

مرض المريض و مرض الطبيب

ا.د. بومدين سليمان

قسم علم النفس –جامعة 20 أوت 1955-سكيكدة.

Résumé:

La maladie est à la fois une réalité objective qu'on peut décrire, expliquer et traiter par la médecine, mais elle est également une expérience, individuelle comportant des retentissements psychologiques, sociaux et culturels.

On ne parle pas de la même manière si l'on se place du point de vue du médecin ou du malade.

D'ailleurs, les malades eux même réagissent à ce qui leur arrive par des comportements diversifiés. La première barrière qui sépare les deux parties, est qui apparaît difficilement franchissable est le vocabulaire.

Comme le faisait remarquer Freud, les histoires des malades peuvent se lire comme des romans, il arrive que l'écrit littéraire soit lui même un riche enseignement clinique.

Mais le discours du malade devient parfois un véritable obstacle dans la relation thérapeutique surtout pour les nouveaux praticiens et qui se traduit par une non adhésion au programme thérapeutique, la non observance du traitement ou au nomadisme médical.

مقدمة:

يعتبر المرض من بين المفاهيم الأكثر شيوعا و استخداما في الحياة اليومية، و كذلك الأكثر تناولا في أدبيات العلوم الاجتماعية، خاصة علم النفس و علم الاجتماع و الأنثروبولوجيا . و لقد أدت تعددية التناول هذه إلى ظهور تيارات و نظريات متنوعة أضفت على مفهوم المرض نوعا من الغموض. و يرتبط هذا المفهوم الذي تتجاذبه تيارات مختلفة، بالحالة الفسيولوجية و النفسية و الاجتماعية والثقافية للإنسان بما يحمله من قيم و عادات و أفكار و تصورات .

- تحديد مفهوم المرض في ظل التراث المتوفر حوله.

يجمع الدارسون لمفهوم المرض على أنه ينطوي على دلالات عامة و خاصة، ترتبط هذه الأخيرة ببيئة أو شريحة معينة، الأمر الذي يتطلب البدء من القواميس اللغوية و العلمية حتى يكون لحديثنا أساس أكثر صلابة، ففي معجم لسان العرب لابن منظور وتحت مادة (مرض) يقول، إن المريض معروف. والمرض هو السقم و نقيض الصحة. وإذا نظرنا إلى مادة (سقم) فنجده يقول: السقام والسقم، المرض. أما تحت (صح) يوجد ما نصه الصح والصحة والصحاح خلاف السقم وذهاب المرض. وهكذا فإن هذه الكلمات الثلاث تدور في دائرة مقفلة .

أما في قاموس المحيط للفيروزي فيقول: (المرض) إظلام الطبيعة واضطرابها بعد صفائها واعتدالها. ولا يوجد ذكر للمريض. كأنه اعترف ضمنا مثل ابن منظور بأن المريض معروف وكفى. ولا يوجد تحت هذه المادة ولا أية مادة أخرى تحديد علمي أو دقيق لصفاء الطبيعة واعتدالها ولا إظلامها واضطرابها.

إن كتب التفسير كانت أكثر اهتماما من معاجم اللغة بتعريف المرض والمريض، إذ يقول الأصفهانى: إن المرض هو الخروج عن الاعتدال الخاص بالإنسان وهو نوعان، الأول جسمي والثاني عبارة عن الرذائل كالجهل والجبن والبخل والنفاق وغيرها من الرذائل الخلقية، أما في اللغات الأجنبية الأكثر تداولاً وهي الإنجليزية والفرنسية والألمانية فجميع مراجعها اللغوية تتشابه في تعريف المريض والمرض، فهي ترى أن المريض هو الذي يعاني من مرض وكذلك يوجد في هذه اللغات الثلاث مرادف لكلمة مريض وترجمة هذا المرادف (Patient) إلى العربية (صابر) أي أن المريض عليه أن يصبر على أذاه ويستسلم لما يعانیه، و كذلك الخاضع للعلاج.

ويقول أمين محمد رضا " إن التسميتان الفرنسية والإنجليزية لا تمتان إلى المريض بأي صلة. فالفرنسية معناها الحرفي (الإصابة بشر) و الإنجليزية (عدم الشعور بالراحة). ولاشك أنهما تسميتان قديمتان و تنتميان إلى شعور المريض في نفسه لا إلى علوم الطب القديمة أو الحديثة⁽¹⁾ أما في اللغة الإنجليزية فإنه توجد ثلاث كلمات تشير إلى المرض. أو لا العلة أو Illness وتستعمل من طرف الفرد للتعبير عن حالة داخلية يعترف هو ذاته أنها تختلف عن الحالة "العادية". وكلمة مرض Disease و هو المفهوم النوسولوجي عن حالة اللاإرتياح mal-être التي يستعملها الأخصائيون في المجال الطبي، هذا المصطلح العلمي يأخذ بعين الاعتبار المعارف البيو-طبية للاختلالات الوظيفية البنوية والفسولوجية لأعضاء جسم الإنسان.

أما كلمة Sickness فتعبر عن الواقع السوسيو- ثقافي للمرض، كالعجز على الاشتغال في المجتمع. وفي الواقع فإنه توجد أشكال اجتماعية مقبولة للمرض تختلف من مجتمع لآخر. ففرنسا مثلا هي البلد الوحيد الذي يعترف بالتهاب المفاصل التشنجي la spasmophilie كمرض (disease)⁽²⁾.

