الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية العظمى

جامعة التحدي – سرت

كلية الآداب والتربية

قسم علم الاجتماع

بحث بعنوان :

إدراك الطبيب للعوامل الاجتماعية والثقافية لإصابة وعلاج بعض الأمراض

دراسة ميدانية على مستشفى الشهيد أمحمد المقريف المركزي اجدابيا

بحث مقدم لاستكمال متطلبات الحصول على درجة التخصص العالي (الماجستير)

في علم الاجتماع

إعداد الطالب :

سامي عبد الكريم حامد الأزرق

إشراف :

أ.د.زينب محمد زهري

أستاذ علم الاجتماع بجامعة قاريونس

العام الجامعي 2005- 2006 إفرنجي

الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية العظمى

جامعـــــــة التحدي-سرت

كلية الآداب والتربيـــــة

قسم الاجتماع

"إدراك الطبيب للعوامل الاجتماعية والثقافية لاصابة وعلاج بعض الأمراض "

"دراسة ميدانية على مستشفى الشهيد امحمد المقريف المركزي اجدابيا "

إعداد :سامي عبدالكريم حامد

أعضاء لجنة المناقشة :

1- د / زينب محمد زهري

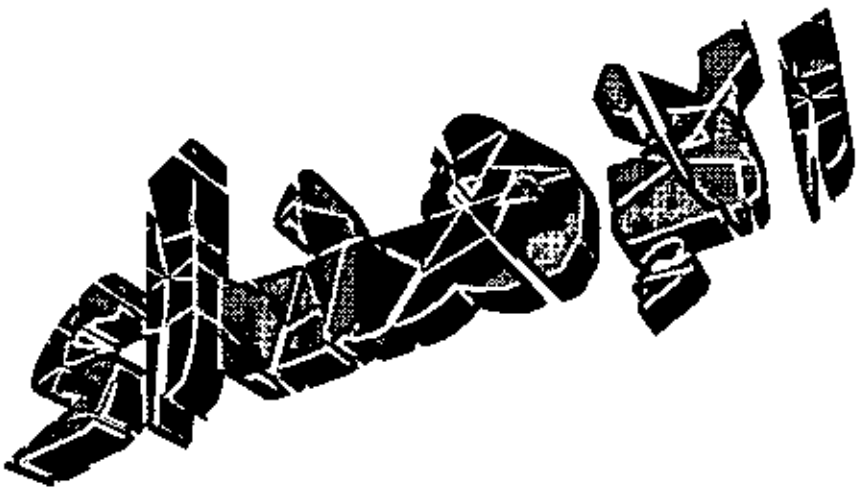
2- د / صالح علي الزين

3- د / لوجلي صالح الزوي

التوقيع:

أ. رحمة ابوبنينة عبدالسلام
أمين إدارة الدراسات العليا بالكلية

يعتمد
أ. حمد أحمد الحاج
أمين اللجنة الشعبية لكلية الآداب والتربية



إلى الذين تفيض قلوبهم حباً وعطاء

إلى من واسوني بثقة ونقاء

إلى والدي العزيزين اهدي هذا

الجهد المتواضع

عرفاناً وتقديراً وحباً بسخاء

شكر وتقدير

نشكر الله العلي القدير الذي منا عليّ بإتمام هذا العمل المتواضع لاقف اليوم له شاكراً ثم لاثني بالشكر والتقدير على كل من مدّ لي يد العون والمساعدة لاقف اليوم وأقدم لهم الشكر والتقدير، وأتقدم بخالص شكري وامتناني للأستاذة الدكتورة زينب محمد زهري على ما قامت به من جهد في توجيهي وليظهر البحث بهذه الصورة ،فلها مني كل إجلال وتقدير .

كما أتقدم بجزيل الشكر والعرفان للأستاذ الدكتور عبد الله الهمالي والأستاذ الدكتور لوجلي صالح الزوي والأستاذ الدكتور محمد المداعي والأستاذ الدكتور ميكائيل الرفادي ، على كل جهد قاموا به من أجل إنجاز هذه المرحلة ، كما أتقدم بجزيل الشكر والامتنان للأستاذ والأخ العزيز محمد فرج صالح رحيل على وقوفه معي ومؤازرته لي طيلة فترة الدراسة .

كما أتقدم بخالص الشكر والتقدير لطلاب السنة الثالثة بالمعهد العالي الصحي اجدابيا شعبة المختبرات والتمريض دفعة العام 2005 - 2006 على مجهوداتهم من أجل تجميع البيانات الخاصة بهذه الدراسة .

كما أتقدم بالشكر والتقدير للأخوة الأطباء العاملين بمستشفى الشهيد أحمد المقريف المركزي اجدابيا ، وإلى كل من ساهم في هذه الدراسة ، والذين لا يسعني المقام لذكر أسمائهم جميعا سواء بتقديم المساعدة أو بالكلمة الطيبة .

وأتقدم بجزيل الشكر لإخوتي وأخواتي وزوجتي العزيزة الذين ساندوني طوال فترة دراستي وكانوا خير زاد لي وخير عون على تخطي هذه المرحلة بكل عزيمة ومثابرة .

بسم الله الرحمن الرحيم

والذي هو يطعمني ويسقين ﴿79﴾ وإذا مرضت فهو

يشفين ﴿80﴾ والذي يميتني ثم يحيين ﴿81﴾

صدق الله العظيم

سورة الشعراء
الآية 79- 81

فهرس الموضوعات

م	الموضوع	رقم الصفحة
1	المقدمة	7

الفصل الأول :

م	الموضوع	رقم الصفحة
1	تقديم	14
2	مشكلة الدراسة	15
3	أهداف الدراسة	17
4	أهمية الدراسة	19
5	تعريف مصطلحات الدراسة	20
6	المتغيرات الأساسية الواردة في الدراسة	26
7	الدراسات السابقة	27
8	مقارنة بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة	46
9	تساؤلات الدراسة	47
10	خاتمة	48
11	هوامش الفصل الأول	50

الفصل الثاني :

م	الإطار الاجتماعي للصحة والمرض	رقم الصفحة
1	تقديم	54
2	مفهوم المرض	56
3	العوامل التي تحدد معنى المرض	63
4	مفهوم الصحة	68
5	مفهوم الصحة العامة	72
6	الأمراض ذات الصبغة الاجتماعية	75
7	الصحة والمرض من الجانب الاجتماعي	87
8	تأثير العادات والتقاليد على الصحة والمرض	91
9	العوامل الثقافية وأثرها على صحة ومرض الإنسان	94
10	التثقيف الصحي	98
11	خاتمة	101
12	هوامش الفصل الثاني	103

الفصل الثالث :

م	العلاقات الاجتماعية بين الفئات العاملة في مجال الطب والمرضى وتأثيرها على إدراك الطبيب	رقم الصفحة
1	تقديم	108
2	العلاقات الاجتماعية	109
3	المكانة والدور	110
4	دور الطبيب	112
5	المسؤولية الطبية للطبيب	113
6	دور المريض	114
7	لقاء الطبيب بالمريض	117
8	التفاعل بين الأطباء والمرضى	118
9	علاقة الطبيب بالمريض	121
10	التأهيل العلمي والخبرة الفنية للطبيب	124
11	تغير العلاقة بين الطبيب والمريض	126
12	علاقة الطبيب بالممرضة	130
13	البعد الاجتماعي للصحة والمرض	133
14	علاقة الأسرة بالمرض	136
15	الدور الاجتماعي لأطباء المستقبل	140
16	أخلاق الطبيب المهنية	141
17	العلاقة الاجتماعية بين الأطباء في المستشفى	144
18	خاتمة	147
19	هوامش الفصل الثالث	149

الفصل الرابع :

م	الإطار العملي للبحث	رقم الصفحة
	تقديم	152
	أولاً : الإجراءات العملية للدراسة	
1	مجتمع الدراسة	153
2	وحدة المعاينة	154
3	مجال الدراسة	154
	المجال الزمني	155
	المجال الجغرافي	155
	المجال البشري	155
4	نوع الدراسة والمنهج المستخدم	156
5	أداة جمع البيانات	156
	ثانياً : الدراسة الميدانية	
1	تحليل وعرض البيانات	157
2	اختبار تساؤلات الدراسة	204
3	النتائج العامة للبحث	212

4	صعوبات الدراسة	213
5	توصيات البحث	214
6	الخاتمة	215

الملاحق

1	استمارة الاستبيان	216
2	جدول عمل الأطباء	223

المراجع

1	المراجع	225
2	الدوريات	229
3	الرسائل العلمية	229

فهرس الجداول

م	المتغير	ر.ص
1	جدول رقم (1) يوضح النوع	157
2	جدول رقم (2) يوضح الحالة الاجتماعية	158
3	جدول رقم (3) يوضح المستوى العلمي للأب	158
4	جدول رقم (4) يوضح المستوى العلمي للأم	159
5	جدول رقم (5) يوضح مهنة الأب	160
6	جدول رقم (6) يوضح مهنة الأم	160
7	جدول رقم (7) يوضح دخل الأسرة	161
8	جدول رقم (8) يوضح المستوى العلمي	161
9	جدول رقم (9) يوضح التخصص	162
10	جدول رقم (10) يوضح سنوات الخبرة	163
11	جدول رقم (11) يوضح العمر	163
12	جدول رقم (12) هل تسأل المريض عن أسباب المرض الحقيقية	164
13	جدول رقم (13) هل يفصح المريض في اعتقادك عن كل ما يسبب له المرض	164
14	جدول رقم (14) احرص على إعطاء تعليماتي للمرضى بنفسي وأوضح لهم طرق العلاج	165
15	جدول رقم (15) أعطي تعليمات العلاج للمرضى بنفسي وأوضح لهم طرق العلاج	165
16	جدول رقم (16)هل تتبادل الاراء والأفكار بينك وبين المريض في كيفية القضاء على المرض	166
17	جدول رقم (17) هل يتعاون معك المريض في معرفة أسباب المرض الذي يعاني منه	166
18	جدول رقم (18) هل يتعاون معك المريض بإتباع نصائحك الطبية للوصول إلى الشفاء	167
19	جدول رقم (19) هل يتعامل معك المريض بمودة وتفاهم	167
20	جدول رقم (20) هل تعتقد أن من مهام الطبيب أن يجعل المريض ينظر إليه كمحط للثقة	168
21	جدول رقم (21) هل تعتقد أن المريض ينظر للطبيب على أنه عامل مساعد على الشفاء فقط	168
22	جدول رقم (22) هل يأخذ الطبيب بالعوامل الاجتماعية والثقافية المسببة للمرض والتي تؤدي إلى العلاج	169
23	جدول رقم (23) أتعامل مع المرضى الذين يعانون من أمراض خطيرة ومزمنة معاملة خاصة	170
24	جدول رقم (24) ليس من الضروري وجود أي نوع من العلاقات الاجتماعية بين الطبيب والمريض	170
25	جدول رقم (25) أتأفف من بعض المرضى أثناء التعامل معهم	171
26	جدول رقم (26) استمتع بعملي عند إقامة علاقة صداقة مع مريض	172
27	جدول رقم (27) أؤيد زيارة المريض في البيت والكشف عليه	172
28	جدول رقم (28) من الضروري مناقشة المرضى في موضوع مرضهم ومضاعفاتهم	173
29	جدول رقم (29) يلجأ المرضى في كثير من الأحيان إلى الطبيب من اجل النصيحة فقط	173
30	جدول رقم (30) أشياء أخرى تذكر كتابتاً	174
31	جدول رقم (31) العلاقة غير الرسمية بين الطبيب والمريض تؤدي إلى وجود نوع من الارتياح بين الطرفين	174
32	جدول رقم (32) العلاقة الجيدة بين الطبيب والمريض تجعل المريض يصارح الطبيب بمشاكله الشخصية وطلب مساعدته	175

33	جدول رقم (33) أعتقد أن وجود علاقة بين الطبيب والمريض تؤدي إلى سرعة التمثل للشفاء	175
34	جدول رقم (34) هل ترى أن هناك فرق في الكشف والمعاملة على المريض في المستشفى العام والعيادة الخاصة	176
35	جدول رقم (35) إذا كان هناك فرق فما هو	176
36	جدول رقم (36) معظم المرضى الذين أعالجهم لديهم قدر من الوعي الصحي	177
37	جدول رقم (37) إن المرضى الذين أعالجهم يتقيدون بتعليماتي في العلاج والمراجعة	178
38	جدول رقم (38) يرجع كثير من المرضى مرضهم لأسباب غيبية كالسحر والحسد	178
39	جدول رقم (39) هل توافق بأن المرض هو حدث اجتماعي يمكن تفسيره علم الحياة وعلم الطب	179
40	جدول رقم (40) عند علاج المرضى يجب إدخالهم من ضمن نموذج السلوك المنحرف	179
41	جدول رقم (41) لعلاج الأمراض هل يجب أن نفهم الخصائص الفسيولوجية والبيولوجية للشخص فقط	180
42	جدول رقم (42) كثير من المرضى يحملون ثقافات منغلقة ولا يتقبلون تعليمات الطبيب	180
43	جدول رقم (43) لا أتعامل مع المرضى الذين لا يتقيدون بتعليمات الطبيب	181
44	جدول رقم (44) تلعب ثقافة المرضى دورا أساسيا في اصابتهم بالمرض	181
45	جدول رقم (45) هل تسأل المريض عن عمره ونوع عمله قبل عملية الكشف عليه	182
46	جدول رقم (46) هل تعتقد أن العمر والمهنة لها علاقة بالمرض	182
47	جدول رقم (47) أتعامل مع المرضى بالكلام فقط ولا ضرورة للكشف عليهم	183
48	جدول رقم (48) أتعامل ع المرضى بالكلام والكشف الطبي معاً	183
49	جدول رقم (49) هل تسأل المريض عن خبرته ومعلوماته حول المرض الذي يعاني منه	184
50	جدول رقم (50) ما معنى المرض عند المريض من وجهة نظرك	185
51	جدول رقم (51) كم من الوقت تقضي للكشف على المريض	185
52	جدول رقم (52) ما تقييمك لتقييم المريض لنفسه	186
53	جدول رقم (53) إذا كان تقييمه غير علمي فلماذا	186
54	جدول رقم (54) أدرك أن هناك أمراض ذات طبيعة اجتماعية	187
55	جدول رقم (55) اعتقد أن بعض من يترددون على الطبيب للعلاج يتمارضون	187
56	جدول رقم (56) اعتقد أن بعض من يترددون على الطبيب للعلاج هم مرضى يتوهمون المرض	188
57	جدول رقم (57) اعتقد أن بعض من يترددون على الطبيب هم مرضى بالفعل	188
58	جدول رقم (58) اعتقد أن بعض من يترددون على الطبيب يحاولون التهرب من بعض المسؤوليات الاجتماعية والاقتصادية	189
59	جدول رقم (59) اشعر أحيانا بأنني لا أستطيع تشخيص المرض بدقة	189
60	جدول رقم (60) إذا كان الجواب بنعم فلماذا	190
61	جدول رقم (61) هل يمكنك فهم السلوك الاجتماعي للمرض عند تشخيصه	190
62	جدول رقم (62) هل يمكنك أن تدرك السبب الحقيقي لزيارة المريض	191
63	جدول رقم (63) يتقبل المريض تعليماتي إذا كان بيني وبينه اتصال مباشر	191
64	جدول رقم (64) هل تستطيع تشخيص المرض إذا كان اجتماعي المنشئ	192
65	جدول رقم (65) كثير من الأمراض يمكن علاجها بوسائل اجتماعية	192
66	جدول رقم (66) هل تجد اختلاف بين المرضى في وصفهم لحالتهم المرضية من حيث الأسباب والأعراض	193
67	جدول رقم (67) هل توافق مع القول أن أسباب الأمراض تبدأ أسباب اجتماعية ثم نفسية ثم بيولوجية	193
68	جدول رقم (68) إن أهم ما في العملية العلاجية هو التفاعل بين الطبيب والمريض	194

69	جدول رقم (69) ليس من الضروري أخبار المريض بموضوع مرضه	194
70	جدول رقم (70) إن ضغط الحياة النفسي والاجتماعي سبباً في الإصابة بالمرض	195
71	جدول رقم (71) كيف تعرف أعراض المرض عند المريض	195
72	جدول رقم (72) هل تتمتع بمميزات مادية في عملك	195
73	جدول رقم (73) هل راتبك الشهري يكفي حاجتك	196
74	جدول رقم (74) هل ترغب في العمل بالعيادة الخاصة لزيادة دخلك الشهري	196
75	جدول رقم (75) هل هناك فرق في التعامل مع المرضى في العيادة الخاصة والعامة	197
76	جدول رقم (76) ما ابذله من جهد لا يتناسب مع ما احصل علية من مرتب	197
77	جدول رقم (77) هل أنت راض عن مكانتك الطبية بالمستشفى	197
78	جدول رقم (78) إذا كنت غير راض فلماذا	198
79	جدول رقم (79) هل المستشفى مجهز بكل مايلزم لعلاج المرضى	198
80	جدول رقم (80) هل التهوية في غرف المستشفى جيدة وتساعد على العلاج والشفاء من الأمراض	199
81	جدول رقم (81) هل الطعام الذي يقدم للمرضى في المستشفى يتناسب وحالتهم الصحية	199
82	جدول رقم (82) هل نوعية وكمية العلاج المتوفرة في المستشفى كافية لإتمام عملية العلاج	200
83	جدول رقم (83) هل هيئة التمريض مؤهلة بشكل يسمح لهم بتقديم المساعدة الفنية للطبيب وتسهيل عمله	200
84	جدول رقم (84) هل تعتقد أن المستشفى هو المكان المناسب لراحة المريض وتلق العلاج	201

المقدمة

المعرفة ليست حكمة ، ولا التبحر في المعرفة أكثر فلسفة وحكمة ، ولو كان في المعرفة خلاص للعالم ، لكنا الآن في حالة من السعادة .

والإنسان السعيد والحكيم هو الذي يتذوق طعم السعادة فيسعى دائماً ليعيش بعيدا عن المنغصات والمكدرات .

والمرض هو اكبر المنغصات في حياة الإنسان ، فالصحة تاج على رؤوس الأصحاء لا يراه إلا المرضى .

ولعل موضوع الصحة والمرض هو شغل العالم الشاغل اليوم فالمرض والوباء باختلاف أشكاله وأنواعه أصبح يشكل تهديدا لحياة الإنسان والصحة العامة بشكل عام .

فما أن يظهر مرض مجهول في أي بقعة من العالم حتى تهرع منظمة الصحة العالمية لمعرفة أسباب ظهور المرض وبكل الوسائل المتاحة والمعروفة تتضافر الجهود بين الدول والمؤسسات في الدولة الواحدة للقضاء على هذا الوباء خوفا من انتشاره .

إن هذه المخاوف ليست كما يتصورها البعض مجرد أوهام لا أساس لها من الصحة ، فالاقتصاد والسياسة وكل مظاهر الحياة الأخرى مهدده إلى حد كبير بالانهيار في ظل وجود أمراض معدية بين البشر .

فكان لزاما على الدول أن تحافظ على صحة الإنسان الجسمية والنفسية والعقلية وتمده بكل ما من شأنه أن يدعم هذه الصحة ، لكونها الرافد الوحيد لتحريك عجلة الإنتاج وتقوية الاقتصاد في الدولة وهي القوة العسكرية التي بها تحافظ الشعوب على أراضيها وتمنع عنها العاصبين .

إن صحة الإنسان ليست بالشيء الهين وهي أغلى ما يملك الإنسان اليوم ، بل وحتى الفقير في أي مكان يجب الحفاظ على صحته وسلامته وضرورة خلوه من المرض بل يصل الأمر للحفاظ على صحة الوافدين من الأمراض كي لا يتسبب بعدوى الأصحاء وينتشر المرض أو الوباء فيصيب الدولة بنكبة المرض وتصبح السيطرة عليه من الصعب تحقيقها .

ولهذا كان لوسائل الإعلام دورا مهما في نقل الإنسان من مرحلة التخلف إلى التقدم عن طريق نشر الوعي الصحي وتحذير الناس من خطر المرض وصعوبة السيطرة على الأمراض المتفشية في بعض المجتمعات الموبوءة واتخاذ كافة التدابير الازمة التي من شانها أن تحمي وتقي الإنسان من الأخطار التي تحدق به سواء في البيئة الطبيعية أو في محيطة الاجتماعي .

ولعل مرض الإيدز هو الوباء الوحيد الأكثر انتشارا ، والأكثر خطرا اليوم ، فهو يتسلل إلى الجسم ويتلف خلايا المناعة دون أن يشعر المريض بذلك ، وله سرعة عجيبة في الانتشار بين مختلف فئات المجتمع ، وخاصة الشباب .

ومن هنا نرى دور وسائل الإعلام في التحذير من هذا المرض اللعين والفتاك والمخاطر الناتجة بسبب الوضع الاجتماعي والأخلاقي المتدهور في المجتمعات اليوم ناهيك عن انهيار القيم الإنسانية والشرائع السماوية والتي تحذر من مغبة سلوك الإنسان الطرق المشبوهة في عملية إشباع اللذة الجنسية .

لذلك كان واجباً على الطبيب أن يكون على علم بمسببات المرض ويدرك أن للمرض أبعاد اجتماعية تؤثر على الإنسان وصحته .

وكما هو معروف أن مرض الإيدز ظهر من بقعة معينة من الأرض وانتشر عبر انتقاله بين البشر بصورة عدوى قاتلة ليجد العالم نفسه اليوم أمام تحدي خطير وفريد من نوعه ، حتى أن عدد المصابين بهذا الوباء في العالم اليوم أصبح مبهم بالنسبة للمسئولين لسرعة انتشاره وخوف المصابين من افتضاح أمرهم مما يجعل موضوع حصرهم صعب للغاية ، وحسب تقديرات الأمم المتحدة فإن المصابين بهذا المرض يصل إلى حوالي العشرة ملايين نسمة موزعة على جميع دول العام .

وتلعب وسائل الإعلام الدور الأكبر والأبرز في التحذير من هذا الخطر القادم من الحضارة الغربية والتقدم المزيف بشتى الطرق والوسائل الممكنة .

إن الأمراض بغض النظر عن أشكالها وأنواعها فهي سبب رئيسي تأخير عجلة الحياة ، فكم من أمراض وأوبئة حصدت أرواح الآلاف من البشر وفي زمن قياسي ، كمرض الطاعون ، والذي ينتشر في لحظات ويقضي على حياة الإنسان الذي يتعرض له في اقل من أربعة وعشرين ساعة ، وهو كفيل بأن يقضي على مدينة كاملة في غضون ثلاثة أيام على أعلى تقدير ، فهذا المرض حصد في فترة من الفترات في دول عديدة أرواح بشر وقضى على مدن كاملة .

ولعل الأمراض اليوم والتي تنتشر بسرعة بين بني البشر تلقى في كثير من الأحيان استجابة سريعة من المنظمات وهيئات الإغاثة العالمية والحكومات والدول ، ورغم ذلك يبقى أمر السيطرة على المرض أمرا مرهون بوعي الإنسان وثقافته وابتعاده عن التقاليد والعادات الضارة وإتباع الطرق العلمية الصحيحة في العلاج والوقاية من الأمراض ، ومهما يكن من أمر فإن العلاج اليوم قد لا يكون متوفر دائما بصورة متماثلة أو حتى كافية لكل المرضى ، فهناك دول فقيرة لا يمكنها أن توفر العلاج الكامل وبأسعار مناسبة لكل المرضى فيها وقد يكون المريض نفسه لا يملك ثمن الدواء ، ناهيك عن الحروب التي مزقت البشر وسمحت للمرض بان ينتشر بكثرة الجثث في الشوارع ومخلفات القنابل وما ينتج عنها من مواد كيميائية سامة وضاره بالإنسان والحيوان بل وحتى الحياة النباتية والمائية .

ورغم إن في هذه المواضيع دروسا كبيرة وخاصة في علم الاجتماع الطبي ، إلا أن الباحث يتناول جزء بسيط منها لعله يستطيع تقديم بعض ملامح المرض الذي يصيب الإنسان رغم اختلاف الطريقة ، فالمرض العضوي يعالج بشكل طبيعي وبالعقاقير الطبية وقد يكون المرض الناشئ بأسباب عضوية يعالج بطريقة غير العقاقير لوجود العامل الاجتماعي في حياة الناس والذي يلعب دور بارز في الإصابة والعلاج من بعض الأمراض .

ولذلك يبقى السؤال موضوع البحث قائما ، هل يدرك الطبيب بصورة أو بأخرى أثر العوامل الاجتماعية والثقافية في الإصابة ببعض الأمراض ، وهل يدرك الطبيب إن تلك العوامل المسببة للمرض أحيانا هي نفسها التي تعالج المرض الذي نشأ بسببها من الجهة الأخرى .

ومن خلال التساؤلات التي تطرحها هذه الدراسة والهدف الذي تسعى إلى التحقق منه ، من أن للعوامل الاجتماعية دور في الإصابة بالمرض أو أن العلاقة بين الطبيب والمريض لها اثر فعال في الشفاء من الأمراض ، وهل للاتصال المباشر بين الطبيب والمريض أي أثر ايجابي في سرعة تماثل المريض للشفاء ؟

وكما نعلم أن الشفاء قد لا يكون أمرا مرجوا من بعض الأمراض وخاصة المرضى الذين يعانون من أمراض قاتلة كمرض الإيدز أو السرطان في مراحله المتطورة أو أي مرض آخر . إلا أن دمج المريض المصاب بمثل هذا المرض أو غيره من الأمراض العادية التي يمكن أن يشفى منها في المجتمع ومعاملته على أساس انه فرد عادي وأن مرضه لا يدعوا إلى الخوف ، وإذا ما تعاون الطبيب وأسرة المريض وأصدقاءه في إيصال تلك الحقيقة للمريض وكل من له علاقة به ، فإن حال المريض سوف يتغير لا محالة .

أن المساعدة الطبية لا تعني طلب الدواء بقدر ما تعني طلب المساندة والمؤازرة الاجتماعية والألفة المعهودة في بني الإنسان ، ولعل هذا النداء غير واضح في سلوك المرضى ، إلا أن ذلك الإحساس وهذا الشعور موجود حقيقة إذا ما بحثنا عنه في داخلنا وفي داخل كل مريض ، فالمريض لا يحتاج إلى أكثر من ذلك ، ومن ثم يأتي دور العلاج الطبي .

إن الدراسات السابقة والتي درست هذا الموضوع والتي توفر جزء يسير منها للباحث ، أثبتت بما لا يدع مجالا للشك أن العامل الاجتماعي هو أهم العوامل على الإطلاق في العملية العلاجية ، باستثناء بعض الأمراض والتي تحتاج إلى علاج طبي بحت .

حتى الأمراض التي يكون العلاج فيها بطريقة طبية كالجراحة مثلا تحتاج إلى قدر كبير من التعبير الودي والاجتماعي والوقفة الجادة من الأسرة والأقارب لجانب المريض ومن الطبيب ليشعر المريض وكأنه في فترة نوم مؤقتة وليس تحت تأثير المخدر .

وفي هذه الدراسة تناولنا موضوع المؤثرات الاجتماعية على المرض ، وكذلك المؤثرات الثقافية ، وكيفية إدراك الطبيب لهذه المؤثرات في عملية الصحة والمرض .

وتنقسم هذه الدراسة إلى أربع فصول تبحث في كل فصل منها على مفاهيم تتعلق بالصحة والمرض وعلاقة الطبيب بالمريض ، ففي الفصل الأول نتناول المفاهيم الاجتماعية للصحة والمرض ، ويبحث هذا الجزء من هذه الدراسة في بعض المفاهيم كالصحة والمرض والأمراض التي لها أبعاد اجتماعية ، كمرض السرطان ، والإيدز ، وضغط الدم ، ومرض السكر .

وكذلك البعد الاجتماعي للصحة والمرض ، واهم العوامل الاجتماعية والثقافية وتأثيرها على صحة الإنسان كالعادات والتقاليد والمفاهيم الاجتماعية والثقافية الخاطئه.

واختتم الفصل بموضوع التثقيف الصحي وأهميته بالنسبة للطبيب المعالج والمريض الذي يسعى طلبا للعلاج .

ويتناول الفصل الثاني بالشرح والتحليل العميق موضوع الإطار الاجتماعي للصحة والمرض .

وتتمحور أهمية هذا الفصل من خلال عدة مواضيع هي غاية في الأهمية بالنسبة لموضوع الدراسة ، فقد تناولنا موضوع العلاقات الاجتماعية والمكانة والدور في النسق الطبي ، ودور الطبيب والممرضة ، ودور المريض من جهة أخرى ، وكذلك علاقة الطبيب بالمريض وعلاقة التفاعل بشكل عام بين الأطباء والمرضى عند اللقاء الأول في المستشفى

ولم نرى مناص من التعرض لموضوع مهم جداً وهو أهمية التأهيل الطبي والفني للأطباء وأهمية الخبرة في مجال الطب والأمراض والتعاملات الخاصة مع المرضى .

كما أننا لم نستبعد موضوع آخر وهو موضوع البعد الاجتماعي للصحة والمرض ومدى تأثير المرض على أسرة المريض وعلى نفسية المريض نفسه .

ومن ثم يأتي الفصل الثالث ليغطي جانباً مهماً من هذه الدراسة وهو العلاقات الاجتماعية بين الفئات العاملة في مجال الطب والمرض .

ورغم أن موضوع الدراسة يبحث في زاوية معينة وهي مدى إدراك الطبيب لدور العوامل الاجتماعية والثقافية في إصابة وعلاج بعض الأمراض ، إلا أنه قد تم طرح موضوعات أخرى ذات أهمية بالغة وتخدم موضوع البحث .

رأى الباحث ضرورة ذكرها ، وسوف يتم ربط مأتم ذكره في الإطار النظري بالدراسة الميدانية والتي تتجسد في تساؤلات الدراسة الواردة عقب الدراسات السابقة .

ومن خلالها نحاول الإجابة عن بعض التساؤلات والتي ربما تخدم النسق الطبي والطبيب بشكل كبير في العملية العلاجية والطبية بشكل عام ، وربما تضع أمام دارس علم الطب نبراس يهتدي به الطلاب إلى الطريقة المثلى للتعامل مع مرضاهم .

الفصل الأول

- تقديم
- مشكلة الدراسة
- أهداف الدراسة
- أهمية الدراسة
- تعريف مصطلحات الدراسة
- الدراسات السابقة
- مقارنة بين الدراسة الحالية بالدراسات السابقة
- تساؤلات الدراسة
- خاتمة

تقديم

يتناول الفصل الأول بالشرح والتحليل الأهداف الأساسية لهذا البحث والأبعاد الاجتماعية للمشكلة المطروحة ، كما يتناول أهمية العوامل الاجتماعية والثقافية المسببة للمرض وكيف أصبحت هي الدائرة الأولى في أبحاث العلماء المهتمين بمجال الطب والأمراض الاجتماعية .

كما يتناول هذا الفصل بالشرح والتحليل موضوع الدراسات السابقة التي تناولت موضوع الصحة والمرض من وجهة نظر علماء الاجتماع ، وكيف يمكن أن يدرك الطبيب العوامل الاجتماعية والثقافية المسببة للمرض ، والتي تكون السبب في علاج نفس المرض .

ولا يمكن معرفة الطريقة التي يدرك بها الطبيب أسباب المرض إلا من خلال طرح بعض التساؤلات التي من خلالها يمكن التعرف على الكيفية التي يمكن أن يدرك بها الطبيب أسباب الأمراض الاجتماعية وأهمية العلاقات الاجتماعية في علاج بعض الأمراض اجتماعية المنشئ .

ولكي ينجلي الغموض في موضوع الدراسة سوف يتم تعريف كافة المصطلحات التي من خلالها إزالة اللبس على الباحث أو القارئ ، فمن خلال توضيح المصطلحات يمكن التعرف على نية الباحث ومقصده بمجرد مراجعة التعريفات التصورية والإجرائية .

مشكلة الدراسة :

لعل موضوع علم الاجتماع الطبي من بين أكثر المواضيع أهمية في الوقت الحاضر ، وذلك للعلاقة الوثيقة التي تربط الطب بعلم الاجتماع ، وامتزاج العلمين في قالب واحد ويعالج مشكل بين الفرعين .

أن من بين أهم المشاكل التي تسعى الدراسة لإيجاد الدوافع وراء حدوثها وإمكانية التغلب على عدم فهم الطبيب للمريض أو عدم استجابة المريض للطبيب ، و علاقة الطبيب بالمريض .

ولكن ليست كل العلاقة بين الطبيب والمريض بل تحاول الدراسة الولوج إلى جزء معين من هذه العلاقة المباشرة والتي تتم بشكل مباشر ودون تدخل من احد، وتأثيرها على الحالة الصحية للمريض .

ولعل موضوع هذه الدراسة وهو إدراك الطبيب للعوامل الاجتماعية والثقافية في إصابة وعلاج بعض الأمراض ، دال على المساحة التي تناول بالبحث والتقصي . ففي عالمنا اليوم والذي يعتمد على السرعة في إنجاز الأحداث والتغاضي عن كثير من الأحداث الأخرى والتي لا تبدو في نظر الآخرين ذات أهمية رغم أهميتها فعلا في داخل الحدث الذي يمر بنا في كل يوم .

وتكمن مشكلة الدراسة في مدى إدراك الأطباء المعالجون لأسباب المرض الحقيقية وحتى إذا أدرك الطبيب أسباب المرض هل يعلم أن الأسباب البيولوجية تحدث نتيجة عوامل أخرى مسببة لها غير عضوية ؟ وإذا تمكن الطبيب من الوصول إلى هذه النتيجة بفهمه وخبرته ، هل يستطيع علاج تلك الأمراض التي نشأت بأسباب غير عضوية بنفس الطريقة التي كانت سبباً في حدوثها ؟

وتعتبر مشكلة الدراسة غاية في الأهمية وذلك لضرورة وجود أفراد أصحاء في المجتمع والذين يسعون للنهوض به ، والذين لا يتأتى لهم هذا إلا عن طريق ارتفاع معدلات الصحة وانخفاض معدلات المرض .

ولهذا نسعى من خلال هذه الدراسة الوصول إلى معرفة ما إذا كان الأطباء على قدر كافي من الإعداد المتميز لمعرفة الأسباب الحقيقية لحدوث المرض الناشئ أصلا بمسببات اجتماعية ، فكثرة الأحداث والصراعات والمشاكل في المجتمع وداخل الأسرة وفي محيط العمل كلها تؤدي إلى الإصابة بالمرض ، فمشاكل الصحة النفسية ومشاكل الصحة البدنية كمرض السكر ومرض الإيدز وضغط الدم ، كلها أمراض تلعب العوامل الاجتماعية والثقافية دورا كبيرا في ظهورها وخطورتها .

فمرض الإيدز مثلا والذي يعتبر من الأمراض الفتاكة يحدث بسبب العلاقات الاجتماعية غير المشروعة وغير السوية ، وبسبب انعدام الأخلاق الإنسانية ، مما يسبب هذا النوع من الأمراض .

فمعرفة مدى استيعاب الأطباء لهذه الحقيقة ؟ وهل يجعلونها في قائمة اولوياتهم عند علاجهم الطبي لهؤلاء المرضى ؟ هو أمر على قدر من الأهمية .

إن كثير من الأطباء لا يعير العامل الاجتماعي أي اهتمام أثناء علاج المريض ، مما يجعل العملية العلاجية غير مكتملة وناقصة .

وفي الحقيقة إذا أمعنا النظر في اسلوب العلاج المتبع لدى الطبيب لا نرى إلا الكشف الطبي كوسيلة لعلاج المرض ، وإذا ما تتبعنا اسلوب احد الأطباء في علاج كل المرضى الذين يترددون علية ليوم واحد نجد أن العلاج المهني هو المسيطر على اسلوب الطبيب .

إن هذا القصور يعتبر حلقة مفقودة في عملية العلاج والذي نتج عن عدم إعداد مركز متميز للأطباء في كليات الطب ، مما أدى إلى خلل في العملية العلاجية .

إن الإعداد الاجتماعي ضروري لطلاب الطب والذين هم في الأساس أطباء المستقبل ، إلا أن هذا الجانب مهمل في كليات الطب وكليات صحة المجتمع ، وكأن الطبيب الذي يسعى للحصول على شهادة الطب لا يعيش في مجتمع تسوده العلاقات الاجتماعية والتداخل الاجتماعي وغيره من عمليات الصراع والتنافس والتغير الاجتماعي ، وهذه بدورها تؤثر على سلوكه وفي نفسيته وتنعكس على صحة المريض .

ومن هنا نجد أن موضوع إدراك الطبيب للعوامل الاجتماعية والثقافية المتعددة للأفراد والشعوب ومعتقداتهم مهم جدا في إيجاد طبيب واعي يستطيع أن يتعامل مع المرضى ويساعدهم على حل مشاكلهم الصحية .

ومع ذلك لا يجب أن نتجاهل أن المرض قد يكون في كثير من الأحيان بسبب طبي بحت ، بمعنى أنه ليس بالضرورة أن يكون وراء كل مرض عضوي سبب أو أسباب اجتماعية أو نفسية ، بغض النظر عن نتائج المرض .

ولهذا نؤكد على أن الإعداد الجيد للطبيب في أثناء فترة دراسته في الكلية وهو طالب على مقاعد الدراسة ذو أهمية بالغة ، كي تتشكل معالم الشخصية الحقيقية للطبيب المنشود في المجتمع والذي تكون له رؤية واضحة في كل الأمور التي تتعلق بمجال عملة ومهنته ، ولمعرفة كل الأسباب الحقيقية الكامنة وراء المرض وسوء الحالة النفسية للمريض .

إن إدراك الطبيب لهذه العوامل ليس بالأمر الهين ، فهو يتطلب مهارة ودقة عالية وقدره على التنبؤ والتشخيص الصحيح ، فكلما كان الطبيب على قدر كبير من التركيز فإن العملية العلاجية وتشخيص المرض يصبح أمراً في غاية السهولة واليسر .

وعلى العكس من ذلك ، فكلما كان الطبيب قليل الخبرة والإعداد ولا يتمتع بتركيز عال فإن النتائج تأتي على حسب التشخيص غير الدقيق ، ويقع المريض ضحية التشخيص الخطأ .

أهداف الدراسة :

كما هو معروف في الدراسات الاجتماعية أنها تهتم بالعلاقات الاجتماعية في المجتمع و دور الفرد في هذا المجتمع من حيث هو فرد فاعل وليس آله تؤدي وظيفة .

ومن هنا فإن هذه الدراسة تهدف إلى الوصول لنتائج قريبة من الواقعية في مفهومها العام وبيان فيما إذا كان للعوامل الاجتماعية والثقافية أي دور في إصابة الناس بالمرض

كما إنها تهدف إلى معرفة أهمية العلاقة بين الطبيب والمريض ، وهل تؤدي هذه العلاقة في نهاية السلسلة العلاجية إلى الشفاء أكثر من العقاقير الطبية ؟ أو على الأقل الأمراض التي تحتاج إلى هذا النوع من العلاج ؟

بالإضافة إلى ذلك هل يعرف الطبيب أن وجود علاقة اجتماعية حميمة وودية بينه وبين المرضى الذين يعالجهم أو يشرف على علاجهم في أحد المراكز الطبية ، لها أثر في عملية العلاج ؟و هل يعلم الطبيب أو يدرك أن للعوامل الاجتماعية (كالقيم الاجتماعية والتقاليد والبيئة الأسرية والضغوط الاجتماعية والوظيفة والبيئة المحيطة ، أي دور على صحة الإنسان ؟

أم يعلم أن العوامل الثقافية تؤدي إلى إصابة الإنسان بأمراض مختلفة كالعادات والتقاليد والأعراف السائدة في المجتمع بين عامة الناس والأميين بوجه خاص .

أما عن الهدف العلمي لهذه الدراسة يكمن في معرفة مدى قدرة الطبيب المعالج التعرف على أهمية الدور الاجتماعي والثقافي في الإصابة بالمرض وأهميته في علاج تلك الأمراض التي نشأت أصلا بسببها .

ويمكن صياغة الأهداف العلمية لهذه الدراسة على الشكل التالي :-

1- التعرف على دور العوامل الاجتماعية والثقافية في الإصابة ببعض الأمراض .

2- التعرف على أهمية العلاقات الاجتماعية بين الطبيب والمريض في علاج بعض الأمراض ذات المنشئ الاجتماعية .

3- التعرف على دور الطبيب وهو فرد يعيش داخل المجتمع في نهج الأسلوب الامثل لعلاج المشكلات الصحية في إطارها الاجتماعي والثقافي .

أما الأهداف العملية لهذه الدراسة فهي كالأتي :

1- هل يدرك الطبيب أن للعوامل الاجتماعية والثقافية أي دور في علاج المرضى ؟

2- هل يدرك الطبيب أن للعلاقة الاجتماعية مع المرضى اثر ايجابي على صحتهم ؟

أهمية الدراسة :

تكمن أهمية هذه الدراسة في إبراز جانب مهم من جوانب علم الاجتماع الطبي ، وتركز على دور العوامل الاجتماعية والثقافية في التسبب بالإصابة في بعض الأمراض وعلاجها .

إن المجتمع السعيد هو ذلك المجتمع الخالي من الأمراض والذي يتمتع فيه الفرد بصحة جيدة ومستوى معيشي مرموق .

ولعل المجتمعات اليوم تتسابق من اجل رفع مستوى الصحة بين أفراد المجتمع لان الفرد في المجتمع كلما كان صحيح الجسم ومعافى كانت له القدرة العالية على العطاء والإنتاج .

فالإنسان داخل المجتمع يتعرض لكثير من الضغوطات اليومية سواء في مجال عمله أو في نطاق الأسرة أو الحي الذي يعيش فيه ... الخ .

وقد ينتج في بعض الأحيان اضطرابات تؤثر على سير حياته النمطية مما يجعله فريسة سهلة للمرض ، مما يدفعه لزيارة الطبيب المختص للتخلص مما الم به من أوجاع غير طبيعية ، والتي أثرت على دوره وسلوكه العام .

ومن هنا يأتي دور الطبيب ليتدخل في حياة المريض وتبدأ العلاقات الاجتماعية تتشكل بين الطبيب والمريض ، للتخفيف من وطأة الألم على المريض .

فإذا كان الطب يركز في علاجه على الجانب المهني والإكلينيكي فقط ، يكون ذلك سبب في تأخر عملية الشفاء أحياناً .

فالفرد في المجتمع هو عامل وموظف وفرد اجتماعي في أسرة يؤدي دور مهم في المجتمع وله وظيفة يؤديها داخل النسق الواحد وفي كل القطاعات التي هو عضو فيها ، فإذا ما أصيب هذا الفرد بمرض معين أدى ذلك إلى تركة لموقع عملة وتأخر عملية الإنتاج أو توقفها وبالتالي تأخر المجتمع ، فالمجتمعات الحديثة تتسابق من أجل السيطرة على المرض وتوفير مستوى صحي واجتماعي مرموق لأبنائها للاستفادة منهم في العطاء ورقي المجتمع

فأهمية الدراسة هي معرفة فيما إذا كان الطبيب يدرك أهمية العامل الاجتماعي والثقافي في إصابة وعلاج بعض الأمراض ؟ وهل يعلم الأطباء أن لهذه العوامل أهمية بالغة في عملية الصحة والمرض ؟

فالمجتمع بحاجة لفرد سليم الجسم قادر على البذل والعطاء ، وفي هذه الدراسة نحاول أن نلتمس موضع الإصابة والعلاج وننير الطريق أمام الطبيب كي يتحسس الوجع وموطن الألم للسيطرة علية ، والحفاظ على المجتمع من المرض .

تعريف مصطلحات الدراسة :

(1) المؤسسة الطبية :

أ / التعريف التصوري :

((كل هيئة أو وحدة أو تنظيم يستهدف تقديم رعاية صحية سواء كانت علاجية ، أو وقائية أو إنشائية وسواء كانت رعاية عامة أو رعاية متخصصة بلا استثناء وتكتسب المؤسسة هذه الصفة العلاجية أو الوقائية الصحية لوجود عدد مناسب من المتخصصين في شؤون الطب كالأطباء والممرضين والأخصائيين في شؤون العلاج أو الكشف أو التحليل ...الخ))[1]

((المؤسسة الطبية هي كل وحدة أو تنظيم مستقل لخدمات علاجية ، خدمات وقائية أو استثنائية ، وينطوي تحت المؤسسة العلاجية : المستشفيات العامة والعيادات والمستشفيات التخصصية والمستوصفات)) [2]

ب/التعريف الإجرائي :

يقصد بالمؤسسة الطبية ذلك المكان الذي يضم الأطباء والمرضى والعاملين ، وتمارس فيه الخدمة الطبية للمرضى ويحتوي على أجنحة خاصة بإيواء المرضى والاعتناء بهم وببعض الحالات المرضية التي يتم متابعتها من خلال إشراف الطاقم الطبي المتخصص.

2- **المريض :**

أ/ التعريف التصوري :

((ذلك الشخص الذي يحدث له خلل أو اضطراب في عنصر من عناصر شخصية الجسمية أو النفسية أو العقلية أو الاجتماعية وبذلك يمكن تصنيف المرض تبعا لهذه الاضطربات))(3)

((وفي الماضي كان يستخدم مصطلح مريض patient ليشير إلى الشخص الذي يعاني من تعب ما وكان المصطلح يطلق على صاحب العضو المريض diseased organ أو مختل الوظيفة system malfunctioning أما الاستخدام الحديث لهذا المصطلح أصبح يشير إلى الشخص الذي يبحث عن العناية الطبية)) (4)

ب/ التعريف الإجرائي :

المريض هو ذلك الشخص الذي حدثت له تغيرات بيولوجية أثرت على سلوكه العادي مما اضطره إلى مراجعة الطبيب بحثاً عن علاج لحالته .

3/ **العلاقات الاجتماعية** Social Relation

أ/ التعريف التصوري :

((هي نموذج التفاعل المتبادل الذي يستمر فترة معينة من الزمن تؤدي إلى ظهور مجموعة توقعات اجتماعية ثابتة)) (5)

((العلاقات الاجتماعية هي أي اتصال أو تفاعل يقع بين شخص أو أكثر من أجل إشباع حاجات الأفراد الذين يكونون مثل هذا الاتصال أو التفاعل كاتصال البائع بالمشتري واتصال الطالب بالأستاذ واتصال القاضي بالمتهم واتصال الضابط بالجندي)) (6)

((العلاقات الموجبة : هي التي تؤدي إلى حفظ النوع الإنساني في العمل على بقاءه ودوام استقراره وتنمو باتجاه الأفراد والجماعات إلى التكامل وتوحد الموقف والأهداف.

والعلاقات السلبية : هي على عكس الأولى من حيث أنها تؤدي إلى روح العداء بين الجماعات والشعوب وتقوي عوامل الصراع وتوسع من نطاق الفوارق الطبيعية والاجتماعية)) (7)

ب/ التعريف الإجرائي :

العلاقات الاجتماعية هي كل علاقة تنشأ بين الطبيب والمريض وتكون هذه العلاقة مبنية على التفاهم والاحترام وذات طابع ودي وقائمة على أساس الثقة .

ومن خلال هذه العلاقة يمكن لكل من الطبيب والمريض أن يفهم كل منهما الآخر ، ويمكن أن يستوعب الطبيب شكوى المريض ومشاكله وظروفه التي أدت به إلى المرض .

4/ الدور Role

أ/التعريف التصوري :

((مجموعة توقعات تخص مكانه نسقيه بنائية يشغلها الفرد)) (8)

((هو مجموعة من القيم والمعايير التي تحدد السلوك المنتظر من شخص معين استنادا إلى سماته الشخصية وخصائصها .

وهو تصور لسلوك يرتبط بشخص معين وبصفة من صفاته الشخصية لأنه تعبير عن حاجاته الشخصية)) (9)

((وفي مقولة كلاسيكية لاحظ رالف لينتون Ralph Linton أن الوضع الاجتماعي هو – ببساطة – مجموعة من الحقوق والوجبات ، بينما يمثل الدور المظهر الحركي للوضع الاجتماعي)) (10)

ب/ التعريف الإجرائي :

يعني الدور أن لكل فرد في المؤسسة العلاجية دور خاص به وهو مميز عن بقية الأدوار يقوم به من اجل تقديم خدمة معينة للمرضى ، وهو عبارة عن نشاط حركي واجتماعي يتم من خلال وسط اجتماعي بين الطبيب والمريض مثلا .

5/ الاتصال : Communication

أ/ التعريف التصوري :

« الاتصال عملية تفاعل بين طرفين ...ضرورة من ضروريات استمرارية الحياة الاجتماعية لتحقيق التفاعل الاجتماعي » (11)

« ويعرف بأنه عملية اشتراك ومشاركة في المعنى من خلال التفاعل الرمزي ، وتتميز بالإيثار في الزمان والمكان ، فضلا عن استمراريتها وقابليتها للتنبؤ » (12)

« يعرف الاتصال على أنه انتقال المعلومات أو الأفكار أو الاتجاهات ، أو العواطف من شخص أو جماعة إلى شخص أو جماعة أخرى ، من خلال الرموز » (13)

« كما يعرف ستيينيز الاتصال بأنه استجابة الكائن الحي المميز إزاء محرض » (14)

ب/ التعريف الإجرائي :

الاتصال عملية المقابلة وانتقال المعلومات وجها لوجه ، بين الأشخاص وهو ما يعرف بالمقابلة الشخصية ويتم من خلال تبادل الأفكار والمفاهيم وكذلك تكون عملية مناسبة للتفاعل الاجتماعي وبناء العلاقات الاجتماعية بين الأفراد ، فمثلا كلما كان لقاء الطبيب بالمريض مباشرا (وجها لوجه) وبدون واسطة بينهما ، أدى ذلك إلى تقبل المريض التعليمات الصادرة من الطبيب وهذه انسب وسيلة اتصال بين الطبيب والمريض .

6/ العلاقات الاجتماعية الرسمية : Formal social Relations

أ/ التعريف التصوري :

« هي العلاقة التي يحدد أسسها ومفاهيمها القانون الرسمي للمنظمة الصناعية وغالبا ما يخدم هذا القانون قادة المؤسسة والمنظمات الاجتماعية ويهدف إلى ضمان قيام المؤسسة بإعمالها » (15)

« تعد المشكلة: مشكلة اجتماعية social problem حينما تكون أسبابها وعلاجها خارج نطاق الفرد وبيئته المباشرة » (16)

ب/ التعريف الإجرائي :

يقصد بالعلاقات الاجتماعية الرسمية ، تلك العلاقات القائمة على التعامل المحدد بقوانين وضوابط محددة ولا يجوز خرقها بين المتعاملين بها ، كأن تكون علاقة الطبيب بالمريض علاقة رسمية ولا يجوز لأي طرف من أطرف هذه العلاقة أن يتحدث في أي موضوع مهما كان غير موضوع المرض الذي يعاني منه كما أن هذه العلاقة قائمة على تعامل مؤقت وغير محدد بزمن معين .

7/ العلاقات الاجتماعية غير الرسمية : Informal social Relations

أ/ التعريف التصوري :

((وهي الاتصالات والتفاعلات التي تقع بين أعضاء المؤسسة مهما تكن أدوارهم الوظيفية والتي لا تحددها القوانين والإجراءات الرسمية بل وتحددها مواقف وميول واتجاهات ومصالح الأفراد الذين يكونونها ويدخلون في إطارها)) (17)

ب/التعريف الإجرائي :

ونعني بالعلاقات غير الرسمية هو عدم التقيد بالقوانين والضوابط الإدارية الصارمة والاستعاضة عنها بعلاقات عامة وودية بين الأفراد الذين يعيشون في مجتمع واحد وتسود فيه نوع من العلاقات البسيطة الخالية من الكلفة والتعقيد والترفع والتمسك بحرفية الضوابط القانونية المعقدة .

كالعلاقة الودية بين الطبيب ومرضاة يجب ألا تكون علاقة رسمية في إطار العمل والقانون بل يجب أن تكون العلاقة غير رسمية وودية يسودها نوع من الاحترام المتبادل والتفاهم بين الطبيب والمريض وحتى يتسنى للمريض التحدث إلى الطبيب المعالج بكل حرية ويمكنه الكشف عن مشاكله الشخصية التي تؤرقه وفي المقابل يمكن للطبيب أتباع أنجع السبل في علاج المريض ويبصره بموضوع مرضه وأبعاده الصحية والاجتماعية .

8/ الثقافة: Culture

أ/ التعريف التصوري :

عرف تايلور Taylor الثقافة على أنها ((الكل المركب من المعرفة والعقائد ، والفن ، والقانون ، والأخلاق ، والقيم ، والأعراف ، والقدرات التي يستطيع الفرد أن يكتسبها في المجتمع باعتباره عضواً فيه)) (18)

((فالثقافة تتألف من أنماط ، مستترة أو ظاهرة للسلوك المكتسب والمنقول عن طريق الرموز ، فضلاً عن الإنجازات المتميزة للجماعات الإنسانية ، ويتضمن ذلك الأشياء المصنوعة ، ويتكون جوهر الثقافة من أفكار تقليدية وكافة القيم المتصلة بها أما الأنساق الثقافية فتعتبر نتاج السلوك من ناحية ، وتمثل الشروط الضرورية له من ناحية أخرى))(19)

((ويعرف كلايد كلاكهو Kluckhoho الثقافة بأنها جميع مخططات الحياة التي تكونت على مدى التاريخ . بما في ذلك المخططات الضمنية والصريحة ، وهي توجد في أي وقت كموجهات لسلوك الناس عند الحاجة)) (20)

ب/ التعريف الإجرائي :

يقصد بالمفهوم الثقافي في هذه الدراسة معرفة الطبيب لبعض الثقافات الفرعية المسببة لبعض الأمراض ، فكثير من الشعوب لها ثقافتها الخاصة في فن علاج بعض الأمراض وإذا ما كنت احد الأفراد الذين يؤمنون بالثقافات الخاصة في علاج بعض الأمراض وانك معتاد على العلاج الشعبي الغير مدروس مثلا ، فهل يدرك الطبيب أن هذه الثقافات قد تكون سبب في إصابة بعض الناس بأمراض معينة وهل يمكن أن يعالجوا بنفس تلك المفاهيم الثقافية التي ورثوها عن ابائهم .

فالمفهوم الثقافي يعني قدرة الفرد على الالتزام بالعادات والتقاليد وقدرة الطبيب على علاج الأمراض الناتجة عن هذا الالتزام بنفس المفهوم الثقافي .

9/الإدراك:

أ/ التعريف التصوري :

((انـه نـوع مـن الاستجابة لا مجـرد أشـكال حسـية ، بـل رمـوز وأشـياء ، ترمـي هـذه الاستجابة إلى القيام بضرب معين من السلوك)) (21) .

ب/ التعريف الإجرائي :

يقصد بـالإدراك هو قدرة الطبيب علـى معرفـة الأسباب الحقيقيـة لزيـارة المريض لـه ، وهل يستطيع تشخيص المرض من ناحية اجتماعية .وهل يفهم الطبيب السبب الحقيقي وراء السلوك الشخصي للمريض .

المتغيرات الأساسية الواردة في الدراسة :

المتغير المستقل	**المتغير التابع**
1- العلاقة غير الرسمية	ارتياح المريض
2- الاتصال المباشر	تقبل تعليمات الطبيب
3- العلاقة بين الطبيب والمريض	مشكلات المريض الشخصية
4- العلاقة بين الطبيب والمريض	سرعة تماثل المريض للشفاء

الدراسات السابقة .

تعتبر الدراسات والبحوث العلمية ذات أهمية علمية بالغة في إنارة الطريق أمام الباحث وتوضح الكثير من الملامح العلمية التي لا يمكن أن تدرك ما لم يطلع عليها الدارس .

وفي هذا البحث استعان الباحث بما توفر لدية من دراسات عربية حول مواضيع تمس الدراسة الحالية بشكل مباشر أو غير مباشر ، وكان لها اثر بالغ الأهمية في تعديل الاستراتيجية البحثية وإثراء البحث بشكل عام . إن معظم الدراسات السابقة والتي تناولناها تعالج مواضيع بالغة الأهمية كموضوع دراستنا الحالي وهو العلاقات الاجتماعية الطبية داخل النسق الطبي ، وخاصتا بين الأطباء والمرضى الذين يخضعون للعلاج الطبي داخل المستشفيات أو مجرد مترددين على العيادات الصحية .

وقد تباينت الأهداف بين الدراسات السابقة ، كما اختلفت المناهج وذلك حسب نوع الدراسة وقد خلت إلى نتائج تطرقنا إليها بشئ من التفصيل .

وفيما يلي أهم هذه الدراسات والتي تمثل في مجملها تجارب ودراسات علمية عربية وغير عربية.

1- **الدراسة الأولى بعنوان :** نسق الخدمة الطبية في المجتمع المحلى . دراسة انثروبولوجية في إحدى القرى المصرية.

2- **الدراسة الثانية بعنوان :** المدخل الأنثربولوجي والتثقيف الصحي . دراسة ميدانية في مجتمع محلى .

3- **الدراسة الثالثة بعنوان :** مكانة وادوار الممرضين والممرضات في النسق الطبي .

4- **الدراسة الرابعة بعنوان :** دراسة ميدانية لتنظيم التفاعل والعلاقات في عنبر جراحة رجال بمستشفى ، كينجزتون بانجلترا.

5- **الدراسة الخامسة بعنوان :** الأبعاد الاجتماعية للرفض الاجتماعي لمرضى الجذام . دراسة في علم الاجتماع الطبي .

6- **الدراسة السادسة بعنوان :** تحليل الجانب السوسيولوجي لمشكلة العلاج داخل البناءات والمؤسسات التنظيمية والعلاجية.

7- **الدراسة السابعة بعنوان :** العلاقات الإنسانية في المستشفى . كارترايت 1994 Cartwright

8- **الدراسة الثامنة بعنوان :** دراسة بينية على صحة الشعب اليابانى .

9- **الدراسة التاسعة بعنوان :** المرضى ولجوئهم للرعاية الصحية . موقف الناس من الانتفاع بالخدمة الطبية والصحية في إيران

10- **الدراسة العاشرة بعنوان :** توضح العلاقة بين الطبقة والمرضى ونوعية التفاعل الاجتماعي في المؤسسات العلاجية .

<u>الدراسة الأولى:</u>

نسق الخدمة الطبية في المجتمع المحلى . دراسة انثروبولوجية في إحدى القرى المصرية. وقامت بهذه الدراسة نجوى محمود عبد المنعم عام 1989م على إحدى القرى المصرية ، وهى قرية (ناهية) إحدى قرى محافظة الجيزة التابعة لمركز إمبابة.

« وتكمن أهمية هذه الدراسة في التعرف على الدور الذي تلعبه جهود التنمية الصحية الرسمية وعلاقة ذلك الدور لأفراد مجتمعهم .

