

07 NOV 1999

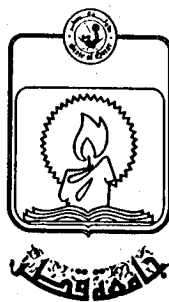


١٢١٢٢



كلية الإنسانيات  
والعلوم الاجتماعية

مكتبة البنين  
قسم الدراسات



# مجلة كلية الإنسانيات والعلوم الاجتماعية

العدد الحادي والعشرون

١٤١٩ هـ - ١٩٩٨ م

# المرض في المجتمع الأردني بين المنظور الشعبي والمنظور المهني

د. سالم خضر محمد ساروي

أستاذ الاجتماع المساعد - جامعة قطر

## مقدمة :

يمرض الناس في جميع المجتمعات ، بعض الوقت أو معظمه ، ويحيط الناس المرضى أمور صحتهم / أمراضهم ، عادة ، باعتقادات معينة . كما يقومون بتعريفات وتفسيرات ذاتية واجتماعية بشأنها . ثم يقررون ، بناء على مدلولات تقييماتهم للأعراض المرضية ، الذهاب إلى الطبيب ، عاجلا أو آجلا ، أو يختارون العيش بها والتعايش معها .

ويمكن ملاحظة أن معظم الناس مرضى - بمعنى أو بآخر . ولكن فئة قليلة منهم فقط هي التي يرى الأطباء أمراضها . وفئة مازالت أقل ، هي التي تذهب بأمراضها طواعية إلى الأطباء والمؤسسات الطبية للتشخيص والعلاج .

كما يمكن ، بملاحظة معمقة ، تقدير أن حجم المرض الفعلي ، في أي مجتمع ، أكبر بكثير مما قد تُنبئُ به سجلات الأطباء والممارسين للمهنة . إذ أن ما يراه الأطباء في عياداتهم لا يمثل ، بالمقاييس العملية ، إلا عينات فقط ، لا تمثل ، رغم ضخامة حجمها الظاهري ، إلا قمة جبل جليد عائم من الأمراض المرضى الموجودين فعلا في أي مجتمع .

وهنا بالضبط تكمن مشكلة قصور الإحصاءات الطبية ، كغيرها من الإحصاءات الرسمية ( الجنائية ، مثلا ) . إذ تظل النسبة الأكبر من الأمراض في المجتمع ، كما كانت دائما ، أرقاما سوداء Dark Figures لا يراها الأطباء ، لسبب أو لآخر ، ولا

تظهر طبعا في الإحصاءات الرسمية .

وتدل دراسات المرض المسكوت عنه أو غير المعلن Unreported Disease في مجتمعات كثيرة ( حتى المتقدمة منها في المعرفة والخدمات الصحية ) أن المرأة / الرجل العادي الذي يقرر الذهاب إلى الطبيب لعلاج مرض واحد محدد يكون قد ترك ، عمليا ، عدة أمراض أخرى دون تشخيص أو علاج .

وليس الأمر هنا أن الأمراض الكامنة Latent التي يحس بها أصحابها " فتنة نائمة " ليس من المفيد ، لأصحابها أو للأطباء والمجتمع ، ايقاظها من مكانها . فبقاؤها نائمة لا يعني بأية حال ، عدم وجودها وتأثيرها . وإنما هي ، بالأحرى ، أمراض مؤثرة يعاني منها أصحابها فعلا كما لو كانت بارزة ظاهرة Manifest وربما بدرجة ووقع أشد ايلاما وعمقا . وقد تؤول إلى نتائج ونهايات أكثر تعقيدا وخطورة . أما كمونها ، لفترات متفاوتة ، فميزة كبرى تبقيا ضمن الضوابط الذاتية لأصحابها ، وتمكنهم من التعامل معها بطرقهم الخاصة .

وربما يتساوى الأطباء وباحثو العلوم الاجتماعية والإنسانية في وعيهم بحجم وخطورة هذه المشكلة - نظريا ومنهجيا . (Tuckett, 1976).

فتبدو مهمات البحث الاجتماعي الطبي في هذا المجال متعددة :

- ١- البحث ، مثلا ، عن الأسباب غير الطبية المحضة ، ( النفسية الاجتماعية ، والثقافية الاقتصادية السياسية . . ) التي تدعو الأفراد لطلب المساعدة الطبية والتعجيل فيها ، وتلك التي تمنعهم من طلبها أو تأجيلها ، رغم حاجتهم إليها .
- ٢- تحديد الحواجز والمعوقات والمآزق التي تحول بين الأفراد وبين تطوير قدراتهم الجسمية وامكانياتهم الفكرية وأداء نشاطاتهم اليومية بثقة كفيلة بتحقيق احساسهم الذاتي بالصحة والمعافاة Well - Being . والوقوف على أنماط اعتقاداتهم واطرهم التفسيرية لأعراضهم المرضية خاصة تلك التي تعزز عندهم شعورهم "بالاختلاف" المرضي .
- ٣- معرفة مواقف الناس المرضى أنفسهم وميولهم نحو الطب والأطباء ، الدواء

والمداوين ، وتوقعاتهم من العملية العلاجية الطبية المهنية والشعبية التقليدية  
معا .

وتتلخص هذه المهمات البحثية في توجيه باحثي علم الاجتماع الطبي نحو معرفة  
العوامل الذاتية والموضوعية المعقدة التي تؤثر في حسابات الأفراد ، في الثقافات  
المختلفة ، نحو التقييمات التي يتخذونها بشأن أمراضهم : تعريفها Definition  
اعترافا بها Recognition ، واتخاذ قرار Decision بفعل شيء تجاهها .

### الدراسات السابقة :

سارت الدراسات التقليدية لسلوك الصحة والمرض باتجاه تحديد العوامل والأسباب  
وراء تفاوت الاستجابات للناس المرضى ازاء أعراضهم المرضية ، والتباينات في اقبالهم  
على طلب الاستشارة / المساعدة الطبية .

وقد تركزت الدراسات المبكرة في هذا الميدان ( مثلا : Rosenstock, 1966 ,  
Mechanic, 1962, 1968 ) بمداخلها الفردية Individualistic الخالصة ، على  
تحديد خصائص شخصية ، نفسية على الغالب ، ( متكررة حول مدى تعرض الفرد  
للمرض ، مدى استعداده النفسي للذهاب إلى الطبيب ، مدى قابليته للتأثر ، مدى  
تصوره لمخطورة مرضه . . إلخ ) باعتبارها نزعات ودوافع تقف وراء اختلاف الاتجاهات  
ورود الأفعال الفردية في طلب العلاج الطبي المؤسسي .

وإلى هذه الخصائص ، أضافت دراسات لاحقة ( مثلا ، Strauss, 1969, Zola,  
1973 ) مداخل جمعية Collective ضيقة بالاهتمام بمتغيرات بيولوجية اجتماعية  
ثقافية متكررة ( مثل العمر ، الجنس ، الحالة الاجتماعية ، الطبقة الاجتماعية ،  
المستوى التعليمي ، الأصل العرقي والأثني Ethnic ، مستويات الدعم الاجتماعي أو  
مستوى التسامح الثقافي مع الأعراض المرضية . . إلخ ) باعتبارها عوامل مسؤولة  
عن انتاج الفروق والتمايزات في السلوك المرضي للأفراد والجماعات الاجتماعية المتعددة  
في المجتمعات الصناعية غير المتجانسة .

وضمن هذا الاتجاه ، حدد شتراوس (Strauss, 1969) أربعة عوامل تقف وراء

انخفاض مستويات الاستشارات الطبية لأفراد الطبقة العاملة البريطانية .

- ١- قلة التركيز على الصحة كهدف حياتي للفرد والجماعة .
- ٢- قلة المعرفة والثقافة الصحية ، والجهل بوجود الخدمات الصحية المتاحة .
- ٣- كره المرضى للأطباء ، ومقتهم للنظام الطبي الرسمي ، واحتجاجهم على تحييزات موظفي الخدمات الصحية ضدهم .
- ٤- صعوبات الوصول إلى الخدمات الطبية الرسمية ، والنفاذ إلى مداخل نظام الرعاية الصحية المجانية .

وتنطلق مثل هذه الدراسات من افتراض ثابت بأن الأعراض المرضية تكون دائماً على درجة من الوضوح والألم والخطورة كافية ، بحد ذاتها ، لأخذ أصحابها إلى الطبيب ، وأن الأفراد المرضى - ولو بفعل مرضهم - معبأين مدفوعين لاستشارة الطبيب ، ومهيأين جاهزين لطلب العلاج حين الاحساس بأي مرض . فلم تؤخذ مفاهيم الصحة والمرض نفسها كمفاهيم اشكالية متغيرة متفاوتة بمعانيها ودلالاتها وأبعادها ، ليس للأطباء والمؤسسات الطبية الاجتماعية فحسب ، وإنما لأصحابها المرضى أساساً والباحثين أيضاً . ولم توجه هذه الدراسات أصلاً ، توجيهها سوسولوجيا تحليليا ، بقدر ما وجهت توجيهها خدماتيا Service - Oriented محاولة إيجاد علاقات / ارتباطات ( ليست سببية Causal بالضرورة ) بين المعدلات العالية / المنخفضة لاستغلال الخدمات الصحية أو الانتفاع بها ، وبين خصائص الأفراد والجماعات المستعملة لها أو المستفيدة منها . وترمي نتائجها إلى سد ثغرات في الإحصاءات الطبية المؤسسية بإضافة بيانات عملية محددة تساعد المؤسسات الطبية العاملة ، والمؤسسات الأخرى المتعاملة ، على تحسين أدائها وتعظيم ربحها وتقديم خدمات وتعاملات طبية أكثر استيعاباً ونفعاً .

وقد اكتشف الباحثون المهتمون بدراسة السلوك المرضي Illness Behaviour أن طلب الاستشارة الطبية والسعي وراء العلاج الطبي المحترف ليس مسألة تلقائية أو حتمية لأي مريض . وإنما يبدي الأفراد أسباباً جيدة لطلب / رفض المساعدة الطبية .

كما يدون أسبابا عقلانية لخياراتهم بتعجيل زيارة الطبيب أو تأجيلها . فوضع زولا (Zola, 1973) خمسة " مثيرات اجتماعية " Social Triggers من شأنها أن تحدد قرار الذهاب إلى الطبيب - تعجيلا أو تأجيلا . وتتصل هذه المثيرات بمنظور المريض وأدراكه لمرضه وتقييماته ، ضمن شبكة العلاقات المباشرة في محيطه الاجتماعي المحدود ، من حيث :

- ١- مدى تدخل المرض / الأمراض بنشاطاته الحسية والمهنية اليومية المعتادة .
- ٢- مدى تدخلها بعلاقاته الشخصية والاجتماعية .
- ٣- مدى حدوث " أزمة " في العلاقات الشخصية .
- ٤- مدى الحاح الأعراض المرضية ، أو استمرار تهديدها بعد انتهاء الفرصة التي يمنحها لها المريض لتتوقف .
- ٥- ضغوطات الأقارب والأصدقاء والمعارف بزيارة الطبيب ، وعقوباتهم المتوقعة إذا لم يفعل المريض ذلك .

كما وضع آرمسترونج (Armstrong, 1994 : 5-8) أربعة محددات تحيط بقرار الذهاب إلى الطبيب ، وتتضمن نماذج من الأمثلة الرئيسية التي يسألها المريض لنفسه حين يقيّم تجربة المرض ، ويستعرض البدائل ، ويحسب حسابا عقلانيا للريح أو الخسارة .

- ١- هل الأعراض التي أخبرها الآن " عادية " Normal أم هي " غير عادية " Abnormal ؟
- ٢- هل يتوجب عليّ الذهاب إلى الطبيب بهذه المناسبة ؟
- ٣- ما الذي يمكنني فعله غير هذا ؟ هل يمكن التفكير باللجوء إلى أي شيء آخر غير الذهاب إلى الطبيب ؟
- ٤- ما هي المزايا / الفوائد مقابل المضار / التكلفة التي ستعود عليّ من وراء الذهاب / عدم الذهاب إلى الطبيب ؟

ورغم أهمية هذه الدراسات ، فإنها لا تستطيع الانقلاط من النقد الذي يوجّه إليها

لتجاهلها ، عمليا ، التجربة المرضية Illness Experience للمرضى أنفسهم ، وبصورتها الحية الأولية النقية First - Hand Experience وذلك لاقتصارها على دراسة الأفراد المرضى الذين يقدمون أنفسهم أصلا للخدمات الطبية أو الذين سبق لهم استخدامها لفترات سابقة متباينة . فلم تستطع هذه الدراسات الامتداد إلى الأفراد الذين مازالوا في بيوتهم ومع جماعاتهم ، يؤدون أعمالهم ويمارسون نشاطاتهم اليومية المعتادة ، ولم يبادروا ، لأسباب متعددة ، بتقديم أنفسهم للطبيب ، رغم شعورهم بالمرض ومعاناتهم منه .

فنحن ، إذن ، بحاجة إلى بحوث سوسبيولوجية تحليلية بمداخل تفسيرية تأخذ تجربة المرضى أنفسهم مأخذا جديا . وتساعدنا مثل هذه المداخل التفسيرية في معرفة العمليات التي تجيب عن أسئلة كيف ؟ وأين ؟ ولماذا ؟ ومتى ؟ تتولد الأفكار حول الصحة والمرض ، كما تساعدنا على التدليل بأن التصورات والتقييمات والاعتقادات حول الصحة والمرض لكل الأطراف المعنية - المرضى والأطباء على السواء - ، لا تتشكل بالجوانب البنائية Structural فحسب ، وإنما بالأبعاد الثقافية Cultural أيضاً .