و يعرف البعض المرض بأنه الحالة التي يحدث فيها خلل إما في الناحية العضوية أو العقلية أو الاجتماعية للفرد و من شأنه إعاقة قدرته على مواجهة أقل الحاجات اللازمة لأداء وظيفة مناسبة . و عادة ما يحدث المرض نتيجة لقصور عضو أو أكثر من أعضاء الجسم على القيام بدوره خير قيام، كما يحدث أيضا إذا اختل أو انعدم التوافق بين عضوين أو أكثر من أعضاء الجسم في أداء وظائفه .

(1) بيري والدويبي : مقدمة في علم الاجتماع الطبي، الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع والإعلان، بنغازي 1989، ص ص55-56.

(2) Pomey M.P. et Cattelain E : Valeur et sens : le concept de santé, in Pomey et al. Santé publique, op.cit. p.44.

و يعد إيزنبرج Eisenberg من أكثر الباحثين الذين أثاروا نقاشات حادة حينما ميز بين المرض و العلة Disease and Illness، و ذلك بإثارته للتباين في إدراك المرض بين الطبيب و المريض، و من ثم كان أول عالم أنثروبولوجيا يقترح التمييز بين Illness كمرض للمريض و Disease كمرض كما ينظر إليه الطبيب، و قد كان إيزنبرج فاصلا و واضحا في هذا الموضوع " إن العلل هي خبرات تغير تقدير الذات و احترامها و كذلك الوظيفة الاجتماعية ، أما الأمراض في النموذج العلمي للطب الحديث فهي إختلالات Abnormalities في بنية و وظيفة أعضاء الجسم و أجهزته" .

و يؤكد الباحث أنه لا توجد علاقات مباشرة بين المفهومين السابقين، فحينما يصل المرض إلى درجة قصوى، عندها فقط تصبح العلة لا مفر منها، و بالمقابل نلاحظ أحيانا أن المرض موجود لكن المريض لا يشكو من أية علة، و يضرب لنا مثلا عن ارتفاع ضغط الدم Hypertension الذي قد يكون مخيفا للطبيب، في حين لا يعترف المريض أنه يعاني من أي مرض كان، و قد يرفض تناول أي دواء حتى و لو فسر له الطبيب أنه علاجا لمرضه .

و انطلاقا من التمييز السابق قام كلاينمان Kleinman بدراسات أكدت له أن التمييز بين المرض و العلة يعود إلى الطريقة التي يدرك و يفسر بها كل من الطبيب و المريض المرض، لأن تفسير المرض عند المريض عامي Profane نوعي و شخصي في حين أن تفسير الطبيب هو تفسير علمي و كمي . و هذا يعني أن إدراك الأعراض عند المريض هو قبل كل شيء إدراك ثقافي يتم من خلال المعلومات العامة المتداولة حول الجسم و أمراضه، أما إدراك الأطباء فيرتكز أساسا على معايير بيولوجية و عضوية، و من ثم نفهم لماذا يتقاسم في كثير من المجتمعات المرضى و المعالجون التقليديون نفس الإدراك للمرض و الذي يتشكل من خلال نفس المفاهيم الأخلاقية و الدينية، بحيث لا يتميز المرض عن أي مشكل آخر من مشكلات الحياة⁽¹⁾ .

إن المشكل الأساسي إذن لا يتمثل فقط في معرفة كيف يدرك المرضى و معالجيهم المرض و لكن أيضا كيف يتكفل هؤلاء المعالجون بمرض هؤلاء المرضى، و هنا يصبح التمييز بين Illness و Disease أكثر أهمية لأن المرض Disease تختلف معالجته تبعا لمنظورنا له، فإذا كان منظورا بيولوجيا أو نفسيا (بالمعنى الطبي) فإن التعامل يأخذ منحى معين، أما إذا فسر على أنه مصيبة تسببت فيها الشياطين أو السحرة (التفسير العامي) فإنه يجب البحث عندئذ عن العلاج المناسب لهذا الداء أي معالجة العلة Illness .

(1)Aslam Mustapha : pouvoir de guérir, pouvoir social et prestige religieux : au tour du Cheikh Kurde, thèse nouveau régime en ethnologie , Université Aix Marseille 3 : 1998, PP.10-15.