انطلقت هذه الدراسة من افتراض مؤداه أن مؤسسات العلاج الرسمي بالريف المصري تواجه العديد من المشكلات التي وقفت حائلا أمام قيامها بدورها بالقرية المصرية » (22)

وقد يكون من الممكن وجود خدمات طبية تقدم في المجتمع المحلي تشكل عائق أمام خدمات النسق الطبي العام ويعيق الجهود المبذولة في تأكيد أهمية دور العلاقات التي تلعب دوراً مهماً في هذا النسق .

فالنسق الطبي يتعرض إلى مشكلات وعراقيل كبيرة أثناء تأديته للواجب المناط به حتى في المراكز الحضرية المتقدمة فكيف الحال إذا ما كان هذا النسق داخل مجتمع متخلف من حيث العلاقات الطبية الرسمية وأهميتها في تقديم خدمات صحية لأبناء القرية البعيدة عن المراكز المتقدمة .

وقد استخدمت هذه الدراسة منهج دراسة الحالة وكانت الأسرة والوحدة الصحية وكذلك المعالجين الشعبين وحدات لدراسة الحالة .

إما وسيلة جمع البيانات فقد كانت الملاحظة بالمشاركة ولعل وسيلة جمع البيانات هذه تتمشى مع مجتمع الدراسة نظرا لكون معظم أفراده لا يجيدون القراءة والكتابة وكذلك فان مجتمعات القرى تكون في معظم الأحيان مجتمعات متخلفة لها عادتها وتقاليدها التي لا تسمح لهم بالإفصاح عن بعض أنماط التفاعل الاجتماعي الرسمي داخل مجتمعاتهم ، ويهتم الناس في المجتمعات الريفية ((بالفقهاء أكثر من الأطباء ويستعملون الوصفات الشعبية أكثر من استعمال الأدوية ويزورون الأضرحة أكثر من زيارتهم للمستشفيات)) (23)

فكل هذه المعتقدات التي تسيطر على هذا المجتمع الريفي تجعل أمر استخدام وسيلة أخرى لجمع البيانات أمرا في غاية الصعوبة فملاحظة سلوك وأنماط التعايش اليومي مع المرضى وزيارة الأطباء واستخدام الأدوية تتم ملاحظته من خلال الباحث للتعرف على الأنساق التي تحكم كل هذا التفاعل اليومي.

ويعتبر منهج دراسة الحالة منهج مناسب لكل الدراسات الأنثربولوجية بصفة عامة نظرا لكونه يهتم بدراسة الحالة بتعمق وعن قرب ولا يتيح الفرصة لتدخل توقعات الباحث التي قد تكون صحيحة في كثير من الأحيان .

وقد توصلت هذه الدراسة إلى نتائج مهمة في مجال نسق الخدمة الطبية في المجتمع المحلي وهذه النتائج هي:-

1- ((إن الدور المتوقع للخدمة الطبية ينحصر في الطبيب المعالج والأدوية التي تشفي الإمراض ، إلا أن الدراسة أظهرت أن هناك قصور في كلا الجانبين .

2- افتقار المجموعة إلى بعض المتخصصين كالصيدلي والفنات المعاونة .

3- تفتقر المجموعة إلى بعض الإمكانيات المادية كالأجهزة الطبية والمواد العلاجية

4- ضيق الأماكن المخصصة للكشف والعلاج مما يجعل المرضى يجلسون على الأرض .

5- نقص الأدوية من حيث الكم والكيف .

6- يتعالى أطباء المجموعة الصحية على المرضى ويتأففون من تعاملهم مع العلاجين .

7- عدم تحلي الطبيب بالجانب الاجتماعي لآداب المهنة حيث يغفل في تعامله مع أبناء القرية ثقافتهم وحياتهم الاجتماعية .

8- تتم العلاقة بين الطبيب والمريض في صورة رسمية تخلو من العلاقات الودية أو الإصغاء لشكوى المريض ، فهي علاقة من حيث الشكل فقط ودون المضمون المتوقع ، الأمر الذي يؤدى إلى إعاقة الأداء الفعلي الوظيفي لنسق الخدمة الطبية الرسمية داخل القرية)) [24] .

الدراسة الثانية :

المدخل الأنثربولوجي والتثقيف الصحي . دراسة ميدانية في مجتمع محلى ، قامت بها نجوى عبد الحميد سعد الله .

وقد جرت هذه الدراسة في نجع العبابده وهو واحد من المجتمعات البدوية في محافظة أسوان وبدأت هذه الدراسة في يوليو 1988 حتى 1990 م .

((وتهدف هذه الدراسة إلى محاولة إلقاء الضوء على كيفية القيام بعملية تثقيف السلوك الصحي لأحداث نوع من التنمية الصحية لأعضاء هذا المجتمع من خلال تعميم بعض الدراسات المرتبطة بالنظافة لشخصية ومحاولة تغيير اتجاهاتهم نحو تفسيرهم لبعض الأمراض بخلق اتجاه عدائي ضد المرضى)) [25] .

فمن خلال ملاحظات الباحثة لعادات أهالي النجع تبين لها ان الفرد داخل المجتمع البدوي المنغلق لا يمكنه تشكيل ادني فكره حول الثقافة الصحية والمحافظة على نظافته الشخصية ولا يمكن استعمال المرحاض الصحي ، فهو يعيش مع الحيوانات

التي يربيها في نفس المسكن وعلى مقربة منه ، بالإضافة إلى أن الفرد داخل هذا المجتمع يقضى حاجته في إي مكان من النجع دون أن يكون هناك مكان مخصص لذلك بالإضافة إلى روث الحيوانات الذي يملا الساحات العامة والأزقة وكثير من البيوت في هذا النجع .

والدراسة كانت تهدف إلى تكوين سلوك ثقافي صحي لأفراد هذا النجع وحثهم على الاهتمام بنظافتهم الشخصية ونظافة أطفالهم ومنازلهم واستخدام الوسائل الحديثة للحد من انتشار المرض بينهم وغسل اليدين والقدمين عند الانتهاء من الأعمال والاهتمام بنظافة الملابس ومكان الإقامة .

وقد اعتمدت هذه الدراسة على المنهج الأنثربولوجي وأساليبه المتمثلة في المعايشة ، والملاحظة ، والمقابلة ، ودليل العمل الميداني ، والصور الملونة ، والقصص المصورة ، والإخباريين ، والطريقة البيولوجية ، دراسة الحالة .

وقد توصلت هذه الدراسة إلى نتائج قيمه وهى:-

1- ((أن هناك علاقة بين زواج الأقارب في الجيلين الثاني والثالث والرابع ، وبين ظهور حالات مرضية (تخلف عقلي)(شلل) .

2- اعتياد أعضاء المجتمع البالغون من الجنسين ، ذكور وإناث قضاء الحاجة خارج المنزل .

3- شيوع تجفيف روث البقر في أكوام أمام المنزل نظرا لضيق المكان من جهة واستعدادا لنقلها للحقول من جهة أخرى .

4- عدم الفصل بين عالم الإنسان وعالم الحيوان .

5- تناول الطفل لطعام مكشوف أو مختلط بالتراب .

6- تناول الطفل غذاء دسماً (لحم – طعام دسم) .

7- كما أظهرت الدراسة أن هناك علاقة بين طبيعة موقع مجتمع الدراسة (نجع العبابدة) بمنأى عن التجمعات العمرانية المجاورة وما نتج عنها من صعوبة الاتصال بها وبين حرمان المجتمع من الخدمات الأساسية التعليمية والصحية والاجتماعية)) [26] .

فكل ما ذكر في نتائج هذه الدراسة يتناسب مع المنهج المستخدم ووسيلة جمع البيانات (الملاحظة) فلولا الملاحظة لا يمكن الحصول على إجابات ذات فائدة علمية يمكن الاعتماد عليها عند التعامل مع مثل هذه المجتمعات المتخلفة وقد تتعرض النتائج و التوصيات إلى تشويه من قبل المبحوث أو الباحث نفسه لجهله بالحقيقة .

الدراسة الثالثة:

مكانة وادوار الممرضين والممرضات في النسق الطبي . قام بها – عبد العزيز على الخزاعلة ، في المجتمع الأردني .

وتهدف هذه الدراسة إلى :-

1- ((تتبع تطور العمل التمريضي في النسق الطبي الأردني .

2- التعرف على العوامل التي دفعت الممرضين والممرضات للالتحاق بالعمل الطبي .

3- التعرف على تقييم الممرضين والممرضات لدرجة أدائهم لبعض الأدوار التمريضية وخصائص هذه الأدوار التي يقومون بها .

4- التعرف على تقييم بعض الممرضين والممرضات لبعض مزايا مهنة التمريض كالمزايا المادية ، والشعور بالأمن والاستقرار ، وعلاقتهم مع العاملين في النسق الطبي .

5- التعرف على العوامل التي تعوق الممرضين والممرضات في أدائهم لأدوارهم التمريضية .

6- التعرف على تقييم المرضيين والممرضات لمكانتهم التمريضية ، والعوامل المؤثرة في هذه المكانات حسب أهميتها بالنسبة لهم)) [27] .

أن هذه الدراسة تهدف إلى التعرف على مكانة وادوار الممرضين والممرضات في النسق الطبي والدور الذي يلعبه هؤلاء الممرضين مع بعضهم البعض وفى علاقاتهم

بالهيئة الطبية كاملة وما مدى انعكاس هذا الدور على المريض الذي يتلقى العلاج في هذا المستشفى .

فكما نعلم أن لأي فرد في المجتمع دورا خاصا به يؤدى من خلالها الدور الذي يناط به ولا يمكن إن يتحدد الدور إلا بوجود من يضفي صفته على من يقوم به ((فدور المعلم لا يتحدد إلا بدور الطالب و دور الطبيب لا يتحدد ألا بدور المريض وهكذا هذا النوع من التحديد والتقييم يمثل أحدى صور التكامل داخل النسق الواحد))[28] .

بالإضافة إلى ذلك طرح الباحث تساؤلات عدة حول مواقف الحياة اليومية التي تعيق أداء الأدوار بالنسبة للممرضين والممرضات ، كالعلاقات الودية مع المرضى .

وتعطى هذه الدراسة انطباعا خاصا حول الأدوار التي يمكن أن يؤديها الممرضين والممرضات والتي من خلالها تنشأ علاقات رسمية أو اعتيادية ودية يمكن ملاحظتها ويكون لها اثر كبير في معالجة المرضى ، بالإضافة إلى وجود تناسق في العمل الوظيفي داخل النسق الطبي .

واتبعت هذه الدراسة إجراءات منهجية محددة للوصول إلى تحقيق الأهداف التي قامت من اجلها وقد استخدم أسلوب العينة العشوائية حيث كانت مفردات الدراسة الممرضين والممرضات العاملين في المستشفيات المركزية وقد تم استخدام الاستمارة كوسيلة لجمع المعلومات والبيانات وتوصلت هذه الدراسة إلى نتائج من بينها :-

1- أعطاء الفرصة لطاقم الممرضين والممرضات في الحصول على معرفة جديدة ومستمرة من خلال أعطاء المحاضرات والندوات والسماح لهم في تخطيط العمل والرقابة الذاتية واستغلال قدراتهم العقلية والبد نية والعلمية .

2- إن قلة الأجور التي تدفع للممرضين والممرضات لا تثير دافع قوى لإنجاز العمل بشكل جيد وتعيق قدرتهم على أداء مهنتهم بالشكل المطلوب .

3- المحافظة على الاستقرار النفسي للممرضين والممرضات ،لابد من وجود حوافز مادية تغنيهم عن أداء مهنة أخرى تؤثر على عملهم بالمستشفيات .

4- شعور الممرضين والممرضات أن المجتمع لا يقدر هذه المهنة ولا يحصلون على التقدير والاحترام اللازم ولا يشعرون أنهم أعضاء فاعلون في هذا المجتمع .

الدراسة الرابعة:

دراسة ميدانية لتنظيم التفاعل والعلاقات في عنبر جراحة رجال بمستشفى ، كينجزتون بانجلترا.

(تحاول هذه الدراسة أن تصف وتحلل العلاقات السائدة في عنبر الرجال بمستشفى كينجزتون Kingston بمدينة هل Hull بانجلترا والبحث في عملية التفاعل بين هيئة التمريض والأطباء والتفاعل بين هيئة التمريض والمرضى ، بالإضافة إلى العلاقات والتفاعل بين المرضى مع بعضهم البعض داخل هذا العنبر .

وقد ركزت هذه الدراسة على جوانب مهمة والتي قد تعيق أو تحدّ من كفاءة مهنة التمريض والتي تؤثر بدورها على عملية العلاج كما تهتم هذه الدراسة أيضا بعملية التنظيم في أداء الأعمال داخل العنبر .

وكغيرها من الدراسات السابقة فأن هذه الدراسة تركز على دور العلاقات في المجتمع الإنساني باعتبارها محددة لعملية الشفاء داخل المستشفى وتعطى القدرة على العطاء الإنساني اللامحدود ((ومن هذه فان المؤسسات الاجتماعية ينظر إليها على أنها وظائف بناء في بناء اجتماعي يتكون من أفراد يرتبطون مع بعضهم البعض بمجموعة من العلاقات الاجتماعية المحددة في كل واحد متماسك))[29] .

فكل بناء اجتماعي تحكمه علاقات اجتماعية محددة وهذه العلاقات تنشأ عنها ادوار اجتماعية يمارسها أفراد المجتمع للمحافظة على بقاء النسق واستمرار فاعليته ، وقد استخدم الباحث في هذه الدراسة المنهج الو صفى واتبع وسيلة الملاحظة المشاركة لجمع البيانات الخاصة بدراسته حيث أقام لمدة أسبوعية في هذا المستشفى لملاحظة سلوك المرضى عن كثب .

وقد توصل إلى نتائج من بينها:-

1- ((اشتراك مرضى العنبر الصغير في بعض السمات والخصائص .

2- العلاقة التي تسود بين مرضى العنبر الملحق أكثر قوة وأقل ملل .

3- هناك تنظيم في عملية الاتصال بين هيئة التمريض في العنبر .

4- يتم تنفيذ أوامر العلاج بشكل دقيق ومنظم .

5- تنشأ أنماط من العواطف بين من ينتمون لخلفية اجتماعية واحدة))[30] .

ومن خلال هذه النتائج التي ذكرت أنفا نلاحظ أن العلاقات الاجتماعية التي يتقاسمها نزلاء العنبر الواحد أكثر قوة وتماسك ولكن رغم ذلك - وليس بالضرورة - أن يكون هذا التماسك في كل السمات والخصائص فهم فقط متماسكون في بعض هذه السمات والخصائص ، ومن ناحية أخرى نلاحظ أن العلاقة التي تسود بين العنبر الملحق أكثر قوة واقل ملل نظرا لبعد المسافة وعدم وجود احتكاكات مباشرة ومستمرة وربما شعور بعض النزلاء بالضجر من مكان أقامتهم ورغبتهم في تغيير الواقع لاسيما إذا كان قد مضى وقت طويل على أقامتهم في المستشفى ، وكل هذا نلاحظه في ظل هيئة تمريض منظمه حسب ما أوردت نتائج الدراسة وتنفذ تعليمات الأطباء في المراقبة والعلاج وحتى في وجود علاقات اجتماعية سوية بين أفرادها .

ورغم ذلك كله فمازلنا نلاحظ أن الأفراد أو الذين ينتمون إلى خلفية اجتماعية واحدة تجمعهم ألفه معينة رغم الاندماج الحاصل في عنبر المستشفى ورغم ظروف المرض الذي يعانون منه .

<u>الدراسة الخامسة:</u>

الأبعاد الاجتماعية للرفض الاجتماعي لمرضى الجذام . دراسة في علم الاجتماع الطبي ، قام بها ، محمد احمد بيومي.

وتركز هذه الدراسة على معرفة الأسباب الحقيقة والخلفية البينية والاجتماعية التي تؤدى إلى الإصابة بمرض الجذام وتساعد على انتشاره .

هذا من ناحية ، ومن ناحية أخرى تركز هذه الدراسة على معرفة الآثار الناتجة عن الإصابة بمرض الجذام على المريض ، وكيف يمكن أن يفقده هذا المرض مركزه الاجتماعي أو عمله أو دوره الأسرى أو التعامل مع الآخرين .

وقد استخدم المنهج الاستطلاعي لدراسة هذا المرض في العيادات الخارجية ، نظرا لان هذه الدراسة لم يتوفر لها القدر الكافي من المعلومات مما يجعلها تقع في نطاق الدراسة الاستطلاعية ويستعين الباحث في هذه الدراسة بذوي الخبرة بالإضافة إلى انه قد يلجا في بعض الأحيان إلى استمارة مقابلة شخصية ، ورغم وجود عراقيل جمة فان الباحث اعتمد بصفه أساسية ورئيسية على استمارة المقابلة كاداه لجمع البيانات .

وعادة ما يلجا الباحث في بعض الأحيان إلى مثل هذا النوع من الدراسات وهى الدراسات الاستطلاعية إذا كانت دراسته تمثل نواة جديدة في مجال العلم أو لتغطية نقص في المراجع والبحوث الخاصة بموضوع الدراسة وتكون دراسته بعد ذلك النواة الأولى لدراسة لاحقه يمكن الاستفادة منها لاستخلاص فروض يمكن اختبارها فيما بعد وتلجا كثير من الدراسات لهذا الأسلوب نظرا لأنه الأنسب والأكثر فاعلية في مجال العلم وقد توصلت هذه الدراسة إلى نتائج حول مرضى الجذام وهى كالأتي:-

1- ((أن مرض الجذام هو مرض اجتماعي في المحل الأول .

2- إن الطبقات الفقيرة هي الطبقات الأكثر تعرضاً للإصابة بالمرض .

3- لم تثبت الدراسة أن مرض الجذام مرتبط بمجموعة أخرى من الأمراض .

4- بينت الدراسة أن مرضى المستعمرات يعانون من عدم وجود الرعاية الصحية والاجتماعية .

5- لم تُبين الدراسة وجود آثار نفسية على المريض)) (31)

كما هو واضح من النتائج التي توصلت إليها الدراسة سالفة الذكر فان هذا المرض ذو صبغة اجتماعية بالدرجة الأولى فيسبب خلل في العلاقات الاجتماعية بين أفراد المجتمع كونه مرض معدي ويفقد الشخص القدرة على العمل وعلى التواصل الاجتماعي .

هذا بالإضافة إلى أن الطبقات الفقيرة هم أكثر الطبقات تعرضاً للمرض ، والسبب في ذلك هو نقص الرعاية الطبية اللازمة .

الدراسة السادسة:

تحليل الجانب السوسيولوجي لمشكلة العلاج داخل البناءات والمؤسسات التنظيمية والعلاجية. قام بها : عبد الله محمد عبد الرحمن .

وأقيمت هذه الدراسة بمستشفى الشاطئ للولادة ومستشفى الأطفال بالإسكندرية الأجراء الجانب الميداني للدراسة.

(وتركز الدراسة على بعض القضايا والمشكلات العامة التي تواجه المستشفى كتنظيم ومدى انعكاس هذه القضايا كمعوقات لتحقيق الكفاءة والفاعلية للنواحي العلاجية وعن أهم هذه القضايا التي تعتبر بمثابة الأفكار الموجهة للبحث من ناحية والفروض التصورية التي تسعى الدراسة إلى التحقيق منها وتحليلها على مستوى البعدين النظري والامبريقي ، ومن هذه الفروض .

دور الملامح العامة للمستشفى كتنظيم اجتماعي وأهداف هذا التنظيم والدور الذي يلعبه في المجتمع .

بالإضافة إلى العلاقة بين المستشفى كنسق مفتوح وبين البيئية الخارجية التي توجد فيها، ومظاهر العلاقة بين المريض وأعضاء تنظيم المستشفى .

كما أن هناك عملية لتحديد العلاقة بين المريض والمستشفى من ناحية ووضعه الاقتصادي والاجتماعي والثقافي ، بل يصل الأمر إلى حالته المرضية أيضا.

واستخدم المنهج الوصفي للدراسة واستخدمت استمارة استبيان أو استمارة بحث خاصة بعينة المرضى واحتوت هذه الاستمارة على 37 سؤال ، وتم استخدام دليل المقابلة مع عينة العاملين في كافة التخصصات بالمستشفى .

وقد توصلت هذه الدراسة إلى النتائج التالية:-

1-لازالة دراسة مشكلة الكفاءة والفاعلية للخدمات العلاجية من أهم المشكلات التي لم تجد تحديدا قاطعا من قبل المهتمين ليس فقط بالمشكلة الصحية والعلاجية وقطاع المؤسسات والمستشفيات والمؤسسات العلاجية ولكن العلوم الاجتماعية والطبية بصفة عامة.

2- تعكس طبيعة البناء التنظيمي الداخلي للمستشفى والمعوقات المتعددة عن مشكلة كفاءة الخدمة العلاجية .

3- تتأثر مستويات الكفاءة الفاعلية بمشكلة التعدد في السلطة .

4- لقد ارتبطت مظاهر عدم الكفاءة والفاعلية والعلاجية بمشكلة قلة الامكانات المادية والاقتصادية والتكنولوجية والطبية .

5- تعتبر مشكلة الزيادة في كثافة المرضى داخل المستشفى وخاصة مستشفى الأطفال من أهم المعوقات التي تؤثر على أنساق الخدمة العلاجية .

6- إن نقص عدد أعضاء هيئة التمريض أصبح من المشكلات العلاجية والصحية التي تؤثر على تنفيذ السياسات العلاجية السليمة داخل المستشفيات .

7- تتأثر مستويات الخدمة العلاجية ودرجة كفاءتها وفاعليتها أيضاً بمشكلة عدم توفر الدواء الملائم في المستشفى)) (32) .

ولعل دراسة التنظيمات الاجتماعية من أهم الدراسات التي حضت باهتمام لدى علماء الاجتماع لكونها مجتمع التفاعل الحقيقي بين مختلف الشرائح في المجتمع .

فالمستشفى كأحد هذه التنظيمات يعج بشبكة من العلاقات الاجتماعية بين عدد كبير من أفراده سواء الهيئة الطبية في علاقتها مع بعضها البعض أو في علاقة الهيئة بالمرضى أو علاقة المرضى مع بعضهم البعض ، وعند حدوث هذا التفاعل لابد من وجود ردود أفعال تشكل نواة للبحث في مجال العلاقات الإنسانية ، وكما هو موضح في نتائج هذه الدراسة والتي استخدم فيها الباحث المنهج الو صفى ، أن زيادة المرضى المترددين على المستشفي بشكل يفوق قدرته الاستيعابية تجعل الهيئة الطبية والخدمات والمرافق العلاجية لا تقوم بدورها الصحيح وتصبح العلاقات داخل هذه المؤسسة العلاجية من أسوء ما يكون وتنعكس سلباً على المريض .

بالإضافة إلى تعدد مصادر السلطة وقنواتها في المؤسسة العلاجية يؤدى إلى أرباك في سير العمل ويعرقل حركة الأنساق العاملة مما يجعلها لا تؤدى دورها بفاعلية ، كما أن مشكلة عدم توفر الأدوية تعد من المشكلات التي لا يزال يعانى منها قطاع كبير من المؤسسات العلاجية .

الدراسة السابعة:

العلاقات الإنسانية في المستشفى . كارترايت Cartwright 1994

(ركزت هذه الدراسة على إبراز التفاعل كما يظهر بين الطبيب والمريض في موقف الممارسة الطبية كأساس لدراسة البناء الاجتماعي في المستشفى .

كما أجريت دراسات على مجموعة مستشفيات بولاية بوسطن الأمريكية في عام1973 وقد تناولت المستشفيات كمنظمات متعددة الأهداف حيث أشار الباحثون إلى مدى الاختلاف في الحجم بين هذه المنظمات (المستشفيات) كما اهتموا بعرض المسؤوليات التي يقوم بها مجلس الإدارة في كل مستشفى ، مع الإشارة إلى ذلك التنظيم الرسمي الذي يحوى بداخله كلا من أعضاء الهيئة الطبية والإدارية كما ركزت بعض هذه الدراسات على أعضاء الهيئة الطبية ومدى مساهمتهم في تخفيف الأعباء المرضية على المرضى)) (33) .

إن كلا من هاتين الدراستين لم يذكر الكاتب المنهج المستخدم فيها ولم تكن العينة واضحة وكذلك الأهداف والنتائج ، إلا أنه من خلال التحليل العلمي للدراسة تبين أنها تركز على التفاعل بين الطبيب والمريض ودور الطبيب والمريض وكيف يمكن أن تؤثر العوامل الاجتماعية والثقافية في الإصابة أو الشفاء من بعض الأمراض .

وتعتبر هذه الدراسة ذات علاقة مباشرة بموضوع البحث المطروح رغم اختلاف وجهات النظر ، وتتفق معها في طريقة الوصول إلى الأهداف المشتركة .

أما الدراسة الثانية التي أجريت في ولاية بوسطن فقد ركزت على الدور الاجتماعي للمستشفيات وبالإضافة إلى دور مجلس الإدارة واستيعاب الطاقم الطبي لمشكلات المرضى أو مشكلات الإدارة وتأثيره على المرضى سلباً وعدم توفر وسائل العلاج والمعدات الطبية اللازمة وربما يكون انسب منهج لدراسة العلاقات بين الأطباء والمرضى هو منهج دراسة الحالة .

إن هذه الدراسات تتطابق كثيرا من حيث الأهداف والمنهج مع الدراسة الحالية فهي تمس موضوع الدراسة بشكل مباشر وتسعى إلى الوصول إلى نفس النتائج ، فكل ما

يدور داخل النسق الطبي من شأنه أن يؤثر على الوضع الصحي للمريض والطبيب معاً ، بل أن الخلل في العملية الإدارية للمرفق الطبي تسبب الإرباك للطبيب وينعكس بالتالي على المريض .

ورغم أن المنهج المستخدم في الدراسات السابقة الذكر هو منهج دراسة الحالة ، إلا أنه في هذه الدراسة تم استخدام المنهج الوصف ، وذلك لاختلاف عينة الدراسة ، رغم توحد الأهداف تقريباً .

الدراسة الثامنة:

دراسة بينية على صحة الشعب اليابانى . أجرى الدراسة يامـا موتـو و أ.س.روجرز ، بمدرسة الصحة العامة بجامعة كاليفورنيا

وتهدف هذه الدراسة إلى المقارنة بين العوامل البينية المختلفة التي تؤثر على صحة الشعب في الولايات المتحدة واليابان ولعل هذه الدراسة اقرب ما تكون إلى هذه الاطروحه فهي تبحث في الأسباب البينية التي تؤدى أو تساعد على حدوث الأمراض ، وهذه الدراسة تبث في الأسباب الاجتماعية والثقافية الناتجة عن البيئة التي يعيش فيها الإنسان ، ويمكننا القول أن للبيئية اثر كبير في الإصابة بالمرض أوهى أحدى العوامل المساعدة على الإصابة بالمرض ، فمثلا البيئة الصناعية داخل المؤسسات الكبرى مثل مصنع الحديد والصلب ومصانع الاسمنت والبتر وكيماويات كلها بيئات تخلف أمراضا على ممتهنيها حتى مهنة التدريس قد تخلف أمراضا تصيب المدرسين بسبب استعمالهم للطباشير الذي يحتوى على مادة الجير والتي تسبب الربو وحساسية الجلد وهذه الأنواع من الأمراض يطلق عليها أمراض المهنة بمعنى أن لكل مهنة نوع خاص من المرض يصيب من يعمل فيها ، بغض النظر عن تأثر الشخص بالمرض بشكل سلبي أو غير مؤثر الا بنسبة المرض لمريض .

ومما سبق يمكن القول أن البيئة قد تكون سبب مساعدة في حدوث المرض أو الإصابة به بطريقة مباشرة ، وفى هذه الأطروحة نناقش إدراك الطبيب للعوامل الاجتماعية والثقافية في إصابة وعلاج بعض الأمراض والتي قد تؤثر على الفرد

بشكل سلبي دون أن يعلم الطبيب الخلفية الحقيقية التي تسببت في ظهور هذا المرض ، مما يجعل الطبيب يعزى ذلك إلى أسباب طبية وبيولوجية .

وفى هذه الدراسة التي قام بها ياما موتو وزميله روجرز (تم جمع إحصائيات ميدانية تشمل 31 مؤشرا صحيا و 15 مؤشرا بيئيا في الأعوام 1960 ، 1965 ، 1970 ، وشملت المؤشرات الصحية توقعات الحياة عند الولادة وطول ووزن الأطفال والمعدات القياسية للوفيات .

وقد قام المؤلفان بتجربة البروتين الحيواني وقد تم تقدير السعرات الحرارية في الأطعمة التي تباع في الأسواق وخلصوا إلى نتيجة مؤداها .

وجود بعض العلاقات غير المستقرة في المتغيرات المترابطة المتعلقة بالصحة والبيئة على مدى السنوات الثلاثة التي أخذها فقد اتجه المؤلفان إلى تحليل بيانات مأخوذة في السنوات 1971,1969,1966,1964,1961,1959 ،

وباستخدام وسائل المقارنة لاحظ الباحثان وجود عوامل كثيرة أثرت بشكل كبير وملحوظ .(مساعدا أو معاكس) على كل من المؤشرات الصحية أو البيئة مثل توقعات الحياة وكذلك المؤشرات التي لها طبيعة خاصة محددة مثل الوفيات الناتجة عن أمراض الأوعية الدموية للمخ)) [34] .

ومن الملاحظ أن هذه الدراسة استخدمت المنهج المقارنة لمعرفة الخصائص العامة للأغذية في السنوات السابقة الذكر وكذلك بالفترة التي أجريت فيها الدراسة في تلك الفترة وكذلك نوعين الأغذية والسعرات الحرارية في الأغذية الموجودة في السوق ، وقد اعتبر الباحث أن المنهج المقارنة من أفضل المناهج التي يمكن استخدامها في مثل هذه الدراسات نظرا لكونه الأنسب لمعرفة الفرق في نوعية الأغذية في سنوات متفاوتة .

<u>الدراسة التاسعة :</u>

المرضى ولجونهم للرعاية الصحية . موقف الناس من الانتفاع بالخدمة الطبية والصحية في إيران ، تأليف مانوشهر محسني ، ترجمة عمر مكاوى .

المنهج المتبع في هذه الدراسة هو المنهج المقارنة لأن الدراسة مقامة أساسا للمقارنة بين الريفيين والحضريين من حيث لجوئهم لطلب الخدمة الطبية في المناطق الريفية والحضرية وقد رتبت العينات الحضرية والريفية على حسب حجم المجتمعات .

وكانت خصائص هذه العينة من اسر الحضريين بإجمالي بلغ 1085 أسرة و 1871 أسرة من الريفيين اختيرت بطريقة عشوائية .

كذلك فان هذه الدراسة أساسها المنهج المقارنة لأنها تتحلل مجتمعين أحداهما ريفي والأخر حضري .

ومن أهم النتائج التي توصلت لها هذه الدراسة :-

(إن هناك دليل قوي يؤكد وجود علاقة بين المواقف غير التقليدية من الطب والاتصال بطريقة حضرية في الحياة ، وللتعليم تأثير مباشر على مواقف الناس من الطب العصري .

والمشكلة الثانية ... هي أن الإنسان ينبغي أن يأخذ المبادرة في يده للتفريق بين العادات الصحية الحميدة والعادات غير الصحية والتي تسبب له الإصابة بالمرض ، فكثيرا من الريفيين لا يعون العادات الصحية التي تمنع عنهم الإصابة بالمرض أو تقلل من خطر الإصابة به ، وهذه في حد ذاتها مشكلة لا تظهر في المجتمع الحضري لوجود الوعي الصحي والاجتماعي والبيني .

ولا ينبغي أن تفرض التغيرات في العادات الصحية فرضا من قبل السلطات حتى وأن كانت في صالح المجتمع) ((35))

<u>الدراسة العاشرة :</u>

توضح العلاقة بين الطبقة والمرضى ونوعية التفاعل الاجتماعي في المؤسسات العلاجية . قامت بها ، ماجدة السيد حافظ .

أقيمت هذه الدراسة في مستشفى الصدر بالعباسية ومستشفى الصدر بالمرج وتهدف هذه الدراسة إلى معرفة مدى تأثير الوضع الاقتصادي والاجتماعي على تعامل

الهيئة الطبية مع المريض المتردد على المستشفى لتلقى العلاج وإذا لم يكن هناك إي تفرقة في المعاملة فهل يحض جميع المرضى بنفس أسلوب المعاملة وفق الإيديولوجية السائدة .

ولتحقيق هذا الهدف والوصول إلى النتائج المرجوة تطرح الدراسة عدد من التساؤلات تسعى للحصول عن إجابات واضحة وصريحة عنها وهي:-

1- ((ما هي العلاقة بين القدرة المالية للمرضى ونوعية التفاعل الاجتماعي بينهم وبين المؤسسة العلاجية .

2- ما هي العلاقة بين نوعية التفاعل الاجتماعي بين المرضى والمؤسسة العلاجية وبين بعض المشكلات الأسرية ؟ وما هي الطبقات التي تنتشر بينهم بعض المشكلات الأسرية؟

3- ما هي العلاقة بين نوعية التفاعل الاجتماعي وبين المرضى والمؤسسات العلاجية وبين مشكلة ارتفاع نسبة الوفيات ؟ وما هي الطبقات التي تنتشر بينها مشكلة ارتفاع نسبة الوفيات ؟)) (36) .

الدراسة تحاول الإجابة عن هذه التساؤلات السالفة الذكر ومعرفة فيما إذا كان التفاعل الاجتماعي في المستشفى له علاقة ببعض المشكلات الأسرية ، وكذلك معرفة نوع الأسرة التي تنتشر فيها هذه المشكلات ، بالإضافة إلى علاقة نوع التفاعل الاجتماعي وارتفاع نسبة الوفيات وعلاقة الطبقات بارتفاع نسبة الوفيات .

ومن خلال هذا الطرح تبين لنا أن الدراسة تبحث في أعمق الأسباب التي تؤثر في نوعية التفاعل الاجتماعي بين الجماعات البشرية ، والتي تحرص أن تكون سبب في العلاج من عدمه في المستشفى وقد تكون سبب في ارتفاع نسبة الوفيات فنوعية العلاقة في كثير من الأحيان تتحدد بالوضع الاجتماعي أو الاقتصادي أو الوضع الثقافي ناهيك عن تبادل المصالح والسلطة المؤقتة .

وفى الحقيقة ركزت هذه الدراسة على المرضى المصابين بالدرن ووضعت مقارنة بين عدد المصابين بالمرض ونسبة الوفيات مقارنتاً بإجمالي السكان أما فيما يخص الإجراءات المنهجية لهذه الدراسة فكانت كالآتي:-

لقد استعانت الدراسة بعدد من الأساليب المنهجية التي لها علاقة بموضوع الدراسة أو من الممكن أن تعطى نتائج يمكن الوثوق بها وتتمثل هذه الأساليب في الأسلوب الوصفي المقارنة بين مجموعة الدراسة (مستشفى صدر العباسية – ومستشفى صدر المرج القاهرة) .

بمعنى أن الدراسة استخدمت أسلوب المسح الاجتماعي لوصف الظاهرة في وضعها الراهن واتبع أسلوب المسح بطريقة العينة .

وبالإضافة إلى أسلوب المسح عن طريقة العينة استخدمت الدراسة أسلوب آخر وهو الأسلوب الإحصائي التاريخي ، ويتمثل الأسلوب التاريخي بتتبع الظاهرة عبر فترات زمنية معينة وذلك لمقارنتها بالوضع الراهن ساعة أقامة الدراسة . وقد تم التركيز على ظاهرة ارتفاع نسبة الوفيات في مرضى الدرن كمشكلة اجتماعية .

وقد تم جمع بيانات هذه الدراسة عن طريق التحليل الإحصائي واستمارة المقابلة والملاحظة ودراسة الحالة .

وكانت وحدة المعاينة التي تهتم بها الدراسة هي مريض الدرن وقد تم تحديد قوائم المرضى المصابين بهذا الداء في كلا من مستشفى صدر العباسية ومستشفى صدر المرج ، وكان ذلك بحصر أسماء المرضى من سجلات المستشفى وقد تم تحديد حجم العينة بنسبة 30% وتم اختيار العينة بطريقة منتظمة .

وقد توصلت هذه الدراسة إلى جملة من النتائج وهى :-

1- (تنحصر المستويات الاقتصادية في كلتا العينتين بين المستوى المتوسط والمنخفض .

2- تنحصر الحالة المعنية بالدراسة بين البائعين المتجولين وعمال الحكومة والقطاع العام والحرفيين وبمعنى ان المهنة مرتبطة بالمرضى فكل هؤلاء عرض للأتربة والمواد الكيمائية .

3- تنحصر منطقة السكن لأفراد العينة في الأحياء المختلفة وهذا يعني أن هناك علاقة بين السكن والإصابة بالمرض .

4- إن التكدس في حجرة واحدة يكون سبب في انتشار المرض .

5- إن سبب المرض المباشر هو سوء التغذية .

6- تنحصر فئات السن المصابة بهذا المرض بين(30-35) سنة .

7- إن هناك علاقة بين القدرة المالية وبين اهتمام المستشفى بالمريض .

8- هناك علاقة بين ارتفاع القدرة المالية للمريض وحضور الطبيب .

9- هناك علاقة واضحة بين حضور الممرضة وبين القدرة المالية للمرضى .

10- كلما ارتفعت القدرة المالية للمريض قدم له الدواء المناسب .

11- ليس هناك علاقة داله بين نوعين التفاعل الاجتماعي وبعض المشكلات الاقتصادية للأسرة .

12- إن هناك علاقة دالة بين التفاعل الاجتماعي وارتفاع نسبة الوفيات في مرض الدرن .

13- يختلف عدد الوفيات من مرضى الدرن في كل من المستشفيين بسبب نوعين التفاعل الاجتماعي والتغنية والأدوية والأخصائي الاجتماعي) [37] .

ومن خلال ما سبق يتضح لنا أن هذه الدراسة أجريت في المجتمع المصري على مرضى الدرن في كلا من مستشفى صدرا لعباسية ومستشفى صدر المرج وكانت النتائج المقارنة بين هذين المركزين الصحيين مختلفة في بعض أوجه التفاعل الاجتماعي في نوعية التغذية واستجابة الطبيب رغم أن معظم المرضى لا يتعدى وضعه الاقتصادي المتوسط .

ومع ذلك فان المنهج المتبع في الدراسة كان مناسب من حيث دراسة الحالة ومقارنة الحالات والملاحظة العامة ، كي تعطى انطباع جيد على الأسلوب المنهجي المستخدم ومحاولة الباحثة تفادى الوقوع في أي خطأ منهجي ورغم ذلك فان الدراسة الو صفية هي دراسة للوضع الراهن ولا يمكن التكهن بتحسن مستوى الخدمات الصحية وما يمكن أن يحدثه من تغير في أسلوب التفاعل الاجتماعي أو العلاقات بين الأطباء والممرضات والمريض .

أضف إلى ذلك أن الدراسة أجريت في المجتمع المصري الذي لا يعترف ألا برؤوس الأموال والرأسمالية التي تطغى على أسلوب التعامل اليومي ومن يملك

المال يصبح صاحب السلطة وتنفذ جميع رغباته ويُبدى الكل به اهتمام خاص ، أما الطبقة الأخرى المحرومة فلا تكاد تحصل على الحد الأدنى من الرعاية والاهتمام والعلاج الفعال .

مقارنة بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة :

تبحث الدراسة الحالية في إدراك الطبيب للعوامل الاجتماعية والثقافية في إصابة وعلاج بعض الأمراض ، وهذا هو جوهر هذه الدراسة إلا أن طبيعة هذا الإدراك تتضح معانيها في جوهر العلاقة بين الطبيب والمريض ، بمعنى أن إدراك الطبيب لأهمية العلاقة بينه وبين المريض ، هو بمثابة إدراك لدور العوامل الثقافية والاجتماعية وأثرها في الإصابة بالمرض والعلاج منه .

إن الدراسة الحالية تركز على إدراك الطبيب لدورة المناط به وهل يتقن هذا الدور ويجسده من خلال العلاقات الاجتماعية ويشعر بمسؤولياته الاجتماعية تجاه مرضاة وهنا يقع الفرق بين هذه الدراسة والدراسات السابقة حيث تركز معضم الدراسات السابقة على بعض الخدمات الطبية التي تقدم للمرضى في بعض المجتماعت المحلية أو تركز على التثقيف الصحي أو مكانة وادوار الممرضين والممرضات في النسق الطبي ، وتهمل الجانب الاجتماعي والعلاقات الاجتماعية بين الطبيب والمرضى ، وحتى الدراسات التي ركزت على موضوع العلاقات الاجتماعية ، كان اهتمامها منصب على العلاقات بين المرضى في العنبر الواحد ، كالدراسة الميدانية التي أقيمت في عنبر الرجال لتنظيم التفاعل الاجتماعي بمستشفى كنجزتون بانجلترا .

ومن هذا المنطلق يتضح أن هذه الدراسة تنفرد بدراسة إدراك الطبيب لدور العوامل الاجتماعية والثقافية في إصابة وعلاج بعض الأمراض ، حيث تركز على العلاقات الاجتماعية وعلى إدراك الطبيب لمسببات المرض الاجتماعية .

تساؤلات الدراسة :

1- العلاقة غير الرسمية بين الطبيب والمريض تجعل المريض يفصح للطبيب عن كل ما يسبب له المرض ؟

2- هل للاتصال المباشر بين الطبيب والمريض علاقة بتقبل المريض تعليمات الطبيب؟

3- إذا كانت علاقة الطبيب بالمريض جيدة تؤدي إلى طرح المشكلات الشخصية للمريض على الطبيب وطلب المساعدة منه ؟

4- هل التفاعل بين الطبيب والمريض يؤدي إلى سرعة تماثل المريض للشفاء ؟

خاتمة :

ومما سبق ذكره من دراسات سابقة يتضح لنا أن الدراسات التي أجريت على المرضى أو الأطباء أو الممرضين هي في الحقيقة عبارة عن دراسات وصفية تصف الوضع الراهن للظاهرة موضوع الدراسة ولم تكن تتعمق بشكل كبير في الدراسات التي استخدمت منهج دراسة الحالة ، وهذا يجرنا للقوال أن علم الاجتماع الطبي أو الدراسات الطبية هي دراسات حديثة العهد وهى تفتقر إلى التحليل المعمق لموضوع الظاهر رغم كون عدد من المفكرين حاولوا جاهدين تفسير التفاعل الاجتماعي وأنماط السلوك البشرى أمثال تالكوت بارسونز Talcott parsons رغم أن العلوم الإنسانية علوم نسبية إلى حد كبير إلا انه قد سلط الضوء على فكرة الفعل الاجتماعي ويبدو ذلك واضحا في أول مؤلفاته الهامة (بناء الفعل الاجتماعي) (1973) The Structure Of Social Actionوكانت هذه خطوة هامة يمكن الاستفادة منها في تحليل السلوك الاجتماعي ونوعية التفاعل بين الأفراد في المؤسسات الطبية .

ورغم أن معظم الدراسات جاءت في مراجع عربية مبتورة من حيث المنهج أو العينة أو مجال الدراسة أو غير ذلك من التقنيات المنهجية ، إلا أنه يمكن تحليلها من خلال الإطار النظري لها والنتائج التي توصلت إليها .

وكانت الدراسات سابقة الذكر تتميز بكونها قد أجريت في مجتمعات عديدة مختلفة في أنماط السلوك والثقافات والبيئة الاجتماعية والاقتصادية وهذا يعطى انطباع على التنوع الفكري الغزير في الدراسات السابقة مما يثرى هذه الدراسة من خلال الاستفادة من هذه الدراسات المختلفة.

وقد استخدمت كل دراسة من هذه الدراسات منهجاً خاصاً بها تلائم وطبيعتها.

وتعتبر هذه الدراسات في مجملها شبيه بالدراسة الحالية من حيث أنها تبحث في إدراك الطبيب لدور العوامل الاجتماعية والثقافية في إصابة وعلاج بعض الأمراض واثر العلاقات الاجتماعية في تحقيق الصحة والشفاء من المرض أو

على الأقل التخفيف من وطأته أو العكس من ذلك إذا ساءت العلاقة بين الأطباء والمرضى .

ومن ناحية أخرى فأن المنهج الذي سيستخدم في الدراسة الحالية هو المنهج الو صفي والذي ستطرح من خلاله التساؤلات المراد البحث عن إجابات لها .

هوامش الفصل الأول

1- إبراهيم عبدالهادي المليجي ، الرعاية الطبية والتأهيل من منظور الخدمة الاجتماعية ، المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية ، بدون سنة نشر ، ص ص 390-391 .

2- إقبال إبراهيم مخلوف ، العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، 1991 ، ص 129 .

3- أميرة منصور يوسف ، المدخل الاجتماعي للمجلات الصحية والطبية والنفسية ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، 1997 ، ص 29 .

4- نادية عمر ، العلاقة بين الأطباء والمرضى دراسة في علم الاجتماع الطبي ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، 1993 ، ص 179 .

5- محمد عاطف غيث ، قاموس علم الاجتماع ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، بدون سنة نشر ، ص 437 .

6- إحسان محمد الحسن ، موسوعة علم الاجتماع ، الدار العربية للموسوعات ، الطبعة الأولى ، بيروت ، لبنان ، 1999 ، ص 405 .

7- نجاح قدور ، أسس علم الاجتماع ، دار النخلة للنشر ، تاجوراء ، الجماهيرية العظمى ، 1999 ، ص 155 .

8- فهمي سليم الغزوي ، المدخل إلى علم الاجتماع ، دار الشرق ، عمان ، 1997 ، ص 262

9- سميح ابومغلي ، عبد الحافظ سلامة ، علم النفس الاجتماعي ، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع ، عمان ، 2002 ، ص 127 .

10- ميشيل مان ، موسوعة العلوم الاجتماعية ، ترجمة عدل مختار الهواري ، سعد عبد العزيز مصلوح ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، 1999 ، ص 612 .

11- هناء حافظ بدوي ، الاتصال بين النظرية والتطبيق ، المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية ، 2003 ، ص 15 .

12- محمد سلامة غباري ، السيد عبدالحميد عطية ، الاتصال ووسائله بين النظرية والتطبيق ، المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية ، 1991، ص 8

13- عبدالعزيز شرف ، نماذج الاتصال في الفنون والإعلام والتعليم وإدارة الأعمال ، الدار المصرية اللبنانية ، القاهرة ، 2003 ، ص 7 .

14- محمد يسري دعبس ، الاتصال والسلوك الإنساني ، البيطاش سنتر للنشر والتوزيع ، الإسكندرية ، 1999 ، ص 43 .
15- إحسان محمد الحسن ، مرجع سابق ، ص 409 .
16- على الهادي الحوات وآخرون ، دراسات في المشكلات الاجتماعية ، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية ، طرابلس ، الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية العظمى ، 1985 ، ص 21 .
17- نفس المصدر ، ص 410 ،
18- عبدالله محمد عبدالرحمن ، علم الاجتماع النشأة والتطور ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، 2003 ، ص 170 .
19- محمد عاطف غيث ، قاموس علم الاجتماع ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، بدون سنة نشر ، ص 110 .
20- فهمي سليم الغزوي وآخرون ، مرجع سابق ، ص 178 .
21- مصطفى غالب ، في سبيل موسوعة نفسية ، منشورات دار ومكتبة الهلال ، بيروت ،1978 ، ص 57 .
22- سعاد عثمان وآخرون ، الصحة والمرض من وجهة نظر علماء الاجتماع والانثربولوجيا ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، الطبعة الأولى ، 1999 ، ص 117 .
23- محجوب عطية الفائدي ، مبادئ علم الاجتماع والمجتمع الريفي ، جامعة عمر المختار ، البيضاء ، الطبعة الأولى ، ص 210 .
24- سعاد عثمان وآخرون ، مرجع سابق ، ص ص 123 – 173 .
25- نفس المرجع ، ص 246 .
26- نفس المرجع ، ص ص 259- 265 .
27- عبدالعزيز على الخزاعلة ، مكانة وادوار الممرضين والممرضات في النسق الطبي ، www.uqu.sa ، ص 10 .
28- فهمي سليم الغزوي وآخرون ، مرجع سابق ، ص 262 .
29- زينب زهري ، صالح الزين ، دراسات في علم الاجتماع والانثربولوجيا ، الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع والإعلان ، الطبعة الأولى ، 1990 ، ص 138 .
30- نبيل صبحي حنا ، الطب والمجتمع مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة ، 1987 ، ص ص 305- 308 .

31- محمد احمد بيومي ، الأبعاد الاجتماعية للرفض الاجتماعي لمرض الجذام ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، 1985 ، ص 158 .

32- عبدالله محمد عبدالله ، سوسيولوجيا المستشفى ، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية ، 1988 ، ص ص 189- 316 .

33- نادية فؤاد حميدو ، البناء الاجتماعي للمستشفى ، رسالة كتوراة غير منشورة ، جامعة الإسكندرية ، 1988 ، ص 42 .

34- ميكو ياما موتو وآخرون ، تحليل بيني للصحة العامة في اليابان ، ترجمة جميل على حمدي ، المجلة الدولية للعلوم الاجتماعية ، العدد الثاني والثلاثون ، السنة الثامنة ، 1978 ، ص ص 94- 101 .

35- مانوشهر محسني ، المرضى ولجونهم للرعاية الصحية في إيران ، ترجمة عمر المكاوي ، نفس المصدر السابق ، ص ص 102- 108 .

36- ماجدة السيد حافظ ، محاضرات في علم الاجتماع الطبي ، مكتبة الحرية الحديثة ، جامعة عين شمس ، بدون سنة نشر ، ص 241 .

37- نفس المرجع ، ص ص 272- 285 .

الفصل الثاني

الإطار الاجتماعي للصحة والمرض

- تقديم
- مفهوم المرض
- العوامل التي تحدد معنى المرض
- مفهوم الصحة
- مفهوم الصحة العامة
- الأمراض ذات الصبغة الاجتماعية
- الصحة والمرض من الجانب الاجتماعي
- تأثير العادات والتقاليد على الصحة والمرض
- العوامل الثقافية وأثرها على الصحة و مرض الإنسان
- التثقيف الصحي
- خاتمة الفصل

تقديم

يدور معظم الحديث في هذا الفصل حول الإطار الاجتماعي للصحة و المرض ، أن الصحة والمرض مفهومان متداولان بين الناس بغض النظر عن أنماط تفكيرهم و مستوياتهم و سلوكهم اليومي ، وعلى الرغم من ذلك فالتقسيم الحقيقي للصحة والمرض رهناً ببيئة الإنسان وثقافته.

فمفهوم المرض يختلف من شخص لأخر ، فالمتعلم يمكن أن يُعرف المرض بطريقة مختلفة عن تعريف الرجل العادي ، رغم أن اختلاف التعريفات لا يغير حقيقة المرض ولا ينفي وجوده ، ولذلك فالإنسان البسيط أو حتى المريض ينظر للمرض نظره خاصة آي نظرته هو الشخصية و يضع لهذا المفهوم تصور معين في مخيلته ويجب أن يكون التعامل معه على أساس ما وضع من تصور ، بمعنى أخر إن الإنسان المريض و الذي هو في بيئة بسيطة يتعرض للمرض كغيرة من الناس إلا أن ما يجعل هذا الفرد مختلف عن بقية الأفراد الآخرين أنه يتوقع دوراً معيناً للطبيب المعالج وكذلك يتوقع رد فعل معين من أسرته و أقاربه و مجتمعه و نظرة خاصة لموضوع مرضه و طرق علاجه .

إن للمرض مفاهيم مختلفة وكذلك للصحة و قد تتفق أو تختلف إلا أنه في نهاية الأمر ، يتحول المرض إلى نوع من العجز المؤقت عن أداء المهمات ، و معه يختلف دور الفرد في المجتمع وهذا يدعوه بالتالي إلى تغير توقعاته حول الدور الجديد .

إلا أن الدور الجديد للمريض لا يتغير بصفة تلقائية من فرد صحيح الجسم إلى أخر معتل ، وربما لو توقف الأمر إلى هذا الحد لما كانت هناك مشكلة لبحث هذا الموضع .

ألا أن هذا الدور الجديد يتطلب نوع من الوعي و الإدراك العميق من الطبيب و يعرف الطبيب تمام المعرفة أن هذا المريض قد خرج من مرحله متقدمة وواعية تماماً لما يدور من حولها - ليس في كل الأحوال - إلى مرحلة أخرى جديدة جعلت

المفاهيم الاجتماعية للصحة والمرض تختلف عند هذا المريض عن المفاهيم الاجتماعية للصحة والمرض عند غيره .

ولا يحدث هذا عند كل الحالات المرضية فإدراك الطبيب لهذا التغير النسبي والمؤقت غالبا يجعل موضع التعامل مع هذه الحالات أمرا في غاية السهولة و لا خوف منها ما دام الأمر يتعلق بالوعي الاجتماعي والثقافي للطبيب .

ورغم ذلك فإن تعامل الإنسان العادي مع المريض يختلف و بشكل كبير مع التعامل الطبيب مع هذا المريض ، وكذلك المريض في حد ذاته يختلف في سلوكه وأنماط تفكيره و توقعات الدور عنده و المكانة الاجتماعية تبعا لنوع مرضه و البيئة المحيطة به في المؤسسة العلاجية وداخل نطاق الأسرة .

أن دراسة المرض كنوع من محددات السلوك عند الشخصية المريضة و عند الشخصية المعالجة (الطبيب) لا تعني فقط التشخيص و العلاج الآلي للإصابة الواضحة للعيان ، و إذا اقتصر الأمر على هذا الحد فلا أقل من أن نجد مرضى يعانون حتى الموت دون معرفة الأسباب الحقيقية لهذا المرض .

إن وجود الطبيب الواعي اجتماعيا و المثقف حقا لا يدع مجال لانتشار أمراض من السهل علاجها و السيطرة عليها إذا ما أحسن التشخيص الطبي و أبدى تفهما لحالة المريض الاجتماعية و النفسية و الاقتصادية ، فكلها عوامل تتدخل في العلاج بصورة مباشرة و تؤثر فيه إلى جانب العقاقير الطبية .

مفهوم المرض :

إن المرض نغصة الحياة وكدرها وهو عائق إمام صحة وطبيعة الإنسان ويختلف مفهوم المرض باختلاف الأفراد وباختلاف الثقافات والشعوب ألا أن منظمة الصحة العالمية لم تعرف مفهوم المرض تعريفاً دقيقاً ، كما عرف مفهوم الصحة وذلك الاعتبارات سالفة الذكر .

ولعل شعور الإنسان بالمرض هو احد الأسباب الذي يجعل تعريف المرض أمرا صعباً للغاية ، فلا يمكن أن نضع تعريفا دقيقاً للمرض ما لم تحدد الطبيعة التي يمكن ان نطلق عليها مرضاً إذا ما أصيب بها الإنسان .

إلا انه يمكن أن نعرف المرض تعريفاً مبدئياً .وهو ذلك الألم الذي يسبب الاعتلال في الصحة وخلل في وظائف الأجهزة عند الإنسان مما يستدعى معالجته طبياً .

((ويعرف قاموس ويستر الدولي المرض باعتباره حاله أن يكون الإنسان معتل الصحة وان يكون الجسم في حالة توعك بسبب المرض والمعني الحرفي لكلمة المرض هو الاحتياج لراحة)) (1) .

ورغم أن التعريف السابق يوضح المرض باعتباره حالة مرضيه يحتاج فيها جسم الإنسان للراحة ، إلا انه ليس كل مرض يمكن أن يضُعف جسم الإنسان ويصبح معه محتاج للراحة .

فعلي سبيل المثال المرض النفسي قد لا يكون صاحبه محتاج للراحة رغم كونه مريض في الأساس .

ناهيك عن هذا فأن المريض النفسي قد يكون عنده إفراط في النشاط الحركي أكثر من كونه محتاج للراحة .

أن وجود الجسم في حاله توعك وفتور بحيث يصبح معها الإنسان غير قادر علي اداء مهامه اليومية تجاه أسرته وتجاه الآخرين مما يستدعي أن يلزم الفراش ويخلد إلي الراحة هذا ما يمكن أن يطلق عليه مرض وهو مختلف عن التمارض .

لكن وعلى كل الأحوال فان نظرة المجتمع للمريض نظرة توصي بأن المرض مرتبط بالراحة التامة لان المريض غير قادر علي أداء المهام المتاحة له أساسا .

((يحدث المرض من قصور عضو أو أكثر من أعضاء الجسم عند القيام بوظيفته خير قيام ، كما يحدث المرض أيضا إذا اختل أو انعدام التوازن بين عضوين أو أكثر من أعضاء الجسم في أداء وظائفها)) (2)

إن قصور احد أعضاء جسم الإنسان عن أداء وظائفه بالشكل المطلوب يعتبر خلال في ميزان الصحة ، لان الإنسان إذا حدث له خلل لأي جزء من أجزاء جسمه أو قصور في أداء الوظائف الطبيعية سرعان ما يتأثر بها وينتج عنها خلل يؤدى إلي مرض الإنسان .

إن المريض شخص ((غير مسئول عن حالته ، وهذه الحالة يمكن تعريفها اجتماعياً بأنها ليست خطأ منه ، أما مدى احتياجه للمساعدة فانه يتوقف علي درجة خطورة المرض وعجز المريض عن القيام بوظائفه أو معاناته أو مواجهته مع المخاطرة ، كما انه يكون في حاله قلق علي مستقبلها وهو لذلك يحتاج إلي مساعدة سواء كانت هذه المساعدة تخصصية أو علمية ، ولكن في مواقف لا يعرف فيها نوع من المساعدة التي يتطلبها ، فهو رجل عادى ليس متخصصا في الحكم علي هذه النواحي العلمية)) (3)

إن المرضى لا يحتاجون إلي من يبرر لهم مرضهم وأسباب المرض كما أنهم لا يحتاجون إلي من يواسيهم ويخفف عنهم ، انهم يحتاجون إلي من يزيل الألم عنهم يحتاجون لمساعدة الأطباء المدركين حقا لحقيقة المرض بشكل متكامل .

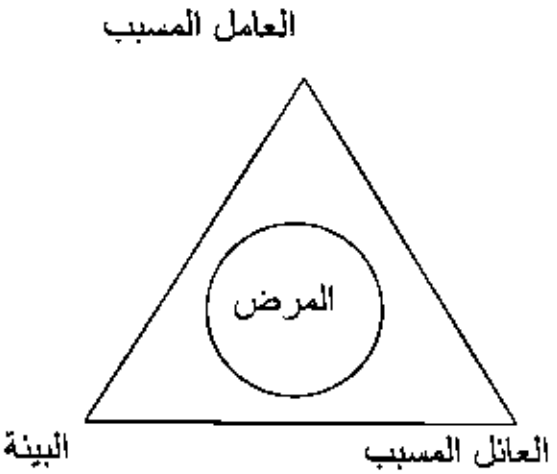
فالمريض يكون في حالة عجز تام و غير متفطن لما يدور من حوله أحيانا و لا يعي ما يفعل ، فهو في حالة المرض يعاني مرتين ، يعاني المرض ، و يعاني ويلات المرض التي تفضي به إلى تقبل أي علاج مهما كان لوضع حدا للمرض ، حتى إذا اضطره الأمر اللجوء إلى السحر أو الشعوذة أو الممارسات الخاطئه و التي يلجأ إليها كل من فقد الثقة في المجال الطبي.

