمن الواضح أن أي من هذه الأهداف يعتبر هدفاً بالغ الأهمية في أي وقت (غير أن رعاية المرضى غالباً ما ينظر إليها باعتبارها في مقدمة هذه الأهداف سواء للأسباب الإنسانية أو التقليدية).

## 2 - بناء السلطة في المستشفى:

يتم إنجاز هذه الأهداف التنظيمية من خلال ميكانزمات التنظيم البيروقراطي ونعني الترتيب الهرمي للمناصب والأوضاع من أجل تحقيق التنسيق الرشيد بين واجبات الأعمال الذي يؤدي بدوره إلى إنجاز أهداف الجماعة.

وتختلف الخريطة التنظيمية للمستشفى في جوانب كثيرة منها عن الخريطة التي نجدها تمثل تنظيمات رسمية أخرى، مثل المصانع والوحدات العسكرية.

**فأولاً:** قد نلاحظ أن التدرج الهرمي للمستشفى يسير في الاتجاه الأفقي أكثر منه في الاتجاه الرأسي، ولقد وضعت الخريطة التنظيمية للمستشفى على أنها تمثل شكل المشط، بالمقارنة بالتنظيمات الرسمية الأخرى التي يقال أنها على شكل شجرة.

**وثانياً:** لوحظ أن خطوط السلطة المتعلقة بإدارة وتوجيه المستشفى تمتد فقط لتشمل رؤساء الأقسام، وخاصة الأقسام غير المهنية أو التي ليست لأوجه نشاطها علاقة مباشرة بالرعاية الطبية، وفي هذا تعارض ملحوظ مع النماذج الأخرى للتنظيم الرسمي التي تمتد فيها خطوط السلطة من المدير خلال رؤساء الأقسام إلى أسف حيث مستوى العمال.

أما السمة التي تميز تنظيم المستشفى والتي قد لا تتضح من الرسم فإنها تتمثل في وجود خطين اثنين للسلطة وهذا بالطبع، نتيجة مباشرة مترتبة على أوضاع الأطباء وعدم استطاعة المستشفى القيام بوظيفتها بدونهم، فمن ناحية يوجد هناك التنظيم التعليمي للهيئة الطبية (وفيه ترتب الهيئة هرمياً وفقاً للتخصص ولمكانة الطبيب الممارس، والمتخصصون، والمقيمون والدارسون) وهناك من ناحية أخرى الترتيب البيروقراطي للوظائف الذي يتشكل من الإدارة.

## 3 - تقسيم العمل في المستشفى:

والسمة الأخرى التي يتميز بها تنظيم المستشفى تتمثل في تقسيم العمل المتطرف وقد لاحظنا ذلك فعلاً فيما يتعلق بالمهنة الطبية، والخدمات الإدارية وغيرها من أقسام المستشفى، ويقوم كل قسم من أقسام المستشفى على حدة بوظيفة خاصة يفترض أن تعمل في مجموعها على إبراز أهداف المنظمة ككل، وهكذا يكون من الواجبات الأساسية الأخرى للمدير التنسيق بين كل هذه الخدمات المتباينة في سبيل إيجاد نوع من النظام الرشيد.

وينبغي أن نذكر عن الطبيعة التسلطية للمستشفى، ذلك لأن أنواع النشاطات التي تمارس في المستشفى ونعني ما يتعلق بإنقاذ الحياة، ولا يمكن أن تحدث إلا في موقف سوف تنفذ فيه الأوامر الصادرة بدون مناقشة أو تأجيل، وتصديق هذه الحقيقة خاصة عندما تكون حالة المريض طارئة والتي ينبغي أن يتم العمل بشأنها بدون تردد أو الاعتماد على الإجراءات الإدارية المفروضة، وبينما لا تدخل معظم النشاطات التي تجري في المستشفى في دائرة الحالات الطارئة، إلا أن هيئة المستشفى ينبغي أن تكون مستعدة لمثل هذه الحالات.