وفي هذا السياق تفيد الدراسات المختلفة التي أجريت حول مجتمعات الشمان Chaman أن التكفل بالمرض يعكس إدراكهم الخاص له، على اعتبار أن هذا الإدراك الشعبي للمرض و تفسيره يرتبط بالمجال أو الواقع الاجتماعي-الثقافي للمجتمعات الشمانية، و يمكننا بدون مبالغة أن نستخلص أن الأعراض و الاضطرابات تختلف باختلاف المكان و الزمان، فأعراض المرض و إدراكها تتغير مع الزمن، فالنظرة إلى السحر في إنجلترا مثلاً في القرن التاسع عشر تختلف عما هي عليه اليوم. إن كل مجتمع يدرك المرض تبعاً لقيمه و عاداته التي تحددها ثقافته، و لذلك يقول هيلمان Helman " عندما يتفق الناس في ثقافة أو مجتمع معين حول نماذج من الأعراض و العلامات و كذلك مصدرها و معناها و علاجها فإن الأمر يصبح مرضاً شعبياً Folk illness بهوية متكررة". و انطلاقاً من نفس التحليل يرى لمباردي Lombardi أن الصحة و المرض لا يحملان نفس المعنى في كل المجتمعات، لأن كل مجتمع يخلق مرضاً، و يضرب لنا مثلاً من جنوب إيطاليا أين يعتبر كل شيء يهدد وجود الفرد مرضاً . فقد لاحظ الباحث في هذه المنطقة و التي ترتفع فيها نسبة البطالة أن الناس هناك و حتى لفترة الثمانينات يميلون إلى تقديم مشكلاتهم كأمراض ، فغياب شخص عزيز بسبب الموت أو الهجرة، و الوحدة تمثل بالنسبة لهم أمراضاً ، و هو ما يتقاطع مع فكرة بنوا Benoit الذي يرى أن العلة Illness هي " مرض المريض" أما المرض Disease هو "مرض الطبيب" . و لذلك يلح فابريجا Fabrega على ضرورة النظر إلى المرض " كعلة و مرض " في آن واحد، و يقترح تحليل المشكلات الصحية في إطار الواقع الثقافي حتى يتسنى إدراكها إدراكاً كاملاً⁽¹⁾ .

بالإضافة إلى أبحاث إيزنبرج و فابريجا و كلايمنمان قام الأنثروبولوجيون الفرنسيون بدراسات لشرح المرض كعلة Illness و ربطها بسلوك الأفراد و تفسيرهم الشخصي للأذى Le mal، و نذكر من هؤلاء الباحثين ناتان Nathan ، زمبليني Zemplini و بنوا Benoit و قد أدخل هذا الأخير مفهومين جديدين هما الحالة "Etat" و المكافئة للمرض، و التصور Représentation و هو مرادف للعلة Illness . و يعطي بنوا بعداً آخر للنقاش حول الممارسات الطبية التقليدية في المجتمع الكريولي La société Créole بجزيرة لاريونيون La réunion بموضعه في الإطار الثقافي و الاجتماعي، بحيث يستخلص أن العلة كشر أو أذى تصيب الجسم البيولوجي و تؤدي إلى تغير سلبي في حالة ارتياح الفرد Le bien-être و أنشطته الاجتماعية، أما المرض Disease فيمثل بالنسبة له الأساس البيولوجي لنفس المشكلات الآنف ذكرها .

(1) Aslam Mustapha: op.cit., P.13.

كما ناقش ناتان و بونوا والباحثون الفرنسيون الفعالية العلاجية للممارسات الطبية التقليدية و أكدوا أنها ليست خيالاً بل حقيقة . ويضيف بونوا أن الأطباء يبحثون من خلال ملاحظاتهم و من خلال تفسيرهم لخطاب المريض عن شيء ذي معنى يقودهم إلى المرض Disease أما المعالجون التقليديون فإنهم يتناولون خطاب المريض كواقع و هو ما يقودهم مباشرة إلى قلب العلة Illness ، و هو ما يظهر الفرق المعنوي بين المعالجين التقليديين و الأطباء في طريقة وصولهم إلى المرض .

و لقد حدد أوبري لويس Aubrey Lewis ثلاثة محكات طبية تقليدية لتحديد المرض هي :

- إحساس المريض بمشاعر ذاتية بالمرض.
- إكتشاف أن لديه خلافاً في وظيفة عضو ما.
- ظهور بعض الأعراض التي تتطابق مع نموذج إكلينيكي معين، أو مع نظرية إكلينيكية للمرض يعتنقها الطبيب. و باختصار نكتشف أن الشخص يعاني من المرض حينما تتفق الأعراض التي يشكو منها أو تكشف مؤشرات الفحص الجسمي و المعملية عن اتفاق مع نموذج للمرض يأخذ به الطبيب⁽²⁾.

و في هذا الإطار يميز دافيد فيلد David Field هو الآخر بين مصطلحي المرض Disease و الإعتلال أو العلة Illness، فالأول يشير إلى مفهوم طبي للاسواء المرضي، نعرفه من خلال العلامات و الأعراض المختلفة، فهذه الكلمة تستعمل باستمرار بمعنى علمي محدد كما يوضحه تعريف قاموس أوكسفورد "حالة الجسم، أو بعضه أو عضو من ذلك الجسم اضطربت وظائفه، إنه حالة جسمية مرضية" . و الثاني يشير إلى الخبرة الذاتية للصحة المعتلة، و نعرفه من خلال مشاعر الألم و عدم الارتياح، و يعرف عادة بطريقة أقل دقة بأنه حالة الشعور بالمرض (بمعانيها المختلفة)، و نذكر من هذه المعاني :

- حالة المزاج السيئة و المعنويات المنخفضة.
- عدم الارتياح و الاضطراب و التعكر و الضيق .
- حالة الجسم السيئة و غير الصحية ، و الشعور بالوهن و السقم.

(1) Aslam Mustapha: op.cit., P. 14.

(2) محمد علي محمد و آخرون : : دراسات في علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، 1987 ص.65.

