



| | |
|-------------------|--|
| العنوان: | سوسيلوجية علاقة الطبيب والمريض في نسق " طب الأسرة " : دراسة ميدانية |
| المصدر: | مجلة كلية الآداب |
| الناشر: | جامعة المنصورة - كلية الآداب |
| المؤلف الرئيسي: | خليل، نجلاء عاطف |
| المجلد/العدد: | ع 43 |
| محكمة: | نعم |
| التاريخ الميلادي: | 2008 |
| الشهر: | أغسطس |
| الصفحات: | 454 - 544 |
| رقم MD: | 144345 |
| نوع المحتوى: | بحوث ومقالات |
| قواعد المعلومات: | AraBase |
| مواضيع: | العلاقات الانسانية، الرعاية الصحية، الأطباء ، المرضى، مصر، الاحوال الاجتماعية، المسؤولية الاخلاقية، مهنة الطب، الخدمات الصحية، طب الأسرة، الأمانة المهنية، الأخلاق المهنية |
| رابط: | http://search.mandumah.com/Record/144345 |



جامعة المنصورة

كلية الآداب

سوسيولوجية علاقة الطبيب والمريض في نسق « طب الأسرة »

« دراسة ميدانية »

دكتورة

نجلاء عاطف خليل

المدرس بقسم الإجتماع

كلية الآداب - جامعة المنصورة

مجلة كلية الآداب . جامعة المنصورة

العدد الثالث والأربعون - المجلد الثاني - أغسطس ٢٠٠٨

سوسيولوجية علاقة الطبيب والمريض

في نسق " طب الأسرة "

د. نجلاء عاطف خليل

مقدمة :

انتهجت الدولة سياسة طموحة تهدف إلى التغطية الشاملة بخدمات الرعاية الصحية الأساسية لجميع أفراد المجتمع ، وأدخلت مفهوم " طب الأسرة " في القرى والنجوع والمناطق الحضرية على حدٍ سواء . وتم تطبيق هذا النظام في بعض مراكز مختارة في محافظات مصر ، كنظام متكامل لتقديم الخدمة الصحية للأسرة المصرية ، من خلال توفير الرعاية الصحية الأولية (المتكاملة والشاملة والكلية) .

والتساؤل هنا .. هل حقق هذا النظام بعده الاجتماعي بالشكل والمستوى الذي يتوافق مع الأحوال الاجتماعية لأفراد المجتمع ويستجيب لمشاركتهم الكاملة ويزيد من التعاون والتفاعل بين الطبيب والمريض وبحيث يضمن ثقة ورضاء الأسرة والمجتمع ؟

ومع أن ثقة ورضاء أفراد المجتمع ليسا المؤشر الوحيد لقياس مستوى وجودة الرعاية الصحية في المجتمع ، فهناك أبعاد أخرى عديدة ينبغي أخذها في الاعتبار مثل الإتاحة والتمويل والملاءمة والمهارة المهنية للأطباء والتقنيات الطبية الحديثة ... فسيبقى الدور الاجتماعي للطبيب المعالج هو الدور الأعظم ، كما ستظل العلاقة بين الطبيب والمريض من أهم محددات الثقة والرضاء عن الخدمات الصحية والعلاجية ؛ لأنها تمثل حجر الزاوية في الممارسة الإكلينيكية في نظام طب الأسرة والوسيلة العلاجية الأقوى .

ومن هنا جاءت فكرة هذه الدراسة " سوسيولوجية علاقة الطبيب والمريض في نسق طب الأسرة " .

هدف الدراسة :

تسعى هذه الدراسة إلى الكشف عن أهمية العلاقات الإنسانية بين الطبيب والمريض ، وانعكاسها على تحقيق الأهداف المرجوه من نظام طب الأسرة ، وذلك في إطار الأدوار الاجتماعية للطبيب والمريض والمسئولية الأخلاقية للأطباء والعوامل المؤثرة فيها .

فرضيات وتساؤلات الدراسة :

تقوم فكرة هذه الدراسة وموضوعها على ست فرضيات هي :

أولاً : تعد العلاقة بين الطبيب والمريض من قبيل العلاقات الإنسانية ، وكما تحسنت أساليب التفاعل بين الطبيب والمريض - وهو موضوع اهتمام علم الاجتماع الطبى من حيث الكشف عن العوائق والصعوبات التى تعترض هذا التفاعل وتحد من فاعليته- كلما تحسنت العلاقة بين الطبيب والمريض - وهو موضوع اهتمام علم الاجتماع الطبى من حيث الكشف عن العوائق والصعوبات التى تعترض هذا التفاعل وتحد من فاعليته - كلما تحسن أداء الخدمة والرعاية الصحية لكافة أفراد المجتمع ، باعتبار أن موضوع هذه العلاقة له طبيعة سوسولوجية أكثر منها نفسية.

ثانياً : احساس المرضى بايجابية العلاقة مع الأطباء يلعب دوراً مهماً فى بناء الثقة والشعور بالرضاء عن النظام الصحى " طب الأسرة " وانطوائهم داخله ، والعكس ، فإن احساسهم بسلبية هذه العلاقة وشعورهم بالإهمال ، يؤدى إلى انهيار الثقة فى النظام ، ويجعلهم أقل انتفاعاً بالخدمة الصحية ، وهو ما قد يؤدى فى النهاية إلى ضياع حقوق الأفراد فى هذه الخدمة ، وتحملهم أعباء إضافية للحصول عليها من مصادر أخرى.

ثالثاً : العلاقة القوية القائمة على الثقة المتبادلة بين الطبيب والمريض بعد لقاءهما الأول ، لها وقع مهم على نجاح الرعاية الطبية ؛ والعكس ؛ لأن هذه العلاقة غالباً ما تُقَيِّم (وخاصةً فى حالة المرض المزمن) بمدى التزام المريض بالنصيحة الطبية - وهو الالتزام الذى يفترض مسئولية المرضى وتعاطف الأطباء شرطاً مسبقاً له - ومن ثم يقتضى بناء علاقة تعاونية واضحة ومعلنة قائمه على الثقة المتبادلة بينهما .

رابعاً : أن تطور العلاقة بين الطبيب والمريض فى نظام طب الأسرة ، من نموذج علاجى ثنائى (علاقة بين طبيب ومريض) ، إلى نموذج أنساق أسرية (علاقة بين طبيب ومريض وأسرة) إنما يعبر عن تجسيد هذا النظام للعلوم الاجتماعية والسلوكية فى مجال الرعاية الصحية للأسرة .

خامساً : هناك دور مهم للثقافة فى قضايا الصحة والمرض لدى الأسرة المصرية من خلال الأنثروبولوجيا الثقافية والطبية ، حيث تعد الأنثروبولوجيا مصدراً مفيداً للفهم الواعى لممارسات الأسرة الصحية ولها صلة وثيقة بطب الأسرة ودور أساسى لفهم الثقافة الصحية للأسرة والأنساق الطبية فى مجال الرعاية الصحية ، سواء كروية نظرية أكاديمية للأبعاد الثقافية للصحة والمرض فى سياق الممارسة الأسرية ، وكرؤية تطبيقية إكلينيكية تركز على المعرفة والتقنيات الأنثروبولوجية التى يستخدمها طبيب الأسرة فى هذا المجال .

سادساً : تضمين الأبعاد الثقافية والاجتماعية للصحة والمرض فى نظام طب الأسرة ، كمضمون ومجال مهارات للممارسة الطبية يكشف - من ناحية - عن حاجة أطباء الأسرة لفهم أعمق للخلفيات الثقافية للمرضى وأسراهم والسياق الأيكولوجى والمجتمعى الذى يعيشون فيه ، ويساعدهم - من

ناحية أخرى - على التعامل مع هذه الأبعاد بفاعلية أكثر لتوفير رعاية صحية أساسية موجهة بالجماعة ، وبناء علاقات قوية مع المرضى قائمة على الثقة والمشاركة .

ويترتب على هذه الفرضيات مجموعة من التساؤلات ، تحاول الباحثة مناقشتها والإجابة عنها من خلال موضوع هذه الدراسة . وهذه التساؤلات هي :

١ - ما هو نسق طب الأسرة في المجتمع المصري ؟ وما هو دوره الفعلى فى عمليات الرعاية الصحية الأساسية للأفراد والأسر ؟ ومن هو طبيب الأسرة ؟ . وما هو مستوى المهارات والتقنيات التى تؤهله لتقديم الرعاية الطبية الشاملة والمستمرة لهم ؟

٢ - ما هو مفهوم العلاقة بين الطبيب والمريض فى نسق " طب الأسرة " من منظور علم الاجتماع الطبى ؟ وما هى طبيعة هذه العلاقة وما هى أنماطها ؟ وكيف تتحدد مستوى الثقة فى العلاقة بين الطبيب والمريض ؟

٣ - هل هذه العلاقة محاطه ببعده وجدانى (حيادى) من جانب الطبيب نتيجة لتعليمه الطبى وتنشئته الاجتماعية - كما يفترض بارسونز - أم أنها أصبحت علاقة تعاقدية (تصاقفية) بين طبيب ومريض ؟

٤ - ما تأثير العوامل التكنولوجية (التطورات الفنية) وكذلك العوامل الاقتصادية (كبح التكلفة - ونسق التأمين الصحى) على العلاقة بين الطبيب والمريض ؟

٥ - هل تخول الصفة المهنية للأطباء حق احتكار تعريف الصحة والمرض ، ومن ثم يستخدمون سلطاتهم خلال التشخيص لتوسيع نطاق سيطرتهم على

المرضى ، أم أنهم يعتمدون في ذلك على فهم الأبعاد الثقافية والاجتماعية للصحة والمرض ؟

٦ - ما هي نماذج اتخاذ القرار العلاجي التي تتضمنها العلاقة بين الطبيب والمريض ؟ وما هو السياق الثقافي والاجتماعي والمرضي الذي يحدد هذه النماذج؟

٧ - ما هو مستقبل طب الأسرة في ضوء الدور المأمول منه ؟

المنهج وأدوات الدراسة :

اعتمدت الباحثة في هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي ، كأحد المناهج المستخدمة في البحوث الاجتماعية والأنثروبولوجية ؛ لوصف وتحليل العلاقة بين الطبيب والمريض في ضوء نسق طب الأسرة في مصر وتأثيرها على مستوى وجودة الرعاية الصحية المقدمة من خلال هذا النسق . كما استعانت الباحثة بمنهج المسح بالعينة من خلال جمع بيانات توضح خصائص عينة الدراسة واتجاهاتها وآرائها باستخدام إحدى أدوات البحث الاجتماعي ، وهي استمارة البحث *Questionnaire* ؛ وذلك بغية الوصول إلى البيانات الدقيقة حول جمهور البحث المتمثل في المرضى وأسرهم وعينة من الأطباء العاملين في مجال طب الأسرة ، بالاستفادة من استمارة الاستبيان ملحق (١) ، وملحق (٢) ، والتي قامت الباحثة بتصميمها واختبارها وعرض وتحليل نتائجها الإحصائية وما تشير إليه من معاني ودلالات .

مجالات الدراسة :

المجال الزمني : استغرقت الدراسة فترة ستة أشهر ، حيث تم جمع

البيانات الميدانية من أول يناير حتى نهاية يونيو ٢٠٠٨ م .

المجال الجغرافي : تم تطبيق الدراسة على قرى العريزه والنسايمه بمركز المنزله بمحافظة الدقهليه .

المجال البشري : اشتملت عينه الدراسة التي طبق عليها أدوات البحث على (١٠٠) مائة حالة من المرضى وأسرههم ، و(٢٨) ثمانية وعشرين طبيباً من العاملين في مجال طب الأسرة بمركز المنزله .

المفاهيم الأساسية المرتبطة بموضوع الدراسة :

أولاً : مفهوم العلاقة الإنسانية في الطب :

يعد مفهوم العلاقة الإنسانية (*Human Relationship*) مفهوماً جديداً في عالم الطب ، فعادة ما ينصب اهتمام الأطباء - من الناحية التقليدية - على موضوعات عامة ، مثل البنى التشريحية والجروح والمضادات الحيوية ، وما إلى ذلك ، ثم اتسع المجال في هذه الآونة ليشمل مفهوم " الوظيفة " . وغالبا ما ينظر إلى ظاهرة العلاقة الإنسانية وكأنها " حالة " ، أو " وظيفة " . ولكنها في الحقيقة لا هذه ولا تلك ، إنها على الأصح علاقة " تجريدية " تختص بوصف وتناول وقائع وأحداث ملاحظاته معينة ، وتسلم جدلا بمفاهيم البناء " *Structure* " والوظيفة *Function* " (١) .

ثانياً : مفهوم العلاقة الإنسانية من منظور علم الاجتماع الطبي :

لقد طور علم الاجتماع الطبي من مفهوم العلاقات الإنسانية ، ونظر إليها باعتبارها علاقات اجتماعية مركبة في المجتمع المعاصر ، وقدم مدخلاً متخصصاً لدراسة العلاقات الإنسانية في مجالات متعددة ، مثل السياسة والاقتصاد والطب وغيرها . ومع ظهور علم الاجتماع الطبي في القرن

الماضى، استتبع ذلك الاهتمام بموضوع العلاقة بين الطبيب والمريض ، وأوضح أن أهميتها لا تقتصر على مجرد عملية التشخيص والعلاج ، وإنما تقوم على أسس اجتماعية ومهنية وأخلاقية ، تتجلى فى عملية التفاعل التى تحدث بين الطبيب والمريض .

ثالثاً : مفهوم العلاقة بين الطبيب والمريض :

ينظر إلى العلاقة بين الطبيب والمريض باعتبارها علاقة تنشأ بينهما ، بسبب العملية العلاجية والرعاية الصحية التى تجرى للمريض سواء فى عيادة الطبيب أو المستشفى الذى يتلقى علاجه فيها ، وسواء كان ذلك أثناء عملية الفحص أو الاستشارة الطبية أو طوال فترة العلاج والمتابعة .

وتمثل هذه العلاقة شكلاً من أشكال العلاقات الإنسانية ، بوصفها علاقة اجتماعية مركبة فى المجتمع المعاصر ، تمضى فى ضوء أدوار محددة للطبيب والمريض ، يشغل فيها الطبيب موقع " المسيطر " بمقتضى معرفته التخصصية وتأهيله العلمى ، ويقوم المريض بدور الشخص " المستسلم " أو " المتعاون " أو "المشارك" فى العملية العلاجية ، ومن ثم توصف بأنها علاقة " غير متماثلة " *Asymmetrical* ، وتحدد أنماطها بناء على نوعية الحالة المرضية التى يكون عليها المريض ، وتبعاً لحالته الاجتماعية والثقافية (٢) .

ومن ثم فهى تدرس فى ضوء طبيعتها ، خاصة وأنها تمثل ارتباطاً مشتركاً بين طرفين، بمعنى أنها علاقة تجريدية تجسد تفاعل شخصين ، أو تتجسد فى شبكات مركبة من العلاقات بين الطبيب والمريض وأسرته وأقربائه وزملائه.

رابعاً : مفهوم الثقة فى العلاقة بين الطبيب والمريض :

يختلف مفهوم الثقة بين العلوم الإنسانية ، فالثقة بوصفها سمة شخصية فى الفرد ، تم التأكيد عليها من قبل علماء النفس ، وترى من المنظور السيكولوجى مجموعة توقعات داخل حدود وقيود رياضية دقيقة - أما علماء الاجتماع فيفسرونها بأنها سمة شخصية فى الفرد تقبل التطبيق على العلاقات بين الناس ، ويتم ملاحظتها فى سلوك الأفراد فى المواقف التى يتعرضون فيها لاحتمال الخطر^(٣) .

وتصنف الثقة فى ثلاث طبقات هى ^(٤) :

- ١ - الثقة الفطرية *Dispositional Trust*
- ٢ - الثقة المكتسبة بالتعلم *Lernt Trust*
- ٣ - الثقة الموقفية *Situational Trust*

والثقة فى العلاقات بين الأطباء والمرضى هى من قبيل الثقة الموقفية بوصفها المسئولة عن تحديد السلوكيات والأفعال فى أى وقت ، وتتنبثق عن الخبرة وتتغير نتيجة لحدوث مقارنات فى المواقف أو تبعاً لاستظهار أى جديد فيها . ومن ثم فهى وليدة تفاعل ومناقشة متطورين ومستمرين طوال الوقت بين الأشخاص . ويتوقف الوقت المطلوب لبناء ثقة موقفية بين الأفراد على تعرضهم للثقة (وظيفية الثقة الفطرية) وعلى إحداث العلاقة (وظيفية الثقة المكتسبة بالتعلم) وعلى طبيعة الموقف .

خامساً : مفهوم الأسرة :

الأسرة (*The Family*) هي الخلية الأولى في المجتمع ، والوحدة الأساسية في البناء الاجتماعي " *Social Structure* " وتختلف تعريفات ومفاهيم الأسرة تبعاً لاختلاف مداخل دراستها .

وسواء اقتصر تعريف الأسرة في أبسط أشكالها " الأسرة النووية " المكونة من الزوجين والأبناء فقط ، أم اتسع ليشمل أفراداً آخرين غير الزوجين والأبناء كالأجداد والأخوات والأحفاد " الأسرة الممتدة " ، فهي وحدة اجتماعية في التنظيم العام للمجتمع ، وتتصف بالثبات والعمومية والانتشار ، وترتبط بين أعضائها الذين يقومون بالعديد من الوظائف والأدوار والمسؤوليات تبعاً لتنظيمها الداخلي ، ويتفاعلون فيها وتؤثر في شخصياتهم وتحدد سلوكياتهم بما يتفق والثقافة السائدة في المجتمع وفي ضوء الأعراف والتقاليد . ولها رؤيتها الخاصة للعالم ، وتنظيمها الاجتماعي الخاص ، ونظرتها الخاصة للصحة والمرض .

ومن منظور طب الأسرة - تعد الأسرة أياً كان قوامها - بمثابة مجتمع صغير يقوم على معايير اجتماعية وبيولوجية وبيولوجية ، وهي الشكل الذي يتوسط بين الفرد والمجتمع الأوسع ، ومن ثم فإن أي أسرة تعد وحدة اجتماعية وبيولوجية ، وقد نضم أفراداً غير مرتبطين بها بيولوجياً ، مثل الأقارب بحكم الزواج، غير أنهم جميعاً يشتركون في ثقافة الأسرة .

سادساً : مفهوم الثقافة الصحية للأسرة :

تقوم الثقافات الفردية " *Egocentric* " على الفرد (الأنا) ، في حين تبنى الثقافات المجتمعية " *Sociocentric* " على الجماعة . وهذه الأخيرة هي الأكثر شيوعاً في المجتمعات التقليدية والريفية ، وتمثل الأسرة في الثقافة

المجتمعية مركز حياة الناس ومصدر قيمهم الأخلاقية وتضامنهم الاجتماعي والمحور الذي تدور حوله حياتهم (٥) .

ولكل أسرة ثقافتها الأسرية الخاصة بها ، حيث تظهر وتحافظ على أنماط محددة من المعتقدات والسلوكيات أو العادات أو أساليب المعيشة بين أفرادها ، لها علاقة مباشرة بالصحة والمرض ، فقد تكون ثقافة حمائية تصون صحة أفرادها أو قد تسبب لهم المرض . والجانب المهم لأي ثقافة صحية للأسرة هو أساليب وطرائق العلاج التي تطبقها حال تعرض أيا من أعضائها للمرض . والموقع الأساسي للرعاية الصحية للأسرة يبدأ أولاً من داخل الأسرة ، حيث يتم التعرف على أعراض المرض وتسميته ثم معالجته إما ذاتياً أو باللجوء إلى طبيب الأسرة .

سابعاً : مفهوم طب الأسرة :

يقصد بطب الأسرة (Family Medicine) نظام تقدم من خلاله الرعاية الصحية الأساسية للفرد والأسرة ، بواسطة طبيب رعاية صحية أولية ، ونظام " الإحالة " إلى مستوى أعلى للخدمة الصحية .

وقد أنشئ هذا النظام في مصر منذ عام ٢٠٠٥ ، وتم تطبيقه في بعض مراكز مختارة بمحافظات مصر ؛ لتقديم الخدمة الصحية الحديثة للأسرة المصرية، من خلال توفير الرعاية الصحية الأولية (المتكاملة والشاملة والكلية) ، وتمكن كل الأفراد في جميع الأعمار من الوصول إليها بالشكل السهل والملائم والمتواصل .

ويؤكد النظام على تحقيق هذه الخدمات من ثلاثة أبعاد : جغرافياً واجتماعياً ووظيفياً . ويشير البعد الجغرافي إلى توفير الخدمة الصحية عند أقرب مكان لإقامة الفرد أو الأسرة . ويتحقق البعد الاجتماعي باستخدام موارد وأساليب

تتلاءم مع أفراد المجتمع ، ويتوافق مع أحوالهم الاجتماعية ، وتستجيب لمشاركتهم الكاملة . ويعنى البعد الوظيفى بتلقى المجتمع نوعية جديدة من طب الأسرة ورعاية صحية أولية طبقاً لأساسيات ممارسة الأسرة ، وبحيث يضمن ثقة ورضاء الأسرة والمجتمع (٦) .

ثامناً : مفهوم الرعاية الصحية الأولية فى نظام طب الأسرة :

تعنى الرعاية الصحية الأولية (*The Primary Health Care*) ، بالرعاية الصحية المتكاملة والشاملة ، لكافة الأنشطة والعمليات الصحية (الرعاية والعلاج) الموفرة من خلال طب الرعاية الصحية الأولية ، والتي تعد ضرورية ومهمة لحماية صحة الفرد والأسرة والجماعة والاستعداد التام لتقديمها .

وكون هذه الرعاية كلية ؛ فلأنها " رعاية شخصية " ، بمعنى أن التعامل مع المريض (الزبون) ليس بوصفه حالة مرضية أو مشكلة معلومة ومحددة ، وإنما باعتباره شخصاً كلياً وجزءاً من أسرة وجماعة يتفاعل معها بشكل مستمر . أما كونها متواصلة فبمعنى أنها تبدأ مع الفرد وهو جنين فى بطن أمه حتى مرحلة الشيخوخة (من البداية حتى النهاية) وبالتكلفة المستطاعة والميسرة دائماً بالنسبة للمجتمع .