## ثانياً: البناء الاجتماعي وأداء المستشفى لوظائفها:

ينبغي على الباحث في تحليله للبناء الاجتماعي أن يحدد ما هي الجماعات التي تمثل جوانب هامة في هذا البناء، حيث أن هناك ثلاثة جماعات رئيسية يمكن التعرف عليها: **الهيئة الطبية، والإدارة، وجماعة غير المهنيين**، وقد يبدو من الغريب في ضوء أهداف المستشفى، أن يستبعد المرضى من عداد الجماعات الرئيسية، ولكن هناك أسباباً عديدة تبرر ذلك، فالمرضى العاديون، في المحل الأول لم يكتسبوا الأنماط الثقافية التي تميز هذا التنظيم كما أنهم لا يشاركون فعلياً في حياة المستشفى، ويتميز دورهم هناك بالسلبية والانطوائية ذلك الذي يتركز حول هدف مشترك بينهم جميعاً وهو الشفاء بكل سرعة ممكنة، **وثانياً:** لقد قلل الطب الحديث بدرجة كبيرة من الوقت الذي يمكثه المريض العادي في المستشفى العام لدرجة اختفى معها الوضع التاريخي للمستشفى باعتبارها منظمة للحجز والرعاية التي تدوم لفترة طويلة، ولهذا السبب فضلاً عن حالة التمرکز حول الذات الحادة لدى



المرضى، عادة لا تنمو بينهم ثقافة النزلاء وتصبح عاملاً جوهرياً في البناء الاجتماعي للمستشفى، كما تنمو في السجون والمستشفيات العقلية وغيرها من منظمات الرعاية طويلة الأجل.

يؤدي التجاور بين جماعتين اثنتين من جماعات القوة في نفس الموقع بالضرورة إلى الصراع على الأهداف التنظيمية، بينما لا يحتمل أن تنكر جماعة الهيئة الطبية ولا الإدارة أن خدمة المريض تعد بمثابة هدفاً أولياً، إلا أن هناك أهدافاً كثيرة أخرى وأساليب لإنجازها تعد مصدراً خصباً للصراع.

وبطبيعة الحالة هناك مجالاً واسعاً تظهر فيه اهتمامات ومستويات للسلطة متداخلة بين كل من الهيئة الطبية والإدارة، وهنا يحتمل أن ينشب الصراع، فمثلاً، تعتبر وظائف مثل التسجيل الطبي والصيدلية وإدارة العيادات الخارجية وظائف هامة في نظر كلتا الجماعتين وتدخل في نطاق إشراف كل منهما.

يعتبر تقسيم العمل هو السمة الرئيسية الثانية للبناء الاجتماعي للمستشفى الذي ينشأ عنه مشكلات معينة، ولقد تمت مناقشة تقسيم العمل في الفصل السابع، بمعنى نمو التخصصات في المهنة الطبية، وكانت هناك بعض العوامل وخاصة نمو المعرفة الجديدة والمهارات، والتي تفسر التعقيد المتزايد لتنظيم المستشفى، هذا فضلاً عن أن الباحث قد يشير إلى العدد المتزايد للخدمات التي تقدمها المستشفى وإلى صور التقدم التكنولوجي، بدون أن يذكر النمو في الحجم الكلي للمستشفى باعتباره يسهم في التقسيم المتزايد لواجبات الأعمال.

## 1 - التدرج الاجتماعي ووظائف المستشفى:

تتمثل 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 درجات المهارات المكتسبة، والدرجة التي يتعامل بها الأعضاء مع المرضى.

ويفرض التدرج الصارم الذي يؤدي إلى تجميد الحراك أو التنقل قيوداً 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 إضافي.