وتشير نتائج بحوث علم الاجتماع الطبي ، المتنامية ببطء في هذا المجال ، إلى أن الاختلاف الحاد بين المنظور الشعبي Lay Perspective والمنظور المهني Professional Perspective ، والتضارب الواقع بين الإدراك الذاتي Subjective للمريض ، والتقييم الموضوعي Objective للطبيب ، يترك عددا من الاشكاليات ، النظرية والمنهجية ، مازالت قائمة أمام الباحثين . ومن هذه الاشكاليات الجديدة ما يلي :

١- الاهتمام التقليدي للأطباء بأنماط الأمراض المشخصة Diseases ، ذات الأساس أو الارتباط الباثولوجي ، ليس بديلا جديا للاهتمام بأنماط أخرى من السلوك المرضي أو الشعور بالمرض Illness ( غير المشخص ) التي يحس بها أصحابها ويعانون منها ، بصورة أو بأخرى ، ولكن لا يذهبون بها إلى الطبيب . (Dingwall

1976, Tuckett 1976, 1978, Calnan 1987)

٢- الأعراض المرضية Symptoms مؤشرات طبية باثولوجية حقا ، من شأنها أن تقود أصحابها إلى الطبيب . ولكنها لا تفعل ذلك ، عمليا ، بنفسها بالضرورة أو بصورة تلقائية مباشرة . إذ يترك كثير من الناس ، لسبب أو لآخر ، أمراضا أخرى دون تشخيص أو علاج ، كثير منها أمراض خطيرة بالمفهوم الطبي المهني .  
(Banks etal, 1975, Zola,1973, Staiano 1986: Armstrong 1994)

٣- الحقيقة الطبية الاجتماعية ليست شأنا طبيا خالصا . وإنما تبنى بناء اجتماعيا Socially Constructed عبر أفعال اجتماعية مشحونة بالمعاني ، وتفاعلات رمزية متبادلة بين الذات والآخرين . وما رؤية الأطباء لها أو تعريفاتهم حولها إلا جزء مهني احترافي ضابط للعالم الاجتماعي ضمن مواصفات نموذج طبي رسمي محدد ، ومقاييس اطار مهني مقيد ، وباطلاق للصيغة المعرفية المنتجة .  
(Friedson, 1972, Dingwall, 1976, Sari, 1996)

٤- ظواهر الصحة والمرض ظواهر حية حيوية ، متفاعلة متعددة الأبعاد - Multi Dimensional وما تعريف الأطباء لها إلا جانب واحد فقط من جوانبها المكونة المتعددة . ولا تعكس الإحصاءات الرسمية والتقديرات الطبية المؤسسية ، رغم دقتها وضخامة حجمها ، إلا أجزاء بارزة ومحدودة من الحجم الفعلي للأمراض الموجودة فعلا في المجتمع . مما يطرح أمام أي بحث يتصدى للاحاطة بها ، بشمولية وعمق ، صعوبات جمة في القياس .  
(Last 1963, Hannay 1979, Fizpatrick etal 1984, Armstrong 1994)  
باعتباره التعريفات الذاتية والموضوعية معا ، العوامل النفسية الاجتماعية الثقافية جنبا إلى جنب مع العوامل البيولوجية الطبية ، القيم الفردية والمهنية الخاصة باتصال دائم مع القيم المجتمعية الثقافية العامة .

### اشكالية البحث وأهدافه ،

إن السؤال المحوري المرجح لهذا البحث الميداني يسأل ببساطة : ماذا يفعل الناس بأمراضهم بعيداً عن أعين الأطباء ؟



فياخذ البحث المرض غير المعلن ، غير الشخص illness إشكالية له . ويركز التحليل على العمليات الاجتماعية الطبية التي يقيم فيها الناس أمور صحتهم ، والاعتقادات السببية التي يفسرون بها أمراضهم ، والطرق العلاجية التي يتدبرون بها أمرها . فيهتم التحليل بالتعريفات والمعاني والدوافع والأسباب ، الأفعال وردود الأفعال ، التفاعلات والأبعاد الداخلة في هذه العمليات الثقافية الحيوية .

ويسعى البحث ، بذلك ، إلى تحقيق الأهداف التالية :

١- تقدير حجم المرض غير المعلن ، وأماطه الرئيسية السائدة ، عند عامة الناس في مجتمعنا .

٢- تحديد الأسباب والدوافع والمعاني التي تحول دون / تؤجل قرار الناس المرضى في مجتمعنا في الذهاب إلى الطبيب ، وتلك التي تحتم / تعجل في قرارهم بطلب المساعدة الطبية .

٣- فهم مراجع التشخيص الذاتي للمرض ومصادر تفسيره ، وتفهم مدى صلة المنظورات الشعبية للصحة والمرض ، ومدى اتصالها / انفصالها مع المنظورات الطبية المهنية ، ضمن ثقافة مجتمعية عربية ذات خصوصية واختلاف وتغاير .

٤- التعرف على الطرق التي يوظفها الأفراد المرضى في مجتمعنا لإدارة أمراضهم والاستراتيجيات البديلة التي يتبعونها لتدبر أمورها ، ومدى عموميتها وانتشارها بين الناس المرضى .

وواضح أن البحث ، بهذا التوجيه السوسولوجي التحليلي ، لا ينطلق من أية اعتقادات مؤسسية طبية ، ولا يتوجه ، بصورة مباشرة ، نحو رسم سياسات طبية . ولا يحاول ، بأية صورة ، أن يحل أية مشكلات قد تكون متراكمة في الإحصاءات الطبية الرسمية .

وإنما قد يساعد البحث في استحثاث أفكار ذات صلة ، وتطوير سياسات أكثر عقلانية وشمولية وفعالية ، للتربية والممارسة الطبية السائدة حالياً في المشهد الطبي الاجتماعي العربي .

ومن المتوقع أن تسفر نتائجه عن فهم أفضل للواقع الطبي الاجتماعي في مجتمعنا ، وربما توجيهه في مسارات مغايرة . كما قد تشكل بياناته العملية ، المستمدة ميدانيا من واقع ثقافة عربية ، مادة ثرية للمقارنة بين المنظور الشعبي للمرضى ، والمنظور المهني للأطباء ، عبر ثقافات مجتمعية مختلفة ، ومن زوايا متعددة .

### أهمية البحث وإجراءاته المنهجية :

يكتسب هذا البحث أهميته النظرية والمنهجية ، من مبادرته بتجاوز الاهتمام التقليدي المتكرر بالمرض نفسه Disease ، الشخص المعروف لصاحبه والأطباء إلى الاهتمام البحثي بالشعور بالمرض Illness ، غير المشخص وغير المعروف ، كما يحس به أو يعاني منه أصحابه المرضى أنفسهم .

وفي غياب بحوث سوسيلوجية تنطلق من منظورات المرضى أنفسهم فإن المصدر الغالب لبيانات البحوث القليلة السائدة في الميدان الطبي الاجتماعي هو مسح العينة Sample Surveys المجزأة ، ودراسات الحالة Case Studies المنعزلة ، أو إحصاءات المستشفيات والعيادات غير الممثلة ، أو حتى سجلات شركات الأدوية والتأمين غير المكتملة . ولأن مثل هذه الدراسات تحكمها إجراءات إدارية تنظيمية وتوجهها أهداف تجارية ربحية ، فإنه لا يمكنها - في أحسن الأحوال - إلا دراسة الأمراض المشخصة Diagnosed المسجلة Recorded البارزة Manifest ثانوية الجدة Second - Handed . كما أنه لا يمكنها دراسة موضوعها الإنساني إلا بطرق كمية Quantitative رقمية مجزأة ، مقطوعة غالباً عن الواقع الاجتماعي الثقافي المؤثر في الحصييلة الطبية بأكملها .

وعندما يتجه هذا البحث إلى أخذ كل من المرض والمريض والحقيقة الطبية بمعنى مختلف فإنه لا يأخذ المرض بالمعنى القار الساكن Static وإنما بالمعنى الدينامي المتحرك Dynamic في نشأته وتطوره وتحوله ، بمرور الوقت ويتطور وعي صاحبه به ، وتحول تقييماته حوله ، ونضج قراراته بشأنه .

كما أنه لا يأخذ المريض باعتباره متلق سلبي ، متأثر غير مؤثر ، تنعكس عليه التعريفات وينفعل بالتقييمات دونما قدرة على صنعها أو ردها واستجوابها . وإنما يأخذ الفرد سليما أو مريضا - باعتباره فاعلا مستجيبا Responsive قادراً على إقامة معان لأنفعاله - بما في ذلك ، بالطبع ، أمر صحته ومرضه - وتقييم ردود الأفعال الاجتماعية نحوها . ويتناوله الحقيقة الطبية ، يحاول البحث تجنب الرؤية بعين واحدة والابتعاد عن الانشغال بمنظور واحد لفئة واحدة ، وتقتصر هذه النظرة التعددية للحياة الاجتماعية الطبية أن يرى الباحث أن الحقيقة الطبية لا تبني بناء طبييا محضاً ، وإنما بناء اجتماعياً أيضاً بتفاعل جدلي مستمر بين الاجتماعي والطبي ، الشعبي والمهني ، الذاتي والموضوعي ، العام والخاص معاً (Sari, 1996) .

وعندما يتجه البحث إلى أخذ تجربة الناس المرضى مأخذاً إنسانياً تكاملياً جدياً فإنه يمتد ليشمل الأساليب والأدوات والأبعاد التالية :

- أ - موازنة الأساليب الكمية بأساليب أخرى كيفية نوعية Qualitative .
- ب - الاهتمام بدراسة الأمراض البازرة وتفحص الأمراض الكامنة Latent أيضاً .
- ج - الجمع بين الأطراف الرئيسية الداخلة مباشرة في العملية التعريفية التفاعلية - المرضى والأطباء معاً . وعدم استثناء رؤية أي طرف لعالمه الاجتماعي من دائرة البحث والتفسير ، ودون انحياز معياري لأي طرف .

ولا يأخذ هذا البحث أيضاً المجموعة المهنية الطبية ( مجموعة الأطباء ) مأخذاً شكلياً مفروضاً بما اصطلح تقليدياً على تسميته " جماعة ضابطة " Control Group لتمارس ضبطاً ومراقبة معرفية وصدقية على مجموعة المرضى . وإنما يأخذها باحترام ودرجات متساوية من المصادقية والتكامل ، وضمن السياق الاجتماعي الثقافي للمجتمع الكلي .

كما أنه لم يأخذ المنظورات الشعبية ، باعتبارها تقع في وضع أدنى من المنظورات المهنية ، أو باعتبار الثانية بديلة للأولى ، وإنما موازية ومكملة لها .

ومن أجل هذا كله ، عمد الباحث إلى صياغة استمارتي بحث منفصلتين : واحدة

للناس ( المرضى ) العاديين للاحاطة بالمنظورات الشعبية ، وأخرى للأطباء الممارسين للاحاطة بالمنظورات الطبية المهنية .

وتعززت استمارة كل مجموعة برسالة ودية من الباحث يتحدث فيها عن موضوع البحث وأهدافه العامة ، ويستحث المبحوثين على التحدث بحرية واهتمام وأسهاب . وتضمنت كل استمارة استيفاء متغيرات / خصائص عامة أساسية للمبحوثين ، ثم إجابة أسئلة محورية قليلة لكل مجموعة ( عشرة أسئلة للمرضى وخمسة للأطباء ) ، تدرجت ما بين الصياغة شبه مكتملة البناء Semi - Structured والصياغة مفتوحة النهايات Open - Ended ، تسير مع المبحوثين سيراً تتبعياً هادئاً لتسجيل تجربة مرضهم واعتقاداتهم حوله ، وتستجيب لمفهوم العملية Process للمرض منذ إدراكه وتفسيره إلى اتخاذ قرار يفعل شيء تجاهه .

وقد كانت النتيجة مشجعة تماماً ، بصورة تفوق كثيراً ما كان يتوقعه الباحث من ندرة الرغبة والاستعداد في البوح بمعلومات من هذا النوع الحساس ، الموصوم أحياناً ، والمسكوت عنه معظم الأحيان ، في المجتمع العربي الذي يوصف أفراده عادة " بأن لديهم الوقت الكافي للحديث الطويل في كل شيء ، وفي أي وقت ، ولكنهم يحجمون عن الحديث القليل اللازم لبحوث العلوم الإنسانية والاجتماعية . فقد لاحظ الباحث هنا أنه كان يسعد المبحوثين من الناس ( المرضى ) التحدث بصدق وتلقائية عن تجربتهم المرضية التي يبدو ( كما عبّرت بعض تعليقاتهم المكتوبة ) أنه لم يسألهم عنها أحد من قبل بجدية واهتمام - أطباء أو باحثين على السواء . كما جاءت إجابات الأطباء مكتملة دقيقة ربما لأنها أتاحت لهم التحدث عن موضوعات مازالت تمثل لهم ، في فهمهم وتعاملهم مع مرضاهم ، مشكلات حقيقية وتحديات واقعية ، ولا يبدو أنهم استطاعوا ، إلى الآن ، أن يفعلوا تجاهها شيئاً .

ورغم ما تسببه إجابات مثل هذا النوع من الأسئلة من مشقة للباحث ( الذي لم ينو ، منذ البداية ، صياغتها أو معاملتها ألياً / حاسوبياً ) ، فإنها تتمخض عن إجابات ذات قيمة تحليلية غزيرة ، إذا ما توفر الوقت والصبر والمثابرة على فهمها

وتفريغها وتصنيفها وجمعها في مجموعات متعددة Grouping متماثلة المعنى .  
ونظراً لاطمئنان الباحث حول اكتمال الإجابات وتنوعها وغزارتها ، لكلا  
المجموعتين ، فإنه لم ير ضرورة تستدعي المضي فيما كان ينوي القيام به من إضافة  
مقابلات معمقة Intensive Interviews محدودة . فقد استلم الباحث ( ٣٠٠ )  
استمارة مكتملة من الناس المرضى ، و ( ١٠٠ ) استمارة مكتملة أيضاً من الأطباء .  
وقد اعتبرت هذه وتلك عينة طبقية عشوائية Stratified Random Sample ممثلة  
لخصائص المجتمع الكلي في كلتا المجموعتين ( من حيث المستويات العمرية ،  
الجنسية ، الاجتماعية ، الاقتصادية ، التعليمية ، المهنية ، الجغرافية . . إلخ ) كما  
يوضح الجدولان التاليان ( ١/١ ) للمرضى و ( ١/٢ ) للأطباء .