تاسعاً : مفهوم طبيب الأسرة :

إن طبيب الأسرة (*Family Physician*) طبقاً لتعريف الأكاديمية الأمريكية لطب الأسرة ، هو الطبيب الذى تعلم وتدريب على ممارسة طب الأسرة . وطبيب الأسرة فى مصر هو الطبيب الذى حصل على مؤهل دراسى فى طب الأسرة ، أو حصل على دورات تدريبية مكثفة فى هذا المجال ، بحيث أصبح مؤهلاً لتقديم الرعاية الصحية المتكاملة للفرد والأسرة ، وقادراً على تحمل مسئولية الحفاظ

على مستوى صحى جيد للأسرة ، وتحقيق تكامل النواحي الوقائية والعلاجية مع أخذ الأبعاد الجسمية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية والثقافية للصحة فى الاعتبار^(٧).

ويتضح من هذا التعريف أن طبيب الأسرة لابد أن يمتلك جوانباً متميزة ومهارة ومعرفة ، تؤهله لتقديم الرعاية الطبية الشاملة والمستمرة والخدمات الوقائية والعلاجية لكل فرد فى الأسرة ، بغض النظر عن نوعه أو عمره ، وأياً كانت نوع المشكلة المرضية التى يعانى منها سواء بيولوجية أو سلوكية أو اجتماعية . كما تسمح له خلفيته الثقافية وتفاعله مع الأسرة واستمراريته فى التواصل معها ، بتراكم المعرفة بالتاريخ الطبى المرضى لجميع أفرادها ، وبذلك يصبح مؤهلاً لتقديم الخدمة الصحية بشكل أفضل ، باعتباره خط الدفاع الأول لمواجهة أمراضها ، بما فى ذلك الاستخدام الأمثل (لنظام الإحالة) الاستشارات الطبية لدى المستويات الأعلى ، والاستخدام الواعى لموارد المجتمع .

الدراسات السابقة :

هناك العديد من الدراسات الاجتماعية والأنثروبولوجية الحديثة - نظرية وإمبريقية - تناولت موضوع العلاقة بين الطبيب والمريض بصفة عامة وفى مجال طب الأسرة بصفة خاصة . وهى جميعها تمثل إسهامات علمية فى هذا المجال ، سواء من حيث طبيعة ونماذج وأنماط هذه العلاقة والعوامل المؤثرة فيها، وانعكاسها على سلوك المرضى بالنسبة لطلب الرعاية الصحية ، وعلى مستقبل طب الأسرة بصفة عامة . وتستعرض الباحثة فيما يلى أهم هذه الدراسات.

أولاً : الدراسات النظرية :

الدراسة الأولى : العلاقة بين الطبيب والمريض ... إعادة نظر (٨)

The Doctor – Patient Relationship: A Review

تعد هذه الدراسة من الدراسات النقدية الحديثة لموضوع العلاقة بين الطبيب والمريض، وتناولتها من جانبين ؛ ركز الجانب الأول على المداخل النظرية لها ، وعالج الجانب الثانى موضوع السلطة المهنية والاستقلال المهني للأطباء وانعكاسها على العلاقة بين الطبيب والمريض من خلال " نظرية الدور " لـ " تالكوت بارسونز " .

ثم عرضت الدراسة الانتقادات والتحفظات التي واجهت هذه النظرية ، وركزت بصفة خاصة على العلاقة بين التنشئة الاجتماعية والصفة المهنية من جانب ، وعلى الاستقلالية والسلطة المهنية من جانب آخر ، مبينة أن هذين الجانبين يمثلان نقطة الضعف الأكثر أهمية فى التفسير الوظيفي للعلاقة بين الطبيب والمريض . وانتقلت إلى عرض المداخل الماركسية والمداخل الاقتصادية للعلاقة بين الطبيب والمريض ، وأشارت إلى رؤية الأنثروبولوجيين من أصحاب هذه المدرسة لهذه العلاقة ، باعتبارها مرتبطة بتعظيم الربح الذى يستحث التجديد والابتكار فى التقنيات والأدوية العلاجية .

واقترحت نموذجاً اقتصادياً للعلاقة بين الطبيب والمريض ، يقوم على افتراض " عقد مشاركة لتنظيم المنفعة المتبادلة بينهما " . وتقتراح أيضاً فى جانبها الثانى - السلطة المهنية والاستقلال المهني للأطباء بالنسبة للعلاقة بين الأطباء والمرضى - أنه لإحداث تغيير طفيف فى النظام الصحى ، سوف يتطلب ذلك تقليص المهنة الطبية ، بمعنى تقليص امتيازاتهم وسلطاتهم واحتكارهم للمعرفة الطبية . ومع تصاعد التقنيات الجديدة فى مجال العلاج وفى ظل اتجاهات كسح

التكلفة العلاجية ، سيكون هناك مجال لإعادة دراسة تقسيم العمل التقليدي فى الطب والعلاج ، حيث ستكون الواجبات الفعلية التى تحتاج إلى معرفة المريض أقل كثيراً من مستوى الطبيب المتخصص ، ويمكن أن يعهد بها إلى مستوى أقل مهارة أو إلى المهن النظرية ، ويقدر ما يمكن أن يبرمج استنتاج ومعرفة التشخيص والعلاج داخل أجهزة الحاسب الآلى ، والتعود على سجلات المريض المعالجة بالكمبيوتر ، فإن مهمة أى طبيب أو منظمة طبية يمكن أن تكون ملائمة وفائقة، وهو ما يعطى شكلاً جديداً ومختلفاً للعلاقة بين الطبيب والمريض .

وقد انتهت الدراسة فى هذه المسألة إلى توصية مهمة هى حتمية اجتياز الأطباء طريق " جون هنرى " *John Henry* الذى عبر عنه فى ١٩٧٦ " عصر ما بعد الطبيب "، وتخيّل فيه أن كل عمليات التشخيص الطبى واتخاذ قرار العلاج وصميم دور الطبيب ، سيتم انجازها بطريقة أفضل مع الوقت بواسطة استخدام الحاسبات الآلية ، ومتى يتم ذلك ، فإن الأطباء لن يصبحوا شيئاً ضرورياً .

وتعلق الباحثة على هذه النقطة ، بأنه على الرغم من أنها قد تبدو فكرة غير عقلانية فى بعض النواحي الطبية ، إلا أن التطورات التقنية فى أجهزة الحواسب الآلية ونظم الاتصالات ، لعبت دوراً بارزاً فى إعادة صياغة العلاقة بين الطبيب والمريض وأصبح من المستطاع أن يستشير المريض طبيبه عن بعد، بالنسبة للمتابعة وضبط جرعات الأدوية ، بل والأكثر من ذلك شهدت التطورات التكنولوجية الحديثة طفرة هائلة فى مجال العمليات الجراحية ، حيث أصبح من الممكن إجراء بعض الجراحات باستخدام " الإنسان الآلى الجراح " *Robot Surgeon* ، وإن كانت هناك بعض المحاذير الطبية نتيجة ضعف التواصل الإنسانى المباشر بين الطبيب والمريض فى هذا الشكل العلاجى .

الدراسة الثانية : مستقبل طب الأسرة : الممارسة الإكلينيكية (٩)

The Future of Family Medicine: Clinical Practice.

تبحث هذه الدراسة فى مستقبل الممارسة الإكلينيكية لطب الأسرة فى الولايات المتحدة ، حيث تنظر إلى أن هذه الممارسة قد أصبحت مهددة لعدة أسباب هى :

- ١ - تزايد رغبة المرضى فى الوصول مباشرة إلى الأخصائيين ، وهو الأمر الذى يعكس القابلية الشديدة للطب ذى التقنية العالية ، وقد يعبر أيضا عن التراجع عن نموذج " حارس البوابة " *Gatekeeper* المفروض فى نظام الرعاية الصحية المتكاملة لطب الأسرة
 - ٢ - الاتجاه المتزايد للمستشفيات المتخصصة لإبعاد أطباء الأسرة عن رعاية الأقسام الداخلية بالمستشفيات .
 - ٣ - أصبح المرضى مهيين للدخول فى نظام واسع لخدمات معلومات الرعاية العلاجية والصحية من خلال الإنترنت ، وهو الأمر الذى يوفر لهم فرصة تحديد نوع الرعاية الطبية المتخصصة التى يحتاجون إليها .
- وفى إطار هذه الرؤية - وإزاء مطالبات المرضى بإثبات جودة الرعاية الصحية وكبح التكاليف الحزونية المترتبة عليها ، وكذلك تطور أساليب حماية المستهلكين واستفادتهم من خدمات الإنترنت والإعلانات التجارية - وضعت الدراسة تصوراً للرعاية الصحية فى القرن الواحد والعشرين ، وإعادة تخطيط الممارسة الإكلينيكية لطب الأسرة ، بالتأكيد على دور الطبيب كمعالج باعتباره هو الدور الأعظم، وعلى التاريخ الطبى للمريض حيث يظل هو الوسيلة الأهم للقدرة التنبؤية بالأحداث التالية للمريض ، على الرغم من التقنيات التشخيصية والعلاجية التى يستعين بها الطبيب فى استكشاف المرض والعلاج ، وعلى العلاقة بين

الطبيب والمريض باعتبارها تمثل حجر الزاوية في الممارسة الإكلينيكية لطب الأسرة والوسيلة العلاجية الأقوى .

الدراسة الثالثة : الثقة الموقفية والمشاركات التعاونية بين الأطباء ومرضاهم: تفسير نظري قابل للنقل من ممارسة العمل المهني (١٠) .

Situational Trust and Co-operative partnerships Between Physicians and Their Patients : a Theoretical Explanation Transferable From Business Paractice.

تعرض هذه الدراسة أهمية التعاون القائم على الثقة بين الطبيب والمريض . وتفترض أن التعاون في أى موقف معين - بما فى ذلك العلاقة بين الطبيب والمريض - يعد عنصراً أساسياً للمشاركة الفعالة ؛ لأنه يتيح المساواة بين الأفراد لتحقيق فائدة متبادلة ، فالتعاون يقتضى الثقة عندما يسلم الفرد مصيره ليد الآخرين .

وفى إطار هذا المفهوم تقترح هذه الدراسة نموذجاً نظرياً للثقة والتعاون المتبادلين بين الأفراد ، مستمداً من سياق علاقات الأعمال المهنية (على شاكلة المشاركات بين أصحاب المشروعات وممولى أعمالهم) ، على اعتبار أنه قابل للنقل إلى سياق العلاقات بين الأطباء والمرضى .

وينبنى هذا النموذج على فكرة مؤداها أن هناك حدوداً تمثل عتبة البداية إزاء كل سلوكيات أو أفعال الإنسان ، وأن الثقة هى العملية التى يمكن بها تخطى عتبة التعاون والالتزام بالطاعة فى العلاقة بين الطبيب والمريض . ويشير فى ذلك إلى ثلاث مستويات أو طبقات للثقة هى الثقة الفطرية " *Dispositional Trust* ، وهى سمة سيكولوجية فى الإنسان الواثق وتسود فى المراحل الأولى من العلاقة ، ويتطلب السلوك التعاونى أو الالتزام " ثقة موقفية " *Situational Trust* ،

تتبع عن الاستشارة الطبية ، ثم تنقل لتصبح " ثقة مكتسبة بالتعلم " *Learnt Trust* وتتغير خلال كل مشورة أو مقابلة تالية .

وتضع الدراسة عدة محددات تمثل عتبة البداية للتعاون القائم على الثقة بين الأفراد وهي :

- ١ - الخطر أو الخسارة المحسوسة عند دخول الموقف .
- ٢ - الأهمية الاقتصادية والاجتماعية المحسوسة للموقف .
- ٣ - الاحساس بصلاحية الشخص الموثوق فيه ، والشعور بكفاءته وجدارته الذاتية والقدرة على فهم آرائه .

وهكذا تطرح هذه الدراسة نموذجاً لتحليل الثقة المشترطة والسابقة لحدوث التعاون والمشاركة في سياق العلاقات العلاجية بين الطبيب والمريض ، من خلال تكامل مداخل نظامية متبادلة . وباستخدام هذا النموذج ، يصبح من الممكن تحديد وتنظيم عتبة بداية السلوك التعاوني وزيادة التعاون والتفاعل بين الطبيب والمريض لتكوين المشاركة وجودة العلاج .

الدراسة الرابعة : مزايا العلاقة القائمة على الثقة بين الطبيب والمريض ^(١١) :

The Benefits of a Trusting Physician – Patient Relationship :

تشير هذه الدراسة إلى دراسات سابقة في هذا الموضوع ، مثل دراسة " Thom " ؛ للكشف عن أهمية سلوكيات الطبيب بالنسبة للمريض لبناء علاقة قائمة على الثقة ، والتي أكد فيها على أن أكثر العوامل التنبؤية بالثقة تشابه العوامل التنبؤية لدرجة رضاه المريض . دراسة " ستيورات " *Stewart* عن الاتصالات الفعالة بين الطبيب والمريض والنتائج الصحية ، وانتهى إلى أن كلما تركزت المقابلة على المريض بدرجة أكثر وكلما تزايدت الرغبة لدى الطبيب

والمريض فى أن يكونا شريكين متساويين ، تصبح نتائج المشكلة الصحية للمريض أفضل . واستمدت من هاتين الدراستين التساؤل التالى : لماذا تساهم الثقة بين الأطباء ومرضاهم فى فاعلية وقدرة نظام الرعاية الصحية ؟

وقد وضعت الدراسة فى صدد بحث هذا الموضوع - عدة فروض هى :

١ - الثقة هى إيمان راسخ يُبنى على الخبرة وعلى صفات وسمات ، مثل الإخلاص والصدق ، وعلى سلوكيات مثل العدالة .

٢ - أن نسبة كبيرة من المشكلات الصحية الجديدة المعروضة على طبيب الأسرة غير محدد ، ولم تدخل ضمن تصنيفات المرض المعروفة دولياً . وأن المشكلات غير المميزة غالباً من يمكن التعامل معها بطمأننة المريض وتعليمه بالقدر الكافى ، ومعاودة طلبه إذا لم تتحسن مشكلته خلال أيام قليلة . ومن الممكن أن تكون لهذه السياسة أفضل تأثير فى العلاقة القائمة على الثقة وتؤهل المريض لقبول توصية الطبيب .

٣ - أن التزايد المحتمل فى تكاليف النظام الصحى هو نتيجة حقيقية لانهايار ثقة المريض ، لأن المرضى الذين لا يوافقون على سياسة طبيب لا يتقنون فيه ، ربما يلجأون إلى استشارات طبية أخرى غالية ومكلفة .

وقد بينت الدراسة بعض السلوكيات التى تقترن بتعزيز الثقة لدى معظم المرضى ، والتى تُعدُّ عوامل مهمة فى ترسيخ العلاقة بين الطبيب والمريض وهى: شعورهم بالارتياح والعناية ، وإظهار الكفاءة ، وتشجيع وتوجيه الأسئلة ، والشرح والتفسير . هذا بالإضافة إلى مجموعة أخرى من العوامل التى تؤثر فى ثقة المرضى ، مثل : عمر ونوع المريض ، ونظام العمل فى عيادة الطبيب ، ومجاملة المساعدين ، ومتابعة البلاغات والنتائج المعملية ، وإجراءات استدعاء

الطبيب (تحت الطلب) ، ومدى توفيرها لإمكانية الاتصال والوصول إلى الطبيب، كما أن هناك بعض السلوكيات التي تهدد الثقة في العلاقة ، وذلك عندما لا يلاقي المرضى قدراً قليلاً من الوداعة والملاطفة من الطبيب ، أثناء الفحص والاستفسار وتبادل الخيارات العلاجية ، أو التحديق بالعين ، أو عدم الرغبة في التعامل مع المريض كطرفين متساويين ، بالإضافة إلى بعض الأساليب الأخرى التي تؤدي إلى انتهاك هذه العلاقة ، مثل: أوامر الأطباء بحجب نتائج الاختبارات ، أو رفض إعطاء الأمر بإجراء اختبارات معينة أو الاعتراض على وصف أدوية أحدث بداعي ارتفاع ثمنها . كما أن هناك عاملاً آخر مهماً يؤثر في مستوى الثقة في العلاقة ، وهو أسلوب دفع الأجر للطبيب . فالأطباء الذي يتقاضون أجورهم من منظمات الرعاية الصحية يكتسبون ثقة أقل من المرضى عن الأطباء الذين يتقاضون أجراً مقابل خدمة خاصة مباشرة من المريض نفسه . كما تتأثر الثقة أيضاً نتيجة تدخل المرضى في اتخاذ القرار ، أو حينما يتغير الأطباء في حالات الرعاية الصحية طويلة الأمد .

الدراسة الخامسة : طبيب الأسرة والأنثروبولوجيا الطبية (١٢) .

Medical Anthropology and The Family Physician

تناولت هذه الدراسة موضوع العلاقة بين طبيب الأسرة والمريض ، في ضوء مفاهيم الأنثروبولوجيا الطبية داخل التعدد الثقافي ، من خلال التركيز على:

- ١ - تعليم وتطبيق نظام طب الأسرة داخل التنوع الثقافي بالولايات المتحدة .
- ٢ - توعية وإعداد الأطباء الذين يعملون في مجال طب الأسرة في المناطق المتنوعة ثقافياً .

وانبثقت أهمية هذا الموضوع من التحديات التي يواجهها نظام طب الأسرة ، منذ بداية تطبيقه بالولايات المتحدة ، وتقديم رعاية صحية لمرضى ذوى

خلفيات اجتماعية وثقافية مختلفة ، لاسيما وأنه من المفترض أن تقديم الرعاية الصحية الأساسية الموجهة بالجماعة بالشكل الفعال والملائم يحتاج إلى فهم أعمق للخلفية الثقافية للمرضى ولأسرهم وللسياقات الاجتماعية التي يعيشون فيها . وهو الأمر الذي يفرض على أطباء الأسرة أن يكونوا أكثر وعياً بدور الأنثروبولوجيا الطبية ، باعتبارها العلم الذي يعنى بدراسة معتقدات الناس الاجتماعية والثقافية حول الصحة والمرض ، وارتباط هذه المعتقدات بالتغيرات البيولوجية فى الأجناس البشرية . وتشير الدراسة فى هذا الصدد إلى ضرورة التمييز بين الرؤية النظرية والرؤية التطبيقية للأنثروبولوجيا لطب الأسرة لدراسة العلاقة بين طبيب الأسرة والمرضى على ثلاثة مستويات : المستوى الصغير (العلاقة بين الطبيب والمريض) ، والمستوى المتوسط (العلاقة بين الطبيب والأسرة) ، والمستوى الكبير (العلاقة بين الطبيب والجماعة)

ثانياً : الدراسات الإمبيريقية :

الدراسة السادسة : تقارير المرضى عن الإهمال والازدراء فى وضع الرعاية الصحية ، وأثرها على الرعاية (١٣) :

Patient Reports of Disrespect in The Health Care Setting and It's Impact on Care.

تفترض هذه الدراسة أن لقاءات الرعاية الصحية التى تتم بين طبيب ومريض ، تمثل الموقف الذى يظهر فيه الفوارق العرقية ، وربما يكون المرضى الذين يعانون من الإهمال والازدراء أقل انتفاعاً بخدمات الرعاية الصحية ، وتهدف إلى بحث مردودات لقاء الرعاية الصحية ، وكيف تؤثر المشاعر السلبية لهذه المقابلة على الانتفاع بخدمات الرعاية الصحية .

وقدمت الدراسة كافة المعطيات والمعلومات - من حيث التصميم والموضوعات وإطار الدراسة - من خلال استطلاع عن جودة الرعاية الصحية ، أجرى سنة ٢٠٠١ ، بواسطة صندوق الكومنولث ، وهو استطلاع عشوائي بواسطة التليفون لـ ٦٧٢٢ شخص بالغ من عمر ١٨ سنة فأكثر ، فى جميع أنحاء الولايات المتحدة ، من الذين يتكلمون الإنجليزية أو الأسبانية أو الصينية أو الفيتنامية أو الكورية ، بالإضافة إلى المقابلة مع أفراد ٣٩٤٠ عائلة ذات أصول عرقية مختلفة، وذلك فيما بين ٤/٣٠ - ٢٠٠١/١١/٥ ، وتم إجراء التحليلات للمتغيرات الثقافية والمتعددة للبيانات .

وتضمنت مقاييس النتيجة الرئيسية فى قياس المشاعر والأحاسيس السلبية للعلاقة بين المريض ومقدم الرعاية الصحية : شعور الشخص بأنه يعامل بإهمال أو ينظر إليه بترفع أو ازدراء ، واعتقاده بأنه تلقى معاملة متحيزة (غير عادلة) بسبب العرقية أو لغة التخاطب ، واعتقاده بأنه كان يمكن أن يلقي معاملة أفضل لو أنه من عرقية مختلفة . وبالنسبة لقياسات الانتفاع والرعاية الصحية المثلى فقد تضمنت : الاستجابة للفحص الفيزيقي ورعاية الأمراض المزمنة ، وإجراء الرعاية الضرورية ، وعدم الالتزام بنصيحة الطبيب .

وجاءت نتيجة الاستطلاع أن الأقليات (بالتحديد السود والأسبان والآسيويين) كانوا أكثر احتمالاً للمعاملة بالإهمال والترفع والازدراء بالمقارنة بالبيض . كما ظهر أن الأشخاص الذين يعتقدون إمكانية تلقي معاملة أفضل إذا ما كانوا من عرقية أخرى ، كانوا أقل احتمالاً لتلقى رعاية مثلى للأمراض المزمنة ، وأكثر احتمالاً لعدم اتباع تعليمات الطبيب وإجراء الرعاية الصحية .