ولنظام التدرج أيضاً نتائج تنعكس على رعاية المرضى، إذ برهن كل من **سيمان وإيفانز** باستخدام مقاييس للاتجاهات وتقييم الرؤساء للعمل والتقارير الذاتية، على أن الأطباء المقيمين لنوبات أربعة عشر وحدة من هينات التمريض ذات مستويات تدرج متباينة شعروا بأن معلومات التنسيق المتعلقة بالمريض (وهي مطلب أولي لعمل الفريق) كانت أفضل في وحدات هيئة التمريض ذات التدرج الأقل، وأكثر من ذلك وفيما يرى الأطباء المقيمين تحقق فرصة أفضل للتعليم في الوحدات ذات الدرجة الدنيا في التدرج، كما قرر الفاحصون أيضاً أنهم يمضون وقتاً أقل يخصصون فيه المريض بعناية سيكولوجية، وذلك في الوحدات ذات التدرج الأعلى ويمكن للباحث أن يستخلص من مثل هذه الشواهد نتيجة مضمونها أن الدرجة العليا للتدرج في البناء الاجتماعي للمستشفى تسهم في إفقار نوعية رعاية المرضى من خلال إعاقة الاتصال الضروري لعمل الفريق والحد من العناية النفسية المقدمة للمريض.

## 2 - البناء غير الرسمي للمستشفى:

والعامل الثاني الذي يميل إلى تخفيف التوترات الناشئة عن الخصائص البنائية، هو الذي يؤثر في نمو بناء غير رسمي وأنساق اتصال غير رسمية، ففي أي نوع من المواقع الاجتماعية حيث يتفاعل الجمهور عبر فترة زمنية طويلة قد تكون العلاقات الناشئة من نوع العلاقات الأولية في معظمها، بمعنى أنه سيكون هناك ميلاً بين هؤلاء الأفراد إلى أن لا يأخذوا في اعتبارهم فقط الأدوار التنظيمية التي يلعبها الآخرون (ونعني الأوضاع في البناء الاجتماعي الرسمي) وإنما النظر إليهم في ضوء شخصياتهم، والاهتمامات غير التنظيمية المشتركة، وتميل الاتصالات في الجماعات التي تمتاز بالعلاقات الأولية إلى أن تكون عميقة وأكثر حرية في تدفقها، وهكذا فإنها تدور حول قنوات الاتصال الرسمية المغلقة، ولهذا قد يحدث نوع 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 أيضاً الاتصال غير الرسمي والفهم الشخصي، وفي نفس الوقت يحث على التمسك بهدف رعاية المريض، فمثلاً، 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، وتؤدي هذه العوامل وغيرها إلى نتيجة مؤداها أن كل صراع ينشأ في ظل بعض الظروف التي تميز موقفاً معيناً أو جماعة في هذا الموقف يمكن حله عن طريق التفاوض.

### ثالثاً: البناء الاجتماعي ونماذج رعاية المرضى:

إن دراسة البناء الاجتماعي النظامي ما هي إلا دراسة لتنظيم الأدوار بغية إنجاز الأهداف، وأن التعريف المعياري لسلوك الدور يحدد استناداً إلى التفاعل بين من يلعبون هذه الأدوار، وفي إطار المنظمات الصحية وتركيزها على الهدف العام لرعاية المرضى، تختلف الأهداف الخاصة وكذلك توقعات أدوار الأعضاء في الجماعات الفرعية المتباينة من منظمة إلى أخرى، وهكذا يمكن بناء على هذه الخصائص الأهداف التنظيمية وتوقعات الدور والمسلمات المتعلقة بالمرضى، أن تتضح نماذج متباينة لرعاية المرضى.

وهناك عموماً ثلاثة نماذج مثالية يمكن النظر إليها بإمعان وهي:

#### 1 - نموذج الرعاية التحفظية:

يتمثل 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 المساعدة للفقراء والمعوزين وللمرضى الذين يحتاجون إلى إحسان، وكان دور المرضى مرتبط بتوقع كل ماله صلة بالإحسان أو حب الخير المصاحب بين المرضى وبين من يحسنون إليهم وهكذا كان يتوقع من المرضى أن يكونوا ممتنين للخدمات التي تقدم لهم وأن يعبروا عن قدر مناسب من الاحترام أو الإذعان تجاه المحسنين لهم، 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 كان 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 هدفاً لإجراءات إدارية أو تنظيمية أكثر منهم أفراداً لهم مشكلات خاصة.

#### 2 - النموذج الكلاسيكي للرعاية:

لقد أمد التقدم 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 للمرضى.