جدول رقم (1/2)

توزيع أفراد العينة من الأطباء حسب البيانات الأساسية .

النسبة المئوية	العدد	التفاصيل	المتغيرات
7.83	83	ذكر	الجنس
7.17	17	أنثى	
7.12	12	25 - 30 سنة	العمر
7.43	43	31 - 40	
7.41	41	41 - 50	
7.04	04	51 - فكثر	
7.13	13	أعزب	الحالة الاجتماعية
7.74	74	متزوج	
7.13	13	غير محدد	
7.43	43	ممارس عام	المجال الطبي
7.57	57	اختصاصي	
7.17	17	5 سنوات فأقل	عدد سنوات الخبرة الطبية
7.29	29	6 - 10	
7.30	30	11 - 15	
7.23	23	16 - فكثر	
7.30	30	عيادة	مكان العمل
7.36	36	مستشفى	
7.24	24	مركز صحي	
7.67	67	بكالوريوس	أخر مؤهل علمي
7.23	23	عالي	
7.49	49	عربية	الجامعة متاحة للمؤهل العلمي الأخير
7.51	51	أجنبية	
7.57	57	عمان	مكان الإقامة الحالي
7.43	43	مقاطعات	

## تحليل النتائج و مناقشتها

### أولاً : الأمراض الحاضرة الغائبة :

أول ما تشير إليه نتائج هذا البحث أن الناس العاديين عندنا يعانون من أمراض غير معلنة وغير مشخصة طبياً ، ولكنها أمراض فعلية موجودة عندهم ، بحجم كبير وأنماط متنوعة .

### أ - حجم المرض :

تقرر عينة البحث العشوائية من الناس العاديين في مجتمعنا أن حجم الأمراض التي تعاني منها كبير نسبياً ، كما يوضح الجدول رقم (2 / 1) :

### جدول رقم ( 2 / 1 )

عدد الأمراض التي لم يرها الأطباء لأفراد العينة  
من الناس العاديين

عدد الأمراض	ذكور	إناث	ذكور وإناث	%
مرض واحد	52	23	75	25
مرضان	58	42	100	33
ثلاثة أمراض	34	28	62	25,5
أربعة أمراض فأكثر	32	31	63	21
المجموع	176	124	300	100

فيبليغ مجموع الأمراض التي يعترف بها أفراد العينة ( المكونة من ٣٠٠ مبحوث) (٧١٣) مرضاً ، أي بمعدل مريضين ونصف تقريباً لكل فرد منهم ، لم يذهب أي منهم بسبب هذه الأمراض بعينها ، إلى الطبيب ، في أي وقت من الأوقات السابقة على فترة

البحث الممتدة سنة كاملة ( تشرين أول / أكتوبر ١٩٩٥ - تشرين أول / أكتوبر ١٩٩٦ ) .

ويظهر من جدول ( 2 / 2 ) أن الأطباء أيضاً على وعي فعلي بوجود هذه المشكلة الواقعية في التعامل مع مرضاهم ، ويدركون حجم الأمراض التي يأتون بها إليهم ، وتلك التي يحجمون عن ذكرها . فيعتقد الأطباء ، من واقع خبرتهم العملية ، بوجود عدد من الأمراض الحاضرة دائماً عند الناس ، والغائبة دائماً في عياداتهم ، بأكبر مما يقرره الناس ( المرضى ) أنفسهم .

جدول رقم ( 2/2 )  
عدد الأمراض التي يعتقد الأطباء بوجودها عند الناس  
ولكن لا يراها الأطباء

عدد الأمراض	التكرار	%
مرض واحد	1	1
مرضان	10	10
ثلاثة أمراض	36	36
أربعة أمراض	20	20
خمسة أمراض فأكثر	33	33
<b>الجموع</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

فيبلغ مجموع ما يعتقده أفراد العينة من هذه المجموعة المهنية ( المكونة من ١٠٠ طبيب ) من أمراض موجودة بين الناس ولا يأتون بها إلى عياداتهم ( ٣٧٤ ) مرضاً . وبذلك يصل معدل ما يعتقد كل طبيب أربعة أمراض لكل فرد عادي ، تظل غائبة عن التشخيص والعلاج الطبي .

وتعني هذه النتائج ، عملياً ، أن الشخص الخالي تماماً من الأمراض غير المشخص، غير المعلن ، يكاد يكون لا وجود له في مجتمعنا : سواء في ملاعبنا



الرياضية أو في جامعاتنا ومكاتبنا ودوائرننا الوظيفية ، أو في مدننا وقرانا جميعاً .  
وتدلل هذه النتائج ، بوضوح كاف ، على أنه بالرغم من ازدحام عيادات الأطباء  
والمستشفيات بالمرضى ، فان طلب المساعدة الطبية مازال أمراً نادر الانتظام في  
مجتمعا .

ولكن يجب التأكيد أن مشكلة " الأمراض السوداء " ، الحاضرة الغائبة ، ليست  
مقصورة على هذا المجتمع العربي دون غيره . وإنما هي مشكلة موجودة ، بدرجات  
متفاوتة ، ومستمرة في المجتمعات جميعاً حتى المتقدمة منها في وعيها الصحي وتوفر  
خدماتها الطبية .

فقد وجدت باحثان بريطانيان ، مثلاً (Dunnell & Cartwright, 1972) أن  
(٩١٪) من أفراد عينتهما العشوائية من الناس العاديين البالغين يعترفون بوجود  
أعراض لأمراض متعددة مستمرة خلال الأسبوعين السابقين مباشرة على مقابلة  
الباحثتين لهم ، وأن معدل ما يخبره كل واحد منهم هو أربعة أعراض أمراض ، ولم  
تفكر إلا نسبة ضئيلة منهم فقط (١٦٪) بالذهاب إلى الطبيب . بينما بقيت النسبة  
الأكبر منهم دون تفكير برؤية الطبيب لهذه الأعراض بالذات .

وفي دراسة مسحية ، أحدث ، للصحة والمرض على عينة بريطانية أكبر حجماً  
(مكونة من ٩٠٠٣ من الأفراد البالغين ) ، عرض عليهم الباحثون (١٦) عرضاً  
لأمراض مختلفة لتسجيل ما خبروا منها خلال الشهر الأخير ، فوجدوا أن مجموعة  
الذكور قد سجلت ما معدله أكثر من مرضين بقليل ، بينما سجلت مجموعة النساء ما  
معدله أقل من ثلاثة أمراض بقليل (Blaxter, 1990 : 46) .

كما يسود ، على نطاق عالمي واسع ، الوعي بحجم هذه المشكلة الطبية  
الاجتماعية في الثقافات المختلفة . إذ يقدر أطباء منظمة الصحة العالمية ، مثلاً ، أن  
معظم مرضى الاكتئاب في العالم ، يظلون بغير علاج ، وأن الجزء غير المعروف أو غير  
المشخص طبياً ، كان يشكل الجزء الكلي تقريباً (٩٨٪) من جميع حالات الاضطرابات  
الاكتئابية التي يعتقد الأطباء بوجودها عام ١٩٧٩ (1: W.H.O., 1983) .

## ب - أنماط المرض ،

بتفحص نمط الأمراض الشائعة بين الناس في مجتمعنا ، وتلك التي يعتقد الأطباء بشيوعها ، دون أن يروها ، ( قارن الجدول 1 / 3 مع الجدول 2 / 3 ) ، نجد اختلافاً ظاهراً بين ما تقرره مجموعة الناس المرضى وبين ما تعتقده مجموعة الأطباء .

جدول رقم ( 3/1 )

أنماط الأمراض الحاضرة عند الناس الغائبة عن الأطباء

نمط المرض	التكرار	%
أمراض نفسية	119	18,5
أمراض المفاصل	90	14
آلام الرأس والصداع	84	13
أمراض باطنية	53	8,5
أمراض اجتماعية	42	6,5
أمراض الجهاز التنفسي	39	6
آلام موسمية عارضة	38	6
آلام الظهر والرقبة	34	5,5
أمراض جلدية	28	4,5
أمراض القلب وضغط الدم	26	4
آلام الأسنان	24	4
آلام العيون	18	3
أمراض الأنف والأذن والحنجرة	16	2,5
سكري	14	2
أمراض تناسلية وجنسية	10	1,5
أمراض متفرقة	5	1
<b>المجموع</b>	<b>640</b>	<b>100</b>

جدول رقم ( 3/2 )  
أنماط الأمراض التي يعتقد الأطباء بوجودها عند الناس  
وغيابها عن الأطباء

نمط المرض	التكرار	%
أمراض نفسية	75	23,5
أمراض جنسية وتناسلية	47	14,5
أمراض باطنية	43	13,5
أمراض اجتماعية	39	12
أمراض جلدية	19	5
أمراض القلب والدم والشرايين	18	5,5
آلام المفاصل والعظام	15	4,5
أمراض الجهاز التنفسي	11	3,5
الأورام (حميدة وخبيثة )	11	3,5
آلام موسمية عارضة	10	3
سكري	8	2,5
آلام الرأس والصداع	7	2,5
آلام الأسنان واللثة	6	2
آلام الأنف والأذن والحنجرة	6	2
آلام العين	5	1,5
<b>المجموع</b>	<b>320</b>	<b>100</b>

فهناك مثلاً ، تفاوت حاد في تقدير كل من المجموعتين للأمراض الجنسية والتناسلية كالعقم والعجز والبرود ( تقرير الناس بنسبة ضئيلة لا تتعدى ٢,٥% وتقدير الأطباء بنسبة مرتفعة تصل إلى ١٤,٥% ) ، وأمراض المفاصل والعظام كآلام الركبتين والساقين والقدمين ( ٤,٥% : ١٤% ) وآلام الرأس كالصداع والشقيقة والدوخة والغثيان ( ٢,٥% : ١٣% ) .

كما نجد اتفاقاً نسبياً حول مدى وجود أمراض القلب والدم والشرايين ( الناس بنسبة ٤٪ والأطباء بنسبة ٥٥٪ ) ، والأمراض الباطنية كآلام المعدة والأمعاء والبطن، القرحة والقولون والمرارة ( ٨٥٪ : ١٣٥٪ ) إلخ .

ولكننا نجد بالتأكيد اتفاقاً كلياً على أن الأمراض النفسية ( اكتئاب ، احباط ، توتر ، قلق ، كبت . . . ) هي أكثر الأمراض الشائعة بين الناس في مجتمعنا ، وذلك بتقرير الناس المرضى أنفسهم ( موجودة فعلاً بنسبة ١٨٥٪ ) وتقدير الأطباء أيضاً ( اعتقاد بوجودها بنسبة ٢٣٥٪ ) .

ويأتي الاكتئاب على رأس أنماط هذه الأمراض كنمط رئيسي سائد بعمومية طاغية: كأكثر هذه الأمراض المستترة بين الناس انتشاراً ، وأكثرها اقتراناً ، عند اصحابها ، بالمسمى الطبي الدقيق المطابق ، وأشدها غياباً عن تشخيصات الأطباء وعلاجاتهم .

وهناك بالطبع ، فرق كبير بين الحزن العادي Grief وبين الاكتئاب Depression : يتولد الأول من أحداث الحياة المؤلمة كالفقدان والانفصال والهجران . وقد يستمر لفترات تطول أو تقصر إلى أن تأخذ الحياة ، عند المصاب ، مجراها المعتاد . أما الثاني فيتولد من مصادر وجودية أكثر عمقاً ، ويتجسد بأسى طويل عميق مستمر ، حيث تفقد الحياة عند المريض ، اشراقها ، والنفس قيمتها ، ويبدو المستقبل ميئوساً منه ، والعالم عبثياً لا معنى له ولا جدوى للعيش فيه Sense of Futility .

لقد أبدى أفراد العينة خطوة متقدمة في الاعتراف بأن الاكتئاب - هكذا - مرض رئيسي يحسون به ويعانون منه ، دون أن يتبعوا ذلك بخطوة ماثلة في الاعتراف به ، أو الذهاب من أجله ، إلى الطبيب . يحدث ذلك لدرجة تجعلنا نعتقد أن الطب النفسي، رغم توفر خدماته وتقدم مستوياته ، مازال في مجتمعنا العربي موصوم الهوية Stigmatized . فرغم أننا لا نسمع الآن ، عن طبيب نفسي عاطل عن العمل أو يشكو حقاً من قلة المرضى والدخل ، فاننا نعتقد أن ما يدخل عيادته بمدلولات الواقع

الفعلي للأمراض النفسية في مجتمعنا ، إلا عدد ضئيل جداً من النساء والرجال المرضى المنتشرين هنا وهناك - سواء القابعين في بيوتهم ، العاملين في مزارعهم ومكاتبهم ، أو المتجولين على أرجلهم وفي سياراتهم .

وإذا ما اضيف إلى هذه المجموعة الكبيرة من الأمراض النفسية مجموعة أخرى لا بأس بها من الأمراض الاجتماعية ( همّ وغمّ وكآبة مجتمعية ، وحدة وفراغ وملل عام ) فإنها تصل إلى معدل عال حقاً ( بنسبة ٢٥٪ في تقرير الناس و ٣٥٪ في تقدير الأطباء ) من مجموع معدلات أنماط الأمراض غير المشخصة الموجودة فعلاً ، أو المعتقد بوجودها بحزم ، عند الناس العاديين في مجتمعنا .