وقد خلصت الدراسة إلى النتائج التالية :

- ١ - أن الشعور بالإهمال أو بتلقى معاملة متحيزة (غير عادلة) خلال علاقة المريض بمقدم الرعاية الصحية ، أمر شائع ، ولاسيما وسط الأقليات العرقية ، وبالتالي تؤثر الأحاسيس والمشاعر السلبية على انتفاعهم بالرعاية الصحية ، وتساعد على بقاء عدم المساواة فى الرعاية .
- ٢ - يمكن فهرسة الاختلافات العرقية فى الرعاية الصحية ، عبر العديد من الأمراض وأطر الرعاية الصحية ، ومن خلال إيضاح هذه الاختلافات يمكن تقديم حلول لها . حيث اكتشف " شامان " فى محاكاة مريض أن الأعراض المطابقة لمرض القلب تلقت توصيات مختلفة من الطبيب على أساس عرقى ونوع المريض .
- ٣ - ترتبط لقاءات الرعاية الصحية بعدم المساواة فى الانتفاع ، من خدمات الرعاية الصحية وجودتها ، مثال : التماثل العرقى بين الطبيب والمريض - على الأقل بالنسبة للسود - يرتبط بدرجة عالية برضاء المريض ، وبمشاركة أكبر فى اتخاذ القرار ، وهذا بدوره يؤثر على التزام المريض وربما على النتائج الطبية .
- ٤ - الشعور بالتمايز يمكن أن يكون مرتبطاً أيضاً بدرجات أقل من الرضاء فى نظام الرعاية الصحية . حيث سجل ثلثا المستجيبين شعورهم بالتمييز تجاه تفاعلاتهم مع مقدمى الرعاية الصحية ، بسبب وضعهم الاجتماعى الاقتصادى أو العرقى .
- ٥ - شعر مرضى الأقلية الذين لا يتكلمون الإنجليزية بالممارسات السلبية ، خلال لقاءات الرعاية الصحية بدرجة أكثر من المرضى البيض ، أو الذين

يتكلمون الإنجليزية • وأن المرضى الذين يبلغون عن هذه الممارسات السلبية أقل احتمالاً لطلب الرعاية الصحية في الأصل ، أو العودة لمتابعة الرعاية .

وانتهت الدراسة إلى التوصية التالية :

بما أن مشاعر الإهمال والازدراء أو تلقي معاملة متحيزة (غير عادلة) خلال العلاقة بين الطبيب والمريض ، أمر سائد ، لاسيما وسط الأقليات العرقية ، وأن المشاعر السلبية لهذه العلاقة يمكن أن تؤثر سواء في مشورة مريض المتابعة، أو في أرجاء الرعاية الصحية اللازمة ، فإنه يجب على الأطباء الاتسام باحترام ومراعاة الحساسية الثقافية لاحتياجات المرضى ، بغض النظر عن الخلفية العرقية .

الدراسة السابعة : كيف ترتبط ثقة المرضى بمشاركتهم في الرعاية الصحية^(١٤):

How Patients Trust Relates to Their Involvement in Medical Care

تهدف هذه الدراسة إلى بحث الارتباط بين ثقة المرضى وبين سلوكهم ، لطلب الرعاية الصحية ، ومشاركتهم في قرار العلاج والالتزام بتوصيات الطبيب.

واعتمدت الدراسة على بيانات تم تجميعها ، بواسطة استطلاع بالتليفون لعينة من البالغين المتحدثين بالإنجليزية في الولايات المتحدة ، عددها ٥٥٣ شخصاً في عام ١٩٩٩ ، وكانت الشروط المؤهلة لهذا الاستطلاع نوعية معينة من الناس أو المغطون بنظام رعاية صحية خاص ، وأن يكونوا قد تمت متابعتهم لدى الطبيب مرتين على الأقل في السنتين الأخيرتين ، ووجهت إليهم أسئلة حول

الدور المفضل للرعاية الطبية ومشاركتهم فيها ، والثقة فى الأطباء ورضائهم عن الرعاية الطبية ، وتم قياس كل منها باستخدام قياسات دقيقة وموثقة .

وقد خلصت الدراسة إلى النتائج التالية :

أولاً : هناك ارتباط قوى بين تفضيل المرضى المشاركة فى الرعاية الصحية ، وبين الثقة فى مهنة الطب ، واختلفت الرؤى تبعاً للنوع والعمر والحالة الصحية والتعليم والدخل وعدد الزيارات السنوية للطبيب ، وأى نزاعات سابقة معه ، والرضاء عن مستوى الرعاية .

ثانياً : أن ثقة المرضى فى الأطباء وفى مهنة الطب ، ومشاركتهم الإيجابية فى طلب العلاج واتخاذ القرار العلاجى والالتزام بالتوصيات العلاجية ، تُعدُّ صفات قيمة فى العلاقات العلاجية ، ومرغوبة فى حد ذاتها لارتباطها بتحسين النتائج الطبية . ومع ذلك قد يبدو تناقضاً ظاهرياً بينهما ، ويعتقد البعض أن هناك تضارباً شديداً بين هذه الصفات . فتُثقَّة المرضى قد تكون أكثر توافقاً مع نمط مختلف لتفاعل المريض والطبيب ، والذي يكون فيه المرضى سلبيون ، والعكس فى حالة المريض الذى يصر على التساؤل وتقييد سلطة الطبيب ، وهو ما يدل على عدم ثقة المريض . وبافتراض ذلك ، فإن اتباع المشاركة الإيجابية للمريض تُؤدى إلى انخفاض مستوى الثقة ، أو أن تعزيز الثقة قد يُؤدى إلى المزيد من سلبية المريض ، فكلَّ النمطين يُعدان حلاً وسطاً بين العلاقات العلاجية وتحقيق النتائج الطبية . وفى أقل الأحوال يمثل ذلك معضلة مفاهيمية ، إذ كيف تتعايش هاتان الرؤيتان لصفات مرغوبة فى العلاقات العلاجية معاً ، دون أن تضع كل منهما الرؤية الأخرى فى اعتبارها . وبالطبع هناك المشككون فى موضوع ثقة المرضى والذين يحذرون - على عكس الحكمة التقليدية -

من أن الثقة المفرطة قد تكون سلبية ، وأنه يجب على المرضى -
لمصلحتهم الشخصية - أن يشجعوا على الاقلال من الثقة ؛ لكي يتجنبوا
مخاطر العلاج (الأبوى) ، وخاصة في حالات الرعاية المتكاملة .

وانتهت الدراسة إلى التوصيات التالية :

- ١ - أن التأكيد على مشاركة المريض ، لا يعنى أنه يشير إلى عدم الثقة ، حيث
تختلف تفضيلات المرضى بالنسبة للمشاركة ، والمهم الاتصال بهم
بخصوص رغباتهم .
- ٢ - ليس من المرجح أن يسفر تعزيز الثقة عن أى علاقة (أبوية) ،
والاستماع بعناية للمرضى ، وإعطائهم معلومات بقدر ما يريدون
واشتراكهم فى قرارات العلاج .

الدراسة الثامنة : استنباط المعلومات من العلاقة بين الطبيب والمريض (١٥)

Knowledge discovery From Doctor – Patient Relationship

تبحث هذه الدراسة في استنباط المعلومات من علاقة الطبيب والمريض ،
باستخدام تقنيات ونظم حسابية إحصائية ، وبالتطبيق على قياس خصائص هذه
العلاقة ، وكيف يشعر بها المريض في أقسام اكلينيكية مختلفة وعلى قياس رضا
المريض عن مستوى الخدمة الصحية المقدمة له . وتشير الدراسة إلى أن أهمية "
رضاء المريض " قد حظيت باهتمام متزايد فى مجال الرعاية الصحية ،
فالمرضى فى هذه الأيام على وعي كبير بحقوقهم وبالتقدم الطبى أكثر مما سبق ،
فإنهم يواجهون الكثير من الأسئلة للطبيب ويطلبون الكثير من الوقت ، وهكذا
تصبح العلاقة التقليدية بين الطبيب والمريض علاقة " زبون بمقدم خدمة صحية" ،
وبهذه الطريقة يصبح تقارب الأطباء والمرضى عاملاً مهماً فى العلاقة بينهما .

وتشير الدراسة إلى أن العلاقة بين الطبيب والمريض - فى سائر فروع العلوم الطبية - لها أهمية كبرى ، فهى التى تحدد الالتزام بالعلاج ، كما تمثل جانباً من العملية العلاجية ذاتها . لكن هذه العلاقة - فى حالة المرضى النفسيين - تكون أكثر حرجاً وصعوبة ، وبالتالي فإن وضع قواعد عامة لإرشاد الأطباء نحو علاقة جيدة مع مرضاهم ، يصبح أمراً مفيداً جداً ويؤدى إلى شكل أفضل للاتصال بينهما ، وهذا يؤدى بالتبعية إلى مزيد من الرضاء والالتزام أفضل بالعلاج ووقاية أفضل ، وهو ما يعنى فى النهاية الاستخدام الأمثل لخدمات الرعاية الصحية .

وقد تم جمع بيانات هذه الدراسة فى الفترة من نوفمبر ٢٠٠٠ إلى يونيو ٢٠٠١ ، من خلال مقابلة ٩٠ مريضاً فى قسم الأمراض النفسية وفى أقسام الباطنة والجراحة العامة فى مستشفتين مختلفتين بأسبانيا . ومن خلال استمارة استبيان مصممة خصيصاً لمشروع هذه الدراسة ، لقياس رضاء المريض من منظور العلاقة بين الطبيب والمريض . وقد اشتملت استمارة الاستبيان على عدة متغيرات تشير إلى المعطيات الديموجرافية للمريض ، وأخرى تصور العلاقة بين الطبيب والمريض . وتضمنت الخصائص الديموجرافية العمر والنوع والحالة الزوجية وعدد الأولاد ومكان الإقامة ومستوى التعليم وموقع العمل ونوع المهنة ، والبيئة التى يعيش فيها المريض .

أما خصائص العلاقة بين الطبيب والمريض ، فقد اشتملت على مستوى رضاء المريض والطبيب ، والأسلوب الذى يقدم به الطبيب المعلومات للمريض (اللغة التى يستخدمها الطبيب مع المريض) ، وتكرار الاتصال بين المريض والطبيب ، ودرجة الانهماك الشخصى للطبيب .

وقد أظهرت نتائج الدراسة أن المريض الذي لا يرغب في تغيير الطبيب، وأن الطبيب الذي يشرح للمريض ما يترتب على المرض ، تدل على رضا المريض عن علاقته بالطبيب- ولأنه من المفترض بصفة عامة - أن يشرح الأطباء للمرضى تشخيص ونتائج مرضهم ؛ فإن اختلاف أسلوب تقديم الأطباء لهذه المعلومات للمرضى ، يؤثر على رضا المريض في علاقته بالطبيب . كما أظهرت النتائج أيضا جانباً آخرأ مهما في علاقة المريض بالطبيب ، وهى أن المريض لا يقدر للطبيب نصيحته الطبية فقط ، وإنما أيضا فهمه لما يعنيه المرض بالنسبة له ، فى ضوء ظروفه الشخصية ، كما أظهرت أن المرضى الإناث اللاتي يعتقدن فى أطبائهن كن أكثر ميلاً للرضا في علاقتهن بهم .

كما بينت النتائج أيضاً تمييز المرضى النفسيين عن غيرهم من المرضى، فالمرضى النفسيون يختلفون عن أى فئة أخرى من المرضى فى الخصائص الديموجرافية ؛ لأن اختلالات مرضية مثل "الشيزوفرنيا " ، وسوء استعمال العقاقير والمواد المخدرة تُعدُّ مألوفة بدرجة أكثر فى المجتمع ذى الحالة الاجتماعية الأدنى . كما أن نمط الخلل الثنائى " ذا القطبين" يتكرر أكثر بين الناس نوى المستوى التعليمى الأدنى ، وكذلك الاختلال العقلى يكون شائعاً أكثر بين كبار السن .

ومع أن الباحثة لم تتفق مع بعض الأفكار التى طرحتها بعض هذه الدراسات ، وعلقت عليها فى موضعها ، فقد استفادت الباحثة من كل هذه الدراسات فيما تناولته من أفكار وما انتهت إليه من استخلاصات ونتائج نظرية وعملية ، وذلك فى دراستها الراهنة والتى تعد امتداداً لها خاصة فى جانبها التطبيقي ، وهو ما لا يمكن التغاضى عنه لما تؤكد من أهمية وحيوية ووحدة هذا الموضوع . وارتباطه بواقع الرعاية الصحية الأساسية فى المجتمع المصرى ،

وبالأسس النظرية والمنهجية والعملية لإثبات مدى التفاعل فى علاقة الطبيب والمريض وتأثير هذا التفاعل فى نسق طب الأسرة من ناحية تحقيق أهدافه المعلنة ، وإظهار العوائق التى تحول دون إمكانية تعميمه فى سائر محافظات ومراكز ومدن وقرى مصر .

الأسس الفكرية والنظرية لطب الأسرة

أولاً : الأسرة والصحة والمرض :

يُبنى مفهوم الأنساق الأسرية من منظور طب الأسرة - على اعتبار أن الأسرة أياً كان قوامها بمثابة مجتمع مصغر ، يقوم على معايير اجتماعية وسيكولوجية وبيولوجية - على فكرة العلاج الأسرى ، كما يتألف من رؤية " سيبرنطيقية " (١٦) للأسرة أو الجماعة كنظام ، وبنمط مركب من العلاقات المتبادلة بين أطرافها . وغالبا ما يميل هذا النظام نحو المحافظة على التوازن الوجدانى أو الاتزان البدنى بين أفراده .

ولذلك يجب أن تكتسب الممارسة الأسرية فى مجال الطب والعلاج ، بعض مهارات علم الاجتماع التطبيقي ، ولاسيما إذا ما كان المجتمع يضم أناسا يختلفون فى أنماط حياتهم أو يختلفون فى طريقة تعرفهم على المرض فيما بينهم وبين الأطباء ؛ نظراً لاختلاف الطبقة الاجتماعية أو الثقافة أو المستوى التعليمي والاقتصادى ، والمرجعية فى ذلك هى نظريات علم الاجتماع الطبى والأنثروبولوجيا الطبية ومداخلهما المنهجية ؛ لما لهما من صلة وثيقة بنظام " طب الأسرة " .

ذلك أن من بين اهتمامات علم الاجتماع الطبى دراسة الظواهر الأسرية وعلاقتها بالصحة والمرض ، ودراسة ثقافة الصحة والمرض بمعنى تأثير الثقافات الشخصية والبيئية على شخصية الأفراد وطرق استجابتهم للمرض وأساليب العلاج ، وعلى مفاهيم الصحة والمرض ، ودراسة نوع العلاقات التى تنشأ بين الأطباء والمرضى وتأثيرها النفسى والاجتماعى على الناحية العلاجية .

كما تبحث الانثروبولوجيا الطبية الطريقة التي يفسر بها الناس أسباب المرض وأنماط العلاج التي يعتقدون فيها ، ومن الذين سوف يلجأون إليهم فى حالة المرض ، كما ندرس أيضا كيف ترتبط هذه المعتقدات والسلوكيات ، بالتغيرات البيولوجية والفسولوجية ، فى الجنس البشرى فى حالتى الصحة والمرض . ومن ثم يظهر الدور المهم للسمات الثقافية والاجتماعية لقضايا الصحة والمرض لدى الأسرة المصرية ، فى نظام " طب الأسرة " ، وهو ما سوف تناوله الباحثة بشيء من التفصيل على النحو التالى :

١ - السياق الثقافى للأسرة :

إن الثقافات الأسرية لا تعيش فى فراغ ، فهى دائما ما تتأثر بعدد من العوامل الاقتصادية والأوضاع الاجتماعية والثقافية والايكولوجية والتاريخية والخصائص الشخصية والأسرية . وينظر إلى أى أسرة - بغض النظر عن منبعها الثقافى - على أنها جماعة إنسانية لها سماتها المميزة الخاصة بها ، وتستمد من ثقافتها الأصلية مجموعة مرجعية من الأنماط السلوكية ، والتي أطلق عليها " دى نيقولا " *Di Nicala* " رداء ثقافى " *Cultural Costume* ، وهى مجموعة خاصة من الوصايا الثقافية للأفراد والأسر فى المجتمع ، تضى معنى وشكلا لخبراتهم وتنتقل من خلال شعائر وطقوس ورموز مشتركة ، ومن ثم تصبح ثقافة الأسرة تعبيراً فريداً عن هذه المجموعة المرجعية من المعتقدات والسلوكيات الثقافية. وقد يصبح الرداء الثقافى فى بعض الأحيان " تمويهها ثقافيا " *Cultural Camouflage* ؛ لإخفاء الحالة النفسية للأفراد أو أنماط التفاعل داخل الأسرة ، وهنا تزعم الأسرة أن أنماط السلوك الباثولوجى داخلها إنما هو مجرد تعبير طبيعى لخلفيتها الثقافية (١٧) .

وتنتقل الثقافة الأسرية بين الأجيال من خلال تراثها الثقافي ، مثل المخطوطات أو الروايات الشعبية ، فلكل أسرة تراثها الثقافي يتمثل في مجموعة ضمنية من الوصايا السلوكية في حياتها اليومية ، توجه أداء وظائفها حتى الوظائف الباثولوجية ، وتنمى الاحساس بالاستقرار والتواصل بين الأجيال . وقد يمارس هذا التواصل تأثيراً سلبياً على الحالة الصحية النفسية والبدنية لأفراد الأسرة على مدى عدة أجيال ، وعلى ذلك فهو يمثل جانباً مهماً في ثقافة الأسرة ، ويوضح الخلفية الأساسية لفهم الأعراض المرئية في ممارسات الأسرة (١٨) .

ولكل أسرة تفسيرها ووسائلها العلاجية الخاصة للأمراض والمحن ، ولغتها الخاصة القولية وغير القولية للتعبير عن الألم . والثقافة الخاصة بالأسرة مثل الثقافة الأكبر التي نشأت فيها ، تعرف كعدسة متوارثة لمفاهيم وتصورات مشتركة ، يكتشف أفرادها العالم من خلالها ، وتوجه استجاباتهم الوجدانية نحوه ، وتوجه سلوكهم في حياتهم اليومية سواء في علاقاتهم مع بعضهم البعض ومع العالم خارج نطاق العائلة (١٩) .

٢ - الثقافة الصحية للأسرة :

دائماً ما تسفر كل الثقافات الأسرية عن أنماط معينة من المعتقدات أو السلوكيات أو العادات أو أنماط الحياة لأفرادها ، والتي لها علاقة مباشرة بالصحة والمرض ، والتي إما أن تكون حماية لصحتهم أو مسببة لأمراضهم ، تبعاً للحالة التي توجد فيها . كما تشكل المعتقدات الصحية حول منشأ المرض ودلالته والتنبؤ به والعلاج الملائم له ، أساس أي ثقافة أسرية ، وغالباً ما تتباين تلك المعتقدات بين الأفراد والأسر والجماعات الثقافية . فالطريقة التي يجيب بها الناس على بعض التساؤلات عن كيفية حدوث المرض وأسبابه وتأثيره ، تُعدُّ مهمة جداً لانعكاسها على كيفية التعرف على المرض وتفسيره وتحديد من هم الذين يرجع

إليهم للمساعدة ، وغالبا ما يستشار أفراد من أسر أخرى لاتخاذ قرار مشترك في ضوء ثقافة الأسرة ، هل يمكث المريض في السرير أم يذهب للعمل أم يذهب لطبيب الأسرة ؟

وغالبا ما تتطوى ثقافة الأسرة على لهجتها الخاصة للتعبير عن الألم ، وهو نمط معين من الإشارات أو التعبيرات السلوكية ، يومية بها أفرادها عن معاناتهم إلى شخص آخر أو إلى طبيب الأسرة . كما قد تختلف أنماط أعراض الأمراض أيضا بين الأفراد والأسر وهو ما يفسر تشخيصهم الخاطيء للمرض في بعض الأحيان ؛ نظراً لاختلاف تصوراتهم ومعتقداتهم عن المرض عما هو معلوم لدى الأطباء .

ويلعب النموذج الأسرى لتربية الطفل - وهو عادة ما يكون نموذجاً موروثاً من أجيال سابقة - دوراً جوهرياً في ثقافة الأسرة ، فالإطار الوجداني الذي ينشأ فيه الأطفال ، له تبعات بعيدة فيما يتعلق بصحتهم النفسية والبدنية وبأنماط الأعراض المرضية اللاحقة في حياتهم . وبالمثل إن توقعات وأدوار " النوع " وما يكتسبه الطفل بالتعلم في طفولته وتشجيع بعض الأنماط السلوكية في الذكور عن الإناث أو العكس - تبعاً لثقافة الأسرة - قد يكون له تأثير مهم على الصحة والمرض . هذا بالإضافة إلى أنماط الممارسات اليومية في حياة الأسرة ، مثل : أساليب التغذية وأنواع المواد الغذائية ، وتغذية الطفل الرضيع ، وسلوكيات استعمال الأدوية والعقاقير المهدئة والمؤثرة نفسياً ، لها أيضاً تأثير مهم على الصحة والمرض داخل الأسرة .

وكذلك الأمر بالنسبة لسلوكيات الأسرة من حيث نوع العمل والمهنة ، والأنماط الزوجية والسكنية وتأثيرها على الصحة والمرض . فهناك بعض الأعمال والمهن الذهنية والجسدية تتعرض للإصابة بأمراض معينة أكثر من

غيرها . والسكن الذى تشغله الأسرة ، ومدى ضيقه أو اتساعه ، ودرجة تعرضه للشمس والهواء ، وطريقة تنظيم الفراغات ، وترتيب أثاثاته ، له تأثير مباشر على صحة أفراد الأسرة . وحينما تفضل أجيال متعددة من الأسرة أن تعيش معاً تحت سقف واحد ، إما أن يجعل منهم جماعة متضامنة فى كافة جوانب المعيشة ، سواء رعاية الطفل أو رعاية المريض والمسن ، وهو ما ينعكس إيجابياً على الصحة ، أو أن يؤدى إلى وجود صراعات بينهم ، أو يعرضهم لخطر انتشار الأمراض المعدية بينهم بدرجة أكثر من الأسر النووية ، ومن ثم ينعكس سلبياً على الصحة . كما تعكس الأنماط الزوجية (الزواج القرابى) أخطار الأمراض الوراثية بواسطة الجينات المتحثة (٢٠)

وعلى ذلك ، يمكن القول إن الجانب المهم فى الثقافة الصحية للأسرة هو استراتيجية الممارسة العلاجية ، هل التعرف على المرض أولاً ثم تسميته ثم معالجته ذاتياً داخل الأسرة ، أم اللجوء إلى الطبيب المتخصص " طبيب الأسرة " ، من خلال النسق الطبى الرسمى للرعاية الصحية ، وهو ما يرتبط ارتباطاً وثيقاً بنوعية العلاقة بين الطبيب والمريض ومستوى الثقة بينهما ، ودرجة الرضاء عن الخدمة الصحية والعلاجية .