ولكن هناك أيضاً تيار الحاجة الملحة (الضرورة) المرتبط بالعلاج في موقع المستشفى، ولقد ترك طابع الضرورة الملحة والإلزامية هذا للرعاية الطبية آثاره على التوقعات المتعلقة بالأدوار الاجتماعية في المستشفى، وإذا كانت معظم أوجه النشاط المتعلقة بالرعاية الطبية تسير على وتيرة واحدة عادة، إلا أنه يستشهد بالضرورة الاتفاقية للفعل الحاسم الذي يحول دون الموت في الغالب باعتباره مبرراً للطابع العسكري الذي يميز البناء الاجتماعي للمستشفى، ويعتقد عموماً بأن الانشغال المسبق بأن المرضى لديهم دافع غامر بأن يشفوا مما يعانون منه يعد بمثابة مبرراً لتوقعات شكواهم.

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

وفي الحقيقة ونتيجة لما يعاني منه المرضى نجد أن معظم وقتهم في المستشفى في حالة اعتماد على غيرهم ويعجزون عن اتخاذ قرارات خاصة بهم، ونتيجة لأن معظم الأمراض الجسمية الخطيرة تحتاج إلى حدوث تدخل بيولوجي حتى يتم الشفاء بسرعة، فإن مرضى المستشفى يعتبروا هم الأشخاص الذين ينبغي العمل بدلاً منهم ومن أجلهم حتى يتحقق الشفاء.

والنتيجة المترتبة على ذلك هي أنه من المتوقع أن يكون المريض هو المتلقي السلبي للرعاية الطبية، والمريض الأمثل هو الذي لا يشكو وإنما هو الذي يتعاون، وغالباً ما يميل العاملون في المستشفى إلى النظر إلى





المرضى باعتبارهم أهدافاً وذلك لأسباب تتعلق بمنطق الممارسة الطبية وبحالة الاعتماد التي تميز المرضى، ويصبح المريض من الناحية الاجتماعية والبيولوجية بمثابة حالة، ينبغي التعامل معها في إطار فئوي أكثر من التعامل معها في إطار تفاعلي.

ويفترض النموذج الكلاسيكي للرعاية أيضاً أن المريض سيعامل أساساً في ظروف قاسية وأنه في اللحظة التي يتم فيها التشخيص والعلاج المناسبين فإن المرضى سيكتب لهم الشفاء وبإمكانهم مباشرة أدوارهم العادية بدون مساعدة.

### 3 - نموذج إعادة التأهيل:

قد يكون نموذج إعادة التأهيل معارضاً في معظم جوانبه للنموذج الكلاسيكي للرعاية، حيث أن النموذج الأخير يركز على مواقف الضرورة الملحة والقاسية، لفترة قصيرة عادة، غير أن نموذج إعادة التأهيل يختص بأشكال الإعاقة المزمنة والتي إذا استجابت للعلاج فإنها لا تستجيب إلا عبر فترة طويلة من الزمن نسبياً، وبدلاً من تركيز النموذج الكلاسيكي على شفاء المرضى من خلال إجراءات العلاج والتشخيص، فإن نموذج إعادة التأهيل يركز على تعويض الوظيفة العادية، والتكيف والتكهن بما سيكون عليه المريض وإعادة تدريبه، ولذلك، فلم يكن بإمكان المرضى أن يكونوا مجرد متلقين سلبيين للرعاية، وإنما ينبغي في هذا النموذج لإعادة التأهيل تشجيعهم ودفعهم إلى المشاركة مع الهيئة في إنجاز أقصى مستوى ممكن من الوظائف، وأكثر من ذلك ينبغي على مختلف فئات العاملين من أعضاء الهيئة استخدام مهاراتهم الفريدة على نحو من التنسيق، بمعنى أن يصبحوا أعضاءً في فريق العلاج.

إن دافعية المرض في نموذج إعادة التأهيل تختلف عن مثيلتها في النموذج الكلاسيكي للرعاية والذي يفترض في ظله دافعية المرضى بأن الشفاء متوقع وسريع وفي الغالب مفاجئ، ولذلك ينبغي أن تبدل بطريقة عمديه وأن يتعلم أعضاء الهيئة الرضا بقدر ضئيل من التقدم.