وليست هذه وتلك ، بالضبط ، مجرد " أمراض هامشية " أو صعوبات حياتية . كما أنها ليست ، ببساطة ، مجرد " شكاوي مترفة " أو مآزق سلوكية لبعض الأفراد . وإنما هي ، بالأحرى ، أمراض حقيقية موجودة ومنتشرة عند عامة الناس بأكثر مما نظن عادة ، ومؤثرة بأكثر مما قد نتوقع .

ومن شأن هذه الأمراض أن تخلق ، أو تعزز ، عند أصحابها شعوراً ، متفاوت الحدّة ، بالاختلال ( لا بمعنى التميز والتفرد السوي طبعاً وإنما بالمعنى المرضي ) يمنعهم من رؤية أنفسهم " بعادية " ، كأفراد أصحاء معافين ، ويعيق من قدراتهم الجسمية ، أو يحد من طاقاتهم الفكرية والإبداعية ، ويمنعهم من القيام بأعمالهم وأدوارهم الاجتماعية بصورة ايجابية ، في شتى مجريات الحياة اليومية ، وعلى كافة مستويات الحياة التفاعلية : في العائلة والمدرسة والجامعة ، في العمل والانتاج ، وفي الحرب والسلم . وليست الأمراض الحديثة ، بتعريف منظمة الصحة العالمية نفسها ، شيئاً آخر غير هذا الخلل في التوازن والانسجام الجسدي والنفسي والاجتماعي ، ولا تقود إلى شيء آخر أكثر خطورة من هذا !!

ومع أنه لم تجري في مجتمعنا ، إلى الآن ، دراسات طبية اجتماعية لتحليل أنماط الأمراض السائدة وعلاقتها ببناء المجتمع ، أو دراسات نفسية اجتماعية لتشخيص نمط الأعراض الاكتئابية لأصحابها ، فإن نتائج الدراسة الحالية تدل ، بعمومية شديدة ،

على حقيقة صارخة في هذا الميدان ، باعتراف الناس والأطباء معاً ، تقول شيئاً صريحاً كالآتي :

### الأردنيون متوترون ، مكتئبون ، محبطون ، ومستلبون :

إنهم خائفون من كل شيء ، دون سبب ظاهر ، وكأن شيئاً مريعاً على وشك الحدوث . يظنون متوترين مشدودين ، طوال الوقت ، دون قدرة على الانسجام والتوازن النفسي الداخلي ، ودون رغبة في الاسترخاء والتحرر من الاجهاد العصبي . إنهم يفتقدون القدرة على الابتهاج ، ولا يجدون الرغبة في الاستمتاع بأي شيء . ويحسون احساساً مؤلماً مستمراً باللامعنى ، واللا قوة ، واللا تأثير في المشهد الوجودي والمجتمعي والإنساني كله !

تفرض عليهم متطلبات الأدوار الاجتماعية المتغيرة ، ومقتضيات العادات والتقاليد الجامدة ضغوطاً يومية متزايدة ، دونها قدرة منهم على إحداث التأثير والتغيير المطلوب في البناء الاجتماعي الثقافي والسياسي الاقتصادي التقليدي المتصلب ، الذي مازالت مكوناته الأساسية " العقيدة القبيلة - الغنيمة " وسلسلة محظوراته الرئيسية " حرام - عيب - ممنوع " متشابكة ضاغطة قامة .

ومازالت مصادر محيطية عريضة تصب في الدائرة العامة للكآبة والجمود المجتمعي ، وتغذي ، بدورها ، الاحباطات الاجتماعية المتراكمة . ومن أوسعها وأشدها تأثيراً : حرب الخليج ، وعودة مئات الآلاف من الأردنيين المهجرين قسرياً من أعمالهم وأماكن استقرارهم ، وتعثر جهود السلام ، وتوالي الهزائم العسكرية والانتكاسات السياسية ، والشلل شبه التام لمحركات الأسواق الاقتصادية ، وغياب حوافز مشروعات التنمية والاستثمار ، دون أن تلوح في الأفق أية بوادر لانفراجات تبرر للإنسان العربي تفاوضاً أو فرحاً من أي نوع ، ودون قدرة منه تؤهله على التلازم والتكيف مع هذا الواقع المجتمعي الكئيب الغريب .

ولا بد من التأكيد ، مع هذا كله ، أن مشكلة هذه الأمراض ليست مرتبطة ، سببياً ، ببناء المؤسسات الاجتماعية الثقافية والسياسية الاقتصادية للمجتمع الكلي

فحسب ، وإنما متصلة أيضاً ، بصورة جدلية متفاعلة ، بمنظورات أصحابها ودوافعهم  
وتفسيراتهم وتقييماتهم .

فكيف يقيم الناس ( المرضى ) في مجتمعنا أمراضهم ؟ ما هي الأسباب والدوافع  
التي تدفعهم / تمنعهم من الذهاب إلى الطبيب ؟

### ثانياً : محددات طلب المساعدة الطبية :

ليس طلب المساعدة الطبية أمراً تلقائياً ، وليس المرض سبباً كاف ، بحد ذاته ،  
لأخذ صاحبة إلى الطبيب . وإنما هناك عوامل وأسباب وظروف أخرى ، ذاتية  
وموضوعية ، تتدخل في عملية التقييم الذاتي للمرض واتخاذ القرار بشأن علاجه ،  
تأجيلاً أو تعجيلاً .

### أ - أسباب التأجيل :

سُئل أفراد العينة من الناس العاديين الذين ذكروا أنهم يعانون من أمراض مختلفة  
( ظلت مخفية ) ، عن الأسباب والدوافع أو الظروف التي حالت دون طلب المعالجة  
الطبية . وقد وضع لهم ( ١٢ ) سبباً وارداً / محتملاً في مثل هذه الحالات ( مستقاة  
من أدبيات الموضوع ) دون أي ترتيب رقمي أو صياغة إيحائية بأهمية سبب دون آخر .  
وطلب منهم إعطاء هذه الأسباب الحيادية ترتيباً بالأهمية حسب دقة مطابقتها لحالتهم  
المرضية ، بترقيمها تفاضلياً من ( ١ - ١٢ ) حيث يأخذ السبب الأهم عندهم رقم ( ١ )  
والذي يليه في الأهمية رقم ( ٢ ) وهكذا . . . إلى أن يأخذ السبب الأخير الأقل أهمية  
على الإطلاق في قائمة ترتيبهم رقم ( ١٢ ) .

وعند تفرغ بيانات هذا السؤال ، أعطيت ترتيبات أو ترقيمات المبحوثين  
التفاضلية لأسباب التأجيل أوزاناً متفاوتة حسب أولوياتها لديهم ( بأن يأخذ كل تكرار  
للسبب ( ١ ) في ترتيبهم وزناً مقداره ( ١٢ ) نقطة ، تقل إلى نقطة واحدة في السبب  
( ١٢ ) الأخير .

وبوضوح الجدول ( ٤/١ ) حصيلة هذه الأسباب حسب أهميتها / أوزانها عند الناس  
المرضى .

جدول رقم (4/1)

الترتيب التفاضلي لأسباب الناس المرضى في تأجيل قرار الذهاب إلى الطبيب

Z	مجموع تكرور + إنك	مجموع إنك	مجموع تكرور	ترتيب أولوية للسبب
Z12.5	2556	1051	1505	1 لعدم التأكد من خطورتها وتوقيتها
Z12	2398	988	1410	2 للإشغالات اليومية في العمل والتوليدات
Z11.5	2372	1055	1317	3 للإعتقاد بأنها بسيطة مؤقتة محدودة
Z10	2094	873	1221	4 لأنها لا تؤثر على الأصل والعلاقات اليومية
Z9.5	1973	785	1188	5 لعدم القناعة بجدوى معالجتها
Z9	1839	902	937	6 الخوف من تشخيص الأطباء وأحكامهم المربحة
Z7.5	1545	903	942	7 لعدم القناعة بمهارة الأطباء حينها
Z7.5	1539	559	980	8 لأسباب وظروف مالية عاقبة
Z7	1393	526	867	9 لتسلح عقولهم وأصنافهم بشأنها
Z6.5	1219	498	793	10 الخوف من كلام الناس وأحكامهم لتشوية
Z5	1056	428	628	11 لإعتقادات دينية
Z2.5	530	166	364	12 للإعتقاد بأنها غير ملائمة للإمتلئ لطبي
Z100	20586	8434	12152	للمجموع الكلي

تذكر مجموعة الناس العاديين أن السبب الأهم الذي يقف وراء تأجيل / منع زيارة الطبيب هو عدم التأكد من خطورة أمراضهم ( غير المشخصة ) وتعقيداتها ( بنسبة ١٢ر٥٪ ) ، ويليه مباشرة في الأهمية سبب الإنشغالات اليومية ( بنسبة ١٢٪ ) ثم لاعتقادهم بأنها بسيطة مؤقتة ومحدودة ( بنسبة ١١ر٥٪ ) ، ولأنها لا تؤثر على أعمالهم ونشاطاتهم وعلاقاتهم اليومية ( بنسبة ١٠٪ ) .

وقد سئل الأطباء أيضاً عن أسباب التأجيل ، ووضعت لهم الأسباب الحيادية نفسها لا عطاؤها أرقاماً تفاضلية ( ١٢ - ١ ) حسب أهميتها في اعتقادهم . كما أعطيت لتكرارات أسبابهم نفس الأوزان ( ١٢ - ١ ) التي أعطيت لمجموعة الناس العاديين .



ويوضح الجدول رقم (٤/٢) حصيلة ترتيبات الأسباب المانعة كما تقترحها تجربة الأطباء المهنية .

جدول رقم (4/2)

الترتيب التفاضلي لاعتقادات الأطباء في تأجيل ذهاب الناس المرضى إلى الطبيب

الترتيب	السبب	الوزن	%
1	أسباب وظروف مالية	692	٪13.5
2	لعدم تتأكد من خطورة الأمراض وتعقيداتها	869	٪12
3	للإشغالات اليومية في العمل والواجبات	679	٪9.5
4	للإعتقاد بأنها بسيطة مؤقتة محدودة	674	٪9.5
5	للخوف من تشخيصات الأطباء المرعبة	673	٪9.5
6	للخوف من كلام الناس ولحكامهم المعينة	636	٪9
7	لأنها لا تؤثر على الأعمال والعلاقات اليومية	582	٪8
8	لعدم تقاعة بجدوى معالجتها	551	٪8
9	لتسامح عائلاتهم وأصدقائهم ومعارفهم بشأنها	473	٪6.5
10	للإعتقاد بأنها غير ملائمة للإهتمام الطبي	407	٪5.5
11	لعدم تقاعة بمهارة الأطباء عندنا	306	٪4.5
12	لإعتقادات دينية	306	٪4.5
	المجموع	7115	٪100

يعتقد الأطباء أن الأسباب والظروف المالية هي أهم الأسباب المانعة ( بنسبة ١٣.٥٪ ) ، يليها في الأهمية سبب عدم تأكد الناس من خطورة أمراضهم وتعقيداتها ( بنسبة ١٢٪ ) ، ثم للإشغالات اليومية للناس في العمل والواجبات ( بنسبة ٩.٥٪ ) ، ولإعتقادهم بأنها بسيطة مؤقتة ومحدودة ( بنسبة ٩.٥٪ أيضا ) .

ويبدو واضحا أن الأطباء على وعي أكبر ، من واقع تجربتهم المهنية ، بأهمية الأسباب المالية العائقة للناس من المضي في تشخيص أمراضهم ومعالجتها جميعا . وليس في هذه النتيجة ، بالطبع ، أي إنكار أو تجاهل لخطورة الاتجاهات الحالية للطب عندنا التي يخرج بها ، بازدياد ، من دائرة الاهتمامات الإنسانية والاجتماعية ، ليدخل ، كغيره ، في دائرة المال والأعمال التجارية المربحة .

وباستثناء هذه الأسباب المالية المانعة ( التي يرتبها الأطباء أولا ، ويذكرها الناس ثانيا ) يظهر أن هنالك اتفاقا عاما بين ترتيبات الناس المرضى وترتيبات الأطباء .  
 ويعيدا عن الخيارات السببية المتعددة ، الواردة أو المحتملة ، التي أعطيت للمبحوثين في كلتا المجموعتين لاعادة ترتيب أهميتها . . . سئل الناس أنفسهم ليذكروا السبب الرئيسي المانع لهم فعلا ، من واقع تجربتهم المرضية المعاشة ، والتعبير عنه بكلماتهم الخاصة المباشرة .

ويوضح الجدول رقم (5/1) تقارير مجموعة الناس المرضى لأسبابهم الحقيقية التي حالت فعلا ، وما تزال ، دون رؤية الأطباء لتشخيص أمراضهم وعلاجها .

#### جدول رقم (5/1)

السبب الرئيسي في تأجيل الذهاب إلى الطبيب كما يقرره الناس المرضى بأنفسهم

السبب	العدد	%
1 للإعتقاد بأنها بسيطة مؤقتة محدودة	65	21.5%
2 للإنشغالات اليومية في العمل والواجبات	49	16.5%
3 لعدم القناعة بجودة معالجتها	38	12.5%
4 لعدم التأكد من خطورتها وتعقيداتها	36	12%
5 الخوف من تشخيصات الأطباء المرعبة	31	10.5%
6 لأسباب وظروف مالية	29	9.5%
7 لعدم القناعة بمهارة الأطباء عندنا	19	6.5%
8 لأنها لا تؤثر على الأعمال والعلاقات اليومية	13	4.5%
9 تخوف من كلام الناس وأحكامهم المعيبة	9	3%
10 الإكتفاء بالخبرة الشخصية	5	1%
11 لتسامح عائلاتهم وأصدقائهم ومعارفهم بشأنها	3	1%
12 لإعتقادات دينية	3	1%
المجموع	300	100%

يقرر الناس المرضى ، بأنفسهم ، أن السبب الرئيسي المانع هو اعتقادهم بأن أمراضهم ، غير المعلنة ، بسيطة مؤقتة ومحدودة ( بنسبة ٢١ر٥٪ ) ويليها في الأهمية انشغالهم اليومية في العمل والواجبات ( بنسبة ١٥ر٥٪ ) ثم لعدم قناعتهم بجدوى معالجتها ( بنسبة ١٢ر٥٪ ) وعدم تأكدهم من خطورتها وتعقيداتها وتطوراتها ( بنسبة ١٢٪ ) .