ثانياً : نظام " طب الأسرة " :

يمثل نظام طب الأسرة على المستويين الدولى والقومى ، نقطة البداية فى عملية الرعاية الصحية الأساسية لأى مجتمع ، والتي تعد بدورها حجر الزاوية فى جميع النظم الصحية المحلية والعالمية ، والمدخل الأساسى فى سائر الممارسات المهنية والصحية ، بل وأحد المحاور الأساسية للتنمية الاجتماعية على المستوى القومى ، والركيزة الأولى للاهتمام بصحة الإنسان ، باعتباره القاعدة العريضة المتينة للهرم الصحى القومى فى جميع بلدان العالم .

وعلى ذلك ، يؤدي هذا النظام - من خلال ممارساته الصحية العامة داخل الأسرة - دوراً محورياً في توفير وضمان نوعية الحياة اللائقة للفرد والأسرة والمجتمع ، حيث لا تقتصر خدماته على الأبعاد الصحية الوقائية والعلاجية فحسب ، وإنما تمتد لتشمل كافة الأبعاد الاجتماعية والتنمية المؤثرة في باقى أنماط الخدمة الطبية .

وقد أصبح نظام " طب الأسرة " أحد الأنساق الصحية الرسمية فى مجال الرعاية الصحية الأساسية فى مصر منذ عام ٢٠٠٥ - وتم تطبيقه فى عدة مراكز مختارة بمحافظات مصر تمهيداً لتعميمه - وهو نموذج متكامل لتقديم الخدمة الصحية الحديثة للأسرة المصرية ؛ بهدف تعزيز الحالة الصحية ، وتقديم الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية (مجموعة خدمات صحية متكاملة) ، والتركيز على رفع مستوى الوعى الصحى لدى الأسرة المصرية ، ودعم دورها فى المشاركة المجتمعية والاقتصادية والثقافية .

وتتضح أهم أهداف هذا النظام فى ملمحين رئيسيين :

الملمح الأول : ضمان استمرار تقديم الرعاية الصحية للأسرة المصرية :

حيث يضمن هذا النظام استمرار تقديم الخدمة الصحية الشاملة (العلاج والرعاية) للفرد والأسرة والمجتمع بصفة عامة ، مركزاً على الفئات الأكثر تعرضاً للمخاطر والمحرومة والأشد احتياجاً للرعاية الصحية ، مع الاهتمام بخدمات التطعيم والتحصينات ومكافحة الأمراض المعدية والمتوطنة ، وتقديم كافة الخدمات الوقائية والعلاجية الملئمة لكافة الحالات المعرضة للخطر ، مثل الحوامل والأطفال والمعاقين والمسنين ، من خلال ثلاث مستويات للرعاية الصحية الأساسية :

- وحدات صحة الأسرة : قوامها من خمسة آلاف إلى عشرين ألف مواطن .
 - مراكز صحة الأسرة : قوامها من عشرين إلى خمسين ألف مواطن .
 - المستشفيات : قوامها سرير لكل عشرة آلاف مواطن .
- الملح الثانى : وجود علاقة وثيقة بين الطبيب والأفراد والأسر والمجتمع :

حيث ينطوى هذا النظام على تخصيص طبيب مؤهل ومدرب على مستوى عالٍ ، لكل من ٦٠٠ - ٨٠٠ أسرة ، يكون مسئولاً عن صحتهم مسئولية كاملة ، من خلال إجراء الفحص الطبى الشامل لكل أفراد الأسرة ، وفتح ملف عائلى لكل أسرة يحتوى على التاريخ الطبى لكل فرد وأسرته والحالة الاجتماعية والاقتصادية للأسرة . وهو ما يؤكد - نظرياً - إمكانية تتبع الأمراض المزمنة والوراثية فى الأسر والعائلات ، وخلق ارتباط وثيق معهم ، من خلال خدمات التثقيف الصحى والمشورة الطبية والتوعية الاجتماعية .

وترى الباحثة أنه قد يبدو من الوهلة الأولى أن هذه المعدلات المفترضة بالنسبة لأعداد الأسر ، تزيد كثيراً عن المعدلات العالمية للرعاية الصحية الأساسية ، وهو ما ينعكس سلباً على كفاءة وفاعلية أداء هذا النظام وعلى العلاقة بين الأطباء والمرضى ، لكن هذا الافتراض متروك لما سوف تسفر عنه نتائج الدراسة الميدانية فى هذه المسألة .

ثالثاً : طبيب الأسرة :

من المفترض أن توصيل الرعاية الصحية الأساسية الموجهة بالجماعة بشكل فعال وملائم ، يتطلب فهماً عميقاً للخلفيات الثقافية للمرضى من الأفراد والأسر ومعرفة السياقات الاجتماعية التى يعيشون فيها ، وهو ما يعنى أن هناك جوانباً أخرى غير التأهيل العلمى والتدريب ينبغى على " طبيب الأسرة " أن

يكون ملماً بها ، بمعنى أن يكون على دراية بالمداخل المنهجية لعلم الاجتماع الطبي الذي يعنى بالأبعاد الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض فى المجتمع ، وبتأثير العلاقة الإنسانية بين الطبيب والمريض على العملية العلاجية ، وأن يكون ملماً كذلك بعلم الأنثروبولوجيا الطبية بجانبها النظرى والتطبيقى ، والتي تعنى بالطريقة التى يفسر بها الناس أسباب المرض وأنماط العلاج التى يعتقدون فيها وأنماط المعالجات ؛ لأن كلاً من هذين العلمين يشير إلى تركيز الممارسات الطبية فى نظام طب الأسرة ، على الأساليب التى يستخدمها طبيب الأسرة فى رعاية المرضى وعائلاتهم ، ويطبق من خلالها المعرفة والتقنيات المتطلبة لدراسة الأبعاد الاجتماعية والثقافية لصحة الأسرة . ومن ثم يمكن النظر إلى الأنثروبولوجيا الطبية ، باعتبارها فرعاً علمياً من طب الأسرة متخصصاً - من الناحية النظرية - فى دراسة الأبعاد الاجتماعية والثقافية لصحة ومرض الأسرة فى سياق الممارسة الطبية للرعاية الصحية الأساسية ، ويطبقها طبيب الأسرة - من الناحية العملية ومن الناحية النسقية - باتباع خلاصة مهاراته الإكلينيكية والاستشهاد بنماذج إكلينيكية ؛ لاستنباط الجوانب الذاتية والموضوعية لخبرة الصحة والمرض على ثلاث مستويات : الفرد والأسرة والجماعة (٢١) :

١ - على مستوى الفرد (العلاقة بين طبيب الأسرة والمريض) :

إن عملية استنباط الجوانب الذاتية والموضوعية لخبرة الصحة والمرض من المريض ، واستنباط وجهة نظره بالنسبة لشكواه ، وتعريف مشكلته المرضية وأسبابها وتوقعاته وطلباته بشأنها ، تمثل الخطوة الأساسية الأولى لما يسمى بالمدخل التشاركي *Negotiated Approach* للرعاية الإكلينيكية ، والتي تتضمن نماذج المريض التفسيرية للمرض ، وتشمل تصوراته عن مرضه ، وبدايته ، وفسولوجيا المرض ، والتكهن به وعلاجه ، وكذلك نماذج المريض البدائية للمرض .

وتشمل تصوراته عن المرض بالاعتماد على خبرته الشخصية السابقة ، وخبرات الآخرين ، والمعلومات المنقولة من خلال وسائل الإعلام والتوعية الصحية . وأيضاً طلبات المريض وتشمل أفكاره وتصوراته عن الطريقة التي يأمل بها الحصول على المساعدة الطبية والعلاجية . وعلى ذلك ، يصبح طبيب الأسرة واعياً بالاختلافات الاجتماعية والثقافية لاتجاهات القيم الشخصية وسلوكيات الصحة والمرض وأنماط حياة الأفراد .

على مستوى الأسرة (العلاقة بين طبيب الأسرة والأسرة) :

إن المعرفة بالتاريخ الطبى للأسرة وأنساقها القرابية واستنباط أفكار وتصورات كل أفرادها عن الصحة والمرض ، تؤكد قدرة طبيب الأسرة على تقييم نوعية العلاقات الشخصية لأداء الأسرة وفهم ديناميتها - مع أى قوى اجتماعية أخرى - التى تؤدى إلى الصحة والمرض . ومن ثم يصبح طبيب الأسرة واعياً بالاختلافات الثقافية والاجتماعية فى التجمعات الأسرية وأنماط التعامل معها ودورة حياتها .

على مستوى الجماعة (العلاقة بين طبيب الأسرة والجماعة) :

تتمثل الجماعة فى منطقة سكنية معينة ، أوجع من الناس ، أو نسق اجتماعى معين ، ويعتمد فهمها على استنباط وجهة نظر المبحوث *Insider's emic* ووجهة نظر الباحث *Outsier's etic* ، ولذلك يجب على طبيب الأسرة توظيف المداخل التاريخية والأنتوجرافية وعلم الوبائيات لتعريف الجماعة بأمراضها وبمرضاتها ، والكشف عن الأبعاد الاجتماعية المسببة للمرض . بالإضافة إلى ضرورة فهم النسق الصحى الرسمى وغير الرسمى (الشعبى والشائع) للرعاية الصحية داخل الجماعة ، وأن يعى - من خلال السياق الأيكولوجى للجماعة - بالأبعاد التاريخية والبيئية والسياسية والجغرافية والاقتصادية والاجتماعية

والروحية والترويقية للجماعة ، باعتبارها عوامل مؤثرة فى المريض الفرد وفى الأسرة وفى الجماعة ككل أى تشخيص مرض الجماعة *Community* " *Diagnosis*"

وبذلك يدخل طبيب الأسرة السياق الثقافى للجماعة كـنسق متغير فى الرعاية الصحية للأسرة ؛ لما له من دور مهم فى توسيع وإثراء الممارسة الطبية فى نظام طب الأسرة ، ومن ثم يصبح هذا النظام مجسداً للعلوم الاجتماعية والسيكولوجية ، وينتقل من نموذج علاجى ثنائى (علاقة بين طبيب ومريض) إلى أنساق أسرية للرعاية الصحية (علاقة بين طبيب ومريض وأسرة) ، وبالتالي يحقق الرعاية الصحية الأساسية الموجهة بالجماعة ، من خلال التعامل مع الأبعاد الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض بشكل أكثر فاعلية .

العلاقة الإنسانية بين الأطباء والمرضى

تمثل الممارسة الطبية مناسبة حقيقية للألفة والمودة ، حينما يطلب الشخص المريض أو الذى يعتقد أنه مريض ، النصيحة من الطبيب الذى يثق فيه، ولا يتوقف النجاح أو عدمه فى مثل هذه اللقاءات التى تحدث - سواء فى عيادة الطبيب أو على سرير المريض فى المستشفيات - على المعرفة الطبية والمهارة الفنية للأطباء فحسب ، وإنما أيضا على طبيعة العلاقة الاجتماعية التى تنشأ بين الطبيب والمريض ، خاصة وأن هذه العلاقة تمثل فى كثير من الأحيان ارتباطاً مشتركاً بين طرفين ، وتجدد تفاعل شخصين ، أو قد تتجسد فى شبكات مركبة من العلاقات (الطبيب والمريض وأسرة المريض وأقربائه وزملائه وربما أرباب العمل وباقى عناصر النسق الصحى) .

وحينما يلتقى الطبيب مع المريض ، فإن كلاً منهما يعتقد أفكاراً ومفاهيم مختلفة عن المرض ، حيث يؤسس الطبيب وجهة نظره على أسس مهنية "Professionalism" ، مثل التعليم الطبى والتدريب المهنى والخبرة العلاجية ، بينما تنحصر وجهة نظر المريض فى مشكلته المرضية وحاجته الملحة لعلاجها ، وقد يضيف عليها طابعاً اجتماعياً وثقافياً يعكس على طريقة فهمه لها ، وهنا قد يتفق الاثنان (الطبيب والمريض) على تعريف المرض أو معايير الأداء الوظيفى للجسم ، ويحدث تواصل وثيق بين وجهة نظرهما . وقد يختلفان أيضا ليس على وجود المرض أو عدم وجوده ، وإنما نظراً لاختلاف المستوى الثقافى بينهما ، وهو ما يشار إليه باختلاف وجهة النظر " العامية " و " المهنية " "Professional - Lay Perspective" ، ومن ثم يختلف تعريف المرض بينهما تبعاً لهاتين النظرتين ، وبالتالي يتوقف علاج المشكلة المرضية على قدرة الطبيب

على فرض وجهة نظره المهنية من ناحية ، وعلى مدى استجابة المريض لتوقعات الطبيب ، واستعداده للانصياع لآرائه أو التعاون معه فى عملية العلاج .

وعلى ذلك يمثل التفاعل الاجتماعى الذى يحدث بين الطبيب والمريض ، أهم المحددات الرئيسية للعلاقة العلاجية بينهما ، وما يترتب عليها من نتائج نفسية - اجتماعية (تحقق الرضاء بالنسبة لكل منهما) ، وتحقيق النتائج الإكلينيكية للعملية العلاجية . فإذا لم يشعر المريض بارتياح حين لقائه مع الطبيب ، وإذا لم يشجع على الكلام بحرية ، فإنه لن يكشف عن مشكلته المرضية ولن يعبر عن قلقه ومخاوفه .

ويتوقف رضاء المريض على تصوره لطبيعة العلاقة الشخصية مع الطبيب ، وعلى المهارة الإكلينيكية للطبيب ، والتي قد يكون لها فى حد ذاتها أثر إيجابى على تخفيف الألم والأعراض التى يشعر بها المريض ، كما قد يكون له أثر مهم على الكفاءة الوظيفية للمريض ، وعلى القياسات الفسيولوجية التى تجرى له عند المتابعة . كما تؤثر العلاقة الاجتماعية على رضاء المريض ، بطريقة أخرى ، وهو ما يسمى " الدواء الإرضائى " *Placebo* أى الدواء الذى يعطى للمريض لمجرد إرضائه .

وبالمثل يؤثر التفاعل الاجتماعى على مشاعر الرضاء عند الطبيب ؛ فإذا فشل الطبيب فى استنباط مخاوف المرضى وتفسيرهم لأعراضهم ، فقد يؤدى ذلك إلى اعتقاد كثير من الأطباء بعدم جدية المرضى ، وأنهم يضيعون وقتهم ومهاراتهم هدرأ (٢٢) .

وإنه وإن كانت طبيعة هذه العلاقة تتسم بالاختلاف والتباين فى سلوك المرضى ، من حيث استجاباتهم وتفاعلهم مع الأطباء ، فى ضوء أحكامهم الخاصة المبنية على خبرتهم الذاتية وبعض المعرفة الطبية البسيطة أو الساذجة عن الأداء

الوظيفى للجسم ، فهي تتصف أيضا بالاختلاف والتباين بين الأطباء أنفسهم ، من حيث وجهة نظرهم المهنية وملاءمتهم للتصدى لمشكلات مرضية معينة ، تبعاً لاختلاف وتباين معارفهم الطبية وتأهيلهم العلمى وخبرتهم العلاجية ، ونوعية تدريبهم ومنظوراتهم الفلسفية وإدراكهم لتعريفات المرض . بالإضافة إلى أن المعرفة الطبية ذاتها لا تعتمد على حقائق علمية دقيقة فحسب ، وإنما تعتمد أيضا على خبرات عملية مستخلصة من الممارسة العلاجية ، وهو ما يترك مجالاً للاختلافات الفردية والتقدير الشخصى للأطباء ، مما يؤثر بالتالى على طبيعة العلاقة بين الطبيب والمريض فى بعض المواقف التى تتصف بالغموض وعدم اليقين ، الأمر الذى يؤكد أنه مازالت هناك معايير طبية غير قاطعة أو نهائية بسبب هذه التباينات ، بالإضافة إلى وجود بعض الاختلافات الأخرى فى الأداء الوظيفى الفسيولوجى والبيولوجى والاجتماعى بين المرضى الذين يختلفون أيضا فى أعمارهم ونوعهم وأنماط حياتهم (٢٣) .

وتعد نقطة البداية فى دراسة العلاقة الإنسانية بين الطبيب والمريض ، هى الرؤية النظرية لعلم الاجتماع الطبى التى عرضها " تالكوت بارسونز " *Talcott Parsons* فى كتابه " النظام الاجتماعى " فى عام ١٩٥١م ، والتى أصبحت تعرف بـ " البنائية الوظيفية " *Structural - Functionalism* ، وفكرته الأساسية أن هناك ترتيبات اجتماعية جديدة بالملاحظة باعتبارها " بناءات معيارية " *Normative Structures* ، يمكن تحليلها من حيث وظائفها الاجتماعية وانعكاسها على استمرار الوحدة الاجتماعية الشاملة والنظام الاجتماعى التى هى جزء منه .

والمشكلة الأساسية للصحة والمرض - من وجهة نظر " بارسونز " - هى الحفاظ على قدرة الأفراد على أداء أدوارهم الطبيعية فى المجتمع ، أى

مشاركتهم في الأداء المجتمعي الكلي بالأساليب المعبرة عن المواقف الخاصة التي يجدون أنفسهم فيها ، هذه القدرات لها جوانب فيزيقية وأخرى تحفيزية وثيقة الصلة بها^(٢٤). وأن المرض هو شكل من أشكال الانحراف الاجتماعي والخلل الوظيفي الذي يضعف من الأداء الطبيعي للمجتمع ويعرضه للخطر ، ومن ثم يتطلب إعادة الاندماج في النظام الاجتماعي ، باعتباره حالة عرضية مؤقتة حتى العودة لأداء الدور الطبيعي . ويذهب بارسونز إلى اعتبار المرض ليس مجرد خطر عرضي (خارجي) فقط وإنما هو أيضا جانب مكمل للتوازن الاجتماعي نفسه، من خلال ادوار اجتماعية مؤسسية لأنماط محددة من السلوك الاجتماعي للطبيب والمريض ، تسهل عملية التفاعل وتضمن أن كلا منهما يعملان معاً على استعادة الصحة وأداء الدور الطبيعي بشكل سريع وبقدر الإمكان ، وأن المشكلة الرئيسية - كما يراها بارسونز - هي مشكلة تحفيز الأفراد على أداء هذه الأدوار ، فالمرض يمكن أن يُعامل بوصفه نتيجة للاستجابة للضغوط الاجتماعية وكحالة لتقليل المسؤوليات الاجتماعية^(٢٥) .

الأدوار الاجتماعية للأطباء والمرضى

أولاً : نموذج "بارسونز" لدور الطبيب والمريض :

لقد تخيل "بارسونز" الممارسة الطبية كميكانيزم في النظام الاجتماعي للتصدي لمرض أعضائه ، على أساس تطبيق المعرفة العلمية ، كما ينطوى أيضا على مبادئ رائعة ، تضمنها "بناء" الممارسة الطبية في صيغة تميظ الدور ، وطرحه كنمط مثالي يستخلص ويعرض ما يعتقد أنه سمات أساسية للتنظيم الاجتماعي أو الدور الاجتماعي ، ومنهج مهم لتحليل ووصف الظواهر الاجتماعية شديدة التعقيد . إن دور الطبيب أو الممارس الطبي عند بارسونز هو أنه عضو في طائفة الأدوار المهنية ، ويملك مجموعة من الخصائص تعزى إلى أهليته وجدارته التقنية العالية ، بل - وكما يقول بارسونز - موجه بالجماعة وليس موجه بذاته ، وهذا هو وجه التقدير الاستثنائي لكونه طبيباً .

١ - دور المريض :

تصور "بارسونز" أربعة مبادئ تحكم الدور الوظيفي للمريض هي :

أ - إعفاء المريض من مسؤولياته الوظيفية الاجتماعية الطبيعية .

ب - حاجة المريض للرعاية .

ويمثل هذان المبدأان حقوقاً وامتيازات للمريض ، لكنهما مشروطان

باستكمال دور المريض بمعنى ما يقابلهما من التزامات وهي :

ج - التعهد بالحرص على ابتغاء الشفاء بسرعة وبقدر الإمكان .

د - طلب النصيحة الطبية المهنية ، والأكثر أهمية التعاون مع الطبيب خلال

العلاقة التي تنشأ بينهما (٢٦) .

٢ - دور الطبيب :

يتمثل هذا الدور فى إعلان وإبلاغ القواعد التى تحكم دور المريض الوظيفى للمرضى ، وشرح بارسونز هذا الدور فى شكل توقعات وحقوق للطبيب، فالأطباء يعطون المثل لعلاقات " حيادية الشعور " مع المرضى فى المجتمع الحديث ، بحيث تكون هذه العلاقة محمية ومصانة ببعده وجدانى . وأن التعليم الطبى وتوقعات الدور الاجتماعى تسبغ على الأطباء تنشئة اجتماعية معيارية ؛ لكى يعملوا لصالح المريض وليس لمصلحتهم المادية الشخصية بموضوعية وتجرد وجدانى ، أى لا يحكمون على المرضى على أساس نسق قيم شخصى أو يؤثرون فيهم بشكل انفعالى ، وأن يكونوا موجهين بقواعد ومبادئ الممارسة المهنية ، ومدفوعين بمبدأ المساواتية العمومية وليس الاصطفائية الشخصية . ولأن الأطباء يخضعون الجسد للمعرفة التقنية ، فإن لهم الحق فى فحص المرضى فيزيقياً ، والبحث داخل مناطق فى صميم الحياة الشخصية والفيزيقية ، وعلى النظام الاجتماعى أن يسمح لهم وظيفياً بالاستقلال المهني والسلطة والسيطرة من خلال تنشئتهم الاجتماعية وتوقعات دورهم (٢٧) .