ولدعم عملية إنجاز العلاج في المواقع الطبية ينبغي على العاملين في إعادة التأهيل تطوير أساليب عديدة من بينها:

1 - الأخذ بالإيديولوجية التي تركز على أن إعادة التأهيل تمثل حالة خاصة من حالات تطبيق الإجراءات المشتركة في ميدان الطب ككل.

2 - تنمية تخصصات في الطب والعلاج المساعد.

3 - التأكيد على عمل الفريق بين أعضاء الهيئة.

4 - إقامة برامج علاجية خارج المستشفى مثل الرعاية المنزلية.

### خصائص البناء الاجتماعي للمستشفى:

1 - 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 الكاريزمية.

2 - يعتبر تقسيم العمل المتطرف بمثابة سمة ثابتة للمستشفى، وهو تقسيم لا نجده فقط بين أعضاء الهيئة الطبية، وإنما نجده أيضاً بين الهيئة الإدارية بالمثل.

3 - والسمة الثالثة للمستشفى الحديثة في طبيعتها التسلطية والتي نشأت في جانب منها من نموذج السلطة البيروقراطية الرشيدة والقانونية التي تحددها فيها المسئوليات بوضوح وترتب القواعد التي تغطي مواقف كثيرة متباينة.

وتؤدي هذه السمات وغيرها التي تميز بناء المستشفى إلى نوع من الصراع بين الأفراد والجماعات داخل موقع المستشفى، والمشكلات التي تثار في معظمها، تتوقف على صور الولاء المهني، ويميل تقسيم العمل المتطرف الذي يقلل من تدفق الاتصالات إلى تجميد حركة أو تنقل عدد كبير من أعضاء هيئة المستشفى، ويؤثر





هذا بدوره على نوعية رعاية المرضى وفي الروح المعنوية للعاملين كما يؤثر في علاقات المستشفى بالمجتمع المحلي الخارجي.

وتتمثل القوة الثانية في تنمية الجماعات غير الرسمية داخل التنظيم الرسمي، والتي تسمح بإنجاز أوجه نشاطات معينة بغض النظر عن السدود المحتملة التي يفرضها البناء الاجتماعي، وليس هناك شخصاً في المستشفى يملك ناصية القوة المطلقة، وأن كل صور الصراع قابلة للتفاوض بمعنى أنه برغم نظام المساومة والأخذ والعطاء، يمكن أن تحل الصراعات المختلفة.

## الأسرة والزواج وعلاقتهما بالمرض

### المنظور السوسيولوجي للأسرة:

إن النظر إلى الوظائف التي تؤديها الأسرة يعتبر من المناهج المألوفة في تعريفها أو محاولة التعرف عليها وهو يسمى بالمدخل الوظيفي، ويمكن تحديد وظائف الأسرة في الوقت الحالي في وظيفتين رئيسيتين: (1) إشباع الرغبات الجنسية للأفراد البالغين ومنحهم الاستقرار، (2) إنجاب الأطفال وتربيتهم وإعالتهم، وقد يكون للأسرة وظائف أخرى عديدة تقوم بها بالفعل، إلا أن الوظيفتين السابقتين تعتبران أهم الوظائف المتبقية لها.

إن المدرسة الوظيفية في علم الاجتماع ترى أن الأسرة تقوم (بإنتاج) الناس بطريقتين: **الأولى:** هي تنشئة الأطفال للقيام بأدوار البالغين بصورة موافقة عليها ومتوقعة من الجماعة الاجتماعية التي يعيشون فيها، **والثانية:** أن تعمل الأسرة على تثبيت الشخصيات البالغة في الأدوار المتعارف عليها اجتماعياً للأزواج والزوجات.

وهناك وسيلة أخرى تم التركيز عليها في مجال وظيفة الأسرة في تربية الأطفال من خلال التركيز المتزايد على المنظمات المجتمعية للأسرة، فالعائلية وهي الاسم السوسيولوجي لهذا التوجه الأسري يتضمن أسلوباً من المعيشة يتركز على الأسرة الصغيرة المكونة من أبوين وأطفالهما وهي التي تمثل نوعاً من الاستثمار العاطفي في العلاقات الأسرية التي تتضمن بالنسبة لكل أعضاء الأسرة مصدرهم الرئيسي في المساندة الاجتماعية والسيكولوجية، ذلك لأنه إذا أصبح العمل بالنسبة لعدد كبير من الناس أقل إشباعاً لأنه تحول إلى نمط أكثر تخصصاً وروتينية فإن البديل هنا للتغلب على هذا النقص في الإشباع الفعلي يتركز على البيت والأسرة.