ويلاحظ من التعاريف السابقة أن التركيز في حالة المرض يكون على الجانب الموضوعي، و غالباً ما ينظر إليه على أنه عملية إتلاف معينة، في حين أن الاعتلال يتم التركيز فيه على الجانب الذاتي المعاش و العواقب المترتبة عن حالة المرض، فالمرض لا يعني مجرد حالة بيولوجية مختلة بل هو اهتزاز و اضطراب في النواحي الاجتماعية، و هي حالة ينظر إليها على أنها انحراف غير مرغوب. كما تشير العلة إلى جملة المشاعر المضطربة التي يسميها الأطباء أعراضاً، و التي يعيشها المرضى كحقائق عائمة أو حالات ذاتية غير محددة، فالناس يستجيبون للاعتلال و ليس للمرض . و يجب أن نشير هنا أن تدريب الأطباء في الجزائر كغيره من دول العالم يرتكز على المفهوم الطبي للمرض الذي يستند على افتراض أن المعلومات المتعمقة حول العمليات البيولوجية و الإكلينيكية و الجسمية للصحة و المرض مع القدرة على التعرف الصحيح على مختلف العلامات البيولوجية و الإكلينيكية و أعراض المرض تشكل قاعدة قوية لممارسة الطب .

إن التمييز بين العلة و المرض لا يعني أنهما ظاهرتين منفصلتين، أنهما مرتبطتين في مختلف المستويات، كما أن العلاقة بينهما ليست علاقة بسيطة بل علاقة معقدة ترتكز على طبيعة و حدة المرض و على العديد من العوامل النفسية و الاجتماعية الأخرى، و كما أشرنا سابقاً فإنه يمكن أن يكون الفرد مصاباً بمرض ما دون الشعور بأي علة، و هناك أناس آخرون تظهر عليهم أعراض المرض و/أو يشعرون بالعلة قد يطلبون أو لا يطلبون المساعدة الطبية، فثلاثة أرباع من فئة الكبار يعيشون على الأقل حادثة مرضية Disease episode في أي شهر و ثلث هؤلاء فقط يستشير الطبيب من أجل تلك الحادثة .

إن الدخول في علاج طبي ليس نتيجة لا مفر منها للمعاناة من المرض و هذا لا يعود لكون الناس لا يعترفون بمرضهم فقط بل يرجع أيضاً إلى حقيقة أن نسبة عالية من الاعتلال ينظر إليه على أنه "عادي" و "غير خطير"، فالناس قد يشعرون بأنهم مرضى و يقبلون بالحاجة إلى اتخاذ إجراء عملي معين كالتداوي الذاتي Self- medication و لكنهم لا يصنفون أنفسهم ضمن المرضى الذين يتطلبون علاجاً متخصصاً، و يعتقد فيلد أن معظم حوادث المرض تبدأ على هذا النحو، ففي البداية ينظر للمرض على أنه هين و بسيط و لا يستدعي أكثر من رعاية غير المختصين، و لكن بعد مرور فترة يستفحل الأمر و يتطلب عندها رعاية متخصصة و هنا يدخل المريض رسمياً فيما أسماه بارسونز "دور المريض" The sick role .

إن معنى التمييز بين Disease و Illness قد يصبح أكثر وضوحاً إذا ما أخذنا بعين الاعتبار التمييز الذي قام به ليمرت Lemert بين ما أسماه "الانحراف الأولي" و "الانحراف الثانوي"، فبالنسبة له فإن الانحرافات عن الحالة الطبيعية للأمور قد تكون جزءاً لا يتجزأ من النشاط الاجتماعي العادي (الانحراف الأولي)، أما التغيرات التي تؤدي إلى تعريف جديد للنشاط الاجتماعي للفرد و تكون نتيجة للانحراف الأولي فهي (انحرافات ثانوية) .

إن أهمية التمييز الذي قام به ليمرت هو التركيز و توضيح الدور المهم و الأساسي الذي تلعبه استجابة الأفراد أو الآخرين بشكل عام للتغير الأولي أو للاختلاف بشكل عام . فإذا نظر لهذا التغير أو الاختلاف من طرف صاحبه أو من طرف الآخرين على أنه مجرد تغير بسيط و مقبول في السلوك العادي، فإن ذلك لا يؤدي إلى "إعادة تعريف Redéfinition" جوهرية لذلك الفرد، و لن يؤدي المرض في هذه الحالة إلى إدخال الفرد فيما سمي سابقا "دور المريض" .

إن التطبيع Normalisation مع الانحراف الأولي هو أمر متداول و متكرر في حياتنا اليومية، و قد يحدث حتى مع حالات الانحراف القصوى عن العادي أو المتوقع⁽¹⁾

و في هذا السياق فإن نظريات الوصم Labeling theories بشكل عام تؤكد أن عملية التشخيص أو دخول المستشفى ينجم عنها الدخول في دور المريض، مما ينجر عنه تحقق آلي لسلوكيات مرضية في المستقبل بسبب إستدخال الفرد في مفهوم ذاته لما أسماه ساربين Sarbin "التحول في الهوية الاجتماعية Transformation of social identity"، و بمعنى آخر فإن نظريات الوصم تشير إلى أنه كلما قيل للناس أنهم غير عاديين كلما فكروا في أنفسهم على أنهم منحرفون و بالتالي تصرفوا بطريقة منحرفة .

(1) Field David: The social definition of illness, in David Tuckett, introduction to medical sociology, Tavistock publications .1976. PP.334-337.

إن السلوك الشاذ قد ينشأ من عوامل متعددة، قد تكون اجتماعية أو ثقافية أو نفسية أو جسمية، و لكن رد الفعل الاجتماعي للانحراف الأولي يؤدي إلى خلق الانحراف الثانوي الذي يعمل على استقرار و تقوية السلوك الشاذ⁽¹⁾ .