و لمعرفة تاريخ المرض و كيف يمكن أن يصنف و معرفة الحالة التي يكون عليها الجسم و الإصابات التي يتعرض لها لابد أن تدرس المراحل التي يمر بها الإنسان عند الإصابة بالأمراض و هي أولا :- مرحلة ما قبل المرض و الثانية مرحلة المرض .

أ- مرحلة ما قبل المرض :

((و هي عبارة عن المدة التي تسبق بداية المرض في الإنسان و هناك ثلاث عوامل هامة وهي : العامل المسبب و العائل المسبب و البيئة و يطلق على هذه العوامل الثلاثة المثلث الوباني إذ لا يمكن أن يحدث مرض في غياب أي و أحد من هذه العوامل))[4].

انظر شكل رقم (1)



الشكل رقم (1)

و لعل مرحلة ما قبل المرض هي عبارة عن دائرة تحيط بكل إنسان و لابد لكل واحد أن يدخلها و لو مرة في العمل أن لم يكن أكثر .

فوجود العامل المسبب في الطبيعة يجعل الإنسان يشعر بظل المرض المقيت يلاحقه ويحثه على المحافظة على الصحة العامة وطلب الراحة بالوسائل الممكنة.

و الإنسان قد يكون حاملا لمرض دون أن تظهر عليه أعرض هذا المرض و بهذا ينقل المرض إلى غيرة من الأفراد الأصحاء .

ولا يخفى على أحد الدور الذي تلعبه البيئة سواء كانت البيئة الطبيعية أو البيئة الاجتماعية في الإصابة بالإمراض ، فالتقلبات المناخية و البيئات المختلفة كلها مسببات للمرض .

ب- مرحلة المرض :

((تبدأ هذه الفترة بدخول العامل المسبب في جسم الإنسان و مروره بمراحل : دورة الحضانة ، دور بوادر المرض ، دورة المرض ، دورة تناقص المرض ، و الشفاء و النقاهة ، فالموت أو العجز))(5) .

دور الحضانة ← دور بوادر المرض ← دور المرض ← دور تناقص المرض ← الشفاء والنقاهة ← الموت والعجز .

و تعتبر هذه المرحلة هي مرحلة الإصابة بالمرض ، حيث يشعر المريض بتغيرات تطرأ على وظائف الأعضاء و تعيق عملها بالشكل الطبيعي مما يؤدي إلى قصور الأعضاء المصابة .

و يبدأ المرض بدور الحضانة وهذه المرحلة هي أول المراحل في الإصابة حيث يكمن الفيروس أو البكتريا داخل الجسم بسكون دون أن تظهر أعرض يمكن مقاومتها مبكرا و ربما حتى دون أن يشعر بها المريض نفسه .

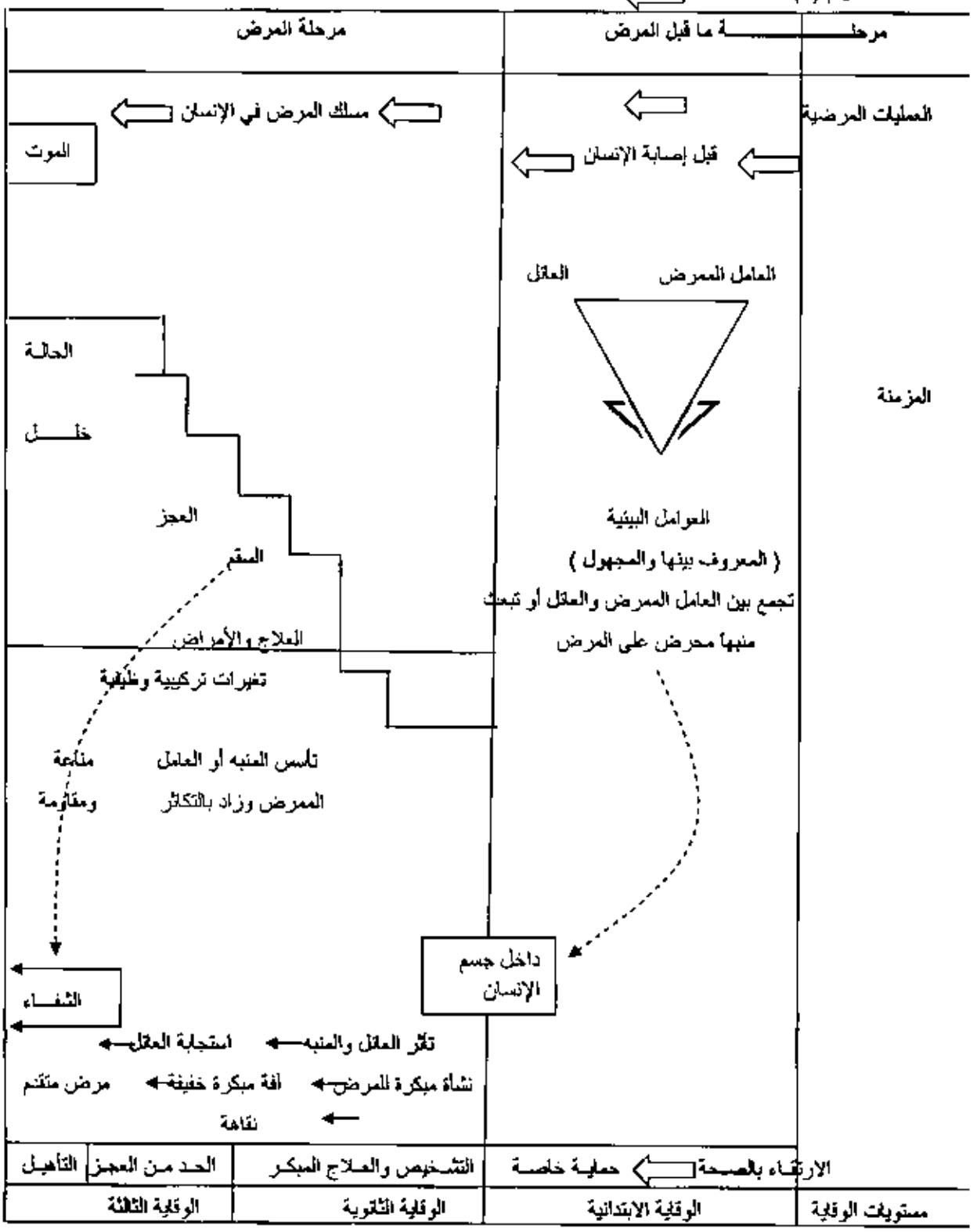
يليها مرحلة الأعراض أو ما يسمى بوادر المرض و من خلالها يصاب الإنسان بالمرض الكامل و إذا ما امتثل للعلاج و تعليمات الطبيب إذا كانت في الاتجاه الصائب فأنها تنقله إلى الشفاء و النقاهة أو تنقله إلى مرحلة العجز و الموت .

أن المريض في جميع مراحل المرض حتى وهو يتمثل للشفاء لا يدرك من حوله سوى الأسلوب الامثل للعلاج سواء كان متمثل في الطبيب أو العلاج بغض النظر عن نوعيته أو اعتقاده في شخص عادي قد يجلب له الشفاء .

إن مرحلة بوادر المرض و ظهور الأعراض قد لا يدرك المريض بأنة مصاب بمرض معين إلا عندما يقع فريسة هذا المرض ويصبح عاجزا عن القيام بدورة وشغل مركزه الاجتماعي .

ولكي نوضح معني مرحلة ما قبل المرض ومرحله المرض نسوق الشكل رقم (1) ليوضح مرحلة كل إصابة علي حده .

شكل رقم (1)



* المصدر : د.ج . أ . باوك و آخرون ، الموجز في طب المجتمع ، ترجمة الزروق الهوني و سالم الحضيري ، منشورات مجمع الفاتح للجامعات ، طرابلس 1989، صـ26ـ.

وكما هو معلوم أن ((هناك أمراض تخص فئة معينة دون غيرها فمثلاً الأمراض التي تصيب الأطفال تختلف عن الأمراض التي تصيب الكبار وهناك أمراض معينة تكون أكثر انتشار بين مجموعات معينة من الأعمار عن غيرها وهناك أمراض تصيب الرجال ولا تظهر عند النساء ، مثل التضيق البوابي التضخميHypertrophic Pyloric Stenosis عند صغار الرضع ، الحصبة في الأطفال و السرطان في متوسطي السن و تصلب الأوعية الدموية في المسنين و كثير من الأمراض المزمنة والتنكسية Degenerative مثل مرض القلب التاجي تبدي ازدياد مضطرد ا في انتشارها مع تقدم السن))[6] .

كما أن الجنس يلعب دوراً في الفروقات بين الأمراض التي تصيب كلا الجنسين و الوراثة أيضاً لها دوراً بارز و فعال في عملية الإصابة بالأمراض و انتقالها من الآباء إلى الأبناء.

إلى جانب ذلك ((يؤدي سوء التغذية للإصابة بالأمراض الجرثومية مثل السل ، كما توجد أمراض لها علاقة بالإفراط في الأكل مثل السمنة و مرض السكر))[7] .

كما توجد أمراض لها علاقة بالمهنة كالتسمم بالرصاص و الحوادث وغيرها ، و تؤثر المهنة بشكل كبير على مرتاديها فكل مهنة لها أمراضها الخاصة و التي تؤثر على صحة من يعمل بهذه المهنة .

أضف إلى ذلك الحالة المناعية عند المريض نفسه أو العائل ، فالإنسان كلما كان محصناً ضد الأمراض كان أكثر مقاومة للأمراض ، ويكون التحصين من خلال أمصال خاصة أو مناعة طبيعية والتي تعطي الجسم فرصة أكبر للمقاومة و تفادي الأمراض البسيطة.

و لعل الوضع العائلي أو الاجتماعي بشكل عام له بالغ الأثر على الصحة العامة أو له تأثير على مستويات اجتماعية معينة .

((فأمراض القلب الروماتزمية و التهاب الشعب المزمن و السل و قرحة المعدة هي الأكثر شيوعا بين طبقات المجتمع الدنيا اجتماعيا و اقتصادياً عنها في طبقات المجتمع العليا))[8] .

و إذا ما تناولنا سلوك الإنسان نفسه في الإصابة ببعض الأمراض ، نلاحظ أن تناول المشروبات الكحولية و التدخين و الإفراط في تناول الوجبات الدسمة و الدهون و العادات الغذائية السيئة و الإفراط في تناول السكريات كل هذا يؤدي إلى الإصابة بالمرض و كذلك ابتعاد الناس عن مزاولة الرياضة و القيام بالتمارين التي من شأنها أن تمنع الجلطات و تصلب الشرايين .

و إذا كان الأمر كذلك بالنسبة للمرض وهذا الشعور الذي يحدث عند الإصابة بالمرض و أن الأمراض تحدث نتيجة لأسباب عدة فأن عملية تشخيص هذه الأمراض من الأهمية بمكان ، فلولا وجود تشخيص دقيق للمرض لما تمكن الطبيب من معالجة مرضاه ، إلا أنه لا بد للطبيب أن يعرف تاريخ المرض و العامل المسبب للمرض حتى يتمكن من التعامل معه.

و لكن القصور الذي يحدث من الأطباء هو عدم إدراكهم للمرض و أسبابه و الطريقة التي يمكن علاجه بها إذا أصاب الإنسان بطريقة مغايرة تماما للعلاج الطبي ، وهي طريقة العلاج الطب اجتماعي .

أن عدم فهم الطبيب لمسببات المرض الحقيقية يجعل المريض يعني أكثر مما كان في السابق ، لان أول سؤال يطرحه المريض على الطبيب ، ما هو سبب مرضي ؟ فإذا أدرك الطبيب سبب المرض و طريقة العلاج المناسب أمكن تحسس موضع الألم عند المريض وبالتالي يصل إلى راحة المريض وعلاجه بطريقة تناسب موضوع مرضه .

إن كثير من مرضى اليوم لا يثقون في الأطباء لان المرضى لا يرتاحون للتشخيص الطبيب المعالج و لفقدان الطبيب المهارة في العلاج و الأسلوب المناسب في طرح الأسئلة على المريض مما يجعل المريض يفقد الثقة في الطبيب .

أن المرضى في أغلب الأحيان يدركون أسباب مرضهم الحقيقية حتى وإن لم يصرحوا بها ، وخاصة إذا كانت أسباب اجتماعية تخص المريض نفسه ، إلا أنهم يخفونها عن الطبيب وعن الناس و الأسرة خشية البوح بها .

فالطبيب الماهر و الناجح هو الذي يتحسس موضوع الألم الحقيقي عند المريض و يدرك فيما إذا كان المرض الذي يعاني منه المريض مرضاً عضوياً أو مرض اجتماعي أو مرض نفسي أو غير ذلك من الأمراض التي قد تصيب الإنسان و خصوصاً أن الأمراض في العصر الحديث تتمحور معظمها حول ضغوط الحياة اليومية وما ينتج عنها من مشكلات تؤرق الإنسان وتلقي به في براثن المرض .

و رغم كل ما ذكر من الحرص على أن يتعامل الطبيب مع المريض و يعرف كل ما من شأنه أن يؤدي به للإصابة بالمرض سواء كان عضوي أو اجتماعي إلا أنه يجب على الطبيب أن يحذر ((أثناء مناقشة مع المريض أن يلعب دور الواعظ أو المرشد او القاضي أو ان يعامل المريض كمتهم يعترف بخطايا أو أن يتقمص دور المعلم أمام تلميذة ، بل يجب الإحساس بمشاعر المريض ، و احترام كافة انفعالاته مهما تكن غريبة أو شاذة ، ومحاولة دراستها موضوعياً دون التورط الانفعالي))[9] .

إن إقامة علاقة ودية مع المريض لا يعني أن يتورط الطبيب في علاقة غير محمودة العواقب فكثير من المريضات يتعلقن بالطبيب و ينظرن إليه و كأنه المُخلص أو المنقذ و تنشا مشاعر الحب بين الطرفين و يتبادل كلا منهما الحديث العاطفي مع الأخر ، وقد يكون عن عدم دراية أو إلمام كامل من الطبيب بمساوي هذه العلاقة اجتماعيا وتفسيا على المريضة ، وقد تصل الحالة إلى حد الابتزاز .

إن وجود مثل هذا النوع من العلاقات يؤدي إلى انتكاس حالة المريض فيما لو حاول الطبيب أن يصدها في أي لحظة و هو يعبر عن فشلة في أداء المهنة و احترام تقاليدها واستغلال مرضاه بشكل سافر وغير أخلاقي وربما تكون محاولة فاشلة في العلاج .

أن المقصود بإقامة علاقة مع المرضى هي التعرف على خفايا المرض غير المعلنة و الخافية وراء قناع الألم العضوي ، فالعلاقة بين الطبيب والمرضى تعني التودد إلى المرضى و معاملتهم معاملة حسنة و لطيفة حتى يشعر المريض بالراحة و الاطمئنان مما يجعله يفضي للطبيب بمكامن المرض والأسباب الحقيقية وراء الإصابة سواء كانت عضوية أو اجتماعية أو نفسية .

العوامل التي تحدد معنى المرض :

يقصد بالعوامل التي تحدد معنى المرض ، كل ماله علاقة بتوفير المناخ المناسب لإصابة الإنسان بالمرض ، كالعوامل التي تعود لطبيعة المرض ، أو الظروف الاقتصادية الخانقة ، أو الظروف الاجتماعية والنفسية ، وغيرها .

أ- عوامل راجعة لطبيعة المرض .

((يعني المرض بالنسبة للشخص المريض أشياء مختلفة تبعا لطبيعة المرض فالمرض المزمن يختلف في معناه عن المرض العادي حيث أن الأول يتطلب طريقة مختلفة للحياة و يتمثل فيها المريض أنواعا مختلفة من المسؤوليات))[10] .

أن المرض يحمل معاني مختلفة للمريض حسب نوع المرض الذي يعاني منه المريض فعلى سبيل المثال أن السائق الذي يعتمد على قدميه لقيادة السيارة التي تعتبر مصدرا أساسيا لرزقه ورزق أبنائه وخاصة إذا كان هو العائل الوحيد للأسرة ، فإذا ما قرر له الطبيب إجراء عملية جراحية على قدميه أو بتر أحدى القدمين فأن معنى المرض يختلف عند هذا المريض مقارنة بأخر ، نظرا لأن قدميه هما المصدر الأساسي لرزقه و بهما يستطيع العمل والحركة وأداء جميع أعماله ناهيك عن ما يشعر به من نقص .

هذا بخلاف المريض الذي يقرر له بترا أحدى الساقين وهو في الواقع يعمل بائع في محل تجاري فبتر الساق قد لا تعني له الكثير و لا يتوقف رزقه و عمله اليومي على وجود ساقه من عدمها ، وهكذا فان المرض يختلف باختلاف الحالة والشخص فهو يعني معاني متعددة ومختلفة للمرضى .

ب- عوامل راجعة للمريض نفسية

1- الظروف الاقتصادية :

((لا شك أن المريض الذي يختل توازنه الاقتصادي بسبب مرضه كان ينقطع عن العمل أو أن تكاليف العلاج ترهقه أو أن نتائج المرض تعوقه عن الاستمرار في عمله ، يختلف معنى المرض بالنسبة له عن مريض آخر يستطيع أن يتحمل تكاليف

العلاج و نتائج المرض))[11] فمن أهم الأسباب التي يجب على الطبيب أن يدركها هي العامل الاقتصادي و الاجتماعي بالنسبة للمرض غير المعلن ، فالمريض يزداد مرضاً إذا شعر بأن دخلة الاقتصادي قد تأثر بسبب مرض وعدم قدرته على العمل أو أن، المرض سوف يؤثر على مصدر رزقه و قد يسبب في انقطاعه .

فالشلل مثلا أحد الأمراض الذي يؤدي إلى فقدان المريض مصدر رزقه ووظيفته و قد يكون سبباً في فقد المريض مركزه الاجتماعي داخل المجتمع و يمنعه من أداء دوره كاملاً في المجتمع .

2- الظروف النفسية :

إن العامل النفسي له أثر كبير على صحة الإنسان فهو يؤدي إلى إضعاف الحالة النفسية عند الإنسان إذا كان غير قادر على مواجهة الأزمات و حلها أو إذا شعر أنه مهمل ولا يدور في محيط دائرة اهتمام الآخرين فأنه بذلك يتحول إلى شخصية انهزامية و سرعان ما تتأثر وتصاب بالمرض وقد ((يجد الطبيب نفسه في حالات كثيرة يعمل دون وجود علامة ، مشكلات عرضية))[12] .

فالطبيب في حالات المرض النفسي لا يتعامل مع مرض عضوي أو الآم ظاهر أمامه يمكن تشخيصها بالمنظار أو التحاليل الطبية ، ولكنها تحتاج إلى مهارة الطبيب و أن يدركها من خلال قوة ملاحظة و معرفته بطبيعة تلك الأمراض فعلى سبيل المثال فقدان الإنسان الشعور بالأمن قد يؤدي إلى المرض أو إلى الموت أحياناً ((إن فقدان الأمن النفسي يمكن أن يكون مدمراً جداً ، رغم أن هذا لا يظهر دائما في شكل مرض جسمي))[13] .

3- الظروف الاجتماعية :

تلعب الظروف الاجتماعية الدور الأكبر في الإصابة بالمرض ، وعلى الطبيب أن يدرك خطورة هذا العامل وغيره من العوامل التي قد تكون سبباً مباشراً في حدوث الأمراض ، حتى و أن كانت أعراضها بيولوجية .

أن شعور الإنسان المريض الذي له أسرة كبيرة وهو العائل الوحيد لهذه الأسرة يختلف عن شعور المريض الذي لا يعول أسرة ، فالأول يشعر بالالتزام كبير مع

أسرته فهو مصدر رزقهم الوحيد و بهذا يكون قلق على مصير أسرته هذا إلى جانب انقطاع اتصاله بأقربائه و أصحابة و جميع علاقاته الاجتماعية .

4-السن :

أن من بين العوامل المهمة في المرض و تحديد معناه عامل السن فالمرض عند الأطفال يختلف معناه عند المراهقين كما يختلف معناه عند كبار السن ، فكل فئة من هذه الفئات يعني لها المرض شي معين كما أن الطفل الصغير في مرحلة المريض الذي يؤدي به إلى دخول المستشفى ، يشعره بفقدان أبوية و القرب منهما مما يؤثر على شخصيته و ينعكس على سلوكه سلبياً .

و المراهق الذي يحتاج إلى الحركة و النشاط و تكوين الصدقات في فترة حياته الأولى إذا تعرض لعملية جراحية و استدعى الأمر وجوده في المستشفى فترة من الزمن يصاب بنفس أحساس الطفل و افتقاده لما يتمتع به أقرانه .

ولا يخفي على أحدا شعور كبار السن إذا ما تقرر أن تقام عملية جراحية لأحدهم من الخوف وعدم الاستمرار في الحياة ، لأن العملية الجراحية عند كبار السن تعني الموت المؤكد لكون أجسامهم لا تحتمل إجراء العملية الجراحية .

كما أن الأطفال في مقتبل العمر يصابون بمخاوف كبيرة إذا ما عرف أحدهم انه في حاجة إلى عملية جراحية ، ناهيك عن أن المرض يسبب القلق النفسي والاجتماعي للأسرة والمريض على حدّ سواء .

ج- عوامل راجعة للأسرة :

للأسرة بالغ الأثر على صحة المريض ، فمعظم المرضى يعتمدون على أسرهم أثناء فترة المرض .

فشعور الفرد بانه أصبح عبئ على أسرته و انه سيفقد احترام الأسرة له نتيجة لمرضه الطويل يؤثر و بشكل حاد على حالة المريض النفسية .

أن الأسرة هي أولى الجماعات التي تنشأ فيها علاقة الفرد بباقي أفراد أسرته ((بحيث يمكننا تصور حياة الفرد متضمنة عدداً من الجماعات المتداخلة مثل جماعة الأسرة))[14] و غيرها من الجماعات كجماعة العمل و الأصدقاء ... الخ .

فالأسرة هي الجماعة الأولى التي تؤثر في صحة المريض وهي التي تبعث فيه الأمل و الاستقرار النفسي و العاطفي و تبعث فيه اليأس و الملل الشعور بعدم المبالاة .

د- عوامل راجعة للمستشفى :

إن وجود المستشفى المجهز و الإمكانيات الكافية يبعث في نفس المريض الاطمئنان و يجعله يشعر بأهمية وجوده في المستشفى .

و وجود هيئة تمريض تعتني بالمريض و إدارة منظمة و خدمات لائقة كلها عوامل تساعد على شفاء المريض ، ناهيك عن غرف المستشفى و التهوين وحسن المعاملة من العاملين بالمستشفى و التغذية المناسبة ووجود تهوية جيدة في المبنى و الإضاءة كلها عوامل مهمة جداً لراحة المرضى و مساعدتهم على الشفاء العاجل .

و العامل الأساسي المفروض تواجده بشكل دائم في المستشفى هو الطبيب، ولكن ليس أي طبيب .

أن الأطباء الذين يدركون أهمية العوامل الاجتماعية و الثقافية في إصابة و علاج بعض الأمراض ، هم الوحيدين القادرون على مساعدة المرضى على تخطي مشاكلهم الصحية .

رغم أن هناك مرضى يعانون أصلا من مرض عضوي وليس له منشئ اجتماعي أو ثقافي ، وهو في الأصل بيولوجي أو وراثي ، إلا أنهم يعانون من عوامل اجتماعية و أخرى ثقافية مصاحبة للمرض أو للجراحة أو لطول مكوثهم في المستشفى .

و منهم من يتعرض لضغط الأطباء أو المرضى الأخرين أو هيئة التمريض أو سوء المبنى و التغذية مما يؤثر على صحته بعد دخوله المستشفى أكثر مما لو كان خارجها .

هـ - عوامل راجعة للمجتمع :

« إن نظرة المجتمع إلى المرض قد تحدد معناه أيضاً بالنسبة للمريض ، حيث ينظر المجتمع إلى بعض الأمراض مثل الأمراض المعدية و الأمراض الجلدية و الأمراض التناسلية نظرة خاصة تجعل المريض يشعر أنه منبوذ»[15] .

إن اختلاف الثقافات من مجتمع تجعل النظرة العامة للمرض تختلف من شعب لأخر ومن فرد لأخر ، فمنهم من يرى الأمراض التناسلية و الجنسية أمراض عادية و يتعاملون مع المرضى المصابين بها معاملة عادية ومنهم من ينظر إليها وكأنها شذوذ فلا يستطيع أن يحيط بطبيعتها وسبب الإصابة بها .

إلا أن المجتمعات العربية تنظر إلى المرض الجنسي و كأنه عار أو مسبة لصاحبها ، و أن من يصاب به من الذكور أو الإناث يوصف بالعجز و يكون في كثير من الأحيان إما منبوذ أو مثار للسخرية و الشفقة ، وهذا أمر ملحوظ وبشكل كبير في كثير من المجتمعات الشرقية بصفة عامة.

مفهوم الصحة :

((عرف العالم بركنز Perkins الصحة بأنها حالة التوازن النسبي لوظائف عملية إيجابية تقوم بها قوى الجسم للمحافظة على توازنه .

و قد عرفت هيئة الصحة العالمية مفهوم الصحة على أنه حالة السلامة و الكفاية البدنية ، والنفسية و الاجتماعية الكاملة وليست مجرد الخلو من المرض أو العجز)) (16) .

ومن خلال تعريف Perkins بأنها (الصحة) حالة توازن نسبي بمعنى أن الصحة غير ثابتة فالمرض نغصة الحياة إلا أن قوى الجسم لا يمكنها أن تحافظ على توازن الجسم لوحدها بل تتنافر مع جهود متفرقة و ليس كما جاء في تعريف بركنز .

إلا أن مفهوم الصحة عند منظمة الصحة العالمية كان أوضح ، كالحالة النفسية و الاجتماعية في المحافظة على الصحة .

و الصحة في قاموس اللغة العربية تعني ((البرئ من كل عيب أو ريب فهو صحيح أي سليم من العيوب و الأمراض)) (17) .

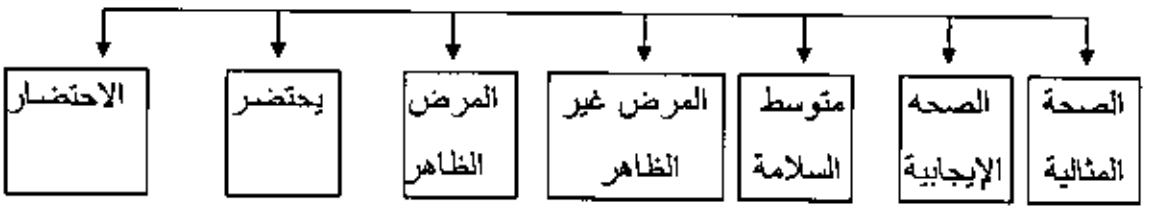
فالصحة هي أن يكون الإنسان معافى من كل داء لا يشكو الألم و السقم فهو صحيح ولا ينغص حياته أي مرض .

وحسب تعريف الأمم المتحدة السابق فأن الصحة تتكون من الصحة الجسمية و الصحة النفسية و الصحة العقلية و الصحة الاجتماعية و الصحة البدنية .

فكل واحده من هذه العناصر تتضافر مع سابقتها لتكون جسداً مترابطاً من الصحة الجسمية عند الإنسان .

و يعرف فوزي جاد الله ((الصحة من ناحية شدتها يمكن أن ينظر إليها على أنها مدرج قياس أحد طرفية الصحة المثالية و الطرف الآخر هو انعدام الصحة (الموت) و يبين الطرفين درجات متفاوتة من الصحة)) [18] ، و يعرف Tuaddle(1974) الصحة التامة من وجهة نظر اجتماعية بأنها، حالة وصول قدرات الفرد على التمتع و أداء الدور إلى أقصاها))[19] .

و الشكل رقم (2) يوضح درجات الصحة :



• المصدر :- أميره منصور يوسف ، المدخل الاجتماعي للمجالات الصحية والطبية و النفسية

((و كما أن للصحة مقياس يحدد فيما إذا كان الإنسان يتمتع بالصحة أو أنه على حافة المرض ثم الموت ، فقد وضعت محددات الدراسات الحديثة للصحة وهي:-

1- الوراثة .

2- البيئة .

3- أسلوب الحياة .

4- الخدمات الصحية))[20] .

وتلعب محددات الصحة العامة دوراً مهماً في حياة الإنسان فبدونها لا يمكن أن تكتمل الدورة الصحية عند الفرد .

و سوف نذكر بشي من التفصيل اثر محددات الصحة على الفرد .

1- الوراثة :

« إن الجينات الممنوحة أو الموهوبة للإنسان لا يمكن تغيرها أو تعديلها بعد الحمل حيث نجد العديد من الأمراض ترجع أو مصدرها الجينات " المورثات " و أمثلة على ذلك بعض أنواع من مرض السكر Diabetes و مرض الضعف العقلي Mental Rearriation وسو الهضم Errors of Metabolism وبعض أنواع الصرع Epilepsy » [21] .

2- البيئة :

إن البيئة سواء كانت داخلية أو خارجية لها تأثير بالغ على صحة الإنسان و يقصد بالبيئة الداخلية هو الأمراض التي يحملها الإنسان في تكوينية الجيني .

وقوة الأجهزة المناعية في جسمه ومدى محافظته على صحته الجسمية عن طريق مراجعه الطبيب عند شعوره بالألم .

أما البيئية الخارجية فهي مستوى النظافة في محيط بيئية الإنسان والتغذية الصحية ومستوي التلوث في البيئية وغير ذلك من محددات البيئية الخارجية التي تحيط بالإنسان والتي يتعامل معها وبشكل يومي .

البيئية الخارجية تساعد علي الإصابة بالمرض وقد تكون بيئية جيده تحفظ للإنسان صحته فالبرد الشديد أو الحرارة الشديدة تجعل الإنسان في خطر حيث أنها تتقلب في كل يوم وتؤدى إلي الإصابة بالمرض .

أسلوب الحياة :

إن أسلوب الحياة مهم جدا في الحفاظ علي صحة الإنسان ، فكلما كان الإنسان محافظا علي صحته مهتماً بغذائه الصحي ، ونظافته الشخصية ، وعلي عاداته في الأكل والشرب كان أكثر ابتعادا عن المرض .

إلا أن الكثير من المجتمعات تعيش بأسلوب مغاير تاماً لما ذكر فأسلوب حياتهم لا يتطرق علي الإطلاق إلي النظافة الشخصية أو النظافة العامة ، فتجد بيئية الشخص ملوثة وقذرة وهو يعيش دون أن يهتم لذلك .

إن البيئة النظيفة والخالية من مظاهر التلوث تعطي فرصة للحياة الكريمة النظيفة والخالية من الأمراض . وكثير من المجتمعات الأوربية تعيش في بيئية نظيفة محافظة إلا أن المجتمعات التي تنتشر في أفريقيا وآسيا لازالت لم تحقق القدر الكافي من النظافة العامة مما أدي إلي انتشار الكثير من الأمراض المعدية والخطيرة كما أن دولة مثل مصر علي سبيل المثال توجد بها قرى لازال يربى فيها الحيوان داخل المنزل مع الإنسان ، وبطريقة غير لائقة صحياً ، مما يؤدي إلي ظهور أمراض سرعان ما تنتشر بين السكان في القرية .

الخدمات الصحية :

تعد صحة الإنسان رهناً بمستوي الخدمات الصحية التي تقدم إلية في المستشفي أو أي عيادة أخري متخصصة .

ووجود هذه الخدمات لا يعني على الإطلاق تطور في مستوي صحة الإنسان ما لم يوجد الخبرة والكفاءة من الأطباء الذين يعملون علي تسخير هذه الخدمات لصالح المرضى .

وكل ما تقدمه المستشفيات اليوم من رعاية صحية للمريض يدل علي قوة الخدمات الصحية في المستشفي فكلما كانت الخدمات الصحية متوفرة وجيده كلما كان المرضى أكثر ارتياحا في المستشفي وأكثر تقبلا للعلاج.

((تختلف نوعية الخدمات الصحية المقدمة من مجتمع إلي مجتمع طبقاً للتقدم التكنولوجي في مجال الصحة في كل مجتمع من جانب ، ولطبيعة النظام الاقتصادي والاجتماعي السائد في كل مجتمع)) (22) .

ولكننا نلاحظ أن الخدمات الصحية في الدول النامية علي وجه الخصوص تعاني من قلة الخبرات المؤهلة رغم ضخامة الاحتياجات الصحية ، وبهذا يبرز لنا عجز الطب عن أداء العمل المطلوب منه .

كما إننا نلاحظ أن هناك اختلاف كبير وفرق شاسع في التوزيع العادل للخدمات الصحية ، حيث تتركز الخدمات الصحية في المدن الكبرى وتهمل في مناطق الريف مما يجعل الرعاية الصحية في الريف متدهور وقليلة إلي حداً كبير .

ورغم ذلك يجب الاهتمام بالخدمات الصحية في دول العالم الثالث وتوزيعها بين المناطق الحضرية والريفية بشكل متساوي يضمن وصولها لكل مواطن في العالم والمحافظة علي تقاليد مهنة الطب وإيجاد العنصر المؤهل القادر علي استقلال تلك الخدمات .

مفهوم الصحة العامة :

((يوجد نوعان من الصحة ، صحة طبيعية ، وصحة صناعية ، فالصحة الطبيعية هي الصحة الحقيقية التي تستخدم مقاومة الأمراض المعدية وأمراض الانحلال وتوازن الجهاز العصبي ...، والصحة الصناعية ، هي الصحة التي لا يوجد فيها المرض ، وتعتمد علي أغذية خاصة ومستحضرات طبية وفيتامينات وفحوصات طبية دورية وعناية مخططه بالمصحات والمستشفيات)) (23) .

وإذا كان هذا هو مفهوم الصحة بشكل عام سواء كانت صناعية أو طبيعية إلا أن مفهوم الصحة العامة ومفهوم صحة المجتمع يختلف اختلافا جذرياً عن المفهوم العام للصحة .

ويقصد بمفهوم الصحة العامة ((صحة مجموعة من السكان تعيش في مجتمع ما أو بلد ما وتتعرض لنفس الظروف المشتركة ومجالات الصحة العامة أوسع من الطب الوقائي والصحة الاجتماعية حيث أنه يهتم بكل المشكلات والاحتياجات الصحية للمجتمع كما أنه يقدم الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية)) (24) .

ومن ذلك يتضح أن مفهوم الصحة العامة يتطور ليشمل صحة المجتمع بالكامل بدلاً من الاهتمام بالفرد كوحدة اجتماعية بمعنى أنه نظام للعناية الصحية الشاملة لكل الناس و بواسطة فريق طبي متمرس يهدف في عمله إلى تحقيق الصحة العامة في المجتمع .

أن مفهوم الصحة العامة لا يمكن أن يفهم على الوجه الأكمل ما لم يدرس هذا المفهوم في سياقه الاجتماعي فلا يمكن معرفة الصحة العامة أو صحة المجتمع إلا عن طريق مطالب الناس الذين تعني لهم الاستقرار و الحفاظ على مصدر أرزاقهم .

و لبلوغ مفهوم الصحة العامة و الإيجابية في نفس الوقت لا بد من تجاوب الناس لعلاج الأمراض المتوطنة و السارية و المعدية و غيرها من الأمراض التي تنتشر وبشكل كبير مع تطور الحياة والتي أصبح علاجها اليوم يتطلب أموالاً كثيرة و منها ما يصعب علاجه .

« و لذلك يرتبط علم الصحة العامة بالعلوم الاجتماعية ارتباطاً كبيراً و هذا جعل الكثير من علماء الصحة العامة يعتبرونه علماً من العلوم الاجتماعية ، كما يؤكدون أهمية دراسة العلوم الاجتماعية كأساس ضروري لدراسة علم الصحة العامة » (25)

و يمكننا أن نخلص إلى حقيقة مفادها أن الصحة العامة هي صحة مجتمع بأكمله و أن الصحة العامة تسعى إلى الحد من المرض وذلك بالبحث عن أسباب انتشار الأمراض سواء كانت أسباب بيئية أو بيولوجية أو اجتماعية وتعتبر وفرة المأكل و البيئة الطبيعية والاجتماعية و الراحة النفسية وقلة المشكلات الاجتماعية تساعد الإنسان على التمتع بالصحة و الابتعاد عن المرض .

وكذلك حصول الإنسان على فرص العمل الجيد الذي يضمن له الحياة الكريمة يزيد من تأكيد مفهوم الصحة العامة ، على الرغم من وجود علاقة قوية بين الوظائف الإدارية و الإصابة بالمرض .

وكذلك تنخفض نسبة الوفيات بين الطبقات الاجتماعية الراقية عنها في الطبقات الأخرى لأسباب متعددة كتوفير العلاج المناسب والتغذية الممتازة و الراحة النفسية و الوظائف الملائمة .

ولعل التقدم في الطب أدى إلى انخفاض الإصابة بالمرض و الذي أدى بدوره إلى انخفاض نسبة الوفيات نتيجة لانتشار الوعي بين أفراد المجتمع وفي المقابل ظهرت أمراض أخرى بدلاً من الأمراض التي اختفت تماماً أو تقلصت بفعل العلاج الطبي ، ويوضح الجدول التالي تطور معدلات الوفاة نتيجة بعض الأمراض من عام 1940 – 1960 في المملكة المتحدة .

جدول رقم (1) يوضح

تطور معدلات الوفاة نتيجة بعض الأمراض من عام 1940 – 1960 في المملكة المتحدة .

سبب الوفاة	1940	1950	1960
كل الأسباب	1076	933,8	941,7
الأمراض المعدية			
السل بجميع أنواعه	45,9	22,5	6,7
الزهري و مضعفاته	14,4	5,0	1,8
الحمى التيفوديه	1,0	0,1	-
الدوسنتاريا بأنواعها	1,9	0,6	0,2
الدفتريا	1,1	0,3	0,0
مضاعفات شلل الأطفال	0,8	1,3	0,3
الحصبة	0,5	0,3	0,2
الالتهابات الرئوية	70,3	31,3	32,0
الأمراض المزمنة			
الأورام الخبيثة	120,3	139,8	147,1
مضاعفات مرض السكر	26,6	16،2	16,0
أمرض القلب	485,7	510،8	519,7
قرحة المعدة و لأثنى عشر	6,8	5,5	5،9
الحوادث			
حوادث السيارات	26,2	23,1	20,0
الحوادث الأخرى	47,0	37,5	30,7

معدل الوفاة لكل 100,000

*المصدر : ماجدة محمد عبدالحميد فايز ، بعض أنماط الصحة و المرض لدى أطفال الطبقات الاجتماعية المختلفة

« و يلاحظ التغير الذي حدث في معدلات الوفاة الناتجة عن بعض الأمراض عام 1940 إلى عام 1960 بالمملكة المتحدة ، فقد حدث انخفاض شديد في مرض السل من 45,9 إلى 6,7 خلال العشرون عام نتيجة تطور و سائل العلاج و أساليب الوقاية » (26) .

و غير ذلك من الأمراض التي حدث بها انخفاض كبير في معدلات الإصابة و على عكس ذلك ارتفعت معدلات الإصابة في الأمراض الأخرى كأمراض القلب و التي تصيب الإنسان نتيجة لضغوط العمل و العادات السيئة كالتدخين مثلا .

الأمراض ذات الصبغة الاجتماعية :

« لا يمكننا النظر للألم باعتباره ظاهرة بيولوجية تتدخل فيها فقط الجوانب الاقتصادية لحياة الأفراد فللألم داخل القيم الثقافية الصحية أذرع داخل جعبة كل إنسان لتخرج منها ما يتفق مع قيمة الثقافية الأخرى ، وما تتلاءم مع تكوينه الاقتصادي الاجتماعي المشكل لحياته»(27) ونقصد بالأمراض ذات الصبغة الاجتماعية هي تلك الأمراض التي تنشئا نتيجة لأسباب عضوية و لكنها تسبب للمصاب بها إحباط اجتماعي و تترتب عنها أثار نفسية واجتماعية تعالج عن طريق وعي الطبيب بها و كيفية التعامل مع المرضى المصابين بتلك الأمراض إلى جانب العلاج بالعقاقير الطبية .

و كما هو معروف أن الخوف و الحزن و القلق كلها عوامل وأعراض ونتائج الأمراض التي يشعر المصاب بأنه مثار للسخرية من مرضه أو أنه أصبح مقزز بسبب هذا المرض أو يخجل من المصارحة بوضع مرضه وخاصتا إذا كان يتعلق بالنواحي الجنسية ناهيك عن الخوف من عدم الشفاء أو قرب المنية .

و تتولد هذه المشاعر عند أي مريض مهما كان مرضه إلا أن الإنسان بطبيعته ضعيف و يخطر بباله عدة أمور عندما يصاب بالمرض ، ويشعر و كأنه أصبح عبا ثقيل على من حوله فتتسرب إليه معالم الإحباط و المرض .

فالمرض العضوي بلا شك له علاقة وثيقة بالمرض النفسي و الاجتماعي و كذلك لا يوجد مرض اجتماعي أو نفسي لا يؤثر على صحة و سلامة الجسم .

أن الأمراض ذات الصبغة الاجتماعية كثيرة و كما أسلفت أن أي مرض عضوي لا بد له من أثار على شخصية المريض سواء كانت أثار اجتماعية أو اقتصادية أو نفسية .

و سوف نتناول بعض الأمراض التي لها صلة مباشرة بالوضع الاجتماعي والتي تؤثر فيه بشكل كبير و تؤثر على حياة الإنسان وعلى من يحيطون به و ربما هذه الأمراض تتفاوت في نسبتها حيث تمتد الفترات مع بعض المرضى و لا تسبب أثار نفسية أو اجتماعية إلا بعد فترة طويلة مما يجعله يشعر بخطورة المرض الذي ربما يجعل من هم حوله ينفرون منه أو يشفقون عليه أو تتقلص إلى حد كبير علاقته بالناس و الوظيفة و يفقد مركزه الاجتماعي و يصبح مجرد من أي دور في المجتمع و ربما حتى في منزله مع أولاده و زوجته .

إن مثل هذه الأمراض تنشأ بأسباب اجتماعية أحيانا كأمراض ضغط الدم والسكر و القلب و تصلب الشرايين و الجلطة الدماغية وغيرها .

و قد تختلف هذه الأمراض وتنشأ بأسباب اجتماعية و نفسية وبيئية مثل مرض السرطان و مرض فقدان المناعة و مرض السل و غيرها من الأمراض التي سنتطرق إليها .

أ- مرض السرطان :

الحديث عن مرض السرطان لن يكون ضمن الإطار الطبي البحت أنما يتضمن البحث و الإسهاب في هذا الموضوع ضمن الإطار الاجتماعي و الثقافي و المفهوم العام لهذا المرض وكيف يمكن أن يكون هذا المرض وغيره أحد الأمراض ذات منشئ إما طبي أو اجتماعي و حتى إذا كان هذا المرض ذو صبغة طبية فإن علاجه بالتأكيد لن يكون إلا اجتماعي نفسي .

و لعل مرض السرطان من بين الأمراض الفتاكة و الذي ذاع صيته حتى أصبح لفض كلمة السرطان في حد ذاتها تشكل رعب و هاجس لمن يسمعها .

و رغم ذلك فأن مرض السرطان ليس كما يعرف عنه فهو أن تم تحليل مادته و أسبابه و أعراضه و شكل الفيروس لصغر ذلك الاعتقاد .

أورام السرطان ((هي نمو غير طبيعي لبعض انسجه الجسم ، وهو النمو لا يخدم وظيفة فسيولوجية كباقي الأنسجة الطبيعية ، بل تتكاثر خلاياه على حساب الأنسجة الطبيعية ، تؤدي إلى احتلال وظائف الخلايا و الأنسجة الطبيعية المجاورة لها))[28] .

فالأورام نوعان :

((نوع يسمى الحميد ، و نوع يسمى الخبيث ، فالنوع الحميد ينمو ببطء أو يكون عادة مغلفاً بغلاف واضح من الأنسجة الليفية ، وضرره الرئيسي هو التشويه و يفضل عادة استئصاله للتغلب على التشويه و الضغط الميكانيكي ، و حتى لا يتحول إلى ورم خبيث مع مضي الوقت))[29] .

((أما الأورام الخبيثة فتتكاثر بسرعة كبيرة ، وتمتد مباشرة إلى الأنسجة المجاورة كما تمتد عن طريق الدورة الليمفاوية و الدورة الدموية ، و بالانتقال المباشر تنتشر في أنحاء الجسم ، وتؤدي إلى وفاة المريض بوسائل عديدة)) [30] .

فمرض السرطان عبارة عن تليف يحدث للأنسجة إما أن تؤدي إلى تشوهات تتحول بمضي الوقت إلى ورم خبيث ، أو عبارة عن تلف في الأنسجة غير مغلف يؤدي في معظم الأحيان إلى الوفاة .

فأمراض السرطان تنشئا عادتاً أو في أغلب الأحيان((من البيئة مثل تلوثها ، و منها ما يأتي بظروف كيماوية وتفاعلات كيماوية مثل احتلال نظام الهرمونات في الجسم.

و منها ما يخلقه الإنسان مثل الدخان وهو من العوامل التي تؤدي إلى سرطان الرئة))[31] . ونلاحظ أن مرض السرطان ينشئا في بعض الأحيان من البيئة التي يعيش فيها الفرد والتي يغلب عليها الطابع الثقافي مما يجعله يسلك سلوكاً يؤدي به إلى الإصابة بمرض لعين قد يؤدي إلى وفاته .

و من هنا نرى أن منشأ هذا المرض ربما يكون لسبب اجتماعي أو ثقافي حسب بيئة الفرد هذا من ناحية ومن ناحية أخرى نرى أن منشأ هذا المرض قد يحدث بأسباب اختلال إفراز الهرمونات يؤدي في النهاية إلى الإصابة بالسرطان .

و هذا الأمر كثير الحدوث ناهيك عن الإصابة بالمرض جراء العادات السيئة في الغذاء و قلة الوعي وعدم الالتزام مواعيد الكشف الدوري و الفحوصات المنتظمة .

ولكن مهما كانت الأسباب المؤدية إلى مرض السرطان ومهما تعددت أسباب الإصابة يظل هذا المرض مرض اجتماعي بالدرجة الأولى .

فالمريض يعيش في بيئة اجتماعية تتأثر بمرضه و يؤثر فيها من خلال تعاملها تجاه المريض وتأثيرها في مركزه ودوره الاجتماعي .

فالطبيب المعالج لا بد أن يدرك أن العلاج الأول و الحقيقي لهذا المرض لا يكون إلا من خلال المنظور الاجتماعي و إمكانية تكييف المريض مع المرض أو مع البيئة المحيطة به وتعد هذه الملاحظة أمر بالغ التعقيد وتتطلب مهارة في العلاج ووعي من الطبيب الذي يشرف على عملية العلاج كما يتطلب وعي من البيئة الاجتماعية المحيطة بالمريض والتي يجب أن تدرك طبيعة المرض و كيفية التعامل معه .

((و إذا لم يحدث التكيف البيولوجي ، فانه يرجع إلى قصور في السمات الشخصية للناس ، ويرجع أيضا إلى درجة التلاؤم بين الشخصية و بين الوضع الاجتماعي الذي يحتله في المجتمع)) (32) .

ومن بين أهم عناصر العلاج لهذا المرض هو التكيف مع البيئة و المحيط الأسري و الذي نادرا ما يحدث نظرا لعدم توفر الظروف الملائمة و الثقافية الواسعة عند كثير من الأسرة و المرضى والأطباء .

إن مرض السرطان كغيرة من الأمراض رغم الصيت الواسع الذي تحصل عليه بسبب عدم تفهم الناس لطبيعة المرض وهذا القول لا يعني أن مرض السرطان من الأمراض الهينة ولكن طبيعة مرض السرطان تتطلب وعي وعلاج نفسي أكثر من العلاج الطبي ، فتقبل المريض لمرضه أمر لا بد منه و هو الدفعة الأولى على طريق العلاج .

و أول خطوه من خطوات العلاج تتوقف بدرجة كبيرة على إدراك الطبيب للمرض وسرعة تلافي الصدمة الاجتماعية واستخدام الحس الاجتماعي لعلاج المرض والطريقة التي يصارح بها المريض من حيث إخبار المريض بموضوع مرضه من عدمه أو إخبار أسرته بموضوع مرضه و كيف يمكن إيصال هذه المعلومة إلى المريض وكيف يمكن أن يصل الطبيب مع أسرة المريض و المريض نفسه إلى صياغة معينة لتعريف المرض و مدى خطورته .

وكيفية علاجه بالطرق الصحية و الاجتماعية مع المحيط الذي يلف المريض و بيئته .

إن أمراض مثل مرض السرطان تسبب الإحباط و القلق و اليأس من الحياة و يكفي أن يعلم المريض أنه مصاب بمرض السرطان . حتى يصبح على موعد قريب جداً مع الموت حسب اعتقاده ،وذلك لأن السرطان يعني لكثير من الناس الموت المبكر .

مع العلم أن مرض السرطان قد يصاب به صغار السن و يمتد معهم سنوات عديدة، وكثيراً ما نسمع عن أناس مصابون بالسرطان وعاشوا فترة طويلة جدا و كأنهم لا يشكون من آي مرض .

و مهما يكن الحال فإن يأس الإنسان في الخلاص من الموت و إصابته بالقلق و الإحباط كل ذلك ناتج من عدم تفهم البيئة الاجتماعية لنوعية المرض و أسبابه و نتائجه وكيف يمكن التعامل معه في محيط البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها المصاب .

((ويعتبر القلق النفسي من أكثر الأسباب التي تؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم وما يصاحبه من امراض)) (33) .

فكلما كان المريض قلقلا بسبب موضوع مرضه كلما أدى ذلك إلى ضعف قواه البدنية مما يؤدي في نهاية المطاف إلى موته .

فالقلق يكثر و ينمو ويتنامى في حالة عدم توضيح ماهية المرض للمريض ، فالطبيب المؤهل و القادر على توعية المرضى و الذي يدرك أن العامل الاجتماعي و النفسي و البيني مهم جداً في العلاج من القلق و الاكتئاب و يريح المريض و يعطيه دفعة قوية و أمل للاستمرار بالحياة كإنسان طبيعي لا يشكو من آي مرض .

فأقل خطوة على طريق العلاج هي توعية المريض بنوعية المرض و مسبباته و أخطاره و كيف يمكن التعامل معه و كيف يمكن للمريض أن يهدأ من توتره تجاه المرض ، وهنا يبرز أهمية الوعي الاجتماعي والثقافي عند الطبيب والممرضة في احتواء المرض والمريض ، بحيث يتفهم أسباب المرض والطريقة المثلى للعلاج ودمج المريض بين أفراد المجتمع ونشر الوعي الاجتماعي بين الناس والمرضى حتى يستطيع أن يكون مؤهل للمكانة التي يرتادها .

ومن ثم تأتي الخطوة الثانية من خطوات علاج المريض المصاب وذلك بتوعية أسرته بخطورة المرض وكيف يمكن أن تخلق الأسرة الجو المناسب للمريض بحيث لا يشعر بأي تغيير يطرأ على مركزه في الأسرة و تمده الأسرة بالقوة المعنوية التي تساعده في الاستمرار بالحياة التي لا يمكن أن يتجاهلها أي إنسان حتى ولو كان مريضاً .

و الخطوة الثالثة للعلاج تأتي لتعالج المحيط الاجتماعي و البيئة الاجتماعية التي يعيش بها كل المرضى والأطباء .

و تخفيف حدة التوتر و القلق الذي يعاني منه المريض تقام بعض ((حلقات المناقشة و الترويح و الأنشطة الخلاقة المختلفة خاصة بالنسبة للمرضى المقيمين بالمستشفى لفترات طويلة نسبياً كنزلاء دور الصحة النفسية و مصحات الدرن مما يساعد على رفع الروح المعنوية)) (34) .

و في واقع الأمر فأن المرضى بشكل عام يحتاجون ((لخدمات متكاملة لمريض القلب أو السرطان ، و فريق عمل متكامل اجتماعي و نفسي و إرشادي بجانب الخدمة الطبية حتى نطمئن لجدوى العلاج بالعقاقير)) (35) .

و في واقع الأمر لا يستطيع احد ان ينكر فعالية العلاج بالعقاقير إذا ما أحسن الطبيب التصرف مع المرضى ، فالمريض عند زيارته للطبيب يحتاج إلى شخص متفهم يفضي له بمشاكله وهمومه و يقيم معه علاقة صداقة يستطيع من خالها أن يبوح للطبيب بكل ما في صدره من هموم و مشاكل وأمراض .

و لعل أمراض العصر الحديث كانت معظمها نتاجاً لتدهور في أوضاع الإنسان الاجتماعية و الاقتصادية و النفسية ، فأمراض ضغط الدم والسكري و الإيدز و غيرها من الأمراض كلها و كثير منها تصيب الإنسان لتدهور أوضاعة المعيشية وولوجة لدنيا جديدة تحمل في طياتها خفايا لا يدرك خطورتها إلا في وقت متأخر .

و قد لا ينجو الإنسان في كثير من الأحيان من براثن هذه الأمراض و يكون ضحية سهلة المنال ، ومما يساعد على انقضاء اجله بسرعة تدهور الحالة النفسية والذي يتبعه بدون أدنى شك تدهور حالته الصحية ، ويكون ذلك بعد أن ينقطع عنه الأصدقاء و الأطباء و الأهل ، إما بسبب خطورة مرضه أو بسبب فقدانه للدور الذي كان يلعبه في

المجتمع والمكانة الاجتماعية التي كان يحتلها و الذي يتبعه - في أغلب الأحيان - فقدان المركز الاجتماعي الذي كان يتمتع به هذا الشخص سواء في محيط الأسرة أو العمل أو على المستوى الشخصي مع أقرانه و أصدقاءه .

((فبعض المرضى يحتاجون إلى دعم نفسي و اجتماعي و مادي بعيداً عن كلمات الطمأنة و المريض يحتاج إلى طرق إرشادية عملية لحل المشاكل و اتخاذ القرار)) (36)

ب- مرض الإيدز :

تعريف المرض :

" الإيدز(AIDS) كلمة إنجليزية تختصر الكلمات التالية :

Acquired Immune Deficiency Syndrome

و يقابلها في اللغة الفرنسية سيدا ، وهي تختصر الكلمة التالية :

Syndrome immuno – deficitaie acquise

وهذا المرض تطلق عليه و سائل الإعلام العربية اسم ((نقص المناعة المكتسبة ، أو فقدان المناعة المكتسبة ... ثم أن مرض القصور في المناعة المكتسبة هو مرض ناتج عن إصابة بفيروس مميز)) (37) .

و يمكن أن نعرف مرض الإيدز بمرض العصر الفتاك الذي يقضي على الإنسان نفسياً و اجتماعياً بمجرد سماع أسم المرض بالنسبة للمريض و لعل التعريف العلمي للمرض أو التعريف الطبي إذا صح القول يختلف كثيراً عن التعريف الاجتماعي .

فبينما يرى المختصون في الطب و الأمراض أن مرض الإيدز هو نقص في دفاعات المناعة عند الإنسان ، فأن علماء و مفكري علم الاجتماع لهم نظرتهم في مرض الإيدز فمن وجهة نظري فأن الإيدز آفة اجتماعية ملعونة تصيب الإنسان المنحرف اجتماعياً - في أغلب الأحوال - أو الشخص المدمن على المخدرات أو قد يصيب الإنسان بطريق الخطأ كنقل الدم أو ما شابه ذلك هذا من ناحية ، ومن ناحية أخرى فأن الإيدز هو مثير للاشمئزاز الاجتماعي و العاطفة الاجتماعية نحو المصابين .

فمصاب الإيدز هو شخص يدعوا للشفقة أكثر من كونه مذنب في حق نفسه و مجتمعة ودينة فالإيدز مرض اجتماعي خطير تفشى في المجتمعات الحديثة في الفترة الأخيرة من القرن الماضي و أصبح ينتشر وبشكل كبير .

ولعل مرض الإيدز هو أكثر الأمراض خطورة في العالم اليوم ويعني الموت لدى الكثيرين و لاكتشاف المرض بسرعة قبل فوات الأوان أو انتشاره في الجسم بالكامل ، لابد للمريض أن يكاشف الطبيب بنوع مرضه و الأعراض التي يشعر بها فالتشخيص المبكر قد يحد من المرض أو يضع حداً له إلا أنه في مجتمعاتنا الشرقية يخشى الفرد من الواقع الاجتماعي الذي يعيش فيه ((ويعتمد التشخيص المبكر مبدئيا على المريض ، فعلية أن يفاتح الطبيب بأنه يشعر بعرض ما.هذه المُفاتحة الأولى قد تتأخر لأسباب مختلفة ، أهمها غالباً الخوف))(38) .

فالعلاج المتوقع لمريض الإيدز يختلف تماماً عن علاج المريض العادي كون مريض الإيدز يحتاج لنوع خاص من المعاملة و الثقة في النفس ، و الشخص المعالج ، وربما لا يوجد مفر من العلاج بالطرق الاجتماعية وهو يعرف بالعلاج الاجتماعي للمرض .

و في هذا النوع من العلاج ((تتحول أقسام المستشفى العادية إلى مجتمعات محلية علاجية بحيث يعاد في الغالب تشكيل الوضع المكاني المحسوس و لو بدرجة ضعيفة بحيث يزود بامكانات أشبه بالبيت ، فتوضع أبواب لحجرات النوم ، و تعلق عليها الصور على الحوائط مثلا ، و يقوم الأفراد بارتداء ملابس الخروج ويعمل المرضى كل اسبوع في أعمال معينة و يحضرون جلسات العلاج النفسي و يشتركون في أنماط ترفهيه متنوعة كما أنهم يشتركون في (اجتماعات المدينة) حيث يساعدون في عملية اتخاذ القرارات بخصوص القواعد و الأنشطة و الجداول و المشكلات و الأمور الشبيهة بذلك ... و يعامل أعضاء هيئة المعالجين المرضى باحترام ، ويعلمونهم السلوك الصحي المسئول ، وحينما تسيطر هذه المستويات على حياة المستشفى يبدأ المرضى في توقيع استجابات تكيفيه من أنفسهم و زملائهم المرضى))(39) .

ناهيك عن كون المريض يتعرض إلى صدمات نفسية حادة إلى جانب المرض العضوي و القلق الاجتماعي ، وبذلك يصبح في حاجة إلى علاج نفسي أولا كي يتمكن المعالج الطبي أو الاجتماعي من ممارسة عمله وتشخيصه الحالة ووصفه العلاج المناسب .