### الأسرة بوصفها البيئة المحيطة بالمرضى:

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

1 - التجاوز أو التغاضي ويحدث ذلك عندما يمكن إخفاء العاهة إخفاء كاملاً بقدر الإمكان.

2 - التطبيع أو التعود ويحدث ذلك عندما نستبعد العاهة باعتبارها شيئاً لا أهمية له.

3 - الانفصال أو التحلل وهي الوحيدة بين الخطط الثلاث الخداعية التي تتطلب تنازلاً عن السلوك الطبيعي أو الفعل، وفي هذه الحالة الأخيرة هي بالنسبة لكثير من الناس تنطوي على قطع الصلات الطبيعية بالأعضاء الآخرين في المجتمع وذلك من أجل التجنب المحتمل لمواجهة واقع العاهة.

وهناك مظهران لخلفية أسرة المريض يبدو أنهما وثيقا الصلة بالتساؤل عن مرضه **الأول** هناك البناء الداخلي للأدوار الذي يميز أسرة كل مريض بصفة خاصة، وهو بناء يكون هو نفسه أساساً في جميع الأسر الطبيعية، **والثاني** التجمع الخاص بأنماط الشخصية والأحداث المرتبطة بكل أسرة على حدة.

إن حاجة الأسرة لمواجهة اتجاهات اجتماعية حادة أو لا عقلانية يصبح أمراً واضحاً وخاصة في حالة المرض العقلي فإذا نظرنا إلى وطأة المرض العقلي على الحياة الأسرية لوجدنا شيئاً هاماً وغريباً حيث ينظر إلى الأسرة في هذه الحالة على أنها سبب هذا المرض، ولكن من ناحية أخرى فإن هذه النظرة يمكن أن تدلنا على الطريقة التي تندمج فيها الأسرة اجتماعياً أو تكون مسئولة أو مشاركة في هذا المرض.



## الأسرة بوصفها مسبباً للمرض:

تؤكد كثير من الدراسات الحديثة في هذا الميدان على الدور السببي للأسرة في عملية المرض، ويرى بعض العلماء أن الأمراض التي يمكن أن تظهر في محيط الأسرة تلازمها في الحاضر وفي تجارب أعضائها المستقبلية داخلها، وهذا الرأي يتعارض مع وجهة النظر القائلة بأن أمراض أعضاء الأسرة تنشأ من تجاربهم في الطفولة، وكثير من الأبحاث التي تبنت هذا الغرض ركزت على دور الأم في الأسرة، حيث أن حلقة واسعة من أعراض واختلال أنماط السلوك تعزى إلى رعاية الأم الناقصة لأطفالها، وتناقض هذه الادعاءات سواء كانت صادقة أم لا، تتضمن بعض النقد للأسرة كنظام اجتماعي.

إن مصطلح الأمومة يتخذ صورة مثلية في عقول كثير من الأفراد حيث يشير إلى صورة دافئة لأم وطفل يرتبطان معاً في اطمئنان متبادل ويرضى كل منهما احتياجات الآخر.

من الممكن الإحاطة بكثير من المتناقضات المتصلة بالأمومة في المجتمع الحديث ومثال ذلك، الفكرة العامة القائلة بأن مهارات الأمومة وقدراتها تصل إلى النساء بصورة تلقائية أو عفوية، إلا أنه تبين أن حوالي خمس الأمهات يجدن صعوبة بالغة في الوصول إلى علاقة مناسبة مع أطفالهن، وهذا يلفت النظر إلى الحقيقة بأن الدوافع البيولوجية لا تربط بالضرورة الأم والطفل معاً.