ويتضح من نموذج " بارسونز " لدور المريض أنه يشير إلى أن توقعات الشخص المريض مثل عدد ونوع الأنشطة التى يتوقع أن يتخلى عنها ، سوف تتأثر بطبيعة وخطورة حالته الصحية . كما يسلم بأن ليس كل مرض يقتضى أن يتخلى الناس بسببه عن أوارهم الاجتماعية الطبيعية ويشغلون دور المريض ، فكثير من الأمراض الثانوية يتم التغلب عليها دون الرجوع للطبيب ، ولا تستوجب أى تغيرات فى الحياة اليومية للمريض ، وبالمثل قد يحتاج المرضى المصابون بأمراض مزمنة ، إلى اللجوء للطبيب بشكل منتظم ولا يشغلون الدور الدائم للمريض ، إلا إذا شعروا بتغير فى صحتهم المألوفة . وهكذا يرى "

بارسونز " دور المريض دوراً اجتماعياً مؤقتاً يحدده المجتمع ؛ بهدف عودة المرضى إلى حالتهم الصحية واستعادتهم داخل الأداء الكلى للمجتمع . كما يُعدُّ دور المريض دوراً عاماً تطبق فيه الالتزامات والتوقعات على جميع المرضى ، أيا كانت أعمارهم أو أنواعهم أو وظائفهم أو أى وضع آخر .

كما يرى أيضاً أن دور الطبيب مكمل لدور المريض ، فكما يتوقع من المريض أن يتعاون مع الطبيب ، فالمتوقع أيضاً من الأطباء أن يطبقوا معرفتهم التخصصية ومهاراتهم الفنية لفائدة المريض وأن يعملوا لصالح المريض والمجتمع ، وليس العمل لمنفعتهم الشخصية ، كما يتوقع أيضاً أن يكونوا موضوعين ومتجردين عاطفياً وموجهين بقواعد الممارسة المهنية . والالتزام بهذه التوقعات العامة يُعدُّ مطلباً أساسياً لاتخاذ عمليات التشخيص والعلاج ، لاسيما حينما تقضى الحاجة معرفة تفاصيل جوهرية عن المريض أو إجراء فحص فيزيقي أساسى .

كما يحدد تحليل " بارسونز " التوقعات العامة التى توجه سلوك الأطباء والمرضى ، وكيف تسهل هذه الأدوار عملية التفاعل بينهما ، عندما يكونون على علم بطريقة سلوك بعضهم البعض . بالإضافة إلى أنها تؤدي أيضاً إلى تخفيض الآثار الفوضوية المحتملة فى المجتمع ، جراء الإدعاء بالمرض أو الانقطاع عن العمل ؛ بهدف التحايل والتمتع بامتيازات دور المريض ، وذلك من خلال دور الطبيب فى إسباغ الصفة القانونية للمرض بطريقة رسمية والعمل حارساً لدور المريض .

باختصار ، لقد تخيل " بارسونز " توازن الصحة والمرض ، والعمل الطبى العلاجى المؤسس حوله فى شكل ضبط اجتماعى معيارى ، وكنظام

مؤسسى يسمح بالانسحاب المؤقت من المسئوليات الطبيعية ؛ لكى يعيد تقوية قدرات الأفراد الفيزيكية والمعنوية .

٣ - الانتقادات الموجهة " لبارسونز " فيما يتعلق بتصوره لدور المريض :

واجه " بارسونز " مجموعة من التعليقات النقدية - جديرة بالبحث - من قبل بعض علماء الاجتماع ، أمثال " فريديسون " *Freidson* ، " جولغر " *Gallagher* ، و " هيرث " *Hearth* ، والتي انصبت على تصوره لدور المريض وهى :

أ - أن الدخول فى دور المريض ليس عملية مباشرة ، كما افترض " بارسونز " ، فخطورة المرض ، وإجازته قانونياً ، واختلاف التوقعات الثقافية للمرضى بسبب الطبيعة الاجتماعية والمستوى التعليمى والنوع والعمر ، تلعب جميعها دوراً حاسماً بالنسبة للطريقة التى يجب أن يسلكها الشخص المريض ، حينما يشعر بالمرض ^(٢٨) . وهناك قدر كبير من الاختلاف والتباين فى الثقافة والشخصية فى معايير وأدوار المريض ، فقد يختلف دور المريض تبعاً لاختلاف المجتمعات ، كما أن الاختلافات فى الطبقة الاجتماعية قد تفرض على بعض المرضى الفقراء ، التأقلم مع عجزهم عن الوصول للرعاية الصحية ويصبحون قديرين (*Fatalistic*) ويرفضون اللجوء للمعالجة الطبية ، وينظرون إلى المرض والموت كمسألة حتمية ^(٢٩) .

ب - أن المرض لا يتعادل من الناحية الأخلاقية ، بالأسلوب الذى افترضه " بارسونز " ، وعلى ذلك فالدخول لدور المريض ليس إرادياً دائماً ، فقد يكون الناس غير قادرين على إعطاء هذا الدور ، كما قد يطبق على شخص فى حالة معينة ويرفض فى حالات أخرى . وبعيداً عن كون

المريض معفياً من المسؤولية عن المرض ، فإن المسؤولية هي الأهم بل وأكثر تعقيداً ما افترضه " بارسونز " ؛ لأن كثيراً من الأمراض تحمل " وصمة " ترتبط بأسبابها المفترضة مثل مرض الايدز ، والأمراض الناشئة عن الإدمان . ولذلك يُعدُّ أن الدخول في دور المريض عملية سياسية اجتماعية (٣٠) .

ج - أن دور المريض ليس دوراً مؤقتاً بالضرورة ، فقد يتناسب مع مفهوم الأمراض الحادة أو العارضة ، ولكنه ليس كذلك بالنسبة للأمراض المزمنة التي أصبحت نسبياً أكثر أهمية ، فالإجراءات والمدلولات المعنوية للأمراض المزمنة تختلف من حيث اعتبارات الأهمية عن الأمراض الحادة، وهي ليست في حد ذاتها موضوعاً للجدل أو تفاوضاً اجتماعياً (٣١) .

د - افترض " بارسونز " أن المريض يذعن طواعية للطبيب ، بينما المرضى في الواقع ليسوا مستسلمين ، وغالباً ما تتطوى العلاقة بين المريض والطبيب على التناقض . بالإضافة إلى أن المرضى المتعلمين أكثر حرصاً على مشاركتهم في العلاقة ، ويرفضون السلبية والاستسلام .

وقد استجاب بارسونز لبعض هذه الانتقادات ، وأعاد إعلان موقفه الأصلي بالنسبة لبعض الآخر . وزعم أن المرض المزمّن يجب أن يفسر في صيغة أن ما كان يشير إليه ليس بالضرورة تحقق الشفاء الكامل ، وإنما العودة إلى الأداء الوظيفي نسبياً كلما أمكن ذلك ، كما تفهم أن المرضى ليسوا سلبيين دائماً ، فغالباً ما يقومون بدور فعال في عملية علاجهم . ولكنه أصر على افتراضه من حيث إذعان المرضى طواعية للأطباء ، وفي ذلك يجب أن يكون الامتياز المؤسسي للأدوار المهنية ، قائماً ومبنياً على المسؤولية والكفاءة والاهتمام المهني (٣٢) .

٤ - بعض التناقضات في دور الطبيب :

على الرغم من أن تحليل بارسونز للعلاقة بين الأطباء والمرضى ، يؤكد على الطبيعة الرضائية للأدوار والعلاقة بينهم ، فغالباً ما توجد في الواقع بعض التحاملات والتوترات تشوب هذه العلاقة ، منها ما ينشأ نتيجة للتباينات بين القيم الشخصية للأطباء والقيم الشخصية لبعض المرضى ، ولاسيما عند التعرض لبعض الحالات المرضية أو السلوكية التي تخضع للتقييم الأخلاقي ، مثل حالات الإجهاض أو أمراض الشذوذ الجنسي . كما أن هناك أيضاً تعارضاً في الواجبات المناطة بالأطباء بين التزامهم بأداء المصلحة الأفضل للمرضى ، وواجبهم تجاه الدولة كوكلاء للضبط الاجتماعي ، كحراس لدور المريض تبعاً لسلطتهم وصلاحياتهم في تحديد وتعريف من هو السليم ومن هو المريض ، وما يترتب عليه من تبرير امتيازات المريض . وهناك مصدر آخر للتناقض في دور الأطباء ينشأ بسبب التزاحم في الاهتمام بأولوية العلاج على مستوى المريض الفرد أو على مستوى جموع المرضى ، في ضوء قلة الموارد والأجهزة والمعدات والأسرة ووقت الأطباء أنفسهم (٣٣) .

وفي غياب معايير واضحة ، تتساءل الباحثة : هل يتساوى في الاهتمام بأولوية العلاج المرضى المسؤولون عن أمراضهم كالمدخنين الذين يرفضون الإقلاع عن التدخين، والمصابين بحوادث أثناء قيادة سيارتهم وهم مخمورون - على سبيل المثال - مع مرضى الفشل الكلوي المُسبب بالبلهارسيا ؟

كما تعرض نموذج "بارسونز" للعلاقة بين الطبيب والمريض ، لانتقادات شديدة أيضاً ، بالنسبة لما تصوره من أن توقعات دور الطبيب (التجرد الوجداني والتوجه الجمعي والمساواة بين المرضى) وتعليمه الطبي ، يضيفان على الأطباء تنشئة اجتماعية معيارية للعمل لصالح المريض والمجتمع ، وليس

لمصالحهم الشخصية والمادية ، التي تعبر عن المثالية المهنية للأطباء من جانب ، وتمنحهم استقلالية في ممارسة مهنة يتحملون بمقتضاها موقع المسؤولية بالنسبة للمريض من جانب آخر ، وذلك نظراً لما يتضمنه هذا التصور من نقاط ضعف كثيرة وإغفاله بعض الجوانب المهمة مثل:

أ - التنشئة الاجتماعية والمهنية للطبيب :

لقد أغفل تصور " بارسونز " أن هناك اختلافاً في الثقافة البينية لأدوار الأطباء ، واختلافاً بين الأطباء في نجاح التنشئة الاجتماعية لأدوارهم ، ولذلك بدأ بعض الأنثروبولوجيون - بعد نموذج بارسونز - يلقون الضوء على التنشئة الاجتماعية للأطباء وعلى مواد التعليم الطبي ، وعلى فترات التخصصات الطبية، التي تهيئ أو تثبط التنشئة الاجتماعية للدور المثالي في علاقات الطبيب والمريض ، وعلى الجوانب التي تؤدي إلى إيثارهم لأنفسهم ضد الرعاية الإنسانية للمريض . والتي تهيئ الأطباء اجتماعياً تجاه " اللإنسانية " وترتب الصداقة والتمائل المهني في موضع قبل الدفاع عن المريض وقبل المثالية الاجتماعية .

ب - السلطة والاستقلالية المهنية للأطباء :

هذه هي نقطة الضعف الأكثر أهمية في التفسير الوظيفي للعلاقة بين الطبيب والمريض، وللمفاهيم الأيكولوجية للاختلال الوظيفي عند " بارسونز " وقبوله بفكرة المماثلة الوظيفية المطلقة بين (العضوية والاجتماعية) أي بين البناء العضوي والبناء الاجتماعي^(٣٤) . فالبناءات الاجتماعية لا يمكن أن تفترض بشكل وظيفي في النظام الاجتماعي ، لمجرد أنها تحتفظ ببقائها أكثر من أي كائن عضوي . وكل ما يمكن أن يقال عن " البناء " وهو في هذه الحالة - دور العلاقة - هو أنه لا يدفع الكائن العضوي خارج بيئته مسبباً فناءه ، بمعنى آخر إن دراسة العلاقة بين الطبيب والمريض في مجتمع ما ، لا تبين كيف أن البناءات والمعايير

الخاصة للعلاقة ، هي مجرد نتيجة لمصادفة تاريخية أكثر من كونها نتيجة حتمية لطبيعة المرض والعلاج في المجتمع . ولذلك ظهر علم الاجتماع النقدي لعلاقات الطبيب والمريض لمواجهة التناقضات الداخلية للاستعارة البيولوجية البارسونية^(٣٥) .

وإزاء الانتقادات الشديدة التي وجهها علماء الاجتماع في جيل الستينات ، خلال معارضتهم للمطالبات غير العادلة للأطباء بالسلطة ، اتضح أن دفاع الأطباء عن السلطة والمهنية والاستقلال هو مجرد دفاع لاختصاص المرضى لمصالحهم الشخصية ، وظهر من خلال مقاومتهم لنظام التأمين الصحي أن ادعاءاتهم عن الطبيعة المقدسة للعلاقة بين الطبيب والمريض ، هي مجرد كلام أجوف ، كما كشفت الانتقادات أيضا أن الدخول المرتفعة للأطباء ودفاعهم عن الاستقلالية المهنية أديا إلى طب رديء وسياسة صحية سيئة ، وأن سلطتهم المهنية ، غير المبررة تؤدي إلى المزيد من انتهاكات الجسد^(٣٦) .

وقد بلور " فريديسون " *Freidson*^(٣٧) في هذا السياق أن فكرة السلطة المهنية هي للمصلحة الذاتية للأطباء ، أكثر من كونها موجهة بالجماعة وذهب إلى أن العلاقة بين الطبيب والمريض ما هي إلا تعاقد مشترك بين نسق مهني ونسق عامي ولكل منهما اهتماماته الخاصة ، وكان مدخله لدور المريض متأثراً بـ "نظرية التعريف" ، وهي بطاقة يُعرف بها الشخص كعضو في فئة معينة غير طبيعية مثل " المريض " ، أو تعريف فرعي داخل هذه الفئة مثل " المريض العقلي" ، وهو في حد ذاته تعريف تشكيلي يمارس تأثيراً على خبرة وسلوك الناس المعرفين بهذه الطريقة ، كما يؤثر أيضا على الآخرين الذين يأتون لزيارة الشخص المعرف من حيث تعريف السمات^(٣٨) . كما ذهب أبعد من " بارسونز " ليعلم أن السلطة المهنية للأطباء تخولهم حق احتكار تعريف الصحة والمرض ،

وعلى ذلك فهم يبتدعون أنواعاً من المرض ويضفون عليها التبرير العلمى لتصبح أمراضاً معترفاً بها ، وهم بذلك يستخدمون سلطتهم خلال العملية التشخيصية ؛ لتوسيع نطاق سيطرتهم التى تتجاوز التدرع بالبراعة التقنية فى العلاج ، إلى السيطرة على نظام الرعاية الصحية .

ثانياً : نماذج العلاقة بين الطبيب والمريض وفقاً لأنماط المرض :

وضع كل من " توماس زاس " *Thomas Szasz* و " مارس هولاندر " *Marc Hollender* ، نماذجاً أخرى لأدوار الطبيب والمريض ، أدخلها بها بعض التحسينات على نموذج " بارسونز " ، من خلال التوسع فى تفسير هذه الأدوار فى ضوء اختلاف أنماط المرض . وذهبوا إلى أن سلبية (استسلام) المريض واصرارية الطبيب يمثلان أكثر التفاعلات شيوعاً بالنسبة للمرض الحاد ، وأن المرض الأقل حدة يتسم بإرشاد وتوجيه الطبيب وتعاون المريض ، فى حين يتسم المرض المزمن بعلاقة مشاركة متبادلة بين الطبيب والمريض فى خطة العلاج ، والتى يتحمل المرضى فيها معظم المسؤولية فى مساعدة أنفسهم^(٣٩) ، وتتناول الباحثة - فيما يلى - شرحاً لكل من هذه النماذج :

١ - نموذج التفاعل السلبي (الاستسلام) *The Model of Activity - Passivity*

يعد هذا النموذج التصورى هو الأقدم من الناحية التاريخية ، وإن كان لا يمثل تفاعلاً بالمعنى الحقيقى ، حيث إنه يقوم على تأثير شخص ما على شخص آخر ، يكون فيه المريض الواقع تحت التأثير عاجزاً عن المشاركة فى أى علاقة مع الطبيب بشكل إيجابى أو يفترض أن يكون فاقداً للوعى . وتشكل هذه العلاقة أساساً لبعض التطورات الأخيرة فى الطب الحديث مثل التخدير والعمليات الجراحية ، حيث يكون الطبيب إيجابياً ويكون المريض سلبياً . وقد نشأ هذا الاتجاه من التعامل مع حالات الطوارئ مثل المريض المصاب بجرح أو

نزيف شديد أوفى حالة حمى أو غيبوبة لملاعمته لها تماماً . وتتم المعالجة في هذه الحالة بغض النظر عن مشاركة المريض وأيا كانت العاقبة . وهنا يوجد تشابه بين المريض والطفل الضعيف من ناحية ، وبين الطبيب والوالد من ناحية أخرى ، ومن ثم فهو يتصف بالعلاقة الأبوية (علاقة الوالد بالطفل الصغير) .

٢ - نموذج التوجيه - والتعاون : *The Model of Guidance - Cooperation*

يشكل هذا النموذج أساس الكثير من الممارسة الطبية والعلاجية ، ويستخدم في حالات أقل حدة من الحالات السابق الإشارة إليها - كالعدوى والالتهابات الحادة - وعلى الرغم من الوضع السيء للمريض في هذه الحالة إلا أنه يعى ويحس ويتنفس بدون مساعدة ، ولأنه يعاني من الألم والقلق وأعراض اختلالات أخرى ، فهو في موقف الباحث عن المساعدة والمستعد والراغب في التعاون، وحينما يلجأ إلى الطبيب يصنف " الثانى " فى ترتيب القوة .

وقد يبدو هذا النموذج مثل النموذج السابق - من حيث ظاهرة التفاعل السلبى - ظاهرياً أكثر منه حقيقة ؛ لأن كلا الشخصين إيجابى فى أنهما شريكان فى العلاقة وما يترتب عليها ، والاختلاف الرئيسى بينهما يتعلق بالقوة واستخدامها الفعلى والمتوقع . فالأكثر قوة بين الاثنين (الطبيب) يتولى التوجيه والقيادة ، ويتوقع من الطرف الثانى (المريض) التعاون . والمتوقع من المريض فى هذا النموذج ألا يسأل ولا يناقش أو يرفض نصائح الطبيب ، ومن ثم تتصف العلاقة هنا بالعلاقة الأبوية أيضاً ولكن (علاقة الوالد وابنه البالغ) .

وعلى الرغم من أنه من المفترض أن طبيعة العلاقة فى هذا النموذج فيها فائدة خاصة للمريض ، إلا أنه من الممكن أن نضيف أن احتمال الاستغلال موجود دائماً فى هذه الحالة ، كما فى أى علاقة بين شخصين غير متكافئين فى

القوة ، ولأن الفائدة المالية مقصورة على الطبيب فقط ، ولو تحت ستار من الإيثارية وإنكار الذات .

٣ - نموذج المشاركة المتبادلة : *The Model Of Mutual Participation*

ينبى هذا النموذج فلسفياً على بديهية أن المساواة بين الناس أمر مرغوب فيه ، وأساسى للبناء الاجتماعى للديمقراطية . كما تستند فكرة التبادلية من الناحية السيكولوجية على عمليات مركبة من التماثل الذى يهيبء للناس تصور الآخرين على نفس شاكلتهم أنفسهم ، مع الإبقاء على - والسماح بالشخصية الفردية المتميزة . ومن الأمور الأساسية لهذا النمط التفاعلى أن المشاركين :

أ - لديهم قوة متعادلة على وجه التقريب .

ب - يعتمدان على بعضهما البعض بشكل تبادلى (أى حاجة كل منهما للآخر).

ج - يشتركان فى عملية ترضى كل منهما بطريقة أو بأخرى .

ويعد هذا النموذج مفضلاً بالنسبة للمرضى الذين يحبون الاهتمام بأنفسهم، وقد يكون محاولة تعويضية بشكل مفرط للسيطرة على المخاوف المتعلقة بالضعف والسلبية . كما قد يكون واقعياً وضرورياً بالنسبة لمتابعة الأمراض المزمنة مثل البول السكرى ومرض القلب المزمن ، وهنا تقدم خبرة المريض الشخصية المعلومات المهمة التى يعول عليها فى العلاج ، بالإضافة إلى أن خطة العلاج ذاتها تنفذ أساساً بواسطة المريض فى هذه الحالة لكى يساعد نفسه .

كما يعد هذا النموذج - بالمعنى التطورى - أكثر تقدماً من النموذجين

الآخرين بالنسبة للعلاقة بين الطبيب والمريض ، لكنه يحتاج إلى مزيد من التنظيم الاجتماعى والسيكولوجى الدقيق من جانب كل من المشاركين . ومن ثم فهو قلما يناسب الأطفال أو المرضى المصابين بالضعف العقلى وعدم النضوج الذهنى .

ومن الناحية الأخرى ، كلما ازداد مستوى التقارب الفكرى والتعليمى والتجريبى بين الطبيب والمريض ، أصبح هذا النموذج أكثر ملاءمة للعملية العلاجية .

ثالثاً : المداخل الماركسية والاقتصادية لدراسة العلاقة بين الطبيب والمريض :

اتجه العلماء الأنثروبولوجيون من أصحاب المدرسة الماركسية - من خلال امتداد تحليلاتهم للسلطة المهنية للأطباء - إلى تفسير العلاقة بين الطبيب والمريض فى سياق الرأسمالية ، كما أسفر الاتجاه الاقتصادى لعلم اجتماع الثمانيات فى القرن الماضى ، عن رؤية أخرى للعلاقة بين الطبيب والمريض فى إطار مداخل اقتصادية ، وفيما يلى تعرض الباحثة كلاً من المنهجين .

١ - المنهج الماركسى :

ينظر التحليل الماركسى إلى العلاقة بين الطبيب والمريض فى النظام الصحى الأمريكى ، باعتبارها علاقة مشروطة "بمركب صناعى - طبى" ، حيث يحث تعظيم الربح على التجديد والابتكار فى التقنيات والأدوية العلاجية ويقيد الطبيب فى اتخاذ القرار . وقد أيد معظم الإصلاحيون هذا التحليل ، ورفضوا تحليلات أخرى ينظر أصحابها إلى السلطة المهنية للأطباء ، على أنها مستقلة عن الرأسمالية والامتيازات المشتركة إلى حد ما ، ويتناقض معها فى بعض الأحيان ، وأن الأطباء هم أداة وضحايا ، للاستغلال الرأسمالى على السواء ، وملزمون بتهيئة العمال وإعادتهم إلى المجتمع بيئات عمل مخوفة بالمخاطر والتسمم الرأسمالى^(٤٠) .