وكما لا يخفى على أحد أن المصابين بمرض الإيدز يمرون بحالات نفسية قاسيه و مؤلمة و يصبح من الصعب أن تتحدث معهم أو تحصل على معلومات منهم وخاصة في الفترة الأولى لاكتشافهم المرض .

لذلك لزم تدخل المعالج النفسي الذي يمهد الطريق للعلاج الطبي والاجتماعي .

((و مما يؤخذ على النظم الطبية العصرية اهتمامها بشكل مفرط بالجوانب العضوية (المرضية) المحصنة ، أما الجوانب الثقافية الاجتماعية للمرض وعلاجه فلا تحظى إلا باهتمام يسير))(40) .

((إن الأشخاص المصابين بالعدوى أو بالإيدز أو بالحالات المرتبطة بالإيدز قد يكونون في جماعات موصومة اجتماعياً وقد يكونون منفصلين عن أسرهم و ظلوا يعيشون في الخفاء و هؤلاء قد تصبح دوافعهم لطلب الإرشاد أو الاختبار أو العلاج واهية إذا ما استشعروا احتمال تعرضهم للعدوان او لتقيد سلوكهم او حتى الاحتمال السجن أنهم يحسون عادةً بأنهم منبوذون اجتماعياً و يخافون من افتضاح أمرهم))(41) .

إن المريض المصاب بالإيدز ليس مريض عادي فهو حساس لكل ما يدور من حوله يرى العالم كما لو كان قد وجد فيه لأول مره و هو فاقد الثقة بكل الناس و بالمجتمع و حتى بنفسه وهو شخص يائس من الحياة .

فالتعامل معه لا بد أن يكون من نوع خاص و هذا يجرنا للحديث عن شخصية الطبيب أو المعالج أو الأخصائي النفسي و الاجتماعي .

((ومن المهم انتشار الوعي الطبي الكافي بين الأطباء عن حقيقة أمراض نقص المناعة و طرق اكتشافها و التحاليل الطبية الحديثة التي تؤكد إصابة الجهاز المناعي في الإنسان))(42) .

وذلك حتى لا يكون هناك آي خطأ في التشخيص و العلاج الاجتماعي أو الطبي ، فكما أسلفنا أن مجرد سماع كلمة إيدز في حياتنا تثير الرعب و الاشمئزاز بين الناس و أن

المرض بصفة عامة غير مرغوب فيه أو هو زائر غير مرغوب في زيارته ، فما بالك إذا كان هذا الزائر يخطط لقتلك أو سلبك حياتك السعيدة في بيتك ووسط أسرتك .

أنه ولا شك شعور لا يحس به إلا كل من يعانيه فوصفنا له لا يتعدى كونه وصف لحالة مريض مصاب بمرض نقص المناعة و صف خارجي لحالته بينما يصعب علينا أن نصف جروحه الداخلية و مدى النزيف الذي يقطر بداخله ، كل هذا وغيره أمور يصعب علينا وصفها .

إلا أن الطبيب و الأخصائي النفسي أو الاجتماعي لا بد أن يكون على دراية كاملة بالمرض و بالعوامل النفسية و الاجتماعية و الثقافية لحاملي المرض كي لا يقع فريسة الجهل بالعلاج المناسب لنوع المرض .

و حتى إذا كان مرض الإيدز مرضاً منبوذاً اجتماعياً و أياً كان السبب الذي أنتقل به المرض إلى الشخص المصاب فهو في نهاية المطاف شخص يعاني جرح الذنب أن وجد وجرح الألم من المرض .

و يجب علينا ألا ننظر إلى المريض على أنه شخص شاذ أو منحرف جنسياً أو أنه أقترف ذنباً ولا بد أن يحمل وزره بنفسه .

إن هذه النظرة لا تفيد الشخص المعالج أو الطبيب أو الرجل المثقف الدارس لعلم الاجتماع الطبي .

إن المصاب بالإيدز هو شخص وقع ضحية للمرض و الإصابة سواء جرها لنفسه أو انه أصيب بها بطريق الخطأ أو استعمال أدوات تحمل الفيروس .

لا بد لنا أن ندرك أن المرض مهما كان فهو نغصة في حياة الإنسان وهو يجر إلى الكدر و الهم فالمهم أن يدرك المعالج أو الطبيب أن أسباب نشأة أو التقاط العدوى ترجع في كثير من الأحيان إلى أسباب اجتماعية أو ثقافية ، فكثير من المجتمعات الغربية لا تفرق في ثقافتها بين الرجال و النساء ، فيمكن للرجل أن يعاشر المراه أيا كانت وفي أي وقت إذا رغبت هي في ذلك كما أن هناك الكثير من العادات الاجتماعية و التي تكون هي الأخرى أساس في الإصابة بالمرض كعادة الإدمان على المخدرات و المشروبات

الكحولية ، بالإضافة إلى ضعف الرقابة الصحية في كثير من المجتمعات و التي يعاني فيها الإنسان من انتقال الوباء عن طريق معدات طبية غير معقمة .

إن إدراك الطبيب لانتقال هذه الأمراض و غيرها بأسباب اجتماعية و ثقافية يعطيه خلفية كبيرة وواسعة عن كيفية علاج تلك الأمراض و بطرق اجتماعية و ثقافية .

فكثير من هذه الأمراض لا تصلح للعلاج بالعقاقير الطبية و أنما يبقى العلاج الاجتماعي هو الحل المؤقت لبعض الأمراض إلى جانب العقاقير و التي تعمل كمسكن للألم أكثر من كونها علاج وحتى هذه الأمراض التي نحن بصدد الحديث عنها قد يكون من الصعب علاجها إن لم يكن من المستحيل – في الوقت الحاضر على الأقل – إلا أنه يمكن أن تجعل الإنسان يعيش ما تبقى له من حياة وهو يحدوه الأمل ونمنحه راحة نفسية و اجتماعية وحياة عادية مع باقي أفراد المجتمع . و يهيئ له الجو الذي يبعد عنه شبح الموت و الذي يطارده في كل وقت .

إن أهم ما ينبغي عمله هو تهيأت الأطباء و المعالجين و الأخصائيين النفسيين و الاجتماعيين لإتقان هذا النوع من العلاج وكذلك توصيل هذه الأفكار و العلاجات إلى أسرة المريض بطريق الاتصال المختلفة وتوعية المجتمع و بكل الطرق لاستيعاب المرض وكيفية علاجه .

و كما نعلم أن كثير من الأمراض و التي يعاني منها كثير من الناس اليوم أصبحت في وقتنا الحاضر أمراضا عادية رغم أنها كانت في وقت من الأوقات أمراض مرعبة و فتاكة ، كمرض السكري و ضغط الدم و غيرها ، بل أصبح ألان يطلق عليها (أمراض شعبية) .

فجهل المريض بهذا المرض و طرق العلاج يدعوا الإنسان إلى الخوف و الرهبة وعدم القدرة على وصف العلاج و تظهر الضغوط النفسية واضحة على الإنسان ويصاب بالقلق.

« أما عن الانفعالات البالغة الخطورة هي عندما تصل إلى إصابة الخلايا المفرزة للأنسولين فتشل حركتها و يتوقف إفرازها وينتهي الأمر بالإصابة بمرض السكر » (43)

و بهذا يصبح موضوع تواتر الحياة و ضغوطاتها القاسية على صحة الإنسان و سلامة الصحة النفسية عنده أمرا مرهون بقدرته على تحمل أعباء الحياة و ضغوطاتها المتلاحقة و التي كثيرا ما تسبب القلق و الاضطراب النفسي و العصبي و تؤدي إلى الإصابة بأنواع مختلفة ومتعددة من الأمراض كمرض القولون العصبي والذي يصاب به الإنسان ((مع ازدياد الضغوط النفسية و العصبية المصاحبة لارتفاع نبض الحياة الذي أصبح سمه من سمات هذا العصر)) (44) .

فإذا كانت بعض الأمراض التي تم ذكرها و غيرها تنشأ بأسباب غير عضوية ، ويرجع سبب الإصابة بها إلى أسباب اجتماعية و ثقافية تؤثر في صحة الإنسان النفسية و البيئية مما يجعلها تنعكس سلبا على صحة العضوية فتسبب الأمراض بشتى أنواعها .

أضف إلى ذلك الأمراض التي تنشأ بأسباب عضوية مرضية بحته تلك الأمراض لا شك انها نشأة أما بسبب سوء في إفراز الغدد أو نتيجة تناول عقاقير معينة أدت إلى إصابة الإنسان بالمرض .

و باعتبار الفرد في المجتمع يعيش في وسط اجتماعي معين يتأثر به و يؤثر فيه لذلك لزم علينا علاج تلك الأمراض بأسلوب اجتماعي و ثقافي و جعل المريض يتقبل مرضه مهما كان .

وهناك أمراض أخرى أو ما يطلق عليها اسم العاهات الخلقية التي قد يولد بها الإنسان او يصاب بها بعد ولادته أو التي يتعرض لها أثناء فترة الحمل و، والتي يطلق عليها أمراض ولاديه كبتر الأطراف أو فقد أحد العينين أو غيرها و التي يتعرض لها الإنسان خلال حياته ، والتي لا يمكن علاجها بالوسائل الطبية المتاحة .فالإنسان يستطيع العيش في وسط اجتماعي معين وهو لا يشعر بأي نقص رغم كونه فاقد لا حد أعضاءه و التي هي أساس في حركته و اكتمال شكله الإنساني ، إلا أنه يتعايش في هذا الوسط من خلال الإرشاد النفسي و الاجتماعي و العلاج الاجتماعي ، هو الوحيد القادر على أن يبعث الثقة في نفس المريض و يجعله يتقبل مرضه أو عاهته و يندمج في المجتمع كغيره من الأفراد الفاعلين.

و قد يفشل العلاج الاجتماعي أحياناً إذا أسيئ استخدامه أو لم يطبق بالشكل الصحيح أو إذا كان المصاب غير مهيأ نفسياً للحياة في ظل الظروف الجديدة التي يعيشها مما يجعله يفقد ثقته في نفسه و يؤدي به ذلك إلى اليأس ويفضي به الأمر إلى الموت .

إن مرض الإيدز هو مرض الموت ولكن الأمل الذي يُبعث في النفوس يجعل الإنسان يعيش ما تيسر له من بقية أيامه في سعادة ، رغم ما يمر به من أزمات نفسية قاسية ، و ربما لا تكون تلك السعادة حقيقية إلا أنه لا يفقد الأمل و يتقبل العلاج النفسي و الاجتماعي الذي يؤدي به إلى استيعاب المرض و التغلب على مضاعفاته .

ومهما يكن من أمر فهذه الأمراض التي تم ذكرها ما هي إلا نماذج من الأمراض التي قد تنشأ بأسباب اجتماعية و ثقافية أو أمراض تنشأ بأسباب عضوية وتعالج بطرق اجتماعية وثقافية أو أسبابها تكون اجتماعية ثقافية وتعالج بأسباب عضوية و طبية .

الصحة والمرض من الجانب الاجتماعي .

لعل نظرات الناس لموضوع الصحة و المرض تختلف من فرد إلى أخر ، فهي مرتبطة بالقيم و المفاهيم الاجتماعية لهذه المصطلحات .

فضغوط الحياة اليومية وكثرة الالتزامات و المشاكل المتلاحقة في العصر الحديث أدت إلى ظهور العديد من الأمراض و المشاكل النفسية.

((وتعتبر المشاكل الصحية المنتشرة في الكثير من المجتمعات المعاصرة دليلاً على التخلف الاجتماعي و تدني مستوى المعيشة و سوء توزيع الثروة بين أفراد المجتمع . وتعد الرعاية الصحية تبعاً لذلك جانباً متأثراً بالحياة الاجتماعية سلباً و إيجابياً فالفقر مثلاً يفرض على الإنسان أن يعيش في مسكن غير صحي و أن يحرم من الغذاء الجيد إن لم يحرم من الحصول على الغذاء بشكل كامل))[45] .

وقد تعددت الدراسات التي تبحث عن سبب انتشار أمراض معينة بين الأفراد في المجتمع عن غيرها ، كما انتشرت دراسات للبحث أو التعرف على انتشار أمراض جماعية كبيرة و على سبيل المثال ((اهتمام الدارسين بدراسة سبب ارتفاع معدلات الوفيات بين غير المتزوجين عنها بين المتزوجين ، ولماذا ترتفع معدلات الوفيات بين

غير المتدينين عنها بين المتدينين ، وتفسر هذه الاختلافات بين الجماعات في ضوء درجة التعرض للمرض و التي تتفاوت بحسب شدة هذه الدرجة)) (46) .

ومنها الأمراض التي تحدث نتيجة للضغط النفسي و العصبي و التي تؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم أو مرض السكر إذا ما تعرض الإنسان إلى التوتر و الانفعال و بشكل مستمر .

ولكن هذا ليس قاعدة فالاستعداد النفسي و العصبي هو المسئول عن الإصابة و ليس التوتر المستمر و الضغط العصبي المتواصل هو الذي يؤدي إلى إصابة الإنسان بالمرض .

((وهناك مدخل آخر يفسر تباين درجة إصابة الأفراد بالمرض في إطار عدد من التغيرات السوسيو اقتصادية كتلك التي تربط باختلاف طريقة الحياة و تباين أنماط الاستهلاك الغذائي بين الجماعات المختلفة من السكان)) (47) .

أن تغير أنماط الاستهلاك من فرد لأخر وسوء الحالة الاقتصادية و تباينها بين أفراد المجتمع تؤدي إلى مشاكل نفسية و عصبية و أخلاقية كثيرة و قد تكون من أسباب تفشي الأمراض و الخلافات الأولى في الوقت الحالي .

أن عدم قدرة الفرد على امتلاك مقدرات الحياة الأساسية كالمسكن و السيارة و الوظيفة التي يعبر من خلالها عن شخصية ومكانته الاجتماعية و غير ذلك تؤدي إلى تأزم نفسية الإنسان على عكس من يملك كل هذه القدرات ، فالنمو المتسارع للتقنية والحداثة في ظل العولمة أدى إلى ظهور أنماط استهلاكية لم تكن معهودة من قبل مما أدى إلى تكالب الإنسان على امتلاكها و أصبحت كجزء من الأساسيات .

فوسائل الاتصال الحديثة ووسائل المواصلات و غيرها أصبحت ضرورية بالنسبة للإنسان، ومن لم يمتلك هذه التقنية وبرفاهية عالية يكون كمن لم يمتلك شيء في هذه الدنيا ويصاب بإحباط شديد ينشأ علي أثرة المرض النفس والقلق والضغط العصبي والذي يفظي إلي ألآم وأمراض عضوية أخري ، وخاصة إذا كان هذا الشخص متزوج ويعول أسره فأن مطالبة تكبر و تزداد .

« كما يعتبر التدرج الاجتماعي من أهم العوامل التي تؤثر في التعريف الاجتماعي للصحة و المرض ، فنجد مثلا الأفراد الذين ينتمون إلى الطبقة الاجتماعية الدنيا أقل استجابة لأعراض المرض لأنهم يرون أن هذه الأعراض تحتاج منهم الذهاب إلى طبيب لتحديد ما إذا كانوا مرضى فعلا أم لا ، وهذا ربما يكلفهم أولا أو على الأقل تضطرهم إلى أخذ إجازة من العمل ، ربما هم في حاجة إلى هذا العمل نتيجة للمسؤولية التي يحملوها» (48) ، أيضا في هذا يتدخل العامل المادي ليعيق عملية العلاج أو طلب المساعدة الطبية من الطبيب .

« ويرى " اليش " أن حالة العلاج الذي يسبب العلل و الأوجاع لها ثلاث مستويات ، الأول يصفه " اليش " بالعلاج الذي يتسبب في العلل من الناحية الإكلينيكية ومثال ذلك ، أن العاملين بالمهن الطبية يخفون حقيقة أن كثيرا من وسائل العلاج الطبي الحديث في هذه الأيام قد لا تكون فعالة بل قد تكون خطيرة من زاوية الآثار الجانبية السلبية التي تتولد عنها، أما المستوى الثاني فهو يتمثل في العلاج الذي يتسبب في العلل و الأوجاع من الناحية الاجتماعية Social iatrogensis و يتمثل ذلك في نمو أنشطة و أعمال المشتغلين بمهنة الطب استجابة لحاجات التصنيع المتزايدة ، فقد افرز هذا النمو جماعات من المستهلكين السلبيين المعتمدين على نظام الرعاية الصحية و التي تتجلى آثار إضفاء الصفة الطبية على حالات المعاناة الفردية في تزويد اعتماد الأفراد على العقاقير الطبية و تزايد لجوء الأفراد إلى الطب خلال فترات حياتهم و بخاصة عندما يتقدم بهم العمر حيث ينظر الأطباء إلى مرحلة الشيخوخة على أنها مصدرهم للمشكلات الصحية » (49) .

« وتلعب العوامل البيئية و الاجتماعية دورا في مجال الصحة والمرض في الدول المتقدمة، ففي انجلترا مثلا تجد أن هذه العوامل هي المسئولة عن العديد من أنواع الأمراض الشائعة ... فتظهر العلاقة بين مستوى المعيشة ومخاطر المرض في اختلاف بين الطبقات الاجتماعية في الصحة و في معدلات الوفيات و يشير ذلك إلى أن العوامل البيئية في المنزل أو العمل مازالت تلعب دورا هاما في التأثير على مخاطر المرض و الوفيات » (50) .

و لعل تأثير العامل الاجتماعي في الإصابة بالمرض أكثر من العامل البيني فالتدخين على سبيل المثال بشتى أنوعه مثل (السيجارة و الشيشة و المضغة و النشوق) كلها آفات انتشرت في المجتمعات العربية بشكل كبير نتيجة لتراكم الضغط اليومي لظروف الحياة ، ولا يخفى على احد أن التدخين مضر بالصحة و يقضي التدخين بالمدخن إلى أمراض سرطانية خطيرة و أمراض جلدية و التهابات في الشعب الهوائية .

كل ذلك سببه الأمراض الاجتماعية و مشاكل الإنسان اليومية كما انتشرت هذه الآفة (التدخين) حتى بين النساء ، فقد أثبتت دراسة على المجتمع المصري أن ((مجتمع المدخنين في أوائل السبعينات حوالي 9 ملايين مدخن كما يلي :-

- يدخن السجائر حوالي 7 ملايين و 596 ألف مدخن أغلبهم في المدن و الحضر .
- مدخن الجوزه و الشيشة و غيرها حوالي مليون و 242 ألف مدخن و أغلبهم في المناطق الريفية و لكن هذه العادة في الأونة الأخيرة بدأت تنتشر بين الطبقات الراقية في الأماكن العامة في المدن كما تدخن المراه الريفية الجوزه أكثر من المراه الحضرية)) (51) .

ورغم ذلك فأن كثير من المدخنين أن لم نقل كلهم يعلمون مخاطر التدخين و التي تتمثل في قرحة المعدة و الأثنى عشر ، وسرطان البلعوم و المريء ، و سرطان البنكرياس ، و الجلطات بالشرايين و سرطان الحنجرة و الربو الشعبي وأورام المثانة وغيرها من الأمراض الناتجة عن هذه الآفة .

ورغم ذلك فأن المدخن لا يقلع عن هذه العادة لأنه يرى فيها – حسب رائية – أنها تنسي من الهموم و المشاكل و الازمات الاجتماعية التي يمر بها وقد تساعده على التفكير وهي مهرب من كل كدر وضيق للإنسان .

وقد يكون المدخن في قرارة نفسه مقتنع بأن هذا الدخان الأبيض قد يفضي به إلى الموت إلا أنه يدمن عليه و لا يستطيع تركه وكل ذلك بسبب المشاكل الاجتماعية التي يتعرض له الإنسان جراء التغيرات المصاحبة للمجتمعات اليوم .

((الإيمان بأن دراسة الجانب الاجتماعي للمريض جزء مكمل للعلاج لا يمكن إغفاله عند وضع خطة للعلاج)) (52) .

و قد يكون العلاج الوقائي للأمراض ذات المنشئ الاجتماعي أو التي تعالج بطرق اجتماعية في التكاتف الاجتماعي و التكافل و الترابط الأسري و الذي يحد من مشاكل الإنسان الاجتماعية و النفسية كما أن توفير وسائل الترفيه وقضاء وقت الفراغ و العمل المستمر كلها تؤدي إلى انخفاض نسبة المرض .

لا أنه كلما ((تأكل نظام الدعم الاجتماعي و النفسي يقلل من قدرة الأفراد و الأسر و المجتمع في مواجهة المشاكل و يعوقهم عن أداء أدوارهم و تدفع هذه المشكلات النفسية و الاجتماعية بأصحابها إلى الهروب عن طريق تناول المواد المخدرة من حبوب أو حقن أو شم أو الإدمان في التدخين أو المشروبات الكحولية بأنواعها و التي تؤدي إلى تدهور حالتهم الصحية و النفسية و الاجتماعية)) (53) .

تأثر العادات و التقاليد على الصحة و المرض .

إن العادات و التقاليد تلعب دورا مهما في عملية الصحة و المرض وهذا ربما يكون ملحوظا بشكل ملفت للنظر في الوقت الحالي .

و إذا ما تحدثنا عن العادات و التقاليد في موضوع الصحة والمرض فأننا لا نعني هنا عادات الناس و تقاليد وكيف تؤثر عليهم بل نعني إلى جانب ذلك عادات الأطباء و كيف تؤثر على سلوكهم مع مرضاهم .

و بالرغم أن الأطباء قد تحصلوا على نصيب من التعليم إلا أنهم أفراد يعيشون في مجتمع يؤثرون فيه و يتأثرون به ، فعادتهم جاءت من المجتمع و التربية ألوالديه ، و المرضى يتعاملون داخل مجتمع يؤثر على صحتهم سلبا و إيجابا بسبب العادات و التقاليد و الموروث الشعبي .

وليس كل العادات و التقاليد تفضي إلى المرض و ليس كل الصحة بسبب العادات و التقاليد فلكل مجتمع عاداته و تقاليده الخاصة و ممارساته المميزة لنمط شخصيته و منها ما هو ظاهر و منها ما هو غير ظاهر .

و نلاحظ أن الأفراد يلتزمون بهذه العادات و التقاليد بصورة تلقائية حتى أولئك الذين نالوا حظا من التعليم .

((كـان الجهـل بالعـادات و التقاليـد و مـازال أحـد الأسـباب الرئيسـية فـي إخفـاق نظـم الخدمات الصحية في كثير من أنحا العالم . عالمنا العربـي غنـي بالعـادات و الممارسـات التـي لهـا علاقـات سـلبية و إيجابيـة بصـحة الأطفـال و صـحة الأمهـات وصـحة المجتمـع ككل)) (54) .

فلكي تنجح أي ممارسة طبية لا بد من معرفة العادات و التقاليد في المجتمع الذي توضع له سياسات طبية معينة وربما يكون من الأفضل تخصيص منهج دراسي لطلاب الطب في هذا المجال لزيادة الحصيلة العلمية عن عادات المجتمع وتقاليد الذي يعيش فيه و أيضا سيكون من المفيد أعطاء فكرة مركزه للأطباء المغتربين الوافدين عن عادات وتقاليد المجتمع الذي يعملون فيه كي يسهل عليهم مهمة علاج المرضى المترددين على العيادات .

((أن إهمال المناهج في كليات الطب في بلادنا لموضوع العادات و التقاليد و تأثيرها على الصحة ، إذ أن أغلب المراجع في الطب لكتاب غربيين وضعوها لمجتمعات تختلف تركيبتها السكانية و ثقافتها تماما عن مجتمعاتنا ... ويرى المختصون في مجال طب الأسرة و المجتمع أنه كي يمارس طبيب الأسرة و المجتمع عمله بنجاح فأن معرفته بالعادات و التقاليد أمر لازم و قد أدى ذلك إلى أن نشأ تخصص جديد يعرف اليوم في الآداب الطبي باسم الانثروبولوجيا الطبية Medicad nthropology و هو تخصص يعني بأثر التقاليد و العادات على الصحة عموما)) (55) .

((ولكي يقوم الطبيب بدوره كاملاً في تقديم الخدمات الطبية لابد و أن يكون قادرا على تفهم طبية المجتمع و نظامه فالمحيط يؤثر على سلوك الطب في المجتمعات لذلك نجد أعلى مستوى لمهنة الطب في المجتمعات الراقية واقل مستوى في المجتمعات المتأخرة... ويعاني الأطباء من العوامل المؤثرة في سلوكيات الناس عناء شديداً و أن كفاح الطبيب ضد الخرافة يوازي بأهميته كفاحه ضد المرض)) (56) .

ويعالج كثيرا من الناس المرض بطرق بدائية أو ربما لا يعالجون تلك الأمراض و قد يسود الاعتقاد بأن تلك الأمراض تعالج بطرق شعبية، رغم خطورتها ، ((وفي احدى الرحلات البحثية إلي أحدى القرى النائية سأل المعاون الصحي في تلك القرية عما إذا

كانت الحصبة منتشرة في المنطقة ، فأجاب بأنها تكاد تكون منعدمة ، إذا ليس في سجله سوى بضع حالات، وعند زيارة بعض البيوت في القرية أتضح أن الحصبة منتشرة بشكل وباني والسبب في خلو سجل المعادن الصحي من حالات ، أن الحصبة من الأمراض التي لا يذهب بها الأهالي للمعاون الصحي من الحالات ، أن الحصبة من الأمراض التي لا يذهب بها الأهلي للمعاون الصحي أو إلي المستشفي ، فهي من الأمراض التي يدور حولها الكثير من الاعتقاد في المسببات والعلاج فالأطفال المصابون لا يلامسون الماء و لا يخرجون في ضوء الشمس ، ويموت الغالبية منهم من حدة المرض وضعف المقاومة)) (57) .

فهذه العادات و التقاليد منها ما هو ضار و منها ما هو نافع و يمكن الاستفادة منها ، فليس كل العادات و التقاليد ضارة و ليس كل العادات و التقاليد نافعة ، ويمكن تصنيفها على النحو التالي :-

أ – عادات و تقاليد نافعة (مفيدة) .

وهي التي يمكن الاستفادة منها و تشجيعها و تضمينها في المناهج الدراسية و في تقديم الخدمات الصحية .

ب – عادات لا ضارة ولا نافعة .

وهذه يمكننا تجاهلها أو تضمينها للخدمات والمناهج حسب الظروف و إمكانية الاستفادة من عدمها .

ج – عادات و تقاليد ضارة .

وهذه يجب محاربتها والقضاء عليها و مكافحتها بكل الوسائل بالإقناع و الامتناع لأنها غير مجدية و لا فائدة فيها .

إن الطب الحديث لا ينكر دور بعض العادات الجيدة و يشجعها و يستفيد منه في علاج المرض ، فمعرفة الطبيب لتلك العادات و الاستفادة منها يساعده على علاج مرضاه و التقرب منهم وفي أمكانة نصحهم لتجنب كل ما هو ضار و سلوك الطريق الصحيحة في الحياة لينعم الإنسان بالصحة و ليس من الضروري التمسك بالعادات لعدم وجود ما يقابلها في مجال الطب و لكن لتمسك بعض الناس بعاداتهم فلا مناص من الاستفادة منها

إلى وقت معين إلا أنه يوجد في عالم الطب اليوم و البحوث المستمرة ما يمكن أن يغني عن كل المعتقدات و التقاليد و إذا ما نظرنا نظره سريعة إلى المجتمعات المتحضرة فسوف نجد أن تعاملاتهم اليومية خالية من المعتقدات والتقاليد التي عفا عليها الزمن واتجهت هذه المجتمعات إلى الطب الحديث لتستفيد بكل ما هو متطور ويساعد للحفاظ على صحة الإنسان و صحة بيئته .

((وقد فطن رواد الأنثربولوجيا إلى العلاقة بين الممارسات الطبية و المعتقدات عند الشعوب الأمية و حمل ريفرز W.H.Rivers لواءها منذ عام 1927 حينما قدم دراسة بعنوان (الطب والسحر و الدين) يركز فيها - كطبيب و كانثربولوجي - على دراسة الطب كنسق ثقافي)) (58) .

العوامل الثقافية و أثرها على صحة و مرض الإنسان .

لمعرفة عوامل الثقافة و كيف تؤثر على صحة ومرض الإنسان لابد لنا أولاً أن نعرف معنى الثقافة كما عرفها ، كثير من المفكرين حتى يتسنى لنا الولوج إلى عمق العوامل الثقافية عند الإنسان و كيف تؤثر على الصحة العامة و كيف تُمرض الإنسان تبعاً لنوع الثقافة و تعدد المفهومات و يعرف جرا هام ولأس Graham Wallis الثقافة على أنها تراكم الأفكار و القيم و الأشياء أي أنها التراث الذي يكتبه الناس من الأجيال السابقة عن طريق التعليم)) (59) .

كما عرفها دي روبرتي De Robrty ((بأنها حصيلة الفكر في المجالين النظري و العلمي على حد سواء ، وعلى ذلك فأنها تعتبر خاصة من خواص الإنسان دون غيره من الكائنات)) (60) .

و من هنا نلحظ أن الثقافة هي كل ما يميز فكر الإنسان عن غيره من الكائنات و من التراكم المعرفي الذي وصل إليه الإنسان عن طريق التعلم ، وهو حصيلة جهود متواصلة دأب الإنسان على الاستفادة منها لبناء معارفه و تنمية مداركه لخلق تراكمات معرفية وثقافية بناءه .

و من هذا المنطلق نلاحظ أن لكل مجتمع عاداته و تقاليده و ثقافة التي يعتز بها وهذه الثقافة هي التي تحرك دوافع المجتمع و تميزه عن غيره من المجتمعات بل وحتى المجتمع واحد توجد به عدة ثقافات مختلفة ولا نبالغ إذا قلنا أن الجماعة الواحدة تحتمل عدة ثقافات مختلفة باختلاف أفرادها و بيئتهم الاجتماعية و الأيديولوجية .

و مادام الأمر على هذا النحو فأن هذه الثقافة تكمن في المحرك الأساسي حتى في موضوع الصحة و المرض بالنسبة للإنسان .

و الاهتمام الأبرز في هذا الموضوع كيف يمكن أن تؤثر أساليب الحياة الثقافية على استجابة الإنسان للصحة والمرض ؟ ((و أن النماذج الثقافية و أساليب الحياة الاجتماعية تؤثر في تصورنا للمرض و استجابتنا له، و تغيرنا عنه ، و بالتالي الحكم على الحالات و تصنيفها بحالات مرضيه أو غير مرضيه ... ومن أمثلة تأثير الثقافة على الصحة والمرض أن كثير من الأمريكيين المكسيكيين يعرفون أمراضا كثيرة لا تحدث بين الأمريكيين من أصل أوروبي مثل الحديث عن العين الشريرة التي يعتبراها البعض من الخرافات بينما يعتبرها المكسيكيون أمرا خطيرا ، ويمكن أن يقبل معظم الأوربيين أن سبب مرض السل هو عصبيات بكترية خاص و لكن يمكن أن لا يقبل الرجل الأفريقي هذا التعليل)) (61) .

إن كل من هذين المثالين في ثقافة المحليين نرى تباين في تفسير حالات المرض و كيف يمكن أن يؤدي الانحراف في ثقافة معينة إلى تحويل مفهوم المرض إلى أمر عادي و على العكس من ذلك أن بعض الثقافات تنظر إلى كل ما هو مخل بالصحة أمر غير عادي و يستدعي زيارة الطبيب .

((و من ناحية أخرى فأن دور الثقافة السائدة في الريف المصري على سبيل المثال يتجلى في انصراف الناس عن النسق الطبي الرسمي ، لتجاهله لطبيعة البناء الاجتماعي و الثقافة الريفية)) (62) .

فتجاهل الثقافة الاجتماعية السائدة أو عدم القدرة على التعامل معها من قبل الطبيب يفقده القدرة على استمالة الناس إلى التعامل مع النسق الطبي بشكل سريع متكامل كما يفقده المهارة المطلوبة في العملية العلاجية .

فربما توجد ثقافة معينة لا تقبل أن تتعامل مع العيادات الخاصة و تدفع أموال في سبيل العلاج الطبي و الحصول على المساعدة من الآخرين .

فوجود عيادة في مجتمع محلي لا يؤمن في ثقافته بهذه العيادات يجعل تقبلها في ذلك المجتمع صعب بل و أن الناس حتى و أن علموا أن المرض لا يمكن أن تزول أسبابة إلا بزيارة تلك العيادة فلن يزورها وذلك لأن ثقافتهم تمنع ما يقوم به الطبيب .

وقد ((أهتم الأطباء في باريس باستغلال المريض وابتزاز أمواله)) (63) .

مما أعطى فكرة ترسخت في ثقافة المجتمع الفرنسي قديماً جعلته لا يؤمن بمسألة العلاج الطبي و انصرف إلى العلاج الشعبي البديل .

و يزداد الأمر خطورة عند قصور الخدمات الرسمية عن تغطية حاجات المجتمع الصحية و على سبيل المثال :- فقد يتحدد أسباب المرض في بعض الثقافات المحلية و البدوية و الريفية إلى أسباب غيبية كالأرواح أو الزعل الشديد أو امرض أخرى غير حقيقية و في المقابل تحدد منها تلك الثقافة و العلاج في آن واحد ، ويتجلى ذلك في اللجوء إلى السحرة ، و المعالجين الشعبين بالحجامة ، و الكي ، رغم أن تلك لا تعالجها هذه الطرق أو أنها ليس العلاج المناسب للمرض المحدد .

فالثقة و الإقبال ترتبط بكفاءة الطبيب و التواضع في التعامل و مراعاة لغة الاتصال ، ((و البدء بالبسملة و الآيات القرآنية ، و الاستشهاد بالأمثال الشعبية ، وسعة الصدر في طمأنه المرضى و الرد على استفساراتهم)) (64) .

كل ذلك يدخل في نطاق التعليم الطبي منذو بداية الطبيب فإدراك الطبيب للدور تلك العوامل الثقافية في إصابة و علاج بعض هذه الأمراض هو مفتاح اللغز للوصول إلى الأسلوب الأنجع للعلاج و سياق النسق الطبي في المجتمعات المحلية ذات الثقافات المعلقة و التي لا تقبل التغيير بسهوله ويسر .

إن معنى الثقافة والتي حددناها سابقاً تعني عدة أشياء مختلفة لأناس مختلفين ، فقد تعني ((المعتقدات و القيم و الدين و الأخلاق و التوقعات الدورية و اللغة)) (65) .

فالتوقعات الدورية هي جزء من ثقافة الشعوب ، فكل من المجتمعات المحلية الصغيرة و القرى في بعض الثقافات توقع و تتطلع إلى ادوار ومكانات مرموقة ، فالمعالج

الشعبي لا يمكن بأي حال من الأحوال أن يتنازل عن دوره كمعالج للقرية و إذا كان ذلك مستحيلاً فكيف يمكن أقناعة بأن ما يقوم به من أساليب العلاج غير مجدي و عليه أن يوجه رواده إلى التعامل مع النسق الطبي الحديث .

أن دور الطبيب هو أساس في إيصال تلك المعلومات للناس و هو محور اهتمام رجال الطب و علم الاجتماع الذين يبحثون عن آلية معينه تصل بالطبيب ليدرك أهمية استيعاب الثقافات الأخرى المغايرة لثقافته و أن يلم بالأسلوب الاجتماعي لاقتحام الثقافات المحلية المظلمة أحياناً كي يتمكن من علاج مرضاه ، أو يستوعب تلك الثقافات و يحتويها و يستخدمها لخدمة النسق الطبي .

((و ترتبط الأنماط الثقافية بالإسراف في شرب الكحوليات فثقافة المجتمع تعد عاملاً هاماً ، ومسئولة عن دوافع شرب الكحوليات أو عدم شربها بين الجماعات السلالية و الدينية و القومية ، ففي الولايات المتحدة الأمريكية يعتبر شرب الكحوليات تعبيراً عن القسوة و الشجاعة و التمرد ضد المجتمع .

و تلعب الأنماط الثقافية دوراً هاماً في ظهور الاضطربات ، ففي الثقافة المصرية نادراً ما يشعر الفرد بعقدة الذنب التي تؤدي إلى الانهيار)) (66) .

وفي كثير من الثقافات يرى الناس لبعض الحوادث التي تصيب الإنسان فتؤدي إلي إصابته بالمرض متمثله في إرادة الله – في كل ما يصيب الإنسان مهما كان – أو يرجعونها للخطأ أو النصيب أو القسمة أو القدر...الخ .

ومهما يكن من أمر فان مجمل الحديث يصب في قالب المفاهيم الثقافية وكيفية النظر لموضوع المرض ودور الطبيب المعالج في تصحيح مفهوم المرض والصحة عند الناس، وإدراكه لتأثير تلك الثقافات على الإنسان وكيف يمكن احتواء بعض الثقافات المنغلقة والتعامل معها من خلال معتقداتهم وموروثهم الثقافي وإيديولوجيتهم الدينية للوصول إلي تفسير لذلك الاعتقاد والاستفادة منه في العلاج الطبي وإقناع الإنسان الذي يعتنق ثقافات وعقائد بدائية بضرورة الدخول لنسق المنظومة العلاجية الحديث والتعامل مع كل ما هو حديث في مجال الطب والاستفادة من الثورة الطبية ومكافحة وعلاج الأمراض السارية والمتوطنة .

التثقيف الصحي .

يعتبر التثقيف الصحي أداه مناسبة لصحة المجتمع " الوقاية من الأمراض " وهو وسيلة مهمة و ذات أثار مضمونة النتائج إذا استغلت و استخدمت الاستخدام الامثل .

فقد عرف التثقيف الصحي بأنه((الوسيلة التي تؤدي إلى تغيرات في العادات الصحية للناس و كذلك في المعرفة ووجهات النظر المتعلقة بهذه التغيرات)) (67) .

و أزيد على هذا التعريف أن التثقيف الصحي وسيلة تؤدي إلى تغير في أسلوب تعامل الطبيب مع بيئات و ثقافات و عادات مختلفة .

فالهدف هنا عكسي فإذا كان التثقيف يهدف إلى تغير في سلوك الإنسان وهذا حسن ، فأنه لابد أن ينظر إلى تثقيف الطبيب و تبصيره كما يثقف الرجل العادي و يبصره بما ينفعه و يضره .

و يجب ألا يكون الهدف من التثقيف مجرد الدعاية ، بل يجب أن يكون حقيقة مطبقة على الواقع لتزويد الناس بالعادات و المعرفة و تهيئهم لتمكينهم من حل مشاكلهم الصحية بسلوكهم و مجوداتهم الشخصية .

وتعتبر مجالات التثقيف الصحي واسعة و لها أركان متعددة و سوف نسرد جزء منها للإيضاح.

أولا: حيويات جسم الإنسان بمعنى أن الإنسان يجب أن يتعلم كيفية المحافظة على صحته و لياقته البدنيه و أهمية التمارين الرياضية و الراحة والنوم و ترك عادة التدخين و الإدمان على الخمور والمخدرات و الاهتمام بصحة الأم الحامل .

ثانياً : التغذية الجيدة والمفيدة ، فيجب على الإنسان معرفة أنواع الغذاء المناسب لجسمه و كذلك تغذية الأم الحامل والاختيار الصحيح للأغذية و طرق تخزينها و غرس العادات الغذائية الجيدة .

ثالثاً : العناية بالصحة ، فالعناية بالصحة تعني الاهتمام بنظافة الجسم و الاستحمام و نظافة الملابس و غسل اليدين قبل الأكل وبعد الخروج من دورات المياه و العناية

بالقدمين و الأظافر و الأسنان و المظهر الشخصي و غرس عادات النظافة في الأطفال الناشئين .

كذلك يجب الاهتمام بالبيئة فلها جانبان ، المنزل و المجتمع ، فالعناية الصحية المنزلية تشتمل استعمال الماء والصابون و الإضاءة و التهوية و صحة الطعام و مكافحة الجرذان و الفئران ... الخ .

أما العناية بصحة المجتمع فتشمل تعليم الترغيب في استعمال الماء الصحي و فوائد الصرف و الإسكان الجيد وتخطيط المدن .

رابعاً : صحة الأم و الطفل فخوف الأم من الحمل و الولادة يمكن تلافيها عن طريق التثقيف الصحي بالإضافة إلى تعليم الأمهات عادات الغذاء الكامل و العناية بالمولود الرضيع و الإفطام والتطعيم .

خامساً : الوقاية من الأمراض السارية ، نشر المعلومات عن طرق انتشار الأمراض السارية الشائعة بالمجتمع كمرض شلل الأطفال و الدفتريا وحمى التيفود و الوقاية منها التطعيم و يجب تشجيع الناس على المشاركة في البرامج الوطنية لمكافحة الأمراض .

سادساً: الوقاية من الحوادث .

سابعاً : الاستفادة من الخدمات الصحية و الاهتمام بالصحة النفسية و العقلية و تنبيه الأفراد في المجتمع بخطر المشروبات الكحولية و المخدرات و جنوح الأحداث و الجريمة وغيرها.

((ويجب أن يتوفر في المثقف الصحي القدرة على الاتصال وفهم ما يفكر فيه الناس وما تشعر به عندما يتصل شخص مع الأخرين بوضوح فأنه يصبح قادر على المشاركة و المحادثة الناجحة مع الناس و مهارات الاتصال : هي التحدث بصوت مسموع و القدرة على التعبير عن مشاعر الناس و ملاحظة سلوك الآخرين عندما يتحدثون))(68).

((قد يكون المثقف الصحي آي فرد من أفراد الفريق الصحي أو أي فرد من المجتمع ذو تأثير على المواطنين مثل الطبيب الممارس العام أو المتخصص أو الممرضة أو الزائرة الصحية أو الأخصائي الاجتماعي أو العاملين في الدراسة مثل المدارس أو العيادات المختلفة في المجتمع و الشخصيات العامة المؤثرة فيه)) (69) .

إن التثقيف الصحي جداً مهم و وخاصة في المجتمعات الصغيرة و القرى التي تبعد عن المراكز الحضرية ، ومن بين ملامح التثقيف الصحي هي إدراك الطبيب لدور العادات والتقاليد وأنماط سلوك الإنسان بشكل عام على تعامله مع غيره من بني جنسه ، وأهمية هذا التعامل في رقي المستوى الصحي للإنسان بشكل عام .

خاتمة

إن المتتبع لهذا الفصل يلاحظ أن موضوعها حول المفاهيم الاجتماعية للصحية و المرض يتضح ذلك من خلال عدة نقاط وهي تبرز أهمية العامل الاجتماعي في صحة ومرض الإنسان .

و قد كانت أول نقاط هذا الفصل وهي المرض و كيف يفهم المرض عند الإنسان و كيف يتعامل معه و كيف يقي نفسه من هذه المرض و تأثير الأمراض على حياة الإنسان الأسرية و المهنية و نظرة المجتمع للمريض ونظرة المريض لنفسه كونه أصبح عبئ على أسرته و لاسيما أنه مصدر عيش تلك الأسرة و كيف تختلف الأدوار و المراكز في الأسرة نتيجة لمرض رب الأسرة .

كما تناول العوامل الاجتماعية التي تحدد معنى المرض كالبيئة و أسلوب الحياة عند الناس و الذي تتحكم فيه الثقافات المختلفة و النظافة الشخصية و أهميتها في تحديد الأمراض و انتشارها بالإضافة إلى الخدمات الصحية التي تقوم في المجتمع والعيادة و حتى المستشفى بالإضافة إلى خبرة الأطباء و كفاءتهم و الرعاية التي تقدم للمرضى و تطوير الخدمات الصحية و تقديم أفضل الطرق الممكنة للحفاظ على صحة الإنسان في المجتمع .

و من ثمّ انتقلنا لتناول موضوع الصحة العامة و التي يقصد به صحة المجتمع بدلاً من الاهتمام بالفرد و قد تناولنا هذا المفهوم في سياقه الاجتماعي كما تناولنا أسباب الوفيات في السنوات الماضية و كذلك أثر الطبقات الاجتماعية على مفهوم الصحة و تحديدها لمعنى المرض .

و بعض الأمراض السارية و الأمراض ذات الصبغة الاجتماعية ، كمرض السرطان و الإيدز و التدخين و الإدمان و القلق النفسي و الضغط الاجتماعي و النفسي و مرض السكر و ضغط الدم و غيرها من الأمراض واسعة الانتشار في المجتمع الليبي و غيره من المجتمعات الأخرى ، التي تسمى بأمراض العصر .و من ثم انتقلنا للحديث عن العوامل الثقافية و أثرها على صحة الإنسان و باعتبار أن لكل مجتمع ثقافة الخاصة و

التي تميزه و تميز شخصيته عن باقي الثقافات و التي تحدد معنى السلوك و أسلوب الحياة في هذا المجتمع أو ذاك و اثر العادات و التقاليد على الإنسان و على صحته أو من حيث تسببها في المرض .

و كذلك الخرافات من الشعوذة و سوء استغلال المريض من قبل هؤلاء الناس أو من قبل الطبيب المعالج نفسه و كيفية إيصال المعلومات لكل العاملين في النسق الطبي ضرورة تفهم الثقافات المختلفة و التعامل معها .

و أخيرا تناولنا موضوع التثقيف الصحي و كيفية توعية المرضى و والأصحاء و الطبيب و الممرضة و غيرهم مما يتعاملون في المجتمع بضرورة الوعي الصحي للمرض والوقاية منه.

ولعل المتتبع لهذا الفصل يلاحظ أن التناول السابق لهذا الفصل يوضح مدى الارتباط العميق بين تساؤلات البحث و ما ورد فيه من عناوين رئيسة تغطي الجانب الاجتماعي والطبي معا. فالعوامل الاجتماعية كما لاحظنا أنها تلعب دورا بارزا في فهم الطبيب لموضوع المرض وتعطي فرصة اكبر للمريض كي يفصح عن موضوع المرض ، فالتساؤلات الرئيسية التي وردة في هذه الدراسة تدور في مجملها حول التعامل بين الطبيب والمريض وما الفائدة التي نجنيها من خلال هذا التعامل بين الأطباء وجمهور المرضى .

هوامش الفصل الثاني

1- إبراهيم عبدالهادي محمد المليجي ، مرجع سابق ، ص 95 .

2- إقبال حمد بشير ، إقبال إبراهيم مخلوف ، الرعاية الطبية و الصحية و المعوقين ، المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية ، بدون سنة نشر ، ص 52 .

3- نادية محمد السيد عمر، العلاقات بين الأطباء و المرضى ، رسالة دكتورة غير منشورة ، جامعة الإسكندرية ، بدون سنة نشر، ص 38.

4- جبر متولي سيد أحمد ، أضواء على الصحة العامة ، بل برنت للطباعة و التصوير، القاهرة ، 2000 ، ص 25 .

5- نفس المصدر ، ص 25 .

6- د.ج .أ. بارك و آخرون الموجز في طب المجتمع ، ترجمة الزروق الهوني ، سالم الحضيري ، منشورات مجمع الفاتح للجامعات ، طرابلس ، 1989 ، ص 27 .

7- نفس المصدر ، ص 28 .

8- نفس المصدر ، ص ص 28 – 29 .

9- رأفت عسكر ، علم النفس الإكلينيكي التشخيص و التنبؤ في ميدان الاضطربات النفسية و العقلية ، مكتبة النهضة المصرية ، القاهرة ،2004 ، ص 169 .

10- إقبال إبراهيم مخلوف ، مرجع سابق ، ص 43 .

11- نفس المرجع ، ص 44 .

12- دوجال ماكاي ، علم النفس الإكلينيكي النظرية و العلاج ، ترجمة عباس محمود عوض ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، 2005 م ، ص 81.

13- عبد الفتاح محمد دويدار ، في علم النفس الطبي و المرضي و الإكلينيكي ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، 2005 ، ص 162 .

14- شفيق رضوان ، علم النفس الاجتماعي ، مجمع المؤسسة الجامعية للدراسات و النشر و التوزيع ، بيروت ، الطبعة الأولى ، 1996 ، ص70 .

15- إقبال إبراهيم مخلوف ، مرجع سابق ، ص 46 .

16- إبراهيم عبدالهادي المليجي ، مرجع سابق ، ص 83 .

17- أميره منصور يوسف ، مرجع سابق ، ص 16 .

18- نفس المرجع ، ص 18.

19- طلعت الدمرداش إبراهيم ، اقتصاديات الخدمة الصحية ، مكتب المدينة الزقازيق ، الطبقة الثانية ،2000 ، ص 67 .

20- ماجد السيد حافظ ، مرجع سابق ، ص 67 .

21- نفس المرجع ، ص 67 .

22- نفس المرجع ، ص ص 74 - 75 .

23- ابوبكر يوسف شلابي ، بعض ملامح الأنثربولوجيا الطبية ، مجلة العلوم الإنسانية العدد الثاني ، 1991، ص 281 .

24- صلاح الدين شبل دياب ، صحة المجتمع ، مطابع نور الإيمان ، حلوان ، 2003 ، ص2.

25- أميره منصور يوسف ، مرجع سابق ، ص 22.

26- ماجدة محمد عبدالحميد فايز ، بعض أنماط الصحة والمرض لدى أطفال الطبقات المختلفة ، رسالة دكتورة غير منشورة ، جامعة الزقازيق ،1997، ص 62 .

27- عاطف محمد شحاتة ، الأبعاد الاجتماعية لظاهرة تحمل الأفراد و لألام المرض ، رسالة دكتورة غير منشورة ، جامعة عين شمس ، القاهرة ، 1990 ، ص 223 .

28- إقبال محمد بشير ، إقبال إبراهيم مخلوف ،مرجع سابق ، ص 112 .

29- نفس المرجع ، ص 112.

30- نفس المرجع ، ص 112 .

31- نفس المرجع ، ص 113 .

32- علي المكاوي محمد الجوهري ، علم الاجتماع الطبي ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، 1990 ، ص 440 .

33- محمد رفعت ، قاموس الرجل الطبي ، دار و مكتبة الهلال للطباعة و النشر ، بيروت ، الطبعة الثانية ، 1995 ، 174 .

34- عبد الفتاح عثمان ، علي الدين السيد محمد ، الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي ، مؤسسة نبيل للطباعة و الكمبيوتر ، القاهرة ، 1999 ، ص 121 .

35- سلوى محمد عبد الباقي ، آفاق جديدة في علم النفس الاجتماعي ، مركز الإسكندرية ، بدون سنة نشر ، ص 175 .

36- طلال الناصر ، كيف يتعامل الأخصائي مع مرض الإيدز، WWW . Dr. Omar . com الرياض ، 2003 ، ص 1 .

37- سعيد الصايغ ، الإيدز مرض الشباب ، شركة المطبوعات للتوزيع و النشر ، بيروت الطبعة الأولى ، 1988 ، ص ص 17 - 18 .
38- ديفيد كايدون موروبل ، ترجمة لبنى عبدالرحمن الطيب الأنصاري ، فن الممارسة الطبية العامة ، جامعة الملك سعود ، المملكة العربية السعودية ، 1995، ص 42 .
39- لندال دافيدوف ، مدخل علم النفس ، ترجمة سيد الطواب و آخرون ، الدار الدولية للنشر و التوزيع ، القاهرة ، الطبعة الثالثة ، 1992 ، ص 723 .
40- ابوبكر يوسف شلابي ، مرجع سابق ، ص 283 .
41- طلال الناصر ، مرجع سابق ، ص 2 .
42- محمد رفعت ، قاموس الإيدز الطبي ، دار و مكتبة الهلال ، بيروت1991 ، ص97 .
43- محمد رفعت ، قاموس الرجل الطبي ، مرجع سابق ، ص 178 .
44- محمد رفعت ، نفس المرجع ، 229 .
45- الوحيشي أحمد بيري ، عبدالسلام بشير الدويبي ، مقدمة في علم الاجتماع الطبي ، الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع و الإعلام ، طرابلس ، الطبعة الأولى ، 1989، ص 97 .
46- علي عبد الرازق جلبي ، حسن محمد حسن ، علم الاجتماع الطبي ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، 2000 ، ص 53 .
47- نفس المرجع ، ص ص 53- 54 .
48- غريب سيد أحمد ، دراسات في علم الاجتماع العائلي ، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية ، 1995، ص 202 .
49- علي عبد الرازق جلبي ، حسن محمد حسن ، مرجع سابق ، 57 .
50- نبيل صبحي حنا ، مرجع سابق ، ص ص 198 -199 .
51- صلاح الدين شبل دياب ، صحة المجتمع ، مطبعة نور الإيمان ، 2003 ، ص 163 .
52- عبد الفتاح عثمان ، علي الدين السيد محمد ، مرجع سابق ، ص 1994 .
53- جبر متولي سيد أحمد ، مرجع سابق ، ص 369 .
54- محمد خليل الشاذلي و آخرون ، طب المجتمع ، منظمة الصحة العالمية ، بيروت ، لبنان ، 1999 ، ص 148 .
55- نفس المرجع ، ص 148 .
56- عبد الوهاب عبدالقادر، مصطفى الجلي ، السلوك الطبي و آداب المهنة ، جامعة الموصل ، العراق ، الطبعة الأولى ، 1988 ، ص 56 .

57- نفس المرجع ، ص 149 .
58- علي مكاوي ، الأنثربولوجيا الطبية دراسة نظرية و بحوث ميدانية ، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية ، 1994 ، ص 61 .
59- يوسف إبراهيم المشيني ، علم الاجتماع الطبي ، دار المستقبل للنشر و التوزيع ، عمان ،الأردن ، 2000 ، ص 192 .
60- نفس المرجع ، ص 192 .
61- نفس المرجع ، ص ص 196 – 194 .
62- فوزي عبدالرحمن ، دراسة انثروبولوجية للممارسات الطبية الشعبية في الريف المصري مع التطبيق على أحدى القرى ، رسالة ماجستير غير منشور ، جامعة عين شمس القاهرة ، 1984 ، ص ص 36-56 .
63- نازك سابا يارد ، الرحالون العرب و حضارة الغرب في النهضة العربية الحديثة ، دار نوفل ، الطبعة الثانية ، 1992 ، ص 128 .
64- علي المكاوي ، مرجع سابق ، ص 49 .
65- معن خليل عمر ، صراع التصنيع مع الثقافة الاجتماعية في الأسرة ، مجلة شئون اجتماعية ، العدد الثامن عشر ، السنة الخامسة ، 1988، ص 113 .
66- حسين عبد الحميد أحمد رشوان ، دور المتغيرات الاجتماعية في الطب و الأمراض ، المكتب الجامعي الحديث الإسكندرية ،1999 ، ص 325 .
67- د.ج.أ..بارك و آخرون ، مرجع سابق ، ص 391 .
68- عبد المحي محمود حسن صالح ، الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي و الثقافي ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، 2003 ، ص 381 .
69- صلاح الدين شبل ، مرجع سابق ، ص 36- 37.

الفصل الثالث

العلاقات الاجتماعية بين الفئات العاملة في مجال الطب والمرض وتأثيرها على إدراك الطبيب

- تقديم
- العلاقات الاجتماعية
- المكانة والدور
- دور الطبيب
- المسؤلية الطبية للطبيب
- دور المريض
- لقاء الطبيب والمريض
- التفاعل بين الأطباء والمرضى
- علاقة الطبيب بالمريض
- التأهيل العلمي والخبرة الطبية للطبيب
- تغير العلاقة بين الطبيب والمريض
- علاقة الطبيب بالممرضة
- البعد الاجتماعي للصحة والمرضى
- علاقة الأسرة بالمرض
- الدور الاجتماعي لأطباء المستقبل
- اخلاق الطبيب المهنية
- العلاقة الاجتماعية بين الأطباء في المستشفى
- خاتمة

تقديم:

إن إدراك الطبيب لدور العلاقات الاجتماعية والثقافية ، يعدّ بمثابة نصف العلاج بالنسبة لطرفي العملية العلاجية (الطبيب والمريض) فقدرة الطبيب على إدراك العوامل الاجتماعية المسببة للمرض ، يعني أن الطبيب يستطيع التغلب على المرض من خلال معرفة السبب الحقيقي له .

أن ابرز مايميز العملية الطبية بين الطبيب والمرضى هي العلاقة التي تربط الاثنين معا ، وكيفية تعامل الطبيب مع المرضى وطريقة استجابة المريض لهذه المعاملة .

فالعلاقات الاجتماعية في كل زمان وماكان هي الاساس في تحديد معني الصحة والمرض ، ولايستطيع الإنسان العيش خارج دائرة العلاقات الاجتماعية والعمليات الاجتماعية الاخرى كالتعاون والتنافس والصراع وغيرها .

وعلى الرغم من ذلك تبقى العلاقات الاجتماعية محدده حسب البيئة التي يعيش فيها الإنسان فهناك العلاقات التي يسودها نوع من التفاعل الاجتماعي ، وهناك علاقات لايوجد فيها أي نوع من التفاعل الاجتماعي ، وهي العلاقات التي تتميز بالجمود ولا يوجد فيها أي نوع من التخاطب والاتصال بين شرائح معينة داخل المجتمع .

والعلاقات الاجتماعية بين الطبيب والمريض أهم العلاقات التي يجب أن تحضى بأهتمام المتخصصين في الطب وكذلك المتخصصين في العلوم الاجتماعية ، ونظرا للدور الذي تلعبه العلاقات الاجتماعية في تقريب المسافة بين الطبيب والمريض ، وكذلك أهميتها من خلال خلق افراد اصحاء في المجتمع يفهم بعضهم بعضا ، وتسود بينهم روح التفاهم ، كل ذلك يعني أن على الطبيب الدور الاكبر في ابراز هذه العلاقة التي يتوقعها المريض من الطبيب ، كما هو الحال مع اسرة المريض بالنسبة للمريض نفسه فهو يتوقع منها نوع من المعاملة اثناء فترة مرضه ، ومن خلال النقاط التالية في هذا الفصل سوف يتبين لنا مدى أهمية العلاقات الاجتماعية داخل النسق الطبي وخاصة وجود العلاقة بين الطبيب والمريض .

العلاقات الاجتماعية :

لابد للانسان أن يعيش في جماعة اجتماعية واحدة وان يعمل من خلال هذه الجماعة على إظهار سلوكه الخاص تجاه تلك الجماعة ويتفاعل معها في علاقات تأخذ أشكال متعددة ومتنوعة.

فالعلاقات الاجتماعية مثلا هي عملية تفاعل وتداخل بين الناس في المجتمع وينتج عن هذه العلاقات أنماط سلوكية مختلفة ((لذلك فالحياة الاجتماعية تنشأ من التفاعل بين الأفراد ويتم الاتصال بينهم . وعن هذا التفاعل والاتصال تنشأ العلاقات والعمليات الاجتماعية وبالتالي تتكون الجماعات البشرية ويتشكل المجتمع البشرى)) [1]

فالفرد داخل الأسرة تنشأ بينه وبين أعضاء الأسرة علاقة اجتماعية معينة تختلف عن علاقته مع زملاء العمل، رغم أن العلاقة تقام على اسس ومعايير اجتماعية، وتختلف العلاقات الاجتماعية باختلاف الثقافات والجماعات وكذلك المعاني والخبرات التي تكونها وكل ذلك يخلق الفرد القادر على تركيب وتحليل انماط معينة من السلوك والخبرة الحياتية التي تساعد على تفسير بيئته والاستجابة لها.