و يلاحظ أن من الناس من يسعى للطبيب طلبا للتشخيص و العلاج لأبسط الأعراض، و آخرون يتباطئون في استشارة الطبيب و طلب المساعدة الطبية . و من هنا نرى أن من المهم عند المريض أنه هو نفسه الذي يقرر أنه مريض و أنه محتاج للعلاج و أنه محتاج لرخصة شرعية في أن يكون مريضا و يجب أن تشير في الأخير أن هناك عدة متغيرات اجتماعية و نفسية تتحكم في استجابة المريض للمرض، أي الاعتراف بالمرض و طلب المساعدة الطبية أو عدم طلبها⁽²⁾ .

فإن العديد من العوامل الاجتماعية و الثقافية تفوده إلى متى و أين و كيف يجد العلاج المناسب، كما تحدد له كيف يتبع النظام العلاجي الذي يوصف له، و إلى حد كبير تحدد نتائج ذلك العلاج . و عندما يزور المريض الطبيب بحثا عن العلاج، فإنه يصف له الأعراض التي يشعر بها بطريقة ذاتية، و يحاول الطبيب أن يطابق بين هذه الأعراض و أعراض الأمراض المختلفة التي درسها في دراسته العلمية الطبية، فإذا لم يجد تطابقا بينهما فإنه يستبعد وجود أي مرض من الأمراض، و هنا يمكن القول أنه فشل في أداء مهمته أو المسؤولية الملقاة على عاتقه و هي العلاج بالمعنى الاجتماعي للمرض.

Chassin Laurie and al: Self-concepts of institutionalized adolescents: a framework for conceptualizing labeling effects, Journal of abnormal psychology, Vol.90, N°2, 1981, PP. 143-151.

(1) بييري والدويبي : مقدمة في علم الاجتماع الطبي، الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع والإعلان، بنغازي 1989 ، ص.57.

و لا يفوتنا في هذا السياق أن نغفل الكتاب المتميز الذي ألفته كاي طومبس KayToombs عام 1992 تحت عنوان: "معنى العلة، تفسير ظواهراتي لوجهات النظر المختلفة لدى الطبيب و المريض The meaning of illness, a phenomenological account of the different perspectives of physician and patient" (1) ، و الذي حاولت من خلاله المؤلفة - التي كانت تعاني من مرض التصلب Sclérose en plaques - أن تشرح بواسطة الفينومينولوجيا الهوسرلية الفرق الراديكالي بين وجهات نظر كل من المريض و طبيبه. فالأول يبقى في عالم الحياة و لا يتملص من اتجاهاته الطبيعية، بحيث لا ينظر إلى العالم كموضوع نظري بل ينظر إليه كجزء منه، و الخبرة التي لديه عن المرض يمكن تسجيلها ضمن سيرة حياته الشخصية، و هي سيرة فريدة. و على العكس من ذلك فإن للطبيب اتجاهات طبيعية Attitudes naturalistes ، و العالم بالنسبة له يمكن تجزئته إلى مواضيع لها أغراض موضوعاتية علمية، و المرض كيان نظري له وجود مستقل عن المريض ، يمكن تقريبه من جملة العلامات التي تمثل نموذجاً نمطياً للمرض المجرد " فالأطباء يمكنهم تصنيف مرض المريض باللجوء إلى بناءات علمية، أي وفقاً لعادات التفكير الطبية التي تفودنا إلى موقعة المرض في شكل معطيات موضوعية قابلة للتكميم، و يقبلون في غالب الأحيان اعتبار هذه المعطيات الإكلينيكية حقيقة مرض المريض".

إن المعاني التي يعطيها كل من الطبيب و المريض للمرض تستند على أنظمة مرجعية مختلفة تماماً، فبالنسبة للمريض فإن المعاني تتوقف على الإطار البيوجرافي و تحكمها ما تعتبره طومبس و شوتز Schutz الخبرة القاعدية لكل منا، "إنني أعرف بأنني سأموت، إنني خائف من الموت، و هكذا فالمرض يشكك في المزاعم الأساسية لحياتي و التي بموجبها أستمر في العيش و أمارس أنشطتي اليومية"، و على العكس من ذلك فإن الطبيب يعتبر التاريخ الذي يصفه المريض عملية فيسيولوجية مرضية . و بالنسبة لطومبس فإن "عالم الحياة" الأولوية على النظريات العلمية، فهي لا تتردد في اعتبار الخبرة المعاشة للمرض الممثل الحقيقي لمرض المريض، و الذي يجب أن يتميز بوضوح عن المفهوم النظري للمرض الذي يعطيه الأطباء في كثير من الأحيان وجوداً مستقلاً عن الجسم الذي يستضيفه، و تعتقد أن الطبيب لا يمكنه أن يعالج حقيقة دون المزوجة بين وجهة النظر الطبية و الاهتمام بالخبرة المعاشة للمريض.

و للتدليل على التضارب السابق في مفهوم المرض بين الطبيب و المريض، نسوق فيما يلي ظاهرتين على سبيل المثال لا الحصر و هما ظاهرتي تشخيص المرض و التقيد بالعلاج.

(1) Froment Alain : Maladie, donner un sens ; Ed. des archives contemporaines, Paris 2001, P48.