ويختلف مفهوم "المهن" فى التحليل الماركسى عنه فى التحليلات الاجتماعية الأخرى ، فالمهن فى تصور هوغ "Hughe" هى الفئات التى لها تفويض مجتمعى لأداء نوع معين من العمل "الوظيفة" تقوم على اشتراطات

معينة للعضوية مثل التعليم المهني واعتراف حكومي وترخيص للعمل ؛ لكي يروه مؤهلاً للعمل بمعنى معايير الاستقلال المهني ، وفي افتراض " بارسونز " كما في الأيديولوجيات المهنية بصفة عامة ، هناك تأكيد على التعليم المهني ٤٧ كأساس للأداء المهني الملائم والشكل المهني الصحيح بمعنى (الضوابط والمسئولية المهنية)^(٤١) . أما في التحليل الماركسي فيفرون بين المهن وطبقة العمال ، ويعتبرون أن المهن غير المألوفة أو الشاذة في النظرية الماركسية التقليدية ، هي التي تمتلك وسائل الإنتاج ، والتي من المفترض أن تحقق استقلالاً مهنيًا وثروة طائلة ، وهو ما أدى علماء الاجتماع الطبي الماركسيين إلى اقتراح فرضية " بوليتارية الطبيب " ، وأشار أصحاب هذه النظرية إلى الأرقام المتصاعدة لأجور الأطباء ، وانعدام المهارة في بعض الأعمال الطبية وتحويل بعض المهام من الأطباء إلى فنيين أقل مهارة^(٤٢) .

٢ - المنهج الاقتصادي :

ظهرت بعض الدراسات الاقتصادية لعلماء الاجتماع للاختيار العقلاني كأساس البواعث الفردية للعلاقة بين الطبيب والمريض ، وقدموا نموذجاً اقتصادياً بديلاً تجاهلوا فيه اهتمام الوظيفيين بالمعايير والأدوار والمصالح الجماعية ، كما أهملوا اهتمام النقاد بمسألة السلطة والاستقلال ، وبدأ هذا النموذج بافتراض عقد وكالة لتنظيم المنفعة المتبادلة بين الطبيب والمريض ، فالمريض يهتم بزيادة الانتفاع بالصحة إلى أقصى حد ، والطبيب يهتم بزيادة الدخل إلى الحد الأقصى أيضاً . وأظهرت هذه الدراسات أن اختلاف طرق دفع الأجر تؤثر في سلوك الطبيب ، فالمرضى غير المنتفعين بالتأمين الصحي أقل وصولاً وأقل حصولاً على الرعاية ، وأن الأطباء الذين يتسلمون مزيداً من الأجر (الأتعاب) يقدمون قدراً أكبر من الخدمة والرعاية ، عكس مما يقدم للمرضى الذين يتلقون خدمة

مقابل أجر أو المغطون بالضرائب (التأمين الصحى) . كما توصلت الأبحاث إلى تأكيد ما ذهب إليه " فريدسون " *Freidson* من أن السلطة المهنية للأطباء تخولهم حق تعريف المرض ، واستكشفوا الدرجة (الكمية التى يستحث عندها الطلب) على الأطباء ، وأثبت منظرو " الطلب المستحث " أن حوافز الأطباء المالية للعلاج ، وجهل المرضى باحتياجاتهم الحقيقية ، أديا إلى الإفراط فى العلاج بشكل غير مناسب (٤٣) .

المسئولية الأخلاقية للطبيب في علاقته العلاجية بالمريض

يركز علم الأخلاق الطبية على أربعة مبادئ أخلاقية ، تحكم عمل الطبيب خلال علاقته العلاجية بالمريض ، وهى :

- ١ - الاستقلال .
- ٢ - العدالة .
- ٣ - عدم الإيذاء أو إلحاق الضرر .
- ٤ - فعل الخير .

فالطبيب بحكم مكانته الخاصة وكذلك نوع المعرفة العلمية والتقنية التى يمتلكها يُعدُّ مسئولاً أخلاقياً فعلياً إزاء الطبيعة الائتمانية فى علاقته مع المريض ، بمعنى أنه موجه أولاً وأساساً تجاه " علاقة علاج " تقتضى مسئولية أخلاقية . والتزام دقيق بهذه المبادئ فى حالات الرعاية الصحية (٤٤) .

وقد يقتضى تأكيد المسئولية الأخلاقية للطبيب استدلال الجانب الأخلاقى للطب ذاته ، فالطب ليس مجرد علم يهدف إلى الارتقاء بصحة الإنسان ، وإنما هو فن أيضاً يتعامل مع كائنات بشرية وترتبط نتائجها الطبية بحدوث علاقة علاجية بين الطبيب والمريض ، ومن ثم تُعدُّ الممارسة العلاجية شكلاً من أشكال النشاط الإنسانى القائم على معايير أخلاقية ، تعكس الخصائص والسمات الأخلاقية للطب ، وتضفي على المهن الطبية وضوحاً أخلاقياً يختلف عن معظم المهن الأخرى ، وهكذا لا يمكن أن تنحصر هذه العلاقة العلاجية فى درجة قليلة الأهمية أمام المهارات التقنية للأطباء ، أو اقتصارهم على تفسير المعطيات العلمية ، وهو الأمر الذى يبتعد عن الهدف الأساسى للطب ، وهو " فعل الخير

للمريض " الذى يطلب المساعدة ، وبالتالي فإن اختيار ما يجب أن يقوم به الطبيب يثير أسئلة حول القيم والفضيلة والفاعلية المستمرة للعلاقة بين الأشخاص. بيد أن هذا التصور بالنسبة للمسئولية الأخلاقية للطبيب يثير نقطتين مهمتين هما :

١ - أن مضمون التعهد الأخلاقى فى الطب مازال غير محدد وغير مؤكد ، ثم كيفية تحديد الفضائل الواجب تطبيقها ، وعلى أى أساس ، ومن الذى يقرر فى النهاية معايير الممارسة الطبية . وهنا تجدر الإشارة إلى أن المرجعية الأخلاقية فى الطب ترتبط بقوة بالطب الأبقراطى ، ولذلك يجب أن تدرس أى محاولة لتحديد الفضائل فى الطب التقليدى فى ضوء كتابات أبقراط .

٢ - أن العلاقة العلاجية تعتمد على قدرة الطبيب على تطبيق المعرفة العلمية تبعاً للقيم الأخلاقية المتأصلة فى ذاته ؛ لأن السمة التحادثية والتفسيرية للطب تمثل الطبيعة الأخلاقية للممارسة الطبية ، والطب فى حد ذاته ممارسة تفسيرية تمارس تحت شروط الشك والغموض (عدم التأكد من كل أحاديث المرض) ، وبالتالي فإن كلا من الطبيب والمريض مسئول عن تدعيم العلاقة العلاجية ، هذه العلاقة التى تقتضى من الطبيب أن يمارس تقديره الأخلاقى والتفسيرى ، لكى يكتشف ما هو أمثل بالنسبة للمريض وذلك فى ضوء الجوانب والمبادئ الأخلاقية المتأصلة فى الطب، والتى نشأت فى جوهره باعتباره شكلاً من أشكال النشاط الإنسانى^(٤٥) .

وقد صيغت هذه المبادئ الأخلاقية فى شكل خمس واجبات أخلاقية ، تميز العلاقة الإنسانية فى الطب ، وهى فى الحقيقة لا تمثل قائمة شاملة للمقومات

الأخلاقية في الممارسة الطبية ، وإنما يمكن النظر إليها باعتبارها خلفية توضح مجموعة من الفضائل التي يجب أن يتسم بها الأطباء ، مثل الميل لعمل الخير ، والصدق ، والاجترام ، والمودة ، والعدالة ، والرحمة ، والحكمة ، والشجاعة ، والاعتدال ، والاستقامة .

وهذه الواجبات الأخلاقية هي :

١ - عدم التكافؤ في العلاقة العلاجية :

هناك حالة من الضعف وعدم التكافؤ تظهر في العلاقة العلاجية ، بمعنى أن المرض يحدث حالة نفسية ، يصبح معها المريض قلقاً وخائفاً ومعتمداً على الغير (طبيب الرعاية الأساسية) . هذه الحالة التي لا مفر منها تفرض التزامات أخلاقية حقيقية على عاتق الطبيب ، بوصفه الذي يمتلك السلطة والصلاحية في هذه العلاقة غير المتكافئة ، ومن ثم فهو يلتزم بحماية المريض من التعرض للاستغلال .

٢ - الطبيعة الائتمانية للعلاقة العلاجية :

إن شروط إقامة العلاقة العلاجية يتوقف منطقياً على التزام أخلاقي وهو الطبيعة الائتمانية لهذه العلاقة ، فالثقة والإيمان صفتان أساسيتان لصالح الشخص المريض من أجل تحقيق الغاية من العملية العلاجية .

٣ - طبيعة القرارات الطبية :

هي التي تجعل من العلاقة العلاجية عملاً أخلاقياً ، بمعنى مزيج من المقومات الأخلاقية والتقنية . وهذا يفرض على الطبيب الرجوع إلى المعرفة التقنية ، لكي يضع التقييم العلمي (التشخيص ، واختيار العلاج) لحالة المريض ، دون تقويض للغاية من الطب وهي (فائدة المريض) . ولذلك فإن الجانبين

التكنولوجى والأخلاقى يجب ألا ينفصلاً ، وإنما يندمجان لتعزيز سلامة ورفاهة المريض .

٤ - طبيعة المعرفة الطبية :

حيث تفرض خصائص المعرفة الطبية التزامات أخلاقية محددة على من يمتلكونها ، فالمعرفة الطبية لا تكتسب أساساً لمصلحتهم الشخصية ، وإنما لهدف محدد هو رعاية المريض . ولذلك يتعين على الأطباء ألا يتاجروا بهذه التقنيات بدافع المصلحة الشخصية أو الكسب المادى .

٥ - الالتزام الأخلاقى المتأصل فى الطب لكل ما يحدث للمرضى :

بمقتضى طبيعة الميثاق أو الاتفاق القائم بين المريض والطبيب ، فإن هناك التزاماً أخلاقياً ضمناً لاتمام العملية العلاجية ، ومن ثم فالطبيب بحكم الواقع ملتزم أخلاقياً بما يلحق بالمريض من خير أو ضرر . وهو ما يعنى أن الالتزام بالمساعدة الحسنة للمريض لا يمكن تخطيه لحساب أى طرف مثل المستشفى أو السياسة الاقتصادية أو المالية أو القانون .

العوامل المؤثرة فى العلاقة بين الطبيب والمريض خلال المقابلة العلاجية

يعد أسلوب الممارسة الإكلينيكية للطبيب ، من أهم العوامل الأساسية المؤثرة فى طبيعة العلاقة بين الطبيب والمريض ، وفى مدى وأنواع المعلومات المتبادلة بينهما خلال المقابلة والاستشارة العلاجية . وهناك نمطان متناقضان للتشاور بين الطبيب والمريض ، الأول هو المقابلة التى يكون الطبيب محورها ، والثانى هو المقابلة التى يكون المريض هو محورها . والنمط الأول ، هو النموذج البارسونى التقليدى (النهج الأبوى) ، الذى يقوم على افتراض أن الطبيب هو الشخص الخبير ، والمطلوب من المريض ، هو مجرد التعاون معه ، ويركز الأطباء الذين يطبقون هذا النمط على الجوانب الفيزيائية لحالة المريض ، ويستخدمون أساليب مقابلة منظمة بإحكام ؛ لاستنباط المعلومات الطبية الضرورية من المريض فى شكل توجيه أسئلة ذات الطبيعة المغلقة ، والتى تمكنهم من تفسير احساس المريض بالمرض فى إطار (الطب الحيوى) ، بينما تكون الفرصة ضئيلة أمام المرضى للتعبير عن مخاوفهم ومعتقداتهم الخاصة .

أما الأطباء الذين يطبقون النمط الثانى للاستشارة (التى يكون المريض هو محورها) ، فيهيئون المرضى للمشاركة ، ويدعمون العلاقة التبادلية بينهم ويستخدمون الأسئلة المفتوحة ويستمعون للمريض بشكل إيجابى ، ويستجيبون لتلميحاته ويشجعونه على التعبير عن مشاعره الخاصة . ثم ينفون ويفسرون أقواله أى أنهم يستخدمون بصفة عامة أسلوباً تشاركياً فى مناقشة المرضى للخيارات المطروحة .

والتناقض بين هذين النمطين لا يعكس اختلاف مهارة الأطباء خلال المقابلة الطبية فقط ، وإنما يعكس أيضاً الاختلاف فى سلوكهم واتجاهاتهم بالنسبة للمهمة العلاجية ، فالأطباء الذين يعتقدون بالنمط الأول - محوره الطبيب -

يقتصر تركيزهم على الوصف الموضوعي للأعراض الفيزيائية ، وتصنيفها داخل نموذج طبي - احيائي للوصول إلى تشخيص تفاضلى وعلاج ملائم فى أسرع وقت ممكن ، وهو ما يشار إليه بـ " صوت الطب " *Voice of Medicine* ، على عكس الأطباء الذين يتبعون النمط الثانى حيث يهدفون إلى فهم حالة المريض ، من خلال خبرة المريض الذاتية ومدلولات المرض لتحديد الأساليب النفسية - الاجتماعية لبداية المرض ، وتأثيره على مفهوم المريض نفسه وعلى أنشطته اليومية ، ولفهم معتقدات المرضى وأولويات وتفصيلات العلاج ، وهو ما يتطلب الاستماع إلى " صوت المريض " *Voice of Patient* وتسهيل وتشجيع مشاركته الإيجابية والتعبير عن معتقداته ومشاعره والسياق النفسى - الاجتماعى لخبرته عن المرض . كما يكشف هذا التناقض بين هذين النمطين عن أهم العوامل المؤثرة فى أسلوب الممارسة الإكلينيكية للأطباء ، وفى العلاقة العلاجية بينهم وبين المرضى وهى (٤٦) .

١ - عامل الوقت :

من المفترض أن طول مدة المقابلة بين الطبيب والمريض يُعدُّ دالاً فى أسلوب الممارسة الإكلينيكية للطبيب . بمعنى أنه إذا كان الوقت الذى يخصصه الطبيب لفحص المريض والتشاور معه ضيقاً ، فإن ذلك يساعد على التحكم الشديد فى وقت المقابلة ، والتي غالباً ما يكون محورها الطبيب ، والتركيز على الحالة الفيزيائية للمريض دون الاهتمام أو بأقل درجة من الاهتمام بالجوانب النفسية والاجتماعية لحالته . بالمقابل غالباً يعطى الأطباء - الذين يتبعون نمط المشورة الطبية التى يكون محورها المريض - وقتاً إضافياً يتيح لهم الاستماع والتجاوب مع مخاوف المريض وهمومه ، ومن ثم فهم يتعمدون تحديد حجم " قوائم المرضى " حتى يستطيعون تقديم ما يروونه يحقق جودة الرعاية الطبية .

٢ - خصائص وسلوكيات المريض :

على الرغم من أن الأطباء هم الأكثر قوة وسيطرة خلال المقابلة العلاجية عن المرضى ، فمع ذلك يمكن للمرضى أن يؤثروا في عملية التفاعل مع الطبيب، من خلال طرح أسئلة والاضطلاع بدور تشاركي أكبر . والمرضى صغار السن أكثر احتمالاً لتوقع علاقة مشاركة متبادلة من كبار السن . كما يميل المرضى ذوو المستوى الاجتماعي والتعليمي الأعلى للمشاركة خلال المقابلة ، من حيث توجيه الأسئلة والمطالبة بتفسيرات وإيضاحات بدرجة أكثر من المرضى الذين من خلفية اجتماعية اقتصادية ومستوى تعليمي أقل ، وهو ما قد يعكس معرفتهم وثقتهم الكبيرة ، وضآلة التفاوت الاجتماعي بينهم وبين الطبيب .

وبالرغم من هذه الاختلافات في خصائص وسلوكيات المرضى ؛ فإن رغبتهم للمشاركة في التشاور مع الطبيب تزيد على مدار المرض ولاكتسابهم المزيد من المعرفة وفهم حالتهم المرضية ، ولذلك غالباً ما يكون المرضى سلبيين خلال المقابلة الأولى ، بينما يبدأون في توجيه الأسئلة واتخاذ أسلوب المشاركة خلال المقابلة الثانية والثالثة . كما أن التفاعل أثناء المقابلة والمعلومات والتفسيرات التي يقدمها الأطباء ، تعكس افتراضاتهم المبنية على اهتمامات مجموعات مختلفة من المرضى ، فبعض الأطباء يتطوعون تلقائياً بالمزيد من المعلومات والتفسيرات لبعض الفئات من المرضى ، بغض النظر عن مستوى التعليم أو النوع ، حتى عندما لا يطلب هؤلاء المرضى أى تفسير لحالتهم . ونتيجة لذلك قد يلحق ببعض المرضى ضرر مزدوج لسبيين ؛ الأول : أنهم سلبيون في نمط التشاور مع الطبيب ، والثاني: التصور الخاطئ لدى الأطباء لرغبة وحاجة المرضى للمعلومات عن حالتهم المرضية .

٣ - تأثير السياق البنائى للمقابلة مع الطبيب :

إن إحدى السمات المهمة لممارسة الطبيب العام هي فرصة التواصل الشخصى بينه وبين المريض ، فعالياً ما يعرف الأطباء والمرضى بعضهم البعض على مدى فترة طويلة ، وبالتبعية دائماً ما تتم المقابلة بينهما فى سياق عائلى ، يساعد الطبيب قبل علمه بالحالة الاجتماعية للمريض وتاريخه المرضى ومخاوفه . وعلى العكس نادراً ما يشعر المرضى بفرصه التواصل الشخصى مع الطبيب فى المستشفى ، بالإضافة إلى إحساس المريض فى كثير من الأحيان بانعدام الخصوصية داخل المستشفى ، وكذلك تعذر التفاعل بين المريض والطبيب، إذا كان الطبيب يقف بعيداً عن سرير المريض ، أولاً يجلس فى نفس المستوى الذى عليه المريض .

كما يتأثر مضمون المقابلة والاستشارة الطبية على المستوى الكلى ، بالنسبة لنظام تمويل الرعاية الصحية ، وأسلوب دفع أتعاب الطبيب (أتعاب مقابل خدمة) يدفعها المريض مباشرة أم نسبة من الأجر أم على نفقة التأمين الصحى . فالمرضى الذين يدفعون أتعاباً مقابل خدمة يتوقعون وقتاً أطول ، وهم بطبيعة الحال أكثر ميلاً للمناقشة وتوجيه الأسئلة والمشاركة . كما أن أسلوب ممارسة الطبيب فى هذه الحالة ، يكون موجهاً بالمريض ، ويشعر الطبيب بحاجة أكبر لتحقيق مستوى عالٍ من رضاء وارتياح المريض .

نتائج الدراسة :

تم جمع بيانات هذه الدراسة من خلال مقابلة ٢٨ طبيباً من العاملين فى مجال طب الأسرة بمركز المنزلة بمحافظة الدقهلية ، ومقابلة ٨٥ حالة من المرضى والأسر ، منها ٤٠ حالة من قرية النسايمة ، ٤٥ حالة من قرية العزيزة فى نفس المركز . وذلك من خلال استمارتى استبيان واحدة مخصصة للأطباء والأخرى للمرضى والأسر . وقد تضمنت استمارة الأطباء عدة معطيات تشمل النوع والتدريب وعدد المرضى الواقعين فى نطاق كل طبيب ومدى مناسبة وملاءمة الإمكانيات المادية الموجودة فى موقع عمله ووجهة نظر الأطباء فى نظام طب الأسرة ومقترحاتهم لضمان فاعلية هذا النظام . كما اشتملت استمارة المرضى على عدة متغيرات تشير إلى خصائصهم الديموجرافية (النوع والعمر والحالة الزوجية والمستوى التعليمى وحالة العمل والمهنة والمحيط الذى يعيش فيه المريض) وكذلك الحالة الاقتصادية والصحية للأسرة . بالإضافة إلى ثقافة الأسرة الصحية للكشف عن مدى معرفتهم بنظام طب الأسرة وما هو مدلول المرض فى مفهومهم وخبرتهم الذاتية فى التعرف عليه وتسميته وتفسير أسبابه وتفضيلاتهم العلاجية ومعتقداتهم فى العلاج الشعبى ، وكذلك استطلاع وجهة نظرهم بالنسبة لعلاقتهم بالأطباء ومعاملة الأطباء لهم وأسلوب الحوار معهم ونوع العلاقة العلاجية التى يفضلونها ، ومدى ثقّتهم فى قدرة الأطباء ورضائهم عن الخدمة والرعاية الصحية التى تقدم لهم من خلال نظام الأسرة .

وكانت نتائج الدراسة كما يلى :

أولاً : بالنسبة للأطباء المبحوثين :

١ - أظهرت الدراسة أن عدد الأطباء العاملين فى مجال طب الأسرة ولهم

عيادات خاصة إلى جانب عملهم ١٥ طبيباً بنسبة (٥٤%) مقابل ١٣

طبيبياً بنسبة (٤٦%) ليس لهم عيادات خاصة . وأن عدد الأطباء المدربين على برامج طب الأسرة ١٣ بنسبة (٤٦%) طبيبياً مقابل ١٥ طبيبياً غير مدربين بنسبة (٥٤%) .

وأثبتت نتائج التحليل الإحصائي عدم وجود علاقة ارتباطية بين هذين المتغيرين (العيادة الخاصة - التدريب) وبين نظرة الطبيب للعلاقة العلاجية مع المريض وإقامة علاقة إنسانية معه أو تخصيص الوقت الكافي لفحص المريض ، أو تناسب عدد المرضى مع قدرة الطبيب على تحمل مسئولية رعايتهم الصحية مسئولية كاملة .

٢ - أما من حيث وجهة نظر الأطباء بالنسبة لنوع وطبيعة العلاقة بين الطبيب والمريض فقد بينت الدراسة أن نسبة الأطباء الذين يعتقدون أن مستوى دخل الطبيب ليس له تأثيراً على علاقتهم بالمريض (٦١%) مقابل (٣٩%) رأوا العكس . وأن معظم الأطباء يفضلون نمط التعامل مع المرضى على أساس المشاركة المتبادلة في خطة العلاج ، وأشاروا إلى أن هناك عدة عوامل تؤثر في هذه العلاقة وهي عامل الوقت ، وخصائص المريض (النوع والعمر ومستوى التعليم) واختلاف مكان الكشف على المريض (الوحدة الصحية - العيادة الخاصة) بالإضافة إلى نظام الأجر (أتعاب الطبيب) .