ومعنى ذلك أن الذات الأنانية وكل ما يحيط بها من سلوك واع إنما هو نتاج لتلك الحياة الاجتماعية ولذلك التفاعل الذي نتج عن العلاقات بين أفراد المجتمع. ((إن السلوك الاجتماعي للأفراد يتم وجها لوجه مع الأفراد الأخرين))[2]

وبما أن هذا السلوك يتم بصورة مباشرة فهو الذي يحدد نوع العلاقة المباشرة أيضا والتي بدورها تكون هامة في تحديد كيفية التصرف وليست الشخصية المسئولة عن تحديد نوع السلوك وكيفية التصرف.((إن دور كايم الذي لفت انتباه علماء الأجيال التالية على مستوى التكامل الاجتماعي (اى الارتباط والعمومية في العلاقات الاجتماعية) لفهم الانحراف والانسجام في المجتمع فهو أيضا الذي أثار عبارة الضمير الجمعي الواعي أو الشعور الجمعي Colleective Consciousness ; Collective Conscience هذه العبارة تبين تأثير دور كايم الاساسى بأن كلا من الضمير

Conscience (القيمة، والأخلاق ...الخ) والشعور (أو الوعي) أنماط التفكير واللغة...الخ) كلها مشتقة من الجماعة)) (3) .

فبدون الاندماج في المجتمع والتخاطب المباشر والغير مباشر والاحتكاك لا يمكن إن تنشأ هذه الرموز وهذا النوع من الشعور وأنماط التفكير واللغة وغيرها. ويصبح الإنسان معوزاً للصفات الإنسانية واقرب إلى الحيوان الذي لا يملك وسيلة التخاطب أو الوعي .

وقد درس كلا من جورج زيمل وجابريل تارد G.tarde وجوستناف لوبون فكرة التفاعل الاجتماعي والعلاقات الاجتماعية .

فالعلاقات الاجتماعية ما هي إلا مفتاح للتخاطب ومعرفة الفعل ورد الفعل بين المتخاطبين ، ولحدوث تفاعل ينتج عنه وعى لابد من مجتمع يملك الصفات الإنسانية لفهم السلوك العام للإنسان الذي يترجم نوع التفاعل ويخلق جواً لظهور رموز ذلك التفاعل حتى لو كانت بدائية .

المكانة والدور :

قبل الخوض في موضوع الدراسة لابد ان نوضح بعض المفاهيم والرموز الغامضة التي لها علاقة مباشرة بالدراسة.

ومن هذه المفاهيم المكانة والدور . فالمكانة تعنى المركز الاجتماعي او الاقتصادي او السياسي الذي يكتسبه الإنسان داخل المجتمع .

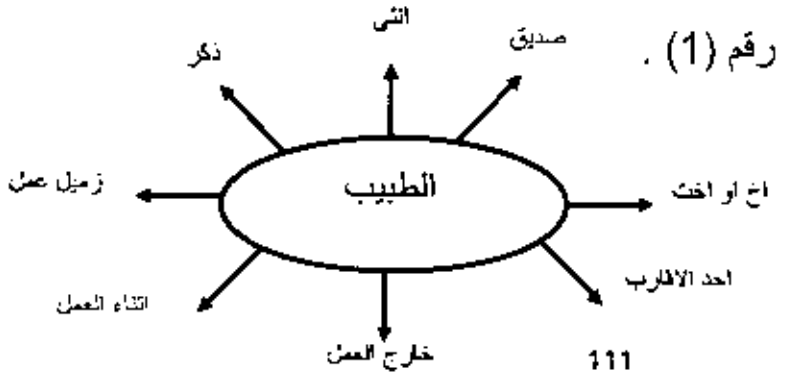
بمعنى إن الإنسان له مكانه اجتماعية محددة داخل المجتمع لا يمكنه أن يتجاوزها إلا إذا حدث تغير على صفاته أو خصائص تركيبته الاجتماعية وكما نعلم أن النسق البنائى يتكون من مجموعة أنماط سلوكية بمعنى ان لكل فرد موقع يشغله فى سلم الهرم الاجتماعي ، متسلسل ومترابط مع غيره من المواقع ولايمكن لاى كان ان يشغل مكانه شخص آخر او إن يقوم بوجباته إلا ذات الشخص نفسه وهذا النمط لا يقبل ان يشغله أيا كان ما لم تتوفر فيه نفس شروط صاحبة الا صلى ،كالخبره و الاختصاص والمستوى التعليمي وغيرها.

((فالموقع ذا مرتبه هرمية تسلسلية تتصف بالتخصص ، بيد أنه (الموقع) مرتبط بالمكانة الاجتماعية مستخلص من الاعتبار الاجتماعي له ،وهى على نوعين الأولى مكانه مكتسبة والتي يحصل عليها الفرد بواسطة خبراته العملية وكفاءة اختصاصه ومستواه الدراسي وتحصيله العلمي .والثانية مكانه منسوبة تتحدد من قبل المجتمع بغض النظر عن مواهب الفرد وقدراته الذكائية وخبراته العلمية لأنها تأخذ بنظر الاعتبار الخلفية العرفية والعمريه والجنسية أي الصفات الو راثية (الانجازية)))[4]

((وقد اشار احد الباحثين الى الادوار باعتبار أنها مجموعة من المعيير ذات الاهمية الخاصة فيما يتصل بعملية التكيف)) [5] .

بالاضافة الى ذلك فأن المكانه والدور قد تتغير بتغير الفرد وموقعه او حسب الحاجة الاجتماعية التي ينخرط فيها، فكل فرد فى المجتمع كما أسلفنا له مكانة اجتماعية معينة ودور يقوم به او يؤديه الا ان مكانته فى المنزل تختلف عن مكانته فى العمل ، كما انها تختلف عن مكانته كصديق او غير ذلك من المكانات الاجتماعية ، وعلى هذا الاساسى فأن الفرد يختلف اداءه لدوره باختلاف المكانه التى يرتادها وتتغير انماط الشخصية باختلاف المكانة وقد تتأثر الادوار بسبب تأثر المكانه مما يؤدى الى تغير فى الاداء مما ينعكس سلباً على دور الفرد ويصاب بالاحباط الشديد وينعدم شعورة بالدور والمكانة وتختلط عليه المفاهيم مما يجعله يتخبط فى دوامه من حالات متعددة غير متزنة وكمثال على ذلك ، اذا حدث وان كان الفرد ينحدر من مكانة اجتماعية محتقرة وفى ذات الوقت تحصل على بطولة مسابقة رياضية دولية، ففى هذه الحالة نكتشف حقيقةعدم تكافؤ المكانه داخل النسق وعدم اتساق البناء الاجتماعى ممايؤدى الى اضطرابات او قلق فى شخص الفرد لعدم قدرته على التلائم مع المكانة الجديدة وعدم القدرة على التكافؤ مع الدور المغاير لدوره مما يحدث نوع من عدم التوازن ولمعرفة الاختلاف في الأدوار والمكانات انظر الشكل رقم (1) .

شكل رقم (1)



إن هذا النموذج يوضح الشرائح التي يتعامل معها الطبيب والتي تؤثر في سلوكة العام ويؤثر فيها .

فالطبيب مثلاً يختلف دره ومكانته باختلاف الشرائح التى يتعامل معها كما انه يتغير فى اداءه للسلوك العام مع كل واحد من هؤلاء الافراد الذين يتعامل معهم .

((فدور الطبيب لا يتحدد الا بدور المريض ... هذا النوع من التحديد والتقييم احد صور التكامل داخل النسق الواحد)) (6)

فلا يمكن ان يلعب دوره الا بوجود مريض يمكن ان يمارس عليه الدور و لايمكن للطبيب أن يقوم بدورة الا اذا وجد مريض يعطى الطبيب الدور ويمنحه المكانة التى هو فيها.

دور الطبيب :

ربما يعتقد البعض ان دور الطبيب ينحصر فى تقديم العلاج لمرضاه.الذين يعانون بسبب اختلاف فيزيقي معين رغم كون هذه الحقيقة وارده فى ذهن الطبيب الا انه فى مجتمعاتنا تلعب القيم الاجتماعية دوراً محورياً فى تعريف وتحديد المفاهيم الطبية وتحديد دور الطبيب الذى يلقى على عاتقه الجانب الاكبر من المسؤلية الاجتماعية للمريض- بحسب توقع المريض – فالاطباء مطلوب منهم بذل جهد مضاعف لمعاونة الناس فى التلائم مع مستويات ومعايير ذات طابع اجتماعى اكثر منها طبية.

((واما الاساس الذى يستند اليه الطبيب باعتباره فناً اجتماعياً فهو يمكن فى الحقيقة التى تشير الى ان دور الطبيب فى المجتمع يحدده المجتمع ذاته ، عندما يتوقع منه تقديم العون والمشورة الى مرضة بغض النظر عن الحالة الراهنة لعلم الطب فى مجال مرضهم)) (7)

إن المريض لا يتوقع من الطبيب العلاج الطبى فحسب فهو يتحدث عند لقاءه بالطبيب عن معاملته واستقابله له والكلمات التى لاطفه بها والدعابات التى سمعها من الطبيب ، وكون المريض فى بعض الاحيان يأتى الى الطبيب وهو يحمل مرضاً اجتماعياً يؤثر على صحته النفسية فهو بالتالى لايحتاج الى العلاج العضوى والاقراص المهدئة بل

يحتاج الى طبيب يدرك نوع المرض ووصف العلاج (الطب اجتماعى) المناسب لهذا المريض ، واذا صح التعبير فانه المتردد على الطبيب ولايشكو من مرض عضوى هو ليس بمريض بل هو انسان مكتئب اجتماعى ، حدث له خلل فى فهم النسق الاجتماعى الذى يعيش فيه اثر على تركيبته الاجتماعية فالمصلحة الذاتية تجبر الفرد او المريض على ان ينظر لنفسه وكانه الوحيد فى هذا العالم الذى يعانى من مشكلات اجتماعية لايمكن ان يفهمها او يبوح بها الا للطبيب ((فقد تعتبر المعايير الاجتماعية أن من المشروع سعي الفاعل وراء مصالحه الخاصة)) (8) فى مقابل مصالح الجماعة.

فدور الطبيب ليس بالامر الهين وخصوصا وأنه هو الوحيد الذى له القدرة على تهدئه المريض والاستماع لمشاكله وامكانيه علاجه احتماعيا او طبيباً.

الا ان هذا الدور ينتفى عن الطبيب اذ لم يدرك معناه او تجاهله عن قصد للتخفيف من الاعباء التى يحملها للطبيب والتى تغلب فى كثير من الاحيان على طموحاته الشخصية وعلى طموحاته الاجتماعية والمادية أحيانا أخرى .

فمن وجهة نظر الأخرين إذا كنت طبيبا يجب ان تكون ملك للاخرين ملبى لرغباتهم سبباً فى شفائهم ،انت بالنسبة لهم بريق الامل وجالب الشفاء ، وتتصل الطبيب من هذا الدور يشعر المريض بخيبة الامل .

ولكن هل الطبيب يشعر او يدرك أنه سبب فى شفاء بعض الامراض ذات المنشئ الاجتماعى اذا تسنى له تشخيصها بدقة ؟ وهل يملك القدرة على ان يحدد نوع المرض ويجد الطريقة والاسلوب المناسب لعلاج مرضاه ؟ او اذا تمكن من كل ذلك هل يتبع هذه الطريقة المناسبة مع كل المرضى الذين يترددون عليه فى العيادة ؟ وكيف يمكن ان يتوافق هذا الدور مع شخصيته والتزامته الاخرى .

المسؤلية الطبية للطبيب :

إن الطبيب يتحمل المسؤلية كاملة عن مرضاه ومايصيبهم ويجب عليه ان يساوي في المعاملة بينهم ، وينص القانون الليبي في المسؤلية الطبية على هذه المسالة في المادة (3) التي تنص على ((المساواة بين المرضى في المعاملة تبعاً لاحوالهم الصحية)) (9)

ولابد ان يكون الطبيب الذى يقوم بالكشف على المريض ملماً المام كامل بالنواحي النفسية والاجتماعية ((حتى يمكنه ادراك العلاقة بين اى ضطراب في النواحي العضوية والفسيولوجية وبين النواحي النفسية والسلوكية للفرد)) (10) .

فالطبيب الناجح هو الذى يتمتع بحس طبي واجتماعي قوي يمكنه من علاج المشكلة بالشكل الصحيح ومعرفة اسباب الداء وبشكل دقيق قبل التشخيص الطبى .

وهذا طبعاً لاينطبق على كل الامراض ،فمثلاً الذى يعانى من تقرحات في الزائدة الدودية لايمكننا اعتبار هذا المرض من الناحية الطبيبة او الاجتماعية ،مرض ناشئ بسبب اجتماعي ،فهو عضوى بحت الا ان ((الدراسة الاجتماعية والوقوف على مسببات المشكلة والتى يقصد بها توضيح الجوانب الهامة لمشكلة المريض)) (11) هي الأساس والمدخل الرينسى لمعرفة سبب المرض وإعراضه .

دور المريض :

((تعتبر دراسة دور المريض ،شأنها في ذلك شأن دراسة سلوك المريض من أكثر اسهامات العلوم السلوكية فائدة بالنسبة للطب، ودراسة سلوك المريض تشمل دراسة الطريقة التى يستجيب بها الشخص للالم او لاية اعراض مرضية)) (12)

ولعل دراسة دور المريض من اهم الدراسات في المجال الطبى الحديث نظراً لتعقد الحياة وانتشار مظاهر الارق والتعب مما يجعل الانسان يهرب من الواقع الاجتماعى عن طريق التظاهر بالمرض كي يتهرب من المسؤلية الملقاة على عاتقة .

ان المريض شخص سوى ولايمكن ان يطلق عليه أسم المريض مالم يعترف بذلك واعتراف المريض بمرضه لايكون الا بطلب العون من الطبيب للمساعدة و بهذا يكون اعترافاً بالمرض والحاجة للمساعدة .

ولكن ليس كل مريض يعفى من كل المسؤليات الملقاه على عاتقة كما يتوهم المريض، بسبب المرض اوغيره ،ولكنه يعفى من بعض المسؤليات التى ترهق عاتقة وتعيقه عن اداء وظائفه.

فالمريض يعفى من اداءه للعمل المكلف به جراء المرض الذى يحول بينه وبين تأديته لوظائف المكلف بها ، والتى لايمكن القيام بها فى تلك الحالة ، والا ادى ذلك الى اختلال فى نوع العمل .

ولكنه وعلى كل حال فان دور المريض يختلف باختلاف الشعوب والثقافات والجنس والحالة الاجتماعية وحتى نوع العمل ومن يعمل معهم المريض والسبب الذى يؤدى الى المرض اصلا .

وقد حاول بعض العلماء تفسير دور المريض فى الاوضاع المختلفة التى يمر بها كالدراسة التى قام بها ساتشمان Edward suchman سنة 1965 عن مراحل او خطوات الانتقال من الصحة الى المرض ودراسة تالكوت بارسونز Talcott parsons سنة 1964 عن توابع دور المريض((يقسم ساتشمان عملية الانتقال من الصحة الى المرض الى خمس مراحل تبدأ من شعور الشخص بالاعراض المرضية وتنتهى بانتهاء دوره كمريض))[13]

الا ان المراحل التى ذكرها ساتشمان لم تكن بالمستوى الذى يمكنه ان يعبر عن دور المريض الذى يعانى منه ،كونه يتحدث عن مجتمع عاش قية او فترة عاصرها او نظرية يؤمن بها .

ففى احدى المراحل التى ذكرها ساتشمان وهى المرحلة الثالثة من المراحل الخمسة والتى فيها يقرر المريض ان يخضع للعلاج الطب وبهذه المرافقة من المريض لزيادة الطبيب يحصل المريض على موافقة رسمية أو مشروعه بقيامه بدور المريض .

وكان ساتشمان يرى ان الشخص الذى يصاب بمرض معين ولا يسعى لزيارة الطبيب لايعتبر مريض اولا يحصل على الاعتراف الرسمى بدور المر يض مالم يقوم بزيارة للطبيب كى يحصل على تلك الصفة .

ولكى يشغل المريض هذا الدور يكفى ان يشعر بتغير فى وظائفة العضوية أو السيكولوجية والتى تجعل المريض يشعر بأنه فى حاجة للعلاج حتى وان لم يقوم بزيارة الطبيب الا انه يحق له ان يطلق عليه صفة المرض وان يدخل فى دائرة دور المريض .
ويكفى لكى نطلق على المريض هذه الصفة ان يشعر بأنه غير متزن او ان وظائفة لاتقوم بعملها كما ينبغى ،رغم كون المرض لايتحدد بالصفات العضوية فقط ،بمعنى ان المرض قد يكون اجتماعى بسبب ضغوط الحياة اليومية وكثرة المشكلات وتراكم الوظائف تؤدى الى شعور الانسان بنوع من الاضطراب والقلق ينعكس على حياته واجهزته العضوية وادائه للدور المناط به.
ويكون الشفاء من هذا الداء ليس بزيارة الطبيب بل بالراحة او السفر الى اى مكان يختلف عن المكان الذى يعيش فيه الانسان كى يتخلص من ضغوط الحياة ومشكلاتها المتلاحقة.
وبذلك نلاحظ ان المريض والذى يطلق عليه صفة المريض والذى يحق له ان يلعب دور المريض ،لايحتاج الى زيادة الطبيب كى يكتسب الشرعية لدور المريض بل يكفى ان يشعر بنفسه ويعى العلاج لحالته ليعود الى حياته الطبيعية.
ولعل فى تحليلات تالكون بارسونز Tadcott Parsons لدور المريض توضيح لهذا الدور ومايينبغى ان يكون عليه المريض كى نطلق عليه هذه الصفة .
((لايعتبر المريض مسئولاً عن حالته المرضية ،فعلى الرغم من ان دور المريض هو دور انحرافى-باعتبار ان الحالة الطبيعية للفرد هي ان يكون فى صحة جيدة وان يؤدى ادواره الاجتماعية فى الحياة الا ان المنحرف اخلاقياً مثلاً يعتبر مسئولا عن انحرافه والمجرم يعتبر مسئولاعما يرتكبة من سلوك اجرامى منحرف ، اما المريض فلا يعتبر مسئولاً عن مرضه)) (14)
وفى تحليل بارسونز الدور المريض بعض الاختلاف عن سانشمان من حيث ان بارسونز يرى ان المجرم يعتبر مسئولاً عن فعله اما المريض فلا يعتبر مسئولاً عن فعله.

ولكن ليس فى كل الاحوال يمكننا القول ان المريض غير مسئول عن مرضه او انه يصاب بالمرض فى الاحوال العارضة او العادية.

بل ان المريض قد يكون مسؤل مسؤلية كاملة عن مرضه وقد يكون هو السبب فى اصابة نفسه بالمرض ،فالعادات السئية فى الاكل والشرب وتناول انواع المسكرات والمخدرات وغيرها ، كل ذلك يؤدى الى الاصابة بالمرض .

لقاء الطبيب والمريض :

قد يلتقى الطبيب والمريض وكلاً منهما يحمل او يعتنق افكاراً خاصة عن المرض ، فالطبيب ينظر للمرض من الزاوية الطبية التى درسها وتعلمها في كلية الطب ويمارس من خلالها دوره فى العلاج الطبى للمريض .

اما المريض فينظر الى المرض من خلال المنظور الاجتماعى والفهم الثقافى به ، وبهذا يحدث الالتقاء بين الطبيب والمريض او الافتراق والاختلاف فى المفاهيم .

ان تلك العلاقة بين الطبيب والمريض هى علاقة مؤقتة ورغم كونها مؤقتة الا انها تحمل طابعاً خاصاً من الالفة – التى يفترض ان تقوم بين الطبيب والمريض – والثقة بين الطرفين ((ولنجاح مهمة الطبيب لابد من بناء جوء الثقة بينه وبين مرضه، وبذلك يقوم المريض بمصارحة طبيبه بكل مايحيط بحالته المرضية سواء كانت عضوية او نفسية او اجتماعية او ماليه ، وملخص القول تطبيق فن الطب)) (15)

ان اللقاء بين الطبيب والمريض يتوقف عليه تحديد عدد كبير من المفاهيم التى يمكن ان تترجم بين الطرفين ،هذا فى حالة استجابة المريض لتوقعات الطبيب واستعداده للتعاون معه فى العملية العلاجية.

ورغم كون المريض يتغير ويحمل فى داخله كثير من التباين والاختلاف الا انه لايمكننا ان ننكر ان الطبيب هو الآخر يتغير ويتقلب من حيث استجابته للمريض وسماع شكواه.

ولعل من اهم مميزات اللقاء بين الطرفين هو استماع الطبيب لشكوى المريض عدم اهمال كلماته مهما كانت.

فالمريض يتعلق بالطبيب ويتوقع منه الكثير، كما يتعلق الغريق بقشة وفى كل الاحوال نلاحظ ان العامل الثقافى بالنسبة للطبيب والمريض على السواء مهم فى تحديد العلاقة سواء بين الاطباء والمرضى او بين الاطباء بعضهم مع البعض الأخر ، وحتى على الصعيد الاجتماعى بين افراد المجتمع الواحد .

فكل من الطبيب والمريض عندما تكون لها ثقافتين مختلفتين ينظر كلا منهما لنوعية المرض وطريقة التعامل معه فهذا يضع الاسلوب المناسب للعلاج فى منطقة لايستفيد منها كلا الطرفين نظراً لتداخل الثقافات واختلاط المفاهيم بين الطبيب والمريض ، لذلك وجب على الطبيب عند لقاءه بالمريض التجرد من الثقافة المهنية – بشكل مؤقت - اذا ماتبين له ان الضرورة تقتضى ذلك للوصول الى علاج المريض بشكل عام .

والتجرد هنا يقصد به الاستماع الجيد والاصغاء لشكوى المريض بطريقة تناسب ثقافة ، وعلى الطبيب ان يُجيد الاصغاء والتخاطب مع مرضاه اذا اراد ان يكون ناجحاً فى مهنته.

كما يتوجب على الطبيب ابداء النصح ووصف العلاج بنفس الطريقة التى يتوقعها منه مرضاه وهذا الاسلوب يعتبر كنقطة اولى للتحول الى مرحلة جديدة قد تكون أكثر استجابة عند المريض وخاصتاً اذا ادرك الطبيب كيف يتعامل مع مرضاه ويجمع ثقافته مع ثقافة مرضاه لمكافحة المرض .

التفاعل بين الاطباء والمرضى :

ان اموراً عديدة تؤثر على نوعية التفاعل بين الاطباء والمرضى ،ومن هذه الامور الحالة النفسية للمريض وكذلك التوقعات التى يرغب المريض ان تحقق لصالحه.

وكذلك فأن للمرضى طموحات قد تكون اكبر من قدرة الاطباء ويعنى هذا المتغير ((تطلع الاشخاص الى تحقيق حياه مستقبلية سعيدة والى تحسين اوضاعهم)) (16) الصحية او الاقتصادية او غير ذلك من التوقعات والطموحات .

ومن هنا تتضح توقعات المرضى وتكرر مع اعتقادهم الخلاص من المرض بايدى الاطباء .

وقد اوضحت الدراسات ان توقعات المرضى واهتمامهم لاينصب فقط على القضاء على المرض وإعراضه فقط ولكن اهتمامهم ينصب كذلك على قيمة الطبيب في حل المشكلات التي تعترض حياتهم اليومية والتي هي بعيدة كل البعد عن المرض البيولوجي .

فالكثير من المرضى لايرغبون في التحدث عن مشاكلهم الأسرية التي تؤرقهم وتقض مضاجعهم ومشاكل العمل والأصدقاء وغيرها من المشاكل التي يمر بها اى فرد في المجتمع .

وهذا يجرنا لحديث عن صراع الأدوار الذي يتعرض له الأطباء أثناء تفاعلهم مع مرضاهم ،فهم لابد أن يوفقوا بين متطلبات حياتهم الاجتماعية ورغبات مرضاهم ، وتطبيق الدورالاجتماعى وإحلاله محل العمل المهني .

وكل هذا وغيره يؤدى فى كثير من الأحيان إلى أثقال كاهل الطبيب نفسيا وجسديا .

فالمجتمع يطلب من الأطباء أن يمارسوا مهنتهم ودورهم الطبي في قالب اجتماعي رغم كون علاقة الأطباء مع المرضى علاقة علاجية في طبيعتها.

إلا أن الطبيب الناجح لأبد ان يضع تصوراً خاصا بكل مريض لتغلب على المرض ولعمل موازنة طبية اجتماعية عند فحص المرضى ، وهذا الدور لا شك ينم عن شخصية الطبيب المحترف والفني والخبير والمؤهل لهذه المهنة المقدسة

((أن المهم هنا هو التأكيد على أهمية العلاقة بين الطبيب والمريض ،فالطبيب الذي يظهر اهتماما بالمريض ، ويكون اجتماعيا ويبعث الثقة والأمل في مرضاه ...كثيرا ما تكون نتائج علاجية جيدة)) (17)

ولقد أوضحت الدراسات والبحوث أن نوع العلاقة بين الأطباء والمرضى مهمة جداً في نفس المريض فهي التي تحدد طلب المساعدة من عدمها ، كما أنها ترغم المريض للامتثال لأوامر الطبيب والمرض على العلاج والاستمرار في الاستماع لنصائح الطبيب أو تركها وعدم المبالاه .

فالطبيب لابد أن يكون مرناً مع المريض ورحب الصدر ومستمع جيد لشكوى المريض ووصف العلاج المناسب لمرضاه ومعالجتهم بطريقة تبعث على ارتياحهم نفسيا ويظهر فيها اهتمام كبير بالمريض.

فالمرضى يحتاجون الى الطبيب الذى يحسن الاستماع الى مرضاه والطبيب الذى يفحص مرضاه بكل تأنى وروية والطبيب الذى يساهم فى حل المشاكل الشخصية للمريض والطبيب الصديق للمرضى.

فكل هذه العوامل سبباً رئيسيا فى سرعة الشفاء وطلب المساعدة من الاطباء ومبعث للراحة فى نفس المريض.

إلا إنه اذا كانت هناك مشاكل اخرى تؤرق الطبيب وتشغل تفكيره فان هذه المشكلات تكون ذات تأثير بالغ فى تعامله مع مرضاه،كماهو الحال بالنسبة للمريض الذى قد يكون فى حالة مزاج سئية بسبب مرضه او بسبب ظروف اجتماعية ونفسية أخرى مما يؤثر على علاقة تفاعله مع الطبيب ، مما يجعل هذا اللقاء يفقد معناه ويتجرد من العلاقة المطلوبة للعلاج.

ولكي تتضح صورة العلاقة بين الأطباء والمرضى ، نعرض لرأي كلا من (شراس وهولندر) حيث قسما التفاعلات بين الأطباء والمرضى إلى ثلاثة أقسام وهى:-

1-الايجابية –السلبية.

2-الإرشاد والتعاون.

3-المشاركة المتبادلة.

وفى النوع الأول وهو العلاقة السلبية – الايجابية ((يكون الطبيب ايجابياً والمريض سلبياً . ويظهر ذلك فى حالات الطوارى كالإصابات الشديدة، وحالات النزف الشديد والهذيان والغيبوبة ، فالمريض يكاد يكون عاجزاً تماماً بينما يجرى الطبيب عملياته وعلاجه له))[18]

واذا نظرنا الى هذه الحالة نرى ان عمليات العلاج تجرى دون وعى من المريض ، فلا يتم فيها اي نوع من التفاعل مع المريض كونه فى حالة لاتسمح بالتعامل وقد يكون فى حالة غيبوبة اصلا.

((أما نموذج الارشاد والتعاون ،فانه يندرج عادة عن علاقة الطبيب بالمريض عندما تكون الظروف أقل باساً))[19]

حيث يكون المريض فى حالة وعى تام ويتفاعل مع الطبيب ويتعاون معه فى تشخيص المرض ووصف العلاج،وبالنظر إلى هذا النموذج نرى انه الأكثر قبولاً في العملية العلاجية وهو يعطى فرصه التفاعل بين المرضى والأطباء.

أما النموذج الأخير (لشزاس وهولندر)فهو المشاركة المتبادلة ((حيث يتم تنفيذ برنامج العلاج على يد المريض بتعليمات تلقاها دورياً من الطبيب))[20]

وتظهر هذه المشاركة أكثر وضوحاً عند مرضى السكر الذين يظهرون تعاوناً ومشاركة في العلاج من خلال تفعيل وتنفيذ تعليمات الأطباء.

إلا أن هذا النموذج الذي ذكره كلاً من شراس وهولندر لايعتبرهو القاعدة الذهنية لتعد عملية التفاعل بين الأطباء والمرضى ، فهناك ظروف خارجية ونفسية وخلقية تتحكم فى العلاقة التفاعلية بل وحتى الظروف البيئة والدينة والتربية ،كلها عوامل تؤثر على نوع التفاعل ومحتوى التخاطب بين الطبيب والمريض المتلقي للعلاج أو المتلقي لتعليمات الطبيب أن الطبيب يملك من القدرة المهنية والفنية الكثير ولايخفى على أحد أن الأطباء هم أفراد يعيشون في المجتمع ويتفاعلون معهم ويتاثرون ويؤثرون فيها ، إلا أن نظرة المرضى لأطبائهم تختلف كل الاختلاف فهم يأملون أن يصلوا بهم إلى مرمى الكرة من أول وهله ، وهذا أمراً مستحيل فكما نطلب من الطبيب فهم الوضع الاجتماعي للمريض والمساهمة في حل مشكلاته وتشخيص حالته فيما إذا كانت عضوية أو حالة مرضية اجتماعية يجب علينا أن ندرك أن الأطباء ليسوا ملائكة وليسوا رهباناً ولا يجوز لهم الخطأ وعليهم واجب مقدس تجاه المرضى لابد لهم من الوفاء به .

يجب على المجتمع والمرضى وضع موازنة للتوقعات والطموحات للوجبات والحقوق فلا يهظم جهد الطبيب ولا يضيع حق المريض .

علاقة الطبيب بالمريض :

((علاقة الطبيب بالمريض هي علاقة إنسانية من الدرجة الأولى وهى علاقة مهنية كذلك يحكمها الكثير من العوامل الإنسانية وكان يطلق في الماضي على الطبيب لفظ (الحكيم)لما يمثل ذلك من معاني الاحترام والتقدير والإجلال لعمل الطبيب)) (21)

فالطبيب محط أنظار المرضى يتوقعون منه ما يعجزون عن إيجاده في العالم الخارجي ويستشيرونه في مواضع كثيرة خاصة إذا كانت علاقة الطبيب بالمريض وثيقة.

فقد يستشيرونه مثلا فى مواضع الزواج والطلاق وفى اختيار نوع العمل والسكن وغيرها من المواضيع التي ربما يرى المريض ان الطبيب قد يعطى راى خاص فيها ويوفر عليه جهدا كبيرا فى البحث والعناء.

((بمعنى أشمل فان المرضى واسرهم ينظرون إلى الطبيب على انه ملم بجميع أمور الحياة الاجتماعية والثقافية والسياسية والاقتصادية والدينية))(22)

ويحدث أحيانا أن يرى المرضى الطبيب على انه المنقذ أو فارس الأحلام لبعض الفتيات المريضات وبأن الخلاص من المرض والألم والعذاب في الزواج بالطبيب،ورغم أن موضوع العلاقة بين الطبيب والمريض قد تمت دراسته منذ فترات طويلة وهذه الدراسات تفصيلية ،فقد أثرت كثير من كتب علم الاجتماع الطبي صفحات كثيرة لهذا الموضوع لماله من أهمية بالغة في العلاج الطبي وتحلل دقيق وواضح للعلاقات الطبية الاجتماعية ، وعلاقة التفاعل بين الأفراد في المجتمع والمؤسسة الصحية.

فبارسونز يعتبر المريض شخص منحرف وهو لا يستطع ان يستجيب لما حوله من مؤثرات فقد يفقد اسلوب التعامل والتفاعل.

فقد ذهب إلى ((أن المرض Illnes يعتبر ضرباً من الانحراف يبدو أكثر شذوذا)) (23) .

ولقد اتخذ هذا التعريف للمرض لان المريض لا يستطيع أن يتحكم في تصرفاته ويكون اشبه بالحالة غير المستقرة وغير السوية.

فالطبيب لابد ان يحظى بالثقة فى علاقته بمريضه وكذلك لابد أن يحظى بثقة أهل المريض ، أما إذا كان الطبيب غير مؤهل بحيث لايمكن أن يحظى بثقة المريض وأهله فانه في هذه الحالة يصعب عليه تنفيذ اى برنامج لعلاجه ، كما يصعب عليه أن يقيم علاقة ودية مع المريض .

وعلى الطبيب ان يلم بكافة الجوانب الاجتماعية والثقافية والتي من شأنها أن تؤثر على سير صحة المريض ، وان يجعل نصب عينه شخصية رجل الشارع والشخصية التي يبحث عنه المنقذ والحملة بالتطلعات والتوقعات والطموحات من اجل إيجاد حل لما تعانيه .

أن تجاهل الأطباء لأهمية العلاقة مع المرضى واعتبارها غير ذات جدوى ، بل يكتفون بالعلاقة المهنية - التي تفشل في كثير من الأحيان في الاحاطة بمشكلات المرضى الصحية - هم في الحقيقة يتجاهلون اهم ما فى العملية العلاجية واهم جرعة يمكن أن تكون البلسم الشافي للمريض أو الأمل الذي ينير درب المريض وخاصة إذا كان المريض يعانى من مرض عضال أو حالة مستعصية أو مرض لا شفاء منه .

وليس دائما يكون الحل السحري في العلاج الاجتماعي رغم أهميته فربما يتعرض الشخص إلى مرض عضوي لا علاقة له بالحالة النفسية او الاجتماعية او الثقافية ،ففى هذه الحالة يكون العلاج المهني والعلاقة الطبية الشخصية هي الحل الامثل للعلاج .

إلا أن إلمام الطبيب بأهمية العوامل الاجتماعية والثقافية في هذه المسائلة أمرا في غاية الأهمية.

((وتلعب العوامل الثقافية والحضارية والاجتماعية في إصابة الأفراد باالاضطراب أو الصحة النفسية فإذا كان المجتمع يعيش أزمات يولد ذلك مشاكل اجتماعية مثل الفقر والصراع والجوع والجهل والمرض)) (24) .

وكما نعلن أن العلاقة التي تنشأ بن الطبيب والمريض تنشأ في جو اجتماعي أو موقف اجتماعي وهو موقف العلاج ،ويكون الهدف الاساسى من هذا التفاعل هو تغير حالة المريض الصحية والتي تؤرقه وهى سبب رئيسي في طلب المساعدة من الطبيب .

وبهذا نرى ان المريض قد يأتى برغبته للطبيب طلباً للعلاج وفى احيان اخرى يأتى اليه بدون رغبه بل الالم والحاجة هى السبب فى زيارته للطبيب ، ((وهذا يؤدى الى ان يصبح هذا الموقف شديد التميز عن مواقف اجتماعية اخرى كثيرة يوجد فيها الفرد ويتفاعل من خلالها مع الاخرين فى حياته اليومية)) (25) .

الا انه يجب أن ننوه الى العلاقة السلبية والغير مرغوبة والتى تكون محل اشمئزاز من المرضى تجاه الاطباء ويعيب هذه العلاقة تجاهل الطبيب لمرضاه على حساب مرضى اخرين.

فالوضع المادى او المركز الاجتماعى اوالسياسى قد يكون سبب فى الاستحواذ على اهتمام الطبيب فاذا ترسخت هذه الفكرة فى ذهن الطبيب واصبح العالم فى نظرة عبارة عن ماده وعبارة عن مناصب تتيح له التقرب من اصحاب النفوذ والسلطة وادى ذلك الى سقوطه فى بؤرة فساد العلاقة مع المرضى ويصبح على علاقة قوية مع المرضى اصحاب النفوذ المادى او السلطوى ،وحتىهذا النوع من العلاقة مبنى على هذه الاعتبارات وهى لست علاقة حميمه او ودية بالشكل الفعلى للكلمة بل هى علاقة مصلحه وقع ثقل هذه العلاقة على المرضى اصحاب الدخول المتوسطة والذين لايتمتعون باى نفوذ اجتماعى .

وبالعكس من هذه لعلاقة فقد يكون المريض هو صاحب السلطة والمتسلط بماله ونفوذه مما يجعله يرفض اى علاقة مع الاطباء ،وتعد هذه العلاقة نادرة الحدوث ،الا ان النوع الاول هو الاكثر شيوعاً ، والاكثر رواجاً فى المجتمع .

((ويعتبر التحليل الوظيفي الذي اجراه بارسونز لدراسة العلاقات بين الأطباء والمرضى من أبرز تلك التحليلات ، فقد بدأ بارسونز بدراسة عملية التحليل فيما أعتبره المرضى سلوكا منحرفا ، وفي بداية تحليله لدور المريض اشار إلى أن الصحة التي يتمتع بها أعضاء أي جماعة تعتبر مطلبا وظيفيا لأي نسق اجتماعي ، وعلى هذا فإن بارسونز يؤكد على ضرورة تعريف المرض وتحديده وتشخيصه وطرق علاجه)) (26) .

التأهيل العلمي والخبرة الفنية للطبيب :

ان العلاقة بين الطبيب والمريض لاشك تتأثر بخبرة الطبيب في مجال عمله ومدى تأهيله وتدريب من البداية .

ان الخبرة الفنية والتأهيل والتدريب والاطلاع على مستجدات العصر في المجال الطبي يحدد العلاقة بالطبيب ،حيث يتوجه المرضى بلا تردد الى الاطباء المحمودى السمعة ،ويصبح الاتجاه الى هؤلاء الاطباء هو امر مؤكد من قبل المرضى .

ولاشك ان ضعف المعلومات ونقص الخبرة يؤدى وبشكل سلبى الى ضعف العلاقة بين الاطباء والمرضى ،وحتى نجاح العلاقة بين الاطباء والمرضى لايتوقف فقط على التدريب والتأهيل ووجود معلومات طبية بل يتوقف على استخدام الطبيب لهذه المعلومات .

وفى كل الاحول فأن الطبيب الجيد المؤهل هو الذى يستفيد من خبراته السابقة مع المرضى ويوظفها فى الحالات الجديدة او التى سوف يعالجها .

ان نجاح الطبيب واستمرارة فى البحث والاطلاع ومواكبة العالم الحديث يساعدة بشكل كبير على مدّ جسور التواصل مع المرضى او يساعده على مزيد من النجاح الامر الذى يغير احد العوامل الاساسية فى بناء العلاقة بين الطبيب والمريض .

ان تأهيل الطبيب يوفر كثيرا من الجهد والمال وكثير من عناء المرض المتردد على المستشفيات ،فكلما كان الطبيب مؤهل علميا وفنيا وخلقيا واجتماعيا وملم بكل الثقافات او الحد الادنى منها الذى يخدم الغرض المطلوب في مهنته كان ذلك ذو مردود ايجابى على العمليات الصحية والاجتماعية التى تبن على اساس اجتماعى ثقافى .

وعلى الرغم من التأهيل الطبى الجيد لبعض الاطباء فى الجانب الاكاديمى الا ان ضعف واهمال التأهيل الاجتماعى للطبيب يقلل من قيمته الفنية التى يتمتع بها بعض الاطباء فالتأهيل اساس كل عملية طبية وتترك انطباعاً جيد عن شخصية الطبيب، واضافة الى ذلك مواكبة العلوم العصرية الحديثة واللحاق بركب كل الحضارات سواء فى الجانب الاكاديمى او الجانب المهنى والاجتماعى .

وكثيراً ما تتأثر العلاقة بين الطبيب والمريض بسبب القصور فى الناحية الفنية وكذلك القصور فى الجانب الاجتماعى .

الا انه يمكن ان يقسم القصور الى جزئين مهمين فى هذه الناحية النوع الاول ويكون قصور بالفعل من جانب الطبيب سواء كان ذلك فى تعليمه الاكاديمى او فى الوعى الفنى والاجتماعى له مما يؤثر سلباً على المريض وينعكس على العلاقة بين الطبيب والمريض ويجعل المريض يفقد الثقة فى الطبيب وتتأخر عملية الشفاء .

اما النوع الثانى من القصور وهو: الناشئ عن توهم المريض ان الطبيب يعانى من قصور فى الجانب الاجتماعى والفنى وكذلك نقص وقصور فى معلوماته،رغم ان الحقيقة عكس ذلك .

ويتسرب هذا الشعور للمريض بسبب خبرته البسيطة او عدم فهم معاملة الطبيب او بسبب تجارب سابقة ، وغالباً يحدث بسبب رغبة المريض فى ان يلاحظ حدوث تحسن سريع فى حالته .

وعلى الرغم مما ذكر من قصور وسواء كان موجود فعلا فى شخصية الطبيب او لم يكن موجود وناشئ اساساً عن وهم موجود عند المريض ، الا انه لابد لكل طبيب ان يلم بكل ماله علاقة بالوضع الصحى للمريض حتى يمكن من معالجته بما يتلائم وطبيعة مرضه وطبيعة البيئة الاجتماعية التى يعيش فيها .

تغير العلاقة بين الطبيب والمريض .

لا شك ان العلاقة بين الاطباء والمرضى قد تغيرت بتغير الحقبة الزمنية التى دار فيها التفاعل الانسانى ، ولاريب ان الثقافة والبيئة اسباب اخرى فى تغير العلاقة بين الاطباء والمرضى .

ففى منتصف القرن الماضى نلاحظ ان الاطباء يتواجدون فى المدن الكبيرة فقط ، اما فى القرى والمناطق الصغيرة والناشئة فلا يوجد بها اطباء ، وكان كل ماهنالك معالجون شعبيون ومشعوذون وسحره وغيرهم ممن يمارسون هذه الحرف وكان الاطباء

يعالجون المرضى من ابناء الطبقات المتوسطة Middle Class وعلى العكس كانت المستشفيات تعج بالمرضى من الفقراء واصحاب الدخول المحدودة .

وبذلك كان المستشفى يعتبر مكان للموت نظرا لان ابناء الطبقة الفقيرة يدخلون المستشفيات ولا يلقون الاهتمام اللازم ولايملكون الامكانيات المادية واللازمة للعلاج فى البيت او توفير ثمن العلاج المناسب لحالتهم .

وكان((ينظر الى الطبيب على انه انسان يملك مهارات وقدرات خاصه تؤهله لان يكون دوره مشابه لدور الكاهن او القس ، حيث انهم يملكون سلطة مقدسة Sacerdoted Authority))(27)

وهذه الصفة التى اطلقت على الطبيب تضعه فى مرتبه يتعين عليه فيها ان يسلك نمط معين من السلوك متوقع ان يتقمصه أثناء تعامله مع المرضى .

فالطبيب مطلوب منه ان يكرس حياته الخاصة من اجل المرضى ، متوقع منه ان ينقذ حياة المريض باى شكل وا لا يعتبر مقصراً فى حق مرضاه .

ومطلوب منه ان يسرع للمساعدة عند الحاجة اليه فى اى وقت وتحت أى ظرف كان ويجيب متطلبات المرضى .

فاذا تقاعص الطبيب فى اداء دورة او حدث خطأ ما او لم يقم بما ذكر انفا فانه يهبط من مكانته الرفيعة التى كان فيها والتى يراه فيها مرضاه اى اقل المراتب والدرجات .

ولكن مهما كان فأن المرضى لايهمهم من الطبيب الا سلوكه معهم وإدراكة لمسببات الالم ، فكل مريض له مشاكله ومتاعبه الخاصة والتى يرغب البوح بها للطبيب لهذا الشخص صاحب المكانه الرفيعة فى نظره فهو يتأمل ان يكون الطبيب كذلك والا يهبط عن هذه الدرجة ،بمعنى يجب ان يكون الطبيب صاحب سلوك مقدس .

وكما لايتوقع منه ان يكون مخادع او فاسق اوغير ذلك من الصفات البغيضة او المذمومة ، ويتحلى بارقى انواع السلوك المأمول فيه .

هذه الصفات التى يتوقع ان يتحلى بها الطبيب لايمكن ان يدركها او ان يعامل بها مرضاه مالم يكن ملم بالعلوم السلوكية ومركز فى دراستها ومتمتع بشخصية يستطيع من خلالها تنفيذ برامج معينة مع المرضى ويتمكن ايضا من تفهم مشكلات المرضى

وطبيعة مرضهم وكل ما من شأنه ان يسبب المرض والالم كالاكتئاب والامراض النفسية الناشئة عن عدم توافق الفرد المريض مع بيئته الاجتماعية او الاسرة او محيط العمل او الاصدقاء او غير ذلك .

واكثر ماتتجلى قدسية الاطباء فى اهتمامهم بالمرضى كبار السن والمرضى اصحاب الامراض المزمنة وكذلك ممن يعانون من امراض نفسية . فالمرضى الذين يعانون امراض من هذا النوع يحتاجون اكثر مايحتاجون الى الحب والحنان كاحتياجه للعلاج ان لم يكن أكثر .

فانحصار العلاج فى الجانب الغير نفسى يحجب على الطبيب التعامل مع المريض ((كموجود انسانى محتاج الى الرعاية والحب بجانب التشخيصة والعلاج ولكن محتاج الى اعادة الطمأنينة اليه Reassarance والعناية به)) (28)

وبغض النظر عن المريض فان اسرة المريض قد تواجه مشكلات مع الاطباء تعيق عمليه العلاج وتجعل امر معاودة الرجوع الى الاستشارة الطبية امرا غير وارد وخصوصا اذا ماعجز الطبيب عن الايفاء بمتطلبات الاسرة الصحية .

وهذا يعنى فيما يعنيه ((استمرار العلاقة بينه وبين مرضاه طوال فترة من الزمن يحدد كل اتصال بين الطبيب والمريض الى حد ما طبيعة العلاقة التى ستكون فى الاستشارة القادة . اذا نجح الطبيب فى العلاج احد افراد العائلة سيقدم عليه الأخرون بمزيد من الثقة)) (29) .

فتكرار الزيارة للطبيب والمراجعة جزء من العملية العلاجية ،الا انها مرهونة بمدى قدرة الطبيب على تأديه دورة بدقة وتفهم العلاج الكلينكى والاجتماعى فى آنا واحد ممايتيح له تكوين علاقات مع المرضى واسرهم .

وقد يكون من ضمن الاسباب التى اثرت على علاقة الاطباء والمرضى هو عدم قدرة الطبيب على استخدام المدخل السلوكى فى العلاج الطبى فيجب على الطبيب الا ينظر الى المريض على انه حالة مرضية فقط بل يجب عليه ان ينظر الى المريض على انه حاله سلوكية تحتاج النظر الى بيئة المريض وظروفه الاجتماعية وكل مامن شأنه ان يسبب المرض والالم .

الى جانب ذلك يجب على الطبيب لكى يكون ناجحاً ان يراعى ((السمات الديموجرافيه مثل العمر والجنس والحالة الاجتماعية التى تتأثر وتؤثر فى صحة الافراد ، كما ان العوامل الثقافية ايضاً تؤثر فى الاحساس بالصحة والمرض كما تؤثر المعايير ايضاً فى التعريف الاجتماعى للصحة فنجد مثلاً ان الجماعات العرقية Ethnic Group تختلف استجابتها للمرض من جماعة الى اخرى)) [30] لذلك نرى ان المرض يختلف من جماعة الى اخرى حسب نوع الثقافة وحسب الجنس والعمر وغيرها من المتغيرات التى تؤثر على حالة الصحة والمرض عند الانسان .

ولايخفى على كثير ان المرض يختلف فى تعريفته من مجتمع لأخر وكذلك الصحة فاختلاف الثقافات واختلاف الشعوب يرسم انطباع مختلف فى كل مجتمع حيال الصحة والمرض .

واذا مابحثنا فى اسباب تغير العلاقة بين الطبيب والمريض نري ان هناك جملة من الاسباب غير التى ذكرت أنفاً ، فعلى سبيل المثال كشف عدد من الدراسات ان الطبيب الذى لايجيد الدور الملائم لمرض يفقد سلوك التعامل مع المرضى وخاصة المرضى الذين يحاولون الانتحار .

فان لم يكن الطبيب ملم بالمدخل السلوكى ، استعصى عليه الاستجابة لمثل هذه الانواع من الامراض وكذلك المرضى الذين يسلكون السلوك العدوانى كل هذه الامراض تعتمد بشكل كبير على حنكة الطبيب ومدى استيعابة للمشكلات الطبية الاجتماعية .

ولعل المشاركة من بين المتغيرات التى اثرت على علاقة الطبيب بمرضاه فقد اثبتت كثير من الدراسات ان الاطباء الذين يميلون للعمل الفردى يشعرون بالانهاك السريع وصعوبة الالمام بكل المتطلبات للمرضى مما يعيق عمله بشكل كبير .

الا انه الان اصبح الاطباء يميلون الى العمل المشترك فى كثير من العمليات الطبية والاجتماعية ،ولعل العمل المشترك بين الطبيب الممارس العام وطبيب الاعصاب والاخصائى النفسى والاجتماعى والممرض وغيرهم من ذوى الاختصاصات ذات الاهمية فى الحالة المرضية يجعل مهمة الطبيب سهلة ويشعره بالراحة فى التعامل مع المرضى .

وعلى سبيل المثال ان واجب الاخصائى الاجتماعى فى المستشفى ((تشجيع المرضى على تقبل حالتهم المرضية بازالة اسباب القلق والخوف وطمأنتهم على مستقبلهم ورفع الروح المعنوية لتقبل العلاج مع تبصير المريض بحالته واشاعة الامل فى نفسه))(31) .

فالمشاركة بين الاطباء عامل مساعد على تقبل الاطباء وتخفيف الاعباء وعدم شعورهم بالملل والاحباط جراء العمل المضنى والمتواصل وعدم الالمام بكافة التخصصات التى قد تحتاج الى عمل فكرى معقد من اجل الوصول الى تحليل لتركيبتها ،وخاصة اذا كانت هذه التركيبة اجتماعية ثقافية .

ولعل من اسباب تغير العلاقة بين الاطباء والمرضى هى حسب مايرى كثير من الباحثين استشارة الاطباء حول امراض يرى الاطباء انها تافهة كالصداع مثلا او الم الاسنان ونزلات البرد...الخ .

والتى فى نظر الطبيب انها امراض عادية تصيب جميع البشر ولابد من ان يصاب بها كل انسان ، وان استشارة المرضى للاطباء فى هذا النوع من الامراض هو نوع من ضياع الوقت وهو مرض تافه لاينبغى الالتفات اليه .

وهذا بالتالى يؤثر على علاقة الطبيب بالمريض كما نعلم فالمريض كما سبق ذكره يرى قدسية خاصة فى الطبيب .

والطبيب يفقد هذه القدسية فى حال انه لم يعير المريض اهتمام مهما كان نوع المرض الذى يعانى منه .

علاقة الطبيب بالممرضه :

لعل من ابرز واهم العلاقات فى العملية الاجتماعية هى علاقة الطبيب بالممرض او علاقة الاطباء بهيئة التمريض.

فالتمريض مهنة مقدسة كغيرها من المهن الآخرى ان لم تكن هى المهنة الاكثر اهمية فى العملية العلاجية بعد مهنة الطبيب .

ان الاطباء وهم يقومون بعملهم في المستشفى او العيادة او اى مرفق صحى اخر لايكون اداءهم على اكمل وجهه مالم يكن هذا العمل مدعماً بطاقم تمريض متميز يزيد من قدرته على العطاء ويساعد الاطباء في القيام بأعمالهم الطبية والجراحية.

ان التمريض هو عمل انساني بالدرجة الاولى اكثر من كونه عمل مهني او وظيفة عادية.

ففي العمل العادى او الوظيفة العادية فإن الموظف غير مسئول عن تحمل اى اعباء لاتمت له بصلة وغير مضطر لمساعدة الأخرين اذا لم يكن يرغب في هذه المساعدة.

اما الممرضة او الممرض فهم مضطرون لمساعدة الأخرين واقصد بهم المرضى في المستشفى ، نظراً لكون عملهم انساني بالدرجة الاولى ونظراً لكون الممرضة او الممرض يوصف كلاً منهم بالرقة والحنان ومعامله المرضى معامله تريحهم وترفع معنوياتهم .

ان كثيراً من المجتمعات تنظر الى مهنة التمريض وكأنها مهنة غير اخلاقية ولا يرتادها الا اصحاب الاخلاق الوضيعة ، وكان هذا الاعتقاد سائد في الماضى ،لازال يعشش في اذهان الناس او بعض الناس في الوقت الحالي .

الا ان مهنة التمريض في حقيقة الامر هي مهنة على درجة عالية من المسؤلية والاخلاق النبيلة التي ينبغي ان يتحلى بها العاملين فيها ،بالاضافة الى كونها عامل مساعد للطبيب في عمله وبشكل كبير جداً.

« ونمت مهنة التمريض في ضوء التقدم الذى احرزه علم الطب ، واستخدم في بداية الأمر فتيات تحت التمرين يعملن فترة طويلة من اجل اكتساب الخبرة والمهاره وكان الطبيب في ذلك الوقت يعتبر ان التمريض جزء من اجزاء الطب»[32] .

فمهنة التمريض لم يتحقق لها الازدهار الا بعد التقدم الذى حدث في عالم الطب والذى صحبه تقدم في كل مجالات الحياة فبعد تحسن مستوى الصحة العامة اصبحت معدلات الاعمار اطول مما كانت عليه الامر الذى استدعى الزيادة السكانية والتي كان لها الفضل في تقدم الحياة والانسان بشكل عام .

وكغيره من المهن والوظائف تقدمت مهنة التمريض واصبح الاهتمام بالممرضين والممرضات ، الان الاكثر اقبالا على هذه المهنة من الجنسين لم يكن يخفى على أحد ، فالعنصر النسائي او الاناث بالذات كانت الاوفر حظا في ارتياد هذه المهنة .

ولعل طبيعة المراة ورقة طبعها هو ما جعلها تتفوق في هذه المهنة على الرجال او ربما تكوينها النفسي والبيولوجي يساعدها على العمل الشاق والمضنى كالتمريض .

فالتمريض يعتبر من الاعمال الشاقة وغير السهلة وخاصة وان الممرضة تتعامل في المستشفى مع فئات وشرائح مختلفة من المجتمع .

وكل واحد من هؤلاء المرضى يعاني من مرض معين ويحتاج الى اسلوب تعامل معين ،كما انهم يرفضون عمل الممرضة في هذا المرفق لوصفها بالمهنة المخجلة مما يدفعهم لازدرائها ومعاملتها بقسوة وخشونة .

ومهما يكن من امر فان التمريض في نظر الكثير من اقدس المهن واشرفها واكثرها نبلا وانسانية حتى ان البعض يطلق على الممرض اسم ملائكة الرحمة.

وتعد المشافهه بين الطبيب والممرض والمريض امرا في غاية الاهمية وعلى الفريق الطبي بالكامل ان يتعلم كيفية الاصغاء لشكوى المريض ،ومن هنا لابد ان تكون علاقة الطبيب بالممرض على قدر كبير من التفاهم .

كما يجب على كل من الطبيب والممرض الالمام بكل الموضوعات المتعلقة بالمريض وذلك من خلال المناقشات مع المريض ومع اسرته للحصول على اكبر قدر من المعلومات عن تاريخ المرض واسبابه وعلاقته بالوضع الاجتماعي والبيئي .

وبالاضافة الى ذلك لابد ان يلم كلا من الاطباء والمرضى بكل مامن شأنه ان يخدم المريض او العملية العلاجية بشكل عام . وذلك من خلال الاطلاع الموسع والاستماع الى البرامج الاجتماعية والصحية وقراءة الكتب ومجالات وغيرها من وسائل الاتصال ولنجاح العملية العلاجية وكما يرى كثير من العلماء والمتخصصين في هذا المجال ان وجود قدر كبير من الاحساسيس والمشاعر عند كلا من الاطباء والمرضى امرا في غاية الاهمية وكذلك بين الممرضات والمرضى ،فان متاعب الحياة اليومية والروتين اليومي التي يعاني منه كلا الطبيب والمريض لابد ان يبدد من خلال وجود نوع من

المشاعر الطيبة والاحاسيس المرهفة ووجود نوع من البشاشة واشراقة الوجه كى يخفف الاطباء من عبئ المرض الملقى على عاتق المريض ،وكذلك الممرضة لابد ان تكون على علاقة جيدة مع الطبيب كى تنسى متاعب العمل وهمام المرضى التى تثقل كاهله وكاهل الطبيب.

((وقد نصح د.فردريك لويس كل طبيب ناشئ يطلب مساعته أن يشارك مرضاه فى السراء والضراء اشتراكا عاطفيا فعليا،فيفرح لافراحهم ويحزن لاحزانهم ،بهذا يمهد لهم سبل الشفاء، او على الاقل يخفف وطأة المرض))(33)

وقبل هذا وذاك لابد لكل من الطبيب والممرض ان يبذلا جهدا مضاعفا فى اللياقة والسلوك وغيرها من اساليب التعامل اليومى بين الطبيب والممرضة وهذا ينعكس على التعامل مع المرضى بالايجاب واهم مافى العملية العلاجية هو وجود علاقة حميمة ومهذبة بين الطبيب والممرض وبين الطبيب واللممرضة ومرضاهما.

ان وجود مثل هذا النوع من العلاقات والتفاهم والمشاعر الدافئة ينعكس ايجابيا على المريض واسرته وكذلك تقبل المريض للعلاج وقبول بوجود علاقة حميمه مع الطبيب يمكن من خلالها ان يفصح عن اهم المشكلات التى يعانى منها المرضى والتى تكون بسبب البيئة الاجتماعية .

ولعل اصعب ما يواجه الطبيب والممرضة هو ان يواجها بمشاعر العدوانة والعداء من جانب المرضى الذين يصابون بنوبات هستيرية غير واعية فى بعض الاحيان نتيجة لما يعانونه من مرض قد يطول اويقصر .

وهذا يرتبط بعلاقة الممرضة بالطبيب اشد الارتباط فوعى الممرضة وتفهمها لتقارير الاطباء عن حاله أعراض كلا على حده ، تجعلها اكثر قدرة على استيعاب كل الحالات المرضية.

وهنا يكمن دور الممرضة فى مساعدة المريض وجعله يستقبل العلاج ويتقبل تعليمات الطبيب.

ومن هنا لايخفى علينا الدور الاجتماعى لعمل الممرضة والطبيب فاذا مانظرا الى التعامل اليومى فى اى مستشفى نجد ان معظم مايدور فى المستشفى ما هو الا عمليات

اجتماعية وثقافات بيئية مختلفة، ماعلى الطبيب الا ان يدركها ليستطع من خلالها تفهم حاله مرضاه ويعش مشكلاتهم ، وماعلى هنية التمريض الا توسيع إدراكهم وإلمامهم الكامل بكل الوسائل التي من شأنها ان تخدم العملية العلاجية.