إن الاهتمام المعاصر بالسلوك المتصل باتجاهات الأم وخاصة إذا نظرنا إليه من الناحية التاريخية، وهو السلوك الذي نتوصل إليه من دراسة أطفال المؤسسات أو الأطفال الذين لا مأوى لهم الذين يعيشون بصفة دائمة في مثل هذه المؤسسات، إن اضطرابات السلوك التي تلاحظ على مثل هؤلاء الأطفال تنسب عادة إلى افتقارهم إلى حب الأم وذلك مثل انكماشهم عن التفاعل الاجتماعي والنوم طويلاً أو البكاء المستمر أو الحساسية المفرطة أو القبيح أو الصراخ الحاد أو التبول اللا إرادي، وقد قيل أن السبب في كل هذا هو غياب الأم ولم تكن هناك محاولة لفهم الأبعاد المختلفة لتنظيم العناية بالطفل ورعايته في هذه المؤسسات التي تقام خصيصاً لرعاية هذا النوع من الأطفال.

هناك حاجة مشابهة إلى أن نضع في اعتبارنا المتغيرات المتعددة التي تنشأ عندما ننظر في التأثيرات المتعلقة بالانفصال الطويل عن الأم عن تلك التي تتعلق بابتعاد الأم في العمل، ويغطي مصطلح (فقدان الرعاية الأمومية) حلقة واسعة من التجارب المختلفة، بما في ذلك الدخول قصير الأجل إلى المستشفى أو المدارس الداخلية، الذي يتيح تجارب فراق متنوعة، ورعاية نظامية من نوع آخر، تختلف عن تلك التي كان يلقاها الطفل وهو في رعاية أمه، وعند تقييم تأثيرات أي من هذه التجارب، تظهر عوامل متعددة مثل سن الطفل في وقت الانفصال، وطبيعة العلاقة بين الأم والطفل قبل الانفصال، ورد فعل الأم بالنسبة للموقف ونوع البيئة (باردة أم أليفة) التي يحدث فيها، ووجود أو غياب أعضاء الأسرة الآخرين.

ويؤكد البحث الذي قدمه **راتر** أن الخلاف بين الوالدين قد يكون أكثر تأثيراً من الانفصال عن الأم أو الأب في الاضطراب طويل المدى، فالخلافات بين الوالدين ترتبط بالاضطرابات السلوكية غير الاجتماعية في الأطفال، وحتى في مجال انحراف الأحداث فقد تبين أن الأسرة المنهارة قد لا ينتج عنها أطفال منحرفين مثلما يحدث في الأسر غير المنهارة ولكنها أسر تتميز بالخلافات وعدم الانسجام.

## أدوار الجنس (الذكورة والأنوثة) والمرض:

لعله من أبرز وظائف الأسرة في المجتمع الحديث هو إنتاج أو إنجاب أشخاص أصحاء.

إن معدلات الحدوث تبعاً للتمايز في الجنس بالنسبة لعدد من الأمراض، يمكن وصفها بصورة عامة كشيء مؤكد يلاحظ في بعض الأوقات، وهذا يتضمن **مرض القلب، وقرحة المعدة والاثنا عشر**، ومرض الاكتئاب، والاضطرابات النفسية العصبية، ويلاحظ أن المرضين الأول والثاني هما في العادة أمراض متعلقة بالرجال، بينما المرضين الآخرين أكثر ارتباطاً بالنساء.

في دراسة تحليلية عن أدوار الجنس والمرض العقلي تبين أن القدر الأكبر من المرض العقلي في السكان من النساء يرتبط بمكانتهن الاجتماعية، حيث تبين أن المرأة تعاني كثيراً من الضغوط والتوترات نتيجة لارتباطها بدورها كأنتى وما يترتب على ذلك من ارتباط بتربية الأطفال والأعمال المنزلية هذا فضلاً عن عملها بالخارج، حيث تقوم في هذه الحالة بدورين (ربة منزل وعائلة لأسرتها).



<http://hamdisocio.blogspot.com>

ويؤكد **كوماروفسكي** أن المرأة تكون أكثر اندماجاً من حيث دورها في أسرتها أما الرجل فإنه يكون أكثر اندماجاً في عمله.