أولا - تشخيص المرض:

و قد أشارت نتائج العديد من البحوث الاجتماعية و الأنثروبولوجية و الطبية إلى حالات اعتبرت حالات مرضية في بعض المجتمعات و في بعض المستويات التكنولوجية، و اعتبرت حالات غير مرضية في مجتمعات و مستويات تكنولوجية أخرى. فهناك مرض جاري معدي، شائع في بعض المناطق الاستوائية، و لشيوع المرض و انتشاره فإن الأفراد هناك لا يعتبرونه مرضا على الإطلاق. و كذلك في قبيلة من قبائل أمريكا الجنوبية و جد مرض منتشر من أعراضه ظهور بقع مختلفة الألوان على جلد المريض، و نتيجة لانتشار المرض على نطاق واسع، كان الهنود من هذه القبيلة ينظرون إلى من لا تظهر على جلده تلك البقع الملونة على أن حالته غير عادية أو شاذة- وهذا الشخص نفسه هو الذي كان الأطباء يعتبرونه شخصا عاديا سليما خاليا من المرض المنتشر بين أبناء القبيلة . و ربما كان هذا السبب نفسه هو الذي يضعف من أثر مقاومة الأطباء و العاملين في الرعاية الطبية و الصحية في مرض كمرض البلهارسيا، فإن كثرة انتشار المرض في الريف المصري يجعل الكثير من الريفيين لا يبالون بالإرشادات الصحية التي توجه إليهم، و يأخذون أعراضه ببساطة، و لا يهتمون بالمرض أو العلاج إلا إذا تطور المرض و وصل إلى حالة خطيرة يصعب معها حينئذ العلاج.

كما تظهر بحوث اجتماعية طبية أخرى، أنه في كل مجتمع حتى في مجتمعات المتقدمة حضاريا و تكنولوجيا توجد العديد من الحالات المرضية التي لا تخضع لأي علاج طبي. ففي مسح طبي أجراه وادورث و زملاؤه في حيين من أحياء لندن عام 1971، بحثوا خلاله عينة عشوائية مكونة من ألف شخص تم الكشف الطبي عليهم على مدى أسبوعين، ظهر أنه في 951 حالة كان هناك في كل حالة منها عرض أو أكثر لحالة مرضية، من بين هذه الحالات اتضح أن 188 شخصا لم يتخذوا أي إجراء من أي نوع لمواجهة حالتهم، و أن 562 شخصا قد اتخذوا إجراء غير طبي (مثل ملازمة الفراش أو تغيير نظام الأكل)، و أن 168 شخصا قد استشاروا الطبيب (الممارس العام) و أن 28 شخصا قد استشاروا الطبيب الأخصائي في العيادات الملحقة بالمستشفيات، و أن خمسة أشخاص قد أدخلوا المستشفيات للعلاج.

فإذا أخذنا في اعتبارنا أن العلاج في إنجلترا يخضع لنظام التأمين الشامل، أي أن الرعاية الطبية مكفولة للجميع- في مقابل ما يدفع من تأمين- فإن نتائج هذا البحث توضح نتيجتين هامتين:

- 1- أنه بالكشف الطبي على 1000 شخص كعينة عشوائية ظهر أن 951 حالة بكل منها عرض أو أكثر لمرض من الأمراض و هذا و لا شك يوضح مدى انتشار الأمراض و لو البسيط منها بين الناس في مجتمع من أكثر المجتمعات اهتماما بالرعاية الصحية و الطبية .
- 2- أنه من بين هذه الحالات التي ظهرت بها أعراض الأمراض، كان هناك 188 حالة لم تتخذ أي إجراء طبي أو غيره، 562 حالة اتخذت إجراءات غير طبية، معنى هذا، و في مثل هذا المجتمع، أن هذه الحالات لم تفتن أو لم تشعر بتلك الأعراض التي اكتشفها الأطباء عند الكشف الطبي عليهم، أو

ربما شعر البعض منهم بهذه الأعراض و لكنهم اعتبروها بسيطة لا تستوجب الاهتمام بها كحالة مرضية فواجهوها بالراحة في الفراش أو تغيير نظام الأكل مثلا، و هي إجراءات غير طبية (أي ليست بأمر من الطبيب)، بينما اعتبرها غيرهم أمراضا تستوجب العرض على الطبيب و تتطلب العلاج. وهكذا نرى أن نظرة الأطباء إلى الأمراض و أعراضها تختلف عن نظرة المرضى، كما أن المرضى يختلفون فيما بينهم في نظرتهم هذه، و كذلك تختلف نظرتهم عن نظرة غير المرضى، و غير المرضى أيضا يختلفون فيما بينهم في نظرتهم إلى المرض و بالمثل فإن الناس يختلفون في تقديرهم لحالتهم الصحية، و قد يختلف تقديرهم لها في كثير أو قليل من تقدير الأطباء لها لو أنه تم الكشف الطبي عليهم في نفس الوقت، فلو أننا سألنا أشخاصا أن يقيموا حالتهم الصحية، فإن تقديرهم لحالتهم لا يكون سهلا مباشرا، بل يبدو أنه لكي يقرروا ذلك لا بد لهم من عقد عدة مقارنات في أذهانهم قبل التوصل إلى الإجابة المطلوبة، أنهم يقارنون بين حالتهم الصحية في الوقت الحاضر و بين ما كانوا عليه في الماضي، و يقارنون بين حالتهم و حالة غيرهم ممن هم في مثل سنهم، و يربطوا ما بين حالتهم الصحية و بين نمط الحياة التي يحيوها و بين آمالهم و طموحاتهم في المستقبل، أي أنهم يحاولون التعرف على إمكانية تحقيق هذه الطموحات من خلال حالتهم الصحية، فهم إذن لا يقيسون حالتهم بطريقة موضوعية-كما يقيسها الطبيب مثلا-، و إنما يقيسونها قياسا شخصيا هو أوسع نطاقا من القياس الموضوعي. و قد دلت نتائج عدد من الدراسات على أن الفرد إنما يهتم بتحديدته هو نفسه لحالته الصحية و تقديره لها، و أن سلوكه و اتجاهاته تتوقف على تقييمه لنفسه و تقديره لحالته، أي أن رؤية الشخص لحالته الصحية يكون لها من التأثير على سلوكه المرتبط بصحته، أكثر مما يكون لحالته الصحية (الموضوعية) كما يقدرها الكشف الطبي.