٣ - كما أظهرت الدراسة أن نسبة (٥٤%) من الأطباء يوافقون على اختلاف معاملة المريض من خلال نظام طب الأسرة عن معاملة المريض الذى يعالج على نفقته الشخصية مقابل نسبة (٤٦%) يرون العكس ، وأن سبب الاختلاف يرجع إلى :

أ - أن الاهتمام الأكبر يكون للمريض الذى يعالج بأجر .

ب - وجود عجز فى الأطباء والأجهزة على عكس العيادات والمستشفيات الخاصة .

ج- ضيق الوقت وكثرة أعداد المرضى قد تحول دون إعطاء الوقت الكافى للكشف على المريض والاستماع إلى شكواه .

د - تقيد الطبيب فى نظام طب الأسرة بوصف الأدوية المسموح بها .

٤ - بينت الدراسة أن نسبة (٧١%) من الأطباء يوافقون على أن نظام طب الأسرة يوفر الخدمات الصحية الأساسية لأفراد المجتمع جغرافيا واجتماعيا ووظيفيا مقابل نسبة (٢٩%) لا يوافقون على هذا ويعلمون ذلك بالأتى :

أ - عدم وجود نظام طب الأسرة فى بعض القرى وهو ما يسبب صعوبة وصول المرضى إليه لبعدها مكان إقامتهم .

ب - عدم وعى المرضى بالنظام وبأهدافه .

ج- عدم وجود وسائل انتقال لإمكان زيارة الطبيب للمرضى فى أماكن إقامتهم.

٥ - أكد عدد كبير من الأطباء نسبة (٧١%) أن الإمكانيات المادية (الأجهزة والمعدات والتقنيات والأدوية) الموجودة بالوحدات الصحية لا تتناسب مع ما هو مأمول من هذا النظام ، مقابل نسبة (٢٩%) لم يوافقوا على ذلك .

٦ - تباينت آراء الأطباء بالنسبة لإمكانية تعميم النظام فى جميع محافظات مصر حيث رأى بعضهم انه نظام جيد للحفاظ والدفاع عن صحة الفرد والأسرة والمجتمع فى حين يرى البعض الآخر أنه يمكن تعميم النظام بالنسبة للصحة الوقائية فقط (التطعيم والتحصين ورعاية الحوامل) بينما يرى البعض الثالث أن الإمكانيات المادية والبشرية تحول دون تعميم هذا النظام.

ثانياً : بالنسبة للمرضى والأسر (الثقافة الصحية للأسر) :

١ - كشفت الدراسة أن نسبة (٥٤%) من المرضى وأسرهـم ليس لديهم الوعى الكافى والمعرفة بنظام طب الأسرة مقابل نسبة (٤٦%) من المرضى والأسر أجابوا بمعرفتهم بالنظام والتى لم تتعدى المعرفة البسيطة مثل : (أن طبيب الأسرة هو طبيب الوحدة الصحية أو أن نظام طب الأسرة هو حملات طبية تجوب القرى يوم الخميس من كل أسبوع ، أو أنه نظام علاجى بتكلفة أقل) . . وقد أثبتت نتائج التحليل الإحصائى عدم وجود علاقة ارتباطيه بين الفئات العمرية للمرضى ومعرفتهم بنظام طب الأسرة

٢ - أظهرت الدراسة أن عدداً كبيراً من المرضى بنسبة (٨٥%) يفضلون الذهاب إلى الطبيب لمساعدتهم فى العلاج حال مرضهم مقابل نسبة (١٤%) يفضلون الاستماع لنصائح وإرشادات الأسرة والأصدقاء .

أما مفهومهم بالنسبة لمدلول المرض والشعور به فقد تراوحت إجاباتهم ما بين الشعور بالإرهاق ، وعدم القدرة على العمل ، وعدم القدرة على القيام من السرير . وتباينت ردود استجابتهم حين الإحساس بالمرض ما بين اللجوء للراحة واستشارة المعارف والأصدقاء وأفراد الأسرة أو معالجة أنفسهم من خلال خبرتهم الذاتية بالمرض أو اللجوء للطبيب فى الوحدة الصحية . وبعض ربات البيوت كن يطلبن المساعدة من الأقارب فى الأعمال المنزلية.

٣ - أظهرت الدراسة أن نسبة (٦٩%) من المرضى وأسرهـم لا يمكنهم التعرف على نوع المرض وتسميته وتفسير أسبابه وتحديد العلاج المناسب من غير الذهاب للطبيب مقابل نسبة (٣١%) أجابوا بإمكانهم ذلك .

وأنحصرت إمكانياتهم في التعرف على الأمراض البسيطة الشعبية والشائعة فقط مثل : الكحه وآلام الحلق وارتفاع الحرارة واحتباس الصوت وآلام البطن والمغص وآلام العظام والجذع وأنهم يعتقدون في بعض العلاجات والأدوية الشعبية في هذه الحالات مثل : شراب ورق الجوافه والليمون المغلى والنعناع وشراب العسل وزيت حبه البركة وعمل الكمادات ولف قطع من الصوف ودهان زيت الكافور على الأماكن المصابة في أجسامهم .

العلاقة بين الطبيب والمريض وأسرته :

١ - أظهرت الدراسة أن عدداً كبيراً من المرضى بنسبة (٩٢%) يعتقدون في تأثير العلاقة بينهم وبين الطبيب على شفائهم من المرض مقابل نسبة (٨%) مرضى لا يعتقدون ذلك . كما تبين أن نسبة (٣٩%) من المرضى يعاملون بترفع ويتعرضون للإهمال من جانب الطبيب أثناء الكشف عليهم ، وهو ما ترتب عليه إما عدم التزامهم بالعلاج الذى يصفه الطبيب أو عدم تكرار الذهاب إليه مرة أخرى أو الذهاب لطبيب آخر فى عيادته الخاصة للعلاج بأجر على نفقتهم الشخصية . ذلك مقابل نسبة (٦١%) نفوا تعرضهم للترفع أو الإهمال من قبل الطبيب .

٢ - أثبت التحليل الإحصائى أن هناك علاقة ارتباطيه قوية بين اعتقاد المرضى فى تأثير العلاقة بين الطبيب والمريض فى شفائهم من المرض ، كما أكد التحليل أيضا قوة العلاقة الارتباطيه بين اعتقاد المرضى بأن الطبيب يمكن يعاملهم بطريقة أفضل لو أنهم ذهبوا إليه فى عيادته الخاصة وعلى نفقتهم الشخصية وبين المستوى التعليمى ومستوى الدخل للمرضى .

٣ - أظهرت الدراسة أن نسبة (٦٢%) من المرضى يتبادلون الحوار . وأن نسبة (٢٥%) من المرضى يقاطعون الطبيب أثناء حديثه معهم ، وبينوا أن

ردود أفعال الطبيب تجاه مقاطعتهم له إما عدم الاستماع والاتفات للمقاطعة، أو أن يشغل نفسه بشيء آخر ، أو يوجه إليهم نظرات تعبر عن الضيق والامتعاض. كما أظهرت الدراسة أيضا أن نسبة (٦٧%) من المرضى يقاطعهم الطبيب أثناء حديثهم معه وترتب على ذلك عدم تكرار ذهابهم لهذا الطبيب .

٤ - بينت الدراسة أن نسبة (٦١%) من المرضى يتقون في طبيب الأسرة مدللين على هذه الثقة بأن الطبيب لديه القدرة الفنية والمعرفة بما هو الأفضل بالنسبة لهم ، في مقابل نسبة (٣٩%) لا يتقون في قدرة الطبيب معللين ذلك بأن الطبيب ينهمك في أعمال أخرى أثناء الكشف عليهم ولا يعطيهم الوقت الكافي ولا يهتم بمعرفتهم الذاتية عن حالتهم المرضية ولا يستمع لأقوالهم ولا يشعرون بأى تحسن في العلاج .

٥ - أما من حيث نمط العلاقة العلاجية التي يفضلها المرضى مع الطبيب فقد أظهرت الدراسة أن نسبة (٥١%) من المرضى يفضلون نمط المشاركة المتبادلة في خطة العلاج مع الطبيب مقابل نسبة (٤٧%) يفضلون نمط توجيه وإرشاد الطبيب وتعاون المريض معه ، ونسبة (٢%) يتركون كل شيء للطبيب ويرون عدم التدخل في العلاج .

٦ - وبينت الدراسة أن نسبة (٧٤%) من المرضى يجدون صعوبة في الوصول لطبيب الأسرة إما لعدم وجود الطبيب بصفة مستمرة ، أو لطول فترة الانتظار ، مقابل نسبة (٢٦%) لا يواجهون أى صعوبة في الوصول للطبيب . وبتحليل العلاقة الإحصائية بين صعوبة الوصول للطبيب ومستوى دخل الأسرة أكدت النتائج وجود علاقة ارتباطية قوية بين هذين المتغيرين .

٧ - كما أظهرت الدراسة أن نسبة (٥٢%) من المرضى لديهم الرضاء عن مستوى الخدمة والرعاية الصحية التي يقدمها لهم طبيب الأسرة في الوحدة الصحية ، وإنعكاس هذا الرضاء في تمسكهم بالطبيب المعالج ورفضهم الذهاب لغيره ودائماً ما يكررون الزيارة له في الوحدة الصحية ويتبعون كل نصائحه وإرشاداته والإلتزام بالعلاج ، وذلك في مقابل نسبة (٤٨%) عبروا عن عدم رضائهم عن مستوى هذه الخدمة معللين ذلك بعدم توفر الإمكانيات بالوحدة الصحية وصعوبة الوصول للطبيب بالإضافة إلى عدم اهتمامه بوصف العلاج المناسب وتمسكه بوصف أدوية غالية وباهظة الثمن . وتحليل العلاقة الإحصائية بين الرضاء عن مستوى الخدمة الصحية في نظام طب الأسرة ومستوى دخل الأسرة لم تثبت النتائج أى علاقة ارتباطيه بينهما .

التوصيات :

في ضوء ما انتهت إليه النتائج العامة لهذه الدراسة - وحتى يمكن الوصول إلى الهدف المأمول من نظام طب الأسرة في مصر ، ولضمان فاعليته واستمراره في توفير الرعاية الصحية الأساسية لجميع أفراد المجتمع - توصى الباحثة بالآتى :

أولاً : الاهتمام بالكوادر الطبية العاملة في مجال طب الأسرة وتأهيل الأطباء تأهيلاً تدريبياً مكثفاً بحيث يصبحوا مؤهلين لتقديم الرعاية الصحية المتكاملة (العلاجية والوقائية) للفرد وللأسرة المصرية ، وقادرين على استنباط الجوانب الذاتية والموضوعية لخبرة الصحة والمرض من المرضى وذلك من خلال إقامة علاقة إنسانية معهم تعتمد على الثقة المتبادلة والتعاون المشترك .

ثانياً : تعميم النظام فى جميع قرى ومدن مصر مع ضرورة توفير الإمكانيات البشرية (عدد الأطباء الذى يتناسب مع أعداد المرضى) وكذلك الإمكانيات المادية الملائمة (الأجهزة الحديثة للفحص والتحليل والأشعات)، وتوفير جميع أصناف الأدوية اللازمة لعلاج المرضى وذلك حتى يتمكن النظام من تحقيق أهدافه المعلنة من خلال أبعاده الجغرافية والاجتماعية والوظيفية .

ثالثاً : تفرغ أطباء الأسرة لعملهم داخل هذا النظام مع مراعاة إقامتهم بجوار أماكن عملهم ، والعمل على زيادة دخولهم وتوفير وسائل الانتقال الملائمة والميسرة لتمكينهم من زيارة المرضى وأسره .

رابعاً : تعميم خدمات (الانترنت) بالوحدات الصحية والمراكز الصحية ومستشفيات طب الأسرة لإمكان الاستفادة من التقدم العلمى والتكنولوجى فى مجال طب الأسرة .

خامساً: توعية وتنقيف المرضى والأسر من خلال الندوات وحملات التوعية فى مزارع إقامتهم لتعريفهم بالنظام وأهدافه ومزاياه وكذلك بحقوق وواجبات المريض .

سادساً : توعية المرضى بضرورة الانتظام والإلتزام بمواعيد الفحص والمتابعة واللجوء للطبيب عند الحاجة وحثهم على الثقة فى طبيب الأسرة ومشاركته فى خطة العلاج .

الهوامش

- 1 - T. S. Szasz, M. H. Hollende, "The Basic Models of the Doctor-Patient Relationship", (IN) "The Social Medicine Reader", Gail Henderson and et al., 1997, p. 278.
- 2 - Myfanwy Morgun, The doctor – Patient Relationship, Chapter (4), p. 53-54.
@ www.csuval/divina/publication
- 3 - Dibben M. R., et al., "Interpersonal Trust and Co-Operative Behavior in Relationship Between " Patients and Their Physicians" working Paper, 1999, p. 1 – 40.
- 4 - Worchel P., "Trust and distrust", Boks/Cole, 1979, p. 147 – 87 and Marsh S., " Formalising Trust as a Computational Concept", Technical Report, Stirling University, 1995.
- 5 - Cecil H., "The Family Culture: A useful Concept for Family Practice, Family Medicine, 1991: (V.) 23, p. 377.
- ٦ - مطبوعات وزارة الصحة والسكان المصرية ، (المجلس المصرى لطب الأسرة) ، القاهرة ، ص ٦ ، ٧ .
- ٧ - نفس المرجع .
- 8 - J. Hughes, "The Doctor – Patient Relationship: A Review", 1994: Jhughes @ Changesurfer-Com
- 9 - Stephen J. Spann, "The Future of Family Medicine Clinical Practice", J.F.P., 2001, (v.), 50, (N.) 7. sspann @ bcm.Tmc.edu.
- 10 - M. R. Dibben, et al., " Situational Trust and Co-operative Partnerships Between Physicians and Their Patients: a Theoretical Explanation Transferable from Business Practice", Working Paper, 1999.
- 11 - Walter W. Rosser, Jan Kasperski, "The Benefits of a Trusting Physician – Patient Relationship", J. F. P., 2001: (V.) 50, (N.) 4. w.rosser@utor.onto.Ca.

- 12 - Rebert C. Like, R. P. Steiner, "Medical Anthropology and the Family Physician, FAM, MED, (v.) 12. (N.) 2, 1986. p.87 – 92.
- 13 - Janice Blanchard, Nicol Lurie, "R-E-S-P-E-C-T: Patient Reports of Disrespect in the Health Care Setting and its Impact on Care", J. F.P., (v.) 53, (N.) 9, 2004, Mailto: Lurie: @ Vand-Org. 27-4-2006.
- 14 - Felicia T., et al., "How Patients' Trust Relates to Their Involvement in Medical Care", J. F. P., 2005, (V.) 54, (N.) 4. frachtenberg @ neri-org.
- 15 - Jesus S., et al., "Knowledge Discovery from Doctor-Patient Relationship", Aguilar @ lsi-us. Es. 2004.

١٦ - السبيرنطيقا : شكل من أشكال نظرية النظم ، طبقت على نطاق واسع فى كل من العلوم الطبية والاجتماعية ، وقد أثرت النظرية السبيرنطيقية فى دراسة الاتصال بصفة عامة وفى النظم الأيكولوجية والبيولوجية ، وكذلك فى الأنثروبولوجيا ، وكما يؤدى المدخل السبيرنطيقى إلى وضع النظام فى حالة عدم التوازن ، قد يعمل على تنظيم النظام واستقراره ، ويشجع على البحث عن الارتباطات الداخلية أو دوائر المعلومات داخل النظم الكلية للبشر داخل البيئة ، موسوعة علم الإنسان ، علماء شكرى وآخرون ، ص ٤٤٠ .

- 17- Dincola V., " Beyond Babel: Family Therapy as Cultural Translation", J. F. T., 1988, (7) p. 191.
- 18 - Byng. Hal. J. "The Family Scripts: A Useful Bridge Between Theory and Practice " J. F. T., 1985, (7) , p. 305.
- 19 - Cecil Helman, Op. Cit., p. 377.
- 20 - Ibid., p. 378.
- 21 - Rebert G. Like , Op. Cit., p. 88.
- 22 - Myfanwy Morgan , Op .Cit., p.52 - 53.

٢٣ - على المكاوى وآخرون : دراسات فى علم الاجتماع الطبى ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، ص ١٦٧ ، ١٦٩ .

- 24 - Paul Ten Have, "Current Trends in qualitative Medical Sociology", @ [http:// www. Pscw.uva-nl/emca/presove.htm](http://www.Pscw.uva-nl/emca/presove.htm). 21-6-2000.

- 25 - Myfanwy Morgan, Op. Cit., p. 50- 51.
 - 26 - Ibid.,
 - 28 - Ellen Annandle, "The Sociology of Health and Medicin", Blackwell Publishers Inc., 1999, p. 10.
 - 29 - H. Hughes, Op. Cit.,
 - 30 - Paul ten Have, Op. Cit.,
 - 31 - Ellen Annandle, Op. Cit., p. 11.
 - 32 - Loc., Cit.,
 - 33 - Mufanwy Morgan, Op. Cit., p. 51 – 52.
- ٣٤ - راجع : مفهوم المماثلة العضوية والاجتماعية في: قبارى إسماعيل ، راد كليف سراون مؤسس الأنثروبولوجيا الاجتماعية المعاصرة ، منشأة المعارف ، الإسكندرية ، ١٩٧٧ ، ص ٢٩ - ٢٥٤ ، وموسوعة علم الإنسان ، علياء شكري وآخرون ، ص ٣٣٧ ، ٣٤٧ .
- 35 - J. Hughes, Op. Cit.,
 - 36 - Ibid.,
 - 37 - Freidson E., "Professional Dominance, The Social Structure of Medical Care, @ [http:// www. Pescw-uva.nl/emca/presov.htm](http://www.Pescw-uva.nl/emca/presov.htm). 21-6-2000.
 - 38 - J. Hughes OP. , LIT .
 - 39 - Thomas Szasz and Mare Hollender, Op. Cit., p. 279 – 280.
 - 40 - J. Hughes, Op. Cit.,
 - 41 - Paul ten Have, Op. Cit.,
 - 42 - J. Hughes, Op. Cit.,
 - 43 - Ibid.,
 - 44 - Tom. B., J. Childress, Principles of Biomedical Ethics, New York, Oxford University Press, 1989, p. 379.
 - 45 - Edmund Pellegrins, David Thomasma, "The Virtues in Medical Paratice (New York): Oxford University Press, 1993, p. 44 – 51.
 - 46 - Myfanwy Morgan, Op. Cit., p.55 – 57.

نتائج التحليل الإحصائي

الجدول الإحصائية .