ومن الممتع ملاحظة المؤشرات الاجتماعية ، والدلالات الإنسانية التالية لهذه النتائج مجتمعة :

١- تسيطر على أفراد العينة من الناس المرضى ، حقا ، جملة من عدم التأكيدات Uncertainties : عدم التأكد من سبب المرض ، عدم التأكد من تطوراتها وتعقيداته ، عدم التأكد من خطورته ، وعدم التأكد من جدوى علاجه .

ولكن لعله من الخطأ ، بمدلولات الواقع المجتمعي ، استمرار الأطباء والباحثين في الاعتقاد بأن حالات فقدان الثقة وسلسلة الغموض والإبهام هذه خاصة بالفرد المريض ، دون سواه ، أو الادعاء بأن المرض يفقد صاحبه " بوصلته " الموجهة بدقة للصواب والخطأ .

فلم يعد الإنسان العربي العادي قادرا على اللحاق بتسارع الأحداث ، أو السيطرة على مجريات التحولات الاجتماعية الثقافية والسياسية الاقتصادية جميعا ، حيث يتناوب عليه الأشخاص ، وتتبدل حوله الأماكن ، ويختلط في ذهنه الثابت بالمتغير ، وتبقى أمامه جميع الاحتمالات مفتوحة ، ليصبح " عدم التأكد " من أي شيء - على وجه اليقين - هو الحقيقة الوحيدة الثابتة لجميع أفراد المجتمع وفي شتى جوانب الحياة المجتمعية العامة : المرضى ، والأصحاء معا ، العمال والمهنيين والسياسيين جميعا ، السياسة والاقتصاد ، الثقافة والإعلام ، على السواء .

٢- هنالك قدر كبير من الانشغالات Busyness تملأ حياة أفراد العينة من الناس العاديين لدرجة تشير التساؤل : بماذا ينشغل الأردنيون حقا ؟ بماذا يزدحم جدول أعمالهم اليومي ؟

لا تقترح الملاحظات المعمقة لمجريات الحياة اليومية للناس العاديين في مجتمعنا اليوم بأنهم ينشغلون فعلا في مجالات العقل والفكر ، أو العمل والفن والأدب . ولا ينشغلون في أعمال إنتاجية صلبة ، أو مشروعات اقتصادية كبرى ، أو صفقات مالية ضخمة .

ولا يبدو أنهم يحضرون لإنجازات هائلة ، أو يتهبأون لإنطلاقة نوعية مميزة . ولا ينشغلون حتى في مجالات السياحة والترفيه وواجبات الضيافة . فقد ينشغلون حقا بحمى الحياة السياسية العامة ( التطبيع والتطوع ، الانفتاح والانغلاق ، السكن والحركة ... ) ، ولكن تشغلهم أكثر متطلبات الحياة المعيشية اليومية المحمومة التي يملؤها قلق الحصول على عمل لتدبير القوت اليومي ، وقلق الاحتفاظ به ، والخوف الدائم من فقدانه . كما تملأ حياتهم العامة حمى امتلاك الأشياء واستهلاكها .

فلا يبنىء الازدحام ( الظاهري ) لجدول الأعمال اليومي للمرأة / الرجل العادي في مجتمعنا إلا عن إعلان منهم بأن المرض لا يشكل لصاحبه أولوية من أي نوع تستدعي القفز على سلم أولوياتهم الحياتية المعيشية ، ليس نوعية الحياة Quality of Life هي شاغلهم الأكبر ، وإنما مجرد البقاء على قيد الحياة !

٣- لا تؤثر الاعتقادات الدينية ( المرض ابتلاء من الله ، وإذا مرضت فهو يشفين ) سبباً على قرار الذهاب إلى الطبيب عند أفراد كل من المجموعتين ( الناس والأطباء معا ) إلا بنسبة ضئيلة للغاية ( نسبة ٥٪ في ترتيبات الناس المرضى ، و٤٥٪ في تقدير الأطباء ، ١٪ فقط في تقرير الناس ) . وتدلل هذه النتيجة بوضوح كاف على أن الغالبية العظمى من الناس تأخذ مسألة المرض مأخذاً دينورياً Secular ، أكثر منه دينياً ، وتتحرك تجاهه تحركاً عقلانياً Rational واقعياً ، لا تحركاً عاطفياً انفعالياً متسرعا .

## ب - أسباب التعجيل :

هنالك مجموعة من العوامل الوسيطة Mediating Factors من شأنها أن تتدخل بالدفع باتجاه تعجيل القرار الفردي بزيارة الطبيب .

وقد سئلت مجموعة الأطباء عن الأسباب والدوافع أو المعجلات التي تدفع الناس للذهاب إلى الأطباء . وقد وضعت لهم ستة خيارات معجلة محتملة ( مستقاة من أدبيات الموضوع أيضا ) وطلب منهم ترتيبها حسب أهميتها لديهم . وقد أعطيت لتكرارات كل سبب أوزان تفاضلية متفاوتة . فكانت قائمة الترتيبات كما يلي : ( انظر الجدول رقم ٥/٢ ) .

جدول رقم (5/2)

الترتيب التفاضلي لإعتقادات الأطباء في أسباب تعجيل طلب المرضى للمساعدة الطبية

المسبب / الدافع	التكرار / الوزن	%
1 للمجز في التكيف مع الأعراض المرضية	435	25.5%
2 لأنهم لم يسبحوا لرون ما يعانون منه مهددا للحياة	375	22%
3 لأنهم بدلوا يعرفون أنفسهم كمرضى	364	21%
4 لأن المعاملة والأقرباء والمعارف بدلوا يعرفونهم كمرضى	214	12.5%
5 لإنهيار في العلاقات الشخصية والاجتماعية	169	10%
6 لتغيرات صارخة في البيئة النفسية والاجتماعية للمريض	160	9%
المجموع	1717	100%

يعتقد الأطباء أن عجز الفرد عن الاستمرار بالتكيف مع الأعراض المرضية هو السبب المعجل الأكبر ( بنسبة ٢٥.٥% ) .

وبعيداً عن الخيارات المعجلة المتعددة ، سئل الأطباء ، أيضا عن السبب الرئيسي ، من واقع تجربتهم العملية ، في تعجيل طلب المساعدة الطبية . ويوضح الجدول رقم (٦/٢) أولويات التعجيل عندهم .

جدول رقم (6/2)

السبب / الدافع الرئيسي في تعجيل طلب المساعدة الطبية كما تقترحه خبرة الأطباء

السبب / الدافع	العدد	%
1 لتخلص من الأعراض المرضية الممنعة	37	37%
2 خوفا من استكمال المرض وتهديد الحياة	32	32%
3 لتفقة والإطمئنان ورفع المعنويات	17	17%
4 لاستئناف نشاطات العمل والحياة اليومية	14	14%
المجموع	100	100%

يقدر الأطباء ، بدلولات خبرتهم العملية وممارساتهم المهنية ، أن المعجل الأكبر لقرار الفرد بزيارة الطبيب هو التخلص مع الأعراض المرضية الملحة ( بنسبة ٣٧٪ ) .  
وتؤكد هذه النتائج أن الأعراض المرضية أمر متكرر الحدوث في حياة الناس .  
وليست هذه الأعراض مهمة أو مؤثرة بحد ذاتها في تعجيل قرار الذهاب إلى الطبيب ،  
ما لم يتم تعريفها ، والاعتراف بها ، كأعراض أمراض جدية وخطيرة ، مهددة بحس ما  
للفرد .

ومما له دلالة في هذه النتائج أن التأثير السببي للعائلة العربية ، ولو كعامل  
وسيط على قرار أفرادها المرضى بالتعجيل في تشخيص أمراضهم وعلاجها يبدو  
ضئيلا حقا ( تقرير الناس ٧٪ و ١٪ وتقرير الأطباء ٧٪ فقط ) ولعل هذه النتيجة  
المتصلة بالمرض بالذات ، تدفعنا إلى زيادة حجم تقديراتنا للتحويلات المختلفة التي  
تجري ، بدرجات متفاوتة ، في وظائف العائلة العربية التقليدية ، وأنماط تأكيداتها  
الثقافية ، واتجاهات تنشئتها الاجتماعية ، وتوزيع أدوارها وعلاقاتها الداخلية .

ومن أهم هذه التحويلات ، السير باتجاه الفردية Individualism والخصوصية  
Privacy والاستقلالية Autonomy والمرونة Flexibility في علاقات العائلة لتحل  
تدرجيا محل اتجاهاتها التقليدية في العمومية ، والاعتمادية ، والصرامة وال ضبط  
والمرابطة . إن انحسار حجم التدخلات التقليدية المألوفة للعائلة العربية ، وتقليص حدة  
إغراقها العاطفي في شؤون أفرادها ، وتوسيع دائرة خياراتهم الفردية ، والتسامح مع  
اختلافاتهم المتعددة ، أمور تتأكد جميعا هنا بالنتيجة العملية في أن المرض لم يعد  
استثناء ، وإنما يتحول بدوره ، ليصبح شأنا خاصاً لصاحبه ، ويظل طوع تقييماته  
الذاتية ، ورهين قراراته وخياراته الخاصة .

### ثالثاً ، النماذج التفسيرية الشعبية للأمراض ،

كل الأمراض تبدأ بالشعور بالمرض ، وتنجسد الأمراض عادة بأعراض ، يشخصها  
الأطباء تشخيصاً مرضياً / باثولوجياً . ولكنها لا تعتبر مرضاً جدياً يستدعي  
التدخل الطبي إلا إذا عرفها أصحابها أولاً بهذا التعريف قبل أن تأتي إلى انتباه

الأطباء ، وقبل أن تتبعها طرق للعلاج في المؤسسات الطبية اللاحقة .  
وإذا كان المرض ، بتعريفه وإدراكه ، خبرة ذاتية محددة اجتماعيا ، فإن التقييمات  
والاعتقادات حول أسبابه وتفسيراته ليست إلا نماذج عامة ملونة ثقافيا .  
ويقتضي هذا الفهم النظر إلى الأعراض والمؤشرات ، المؤجلات والمعجلات ،  
الاعتقادات والتفسيرات جميعا باعتبارها ثقافية التكوين والتشكيل ، ذات معايير  
ودلالات ثقافية قيمية ، نسبية ، متفاوتة في الزمان والمكان بين الثقافات المجتمعية ،  
بل وداخل المجتمع الواحد ، يتنوع ثقافته الفرعية Sub - Cultures ومجموعاته  
الأثنية Ethnic Groups ، وتفاوت طبقاته وشرائحه الاجتماعية .

ولابد من ملاحظة أن الأعراض المرضية Symptoms تقوم عادة بوظيفة ( عملية )  
مهمة في هذا الشأن ، حيث تقف كرموز ثقافية Symbols (Staiano, 1986) .

ويتطلب ذلك كله من الباحثين تفحص الخبرة الفردية ، والسياقات الاجتماعية  
التي حدثت فيها تلك الأعراض / الرموز ، والطرق والأساليب المتبعة فرديا في تقديمها ،  
والأطر والنماذج المقبولة ثقافيا في تصنيفها وتفسيرها ، وإيضاح الغايات والأهداف  
التي يرمي إليها الفرد من وراء توظيف تلك النماذج التفسيرية .

### أ - مراجع التشخيص الذاتي :

تشير نتائج البحث هنا إلى ضخامة الدور الذي تقوم به الأعراض المرضية في  
تأكيد وجود المرض والتعريف به وإعلانه لصاحبه ، من خلال تجسيدها لمواطن الخلل  
وعدم التوازن الجسمي والنفسي والاجتماعي في حياة ذلك الفرد بالذات .

ويجب أن لا يقود وجود هذه الأعراض أو التغيرات المرضية باكتشاف الفرد لها ،  
إلى الاعتقاد بأنها حدثت بصورة بيّنة صارخة الدلالة لا تحتل التأويل وسوء الفهم ، أو  
أنها تطورت بصورة سريعة مفاجئة وخطيرة لم يعد من الممكن لصاحبها تجاهلها أو  
السكرت عليها . وإنما هي ، بالأحرى ، علامات وإشارات تفرض على صاحبها  
تشخيصها وتفسيرها ، بفك رموزها وفهم معانيها ودلالاتها ، وتقدير نتائجها

وأبعادها . فتضطره إزاء ذلك ، للرجوع إلى مراجعه الذاتية ومصادره العامة .

ومادام الناس جميعا على ألفة معرفية تامة بأجسامهم ونفوسهم ( وهم الخبراء الحقيقيون فعلا في هذا الشأن ) ، فإن تجربة الفرد المرضية ، الذاتية الاجتماعية ، تشكل المصدر الأكبر لتشخيصات أعراض المرض .

ويلاحظ من الجدول رقم (٦/١) أن استخدام هذه التجربة والخبرة الفعلية تشكل ما مجموع نسبته (٥٣ر٥٪) من جملة المصادر المستخدمة في عملية التشخيص الذاتي التي يمارسها الفرد منفردا .