فقد أظهرت نتائج بحثين هامين، الأول أجرته "كلودين هيرزليتش" عام 1973 على عينة من الطبقة المتوسطة في باريس، و الثاني أجرته "ميلدريد بلاكستر و اليزابيث باترسون" عام 1980 على مجموعة من النساء تمثل جيلين من النساء العاملات في أبردين (اسكتلندا). كان أفراد عينة البحثين (و جميعهم كانوا قد مروا بحالات مرضية) يفسرون المرض بنتائجه و بما يثيره من مشاكل تؤثر على أوضاعهم و أدوارهم الاجتماعية. و كانت الأعراض المرضية الذاتية التي يدلون بها أكثر و أشمل نطاقا من الأعراض المرضية الموضوعية (كما يراها الطبيب)، و كان من الممكن تصور أنها تمثل بالنسبة لهم فشلا معنويا أو أخلاقيا يدفعهم إلى إنكار بعض الأعراض و مقاومة حالة المرض أو وضعهم كمرضى و السلبية المتضمنة في دور المريض. و أوضحت هيرزليتش أن أهمية التقدير الذاتي للحالة المرضية من جانب المرضى تتضح في أنه يقودهم إلى معارضة تقرير الطبيب و تقديره لحالتهم على أنهم "لا توجد بهم أمراض و هو يعني بذلك أنهم ليسوا مرضى" و كانوا يؤكدون أنهم مرضى و أنهم يعانون من تغيير في حالاتهم المعنوية و كذلك تغيير سلوكهم⁽¹⁾.

(1) فوزية رمضان أبوب: علم الاجتماع الطبي، مكتبة نهضة الشرق، جامعة القاهرة 1985، ص ص 49-51.

ثانيا - التقيد بالعلاج

إن عدم التقيد بالعلاج الذي يصفه الطبيب يحدث كل يوم، فتحريير الوصفة لا تعني أبدا نهاية العمل العلاجي . قد لا تظهر للعيان و بشكل واضح مثل هذه المشكلات في حالة الأمراض الحادة ذات الأعراض الأكلينيكية الواضحة التي يتألم لها المريض و بشدة، مما يدفعه إلى تحديد طلبه و التقيد الصارم بالدواء ،لكن في كثير من الحالات (كحالة الأمراض المزمنة مثلا) نجد أن المريض يفسر بطريقته ما يكتب له الطبيب، و عادة ما يأخذ هذا التفسير أحد المنحيين :

1- **التخلي الكلي أو الجزئي عن الدواء** : هذه الظاهرة كثيرا ما ينكرها المريض، فهو يقسم بأغلب الإيمان أنه يتبع نصائح الطبيب حرفيا.و تشير الدراسات أنه كلما امتدت الفترة الزمنية للعلاج كلما زاد سلوك التهرب من تناول الدواء، كما أنه كلما قلت الأعراض الوظيفية المزعجة للمريض و كانت غير ظاهرة، كلما قل إدراكه لخطورتها و بالتالي تهرب أو تغافل عن تناول الدواء، و هذا ما يفسر فشل علاج بعض الأمراض البسيطة ،و يعزي ذلك إلى الملل من العلاج طويل المدى، فمريض السل قد يشعر إن ملامح صحته الجيدة قد عادت إليه في حين يتعين عليه اتباع العلاج لأشهر قد تبدو له طويلة،كما إن مريض السكري غير الاعتمادي - الأنسولينى Non-insulino- dépendant قد يشعر أنه لا يعاني من أي مرض و بالتالي قد يتوقف عن تناول الدواء.

بالإضافة إلى سوء فهم العلاج و أهدافه فإنه يوجد عادة رفض شعوري أو لا شعوري من طرف المريض لمرضه، و يعبر عن هذا الرفض بقول المريض مثلا "هذا الدواء لا يلائمني .. لدي حساسية لهذا الدواء...الخ).

2- **استعمال الدواء بطريقة مبالغ فيها** : و نعني بذلك أولئك الذين يتجاوزون كمية الجرعات المسموح بها كميأ أو يتجاوزوا المدة المخصصة لتناول الأدوية، مثل أولئك الذين يعانون من الوسواس ، بحيث أنهم لا يشعرون بالأمان إلا بتناولهم للأدوية، لذلك نلاحظ كثير من المرضى يراجعون أكثر من طبيب في نفس الوقت⁽¹⁾ .