البعد الاجتماعي للصحة والمرض :

لاشك ان تقدم المجتمعات مرهون بتقدم الوضع الصحى فيها فان التقدم فى كل مجتمع ينظر اليه من خلال الارتفاع نسبة الاصحاء وانخفاض نسبة الوفيات فهى مؤشر على ارتفاع معدلات الصحة والوضع الصحى.

ويمكننا اعتبار تأخر المستوى الصحى فى بلد من البلدان دليل على التخلف الصحى والاجتماعى وكذلك تدنى مستويات المعيشة وتوزيع الثروة فالرعاية الصحية تعتبر جانباً مهماً فى الحياة من حيث الايجاب والسلب ومن حيث رقى وتقدم ذلك المجتمع من عدمه.

((ويؤكد الكثير من الباحثين على الصلة المباشرة بين الواقع الصحى وبين الواقع الاجتماعى فقد اشارت الدراسات التى قام بها كلا من ليفين وسكوتش وميكود وايكمان [Levine and Scotch 1956 -1974]

الى ان الضغط النفسى والاجتماعى يؤدى الى اصابة الافراد بالكثير من الامراض الجسمية والعقلية كمرض القلب وعسر الهضم والاضطربات العقلية))(34)

فكثير من الامراض العضوية تكون باسباب اجتماعية ، بمعنى ان الواقع الاجتماعى يترجم الحياه التى يحياها الفرد فى الجماعة والتى يصاب فيها بالامراض المختلفة من خلال تفاعله مع افراد الجماعة ، فيصاب بالاكتئاب او عسر الهضم او التهاب فى الاثنى عشر او صداع نصفى او ارتفاع فى مستوى ضغط الدم اوغير ذلك من الامراض التى تعرف بأنها ترجع الى اسباب اجتماعية فى غالب الاحيان او اسباب وراثية فى احيان اخرى.

الا ان هذا الامر ينطبق على كثير من المرضى الذين يعانون من امراض بسبب البيئة الاجتماعية وتكون تلك الامراض ظاهرة وكانها امراض ذات مسوغات

عضوية ولها طابع المرض العضوى ونفس الاعراض تقريباً وحتى شكوى المريض لاتبدو فى البداية انها مرض اجتماعى ناشئ من خلال التفاعل الانسانى فى البيئة.

((وتشير المراجعات التى اجراها كل من دوهرنونDoherwend وجوف [Gove] للعديد من الدراسات الاجتماعية فى هذا المجال بأن من اهم أسباب زيادة احتمالات الاصابة بالمرض عند المراة هو ازدواجية دورها وتعدد مسؤلياتها المنزلية والوظيفية)) (35)

وهذا يعتبر نوع واحد فقط من الامراض التى تحدث للمرأة بسبب تعدد الادوار وضغوط العمل والمنزل والتى تؤدى الى اصابة الناس بالكثير من الامراض كالاضطرابات النفسية واعتلال فى الصحة العامة وخاصة عند المراة المتزوجة .

واذا ما وقفنا على موضوع المراة العاملة والتى تقوم باعمال كثيرة فى حياتها نرى انها لاتملك الوقت لمراجعة الاطباء او الاهتمام بصحتها نظراً لكثرة الالتزامات التى تثقل كاهلها ، وعلى العكس نرى المراة التى لاتحمل اى التزامات او اعباء عمل او محدودة القدرة والعطاء لاتعانى مما تعانيه السيدة الاولى فى هذه الدراسة . بل تكون على عكس الاولى حيث تسرع لمعاونة الاطباء فى حالة شعورها باى الم مهما كان بسيط .

وفى عديد من الدراسات توصل البا حثين الى ان العاملين فى وظائف تحتوى على متطلبات غاية فى الصعوبة والمسئوليات والمواعيد وغيرها ، يصاب اصحاب هذه الوظائف تؤدى الى اصابة اصحابها بامراض القلب والقرحة وغيرها من الامراض المزمنة والصعبة فى علاجها .

هذا اذا ما اخذنا الوظائف كنموذج للامراض التى يمكن ان تؤدى الى اصابة اصحابه ببعض الامراض بسبب مايلاقونه فى وظائفهم من متاعب ومشاق.

ومن الجانب الاخر نرى ان الحياة الزوجية والاسرية وحياة الجماعات القرابيه كلها علاقات تدور فيها انواع مختلفة من التعاملات اليومية وهى نسق من التفاعلات التى لاتنتهى ابدا ، وهى فى مجملها مناخ للتفاعل القومى واللامحدود مع عدد من الافراد الذين يمتلكون القدرة او لا يمتلكون القدرة على الخوض فى هذا المضمار الصعب والذى اما ان يتغلب الانسان على جميع مصاعب الحياة وتكون له ارادة قوية يجابه بها المرض ويقضى عليه ، وإما ان ينهار امام تيار المشكلات الاجتماعية الناتجة عن هذا

التفاعل اللامحدود والذى يحكم بشبكه من العلاقات اللامنتاهية وتقع فريسة لمرض وقد يكون فريسة للوهم .

فالاسرة المتصدعة على سبيل المثال والتى تكثر بها الصراعات والمشاكل الزوجية ، يصاب معظم افرادها باضطرابات نفسية ،وخاصة اذا كانت هذه الاسرة تضم فى اعضائها افراد مدمنين على الكحول او المخدرات وهذا يؤدى الى تفكك وصراع نفسى ويترتب عليه امراض نفسية واجتماعية لاحصر لها .

((ويشير ميوتر وشلايفير Mutter and Schleifer فى دراسة لعدد42 اسرة متصدعة او تعانى من اضطراب فى العلاقات السائدة بين الزوجين فيها ان أطفال هذه الاسرة أكثر عرضة للاصابة بالمرض حيث تنعكس كل هذه الظروف على أسلوب رعاية الاطفال بهذه الاسرة)) (36) .

ان الوضع الصحى مرهون بمدى تلائم العلاقات الاجتماعية السائدة بين الافراد فى اى مجتمع من المجتمعات ، فكلما كانت العلاقات الاجتماعية قوية كانت احتمالية اصابة افراد الجماعة الواحد بالمرض ضئيلة.

فوجود علاقة غير ذات جدوى بين الطبيب والمريض تعتبر سببا لاصابة المريض بامراض نفسية وعقد اجتماعية متراكمة اكثر من المساهمة فى العلاج وعلى عكس ذلك فان فرصة وجود علاقة ودية طيبة بين الطبيب والمريض تعطى المريض فرصة الشفاء واستيعاب نوع وحجم المرض الذى يعانى منه.

للمرض ابعاد اجتماعية كثير وكذلك للتغير الاجتماعى الحاصل فى المجتمعات اثر كبير على الصحة العامة ولاننسى ان للمرضى فئات خاصة ومعينة ،تصيب افراد معينين،فكل فئة يسود فيها نوع من المرض يختلف عن امراض الفئات الاخرى .

علاقة الاسرة بالمرض :

ان الاسرة هى النواة الاولى التى يتشكل فيها الابناء وهى حجر الزاوية فى كل مجتمع وبدون الاسرة التى لا تتمتع بمستوى صحى جيد ، يحدث تحلل فى الصحة العامة التى يتشكل فيها المجتمع .

وكما هو معروف فان الاسرة تختلف باختلاف المجتمعات فهناك الاسرة الممتدة والاسرة النواة .

ولكن مايهمنا فى موضوع الاسرة وعلاقتها بالمرض ، هو كيف يمكن ان تكون الاسرة سبب فى الاصابة بالمرض وفى نفس الوقت كيف يكن ان تكون الاسرة مصدر للصحة والسعادة .

ولعل حجم الاسرة وما يتبعه من انخفاض فى مستوى التعليم والدخل وازدحام المسكن وغيرها من الامور الاخرى التى سوف يرد ذكرها تؤدى ولاشك الى تدهور فى الصحة العامة للاسرة .

فحجم الاسرة الكبير نسبياً يؤدي لاصابة افرادها بامراض مختلفة وقد بينت الكثير من الدراسات وخاصة دراسة Lecs and Newson 1954 ((ليزونيوسن بانجلترا واسكوتلاند فيرجسون وفى استراليا (بيلزBlles) (1971) ،وفى الولايات المتحدةالامريكية تاكمان وريجان Tuckman and Regan (1967))) [37]

حيث لاحظ كل هؤلاء ان الاسرة التى تنظم خصوبتها وعملية الانجاب فيها تكون اكثر تكيف واقل عرضه للأمراض وتحقق توازن بين الحاجات المادية لاعضائها وقدرة الاسرة على توفيرها.

وهناك نمط آخر من الاسرة والتى يوجد فيها طفل وحيد الابوين فتكون أكثر عرضة للمرض والاضطرابات النفسية والعاطفية والاجتماعية.

وبالاضافة الى كل ذلك فان سوء التغذية الناتج عن زيادة حجم الاسرة وقلة فى الموارد والامكانيات المتاحة التى من الممكن ان توفر للابناء حياة كريمة وقدر كبير من الرعاية الصحية والبدنية يكون لها بالغ الاثر على الصحة والمرض.

وكما لايخفى على احد ان التشوهات الخلقية والتى تظهر فى الاسرة والناتجة عن العوامل الوراثية وليس الى البيئة .

فالاعراض المختلفة التى تصيب الابناء فى الاسرة ناتجة عن زواج الاقارب او بسبب الوراثة حيث تنتقل الامراض من الاباء الى الابناء.

ومن ذلك مرض عمى الالوان والضمور او الضعف فى العصب السمعى والصفراء وارتفاع ضغط الدم وغير ها من الامراض الوراثية.

وينصح الاطباء بالعناية عند اختيار الازواج ،بحيث يصبح الابناء اصحاء فى الاسرة فالانتقاء من الاساسيات الاولى فى الزواج خوفا من انتقال المرض من الام الى الابناء او من الاب الى الابناء ، بالاضافة الى العناية بالام الحامل والاطفال فى السنوات الاولى من اعمارهم والوقاية من جميع الامراض التى يمكن ان تصيب الاطفال فى السنوات الاولى من العمر.

ومن ناحية اخرى فان للمرض تاثير كبير على تاديه الفرد لدورة فى المجتمع سواء كان احد الوالدين او الابناء وكذلك له تأثير على أداء الفرد لدورة فى الحياة الزوجية ،وغالبا مايكون للمرض التناسلي بالغ الاثر فى حياة الازواج.

فاصابة احد الزوجين بمرض جنسى او حدوث حالة عجز جنسى يجعل احد الزوجين فى مظهر الضعف بالنسبة للطرف الاخر ،كذلك ينظر اليه وكانه عاجز عن تاديه وظائفه الجنسية.

وبلا ادنى شك فأن للمرض النفسى اثر بالغ فى حياة الافراد ولا سيما تلك الامراض الوراثية او التى تصيب غالبا التوائم المتشابهة .حيث ((وجد انه اذا اصيب احد التوائم بالعصاب ،فعادة مايصاب الأخر بنفس المرض))(38)

ان غالبية الامراض التى تحدث بسبب التفاعل الاجتماعى اوناتجه عن مشكلات اجتماعية فى الاسرة لاتعالج فى الغالب.الا بنفس الطريقة الاجتماعية التى كانت السبب فى ظهورها.

كما ان الامراض تختلف فى الشكل والتركيب باختلاف المجتمعات وباختلاف الاسرة وباختلاف البيئة والتركيبة الاجتماعية.

فلا يعنى ان اعيش فى اسرة غنية اننى اتمتع بالصحة ولااتعرض للمرض.

ان الفرد فى الاسرة معرض للمرض بغض النظر عن الوضع الاقتصادى للاسرة سواء كان من الاغنياء او الفقراء.

ان معظم الاطباء ان لم يكن جميعهم لايعير الاسرة والدور الذى تلعبه اى اهمية فى العملية العلاجية رغم كون هذا العامل سبب رئيسى فى تماثل المريض للشفاء.

فمعرفة تاريخ الاسرة المرضى والمشكلات الاجتماعية و الوراثية التى تعانى منها يساعد الطبيب المعالج على حل الكثير من المشكلات المرضية ،ان تعامل الطبيب مع اسرة المرضى اثناء مرضه يزيد من تعمقه فى المشكلة التى يعانى منها المريض ويصل به الى اسرع الحلول.

((ان لكل مجتمع علله وامراضه ،وهى جزء من ثقافة المجتمع ،وافراز طبيعى لحياة الناس فى محيط معين وبيئة معينة وظروف معيشية معينة))(39)

ان اختلاف الثقافات واختلاف الشعوب يعتبر نقطة اساسية فى مشكلة تفهم الاطباء للمرض.

فالطبيب المعالج عندما يكون من بيئة مختلفة عن بيئة المريض ويحمل ثقافة مختلفة عن ثقافة المريض فهذا يعنى ان المرض لا يمكن ان يعالج بشكل سريع وحتى اساليب العلاج الاجتماعى ورموز التحاور بين الاطباء والمرضى تكون غير واضحة وناقصة.

فلكى تتم العملية العلاجية بشكل ناجح ولكى يكتمل التفاعل الاجتماعى ويعطى نتائج وثمار مقبوله ،لابد ان تكون البيئة الثقافية لكل من المريض والطبيب واحدة حتى نتحصل على نتائج مميزه.

ولعل من واجب كل اسرة كى لاتكون سبب فى الاصابة بالامراض وخاصة الامراض الوراثية والتى تنتقل عادة من الوالدين للابناء .

من واجبها اجراء الفحوصات الدورية وبشكل مستمر لضمان جيل خال من التوترات التى تكون سبباً فى الاصابة بامراض نفسية ،كالفصام والاكتئاب والانطواء وغير من الامراض التى تصيب الاطفال جراء معامله الوالدين الغير تربويه .

كما ان التربية الحسنة ومعامله الابناء بالاسلوب المناسب واستخدام احدث الطرق فى التربية ،يعطى الفرصة للابناء كى يعيشو فى مناخ اسرى مفعم بالحيوية والحنان وخال من الامراض .

ان دور الطبيب كمرشد اجتماعى له بالغ الاثر فى توعية الاسرة باهم المشكلات التى يمكن ان تتعرض لها جراء سوء معاملة الابناء.

فدور الطبيب مهم حيث يقع عليه قدر من التوعية والتثقيف الصحى ،فكل مايشغل بال الاطباء والمعنيين بالشأن الصحى هو خلق بيئة صحيه واعية ،فادراك الطبيب لدوره فى توعية الاسرة من اهم اسباب نجاح العمل الطبى.

ان الاسرة لابد ان تتعاون مع الطبيب ليسود جو من التفاهم الصحى ولمعرفة دور الطبيب كان لزاما على الاسرة ان تستمع لتعليمات الطبيب وتستجيب لطلباته وتنفيذ تعليماته التى من شأنها ان تحافظ على صحة المريض من ان تسوء.

ان عمل الاسرة فى محيطها الاجتماعى مكمل لعمل الطبيب فى المستشفى فالاستشارة الطبية لاتاتى باى مفعول مالم تكن معها استشارة اجتماعية وخصوصا اذا ماكان المريض يعانى من مرض له ابعاد اجتماعية.

الدور الاجتماعي لأطباء المستقبل :

ان الطبيب مطالب فى الوقت الحاضر بان يكون من ابناء المجتمع الذين يتفهمون مشاكل مرضاهم ويبحثون عن سبل راحتهم ويسعون الى تطوير انفسهم بشكل مستمر.

ان علم الاجتماع الطبى يتميز عن غيره من العلوم فى كونه ((يتناول الميدان الصحى بوصفه نظاما اجتماعيا وثقافيا ، اى بوصفه مجموعة المؤسسات النظامية التى تستهدف اشباع احتياجات الناس الى المحافظة على الصحة ومقاومة المرض،كما يهتم بدراسة الجوانب والاعتبارات غيرالمادية ،ذات الطبيعة الاجتماعية والثقافية))(40).

فعلم الاجتماع الطبى يهتم بمسائل اكثر اهمية من العلاج البيولوجى للمريض فاهتمامه بالعوامل الاجتماعية واشباع احتياجات الفرد الاجتماعية والتى تعمل كمثبطات للمرض فهى جانب غير مادى ،منها معنوية واجتماعية فى ذات الوقت .

ان الدور الذى يتوقعه دائما من الطبيب ان يكون ملما بجوانب المرض،بشوش الوجه،يتمتع بشخصية ظريفة ومتفهم ،ومستمع جيد ومحاور لبق وكثير من التوقعات الاخرى.

لكن علم الاجتماع الطبي يأمل في طبيب المستقبل ان يكون ملماً بكل العمليات الاجتماعية والطبية والاخلاقية والثقافية وان يتسلح بالمعرفة والاطلاع الدائم على كل ماهو حديث في مجاله.

ان اخلاق المهنة تفرض على الطبيب ان يكون صاحب شخصية مغايره لغيره من شرائح المجتمع ،ويمتلك من المهارات والاساليب مالايمتلكه غيره.

لابد لطبيب المستقبل ان يكون متسع الافق ،ولايجعل عمله يقتصر على العلاج الطبي ويهمل جوانب اجتماعية ونفسية مهمة.

((فقد بدا ان الممارسة الطبية ، بتركيزها على الجانب العلمي والتكنولوجي قد افتقدت جانبها الانساني ، وهي ظاهرة اطلق عليها في المجتمعات الغربية De-Humanization of Medicine)) (41)

بالاضافة الى ذلك ان الطبيب لايجب ان يتجرد من انسانية عند التعامل مع مرضاه او أسرهم بل يجب ان يكون لين الجانب حسن المظهر والسلوك بشوش الوجه يملك من اللباقة والاسلوب مايمكنه من استيعاب كافة الثقافات التي ترد عليه في كل يوم.

كذلك على الممرضين ان يمتلكون من الصفات مالا يقل عن الصفات التي نطلب من الاطباء امتلاكها.

فاغلب العمل الطبي في المستشفى يكون فيه الاحتكاك بين الممرضين والمرضى فلقاء الطبيب بالمريض يقتصر على فترات معينة،اما الممرضين والممرضات فهم جل وقتهم مع المرضى ،ويتعين بهم المرضى بشكل كبير وفي كل لحظة ،وهم الوسيلة الوحيدة للاتصال بالاطباء.

كما ان من ضمن الادوار المتوقعة من الاطباء في المستقبل ان يتعاملون مع اجهزه ومعدات حديثة تناسب السرعة في التطور العلمي الحديث.

فالمرضى في العادة يلجئون الى الطبيب صاحب السمعة الحسنة والذى يمتلك معدات حديثة تمكنه من الكشف على المريض بسهوله ويسر وبصورة تبعث الراحة والاطمئنان في نفس المرضى.

اذا ما اردنا حقاً ان نبحث في الدور المتوقع من الطبيب والممرضة والممرض والاجهزة التي يعملون بها ،لوجدنا ان التطور في التعامل والاطلاع المستمر على الحديث في كل شئ سواء في مجال العلم النظرى او التطبيقي او المعاملة الشخصية وغيرها ،كلها اشياء مطلوبة من الطبيب والطاقم الطبى الذى يعمل معه ، لنجاح العملية العلاجية لابد للطبيب ان يدرك اهمية العوامل الاجتماعية والثقافية التى تؤثر على صحة المريض وينطلق منها كاساس في العلاج الطبى الذى يتأثر بهذه العوامل اذا ماراد النجاح في مهنته .

اخلاق الطبيب المهنية:

كثيرا مانرى ان لكلمة اثرا كبيراً على المرضى او اسرهم وكذلك على الناس المحيطين به في البيئة الاجتماعية التى يتفاعل فيها الطبيب.

ان الطبيب يغير موضع ثقة عند المرضى والناس فهو لايستغل مهنته في مآرب غير اخلاقية وليس بالشخص الذى يتنازل عن مبادى المهنة بسهولة نظرا لانها مهنة مقدسة.

ان اهم المميزات التى علىكل طبيب ان يتحلى بها هى الاخلاص في العمل فالطبيب مميز في عمله فهو ليس كالمعلم الذى يسعى للحصول على اكبر قدر من الطلاب كى يعطيهم دروساً خصوصيه ولايستعمل المهنة على انها مصدر لكسب المال ، فالمهنة الطبية مهنة تمتاز بقدر كبير من الدقة والامانة والاخلاص .

فالطبيب يجب ان يكون مخلصاً في عمله يسعى الى تأكيد مبدأ المهنة المقدسة ويحاول ان يحافظ على شرف المهنة مهما كانت الاسباب .

بالاضافة الى الميزة السابقة التى يجب على كل طبيب التحلى بها هناك ميزة اخرى وهى النزاهة ،فالعمل الطبى في المستشفى لايجب ان يكون وسيلة لتحصيل المال ،وعلى الطبيب ان يكون نزيهاً ولايحاول ان يبتز مرضاه كما يفعل كثيراً من الاطباء اليوم حيث يثها ونون في علاج مرضاه في المستشفيات العامة ولا يعيرونهم ادنى اهتمام ،بينما يستقبلونهم بحفاوة بالغة في عيادتهم الخاصة والمراكز الطبية المتخصصة والتى تفرض نوع المعاملة والخدمة فرضاً على الاطباء.

ان الالتزام الخلقى للطبيب وتمتعه بالنزاهه يكسبه هيبة واحترام الناس جميعاً بالاضافة الى الصحة التى يكتسبها من خلال ممارسته العمل الطبى.

الى جانب الميزات التى ذكرت سابقاً هناك ميزة اخرى لابد للطبيب ان يتحلى بها وهى الصدق ومما يجعل الناس يقبلون على اطباء دون اخرين هى مسألة الصدق فى المعاملة والصدق فى المواعيد والصدق مع المريض فى موضوع مرضه.

الا ان هذه القضية الاخيرة ظهر فيها عدة اراء فمنهم من يرى ان الطبيب يجب الا يكون قاسياً فى معاملته مع المريض بحجة الصدق ويصارحه بموضوع مرضه.

وهناك راى اخر يرى ان على الطبيب ان يصارح المريض بموضوع مرضه كى يتسنى له ادراك مايمكن ادراكه ولا يُخفى الحقيقة عليه مهما كانت .

الا انه فى الواقع ينقسم الاطباء فى معاملتهم مع مرضههم في مسألة الصدق ومصارحتهم بموضوع مرضهم ،فمنهم من يصارح المريض بموضوع مرضه مهما كان ومهما كانت النتائج المترتبة على مصارحة الطبيب للمريض.

وهناك من يصارح اقرباء المريض بموضوع مرضه ليتداركوا الامر دون حاجة لاعلام المريض نفسه.

وهناك من يتعمد عدم اخطار المريض بموضوع مرضه مراعاة منه لمشاعره وخوفاً من عدم تحمله سماع صدمه الخبر .

الا انه وبشكل عام على كل طبيب ان يكون صادقاً تجاه مرضاه ويحاول بقدر الامكان أن يكون متفاهماً مع مرضاه فيصارح من يستطيع تحمل اى خبر عن مرضه ويكتم الخبر عماً لايستطيع تحمل المرض.

ومن بين الاخلاق الطبية التى يجب ان يتحلى بها الطبيب الى جانب ماذكر من ميزات وصفات و اخلاق مهنية صفة التضحية والايثار.

فالتضحية بالوقت والجهد وإثار الأخرين ، على نفسه وجعل وقته ملك ممرضاه ويجب عليه عدم تفضيل مريض على آخر الا ان التضحية لاتعنى الانكار المطلق للذات ،ولكنه يقصد بها ان يتنازل الطبيب عن بعض رغباته الخاصة فى مقابل معالجة بعض الحالات

وفى اوقات غير محددة وان يتحمل كل مامن شأنه ان يمس بشخصية كطبيب وان يجعل العمل المهنى من الاولويات التى يسعى جاهداً لاثباتها .

وهناك عديد من الصفات الاخرى ذات الاهمية فى سلوك الطبيب واخلاق المهنة وهى على التوالى ،الوفاء والرحمة وتهذيب النفس وسمو الاهداف ومداومة التعلم والتنظيم الادارى .

كل هذه المواصفات هى ابراز لدور المهنة الطبى وهى اخلاق طبية واجتماعية على الطبيب ان يدرك اهميتها فى علاج الامراض وخاصة التى تكون قد ظهرت باسباب لاتقل عن هذه الاخلاق التى تعالجها بمعنى ان ادراك الطبيب لهذه الامور التى تجعله يسموا الى اعلى المراتب هى اساسيه فى العمل الطبى وهى اللبنة الاولى والسلاح الذى يجب على كل طبيب ان يتسلح به.

العلاقة الاجتماعية بين الاطباء فى المستشفى :

لعل من اهم الموضوعات التى لا غنى عن تناولها هو موضوع العلاقة بين الاطباء بعضهم البعض ،فشكل العلاقة بين الاطباء يختلف عن شكل العلاقات الاخرى التىسبق الاشارة اليها.

فعلى سبيل المثال علاقة الطبيب بالمريض وعلاقة الطبيب بالاسرة وعلاقة الطبيب بالممرضة ،كلها علاقات اجتماعية ملحوظة ولايمكن المفر من تبريرها.

فكل هذه العلاقات لابد ان يحدث فيها صورة من صور التفاعل المباشر وغير المباشر وينتج عنها نوع من الفهم والوعى الانسانى لمعنى العلاقة.

الا انه تختلف اختلافاً جذرياً مع العلاقات الاخرى كالعلاقة بين الاطباء بعضهم البعض فهذا النوع من العلاقات يحتاج الى تفسير دقيق ومن نوع خاص فاصحاب المهنة المشتركة يختلفون فى تفاعلهم مع بعضهم البعض اختلاف العلاقة مع غيرهم من اصحاب المهنة الاخرى .

فلكى نفسر هذه العلاقة التى تنشأ بين الاطباء مع بعضهم البعض لابد ان نفهم طبيعتها ونوعها اولاً.

فطبيعة العلاقة عادة بين الاطباء هى علاقة مهنة ونوع هذه العلاقة هى علاقة مؤقته فى اغلب الاحيان.

ان الاطباء يشغلون معظم اوقاتهم فىالوظيفة ولايتجهون الى احداث نوع من العلاقات الاجتماعية والتفاعلية مع المجتمع ومع اقرانهم الاطباء الا فى ضيق الحدود.

واذا حدث هذا النوع من التفاعل يكون محدود الجانب ومقتصر على عدد محدود من الاقارب او اصحاب الدراسة الجامعية.

ولعل مايربط هذه الفئة مع بعضها البعض كما هو ملحوظ هو الاداء المهنى والاستشارات والمؤاثرات العلمية فقط.

ان وجود علاقة اجتماعية قوية بين الطبيب وزميله الطبيب ترجع فى الاساسى الى المنشئ الاجتماعى للطبيب ، وبما ان معظم الاطباء ينشأون كغيرهم من الاشخاص العاديين فى اسرة اجتماعية ،وهذا مايجعل المريض واسرة المريض يتوقع من الطبيب ان يكون اجتماعى فى سلوكه ويحمل نفس المواصفات التى تربى عليها داخل الاسرة.

الا ان هذه العلاقة بين الاطباء قد تتأثر بسبب عدم التفاهم بين الاطباء بعضهم البعض ،ان وجود علاقات غير وديه بين الاطباء يعيق بالتاكيد عملية العلاج فى المستشفى ويحجب التعاون والتفاعل بين الاطباء وتنعكس وبدون شك نتائج سوء التفاهم هذه على المرضى الذين يكونون ضحية الصراع الواقع بين الاطباء.

ان الطبيب يفقد مكانته الاجتماعية والمهنية اذا لم يتمكن من السيطرة على مشاعره وانهاء عمليات الصراع الناتجة بينه وبين زملاءه داخل المؤسسة الطبية.

ان المرضى بحاجة الى خبرة الاطباء وتساندهم وليس من مصلحتهم على الاطلاق وجود صراع بين الاطباء ،وقد يكون هذا الصراع مع بعضهم البعض او حتى مع اسرة المريض ذو مردود سئ على المريض والعملية الطبية بشكل عام.

لاشك ان الضغوط الاجتماعية التى يتعرض لها الطبيب من المسؤلين بالمستشفى او من قبل الاطباء الاكثر خبرة او القدامى يجعله يشعر بانه أقل درجة وخاصة اذا كانت الادارة فى المستشفى تضم عدد من الاطباء الحديثن التخرج.

ان وجود اطباء حديثى التخرج من كليات الطب ويمارسون اعمالهم في مواقع ادارية ومسؤوالة في الادارة , وهم ليسوا مؤهلين لذلك يجعلهم يتعرضون لنوع من الصراع مع الاطباء الاكثر خبرة والقدامى في المهنة والمستشفى .

فالاطباء ينظرون الى انفسهم وكانهم اصحاب حقوق في المواقع الادارة اذا تجاوزا سن الشباب وقد امضوا فترة كبيرة في مهنة الطب.

ان العمل في مهنة الطب يحتاج الى نوع من الاستقرار في الوظيفة ونوع من الوازن والعدالة الاجتماعية حتى يتسنى للطبيب مزاولة هذه المهنة واعطاء اكبر قدر من الطاقة خدمة للمرض ولمهنة الطب .

ان الادارة الجيدة بلاشك تساعد على استقرار لوضع النفسي والاجتماعى وتحافظ على العلاقات الجيدة بين الاطباء في المستشفى اذا ارداة الادارة ان تخلق نوع من التفاعل المستمر داخل المؤسسة العلاجية .

لعلى اهم ما يميز الطبيب هو اللباس الابيض الذى يرتديه اثناء مزاولة عمله ، فهو كملاك او حكيم يسعى لراحة البشر وتخليصهم من الآمهم واوجاعهم وهذه الصورة تنطبق على الاطباء المتعاونين ونظرة المرضى والمجتمع لهم .

اما صورة الطبيب وهو يرتدى زى العمليات الجراحية المتمثل في اللون الاخضر وغطاء الراس ولوجه والكفين والحذاء الخاص يعطى انطباع بانه مقبل على عمل قد يؤدى الى وفاة انسان في اى لحظة وهذه الصورة تنطبق على الاطباء غير المتفاهمين ونظرة المرضى لهم وانعكاس هذه العلاقة على علاجهم وتفاعل الاطباء معهم .

لذلك وجب على الطبيب ان يظهر في ابهى حلة وان يرتدى افضل ما لديه من ثياب ويتعامل بارقى الاساليب ويلم بجميع المفاهيم الثقافية التى تمكنه من ادراك اسباب الاصابة والعلاج والمفهوم السلوكى للمرضى والاسلوب المهنى المتطور الذى يحتم عليه التعامل مع الآلة الحديثة واختيار الكلمة المناسبة لمعالجة المرضى والذين يعانون من مشكلات اجتماعية تؤرق مضاجعهم .

خاتمة

من خلال الاستعراض السابق لفصل العلاقات الاجتماعية بين الفئات العاملة في مجال الطب والمرض ، يمكننا أن نخلص إلى حقيقة مهمة ، وهي أهمية العلاقات الاجتماعية في مجال الصحة والمرض ، حيث تأكد بما لايدع مجال للشك أنه كلما كانت العلاقة بين الطبيب والمريض جيدة كان ذلك سببا للشفاء ، وهذا ما ستتحقق منه عملياً في هذه الدراسه .

أن اهم ما يلفت النظر عند المشاهدة الأولى هي علاقة التفاعل بين الطبيب والمريض من ناحية ، وأهمية التأهيل العلمي والخبرة الفنية للطبيب من ناحية اخرى ، فاتهيل الطبي للطيب يرتبط بشكل مباشر بعملية العلاج والتعامل مع المرضى ، بالاضافة إلى دور الاسرة في عملية التأهيل الاجتماعي واثره على الابناء بشكل عام .

إن تغير العلاقة بين الطبيب والمريض يسبب نوع من الخلل النفسي والطبي عند المرضى ، فكثير من المرضى يلجئون إلى الأطباء لطلب المساعدة الطبية والمساعدة الاجتماعية التي لاتنفصل بأي حال من الاحوال عن المساعدة الطبية .

وخلاصة القول : أن للعلاقات الاجتماعية سواء في مجال الطب أو مجال الحياة الاجتماعية لاغنى عنها للإنسان سواء كان الطبيب أو المريض فالعلاقات الاجتماعية هي المحرك لحياة الناس ولايمكن أن نتصور الحياة بدون علاقات اجتماعية ، فما بالك بالمريض والطبيب !

إن ادراك الطبي لكل ماورد في الصفحات السابقة ، يعني ان الطبيب يدرك العوامل الاجتماعية والثقافية لإصابة وعلاج بعض الأمراض ، وتجاهل الطبيب لكل هذه المتغيرات والتي من شأنها أن تقلل الإصابة بالمرض يؤدي إلى تدهور وانحراف في صحة المريض .

يجب على الطبيب أن يعلم أهمية العامل الاجتماعي في الصحة العامة وفي تحسن حالة المريض فالتفاعل بين الطبيب والمريض يعني استجابة المريض للعلاج ، وتوفر مناج

اجتماعي بين لطبيب والمريض أو بين الطبيب والممرضة والهيئة الطبيبة هو أمر بالغ الأهمية في توفر أسباب العلاج وارتفاع معنويات المرضى .

ومن أسباب نجاح الأطباء في بعض مراكز العلاج والعيادات الخاصة ، هو إدراكهم لأهمية العوامل الاجتماعية والثقافية التي تسبب في المرض وعلاج المرض ، فكانوا على ذلك حتى تمكنوا من تكوين جمهورهم الخاص من المرضى والمراجعين .

هوامش الفصل الثالث

1- فهمي سليم الغزوى واخرون ،مرجع سابق ، ص158.

2-نفس المرجع ،ص 159 .

3- نفس المرجع ،ص 159 .

4- نفس المرجع ،ص 259 .

5- محمد على محمد ، دراسات فى علم الاجتماع الطبى ، دار المعرفة الجامعية ،الاسكندرية ، 1991، ص89 .

6- فهمي سليم الغزوى ،مرجع سابق ، ص 262 .

7- محمد على محمد ، مرجع سابق ، ص 155 .

8- نيقولا تيماشيف ، نظرية علم الاجتماع طبيعتها وتطورها ، ترجمة محمد عودة واخرون ، دار المعارف،القاهرة ، الطبعة السادسة ،1980، ص 361.

9- فتح الله السنوسى الجدى ،المسؤولية الطبية الليبية فيما يتعلق بمرضى الايدز، مجلة الملتقى ، السنة الثالثة ، العددان 7،8 ، 2005 ، ص 51.

10- على احمد على ،الصحة النفسية ومشكلاتها ووسائل تحقيقها ،مكتبة عين شمس، القاهرة ،بدون سنة نشر ، ص 165 .

11- احمد فايز النحاس ، الخدمة الاجتماعية الطبية (التطبيق العلمى) فهمى للنشر والتوزيع، القاهرة ،1996 ،ص 7.

12- ماجدة السيد حافظ ، مرجع سابق ، ص 165.

13- نفس المصدر ،ص 167.

14 - نفس المصدر ،ص 169.

15- يوسف ابراهيم المشينى ، مرجع سابق ،ص 165.

16- عبدالله عامر الهمالى ،التحديث الاجتماعى معالمه ونماذج من تطبيقاته ، الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع والاعلان ، مصراته ، الجماهيرية العظمى ، الطبعة الاولى، 1986 ، ص 81.

17- الوحيشي احمد بيري ، عبدالسلام بشير الدويبي ، مرجع سابق ، ص 128 .

18- محمد على محمد ، مرجع سابق ، ص 277 .

19- نفس المرجع ، ص 278 .

20- نفس المرجع ، ص 278 .

21- محمود جمال ماضي ابو العزائم ، علاقة الطبيب بالمريض ، www.elzayem.com ص1

22- نفس المصدر ، ص1 .

23- جي روشية ، علم الاجتماع الامريكي دراسة لاعمال تالكوت بارسونز ، ترجمة محمد الجوهري ، احمد زايد ، بدون سنة نشر ، ص 215 .

24 - رافت غسكر ،علم النفس الاكلينيكي ، مكتبة النهضة المصرية ، القاهرة، 2004،ص 32

25 - نبيل صبحي حنا ، مرجع سابق ، ص 158 .

26- نادية عمر ، مرجع سابق ، ص ص 94- 95 .

27 – نفس المرجع ، ص 154 .

28 – نفس المرجع ، ص 156 .

29 – ديفد كاميرون موريل ، فن الممارسة الطبية العامة ، ترجمة لبنى عبدالرحمن ، الطيب الانصاري ، جامعة الملك سعود ، السعودية ، 1418 هـ ، ص 23 .

30 – غريب سيد احمد وآخرون ، مرجع سابق ، ص 201 .

31 – على الدين السيد محمد ، محمد محمود عويس ، التدريب العملي في الخدمة الاجتماعية ، دار بل برنت ، القاهرة ، 1998 ، ص 407 .

32 – حسين عبدالحميد احمد رشوان ، مرجع سابق ، ص 148 .

33 – نفس المرجع ، ص ص 140 – 141 .

34 – الوحيشي احمد بيري ، عبدالسلام بشير الدويبي ، مرجع سابق ، ص 98 .

35 – نفس المرجع ، ص 98 .

36 – نفس المرجع ، ص 100 .

37 – حسين عبدالحميد احمد رشوان ، مرجع سابق ، ص ص 219 – 220 .

38 – نفس المرجع ، ص 224 .

39 – على عطية سعود ، الأبعاد الاجتماعية للأمراض التناسلية دراسة ميدانية في علم الاجتماع الطبي ، رسالة ماجستير غير منشورة ، 1992 ، ص 5 .

40 - عبدالله معمر ، الطب الشعبي والتطور الاجتماعي في اليمن ، مكتبة مدبولي ، الطبعة الاولى ، 1999 ، ص 21 .

41 - زهير محمد نعمان ، اطباء الغد تحديات معاصرة واستراتيجية التغير ، مركز الدراسات السياسية والاستراتيجية ، 1997 ، ص 46 .

الفصل الرابع

الدراسة الميدانية

تقديم

أولاً : الإجراءات العملية للدراسة :

- مجتمع الدراسة
- وحدة المعاينة
- مجال الدراسة
  * المجال الزمني
  * المجال الجغرافي
  * المجال البشري
- نوع الدراسة والمنهج المستخدم
- أداة جمع البيانات

ثانياً : الدراسة الميدانية

- تحليل وعرض البيانات
- اختبار تساؤلات الدراسة
- النتائج العامة للبحث
- صعوبات الدراسة
- توصيات البحث
- الخاتمة

تقديم

يتناول هذا الفصل الدراسة الميدانية وتحليل البيانات والنتائج العامة للبحث ، وقد تم تحليل بيانات هذه الدراسة على البرنامج الإحصائي spss ، وقد تم استخدام النسب المئوية في تحليل البيانات نظرا لعدم صلاحية الأساليب الإحصائية مع نوعية البيانات في هذه الدراسة .

وقد استخدم في هذه الدراسة منهج المسح الشامل وذلك لسهولة حصر مجتمع الدراسة في مكان محدد ، ولقلة عدد المستهدفين بالدراسة حيث يصل عدد الأطباء العاملين بمستشفى الشهيد أمحمد المقريف 100 طبيب ، ورغم أن هذا العدد غير ثابت إلا أن وقت إجراء الدراسة كان هذا العدد متوفر وبشكل متوالي ، أي على مدار أسبوع ، الذي تم فيه جمع البيانات كما هو مبين بجدول عمل الأطباء في قائمة الملاحق .

1- مجتمع الدراسة :

مجتمع الدراسة هم الأطباء بمستشفى الشهيد أمحمد المقريف المركزي – اجدابيا ، والذي يحتوي على عدد من الأقسام العلاجية وهي :- قسم الباطنية رجال ، قسم الباطنية نساء ، قسم الجراحة رجال ، قسم الجراحة نساء ، قسم العيون ، قسم العزل ، قسم الأنف والأذن والحنجرة ، قسم الولادة ، قسم الأطفال ، قسم الكلى .

ويعتبر هذا المستشفى الوحيد في المدينة والخاص بالإيواء ويحتوي على 350 سريرا وعيادة خارجية وقسم للطوارئ والملاحظة ، وقد تم افتتاح المستشفى عام 1973م .

وبما أن هذه الدراسة تعتمد على منهج المسح الشامل لجميع الأطباء العاملين فيه لذلك لن تكون هناك عينات .

ويرجع السبب لاختيار هذا الأسلوب (المسح الشامل) إلى عدة أسباب منها :-

1- صغر حجم مجتمع الدراسة ، فالأطباء الذين يشكلون مجتمع الدراسة موزعين على الأقسام على النحو الأتي :-

جدول رقم (1)

عمل الأطباء بأقسام مستشفى الشهيد امحمد المقريف المركزي اجدابيا خلال الأسبوع

ت	اسم القسم	عدد الأطباء المتاوبين في اليوم	المجموع الكلي في الأسبوع
1	الباطنـــــــــــه	3	21
2	الجراحـــــــــــة	4	23
3	التخديـــــــــــر	2	15
4	الولادة وأمراض النســاء	2	15
5	العظـــــــــــام	3	11
6	أذن وحنجـــــــــرة	2	4
7	جراحة مسالـــــــــك	1	4
8	أشعـــــــــــة	3	3
9	طبيب قلـــــــــب	1	2
10	طبيب منظـــــــــار	1	2
11	المجمـــــــــوع	22	100

* المصدر : أمانة اللجنة الشعبية للصحة بشعبية اجدابيا للعام 2006 م

فمن خلال الجدول السابق يتضح لنا أن عدد الأطباء العاملين في المستشفى لا يتجاوز 100 طبيب .

2- سهولة حصر مجتمع الدراسة في مكان واحد وفترة زمنية محددة لا تتجاوز الأسبوعين .

3- قلة التكلفة المالية المستخدمة في عملية جمع البيانات وذلك لوقوع مكان الدراسة ضمن نطاق سكن الباحث .

4- معرفة حدود مجتمع الدراسة .

ورغم أن كثير من الباحثين يفضلون أسلوب العينات أثناء جمع البيانات ، إلا أن هذه الدراسة تتلاءم مع منهج المسح الشامل وذلك للأسباب المذكورة أنفا ولسهولة الحصول على المعلومات من الأطباء وفي زمن قصير ، هذا عدا أن جامعي البيانات هم من نفس الوسط الطبي (ممرضات تحت التمرين) ، فالباحث استعان بالممرضات اللاتي يمارسن التمرين على مهنة التمريض واللاتي لهن دراية بالعمل الطبي ، واللاتي تم تدريبهن وإعدادهن من أجل عملية جمع البيانات وطريقة التعامل مع استمارة جمع البيانات .

2- وحدة المعاينة :

إن هذه الدراسة تهتم بمدى إدراك الطبيب لأهمية العوامل الاجتماعية والثقافية في الإصابة بالمرض ، وبما أن الطبيب هو مصدر الحصول على المعلومات فإن وحدة المعاينة ستكون الأطباء

3- مجال الدراسة

ويقصد بمجال الدراسة : مجتمع البحث أو مجموع وحدات البحث ، وبما أن هذه الدراسة ستقام على مجتمع الأطباء بمستشفى الشهيد أمحمد المقريف المركزي – اجدابيا ، فإن إطار البحث سيكون الأطباء بهذه المؤسسة العلاجية .

أ/ المجال الزمني للدراسة :

استغرقت هذه الدراسة ستة عشر شهرا ، بداية من الإطار النظري وانتهاء بتحليل البيانات واستخلاص النتائج ، وخلال هذه الفترة كان بمقدور الباحث الإلمام بجوانب عدة في العمل الطبي داخل المستشفى مما أعطى دفعة قوية للباحث وتمكنه من هذه الدراسة .

ب/ المجال الجغرافي للدراسة :

يقع مستشفى الشهيد أمحمد المقريف المركزي ، داخل نطاق مدينة اجدابيا ، ويصل عدد سكان شعبية اجدابيا حسب تعداد عام 1995م إلى 160,000 منة وستين ألف نسمة ، ويغطي المستشفى هذا العدد من السكان ويقوم بتحويل الحالات الصعبة إلى شعبية بنغازي .

« تقع مدينة اجدابيا في الشرق من خط الطول 20، المار بمدينة بنغازي ، وبهذا يكون موقعها إلى الجنوب الشرقي من مدينة بنغازي بحوالي 160 كيلومترا »
(لوجلي الزوي ، المدينة المتغيرة ، 115)

ج/المجال البشري :

يقصد بالمجال البشري : الأفراد الذين ستجرى عليهم الدراسة أو مجتمع الدراسة ، ومجتمع الدراسة في هذا البحث هم الأطباء العاملين في مستشفى الشهيد امحمد المقريف المركزي اجدابيا ، ذكورا وإناثا وفي جميع التخصصات والأقسام والبالغ عددهم 100 طبيب .

علما بان منهم من يعمل في أوقات معينة في العيادات الخارجية التابعة لهذا المستشفى وفي فترات محددة .

4- نوع الدراسة والمنهج المستخدم :

تعتبر هذه الدراسة من الدراسات الو صفية والتي تصف طبيعة المجتمع لأنها تهتم بوصف الخصائص العامة للمجتمع المحلى ، وتهتم بجمع المعلومات والبيانات حول موقف معين (الهمالي 1994) .

وقد تم استخدام منهج المسح الشامل في هذه الدراسة للحصول على المعلومات والبيانات المطلوبة .

ويعتبر المسح الشامل وسيلة تؤدي إلى جمع البيانات حول مجتمع صغير أو كبير (التير 1995) .

فموضوع الدراسة وموضوعها يتطلب استخدام منهج المسح الشامل ، ولقد تم سرد الأسباب التي على أساسها استخدم الباحث هذا النوع من البحوث لمناسبته لدراسته .

5- أداة جمع البيانات :

أن انسب وسيلة لجمع البيانات في مثل هذه الدراسة هي استمارة المقابلة المقننه ، لأنها تلائم مجتمع الدراسة .

وقد تم ترجمة أهداف الدراسة وتساؤلاتها داخل استمارة الاستبيان تمهيدا لتحليلها فيما بعد .

وتحتوى استمارة الاستبيان على جملة من المتغيرات الاجتماعية والثقافية والميتافيزيقية والتي تترجم أهداف هذه الدراسة كما هو موضح بالاستمارة المرفقة .

وقد تم تجربة استمارة المقابلة قبل الشروع في جمع البيانات للتأكد من مدى ملاءمتها لطبيعة المجتمع المدروس ومدى فاعليتها في تحقيق الهدف من الدراسة ، وبناء على النتائج الأولية التي حققتها الاستمارة تم تعديلها حسب الملاحظات الواردة من جامعي البيانات .

6- ثانياً :الدراسة الميدانية :

1- تحليل وعرض البيانات :

بعد أن تم ترميز البيانات وتبويبها وتحليلها على برنامج spss والذي استخدم للحصول على النتائج الموضحة أدناه والمتمثلة في التكرارات والنسب المئوية نظراً لأنها انسب الطرق الملائمة لهذه الدراسة .

وسوف يتم تفسير النتائج التي تم الحصول عليها بالرجوع إلى الإطار النظري والدراسات السابقة ، وكما هو موضح فإن الجدول رقم (1) يوضح النوع حيث يصل عدد الأطباء الذكور إلى 87% من أفراد العينة بينما يصل عدد الإناث إلى 11% فقط من أراد العينة ، وهذا يدل على أن الذكور أكثر إقبال على مهنة الطب من الإناث .

الجدول رقم (1) يوضح النوع

النوع	التكرار	النسبة المئوية
ذكر	87	87.0
أنثى	11	11.0
غير مبين	2	2.0
المجموع	100	100.0

وبالنظر إلى الجدول رقم (2) والذي يوضح الحالة الاجتماعية للمبحوث يتبين لنا أن نسبة 68% من أفراد العينة متزوجين ونسبة 31% فقط غير متزوجين مما يعني أن المتزوجين هم أكثر من غير المتزوجين وهذا يعني أن الارتباط بالأسرة يجعل المسؤولية الملقاة على عاتق الطبيب اكبر وتتعدد الأدوار التي يقوم الطبيب بها مما يعني وجود صراع في الأدوار وينعكس هذا بالتالي على مهنة الطب وتعامل الطبيب مع المرضى .

الجدول رقم (2) يوضح الحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية	التكرار	النسبة المئوية
أعزب	31	31.0
متزوج	68	68.0
مطلق	0	0.0
أرمل	0	0.0
غير مبين	1	1.0
المجموع	100	100.0

وفي الجدول رقم (3) نلاحظ أن المستوى العلمي للأب كمتغير له تأثير كبير على التنشئة الاجتماعية للأبناء فتعليم الأب يعطي فرصة أكبر للأبناء لتحديد سلوكهم في المستقبل فكلما كان الأب متعلم كان الأبناء متعلمين ، ومن جانب آخر نرى أن تعليم الأب يلعب دورا اساسيا في عملية تكوين السلوك عند الأبناء ومن خلال الجدول نرى أن نسبة 67% من الآباء متعلمين وهذا يتيح بدورة الفرصة للأبناء لتلقي قسطا وافرا من التعليم وإمكانية تكوين علاقات اجتماعية مع غيرهم وأن نسبة 13% فقط هم غير المتعلمين ، ورغم ذلك لايمكن أن يكون التعليم دائما هو المحدد لتصرفات الفرد ودوافعه فالظروف الاجتماعية والمواقف اليومية تلعب دورا اساسيا في تحريك السلوك.

الجدول رقم (3) يوضح المستوى العلمي للأب

المستوى العلمي للأب	التكرار	النسبة المئوية
متعلم	67	67.0
غير متعلم	13	13.0
يقرأ ويكتب	19	19.0
غير مبين	1	1.0
المجموع	100	100.0

وبالنظر للجدول رقم (4) والذي يظهر فيه المستوى التعليمي للأم والذي يعتبر يدل على طريقة التعامل بين الأطباء والمرضى والذي تجسد من خلاله أصول التربية الوالدية ،

نلاحظ أن نسبة الأمهات الغير متعلمات تصل إلى 38% من مجموع أفراد العينة مما يعني أن نسبة الأمية بين أمهات الأطباء مرتفعة وهذا الارتفاع قد يؤثر سلبا على سلوك الأبناء (أطباء المستقبل) ، تليها مباشرة نسبة 36% وهي الأمهات المتعلمات .

الجدول رقم (4) يوضح المستوى العلمي للأم

المستوى العلمي للأم	التكرار	النسبة المئوية
متعلمة	36	36.0
غير متعلمة	38	38.0
تقرأ وتكتب	24	24.0
غير مبين	2	2.0
المجموع	100	100.0

ومهنة الآباء كغيرها من المتغيرات ذات تأثر كبير على أداء مجتمع الدراسة وعلى تكوين شخصية الطبيب وتحديد طرق تعامله مع المجتمع الذي يعيش فيه ، فكما هو مبين في الجدول رقم (5) مهنة الأب حيث يظهر بوضوح أن عدد الأطباء الذين يعمل آبائهم موظفين تصل إلى 23% من أفراد مجتمع الدراسة وتمثل نسبة أباء الأطباء الذين يعملون في مجال الهندسة 4% وهنا تقع المفارقة ، فلو افترضنا أن الأباء الموظفين يجيدون القراءة والكتابة فقط فهذا يعني أن الأطباء الذين يقبلون على كليات الطب هم من أبناء العائلات متوسطة الحال ، وهذا ما يؤكده الجدول رقم (7) والذي يقيس دخل الأسرة ، أضف إلى ذلك أن في الجدول رقم (6) تتضح جليا مهنة الأم حيث تصل نسبة الأمهات ربات البيوت (التي لا تعمل ولا تجيد القراءة والكتابة) إلى حوالي 76% من مجتمع الدراسة وبالرجوع إلى الجدول رقم (4) نلاحظ أن نسبة الأمهات الغير متعلمات 38% والتي تجديد القراءة والكتابة 24% من مجتمع الدراسة .

وهذا إن دل على شي فإنما يدل على أن مهنة الأباء ليست بالضرورة سبباً في دخول الأبناء مجال التعليم وليست سببا في أن يسلك الأبناء نفس سلوك الأباء والسير على

خطاهم وذلك بالعمل في نفس مهنتهم ، إلا أن الخلفية الاجتماعية للطبيب تتشكل بناء على الخلفية العلمية للاباء .

الجدول رقم (5) يوضح مهنة الأب

مهنة الأب	التكرار	النسبة المئوية
موظف	23	23.0
معلم	13	13.0
متقاعد	17	17.0
طبيب	11	11.0
أعمال حرة	14	14.0
مزارع	6	6.0
مهندس	4	4.0
غير مبين	12	12.0
المجموع	100	100.0

وفي الجدول رقم (5) والذي يوضح مهنة الأب نلاحظ اختلاف المهن عند الأباء ، ويعتبر هذا مؤشرا مهما في توجهات الأبناء نحو العمل في مهنة معينة ، أو سوكهم نمط معين من الحياة ، ويتضح من الجدول أن نسبة 23% من الأباء يعمل موظف في القطاع العام وهي أعلى نسبة ، تليها نسبة 17% والذين تقاعد أبائهم عن العمل رغم ذلك نجد أن لمهنة الأب دور في توجيه السلوك عند الأبناء ، أما الذين دخلوا في مجال الطب تصل نسبتهم إلى 11% من مجتمع البحث .

الجدول رقم (6) يوضح مهنة الأم

مهنة الأم	التكرار	النسبة المئوية
معلمة	6	6.0
موظفة	5	5.0
طبيبة	6	6.0
ربة بيت	76	76.0
متقاعدة	3	3.0
غير مبين	4	4.0
المجموع	100	100.0

وفي الجدول رقم (6) نلاحظ أن نسبة الذين تعمل أمهاتهم طبيبات تصل إلى 6% فقط وتمثل نسبة 76% أعلى نسبة عند الأمهات ربات البيوت واللاتي لا يعملن ، وربما لا تعمل المهنة عند الأم عملها عند الأب فالام مهما تعلمت فالأبناء في مجتمعاتنا الشرقية يشب الأبناء على تعاليم الأباء والمجتمع الرجولي ، وتكتفي الأمهات بالتوجيه وحسب .

الجدول رقم (7) يوضح دخل الأسرة

دخل الأسرة	التكرار	النسبة المئوية
ضعيف	2	2.0
متوسط	89	89.0
عال	4	4.0
غير مبين	5	5.0
المجموع	100	100.0

والجدول رقم (8) يوضح المستوى العلمي للأطباء فلو كان المستوى العلمي للطبيب عال فهذا يعني تقدم في مستوى العلاقة بين الطبيب والمريض حيث أن التعليم يتيح الفرصة للأطباء للإطلاع الواسع وتشكيل خبرة من خلالها يكتسب الطبيب أفضل الطرق للتعامل مع المرضى ، ومن خلال الجدول التكراري لمجتمع الدراسة نلاحظ أن نسبة 61% من الأطباء من حملة البكالوريوس وهذا يعني أن نسبة 61% من الأطباء ليست لديهم الخبرة الكافية للتعامل مع المرضى من الجانب الاجتماعي وربما الجانب الإكلينيكي أيضاً .

الجدول رقم (8) المستوى العلمي للطبيب

المستوى العلمي	التكرار	النسبة المئوية
بكالوريوس	61	61.0
ماجستير	16	16.0
دكتوراة	20	20.0
غير مبين	3	3.0
المجموع	100	100.0

وفي الجدول رقم (8) نلاحظ المستوى التعليمي للطبيب حيث نلاحظ أن نسبة 61% من الأطباء مستواهم العلمي بكالوريوس طب ، وتعد هذه النسبة كبيرة مقارنة بباقي النسب الأخرى ، حيث أن مستوى الخبرة مهما طال لا يغني عن الدرجة العلمية ومواكبة التطور في البلاد الحديثة ، فكلما كان المستوى العلمي للأطباء عال كان أكثر تفتحاً وتفهماً لشكوى مرضهم .

الجدول رقم (9) يوضح التخصص

التخصص	التكرار	النسبة المئوية
أمراض نساء	3	3.0
طبيب عام	11	11.0
أخصائي باطنية	26	26.0
جراحة عامة	14	14.0
انف وأذن وحنجرة	4	4.0
طبيب أطفال	9	9.0
أشعة	2	2.0
عيون	1	1.0
طب الأسرة	1	1.0
نساء وولادة	2	2.0
مسالك بولية	1	1.0
حميات	1	1.0
أمراض صدرية	1	1.0
جلدية	1	1.0
أسنان	8	8.0
جراحة عظام	1	1.0
تخدير	5	5.0
صيدلة	4	4.0
تغذية	1	1.0
أمراض نفسية وعصبية	2	2.0
غير مبين	2	2.0
المجموع	100	100.0

وبنظره فاحصة ومتأملة للجدول رقم (9) نلاحظ توفر جميع التخصصات في المستشفى مكان الدراسة وبالرجوع إلى جدول عمل الأطباء بمستشفى الشهيد أمحمد المقريف المركزي ص 149 من هذا الفصل نجد أن عدد الأقسام في المستشفى لا يزيد عن 10 أقسام وبالنظر إلى الجدول رقم (9) نلاحظ وجود عدد كبير من الأطباء وفي جميع التخصصات التي قد تفيد المريض الذي يتردد على المستشفى أو يقيم فيه فترة محددة من الزمن وهذا أن دل على شي فإنما يدل على توفر الأطباء في المستشفى ووجود جميع التخصصات ، مع ملاحظة أن هذه التخصصات والأطباء لا يجتمعون في يوم واحد في المستشفى وفي الغالب لا يمارسون تخصصاتهم الأصلية .

الجدول رقم (10) يوضح سنوات الخبرة

سنوات الخبرة	التكرار	النسبة المئوية
1- 5	30	30.0
6- 10	33	33.0
11- 15	15	15.0
16- 20	12	12.0
21- 25	5	5.0
26 فما فوق	2	2.0
غير مبين	3	3.0
المجموع	100	100.0

ومادامت الخبرة التخصصات تلعب دورا أساسيا في توفر العلاج فلا مناص من الحديث عن الخبرة والتي تعبر عن قوة الأداء في المستشفي وغيره من المؤسسات الأخرى ، ففي الجدول رقم (10) نلاحظ أن معظم الأطباء من صغار السن والذين تتراوح خبرتهم في مجال العمل الطبي مابين سنة إلى عشرة سنوات ، فالذين تتراوح خبرتهم من سنة إلى خمس سنوات نسبتهم 30% والذين لهم خبره من ست سنوات إلى عشرة سنوات 33% وهذا يعني أن أكثر من نصف مجتمع الدراسة خبرتهم عشر سنوات فأقل .

الجدول رقم (11) يوضح العمر

العمر	التكرار	النسبة المئوية
27- 31	25	25.0
32- 36	35	35.0
37- 41	12	12.0
42- 46	11	11.0
47 فما فوق	14	14.0
غير مبين	3	3.0
المجموع	100	100.0

في الجدول رقم (11) نلاحظ توزيع العمر بين أفراد مجتمع الدراسة وكان توزيع العمر على النحو الأتي : الذين تتراوح أعمارهم من 27- 31 سنة يمثلون 25% والذين تتراوح أعمارهم من 32- 36 سنة يمثلون 35% وهي أعلى نسبة بين أفراد مجتمع الدراسة ، والذين تزيد أعمارهم عن 47 سنة يمثلون 14% .