### جدول رقم (6/1)

طرق إدراك الناس المرضى لأمراضهم غير المشخصة

٪	التكرار	طرق الإدراك	
٪29.5	197	من للتغيرات في الحالة الجسمية والنفسية	1
٪24	162	من الخبرة للفعلية	2
٪21	140	من للقراءات والمشاهدات لطبية	3
٪19.5	132	من للحديث مع العائلة والأصدقاء والمعارف	4
٪6	39	من مصادر مختلفة ( شخصية ، اجتماعية ، طبية )	5
٪100	670	لمجموع	

ويلاحظ هنا أيضاً أن العائلة العربية ليست مصدرا اجتماعيا رئيسيا للاتصال والتفاعل في اكساب المرضى من أعضائها خبرة تعينهم على اكتشاف أمراضهم وتشخيصها ( إلا بنسبة ١٩ر٥٪ ) إنما تفوقها مصادر وسائل الاتصال الجماهيري (كتابات الصحافة وبرامج التلفزيون والإذاعة والكتب والمجلات الطبية ) قليلا في الأهمية ( بنسبة ٢١٪ ) .

### ب - مصادر التفسيرات الشعبية .

لا تتبنى الغالبية من أفراد العينة الاعتقاد بأن للمرض سبب واحد يقود إليه بالضرورة . وإنما تبنت منظورات أكثر تعددية سببية لعلية الأمراض Aetiology ، تظهر فيها مجموعة من الأسباب تؤدي إلى مجموعة من الأمراض التي يعانون منها ،



دون اهتمام بتصنيف الأمراض والأسباب ، ودون تفصيل للسبب الواحد بعينه المؤدي إلى المرض الواحد بذاته . ( وكان ذلك متوقعا ، بل ملائما ، مادامت أسئلة استمارة البحث قد اهتمت بمعرفة جملة الأسباب والاعتقادات السائدة عند عامة الناس حول جملة الأمراض الشائعة بينهم ) .

### جدول رقم (7/1)

التفسيرات الداتية الأولية لأفراد العينة لأمرضهم غير المشخصة

العدد	%	التفسير الأولي	
82	27.5%	أمراض عادية شائعة	1
80	26.5%	أمراض عارضة وآلام مؤقتة	2
41	13.5%	أمراض مخيفة ، مرعبة و محيرة	3
34	11.5%	أمراض متصلة بطبيعة العمل ونمط الحياة	4
17	5.5%	أمراض متصلة بمراحل العمر	5
11	3.5%	أمراض وراثية متصلة بالعائلة	6
10	3.5%	أمراض لحكمة دينية	7
25	8.5%	أمراض غير مفسرة / غير محددة	8
300	100%	المجموع	

ويظهر من الجدول رقم (7/1) أن الأعراض المرضية المتغيرة قد حملت لأصحابها جملة من المعاني والدلالات الأولية أبرزها ميل الغالبية منهم للنظر إليها باعتبارها مجرد أعراض / أمراض عادية ، عامة ، شائعة ، وليست ببساطة إلا آلام عارضة ، مؤقتة متصلة بتأثيرات العمل الذي يؤدونه ، وطبيعة الحياة المجتمعية التي يعيشونها ، وموروثات العائلات التي ينتسبون إليها .

وهكذا يربط غالبية أفراد العينة أمراضهم بأسباب ومصادر خارجية بصورة بارزة (بنسبة 69٪) ، بينما لا يربطون أسبابها بأشخاصهم إلا بنسبة ضئيلة ( لا تتعدى 5.5٪ ) ، ويرجعونها بنسبة مازالت أقل ، لأسباب وأحكام دينية (3.5٪) . ولم تسعف كل من مدلولات الثقافة المجتمعية الهامة ومقترحات التجربة المرضية الخاصة

أصحابها في تفسير ما نسبته (8٠%) من أمراضهم فبقيت ، مرحليا ، غامضة ،  
عائمة غائمة ، مستعصية على الفهم والتفسير .

كما تشير نتائج اتجاهات التفسيرات الحالية التي يقدمها أفراد العينة لأمراضهم ،  
(انظر الجدول رقم 8 / 1 ) إلى أن التقييمات والتفسيرات الأولية ( التي قدموها أنفا )  
ليست مجرد أسباب آتية متسرعة يلجأ إليها الفرد تحت وطأة هجمة المرض وغموضه  
والحاحه ، كما أنها ليست اعتقادات تجريبية Tentative متحولة بمرور الوقت وتطور  
المرض . وإنما هي اعتقادات سببية نهائية متبلورة ، مستمرة ومستقرة ، مستمدة من ،  
أو منسجمة مع ، اتجاهات الثقافة المجتمعية العامة . وما استمرار تلك الاعتقادات  
السببية واستقرارها إلا تأكيد عملي لحقيقة استمرار الثقافة الشعبية Popular  
Culture واستقرارها كنسق معتقدات Belief System مستقل ذاتيا ، مكتف  
بنفسه .

#### جدول رقم (8 / 1)

التفسيرات الذاتية الحالية لأفراد العينة لأمراضهم غير المشخصة

العدد	النسبة %	للتفسير الحالي
89	٪29.5	1 أمراض عادية مؤقتة وشتمة
83	٪27.5	2 أمراض متصلة بطبيعة للعمل ونمط الحياة
30	٪10	3 أمراض جنية و لا بد من علاجها
29	٪10	4 أمراض تعودت عليها وتعايشت معها
24	٪8	5 أمراض لا علاج لها إلا الله والصبر
14	٪4.5	6 أمراض ما زالت محيرة
31	٪10.5	7 أمراض غير مفسرة / غير محددة
300	٪100	المجموع

فإذا كنا إذن نعرف أن الأجزاء المتغيرة في تشخيصات الناس المرضى  
وتفسيراتهم هي تلك الأجزاء المتصلة فقط بتغير التجربة المرضية الذاتية وتطورها ،  
فإننا مازلنا لا نعرف بالضبط ( ربما لقصور في ذاكرة المريض و / أو لقصور في  
استمارة البحث ) ما إذا كانت مسميات الأمراض نفسها قد تغيرت أيضا عند  
أصحابها .

وقد أتت النماذج القليلة للأسباب الذاتية التي يذكرها الفرد لأمراضه المتغيرة مقتصرة على تغير قناعاته مع الوقت ، وتتطور هذه التجربة المرضية الذاتية ، مع بقاء هامش الغموض في الفهم والتفسير قائما ، لأسباب مرتبطة بطبيعة المرض نفسه .

ومن بعض الأمثلة المتكررة المقدمة في مثل هذه السهبية الفردية / الذاتية المتصلة ، بمعظمها بضعف بنية الجسم والتقدم في العمر بما يلي :

« عنت لي أنني أصبحت متقدمة في السن » ، « إنها بداية الشيخوخة والعد التنازلي » ، « أفسرها بضعف جسمي مع كبر سني » ، « أفسرها بقلة ممارسة الرياضة والمشي » ، « أعتقد أنها من قلة الخروج من المنزل » ، « أنهد حيلي من كثرة الخلفة » .

أما أهم المصادر الخارجية التي يذكرها أفراد العينة كأسباب عامة متكررة مسؤولة عن أمراضهم :

- طبيعة المجتمع : الفروق الطبقية ، ضغط العادات والتقاليد ، الأحداث السياسية ، الأزمات الاقتصادية ، الهجرة ، الحروب .
- طبيعة الحياة العصرية : الإرهاق ، الضغط ، التوتر ، " التفكير المادي " للناس هذه الأيام ، القلق على المستقبل .
- نوع العمل : ثقل الأعباء والواجبات ، الروتين اليومي ، " لقمة العيش صعبة " .
- تأثيرات البيئة : تقلبات الجو ، التلوث ، الضجيج ، الهرمونات ، سموم التغذية .
- تأثيرات العائلة : الوراثة ، أمراض العائلة .
- الأحكام الدينية : قضاء وقدر ، نصيب ومكتوب ، نوع من التحدي للإنسان لبيان ضعفه ، من رب العالمين حتى يتعظ الناس ويتوبوا إليه .

وقد لخص أحد أفراد العينة ( ذكر ، جامعي ، عمره ٤٥ سنة ، مدير مصنع ، يعاني من الاكتئاب ) حجم هذه التأثيرات السببية الخارجية بإجابته :

« أشعر أن الكثير من أفراد مجتمعنا بحاجة إلى أطباء نفسانيين وأسباب ذلك معروفة ومحسوسة للجميع ، ما عليك إلا أن تمشي في الشارع لترى العجب .. ومن

هنا ترى السبب الرئيسي للجلطة والضغط والفشل الكلوي وتساقط الشعر والتسمم والإسهال . هل تريدني أن أخبرك أكثر ؟ مجتمعنا يا دكتور بحاجة إلى مستشفى كبير بحجم ثلاثة ملايين سرير !!؟ » .

### ج - وظائف التفسيرات الشعبية ،

أهم ما يمكن تسجيله من هذه التفسيرات الشعبية ، أن الفرد العادي عندنا يميل ، حين تفسير أمراضه ، أتباع " سياسة ثقافية " يتقنها جيدا يمكن تسميتها بسياسة "التهرين / التعميم " Simplification / Minimization / التعميم " Normalization / Generalization ، إذ يتعلم الفرد من تأكيدات ثقافته ومن خلال عملية التنشئة الاجتماعية المستمرة ، طرق وأساليب تقديم الأمور جميعا ، ومنها الأمراض ، بقسريتها وعموميتها وعاديتها : يتعلم تبسيط الأحداث والأفعال والأقوال ، والتقليل من شأنها ، وجعلها تبدو لنفسه والآخرين من حوله ، أمورا عادية طبيعية عند جميع الناس ، لا يتعرض لها لأي خلل ذهني أو سلوكي خاص ، أو لأي تقصير أخلاقي ذاتي . وكل المشكلات والصعوبات الطبية التي تحدث ، ليست إلا أمورا عارضة مؤقتة يزول تأثيرها مع الزمن .

وضمن هذه الخطوط الثقافية العامة ، يقدم الفرد التفسير المقبول لأمراضه التي يعاني منها باعتبارها " شائعة بين جميع طبقات المجتمع الفقيرة والمخملية " ، " يمكن أن يتعرض لها كل إنسان - حتى الأطباء " ، " الجميع يعاني كما أعاني " ، " مادام الناس في القرى والمدن يعيشون في نفس المجتمع ويمرون في نفس الظروف الصعبة فإني اعتقد أنهم يعانون مثلي " ، وتلك طريقة أخرى عند أفراد العينة ، للإدعاء " من كان في مجتمعنا بلا مرض . . . فليمره بحجر " !!

وقد لخصت فتاة ( جامعية عزباء ، عمرها ٣٥ عاما ) مصابة بالاكتئاب أيضا ، أحداث القصة المؤلمة في بدايتها ، المريحة في نهايتها بقولها : « أصبت بالفشل ، وشعرت بالنقص ، ظننت في البداية أنني معقدة وغريبة ، إلى أن قرأت في الجريدة عنه ، فعرفت أنه مرض نفسي منتشر بين الناس . فأصبح الأمر عادي عندي » .

ولا مكان هنا لتجاهل حقيقة أن النموذج الذي يفسر به المريض العادي مرضه ،  
بتقديمه ضمن أسباب عامة ضاغطة ، ومصادر عريضة منتجة بغزارة للمرض ، وظروف  
قسرية حتمية التأثير ، لهر نموذج براجماتي وظيفي ثقافي يؤدي لصاحبه مجموعة من  
المنافع المريحة نفسيا ، والمريحة اجتماعيا ، ومن أهمها :

- ١- تخفيف حدة شعور الفرد بالاختلال الضار الملازم له في حالة المرض .
  - ٢- ابعاد مسؤولية المرض عن دائرة الذات ، وطرده تأثير الاحساس المؤلم باللذنب ولوم  
النفس لإهمال أو تقصير ذاتي ، بالتدليل للنفس والآخرين ، بأن المريض لم يعرض  
نفسه طواعية للمرض ، وإنما هو قادر على الحفاظ على صحته ، وضبط توازنه  
الجسمي والنفسي والاجتماعي .
  - ٣- تجنب الفرد الأحكام القيمية السلبية والنقد والتجريح الذي يمكن أن يوجه لمنط  
حياته وانحرافاته السلوكية والأخلاقية . ( كالكسل والخمول ، الوسوسة ،  
العصبية في التعامل ، الأفراط في التدخين ، الشراهة في الأكل ، الإدمان على  
المسكرات والمخدرات ، السلوك الجنسي المشين . . . إلخ ) .
  - ٤- استدرار التعاطف والدعم الجمعي ، والطمع في التفهم والقبول الاجتماعي .
- وتفحص دقيق للتفسيرات التي يقدمها أفراد العينة لأمراضهم ، يجعلنا نثق أن  
ما يقدمه الفرد العادي كأسباب / تفسيرات Interpretations فاعلة لمرضه هي أقرب  
إلى التبريرات Justifications الدارجة شعبيا والرائجة ثقافيا .

وهناك بالطبع فرق كبير بين التفسير والتبرير . ولكن لا يستطيع الأطباء ، حتى  
بعد اكتشافهم حقيقة هذه التبريرات ، إقصاءها ببساطة من دائرة التمحيص والتفسير ،  
لعدم تماسكها المنطقي أو لعدم صلتها العملية . كما أنهم لا يستطيعون الاستمرار في  
تجاهل معانيها ودلالاتها الرمزية الهائلة باستمرارهم في البحث والتنقيب ، في المكان  
الضيق ، عن أسباب منطقية مباشرة فقط ، وبالرجوع إلى أعراض مرضية جسمية  
بيولوجية فحسب .