و قد يعود ذلك إلى خوفهم من الانتكاس، كما يعتبر البعض تناول الدواء هو وسيلتهم الوحيدة للحفاظ على "مكانتهم كمرضى" حتى يحصلوا على الانتباه و الرعاية حيث تلعب العادات و التقاليد عندنا دورا هاما في تكريس مثل هذه الوضعية.

(1) Maunoury L. :« L'observance du traitement », psychologie médicale, N°19, 7, Paris, 1987 P.1009.

النتائج و التوصيات:

1- توفير الوعي الصحي لدى المرضى : يعتبر التعليم أحد أهم العوامل التي تلعب دورا أساسيا في توافر الوعي الصحي لدى المريض و في زيادة خبراته و معلوماته التي يتلقاها من طبيبه، فالمرضى الأكثر تعليما يتمتعون بالوعي الصحي و يكونون أكثر قدرة على تفهم أسباب المرض و طرق تنفيذ العلاج، أما المريض الأمي فليست لديه أدنى معرفة عن طبيعة جسمه و قد يعتقد أن الطبيب هو المسؤول الأول عن شفائه من مرضه، هذه الأمية قد تترجم في شكل :

أ - عدم قدرة المريض على توضيح حالته المرضية لطبيبه المعالج لافتقاره إلى أي خلفية عن نوع المرض أو أعراضه.

ب - عدم قدرة المريض على فهم ما يقوله الطبيب سواء ما يتعلق منها بتشخيص المرض أو طرق العلاج.

2- زيادة تعاون المريض مع الطبيب: إن عدم التعاون هذا يعني فشل المريض في تتبع نصائح الطبيب و إن هذه الظاهرة قد تؤدي إلى تهديد طرق العلاج التي يتبعها الطبيب. و لعل أهم أسباب عدم التعاون هو عدم قدرة المريض على فهم ما يقوله الطبيب بسبب مستوى التعليم لدى المريض أو بسبب اللغة الطبية التي يستخدمها الطبيب ، و عدم استخدامه الألفاظ السهلة التي يعبر بها عن وجهة نظره في تشخيص و علاج المرضى. أما الأطباء فإنهم يصفون عادة أسبابا أخرى تؤدي إلى عدم تعاون المرضى معهم أهمها جهل المرضى و عدم قدرتهم على فهم حقيقة مرضهم أو إلى بعض المعتقدات الخاطئة التي يؤمنون بها أو إلى بعض سلوكياتهم الحياتية الضارة . و هناك سبب آخر لعدم تعاون المريض مع الطبيب يتمثل في إحساس المريض بتجاهل الطبيب له كإنسان و ما ينجر عنه من إحباطات .

3- و من المعوقات التي يواجهها التعليم الطبي هو أنه يدرس باللغة الفرنسية، مما يبعد الطبيب بعض الشيء عن ثقافته المحلية.

4- إختلاف التوقعات : إن إختلاف توقعات كل من الطبيب و المريض تجاه بعضهما البعض يؤدي إلى تصدع العلاقة بينهما بمزيد من التوترات و الصراعات. إذ يتوقع الكثير من المرضى أن دور الطبيب يجب أن لا يقتصر على التشخيص و العلاج بل يتوقعون منه اهتماما بهم كإنسان و أن يراعي حالتهم النفسية و إن يطمئنهم و أن يمددهم بالنصح و الإرشاد اللازمين لسرعة الشفاء. و نخلص من ذلك أن محاولة الطبيب فهم أفكار المريض و تصوراته تجاه المرض و تجاه العناية الصحية عامل من العوامل التي تساعد على تدعيم العلاقة بينهما، مثل معرفة الخلفية الثقافية للمريض تجاه مرضه، كما أن الاعتناء بالمريض ككل و ليس كمرضى يعالج من الناحية الفسيولوجية تعد من أهم العوامل التي تساعد على القضاء على هذا المعوق⁽¹⁾ .

نادية عمر: العلاقات بين الأطباء و المرضى -دراسة في علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية 1993، ص ص.255-285.

المراجع العربية :

- (1) بيري والدويبي : مقدمة في علم الاجتماع الطبي، الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع والإعلان، بنغازي 1989 .
- (2) محمد علي محمد و آخرون : دراسات في علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، 1987.
- (3) فوزية رمضان أيوب: علم الاجتماع الطبي، مكتبة نهضة الشرق، جامعة القاهرة 1985.
- (4) نادية عمر : العلاقات بين الأطباء و المرضى -دراسة في علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية 1993.

المراجع الأجنبية:

- (1) **Aslam Mustapha :** pouvoir de guérir, pouvoir social et prestige religieux : au tour du Cheikh Kurde, thèse nouveau régime en ethnologie, Université Aix Marseille 3 : 1998.
- (2) **Chassin Laurie and al:** Self-concepts of institutionalized adolescents: a framework for Conceptualizing labeling effects, Journal of abnormal psychology, Vol.90, N°2, 1981.
- (3) **Field David:** The social definition of illness, in David Tuckett, introduction to Medical sociology, Tavistock publications .1976.
- (4) **Froment Alain :** Maladie, donner un sens ; Ed. des archives contemporaines, Paris 2001.
- (5) **Maunoury L. :** « L'observance du traitement », psychologie médicale, N°19 ,7 Paris, 1987.
- (6) **Pomey M.P& Cattelain E :** Valeur et sens : le concept de santé, in Pomey et al. Santé Publique, Ellipses, Paris, 2000.