الجدول رقم (12) هل تسأل المريض عن أسباب المرض الحقيقية ؟

أسباب المرض	التكرار	النسبة المئوية
نعم	95	95.0
لا	2	2.0
محايد	3	3.0
المجموع	100	100.0

أما بالنسبة للجدول رقم (12) وفية تم توجيه السؤال لمجتمع الدراسة على النحو الأتي : هل تسأل المريض عن أسباب المرض الحقيقية ؟ وكانت الإجابات كما هو موضح أعلاه حيث نلاحظ أن نسبة 95% من المبحوثين يتوجهون بسؤال المريض عن الأسباب الحقيقية للمرض . ولو طرح هذا السؤال على الأطباء لمعرفة مدى إدراك الطبيب لدور العوامل الغير بيولوجية والمسببة للمرض .

الجدول رقم (13) هل يفصح لك المريض في اعتقادك عن كل ما يسبب له المرض ؟

إفصاح المريض عن أسباب المرض	التكرار	النسبة المئوية
نعم	41	41.0
لا	42	42.0
محايد	16	16.0
غير مبين	1	1.0
المجموع	100	100.0

وفي الجدول رقم (13) الموضح أعلاه نلاحظ الارتباط بين السؤال السابق وهذا السؤال ففي هذا السؤال سئل الطبيب عن ما إذا كان يفصح له المريض حسب اعتقاده عن ما يسبب له المرض ، وكان نسبة 41% من مجتمع الدراسة ترى أن المرضى يفصحون لهم عن ما يسبب لهم المرض ، وأن نسبة 42% ترى عكس ذلك ونسبة 16% ليست لديهم إجابة .

الجدول رقم (14) احرص على إعطاء تعليماتي للمرضى بنفسي وأوضح لهم طرق العلاج

الحرص على إعطاء التعليمات	التكرار	النسبة المئوية
نعم	91	91.0
لا	5	5.0
محايد	4	4.0
المجموع	100	100.0

وفي الجدول رقم (14) والذي سئل فيه الأطباء عن ما إذا كانوا يحرصون على إعطاء تعليماتهم للمرضى بأنفسهم ويوضحون لهم طرق العلاج ، كانت نسبة 91% من مجتمع الدراسة تحرص على الاتصال المباشر مع المرضى ويعطون التعليمات للمرضى بأنفسهم ، وهذا يدل على حرص الطبيب لإيصال المعلومات الطبية للمريض ،

وهذه الطريق في الاتصال المباشر تعطي فرصة للمرضى للتغلب على المرض وأتباع تعليمات الطبيب .

الجدول رقم (15) أعطي تعليمات العلاج للمرضى عن طريق الممرضة

أعطاء التعليمات عن طريق الممرضة	التكرار	النسبة المئوية
نعم	11	11.0
لا	73	73.0
محايد	15	15.0
غير مبين	1	1.0
المجموع	100	100.0

في السؤال رقم (15) نلاحظ اختلاف التكرارات في الإجابات رغم ما يظهر للقارئ للوهلة الأولى من أن السؤال رقم (15) عكس السؤال رقم (14) ، ولكي توضح أكثر نقول أن السؤال رقم (14) يتحدث عن التعليمات الشفهية التي يعطيها الطبيب للمريض بينما في السؤال الذي يليه يتحدث عن أسلوب العلاج ، حيث نلاحظ أن نسبة 73% من مجتمع الدراسة يفضلون عطاء تعليماتهم للمرضى بأنفسهم ، وأن نسبة 11% يفضلون إعطاء تعليماتهم للمرضى عن طريق الممرضة .

الجدول رقم (16) هل تتبادل والآراء الأفكار بينك وبين المريض في كيفية القضاء على المرض ؟

تبادل الآراء والأفكار	التكرار	النسبة المئوية
نعم	71	71.0
لا	12	12.0
محايد	17	17.0
المجموع	100	100.0

وفي الجدول رقم (16) نلاحظ أن نسبة 71% من مجتمع الدراسة يحرصون على تبادل الآراء والأفكار مع المرضى في كيفية القضاء على المرض ، وهذا يحقق أهداف الدراسة وغيرها من الدراسات السابقة والتي تبحث في وجود علاقة بين الطبيب والمريض والتي تنشأ عادتاً من تبادل الأفكار والآراء والنقاش الجاد بين الطبيب والمريض للقضاء على المرض ومسبباته أو لماذا ينشأ المرض وهل هو عضوي أو بيولوجي .

وكذل يرى عدد من الأطباء أنه ليس بالضرورة وجود علاقة بين الطبيب والمريض ولا داعي لتبدل الأفكار والآراء مع المرضى ويمثلون نسبة 12% .

الجدول رقم (17)هل يتعاون معك المريض في معرفة أسباب المرض الذي يعاني منه؟

تعاون المريض مع الطبيب لمعرفة أسباب المرض	التكرار	النسبة المئوية
نعم	47	47.0
لا	19	19.0
محايد	33	33.0
غير مبين	1	1.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (17) سئل الطبيب عن تعاون المريض معه في معرفة أسباب المرض الذي يعاني منه ؟ فكانت نسبة 47% من مجتمع الدراسة توافق على أن هناك تعاون من جانب المرضى مع الأطباء و19% يرون أن المرضى غير متعاونون معهم في معرفة أسباب مرضهم ، نسبة 35 محايدون .

الجدول رقم (18) هل يعاون معك المريض بأتباع نصائحك الطبية للوصول إلى الشفاء؟

إتباع نصائح الطبيب من اجل الشفاء	التكرار	النسبة المئوية
نعم	45	45.0
لا	19	19.0
محايد	35	35.0
غير مبين	1	1.0
المجموع	100	100.0

أما في السؤال رقم (18) والذي يدور حول تعاون المريض مع الطبيب وذلك بأتباع نصائحه الطبية للوصول إلى الشفاء ، وكانت نسبة الذين أجابوا بنعم 45% من الأطباء و19% أجابوا بنعم و35% محايدون مما يعني أن أقل من نصف مجتمع البحث يرون أن المرضى لا يتبعون نصائحهم ، وحسب ما ورد في إحدى الدراسات السابقة إن العادات والتقاليد الشعبية تتحكم في سلوك الأفراد داخل المجتمع ، كما أن بعض الثقافات تنظر إلى بعض الأمراض على أنها بسيطة ولا تستحق العلاج ، أي أن استجابتهم للمرض ليست قوية .

الجدول رقم (19) هل يتعامل معك المريض بمودة وتفاهم ؟

تعامل المريض مع الطبيب بمودة وتفاهم	التكرار	النسبة المئوية
نعم	58	58.0
لا	9	9.0
محايد	33	33.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال (19) هل يتعامل معك المريض بمودة وتفاهم ؟ يرى 58% من الأطباء أن المرضى متفاهمين ويتعاملون معهم بمودة و9% أجابوا بلا وهي نسبة بسيطة جدا

و33% محايدون ، وهذا يعني أن المرضى يتفاهمون مع الأطباء ويتعاملون معهم بمود وذلك لنظرة المريض للطبيب على أنه الشخص الوحيد القادر على شفائه من المرض ، وإذا كان المريض يتعامل مع الطبيب بهذه الطريقة فلابد أن يكون الطبيب على قدر أكبر من التفاهم والمودة .

الجدول رقم (20) هل تعتقد أن من مهام الطبيب أن يجعل المريض ينظر له كمحط للثقة ؟

نظرة المريض للطبيب	التكرار	النسبة المئوية
نعم	91	91.0
لا	3	3.0
محايد	6	6.0
المجموع	100	100.0

أما في السؤال (21) وهو : هل تعتقد أن من مهام الطبيب أن يجعل المريض ينظر له كمحط للثقة ؟ أجاب بنعم 91% طبيب حيث يرى هؤلاء أن من واجبهم أن يكسبوا ثقة المرضى قبل عملية العلاج وبعدها وفي هذا الصدد يكمن هدف هذه الدراسة حيث يتم التركيز على اكتساب ثقة المريض كي يتمكن من كشف الأسباب الحقيقية للمرض ، إلا أن نسبة 3% ترى أنة ليس من الضروري كسب ثقة المريض .

الجدول رقم (21) هل تعتقد أن المريض ينظر إلى الطبيب على أنه عامل مساعد على الشفاء فقط ؟

نظرة المريض للطبيب على أنه عامل مساعد على الشفاء	التكرار	النسبة المئوية
نعم	51	51.0
لا	17	17.0
محايد	32	32.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (21) وهو ، هل تعتقد أن المريض ينظر إلى على أنة عامل مساعد على الشفاء فقط ؟

فكان نسبة الذين أجابوا بنعم 51% وتعتبر هذه نسبة مرتفعة مقارنة بالذين أجابوا بلا ونسبتهم 17% ، فإذا كانت معاملة الطبيب للمريض جيدة وبها يستطيع الطبيب أن يجعل المريض يفصح له عن كل ما يسب له المرض فهذا يدعوه إلى عدم الاعتقاد بأن المريض ينظر له على أنة عامل مساعد فقط على الشفاء ، ففي الفصل الثالث من هذه الدراسة تبين لنا أنة على الأطباء أن يبذلون كل ما في وسعهم من أجل استيعاب المرضى ومشكلاتهم ، فإذا لم يتمكن الطبيب من تحقيق هذا الهدف لا يمكنه بأي حال من الأحوال مساعدة مرضاه على الشفاء .

الجدول رقم (22) هل يأخذ الطبيب بالعوامل الاجتماعية والثقافية المسببة للمرض والتي تؤدي إلى العلاج ؟

العوامل الاجتماعية والثقافية المسببة للمرض	التكرار	النسبة المئوية
نعم	80	80.0
لا	9	9.0
محايد	11	11.0
المجموع	100	100.0

وربما من بين أهم الأسئلة التي وردة في الاستبيان السؤال رقم (22) وهو ، هل يأخذ الطبيب بالعوامل الاجتماعية والثقافية المسببة للمرض والتي تؤدي إلى العلاج ؟ ومن خلال سرد الأسئلة وتحليل البيانات سنلاحظ وجود ارتباط كبير بين هذا السؤال وغيره من الأسئلة التي تعالج المشاكل الاجتماعية وعلاقتها بالصحة والمرض ، وقد كانت نسبة الذين أجابوا على هذا السؤال بنعم 80% من مجتمع الدراسة حيث أن هؤلاء يأخذون بالعوامل الاجتماعية والثقافية المسببة للمرض ونسبة 9% لا يعملون بها .

الجدول رقم (23) أتعامل مع المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة وخطيرة معاملة خاصة

المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة وخطيرة	التكرار	النسبة المئوية
نعم	88	88.0
لا	5	5.0
محايد	7	7.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (23) أتعامل مع المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة وخطيرة معاملة خاصة ؟

وهنا يبرز جانب الخصوصية في المعاملة حيث كانت نسبة الذين أجابوا بنعم 88% من مجتمع الدراسة ، ولعل الدراسات السابقة في الفصل الرابع قد تطرقت لموضوع المعاملة الخاصة مع المرضى ونوع المرض ، فالطبيب بوصفة فرد يعيش داخل مجتمع يتعامل مع بقية الأفراد من واقع عادات وتقاليد وأعراف ناهيك عن أخلاق المهنة الطبية ، فلا بد له من أن يتعامل مع المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة وخطير معاملة خاصة ، إلا ان نسبة 5% من مجتمع الدراسة لأتفرق في المعاملة بين المرضى ونسبة 7% محايدون .

الجدول رقم (24) ليس من الضروري وجود أي نوع من العلاقات الاجتماعية بين الطبيب والمريض

لا ضرورة لوجود العلاقات بين الطبيب والمريض	التكرار	النسبة المئوية
نعم	45	45.0
لا	39	39.0
محايد	16	16.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (24) ليس من الضروري وجود أي نوع من العلاقات الاجتماعية بين الطبيب والمريض . فيجيب 45% من مجتمع الدراسة بأنه ليست بالضرورة وجود أي نوع من العلاقة بين الأطباء والمرضى ، وفي هذه الحال فإن الأطباء يعتبرون المرض ما هو إلا عارض إكلينيكي ولا علاقة له بالجوانب الاجتماعية ، ففي الفقرة التي تتحدث عن العلاقة بين الأطباء والمرضى من الفصل الثاني من هذه الدراسة تؤكد على ضرورة وجود علاقة بين الطبيب والمريض من إتمام عملية الشفاء ، وهذا ما ير فضة الأطباء في هذا السؤال ، إلا أن نسبة 39% من مجتمع البحث يؤكدون على أهمية العلاقة بين الطبيب والمريض ، ونسبة 16% محايدون

الجدول رقم (25) أتأفف من بعض المرضى أثناء التعامل معهم

التأفف من المرضى	التكرار	النسبة المئوية
نعم	14	14.0
لا	65	65.0
محايد	19	19.0
غير مبين	2	2.0
المجموع	100	100.0

وفي الجدول رقم (25) أتأفف من بعض المرضى أثناء التعامل معهم . وكان نسبة 65% من الأطباء يجيبون بأنهم لا يتأففون من المرضى ، ولكن نسبة 14% يتأففون من المرضى أثناء العلاج ، مما يشعر المريض بعدم رغبة الطبيب في أتمام العلاج ، وهذه النظرة من الطبيب للمريض تجعله يعاني من الطبيب أكثر مما يعاني من المرض ، فلكي تتم عملية العلاج ويتقبل المريض تعليمات الطبيب وكي لا يشعر المريض بأنه شخص غير مرغوب فيه في البيت والمستشفى ، على الأطباء عدم إشعار المرضى بأنهم يسببون بمرضهم التقزز والانزعاج والاستخفاف بحالتهم ومحاولة العناية بهم .

الجدول رقم (26) استمتع بعملي عند إقامة علاقة صداقة مع مريض

الاستمتاع بالعمل	التكرار	النسبة المئوية
نعم	63	63.0
لا	18	18.0
محايد	19	19.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤل رقم (26) استمتع بعملي عند إقامة علاقة صداقة مع المريض ، يجيب بنعم نسبة 63% من مجتمع الدراسة فهم بذلك يسعون لتحقيق وتكامل عملية العلاج والشفاء ، فالعلاقة بين الطبيب والمريض تتيح للمريض أن يفصح للطبيب عن الأسباب الحقيقية للمرض ، كما تتيح فرصة للطبيب بأن يعجل بعملية الشفاء .

وكانت نسبة 18% ترى أنه لا توجد متعة في العمل عند إقامة علاقة صداقة مع المرضى ، وهي غير ذات جدوى ، بينما تصل نسبة المحايدون إلى 19% .

لجدول رقم (27) أؤيد زيارة المريض في البيت والكشف علية

زيارة المريض في البيت	التكرار	النسبة المئوية
نعم	26	26.0
لا	50	50.0
محايد	22	22.0
غير مبين	2	2.0
المجموع	100	100.0

وفي الجدول رقم (27) أؤيد زيارة المريض في البيت والكشف علية . فأن نسبة 50% من مجتمع الدراسة لا تؤيد زيارة المرضى في البيت ، وقد يرجع ذلك إلى تعدد الأدوار الاجتماعية للطبيب ، حيث لا يمكنه أن يوفق مابين عملة والتزاماته في المستشفى ، ومابين حياته الخاصة كطبيب وأب أسرة وزوج وكفرد مناط به التزامات اجتماعية أخرى ، إلا أن نسبة 26% تؤيد زيارة المرضى في البيت والكشف عليهم ، ونسبة 22% محايدون .

الجدول رقم (28) من الضروري مناقشة المرضى في موضوع مرضهم ومصارحتهم

مناقشة المرضى في مرضهم	التكرار	النسبة المئوية
نعم	89	89.0
لا	4	4.0
محايد	7	7.0
المجموع	100	100.0

وفي الجدول رقم (28) من الضروري مناقشة المرضى في موضوع مرضهم ومصارحتهم . يجيب 89% من مجتمع الدراسة بنعم ، فهم يدركون أن المرض يصعب اكتشافه وعلاجه ما لم يكن هناك مناقشة بين الطبيب والمريض حول موضوع المرض ، وهناك نسبة 4% يرون أنه ليس من الضروري مناقشة المرضى في موضوع مرضهم ، ونسبة 7% محايدون .

الجدول رقم (29) يلجا المرضى في كثير من الأحيان إلى الطبيب من اجل النصيحة فقط .

اللجوء للطبيب	التكرار	النسبة المئوية
نعم	60	60.0
لا	19	19.0
محايد	20	20.0
غير مبين	1	1.0
المجموع	100	100.0

وفي الجدول رقم (29) يلجأ المرضى في كثير من الأحيان إلى الطبيب من أجل النصيحة فقط . فيجيب 60% من مجتمع البحث بنعم ، وهذا يدل على أن الطبيب يعلم أن المريض يلجأ له لثقته به ويعمل بنصحه ، أما الذين أجابوا بلا فنسبتهم 19% ونسبة ولعل هذا يفسر لجوء المريض للطبيب من أجل العلاج فقط ونسبة 20% محايدون .

الجدول رقم (30) أشياء أخرى تذكر

أشياء أخرى تذكر	التكرار	النسبة المئوية
الراحة النفسية	5	5.0
ثقة المريض في الطبيب	6	6.0
لا ينطبق عليهم السؤال	89	89.0
المجموع	100	100.0

وفي الجدول رقم (30) والذي يتبع الجدول رقم (29) والذي تم تقنينه للتعامل معه إحصائيا حيث جاءت الخيارات من الأطباء بعد أن أجابوا على السؤال المفتوح المبين أعلاه ، إلا أن نسبة 89% من مجتمع البحث لم تجب على السؤال المفتوح ، وكانت نسبة 5% ممن أجابوا بنعم في السؤال السابق يرون أن المريض يلجأ للطبيب من أجل أن يرتاح نفسيا ، ونسبة 6% تلجا للطبيب لثقتها فيه وفي نصائحه وقدرته على حل مشكلاتهم الطبية .

الجدول رقم (31) العلاقة غير الرسمية بين الطبيب والمريض تؤدي إلى وجود نوع من الارتياح بين الطرفين

العلاقة غير الرسمية بين الطرفين	التكرار	النسبة المئوية
نعم	58	58.0
لا	19	19.0
محايد	22	22.0
غير مبين	1	1.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (31) العلاقة غير الرسمية بين الطبيب والمريض تؤدي إلى وجود نوع من الارتياح بين الطرفين .

ويقصد بالعلاقة غير الرسمية كما هو موضح في التعريفات الإجرائية ، هو عدم التقيد بالقوانين والضوابط الإدارية الصارمة والاستعاضة عنها بعلاقات عامة وودية بين

الأفراد الذين يعيشون في مجتمع واحد وتسود فيه نوع من العلاقات البسيطة الخالية من الكلفة والتعقيد والترفع والتمسك بحرفية الضوابط القانونية المعقدة .

حيث كانت نسبة 58% من مجتمع الدراسة توافق على أن العلاقات غير الرسمية تؤدي إلى وجود نوع من الارتياح بين الطبيب والمرض ، ونسبة 19% لا توافق على أن العلاقة غير الرسمية تؤدي إلى وجود أي ارتياح بين الطبيب والمريض ، ونسبة 22% محايدون .

الجدول رقم (32) العلاقة الجيدة بين الطبيب والمريض تجعل المريض يصارح الطبيب بمشاكله الشخصية وطلب مساعدته

العلاقة الجيدة بين الطبيب والمريض	التكرار	النسبة المئوية
نعم	87	87.0
لا	6	6.0
محايد	7	7.0
المجموع	100	100.0

وكما هو موضح بالجدول رقم (32) أن نسبة 87% تجيب بنعم ، فالعلاقة بين الطبيب والمريض تؤدي إلى مصارحة المريض للطبيب وطلب مساعدته ، على عكس إجابة الفئة الثانية والذين أجابوا بلا كانت نسبتهم 6% والمحايدون 7%

الجدول رقم (33) اعتقد أن وجود علاقة بين الطبيب والمريض تؤدي إلى سرعة التماثل للشفاء

وجود علاقة تؤدي إلى سرعة الشفاء	التكرار	النسبة المئوية
نعم	77	77.0
لا	9	9.0
محايد	14	14.0
المجموع	100	100.0

وفي الجدول رقم (33) وهو : اعتقد أن وجود علاقة بين الطبيب والمريض تؤدي إلى سرعة التماثل للشفاء . ونسبة الأطباء الذين أجابوا بنعم 77% حيث يرى هؤلاء أن وجود علاقة ودية بينهم وبين المرضى لها تأثير عميق ويمكن أن تؤدي إلى سرعة تماثل المريض للشفاء ، ونسبة الذين أجابوا بلا 9% ونسبة 14% محايدون .

الجدول رقم (34) هل ترى أن هناك فرق في الكشف والمعاملة على المريض في المستشفى العام والعيادة الخاصة ؟

الفرق في الكشف والمعاملة	التكرار	النسبة المئوية
نعم	48	48.0
لا	35	35.0
محايد	14	14.0
غير مبين	3	3.0
المجموع	100	100.0

وفي الجدول رقم (34) ، هل ترى أن هناك فرق في الكشف والمعاملة على المرض في المستشفى العام والعيادة الخاصة . وفي هذا السؤال عود مرة أخرى للعلاقات الخاصة بين الأطباء والمرضى والمعاملة الخاصة ، فيجيب 48% من الأطباء بنعم فالكشف على المريض يختلف من مكان لأخر ، ففي العيادة الخاصة يوجد الاهتمام والرعاية لقاء ما يقوم المريض بدفعه ، وكانت نسبة الذين لا يجدون فرق في المعاملة 35% ونسبة 14% محايدون .

الجدول رقم (35) إذا كان هناك فرق فما هو ؟

إذا كان هناك فرق فما هو ؟	التكرار	النسبة المئوية
لوجود وقت كافي في العيادة الخاصة	15	15.0
لتوفر الإمكانيات في العيادة الخاصة	15	15.0
حسن المعاملة في العيادة الخاصة	9	9.0
لعدم وجود ازدحام في العيادة الخاصة	13	13.0
لا ينطبق عليهم السؤال	48	48.0
المجموع	100	100.0

وفي الجدول رقم (35) وهو سؤال مفتوح تابع للسؤال رقم (34) وقد تم تبويبه على النحو المبين أعلاه ، وجاءت إجابات الأطباء على الشكل التالي :

أن الفرق في المعاملة والكشف في العيادات الخاصة عن المستشفى العام ، إما لوجود الوقت الكافي في العيادة الخاصة والمخصص للكشف والعلاج ، وكانت نسبة الذين أجابوا أو اتفقت إجاباتهم مع بعضهم البعض 15% ، وهناك من يرى أن الفرق في الكشف والمعاملة يرجع لتوفي الإمكانيات في العيادات الخاصة ونسبة هؤلاء 15% ، ومنهم من يرى أن حسن المعاملة في العيادة الخاصة هو ما يميزها عن المستشفى العام ونسبة هؤلاء 9% فقط ، ومنهم من يرجح هذا الفرق إلى عدم وجود ازدحام في العيادات الخاصة كما هو الحال في المستشفى العام ونسبة هؤلاء 13% ، إلا أن نسبة الذين امتنعوا عن الإدلاء بآرائهم في هذا السؤال 48% .

الجدول رقم (36) معظم المرضى الذين أعالجهم لديهم قدر من الوعي الصحي

الوعي الصحي عند المرضى	التكرار	النسبة المئوية
نعم	13	13.0
لا	59	59.0
محايد	27	27.0
غير مبين	1	1.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (36) : معظم المرضى الذين أعالجهم لديهم قدر من الوعي الصحي . كان نسبة الذين أجابوا بلا 59% وهذا يعني أن المرضى لا يتمتعون بالوعي الصحي الذي يمكنهم من الحفاظ على الصحة العامة ، وكانت نسبة الذين قالوا أن المرضى يتمتعون بقدر من الوعي الصحي 13% فقط ونسبة 17% محايدون . وهذا يدعوا الأطباء إلى أن يكونوا متفاهمين مع المرضى كي يتمكنوا من توضيح أسباب المرض ومعالجتهم ، وتوضيح الطريقة التي يمكن أن يقوا بها أنفسهم من المرض .

الجدول رقم (37) إن المرضى الذين أعالجهم يتقيدون بتعليماتي في العلاج والمراجعة

تقيد المرضى بالعلاج	التكرار	النسبة المئوية
نعم	29	29.0
لا	24	24.0
محايد	47	47.0
المجموع	100	100.0

وفي الجدول رقم (37) وهو : إن المرضى الذين أعالجهم يتقيدون بتعليماتي في العلاج والمراجعة . حيث كانت نسبة 29% من مجتمع الدراسة قد أجابوا بنعم ونسبة 24% قد أجابوا بلا ونسبة 47% محايدون . ومن بين العلامات الهامة والتي تبين مدى اهتمام المرضى بتعليمات الطبيب هو تقيدهم بالعلاج في مواعيد محددة والعودة للمراجعة حسب تعليمات الطبيب ، كما أن تعليمات الطبيب تصبح منهج عمل بالنسبة للمرض إذا ما شعر المريض باهتمام من جانب الطبيب ، وبوجود علاقة ودية وحميمة هدفها القضاء على المرض ونشر الوعي الصحي .

الجدول رقم (38) يُرجع كثيرا من المرضى مرضهم لأسباب غيبية كالسحر والحسد

أسباب المرض عند المرضى	التكرار	النسبة المئوية
نعم	23	23.0
لا	38	38.0
محايد	39	39.0
المجموع	100	100.0

وفي الجدول رقم (38) وهو : يُرجع كثير من المرضى مرضهم لأسباب غيبية كالسحر والحسد . وكانت نسبة الأطباء الذين أجابوا بنعم 23% فهم يرون أن مرضاهم يرجعون موضوع مرضهم لأسباب غيبية ، وكانت نسبة الذين أجابوا بلا 38% وهي نسبة أكبر من سابقتها ، ونسبة 39% محايدون . وهذا يدل على أن المرضى لديهم نسبة من الوعي تمكنهم من سرعة الشفاء من المرض ، وبشي من التحفيز والاهتمام من جانب الطبيب يمكن أن نصل إلى تحقيق الوعي الصحي المطلوب .

الجدول رقم (39) هل توافق بأن المرض هو حدث اجتماعي يمكن تفسيره خارج علم الحياة وعلم الطب ؟

المرض حدث اجتماعي	التكرار	النسبة المئوية
نعم	18	18.0
لا	56	56.0
محايد	25	25.0
غير مبين	1	1.0
المجموع	100	100.0

وفي الجدول رقم (39) وهو : هل توافق بأن المرض هو حدث اجتماعي يمكن تفسيره خارج علم الحياة وعلم الطب . حيث كانت نسبة الذين أجابوا بنعم 18% وهؤلاء يدركون أن هناك أمراض اجتماعية المنشأ تظهر نتيجة لعوامل اجتماعية وبيئية وتؤثر على صحة الإنسان كما تناولنا ذلك في الفصول السابقة وهو ما نحاول في هذه الدارسة إثباته ، أما نسبة الذين أجابوا بلا كانت 56% ومحايد 25% .

الجدول رقم (40) عند علاج المرضى يجب إدخالهم من ضمن نموذج السلوك المنحرف ؟

المرض سلوك منحرف	التكرار	النسبة المئوية
نعم	2	2.0
لا	77	77.0
محايد	20	20.0
غير مبين	1	1.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (40) وهو عند علاج المرضى يجب إدخالهم ضمن النموذج المنحرف؟ والغريب في هذا السؤال أن نسبة 77% ترفض إدخال المريض ضمن النموذج المنحرف ، وقد يرجع ذلك لعدم فهم السؤال أو لعدم إدراك الأطباء معنى السلوك المنحرف . وكانت نسبة الذين أجابوا بنعم 2% فقط ونسبة 20% محايدون ونسبة 1% غير مبين .

الجدول رقم (41) لعلاج الأمراض هل يجب أن نفهم الخصائص الفسيولوجية والبيولوجية للشخص فقط

فهم الخصائص الفسيولوجية والبيولوجية للشخص	التكرار	النسبة المئوية
نعم	20	20.0
لا	69	69.0
محايد	11	11.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (41) وهو لعلاج الأمراض هل يجب أن نفهم الخصائص الفسيولوجية والبيولوجية للشخص فقط ؟ وكانت نسبة الذين أجابوا بلا 69% وهم الذين يدركون أن لعلاج المرضى والمرض لابد من أن يدرك الطبيب الجوانب الاجتماعية والثقافية المسببه للمرض والمؤثرة في المريض ، وكانت نسبة الذين أجابوا بنعم 20% وهؤلاء يعاملون المرضى معاملة طبية خالية من الانفعالات الاجتماعية والتأثيرات البيئية داخل المجتمع ، ونسبة 11% محايدون .

الجدول رقم (42) كثير من المرضى يحملون ثقافات منغلقة ولا يتقبلون تعليمات الطبيب .

المرضى يحملون ثقافات منغلقة	التكرار	النسبة المئوية
نعم	41	41.0
لا	20	20.0
محايد	39	39.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (42) وهو كثير من المرضى يحملون ثقافات منغلقة ولا يتقبلون تعليمات الطبيب . حيث أجاب بنعم نسبة 41% وأجاب بلا نسبة 20% ونسبة 39% محايدون كما هو موضح بالجدول رقم (42) إلا أنه لايمكن بأي حال من الأحوال أن

تكون ثقافة أي إنسان عائق له وفي سبيل صحته وصحة أبنائه إذا ما استطاع الطبيب أن يخترق تلك الثقافات ، وهنا يأتي دور الوعي عند الطبيب والقدرة والمهارة في كيفية التعامل مع المرضى وحثهم على تقبل تعليماته وإتباع أساليب العلاج الصحيحة .

الجدول رقم (43) لا أتعامل مع المرضى الذين لا يتقيدون بتعليمات الطبيب

لا أتعامل مع المرضى الذين لا يتقيدون بتعليمات الطبيب	التكرار	النسبة المئوية
نعم	32	32.0
لا	46	46.0
محايد	22	22.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (43) وهو لا أتعامل مع المرضى الذين لا يتقيدون بتعليمات الطبيب وفي هذا السؤال اختيار للأطباء في كيفية التعامل مع المرضى ، وكانت نسبة 32% من مجتمع الدراسة توافق على هذا السؤال فهم لا يتعاملون مع المرضى الذين لا يتقبلون تعليماتهم ودون أن يستبينوا سبب ذلك ، وهذا ما نسميه بالعلاقة الضرورية بين الطبيب والمريض والتي لاغني عنها ، وكانت نسبة الذين أجابوا بلا 46% وهذه النسبة أعلى من سابقتها حيث أن هؤلاء يعرفون تمام المعرفة كيفية التعامل مع الأطباء ويقدرون المهنة حق تقدير ويتمسكون بأخلاق المهنة ويقدسونها ، فحتى لو لم يتقيد المريض بتعليمات الطبيب ، فما على الطبيب الناجح إلا اكتشاف الخلل أوالخطأ في العلاج والتشخيص ومعالجته ، بدلا من الامتناع من معالجة المرضى ، وكانت نسبة 22% محايدون .

الجدول رقم (44) تلعب ثقافة المرضى دوراً اساسياً في إصابتهم بالمرض

ثقافة المرضى وعلاقتها بالمرض	التكرار	النسبة المئوية
نعم	76	76.0
لا	12	12.0
محايد	10	10.0
غير مبين	2	2.0
المجموع	100	100

وفي السؤال رقم (44) وهو : تلعب ثقافة المرضى دوراً أساسياً في إصابتهم بالمرض . ويوافق الأطباء على هذا السؤال بنسبة 76% حيث يرون أن الثقافات هي السبب في الإصابة بالمرض فكلما كانت الثقافة متخلفة تؤدي إلى الإصابة بالمرض ، وترى نسبة 12% أن الثقافة لا تتدخل في لإصابة بالمرض ، وهذا يعني أن الأطباء الذين لا يؤيدون هذا الفرض لا يستطيعون علاج الأمراض التي تنشا بسبب الثقافات المتخلفة ، وكان نسبة 10% محايدون ونسبة 2% غير مبين .

الجدول رقم (45) هل تسأل المريض عن عمره ونوع عمله قبل عملية الكشف علية ؟

هل تسأل المريض عن عمره ونوع عمله	التكرار	النسبة المئوية
نعم	87	87.0
لا	5	5.0
محايد	8	8.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (45) وهو : هل تسأل المريض عن عمره ونوع عمله قبل عملية الكشف علية ؟ يجيب بنسبة 87% من الأطباء بنعم نظراً لما لهذه المتغيرات من تأثير في المرض والعلاج ، ونسبة الذين لا يسالون عن العمر ونوع العمل 5% وهؤلاء لا يرجعون إلى هذه المتغيرات في تحديد الإصابة بالمرض والعلاج ، ونسبة 8% محايدون .

الجدول رقم (46) هل تعتقد أن العمر والمهنة لها علاقة بالمرض ؟

العمر والمهنة لها علاقة بالمرض	التكرار	النسبة المئوية
نعم	92	92.0
لا	3	3.0
محايد	4	4.0
غير مبين	1	1.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (46) وهو : هل تعتقد أن العمر والمهنة لها علاقة بالمرض ؟ يجيب بنعم نسبة 92% من مجتمع الدراسة وهذه الإجابة من الملاحظ أنها تتنافي مع السؤال السابق حيث يرى الأطباء أن العمر والمهنة لا تؤثر على المرض والعلاج في السؤال السابق وكانت نسبتهم 5% وفي هذا السؤال ترى نسبة 3% أن هذه المتغيرات ليست لها علاقة بالمرض .

الجدول رقم (47) أتعامل مع المرضى بالكلام فقط ولا ضرورة للكشف عليهم .

أتعامل مع المرضى بالكلام فقط	التكرار	النسبة المئوية
نعم	6	6.0
لا	89	89.0
محايد	4	4.0
غير مبين	1	1.0
المجموع	100	.100

وفي السؤال رقم (47) وهو : أتعامل مع المرضى بالكلام فقط ولا ضرورة للكشف عليهم ونلاحظ أن نسبة 6% من مجتمع البحث يؤكدون أنهم لا يتعاملون مع المرضى سوى بالكلام فقط ولا يعيرون الكشف أي اهتمام وفي هذا إهمال للجانب النفسي للمريض الذي يأتي للمستشفى وهو يحمل توقعات عن مرضه فيفاجئ بعكس التوقع مما يسبب له الإحباط والاستمرار في المرض دون الكشف عن علته ، إلا أن النسبة الأكبر

كانت 89% وهي التي ترى أن الكشف مهم لعملية العلاج ، ونسبة 4% محايدون ، ونسبة 1% غير مبين .

الجدول رقم (48) أتعامل مع المرضى بالكلام والكشف الطبي معاً

أتعامل مع المرضى بالكلام والكشف الطبي	التكرار	النسبة المئوية
نعم	90	90.0
لا	4	4.0
محايد	5	5.0
غير مبين	1	1.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (48) وهو : أتعامل مع المرضى بالكلام والكشف الطبي معاً . حيث تؤكد نسبة 90% من مجتمع الدراسة تمسكها بالكشف والكلام أثناء علاج المرضى ، بينما ترى نسبة 4% بأنها تمانع عملية الكلام والكشف معاً ونسبة 5% محايدون . ولعل من بين أهم المواضيع على الإطلاق هي كيفية التعامل أثناء لقاء الطبيب مع المريض ، ففي عملية الكشف الطبي على المريض لابد أن يستخدم الطبيب كل الإمكانيات المتاحة من وسائل طبية ومحادثة شفهية مع المريض ، والكشف الطبي ومداعبة المريض لإزالة الكدر والهموم التي ألمت به بسبب المرض .

الجدول رقم (49) هل تسأل المريض عن خبرته ومعلوماته حول المرض الذي يعاني منه.

خبرة المريض عن المرض	التكرار	النسبة المئوية
نعم	74	74.0
لا	12	12.0
محايد	11	11.0
غير مبين	3	3.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (49) وهو : هل تسال المريض عن خبرته ومعلوماته حول المرض الذي يعاني منه ؟ يجيب بنعم نسبة 74% ويجيب بلا نسبة 12% والمحايدون 11% . فسؤال المريض من أهم المواضيع في العملية العلاجية فالسؤال يعني اهتمام الطبيب بالمريض ، كثيرا ما نلاحظ المرضى يشعرون بالسعادة لسؤال الطبيب عن أي شي يتعلق بالمرض وتاريخه ، ويعتبر السؤال من بين الأشياء التي لاغني للطبيب عنها إذا ما أراد تحقيق نجاحات والقضاء على هموم المرضى .

الجدول رقم (50) ما معنى المرض عند المريض من وجهة نظرك ؟

ما معنى المرض عند المريض من وجهة نظرك ؟	التكرار	النسبة المئوية
المرض عارض ومسبب للألم	17	17.0
هو الإحساس بالألم فقط	10	10.0
هو عدم الراحة الجسمية والنفسية	14	14.0
هو تغير أو عجز عن أداء الوظائف الفسيولوجية	25	25.0
غير مبين	34	34.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (50) وهو : ما معنى المرض عند المريض من وجهة نظرك ؟ ويعتبر هذا من الأسئلة المفتوحة والذي تم تبويبه على النحو المبين في الجدول رقم (50) حسب ما جاء في إجابات المبحوثين ، وكانت نسبة 17% ترى أن المرض عند المريض يعني عارض ومسبب للألم وكذلك نسبة 10% ترى أن المرض بالنسبة للمريض هو الإحساس بالألم فقط ونسبة 14% ترى أن المرض ما هو إلا عدم الراحة الجسمية والنفسية معا ، ونسبة 25% ترى أن المرض هو تغير أو عجز عن أداء الوظائف الفسيولوجية ، ونسبة 34% غير مبين .

الجدول رقم (51) كم من الوقت تقض للكشف على المريض ؟

كم من الوقت تقض للكشف على المريض ؟	التكرار	النسبة المئوية
خمس دقائق	8	8.0
عشر دقائق	20	20.0
خمسة عشرة دقيقة	13	13.0
لا ينطبق عليهم السؤال	59	59.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (51) وهو : كم من الوقت تقضي للكشف عن المريض ؟ والذين لا ينطبق عليهم السؤال نسبتهم 48% من المبحوثين ، تليها نسبة 20% وهم الذين يقضون عشرة دقائق في الكشف على المريض ، تليها نسبة 13% وهم الذين يستغرقون مدة خمسة عشرة دقيقة في الكشف ، تليها نسبة 8% وهم الذين يستغرقون خمس دقائق في الكشف على المرضى .

الجدول رقم (52) ما تقييمك لتقييم المريض لنفسه ؟

ما تقييمك لتقييم المريض لنفسه ؟	التكرار	النسبة المئوية
تقييم علمي من حيث الأسباب والعلاج	36	36.0
تقييم غير علمي من حيث الأسباب والعلاج	56	56.0
غير مبين	8	8.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (52) وهو : ما تقييمك لتقييم المريض لنفسه ؟ حيث يرى المبحوثين أن تقييم المريض لنفسه تقييم علمي من حيث الأسباب والنتائج ونسبة هؤلاء 36% بينما الذين يرون أن تقييم المريض لنفسه تقييم غير علمي من حيث الأسباب والنتائج تصل نسبتهم إلى 56% من المبحوثين ونسبة 8% غير مبين .

الجدول رقم (53) إذا كان تقييمه غير علمي فلماذا ؟

إذا كان تقييمه غير علمي فلماذا ؟	التكرار	النسبة المئوية
عدم وجود ثقافة علمية حول المرض	31	31.0
عدم فهم المريض لطبيعة المرض	11	11.0
لنقص الوعي	9	9.0
لمقارنة المريض نفسه مع مريض آخر	2	2.0
لا ينطبق عليهم السؤال	47	47.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (53) وهو سؤال مفتوح وتابع للسؤال رقم (52) وقد تم تبويبه حسب إجابات المبحوثين على النحو المبين بالجدول أعلاه ، وكان السؤال : إذا كان تقييمه غير علمي فلماذا ؟

وكانت نسبة 31% ترى أن عدم وجود ثقافة علمية حول المرض هي السبب في تقييم المريض للمرض كما أن نسبة 11% ترى أن السبب هو عدم فهم المريض لطبيعة المرض ، ونسبة 9% ترى أن السبب يكمن في نقص الوعي الطبي عند المريض ، ونسبة 2% ترجع السبب إلى مقارنة المريض لنفسه مع غيره من المرضى ، ونسبة 47% لا ينطبق عليهم السؤال.

الجدول رقم (54) أدرك أن هناك أمراض ذات طبيعة اجتماعية .

أدرك أن هناك أمراض ذات طبيعة اجتماعية .	التكرار	النسبة المئوية
نعم	88	88.0
لا	2	2.0
محايد	9	9.0
غير مبين	1	1.0
المجموع	100	100.0

وفي الجدول رقم (54) وهو : أدرك أن هناك أمراض ذات طبيعة اجتماعية . نلاحظ أن نسبة 88% من مجتمع الدراسة ترى أن هناك أمراض ذات طبيعة اجتماعية وهذا

يجرنا للقول أن هذه الدراسة في معظم فصولها تحاول من خلال الدراسة والتحليل إثبات أن هناك أمرض ذات طبيعة اجتماعية والذي نلاحظه الآن هو دليل على أن المرض ينشأ أساسا بسبب ظروف وعوامل اجتماعية ، كما أن نسبة 2% تعرض هذا الرأي ونسبة 9% .

الجدول رقم (55) اعتقد أن بعض من يترددون على الطبيب للعلاج يتمارضون

التردد على الطبيب والتمارض	التكرار	النسبة المئوية
نعم	71	71.0
لا	9	9.0
محايد	20	20.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (55) وهو : اعتقد أن بعض من يترددون على الطبيب للعلاج يتمارضون . وتجيب نسبة 71% من مجتمع الدراسة أن هذه النسبة ليست بمريضه فعلاً وبهذا نلاحظ أنه قد توصل الأطباء إلى معرفة أن هناك من يتمارض وليس بمريض وهذا بحد ذاته مرض اجتماعي ، ونسبة 9% تعارض هذا الراي ونسبة 20 محايدون .

الجدول رقم (56) اعتقد أن بعض من يترددون على الطبيب للعلاج هم مرضى يتوهمون المرض .

من يترددون على الطبيب يتوهمون المرض	التكرار	النسبة المئوية
نعم	65	65.0
لا	10	10.0
محايد	24	24.0
غير مبين	1	1.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (56) وهو : اعتقد أن بعض من يترددون على الطبيب للعلاج هم مرضى يتوهمون المرض . وتجيب نسبة 65% بنعم ونسبة 10% بلا ونسبة 24% محايدون كما هو موضح بالجدول أعلاه . ومن بين أهم الواجبات على الأطباء والتي توضح مدى إدراك الطبيب لسبب تمارض بعض الناس هو إدراك الأسباب التي دعوا بعض الناس ادعاء المرض ومحاولة علاج هذا المرض الوهمي والقضاء علية .

الجدول رقم (58) اعتقد أن من يترددون على الطبيب يحاولون التهرب من بعض المسؤوليات الاجتماعية والاقتصادية ؟

التردد على الطبيب والتهرب من المسؤوليات	التكرار	النسبة المئوية
نعم	43	43.0
لا	21	21.0
محايد	36	36.0
غير مبين	0	0.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (58) وهو : اعتقد أن بعض من يترددون على الطبيب يحاولون التهرب من بعض المسؤوليات الاجتماعية والاقتصادية . وفي هذا السؤال محاولة للتعرف على قدرة الطبيب على إدراك العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة في المرض وتجيب نسبة 43% بنعم ، ونسبة 21% بلا ونسبة 36% محايدون .

الجدول رقم (59) اشعر أحيانا بأنني لا أستطيع تشخيص المرض بدقة

تشخيص المرض بدقة	التكرار	النسبة المئوية
نعم	62	62.0
لا	13	13.0
محايد	23	23.0
غير مبين	2	2.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (59) وهو : أشعر أحيانا بأنني لا أستطيع تشخيص المرض بدقة . ويتبع هذا السؤال سؤال آخر مفتوح تم تقنينه يوضح أسباب عدم قدرة الطبيب على تشخيص المرض بدقة ولكن في هذا السؤال تجيب نسبة 62% من مجتمع البحث بنعم نسبة 13% بلا ونسبة 23% محايدون ، والذين يجيبون بنعم يعللون ذلك بالمتغيرات الواردة في الجدول رقم (60) .

الجدول رقم (60) إذا كان الجواب بنعم فلماذا ؟

إذا كان الجواب بنعم فلماذا ؟	التكرار	النسبة المئوية
لكثرة الحالات التي أعالجها	6	6.0
لوجود أمراض خارج تخصصي	5	5.0
لاختلاف الشكوى عن أعراض المرض	8	8.0
لعدم إلمامي بالنواحي التطبيقية للمرض	2	2.0
لعدم قدرة المريض على وصف حالته بدقة	13	13.0
لتغير الحالة المرضية للمريض بعد تناوله علاج غير مقرر	1	1.0
هناك أمراض ليست عضوية	1	1.0
لتجدد الأمراض والعلم	3	3.0
لقلة المعدات الطبية والتجهيزات	22	22.0
لا ينطبق عليهم السؤال	39	39.0
المجموع	100	100.0

الجدول رقم (61) هل يمكنك فهم السلوك الاجتماعي للمريض عند تشخيصه؟

فهم السلوك الاجتماعي للمريض	التكرار	النسبة المئوية
نعم	53	53.0
لا	11	11.0
محايد	35	35.0
غير مبين	1	1.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (61) وهو : هل يمكن فهم السلوك الاجتماعي عند تشخيصه . يجيب المبحوثين بنسبة 53% بنعم فهؤلاء يستطيعون فهم المرض الاجتماعي وتشخيصه ،

والذين لا يستطيعون تشخيص المرض أجابوا بلا بنسبة 11% ونسبة 35% محايدون. أن نسبة 53% من المبحوثين تستطيع فهم السلوك الاجتماعي للمرض يعني هذا قدرة الطبيب على تشخيص المرض الاجتماعي ، فإذا كان الطبيب قادر على تشخيص المرض الاجتماعي فهذا يعني قدرته أيضا على علاج المرض بنفس الطريقة التي وجد بها .

الجدول رقم (62) هل يمكن أن تدرك السبب الحقيقي لزيارة المريض للطبيب

السبب الحقيقي لزيارة المريض للطبيب	التكرار	النسبة المئوية
نعم	63	63.0
لا	8	8.0
محايد	29	29.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (62) وهو : هل يمكن أن تدرك السبب الحقيقي لزيارة المريض للطبيب . يجيب 63% من المبحوثين بنعم ونسبة 8% بلا أي أنهم لا يعرفون السبب الحقيقي لزيارة المريض لهم ، ونسبة 29% محايدون .

الجدول رقم (63) يتقبل المريض تعليماتي إذا كان بيني وبينه اتصال مباشر

يتقبل المريض تعليماتي	التكرار	النسبة المئوية
نعم	71	71.0
لا	8	8.0
محايد	21	21.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (63) وهو : يتقبل المريض تعليماتي إذا كان بيني وبينه اتصال مباشر ، والاتصال هنا كما تم تعريفه في التعريفات الإجرائية يقصد به عملية المقابلة ونقل المعلومات وجها لوجه ، بين الأشخاص ، وهو ما يعرف بالمقابلة ، وكان نسبة 71%

من المبحوثين تؤيد الاتصال المباشر لأنه يجعل المريض يتقبل تعليمات الطبيب ، ونسبة 8% لا تؤيد هذا الرأي ، ونسبة 21% محايدون .

الجدول رقم (64) هل تستطيع تشخيص المرض إذا كان اجتماعي المنشئ

المرض اجتماعي المنشئ	التكرار	النسبة المئوية
نعم	51	51.0
لا	13	13.0
محايد	36	36.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (64) وهو : هل تستطيع تشخيص المرض إذا كان اجتماعي المنشئ؟ حيث يجيب المبحوثين بنعم بنسبة 51% بمعنى أن لديهم القدرة على تشخيص المرض الغير عضوي والتعامل معه ، بينما لا يستطيع تشخيص المرض الاجتماعي المنشئ نسبة 13% من المبحوثين ونسبة 36% محايدون .

الجدول رقم (65) كثير من الأمراض يمكن علاجها بوسائل اجتماعية

الأمراض يمكن علاجها بوسائل اجتماعية	التكرار	النسبة المئوية
نعم	70	70.0
لا	11	11.0
محايد	19	19.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (65) وهو : كثير من الأمراض يمكن علاجها بوسائل اجتماعية . نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن نسبة 70% توافق بنعم ، فمادام أن سبب المرض اجتماعي فلابد أن يعالج بنفس الطريقة التي سببت المرض ، وتجيب نسبة 11% بلا ونسبة 19% محايدون .

الجدول رقم (66) هل تجد اختلاف بين المرضى في وصفهم حالتهم المرضية من حيث الأسباب والأعراض ؟

اختلاف بين المرضى في وصفهم حالتهم المرضية	التكرار	النسبة المئوية
نعم	94	94.0
لا	3	3.0
محايد	3	3.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (66) وهو : هل تجد اختلاف بين المرضى في وصفهم حالتهم المرضية من حيث الأسباب والأعراض ؟ حيث يجيب بنسبة 94% من مجتمع البحث بنعم بمعنى أن هناك فرق في وصف المرضى لحالتهم المرضية ، بينما تجيب نسبة 3% بلا ونسبة 3% محايدون .

الجدول رقم (67) توافق مع القول أن أسباب الأمراض تبدأ أسباب اجتماعية ثم نفسية ثم بيولوجية ؟

أن أسباب الأمراض تبدأ أسباب اجتماعية	التكرار	النسبة المئوية
نعم	37	37.0
لا	32	32.0
محايد	31	31.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (67) وهو : هل توافق مع القول أن أسباب الأمراض تبدأ اجتماعية ثم نفسية ثم بيولوجية ؟ وكانت الإجابات حول هذا السؤال متقاربة ، حيث تجيب نسبة 37% من المبحوثين بنعم ، ونسبة 32% من المبحوثين بلا ونسبة 31% محايدون .

الجدول رقم (68) إن أهم ما في العملية العلاجية هو التفاعل بين الطبيب والمريض

التفاعل بين الطبيب والمريض	التكرار	النسبة المئوية
نعم	86	86.0
لا	6	6.0
محايد	8	8.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (68) وهو : إن أهم ما في العملية العلاجية هو التفاعل بين الطبيب والمريض . حيث نلاحظ أن نسبة 86% تجيب بنعم ، معنى هذا أن المبحوثين يرون أن التفاعل بين الطبيب والمريض مهم جدا في العملية العلاجية ، بينما يقول لا 6% من المبحوثين ونسبة 8% محايدون .

الجدول رقم (69) ليس من الضروري إخبار المريض بموضوع مرضه

ليس من الضروري إخبار المريض بموضوع مرضه	التكرار	النسبة المئوية
نعم	13	13.0
لا	63	63.0
محايد	23	23.0
غير مبين	1	1.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (69) وهو : ليس من الضروري أخبار المريض بموضوع مرضه . حيث تجيب بلا نسبة 63% فهم يؤيدون أخبار المريض بموضوع مرضه ، ونسبة 13% فقط ترى أنه ليس من الضروري أخبار المريض بموضع مرضه ونسبة 23% محايدون .

الجدول رقم (70) إن ضغط الحياة النفسي والاجتماعي سبباً في الإصابة بالمرض

إن ضغط الحياة النفسي والاجتماعي سبباً في الإصابة بالمرض	التكرار	النسبة المئوية
نعم	75	75.0
لا	1	1.0
محايد	24	24.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (70) وهو : أن ضغط الحياة النفسي والاجتماعي سببا فسي الإصابة بالمرض . نرى أن نسبة 75% تجيب بنعم ونسبة 1% تجيب بلا ! ونسبة 24% محايدون .

الجدول رقم (71) كيف تعرف أعراض المرض عند المريض ؟

كيف تعرف أعراض المرض عند المريض ؟	التكرار	النسبة المئوية
بسؤاله	42	42.0
بالكشف	37	37.0
بالنظر إلية	6	6.0
غير مبين	15	15.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (71) وهو : كيف تعرف أعراض المرض عند المريض ؟ تجيب نسبة 42% بقولهم بسؤاله فهم يكتفون بسؤال المريض فقط ، ونسبة 37% يجيبون بقولهم عن طريق الكشف على المريض ، أما النسبة الأخرى وهي 6% فهي تكتفي بالنظر إلية لتعرف المرض وسببه ، ونسبة 15% غير مبين .

الجدول رقم (72) هل تتمتع بمميزات مادية في عملك بالمستشفى ؟

المميزات في العمل	التكرار	النسبة المئوية
نعم	16	16.0
لا	68	68.0
محايد	16	16.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (72) وهو : هل تتمتع بمميزات مادية في عملك ؟ نجد أن نسبة 68% يجيبون بلا ونسبة 16% هم الذين يجيبون بنعم وهم الذين يتمتعون بمميزات مادية ، ونسبة 16% محايدون .

الجدول رقم (73) هل راتبك الشهري يكفي حاجتك ويوفي التزاماتك الخاصة ؟

حاجات الطبيب	التكرار	النسبة المئوية
نعم	28	28.0
لا	59	59.0
محايد	13	13.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (73) وهو : هل راتبك الشهري يكفي حاجتك ويوفي التزاماتك الخاصة ؟ نجد أن نسبة 28% تجيب بنعم ، ونسبة 59% وهي أعلى نسبة تجيب بلا ، ونسبة 13% محايدون .

الجدول رقم (74) هل ترغب بالعمل في العيادات الخاصة لزيادة دخلك الشهري ؟

العمل في العيادات الخاصة	التكرار	النسبة المئوية
نعم	60	60.0
لا	26	26.0
محايد	14	14.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (74) وهو : هل ترغب في العمل بالعيادات الخاصة لزيادة دخلك الشهري ؟ نجد أن نسبة 60% تجيب بنعم فهم يحتاجون لزيادة دخلهم الشهري عن طريق العمل خارج أوقات الدوام الرسمي في العيادات الخاصة ، بينما تجيب نسبة 26% بلا ونسبة 14% محايدون .

الجدول رقم (75)هل هناك فرق في التعامل مع المرضى في العيادات الخاصة والعامة

الفرق في المعاملة	التكرار	النسبة المئوية
نعم	46	46.0
لا	40	40.0
محايد	13	13.0
غير مبين	1	1.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (75) وهو : هل هناك فرق في التعامل مع المرضى في العيادات الخاصة والعامة ؟ تجيب نسبة 46% بنعم ونسبة 40% بلا وهي نسبة متقاربة ، ونسبة 13% محايدون .

الجدول رقم (76) ما ابذله من جهد لا يتناسب مع ما احصل عليه من مرتب ؟

جهد الطبيب وما يحصل علية من مرتب	التكرار	النسبة المئوية
نعم	66	66.0
لا	25	25.0
محايد	9	9.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (76) وهو : ما ابذله من جهد لا يتناسب مع ما احصل علية من مرتب. نجد أن نسبة 66% من مجتمع البحث يجيبون بنعم فالعمل الذي يقومن به لا يتناسب مع مرتباتهم ، ونسبة 25% تجيب بلا ، ونسبة 9% محايدون .

الجدول رقم (77) هل أنت راض عن مكانتك الطبية بالمستشفى ؟

مكانة الطبيب الطبية	التكرار	النسبة المئوية
نعم	48	48.0
لا	34	34.0
محايد	16	16.0
غير مبين	2	2.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (77) وهو : هل أنت راض عن مكانتك الطبية بالمستشفى ؟ يجيب بنسبة 48% بنعم فهؤلاء راضون عن مكانتهم الطبية في المستشفى ، ونسبة 34% يجيبون بلا ، ونسبة 16% محايدون ، ونسبة 2% غير مبين ، ونجد أسباب عدم رضا الأطباء عن مكانتهم الطبية في المستشفى في المتغيرات الواردة في الجدول التالي رقم (78) والذي توضح فيه إجابة المبحوثين والنسبة المئوية لكل إجابة وهو يتبع السؤال السابق وقد تم تقنينه حسب ما ورد في استمارات المقابلة .

الجدول رقم (78) إذا كنت غير راض فلماذا ؟

إذا كنت غير راض فلماذا ؟	التكرار	النسبة المئوية
لطموح الطبيب إلى الأفضل	5	5.0
لعدم توفر الإمكانيات اللازمة	6	6.0
لسوء الإدارة	7	7.0
لعدم إتاحة الفرصة لي لتقديم ما لدي من خبرة	4	4.0
لكثرة المسؤوليات الخاصة	1	1.0
لقلة العائد المادي	4	4.0
لا ينطبق عليهم السؤال	73	73.0
المجموع	100	100.0

الجدول رقم (79) هل المستشفى مجهز بكل مايلزم لعلاج المرضى ؟

تجهيزات المستشفى	التكرار	النسبة المئوية
نعم	9	9.0
لا	72	72.0
محايد	17	17.0
غير مبين	2	2.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (79) وهو : هل المستشفى مجهز بكل مايلزم المرضى ؟ تجيب نسبة 72% بلا وهي أعلا نسبة بينما ترى نسبة 9% فقط بنعم ! ونسبة 17% محايدون ونسبة 2% غير مبين .

الجدول رقم (80) هل التهوية في غرف المستشفى جيدة وتساعد على العلاج والشفاء من الأمراض ؟

التهوية في غرف المستشفى	التكرار	النسبة المئوية
نعم	37	37.0
لا	38	38.0
محايد	24	24.0
غير مبين	1	1.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (80) وهو : هل التهوية في غرف المستشفى جيدة وتساعد على العلاج والشفاء من الأمراض ؟ كانت الإجابة على هذا السؤال متقاربة ، حيث يجيب بنعم نسبة 37% من مجتمع البحث ، ويجيب بلا نسبة 38% من مجتمع البحث ، ونسبة 24% محايدون . وتعتبر الأمور الفيزيقية من بين مسببات حسن التعامل بين الطبيب والمريض فوجود التهوية المناسبة في غرف المستشفى تفسح المجال للطبيب كي يقوم بعملة على الوجه الأكمل وسؤ التهوية يجعل استقبال الطبيب للمرضى محدود القيمة .

الجدول رقم (81) هل الطعام الذي يقدم للمرضى في المستشفى يتناسب وحالتهم الصحية ؟

تناسب الطعام مع حالة المرضى	التكرار	النسبة المئوية
نعم	16	16.0
لا	48	48.0
محايد	34	34.0
غير مبين	2	2.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (81) وهو : هل الطعام الذي يقدم للمرض في المستشفى يتناسب وحالتهم الصحية ؟ حيث يجيب بنعم نسبة 16% فقط ويجيب بلا نسبة 48% والمحايدون تصل نسبتهم إلى 34% . وكذلك الطعام الذي يقدم للمرضى له اثر بالغ في العملية العلاجية ، فلابد أن يشرف الأطباء على نوعية وكمية العلاج التي تقدم للمرضى لان الطعام يعتبر أحد المسببات للمرض وخضوع المرضى لتعليمات الطبيب هي أحد خطوات العلاج .