فالتفسيرات / التبريرات التي يقدمها الناس لأمراضهم ليست بأية حال زائفة ،  
مضللة أو كاذبة . ولا يمكن أن تؤخذ بمنطق الصواب والخطأ . إنما هي أفكار وتصورات

عامة Images ، ومجموعة متداخلة متكاملة من المفاهيم والمعاني التماسكة ثقافيا ، تحتفظ بمنطقتها ومصداقيتها الخاصة ، ضمن سياقها الاجتماعي الثقافي العام . إنها اعتقادات سببية تجدد صلتها المستمرة في صلة مخزونها الثقافي الوفير المستقر في نسق الثقافة الشعبية ، الذي يزود الناس جميعا - المرضى والأصحاء ، المنحرفين والأسوياء - بنسقهم المرجعي العادي Lay Referral System في تشخيص وتفسير أو تبرير أفعالهم وأقوالهم ، وتصنيف أحداث عالمهم الاجتماعي ، وفهمها بطرقهم الخاصة .

وأمام ازدحام حياة الفرد العادي بالتغيرات الكثيرة المتسارعة ، نلاحظ أن هذه الاعتقادات السببية هي التي تبقى الثوابت الخاصة الوحيدة التي تجعل لحياته معنى Making Sense ، ليس فقط في مجال المرض والعلاج ، الداء والدواء فحسب ، وإنما في شتى مجالات السياسة والاقتصاد والإدارة والتجارة والتربية والتعليم . . الخ .

وعند مقارنة هذه النماذج الثقافية الواردة ضمن دائرة السببية الشعبية المبسطة لمرضى مجتمعنا ، مع مرضى مجتمعات أخرى ، نجد أن بعض التفسيرات تبدو أكثر شعبية من غيرها في بيئات ثقافية مختلفة ومغايرة .

فقد وجدت مالدريد بلاكستر (Blaxter, 1984) ، مثلا ، من مقابلاتها مع ٤٦ امرأة من نساء الطبقة العاملة في اسكتلندا أن أكثر الأسباب التي ذكرتها المجموعة تكرارا هي العدوى Infection ، الوراثة ، ظروف البيئة المتدهورة ، الضغط والتوتر ، بينما لم تذكر مسؤولية الفرد عن مرضه إلا في حالات نادرة جدا . فقد ذكرت الشيخوخة وتدهور البنية الجسمية كأسباب مرتبطة بأمراض القصبات الهوائية ، السكري ، ارتفاع ضغط الدم ، أمراض القلب ، السرطان ، تصلب العمود الفقري والروماتيزم .

وقد ربط الباحثون ، في بحث آخر ، أمراض القلب بالمركز الاجتماعي الأعلى للرجال ، والاكتئاب بالنساء ذوات الظروف الاجتماعية المعاكسة وأحداث الحياة المؤلمة بينما ربطت النساء أمراض السرطان بالتدخين والبنية الجسمية الضعيفة ، والتهاب المفاصل بالوراثة وقلة ممارسة التمارين الرياضية . (Calnan, 1987 : 63-67) .

وقد وجد سيسل هيلمان (Helman, 1984) الطبيب الممارس والباحث الانتروبولوجي في جامعة لندن ، في دراسته الشهيرة حول الأسباب الشعبية للأمراض بعنوانها الشعبي المثير « إطعم نفسك لاتقاء البرد ، وجوع نفسك لاتقاء الحمى » ، إن الناس من مرضاهم يختزلون دائما أسباب جميع أمراضهم بسببين : إما الحرارة وإما البرودة ، وإن النظرية الجرثومية Germ Theory قد نفذت بكثافة إلى الناس المرضى ، إذ أنهم يعتقدون أن الجراثيم المسببة لأمراضهم لا تكمن في أجسامهم وإنما التقطوها من تعاملهم مع الآخرين ، في بيئات غير بيئتهم الأصلية ، ويعتقدون ، في كل الفصول ، أن " هناك فيروس Virus يدور في الجو هذه الأيام " .

وهكذا ترجع أهمية هذه التفسيرات السببية عندنا ، كما هي في أي مكان آخر ، إلى أنها اعتقادات ثقافية راسخة عند أصحابها . ومادامت كذلك فإنها تظل حقائق مؤثرة فاعلة عند أصحابها المرضى - حتى لو قرر هؤلاء المرضى يوما الذهاب بأمراضهم إلى الطبيب ، وحتى لو شخصت تلك الأمراض تشخيصا علميا دقيقا ، وأعطى أصحابها علاجا طبيا موصوفا مهنيا .

### رابعاً : استراتيجيات إدارة المرض :

يشير نمط الأمراض غير المشخصة التي مازال يعاني منها أفراد العينة ( اکتتاب ، آلام مفاصل ، آلام رأس ، أمراض باطنية . . . إلخ ، انظر الجدول رقم ٣/١ أنفا ) إلى تميزها بسمتين أساسيتين :

السمة الأولى : أنها ليست أمراضا طارئة أو مستجدة Emergent Diseases بقدر ما هي أمراض مزمنة Chronic Illnesses نظرا لطول فترة الاحساس بها والمعاناة منها .

ويبين الجدول رقم (٩/١) أن الأغلبية العظمى من أفراد العينة ( بنسبة يقارب مجموعها ٨٠٪ ) قد خبرت هذه الأمراض ، وما تزال تعاني منها ، لفترة طويلة نسبيا تمتد إلى حوالي عشر سنوات . بل عانى بعضهم من أمراضه لفترة أطول تمتد إلى عشرين عاما فأكثر .

جدول رقم (9/1)

طول فترة الاحساس بالمرض - غير المشخص - عند افراد العينة

الفترة	العدد	%
أقل من سنة	54	18%
1- أقل من 5 سنوات	135	45%
5- أقل من 10 سنوات	50	16.5%
10- أقل من 15 سنة	20	6.5%
15- أقل من 20 سنة	10	3.5%
20 سنة فأكثر	22	7.5%
لا يتذكر / غير محدد	09	3%
المجموع	300	100%

والسمة الثانية : أنها ليست أمراضا وبائية Epidemic Diseases شائعة قاتلة ، وليست أمراضا حادة خطيرة مهددة للحياة Life - Threatening فتحتاج إلى علاج فوري ينقذ حياة المريض من موت محقق ، أو يحاصرها ويمنع انتشارها . كما أنها ليست ، بالقدر نفسه ، أمراضا هامشية طفيفة Minor Diseases وشكاوي مترفة لبعض طبقات المجتمع المحظوظة ، فتملاً عيادات الأطباء وتعيق عملهم الأساسي في علاج الأمراض القاتلة ، وتستنفذ مرافق الخدمات الصحية بلا طائل أو مبرر . وإنما هي أمراض حقيقية عصرية ( وربما بصيغة التعريف ) ، موجودة ومؤثرة ، بين عامة الناس . ومادامت كذلك ، فإنها لا تحتاج إلى علاج طبي بالمعنى التقليدي ، بقدر ما تحتاج إلى إدارة طويلة للمرض Long - term Management . فكيف يتدبر الناس أمر أمراضهم غير المشخصة طبييا ؟

أ - طرق إدارة المرض :

يدلنا جدول رقم (١٠/١) أن الاعتقادات المرتبطة في ذهن المريض كأسباب لمرضه تلعب الدور الأكبر في تحديد طريقة علاجه . إذ يعتقد أفراد العينة أن " ما من داء إلا وله دواء " . ولكن يبقى السؤال : من يمتلك ذلك الدواء ؟ من يمارسه ؟ متى وكيف



ولماذا يارس ؟

ويكون الجواب بأن الناس يحاولون مقاومة تأثير أمراضهم بضبط إيقاع وطأتها على حياتهم . فيحاولون إعادة توازنهم الجسمي والنفسي معا ، واستعادة فعالية نشاطاتهم اليومية ، بإدارة أمراضهم وتدبير أمورهم بطرقهم الخاصة . ورغم أن هذه إدارة ذاتية وخصوصية حقا ، فإنها تتضمن طرقا وأساليب ثقافية شعبية في الوقت ذاته .

جدول رقم (10/1)

الطرق المتبعة لإدارة المرض عند أفراد العينة

طريقة التعامل / العلاج	العدد	%
1 بمسكنات صيدلانية دون وصفة طبية	91	30.5%
2 بالتجاهل والإهمال واللامبالاة	66	22%
3 بالصبر والتحمل بمرارة	33	11%
4 باللطب الشعبي	27	9%
5 بطرق خاصة بنوع المرض	27	9%
6 بعادية وساطة	23	7.5%
7 بمهدئات دينية	17	5.5%
8 بانتهم لمصادر المرض وحجمه	11	4%
9 بالتناوب على عدة طرق خاصة جدا	05	1.5%
المجموع	300	100%

تبرز المسكنات الصيدلانية دون وصفة طبية رسمية ( أقراص ، مهدئات كيميائية ، فالسيوم ، أسبرين ... إلخ ) كطريقة متبعة بكثافة بين أفراد العينة ( بنسبة 30.5% ) .

وباستثناء هذه الطريقة المباشرة ( التي تمثل عندهم بقايا الاعتقاد بفاعلية الأدوية الطبية الكيميائية ) ، فإننا نلاحظ أن الأردنيين يعالجون أمراضهم غير المعلنة ( ربما كما يتدبرون أمر مشكلاتهم السياسية الاقتصادية والإدارية التربوية ... إلخ ) بطريقتهم المفضلة : التجاهل والإهمال واللامبالاة . وذلك إما بتغيبها وتجنب التفكير

فيها وكأنها غير موجودة ، أو تركها للزمن لتشفى من تلقاء نفسها ، للاعتقاد بأن الزمن وحده ، وليس الطبيب ، هو القوة الهائلة لالتئام كل الجروح وطمس كل الآلام بالنسيان ، والأيام وحدها ، وليس المؤسسات الطبية ، هي العلاج السحري لمداواة كل العلل . وإما بالصبر عليها ( مثلما الصبر على غيرها ) باعتبارها ، مهما كبرت أو ثقلت ، ليست إلا هماً واحداً من جملة الهموم الثقيلة المتراكمة التي " لا ينفع معها غير الله والصبر " .

وفي حين يلجأ المرضى ( بنسبة ٩٪ ) إلى وصفات الطب الشعبي - Folk Medicine التي يقدمها الأكبر سناً في دائرة علاقات الفرد العامة ( أعشاب طبية ، كاسات هواء ، الكي بالنار . . . إلخ ) ، كما يلجأون ( بنسبة مماثلة أيضاً ) إلى طرق خاصة بكل مرض Ad Hoc ( الراحة ، النوم العميق ، العلاج الطبيعي ، المساج ، الوقاية ، الغذاء الجيد ، المشي ، تمارين رياضية ، . . . إلخ ) ، فإننا نلاحظ (بانسجام مع اتجاهاتهم في النتائج السابقة ) أنهم لا يلجأون إلى المهدئات الدبئية ( الصلاة ، الصوم ، قراءة القرآن ، الدعاء إلى الله ، والاتكال عليه ، " إذا مرضت فهو يشفين . . . إلخ " إلا بنسبة ضئيلة ( ٥٥٪ فقط ) .

وتتجمع مبررات المرضى في اتجاههم نحو التطبيب الذاتي في محورين متضادين:

المحور الأول : الثقة الكاملة في خبرتهم الذاتية .

المحور الثاني : اهتزاز ثقتهم في الأطباء ونفورهم من الأدوية .

ومن الأسباب / المبررات التي يوردونها في هذا الشأن :

- ١- الخوف من خطأ الأطباء .
- ٢- تضارب آراء الأطباء حول المرض الواحد .
- ٣- الخوف من الآثار الجانبية الضارة للأدوية الطبية .
- ٤- طول فترة العلاج الطبي .
- ٥- اليأس من وجود علاج فعال ، ( كما جربوه من أمراض أخرى ذهبوا بها إلى الطبيب ) .

والأمثلة التالية تلخص تلك المبررات :

- « ما نسمعه كل يوم هو نجاح الأطباء وشهرتهم . أين أخطأؤهم ؟ من يحمي الناس منها ؟ » .
- « السبب استهتار بعض الأطباء بالمرضى ، وعدم علمهم إلا بدواء واحد لكل الأمراض » .
- « ليس هناك جديد على خبرتهم ، أحيانا يضطر المريض منا بتذكير الطبيب باسم الدواء المناسب من كثرة خبرتنا بالأدوية » .
- « آخر مرة ذهبت إلى طبيب عام وسألته عن ألم في عيني ، فقال لي : هناك احتمال الإصابة بفشل كلوي !! »
- « كل طبيب له قول مختلف يفقدك الثقة بصحة العلاج » .
- « لا فائدة من علاج الأطباء ، صدقني ، الأطباء لا يفعلون لك شيئا إلا كثرة الأدوية ، وكثرة الفلوس بلا نتيجة » .

وما دام الأمر كذلك ، فلماذا لا يكون العلاج " بيدي لا بيد عمرو " ؟

### ب - أساليب التطبيب الذاتي :

ليست هناك طريقة وحيدة أو وصفة سحرية لعلاج جميع الأمراض في كل الأماكن والأوقات . وإنما يلجأ الناس المرضى إلى عدة أساليب علاجية يعتقدون بجدواها . وهم يفعلون ذلك بالانتقال من طريقة إلى أخرى ، من التجريب إلى التقييم ثم إلى التثبيت والاستقرار . وهكذا يتعلم المريض بنفسه أن يكون طبيبا آخر لنفسه ، باستعماله " توليفة " Synthesis وصفات علاجية بديلة ، ينفذها كما يهوى Ad Lib ، دون حدود أو قيود طبية ، ودون التزام ببرنامج صارم محدد .

ويلخص أحد أفراد العينة ممن يعانون من أمراض الروماتيزم هذه التركيبة العلاجية الشعبية بقوله :

« . . . بالأدوية أولا ، ثم بالإبر ، ثم بالعلاج الطبيعي ، ثم بأقدم الطرق وهي الكي بالنار » .