جدول رقم (١)
الخصائص الديموغرافية للمبحوثين

| التصنيف الديموغرافي | | النسبة المئوية (%) | |
|--------------------------------|----|--------------------|--|
| مغترب مع أسرته تزوجة والمواليد | ٥٦ | %٨١ | |
| مغترب مع والديه | ٤١ | %١٥ | |
| مغترب بمفرده | ٤ | %١ | |
| طالبة / طالبة | ٥ | %٢ | |
| ربة منزل | ١٢ | %١١ | |
| موظف | ١٤ | %١٢ | |
| تاجر | ١ | %١ | |
| مهني | ٩ | %٧ | |
| عامل / فلاح | ١٤ | %١٦ | |
| خارج القرية | ١٥ | %١٨ | |
| داخل القرية | ٤٩ | %٢١ | |
| متقاعد | ٤ | %٥ | |
| مدون عمل | ١٠ | %١٧ | |
| معز | ٤١ | %١٨ | |
| متزوج حاملي | ٢١ | %٥٥ | |
| متزوج متوسط | ٢٢ | %٢٦ | |
| متزوج أقل من المتوسط | ٤٤ | %١٨ | |
| غير متزوج | ١٨ | %٢١ | |
| أرمل | ٧ | %٨ | |
| متزوج | ١٢ | %١٣ | |
| أعزب | ١٦ | %١٤ | |
| أكثر من ٥٠ سنة | ٢٧ | %٢٢ | |
| أقل من ٥٠ سنة | ٤٤ | %٥٢ | |
| أقل من ٢٥ سنة | ١٤ | %١٦ | |
| أثري | ٤٢ | %٤٥ | |
| فقر | ٢٣ | %٥١ | |
| عدد المستجوبين | ٥٧ | %١٠٠ | |

جدول رقم (٢)

الحالة الاقتصادية للمبحوثين

| مستوى دخل الأسرة | | | | عدد المبحوثين |
|------------------|-------------|-------------|-------------|------------------|
| أكثر من ٤٠٠ ج | ٣٠٠ - ٤٠٠ ج | ٢٠٠ - ٣٠٠ ج | ١٠٠ - ٢٠٠ ج | |
| ٢٤ | ٤٣ | ٢ | ١٦ | ٨٥ |
| %٢٨ | %٥١ | %٢ | %١٩ | %١٠٠ |

جدول رقم (٣)

| الأمراض البيئية الموجدة في مجتمع المبحوثين | | | الأمراض الوراثية في الأسرة | | | الأمراض المزمنة التي يعانى منها المبحوث أو أحد أفراد أسرته | | | عدد المبحوثين |
|--|-------------|-----------|-------------------------------|----------------------|-------------------|--|---------------------|------------------|------------------|
| أمراض أخرى | أخطار مهنية | تلوث بيئي | ليس لديه علم | لا توجد أمراض وراثية | توجد أمراض وراثية | ليس لديه علم | لا توجد أمراض مزمنة | توجد أمراض مزمنة | |
| ١ | ٣ | ٤٢ | ٥ | ٦١ | ١٩ | ٣ | ٣٣ | ٤٩ | ٨٥ |
| %١ | %٤ | %٤٩ | %٦ | %٧٢ | %٢٢ | %٤ | %٣٩ | %٥٧ | %١٠٠ |

| | | | |
|------|----|---|--|
| ٤٥% | ٧٠ | ك | هل تعتقد أنت أو أسرتك فى العلاج الشعبي |
| ٢٢% | ٨٨ | ج | |
| ١٤% | ١٥ | ك | هل يمكنك أو أحد أفراد أسرتك التعرف على المرض وتسميته وتفسير أسبابه وتحديد العلاج دون الذهاب للطبيب |
| ١٤% | ٤١ | ج | |
| ٩١% | ٤٨ | الجأ إلى طبيب الوحدة الصحية بالبلدة | ماذا تفعل حينما تحس بالمرض |
| ٥% | ٠ | استئجار الأصدقاء والمعارف وأفراد الأسرة | |
| ١١% | ٧١ | أعالج نفسي من خلال خبرتي الشخصية بالمرض | |
| ١٢% | ٥٤ | الجأ إلى الراحة فى السرير | |
| ١% | ١ | أخرى | ما هو مدلول المرض فى مفهومك وكيف تتعر به |
| ٤٤% | ١٤ | عدم القدرة على القيام من السرير | |
| ٨٢% | ٠ | عدم القدرة على العمل | |
| ٢٤% | ١٤ | التعب والإرهاق | |
| ١% | ١ | أخرى | هل تفضل الذهاب إلى طبيب متخصص لمساعدتك فى العلاج حال مرضك أم تفضل الاستماع لتوصائح وإرشادات الأسرة والأصدقاء |
| ١١% | ١١ | استمع لتوصائح وإرشادات الأسرة والأصدقاء | |
| ٥٧% | ١٨ | أذهب إلى الطبيب | |
| ٥% | ٤٠ | ك | ماذا تعرف عن طب الأسرة |
| ٤٢% | ١٤ | ج | |
| ١٠٠% | ٥٧ | عدد المبحوثين | |

جدول رقم (٤)
الثقافة الصحية للأسرة

| | | | |
|------|----|--|--|
| ١٥% | ٤٦ | أشترك مع الطبيب في خطة العلاج | ما هو نوع العلاقة العلاجية التي تفضلها بينك وبين الطبيب |
| ٨١% | ٥٦ | أترك للطبيب توجيهي وإرشادي وأتعاون معه | |
| ٤% | ١ | أترك للطبيب كل شيء ولا أتدخل في العلاج | |
| ١٤% | ٤٤ | أ | هل تتق في قدرة طبيب الأسرة الذي يعالجك |
| ١١% | ١٥ | ب. | |
| ١٤% | ١٠ | حسب الظروف | هل تكرر زيارتك للطبيب الذي دقماً ما يقطعك أثناء الحديث |
| ٧٤% | ٤٢ | أ | |
| ٤% | ٥ | ب. | |
| ٨٤% | ٧٦ | أ | هل يقطعك الطبيب أثناء حديثك معه حين الكشف عليك |
| ٨١% | ٨٥ | ب. | |
| ٥% | ٤ | يرجى إلى نظرات وإشارات تعبر عن الضيق | ما هو رد فعل الطبيب حينما تقاطعه أثناء حديثه معك |
| ٤١% | ١١ | يشغل نفسه بأي شيء آخر | |
| ٧٤% | ٤٢ | لا يستمع لمقاطعتي | |
| ٥٢% | ٧٨ | أ | هل تقاطع الطبيب في الحديث أثناء الكشف عليك |
| ٥٥% | ٨٦ | ب. | |
| ٧٤% | ٤٤ | أ | هل تتبادل الحوار مع الطبيب أثناء الكشف عليك |
| ٨١% | ٤٥ | ب. | |
| ٥١% | ٤٣ | أبحث عن طبيب آخر لي عيادته الخاصة | ما هي الآثار المترتبة على تلك المعاملة |
| ٨١% | ١٠ | لا أكرر زيارتي له | |
| ٨١% | ١٠ | الالتزام بالعلاج الموصوف | |
| ٨١% | ٤٥ | أ | هل يملكك الطبيب نوع من الترفع أو تتعرض للإهمال أثناء الفحص والعلاج |
| ٤٤% | ٤٢ | ب. | |
| ٧% | ٨ | أ | هل تعتقد أن العلاقة بينك وبين الطبيب لها تأثير في شفاك من المرض |
| ٤٤% | ٧٨ | ب. | |
| ١٠٠% | ٥٧ | عدد المبحوثين | |

جدول رقم (٥)
وجهة نظر المبحوثين (المرضى) في العلاقة بين الطبيب والمرضى

جدول رقم (١١)
وجهة نظر الأطباء المبحوثين في نظام طب الأسرة

| | | | |
|------|----|--|--|
| ١٠٠% | ١٨ | يمكن تعميمه بالنسبة للصحة الوقائية فقط (مثل التطعيم والتحصين ورعاية الحوامل) | إمكانية تعميم النظام في كل محافظات مصر |
| ٩٥% | ١١ | الإمكانات البشرية والمادية تحول دون تعميم هذا النظام . | |
| - | ١ | لا جدوى من تعميمه | |
| ٩٣% | ١٠ | نظام جيد للحفاظ والدفاع عن صحة الفرد والأسرة والمجتمع . | |
| ٩٢% | ٨ | لا | هل يوفر النظام الخدمات الصحية الأساسية لأفراد المجتمع جغرافياً واجتماعياً ووظيفياً |
| ٩١% | ٢٠ | نعم | |
| ٩١% | ٢٠ | لا | هل تعتقد أن الإمكانيات المادية الموجودة في موطئ مناسبة وملائمة لكى يحقق النظام ما هو بأحوال منه |
| ٢٤% | ٨ | نعم | |
| ٥٠% | ٣٤ | لا | هل تعتقد أن عدد المرضى أو الأسر الواقعة في نطاق كل طبيب يتناسب مع قدرة الطبيب ليكون مسؤولاً عن رعايتهم مسئولية كاملة |
| ٥٠% | ٣٤ | نعم | |
| ١٠٠% | ٧٨ | عدد الأطباء المبحوثين | |

| ١٥ | | ١٣ | | ١٢ | | ١٧ | | ٢١ | | ٢٣ | | | |
|--|----|---|----|---|----|--|----|---|----|--|----|----------------|--|
| ٣٥% | ١٥ | ١٣% | ١٣ | ١٢% | ١٢ | ١١% | ١٧ | ٥٧% | ٢١ | ٨٧% | ٢٣ | | |
| هل يتلقى المريض من خلال نظام طب الأسرة نفس المعاملة والاهتمام والرعاية التي يتلقاها المريض المصالح على نفقته الشخصية | | نظام الأجر (ألمب الطبيب) محاسباً أو على نفقته الشخصية | | مكان الكشف والتمريض (بمؤسسة) (المسجد أو المنزل) | | خصائص المريض (السن والشخصية) والمستوى التعليمي | | عامل الوقت | | ركز على الوصف الموسمي للأعراض الفيزيائية تحلها المرضية واستنباط المعلومات الضرورية منه | | | |
| هل يتفقد أن مستوى دخل الطبيب الذي ليس له عيادة خاصة له تأثير مباشر على العلاقة بين الطبيب والمريض | | هل يسمح للمريض بتوجيهه بشأن إجراء الفحص عن مشاعره والتعبير عن قلقه ومخاوفه واستخدام أساليب التفكير معه أو تركيزه على الحالة الفيزيائية والمرضية فقط | | أحاول فهم حالته من خلال حرمته الذاتية ومدلولات المريض في ضوء فهمه ومعتقداته | | استمع للمريض وأتبعه بسمتن ليحاسب | | المشاركة المتبادلة بين الطبيب والمريض في خطة العلاج | | توجيه الطبيب وتعاون المريض | | استسلام المريض | |
| عدد الأطباء المبحوثين | | ٢٨ | | ١١ | | ١٧ | | ١١ | | ١٧ | | ١١ | |
| ١٠٠% | | ١٠٠% | | ١٠٠% | | ١٠٠% | | ١٠٠% | | ١٠٠% | | ١٠٠% | |

وجهة نظر الأطباء المبحوثين في نوع وطبيعة العلاقة بين الطبيب والمريض

جدول رقم (٧)

جدول رقم (٨)

ارتباط بين نوع العلاقة العلاجية بين الطبيب والمريض وحصول الطبيب على التدريب على نظام طب الأسرة

| نوع العلاقة | ك | % | طبيب مدرّب | % | طبيب غير مدرّب | % |
|--|----|-----|---------------|-----|----------------------|-----|
| اعتبار المريض حالة أو مشكلة مرضية محددة . | ٦ | ٢١ | ٣ | ٢٣ | ٣ | ٢٠ |
| اعتبار المريض شخصا كلياً وجزءاً من أسرة ومجتمع وعلاقة متواصلة. | ٢٢ | ٧٩ | ١٠ | ٧٧ | ١٢ | ٨٠ |
| المجموع | ٢٨ | ١٠٠ | ١٣ | ١٠٠ | ١٥ | ١٠٠ |

كا^١ = (٠,٠٣٤) عند درجة حرية (١) ومستوى معنوية (٠,٠٥)

وبالكشف في الجدول تبين أن كا^٢ المحسوبة أقل من كا^١ الجدولية مما يؤكد عدم وجود ارتباط بين نوع العلاقة العلاجية للطبيب مع المريض وبين تلقى الأطباء تدريباً على نظام طب الأسرة .

جدول رقم (٩)

العلاقة بين تخصيص الطبيب وقتا كافيا لفحص المريض وإقامة علاقة علاجية إنسانية معه وبين إمتلاكه لعيادة خاصة به

| لا يملك عيادة خاصة | | يمتلك عيادة خاصة | | % | ك | تخصيص الطبيب الوقت الكافى للمريض للكشف عليه |
|--------------------|----|------------------|----|-----|----|---|
| % | ك | % | ك | | | |
| ٦٩ | ٩ | ٩٣ | ١٤ | ٨٢ | ٢٣ | نعم |
| ٣١ | ٤ | ٧ | ١ | ١٨ | ٥ | لا |
| ١٠٠ | ١٣ | ١٠٠ | ١٥ | ١٠٠ | ٢٨ | المجموع |

كأ^٢ (٢,٨٣) عند درجة حرية (١) ومستوى معنوية (٠,٠٥) . وبالكشف فى الجدول يتبين أن كأ^٢ المحسوبة أقل من كأ^٢ الجدولية مما ينفى وجود علاقة بين إتاحة الطبيب الوقت الكافى للمريض للكشف عليه وإقامة علاقة علاجية إنسانية معه وبين إمتلاكه لعيادة خاصة .

جدول رقم (١٠)

العلاقة بين وجهة نظر الطبيب فى تناسب عدد المرضى الواقعين فى نطاقه ومسئوليته عن رعايتهم مسئولية كاملة وبين امتلاكه لعيادة خاصة

| لا يملك عيادة خاصة | | يمتلك عيادة خاصة | | % | ك | تناسب عدد المرضى مع قدرة الطبيب |
|--------------------|----|------------------|----|-----|----|---------------------------------|
| % | ك | % | ك | | | |
| ٣٨ | ٥ | ٦٠ | ٩ | ٥٠ | ١٤ | نعم |
| ٦٢ | ٨ | ٤٠ | ٦ | ٥٠ | ١٤ | لا |
| ١٠٠ | ١٣ | ١٠٠ | ١٥ | ١٠٠ | ٢٨ | المجموع |

كا^٢ = (٠,٧٦) عند درجة حرية (١) ومستوى معنوية (٠,٠٥) وبالكشف في الجدول نجد أن كا^٢ المحسوبة أقل من كا^٢ الجدولية مما يؤكد عدم وجود علاقة بين وجهه نظر الطبيب في مناسبة عدد المرضى المسئول عن رعايتهم في نظام طب الأسرة وبين إمتلاكه لعيادة خاصة .

جدول رقم (١١)

العلاقة بين معرفة المبحوثين بنظام طب الأسرة وفئاتهم العمرية

| الفئات العمرية للمبحوثين | | | | | | % | ك | معرفة المبحوثين بنظام طب الأسرة |
|--------------------------|------|-------------------------|------|---------------|------|-----|----|---------------------------------|
| أكثر من ٥٠ سنة | | من ٢٥ إلى أقل من ٥٠ سنة | | أقل من ٢٥ سنة | | | | |
| ٨ | ٣٠% | ٢٤ | ٥٥% | ٧ | ٥٠% | ٤٦ | ٣٩ | نعم |
| ١٩ | ٧٠% | ٢٠ | ٤٥% | ٧ | ٥٠% | ٥٤ | ٤٦ | لا |
| ٢٧ | ١٠٠% | ٤٤ | ١٠٠% | ١٤ | ١٠٠% | ١٠٠ | ٨٥ | المجموع |

كا^٢ = (٤,٣٢) عند درجة حرية (٢) ومستوى معنوية (٠,٠٥) وبالكشف في الجدول تبين أن كا^٢ المحسوبة أقل من كا^٢ الجدولية مما يؤكد عدم وجود علاقة بين معرفة المبحوثين بنظام طب الأسرة وفئاتهم العمرية .

جدول رقم (١٢)

العلاقة بين اعتقاد المبحوثين في تأثير العلاقة بين الطبيب والمريض على شفائهم من المرض وبين مستواهم التعليمي

| المستوى التعليمي للمبحوثين | | | | | | | | % | ن | اعتقاد المبحوثين في تأثير العلاقة بين الطب والمريض على شفائهم من المرض |
|----------------------------|------|-------|------|----------------|------|-----------|------|-----|----|--|
| جامعي | | متوسط | | أقل من المتوسط | | غير متعلم | | | | |
| ٢١ | ١٠٠% | ٢٠ | ٩١% | ٢٠ | ٨٣% | ١٧ | ٩٤% | ٩٢ | ٧٨ | نعم |
| - | - | ٢ | ٩% | ٤ | ١٧% | ١ | ٦% | ٨ | ٧ | لا |
| ٢١ | ١٠٠% | ٢٢ | ١٠٠% | ٢٤ | ١٠٠% | ١٨ | ١٠٠% | ١٠٠ | ٨٥ | المجموع |

كا^٢ = (٤,٢٣) عند درجة حرية (٣) ومستوى معنوية (٠,٠٥) وبالكشف في الجدول تبين أن كا^٢ الجدولية أقل من كا^٢ المحسوبة . وعلى ذلك فإن هناك علاقة بين اعتقاد المبحوثين في تأثير العلاقة بين الطبيب والمريض على شفائهم من المرض وبين مستواهم التعليمي . وبتطبيق معامل التوافق وجد أنه يساوي (٠,٥٠) مما يؤكد ويدعم قوة هذه العلاقة .

جدول رقم (١٣)

العلاقة بين ثقة المبحوثين في طبيب الأسرة ومستواهم التعليمي

| المستوى التعليمي للمبحوثين | | | | | | ك | % | ثقة المبحوثين في طبيب الأسرة | | |
|----------------------------|------|-------|------|----------------|------|-----|------|------------------------------|-----------|---------|
| جامعى | | متوسط | | أقل من المتوسط | | | | | غير متعلم | |
| ١١ | ٥٢% | ١٤ | ٦٤% | ١٤ | ٥٨% | ١٣ | ٧٢% | ٥٢ | ٦١ | نعم |
| ١٠ | ٤٨% | ٨ | ٣٦% | ١٠ | ٤٢% | ٥ | ٣٨% | ٣٣ | ٣٩ | لا |
| ٢١ | ١٠٠% | ٢٢ | ١٠٠% | ٢٤ | ١٠٠% | ١,٨ | ١٠٠% | ٨٥ | ١٠٠ | المجموع |

كا^٢ = (١,٧١) عند درجة حرية (٣) ومستوى معنوية (٠,٠٥) وبالكشف

في الجدول أتضح أن كا^٢ المحسوبة أقل من كا^٢ الجدولية وبالتالي ليس هناك ارتباط بين ثقة المبحوثين في طبيب الأسرة وبين مستواهم التعليمي .

جدول رقم (١٤)

العلاقة بين الرضا عن مستوى الخدمة التي يقدمها طبيب الأسرة ومستوى الدخل عند المبحوثين

| مستوى دخل الأسرة | | | | | | ك | % | مستوى الخدمة التي يقدمها طبيب الأسرة | | |
|------------------|------|-------------|------|-------------|------|----|------|--------------------------------------|-------------|---------|
| أكثر من ٤٠٠ ج | | ٣٠٠ - ٣٠٠ ج | | ٢٠٠ - ٢٠٠ ج | | | | | ١٠٠ - ٢٠٠ ج | |
| ١٢ | ٥٠% | ٢٣ | ٥٣% | ١ | ٥٠% | ٨ | ٥٠% | ٤٤ | ٥٢ | لا |
| ١٢ | ٥٠% | ٢٠ | ٤٧% | ١ | ٥٠% | ٨ | ٥٠% | ٤١ | ٤٨ | نعم |
| ٢٤ | ١٠٠% | ٤٣ | ١٠٠% | ٢ | ١٠٠% | ١٦ | ١٠٠% | ٨٥ | ١٠٠ | المجموع |

كا^٢ = (٠,٠٩٥) عند درجة حرية (٣) ومستوى معنوية (٠,٠٥) وبالكشف في الجدول تبين أن كا^٢ الجدولية أكبر من كا^٢ المحسوبة وهو ما يدل على أن رضاء المبحوثين عن مستوى الخدمة والرعاية الصحية التي يقدمها طبيب الأسرة لهم لا ترتبط بمستوى دخل الأسرة .

جدول رقم (١٥)

العلاقة بين صعوبة الوصول لطبيب الأسرة ومستوى دخل الأسرة

| مستوى دخل الأسرة | | | | | | | | % | ك | صعوبة الوصول لطبيب الأسرة |
|------------------|------|-------------|------|-------------|------|-------------|------|-----|----|---------------------------|
| أكثر من ٤٠٠ ج | | ٣٠٠ - ٤٠٠ ج | | ٢٠٠ - ٣٠٠ ج | | ١٠٠ - ٢٠٠ ج | | | | |
| ٢١ | ٨٨% | ٣٣ | ٧٧% | ١ | ٥٠% | ٨ | ٥٠% | ٧٤ | ٦٣ | لا |
| ٣ | ١٢% | ١٠ | ٢٣% | ١ | ٥٠% | ٨ | ٥٠% | ٢٦ | ٢٢ | نعم |
| ٢٤ | ١٠٠% | ٤٣ | ١٠٠% | ٢ | ١٠٠% | ١٦ | ١٠٠% | ١٠٠ | ٨٥ | المجموع |

كا^٢ = (٨,٠٤) عند درجة حرية (٣) ومستوى معنوية (٠,٠٥) وبالكشف في الجدول وجد أن كا^٢ المحسوبة أكبر من كا^٢ الجدولية مما يشير إلى وجود علاقة بين صعوبة وصول المبحوثين لطبيب الأسرة ومستوى دخل الأسرة . وبحساب معامل التوافق (ق) وجد انه يساوى (٠,٨٣) مما يؤكد قوة هذه العلاقة .

جدول رقم (١٦)

العلاقة بين اعتقاد المبحوثين في إمكان أن يعاملهم الطبيب بطريقة أفضل لو أنهم ذهبوا إليه في عيادة خاصة وعلى نفقتهم الخاصة وبين مستوى دخل الأسرة

| مستوى دخل الأسرة | | | | | | | | | | توقع المبحوثين المعاملة الأفضل من الطبيب في عيادته الخاصة |
|------------------|----|-------------|----|-------------|---|-------------|----|-----|----|---|
| أكثر من ٤٠٠ ج | | ٣٠٠ - ٤٠٠ ج | | ٢٠٠ - ٣٠٠ ج | | ١٠٠ - ٢٠٠ ج | | % | | |
| ٣٨% | ٩ | ٧٠% | ٣٠ | ٥٠% | ١ | ١٠٠% | ١٦ | ٦٦ | ٥٦ | لا |
| ٦٢% | ١٥ | ٣٠% | ١٣ | ٥٠% | ١ | - | - | ٣٤ | ٢٩ | نعم |
| ١٠٠% | ٢٤ | ١٠٠% | ٤٣ | ١٠٠% | ٢ | ١٠٠% | ١٦ | ١٠٠ | ٨٥ | المجموع |

كا^٢ = (١٧,٤٤) عند درجة حرية (٣) وبمستوى معنوية (٠,٠٥) وبالكشف في الجدول يتبين أن كا^٢ المحسوبة أكبر من كا^٢ الجدولية مما يدل على وجود علاقة بين توقع المبحوثين في الحصول على معاملة أفضل من الطبيب لو أن الكشف عليهم يتم في عيادته الخاصة وعلى نفقتهم الشخصية وبين مستوى دخل الأسرة ، وبحساب معامل التوافق (ق) وحدة أن يساوى (١,٧٢) وهو ما يؤكد قوة هذه العلاقة .

جدول رقم (١٧)

العلاقة بين اعتقاد المبحوثين أنه كان يمكن للطبيب أن يعاملهم بطريقة أحسن أو أنهم مستوى تعليمي أفضل وبين مستواهم التعليمي

| المستوى التعليمي للمبحوثين | | | | | | | | % | ك | توقع المعاملة الأحسن |
|----------------------------|----|-------|----|-------------------|----|-----------|----|-----|----|----------------------------|
| جامعي | | متوسط | | أقل من المتوسط | | غير متعلم | | | | |
| %١٠ | ٢ | %٦٨ | ١٥ | %٧٩ | ١٩ | %٧٨ | ١٤ | ٥٩ | ٥٠ | نعم |
| %٩٠ | ١٩ | %٣٢ | ٧ | %٢١ | ٥ | %٢٢ | ٤ | ٤١ | ٣٥ | لا |
| %١٠٠ | ٢١ | %١٠٠ | ٢٢ | %١٠٠ | ٢٤ | %١٠٠ | ١٨ | ١٠٠ | ٨٥ | المجموع |

كا^٢ = (٥٠,٧٣) عند درجة حرية (٣) ومستوى معنوية (٠,٠١)

وبالكشف في الجدول يتبين أن كا^٢ المحسوبة أكبر من كا^٢ الجدولية مما يشير إلى وجود علاقة بين توقع المبحوثين المعاملة الأفضل من الطبيب لو أنهم كانوا في مستوى تعليمي أفضل . وبحساب معامل التوافق (ق) وجد انه يساوى (٤,٣٥) مما يؤكد قوة هذه العلاقة .