الجدول رقم (82) هل نوعية وكمية العلاج المتوفرة في المستشفى كافية لإتمام عملية العلاج ؟

نوعية وكمية العلاج	التكرار	النسبة المئوية
نعم	12	12.0
لا	64	64.0
محايد	23	23.0
غير مبين	1	1.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (82) وهو : هل نوعية وكمية العلاج المتوفرة في المستشفى كافية لإتمام عملية العلاج ؟ حيث نجد أن نسبة 64% تجيب بلا ونسبة 12% تجيب بنعم ، ونسبة 23% محايدون . ومن خلال إجابات المبحوثين نلاحظ أن نوعية وكمية العلاج الموجودة في المستشفى غير كافية وهذا دليل على أن الطبيب لا يستطيع أن يعمل في

ظل الظروف المحدودة ولا يمكن أن نتوقع علاج ناجح للمرضى بدون توفر الدواء فإذا لم يشفى المريض فإن نظرته حيال الطبيب تتغير بسبب عدم قدرة الطبيب على شفاءه .

الجدول رقم (83) هل هيئة التمريض مؤهلة بشكل يسمح لهم بتقديم المساعدة الفنية للطبيب وتسهيل عمله؟

هل هيئة التمريض مؤهلة	التكرار	النسبة المئوية
نعم	34	34.0
لا	39	39.0
محايد	26	26.0
غير مبين	1	1.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (83) وهو : هل هيئة التمريض مؤهلة بشكل يسمح لهم بتقديم المساعدة الفنية للطبيب وتسهيل عمله ؟ حيث كانت الإجابات متقاربة ، فنسبة 34% تجيب بنعم ، ونسبة 39% تجيب بلا ونسبة 26% محايدون . وبين بين معوقات العمل في المجال الطبي هو وجود عنصر غير مؤهل يعمل مع الطبيب ، لان جزء من العلاقة القائمة بين الأطباء والمرضى يكملها الممرضون والممرضات فتأهيل الطاقم المساعد لطبيب يسعد في توفير الوقت والجهد ويفر الكثير من الطاقة على الأطباء .

الجدول رقم (84) هل تعتقد أن المستشفى هو المكان المناسب لراحة المريض وتلق العلاج ؟

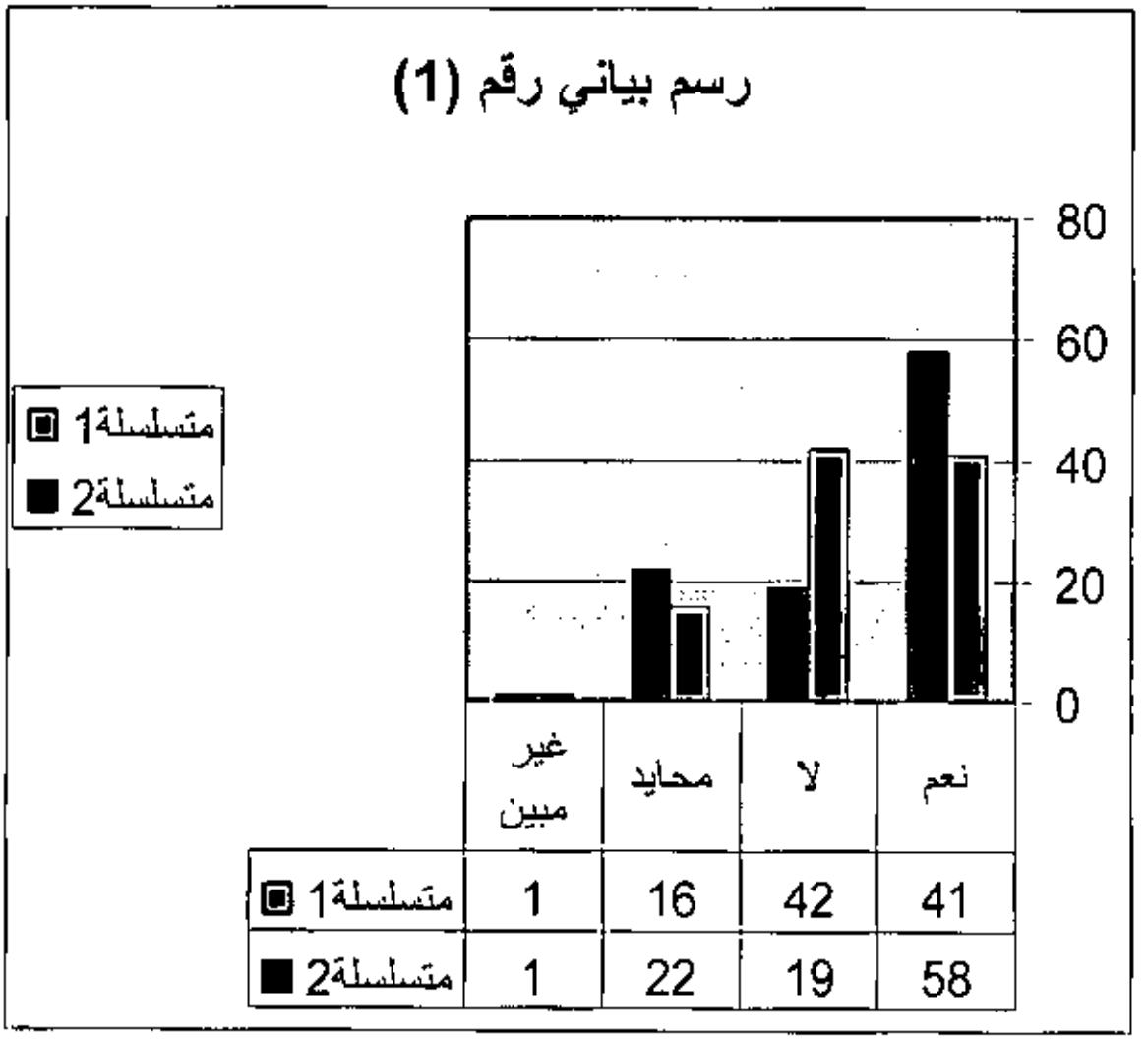
المستشفى هو المكان المناسب لراحة المريض	التكرار	النسبة المئوية
نعم	65	65.0
لا	17	17.0
محايد	15	15.0
غير مبين	3	3.0
المجموع	100	100.0

وفي السؤال رقم (84) وهو : هل تعتقد أن المستشفى هو المكان المناسب لراحة المريض وتلق العلاج ؟ حيث يجيب بنعم نسبة 65% من المبحوثين ، ويجيب بلا نسبة 17% ، والمحايدون نسبة 13% ونسبة 3% غير مبين . أن العامل المهم في علاج المرضى هو أكمال عملية العلاج وبشكل صحيح ، ونسبة 84% من المبحوثين ترى أن المستشفى هو أفضل الأماكن لإتمام عملية العلاج ، ولكن لابد من وجود علاقة بين المريض والطبيب ومن خلال هذه العلاقة يستطيع الطبيب أن يقنع المريض بأن المستشفى هو أفضل مكان للعلاج ، أو أن ينزع الفكرة القديمة والموجودة عند بعض الناس ، وهي أن المستشفيات هي مكان الموت .

2-اختبار تساؤلات الدراسة :

من خلال تساؤلات الدراسة والتي في ضوئها يمكن تفسير النتائج الخاصة بهذه الدراسة والتي تنص على الأتي :

التساؤل الأول : هل العلاقة غير الرسمية بين الطبيب والمريض تجعل المريض يفصح للطبيب عن كل ما يسبب له المرض ؟ ومن خلال تحليل النتائج تبين لنا أن نسبة الذين يرون أنه لابد من وجود علاقة بين الطبيب والمريض نسبتهم 41% من مجموع المبحوثين كما هو موضح في الرسم البياني رقم (1) .



أما الذين يجيبون بلا فنسبتهم 42% وهذه النسبة متعادلة بين الذين يؤيدون فكرة وجود علاقة بين الطبيب والمريض والذين لا يؤيدون هذه الفكرة ، ومن هنا نرى أن نسبة 42% من المبحوثين لا يرون في العلاقة بين المريض والطبيب أي فائدة يمكن أن تعود على الطبيب أو المريض وإذا ما نظرنا لنفس الرسم البياني نلاحظ أن نسبة 58% من المبحوثين يجيبون بنعم عن السؤال الذي مفاده أن المرضى يفصحون عن كل ما يسبب لهم المرض ، وهذا يدل على أن هناك علاقة خفية لا يلاحظها الطبيب أو أنهم لا يدركون المعنى الحرفي لكلمة العلاقة ، وفي العديد من الدراسات السابقة لا يوجد تمييز في العلاقة بين الطبيب والمريض ، بمعنى أن استلطاف المريض للطبيب واستلطاف الطبيب للمريض يدخل في نطاق العلاقات ، فوجود علاقة بين لطبيب والمريض تساعد المرضى على سرعة الشفاء كما أنها تساعد على تفهم المريض لمعنى المرض الذي يعاني منه ، أن وجود علاقة غير رسمية بين الطبيب والمريض والتي هي أساس في مجال البحث ، والتي هي تربط الطبيب بالمريض الذي يعالجه مباشرتا ودون وجود أي وسيط بينهما ، هو بمثابة دفة للمريض ومحفز على أن يفصح المريض للطبيب بكل ما يسبب له المرض والكدر ، وهو غاية ما نصبوا إلية .

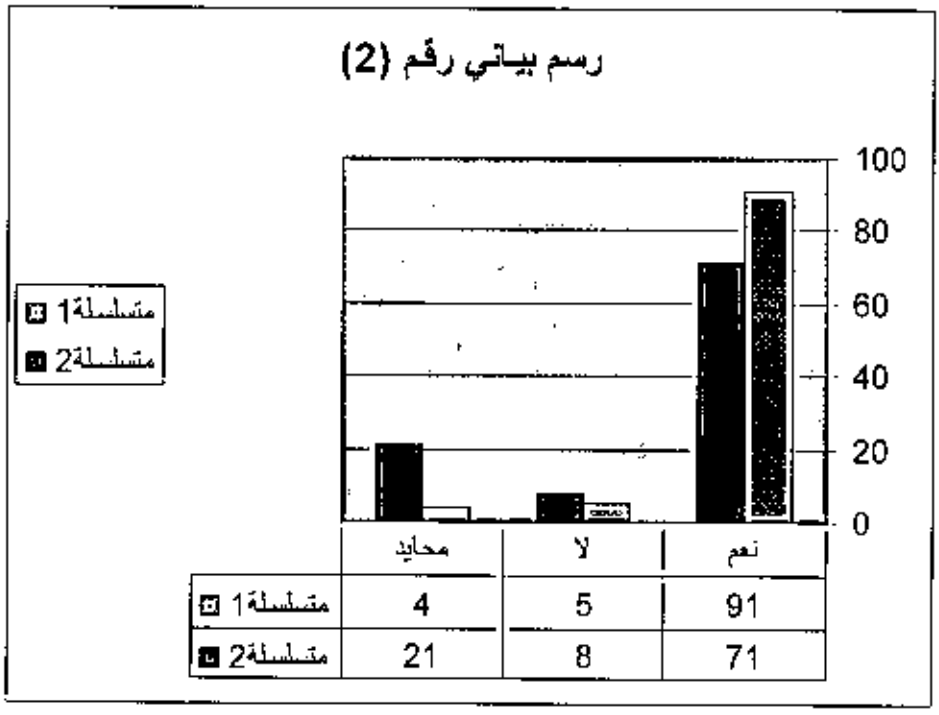
الجدول رقم (85) يوضح العلاقة بين العلاقات غير الرسمية بين الطبيب والمريض تجعل المريض يفصح للطبيب عن كل ما يسبب له المرض .

إفصاح المريض عن كل ما يسبب له المرض	العلاقة غير الرسمية بين الطبيب والمريض			المجموع
	نعم	لا	محايد	
نعم	25	8	8	42
لا	24	7	11	42
محايد	9	4	3	16
المجموع	58	19	22	100

ومن خلال الجدول رقم (85) والذي يوضح النسبة المئوية للعلاقة بين المتغيرين يتضح لنا جلياً كيف أن العلاقة غير الرسمية بين الطبيب والمريض تؤدي إلى إفصاح

المريض لطبيب عن كل ما يسبب له المرض ، ويقصد بمسببات المرض ، الظروف الاجتماعية التي ساهمت في إصابة المريض بهذا المرض .

فمن خلال الجدول يتبن لنا أن نسبة 25% من مجموع المبحوثين ترى أن العلاقة غير الرسمية بين الطبيب والمريض تؤدي بالمريض إلى الإفصاح للطبيب عن كل ما يسبب له المرض ونسبة 24% ترى أن العلاقة الغير رسمية بين الطبيب والمريض لا تؤدي الضرورة إلى الإفصاح المريض عن كل ما يسبب له المرض . ومن خلال التتبع للجدول المذكور أعلاه تتضح باقي النسب .



أما في التساؤل الثاني وهو : هل للاتصال المباشر بين الطبيب والمريض علاقة بتقبل المريض تعليمات الطبيب ؟ ونلاحظ من خلال الجداول التكرارية والنسب المئوية أن نسبة 91% وفي الجدول رقم (14) وفيه أن الأطباء يحرصون على أعطاء تعليماتهم للمرضى بأنفسهم وهي أعلى نسبة في الجدول وهذا يعني أن الطبيب يعلم تمام العلم أن الاتصال المباشر بينه وبين المريض مهم لدرجة أنه يؤثر على تقبل المريض لتعليماته من عدمها ، فالمرضى لا يتقبلون تعليمات الطبيب إذا جاءت من الممرضة ، ولكنهم يتقبلون تعليمات الطبيب إذا جاءت من الطبيب نفسه ، ومن خلال الدراسات السابقة

نلاحظ أنه كلما كان الطبيب مهتما بإعطاء تعليماته بنفسه للمرضى ويشرف عليهم بشكل مباشر (الاتصال المباشر) كلما أدى ذلك إلى تقبل تعليماته وكذلك إلى ارتياح المريض ، كما نلاحظ من خلال الرسم البياني رقم (2) أن نسبة الذين لا يوافقون على الاتصال المباشر بين الطبيب والمريض وبعدم جدواه تصل نسبتهم إلى 5% وكذلك الذين يرون أن لمرضى لا يتقبلون تعليماتهم 8% فقط من المبحوثين .

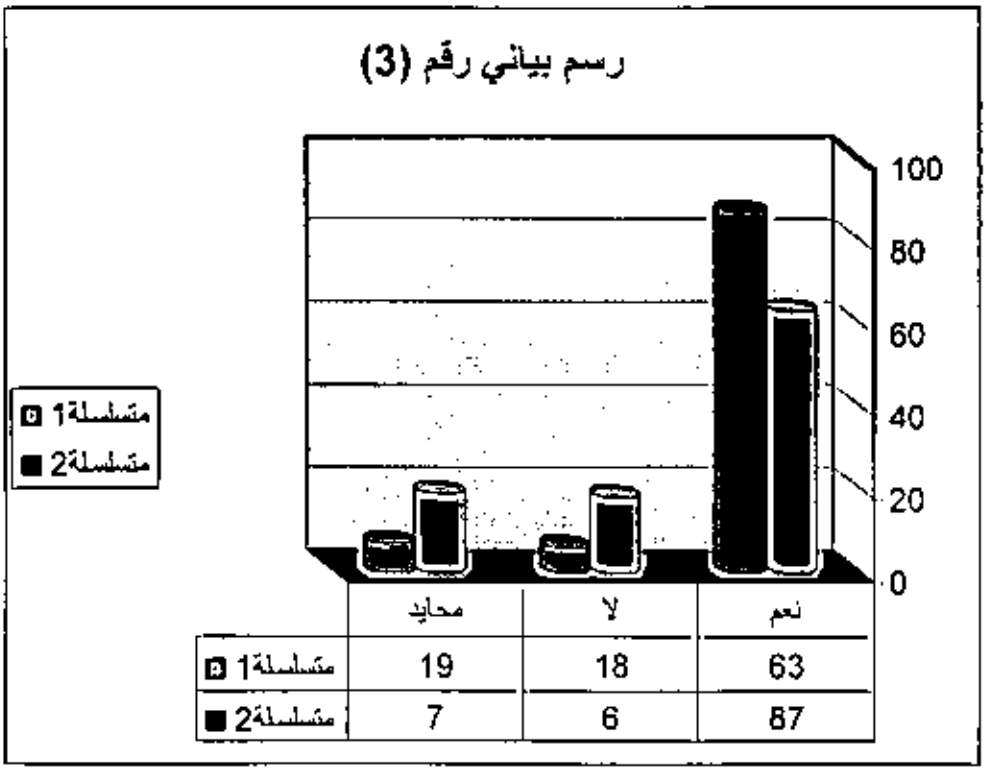
الجدول رقم (86) هل للاتصال المباشر بين الطبيب والمريض علاقة بتقبل المريض تعليمات الطبيب ؟

الاتصال المباشر بين الطبيب والمريض	تقبل المريض تعليمات الطبيب			المجموع
	نعم	لا	محايد	
نعم	66	7	18	91
لا	3	1	1	5
محايد	2	0	2	4
المجموع	71	8	21	100

أما في الجدول (86) والذي يبحث في العلاقة بين الاتصال المباشر بين الطبيب والمريض وكيف يمكن أن يؤدي إلى تقبل المريض تعليمات الطبيب .

وتجيب نسبة 66% من المبحوثين بنعم أي أنة كلما كان الاتصال بين الطبي ومرضاة مباشراً ووجهاً لوجه وبدون واسطة ، يكون تقبل تعليماته من قبل المرضى سريعاً ومرغوباً على عكس التعليمات التي تأتي من الممرضة .

ومن خلال الجدول المذكور نشاهد أن بقية النسب ضئيلة بحيث لا تتجاوز 18% عند أقصى حد .



أما في التساؤل الثالث والذي نجد الإجابة علية في الجدول رقم (26) والجدول رقم (32) وكما هو مبين في الرسم البياني رقم (3) ويظهر جلياً العلاقة بين العلاقة الجيدة بين الطبيب والمريض وكيف تؤدي إلى طرح المريض لمشاكله الشخصية أمام الطبيب وطلب المساعدة منه .

ففي التساؤل الثالث نجد أن نسبة الأطباء الذين يستمتعون عند إقامة علاقة ودية مع المرضى 63% من المبحوثين كما أن نسبة الذين يرون أن العلاقة الجيدة مع لمريض تجعل المريض يطرح مشاكله الشخصية على الطبيب 87% من المبحوثين كما هو موضح في الرسم البياني رقم (3) وبالنظر إلى هذه النسب نجد أم العلاقة إذا كانت جيدة بين الطبيب والمريض فإن المريض يشعر بارتياح للطبيب مما يجعله يقوم بعرض المشاكل الاجتماعية التي أدت به إلى المرض العضوي وبالتالي يطلب منه المساعدة .

ومما هو جدير بالذكر أن الدراسات السابقة في الفصل الرابع تناقش موضوع العلاقة بين الطبيب والمريض وبين هيئة التمريض والأطباء وهيئة التمريض والمرضى وبين المرضى بعضهم البعض ، وهي تركز بالأساس على دور العلاقات في المجتمع

الإنساني باعتبارها محدد لعملية الشفاء داخل المستشفى وتعطي القدرة على العطاء الإنساني اللامحدود وتعتبر أن العلاقات الاجتماعية الإنسانية أساس مهم في عملية الشفاء بالنسبة للمرضى الذين يعانون في الأساس من أمراض اجتماعية المنشئ .

إن وجود علاقة بين إنسان وآخر تجله يشعر بأنه ذو شخصية مهمة ويعتمد عليها وتجاهل هذه العلاقة بين الأطباء والمرضى تعتبر ذات مردود سلبي على المريض والطبيب المعالج ، وخير دليل على ذلك نلاحظ أن الأطباء والمرضى على السواء يفضلون العلاقة الاجتماعية مع بعضهم البعض لان كلا منهما يحتاج لإقامة هذه العلاقة فهي أساس التفاهم بين الأطباء والمرضى وهي الوسيلة لعلاج كثيرا من الأمراض .

الجدول رقم (87) إذا كانت علاقة الطبيب بالمريض جيدة تؤدي إلى طرح المشكلات الشخصية للمريض على الطبيب وطلب المساعدة منه ؟

العلاقة الجيدة بين الطبيب والمريض	طرح المريض مشكلاته الشخصية على الطبيب			المجموع
	نعم	لا	محايد	
نعم	58	3	2	63
لا	12	3	3	18
محايد	17	0	2	19
المجموع	87	6	7	100

ومن خلال الجدول (87) يتضح أن نسبة الذين يؤيدون أن العلاقة الجيدة بين الطبيب والمريض تؤدي بالمريض إلى طرح مشكلاته الشخصية على الطبيب وطلب المساعدة منه تصل نسبتهم إلى 58% وهي أعلى نسبة مما يؤكد أن العلاقة الجيدة بين الطبيب والمريض تفح أفاقاً جديدة من العلاج وأن العلاقات الاجتماعية بكل أنواعها تؤدي إلى نتائج ايجابية في كل الأحيان .

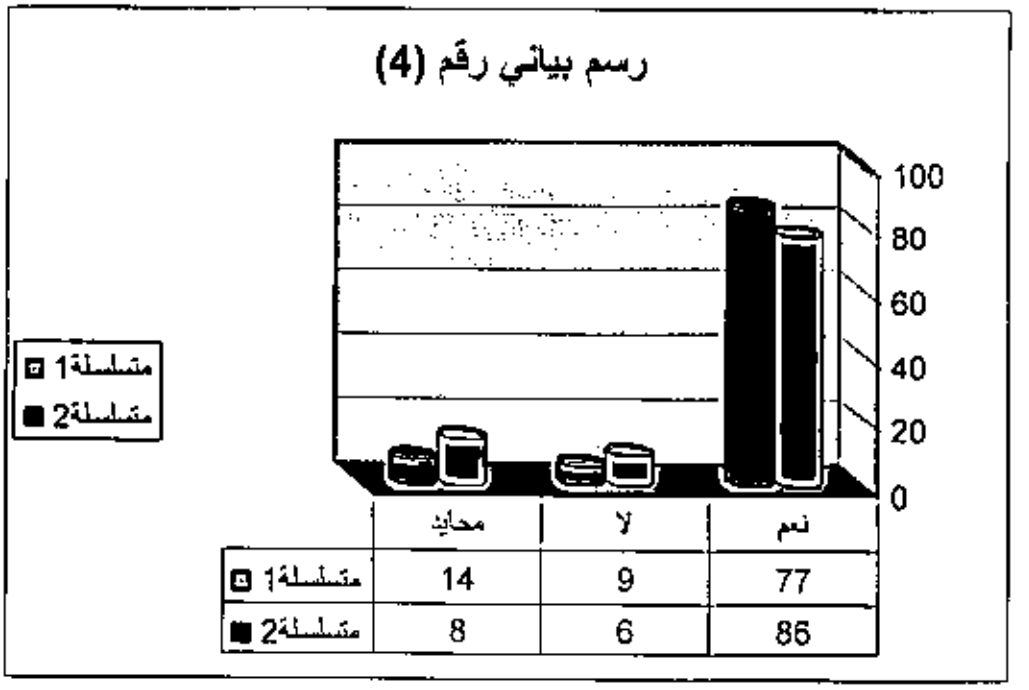
أما بقية النسب فيمكن ملاحظتها من خلال الجدول والتي لا تتجاوز أعلى نسبة فيها 17% .

وفي الرسم البياني رقم (4) يتضح فيه التفاعل بين الطبيب والمريض كما يتضح من خلال

المؤشرات سرعة تماثل المريض للشفاء ، ففي الجدول رقم (33) والذي يوضح أن وجود علاقة بين الطبيب والمريض تؤدي إلى سرعة تماثل المريض للشفاء ومن خلال الرسم البياني الموضح أعلاه يتبين أن نسبة 77% تجيب بنعم وترى أن وجود علاقة ناجحة بين الطبيب والمريض تؤدي بالضرورة إلى سرعة تماثل المريض للشفاء وكما أسلفنا أن العلاقات لإنسانية سبب رئيسي لتماثل بعض الحالات المرضية للشفاء وخاصتاً التي تعاني من أمراض اجتماعية المنشئ ، والتي عادتاً تنشأ بسبب الضغوطات الاجتماعية وتعقد الحياة المدنية .

كما أن نسبة 86% من المبحوثين ترى أن أهم ما في العملية العلاجية هو وجود علاقة بين الطبيب والمريض ، وبهذا يتأكد بما لا يدع مجالاً للشك أن العلاقات الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي بين الأطباء والمرضى له أثر كبير على تحسن حالة المريض ووضع حد للأمراض التي تنشأ بسبب البيئة الاجتماعية وتكون سبب في بعض الحالات المرضية والي يعيشها الإنسان فترة من الزمن للهروب من الواقع الاجتماعي الذي يحيط به .

رسم بياني رقم (4)



	نعم	لا	محايد
متسلسلة1	77	9	14
متسلسلة2	86	6	8

الجدول رقم (88) هل التفاعل بين الطبيب والمريض يؤدي إلى سرعة تماثل المريض للشفاء ؟

التفاعل بين الطبيب والمريض	سرعة تماثل المريض للشفاء			المجموع
	نعم	لا	محايد	
نعم	70	2	5	77
لا	5	3	1	9
محايد	11	1	2	14
المجموع	86	6	8	100

ومن خلال الجدول رقم (88) نلاحظ أن للعلاقات الاجتماعية دورا بارزا آخر في علاج بعض المشكلات التي تعترض حالة المريض الصحية ، فمن خلال الجدول المذكور تبين أن نسبة 70% من المبحوثين (وهي أعلى نسبة) توافق على أن لعملية التفاعل بين الطبيب والمرضى أهمية كبرى في سرعة تماثل المريض للشفاء ، وبنظرة سريعة لباقي القيم الواردة في الجدول نشاهد أنها لا تتجاوز 11% في أعلى مستوياتها وهذا دليل آخر على أن للعلاقات الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي أهمية كبرى وفي تشخيص وعلاج بعض الأمراض .

3- النتائج العامة للبحث :

من خلال العرض للإطار المنهجي والنظري والعملي للبحث تبين النتائج التالية :

أ- أن العلاقة غير الرسمية بين الطبيب والمريض تجعل المريض يفصح للطبيب عن كل ما يسبب له المرض ، ومن خلال تحليل النتائج تبين أن الذين يرون انه لابد من وجود علاقة بين الطبيب والمريض نسبتهم 41% من مجموع المبحوثين ، أما الذين يجيبون بلا فنسبتهم 42% وهذه النسبة متعادلة بين الذين يؤيدون فكرة وجود علاقة بين الطبيب والمريض والذين لا يؤيدون هذه الفكرة ، ومن هنا نرى أن نسبة 42% من المبحوثين لا يرون في العلاقة بين المريض والطبيب أي فائدة.

ويتضح لنا جليا كيف أن العلاقة غير الرسمية بين الطبيب والمريض تؤدي إلى إفصاح المريض لطبيب عن كل ما يسبب له المرض ، ويقصد بمسببات المرض ، الظروف الاجتماعية التي ساهمت في إصابة المريض بهذا المرض .

و يتبن لنا أن نسبة 25% من مجموع المبحوثين ترى أن العلاقة غير الرسمية بين الطبيب والمريض تؤدي بالمريض إلى الإفصاح للطبيب عن كل ما يسبب له المرض ونسبة 24% ترى أن العلاقة الغير رسمية بين الطبيب والمريض لا تؤدي الضرورة إلى إفصاح المريض عن كل ما يسبب له المرض .

ب- الاتصال المباشر بين الطبيب والمريض يؤدي إلى تقبل المريض تعليمات الطبيب

وتجيب نسبة 66% من المبحوثين بنعم أي أنة كلما كان الاتصال بين الطبيب ومرضاة مباشرا ووجها لوجه وبدون واسطة ، يكون تقبل تعليماته من قبل المرضى سريعا ومرغوبا على عكس التعليمات التي تأتي من الممرضة .

ومن خلال ملاحظة البيانات نجد أن بقية النسب ضئيلة بحيث لا تتجاوز 18% عند أقصى حد .

ج- أن العلاقة الجيدة بين الطبيب والمريض تؤدي بالمريض إلى طرح مشكلاته الشخصية على الطبيب وطلب المساعدة منه تصل نسبتهم إلى 58% وهي

أعلى نسبة مما يؤكد أن العلاقة الجيدة بين الطبيب والمريض تفح أفاقا جديدة من العلاج وأن العلاقات الاجتماعية بكل أنواعها تؤدي إلى نتائج ايجابية في كل الأحيان .

د- أن للعلاقات الاجتماعية دورا بارزا أخر في علاج بعض المشكلات التي تعترض حالة المريض الصحية ، وأن نسبة 70% من المبحوثين (وهي أعلى نسبة) توافق على أن لعملية التفاعل بين الطبيب والمرضى أهمية كبرى في سرعة تماثل المريض للشفاء .

4- صعوبات الدراسة:

لاشك أن كل عمل حثيث لا يخلو من صعوبات ومتاعب تعيقه ، وهي في حقيقة الأمر محفزات على العمل الجاد والدءوب والمثابرة والبحث الجاد .

وقد واجهتني في هذه الدراسة صعوبات لم تزدني إلا إسرارا على مواصلة مشواري ، ومن بين أهم الصعوبات الأتي :

1- عدم توفر المراجع التي تتحدث عن موضوع الدراسة بشكل خاص وعلم الاجتماع الطبي بشكل عام .

2- عدم تفهم الأطباء لأهمية الأسئلة المفتوحة ، حيث يلاحظ عدم إجابتهم عليها .

3- يعتبر وقت الطبيب من أهم معوقات الدراسة ، حيث يتحجج الأطباء بعدم وجود الوقت الكافي للإجابة على أسئلة الاستبيان مما تسبب في تأخير جمع البيانات .

5- توصيات البحث :

من خلال الدراسات السابقة لهذا البحث والإطار النظري وتحليل البيانات والنتائج يمكن أن نخلص لعدد من التوصيات التي يوصي بها الباحث للمهتمين بمجال علم الاجتماع الطبي ومجال الصحة العامة والعلاقات الاجتماعية الطبية وهي على النحو الآتي :

1- ضرورة وجود أخصائي اجتماعي ونفسي في مستشفيات الإيواء للإطلاع على حالات المرضى وتشخيصهم .

2- تدريس المواد الإنسانية في كليات الطب والصحة لعامة وصحة المجتمع والتي تعالج فيها الأمراض الناشئة عن المشاكل الاجتماعية .

3- إعادة وتأهيل وتدريب الممرضين والممرضات على كيفية إبراز العامل الاجتماعي في العمل المهني وتقديم المساعدة الأزمة للأطباء والمرضى .

4- الاهتمام بالمرضى ومعالجة المشاكل الصحية الناتجة عن آثار البيئة الاجتماعية وضغوط الحياة اليومية .

5- وضع سياسة صحية تتبناها كليات الصحة العامة للحد من مشكلات الفرد داخل محيط بيئته إذا ما أصيب بأي مرض ، وبث الوعي الصحي في المجتمعات المحلية عن طريق التوعية والإرشاد .

6- تجهيز المستشفيات بكل مايلزم لراحة المريض النفسية والصحية لما لها من آثار إيجابية على استجابة المرضى للعلاج والتغلب على المرض الناتج عن الوضع الاجتماعي السيئ .

7- توعية الأطباء والممرضين والممرضات والعاملين في مجال الصحة بأهمية البحث العلمي وما له من مردود إيجابي لصالح المجتمع والمؤسسة الصحية والطبيب والمريض .

6- الخاتمة :

إن عملية إدراك الطبيب للعوامل الاجتماعية و الثقافية في إصابة و علاج بعض الأمراض، تعد من أساسيات العمل الطبي و الذي يقوم على التفاعل الاجتماعي بين الطبيب و مرضاه .

فإدراك عملية استجابة حسية ، لمثيرات اجتماعية و سلوكية معينة و ليست مجرد أشكال حسية ، ويهدف من خلال هذه الاستجابة إلي القيام بنوع معين من السلوك تجاه المثيرات المختلفة .

أن عملية الإدراك ليست بالأمر الهين في علاج الأمراض ، فهي عملية تشخيص دقيق للمرض و معرفة معناه العضوي و الاجتماعي و طريقة تصنيفه في سلم الأمراض الاجتماعية و إيجاد العلاج المناسب لهذا المرض .

أن المرض الاجتماعي لا يبدو بصورة مختلفة عن المرض العضوي و يمكن ملاحظة المرض الاجتماعي و إدراكه من خلال الفحص الدقيق لمحيط البيئة التي يعيش فيها المريض ، ومستواه العلمي و خبراته عن المرض الذي يعاني منه و نوع العمل الذي يقوم به في حياته العامة وعدد أفراد أسراته و غيرها من المتغيرات التي تتحكم في حياته الاجتماعية .

كل تلك المتغيرات تعطي مؤشرات للطبيب عن حالة و نوع المرض الذي يعاني منه و الطريقة الصحيحة في علاجه .

فإدراك الطبيب يتوقف على دراسة هذه المتغيرات و غيرها للوصول إلى التشخيص الدقيق للمرض .

كما أن إدراك الطبيب لا يصل إلى هذا الحد بل يتعداه إلى معرفة الأسباب الحقيقية لزيارة المريض للطبيب وهل يدرك الطبيب المغزى الحقيقي لهذه الزيارة ، و ما إذا كان المريض يعاني من مرض عضوي أو مشاكل اجتماعية أثرت على مسار حياته العامة و أنتهي به الأمر إلى المرض العضوي أو أن زيارة المريض للطبيب هي عبارة عن و وسيلة للهرب من الدور الاجتماعي للمريض والمسؤوليات الملقاة على كاهل المريض

الملحق

الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية العظمى

جامعة التحدي – سرت

كلية الآداب والتربية

قسم علم الاجتماع

استمارة مقابلة

الأخ /الطبيب

بعد التحية

أتشـــرف بأن أرسل رفقة هذه الاستبانه للتعرف على بعض العوامل الاجتماعية والثقافية في تشخيص وعلاج بعض الأمراض اجتماعية المنشأ الرجاء التكرم شاكراً قراءة هذا الاستبانه بعناية ، ثم الإجابة عن الأسئلة المرفقة ، علماً بأن ما تدلون به من معلومات قيمة هدفها فقط البحث العلمي وليست لاى أغراض أخرى ومحاطة بالسرية التامة .

واشكر لكم سلفا حسن تعاونكم لما فيه من فائدة علمية وعملية

الباحث

⊂ الرجاء اختيار إجابة واحدة فقط ووضع علامة ☑ على الإجابة المناسبة .

أولا : معلومات عامة.

(1) **الخلفية الاجتماعية والاقتصادية والخبرة للطبيب .**

1. النوع : ذكر ☐ أنثى ☐
2. الحالة الاجتماعية : أعزب ☐ متزوج ☐ مطلق ☐ ارمل ☐
3. المستوى العلمي للأب : متعلم ☐ غير متعلم ☐ يقرا ويكتب ☐
4. المستوى العلمي للأم : متعلمة ☐ غير متعلمة ☐ تقرا وتكتب ☐
5. مهنة الأب :

موظف ( ) معلم ( ) متقاعد ( ) طبيب ( ) أعمال حرة ( )مزارع ( ) مهندس( )

6. مهنة الأم :

معلمة ( ) موظفة ( ) طبيبة ( ) ربة بيت ( ) متقاعدة ( )

7. دخل الأسرة : ضعيف ☐ متوسط ☐ عال ☐
8. المستوى العلمي : بكالوريوس ☐ ماجستير ☐ دكتوراة ☐
9. التخصص :

امراض نساء ( ) طبيب عام ( ) اخصائي باطنة ( ) جراحة عامة ( ) انف واذن وحنجرة ( ) طب اطفال ( ) اشعة ( ) عيون ( ) طب الاسرة ( ) نساء وولادة( ) جراحة مسالك بولية ( ) حميات ( ) امراض صدرية ( ) جلدية ( ) اسنان ( ) جراحة عظام ( ) تخدير ( ) صيدلة ( ) تغذية ( ) امراض نفسية وعصبية ( )

10 . سنوات الخبرة :

1- 5 ( ) 6- 10 ( ) 11- 15 ( ) 16- 20 ( ) 21- 25 ( )

26- 31( )

11 . العمر :

27- 31 ( ) 32- 36 ( ) 37- 41 ( ) 42- 46 ( ) 47- 51 ( )

ثانياً : العلاقات والتفاعل الاجتماعي بين الطبيب ومرضاه .

12- هل تسأل المريض عن أسباب المرض الحقيقية ؟

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

13- هل يفصح المريض في اعتقادك عن كل ما يسبب له المرض ؟

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

14- احرص على إعطاء تعليماتي للمرضى بنفسي وأوضح لهم طرق العلاج .

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

15- أعطي تعليمات العلاج للمرضى عن طريق الممرضة .

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

16- هل تتبادل الآراء والأفكار بينك وبين المريض في كيفية القضاء على المرض ؟

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

17- هل يتعاون معك المريض في معرفة أسباب المرض الذي يعني منه ؟

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

18- هل يتعاون معك المريض بأتباع نصائحك الطبية للوصول إلى الشفاء ؟

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

19- هل يتعامل معك المريض بمودة وتفاهم ؟

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

20- هل تعتقد أن من مهام الطبيب أن يجعل المريض ينظر له كمحط للثقة ؟

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

21- هل تعتقد أن المريض ينظر للطبيب على أنه عامل مساعد على الشفاء فقط ؟

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

22- هل يأخذ الطبيب بالعوامل الاجتماعية والثقافية المسببة للمرض والتي تؤدي إلى العلاج ؟

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

23- أتعامل مع المرضى الذين يعانون من أمراض خطيرة ومزمنة معاملة خاصة .

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

24- ليس من الضروري وجود أي نوع من العلاقات الاجتماعية بين الطبيب والمريض .

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

25- أتأفف من بعض المرضى أثناء التعامل معهم .

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

26- استمتع بعملي عند إقامة علاقة صداقة مع مريض .

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

27- أؤيد زيارة المريض في البيت والكشف عليه .

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

28- من الضروري مناقشة المرضى في موضوع مرضهم ومصارحتهم .

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

29- يلجأ المرضى في كثير من الأحيان إلى الطبيب من اجل النصيحة فقط .

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

30 – اشياء أخرى تذكر كتابتا :

الراحة النفسية ( ) لثقة المريض في الطبيب ( )

31- العلاقة غير الرسمية بين الطبيب والمريض تؤدي إلى وجود نوع من الارتياح بين الطرفين .

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

32- العلاقة الجيدة بين الطبيب والمريض تجعل المريض يصارح الطبيب بمشاكله الشخصية وطلب مساعدته .

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

33- اعتقد أن وجود علاقة بين الطبيب والمريض تؤدي إلى سرعة التماثل للشفاء .

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

34 – هل ترى أن هناك فرق في الكشف والمعاملة على المريض في المستشفى العام والعيادة الخاصة ؟

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

35 – إذا كان هناك فرق فما هو

لوجود وقت كافي في العيادة الخاصة ( ) لتوفر الإمكانيات في العيادة الخاصة ( )

حسن المعامل في العيادة الخاصة ( ) لعدم وجود ازدحام في العيادة الخاصة ( )

ثالثاً : إدراك الطبيب للعوامل الاجتماعية والثقافية لإصابة وعلاج بعض الأمراض .

36- معظم المرضى الذين أعالجهم لديهم قدر من الوعي الصحي .

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

37- إن المرضى الذين أعالجهم يتقيدون بتعليماتي في العلاج والمراجعة .

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

38- يُرجع كثير من المرضى مرضهم لأسباب غيبية كالسحر والحسد .

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

39- هل توافق بأن المرض هو حدث اجتماعي يمكن تفسيره خارج علم الحياة وعلم الطب

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

40- عند علاج المرضى يجب إدخالهم من ضمن نموذج السلوك المنحرف ؟

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

41- لعلاج الأمراض هل يجب أن نفهم الخصائص الفسيولوجية والبيولوجية للشخص فقط

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

42- كثير من المرضى يحملون ثقافات منغلقة ولا يتقبلون تعليمات الطبيب .

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

43- لا أتعامل مع المرضى الذين لا يتقيدون بتعليمات الطبيب .

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

44- تلعب ثقافة المرضى دورا اساسيا في إصابتهم بالمرض .

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

45- هل تسأل المريض عن عمره ونوع عمله قبل عملية الكشف علية ؟

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

46- هل تعتقد أن العمر والمهنة لها علاقة بالمرض ؟

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

47- أتعامل مع المرضى بالكلام فقط ولا ضرورة للكشف عليهم .

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

48- أتعامل مع المرضى بالكلام والكشف الطبي معاً .

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

49- هل تسأل المريض عن خبرته ومعلوماته حول المرض الذي يعاني منه .

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

50 – ما معنى المرض عند المريض من وجهة نظرك ؟

المرض عارض ومسبب للألم ( ) هو الإحساس بالألم فقط ( ) هو عدم الراحة الجسمية والنفسية ( ) هو تغير أو عجز عن أداء الوظائف الفسيولوجية ( )

51- كم من الوقت تقض للكشف على المريض ؟

خمس دقائق ( ) عشر دقائق ( ) خمسة عشر دقيقة ( ) لا اعرف ( )

52- ما تقييمك لتقييم المريض لنفسه ؟

- تقييم علمي من حيث الأسباب والعلاج ( )

- تقييم غير علمي من حيث الأسباب والعلاج ( )

53 – إذا كان تقييمه غير علمي فلماذا ؟

عدم وجود ثقافة علمية حول المرض ( ) عدم فهم المريض لطبيعة المرض ( ) لنقص الوعي ( ) لمقارنة المريض نفسه مع مريض آخر ( )

رابعاً : إدراك الطبيب .

54- أدرك أن هناك أمراض ذات طبيعة اجتماعية .

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

55- اعتقد أن بعض من يترددون على الطبيب للعلاج يتمارضون .

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

56- اعتقد أن بعض من يترددون على الطبيب للعلاج هم مرضى يتوهمون المرض .

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

57- اعتقد أن من يترددون على الطبيب هم مرضى بالفعل .

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

58 – اعتقد أن من يترددون على الطبيب يحاولون التهرب من بعض المسؤوليات الاجتماعية والاقتصادية ؟

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

59- اشعر أحيانا بأنني لا أستطيع تشخيص المرض بدقة .

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

60 – إذا كان الجواب بنعم فلماذا ؟

لكثرة الحالات التي أعالجها ( ) لوجود أمراض خارج تخصصي ( ) لاختلاف الشكوى عن أعراض المرض ( ) لعدم إلمامي بالنواحي التطبيقية للمرض ( ) لعدم قدرة المريض على وصف حالته بدقة ( ) لتغير الحالة المرضية للمريض بعد تناوله علاج غير مقرر ( ) هناك أمراض ليست عضوية ( ) لتجدد الأمراض والعلم ( ) لقلة المعدات الطبية والتجهيزات ( )

61- هل يمكنك فهم السلوك الاجتماعي للمريض عند تشخيصه .

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

62- هل يمكن أن تدرك السبب الحقيقي لزيارة المريض للطبيب .

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

63 - يتقبل المريض تعليماتي إذا كان بيني وبينه اتصال مباشر .

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

64- هل تستطيع تشخيص المرض إذا كان اجتماعي المنشئ .

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

65- كثير من الأمراض يمكن علاجها بوسائل اجتماعية .

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

66 – هل تجد اختلاف بين المرضى في وصفهم حالتهم المرضية من حيث الأسباب والأعراض ؟

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

67- هل توافق مع القول أن أسباب الأمراض تبدأ أسباب اجتماعية ثم نفسية ثم بيولوجية ؟

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

68- إن أهم ما في العملية العلاجية هو التفاعل بين الطبيب والمريض .

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

69- ليس من الضروري إخبار المريض بموضوع مرضه .

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

70- إن ضغط الحياة النفسي والاجتماعي سبباً في الإصابة بالمرض .

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

71- كيف تعرف أعراض المرض عند المريض ؟

بسؤله ( ) بالكشف ( ) بالنظر إلية ( )

خامسا : الظروف الفيزيقية

72- هل تتمتع بمميزات مادية في عملك بالمستشفى ؟

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

73- هل راتبك الشهري يكفي حاجتك ويوفي التزاماتك الخاصة ؟

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

74- هل ترغب بالعمل في العيادات الخاصة لزيادة دخلك الشهري ؟

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

75 – هل هناك فرق في التعامل مع المرضى في العيادات الخاصة والعامة ؟

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

76 - ما ابذله من جهد لا يتناسب مع ما احصل عليه من مرتب ؟

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

77- هل أنت راض عن مكانتك الطبية بالمستشفى ؟

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

78- إذا كنت غير راض فلماذا ؟

لطموح الطبيب إلى الأفضل ( ) لعدم توفر الإمكانيات اللازمة ( ) لسوء الإدارة ( ) لعدم إتاحة الفرصة لي لتقديم ما لدي من خبرة ( ) لكثرة المسؤوليات الخاصة ( ) لقلة العائد المادي ( )

79 – هل المستشفى مجهز بكل مايلزم لعلاج المرضى ؟

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

80- هل التهوية في غرف المستشفى جيدة وتساعد على العلاج والشفاء من الأمراض ؟

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

81- هل الطعام الذي يقدم للمرضى في المستشفى يتناسب وحالتهم الصحية ؟

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

82 – هل نوعية وكمية العلاج المتوفرة في المستشفى كافية لإتمام عملية العلاج ؟

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

83- هل هيئة التمريض مؤهلة بشكل يسمح لهم بتقديم المساعدة الفنية للطبيب وتسهيل عمله؟

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

84 – هل تعتقد أن المستشفى هو المكان المناسب لراحة المريض وتلق العلاج ؟

نعم ( ) لا ( ) محايد ( )

جدول عمل الأطباء بمستشفى الشهيد امحمد المقريف المركزي
اجدابيا خلال الأسبوع

ت	اسم القسم	عدد الأطباء المناوبين في اليوم	المجموع الكلي في الأسبوع
1	الباطنـــــــــــه	3	21
2	الجراحـــــــــــة	4	23
3	التخديـــــــــــر	2	15
4	الولادة وأمراض النســاء	2	15
5	العظـــــــــام	3	11
6	أوذن وحنجـــــــرة	2	4
7	جراحة مسالـــــــك	1	4
8	أشعـــــــــــة	3	3
9	طبيب قلـــــــــب	1	2
10	طبيب منظـــــــار	1	2
11	المجمـــــــــوع	22	100

جدول رقم (1)

• المصدر : أمانة اللجنة الشعبية للصحة بشعبية اجدابيا 2006

المراجع

قائمة المراجع

أولا : المراجع .

1- إبراهيم عبدالهادي المليجي ، الرعاية الطبية والتأهيل من منظور الخدمة الاجتماعية ، المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية ، بدون سنة نشر .

2- إقبال إبراهيم مخلوف ، العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، 1991 .

3- أميرة منصور يوسف ، المدخل الاجتماعي للمجلات الصحية والطبية والنفسية ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، 1997 .

4- إحسان محمد الحسن ، موسوعة علم الاجتماع ، الدار العربية للموسوعات ، الطبعة الأولى ، بيروت ، لبنان ، 1999 .

5- إقبال حمد بشير ، إقبال إبراهيم مخلوف ، الرعاية الطبية و الصحية و المعوقين ، المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية ، بدون سنة نشر .

6- احمد فايز النحاس ، الخدمة الاجتماعية الطبية (التطبيق العلمي) فهمي للنشر والتوزيع، القاهرة ،1996 .

7- الوحيشي أحمد بيري ، عبدالسلام بشير الدويبي ، مقدمة في علم الاجتماع الطبي ، الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع و الإعلام ، طرابلس ، الطبعة الأولى ، 1989.

8- جبر متولي سيد أحمد ، أضواء على الصحة العامة ، بل برنت للطباعة و التصوير، القاهرة، 2000 .

9- جي روشية ، علم الاجتماع الأمريكي دراسة لإعمال تالكوت بارسونز ، ترجمة محمد الجوهري ، احمد زايد ، بدون سنة نشر ، ص 215 .

10- حسين عبد الحميد أحمد رشوان ، دور المتغيرات الاجتماعية في الطب و الأمراض ، المكتب الجامعي الحديث الإسكندرية ،1999 .

11- حمد عاطف غيث ، قاموس علم الاجتماع ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، بدون سنة نشر .

12- د.ج .أ. بارك و آخرون الموجز في طب المجتمع ، ترجمة الزروق الهوني ، سالم الحضيري ، منشورات مجمع الفاتح للجامعات ، طرابلس ، 1989 .

13- دوجال ماكاي ، علم النفس الإكلينيكي النظرية و العلاج ، ترجمة عباس محمود عوض ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، 2005 .

14- ديفيد كايدون موروربل ، ترجمة لبنى عبدالرحمن الطيب الأنصاري ، فن الممارسة الطبية العامة ، جامعة الملك سعود ، المملكة العربية السعودية ، 1995.

15- رأفت عسكر ، علم النفس الإكلينيكي التشخيص و التنبؤ في ميدان الاضطربات النفسية و العقلية ، مكتبة النهضة المصرية ، القاهرة ،2004 .

16 - زهير محمد نعمان ، أطباء الغد تحديات معاصرة واستراتيجية التغير ، مركز الدراسات السياسية والاستراتيجية ، 1997 .

17- زينب زهري ، صالح الزين ، دراسات في علم الاجتماع والانثربولوجيا ، الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع والإعلان ، الطبعة الأولى ، 1990 .

18- سعاد عثمان وآخرون ، الصحة والمرض من وجهة نظر علماء الاجتماع والانثربولوجيا ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، الطبعة الأولى ، 1999.

19- سميح ابومغلي ، عبد الحافظ سلامة ، علم النفس الاجتماعي ، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع ، عمان ، 2002

20- سلوى محمد عبد الباقي ، آفاق جديدة في علم النفس الاجتماعي ، مركز الإسكندرية ، بدون سنة نشر .

21- سعيد الصايغ ، الإيدز مرض الشباب ، شركة المطبوعات للتوزيع و النشر ، بيروت الطبعة الأولى ، 1988 .

22- شفيق رضوان ، علم النفس الاجتماعي ، مجمع المؤسسة الجامعية للدراسات و النشر و التوزيع ، بيروت ، الطبعة الأولى ، 1996 .

23- صلاح الدين شبل دياب ، صحة المجتمع ، مطبعة نور الإيمان ، 2003 .

24- طلال الناصر ، كيف يتعامل الأخصائي مع مرض الإيدز، WWW.Dr.Omar.com الرياض ، 2003 .

25- طلعت الدمرداش ابراهيم ، اقتصاديات الخدمة الصحية ، مكتب المدينة الزقازيق ، الطبقة الثانية ،2000 .

26- عبدالعزيز شرف ، نماذج الاتصال في الفنون والإعلام والتعليم وإدارة الأعمال ، الدار المصرية اللبنانية ، القاهرة ، 2003 .

27- على الهادي الحوات وآخرون ، دراسات في المشكلات الاجتماعية ، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية ، طرابلس ، الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية العظمى ، 1985

28- عبدالله محمد عبدالرحمن ، علم الاجتماع النشأة والتطور ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، 2003 .

29- عبد الفتاح محمد دويدار ، في علم النفس الطبي و المرضي و الإكلينيكي ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، 2005 .

30- علي المكاوي ، محمد الجوهري ، علم الاجتماع الطبي ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، 1990 .

31- عبد الفتاح عثمان ، علي الدين السيد محمد ، الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي ، مؤسسة نبيل للطباعة و الكمبيوتر ، القاهرة ، 1999 .

32- عبد الوهاب عبدالقادر، مصطفى الجلي ، السلوك الطبي و آداب المهنة ، جامعة الموصل، العراق ، الطبعة الأولى ، 1988 .

33- علي مكاوي ، الأنثربولوجيا الطبية دراسة نظرية و بحوث ميدانية ، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية ، 1994 .

34- علي عبد الرازق جلبي ، حسن محمد حسن ، علم الاجتماع الطبي ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، 2000 .

35- عبد المحي محمود حسن صالح ، الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي و الثقافي ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، 2003 .

36- على احمد على ،الصحة النفسية ومشكلاتها ووسائل تحقيقها ،مكتبة عين شمس، القاهرة ،بدون سنة نشر .

37- عبدالله عامر الهمالي ،التحديث الاجتماعي معالمه ونماذج من تطبيقاته ، الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع والإعلان ، مصراته ، الجماهيرية العظمى ، الطبعة الأولى ، 1986 .

38 – على الدين السيد محمد ، محمد محمود عويس ، التدريب العملي في الخدمة الاجتماعية ، دار بل برنت ، القاهرة ، 1998 .

39 - عبدالله معمر ، الطب الشعبي والتطور الاجتماعي في اليمن ، مكتبة مدبولي ، الطبعة الأولى ، 1999 .

40- عبدالعزيز على الخزاعلة ، مكانة وادوار الممرضين والممرضات في النسق الطبي ، www.uqu.sa .

41- عبدالله محمد عبدالله ، سوسيولوجيا المستشفى ، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية ، 1988 .

42- غريب سيد أحمد ، دراسات في علم الاجتماع العائلي ، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية ، 1995 .

43- فهمي سليم الغزوي ، المدخل إلى علم الاجتماع ، دار الشرق ، عمان ، 1997 .

44- لندال دافيدوف ، مدخل علم النفس ، ترجمة سيد الطوب و آخرون ، الدار الدولية للنشر و التوزيع ، القاهرة ، الطبعة الثالثة ، 1992 .

45- محمد احمد بيومي ، الأبعاد الاجتماعية للرفض الاجتماعي لمرض الجذام ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، 1985 .

46- محجوب عطية الفائدي ، مبادئ علم الاجتماع والمجتمع الريفي ، جامعة عمر المختار ، البيضاء ، الطبعة الأولى .

46- محمود جمال ماضي أبو العزائم ، علاقة الطبيب بالمريض ، www.elzayem.com .

47- محمد علي محمد ، دراسات في علم الاجتماع الطبي ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، 1991.

48- محمد خليل الشاذلي و آخرون ، طب المجتمع ، منظمة الصحة العالمية ، بيروت ، لبنان ، 1999

49- محمد رفعت ، قاموس الإيدز الطبي ، دار و مكتبة الهلال ، بيروت ،1991

50- محمد رفعت ، قاموس الرجل الطبي ، دار و مكتبة الهلال للطباعة و النشر ، بيروت ، الطبعة الثانية ، 1995 .

51- محمد عاطف غيث ، قاموس علم الاجتماع ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، بدون سنة نشر .

52- مصطفى غالب ، في سبيل موسوعة نفسية ، منشورات دار ومكتبة الهلال ، بيروت ، 1978 .

53- محمد يسري دعبس ، الاتصال والسلوك الإنساني ، البيطاش سنتر للنشر والتوزيع ، الإسكندرية ، 1999 .

54- ماجدة السيد حافظ ، محاضرات في علم الاجتماع الطبي ، مكتبة الحرية الحديثة ، جامعة عين شمس ، بدون سنة نشر .

55- محمد سلامة غباري ، السيد عبدالحميد عطية ، الاتصال ووسائله بين النظرية والتطبيق ، المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية ، 1991.

56- ميشيل مان ، موسوعة العلوم الاجتماعية ، ترجمة عدل مختار الهواري ، سعد عبد العزيز مصلوح ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، 1999 .

57- نيقولا تيماشيف ، نظرية علم الاجتماع طبيعتها وتطورها ، ترجمة محمد عودة وآخرون ، دار المعارف،القاهرة ، الطبعة السادسة ،1980.

58- نازك سابا يارد ، الرحالون العرب و حضارة الغرب في النهضة العربية الحديثة ، دار نوفل ، الطبعة الثانية ، 1992 .

59- نبيل صبحي حنا ، الطب و المجتمع ، مكتبة الانجلو المصرية القاهرة، 1987 .

60- نادية عمر ، العلاقة بين الأطباء والمرضى دراسة في علم الاجتماع الطبي ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، 1993 .

61- نجاح قدور ، أسس علم الاجتماع ، دار النخلة للنشر ، تاجوراء ، الجماهيرية العظمى ، 1999 .

62- هناء حافظ بدوي ، الاتصال بين النظرية والتطبيق ، المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية ، 2003 .

63- يوسف إبراهيم المشيني ، علم الاجتماع الطبي ، دار المستقبل للنشر و التوزيع ، عمان ، الأردن ، 2000 .

ثانيا : الدوريات .

1- ابوبكر يوسف شلابي ، بعض ملامح الأنثربولوجيا الطبية ، مجلة العلوم الإنسانية العدد الثاني ، 1991.

2- فتح الله السنوسي الجدي ،المسؤولية الطبية الليبية فيما يتعلق بمرضى الإيدز، مجلة الملتقى، السنة الثالثة ، العددان 7،8 ، 2005 .

3- ميكو ياما موتو وآخرون ، تحليل بيني للصحة العامة في اليابان ، ترجمة جميل على حمدي، المجلة الدولية للعلوم الاجتماعية ، العدد الثاني والثلاثون ، السنة الثامنة ، 1978

4- مانوشهر محسني ، المرضى ولجوئهم للرعاية الصحية في إيران ، ترجمة عمر المكاوي ، المجلة الدولية للعلوم الاجتماعية ، العدد الثاني والثلاثون ، السنة الثامنة ، 1978

5- معن خليل عمر ، صراع التصنيع مع الثقافة الاجتماعية في الأسرة ، مجلة شئون اجتماعية، العدد الثامن عشر ، السنة الخامسة ، 1988.

ثالثا : الرسائل العلمية .

1- عاطف محمد شحاتة ، الأبعاد الاجتماعية لظاهرة تحمل الأفراد و لألام المرض ، رسالة دكتورة غير منشورة ، جامعة عين شمس ، القاهرة ، 1990 .

2– على عطية سعود ، الأبعاد الاجتماعية للأمراض التناسلية دراسة ميدانية في علم الاجتماع الطبي ، رسالة ماجستير غير منشورة ، 1992 .

3- فوزي عبدالرحمن ، دراسة انثروبولوجية للممارسات الطبية الشعبية في الريف المصري مع التطبيق على أحدى القرى ، رسالة ماجستير غير منشور ، جامعة عين شمس القاهرة ، 1984 .

4- ماجدة محمد عبدالحميد فايز ، بعض أنماط الصحة والمرض لدى أطفال الطبقات المختلفة ، رسالة دكتورة غير منشورة ، جامعة الزقازيق ،1997.

5- نادية فؤاد حميدو ، البناء الاجتماعي للمستشفى ، رسالة كتوراة غير منشورة ، جامعة الإسكندرية ، 1988 .

6- نادية محمد السيد عمر، العلاقات بين الأطباء و المرضى ، رسالة دكتورة غير منشورة ، جامعة الإسكندرية ، بدون سنة نشر.