يمثل سعي المريض إلى العلاج البديل الأكثر نفعاً في اعتقاده ، سعياً إلى الخبرة (الثقافية ) البديلة الأكثر ثراءً . وليس استقرار المريض على علاج معين إلا استقرار نفسي في المقام الأول .

وفي عملية التطبيب الذاتي Self Medication ، يتبع المرضى عدداً من الاستراتيجيات لتحبيد المرض وأبطال مفعوله ( السببي)باتباع عدة أساليب أولية خاصة لعلاجها موجهة نحو تحفيز القوة العلاجية الذاتية ( الكامنة ) في الجسم والنفس معاً ، يمكن استخلاص أهمها فيما يلي :

١- العلاج النفسي Psycho - Therapy بطمأنة النفس ، وعدم الخوف من الأمراض ، وبالإصرار على التغلب عليها .

تقول سيدة ( جامعية ، قروية ، عمرها ٣٢ عاماً ، متزوجة ولديها طفلان ، وتعمل مدرسة ) تعاني من الصداع الدائم والعزلة وعدم القدرة على التأقلم مع المجتمع القروي :

« تدبرت أمرها من خلال إدراكي وإصراري على أن الإنسان يمتلك القدرة الداخلية في السيطرة على الألم ... » .

٢- العلاج الذهني Mental Therapy بالاعتراف بالاختلاف المرضي ، وتركيز الذهن على مجابهة المرض ، والإصرار على تجاوز الاختلاف .

يقول مستخدم حكومة ( جامعي ، متزوج ، في الأربعين من عمره ، ومن سكان عمان ) :

« اتعامل معها بمجاهدة الأعراض وتحديدها ، وتحاشي الأرتباك ، واعتزال الاجتماعات والمناسبات العامة قدر الإمكان » .

٣- العلاج الروحي Spiritual Therapy بالإرادة والإيمان واللجوء إلى قوة ( عليا ) قاهرة للأمراض .

تروي سيدة ( جامعية عمرها ٥٠ عاما ، لديها أربعة أبناء ، تقييم في جنوب البلاد ، وتعمل مديرة مدرسة ثانوية مهنية ) أسلوبها في التعامل مع مرض الاكتئاب والصداع الدائم وألم المفاصل :

« رأيت قبل فترة على القناة الثانية برنامجا كان العلاج فيه عن طريق الإيمان والإرادة ونسيان ما يعاني منه الشخص . وهذا ما عمل به منذ سنوات » .

٤- العلاج السلوكي Behavioural Therapy بمحاولة تغيير أنماط السلوك والتخلي عن العادات القديمة المتأصلة التي يعتقد المريض أنها سببت له المرض ، ومحاولة التكيف مع الواقع والمتغيرات الجديدة .

« أحاول التأقلم مع الأجواء المحيطة » « أحاول اختيار الأصدقاء المناسبين » « تجديد علاقاتي وتطبيع ظروفني مع الواقع العام » « أحاول ترك الكتاب فورا عند الشعور بالصداع » « جربت أن أنام على جانبي بدل ظهري . . . إلخ » .

٥- العلاج البدني Physical Therpay ، بإخفاء العيوب والأعراض المرضية وتجنب الحديث عن المرض وعدم إقامة علاقات طويلة كافية لملاحظته أو اكتشافه .

« عالجت حالتي " التلعثم " بتجنب الحديث مع الغرباء » . « عالجت حالتي " الخجل الشديد " باستعادة ثقتي بنفسي » . « كثيرا مما أعاني منه " البثور وحب الشباب " أخفيه بكثير من ال Make - Up » . « أقول لك بصراحة : أداري آلامي حتى عن أهلي » .

٦- العلاج المثلي Homeopathy وذلك بأن يعمد المريض إلى تعريض جسمه ونفسه معا لأعراض مرضية مماثلة لتلك التي يعتقد أنها سببت له المرض أساسا . فيكون الدواء من صنف الداء ، ويكون العلاج بهزة عنيفة للجسم والنفس تعيد التوازن إلى المريض .

وصف طالب جامعي ( عمره ٢٤ سنة من سكان عمان ) يعاني من الأرق والعصبية والملل ، هذا النوع من العلاج بطريقته الخاصة :

« حاولت إدخال مشاكل جديدة لحياتي ، والانشغال بها ، وفعلا صارت  
أمراضى القديمة غير مهمة في حياتي » .

ويقول عامل مبيعات يعاني من آلام الظهر والقدمين : « بالعمل المتواصل ،  
حتى أنني طلبت عملا إضافيا فأعطوني ، ونسيت آلامي » .

وتدل هذه الأساليب الأولية الخاصة على أن الجسم والنفس ، البدن والروح ،  
المرضى ومرضه ، ليست أجزاء منفصلة عائمة متناثرة ، وإنما هي منظومات متداخلة  
متكاملة أو انساق كلية واحدة لا تتجزأ . وإذا جاز الفصل بين الوحدات الأساسية  
المكونة لهذه الأنساق ، فإننا نلاحظ أن نوع العلاج الذي يقدمه المريض لنفسه وأسلوبه  
ومادته ليس إلا علاجا للاعتقادات السببية ( النفسية الثقافية ) للإنسان المريض  
وليست بالضبط علاجا للأمراض البدنية .

ويتابع الأطباء الأساتذة باهتمام كبير ، في مكان آخر ، النجاحات المتواصلة  
للأساليب الشعبية في الشفاء الذاتي Healing Within المتمركزة حول تقوية دفاعات  
الجهاز المناعي في مقاومة الأمراض ويتناغم العقل والجسم معا . فيلاحظ هؤلاء أن  
الكثيرين « بدأوا يضيقون ذرعا بالعلاج عن طريق الكيماويات والكهرباء والأسلاك  
والأنايبب والمجالات . وبدأوا بالإقبال على العلاج بمجموعات العلاج العقلي البدني  
Mind - Body Groups دون تدخل كيميائي أو اشعاعي . وكانت النتيجة مذهشة  
في معظم الأمراض تقريبا : من السرطان إلى السكري مروراً بالروماتيزم بأنواعه . . . »  
(Lock & Colligan, 1995) .

وهنا يظهر واضحا اختلاف أساسي بين الطب المهني التقليدي والطب الشعبي  
الثقافي في كل من المداخل Approaches النظرية والاتجاهات Directions العملية :  
إذ يركز الأول ، بمداواة الجزء المعطوب فقط من الجسم المريض ، على العرض /  
المرض فحسب ، بينما يهتم الثاني بالجسم والنفس معا ، بالمرض والمريض في آن واحد .  
وفي حين يبدأ الأول ، بالانحصار في الأعراض المرضية ( البارزة ) ومحاصرتها ،  
بالاتجاه من الخارج إلى الداخل دون امتداد إلى العالم الداخلي لحاملها . فإن الثاني

يبدأ في الاتجاه من الداخل إلى الخارج ، من المكونات النفسية الثقافية إلى الأعراض المرضية .

ويلاحظ هنا اتجاه عام لدى مرضى الثقافة العربية بالأقبال على التمسك بتقنية شعبية ، قليلة الأخطاء والأخطار ، ضئيلة التكلفة والمضار ، تقترح حجب السلطة والسيطرة والضببط عن " حكماء الطب " ، ومنحها ، بثقة وأمان واطمئنان ، إلى " حكماء الشعب " . . . تماما مثل ما يقوم به عامة الناس ، بطرقهم الخاصة ، من عمليات منع ومنح بترك ما لا يطمنون إليه - رغم حاجتهم إليه - إلى ما يطمنون إليه ، تجاه حكماء السياسة والاقتصاد والإدارة والتربية والتعليم والمال والأعمال . . الخ .

ومن الصعب الجزم بأن المعرفة الطبية المهنية معرفة مقصورة تماماً على أصحابها الممارسين ، أو أن المعرفة العامة للناس العاديين حول الصحة والمرض معرفة ثقافية شعبية خالصة . فقد تنفذ نظريات الأطباء وتعريفاتهم وتشخيصاتهم ووصفاتهم العلاجية إلى الناس العاديين ، بالاتصال والتفاعل . ولكن المرضى من هؤلاء الناس لا يأخذون المعرفة الطبية العلمية إلا بطرقهم الخاصة ولا يطبقونها إلا بأساليبهم الثقافية المألوفة .

## خلاصة وتوصيات

سجلت هذه الدراسة الميدانية أن مجموعة كبيرة الحجم من الأمراض تبقى في مجتمعنا دون تشخيص طبي ، ويتم التعامل معها خارج إطار الممارسات الطبية المؤسسية .

وما استمرار هذه المشكلة عندنا ، بهذا الحجم والتأثير ، إلا حقيقة عملية تبرز إلى السطح عمق الهوة بين عوالم مستقرة من الخبرة الاجتماعية الطبية لكل من المرضى والأطباء والباحثين على السواء :

- استمرار الناس في العيش بأمراضهم بعيدا عن أعين الأطباء .
  - استمرار باحثي العلوم الإنسانية والاجتماعية بالاعتقاد أن حقائق العالم الاجتماعي الصلبة والهشة ، بما فيها الحقائق الجمعية حول الصحة والمرض ، يمكن أن توجد و / أو تؤثر خارج عقول الناس المؤمنين بها ، أو يمكن أن تستمد من الممارسين لمهنة الطب دون غيرهم أو من المرضى دون سواهم .
- ولا يبدو أن أيا من هذه الأطراف يمتلك حيال هذه المشكلة برنامجا محددًا للتغيير أو التجسير .

وعلى ضوء نتائج البحث ، يمكن التفكير جديا في مجالين أساسيين لأي برنامج مقترح لمواجهة المشكلة القائمة المتفاقمة :

- ١- دمج الاعتقادات السببية والطرق العلاجية السائدة ثقافيا عن الصحة والأمراض في المنظور الشعبي ( اللغة والمفاهيم ، الكلمات والمعاني التي يصف بها الناس أمراضهم ، والطرق والأساليب التي يتدبرون بها أمرها ) باعتبارها أجزاء أساسية متكاملة مع الثقافة الفرعية العلمية للأطباء ، ومكونات أصلية موجهة لتأكيدات التربية واتجاهات الممارسة الطبية المهنية .
- ٢- مراجعة الصور الراسخة في أذهان أطبائنا ( وباحثينا ) عن المريض العربي ، سواء تلك التي تراه مريضا جاهلا عاطفيا يائسا ، يشل المرض تفكيره ويمنعه من صنع



القرارات وحل المشكلات والتفكير بالبدائل ، أو تلك التي ترسمه كمريض مبادر بالذهاب بمرضه إلى الطبيب ، منفذ لأوامره ، متبع لوصفاته العلاجية ومتابع لها . فهذه وتلك صور مضخمة ثقافيا ، لا بد من تعديلها على ضوء نتائج البحث التي تسجل أن المريض الموجود فعلا في مجتمعنا هو نمط ثقافي دنيوي ، فاعل قادر على تعريف عالمه الاجتماعي وعوالم الآخرين من حوله وتفسيرها بمراجعته الذاتية الخاصة ومصادره الثقافية العامة .

## References

- Armstrong, D. (1994) Outline of Sociology as Applied to Medicine, 4th ed. Butterworth- Heinemann Ltd., Oxford.
- Banks, M, etal (1975) "Factors influencing demand for Primary Medical Care ... " International Journal of Epidemiology , 4, pp. 189-195.
- Blaxter, M. ( 1984) " The Causes of Disease : Women Talking " , pp. 34-43 in Black . N. etal (eds.), Health and Disease: A Reader, Open University Press.
- (1990) Health and Life Styles, Tavistock - Routledge : London - New York .
- Calnan, M. (1987) Health and Illness : The Lay Persepctive, Tavistock, London - New York.
- Dingwall, R. (1976) Aspects of Illness, Martin Robertson, London .
- Dunnell, K & Cartwright A. (1972) Medicine Takers, Prescribers and Hoaders, Routledge and Kegan Paul, London.
- Friendson, E. (1972) Profession of Medicine, Harper & Row , New York - London.
- Fitzpartic, R. etal (eds.) (1984) The Experience of Illness, Tavistock, London - New York .
- Hannay, D. (1979) The Symptom Iceberg : A Study of Community Helath, Routledge & Kegan Paul, London.
- Helman, C. (1984) " Feed a Cold, Starve a Fever" , pp 10-16 in Black, N. etal (eds.) Health and Illness : A Reader, Open University Press.
- Last, J. (1963) " The Clinical Iceberg : Completing the Clinical Picture in Medical Practice, Lancet, ii, pp. 28-30.
- Lock & Colligan (1995) The Healer Within : The New Medicin of Mind and Body, (Reviewed by Shaheen, A. in ALARABI, Feb. 1997).
- Mechanic, D. (1962) " The Concept of Illnese Behaviour" Journal of Chronic Diseases. 15, pp. 189-194.

- Mechanic, D. (1968) Medical Sociology , Free Press, New York .  
 ----- (1966) " Why People Use Health Services ? " Reprinted in Mainland, D. (ed.) Health Services Research, New York .
- Sari, S. (1996) " The Social Construction of the Medical Reality " , AL - BALQA" Vol. 4 No. 2, December, 125-160 ( in Arabic) .
- Staiano, K. (1986) Interpreting Signs of Illness : A case Study in Medical Semiotics, Mouton de Gruyter, Berlin - New York.
- Tuckett, D. (ed.) (1976) An Introduction to Medical Sociology, Tavistock, London - New York.
- Tuckett, D. & Kaufert, J. (1978) Basic Reading in Medical Sociology, Tavistock, London.
- Zola, I. (1973) Pathways to the Doctor : From Person to Patient, Social Science and Medicine, Vol. 7, pp.677-689, ( Reprinted in Tuckett and Kaufert (eds.) , 1978, Opt. Cit.
- W.H.O. (1983) Depressive Disorders in Different Cultures. ( A Report Translated into Arabic by W>H>O> , Geneva, 1986).